

厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

分担研究報告書

研究課題名（課題番号）：医療的管理下における介護及び日常的な世話が必要な行動障害を有する者の実態に関する研究（H27-身体・知的-指定-001）

分担研究課題名：社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第2報）
～職員アンケート調査から～

研究分担者：高橋和俊（社会福祉法人侑愛会 おしま地域療育センター 所長）

研究協力者：祐川暢生（同 侑愛荘 園長）

中野伊知郎（同 星が丘寮 園長）

高橋実花（同 発達障害者支援センターあおいそら 医師）

大場公孝（同 理事長）

研究要旨

社会福祉法人侑愛会の運営する8か所の障害者支援施設に勤務する職員278名を対象に、医療的ニーズに関するアンケート調査を行った。医療的ケアを含む医療的側面を持つケアには80%以上の職員が困難を感じると回答し、特に看護師以外の支援職員にその傾向が強かったが、看護師も2/3が困難を感じると回答していた。困難を感じる理由としては「正確に実施できているかどうか自信が持てない」が最も多く、経験年数が高い職員や管理職の方がむしろケアに対して困難を感じている傾向があった。入所者によるケアの拒否は2/3の職員が経験していた。医療機関の外来受診付き添いは職員の80%以上が、過去3年間の救急搬送付き添いと入院への付き添いはいずれも職員の約30%が経験し、困難を感じる点としては通常とは異なる業務に職員の手を取られることが最も多く、医療機関の利用に困難を感じないという回答は少数だった。すべての施設で種々の健診・検診を定期的実施していたが、困難を感じる点としては本人の拒否を挙げる回答が最も多く、困難はないとする回答は約1/4だった。障害者支援施設において、医療的ニーズが施設運営にとって深刻な課題となっていることが職員の視点からも裏付けられた。

A. 研究目的

我々は昨年度、社会福祉法人侑愛会の8か所の入所施設（障害者支援施設）を対象に、入所者444名の医療的ニーズに関する調査を行い、高齢化と医療の高度化に伴って、医療的ケア、薬物療法、医療機関の利用など、医療の必要性が施設運営に大きな影響を与えている実態を明らかにした¹⁾。今回は、職員の視点から医療的ニーズと施設運営の関係を明らかにすることを目的に、同じ入所施設の職員を対象にアンケート調査を行った。

B. 研究方法

対象は、社会福祉法人侑愛会の運営する8か所の障害者支援施設の職員278名（平成27年12月現在）である。アンケートは無記名とし、施設ごとに担当者が配布・回収を行った。

C. 研究結果

回答者の男女内訳は、男性152人、女性126人で、男性職員は30歳代がもっとも多く、60歳以上にやや上昇が見られた。女性職員は20歳代が最も多く、40歳代にも緩やかなピークがあった（図1）。勤続年数は男女とも5～10年がもっとも多く、次いで1～3年が多かった（図2）。勤続年数が浅い場合には職員数の男

女差はほぼなかったが、5年以降になると男性が女性よりも多くなる傾向があった。職種は支援職員が最多で、男女合わせて全回答者の89.2%を占め、次いで管理職が5.8%、看護職員3.2%と続いていた(図3)。管理職は男性が多く、看護職員は全員が女性だった。

【認定特定行為従事者制度の認知度】

認定特定行為従事者制度について「知らない」または「聞いたことはあるが内容は知らない」が合わせて201人(72.3%)であり、「知っている」の77人(27.7%)を大きく上回っていた(図4)。自分の施設が登録特定行為事業者となっているかどうかについては「わからない」、「無回答」が、合わせて196人(70.5%)だった。

【ケアに困難を感じている職員の割合】

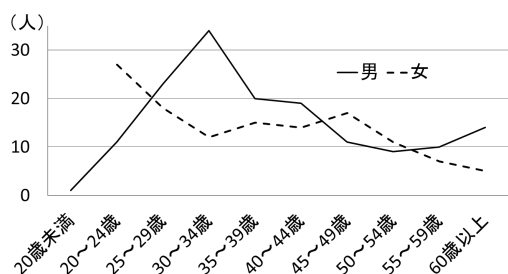


図1 回答者の年齢分布

医療的な側面を持つ処置として付表のケア項目を挙げ、これらのケアを施設で行うことに困難を感じるか否かを聞いた。これらの項目には支援職員が日常的に行っている医療的ケアに当たらないものと、原則として看護師が行う医療的ケアに当たるものの両者を含めた。

回答者の中でこれらのケアに「困難を感じる」としたのは223人(80.2%)と、8割以上が何らかの困難を感じており、「困難を感じない」のは55人(19.8%)と少なかった。職種ごとに見るとケアに困難を感じている割合が高かったのは管理職(93.8%)で、次いで支援職員(79.8%)、看護職員(66.7%)の順となり、医療行為に慣れていると思われる看護職員でも2/3が困難を感じていた(図5)。

