



独立行政法人

国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園

VOL.69

令和3(2021)年7月1日発行

ニュースレター

特 集

高齢知的障害者への支援



高崎市ソフトボール場・宇津木スタジアム

高崎市には、日本代表選手を輩出する女子ソフトボールチームがあります。ソフトボール競技は2021年東京オリンピックの公式種目であり、メダル獲得が期待されます。全国大会や国際大会などが開催できるソフトボール場を整備し、スポーツによる魅力的なまちづくりを目指して、建設されました（2019年3月完工）。

～ 共に生きる社会の実現をめざして～

CONTENTS

特集

高齢知的障害

《特集》

高齢知的障害者への支援

● 高齢知的障害者の支援 – 研究の概要と高齢化にともなう変化に気づくためのマップ作成について –	2
● 高齢知的障害者の健康診断 – 国立のぞみの園での経験に基づき考察する –	4
● 高齢知的障害者の視力低下への支援	6
● 行動障害のある利用者に対する健康増進プログラムへの主体的参加の促進 ~高齢化による身体機能低下が予測される者への運動習慣の定着を目指して~	8
● 認知症及び認知症が疑われる知的障害者に有効な支援とは – ライフストーリーワーク実践の再検証 –	10
● 高齢知的障害者のターミナルケアについて	12

《養成・研修》

● 令和2年度 5法人ジョイントセミナー研修を受講して …	14
● 第2回 国立のぞみの園セミナー2020 「認知症を発症した知的障害者への支援について考える」 …	16

《実践レポート》

● 旅立つ利用者に寄り添って	18
----------------	----

《調査・研究》

● 潜在的要支援者の災害時等の緊急的支援への準備に関する調査研究	20
----------------------------------	----

《臨床の現場から》

● 大人の認識の『アップデート』	22
------------------	----

《共に生きる》

● 高齢化に対応した食事提供の取り組み	24
---------------------	----

《INFORMATION》

● 刊行物のご案内	26
● お問い合わせ先のご案内	27

– 研究の概要と高

国立のぞみの園では、令和2年度厚生労働科学研究として「障害者の高齢化による状態像の変化に係るアセスメントと支援方法に関するマニュアルの作成のための研究」を行い、高齢期の知的・発達障害者の状態像の変化に気づき、支援を行うための焦点を明確化するための実用的プログラムの開発、普及方法の検討に取り組んでいます。本レターでは、高齢期前から看取りまでの状態像と利用する支援の変遷を概観できる「マップ」作成についてご報告したいと思います。

I. 高齢障害者支援に関する研究の背景

知的・発達障害者の多くは、自分自身の不調を自覚すること、心身の変化を周囲に上手に伝えることに困難さがあり、心身の重症化が進んでから疾病が見つかるケースも珍しくありません。本研究では、特に状態像の変化に気づきにくい知的・発達障害者の①認知症発症への気づきと支援、②運動や摂食等の日常生活の変化への気づきと支援について、実用的なプログラムの開発、普及方法の検討を行うことを目的として、令和2年度～3年度の2年間で実施しています。

これまで研究検討委員会やヒアリング調査等により、高齢知的障害者を支援している事業所では、①認知症の症状等や身体面の機能低下を見過ごしてしまい、適切な支援が後手になっている事例があること、②そもそも、状態像の変化に気づく意義、方法を職員間で共有できていないこと等の課題があることを把握しました。この課題に対応する糸口として、「高齢期前から看取りまでを概観できるマップ」の作成が重要になると考え、その作成に現在取り組んでいます。

II. マップ作成のための調査の実施

マップを作成するために、研究検討委員の方々に協力を得て、委員の所属する各事業所から高齢(本調査では50歳以上の方を対象)の利用者3名を抽出してもらい、以下①②の作業をお願いしました。期間は令和3(2021)年1月26日から2月22日としました。

なお、利用者の全体像を把握しやすくするために、国際的に活用されている ICF(国際生活機能分類)を用いて調査を行いました。

高齢知的障害者の支援

齢化にともなう変化に気づくためのマップ作成についてー

研究部研究課 研究員 岡田 裕樹

①ICF記入シートの作成

- 選定した利用者の状態を、ICFに記入(図1)。
- 項目ごとに、変化と支援を記載
 - ①に記入した内容から、高齢となって難しくなったこと、変化したことを項目ごとに抽出し、「支援が必要となった年齢」と、「早期の気づき、対応のために考えられた支援」を記入。

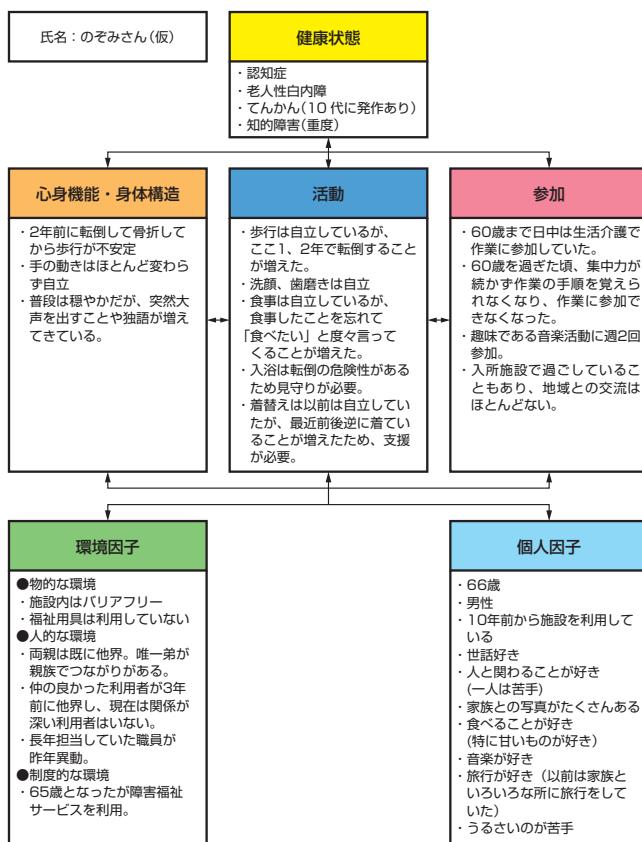


図1 ICF記入シート(記入例より)

III. 調査結果から見える様々な変化

- IIの結果、7事業所から22名分のデータを得ました。ICFの項目ごとに、以下のような状況を把握しました。
- 「健康状態」の項目で、「認知症」については、60歳代に発症する方が大半でしたが、ダウン症の方で40代から初期症状が見られたケースがありました。
 - 「心身機能・構造」では、歩行が不安定になる方は65歳からが大半でしたが、50～54歳で歩行時に付き添い

支援が必要となるケースもありました。また、60歳代に自発性や意欲の低下が見られ、それにともない日中活動や作業への参加が難しくなるなど、健康状態や心身機能が低下することでADLやIADLに影響が生じ、それによって「活動」や「参加」が制限されるケースがありました。

「環境因子」では、親やきょうだい、友人との別れなどの人間関係や、居住場所の変化などが40歳代以降起りやすく、生活への影響が考えられました。

このようにICFを活用することで、高齢化に伴う様々な事象が相互に関係し合い、利用者本人の生活に影響を与えていることが見えやすくなりました。

この22名分のICF項目別記入シートのデータを整理し、高齢化にともない変化が起きやすい事象と、その事象が発生する時期(年齢)、その際に必要となる支援やサービスなどをICF「健康状態と心身機能・構造」、「活動と参加」、「環境因子」の3つにまとめました。

さらに、各事象を横軸の年代ごとに示し、高齢期前からの支援に必要な支援開始から取り組みまでを見えやすくするための「マップ案」を作成しました(図2、図3、図4)。

まだ研究期間の中間であり、データサンプルが少ないため不十分ではありますが、高齢化に伴い起りうる様々な変化を整理し、早期に変化に気づくためのツールとなりうるものとして、意義のある取り組みであると感じています。

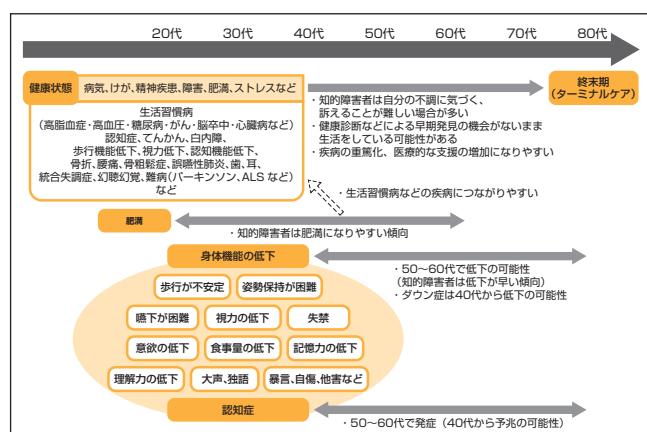


図2 マップ案(ICF「健康状態・心身機能・構造」)

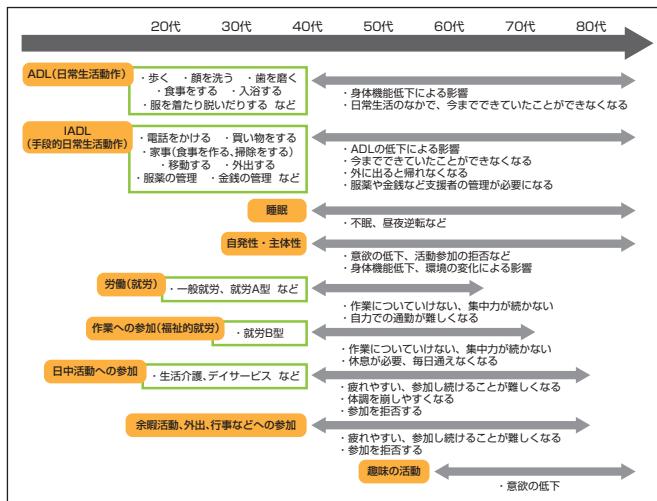


図3 マップ案(ICF「活動・参加」)

IV. 今後の取り組み

令和3年度は、マップ案をさらに有効なツールとするために、さらに多くのデータを得るために調査の実施や、ワーキングチームによる重点的な検討と取りまとめの作業を行う予定です。

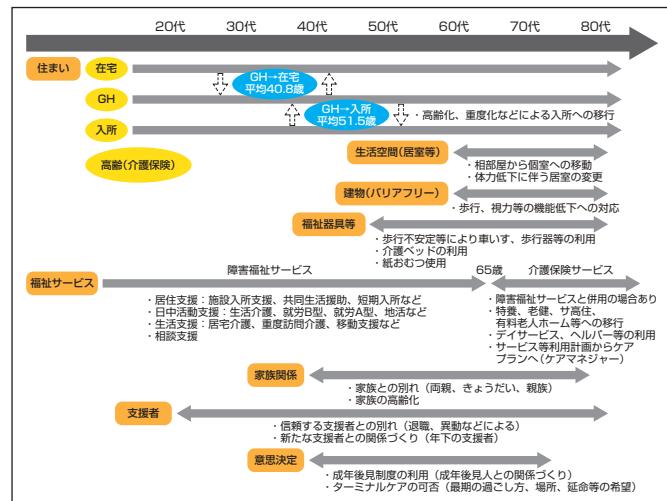


図4 マップ案(ICF「環境因子」)

今後、全国の事業所において高齢知的障害者に対する支援の課題に直面することが想定されます。本研究を通して、高齢化にともない起こる変化に早期に気づき、対応するためのポイントを整理し発信できることを目指して取り組んでいきたいと思います。

高齢知的障害者の健康診断

－国立のぞみの園での経験に基づき考察する－

参与 濑川 徹

日常生活や社会生活を送るために、健康が基本であり、生活習慣が健全であることが大切だと考えられます。知的・発達障害者では、食事に偏りが見られ、定期的に運動を行うことが苦手な人が多いため、肥満になりやすく、生活習慣病に罹患する割合が高くなると言われています。生活習慣病が進行すると、糖尿病、高血圧、脂質代謝異常症などの影響で、血管に血栓形成が起こりやすくなり、心臓や脳の微小血管が閉塞し、脳梗塞や心筋梗塞などの重篤な病気につながります。この合併症を起こさないためには、早期発見が重要となります。また障害者を医療的な観点からみると、・症状が出にくい、・体の不調を表現できず、異常を見落としやすい、・異常があつても検査が困難である、・腸管麻痺で、排便障害が慢性化し、腸閉塞をきたしやすい、・褥瘡、転倒、誤嚥、低栄養などで病気のリスクが高い、・口腔内の清潔保持が困難で、肺炎などの呼吸器疾患を発症しやすい、・転倒で骨折、尿路感染症、風邪から呼吸器合併症をおこしやすい、といった特徴を有すると考えられます。したがって特に障害者は健康診断を行い、定期的に身体の状態を把握することが必要です。

