

平成 29 年度 千葉県内における  
高齢精神障害者の居住福祉に関する実態調査  
報告書

実施主体:ちば精神障害者の居住福祉を語る会

分析協力:昭和女子大学准教授 吉田光爾

## はじめに

ちば精神障害者の居住福祉を語る会は、2010 年より精神障害のある人が地域で暮らし続けるために必要なサービスや居住支援の場面における疑問点や問題点を議論し整理して、これからの精神障害者施策に向けて提言する事を目的に、千葉県内の主に精神障害のある人のグループホームに携わる者が 2 か月に 1 回集い、意見の収集から議論を重ねています。

前回の調査(2013 年)によって明らかになった、精神障害のある人に日中支援のニーズが高くなっている、常時の見守りや精神症状への対応が必要とする方も利用者の中におられる等が明らかになり報告書にまとめ、各所で発表させていただきました。

前回の報酬改定で、加算により一部これらの事が手当される事となり、あらためて現場の課題は声を出して伝えていかなければと感じています。

2014 年には、千葉県で病棟転換居住施設反対集会を主催し、多くの方々とともに精神障害者の居住福祉のあり方への問題提議をいたしたところです。

2017 年第 2 回目の実態調査(高齢精神障害者の居住福祉の現況と課題)を行い、グループホーム利用者の高齢化について、今回も千葉県内のグループホームのご協力を得て、今現場で抱えている、利用者の高齢化への課題と、望む地域での居住生活を支えつづけるためにはグループホームが終の棲家となりうるのか、それには何が必要かなどの意見をとりまとめました。今回も多くの方々より貴重なご回答、ご意見をいただきました。この場をお借りして深く感謝申し上げます。

障害者の居住福祉においても、「古い・高齢・最期・看取り・弔い」など、これまではあまり経験のない支援が表面化してまいりました。今回の調査結果をこれからの精神障害者居住福祉を考える資料として、ご活用いただければと思います。

2018 年 3 月吉日

ちば精神障害者の居住福祉を語る会 一同

## 目次

はじめに

結果 1. 全体票 .....	1
1. 全体票の調査方法の紹介 .....	2
2. 高齢化による日中支援の必要性 .....	7
3. 介護保険への移行 .....	14
4. 常時介護が必要になった時の対応 .....	18
結果 2. 個別票 .....	20
1. 個別票の調査方法の紹介 .....	21
2. 精神障害のある人の早期の“老い” .....	22
3. 高齢化に伴う支援の困難さ .....	25
4. 終末期・看取り .....	28
調査結果から見た考察 .....	29
おわりに .....	32

# 結果 1. 全体票

## 1. 全体票の調査方法の紹介

### 1) 調査方法

千葉県内のグループホーム(以下 GH)事業所 130 カ所に管理者及びサービス管理責任者が記入する自記式アンケート用紙を送付し(平成 29 年 6 月実施)44 カ所回収しました(回収率 34%)。①全体票は事業所に関するアンケート、②個別票は利用者に関するアンケートで構成されています。

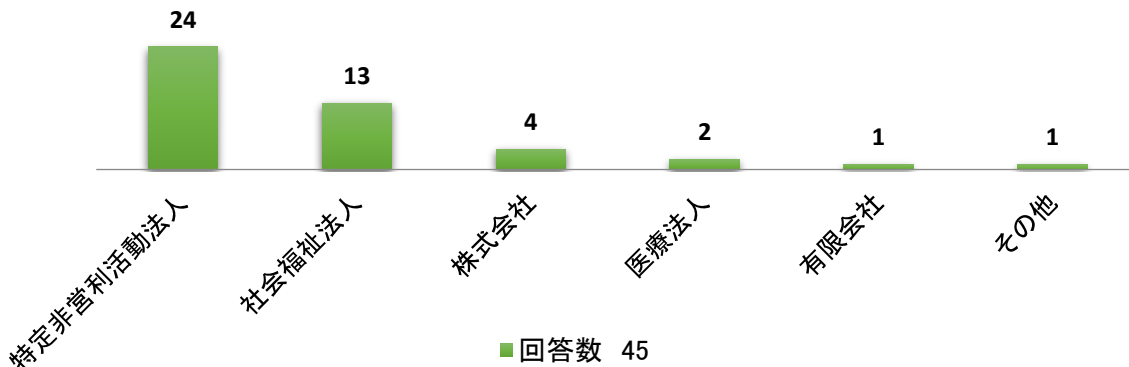
本調査・報告においては、50 歳以上を「高齢」と捉えております<sup>1</sup>。

全体票においては集計の便宜上、事業所のうち、精神障害を主たる障害とする利用者が 50%以上の事業所を「精神障害の事業所」(26 事業所)、知的障害も同様の事業所を「知的障害の事業所」(16 事業所)としています。明らかに回答がない場合などは、欠損値として集計から外しているため、全体にばらつきがあります。

なお、この調査は紙面にて調査概要、個人情報の取り扱い、その他倫理的配慮をお知らせした上で実施しています。

### 2) 事業所概要

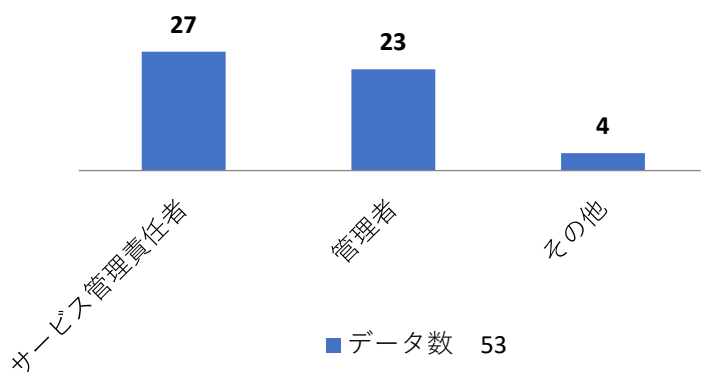
図1 運営主体



本調査において回答していただいた事業所は、特定非営利活動法人が最も多く、次いで社会福祉法人でした。財政規模までは問うていませんが、社会福祉法人・医療法人と比べても財政的基盤が比較的弱い傾向にある特定非営利活動法人などが主体となっていることが分かります。

<sup>1</sup> 50 歳以上を「高齢」と捉えたのは、障害福祉サービスの生活介護において、50 歳を区切りとして区分の変化があることと、現場の感覚として、一般の人と比べて精神障害のある人は“老い”が早いことがあるためです。

図2 職種・役職



回答していただいたのは、サービス管理責任者が最も多く、次いで管理者となりました。

図3 GHの業態

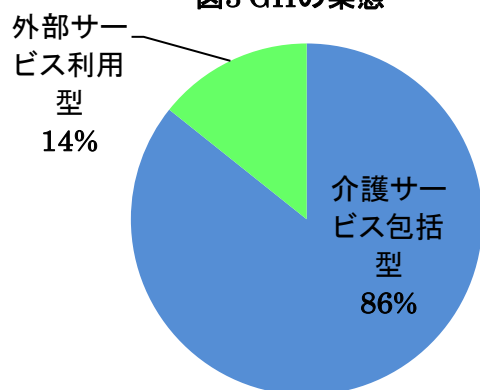
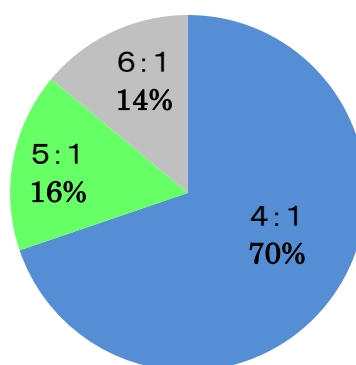


図4 人員配置(世話人配置割合)



業態としては、事業所の職員が日常生活の援助と介護を合わせて担っている介護サービス包括型の事業所が多く、人員配置は4:1の手厚い配置が一番多い結果となっています。

### 3) 利用者の属性

表 1 利用者の平均年齢

	平均年齢	標準偏差
全体 (n=458)	51.2	14.7
精神障害 (n=260)	56.6	11.7
知的障害 (n=167)	41.8	14.8
身体障害 (n=28)	53.5	10.8
精神主体の事業所 (n=281)	57.4	11.3
知的主体の事業所 (n=177)	41.4	14.2

全体の平均年齢は 51.2 歳でしたが、精神障害の事業所と知的障害の事業所を比較すると、15 歳以上の差がある結果となりました。

表 2 前回調査<sup>2</sup>における利用者の平均年齢

	平均年齢	標準偏差
全体 (n=659)	40.2	14.0

当会が行った前回調査結果と比較すると、4 年間に 10 歳以上利用者の平均年齢が上がっていました。

表 3 利用者の主たる障害

	主たる障害 (n=461)	
精神障害	266	57.7%
知的障害	167	36.2%
身体障害	28	6.1%
(内、重複障害者数)	48	10.4%

<sup>2</sup> ちば精神障害者の居住福祉を語る会(2013)「平成 25 年度千葉県内におけるグループホーム・ケアホーム運営についての実態調査」より。なお、以下で前回調査と記載のある調査については、本調査を参照しています。

表 4 年代別利用者数

	全体 (n=458)		精神 (n=260)		知的 (n=167)		身体 (n=28)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10代	3	0.7%	0	0.0%	2	1.2%	1	3.6%
20代	47	10.3%	6	2.3%	41	24.6%	0	0.0%
30代	61	13.3%	16	6.2%	45	26.9%	1	3.6%
40代	70	15.3%	42	16.2%	23	13.8%	7	25.0%
50代	127	27.7%	84	32.3%	32	19.2%	9	32.1%
60代	114	24.9%	86	33.1%	17	10.2%	9	32.1%
70代	29	6.3%	21	8.1%	6	3.6%	1	3.6%
80代	7	1.5%	5	1.9%	1	0.6%	0	0.0%

全体で一番多い年代は50代で、精神障害の事業所においては60代、次いで50代という結果となりました。一方知的障害の事業所においては、30代が一番多く、次いで20代という結果となりました。

表 5 前回調査における年代別利用者数

	全体 (n=659)		精神 (n=355)		知的 (n=252)		身体 (n=24)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10代	13	2.0%	0	0.0%	11	4.4%	1	4.2%
20代	83	12.6%	15	4.2%	56	22.2%	8	33.3%
30代	157	23.8%	75	21.1%	73	29.0%	2	8.3%
40代	159	24.1%	96	27.0%	51	20.2%	3	12.5%
50代	138	20.9%	85	23.9%	40	15.9%	7	29.2%
60代	91	13.8%	70	19.7%	18	7.1%	2	8.3%
70代	15	2.3%	12	3.4%	3	1.2%	0	0.0%
80代	3	0.5%	2	0.6%	0	0.0%	1	4.2%

前回調査と比較すると、全体と精神障害の事業所において40代が中心だった前回の結果から、今回の調査においては50代、60代に移ってきていることが分かりました。また、知的障害の事業所においても、年齢層の若干の上昇が見られました。



