

国分寺市障害者基幹相談支援センター事業 (国分寺市委託事業)

令和5年度 国分寺市相談支援スキルアップ研修 支援者向け虐待防止研修

〈いつもと違う〉という変化の気づきが鍵

“幼児から10代のアセスメントが高齢期を幸せにする?!”



研修開催報告書

日時:	令和5年12月7日(金) 午後6時15分~午後8時15分		
会場:	cocobunji プラザリオンホール		
主催:	国分寺市障害者基幹相談支援センター	後援:	国分寺市教育委員会

1. 目的

障害のある方への支援は、そのライフステージに沿って、「獲得」の支援から「維持・減退」の支援へと、支援に対する価値の転換が求められる。支援の価値の転換という視点から、利用者の権利擁護や意思決定支援、幸福度の追求について考えるとともに、身体拘束等の適正化も含めて地域の支援者が学ぶ機会を提供する。

市内の福祉関係者はじめ、教育分野にも周知するほか、法人の虐待防止研修にも活用いただく。

2. 実施方法

- ・会場参加, オンライン参加 (Web 会議ツール Zoom 使用)

3. 講師

- ・木下 大生 氏 (武蔵野大学 人間科学部社会福祉学科 教授)

4. タイムスケジュール

- ・午後6時15分~午後6時20分 開会挨拶 国分寺市障害者基幹相談支援センター長 銀川紀子
 - ・午後6時20分~午後6時50分 講師講演①
 - ・午後6時50分~午後7時00分 休憩
 - ・午後7時00分~午後8時00分 講師講演②
 - ・午後8時00分~午後8時05分 質疑応答
 - ・午後8時05分~午後8時15分 閉会挨拶
- ① 国分寺市障害者地域自立支援協議会 会長 石渡和実 氏
 ② 国分寺市福祉部障害福祉課 課長 宮外智美 氏

5. 参加状況

参加人数: 186名 (オンライン参加114名: 会場参加: 72名)

〈分野別参加実績表〉		内訳
障害福祉分野:	130名	相談支援事業所10名, 共同生活援助事業所27名, 障害児通所事業所42名, 障害者通所事業所42名, 居宅介護事業所4名, 就労支援事業所1名, 障害福祉課4名
高齢福祉分野:	19名	地域包括支援センター4名, ケアマネジャー7名 居宅介護支援事業所5名, 高齢福祉課3名
教育分野, 保育分野:	8名	特別支援学校4名, 大学機関2名 (講師除く), 学童2名
その他:	24名	弁護士2名, 医療関係1名, 社会福祉協議会3名, 民生・児童委員3名地域共生推進課1名, 他の基幹7名, 他7名
合計	181名	

他, 事務局 (基幹) 5名参加

6. 講演内容

I.障害者虐待についての基礎知識 虐待には5つの種類(身体的虐待,性的虐待,心理的虐待,放棄・放置,経済的虐待)があり,障害者虐待防止法では,擁護者,障害者福祉施設従事者等,使用者による障害者虐待が定義されている。やむを得ず身体的拘束を行う場合の3要件(切迫性,非代替性,一時性)を理解し,やむを得ず身体拘束を実施する際は,組織による決定,個別支援計画への記述,本人,家族への十分な説明と同意,実際に行った際には必ず記録を取る。

II.知的障害者の高齢化の状況と認知症の関連 知的障害者の高齢化は,今後,ますます増加傾向にある。知的障害者の入所施設への調査結果から,知的障害者の高齢化に対応するプログラムがないことがわかり,その現状を改善する対応策もないことが把握できた。特に,ダウン症の人の認知症(アルツハイマー型)の発症が早期であることが判明している。特に,知的障害者の40歳超えのてんかん発作は要注意であり,認知症の可能性が高まる。

III.認知症とは? 認知症とは,脳の器質性障害によって生じる,不可逆的な症状で,つねに進行して元に戻らないことが特徴。支援の現場では,本人の状況とその変化を察知しながら,これまでの支援をその都度見直して変えていく必要がある。記憶障害の部分は,「短期記憶障害」から「長期記憶障害」が生じる。「周辺症状」は,環境や周囲の人とのかかわりで起きる症状で,支援者の対応次第で,改善が可能となる。

IV.知的障害者の認知症の特徴 入所施設の知的障害者の認知症の疑い契機は,「言ったことを忘れる,同じ質問を繰り返す」(短期記憶)が上位。ダウン症のある障害者の場合の発見の契機は,全体と顕著に異なり,長期記憶が上位にあがる。「外出・施設内等慣れた道や場所で迷子になる」,「仕事が出来なくなった,使い慣れた道具が使えない」。その要因は解明されていないが,仮説では,ダウン症の障害者の短期記憶障害が発見されにくく,長期記憶障害が進行してから認知症が発見されることにある。

