

## 研究紀要第4号（平成22年度） はじめに

当法人は、国の障害者福祉政策に即して、重度知的障害者の自立を総合的に支援するために、①福祉と医療との連携によるモデル的な支援を行う総合福祉施設の運営事業、②調査研究事業、③人材の養成研修事業、以上の三事業を相互に密接な関連性を保ちながら実施し、その成果を全国の障害者福祉の関係者に発信するという役割を担っています。

このような調査研究事業の位置づけに鑑み、そのテーマについては、障害者福祉施策を巡る課題や支援の現場のニーズに的確に対応するとともに、総合福祉施設をフィールドとして活用し、あるいは、これまでの利用者支援を通じて培ってきた知見や支援技術を活用できるものを設定しています。

平成22年度においては、矯正施設を退所した知的障害者の地域定着支援、重度・高齢の知的障害者の地域移行、行動障害のある人たちの支援、認知症を発症した知的障害者の支援などについて、継続11テーマ、新規3テーマ、合計14のテーマに取り組みました。

これらの中には厚生労働省の補助金を受けて実施したものが4テーマ含まれていますが、そのうち「障害児者が利用する移動支援事業の実態に関する調査研究」については、同省と協議調整を行った上で実態調査を実施し、その結果は同省に設けられた総合福祉部会における審議の資料として活用されました。

また、当法人として初めて海外の研究の動向に目を向けて取り組んだものも含まれています。すなわち、海外の知的障害者の地域移行に関する文献・論文により実際の地域移行の取組を評価する視点を整理し、我が国の地域移行の実態を検証しようとする研究です。

これら14のテーマについて1年間の成果をとりまとめ、研究紀要第4号として発刊することとしました。その内容に対して、あるいは、当法人の調査研究事業全般に対してご意見、ご要望などがありましたら、何なりとお聞かせいただければ幸いです。今後の当法人の調査研究事業に大いに参考にしてまいりたいと考えております。よろしく願いいたします。

平成23年6月

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
理事長 遠藤 浩



## 目次

1	福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した知的障害者等の地域生活移行を支援する職員のための研修プログラム開発に関する調査研究	
	(その1)障害者支援施設における矯正施設等を退所した知的障害者等の受入れ・支援の実態及び職員研修についての調査研究	1
	(その2)障害者福祉施設における矯正施設等を退所した知的障害者等の職員研修についての調査研究	15
2	知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らすために必要なサービスについての調査・研究	
	(その1)障害児者が利用する移動支援事業の実態に関する研究	26
	(その2)行動障害のある知的障害児者が在宅生活を快適に暮らすために必要なサービスに関する研究	36
3	重度知的障害者施設における相談援助実習のプログラム開発に関する基礎的研究 国立のぞみの園モデル構築に向けて	48
4	重度・高齢の知的障害者に対する地域移行のプロセスの確立に関する調査・研究	54
5	海外における知的障害者入所施設からの地域生活移行の現状と課題に関する研究	65
6	重度知的障害者の地域移行に向けた取り組み 地域移行に向けての地域生活体験プログラム作成と実践	75
7	精神科病院に入院していた知的障害者に対する効果的な支援に関する研究	83
8	知的障害者用認知症判別尺度日本語版(DSQIID)の信頼性・妥当性の検証	98
9	認知症がある知的障害者への支援	108
10	兄弟事例による障害特性の比較検討 PTSDの治療経過を通して	116
11	重度知的障害者におけるクエン酸ネブライザーによる咳テストの有効性の検討	120
12	知的障害者(児)における反芻習癖に関する検討	125



# 福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した知的障害者等の地域生活移行を支援する職員のための研修プログラム開発に関する調査研究（その1）

障害者支援施設における矯正施設等を退所した知的障害者等の  
受入れ・支援の実態及び職員研修についての調査研究

小野隆一<sup>1</sup>

木下大生<sup>2</sup>水藤昌彦<sup>3</sup>

【要旨】本研究は、障害者支援施設が、矯正施設等を退所した知的障害者の受入れについての意向やその実態、及び矯正施設等を退所した知的障害者を受け入れる際に職員に必要と考える知識・技術について明らかにすることを目的とした。調査対象は、障害者支援施設1,429施設とした（回収率は54.6%）。その結果、矯正施設等を退所した知的障害者の受入れについて、積極的に受入れられる、もしくは検討する旨の意向を概ね6割の障害者支援施設が示していることが明らかになった。一方、受入れが困難との回答の理由として、支援プログラムがない、専門職員がいない旨の回答が多くみられ、関連知識・技術を取得する必要性が認識されていることも明らかになった。また、特に必要と考えられている知識・技術は、知的障害者の犯罪特性、福祉施設が支援をする意義やチームケアとキーパーソンの役割であることが分かり、それらを中心とした研修のプログラム構築の必要性が示唆された。

【キーワード】 矯正施設 知的障害者 障害者支援施設 職員研修

## I. 研究背景

刑務所、少年院等の矯正施設（以下「矯正施設」と略記）を退所した知的障害者等に対して、地域生活への移行に向けた効果的な支援をいかに行うかが社会的課題となっている。制度上も平成21年度から、矯正施設と福祉施設等との調整を行い、福祉サービスにつなげるコーディネート役を担う「地域生活定着支援センター」事業が開始され、矯正施設退所後の地域での支援体制作りが各地で広がりつつある。

こうした中、矯正施設退所者の速やかな地域生活移行を遂行するためには、社会生活への適応支援を行うことが必要となるが、その役割の一端を担うと考えられるのが障害者支援施設である。しかし、障害者支援施設において、福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した人の受入れに対する意識や受入れ実態については明らかになっていない。また、受け入れる意思や実態がある障害者支援施設が存在すると仮定しても、そのような施設が、矯正施設退所者を受入れる際に、より質の高い支援や円滑な支援を行うために必要としている知識や技術も明確ではない。

今後、矯正施設等を退所した知的障害者等の円滑な地域移行支援を行うシステムを構築していくためには、障害者支援施設側の受入れ意識、受入れ実態、また受け入れるに当たり必要とされる知識や技術を明らかにしていくことが必要である。

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域支援部

<sup>2</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部

<sup>3</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園参事

## Ⅱ. 研究目的

この研究の目的は、障害者支援施設における以下の5点を明らかにすることである。

- ① 矯正施設退所者の受入れの実態
- ② 矯正施設退所者の受入れについての考え
- ③ 矯正施設退所者の受入れの対応
- ④ 矯正施設退所者を受入れた際に生じた困難もしくは受入れた際に生じると考えられる困難
- ⑤ 矯正施設退所者の支援に必要な知識・技術

## Ⅲ. 研究の方法

### 1. 対象と方法

調査対象を選定するため、台帳として『平成19年社会福祉施設等調査報告』(厚生統計協会)を使用し、調査対象を台帳に掲載されている障害者支援施設(旧法における知的障害者入所授産施設、知的障害者入所更生施設)全1423施設とした。

調査の方法は、自記式調査票を用いた郵送調査を実施した。調査票を調査対象に配布するに当たって、プリテストを10名に対して行い、回答者の意見を基に、分かりにくい言い回しや文言等を修正した。なお、本調査では調査設計の段階から2次調査の実施を予定していたため、その旨を調査票に記載し、2次調査について協力を得られる場合は任意で施設名、連絡先、記入者役職、記入者名の記入を依頼した。

調査期間は2010年10月1日から10月15日とした。

### 2. 調査項目

調査項目は、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園(以下「当法人」と略記)において、研究に先だって行われた「国立のぞみの園連続オープン研修」の内容、及び講師に対して寄せられた質問、並びに先行研究、当法人の支援員からのヒアリングを参考に作成した。質問項目は大別して、以下の5点である。

- ① 矯正施設を退所した知的障害者の施設利用に関する相談の状況
- ② 矯正施設を退所した知的障害者の受入れ実態
- ③ 矯正施設を退所した知的障害者を受け入れた際の施設における処遇の実態
- ④ 矯正施設を退所した知的障害者を受入れる際の困難および職員に求められる条件
- ⑤ 矯正施設を退所した知的障害者への支援に関する研修について(求める内容)

### 3. 倫理的配慮

倫理的配慮として調査対象者のプライバシーを尊重し、データ処理時に匿名化すること、目的外に使用しないことを調査票送付状において誓約した。

### 4. 回収結果

回収数は778票(回収率は54.7%)であった。

## IV. 調査結果

### 1. 回答が得られた施設の概況

回答が得られた施設の運営主体と施設類型について尋ねた。その結果、運営主体は社会福祉法人が 90.7%と最も多く、続いて都道府県が 4.9%、区・市・町・村が 3.2%、財団法人が 0.1%であった(表 1)。

施設類型については、複数回答とした結果、障害者支援施設のうち旧知的障害者入所更生施設が 51.5%で最も多く、続いて知的障害者入所更生施設が 42.0%、知的障害者入所授産施設が 10.5%、障害者支援施設のうち旧知的障害者入所授産施設が 7.6%であった(表 2)。

表1 運営主体 (N=778)

	実数	%
都道府県	38	4.9
区・市・町・村	25	3.2
社会福祉法人	706	90.7
財団法人	1	0.1
医療法人	0	0.0
その他	8	1.0
合計	778	100.0

表2 施設類型(複数回答) (N=778)

	実数	%
知的障害者入所更生施設	327	42.0
知的障害者入所授産施設	82	10.5
障害者支援施設(旧知的障害者入所更生施設)	376	51.5
障害者支援施設(旧知的障害者入所授産施設)	59	7.6
無回答	1	0.1

### 2. 矯正施設退所者の施設利用に関する相談の状況について

#### (1) 矯正施設退所者の施設利用に関する相談経験について

これまで矯正施設退所者の施設利用に関する相談を受けたことがある施設が 26.2%、無い施設は 73.1%であった(図 1)。

また、相談を受けたことがある、と回答した施設に対して、平成 21 年度中の相談状況について尋ねたところ、「0 件」が 52.5%で最も多く、以下「1 件」が 32.8%、「2 件」が 9.8%、「3 件」が 1.5%と続いた(図 2)。

#### (2) 施設利用に関する相談相手について

さらに、平成 21 年度に施設利用の相談が 1 人以上あった 97 施設に対して、どこから相談を受け

たかを複数回答で尋ねた結果、「福祉事務所」が 53.6%と最も多く、以下「相談支援事業所」32.0%、「家族」16.5%、「地域生活定着支援センター」13.4%、「矯正施設」11.3%、と続いた(図3).

(単位%) (N=778)

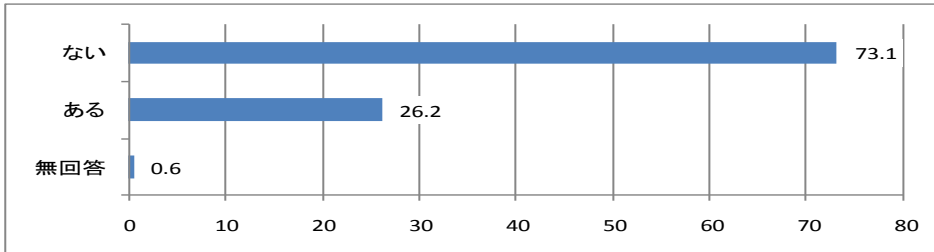


図1 矯正施設を退所した人の施設利用相談の有無

(単位%) (N= 98)

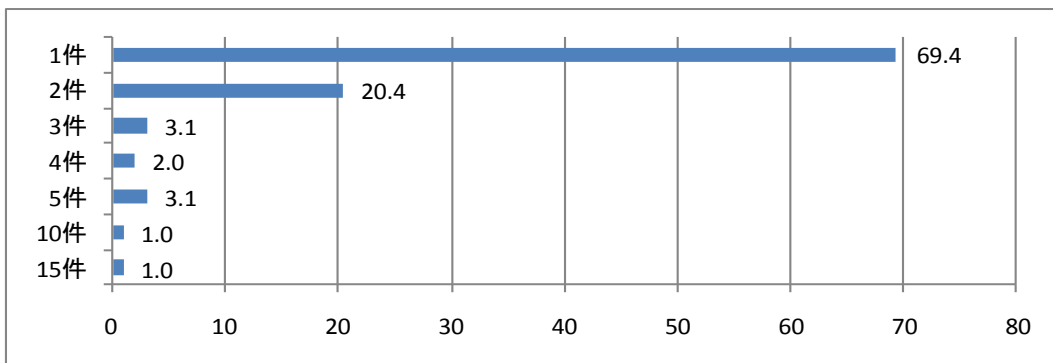


図2 平成 21 年度の 1 施設当たりの施設利用相談状況

(単位%) (複数回答 N=97)

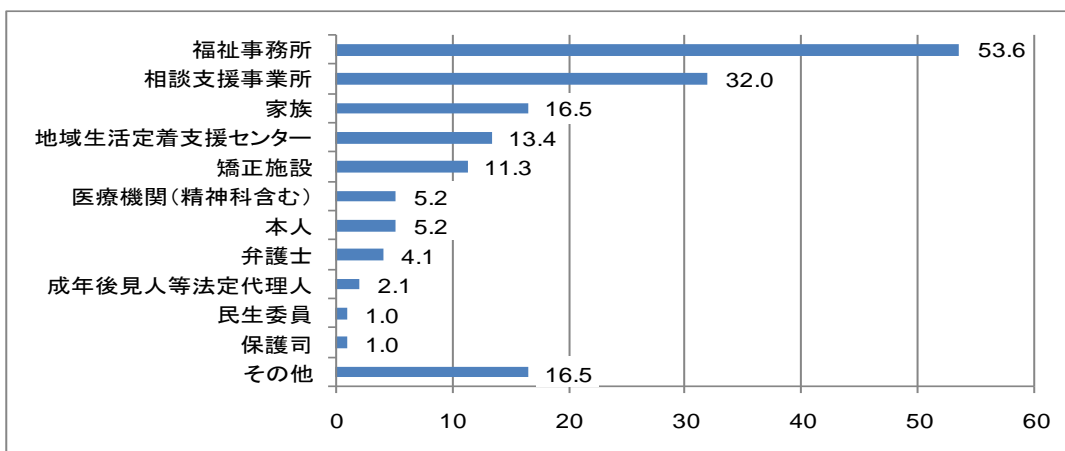


図3 平成 21 年度の施設利用に関する相談の相手



### (3) 矯正施設退所者の施設利用の相談への対応について

今後、矯正施設退所者の施設利用の相談があった場合にどのように対応するかを施設に尋ねたところ、「ケースによっては受入れを検討する」が56.7%と最も高い結果になった。次いで「積極的に受入れを検討しない」が28.5%、「受入れの検討はしない」が10.5%であった。なお「積極的に受入れを検討する」と回答したのは2.2%であった(図4)。ただし、「積極的に受入れをする」、「ケースによっては受入れを検討する」との回答の合計は58.9%で、概ね6割の回答者が受入れについて検討する旨の回答をしていることも明らかになった。

一方、「積極的に受入れを検討しない」、「受入れの検討はしない」と受入れを検討しない主旨の回答をした回答者に対して、その理由を複数回答で尋ねたところ、最も選択頻度が高かったのが「他利用者への影響の心配」が73.6%であった。続いて「支援プログラムがない」と職員の専門性を懸念する声が69.0%、「専門職の配置がない」と専門性・人員・費用についての心配が68.6%、「定員の空きがない」が58.1%、「再犯に至った際の施設(法人)の責任」が51.2%と続いた(図5)。なお、この設問には自由回答記述欄を設けたが、31件の回答が得られたのでそれぞれ類型化をした結果、「現在入所している利用者とのレベルがあっていない」、「定員の空きがない/新規入所者の受付を行っていない」、「現制度や体制では困難」、「施設で受けた後、全て施設任せとなり抱え込むこととなる」、「地域への影響を考えると環境的に受入れが困難」、「矯正施設入退所の問題は法務省管轄で管轄違いと考えられる」といった意見が見られた。

(単位%) (N=778)

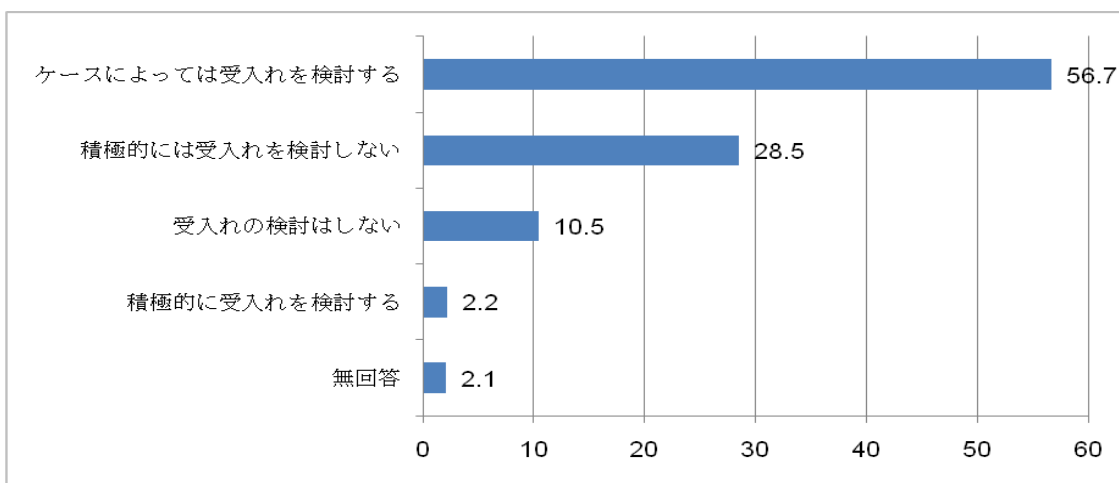


図4 相談を受けた場合どのように対処するか

(単位% 複数回答) (N=303)

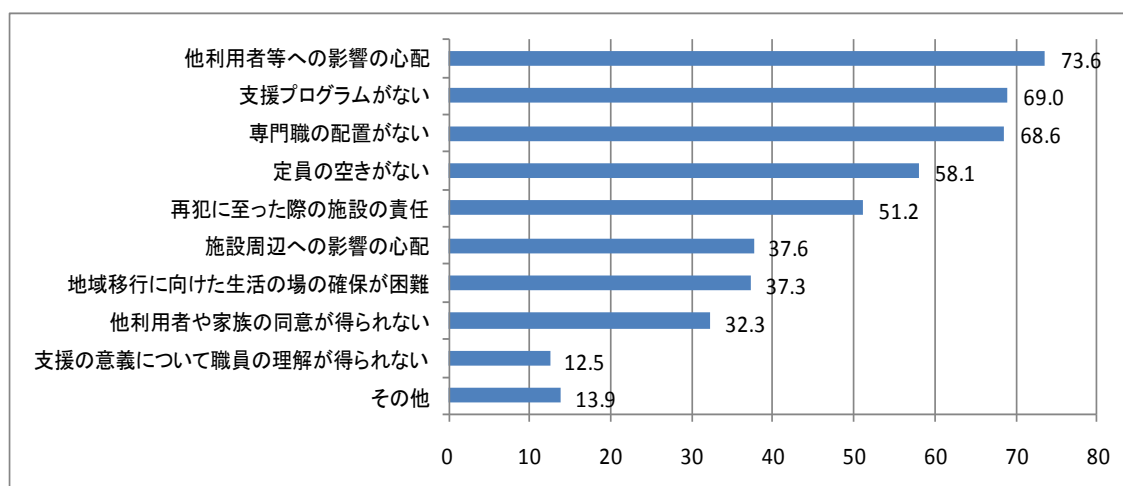


図5 受入れの検討を積極的にはしない理由

※当設問では対象外からの回答も得られたが、それらについては除外した。

## V. 矯正施設退所者の受入れ実態

平成 21 年度の状況を中心として矯正施設退所者の受入れの実態について施設に尋ねた。具体的には、「矯正施設退所者受入れ経験」、「平成 21 年度に受入れた人の有無」、「平成 21 年度に受入れた人の数」および「平成 21 年度に受入れた人の罪名」についてである。

矯正施設退所者の受入れ経験については、23.1%の施設が「受入れ経験が有る」、72.6%の施設が「受入れ経験が無い」と回答した(図6)。

受入れ経験が「有る」と回答した 180 施設に対して、平成 21 年度の受入れについて尋ねたところ、23.9%が受入れた経験が「有る」、76.1%が「無い」と回答した(図7)。また「有る」と回答した施設に対して平成 21 年度の受入れの人数を尋ねたところ、「1 人」が 79.1%で最も多く、「2 人」14.0%、「3 人」2.3%と続いた(図8)。

受入れた人の罪名は多い順に、「窃盗」60.5%、「強制わいせつ」14.0%、「詐欺」14.0%、「放火」7.0%、「強姦」7.0%、「傷害・暴行」2.3%、「住居侵入」2.3%、であった。窃盗が他の犯罪の割合と比較すると大変高い状況がうかがえる(図9)。

(単位%) (N=778)

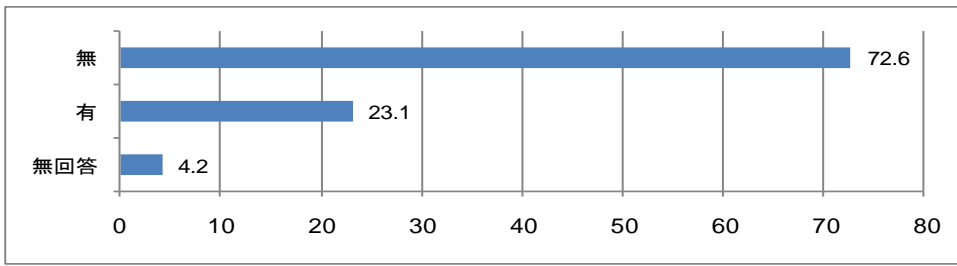


図6 矯正施設退所者の受入れ経験の有無

(単位%) (N=180)

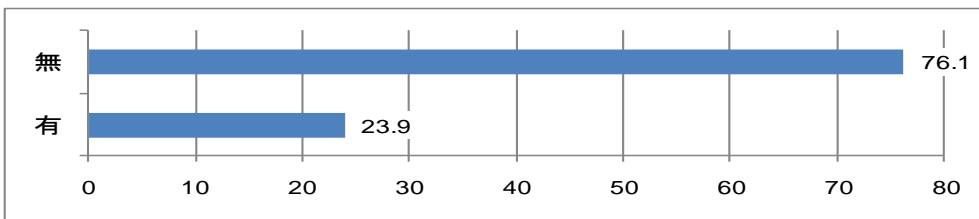


図7 平成21年度の矯正施設等退所者の受入れの有無

(単位%) (N=43)

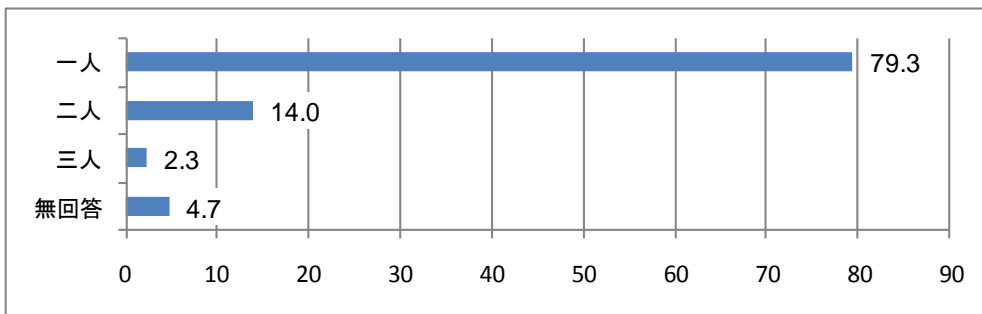


図8 平成21年度の1施設あたりの矯正施設退所者受入れ人数

※無回答も集計に含めた

(単位%) (複数回答 N=43)

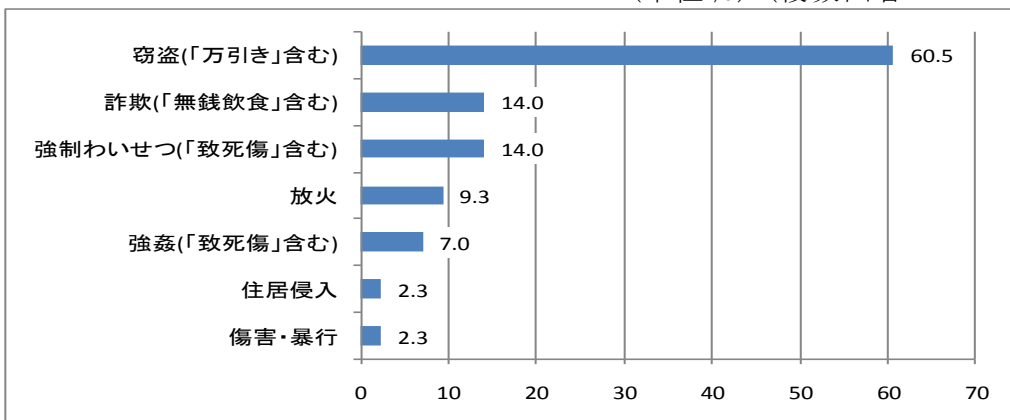


図9 受入れした人の主罪名

※選択肢のうち非該当の項目は表から除外した。

## VI. 矯正施設を退所した人を受入れた際の施設での処遇

受入れた矯正施設退所者に対して、どのような関わりをしているかを施設に対して尋ねた。その結果、矯正施設退所者を受入れする際に、他の利用者とは違った配慮が「有る」、との回答が 61.8%、「無い」との回答が 33.5%であった。この結果から、概ね 6 割の施設が矯正施設退所者を施設利用者として受入れる場合、他の利用者とは違った配慮をしていることが分かった(図 10)。

一方矯正施設退所者を受入れる場合に、入所期限を設けるか否かについては 80.0%が「入所期限を設けていない」と回答し、「入所期限を設けている」との回答は 2.2%であった(図 11)。

受入れにあたって、あるいは受入れしてからの支援について、支援に関するツール等を施設独自で作成しているかについても尋ねた。その結果、「作成している」が 16.1%、「作成していない」が 76.7%、と作成していない施設の割合が高かった(図 12)。

ちなみに作成されている支援ツール等は、「アセスメントシート」が最も多く、「支援プログラム」、「対応マニュアル」、「職員向けの倫理綱領」の順となった(図 13)。また受入れをした際の支援体制について自由記述で回答してもらった結果 55 件の回答が得られ、類型化した結果、「個別の支援プログラム作成」、「他機関、他職種との連携」、「居室/住まいへの配慮(個室の提供)」、「個別面談の機会」、「職員配置」、「精神科受診支援」、「見守り強化」、「地域移行支援(就労支援)」、「所持品管理」、「情報管理」、「職員の理念統一」、「職員研修の機会」、「誓約書作成と本人同意」、という結果になった。

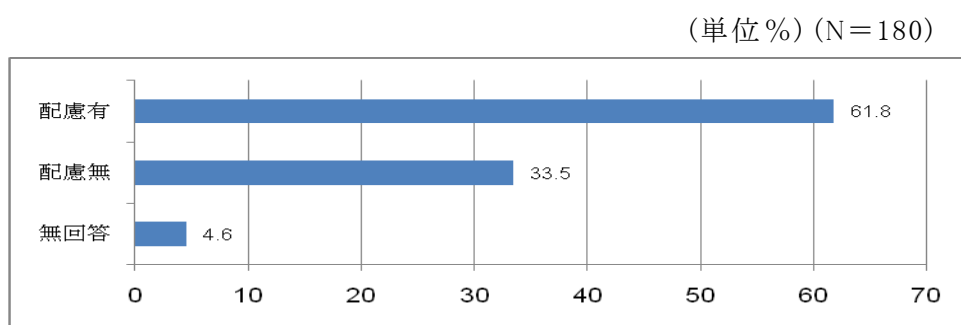


図 10 矯正施設退所者を受入れた際の配慮の有無

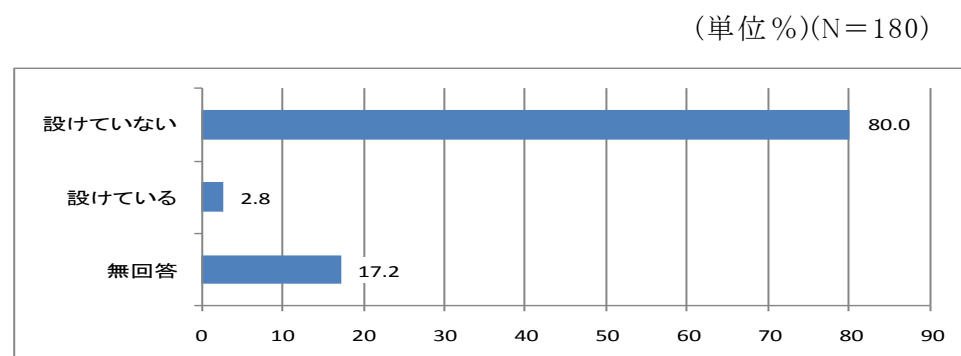


図 11 矯正施設退所者を受入れる際の期限設定について

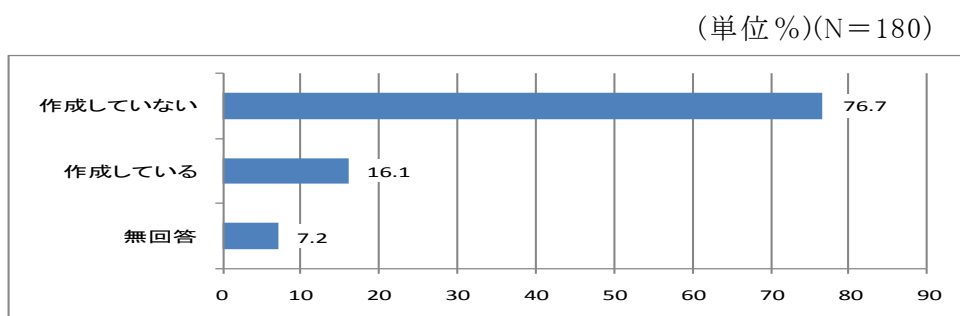


図 12 支援ツール等の作成の状況

※「受入経験なし」で「支援ツール等作成している」という回答は集計に含めていない。

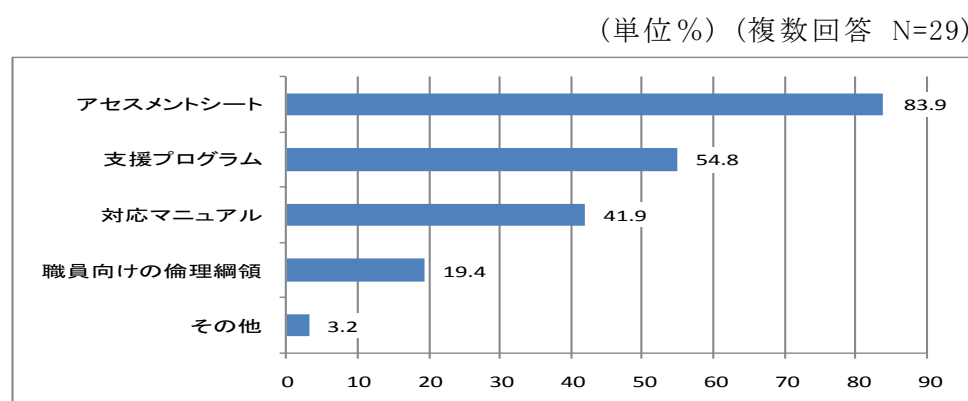


図 13 作成している支援ツール等の種類

## VII. 矯正施設退所者を受入れた際の困難と職員に求められる条件

ここでは、矯正施設退所者を施設に受入れた経験が有る施設にはどのような困難があったかを、受入れた経験が無い施設に対しては、受入れた際に予想される困難をそれぞれ尋ねた。また、「矯正施設を退所した知的障害者が障害者支援施設を利用する場合、職員に必要と考えられる条件等（環境、制度等）」について、自由記述で尋ねた。

まず受入れの経験が有る施設の結果からみていくと、選択頻度が最も高かったのは「職員の負担（精神的・体力的）」63.9%であった。続いて「施設利用中の再犯の危険性がある」61.7%、「入所施設利用後の移行先が見いだせない」が 56.1%、「他利用者等へ危害の危険性がある（人権侵害含）」が 55.0%、「無断外出・無断外泊がある」50.0%であった。

一方矯正施設退所者の受入れ経験がない施設が受入れた際に予測する困難として、選択頻度が最も高かったのは「再犯防止の方法・ノウハウがない」66.5%であった。以下、「他利用者等へ危害の危険がある（人権侵害含）」が 65.5%、「施設利用中の再犯の危険性」が 63.4%、「職員の負担（精神的・体力的）」が 58.6%、「支援量を考えると現行制度では職員が不足」が 50.1%との結果となった。

単純集計結果では受け入れ経験がある施設と無い施設とで解答傾向に違いが見られた。そのため傾向の違いについてカイ二乗検定を用いて検証を行った（表 3）。

これらの結果をみてみると、受入れ経験がない施設よりある施設が、受入れをより困難と感じる傾向が強かったのは、「必要な支援量からすると障害程度区分が低い」、「入所施設利用後の移行先

が見いだせない」,「無断外出・無断外泊がある」の3項目であった。

一方,受入れ経験がある施設より無い施設の方がより困難と感じる傾向が強かった項目は,「支援量を考えると現行制度では職員が不足」,「他利用者等へ危害の危険がある(人権侵害含)」,「職員が支援の必要性の理解を示さない」,「再犯防止の方法・ノ(ノウハウがない)」の4項目であった。

なお,この設問の自由記述は,137件の回答があったので類型化した結果,「提供サービス/入所者レベルと合っていない」,「施設任せになる」,「情報不足」,「現制度における課題」,「再犯の問題」,「地域の理解不足」,「職員の専門性の未確立」,「家族関連(関わり拒否,協力が得られない)」,「他の利用者への影響」,「移行先がない」,「支援プログラム/ノウハウがない」,「職員の安全/恐怖」,「定員の問題」,「環境設定/施設のハード面」,「費用の問題」といった回答があった。

また,矯正施設を退所した知的障害者が障害者支援施設を利用する場合,職員に必要と考えられる条件等(環境,制度等)に対しても自由記述で尋ねた結果,250件の回答が得られた。分類した結果,「研修/支援ツール」,「連携/ネットワーク」,「職員数増加」,「環境設定/施設のハード面」,「支援意義の理解」,「利用者理解」,「移行/受入先」,「幅広い関連知識/情報」,「専門施設」,「支援技術」,「責任所在の明確化」,「温かい心」といった回答がみられた。

表3 矯正施設退所者を受入れる際の困難

(単位%)

	受入経験あり (N=180)	受入経験なし (N=565)	$\chi^2$ 検定
必要な支援量からすると障害程度区分が低い	51.7	36.6	**
支援量を考えると現行制度では職員が不足	41.1	50.1	*
職員の負担(精神的・体力的)	63.9	58.6	
他利用者等へ危害の危険がある(人権侵害含)	55.0	65.5	*
施設利用中の再犯の危険性	61.7	63.4	
入所施設利用後の移行先が見いだせない	56.1	46.2	*
職員が支援の必要性の理解を示さない	2.8	6.9	**
個人情報をごどのように取り扱うべきかが不明	13.3	15.9	
再犯防止の方法・ノウハウがない	40.6	66.5	**
無断外出・無断外泊がある	50.0	39.1	*
他利用者や家族(保護者会等)の同意が得られない	10.6	28.7	**
矯正施設内での処遇に関する情報がない	40.6	34.9	
その他	21.1	15.4	

\*\*は1%水準で有意,\*は5%水準で有意であることを示す。

#### Ⅷ. 矯正施設を退所した知的障害者への支援に関する研修について

矯正施設を退所した知的障害者への支援に必要とされる知識・技術について尋ねた。ここでは,当法人のこれまでの実践の蓄積,他団体が主催する先行研修のプログラム等から当法人が提案する16の講義からなる研修プログラム案を作成し,その中で受講したい講義を5つまで選択してもらった。また,矯正施設を退所した知的障害者の支援において,職員研修に含まれるべきと考えられる事項・内容について自由記述で回答を求めた。

まず、16の講義の選択結果では、最も多く選択されたのが「知的障害者の犯罪特性」57.6%であった。以下「福祉施設が支援をする意義」45.6%、「チームケアの方法とキーパーソンの役割」43.2%、「犯罪に至る要因（環境からの視点）」40.9%、「犯罪に至る要因（本人からの視点）」40.5%であった（図14）。なお、これらの項目を矯正施設退所者受入れ経験別にみたが、特段差は認められなかった（図15）。

また、得られた自由記述の回答124件を類型化した結果、「支援技術の向上、専門的知識の取得」に分類できるものが最も多く、続いて「支援することの理解」、「司法制度」、「刑務所での処遇」、「触法障害者の犯罪傾向」、「施設、支援者への負担の配慮」、「地域移行」、「支援に係る新制度の確立」、「マスメディアのあり方」といった内容が記述されていた。

(複数回答)(N=745)

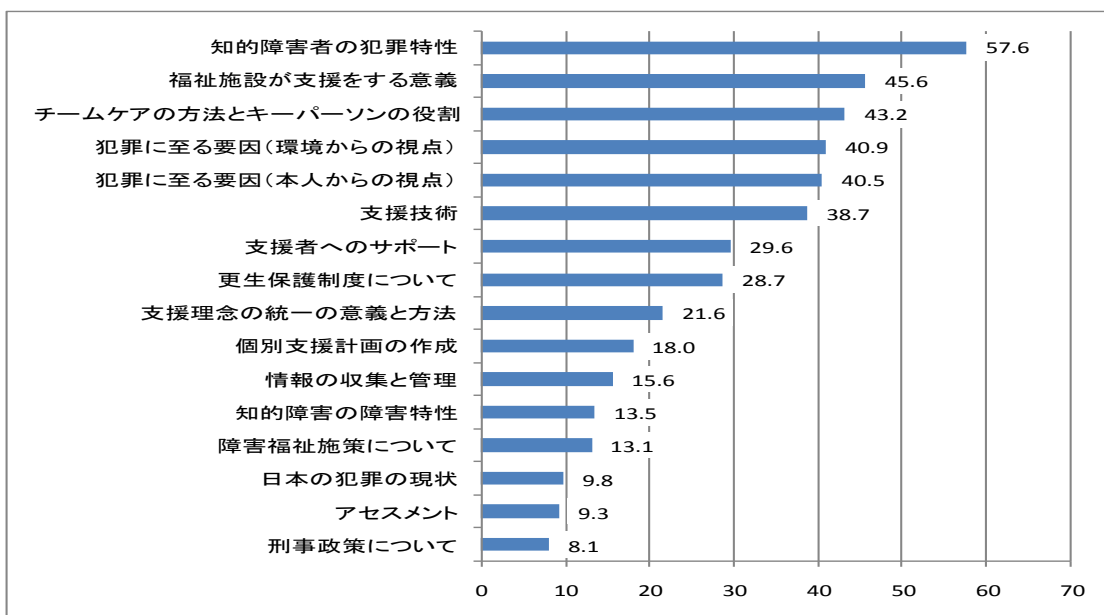


図14 矯正施設退所の知的障害者支援研修プログラムとして特に必要と考える内容、もしくは受講してみたいと考える内容(全体)

受入経験有(N=180) 受入経験無 (N=565)

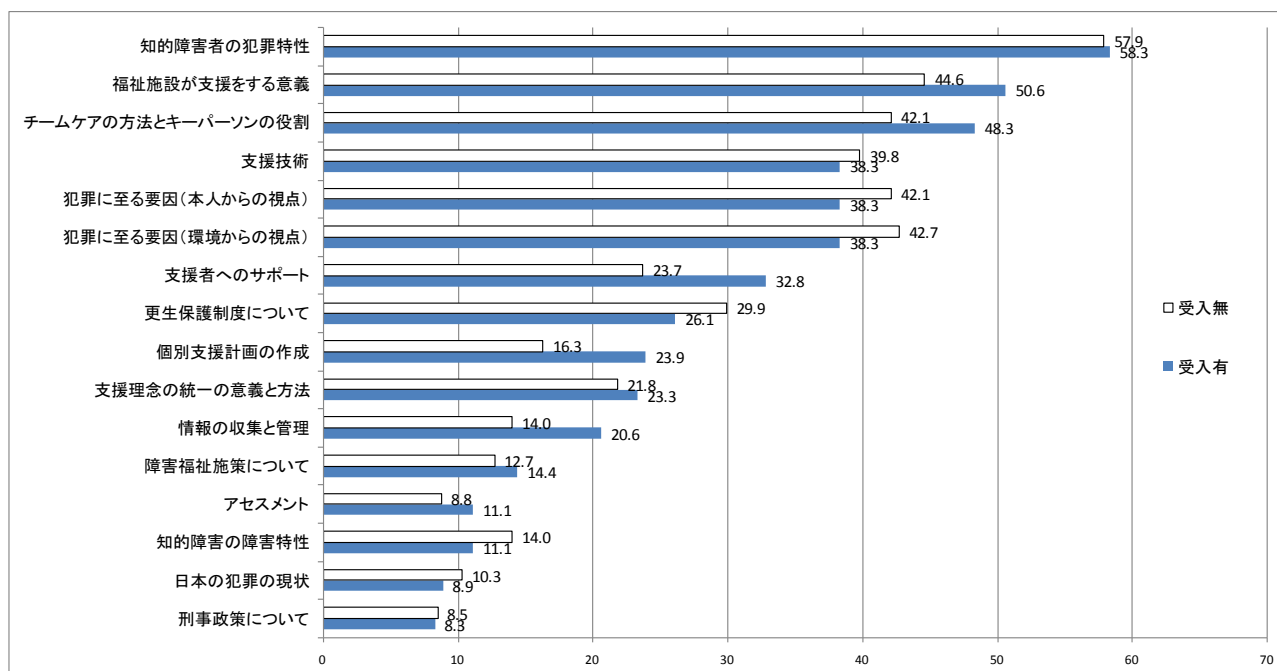


図 15 矯正施設を退所した知的障害者支援研修プログラムとして特に必要と考える内容、もしくは受講してみたいと考える内容(受け入れ経験有無別)

※受入れについて無回答は集計から除いた

## IX. 考察

以下、得られた調査結果を基に、今回の調査の目的 4 点に照らして考察する。

### 1. 矯正施設退所者の受入れの実態

障害者支援施設で矯正施設等を退所した知的障害者の受入れについて、受入れ相談を受けたことがあるところは約 25%であり、全体的に相談を受けている施設はあまり多いとはいえない。また、矯正施設退所者の受入れ経験は、「あり」が約 23%と少なかった。受入れ者の主罪名は窃盗、詐欺が 7 割を占め、軽微な犯罪が多いのが特徴であった。

受入れている施設と、受入れ相談があった施設はほぼ同じ割合であり、受入れ相談があった施設は断らずに受入れているところが多いと考えられる。今後、矯正施設退所者が福祉サービスとつながる機会が多くなり、受入れ相談が増加した際に受入れをする施設の割合がどの程度増加するか着目する必要がある。

### 2. 矯正施設退所者の受入れについての考え

矯正施設等を退所した知的障害者の施設への受入れは、積極的に受入れるという回答は 2%に過ぎなかった。ただし、受け入れるという回答の範囲を「ケースによっては受入れを検討する」まで広げると、60%近くが受入れる意思があることが分かった。このことから、条件を整えば矯正施設を退所した知的障害者の受入れを検討する障害者支援施設が多くあることが分かった。

受入れを積極的にしない理由として、「他利用者への影響が心配」が最も多くあげられていたが、



続いて「支援プログラムがない」、「専門職の配置がない」が理由としてあげられていた。これらのことから、支援プログラムが作成され普及し、専門的な対応ができる職員の数が増えれば、障害者支援施設において矯正施設退所者の受入れの間口が広がると考えられる。

課題は、再犯に至った際に懸念されている施設の責任が問われる可能性についてである。矯正施設退所者を受入れた施設のみに全ての責任が集中しないような体制の構築が求められる。

### 3. 矯正施設退所者の受入れの対応について

矯正施設退所者の受入れ経験がある施設のうち、特別な配慮をしている施設が6割であった。この内容については、個別の支援プログラム作成、他機関・職種との連携や居室や住まいへの配慮をしていることが明らかになった。一方、特別に支援ツール等を設けているところは16%と非常に少なかった。この結果からでは矯正施設退所者への特別な支援ツールが要求されているかは不明であるが、「支援プログラムがない」理由で積極的に受入れしない施設が少なからずあったことからすると、支援プログラム等の開発が必要となる。

### 4. 矯正施設退所者を受入れた際に感じた困難

矯正施設退所者を受入れた経験がある施設が、受入れた際に感じた困難と、受入れ経験がない施設が受入れた際に感じると予測される困難とに差異が認められる項目があった。

受入れ経験のある施設が、経験のない施設よりも困難と感じる項目は、「必要な支援量からすると障害程度区分が低い」、「入所施設利用後の移行先が見いだせない」、「無断外出・無断外泊がある」であった。

一方、経験がない施設がある施設よりも受入れた際に困難があると考えた項目は、「再犯防止の方法・ノウハウがない」、「支援量を考えると現行制度では職員が不足」、「他利用者等への危害の危険がある」、「職員が支援の必要性の理解を示さない」、「他利用者や家族の同意が得られない」であった。

受入れ経験のある施設が掲げる困難項目は、実際の支援に当たってみて初めて実感する項目である。一方受入れ経験がない施設では、ノウハウがないことがあげられ、また周囲の理解や同意を得られないことで受入れられない、という状況も見られた。

研修プログラムを開発する上では、受入れ経験がない施設に対しては、受入れるに当たり準備すべきことを、受入れ経験がある施設に対しては、現在抱えている問題への向き合い方について、といったようにプログラムを分けることも一案として考えられる。

### 5. 矯正施設退所者の支援に必要な研修プログラム

矯正施設退所者の受入れ経験がある施設でも、ない施設でも必要と回答された研修プログラムには差はみられなかった。特に必要と考えられている研修プログラムは、「知的障害者の犯罪特性」、「福祉施設が支援をする意義」、「チームケアの方法とキーパーソンの役割」についてであった。これらの内容を柱として研修プログラムが構築されるべきである。

### まとめ

今回の調査で、多くの障害者支援施設が矯正施設退所者をケースによっては受入れるとしていた。

しかし、受入れることを躊躇する理由として支援プログラムや専門職員の配置がないことがあげられていたことから、今後障害者支援施設における矯正施設退所者の受入れ間口を広げるためには、支援プログラムを含む矯正施設退所者の受入れに関する研修プログラムの開発が有効になるといえる。

## 文献

- 1) 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園：福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した障害者等の地域生活移行のための効果的な支援プログラムの開発に関する研究，障害者自立支援調査研究プロジェクト，(2010)。
- 2) 法務省：平成 21 年度版犯罪白書，法務省法務総合研究所，(2009)。
- 3) 田島良昭(研究代表者)：罪を犯した障害者の地域生活支援に関する研究，厚生労働科学研究，(2009)。

