

(2)集計結果の整理

1) 集計結果

次頁表は、就寝時のタイムスタディ記録の集計結果である。なお、ここでは、介護者の行為・行動コードのうち、身体介護、医療、行動関連の3項目を「介護」に該当する行為・行動と定義した。(本調査に用いた介護者の行為・行動コードについては9頁を参照のこと)

集計表の表頭は、就寝時の介護の体制(利用している障害福祉サービスの種類、ヘルパー体制等)、集計の母数となる就寝時間(本人の就寝時間または介護者の勤務時間:単位は分)、本人就寝時間のうち、介護に要した時間の割合と介護の内容別内訳、待機の時間の割合の順である。

生活支援型Bの3名については、夜間の介護が発生していないため、集計から割愛した。また、重度訪問介護を利用していないケース(ケース⑩、⑫)については、介護者が勤務した時間を母数として、構成比を算出している。家族同居の場合は、本人の就寝時間を家族介護者の勤務時間と仮定した。

併せて、介護の頻度についても確認すると、以下に例示したように幅がみられた。

参考 今回事例の夜間の待機結果 抜粋

生活支援型A(四肢麻痺)	待機時間	最長 117 分	最短 7 分
*本人からの指示はトイレ介助 約2時間半間隔			
生活支援型C(行動障害)	待機時間	最長 151 分	最短 5 分
*本人からの指示ではなく、介護者の判断による支援			
医療型A(常時人工呼吸器装着)	待機時間	最長 35 分	最短 2 分
*本人からの指示による頻回の体位交換			
医療型A(夜間鼻マスク)	待機時間	最長 92 分	最短 4 分
*本人からの指示による頻回の体位交換			
医療型B(吸引) GH	待機時間	最長 266 分	最短 2 分
*SpO2 アラームによる警報通知			

表 11 就寝時の介護に関するタイムスタディ集計結果

(単位：分、％)

NO.	就寝時の介護の体制 (利用しているサービス)	対象時間 (＝100)		介護に要した時間の割合(%)				待機の時間の割合	
		本人就寝時間	介護者勤務時間	介護計%	身体介護	医療	行動関連	直接的	見守り待機
医療型A									
①	重度訪問介護	460	460	8.7	8.7	0	0	0	90.9
②	重度訪問介護	470	470	21.3	18.7	2.6	0	0	67.7
③	重度訪問介護 (家族同居)	566	566	1.8	1.8	0	0	0	98.2
④	重度訪問介護(GH)	425	425	6.4	3.8	2.6	0	0	76.9
医療型B									
⑤	重度訪問介護	564	564	15.9	14.7	1.2	0	0.4	77.3
⑥	居宅介護(家族同居)	431	431	4.6	2.8	1.6	0	0.5	92.6
⑦	重度訪問介護(一部) (GH)	661	661	12.4	1.7	10.7	0	0.9	85.2
生活支援型A									
⑧	重度訪問介護 (2人体制)	688	1376	21.7(10.9)	18.1(9.1)	3.6(1.8)	0	3.9(2.0)	123.4(61.7)
⑨	重度訪問介護	366	366	3.8	3.8	0	0	5.5	85.5
⑩	居宅介護(就寝前) + (緊急時地域定着支援)	420	31	77.4	77.4	0	0	12.9	0
⑪	居宅介護(GH)	636	636	29.9	29.9	0	0	0.5	34.7
生活支援型B									
⑫	居宅介護(巡回)	389	26	57.7	57.7	0	0	0	0
⑬	利用していない(精神科NC)	-	-						
⑭	他は利用していない(GH)	-	-						
⑮	他は利用していない(GH)	-	-						
生活支援型C									
⑯	重度訪問介護	548	548	12.1	10.3	0	1.8	0	76.1
⑰	他は利用していない(GH)	533	533	1.8	1.0	0.8	2.3	20.5	75.6
⑱	他は利用していない(GH)	570	570	17.2	1.2	0.2	15.8	0	82.3

* 構成比は、就寝時間またはヘルパー勤務時間に対する介護並びに待機の割合を示したもの。分母には、家事援助やその他のサービスを含むため、合計は100%にならない。(差分は、家事援助等、介護及び待機以外に要した時間割合である。)また、行為が特定されている介護の中の間接支援は、介護に含めている。

* 「待機」の中の「直接的」には、グループホームの巡回、目的を持った観察を含めることとした。

* 利用しているサービス名の後ろの()は、単身以外の住まい方をしている場合に記載

* ケース8については、2人体制のため200%で計算の上2等分した。

* 居宅介護、巡回サービスを利用している場合の算出母数は、ヘルパー勤務時間(分)

2) 就寝時の「待機」の目的と、支援の指示者・根拠

集計結果では、夜間の居宅介護或いは巡回型サービス利用者以外、就寝時の介護の大半は、「待機」に充てられていることが明らかとなった。常時介護の必要性を検討していく上では、この「待機」の内容を精査・検討していくことが不可欠と思われる。

夜間の付き添い・支援の目的は、本人の状態像によって大きく以下に分けられる。

① 医療型の方の排泄、体位交換・調整、呼吸管理等

⇒本人の苦痛を和らげる、褥瘡を回避する、呼吸器の管理や
吸引等生命の危機に対する緊急対応等

② 生活支援型Aの方の場合、

⇒本人の苦痛を和らげる、褥瘡を回避する、排泄、環境調整等の日常の基本的な行為の確保

③ 生活支援型Bの方の場合、

⇒身体介護や幻視幻覚・妄想等の精神神経症状への対応(看護医療へのつなぎ含め)等が中心になるが、本人は介護者が長時間張付くことを希望しないことが多いため、定時或いは定期的な見守りや観察となる