職員の勤続年数階級とケアに困難を感じる割合の関係を見ると、どの階級でも約70%を上回る高い割合だった(図6)。そのうち、1~

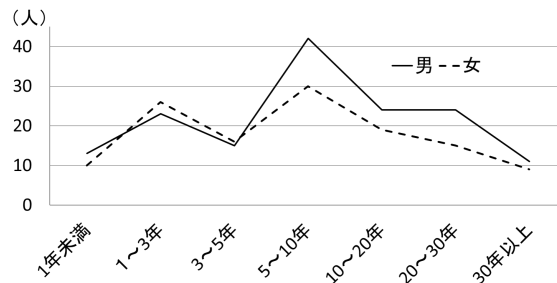


図2 勤続年数

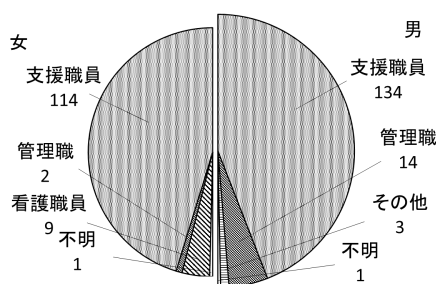
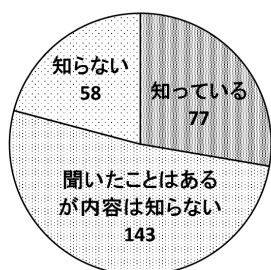


図3 職種

制度を知っていますか？



施設は登録特定行為事業者ですか？

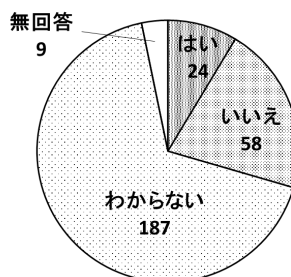


図4 認定特定行為従事者制度の認知度

3年は75.5%、5～10年は68.1%が「困難を感じる」としており、他の階級に比べると若干だが割合が低くなっていた。逆に、20～30年が89.7%、30年以上が95.0%と、「困難を感じる」割合が他の階級に比して高くなっていた。

ケアに困難を感じる理由でもっと多かったのは、「正確に実施できているかどうか自信が持てない」112人(40.3%)であった。次いで「入所者の拒否」100人(36.0%)、「業務としての負担が大きすぎる」43人(15.5%)だった(図7)。

【入所者によるケア拒否の経験と対応】

入所者によるケアの拒否を経験したことがある者は188名で、全体の67.6%を占め、拒否の経験はないと回答した80人(28.8%)を大きく上回っていた(図8)。

ケアを拒否された場合の対応については、「時間を置いたり支援者を変えて何度か試みる」が232人(83.5%)と圧倒的に多かった(図9)。続いて「拒否を受け入れケアの提供を見合わせる」83人(29.9%)、「ケアと気づかないように提供する」72人(25.9%)だったが、「身体拘束してでも提供する」という回答も24人

