

看取り

橋之爪 栄

障害者の働く権利を求めて広がった共同作業所。その草創期からの利用者の中には現在 50 歳を超えて、病床に伏しておられる方も少なくないだろう。日中作業所で、暮らしの場で、「看取り」という初めての実践に向き合い始めている事業所も増えてきているのではないか。より人間らしい最期のあり方とは？そこに立ち会う職員がどうあるべきなのか？を追求することが実践の大きな課題の一つとなりつつある。いくつかの視点から「看取り」のあり方を考えてみたい。

1、「看取り」で問われる職員の姿勢

なによりも大切なことは最後まで人としての尊厳を守るという姿勢であろう。

具体的には、敬意を持っていねいに向き合うこと、「その人らしさ」を大事にすること。穏やかで、安心できる空気感をつくることも大切になってくるだろう。

生命維持は大きな課題ではあるがそれだけが目的になってしまっては良き人生の締めくくりとはならない。疾患などによる身体の不調をできる限り取り除く努力と同時に、最期までその人らしい人生をまっとうできるような支援を工夫していくことが求められる。

・その人の生きていた歴史から学ぶ

どのように生まれ、どんな環境の中で、どんな思いを持って生きてこられたのか、今もなお輝いている思い出は何か、何を愛したのか、あるいはどんな悲しみを乗り越えてこられたのか・・・関わる職員がその人の人生の軌跡を知ろうと努める、その過程がおのずと尊厳を守るという姿勢に繋がるのではないか。

・その人の身体の状態を学ぶ

身体に支障が出てきた際に、医療スタッフとの連携は欠かせないが、介護スタッフ自らも医療的な知識を得て、その人の状態を把握し痛みや身体の変化（食事量が減っている、呼吸が浅い、傾眠傾向など）に敏感に気づける力を養うことも大切である。気づきをそのままにせず、関わるスタッフ全員ですみやかに共有し、今後の対応方針を検討するカンファレンスにつなげていくことも大切である。

2、大切にしたい支援のポイント

○「いつも通りであること」を大事にする

・髪を整える、ひげを剃る、起きられるならば日中は服を着替えるなど、本人が習慣としていたことを継続すること。清潔を保ち本人が心地よいと思える状態でいられるように努める。

○その人の「好き」「これをしたい」気持ちを大事にする。

・これまで関わっていた日中活動にも、体調がよく本人の意欲があれば短い時間でも参加していくことがあってよいだろう。そこに本人なりの居場所（人との関わりがある、何もできないとしてもその場にいることで参加意識がもてる）があることが大切である。「見よう」「聞こう」「語ろう」「触れよう」と心が動き、五感が働くことがその日の満足感につながるのではないか。

・好きなこと、好きな人と向き合える時間をどう作れるか、知恵を絞っていききたい。会いたい人に連絡をとってみる、好きだったことを提案してみるなど。

○食の楽しみを大切にする。

嚥下機能が低下している場合、とろみをつけたり、柔らか食などを活用する。

色取りをきれいにしたり、本人の好きな食材を取り入れるなどして少しでも食べる意欲がでるように、また食べることで満足感が得られるように工夫したい。

○痛みの軽減のために努める

・横になることがふえると床ずれのリスクが高まる。特に自分で体位を変換し難い人や痛みに気づきにくい人の場合には介護者が日常的に注意を向ける必要がある。

・体位変換や車いすとベッド間の移乗時など、その人なりの楽な介助の形があり、介助するすべての人でベストな介助方法を共通認識として持っておくことが大事である。また、人によっては「こうしてもらいたい」という手順や介助内容がある。受ける側が気持ちよく納得できる介助の形を大切にしていきたい。本人、医療の専門家と相談しながら方法を決めていくことは言うまでもない。

3、多職種スタッフとの連携

・日中事業所や、グループホームなどの生活施設だけで対応するのではなく、訪問リハビリ、訪問看護、往診などの活用、兄弟姉妹との繋がり、相談支援員との連携、さらにはいざという時にうけとめてもらえる病院との繋がりも含めて様々な立場の人からなる応援ネットワークを組織していくことも大切である。

・症状の重篤化や急変に際して情報を正確に、迅速に共有できる仕組み作り、また大事な局面での判断をどこで行っていくのかなど、フローチャートが確立されていることも大切である。

4、よき終焉のために一指針づくりー

その人が安らかな最期を迎えるために事業所は看取り介護指針をしっかりとつことが大切である。

・看取り介護の考え方、対応可能な医療行為の選択肢、医療機関との連携体制、本人家族との同意、意思確認の方法、職員の具体的な対応方法などが明文化されていることが望ましい。

・看取り介護指針は事業所職員全員の理解、本人、家族の納得が重要である。

・本人や家族に意思確認をおこなっていくことも必要になってくる。

延命治療を望まれるのか、葬儀はどのような形を望まれるのかなど。また、状態の急変や、夜間に息が止まったときなど、どのように誰が指揮をとって対応するのか、医者や医療機関の対応はどうなるのか、事前に説明をしておくこと、ホームなどでの可能な対応体制を十分納得してもらい、看取りの場を選択してもらうことも重要である。

5、最後に

グループホームであれ、入所施設であれ現場の体制難は恒常化している。「特定の人だけに時間を割くことはむずかしい」「キーパー体制が整わず、新人だらけの事業所で出来ることには限界がある」というのが現場の実際の姿かもしれない。

看取り実践は、一個人や一事業所のがんばりで成せるものでは決してない。事業所の管理者が責任をもって看取りの方針を立て、それを職員全体のものとし、職員が看取り実践に迷うことのないように集団での学習の時間を保障する、支援者のネットワークが円滑に機能できるように担当者の会議を適時に開催するなどの采配が重要になる。また、職員が疲弊してしまわぬように精神面での支え合いも欠かせない。看取りの実践は職員集団の質の高さを試される場でもあるといえる。

最期までしっかり向き合い、その人なりの人生の完成を讃えることができたとすれば、職員にとっても、また共に過ごした利用者にとっても貴重な心の財産になっていくだろう。

一方で高齢化による諸機能の低下に伴い従来の事業所の体制、人員では十分な支援が成し難く、看取り実践となると問題は更に深刻である。こうした現実をふまえて、高齢障害者の看取りまでを視野に入れた、制度の拡充も望まれるところである。

グリーフケア

深谷弘和
(立命館大学大学院)

0. はじめに

本稿では、障害のある人の高齢期における支援プログラムを開発するにあたってその視点をグリーフ（悲嘆）に注目して整理していく。グリーフケアは、大切な人との死別や離別または、高齢に伴う身体的な機能の低下や役割の変更といった何らかの「喪失体験」に対するサポートを指している。一般に高齢者の「喪失体験」は4つに分類されている。1つは体力や心身機能の低下などによる「心身の健康の喪失」、次に、配偶者や友人の死別、子ども自立などによる「つながりの喪失」、定年や退職による「経済的自立の喪失」、最後に、社会的地位や役割を終えたことによる「生きる目的の喪失」の4つである。これらは相互に関連しており、知的障害のある人のグリーフケアについては、2014年度の報告書において次の2点から整理した。1点目は、高齢による身体機能の低下における「喪失体験」へのケアである。例えば、長らく作業所に従事した障害者が、高齢期を迎え、これまでと同じ作業に取り組むことが出来なくなった場合、支援者としてどのようにサポートをおこなうことができるのか、という点である。2点目は、障害のある人の両親や兄弟といった身近な人が死別した際の「喪失体験」へのケアである。日本では、家族によるケアの負担が大きく、その分だけ家族との死別による喪失感は大いことが想定される。

グリーフケアは、これまでにさまざまな取り組みが積み上げられているものの、例えば言葉を話すことのできない障害のある人のグリーフをどのように保障することができるのかといった点については、まだまだ課題を残しているといえる。ここからは、障害のある人の施設等で、どのようなグリーフケアを提供することができるのか、グリーフケアの基本的視点を整理していく。さらに本プロジェクトが来年度に目指す具体的な支援プログラムの開発に向けて、そのアセスメントと実施プログラムの可能性を考えていきたい。

1. グリーフケアの基本的視点

グリーフケアを実施していくにあたり、その基本的視点を整理しておきたい。この基本的視点は、障害のある人へのグリーフケアとして特別に設定されるものではなく、これまでのグリーフケアで述べられてきたことを整理するものである。また、これらの基本的視点は、入所施設や作業所での日ごろの支援実践において、支援者が普段から持っている視点でもある。ただし、改めて基本的視点を整理することで、基本的視点を意識しなおすことにより、障害のある人の高齢期を支える専門性を高めることになるだろう。

1-1. 寄り添い

グリーフケアにおいて何よりも優先されるのは、本人の「喪失体験」への寄り添いである。当事者に寄り添うことは、「当然のこと」と認識されるが、「当然のこと」であるからこそ難しく、ここで改めて確認しておきたい。まず、基本的にグリーフケアが必要な人に対して、安易な励ましなどは厳禁であり、「喪失体験」が語られるようなことがあれば、傾聴を心掛けなければならない。また無理強いなどすることなく、本人の「喪失体験」に対するさまざまな感情表出を受け止めるようにする必要がある。

例えば、長く作業所に通い、就労をおこなってきた方が身体機能の低下に伴って、これ

まで可能だった作業ができなくなってきたというケースを考えてみたい。本人が「〇〇ができなくなってきたな」と感じている場合に、「〇〇ができなくなってきましたね」と無理に現実を、支援者側の判断により突きつけていないかどうか確認しておきたい。また、これまでできていたことができなくなってきたという喪失感に対しては、さまざまな感情が表出される可能性がある。大きなショックから悲しみが涙となって表れる場合もあるだろう。ここで「今、どんなお気持ちですか？」と無理に感情表出を促すような介入は避け、沈黙を受け入れることも必要である。一方で、できない自分に苛立ち、怒りを表出する場合もある。本人が「なんで今まで通りにできないんだ！」と物にあたったり、他者に暴力をふるうような情動的な発散がおこなわれた際に、「怒っていても仕方がないじゃないですか」と支援者が声をかけるようなことがないようにしたい。「怒りの感情ができるのは当然である」と受け止め、その怒りによって周りから孤立することのないように支援者がサポートすることが求められる。

グリーフケアの基本視点としては、本人の抱く喪失感を本人のペースで受け止めることの時間と場所を保障し、安易に慰めや励ましをすることなく、静かにそばに寄り添うことである。何よりも、「自分が同じ立場であれば、どのように支えられたいか」という想像力を持ち、声掛けひとつも見つめなおしていくことが重要といえるだろう。

1-2. 個別性

人が何らかの「喪失体験」をした際におこなうグリーフの作業は、プロセスがあるとされている。2014年度報告書でも紹介したように、そのプロセスの多くは、①ショック⇒②否認⇒③意識化⇒④復元の4段階に分けられる。ただし、すべての人がこのプロセスを踏むわけではなく、グリーフの作業の内容も、かかる時間も人によってそれぞれであるということを押さえておかなければならない。何らかの喪失体験に対して「まだ悲しんでいるの?」「もうそろそろ気にしないようにしないと」といった声をかけるようなことは避けなければならない。支援者の価値観によって判断したり、支援者が「以前の別の利用者のときは〇〇だったから」と経験則で、当てはめるようなことのないように、じっくりと本人の感情や、その感情表出のペースを見極め、ありのままの気持ちを受け止めていく必要がある。特に障害のある人の場合であれば、本人の感情表出がわかりにくいケースもあり、この個別性を見極めが難しいこともある。だからこそ、支援者の価値観や経験則を当てはめることのないようにすることを基本的視点として押さえておきたい。

ただし、中には喪失体験により、「行動化」がおこることもある。高血圧症や消化性潰瘍など合併身体疾患が生じるケースや、うつ病やストレス障害といった精神疾患につながっていくケースである。身近な支援者としては、その個別性をしっかりと見極めると共に、専門家の介入の必要性を検討するケースであるのかどうかアセスメントすることが求められる。すべての人にグリーフケアが必要かといえ、そうではないため、その個別性をしっかりとアセスメントし、グリーフケアの必要性について検討することが求められる。

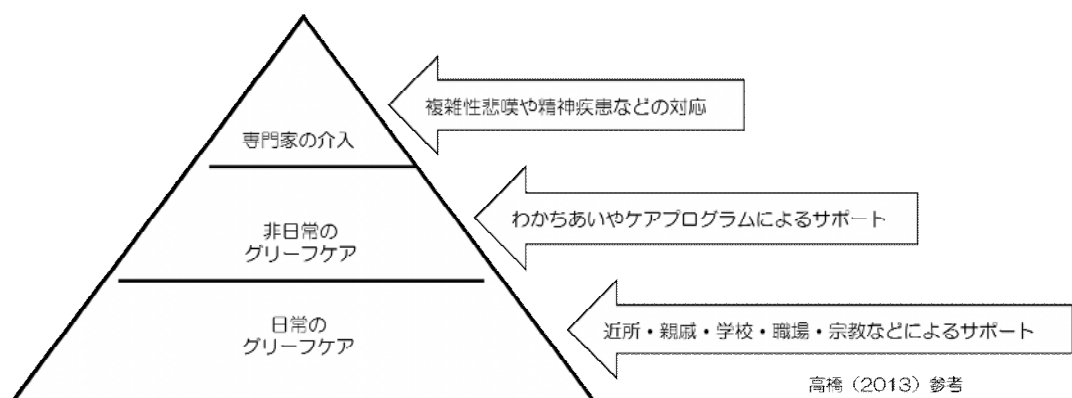
1-3. レジリエンス

近年、死別やトラウマなどさまざまなストレス状態から回復する力を「レジリエンス(resilience)」と呼び、注目されている。レジリエンスの原義は、ボールに何か大きな圧力がかかったときに、元に戻ろうとする力のことを指し、「復元力」や「回復力」と訳されることもある。レジリエンスは、単に「喪失体験」が起こった後の状態から、起こる前の状態へと回復するということを指すのではなく、その回復のプロセスの中での人間性の成長や変化に注目していこうとするものである。近年、「外傷後成長(posttraumatic growth)」や「ストレス関連成長(stress-related growth)」という言葉でも注目されているような、