今回高齢知的障害者の健康面での留意点を検討するた

めに、国立のぞみの園（以下、「のぞみの園」という）に入所している障害者の健康診断結果を基に調べてみました。

令和2年度入所者全員に健康診断を実施し、有期限入所者（強度行動障害者、触法障害者）を除く、重度知的障害者173名を対象としました。そのうち65歳以上の高齢知的障害者は125名（男性76名、女性49名）、平均年齢は72歳（65～95）、65歳未満の知的障害者は48名（男性23名、女性25名）、平均年齢は55歳（34～64）でした。健康診断の検査項目としては、身体計測、血圧、検尿、血液検査、胸部レントゲン検査を行っています。また高齢化により出現頻度が増加すると考えられる、骨粗鬆症の検査、がん検診としての腫瘍マーカー測定を希望する場合には追加項目として行います。検査項目別の判定区分として、A異常なし、Bわずかな異常あり、C経過観察、D再検査、E要治療、F治療中の6区分に分け記載します。D判定以上の場合は、再検査を含め治療の必要性を検討するため診療所受診を勧めています。

令和2年度の定期健康診断の結果を検査項目別に評価しました。評価項目としては、身体計測はBMI(body mass index)により評価、血圧、腎・尿路系、血液一般、肝胆脾、脂質代謝、糖代謝、痛風、腫瘍マーカー、胸部レントゲン検

査結果を評価し、D 判定以上となった割合を表 1 に示しました。尚、今回は骨粗鬆症の目安となる骨密度の結果は、すでに治療を開始している場合が多いため評価項目から除きました。

**表1 のぞみの園入所者の健康診断結果（令和2年度）
検査項目別D判定の頻度**

	身体計測	血圧	腎・尿路系	血液一般	肝胆膵
高齢者	21%	4%	21%	32%	5%
その他	13%	2%	8%	21%	8%

	脂質代謝	糖代謝	痛風	腫瘍マーカー	胸部X線
高齢者	9%	2%	0%	23%	44%
その他	10%	4%	0%	14%	19%

この健康診断結果より、高齢者では、肺の異常、血液一般、腫瘍マーカー、身体計測、腎・尿路系の順に D 判定の頻度が高く 65 歳未満の D 判定より高い頻度でした。胸部レントゲンでの異常陰影は高齢者が 44% と最も高く、気管支炎および肺炎の既往頻度が高いためと考えられました。腫瘍マーカーの異常頻度が高いのは、高齢者では男性が多く前立腺肥大により PSA が高値となる頻度が高いためでした。血液一般での D 判定は、貧血による場合が多く、高齢者では食事の摂取量も減少することや偏った食事により、身体計測の BMI で低体重による D 判定と相関すると考えられます。食事摂取が少なく体重減少に伴い、運動機能の低下をきたし、車いす移動が多くなります。また男性では前立腺肥大による排尿障害のため腎・尿路系での D 判定が多いと考えられました。

他方、生活習慣病として高血圧の治療を受けている利用者は多いのですが、今回の健康診断で血圧の異常を認めた頻度は低く、治療効果が反映された結果と考えられました。肝胆膵の異常を示した頻度は低値で、薬剤性肝障害の罹患者は少なく、また胆石を有する利用者は比較的多いですが、胆囊炎を発症する頻度は高くないと思われます。

次に令和2年度の1年間にのぞみの園診療所に入院した高齢知的障害者について、健康診断結果との関連性に付き検討してみました。65 歳以上の高齢者の入院は、74 名（重複も含む）でした。入院の契機となった主要な疾患は、臓器別に肺炎等の呼吸器疾患 18 名、上部・下部消化管疾患は 16 名、肝胆膵疾患 9 名、心不全を含む心臓疾患は 8 名、糖尿病 6 名、骨折 5 名、膀胱炎などの泌尿器疾患 5 名、その他 7 名（てんかん、褥瘡、神経疾患など）でした（表2）。尚、同期間での 65 歳未満の入院は 24 名でした。高齢者 74 例中 63 例（85%）は令和 2 年度の健康診断で総合判定が D 判定でした。しかしあくまでも D 判定の評価項目が入院の原因と一致するものではありませんでした。高齢知的障害者では、合併疾患有することが多いため、軽度の発熱でも食事摂取量が低下し、容易に脱水をきたし急速に全身状態の悪化を認めます。したがって外来治療より入院治療を選択

することが多いと考えられます。呼吸器疾患の入院が最も多いのは、健康診断にて気管支炎所見を有し、喀痰が増加し、排泄が困難となる場合や、高齢者では摂食嚥下機能の低下により、誤嚥性肺炎をきたす頻度が高いと考えられます。誤嚥性肺炎の治療としては、禁食と抗菌剤の点滴治療を行うことを第1選択とするため入院治療が必要です。炎症が改善し、食事を再開しても誤嚥を繰り返すことも多く、嚥下には注意を要します。誤嚥を起こさない基本は、食べるときの姿勢および口に入れる1回量にも注意して、咀嚼を行う習慣をつけることが必要です。また口腔ケアを頻回に行うことも重要です。次に消化管疾患での入院も多い傾向でした。排便が 4~5 日なくとも特に症状は認めません。そのため食事摂取量も通常と変わりなく、腹痛もなく、嘔吐のため診療所を受診、レントゲン検査にて麻痺性腸閉塞所見を認め入院となることが多いようです。腹部膨満のため禁食とし点滴治療、下剤や浣腸などで排便を促し、その後は排便コントロールを行うことになります。嘔吐を含めた消化器症状に対し内視鏡検査を行った場合、逆流性食道炎と診断される障害者が多い傾向でした。また発熱、嘔吐の症状で入院し検査により胆囊炎と診断された障害者は 9 名でした。胆石を有するため手術の適応も考えましたが禁食・抗菌剤投与にて短期間で軽快したため、手術には至りませんでした。今回入院となった高齢者は、低体重で BMI が低く、食事摂取量も少ないと想定され、回復に時間がかかり、入院が長期となる傾向でした。従って BMI の低下は、全身状態を反映する一指標になると考えています。

以上、のぞみの園での高齢知的障害者の健康診断結果について考察しました。健康診断の目的は、病気の早期発見、予防にあります。重要なことは検査後の対応です。D 判定の項目があれば、早期にかかりつけ医を受診し、再検査及び精密検査を行う必要があります。そして日常生活では食事に注意すべきか、運動が必要であるか、医療機関で内服治療を要するかなど、早期に改善計画を立てることが大切です。即ち健康診断の結果は、充実した生活を送るための指標になると思われます。

**表2 高齢知的障害者の疾患別入院患者数
(再入院を含む) (令和2年4月～令和3年3月)**

呼吸器感染症	18名
消化管疾患	16名
肝胆膵疾患	9名
心疾患	8名
糖尿病	6名
骨折	5名
泌尿器疾患	5名
その他（てんかん、褥瘡など）	7名
計	74名

高齢知的障害者の視力低下への支援

社会福祉法人侑愛会 侑愛荘 施設長 祐川 暢生

I. 侑愛荘と高齢期支援

私が勤務する侑愛荘は、北海道北斗市にあります。社会福祉法人侑愛会が運営する知的障害者入所施設で、その特徴は、知的障害があり、なつかつ高齢期になった方々が暮らしていることです。入所定員は 80 名、令和3年5月1日現在、75 名の利用者が入所されています。1976 年の開設から既に 45 年が経過し、開設当初は 45 歳程度だった利用者の平均年齢は、現在では 71.5 歳となっています。

すでによく知られているとおり、知的障害者の老化現象は早く出現し、進行します。一般の人たちよりも 10 ~ 15 歳早いと言われていますが、高齢期支援を続けてきた私の実感からも、それは間違いないことです。

老化とは、「成熟期以後、加齢とともに各臓器の機能、それらの統合が低下し、個体の恒常性を維持することが不可能となり、最終的には死にいたる過程」です。思い切り端折って老化とは何かと言えば、「死にやすくなること」なのです。身も蓋もない冷たい言い方に聞こえるかもしれません、しかし高齢期支援において私たちは、このことを決して忘れてはならないと考えています。

この認識は、高齢期支援が 1 日 1 日を大切にする支援でなければならないというもうひとつの認識に私たちを導きます。侑愛荘では、平均すると 5 ~ 6 名の利用者、多ければ 10 名近い利用者が 1 年のうちに退所されますが、そのほとんどはお亡くなりになるというかたちでの退所

です。毎年度、初日の会議で、私は必ず職員の皆さんに伝えます。今日、私たちの目の前にいる利用者のうち、4 人、5 人、6 人は、来年の今日、ここにはいません、と。退所して病院にいる、あるいはお亡くなりになってこの世にはおられないのです。そのことを忘れないで欲しい、と。お別れしなければならない利用者がだれなのかはわかりません。しかしだからこそ、1 日 1 日、ひとつひとつの利用者との関わりがとても大切で、かけがえがないものであることははっきりしています。お亡くなりになる利用者にとって、その 1 年は人生最後の 1 年だからです。

つい私たちはそのことを忘れがちです。でも、ふり返ると、いつもそのことに気づかされます。これは高齢期支援の大きな特徴です。高齢期支援を担う私たちが決して忘れてはならないことです。

II. 眼科疾患、とくに白内障の罹患率

さて、老化は加齢とともに各臓器の機能が低下していくことですから、そのなかには本稿のテーマである視力低下も当然含まれています。

眼科的な疾病的罹患率が知的障害者においては非常に高いということをまず知る必要があります。やや古い資料ですが、表 1 の白内障の部分をご覧くださいⁱⁱ。白内障は、眼の中のレンズの役割をしている水晶体が白く濁る病気であり、それによって視力が低下します。60 歳 ~ 69 歳の階層を比較してみると、白内障の罹患率が一般高齢者群で

表 1 高齢知的障害者群の疾病罹患率

(%)

	高齢知的障害者群			一般高齢者群		
	40~49歳	50~59歳	60~69歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳
脳血管疾患	0.2	2.3	3.6	1.1	2.6	1.5
虚血性心疾患	2.2	4.0	7.7	0.2	0.5	2.5
高血圧症	1.5	5.3	13.3	0.1	0.4	0.3
糖尿病	2.2	2.7	6.0	0.6	0.8	2.1
貧血	5.6	3.3	2.4	0.1	0.1	0.2
慢性胃炎・潰瘍等	9.5	10.0	10.1	0.5	0.5	1.1
肝炎・肝機能不全	5.6	6.3	6.0	0.8	1.0	1.3
関節痛・腰痛等	1.7	2.7	2.4	0.2	0.4	1.3
白内障	3.6	8.7	16.7	0.1	0.1	0.6
水虫・白癬菌等	26.5	18.3	14.9	0.1	0.1	0.2

『高齢精神薄弱者の日常生活援助技術』より

日本知的障害者福祉協会『高齢知的障害者の援助・介護マニュアル』(平成 11 年初版)から

は 0.6% のに対して、知的障害者群は 16.7% という非常に高い罹患率を示しています。単純計算で 25 倍以上です。

本稿を執筆するにあたり、侑愛荘の令和 3 年 4 月 1 日現在の在籍利用者 77 名を調べてみたところ、65 名が白内障の診断を受けていました。在籍利用者の 84.4% を占めています。最年少の罹患者は 47 歳です。また白内障手術を受けたことのある利用者は 43 人、つまり白内障診断を受けているうちの 66.2% が手術経験者でした。そしてほとんどの利用者は侑愛荘に入所してから診断を受けたり、手術を受けたりしています。そのほかにも結膜炎、緑内障、糖尿病性網膜症、翼状片、斜視といった疾病に罹患している人が 34 名となっています。