④ 生活支援型Cの方の場合

⇒突発的な行動に対する安心・安全面への配慮

では「誰が支援の指示をしているか」という点でみると、

・ 本人による指示……………生活支援型A（四肢麻痺）、医療型A

・ 本人コミュニケーション困難なため介護者の判断……………

重度心身障害者、生活支援型C

一方生活支援型Bでは、

・ 比較的自分の意思を伝えられる場合

……………ご本人が指示・参加。

・ ご本人からの意思表示がない、わかりにくい場合

……………支援者は、日ごろの観察から希望を読み取る。

介護者の判断に基づく支援が行われている場合、本人の意向をくんだ支援であるかという基本的問題と共に、支援の必要性がどのように客観的にアセスメント・モニタリングされ、また支援者の知識・技術としてそれらの判断・対応が適切かどうか、という課題がある。

(3) 考察 常時介護の状態像における「必要な介護」のグラデーションの検討

1) 状態像と「必要な介護」のグラデーションの考え方

タイムスタディ結果は、本人意向や地域特性が組み合わさった上で組み立てられた、現実の介護実態である。したがって、類似の状態像であっても、サービスの組み立てには個別性がみられた一方で、類型に応じた一定の特性もみられた。そこで、ここでは調査結果を参考に、常時介護の状態像に該当する障害者の「常時介護」の内容を、その必要性の観点から検討した結果、下記のようにマッピングできるのではないかと推論した。

- ①「常時介護」の必要性の軸を、緊急性・即応性（＝生命・身体のリスクの高低）と介護量・頻度の2軸に設定した。
- ②本人状態像からみて、緊急性・即応性が高く、かつ介護量や頻度も大きくなることが想定される要件として、以下があげられる。

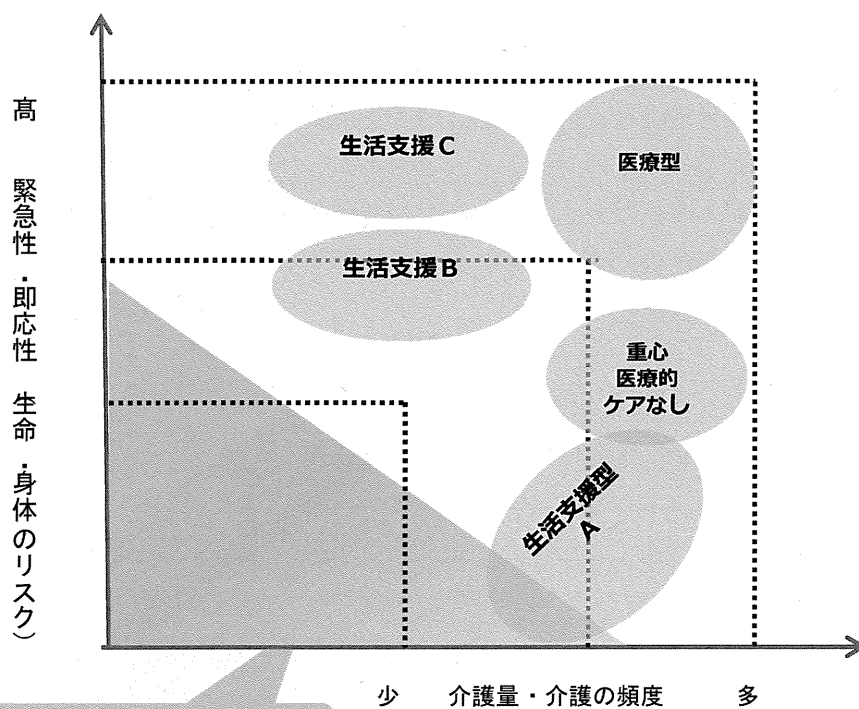
(想定される要件)

- ・ 特別な医療が必要
- ・ 発語・発信困難
- ・ 突発的な行動によるリスクが高い
- ・ 四肢麻痺である
- ・ 危機判断が困難

緊急性・即応性と介護量・頻度の点から見た場合、これらの要件を複合的に有している人の方が、必要度合いも大きくなることが想定される。特に、自発呼吸がない場合は、最も緊急性の高いグループに位置づけられるのではないかと想定される。

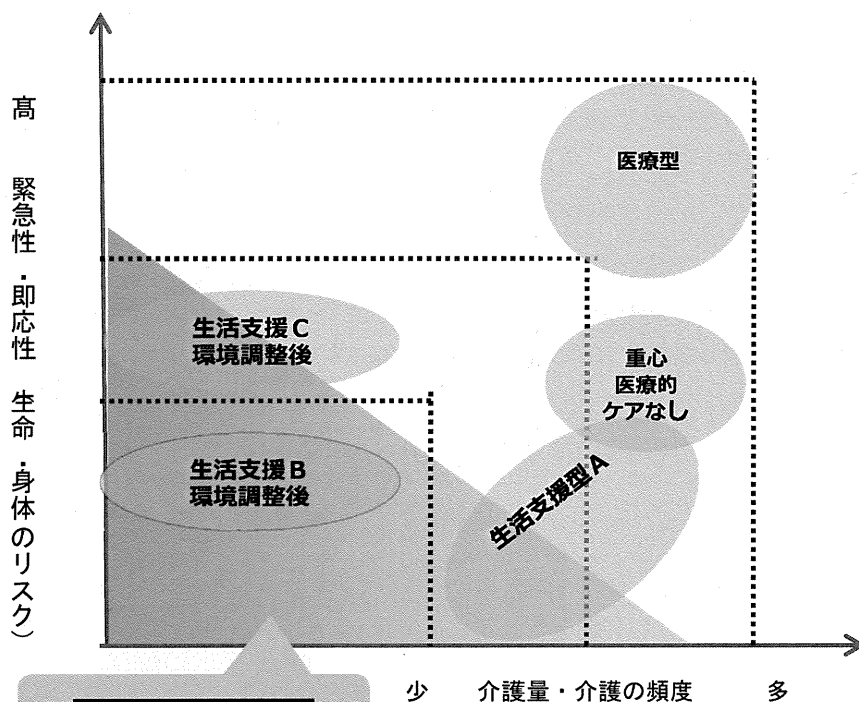
タイムスタディ調査によって得られた、常時介護が必要な状態像の障害者に必要な介護の質や量について整理すると、以下のような分布となるのではないかと推察される。図の右上になるほど、緊急性・即応性が高く、かつ介護量や介護の頻度も高いことになる。左下になるほど、常時介護を要する者を対象としたサービス以外のサービスとの併用や代替の可能性も高くなることが想定された。