V.早期発見の方法 英国の研究機関では,40歳以上の知的障害者の軽微な変化を見落とさないで欲しい,そして,認知症を疑う場合は,その疑いを最後にして欲しいとアナウンスしている。ベースライン「その人が持つ能力が一番高い時(18歳~25歳)の状態の記録」を設定し「機能の変化を示す根拠を得る」,そして予測的モニタリングを繰り返すことが推奨される。

VI.知的障害者の認知症支援の課題 利用者個人に対する,従来の支援方法で上手く支援が行かないという「支援の壁」に行き当たったら,これまでの支援方法からの転換(獲得支援⇒減退支援),職場全体への新たな支援価値の浸透,他領域(高齢分野)で確立した支援の受け入れなど,無理強いをしない,本人に合わせた支援の構築が急務となる。

VII.われわれができること・すべきこと 支援の壁の克服,組織内での知識・情報(認知症の特徴の理解)の共有,認知症支援のスタンダードを高齡福祉から学ぶ,アセスメントの繰り返しを要めであり,生活歴の情報を緻密に取る,医療との関係,制度的課題克服のためのアクション,そして新しい社会資源の創出へ,制度的課題は声をまとめて国にあげていく。

1. 障害者虐待についての基礎知識

「**障害者虐待防止法**」に先駆け,「**障害者権利条約**」が,2006年12月に国連総会で採択され,日本は2007年9月に,本条約に署名し,2014年1月に批准(条約締結権を持つ国家機関が確認し,これに同意を与えること)した。この批准までの間に,国内法が諸々整備され,「**障害者虐待防止法**」は,2011年に公布されている。

「**障害者虐待の類型**」は,①身体的虐待,②性的虐待,③心理的虐待,④放棄・放置(ネグレクト),⑤経済的虐待の5つ。**身体的虐待**は,殴る,蹴る,叩く,つねる,という障害者の身体に外傷が生じる,若しくはおそれのある暴行を加えるだけでなく,正当な理由なく,障害者の身体を拘束することも留意したい。**性的虐待**は,表層化しにくいことが特徴で,当事者から語られにくい,または隠ぺいされる風土があることも認識する。**心理的虐待**は,著しい暴言や拒絶的な対応のみならず,子ども扱いする,無視する,威圧的な態度をとることも含まれる。当事者がわかりやすいからと,あえて幼児言葉で話しかけるほか,集団生活の構造上の課題ではあるが,日常業務を最優先し,個別対応や意思決定支援等の丁寧な支援が疎かになることも危惧される。**放棄・放置**は,障害者を衰弱させる著しい減食,長時間の放置,養護を著しく怠るのみならず,第三者による虐待を放置することも,虐待に加担していることになる。**経済的虐待**は,年金,賃金をわたさない,本人の同意なしに財産や預貯金を処分・運用しない,日常的に必要な金銭をわたさないことも虐待に含まれるので,以上,虐待の類型はきちんとおさえておきたい。

「**障害者虐待**」の定義は,①擁護者による障害者虐待,②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待,③使用者による障害者虐待,この3点が「**障害者虐待防止法**」で位置付けられている。また,2021年,厚生労働省より「**学校・保育所等・医療機関における障害者に対する虐待防止措置の取組参考例**」が示され,学校の長,保育所等の長,医療機関の管理者に,障害者に対する虐待を防止する措置を講ずることが規定されている。ここも,ウェブサイト上で見ておいてほしい。

障害者の「**社会参加**」については,「**障害者虐待防止法**」の第1条「(前略)障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要(後略)」とあり,ICF[国際生活機能分類/WHO(世界保健機構)2001年]における「**活動**」や「**参加**」のところを確認いただきたい。

虐待の起こる要因・背景

市町村等職員が判断した虐待の発生要因 複数回答

	件数	割合
教育・知識・介護技術等に関する問題	317	59.8%
職員のストレスや感情コントロールの問題	293	55.3%
倫理観や理念の欠如	284	53.6%
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	128	24.2%
虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ	86	16.2%

厚生労働省社会・援護局 障害者保健福祉部 障害福祉課地域推進室（2021年）『令和元年度「障害者虐待の防止、障害者の養育者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果報告書』p.20

身体拘束・行動制限の禁止について

「障害者虐待防止法」第 2 条で規定されている。つまり、正当な理由がない身体拘束は禁止され、裏を返すと、正当な理由があれば身体拘束をして良くなり、ここでも、正当な理由を正確に理解し、例えば、その一つに自傷他害があり、周りを傷つけ、本人も危険な目にあう場合は、手続きを行わないと、職員が良かれと思う支援でも虐待になる。厚労省の事例をあげると、「車いすやベッド等に縛り付ける」、「手指の機能を制限するために、ミトン型の手袋をつける」、「行動を制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる」、「行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服薬させる」、「自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する」などがある。