侑愛荘では、他の成人期の入所施設、地域のグループホーム、そして在宅から新しい入所者を迎えていますが、正直なところ、眼の疾患があるかないか、眼の疾患がある場合にどのように治療に結びつけるかについて、あまり考慮されていないケースが多いように感じます。さきに示した知的障害者の白内障罹患率の高さからも、身近な知的障害者の眼の状態に注意を向け、視力が低下していないかどうかにもっと関心を抱くべきではないでしょうか。眼科検診などを定期的に受けることが必要です。白内障の罹患リスクの第一は加齢ですから、知的障害者の老化が早期に進むことからすれば、おそらく 40 歳過ぎからは定期的な眼科検診が必要だと考えます。

III. 視力低下に気づくこと

知的障害者の多くは、みずからの視力低下を言葉で明確に教えてはくれません。また多くの人は視力が落ちると、目的物に焦点を合わせようと目を細めたり、顔を近づけたりして視力低下を補おうとするのですが、そのように分かりやすいサインを出してくれる人はそれほど多くはありません。身近にいる支援者がより注意深く様子の変化をみて、異変を感じとり、視力低下に気づく必要があります。歩行にふらつきが出てきたり、人や物にぶつかることが多くなったり、物を手に取ろうとした際にその物との距離の感覚がズレているように感じられたり、歩行中に廊下に引かれたラインをまるで障害物のように跨ぎ越そうとするような素振りがみられたり、そうしたことが視力低下を示すサインなのかもしれません。もちろん、宙空に手をのばして何かを取ろうとする行為が、視力低下のサインではなく、幻視症状のサインであることもあります。普段本人と接している支援者であれば、注意深く観察することによってそのサインの意味を読み解けるはずです。

IV. 視力低下への適切な介助や支援

老化とともに視力低下をともなう疾病、たとえば白内障に罹患するリスクが増えるわけですが、たとえ疾病がないとしても、生理的老化として視力は低下していきます。いわゆる「老眼」です。これはもう自然の摂理として受けとめる以外にありません。使える方にはメガネやルーペを用意して差しあげができるでしょう。支援者が低下した視力を補う支援を提供することもできるでしょう。老眼で文字が読めなくなった方には読んで差しあげること、自室が分かりづらくなった方には立体的な目立つ目印を居室ドアにつけること、歩行が不安定な方には手引き歩行の支援や動線上の障害物を取り除いておくこと等々、その人、その環境に応じた支援を提供することが求められます。

V. 視力低下がもたらす視覚優位の支援への影響

私の法人には自閉症の方々に特化した星が丘寮という入所施設があります。その園長である中野伊知郎さんと自閉症者の高齢化について話をしたとき、老化現象の進行が自閉症の障害特性にどのような変化をもたらすのか、現時点ではまだ予測できないと言っていました。ただ、自閉症の方々も 50 歳を越えるくらいからはおそらく白内障に罹患する方々が増えるでしょう。環境の変化に敏感な自閉症の方々は、手術を受けることに、より大きな困難があるかもしれません。

また、視力低下が、それまでの構造化支援の継続を困難にさせる可能性もあるのではないでしょうか。たとえば、視覚優位の支援で落ちついた生活リズムを保ってきた自閉症の人たちが白内障や老眼で視力が落ち、絵カードがみえなくなる、みえづらくなる。そうなったとき、自閉症者への支援をどのように組み立てなおす必要があるでしょうか。

入所施設に暮らす自閉症の方々の加齢化、高齢化も今後確実に進みます。私たちがいずれ直面する課題を想定し、その解決の道筋を検討しておくこと。そうした課題も私たちには突きつけられているのだと思います。

i 東京大学高齢社会総合研究機構 編著(2017) :

東大がつくった高齢社会の教科書、東京大学出版会, p.154

ii 今村理一(1999) : 高齢知的障害者の援助・介護マニュアル,

日本知的障害者福祉協会 監修, 財団法人日本知的障害者福祉協会, p.169

行動障害のある利用者に対する健康増進プログラムへの主体的参加の促進 ～高齢化による身体機能低下が予測される者への運動習慣の定着を目指して～

診療部治療訓練課 機能訓練係 町田 春子

I. はじめに

国立のぞみの園(以下、「のぞみの園」という。)の入所利用者(短期入所利用者、有期限入所利用者を除く)の平均年齢は68.7歳(令和3年4月現在)を超え、約6割の入所利用者が65歳以上の高齢者となっています。以前はのぞみの園の広い敷地や活動の場を存分に活用して様々な活動にお元気取り組まれていた利用者も、歳を重ねるに従つてそのような機会が減り、徐々に若い頃に参加されていたような様々な活動に参加することが難しくなってきました。最近では新型コロナウイルスの影響も受け、楽しみにしていた外出などにも制約が生じています。

のぞみの園では、平成30年度から、入所利用者の加齢に伴う身体機能の低下を予防することを目的に、日常生活の中に運動を取り入れる「健康増進プログラム」を導入しています。これは、治療を目的とした医療的リハビリテーションとは異なり、普段過ごしている寮生活における日中活動や余暇活動として意識的・継続的に身体を動かす時間を設ける取り組みで、将来を見据えた予防的な活動です。

令和2年度開始当初、のぞみの園の全体的な取り組みとして健康増進プログラムを導入して1年半が経過していましたが、利用者の身体的要因、行動特性などの違いのために、取り組み姿勢や実施状況に個人差が生じている実情がありました。特に、行動障害を有する利用者は、運動に集中することや、集団の中で仲間と一緒に運動を行うことが得意ではないなどの特性のため、これまでの経過において、十分に積極性を引き出しつつ取り組んでいただくことができていませんでした。知的障害者は運動器が20~30年早く脆弱化することがいわれており、早い段階から運動習慣を身につけ、活動度を維持することが必要です。そこでこのたび、今後加齢による身体機能の低下が予測される知的障害者のうち、行動障害を併せもつ利用者が主体的に健康増進プログラムに参加していただくことを目的に、自発的に運動に取り組んでいただける仕組みの構築を行ったため、調査・研究を行いました。

II. 調査・研究の方法

■対象

調査開始時点において生活支援部生活支援課の同一寮に所属していた、行動障害にて重度加算を算定している4

名(男性、54~59歳)を対象としました。

■運動内容

健康増進プログラムとして、下記の表に示す3種目の運動を実施しました。

表 運動の種目と目的および方法

種目	目的	方法
玉入れ	歩行・バランス・上肢機能性の向上	床にばらまいたお手玉を拾い集め、上方に設置したかごに入れる(30個)
輪かけ	起立動作・上肢機能性の向上	椅子から起立動作を繰り返しながら、上方に設置した棒に輪をかける(30本)
自転車	下肢筋力・持久力の向上	あらかじめ個別に負荷量を設定した室内用の固定式自転車をこぐ

■運動頻度

調査期間中、週1~3回を目安に運動を実施しました。

■調査内容

健康増進プログラムに対する「主体性」を測るために、運動への取り組み状況について種目ごとに以下の3つの観点から調査を行い、得点化しました。

- ①運動開始前の導入に関する自発性(職員の介入の必要度に応じて1~5点で得点化)
- ②運動実施中の経過に関する自主性、集中力(職員の介入の必要度に応じて1~5点で得点化)
- ③運動の達成度(玉入れ・輪かけは実数、自転車は実施時間記録)

また、運動実施中の様子を画像にて記録しました。

■検討方法

調査期間(令和2年8月~令和3年1月)を4期に分け、各期終了時に話し合いの場を設け、得点の減点要因やその対応策を次期に反映させることを繰り返し、各期の①~③の平均得点率を算出しました。

III. 結果

第1~2期は寮の共有スペースで空き時間を利用して実施しましたが、のぞみの園全体の寮の再編成や4名中2名の対象者の転寮、担当職員の変更等があり、一時期は継続的な実施が困難な期間がありました。その後、実施方法を再検討し、第3~4期は日常生活と離れた別の建物へと場所を移し、時間や担当者を固定して実施しました。

当初、大声や拒否的発言・行動がみられた対象者も、対象者の運動種目別の興味の度合いに配慮して種目順を入れ替えるなどして対応していくと、最終期にはそれらの行動はみられなくなりました。特に第3期以降、運動実施場所を寮外へと移した変化は、全ての対象者の運動への取り組みに良い影響を与えており、調査開始時に比べて調査終了時には、いずれの対象者も運動の導入・経過・達成度の全ての観点において運動に対する主体性が高まったという結果が得られました。特に、玉入れと輪かけについては全

ての利用者が満点に近い得点率をあげていました。なお自転車は運動の終了をタイムタイマーにより示しましたが、最も興味をひく種目である一方で、途中で集中を欠く傾向があり、他の種目よりも頻繁な職員の介入が必要でした(図1)。

運動に対する主体性の向上に伴って、運動の開始から終了までの集団行動がスムーズに運び、職員の負担も軽減しました。

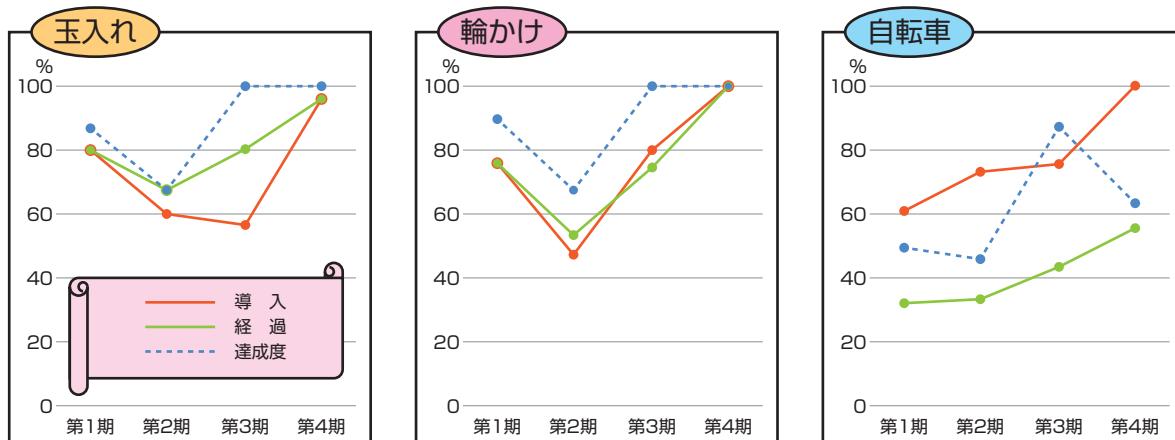


図1 結果の1例 (対象者Bさん)

IV. 考察

行動障害のある知的障害者にとって、運動を行う上で主体性を高めるポイントとして4つのことが考えられました(図2)。1つ目は環境の構造化です。寮の共有スペースの多目的利用から運動実施のための特定の場所に移したこと、「特定の場所=運動」という認識につながったと考えます。2つ目はワークシステムの成立です。運動の順番や量を具体的に示す(玉入れと輪かけはあらかじめ個数を設定)ことで取り組みやすさにつながったと考えます。ただし自転車は運動量の指標が時間であり、タイムタイマーを用いて視覚的にとらえやすく工夫をしたもの、その理

解が困難な利用者もいました。3つ目は活動の見通しを立てることです。「特定の実施場所への移動」→「運動の実施」→「寮へ帰る」という一連を経験することで、行動の見通しを持つことができたと考えます。4つ目はルーチン(習慣化)です。活動の日時を定期的に固定し、日常生活の中に定着していったことが活動場所への移動や運動の実施をスムーズにさせたと考えます。

V. おわりに

この度の調査・研究により、行動障害を伴う知的障害者については、運動をする「環境」を整え、「終わりの見える」課題を提供し、活動の流れをパターン化することによって「活動の見通し」をたて、それを「習慣化」することが、主体的な運動習慣の獲得につながるということが考えられました。今回は4名という少人数を対象に調査を行いましたが、この結果を今後より多くの利用者の支援に適用することが求められ、運動を継続できる職員体制の構築、取り組みやすい運動内容の選定や充実等を図ることが今後の課題であると思われます。のぞみの園利用者の皆様の今後の健やかな生活を支える一助となるため、健康増進プログラムをより充実したものとするよう、多職種がチームとなって取り組んでいけるよう努めて参りたいと思います。