図1 常時介護が必要な障害者に必要と思われる介護のグラデーション 例



巡回等の可能性ありか

【環境調整＊後】



巡回等の可能性ありか

環境調整：ここでは、強度行動障害の方への支援としての構造化のみならず、住まいの確保及び環境調整、経済面での安定・適切な管理、適切な服薬・医療等の広義で使用している。

参考

なお、タイムスタディ調査とあわせて実施した、「常時介護」の要件には該当しないものの、それに準ずる支援が想定されるグループへの支援の在り方に関するヒアリングでは、以下のような方向性が得られている。

- ・精神障害者：長時間のヘルパーによる介護よりもむしろ定期巡回等の支援を期待
- ・行動障害のない重度の知的障害者；自らSOSを発することが困難であることが想定されることから、戸建てや集合住宅であっても一世帯だけの単身生活は想定しにくい。個室タイプのアパート型グループホームまたは、集合住宅の一室に世話人がいて、その部屋のそばに位置する個室タイプのグループホームなどが想定された。

2) 就寝時の介護実態として多くを占めていた「待機(見守り)」についての考察

直接的な介護以外の間接支援については、従来「見守り」という言葉で表現されていた。しかしながら、日本語でいう「見守り」は、さまざまなレベルを含む、極めて曖昧な言葉である。そこで、ここでは、下記の英語の中から、次のケアの必要性や実施のタイミングを計る目的で行われる「オブザーブ observe」(ないし「ウォッチ watch」)に注目。その行動の目的・内容に応じて、従来「見守り・待機」として一括りにしていたものを「オブザーブ・ウォッチ」と「それ以外」に分類し、2段階としてはどうか。

表 12 「見守り」に相当する様々なレベル

observe	観察する、観測する、監視する
例	Observation plan 看護職による看護のための観察プラン 具体的なトリートメントを行うための観察
watch	(動いているもの・動きが予測されるものを)じっと見ている、見守る、注視する； ～を観察する；…を見物する

see	注意を向ける・向けないに関係なく、自然に見える
wait	待つ 例 隣室で指示を待つ

身体介護、医療、行動関連に関わる介護の内容は、介護密度の高い順に、

- ①直接支援、
- ②間接支援 1 (observe 相当 (観察・注視))、
- ③間接支援 2 (see、wait 相当 (待機))

の3段階に区分できるのではないか。

次頁に、今回対象者 18 名のうち、典型的なオブザーブ型と思われるケースについて、就寝時のタイムスタディ記録から抜粋して紹介したい。

表 13 オブザーブ型待機の事例（ケース⑦の就寝時抜粋）

本人		介護者						
本人の 行為・行動	時刻		介護者の行為・行動 (GH支援員)	備考	time	時刻		介護者の行為・行動 (ヘルパー)
	開始	終了				開始	終了	
就寝								
痰がらみ、目覚める	22:31	22:32	吸引		0:01			
	22:32	22:35	オムツ確認		0:03			
再就寝	22:35	22:36	体位調整		0:01			
	22:36	0:05	待機		1:29			
SpO2 88%	0:05	0:07	体位調整	☆	0:02			
	0:07	0:09	待機		0:02			
痰がらみ	0:09	0:10	吸引		0:01			
SpO2 86%	0:10	0:11	待機(声掛け)	☆	0:01			
	0:11	4:37	待機		4:26			
SpO2 85%	4:37	4:38	待機(アラーム確認)	☆	0:01			
SpO2 94%	4:38	5:25	待機		0:47			
	5:25	5:30	体温、血圧測定		0:05			
						5:30	5:33	引継ぎ
オムツ確認						5:33	5:35	オムツ確認
体位調整						5:35	5:37	体位調整
						5:37	5:39	注入準備
注入開始						5:39	5:40	注入開始
						5:40	6:12	注入中
SpO2 85%				☆		6:12	6:13	待機(アラーム確認)
SpO2 96%						6:13	6:20	注入中
痰がらみ、目覚める						6:20	6:21	注入終了
						6:21	6:23	胃ろうガーゼ交換
						6:23	6:29	記録、引継ぎ
痰がらみ	6:29	6:31	吸引	☆	0:02			
SpO2 89%	6:31	6:58	待機		0:27			
痰がらみ	6:58	7:01	吸引		0:03			

本ケースのタイムスタディ結果では、本人就寝時間のうち、介護に要した時間の割合は 12.4%で、「待機」が 85%を占める。しかしながら、上記タイムスタディの記録をみると、その内容は、常に SPO2 の値を観察し、次の介護に備える「オブザーブ型」に当たることがわかる。