喪失体験によるネガティブな側面だけにとらわれない考え方にあたるといえる。ただし、これは安易にポジティブな励ましをおこなうことを指しているのではない。例えば、何らかの死別経験をした人に対して「思ったより元気ですね」「乗り越えられてよかったですね」という声掛けは、「まだときどき思い出してしまうのに」や「周りは元気な自分を期待している」と本人の孤独感を強め、喪失体験を一人で抱え込んでしまう危険性がある。このレジリエンスという視点で重要なのは、本人が悲しみに直面する「喪失志向」と新しい生活に取り組もうとする「回復志向」を日常生活のなかで行ったり来たりしながら、悲嘆のプロセスを歩んでいるということを、その人の力としてとらえていくことである。このような視点は、「葛藤は発達の源泉」と捉えてきた障害者福祉の支援実践にも大いに通じるところでもあるが、改めてレジリエンスという点からもグリーフケアの基本的視点を確認しておきたい。

2. アセスメント

先述したように喪失体験に伴うグリーフの作業は、人それぞれで個別性があるものである。そのため同様の「喪失体験」であってもその人の環境や、生き立ちなどによって感情の表出などは異なってくる。中にはグリーフケアを必要としない人もおり、葬儀や、通常の忌服期間を過ごすことで落ち着くケースもあれば、日常生活のなかで時間をかけてグリーフケアが必要なケース、また、行動化がみられ専門家による介入が必要なケースなど、身近な支援者によるアセスメントが重要となる。



上記の図のように、何らかの「喪失体験」をした人がどのようなグリーフケアを必要としているのかという点でのアセスメントも可能である。深刻なケースであれば精神科クリニックなどへの受診といった専門家の介入が必要であり、非日常のグリーフケアでは、日本グリーフケア協会などが各地で実施しているプログラムなどが該当する。このアセスメントについては、看護の分野などでグリーフケアをおこなうにあたっての、アセスメントツールが開発されているが、障害のある人へのアセスメントツールはみられない。

ここで参考となるのは、言葉を持たない知的障害者のうつ症状へのアセスメントとして、Royal College of Psychiatrists (RCP) が提示している視点である。RCP は、知的障害を抱えている人の中には、感情を言葉でうまく表現できないため、うつ状態を見つけることができないこともあると指摘している。そこで、気をつける点として以下の兆候をあげている。

- ・突然あるいは段々と、普段とっている行動が変わる。
- ・安心させてもらいたがる。
- ・これまでできていたことができなくなる。
- ・排泄がうまくできなくなる。
- ・意思の疎通がうまくいなくなる。
- ・突然怒りを爆発させたり、何かを壊したり、自分を傷つけたりする。
- ・身体的な病気にかかる。
- ・痛みや苦痛を訴える。
- ・うろうろしたり、何かを探しまわったりする。

これらは、グリーフのプロセスとして挙げられる抑うつ状態を適切にアセスメントするために有効であろう。ただし、何らかの喪失体験をした障害のある人がどのようなグリーフを必要としているのかという点については、事例を積み上げて、検討していく必要がある。

3. 障害のある人の「喪失体験」への支援プログラム

それでは、障害のある人へのグリーフケアをおこなうための支援プログラムを具体的に検討するにあたってのポイントを確認しておきたい。

先述のアセスメントの部分で述べたように、障害のある人であったとしてもすべての人にグリーフケアが必要なわけではない。喪失体験と他者が思うような出来事がすべての人にあてはまるわけではないし、その逆もしかりである。具体的なプログラムを検討するにあたり、もう一つ押さえておくべきこととして、日ごろ、支援に従事しているものが日常生活の中で、グリーフケアの基本的視点を押さえながら、グリーフの作業を支えていくことが基本であるということである。繰り返しになるが、「喪失体験」に対する反応は人それぞれであり、個別性のあるものである。日常生活のなかで、「受け止めては、否定する」という感情を行ったり来たりすることに、身近な支援者が「分かち合い」の姿勢で臨むことが何よりもグリーフケアである。具体的なプログラムをあえて設定するのかどうか、アセスメントが求められるわけである。

ただし、アセスメントの部分で示した図にあるように、日常生活でのグリーフの作業に加えて、プログラムを設定することで、より安心した環境でのグリーフの作業を可能にすることもできるだろう。実際に、日本グリーフケア協会などでは、グループワークを活用した支援プログラムが開発されている。また、絵画療法などを援用したグリーフケアも検討されている。言葉を持たない障害のある人の場合は、絵画や音楽などを活用したグリーフケアの模索も可能となるのではないだろうか。

4. おわりに - 鹿児島・麦の芽福祉会のエンディングセンター事業 -

最後に、来年度の具体的な支援プログラムの検討にあたって、鹿児島県にある麦の芽福祉会の取り組みを簡単に紹介しておきたい。麦の芽福祉会は、職員の数が 350 名を越える大規模な法人で障害のある人の作業所づくりからはじまり、現在では「ゆりかごから墓場まで」として、多くの事業を展開している。その多々ある事業のなかには「エンディングセンター事業」というものがある。これは、「自分の死んだ後、誰がこの子を吊ってくれる

のだろうか」「自分のことは誰が看取ってくれるのだろうか」「葬儀にかかるお金のこと、お墓のことが心配」といった障害のある当事者とその家族の声によって展開されているものである。麦の芽福祉会は社会福祉法人としては珍しい「麦の芽共同墓地」という共同納骨堂を建立している。また、施設内には「協同・共同の碑」と呼ばれる碑が立てられ、生活施設の利用者がいつでも訪れ、故人を偲ぶことができるようになっている。さらには、「エンディングノート」と呼ばれるノートを準備し、障害のある人それぞれが、自身の死の向けた準備をゆっくりとおこなっていけるようなサポートがおこなわれている。

本プロジェクトが来年度、具体的なプログラムを検討するにあたっては、上記で簡単に示した麦の芽福祉会の取り組みなど、多々の取り組みを集めていく必要がある。その上で、障害のある人ひとりひとりのその人らしいグリーフのあり方を検討するが重要であり、来年度の取り組みとして期待されるところである。

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

はじめに

現在日本は、障害者権利条約を批准し、国内の障害者施策についての進捗状況を逐次国連に報告を行う義務を負うこととなった。

こうした中で、民主党政権下設置された「障がい者制度改革推進会議」等での議論を経て、障害者基本法の改訂、障害者虐待防止法の制定、障害者雇用促進法の改訂、障害者差別解消法の創設等と合わせ、障害者自立支援法から障害者総合支援法への変更とともに、総合支援法で規定された３年後の見直し事項の検討が進められている。

その中では、「高齢の障害者に対する支援の在り方について」が取り上げられ以下のような現状認識・課題と検討の方向性が示されている。

【現状・課題】

○ 障害者総合支援法第７条に基づく介護保険優先原則については、公費負担の制度よりも社会保険制度の給付を優先するという社会保障制度の原則に基づいている。一方、これまで障害福祉制度を利用してきた障害者が介護保険サービスを利用するに当たって以下のような課題が指摘されている。

・介護保険サービスを利用する場合、これまで利用していた障害福祉サービス事業所とは別の事業所を利用することになる場合がある。

・障害福祉制度の利用者負担は、これまでの軽減措置によって介護保険制度の利用者負担上限と異なっていることから、介護保険サービスを利用する場合、介護保険制度の利用者負担が生じる。

・障害福祉サービスについて市町村において適当と認める支給量が、介護保険の区分支給限度基準額の制約等から介護保険サービスのみによって確保することができない場合は、障害福祉制度による上乗せ支給がなされる取扱いとされているが、自治体によっては、障害福祉サービスの上乗せが十分に行われず、介護保険サービスの利用に伴って支給量が減少する要因となっている。

○ また、介護保険サービスと障害福祉サービスを併給する事例や、高齢化に伴い、障害者を支援する親が要介護者となる事例など、介護保険制度と障害福祉制度の緊密な連携が必要となっている。

○ 65歳以上になって初めて障害福祉サービスを利用しようとする者について、介護保険制度との関係を踏まえたときに、障害福祉制度の利用を認めることが適当かという指摘がなされている。

【検討の方向性】

○ 日本の社会保障は、自助を基本としつつ、共助が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に社会福祉等の公助が補完する仕組みを基本とすることを踏まえると、現行の介護保険優先原則を維持することは一定の合理性があると考えられる。そのもとで、介護保険サービスの利用に当たっての課題への対応について以下のように検討することとしてはどうか。

○ 介護保険サービスの利用に当たっては、障害者が介護保険サービスを利用する場合も、それまで当該障害者を支援し続けてきた障害福祉サービス事業所が引き続き支援を行えるよう、その事業所が介護保険事業所になりやすくする等の見直しを検討することとしてはどうか。

○ 障害福祉制度と介護保険制度の両制度の連携を推進するため、自立支援協議会と地域ケ

ア会議及び基幹相談支援センターと地域包括支援センターとの連携の推進に向けた好事例の収集等を通じて、全国的に連携の推進を図るとともに、障害福祉計画と介護保険事業計画が調和のとれたものとなる方策を検討することとしてはどうか。

○ 相談支援専門員と介護支援専門員の連携を推進するため、両者の連携が相談支援事業及び居宅介護支援事業が行うべき業務に含まれる旨を明確にしてはどうか。また、介護保険サービスの利用に当たって、円滑なサービスの利用ができるよう相談支援専門員のモニタリングの頻度について、モニタリングの実態を踏まえつつ、検討することとしてはどうか。加えて、65歳を超えても引き続き同一の者による対応等を推進するため、相談支援専門員と介護支援専門員の両方の資格を有する者の拡大のための方策を検討することとしてはどうか。

○ 介護保険サービスの利用に伴う利用者負担については、従来利用してきた障害福祉サービスと同様のサービスを利用するにも関わらず、利用者負担が発生するといった課題があることを踏まえ、一般高齢者との公平性や介護保険制度の利用者負担の在り方にも関わることに留意しつつ、その在り方について検討することとしてはどうか。

○ 介護保険制度移行に関する現行の取扱いを踏まえ、介護保険対象者の国庫負担基準については、財源の確保にも留意しつつ、検討することとしてはどうか。

○ 65歳以上になって初めて障害を有する状態になった場合の障害福祉サービスの利用については、現行の介護保険優先原則の下で整理されるのではないかな。

◆親亡き後

【現状・課題】

○ 高齢化による障害者の心身機能の低下に伴い、従来の事業所の体制・人員では十分な支援が行えなくなっているとの指摘がなされている。また、障害者自身も日中活動への参加が困難となったり、若年者と同様の日中活動ができなくなっている等の指摘がある。

○ 居住地特例（障害福祉制度）により障害者支援施設等に入所した障害者については、障害者支援施設等が住所地特例（介護保険制度）の対象となっていないことから、障害者支援施設等所在地と異なる市町村の介護保険施設等に移行した場合、それに係る費用などは、当該障害者支援施設等のある自治体の負担となっている。

○ 65歳未満の障害者で親と同居している知的障害者は90.7%、精神障害者は65.7%となっており、親と生活している割合が高い。親による支援は、生活全般にわたる場合もあり、「親亡き後」は生活を総合的に支援する者が失われることになる。

一方、夫婦で暮らしている知的障害者は5.1%、精神障害者は25.4%。子と暮らしている知的障害者は4.3%、精神障害者は16.7%となっており、親以外の支援者が少ないため、「親亡き後」に親に代わる支援者が必ずしもいる状況ではない。

○ 「親亡き後」に備えて、当該障害者がどのような課題を抱えているか、それに対して何を準備しなければならないかを明確にするため、一部の地域ではエンディングノートが活用されている。

【検討の方向性】

○ 高齢化に伴い心身機能が低下した障害者に対応するための技術・知識を高めるため、障害福祉サービス事業所に対する研修に心身機能の低下した障害者支援の手法などを位置づけることを検討することとしてはどうか。

○ グループホームにおいて、高齢化に伴い重度化した障害者に対応することができる支援や日中支援活動を提供するサービスを位置づけ、適切に評価することを検討することとしてはどうか。（平成27年10月15日障害者部会資料1「（1）常時介護を要する障害者等に対する支援について」の「検討の方向性」）

○ 障害者支援施設等に入所している障害者が介護保険施設等に入所する場合にあっては、

その円滑な移行を推進するため、介護保険制度の住所地特例の見直しを検討することとしてはどうか。

○ 介護保険施設等に移行する障害者の支援のため、送り出し側の障害福祉サービス事業所と受け入れ側の介護保険施設等の連携や受け入れに当たっての適切な支援の在り方について検討することとしてはどうか。

○ また地域で生活する高齢障害者等に対し、緊急時対応を含め、継続的に支援する拠点の整備をさらに進める方向で検討することとしてはどうか。

○ 「親亡き後」に向けた準備を支援するエンディングノートの普及を検討してはどうか。また、「親亡き後」に向けて、適切な助言を行い、親が持つ支援機能を補完し、障害福祉サービス事業者、成年後見人、自治体など様々な関係者で当該障害者を支えるためのチームづくりを主導するため、主任相談支援専門員（仮称）の創設を検討することとしてはどうか。

【障害者総合支援法の見直し】

社保審障害者部会等の報告を受け、厚労省は、2016年2月、障害者総合支援法の見直し法案を提案した。その中で、高齢期障害者への支援に関しては、基本的に65歳以上の障害者に対しては、「介護保険優先」としながら、その利用料負担が介護保険に移行した場合、厚労省調査でも約9.3倍となる結果を受けて、障害福祉サービスと同等の介護保険サービス（居宅介護・生活介護・シュートステイ等）に移行した際、高額障害福祉サービス費助成の制度を拡大して、償還払いでその負担分を負担する内容の提案を行うほか、入所施設やグループホーム等からの地域移行に関して「巡回型訪問サービス」を創設することとされた。

ただし、この利用料補助については、同等サービスの利用実績期間や対象支援区分等の詳細は、今後の政省令で定めるものとされ、まだ不明な点も多い。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律案（概要）

趣 旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概 要

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）
- (3) 重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする
- (4) 65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3. サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

- (1) 補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年4月1日（2.(3)については公布の日）