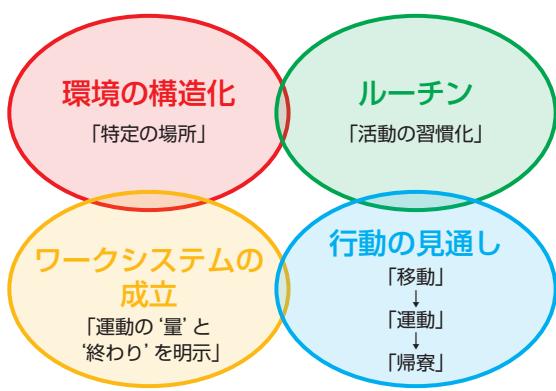


図2 主体的な運動習慣獲得のポイント

認知症及び認知症が疑われる知的障害者に有効な支援とは —ライフストーリーワーク実践の再検証—

生活支援部生活支援課あかしあ寮 生活支援員(認知症ケアチーム) 堀川 慶太

国立のぞみの園(以下、「のぞみの園」という。)の利用者の平均年齢は令和3年4月時点で68.7歳(有期限利用者を除く)と、入所利用者の高齢化が進み、それによって認知症及び認知症が疑われる利用者も増えています。私たち支援員は認知症に罹患した知的障害者により良い支援を提供するため、「ライフストーリーワーク」の実践を研究事業の一環として行っています。その中から今回は、身体機能、活動意欲の低下がみられた認知症及び認知症が疑われる知的障害者2名の利用者に対して行った「ライフストーリーワーク」の実践事例を紹介します。

I. ライフストーリーワークの目的と方法

「ライフストーリーワーク」は、家庭の事情で児童養護施設や里親の元で暮してきた子供が、過去を整理し、自身の人生を肯定的に捉え未来へと繋ぐ取り組みとして実施され、現在では認知症高齢者にも広く導入されています。

のぞみの園では、令和元年度に認知症罹患者および認知症及び疑いのある重度知的障害者を対象とした、ライフストーリーワークの有用性の検証を目的とした研究を実施しました。しかし、対象者が1人であり有用性の検証とまでは至りませんでした。そこで本研究では、昨年度の継続研究として、認知症及び認知症が疑われる知的障害者2人を対象に、ライフストーリーワークの有用性の再検証を行うことを目的として実施しました。

方法は、①のぞみの園の利用者で、認知症罹患者及び疑われる対象者を選出、②対象者の現在の生活状況等を分析、③意欲の向上に向けた課題を把握、④生きがいに応じたライフストーリーワークを実施、⑤その効果を、実施前(実施の2~3時間前)、実施中、実施後(実施の2~3時間後)ごとに、本人の表情、言葉数、本人の関心(集中状況)の3点で検証するものとしました。

II. ライフストーリーワークの実践

1. Aさんへの実践

■対象者の概要

Aさん、70代、男性、障害支援区分6、初期の認知症、全盲の視覚障害。好きなことは、支援員とのコミュニケーション、野球観戦を音声や実況で楽しむ(特に往年の読売ジャイアンツのファン)、入浴。苦手なことは、騒がしい環境。

■必要なサポートの分析

ライフストーリーワーク実施にあたり、Aさんの状況を把握し必要なサポートを分析するために、ICFと氷山モデルのシートを活用しました。分析の結果、認知症と診断された前後から、「活動意欲、覚醒不良」が目立ち、「現状に合った余暇活動を過ごせていない」ことが明らかとなりました。そこでAさんにとって必要なサポートは、「わくわくするような機会の提供」であると考えました。

■ワークの選定と手順

ライフストーリーワークは「本人と一緒に活動・作業(ワーク)をする」ことが最も重要となります。Aさんが「わくわく」と感じてもらえる活動は何か、趣味や生きがいを中心に、過去の記録やAさんの支援経験のある支援員から聞き取りを行い情報収集しました。また現状の体力や集中力等にも配慮をした上で検討しました。元々野球中継や観戦を好み、特に読売ジャイアンツのファンでした。また、支援員とのコミュニケーションも好まれていました。負担無く楽しめる活動として、「読売ジャイアンツのDVDを聴きながら思い出を振り返る」ことをライフストーリーワークとして選定しました。騒がしい環境が苦手という特性に配慮をして、静かな会議室を環境に設定しました。

ワークの手順は、Step1として、支援員と一緒にDVDを観ながら思い出を楽しんでもらう。ただし時間は、集中力、体力に配慮をして10~15分程度としました。

Step2として、興味を示した場面での本人の様子(言葉、表情、身体の動きを、集中力、傾眠傾向等)を観察しました。

■ワークの結果

	本人の表情	視聴前		視聴中		視聴後	
		1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目
わくわくする 機会の提供	本人の表情	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)
	言葉数	→	→	↑	↑	↑	↑
	本人の関心（集中状況）	↑	↑	↑	↑	↑	↑
	備考				※1		
傾眠傾向 ※2		→	→	↓	↓	↓	↓

※1. ●映像に応じて支援員が話しかけると、嬉しそうに話をします。
●「がホームラン打ちましたよ」→「すごい！」
●「昭和26年～が入団…」→「おれがまだ小さかった頃だ」
※2. 傾眠は一切見られず、「いきがい」に触れ意欲的に過ごせた。

図1 Aさんの視聴前・中・後の様子

2. Bさんへの実践

■対象者の概要

Bさん、70代、男性、障害支援区分6、認知症の疑いあり。好きなことは、支援員とのコミュニケーション、DVD鑑賞、カラオケ。苦手なことは、1人の活動では集中力が持続しないこと、余暇の時間

■必要なサポートの分析

BさんもAさん同様に、ICFと氷山モデルのシートを活用し、必要なサポートを分析しました。「活動意欲、覚醒不良」が目立ち、余暇の時間にはすることが無く「情緒不安」になり大声が聞かれていきました。結果、Bさんも「現状に合った余暇活動を過ごせていない」ため、Aさんと同様に「わくわくするような機会の提供」が必要であると考えました。

■ワークの選定と手順

Bさんに対しても情報収集を行い、趣味や生きがい、体力や集中力等にも配慮をした上で検討しました。支援員とのコミュニケーションを好み、カラオケや、地域の歌の発表会に参加することを生きがいにしていました。また、その当時の動画や写真が豊富に残っていました。負担無く楽しめる活動として、「支援員と一緒に発表会参加時の動画を視聴」した後で、「発表会で披露した曲をカラオケで楽しみ、思い出を振り返ること」をライフストーリーワークとして選定しました。1人で物事に集中することが苦手という特性に配慮をして、賑やかなデイルームを環境に設定しました。

ワークの手順は、Step1として、支援員と一緒に音楽発表会の写真を鑑賞してもらう。ただし、時間は集中力、体力

に配慮をして5分程度としました。Step2として、発表会で披露した曲を音楽に合わせてカラオケで歌ってもらう。Step3としてワーク中、本人の言葉、表情、身体の動きを、集中力、傾眠傾向等を観察しました。

■ワークの結果

	本人の表情	視聴前		視聴中		視聴後	
		1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目
わくわくする 機会の提供	本人の表情	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)
	言葉数	↑	↑	→	→	↑	↑
	本人の関心（集中状況）	→	↑	→	↑	→	↑
	備考						
傾眠傾向 ※1		→	→	↓	↓	↓	↓

※1. ワーク中は覚醒状態良好で、傾眠すること無く取り組み、思い出を振り返ることが出来た。

図2 Bさんの視聴前・中・後の様子

III. ライフストーリーワークを実践した結果

認知症及び認知症が疑われる知的障害者に対するライフストーリーワークの有効性について、再検証を行った結果、2名共に活動意欲の向上が認められ、「支援員は利用者を深く、正確に知ることに繋がる」、「ワークを見ていた周囲の支援員の利用者理解の意識に変化が生じる」、「中年期、高齢期の重度知的障害者が過去を振り返ることに繋がる」といった効果が確認されました。

普段は傾眠傾向にあり活動意欲が低下し、自発的に意思を表出することが無いようにみえても、過去の生きがいに触れながら一緒に共有することで、楽しんだり懐かしむ様子が伺えました。「また観たい」「楽しかった」と自発的に気持ちを表出する姿をみせてくれました。また、新たな生きがいの獲得に繋がり、活動意欲の向上と低下防止に一定の効果がありました。

しかし今回の研究を含めても3人の対象者でしか実践が行えておらず、また、自閉症および自閉傾向にあり、過去に良くない思い出等のある対象者への有用性の検証には至っていません。そのため今後の課題として、多様な状態像の利用者を対象にデータを積み重ね、実践の検証を継続して行うことが必要であると考えています。

高齢知的障害者のターミナルケアについて

参事 根本 昌彦

全国の施設入所支援利用者の高齢化が進んでいます。国立のぞみの園(以下、「のぞみの園」)では高齢化が進み、過去10年間では毎年約10人を超える利用者が亡くなっています。このような状況の中、これまで一部で行われていた看取りについて、今年から「ターミナルケアプロジェクトチーム」として作業をスタートさせました。この「ターミナルケアプロジェクトチーム」では、長く施設で暮らしてきた利用者が望む看取りとはどのようなものなのか、適正な看取り期とはいつからか、看取り支援をどのように進めていけばよいのか、他分野(医療や高齢)ではどのような取り組みがあるのか等について検討を重ねています。今回は、看取りに関する背景とのぞみの園での取り組みについて報告致します。

I. 看取りの背景

平成30(2018)年社会福祉施設等調査(厚生労働省)によれば、障害者支援施設の利用者数は14万4,238人、そのうち高齢の利用者は2万9,600人で、入所施設利用者の5人に1人が65歳以上です。

のぞみの園では、現員が206人中、若い世代中心の矯正施設等退所者と行動障害の方の人数を除いた179人の利用者うち、60代以上は124人(約69%)です。更に、知的障害者の早期高齢化を考慮した場合、50代以上では170人(95%)となります。加えて、直近10年間の年間死者数の平均は11.8人です。

全国の様子をみても、第6期障害福祉計画では、施設利用者の重度化・高齢化による地域移行者の減少、区分6の利用者の増加を理由に、施設入所者の削減目標が2%から1.6%に下方修正されました。

以上の様々な状況から、看取り支援の必要が増していると言えるのではないでしょうか。

II. 看取りとは

「看取り」という言葉は現在明確な定義はありませんが、「近い将来死が避けられないと(医師が)判断されたときから死亡までの間」を看取り期とする例があります(全国老人福祉施設協議会)。しかし、体調不良の変化が解りづらいことと意思確認の困難さを考慮し医師の判断より少し広めにイメージしたほうが知的障害者の支援現場ではフィットするのではないかと考えています。

III. 看取りの現状

日本人の多くが自宅で看取りを行っていた時代もありましたが、1970年代には8割程度の方が医療機関で最後を迎えるようになってきました。しかし、「人生の最終段階において、医療・療養を受けたい場所」(平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査(厚生労働省))では、図のように状態によっても変わりますが、自宅や介護施設を選ぶ方も少なくありません。このように看取りの場所については現実と要望にはギャップがあります。

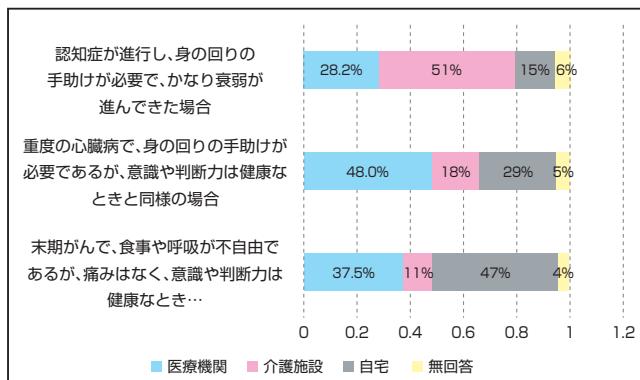


図 人生の最終段階において、医療・療養を受けたい場所

IV. 人生会議の必要性

介護保険の看取り加算の目的に「その人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援すること(一部抜粋)」とされています。その人らしい最期は当然のことながら、障害の有無で変わるものではありません。よって、知的障害者にも本人の望む場所で望む看取りが行われる必要性があると考えます。

実際に、ターミナルケアについてのぞみの園利用者家族との意見交換では「すべての利用者が最後まで濃密な医療行為が必要なわけではない」「利用者本人が入院を拒むことがあった」「本人が慣れ親しんだ場所、良く知った職員や利用者に囲まれて最期が迎えられないか?」等の意見がありました(保護者会発行「希望」第259号(2))。

このようにターミナルケアの必要性は高まっており、利用者本人の終末期に関する意向を酌む作業が進められています。例えば、意思決定支援では、意思の表出が困難な場合は、本人の様々な嗜好や人生場面を知る関係者が、繰り返し話し合いを行うこととそのプロセスが重要であるとされており、看取りにおいても同様な作業が求められています。このプロセス全体を「人生会議」または「アドバンスケアプラン(以下ACP)」と最近では呼んでいます。