(4)必要な支援体制のあり方について

1)「常時介護が必要」の内容や実現方法を多角的に検討する必要

今回調査は18ケースについてのケーススタディではあるものの、調査からは、類似の状態像であっても本人意向や自治体の支給決定のあり方、地域の社会資源等によって、提供されているサービスメニューや支給時間数には差があることが明らかとなった。

<支給決定プロセスについて>

サービス提供は、本人の希望する生活を実現していくための手段の一つであり、まず初めに「本人の希望」を尊重することが大前提となる。その上で、より多くの常時介護が必要な状態の人に、必要なサービスを提供していくためには、提供に際しての一定の共通した考え方やプロセスが共有されていくことが望ましいのではないかと。

<サービスメニューの不足について>

重度訪問介護は、必要な介護の間隔が短くて訪問介護では対応が困難ということを想定したサービス形態である。一方、現行の障害福祉サービスの利用に際しては、他に選択すべき適切なサービスメニューが不足しているために重度訪問介護を選択するという経緯も想定され、今後、よりニーズにフィットした新たなサービスを開拓していく必要性を含め検討していく必要がある。

一口に「常時介護が必要な状態像」と言っても、例えば、24時間マンツーマンでの個別対応が必要なのか、グループホーム等の住まい或いは日中活動の場での対応は可能なのか、医療を含め、適切な環境調整はどのように行われているか等によって、住まいやサービスの選択の幅が生まれてくる。

今後、これらの常時介護の状態像の障害児者ないし常時介護の状態に準ずる障害児者については、アセスメントに際して、医療との連携に基づいた「介護のための観察プラン（仮称）」や、行動援護の専門家による「適切な環境調整（※）のためのプラン」を作成し、それらに即した観察やモニタリングを行うことも有効と思われる。

※適切な環境調整の例：

自室や自分用のスペースが確保されている。同居者の生活スタイルと衝突しない動線が工夫されている。また、活動の切り換え場面での自立課題の提示や、スタッフ間の連携による空白の時間をつくらないプログラムを設定する。

コミュニケーションの支援としては、利用者の口上発生・不穏発生等に対してワードごとにカテゴライズし、場当たりの対応による利用者の不安や混乱が生じない様に、肯定的な返答に配慮する。

なお、今回調査対象に含まれなかった常時介護を必要とする精神障害者のうち、「重度のうつ病状態等で強度の行動障害はない（あるいは少ない）ものの生活上の支援が必要な人」に対する支援の在り方については、「うつ状態の時は、サービスを自分では使えなくなってしまう。或いは、使えたとしても自分のような者にやってもらって申し訳ないとなってしまう可能性もあり、そういう方には、家事援助や身体介護のスポット支援や様子確認の巡回支援が想定される」という指摘があった。

参考 本人の希望と状態像を勘案した重度訪問介護以外の支援体制例

常時介護が必要な障害者に対する支援体制のうち、重度訪問介護以外の選択肢として、2つのケースを紹介する。

アは、すでに実態として利用している事例で今回調査のケース7に該当する。イは今回調査の中で希望として挙げられていた例である。

ア 居宅介護と地域定着支援の併用（ケース⑩が該当）

以前、重度訪問介護を利用していたが、24時間のサービスは必要ないこと、また24時間介護者が張り付いていることがストレスになること等の理由で、現在の居宅介護と、緊急時に対応可能な地域定着サービスに切り替えた経緯がある。

→ただし、本ケースの場合、本人の危機対応力が一定程度ある（＝自分で電話ができる、日常的な医療的ケアは必要としていない）ことがポイントで、SOSの発信以外にも、「飲水ができるかどうか」（みずほ調査）などの対応力が求められるのではないかと。

ケース⑩ ご本人の意見

- ・以前は、重度訪問介護を利用していたが、日中外出しない時のヘルパー待機や（人がいることの）ストレスを考えると、今の方が生活が安定し、事故も少なくなった。
- ・中立的な立場の事業所がトータルサービスを把握している、鍵を預かってもらっていることは、安心感につながっている。
- ・災害時や犯罪に巻き込まれるなどの法に関わること以外の日常生活の緊急実態に関しては、福祉サービスで対応してほしい。
- ・身体の状態が変わってきた場合には、支給量の変更が必要になってくるとは思うが、今はあえて24時間の介護は希望していない。

イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、巡回型の意思決定支援等の可能性

＊精神障害者の夜間の支援等で希望

どのような状態像の方に対して、どのような支援者が対応していくのかは、今後さらに検討が必要。定期巡回が想定される比較的安定している人に対しては、巡回する人自身は必ずしも専門職である必要はないかもしれない。プラン作成やモニタリングの要に専門職がいて、情報共有と適切なアセスメントがされていることが条件になるのではないかな。

ヒアリング調査では、「地域世話人制度」(岩上氏)、富山県の「地域ケアネット」が上がっている。

参考 ヒアリングでの岩上氏意見

- ・定期巡回は、全部が全部専門職でなくてもよいのではないかな。グループホームの世話人として近所の主婦を雇用するように、近所の人が何かあれば、面倒を見てくれる。何か問題があってもあの人だから仕方ないよ、くらいに見守ってくれるとよいのではないかな。(地域世話人制度を提案)
- ・また、その次のレベルとして、ヘルパーやピアサポーター、さらに次に相談支援専門員や精神保健福祉士など、安定した生活を送るためにどのレベルで定期巡回が必要かということによる。必ずしもすべてを専門職で対応しなくてもよいと思う。

