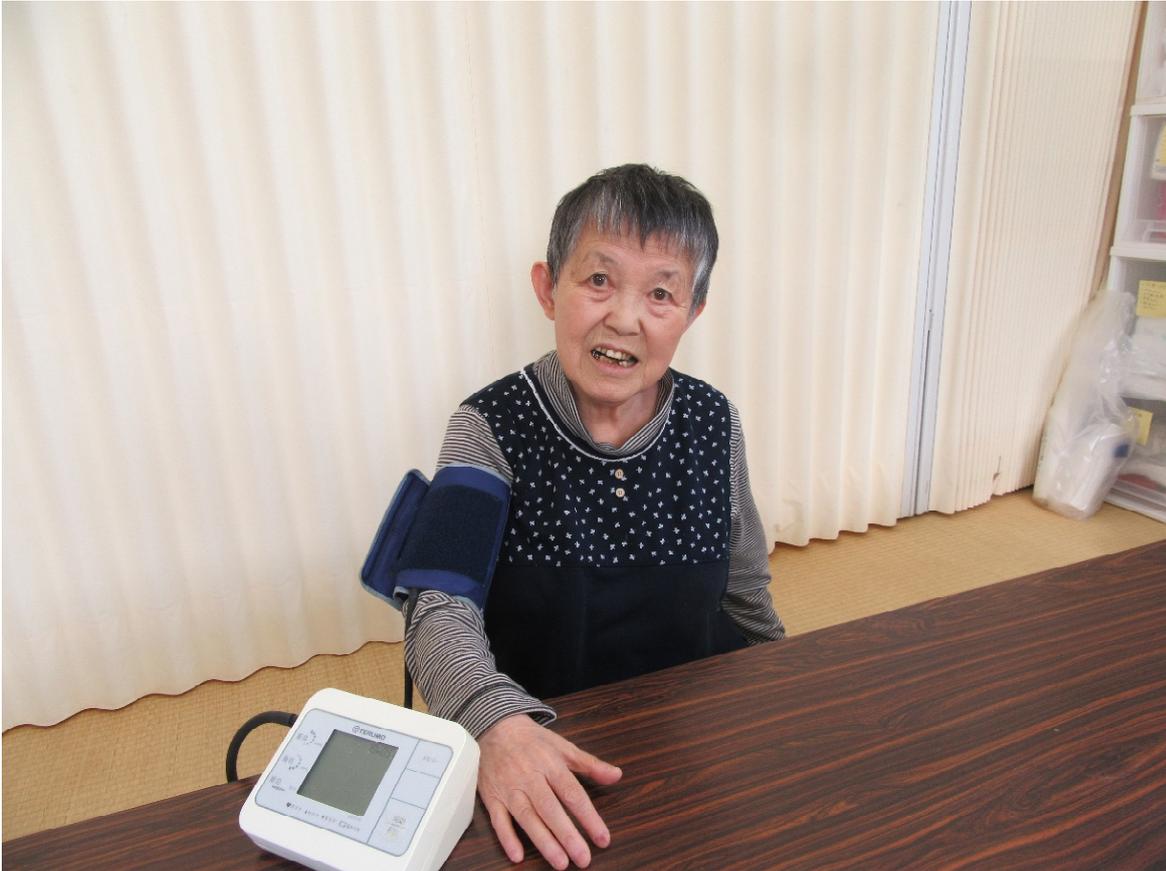


地域生活における重度障がい者の 高齢期支援について

～「気づき」と「連携」の視点からの一考察～



社会福祉法人 愛護会

地域生活援助センター

サービス管理責任者 千葉 千鶴

1 テーマ設定理由

2015年現在、知的障がい者支援施設に暮らす7割を40歳以上が占めるようになったという報告がある。平成29年10月現在、当法人グループホームにおいても平均年齢50.7歳となっており高齢化の波が押し寄せている。

8年前、愛護会入職当時の利用者支援と現在の支援を比較すると、通院同行支援・入浴支援等、個別対応や医療的ケアの支援頻度が高まっていることを日々実感している。

“入所施設には看護師がいるが、グループホームには看護師がない”