V. ターミナルケアプロジェクトとは

のぞみの園では、高齢化した利用者個々が望む終末期を積極的に支援する為に、ターミナルケアプロジェクトチームを立ち上げました。このターミナルケアプロジェクトチームでは、いくつかのワーキンググループ(後述)に分かれ作業を進めACP実践マニュアルの作成を目指しています。

また、終の棲家ではない入所施設で行う看取りとはどのような意味や意義があるのかについても検討しています。

以下に具体的なターミナルケアプロジェクトチームの作業を紹介いたします。

【過去事例ワーキンググループ】

のぞみの園の看取りに関する実践をまとめながら、経験の評価と活用や課題の発見に繋げる資料を作ります。

内容は「意思決定支援を中心としたものとし、資料づくりの情報源は、会議、支援、通院、面会記録等から得ます。この際、資料に取り上げる時期(看取りの時期)は、体調不良や行動の変化等が発現した時期とする予定です。

【利用者データベース】

看取りの時期を幅広くした場合、ACPの該当者は少なくありません。このため、人生会議は必要性に応じて実施

を進めることになります。その必要性を見極めるために、利用者毎の状況を一覧にし、スタッフ間で共有するためのデータベースが必要です。データベースの主な項目は「利用者の意思決定レベル」「家族意向」「支援内容」「障害特性」「既往症」「身体状況」等とする予定です。

【看取りマニュアル】

のぞみの園や全国の施設が使用可能な看取りのマニュアルを作成します。「Ver1.0」として、高齢者用にある既存のマニュアルを知的障害用にアレンジし、「Ver2.0」では、ACPの推進、多職種連携、看取りに関連した支援方法、等の専門性を高めたものにします。「Ver3.0」では、外部への普及や看取りマニュアルを使用した研修が実施可能な内容とする予定です。

【看取り加算調査】

現状では施設入所支援における看取りは加算の対象ではありません。しかし、今後も加算が得られなければ事業の継続は困難になりかねませんし、全国の施設への展開も厳しいものとなるでしょう。そのことから、現状では困難であっても将来の報酬化を視野にいれた検討が必要となります。作業としては、診療報酬制度と介護報酬制度を調査し支援加算と比較検討しながら、報酬条件を可能な限り「看取りマニュアル」にも取入れていきます。

VI. ターミナルケアプロジェクトチームのスケジュール

1年目となる現在は、4つのWG「過去事例」「利用者データベース」「看取りマニュアル(Ver1.0)」の作成「看取り加算調査」の作業を推進しています。2年目は「看取りマニュアル(Ver1.0)」による実践を進めます。さらに実践から得た情報を基に「看取りマニュアル(Ver2.0)」の作成を行います。加えて、「利用者データベース」を元にACPの実施を推進していきます。3年目は、「看取りマニュアル」の発行を検討します。さらにACPの実施範囲を拡大します。加えて、ICTを活用した効率的な看取りの支援方法を検討します。3年目以降は、マニュアルの有償刊行や看取り実践者による研修実施、ACP実施の更なる拡大を進めていく予定です。



令和2年度 5法人ジョイントセミナー研修を受講して

研究部研究課 研究係長 高橋 理恵

はじめに

ジョイントセミナーとは、強度行動障害者支援の実践について、報告とディスカッションを、5つの法人が合同で行っている研修のことです。はじまりは、2016年に社会福祉法人北摂杉の子会(大阪府高槻市)と社会福祉法人はるにれの里(北海道札幌市)の2法人が立ち上げ、2017年に社会福祉法人やまびこの里(神奈川県横浜市)、2018年には社会福祉法人侑愛会(北海道北斗市)、そして、2019年度から国立のぞみの園(以下、「のぞみの園」という。)も参加しています。

このセミナーは、異なる法人間の交流によって質の高い支援や人権に配慮した取り組みを相互に学び合うとともに、各法人の経験年数の浅い若手職員が発表する人材育成の場としても役立てています。結果として、それぞれの法人の利用者に対する支援が、より適切なものになっていくことを目指しています。

令和2年度、第5回目の開催となるジョイントセミナーは、新型コロナウイルス感染拡大を鑑みオンライン開催となりました。「ライフステージを通じた切れ目のない支援～支援現場の実践を通じて「豊かに暮らす」を考える～」をテーマに、広くライフステージを通じた支援の実践報告がありました。

セミナーについて

私たちは、専門的な知識を持ち、利用者支援を行わなければなりません。そのため、近年、福祉を取り巻く環境において、利用者サービスに関わる様々な職種と協働する機会が増え、「多職種連携」は必要不可欠となっています。

「多職種連携」とは、質の高いケアを提供するために、異なる専門的背景をもつ専門職が、共有した目標に向けて共に働くことを言いますが、今回の5法人ジョイントセミナーでは、「医療との連携」、「家族との連携」、「社会資源の活用に向けた関係機関との連携」等が報告されており、まさに多職種連携を実現していくための具体的な取り組みを学ぶ研修でした。

利用者の健康・生活を支えるための医療と福祉の連携はもちろんのこと、利用者自身が望む暮らしを叶えるには何が必要か、どのような工夫をすれば利用者の力を見出すことができるかなど、支援者は、支援技術だけでなく、多様な専門職同士や家族とつなぎ、チームをまとめ、マネジメント能力を発揮することが求められるということを考えさせられました。

たとえば、はるにれの里・さんりんしゃと侑愛会・おひさまでは、誤学習となっていた表出や本人のやりたいと思う気持ちを楽しみに変え、新たな生活スタイルを「家族」と具体的に情報共有し、検討し、実現させていました。

北摂杉の子会・すぎのこ訪問看護ステーションでは、「医師」から医療分野の指示書を作成してもらい、障害福祉サービスだけでなく医療サービスも取り入れた福祉と医療の連携に取り組んでいました。具体的には、正しい知識や情報に基づいた在宅生活を実現させていました。

横浜やまびこの里・横浜市発達障害者支援センターでは、集団参加が苦手な人の単身生活を支援するために重度訪問介護サービスに取り組みつつ、本人の特性に合わせたアパートの「改築」を通して自立生活を実現させていました。

侑愛会・新生園と北摂杉の子会・人材育成研修室では、「コンサルタント」が入ることにより、50歳以降でも専門的な支援によって大きく変化する事例を紹介していました。

のぞみの園からは、理学療法士と生活支援の職員が連携したことにより、長期の入院で四肢拘束により歩行不能となった利用者が、歩行や生活の回復ができた実践を紹介しました。

このように、5法人ジョイントセミナーは、従来の取り組みから一歩外に踏み出した連携や行っている取り組みなどの情報を共有できる機会となっています。

令和2年度5法人ジョイントセミナー開催内容

開会の挨拶：ライフステージを通じた切れ目のない支援の重要性

国立のぞみの園研究部長　日詰正文

〈実践報告〉

法人名	実践報告タイトル
社会福祉法人 はるにれの里	「保護者との協働 Aさんのコミュニケーション支援の取り組み」
社会福祉法人 侑愛会	「家族と一緒に考える、その子らしい生活」
社会福祉法人 北摂杉の子会	「発達障害に特化した訪問看護ステーションの実践 分断と結束」
社会福祉法人 侑愛会	「50歳代からの構造化～ご本人の歴史に寄り添う支援のあり方～」
独立行政法人 国立のぞみの園	「長期入院治療により身体機能が低下した利用者への支援」
社会福祉法人 横浜やまびこの里	「最大限に個別化された単身生活支援の一例」
社会福祉法人 北摂杉の子会	「人材育成研修室の仕事」
社会福祉法人 はるにれの里	「みらくるを使った機関の専門性を活かす取り組みと コンサルタント育成のポイント」

閉会の挨拶：「豊かに暮らす」を考える

社会福祉法人 北摂杉の子会理事長 松上利男

5法人が連携し、全国からご期待いただけるセミナーとなるよう、次回開催に向けて検討して参ります。詳細が決まりましたら、ホームページ等でお知らせをいたしますので、みなさまの参加をお待ちしております。



第2回国立のぞみの園セミナー2020 「認知症を発症した知的障害者への支援について考える」

事業企画部研修・養成課 研修係長 木村 恵

国立のぞみの園(以下、「のぞみの園」という。)では、平成25年より高齢知的障害者をテーマにしたセミナーを毎年開催しています。

認知症の方への支援については、制度や政策の整備が進められている中、知的障害のある方の認知症にかかる調査研究も徐々に進んできています。そこで、今回のセミナーでは、「認知症を発症した知的障害者への支援」をテーマに、高齢、障害の両領域における支援と研究の現状について情報を共有し、さらには地域社会において、認知症へのさらなる支援と環境の向上を図る機会となることを願って企画しました。

なお、8年目となる今回は、新型コロナウイルス感染拡大の影響によりオンラインによる開催となりました。

I. プログラム

今回のセミナーでは、以下のように3つのテーマでプログラムを構成しました。

講義▶高齢領域における認知症支援と研究の現状

講師 公益財団法人東京都医学総合研究所
社会健康医学研究センター長
西田 淳志 氏

講義▶知的障害領域における認知症支援と研究の現状

講師 社会福祉法人旭川荘 旭川荘総合研究所
副所長 桑野 良三 氏

実践報告▶認知症及び認知症が疑われる知的障害者に有効な支援とは—ライフストーリーワークの実践をとおして—

報告者 国立のぞみの園認知症ケアチーム

II. 講演の概要

■高齢領域における認知症支援と研究の現状

西田氏は行動・心理症状に着目したBPSDケアプログラムを東京都と協働で開発し、東京都の施策として東京都全域での普及を目指した取り組みをされています。

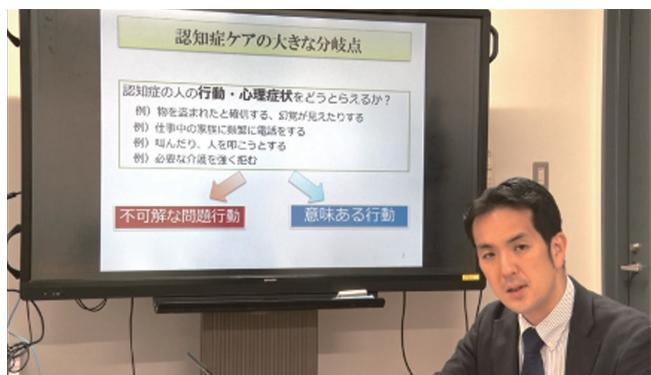
▶BPSDケアプログラムの3つのポイント

1. 行動・心理症状をメッセージとして読み解く
2. ケアスタッフの皆で視点をそろえる

3. ケアがニーズにマッチしているのか、

仮説と検証を繰り返す

行動・心理症状を不可解な問題行動と捉えるのではなく、意味のある行動であると捉え、「苦痛を示すSOSのサイン」という理解からケアが始まります。



▶「認知症 BPSD ケアプログラム」は、上の3つのポイントを押さえ、次の1~4のステップを繰り返しながら、ご本人に合ったケア計画を見出し、症状の改善を図っていきます。

1. 觀察・評価(NPI 評価尺度を用いてチームで評価)
2. 背景要因の分析(行動の背景要因を確認)
3. ケア計画(ニーズの仮説に対するアプローチ)
4. 実行(計画に基づいてチームで一貫したケアの実行)

1回のサイクルを回すだけで約40%、2回(3回目の評価まで)回すと約70%以上の認知症の方の行動・心理症状の改善がみられることがわかっているとのことです。

このケアプログラムでは、事業所や地域において、認知症ケアの質の向上のための取組を推進する人材を養成するとともに、BPSD の症状を「見える化」するオンラインシステムを活用し、ケアに関わる方々の情報共有や一貫したケアの提供をサポートしていきます。実際にプログラムを実践している支援者からは、「ケアの効果が「見える化」され、成果も実感でき、手ごたえを感じることができます」というフィードバックが多いということです。行動・心理症状が改善されることは、ご本人にとっても苦痛が緩和されることであり、支援者にとっても負担感が減る、双方にとって良い状況が作り出せるケアであるとお話しいただきました。

