

障害者の「居住の場」と暮らしを支えるシステムづくりへの提案

障害者の地域での暮らしを守るための支援システム検討会

【はじめに】

今、国際的な障害児者福祉の潮流は、子どもの権利条約や障害者権利条約等に集約されるように、「児童の最善の利益が主として考慮される」「精神的又は身体的な障害を有する児童が、その尊厳を確保し、自立を促進し及び社会への積極的な参加を容易にする条件の下で十分かつ相応な生活を享受すべきである」(子どもの権利条約)「障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とする。」(障害者権利条約 目的)等「インクルージョン」とともに「個人の尊厳」を最大限重視した権利保障の実現をうたっている。

合わせて、現行の利用契約制度への移行に伴い、「個別支援」や差別解消においても「合理的配慮」の必要性が強調され、「個人の尊厳」の重視が大きな流れとなろうとしている。

したがって、過去の「障害の除去・矯正・治療・訓練・保護」等の発想からの大きな転換が求められている。

しかしながら、日本は、「家族依存型」の福祉制度を長期にわたって放置してきた状況下で、こうした流れを簡単に受容できない「負の遺産」をかかえながら、辛うじて現在の生活が営まれてきた。

とりわけ、重度重複障害者・重度の知的障害者・精神障害者の多くは、「家族保護」を前提に暮らしを構築せざるを得ない状況が、現状でも存続されている。

こうした中で、「毎日とぎれることのない繰り返しの介護」「将来に対する展望を見出せない」「家族がわが子の今を懸命に支える＝わが子の幸せ」「どうしてもがんばれなくなった後は＝入所施設」という悪循環を生んできたといえる。

仮に施設の処遇内容に不満があったとしても、ここまで自分や家族を犠牲に介護を行ってきたという事実と、自分たちが行ってきたものと同じ介護ができる人はほかにいないという、2つの「あきらめ」の材料を胸に、家族は障害者を施設に送り出していかなざるを得ないの思いが多く家族の中に蔓延している。しかし、現在、こうした入所施設政策に関しては、「脱施設化」「インクルーシブ社会」の実現をテーマに、新たな施設の増設がストップし、かつ現行施設から地域への移行促進が強調され始めている。

しかし、その地域の受け皿としての諸制度は、あまりにも不十分で、24時間何らかの援助や見守りを必要とすると考える我が子を、そこに送り出す勇気もわからない家族の現状がある。

だからこそ、親亡き後は、誰が、どのようにして、この子らの暮らしを守ってくれるのか、その展望もわからず、「24時間の体制」を持つ「入所施設」にしがみつかざるを得ない

のが現状といえる。ただし、この「入所施設」も決して十分なものとは考えていないからこそ、「親亡き後」の課題として、口にしても現実的な対応を躊躇し、「まだ頑張れる。」と親子関係にしがみつかざるを得ない状況となっている。

ただ、こうした状況が続けば続くほど、「我が子が生きがい。」となり、子離れとは程遠い発想に陥り、「親子運命共同体」「親子同化」が進行していく。

加えて、親の高齢化と共に深刻化する家計状況の悪化が、子の年金を生活の糧にせざるをえなくなれば、まさにこの「同化」現象は、さらに深刻なものとなり、「個人の尊厳」の保障とは程遠い状況となっている。

ただ、親子の高齢化が進行している現在、こうした事態の打開は、まさに喫緊の課題となり始めていると言わざるを得ない。

それだけに、もはや親は、現状に何を期待すればよいのか、どのような制度を残していけばよいのかを展望する気力も、勇気も失いつつある。

その結果は、はたしてどのような近未来が待ち受けているのか、親子の関係だけで暮らしてきた障害者が、その庇護者を突然失った後の暮らしを再構築していくことは、本人にとっても、周りの支援者にとっても並大抵な問題ではないことは、明らかである。

【現状の暮らしの場の課題は何か】

こうした課題を改めて考える時、では、何が障害者を支える暮らしの場に欠如しており、何が親にとって不安となるのかを明らかにしていかなければならない。合わせて、漠然とした不安というものではなく、リアリティを持った分析と実態を当事者・家族・支援者・行政が共有化していくことから始めなければならない。

○入所施設が持つ機能と必要性

これまでの入所施設は、隔離・管理等の批判が行われ、地域生活への移行が盛んに叫ばれているが、実際地域社会の現状の中で「暮らしにくさ」を持つ人にとって、こうした施設の有効性があることも明らかである。その具体的機能を列挙してみると、以下のような内容がある。

- ・大きな枠組みや広い空間の中で、その人の 24 時間をまるごとみることができる機能。
(個々の関係性をつくっていくのが極めて困難な人たちの安全で自由な空間の保障)
- ・一定の枠組みの中でしか、自らの暮らしをコントロールすることが困難な人への支援が可能。
- ・社会での様々な軋轢の中で、暮らしにくさを持つ人のシェルターの機能。
- ・濃厚で集中的な援助を必要とする人への支援機能や専門的支援が可能。

一方で、こうした大集団であるがゆえの規制も多いという欠点も持つ。

- ・大規模集団での暮らしのため、時間的規制や制限が伴っている。

・現状では、制度的欠陥も含め社会化が不十分で、人間関係が限定的で固定化しやすく、管理的側面が強くなる。

※基本的に24時間の体制があるとはいえ、現在の制度では「施設入所支援」（400・115単位・土日中支援加算90単位）の夜間の体制と「生活介護」（1170・525単位）等の事業で24時間体制を引くこととなっており、こうした日中の体制の中で、辛うじて夜間体制が引けるのが報酬上の実態である。（夜間は40人に対し1～2人の夜勤体制）したがって、施設入所支援だけで運営できる施設は無い。また日中は、必ずしも同一施設利用を前提にはしない。

※ただし、同一敷地内の設備があるため、病気などの場合、居室での見守りや看護等は、日中体制の中でフォローすることができる。

※医療的ケアについても、病院併設型の重症心身障害児施設以外は、医師の常駐は無く、療養介護事業（日中）等でも看護師が配置されているだけで、濃厚な医療的ケアを受けることは困難であり、（夜間看護師加算60単位）真に医的ケアが必要な場合は、病院等への入院が必要となる。

※この場合の、通院や入院等に当たっての施設サイドからの支援は、一定の加算はあるとはいえ基本体制の中では想定されていない。

※また、入院時特別加算（30単位・30日まで）がついたとはいえ、入院時の付添体制を保障していくことは困難である。

※今後福祉職員の一定の医療的ケア対応が行われることになるが、その責任問題や実施条件などでの不安は多く残されている。

【小括】

入所施設は、現在の制度では、日中活動の事業と合わせて、やっと体制が引ける状況にあり、職住の分離を前提とする制度である限り、必ずしも24時間の支援を行える位置づけとはなっていない。結果的に、こうした制度を準用して、日中と夜間の支援を併用しているのが実態であり、夜間体制の配置は、グループホームやケアホームと比較しても格段の低さしかないのが現状である。職住分離の原則を想定しても、結果的には日中体制を割いて、夜間体制を引かざるを得ないのが実態である。

また、夜間体制等の想定は別として、個室化・小規模化・ユニットケア等への工夫が進められつつあるが、まさに個別のプライバシーを十分守れる状況には至っていない。また規模的にも、大集団を基本とした生活が想定されているため、日課の個別化等についても多くの限界を持っている。さらに重要な問題点は、基本を24時間・365日支援を一体的に行うこととなっているため、現行の体制では、外出支援や地域とのつながりを持つ取り組みは、現行体制ではほとんど行えないのが現状となっている。