常にこのことが頭のどこかにあり、急な体調不調時の対応に漠然とした不安を抱きつつ支援に臨んできた。そしてそこから知的障がい者の高齢期の生活を地域で支える為にはどのような支援体制が必要か考えるようになった。

知的障がい者の場合、年齢に限らず自分で不調を訴えられない方、体調の変化に気づけない方が多い。ここに着眼し、利用者が地域でより長く元気に生活していく為にはどのような支援が必要か考察していきたいと考え本テーマを設定した。

2 研究のねらい

- (1) 知的障がい者の加齢変化の特徴を理解する。
- (2) 地域における支援の組み立て・他機関との連携・支援のポイントについて考える。

3 研究の仮説

- (1) 知的障がい者の加齢変化の特徴を理解し、支援の現状整理を行うことにより改善点が明らかとなり、支援のポイントが見えてくるのではないかと。
- (2) 健康診断受診の強化を図り、本人の不調サインをとらえる手段の構築と医療マニュアルを作成することにより、体調不調にいち早く気づき迅速な対応をすることができるのではないかと。

4 研究の内容と方法

- (1) 知的障がい者の加齢変化に関する知識を深める。
- (2) 支援体制の現状と課題をまとめ、支援の実践を行う。

5 研究実践

- (1) 知的障がい者の加齢変化の特徴（文献研究）

文献研究の結果、加齢変化の特徴としては、第一に 65 歳以上の高齢知的障がい者の割合が一般人口に比して低く、また 10 歳から 40 歳にかけての年齢層で死亡率が高い。死亡原因の特徴として、一般の人達とは異なり急性死または突然死が高く、その要因については本人の訴えに周囲が気が付かず手遅れになりやすいこと、肥満を伴う合併症からなる疾患を患う方が多いことがあげられる。この為 40 代を節目にして生活習慣病や合併症などの医学的な管理（食事・服薬管理・定期通院）が必要となる。

第二に身体的機能は 40 代後半から 50 代にかけて急激に落ち込む。これは障害を持たない人達と比較すると明らかに早い。生活介護事業においても入所者の年齢構成が若年者で占められていた頃には「日中は作業等の活動を行い、夜に入浴する」といった日課が通常であったが、高齢化・重度化により作業・生産活動を中心とした日課から、食事、排泄、入浴といった生活支援を中心とした日課へとシフトしている。

第三に認知症に罹るリスクが高く、生まれつき障害のない人よりも発症が早い傾向にある。五味洋一氏の研究によると、障害者入所施設に暮らす 65 歳以上の知的障害の実態と支援課題を把握する事を目的に行なった調査では、65～69 歳の知的障害者のうち 16.4%に認知症が疑われる症状が現れていることが明らかとなっている。これは障害を持たない 65～69 歳の有病率が 1.5%、65 歳以上全体では 8～10%とされていることと比較して、軽視できない結果となっている。

知的障がい者の認知症は、知的障害に別種の認知症が加わる為、障害の明確な認識が難しく、発見が遅れる事が多い。

第四に障害特性と生活体験・社会体験の幅の狭さから、高齢期に自分自身や家族に起こる様々な変化を受け止め対応していくには多くの困難が伴う場面が多い。例えば、長年住み慣れた施設やグループホームでは職員や利用者との関係、一日の日課に馴染み比較的安定した生活を送ることができていたが、高齢者施設へ移動した場合に、新たな環境や関係性を築くことが苦手なために「パニック」「不穏」「興奮状態」といった精神症状の混乱をきたしたという事例もある。

知的障害者には以上のような加齢変化の特徴があり、何らかの支援方法や配慮の必要性がある。

(2) A 会グループホーム利用者の医療面の実態

平成 30 年 2 月現在 101 名の利用者が A 会グループホームを利用している。そのうち 40 歳以上の方は 88 名となっており、下記のような特徴が見られる。

