

総説

介護施設の医療福祉

Medico-Social Support in the Care Facilities for Aged and Disabled Persons

末光 茂*1

Shigeru SUEMITSU

1. はじめに

わが国の高齢化は、平均寿命の延長とそれを支える医療、栄養、社会環境等の充実を背景にして達成された。しかしその結果として、生活習慣病や認知症高齢者の増加さらには一人暮らし世帯の問題が顕在化してきている。

それらに対応するには身近な家族だけの力には自ずと限界があり、社会的な支援が不可欠になった。要介護度認定者数やサービス受給者数の推移にも明らかである(図1)。「介護保険」の導入と家族に代わる「介護施設」の役割は大きい。

2. 介護施設とは

「介護施設」に関する公的な定義はない。ここでは高齢者や障害者などを対象にして「介護」を提供する施設・事業所を指すことにする。

具体的には、介護保険法における要介護状態の定義は「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、常時介護を要すると見込まれる状態」などとされており、「介護施設」とは、このような状態の高齢者・障害者が、入所し、又は通所して、入浴、排せつ、食事等の介護を受ける施設・

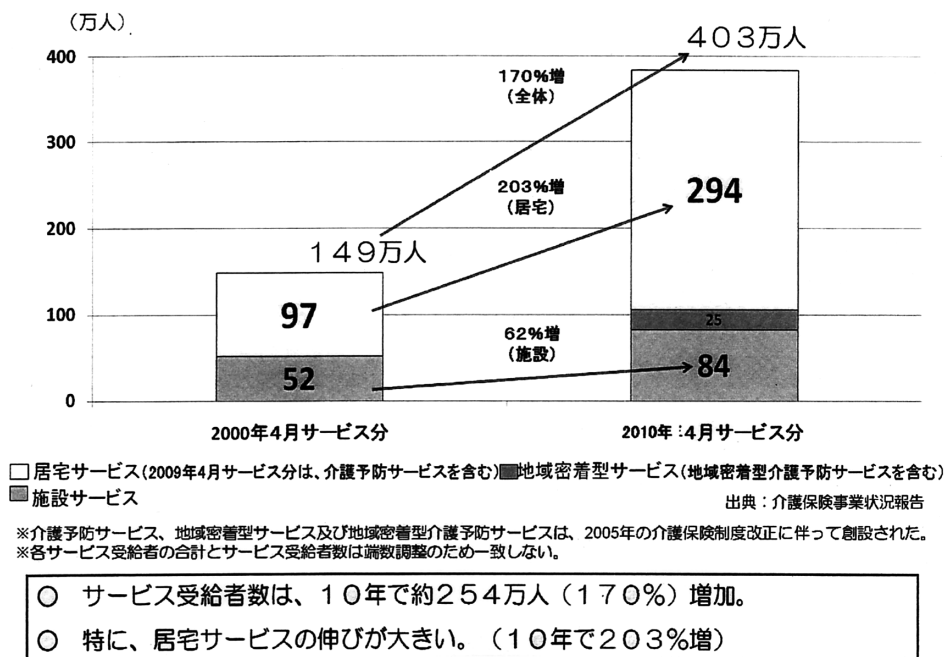


図1 サービス受給者数の推移

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
 (連絡先) 末光 茂 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
 E-Mail: suemitsu@asahigawasou.or.jp

事業所であるといえよう。

そのような介護を提供する施設・事業所としては、表1のようなものが挙げられる。

高齢者分野のうち、厚生労働省の管轄の施設は、老人福祉法で定義されている有料老人ホームと、介護保険法上で定義されている指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム＝特養）、介護老人保健施設（従来型老健）、介護療養型医療施設（療養病床）がある。

介護サービス付の高齢者専用賃貸住宅（ケア付高専賃）などは介護施設ではあるものの、国土交通省の管轄となる。

また、大まかに分けて、介護保険で被保険者に対してサービスを提供出来る施設と出来ない施設に分けられる。

介護保険が使える事業・施設については、在宅型と入所型に分けられ、在宅型には「通所介護」や「通所リハビリテーション」、「短期入所生活介護」などがあり、入所型では「グループホーム」、「介護老人保健施設」、「特別養護老人ホーム」や「療養医療施設」などがある（表2）。