ただし、こうしたにおいて、自らの生活リズムを確立しにくい人にとっては、一定の見通しやすい環境を準備できることや、広い空間の中で、個別の関係から回避できる空間を

見出すことができるなど、直接的な刺激から避難できるという点や、社会関係の中での軋轢から避難できること、また24時間の支援情報を共有しやすい環境があり、支援の継続性が図れる、必要に応じて部屋替えなどの環境の変更が可能等の機能を持っていることは看過できない機能といえる。

合わせて、医療的支援に関しては、現在の基本的制度の中では、唯一重症心身障害児施設以外の場では、せいぜい看護師が配置されているだけで、本格的な医療の提供を受けることは困難であり、入院時等の対応についても、相当無理をした体制上の支援を行っているのが実態である。

○グループホームやケアホームの基本的位置づけとは何か

地域生活の拠点として、小規模集団で家庭的雰囲気のもとに、暮らしを組み立てていくうえで、拠点となる場としてのメリットを持っている。

- ・小規模集団で、かなり個別のプライベート空間を確保できる。
- ・少数団のため、暮らしの自由度が高い。
- ・地域内での暮らしの場として、社会的関係がつくりやすい。
- ・アットホームな雰囲気がつきやすい。

一方、小規模ゆえの空間の制限や、制度的弱点も多い。

- ・金銭面：現状では年金だけの収入でもホームで暮らせるように金銭管理はしているが、入所施設より自由度が高い分だけ支出も増える傾向にある。
- ・家族関係：家族の会が毎月開催される郷の環境に比べると運営委員会は3ヶ月に一度になるだけ、疎遠のようにも見えるが、実際には通院やこづかいの準備などきめ細かな配慮が必要になることもある。
- ・疾病：慢性的な疾患や病弱など、常に緊急対応が必要になるかどうかは大きな地域移行に関してのネックとなりうる。現行では、移行時には常に通院が必要とされる（月に一度程度の精神科・内科・眼科などの受診は除く）状態の利用者はいない
- ・空間：利用者本人の落ち着いて生活できる空間が現状の賃貸物件のような空間保障で成り立つかは大きな問題になる。自宅では障害を持つ利用者本人の生活を家族全員が認めた上で配慮するであろう空間がホームでは支援員が1～2名で障害者4～5人になるのであるから個室であるとはいえ、郷のような走り回れる空間・戸外の保障がないことが利用者の生活にストレスを与えるかどうかは重要な課題になる。
- ・対人関係：空間と同様、利用者間の関係は大きな課題になる。ある意味、狭いホームの空間であればあるほど、逃げ場なく関係を持たなければならなくなるから、安心できる関係かどうかはホーム利用にあたって重要である。
- ・専門性（問題行動に対処する）：施設であれば複数の職員が対応にあたれることもホームでは最少人数の支援員で対応しなければならないうえに現状の介護給付費収入では常時正規職員配置をすることは困難であることから経験年数及び専門職でない職員が対応で

きる利用者が望まれる

*具体的には、夜間は睡眠が管理宿直程度の支援で可能なこと

*近隣との関係において、声・行動などが毎日の迷惑苦情につながらない程のものであること

*パニック時に緊急な危険を伴わないこと などなど

※グループホーム（4：1／242単位・夜間防災体制加算25－12単位）・ケアホーム（4：1／645－294単位・夜間体制加算314－107単位・8－10人の夜間体制加算314－107単位・21人以上78－5単位）の単価は、むしろ施設入所支援よりは、高い。

※20名規模のケアホームでは、全員が区分6であっても、夜間体制加算の実収入は日15600円、世話人3人で月224万円となり、実質的な夜間体制を引いたりしていくことは困難である。

※したがって、サービス管理責任者（30：1）が常勤で、後は非常勤という体制で、サビ管が穴埋めしながら、しのいでいくのが精いっぱいという状況といえる。

※ただし、日中支援はこれまで想定されておらず、新たに日中支援加算（539－270単位）がついたが、常時配属できるわけではなく、3日目からの加算となるため、日中の支援は、基本的には体制が保障されているとは言えない。

※また、看護師等の配置は連携加算等があるとはいえ、実質的な配置は困難であり、医療的ケアの必要な人の利用は困難である。

※また、訪問介護等については、利用回数の制限等があったり、費用の問題や土日の派遣が困難な状況等があり、医的ケアについては、極めて困難な状況がある。

【小括】

グループホーム・ケアホームは、その制度の基本的位置づけの中でも①地域とのつながりを持ちやすい環境に設置されていること。②小規模で家庭的な雰囲気を持てる場として整備されてきたが、結局その具体的支援は、中核となるサービス管理者の下で、非常勤等を中心としたケアスタッフが夜間に関わっていくことを前提としている。したがって、日中の支援を制度上まず想定していないことが大きな問題となっている。この点で、入所施設と異なり、日中・夜間の支援の情報の共有化が難しいという問題等も指摘され始めている。同時に、支援者の質がなかなか担保しにくく、障害の特性に合わせた支援について多くの課題を持たざるを得ないのが実態である。

同時に、小集団で家庭的という環境については、非常になじみやすいという半面、個別の関係性が際立ちやすいことや、個々の自由時間の過ごし方などで課題を持つ人には、大きな問題を引き起こすことも多く、場の選択の上でこうした実態を十分把握したうえでの選択が望まれる。

あわせて、必然小集団とはいえ集団生活であることから、自らが暮らしのルールをつく

りだし対応しなければならないという面もある。また、部屋替えなどの環境変更が難しい等の課題もある。それぞれに合った選択が配慮される必要がある。

また、地域とのかかわりや余暇・外出などについては、基本的には、ガイドヘルパー等の利用を前提とせざるをえず、十分な社会参加が保障されているとはいいいにくい。

当然、医療的支援は想定されておらず、訪問看護等が必要となるが、この制度の不十分さから、十分な支援がえれない、また経費がかさむ等の問題を持っている。もちろん入院時等の対応は困難な状況にある。

○家族同居

これまでの一貫した暮らしが確保され、より安定的な家庭機能を持っており、親子関係の中で、絶えず安全の確保や、本人の暮らし全般への見守りが可能

一方で、こうした親子関係が固定化し、本人の自立性が低下することや、関係性が固定化し、暮らしの幅が広げにくい。また親の介護力や経済力の低下に伴って、親の介護力にあった暮らしに制限されざるを得ないという深刻な状況が発生している。

また一人暮らし等も求められる暮らしの場となりますが、社会的関係性の樹立や24時間介護体制の不十分さ、社会参加の困難性や介護だけでない総合的な社会生活支援の仕組みの不十分さの中で、その困難さは加齢とともに増大してしまう実態があります。

※居宅介護については、身体介護（30分未満／254単位）家事援助（30分未満／105単位）重度訪問介護（1時間未満／183単位）となっているが、なかなか障害者への支援に対応できるヘルパーがいない、夜間のヘルパー派遣が困難等の問題がある。

※また、レスパイト等でのショートステイの利用についても、予約などの手間や、真に緊急時の対応が困難なこともあり、ほとんど活用されていないのが現状。（こうしたことがますます、家族が抱えなければならない実感を生んでいる。）

※加えて、こうしたヘルパーを家族がいながら利用できにくい問題や、利用時間の制限がある問題、さらに通院介護が居宅介護に包含された事態等があり、極めて活用が難しい状況がある。