# 福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した知的障害者等の地域生活移行を支援する職員のための研修プログラム開発に関する調査研究（その2）

## 障害者福祉施設における矯正施設等を退所した知的障害者等の職員研修についての調査研究

木下大生<sup>1</sup>

小野隆一<sup>2</sup> 水藤昌彦<sup>3</sup>

【要旨】 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園（以下「当法人」と略記）において、矯正施設等を退所した知的障害者等の職員研修プログラムの開発をするため、2010年度に研究検討委員会を立ち上げ、研修プログラムを構築した。本研究では、開発した研修プログラムの内容が矯正施設を退所した知的障害者を支援する、またはしようとする障害者福祉施設の支援員の実践に即した内容であるかを検討するため、研修プログラムを用い試行的に研修を行い、その内容の満足度を受講者に対してアンケート調査を行った（回収率 44.9%）。

その結果、用意した6つの研修プログラムとも「参考になった」、「どちらかといえば参考になった」を合わせると概ね9割となり、研修プログラムの内容については適切であることが示唆された。また、研修の設定について研修の容量、資料の量、設定されたプログラム、時間配分等8項目にわたって尋ねた結果、「適切」、「どちらかといえば適切」と適切である旨の回答が全ての項目で7割を超え、研修の設定方法についても概ね適切であったことが確認された。

【キーワード】 矯正施設 知的障害者 研修 評価

### I. 背景

刑務所・保護観察所等は矯正・更生保護として退所後の社会復帰に向けて取り組んでいる。しかし、罪を犯して矯正施設に入った知的障害者等は、退所後に福祉サービスにうまく繋がる事が出来なかった結果、地域での自立が図れず再犯に至る例も多く見られる。

このような現状を鑑み、国は法務省と厚生労働省とが連携し、法務省は、地域での自立を推進するために刑務所や保護観察所、更生保護施設に担当者を配置し、厚生労働省は全国に地域生活定着支援センターを設置して出所後直ちに福祉サービスに繋げる事業を平成21年度からスタートした。しかし、福祉サービスの提供先となる福祉施設やグループホーム・ケアホームでは、矯正施設を退所した障害者への支援の不安から受け入れ支援がなかなか進まない状況にある。

そのような状況において、当法人では、平成20年度からの新規事業として、刑務所等矯正施設から直接、有期限で受け入れ、さらに地域生活への移行をめざしている。また、平成21年度施設での支援プログラムや地域への生活自立を支えるための支援プログラムの開発をした。さらに平成22年度は、厚生労働省障害者総合福祉推進事業として施設で受け入れての支援方法について指導的立場となる職員の研修内容の開発をめざし、研究検討委員会を発足した。

研修プログラムの内容を選定するため、障害者施設（旧法でいう知的障害者入所更生施設・入所授産施設計 1,490 施設）に対して、大別して4点について調査を行った<sup>1</sup>。この調査結果を基に、研究検討委員会において研修プログラムの内容について検討し作成したが、構築した研修プログラ

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部

<sup>2</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域支援部

<sup>3</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園参事

ムは障害者施設において有効な内容であるかを検討する必要がある。

## II. 目的

本研究の目的は、当法人研究検討委員会が構築した研修プログラムの内容について、今後矯正施設等を退所した知的障害者を施設利用者の受け入れを検討している障害者施設の職員等の意見を集約し、その内容を検討することである。また、研修プログラムがより効果的な内容になるための修正を図るための示唆を得ることを目的とする。

## III. 調査方法

研究検討委員会で作成した研修プログラムを基にした研修を開催し、受講者に対して研修プログラムについての自記式のアンケートを行った。

方法は研修当日の受付時に、受講者に研修資料とともにアンケートを配布し、研修終了後に回収箱を用意し回収した。

アンケート項目は、大別して4問とした。その内容は、「各講義について矯正施設を退所した知的障害者を支援するにあたり参考になったか」、「研修設定全般について」とした。なお、設問は5件法で尋ねた<sup>ii</sup>。

また自由回答技術方式で2問、「今回の研修に加えてどのような講義や演習が必要だと考えますか」等とした。

参加者は、社会福祉関係者、刑務所、少年院などの法務関係者、大学などの教育関係者など、総勢 205 人で、回収率は 44.9%であった(回収数 92 票)。

## IV. 研修の開催内容

### 1. 研修開催内容

研修の題名は「国立のぞみの園福祉セミナー2011—福祉サービスを必要とする罪を犯した知的障害者等の地域生活支援に向けて Part3—」とし、開催内容は以下の通りであった。

表1 開催内容

日 時	平成23年2月23日(水)～24日(木)
会 場	高崎シティギャラリーコアホール
募集人員	300 人
対 象 者	知的障害・発達障害の支援者、地方自治体等の知的障害福祉関係者、法務関係者、知的障害の福祉に関心のある者
参 加 費	無料

### 2. 各プログラムのねらい

ここでは「シンポジウム」、「実践報告」、「講義Ⅰ～Ⅲ」と「質疑応答」(以下まとめて「講義」と略記)のそれぞれのねらいを以下に確認する。

表2 各プログラムの内容

研修題目	ねらい
シンポジウム 「地域生活定着支援センター事業が始まって2年、矯正・福祉現場はどう変わったか」 (60分)	矯正施設、地域生活定着支援センター、福祉実践現場における支援者、の立場にある3者が、知的障害者の地域生活の自立のために福祉の現場が果たすべきと考える役割について討議し、もって福祉サービスを必要とする罪を犯した知的障害者等を取り巻く環境の全体像を把握し理解を促すことである。
実践報告 「実践報告と課題の検討」(140分)	実際に福祉サービスを必要とする罪を犯した知的障害者等の支援に携わっている実践者から、支援の実際および課題を報告し、支援の実際の理解の促進を図ることである。
講義Ⅰ 「知的障害と犯罪—知的障害者が犯罪に至ってしまう場合の特徴—」(60分)	医療の観点から、知的障害について、①脳の機能から理解すること、②犯罪に至ってしまう場合の特徴の理解、2点の促進である。
講義Ⅱ 「支援と体制—支援理念の統一と環境—」(60分)	罪を犯した人を支援することに対する職員の①支援理念の統一の必要性、②支援方法(チームケア)の統一の必要性、③個人情報の開示、3点の理解の促進を図ることである。
講義Ⅲ 「支援の技術—個別支援計画の作り方と具体的支援技術—」(60分)	個別支援計画の作り方と具体的支援技術の理解をねらいとして設定し、より具体的な内容として、①アセスメント(入所時・入所後観察)の重要性、②犯罪に至った要因としての生活環境の整備の支援について、③犯罪に至った要因としての認知のゆがみなど本人の課題に対する支援について、3点の理解の促進を図ることを目指した。
質疑応答 「会場からの質問にお答えします」(60分)	講義ⅠからⅢに対する質問を会場から募り、その質問に対して同講義の講師3氏より回答をすることにより、3講義に対する理解を深めることをねらいとして設定した。

## V. 研修受講者評価(アンケート結果)

### 1. 各講義の評価について

各講義の内容について、「矯正施設を退所した知的障害者を支援するにあたり参考になりましたか」を受講者に尋ねた。研修の最後に行った質疑応答形式の「会場からの質問にお答えします」を含めた計6つの講義では、「参考になった」、「どちらかという参考になった」と講義を肯定的にとらえた群が、どの講義においても概ね90%であった(図1)。各講義の評価についての詳細を以下で確認する。

#### (1) シンポジウム

「参考になった」が55.1%、「どちらかという参考になった」が36.0%、「どちらでもない」が5.6%、「どちらかという参考にならなかった」が3.4%、「参考にならなかった」が0%という結果であった。

「参考になった」、「どちらかという参考になった」の合計が91.1%で参考になったと回答した人

の割合であった。

## (2) 実践報告

「参考になった」が 52.2%、「どちらかという参考になった」が 35.6%、「どちらでもない」が 10.0%、「どちらかという参考にならなかった」が 2.2%、「参考にならなかった」が 0%であった。

なお、「参考になった」、「どちらかという参考になった」と回答した人の割合の合計は 87.8%であった。

## (3) 講義 I

「参考になった」が 72.7%、「どちらかという参考になった」が 23.9%、「どちらでもない」が 2.3%、「どちらかという参考にならなかった」が 1.1%、「参考にならなかった」が 0%という結果であった。

「参考になった」、「どちらかという参考になった」と回答した人の割合の合計は、96.6%であった。

## (4) 講義 II

「参考になった」が 57.3%、「どちらかという参考になった」が 37.1%、「どちらでもない」が 3.4%、「どちらかという参考にならなかった」が 1.1%、「参考にならなかった」が 1.1%であった。

「参考になった」、「どちらかという参考になった」と回答した人の割合の合計は、94.4%であった。

## (5) 講義 III

「参考になった」が 36.4%、「どちらかという参考になった」が 40.9%、「どちらでもない」が 15.9%、「どちらかという参考にならなかった」が 5.7%、「参考にならなかった」が 1.1%という結果であった。

「参考になった」、「どちらかという参考になった」と回答した人の割合の合計は、77.3%であった。

## (6) 質疑応答

「参考になった」が 56.1%、「どちらかという参考になった」が 33.3%、「どちらでもない」が 7.6%、「どちらかという参考にならなかった」が 3.0%、「参考にならなかった」が 0%であった。

「参考になった」、「どちらかという参考になった」と回答した人の割合の合計は、89.4%であった。

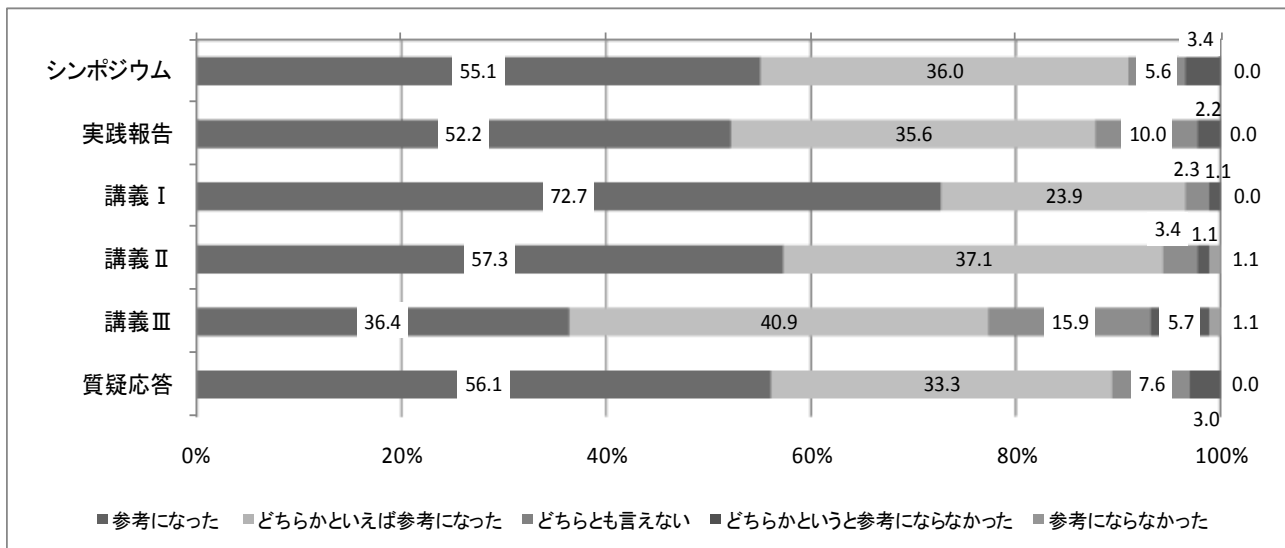


図1 各講義の評価について

## 2. 研修の設定について

研修の設定について以下の8項目について尋ねた。(1)研修の全体の量は適切であったか、(2)研修のテーマと内容があっていたか、(3)設定された講義は適切であったか、(4)時間配分が適切であったか、(5)期待していた内容であったか、(6)講義の進行の速度は適切であったか、(7)資料の量は適切であったか、(8)担当講師の説明はわかりやすかったかの8項目について尋ねた。全体の結果は、肯定的な意見の割合が高かったといえる(図2)。以下で各項目の詳細を確認する。

### (1) 研修全体の量は適切であったか

今回の研修における研修量について尋ねた。結果は「そう思う」が47.6%、「どちらかというと思う」36.9%、「どちらともいえない」8.3%、「どちらかというと思わない」6.0%、「そう思わない」1.2%であった。

「そう思う」、「どちらかというと思う」の肯定的な回答が84.5%であったことから研修量は概ね適切であったといえる。

### (2) 研修のテーマと内容があっていたか

研修テーマと研修の内容があっていたかを尋ねたところ、「そう思う」が51.8%、「どちらかというと思う」40.0%、「どちらともいえない」5.9%、「どちらかというと思わない」2.4%、「そう思わない」0%であった。

「そう思う」、「どちらかというと思う」の割合の合計が91.8%であったことから、今回の研修のテーマと内容は合致していたと考えられる。

### (3) 設定された講義は適切であったか

設定された講義が適切であったかを尋ねたところ、「そう思う」が56.0%、「どちらかというと思う」36.9%、「どちらともいえない」4.8%、「どちらかというと思わない」2.4%、「そう思わない」0%との結果になった。

「そう思う」、「どちらかというと思う」と肯定的な回答をしたのは 92.9%と高い割合であった。

#### (4) 時間配分が適切であったか

時間の配分が適切であったか否かを尋ねた。その結果「そう思う」が 40.5%、「どちらかというと思う」29.8%、「どちらともいえない」22.6%、「どちらかというと思わない」6.0%、「そう思わない」1.2%となった。

「そう思う」、「どちらかというと思う」と回答した人の割合の合計は 70.3%であった。「どちらともいえない」と回答した人が 22.6%いたことから、時間配分について検討の余地があると考えられる。

#### (5) 期待していた内容であったか

期待していた内容であったかについて尋ねたところ、結果は「そう思う」が 42.9%、「どちらかというと思う」40.5%、「どちらともいえない」13.1%、「どちらかというと思わない」2.4%、「そう思わない」1.2%となった。

「そう思う」、「どちらかというと思う」の割合の合計は 83.4%であった。

#### (6) 講義の進行の速度は適切であったか

講義の進行速度について適切であったかを尋ねたところ、結果は「そう思う」が 44.0%、「どちらかというと思う」39.3%、「どちらともいえない」7.1%、「どちらかというと思わない」2.4%、「そう思わない」0%と「そう思う」、「どちらかというと思う」の肯定的な回答が 83.3%であった。

#### (7) 資料の量は適切であったか

資料の量は適切であったかを尋ねた。その結果「そう思う」が 51.2%、「どちらかというと思う」39.3%、「どちらともいえない」7.1%、「どちらかというと思わない」2.4%「そう思わない」0%であった。

「そう思う」、「どちらかというと思う」の割合を合計すると、90.5%の人が資料量は適切であると感じたことがわかった。

#### (8) 担当講師の説明はわかりやすかったか

担当講師の説明についてわかりやすかったかを尋ねたところ、結果は「そう思う」が 50.6%、「どちらかというと思う」33.7%、「どちらともいえない」12.0%、「どちらかというと思わない」2.4%、「そう思わない」1.2%となった。

「そう思う」、「どちらかというと思う」の割合の合計は 84.3%で、講師の説明がわかりやすかったと思っていた人の割合は8割以上とであった。



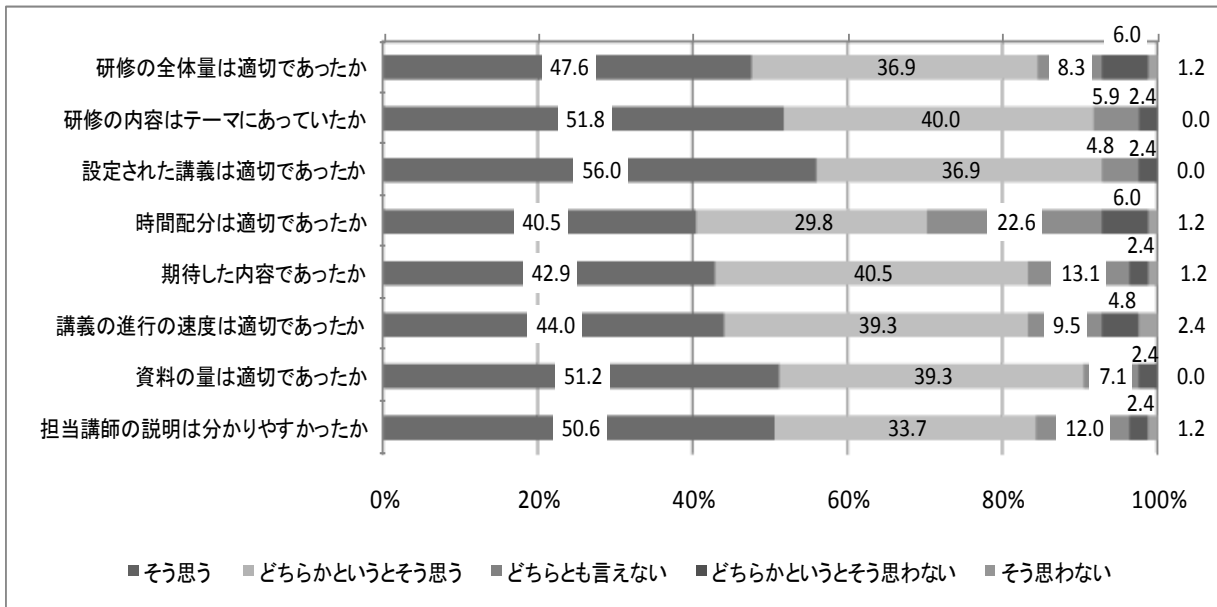


図2 研修の設定についての評価

### 3. 自由回答記述

自由回答記述で2問尋ねた。内容は、(1)「今回の研修で取り扱ったものに加えてどのような講義や演習が必要だと思えるか」、(2)「ご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください」であった。以下でそれぞれの記述内容についてみてみたい。

#### (1)「今回の研修で取り扱ったものに加えてどのような講義や演習が必要だと思えるか」

この設問については、44件の回答があった。それらを類型化した結果、7項目に分類することができた。以下にその分類と代表的な意見を記載する。

##### ①連携について

- ・合同支援会議について、実情が分かるようなものがあれば良いと思いました。
- ・矯正施設から福祉につなぐ際必要な情報、欲しい情報を細かく具体的に知りたい。
- ・「連携」の部分について具体的に成功例、失敗例を聞きたいです。刑務所 CSW が孤立無援状態の中で、どうしているか聞きたいです。
- ・矯正施設→福祉施設の連携のあり方やそれに必要な法制度などについての検討。
- ・障がい者の方が社会生活を営む場合、様々な法的トラブルに巻き込まれています。私も生活保護の申請同行、補助、成年後見の申し立て、債務の整理をしました。弁護士の利用・連携の仕方(双方向で)があれば良いと思いました。
- ・横のつながりの作り方、作った方法、今それが重要だが、それが出来ていないのは全国レベルである。
- ・司法と福祉の連携例なども聞きたかった。
- ・引き継いでいくことの必要性や困難。1つのケースについて刑務所内から社会内処遇まで関わった施設が集まって、順に講義してもらえたらすごく勉強になると思いました。
- ・不起訴になった障害者支援。今後起訴されてもおかしくない方への支援や定着支援センターとの

連携など、今、在宅、地域社会にて生活しているボーダーラインに入っている方の支援。

## ②事例検討

- ・知識を蓄えるという点で参考になりましたが、事例報告のような参加者が共感できるような内容があっても良いかなと思います。
- ・実際に知的障害者と接している場面の映像など。
- ・定着支援センターがまだできて間もないので、共通した設定を用いて、各センターの支援方法を聞いてみたい。
- ・具体的な事例に基づくグループワーク。ケアマネジメント(失敗例、成功例)。
- ・個人情報がからんでくるので、難しいとは思いますが、ケースの紹介がもっとあると良かったと思う。
- ・様々なケースはあるものの、ベースになりそうな支援体制作りをした実際の事例をいくつか具体的にききたい。
- ・支援の成功事例に関する講義を追加して頂くとより参考になると思う。
- ・具体的な困難ケースについて発表する時間があると良かったと思う。
- ・各地、各センターの取組の更なる紹介を検討。
- ・数多くの実践レポートが聞けたらと思う。

## ③支援の方法

- ・性について命について等、心理士のいない福祉施設における教育の講習会。日常生活の関わりで注意すべき点。(触法障害者に関して)
- ・矯正施設に入らない、執行猶予付き加害者の支援については、定着支援センターは関わりが薄いと思うが、そんな支援に関する講義や案内を希望します。
- ・犯罪性と除去、または軽減するための具体的処遇方法。

## ④施設見学

- ・実際の施設を見学して、どんなところでどんなことをしているか具体的に知れたらいいと思いました。

## ⑤矯正施設職員の話

- ・矯正で収容者がどんな体験をしているかについて、矯正職員から話すような場があってもいいか、と思いました。確かに刑務所では伸ばせない力もありますが、収容者が刑務所体験をどう捉え、福祉の支援の中でどう意味づけていくのか整理できたらいいと思いました。
- ・矯正施設職員が入れば、所内生活の様子も分かり、よりイメージが湧き易いのではと思った。

## ⑥演習・グループ討議

- ・矯正施設入所から退所、福祉施設利用、退所し地域移行、現在の様子というモデルケースを時系列で追う内容。関わる機関が必要に応じてコメントをしていくという演習が必要だと思います。聞く側がイメージし易いかと思います。
- ・受け入れた施設の職員を集めた討論会。
- ・意見交換会をおこなう。

## ⑦組織マネジメント

- ・組織の中で新しい試みを始めるための組織マネジメント(新しいことに抵抗する人々の中でどう進めるか)。

### (2)「ご意見・ご要望等がございましたらご自由にお書きください」

この設問については、32件の回答があった。類型化した結果、2項目に分類できた。それぞれの内容を以下に記載する。

#### ①研修講義に関する意見・要望・疑問

- ・ポイントを絞った具体的例や実践を知りたい。
- ・更生施設からの GH, CH への移行時の問題点や地域への移行後の問題点などの講義を設けて欲しい。
- ・支援の失敗(停滞)事例を聴いてみたい(失敗談を失敗しない発見にしたいため)。

#### ②その他要望・意見

- ・保護司やボランティアの方々など、さらに地域に根付いて活動している方々も講評してもらおうと思う。また、福祉サイド以外の方にも(刑務所刑務官, 保護観察官等)。

## VI. まとめ

今回、障害者施設における矯正施設退所者の受入れ状況や受入れる際に必要と考える知識や技術についての意見を幹として研修プログラムを開発し試行した。結果、受講者に概ね内容が支持された。ただし、内容の改定や変更、付加すべきこと等の意見も多く得られたので、今後それらの意見を参考に、実践現場に求められている内容により即した研修プログラムの検討を重ねていく必要がある。

なお、この研究は、平成 22 年度障害者総合福祉推進事業「福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した知的障害者等の地域生活移行を支援する職員のための研究プログラム開発に関する調査研究」の交付を受けて行われた研究成果である。

## 注

- i 調査の項目は大別して、①矯正施設退所者の受入れの実態と考えについて、②矯正施設退所者の受入れの対応について、③矯正施設退所者を受入れた際に感じた困難について、④矯正施設退所者の支援に必要と考える知識・技術について、とした。詳細については、本紀要の「障害者支援施設における矯正施設等を退所した知的障害者等の受入れ・支援の実態及び職員研修についての調査研究」内に記載されている。
- ii 「各講義について矯正施設を退所した知的障害者を支援するにあたり参考になったか」については、「参考になった」、「どちらかという参考になった」、「どちらともいえない」、「どちらかという参考にならなかった」、「参考にならなかった」、「研修設定全般について」は、「そう思う」、「どちらかというと思う」、「どちらとも言えない」、「どちらかというと思わない」、「そう思わない」を尋ねた。

福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した知的障害者等の地域生活移行を支援する  
職員のための研修プログラム開発に関する調査研究

【研究検討委員会】

小野 隆一	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域支援部長（座長）
水藤 昌彦	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園参事
吉井 三夫	高崎市保健福祉部障害福祉課課長補佐
脇中 洋	大谷大学社会学科 発達心理学教授
原田 和明	社会福祉法人一羊会 相談支援センター「であい」所長
脇田 康夫	大阪府立砂川厚生福祉センター「つばさ」施設長
鈴木 康弘	地域生活支援センター ふっとわーくセンター長
高橋 勝彦	社会福祉法人宮城県社会福祉協議会 宮城県船形コロニー総合施設長
重吉 正文	社会福祉法人山形県社会福祉事業団 救護施設泉荘 荘長
森山 秀実	更生保護法人東京実華道場 ステップ押上施設長
中川 英男	滋賀県地域生活定着支援センター所長
関口 清美	とちぎ地域生活定着支援センター所長

【事務局】

木下 大生	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部研究課主査
小島 秀樹	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域支援部地域支援課調査係長
川田 圭祐	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域支援部地域支援課支援調査係 生活支援員

【研究担当】

堀越 正弘	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部第3課主査
新井 邦彦	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部第2課主任
悴田 徹	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部第1課主任
飯塚 浩司	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域支援部地域移行課支援調査係 生活支援員
君野 一樹	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部第2課生活支援員

【オブザーバー】

若井 隆弘	群馬県地域生活定着支援センター所長
大藤恵美子	社会福祉法人福島県社会福祉事業団福島県矢吹しらうめ通勤寮 主任援助員兼相談支援専門員

【アドバイザー】

古曳 牧人	法務省矯正局成人矯正課処遇三係事務官
田中 大輔	法務省保護局更生保護振興課法務専門官

水澤 弘行 法務省前橋保護観察所統括保護観察官  
宇井 総一郎 厚生労働省社会・援護局総務課課長補佐  
遅塚 昭彦 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域移行・  
障害児支援室相談支援専門官  
藤田 智夫 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課施設管理室室長補佐

【国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究スタッフ】

(矯正施設等を退所した知的障害者支援プロジェクトチーム)

小野 隆一 地域支援部長(統括責任者)  
水藤 昌彦 参事  
渡邊 正幸 就労支援部就労支援課課長  
小林 裕隆 生活支援部第2課寮長  
小島 秀樹 地域支援部地域支援課支援調査係長  
佐藤 孝之 法人事務局調査役付企画係長  
木下 大生 企画研究部研究課主査  
堀越 正弘 生活支援部第3課主査  
吉田 毅 地域支援部地域移行課地域移行係主査  
新井 邦彦 生活支援部第2課主任  
悴田 徹 生活支援部第1課主任  
川田 圭祐 地域支援部地域支援課支援調査係生活支援員  
飯塚 浩司 地域支援部地域移行課支援調査係生活支援員  
君野 一樹 生活支援部第2課生活支援員

# 知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と 重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らすために 必要なサービスについての調査・研究（その1）

## 障害児者が利用する移動支援事業の実態に関する研究

相馬大祐<sup>1</sup>

志賀利一<sup>1</sup> 村岡美幸<sup>1</sup> 森地徹<sup>1</sup> 田中正博<sup>2</sup>

【要旨】 障害者自立支援法で、地域生活支援事業として位置づけられた移動支援事業の実態について明らかにすることを目的にした。先行研究から、(1)移動支援事業には地域格差が存在する、(2)障害児に対象を限定した場合、移動支援は日中一時支援や児童デイサービスの代替補完の役割を担っている、(3)移動支援を利用している人は、60歳以上の人も存在する、(4)移動支援事業所の課題としては、従事者不足があげられる、以上の4点を仮説として設定し検証した。研究方法としては、まず、全国の市区町村を対象とした市区町村悉皆調査、次に事業所アンケート調査、第3に事業所ヒアリング調査を実施した。

その結果、移動支援の実態として、(1)地域格差の存在、(2)障害児サービスの代替補完の役割、(3)介護保険サービスの代替補完の役割、(4)従事者不足と福祉有償運送の課題などが明らかとなり、移動支援事業は様々なサービスの代替補完としての役割が明らかとなった。

【キーワード】 社会参加 移動支援 地域生活支援事業 障害者自立支援法

## I. はじめに

2003年の支援費制度制定により、障害者の自立生活と社会参加の推進を目的として居宅生活支援の中に移動介護が位置づけられた。

その後、2006年に制定された障害者自立支援法では、障害福祉サービスが自立支援給付と地域生活支援事業に分類され、移動支援事業は地域生活支援事業の必須事業として位置づけられた。地域生活支援事業は、市区町村、都道府県が地域の特性や障害者の状況に応じて柔軟に実施するものであるが、その反面、市区町村間で格差を生む可能性が指摘されている。移動支援事業で言えば、谷口が兵庫県内の移動支援事業所実態調査から地域格差の要因を検証している<sup>1)</sup>。全国的な実態としては、厚生労働省によって「地域生活支援事業の実施状況」の中で、2009年3月時点の都道府県別の実施状況、事業費、1人あたりの支出額、利用実人数、1人あたりの利用時間、延べ利用時間が公表されているが、それ以降の数値は公表されていない<sup>2)</sup>。

そこで、本研究では、市区町村へ悉皆調査を実施すると共に、移動支援事業所へアンケート調査、ヒアリング調査を実施し、移動支援事業の実態を明らかにすることを目的とした。

## II. 目的

本研究では、移動支援事業の実施実態を明らかにすることを目的としている。具体的には先行研究から得た以下の仮説を検証する。

(1)移動支援事業には地域格差が存在する。

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部

<sup>2</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園参事

- (2) 障害児に対象を限定した場合、移動支援は日中一時支援や児童デイサービスの代替補完の役割を担っている。
- (3) 移動支援を利用している人は、60歳以上の人も存在する。
- (4) 移動支援事業所の課題としては、従事者不足があげられる。

先述した通り、地域格差については厚生労働省や谷口により指摘されているが、現時点における全国的な実態は明らかにされていない。このため、全国の市区町村を対象とし、現在の実態を明らかにする必要がある<sup>1)2)</sup>。

また、移動支援事業と他のサービスの関係について、障害児の保護者調査によると、「ガイドヘルプ・ホームヘルプ」の利用率が55.1%と多い京都市は、「児童デイサービス」の利用率が2.2%、「日中一時支援事業」の利用率が6.7%と低い結果となっており、同様な傾向は静岡市でもうかがえる<sup>3)</sup>。このように、障害児に限定した場合、移動支援は他のサービス、特に、放課後や休日のサービスとして想定される日中一時支援や児童デイサービスの代替として位置づけられている。

第3に神戸市の利用者実態調査によれば、60歳以上の利用者は21.0%であった<sup>4)</sup>。この60歳以上の人の利用目的は「日常の買い物のため」が一番多く、次いで、「医療機関や保健所に通うため」、「余暇・スポーツ・文化活動に参加するため」が多い傾向にある。これらは、介護保険制度を利用して目的を果たすことも可能であると考えられるが、その詳細については分析されていない。このため、65歳以上で介護保険対象者の人の移動支援利用の実態を明らかにする必要がある。

最後に移動支援事業所の課題として、従事者不足があげられ、この要因として谷口は、賃金と養成研修を指摘している<sup>1)</sup>。このような課題について、事業所へのヒアリング調査を実施し、その他の課題と課題への取り組みについても明らかにすることが必要である。

### Ⅲ. 方法

研究方法としては、まず、全国の市区町村を対象とした(1)市区町村悉皆調査、次に(2)事業所アンケート調査、第3に(3)事業所ヒアリング調査を実施した。対象と方法の概要は以下の表1の通りである

表1 調査概要

調査名	方法	対象数	回収率
市区町村悉皆調査	質問紙を郵送配布，郵送回収	1750 市区町村	70.0%
事業所アンケート調査	質問紙を郵送配布，郵送回収	417 事業所(11 都道府県 14 市)	22.3%
事業所ヒアリング調査	ヒアリング調査	11 事業所	—

### Ⅳ. 結果と考察

#### 1. 結果の概要

移動支援事業は生活介護、居宅介護に次いで、3番目に利用実人数が多く、約9万人が利用していることが分かった。また、ほとんどの市区町村では移動支援を実施しており、実施率は95.6%(1,171自治体)で、今回の調査で実施していない割合は4.4%(54自治体)であった。この54自治体の特徴としては、ほとんどが人口1万人未満の小規模の自治体であった。

表2 各サービスの実施状況

	移動支援	日中一時	行動援護	重度訪問	居宅介護	児童デイ	短期入所	生活介護
～5,000人	70 69.3%	55 54.5%	8 7.9%	7 6.9%	65 64.4%	47 46.5%	44 43.6%	75 74.3%
～10,000人	110 89.4%	101 82.1%	23 18.7%	17 13.8%	116 94.3%	83 67.5%	84 68.3%	110 89.4%
～30,000人	294 97.0%	282 93.1%	96 31.7%	84 27.7%	296 97.7%	260 85.8%	283 93.4%	293 96.7%
～50,000人	198 100.0%	195 98.5%	81 40.9%	74 37.4%	192 97.0%	180 90.9%	193 97.5%	191 96.5%
～100,000人	229 99.6%	224 97.4%	122 53.0%	135 58.7%	224 97.4%	203 88.3%	223 97.0%	223 97.0%
100,001人以上	270 100.0%	262 97.0%	193 71.5%	230 85.2%	262 97.0%	259 95.9%	263 97.4%	263 97.4%
合計	1,171 95.6%	1,119 91.3%	523 42.7%	547 44.7%	1,155 94.3%	1,032 84.2%	1,090 89.0%	1,155 94.3%

## 2. 移動支援の地域格差

厚生労働省によると、2009年3月の利用実人数が最も多い都道府県が大阪府で15,113人、次いで東京都、神奈川県、兵庫県という順になっている<sup>2)</sup>。本調査でも、同様な結果がうかがえた。これは、人口や障害者数が大きく影響していると考え、人口1万人あたりの利用者数を分析したところ、大阪府が最も多く、次いで、京都府、奈良県という順になっている。次に、1万人あたりの利用実人数の上位20市区を都道府県ごとにまとめると、表3の通り、大阪府内が14市もあることが分かる。しかし、同じ地域生活支援事業の日中一時支援の結果をみると、表4の通り、1つの都道府県の自治体に集中する傾向はみられない。また、自立支援給付のどのサービスにおいてもこのように1つの都道府県の市区に集中する傾向はみられなかった。この結果から、移動支援の1つの特徴として、1つの都道府県に多くの利用実人数がいることがあげられる。



表3 移動支援の1万人あたりの利用実人数

市区	都道府県	1万人あたりの利用実人数	都道府県ごとに 見た市区数	
A-1	大阪府	27.1	大阪府	14
A-2	兵庫県	26.1	神奈川県	1
A-3	大阪府	24.0	京都府	1
A-4	大阪府	23.1	滋賀県	1
A-5	大阪府	22.3	東京都	1
A-6	大阪府	22.0	兵庫県	1
A-7	大阪府	21.8	広島県	1
A-8	大阪府	21.0		
A-9	広島県	21.0		
A-10	大阪府	21.0		
A-11	大阪府	20.5		
A-12	大阪府	20.3		
A-13	大阪府	18.5		
A-14	大阪府	18.5		
A-15	東京都	18.1		
A-16	大阪府	18.0		
A-17	滋賀県	17.1		
A-18	大阪府	16.8		
A-19	神奈川県	16.7		
A-20	京都府	16.6		

表4 日中一時の1万人あたりの利用実人数

市区	都道府県	1万人あたりの利用実人数	都道府県ごとに 見た市区数	
B-1	沖縄県	14.7	愛知県	3
B-2	千葉県	13.4	神奈川県	2
B-3	北海道	13.2	沖縄県	2
B-4	愛知県	12.6	千葉県	2
B-5	神奈川県	12.3	大分県	1
B-6	長野県	12.2	大阪府	1
B-7	栃木県	12.2	岡山県	1
B-8	山梨県	11.0	滋賀県	1
B-9	広島県	9.6	静岡県	1
B-10	千葉県	9.6	栃木県	1
B-11	三重県	9.6	長野県	1
B-12	神奈川県	9.5	広島県	1
B-13	大分県	9.4	北海道	1
B-14	岡山県	9.3	三重県	1
B-15	大阪府	9.1	山口県	1
B-16	愛知県	9.0	山梨県	1
B-17	滋賀県	9.0		
B-18	山口県	8.6		
B-19	沖縄県	8.6		
B-20	静岡県	8.5		

### 3. 他サービスの代替補完としての移動支援

2の通り、利用実人数に地域格差がある要因の1つに他サービスとの関係があると考え、他サービスと移動支援の1万人あたりの利用実人数の平均値について類型を作成し、比較を試みた。先行研究では、18歳未満の障害児において、市区町村間で利用実人数に相違があると指摘されているため、障害児についても別途分析した。

#### (1) 障害児者分析

まず、全体の障害児者についての傾向を概観するため、人口10万人から40万人内の216市区を、移動支援1万人あたりの利用実人数から表5の類型を作成し、他のサービスの1万人あたり利用実人数の平均と比較した。

表5 障害児者の類型

タイプ1	1万人あたり移動支援を利用している人が0.3人から3.0人の55市区
タイプ2	1万人あたり移動支援を利用している人が3.1人から5.1人の53市区
タイプ3	1万人あたり移動支援を利用している人が5.3人から8.7人の54市区
タイプ4	1万人あたり移動支援を利用している人が8.8人以上の54市区

その結果、以下表6のようになった。移動支援については、タイプ1からタイプ4へと利用実人数が多くなっている。移動支援が多い市区と同様な傾向として、重度訪問介護、居宅介護、短期入所などがあげられる。しかし、日中一時支援や児童デイサービスについては、移動支援が少ない市区の方が利用実人数は多い傾向にあることがうかがえる。

表6 全体の移動支援類型別平均値

移動支援類型	移動支援	日中一時	行動援護	重度訪問	居宅介護	児童デイ	短期入所	生活介護
タイプ1	1.9	3.7	0.3	0.3	6.7	4.6	1.9	10.1
タイプ2	4.1	4.1	0.6	0.4	7.3	5.6	1.9	9.6
タイプ3	7.0	4.8	0.6	0.6	8.2	4.2	2.3	10.4
タイプ4	13.3	3.4	0.5	0.7	11.3	3.9	2.6	11.2
全体平均	6.6	4.0	0.5	0.5	8.4	4.6	2.2	10.3

## (2) 障害児分析

同様に、人口10万人から40万人の障害児に関する全ての項目に回答のあった73市区について、移動支援1万人あたりの利用実人数から表7のように類型を作成し、その他のサービスの1万人あたりの利用実人数の平均と比較した。

表7 障害児の類型

タイプ1	1万人あたり移動支援を利用している人が0.4人から3.5人の19市区
タイプ2	1万人あたり移動支援を利用している人が3.7から6.1人の18市区
タイプ3	1万人あたり移動支援を利用している人が6.2から8.9人の18市区
タイプ4	1万人あたり移動支援を利用している人が9.0人以上の18市区

その結果、表8のようになった。障害児のみ分析した場合、障害児者と同様な結果であった。移動支援と同様にタイプ1からタイプ4になるに連れて増加傾向にあるものに重度訪問介護、居宅介護があげられた。逆に、日中一時支援、児童デイサービスについては、障害児者と同様に移動支援が少ないタイプの市区の方が利用実人数の平均値が高い傾向にあった。

以上の結果から、移動支援は日中一時支援や児童デイサービスの代替サービスとして位置づけられている可能性がうかがえた。そこで、事業所へのヒアリング調査を行った。

表8 障害児の移動支援類型別平均値

移動支援類型	移動支援	日中一時	行動援護	重度訪問	居宅介護	児童デイ	短期入所	生活介護
タイプ1	2.4	3.2	0.4	0.3	7.0	4.9	2.2	10.8
タイプ2	4.7	5.7	0.5	0.3	7.0	4.9	2.0	10.7
タイプ3	7.5	5.4	0.7	0.5	8.7	3.6	2.5	11.2
タイプ4	13.8	2.9	0.4	0.7	11.8	3.6	2.8	11.1
全体平均	7.0	4.3	0.5	0.4	8.6	4.3	2.4	10.9

事業所ヒアリング調査の結果、移動支援を利用している人は、「児童デイや日中一時を利用できない方が移動支援を利用している」という話があった。しかし、一方で、「日中一時が使えないからという理由で使うことはない」という話もあり、先述したように地域にある社会資源によって移動支援の利用目的、内容が影響を受けていると言える。

#### 4. 移動支援と介護保険サービスの関係

##### (1) 65歳以上で移動支援を利用している人の概要

移動支援事業所のアンケート調査の結果、表9の通り65歳以上で移動支援を利用している人は、13.6%であった。

表9 移動支援利用者の年齢区分状況

17歳以下	266	28.9%
18歳～64歳	530	57.5%
65歳以上	125	13.6%
合計	921	100%

65歳以上の人の利用目的地はデパート等が一番多く、25.2%で4人に1人という結果となっている。この他に、医療機関が13.2%、福祉施設が12.0%という結果となっている。本調査でも神戸市の調査と同様の結果となった。そこで、アンケート調査で65歳以上の利用が多い事業所に移動支援と介護保険サービスの関係についてヒアリング調査を試みた。

表10 年齢別目的地

年齢3区分	官公庁	医療機関	福祉施設	理美容院	デパート等	金融機関	散歩等
17歳以下	13 1.7%	10 1.3%	40 5.4%	3 0.4%	124 16.6%	0 0.0%	78 10.5%
18歳～64歳	40 3.2%	72 5.8%	91 7.3%	25 2.0%	358 28.6%	27 2.2%	107 8.6%
65歳以上	13 5.6%	31 13.2%	28 12.0%	10 4.3%	59 25.2%	16 6.8%	20 8.5%
合計	66 3.0%	113 5.1%	159 7.1%	38 1.7%	541 24.2%	43 1.9%	205 9.2%

※65歳以上の人の多い目的地を抜粋した

##### (2) 介護保険受給者で移動支援を利用している人の実態

事業所ヒアリング調査の対象事業所の中で、介護保険受給者が利用しているのは3市の4事業所であった。介護保険受給者で移動支援を利用している人の概要を主障害、利用している介護保

険サービス、移動支援を利用している要因別にまとめると、表 11 のようになる。

利用者像については、視覚障害者や肢体不自由者が多い傾向にあった。また、利用している人の多くの要介護認定区分は、要介護度2や3である場合が多い傾向にあった。

次に、利用している介護保険サービスについては、様々ではあるが、家事援助、デイサービスなどを利用しているということであった。

移動支援を利用している理由としては、介護保険サービスで使えない部分の補填として利用しているということであった。具体的には、病院内での介護が必要な場合<sup>1)</sup>や退院後すぐの場合、施設間移動、ショートステイ利用時、社会参加の利用など、介護保険サービスでは利用しにくい部分の補填として利用されている実態がうかがえた。

移動支援の利用調整では、介護保険のケアマネジャーが調整をしている事業所が多く、ある事業所では、介護保険サービスの第2号被保険者の利用が多いということ、65歳以下で介護保険サービスを利用している人の存在も確認された。

表 11 移動支援と介護保険サービスの関係

利用者像	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚障害者</li> <li>・肢体不自由者</li> <li>・介護保険の1号と2号被保険者では、2号被保険者の人の利用が多い。</li> </ul>
利用しているサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険の方では、家事援助(掃除、洗濯、調理)、入浴、デイサービスを利用している。</li> <li>・障害福祉のショートステイ→介護保険のショートステイを繰り返し利用して生活している。</li> </ul>
移動支援を利用している理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市の窓口が介護保険や他の障害福祉サービスよりも移動支援の利用を積極的に進める場合がある。</li> <li>・介護保険で使えない部分の補填としての利用。</li> <li>・介護保険と比較して自己負担がかからず、非常に低額。</li> <li>・介護保険の通院は病院の玄関までだが、障害福祉の移動支援は、中まで付き添えるので、移動支援の活用が多い。</li> <li>・退院時にすぐ使えるサービスとして移動支援を使っている場合もある。</li> <li>・施設間移動とショートステイ中の通院時に移動支援を利用している。</li> <li>・社会参加を目的としている移動の場合、介護保険では難しい。</li> </ul>
移動支援の調整役	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険サービス・障害福祉サービスを併給する場合は介護保険のケアマネジャーと相談している。</li> <li>・ケアマネジャーが介護保険と障害福祉サービスの使い分けを行っている。</li> <li>・障害福祉サービスの微調整等は、社協のコーディネーターが行う。介護保険のケアマネジャーと協働する。</li> </ul>

## 5. 移動支援事業所の課題

### (1) 従事者不足

移動支援事業所の課題として、まず、従事者不足が先行研究で指摘されていた<sup>1)</sup>。この点については、事業所ヒアリング調査でも確認することができた。

従事者不足の要因として、E市では、事業所の中の特定の人に負荷がかかり過ぎるため、負荷が過剰になり、職場に定着しないことを1つの要因と考えていた。そして、25時間以上の行動援護の給付が認められた場合、事業所の負担を軽減するために複数の事業所で支援をすることを推奨していた。このような取り組みは他市や他事業所では聞くことができなかったが、従事者不足解消のためには重要な取り組みであると言える。

表 12 従事者状況と改善の試み

A市	A-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルパーがいない。</li> <li>60歳以上のヘルパーが多い(最高齢70歳)。</li> <li>行動障害の人の対応は職員がやらざるを得ない(ヘルパーには任せられない)。</li> </ul>
B市	B-1	ヘルパーは定時雇用管理にしている。ヘルパー活動がない時は、通所やショートステイの仕事をしている。
	B-2	ヘルパーは60代が主力。定年退職後のヘルパーや主婦が多い。ヘルパーは全員非常勤で常に仕事があるわけではない。
	B-3	職員(非常勤含む)約70人。内男性は10人程度。
	B-4	登録ヘルパーは約20人。人材を集めるのが難しい。
C市	C-1	常勤2人、非常勤8人。女性スタッフしかいないため、児童が思春期になると男性ヘルパーのいる事業所へ繋いでいる。
	C-2	ヘルパー5、6人(実際に稼働しているのは3、4人)で、全て女性。
D市	D-1	正規・登録ヘルパーは40人で、男性9人、女性31人。
	D-2	登録ヘルパーは約80人(介護保険事業、障害福祉事業全体)。
E市	E-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>常勤換算基準3.5人(入所施設支援員が兼務)。</li> <li>午前中はほとんどサービス利用がなく、夕方以降に増えるため、勤務体制を時間単位で調整している。</li> </ul>
	E-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルパー数6人(常勤換算基準2.5人)。</li> <li>行動援護相当の対象者に対してヘルパー不足を補うため、移動支援に振り分ける仕組みをとっている。</li> <li>25時間以上の給付が認められた場合、ひとりで多くの時間利用することはヘルパーの負担が大きいこと、好みのヘルパー指定に対する予防等の理由で、行動援護事業所を複数に分けて使うことを推奨している。</li> </ul>

## (2) その他の課題

今回の事業所ヒアリング調査では、その他にも課題が抽出された。特に、福祉有償運送に関する問題を多く聞くことができた。鉄道やバスなどの公共交通機関が整備されていない地方では、移動支援の方法として、福祉有償運送が前提となり、介護行為と一体的に行う場合、福祉有償運送の登録が必要となる<sup>5)</sup>。しかし、福祉有償運送79条の関係で、運転時間は移動支援のサービス提供時間に算定することはできないとされている。例えば、移動支援のサービス提供時間が2時間である場合、片道の運転時間15分、行き帰り30分がサービス提供時間に算定されないため90分がサービス提供時間となる。その残りの30分については、福祉有償運送の運賃となる。この運賃については、営利に至らない範囲と定められているが、利用者負担が原則である。多くの事業所は利用者負担への配慮からほとんど実費を下回る運賃が設定され、30分間の人件費が補填できないという問題を抱えていた。また、この他に、福祉有償運送の研修を受けた者など、運転者の要件が定められており、従事者不足に拍車をかけているのが現状であった。

表 13 その他の課題

A市	A-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人との相性を考慮して対応者を決めているが大変.</li> <li>・行動援護の従事者要件が厳しく、担い手がいない.</li> <li>・行動援護の事業所不足(市内で行動援護を実施している事業所は1か所のみ).</li> </ul>
B市	B-1	・入所施設で対応困難な人が在宅に戻っており、その人への対応.
	B-2	・市行政と調整して対応している.
	B-3	—
	B-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動支援では通学が認められていないため、対応に工夫が必要である.</li> <li>・人材集め.</li> </ul>
C市	C-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパーの確保が難しい.</li> <li>・ニーズに対して十分な対応ができていない現状がある.</li> <li>・男性ヘルパーを雇用したいが、正規で雇うことができない.</li> </ul>
	C-2	—
D市	D-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最近財政難で支給決定時間が厳しくなっている.</li> <li>・「身体介護なし」の移動支援は、事業所としては採算がとれない。「身体介護あり」に変更出来ないか相談することがある.</li> <li>・車を使った移動中(ヘルパーが運転した場合)は、行動援護等の給付対象時間にならない.</li> </ul>
	D-2	・問題があった時は、市行政に相談して対応している.
E市	E-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出の移動は全て車だが、ある地区では個別送迎が禁止となっている(80条の移送サービスは使えない).</li> <li>・最も遠い家庭で、車で片道1時間. その後、活動して・・となると、移動時間がかかりかかり、コストに見合わない.</li> <li>・土日や休日に希望が重なる. 職員の勤務を考えると、休日加算等の対応が欲しい.</li> </ul>
	E-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車を使つての移送が前提になる. 対価ゼロでもヘルパー移送の資格が必要となり不足する.</li> <li>・車を使った移動中(ヘルパーが運転した場合)は、行動援護等の給付対象時間にならない.</li> <li>・行動援護は社会参加や余暇を大切に考える事業であるが、実際には重度対応・家族のレスパイト的な意味合いが大きくなっている.</li> <li>・マンツーマン支援が本来のニーズでない人にも、そのサービスしかない状況を地域で作ってしまっている.</li> <li>・入所施設で対応が困難な行動障害のある人を在宅に戻している例がある. 強度行動障害対応の施設がなく、通所でも受けてもらえないため、在宅中心の生活で行動援護を利用している実態がある.</li> </ul>

## V. おわりに

本研究によって、移動支援は社会参加の支援という一面だけではなく、地域によって様々なサービスの代替的機能を果たしていることが明らかとなった。例えば、日中一時支援や児童デイサービス、介護保険サービスなどの代替としての利用実態は確認することができた。これらの要因を指摘することは難しいが、支援費制度から障害者自立支援法へ移行した4年間で培われたものとは言い難い。それぞれの地域のガイドヘルプサービスなどの歴史的な経緯が深く影響していると考えられるが、本研究ではそこまで掘り下げた考察をすることは難しい。

最後に、市区町村悉皆調査、事業所アンケート調査、事業所ヒアリング調査にご協力いただいた多くの関係者の皆様に感謝申し上げたい。

なお、この研究は、平成22年度障害者総合福祉推進事業「知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らす為に必要なサービスについての調査・研究」の交付を受けて行われた研究成果である。

## 注

i 厚生労働省は、病院内での介助も居宅介護支援の算定対象とする旨を通知している<sup>6)</sup>。しかし、それでも移動支援を利用している背景には、算定の決定にはケアプラン上で必要性を明確にする必要など市町村毎に特定のルールが決められている<sup>7)</sup>ため、手間がかかることや通知文の不徹底などの可能性が考えられる。

## 文献

- 1)谷口泰司:障害福祉サービス提供基盤の地域格差に関する一考察－移動支援事業の実態調査を通じて－. 関西福祉大学社会福祉学部研究紀要, No. 13:119-126(2010).
- 2)厚生労働省:地域生活支援事業の実施状況, (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/toukei/dl/02.pdf>), (2010).
- 3)立命館大学人間科学研究所:障害児の放課後支援の今とこれから－全国調査(自治体調査・保護者調査)報告書－. (2008).
- 4)神戸市保健福祉局:利用者のニーズに即した「移動支援サービス」の効果的・効率的提供に関する調査. 平成20年度障害者保健福祉推進事業研究成果報告書, (2009).
- 5)国土交通省自動車交通局旅客課:福祉有償運送ガイドブック. (2008).
- 6)厚生労働省:「通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」及び「身体介護が中心である場合」の適用関係等について. (2003).
- 7)厚生労働省:訪問介護における院内介助の取扱いについて. (2010).