表 6 年代別の特徴(精神障害)50 歳以上

			50代		60代		70代~	
			n	%	n	%	n	%
性別	男性		57	67.9%	52	60.5%	15	57.7%
	女性		27	32.1%	34	39.5%	11	42.3%
身体疾患	なし		42	50.0%	46	53.5%	7	26.9%
	あり	1つ	30	35.7%	28	32.6%	10	38.5%
		2つ以上	12	14.3%	12	14.0%	9	34.6%
認知機能の低下	なし		76	90.5%	69	80.2%	12	46.2%
	あり		8	9.5%	17	19.8%	14	53.8%
生活機能の低下	なし		76	90.5%	65	75.6%	13	50.0%
	あり		8	9.5%	21	24.4%	13	50.0%

精神障害の事業所の年代別の特徴(50歳以上)として、認知機能の低下・生活機能の低下のあり・なしの割合では、70代になると約半数に低下が見られる結果となりました。

## 2. 高齢化による日中支援の必要性

### 1) 高齢化の問題が増加しているか

図5 高齢化の問題が増加しているか(精神 n=25)

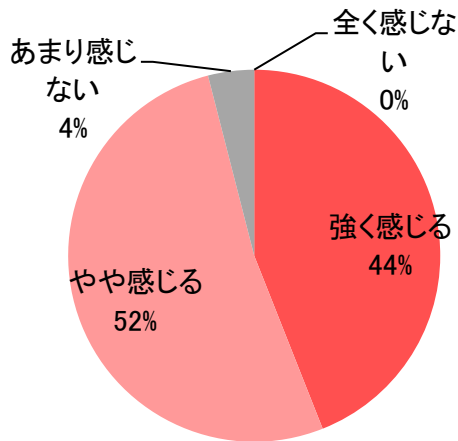
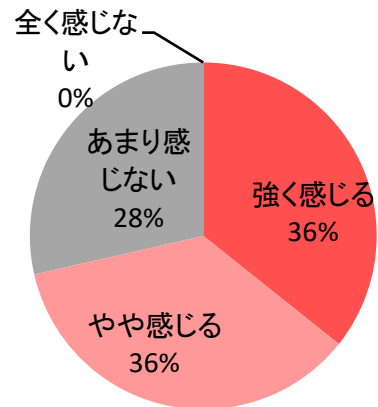


図6 高齢化の問題が増加しているか(知的 n=14)



高齢化の問題が増加しているか記入者の主観をみた図です。精神障害の事業所において高齢化の問題を「強く感じる」「やや感じる」を合わせると96%となり、知的障害の事業所では合わせて72%という結果となりました。高齢化の問題は、精神障害の事業所だけでなく、知的障害の事業所にも起きていることが分かります。

図7 日中支援の必要性(精神 n=25)

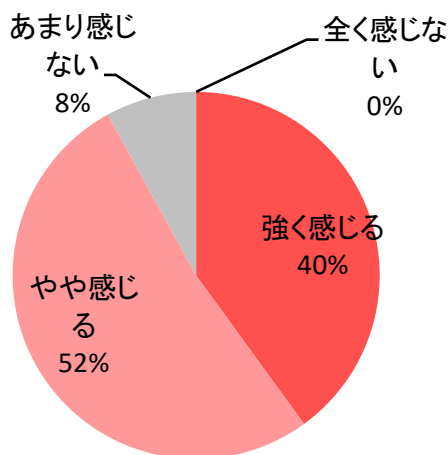
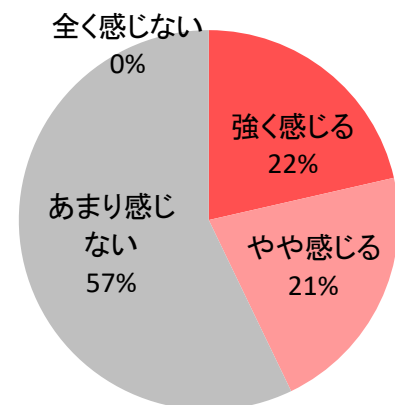


図8 日中支援の必要性(知的 n=14)



今回の調査では日中支援を、通所等を行っている9時から16時で想定しています。その上で、精神障害の事業所においては日中支援の必要性を「強く感じる」「やや感じる」を合わせると92%が必要を感じているという結果に対し、知的障害の事業所においては、半数以下の43%のみが日中支援の必要性を感じているという結果となりました。

これは、知的障害の事業所では、平均年齢が低く、日中安定的に通所ができている割合が高い(前回調査93.3%)ことがその要因として考えられます。一方で、精神障害の事業所においては、高齢化の問題の増加と相まって、日中安定的に通所ができなくなっている層がより多くなっており(前回調査でも64.9%しか日中安定的に通所できていない)、日中支援を行わざるを得ない状況が生まれていると考えられます。

表 7 日中支援の必要性×日中支援実施項目数

	日中支援実施数
強く感じる(n=11)	14.5
やや感じる(n=11)	5.3
あまり感じない(n=1)	17.0

表 7 は、精神障害の事業所において日中支援の必要性(4 段階)<sup>2</sup>とその事業所での日中支援実施数(最大 18 項目)<sup>3</sup>を掛け合わせ、日中支援の必要性を感じている事業所が実際にどれだけ支援を実施しているのかを調べたものです。その結果、「強く感じる」と回答した事業所においては、18 項目中、14.5 項目において支援を実施しているという結果となり、日中支援の必要性を感じている事業所ほど、日中支援実施項目数が多いことが分かりました。

また、高齢化の問題が増加していることと、日中支援の必要性について、ともに「強く感じる」と答えた事業所は 7 事業所あり、同様に「やや感じる」と答えた事業所も、ともに 9 事業所ありました。この回答からも、高齢化の問題を感じる事業所ほど、日中支援の必要性も高くなっている、あるいはその逆で、日中支援の必要性を感じる事業所ほど、高齢化の問題も感じていることが読み取れる結果となりました。

## 2) 日中支援のニーズ

図9 介護における支援の困難さ

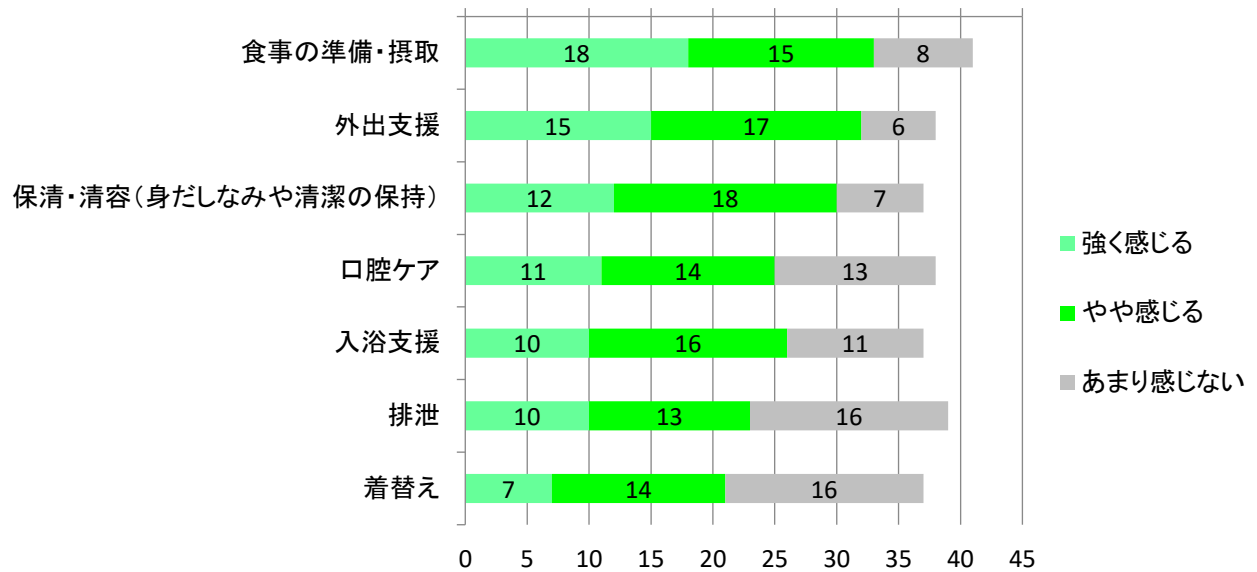


図10 医療における支援の困難さ

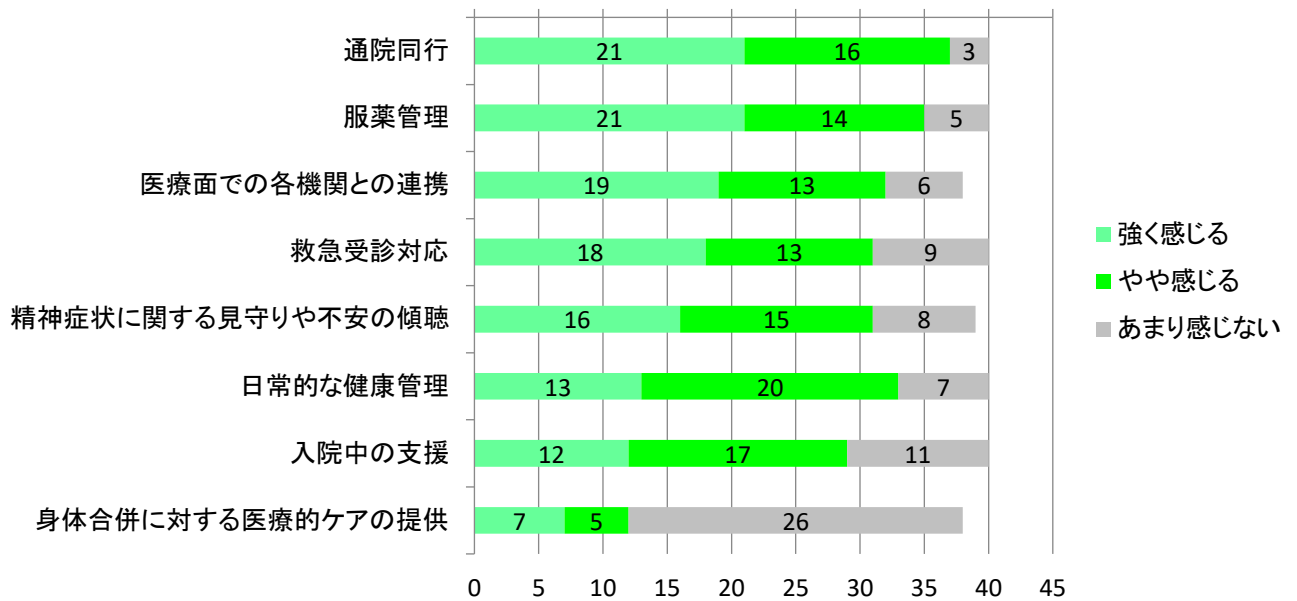
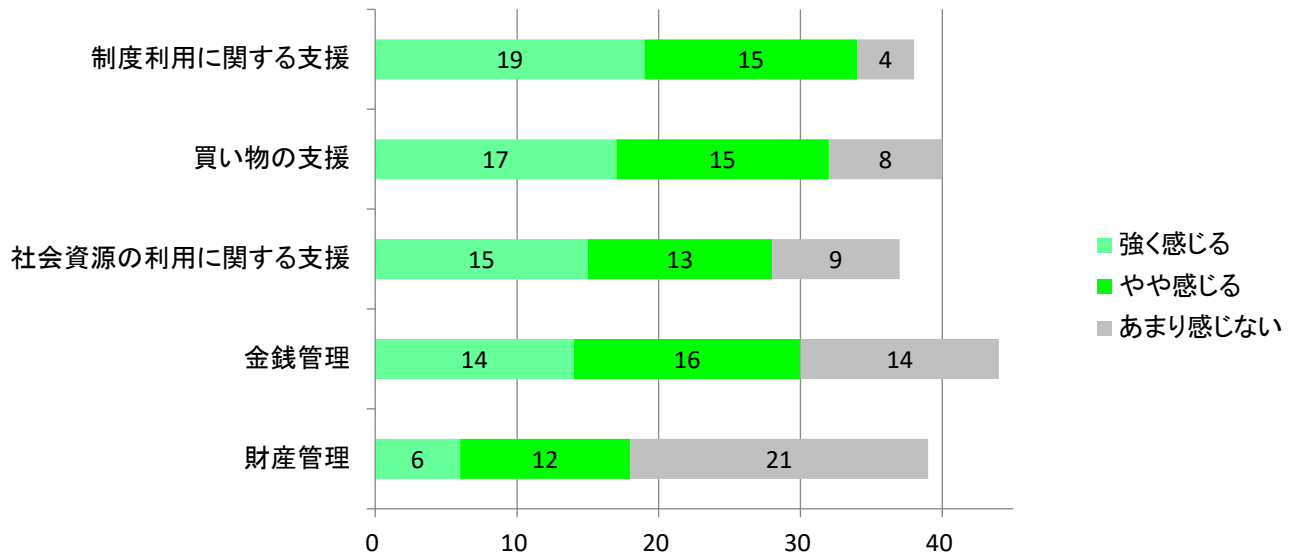