【小括】

家族同居の場合、家族介護、特に母親を中心とした介護や24時間の見守りなどが行われ、個別の関係性等も長い年月の中で培われているといえるが、当然その親の介護力や経済力の低下に合わせて、その限界は近付きつつある。また、こうした介護力の低下や親の価値観での暮らしが前提となるため、必ずしも個別のニーズに基づいた自立した暮らしに成りにくい側面を持っている。合わせて、こうした支援を行っていくための居宅介護や、外出支援はあまりにも不十分といえる。加えて入院時等の介護や医療的支援についてもその不十分さは多く指摘されている。

もちろん親は、親亡き後兄弟姉妹にその介護を期待する向きもあるが、それぞれの生活

が確立していく中では、画一的にこうした支援の以降も困難な状況も指摘されている。それでも、他の支援の不十分さの中で、親が抱え込まざるを得ない現状がある。

※なぜ、こうした限界を持ちながらも、知的障害の重い人の親は、「入所施設」を言葉にするのか、それは、何よりも、絶えず見守りや代弁を行える機能に期待するからに他ならない。しかし、現行の制度は、結局家族依存型の福祉の中で、いずれの制度も大きな問題を抱えたままで、最終的に責任を負わされた家族だけではもう展望を持ってない現状がある。

加えて、家計状況については、以下のような実態が明らかになっている。

○それぞれの場での暮らしの実態

(家計実態調査からみえてくるもの)

1 絶対的に最低限必要な生計費を大きく下回る家計規模

- (1) 若年単身世帯の貧困ラインは月約 23 万円
- (2) 人間の社会的存在としての生活機能が発揮できているのか
- (3) 重度知的障害者は、さらに社会的に相対的貧困状態に
- (4) 抜本的充実こそ必要な課題

2 重度知的障害者の生活の内容・場を規定するもの

- (1) 生活形態、障害程度にかかわらず全般に貧しい生活内容
- (2) 親の存在状況が生活の場を規定
- (3) 高齢化した家族に規定される本人の生活内容
- (4) 障害者本人の意向を尊重した生活ができるように——家族からの自立

3 重度知的障害者の地域生活を規定するもの

- (1) 異常な「参加」「活動」の貧しさ
- (2) 地域の立地条件、社会資源状況が大きく規定
- (3) よりよい住宅環境を選べるように

4 年金手当が 9 割超の家計実態

- (1) 異常に小さい家計規模による教養娯楽費・交通費の圧迫
- (2) 家族の生計力・介護力に規定される本人家計の収支
- (3) 貧しいなかでも生活の質に格差
- (4) 年金・手当の抜本増額を

※こうした経済的状況が発生する背景には、当然個別の年金等の所得保障の低さに加え、家族介護依存の中で、母親等が働けない実態などがあり、シングルワークとなる障害者家庭そのものの経済的貧困の実態がある。

※この相対的貧困な障害者家庭にとって、片親などとなった場合には、まさに子どもの年金が家計を支える状況も発生する。

このような、いずれの場合においても個別の暮らしを守るための十分な支援を行いきれない制度上の不備を踏まえ、家族依存の福祉制度を抜本的に改善していくために、以下具体的な、改善の方向を提案するものである。

なお、家族依存型の福祉から個々の障害者の「個人の尊厳」が守られる福祉への転換にあたっては、その制度をしっかりと構築していくことと共に、その制度の持つ意味や個々の障害感の転換、人権意識の向上等の地域の意識づくりが極めて重要である。そうした環境の整備なしに、単に制度的充実を図っても、その活用も含め、親・家族の意識の転換はあり得ない。したがって、こうした意識改革への取り組みについても十分な配慮を行っていくことが求められる。

【基本提案】

- ① 入所施設やグループホーム等現行の制度は、その場の機能を明確にし、個人の尊厳や、その利用者の社会参加が十分保障されるよう、抜本的な職員配置基準や設備条件の改善及び制度の複層的利用を可能とする仕組みが必要です。

入所施設（より集中的で、重篤な支援が行える場）・GH、CH等（より家庭的で、小集団の場）の基本的な暮らしの場に必要設備の基準は、基本的に個人のプライバシーが完全に保障される空間および共有スペースの環境や条件について、個々のニーズに適した規模及び設備が保障されなければなりません。また、職員体制についても、個々の支援の必要度に応じて、日中・夜間等の配置が保障される仕組みを構築するとともに、事業配置基準外においても個別の支援が受けられる仕組み（ホームヘルパーやガイドヘルパー利用）を構築する必要があります。

合わせて、所得状況に配慮した、「障害者用優良賃貸住宅」（バリアフリー及び防音対策等の配慮：介護等は外部ヘルパー利用）のような新たな住宅保障制度や家賃補助制度等が創設される必要があります。

また、こうした場の機能は、決して固定化されてはなりません。条件やニーズに応じて「循環型」の機能を持てることや、自由な選択が保障されることが重要です。

- ② どのような場の選択が行われても、その場と共に、暮らし全体を支える支援が必要です。

そのためには、暮らしの場における必要に応じた24時間サポート体制をどのように構築するかという問題です。

この、24時間サポートも二つの側面が重要となります。

○トータルな暮らしをサポートするコーディネーター

基本的に、個人の選択権や個人の尊厳を保障していく視点が重要です。

しかしながら、自らがこうした判断能力が不足する場合、こうした人たちの障害の状況を十分理解

し、かつ人権保障の専門家が必要となります。その点では、障害者ケアマネージャー等の制度を創設していくことが重要となります。この際、一定の専門性をどのように担保するのかという資格化にあたっての検討、さらに真に本人の意思の確認を行えるケアマネジメント能力とともに、具体的支援をコーディネートしていくためのチームを編成して、そのコーディネートを実施できる専門性が重要となります。したがって、介護ケアマネージャーとは異なる専門性の育成プログラムが重要となります。合わせて、真にこうしたトータルコーディネートを行うためには、過度の支援対象者は押しつけることの無いよう十分な身分保障の仕組みが重要となります。

○複層的な支援チーム編成の行えるような専門支援職の創設

暮らし全体の支援は、決して一つの施設や事業所だけで行えるものではありません。これまでのような二重措置的発想を排して、複層的支援スタッフを拡充していく必要があります。

- ・ハウスキーパー（ホームなどでの日常生活支援：必要に応じて24時間体制が引ける仕組みを構築すること、また実態に合わせて、夜勤体制や日勤体制が引ける仕組みとすること）
 - ・ホームヘルパー、ガイドヘルパー（パーソナルアシスタントを含め、個別支援は可能であるヘルパーで、必要に応じて施設・ホーム利用者も利用可能とすると同時に、通院・入院時や余暇支援についても利用可能とすること。）
 - ・コンタクトパーソン（友達活動等の支援を行えるスタッフ、一定の報酬を準備）
 - ・重介護型グループホーム制度の確立（看取りのできるホーム）
 - ・地域医療支援体制の確立（訪問看護）
 - ・余暇支援（センターや社会教育の拡充含む）
 - ・権利擁護システムの拡充（虐待防止センター）
 - ・適切な相談・情報提供システムの確立
 - ・障害者優良賃貸住宅制度（高優賃等の準用）など住宅の整備
 - ・家族支援体制の確立
 - ・LSA（ライフサポートアドバイザー制度）等の導入
 - ・成年後見制度の拡充と生活支援員システム等の総合的な整備が求められます。
- ・この点では、一施設・事業所のみで、24時間・365日の暮らしを支えることは困難で、法人・事業所を超えたネットワーク型支援を構築できるよう、地域での支援ネットワークの構築とその機能をコーディネーターとできる地域コーディネーター等の人的配置が必要となっています。この際、自治体自身がどのような形で責任を持てるのか、その責任性を明確にするとともに、シュートを兼ね備えた相談支援センターの地域での設置や、個人をトータルに把握し、支援のコーディネートを行える仕組みや専門支援員の配置などの検討も行われなければならない。