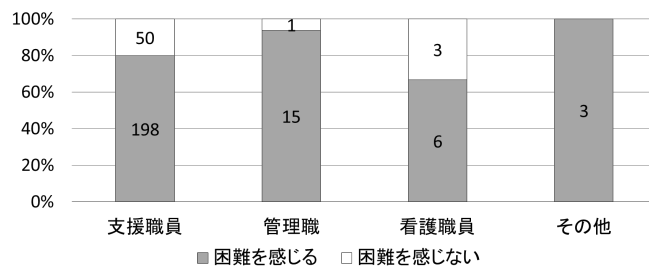


図5 職種ごとのケアに困難を感じる割合

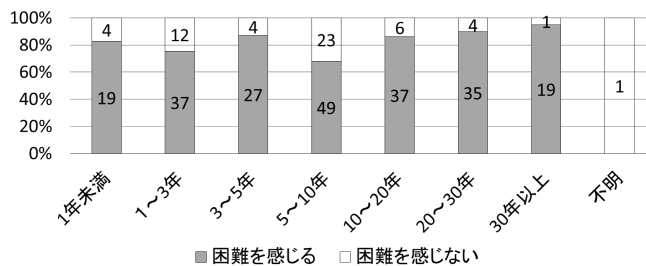


図6 勤続年数ごとのケアに困難を感じる割合

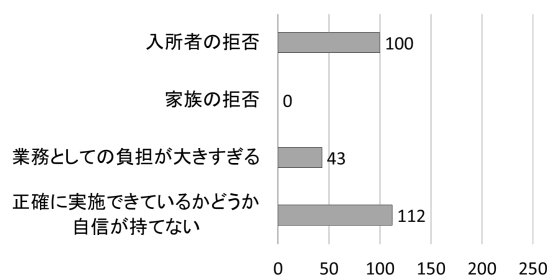


図7 ケアの困難の理由

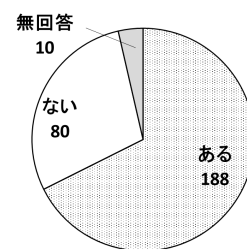


図8 入所者によるケア拒否の経験

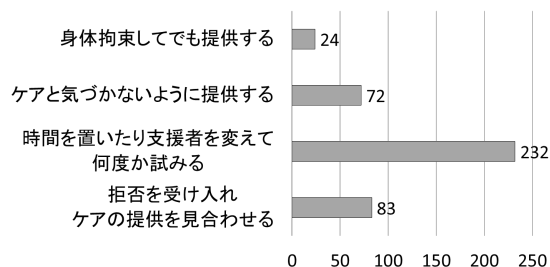


図9 ケア拒否への対応方法

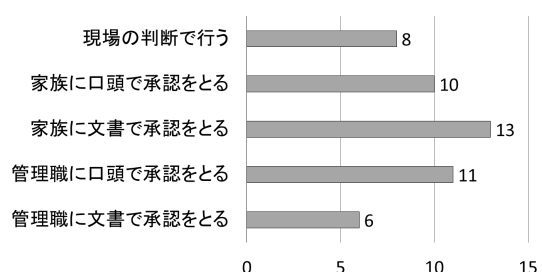


図10 身体拘束を実施するときの手続き

(8.6%)見られた。

身体拘束を実施する場合の承認手続きとしては、有効回答 48 のうち、「家族に文書で承認をとる」が 13 人 (27.1%) と最も多かった (図 10)。続いて「管理職に口頭で承認をとる」11 人 (22.9%)、「家族に口頭で承認をとる」10 人 (20.8%) となっていたが、「現場の判断でおこなう」という回答も 8 人 (16.7%) あった。

【外来受診付き添いの経験・頻度・担当者の数・受診時間】

外来の付き添い経験が「ある」と回答したのは 226 人 (81.3%) と高い割合を占め、「ない」と回答したのは 52 人 (18.7%) のみであった (図 11)。

外来受診付き添いの頻度、職員 1 人当たりの担当利用者数、受診に要する時間を図 12 に示す。頻度としては、「年数回程度」が 100 人 (44.2%) と最も多く、次いで「月 1~2 回程度」94 人 (41.6%)、「週に 1 回程度」14 人 (6.2%)、

「週に 2~3 回程度」12 人 (5.3%)、「ほぼ毎日」4 人 (1.8%) となっていた。付き添い人数を見ると、「ほぼ 1 対 1」が 113 人 (50.0%)、「2 人~3 人」が 88 人 (38.9%) で、職員 1 人あたり 3 人程度までの入所者に付き添うことが多く、1 人の職員が 4 人以上の入所者に付き添う割合は 15.5% と比較的少なかった。受診の平均時間は、「3 時間以内」が 123 人 (54.4%) と最も多く、ついで「1 時間以内」86 人 (38.1%)、「5 時間以内」12 人 (5.3%)、「5 時間以上」4 人 (1.8%) の順になっていた。

外来受診に困難を感じる理由としては、「通院に時間と職員の手がかかる」という回答が一番多く 146 人 (52.5%)、次に「待ち時間に利用者が落ち着かない」133 人 (47.8%)、「特定の職員でなければ引率できない」54 人 (19.4%)、「医療スタッフに理解がない」39 人 (14.0%) で、「困難さはない」と回答したのは 28 人 (10.1%) であった (図 13)。過去 3 年間に医療機関による外来受診拒否を経験したのは 24 人 (8.6%) であった (図 14)。

