

第4分科会

老いる

(高齢化)

《 討議内容 》

- ◇ 本人の高齢化を考える
- ◇ 親なき後を考えた自立の構築
- ◇ 親なき後の支援策

コーディネーター

片桐 宣嗣

全日本手をつなぐ育成会副理事長

基調講演

小島 秀樹

国立のぞみの園

提言者

十島 真理 (鹿児島県)

(社福) 吾子の里 きずな学園施設長

井上 絹代 (福岡市)

福岡市手をつなぐ育成会会員

早田 達也 (北九州市)

北九州ひまわりの里所長

1. はじめに

障害者総合支援法の施行後3年を目途として検討することになっている事項のひとつに、高齢の障害者に対する支援のあり方が上げられています。国立のぞみの園では、平成24年度から3か年計画で高齢知的障害者の研究を行っており、24年度においては、全国の自治体（1,735市町村）と全国の障害者支援施設（2,600事業所）への調査を実施しました。その中で、65歳以上の知的障害者は8,340人（回収率58.0%）と把握され、ここから、全国でおよそ15,000人が障害者支援施設で生活していると推計されます。障害者支援施設入所者に65歳以上の知的障害者が占める割合は10.2%、50歳以上では32.0%でした。50歳以上の利用者が90%を超える障害者支援施設も50か所確認されています。

近い将来、入所者のほとんどが65歳以上という施設が珍しくなくなることも予想されます。

2. 高齢化への対応

①健康管理

高齢になっても比較的健康で元気な知的障害者は多くいます。以前と変わることなく毎日作業に通い、行事等にも積極的に参加し、食欲も旺盛な人達です。しかし、どんなに元気であっても、加齢に伴う身体機能の低下、生活習慣病の予防等に対する配慮が必要になります。障害の特性や服薬の状況に加え、定期的な受診や健康診断等を通じて、健康状態の変化に関する詳細な記録・情報が求められるようになります。認知症の罹患や、高齢になって初めて、てんかん発作が起きる事例も少なくありません。

②心身機能の状態に相応しい生活環境作り

高齢になり、心身の機能低下が次第に明らかになってくる人がいます。これまで毎日参加していた日中活動への参加が休みがちとなる、作業に集中できなくなる、また、楽しみにしていた行事や外出への参加を拒む、体調を崩しやすくなる、日常生活のさまざまな場面で移動や着替えに時間がかかるようになる、等が代表的な変化です。同時に、皮膚疾患や手足の血行不良、関節の痛み等に対して日常的なケアを行う必要もみられるようになります。また、これまでなかった、排泄の失敗、転倒によるケガ等のリスクに配慮した支援も必要になります。このような段階では、一人ひとりの楽しみや生きがいを重視し、生活のあり方全体を少しずつ、無理のないプログラムに変更していく必要があります。

知的障害のある人の認知機能の急激な低下が、比較的早い段階から起こりうるということは知られていますが、認知症についても、ダウン症の場合、40歳代から、その他の知的障害者も50歳代から罹患することは決して珍しくありません。「部屋がわからなくなってしまった」「自分の持ち物を盗られたと訴える」「すでに存在しない生家に戻りたいと泣き出す」といった症状は、知的障害者の場合もみられるものです。明確な根拠は示されていませんが、知的障害者の場合「認知症に罹患してからの進行は速い」との印象を述べる医師もいます。さらに、循環器系疾患、呼吸器系疾患、消化器系疾患、泌尿器系疾患、血液および造血器の疾患等、高齢となっ

た知的障害者はさまざまな疾患を併せ持つことが多くなります。専門の医療機関と連携し定期的な通院と服薬管理等が重要になってきます。

③介護と医療的な支え

さらに心身の機能低下が顕著になってくると、より個別的な医療・介護の支援が重要になってきます。

- (1)摂食・嚥下障害：摂食時の姿勢や食品選び、口腔ケア（嚥下訓練・マッサージ）による誤嚥性肺炎の予防
- (2)栄養と水分補給：体重変化と食事、栄養のバランス、体力・集中力・持続力に見合った食事時間、脱水症状の予防、経管栄養や胃瘻
- (3)排泄の支援：排泄リズムの把握、オムツ使用等による失敗時の不快感の軽減、小まめな水分摂取と便秘予防
- (4)廃用症候群：無理のない運動、適切なシーティング、専門的なリハビリテーション
- (5)入院とターミナルケア：終末期の医療・看護・介護等のケアを実施する医療機関との連携、その他、移動方法や入浴介助など、身体状況に合わせた支援方法、等の見直しが必要になります。