# 知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と 重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らすために 必要なサービスについての調査・研究（その2）

行動障害のある知的障害児者が在宅生活を快適に暮らすために  
必要なサービスに関する研究

志賀利一<sup>1</sup>

村岡美幸<sup>1</sup> 相馬大祐<sup>1</sup> 森地徹<sup>1</sup> 田中正博<sup>2</sup>

【要旨】 行動障害のある知的障害児者が、居宅系あるいはそれ以外の障害福祉サービスを活用しながら、より快適な生活へ向けてどのような取り組みを行っているかを調査する探索的な研究を行った。方法としては、継続的な見守りが必要と考えられる重度知的障害児者と一緒に生活している家族への半構造化されたインタビューにより、①障害の状況と子育ての経過、②現在利用している福祉サービスの状況、③生活上の課題とより快適な生活に向けての希望を聞き取る方法を採用した。結果として、訪問系を含め複数のサービスを積極的に活用している事例、特別支援学校を含む日中活動以外のサービスを全く利用していない事例、そして日中活動以外に定期的に児童デイサービスや日中一時支援を活用している事例の3つのパターンに分けられた。複数のサービスを活用している家族は、サービス利用に慣れるまでに親子ともに長い時間がかかるため、家族のニーズを把握し寄り添う専門家の存在の重要性を指摘している。また、障害福祉サービスの利用に消極的になる理由として、①時間をかけて創り上げてきた安定した生活リズムを崩したくない、②サービス利用をコーディネートする負担が親にかかる、③託せるヘルパー等との巡り合わせが難しい、などがあげられる。この結果から、包括的に生活を見渡すことができ、ある程度長期的な見通しを持ちながらサービス調整できる人材の必要性が示唆された。

【キーワード】 知的障害 強度行動障害 障害福祉サービス 行動援護 家族支援

## I. はじめに

行動援護とは、障害者自立支援法において、在宅の障害児者に対する個別に訪問サービスを提供する介護給付として位置づけられている。その定義は、知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう。

行動援護は、支援費制度から障害者自立支援法への移行段階の2005年に誕生した比較的新しいサービスである。2004年11月26日の社会保障審議会・障害者部会において、移動支援が地域の実情にあった地域生活支援事業として柔軟性のあるサービスに位置づけられる方向性が示されたと同時に、移動支援と介護を一体的に提供する必要がある一定程度以上の重度障害者については、個別給付でサービス提供することになった<sup>1)</sup>。そして、重度の身体障害者については重度訪問介護が、重度の行動障害のある知的障害者や精神障害者には行動援護が誕生した<sup>1</sup>。行動上の困難の程度についても、標準的な行動関連項目において一定の点数以上が概ね1年間継続しているものと規定している<sup>2)</sup>。

知的障害者の行動上の問題について、わが国ではかなり早い段階から福祉や医療、教育の分野

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部

<sup>2</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園参事



で注目されている<sup>3)</sup>。さらに1980年代後半より、自閉症をはじめとした重度の行動障害のある者について、強度行動障害という用語で調査研究が継続的に実施されてきた。なお、強度行動障害とは、精神科的な診断として定義される群とは異なり、直接的他害(噛みつき、頭突き等)や、間接的 he害(睡眠の乱れ、同一性の保持等)、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難な者をいう<sup>4)</sup>。その後、これらの研究成果を元に、1993年より強度行動障害者特別処遇事業、1998年より強度行動障害特別処遇加算費へと発展してきた。さらに、2003年の支援費額算定表に強度行動障害者加算が加わり、2006年の障害者自立支援法においては障害程度区分の中に行動障害に関する一定の評価が加えられることとなった(制度としての強度行動障害は無くなっている)<sup>ii iii</sup>。

大塚は、行動障害のある知的障害者に対するサービスとその判定基準について、強度行動障害や行動援護の歴史的経過を図1のように整理している<sup>5)</sup>。また、行動障害のある知的障害児者の行動改善や生活の質向上に向けての、医療や心理教育的なアプローチの実践事例や調査研究は多く報告されている<sup>6) 7) 8)</sup>。行動障害のある人には、ライフステージごとに実態に即した相談支援、生活支援、日中活動支援、医療支援が必要であり、包括的な支援システムの構築が期待されている<sup>9)</sup>。しかし、行動援護をはじめとした支援費制度以降のサービスを活用した実態調査は報告されていない。

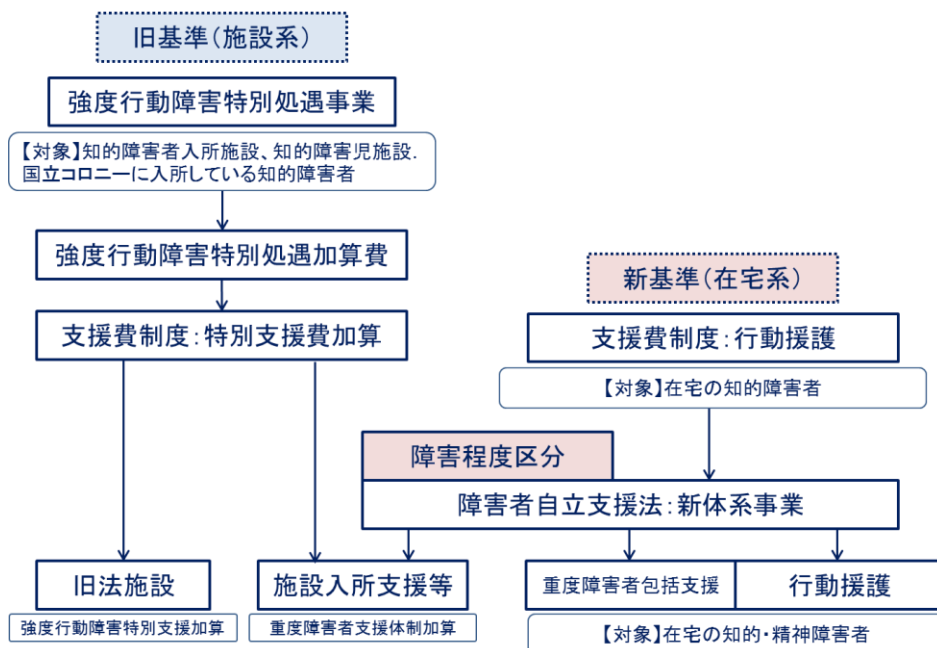


図1 強度行動障害と行動援護の評価基準とサービスの歴史的経過<sup>5)</sup>

## II. 目的

本調査では、障害者自立支援法の施行から既に4年が経過した時点で、行動障害のある知的障害児者が、居宅系あるいはそれ以外の障害福祉サービスを活用しながら、より快適な生活へ向けた取り組みがどのように行われているかを調査する探索的な研究である。本調査は、行動障害のある知的障害児者と同居する家族からのインタビューにより、①現行の障害福祉サービスの利用状況と問題点を明らかにし、②より快適な暮らしを実現するために必要なサービスや仕組みについて考察する。

### Ⅲ. 方法

本調査は、行動障害のある知的障害児者と長年生活している家族が比較的多いと思われる、都道府県・政令指定都市自閉症協会の6ヶ所の中核メンバーに協力依頼を行い、調査協力家族を募集した。その際、著しい行動障害があると想定される基準として、下の2項目からなる簡便な事前アンケートをお願いし、その合計点が4点以下の知的障害児者がいる家族のみを対象とした。

#### ■□■ ヒアリングをお願いしたい人について ■□■

今回のヒアリングは、大まかな基準として、下記の2つの設問に対する回答の合計が4点以下を考えております。各設問で適当だと思われる番号に○をつけ、その数字を合計してください。

【設問1】知的障害のある人が、自宅において一人で留守番する状況を考えると、次の選択肢のどれに最も近いですか？

1. 一人で留守番をさせたことはないし、心配で留守番させることはできない
2. 1時間以内であれば、事前に準備をしておけば留守番ができる(できると考えられる)
3. 1時間～3時間程度は準備をしておけば留守番はできる
4. 3時間以上の留守番はできる

【設問2】知的障害のある人が、一人で外出する場面を想定すると、次の選択肢のどれに最も近いですか？

1. 一人で外出させたことはない(一人の外出は心配で出せない)
2. 片道 15 分程度の時間であれば、決まりきった場所への外出は出せる(自動販売機の利用、通所先、決まりきった散歩道)
3. 明確な目的が決まっていなくても1時間程度の一人で外出は可能
4. 1時間以上の外出をしている

合計点 …… \_\_\_\_\_ 点

なお、事前アンケートの設問の構成上、思春期(小学校高学年)前の知的障害児を育てる家族を対象から除外した(障害がなくても低年齢であれば4点以下になるため)。都道府県・政令指定都市自閉症協会からの紹介を受けた後、再度調査の目的と協力要請を行い、家族に負担がかからない範囲と考えられる以下の3つの方法を提示し選択してもらった(実際、短期入所利用に合わせてヒアリングの日時を設定した家族もある)。

- 面接調査: 自宅あるいは福祉サービス利用の場所等に調査員が訪問し、面接形式で1時間程度ヒアリングを行う。
- 電話調査: 調査項目をFAXで送信し、返信してもらった後に、電話で各項目の補足を行う。
- メール調査: 調査項目に返信で回答してもらおう形式で5回程度のやりとりをメール交換で行う。

ヒアリング項目は、概ね以下の通りである。なお、ヒアリングの対象者(家族)に対しては、書面で調査研究の主旨と流れを説明し、了解を得た上で同意書を得ている。

- 障害のある子どもの状況と経過の概要: 年齢、診断名、障害の程度、医療の経過、事前アンケートの確認、子育てで苦労した時期と状況、これまで支えになった支援者等
- 現在利用している福祉サービス等の状況: 平日の日中活動とそれ以外の時間、休日、緊急時や行事対応、訪問による個別支援サービス利用と意向(経験ありの場合はヘルパーとの

相性等詳細に)

- 現在の生活上の課題とより快適な生活に向けての希望:支援機関・支援者等との関係, 支援方法, 制度面について, 希望は実現可能性に関係なく

ヒアリング協力者は7家族8人であった(母親のみ6家族, 両親1家族)。ヒアリング方法は, 面接調査が6家族, メール調査が1家族で, 面接については概ね1家族1時間, メールはヒアリング項目を概ね3分割し約1ヶ月間のやりとりを行った。

7人のヒアリング協力者と同居する知的障害児者ならびに, 居住する自治体の障害福祉サービスの実施状況について表1にまとめる。知的障害の程度としては, 全員, 話しことばによるコミュニケーションが難しい重度の知的障害児者である。また, 7人全員が, 現時点も精神科ないし神経科に定期的に通院している。6人は自閉症の診断を受け, もう1人は歌舞伎メーキャップ症候群の診断を受けている。表1の右半分は, 各家族が生活している自治体の人口と主だった障害福祉サービスの利用状況をまとめたものである。居住する自治体により障害福祉サービスの実施状況が多様であることが分かる。

表1 調査対象者の概要とその居住自治体の障害福祉サービスの実施状況

対象の障害者(児)				居住地域の概要:福祉サービスは人口1万人あたりの利用人数 <sup>10)</sup>						
対象	性別	年齢	療育手帳(区分)	都市	人口	移動支援	日中一時	行動援護	居宅介護	児童デイ
Aさん	女	19	A (3)	1	約6万	1.1	1.0	支給なし	3.5	12.9
Bさん	男	16	A (-)							
Cさん	男	31	A2 (5)	2	約71万	9.3	1.6	0.2	7.0	6.0
Dさん	男	12	A2 (-)							
Eさん	男	21	A (5)	3	約81万	7.4	2.9	0.7	7.5	0.2
Fさん	男	17	A1 (-)	4	約37万	6.8	1.4	0.1	(不明)	2.6
Gさん	男	21	A (6)	5	約41万	21.8	1.2	0.4	11.3	2.3
障害福祉サービスの全国平均 <sup>10)</sup>						7.6	3.2	0.4	8.8	4.1

## IV. 結果

### 1. サービス利用の状況

7人の知的障害児者の現在のサービス利用の状況をまとめたものが表2である。日中活動として学校に通っている3人以外は, 月曜日から金曜日の間, 生活介護事業所に通所している。その内, 3人は施設の送迎サービスを利用しており, 1人は家族が車で送迎している。一方, 学校に通っている3人は, 原則全員家族が送り迎えを行っている。ただし, 放課後に児童デイサービスを利用する日は, その送迎を利用している事例がある(Dさん)。ヒアリング段階では, 全員, ほぼ毎日定期的に日中活動の場に参加している。

表2 調査対象となる知的障害児者のサービス利用の状況

対象	日中活動	それ以外の公的なサービス	私的なサービス
Aさん	生活介護(週5日)		水泳教室(1/W)
Bさん	特別支援学校高等部	児童デイサービス(2/W)	
Cさん	生活介護(週5日)	短期入所(1泊2日 2/M) 行動援護(2/M)	自費の余暇活動サークル・自費の療育支援機関(2/M)
Dさん	特別支援学校小学部	児童デイサービス(3/W) 行動援護(1-2/M) 放課後タイムケア(2-3/W)	
Eさん	生活介護(週5日)	日中一時(1/W)	
Fさん	特別支援学校高等部		
Gさん	生活介護(週5日)	短期入所(1泊2日 2/M) 移動支援(3/M) 日中一時(3/M)	スポーツサークル等(1/W)

表2から、日中活動(学校)以外の障害福祉サービスを利用しているのは4人、そのうち3人は行動援護ないし移動支援といった訪問による個別支援サービスを利用している。家庭以外で宿泊する短期入所を利用しているのは2人で、どちらも特定の施設のみ利用している。

Bさんは3年前に家の中での破壊的行動や家族への他害行動が頻繁になった際、数回短期入所を利用したが、それ以降は利用していない。障害福祉サービスではない活動に定期的に参加している事例は3例である。スポーツサークルや余暇サークル、療育支援機関等すべて、障害のある人に特化したサービスであった。

安定した日中活動の場を確保ができるかどうか、強い不安があると表明している家族がいる。Aさんは、施設実習中の問題行動ゆえに卒業間近まで通所先が確定しなかった。この時は、「途方に暮れた」と表現している。同じ内容で、これから学校を卒業するFさんの家族も心配している。「先日、施設実習を挑戦したけど、問題行動が原因で、1日で実習が中止になった。生活介護事業所は市内にはいくつもあるが、本当にうちの子を受け入れてくれるところがあるだろうか?」。成人対象の施設に通い始めても心配は尽きないという家族もある(Eさん)。「家庭の中では起きないのだが、施設の中で何かが原因で他の利用者を突き飛ばして怪我をさせることが年に何度かある。障害のある人同士では原因が分からず、客観的にその状況を判断してくれる人材がいない」。ウィークデイの日中活動に参加できなくなることに対する、家族の不安は非常に強い。

## 2. 生育歴の回想と問題行動

家族の生育歴に関する回想から、子育てに負担感を感じた時期とその理由をまとめたものが表3である。7人は、就学前と思春期以降の2つの時期をあげている。

表3 家族が強い負担を感じた時期とその理由

対象	乳幼児期(就学前)	思春期以降
Aさん	独語や奇声が止まらなくなる(幼稚園)	パニックがひどくなる(中学生) パニックがひどくなる(高校生)
Bさん		家の壁に穴をあける・噛み付く(13歳頃)
Cさん	通園や病院に通えない:順番待ち 家庭の転居	祖父母の介護等:葬儀に参列できず(高校生)
Dさん	下の子を妊娠していた(3歳頃)	
Eさん	極端な偏食と飛び出し(通園施設)	他の利用者への他害(生活介護事業所)
Fさん	睡眠障害と極端な偏食(3歳頃)	
Gさん		パニックがひどくなる(中学生から)

今回の対象者は、強いこだわり、そして時には他害や自傷行動、さらに物を投げる・壊す等の問題行動を比較的長い期間持ち続けている人である。それでも、全ての家族は、家庭生活を継続することが難しいと感じる特別な時期があったと述べている。障害に気づいてから間近な乳幼児期に家族が大変だったと回想していた理由には、以下の3つの類型があった。それは、①障害に起因すると想定される特異な行動:睡眠障害や極端な偏食(例:Fさんは牛乳以外の食べ物を一切受け付けない)、独語や奇声、②専門機関との関係:通園や病院が定員等の理由で受け付けてもらえない、③家族の変化:下の子の妊娠や転居、である。一方、家族が障害の状況について一定の理解を示してからの思春期以降に負担を感じるようになった家族も多い。その理由は、①家庭内での極端な問題行動:身体の成長に伴い影響が大きくなる、②通所先の極端な問題行動:他の利用者等への他害、③家族の変化:祖父母の介護や死去、以上をあげている。また、攻撃的な行動やパニックといった問題行動が、思春期以降にはじめて大きく表面化した事例が今回の調査では2人いる。

すべての家族は、この強い負担を感じた時期を自らの力で乗り越えている。その支えになったのは、配偶者や祖父母といった家族・親族はもちろんのこと、親の会の仲間、主治医や療育機関の専門家、教師、福祉施設の支援員、相談支援員など、全員複数の人材をリストアップしている。また、現在、比較的安定していると家族が評価する人は、家庭内において一人で一定時間過ごせる「好みの」活動が存在している。

例えば、古いお気に入りのアニメのビデオの特定の場面を繰り返して視聴する(Cさん)、ネット動画のお気に入りの動画を繰り返し視聴する(Cさん、Dさん)、ユニークな工作や課題を黙々とこなす(Eさん、Gさん)などである。どれも特徴は、①他者が全く介在しない、②1時間程度は興味関心が持続する、③同年代の一般的な人がほとんど行わない活動、である。しかし、このような活動の有無は、思春期以降の行動障害のある知的障害者の在宅生活において、かなり重要な役割を示している。逆に、このような活動レパートリーのない人の場合、家庭にいる時間の大部分で、家族の見守りが必要になってくる(Bさん、Fさん)。

### 3. 訪問系事業に対する態度

行動援護や移動支援、居宅介護といった訪問系の障害福祉サービスについては、現在3人が利用していた。その理由は、①自宅に引きこもりがちになる生活の予防、②運動不足の解消、をあげている。外出の目的地は、Cさんは無料で古いビデオを貸し出す公共施設等(近隣と公共交通機関を

乗り継ぐ遠距離施設), DさんとGさんは近所の公園や決まった散歩コースが中心である。訪問系事業に関する3人の家族の考えを以下に紹介する。

- 2人ヘルパーと運動のために(Dさん):第二次成長期に入り, 体重増が気になりだした。母親が外に連れ出しても, 運動らしい運動はできない。現在, 行動援護のサービスとして, 男性ヘルパー2人体制で, 近隣の公園に出かけ, 積極的に運動に取り組んでいる。元々, 多動で走るのが速かったため, 女性や高齢のヘルパーでは対応が難しい。また, 安全面からひとりでは困難ということで, 2人体制になっている。本人は, 喜んでヘルパーと外出している。
- サービス利用に慣れるまで何年もかかった(Gさん): 中学3年ではじめてガイドヘルパー(移動支援)を利用してから6年間で17人のヘルパーと関わってきた。利用を開始した後も, ヘルパーも本人も家族でも, その利用方法について慣れるまでに何年もかかった。今は, 近隣の公園や散歩コースの軽運動を中心に, 遊園地等へ遠出することもある。近隣の散歩コースは, 道順もすべて覚えているが, 時々突発的に大声を出して走りだすといった行動があるため, 安全面を考え, ひとりで外出させることは出来ない。そういった意味で, 家族以外のヘルパーは大切である。相性の悪いヘルパーだと, 外出の前後の顔の表情が硬くなり, 場合によってはその後の極端なこだわり行動等が出ることもあった。17人中4人のヘルパーは, 本人との相性が良く, 家族も安心して委ねられた。振り返ると, 性別や年齢, さらに障害者支援の専門知識と相性は全く別物だと思われる。
- コーディネーターがトータルに支援(Cさん): 生活支援事業に隣接した同一法人の行動援護を利用している。行動障害のある自閉症の支援に特化した事業所であることから安心してサービスを利用することができ, 行動援護のプログラムも非常に多彩である。例えば, ①自宅で特定のアニメビデオやネット動画に夢中になりがちで, 外出はほとんど興味が無い Cさんに, そのビデオをレンタルするために定期的に公共施設に出かけるプログラムを計画する, ②自宅に来客があるとパニックになっていた原因を突き止め, それを予防する支援を行うなど, 個別の訪問サービス形態を活用し, 快適な生活に向けた様々なプログラムを受けている。また, 地域の余暇活動を中心としたサークルにも事業所職員はボランタリーに参加しており, まさに生活全体を見据えた個別支援計画の一部に行動援護が組み入れられている。

一方, 訪問系の障害福祉サービスを利用していない4人については, その理由を以下のように述べている。

- 特定のヘルパーに託せない(Aさん, Bさん): 近隣には, 行動障害のある知的障害児者向けの居宅介護や行動援護, 移動支援のサービスを使っている事例が無い。最近(障害者自立支援法以降), 児童デイサービスや生活介護事業所が増え, その送迎サービスと組み合わせることで, 利用しやすいサービスが増えてきた。しかし, ヘルパーが自宅にやってくるような一対一の個別支援には馴染みがない。「不安定で行動上の問題が大きい時期に, 人(一対一サービス)に頼むことは遠慮したい。」
- 長年の送迎は母親の仕事(Eさん): 子どもは中学校より養護学校に通い始め, その時から母親が毎日車で送迎を行ない始めた。現在まで9年間, 送迎をし続けており, 慣れてしまった。

学校に通っていた時は、夏休み等の長期休暇に、余暇サークルやボランティアを利用したりしていたが、卒業後は週5日の通所程度が本人の生活に合っていると思う。

- 家庭が最後の砦(Fさん): 支援費制度が始まった時、ヘルパー事業を活用した。障害が重い人のサービスとして期待していた。何人かのヘルパーが家庭にやってきて、家の中や外出支援をお願いした。熱心で、相性が良いヘルパーは、やっと慣れたと思う頃に、事業所の管理者となってしまった。その後、安心して委ねられるヘルパーとめぐり合うことができず(サービス中にパニックになることが何度かあった)、サービス利用を辞めてしまった。そもそも、男性のヘルパーが希望であったが、事業所にはひとりも登録されていなかった。「Fにとっては、家庭以外は安心出来る所ではなく、問題行動が出てしまう。少なくとも家に帰った時に、ゆったりと、自分が予測できる日課と環境を整えてあげたい。そこにヘルパーが来ると、最後の砦の家庭も安心出来ない場所になってしまう。」

行動援護や移動支援といった一対一のサービスは、家族にとって優先順位が最も高いものではない。しかし、継続的に利用している家族にとっては、健康面や精神的なリフレッシュには欠かせないものであり、Cさんのように、生活全般の支援を実施する上で、きめの細かい便利なサービスとして活用される場合もある。また、行動障害のある人を一対一サービスとなるヘルパーに委ねることは、家族にとって、非常に大きな心理的な負担をもたらしている。Gさんの家族は、「サービス利用に慣れるまで何年もかかった」と述べており、Fさんの家族は、対応可能なヘルパー派遣の困難さに直面し、利用を辞めてしまっている。また、知的障害児者を対象とした行動援護や移動支援をほとんど実施していない地域では、行動障害がある人への一対一サービスのイメージすら沸かない。

#### 4. 快適な生活に向けての要望

行動障害のある知的障害児者と一緒に生活している家族が、在宅生活をより快適に過ごすためにどのような要望をもっているかをまとめたものが表4である。

表4 家族の要望

Aさん	サービスごとではなく生活をトータルで考えてくれるサービス事業所や親の立場について考えてくれる安心出来る事業所を望む。
Bさん	親が病気になった時に緊急に利用出来るサービスが欲しい。
Cさん	親が病気や死去した後のサービスが心配。医療や福祉情報がスムーズに引き継げる仕組みが欲しい。
Dさん	緊急時に利用出来るサービスが欲しい(含む送迎サービス)。
Eさん	事故や怪我が起きた時その調整や仲裁ができる第三者的な組織が欲しい。
Fさん	行動障害を持った人に対して適切に対応できるサービスが欲しい(サービス受給は決定されるが受け入れる事業所がない)。
Gさん	緊急時や必要な時に利用出来るサービス、スポーツや健康管理など充実した余暇プログラムならびに安全・安心出来る移動のプログラムが欲しい。

表4の要望は、「緊急時の支援」「親亡き後の長期的な支援体制」そして「親の立場を理解してくれる人材」の3つに類型化できる。

特に、家族の病気や怪我といった緊急の対応で苦勞した家族は多い。Cさんの母親は、自分の

病気で主治医からすぐに入院を勧められたが、夫の勤務等の調整がつくまで半年間程入院できなかった経験をもっている。大なり小なり類似した経験は全員もっており、緊急時のサービス調整には全員悲観的である。Gさんの母親は、「自分ときょうだいが続けて入院した時があり、その時、短期入所と移動支援でなんとか乗り越えられた。送迎のない短期入所だけではとても持ちこたえられなかった」と述べている。今回のヒアリング対象者はすべて、家族がサービス調整を行っている。緊急時、さらには親亡き後のサービス調整への不安は大きい。

## V. 考察

### 1. 福祉サービスに対する家族の要望と態度

本調査において、行動障害が大きい在宅の知的障害児者の家族は、福祉・教育・医療の専門家と連携し、時間をかけて、障害特性に応じた配慮と安定した生活パターン作りを行っていた。家族のヒアリングからは、感情の極端な起伏や問題行動を最小限にするために、家庭(家族)と日中活動の機関(特別支援学校教諭ならびに生活介護等の支援員)が綿密に連携を行うことを基本とし、それを医師や療育等の専門家がサポートする形態が多かった。家庭内では、突発的な日課の変更が起きないように慎重にスケジュールを計画する、自宅においてひとりで過ごす場所や活動を準備する(時間をかけて育てる)といった工夫は、欠かすことのできない対応であった。

また、本調査において、サービス利用を決定する際の調整役は、すべて家族(母親)が担っていた。サービス利用の状況としては、日中活動以外にも、短期入所や日中一時、行動援護・移動支援といった障害福祉サービスと、自費で障害者向けのスポーツや余暇活動あるいは療育活動を利用している家族がいた。しかし、日中活動以外のサービスを全く利用していない家族も存在する。利用するサービスを増やせば、①現在の固定化された(安定した)日課が崩される、②本人が一人で過ごす時間や活動が犠牲になる、③調整役としての家族の負担が増える、といった新たな課題に直面すると考えられる。

家族は、在宅生活を継続するためのリスクとして、①緊急時対応が必要な親の健康状態、②親亡き後の長期的な相談支援と本人の健康管理、をあげている。さらに、「親の立場を考えられる」ということばを使い、③福祉サービス事業者等に現在の生活の工夫やサービス調整役の苦勞を理解してもらい、引き継いで欲しいと願っている。

### 2. ヘルパー事業所から見た行動障害のある知的障害児者

行動援護や移動支援をはじめとしたヘルパー事業に対して、家族は「相性」ということばを用いて不安を表明している。「多動性や動きの機敏さ、長距離歩行に付き合えるヘルパーの身体能力」「普段と違う行動の変化をキャッチし家族に伝達できる知識とスキル」「ちょっとした問題行動で腰が引けてしまわない度胸」、これらサービス利用を希望する家族からの要望は至極当然のことである。質が高く、行動障害のある知的障害児者と相性のよいヘルパーに委ねたいと考えているようである。

一方、ヘルパー事業所からは、別の意見が聞かれる。『知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らすために必要なサービスについての調査・研究』において、行動援護や移動支援を提供しているサービス事業所からいくつかの課題が指摘されている<sup>10)</sup>。

行動援護や移動支援の事業所は、報酬単価とサービス時間(ヘルパーの拘束時間)が乖離する



場合が多く(家庭までの移動時間、福祉有償移送による移動)、訪問系の事業単独では、安定的な経営が難しくなりがちである。それゆえ、ヘルパーの労働条件も決して良好とは言えず、性別・年代・専門性等に関して変化に富んだ職員を常時確保することに苦勞している。結果的に、行動障害のある知的障害児者のニーズにマッチした(家族にとっては相性のよい)ヘルパーを継続的に派遣することは難しい。もし、一定期間派遣できたとしても、そのヘルパーに派遣希望が集中し、負荷がかかりすぎてしまう。家族が「相性」を求め過ぎると、マッチするヘルパー事業所やヘルパーが無くなってしまふ。

### 3. 行動障害のある人が在宅で長期間生活するための支援

今回の調査は、7例という非常に限られた事例をもとにまとめている。また、調査は複数の地域で行っているものの、対象は積極的に親の会活動等に関わっている家族に限っている。この結果を一般化するには限界がある。さらに、行動障害のある知的障害児者の長期的な在宅生活を支える因子は、今回の分析以外にも多数存在する。例えば、家族の心身の健康状態、家族の経済的な状況(居住環境)、家族と専門家との協力関係、家族を支えるインフォーマルな人材、行動障害の種類と頻度と強度、身体的な特徴、一人で過ごせる活動の時間と興味関心などである。在宅生活を快適に過ごすためのサービスについては、さらに多くの視点からの研究が必要になる。

しかし、今回のヒアリング調査から、公的な障害福祉サービスと私的なサービスを組み合わせ、より快適な生活の実現に向けて実践を始めている事例があることがわかった。例えば、Cさんの事例は次のようにまとめることができる。

- 日中活動と家庭における一人の時間を大切に、比較的固定した日課を大切にしている。
- 短期入所、行動援護、さらに私的な余暇サークルを無理のない範囲で定期的に組み込んだスケジュールを立てている。
- 日中活動から各種社会参加の活動において、家族と同じ目線で各々の生活の様子をモニターし、サービス調整を行う専門家が存在する。
- 個別支援の目標やプログラムは、実態に即して定期的に改定されている。
- 一人の専門家に依存するのではなく、生活全体をコーディネートする役割を家族が果たしている。
- 家族は、学齢時からの親の会活動や療育・余暇サークルに長期間関わり、参加している。
- 現在の課題である「親亡き後」「緊急対応」を解決すべく、親元を離れてケアホームへ移る可能性について検討し始め、定期的な短期入所利用という新しい挑戦を始めた。

行動障害のある重度知的障害者ならびにその家族にとって、在宅生活の快適さを評価する指標を見つけることは難しい。Cさんは、自らことばで満足度や快適さを表現することはできない。また、Cさんの家族も、常に何らかの課題と不安を持ち続けながら生活を続けており、「快適さ」ということばには違和感を持つと思われる。しかし、上にまとめたCさんの状況は、①行動上の問題を最小限に留める継続的な工夫、②過去から将来へ長期間連続したアプローチ、そして③家族全体の包括的な生活を考える視点が存在している。行動障害のある人が在宅で長期間生活するための支援には、欠かせない3つの視点だと考えられる。また、このような視点から具体的な支援が組み立てられること

が、快適さにつながると考えられる。今後は、包括的に生活を見渡すことができ、ある程度長期的な見通しを持ちながらサービス調整できる専門の人材の必要だと考えられる。

なお、この研究は、平成 22 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らす為に必要なサービスについての調査・研究」の交付を受けて行われた研究成果である。

## 注

- i 2005 年度は知的障害のみを対象としている。
- ii 行動上著しい困難を有する精神障害者も当初の調査対象としていたが、行動援護の事業所調査段階で、そのような対象者にめぐり合えなかったことから、今回は知的障害者のみを対象とした。
- iii 障害者自立支援法の新しい障害福祉サービスとして、重度障害者等包括支援が登場した。このサービスも重篤な行動障害のある障害者も対象とするが、2011 年 3 月段階での全国の実績は 25 名と非常に少数であるため、このレポートでは割愛した。

## 文献

- 1)加瀬進:行動援護に関する研修及び研究の論点と課題 行動援護従業者養成研修プログラムの全国的な普及と行動援護サービスの標準化に関する調査・研究報告書.平成 20 年度障害者保健福祉推進事業,独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園,(2009).
- 2)特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク編:改訂版行動援護従業者養成研修テキスト～基礎編・援助技術編.独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園,(2010).
- 3)高木隆郎,小池清廉:パーソナリティー特性と異常行動.(菅修監修)精神薄弱医学.医学書院(1972).
- 4)石井哲夫:強度行動障害児(者)の処遇に関する研究.平成 2 年度厚生省心身障害研究,(1991).
- 5)大塚晃:強度行動障害の定義について.(井上雅彦主任研究)強度行動障害の評価と支援手法に関する研究;平成 21 年度厚生労働科学研究,(2010).
- 6)藤原義博:環境に向けたアプローチによる発達障害児者の行動問題の改善～Life style を重視した生活の質の向上を目指して.発達障害研究,30(5), (2008).
- 7)佐々木正美監修:青年期自閉症へのサポート～青年・成人期の TEACCH 実践.岩崎学術出版社,(2004).
- 8)財団法人日本知的障害者福祉協会編:行動障害の基礎知識,財団法人日本知的障害者福祉協会,(2007).
- 9)石井裕紀子:滋賀県における「強度行動障害」への支援の現状と課題.障害者問題研究,33(1), (2005).
- 10)国立重度知的障害者総合施設のぞみの園:知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らすために必要なサービスについての調査・研究;平成 22 年度障害者総合福祉推進事業,(2011).

知的障害者・精神障害者が利用する移動支援における課題と重度の知的障害者・精神障害者が在宅生活を快適に暮らすために必要なサービスについての調査・研究

【調査・研究委員】

牛谷 正人 社会福祉法人オーpensペースれがーと 副理事長  
大塚 晃 上智大学総合人間科学部社会福祉学科 教授  
高森 裕子 三菱総合研究所人間・生活研究本部ヒューマン・ケア研修グループ 研究員  
福岡 寿 社会福祉法人高水福祉会北信圏域障害者生活支援センター 所長

【事務局】

田中 正博 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 参事  
志賀 利一 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部 研究課長  
森地 徹 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部 研究員  
村岡 美幸 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部 研究係  
相馬 大祐 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部 研究員  
齋藤 正 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部 第1課長  
櫻井 久雄 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部 第1課主幹  
米本 哲也 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域相談支援センター 主査  
原 明德 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園総務部 予算係長  
小金澤 孝太 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部 研究係

# 重度知的障害者施設における相談援助実習の プログラム開発に関する基礎的研究

国立のぞみの園モデル構築に向けて

原田将寿<sup>1</sup>

柳田正明<sup>2</sup> 岡田みゆき<sup>1</sup>

【要旨】 2008 年の社会福祉士及び介護福祉士法改正により、社会福祉士養成課程新カリキュラムにおける相談援助実習で学ぶべき内容が新たに提示された。それを受け、当法人では 2009 年に実習プログラムの改訂とプログラム・マニュアルの作成を行った。

昨年度は、開発した実習プログラムおよびプログラム・マニュアルの評価・検証を行った。当法人で相談援助実習を行った学生を対象に、実習前、中、後で質問紙調査を行った結果、支援計画の作成や、家族や親族、後見人、利用者の友人を対象とした支援の内容については、実習中だけではなく、実習後の教育機関における指導が必要となることが考えられた。また、実習前に「できている」と評価した項目も、実習中に現実的な課題に直面する中で評価が下がり、終了時に再び高まるパターンも確認された。これは、現実の課題の難しさに関わっていると考えられる。

研究最終年度である今年度は学生のサンプル数を増やし、昨年度の調査結果と併せて、のぞみの園で作成した実習プログラム及びプログラム・マニュアルの内容の妥当性について検証した。

【キーワード】 社会福祉士養成課程 新カリキュラム 相談援助実習 実習プログラム

## I. 経過及び目的

社会福祉専門教育においては、教育機関と実践の場が協働して教育に携わることを重視してきた<sup>1)</sup>。特に実習は重要な手段として位置づけられており、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園(以下「のぞみの園」という。)においても、これまでに多くの実習生を受け入れ、教育および人材育成に努めてきた。すでにその積み上げによる産物として「実習の手引き」など、のぞみの園独自の実習マニュアルを作成している。また、専門職養成教育の担うべき役割の重要性を認識しつつ中期計画<sup>1</sup>にもそれを盛り込んでいるところである。

そのような経過、背景にあって、2008 年の社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、社会福祉士養成課程新カリキュラムにおける相談援助実習で学ぶべき内容が新たに提示された。これを受け、新カリキュラムに合致する相談援助実習(以下「実習」という。)を実施するにあたり3年計画で、実習のプログラムと実習生が実習中に使用するプログラム・マニュアルを作成することとした。

初年の 2008 年度は第1段階として、日本社会福祉事業大学と共同開発体制を組み、新カリキュラム以前に提供していた当法人の実習内容のまま対応できる部分と、新たに追加しなければならない部分を確認することからはじめた<sup>2)3)</sup>。方法としては、のぞみの園の実習指導者に、現在提供している実習内容についてインタビュー調査を実施した<sup>4)</sup>。その結果を踏まえ、それまでの「実習の手引き」を改訂し、新カリキュラムに対応した相談援助実習プログラム及びプログラム・マニュアルを作成した。

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部

<sup>2</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園参事

2009年度は第2段階として、初年度に作成した実習プログラムとプログラム・マニュアルを使用して実習を行い、その評価・検証を行うため、のぞみの園で実習した学生を対象に、実習前、中、後それぞれに、質問紙調査を実施した<sup>5)</sup>。

最終年の2010年度には第3段階として調査対象人数を増やし、さらなる評価・検証を行った。その結果を基に、相談援助実習プログラム及びプログラム・マニュアルの内容を調整することで、社会福祉士に求められる実践力を養うことができる実習を可能にすることを研究の目的とした。

なお、倫理的配慮として調査の結果を公表する際には、実習生ならびに実習担当教員、機関が特定されることのないようにすることを説明した。また、質問紙への記載内容により、実習評価が下がることはないことを事前に実習生に説明し、書面で同意を得た。本研究は、同意が得られた実習生及び教育機関のみを対象としている。

## II. 方法

2009年度と同様の質問紙調査を、実習前後に実習生22人を対象に調査を実施した。前年度の12人を含め、34人の結果に基づいて、検証することとした。質問項目数は20項目、4件法で行った。実施時期は、実習前後とした。

調査対象者は、大学、短期大学、専門学校及び通信教育課程等における社会福祉士養成校において、社会福祉士資格取得課程を選択した学生を対象とした。

また、シラバスは、新、旧カリキュラムを問わず、実習時間についても、90時間、180時間の両者とした。(新カリキュラムには移行期間が設定されており、移行後は180時間、もしくは120時間と60時間の組み合わせになるが、現状はこの90時間も調査の対象とした。)

## III. 結果

中間報告(昨年度)は、学生個々の「実習前中後」の結果から、「指導項目に対する理解、気づきや学び」について、項目ごとの個別の変化(自己評価)を比較することによって、実習プログラムが新カリキュラムに対応しているか、また実効性のある内容となっているか、実習を通して理解がすすんでいるか、等を検証した。しかしながら、12人と言う対象人数の少なさ、実習生の個人差、実習場面の違い、実習時間の差、実習指導者の違い等から、その結果が一つの方向性を示すものとは考えにくいものとなった。

今回、22人の新たなるデータを得た。実習前後の自己評価の項目ごとの集計結果を示したものが図1である<sup>ii)</sup>。実習前に学べると考えていたが、実習後振り返ってみた時に、あまり学べなかったと感じた内容があったことがみてとれる。具体的には、「利用者の家族や親族、後見人」との援助関係の形成、権利擁護や支援、「利用者の友人」を対象とした同様の項目(評価項目5, 6, 8, 9, 11, 12)が明らかに実習後の評価が低くなっていた。他には、「4 利用者との援助関係の形成」、「7 利用者の権利擁護を行う」、「10 利用者への支援(エンパワメントを含む)とその評価」、「15 社会福祉士としての職員の就業などに関する規定」については、実習本来の課題に関わるものとして難しさがうかがえるが、家族、友人などに関わる項目とは格段の差がある。ただ、昨年度と同様に分析対象には実習時間数の異なる実習生も含んでいるため、プログラムそのものに含まれていない項目があり、「学べなかった」という評価をしているものもある。

実習時間や実習場面の違いはあったとしても、人間関係の形成に係る理解やチームアプローチに係る理解、組織の一員としての役割の理解、社会資源の活用等への理解は、実習を通して理解を深めることができた学生が多かった。