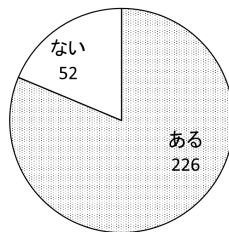


図 11 外来受診付き添いの経験

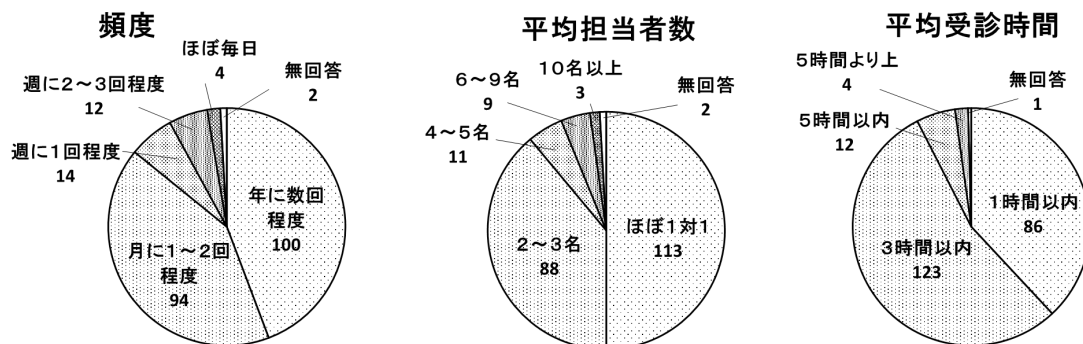


図 12 外来受診付き添いの頻度、平均担当者数、平均受診時間

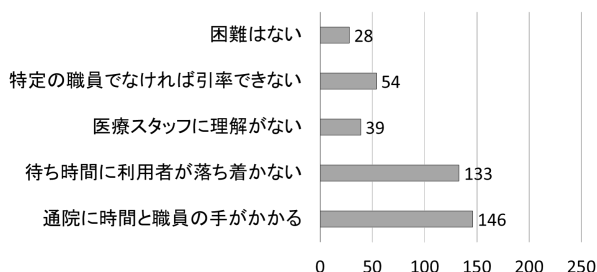


図 13 外来受診付き添いの困難の理由

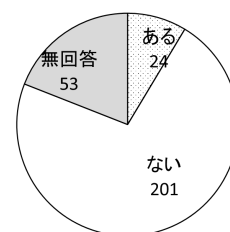


図 14 医療機関による外来受診拒否の経験

【救急搬送付き添いの経験・頻度・職員数・受診時間】

救急搬送の経験は 85 人(31.0%)に見られた(図 15)。頻度、入所者 1 人当たりの職員の付き添い人数、受診に要する時間を図 16 に示す。頻度については、「年に数回程度」が 82 人(96.5%)とほとんどを占め、「月 1 回」「週 1 回」は、それぞれ 1 人であった。1 回の救急搬送に付き添う職員の数、「ほぼ 1 対 1」が 54 人(63.5%)、「2~3 人」が 31 人(36.5%)であった。救急搬送の付き添いに要する平均時間は

「3 時間以内」が 37 人(43.5%)、「5 時間以内」30 人(35.3%)、「1 時間以内」が 10 人(11.8%)、「5 時間以上」が 8 人(9.4%)であった。

【救急搬送付き添いに困難を感じる理由】

救急搬送付き添いに困難を感じる理由としては、「時間と職員の手がかかる」が 69 人(40.4%)と最も多く、次に「待ち時間に利用者が落ち着かない」40 人(23.4%)、「医療スタッフの理解がない」22 人(12.9%)、「特定の職員でなければ引率できない」21 人(12.3%)、「救急隊員の理解がない」12 人(7.0%)、「困難はな