3. 高齢化対応の方向性

高齢化による「本人の変化」に起因する状態への対応については、障害者支援施設の果たすべき役割として、職員の介護知識や技術の習得、事故防止や緊急時の救命救急対応技術等、介護支援機能の向上に向けた取組みが必要になります。

前述のような困難や課題を抱えつつも、障害者支援施設が介護度が高くなった利用者施設へも継続して支援を続けている背景には、介護保険適用除外施設であるため介護保険へ移行しづらいことや、支援の現場において、一般の要介護高齢者と高齢知的障害者との支援の専門性が異なると感じていることが考えられます。では、今後、障害者支援施設は高齢化にどう対応していくのか、高齢知的障害者への支援を先進的に行っている施設を概観すると大きく二つの方向性が見えてきます。一つは障害者支援施設の機能を強化して高齢化に対応していくことです。すでに多くの施設では、それぞれの高齢化の状況に応じた独自の機能強化を進めていることと推察されますが、その際、高齢期を迎えた利用者にいかに充実感をもって過ごしてもらうか、日中の活動も生産的、作業的なものから、生きがいや趣味を重視した過ごし方へと転換することが必然となってきます。また、家族との関係が希薄、疎遠となりがちな高齢利用者の心理的サポートも必要な支援であると考えられます。これら「充実感」をテーマとした支援のあり方は今後の障害者支援施設における重要な課題といえます。もう一つは、法人内あるいは地域資源を活用して、高齢障害者への対応の機能を分化する方向性です。多くの障害者支援施設では、若年利用者と高齢利用者が混在している中で、異なる年齢層の利用者への多様な支援が求められており、人材の確保や日中活動の設定、住環境整備等に多くの問題を抱えています。こうした問題に対しては、法人内に高齢利用者の支援に特化した建物や事業所を設置することで、効率的な支援環境を整えることは可能となりますが、コスト面、支援力（専門性の向上）、人員配置上の問題等クリアすべき課題があることは変わりません。特に小規模な法人では特化した事業を継続するには、利用者数の確保や物理的、人的にも限界があるため、地域の複数の事業所間で連携して機能を配分し、地域単位で高齢知的障害者の生活を支えていく、といった仕組みを充実させていくことが必要です。

4. おわりに

障害者支援施設においては、後期高齢者となり介護度がさらに高まった利用者にも継続してサービスを提供している現状があります。これは、今後、高齢知的障害者への支援が介護保険との関係の中でどのように位置づけられていくのかは未だ不透明ではありますが、障害者支援施設の入所利用者の約半数が50歳以上であるという現状から、近い将来において、障害者支援施設には高齢知的障害者を生活支援と介護支援の両面から支える場としての一定の役割を担っていくことが考えられます。それには、高齢知的障害者の支援に先駆的に取り組んでいる事業所の実践等を踏まえ、支援方法について整理し、よりよい支援モデルを構築していくことが求められます。

提 言

老いる（高齢化）

鹿児島県手をつなぐ育成会 理事
（社福）吾子の里きずな学園 施設長

十島 真理

1. 本人の高齢化を考える

- ◎本人の老化と、親の高齢化＝支援の重度化と、介護の同時進行の問題
- ◎ハビリテーションの理念
- ◎いつまで頑張らなければいけないのか：障害者に定年は？
- ◎情緒豊かな生活体験

2. 親なき後を考えた自立の構築

- ◎「自立」とは？
- ◎親あるうちの備え
 - ・成年後見制度＝ゆるやかな世代交代、次へのバトンタッチ！
 - ・障害者基礎年金
 - ・社会の耕し：運動体としての育成会の活性化

