

(9) 日常の意思疎通等の変化と住居

日常の意思疎通等の2～3年前からの変化と住居との関連性を見るために、各項目ごとに変化と住居とのクロス表を作成し、 χ^2 乗検定を行った。その結果、全ての項目で有意差が見られた。それ故、日常の意思疎通等の項目の2～3年前からの変化と住居の間には関連性があるといえよう。各項目についての変化の評価は、「低下はみられない」と「低下した」の2段階であった。以下、検定結果に基づきながら各項目の変化と住居との関連性について述べる。

①意思決定の変化と住居（表27-1）

入所施設は、意思決定についての2～3年前との比較で「低下した」が35%とグループホーム・ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホームは27%であり、居宅は17%で最も低下が少なかった。

②日課の理解の変化と住居（表27-2）

入所施設は、日課の理解についての2～3年前との比較で「低下した」が34%とグループホーム・ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホームと居宅は15%程度であった。

③意思伝達の変化と住居（表27-3）

入所施設は、意思伝達についての2～3年前との比較で「低下した」が37%とグループホーム・ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホームおよび居宅は19%であり、入所施設に比べて低下が少なかった。

④指示への反応の変化と住居（表27-4）

入所施設は、指示への反応についての2～3年前との比較で「低下した」が40%とグループホーム・ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホームおよび居宅は25%前後であり、入所施設に比べて低下が少なかった。

表27-1 意思決定の変化と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
意思決定 2～3年前との比較	低下はみられない	度数	181	124	59	364
		住居の%	64.9	72.9	83.1	70.0
		調整済み残差	-2.74	1.02	2.59	
	低下した	度数	98	46	12	156
		住居の%	35.1	27.1	16.9	30.0
		調整済み残差	2.74	-1.02	-2.59	
合計		度数	279	170	71	520
		住居の%	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は21.30です。

表27-2 日課の理解の変化と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
日課の理解 2～3年前との比較	低下はみられない	度数	185	142	60	387
		住居の %	66.5	85.0	85.7	75.1
		調整済み残差	-4.89	3.60	2.20	
	低下した	度数	93	25	10	128
		住居の %	33.5	15.0	14.3	24.9
		調整済み残差	4.89	-3.60	-2.20	
合計		度数	278	167	70	515
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は17.40です。

表27-3 意思伝達の変化と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
意思伝達 2～3年前との比較	低下はみられない	度数	175	137	57	369
		住居の %	63.2	81.1	81.4	71.5
		調整済み残差	-4.52	3.36	1.98	
	低下した	度数	102	32	13	147
		住居の %	36.8	18.9	18.6	28.5
		調整済み残差	4.52	-3.36	-1.98	
合計		度数	277	169	70	516
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は19.94です。

表27-4 指示への反応の変化と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
指示への反応 2～3年前との比較	低下はみられない	度数	167	122	52	341
		住居の %	60.5	73.5	75.4	66.7
		調整済み残差	-3.24	2.25	1.64	
	低下した	度数	109	44	17	170
		住居の %	39.5	26.5	24.6	33.3
		調整済み残差	3.24	-2.25	-1.64	
合計		度数	276	166	69	511
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は22.95です。

(10) 日常の活動性等の変化と住居

日常の活動性等の2～3年前からの変化と住居との関連性を見るために、各項目ごとに変化と住居とのクロス表を作成し、 χ^2 乗検定を行った。その結果、全ての項目で有意差が見られた。それ故、日常の活動性等の2～3年前からの変化と住居の間には関連性があるといえよう。各項目についての変化の評価は、「特にない」と「ある」の2段階であった。以下、検定結果に基づきながら各項目の変化と住居との関連性について述べる。

① 日常活動性の変化と住居 (表28-1)

入所施設は、2～3年前と比較して、日常活動性の変化が「ある」は35%であり、グループホーム・ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホームは「ある」が26%、居宅はやや多くて31%であった。

② 記憶力の変化と住居 (表28-2)

入所施設は、2～3年前と比較して、記憶力の変化が「ある」は45%であり、グループホーム・

ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホームは「ある」が34%、居宅はやや多くて40%であった。

③感情面の変化と住居 (表 28 - 3)

入所施設は、感情面の変化が「ある」は50%であり、グループホーム・ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホーム、居宅はともに「ある」が40%であった。

④意欲・行動面の変化と住居 (表 28 - 4)

入所施設は、意欲・行動面の変化が「ある」は42%であり、グループホーム・ケアホームや居宅と比べて多かった。グループホーム・ケアホームは「ある」が29%、居宅は32%であった。

表28-1 日常生活性の変化と住居

n.s.

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
日常生活性 2~3年前との比較	特にない	度数	174	123	38	335
		住居の %	64.7	74.5	69.1	68.5
	ある	度数	95	42	17	154
		住居の %	35.3	25.5	30.9	31.5
合計		度数	269	165	55	489
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は17.32です。

表28-2 記憶力の変化と住居

n.s.

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
記憶力 2~3年前との比較	特にない	度数	149	110	33	292
		住居の %	55.0	65.9	60.0	59.2
	ある	度数	122	57	22	201
		住居の %	45.0	34.1	40.0	40.8
合計		度数	271	167	55	493
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は22.42です。

表28-3 感情面の変化と住居

p < 0.05

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
感情面 2~3年前との比較	特にない	度数	140	97	34	271
		住居の %	49.8	60.2	59.6	54.3
		調整済み残差	-2.28	1.84	0.86	
	ある	度数	141	64	23	228
		住居の %	50.2	39.8	40.4	45.7
		調整済み残差	2.28	-1.84	-0.86	
合計		度数	281	161	57	499
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は26.33です。

表28-4 意欲・行動面の変化と住居

p < 0.05

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
意欲・行動面 2~3年前との比較	特にない	度数	158	115	39	312
		住居の %	57.9	71.4	68.4	63.5
		調整済み残差	-2.92	2.54	0.81	
	ある	度数	115	46	18	179
		住居の %	42.1	28.6	31.6	36.5
		調整済み残差	2.92	-2.54	-0.81	
合計		度数	273	161	57	491
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は20.78です。

(11) 現在の問題行動と住居 (表 29)

問題行動を有する人数をそれぞれの住居の人数で除することにより、問題行動の生起率を算出し、生起率と住居との関連性について χ^2 乗検定により分析した。

睡眠障害、幻視幻聴、性的な異常行動、器物破損については、 χ^2 乗検定の結果に有意差が認められなかった。したがって、これらの異常行動については、住居との関連性は認められなかったといえよう。有意差の見られた問題行動について、以下に述べる。

昼夜逆転は、入所施設において8%と多かった。グループホーム・ケアホーム、居宅は1~2%程度と少なかった。

被害妄想等は、入所施設において19%と多かった。次いで、グループホーム・ケアホームの13%、居宅の6%であった。

常時の徘徊は、入所施設が7%と最も多かった。グループホーム・ケアホーム、居宅は2%未満であった。

外出して戻れないは、入所施設が14%と最も多かった。次いでグループホーム・ケアホームが5%、居宅が3%であった。

失禁は、入所施設が34%と多かった。グループホーム・ケアホームは16%と入所施設の1/2以下であった。居宅は10%と入所施設、グループホーム・ケアホームに比べると少なかった。

異食行為は、入所施設が5%と多かった。

不潔行為は、入所施設が13%と最も多かった。グループホーム・ケアホームは3%で最も少なかった。

大声は、入所施設が29%と最も多かった。グループホーム・ケアホーム、居宅は10~13%であった。

暴言暴行は、入所施設が32%で最も多かった。グループホーム・ケアホームは13%と最も少なかった。

自傷は、入所施設が7%と多かった。グループホーム・ケアホーム、居宅は2~3%であった。

以上、問題行動は、概して、入所施設におけるグループホーム・ケアホームや居宅と比較して、大きな割合が、統計学的な有意差をもたらしていたといえる。

表29 問題行動と住居

	住居			合計	χ ² 乗検定
	入所施設 288名	GHCH 184名	居宅 78名		
睡眠障害 割合(%)	27 9.38	11 5.98	8 10.26	46 8.36	n.s.
昼夜逆転 割合(%)	23 7.99	4 2.17	1 1.28	28 5.09	p < .01
被害妄想等 割合(%)	56 19.44	23 12.50	5 6.41	84 15.27	p < .01
幻視幻聴 割合(%)	17 5.90	8 4.35	3 3.85	28 5.09	n.s.
常時の徘徊 割合(%)	20 6.94	3 1.63	1 1.28	24 4.36	p < .01
外出して戻れない 割合(%)	40 13.89	10 5.43	2 2.56	52 9.45	p < .01
失禁 割合(%)	98 34.03	29 15.76	8 10.26	135 24.55	p < .01
性的な異常行動 割合(%)	9 3.13	6 3.26	1 1.28	16 2.91	n.s.
異食行為 割合(%)	13 4.51	0 0.00	1 1.28	14 2.55	p < .01
不潔行為 割合(%)	37 12.85	6 3.26	4 5.13	47 8.55	p < .01
大声 割合(%)	83 28.82	23 12.50	8 10.26	114 20.73	p < .01
暴言暴行 割合(%)	93 32.29	24 13.04	13 16.67	130 23.64	p < .01
自傷 割合(%)	20 6.94	4 2.17	2 2.56	26 4.73	p < .05
器物破損 割合(%)	19 6.60	5 2.72	2 2.56	26 4.73	n.s.

(12) 成年後見制度利用の有無と住居 (表 30)

成年後見制度利用の有無と住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、χ²乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。それ故、成年後見制度利用の有無と住居の間には関連性があるといえる。

入所施設は、成年後見制度利用者が17%で、グループホーム・ケアホームや居宅に比べて多かった。グループホーム・ケアホームは8%で、居宅は4%と最も少なかった。

表30 成年後見制度の利用の有無と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
成年後見制度の 利用の有無等	有	度数	44	15	3	62
		住居の%	16.5	8.4	3.9	11.9
		調整済み残差	3.34	-1.80	-2.32	
	無	度数	222	164	73	459
		住居の%	83.5	91.6	96.1	88.1
		調整済み残差	-3.34	1.80	2.32	
合計		度数	266	179	76	521
		住居の%	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は9.04です。

(13) 余暇の過ごし方・趣味と住居 (表 31)

余暇の過ごし方・趣味と住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、χ²乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。それ故、余暇の過ごし方・趣味と住居の間には関連性

があるといえる。

入所施設は、余暇の過ごし方・趣味が「ある」が76%と最も少なかった。「特にない」は12%であった。

グループホーム・ケアホームは「ある」が86%と最も多かった。「特にない」は8%であった。

居宅は、「ある」が80%と入所施設とグループホーム・ケアホームの間であった。「特にない」は15%で最も多かった。

表31 余暇の過ごし方・趣味と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
余暇の過ごし方・趣味	ある	度数	214	153	61	428
		住居の %	75.6	86.0	80.3	79.7
		調整済み残差	-2.48	2.54	0.13	
	特にない	度数	34	15	11	60
		住居の %	12.0	8.4	14.5	11.2
		調整済み残差	0.65	-1.42	0.99	
	わからない	度数	17	10	3	30
		住居の %	6.0	5.6	3.9	5.6
		調整済み残差	0.45	0.02	-0.67	
	不明	度数	18	0	1	19
		住居の %	6.4	0.0	1.3	3.5
		調整済み残差	3.74	-3.13	-1.13	
合計		度数	283	178	76	537
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

2セル(16.7%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は2.69です。

(14) 外出の機会と住居 (表 32)

