

厚生労働省

平成30年度障害者総合福祉推進事業

(障害者支援施設のあり方に関する実態調査)

【報告書】

平成31年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

<目次>

0. 事業要旨	1
(1) 調査目的	1
(2) 実施概要	1
(3) アンケート調査実施状況	1
(4) アンケート結果概要	1
(5) 提言	2
1. 調査の目的	4
2. 実施概要	5
(1) 委員会開催状況	5
(2) アンケート調査実施状況	5
(3) ヒアリング調査実施状況	5
3. 論点設定	6
総論1. 施設入所者の削減について	6
総論2. 地域生活支援における障害者支援施設のあり方について	6
各論1. 看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について	6
各論2. 強度行動障害への支援について	6
各論3. その他	7
4. アンケート調査結果	8
(1) 調査の目的	8
(2) 調査の概要	8
(3) 調査結果	8
基本集計	
①事業所について	10
②在所者について	17
③新規入所者について	25
④退所者について	33
⑤障害者の高齢化について	40
⑦看取り・終末期対応について	55
⑧医療的ケアについて	59
⑨強度行動障害等への対応について	73

⑩地域移行の支援・行政や関係機関との連携について	75
⑪地域生活支援拠点等について	86
⑫ハラスメントについて	89
⑬事故・安全管理について	92
設問間クロスによる傾向分析	
⑭看取り実績の有無で見た施設の状況	103
⑮看護職員配置規模で見た施設の状況	111
⑯連携先医療機関の区分で見た施設の状況	113
⑰地域移行の取組み別で見た施設の状況	114
⑱高齢化対応の状況別で見た施設の状況	116
(3) 調査結果からの考察	118
5. ヒアリング結果概要	121
(1) 論点との関係	121
(2) ヒアリング結果概要	125
①NPO 法人出発のなかまの会	125
②グループホームみらい	127
③大阪府立砂川厚生福祉センター	129
④信楽青年寮	132
⑤グループホームレジデンスなさはら	135
⑥障害者支援施設難病ホスピス太白ありのまま舎	137
6. 論点の方向性	141
(1) 総論	141
①施設入所者の削減について	141
②地域生活支援における障害者支援施設のあり方について	142
(2) 各論	143
①看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について	143
②強度行動障害への支援について	144
③その他	145
資料編	147
1. 委員名簿	148
2. 調査票	149
3. 論点ごとの主な意見	183
4. 本報告書の公表方法	209

0. 事業要旨

(1) 調査目的

障害者支援施設については、入所により障害者の生活を支援する施設としての役割に加え、入所者の地域移行を支援することが求められている。一方で、地域において障害者等が安心して過ごすことのできる生活の場や支援体制が十分に整っていない場合も多く、障害者支援施設においても、その強みやノウハウを活かし、障害者等の地域生活を支える機能を担う必要性が高まっている。

また、障害者支援施設においては、入所者の高齢化や重度化が進んでおり、医療との連携や看取り等への対応が求められる。また身体、知的、精神の障害に限らない、多種多様(強度行動、発達、視聴覚等)な特性にどう対応するかなど、多くの課題を有している。

入所等から地域生活への移行、地域生活の継続の支援、就労支援といった課題に対応したサービス提供体制を整え、障害者等の生活を地域全体で支えるシステムの実現を目指すために、障害者支援施設および入所者の実態を把握することを通じて、地域移行の推進に向けた課題や施設が果たすべき役割について検討し、今後の障害者支援施設のあり方等について提言することを目的とする。

(2) 実施概要

○アンケート調査

障害者支援施設におけるサービス等提供の実態について、委員会にて調査票の設計について検討し、結果について集計・分析・検証を行い関係者間で議論を行った。

○ヒアリング調査

アンケートのみでは把握しきれない実態を確認し、また施設の役割について委員会での議論の参考とするため、ヒアリング調査を6箇所を実施した。

○委員会

アンケート調査およびヒアリング調査の結果をもとに、委員会を計5回開催し、障害者支援施設のあり方について議論を行った。

(3) アンケート調査実施状況

調査期間	平成30年12月～平成31年1月
調査対象	全国の障害者支援施設(施設入所支援サービス提供施設)全数
調査方法	郵送留置郵送回収法
回収状況	調査票送付数2,462件、有効回答数1,681件(有効回答率68.3%)