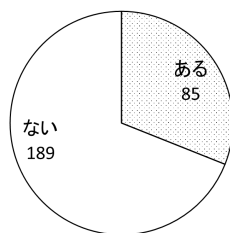


図 15 過去 3 年間の救急搬送付き添いの経験

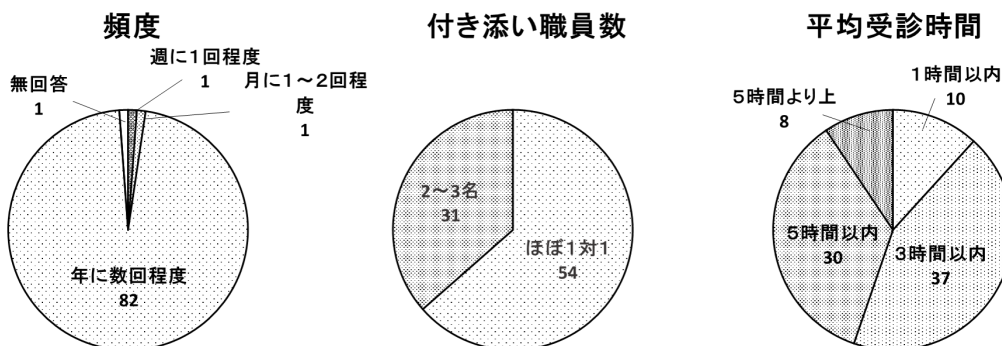


図 16 救急搬送付き添いの頻度、付き添い職員数、平均受診時間

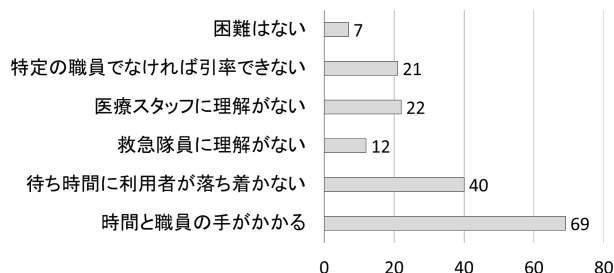


図 17 救急搬送付き添いの困難の理由

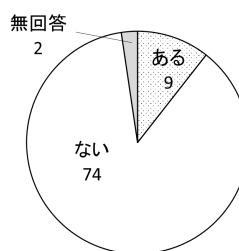


図 18 過去 3 年間の救急搬送の受け入れ拒否の経験

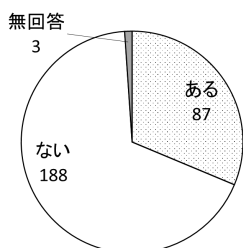


図 19 過去 3 年間の入院付添いの経験

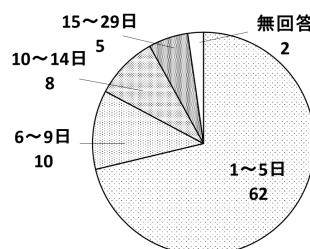


図 20 過去 3 年間の入院付添い日数

い」7人(4.1%)であった(図17)。また、過去3年間の救急搬送の受け入れ拒否の経験については、85人中「ある」が9名(10.6%)であった(図18)。

【入院付き添いの経験・日数】

過去3年間の入院付き添いの経験は、278人中87人(31.3%)であった(図19)。過去3年間の付き添い日数の合計については「1日～5日」が最も多く62人(71.3%)、次に「6日～9日」10人(11.5%)、「10日～14日」8人(9.2%)、「15日～29日」5人(5.7%)、無回答が2人(2.4%)であった(図20)。

【入院付き添いに困難を感じる理由】

入院付き添いに困難を感じる理由としては、「通常の勤務に比べ負担が大きい」が最も多く31人(29.2%)、次に「特定の職員でなければ対応ができない」26人(24.5%)、「医療機関の理解が乏しい」16人(15.1%)、「医療スタッフとのコミュニケーション」11人(10.4%)、「困難はない」22人(20.8%)であった(図21)。また、入院の拒否の経験については、「ある」が87人中8人(9.2%)だった(図22)。

【健診・検診】

施設での実施を把握している健診・検診は、「内科検診」が最も多く267人(96.0%)、次に「歯科検診」261人(93.9%)、「生活習慣病検診」257人(92.4%)、「胃がん検診」255人(91.7%)、

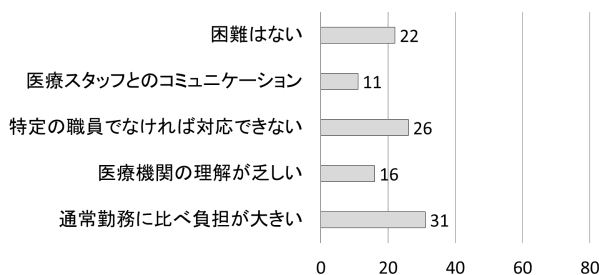


図21 入院付添いの困難の理由

「大腸がん検診」254人(91.4%)、「乳がん」179人(68%)、「子宮がん」179人(64.4%)の順であった(図23)。「わからない」は11人であった。

健診・検診に困難を感じている理由として最も多かったのは「本人が拒否」129人(29.9%)であり、次に「人出がかかりすぎる」94人(29.1%)、「健診のスタッフの理解が乏しい」21人(6.5%)、「家族の理解が得られない」8人(2.5%)だった(図24)。「困難はない」は71人だった。

D. 考察

【認定特定行為従事者制度の認知度】

認定特定行為従事者制度について、「知らない」または「聞いたことはあるが内容は知らない」が201人(72.3%)と多く、自施設が登録特定行為事業者かどうかについても「わからない」、「無回答」が196人(70.5%)と、認知度が低いことが示された。痰の吸引や胃ろうの管理など、医療的ケアの一部が一定の研修を修了した介護福祉士に解禁されたとはいえ、そうした体制を実際に敷いている施設が少ないことが認知度の低さとして反映しているものと思われる。言い換えると、医療的ケアが必要になると施設を退所して医療機関へ入院していく入所者が多いことから、職員の関心自体が高まらないといえるのではないかと。