介護保険が使えない施設としては、「養護老人ホーム」、「軽費老人ホームA型・B型・C型」、「健康型有料老人ホーム」、「住宅型有料老人ホーム」などが

表1 介護を提供する施設・事業所

介護保険法	障害者自立支援法
<通所関係> 通所介護（デイサービス） 短期入所生活介護（ショートステイ） 短期入所療養介護（医療型ショートステイ） 小規模多機能型居宅介護	<日中活動関係> 短期入所（ショートステイ） 療養介護 生活介護
<入居施設関係> 認知症高齢者グループホーム 介護型有料老人ホーム 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設	<入所施設等関係> 施設入所支援 共同生活介護（ケアホーム） ※ 児童福祉法では「介護」という言葉はあまり使われないが、実態からして、重症心身障害児施設なども介護施設に該当するといえよう。

表2 介護保険施設等の主な基準等

	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	認知症高齢者グループホーム	特定施設 ^{*3}	
平均要介護度 ^{*1}	3.83	3.29	4.36	2.65	2.69	
平均在所日数 ^{*2}	1,465.1日	277.6日	427.2日	(データなし)	(データなし)	
介護報酬(要介護 ³)	792単位	915単位	1,142単位	865単位	711単位	
1人当たり居室面積	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	
1部屋の定員数	4人以下	4人以下	4人以下	原則個室	原則個室	
主な職員配置基準	医師	必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上		
	看護職員	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	6:1以上	看護・介護 3:1以上	
	介護職員	入所者100人の場合、看護3人		6:1以上	3:1以上	利用者100人の場合、看護3人
	理学療法士(PT) 作業療法士(OT)		PT又はOTが 100:1以上	PT及びOTが 適当数		
	機能訓練指導員	1以上				1以上
	生活(支援)相談員	常勤1以上 100:1以上	100:1以上			100:1以上 (うち1名常勤)
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1以上	1以上	1以上 100:1を標準

*1 平均要介護度は、厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成21年2月審査分)から算出

*2 平均在所日数については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成19年9月中の退所者等について)

*3 特定施設は、外部サービス利用型特定施設を除く。

ある。使えないと言うと語弊がありそうだが、施設が介護保険サービスを直接提供するのではないが、訪問介護や訪問看護、デイサービスを利用する事はできることを意味する。

国土交通省と厚生労働省の「共管」の制度として、従来の高齢者専用賃貸住宅などを吸収して、23年10月「デイサービス付き高齢者向け住宅」制度も導入されたところである。

次に障害者分野では、障害者自立支援法に基づく支援として日中活動関係には短期入所、療養介護、生活介護、入所施設等関係として施設入所支援、共同生活介護（ケアホーム）がある。

3. 高齢者の介護支援サービスの歴史と現状

かつては病気で入院をした際に、少々長引いても、病院での対応が可能だった。長期入院に対して病院側もおおらかで、国の制度も周囲の眼もそうだった。

ところが事態は変わった。病院での長期入院に対して「入院の必要ない人が、家庭代わりに入院を続けている」「社会的入院だ」と批判の対象になったのである。

その事態への対応策として、国はいろいろな制度を導入してきた。

3.1. 医療サイドの施策

まず医療サイドの施策として、「一般病棟」での入院（結核、精神疾患、あるいは「らい」以外）を「急性期」と「慢性期」の病棟に分けて、役割分担する仕組みを導入した。

それをさらに細かく「緩和期リハビリ病棟」、その後の「長期の療養」を受ける病棟へと役割を分け、その「療養病棟」も「医療保険」と「介護保険」によるものの2種類に分けた。

「療養病床」とは、病院・診療所のベッドのうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を対象とするベッドをいう。

さらに医療の必要性が高い人は「医療療養病床」を、どちらかといえば介護サービスを主として必要とする人は「介護療養病床」を利用することが望ましいとした。

そのような背景のもとに、「老人保健施設」が導入された。これは家庭復帰のひとつ前のステップであり、治療が済んだ後、病状が安定するまでの高齢者を受け入れる施設である。

日常的な医療ケアが必要な人、病状は安定しているが、自宅での生活にはまだ不安がある人向けに、介護サービスだけでなく医療サービスやリハビリ指導などを行う目的で設置されている。

もともと自宅復帰を目標としており、自宅へ帰る中継ぎの施設であるから、長期の入居には対応しないというのが原則である。

3.2. 福祉サイドの施策と特別養護老人ホーム

次に、福祉サイドでの対応としては、まず「特別養護老人ホーム」がある。病院での入院から、いくつかのステップを踏んで自宅に帰れる人はよいわけだが、そうでない人を対象にして、家族に代わって生活支援をする場所である。