外出の機会と住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、 χ 二乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。それ故、外出の機会と住居の間には関連性があるといえる。

入所施設は外出の機会が「ある」は96%と多かった。

グループホーム・ケアホームは「ある」が98%とさらに多かった。

居宅は「ある」が88%と入所施設やグループホーム・ケアホームと比較して最も少なかった。

表32 外出の機会と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
外出の機会	有	度数	274	176	64	514
		住居の %	96.1	98.3	87.7	95.7
		調整済み残差	0.52	2.11	-3.65	
	無	度数	9	1	7	17
		住居の %	3.2	0.6	9.6	3.2
		調整済み残差	-0.01	-2.44	3.37	
	特記事項	度数	2	2	2	6
		住居の %	0.7	1.1	2.7	1.1
		調整済み残差	-0.97	0.00	1.42	
合計		度数	285	179	73	537
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

4セル(44.4%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は.82です。

(15) 楽しいと思うことと住居 (表 33)

楽しいと思うことと住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、 χ 二乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。それ故、楽しいと思うことと住居の間には関連性があるといえる。

入所施設は楽しいと思うことが「ある」は86%で、グループホーム・ケアホームや居宅と比較して少なかった。

グループホーム・ケアホームは「ある」が92%と多かった。

居宅は「ある」が95%と入所施設やグループホーム・ケアホームと比較して最も多かった。

表33 楽しいと思うことと住居

p < 0.05

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
楽しいと思うこと	ある	度数	241	166	70	477
		住居の %	85.5	92.2	94.6	89.0
		調整済み残差	-2.75	1.70	1.66	
	ある以外	度数	41	14	4	59
		住居の %	14.5	7.8	5.4	11.0
		調整済み残差	2.75	-1.70	-1.66	
合計		度数	282	180	74	536
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は8.06です。

(16) 困っていることと住居 (表34)

困っていることと住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、 χ^2 二乗検定を行った。その結果、有意差は見られなかった。それ故、困っていることと住居の間には関連性があるとはいえない。

困っていることが「ある」は、入所施設、グループホーム・ケアホーム、居宅とも46から49%の間であった。

表34 困っていることと住居

n.s.

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
困っていること	ある	度数	127	86	33	246
		住居の %	45.4	48.0	45.8	46.3
		調整済み残差				
	ある以外	度数	153	93	39	285
		住居の %	54.6	52.0	54.2	53.7
		調整済み残差				
合計		度数	280	179	72	531
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は34.62です。

(17) 歳をとったと感じることと住居 (表35)

歳をとったと感じることと住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、 χ^2 二乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。それ故、歳をとったと感じることと住居の間には関連性があるといえる。

入所施設は、歳をとったと感じることが「ある」は53%で最も少なかった。

グループホーム・ケアホームは、「ある」は71%で最も多かった。

居宅は、「ある」が65%で入所施設とグループホーム・ケアホームの間であった。

表35 歳をとったと感じることと住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
歳をとったと感じること	ある	度数	146	126	48	320
		住居の %	52.5	70.4	64.9	60.3
		調整済み残差	-3.82	3.40	0.87	
	ある以外	度数	132	53	26	211
		住居の %	47.5	29.6	35.1	39.7
		調整済み残差	3.82	-3.40	-0.87	
合計		度数	278	179	74	531
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は29.37です。

(18) 支援職員に望むことと住居 (表 36)

支援職員に望むことと住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、 χ^2 二乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。それ故、支援職員に望むことと住居の間には関連性があるといえる。

入所施設は、支援職員に望むことが「ある」は 58% で最も多かった。

グループホーム・ケアホームは、「ある」は 47% で入所施設と居宅の間であった。

居宅は、「ある」が 40% で最も少なかった。

表36 支援職員に望むことと住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
支援職員に望むこと	ある	度数	162	87	28	277
		住居の %	57.7	48.1	38.9	51.9
		調整済み残差	2.82	-1.26	-2.37	
	ある以外	度数	119	94	44	257
		住居の %	42.3	51.9	61.1	48.1
		調整済み残差	-2.82	1.26	2.37	
合計		度数	281	181	72	534
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は35.09です。

(19) 親やきょうだいに望むことと住居 (表 37)

親やきょうだいに望むことと住居との関連性を見るために、クロス表を作成し、 χ^2 二乗検定を行った。その結果、有意差は見られなかった。それ故、親やきょうだいに望むことと住居の間には関連性はみられないといえる。

表37 親きょうだいに望むことと住居

n.s.

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
親きょうだいに望むこと	ある	度数	94	57	21	172
		住居の %	35.7	33.1	29.2	33.9
		調整済み残差				
	ある以外	度数	169	115	51	335
		住居の %	64.3	66.9	70.8	66.1
		調整済み残差				
合計		度数	263	172	72	507
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は24.71です。

(20) 「これからどこで暮らしていきたいか」と住居 (表 38)

「これからどこで暮らしていきたいか」と住居との関連性を見るため、クロス表を作成し、 χ^2 二乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。

入所施設は、「これからも今のところ」が 49% と最も少なかった。

グループホーム・ケアホームは 62% で、入所施設よりは 10% あまり多かった。

居宅は 71% で、「これからも今のところ」がさらに多かった。

表38 今後の暮らし方と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
「これからどこで暮らしていきたいですか。」	これからも今のところ	度数	130	101	46	277
		住居の %	49.2	60.5	70.8	55.8
		調整済み残差	-3.16	1.48	2.60	
	今のところ以外	度数	134	66	19	219
		住居の %	50.8	39.5	29.2	44.2
		調整済み残差	3.16	-1.48	-2.60	
合計		度数	264	167	65	496
		住居の %	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は28.45です。

(21) 「これからの昼間の過ごし方」と住居 (表 39)

「これからの昼間の過ごし方」と住居との関連性を見るため、クロス表を作成し、 χ^2 二乗検定を行った。その結果、有意差が見られた。

入所施設は、「今のままでいい」が46%と最も少なかった。

グループホーム・ケアホームは65%で、入所施設よりは20%近く多かった。

居宅は64%で、グループホーム・ケアホームに近い割合であった。

表39 今後の昼間の過ごし方と住居

p < 0.01

			住居			合計
			入所施設	GHCH	居宅	
「これからの昼間の過ごし方はどうしたいですか」	今のままでいい	度数	124	105	44	273
		住居の%	45.8	63.3	64.7	54.1
		調整済み残差	-4.03	2.90	1.89	
	今のまま以外	度数	147	61	24	232
		住居の%	54.2	36.7	35.3	45.9
		調整済み残差	4.03	-2.90	-1.89	
合計		度数	271	166	68	505
		住居の%	100.0	100.0	100.0	100.0

0セル(0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は31.41です。

(22) 生活保護受給の有無と各項目との関連

以下、生活保護受給と各項目との関連性についてみていく。

①障害程度区分と生活保護受給の有無 (表 40 - 1)

障害程度区分と生活保護受給の有無との関連性については、有意差がみられた。

生活保護受給者は、区分1と2とが非受給者に比べると多かった。

②障害基礎年金の受給と生活保護受給の有無 (表 40 - 2)

生活保護受給者は障害基礎年金を受給している者が受給していない者に比べて少なかった。

③家族の状況と生活保護受給の有無 (表 40 - 3)

生活保護受給者は、家族ありが受給していない者に比べて少なかった。

④居住形態と生活保護受給の有無 (表 40 - 4)

グループホーム・ケアホーム利用者、居宅者は、入所施設利用者に比べて生活保護受給者が多かった。

⑤就労の状況と生活保護受給の有無 (表 40 - 5)

生活保護受給者は、就労経験のある者が多かった。

⑥健康の状況と生活保護受給の有無 (表 40 - 6)

6個のセルが期待度数が5未満であったので、検定結果から傾向を知ることは困難であった。

⑦意志決定と生活保護受給の有無 (表 40 - 7)

生活保護受給者は、非受給者と比較して、意志決定がほぼ自分でできる者が多かった。

⑧日課の理解と生活保護受給の有無 (表 40 - 8)

生活保護受給と日課の理解との関連性は認められなかった。

⑨意志伝達と生活保護受給の有無 (表 40 - 9)

生活保護受給者は、非受給者と比較して、だいたい自分の意思を伝えられる者が多かった。

⑩指示への反応と生活保護受給の有無 (表 40 - 10)

生活保護受給者は、非受給者と比較して、指示がだいたい通じている者が多かった。

⑪成年後見制度の利用の有無と生活保護受給の有無（表 40 - 11）

成年後見制度の利用の有無と生活保護受給の有無との間に、関連性は認められなかった。

⑫楽しいと思うことと生活保護受給の有無（表 40 - 12）

楽しいと思うことがあるかどうかということと生活保護受給の有無との間に、関連性は見られなかった。

⑬困っていることと生活保護受給の有無表（40 - 13）

困っていることがあるかどうかということと生活保護受給の有無との間に、関連性は見られなかった。

⑭歳をとったと感じることと生活保護受給の有無（表 40 - 14）

生活保護受給者の方が、非受給者に比べて、歳をとったと感じることがある者が多かった。

⑮支援職員に望むことと生活保護受給の有無（表 40 - 15）

支援職員に望むことがあるかどうかと生活保護受給の有無との間に、関連性は認められなかった。

⑯親きょうだいに望むことと生活保護受給の有無（表 40 - 16）

親きょうだいに望むことがあるかどうかと生活保護受給の有無との間に、関連性は認められなかった。

⑰今後の暮らしていき方と生活保護受給の有無（表 40 - 17）

今後の暮らしていき方と生活保護受給の有無との間に関連性は見られなかった。

⑱今後の昼間の過ごし方と生活保護受給の有無（表 40 - 18）

今後の昼間の過ごし方と生活保護受給の有無との間に関連性は見られなかった。

表40-1 障害程度区分と生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
4.障害程度区分	区分1	度数	3	13	16
		生保受給の%	18.8	2.7	3.2
		調整済み残差	3.62	-3.62	
	区分2	度数	7	60	67
		生保受給の%	43.8	12.2	13.2
		調整済み残差	3.66	-3.66	
	区分3	度数	3	105	108
		生保受給の%	18.8	21.4	21.3
		調整済み残差	-0.26	0.26	
	区分4	度数	1	111	112
		生保受給の%	6.3	22.7	22.1
		調整済み残差	-1.56	1.56	
	区分5	度数	2	104	106
		生保受給の%	12.5	21.2	20.9
		調整済み残差	-0.84	0.84	
	区分6	度数	0	97	97
		生保受給の%	0.0	19.8	19.2
		調整済み残差	-1.98	1.98	
合計		度数	16	490	506
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

6セル(50.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は.51です。

表40-2 障害基礎年金の受給と生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
6.障害基礎年金の受給	受給有	度数	15	480	495
		生保受給の%	71.4	96.2	95.2
		調整済み残差	-5.20	5.20	
	受給無	度数	6	19	25
		生保受給の%	28.6	3.8	4.8
		調整済み残差	5.20	-5.20	
合計		度数	21	499	520
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(25.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は1.01です。

表40-3 家族の状況と生活保護受給の有無

p < 0.05

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
8.家族の状況	有	度数	17	490	507
		生保受給の%	81.0	94.0	93.5
		調整済み残差	-2.39	2.39	
	無	度数	4	31	35
		生保受給の%	19.0	6.0	6.5
		調整済み残差	2.39	-2.39	
合計		度数	21	521	542
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(25.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は1.36です。