図11 生活全般における支援の困難さ



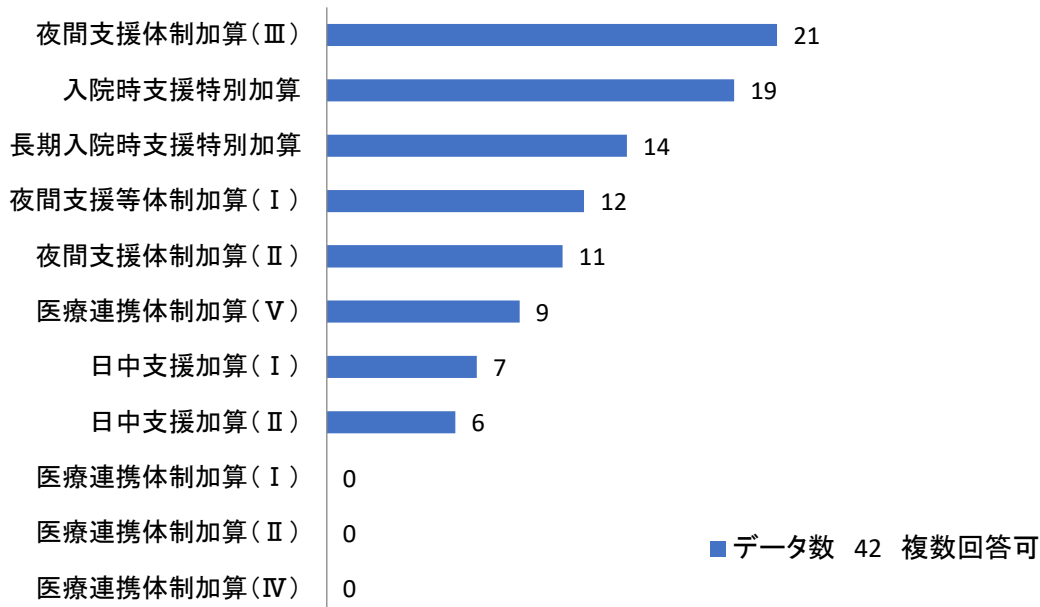
日中支援のニーズの必要性については、大きく「介護」「医療」「生活全般」に分けています。回答数にはばらつきがありますが、介護におけるニーズの必要性が最も高いのは、「食事の摂取・準備」次いで「外出支援」という結果でした。医療においては「通院同行」「服薬管理」のニーズが高く、生活全般においては、「制度利用に関する支援」次いで「買い物の支援」という結果となりました。

「介護」「医療」「生活全般」において外出に関するニーズが高い結果となりましたが、これはGHが制度上は夜間の支援が主と想定されていることに対し、現場でのニーズは変わってきていることが窺えます。

また、全体的にみると医療におけるニーズの必要性が高い傾向にあることが窺えるため、現時点では「やや感じる」が、あと数年で「強く感じる」になることが予想されます。

### 3) 算定している加算

図12 算定している加算について



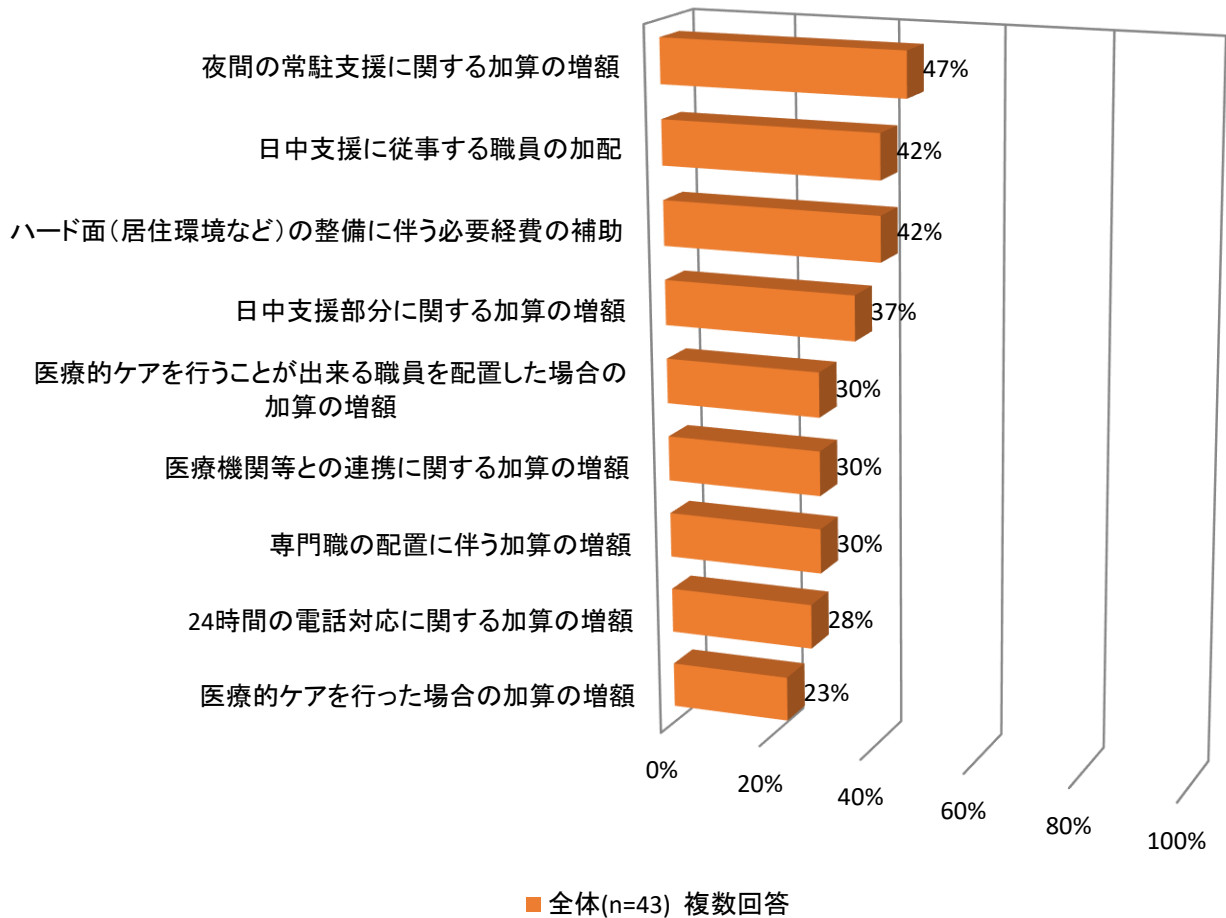
高齢化に伴う認知機能・生活機能の低下、身体疾患の罹患により、日中支援の必要性が大きく高まってきている中で、実際に支援が行われている現況があるものの、日中支援加算(Ⅰ)の取得率が低いという結果が出ています。

日中支援のニーズの必要性についての調査結果において、外出に関するニーズが高いことは述べましたが、身体疾患の悪化や怪我など、急を要する通院同行が必要な場合や、その日その時必要になった買い物等は事前予約が必要となるサービスが利用できないため、GHが対応せざるを得ないものの、それに対する報酬化の部分は、制度(加算)の使いにくさなどから、十分になされているとは言い難い部分もあると考えられます。

また、医療連携体制加算の算定も少ない結果となりました。今後、看護師の必要性も高まってくると思われますが、GHを運営していく上で、医療機関と契約し看護師を配置することはハードルが高く、算定が少なくなっているのではないかと考えられます。

#### 4) 制度・システムの改善の必要性について

図13 制度・システムの改善の必要性



制度・システムの改善の必要性においては、「夜間の常駐支援に関する加算の増額」の割合が高い結果となりました。次いで「日中支援に従事する職員の加配」やそれに伴う「日中支援部分に関する加算の増額」の必要性が高くなっています。

また、「ハード面(居住環境など)の整備に伴う必要経費の補助」が同じように高い割合であることから、利用者に対応した居住環境の整備をしたくとも金銭的に難しいという現状があるのではないかと推察されます。そのため、高齢化に対応していくためには、現在の制度・システムでは限界があり、本体報酬のあり方も含めた見直しが必要であると考えます。

## 5) 新たな支援制度の枠組み

新たな支援制度の枠組みとしては、「GHを終の棲家として利用できるように制度を改変する(現行ではGHで看取りまで行うことなどは想定されていない)」という項目が最も多く、次いで「高齢の精神障害者のみが入居できるGH制度の新設」という結果でした。

なお、この調査票の作成時には平成30年4月より施行される「日中サービス支援型共同生活援助」についてまだ把握できる段階ではなかったため、今後は、今回の報酬改定の結果も含めて、支援のあり方を検討していただく必要だと考えます。



### 3. 介護保険への移行

#### 1) 介護保険への移行が進まない要因

図 14 介護保険の要介護認定割合

		40～64歳		65歳以上	
		n	%	n	%
介護保険	認定なし	248	98.0%	87	92.6%
	認定あり	5	2.0%	7	7.4%

精神障害の事業所における要介護認定の割合を調査したものです。65歳以上においても「認定なし」が92.6%で、「認定あり」は7.4%と非常に少ない結果でした。

ただ、今回の調査においては、認定の申請をしているか、していないのかを問うておらず、認定無しの割合を表すデータとしては不完全ではありますが、制度上想定されている障害福祉サービスから介護保険への移行がスムーズになされていない現状は分かります。