さらに、その背景には、認定特定行為従事者研修修了のハードルが高く、とくに実地研修を自施設内で実施しにくい事情があると思われる。

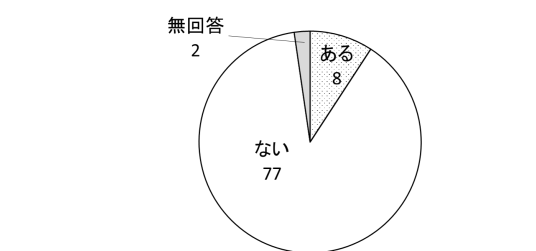


図22 医療機関による入院拒否の経験

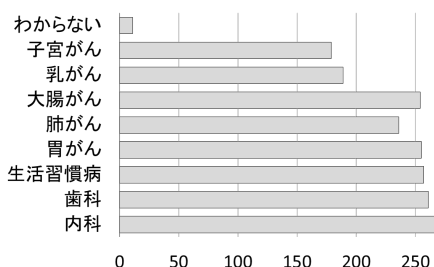


図23 実施を把握している健診・検診

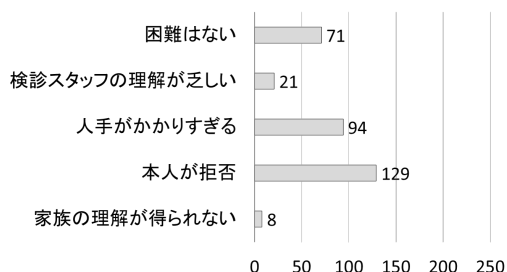


図24 健診・検診の困難の理由

る。施設で24時間をカバーできる特定行為従事者数を揃えるには、相当数の従事者研修修了者を輩出せねばならず、日常的な施設運営を継続しながら職員を研修派遣することが難しいこともあり、体制整備に踏み出せない事情があるものと考えられる。

【医療的な側面を持つケアに困難を感じている職員の割合】

今回の調査では、日常的に支援職員が行うるとされる、いわゆる医療的ケアに相当しないケアを含め集計を行ったが、それでも困難を感じている職員が8割以上に上った。職種別にみるとケアに困難を感じている職種は管理職がもっとも高い割合だった。支援職員も次いで高い割合を示し、看護職員は職種別にみると困難を感じる割合は少なかったが、それでも2/3が困難を感じると回答していた。

管理職は、医療的ケアに限らず、医療的な側面を持つケアにはそれなりのリスクがあることを理解し、次第に現場で当然のごとく行われるようになってきている現状に不安を抱いている可能性がある。高齢化や医療の高度化が進む中で、現場における医療的な側面に関する研修が決して十分でないことを肌身に染みて感じている面もあるかもしれない。そのことが困難を感じる割合の高さに現れているのだろう。

逆に、支援職員は、一定の研修はあるにしても、むしろ現場での経験や先輩からの日常的な指導を頼りにケアを行っているという面が強い可能性がある。そのことが、管理職と比較して若干だが困難を感じる割合が支援職員で低くなっている要因かもしれない。入職当初から医療的ケアを含むケアを必要とする入所者が身近におり、周囲でケアが行われている光景が日常になっている。そのため、困難を感じる割合が低くなっているのだと思われる。逆に、経験年数が多い職員は、施設における入所者の重度化・高齢化が進む以前から業務についており、医療的な側面を持つケアに携わる必要のない時期を経験していることから、実際に実施せざるを得ない現状にとまどい、困難さを感じる割合が高くなっているのだろう。

看護師でも2/3がケアに困難を感じると回答していたが、これは手技上の困難というより

も、入所者の障害特性に起因するケアの受け入れの問題や、ケアを実施する際のコミュニケーションの問題によるところが大きいものと考えられる。その意味では、入所施設に勤務する看護師には医療技術だけでなく障害特性の理解に基づいた対応技術が求められると同時に、支援職員による看護師へのサポート体制が重要と考えられる。

【入所者によるケア拒否の経験】

何らかのケアが必要なのに、その意味を理解できず拒否してしまう入所者が少なくないことはどの知的障害者施設にも共通の事象であり、知的障害の障害特性に根ざした困難である。そこで求められるのはケアの必要性を理解してもらうための方法を入所者の障害特性に則して考案することであり、スモールステップで理解と経験を深めつつ段階的に実施へと向かっていくアプローチだろう。言葉で表せば簡単だが、実際にはその努力をそれなりの年月を掛けて継続する必要がある。また、特に医療的ケアの多くは不快感や痛みを伴い、そのこと自体がケアの拒否につながることから、もっと平易かつ安楽な方法によるケアの方法が新しく生み出されることを願いたい。

【入所者によるケアの拒否があった場合の対応】

入所者のケアの拒否に対しては、「時間を置いたり、支援者を変えて何度か試みる」という対応がもっとも多かった。そもそも本人の拒否の意思表示を一方向的に無視することは虐待に繋がりがかねない。また、医療的な側面を持つケアに限らず、支援を拒否された場合、時間を置き、あるいは支援者を変えて試みても拒否が続くなら、支援、ケアの実施をスキップするなど、一定のルールを決めておかないと、施設業務が進んでいかない事情もある。その意味では、2番目に多かった対応の仕方である「拒否を受け容れケアの提供を見合わせる」も、同じ対応の別の表現だと見なすことができる。ケアを提供するための種々の努力を試みた上で、それでも拒否が続く場合には、それを受け容れ、ケアの提供を見合わせるということである。