(4) アンケート結果概要

○在所期間別の割合について、全体では、「5年未満」が18.6%、「5～10年未満」が15.1%、「10～15年未満」と「15～20年未満」が13.7%、「20～25年未満」が11.3%等となっており、比較的分散している。在所期間が30年以上という人も2割弱となっている。

○主な入所理由別の新規入所者数人数割合について、全体では「家庭での支援が困難であるため」が68.1%となっている。

○各施設における1年間の退所者の有無について、全体では、「あり」が80.7%、「なし」が19.3%となっている。

○施設において、高齢化に伴う症状が顕著な人の有無を聞いたところ、全体では、「いる(いた)」が88.8%となっている。

○高齢化による支援上の課題の状況を聞いたところ、全体では、「重要な課題になっている」が53.5%、「やや課題になっている」が30.6%となっており、大部分の施設で高齢化が支援上の課題となっている。

○施設における看取り・終末期対応の体制整備状況について、全体では、「予定はなく整備していない」が

- 施設における医療的ケアの実施状況について、全体では、「実施している」が 58.6%、「実施していない」が 41.3%となっている。
- 医療的ケアを実施している施設に、看護職員配置に関し、夜勤体制を聞いたところ、全体では、「オンコールで対応する」が 43.5%、「特に対応していない」が 25.9%等となっている。「必ず夜勤の看護職員がいる」は 5.0%、「必ず宿直の看護職員がいる」は 0.4%となっている。
- 強度行動障害への支援手順の取り決めについて、全体では、「支援手順が決まっており、共有できている」が 44.9%、「支援手順は特に決まっていない」が 34.8%、「支援手順が決まっているが、共有できていない」が 16.2%となっている。
- 施設における1年間の地域移行者数について、全体での人数の内訳は、「0人」が 78.9%、「1人」が 11.5%、「2人」が 3.7%等となっている。
- 地域移行に取り組んでいない施設に、その理由を聞いたところ、全体では、「地域での居住の場(グループホーム等)が少ない」が 41.8%となっている一方、「入所者にとって施設の支援が一番適切であるため、地域移行は不要」という回答も 37.4%となっている。
- 地域生活支援拠点等に位置付けられている施設に、担っている役割を聞いたところ、全体では、「緊急時の受け入れ・対応」が 87.5%、「相談」が 46.4%、「体験の機会・場」が 41.7%等となっている。
- 職員へのハラスメントに関して相談を受け付ける体制の有無について、全体では、「ある」が 71.4%、「ない」が 27.8%となっている。
- 相談を受け付ける体制がある施設に、実際の相談の状況を聞いたところ、全体では、「相談を受けたことはない」が 75.5%となっている。相談を受けた内容については、「パワハラ」が 14.7%、「セクハラ」が 10.4%等となっている。
- 1年間(平成 29 年度)の死亡事故件数について、全体では、「0件」が 94.3%とほとんどを占め、「1件」が 4.0%、「2件以上」が 0.7%となっている。
- 1年間(平成 29 年度)の介護事故報告件数について、全体では、「0件」が 38.4%、「1件」が 16.1%、「3～5件」が 16.0%、「2件」が 11.5%等となっている。

(5) 提言

総論 1. 施設入所者の削減について

- 入所者の個々の状況や希望に応じた丁寧な地域移行を推進することを基本として、入所施設利用の適正化を図ることが望ましいのではないかと。
- ただし、一律に数値の達成を目標とするのではなく、現在不足している地域の受け皿・基盤の整備を進め、障害の程度に関わりなく地域移行が可能となる地域支援体制の構築を目指すべきではないかと。
- 加えて、地域ごとに真に施設入所による支援が必要な場合を検討し、必要とされる方に対しては、適切なサービスの提供や入所施設における生活の質の向上に取り組むことが重要ではないかと。
- 第 6 期障害福祉計画においては、一律に削減率を定めるのではなく、入所者の個々の状況に応じた意思決定支援、地域の受け皿・基盤の整備、また、真に施設入所支援が必要な場合の検討等を市町村、関係者で協議する場を設け、その検討結果や第 5 期障害福祉計画の達成状況(実績)等を勘案し、地域毎に定めることとしてはどうか。