1

こうした法改定は、まさに「地域包括型支援」への障害者施策の統合をベースに、65歳以上の介護保険優先の徹底を図るとの意図が明らかにされたといえる。同時に暮らしの場の問題も、入所施設の改善どころか、グループホームについても対象を限定されかねない状況も指摘されており、「親なき後」の課題についても結局、「地域生活支援拠点」と称する「地域包括型ケア」への編入といった方向性に収れんされつつあるといえる。

【2016年3月主管課長会議報告】

また、先の障害者部会での議論を踏まえ、「意思決定支援」に関しては、2016年3月の主管課長会議において、意思決定ガイドライン等を2016年度中に整備し、相談支援・サービス管理責任者に徹底を図る旨の報告に加え、家族の「エンディングノート」等の活用も促進する旨の報告を行っている。

意思決定支援ガイドライン(案)の概要	
平成26年度障害者総合福祉推進事業 「意思決定支援の在り方並びに成年後見制度の利用促進の在り方」に関する研究事業	
意思決定支援の定義	
意思決定支援とは、知的障害や精神障害(発達障害を含む)等で意思決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活等に関して自分自身がしたい(と思う)意思が反映された生活を送ることが可能となるように、障害者を支援する者(以下「支援者」と言う。)が行う支援の行為及び仕組みをいう。	
意思決定を構成する要素	
1 障害者の態様(好み、望み、意向、障害の特性等)	3 人的・社会的・物理的環境等(関係者が、本人の意思を尊重しようとする態度で接しているか、慣れ親しんだ場所等)
2 意思決定の内容(領域) (1)生活の領域(食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴、余暇、社会参加等) (2)人生の領域(住む場所、働く場の選択、結婚、障害福祉サービスの利用等) (3)生命の領域(健康上の事項、医療措置等)	
意思決定支援の基本的原則(イギリスの2005年意思能力法の5大原則を参考)	
1 能力を欠くと確定されない限り、人は、能力を有すると推定されなければならない。 2 本人の意思決定を助けるあらゆる実行可能な方法は功を奏しなかったものでなければ、意思決定ができないとは見なされてはならない。 3 人は、単に賢明でない判断をするという理由のみによって意思決定ができないと見なされてはならない。 4 意思決定能力がないと評価された本人に代わって行為をなし、意思決定するにあたっては、本人のベストインタレスト(最善の利益)に適するように行わなければならない。 5 そうした行為や意思決定をなすにあたっては、本人の権利や行動の自由を制限する程度がより少なくてすみような選択肢が他にないか、よく考えなければならない。	
意思決定支援における合理的配慮	
1 本人の年齢、障害の態様、特性、意向、心情、信念、好みや価値観、過去から現在の生活様式等に配慮する。 2 意思決定支援を行うにあたっては、内容についてよく説明し、結果を含めて情報を伝え、あらゆる可能性を考慮する。	3 本人の日常生活、人生及び生命に関する領域等意思決定支援の内容に配慮する。 4 本人が自ら参加し主体的に関与できる環境をできる限り整える。 5 家族、友人、支援者、法的後見人等の見解に加え、第三者の客観的な判断が可能となる仕組みを構築する。
意思決定支援における留意点	
1 意思決定と情報 ・決定を行うに当たって必要な情報を、本人が十分理解し、保持し、比較し、実際の決定に活用できるよう提供すること。 ・本人が自己の意思決定を表明し、表現できるよう支援すること。 ・本人が表明した意思をサービス提供者等に伝えること。 ・本人の意思だと思われるものを代弁すること。 2 情報提供の留意点 ・本人への情報提供については、支援者の態度・方法・技術によって大きく異なることを理解すること。 ・できるだけ解りやすい方法、手段にて情報を伝える(手話、伝達装置、絵文字、コミュニケーションカード、スケジュール等含む) ・情報提供に関しては、ステップを踏んで確認しながら行う。 ・予測される副次的出来事(リスクも含む)について伝える ・決定の結果についての責任を伝える。	3 意思決定支援における最善の利益の判断 ・事案について、複数の決定によるメリットとデメリットを可能な限り挙げて相互に比較検討して結論を導くこと。 ・事案の決定について、どちらか一つということではなく二つを融合して一つ高い段階において決定を図っていくこと。 ・本人にとって、自由の制限がより少ない方法を選択すること。

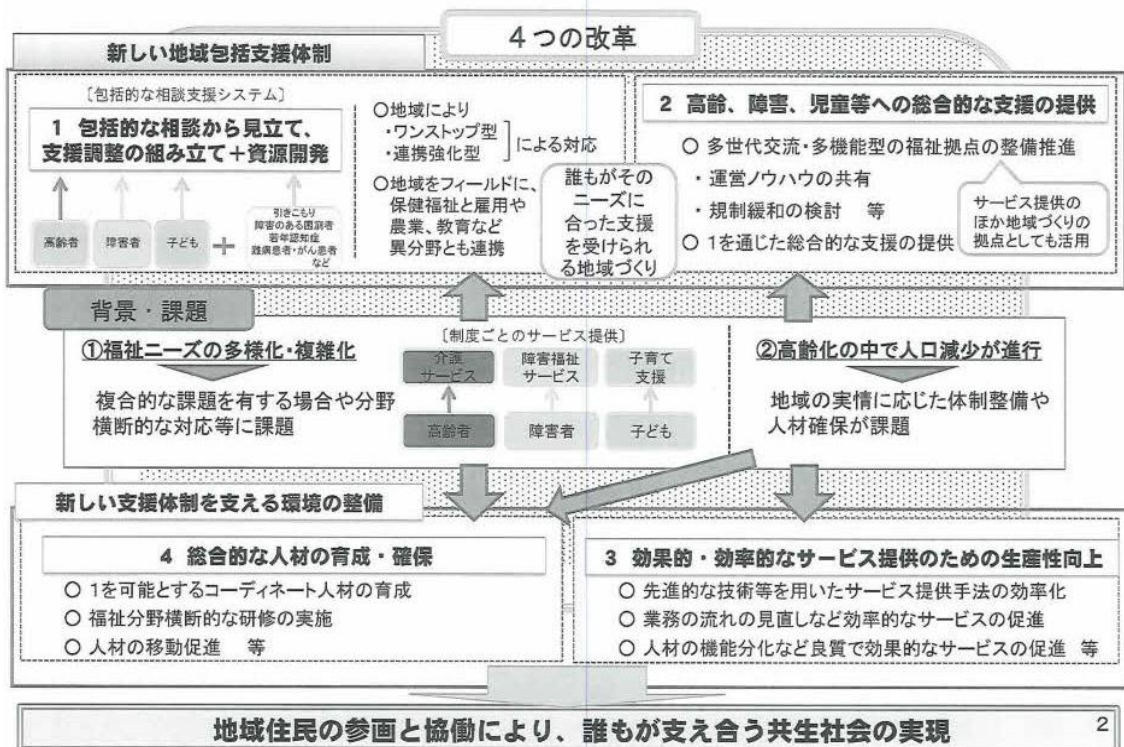
25

【厚労省の「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」から見えてくるもの】

この間、アベノミクス第二弾などの提起等を受けて、財務省財政審は、さらなる社会保障制度改革への提案を行い、障害者福祉サービスに関連しても、○制度執行面での適正化・障害支援区分の地域間格差の是正○制度上の見直し・本来の趣旨に沿ったサービス利用、真に支援を必要とする障害者への支援等・通所サービス利用者に対する食費負担軽減措置の見直し○障害児支援：放課後等デイサービス・目的に沿った利用が徹底されるよう、利用回数の設定を行うことや、他の保育サービスとの比較も踏まえて利用者負担を求めること等を検討○就労支援・就労移行支援・就労継続支援の在り方を見直しつつ、例えば、障害者毎に適切なサービスを提供するための支援区分を設ける○利用料負担等・障害者自立支援法の施行の際に経過措置として導入された食費負担軽減措置等については、他の制度とのバランスも踏まえ、経過措置終了後に廃止すべき等の提案を行い、障害福祉サービス等の見直しを迫っている。こうした中で、厚労省は、2015年9月に「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」を提案し、これらの方向性を具体化するための予算編成や、政省令・補助基準等の規制緩和を進めるとされている。

この中では、「包括的な支援体制の確立」や「高齢・障害・児童の総合的な支援の提供」をうたい、さらに「福祉の生産性向上による効率化促進」をうたっており、現実的に「福祉の生産性向上」のための予算化も進められている。

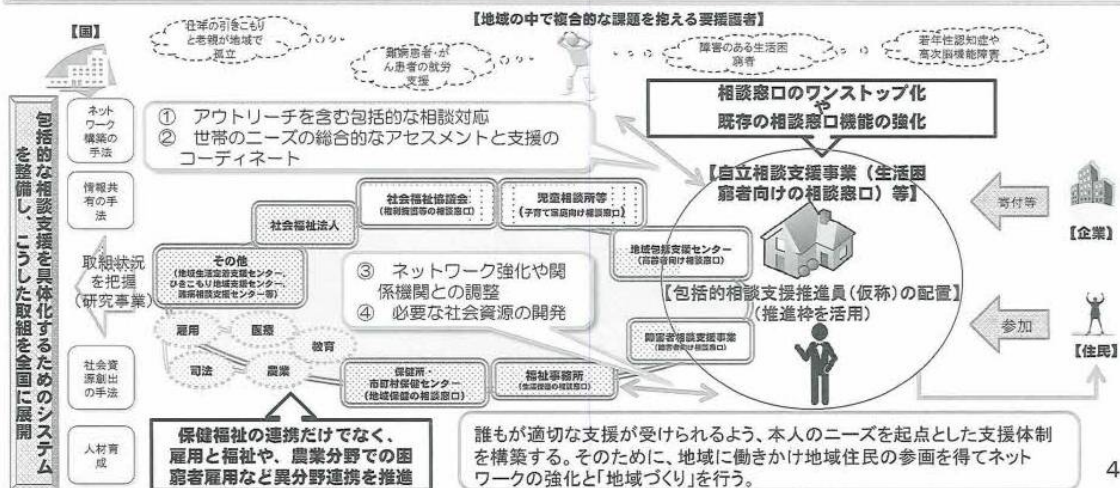
～新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン～



1 さまざまなニーズに対応する新しい地域包括支援体制の構築

① 包括的な相談支援システムの構築

- 我が国の福祉サービスは、高齢、障害、児童その他対象者ごとに専門的サービスが充実してきたところ。他方、福祉ニーズの多様化・複雑化や人口減少など地域社会が変容する中で、単独の機関によるアプローチでは、十分対応できないケースも浮き彫りになっている。
- 既存の支援体制の存在や地域によって実情が異なることも踏まえながら、こうした新たな課題に対応するため、
 - ・ 地域の中で「狭間のニーズ」を掘り取り総合的な見立てとコーディネートを行う機能を強化する
 - ・ 多機関・関係者の連携を強化し社会資源の開発を図る
 - ・ 支援人材を育成しつつ、包括支援のノウハウを全国展開する
 などの取組を通じ、多機関・多分野協働による新しい包括的な相談支援システムを構築する。



2 サービスを効果的・効率的に提供するための生産性向上

- 引き続き高齢化と人口減少に伴い、介護等福祉のニーズの増大と、それを担う人材不足が懸念されている。そうしたなかで、良質なサービスを効果的・効率的に提供していくためには、生産性の向上は不可欠である。
- 福祉サービスの生産性向上のためには、サービスの内容やプロセスについて改善を図る必要がある。具体的には、①先進的な技術等を用いたサービス提供手法の効率化、②効率的なサービス提供体制の構築の促進、③良質なサービス提供の促進を行う。

① 先進的な技術等を用いた効率化

- ・介護ロボット等の開発・実用化支援（介護・障害分野）
介護者の負担軽減、限られた人材を有効活用するという観点、また、高齢者・障害者の自立支援を促進するという観点から、ロボット等の開発・実用化を支援する。
- ・ICT活用の推進（介護・保育分野）
関係者間の利用者情報のリアルタイムでの共有化や書類作成事務負担の軽減等を図る観点から、ITの活用を推進する。



② 業務の流れの見直し等を通じた効率化（介護分野）

- ・業務の流れの見直し
スタッフの経験や能力の違いによってサービスにばらつきがないよう、提供手順、プロセスの見直し等を行う。
- ・兼業・業務範囲の拡大
限られた専門人材を有効活用する観点から、複数事業を行っている場合の職員が兼業できる業務範囲を拡大する。
- ・事業経営規模の拡大・事業の共同化
小規模事業所が行う事業所の併設施設対象として認められる施設の範囲を拡大する等、事業経営規模の拡大を推進するとともに、地域における小規模事業所等による人材育成の共同実施、人材交流等を推進する。
- ・産学官連携による生産性向上
産学官のプラットフォームを構築し、生産性の見える化と尺度の共通化や、現場レベルでの普及に向けた課題について検討する。

③ サービスの質（効果）の向上（介護・保育分野）

- ・質の高いサービスの提供
介護人材の機能分化を進め、人材層それぞれの能力や役割分担に応じた適切な人材の組み合わせ・養成により、良質なチームケアを提供できる体制の構築を図るとともに、第三者評価の受審を促す等サービスの質の向上を促す取組をすすめる。

6

すでに、「福祉の生産性」の向上等については、「介護のシゴト魅力向上懇談会」での議論や技術紹介などが盛んに行われ、「介護ロボット」への期待度は極めて高いとされ、2015年度補正予算や2016年度予算の中でも盛んにこうした取り組みを後押しするための措置が組まれている。加えて、「高齢・障害・児童」の「多世代型・多機能型事業」の導入についても、「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」では、その実現のための工程表を提示し、「地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン」を策定し、平成30年をめどに、各種規制緩和も含め、事業展開を可能とする等の方向性を示している。

地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン（概要）

資料3-1

ポイント

- 兼業・共用の取扱いが明確でない人員・設備の取扱いについて、**現行制度で運用上対応可能な事項を明確化し、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスの総合的な提供の阻害要因を解消。**