拒否への対応として、「身体拘束してでも提

供する」との回答が24人からあった。身体拘束を実施する3要件、すなわち緊急性、切迫性、非代替性がすべて当てはまる場合には、身体拘束も否定されるものではない。ケアを提供できないと本人の健康状態に相当深刻な影響が及ぶケースはそうせざるを得ないだろう。しかし、実際にはそうしたケースは頻繁にあるわけではないことを考慮すれば、たとえばインスリン注射を実施する際に、入所者が予期せぬ急な動きをしてしまって傷つけることがないように、腕を押さえるといった行為を身体拘束と捉えて回答しているものも少なくないのではないかと思われる。身体拘束が必要な場合の承認手続きとして、「現場の判断で行う」という回答が8人いたが、通常、明らかな身体拘束を現場判断だけで行うことはあり得ず、腕を一時的に（ケア実施の一時）押さえる程度のことも身体拘束と捉えた回答がそれなりにあった可能性がある。もちろん、一時的に腕を押さえるといった「程度」とはいえ、それが身体拘束に当たらないとは言いきれない。しかし、その「程度」はしなければ実施できないケアが日常的に存在するのも事実であり、そのことも含めて正規の手続きによって入所者本人または保護者から同意を事前に得ておくことが大切だろう。ケアを身体拘束してでも行うのか否かについては、将来的には日本においても英国のような本人の最善の利益を判断するための手続き²⁾が法的に保証され、整備されていくことが望まれる。

【外来受診の付き添いについて】

外来受診の付き添いは226人(81.0%)の職員が経験しており、また、付き添いの頻度についても、「ほぼ毎日～週1回程度」までで30人(13.3%)、「月1～2回程度」も含めると124人(54.9%)となっていた。このことは、施設内での業務以外に外来受診の付き添いが日常業務として位置付けられていることを意味している。また、付き添いの職員数を見ると1人の職員で多数の入所者の支援を行うことは少なく、201人(89.0%)の職員が「1対1」もしくは「2人～3人に対して1人」という結果であった。これは、1人の職員が一度に対応できる入所者数に制限があることを示唆して

おり、今後、高齢化に伴い通院回数が増えていくことによって、外来受診が業務全体に与える影響がより大きくなっていくことが予測される。

【外来受診の付き添いに関わる困難さ】

外来受診の困難さの理由として「通院に時間と職員の手がかかる」ことを約半数の職員が挙げていた。外来受診に職員の手が取られることは施設に残る他の入所者の日中プログラムにも影響し、最悪の場合には職員の不足から日中プログラムが実施できなくなることもあり得る。そのようなことが頻繁になれば入所者の生活の質の低下につながりかねない。同様に約半数の職員が「(受診の)待ち時間に入所者が落ち着かない」という支援上の困難さを挙げていた。入所者の多くには重度～最重度の知的障害があり、通院や受診の意味を理解することが難しい。初めての場所で何をするのかを明確に提示されない中で待つことのみを強いられ、結果的に場面にそぐわない行動へと結びついていく。このような困難さを解決するためには、外来受診において入所施設側が積極的に入所者をサポートできるだけの体制整備が、看護職員についても支援職員についても必要である。また、少数ではあったが、「医療スタッフの理解がない」「医療機関により外来受診拒否の経験がある」ということが示されている。医療従事者に対して障害特性を理解してもらうための啓発も進めていく必要があるものと思われる。

【救急搬送付き添いについて】

過去3年間に救急搬送の付き添いを経験したことのある職員の数には278人中85人(31.0%)とそれほど多くはなかった。救急搬送は通常の通院では対応できない重篤な怪我や健康状態の変化の際に行われるため、全体的にはそれほど頻繁ではない。その一方で、高齢知的障害者施設と若年層の多い知的障害者施設では救急搬送の頻度には相当の差があることも予想され、今後、施設の性格による受診状況の差についても調査を行うべき点と考えられる。救急搬送は通常は1人の入所者が対象となるため1人の職員で対応することが一般的と思われるが、受診時間が長くなったり、そのまま入院に

なったりする場合には複数の職員による対応が必要となる。いずれにしても、救急搬送が必要な状況への対応には通常の業務では対応が不可能な程度の人員と時間を要することが明らかであり、特にもともと人員配置が手薄な夜間における対応については、何らかの方策を事前に準備しておくことが求められる。

【救急搬送付き添いに困難さを感じる理由】

救急搬送付き添いに困難さを感じる理由としては「時間と職員の手がかかる」が69人(40.4%)と最も多かった。その背景には、一般の通院と同様、施設に残った入所者の生活の質の低下がある。夜間、深夜であれば、もともとの職員配置が日中より圧倒的に少なく、さらにその深刻さが増す。「待ち時間に利用者が落ち着かない」40人(23.4%)という回答の割合は一般の外来受診よりも少なかったが、これは救急搬送を要請する状況では、容態が重篤な場合が多く、検査への拒否などは通常の外来受診に比べて少なくなっているためであろう。救急搬送の受け入れ拒否については一般的には極めてまれだと考えられるが、少数とはいえ実際にそのような回答があったことから、今後、拒否の理由などについて再検討が必要と思われる。