また、身体的拘束・行動制限は、障害者の尊厳を侵害する行為であり、①身体的問題(利用者にケガをさせる、命に関わる事態となる等)、②精神的な問題(利用者を委縮させる、不安な気持ちにさせる、興奮させる等)、③社会的な問題(利用者の活動や社会参加の機会を制限する、奪う等)などの問題がある。

やむを得ず身体拘束を行う場合の 3 要件とは

①切迫性、②非代替性、③一時性である。切迫性は、「利用者本人、または他の利用者等の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いことが要件となる」、つまり自傷他害の場合で、行動援護の場合の急に道路に利用者が飛び出すことも含まれる。非代替性は、「身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないことが要件となる」、一時性は、「身体拘束その他の行動制限が一時的であることが要件となる」。

必要な手続きを確認する。①組織で決定し、個別支援計画へ記載しておくこと、②本人・家族への十分な説明(了解・同意を得る)をする、③第三者として、行政への相談を事前にし、報告も怠らない、④ここが最も重要で、必要な事項の記録、これは利用者を守るだけでなく、事業所を護る機能もあることを忘れてはならない。⑤身体拘束廃止未実施減算について。

障害者虐待の通報について、「障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した者は、速やかに、これを市町村(または都道府県)に通報しなければならない」(「障害者虐待防止法」第 7、16、22 条)。この通報が、虐待防止になることは周知のことで、ただし危惧することは、通報した職員が、職場にいる居心地が悪くなり、退職に追い込まれる事態は避けたい。事業所の風通しを良くする風土をぜひ作っていただきたい。

通報はすべての人を救う、虐待を隠してしまうと、その後エスカレートして利用者に被害を与えてしまうだけでなく、虐待を行った職員は、刑事責任を問われ、施設や法人は道義的責任を追及され、行政処分を受け、賠償責任が生じることになります。この通報は、結果、すべての人を救うのだということを確認しておきます。虐待の現場を見て見ぬふりも虐待であり、ぜひチームで取り組んで、膿を出すことも厭わなくていただきたい。

計画に記載する内容例

- ①外出中に通行人等に危害行為をしそうになった時は、他者を傷つけてしまい、また本人も罪を犯すことに繋がってしまう可能性が高いので(切迫性)。
- ②声かけ、前に回り込んで両手を広げて「してはいけない」というサインを出して止めることを試みる等を行っても止めることができない場合は、身体を拘束して行動を抑制する他ないが、手をつなぐ、腕を持つ等必要最小限の方法をとり(非代替性)。
- ③安全な場所に移動できたら、本人の状態を確認(再度人に危害行為を加えようとしないうち)だけではなく、腕を持たれたことによる体調変化が無いか等し、腕を話す等、必要とされる最も短い時間での拘束に留める(一時性)。
- ④また本人が理解しやすい方法で、人に危害を加えてはいけないことを伝え、身体拘束自体をなくすように努めていく(目標とする解消の時期を記載)

II. 知的障害者の高齢化の状況と認知症の関連

[導入] 2009 年に、当該テーマの研究に着手した。当時、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園(群馬県高崎市)の研究者として勤務していた。介護の現場から、知的障害者が認知症であるのではと報告を受けるなかで、国内の先行研究は皆無で、一方、海外には多くの先行研究があった。少しずつではあるが、本研究も周知がされてきて感慨深い。

日本知的障害者福祉協会のデータを用いて、施設入所の 60 歳以上の知的障害者の割合の推移は、1980 年代は 1.7%、2020 年には、約 3 割を占めている。現状、40 歳代、50 歳代の割合が多く、10 年後、施設入所者の高齢化は加速する。また、同協会のデータより、2013 年で調査がストップしたが、当時、「高齢化や老化が問題となっている」と回答した施設が 8 割を超え、「高齢化・老化に特化したプログラムがない」と回答した施設は 5 割を超えていた。この数値から読み解けることは、施設

側は、入所者の高齢化に対応できる対策は何も持っていないと捉えることができる。

[知的障害のある人の老化が早い?!] 1980年代～1990年代にかけてアメリカの精神遅滞協会では、医学的研究というより介護現場において、知的障害者の老化が早いと言われていた。特に、ダウン症の方々の老化が顕著であり、知的障害者の老化の下限を55歳と設定するという共通の認識がある。アメリカのビックデータによると、知的障害者の寿命が延長しており、軽度で74歳、中度67.6歳、重度で58.6歳となっている。残念ながら、国内にビックデータがない。