表40-4 居住形態と生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
居住形態	GHCH	度数	12	170	182
		生保受給の%	57.1	32.4	33.4
		調整済み残差	2.35	-2.35	
	施設入所	度数	0	286	286
		生保受給の%	0.0	54.6	52.5
		調整済み残差	-4.91	4.91	
	居宅	度数	9	68	77
		生保受給の%	42.9	13.0	14.1
		調整済み残差	3.85	-3.85	
合計		度数	21	524	545
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(16.7%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は2.97です。

表40-5 就労の状況と生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
10.就労の状況 内訳	就労中	度数	1	20	21
		生保受給の%	4.8	3.9	3.9
		調整済み残差	0.21	-0.21	
	就労経験あり	度数	16	173	189
		生保受給の%	76.2	33.3	35.0
		調整済み残差	4.04	-4.04	
	就労経験なし	度数	4	326	330
		生保受給の%	19.0	62.8	61.1
		調整済み残差	-4.03	4.03	
合計		度数	21	519	540
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(16.7%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は.82です。

表40-6 健康の状況と生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
13.健康の状況	元気	度数	7	171	178
		生保受給の%	70.0	55.7	56.2
		調整済み残差	0.90	-0.90	
	やや病弱	度数	1	7	8
		生保受給の%	10.0	2.3	2.5
		調整済み残差	1.53	-1.53	
	服薬	度数	1	124	125
		生保受給の%	10.0	40.4	39.4
		調整済み残差	-1.94	1.94	
	寝たり起きたり	度数	0	3	3
		生保受給の%	0.0	1.0	0.9
		調整済み残差	-0.31	0.31	
	入院中	度数	1	2	3
		生保受給の%	10.0	0.7	0.9
		調整済み残差	3.00	-3.00	
合計		度数	10	307	317
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

6セル(60.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は.09です。

表40-7 意志決定と生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
19.意思決定 日常の意思疎通等	ほぼ自分のできる	度数	17	206	223
		生保受給の%	81.0	39.2	40.8
		調整済み残差	3.81	-3.81	
	興味のある事に関してはできる	度数	4	234	238
		生保受給の%	19.0	44.6	43.6
		調整済み残差	-2.31	2.31	
	日常的に困難・できない	度数	0	85	85
		生保受給の%	0.0	16.2	15.6
		調整済み残差	-2.01	2.01	
合計		度数	21	525	546
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(16.7%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は3.27です。

表40-8 日課の理解と生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計	
			受給有	受給無		
19.日課の理解 日常の意思疎通等	日々の日課を理解できる	度数	19	357	376	
		生保受給の%	90.5	68.0	68.9	
	食事や就寝の時間は理解している	度数	2	111	113	
		生保受給の%	9.5	21.1	20.7	
	ほとんど理解していない	度数	0	57	57	
		生保受給の%	0.0	10.9	10.4	
	合計		度数	21	525	546
			生保受給の%	100.0	100.0	100.0

2セル(33.3%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は2.19です。

表40-9 意志伝達と生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
19.意思伝達 日常 の意思疎通等	だいたい自分の意 思を伝えられる	度数	18	260	278
		生保受給の%	85.7	49.4	50.8
		調整済み残差	3.26	-3.26	
	興味のある事に関 して伝えられる	度数	2	195	197
		生保受給の%	9.5	37.1	36.0
		調整済み残差	-2.58	2.58	
ほとんど伝えられな い・できない	度数	1	71	72	
	生保受給の%	4.8	13.5	13.2	
	調整済み残差	-1.16	1.16		
合計		度数	21	526	547
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(16.7%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は2.76です。

表40-10 指示への反応と生活保護受給の有無

p < 0.05

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
19.指示への反応 日常の意思疎通等	だいたい通じている	度数	19	323	342
		生保受給の%	90.5	61.6	62.8
		調整済み残差	2.68	-2.68	
	特定の事だけ通じ る	度数	2	168	170
		生保受給の%	9.5	32.1	31.2
		調整済み残差	-2.19	2.19	
ほとんど通じない・ 通じない	度数	0	33	33	
	生保受給の%	0.0	6.3	6.1	
	調整済み残差	-1.19	1.19		
合計		度数	21	524	545
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(16.7%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は1.27です。

表40-11 成年後見制度の利用の有無と生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
24.成年後見制度の 利用の有無等	有	度数	3	59	62
		生保受給の%	14.3	11.8	11.9
	無	度数	18	439	457
		生保受給の%	85.7	88.2	88.1
合計		度数	21	498	519
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(25.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は2.51です。

表40-12 楽しいと思うことと生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
5.楽しいと思うこと	ある	度数	20	456	476
		生保受給の%	95.2	88.5	88.8
	ある以外	度数	1	59	60
		生保受給の%	4.8	11.5	11.2
合計		度数	21	515	536
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

1セル(25.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は2.35です。

表40-13 困っていることと生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
6.困っていること	ある	度数	11	235	246
		生保受給の%	55.0	46.0	46.3
	ある以外	度数	9	276	285
		生保受給の%	45.0	54.0	53.7
合計		度数	20	511	531
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は9.27です。

表40-14 歳をとったと感じることと生活保護受給の有無

p < 0.01

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
7.歳をとったと感じること	ある	度数	20	299	319
		生保受給の%	95.2	58.6	60.1
		調整済み残差	3.36	-3.36	
	ある以外	度数	1	211	212
		生保受給の%	4.8	41.4	39.9
		調整済み残差	-3.36	3.36	
合計		度数	21	510	531
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は8.38です。

表40-15 支援職員に望むことと生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
8.支援職員に望むこと	ある	度数	10	266	276
		生保受給の%	50.0	51.7	51.6
	ある以外	度数	10	249	259
		生保受給の%	50.0	48.3	48.4
合計		度数	20	515	535
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は9.68です。

表40-16 親きょうだいに望むことと生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
9.親きょうだいに望むこと	ある	度数	6	165	171
		生保受給の%	30.0	33.9	33.7
	ある以外	度数	14	322	336
		生保受給の%	70.0	66.1	66.3
合計		度数	20	487	507
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は6.75です。

表40-17 今後の暮らしていき方と生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
10.今後の暮らし方 10-1.「これからどこで暮らしていきたいですか。」	これから今のところ	度数	8	268	276
		生保受給の%	42.1	56.3	55.8
	今のところ以外	度数	11	208	219
		生保受給の%	57.9	43.7	44.2
合計		度数	19	476	495
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は8.41です。

表40-18 今後の屋間の過ごし方と生活保護受給の有無

n.s.

			生活保護受給の有無		合計
			受給有	受給無	
10.今後の暮らし方 10-2.「これからの屋 間の過ごし方はどう したいですか」	今のままでいい	度数	10	260	270
		生保受給の%	50.0	53.6	53.5
	今のまま以外	度数	10	225	235
		生保受給の%	50.0	46.4	46.5
合計		度数	20	485	505
		生保受給の%	100.0	100.0	100.0

0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は9.31です。

以上、施設・事業所訪問調査のクロス表分析結果から、グループホーム・ケアホーム（グループホーム・ケアホーム）で生活する高齢の障害者の特徴やその支援の実態を中心にまとめると、以下のようなになる。

- ・ 就労経験についてみると、グループホーム・ケアホームには就労中の利用者が9%いた。また、就労経験ありが47%いた。居宅においては就労中7%、就労経験ありが41%であった。入所施設では就労中は0、就労経験ありが27%と少なかった。
- ・ 健康の状況については、元気な者は、グループホーム・ケアホームでは51%、入所施設で53%であった。居宅では元気な者は76%とグループホーム・ケアホームや入所施設に比べると多かった。
- ・ 言語障害や嚥下障害、歩行障害などの神経学的異常の有無についてみると、障害ありはグループホーム・ケアホーム利用者が最も少なかった。次いで、居宅で、入所施設利用者は障害ありが最も多かった。
- ・ 毎日の行動範囲のうち、「行動は活発で、危なげはない」はグループホーム・ケアホーム利用者は32%であり、49%の居宅に比べると少なかったが、7%の入所施設利用者よりは多かった。
- ・ 「座位保持」「移動」「食事」「排泄」「入浴」「整容」「着衣」などの日常生活動作の自立者の割合をみると、グループホーム・ケアホーム利用者は居宅者と同様で、入所施設利用者に比べると多かった。しかし、グループホーム・ケアホームの自立者の割合は、「移動」が58%、「食事」が64%、「排泄」が69%、「入浴」が56%、「整容」が47%、「着衣」が62%であり、入所施設利用者に比べると高いというものの、支援の必要な者が多くいることは明らかである。そして、「服薬」については、グループホーム・ケアホームの自立者は35%と低く、居宅者の56%と比較すると明らかに少なかった。
- ・ 「意志決定」「日課の理解」「意志伝達」「指示」への反応などの意志疎通の状況についてみると、グループホーム・ケアホーム利用者は、居宅者と同様、入所施設利用者に比べると「ほぼできる」段階の者が多かった。
- ・ 「昼夜逆転」「被害妄想」「常時の徘徊」「失禁」「異食行為」「不潔行為」「大声」「暴言暴行」「自傷」などの問題行動についてみると、グループホーム・ケアホーム利用者は、居宅者同様、入所施設利用者に比べてその生起率は低かった。
- ・ 楽しいと思うことが「ある」者は、グループホーム・ケアホームで92%、居宅で95%であった。入所施設では「ある」が86%と低かった。
- ・ 支援職員に望むことが「ある」者の割合は、入所施設が58%で最も高かった。グループホ

ーム・ケアホームは47%、居宅は40%であった。

- ・ 今後の暮らし方については、「これからも今のところで」は、グループホーム・ケアホームが62%、入所施設は49%と最も低く、居宅は71%で最も高かった。
- ・ 今後の昼間の過ごし方については、「今のままでいい」は、グループホーム・ケアホームが65%、入所施設は46%、居宅は64%であった。グループホーム・ケアホームと居宅はほぼ同じ割合であった。

VI 考察

VI 考察

1. 高齢障害者への支援における専門性と質について

(1) 障害種別による老化と支援ニーズの違い

①日常生活動作等における支援ニーズ

既述したように、各事業所に対して行った郵送調査で、「老化や早期退行が問題となっている人達」についての状況を把握した。先ず、「老化や早期退行が問題となっている人達」が、知的障害者では、身体障害者や精神障害者に比べ若い年代から多い傾向がみられ、50歳以降の増加が目立っている。従って、知的障害者の場合、老化が問題になるのが一般の高齢者に比べても早いことが考えられる。

それらの人達について、様々な領域からその状況について調べてみた。「日常生活動作」での支援ニーズは、身体障害者は入浴、着衣、服薬が上位であるが、知的障害者では服薬、入浴、整容が上位となっている。

また、「苦慮している支援内容（介助、介護）」では、身体障害関係の障害者支援施設が食事、排泄、入浴が上位であった。知的障害関係では、障害者支援施設が食事、入浴、移動、生活介護では移動、食事、整容、グループホーム等で入浴、移動、整容が上位となっている。精神障害関係のグループホーム等では頻度は少ないが入浴、移動、食事介助が上位となっている。

「苦慮している支援内容（介護以外）」において注目される点は、知的障害関係では、障害者支援施設が「日常生活全般の見守り」「食事の刻み、とろみづけ、骨取り等」「コミュニケーション」が上位となっている。生活介護もほぼ同様であるが、グループホーム等では「コミュニケーション」「日常生活全般の見守り」「通院の介助、外出の介助」が上位となっている。精神障害関係のグループホーム等では「コミュニケーション」「薬の管理・服薬の介助」「日常生活全般の見守り」が上位である。