3. 親なき後の支援策

- ◎生活の支援
 - 福祉施策のなかには「病気」と「死」についての考え
 - 子どもたちは、どこで、誰に看取られるのか？
- ◎精神的な支援

本人を中心に親、きょうだい、家族、そして支援者、全員が
安心・安全に生活できるために

1. おいたち

姉はS 24・11・7下関で生まれ、1歳半の時インフルエンザの高熱で脳に障がい（療育手帳A 2）を持ち、ストマイの後遺症で耳にも障がい（両感音性難聴で身体障害者手帳2級）を持つようになりました。治療の為、福岡に移り住み、養護学校が出来てそこに通い中学卒業後なんとか縫製工場に就職し10年程働きましたが、不況の影響で退職。

通園施設を経て福岡市育成会で清掃の訓練を受け清掃事業部で5年働きましたが、39歳で退職。その頃からテンカン発作も出るようになり、現在は福祉サービス事業所で生活介護を受けています。

性格は明るく、人なつっこく、いつも笑顔で元気いっぱいの64歳です。

義父はS 58年、義母はH 7年に亡くなり現在、夫と私と姉の3人で暮らしています。

2. 経 過

私はS 55年2月に嫁し、両親から「うちは姉を中心に暮らしているからそのつもりで、先々は姉と暮らして面倒をみて欲しい」と言われました。

知的障がいの事は全く知識がありませんでしたので知りたいと思い、その年から県大会、九州大会、全国大会と毎年参加しました。

縁あって育成会の事務局で働くことになり、相談員も引き受け、知的障がい者のことを勉強する機会が増え、少しは理解できるようになりましたが、義母が居るから暢気なものでした。しかし、義母が70歳になった時「これから娘のことは貴女に任せた」と言って手帳や保険証、年金証書等、全部私に渡された時には驚きました。

ちょうどその頃福岡市育成会では保護者の願いのもとに入所更生施設が出来ました。これで親は安心して死ぬるとばかりに皆んな喜んでいましたが、周りの人からは「みっちゃんはいくくは施設よ」と言われていたし、現に日常生活の大部分を母親が決めていたことで、指示をしないと動けなかったし、自分の意見を言うこともなかったので、案外集団生活は合うのかもいけないなと思っていました。

しかし、姉は義母が亡くなってからめきめきと個性を発揮するようになり、自分の気持ちも言えるようになって明るくなりました。休日には一人で天神に遊びに出かけます。

なんと家事も手伝ってくれるようになり私は大助かりでした。例えば私が掃除機をかけると雑巾がけやモップがけををしてくれ、茶碗を洗えば拭いてくれ、洗濯機が止まれば干してくれ、そして、時間になれば「行ってきます」と元気よく通園していました。

私たちは支え合って暮らしていましたが、45歳を過ぎたころから体力、気力が低下し始め、今まで出来ていたことが出来なくなり姉の高齢化を考えるようになりました。

身体的—白髪が増える「現在2カ月毎美容室で染める」 シミ、しわが出てきた。

背中が曲がってきた。歩く速度が遅くなった おなか周りに脂肪がついた

耳が聴こえにくくなった あちこち湿布を貼るようになった 病院通いが増えた

トイレが近くなった 時々ちょっとおもらし？

私たちと何らか変わらない老化現象です。

精神的—物忘れ 探し物 怒りっぽくなった これも私たちと何ら変わりありません。

ただ、自分の思い通りにならないと泣きわめいたり、物を投げたり、自傷行為をすることが増えてきたことには閉口しています。

精神的と言え、大小便の失禁を頻繁にするように成った時期がありました。

私が育成会の役員を引き受けていた頃、いつも忙しく姉の事も家のことも必要最低限の事しかせず、姉と二人で街に遊びに行くことも無くなり数年が経きました。

その頃から姉は園でのトラブルが多く成り、便失禁、尿失禁をするようになりました。「どうしてもしてしなくなったらすぐトイレにいかないの。そのまましたら気持ち悪いでしょう。」と失禁したことばかりを責めていたのです。ある日、姉の枕が涙の跡でシミだらけになっているのを見つけ顔をガーンと殴られた気がしました。姉の為にとやっていたことが姉を苦しめている。私は何をやっているのだろうと泣きました。役を退き、姉の帰宅を待つように成ったら失禁は嘘のように治りました。淋しい思いをしているのに言えない、表せないということに気がつきました。心の安定こそが一番大切なのですね。