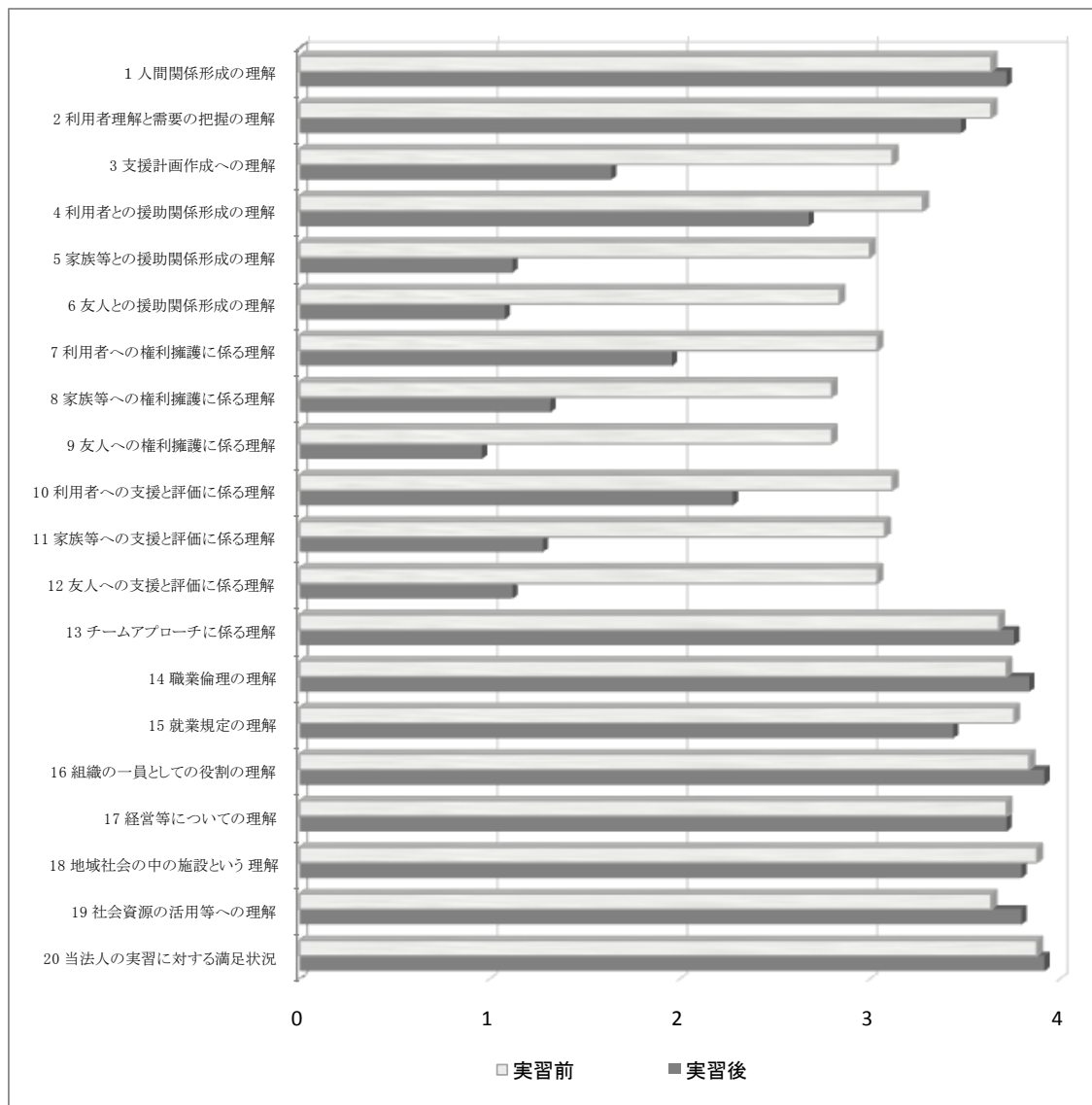


図1 実習前後における実習生の自己評価の変化(項目別)

## V. 考察

今回、本研究によって成された取り組みは、ひとつは相談援助実習で学ぶべき内容の妥当性の検証のための価値ある結果を出していると思われる。時間の量の議論が据え置かれ、限られた時間内に多くの学ぶべきことが盛り込まれ、そこで必要となるのは実習プログラミング、マネジメント機能であるのは理解できる。だが本研究で明らかになった、ある意味多くのことを盛り込んだゆえの限界の部分进行かに教育機関が受け止め連携し、事後教育に結びつけるかが、カリキュラム改訂の成否の鍵であろう。

このことを踏まえつつ、ここでもう一度、のぞみの園の実習を概観する。のぞみの園の相談援助実

習プログラムは、入所利用者、通所利用者支援の場面に関わる時間数が119.5時間、個別訪問や自立支援協議会等への陪席等が22.5時間、医療ケアの場面が7.5時間、課題演習が18.0時間、その他、振り返りや反省会が13.0時間である。

日常生活支援、日中活動支援、地域生活支援などの配属先では、職員から直接指導を受け、介助方法や支援方法を体験により学ぶことから、内容の理解がすすんだことが結果からうかがえた。しかし、エンパワメントといった支援については個人差があった。

一方、利用者の家族支援や他職種との連携、地域との関わりについては、利用者本人との関係性が見えづらく、実習指導者から説明を受けた後でもイメージすることが難しかったことがわかった。

権利擁護に関わる演習や講義では、ソーシャルワークの理念や目的、職業倫理について触れ、人権尊重や社会正義といったソーシャルワークの根幹部分について説明したが、実際の場面との結びつきが難しかったと思われる。

今年度の結果を含めて2年間の実践結果から、学生の認識と実際では、①実習前は出来なかったが、実習では出来なかった、②実習前は出来ないと思ったが、実習では出来た、③実習前は出来たと思いきや、実習後も出来た、という3つのパターンがあることがわかった。①と②は、質問項目3～12に集中しているということがわかった。指導項目では、いずれも個人を取りまく支援環境、ネットワーキングの項目に該当し、現場実習では目の前にその事象がないため、実習指導者が説明したが、「ネットワークのイメージがわからない」、「経験がないのでわからない」、「ケアプラン作成が難しかった」という言葉が、振り返りや反省会の中で聞かれた。こうした内容については、再度、実習プログラム・マニュアルを検討してはいくものの、今後の実習のすすめ方のひとつの提案として、利用者の生活場面や活動場面などに配属する方法から、利用者Aさん個人に配属し、生活の流れに沿って、本人の活動場面に付き添い、それぞれの場面で実施している支援内容や方法、技術、そこに関わる職種、支援者やシステムを通して、チームアプローチ、ネットワーキング、プログラムが理解できるような実習の受入方法も有効な手法であると思われる。

最後に、コミュニケーションに個別性のあるのぞみの園の利用者と関わる中で、ソーシャルワークの基本たる信頼関係や、それをつくるためのプロセスを経験し、その難しさや重要性を学ぶことのできる相談援助実習が、のぞみの園では確実になされていることを強調しておきたい。

## 謝辞

本研究に取り組むにあたり、日本社会事業大学の蒲生俊宏先生、東洋大学の小澤温先生、高崎健康福祉大学の金井敏先生に御指導いただきましたこと、また、調査にご協力いただきました実習生の皆様に心より深く感謝申し上げます。

## 注

- i 独立行政法人制度では、国の関与を極力制限し、法人の自主性・自律性の発揮を期待される一方で、法人は、公共性の高い業務を担うことから、その業務を確実に実施することが求められている。法人は、中期目標に掲げられた目標を達成するための方策等について具体的な計画を中期計画として定め、自ら定めたその計画に従い自主性・自律性をもって業務を遂行することとしているが、この中期計画については、中期目標に従った

業務の確実な実施のため事前のコントロールとして主務大臣による認可が必要となる。

ii 自由記述回答結果は、「施設のあり方が理解出来た」、「作り込まれた計画書でした」、「多様性からたくさんのことを学ぶことが出来た」、「連携ということも学ぶことが出来た」、「多くの事が得られた」、「地域移行での実習が印象的」、「その人に会った支援の違いについて学べた」などの回答であった。

## 文献

- 1) 社団法人日本社会福祉士会：社会福祉士実習指導者テキスト，(2008)。
- 2) 柳田正明：「社会福祉援助技術現場実習指導」における実習期間中の訪問指導の必要性について－障害福祉分野で実習を行った学生の自己評価から－，日本社会事業大学研究紀要第53集，(2006)。
- 3) 日本社会事業大学実習教育室：社会福祉援助技術現場実習Ⅱ実習評価表作成に関する基礎的研究報告書。日本社会事業大学，東京，(2003)。
- 4) 柳田正明：実習施設との共同による新カリキュラムに対応した相談援助実習プログラムの開発報告書。平成20年度日本社会事業大学共同研究報告書，(2009)。
- 5) 原田将寿：重度知的障害者施設における相談援助実習プログラム開発に関する基礎的研究－国立のぞみの園モデル構築に向けて(中間年度)－，日本社会福祉学会第58回秋季大会，(2010)。



資料

相談援助実習に関するアンケート

学校名

氏名

このアンケートの目的は、国立のぞみの園が開発中の新カリキュラムに対応した相談援助実習プログラムの妥当性を検証するためのものです。実習生の実習課題の達成度を評価するものではありません。質問項目は厚生労働省より提示されている相談援助実習で学ぶべき内容に準拠しております。 今回の国立のぞみの園で実習を行うにあたり、以下の項目についてこれまでの学校等での事前学習を踏まえて判断し、あてはまる番号を1つだけ○をしてください。なお、分析にあたっては学校名、個人名については特定されないよう十分配慮いたします。		できて いる	まあ できて いる	あまり できて いない	できて いない
問1	学生は実習をとおして、利用者やその関係者、施設職員、地域住民やボランティア等との基本的なコミュニケーションや人との付き合い方などの円滑な人間関係の形成について理解していますか。	4	3	2	1
問2	学生は実習をとおして、利用者理解とその需要の把握について理解していますか。	4	3	2	1
問3	学生は実習をとおして、支援計画の作成について理解していますか。	4	3	2	1
問4	学生は実習をとおして、利用者との援助関係の形成について理解していますか。	4	3	2	1
問5	学生は実習をとおして、利用者の家族や親族、後見人と援助関係の形成について理解していますか。	4	3	2	1
問6	学生は実習をとおして、利用者の友人と援助関係を形成することについて理解していますか。	4	3	2	1
問7	学生は実習をとおして、利用者への権利擁護について理解していますか。	4	3	2	1
問8	学生は実習をとおして、利用者の家族や親族、後見人への権利擁護について理解していますか。	4	3	2	1
問9	学生は実習をとおして、利用者の友人への権利擁護について理解していますか。	4	3	2	1
問10	学生は実習をとおして、利用者への支援(エンパワメントを含む)とその評価について理解していますか。	4	3	2	1
問11	学生は実習をとおして、利用者の家族や親族、後見人への支援(エンパワメントを含む)とその評価について理解していますか。	4	3	2	1
問12	学生は実習をとおして、利用者の友人への支援(エンパワメントを含む)とその評価について理解していますか。	4	3	2	1
問13	学生は実習をとおして、多職種連携をはじめとする支援におけるチームアプローチの実際について理解していますか。	4	3	2	1
問14	学生は実習をとおして、社会福祉士としての職業倫理を理解していますか。	4	3	2	1
問15	学生は実習をとおして、社会福祉士としての職員の就業などに関する規定を理解していますか。	4	3	2	1
問16	学生は実習をとおして、組織の一員としての役割と責任を理解していますか。	4	3	2	1
問17	学生は実習をとおして、施設の経営やサービスの管理運営の実際について理解していますか。	4	3	2	1
問18	学生は実習をとおして、当施設が地域社会の中の施設であることを理解していますか。	4	3	2	1
問19	学生は実習をとおして、当施設で具体的な地域社会への働きかけとしてのアウトリーチ、ネットワーキング、社会資源の活用・調整・開発を行っていることを理解していますか。	4	3	2	1
問20	あなたは国立のぞみの園の実習内容及び指導方法に対して満足していますか。	4	3	2	1
問21	実習に対する要望・感想等をお書きください。				

# 重度・高齢の知的障害者に対する地域移行の プロセスの確立に関する調査・研究

森地徹<sup>1</sup>

志賀利一<sup>1</sup> 木下大生<sup>1</sup> 相馬大祐<sup>1</sup>

【要旨】 知的障害者入所施設からの入所者の地域移行において、特に重度・高齢の知的障害者に対する地域移行のプロセスモデルの作成を図ることを本研究の目的とした。そのため、地域移行において特徴的な取り組みが行われている知的障害者入所施設 10 施設を対象に、重度・高齢知的障害者の地域移行における課題と支援内容に関する聞き取り調査を地域移行時と地域生活時のそれぞれの時点で行った。その結果、地域移行時の課題は移行者に対する支援と環境調整をいかに行うかということにあり、地域移行時の支援は移行者に対する体験支援と環境調整をいかに行うかということにあることがわかった。また、地域生活時の課題は移行者の状態に応じた生活支援と環境調整をいかに行うかということにあり、地域生活時の支援は居住の場や日中活動の場などにおいて移行者の生活全般をいかに支えるかということにあることがわかった。

【キーワード】 地域移行 プロセス 重度知的障害者 高齢知的障害者

## I. 背景

2002 年に示された障害者基本計画では、施設等から「地域生活への移行の推進」として、「施設等から地域生活への移行の推進」が掲げられた。また、2005 年に成立した障害者自立支援法では、市町村障害福祉計画の基本指針の中に、障害福祉サービス基盤整備の基本的考え方として、「グループホーム等の充実を図り、施設入所・入院から地域生活の移行を推進」することが示され、「平成 23 年度末までに現在の入所施設の入所者の 1 割以上が地域生活に移行することをめざす」とされた。これらのことから、昨今の障害者福祉政策において、入所施設からの入所者の地域移行をめざす取り組みがその政策課題の一つに掲げられていることがわかる。このような状況の中、知的障害者福祉分野に目を向けると、入所施設からの入所者の地域移行プロセスモデルは確立されていない状況であることがわかる。

## II. 目的

知的障害者入所施設からの入所者の地域移行において、そのプロセスモデルの作成を図ることを本研究の目的とする。そしてその際、地域移行に関連する実践及び研究が先行して行われている海外の研究において、その困難さが指摘されている<sup>1)</sup> 重度・高齢知的障害者の地域移行に焦点を当てることとする。

## III. 方法

### 1. 調査方法

知的障害者入所施設からの地域移行に先駆的に取り組んでいる施設に対して、重度・高齢知的障害者の地域移行の際、あるいは移行後において指摘される課題と支援について地域移行担当職員を対象に聞き取りを行った。そして、その内容について KJ 法を参考に整理を行った。なお、調査対象施設選定においては電話調査を行い対象施設を抽出した。

<sup>1</sup> 国立のぞみの園企画研究部

## 2. 調査対象施設の抽出

本研究におけるインタビュー対象施設を抽出するために、全国の知的障害者入所施設を対象に電話調査を行った。なお、調査に当たっては「全国知的障害関係施設・事業所名簿 2007・2008(日本知的障害者福祉協会)」を用いた。その際、調査対象の要件を、①1985年以前に設立された知的障害者入所施設であること、②法人もしくは施設でホームページを有していること、③ホームページ上に地域移行に関連する文言が掲載されていること、④その他地域移行に関してユニークな取り組みを行っていることとした。これらの要件は、①については地域移行は施設の老朽化に関連しているとの仮説をもとに設定した。また、②については地域移行の取り組みを行っている場合そのような取り組みが何らかの形で広報されているとの仮説をもとに設定した。また、③④については、①②を踏まえた上で地域移行の取り組みを行っている場合に該当する内容となるという仮説をもとに設定した。

そして、それらの要件に該当する知的障害者入所施設を抽出した上で、全国の知的障害者入所施設 246 施設を対象に電話調査を実施した。電話調査に際しては、地域移行を促進するために行っている取り組み、地域移行を行うようになったきっかけ等について聞き取りを行った。その結果、過去 3 年間の地域移行者数は各施設 1～5 名が最も多く、その取り組みとして、地域生活体験、地域移行アセスメント、地域への説明、移行先の見学、保護者への働きかけ、日中活動の場の確保、地域活動への参加があげられた。そしてその取り組みを行うようになったきっかけとして、施設の老朽化、施設定員の縮減がそれぞれあげられた。

## IV. 対象

電話調査の結果をもとに調査対象施設の選定を行い、その中で特徴的な取り組みが見られた施設のうち、北海道 4 施設、長野 1 施設、千葉 1 施設、新潟 1 施設、富山 1 施設の計 8 施設を調査対象施設とした。そして、これら 8 施設に対して重度・高齢知的障害者の地域移行の事例提供を依頼した。その際に、重度の定義は療育手帳等級における重度とし、高齢の定義は海外諸国の研究動向<sup>1)</sup>から 55 歳以上とした<sup>1)</sup>。そしてこれらの定義をもとに、上述の 8 施設から 14 の重度・高齢知的障害者の地域移行事例を得た。その内訳は、重度知的障害者の地域移行事例が 7 事例、高齢知的障害者の地域移行事例が 5 事例、重度かつ高齢知的障害者の地域移行事例が 2 事例であった(表 1)。

表 1 調査対象

都道府県	施設名	療育手帳	移行時年齢	施設入所年数	GH・CH入居年数	食事	排泄	入浴	着脱	外出
北海道	A施設	重度	58歳	37年	1年	一部介助				
		重度	27歳	7年	0.25年	一部介助	全介助	一部介助	全介助	
	B施設	中軽度	67歳	37年	5年	ほぼ自立				
		中軽度	75歳	12年	5年	ほぼ自立				
	C施設	中軽度	68歳	7年	5年	一部介助				
	D施設	中軽度	64歳	16年	7年	自立				
重度		40歳	34年	5年	ほぼ自立					
富山	E施設	重度	38歳	20年	0.5年	全介助				
新潟	F施設	重度	49歳	14年	1年	一部介助	全介助			
		重度	46歳	6年	8年	一部介助				
長野	G施設	中軽度	55歳	21年	4年	ほぼ自立	自立		全介助	
		重度	33歳	10年	3年	一部介助	全介助	一部介助	全介助	
千葉	H施設	重度	64歳	12年	4年	自立				一部介助
		重度	42歳	25年	8年	自立				一部介助

## V. 結果

### 1. 地域移行時の課題

地域移行時の課題は本人に関することと環境に関することに分類された。それらのうち、本人に関することは、状態、生活スキル、健康管理、本人の了解に分類された。そしてこれらのうち、状態については、身体介護が必要、パニックに陥りやすいといった移行者の状態に関する課題要因が見られた。また、生活スキルについては、信号の見極め、公共交通機関の利用といった移行者に必要とされる生活スキルに関する課題要因が見られた。さらに、健康管理については、健康上の管理といった移行者の健康に関する課題要因が見られた。この他に、本人の了解については、本人の了解が無いといった移行者の意向に関する課題要因が見られた。

一方、環境に関することは、家族の反対と移動手段に分類された。そしてこれらのうち、家族の反対については地域移行に家族が反対するといった家族態度に関する課題要因が見られた。また、移動手段については移動手段が無いといった移行者の移動に関する課題要因が見られた(図 1)。このように、地域移行時の課題は、移行者に対して移行に向けた支援をいかに行うかということと、環境調整をいかに行うかということにあることがわかった。

### 2. 地域移行時の支援

地域移行時の支援は地域生活体験、日中活動支援、調整支援に分類された。それらのうち、地域生活体験については、意思表示の場の設定、他の利用者との相性の確認といった移行者の地域生活に向けた課題整理に関する支援要因が見られた。また、日中活動支援については日中活動の支援、日中活動の体験利用といった移行者の活動の場に関する支援要因が見られた。さらに、調整支援については、相談支援事業所との連携、ヘルパー事業所との調整といった移行者の生活を見据えた各種調整に関する支援要因が見られた(図 1)。このように、地域移行時の支援は、移行者の体験支援と移行者を取り巻く環境調整支援をいかに行うかということであることがわかった。

### 3. 地域生活時の課題

地域生活時の課題は本人に関することと環境に関することに分類された。それらのうち、本人に関

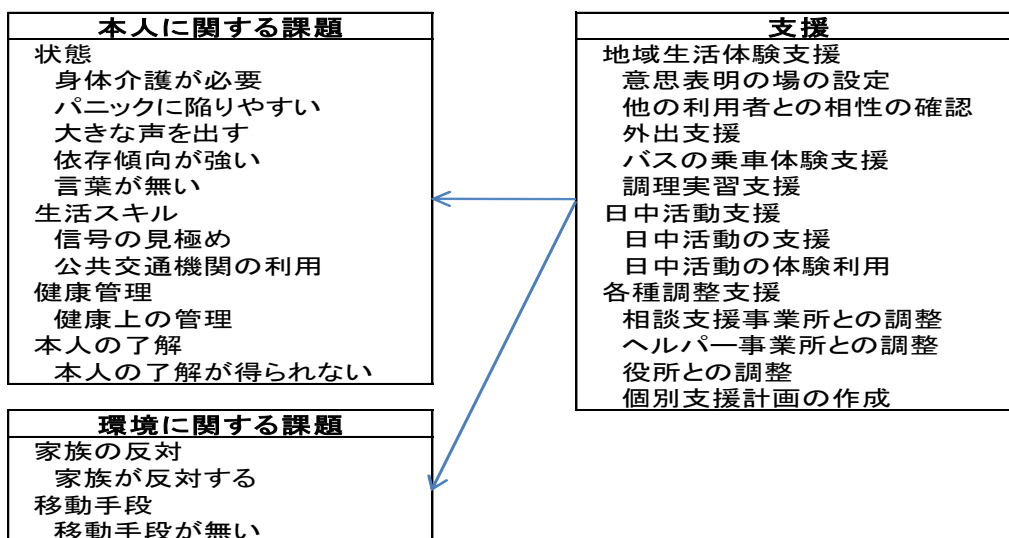
することは、状態、高齢化、健康管理、人間関係に分類された。そしてこれらのうち、状態については一時気持ちが下がる、言葉数が少なくなるといった移行者の状態変化に関する課題要因が見られた。また、高齢化については高齢化対策、機能低下といった移行者の高齢化に関する課題要因が見られた。さらに、健康管理については健康管理の必要性、医療的支援の必要性といった移行者の健康管理に関する課題要因が見られた。この他に、人間関係については人間関係でのトラブル、他の利用者とのトラブルといった移行者の生活における人間関係に関する課題要因が見られた。

一方、環境に関することは、支援上の課題、調整上の課題、生活上の課題に分類された。そしてこれらのうち、支援上の課題については集団生活を求めてしまう、逸脱しないようにしてしまうといった移行者の生活において型にはめた支援を求めてしまうという課題要因が見られた。また、調整上の課題については日中活動の場の確保、休日の対応といった移行者の生活における各種調整に課題要因が見られた。さらに、生活上の課題については金銭が不足するといった移行者の生活における課題要因が見られた(図 1)。このように、地域生活時の課題は、移行者の生活をいかに支援するかということにあることがわかった。

#### 4. 地域生活時の支援

地域生活時の支援は個別対応、健康管理、調整支援、日中活動支援に分類された。それらのうち、個別対応については集団行動の打破、職員の関わりを多くといった移行者の生活において個別の生活を重視するという支援要因が見られた。また、健康管理については健康面への配慮、健康への見守り声かけといった移行者の生活における健康管理に関する支援要因が見られた。さらに、調整支援については事業所間の情報共有、近隣への配慮といった移行者の生活における各種調整に関する支援要因が見られた。その他に、日中活動支援については日中活動の支援、日中活動の場を複数利用といった移行者の日中活動に関する支援要因が見られた(図 1)。このように、地域生活時の支援は、地域生活特有の配慮すべき事項に対する支援をいかに行うかということであることがわかった。

**【地域移行時】**



**【地域生活時】**

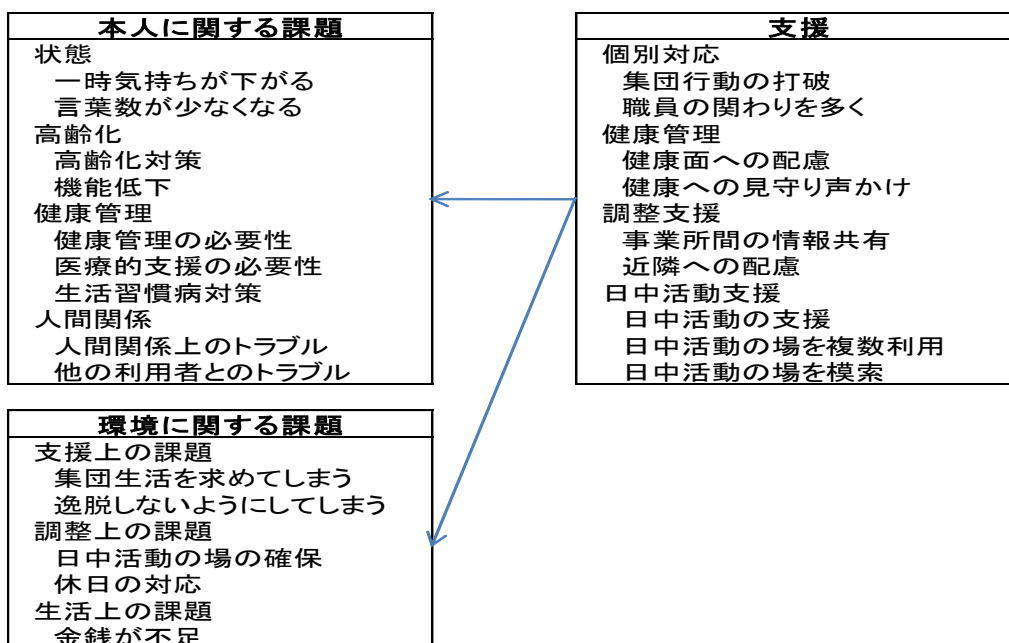


図 1 本研究における地域移行時と地域生活時の課題と支援

**VI. 本研究結果と先行研究の比較(地域移行の課題と今後の方向性について)**

地域移行のプロセスに関連して、地域移行の課題と今後の方向性についてまとめた研究と本研究の結果を比較すると、先行研究でも課題として家族の意識があげられており、今後の方向性として生活体験の場の提供、個別支援計画の作成、相談支援体制、多様な活動の場への参加、医療的ケアの整備があげられていた(図 2)。しかし、地域移行時あるいは地域生活時の移行者の状態については触れられておらず、そのあたりは実際の地域移行の際に考慮すべき点として本研究結果から浮かび上がってきたものと考えられる。また、地域生活において少人数での生活とはいえ集団生活の規範が求められてしまうことについても触れられておらず、そのあたりも実際の地域移行において考

慮すべき点となっていることが考えられる。

地域移行に向けた意思形成・意向確認	
課題 地域では暮らせないという不安 地域生活体験の不足 家族の不安	今後の方向性 地域生活に関する情報提供 ピアカウンセラー派遣事業の活用 グループホーム等を活用した体験の場の提供
障害者ケアマネジメントに基づく個別支援計画作成	
課題 地域移行を明記した個別支援計画の少なさ 施設職員の意識 地域移行情報や経験の共有化不足	今後の方向性 個別支援計画作成支援 個別性重視の再確認
相談支援とネットワーク	
課題 相談支援事業との連携不足 個別支援ネットワークの必要性 社会資源情報の不足	今後の方向性 相談支援体制の充実 個別支援ネットワークの構築 地域自立支援協議会による情報の共有化と社会資源の開発
住まいの確保	
課題 グループホーム等の不足 多様な住居の確保が困難 斡旋調整機能が未整備	今後の方向性 グループホーム(ケアホーム)の整備 バリアフリー住宅の確保 総合調整支援
介護支援サービスの充実	
課題 地域生活サービスに関する不安	今後の方向性 必要なサービスの確保 適正なサービスの支給
就労支援	
課題 就労先の確保 就労体験の場の不足 職場定着のための支援	今後の方向性 障がい者雇用に関する各種援助の活用 地域における就労支援機関・ネットワークとの連携 職場定着のための支援
日中活動・余暇活動の確保	
課題 日中活動の場の不足 余暇活動への支援の不足	今後の方向性 多様な活動の場への参加支援 市町村事業の充実
地域生活を支える人材の養成と確保	
課題 地域移行者を支える相談支援事業者の資質 支援職員が集まらない	今後の方向性 障害者ケアマネジメント研修等による充実強化 グループホーム等の世話人を支える制度の充実
権利擁護	
課題 地域生活における権利擁護 地域の理解	今後の方向性 日常の見守りと、成年後見制度の活用 エンパワメント・セルフマネジメント 啓発活動
残された課題	
課題 地域移行を困難にしている要因 施設入所を希望し、待機している人がいる状況	今後の方向性 医療ケア体制の整備 新たな支援プログラムの開発 地域で支える

図 2 先行研究における地域移行の課題と今後の方向性<sup>3)</sup>

## VII. 先行研究結果と本研究結果の比較(地域移行プロセスについて)

地域移行のプロセスに関連して、その手順についてまとめた研究と本研究の結果を比較すると、先行研究でも地域生活体験支援、日中活動支援、各種調整支援、個別支援計画の作成、健康管理、日中活動支援が支援項目にあげられていた(図 3-6)。しかし、地域生活支援における個別対応については触れられておらず、そのあたりは実際の地域生活支援において配慮されている点となっていることが考えられる。

### 移行に向けた準備段階

個別計画の作成  
社会生活訓練や地域生活移行の情報提供  
協力者・協力機関の確保・連携



### 移行直前

退所後の個別支援プランの作成  
居住の場の確保  
日中活動の場の確保  
在宅サービスの手配

### 地域での受け入れ体制の確立



### 移行直後

医療機関の受診 訪問看護 服薬管理  
健康管理 栄養管理 生活リズムの確保 居宅介護  
日中の相談 緊急時の相談 休日・夜間の相談  
掃除 買物 調理  
家族関係の調整・改善  
相談支援事業 近隣との調整 地域による見守り



### 現在

医療機関の受診 訪問看護 服薬管理  
健康管理 栄養管理 生活リズムの確保 居宅介護  
日中の相談 緊急時の対応  
掃除 買物 調理  
家族関係の調整・改善  
相談支援事業 近隣との調整 地域による見守り

図3 先行研究における地域移行プロセス①<sup>4)</sup>



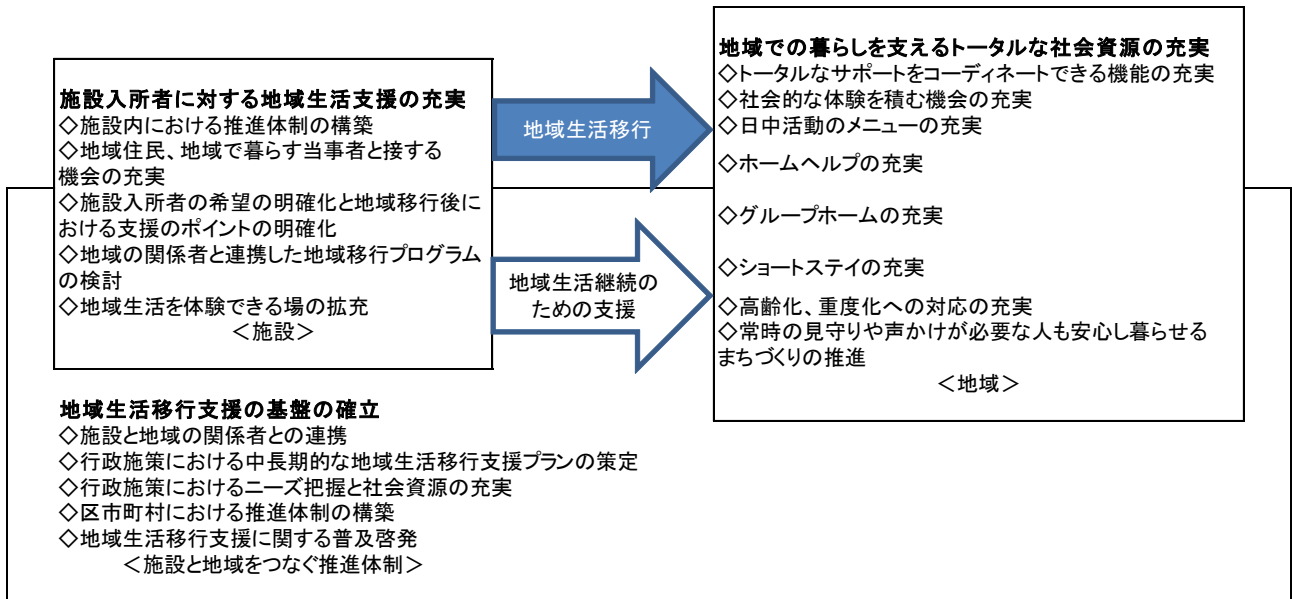


図 4 先行研究における地域移行プロセス②<sup>5)</sup>

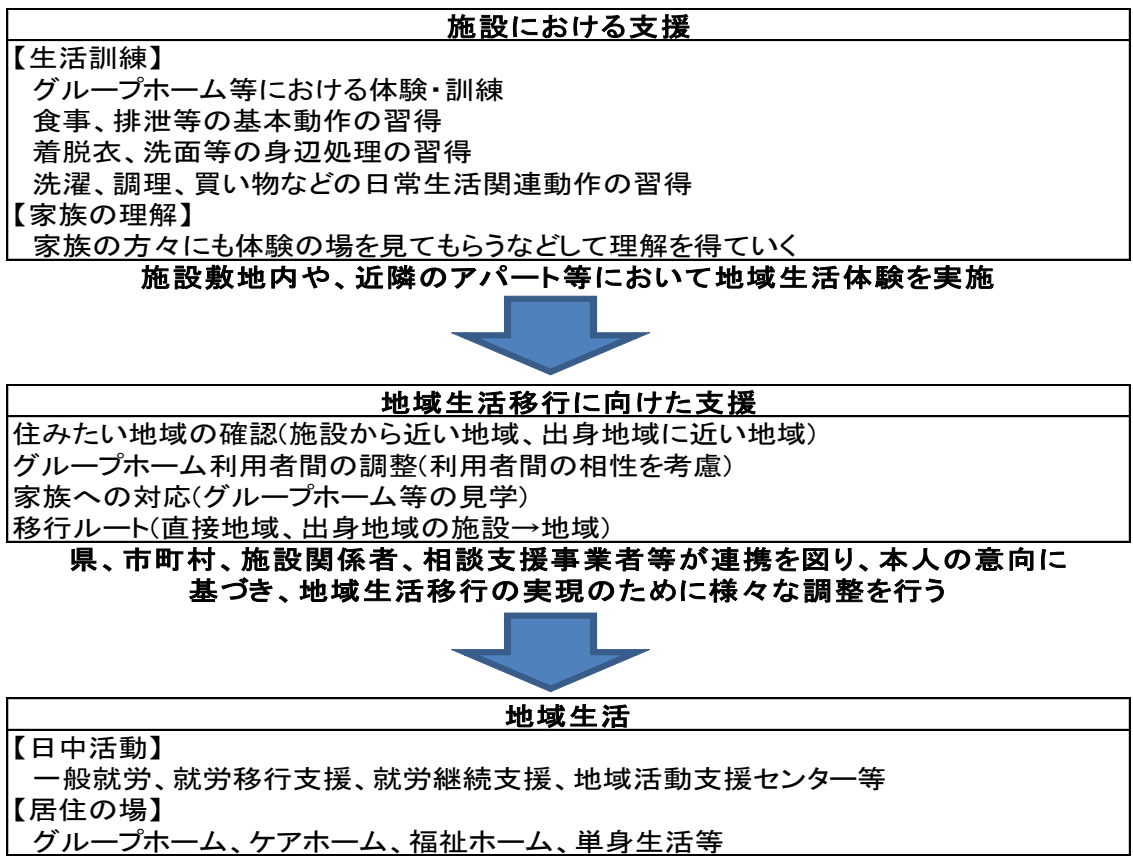


図 5 先行研究における地域移行プロセス③<sup>6)</sup>

### 地域移行に向けた意思形成と意向確認

意思形成への支援  
地域生活を体験する  
地域移行、地域生活の情報を得る  
意向確認

### 地域移行に向けた個別支援計画の作成

個別支援計画作成  
支援の優先順位を決める  
ニーズから社会資源を検討する  
本人に説明して同意を得る  
本人と関係者が集まって個別支援会議で話し合う  
関係機関と連携して取り組む  
個別支援計画に基づき支援を進める  
個別支援計画進捗状況のモニタリング

### 家族への支援

家族の気持ち本人の気持ち  
家族に対する地域移行の説明

### 地域生活への移行を進める

地域の相談できるところと連携する、話し合う  
住まいをさがす  
日常生活を支えるサービスを確保する  
働く場をさがす  
日中活動の場をさがす  
余暇活動の支援  
経済的な支援を確保する  
健康管理

### 地域生活を支える

困った時に支えてくれる人や機関を見つける  
権利擁護のシステムを知る、使う  
地域で交流する  
施設による支援から地域のネットワークへ

図 6 先行研究における地域移行プロセス④<sup>3)</sup>

## Ⅷ. 考察

本研究結果から、地域移行時も地域生活時もその課題は本人に関することと環境に関することとに分けることができ、本人と環境それぞれに関する課題について各種の支援が行われていることがわかった。この結果を踏まえて、先行研究から地域移行の現状を整理すると、地域移行に関しては移行者自身と家族の同意が前提とされている様子が見られた<sup>7)-9)</sup>。さらに、地域移行時の支援要素を分析した研究によると、地域移行の支援要素は家族理解、評価・見直し、体験支援、肯定的自己にあることが示された<sup>10)</sup>。また、この結果に関連して、地域移行時の支援要素について他の先行研究においても体験支援の必要性が指摘され<sup>9)11)12)</sup>、地域生活時に必要とされるものとして、住居の確保<sup>4)8)9)</sup>、日中活動の場の確保<sup>4)9)12)</sup>、相談支援体制の確保<sup>4)9)</sup>、医療体制の確保<sup>8)9)</sup>があげられた。

このような状況の中、地域移行は施設機能の1つに位置付けられている<sup>8)</sup>が、現状として地域移行のための指針やマニュアルはあまり示されていない<sup>4)8)</sup>。また、地域移行の取り組みに対して、施設職員からどちらとも言えない、あるいはまだ移行する段階ではないとされる傾向が示されている<sup>8)9)</sup>。しかしその内実として、施設職員は地域移行は条件が整えば対応をしたいとしており<sup>8)</sup>、条件整備が進めば重度障害者の地域移行が図れる様子が示されている<sup>11)</sup>。そしてこれらのことと関連して、このことから必ずしも重度・高齢知的障害者の地域移行が考えられない状況ではない事が施設職員から指摘されている<sup>13)</sup>。

本研究が焦点を当てた重度・高齢知的障害者の地域移行を考える際、本研究結果に見られたように身体介護が必要であったり、言葉がなかったり、パニックを起こしやすかったり、健康に不安を抱えていたり、高齢化対策が必要であったり、機能低下が問題になったりするような場合でも条件次第では地域移行が可能であることが見て取られた。本研究結果から重度・高齢知的障害者の地域移行プロセスモデルを必ずしも完全に示せたとは言えないが、これらの点を踏まえた上で地域移行が困難とされる重度・高齢知的障害者について、その困難要因を明らかにし、それらを整理した上で、それらの解決に向けて支援体制やサービス整備を行うことが今後必要になると考えられる。

また、今後の日本の地域移行を考えると、その中心は海外の地域移行に見られるような公立の入所施設中心に展開されるということではなく、民間の入所施設中心に展開されると考えられる。そしてその移行形態は海外の地域移行に見られるように経営主体が異なる移行先への移行よりも、同一の経営主体における地域移行が中心になると考えられる。そのような中、同一の経営主体における地域移行においては施設入所時から移行後の地域生活支援を見据えた一体的な地域移行支援を考えることが必要になると考えられる。具体的には生活の場の確保、日中活動の場の確保、その他社会資源のコーディネートをいかに行うかということだと考えられるが、このような同一経営主体における地域移行の取り組みについては今後その実態を明らかにする必要があると考えられる。

## 謝辞

本研究は東日本国際大学教授渡辺勸持氏より多大なアドバイスをいただいた。改めて感謝申し上げます。

- i 高齢の定義は移行時の年齢に適応させた。

## 文献

- 1)Young.L and Ashman.A.F : Deinstitutionalization for older adults with severe mental retardation : Results from Australia. American Journal of Mental Retardation, 109(5) : 397 (2004).
- 2)島田博佑 : グループホームに住む高齢知的障害者の生活実態及び支援に関する研究, 平成9・10・11年度科学研究費(基盤研究C(2))研究成果報告書 : 8-9(2000).
- 3)大阪府 : 大阪府地域移行推進方針, 大阪府, 大阪(2008).
- 4)全国社会福祉協議会 : 精神障害者, 知的障害者等の地域生活移行における地域の受け皿づくりに関する調査研究事業報告書, 全国社会福祉協議会, 東京(2008).
- 5)東京都社会福祉協議会 : 障害をもつ人の地域生活移行支援事例集 一身体・知的障害者福

- 社と精神保健福祉における実践と提言，東京都社会福祉協議会，東京(2004).
- 6)福島県：福島県地域生活移行促進プログラム，福島県，福島(2006).
  - 7)坂口正行：障害者プラン(障害者基本法第7条の2に規定されている障害者基本計画を具体化するための重点施策実施計画),それに基づく行政サービス等の評価指標に関する研究，平成16年度総括研究報告書：40-43(2005).
  - 8)三菱総合研究所：身体・知的障害者施設入所者の地域生活移行に向けた施設の取り組みに関する研究，平成20年度厚生労働省障害保健福祉推進事業報告書：35(2009).
  - 9)大阪府地域移行推進指針策定検討委員会：地域移行に向けた意向調査分析報告書，大阪府障害者自立相談支援センター地域支援課，大阪(2008).
  - 10)井上照美，岡田進一，白澤政和：知的障害者の地域移行を支援するための活動の構成要素：知的障害者の意向を尊重する支援に関する施設職員の自己評価．生活科学研究誌(人間福祉分野), 4：6(2005).
  - 11)河東田博：障害者本人支援の在り方と地域生活支援システムに関する研究，平成17年度総括研究報告書：30(2006).
  - 12)北海道：入所施設利用者意向調査実施報告書ーあなたの気持ちを教えてくださいー，北海道，北海道(2009).
  - 13)渡辺勸持：知的障害者の入所施設から地域への移行に関する研究，厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業平成11年度研究報告書：19-20(2000).