一方、「意思疎通等」においては、意思決定、日課の理解、意思伝達、指示への反応など困難な人達が知的障害者に多い。障害者支援施設の身体障害者にもみられるが、知的障害を併せ持っている場合が想定される。

以上から、例えば日常生活動作における介助の性格が、身体障害が具体的な介助が中心であるのに対して、知的障害では、適切な服薬や入浴、整容での準備から後片づけにいたる一連の行動並びにそのスキルへの支援という側面があることも想定される。また、精神障害者に対しては服薬以外目立った介助はみられなかったなど、障害種別により、介助の内容や性格が必ずしも同様のものではない点に配慮する必要がある。また、知的障害や精神障害において、「日常生活全般の見守り」「コミュニケーション」の支援ニーズが高いことに注目したい。

②医療的ケア等

高齢者にとってそのニーズが高まるとされる「医療的ケア」では、その対象となっている人達は、障害者支援施設を利用する身体障害者に多くみられるが、知的障害者を対象とする障害者支援施設では少ない。このことは、高齢の知的障害者に医療的ケアを必要とする人達が少ないということではなく、医療的ケアを必要とする高齢の知的障害者の多くは、歴史的経緯か

らも特別養護老人ホーム等に移行していると考えた方が妥当であろう。なお、知的障害関係のグループホーム等においては医療的ケアを必要とする人達は少数であった。また、同様にグループホーム等利用の精神障害者も医療的ケアの実態はごく少数である。

「夜間の身体介護」については、障害者支援施設では身体障害関係が一晩に2回が多いが、知的障害関係は1回が多い。一方、「夜間の見守り」は、身体障害関係より若干頻度が少ないものの、知的障害関係も2回が多い実態となっている。

なお、訪問調査によれば、「疾病の状況」において、知的障害者が一部の疾患について一般高齢者に比べ罹病率が高いことが窺え、注目される。

③ 「日中の過ごし方」等

「日中の過ごし方」については、知的障害者並びに精神障害者の多くが何らかの活動をしているが、身体障害者は40%近い人達が何もしていないとの実態がある。また、「老化や早期退行に対する日中プログラム」について、精神障害や身体障害に比べ知的障害関係の事業所では積極的な対応が窺われる。

通院や散歩などを除く「外出」が、身体障害関係の障害者支援施設は多くが年4回以下となっているが、知的障害関係の障害者支援施設は半数以上が月1回以上となっている。また、知的障害関係と精神障害関係のグループホーム等では多くが月2回以上である。一方、「散歩などの外出」が、身体障害関係の障害者支援施設で月2回以下が半数以上で、知的障害関係の障害者支援施設では月2回以下は比較的少ない。知的障害関係並びに精神障害関係のグループホーム等では日に1回以上が半数以上である。

これらから、身体障害者においては、身体の機能的障害により日中の活動や外出に何らかの制約が働いていることが想定されるとともに、障害者支援施設では外部サービスを利用できないなど、外出等の支援体制を確保することが困難な状況が窺える。

(2) 本人の感じ方と希望等（聞き取り調査から）

本人への聞き取り調査は知的障害者が中心であったが、「年をとったと感ずることがある」人達は全体としては半数以上であったが、グループホーム等利用者の約7割に対して障害者支援施設利用者は5割強となっており、有意の差がみられた。これがそれらで暮らす利用者の障害の程度の違いによるものか、あるいは暮らしている環境や条件の違いによるものか定かではないが、注目したいところである。

なお、これらの人が、機能低下や健康状態を自覚し、健康管理等への意識を持っているかどうかという疑問は残る。また、約半数弱の人が「年をとった」ことをさほど感じていないのであれば、それらの人が納得できる暮らし方をどう支援していくかということが課題と考えられる。

「支援員に望むこと」がある人達については、グループホームや居宅の人達と障害者支援施設の利用者を比較すると、障害者支援施設の利用者が有意に多いという結果であった。このことから、障害者支援施設での暮らしが、その多くを支援員に依存しているとの見方もできるかもしれない。

一方、ほとんどの人が日中は作業や趣味活動を行っている。また、外出の機会も多く、多く

が月2回以上外出している。「楽しいと思うこと」は、「好きなテレビや音楽を見たり、聴いたりすること」「買い物や外食（レストランなど）」「食べること」「仕事や作業をすること」「友達や仲間と活動したり、遊ぶこと」などである。

「今後の暮らし方」では、「今のところで暮らしていきたい」人達については、全体として約半数であったが、グループホームや居宅の人達に比べ、障害者支援施設の利用者では有意に少なかった。また、「これからの昼間の過ごし方」で「今のままでいい」とした人達は全体で半数強であったが、同様に、障害者支援施設の利用者は有意に少なかった。これらについては注目する必要があると思われる。

なお、「別のところで暮らしたい」人達は2割強であるが、その中で、「親や家族と一緒に暮らしたい」が最も多く、次いで「一人暮らしをしたい」「老人ホームなどでお年寄りと一緒に暮らしたい」「グループホームなどで仲間や友達と暮らしたい」であった。昼間の過ごし方については、3割弱の人達が「もっとしたいことがある」とし、その中では「買い物やレストランで食事」が最も多く、次いで「友達や仲間と一緒に活動したり、遊びたい」「家族と一緒に活動したり、遊びたい」であった。

ここで注意すべきは、今後の暮らし方や昼間の過ごし方については、これらの人達の過去の暮らし方や現在の暮らし方が当然影響していることである。つまり、情報や経験・体験をどのように得てきたかということが重要となる。

以上を踏まえて、知的障害者については、その障害特性からも老性自覚が乏しい傾向がある。それらの人達が「古い」をどのように受入れ、そのライフステージに応じた豊かな暮らしを実感できるような支援が求められる。

なお、一般的には高齢者になるほど環境の変化を望まず、過度の環境変化は精神的かつ身体的に悪影響を及ぼすといわれている。これは、高齢の障害者においてもほぼ同様の見方をすることがほぼ適切と思われる。

一方、「感じ方や希望等」において、それまでの経験・体験や情報が重要であることは言うまでもない。知的障害者にあっては、情報や経験・体験を得る場合、その環境設定などにおいて、支援者等の他者が関与することが多いところから、支援者等はその影響力について十分注意する必要がある。今後、本人の意思決定支援のあり方が問われるなか、ベストインタレスト（本人の最善の利益）に向けた仕組みやエンパワメント（本人の主体性の獲得）の視点が重要となることは間違いない。それらからも支援者等の専門性と質の向上が求められる。

（3）ニーズに対応する支援の専門性と質の確保に向けて

既述したように、全体として、知的障害者は、身体障害や精神障害のある人達に比べ、比較的早く老化の兆候が窺える。このことは、一般の高齢者に比べても同様といえる。ただし、一方で個人差があり、健康な高齢障害者がいることも事実であるところから、一定の年齢を迎えたからといって、安易に、同様のプログラムを適用することは避けたい。

なお、ダウン症の人達には70代の人もみられるなど、一概に述べることはできないが、早期の老化傾向や特徴的な疾病の罹患などがみられる場合があり、それらの人達に対しては十分な配慮が必要である。

また、高齢の知的障害者は、一部の疾病について一般高齢者に比べ罹病率が高い傾向も窺わ

れる。知的障害者は自らの健康の不調を認識したり、他者にうまく訴えることが困難な場合があるため、治療が遅れたり、適切な治療を施せない危険性がある。支援者等が本人のバイタルサインに限らず、日頃から様子の変化等に注意し、医療関係者と緊密に連携し、支援にあたることが重要となろう。

障害種別による支援の質の違いについては、身体障害者は日常生活動作における身体介助が中心といえるが、知的障害者については、意思決定、日課の理解、意思伝達、指示への反応の困難さに伴う支援や日常生活全般での見守りなどの支援が特徴的であり、精神障害者においても日常生活全般での見守りが重要となっている。このように、障害種別によって支援の内容や質に違いがみられる。特に、知的障害者の意思決定についてどのように支援していくかは、本人の生活（人生）の質に深く係わることであり、支援者の専門性と質が大きく影響することになる。

なお、現在、障害程度区分を見直し、新たな障害支援区分が検討されるなか、従来の身体障害をベースにした調査項目を抜本的に見直し、知的障害、精神障害の支援ニーズや発達障害の特性に十分配慮した調査項目による評価を期待したい。また、新たな障害支援区分による支給決定において、相談支援体制の強化に併せたサービス利用計画の拡充を踏まえ、現行の区分による各種サービスの利用制限は撤廃することが望ましい。

以上のとおり、高齢障害者の老化と支援ニーズについて、障害種別による違いがみられた。現在、国家資格として、福祉全般に係る社会福祉士があり、障害特性に対応するものとして、身体障害では介護福祉士、精神保健福祉士が挙げられるが、知的障害については特に設けられていない。

その背景には、法的な定義がないこと、知的障害が「状態像」を示す障害であること、知能障害に加え身体障害や精神障害を併せ持つ場合が多く、その状態像は幅広いものとなっているなどが考えられる。したがって、支援技術の体系化に困難があったことは想像できる。しかし、それゆえに支援者の専門性や質が重要になるものと思われ、公的資格ではないが、日本知的障害者福祉協会において「知的障害者援助専門員」の養成が行われてきたと理解できる。

現行の制度下においては、個別支援計画やサービス管理責任者の設置など、仕組み上はサービスの質を確保するようになってはいるが、その支援員の知的障害に関する専門性や質について、一定の要件を設けているものの不十分である感は否めない。

一方、現状として、支援員の育成や養成については事業所や法人に依存し、OJTが中心となっているようであるが、必ずしも体系化された研修システムが普及しているとは言えない。かつての100事業所があれば100通りの支援方法があるといった状況に変わりはないのではと危惧する（このことは、障害者虐待防止法が知的障害分野からの強い要請のもとで制定された経緯からも判る）。

したがって、意思決定支援を含めた知的障害者への支援や権利擁護の重要性が増すなか、その支援の専門性と質の確保は喫緊の課題と考える。そこで、高齢者を含めた知的障害者のニーズに対応する支援の専門性と質の確保に向けて、次のような具体的施策を求めたい。

○知的障害者の支援に係る国家資格化が求められるところであるが、現状として困難であれば、公的資格あるいは「知的障害者援助専門員」の公的位置付けや公的認知とそれら専門職員の配置推進策を望みたい。

○現在、「強度行動障害」に関する研修をサービス管理責任者やサービス提供責任者に普及する方向にあるが、広く、専門教育課程や種々の支援関係職員の研修などにおいて、知的障害者支援に関するカリキュラムを強化する必要がある。

2. 高齢障害者への支援の仕組みとサービス体系について

(1) 高齢の障害者と居住の場の実態

知的障害関係事業所の利用者の平均年齢をみると、障害者支援施設とグループホーム等が同様の概ね47歳となっているが、障害程度区分の状況を比較すると、障害者支援施設に重度（区分5・6）の人達の割合が非常に高い。

したがって、重度障害者の居住支援の場として障害者支援施設が機能しているとともに、重度障害者の地域移行が進んでいない傾向が窺える。つまり、地域にそれらの人達を受け入れるサービス基盤や地域移行への支援体制が不備であるといえる。

一方、知的障害関係の生活介護では、利用者の平均年齢は概ね36歳であるが、重度障害者の割合は障害者支援施設と同様に高い実態である。このことから、比較的若年層の重度障害者が在宅等で暮らしている実態があり、今後、その人達が高齢者となっていくことが想定され、それらの対応は喫緊の課題である。