ア～持病に関して～

40歳以上で3疾病（糖尿病・高脂血症・高血圧）を抱えている利用者は約30名となっており40歳以上の34%を占めている。その特徴としては一人で複数の疾病を抱えている。これは嗜好品や食品の過剰摂取等に起因している。また自覚症状が出にくく自ら異常を訴える事が困難な上、食生活等のコントロールが難しく、肥満症や動脈硬化を合併しやすい。（別紙資料①参照）

上記より年に一度、各種健康診断を確実に受診し病気の早期発見・早期治療につなげる取り組みの重要性を再認識した。

イ～眼科検診に関して～

平成28年5月、70代男性利用者の右目が充血しており、眼科通院すると白内障のうえ目の奥で出血を起こしているとの見解でM市のおおきな病院で検査することとなった。結果、右目の視力がほぼなく失明してる事実が発覚した。医師によると失明時期はかなり前からで失明原因は今となっては判断できないとの事であった。長年この状態で生活してきた事を考えると気づいてあげられなかった申し訳なさとショックで胸がしめつけられる想いがした。

この件から健康診断では視力検査のみの実施のため医師による診察は行われなことから自ら何か自覚症状があり通院しなければ疾病に気が付かず過ごす可能性がある事に気づき、援助センター主体での眼科健診の必要性を感じた。

ウ～体調管理に関して～

利用者の体調不調時の様子を注視してみると、例えば熱があっても自分自身の体のだるさに気が付かずそのまま日中活動を行っていたり、頭痛・腹痛・胃痛など痛み気づきにくい傾向がある。自己の身体の細やかな変化を表現したり不調を訴える事が難しい事から、疾病の発見が遅れたり比較的軽度の症状が重篤な事態を招くなどのリスクが高まる。ここから日々のバイタルチェックなど、本人の状態把握を行い小さな健康状態の変化を客観的に把握し、体調管理を行っていく必要があると思った。

エ～通院対応と連携について～

平成29年7月の利用者通院支援件数を集計した所、1ヶ月でのべ約240人も通院支援を援助センター全体で行っている。その内約80人（全体の1/3）を援助センター職員が対応している。利用者の高齢化に伴い通院同行支援度は毎年高まっている。通院は世話人もしくは職員による通院同行が主であり、利用者の通院を援助センター職員が行う際、下記情報をもとに通院対応を行っている。

【通院前】

- ・通院日の連絡と休暇調整（世話人、就労先、日中活動先）
- ・通院時に医師に伝えるべき事項の確認（世話人に確認）
- ・お金、保険証等の場所の確認

【通院当日の対応者へ必要情報の伝達】

- ・通院日、通院時間帯・通院理由（定期通院又は臨時通院）
- ・通院時に医師に伝えるべき事項
- ・保険証等の保管場所（本人保管又は援助センター保管）
- ・お金に関して（本人持参、援助センター小口現金管理、世話人管理）
- ・送迎場所（ホーム、日中活動先、センター来所）
- ・その他（通院後の食事手配の確認）

【通院後】

- ・通院報告（世話人、薬変更時はデイサービスや日中活動先への連絡）
- ・世話人への薬渡し

一人の利用者の通院を行う為に地域では上記の通り多様な動きと多方面への連絡、報告を要する。また、一人の利用者の通院に対し下記の動きに対し数名の職員が日々代わる代わる携っている。

- ・通院指示を出す。
- ・日中活動先に休みまたは遅刻の連絡を入れる。
- ・実際に通院対応をし通院報告をする。
- ・世話人に薬を渡す。

援助センター職員対応の通院支援は毎日平均3件前後あるが、関わる人間が都度違うという特徴から、連絡漏れや引継ぎ不足が生じてしまう。例えば日中活動先への通院日の連絡漏れにより、当日突如として通院と言われ利用者が混乱したり、通院対応者が必要な利用者状況を把握しきれない場面が見られる。この事からできるだけスムーズな通院対応と日中活動先との連携がとれるよう情報の整備を行えるツールの必要性を感じた。