明確化する事項

- 高齢者、障害者、児童等の福祉サービスを組み合わせる福祉サービスを総合的に提供する際の、以下の①～③の事項を明確化。

<福祉サービスを総合的に提供する際に利用が想定されるサービス（例）>

高齢者等	通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護 等
障害者	生活介護、短期入所、機能訓練、就労継続支援（A型、B型）、放課後等デイサービス 等
児童	保育所、小規模保育事業、地域子育て支援拠点事業、放課後児童健全育成事業 等

① 兼業可能な人員

・管理者、代表者、医師、栄養士、調理員

② 共用可能な設備

【基準上規定がある設備】

・食堂、居間、機能訓練室、訓練・作業室、指導訓練室、浴室、医務室、静養室、事務室、相談室、調理室、洗面所、洗濯室、非常災害に際して必要な設備、便所 等

【基準上規定がない設備】

・玄関、廊下、階段、エレベータ、送迎バス

※高齢者、障害者、児童等がそれぞれ利用する設備を区切る壁等の設置が不要なことも併せて明確化

③ 基準該当障害福祉サービス等^(注)が活用可能であること

高齢者、障害者、児童等に対する福祉サービスの総合的な提供を実施する場合は、基準該当障害福祉サービスを実施することが可能であることを明確化。

(注) 基準該当障害福祉サービス等・指定障害福祉サービスや指定通所支援としての基準は満たしていないが、介護保険事業所等の基準を満たす事業所であり、市町村が認めたものにおいては、当該事業者が障害者（児）を受け入れた場合、基準該当障害福祉サービス等として特例介護給付費等が支給。

また、一方で、「福祉サービス」に対する考え方も大きく変化し始めている。

2016年3月、『昨年6月の「日本再興戦略」改訂2015の策定を踏まえ、公的保険外の介護サービスの活用を図るため、「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」（保険外サービス活用ガイドブック）を厚生労働省、農林水産省と連名で策定しました。団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。今後、認知症高齢者や単身高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援等を必要とする高齢者の増加が見込まれます。こうした地域包括ケアシステムを補完・充実していくためには、介護保険等の社会保険制度や公的サービスに加え、ボランティアや住民主体の活動等である「互助」、市場サービス購入等である「自助」を充実していく必要があります。一方で、現状、介護分野においては、介護保険内サービスと「自助」のサービスを併せて高齢者に提供することが必ずしも地域に根ざしておらず、高齢者の多様なニーズに必ずしも対応できていないという課題や、事業者及び自治体の担当者も、保険外サービス活用の事例が少ないため、踏み込むことに躊躇しているなどの課題が存在します。こういった現状を踏まえ、昨年6月に策定された「日本再興戦略」改訂2015においては、『地域包括ケアシステムと連携した民間サービスの活用を促進するため、生活支援・介護予防サービス・介護食の分野において、事業者及び地方自治体が公的保険外サービス創出にあたって参考とする「保険外サービス活用ガイドブック（仮称）」を策定し、地域に展開する』こととされています。経済産業省では、この「日本再興戦略」改訂2015の策定を受け、厚生労働省、農林水産省との連携の下、公的保険外サービスの優良事例を収集し、活用促進を図るため「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」を作成しました。今後は、高齢者が地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、高齢者や家族の多様なニーズに応える保険外サービスについて、地域版次世代ヘルスケア産業協議会等も活用しながら、保険外サービス情報の一元化を図る取組を推進することで、高齢者や家族、保険者、ケアマネジャー等がアクセスしやすい環境を整備してまいります。』として、「保険外サービス活用ガイドライン」を発表し、保険外サービスの積極的展開と活用を呼びかけています。

このガイドブックでは、「特に「自助」においては、高齢者や家族のニーズを踏まえて、自費で購入する保険外サービスがより拡充され、高齢者やその家族からみて豊富なサービスの選択肢が提供されることへの期待は大きい。また、サービスを受容する市場の観点では、従来の世代に比べて消費文化を謳歌した団塊世代が今後高齢化することにより、自分のニーズに合致した付加価値の高いサービスに対価を払う消費者が、今後増えていくと予想される。さらに、産業振興の側面から考えると、世界に先駆けて高齢化が進む日本において、健康寿命の延伸に寄与するヘルスケアビジネスの一つとして、高齢者の生活の質を高める保険外サービスを発展させていくことの意義は大きいといえる。」として、サービス分野として、見守り、食、買い物といった基本的な生活を支える分野に留まらず、旅行・外出や趣味なども含め、幅広い領域の事例を取りあげ、『「加齢によってできなくなったことのカバーする」すなわち、「マイナス状態をゼロに戻す」サービスに限らず、介護予防や介護状態の改善につながるものや、「ゼロからプラス」の喜びや楽しみにつながる、つまり、QOLの向上に寄与するサービスを積極的に取り上げています。なぜなら、「高齢者が住み慣れた地域で暮らし続ける」ということは、衣食住の最低限の生活が保障されるとともに、一人ひとりの高齢者が、できるだけ健康な状態であり続け、生きがいや楽しみをもって、生き生きと地域で暮らせることが必要だと考えるからである。』としています。

【保険外サービスの開発領域】



まさに、ここでは、保険外となったサービスが新たな産業チャンスとなり、そこに「福祉」という付加価値をつけて、市場化を安定させる方向性が大きく拡大されたといえます。

したがって、これまでの「福祉」に対し、積極的に起業チャンスが芽生え、その市場が確立されていくこととなれば、これまでに「福祉」の概念は大きく変更され、「福祉専門職」の位置づけも大きく半跣していくことが予想されます。

こうした流れの中で、障害福祉現場でも日中活動のあり方（60歳以降は就労A・Bから移行して生活介護で実績が必要。）や高齢分野（生活介護事業への参入）や児童分野（放課後デイ事業が、成人期の作業所事業を併設等）からも障害福祉への参入等の検討が始まっている。合わせて、「支援の継続性」を求めて、障害福祉と介護事業の同時運営等への施策誘導も進められている。

しかしながら、65歳の「介護保険優先」において、現在の要介護認定では、知的・精神障害の場合「非該当・要支援」の判定となる可能性も高く、この点では、介護保険改定に伴う、自治体が独自に立ち上げる「総合事業」（規制緩和型でボランティア活用の事業も）の枠内で、これらの障害者対応されることとなる可能性が高いが、総合事業の展開は全く十分な展望が示されていないのも現状である。

したがって、現行の障害者関連の事業所についても、以下のような課題を早急に検討していく必要が高まったといえる。

○高齢化する障害者への日中・暮らしの場での支援の創設

- ・単一世代処遇と多世代型処遇等の集団のあり方の検討
- ・いかに支援の継続性を担保するか

○多世代型といわれる事業における支援の継続性を担保するための事業展開のあり方（介護保険事業の導入）

○かりに、介護事業に移行した場合に求められる、障害の特性に合わせた支援のあり方の提案

これらの検討や実践、制度的問題点の把握等は、あまりに不十分であり、現実的に実践されるには至っていない状況がある。

こうした状況を受けて、早急に障害者の高齢化に伴う具体的支援の特殊性について、提案がなされるとともに、現場支援の確立が早急に求められる状況となっている。

ここでは、この間大阪障害者センター内に設置された「障害者の高齢期障害者の支援プログラム開発検討プロジェクトチーム」が過去3年間にわたって、個々の事例等をもとに検討してきた内容を踏まえ、その具体的対応の視点を整理してきたが、改めて制度的な在り方について、提言を行うものである。

ただし、今回の提言は基本的検討のための視点を整理したものであり、今後こうした視点をもとに、各事業の中で、目的意識的な実践を展開し、具体的プログラムへのヒントを見つけ出しながら、より具体化を行っていく必要がある。

ぜひ、これらの視点を踏まえ、各事業所での支援の創設を期待したい。

1：高齢期の障害者の老化の特徴を踏まえて

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

まず、障害者の場合、多くが身体構造や心身機能に、幼少期から障害があり、十分な全身機能の未発達な状況が起こり、その後の生活の中で、副次的にその他の機能の変化をきたしやすいという特徴を持っている。

② 基礎体力や抵抗力の不足

さらに、こうした幼少期からの障害が故に、基礎体力は健常者と比較して未発達なうえに、体力増強の機会も不十分である。同時に、当初からの免疫不全や長期にいたる服薬等の影響で副作用としての他疾病（歯肉炎や肝障害、肥満等）や免疫不全を起こしやすいというリスクも抱えている。

③ 二次障害発生リスクの高さ

二次障害とは、成人障害者にみられるもともとの障害の悪化または新たに出現した症状や障害のことで、しばしば動作能力の低下をとまなう。二次障害発症の原因として、もともとの障害（一次障害）加齢の影響が加わるだけでなく、その障害者の置かれている生活や労働の状況の影響が推測されている。

C P等の障害者の場合、こうした発見が遅れ、「不定愁訴」等の表現で、その実態や原因追及が遅れ、深刻化するケースや、ポリオ等の障害の場合、男性のポリオ障害者は、就労や社会参加で無理をして身体を酷使することが当たり前のようになされてきた社会環境の中で、非常に重篤化するまでその症状を訴えない障害者などもある。

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

合わせて、障害が重く、自らの自己主張や自律観の形成が行われにくい障害者の場合、絶えず管理下に置かれ、社会経験や対人関係も狭い中で、自己主張や主体的活動が制限され、主訴の訴えや変化への気づき等精神的。身体的主体性を確立できないままの障害者の存在もあり、こうした障害者のライフサイクルにおける高齢期をどのように援助していくかという支援技術は何も開発されていないという現実がある。

これらの特徴を持つ障害者の高齢期支援は、いわゆる老化現象が、一般健常者に比較して早期（40代前後）から発生してくることが先駆研究等でも明らかとなり始めている。

また、こうした老化等の状況を踏まえ、人生の総仕上げとしての円熟期をどう支援していくのかは一般的にうたわれる高齢期支援とは大きく異なる側面を持つといえる。

2、高齢期障害者の現実的課題

先の障害者部会での現状認識のように、「65歳未満の障害者で親と同居している知的障害者は90.7%、精神障害者は65.7%」となっており、親と生活している割合が高い。親による支援は、生活全般にわたる場合もあり、「親亡き後」は生活を総合的に支援する者が失われることになる。一方、夫婦で暮らしている知的障害者は5.1%、精神障害者は25.4%。子と暮らしている知的障害者は4.3%、精神障害者は16.7%となっており、親以外の支援者が少ないため、「親亡き後」に親に代わる支援者が必ずしもいる状況ではない。」同時に、「障害者総合支援法第7条に基づく介護保険優先原則については、公費負担の制度よりも社会保険制度の給付を優先するという社会保障制度の原則に基づいている。」ことのより、「障害の特性」とは異なる「一般介護」のための施策に転換されることによって生じる様々な課題も指摘されている。

ここで指摘されるように、家族介護中心主義の実態は、大阪の障害者児を守る会等が行った「2013年障害児者のくらしと介護者の健康調査」でも以下のような実態や要望が明らかになっている。

○母親中心型の介護で、心身ともに疲れ切り、時間的余裕もなく、老若問わず障害児者を我が子に持つ母親の一生涯の生活問題となっている。

○障害者問題は、自己責任では解決しない、「子の自律」「親(母親)の自律」は権利であるはず。※現実には、様々な社会的環境が、成人期以降の親子の「相互依存」を形成・助長し、地域からの孤立化等を引き起こし、最後には「親子心中」や「親の死後放置され餓死」等の悲惨な事件を巻き起こす原因となっており、その介護は体力的にも、経済的にも限界となっている。

○障害者のライフサイクルに係る三つの深刻な現状と課題

※「就学前」「18歳の思春期」「65歳以降」の制度的問題が存在。

○子どもが本当に一人の人として自律して生活できするための施策の展開を

○公的介護保障の実現を早期に図ることが、障害者の権利保障を全面的に実現していく最優先の課題である。

しかも、家族介護中心型福祉の負の遺産として、親を中心に組み立てられてきた重度障害者のくらしは、親が倒れると同時に崩壊し、一部兄弟姉妹が肩代わりをしていることもあるとはいえ、多くがある日突然その基盤を大きく変化させられることとなっている。

多くの場合、入所施設や特別養護老人ホーム等への入所の形態をとるが、実際には親の介護力の低下に伴って、精神病院への措置入院等の措置すらとられる実態がある。

こうした場合、現行の制度では「成年後見法」等が設定されているとはいえ、本人意思を十分反映した対応がなされているかは多くの意見があるところである。

にもかかわらず、障害者部会では引き続き本人意思の尊重というより、親の「エンディングノート」の活用等が議論され、親の思いの生活がそのベースになっている。

また、現行制度では障害者施策上高齢期支援の制度がなく、加えて介護保険制度上も「障害の特性」を想定した支援制度はあまりに不十分な状況にある。だからこそ、親が長年介護し続けてきた障害者の支援の継続に多くの不安を抱えていることは紛れもない現状といえる。

3、高齢期の障害者への支援プログラム開発の意義

しかしながら、障害者の高齢期の支援については、早くから課題とされながらも、その特性や具体的支援プログラムについてはいまだ十分な解明や取り組みが進んでいないとは言えない。

そこで、ここでいう支援プログラムはマニュアルではなく、具体的支援について、個性とともに、「集団」・「発達」「生活」を大切な視点にしながらプログラムの提言をしてい

くこととする。

・個別性 発達の課題をおさえる 環境的要因（人生）

ここでは、「人生の完成に当たって、今まで獲得してきた同一性を振り返る。そして「自分自身のただ一つのライフ・サイクル」「自分のライフ・サイクルにとって存在しなければならないし、どうしても代理のきかない存在として重要な人物」「自分の人生は自分自身の責任であるという事実」を受け入れなければならない。」というエリクソンの指摘のように、自ら整理してそのことを語ることの難しい障害者に対し成育歴やライフヒストリー等を丁寧に聞き取り、本人中心の主体的人生の確認や生きがい・目標の設定を行っていくことが重要であり、こうした把握のための時間を十分保障することが第一義的課題となる。

そのために、家族のみならず本人を交えた支援者ネットワーク内での相互交流の時間を設定する必要がある。

・早期発見 発見のための支援（視点）のポイント

また、障害者の高齢化が早期から進む可能性とともに、身体的変化が急激に起こる実態を直視し、経年的にその変化を把握するための健康状態把握とそのための支援のプログラムを編成していく必要がある。なお、とりわけ身体的変化の特徴的なものは以下のようなものがあげられる。