図15 受け入れ側に関する要因

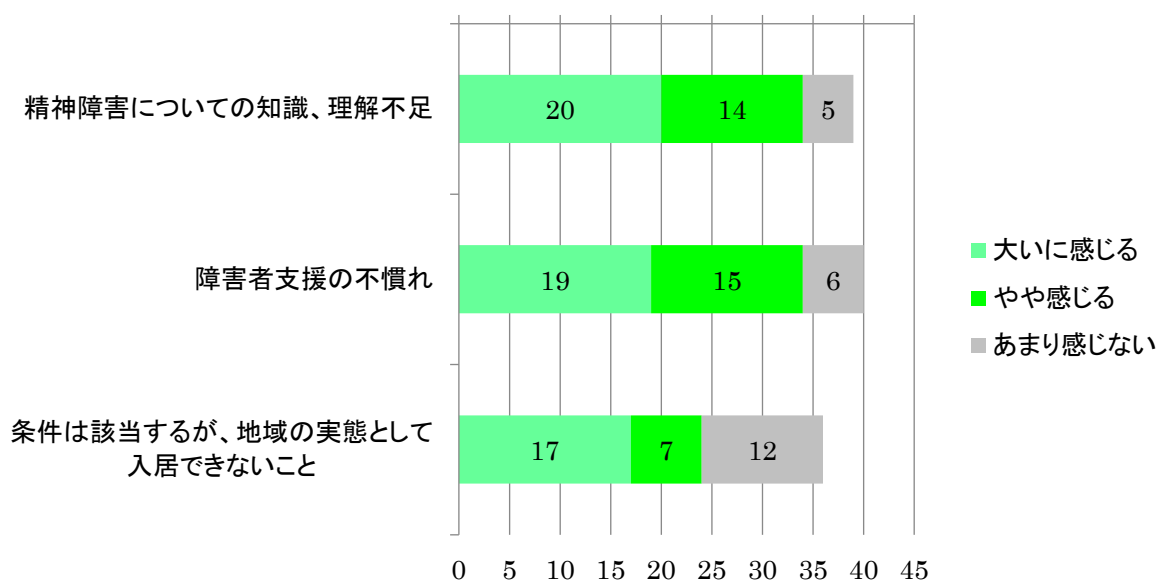


図16 GH側に関する要因

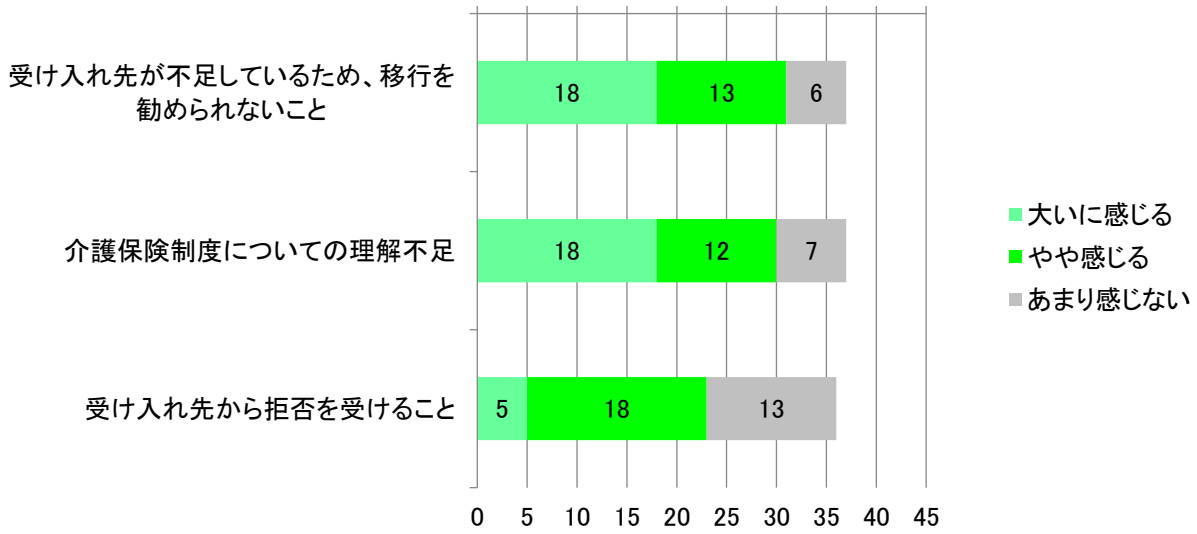


図17 入居者やその家族等に関する要因

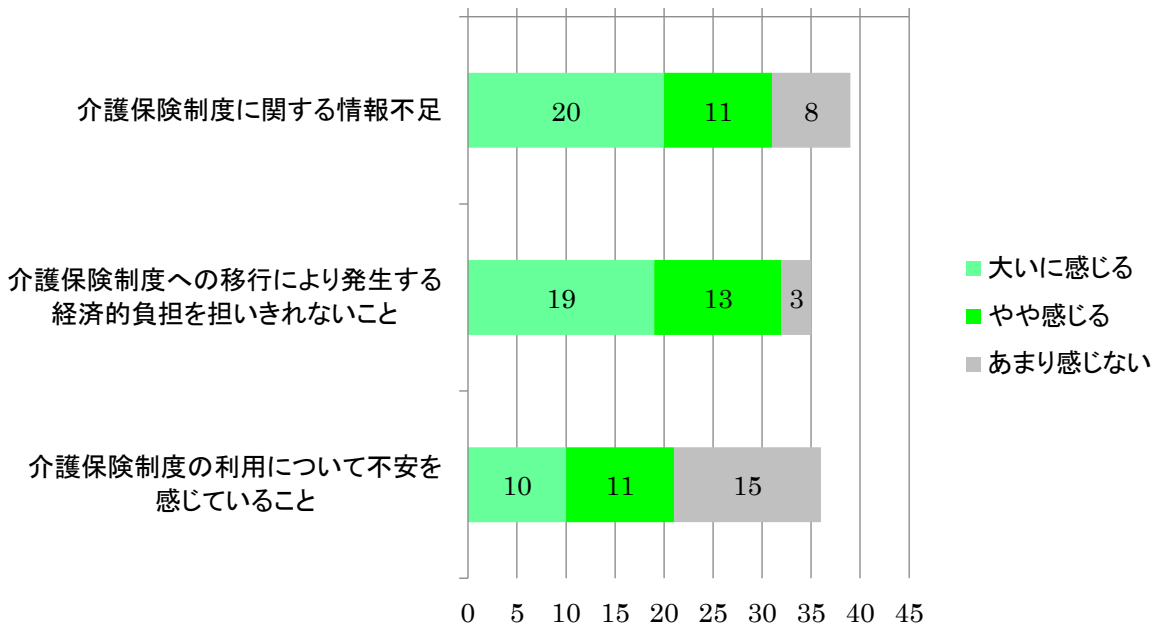
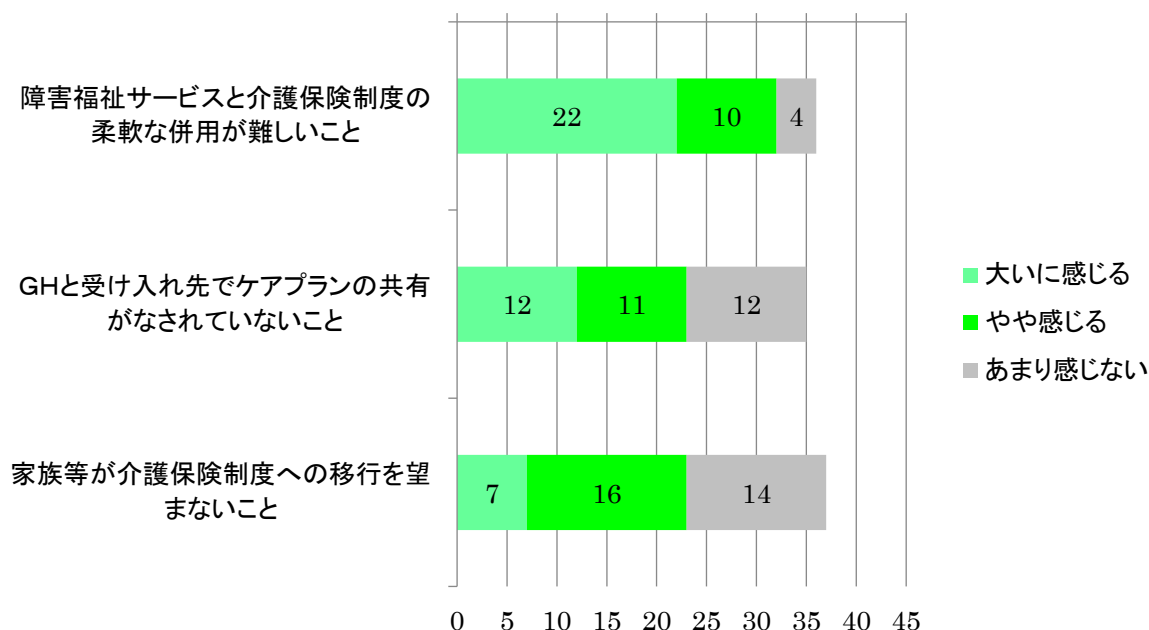