③ ライフステージ全般を見通した支援システムの構築が求められます。

真の意味で、個人の暮らしの豊かさを保障していくためには、幼少期、学齢期、青年期、成人期、壮年期における一貫した支援という仕組みづくりが大切です。

その際、障害児の放課後保障、支援学校での専攻科づくり、余暇活動センターの創設等が必要となります。

この際、余暇支援センター支援内容及び機能には、以下のようなものが想定されますが、前提として専門職としての人的配置は必須です。また働く場や暮らしの場に付帯するのではなく、独立した形で設置される必要もあります。

- ・他の支援機関や社会教育実施期間等との連携（コーディネート機能）
- ・様々な障害に対応する専門性の確保
- ・主体性確立のための支援
- ・障害にあった余暇活動の開発
- ・場の提供（十分地域社会とのつながりを配慮した設定が必要。）

また合わせて、こうした余暇の支援にあたって、○移動支援の拡充○参加機会の拡充等を充実するとともに、こうした支援にあたってフォーマル（青年学級支援等）・インフォーマル（ボランティア活動）な支援を組み合わせ提供できることも重要です。

④ 特に、こうした複層的な支援システムを構築するにあたっては、福祉・医療・社会教育・就労支援などの分野横断的な仕組みを構築していくことが求められます。

基本的に暮らしを支えていくためには、ノーマライゼーションをどのような形で支援していくかという問題と共に、当事者のエンパワーメントをどう高め、より自律的な暮らしを保障していくかという二つの視点が重要となります。

その意味では、先にも指摘したライフサイクルに合わせて十分で合理的配慮に基づいた支援や様々な社会経験を拡大できる仕組みが必要となります。

障害の受容や初期的な療育・リハビリテーションなどの保障の充実、学齢期からの社会経験拡大の場の保障、家庭と学校・日中活動の場以外の「第三の世界」の保障、余暇支援などにより、十分な社会経験を拡大できるための支援システムを再構築していく必要があります。

同時に、当事者のエンパワーメントを支えていくための、相談機関の充実や社会教育などによる自己確立への支援なども重要な課題となります。

合わせて、医療的ケアの必要な人たちへの暮らしにおける支援についても十分な配慮がされなければなりません。そのためには、障害をよく理解している主治医の確保—医師の育成は大きな課題—夜間や休日も含めて、緊急時に対応してもらえる医療機関の整備・訪問看護を基本とした、医療のバックアップ体制の充実等が求められます。この際、こうした障害者医療や訪問看護を促進していきけるような診療報酬等の改定なども不可欠です。また地域の医療拠点等との連携で、地域障害者医療・訪問看護ネットワークの構築が必要です。この際、居宅だけでなく、グループホーム等も視野に入れた仕組みづくりが必要です。

とりわけ、以下の問題については、早急に医療・福祉の枠組みを超えた、社会的支援の構築が重要となっています。

- ・障害者の入院時の見守り・介護等の支援の確立
 - ・グループホーム等での医療的ケアの支援体制及び看取り監護等の支援策
 - ・家族・介護職員等の「医療的ケア」の許容される内容の明確化やそのための研修等の保障や医療連携の在り方、「社会的責任」等の問題について十分な議論と仕組みづくり
- 合わせて、拠点的な医療機関・緊急時や24時間体制での対応を可能とする地域拠点施設の整備など

ネットワークの拠点化が並行して進められなければなりません。

この福祉型の地域拠点施設の機能は、緊急時ショートステイ機能・緊急地域派遣ヘルパー機能を兼ねえ、困難処遇への対応等専門的な職員の育成機能を兼ね備えたものとして、新たな体制基準も含めた制度の創設が必要となります。

加えて、経済的基盤が確立できるための「所得保障」や「移動支援」（就学・就労含む）等の再整備も重要な課題となります。

⑤ 高齢期の障害者への対応のための施策を早急に整備すべきです。

・この制度は、単純に高齢期を年齢で縦割りすることなく、障害ゆえに発生する高齢化状況に適切に適応できる制度として、必要性に応じた制度適応が行えるよう適切な利用支援を行えるケアマネジメント制度を創設することを前提とする。

・高齢期の障害者の支援は、日中・暮らしの場においても、一般成人期とは異なる側面をもつことに留意して、その両面を支える支援が工夫されなければならない。

その意味では、一般成人のように、単純に「古い」を語ったり、「人生の正午」とはいかない状況がある。しかしながら、生理的・身体的な老いや精神活動等における老いは確実に進行することは明らかである。こうした状況が、障害者の場合かなり早時期から発生する要因は定かなものは確認されていないが、生活の依存性や長期投薬、障害原因そのもの等によるものと推測される。

したがって、こうした特徴を十分配慮した支援が求められる。

・障害者の「古い」の最も典型的な兆候は、身体的変化や活動上の変化としてあらわれる。健康状況・睡眠・食事・排泄・着衣・歩行・行動・性格・対人関係・日中活動・余暇活動・周囲の環境等をあげ、其の経年的変化を十分把握して支援を行う必要がある。

・この際留意しなければならない支援の仕組みについて課題は多い

○健康管理については、自ら痛みなどを主張できない人や検査や医療行為を拒否する、あるいは抵抗する人等への支援をどのように行っていくか。

○入院などの際、絶えず見守りや介護コミュニケーション支援を必要とする人たちへの支援をどのように行っていくか。

○集団や活動などを拒否し、全く否活動的になり閉じこもりの状況になった人への支援をどう行っていくか。

○これまでの活動が困難となり、その他の活動が必要ではあるが、これまでの経験則から新たな活動を享受することのできない人への支援をどのように行っていくか。

○今まで以上に、不安感が増大し、様々なストレス性の行動が多発し始めた場合の支援をどのように行うか。

等々、個別の支援の必要が高まることを想定しておかなければならない。

・こうした支援を行っていく場合、もちろん「古い」の状況に合わせた、「ゆったり・のんびり」とし

た環境を準備するとともに、より個別性の高い自由な過ごし方などの支援プログラムとともに、絶えず集団との関係性を意識できるための支援プログラムや日中活動の保障が重要となる。

合わせて、絶えず「自己覚知」を高め、「エンパワーメント」や「自己肯定感」の育成支援なども並行して不可欠な要素となる。

○生活介護・療養介護事業における個別支援プログラムの開発

- ・入浴介護における支援
- ・グループゲーム・レクレーションなどの開発
- ・音楽療法等の新たなプログラム
- ・健康管理プログラム
- ・自由時間
- ・陶芸・絵画・音楽鑑賞等の個別プログラム

⑥ 緊急時に対応できる、公的責任を明確にした障害者の暮らしのセイフティネットづくりが必要です。

家族依存型の福祉の中で生活を続けてきた、障害者家庭の高齢化に伴い、親の突然の病気等でその暮らしが崩壊する可能性が高まっている。また、地域で暮らす障害者であっても、火事や自然災害等で、こうした暮らしの環境が崩壊する可能性も高い。こうした際、緊急に障害者の暮らしを支えるための仕組みづくりが必要である。この際、単に民間の相談支援事業所に権限が付加されていない中では、市町村の福祉事務所に、緊急支援の窓口を配置し、その窓口が中心となって、緊急の自立支援協議会などを招集し、暮らしの場の設定、支援者の確定、必要に応じて後見人の選定等を、行政の緊急措置機能を活用して対応できる仕組みを構築していく必要がある。そのためにも、先のような制度を充実させ、かつ拠点施設などを中心とした地域ネットワークを構築することや、地域での見守りネットワーク等を充実させる必要がある。まさに、抱え込まざるを得なかった家族依存型の福祉は、その崩壊が、一気に加速的に近付きつつある現状を踏まえた、制度構築が求められる。