- 肥満・糖尿病：突然死
- 多薬による肝臓障害・歯肉炎等
- 悪性腫瘍等の発見
- てんかん発作のパターンの変化
- 認知症症状の進行
- 急激退行・行動停止等の身体的変化

こうした変化をとらえるために日常的なバイタルチェックや血圧測定等の把握とともに、定期的な健診や経年的変化チェックリストの作成を行う。

また、当事者の体の変化に対する理解を広げるために、「私の身体」等の教室を開催し、自分自身の身体や障害に対する理解を広げていく時間を設定する。

個別対応が必要な場合、福祉職とともに看護職等がこの対応にあたる。

4、高齢期の障害者への支援制度を考える

1) 本人の意思決定を支援する制度の構築

新たな制度を考えるとき、高齢期支援の前提となる「人生の成熟期をより豊かに」というとき、その人の人生や暮らしに寄り添った本人の意思決定への支援が最優先されなければならない。

障害者権利条約においては、以下の規定が十分配慮されなければならない。

第十九条 自立した生活及び地域社会への包容

この条約の締約国は、全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に包容され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。この措置には、次のことを確保することによるものを含む。

(a) 障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと。

(b) 地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（個別の支援を含む。）を障害者が利用する機会を有すること。

(c) 一般住民向けの地域社会サービス及び施設が、障害者にとって他の者との平等を基

礎として利用可能であり、かつ、障害者のニーズに対応していること。

第12条2項

「締約国は、障がい者が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。」

等の規定からすれば、まさに日本の成年後見制度は、代行決定を法的に認める制度であるばかりか、高齢期につきものの医療における同意権等も想定されないものになっている。

諸外国では、イギリスのMCAやサウスオーストラリアSDMプロジェクト等のような意思決定支援の基本的仕組みを早急に導入する必要がある。

この点では、障害者部会でも議論されている「意思決定支援ガイドライン」等の考え方をもとに、単なるガイドラインではなく公的な制度としてこうした仕組みが導入されることが緊急に求められている。（当然親ともその決定支援への参加を可能とすることも重要なポイントとなる。）

2) 「障害の特性」と「置かれてきた環境」に配慮した支援制度の確立

先に示したように福祉サービスの現場から、具体的な支援プログラムの提案もされているが、この制度については、介護保険優先から外し、障害者福祉サービスの中で構築されていく必要がある。何よりも、生涯障害とともに生活してきた障害者の負の遺産としての経済生活の不確立、文化化等社会生活参加への制限を受けてきた障害者の支援として、社会的支援として確立していく必要がある。

とりわけ、「障害の特性」や「おかれてきた環境」に十分配慮した支援が行える制度設計が、合理的配慮の視点からも求められている。

単に経済的効率のみを求める「福祉」では、障害者の人権は守れないし、これまで「家族中心型福祉」で放置されてきた「個人の尊厳」を取り戻していくための視点が重要である。

その点では、生活介護事業・入所施設支援・グループホーム等の新たな形態の検討が緊急に必要となっている。

その際、とりわけ専門職種との連携等介護人材の基本基準の見直しや介護技術の向上等の人材育成等も急がれるところである。

3) 医療等の他分野との連携を実態化した支援ネットワークの確立を

障害者の高齢化は、一般の人と比較してかなり早期に発生し、そのリスクは非常に大きいことが明確になり始めている。

この際、医療との連携は不可欠なものとなっている。在宅医療や訪問看護・訪問リハ等も含め身近な形で医療の提供が受けられる条件をつくりだすことは緊急の課題といえる。

しかし、現状制度では、いまだに障害者医療への忌避や排除が行われていることも現状であり、こうした障害者医療システムの構築とともに、身近な地域医療がバックアップしていくよう報酬体系の見直しなど医療制度における障害者医療の確立も求められている。

合わせて、先の意思決定支援でも明らかなように、一人の障害者への支援は、極めて福相的な支援が必要となる。そのための人的ネットワークの確立と合わせ、入所施設でのガイドヘルパー活用等福相的な制度利用を可能とする制度見直しも重要となっている。

4) 人生の豊かさを保障するライフサイクルに合わせた支援制度の確立を

障害者の高齢期の支援は、まさにその人の人生の総仕上げともいえる。しかしながら、障害者のライフサイクルに合わせた支援はあまりに不十分で、高齢期になって突然その力が発揮できるものではない。

その点では、障害者のライフサイクルに係る三つの深刻な現状と課題（「就学前」「18歳の思春期」「65歳以降」の制度的問題）の解決を急ぐとともに、社会的・文化的活動への参加を十分行えるような仕組みづくりも求められる。

こうした制度の確立によって、「親の自立・子の自立」ができるための制度設計を行わない限り、「親亡き後」の問題は決して解決しない。家族に対する支援の視点も重要な課題といえる。

5) 成年後見制度等の活用と課題

成年後見制度は精神上的障害（知的障害、精神障害、認知症など）により判断能力が十分でない方が不利益を被らないように 家庭裁判所に申立てをして、その方を援助（財産管理及び身上監護）をしてくれる人を付けてもらう制度です。現在のように各種福祉サービスが「利用契約制度」となって以降、成人期の契約に関してこうした成年後見人が関与することが必須となっているとはいえ、これまでの家族依存型福祉の立場からいえば、なかなかその運用が不十分なうえに、制度上の問題点も多くあり十分活用されているわけではないが、本人の財産権の確保については、大きな役割を持つことは明らかである。

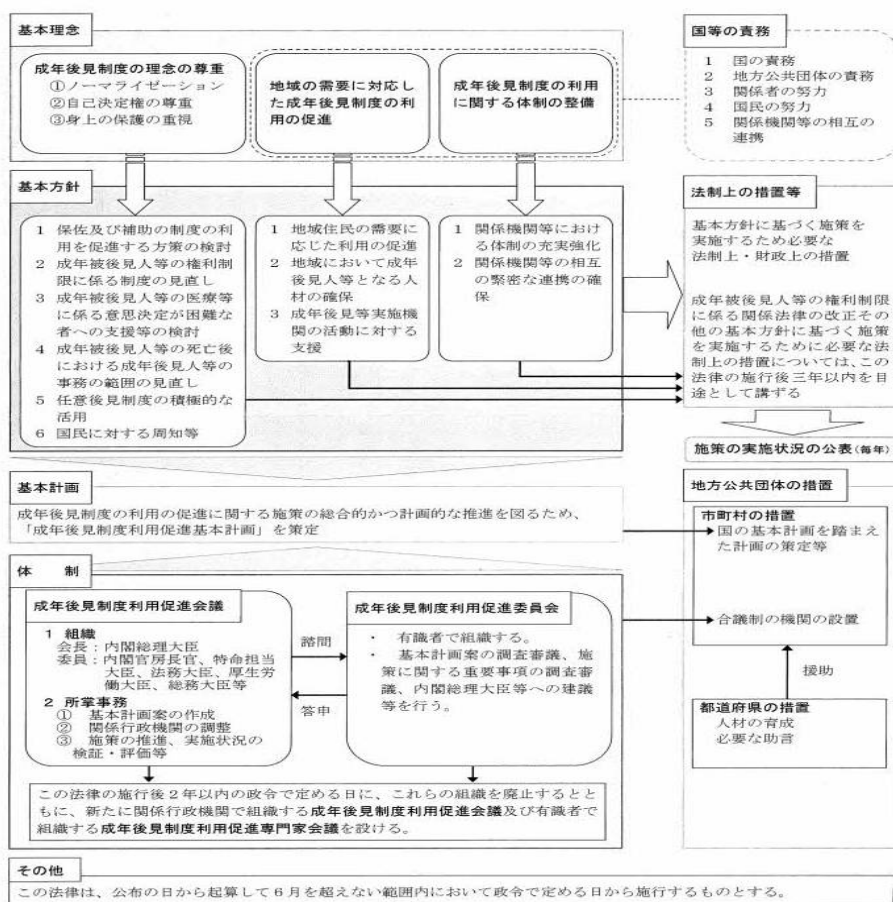
その問題点は以下のような指摘が行われている。

① 後見制度における被後見人等の資格・権利制限

※本人の意思決定支援制度の整備課題

- ② 医療同意権等の課題
- ③ 被後見人の死後の事務範囲が不明確
- ④ 後見人の担い手の絶対的な不足
- ⑤ 障害者の身上監護等における障害理解の不足
- ⑥ 後見人の金銭管理上の横領等の多発

成年後見制度の利用の促進に関する法律案イメージ図



現在、こうした課題について、訴訟などが展開され、選挙権等は復活したものの、資格制度等に関しては、引き続き大きな課題を残されている。

この点では、現在、「成年後見制度利用促進法」等が上程され、その検討が進められようとしている。

こうした検討が進められたとしても、後見制度のみで十分な本人の意思決定支援を行うことは困難であり、家族を含めた身上監護等における人的ネットワークづくりが急務となる。相談支援センター等を中心にした、こうした人的ネットワークの一員として、後見制度の活用を進めていく必要がある。

6) 親の願いを残し、託すことの意味（エンディングノートとは）

また、現在、育成会等では、親のエンディングノートづくりの課題が取り上げられている。

障害者の継続的支援については、その世代ごとに様々な機関等が関わっているが、現在は個人情報保護の立場から、こうした情報が共有化されることは極めて困難となっている。

個別支援等に関わって本人のこれまでの人生等を十分反映させるためにも、系統的なアセスメントが必要となるが、この点でもこうした過去を記録化し継承していくための取り組みは大きな意味をもつものといえる。加えて本人の障らについての支援にあたっても、家族の存在や親亡き後への思いなどをその時期ごとに伝えていく資料としてこうした記録の作成・保管、継承等を行っていくことも、本人の意思決定支援には不可欠なものとなる。積極的な活用が望まれる。ただし、親の思いと本人の意思が全く同じものであるとは限らない、あくまで本人の意思決定支援の要素の一つとして活用されることが重要である。

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

高齢期 P T 提言・日中活動（植田）作業活動・集団編成／余暇活動／健康管理・運動

知的障害者の高齢化問題への対策や支援プログラムの開発が遅れている要因には、制度的な基盤整備が十分になされてこなかったことに加えて、そもそも「老い」は個人差が大きい上に、知的障害者の場合には老化の特徴とされる変化が加齢に起因するものなのか、それ以外の要因（因子）によるものかを判別することが難しいということがあった。しかし昨今、知的障害者の加齢変化の特徴や生活実態についての調査、事例研究などが徐々に取り組み始め、それによれば、彼らの場合、障害のない人の老化とは区別し、何らかの特別な支援なり配慮が用意される必要があることが明らかになってきた。

また、研究や調査が進む中で、障害者の加齢変化の特徴をふまえた日中活動や暮らしの場における支援プログラムの開発も進められるようになっていく。彼らの生活実態に即した支援プログラムを提示することは、国が「新しい地域包括支援体制」の実現という名目で進めようとしている「高齢・障害・児童等への総合的な支援の提供」に対して、中年期から高齢期の障害者支援の質を担保する点からも重要になってくるだろう。

以下では日中活動における支援プログラムの基本的な考え方を述べていくことにする。

① 高齢期の日中活動の考え方

これまで日中活動の考え方は、労働・作業活動、つまり、生産活動に比重を置いて取り組まれてきた。しかし、中年期・高齢期においては身体機能の低下を防ぎ、生活能力を維持・向上するための「生活プログラム」をベースに展開されることが求められてくるだろう。もちろん、これまでと同様に、障害者が生産的な活動に参加することを通して、生き甲斐や達成感を持つことができるような支援も続けていかなくてはならない。また、障害者それぞれの希望や身体機能・精神活動面の状態などによっては、活動の内容は生産的なものに限らず、余暇的・趣味的なものなども検討する。

② 作業・生産活動への配慮

中年期・高齢期を迎えてもなお、身体機能の低下がそれほど顕著ではなく、精神活動面においても比較的安定している場合には、本人の希望も聞いた上で、これまでと同様の日中活動を過ごしてもらう。作業場面における若年者との交流についても、本人への刺激や張り合いなどプラスに働く場合は、積極的にかわりをもつことが望ましい。

しかし、中年期から高齢期にかけては、日々、心身の状態は変化していくものと考えられるため、それぞれの状態を見極めた上で、部分的に支援を行ったり、プログラムの内容を変更・修正したりしなければならない。具体的には、作業時間を短縮する、作業内容を平易なものへと変更する、一緒に作業するメンバーとの調整を行うなどがある。もちろん、一定の期間でプログラムを設定するが、彼らの心身の状況は毎日、毎時間ごとに変化するものでもあるため、その時々で柔軟な対応が求められる。

③ 余暇的・趣味的なプログラム

身体機能の低下や精神活動面の状態によって、作業時間やプログラムに変更を加えた場合、その代わりに余暇的・趣味的な内容のプログラムを用意する必要がある。基本的な考え方としては、本人の意向に沿った内容にすべきである。園芸や陶芸、手芸、貼り絵、料理、映画やテレビ鑑賞など個人で楽しむものや、クラブやサークルなどを作って活動したり、なかまや職員と談話したりといったことがある。一か月、一週間単位で当事者とともにスケジュールを確認しながら、本人のやりたいこと、行きたい場所などを聞き取

り、プログラムの設定を行うなど、日課がパターン化しないよう工夫する。

④ 健康面に配慮したプログラム

中年期・高齢期には身体機能が徐々に低下していく。もちろん個人差はあるが、それぞれの状態によって、作業場面については負担のないような工夫が求められてくる。また、通院も日課の中心を占めるようになってくるだろう。ちょっとした風邪をこじらせるなど、病気も治りにくくなるといった老化の特徴もある。したがって、健康維持を目的にした屋外での散歩やリズム体操、水泳などの運動もプログラムに積極的に取り入れる。その際、理学療法士など他の専門職とも連携して行っていく。また、プログラムには、定期的な健康診査、日常のバイタルチェックに加えて、排泄や生理の状況、体重の変化、日常生活動作からみる体力低下などのアセスメントの実施も位置づけておくことが大切である。