[高齢化・老化問題で苦慮している事項] 日本知的障害者福祉協会のデータによれば、「日常生活行動における援助・介助」が圧倒的に困っている事であり、(ADL(身体機能)、認知機能の低下=認知症)が要因だという仮説を立てられる。次に「保健・医療ケア」、「建物・設備」と困り事が続く。知的障害者の認知症研究が先行しているアメリカ・イギリスの研究から疫学的に以下の事項が証明される。日本の健常者のデータでは、65歳以上の認知症の割合は15%程度、一方、アメリカの研究から、ダウン症の50歳代の40%、60歳代の70%が認知症であり、非ダウン症の知的障害者は、健常者よりも早く認知症になるという見解と、変わらないという見解の両方が存在している。

[ダウン症の人はアルツハイマー型]

仮説だが、脳内で生成されるたんぱく質の一種「アミロイドβ(ベータ)」は、アルツハイマー型認知症の発症に大きく関わっているとされる。これが脳内に蓄積して、器質性障害が発生する。

そして、その「アミロイドβ」が生成される場所が、21番目の染色体で、つまり、ダウン症は、この21番目の染色体が1本多いため、より多くの「アミロイドβ」が発生するとされる。

非ダウン症の人は、40歳過ぎてから「アミロイドβ」が確認される、一方、ダウン症の方は、12歳程で脳内に「アミロイドβ」確認されたという研究発表もある。

よって、施設のアンケートに戻り、障害のある方の高齢化に苦慮している大部分がこの認知症ケアにあると予測できる。

さらに、海外の先行研究から、知的障害者の認知症について、その発見および確定診断が困難であることが指摘されている。脳画像が予め撮影されていなく、直近の状態と比較ができないこともあり、認知症判別尺度が多数作成されている。また、ダウン症の方で、40歳以降に初発のてんかん発作があった場合は、認知症の可能性がより高いと言われている。

Ⅲ.認知症とは？

認知症の特徴とは、脳の器質性障害によって生じる、不可逆的な症状である。つねに進行して、元に戻らないために、支援の現場では、本人の状況とその変化を察知しながら、これまでの支援をその都度見直して変えていく必要がある。さらに、記憶障害は、“短期記憶”から悪くなる。“短期記憶”とは、食事をしたこと、直前の会話の内容を忘れる、新しいことを学習しにくい、会った人を思い出せないなど直前の記憶で、一方、“長期記憶”とは、使い慣れた道具の使い方を忘れる、例えばハサミの使い方や語彙の減少、人物に対する見当識の低下(後退)等である。私の調査のヒアリングでは、支援員が、利用者がこれまで出来ていたことが突然に出来なくなり、さぼっていると叱責した、後程、振り返ると不適切な支援をしたと述べられ、また、施設から自宅に車で帰省していたが、突然に帰れなくなった、見知った職員の名前と顔が一致しないことがあると聞く。

中核症状は、脳の萎縮等の器質性により、認知症で必ず発生する症状で、記名・判断能力・問題解決能力・実行機能・見当識の諸々の障害が出る、一方、周辺症状は、睡眠・妄想・幻覚・せん妄・不安・抑うつ・暴言暴力・徘徊・弄便・不潔行為・介護抵抗・異食・多動等の症状である。後者は、環境や周囲の人とのかかわりで生じることで、まさに、支援者の対応次第で、軽減する症状である。そのために、きちんとしたアセスメントと対応策が求められるのである。

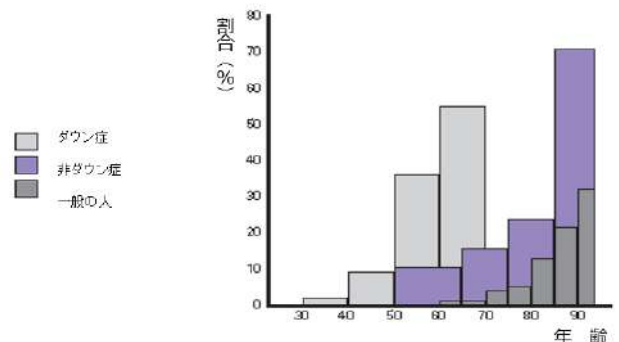
Ⅳ.知的障害者(ダウン症)の認知症の特徴

入所施設の方の発見(疑いの)契機は、「言ったことを忘れる、同じ質問を繰り返す」(短期記憶)が上位で、次に「無気力・意欲がなくなった・表情がなくなった」が続く。さらに、ダウン症のある方の場合、発見(疑いの)契機は、ダウン症がない知的障害の人と顕著に異なり、長期記憶が上位にあがる。「外出・施設内等慣れた道や場所で迷子になる」、「仕事が出来なくなった、使い慣れた道具が使えない」。その要因はまだ解明されていない。仮説だが、ダウン症の方は、もともと周りの状況を読み取り、短期記憶を自ら粉飾していて、わからないことも、わかると反応して周囲に合わせ、長期記憶がかなり悪化してから発見されるのかもしれない。