2) その他「常時介護」の状態像の障害者支援体制に求められること

①医療と福祉の役割分担・連携

・医療型における障害福祉と医療の連携・分担

医療型の方の場合では、特に夜間の緊急時など、「障害福祉」として対応すべき部分、「医療」として対応すべき部分の整理（連携と分担）が不可欠だが、今回調査では十分にカバーできていない。引き続き確認や検討が必要である。

・生活支援型Bにおける日常的な医療・福祉間の連携

また、生活支援型Bの場合も、日常の服薬管理が要となること、体調不調の場合は、入院を含めた医療との連携が不可欠であることなどから、日常的な医療連携がより必要となる。幻覚や妄想などで行動を起こすことについては、疾病性によるものと環境によるものもあるとされるが普遍化がされていないのが現状で、福祉領域では疾病性に関する理解が、医療領域では、環境などの生活面に対する理解が不足しがちなことから、より医療と福祉の連携が必要であるとの指摘がみられた。

・日々のケアにおける医療職と介護職の申し送り等を通じた情報共有・連携

福祉系と医療系のサービスが同時に入っている場合でも、例えば介護職と医療職との間で観察の必要性の申し送りや確認が十分になされている必要もあり、今後現場レベルでの具体的な連携のあり方についても改善が急務となっている。

②支給決定プロセス全体にかかる課題として

本人の状態像は、年齢、障害特性や環境要因によって変化をしていくと想定されるが、今回ケースを見る中でも、24時間（夜間）の介護の必要性に関する根拠が5年前の状態から更新されていないケース等、現在の状態像に即した適切なケア内容へと更新されていないケースも散見された。支援に際しては、本人の意向・ニーズが尊重されるべきはもちろんのことであるが、自立（律）支援という観点からも、介護・医療・環境設定等の総合的なアセスメントとモニタリングが必要となる。この点については、今回の研究範囲を超えた課題ではあるが、今後の大きな検討課題として残る。

③本人の権利擁護、意思尊重と安全の観点から

今回事例では、行動障害の方に対して、夜間の安全性の確保という支援者側の観点から、外からも施錠をして出られないようにするという支援行為も見られた。ヘルパーと本人が一緒にいることで隔離・身体拘束には抵触しないのかもしれないが、身体拘束には、どうしてもやむを得ない場合の一定の条件や期限を区切るなどの対応が求められていることから、本人の特性に応じた適切な環境調整、モニタリング等の計画的な支援が求められる。特に、自分の意思を言語化して表明することが難しい障害特性の方の場合、留意が必要である。

精神障害の方への支援では、介護者との適度な距離感をご本人から提案され申し合わせがされている事例もみられた。当然、その結果、アクシデントが起きることも想定されるわけだが、本人意思を尊重した場合、どのような予防的対応が可能となるのか、さらに検討が必要となる。

④重い障害のある人を地域で支えていくための持続可能な資源活用（共用）のあり方の検討が必要

今後、重度化に対応したグループホームや地域の拠点整備が予定されている中で、特殊浴槽、個浴等の重度者への対応可能な施設・設備等を整備し、それらについては地域の共有資源として、在宅で暮らす重度の方にも提供していくことは考えられないか。また、施設等が地域の拠点となることで、コミュニティスペース（地域住民の居場所、地域食堂など）としての活用も可能となる。

Ⅲ 「常時介護を要する状態像」に準ずる障害者の支援に関するヒアリング調査

1 調査実施フレーム

(1) 調査の目的と調査対象の考え方

① 調査の目的

現行の重度訪問介護の利用対象には該当しない下記②の障害者の状態像及び支援内容を調査するとともに、今後のより効果的な支援の在り方に向けた提案を行うことを目的に実施した。

② 調査対象となる障害者像

上記目的のため、調査対象となる状態像を以下に想定した。

- 常時介護の対象に準ずる知的障害者及び精神障害者
- 親亡き後に自宅での生活継続を希望する在宅の障害者

*双方を兼ねるケースもありうる

調査依頼に際しての状態像の共有イメージ

- ・支援区分4程度
- ・行動関連項目10点未満の知的障害者等
- ・グループホーム等の集団生活には馴染まない精神障害者
- ・在宅で暮らす高齢の知的障害者、精神障害者の「親亡きあと」

(2) 調査実施概要

① 調査対象の抽出・選定

該当する状態像の障害者に対する支援実績を有する相談支援事業所、居宅介護事業所、グループホーム事業所等に対して調査協力を依頼し、事業所並びにご本人のご了承を得たうえで、該当するケースのご紹介をいただいた。

② 調査方法

4 障害福祉サービス事業所職員に対する訪問インタビュー調査

*本人調査は実施せず

*事前に調査票を送付・回収した上で、訪問調査を実施した。

③ 調査時期

平成27年12月～平成28年1月

2 ヒアリング結果

(1) ヒアリング対象ケースの状態像と支援経過

ヒアリング対象ケースとなった方の状態像及び支援経過は、下記のとおりである。なお、ご紹介いただいた9名のうち、1名は現在病院に入院中で地域移行に取り組んでいる方であった。今回調査は、すでに地域移行を終えた在宅の障害者を対象とすることから、報告には含めないこととした。

① 精神障害者で「常時介護」に準ずる状態像 6 ケースについて

ケースは、いずれも、当該支援機関のサービス利用開始から、最長で6年、最短で半年の利用の方々である。(居所の変化、サービス内容の変化は下記一覧に記載)

意思表示や言葉による理解が可能なが多いが、中には、本人独自の表現を用いる方も見られる。また、6名全員が、何らかの強度行動障害に該当している。また、激しい自傷を伴う症状の方の場合、視覚、聴覚等自傷による身体障害も併せ持っている。