姉はいつもJRで通園しています。難聴もあるので周りの状況が変化してもとっさに判断出来ませんから「私は耳が聞こえないので電話をかけられません。ここに連絡してください。」と書いたものに住所、氏名、連絡先、など記したものを定期券の中に入れて「困った時はこの紙を駅員さんに見せて下さい。」と言っています。でも、迷子になったら探しようがないので現在『ココセコム』と言うGPS機能で位置確認が出来るものを持たせています。また、難聴が進んだことで意思の疎通が出来にくく成ったので姉と二人で手話を習いに行き、今では簡単な手話は理解できるように成りましたから助かっています。

親亡き後を考えた自立の構築

身辺自立？ 健康管理？ どんな環境にも適応出来るようになることでしょうか？

食 事 箸で食べることは出来るが持ち方が悪くなった。ポロポロこぼす。

口をあけて食べる。一度に詰め込みすぎてよく咽る。

もちろん自分で作る事は出来ません。

通 院 精神科月2回通院（テンカン） 歯科（歯周病） 眼科（近視から白内障＝昨年末手術しました） 子宮筋腫の手術も18年前にしました。

皮膚科（ヘルペス＝季節の変わり目や疲れると出る） 内科（風邪など）

歯科は一人で通えるが他は同行、投薬は何種類もの薬をいつ飲めば良いのか幾つ飲めば良いのか判断できないので一回分ずつ小袋に入れています。

健康管理 自分ではなかなか出来ません。例えば遊びに行くことが好きで行こうと決めたらたとえ熱があっても、風邪気味でも、大雨が降っていてもお構いなし。やめるように言うと大泣きして暴れたりします。具合が悪い時にどこがどう悪いのか表現出来ないで困ることが多くなりました。

衣服着脱 毎朝「何を着ますか？」と聞く。前の晩に明日着ていく服を出していても分からない。Tシャツの前後が分かりづらい。スカートの前後も分からない。

清 潔 歯磨き—早いすすぎが悪い。

洗顔—前をブルブルと洗うが側面は濡れていない。

風呂—だいたい一人で入っているが時々背中や足を洗ってやる。

洗髪—すすぎが悪いので3回に1回は洗ってやる。姉にとっても風呂はホッとする場所らしく、壁に指鉄砲で水をかけたりして遊んでいることが多い。

トイレの使い方—大も小も前から拭くので、大は後ろから、小は前からと言っているがなかなか実行できなくて下着が汚れたり、時々膀胱炎になる。

うがい—がらがらしたら終わり。実に短い。

手洗い—指先だけ濡らして終わり。どちらももっと丁寧にと言うときちんとできます。

金銭管理 お金を使うことは出来るが、管理は出来ない。遊びに出掛ける時も毎度千円札で買い物して小銭ジャラジャラです。お金の計算も出来なくなりました。(若い頃は掛け算まで出来ていました。)

でも、買い物が好きで毎日近くのスーパーにお使いに行ってくれます。

親亡き後の支援策

すでに義母なき後18年、相変わらず3人暮らしが続いています。

私が元気なうちは良いが、私にもしものことがあれば今の生活は成り立たないと思い、姉がどこでも暮らしていけるようにそして預かって頂く施設側に本人の状況が分かってもらっていた方がいいと何度かショートステイを利用しました。しかし姉は家が良いと、嫌がります。「じゃ私が病気に成ったらどうするの?」「困る」「私が死んだらどうするの?」「死んじゃダメ～」と泣き出して理解することは難しいようです。

最近「あなた、みっちゃんをどうするつもり?あなたが病気したらどうするの?いつまでも世話出来ないでしょう?」とよく聞かれます。

姉にとって一番過ごしやすいのはどこか、「家が良い今のままで暮らしたい」と望むなら可能な限りそうさせてやりたいと考えることはいけないのでしょうか?