【補足資料】

I : 暮らしの場の機能を考える

三島の郷 福岡加代子
いずみ野福社会 吉岡博子

1、昨今の暮らしの場を希望する人たちの特徴として

入所施設

- 地域生活・家庭生活が崩壊した事例、入所でも受け止め困難な事例の集中

触法、暴力行為、医療ケアが常時必要といったケースの増加

障害者の暮らしの場の選択肢の貧困さが、入所施設に困難事例ばかりが集中する事態を引き起こしている。

GHCH

- 入所施設は狭き門、家族も関係者も「まずは、GHCHに」という発想に

最近、多い事例

・軽度障害者で家族がいなくなった後、一人暮らしをしているが、健康管理等心配だから目の届くGHへ

・在宅障害者で、家族の介護力が低下したので

(これらは、相談事業や通所など関係者からの希望が多い)

・「家族的な」支援を望むからGHへ

現状のGHCHはあくまで生活の中の部分的な支援にしかない。(日割り、夕方から翌日朝までの支援での単価設定)そのため、虚弱である、高齢になった、長年在宅であったなど日中活動が確立できない人、その人の状態、特に健康面での基本的状態が把握できていない人は、急変の可能性もあり危険。なにより、本人がGHCHという小集団での他者との暮らしを受け入れられなければ難しい。

2、入所施設からの地域移行を考えるにあたっての利用者像について

自立支援法施行以降、入所施設の地域移行促進が大きく謳われ、とりくまれるようになっていく。

それでは、現状での地域移行するにあたってのポイントは何かであろうか。

もともと、入所施設を選択するか否かは利用者の意向ではなく、家族の意向が大きく関わっている。家族は、入所施設に対して、24時間365日の安心安全を求めている。よって、入所施設を利用している家族がケアホームへの利用希望を積極的に出されることは、ほぼない。では、ケアホームに移行した利用者の家族は何をもって移行を了承するのか。それ

はケアホームが入所施設と同様、24時間365日の支援体制（毎日の夜間体制、休日や体調不良時の日中見守り体制）をバックアップ施設との連携もとりながら行えるホームであることに加えて、少人数の空間のほうが利用者本人の精神的負担が少ないと考えられることである。また、家族との関係が元々疎遠であるなど、利用者の意向が地域移行を考えるにあたっての決断に優位に働くことがあげられる。利用者も大きな集団の騒がしさが苦手な人がケアホームを望まれることが多い。

入所施設において移行を検討する際の検討課題は次の項目が考えられる

1. 金銭面

現状では年金だけの収入でもホームで暮らせるように金銭管理をすることになるが、入所施設より自由度が高い分だけ支出も増える傾向にある。（通院介助、ヘルパー利用を駆使しなければ、余暇時間を過ごせないこともあり、外出等の支出は多くなる）

2. 家族

家族会なども入所に比べ、少なくなるのが通常で、疎遠になるようにも見えるが実際には通院やこづかいの準備など入所より頻繁にやりとりが必要になることもある。

3. 疾病

慢性的な疾患や病弱など、常に緊急対応が必要になるかどうかは大きな地域移行に関してのネックとなりうる。現行では、移行時には常に通院が必要とされる（月に一度程度の精神科・内科・眼科などの受診は除く）状態の利用者はGHCCHでは受け止めは難しい。

4. 空間

利用者本人が落ち着いて生活できる空間が、現状の賃貸物件のような空間保障で成り立つかは大きな問題になる。自宅では障害を持つ利用者本人の生活を家族全員が認めた上で、配慮するであろう空間が、ホームでは支援員が1～2名に障害者4～5人になるのであるから、個室であるとはいえ、入所施設のような走り回れる空間・戸外の保障がないことが利用者の生活にストレスを与えるかどうかは重要な課題になる。

5. 対人関係

空間と同様、利用者間との関係は大きな課題になる。狭いホームの空間であれば、逃げ場なく関係を持たなければならなくなるから、安心できる関係かどうかはホーム利用にあたって重要である。

6. 専門性（問題行動に対処する）

施設であれば複数の職員が対応にあたれることもホームでは最少人数の支援員で対応しなければならないうえに現状の介護給付費収入では常時、正規職員の

配置をすることは困難であることから経験年数が短く、専門職でない職員が対応できる利用者でなければ利用は難しい。

- ・ 具体的には、夜間は睡眠が管理宿直程度の支援で可能なこと
- ・ 近隣との関係において、声・行動などが毎日の迷惑苦情につながらない程度のものであること
- ・ パニック時に緊急な危険を伴わないこと などなど

3、入所施設の機能とは～事例を通して考える～

- ・ 入所施設一大きな枠組みの中で、その人の 24 時間をまるごとみることができる

<自閉症 A さん>

重度知的障害、自閉症。家庭にいるときは、原因のわからないパニックが頻繁。大声、激しい自傷行為。昼夜逆転、場面転換の難しさから、通所困難に陥り、そのことが更なる悪循環を呼んでいた。

入所生活の中で、食べる、寝る、出す＝基本的生理基盤を整え、周囲も体調の把握ができるようになる。パニック（不快）の原因が見えてくるように。

同時に場面転換の難しさについても、何時にどこへ行かなければ、その活動に参加できないということがない入所施設は、本人の気持ちの区切りで、次の行動に移ることができる。結果、活動参加が増え、周囲とのかかわりも増えてきた。

一定の集団と広さのある設備の中では、大声や人間関係からも回避できる距離がある。支援スタッフについても、人数の問題はあるものの、24 時間途切れることはないため、時間や近所迷惑などの空間の制限を気にせず、どっしりと構えた実践が可能である。

- ・ 入所から GH へ、そしてふたたび入所へ

<軽度知的障害 B さん>

父母ともに知的障害があり、家庭生活を送る上での困難性が次第に表面化、近隣からの通報で、入所施設へ。ADL も高い人であったこともあり、この間の地域移行の取り組みの中で、日中は就労移行、暮らしは GH に移行する。

作業能力も高く、生活面でも特に問題なく過ごしてきたものの、半年ほどたち、暮らしに慣れたころより、地域の店で万引き行為を頻繁に起こすようになる。対応する中で、このような行為は、以前よりあり、それゆえの施設入所であったことが、次第に明らかとなる。本人の中では社会的ルールの概念が理解できておらず、GH の生活の枠組みの中では行動を規制することが難しく、もとい入所施設へ戻ることとなった。

このように、ADL やコミュニケーション力が一定あっても、自分で自分を規制する力が弱い、障害ゆえに暮らしの枠組みを作ることが難しい人にとっての地域生活の困難さを考え

させられる事例である。

自立支援法施行後、福祉事業は、様々なサービスを選択して利用できるという事業体系に変化してきた。しかし、このことは、十分な選択を可能とする社会資源とそれらをコーディネートできる力が利用者側になれば、うまく機能しない。

そのような中で、入所施設は、地域の中にあって核となるべき事業所として、地域の様々なサービスでは対応されにくい緊急なケースなどを受け入れる存在としてなくてはならないものになってきている。