これは、海外の疫学調査では解明されておらず、日本国内の入所施設での調査の賜物とも言える。逆に言えば、海外は地域移行が進み、地域のどこに障害のある人が暮らしているかわからず、まとまったケースの支援調査が出来ないと聞く。ある意味、日本のこの細かな支援調査が施設単位で出来るという環境は、とても不名誉な事である。

一般に「アルツハイマー型」認知症は、その進行が緩やかであることは知られている。寝たきりになり、発語もなく、意思表示がなくなるまで長期にわたることもある。支援者のエピソードとして多いのが、「ダウン症の認知症の進行が極めて速い」、「発

認知症罹患年齢の比較
(ダウン症のある人・非ダウン症の人・一般の人)

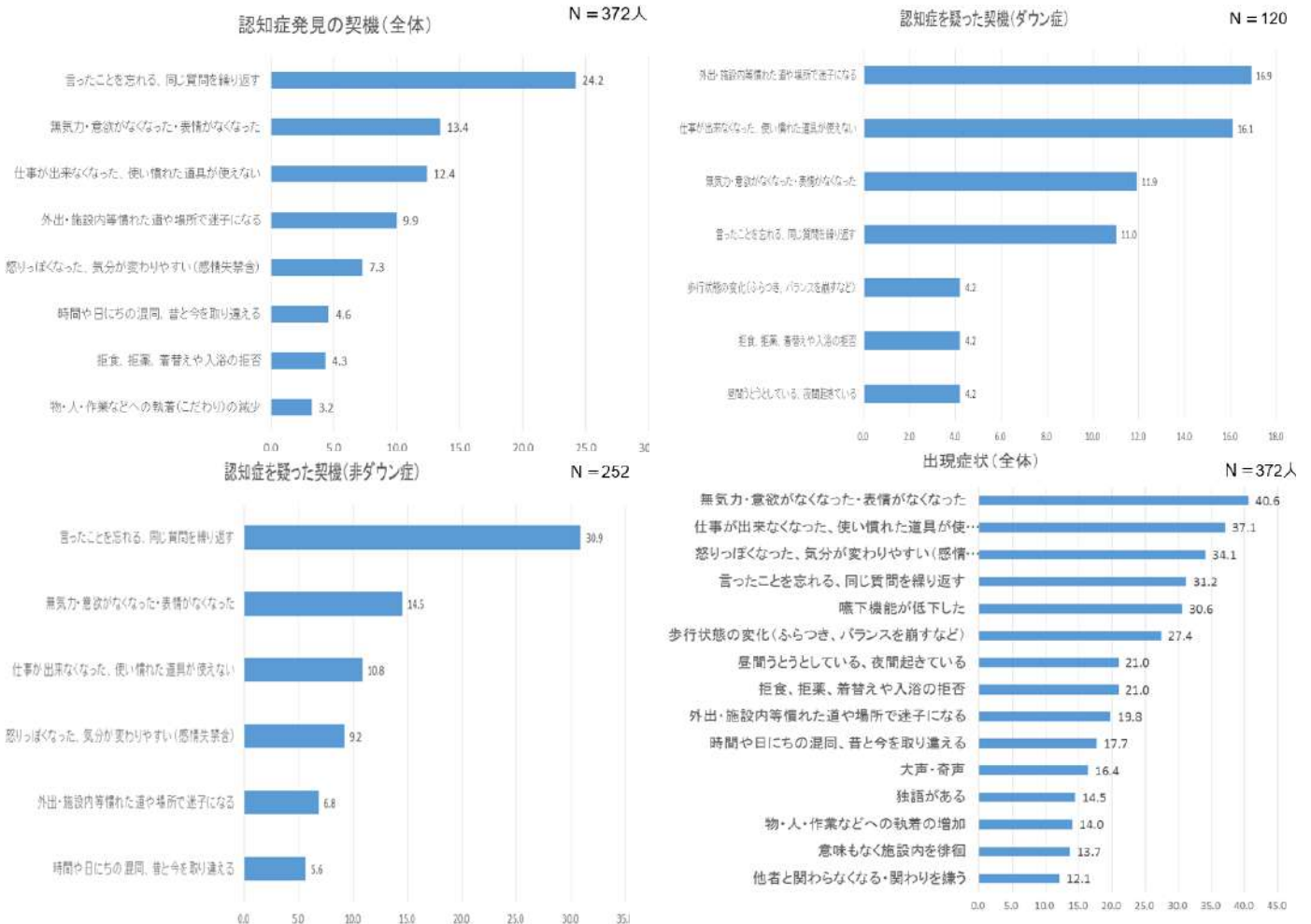


ダウン症、知的障害者及び一般の人における認知症有病率
出典：Dementia and People with Learning Disabilities, 2009を和訳