総合支援法の付帯決議の中に『障がい者の高齢化、重度化や「親なき後」も見据えつつ』と初めて親亡き後のことが検討されようとしています。

ケアホーム、グループホームの一元化が来年4月から始まりますね。集団で暮らすことが適する人もたくさんいます。小人数が適する人も、一人が良い人もいます。でも、知的障がいを持つ人は障がいの軽重にかかわらず支援が必要で、日単位、時間単位、で分けられる支援ではなく昼夜を問わず必要な時に必要な支援が受けられる仕組みが必要なのです。

私や姉のように地域で住み慣れた家で家族と共に暮らしながら、出来なくなった部分を様々な支援を受けながら地域で老いていく選択をする人間がいても良いのではないかと考えています。介護保険では住み慣れた所で暮らし時々お泊まりをして(ショートステイを利用)そしてどうにもならなくなった時はそこで預かる事が出来ています。

知的障がい者にもこの様な仕組みが欲しい。そんな制度があれば保護者も安心できる。それを育成会が担う。育成会員であれば最後まで責任を持つようになると会員増にもつながるのではないかと、ずーっと心に思っています。

最後に、現在64歳の姉、65歳になったら誰でも介護保険優先になり、足りない部分があれば足りない部分を「障害者総合支援法」で補うと言われているが、ある友人から「65歳過ぎたら施設に入れないから私は目の黒いうちに入れたよ。今のところにも行けないかもよ、あなたどうする?」と言われた。えっ65歳過ぎたら本当に今のところに行けないの?大好きなひまわ

り園に行けなくなったらどうしよう。あと1年もない。介護保険の認定で要介護が出なかったら介護サービスも受けられない？それじゃ「障害者総合支援法」でその分補ってもらえるの？「まあ、みっちゃんなら介護施設のサービスでも馴染むと思うけど？」と言われたけど、私の不安は募るばかりです。65歳に成る前にどうすれば良いのか、どんな行動をとれば良いのか、行動するにも運動するにも同志がいない。

いや一人だけいます。その友達も知的障がいを持つお姉さんと二人暮らしで今、社会福祉士の資格を取る為必死で勉強している人がいる。彼女とは意見が合い、同じ思いで心も通じあっている所以日常も電話連絡したり、時々会って情報交換をしています。

私たちが後、私たちに代わって支えてくれる人を指名する権利は出来ないものだろうか？例えばお互いが後見人に成って実行しようとしても後見人は依頼した人が亡くなった時点で無効となることが分かりがっかり。私が姉のことを友達に託すことも友達がお姉さんの事を私に託すことも出来ないのが現状です。成年後見制度では金銭管理は出来て、代理権も確立出来ているが、本人の意に沿う身上監護は・・・と考え二人とも成年後見制度は利用していない。この二つをとくに聞きたくて、詳しい方に教えて欲しくて今回の役を引き受けました。どうぞよろしくお願いします。

姉の出来ないところばかり述べましたが、感性や社会性はたくさん持っています。たとえばある時、同じマンションの親子に「お婆ちゃん（姉の事）お元気ですか？この頃見かけないから心配してました。半年前に引っ越してきたのですが娘に毎日声かけして下さり、やっと元気になりました。有難うございます。よろしくお伝えください。」と言われました。また、姉が帰宅するとオートロックのドアを内側で遊んでいる子どもたちがいつも開けてくれるのです。「ありがとね」と姉は自分より大きい男の子の頭をなでなでします。されるがままの男の子。???子どもたちに聞いたら学校で障がい者のことを習ったからと言っていました。

毎年母の日には私にカーネーションを1本買って「お母さんだから、はいカーネーション」と言って渡してくれます。98円のシールが付いていますが、しかもお使いの金で買って来ますが、それでも姉の優しさが嬉しいです。こんな姉とやっぱり共に老いるを貫きたい。

はじめに

現在、医療の発達や生活様式の向上で平均寿命が大きく延びています。

平成23年簡易生命表（厚生労働省）によると、日本人男性の平均寿命は79.44歳、女性の平均寿命は85.90歳となっており、障害者の寿命も同様に著しく延びています。

一例を挙げると、ダウン症候群の人たちは短命と云われていますが、それでも根治治療が進み、現在では平均寿命は50歳以上といわれています。北九州ひまわりの里にもダウン症候群の利用者がいますが、その最高齢の利用者は男性・女性とも64歳であり、日々の生活を営んでいます。また、利用者全体の最高齢者は81歳の男性で、日本人の男性平均寿命を超えています。