(2) 高齢障害者への支援サービスの現状と課題

「老化（早期退行含む）に伴う様々な症状が顕著に見られる人への対応」については、特別養護老人ホーム等への移行を考えている事業所は、知的障害関係の障害者支援施設やグループホーム等と精神障害関係のグループホーム等では半数程度であったが、身体障害関係の障害者支援施設はその半分程度となっている。

その移行の際の判断基準は、知的障害関係の障害者支援施設で、「医療的ケア」「疾病による入退院の繰り返し」「寝たきりに近い状態」などで、グループホーム等では「認知症」が加わっている。精神障害関係のグループホーム等では、「認知症」「寝たきりに近い状態」「疾病による入退院の繰り返し」などとなっている。

このことから、身体障害関係の障害者支援施設で特別養護老人ホーム等への移行を考えている事業所が比較的少ないのは、身体障害者療護施設としての歴史的経緯から、すでに医療的ケア等の対応が行われてきた実態が窺える。一方、知的障害関係の障害者支援施設では、入所更生施設として医療的ケア等の対応に消極的な歴史があったと想像される。また、グループホーム等においては、軽度の知的障害者を対象としてきた経緯があり、ケアホームが普及しつつあるものの、現状としては医療的ケアや寝たきりに近い状態の利用者を想定した事業とはなっていないように思われる。

「老化を伴う症状が顕著な人への支援として今後必要と思うこと今後必要と思われること」について、知的障害関係事業所では、障害者支援施設が居住関係と日中活動関係とも「障害者支援施設の機能強化」を一番に上げているが、生活介護やグループホーム等では、居住関係で「グループホームや自宅で居宅介護や移動支援等のサービス利用」「対応できる新たな居住支援サ

ービスを地域に創設」を一番に上げている。日中活動関係で両者とも「新たなサービスの創設」を上げている。その他では、それぞれ、「地域医療との連携協力体制の確保」「相談支援、居宅介護、移動支援等のサービス基盤整備」「成年後見・意思決定支援など権利擁護の強化」などを指摘している。

一方、身体障害関係の障害者支援施設でも、居住関係と日中活動関係とも「障害者支援施設の機能強化」を上げ、その他で「地域医療との連携協力体制の確保」を一番に上げている。また、精神障害関係のグループホーム等では、居住関係で「グループホームや自宅で介護保険サービスの積極活用」、日中活動関係で「新たなサービスの創設」、その他で「地域において関係機関との連携等、支援のネットワークを整備」を一番に上げている。

以上から、それぞれの事業所が、利用者の現在の居住環境での暮らしを可能なかぎり継続できることを願っていると理解できるが、日中活動関係での「新たなサービスの創設」を求める声の背景には、現行の日中活動サービスが必ずしも高齢期を迎えた障害者に対応できる機能や仕組みとなっていないことを示唆しているように思われる。また、グループホーム等において、介護保険サービスを視野に入れた対応を考えていることが注目される。

「現在利用している居宅サービス」では、知的障害関係事業所では、生活介護で、短期入所、移動支援が同数、相談支援、居宅介護と続く。グループホーム等では、日中活動サービス以外に移動支援、相談支援、地域活動センター、居宅介護、短期入所の順である。精神障害関係のグループホーム等では、日中活動サービス以外に地域活動支援センター、相談支援となっている。一方、訪問調査によるグループホーム等や居宅の知的障害者についても、日中活動サービスを利用が一番多く、次いで、移動支援、居宅介護、短期入所、相談支援であった。

このように、地域で居宅あるいはグループホーム等で暮らしていく上で、日中活動サービスは勿論のこと、短期入所、移動支援、相談支援、居宅介護などのサービスが重要となっていることが解る。なお、移動支援と相談支援は地域生活支援事業という性格からか、地方自治体の取組みに温度差があることに留意する必要がある。

「生活圏域での知的障害に対応してくれる居宅介護事業所の有無」で、「ある」と回答した事業所は、障害者支援施設が半数以下で、生活介護やGHは半数以上となっている。それらが設置されている地域環境によるものか、必要性からの違いによるものか判然としない。また、精神障害関係のグループホーム等では「ある」が比較的少ない。

なお、「ない」地域にあっては、今後のグループホーム一元化と外部サービスの利用を含めたその支援体制が検討されていくなかで、居宅介護事業所の整備が重要な課題となっていくことは間違いないようである。

(3) 高齢の障害者への支援と介護保険サービスの関係

「現在利用している居宅サービス」について、知的障害関係事業所では、生活介護利用者が、利用頻度は少ないが、介護保険サービスの訪問介護（身体介護）、短期入所、訪問介護（生活援助）、訪問入浴介護、訪問介護（通院等乗降介助）、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーションを利用している実態がある。グループホーム等では、訪問介護（身体介護）、訪問介護（通院等乗降介助）、訪問看護、訪問介護（生活援助）、訪問入浴介護を利用していた。精神障害関係のグループホーム等では、訪問看護、通所リハビリテーション、訪問介護（生活援助）、通所介護な

どの順で利用している。

一方、訪問調査によるグループホーム等や居宅の知的障害者についても、介護保険のサービス利用の頻度は障害福祉サービスより少ないが、通所介護、訪問介護、訪問看護、通所リハビリ、訪問リハビリの順で利用していた。

以上のように、頻度としてはまだ多くはないが、訪問入浴介護や訪問看護、通所介護、通所リハビリテーションなどが利用されており、これらの介護保険サービスの活用も視野に入れて、地域におけるサービス基盤の整備を進めていくことが肝要と思われる。

(4) 今後求められる高齢障害者への支援の仕組みとサービス体系

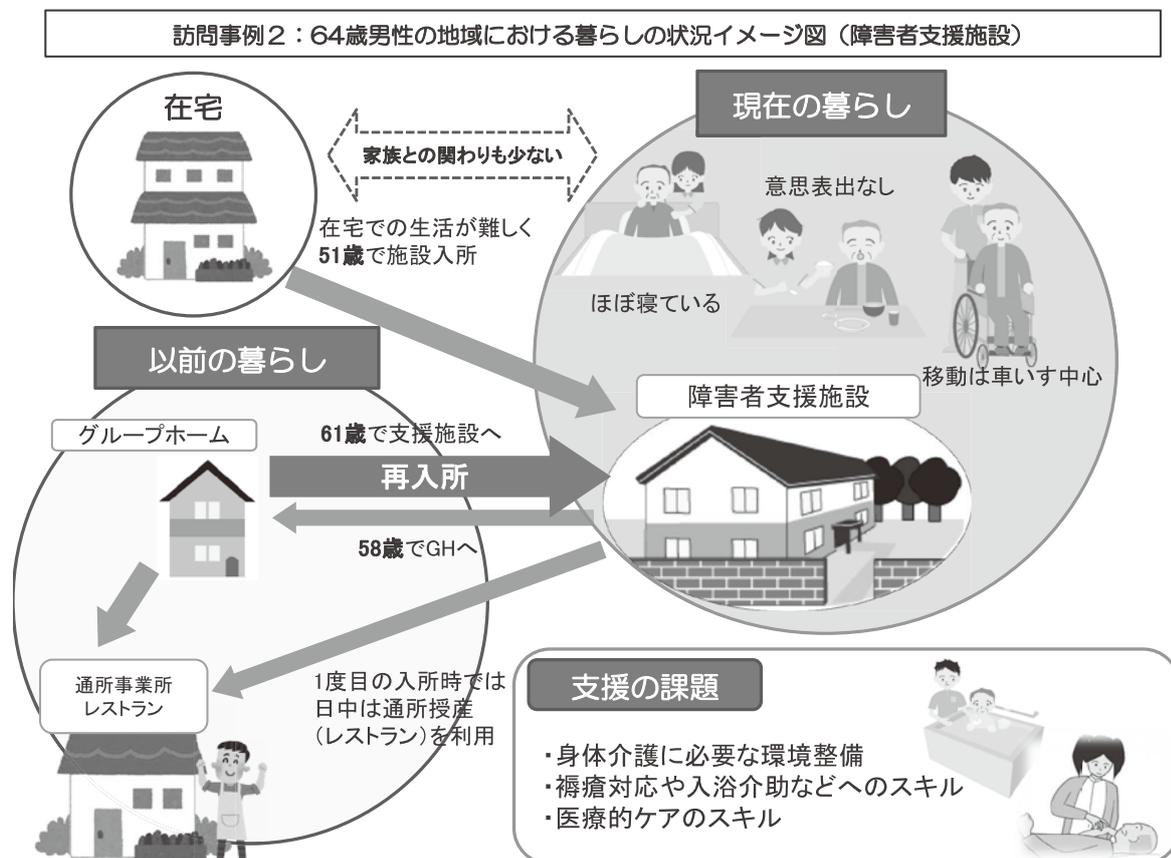
一昨年「障害者基本法」が改正され、共生社会の実現に向けた国の方向性が明確化された。また、「障害者総合支援法」の成立に伴う衆議院の付帯決議では、障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えつつ、障害児・者の地域生活支援をさらに推進する観点から、ケアホームと統合した後のグループホーム、小規模入所施設等を含め、地域における居住の支援等の在り方について、早急に検討を行う必要性が指摘されている。

本調査研究によって、現在、高齢障害者が抱えている様々な障害に加え、身体機能や精神機能の低下、医療的ニーズなどの実態について垣間見ることができた。また、それらの人達への支援の実態についても把握した。以上を踏まえ、今後求められる高齢障害者への支援の仕組みやサービス体系について、次のとおり示すこととしたい。