見られて半年くらいで寝たきりになる」というものだった。仮説だが、長期記憶が悪くなる状況で気づかれるのは、認知症初期の短期記憶が悪くなった状況に周囲が気づかなかつた、ということがあるのではないかと。

もし当事者の家族が参加されているなら不快な思いをする可能性もあり、先に断っておくが、事業所のリスクマネジメントとして、家族とダウン症の認知症状について、個別の支援報告ではなく、一般論としての傾向、発見の契機やその後の支援の転換について、情報共有を推奨したい。

海外の先行研究を調べると、知的障害者の認知症の早期発見が医師でも難しいということで、発見のためのツールが150程作られていたが、その当時、日本ではそのツールがゼロだった。当時、焦りを覚えたことを記憶している。



V. 早期発見の方法

<認知症の初期症状を疑う具体的症状>

「頑固になったり、ひきこもったりするなどの性格の変化」、「交通安全が守れなくなる、公共交通機関が利用できなくなる」、「日常生活でできていたことができなくなる」、「歩行や体のバランスの変化」、「混乱することが増える」、「階段や段差の上り下りが困難になる」、「以前にはなかった悲しみ、恐怖、攻撃性が続く」、「40歳以上のてんかん発作」など。

<変化に敏感であること⇒即座に認知症に結びつけない!>

英国の研究機関が推奨しているのだが、40歳以上の利用者の軽微な変化を見落とさないで欲しい、そして、認知症を疑う場合は、その疑いを最後にして欲しいと言っている。順番はともかく、先に改善が見込まれる「身体面の問題」、「感覚面の問題(聴覚・視覚)」、「メンタルヘルスの問題」、「虐待」、「ライフイベントの影響(死別・恋愛)」、「劣悪な環境による影響」を確認すること。これらは、2ヶ以上の併存の可能性もある。

<知的障害者の認知症の発見…ベースラインの設定(予防の観点から)>

ベースラインの設定は、本日の研修で一番強調したいところで、「その人が持つ能力が一番高い時(18歳~25歳がピーク)の状態を記録する」。既に、30歳を超えた方も、現在の様子を記録しておくことが望ましい。そのことによって、「機能の変化を示す根拠を得る」、「認知症の早期発見が期待できる」ということが意義としてあげられる。とはいえ、米国、英国においても、このベースラインに必要な項目がリストアップされているわけではない。そこで、障害区分認定調査項目から必要項目をピックアップして記録を取り、個人の自立度、支援の度合い、作業ペース(1分間の作業効率)等を保管しておくことが推奨される。

<予測的モニタリング>

そのベースラインを基準に、認知症に焦点化すれば、認知症の初期症状のチェックができる。40歳以降の定期的なアセスメント(ベースラインの査定)を繰り返すことが有効とされる。

知的障害者用認知症判断尺度の活用

<https://researchmap.jp/daisei/works/42875983>

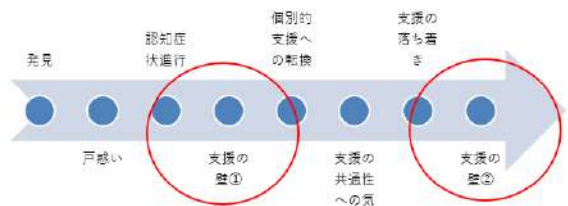
日本語版は, Shoumitro Deb 教授の承諾を得, 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園で翻訳し実用化の手続きを行ったものです。
 ※DSQIIDは臨床, 調査, 教育の目的で使用する場合に無料で使用することができます。
 構成 計56問(第1部3問, 第2部43問, 第3部10問) / 2012年日本語版完成(2007年英国 Shoumitro Deb 教授作成)

VI. 知的障害者の認知症支援の課題

ここからは, 支援の課題を説明する。6年前に障害者の認知入所施設における認知症者の支援の実際とプロセス及び課題に積極的に取り組む施設(6施設)に協力いただき, その支援の課題, 取組の共通項を表したものである。

支援の壁①⇒個別的支援

- ・これまでの支援方法からの転換(獲得支援⇒減退支援)
- ・職場全体への新たな支援価値の浸透
- ・他領域(高齢分野)で確立した支援の受け入れ
- 支援の共通性(権利擁護, 幸せの追求)
- 叱責, 無理強いをしない支援, 本人に合わせた支援