しかし、永遠の命ではなく、いつかは生命を全うする事となります。その過程で「老い」と向かい合う事となります。其れは健常者も同様の事ではありますが、障害のある人たちには障害という生きにくさの上に「老い」という新たな生きにくさが加わる事となります。日々の生活の中で何か変化が現れた時、私たちは「何か変だな?」「体調がおかしいのかな?」と考え、周りにいる人にSOSを出し、其の変化が何なのか、何が原因なのかを考えます。しかし、知的ハンディがある人たちは其の現象・変化に気づいていても、対応する事が難しい状況にあります。高齢者に当然のように起こる身体（関節）の可動域の低下や、疾病等に柔軟に対応する事が難しいのです。老いという新たな生きにくさに対応し、人生の終末期に向けた準備をしていくことは、人として大切な事ではありますが、障害のある人たちには障害故の困難さが山積しています。それにどう対応していくのか、そして私たち支援者は何を支援していけばいいのか、今回の提言がそれを考えるきっかけになればと考えています。

北九州ひまわりの里の現状

北九州ひまわりの里は、平成元年に「親の会」を母体とした社会福祉法人北九州市手をつなぐ育成会が設立した定員50名の入所更生施設です。現在は、障害者支援施設として施設入所支援31名、生活介護49名、短期入所6床、日中一時支援事業（日帰り）の運営を行っています。また、本年度からは同一敷地内で放課後等デイサービスも実施しています。

設立の理念に「親亡き後の住まいの場として」との考えがあったことから、開所当初よりある程度の年齢の高い人たちが入所していた経緯があります。そして、自立支援法へ移行後の平成21年度に、年齢がある程度高くても地域で生活が送れる利用者がいるのではないかと考えたのもと、障害者支援施設の定員規模を50名（実員53名）から30名（実員31名）に削減し、27名の利用者が近隣に新設したケアホーム「たんぽぽ」へ移行しました。また、日中活動では、利用者のニーズも踏まえて検討した結果、施設入所支援のうちのほとんどはひまわりの里での生活介護事業を利用し、3人だけが他の通所事業所に通っています。

現在、利用者全体の平均年齢は55.06歳です。うち70歳以上の利用者は4名（13%）。60～

69歳の利用者は7名（23%）、50～59歳の利用者は11名（36%）で、50歳以上が利用者の半数を超える状況となっています。また、その多くの利用者が何らかの高齢性疾患を持っています。一方、通所利用者の平均年齢は、51.66歳で、うち70歳以上の利用者は4名（9%）。60～69歳の利用者は13名（27%）、50～59歳の利用者は10名（21%）と障害者支援施設同様に利用者の半数を超える状況となっています。



しかし、寝たきりの利用者は多くはありません。以前とは違って、今は自力歩行が出来なくなった利用者や、体位変換の必要な人たち、さらには常時座位保持が体力的に難しい利用者たちがありますが、時間の長短はあれども日々の活動に参加しています。また、在宅の通所者も同様です。毎日通所する事が身体上困難な利用者もいます。一例を挙げれば、人口透析を行っている利用者もいます。その利用者は、透析日以外の日を基本的には通所日として週3日程度通っています。

入所施設で培ったノウハウを通所利用者（地域生活者）にもサービスを広げた結果、多くの高齢領域にさしかかる利用者が通所利用者として利用希望を行う事となりました。

医療との連携

開所当初は、通院先は精神科・歯科・内科・眼科が主で、診療内容も基礎疾患、風邪、虫歯程度のものでしたが、現在は、内科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・整形外科・精神科・歯科等の個人医院は元より、総合病院・大学病院等多くの医療機関との連携が求められています。