【入院付き添いについて】

職員の付き添いについては医療機関側からの要請による場合が多いが、行動障害がある場合など日常生活における支援度が高い入所者の場合ほど、そのような要請が多くなる。その場合、施設から家族へ協力を仰ぐ場合もあるが、実際には家族が付き添うことができない場合も多い。入院が長くなり、その間職員の付き添いを求め続けられると、施設運営に及ぼす影響は甚大である。24時間体制で職員を付き添いに派遣するためには大幅な勤務体制の見直しが必要となり、そのことは施設に残る入所者の生活の質の低下をもたらす結果になる。加えて施設側が付き添いの職員を派遣したとしてもそこに報酬上の保証はなく、施設・職員の熱意と献身性に依拠しているのが現状である。さらに、最近増加しつつある緩和ケアを目的とした入院に対応する場合は生活の質についての高度なサポートが必要になる。そこには入所者の

生活を知っている施設職員でなければ担えないきめ細かさが求められ、決して医療の提供だけで完結するものではないことも知っておかなければならない。

入院付き添いの困難さについては、「通常の業務に比べ負担が大きい」という回答が31人(29.2%)と最も多かった。医療機関という非日常的な環境では、いかに入所者のことをよく知る施設職員といえどもその行動を予測することは極めて困難となる。付き添う側も日常の業務とは微妙に、あるいは明らかに異なるスキルを常に求められ、その不安やストレスは通常業務とはまた違ったものであろう。一方で、「困難はない」という回答が22人(20.8%)に見られた理由としては、医療的な問題への専門的な対応を安心して任せられる点ができる点が挙げられるだろう。

【入院拒否の経験】

入院拒否の経験については、救急搬送と同様に絶対数は多くないが、少数ではあってもそのような事実があること自体、看過されるものではない。入院拒否の理由が合理的なものであったのか、改めて検証していく必要があるものとする。

【施設で実施している健診・検診について】

施設での健診・検診には、現状の健康状態と日常生活における健康上の留意点を把握するという予防的側面と、疾病を早期に発見し早期治療につなげるという医療的な側面がある。今回の調査では制度で定められているものの他にも多くの検診が実施されていることが示され、その点での施設による差は大きくなかった。

健診・検診に困難を感じる理由として、「本人の拒否」129人(39.8%)が最も多く挙げられていた。その背景には、健診・検診の意味を理解できないまま、日常と異なる状況の中で、見慣れない物事が進んでいくことによる不安があるものと考えられる。そのような状況を防ぐためには、事前に入所者が健診・検診の意味や手順を理解できるような準備が欠かせず、入所施設と医療機関が協力して仕組みを整えていく必要がある。また、少数ではあったが8人(2.5%)が「家族の理解が得られない」と回答

していた。今まで、健診・検診や医療機関の受診で苦勞を重ねてきた家族には、「本人に苦痛を与えることになるのであれば、無理に検診を受けなくても良い」という思いがあることは容易に予測できることである。その意味でも、適切な準備によって健診・検診をスムーズに受けられる経験は、生活の質の向上にとって重要な意味を持ちえるものと考えられる。

E. 結論

障害者支援施設においては、職員の視点から見ても医療的ニーズへの対応が施設運営にとって深刻な課題となっている。そのような現状及び今後の展望に応じた施設整備及び職員の人材育成と配置が今後の施策の鍵となるものと考えられる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

< 参考文献 >

- 1) 高橋和俊他「社会福祉法人侑愛会の入所施設における医療的ニーズに関する調査（第1報）」厚生労働科学研究費補助金障害対策研究事業「医療的管理下における介護及び日常的な世話が必要な行動障害を有する者の実態に関する研究」平成27年度総括・分担研究報告書（2016）pp 15-24
- 2) 新井誠(監)「イギリス2005年意思能力法・行動指針（オンデマンド版）」（2015）民法研究会

F. 健康危険情報

なし

付表 調査の対象としたケア項目

医療的ケアに当たらないもの	医療的ケアに当たるもの
<p>皮膚への湿布の塗布 パルスオキシメーターの装着 体温測定 蓄尿袋内の尿の処理 皮膚への軟膏の塗布 血圧測定 口腔内の刷掃、清拭 軽微な切り傷、擦り傷、火傷等の処置 点眼、点鼻 一包化された内服薬の内服介助 肛門からの座薬挿入 爪切り（巻爪、白癬爪を除く） 処方された薬の確認や一包化、分包化、マッチング等の業務 ストマ装具のパウチに溜まった排泄物の除去 耳垢の除去 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸</p>	<p>巻爪、白癬爪の爪切り ノズルが6cmを超える、または濃度が50%を超えるグリセリン浣腸 インスリン注射 導尿 バルーンカテーテル交換 人工肛門のパウチ交換 静脈注射 ネブライザー 口腔内、鼻腔内の痰の吸引 胃ろう、腸ろう、経鼻の経管栄養の管理 膀胱洗浄 中心静脈栄養</p>