総論 2. 地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

- 障害者支援施設が、自立支援協議会等を中心に構成されている既存の地域生活支援拠点に積極的に関与し、地域と施設との関係を作ることにより、施設の強みを活かせる体制を構築することが重要ではないかと。
- 地域生活支援体制における重要な役割を担うことを認識したうえで、具体的には、①緊急時の受け入れ・対応、②障害特性を理解した専門的人材の育成、③地域資源等との連携等の機能を果たすことが求められているのではないかと。

各論 1. 看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

- 看取り・終末期を含む医療的ケアの状況の際には、障害者支援施設内での体制強化のみでは対応が難しいため、地域の医療機関等との連携によって適切な対応を取れる体制づくりを目指すことが重要ではないか。
- 地域との連携による適切な医療的ケアなどの実施を推進するために、地域との連携のあり方などのソフト面や、施設のバリアフリー化や個室化などのハード面における対応方針をまとめたマニュアルの整備を進めてはどうか。

各論 2. 強度行動障害への支援について

- 障害者支援施設における支援の質を高めるために、適切な支援方法に関する理解を深め、強度行動障害の支援に求められる専門性について明らかにするとともに、実践研修を含めた研修機会を増やし、全体のスキルアップを図る必要があるのではないか。
- 地域移行に向けては、地域としての支援力を高める方策として、入所施設と地域の関係機関とが連携・協働を深め、1人1人の特性に応じた適切な支援策を検討するプロセスが重要ではないか。

各論 3. その他

▼重度重複への対応

- 重度重複障害が起きている実態を把握し、それに伴う介護ニーズや医療ニーズの課題を整理する必要があるのではないか。
- 施設入所者の重複障害については、加齢化や重度化に伴う障害特性に対しての支援方法に関する研修機会を充実させることが重要ではないか。

▼加齢化・重度化への対応

- 生活におけるアクティビティを高めることによって、加齢化や重度化に伴う機能の低下をいかに予防するかが重要ではないか。
- 加齢化・重度化に伴う介護予防に対しては、関連する多様な専門職との連携が重要ではないか。
- またソフト面だけでなく、支援を行いやすくするようなハード面の整備も重要である。

▼ハラスメントへの対応

- ハラスメントそのものを防ぐことと合わせて、ハラスメントが生じた際にすぐに相談できるサポート体制が必要ではないか。
- ハラスメントを契機としてその他の事故等につながる可能性もあるため、ハラスメントを職員が我慢するのではなく、周囲に共有・相談することが利用者のためにもなる、という認識を持つことも重要ではないか。

▼自然災害への対応

- 自然災害が発生した際、地域におけるセーフティネットとして、被災した障害者等を受け入れる機能が非常に重要である。また、短期入所、生活介護(通所)、相談支援なども行っている施設であれば、在宅で生活される障害者等の安否確認や、その方々の生活保障は重要な役割ではないか。施設そのものが被災するなど、対応を一施設で行っていくことには限界があり、平時からのネットワークの構築が重要である。災害広域支援ネットワークや災害福祉支援ネットワークに平時より参画し、顔の見える関係の構築と災害発生時の対応について、確認しておく必要があるのではないか。
- 並行して、近隣の法人間連携(災害協定)を密に行うことなども有益である。

1. 調査の目的

自らの意思で自らが望む暮らしを選択し、主体的に生きていくことはすべての人に与えられた共通の権利である。さまざまな「社会的障壁」を除去することにより、自己の持つ能力や生きる力を十分に発揮し、障害者が住み慣れた地域で自らの意思で自ら望む暮らし方を選択し自己実現できるよう支援していくことが求められている。

平成23年に合理的配慮の概念等を盛り込んだ「障害者基本法」の改正、平成24年に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」の制定、次いで平成25年には「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」の制定、そして平成26年には「障害者の権利に関する条約」に批准し、障がいのある人の人権や権利が尊重される共生社会の実現に向け、関係法令の整備が行われてきた。

どんなに重い障害であっても、生活する場を選択できるようにすることがあるべき姿であり、それに向かって、障害者支援施設がどのような役割を担い、どのような機能があるべきかの検討が求められる。

それを前提として、第6期障害福祉計画に係る基本指針において、施設入所者数の削減、地域移行を進めるにあたってのグループホーム、地域生活支援拠点等との関係含め、今後の障害者支援施設のあり方を検討するに際し、まずは実態把握が必要となることを踏まえて、本調査を実施するものである。