この「特別養護老人ホーム」（特養）は、定員30人以上で常駐スタッフが生活支援から介護サービスまでのすべてを提供する。

入居対象は「要介護1」以上で、日常的な医療ケアを必要としない高齢者。かつては4人部屋等のいわゆる大部屋方式が主流だったが、最近では個室のユニット型が増えつつある。

次に「地域密着型特養」、別名「小規模特養」は、定員29人以下の「介護老人福祉施設」である。従来型の特養との違いは、小規模性、地域に根ざした立地性、指定監督が市町村単位となった点にある。

「入所者に対し、施設サービス計画に基づき、可能な限り自宅などでの生活への復帰を念頭において、入浴、排せつ、食事等の介護、相談および援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話をを行う。そのことにより、入所者がある能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにする」とある。

「ユニットケア」とは、特別養護老人ホームなど的高齢者施設の居室をいくつかのグループ（10人前後）に分け、それぞれをひとつの生活単位とし、少人数の家庭的な雰囲気の中でケアを行うものである。

さらに個々のニーズにきめ細やかに対応するために、いくつかの取り組みが追加されてきた。それが「有料老人ホーム」であり、「介護付き高齢者住宅」であり、「認知症対応型のグループホーム」などである。

3.3. 有料老人ホーム

「有料老人ホーム」は、右肩上がり急速に増加し、現在全国に約4,000カ所、20万人近い受け皿に達している。それにもいくつかのタイプがある。

「健康型」は、食事や清掃などのサービスがついた、高齢者限定のサービスアパートメントといったおもむきの施設であり、原則として自立して生活できる人が入居できる。

「介護付」は、介護保険の「特定施設入居者生活介護」の認定を受けた施設で、食事や清掃から介護

サービスまで、すべてを施設のスタッフが提供するタイプの「有料老人ホーム」である。

介護サービスについては、施設のケアマネジャーが、それぞれの状況や要望に応じて利用計画を立て、それに基づいて施設の介護スタッフがサービスを提供する仕組みになっている。

「住宅型」は、介護保険の「特定施設入居者生活介護」の認定を受けていないタイプの「有料老人ホーム」で、施設スタッフが提供するものは、食事サービスと、緊急時の対応などの日常生活支援だけである。「一般型」の「介護付有料老人ホーム」の次に多いのが、このタイプの施設である。

3.4. 認知症高齢者グループホーム

「認知症高齢者グループホーム」は、老人福祉法及び介護保険法の規定に基づいて「認知症対応型老人共同生活支援事業」が行う共同生活住居である。

認知症の人が「小規模な生活の場で、少人数（5人から9人）を単位とした共同住居の状態、食事の支度や掃除、洗濯などを、スタッフが利用者とともに共同で行い、一日中家庭的な落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより、認知症状の進行を穏やかにし、家庭介護の負担軽減に寄与する」ことにある。

3.5. 在宅介護支援、とくにデイと訪問支援

在宅の人にとって日中活動の場として大事なのが、「デイ」であり、これにも医療保険あるいは介護保険でみる「デイケア」と、介護保険でみる「デイサービス」がある。

「デイケア」は「通所リハビリ」ともいい、医師の指示の下で、理学療法士や作業療法士などが個別にリハビリを行い、心身の機能の維持や回復、日常生活の自立をサポートする。これは「介護認定」を受ける必要がない。

それに対し、「デイサービス」は、「通所介護」とも言われ、相談員、看護師、介護士、機能訓練相談員等が、日常のサポートや機能訓練を行うものであり、こちらは「介護認定」が必要とされる。

どちらも日帰り、入浴や食事、送迎、集団リハビリ等を利用することができる。

その他の「在宅支援」には、専門家による「訪問」と、いざという時や介護者の一休みのための「ショートステイ」がある。

まず「訪問看護」は、病気や障害を持った人が住み慣れた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、「訪問看護ステーション」から看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供し、自立への

援助を促し、療養生活を支援するサービスである。

利用するには、医療保険、介護保険のどちらかでサービスを受ける場合も、かかりつけ医の「指示書」が必要となる。

「訪問リハビリ」は、介護保険サービスの1つで、介護保険の認定を受けている人を対象とする。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、直接自宅に訪問し、より自分らしい日常生活を過ごせるよう「生活リハビリ」を行う。