行動障害や触法のケースなど障害の状況に応じた専門的なプログラムを実施できる設備と職員の配置なども必要な機能となってくるが、実態はそのような配置にはなっておらず、しかも支援課題の大きく異なる人も受け止め場所がないゆえに一か所に集中せざるおえない状況がある。

また、プライバシーの守れる空間の保障や、人的配置についても人間らしい暮らしを保障しうるものにはなっていないという困難さがある。

Ⅱ：高齢期の暮らしを支える仕組みについて

社会福祉法人コスモス白築恭子

わが国の知的障害者数は、平成17年度厚生労働省の知的障害児・者基礎調査によると18歳以上の障害者は増加傾向を示し、直近の平成12年の調査結果と比較してみても342,300人から419,000人と1.2倍平成2年度との比較においては、1.65倍増加をしている。

また施設入所者数は、大きな変化はないが、在宅数においては平成12年との比較においては1.3倍、平成2年度との比較では1.7倍と急激に増加している。

2004年日本知的障害者福祉協会の発表によれば知的障害者更生施設利用者71,232人のうち33.7%が50歳以上、60歳以上の人13.8%、65歳以上7%という調査報告が出されている。

施設利用者の高齢化は大変な速さですすんでいることはさまざまところで報告されているが、急速に増加している在宅障害者についてのまとまった報告はまだ少ないといわざるを得ない。しかしながら、通所の障害者施設等を見ても、加齢による変化は急速にすすみ、支援の課題として大きな問題にもなっている。

高齢障害者の生活は

・本人の加齢による変化とともに、家族の高齢化・不在化・弱体化による介護基盤の崩れ

が急速なテンポですすんでいること

・現行制度上では、唯一利用できる介護保険をスムーズにうけ、適切な支援を受けられる現状にはないこと、障害者の加齢による変化に対応した制度設計がなされていないことなどにより、高齢障害者に必要なサービスが社会資源としてないなど制度の谷間におかれていること

などにより深刻な状況を呈し、現在の生活が脅かされ、将来の生活に見通しがもてない状況にある。

1、はじめに

・高齢障害者支援についても一般高齢期の人の支援と同様に

ノーマライゼーションの理念と人権を守ることが、支援の仕組み、支援内容において貫かれることが必要である。

・その上にたって高齢障害者の独自の課題、問題への対応が仕組み、支援の中で保障されていくことが必要である。仏教大学植田氏は『これまでの障害者への「差別的な処遇」が高齢期にも大きな影響を及ぼしていること。「負の遺産」が障害のない人たちとは異なるライフコースをたどること』を指摘している。

2、障害者の加齢に伴う変化の状態

・非常に個性が高く、その人その人の障害の程度、発達の状況、生育歴、生活歴、教育・支援の内容等生きてきた環境そして健康状態等によっても表れ方は多様性に富んでいること。

・加齢に伴う変化については、近年の調査報告等でも報告されているところであるが、知的障害者の場合、早い時期（40歳代）からの老化現象と思われる変化が報告されている。一方、人格形成や人間性の面での充実（興奮や乱暴の減少、積極性や明るさ、協調性の増加、情緒の安定、生活適応力がついてきた）の事例も報告されている。

障害者の「老い」の最も典型的な兆候としては、心身機能の低下と予備力の低下（記憶力が衰える、体力の衰え、疲労回復に時間がかかる）による身体的変化や活動面の変化が精神機能にも影響し、精神面でも悪影響を与える変化としてあらわれていることが指摘されている。（堺市内で2010年に実施をした調査でも報告されている）

早くからの加齢による変化の要因は定かなものは確認されていないが、生活の依存性や長期投薬、新たな疾病の発生、障害原因そのもの等によるものと推測される。

3、必要とされる支援は

①加齢による変化は身心変化だけで捉えるだけでなく、個々を取り巻く、また取り巻いてきた環境はどうだったのか、どんな思いや、価値観で生きていたかということも留意した、生活課題として捉えた支援が工夫されていくことが必要である。

②高齢期の障害者の支援は、日中・暮らしの場においても、一般成人期とは異なる側面をもつことに留意して、日中、暮らしを支える支援が工夫されなければならない。

③生活施設をはじめとする暮らしの場(グループホーム等)においては

・ケア、ハード(生活空間、環境)両面から人権を守る、自分達の生活は自分達で決める、その人らしく生活することが貫かれていることが重要である。

特に生活施設等においては、一般高齢者の生活施設で指摘されている、今までその人が生きてきた生活との比較において、①空間の落差②時間の落差③規則(自由を奪わない)の落差④言葉の落差⑤役割の喪失という5点の面で留意することの必要性が提起されている。障害者生活施設においても、先の留意点は、十分に検討され、それらに配慮した環境、支援プログラムが必要である。

・職住分離を明確にし、加齢による機能低下から働くことが困難になっても、自己決定を尊重し、住みたい場所で住み続けられる暮らしの場の保障が必要である。

④通所施設等の日中活動、働く場においては

・個々の状況変化に配慮した作業プログラム、日中プログラムに基づいた支援が必要である。

・集団との関係性を意識できるための日中活動の保障、合わせて、絶えず「自己覚知」を高め、「エンパワーメント」や「自己肯定感」の育成支援なども不可欠な要素となる。

⑤健康面においては、身体面と精神面での変化の関係性を指摘されているように、生命力をしばませないことが大切であり、精神機能を支えている身体的健康を維持する支援が大切である。特に、一般高齢者の支援でも、強調されているところであるが、廃用性の衰退(使用しないことによって起こる機能の衰え)を予防する支援は特に重要である。その意味からも、食事の摂取や排泄等における人工栄養への切り替え、紙おむつ使用等は慎重にされていくことが必要である。

4、支える仕組みをつくるにあたって

・老化を想定した診断基準の確立と正確な把握(健康診断等で必須項目として老化を想定した検査項目を入れる)が急がれる

・老いによる変化を敏感に気づき、老いに対応できる職員の育成

・高齢期を年齢で縦割りすることなく、障害ゆえに発生する加齢に伴う変化の状況に適切に適応できる制度の構築と適切な利用支援を行えるソーシャルワークの視点に立ったケアマネジメント制度を創設すること。

・24時間365日生活を支えていく仕組みの構築(24時間365日型のグループホーム、ヘアホーム・すぐに対応できる医療支援ネットワークの構築・緊急対応の体制・バックアップ機能・ホームヘルパー、ガイドヘルパーの派遣等)

構築に当たっては、終末期のケア(自分らしく過ごし、満足して死ぬそのような終末期を迎えること)も含めた支援の仕組みづくりが必要である(生活施設、ホームで最期まで看取

れる等)

・個別的で多様な高齢化の実態に対応できる多様なプログラム、サービス、環境整備が日中活動、生活の場面においても必要である。

その際、身体介護だけにとどまらない高齢期をその人らしく生きるための支援も視野に入れておくことが必要である。

・権利侵害を防ぎ、権利を守る制度である成年後見制度を利用しやすいものにしていくことが必要である(申請時のサポート体制の確立・後見決定後の後見の充実、選挙権の保証等の検討)

・以上の仕組みづくりや内容づくりは公的責任で実行されていくことが前提である。

Ⅲ：「医療的ケア」の現状と課題

提案 溝畑 遠藤 伊藤

1. はじめに

障害者が継続的な医療処置・医療管理を受けながらも、「一人の人間として当たりまえの豊かな暮らし」が保障されることが大切であり、また、療育の時期から将来のライフワークにわたり、家族だけの過重な負担にならないよう、地域の中での医療支援ネットワークを確立し、そして加齢に伴う二次障害・老化にあわせた『地域医療支援システム』が必要です。