■ 知的障害領域における認知症支援と研究の現状

桑野氏は、知的障害領域における認知症の研究の現状についてご説明いただきました。

認知症は、生後獲得した日常生活機能について喪失していく状態をいいますが、知的障害の方の場合は、もともと存在する障害のために、認知機能のわずかな低下を評価することが難しいことから、診断が困難とされることが多いとのことです。そのため、認知症に早期に気付くポイントとして、体重の変化（減少）、特にダウン症の方について、体重減少は認知症の早期サインであることや、APOE 遺伝子との関係、成人後のてんかん発症との関係や HbA1C 値との関係について、研究の現状を示されておりました。さらに、我が国の知的障害者を取り巻く認知症の実態調査結果を下のスライドでお示しいただきました。

〈全国調査結果〉

北海道から広島までの知的障害者福祉施設（9法人、2000人）を対象に、認知症疾患の有病率調査を実施した（2020年）。

- ・**65歳から74歳**の認知症有病率は**15.4%**であった。
- ・65歳から74歳（2012年報告）の**4.2%**¹⁾と比べ有病率が高い。

- ・**65歳以上**の認知症有病率は**18.6%**であった。
- ・Strydomらが英国で222例の知的障害者を対象に行った研究では、65歳以上で**18.3%**と報告されており、診断基準など手法の差異はあるものの類似した結果となつた²⁾。



1) 厚生労働省科学研究費補助金認知症対策総合研究事業、都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応。平成23年～平成24年度総合研究報告書：朝田隆 2013.
2) Strydom A, et al. Br J Psychiatry. 2007;191:150-7. DOI:10.1192/bj.p.206.028845

知的障害者の認知症支援として重要な点として、ご本人から訴えることが難しいため、認知機能に障害のない時期からの対応が大切であると共に、客観的バイオマーカーの利用や、わずかな変化に気付く「支援者の感度を上げる」ことが重要であることや、発症リスクを回避するための良いライフスタイルを実践することなどをお話しいただきました。

■ 実践報告

のぞみの園からは認知症ケアチームによる「認知症及び認知症が疑われる知的障害者に有効な支援とは—ライフストーリーワークをとおして—」を報告しました。詳細は、本レター 10～11 ページをご覧ください。

■ 参加者の声

参加していただいた方の感想をいくつかご紹介します。「自分の支援を振り返るきっかけになった。どんなニーズがあるのか、ご本人のメッセージとして丁寧に汲み取っていただきたい。」「行動・心理症状を、苦痛を示す意味のある行動として捉えるということを聞き、利用者の方の苦痛が少しでも減るよう、自分の視点を変えていただきたい。」「調査や分析等、参考になった。早期に発見できるよう、注意深く観察していただきたい。」等の感想をいただきました。また、もっと詳しい内容を知りたい、といった声が非常に多いことから、高齢知的障害領域の関心の高さを感じております。

今回は、新型コロナウイルス感染症の影響により、オンデマンド配信という形での開催となりましたが、全国どこからでもご参加いただけることから、今までのセミナーより多くの方にお申し込みをいただきました。また、いつでも、何度も視聴することができる利便性についても、高評価をいただいております。

皆様の声を参考に、今後のセミナーにおいて、さらに充実した内容をお伝えできるよう検討していきたいと考えています。



旅立つ利用者に寄り添って

生活支援部生活支援課 あかしあ寮長 勅使河原 伸悦

はじめに

国立のぞみの園(以下、「のぞみの園」という。)に入所している利用者の直接支援を生活支援部が担当しています。生活支援部は、独立行政法人への移行以前からのぞみの園を利用されている方々の支援を行っている生活支援課と、強度行動障害を有する利用者や、矯正施設を退所された利用者の支援に特化した生活寮が所属する特別支援課との2課体制となっています。

生活支援課には8カ寮あり、その中にあって、経鼻や胃瘻の経管栄養の管理や喀痰吸引等の医療的支援を必要としている利用者が多く在籍するあかしあ寮は、診療所と棟続きになっていて定期的に看護師が訪問し医療提供を受けています。

あかしあ寮の利用者は入所当初から医療的支援を必要としていた訳ではなく、加齢により身体機能・嚥下機能等が低下してきたため医療的支援が必要となった利用者です。元々のぞみの園の生活寮は、それぞれの寮に色々なタイプの利用者が生活しており、寮ごとの特色は有りませんでした。しかし、身体機能の低下や障害特性により、利用者一人ひとりのニーズが変わってくるため、ニーズに合った支援ができるように寮再編が平成17年に行われました。その後も利用者の減少に伴い何回か寮再編が行われてきました。また、機能低下等により必要とされるサービスを受けられるよう転寮も必要に応じて行われてきました。機能低下が進み、医療的支援が必要となった利用者の受け皿があかしあ寮ということになります。寮の特性上あかしあ寮は、お亡くなりなる方が一番多い寮となっています。

印象深いお別れ

私が、あかしあ寮に配属されて4年が経とうとしています。この間、沢山の利用者とのお別れがありました。その中でも特に印象深いお別れは、地域移行が決まった矢先に体調を崩され旅立たれたAさんと、著しい身体機能低下が進み、あかしあ寮の利用が始まった後、難病の罹患が明らかになったBさんです。

Aさんは、摂食嚥下困難なため経管栄養での栄養補給であり、四肢体幹の拘縮と適時喀痰吸引の必要性から、医療的な支援を提供するあかしあ寮での生活となっていました。あかしあ寮で過ごされた月日は10年を数えましたが、余生は息子と一緒に時間を多く持ちたいとのお母様の思いから、地域移行の決断が成されました。医療的支援の必要性の高いAさんの移行先の選定は困難であるかと思われましたが、関係各所の尽力もあり、積極的な受け入れを表明してくれるグループホームが見つかりました。移行にあたり、お母様と施設見学や話し合いを重ね、ここであればと地域移行が決まりました。決定後は、お母様も、これからは毎日会える嬉しさに胸躍らせていました。移行先のグループホームには、こちらからも情報提供を丁寧に行い、快適な暮らしになることを願いつつ移行の日を迎える準備をしていました。

しかしながら、突然体調を崩され、懸命な治療の甲斐も空しく旅立たれてしまいました。逝去の報を聞き駆けつけたお母様が、明け方の薄暗いのぞみの園診療所の待合室で、ひとり肩を落としソファーにもたれていました。その姿は、今でも瞼に焼き付いています。とても気丈なお母様であったので、その姿を目にした時には、言葉では言い表せない感情が込み上げてきました。Aさんやお母様の無念さは計り知れません。



Bさんは、難病を患い、発病から半年で旅立たれてしましました。難病が発覚したのも、あかしあ寮の利用が始まった直後で、発覚と同時に、余命一年の宣告を告げられました。ご姉兄と話した結果、理解力のあるBさんでしたが、不安感を与えたくないとの思いから、本人に告げることはしませんでした。今後の支援を考えた時、あかしあ寮の支援員も経験したことがない支援になることが予測され、戸惑いを隠せませんでした。

手探り状態での支援となりましたが、とにかく寄り添い元気なころの話を聞かせてもらったり、Bさんの興味がありそうな話題を提供して会話を楽しんでもらうなど孤独感に苛まれないように努めました。食欲は落ちていましたが、飲食の要求が多くあったので、食べられそうな嗜好品を提供するなどして、可能な限り思いを叶えられるよう努めました。しかし、自身の体調の悪化を嘆き悲しむような姿も見受けられました。また、上手く思いが伝えられず、苛立ちを支援員にぶつけてくることもありました。

日に日に体調不良を訴えることが多くなり、自分の体調に変化が現れることに怯え、不安が募り、恐怖心と戦われているようでした。Bさんの不安や恐怖心を払拭することは困難で、ただ、ただ、話を聞くことしかできませんでした。

Bさんの不安や恐怖を取り除くことができないことを申し訳なく思い、戸惑いや迷いが生じる支援員もいましたが、支援員ひとりで抱え込まないように他の支援員と情報を共有できるように話し合いを重ねることで、支援員の心の負担も軽減でき、最期までBさんに寄り添うことができました。

また、幸いにも、旅立たれる数日前にご姉兄との面会が叶い、三人で貴重な時間を過ごして頂くことができました。その時間を持てたことに、安堵の気持ちでいっぱいになりました。

頭を過ぎること

利用者が旅立たれる時、「利用者の皆様が、満足を得られるような支援を提供できたのであろうか。」との、思いが毎回頭を過ぎります。残念ながら、明確な意思表示が困難な利用者が多いため、良かったのか悪かったのかと本人の答えを確認することは叶いません。その時になっ

てから後悔しても、時間は戻せず、支援のやり直しもできません。逝去後、支援員同士の何気ない会話の中で思い出が語られ、楽しかった人生であったろうと信じるしかありません。

私が旅立つ利用者と接し、様々な支援を通じて学んだことは、意思表示が困難な利用者であるが故に、別れの日が突然訪れることがあるため、日頃の支援がとても重要であり、日々の支援の積み重ねが、後悔しない支援に繋がるということです。

最後に

福祉を、究極のサービス業と表現することがあります。

正に、声なき声に応えるサービス、要望なき要望に応えるサービス提供の難しさは究極です。受けるサービスが、良いのか？悪いのか？意見を聞くことが困難です。利用者の思いを推測し、快適な暮らしを送れるように支援すること、それが命題です。それを具現化するため、私たち支援員は、日々接する中での様子から気持ちを汲み取り、利用者さんの思いを推し量っています。例えば、日中活動での穏やかな様子、入浴中の寛いだ表情、会食会等の行事で満面の笑みを浮かべ満足した様子で過ごされている姿などです。逆に、意に添わない事柄があれば表情が曇り、不快な感情を表してくれます。言葉では伝わらなくとも、私たちの働きかけに対して、必ず利用者は意思を示してくれています。その表出された思いを汲み取ることができる力を持つことが重要だと思います。利用者さんが、思いを伝えることが困難であると認識するのではなく、支援員の、思いを汲み取る力が不足していると認識すれば、利用者さんの思いは必ず汲み取れると信じています。

あかしあ寮の支援員は、利用者が生涯を終える場面に立ち会うことが多く、否が応でも死について考える機会が多くなります。同時にそれまでの生についても考えます。今後もAさんのように様態が急変する場合もあるでしょう。利用者の思いを理解し、思いに寄り添った支援を提供し、その思いを感じ取り続けることで、旅立つ直前になってしまって慌てることなく、利用者と向き合えることができると思っています。



潜在的要支援者の災害時等の緊急的支援への準備に関する調査研究

研究部研究課 研究員 岡田 裕樹

国立のぞみの園(以下、「のぞみの園」という。)では、障害があっても障害福祉サービス等の支援につながらず地域で生活をしている「障害のある潜在的要支援者」について、平成30年度から継続的に調査研究を行ってきました。令和2年度は、障害者総合福祉推進事業「潜在的要支援者の災害時等の緊急的支援への準備に関する調査研究」として、自治体における障害のある潜在的要支援者の把握と対応、災害時等に備えた取り組みの状況等について把握することを目的に研究を行いました。本稿では、研究の概要と結果についてご報告したいと思います。

I. 背景と目的

近年、日本ではさまざまな自然災害が発生しています。平成23(2011)年の東日本大震災や、平成30(2018)年の西日本豪雨等においては、避難時に支援が必要な多くの高齢者や障害者が被害を受けました。災害時の避難等に支援を要する障害児者(障害福祉サービスを利用していない多くの障害者も含めて)の緊急時の備えは自治体の取り組みとして重要なっています。

本研究は、障害者手帳を所持しているが障害福祉サービス等を利用してない、または必要な支援につながっていない「障害のある潜在的要支援者」に焦点を当て、地域の障害福祉関係者(行政、サービス事業所など)が、災害時に支援するためにはどんな準備をしておくのが良いか、全国の自治体における好実践事例を把握することを目的に行いました。

II. 研究の方法

本研究では、以下の調査を実施しました。

【調査1】全国の市区町村(1,741自治体)の障害福祉と防災の担当者に対して、障害のある潜在的要支援者の把握と対応、個別計画※注の作成状況等をE-mailでアンケート調査を行いました。

【調査2】調査1の結果から抽出した自治体(19自治体)に対して、具体的な準備内容についてヒアリング調査を行いました。

※注 個別計画：高齢者や障害者など、避難に支援が必要な人ごとに、支援者や避難場所など避難時の配慮事項などを記載するもの。

III. 結果

調査1では、869自治体より回答を得ました(回収率49.9%)。

回答があった869自治体のうち、障害のある潜在的要支援者を「把握している」が369自治体(42.5%)、「把握していない」が481自治体(55.4%)でした。「把握している」と回答した自治体のうち、人口規模「5万人未満」が270自治体(47.3%)で最も多く、人口規模が小さい自治体の方が把握できていることがわかりました。また、障害のある潜在的要支援者に対する災害時の「個別計画」作成状況は、「全員作成している」は12自治体