身の回りの動作の自立、趣味や生きがいを見つけることなどをはじめ、家族への介護方法の指導や、家庭でできるリハビリの指導、住宅改修や福祉用具のアドバイスも行う。

「訪問介護サービス」は、ホームヘルパーや介護福祉士が、家庭を訪問して、入浴、排せつ、食事などの介助や、調理、掃除、洗濯などの生活面の支援を行う。

「介護タクシー」による通院時の介助もある。

3.6. ショートステイ

「ショートステイ」には、「生活型」と「医療型」がある。

まず「生活型」は、要介護者が、主に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に短期間入所して、入浴、排泄、食事などの介護や機能訓練を受けるものである。利用できる居室の種類には、個室、定員2人以上の相部屋、ユニット型個室がある。

介護者の病気や事故、結婚式、法事などの用事のほか、長い介護の疲れから旅行や休養をとるために家を空ける時などに、要介護者を短期入所させることで、介護者の負担を軽減することができるのである。

「医療型」のショートステイは、在宅での介護が一時的に難しくなった場合に、要介護者が介護老人保健施設、療養病床のある病院や診療所に短期間入院し、医学的管理のもとで入浴、食事、排泄などの介護、機能訓練、医療、日常生活上の世話などの支援を受けるものである。

「介護者の病気や事故、結婚式、法事などの用事のほか、長い介護の疲れから旅行や休養をとるために家を空ける時などに、要介護者を短期入所させることで、介護者の負担を軽減することができる」の部分「生活型」と同じである。

次に「地域包括支援センター」の役割は大きい。被保険者が、要介護状態となるのを予防するとともに、要介護状態となっても、可能な限り、地域で自立した日常生活を営むことができるように支援する場所である。

権利擁護など、介護保険以外の相談にも対応する

ための総合相談窓口で、要支援者に対して、介護予防サービス計画の作成とサービス提供の調整、さらにケアマネジャーのネットワーク作りやケアマネジャーへのアドバイスを行う。

4. 「介護施設」での「医療福祉ニード」の実態

上記の各施設はそれぞれの利用者によって、「医療福祉ニード」の濃淡があるものの共通しており、以下にその概要を紹介する。

4.1. 介護と医療の関係について

高齢者介護の現場での「医療」と「介護サービス」は、いわば車の両輪の関係にある。また利用者の状態によって、両者の果たす役割の比重も変わらざるを得ない。それらに適確に対応するのが専門職の重要な役割である。

治療が必要な状態にある病気やけがの時は「医療」が中心的な役割を果たし、「介護サービス」は従たる役目を果たす。反対に病気が安定的な状態になれば、「介護サービス」が主たる役割を果たし、「医療」は日々の健康・体調管理を果たす下支えの機能を担うことになる。

前者の代表が急性期病院であり、症状の安定が見られつつもまだ医療的管理が重要になると介護療養型医療施設がその役割を担うこととなる。そして、「生活」を支える介護サービスが中心的な機能を果

たす後者の代表が、介護老人福祉施設である。

4.2. 高齢者介護における医療、高齢者の死～QOLの視点

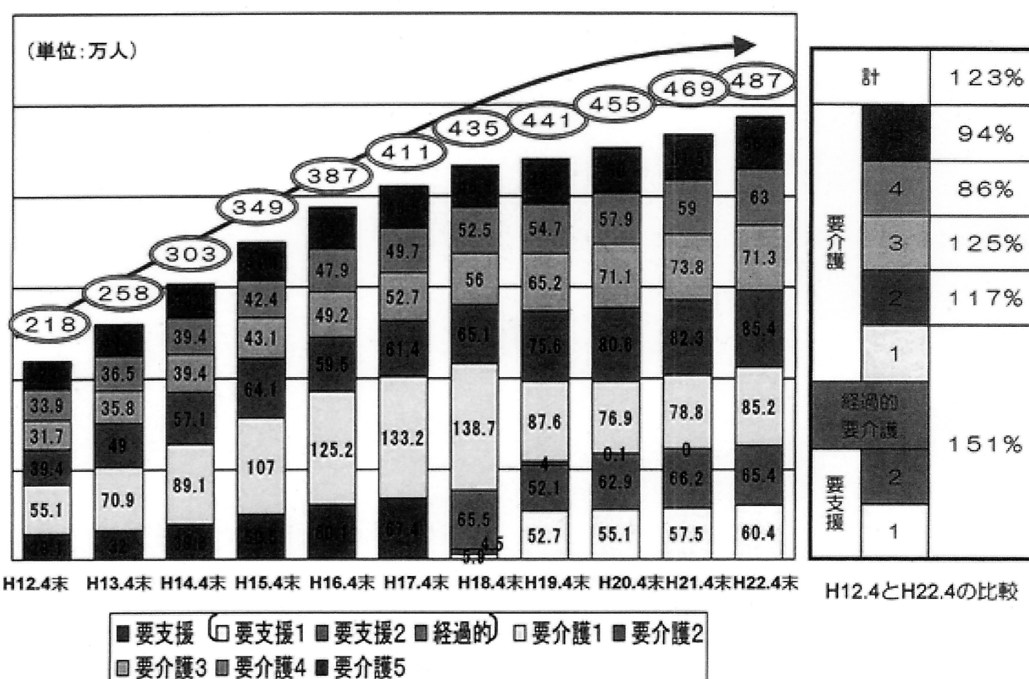
高齢者と一口に言っても、65歳から74歳までの前期高齢者層と75歳以上の後期高齢者層を比較すると、要介護の発生率は約8倍の違いがある。