また、医療的ケアとは、医療職でないものが医療支援を行うことであり、家族やヘルパーだけの問題でなく、障害者が地域で暮らしていく中では、ケアホーム等の暮らしの場においても、福祉職が医療支援の必要に迫られることが想定されます。その際の支援課題を明確にさせ、安心のできる医療的ケアを行っていきけるような制度にしていくことが必要です。

2. 医療的ケアを行う上での現状と課題

○地域に相談できる医師・医療機関が少ない

自宅から遠い総合病院に通う人も多く、自宅近くの医院と総合病院の主治医が連携し、緊急時の往診や相談が出来ると安心できます。また、入院時に個室対応ができて料金が高く、家族の付き添いを条件にする病院も多くあります。

○日常的な医療ケアの主体が、家族とならざるを得ないこと。

日常生活での医療ケアには、簡単なケアから極めて専門性の問われる技術の高いものまであり、その支援も1日に十数回常時必要な人から、1日数回支援時間もほぼ決まっているスポット支援の人、また週に2～3回の曜日単位のスポット支援の人がいます。その為、自分で処置できない多くの人が家族の支援に頼らざるを得ない実態があります。

○単身生活やケアホーム利用の人はどうするのか

家族支援が厳しい人は、訪問看護を利用しつつも、ヘルパーに頼らざるを得ません。しかし、訪問看護の支援も夜間や休日・回数に制限があり、ヘルパーの医療的ケアもまだ国が認めてないものも多くあります。

ましてや、ヘルパーの利用制限のあるケアホームでは利用継続が困難になり、自宅に帰るか常時看護師の配置された施設か病院に入らざるを得ないのが現状です。また、すべての入所施設が常時看護師配置ではないので、医療ケアが必要になって自宅に戻った人もいます。

○ケアホームでの医療的ケアの不安

利用者の高齢化や重症化が進み、ケアホームでの医療的ケアに迫られる事例も増えており、箕面のケアホームでのインシュリン投与支援を大阪府が指導した問題もありました。

ケアホーム利用者が医療ケアが必要になり、スタッフが利用者の援助ということでケアを続けていく場合や、平日の昼間は作業所の看護師や夕方は訪問看護にてケアを行い、週末は自宅に帰り家族のケアというところもあります。

どちらにしても、利用者にとっては安心・安全な医療支援を伴う暮らしとはいえません。

○必要なだけの医療職のケアが受けられない問題

今の医療制度の中では、必要なだけの訪問看護の支援は受けられず、障害者をケアする事業所も少なく、看護師も不足しています。地域で暮らすためには支援する福祉職がやらざるを得ません。

○医療制度そのものの課題

わが国の医療制度は、入院医療を基本としており、医療支援を伴う障害の重い人の地域医療に

ていくだけの制度となっておりません。急な入退院の場合の家族や施設職員への負担も多く、地域で

の24時間対応の訪問看護もありません。この間、ようやく国もケアホームでの医療ケアの必要性

を重んじ、「医療連携加算」をつけましたが、定額の加算では病院と連携できず、実態とは程遠いも

のとなっています。

3. 医療ケアが必要な人の暮らしの条件整備

○実現すべき課題

★暮らしを守るにあたって、必要な社会資源（医療と福祉と住環境）が必要なだけ受けられること。

a) 地域医療の充実

地域生活を行うために主治医のバックアップに加え、近くの医療機関との連携が図れるような仕組みづくりが必要。そのためには地域にも専門医が確保できる条件を整えていく。往診や訪問看護師についても、必要な時に必要な回数利用できるように、また、医療費については無料としていく。緊急時の入院・一時的な入院など、受け入れ可能な病床の確保。

b)福祉分野の充実

24時間を通して、必要な介護が受けられるヘルパー利用と、利用負担なしに。具体的には、区分よっての制限や、居宅・ホーム利用・入院中にかかわらず、支援が受けられること。ケアホームにおいては、世話人・生活支援員の配置基準や看護師配置の柔軟な対応と夜間だけでなく日中の支援の必要性。介護の質としては、体調不良時の対応や退院時の静養時などの対応が求められる。

c)地域環境・暮らしの場の充実

空間としての広さ・快適さ・自分らしさが保てる住環境の整備。個室の広さの基準に加え、トイレやお風呂が快適であること、自分らしい空間にできる柔軟さがある空間の保障。住宅改造や医療機器の補助が使いやすいものに。地域資源のコーディネーターとしての役割（ライフスタイルを通して相談できる・各機関との調整や家族支援）を担う人が必要。

○当面の課題

① 医療制度の充実

・現在は医療連携加算が1回500単位で、病院と契約し病院から派遣してもらう仕組みである。病院が看護師を派遣できる単価設定を行う為には、訪問看護の医療報酬以上の単価設定が必要である。もしくは、医療制度の方で、入所施設やケアホームを含めた、地域生活者への医療支援充実の為に医療報酬を確保して、訪問看護や訪問医療を充実させていく必要がある。

- ・専門医の配置や緊急病床の確保については、自治体の責任が求められる。
- ・障害をよく理解している医師や看護師の育成・確保を積極的に進める。
- ・必要な医療が受けられないことがないように、医療費についての減免制度を充実させる。

② 福祉分野では、介護職による医療的ケアの必要性。(ヘルパー・ケアホーム・入所施設 等)

・「個別性」と『関係性』に基づく介護職による医療的ケアの提供を実現させる。そのためには医師の指示のもとに(ケアの範囲の決定や介護職の技術の見極めなど)動けるシステムをつくり、医師の責任を明確にするとともに、緊急時や不測の事態に対応できるバックアップ体制を整備していく。

③ ヘルパー利用の拡大

- ・入院中のヘルパー利用を認める。

- ・ケアホーム利用者も居宅でも、制限を設けない。
- ・月に2回という通院介護の規定をなくし、必要なだけ利用できるようにする。

④ ケアホームの制度の見直し

- ・人員配置の柔軟性と大幅な報酬の見直しを行う。
- ・夜間支援と日中加算の単価を専門職が配置出来る単価に見直す。
- ・入退院時の体制確保と報酬の実現

<資料> A福祉会の現状

現在職員が行っている日常健康管理の業務

- ① 体温測定・血圧測定
- ② 服薬介助・確認
- ③ 食事・水分摂取量の管理
- ④ 歯磨き支援
- ⑤ 尿・便の量と確認
- ⑥ 発作の観察・座薬入れ
- ⑦ 睡眠時間・状態の観察
- ⑧ 姿勢の状態
- ⑨ 記録

サービス管理責任者の業務

- あ、1か月のスケジュール立て
- い、家族・ヘルパーとの調整
- う、訪問看護師との調整
- え、往診対応（主治医との相談）
- お、薬の仕分け
- か、日常対応の統一（情報共有）
- き、通院同行

医療職が行っている業務

- ① 胃ろう 注入・ボタン点検
- ② 浣腸・摘便・痔のくすりの注入
- ③ バイタルチェック
- ④ 導尿（バルーンの交換）
- ⑤ 尿・便のチェック
- ⑥ 吸引

A福祉会では現在ケアホーム入居者のうち2名が医療的ケアが必要となり、訪問看護にて支援を行なっている。しかし、訪問看護だけでは24時間365日を支援することができない。

—Bさんの場合—

胃ろうについては、1日3回必要で、訪問看護の使えない週末の土日については自宅にて家族が行っている。日中活動では、家族と同意書を交わしているので、医師・看護師のもと研修を行えば介護職も行える内容であると思う。ただし、誰でもできるとはならず、常勤職員での対応で検討していく。