# 海外における知的障害者入所施設からの地域生活移行の 現状と課題に関する研究

森地徹<sup>1</sup>

志賀利一<sup>1</sup> 木下大生<sup>1</sup> 村岡美幸<sup>1</sup> 相馬大祐<sup>1</sup>

【要旨】本研究では、海外の知的障害者入所施設からの地域生活移行における研究動向から、地域生活移行の評価の視点ならびに地域生活移行の効果について、整理することとした。方法は、キーワードによる文献抽出を行い、海外の地域生活移行に関する文献を整理した。

文献抽出の結果、811件の文献が該当した。抽出した文献の中から、知的障害者入所施設からの地域生活移行に関連するものを抽出したところ、51件の文献が該当した。さらにこの中で、該当数が最も多い移行前後の移行者の生活に関連するものに着目し整理することとした。

文献を整理したところ、地域生活移行に伴う移行者の適応行動、不適応行動、生活の質の変化に着目している文献が多く存在したため、これらの文献の研究結果についても整理し、地域生活移行の効果を確認した。その結果、海外で行われた地域生活移行では、地域生活移行に伴い、移行者の生活の質や生活環境、適応行動や生活能力の向上にプラスの変化が見られていた。

【キーワード】 地域生活移行 適応行動 不適応行動 生活の質

## I. 背景

2006年に障害者自立支援法が成立し、それに関連して障害者入所施設における地域生活移行者数と、施設定員縮減数に関する数値目標が示された。このような障害者入所施設からの入所者の地域生活移行に向けた流れは、2002年の障害者基本計画や重点施策5か年計画においても見られた。

このような動向を踏まえた上で、特に知的障害者福祉分野において、入所施設からの地域生活移行に先駆的に取り組んでいる国々に目を向けると、様々な評価尺度を用いて地域生活移行の検証を行っている状況がある<sup>1)~5)</sup>。今後、日本でも知的障害者入所施設からの入所者の地域生活移行において、その検証の必要性が想定されることから、海外における評価の視点を概観することが求められると考える。

## II. 目的

まずは、海外の知的障害者入所施設からの地域生活移行の研究動向を整理した上で、地域生活移行の評価の視点を整理することを本研究の目的とする。あわせて、海外における知的障害者入所施設からの地域生活移行の効果についても整理することとする。

## III. 方法

Thomson ScientificのWeb of Science(SCI,SSCI,A&HCI)を用い、deinstitutionalizationをキーワードに設定した上で文献検索を行い、文献の内容ごとに整理を行った。なお、文献の整理に際してはGoogle scholarを用い、論題を基にアブストラクトを確認した上で行った。また、内容の文献整理に際しては、全般的変化と各項目の変化について調査結果における有意差の有無に着目した。

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部

## IV. 結果

### 1. 文献抽出結果

文献抽出の結果、全体で 811 件の文献が該当した。そしてこれらの文献の中から知的障害者に  
関係するものを抽出したところ 94 件の文献が該当した。さらにそれらの文献の中から知的障害者入  
所施設からの地域生活移行に関連するものを抽出したところ、51 件の文献が該当した。この知的障  
害者入所施設からの地域生活移行に関連した文献は、移行前後の移行者の生活に関連するもの、  
移行者の家族に関連するもの、移行後の移行者の生活に関連するものに分類された。これらの文  
献を整理すると、移行前後の移行者の生活に関連するものが 34 件、移行者の家族に関連するもの  
が 9 件、移行後の移行者の生活に関連するものが 8 件であることがわかった。

この結果を踏まえた上で、知的障害者入所施設からの地域生活移行に関連する文献のうち、該  
当数が最も多い移行前後の移行者の生活に関連するものに着目をした。そして移行前後の移行者  
の生活に関連する文献のうち、その該当頻度の高い移行者の適応行動、不適応行動、生活の質の  
変化に着目をした研究を分類すると、移行前後の移行者の適応行動に着目したものが 14 件<sup>6)-19)</sup>、  
不適応行動に着目したものが 11 件<sup>6)8)-10)12)-17)19)</sup>、生活の質に着目したものが 9 件<sup>11)-14)17)19)20)-22)</sup>  
であることがわかった。

### 2. 文献整理結果

#### (1) 調査における基礎データ

該当する文献で行われている調査の基礎データに着目すると、対象人数は 7 人から 254 人であり、  
平均が 78 人、以下わかる範囲で、対象年齢は平均が 19.6 歳から 61 歳までで、入所年数は平均が  
20.3 年から 34.0 年、障害程度は中軽度中心が 5 件、重度中心が 7 件であった。また、実験群となる  
地域生活移行をした群に対して、統制群となる施設生活を継続している群を設けているものが 7 件、  
実験群も統制群も地域生活移行をした群としているものが 2 件見られ、調査回数は入所時点と移行  
後 1 回が 6 件、2 回が 5 件、3 回が 4 件、5 回が 2 件であり、平均が入所時点と移行後 2.2 回であった  
(図 1)。

著者	発行年	国	地域生活移行をした群				施設生活を継続している群				調査回数・時期	
			人数 (名)	平均 年齢 (歳)	平均 入所 (年)	障害程度	人数 (名)	平均 年齢 (歳)	平均 入所 (年)	障害程度	回数	時期(か月)
Baker PA	2007	英	34	50.6			28	39.8			2	前後
Young L	2006	豪	30	47.1	27	中軽度53%					3	前 12 24
			30	47.5	34	中軽度53%						
Lerman P et al	2005	米	150	52.4		重度49.3%	150	52.2		重度55.7%	4	前 3 15 27
Young L et al	2004	豪	104	47	26	重度61%					6	前 1 6 12 18 24
Conroy J et al	2003	米	254	30		重度80%					2	前後
Stancliffe RJ et al	2002	米	148	46.8	29.3	大部分重度					4	前 2 12 24
Young L et al	2001	豪	95	47	32	重度55%					4	前 1 6 12
Cooper B et al	2000	豪	26	52		中度52%	19	55.2		中度47%	3	前 12 24
Dagnan D et al	1998	英	29	61	31.8						4	前 30 41 51
Stancliffe RJ et al	1997	米	56	45.8	27.8		71	43.5	27.5		3	前 24 36
Donnelly M et al	1996	英	214				190				3	前 12 24
Cullen C et al	1995	英	50	31~40 32%		中度52%	50	31~40 38%		中度42.8%	6	前 6 12 18 24 30
Brook SL et al	1995	英	50	50.2	28.8						2	前後
Rose KC et al	1993	米	7	19.6		平均IQ60					3	前 6 12
Fine MA et al	1990	米	32	53.4		重度56%					2	前 18
Kleinberg J et al	1983	米	20	46.3	29.6	平均IQ23.8					2	前後
Conroy J et al	1982	米	70	35.9	20.3	平均IQ29.3	70	36.1	21.3	平均IQ27.7	2	前後

図 1 調査における基礎データ

## (2)全般的変化

地域生活移行に伴い、適応行動、不適応行動、生活の質の全般的変化に着目すると、適応行動に関しては、移行前に比べて有意にプラスの変化が見られた文献は5件、有意差が見られなかった文献は2件、有意にマイナスの変化が認められた文献は1件だった。不適応行動に関しては、移行前に比べて有意にプラスの変化が見られた文献は2件、有意差が見られなかった文献は4件、有意にマイナスの変化が見られた文献は3件だった。また、生活の質に関しては、移行前に比べて有意にプラスの変化が見られた文献は5件だった。

これらの結果から、地域移行に伴う移行者の変化のうち、適応行動と生活の質についてはプラスの変化が見られ、不適応行動については有意な差が見られない傾向にあることがわかった。

## (3)各項目変化

### ①適応行動の各項目変化

適応行動の各項目における変化については、家事、自立機能、社会性、責任感、経済活動、言語発達、身体発達、数と時間、職業、自己志向性、認知能力、生活スキル、運動機能において、複数の文献で回答が見られた(図2)。そしてこれらのうち、家事、社会性、責任感、経済活動、身体発達、数と時間といった項目で、プラスの変化が見られる傾向にあることがわかった(図2)。

これらのことから、地域生活移行に伴う移行者の適応行動の変化においては、移行者の社会生活上の能力や ADL 面での能力に、プラスの変化が見られる傾向がうかがわれた。

### ②不適応行動の各項目変化

不適応行動の各項目における変化については、常同行動、性的行動、社会的行動、信頼、多動行動、自傷行為、対人関係、基準順守、行動障害、社会的ルール、反抗的行動において、複数の文献で回答が見られた(図3)。そしてこれらのうち、社会的行動、対人関係、性的行動といった項目でプラスの変化が見られた(図3)。

これらのことから、地域生活移行に伴う移行者の不適応行動の変化においては、関係性においてプラスの変化の傾向が見られた。

### ③生活の質の各項目変化

生活の質の各項目における変化については、物理的生活の質、選択、感情的生活の質、地域アクセス、全般的生活の質、住居に関する生活の質、自己決定、日課、医療に関する安心において、複数の文献で回答が見られた(図4)。そしてこれらのうち、地域アクセス、全般的生活の質、住居に関する生活の質、自己決定、日課といった項目でプラスの変化があることがわかった(図4)。

これらのことから、地域生活移行に伴う移行者の生活の質の変化においては、全般的にプラスの変化が見られる傾向にあった。

著者	発行年	評価尺度	国	大項目*			小項目*					
				項目名	移行群① 変化	移行群② 変化	施設群 変化	項目名	移行群① 変化	移行群② 変化	施設群 変化	
Young L	2006	Adaptive Behavior Scale	英	適応行動	+	+		自立機能 身体発達 経済活動 言語発達 数と時間 家事 職業 自己志向性 責任感 社会性	= = = = + + + + + +	- - = = - + + - - =		
Lerman P et al	2005	New Jersey Client Assessment Form	米					認知能力 自立機能 運動機能	- - -			= + -
Young L	2004	Adaptive Behavior Scale	豪	適応行動	+			自立機能 身体発達 経済活動 言語発達 数と時間 家事 職業 自己志向性 責任感 社会性	= = + + + + + = + +			
Conroy J et al	2003	Oklahoma Administers the Developmental Disabilities Quality Assurance Questionnaire	英					自立機能 学習 社会性	= + -			
Stancliffe RJ et al	2002	Inventory for Client and Agency Planning	米	適応行動	-	=						
Young L et al	2001	Adaptive Behavior Scale	豪	適応行動	+			経済活動 家事 責任感 社会性	+ + + +			
Cooper B et al	2000	Community Living Skills Screening Test	豪					地域生活スキル: 実施 地域生活スキル: 機会	- -			- -
Donnelly M et al	1996	The Social Functioning Questionnaire	英					自立機能	=			
Cullen C et al	1995	Adaptive Behavior Scale	英	適応行動	=			経済活動 言語発達	+ =			
Brook SL et al	1995	The Profile of Abilities and Adjustment	英					運動機能 自立機能 社会性 コミュニケーション 認知能力 家事スキル:全般 家事スキル: 事務用品の使用 公共施設の利用 協調性	= = = = - = + = + + +	= = = = = = = = = =		
Rose KC et al	1993	The Inventory for Client and Agency Planning	米					運動機能 社会性 個人生活スキル 地域生活スキル 自立機能	+ + + + +			
Fine MA et al	1990	Adaptive Behavior Scale	米	適応行動	+			自立機能 身体発達 経済活動 言語発達 数と時間 家事 職業 自己志向性 責任感 社会性	= = + + = + = = = =			
Kleinberg J et al	1983	Adaptive Behavior Scale	米					言語発達 家事 責任感	+ + +			
		the Minnesota Developmental Programming System					自立機能 社会性 家事 職業	+ + + -				
Conroy J et al	1982	The Behavior Development Survey	米	適応行動	+		=					

\*大項目が尺度全体の傾向を、小項目が尺度内の各項目の傾向をそれぞれ示す

+ プラスの変化(有意差あり)  
= 変化なし(有意差なし)  
- マイナスの変化(有意差あり)

図2 地域生活移行に伴う適応行動の変化



著者	発行年	評価尺度	国	大項目*			小項目*				
				項目名	移行群① 変化	移行群② 変化	施設群 変化	項目名	移行群① 変化	移行群② 変化	施設群 変化
Young L	2006	Adaptive Behavior Scale	豪	不適応行動	=	=		社会的行動 基準遵守 信頼 常同行動/多動行動 性的行動 自傷行為 社会的ルール 対人関係	= = - = - = = =	= = = = = = = =	
Young L	2004	Adaptive Behavior Scale	豪	不適応行動	-			社会的行動 基準遵守 信頼 常同行動/多動行動 性的行動 自傷行為 社会的ルール 対人関係	+ = + = + = + +		
Conroy J et al	2003	Oklahoma Administers the Developmental Disabilities Quality Assurance Questionnaire	米					反抗的行動  無反応	+  +		
Stancliffe RJ et al	2002	Inventory for Client and Agency Planning	米	不適応行動	=	=					
Young L et al	2001	Adaptive Behavior Scale	豪	不適応行動	-			社会的行動 基準遵守 信頼 常同行動/多動行動 性的行動 自傷行為 対人関係	+ + - + + - +		
Cooper B et al	2000	Behavior Development Survey	豪	不適応行動	=		-				
Donnelly M et al	1996	The Problems Questionnaire	英	不適応行動	-						
Brook SL et al	1995	The Profile of Abilities and Adjustment	英					常同行動 重度の行動障害 全般的な行動障害	= - +	= = +	
Rose KC et al	1993	The Inventory for Client and Agency Planning	米	不適応行動	+			内面 利己 外面	+ = +		
Fine MA et al	1990	Adaptive Behavior Scale	米	不適応行動	+			暴力及び破壊的行動 社会的行動 反抗的行動 対人関係 引きこもり 常同行動 適切でない対応の仕方 不快な言語的習慣 異常な習慣 自傷行為 多動傾向 性的行動 心理的障害 服薬	= + = + = = = + = = = + + +		
Conroy J et al	1982	The Behavior Development Survey	米	不適応行動	=		=				

\*大項目が尺度全体の傾向を、小項目が尺度内の各項目の傾向をそれぞれ示す

+ プラスの変化(有意差あり)  
= 変化なし(有意差なし)  
- マイナス変化(有意差あり)

図3 地域生活移行に伴う不適応行動の変化

著者	発行年	評価尺度	国	大項目*				小項目*			
				項目名	移行群① 変化	移行群② 変化	施設群 変化	項目名	移行群① 変化	移行群② 変化	施設群 変化
Baker PA	2007	The Guernsey Community Participation and Leisure Assessment	英					地域社会への参加と資源の利用	+		=
Young L	2006	Residential Choice Assessment Scale	豪					選択	+	+	
		the Life Circumstances Questionnaire		生活の質	+	+		物理的生活の質 医療に関する安心 地域アクセス 日課 自己決定 感情的生活の質 住居に関する満足 全般的生活の質	+ - + + + + +	+ - + + + +	
Young L	2004	Residential Choice Assessment Scale	豪					選択	+		
		Life Circumstances Questionnaire		生活の質	+			物理的生活の質 医療に関する安心 地域アクセス 日課 自己決定 感情的生活の質 住居に関する満足度 全般的生活の質	+ + + + + + +		
Young L et al	2001	Residential Choice Assessment Scale	豪					選択	+		
		the Life Circumstances Questionnaire		生活の質	+			物理的生活の質 身体的生活の質 地域アクセス 日課 自己決定 感情的生活の質 住居に関する満足度 全般的生活の質	+ - + + + + +		
Cooper B et al	2000	Quality of Life Questionnaire	豪	生活の質	+		+				
Dagnan D et al	1998	The Questionnaire on Quality of Life	英					選択 尊厳 人間関係 活動 地域アクセス 個別性への配慮	+ + + + +		
Stancliffe RJ et al	1997	The Consumer Choice Scale	米					選択	=		=
Donnelly M et al	1996	The environment Checklist	英					物理的生活の質	+		
Cullen C et al	1995	A Questionnaire on Morale and Life Satisfaction	英					感情的生活の質	+		+
		A Personal Appearance Check list						身だしなみ	=		=
		Quality of Life Measure		生活の質	+		=				
		The Quality of The Physical Environment						物理的生活の質	+		=

\*大項目が尺度全体の傾向を、小項目が尺度内の各項目の傾向をそれぞれ示す

+ プラスの変化(有意差あり)  
= 変化なし(有意差なし)  
- マイナスの変化(有意差あり)

図4 地域生活移行に伴う生活の質の変化

### 3. 点数化結果

地域生活移行に伴う移行者の適応行動、不適応行動、生活の質の変化に関して、その全般的変化と各項目の変化について点数化を行った。その際、有意にプラスの変化が見られたものについては1点、有意差が見られなかったものについては0点、有意にマイナスの変化が見られたものについては-1点として得点化を行った。そしてそれらの得点の平均値を、全般的変化と各項目の変化の

スコアとした。なお、得点化に際して各項目の変化については、類似の項目同士をまとめて得点化を行った。

その結果、全般的変化については、適応行動と生活の質では、移行後にプラスに変化する傾向があるものの、不適応行動では、移行後にマイナスに変化する傾向にあることがわかった(図5)。また、各項目の変化については、移行者全般的に生活の質でプラスの変化が見られ、適応行動や不適応行動については、移行者の生活状況や生活能力にプラスの変化が見られる傾向にあった(図5)。

状態	スコア	適応行動		不適応行動		生活の質	
プラス の変化	1.0					全般的生活の質 物理的生活の質 住居に関する満足度 地域アクセス 日課 自己決定 感情的生活の質	
	0.9					生活の質	選択
	0.7		経済活動				
	0.6		職業 家事		対人関係		
	0.5	適応行動	責任感 言語発達		社会的行動		
	0.4						
	0.3		社会性 自立機能 運動機能 数と時間				
	0.2				性的行動		
	0.1				常同行動/多動行動		
変化なし	0		自己志向性				
マイナス の変化	-0.1				信頼		
	-0.2		地域生活スキル	不適応行動	自傷行為		
	-0.3		身体発達 認知能力				

図5 適応行動・不適応行動・生活の質点数化結果

## V. 考察

本研究では、まず、海外における知的障害者入所施設からの地域生活移行に関する文献の整理を行った。海外では、移行前後の移行者の生活に着目したものが最も多く、中でも、移行者の適応行動、不適応行動、生活の質の変化に着目した研究が多かった。使用している尺度は数多く存在した(図2-図4)。

研究結果を概観してみると、地域生活移行に伴い、移行者の生活の質や生活環境、適応行動や生活能力の向上にプラスの変化が見られていた。生活の質のプラスの変化の要因は、住居の質が向上し、地域との関わりが増えたことが指摘されており、生活環境のプラスの変化については、選択の機会の増加や非障害者と多く接する生活形態と関連があることが指摘されている<sup>17)</sup>。また、適応行動のプラスの変化の要因として、個別支援など支援によることが指摘されている<sup>6)13)14)17)23)</sup>。しかし一方では、それらのことは特別な支援が無くてもあらわれるとされており<sup>24)</sup>、それは環境や機会の変化によるともされている<sup>15)</sup>。生活能力のプラスの変化の要因については、特に触れられておらず、

これは地域生活移行に伴い、移行者の生活環境が変化をすることで移行者を取り巻く生活状況にプラスの変化が見られたためと考えられる。

これらの点を踏まえた上で、地域生活移行に伴う移行者の状態の変化について概観してみると、このような変化は、移行者が自発的に役割をこなすことと関連しており<sup>9)</sup>、その能力の獲得は制限の少ない環境によって生じ、小規模住居において促進されることが指摘されている<sup>18)</sup>。また、地域生活移行に際して、移行者が新しい生活環境に順応するためには、計画的な介入を必要とすることが指摘されている<sup>7)</sup>。

一方、地域生活移行に伴い、移行者に生じる各種マイナスの変化については短期的なものであり、長期的にみると、マイナスの変化を示した項目については、プラスの変化が示されることも指摘されている<sup>8)14)15)25)</sup>。そのため、地域生活移行について移行者の変化を検証する際には、移行者の短期変化と長期変化に目を向けることが必要になると考えられる。

今後、日本において地域生活移行の検証を行う際には、以上に見た、先駆的に行われている海外の評価尺度や、評価の視点を参考に行うことが必要になると考えられる。

## 謝辞

本研究は東日本国際大学教授渡辺勸持氏より多大なアドバイスをいただいた。改めて感謝申し上げます。

## 文献

- 1)Larson.S.A and Lakin.K.C : Deinstitutionalization of persons with mental retardation : Behavioral outcomes. The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 14(4) : 324-332(1989).
- 2)Emerson.E and Hatton.E : Deinstitutionalization in the UK and Ireland : Outcomes for service users. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 21(1) : 17-37(1996).
- 3)Young.L, Sigahoo.J and Suttie.J et al : Deinstitutionalisation of people with intellectual disabilities : A review of Australian studies. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 23(2) : 155-170(1998).
- 4)Kim.S, Larson.S.A and Lakin.K.C : Behavioral outcomes of deinstitutionalization for people with intellectual disability : A review of US studies conducted between 1980 and 1999. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 26(1) : 35-50(2001).
- 5)Kozma,A, Mansell.J and Beadle-Brown.J : Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability : A systematic review. American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 114(3) : 193-222(2009).
- 6)Conroy,J, Efthimiou.J and Lemanowicz.J : A matched comparison of the developmental growth of institutionalized and deinstitutionalized mentally retarded clients. American Journal of Mental Deficiency, 86(6) : 581-587(1982).
- 7)Kleinberg.J and Galligan.B : Effects of Deinstitutionalization on adaptive behavior of mentally retarded adults. American Journal of Mental Deficiency, 88(1) : 21-27(1983).
- 8)Fine.M.A, Tangeman.P.J and Woodard.L : Changes in adaptive behavior of older adults with

- mental retardation following deinstitutionalization. *American Journal on Mental Retardation*, 94(6) : 661-668(1990).
- 9) Rose.K.G, White.J.A and Conroy.J et al : Following the course of change : A study of adaptive and maladaptive behaviors in young adults living in the community. *Education and Training in Mental Retardation*, 28(2) : 149-154(1993).
  - 10) Brook.S.I and Bowler.D.M : Community adjustment of mobile people with learning difficulties after total hospital closure : a preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38(3) : 177-185(1995).
  - 11) Cullen.C, Whorskey.M and Mackenzie.K et al : The effects of deinstitutionalization on adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(6) : 484-494(1995).
  - 12) Donnelly.M, Mcgilloway.S and May,M et al : One and two year outcome for adults with learning disabilities discharged to the community. *British Journal of Psychiatry*, 168 : 598-606(1996).
  - 13) Cooper.B and Picton.C : The long-term effects of relocation on people with an intellectual disability : Quality of life, behavior, and Environment. *Research Social Work Practice*, 10(2) : 195-208(2000).
  - 14) Young.L and Ashman.A : Closure of the Challinor Centre II : An extended report on 95 individuals after 12 months of community living. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(1) : 51-66(2001).
  - 15) Stancliffe.R.J, Hayden.M.F and Larson.S.A : Longitudinal study on the adaptive and challenging behaviors of deinstitutionalized adults with mental retardation. *American journal on Mental Retardation*, 107(4) : 302-320(2002).
  - 16) Conroy.J, Spreat.S and Yuskauskas.A : The Hissom closure outcomes study : A report on six years of movement to supported living. *Mental Retardation*, 41(4) : 263-275(2003).
  - 17) Young.L and Ashman.A.F : Deinstitutionalization for older adults with severe mental retardation : Results from Australia. *American Journal on Mental Retardation*, 109(5) : 397-412(2004).
  - 18) Learman.P, Apgar.D.H and Jordan.T : Longitudinal changes in adaptive behaviors of movers and stayers : Finding from a controlled research design. *Mental Retardation*, 43(1) : 25-42(2005).
  - 19) Young.L : Community and cluster centre residential services for adults with intellectual disability : Long-term results from an Australian-matched sample. *Journal on Intellectual Disability Research*, 50(6) : 419-431(2006).
  - 20) Stancliffe.R.J and Abery.B.H : Longitudinal study of deinstitutionalization and the exercise of choice. *Mental Retardation*, 35(3) : 159-169(1997).
  - 21) Dagnan.D, Ruddick.L and Jones.J : A longitudinal study of the quality of life of older people with intellectual disability after leaving hospital. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(2) : 112-121(1998).
  - 22) Baker.P.A : Individual and service factors affecting deinstitutionalization and community use

of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20 : 105-109(2007).

23) Fleming.I and Kroese.B.S : Evaluation of community care project for people with learning difficulties. *Journal of Mental Deficiency Research*, 34 : 451-464(1990).

24) O' Neill.J, Brown.M, and Gordon,W et al : The impact of deinstitutionalization on activities and skills of severely/profoundly mentally retarded multiply-mandicapped adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 6 : 361-371(1985).

25) Young.L and Ashman.A.D : Deinstitutionalisation in Australia part II : Results from a long-term study. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 50(1) : 29-45(2004).

# 重度知的障害者の地域移行に向けた取り組み

## 地域移行に向けての地域生活体験プログラム作成と実践

大熊伸幸<sup>1</sup>

浅田美千代<sup>1</sup> 真鍋正枝<sup>1</sup> 槻岡智子<sup>1</sup>

【要旨】 重度知的障害者が地域生活に必要なスキルを習得できるように支援を行うためには、日中活動として定期的に習得機会を設けることが必要だと考え、そのためのプログラムを作成することとした。

プログラムは、「移動」「バス利用」等 10 個を用意し、平成 21 年 4 月から平成 22 年 9 月までに 6 回実施した。1 回の期間は 3 ヶ月とした。各種プログラム項目や支援内容については、回毎に見直しを行いながら実施した。

当初は、「移動」「買い物」等のプログラムを用意し、それぞれを別々に実施することで地域生活に必要なスキルの習得をねらった。しかし、4 回を終了したところで、生活は「流れ」であることに気づき、一人でホームの留守番から「電話」を受け「移動」をして「買い物」をして帰ってくるという日常生活でありそうな一連の流れについて職員を伴わないで実施をした。このプログラムを経験した利用者は「地域生活の自信」が芽生えていった様子が見え始めた。

【キーワード】 生活体験 プログラム 知的障害者 地域移行

### I. 地域生活体験ホームの概要

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園（以下「のぞみの園」）では、入所利用者が地域社会で生活することを目標に、平成 14 年 4 月に自活訓練を行う「あおぞらホーム」（開設時定員 10 名、平成 22 年現在定員 12 名）を開設した。また、平成 16 年 4 月には、より地域移行を推進するための体制を整備・充実すべく、その取り組みのひとつとして、生活体験の場を所管する生活体験室（現、地域生活体験係）を設けた。そして同年 6 月には、主に身体障害を併せ持つ利用者の地域生活体験の場として、職員宿舎跡地にバリアフリー仕様の地域生活体験の場「くるん」（定員 7 名）を開設した。さらに、平成 19 年 11 月には、より地域生活に近い環境での生活体験を行うため住宅街の空き家を借り上げ「ひじり」（定員 5 名）を設置した。平成 22 年現在これら 3 棟の地域生活体験ホームを活用し、地域移行を目指す利用者が生活体験を行っている。

地域生活体験の場を開設した当初、移行先としてはグループホームを想定し支援していた。しかし、平成 16 年に介護を必要とする知的障害者等のためのケアホームが制度化されたことや、利用者が高齢化・重度化してきたことを踏まえ、想定移行先の中心を当初のグループホームからケアホームへと変更し、現在に至っている。

### II. 地域生活体験ホームのねらい

のぞみの園では、利用者に地域生活体験ホームでの生活や宿泊体験の機会を提供することで、地域生活に必要なスキルの向上や自立意欲が高まるよう支援している。

宿泊体験は、1泊2日から始め、徐々に宿泊期間を延長する形で行う。この取り組みは、集団生活から個別生活等への新しい暮らし方に対して、利用者自身の理解を深めるためのものであるが、同時に家族に対しても宿泊体験の実施内容を伝えることで、地域での暮らしについての理解が深まるよう働きかけるものでもある<sup>1)</sup>。

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園地域支援部

### Ⅲ. 地域生活体験プログラムを作成した経緯

のぞみの園では地域移行をした利用者や移行先事業所に対し、1年後のフォローアップ時に、聞き取りによるアンケート調査を実施している。その中で「地域移行前にどのような支援が行われていれば、移行がスムーズに行えたか」と尋ねたところ、事業所からの回答は「交通ルール」「生活スキル」といった項目が多かった。より具体的な内容は、「買い物時の金銭の利用」「危険回避」「交通マナー」であった。

これまでの地域生活体験ホームでの支援内容を振り返ると、確かにそれらの習得は困難であったように思われた。特に交通マナーについては、地域生活体験ホームから目的地まで車で移動することが多く、信号の意味や理解、交差点の渡り方等について学ぶ機会をほとんど提供できていない実態があった。

その反省から、重度知的障害者が地域生活に必要なスキルを習得できるように支援を行うためには、日中活動として定期的に習得機会を設けることが必要だと考え、そのためのプログラムを作成することとした。

### Ⅳ. プログラムの作成と実施

プログラム参加利用者の属性は、表1の通りである。

表1 プログラム参加利用者の主な属性

生活の場所	職員宿舎を利用した地域生活体験ホーム「あおぞら」	9	人
	街中の地域生活体験ホーム「ひじり」*	4	人
性別	男性	9	人
	女性	4	人
年齢	平均	54.3	歳
	最小	43	歳
	最大	68	歳
障害程度区分	平均	4.1	
	最小	3	
	最大	6	
IQ	平均	30.6	
	最小	19	
	最大	48	
入所年数	平均	28.5	年
	最小	13	年
	最大	39	年

※IQ 測定不能者 1 名

\* 第4回から参加

プログラムを作成するにあたり、まずは試行版を作成した。試行版として選定したプログラムは、「移動」「買い物」「バス利用」「名前」「電話」「炊事」「金種理解」「入浴」「洗濯」「トイレ利用」「電化製品の操作」「カラオケ教室」「書道教室」の計 13 項目であった。これら 13 項目の選定理由は以下の通りである。

「移動」は信号や交通ルールの理解・習得ができていないことから実施することとし、「買い物」は店舗で買い物する際のマナーやルールを習得するため、「バス利用」は公共バスの利用経験が少な



く目的地まで乗り継ぎがない場合の乗降も困難だったことから実施することとした。そして、これら3つのプログラムは、地域移行先事業所からのアンケート調査を参考に設定したものである。

また、「名前」は言葉及び文字で自分の名前や施設名を相手に伝えることで諸々の手続きや人との関係づくりが可能となるため。「電話」は困った時にいつでも連絡を取れることができるように、「炊事」は火や刃物の危険性、調理器具や家電の安全な使用方法を習得すること、「金種理解」は買い物スムーズに行うには金銭の種類や価値について知る必要があること、余暇の充実にもつながるという理由がそれぞれあげられた。これら4つのプログラムは、利用者がスムーズに地域生活を送るためのスキルとして、アンケート調査の結果から明らかになったこと以外にもあるのではないかと検討し、その結果設定したものである。

そして、「入浴」についてはシャワーの使い方や身体や頭の洗い方が不十分であったり、「洗濯」については、洗剤の使い方や洗濯物の干し方が不十分で生乾きの衣類を着用してしまったりする利用者がいたこと、「トイレ利用」は特に公共のトイレ使用時のマナー等に問題があったことがあげられた。また、「電化製品」については、エアコンの温度調節や運転の切り替えができないこと、掃除機の使い方が分らず掃除が十分にできないことがあげられた。これら4つのプログラムは、地域生活体験プログラムを実施する前に、プログラム参加者のアセスメントをした結果、いくつかの項目において利用者間で共通する課題の存在が浮き彫りとなったため設定したプログラムである。

以上のようにして考えられた11個のプログラムに、すでに余暇活動や地域交流を目的として参加していた、公共施設で行われる障害者対象の「カラオケ教室」と「書道教室」をプログラムに組み込むことにした。これはカラオケや書道そのものの習得よりも、むしろ駐車場から建物までの移動やエレベーターの操作、教室参加時の挨拶やお礼、後片付け等といったプログラムを受けるまでの準備や過程の習得が重要であり、そういったことの習得が、移行先においてスムーズな地域交流や日中活動の広がりをもたらすのではないかと考えたためである。

これらを整理したのが表2である。なお利用者の地域生活体験プログラムへの参加基準と参加するプログラムの選択については、事前に行った地域生活のアセスメントをもとに、プログラムに参加することで習得が可能と思われるもの、現在のスキルより向上が期待されるものを中心に選び、偏りが無いよう他利用者とのバランスを見ながら行った。選択後に、本人に参加する地域生活体験プログラムについての説明を行い、同意を得て実施した。

表2 地域生活体験プログラムおよび選定理由

	プログラム名	選定理由
①「移行前に習得が望ましいスキル」	移動	信号, 交通ルールを理解, 習得ができていない
	買い物	店舗マナー, 買い物の仕方が理解できていない
	バス利用	公共バスの利用経験がない
②「職員が習得することが必要だと考えたスキル」	名前	自分の名前が書けない.
		自分の名前を伝えられない
	電話	緊急時に連絡ができない
	炊事	火や刃物の危険性の認知ができない, 調理器具の使用が不十分
③「アセスメント上課題が見られたスキル」	入浴	シャワー操作や洗い方が不十分
	洗濯	操作や洗剤の使用量, 干し方や片付け方が不十分
	トイレ利用	男女別の認識ができない, トイレマナーが理解できていない
	電化製品の操作	エアコン操作ができない
掃除機の使用が不十分		
④「地域交流, 余暇活動のプログラム化」	カラオケ教室	地域交流, 教室利用時のマナーが不十分
	書道教室	地域交流, 教室利用時のマナーが不十分

上記の地域生活体験プログラム試行版を平成21年3月より1ヶ月間実施したところ, 気づいたことがあった。それは, 「電化製品の操作」と「トイレ利用」は日常生活の流れの中で習得する方が現実的であること, 「買い物」は日常的に買い物に行ける環境にあるため, あえてプログラムとして取り組まなくても日常の支援の中での習得ができることの2点であった。そのため, 「電化製品の操作」「トイレ利用」「買い物」の3つはプログラムから除外し, 表3の通り実施することとした。

表3 地域生活体験プログラム(第1・2回)

平成21年4月～9月					
	月	火	水	木	金
AM 内容	簡単な炊事	金種理解	移動	電話, 名前	移動
PM 内容		カラオケ教室	入浴, 洗濯	書道教室	バス利用

実施に当たっては, プログラム毎に, 目標, ねらい, 方法, 実施場所, 移動方法, 費用等を記載した企画書を作成し(表4), 職員が内容を共有しながら実施でき, かつ参加利用者に日頃関わっている生活寮や作業活動支援の職員にもその内容が伝わるよう体制を整えた。プログラムは, 平成21年4月から平成22年9月までに6回実施した。なお, 1回の期間は3ヶ月とした(表5)。

表4 企画書 「買い物」プログラムの内容と方法 (一例)

担当職員 氏名		実施 予定曜日・時間	火 13:30～15:20
1 テーマ	「買い物を楽しもう♪」 ～店舗マナー・金銭使用～		
2 目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目的物品の購入</li> <li>・自身での支払い</li> <li>・店舗内マナーの習得 (OP:自動販売機の利用)</li> </ul>		
3 支援のねらい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目的をもって買い物を行うことができるようにする.</li> <li>・他者に迷惑をかけないように店舗で行動する.</li> <li>・支払いの手順(マナー)を身に付ける.</li> </ul>		
4 具体的な方法	(生活の場にて必要物品の把握を行い,プログラム実施前に引継ぎを行う)		
1 店舗に入る	7 財布を取り出す		
2 カゴを持つ	8 (利用者の支払い実態に応じて)金銭を支払う		
3 他の客に気をつける	9 お釣り・レシートを受け取る		
4 店舗にて購入品を選び取る	10 財布をしまう		
5 レジを探す	11 商品を受け取る		
6 レジにて順番を待つ	12 店舗から出る		
5 実施場所・移動手段	近隣店舗(ショッピングセンター,100円ショップ,スーパー), 公用車使用		
6 費用	各自負担		
7 対応職員人数	2名		
8 対応可能利用者数	4名		

表5 各回と実施時期

	時 期		時 期
第1回	平成 21 年 4月～6月	第4回	平成 22 年 1月～3月
第2回	平成 21 年 7月～9月	第5回	平成 22 年 4月～6月
第3回	平成 21 年 10月～12月	第6回	平成 22 年 7月～9月

各種プログラム項目や支援内容については,回毎に見直しを行いながら実施した.

## V. プログラムの実施結果と変更 —第1回から第6回—

### 1. 第1回終了後

「移動」プログラムでは,「利用者がより楽しく参加できるようにするためには,目的地がわかった方が歩きやすいのではないか」といったことや,「交通ルールを伝えることが難しく,その伝え方を工夫する必要はある」といったこと等が検討課題としてあげられた.

### 2. 第2回終了後

「入浴,洗濯」「カラオケ教室」「簡単な炊事」を対象外とし,「家事一般」「買い物」を加えることを検討した.さらに,すでに地域で生活しているひじりの利用者を対象に複数のプログラムを組み合わせた総合的なプログラムを実施することを検討した.

「入浴」は,生活の流れの中で取り組む方が現実的に習得できると判断し対象外とした.「カラオケ

教室」は、参加できる利用者が限られるほか、目的としていた挨拶や後片付け、プログラムに参加するまでの準備や過程の習得よりも余暇として楽しむことを第一の目的としたため外すこととした。「簡単な炊事」「洗濯」は、簡単な調理、洗濯等の他にも、ゴミの捨て方、出し方等地域生活に必要な事柄を学ぶためのプログラムが必要であるとし、「家事一般」という枠組みで統合した。また、平成 21 年 12 月に生活寮より新たに地域生活体験ホームの長期地域生活体験を開始した者を対象に、「買い物」を再度実施することにした。

また「移動」は、週に1回の参加では翌週まで覚えていられない利用者がいたことから週2回に増やし様子を見ることとした。

地域生活体験ホーム内で一番地域移行に近いひじりで生活している利用者も、地域生活に必要な生活スキルの向上を図ることで、これまで以上に生活に広がりをもたらすことができるほか、プログラムを実施することで移行後の生活が、よりスムーズになることが考えられたため実施することとした。プログラムの内容としては、「移動」、「買い物」、「電話」、「名前」等について組み合わせて実施することとした。そしてこのプログラムの名称を「総合」とした。

以上の結果から、第3・4回のプログラムは、表6の通りとなった。

表6 地域生活体験プログラム(第3・4回)

平成 21 年 10 月～平成 22 年3月					
	月	火	水	木	金
AM 内容	家事一般	金種理解	総合	移動	移動
PM 内容	電話	買い物	移動	書道教室	バス利用

### 3. 第3回終了後

新型インフルエンザ等の影響で実施がほとんどできなかった。

### 4. 第4回終了後

「書道教室」「金種理解」を対象外とし、「総合」プログラムは、対象の拡大と実施方法を変更することを検討した。

「書道教室」は、名前を書く練習にもなるため実施してきたが「カラオケ教室」同様に余暇的側面が強いため対象外とした。また、「金種理解」は、ある程度の理解力がある利用者ではないとプログラムの実施が難しいため対象外とした。「総合」については、複数のプログラムを組み合わせるだけでなく、生活は流れの中で動いていることからプログラムを繋げて実施することが必要だと考え、細切れではない一連の流れのある総合的なプログラムを実施することにした。対象利用者も、これまでのひじりで生活する利用者限定していたものを、地域生活体験ホーム利用者全員とした。「総合」プログラムの具体的内容は表7の通りである。なお「移動」については、安全に移動できることが生活の基盤になると考え参加利用者を増やし、運動能力や理解力に応じてクラス分けを行い、実施回数も増やしスムーズな支援が行えるように配慮した。第5・6回のプログラムは表8の通りである。

表7 「総合」プログラムの内容と方法

担当職員 氏名		実施 予定曜日・時間	火 13:30～15:20
1 テーマ	各プログラム(電話・移動・買い物)実施後の理解状況の確認		
2 目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・店舗までの安全な移動及び買い物の実施</li> <li>・単独での留守番</li> <li>・電話の受け答え及び内容の理解</li> </ul>		
3 支援のねらい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単独での留守番時の様子をアセスメントする.</li> <li>・電話を受け取り, 内容に合わせた行動ができるか確認する.</li> <li>・安全な移動を行い, 近隣店舗までの地理把握のアセスメントを行う.</li> <li>・マナーを守り, 所持金と目的に合わせた買い物をする.</li> </ul>		
4 具体的な方法	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「くるん」または「ひじり」で留守番をする</li> <li>2. 電話に出る</li> <li>3. 用件を聞き取る</li> <li>4. 財布を持ち, 近隣店舗へ買い物に行く</li> <li>5. 安全に道路を移動する</li> </ol> <p>※職員は本人の様子を常時確認し, 緊急時には対応できるようにする.          ※参加済みのプログラムや, 本人の能力等に応じて時間や場所・内容等, 変更して安全に実施する.</p>		
5 実施場所・移動手段	・「くるん」または「ひじり」 ・近隣店舗(スーパー・郵便局等)		
6 費用	買い物代(昼食・嗜好品・切手等)		
7 対応職員人数	2名		
8 対応可能利用者数	1名		

表8 地域生活体験プログラム(第5・6回)

平成 22 年4月～9月					
	月	火	水	木	金
AM 内容	移動	電話	家事一般	名前	移動
PM 内容	移動	買い物	移動	総合	バス利用

## VI. 重度知的障害者に必要な地域生活体験プログラムとは－長期入所施設生活者の場合－

のぞみの園の出発点は「終生保護」というところにあり, 長い間「地域で暮らす」という視点はなかった. 従って, 施設を出て地域で暮らすためには, あらためて交通ルールの理解や危険回避等, 安全に生活するためのスキルをはじめとして, 多くのスキルの習得が必要であった. 習得が必要なスキルの具体的内容としては, プログラム実施当初は, 「安全な暮らし(電話・家事一般・移動)」, 「行動範囲の広がり(移動・バス利用・名前)」, 「余暇の充実(買い物・移動)」だと考えていた. しかし, プログラムの実施回数を重ねて行く中で, 当初の地域生活体験プログラムだけでは実際の地域生活には不十分だということがわかった. 各種プログラムを実施する中で, 生活の場から「移動」した先に日頃「買い物」で使うスーパーがあり, 「家事一般」でまとめた資源ゴミ等の廃品回収があるという「流れ」があることに気づいた.

そこで, 「総合」というプログラムを用意し, 複数の地域生活体験プログラムを経験し, ある程度の習

得が見られた利用者を対象に、一人でホームの留守番から「電話」を受け「移動」をして「買い物」をして帰ってくるという日常生活でありそうな一連の流れについて職員を伴わないで実施をした。その際、安全の確保のために職員は気づかれないようにして見守りを行い、付き添う職員や他の利用者がいない状況でのスキルの確認を行った。

実際にプログラムを実施してみると、「移動」や「買い物」ではある程度の習得が見られていた利用者でも、玄関を出る一歩が踏み出せないという場面が見られたり、「電話」で受け答えできていた利用者が受話器を置いたら動けずにいる場面もあった。逆に普段の「移動」では歩きながら安全確認していた利用者が、一時停止をして何度も安全確認をしてから道路を渡るといった面が見られることもあった。なお、これらのプログラムは他の地域生活体験プログラムのアセスメント結果等から利用者のプログラムの習得度に合わせて職員の関わり方を変える等して実施した。

ほとんどの利用者がホームに帰って来る時には、達成感からか「また、一人で買い物に行けますか？」と聞くと「うん」と答える場面が多かった。このように「総合」プログラムを経験した利用者にとっては「地域生活の自信」が芽生えていった様子が見えられた。「地域生活の自信」を持った利用者の中には、その自信から保護者に「地域で暮らしたい」と訴えられるようになり保護者の気持ちを変え、保護者の地域移行の同意に繋がることもあった。

また、のぞみの園の地域移行では全国各地に移行するため、地域移行の目途が見つかった利用者には移行先の環境に沿った地域生活体験プログラムの提供も必要だということがわかった。そのため、「総合」プログラムでその利用者や移行先の環境に合わせて必要な地域生活体験プログラムを実施することも新たに行っている。

## Ⅶ. まとめ

重度知的障害者が長期入所施設での生活から地域での生活へ移行するにあたっては、地域生活の経験や必要なスキルの習得を移行前の段階ですることが必要だと考えた。しかし、利用者の重度化・高齢化を考えた場合に、そこには限界も伴う。

今回、地域生活体験プログラムを実施する中で、個々の利用者の限界や地域生活における課題についても整理することができた。そしてこうした情報を移行先となるケアホーム等に伝えることこそが、移行後の利用者の生活を豊かにするものではないかと考える。

## 注

- i 男性用・女性用トイレの認識・区別、ドアの開閉及び施錠、ズボンを上げ下げしながらトイレに入ること。

## 文献

- 1)独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園：国立のぞみの園地域移行の軌跡－第一期中期目標期間の地域移行に関する報告書－。独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園，群馬（2008）。

# 精神科病院に入院していた知的障害者に対する 効果的な支援に関する研究

茂木修<sup>1</sup>

島崎美登世<sup>1</sup> 鹿島崇弘<sup>1</sup> 木下大生<sup>2</sup> 相馬大祐<sup>2</sup> 有賀道生<sup>3</sup>

【要旨】精神科病院に入院していた知的障害者の女性1名に対し、入所施設における行動障害のある利用者に対する支援、具体的には居住環境の構造化、日中活動、自立課題、スケジュールに関する取り組みを行った。

その結果、不穏状態の回数に変化はみられなかったが、不穏状態時以外の問題行動の回数が減少傾向にあった。この結果から、精神科病院を退院し、入所施設で生活する行動障害のある利用者に対する支援の効果がうかがえた。不穏状態の発生要因の解明の検討や本人の自己肯定感獲得に向けた取り組みが今後の課題と言える。

【キーワード】精神科病院 知的障害者 TEACCHプログラム 福祉と医療の連携

## I. 研究背景

本研究は、精神科病院への入退院を過去に繰り返した知的障害者Aさんの事例研究となる。Aさんは小学校普通学級に通っていたが、その後、入所施設を利用する30歳の時点でIQが35と知的能力の低下がみられた特異な事例と言える。青年期、成人期の知的障害者の退行の原因を研究した菅野は、退行の原因を(1)自然な衰え・低下によるもの、(2)まれに生じる低下・退行、(3)原因の特定できないものの3類型に分類している<sup>1)</sup>。また、(2)まれに生じる低下・退行の中で、①身体疾病を原因とした身体疾患退行タイプ、②精神疾患を原因とした精神疾患退行タイプ、③ダウン症候群に起こる急激退行タイプの3類型に整理している<sup>1)</sup>。本研究の対象事例は、この中の精神疾患を原因とした精神疾患退行タイプにあてはまると考えられる。

本研究の目的は、上記の通りまれに低下・退行が生じた事例、希少な事例としてAさんを位置づけ、Aさんが落ち着き、安定した生活を送るための実践方法の確立と環境整備について検討していくことである。具体的には、当法人B寮に入所後の行動上の問題を、不穏状態の問題と不穏状態以外の問題に分類し、それぞれの回数がどのように変化したのかを時系列で把握するとともに、職員の実践内容から、支援方法を確立することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 対象者

本研究の対象者は知的障害のある女性のAさんである。Aさんは小学校4年生まで普通学級に通っていたが、中学校頃から外へ飛び出すなどの問題行動が表面化してきた。30歳時のIQは35であり、その後、当法人入所後の診断で、IQは45となっている。

Aさんは、18歳頃より母親に対する暴力行為を繰り返し、精神科病院へ通院し、その後、精神科病院への通院、入退院を繰り返すことになる。30歳に知的障害者入所更生施設(現障害者支援施設)に入所したが、度重なる他傷、破壊行為などにより34歳の時、入所施設から精神科病院へ再

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部

<sup>2</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部

<sup>3</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所

度入院となる。その後、入所施設へ退院するも、再び精神科病院へ入院することを2回繰り返し、当法人B寮へ入所となった。

ADL面では、会話が可能であり、食事、排泄、着脱衣などほぼ自立である。しかし、行動面の障害として、長時間の不穏状態と不穏状態ではない時の他害行為、不潔行為、飛び出し、座り込みなどの行為がみられる。不穏状態時には長時間の奇声を発しながら他害行為、不潔行為、自傷行為、破壊行為などがみられ、このような行為は1週間に1回から4回程度みられている。

## 2. 研究方法

研究方法は事例研究法を採用した。園山は、事例研究法は「希少あるいは特異な事例について、その状態を詳細に記述する場合」に適用するとしている<sup>2)</sup>。本研究は、先述した通り、希少な事例を対象とした研究である。

## 3. 分析対象

分析対象は、B寮の職員が記載する2010年3月から2011年2月までの生活記録、ケースカンファレンスの資料、以前入所していた施設の個別支援計画などである。また、幼少期から現在に至るまでの簡単なライフイベントについて両親が記載したメモも参考資料とした。生活記録は、職員の支援内容と本人の問題行動を記録した。問題行動は、不穏状態、不穏状態時以外の問題行動に分類した。その際、不穏状態については、2時間以上継続して奇声をあげて他害行為、不潔行為、自傷行為、破壊行為などをすることと定義した。

## 4. 倫理的配慮

本研究については、設計段階から当法人の倫理委員会相当の会議において検討をはかった。また調査の主旨と結果の使用方法を家族に説明し、了解を得た上で同意書を取り、分析と結果の公表は匿名性を担保するなど、配慮した。

## 5. 支援の具体的な方法

### (1) B寮の概要

B寮は、行動障害を持つ自閉症の人や固執性の強い人たちに対し専門的に支援を行う寮で、およそ20人が生活している。B寮での実践は、TEACCHプログラム<sup>1)</sup>を参考にしている。TEACCHプログラムを参考にした入所施設の実践内容としては、居住環境の構造化、日中活動、自立課題、スケジュールが主要項目としてあげられる<sup>3)4)</sup>。居住環境の構造化とは「居住の場における混乱防止のための応急措置」を、日中活動は「居住の場から通い、安定した行動を行い、自尊心を高める」ことを、自立課題は「居住の場における余暇対策としての自立課題の設置」を、スケジュールは「見通しを持ち安定した生活を送るためのスケジュールの設置」をそれぞれ指している<sup>3)</sup>。

### (2) 支援の方法

#### ① 第I期(2010年3月～2010年4月)

第I期は、Aさんが入寮してから約1ヶ月間、アセスメントなどを含めた支援開始期を指す。この時期には、まず、居住環境の構造化、日中活動、スケジュールについて取り組んだ。



② 第Ⅱ期(2010年5月～2010年9月)

第Ⅱ期では、第Ⅰ期で行われた日中活動、スケジュールの提示について、本人に合わせて変更を試みた。また、洗濯などの自立課題を導入し、本人の様子を見て変更を試みた。

③ 第Ⅲ期(2010年10月～2011年2月)

第Ⅲ期の特徴としては、日中活動、スケジュールを本人に合わせて更に変更すると共に、不穏状態の原因を探ることを支援目標に掲げ、取り組んだことがあげられる。

Ⅲ. 研究結果

1. 第Ⅰ期の支援の経過

この時期には、居住環境の構造化、日中活動、スケジュールについて取り組んだ。

寮内、食堂の構造化では、余分な刺激を極力なくし落ち着いて生活できることを目的に、パーティションやカーテンを利用し、視覚刺激を減らす試みを行った。その結果、食事時の他者とのトラブルなどは見られず、落ち着いて食事ができている。また、居室は個室を用意した。その結果、居室の鍵を自分で管理することにより、個人の空間を確保することができた。

日中活動は、B寮から日中活動の場のC工房に通い、前施設で行っていたビーズ通し作業を行なえるよう支援をした。C工房への移動の際に戻ろうとする、座り込むなどの行為が多く見られた。しかし、作業中は40～60分間集中して取り組んでいた。