障害者支援施設については、入所により障害者の生活を支援する施設としての役割に加え、入所者の地域移行を支援することが求められている。一方で、地域において障害者等が安心して過ごすことのできる生活の場や支援体制が十分に整っていない場合も多く、障害者支援施設においても、その強みやノウハウを活かし、障害者等の地域生活を支える機能を担う必要性が高まっている。

また、障害者支援施設においては、入所者の高齢化や重度化が進んでおり、医療との連携や看取り等への対応が求められる。また身体、知的、精神の障害に限らない、多種多様（強度行動、発達、視聴覚等）な特性にどう対応するかなど、多くの課題を有している。

入所等から地域生活への移行、地域生活の継続の支援、就労支援といった課題に対応したサービス提供体制を整え、障害者等の生活を地域全体で支えるシステムの実現を目指すために、障害者支援施設および入所者の実態を把握することを通じて、地域移行の推進に向けた課題や施設が果たすべき役割について検討し、今後の障害者支援施設のあり方等について提言することを目的とする。

2. 実施概要

(1) 委員会開催状況

- ・第1回委員会：平成30年11月3日（土） 13:00～16:00
- ・第2回委員会：平成30年12月17日（月） 15:00～18:00
- ・第3回委員会：平成31年2月4日（月） 13:00～16:00
- ・第4回委員会：平成31年2月23日（土） 13:00～16:00
- ・第5回委員会：平成31年3月11日（月） 15:00～18:00

(2) アンケート調査実施状況

調査方法

- ・調査期間 : 平成30年12月～平成31年1月
- ・調査対象 : 全国の障害者支援施設（施設入所支援サービス提供施設）全数
- ・調査方法 : 郵送留置郵送回収法
- ・回収状況 : 調査票送付数 2,462 件、有効回答数 1,681 件（有効回答率 68.3%）

(3) ヒアリング調査実施状況

	訪問先	訪問日時
1	NPO 法人出発（たびだち）のなかまの会	2/22（金）10時～
2	グループホームみらい	2/28（木）13時～
3	大阪府砂川厚生福祉センター	3/4（月）13時～
4	障害者支援施設「信楽青年寮」	3/5（火）13時～
5	グループホームレジデンスなさはら	3/7（木）10時～
6	障害者支援施設難病ホスピス太白ありのまま舎	3/8（金）11時～

3. 論点設定

本調査では、調査の目的に添って、総論及び各論を設定し、委員会の中で検討を進めた。

総論としては、「1. 施設入所者の削減について」「2. 地域生活支援における障害者支援施設のあり方について」を検討し、委員会として施設のあるべき方向性を確認している。

各論としては「看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について」「強度行動障害への支援について」を課題として設定し、それぞれの対応について考え方を検討している。

総論及び各論1、2を本調査における中核的な論点と考え、各論3「その他」については、総論1、2及び各論1、2で設定したテーマ以外で、想定される施設が担うべき役割について意見を頂戴した。

この論点に基づき、実態を把握するためのアンケート調査及びヒアリング調査を実施して、障害者支援施設のあり方を検討した。

総論1. 施設入所者の削減について

【論点】

- 第6期障害福祉計画に係る施設入所者の削減の目標について、重度化・高齢化や、地域移行との関係性も踏まえ、どのように考えるか。

総論2. 地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

【論点】

- 今後、地域生活支援拠点等の整備が進む中で、障害者支援施設に求められる役割について、どのように考えるか。

各論1. 看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

【論点】

- 今後重度化・高齢化の進展が進む中で、医療的ケアが必要な方の増加が見込まれるが、どのように考えるか（どのような体制、支援を行うべきか。）なお、その際、障害がある方の高齢化・老化・早期退行等（重度化・高齢化との兼ね合い）の状況をどのように捉えるべきか。
- 入所者の障害特性を踏まえた医療の提供について、現状、障害者支援施設と医療機関との連携については、機能しているか。課題がある場合、どのような課題で、連携構築のためにどのような対応が必要か。（障害福祉・介護・医療との連携について）

各論2. 強度行動障害への支援について

【論点】

- 強度行動障害を有する方の支援について、施設における基本的かつ専門的な対応を踏まえつつ、障害者支援施設が持つノウハウの活用や普及について、どのように考えるか。課題がある場合、どのような課題で、どのような対応が必要か。