(3) 実践事例

ア 事例① ～検診徹底と病気早期発見・治療～

- ・T・Kさん
- ・女性
- ・67歳

<健康診断受診>

グループホーム利用者には、年に一度は何らかの健康診断（就労先における健診・市の検診・ガン検診）を受診してもらい援助センターでは結果集約及び2次検査が必要な方の通院対応を行い定期通院に繋いでいる。（別紙資料②参照）4月に世話人へ市の健康診断受診の申し込みを漏れなく行うよう促し、おおむね6月～10月頃迄に利用者の市の健診同行支援を行って頂く。毎年2月にはどの健診も受けていない利用者を洗いだし援助センター職員対応により内科医院に依頼し健診を受けている。T・Kさんも通例によりH29年6月乳ガン検診を受診。結果要精密検査となりステージ1の乳がんと診断となる。

早期発見の為、平成29年10月手術実施、術後経過も良好、放射線治療も終了となり現在元気に日中活動先に通所されている。

イ 事例② ～援助センター主体の眼科検診実施～

別紙の通り、60歳以上で眼科定期通院をされていない方を対象に平成28年7月から数か月にわたりA眼科に健診を依頼し実施した。（別紙資料③参照）60才以上の方32人中12の方が近年眼科受診歴がなく隠れた疾患が心配された。結果12人中、6人の方に白内障の傾向が見られた。S・Kさんもその中の一人で本人特に自覚症状はないものの、検診にて白内障との診断を受ける。その後点眼薬にて定期通院へとつなげ症状進行緩和の為点眼支援を継続していった。

ウ 事例③ ～体調管理と通院マニュアル、他機関との連携～

- ・I・Rさん
- ・女性
- ・72歳
- ・障害支援区分「5」IQ34
- ・療育手帳「A」判定

<生活状況と支援経過>

H24年1月（67歳）K園から地域移行しK荘に入居。日中は生活介護事業所T寮に月曜日～金曜日まで通所している。土日は援助センターにて職員見守りの環境のもと過ごしている。加齢による疲れやすさと血圧降下が心配される。

<バイタルチェックと情報共有>

グループホームでは朝・夕にバイタルチェック（体温・血圧）を行っている。

平成 29 年 9 月世話人より帰荘した際、唇の色が紫色の為バイタルチェックを行った所、KT36.1℃、BP80/67、P83 との事。職員がすぐ訪問する。到着時 97/72 と少し回復しており更に安静を促し水分補給を行う。10 分後 111/87 と回復し笑顔となる。ふらつきもなく会話もしっかり行われていることから遅番勤務者、宿直者に引継ぐ。その後数日上記症状が継続した。グループホーム、T 寮、援助センター間での情報共有を図り、より見守り強化を行う。援助センターで過ごす日にはこまめに横になってもらい休息を促した。また定期通院時かかりつけ医に近況報告し念の為検査していただき異常なしとの結果となった。

血圧が低すぎる場合の対応としては、1、足を高くして寝かせる 2、水分補給をし休息後再度血圧計測。それでも上が 80 台の場合は 3、かかりつけ医に連絡し指示を仰ぐよう職員間でマニュアル化した。

<他機関との連携>

平成 28 年 10 月、T 寮より本人のリハパンに血液が付着しているとの報告を受ける。数日経過観察するも再度同様の報告があった為、本人数年前に初期大腸がんを発症手術を受けている病歴がある為定期通院の時期を待たず病院側に連絡をし念の為検査を受ける。結果ガン再発はしておらず痔であるとの診断。子宮ガン検査も受け異常なく家族及び支援者側も安堵した。その後軟膏を使用し経過観察の後、血液付着はなくなった。