スケジュール提示では、居室にスケジュールボードを設置し、午前と午後の予定を提示し、写真と口頭で説明した。当初は漢字を使用していたが、本人の希望により平仮名で表記した。その結果、本人の分かりやすい形にすることで、スムーズに理解できるようになった。また、はっきりとしたルールを設けることで、職員も漢字と平仮名のどちらで表記するかという迷いが無くなり、統一した支援に繋げることができた。

以上の支援内容を本人の状態と支援内容・方法に分類し、図1にまとめた。

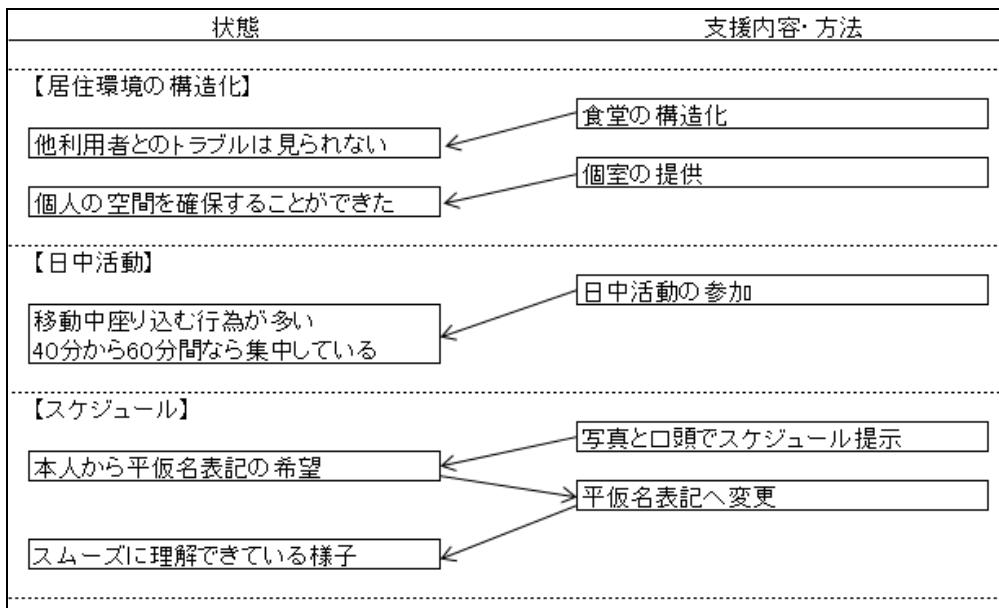


図1 第Ⅰ期の支援内容

## 2. 第Ⅱ期の支援の経過

第Ⅱ期では、第Ⅰ期で行われた支援の具体的な方法について本人に合わせて変更を試みた。

まず、日中活動では、ビーズ作業への慣れからか集中力が低下している様子であったため、DVDのシール剥がし作業を導入した。初めてDVD作業を行う時は、「ビーズがよい」と本人は言ってDVD作業を拒んだが、雑誌を報酬<sup>Ⅱ</sup>として導入し、作業終了後、雑誌が読めるように試みると、特に問題なくDVD作業を行うことができた。その後、作業中に職員に対し「今いくら貯まったかな？本は買えるかな？」という質問がみられるようになった。作業を行うとお金がもらえるという理解があり、報酬がないことはモチベーションの低下につながると考え、DVD10枚を10円と換算し、雑誌の値段まで作業ができれば雑誌を買うことができるようにした(例:320円のD誌を購入する場合、DVD10枚32セットを行う)。その際、トークン<sup>Ⅲ</sup>を導入し、どこまでやれば本を購入できるか目印を記載したシートを作成し、DVD10枚1セット終わればシールをそのシートに貼ることとした。その結果、「もう少しでD誌が買えるね」と言い、楽しみにしている様子が見えられた。

次に、スケジュールの提示の変更を行った。生活に慣れていく中で、スケジュールに記載されていないことや先の予定について職員に質問する場面が多くなったため、より細かいスケジュールを提示することにした。具体的には、朝食の時間を決める、生理開始日より10日後を生理終了日として提示する、心理科・精神科の次回の日程を伝える、職員の当直をスケジュールボードに提示することにした。今までは以上の4つの曖昧な予定についての質問が多かったが、細かく情報提供をすることにより、混乱や質問が減少した。その後、作業の出発時間の提示、外出や受診について全て前日に提示することとした。変更後、混乱は見られなかった。

また、自立課題の導入を図った。自立課題は、洗濯干しは職員と、洗濯取り込みは自分で行うこととした。Aさんは衣類に強いこだわりを持っており、同じ衣類を着続けることから洗濯は職員の業務として行っていた。しかし、このことが本人の不安を駆り立て、職員の勤務状況などを気にすることが増えているように伺えた。そこで、Aさん本人と職員で洗濯を行えるように支援した。その結果、職員の勤務状況を気にすることは減少した。ただ、洗濯をしている間の時間に問題行動がみられたため、その間の20分程度の時間にフルーツの絵や色のマッチングなどの自立課題を行うこととした。その結果、洗濯時の問題行動はほとんど見られなくなった。また、洗濯が課題とほぼ同じ時間に終了するため、一連の流れがスムーズに行えるようになった。最終的には洗濯、洗濯干しも自分で行うことができるようになった。

以上の支援内容を第Ⅰ期と同様に図2にまとめた。

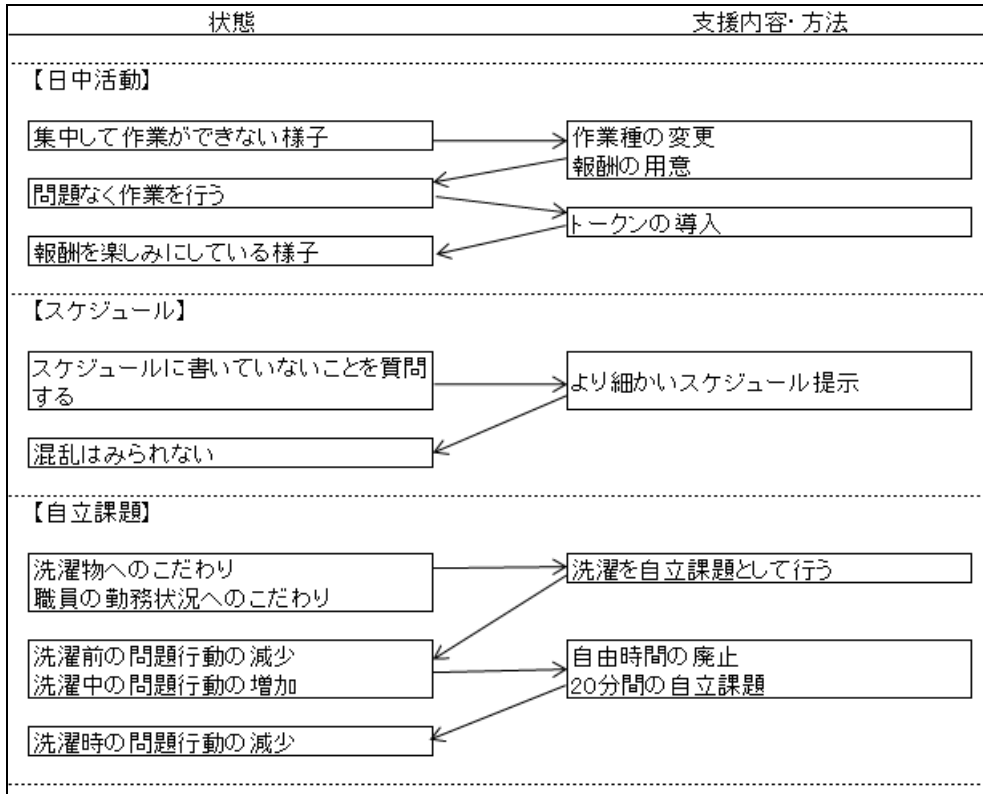


図2 第Ⅱ期の支援内容

### 3. 第Ⅲ期の支援の経過

第Ⅲ期は、日中活動、スケジュールを本人に合わせて更に変更し、不穏状態の原因を探った。

まず、日中活動については、トークンのルールを変更した。シールが一杯になったシートを誰に渡せばいいのか、いつ本が受け渡されるのかなど、不明確であったため、本人に混乱が生じているのではないかと考えた。このためシートをB寮で受け渡すとし、トークンのシールが一杯になったその日に雑誌を受け取ることができるよう、シートに本を注文する目印を別に設け、その目印にシールを貼った時に支援していた職員が本を購入することとなった。また、10枚5セットを作業の目安にしていたが、1箱約60枚を作業の目安とし、全て終わることができれば5枚のシールを貼ることができることにした。その後、本人の様子を見ながら作業量を増やしていった。結果として、本人に変化は見られていない。

次に、スケジュール提示として、1年に1度のイベントや脳波検査・MRI検査への取り組みがあげられる。経験のないことをすることが苦手なAさんに対して、どのように情報提供をするかが課題であった。イベントについては前日に情報提供をする予定であったが、法人内の放送で2日前にイベントを知ってしまい、不穏状態となった。しかし、事前に何を購入したいのか、どうしたいのかを話し、当日の内容を紙に書き持参してもらったことができたため、当日はスムーズにイベントに参加することができた。また、脳波検査・MRI検査では、検査を行う人の写真と当日の具体的な検査の流れ、場所や検査風景の写真を前日に提示することでスムーズに検査を行うことができた。

この他に、Ⅲ期では不穏状態の原因を探った。今までの不穏状態の様子から、定期的に不穏状態になることが分かった。そこで、いくつかの試みを行った。まず、不穏状態の様子観察を試みた。不

穏状態の際、職員は本人の居室となる個室へと誘導するなどしていた。そこで、帰省期間で他の利用者が少なく、職員が多い時期に、不穏状態時の本人の行動観察をすることとした。不穏状態時に職員は安全確保に努め、Aさんに介入しなかった結果、不穏状態でも職員の様子を気にしている様子が見られ、反応を示す利用者に向かっていく傾向にあることが分かり、居室とデイルームで不穏状態の時間の長さに相違は見られなかった。

次に、不穏状態の発生要因について検討を開始した。スケジュールはこれまでは不穏状態が落ち着いた後に職員が書くことになっていた。そこで、20時に不穏状態にならないでいたら職員が書き、そうでなければ自分で書くというルールに変更し、不穏状態の回数や発生時間が変わるかどうかを検証している。この他に、本人の居室の変更、日中活動の場の変更などを別々の時期に1週間程度継続で行い、検証を続けている。

以上の支援内容を図3にまとめた。なお、不穏状態の原因を探る試みについては、現在検証中のため、図には含まなかった。

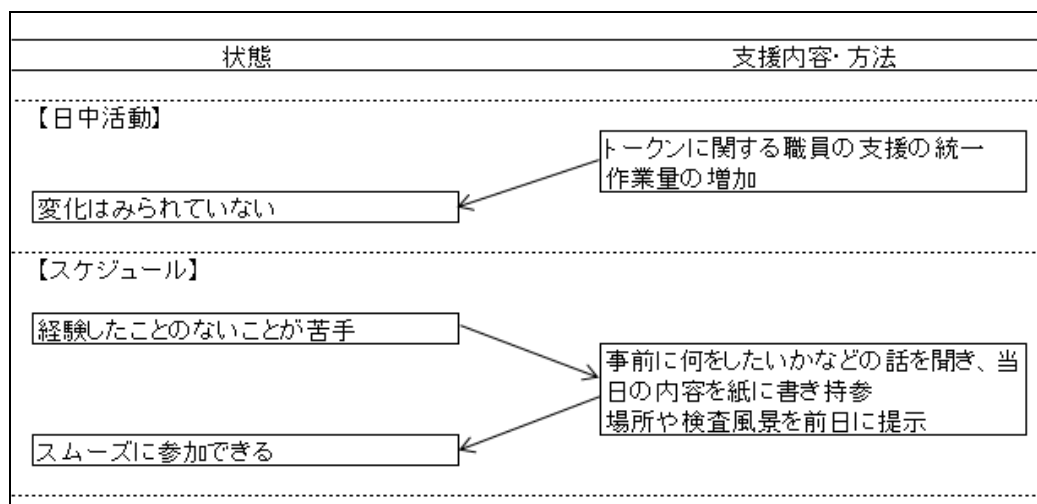


図3 第Ⅲ期の支援内容

#### 4. 不穏状態時とそれ以外の問題行動の経過

以上、本稿で取り上げた支援は、1年間行なわれた支援の一部であるが、その支援の結果として、図4のように不穏状態時とそれ以外の問題行動の回数には変化がみられた。まず、不穏状態時の問題行動は第Ⅰ期から第Ⅱ期の間を上昇し、第Ⅱ期から第Ⅲ期にかけて一定程度の回数で推移している。

次に、不穏状態時以外の問題行動に着目すると、第Ⅰ期は多い傾向にあったが、第Ⅱ期から減少傾向に転じていた。

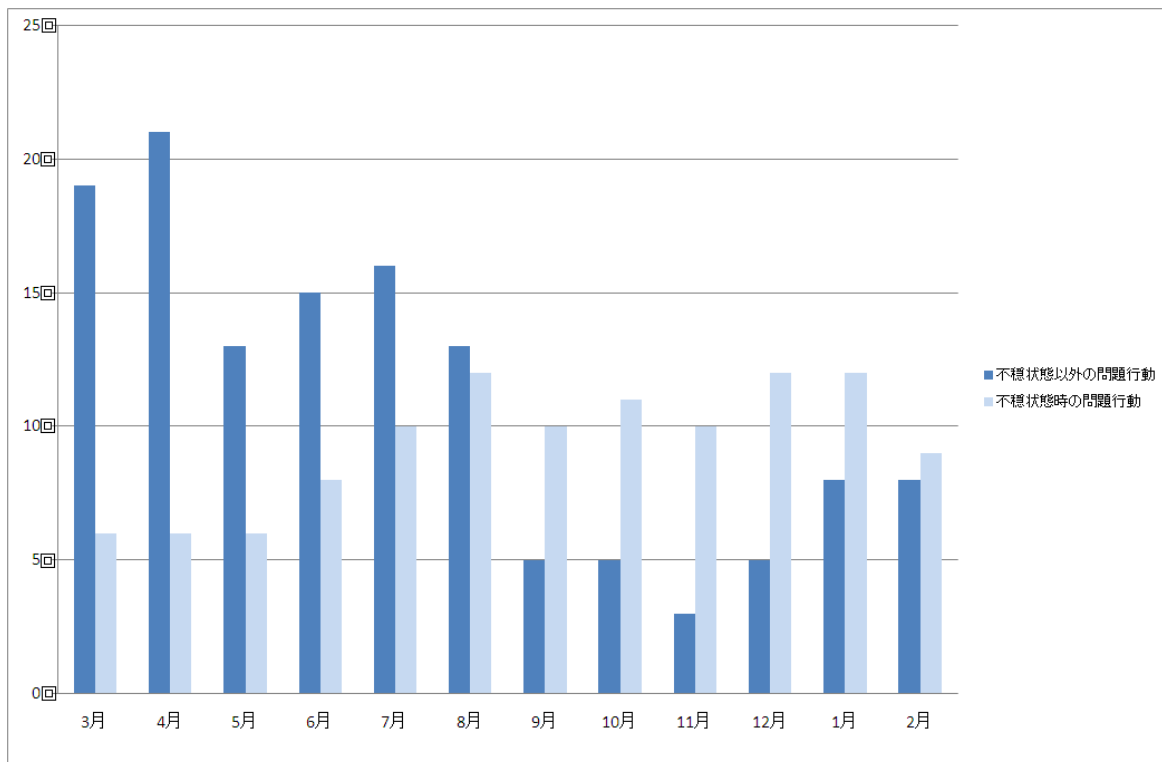


図4 不穏状態時と不穏状態時以外の問題行動の回数

## V. 考察

### 1. 行動障害への支援について

本研究の結果、不穏状態時以外の問題が減少傾向にあることから、居住環境の構造化、日中活動、自立課題、スケジュールという入所施設における行動障害のある利用者に対する支援の効果がうかがえる。しかしながら、不穏状態そのものの回数は現状と変わらず、今後、不穏状態の原因の解明を検討する必要がある。

不穏状態の要因として、主治医の見解は以下の4点である。

- ・自閉症の特性に起因するパニック(未来予見性の障害によるもの)
- ・過去の嫌悪体験がフラッシュバックし、そのため興奮に至る
- ・極端な注意喚起的行為
- ・てんかん発作の一形態(これは脳波検査を施行し特に異常所見が認められておらず、過去にもてんかんの既往はないためこの可能性については主治医は否定的)

現在、それぞれの要因において主治医と実践の職員が協力して検証中である。

### 2. 医療機関を併設した入所施設の役割

以上のように、本事例の支援では、主治医とB寮の職員が密に連携を取り合い、支援にあたっている。医療機関を併設した入所施設の一つの役割として、医療と社会福祉の協働なくして支援が成立しない本事例のような人々に対して、支援方法などの確立を目的とし、地域移行を目標とした有

期限での受け入れが考えられる。

### 3. 本研究の限界と今後の支援のあり方

本研究は、精神的疾患により知的能力が低下したと思われるAさんの単一事例の研究であり、この結果を一般化することは難しい。また、1年間という限られた期間の実践をまとめたものであり、不穏状態の原因解明など、まだ途上の段階と言える。

今後の支援の方向性としては、先述した不穏状態の原因解明と共に、本人の自己肯定感獲得に向けた取り組みを行っていく。

#### 注

- i TEACCHとは、Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Childrenの略であり、アメリカのノースカロライナ州立大学を中心とした自閉症の人とその家族、関係者、専門家を対象とする包括的なプログラムである。日本を含めて全世界の国々で長い間実践され、成果が確認されている<sup>5)</sup>。
- ii 報酬とは、モチベーションを高めるために、ある特定の行動の後に好みの活動や品物を用意することを指す<sup>3)</sup>。本事例の場合は、DVD作業の後、雑誌を読むことができるという報酬を用意し、その後、雑誌の購入へと変更している。
- iii トークンとは、報酬を用いる際のひとつの技術である。期待する報酬はすぐには手に入らないが、スタンプが次第に貯まっていき、視覚的に報酬が得られる時間が近付いていることがわかる仕組みである<sup>3)</sup>。本事例では、雑誌の購入という報酬を用いる際にDVD作業 10枚毎に1枚のシールを貼り、シールが全部貯まったら、雑誌を購入できる仕組みにしている。

#### 文献

- 1)菅野敦:退行を示した青年期・成人期知的障害者に対する地域生活支援と社会参加の促進に関する研究。発達障害支援システム学研究, 4(1・2):35-46(2005)。
- 2)園山繁樹:事例研究法。(前川久男・園山繁樹)社会科学の展開第6巻;障害科学の研究法, 119-138, 明石書店, 東京(2009)。
- 3)独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園:あきらめない支援, 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園, 群馬(近刊)。
- 4)藤村出:成人入所施設においてTEACCHのアイデアをいかすー横浜やまびこの里の地域生活支援システムVISUAL。(佐々木正美)自閉症のTEACCH実践, 108-126, 第1版, 岩崎学術出版社, 東京(2002)。
- 5)佐々木正美:自閉症のすべてがわかる本, 第1版, 講談社, 東京(2006)。

(資料) 精神科病院に入院する知的障害者の実態について

I. 精神科病院入院患者の現状

1. 疾病別にみた精神科病院入院者の状況

ICD-10のガイドラインに沿った診断名別入院状況は、図1のとおりである。全体で見ると、多い順に、F2統合失調症、F0症状性を含む器質性精神障害者、F3気分(感情)障害、F7精神遅滞(知的障害)と続く。割合でいうと2.4%と低い、全体で見ると4番目に多い。

	H13年	H14年	H16年	H17年	H18年	H19年
F0	52,388 (15.7)	55,678 (16.9)	59,092 (18.1)	60,608 (18.7)	61,027 (19.1)	62,519 (19.8)
F1	19,506 (5.9)	18,047 (5.5)	16,845 (5.2)	16,492 (5.1)	16,115 (5.0)	15,938 (5.0)
F2	204,132 (61.4)	202,012 (61.2)	197,753 (60.6)	196,034 (60.4)	192,329 (60.0)	189,306 (59.9)
F3	22,265 (6.7)	22,605 (6.8)	24,041 (7.4)	24,454 (7.5)	25,335 (7.9)	25,009 (7.9)
F4	8,041 (2.4)	7,237 (2.2)	6,296 (1.9)	5,937 (1.8)	6,026 (1.9)	5,337 (1.7)
F5	685 (0.2)	785 (0.2)	801 (0.2)	918 (0.3)	890 (0.3)	954 (0.3)
F6	2,330 (0.7)	2,326 (0.7)	2,110 (0.6)	2,019 (0.6)	1,917 (0.6)	1,619 (0.5)
F7	10,337 (3.1)	9,658 (2.9)	8,751 (2.7)	8,333 (2.6)	7,774 (2.4)	7,640 (2.4)
F8	327 (0.1)	367 (0.1)	406 (0.1)	428 (0.1)	479 (0.1)	521 (0.2)
F9	688 (0.2)	836 (0.3)	936 (0.3)	543 (0.2)	486 (0.2)	431 (0.1)
G40	6,785 (2.0)	6,256 (1.9)	5,413 (1.7)	5,099 (1.6)	4,741 (1.5)	4,396 (1.4)
他	5,230 (1.6)	4,243 (1.3)	3,681 (1.1)	3,470 (1.1)	3,189 (1.0)	2,910 (0.9)
計	332,714 (100.0)	330,050 (100.0)	326,125 (100.0)	324,335 (100.0)	320,308 (100.0)	316,109 (100.0)

F0	症状性を含む器質性精神障害者	F7	精神遅滞(知的障害)
F1	精神作用物質による精神及び行動の障害	F8	心理的発達の障害
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害
F3	気分(感情)障害	G40	てんかん
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	他	その他
F5	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群		
F6	成人の人格及び行動の障害		

図1 疾病別にみた精神科病院入院者の状況 ( )は%

出典:国立精神・神経センター「精神保健福祉資料」H16年, H17年, H18年, H19年より作成<sup>1)2)3)4)</sup>

## 2. 主診断×1ヶ月後の精神科病院への在院状況(退院の割合)

主診断別に入院してから1ヶ月後の在院状況は、精神遅滞(知的障害)はF99 の特定不能の精神障害に続いて高い。

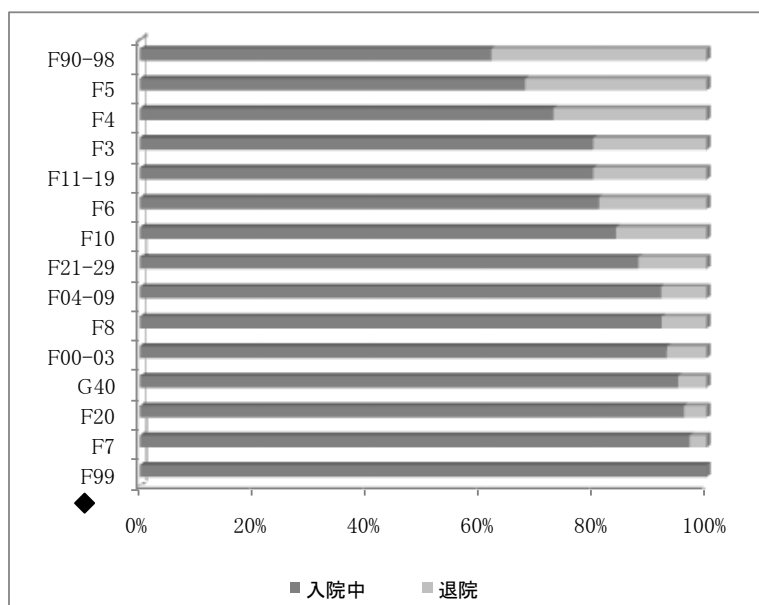


図2 主診断別1ヶ月後の在院状況

出典:厚生労働省「精神病床の利用状況に関する調査(速報)」2008年p26<sup>5)</sup>

## 3. 精神科病院への入院期間(疾病別)

精神科病院への入院期間を疾病別にみると、1年以上の入院患者の割合が最も高いのが精神遅滞(知的障害)者であった。

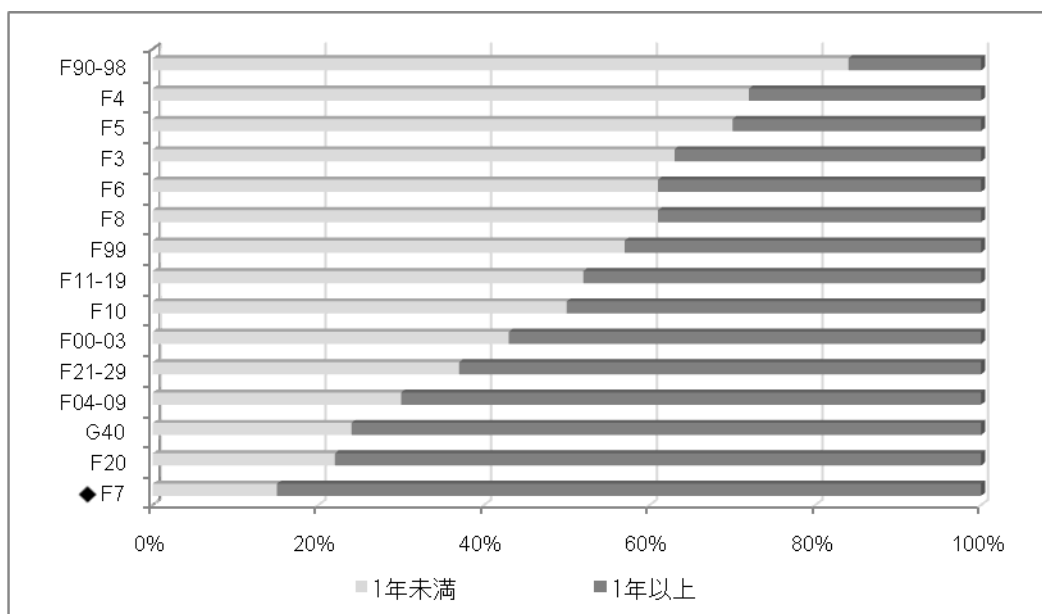


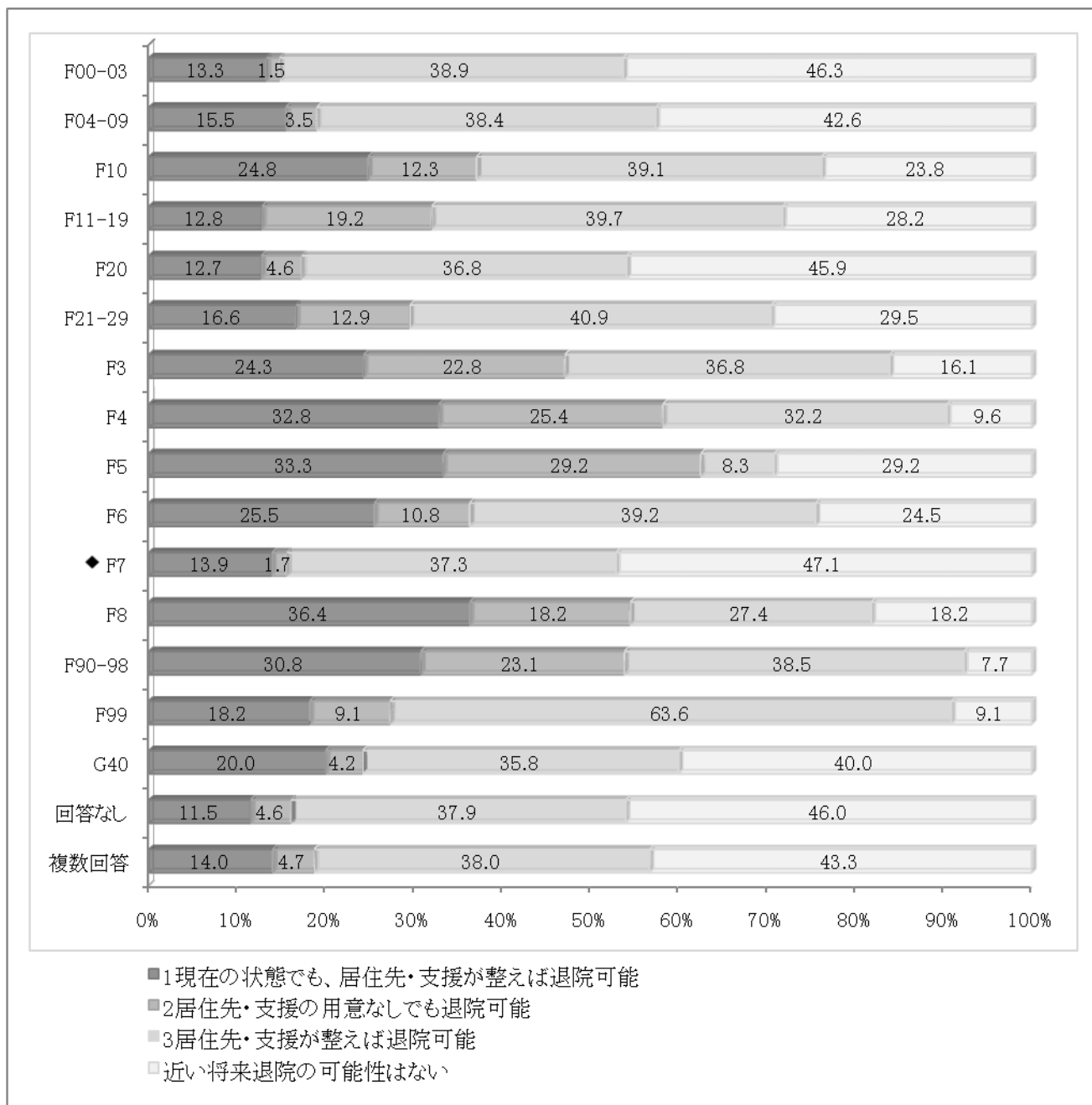
図3 精神科病院への入院期間(疾病別)

出典:厚生労働省「精神病床の利用状況に関する調査(速報)」2008年p14<sup>5)</sup>



#### 4. 精神科病院入院者の退院の可能性

疾病別にみた入院者の退院の可能性について主治医が回答した結果、「近い将来退院の可能性はない」の割合がもっとも高いのはF7の精神遅滞(知的障害)であった。



※各カテゴリーの母数は大きく異なる。全体数は11,805人、F7の実数は295人(2.6%)。

図4 精神科病院入院者の退院の可能性

出典：日本精神科病院協会『精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書』平成15年p229-30<sup>6)</sup>を

筆者が加工

## Ⅱ. 精神科病院に入院する精神遅滞(知的障害)者の現状

### 1. 精神科病院に入院している精神遅滞(知的障害)者が主診断の人の年齢内訳

精神科病院に入院している精神遅滞(知的障害)者が主診断の人の年齢内訳をみると、40歳以上65歳未満の階層が最も多くおおむね55%程度を推移している。続いて65歳以上75歳未満の階層が多く、精神遅滞(知的障害)のカテゴリーの約20%を占めている。20歳未満の階層が最も少なく、例年1%前後で推移している。

表1 精神科病院に入院している精神遅滞(知的障害)者が主診断の人の年齢内訳

	20歳未満				20歳から39歳				40歳から64歳				65歳から74歳				75歳以上				計	
	男性	女性	計	%	男性	女性	計	%	男性	女性	計	%	男性	女性	計	%	男性	女性	計	%	—	%
H17年	48	33	81	1.0	832	421	1,253	15	2,862	1,927	4,789	57.5	870	764	1,634	19.6	242	334	576	6.9	8,333	100
H18年	50	33	83	1.1	734	370	1,104	14.2	2,623	1,776	4,399	56.6	842	753	1,595	20.5	257	336	593	7.6	7,774	100
H19年	47	32	79	1.1	697	364	1,061	14.2	2,486	1,642	4,128	55.3	817	751	1,568	21	255	369	624	8.4	7,460	100

出典：国立精神・神経センター「精神保健福祉資料」H16年，H17年，H18年，H19年より作成<sup>1)2)3)4)</sup>

### 2. 精神科病院に入院する精神遅滞(知的障害)者の医療管理について

医療上入院管理が必要な人は64.7%，入院は必要ではない人は35.3%である。

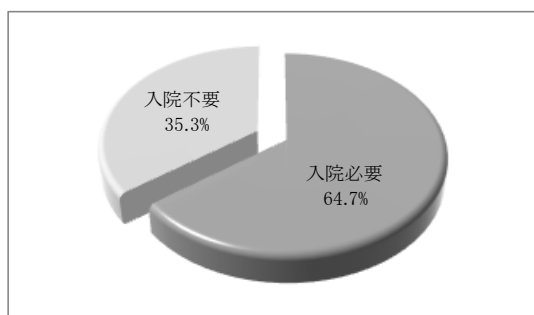


図5 精神科病院に入院する精神遅滞(知的障害)者の入院の必要性について

出典：「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」厚生労働科学研究 2009年より作成<sup>7)</sup>

### 3. 医療管理が必要な患者の管理内容

医療管理が必要な患者に対する必要な管理内容は行動障害が67.2%，精神障害が27.3%，身体障害が5.5%で，行動障害の割合が高かった。

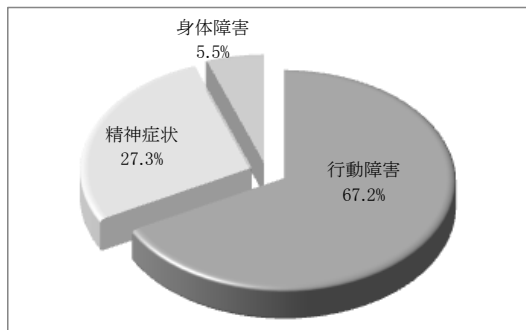


図6 医療管理が必要な患者の管理内容

出典：「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」厚生労働科学研究 2009年より作成<sup>7)</sup>

#### 4. 医療管理が必要な行動障害

医療管理が必要な行動障害の内容内訳は、激しいこだわりが 327 人、食事関係の強い障害 250 人、激しい騒がしさ 222 人、排泄関係の強い障害 220 人、著しい多動・飛び出し 215 人と続いている。

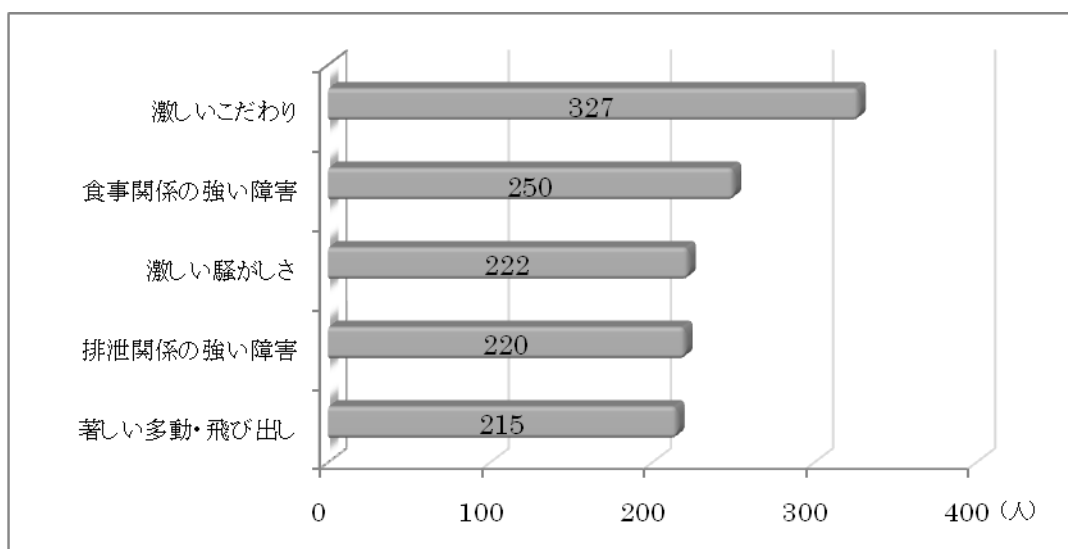


図7 医療管理が必要な行動障害

出典:「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」厚生労働科学研究 2009 年より作成<sup>7)</sup>

#### 5. 医療管理が必要な精神症状

医療管理が必要な精神症状の内訳は、幻覚・妄想が 406 人、てんかんが 253 人となっている。

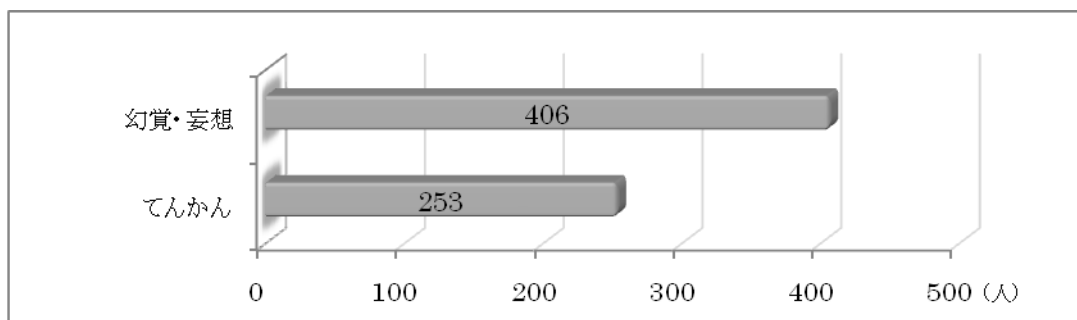


図8 医療管理が必要な精神症状

出典:「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」厚生労働科学研究 2009 年より作成<sup>7)</sup>

#### 6. 医療管理が必要ない人の長期入院理由

医療管理が必要ではなく、福祉施設などでの対応も可能と目されている人の入院理由については以下の回答が得られている。

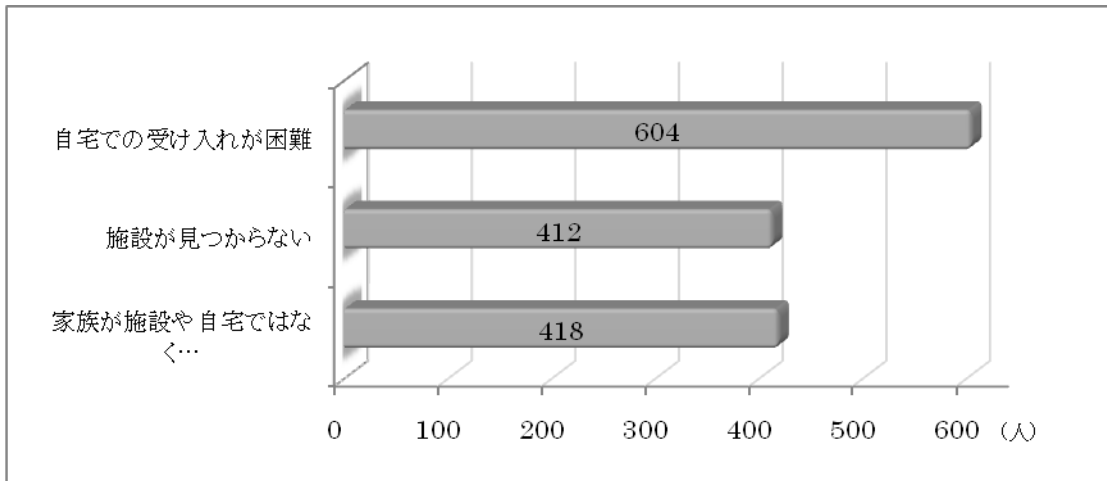


図9 医療管理が必要ない人の長期入院の理由

出典:「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」厚生労働科学研究 2009 年より作成<sup>7)</sup>

### Ⅲ. 精神科病院に入院する精神遅滞(知的障害)者への支援

#### 1. 長期入院とならないために必要な支援

知的障害者が、精神科病院へ長期入院とならないために必要な支援として、施設の増設、施設での医療的ケアの充実、精神遅滞専門病院・病棟の設置の順で選択された。

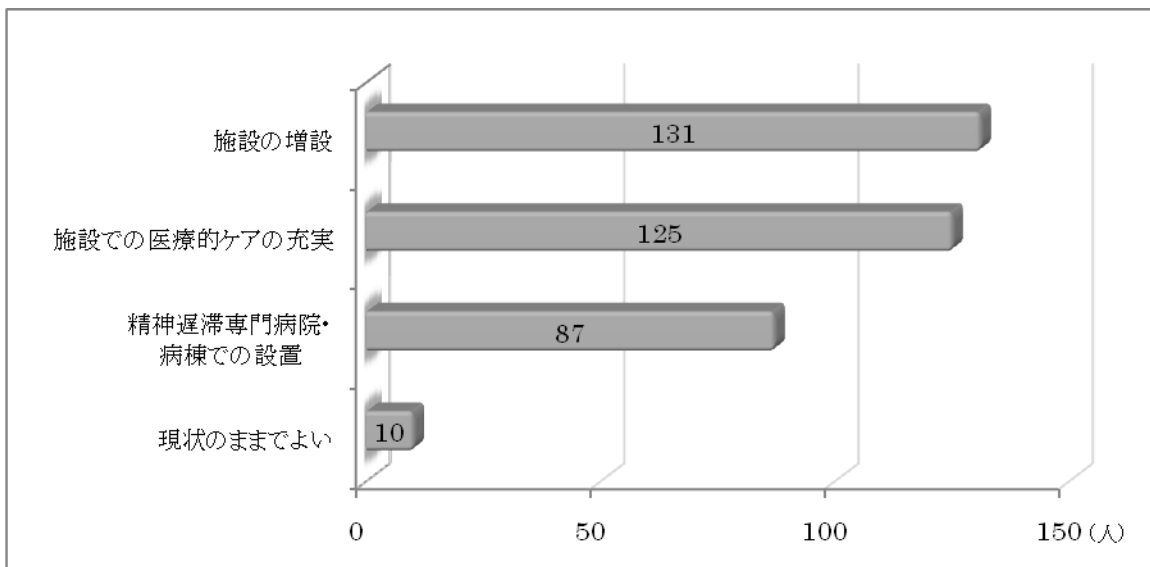


図10 長期入院とならないために必要な支援

出典:「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」厚生労働科学研究 2009 年より作成<sup>7)</sup>

#### 2. 精神遅滞(知的障害)者支援の方向性

精神科病院に入院する精神遅滞(知的障害)者に対する医療的管理が必要ない人への支援の方向性は、「自宅または施設で生活し、必要に応じて医療施設への入院治療を行う」が180件、「施設で生活し、施設内の医療を行う」が129件、「自宅で生活し、訪問看護やショートステイを充実させ

る」100件、精神遅滞患者に対する専門的役割を持つ病院・病棟を設置する」が90件、「精神病院へ精神遅滞患者に対する専門的支援を充実させる」が59件であった。

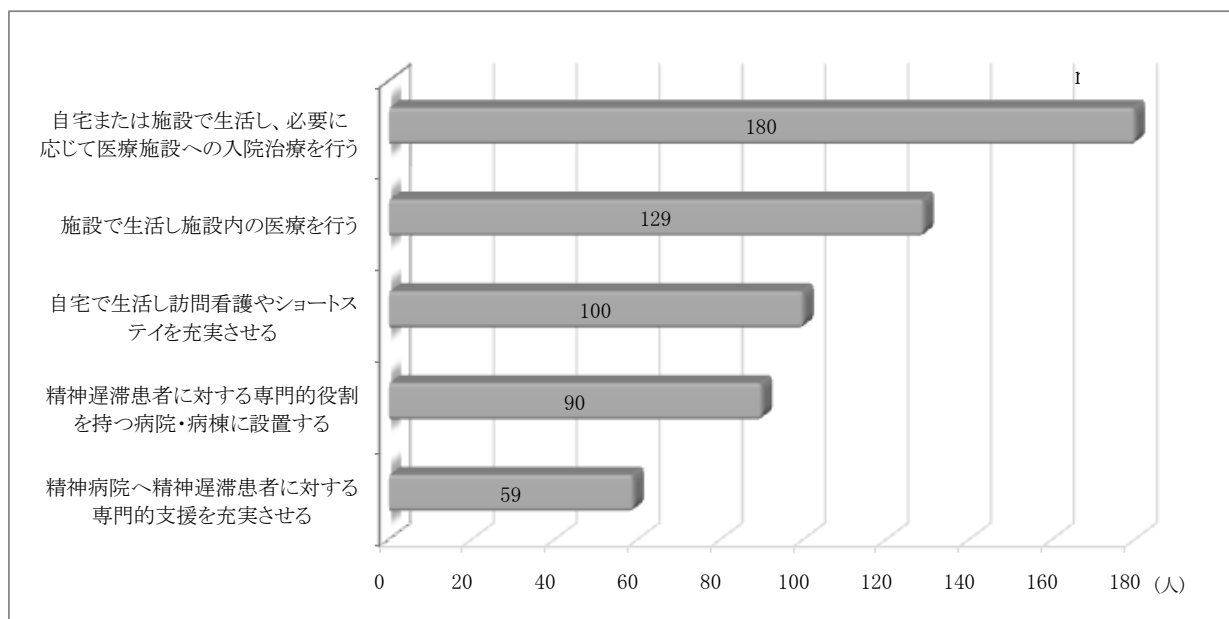


図 11 知的障害者の支援の方向性

出典:「強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究」厚生労働科学研究 2009 年より作成<sup>7)</sup>

## 文献

- 1)独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所:精神保健福祉資料,(2004).
- 2)独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所:精神保健福祉資料,(2005).
- 3)独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所:精神保健福祉資料,(2006).
- 4)独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所:精神保健福祉資料,(2007).
- 5)厚生労働省:精神病床の利用状況に関する調査(速報),(2008).
- 6)日本精神科病院協会:精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書.(2003).
- 7)市川宏伸:長期在院精神遅滞患者と強度行動障害. 研究代表者井上雅彦,強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究. 厚生労働科学研究,(2009).