老化の進行に伴って生じる各種疾病に関しては、その治療・治癒だけを目指すというよりは、それらと上手に付き合っ健康や生命の維持に努めていくといった姿勢が求められるようになる。つまり「生命の長さ」だけではなく「生命の質 QOL」の視点からの関わりが重要となってくるのである。

特別養護老人ホームでの医療ニーズをみると、痰の吸引や胃ろう、経鼻経管栄養などを必要とする人が増えている(図2)。国ではこれらを医師と看護師のみに限ることの限界から、一部を介護福祉士も可能とする施策を進めている。

4.3. 介護予防、若しくは老化の防止

「介護」というと食事や入浴、排せつ等の介助といった動作的作業の印象が強いため、そのような動作に支障をきたした要介護高齢者に対して、介護現場ではややもすると手を出しすぎる現状がある。介護職員が利用者の残存機能を見極め、傍にいて時間をかけて必要な支援方法を見出していきよりも、



(出典: 介護保険事業状況報告 他)

図2 特別養護老人ホームにおける医療ニーズ

先々に手を出して介助していく方が仕事をした気になりやすく、必要以上に介助をしてしまいがちである。

その結果、残された機能が十分に活用されず、更なる能力低下を来し、利用者の重度化が進んでしまうこととなる。これは、利用者のQOLの観点から考えてみても、問題の多いことと言えよう。

日常的な軽度の運動による介護予防といった視点も重要ではあるが、より重介護を必要とする施設利用者に対しては、介護予防のみならず、「悪化の防止」の視点も重要である。基本的な介護技術等の向上と併せ、日常的な介護の中に「リハビリの視点」を取り入れた「生活リハビリ」の充実強化も求められているのである。

5. 障害者の介護施設サービス

「障害者分野」での「介護施設」も年とともに整備と充実をみてきた。それも知的障害、身体障害、精神障害といった障害種別に分けた施設・事業所から障害の一体化を目指して「障害者自立支援法」は図3のような体系化を進めた。

さらには「障がい者総合福祉法」制定に向けて、その体系は地域福祉、地域移行の観点から、さらなる変革の渦中にある。

現時点での主なサービス内容を以下に列挙する。(ただし就労関係は除いた。)