図18 その他の要因

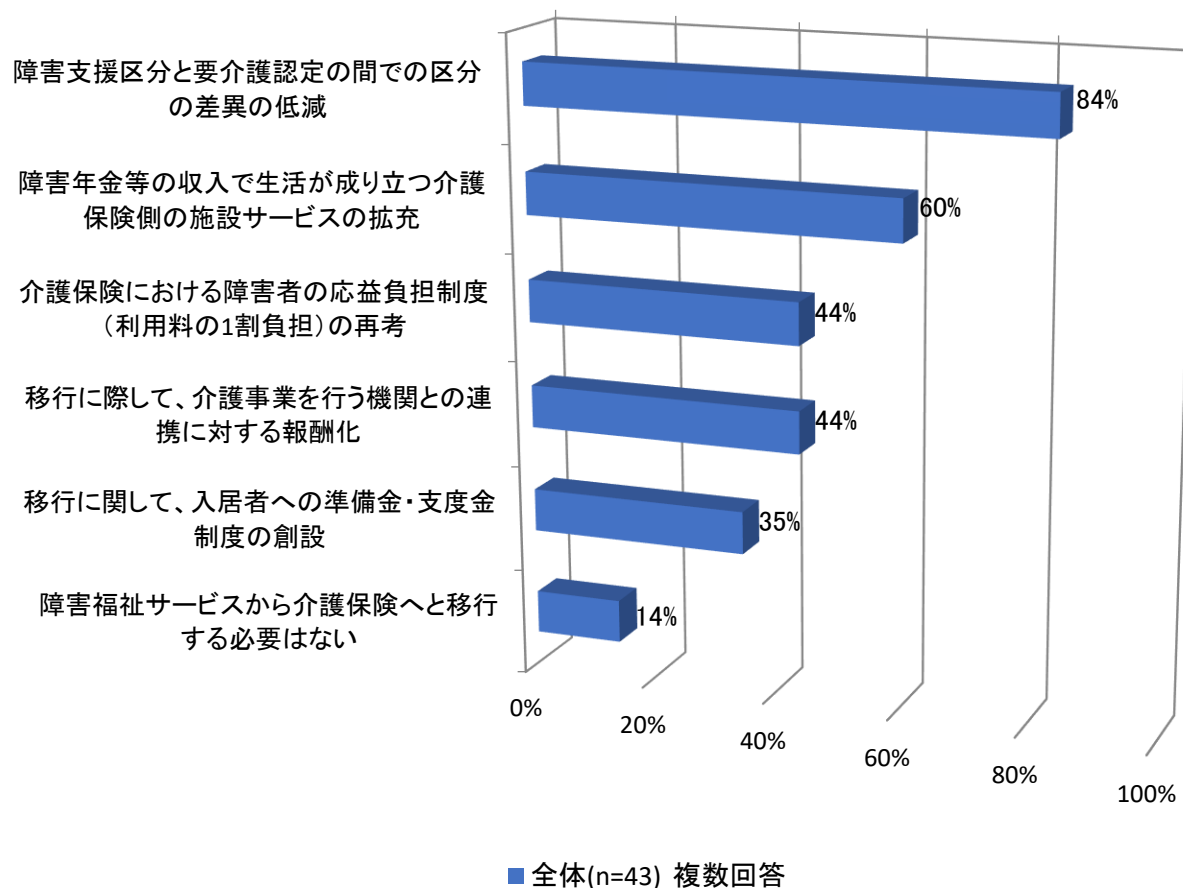


今回の調査では、障害福祉サービスから介護保険への移行が進まない要因を大きく4つに分けています。まず、受け入れ側に関する要因としては、「精神障害についての知識、理解不足」次いで「障害者支援の不慣れ」となりました。GH側に関する要因としては、「受け入れ先が不足しているため、移行を勧められないこと」とほぼ同数で、「介護保険制度についての理解不足」となりました。入居者やその家族に関する要因としては、「介護保険制度に関する情報不足」次いで「介護保険制度への移行により発生する経済的負担を担いきれないこと」となりました。その他の要因としては、「障害福祉サービスと介護保険制度の柔軟な併用が難しいこと」が回答としては最も多い結果となりました。

これらの結果を踏まえると、障害福祉サービスの制度と介護保険制度間におけるお互いの理解不足や、そこからくる連携の難しさなどが大きな要因となっていると考えられます。

## 2) 介護保険への移行を進めるための改善策

図19 介護保険への移行を進めるための改善策



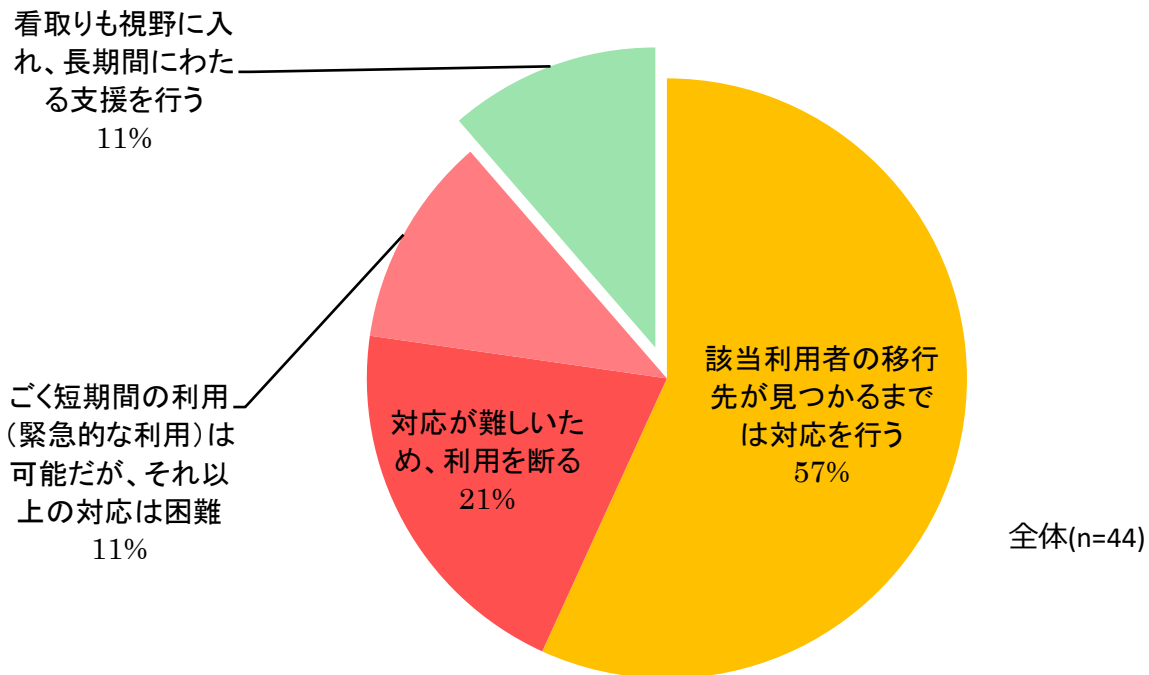
障害支援区分と要介護認定の間での区分の差異については、そもそも2つの評価基準が異なっていることがその要因だと考えられます。そのため、介護保険側において、要介護度が低く判定され、要介護度3以上が原則としてその対象となる施設入所が困難になっています。今回の調査でも、サービスの移行を円滑に進めるための改善点としては、その点が最も多い回答となりました。

また、障害年金や応益負担制度についての回答数が多かったことから、経済的負担をどうしていくか、ということも大きな課題の一つであると考えます。

#### 4. 常時介護が必要になった時の対応

##### 1) GHにおいて常時介護が必要になった時の方針

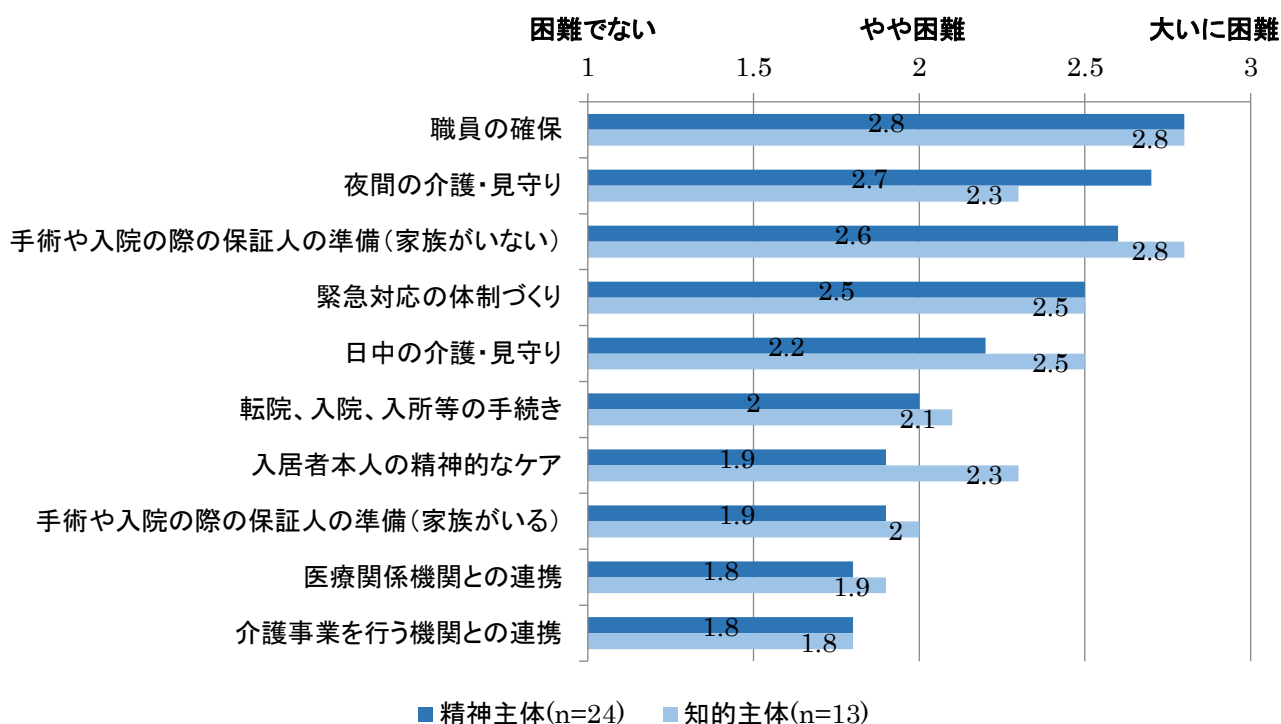
図20 GHにおいて常時介護が必要になった時の方針



常時介護が必要になった時の事業所の方針についての回答ですが、「該当利用者の移行先が見つかるまでは対応を行う」との回答が半数以上の57%となり、「看取りも視野に入れ、長期間にわたる支援を行う」との回答は11%にとどまり21%は「対応が難しいため、利用を断る」との回答でした。利用を断ると回答した以外の約8割の事業所においても、人員配置の影響や介護の専門的な知識が足りない中での対応は難しいとしながらも、対応せざるを得ない現状があり、他にその人に合った場所が見つかるまでは対応しているという苦悩があるのではないかと考えます。この課題については、GHが個々に抱える課題ではなく、制度上の大きな課題として今後も検討していく必要があると考えます。

## 2) GHにおいて常時介護が必要になった時の困難さ

図21 GHにおいて常時介護が必要になった時の困難さ



今回の調査の中で、常時介護が必要となったケースが現在／今までにあったGHは28.6%に及び、図20における「該当利用者の移行先が見つかるまでは対応を行う」という対応についても、介護保険への移行が難しい状況がある中で、「職員の確保」次いで「夜間の介護・見守り」「手術や入院の際の保証人の準備(家族がいない場合)」が困難さの度合いが高いという結果となりました。

現在でも、利用者の身体疾患が重症化するなどして、常時介護が必要になった場合においては、介護保険へも移行できず、GHとしても長期間の支援は担えない状況の中で、対応に苦慮していることが明らかとなりました。これは、現在のGHのみでどこまでその人を支えていくことができるのか、という課題が浮き彫りになった結果と思われます。

## 結果 2. 個別票

## 1. 個別票の調査方法の紹介

### 1) 調査方法

全体票で挙げられた各事業所の利用者から、50歳以上の精神障害のある方を無作為に5名選んでもらい、回答していただきました。データ数は148名分となっています。なお無回答の場合、欠損値として集計から外したため、設問ごとに全体数が異なっています。

### 2) 利用者の属性

表 8 個別票における精神疾患診断区分

診断区分	回答数
統合失調症圏	86
発達障害圏	12
物質使用障害圏	7
認知症系疾患	6
躁うつ病圏	4
神経症圏	4
うつ病圏	2
その他	5
全体数	126