# 知的障害者用認知症判別尺度日本語版(DSQUIID)の 信頼性・妥当性の検証

木下大生<sup>1</sup>

有賀道生<sup>2</sup> 上原徹<sup>3</sup> 村岡美幸<sup>1</sup> 井沢邦英<sup>2</sup> 志賀利一<sup>1</sup>

【要旨】本研究の目的は、Debら<sup>1)</sup>によって開発された知的障害者用認知症判別尺度、Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQUIID)の日本語版の信頼性・妥当性の検証である。方法は、医師により認知症と診断された知的障害者40人(ave.64.2歳, sd.±9.5, med.62.0, 男性57.5%, 女性42.5%, 障害の程度: 重度70.0%, 重度以外30.0%)に対して、原版の条件に則した支援員等2人にDSQUIIDの試行を2回依頼した。その結果、評定者2人の調査対象への2回の調査の一致率は、1回目が34.0%~98.1%(ave.76.1, sd.±12.6, med.76.5), 2回目が50.0%~100.0%(ave.76.0, sd.±11.8, med.75.5)であった。Test-retestの結果は、一致率49.1%~100.0%(ave.85.4, sd.±11.3, med.86.8), 各調査項目の一致率は、76.3%~95.0%(ave.85.8, sd.±4.8, med.85.0)であり、評定者間、Test-retestとも高い一致率ならびに信頼性が認められた。妥当性については、DSQUIIDでの認知症検出率を算出した結果、調査対象1人につき計4回調査をした結果、100.0%検出されたのが60.0%, 75.0%が17.5%, 全く検出できなかったのが10.0%という結果であった。今回の研究では十分な数値であったといえるが、より精度を高めるため別視点からの検証も必要であると考えられる。

【キーワード】知的障害者 認知症 評価尺度 信頼性 妥当性

## I. 背景

わが国では、知的障害者援護施設入所者のうち、60歳以上の入所者の割合が1980年には1.7%であったのに対し、2000年には8.8%、2006年には9.9%、2008年には11.2%と確実に知的障害者の高齢化が進行している<sup>i</sup>。知的障害者の高齢化の問題については、1990年代半ばより日本でも関心が高まってきている<sup>ii</sup>。とはいえ、知的障害者は一般より若い年齢で認知症に罹病することが多く報告されているものの<sup>2)3)</sup>、日本においては高齢知的障害者について認知症に罹病した知的障害者の発見や支援に焦点化した研究は散見するにすぎない<sup>iii</sup>。

一方諸外国においては知的障害者の認知症への関心は高く、国際知的障害者研究協会(IASSID)が、1995年に指針 Practice Guidelines for the Clinical Assessment and Care Management of Alzheimer and other Dementias among Adults with Mental Retardation を発信し<sup>iv</sup>、その後特別研究チームによる報告書をまとめている。また、知的障害者用の認知症スクリーニングスケールが多く開発され、すでに実用化されている。

健常者用の認知症アセスメントツールは、認知症に罹病する前の記憶力や知能レベルがある一定以上であることが前提となるため、知的障害者には適していない<sup>4)</sup>。しかし知的障害者、特にダウン症の認知症の罹病率は健常者より高く、また年齢もより若い段階で発症することが報告されている。そのためイギリスやアメリカ等海外において知的障害者用に認知症を判別する尺度やテストが開発されてきた<sup>v</sup>。

現在最も広く使われているのは The Dementia Scale for Down Syndrome(DSDS)<sup>vi</sup>、The Dementia questionnaire for persons with Mental Retardation(DMR)<sup>vii</sup>の2スケールである。この2つのスケールは、それぞれ日本語版の開発が試みられてはいるものの、両スケールとも現時点では日本

1 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部

2 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所

3 群馬大学

語版の信頼性・妥当性の検証が終了しておらず、実用化には至っていない。また両スケールともいくつかの課題が指摘されている<sup>vii</sup>。

そこで、これまでのスクリーニングスケールの課題の克服を目指し、Debら<sup>1)</sup>によって開発されたDSQIIDの日本語版を作成し日本においての実用化を目指すこととした。DSQIIDを取り上げる理由は6点、①原著者によりすでに信頼性妥当性の検証がなされていること、②開発からまだ日は浅いとはいえ現段階では課題が指摘されていないこと、③日本語版の作成が試みられていないこと、④観察者による行動評定尺度であるため調査対象に負担をかけないこと、⑤専門家に依らず家族や本人をよく知る支援者によって簡単に調査ができること、⑥1回の調査で診断が可能であること、があげられる。

## II. DSQIID について

DSQIIDは、Debら<sup>1)</sup>によって開発された知的障害者用認知症判別尺度である。評価方法は、支援を通して調査対象者をよく知る観察者がつける行動評価尺度である。DSQIIDは3部、56の質問項目で構成されている。これら質問項目は、「記憶力の低下」、「混乱」、「生活力の低下」、「社会性の低下」、「行動の変化」、「精神症状」、「身体症状」、「睡眠障害」、「言語の異常」に対応しているとされている。

第1部では、調査対象者が能力を最大限に発揮した場合にできる、もしくはできていた会話と日常生活動作について問う。これはフェイスシートの延長であり、認知症検証のための項目ではなく、得点には含めない。

第2部は、43の質問項目から構成されている。これらは4件法、すなわち「元々そうである」「元々そうであったがより低下(悪化)した」「新しい兆候である」「該当しない」の回答形式になっている<sup>ix</sup>。

第3部は、10の項目から構成されている。これらは2件法、「はい」「いいえ」の回答形式になっており、内容は過去と比較したもの、例えば「より話さなくなった」「動作が遅くなってきた」、となっている。採点の方式は部によって異なる。第2部は、「元々そうであったがより低下(悪化)した」「新しい兆候である」が1点、「元々そうである」「該当しない」が0点とする。第3部は「はい」が1点、「いいえ」が0点とする。認知症罹病の判断基準は、第2部、第3部を点数化した数字を合計し、20点以上が認知症と診断される。

## III. 目的

本研究の目的は、知的障害者用認知症判別尺度、DSQIIDの日本語版の信頼性(評定者間・test-retest)妥当性(基準関連妥当性)を検証し、DSQIIDの日本での実用化の可能性を検討することが目的である。

## IV. 方法

信頼性と妥当性の検証を行うために、2010年に作成した日本語版DSQIIDを、医師に認知症と診断された知的障害者が入所する施設<sup>x</sup>において施行してもらった。ただし、上記の条件にあてはまる調査対象を選定するために、まず1次調査を行い、その結果から調査対象を選定し、2次調査を行った。それぞれの調査の手続きは以下の通りである。

## 1. 1次調査

### (1)調査目的

知的障害者で認知症を患っている人の実態を把握することを目的とする。

### (2)調査対象

『平成19年度社会福祉施設等名簿』(厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課編)を台帳に使用し、掲載されている全障害者支援施設1,423施設(知的障害者入所授産施設206施設、知的障害者入所更生施設1,217)を対象とした。

### (3)方法

自記式調査を往復はがきで行った。

### (4)質問項目

「入所利用者数」、「知的障害で認知症罹病者数(医師に認知症と診断されている者)」、「知的障害者で認知症の疑いがある者の数(医師の診断はないが認知症様周辺症状がある者)」、「2次調査の協力の可否」とした。

### (5)調査期間

2010年10月1日～10月15日。

### (6)回収票数

946施設(回収率66.5%)であった。

## 2. 2次調査

### (1)調査目的

DSQIIDの信頼性・妥当性を検証することを目的とする。

### (2)調査対象

1次調査で、知的障害者でかつ医師に認知症と診断されている人が入所している施設で、2次調査の協力が可能と回答があった施設とした。

### (3)方法

原版の方法に則り、知的障害者で認知症と診断されている人をよく知る支援員<sup>※</sup>2人に、DSQIIDを郵送しお互いに相談をしないでDSQIIDを2回ずつ試行してもらった。1回目の調査結果が返送され次第すぐに2回目のDSQIIDを郵送し、2回目の調査を1回目と同様に、2人の調査者間で相談をせず、また1回目の調査の結果も参考にしない、という条件で試行してもらった。

### (4)調査期間

1回目の調査は2011年2月10日～2月28日とした。1回目の調査結果が返送され次第、2回



目の調査票を、調査票返送期間を2週間以内と設定して郵送した。

## (5)回収票数

1回目の調査は121人分の調査票が、2回目は91人分の調査票が返送されたが、今回の分析対象は40人を選定した。

## V. 倫理的配慮

1次調査についての倫理的配慮は、回答内容は全て統計的に処理し、個々の回答が公表されることはないこと、回答について調査の目的以外で使用することがないことを調査票に記載した。

2次調査では、回答内容は全て統計的に処理し、個々の回答が公表されることはないこと、回答についての調査の目的以外で使用することがないことが記載された同意書を対象者が入所する施設長あてに送付した。

一方、調査者には、調査を行うに当たり知りえた調査対象者に関する個人情報の秘密保持、DSQIIDの内容や項目を許可なく他言しないことが記載された誓約書に署名し返送してもらった。

## VI. 分析対象の選定

今回、最終的に分析対象としたのは、①医師から認知症との診断があること、②2人の支援者の2回分の調査票が揃っていること、③②のいずれの調査票の53項目においても3項目以上欠損値がないもの、の3つの条件全てを満たすものとした。結果40人が分析の対象となった。分析対象の選定までは以下の手順を踏んだ。

1次調査では、307施設が2次調査の協力が可能と回答したが、うち知的障害者で認知症と診断を受けている入所者、もしくは医師の診断はないが認知症様周辺症状がある者が入所している施設は72施設、190人であったため、190人を2次調査の対象とした。

1回目の調査で返信があった121人の中で、2回目の調査が調査者2人分、つまり1人の調査対象に対して4つの調査票がそろったのが91人であった。

ここまでは、原版の研究の方法に則り医師から認知症診断を受けた者と診断はないが認知症様の周辺症状がある者に調査対象を絞っていたが、基準関連妥当性の検証をより精緻にするため、今回は医師から認知症と診断された者のみを分析対象とした。その結果、調査対象は42人となった。また53項目の調査項目で未記入等の欠損値が、3つ以上ある調査票2組を除き調査対象者40人、調査者80人のデータを分析した。

## VII. 結果

### 1. 調査対象の基本属性

分析対象とした調査対象者の年齢は45歳～83歳(ave.64.2歳, sd.±9.5, med.62.0), 性別は、男性23人(57.5%), 女性17人(42.5%)であった。障害の程度は、重度28人(70.0%), 重度以外が12人(30.0%)であった。障害種別は、ダウン症18人(45.0%), ダウン症以外が22人(55.0%)であった<sup>註</sup>。認知症の診断名は、「アルツハイマー型認知症」22人(55.0%), 「認知症」14人(35.0%), 「脳梗塞後後遺症による認知症」2人(5.0%), 「ピック病」1人(2.5%), 「脳委縮」1人(2.5%)であった。

なお、調査対象者の現在の、もしくは過去にさかのぼって見た際の会話と日常生活動作の状況は以下の通りであった。

会話は、「話したいことを相手が理解できるように伝えることができる」9人(22.5%)、「短文で話すことができる」19人(47.5%)、「いくつかの単語のみを話すことができる」7人(17.5%)、「ほとんど話すことはできないが、身振り手振りでの意思疎通が可能」2人(5.0%)、「話すことも身ぶり手ぶりでの意思表示もできない」3人(7.5%)であった。

日常生活動作は、「少しの介助で独居が可能である」4人(10.0%)、「独居可能だが多くの介助を必要とする」3人(7.5%)、「独居はできないが、日常生活動作の介助は少なくてよい」13人(32.5%)、「独居は不可能で、日常生活においても多大な支援が必要である」20人(50.0%)であった。

なお現在の居住については、今回調査依頼をしたのが全て入所型の障害者支援施設であったため、調査対象者の居住は「24時間看護や介護体制が整っている入所施設」が37人(92.5%)、「その他」が3人(7.5%)であった。

## 2. 評定者間一致率

評定者2人の調査対象への2回の調査、調査対象40人分の一致率をみた。結果、1回目の調査の一致率は34.0%~98.1%(ave.76.1, sd.±12.6, med.76.5)、2回目の調査の一致率は、50.0%~100.0%(ave.76.0, sd.±11.8, med.75.5)であった。

評定者2人の調査者への2回の調査の各項目の調査対象40人分の一致率をみた。その結果、各項目間の1回目の一致率は、62.5%~92.5%(ave.75.5, sd.±7.3, med.74.7)、各項目の2回目の調査の一致率は、55.0%~90.0%(ave.73.4, sd.±8.5, med.74.4)であった。

## 3. Test-retest 一致率

各調査者80人の1回目と2回目のDSQIIDの一致率を求めた。その結果、各調査者の1回目と2回目の調査の一致率は49.1%~100.0%(ave.85.4, sd.±11.3, med.86.8)であった。各調査項目の2回の調査の一致率は、76.3%~95.0%(ave.85.8, sd.±4.8, med.85.0)であった。

## 4. 内的整合性

DSQIIDの53項目におけるCronbach  $\alpha$  係数は0.97であった。

## 5. 基準関連妥当性

先述したとおり、日本には信頼性・妥当性が検証され、実用化されている知的障害者用の認知症判別尺度が存在しない。したがって、DSQIIDの妥当性の検証は医師に認知症と診断された人に対して、DSQIIDを施行した場合の認知症判定の割合を算出した。

先述したとおり、調査対象40人で、1人の調査対象者に対して2人の調査者に2回DSQIIDを施行してもらった結果を40件として分析対象とした。1人の調査対象者に対して2人の調査者が2回調査、合計4回調査を施行しているため、その4回の調査のうち20点をこえた回数を、認知症を検出できた割合として算出した。

結果、4つの調査とも20点を上回ったのは24件(60.0%)、3つの調査が20点を上回ったのが7

件 (17.5%), 2つの調査とも0が5件 (12.5%), 1つの調査のみが0件 (0.0%), 1つの調査も 20 点をこえなかったのが4件 (10.0%)であった。

表 2 医師と DSQIID の認知症診断のケースの一致率 単位:件 (%) (N=40)

4 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 100.0%)	24 ( 60.0)
3 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 75.0%)	7 ( 17.5)
2 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 50.0%)	5 ( 12.5)
1 調査が 20 点の基準を上回った(検出率 25.0%)	0 ( 0.0)
20 点をこえた調査がなかったもの(検出率 0.0%)	4 ( 10.0)
合計	40 (100.0)

## 6. 医師の診断と DSQIID の結果が合致しなかったケースの詳細

1人の調査対象に対する4回の調査のうち2つの調査が 20 点をこえず, DSQIID の調査で5割の割合で認知症と診断されなかったのが5件, 4回の調査中1回も 20 点をこえず, 認知症と診断されなかったのが4件あった。

それぞれの内容の詳細をみると, 4回の調査中2回 20 点をこえなかった5件のうち, 4件が同一の調査者の調査が2回とも 20 点をこえないという結果であった。つまり, もう一方の調査者は2回の調査で2回とも 20 点をこえていた。

4回の調査のうち, 2人の調査者の調査が2回とも 20 点をこえなかった4件あった。うち2件が同じ調査者の組み合わせであった。

表1 DSQIID 各項目の Test-retest および評定者間調査の一致率

	Test-retest t 一致率 (n=80)	評定者 間 1 (n=40)	評定者 間 2 (n=40)	
1.	介助なしには身体を洗ったり、入浴することができない	88.8	83.8	85.0
2.	介助なしには着替えができない	86.3	81.3	80.0
3.	きちんと服を着られない (例：後ろ前に着る、不完全)	85.0	82.5	82.5
4.	服を脱いでしまう (例：公共の場で)	92.5	85.0	85.0
5.	食事に介助を要する	87.5	77.5	75.0
6.	排泄に介助を要する	92.4	84.8	82.5
7.	失禁をする (時々、まれに、含む)	85.0	82.5	75.0
8.	率先して会話をしない	82.5	77.5	82.5
9.	言葉を思い出せない	78.8	68.8	70.0
10.	簡単な指示が理解できない	88.6	69.6	65.0
11.	同時に2つ以上の指示が理解できない	79.7	67.1	62.5
12.	作業の途中で手を止めてしまう	88.8	78.8	75.0
13.	読むことができない	89.9	72.2	66.7
14.	書くことができない (自分の名前を書くことも含む)	88.8	78.8	77.5
15.	睡眠のパターンが変わった (より寝るようになった。寝る時間が減った)	84.8	65.8	55.0
16.	夜に頻繁に起きている (昼夜逆転する)	83.5	75.9	75.0
17.	夜になると混乱する	86.3	80.0	80.0
18.	日中寝ている	85.0	80.0	75.0
19.	夜に歩き回る	82.1	69.2	71.1
20.	慣れた道で迷う	84.8	74.7	74.4
21.	歩き回る (徘徊する)	88.3	68.8	73.7
22.	時間の感覚を失う (日中の時間、曜日、季節)	88.8	66.3	60.0
23.	道のひびや、地面の溝、でこぼこ道を自信を持って歩くことができない	76.3	62.5	65.0
24.	歩行が不安定、バランスを崩す	82.5	73.8	70.0
25.	介助がなくては歩くことができない	85.0	76.3	72.5
26.	親しい人を認識できない (スタッフ / 関係者)	82.5	82.5	80.0
27.	親しい人の名前を覚えていられない	83.8	73.8	67.5
28.	最近の出来事を覚えていられない	77.5	72.5	75.0
29.	社会的活動に参加しない	83.8	72.5	77.5
30.	人と接触を持たない	83.8	78.8	82.5
31.	趣味や活動に興味がなくなった	87.5	83.8	77.5
32.	一人の世界にふけている	82.5	75.0	77.5
33.	強迫的観念、情動的行為、反復的行為がみられる	87.5	70.0	70.0
34.	物を隠したり、内緒で溜め込んでいる	80.0	70.0	62.5
35.	物をなくす	81.3	63.8	62.5
36.	いつもの場所へ物をしまうことができない	78.8	67.5	65.0
37.	慣れた道具で何をしてよいかわからない	88.8	72.5	67.5
38.	落ち着きがない	86.3	73.8	72.5
39.	悲観的になったり心配性になったりする	85.0	62.5	60.0
40.	抑うつ的である	80.0	68.8	70.0
41.	攻撃的になる (言動的にも、行動的にも)	88.6	75.9	72.5
42.	発作/ てんかん	95.0	92.5	90.0
43.	独語がある	78.8	68.8	60.0
44.	何かしらのスキルを失った (例：歯をみがく)	90.0	87.5	85.0
45.	話す (意思表示する) ことが少なくなった	91.3	83.8	85.0
46.	全般的に疲れてみえる	87.5	80.0	82.5
47.	涙もろくなったり、取り乱しやすくなってきた	85.0	63.8	62.5
48.	動作が遅くなってきた	91.3	87.5	87.5
49.	話し方が遅くなってきた	81.3	70.0	72.5
50.	より不精になってきた	88.6	74.7	66.7
51.	歩くのが遅くなってきた	92.5	83.8	75.0
52.	全般的に忘れっぽくなってきた	94.9	87.3	87.5
53.	全般的に混乱しやすくなってきた	91.1	72.2	62.5

## Ⅷ. 考察

今回1人の調査対象者に対して2人の調査者に2回DSQIIDを施行してもらった。その結果、評定者間の一致率は1回目2回目とも非常に高い値が認められた。また各項目においても評定者間の一致率は高かったといえる。

Test-retestについても1回目の調査と2回目の調査とも一致率は高かった。また各項目においても高い一致率が認められた。今回の調査で、DSQIID日本語版の信頼性は十分であることが確認できた。

妥当性については、既に医師より認知症と診断されている知的障害者1人に対して、2人の調査者が2回ずつDSQIIDを施行し、その結果が認知症の基準となる20点を上回る割合をみた。その結果4回中4回もしくは3回が20点をこえ、医師との診断との一致率が75.0%以上であった件数が40件中31件(77.5%)と高い割合を示した。DSQIIDの認知症の検出率の高いものであった。4回の調査中2回20点をこえなかった5件のうち、4件が同一の調査者が2回の調査において20点をこえなかった。この結果については、2回とも認知症診断の基準となる20点をこえなかった調査者が、調査対象者が認知症に罹病する前と後の比較でDSQIIDを施行することが伝わっていなかった、もしくは罹病前と後の変化を把握していないための結果であったのではないかと考えられる。

4回の調査中4回とも20点をこえなかった4件のうち、2件が同一調査者の組み合わせであった。考えられることは、やはり前と後の比較でDSQIIDを施行することが伝わっていない、もしくは罹病前と後の変化を把握していないための結果であったのではないかと考えられる。これについては、今後調査者へDSQIIDの施行方法についてより厳密な説明をすることで克服できるのではないかと考えられる。

## Ⅸ. 今後の課題と展望

課題は妥当性のより精密な検証である。今回は、医師が認知症と診断した知的障害者に対して2人の調査者が2回、合計4回DSQIIDを施行し、認知症と判定がでる割合を一致率としてみた。今後は統制群を設置し、感度(sensitivity)と特異度(specificity)をみることにより、DSQIIDの妥当性の検証を進める。

## 注

- i 厚生統計協会『国民の福祉の動向 2008年第55巻第12号』2008年p276,『国民の福祉の動向 Vol.57 No11.2010/2011』2010年p294の表より筆者が算出。
- ii 例えば、『障害者問題研究』1999年Vol.27.No3,『発達障害者研究』2002年第24巻第2号,『Support』2009年11月No634,等があげられる。また2000年には厚生労働省が「知的障害者の高齢化対策検討会」を立ち上げ報告書をまとめるなど内容は、大枠で①地域生活支援について、②知的障害者施設における高齢化への対応について、③高齢者施策の活用と連携について、の3点にまとめられている。
- iii 三谷ら<sup>5)</sup>の高齢知的障害者の認知症対策などまだ手のついていない分野の充実が求められ、知的障害者の認知症に対する研究の必要性があることの指摘がある。
- iv なおこの指針は植田<sup>6)</sup>によって行われている。
- v 神経心理学的アセスメントと一般的な知的障害者用認知症評価尺度については Karen Dodd, Sabyasachi Bhaumik, Susan M. Benbow et al.: Dementia and people with Learning

Disabilities-Guidance on the assessment, diagnosis, treatment and support of people with learning disabilities who develop dementia, British Psychological Society (2009) の 23-29 ページにおいて詳しい。

- vi DSDS は, Gedye<sup>7)</sup>らによって, ダウン症の方の認知症の診断を行うスケールとして開発された. 小島ら<sup>8)</sup>は DSDS の日本への適用を試みており, その中で Gedye らが開発した DSDS の特徴を次の 5 点にあるとしている. ①資料提供者からの情報を利用し評価を行う. ②認知症による能力の変化と, 認知症に罹患する前の被験者の特徴を区別し回答する. ③被験者の認知症に罹患する前の状態と現状とを比較しながら評価を行う. ④認知症の診断時に他に可能性のある診断についてスクリーニングを行う. ⑤診断を継続して行っていくことにある. また, DSDS は, 認知症なしから最後期段階までの 5 段階の診断が可能なスケールとされている.
- vii DSDS については平成 13 年~16 年度文部科学省科学研究補助金基礎研究において, 菅野らが『知的障害者の痴呆早期診断システムと治療教育プログラムの開発に関する心理学的研究』, DMR は 2009 年度厚生科学研究費において『知的障害者用認知症スクリーニング尺度の標準化』の研究としてそれぞれ日本語版の作成を試みている.
- viii DSDS のテスト施行は心理学者に限定されており, 誰でも使用できる手軽さがない. 一方 DMR は, 特に使用者を選ばず, 調査対象者を数年よく知る人であれば家族でも支援者でも利用することは可能であるが, これまでの検証から, 精神科医や心理士による診断とあまり一致せず<sup>9)</sup>, 妥当性に課題があることや, 何度かのアセスメントによらないと認知症の判断ができないとされている<sup>10)</sup>. また, DSDS はカットオフ値が定まらないこと, DMR は知的障害のレベルによってカットオフ値を変えなければならない, と両スケールともカットオフ値に課題があることが指摘されている<sup>1)</sup>.
- ix これは従来 of 知的障害者用認知症判別尺度で採用されていた, 現在の状況のみを把握しようとして認知症による行動等の変化に着眼しようとしないう質問形式や得点方法によって引き起こされていた天井効果やフロア効果を克服するために Deb らによって考案された<sup>1)</sup>.
- x なお, 設定した条件とは, 「医師に認知症と診断された施設利用者がいること」である. これは, 外部基準を医師の認知症診断とし, 基準関連妥当性を検証するための条件である. つまり本来なら, 近似した尺度との相関をみて併存妥当性を検証するが, 日本には信頼性と妥当性を検証された知的障害者用の認知症判別尺度が存在しない. したがって, 医師が認知症と診断したことを基準とし, その対象者に DSQIID を試行してもらい, その結果と比較する基準関連妥当性で妥当性を検証することとした.
- xi 原版には, 「調査対象をよく知る支援員 (少なくとも半年以上)」で「調査対象者の変化の経過を知っていること」という要件で調査者を選定するとしていた. これに準じてより調査に正確をきたすために「調査対象を少なくとも 2 年以上知る支援員」という条件で調査の依頼をした.
- xii 「重度」, 「重度以外」の区分けは, 療育手帳の等級を基にした. 療育手帳は自治体毎に異なるが, 大別すると 4 区分 (最重度, 重度, 中度, 軽度) と 2 区分 (重度, 重度以外) となる. したがってここでは 2 区分に合わせ, 4 区分等級の療育手帳で区分されている

場合には「最重度」「重度」を「重度」, 「中度」「軽度」を「重度以外」と区分した.

## 文献

- 1) SHUMITRO DEB:MONIKA HARE,LINDSAY ORIOR ,SABYASACHI BHAUMIK, Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities, BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY , 190, pp440-444. (2007) .
- 2) Krystyna Wisniewski and A.Lewis Hill: Clinical Aspects of Dementia in Mental Retardation and Developmental Disabilities. (1985).
- 3) Strydom A, Hassiotis A, King M, Livingston G:The relationship of dementia prevalence in older adults with intellectual disability (ID) to age and severity of ID. Psychology Medicine Jan 39(1):13-21. Epub, 2008, Apr 15. (2008).
- 4) Karen Dodd, Sabyasachi Bhaumik, Susan M.Benbow et al.:Dementia and people with Learning Disabilities-Guidance on the assessment, diagnosis, treatment and support of people with learning disabilities who develop dementia,Britishi Psychological Society(2009).
- 5) 三谷嘉明編著:発達障害をもつ高齢者と QOL 21 世紀の福祉を目指して, 明治図書, 東京(1994).
- 6) 植田章:アルツハイマーや他の認知所を伴う高齢知的障害者のアセスメントの指針, 社会福祉学部論集, 第2号:1-13(2006).
- 7) Gedye A:Dementia Scale for Down Syndrome. Vancouver, BC:Gedye Research and Consulting. (1995).
- 8) 小島道生, 池田由紀江, 菅野敦ほか:“Dementia Scale for Down Syndrome”の日本への適用. 発達障害研究 22(1):65-73(2000).
- 9) Hoekman, J., &Maaskant, M. Comparison of instruments for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. Journal of intellectual and Developmental Disability, 27(4), 296-309(2002).
- 10) IASSID:Dementia in Older adults with intellectual disabilities: A report on the state of aScience on Dementia in older adults with Intellectual Disabilities by the IASSID Special Interest Research Group on Ageing and Intellectual Disabilities, 2009, 26(2009).

# 認知症がある知的障害者への支援

登坂庸平<sup>1</sup>

花岡典子<sup>1</sup> 倉澤正典<sup>1</sup> 大内慶子<sup>1</sup> 小俣祐紀<sup>1</sup> 齊藤正<sup>1</sup>

【要旨】「認知症」と診断された当法人の知的障害者への支援事例を検証し、①認知症罹患前後における行動の変化と、②その変化への支援のあり方、の2点について明らかにすることを目的とした。本研究では2事例を対象に検証した。

行動の変化としては、「徘徊」、「物が整理できなくなる」、「不眠」、「着衣執行」等が確認された。これらの変化に対し、「環境の変化」、「人間関係」、「役割」、「わかりやすさ」を軸に支援していくことが重要であることがわかった。そして、利用者個々の状態に合わせた具体的な支援内容を導き出すためには、状況に至った背景となる【原因】を探り、【必要な支援】は何かを考え、そこから【具体的な支援内容】を導き出すというアセスメント過程を職員間で検討することが欠かせなかった。この過程は、今後も認知症を罹患した知的障害者への支援を検討する際に、その支援のあり方について考える上でも重要であると感じている。

【キーワード】 認知症 知的障害者 行動の変化 支援

## I. はじめに

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園(以下「当法人」)では、利用者の高齢化が進み、平成22年11月現在の平均年齢は59.3歳である。加齢に伴い、ADLの低下や様々な病気の発症など、健康に関するリスクが深刻化してきている。このような状況の中で、近年、日常生活において明らかに以前とは違う行動が見られる利用者が現れ始めてきた。具体的には記憶障害や不眠、徘徊、昼夜逆転などの行動である。その「変化」を記録に取り、同時に医療機関の受診や検査を継続したところ、「認知症」、「認知症の初期段階」、「認知症がもたらす周辺症状」、「認知症の疑い」と診断される利用者が増えてきている。平成22年3月時点、認知症<sup>1</sup>に関連する診断を受けている当法人の利用者は、全利用者374名中18名であり、その内訳は、「認知症」という診断を受けている利用者が15名、「認知症の疑い」と診断を受けている利用者が3名であった。

もともと知的機能に障害のある知的障害者が認知症を罹患した後の行動の変化とその支援についてはあまり指摘されてこなかった。しかし、国際アルツハイマー病協会は、65歳以上の知的障害者と同年代の一般高齢者の認知症罹患率はほぼ同程度であったことを報告している<sup>1)</sup>。このことから、知的障害者は一般高齢者と変わりなく認知症を発症すると考えられる。また、「2015年の高齢者介護」では、何らかの介護・支援を必要とし、かつ認知症がある高齢者は、2015年までに250万人、2025年には323万人になると推計されている<sup>2)</sup>。これらのことから、知的障害者の認知症罹患者も一般高齢者と同様に増加することが推測される。

以上を踏まえて、知的障害者の認知症罹患者の行動の変化と支援について検討した。

## II. 目的

一般的に認知症への専門的療法としては、回想法や音楽療法、アートセラピーなどがあるが、その活用を検討した場合にもともと認知機能の障害が重度な人ほど難しいと考えられた。では、知的

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部



障害者が認知症に罹患した場合に、どのような支援方法があるのだろうか。このことに関して、一般高齢者に関する研究は多くみられるものの、知的障害者が認知症に罹患した場合の支援について言及されている研究は少ない。

そこで本研究では、「認知症」と診断された知的障害者への当法人における支援事例を検討し、その分析から①認知症罹患前後における行動の変化と、②その変化への支援のあり方、の2点について明らかにすることを目的とする。

### Ⅲ. 方法

現在、支援をしている事例を通し、これまで実施してきた支援について振り返りを行なった。具体的には、支援事例に関わった職員へのインタビューと、過去のケース記録を参考にした。事例を検証する際には、情報をフローチャート化し、整理した<sup>3)</sup>。

対象事例は平成22年3月時点で、認知症に関連する診断を受けている当法人の利用者18名の中から、①知的レベルが比較的高く、意思の確認がしやすい方、②認知症罹患前後で生活スキルに違いが見られる方、③認知症の周辺症状により生活の質の維持に困難さが生じている方、以上の3点を条件に選出した。その結果、2名が対象となった。なお、倫理的配慮として、本研究を進めるにあたり、本研究の目的、方法及び結果の公表について、書面にて保護者に説明をし、書類に署名及び捺印をしてもらう形で同意を得た。

### Ⅳ. 結果

#### 1. Aさん

##### (1)プロフィール

性別年齢	86歳, 女性	身体状況	脳梗塞の後遺症による右片麻痺
障害程度	障害程度区分6, IQ36, 身体障害者手帳1級 療育手帳B1		
既往歴	認知症, 脳梗塞, 便秘, 骨粗しょう症, 直腸脱, 脱肛, 腰椎椎間板傷害, 高血圧		

##### (2)Aさんの生活状況と認知症と思われる行動

昭和47年3月に48歳で入所する。ADLは自立しており、掃除、洗濯、編み物等もできた。平成7年頃より、物が無い、盗まれた等を口にするようになった。平成9年に老人性痴呆(認知症)と診断される。平成9年8月に脳梗塞発症。その後も当法人内の手工芸班(刺繍・クロスステッチ)に、一人で通所していた。

平成17年9月に長らく在籍していたC寮から、新たに設立された高齢者支援寮D寮に転寮する。転寮後は、「家に帰る」「C寮に戻りたい」「おばあちゃんの所に行く」と、荷物を抱えて外に行こうとすることが多くなった。その他にも徘徊<sup>ii</sup>や着衣失行<sup>iii</sup>、感情失禁<sup>iv</sup>、作業が継続できなくなる等、様々な面で変化が見られた。また、D寮は男女混合寮であったが、それまで女性に囲まれて暮らしてきた本人にとって、男性利用者との共同生活は慣れ親しみにくい環境であったように推測される。その後は平成21年12月にD寮から女性高齢者支援寮E寮に転寮、現在に至る。

表1 Aさんの生活状況の変化と認知症と思われる行動

	平成17年以前	平成22年
食事	自立	自立(要見守り)
睡眠	安定(睡眠時間:8時間程度)	時折眠れないことあり(睡眠時間:8時間程度)
排泄	自立 (紙使用可)	・言葉掛け, 誘導を要する ・履くタイプのオムツ使用
着脱衣	自立	着衣失行があり, 一部介助
入浴	自立	要介助
洗面・整容	自立(入れ歯の手入れ含む)	全面介助
日中の活動	手工芸班(刺繍, クロスステッチ)	塗り絵・散歩・編み物・洗濯物たたみ
移動	自立	・自力歩行が可能, 転倒の危険性あり ・ヒッププロテクターを着用 ・屋外の移動には, 老人車や車椅子を使用
余暇	掃除・編み物・お花クラブ	寮内で仲の良い利用者と編み物をして過ごす
認知症と思われる行動	・物を置き忘れる ・自分の食事を間違える ・消灯時に居室の小玉電気が点いているのに, 「小玉つけて下さい」と言う	・入れ歯や靴を置き忘れる ・家に帰ると言って外に行こうとする ・部屋やトイレの場所がわからない ・入れ歯を便器の中で洗ったり, 便器の中の汚れを手で擦ったりする

### (3) 本人の状況と原因, 支援内容

#### ① 生活の場として認識してもらうための支援

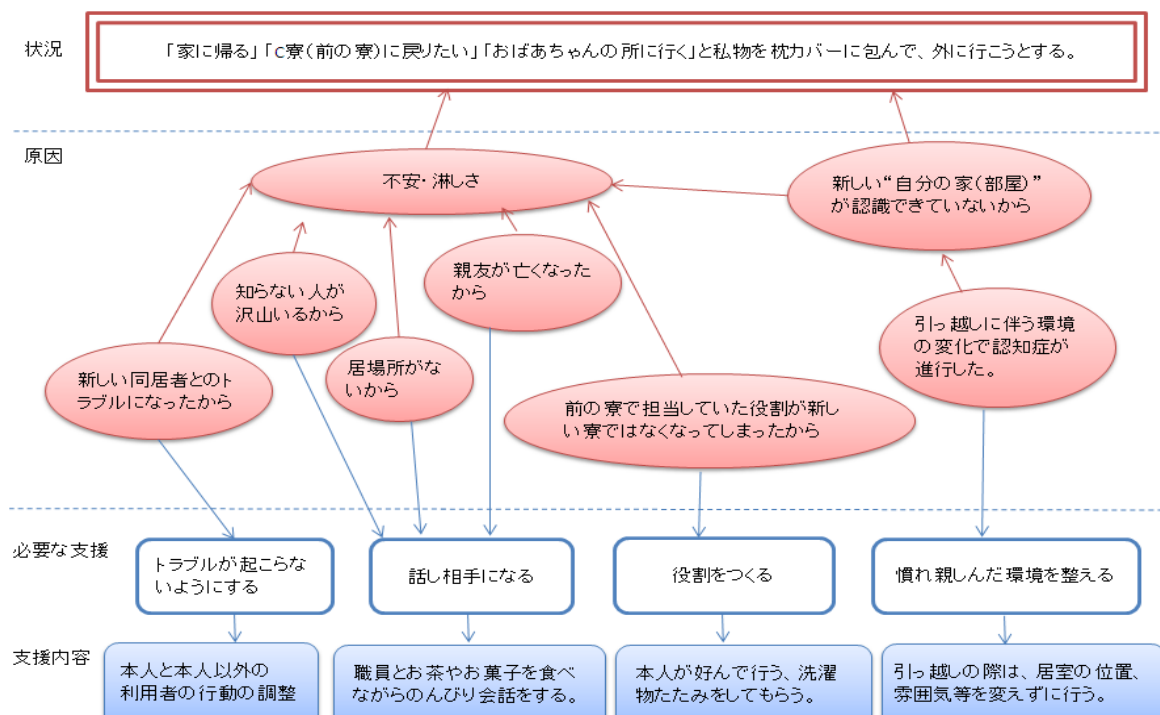


図1 生活の場と認識できないと想定される原因とそれに対する支援の流れ

## ②徘徊への支援

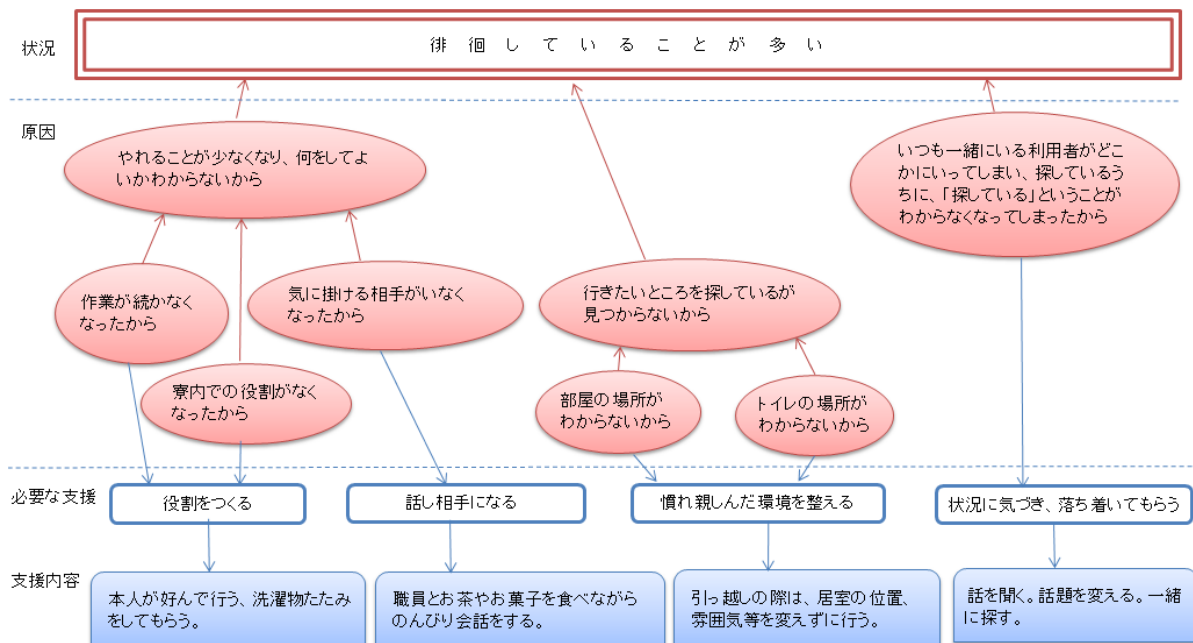


図2 徘徊に至ったと想定される原因とそれに対する支援の流れ

## 2. Bさん

### (1)プロフィール

性別年齢	67歳, 男性	障害程度	障害程度区分 3, IQ45, 療育手帳 A
既往歴	アルツハイマー型認知症, 中耳炎, 脚気, 高血圧症, 高脂血症		

### (2)Bさんの生活状況と認知症と思われる行動

昭和46年5月に27歳で入所する。ADLは概ね自立しており、余暇時間はおもちゃ遊びやラジオを聴く、簡単な読み書きや絵画と幅広い趣味も持っていた。

平成17年9月に長年過ごしたF寮から、より生活レベルの高い自活支援寮G寮に転寮する。F寮では受託作業(揚げ手組み立て班)に所属していたが、転寮に伴い、当法人内での作業活動したい班(収穫, 販売)に変更となる。しかし、そこでは環境に馴染めず本人にも拒否が見られたため、再度受託作業に戻る形に変更となる。その後は揚げ手組み立て作業にも興味を示さなくなり、作業自体も休みがちであったため、本人と相談した上で平成20年12月から木玉通し作業に通うことになった。

平成22年3月頃より、睡眠障害や徘徊が見られるようになり、同時期に失行や失認、失語の症状が出るようになった。同年4月にMRI検査をしたところ、アルツハイマー型認知症と診断を受ける。その後、内科、精神科を受診して、睡眠導入剤等の内服薬治療が始まり、現在も継続している。同年8月頃になると発症直後と比べて認知症からくる症状は落ち着いてきた。

日中活動では、それまで行っていた作業への意欲がなくなり継続が困難になってきたこと、寮から活動場所への往復は認知の混乱が見られる状態ではリスクが高すぎるなどから、より近い活動場所で木片のやすり掛け等を行っている。趣味であった絵画、読書はほとんど見られなくなり、現在に至る。

表2 Bさんの生活状況の変化と認知症と思われる行動

	平成22年2月以前	平成22年3月から現在
食事	自立(箸使用)	状態が悪い時は全介助(時折スプーン使用)
睡眠	概ね安定(睡眠時間:9時間程度)	時折,不眠→睡眠導入剤を服用→概ね安定
排泄	ほぼ自立(紙使用可)	時折,誘導を要する
着脱衣	自立	・着衣失行により,一部介助 (全ゴムズボンに変更) ・状態によっては全面介助
入浴	ほぼ自立	状態によっては全面介助
洗面・整容	洗面はほぼ自立,髭剃りは一部介助	ほぼ全面介助,一部介助
日中の活動	・手工芸班での木玉通し	木片のやすりかけ
移動	自立	・自力歩行,時折ふらつきがあり転倒の危険性あり ・屋外の移動時は,所在確認と安全確保のため要付添い
余暇	小物の収集や,おもちゃ遊び,老眼鏡を使用しての読書,絵画	・他の利用者と一緒にテレビを見て過ごす ・居眠りをしていることが多い
認知症と思われる行動	なし	・物の整理ができなくなる ・部屋やトイレの位置がわからなくなる ・着衣失行 ・睡眠障害 ・意欲低下,傾眠傾向が見られる

(3) 本人の状況と原因, 支援内容

① 認知レベルに適した支援, または環境調整

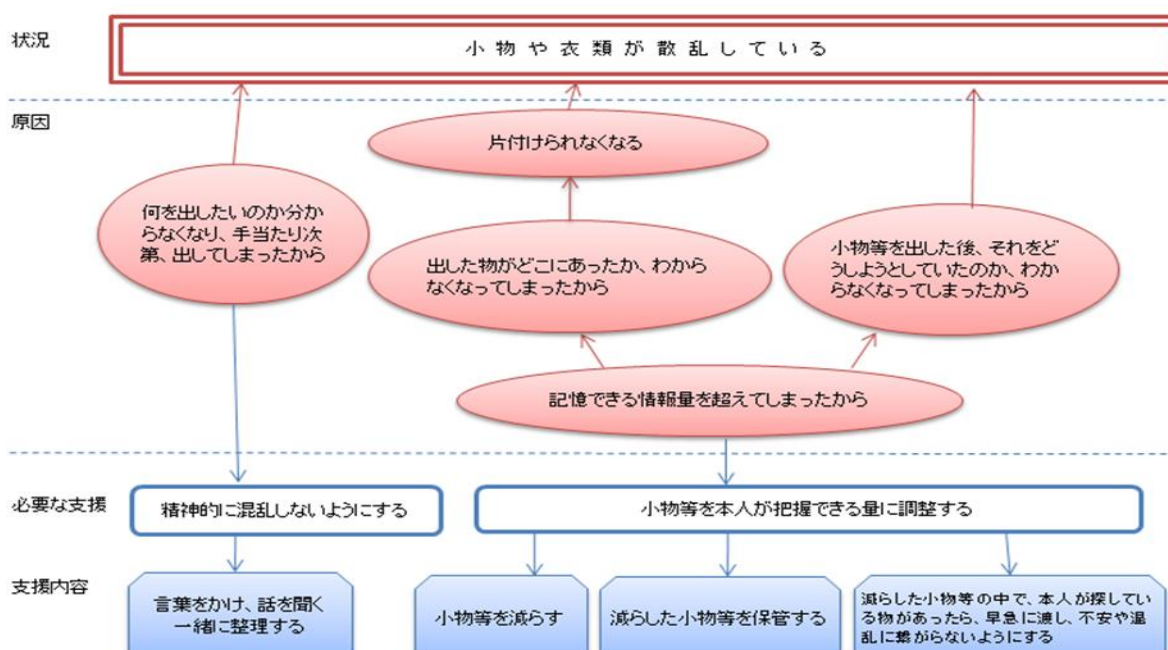


図3 情報過多に至ったと想定される原因とそれに対する支援の流れ

## ②不眠への支援

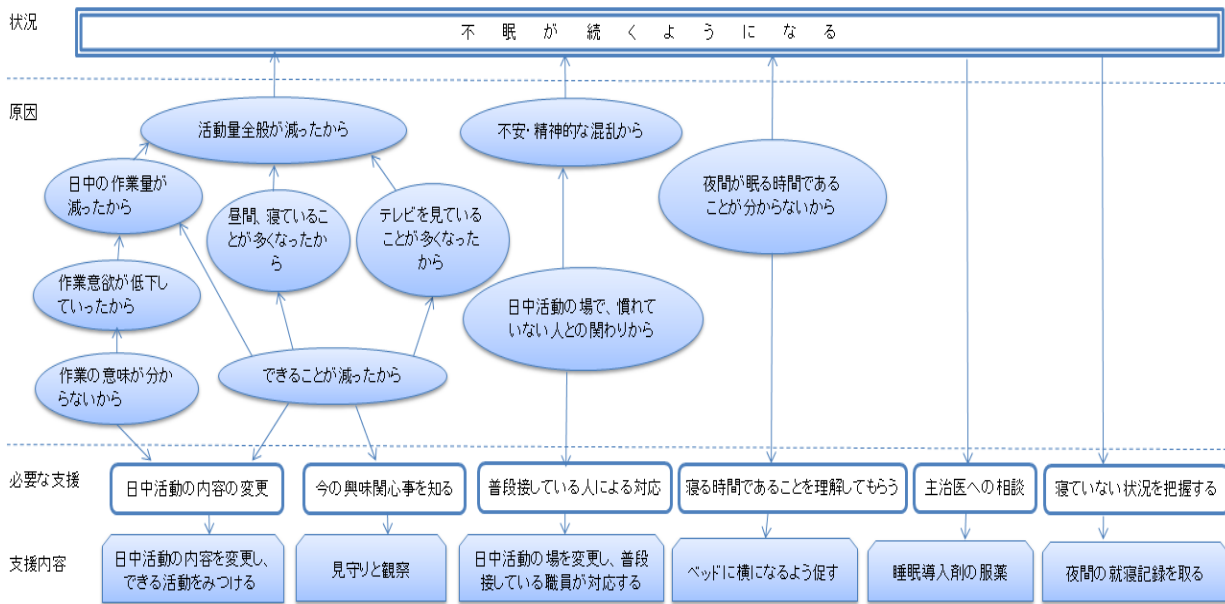


図4 不眠に至ったと想定される原因とそれに対する支援の流れ

## ③失禁への支援

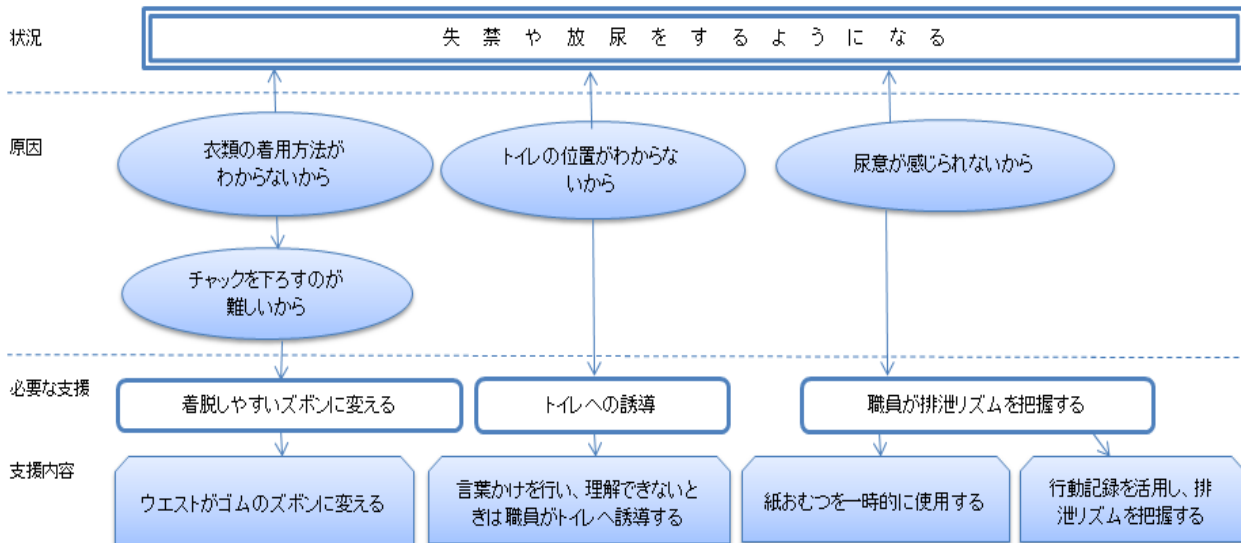


図5 失禁に至ったと想定される原因とそれに対する支援の流れ

## V. 考察

### 1. Aさんの事例から

#### (1)支援の振り返り

Aさんは平成7年頃から物忘れなどの症状が見られるようになり、その後、緩やかに症状が進行していった。

Aさんの場合は転寮という住・人的環境の変化が、不安や混乱といった形で表れたと推測される。

平成 17 年の転寮の際には、本人への負担が極力少ない形での配慮を検討したが、想定外の問題がいくつか表面化した。具体的には、男性利用者との共同生活は経験がなかったこと、特定の男性利用者との間にトラブルがあったことが本人の状態に変化をもたらす原因と考えられた。そこで、平成 21 年の転寮の際には、上記の点を再検討し体制を整えた上で転寮を実施した。転寮後は、相性の良い利用者とは良好な人間関係を築けたこと、生活の流れやリズム、物理的環境が大きく変化しなかったことが、穏やかな生活を取り戻すきっかけとなった。