各論3. その他

【論点】

- その他、施設が果たすべき役割は何か。例えば重複障害を有する方の支援、自然災害時の役割・機能（対応）、施設内での事故、ハラスメント等、今般実施する障害者支援施設の調査結果を別踏まえ、どのように考えるか。

4. アンケート調査結果

(1) 調査の目的

第6期障害福祉計画に係る基本指針の議論における基礎資料として、障害者支援施設の実態把握を目的として実施する。

(2) 調査の概要

障害者支援施設の現状を幅広くとらえ、今後の施設のあり方や期待される役割・機能等を検討するため、以下の項目について調査を実施した。

・ 事業所の基本情報	・ 在所者の状況
・ 新規入所者の状況	・ 退所者の状況
・ 障害者の高齢化の状況	・ 看取り・終末期対応の状況
・ 医療的ケアの状況	・ 強度行動障害等への対応状況
・ 地域移行の状況、行政や関係機関との連携状況	・ 地域生活支援拠点等の対応状況
・ ハラスメントの状況	・ 事故・安全管理の状況

(3) 調査結果

注) 図表の見方について

- ・ 図表には、単純集計のほか、施設入所者の属性等の差異による障害者支援施設の特性を分析するため、施設入所者の障害種別等の内訳から障害者支援施設の属性を区分したクロス集計を記載している。
- ・ 属性区分の基本的な考え方として、「知的障害者が多く入所している施設」と「身体障害者が多く入所している施設」という観点で標本を分割した。この観点に基づき、名義尺度として明確であり、かつ、標本数が適切に配分される区分として、「入所者の80%以上が知的障害者の施設」と「入所者の80%以上が身体障害者の施設」の区分を採用し、そのいずれでもないものを「その他の施設」とした。(なお、精神障害者、難病その他が多く入所している施設はわずかであり、独立した区分として採用することは難しいため、これらの特性を有する施設はすべて「その他の施設」に含めている。)
- ・ 上記の表記にあたっては、煩雑化を避けるため、図表ではそれぞれ「知的障害」「身体障害」「その他」と表記している。
- ・ 図表中、帯グラフ、棒グラフの表示数値の単位はすべて%である。なお、帯グラフでは、表示の煩雑化を避けるため、3%未満の数値は表示していない。
- ・ 標本数は、[N=***]の形式で、各図表に表示している。