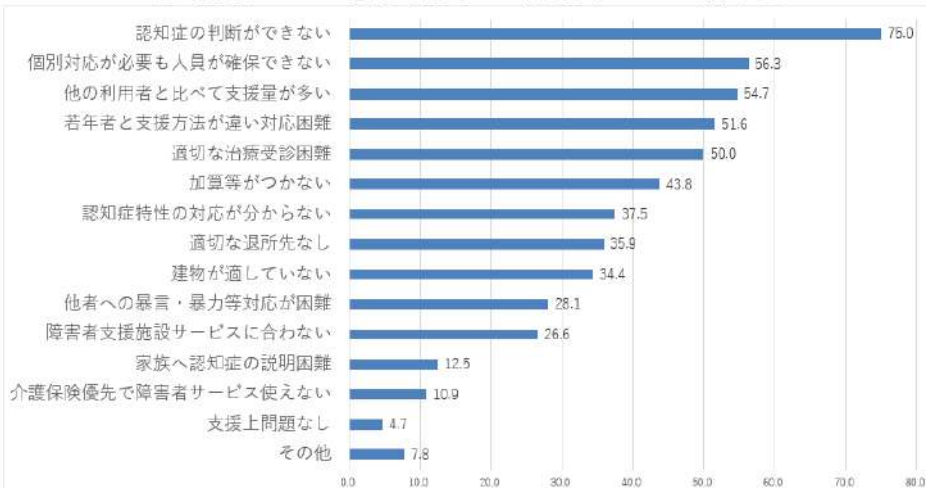
VII. われわれができること

我々ができること・すべきこと

- 1) 支援の壁①の克服
- 2) 認知症の特徴の理解と共有
- 3) 認知症支援のスタンダードを学ぶ
⇒ 高齢福祉分野での実践を学ぶ
アセスメントの繰り返しを要めである
生活歴の情報を緻密に取ること
- 4) 医療との関係
- 5) 制度的課題克服のためのアクション
支援の壁②の克服
⇒ 新しい社会資源の創出へ
「実践」と「理論」は車輪の両輪!

支援の壁②支援と制度上の課題

N = 84人



1) 支援の壁①の克服

知的障害者施設の支援「集団行動が原則」の「獲得の支援」⇒「本人を中心」の「残存能力着目の支援」へ

2) 認知症の特徴の理解と共有

認知症症状(中核症状・周辺症状)は故人の責任ではない⇒さぼっている, 甘えている, わがままだ, という認識は横に置く
 周辺症状は人・環境から引き起こされる⇒何が原因になっているのかを探求するプロ意識

<本人と診断を共有する>

- ① その人の過去・現在・未来についての, 現時点での理解を確認する, ②その日に必要な情報を決め, 適切な情報提供のあり方を整える, ③本人の理解度に応じた情報を, ひとつずつ提供する, ④定期的に理解度を確認し, この手順を繰り返す

3) 認知症支援のスタンダードを学ぶ

- ① 生活歴の把握を丁寧に, ②環境の変化を最小限に, ③本人の生活ペースに周囲が合わせる, ④なぜ? どうして? という視点

<生活歴の記録の重要性> 認知症⇒最後は長期記憶のみ残る, 適切なケアを提供するための生活歴 本人はどの世界で生きているか, 本人の“強み”に着目, 何ができるか, 何ができていたか, 各入所者の生活歴はどのくらい記録されていますか? 今からどのように収集しますか? ⇒例えば, 幼少期からの写真をコラージュする, など工夫が必要である。

- ② 環境のへ変化を最小限に

・住環境の変化は最小限に, ・なじみの家具, 道具を身の回りに置く, ・移動が必要な場合は, 生活動線を変えないような工夫

③ 本人の生活ペースに周囲が合わせる

- ・入所施設⇒集団行動・集団支援 ・本人のペースにどれだけ合せられるかがカギ ・施設のルーティンに当てはめない支援
- <本人との人間関係>
- 「認知症は病気のひとつです」、「忘れっぽくなります」、「集中力が低下することがあります」、
- 「いつもと態度が異なることがあります」、「わざとやっているわけではありません」

④ なぜ? どうして? という視点

- ・認知症の周辺症状をやめさせる? ⇒支援者の立ち場, 支援者の都合
- ・なぜそのような行動をしているのか? ⇒人間関係, 嗜好, 生活歴等から考えてみる
- <アセスメント・プランニング>
- ・他領域専門家によるアセスメント, ・本人への直接的なアセスメント + 情報提供者による質問紙/アセスメント
- ・認知症と併存する他疾患等のアセスメント, ・アセスメントの実施場所にも配慮
- ・再アセスメント実施と方法の決定, ・現状を維持するための計画
- <ユマニチュード> フランス語で「人間らしくある」
- BPSD ⇒不安感と結びつきが強い ⇒周囲からの働きかけで改善ができる場合がある。
- 4つの柱, 見る, 話す, 触れる, 立つ

4) 医療との関係(医師にかかる場合に必要情報)

- 「主訴(症状)」、「既往歴」(服薬), 「家族既往歴」, 「生活歴」, 「生活状況」, 「基礎疾患」, 「利き手」,
- 「てんかん発作の有無」, 「注意事項」(客観的, 具体的な情報で状況を伝える), 「持参物」(お薬手帳, 健康診断データなど)
- ⇒認知症の診断がいたら