(4) 情報共有のためのツール

ア<連絡帳の活用>

T 寮とは連絡帳にて情報交換を行っている。世話人は朝の体調等を毎日連絡帳に記入し、夕方帰荘時に連絡帳を確認し本人の T 寮での一日の様子を把握する。

体調不良や食欲不振など自分の健康状態を言葉で伝えることが困難な為、日中活動先と世話人間での連絡帳を活用している。毎朝体温を計測し、連絡帳に記載している。平熱より体温が高めな場合は何らかの不調サインとし、客観的な体調把握が可能となるため、小さな変化に気づく事ができている。その他食の進みが特に悪かった場合なども互いに連絡帳に記載し、情報共有を行い体調管理に役立てている。

イ<通院カレンダー・通院メモの活用>

毎月通院カレンダーを作成し、関係者（世話人・I の家・T 寮・F ワーク）に配布した。（別紙資料④参照）通院カレンダーには通院情報（通院日、通院先、通院する利用者、通院対応者、通院時間帯、通院理由）を盛り込んだ。また、定

期通院以外の臨時通院の際は通院対応者に「通院メモ」を配布し当日の留意事項を伝達するツールとして活用した。(別紙資料⑤参照) 上記により実施前と比較しスムーズな通院対応が可能となり、利用者に負担をかけることなく対応することが可能となった。

ウ<支援会議の実施>

月に一度 T 寮と連絡会議(援助センター職員と T 寮職員の会議)を行い毎月本人の医療面(健康・通院状況)精神面(特記事項等)の報告をしあい情報の共有を図り支援の方向性の協議を行っている。

6 研究のまとめ

24 時間 365 日の見守り支援、バイタルチェックを行うことにより、本人の小さな体調変化の早期発見をすることができ、症状が悪化する前に通院することが可能となった。今後も職員による観察スキル向上と意識を保持することが重要である事を再認識した。

またかかりつけの医療機関を持つことで、24 時間 365 日受入れ可能な病院の確保をすることが重要である。

7 考察

地域生活において利用者の命を守る為には、「知的障害の方は病気の症状に気づきにくく、また気づいても病状を訴えることが苦手。」という視点を常時持ち支援にあたる必要がある。

「気づき」のアンテナを高くする為には、健康診断結果を経年的に把握、日々行うバイタルチェックに加え、排泄・体重変化・日常生活動作からみる体力低下といったわずかな変化に「気づく」支援者側の意識と知識の高さが必要であると感じた。

看護師不在という形態のグループホームでの支援においては、生活の場・日中活動先・援助センターが密になり情報共有と連携を深め、利用者の健康状態を把握し早期にかかりつけ医に繋げていく事が高齢期支援において重要である。

また、地域では生活の場・日中活動先からの情報が日々膨大である。ツール(連絡帳・支援会議・通院カレンダーと通院メモ)を活用し利用者の情報整理と情報伝達を行い、情報共有の精度を上げていくことが大切である。

8 まとめ

今回の研究により、利用者の老化のスピードは 40 代後半から一気に加速し、複数の疾病を抱える場合が多く、利用者が若かった十数年前とは支援の質、量ともに変化してきていることがわかった。そして個別対応や医療的ケアが必要となる上、状況に応じた判断力と対応力が求められると感じた。

私達は日々、数多くの判断をしながら支援を行っているが、利用者の体調不調時に、医療機関に繋げるべきか経過観察すべきか悩むことがある。判断力を身に付ける為には、今後も様々な研修に参加し専門知識を深め、得た情報を支援者間で共有するような取り組みを行っていきたいと考える。また支援会議を重ね、利用者の生育歴や支援経過等、一人一人の歴史を理解し一致した判断材料の基準と支援の方向性を見い出していきたいと考える。利用者の様子が何となくいつもと違っていているなど感じた時は、立ち止まり今回の研究で学んだ客観的に不調を捉えるツールを利用しながら、どのような支援を行っていくべきか見極める力が今後更に必要であると考えている。

利用者が地域で一日でも長く、元気に暮らしていけるような様々な取り組みを模索しながら、今後の業務にあたっていきたいと思う。

参考文献、引用文献

- ・知的障害のある人の加齢と地域生活支援の実践的課題
～知的障害のある人の健康と生活に関する調査から～
(植田 章 佛教大学社会福祉学部論集 第6号 インターネット)
- ・高齢知的障害者支援の実際
(小島秀樹 さぼ-と 2017.5月号)
- ・どうなる高齢知的障害者支援
(木下大生 さぼ-と 2016.12月号)