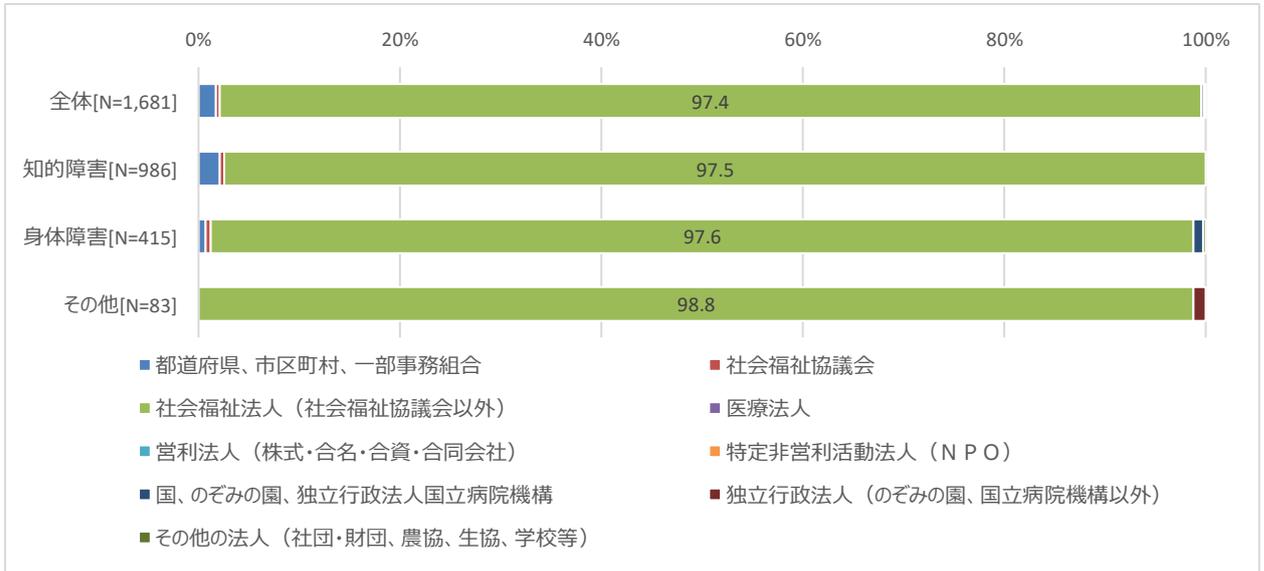
基本集計

①事業所について

問 2 運営主体

「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」が 97.4%とほとんどを占める。

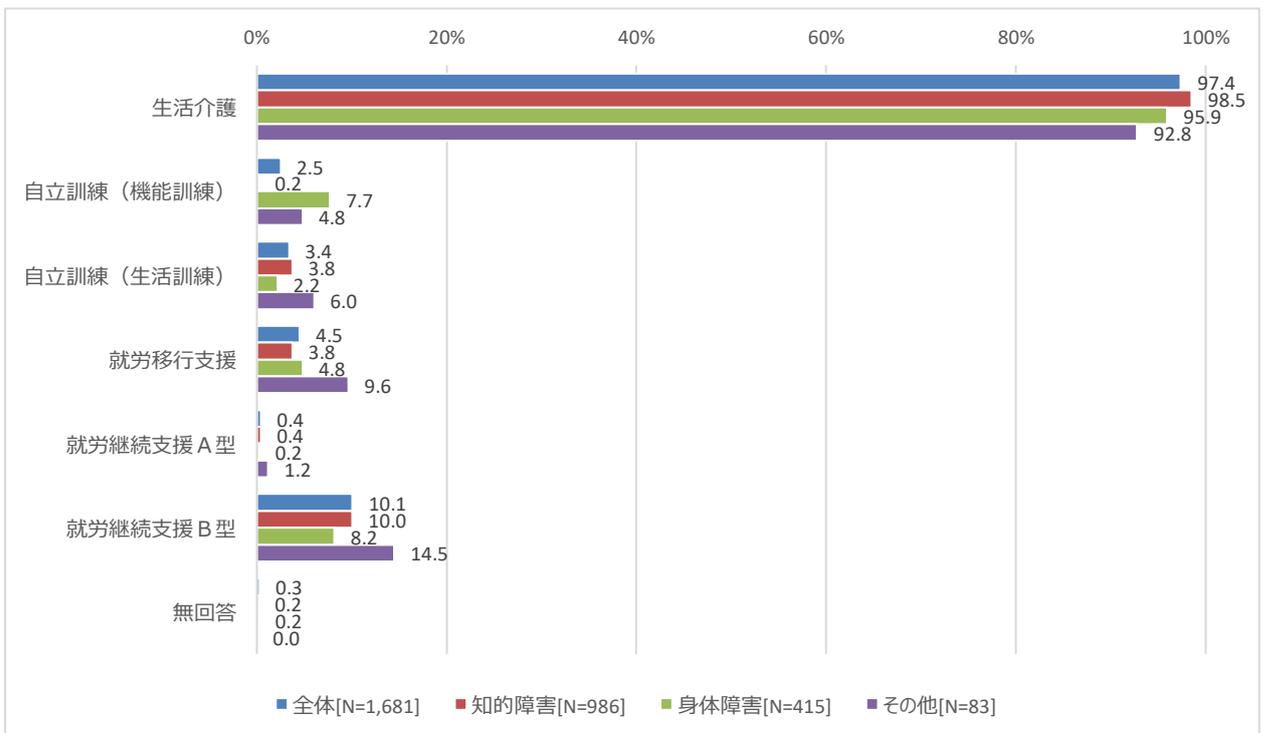
図表 1 運営主体



問 3 昼間実施サービス

「生活介護」が 97.4%と多く、その他、「就労継続支援 B 型」が 10.1%等となっている。

図表 2 昼間実施サービス〔複数回答〕



問 4 定員・利用者数

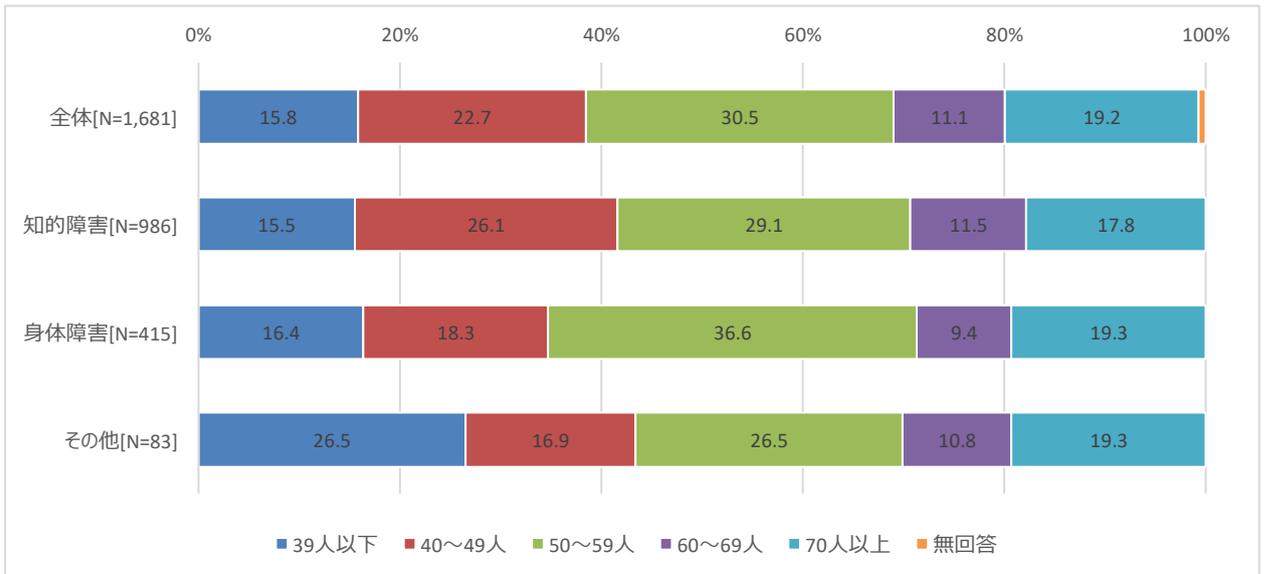