個別票における平均年齢は男性が61.4歳、女性が63.3歳です。

精神疾患の診断別では統合失調症圏の方が多いことがわかります。

図 22 身体疾患の有無

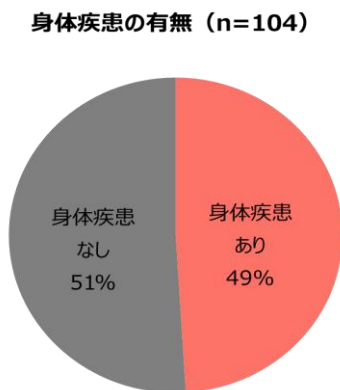


表 9 身体疾患の内訳

身体疾患名	回答数
糖尿病	13
高血圧症	4
脂質異常症	3
白内障	3
気管支ぜんそく	2
その他	25
合計	50

図 22 は利用者の生活に大きく影響を及ぼしている身体疾患の有無について表した図です。身体疾患がある場合には、疾患名も回答していただきました。半分弱の利用者に何らかの身体疾患があることがわかります。

表 9 は身体疾患ありの回答の内訳です。全体票のデータでも示されていましたが、個別票においても、糖尿病や高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病が上位に入ってきていることがわかります。



## 2. 精神障害のある人の早期の“老い”

### 1) 標準的高齢者との比較

図 23 老研式活動能力指標<sup>3</sup>を用いた比較

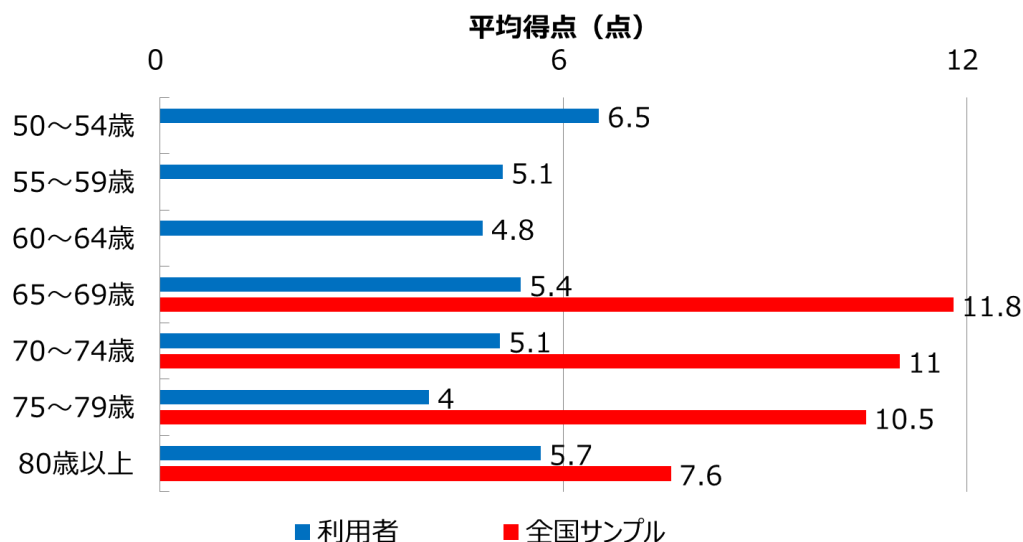
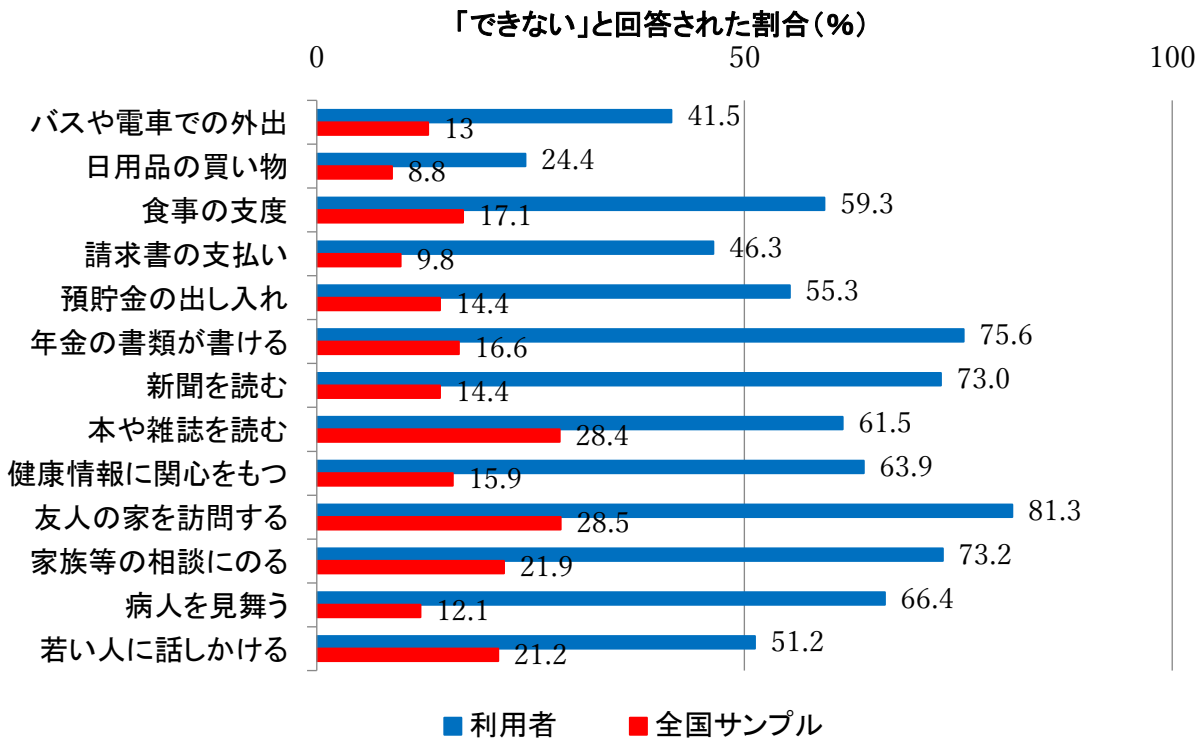


図 23 は実際に指標を用いて今回測定した結果と老研式活動能力指標における一般全国サンプルの結果を比較したものです。老研式活動能力指標は、一般的にいう高齢者(65 歳以上)を測定の対象としていますが、今回の調査では 50 歳以上を高齢と捉えている為、データは 50 歳から測定を行っています。表からも分かるように、50 歳～54 歳の利用者の老研式活動能力指標の点数(6.5)は、全国サンプルの 80 歳以上の点数(7.6)にも達しておらず、全国サンプルと比べると明らかに利用者の活動能力が低いことが分かります。

<sup>3</sup> 老研式活動能力指標は、「新聞を読む」「バスや電車に一人で乗る」などの 13 の項目から構成されており、地域で暮らす高齢者の活動能力について測る指標とされています。各項目について、「できる」「できない」の二者択一で回答してもらい、「できる」は 1 点、「できない」は 0 点として、集計を行いました。そのため、「できる」項目が多いほど、点数が高くなり、活動能力は高いといえます。

(参照: 古谷野亘ほか(1993)「地域老人の生活機能: 老研式活動能力指標による測定値の分布」『日本公衛誌』第 40 巻第 6 号)

図 24 老研式活動能力指標と今回結果の「できない」と回答された割合



この図は、老研式活動能力指標の各項目に対して、その行為が「できない」と回答された割合を示したものです。結果として「バスや電車での外出」(41.5%)「日用品の買い物」(24.4%)など日常で行う頻度が高く、単純な活動はできるものが多いですが、「友人の家を訪問する」(81.3%)「家族等の相談に乗る」(73.2%)「年金の書類が書ける」(75.6%)と言ったようなコミュニケーションを多く用いるような場面や、臨機応変な対応が必要な状況、また知識を必要とする項目については「できない」と回答する割合が特に高くなっていることが分かります。このような結果には精神障害の特性や長期入院等による生活経験の少なさが影響していることが考えられます。

図 25 残存歯の比較

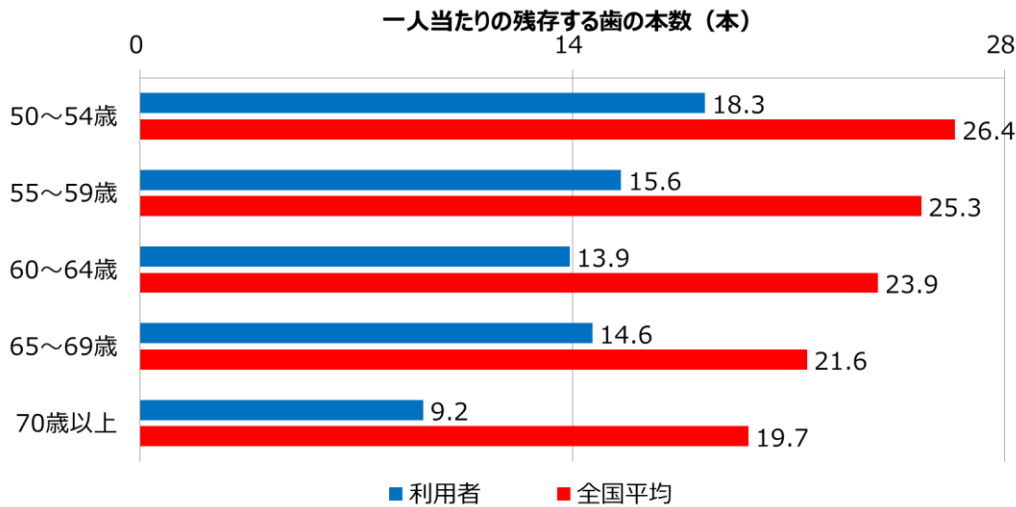


図 25 は利用者一人当たりのおおよその歯の残存数と厚生労働省の「平成 28 年歯科疾患実態調査」に掲載されている全国平均の歯の残存数とを比較したものです。結果は、各年齢において、おおよそ 7 本から 10 本ほど歯の喪失があることが明らかになりました。要因としては、生活習慣の問題や健康への関心の低さが関係していることが考えられます。

また、一般的に歯の喪失は ADL や身体健康の低下に関連があるとされており、上記の結果から、GH の利用者は同年代の一般の人と比べ、ADL や身体健康の低下が見られ、かつその低下は早期に発生していることが推察されます。

## 2) 身体疾患の有無と活動能力

表 10 身体疾患の有無と活動能力の比較

	平均点
身体疾患なし (n=53)	6.2
身体疾患あり (n=51)	5.4

表 10 は老研式活動能力指標の点数と身体疾患の有無を掛け合わせ、比較したものです。身体疾患がある場合の方が活動能力は低いということがわかり、身体疾患の有無が活動能力に影響を与えていることが明らかになりました。

### 3. 高齢化に伴う支援の困難さ

図 26 困難さの有無

全体数 = 145

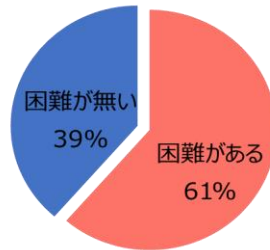


図 26 のように、高齢化に伴い支援に困難があるかを集計した結果、約 6 割の利用者について、現状又は加齢に伴い、支援に困難さを感じるという回答を得ました。この結果から、以下では具体的にどのような場面で高齢化による支援の困難さを感じられているかを問いました。