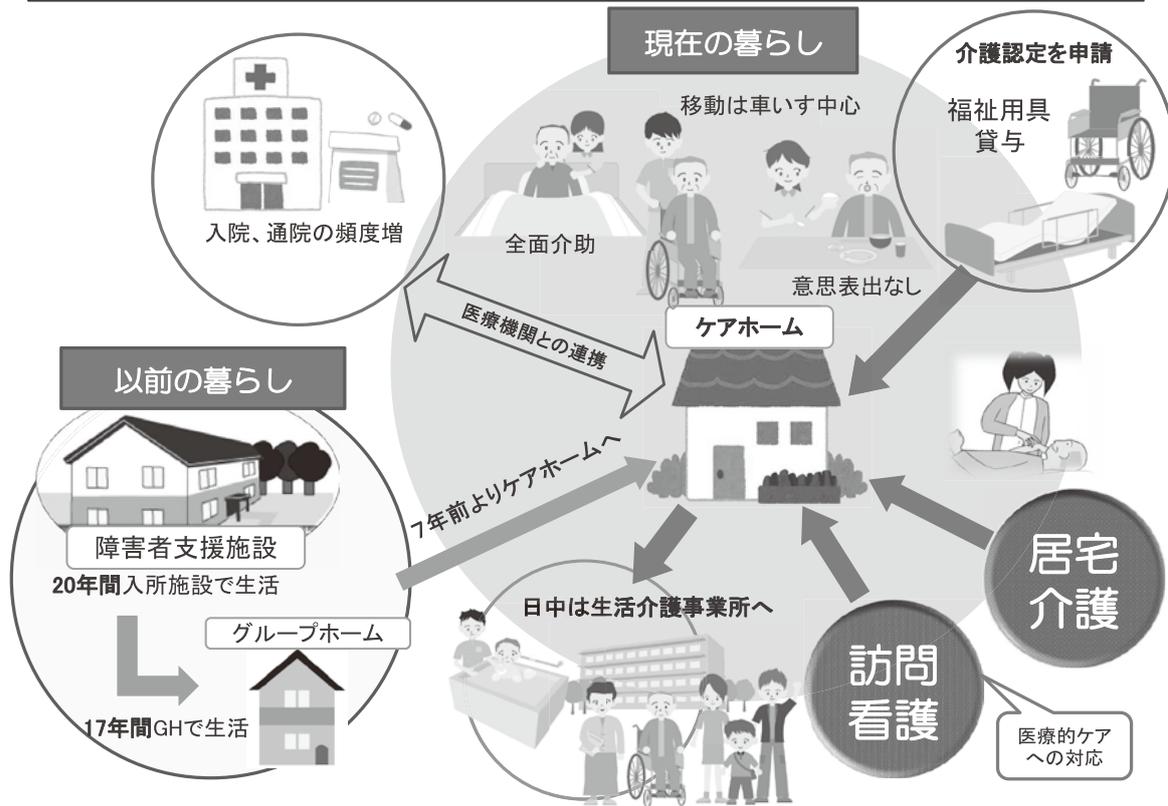
- グループホームから障害者支援施設に再入所した高齢障害者について、訪問調査の事例から示すと図（訪問事例2）のとおりである。今後、このような事例が実態として増えることが想定される。
- グループホーム・ケアホーム又は居宅で生活する高齢障害者のターミナルケアを含めた支援については、既存の障害福祉サービスや介護保険サービスなどを有効活用した訪問調査の事例がある。これらは今後の方向性を示唆しているものと思われるところから、図（訪問事例10、訪問事例16）に示すこととする。
- 現在、グループホーム・ケアホームの一元化と併せて、外部サービス利用規制の見直しが図られているなか、今後の高齢障害者への支援の仕組みやサービス体系を含め、それらを検討していく必要がある。
- 様々な障害福祉サービスや介護保険サービスなどを有効活用する場合、地域において種々のサービス基盤が整備され、ネットワーク化されていることが前提となるが、厳然とある地域間格差が課題となる。よって、現在、サービス利用計画の普及を含め相談支援の充実・強化と自立支援協議会の活性化による地域づくりが志向されており、これらによるサービス基盤整備を積極的に推進していくことが重要な鍵となる。
- 高齢障害者に対応できるサービス体系の検討にあたっては、次のような方策が考えられる。
 - ・新たな日中支援サービスの検討（グループホーム等での日中支援を含む）
 - ・相談支援事業の充実、強化（財源の確保）
 - ・移動支援の個別給付化
 - ・行動援護の基準緩和

・重度訪問介護の効果的推進など

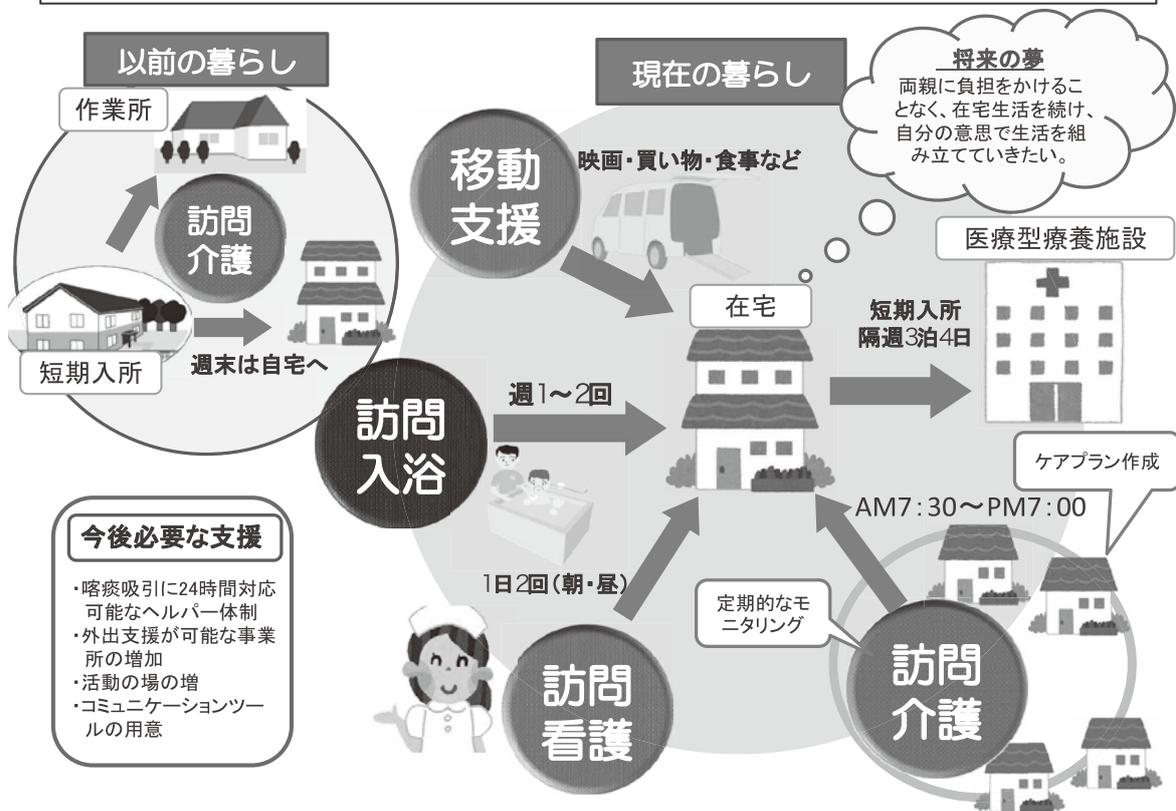
- サービス基盤の未整備な地域にあっては、医療的ニーズに対応し、相談支援、短期入所、居宅介護、あんしんコールセンターなどを具備した多機能型の「小規模入所施設」を地域のセーフティネットとして創設することも現実的な対応策の一つとしては考えられる。
- ただし、多機能型「小規模入所施設」については、積極的な意義を見出すことが困難な面もある。つまり、現在、国として、様々なサービスを利用しながら、可能な限り地域で暮らしていくことができるようサービス基盤の整備を進めているなかで、これらを安易に設置することにより、その妨げになるのではと危惧されるからである。
- 多機能型「小規模入所施設」の設置を現実的な対応として推進するのであれば、地域のサービス基盤整備とネットワーク化のなかで、どのように位置づけるかを十分検討する必要がある。



訪問事例10：60歳男性の地域における暮らしの状況イメージ図（ケアホーム）



訪問事例16：28歳男性の地域における暮らしの状況イメージ図（在宅）



参 考

検討委員からのご意見・ご感想

【参考】

検討委員からのご意見・ご感想

平成 24 年度推進事業

地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究 への 意見・感想

末光 茂

限られた予算と短期間のなかで、よくぞこれだけの多角的・多面的な調査（2000ヶ所を超える事業所を対象に）を実施し、取りまとめられた努力に敬意を表します。

さらにアンケート調査と併行して訪問調査を実施している点は、過去に例を見ない調査研究と評価できます。

せっかくのかけがえのないデータをどう分析し、今後の支援のあり方や制度設計に役立てるかが、大事ですが、今回の期限内で、それを十分に生かし、しっかりした提言として、とりまとめるのにはおのずと無理があるように思います。

このあと（次年度に）、この報告書を叩き台にして3つの取り組みをしていただければ、大いに今回の調査が生かされるように思います。

- (1) 国内の各方面からの積極的な意見の集約・・・継続した委員会を中心に、ご利用者や家族、支援者からのコメントや提案を聴くとともに、インターネットでの情報収集をはかる。
- (2) 国際的な視点での検証ならびに助言
 - ①国際知的障害研究協会（IASSIDD）の中の特別研究グループ「Aging グループ」からこの報告書へのコメントと提言を得る。
 - ②本年 8 月に開催の IASSIDD の第 3 回アジア・太平洋地区会議（早稲田大学にて）で発表し、直接参加者から評価とコメントを求める。
- (3) イギリスの取り組みに学ぶ・・・Jim Mansell 教授が今回と似た個別面接調査（対象は重症心身障害児・者）に基づく政策提言報告書を取りまとめています。その手法を参考に、関係者と意見交換をはかる。

平成 24 年度推進事業

「地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究」について

中原 強

障害福祉現場にいる者の共通の心配事（課題）として、利用者の方々の高齢化への対応、対策とことがあります。この課題は超高齢少子社会へと突き進むわが国にとって、障害福祉現場に限ったことではなく、もはやわが国の普遍的な課題であることはいまさら言うまでもないことでもあります。

そして、わが国の障害者に対する福祉施策の進展を、極端に近視眼的に概観した場合、「児童から成人へ」、「障害の軽い方から障害の重い方へ」、「入所施設中心の施策から地域福祉へ」、等々順次整備されてきた経緯があります。そして、その時々の方針（施策）は決して十分なものではなかったということも残念ながら事実であります。これらのことを改めて考えると、本年度推進事業におい

て現状における「高齢障害者の暮らしとその支援ニーズの実態把握」とそれらに対応する「居住支援サービス体系のあり方や支援方法」について研究する機会を得られたことは、誠に意義深いものと感じています。

今回の調査・研究事業における特徴であるところの実態調査がアンケート調査のみならずヒヤリング調査も行われたことに大いに意義があると思っており、その成果について期待しているものがあります。調査に当たられた気鋭の方々の努力とご苦労に心からの敬意を表するものであります。是非ともこれらの実態調査の成果を生かし、高齢の障害者の生活の実態と課題に対応した具体的で実効性のある提示をしていきたいものだと考えます。単なるあるべき論にととどまらぬ積極的提言に至るべく、今後更に、調査内容の分析の視点を明確にしていくことが今後の研究の課題のポイントのひとつではないかと思えます。

冒頭述べましたように、高齢知的障害者の支援をどのようにしていくかは、障害福祉現場にいる者の共通の心配事であることから、千葉県協会の任意の研究会において旧法時代に、この課題について継続的に検討した経緯がありますので、その際の焦点となった事柄について参考までに述べさせていただきます。なお、本検討例については、「入所施設の果たすべき機能、役割」という大項目の中でのテーマであったので、居住の場が入所施設（障害者支援施設）を想定しています。「入所施設での居住」と『地域での居住』とあえて対比、区別して考えることが適当かどうかの問題提起にもなるかとの思いもあります。

以下は抜粋であります。

① 問題意識

千葉県内各施設においての高齢知的障害者の状況は、施設設立の経緯や年数等の背景により当然のことながらまちまちである。しかし、歴史の長い施設や、終身型を標榜する施設を中心として加齢化が急激に進み、日常生活や日中活動、夜間支援において介護度が高くなり、従来は必要としなかった支援の必要に迫られ、その対応に苦慮している。併せて医療や医療的支援も不可欠になることから、その内容次第では施設の許容量を超える支援の提供が必要となり、困難さは更に増幅される。そしてこの状況はいずれの施設においても、地域での生活においてもやがて必ず発生する問題であり、これらを普遍的な課題ととらえその対策を推進する決意をするべきであります。

それは、現在の居住の場の建物設備や人員の配置、そしてグループワークを基盤とした日中活動のノウハウでは対応しきれない問題であることを認識すべきである。そして行政には、これらを支えるための行政責任としての適切な対応を望むものであります。

② 検討される課題（大項目）と必要な対策

1 日常生活（日中活動）での特別な配慮

- 支援の現場における厚介護化に伴う職員の絶対数の確保
- 支援職員の介護技術や援助技術の向上のための機会の確保
 - ・高齢知的障害者への基礎知識、認知症を発症した人への支援方法
- 高齢知的障害者が生活しやすい可能な限りの建物、設備の改善