5) 制度的課題克服のためのアクション

- ・障害者支援施設の設置基準等 ⇒入所者が“齢を重ねる”ことで生じる新たな状況・課題が想定されていない
- ⇒状況・課題は現場しか知らない, 課題の整理, 改善のための具体的提案
- 専門職としてのプライドとプロの意識,
- 未知の支援を構築しているという自負 知的障害で認知症罹患者の支援は世界的課題 ⇒世界からの“遅れ”を取り戻す

[まとめ]

- ・ベースラインの記録, ・ダウン症のある人は行動変化, 非ダウン症の人は認知機能変化が発見のポイント
- ・変化を拙速に認知症と判断しない, ・獲得から維持への支援, ・高齢者領域の支援から学ぶ, ・組織内での知識・情報の共有
- ・制度的課題は声をまとめて国にあげていく

連絡先 daisei.kino@gmail.com

≪質疑応答≫

Q: 海外の障害者は, どのようなサービスを利用して地域で暮らしているのでしょうか。日本の障害者が地域で暮らすには, どのようなサービスがあると良いのでしょうか。ここから虐待防止, その軽減の手立てがみつかると思いました。

A: 日本では地域移行が進んでいないからこそ, 入所施設内でまとまったデータが取れるわけで, 逆に不名誉なことだと思っています。しかし, 地域移行は進めていき, 本人とご家族, 支援者, 地域の理解を得ていく必要があります。英国スコットランドの研究者, カレン・ウォッチマンが, 知的障害のある人の認知症の分野で実践・研究に取り組んでおり, 渡航しようと準備していた矢先, コロナ禍で頓挫したので, なるべく早く海外の事情についても把握して, 皆さまにお伝えしたいところです。竹内千仙先生とカレン・ウォッチマンの著書(2011年)を翻訳し, 現代人文社から2021年『知的障害者と認知症: 家族のためのガイド』を出版しました。知的障害のある人が認知症とともに充実した生活を送るための具体的な方法について家族向けにまとめたガイド本です。本著の後半で, 国内の状況も紹介したのでご参考まで。また地域でのサービスは, 24時間のサポートが提供されることがベストですが, これについても, どのようなサービスが必要で何が足りていないのか調査する段階にあり, 情報収集すると共に, どのようにサービスを構築するか, さらに国への政策提言も行っていきたいと考えているところです。

7. まとめ

令和5年度の支援者向け虐待防止研修は, 会場参加とオンライン参加(Web会議ツールZoom使用)合わせ, 過去最高の181名の参加申し込みがあった。職員研修の一機会として活用した市内の事業所もあった。

講義の前半「障害者虐待についての基礎知識」では, 「障害者虐待防止法」, 「身体拘束・行動制限の禁止」につ

いてのポイントを押さえた。講師から具体的な事例が示されながら、虐待の種類、虐待の定義、止むを得ず身体拘束を実施する際の3要件、説明と同意、虐待通報の大切さについて、研修に参加した市内の支援者らと共に理解した。同時に、支援者個人の日頃の支援の振返りと、利用者の個人の尊厳、権利擁護の観点について見直すことができた。

さらに、講義の後半では、利用者個々のベースライン(その人が持つ能力が一番高い時の状態を記録)を設定することで、個人に対する適切な支援が可能になることを理解した。そこでの支援のカギは、まさに「これまでの支援方法からの転換(獲得支援⇒減退支援)」であり、そのための職場全体への新たな支援価値の浸透、が必要となること。さらに、認知症ケアの場合は、国内で先行している他領域(高齢分野)で確立した支援の受け入れも必要とされる。支援者の理解が足りないということで、利用者支援が虐待になる恐れがあるということが、本研修のテーマであった。

特に、ベースラインの設定は、個人の児童、青年期の頃からの記録の状況把握が必須となり、障害分野における「児童」、「青年期」、「成人」、「高齢」とすべての年代にわたる切れ目のない支援が求められていることを肌身に感じる事ができた。

今後、個人の変化に対応した丁寧な支援の構築が求められると同時に、地域の各事業所の支援のネットワークの構築が一層求められ、他の高齢福祉分野や医療分野との連携もかかせないことを地域の支援者と共有できた。

◆参考◆

【又村あおいのオンラインサロン】 <https://www.youtube.com/watch?v=EW35dM8uHE8>

ゲスト:木下大生(武蔵野大学 人間科学部 教授)

対談:「高齢知的障がい者の支援の現状・課題・展望」知的障がいのある人が高齢になった際の認知症リスクと支援内容とは

【ハーティサロン】 <https://plushearty-salon.com/>

【ドコモ・プラスハーティ】ハーティサロン運営会社 <http://www.docomo-plushearty.com/>



以上