表 ヒアリング調査で把握した事例(抜粋)

自治体名	取り組みの内容
伊勢市 (三重県)	・障害福祉担当課で潜在的要支援者のリストを作成し、基幹等の相談支援事業所と毎月ネットワーク会議を開催し、共有と対応にあたっている。
さいたま市 (埼玉県)	・支援が途切れているような気になる人を障害福祉担当課と相談支援がリストアップし、「つながり支援」として定期的に状況確認と対応を行っている。
芦北町 (熊本県)	・町独自の事業として訪問員を設置し、潜在的要支援者への戸別訪問を定期的に行い、必要に応じてサービス利用を検討している。
中野市 (長野県)	・市の基幹相談支援センターが軸となって、自立支援協議会によって潜在的要支援者の情報共有と対応を連携して行っている。
岡山県	・西日本豪雨の被災以後、防災に関する協議会を設置し、モデル事業として毎年県内3地区を選定し、個別計画作成を重点的に取り組んでいる。
高島市 (滋賀県)	・重度障害者の親からの相談をきっかけに、約10年前から市独自の「個別支援プラン」作成を基幹相談支援センターと連携して取り組んでいる。
別府市 (大分県)	・「だれひとり取り残さない防災」として平成28年からインクルーシブ防災事業を行い、災害時ケアプランの作成や対象者への個別訪問を行っている。

(3.3%)、「一部作成している」と「作成していない」がそれぞれ163自治体(44.2%)でした。また、障害者等の避難を含めた災害に備えた「災害時に障害者を支援するためのガイドラインやマニュアルを作成している」は153自治体(17.6%)であり、ガイドライン、マニュアルを作成している自治体は、まだ少ないことが把握できました。

調査2では、障害のある潜在的要支援者の把握と対応、個別計画の作成等において自治体独自の取り組みを行っている事例を把握しました。(表参照)

IV. 考察

障害のある潜在的要支援者を災害時に支援するための重要な視点を、以下の4点にまとめました。

① 潜在化したニーズの把握

障害のある潜在的要支援者は、地域のなかで孤立した生活を送っている状況が考えられます。その背景の一つに、調査のなかで、潜在的要支援者である本人自身が困りごとに気づいていない、ニーズがわからない、というケースがありました。障害のある潜在的要支援者を支援するための最初の段階として、周囲からは見えにくくなっている、本人も気づいていない「潜在化したニーズ」を把握することが重要です。こうしたニーズに気づくためには、本人との関係構築や情報収集を目的とした継続的な支援を行うことが必要となります。

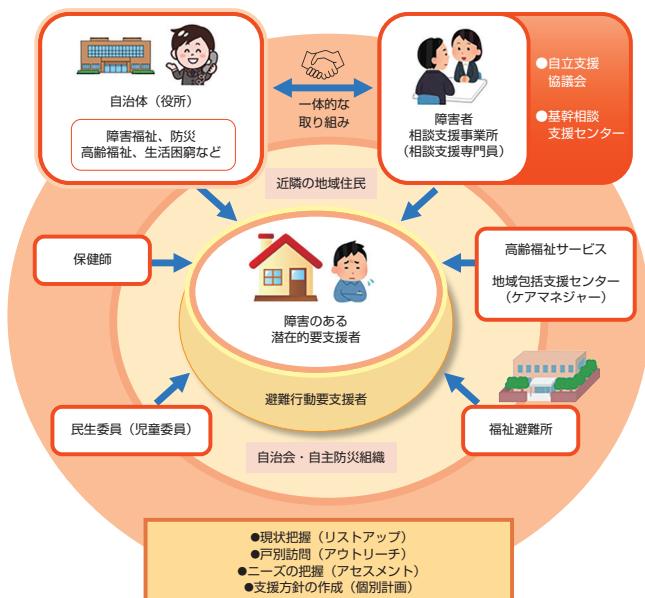


図 潜在的要支援者を支えるための支援体制づくりのイメージ

ヒアリングの中では、戸別訪問等によるアウトリーチによってサポートしている事例がいくつありました。

② 自治体内部の連携改善

障害のある潜在的要支援者の把握と対応を行うためには、障害者手帳の取得状況や障害福祉サービスの利用状況などの情報を管理している自治体の内部連携が重要です。(支援体制のイメージを図に示しました)

③ 幅広いアセスメントと個別計画の作成

障害のある潜在的要支援者は、そもそも、どの相談・支援機関でもアセスメントを受けていないケースがあります。そのため、本人とつながりやすい機関は、他の支援機関の支援にも役立てるなどを念頭に置き、幅広くアセスメントを行い、個別計画に反映することが重要です。

④ 長期的な視点に基づいた仕組みの構築

多くの自治体では、職員の異動が頻繁にあり、福祉部局に配属されても数年後には他部署に異動するというケースは珍しくありません。人が入れ替わっても影響を受けない、明確な方針の設定と関係者が円滑に情報を共有するための「仕組み」の構築が重要であると考えられます。たとえばガイドラインやマニュアルの用意、自立支援協議会や基幹相談支援センターなどの支援機関との支援体制や役割分担などの対応方法の構築が重要です。

本研究の成果物として、「障害のある潜在的要支援者を災害時に支援する準備のための手引きと事例集」を作成しました。(国立のぞみ園のHPに掲載しています。URL:<https://www.nozomi.go.jp/investigation/report.html>)

近年の自然災害の状況を考えると、障害のある潜在的要支援者を災害時に支援するための備えは、どの自治体にとっても迅速に行うべき課題となっています。障害者が災害時に取り残されることのない、誰もが安心して地域生活を送ることができる仕組みづくりが広がることを願っています。

大人の認識の『アップデート』

診療部長 成田 秀幸

いまだ出口が見えないコロナ禍にあって、不自由さや不安を感じながらの日々が続いています。それでも季節は廻り、今年もまた新しい年度がスタートしました。「新しいクラスにはもう慣れた?」「担任の先生は優しそう?」など、外来に通ってくれているお子さんたちとの会話でも新しい環境についてのことが話題になる時期です。学年が一つあがってまだ数か月しかたっていないのですが、ふと1年前のその子を思い返してみて、ずいぶん成長したものだなあと感慨に浸りながら診療しています。

子どもたちの「成長」「変化」「柔軟性」には本当にいつも驚かされ感心させられ、そしてエネルギーをもらっています。一方で、自分も含め大人は、知らず知らずのうちに「安定」や「維持」に意識がシフトするのか、変化に対して抵抗し、「安定」「維持」を保とうとする傾向があるような気がします(もちろん、子どもも大人も、個々で見ればそれぞれみんな唯一無二の個性を持っているわけで、あくまで私が感じている“傾向”にすぎませんが…).子どもならでは、大人ならではのどちらがいい、どちらが優れているということではなく、どちらも有益で大切にするべき特徴だと思います。そしてその“違い”を大人側が認識して客観視してみると、新たなことに気づけたり、新たな可能性を見いだせたりするのではないかと感じています。

I. コロナ禍を通じて気づけたこと

コロナ禍を通じて様々な変化がありました。その一つにオンラインツール、コンテンツに対しての大人(世間)の見方や取り扱いが大きく変わったことがあります。コロナ禍以前は、たとえばゲームや動画に対して、とくに親の立場としての大人はなんとなくマイナスのイメージ、ネガティブイメージが先行していました。ところが、“ステイホーム”が求められ、大人も子どもも自宅で過ごす時間が長くなるなかで、子どもたちがゲームや動画で楽しむことに対

して大人側が寛容になった気がします。また、自治体によっては、子ども一人ひとりに学校からタブレットが配布され、学校の授業や習い事のレッスンがオンラインで行われることも日常の一つの選択肢として定着しました。私たち大人社会でも、オンラインでの会議、面会などが一般化しつつあります。

子どもは好奇心旺盛で、無邪気にいろいろな対象にアクセスし、偏見を持たずありのままの実感、実体験を積み重ねていきますが、大人はアクセスする前から様々な情報や経験、価値観に左右され、結局アクセスしない、さらにはアクセスしないことを正当化する理

場から

論武装をしたりします。しかしコロナ禍は、大人が避けてきた対象にアクセスせざるを得ない環境要因として作用し、結果として大人も新たな価値や可能性、有用性を認識し、積極的に活用するようになりました。大人は現状維持に傾きやすく、それくらい大きなきっかけがないとわざわざ変化しようとはしないのかもしれません。

私自身も、コロナ禍以前はゲームや動画について詳しいことはよくわかっていないのに遠ざけようとしていた張本人ですが、今では子どもたちと一緒に動画を見て一緒に笑ったり、ゲームの話題について会話をしたりするようになりました。それはそれで、新たな発見もあって好奇心がわいたり、子どもたちと楽しみを共有できたり、大きな価値があったと感じています。もちろん、ゲーム依存やネット犯罪など、リスクとなることについての吟味や対策は必須ですが、アクセスしないまま、偏見を伴う大人のイメージだけで一方的にルールや責任を子どもに押し付けるのはおそらく対策としては機能せず、子どもと一緒に考え方話し合い構築してはじめて実効性のある対策になるのだろうと感じました。

Ⅱ. おわりに

大人はよく、子どもの言動に対して「昔はこうだった」とちょっと批判的にコメントしたりします。大人はよく、自己主張が強くなり反抗的態度を示すようになった子どもの変化に戸惑ったり不安になったりします。大人はよく、子どもの自己主張を「言い訳しない

の！」「その口の利き方は何だ！」などという理屈でシャットアウトしてしまったりします。

しかし、コロナ禍での経験を通じて、そしてコロナ禍にあっても成長し変化していく子どもたちと接して、大人側が自らを「アップデート」する意識を持つことが大切ではないかと感じました。「アップデート」することは、信念を曲げるということではありません。大人側が、変化に抵抗し「安定」「維持」を保とうとする傾向があるという自覚を持ち、無理なく受け入れられる範囲で、受け入れやすいプロセスやタイミングで、子どもたちの関心事に心の目を向けてみることを意識していくということです。大人側の時間軸ではなく、子ども側の時間軸、目線に沿って物事をとらえてみることです。そこから得られた実感、価値観により、子どもに対する見方も「アップデート」され、自然な形でより共感的に子どもの話に耳を傾けられることに役立ち、それにより子ども側のコミュニケーション意欲、発信意欲が増します。たとえば進路の検討や様々なリスク対策など、親として心配なことも、子どもと一緒に考えられるようになり、子どもの自律性を高めることにつながると感じます。

少し勇気と決心が必要ですが、我々大人が「アップデート」する意識をもちながら、成長目覚ましい子どもたちと“いま・これから”を伴走し、大人も成長し続けられたらしいなと思います。



共に生きる

高齢化に対応した食事提供の取り組み

事業企画部サービス調整課 栄養管理係 茂木 大介

I. はじめに

国立のぞみの園（以下、「のぞみの園」という。）の入所利用者の高齢化は進み、令和3年4月現在の平均年齢は68.7歳（有期限利用者を除く）となっています。のぞみの園においても身体的・認知的機能の低下、内科的疾患を有する利用者は高齢化していくとともに増加傾向にある状態です。こうした中でも、利用者にとって楽しみの一つに「食」が挙げられると思います。のぞみの園では高齢化して摂食嚥下障害を発症した利用者に配慮した食事、各種疾病の予防・治療に対応した特別食を提供し、利用者が安全に楽しく食事をとれるよう取り組んでいます。

II. 高齢化対応へ嚥下調整食の導入

知的障害者施設における食事については、従来特別な制限のない利用者の健康維持および増進、嗜好や衛生面などに配慮された一般食（普通食）が提供されていました。しかし、高齢化による摂食嚥下機能低下等により、これまで食べることのできていた食事が食べられない利用者が増えてきました。そこで、平成21年度より摂食・嚥下に関する配慮において安心した食生活を送ることができることを目的として、嚥下調整食（ソフト食・軟菜食）が導入されました。当時の知的障害者施設としては先駆的な取り組みでしたが、導入するに至るまでには試行錯誤の連続でした。嚥下調整食における重要な3つの要素である、①歯茎、舌などで容易につぶせる物性（硬度）②口腔内で食塊形成を容易に行える物性（凝集性）③咽頭・食道通過時にべたつきが少なく問題のない物性（付着性）これらの要素をクリアにするために多数の試料（増粘剤・ゲル化剤など）による試作、調理後の離水の有無、周囲環境の影響（温度）による物性の変化などを検証し、多職種の協力を得ながら、のぞみの園独自の嚥下調整食を作り上げました。このほかに、疾病の予防・治療および