⑤ 環境・空間の工夫

作業時間を減らしたり、作業内容を変えるなどした場合、一緒に作業する若年者との距離をどう図っていくのかということも課題になってくる。作業を続ける若年者と同じ空間にすることが刺激になる場合もあるが、人によっては居心地の悪さを感じたり、ゆっくりと過ごすことができないといったこともあるだろう。間仕切りを置くなど空間を工夫することでお互いが落ち着いて作業できるようにしたり、別のプログラムの場合には別室を用意したりする。また、余暇的・趣味的なプログラムを過ごす空間は、ゆったりとできるようなものにすることも大切である。

⑥ 地域交流や新しい人間関係づくり

余暇活動を考える場合、一つの場所だけで行っていくには、その内容に広がりを持たせることは難しい。地域の行事やイベント、同じ趣味をもつ外部のグループなどに積極的にかかわっていくことで、余暇活動に幅がでるとともに、新しい人間関係を築くことにもつながる。しかし、新しい場所に出向き、新しい人間関係を築くことは多大なエネルギーを要し、人によっては混乱する場合がある。こうした取り組みは、心身の低下が見られてからではなく、もっと若い時から意識的に取り組まれることが望ましいだろう。様々な場所で、多くの人と接点を持ち、物事にふれておくことは、働く以外の生き方を見つけるためのヒントにもなるだろう。

⑦ 年齢区分による支援プログラム——作業活動・集団構成、余暇活動、運動

高齢期における日中活動の支援プログラムを提案するに際して、制度・政策動向とのかかわりから検討する必要もあるだろう。最近の動向としては、介護保険と障害者福祉サービスの統合問題が懸念されている（たとえば、「地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン」）。一般的にライフステージでは、青年期・中年期・高齢期という期に分けられている。中年期は、40歳以上65歳未満、高齢期は65歳以上である。さらに、高齢期は、65歳以上75歳未満までの前期高齢者、75歳以上の後期高齢者に分けられている。ここでは、介護保険制度に対応する形で40歳以上60歳未満、60歳以上65歳未満、65歳以上の三つの区分にわけるとして支援プログラムのあり方についての検討を試みた。

ところで、介護保険制度では、40歳以上が被保険者となることができ、「第1号被保険者（65歳以上）」と「第2号被保険者（40歳以上65歳未満）」に区分されている。介護保険制度のサービスを利用するのは「第2号被保険者（40歳以上65歳未満）」の場合は、「要介護」・「要支援状態」が「特定疾病」によって生じた場合である。老化に起因する疾病とさ

れる「特定疾病」は下記のように介護保険法施行令で定められている。知的障害のある人も、40 歳以上 65 歳未満で主治医の意見書に「若年性認知症」など特定疾患の診断がつけば、たとえば、日中活動では、「認知症対応型通所介護（介護給付）」のサービスを利用することができる。ただし、先述したとおり、知的障害者の加齢変化の特徴やこれまで受けてきた社会的不利益から考えて、何らかの特別な支援なり配慮が用意される必要があり、一般の高齢者施設の支援とも大きく内容が異なる点を理解しておかなければならない。他にも、身体介護の度合いを中心にして要介護度を決定する介護保険認定の仕組みについても、障害者が地域で必要な支援を継続して受けることを困難にするという問題点も指摘されている。つまり、生まれた時から障害とともに生きる人たちの高齢期支援の必要性は、介護保険制度の要介護認定の仕組みからは明らかにできないということである。このことは、厚生労働省が実施した調査（「障害程度区分認定者の要介護状態区分等」）において報告された、障害支援区分が「区分 5」「区分 6」であっても、要介護状態区分では、「要介護 1」「要介護 2」「要支援」の判定が出るという結果からも明らかである。

「特定疾病」

1. がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に到ったと判断したものに限る）
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症
4. 後縦靱帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8. 脊髄小脳性麻痺
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
13. 脳血管症
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

（1）中年期支援（40 歳以上 60 歳未満）

〈作業活動・集団編成〉

生産的な活動への理解や仕事に対する意欲も高く、若年者とも協力しあい、時には班の中心的な存在にもなれることから集団構成は若年者との混合による設定とする。作業活動は、屋内・外の軽・中作業とする。たとえば、屋内の場合、紙加工・織物・縫製・手工芸・清掃などで、屋外の場合には、農耕・飼育（養鶏）・清掃・環境整備などである。ただし、作業内容によっては、個々人のペースに配慮して高齢者集団を編成する。また、作業活動への参加が身体的負担とならないようにするために、週の作業時間については本人とも相談して無理がないような配慮を行う。

〈余暇活動〉

作業活動以外の日課は、小集団でのグループ活動を保障し、買い物や外出、健康維持を目的とした散歩やリズム体操、水泳などの運動、地域で行われているレクリエーション行

事への参加などである。

〈運動について〉

中年期の運動ライフは楽しみながら運動・スポーツを行うことをポイントとする。身体的には40歳頃から視力が低下したり、体脂肪が高くなる傾向にあり、女性では骨量の急速な減少が進み始める。一方、社会的には仕事・地域での活動をはじめ、様々な役割を担う時期でもあり、忙しさも増してくることから、運動・スポーツ活動から遠ざかり、生活習慣病に悩まされる人が増える。したがって、配偶者や家族・仲間との交流を軸に、楽しみながら運動できるプログラムと用意する。また、継続して実施できるもの、自身の健康管理にも関心を持てるような取り組みがよい。

(2) 高齢期支援への移行期(60歳以上 65歳未満)

〈作業活動・集団編成〉

日中活動を身体への健康維持と機能回復、意欲の向上につながるものとして位置づける。作業活動は、主に屋内の軽作業とする。たとえば、紙加工・織物・縫製・手工芸・清掃などである。集団構成は、少人数の同質の高齢者集団とする。意欲や集中力、持続力の低下に配慮して、身体的負担とならないように週の作業時間については本人と相談し設定する。作業の成果をあげることもより楽しんで取り組める雰囲気を大切にする。

〈余暇活動〉

作業活動以外の日課であるが、小集団でのグループ活動は、意欲や集中力、持続力に衰えがみられ、受け身の姿勢になりやすいことから、本人の希望を聞いた上で、刺激となれば若年者との混合も検討する。健康維持を目的とした散歩などの運動にも取り組む。

〈運動について〉(一般的に65歳～74歳の前期高齢期に当たる)

前期高齢期に差し掛かる準備期は、加齢に伴って身体的な衰えが顕著になってくるとともに、体力・運動能力が低下し、疲労回復に時間がかかったり、体温調節機能も弱くなったりといった特徴が見られるようになる。しかし、個人の自由時間を有効に活用すれば、人生の中でもっとも多く時間、運動やスポーツを楽しむことができる時期でもある。この時期の運動ライフについての考え方は、健康に対する不安や孤独感に陥らないために、自身の健康づくりに関心を持ち、主体的に取り組むことが大切になる。家族や仲間、世代間を超えた人々とスポーツや趣味を通じて積極的に交流を図り、体力の衰えを防ぐためにも、楽しみ方を工夫するとよい。それと同時に、栄養バランスがとれた食事を心掛け、疲労が蓄積されない程度に適度な運動・スポーツを継続的に実践する。

(3) 高齢期支援(65歳以上)

〈活動内容・集団編成〉

この時期になると、個人差はあれ身体機能の衰えや日常生活動作における支援の度合いが高くなっていく。精神活動面においては、気分の浮き沈みが見られたり、集中力や持続力を欠くようにもなる。日常的な生活サポートや医療サービス・リハビリテーションが必要になるだろう。日中活動も理学療法士などによる身体機能の維持を目的とした訓練が基本となる。集団構成は、高齢者中心のグループとするが、精神面の安定を図る上で職員との個別的なかわりも大切にする。また、環境・設備面への配慮、個々の病気や障害に応じた食事の提供、かかりつけ医との連携や緊急時の支援体制の構築も求められる。

〈運動について〉(一般的に75歳以上の後期高齢期に当たる)

この時期の運動ライフは体力に応じた内容を心がける。日常生活において行う掃除などの家事も運動の一つとして、軽度の運動の機会を増やし、仲間や世代間を超えた人々との交流を重点に、地域におけるスポーツ・レクリエーションの場に参加したり、ボランティア

ア活動や趣味のサークルに積極的に出かけて行く機会を持つ。

高齢者の健康づくりのためのレクリエーション活動や軽スポーツ
(レクリエーション活動)

- ① ハイキング、ピクニック、オリエンテーリング、キャンピング
- ② 旅行、ホステリング
- ③ 社交ダンス、フォークダンス、盆踊り、日本舞踊、民踊
- ④ 家や庭の手入れ、家庭菜園、ガーデニング

(軽スポーツ)

- ⑤ ゴルフ、ターゲットバードゴルフ、ミニゴルフ
- ⑥ ゲートボール、ボーリング、ローンボーリング
- ⑦ テニス、フリーテニス、卓球
- ⑧ ビリヤード、輪投げ、ダーツ、フリスビー
- ⑨ 水泳、水中歩行、水中ダンス

(リラクゼーションについて)

・ スヌーズレン

重度知的障害者を対象とするレクリエーションとしての創始から、対象は幼児から高齢者まで年代を問わず、障害の有無を超えて拡がり、治療や教育としても発展している。スヌーズレンは、一般には視覚、聴覚、触覚、嗅覚、味覚の五感を適度に刺激する多重感覚環境 (Multisensory Environment) の中で利用者と指導者(介護士・治療士・教員等)と環境の 3 者間の相互作用による活動で、利用者と指導者の共感を重視し、利用者の主体性を尊重して行われる。

- ・ 身体ストレッチ(様々な体操、バランスボール等用具を使って行なうもの全般的に)
- ・ 様々な呼吸法など
- ・ 環境調節(部屋を暗くする、アロマ、音楽をかける、ヘッドホンや耳栓などをする、人目を気にせずいられる場所)

※ 運動に関する参考文献

1. 「豊かなスポーツライフ～年代別スポーツの楽しみ方」守谷市公式サイト

<http://www.city.moriya.ibaraki.jp/tanoshimu/shogaigakushu/moriyasports/082020131107.html>

2. 厚生労働省ホームページ「健康日本 21 身体活動・運動」

http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/b2.html

⑧ 介護保険制度を利用している知的障害者の居宅サービス計画書

ここで参考に介護保険制度を利用している知的障害者の居宅サービス計画書を例にあげる。

【居宅サービス計画書 (1)】

知的障害、70 歳、一人暮らし、近くに住む兄弟が毎日訪れて援助をしている。療育手帳 B、要介護 3、他傷・自傷行為・パニックが時々ある。

〈利用者及び家族の生活に対する意向〉

(本人) いつも職員が来てくれるのを待っている。散歩に行きたい。家に住み続けたい。

トランプで遊ぶのが楽しい（ケアマネジャーの見解：感情のコントロールが難しく他者とのトラブルがみられるが、来訪者をいつも心待ちにされている様子から、デイサービスやショートステイ、ホームヘルパーを利用しながら在宅での生活を継続したいとの希望をお持ちだと考えます）。

（家族）常に見守りや促しが必要な状況で、夜間はベッドから出て起きていることが多いので、体調を崩したりしないかいつも心配している。本人が望む限り今の介護サービスを受けながら、自宅でめんどろをみていきたい。認知症等が発症すると大変と聞いている。また、介護する家族の側の状況もどうなるのかわからないので、その都度、相談していきたい。

〈介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定〉

状態区分が当分の間継続すると認められるため、認定有効期間を 24 か月に延長する。なお、心身の状態が変化した場合は、状態区分変更申請をする。

〈総合的な援助の方針〉

身体の不調を訴えることが難しいため、体調の変化に周囲が注意し悪化の予防に努める。日常生活全般に見守りや促しが必要なため、家族の負担が大きくなりすぎないように支援体制を整える。これからも他者とのかわりの中で楽しい時間を過ごすことができるように、それぞれの関係機関・事業所で連携・協力しながら、環境への配慮や個別の対応を行う。

【居宅サービス計画書（2）】

〈生活全般の解決すべき課題（ニーズ）①〉

（本人）これからも外出して気分転換したい。

〈長期目標・短期目標〉

散歩を続けること。・転倒せずに過ごすことができること。

〈サービス内容〉

- ・ 下肢筋力防止のため、できるだけ動かすように、声かけを行う。
- ・ 生活に密着した活動（家事や散歩などを提供し意欲の増進につながるような援助を行う〔個別機能訓練加算I〕）。

- ・ 転倒に留意しながら、気分転換ができるように外出の支援を提供する。

- ・ 通院や外出が続けられるように車いすを貸与する。

〈サービス種別〉

- ・ 認知症対応型通所介護 4 回/週
- ・ 短期入所生活介護 利用時
- ・ 移動支援（自律支援） 2 回/週
- ・ 福祉用具貸与 随時

〈生活全般の解決すべき課題（ニーズ）②〉③④⑤

（本人）これからも家で生活したい。

（家族）体調が悪化する前に不調を把握し、早めに対応することで、これからも自宅で生活できる状態でいてほしい。

〈長期目標・短期目標〉

体調を崩さず生活できること。病状の悪化を防ぐことかできる。

〈サービス内容〉

- ・ 診療と療養上のアドバイスをを行う。
- ・ 健康状態に注意して、食事内容にも気をつける。服薬管理・通院の付き添いを行う。

- ・ 全身状態をチェックし、入浴介助を行う。
- ・ 体調に変化がないかの把握に努め、情報を共有する。

〈サービス種別〉

- ・ 外来通院 指示通り
- ・ 認知症対応型通所介護 4回/週
- ・ 訪問介護 2回/週
- ・ 短期入所生活介護 利用時

【個別機能訓練計画書】

〈ケアプラン〉

生活に密着した活動を提供し意欲の増進につながるお手伝いをする。

〈利用者・家族の意向〉

いつまでも好きな散歩ができるように下肢筋力の低下を防止したい。

〈長期目標〉

転倒しない脚をつくる。生活機能訓練を行い、自宅に帰ってからも身の回りの家事などができるようにする。

〈短期目標〉

下肢筋力維持と向上に努め、積極的に体操に参加してもらう。自宅に戻ってからも食事の準備や洗濯物等の家事ができる。

〈プログラム（運動による機能訓練）〉

リズム体操、手指のリハビリ体操、上肢運動、下肢運動、口腔嚥下体操、口腔ケア

〈プログラム（レクリエーションによる機能訓練）〉

- ・ 洗濯物干し・洗濯物たたみ、調理の具材切り・盛り付け、食器洗い、お米とぎ
- ・ 散歩、外出、ゲーム、カラオケ

以上の「居宅支援計画サービス計画書」は障害者のこれまでの生活や発達、障害特性にも配慮しつつ、身近な生活の場で支援を提供することを重視した内容になっている。介護保険サービスを一律に優先させることには困難があることがわかってもらえるだろう。ただし、障害者の高齢者サービスの利用を否定しているのではない。本人の変化や状況にあわせて障害者福祉、介護保険という二つの異なった制度・サービス、それ以外にもさまざまな資源を組み合わせ調整していくケアマネジメントが今後は重要になってくる。つまり、高齢者福祉施設を利用体験したり、法人内外の施設間交流や連携も図りながら、障害者が安心して納得できる環境を提供することが大切なのである。