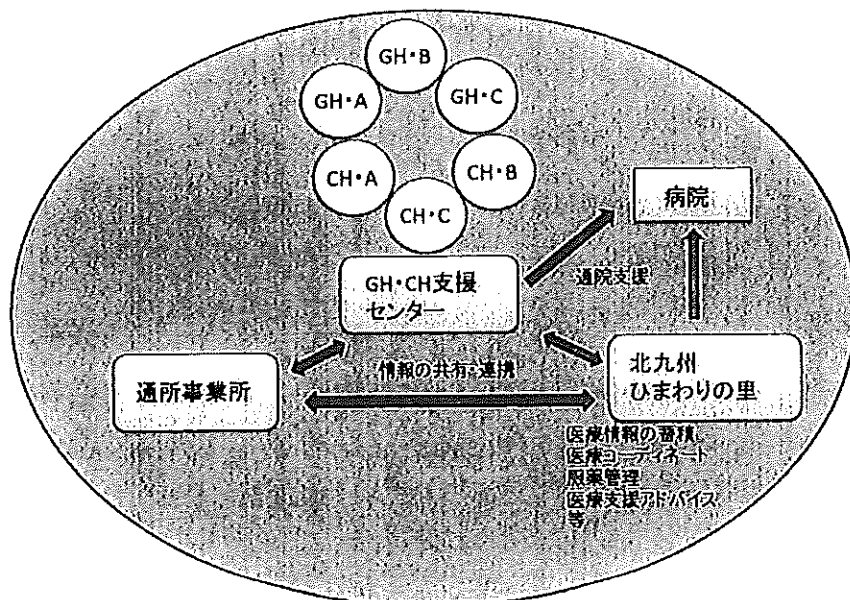
一般の高齢者の主だった疾患と同じ疾病（腎不全・甲状腺機能低下症・バセドウ病・高血圧症・白内障・緑内障・骨粗鬆症・認知症・高脂血症・便秘症・肺高血圧症 等 ※通所者含む）が利用者にも発生しています。疾患名から解るように、高齢領域に発症する疾患が彼らにも同じように発生しているのです。

疾患の治療の為に通院を行う、此の事は私達と変わりはありませんが、疾患がある利用者本人とただ通院同行を行っても、適切な診療や治療を受けることはできません。日頃の支援現場での観察と実践結果や多くのデータが不可欠であり、さらに利用者本人が医師との関係性をつくる必要があります。利用者本人が安心して任せられる医師との信頼関係と、医師が北九州ひまわりの里に任せて大丈夫だと感じる信頼関係が必要です。北九州ひまわりの里では、看護師が3名体制で利用者本人・支援員・医療機関との懸け橋役を担っています。医療現場と福祉現場のパイプ役として活躍しているのです。

しかし、いくら医療機関との連携が図れても、福祉現場は医療機関ではなく家庭でもない為、通常の生活で行える行為が福祉現場では行う事が難しい場合が多く存在します。例えば、代表的なものとして胃瘻があげられます。家庭では食事行為ですが、福祉現場では医行為となって

誰でも出来る行為とはなりません。その他多くのハードルが存在します。

グループホームやケアホームも年月がたち高齢領域に入りかけた利用者が生活しています。その利用者を支援するための体制を模索すべく、北九州市門司区にあるグループホーム・通所施設・北九州ひまわりの里が連携し、医療・栄養支援を行うための支援体制を組んでいます。



食べる

生きる上で栄養を摂取することは必要不可欠です。食は、健康の維持・医療とも密接にかかわってきます。

開所当初は、利用者全員が自力で栄養摂取することが可能でした。口腔内摂取時間には差異があったものの、自力で口腔内に食物を運ぶことができていましたが、現在は食事介助を必要とする利用者が増加してきています。併せて咀嚼能力が著しく低下する利用者も見られるようになり、食物の形態を大幅に変える必要が出てきています。高齢者の特性でもありますが、誤嚥性肺炎への留意や必要栄養量を摂取したにも関わらず、体内吸収力が低下したため、栄養が十分摂取できない利用者も出てきています。その状況把握も必要不可欠となります。主だった食事の形態としては、