2 医療的な支援

- 障害者施設等で、利用者さんだけでなく、職員が安心して支援できるための制度の確立
 - ・医療と生活支援や介護支援との明確な業務分担化
 - ・看護職員を適正に配置可能な報酬単価の設定
 - ・医療機関の利用が便宜的になされるような行政等の支援や介入

3 建物、設備等の問題

- 建物改修工事費用の助成
- 高齢、厚介護障害者に特化したモデル住宅、モデル施設の建設、運営

4 家族がいなくなることによる問題

- 「親亡き後」も安心して施設等利用ができる契約制度の確立
 - ・措置制度の利用緩和
 - ・利用しやすい後見人制度の確立

- 5 高齢者福祉等の障害者福祉制度との連携
 - 高齢者福祉制度（介護保険制度等）や障害者福祉制度（障害者自立支援法等）との連携・相互活用等の仕組みの整備
 - ・介護を必要とする高齢知的障害者が必要なサービスを受けられるよう関係機関との連携、連絡、調整が取れるための施策の整備
- 6 支援者の知識、技術の啓発
 - 障害種別を越えた介護技術の向上のための機会の創設
 - ・介護施設等との相互研修 専門技術の研修会の実施等

平成24年度障害者総合福祉推進事業

地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究 への 意見・感想

最上 太一郎

研究委員の皆様のご尽力と情熱に感謝申し上げます。

本事業は24年度の単年度の研究事業ということで、短期間での研究とまとめには大変な時間と労力が必要であったと思います。しかしながら、郵送調査や訪問調査をしていただいたことで、高齢障害者の支援の実態と今後のあり方の一助となる資料が示せることだろうと確信しております。

日本知的障害者福祉協会の政策委員会委員長として検討委員の一席に座らせていただきましたが、本研究の結果と残された課題等について協会の政策委員会で改めて検討するとともに、障害者総合支援法の衆参議員の付帯決議「障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えつつ・・・」の背景等も踏まえ、「新たな制度設計に向けた障害者サポート体系案」を福祉協会の政策委員会として作成し、提案させていただきます。

障害のある人の高齢化対策に関する課題

光増 昌久

障害のある人が在宅でも、施設入所でも、グループホーム等でも高齢化が進んでいる実態は明らかになっている。

障害者自立支援法が施行され施設入所支援と生活介護を利用する人は、介護保険の被保険者から除外されてしまった。したがって平成24年4月時点で国内の施設入所支援と生活介護を受けている人は全て介護保険の被保険者から除外されてしまった。この論議は、公的にはどこでなされたのであろうか？介護保険がスタートするときに、重症心身障害児施設、身体障害者療護施設、救護施設、国立のぞみの園など施設種別で除外された。当時の解釈は、十分当該施設では介護の手が行き届いている理由からであった。施設入所支援の夜から朝までの支援や介護の実態が十分な状況になっているわけではないのに、今まで介護保険を払っていたのに！

介護保険料分支払いがなくなった分、施設入所者は楽になったかもしれない。

しかし、施設入所支援を受けて高齢化した場合、常時医療ケアが必要になった場合等、施設入所支援での対応ができなくなった時、病院の入院か、医療ケアが可能な介護保険施設への入所か、療養介護（障害程度区分5、6で身体障害者手帳が1、2級かつ療育手帳A）への入所か、選択肢が限られてくる。全国的には、少ないがケアホームで医療ケアを受け、訪問看護、訪問リハビリを受け重度訪問介護のヘルパーで生活している重症心身症者、全身性障害のある人の地域生活の事例はある。

では介護保険の適用除外施設で暮らす人が、介護保険のサービスを受けたいと希望した場合どうすればいいのか。

「生活保護法による介護扶助の運営要領に関する疑義について」（平成12年3月29日付け社援保

発第 22 号) には、以下のように記載されている。

「…介護保険の適用除外施設に入所する者であっても、3ヶ月以内に退所する予定であれば、当該適用除外施設所在地の市町村（保険者）による要介護認定を受けること出来ることとされている。」

現実には3ヶ月以内に退所して特別養護老人ホームへの入所は可能であろうか？

せめて3ヶ月以内の変更をすべきではないだろうか。要介護認定の継続と計画相談の組み合わせも必要だろう。

グループホーム等では、介護保険のサービスを利用している人がいる。低所得であれば障害福祉サービスの利用料は0円になっている。介護保険のサービスを利用する場合原則1割負担をしなければならない。社会福祉法人減免等の周知を事業者、利用者にも徹底して負担を少なくする事も必要ではないか。

グループホーム等では医療連携体制加算などで少しずつ地域での生活が可能になる体制が整備されつつある。希望する人が一人暮らしの前に利用するグループホーム等でも、必ずしも就労、日中活動（生活介護、就労継続等）を望まないでホームで暮らしたり、居宅介護を使って外出する選択肢があっている。日中支援体制加算の見直しと、高齢でホームで暮らしたい人の支援ができる報酬構造の見直しが必要でないだろうか。また高齢者を支える人的な配置も必要で、安全を図る上で当直者、夜勤者を配置する場合の報酬にも直しも必要ではないか。

地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究への意見

菅野 敦

今、成人期にあるダウン症者をもつ保護者のほとんどは、その診断と告知において二十歳までは生存しないと告げられたという経験をもっている。一方で1981年に正木らは、その当時の我が国のダウン症の平均寿命はほぼ50歳であることが考えられると学術論文に報告している（Masaki. et al 1981）。しかし、先の保護者たちの回想を思うと、正木らの知見が当時、一般の医師や支援者、さらに保護者にまでは広く伝わっていなかったということは明らかで、この間、ダウン症の支援を積み重ねていく上で、非常に残念な時期が長く続いていたといえる。正木らの報告から30年を経過した現在、医学の進歩に伴う健康管理や福祉政策上の処遇の改善、さらに、それらを支えている社会経済の発展が社会全体の長命化の傾向を促進するのに伴って、短命が常識のように思われていたダウン症においても一層の長命化・高齢化がもたらされていることは容易に想像できる。しかし、ダウン症という知的障害の中でも古くから一般に知られていて、しかも、その原因においても生物学的レベルで診断可能である希な障害の新たな姿、高齢化に伴って、支援課題として老化問題と、老年期の暮らしの問題が顕在化してきたことは言うまでもないことである。

ただ、そのような状況にありながらもダウン症の成人期以降の実態は、十分に把握されていない現状が、この間長く続いている。私が、知的障害のある方々の成人期の問題、なかでも老化に関する問題に出会ったのは、このような状況にダウン症が置かれていることを知った20年数年ほど前に遡る。

その後、我々が取り組み、ダウン症の成人期の問題に関連して明らかにできたことは、成人期以降のダウン症者には、その発達経過から少なくとも3つの発達タイプがあることであった。具体的には、健康高齢タイプ、高齢退行タイプ、若年退行タイプである。これら3つの発達タイプのなかで最も一般的なものが、健康に50歳代、60歳代を迎える健康高齢タイプである。その一方で、アルツハイマー病をはじめとするなんらかの原因により認知症に罹患し、生活に制限や制約を負う者もあり、その割合は健常者同様、ダウン症においても一定の割合で存在している。これが高齢退行タイプである。一方で、20歳前後という成人期への移行期から成人期の初期段階に、急激に生活適応能力の低下である、いわゆる早期退行を示す状態を示す者がいることも明らかにしてきた。これは、その年齢段階と変化の様相から若年退行タイプ（急激退行）と称してきた。支援機関において、支援者が注目するのは、より高い支援を要する高齢退行タイプと若年退行タイプであろう。しかし、高齢健康タイプが健康に40歳代、50歳代を経過していく過程や、どのような特性をもったダウン症者が、どのような環境に生きていくことでそれが可能となるのか関しての情報は今後、さらに高

齢化を迎えるであろう彼らの支援を支える上で、非常に重要である。しかし、未だ明らかではない。同様に、認知症や急激退行に関しても、どのような特性をもつ者が、どのような環境や条件にさらされることにより現れるのかも明らかではない。これらを解明することはダウン症の成人期以降、壮年期・老年期の生活を豊かなものにする上で非常に重要なことである。

本調査は、その目的からダウン症に限ったものではなく、また、老化・退行症状の発生の状況やそのメカニズムを明らかにするものではない。現状として、高齢の障害者がどのような場でどのように暮らしているのか、さらに、どのような支援を要しているのかに関して、かなり明らかにし得たと考える。具体の一例として、老化を伴う症状が顕著な人への支援として今後必要なもの、なかでも知的障害の場合は、「地域医療との連携協力体制、関係機関との連携等、支援ネットワークの整備、各種日中サービスの創設、権利擁護、そして、障害者支援施設のさらなる機能強化など」が挙げられた。本報告書を手にしたひとり一人が、さらに分析を進め、それを支援に生かし、そして、一般化していくことによって、かつてダウン症においてあった不幸な状況に置かれる者が一人もでないような取り組みに繋がることを期待したい。知的障害においても各ライフステージにおいて、最も長い成人期以降の生活をより豊かに、さらに、生涯にわたる支援をめざした時、各ライフステージは、それぞれの時期にある課題や経験に取り組む生涯において唯一の時期であるという考え方を成人期以降、壮年期・老年期の日々にも広げ、取り組んでいきたいものである。明日を、将来をみすえて今日を、今現在を精一杯に支援することを通して。

平成 24 年度障害者総合福祉推進事業

地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究
検討委員・研究委員・厚生労働省担当者・事務局 の 皆様

河東田 博

1. コメントを記す前に、調査を担当された方々、データ分析にあられた方々、報告書作成にあられた方々、事務局等関係された方々のご苦勞に対し、衷心より御礼と感謝を申し上げます。

2. 調査報告書（素案）へのコメントは、主として「施設・事業所用調査の結果」「訪問事例まとめ」を拝読し、気づいたことを中心に記させていただきます。

(1)「施設・事業所用調査の結果」に対して

<申し分のない実態把握>

今回の調査には回収率や施設・事業所・ホームの内訳等に偏りが見られていたものの、「事業実施計画書」に記されている「障害者支援施設、生活介護事業所、グループホーム・ケアホー等の高齢障害者の実態を把握する」ことや「地域で生活する高齢の障害者が、抱えている様々な障害に加え、身体機能や精神機能の低下、医療的ニーズなどにより、多くの困難に直面している実態を把握する」ことが十分できたものと思われまます。今後は、把握した実態や課題をどう整理・分析し、考察していくのかが問われていくものと思います。

<報告書作成に向けてのお願い>

・「施設・事業所用調査の結果」に関する「総括的なまとめ」が必要だと思ひます。このような「まとめ」がありますと、後述します本調査・研究の「全体のまとめ」や「提言」等を整理しやすくなると思ひます。

・結果の整理・分析に際して、統一性がとれ、まとまりのある結果の明示の仕方を工夫する必要があると思ひます。例えば、

節（または項目）により使用されている図表に違い（図表共使用・図のみ使用・表のみ使用の章、数種類の図・グラフ、行列への項目が異なる表、他）が見られたり、コメントがない節（または項目）があるなど、統一性を保つ必要があるように思ひます。