5.1. 居宅介護

居宅において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言、その他の生活全般にわたる援助を行う。

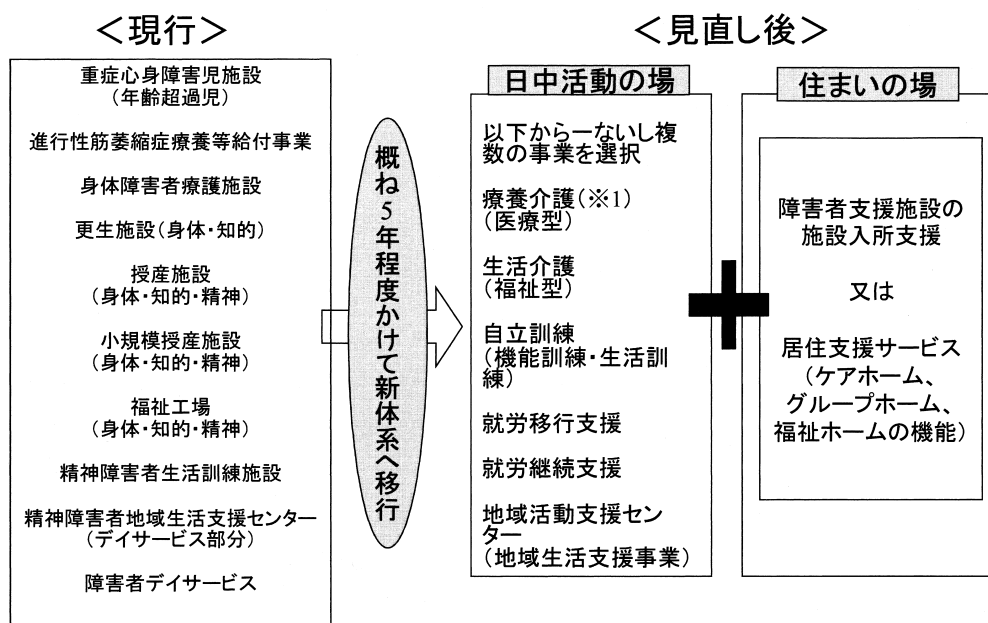
対象者は、障害程度区分1以上（障害児にあってはこれに相当する心身の状態）である者。ただし通院等介助（身体介護を伴う場合）を算定する場合にあっては、下記のいずれにも該当する者。

- ①区分2以上に該当していること
- ②障害程度区分の調査項目のうち、次に掲げる状態のいずれか一つ以上に認定されていること
 - 「歩行」 「3 できない」
 - 「移乗」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」
 - 「移動」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」
 - 「排尿」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」
 - 「排便」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」

5.2. 重度訪問介護

重度の肢体不自由で常に介護を必要とする者に対し、居宅において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行う。

対象者は、重度の肢体不自由者であって常時介護



※1 医療施設において実施。

図3 施設体系・事業体系の見直し

を要する障害者。具体的には、障害程度区分が区分4以上であって、下記のいずれにも該当する者。

- ①二肢以上に麻痺等があること
- ②障害程度区分の認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること

5.3. 同行援護

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障害者等が外出する際に必要な援助を適切かつ効果的に行う。

対象者は、視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等であって、同行援護アセスメント票において、移動障害の欄に係る点数が1点以上であり、かつ、移動障害以外の欄に係る点数のいずれかが1点以上である者。

ただし、身体介護を伴う場合を算定する場合にあっては、下記のいずれにも該当する者。

- ①区分2以上に該当していること
- ②障害程度区分の調査項目のうち、次に掲げる状態のいずれか一つ以上に認定されていること
 - 「歩行」 「3 できない」
 - 「移乗」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」
 - 「移動」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」
 - 「排尿」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」
 - 「排便」 「2 見守り等」, 「3 一部介助」
又は「4 全介助」

5.4. 行動援護

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、排せつ及び食事等の介護、その他行動する際に必要な援助を行う。

対象者は、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者で、障害程度区分が区分3以上であり、障害程度区分の認定調査項目のうち行動関連項目(11項目)等の合計点数が8点以上(障害児にあってはこれに相当する心身の状態)である者。

5.5. 療養介護

病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医

学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障害者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を行う。また、療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。

対象者は、病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者として次に掲げる者。

- ①筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害程度区分が区分6の者
- ②筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害程度区分が区分5以上の者

5.6. 生活介護

障害者支援施設その他の以下に掲げる便宜を適切に供与することができる施設において、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他必要な援助を要する障害者であって、常時介護を要するものにつき、主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行う。

対象者は、地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な者として次に掲げる者。

- ①障害程度区分が区分3(障害者支援施設に入所する場合は区分4)以上である者
- ②年齢が50歳以上の場合は、障害程度区分が区分2(障害者支援施設に入所する場合は区分3)以上である者

5.7. 児童デイサービス

障害児につき、知的障害児施設、肢体不自由児施設その他の以下に掲げる便宜を適切に供与することができる施設に通わせ、日常生活における基本的な動作の指導及び集団生活への適応訓練を行う。

対象者は、療育の観点から個別療育、集団療育を行う必要が認められる児童。具体的には次のような例が挙げられる。

- ①市町村等が行う乳幼児健診等で療育の必要性が認められる児童
- ②児童相談所、保健所、児童家庭支援センター、医療機関等から療育の必要性を認められた児童

5.8. 短期入所（ショートステイ）

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設、児童福祉施設その他の以下に掲げる便宜を適切に行うことができる施設等への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事その他の必要な保護を行う。