資料① 40才以上 疾病内容

	氏名	性別	年齢	病名
1	I・K	女	40	高血圧・胃炎
2	N・H	男	44	高脂血症・胃炎
3	T・M	男	46	高血圧
4	K・K	女	52	高脂血症・高血圧・胃炎
5	S・K	女	53	脂質異常症・糖尿病
6	T・T	女	56	高脂血症・高血圧
7	O・H	男	57	高血圧・腎機能障害・骨粗鬆症
8	K・Y	男	57	高血圧・糖尿病・高脂血症・狭心症
9	S・S	男	57	高脂血症・肝機能障害
10	H・A	女	59	糖尿病
11	N・K	男	60	糖尿病・高血圧
12	S・M	女	61	高脂血症
13	H・S	女	62	甲状腺機能低下・高脂血症・胃炎
14	K・K	女	62	高脂血症・頻尿
15	N・M	女	62	高血圧・脂肪肝
16	S・M	女	63	高脂血症
17	T・K	男	64	糖尿病・高血圧
18	G・H	男	65	高脂血症
19	K・A	男	65	高脂血症・慢性胃炎・十二指腸潰瘍
20	M・A	女	66	高脂血症・糖尿病・胃炎・頻尿
21	T・R	男	67	高血圧・糖尿病
22	T・K	女	67	糖尿病・心不全・貧血・便秘
23	S・T	男	68	高脂血症
24	O・Y	女	68	糖尿病・心不全・貧血・便秘
25	O・S	男	69	高血圧・脂肪肝・出血性胃潰瘍
26	K・T	女	70	高脂血症・尿失禁・尿路結石
27	M・T	男	71	糖尿病の疑い・高血圧
28	I・R	女	72	糖尿病・糖尿病性腎症
29	O・Y	男	77	高血圧症・高脂血症・十二指腸潰瘍

資料② 平成29年度各種健診等受診結果表

(一部抜粋)

GH	氏名	個人負担 検診	会社検診	特定	長寿	胃ガン	大腸がん	肺がん	肝炎	前立腺	結果	処置
A 荘	K・K				(29.6) 要指導			(29.6) 要精密検査			長寿→糖尿病、貧血、医師の指導要	肺がん→胆沢病院呼吸器内科(大石Dr)でCT2回撮影し異常なし
	G・H			(29.6) 要指導				(29.10) 異常なし	(29.6) 異常なし		特定→腎尿路系疾患、心電図異常、医師の指導要	
	I・K	(29.6) 異常なし				(29.10) 異常なし	(29.9) 異常なし					
	H・T			(29.6) 要指導			(29.7) 異常なし	(29.7) 異常なし			特定→心電図異常、医師の指導要	
K 荘	T・K		(29.6) 要指導								会社→肥満、肝機能、心電図異常、医師の指導要	
	T・K			(29.6) 異常なし	(29.6) 要指導	(29.10) 要医療	(29.7) 異常なし	(29.7) 異常なし		(29.7) 異常なし	長寿→糖尿病、肝疾患、高尿酸血症、医師の指導要 胃ガン→慢性胃炎要医療	胃がん検診結果でピロリ菌が見つかった為、胃カメラ検査を実施。小さい胃潰瘍あり
	S・M		(29.7) 経過観察	(29.7) 経過観察		(29.10) 異常なし	(29.9) 異常なし				会社・特定→腹囲が基準値超え、聴力検査で軽度異常、経過観察	
	S・K			(29.6) 要医療			(29.7) 異常なし	(29.7) 異常なし			特定→腎尿路系疾患、要医療	