「医学的ケアが必要な人の数」など、項目により（知的障害）施設種別毎の結果が示されていない節（または項目）があります。

(2)「訪問事例まとめ」に対して

<申し分のない実態把握とまとめ>

訪問事例が示されていないものがありますが、「事業実施計画書」に記されている「障害者支援施設、生活介護事業所、グループホーム・ケアホー等の高齢障害者の実態を把握する」ことや「地域で生活する高齢の障害者が、抱えている様々な障害に加え、身体機能や精神機能の低下、医療的ニーズなどにより、多くの困難に直面している実態を把握する」ことを質的に十分把握できたものと思われま

す。とりわけ「知的障害者参考事例のまとめ」は力作で、説得力があり、今後の方向性、提言、モデルの提示、支援ネットワークの構築にも役立てることのできる内容になっていったと思います。

<報告書作成に向けてのお願い：事例表記の統一性と「まとめ」を巡っての意見交換を>

・「知的障害者参考事例のまとめ」を力作と上述しましたが、この「まとめ」が調査・研究グループ全体のものにはなっていないような気がします。説得力のある内容となっているだけに、十分な意見交換を通して、報告書の「まとめ」の一つとして生かせるようにしていただきたいと思います。

・事例が十分に示されていないものや表記の仕方が不揃いですので、事例表記に工夫が必要だと思

(3)「最終報告書」作成に向けて「事業実施計画書」に明示した内容の検討を

「施設・事業所用調査の結果」や「訪問事例まとめ」を受け、「事業実施計画書」に明示された調査・研究目的・成果の生かし方等を検討する必要があると思います。具体的には、次のような内容です。

- ・ 高齢障害者への支援体制やサービス体系のあり方及びグループホームや障害者支援施設等において今後必要となる支援技術や専門性等に焦点を当て、総合的に研究・検討し今後の方向性を示すこと。
- ・ 増大が予想される高齢の障害者に対する今後の支援の在り方と方向性を示すこと。
- ・ (職員の支援技術並びに専門性の向上とともに、支援の質の確保や向上のために) 支援上の留意点を明らかにし必要な提言を行うこと。
- ・ 居宅等で生活する高齢障害者の支援に際して、介護保険サービスと障害福祉サービスの有効な組み合わせモデルの提示を行うこと。
- ・ 関係機関や関係サービスとの連携・協力の在り方などを提示することによる、地域における高齢障害者への支援ネットワークの在り方について提示すること。

なお、「事業実施計画書」「事業の目的」に記されている「小規模入所施設」に関する整理がなされてこなかったように思います。「小規模入所施設とはどのような施設を指すのか」、「施設・事業所用調査の結果」を受けて「小規模入所施設での高齢障害者への支援体制やサービス体系のあり方をどのように示すのか」などの検討が必要だと思

これから益々重要になる高齢知的障害者の支援のあり方

志賀 利一

平成 12 年に旧厚生省において「知的障害者の高齢化対応検討会」の報告書が提出された頃から、高齢知的障害者の支援にあり方についての興味・関心が高まってきた。当時、障害福祉の分野は措置制度であり、高齢者福祉分野では介護保険制度がスタートした時期であった。

この検討会の報告書では、高齢になっても地域で生活できる体制作りを基本に、在宅福祉サービスメニューを増やし、単身者に対する公営住宅、さらにグループホームへのヘルパー派遣といった、現在の取り組みに繋がる提言がなされている。また、老人保健や地域療育の健康診査、高齢者施設や高齢者支援を弾力的に利用する等、今だに明確な方向性が見えない領域も記されている。そして、この報告書の中で、障害者支援施設について、自己完結型ではなく、地域に開かれた入所施設を指向するよう提言されている。

その後の 12 年間で、支援費制度から、障害者自立支援法、そして新たに総合支援法へと、知的障

害者を支える福祉の仕組みは目まぐるしく変化してきた。一方、知的障害者の高齢化も着実に進んでいる。今年度、のぞみの園の調査では、知的障害者のうち65歳以上の者が概ね5万人いることが推測されている。また、旧知的障害者入所更生・入所授産施設では、利用者の12.8%が65歳以上で、50歳以上になると43.7%を占めていることがわかった。高齢知的障害者に対する、具体的な指針と対策が必要な時期に至ったと考えられる。このタイミングで、日本知的障害者福祉協会が本調査研究（地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究について）を実施することは、非常に意義がある。

以下には、高齢知的障害者支援に関する課題について、私が考える内容を簡単に紹介する。

《早期にそして速いスピードで高齢化する》

高齢の知的障害者支援に直接携わる支援員の多くは「知的障害者の高齢化のスピードは速い」と言う。障害のない高齢者の「老い」を想定すると、身体的あるいは認知的機能の低下が急激に訪れるといった印象をもつようである。例えば、外出時に「疲れやすくなった」と心配しはじめると、すぐに、ふらつきや転倒のリスクが高まり、車いす中心の生活となり、普通食の食事がとれなくなるなど、介護技術が求められる状態に短い期間で変化する経験をもっている。

高齢化が早いとするデータが少しずつ集まってきた。例えば、高齢になると、明らかに女性の割合が増える（療育手帳所持者全体では男性が明らかに多い）。身体障害者手帳の所持者が多い（65歳以上では20%を超える）。障害者支援施設では、前期高齢期（65 - 74歳）の知的障害者のうち普通食を食べているのは半数以下、さらに4人に3人は何らかの身体介護が必要である。医療的には、男女関係なく早い段階から骨粗しょう症の診断を受ける人が多い、高齢になり初めててんかん発作が見られる人が増えるといった事実も、高齢期の支援にとって大切な情報である。

《新たに福祉サービス利用を希望する高齢知的障害者》

一方で、障害福祉や高齢者福祉のサービスをうけていない高齢知的障害者もかなりの数いることがわかっている。65歳以上の知的障害者のうち、障害者支援施設に入所しているのは4人に1人に過ぎない。高齢者施設への入所、医療機関への入院、グループホーム等の利用者もかなりの数にのぼると推測される。それでも、自宅で生活し、通所や居宅サービスを利用していない人は、相当数になる。

例えば、同居していた家族の死去をきっかけに、民生委員が自治体の窓口にご相談に来た事例がある。自宅での生活維持が困難と周囲は判断しているが、要介護状態区分や障害程度区分でも入所の支援に該当せず、措置として養護老人ホームや救護施設を検討する場合がある。事実、救護施設入所者の20%以上が、65歳以上の知的障害者である。施設ではなく、地域で支えるにしても、介護保険と障害福祉サービスの選択（あるいは併給）、費用負担と財産管理等、一人ひとりの生活を支える制度とその運用の課題は大きい。

《高齢知的障害者の実態と支援についての情報不足》

平成12年から現在に至る間に、高齢知的障害者の様々な問題点が、かなり明瞭になってきた。多くの現場から、「支援のあり方の混乱」や「制度上の課題」が訴えられるようになってきた。全国で、先駆的な支援の取り組みも少しずつ始まっている。しかし、高齢知的障害者の問題を総合的に整理することは、残念ながらできていない。高齢知的障害者の実態についての「正しい情報」をもっていないために生じる不安は決して少なくないと考えられる。

幼児期から成人期まで、知的障害児者の成長を見守り、生活を支えてきた障害者支援施設や福祉サービス事業所では、高齢になり介護が必要な知的障害者を「支え続ける」ことを想定していない場合が多い。

- 介護保険を代表として高齢者支援の現場で高齢知的障害者を支えるのだろうか？
- 高齢者福祉に移行するのは何歳で、どんな状態の時ののだろうか？
- 現在、多くの知的障害者はどこで、どのような支援を受けながら生活しているのだろうか？
- 一人ひとりの健やかな高齢期の生活を支えるためにはどんな仕組みや支援が必要なのだろうか？

地域単位で高齢知的障害者（高齢障害者）支援の体制整備を具体的に考え始めているところは、現時点でほとんどない。まず、高齢知的障害者の実態に関する正確な情報、そして問題点の整理が必要である。

※ のぞみの園では、平成24年度より、厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）において、「地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成」の調査研究を実施している。平成27年春には、同マニュアルを作成し公開する予定である。

「地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究」
結果から明らかになった課題への取り組みに対する意見

國光 登志子

当研究委員会の一員として本件の調査・研究に参加させていただき、貴重なデータを共有し、関係各位の意見を伺う機会をいただきましたことに改めて御礼申し上げます。

今回の量的調査と訪問事例に関する質的調査の結果に関しましては、要介護・要支援高齢者分野に置いても障害者支援の分野からも、さらには地域福祉やまちづくりの関係者に置いても深く掘り下げるべき分析課題が多数あると考えます。介護保険制度に関する高齢者問題に関わることが多い個人的立場から、本調査結果の概要を受け止めて意見を述べさせていただきます。

1 介護保険における高齢者問題との共通点

加齢に伴う要介護高齢者問題は、介護保険制度を社会保険に位置付けたことにより、家族を中心とした介護から、社会全体で介護を支える「介護の社会化」の考え方を普及させることになりました。しかし対象者の増大、重度化傾向、認知症問題、世帯構成や地域社会の変化、財源と制度の持続性問題などを受けて制度改正が繰り返されている中で、個々の介護支援専門員やサービス提供従事者から「支援困難ケース」として挙げられている事例は、本人あるいは家族が障害者、精神疾患ケースに対する医療とケアの対応方法、認知症に対する診断・援助方法、在院日数短縮に伴う常時医療を要するケースへの医療・介護スタッフの不足等によるもので、全国的にも顕著に表れています。いずれも個別ニーズに対応できていない状況は、今回の障害者の高齢化問題で明らかにされた課題と共通しているところで、対応策としては、医療や障害者関係の専門職との連携、チームケアによる協働や役割分担、そのための地域ケア会議の開催等が挙げられていますが、活用できる社会資源が乏しい状況の中では、根本的な解決策は今後への課題となっています。

2 将来的には高齢者問題、障害者問題の一本化を

障害者も高齢者も、若年者であっても高齢期に達しても、ひとり1人がその人らしく地域で安心して暮らしていける自立を支援する基本は、社会福祉法の理念であり、ノーマライゼーションの実現に向けての課題でもあるところです。将来的には、障害者問題も高齢者問題も一つの枠組みで対応し、個々の医療やリハビリテーション、住まい、介護、生活支援、経済、自己実現、社会参加等を総合的にニーズとして把握し、社会資源や対応策を考えるシステムが必要であると考えます。

3 当面の対応策

施設に置いても居宅サービスに置いても、高齢障害者問題を高齢者サイドからと障害者サイドから具体的に明らかにし、今回の訪問事例でも提示されている「今後の課題と対応策」を実践課題として取り組み、全国的に継続的にデータを積み重ねていく必要があると考えます。既にモデル事例等で件数は少ないものの、特区の枠組みを活用したり、民間の独自の取り組みとして始まった宅老所などの成果と課題を重ね合わせながら方向性を明らかにする調査研究も必要でしょう。また65歳到達をもって障害者支援から介護保険の対象に一律に移行させる問題や、障害者手帳等の認定者で

あっても介護保険優先であるという表面的理解から、介護保険制度には含まれていない障害ニーズへの支援やサービスを利用できることが認められているにもかかわらず、介護支援専門員等にその知識や経験が不足しているために、情報提供されていない等の課題への取り組みは、「給付の抑制」、「サービスの出し惜しみ」といった苦情としても上がっているところです。基本的には高齢者・障害者支援に関わる全ての関係者が、重複している課題を有する利用者のニーズをそれぞれの生活背景を受けとめて適切にアセスメントし、ニーズを解決するために社会資源の見直しや開発にも役割を果たすことが求められますが、当面は、いわば「高齢・障害専門ケアマネジャー」のようなエキスパート人材の配置も有効かと個人的には考えるところです。