施設の入所定員の平均は 54.2 人、利用者実人数の平均は 52.3 人となっている。

図表 3 定員・利用者数

	全体[N=1,669]	知的障害[N=986]	身体障害[N=415]	その他[N=83]
入所定員	54.2	53.8	53.3	51.6
利用者数 (実人数)	52.3	52.3	50.4	48.9

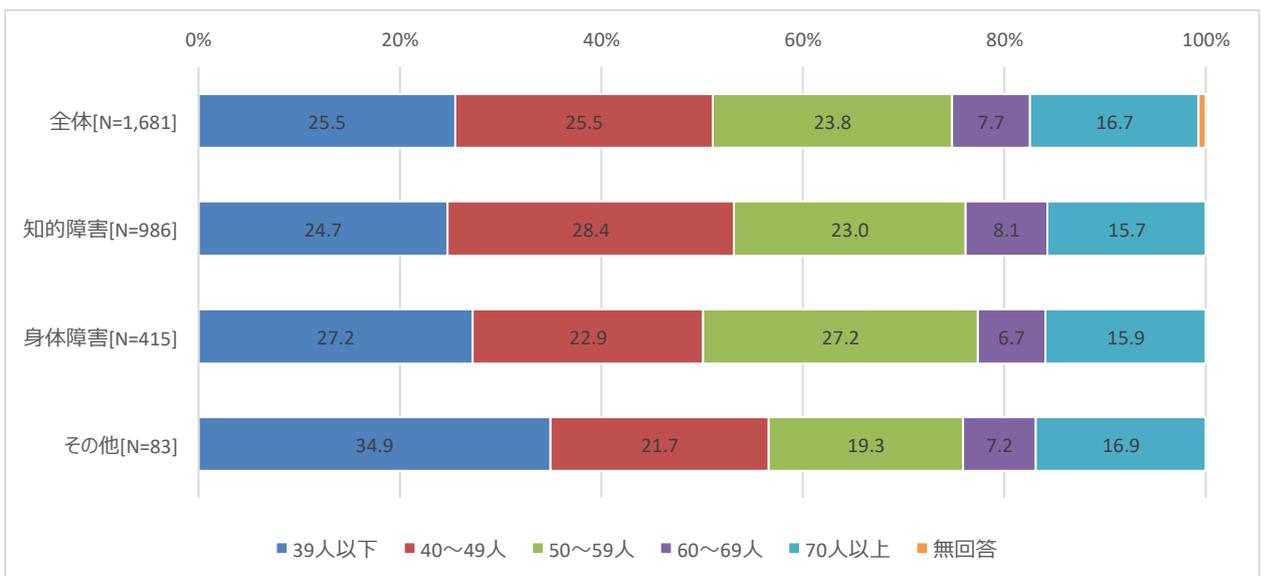
定員について、人数区分で割合をみると、「50～59 人」が 30.5%、「40～49 人」が 22.7%、「70 人以上」が 19.2%、「39 人以下」が 15.8%、「60～69 人」が 11.1%となっている。