○指示食・・・栄養管理が必要な治療食（糖尿病食・腎不全食・透析食・尿崩症食・高血圧食・高カロリー食）

○管理食・・・利用者の嚥下状況を加味し、食事の形態そのものを変化させている食事（普通食・小盛食・一口大食・あら刻み食・細刻み食・ミキサー食・トロミ食・ソフト食）

○調整食・・・疾病による医師の指示まではいかないが、予防的観点から食事に調整を加えているもの

北九州ひまわりの里では管理栄養士が、医師や病院の管理栄養士の協力の下、行っています。この食に係る内容も医療体制同様に門司地区が連携を取り、行っています。

支援現場では

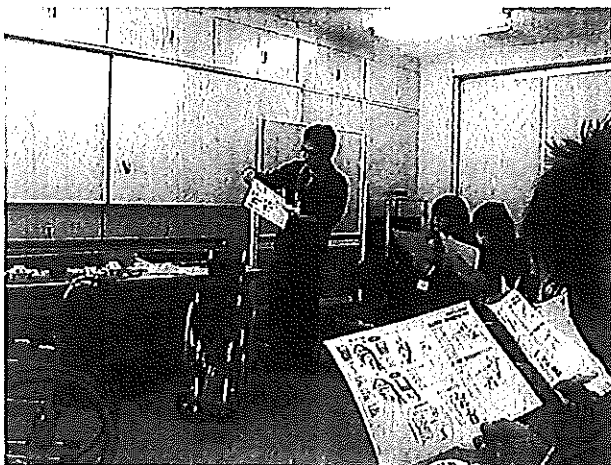
利用者が高齢化していく中で、支援を行うスタッフの介護技術の向上が重要な課題として挙げられます。医療や栄養の専門スタッフが、いかに専門的に支援プログラムを描いても、実施する支援スタッフの技術が伴わなければ良いサービスを提供することはできません。当然のことですが、この支援スタッフの資質・技術の向上は多くの時間と労力を要することとなります。

介護技術は、得てして我流になりがちが多く、利用者に対して大きな負担や不快な気持ちを持たせることが多く出てきます。高齢者施設で問題となることもこの介護技術に関わることが多く、障害者施設は高齢者施設より介護技術を向上させる必要があると感じています。高齢者施設の場合は、利用者から直接苦情が挙がりやすく、日々の会話の中から探ることもできます。しかし、障害者施設は利用者本人からの苦情が挙がりにくく、利用者の会話の中から探る事も困難な場合が多いからです。

その為、まず、支援スタッフが基本的介護技術を知ることが大切と考え、介護における基礎学習を学ぶことで実地力と理論を身に付ける事としています。

次に、支援スタッフが基本介護技術を基に、利用者の状態を加味して利用者個々人にあった介護技術を考え、一定のルール化を図ることで、統一した介助体制を構築しています。

多くの利用者の介助を行うために介護備品を充実させるとともに、介護用品や食品を適切に使用できるよう内部で研修を実施しています。



介護技術打ち合せ風景



特殊浴槽

これまで提示してきた内容は、生命を維持する上で実施しなければならない内容です。

福祉事業所として最も必要なものは、活動支援だと考えています。利用者が健康で生き生きと生活するために必要不可欠なものは「生活のハリ」であると考え、支援業務を行っています。しかし、高齢化した利用者に対し1989年当初行っていた生産的活動を行うことは難しく、機能低下が進んでいる利用者に対し機能のアップを図ることも難しい現状でもあります。日々、利用者が楽しく、所属感（自己の居場所や存在していると認められる場）を持たせる空間をつくること、できるだけ職住分離を実施し、健常者と同じようにメリハリのある生活を行う状況にすることが大切であると考え、支援しています。

まとめと課題

これまで北九州ひまわりの里とその連携する体制を大まかに述べてきました。利用者が高齢領域に入り年を取ることは、家族にとっても同じような事であり、様々な相談を受ける事があります。自身の体調に不安を持つ家族は、最後まで本人を支援してくれた施設での生活を望む声もあります。親から兄弟、兄弟から甥姪と主な保護者が変わり、関わりが希薄になる傾向もあります。年齢が介護保険の領域となり、利用者本人がどのような人生の終焉を迎えたいのか、を模索する向きもあります。高齢化や終末期には医行為が多く必要ですが、障害福祉の現場では、医行為を行えるスタッフの数や専門職種が少なく、対応が困難な場面が多く存在しています。

実践を積み中で少しずつではありますが、課題が解決されています。しかし、解決する課題より多くの、そして大きな課題がある事も事実です。単独の事業所で行えない現状も否定できません。最後に、課題解決に向けいっそうの取り組みを行っていくことを訴え、現場からの報告とします。