【「常時介護」に準ずる精神障害者の支援ケース①】

	ケース a	ケース b	ケース c
①性別・年齢	男性・60 歳代	男性・40 歳代	男性・70 歳代
②障害支援区分	区分 3	区分 4	区分 2
③障害や疾患	統合失調症（手帳なし）、 知的障害（B 判定）	身体 1 級、精神 2 級 トゥレット症候群、強迫性障害、 視覚障害（両眼光覚弁）、 聴覚障害（右：重度難聴、左： 高度難聴）	精神 1 級 統合失調症、 糖尿病あり
④意思表示・コミュニケーションの状況	意思表示可能・言葉による理解可能	意思表示可能・言葉による理解可能	意思表示可能・言葉による理解可能
⑤行動関連項目（現在）	環境の変化により突発的に大声	自傷、環境の変化により突発的に大声	多動または行動の停止
⑥精神・神経症状該当項目（現在）	認知障害	憂鬱で悲観的	傾眠傾向、幻視・幻聴、妄想 注意障害、遂行機能障害、憂鬱で悲観的、対人面の不安緊張、意欲が乏しい
⑦当該事業所利用開始年	2012～	2011～	2009～
⑧居所の変化 ＊利用当初から現在までの変化	単身 ⇒家族と同居 ⇒単身	家族と同居 (変化なし)	病院 ⇒宿泊型自立訓練 ⇒現グループホーム
⑨利用している 障害福祉サービス ・利用当初 ↓ ・現在 (現在利用している医療サービス)	・居宅介護（20H） ↓ ・居宅介護（身体 5 家事 10） ・就労継続支援（ 日） ・移動支援（35H/月） ＊介護保険要介護認定で 要介護 1⇒併用での利用 (ダブルケアマネ) (医療) ・精神科訪問診療 ・訪問看護 ・保健所相談	・自立訓練 ・移動支援（35 日） ↓ ・居宅介護（ホームヘルプ） (身体 75、家事 82.5) ・生活介護（原則日数日） ・移動支援（35H/月） (医療) ・精神科訪問診療 ・訪問看護 ・保健所相談	・共同生活介護 ↓ ・共同生活援助 (医療) ・精神科（本人定期受診）

【「常時介護」に準ずる精神障害者の支援ケース②】

	ケースd	ケースe	ケースf
①性別・年齢	男性・50歳代	男性・50歳代	男性・50歳代
②障害支援区分	－	－	－
③障害や疾患	精神2級 統合失調症	精神2級 強迫性障害、パーソナリティ 障害、生活習慣病	精神2級 統合失調症
④意思表示・コミュニケーションの状況	意思表示可能・言葉による理解可能	意思表示可能・言葉による理解可能	意思表示本人独自・言葉以外の方法で理解
⑤行動関連項目 (現在)	多動または行動の停止	パニックや不安定な行動	パニックや不安定な行動、突然走っていなくなるような突発的な行動、食べられないものを口に入れる
⑥精神・神経症状該当項目 (現在)	傾眠傾向、幻視・幻聴、妄想、失見当識、失認、失行、認知障害、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害、対人面の不安緊張、意欲が乏しい	失見当識、認知障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害、憂鬱で悲観的、対人面の不安緊張、意欲が乏しい	
⑦当該事業所利用開始年	2015～	2011～	2013～
⑧居所の変化 *利用当初から現在までの変化	他法人グループホーム ⇒病院 ⇒宿泊型自立訓練 *喫煙による火災でグループホーム強制退去⇒入院へ	病院 ⇒宿泊型訓練施設 ⇒民間のアパートで単身 *子どもの頃から、強迫思考、強迫確認、薬の強要など、自分の思い通りにならないと暴言、母親への暴力等の問題行動を繰り返し、H5年以降短期入院を通算で15回を繰り返した。 *母親も限界を感じ、H22年の入院を機に宿泊型生活訓練施設の利用が検討され、翌年に入所。	病院 ⇒自宅で単身 ⇒宿泊型自立訓練 *高校時代に登校拒否を経験し、その頃精神的不調を訴え発病。入退院を繰り返した。父親、母親が他界後独居生活。一人暮らしへの心配から、親戚と病院PSWからの紹介で、通所型自立訓練。 *本人は冬場の通所を拒み、同時期に通院・介護拒否。服薬もせず、また食事を摂らない生活が続き栄養失調などで入院。 *入院中での問題行動（病棟トイレを故意に詰まらせたたり、他患者の私物を盗んだりする、徘徊、勝手な離院、寄り道行動など）あり、病棟内でもケアの対応困難。 *本人は自宅復帰を強く希望しており、いつ退院できるのか常に気持ちを逸らせていた。
⑨利用している 障害福祉サービス ・利用当初 ↓ ・現在 (利用している医療サービス)	・自立訓練（22日） (医療) ・精神科（本人定期受診）	・自立訓練（22日） ↓ ・居宅介護（ホームヘルプ）（77H/月） ・生活介護（22日） (医療) ・精神科（本人定期受診）	・自立訓練（22日） (医療) ・精神科（本人定期受診） ・作業療法

② 知的障害で「常時介護」に準ずる2ケースについて

行動関連項目10点未満で、常時介護に準ずる知的障害者のケースでは、知的障害は軽度であるもののうつ等の精神神経症状を有し自傷行為が見られる方、ダウン症で最重度の知的障害の方が挙げられた。両者とも、言葉による理解は可能だが、本人の意思表示方法としては、「独自の表現」を用いることが多く、コミュニケーションは困難な状況にある。