6、暮らしの場での支援について

※暮らしの場の基本は、本人にとって、疲れを癒し、明日への拡大再生産を図る場であることが重要であり、ここにまで個別の支援プログラムを持ち込むことは不適切である。

※その人が最もくつろげ、自分のペースで生活していける環境づくりが重要な課題となる。

※ただし、GHや入所施設等の集団生活を行う場合には、一定のルールを理解が必要であるが、そのルールが強要的なものとならないよう留意しておく必要がある。

※また、個人での独立した生活にあたっては、どこまで支援が必要か等十分なアセスメントを行い、適切な日常生活の組み立てについての支援計画が綿密に立てられることや、課題が起こった際の人的支援ネットワークの構築が必要となる。

○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）

障害のある人たちの成人期・中年期・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10万人（2016年4月）をこえてきているが、さまざまな障害のある人たちが「どこでだれと暮らすのかを自由に選ぶ」には暮らしの場の制度は選択肢としてあまりに貧困である。障害のある人たちが「地域社会の中で普通の市民としてこのような暮らしをしたい」という暮らしのイメージや希望や夢を膨らませながら親元から離れ、一人暮らし、グループホーム等、自立生活にチャレンジしていけるためにも経済的保障、暮らしの場の確保は喫緊な課題となっている。

「入所施設からの地域移行」が押し進められ、入所施設の定員が減少してきている中、国は障害の重度化、障害者の高齢化や「親亡き後」の生活を見据え、地域で安心した暮らしの支援や緊急時の対応等、居住支援のための機能をそなえた「地域生活支援拠点」構想を提案している。そのあり方として多機能型整備、面的整備など提案はされているがその絶対数が不足していることから、家族の高齢化や病気など介護者が不在となるとたちまち安心した生活の場を失い、ロングショートで暮らさざるおえない障害者が増加している。暮らしの場の面的整備のみならず、多機能型地域生活拠点を中心とした地域で重層的に暮らしを支援するネットワークが必要である。

1、暮らしとはなにか

障害のある人の場合、結婚している人はわずか4.4% 圧倒的に未婚者が多く、親と同居している。障害の程度にかかわらず、ライフステージに応じた自分の住む場所や暮らし方について選択でき、本人の思いや願いが尊重された生活支援が保障されることは障害者権利条約においても「選択の自由を持って地域社会に生活する平等の権利を認める」とされている。家族と暮らす、一人で暮らす、好きな人と暮らす・・・それぞれのライフステージに応じた選択肢があってよい。

暮らしの場とはその人にとって「居場所」であり、「楽しさ・心地良さ・安心感」を感じられるところである。地域の中で必要な支援を受けながら「どのような暮らしがしたいのか」を自分で決めることのできる場でもある。個別のプライバシーが保障されることや衣食住が保障されていることを前提とし、個の尊厳が保障され、その人らしさが追求できる条件整備がされていることが必要である。

2、中年期・高齢障害者の暮らしの場としてのグループホーム

特別養護老人ホームで暮らす高齢知的障害者はおよそその定員の1割に満たないといわれ

ている。65 歳を超え、要介護状態になった高齢知的障害者が介護保険施設に入所できているのはごく少数であることがわかる。障害者入所施設で暮らす障害者の高齢化は進んでいるが、国の脱施設化の施策で入所施設の定員が減少する中、中年期・高齢者の知的障害の暮らしの場となりつつあるのがグループホームである。

「家庭的小集団（4 人から 10 人）」による地域社会における暮らしの場のひとつとして 1989 年にグループホーム制度ができ、全国に急速に広がった。グループホームはそれぞれ生きてきた過程が違ふ障害のある人たちの共同生活の場である。「家庭的小集団」ではあるが家族とは違い、それぞれ違った成育歴、生活スタイルをもつ他人同士・異年齢集団である。多くの障害者は 30 代 40 代でホームに入居し、10 年 20 年を経過する中で健康管理、通院支援、病状の重度化等により医療的ケアの増加、障害の重度化など加齢による身体・精神機能の変化が生じてきている。その対応としてホームでは支援の増加、生活支援内容の変化を迫られている。一方でそれまでの生活史を踏まえ、ホームの生活集団と 40 代 50 代を共に過ごし、高齢期をホームで迎えたとき、ホームの生活が安心して居心地の良い場所に、そしてホームが終の棲家として最期まで暮らし続けたい場所となりえているかどうかが高齢期支援においても重要になってくる。高齢障害者にとって暮らしの場の確保、経済的保障は前提としてあるが、豊かな人間関係や居場所があるかどうかが高齢期の生活の充実にとっても重要な視点である。

3、暮らしを支えていく支援者としての役割と視点

1) 加齢による変化をとらえていく

ホームにおいて生活全体の安定の鍵は基本的な生活そのものの安定（ぐっすり眠る、おいしく食事を食べ、排せつもしっかり出す）が大切になってくる。障害のある人の場合、加齢に伴う心身機能の変化や症状等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）など具体的な生活の場面での変化を支援者（世話人、生活支援員）が早期に気付き対応すること。また生活の中で日常的に予防的な高齢期支援の視点を取り入れた生活支援をおこなっていくこと課題である。

○「高齢期支援アセスメントシート」活用し、健康状態の変化等経年的に変化をつかむ
個別性を大切にしながら生活の主体者となりうるためには支援者の意識的・意図的なホームでの実践が課題となってくる。そのために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）を導入していく。

○ ＜世話人、生活支援員＞：生活の中で高齢期の予防的な視点を取り入れた支援

- ・ 日常的なバイタルチェック
- ・ 食事（食前、食事中、食後）支援のチェックポイント
- ・ 排せつ支援のチェックポイント（尿、便の状態、回数、尿意、便意など）
- ・ 入浴支援のチェックポイント など（バイタル、皮膚、全身の状態など）
- ・ 睡眠の状態把握（時間・深さ・リズムなど）
- ・ 整容・清潔保持（身だしなみ、衣服の交換などが関心がなくなる、できなくなる）
- ・ 部屋の整理整頓（物をなくす、乱雑になる・掃除したまらない）
- ・ 「しんどい」等、何気ない言葉や姿から精神的・身体的な体調の変化をつかむ

2) 健康を守るとりくみ（通院、医療機関も含めた複数・重層的な支援ネットワーク）
加齢に伴い精神状態や体調の変化への対応していくために環境整備をしていく。また、介護者である家族の病気や死去に伴い、それまで家族が担ってきた通院支援・服薬管理・体調管理、衣類等日常的な備品購入、金銭管理、行政への手続きなど急速にホーム（第3者）に移行が迫られることになる。高齢障害者が病状の重度化や加齢によるケアや医療が必要になった際、なじみの関係での生活を維持し、そして本人が望む場所で最期まで暮らしていくことができるように、医療関係者・家族等と協力して対応していく事が求められる。これらはホームの制度だけでは担いきれない課題も多く含まれており、家族が生存中に「エンディングノート」の作成や成年後見制度への活用、医療機関のネットワークの整備、介護保険の関係機関との連携など重層的なネットワークづくりが求められる。

<サービス管理者の役割>

○経年的なアセスメントに基づいた個別支援計画作成

ADL セルフケア（食事、身だしなみ、入浴、排せつ） 精神活動（認知ほか） IADL
コミュニケーション、社会とのかかわり等アセスメントに基づいた計画を立てていく
特に入退院した時等状態が変化した時には、状態の変化に合わせて計画を立てていく

○日常的な生活のサポートや健康面での医療との連携をしていく

- ・これまでの病歴・受診歴・服薬状況など救急対応できる医療シートを作成する
- ・主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していく。

- ・訪問看護ステーションとの連携

主治医と連携しながら、必要な医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が心地よい状態で生活できるようにしていく。

- ・薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

地域の薬剤師（調剤薬局）や歯科医師との連携、栄養士（訪問栄養指導）との連携など、必要に応じて多様な専門職との連携で対応する。

- ・作業所看護師との連携（定期健診、通院、体調の変化など情報を共有）をしていく
- ・医療連携などの制度の活用により、訪問看護ステーションと日常的な24時間サポート体制をつくる

・障害の理解のある介護支援専門員を窓口介護保険の訪問・通所リハビリ、福祉用具等専門職のネットワーク（協同支援体制）をつくる

- ・家族等の信頼・協力関係

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等といっしょになって入居者本人の支援をしていく。

○通院・入院の対応ができる医療機関の開拓

・増加してくる通院支援について定期受診は移動支援や居宅支援と連携していく（受診前にはホームでのデータの情報提供をしていく）

・定期受診（かかりつけ医）から特別な検査（総合健診）ができるような支援と総合病院の確保をおこなっておく（がん検診など）

・介護支援専門員を窓口往診や訪問看護等、ホームで医療的なケアができる体制を整える

○成年後見制度の活用

- ・生活を主体的に営めるような金銭管理への支援
- ・行政への手続き支援
- ・日常的な身上監護により権利を守る支援

＜管理者の役割＞

- ・職員の教育・研修

医療関連専門職との連携で、重度化などケアが充実するように、職員教育・研修に努めていく。

3) 個人の尊厳が守られ、生活の主体者として意思決定を支援する。

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、役割や出番のある暮らし、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。

衣服の着脱、おしゃれ、整容（化粧など）食事(家事) 入浴、洗濯など生活の中で個人のできる力やこれまでしてきた経験などを踏まえながら、介護されるだけではない主体的におこなえる活動、生活の中でわくわくするような活動を保障していく事ができているか。日々の支援の中で自己決定できる場面を増やすことができているか。特に重度障害者の意思決定を支える場合、本人への権利侵害とならないよう支援者間での情報共有を行い、ともに生活を作っていく視点を大切にしていく。

○主体的な生活の営み

- ・食事は希望や選択肢を取り入れやすい。日常的な食事、休日の食事、行事食など楽しく、おいしく栄養バランスのとれた食事がとれること（刻み食、とろみ食など工夫）を保障する。
- ・家事への参加（お米とぎ、えんどう豆のさやむき、クッキング・・・など一緒にする）
- ・洗濯（洗濯機にいれる、干す、取り入れる、たたむ、片づける・・・など）

○生きてきた歴史を共有できる居場所としてのホーム（居室・共有空間、時間）

- ・生きてきた人生を共有していく：アルバムづくり 大切な写真や絵などをかざる
- ・生活感のある居室（大切なものや思い出のものがある）居場所
- ・自分の部屋として模様替え、整理整頓、掃除などの部屋づくりによる生活のうるおい、気分転換
- ・ゆったりとした時間の流れ（入浴・食事・就寝など）主体的に過ごせるような支援

○楽しみのある生活

- ・自己選択、「したい」気持ちや「楽しみ」を大切にしたりメリハリや楽しみのある生活季節が感じられる行事など（正月、七夕、誕生会・・・）

○役割のある生活

お茶を入れる、花の水やりなど

○よりよく暮らしていくための話し合い

- ・ホームで一緒に過ごす人たちと 自分たちの生活のルールを考える

○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を広げていく

- ・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
- ・活動を通して洗顔、整容、衣類のコーディネート等意欲をもって行えるようにしていく

4) 地域生活を支援するために支援体制づくり

地域で暮らすとは支援を受けながら買い物や散髪、受診、金融機関へ行くなど生活に必要な活動が保障されること、余暇を楽しめること等普通に社会の一員として地域生活をおくれることである。障害者が地域で暮らすことに対してはまだまだ理解が困難な状況もあるが、ともに暮らす中で、地域社会の一員として暮らすことができるようにしていく。

○災害時、障害のある人たちの命を守る取り組み

- ・地域自治会の防災訓練への参加をし、日常的な災害への備えをおこなう
- ・地域の人たちと支えあう関係づくりをおこなう

○地域行事への参加し、地域の一員として日常的な関係づくり、障害への理解

- ・清掃活動・夏祭り・老人会など

5) 共に歩んできた仲間たちを偲ぶ、いのちを大切にしていける活動

- ・ホームでの看取り実践
- ・家族や近親者の死去へのグリーフケアのとりくみ

○高齢期支援プログラム 暮らしの場（入所施設）での留意点

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考えているが、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ところという訳ではない。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いえる。

また、現在親亡き後等を含め「地域生活支援拠点」の整備等も位置付けられているが、その内容は、面的整備及び拠点型整備等も含め、以下のような機能が強調されている。

○相談（地域移行・親元からの自立）

○体験の機会・場（一人暮らし、GH 等）

○緊急時の受け入れ・対応（ショートステイの利便性・対応力向上等）

○専門性（人材の確保・養成・連携）

その点では、今後の施設の機能としては、緊急時の一時保護的機能とともに、暮らしの

場としての機能が必要となる。

その際、基本的には、以下のような留意点を持って現行制度の見直しが進められなければならない。

○生活・日中活動場面における配慮

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。

生活支援については、家族以外の支援について「他人からの介助の受入」を受容できるよう安心感を持ち、本人の意向に合わせて、集団生活を受容できるような支援が求められる。この際、緊急保護（ショートステイ含む）的課題からいえば、虐待や老障介護等から生活のリズムの乱れや異常な生活感を持つ人たちに、安心感を与え、加えて人間らしい暮らしの享受が可能となる支援が提供されなければならない。