対象者は、

<福祉型（障害者支援施設等において実施）>

①障害程度区分が区分1以上である障害者

②障害児の障害の程度に応じて厚生労働大臣が定める区分における区分1以上に該当する障害児

<医療型（病院、診療所、介護老人保護施設において実施）>

遷延性意識障害児・者、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者及び重症心身障害児・者等

5.9. 重度障害者等包括支援

重度の障害者等に対し、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、生活介護、児童デイサービス、短期入所、共同生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援及び旧法施設支援（通所によるものに限る）を包括的に提供する。

対象者は、常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障がある者のうち、四肢の麻痺及び、寝たきりの状態にある者並びに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者。

具体的には、障害程度区分が区分6（障害児にあつては区分6に相当する心身の状態）に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有する者であつて、

以下のいずれかに該当する者（表3）。

5.10. 共同生活介護（ケアホーム）

共同生活を営むべき住居に入居している障害者につき、主として夜間において、共同生活住居において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、就労先その他関係機関との連絡、その他の必要な日常生活上の世話をを行う。

対象者は、障害程度区分が区分2以上に該当する身体障害者（65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る.）、知的障害者及び精神障害者。

5.11. 施設入所支援

施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、その他の必要な日常生活上の支援を行う。

対象者は、

①生活介護を受けている者であつて障害程度区分が区分4以上（50歳以上の者にあつては区分3以上）である者

②自立訓練又は就労移行支援（以下「訓練等」という.）を受けている者であつて、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者、又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によって訓練等を受けることが困難な者。

表3 重度障害者在宅支援の類型と対象像

類型		状態像
重度訪問介護の対象であつて、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者	人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者（I 類型）	・筋ジストロフィー ・脊椎損傷 ・ALS（筋萎縮性側索硬化症） ・遷延性意識障害等
	最重度知的障害者（II 類型）	・重症心身障害者等
障害程度区分の認定調査項目のうち行動関連項目（11 項目）等の合計点数が15点以上である者（III 類型）		・強度行動障害等

5.12. 自立訓練（機能訓練）

身体障害を有する障害者につき、障害者支援施設若しくはサービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくはサービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問することによって、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

対象者は、地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な身体障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ①入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者
- ②特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者

5.13. 自立訓練（生活訓練）

知的障害又は精神障害を有する障害者につき、障害者支援施設若しくはサービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくはサービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問することによって、入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言、その他の必要な支援を行う。

対象者は、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な知的障害者・精神障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ①入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者
- ②特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者等

5.14. 宿泊型自立訓練

知的障害又は精神障害を有する障害者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

対象者は、自立訓練（生活訓練）の対象者のうち、日中、一般就労や障害福祉サービスを利用している者等であって、地域移行に向けて一定期間、居住の場を提供して帰宅後における生活能力等の維持・向上のための訓練その他の支援が必要な知的障害者・精神障害者。

5.15. 共同生活援助（グループホーム）

地域で共同生活を営むのに支障のない障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う。

対象者は、障害程度区分が区分1以下に該当する身体障害者（65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくは、これに準ずるものを利用したことがある者に限る.）、知的障害者及び精神障害者。

ただし、障害程度区分2以上であっても、あえて共同生活援助の利用を希望する場合、共同生活援助を利用することは可能。

6. 障害者の医療福祉ニード

知的障害、身体障害そして重症心身障害の医療福祉ニードの一端を述べると以下のとおりである。

6.1. 知的障害者

平成21年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書¹⁾によると、65歳以上の高齢利用者は全体で前年より2,910人多い12,428人であり、その44.3% (5,503人)は更生入所施設に在籍している。

高齢化・老化が問題となっている施設は更生入所で81.6%、授産入所で71.2%を占め、「日常生活行動」における援助・介護と「保健・医療的ケア」の面で特別なプログラムを必要としている。

平均障害程度区分を施設入所支援でみると、5.0～5.5未満が32.4%と最も多く、4.5～5.0未満の30.7%、4.0～4.5未満14.4%、5.5以上13.9%となっている。

6.2. 身体障害者

全国身体障害者施設協議会平成22年度会員施設基礎調査報告書²⁾によると、施設入所支援の定員数13,845人に対し、現員数は14,010人で定員充足率は101.2%で、年齢分布をみると、51～60歳の割合が最も高く、51歳以上が全体の71.2%を占めている。