図 27 介護における支援の困難さ

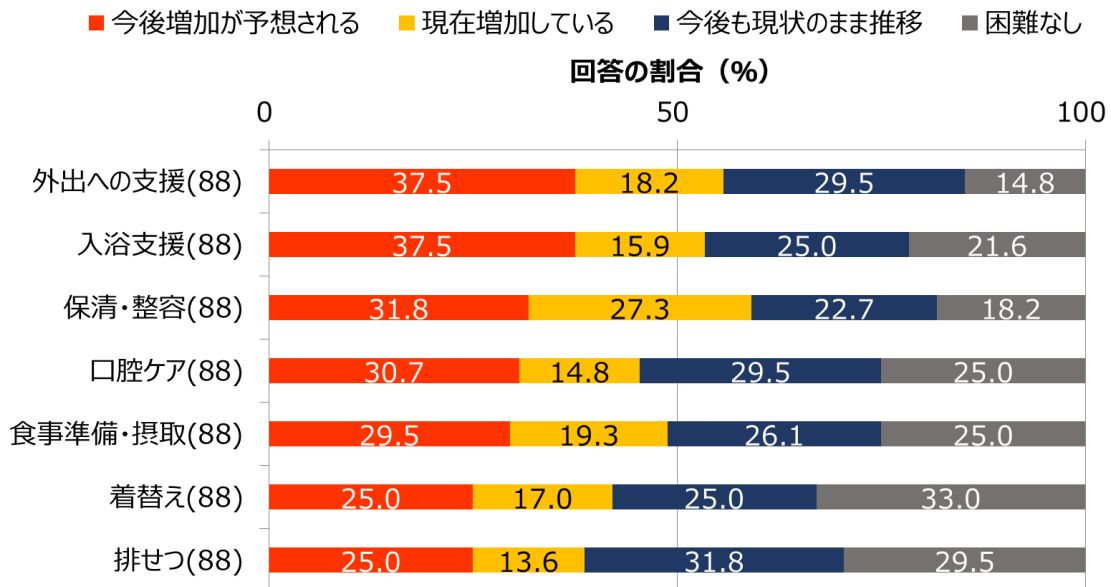


図 27 は介護の支援の困難さを表したグラフです。全体として困難の増加が予想されているものが多いことが分かります。これには、介護については、これまで精神障害の GH で入浴介助や食事介助などの支援をおこなう事が想定されていなかったことがあると考えられます。今後、利用者がさらに高齢化する中で、身体疾患の悪化等により、介護が求められるようになった場合、介護技術を持っている職員がいないことから、対応が困難になるケースが想定されます。また、現状では痰等の吸引などの医療的なケアにしか報酬化がなされていない中で、介護ケアも精神障害の GH がすべて担うことは、さらなる負担を GH に強いることにもつながりかねないと考えます。全体票でも述べましたが、介護保険制度の利用が円滑に行われていない中で今後の困難さの増加が見込まれる部分である事が考えられます。

図 28 医療における支援の困難さ

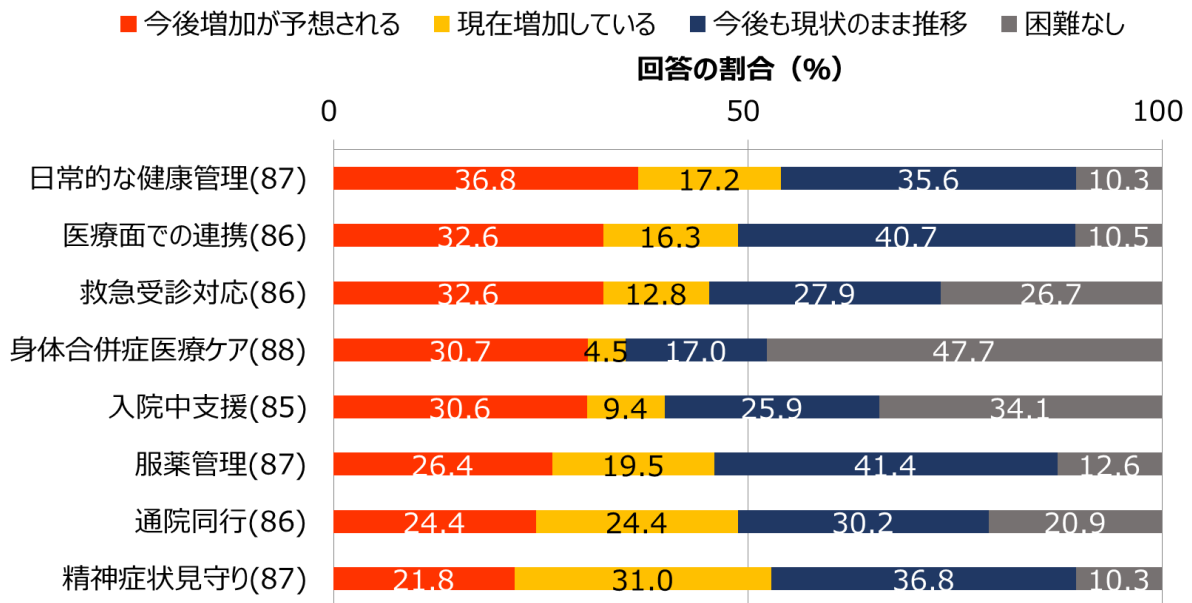


図 28 は医療における支援の困難さについての図です。

服薬管理や通院同行、精神症状の見守り、医療面での連携などの項目については、「現状のまま推移する」という回答も多いですが、「現在増加している」という項目の選択が多いことも特徴的です。これは、これまで GH が担ってきた支援を今後も継続して行っていくことで対応が可能な部分があると同時に、その支援のニーズや内容がより多様になり、支援に時間がかかるようになっている現状があると考えられます。

例えば、通院同行では、精神科に加え、他科への通院の同行が必要になるケースがあります。加えて、以前は一人で通院できた人が、認知機能の低下などにより、医師に自分の症状を適切に伝えられない、医師から受けた説明を覚えておけないなどにより、通院同行が必要になったり、診察場面に同席しての“通院同行”が必要になってきている現状もあります。

また、日常的な健康管理については、「今後支援の困難さが増加する」という選択が多くなっています。これは、精神障害のある人の早期の“老い”が見られる中で、利用者の持つ身体疾患に対応するためにその身体科の医療機関との連携に加え、日常的にも個々の利用者の身体疾患に対応した健康管理が求められることがあると考えられます。さらに、年齢を重ねるにつれ、身体疾患も重くなることが想定され、それらを踏まえた結果となっていると考えられます。

図 29 生活全般における支援の困難さ

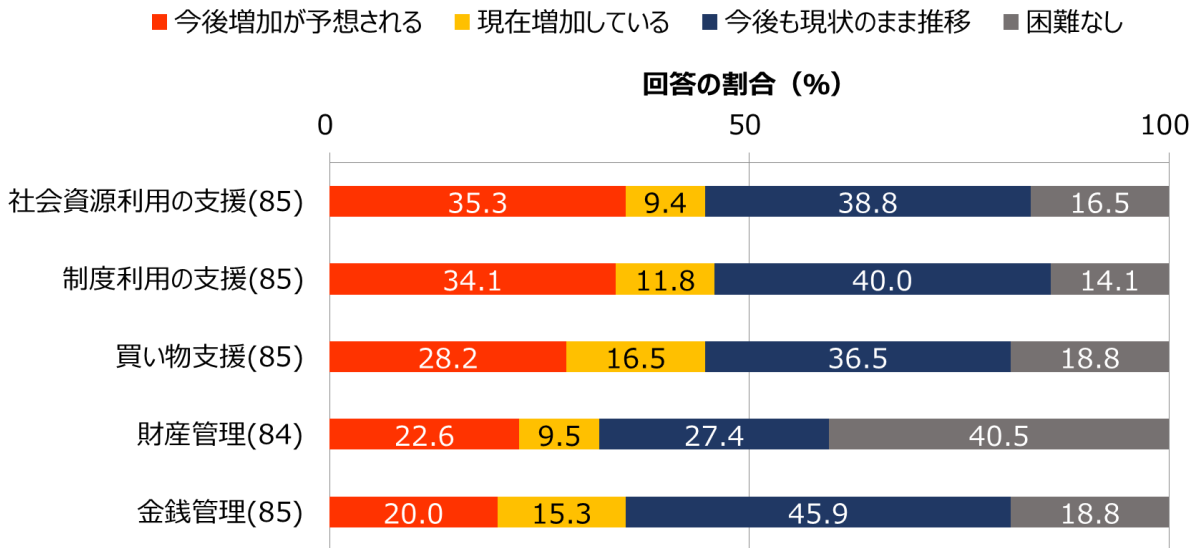


図 29 は生活全般における支援の困難さについて問いました。全体としてみると、「今後も現状のまま推移していく」と「今後増加が予想される」という回答が多いことがわかります。この結果から、先の医療における支援の困難さと同様に、買い物の支援や金銭管理などは現在行っている支援であることと、今後利用者が年齢を重ねていく中で、支援の量や質が増加することが想定されていることが読み取れます。そして支援の量や質が増加するということは、その増加分を担えるだけの職員の配置や職員自身の技量も求められます。

先の医療における支援の困難さの中で、高齢化による通院同行の増加について例を出しましたが、支援の量や質が増加するということは、その増加分を担えるだけの職員の配置や職員自身の技量も求められます。それを補うために他のサービスなどを利用することも可能ですが、障害特性などもあり、普段から関係性が築けている GH の職員でないと対応が困難なケースも多々あり、外部サービスを単純に導入することが出来ず、支援の量を減らす事も難しい現況もあります。

また、精神科には基本的に一生通院が必要となり、いつまでその通院を自力で行えるかが問題として浮上してくるのが、精神障害のある人が高齢化することの課題の特徴でもあります。

そうした状況の中で、一人の利用者への支援に多くの時間を要すると、他の利用者まで支援が行き届かなくなり、利用者全体として高齢化が進む中で、日中支援の必要性が増加し、現在の人員配置基準や職員の技量では補いきれない部分が出てくることが予想されます。