—Cさんの場合—

導尿のバルーン交換については1週間に1~2回で、訪問看護師での対応で行っている。排便については、週2回の計画排便なので、訪問看護師対応で行っている。

もし、装着バルーンでなく、直接の導尿が必要な人なら、日に何回も導尿が必要となり、看護師対応では限界となり、介護職の支援が必要となる。

IV「余暇支援」について

平野美佐子 雨田 信幸

【基本的視点】

一般的に「余暇」とは、個人の選択によって自由であることが前提であり、人生や生活にゆとりや楽しみを与え、心身のリフレッシュや健康に影響を与えるものである。

その内容は、散歩や買い物、友達とのつきあいといったような日常の時間の過ごし方から、趣味的な設定した時間(スポーツ、芸術文化等)、生涯学習的なものまで含めて、多岐にわたると考えられる。

この視点に立って「障害児・者の余暇」を考えると、実態は余りにも貧困といわざるを得ない。ここでは、そうした実態を踏まえ、今後のあり方として

- ・ 一般施策の中で、障害児者の余暇支援を取り組んでいくこと
- ・ ライフステージ全般を見通した支援システム(幼少期からの継続した支援)が必要であること
- ・ 「障害児者のための余暇支援の開発」が必要であること

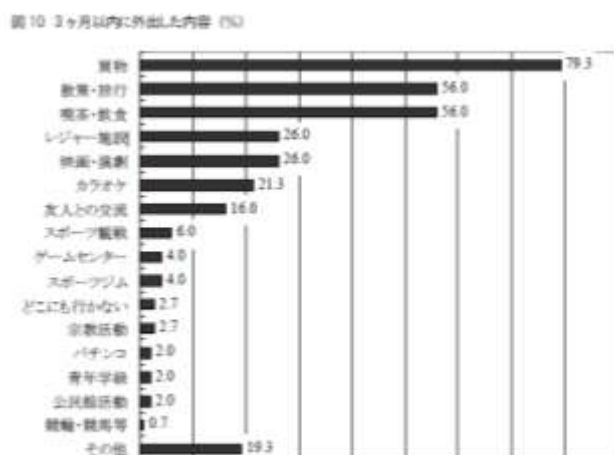
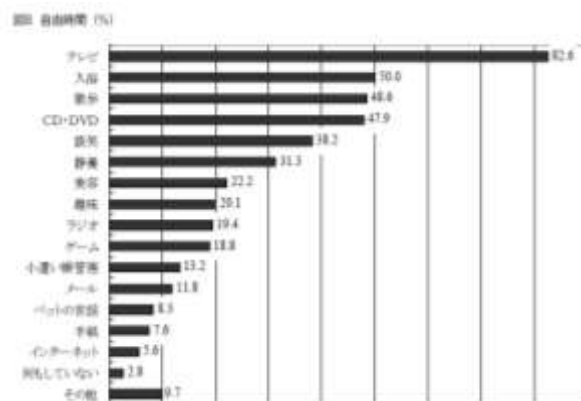
という視点に立って考えてゆくこととする。

【成人期障害者にとっての余暇の実態】

2010年に出された「知的障害者の暮らしの実態調査報告」(大阪障害者センター 障害者生活支援システム研究会・暮らしの場研究チーム)は、成人期の知的障害者の経済水準の低さを明らかにし、生活実態として「活動」「参加」の貧困さも浮き彫りにした。経済性と余暇活動とは密接に関連していることが、この調査から読み取れた。

調査報告を基に、具体的な余暇の実態をみてゆく。

表8の「自由時間」では、テレビ(82.6%)、入浴(50.0%)、散歩(48.6%)などの順となっており、趣味等の主体的な活動はいずれも低位と



なっている。テレビにしても見たい番組があるという主体的なものがどこまであるのか、また、入浴などは生活支援であり、自由時間の過ごし方とはみられない実態があるなど、そこには障害が重い人たちにとっては生活の中でそういった楽しみしか実現できないという実態がある。

また、「何もしていない」が2.8%や、記述には「紙ちぎりの繰り返し」もあり、重い障害者の自由時間の過ごし方を改めて考えさせている。

また、図10の「3ヶ月間の外出」については買い物79.3%と圧倒的に高いが、行く先の多くはコンビニ・自動販売機・スーパーで、全体の7割が「ごくたまにしか行っていない」という状況であった。

図12・13のスポーツ活動と趣味活動では、参加していない人が約2～3割となっている。スポーツ活動では、「ランニング・散歩」42.6%、「何もしていない」34%、「ボーリング」14.2%と続くが、自由時間の回答と照らし合わせると一番多いのは散歩と読み取らざるを得ない。

趣味も音楽鑑賞にゲームその他が続くが、ずっとラジカセを聞いていたり、ゲームをし続けている姿が浮かび上がってくる。ここでも主体的な活動と思えるものは、下位に集中している。

全体を通して、家庭かグループホームか入所施設など、生活の場・生活形態、障害程度にかかわらず、貧しい状況があきらかにされた。

ガイドヘルプ事業が始まり、余暇活動の範囲が広がったといわれているが、カラオケや遊園地・プールなど活動の固定化も見えてきている。

「働く」支援をおこなっている日中系事業所においても、土曜日に調理や創作活動などの別プログラムで支援をおこなったりもしているが、職員体制が取れない、様々な制度の制限や自己負担のほか、本人の自己決定を尊重した支援になっていない(「家族が決めざるをえない」)などもあり、「活動」「参加」を十分に支えるものとはなっていない。

少しずつ、活動は広がっているものの、活動の幅の狭さ、質的な多様性の低さに加え、本人自身の「こうしたい」「あれがしたい」と言える力や選択の力の弱さを抱えている。

図12 スポーツ活動 (%)

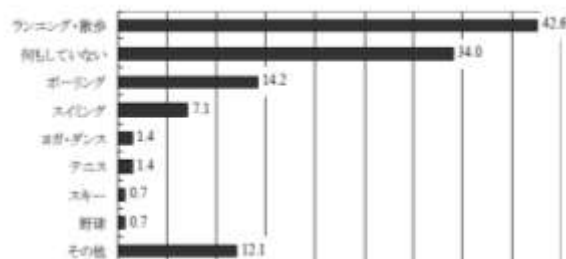
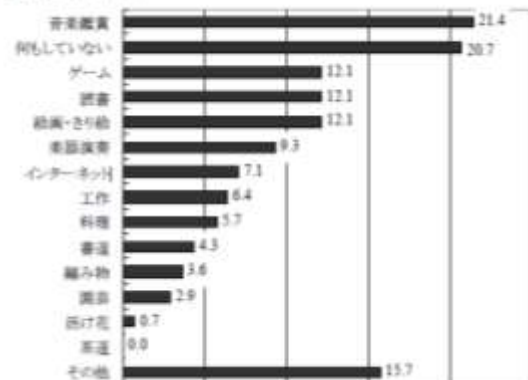


図13 趣味活動 (%)



【障害者の地域での暮らしを守るための支援システム検討会】

○検討委員

白築恭子（コスモス・堺） 平野美佐子（信貴福祉会） 福岡加代子（大阪福祉事業財団） 遠藤清美・溝畑喜代子（ひびき福祉会） 伊藤成康（さつき福祉会） 吉岡博子（いずみ野福祉会） 峰島 厚（立命館大学）

○事務局

井上泰司（センター） 塩見洋介（障連協） 雨田信幸（きょうされん）