【「常時介護」に準ずる知的障害者の支援ケース】

	ケースg	ケースh
①性別・年齢	女性・40歳代	男性・30歳代
②障害支援区分	区分4	区分5
③障害や疾患	療育手帳B判定、知的障害、うつ症状	療育手帳A判定（最重度） ダウン症
④意思表示・コミュニケーションの状況	本人独自の表現を用いた意思表示・言葉による理解が可能	意思表示できる（yes・no） ときどき本人独自の表現を用いた意思表示・言葉による理解が可能
⑤行動関連項目（現在）	パニックや不安定な行動、自傷行為、	自傷行為（安心動作、クセに近い）
⑥精神・神経症状該当項目（現在）	遂行機能障害、社会的行動障害、憂鬱で悲観的、対人面の不安緊張、意欲が乏しい	特になし
⑦当該事業所利用開始年	2008～	2003～
⑧居所の変化 ＊利用当初から現在までの変化	家族と同居	家族と同居 ⇒グループホーム
⑨利用している障害福祉サービス ・利用当初 ↓ ・現在 (現在利用している医療サービス)	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護（ホームヘルプ）（15H） ・生活介護（10日） ↓ ・居宅介護（ホームヘルプ）（20H） ・行動援護（15H） ・地域活動支援センター（3日/週）（パソコン、食事等） （医療） ・精神科（本人定期受診） 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護（ホームヘルプ）（15H/月） ↓ ・居宅方語（ホームヘルプ）（50H/月） ・就労継続支援（22日） ・移動支援（14時間） ＊ほぼ未利用 （医療） ・かかりつけ医

(2) ヒアリング結果

以下、特に、高齢障害者への支援、グループホーム等の集団生活には馴染まない精神障害者等で、強い行動障害や支援拒否・反社会的行為等による地域社会との関係性の持ちにくさ、親亡き後の地域生活継続に向けた支援の可能性等の観点から、事業所からの回答の一部を紹介したい。

1) 計画作成、モニタリングに際しての工夫や困難点について

◎高齢障害者を支援する視点から

高齢の精神障害者への支援の工夫や苦勞としては、介護保険との併用に際しての両サービスの組み立て方の違い、身体機能の低下に伴う困難さが指摘されている。

*以下、□内の下線は筆者

【ヒアリング調査から】

◇ケース a の支援に関連して

- ・介護保険対象(要介護1)のため、併用での利用となっている。双方でサービスを調整している状況ではあるが、介護保険との考え方の違いが少しあるように思われる。
- ・ご本人の希望を叶えていきたいが、近隣の理解を得ていく難しさは感じる。
- ・現在の病気のほかに、高齢者としての病気が出てきたときの対処について心配は残っている。

◇ケース c の支援に関連して

- ・H22 年 GH に入居当時は、幻聴に生活が支配されていたため生活がままならず(壁に向かって泣く、支援者への確認行為)、調理・買い物・服薬支援(糖尿病含む)、外来同行、日中活動(ラジオ体操)等の声掛けを繰り返す中で、生活の構造化が図られた。
- ・常時声かけをしないと、動かない、服薬管理が必要、足腰も弱くなり外出同行が必要、排泄の粗相その後の後始末不衛生状態の改善などなど介護の必要性が増加。
- ・年齢的に、身体機能低下を含めた健康面に配慮した支援(軽運動を取入れたり、栄養指導・配食サービス、外出の機会を設定、医療連携)を意識した支援を実施。
- ・ご本人は「このまま健康で」「グループホームでのんびり暮らしていきたい」という率直な意向を有するため、あくまでもご本人ペースに合わせ、ご本人に寄り添う支援を心がけて、場面で本人の声を拾っていくことが、アセスメントであり、次につなげる手立てのヒントとしている。

◎強い行動障害や反社会的行為等による、地域社会との関係性の持ちにくさ

強い拒否や不適応、強い不安等に対して、さまざまな環境調整をしながら支援を工夫している様子がわかる。本人への支援と同時に、近隣地域への対応、関係づくり等も大きな課題となっていることがうかがえる。

【ヒアリング調査から】

◇ケース e の支援に関連して

- ・訓練施設への入所当初から、支援者を独占する、事務所に居座る、病院に居座る、公衆電話独占、他者への強要電話、他者を寝かさない、無断外泊、その際の無賃乗車など強迫的確認行為が止まらず。主治医より「生活環境の枠組み、ルールを作ること」との見解がなされ、日課に枠組み、ルールを作成。本人は納得せず、その都度本人を入れたケース会議、モニタリングを実施した。
- ・根本的に課題が解決に至らぬまま、H26 年に刺激の少ないアパートでの一人暮らしが実現。本人の不安に対応できるよう(必ず毎日支援者が顔を合わすよう)、居宅介護、訪問型自立訓練、地域活動支

援センターによる訪問系支援を計画に組み立てる。引きこもらぬよう生活介護を入れ、外で活動できる機会と、事業所に来所した際に直接支援者と相談ができる体制を整える。さらに地域定着支援を加えて、緊急時の対応体制も構築

- ・昼夜問わずの執拗な電話（母親や事業所、不動産屋など）は治まらず、地域に出たことでの近隣住民からの苦情（電話口で怒鳴っているため、うるさい、怖いなどの苦情）への対応も支援として増加。
- ・ご本人は今のアパート生活を続けたいと頑張っていて、モニタリングの際には1年半地域で生活を送られていることを必ず評価をしているが、どうしても周囲の迷惑行為に対する対応策、リスクマネジメントの中身が色濃く出た支援内容になっているのが現状。本来であれば、生活習慣病改善、金銭管理（現在高齢な母親しかできない）、整髪の支援等も実施しなければならないが、非常に困難。