資料③ 眼科健診結果一覧表

対象者：60才以上で眼科受診歴のない方

	氏名	年齢	性別	結果
1	H・S	61	女	両目軽度の白内障傾向あり。少し右が進行しているが心配なし。
2	K・T	60	女	異常なし。
3	K・T	60	女	近視にて眼鏡調整行う。
4	K・T	64	男	白内障になりかけているのと、斜視の為、目の動きが衰えてきている。特に心配するほどではないので、半年後に再受診。
5	G・H	63	男	加齢による視力低下があり、眼鏡の検討余地あり。白内障ではない。
6	K・K	72	男	強度近視で、眼鏡が必要。一部、眼球が濁っており白内障でもあるが、現時点では心配なし。
7	K・A	63	男	眼圧が20と高かったため医師より念のためと眼圧を下げる点眼薬受薬。
8	M・T	70	男	老人性白内障は発症してるも視力検査以上に見える様子で眼球での出血もないため治療不要。
9	S・K	73	男	白内障が進行しており要治療との事で通院開始。
10	T・I	73	男	異常なし。
11	S・H	64	男	左眼は斜視。白内障は、それほど進行しておらず。
12	O・S	67	男	斜視有り。眼の動きのずれの検査を行う。白内障の症状は多少見られるが、心配なし。

資料④平成29年7月通院予定表

() は通院対応者

月	火	水	木	金
2	3	4	5	6
N泌尿 外科 M・T (T) 定期	A整形 外科 K子(M) 定期	K内科 H・S (T) 定期	W眼科 K・T(T) 定期	A整形 外科 K子 (M) 定期
Sクリ ニック N・S (R) 定期	T病院 K(N) 定期	I消化 器内 科 T(T) 8:30 大腸検査		T病院 S (M) 定期
9	10	11	12	13
M耳鼻 咽喉 科 R子・K次 (M) 定期	A整形 外科 K子(M) 定期	W眼科 S・Y(T) 定期	Sクリ ニック T・K (M) 定期	A整形 外科 K子 (M) 定期
N泌尿 外科 S・K (T) 定期	T病院 H・S (M) 定期	I診療 所 T・K(N) 子宮ガン検診	T病院 K・T(I) 定期	便提 出 M・ H(Y) 9:30 便提出
16	17	18	19	20
K内科 K・T (T) PM定期	A整形 外科 K子(M) 定期	K内科 K子 (A) PM定期	I内科 R子(H) AM指定定期	A整形 外科 K子 (M) 定期
	T病院 K子(N) 定期	便提 出 9:00 M・T(T) 便提出&結核検	M病外 科 I・R(H) 定期	胆江 病院 R子 (H) 定期
23	24	25	26	27
南耳 鼻咽 喉科 R子・K次 (N) 定期	A整形 外科 K子(M) 定期	A眼科 K・M PM結膜炎定期	T病院 K・T 定期	A整形 外科 K子 定期
T病院 S・Y (M) 定期	T病院 H・S (M) 定期	T地区 セン ター Y子 9:30 乳がん検診		Sクリ ニック S・ H(M) ク PM定期

資料⑤ 通院依頼メモ

受付日	
通院対応者	
受付職員	

下記A～Dのいずれかに○をつけて下さい。

月 日 () < AM PM > さんの 病院の通院をお願いします。
(定期・健康診断・急きょ)

①当日本人は・・・

- (A) ホームにいますので迎えに行ってください。
- (B) センターにきています。
- (C) 日中活動先< >にいます。
- (D) その他

②通院後は・・・

- (A) 職場・日中活動先< >に送迎です。
- (B) 休みなのでホームに送ってください。
- (C) 援助センターに送迎をお願いします。
- (D) その他

③保険証・診察券は・・・

- (A) センターにあります。
- (B) 本人が持っています。
- (C) その他

④お金は・・・

- (A) 本人が持っています。
- (B) センター預かりの本人小口現金使用です。
- (C) その他

⑤通院時に伝えてほしいこと・・・

- (A) 定期通院で本人の状況変わりないです。
- (B) その他

⑥昼食は・・・

- (A) 本人が自分で購入します。
- (B) ホームに準備してあります。
- (C) 購入をお願いします。
- (D) その他

⑦その他