現在でも不安や混乱は時々見られるが、Aさんの趣味や生きがいであった編み物や洗濯物たたみ、お茶を飲みながらゆったりとした雰囲気の中で話を聴く等の個別支援が有効であったと考えられる。

## (2)この事例から学べること

- ①「環境の変化」は認知の混乱を招きやすく、周辺症状へと発展しやすい。認知症者の周囲の環境は変えない方が望ましいとされるものの、今回の事例を通し、以前の住環境と同じ構造や配置、生活の流れやリズムにすることで認知の混乱を最小限に抑えられることがうかがえた。
- ②相性の良い人との関わりにより、穏やかな生活を得ることができた。周囲の利用者とは良好な関係を築くことも重要である。
- ③認知症を罹患しても、長年に渡る生活習慣や日常生活の中での役割といったものは長期記憶として残っている。Aさんの生活史を紐解き、長期記憶として残されていた生活習慣や役割(Aさんの場合は編み物や洗濯物たたみ)を取り入れることが重要であった。

## 2. Bさんの事例から

### (1)支援の振り返り

Bさんの場合は物や衣類への混乱が見られ、探し物をしていても「探し物」自体を忘れてしまい、整理ができなくなってしまっていた。そこで、Bさんの認知レベルに合わせる形で身の回りの物を減らした結果、混乱は大幅に減少した。不眠については、日中の活動量が落ちたこと、昼間の居眠り、夜が眠る時間であることがわからなくなってしまった等が想定された。ベッドに誘導し横になるよう促すことで眠る時間であることは理解してもらえたが、日中の活動量については、継続してできるような活動が見つからず活動量は十分とはいえない状況にあった。そのためか、眠れない日々が続いたことから、早い段階で主治医と相談し、現在は内服薬治療で状態は落ち着いている。失禁は見当識障害によりトイレと居室の区別がつかなくなってしまったのか、トイレの場所がわからなくなってしまったのか、着衣失行により前開きズボンを脱げなくなってしまったのか等が疑われるが、トイレ誘導と全ゴムズボンの使用で状態が落ち着いた。

### (2)この事例から学べること

- ①物や衣類の数を減らし、視認性を高めて把握しやすい環境を整えたことで、混乱は解消された。Bさんは特に小物収集が好きであったが、周囲に物が溢れた環境は認知症の人には混乱を招きやすいため、適度に整理してわかりやすい環境造りが重要であった。
- ②不眠には内服薬治療で対応し、安定している。不眠の原因を探るにあたり、日中の細かな行動記録をつけ、必要な支援内容を検討した結果、早い段階での改善に至ったと考えられる。
- ③失禁については、トイレの位置がわからない様子が見られた時は誘導したり、前開きズボンからより

簡単に着脱可能な全ゴムズボンにすることで解消された。排泄支援と本人にとっての「わかりやすさ」を意識した支援を組み合わせることが有効だったと思われる。

- ④以上3点の支援の変化は、職員の「気づき」が契機となっていた。その気づき方には2つあり、①認知症の人が身近にいた経験からの気づき、②「あれ？おかしいな？」という行動の変化における気づきであった。変化の早期発見に向けては、「気づき」の共有と、観察やデータを蓄積していくことが重要であると言える。

## VI. まとめ

認知症を罹患した知的障害者にはどのような支援が必要となるのか。その支援方法として一般化できるものは、今回確立できなかった。しかし、2つの事例を通して、状況に至った背景となる「原因」を探り、「必要な支援」は何かを考え、そこから「具体的な支援内容」を導き出すというアセスメント過程を、職員間で検討することが重要であると感じた。

今後も、上記の過程を大切に、支援を積み重ね、認知症を罹患した知的障害者への支援について考えていきたい。

## 注

<sup>i</sup> 認知症とは、獲得されていた知能が何らかの障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活等に支障をきたした状態という定義が紹介されている<sup>4)</sup>。

<sup>ii</sup> 目的や目標を自覚しているか否かはっきりしないままに歩き回ること。

<sup>iii</sup> 服が脱ぎ着ができなくなったり、反対に着たりすること。

<sup>iv</sup> 感情のコントロールができなくなり、笑ったり、泣いたりすること。

## 文献

- 1)国際アルツハイマー病協会：痴呆症と知的障害。(2003), (<http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/dmradi.htm>,2010/11/22).
- 2)高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護。(2003), (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/>,2010/11/22).
- 3)中村考一：認知症ケア事例ジャーナルにける事例報告のまとめ方。認知症ケア事例ジャーナル, 3(2):189-198(2010).
- 4)畑野相子, 筒井裕子:認知症高齢者の自己効力感が高まる過程の分析とその支援。人間看護学研究, 滋賀県立大学,4:47-61(2006).

# 兄弟事例による障害特性の比較検討

## PTSD の治療経過を通して

鈴江美希<sup>1</sup>

齋藤史泰<sup>1</sup> 小池千鶴子<sup>1</sup> 有賀道生<sup>1</sup>

【要旨】 心的外傷体験に曝された知的障害をもつ兄と広汎性発達障害(PDD)をもつ弟に、精神科医による薬物療法とともに臨床心理士が心理的介入を行った結果、2人の症状・状態と治療経過に異なる点を認めた。知的障害をもつ兄には、PTSD の特徴である①再体験・侵入、②回避・麻痺、③覚醒亢進の3症状が顕著に現れた。さらに子どもの PTSD 症状に現れやすい食欲の変化、落ち着きのなさ、強迫症状などの行動も認められた。一方、PDD をもつ弟には PTSD の主症状は目立たず、衝動性・多動性の高まり等の状態の変化がみられた。2人の症状・状態と治療経過には、認知機能や知的能力の障害特性の違いが背景にあると考えられ、個々の症状や状態を多面的に把握し、障害特性を踏まえた治療や介入・支援が必要であることが示唆された。

【キーワード】 PTSD 広汎性発達障害 知的障害 併存症

### I. はじめに

国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所(以下「当診療所」と略記する。)では、施設内利用者の診療とともに地域の障害者(児)を対象として外来診療も行っている。外来診療では、地域の乳幼児の発達相談をはじめ、知的障害や発達障害をもった患者の受診が多く、児童から成人までの医療的、心理的支援を継続的に行っている。特に、境界以上の知能をもつ高機能の発達障害児の受診が大幅に増加している。発達障害をもつ患者の中には、うつや不安障害、PTSD といった二次障害を併存して受診する人も多く、その背景や抱えている問題も様々である。

しかし、知的障害や発達障害を伴うために、一般的な二次障害の症状が見受けられにくい場合や、本人が意思や欲求、困り感を具体的に言語化することが困難なために、見過ごされる可能性もある。そこで、知的障害や発達障害をもつ患者が二次障害を呈した際の症状や状態を客観的に把握し、障害特性を踏まえた治療や介入・支援を行うことが必要であると考えられる。

### II. 目的

本研究では、当診療所を受診している兄弟事例で、父親が火傷を負う場面を目撃し、心的外傷を負った知的障害をもつ兄と発達障害をもつ弟に、精神科医による薬物療法とともに臨床心理士が心理的介入を行った結果、特徴的な違いが見られたので、その症状や状態、治療経過を報告し、背景に存在する障害特性を比較検討することを目的とした。

なお、症例の報告にあたっては、保護者から同意を書面で得ており、個人情報保護の観点から論旨が損なわれない程度に改変を加えた。

### III. 事例

#### 1. 家族構成

事例の家族構成は、父親(46歳)、母親(43歳)、長男(症例 A:9歳)、次男(症例 B:6歳)、長女

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所



(4歳)の5人である。父親は製造業勤務で、事件のあったX年4月まで、夜遅くまで働いていることが多く、子どもたちと接する時間はほとんどなかった。母親は看護師で、母親不在時には、家の前に住んでいる母方の祖母が面倒をみていたが、母親在宅時には、子どもたちは母親の側を離れようとしなかった。

## 2. 問題の経緯

X-1年11月に、次男(症例B)が、衝動性や落ち着きのなさで当診療所を受診し、PDDの診断を受けた。X年4月に、父親が自宅浴室内でスプレー缶を操作していたところ引火し、爆発音とともに全身火傷を伴う場面を兄弟(症例A, B)ともに目撃した。そして、X年5月、食欲不振、入眠困難等の症状により長男(症例A)も受診開始となった。

## 3. 症例A

### (1) アセスメント結果

症例Aは、9歳の男児で軽度知的障害の診断を受けている。アセスメント結果は、WISC-IIIの結果、FIQ64(VIQ74,PIQ61)で、知的には軽度知的障害の範囲内であった。各下位尺度に多少ばらつきが見られるが、全体的に低かった。

S-M社会生活能力検査の結果は、SQ89と標準の範囲内であった。PARS(広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)の児童期得点は28点であった。心の理論課題は、誤った信念課題も二次的的信念課題も通過した。

### (2) 治療経過

X年4月、爆発音とともに父親が全身火傷を負う場面を目撃した。X年4月下旬より、音に敏感で、落ち着きがなく授業中も座っていられなくなった。火やスプレー缶の話題を避けるようになり、お風呂に入るのを嫌がるようになった。また、手洗い行動が多く、一日で食器用洗剤一本を使用するようになった。意欲・集中力低下、食欲不振、なかなか寝付けない等の症状がみられ、X年5月に当診療所を受診し、事件より一ヶ月経過後、医師の診断によりPTSDと診断された。医師による薬物療法(抗うつ剤・抗不安薬等)とともに、医師と連携して臨床心理士によるプレイや箱庭療法による介入を行った。プレイ場面では、X年7月頃まで攻撃的な空想遊びを好んで行っていた。受診当時の症例Aが描いた人物画は半ズボン姿で、眉毛はなく髪が短く描かれていた。本人は「僕」と言って描いていたが、母親によると、事件当時の眉毛も髪も焼けた父親の様子にそっくりだということだった。また、樹木画は、実も葉もなく枯れた木のように描かれていた。

X年6月には、焦げた物以外は食べるようになり、食欲が増え、過食傾向がみられた。

X年7月には、食欲も行動も落ち着き、手洗い行動もなくなり、父親退院後も、情緒的に安定してきた。プレイ場面でも、空想遊びから変化し、サッカーやプラレール等の遊びを好んで行うようになっていた。X年8月に症例Aが描いた人物画は、明るい笑顔でサッカーをしている外国人選手であった。また、樹木画も実や葉が描かれており明るい印象の描画になっていた。

PTSDの症状が改善しているにも関わらず、学校への行き渋りや、本人とのプレイの中で幼児性が見られたため、WISC-IIIを行った結果、軽度知的障害の診断が得られた。学校と話し合った結果、通常学級から特別支援学級に移籍し、以後、学校でも家でも落ち着いて過ごしている。

## 4. 症例 B

### (1) アセスメント結果

症例 B は、6歳の男児で広汎性発達障害の診断を受けている。心理アセスメントは、WISC-IIIの結果、FIQ88(VIQ80,PIQ100)で、知的には平均の範囲内であった。言語性と動作性の差が大きく、各下位尺度のばらつきも大きかった。

S-M 社会生活能力検査の結果は、SQ52と低い数値であった。PARS(広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度)の児童期得点は43点と高かった。心の理論課題は、誤った信念課題のみ通過し二次的の信念課題については通過できておらず、より複雑な状況になると、その場の状況判断や他の人の信念を推測することが難しいことが示された。

### (2) 治療経過

初診当時(6歳)、多動で落ち着き無く、散漫で、過敏性があり、些細なことでかんしゃくを起こし、妹への他害行為もみられた。就学を目前にして、発達障害が疑われ児童相談所からの紹介で受診した。小学校は、普通学級在籍で特別支援学級を併用していた。当診療所では、医師による薬物療法(精神安定剤等)とともに、臨床心理士が医師と連携して情緒の安定を図りながら、課題学習を通して行動の自律性を強化するために療育的支援を行っていた。

X年4月、入学後の4月下旬、爆発音とともに父親が全身火傷を負う場面を目撃した。薬物療法とともに、構造化された環境の中での療育的支援やプレイによる介入を継続した。

X年4～7月、父親入院後、「お父さん火がついて死んだ。」と言い、病床の父親を目にしても、父親が存在しないかのように振る舞い、高揚状態で病院外を走り回る行動が見られた。父親の存在を無視する行動は2か月後の退院時まで継続した。療育場面では、プレイ中に床に映ったスポットライトの光を「熱い熱い」と言って踏む様子も見られた。事件当時の彼の絵には、本人が小さく真ん中に描かれていた。

X年7月には、父親が退院し、本人の「お父さんが退院して嬉しい。」という言葉も聞かれたが、家庭では、ハイテンションで落ち着かず、兄妹への乱暴行為や過食が認められた。

X年8月には、療育場面では適応的で、課題にも集中できるようになった。家庭でも行動が沈静化していた。この頃の絵には、父親も含め、家族全員を次々と描いていく様子がみられた。

## 5. 症例 A と B の症状・治療経過の比較

軽度知的障害をもった症例 A の兄には、PTSD の3症状(①再体験・侵入 ②回避・麻痺 ③覚醒亢進)が顕著に現れた。また、食欲の変化、落ち着きのなさ、強迫症状等、子どもの PTSD に現れやすい行動も見られた。

一方、広汎性発達障害をもった症例 B の弟には、PTSD の主症状は目立たず、衝動性・多動性がより高まった行動がみられた。また、父親の存在を無視するような行為が見られた。

## IV. 考察

兄弟の症状や治療経過の違いを考察すると、2人の症状や治療経過の背景には、年齢の違いや、もともと兄弟ともに父親との関わりが少なく、父親を単なる同居人とみなすような愛着関係に乏し

い父子関係であったことに加え、障害特性が強く関係していると考えられる。

知的障害をもつ兄(症例 A)は、体験の記憶と漠然とした恐怖や不安感情により PTSD の症状や身体症状等が現れたと考えられる。理解の低さや言語表現の苦手さから、子どもの PTSD 症状に現れやすい食欲のなさや、落ち着きのなさ、強迫症状等の行動に現れたと考えられる。

また、兄(症例 A)は、プレイや箱庭を行う中で、自分から空想遊びや映画の登場人物になりきって、様々な場면을再現していた。その中に、攻撃的な場面や火、爆発する場面等も出てきていたが、その遊びを安心できる場で一緒に行うことにより、無意識に事件の記憶を安全な感覚の中で想起し直し、記憶の中で統合され、安心感や安全感を獲得することができたと考えられる。

発達障害をもつ弟(症例 B)は、父親の存在認識の薄さや、発達障害の特性である想像性の問題により、「火事＝父親が死んだ」と直接的に結びつけ、「死んだ」はずの父親が目の前にいることが受け入れられず、感情表現の難しさから困惑や不安感情が行動化され、衝動性や乱暴行為が高まったと考えられる。

また、弟(症例 B)は、焼ける父親という事実が強く記憶に残り、入院し、目の前からいなくなったことを不在ではなく、「死んだ」とする考えに固着し、想像性の低さからくる認知的不協和による混乱が強く行動に影響していたと考えられる。父親が退院し、父親の存在を現実的に体験することで、本人の認知的混乱が解消され、不安が軽減されたのではないかと考えられる。また、構造化され、環境調整された療育場面での安心感、安全感、統一感や自己効力感が、本児の情緒的な安定の基盤を作る上で効果があったと考えられる。

知的障害や発達障害をもった子どもたちは、個々にその特徴や行動特性が異なる。さらに、そのような子どもたちが二次障害を呈した際の症状や状態も様々である。それぞれの症状や状態を多面的・総合的に把握し、障害特性を踏まえた治療や介入・支援が必要であると考えられる。

## 文献

- 1) 青木豊:乳幼児期における外傷後ストレス障害(PTSD)。児童青年精神医学とその近接領域, 45(2):129-139(2004)。
- 2) Bessel A. van der Kolk:サイコロジカル・トラウマ。金剛出版, 東京(2004)。
- 3) 広常秀人:子どもの PTSD(特集 児童精神医学の現在)。発達, 23(90):37-45(2002)。
- 4) 長尾圭造, 岸田学:思春期・青年期の PTSD(いじめの PTSD)。児童青年精神医学とその近接領域, 45(2):147-153(2004)。
- 5) 西澤哲:トラウマの臨床心理学。金剛出版, 東京(1999)。
- 6) PTSD の生物学的背景～脳画像所見を中心に～。児童青年精神医学とその近接領域, 45(2):147-153(2004)。
- 7) 山下仰:児童期の PTSD—特に単回性の心的外傷による PTSD の治療について—。児童青年精神医学とその近接領域, 45(2):140-147(2004)。

# 高齢重度知的障害者におけるクエン酸ネブライザーによる 咳テストの有効性の検討

堀口博<sup>1</sup>

松本義徳<sup>1</sup> 吉田浩美<sup>1</sup> 黛智則<sup>1</sup> 杉田祐子<sup>1</sup> 吉江麻里<sup>1</sup>

槻岡正寛<sup>2</sup> 井沢邦英<sup>1</sup> 山川治<sup>3</sup> 有賀道生<sup>1</sup>

【要旨】 知的障害を有する高齢者に対し摂食・嚥下スクリーニング検査として、クエン酸生理食塩水液を超音波ネブライザーで吸入させる咳テスト(cough test:CT)を実施した。嚥下障害の実態を明らかにするとともに、咳テストを行った全症例に対して嚥下内視鏡検査(VE)またはビデオ嚥下X線透視検査(VF)を行い、咳テストとの相関性を比較検討した。1%重量クエン酸生理食塩水液で陰性であった利用者は誤嚥なし7名、顕性誤嚥、不顕性誤嚥は確認されなかった。2%重量クエン酸生理食塩水液で陰性であった利用者は誤嚥なし4名、顕性誤嚥1名、不顕性誤嚥は確認されなかった。2%重量クエン酸生理食塩水液で陽性であった利用者は誤嚥なし12名、顕性誤嚥、不顕性誤嚥は確認されなかった。現段階では咳テストが高齢重度知的障害者に対して有効であるという結果には至らなかったが、今後も咳テストの実施件数を増やし、データの解析を行うとともに、利用者個々に応じた摂食・嚥下スクリーニング検査を実施していくことが望ましいと考えられた。

【キーワード】 知的障害 誤嚥性肺炎 不顕性誤嚥(SA) スクリーニング 咳テスト(CT)

## I. 背景

近年、成人を対象とした知的障害者施設では利用者の高齢化と障害の重度化が問題となっており、当法人においても高齢化による諸問題が起きている。なかでも摂食・嚥下障害が増加し、誤嚥性肺炎を引き起こすこともまれではない。誤嚥性肺炎の中には不顕性誤嚥(silent aspiration:SA)すなわち「ムセない誤嚥」が要因となることもあり、知的障害を有する高齢者においても不顕性誤嚥が増加しているものと思われる。さらに、知的障害者の多くは発達過程で正しい摂食・嚥下を獲得できないまま成長し、丸飲みや早食いなどの食行動上の問題も早期よりみられる。そして老化による機能低下が加わり誤嚥や窒息の症状が顕著に認められるようになる。知的障害者は健常者よりも加齢に伴う体力低下の程度が大きいとの報告もあり<sup>1)</sup>誤嚥や窒息の危険性は健常者より高いと考えられ、簡便な方法で行える摂食・嚥下スクリーニング検査の導入を当法人でも検討してきた。

## II. 目的

不顕性誤嚥のスクリーニング検査としてクエン酸などの刺激物を吸入させ、咳の惹起性を見る咳テストが有効とされている。これまで健常者に対して主要な原因疾患別などの有効性に関する検討は散見されるが<sup>2)3)</sup>、知的障害者に対して検討された例はほとんどない。咳テストは摂食・嚥下スクリーニング検査の一つであり、従来から行われてきた改訂水飲みテスト(modified water swallowing test:MWST)などと組み合わせることで、より詳細な評価が可能になるとされている。咳テストはスクリーニング検査の要件である簡便、安価、侵襲性がなく、短時間に障害の有無を把握し、患者を抽出

<sup>1</sup>国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所

<sup>2</sup>国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部

<sup>3</sup>前橋赤十字病院

できるという条件を満たしており<sup>2)</sup>、重度知的障害者のように指示を正確に理解することが難しい利用者に対しても、実施できると考えられる。使用する機材も超音波ネブライザーのみであり、在宅や施設でも実施可能である。

そこで我々は知的障害を有する高齢者に対し、摂食・嚥下スクリーニング検査として、クエン酸生理食塩水液を超音波ネブライザーで吸入させる咳テストを実施する。また咳テストを行った全症例に対して、嚥下内視鏡検査 (videoendoscopy:VE) またはビデオ嚥下X線透視検査 (videofluorography:VF) を実施し、咳テストとの相関性を比較検討する。正確な嚥下状況の評価を行うことは、その後の誤嚥予防や食事支援においても重要であり意義深いものとする。

### Ⅲ. 対象

当法人施設利用者の男性 13 名、女性 14 名の計 27 名とした。平均年齢は 65.8 歳で主要疾患別ではてんかん 10 名、脳性麻痺 5 名、循環器疾患 3 名、消化器疾患 2 名、脳炎 1 名、精神疾患 1 名、その他 2 名である。

対象の選定基準は、嚥下内視鏡検査またはビデオ嚥下X線透視検査が可能な利用者とし、咳テストは咳反射を誘発させる検査であるため喘息の既往のある利用者は除いた。スクリーニングを目的とするため、既に嚥下障害の診断を受け、援助を受けている利用者は除いた。また、行動障害があり検査が困難と予想される利用者は除いた。

### Ⅳ. 方法

咳テストは1%重量クエン酸生理食塩水液 5ml を超音波ネブライザーで1分間吸入させ、咳反応を確認した。その際、ネブライザーは経鼻法より経口法の方が粒子の到達濃度が高いことから、口で呼吸をするように指示をした。指示が理解できない場合や指示が入らない場合は鼻を手で摘み、口での呼吸を行いやすいようにした。そして、1分間の咳の回数をカウントし、咳の回数が5回以上ならば陰性 (SA なし)、4回以下ならば陽性 (SA あり) とした。また、1%重量クエン酸生理食塩水液で陽性であった場合は2%重量クエン酸生理食塩水液で再度咳テストを実施した。超音波ネブライザーは COMFORT 2000 KU-400 を使用した。咳テストが実施できた利用者に対して、嚥下内視鏡検査またはビデオ嚥下X線透視検査を実施し、嚥下動態の評価を行った。ビデオ嚥下X線透視検査では普段提供されている食事とゼリーにバリウムを混ぜたものを試験食として使用した (図1)。

### Ⅴ. 倫理的配慮

本研究は法人内調査・研究調整会議において研究実施の承諾を得ており、保護義務者に対して研究の概要、方法、起こり得る有害事象を説明し、書面による同意を得た上で実施した。

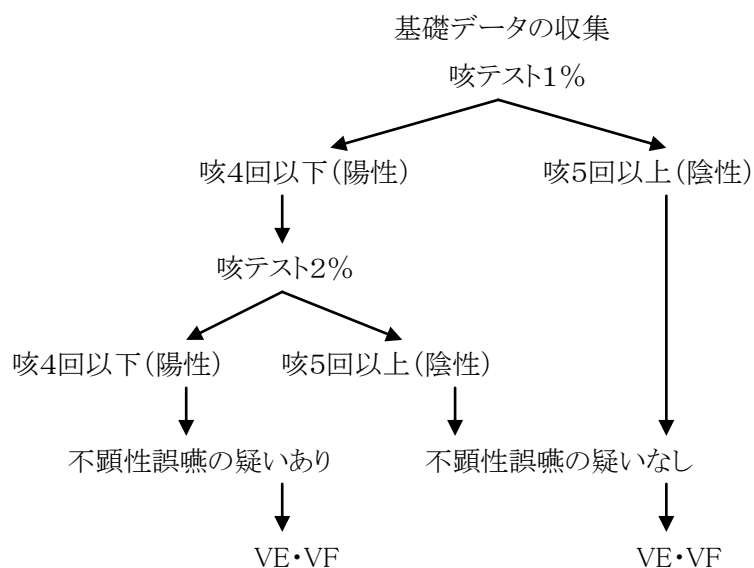


図1 評価方法のプロトコール

## VI. 結果

### 1. 咳テストの結果

1%重量クエン酸生理食塩水液で陰性7名，陽性17名であった(表1)．1%重量クエン酸生理食塩水液で陽性だった17名に対して2%重量クエン酸生理食塩水液で咳テストを実施し，陰性5名，陽性12名であった(表2)．一般的には1%重量クエン酸生理食塩水液がスクリーニングとして最適な濃度とされているが，2%重量クエン酸生理食塩水液でも陽性の結果が全体の50%をしめた(表2)．拒否が強く実施できない利用者が3名であった．

表1 1%重量クエン酸生理食塩水液での咳テスト結果(N=24)

	1%重量クエン酸生理食塩水液
陰性	7(29%)
陽性	17(71%)

表2 2%重量クエン酸生理食塩水液での咳テスト結果(N=17, 表1の陽性者)

	2%重量クエン酸生理食塩水液
陰性	5(21%)
陽性	12(50%)

### 2. 嚥下内視鏡検査またはビデオ嚥下X線透視検査の結果

咳テストを実施した利用者(拒否があり実施できなかった利用者は除く)に対して嚥下内視鏡検査またはビデオ嚥下X線透視検査で嚥下動態評価を実施し，1%重量クエン酸生理食塩水液で陰性であった利用者は誤嚥なし7名，顕性誤嚥，不顕性誤嚥は確認されなかった(表3)．2%重量クエン

酸生理食塩水液で陰性であった利用者は誤嚥なし4名，顕性誤嚥1名，不顕性誤嚥は確認されなかった(表3)．2%重量クエン酸生理食塩水液で陽性であった利用者は誤嚥なし12名，顕性誤嚥，不顕性誤嚥は確認されなかった．咳テストでは2%重量クエン酸生理食塩水液での咳テストで陽性が50%を占めていたにもかかわらず，嚥下動態評価では「誤嚥なし」が大半であった(表3)．

表3 嚥下動態評価を実施した結果

	誤嚥なし	顕性誤嚥あり	不顕性誤嚥あり
1%陰性	7(29%)	0	0
2%陰性	4(17%)	1(4%)	0
2%陽性	12(50%)	0	0

### 3. 抗てんかん薬および向精神薬が咳テストにおよぼす影響について

当法人では抗てんかん薬および向精神薬を服用している利用者が少なくない．咳反射が内服の影響を受けるか調べてみたが，抗てんかん薬および向精神薬の内服の有無にかかわらず咳テストの結果に大きな差は認められなかった(表4)．

表4 内服薬の影響による咳テストの結果

	内服している	内服していない
1%陰性	4(17%)	3(12.5%)
2%陰性	2(8%)	3(12.5%)
2%陽性	6(25%)	6(25%)

## Ⅶ. 考察

摂食・嚥下障害評価の「ゴールデン・スタンダード」としてビデオ嚥下X線透視検査がある．しかし，ビデオ嚥下X線透視検査は放射線曝露の問題から十分に時間をかけた検査撮影や，短期間内における頻回の撮影はできない．嚥下内視鏡検査も直視下に嚥下の状況が確認できる利点があるが，場合によっては苦痛を伴うことがある．咳テストは簡便であり，侵襲性がなく，短時間に判定ができる利点がある．そのため，重度知的障害者のように指示を正確に理解することが難しい利用者に対しても実施できると考えられ咳テストを行った．

今回，咳テストを実施することができた24名の利用者中，嚥下内視鏡検査またはビデオ嚥下X線透視検査を実施した結果は，2%重量クエン酸生理食塩水液での咳テストで陰性であった利用者に顕性誤嚥が確認されたのみであり，不顕性誤嚥は確認されなかった．咳テストでの結果は2%重量クエン酸生理食塩水液で実施した場合でも50%の利用者が陽性となり，現段階では咳テストが高齢重度知的障害者に対して有効であるという結果には至らなかった．今回の結果の原因として考えられることは，当法人の利用者は知的障害を有しており，その特性として物事の理解や認知が弱く，慣れない環境への適応が困難なことがあげられる．そのため咳テスト実施時も少なからず緊張や不安を抱えていた利用者も少なくないと思われる．超音波ネブライザーでは安静時呼吸より深呼吸を

行ったときの方が深くまで多くの粒子が到達し、経口法と経鼻法では経口法の方が明らかに高い粒子濃度が認められたという報告がある<sup>2)</sup>。超音波ネブライザーを使用する吸入という行為は、普段の生活では体験の無いことであり、知的障害を有する利用者には困難となる場合もある。それゆえいつもより呼吸を我慢してしまったり、呼吸が浅くなってしまったりする可能性があり、咳反射を誘発させるほどの粒子が十分に到達せず、咳テストと嚥下動態評価との結果が一致しなかったと考えられる。

また当法人では、抗てんかん薬および向精神薬を服用している利用者が多くいるが、今回の結果では抗てんかん薬および向精神薬が咳テストにおよぼす影響について大きな差は認められなかった。しかし、もともと抱えている疾患の影響で咳反射が誘発されにくい原因の一つと考えられるが、今後症例を増やした上での検討が必要である。

今回の咳テストは利用者1名に対して1回ないしは2回だけの実施であるため、複数回行うことによって違う結果が期待される。咳テストの方法に関しては簡素化(ハンディタイプ超音波ネブライザーを使用し20秒で1回の咳反射で判定)に成功したという報告がされている<sup>4)</sup>。知的障害を有する当法人の利用者には簡便といわれている咳テストでさえ実施が困難であったり、拒否が強く実施できなかつたりする場合もある。そのため利用者個々に応じた利用者にとって受けやすい摂食・嚥下スクリーニングを今後も検討、実施していくことが重要であると考えられる。

## Ⅷ. 結語

当法人では今後、高齢化の進行に伴い摂食・嚥下障害が増加すると予想される。誤嚥性肺炎等を起こさないためにも予防的ケアや顕性誤嚥、不顕性誤嚥の早期発見に重点を置いた取り組みを行っていく必要がある。当法人の利用者の中には食事方法のこだわりや食形態のこだわりを持った人が少なからずおり、本人の理解や協力を得ることが難しいことも多い。その中で、個々に応じた摂食・嚥下に関するアドバイスや検査を進めていくことが重要である。

## 謝辞

この研究を進めるにあたり、御協力下さいました利用者の皆様、生活支援部職員の皆様に心より感謝申し上げます。

## 文献

- 1)後藤憲夫ほか:知的障害者の心身機能の加齢に伴う変化と職業能力への影響. 日本障害者雇用促進協会・障害者職業総合センター特別研究, 2001.
- 2)若杉葉子, 戸原玄, 中根綾子ほか:不顕性誤嚥のスクリーニング検査における咳テストの有効性に関する検討. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌, 12(2):109-117(2008).
- 3)田中ともみ, 馬場尊, 才藤栄一ほか:咳テストに使用するクエン酸濃度の検討, 日本リハビリテーション医学会誌, 37(11):805-806(2000).
- 4)飯田貴俊, 戸原玄, 若杉葉子ほか:不顕性誤嚥のスクリーニング検査である咳テストの簡素化, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 第14巻, 第3号:631(2010).



# 知的障害者（児）における反芻習癖に関する検討

吉江麻里<sup>1</sup>

井沢邦英<sup>1</sup> 有賀道生<sup>1</sup> 槻岡正寛<sup>2</sup> 佐藤あつ子<sup>1</sup> 黛智則<sup>1</sup>

松本義徳<sup>1</sup> 吉田浩美<sup>1</sup> 堀口博<sup>1</sup> 杉田祐子<sup>1</sup> 山川治<sup>3</sup>

【要旨】 一般的に反芻は乳児に多く、患者自身が報告することはまれであり、反芻動物でみられる逆蠕動はヒトでは報告されていないため、成人における発症率や病態生理は不明な点が多い。反芻は通常、観察により診断され心理社会的既往を聴取することによって、基礎にある情動的ストレスが明らかになることがあるが、知的障害者では聴取することが難しく、的確な評価がなされていない。そこで、反芻習癖を持つ知的障害者に対し調査票を作成し、群馬県内知的障害者入所施設4施設674名に関して記載を依頼した結果、実際に反芻を認められたのは55名であった。

【キーワード】 反芻習癖 摂食・嚥下 高齢知的障害者 行動障害

## I. 背景

一般的に反芻は乳児に多く、患者自身が報告することはまれであり、反芻動物でみられる逆蠕動はヒトでは報告されていないため、成人における発症率や病態生理は不明な点が多い。この疾患はおそらく後天的な不適応習慣で、摂食障害の一部であることがあり、横隔膜の律動的な収縮と弛緩による胃内圧上昇によって、下部食道括約筋を開放し、食道および咽喉に胃内容物を押し出せるようになる。

反芻は通常、観察により診断され心理社会的既往を聴取することによって、基礎にある情動的ストレスが明らかになることがあるが、知的障害者では聴取することが難しく的確な評価がなされていない。また、臨床実感として健常者にくらべ知的障害者（児）には反芻が多く、そのため誤嚥やカリエスのリスクが高いことを経験している。しかし国内外の研究・文献を俯瞰しても症例報告にとどまり、反芻の治療においても確立されておらず、反芻の実態は未だ明確でないのが現状である。

## II. 目的

知的障害者における反芻習癖の実態を調査し、反芻習癖と関連する要因（診断、認知行動特性など）について明らかにし、また摂食・嚥下障害との関連性について考察する。

## III. 方法

調査対象者として、本研究の趣旨に賛同した群馬県内の知的障害者入所施設4ヶ所を選定した。反芻に関する下記の項目から構成される調査票を作成し、各施設に配布した。調査表は本人記載が困難なため、施設の支援員に評定者として記載してもらった。その際、支援員に対して調査票の記入方法に関して直接説明を行なった。調査期間は2010年4月～6月とし、回収した調査票の回答について統計学的解析を行った。

<sup>1</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園診療所

<sup>2</sup> 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園生活支援部

<sup>3</sup> 前橋赤十字病院摂食・嚥下・胃瘻外来

### 【調査項目】

評価日, 年齢, 性別, 行動障害, 基礎疾患, 体重, 身長, 内服薬, 残存歯数, 義歯使用の有無, カリエスの有無, 口臭の有無, 口腔乾燥の有無, 歯磨きについて, 食事姿勢, 食形態, 食事回数, 食事にかかる時間, 食事介助, 食環境, 反芻の有無, 反芻する時間, 咳き込み状況, 言葉の理解, 要求表現

## IV. 結果

### 1. 全体の集計

回収した調査票は674名分であり, 内訳として男性 378 名, 女性 296 名, 平均年齢が55. 5歳 (SD 13.0)であった. 反芻ありは 55 名で, 全体の 8.2%であった. 性別による反芻ありの人数と割合は, 男性39名(10.3%), 女性 16 名(5.4%)であった.

### 2. 施設ごとの内訳

A施設 367 名中, 反芻ありが 27 名(7.4%), B施設 178 名中, 反芻ありが 21 名(11.8%), C施設 80 名中, 反芻ありが6名(7.5%), D施設 49 名中, 反芻ありが1名(2.0%)であった(図1参照).

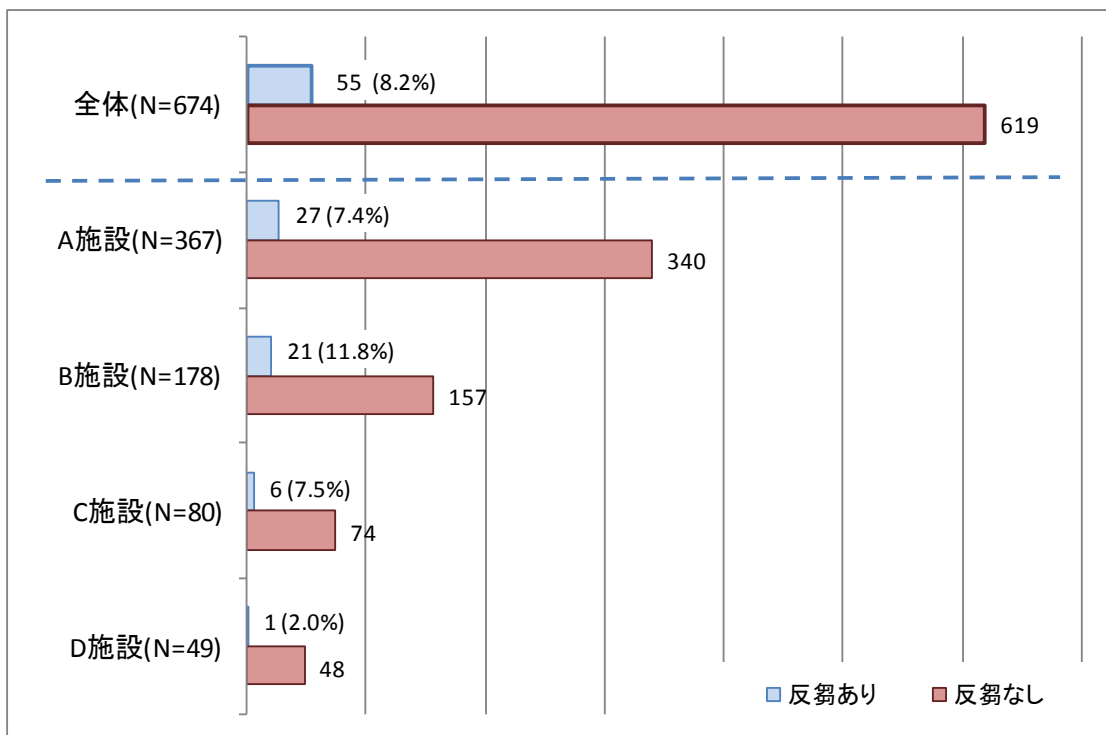


図1 反芻の有無 施設ごとの状況

### 3. 知的能力, 診断別

知能指数 (IQ) において, 反芻群の方が, 非反芻群よりも有意に低かった. 医学診断について, 反芻群の方が, 非反芻群に比べ自閉症を有意に併存していた(表1).

表1 反芻の有無と基礎情報との関連性

	①反芻あり平均 (SD) N=55	①反芻あり平均 (SD) N=619	<i>t</i>
年齢	53.5 (12.1)	55.7 (13.1)	1.2
IQ	6.1 (10.2)	15.7 (16.3)	4.3**(①<②)
身長	154.1 (11.9)	151.7 (14.2)	1.2
体重	47.7 (9.1)	48.6 (10.9)	0.6
BMI	20.1 (3.6)	20.9 (5.3)	1.1

	①反芻ありクロス集計 人数 (%) N=55	②反芻なしクロス集計 人数 (%) N=619	$\chi^2$
男性 N=378	39 (70.9%)	339 (54.8%)	5.3*(①>②)
自閉症 N=42	11(20.0%)	31(5.0%)	19.4**(①>②)

Non-paired t-test, \*p<.05, \*\*<.01

Chi-square test, \*p<.05, \*\*<.01

#### 4. 身体的健康状態による比較

口臭の有無について、反芻群の方が、非反芻群よりも有意に高かった(表2)。

表2 反芻の有無と身体・健康状態との関連性

	①反芻ありクロス集計 人数 (%) N=55	②反芻なしクロス集計 人数 (%) N=619	$\chi^2$
基礎疾患 N=502	39 (70.9%)	463 (74.8%)	0.4
内服薬 N=615	51 (92.7%)	564 (91.1%)	0.2
口臭 N=203	31 (56.4%)	172 (27.8%)	19.6**(①>②)
口腔乾燥 N=108	8 (14.5%)	100 (16.2%)	0.1

	①反芻あり平均 (SD) N=55	①反芻あり平均 (SD) N=619	<i>t</i>
残存歯数上顎	8.0 (5.5)	9.2 (10.5)	0.8
残存歯数下顎	8.2 (5.4)	9.5 (10.3)	0.9

Non-paired t-test, \*p<.05, \*\*<.01

Chi-square test, \*p<.05, \*\*<.01

#### 5. 行動特性

反芻群の方が、非反芻群よりも有意に行動障害を有していたが、自傷や異食に有意差は認められなかった(表3)。

表3 反芻の有無と行動特徴との関連性

	①反芻ありクロス集計 人数(%) N=55	②反芻なしクロス集計 人数(%) N=619	$\chi^2$
行動障害 N=292	33 (60.0%)	259 (41.8%)	6.8**(①>②)
自傷 N=58	8 (14.5%)	50 (8.1%)	2.7
異食 N=27	4 (7.3%)	23 (3.7%)	1.7

Chi-square test, \*p<.05, \*\*<.01

## 6. 嚥下機能

反芻群の方が、非反芻群よりも固形、水分ともに有意に咳き込みを起こしており、さらに夜間における咳き込みが有意に高く、日中時では咳き込みに有意な差がなかった(表4)。

表4 反芻の有無と嚥下機能との関連性

	①反芻ありクロス集計 人数(%) N=55	②反芻なしクロス集計 人数(%) N=619	$\chi^2$
咳き込み N=161	22 (40.0%)	139 (22.5%)	8.6**(①>②)
経口固形咳き込み N=169	24 (43.6%)	145 (23.4%)	11.0**(①>②)
経口水分咳き込み N=65	15 (27.3%)	50 (8.1%)	21.4**(①>②)
日常夜間咳き込み N=71	17 (30.9%)	54 (8.7%)	26.4**(①>②)
日常日中咳き込み N=97	10 (18.2%)	87 (14.1%)	0.7
感染(発熱・肺炎) N=59	7 (12.7%)	52 (8.4%)	1.2

Chi-square test, \*p<.05, \*\*<.01

## 7. 言語・コミュニケーション

コミュニケーションスキルにおいては、反芻群の方が、非反芻群よりも有意に低かった(表5)。

表5 反芻の有無と言語・コミュニケーションとの関連性

	①反芻ありクロス集計 人数(%) N=55	②反芻なしクロス集計 人数(%) N=619	$\chi^2$
音声言語あり N=568	34 (61.8%)	534 (86.3%)	22.8**(①<②)
言語理解あり N=579	39 (70.9%)	540 (87.2%)	11.1**(①<②)
要求発信あり N=556	38 (69.1%)	518 (83.7%)	7.4**(①<②)

Chi-square test, \*p<.05, \*\*<.01

## V. 考察

反芻などの異常嚥下は知的障害者において高率に認められ、男性に有意に多かった。知的能力との関連性が示唆され、特に自閉症併存との有意な関連が認められた。口腔内衛生について、反芻は口臭の要因として関連性が高いが、残存歯数には影響しなかった。行動上の諸問題と有意に関連するが、特定の行動特性との相関はなく、反芻自体が行動上の問題の一つである可能性も考えられた。嚥下機能において、反芻は誤嚥やむせ込みとの関連性が示唆されたが、感染症発症の直接的な誘因であるとは認められなかった。夜間の咳き込みに関連があるのは、反芻が唾液分泌、胃酸過多を惹起し、夜間仰臥位により、唾液の気管垂れこみや逆流食道炎の要因となっている可能性が考えられた。言語的コミュニケーションにおいて、意思疎通困難との関連性があり、反芻がコミュニケーションの一形態もしくはストレスコーピングの可能性が示唆された。今後、より多くの知的障害者に対して、反芻習癖の実態を調査していく予定である。

## 謝辞

この研究を進めるにあたり、調査に御協力下さいました関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

---

国立のぞみの園 紀要 第4号

発行日 2011年6月  
編集・発行 独立行政法人  
国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
〒370-0865  
群馬県高崎市寺尾町2120-2  
電話 027-325-1501(代表)  
印刷 上武印刷株式会社

---