障害程度区分は、「区分6」と「区分5」の割合が最も高く、両者を合わせると全体の85.2%を占め、平均障害程度区分は5.4となっている。

そのため特別な医療を必要とする人はカテーテル1,512人、痰の吸引1,191人、経管栄養1,014人の順に多くなっている。痰の吸引の内訳では「口腔内」が、経管栄養では「胃ろう」が最も多い。そのための職員研修に努力している。

6.3. 重症心身障害児・者

重度の知的障害と重度の肢体不自由をあわせもち、

表 4 公法人立重症児施設の部門別職員数

人 数	常 勤 非 常 勤 兼 任 合 計	医 療 部 門															看護部門						
		医 師						歯 科 医 師	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	言 語 聴 覚 士	心 理 療 法 士	診 療 放 射 線 技 師	薬 剤 師	臨 床 衛 生 検 査 技 師	医 療 社 会 事 業 員	そ の 他 (2)	計	看 護 師	准 看 護 師	看 護 助 手	そ の 他 (3)	計
		小 児 科	精 神 科	整 形 科	内 科	外 科	そ の 他 (1)																
常 勤	298	34	29	90	13	34	27	494	391	226	79	56	180	92	40	97	2,180	4,656	1,254	699	66	6,675	
非 常 勤	426	68	87	211	47	191	117	29	23	26	33	49	54	19	1	66	1,447	481	179	326	10	996	
兼 任	58	7	41	13	1	13	12	131	94	58	24	25	35	29	10	26	577	29	2	4		35	
合 計	782	109	157	314	61	238	156	654	508	310	136	130	269	140	51	189	4,204	5,166	1,435	1,029	76	7,706	

人 数	常 勤 非 常 勤 兼 任 合 計	育 成 部 門						管 理 部 門										合 計		
		保 育 士	保 育 士 助 手	指 導 員	介 護 福 祉 士	そ の 他 (4)	計	事 務				給 食			洗 濯 員	汽 缶 手	運 転 手		そ の 他 (6)	計
								庶 務	会 計	医 務	そ の 他 (5)	栄 養 士	調 理 員	調 理 員 等						
常 勤	1,644	65	1,453	1,195	616	4,973	322	160	221	166	191	399	128	106	24	76	214	2,007	15,835	
非 常 勤	106	22	122	55	227	532	44	2	35	26	14	34	131	99	7	40	192	624	3,599	
兼 任	17		20	3	3	43	94	40	43	9	34	52	23	12		10	16	333	988	
合 計	1,767	87	1,595	1,253	846	5,548	460	202	299	201	239	485	282	217	31	126	422	2,964	20,422	

(注) 1. 平成23年4月1日現在のものである。
 2. 上段-常勤、中段-非常勤、下段-兼任(他施設との)である。

- その他(1): 神経内科、眼科、産業医、皮膚科、耳鼻科、リハビリテーション科、泌尿器科等
- その他(2): 歯科衛生士、薬剤助手、検査員、音楽療法士、視能訓練士、心理判定員、臨床心理士等
- その他(3): 歯科衛生士、歯科助手、保健師等
- その他(4): 療育員、介護員、作業指導員、生活相談員等
- その他(5): 法人事務、人事・給与・労務、受付、営繕、家政等
- その他(6): 相談支援委員、営繕員、技能員、家政員、理容師、清掃員、寮母等

常時医療的支援を必要とする重症心身障害児・者でも、成人化・高齢化とともに重症化が進んでいる。

平成23年度全国重症心身障害児施設実態調査³⁾によると、45~49歳が最も多く、全体の11.8%を占める。呼吸管理等の必要な「超重症児・者」の占める率も、1992年の140人から2009年の1,113人へと約8倍増している。

それらに対応するため職員は、表4のように多専門職構成になっている。

擧筆するにあたり、協力いただいた仁木壮旭川荘副理事長、小幡篤志旭川荘企画室長、森繁樹旭川敬老園長、樫野秀基竜ノ口寮長、檜尾博いづみ寮長に深甚の感謝を表します。

文 献

- 1) 平成21年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書。東京，財団法人日本知的障害者福祉協会，2011.
- 2) 全国身体障害者施設協議会平成22年度会員施設基礎調査報告書。東京，社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国身体障害者施設協議会，2011.
- 3) 平成23年度全国重症心身障害児施設実態調査。東京，社団法人日本重症児福祉協会，2011.