摂食機能に応じた形態に配慮された食事（特別食）として、咀嚼嚥下困難食、ミキサー食、消化器疾患食、糖尿病食、肝臓食、肥満食、減塩食、脾臓食、低コレステロール食、腎臓食などが個人への対応により随時食事基準に追加されてきました。近年では普通食から、これらの嚥下調整食・特別食へ食事変更していく利用者が増加しています。また、嚥下調整食については調理に高度な技術・知識を有することから調理担当者には研修・勉強会等に出席していただくなど、必要に応じて対応していただいている。

III. 嚥下調整食の工夫

のぞみの園で提供されている嚥下調整食はその性質から、ソフト食と軟菜食の2種類があります。ソフト食はゼリーやプリン、ムース状の食事形態になるため口腔内に入れた段階で食塊状となり、簡単な動作で送り込みができる食事になります。のぞみの園では市販のゼリーは使わずに、厨房で手作りのゼリーを使用しています。手作りにすることにより食材本来の色・香り・味を引き出し、やわらかくても、満足していただけるよう配慮しています。軟菜食は舌や歯茎で食材をつぶせる程度のやわらかさになるまで調整した食事形態になります。普通食と同じような見た目、味付けに近づくよう調理されています。基本的にこれらの嚥下調整食は摂食嚥下障害を有する高齢期の利用者に対して、いつまでも口から食事がとれて楽しく安全な食生活が送れるように配慮され提供されています。しかしながら、近年ではさらなる機能低下により、嚥下調整食においても口腔内への溜め込みや、むせなどの症状を呈し、喫食不良に陥る利用者が散見されており、対応が喫緊の課題となっています。

IV. 栄養ケア・マネジメント業務を通じて

高齢化における機能低下、それに伴い食事の種類がさらに複雑化していくなかで、のぞみの園では栄



【普通食】
《献立名》ご飯・鰯の照り焼き
添え) 花人参・冷や奴・
いんげんの和風マヨ和え・牛乳



【軟菜食】
《献立名》軟飯・鰯の照り焼き風
添え) 花人参・冷や奴・ほうれん草の
和風マヨ和え・ヨーグルト



【ソフト食】
《献立名》ゼリー粥・
鰯ムースの照り焼き風
添え) 花人参ゼリー・冷や奴・
野菜ゼリーの和風マヨ和え・
ヨーグルト

養ケア・マネジメントを実施し、モニタリング時に利用者一人ひとりの栄養管理やニーズに対応した利用者サービスに取り組んでいます。具体的には、喫食不良時の経口摂取促進の取り組み（代替食の提案など）、体重減少等による機能低下抑制・低栄養の予防（補助食品の提供）などを重点的におこなっています。高齢期の利用者の食事に関する代表的な問題については①体力低下による食事意欲の低下②食事意欲低下によるエネルギー、たんぱく質摂取不足による低栄養③摂食嚥下機能の低下により本人が好きな食事を食べられなくなるなどが挙げられますが、特に摂食嚥下機能の低下による嗜好的問題は利用者の生活の質に著しい影響を及ぼすと考えています。

V. 献立作成の工夫～利用者の意思表出と嗜好～

身体的・認知的機能の低下は利用者の生活全般に多大なる影響を及ぼすのはもちろんのこと、自分自身の意思を表出することが難しくなる原因の一つになります。モニタリングをさせていただくとき、食事介助中口を閉じたり、舌を突出して口腔内から食事をだしてしまう利用者をしばしば見受けれる時があります。発語することができない、身振り手振りで意思を表出することができない利用者が唯一できる「拒否」の意思表出です。なぜ食べようとしないのか？を考えたとき、「体調不良」「食事としての認知ができていない」「鬱状態」「好き嫌い」などの原因が想定されます。その原因是ケースにより様々ですが、モニタリングを重ねていくうちに、その背景には本人の嗜好に沿わない食事が提供されているのではないか？と感じる時があります。好きな

食べ物があるのにも関わらず過去の記録に本人の嗜好が埋もれてしまい、いつしか自分自身で意思表出ができなくなり、周囲が本人の本当に好きな食べ物がわからなくなってしまうことがあります。意思表出ができない利用者は提供される食事を介助で食べることしかできません。そこで大切になるのが過去のケース記録と考えています。集団給食において、毎日本人の好きな食事だけを提供することは困難になりますが、献立を作成するうえで利用者のニーズを反映させられる重要な情報の一つになるといえます。記録を遡り、過去を知ることで利用者の食事がただの栄養摂取ではなく、生きる楽しみに繋がるように、関係部署と情報共有をして献立作成の工夫をしています。

VI. まとめ

日本は2007年に高齢化率が21%を超えて、超高齢化社会へと突入し、2025年には約30%、2060年には約40%に達するといわれています。（※）のぞみの園においても利用者の高齢化は今後も進み、冒頭に述べた種々の機能低下もさらに進むことが予測されています。高齢化に対応した食事提供ができるように、栄養ケア・マネジメント業務をはじめ、食事の場に足を運び実際に利用者の様子を観察し、気づきや変化を多職種のスタッフと共有しながら現在の食事における課題を精査し、食事により利用者の生活の質を高められるよう今後も取り組んでいきたいと思います。

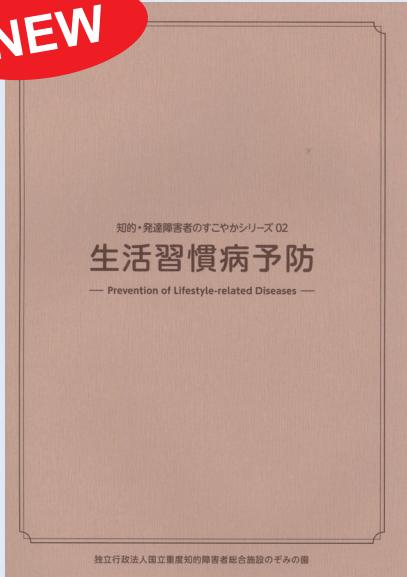
（※）出典：公益財団法人長寿科学振興財団

健康長寿ネットより

INFORMATION

NOZOMINOSONO BOOKS

NEW



知的・発達障害者のすこやかシリーズ2

生活習慣病予防

— Prevention of Lifestyle-related Diseases —

生活習慣病は、日常の生活にかかわって生じる病態といわれています。特に食事、運動、睡眠などの、生活のリズムが適切ではない場合に、生活習慣病が引き金となって、命に関わる病気になるケースもあります。

この生活習慣病は、知的・発達障害者にとっても他人事ではありません。本書では、生活習慣病のなかでも、特に肥満やメタボリックシンドロームに焦点を当て、家族のおはなしや施設での取り組み、健康診断でのチェックポイントなどを一冊にまとめましたので、ぜひ参考にしてみてください。

新価格 **500円** (消費税・送料込)

知的・発達障害者のすこやかシリーズ 1

健 康 診 断

健康診断を受ける機会が少ない知的・発達障害者の健康づくりにお役立ていただきたい一冊

価格 **500円** (消費税・送料込)



あきらめない支援

行動問題をかかえる利用者に対する入所施設における実践事例集

新価格 **1,000円** (消費税・送料込)



事例で読み解く 障害者虐待

価格 **1,000円** (消費税・送料込)



高齢知的障害者支援の スタンダードをめざして

新価格 **1,000円** (消費税・送料込)



こどもたちが おしゃってくれたこと

発達障害のこどもたちと
向き合う臨床の現場から

新価格 **500円** (消費税・送料込)



理論と実践で学ぶ知的障害 のある犯罪行為者への支援

新価格 **1,500円** (消費税・送料込)



司法の期待に 福祉はどう応えるのか

～福祉の自律性と司法との連携～

価格 **1,200円** (消費税・送料込)

※書籍の詳細につきましては、国立のぞみの園のホームページをご参照ください。

お問い合わせ先のご案内

○障害福祉サービス、地域生活支援事業のご利用について

知的障害や発達障害のある18歳以上の人たちを対象に、生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援B型・短期入所・日中一時支援を提供しています。

TEL.027-320-1416 【事業企画部支援調整係】

○障害児通所支援事業のご利用について

知的障害や発達障害のあるお子さんを対象に、児童発達支援・放課後等デイサービス及び保育所等訪問支援を提供しています。

TEL.027-320-1005 【地域支援部発達支援課】

○外来・入院診療のご利用について

障害のある人たちが安心して受診できる医療を提供しています。健康診断や医療に関する相談等も受け付けています。

TEL.027-320-1327 【事務部医事係】

○障害者とそのご家族の相談について

障害のある人たちや障害のあるお子さんのご家族からのさまざまな相談に対応いたします。

TEL.027-327-3520 【事業企画部相談係】

○講師の派遣、知的障害関係施設等で働いている人たちの相談について

研修会などの講師として職員の派遣を行っています。障害者に対する支援について、知的障害関係施設等で働いている人たちからのさまざまな相談に対応いたします。

TEL.027-320-1366 【事業企画部事業企画係】

○研修会等の開催について

研修会やセミナーの開催のお問い合わせに対応いたします。

TEL.027-320-1357 【事業企画部研修係】

○実習生等の受入、ボランティアの受入、施設見学について

大学・専門学校などからの学生等の受入、ボランティアの受入、施設見学等のお問い合わせに対応いたします。

TEL.027-320-1322 【事業企画部養成係】

○刊行物のご案内

ホームページ <https://www.nozomi.go.jp/> 調査・研究 → 調査研究報告・テキスト をご覧ください。

編集事務局からのお願い

人事異動、事務所の移転などにより、住所や送付先名が変更になりました場合には、新しい送付先名等をFAXやEメールなどで事務局あてにご連絡をいただけますと幸いです。

お忙しい中お手数をおかけして大変恐縮ですが、よろしくお願い致します。

『ニュースレター』のバックナンバーは、ホームページ <https://www.nozomi.go.jp/> でご覧いただけます。ご関心を持たれた方はぜひご覧ください。

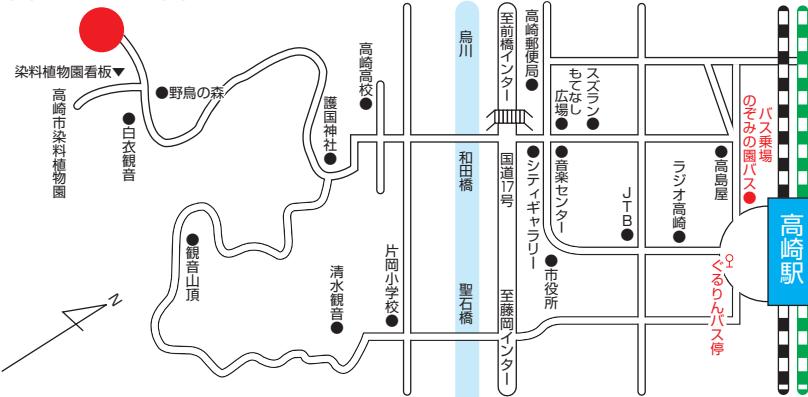
【ニュースレター関係連絡先】

TEL.027-320-1613 (総務部)

FAX.027-327-7628 (直通)

国立のぞみの園へのアクセス

国立のぞみの園



① タクシー利用

所要時間【JR高崎駅（西口）より約15分】

② バスの利用

①市内循環バス「ぐるりん」乗り場8番

- ・系統番号13：JR高崎駅（西口）乗車～「国立のぞみの園」下車
- ・系統番号14：JR高崎駅（西口）乗車～「国立のぞみの園」下車

所要時間【約30分】

② のぞみの園定期バス（利用者優先）

所要時間【JR高崎駅（西口）より約25分】

ニュースレター

令和3年7月1日発行 第69号（年間4回（4月・7月・10月・1月）1日発行）

平成16年8月20日創刊

編 集／独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

制 作／上信エージェンシー株式会社

〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町2120番地2

TEL.027-325-1501(代表) FAX.027-327-7628(代表)

ホームページ <https://www.nozomi.go.jp>

Eメール kouhou@nozomi.go.jp