◎親亡き後の地域生活継続に向けた支援の可能性

親亡き後の地域生活継続を意識して、母親との分離をめざしたサービス等利用計画の作成と実施、地域ケアネットを活用した緩やかな地域の見守り等の工夫が語られた。最重度の知的障害の方の場合は、いわゆる「退行」に向けてどのような支援の組み立てをしていくべきかの悩みも語られた。

【ヒアリング調査から】

◇ケース b の支援に関連して

- ・母親との分離を図るべく支給量が出されているが、本人の要求が強く、自ら事業所を切ってしまうため、対応可能な事業所がないなど計画が絵に描いた餅になりがち。
- ・チックへのコンプレックスや、視力喪失の不安から、日中活動ができない。
- ・自傷行為等の危機的状況を回避したいが医療・福祉のサービスともに困難である。

*自傷行為が酷くなったときに医療保護入院になったことがあったが、暴れて手におえない、保護室はストレスという理由で強制退院となった。ショートステイ等福祉サービスを活用する方法も、チックによる大声や壁叩き等から受け入れを考えてくれる事業所もなく本人も利用を希望しない。

◇ケース g の支援に関連して

- ・本人は急な変化への対応が難しいため、必要性を一緒に確認しながら、本人が必要とを感じるまでは無理強いせず時間をかけて見守るようにしている。急な変更とは予定や担当者の変更のこと。自分から動こうと思わないと動けない。
- ・自分の思いを言葉にすることが少ないため、本人自ら発言した言葉を大切にしている。出来ないことや地域活動支援センターへ行けないことが1回／月ほどある。自傷があるため、無理強いをしない。「明日来られたらいいね。」と伝える。
- ・日常的な本人の見守りや屋根の雪下ろしなどは地域のケアネットが協力してくれている。地域のケアネット（県からの補助金15万円/年。県独自の取り組み。）利用者1人につき3～5人でボラセンに民生委員やケアマネなどが依頼。民生委員ほか、簡単な買い物、緩やかな見守り、隣人がお弁当を持参するなどご飯を気にかける。草刈りなどの手伝いは校区～自治体単位で実施する。ケアネットから連絡が頻繁にあるわけではない。特段変わったことがあると連絡が来る。
- ・本人の住んでいる地域には移動手段が少ないため、利用できるサービスも限られてしまう。公共交通機関は、周りの人（近所）が自分を見ていないと感じ、乗ることができない。病院や映画に行きたいという希望があり、移動支援では公共交通機関を利用しなければならないが、行動援護であれば、事業所の車で移送を含めた移動が可能。

【ヒアリング調査から】

◇ケース h の支援に関連して

- ・意思表示は、yes・no レベルではわかるが、言葉での本人の意思は慣れないと読み取れない。
- ・生活上の自立度は 20 歳頃がピークだったとのことで、母親としては、退行現象を気にかけてながら「現状維持」が目標になっているといえる。以前日課としていた縄跳びをやめたり、作業所での疲れによる座り込みなど、実際に疲れやすくなってきているようだ。もともと青年期に獲得していたレベルが高かったのも、親御さんとしては余計に退行が気になっているようだ。
- ・全体に「ゆっくり」「時間がかかる」ようになってきている。そうした中で、少しでも本人が自分のことを自分でできる力が上がるように支援するのか、本人の変化に合わせて緩やかな方向に持っていくのか、迷う。時間がかかるのは、こだわりも以前に比べ強くなっていることもある。日中活動を就労 B から生活介護に移行した方がよいのかについても悩ましい。(変えることでストレスが軽減される可能性もあるが、下げたくない、という希望もある)。事業所の行事でも同様の傾向にあるようだ。
- ・以前は、週末の帰省時に父親とボウリングを楽しんでいたが、ここ 2 年くらい、投球に至るまでのこだわりが強くなり、父親の方が嫌になってしまった。その後本人も関心が薄れたのか、疲れるのか、最近では出かけていない様子。

2) サービス提供による効果とむずかしさ、今後の課題

◎高齢障害者を支援する視点から

前問同様、介護保険サービスと障害福祉サービスの組み立ての違いや、訪問サービスの活用による効果が語られた。グループホーム居住に際しては、本人主体を尊重した見守り・支援の必要性が語られた。

【ヒアリング調査から】

◇ケース a の支援に関連して

- ・高齢者デイサービスにつながり、本人も喜んで通っていたが現在は休んでいる。利用時間が長く、自由に過ごせる時間が少なくなっていることも原因と思われる。
- ・導入当時は抵抗のあった居宅介護等については、食事の確保や掃除等の必要性を感じているため、抵抗感は薄れてきている。
- ・訪問診療により通院とは異なり状態の変化にリアルタイムに応じられる状況をつくることができた。

◇ケース c の支援に関連して

- ・精神症状による意欲減退と行動の制限に加え、70 歳代の高齢であり、現在の GH サービスがなければ生活が成り立たないと思われる。食事や掃除等の家事はヘルパー支援で賄えるかもしれないが、本人の行動を見守り、本人のタイミングに合わせた外出や声掛け等の支援は、現在の GH でないとう出来ない。
- ・加齢と共に出来なくなっていること（米とぎや洗濯等）に対しても、完全に職員が支援するのではなく、本人のタイミングに合わせて確認しながら行うようにし、能力の維持向上に努めつつ、本人が生活の主体であることが認識できるように個別支援をしている。