また、日中支援に関しては、先の日中支援プログラムについて、移行期支援を中心に個別の適切な支援が必要となる。

C F

※暮らしへの安心や楽しみ（暮らしにおける楽しみ）等の経験を広げていけるような支援も求められる。

※カウンセリングや個別懇談等、本人の暮らしへの希望や傷ついてきた気持ちの整理を行い、「個人の尊厳」（個人としての存在の確認・役割等の確認）を取り戻すための支援も重要となる。

○予防・医療等の支援について

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える。

同時に、十分なアセスメントとともに、身体的・精神的状況の変化を把握し、必要に応じて医療につなげていくための視点が重要となる。

○意思決定支援について

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なと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。

また、地域生活や高齢期支援事業への移行等も含め、十分なアセスメントを行うとともに、相談支援事業者や後見人等を含め人的ネットワークの形成を意識的に行っていく必要がある。

○居場所と環境

居場所・生活環境等に対する緊急の改善が必要で、個人のプライバシー保護と安定した個人空間の確保、さらに共同スペースの小規模化等空間確保のためのユニット化等が計画的に進められる必要がある。その際、「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く必要がある。

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取り組みが必要である。

○人的支援ネットワークの中核を担える人材の育成

本人の様々な支援について、障害の特性を十分理解し、本人のニーズ等に応える支援を展開していくために、様々な支援者を広げていかなければならない。これにあたって、保護者からの「エンディングノート」とうのような情報について、支援者に対しその詳細な情報や支援上の配慮等を伝達していけるための情報把握と提供が重要になる。合わせて他事業等での支援にあたって、支援者育成についても O J T 的支援も含めた支援方法の伝達など支援者育成についても大きな課題となる。移行等にあたってこうした支援を可能とするような人的配置も求められるところである。

【資料 1：レクレーション】

○日本レクレーション協会等が様々なレクを紹介しています。

○高齢者の為のレクリエーション リスト

(<http://www.geocities.jp/zunasea39/recreationindex1.htm>)

1 前座レク

・ゲーム すつとこどっこい挨拶・しりとり挨拶ゲーム・数決めしりとり・だるまさんだるまさん・落ちた落ちた・東京駅のお買い物・よろず屋さん回し・何て言ったの？・予想クイズ・後出しジャンケン・音楽 手を叩きましょう・撫でて叩いて・「さ」で叩きましょう・ドンパン体操（ドンパンゲーム）・もしもし亀よ（8 4 2 1 体操）・もしもし亀よ・（鼻つまみ体操）・お馬の親子・おもちゃのチャチャチャ・となり組・おサルのお籠

2 みんなで楽しむレク

・手軽レク ボール回し ボール・テーブルボール転がし ボール・お料理上手ゲーム うちわ・お手玉・感じて感じて！ゲーム 手触りの変わったもの。・聞いて聞いて！ゲーム 叩くと音の出る物・ちょんまげリレー 帽子・ジェスチャーリレー メモ紙・孔雀のお色直しゲーム 洗濯ばさみ・われふたとじふた ざる新聞紙棒・風船バレー 風船・一寸法師ゲーム ざる人形シーツ・一攫千金ゲーム プール新聞紙・どこまで通せる？ 球、ペットボトル・大相撲ゲーム・銭形平次ゲーム・

3 あんたが主役レク

・ご本人インタビューゲーム 事前取材・名句誕生 紙鉛筆・1年後の私へ・当ててください 目方でどん！・当ててください 人間時計・ジェスチャーゲーム・知人を当ててください 紙鉛筆

4 出来ないから楽しいレク

・とんとんすりすり・ぐーぱー・指回し・輪ゴム通し・○×体操

5 回想法を取り入れたレク

・あの頃私は 紙鉛筆・もいちど会いたい 紙鉛筆・昔の記憶

6 音楽を取り入れたレク

・民謡イントロドン 民謡音源・5文字歌リレー 無・同時曲当て 音源2つ・スタントコーラス 歌詞・輪唱 歌詞・字抜き歌遊び 歌詞・交互に歌合戦 歌詞

7 頭脳レク

・ナンバーズ風宝くじ 数字カード偽札・名産地当てクイズ 無・物当てゲーム 日用品 シーツ・京急線ビンゴ ビンゴの準備・色合わせカードゲーム 色の札・挨拶バトル 黒板

8 言葉遊び

・簡単なクイズ遊び 無・ちょっと考えるクイズ遊び 無・正しい意味はどっち 無・珍名さんクイズ 無

9 音楽クイズ

・民謡囃子歌クイズ 音源（あれば）・懐メロクイズ 音源（あれば）・キーワード曲名当てクイズ 無

10 人生のバックに流れていた曲

・歌うだけで感動出来る歌 歌詞・

11 カードで盛り上がろう！

・あら、同じだ 数字札・さかさカルタ 絵札・ジェスチャーカルタ 絵札・擬似音カルタ 絵札・輪投げ百人一首 百人一首、輪

12 レクの王様ジャンケン

・痴呆向け ジャンケン前準備体操・担当者対利用者全員ジャンケン・勝って下さいジャンケン・負けて下さいジャンケン・予想ジャンケン・ごめんなさいジャンケン・ばんざいジ

ジャンケン・ごめんなさいばんざいジャンケン

13 道具を使ったレク 痴呆向け

・出来るかなお手玉投げ お手玉・きびだんご1つくださいな お手玉・きびだんご1つくださいな応用編 お手玉・出来るかなお手玉投げペア お手玉・お料理上手ゲーム（2と同じ） お手玉・夏だ！アイスクリーム送り お手玉・夏だ！ぼたもち送りゲーム お手玉（2種） ギャル新聞紙・落とせ落とせぼたもち落とせ お手玉 紙箱のフタ・新聞紙棒で準備体操（体叩き、床叩き、舟漕ぎ運動） 新聞紙棒・新聞紙棒ホッケー 新聞紙棒

14 ぶんこ救済レク

・CWの皆さんの労をねぎらって 円座サッカー・（ペットボトル倒し） ボール、ペットボトル20本（水入り含める）・円座サッカー（ペットボトル倒し） チーム対抗 ボール、ペットボトルに赤と白のカラーテープ貼る・円座サッカー（隠れ文字を当てろ） ボール、隠れ文字を書いた紙、新聞紙を丸めたもの

15 レク前の話題づくり

・今日は何の日

【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
(2015 年厚労研究)

（1）地域の安心を創出するために

相談支援事業により地域の「要リスク者・要リスク家庭」が十分に把握され、現状の生活を維持するに足る障害福祉サービスがコーディネートされていること、さらに日常生活の危機に対応できる「セーフティーネットサービス（機能）」が地域に準備されていることが求められる。また危機状態が長期に渡る場合に、その受け皿としてのサービスが地域に準備できる素地（地域自立支援協議会に資源開発を検討する機能）があること。

（2）その実現に向けた方策

① 安定した財源に支えられた「相談支援事業」があること。

事業の安定性を考えると緊急対応を含めた複数の相談支援専門員が配置できる財源を担保された委託相談が理想であるが、「地域定着支援事業」の要件を緩和又は追加して、地域で暮らすリスクの高い人に対する相談支援体制が整えられる必要がある。

② 危機介入が可能なサービスとそれを支える人的保証があること

地域生活が危機にさらされたとき機能するのは、24時間365日の受け入れや派遣が可能な「短期入所」や「居宅介護事業」（行動援護事業）が必要である。既存の障害福祉サービスであるが危機状況に介入できる受け皿を確保するためには、空床保障とスタッフの育成及び確保のための財源が準備される必要がある。またこれらの安心を創出するために地域生活支援の「拠点」が整備されることが有効である。

③ 地域自立支援協議会を軸とした「地域ケアシステム」が確立しており、その機能が地域に周知されていること。

相談から緊急時のサービス依頼、サービスのコーディネート、さらにその後の暮らしにつながる地域ケアシステム（地域自立支援協議会の機能）が地域に確立していることが必要である。

D. 「地域生活支援拠点」の運営モデルについて

本研究において求められる「障害者の地域生活支援を推進するシステムを機能させる条件」の具体的な資源としては「地域生活支援拠点」の機能がその選択肢のひとつになると思われる。

「地域生活支援拠点」は平成25年7月から10月にかけて開催された「障害者の地域生

活の推進に関する検討会」において整理されたニーズと求められる機能は以下の通りである。

<ニーズ>

- 地域での暮らしの安心感の担保。
- 親元からの自立を希望する者に対する支援。
- 施設・病院からの退所・退院等地域意移行の促進。
- 医療的ケア・行動障害支援等、専門的な対応を必要とする者への支援。
- 医療との連携等、地域資源の活用。
- 夜間も利用可能なサービス、緊急対応体制。
- 障害特性に応じた体制整備。

<求められる機能>

- 相談（地域移行・親元からの自立）
- 体験の機会・場（一人暮らし、GH 等）
- 緊急時の受け入れ・対応（ショートステイの利便性・対応力向上等）
- 専門性（人材の確保・養成・連携）

これらの機能をさらに具体的に整理すると以下のサービスメニューに組み合わせが考えられる。

① 24時間365日対応できる相談支援機能

- (ア) 委託相談（基幹相談支援センター）
- (イ) 地域移行のための安心生活支援事業（地域生活支援事業）
- (ウ) 特定相談支援・障害児相談支援
- (エ) 一般相談（地域移行支援・地域定着支援）

② 重度化高齢化に対応するための濃厚な支援ができるグループホーム

- (ア) 高齢化に伴う身体的な介護難易度の高まりに対応した設備（特別浴槽、エレベーター等）
 - (イ) 日中活動に通えなくなった場合を想定してのグループホーム内またはできるだけ移動をせずに使える日中活動の場の確保
 - (ウ) 医療依存度の高い利用者に対応できる看護師の配置や医療機関との連携
- ③ 重度かつ高齢の障害者にも対応できる通所サービス（生活介護・療養介護・地域活動支援センター等）

① 緊急時にも対応できる短期入所機能

- (ア) 緊急時にこそ利用ができるように空床確保の場合の報酬保証
- (イ) 重度障害者でも利用できる設備、人員体制、スキルの高いスタッフの確保
- (ウ) 支給決定の柔軟な運用（遡及）

⑤ 居宅介護等支援事業、移動支援事業

緊急時対応加算の増額等によるスタッフの確保及び負担軽減

⑥ 医療依存度高い利用者への対応

- (ア) 訪問看護との連携
- (イ) 既存サービスの医療連携体制加算の要件の緩和等

①の「24時間365日対応できる相談支援機能」については、さらに以下のような相談支援事業の役割を担うことが想定される。

ア. 委託相談（基幹相談支援センター）

1. 障害福祉サービス利用希望者の前捌き相談
2. 計画相談への繋ぎ支援

3. 障害福祉サービスに繋がらないケースの相談
4. 困難ケースへの対応、スーパーバイズ機能
5. 緊急対応したケースの継続相談（イ・2,イ・3 のケース）
6. 協議会への参画・事務局機能

イ．地域移行のための安心生活支援（地域生活支援事業の活用、コーディネーターの配置と短期入所型の宿泊スペースの確保など）

1. DV、虐待ケース
2. 在宅の行動障害、精神障害などの家族トラブルのケース
3. サービスにつながっていないが、障害の疑いがあるケースの緊急対応
4. アの事業では対応できない、あるいは馴染まないケースで地域の実情に応じて対象を設定。

ウ．特定相談支援・障害児相談支援障害福祉サービスの利用を希望する障害（児）者に対してサービスなど利用計画を作成する

エ．一般相談支援（地域移行支援・地域定着支援）

1. 入院中から、住居の確保や新生活の準備等の支援を行う「地域移行支援」
 2. 地域生活している者に対し、24時間の連絡相談等のサポートを行う「地域定着支援」
- 特に「イ．地域移行のための安心生活支援」については本研究において言及されている「緊急時などの支援機能（セーフティーネット機能）」として緊急時の危機介入対応の相談窓口とサービスの受け皿として期待出来る。

「緊急対応」には電話相談で対応できるものから、現場に駆けつけて状況を確認整理するもの、即座に介入を要するもの、あるいはある程度の期間（1日～2日の対応から数週間に渡るものまで）に渡って宿泊や日中活動の支援を要するものなどがある。

そのことを踏まえて「緊急対応」の介入状況をステージとして整理し「緊急相談」「緊急派遣」「緊急宿泊」として整理したのが図2である。

緊急時に対応する専門職種として「緊急対応コーディネーター（仮称）」（職種としては、相談支援専門員を想定）を配置し当面の応急的支援のコーディネイトを行うとともに、緊急派遣・緊急宿泊のケアに直接対応するための「（仮称）緊急対応支援員」を複数配置する体制を提案する。緊急事態への対応は、緊急時に対応するための様々な支援のコーディネイトや直接的なケアに加え、緊急事態の再発予防まで継続した支援が必要になるため、これらの対応に必要な人的体制を整備することが必要である。

このように相談支援や緊急対応のサービスでの対応についてはすることになるが、そのサービス資源整備のイメージと求められる機能は図3に示されている。

この機能強化拠点内容を事業イメージとして4つのプランを検討した。「拠点」におけるサービスの組み合わせや人員配置（人数）については地域の実情に合わせて、地域自立支援協議会を通じてその地域に必要な機能と人員体制を検討する必要がある。

また、図4～7に想定される組み合わせイメージを提示下。

※注）「組み合わせの例②,③」については日中活動に通えなくなった「重度かつ高齢の障害者等」が利用する場合として想定される。

このパターンについては建物も相当な規模になることが予想されることから、整備をする際には「地域生活の支援拠点」という機能が十分に反映できるように地域の関係者による議論が必要である。

地域生活支援拠点(多機能拠点型)の組み合わせの例 ③

同一の建物の中に日中活動、グループホーム、短期入所、居宅介護等支援、相談支援、安心生活支援事業(地域生活支援事業の活用等)を整えるパターン(高齢化・重度化に伴い、日中活動に通うことが困難になる障害者の利用を想定)