#### 4. 終末期・看取り

図 30 終末期における支援の困難さ

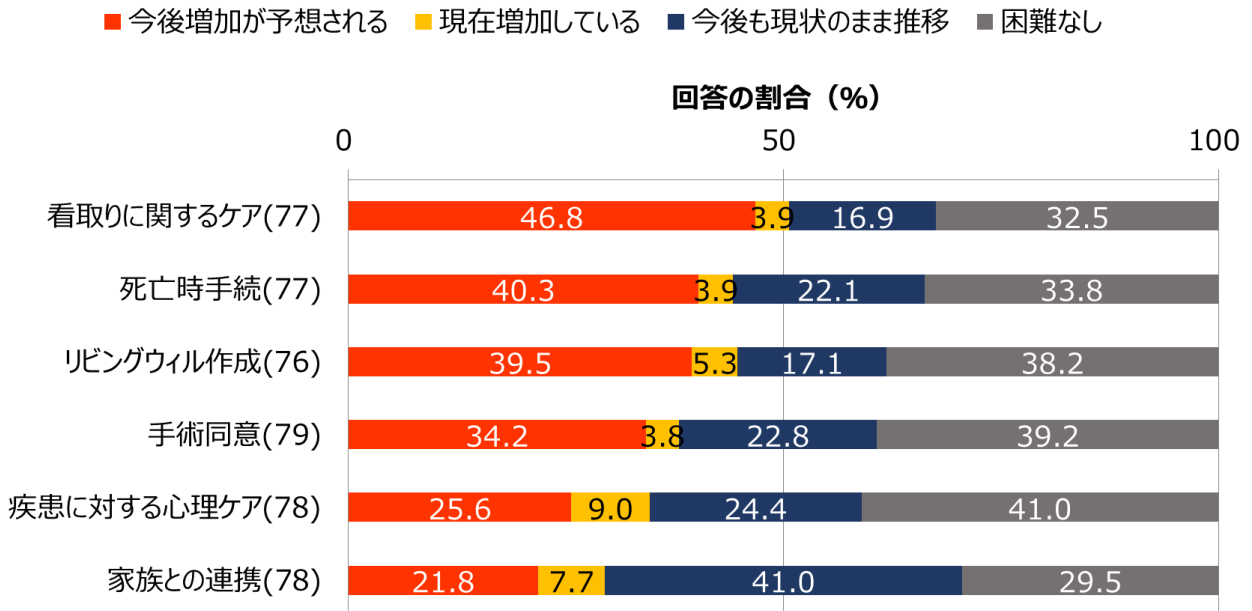


図 30 は終末期に関する支援の困難さを表した図です。

「困難がない」という回答に関しては、全体票でも示されたようにそもそも終末期を担う事が想定されていない GH が一定数存在していることが影響していると考えられます。一方で、「今後増加が予想される」という回答からは、終末期のケアを行ったことが無い不安や常時介護が必要になった場合の困難さの度合いの強さなどが影響していると考えます。

現在 GH では看取りに関する加算や制度的な裏付けは無く、終末期への支援を行おうとすれば、GH がすべてを負担せざるを得なくなっています。今回調査の利用者平均年齢を加味すると、早急な対応が必要な課題である事が分かります。そして、終末期の支援とひとくくりにしてはいますが、そこには看取りまでのケアに加え、死亡した際の手続きの方法や、自身の最期について考えるためリビングウィルの作成を行うなど、看取りに付随する様々な課題があります。

例えば、医療行為の同意や身元引受人の問題があり、家族と疎遠になっている利用者が多く、また医療行為の同意については、法定後見人であっても担うことができないため、緊急の事態が起こった時などに対応が困難になるといった問題があります。そのため、身元引受人などを事前に明確にしたり、担う人がいない場合の制度的な措置などを整えておくことが、終末期に支援に重要であると考えられます。

## 調査結果から見た考察



本調査の結果をまとめると、以下のことが考察されます。

### 1. 高齢化と早期の“老い”について

今回の調査結果では、利用者の平均年齢は 51.2 歳となっていました。これは、当会が 2013 年に行った前回調査の利用者の平均年齢(40.2 歳)と比較をすると、4 年で 10 歳近く利用者の平均年齢が上がっていることが分かります(表 1、2)。

また、精神障害の事業所に絞ると、利用者の平均年齢が 57.4 歳となっており、年代別に見ると、最も多いのが 60 代(33.1%)となっていました(表 4)。当会が 2013 年に行った調査では、最も多いのが 40 代(27.0%)となっており、利用者の年齢から、利用者が高齢化している現状が見て取れます(表 4、5)。

加えて、精神障害の事業所の 96%が「高齢化の問題が増加している」と回答しており、現場レベルでも高齢化の問題が増加しているという実感が伴っていることが分かります(図 5)。

さらに、特に 50 代以上になると、身体疾患の罹患率(1 つ及び 2 つ以上)が高くなり、加えて認知機能、生活機能の低下も見られました(表 6)。個別票では老研式活動能力指標を用いて、精神障害のある人の活動能力を見ましたが、精神障害のある人の点数は、全国サンプルの点数を大きく下回っており、活動能力が明らかに低いことが分かりました(図 23)。また、精神障害のある人の残存歯の割合も、一般の人と比べてかなり低いことから、精神障害のある人の ADL や身体健康は一般の人と比べてかなり低いと考えられます(図 25)。これらを踏まえると、これまで現場の感覚としてあった、精神障害のある人の「早期の“老い”」ということも、今回の調査結果から裏付けられたと考えます。

### 2. 高齢化に伴う日中支援の増加について

利用者的高齢化に伴い、精神障害の事業所のうち、92%が日中支援の必要性を感じていました(図 7)。グループホーム(以下、GH と記載します)の制度上では、日中の通所が前提とされ、早朝や夕方、夜間の支援が想定をされていましたが、利用者的高齢化により、日中支援がその中心とならざるを得なくなっている現状が読み取れます。また、日中支援の必要性を感じている事業所ほど、日中支援を実施している項目が多い一方で、それに対する加算である日中支援加算(Ⅰ)の算定はかなり低い割合にとどまっている現状も伺えます(図 12)。

そのため、既存の GH の制度設計では、日中支援が中心となる高齢で精神障害のある人を支えていくための基盤(本体報酬・加算、施設の改修に対する補助など)が脆弱であり、GH の運営法人が制度内ではカバーしきれない部分についても支援等を行っている現状が浮き彫りとなりました。

加えて、利用者的高齢化により、身体疾患が重症化することも想定され、これまでは精神障害の GH で支援を行うと想定されていなかった介護の支援も行うことが想定されます(図 27)。

以上を踏まえ、人員配置基準の改変(日中支援に従事する職員の加配)や、それに伴う本体報酬・日中支援加算などの充実、また、高齢化に対応するための施設整備にかかる資金面の補助などが必要だと言えます。

### 3. 介護保険への移行について

利用者が高齢化する中で、利用が想定されるのが介護保険ですが、利用者の中で要介護認定を受けている

割合は 7.4%と、かなり低い割合にとどまっており、障害福祉サービスから介護保険への移行がスムーズになされていない現状が伺えました(図 14)。その背景には、介護保険への移行に際して、経済的な負担を本人が担えないことや、障害支援区分と要介護認定との間に差異(要介護認定の方が低くなる)が生じている状況がありました。また、受け入れ側(介護保険サービス側)の障害に対する理解不足などにより、障害のある人を受け入れられない傾向が存在していることに加え、GH の側にも介護保険に対する理解不足があることも伺えました(図 15~18)。

以上を踏まえ、利用者が高齢化している中で、障害福祉サービスと介護保険のサービスをより柔軟に活用していくために、利用者本人の経済的負担を減らしたり、障害支援区分と要介護認定の差異を低減すると同時に、障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所がお互いのサービスなどについて理解を深めていくとともに、今回の報酬改定で提示された共生型サービスの今後の動向についても、注視し、検討を行っていく必要があると考えられます。

#### 4. 看取りや常時介護が必要となった場合について

利用者が高齢化する中で、考慮すべき課題として、身体疾患等が重症化し、常時介護が必要となった利用者の方が出た場合に、GH としてどのような対応が可能かという問題が浮上してきます。今回の調査においても、常時介護が必要になったケースが現在/今までにあった GH は 28.6%におよび、介護保険への移行が難しい現状がある中で、GH のみで対応を行うにあたっては、どこまでその人を支えていくことが出来るのかという点が課題となっています。

この課題は看取りの問題にもつながっており、現状では GH の制度上に看取りに関するケアが位置づけられていない中で、今回の調査で明らかとなった利用者の平均年齢などを加味すると、看取りの問題を考えることは必須であると考えます。

加えて、看取りに関するケアということでひとくくりにはされやすいですが、その中には、看取りまでのケアに加え、死亡した際の手続きの煩雑さや、どのように自分の最期を考えるのかというリビングウィルの作成や手術同意人、身元引受人の確保という課題(終末期をめぐる課題)も含まれており、それらを総合的に考えていく必要もあると考えられます(図 21、30)。

また、看取りや常時介護の問題には、ハード面の整備という課題も付随していますが、建物の造りにより、バリアフリー化が難しい場合や、介護ベッドが居室に入れられないなどの問題、賃貸契約上、建物をバリアフリー対応に改修することができないといった問題もあります。そうなった場合、ユニバーサルなデザインの建物の新築などの措置を取らざるを得ません。しかしながら、そもそも建物のバリアフリー化などの施設整備に係る財政的補助が非常に手薄いため、GH が持ち出しでそうした施設整備を行わなければならないのが現状です。

以上を踏まえ、看取りの周辺にある問題(例えば、介護的なケアを行う人材の確保、手術同意人や身元引受人などの確保に係る制度的な裏付け、ハード面の整備など)も包含した形での看取り支援に対する報酬化や補助金の充実が必要だと考えます。

## おわりに

「医療と介護」の必要な精神障害のある人が 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるためには、現在、グループホームではどのような支援が必要なのか、障害者総合支援法や介護保険の現行サービスで「何が不足しているのか」を明らかにするのが今回の調査目的です。前回調査で明らかになった「日中の支援」については、利用者の高齢化により更にニーズが高くなり、「看取り」や「介護」についても、居住施設としての制度設計、人員配置をしているグループホームでは、十分な医療・介護が困難で有り、他方「高齢者施設」への受け入れもスムーズではないといった問題にぶつかっています。

「暮らしは地域で」「必要な時だけ医療にかかる」を柱にして、長期入院者の退院を促進し地域での普通の暮らしを実現する場としてグループホームは増えてきました。「住まいと暮らしを支える地域の拠点」としての機能をもったグループホームは、利用者の高齢化により事業管理者や支援者の努力や工夫だけで、「利用者が自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける」支援は困難になってきたと今回の調査で改めて感じ始めています。

さて、平成 30 年度障害福祉サービス等の改定がスタートします。前回調査で提起された「退居支援の報酬化」「地域生活のための訪問型サービス」は「自立生活援助事業」として新設され、利用者の退所後の生活を支える環境づくりの一つの施策として評価できると思います。他方高齢化から派生する課題は、障害の重度化、高齢化への対応として国は「日中サービス支援型共同生活援助」を創設しました。まだ詳細はわかりませんが、補助金等のバックアップの無い中で、小規模なNPO法人が実践できるのかわかりません。また、今回の調査で明らかになった多くの課題に答えられるものかも不明です。今後十分な検討が必要かと思えます。

皆様のご協力のもとに明らかになった「高齢精神障害者の現況と課題」について、皆様と共有し、今回の調査結果をこれからの精神障害者居住福祉を考える資料としてご活用頂ければ幸いです。

### ちば精神障害者の居住福祉を語る会

NPO 法人ほっとハート	品川真佐子	西田元樹
NPO 法人はんどいんはんど東総	永井久美子	和田大史
社会福祉法人サンワーク	三添晴江	山中光子
社会福祉法人のうえい舎	内山澄子	

分析協力  
昭和女子大学准教授 吉田光爾

本調査事務局：NPO 法人はんどいんはんど東総  
〒289-2714 千葉県旭市三川曾根 4829-38  
メールアドレス：handinhandtoso@yahoo.co.jp

平成 30 年 3 月 31 日