図表 4 定員区分



実利用者数について、人数区分で割合をみると、「39 人以下」が 25.5%、「40～49 人」が 25.5%、「50～59 人」が 23.8%、「70 人以上」が 16.7%、「60～69 人」が 7.7%となっている。

図表 5 実利用者数区分



問 5 日中活動別実利用者数

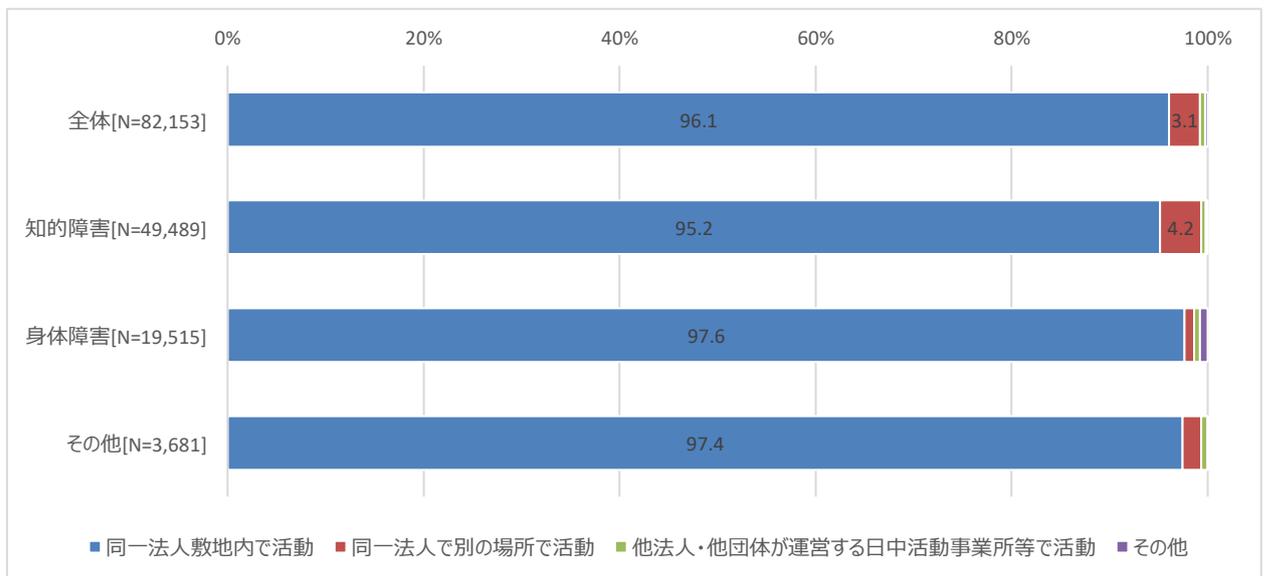
利用者の日中活動別に、人数を聞いたところ、1施設の平均で「同一法人敷地内で活動」が49.9人、「同一法人で別の場所で活動」が1.6人、「他法人・他団体が運営する日中活動事業所等で活動」が0.3人、「その他」が0.1人となっている。

図表 6 日中活動別実利用者数

	全体[N=1,582]	知的障害 [N=953]	身体障害 [N=388]	その他[N=74]
同一法人敷地内で活動	49.9	49.4	49.1	48.5
同一法人で別の場所で活動	1.6	2.2	0.5	1.0
他法人・他団体が運営する日中活動事業所等で活動	0.3	0.3	0.3	0.3
その他	0.1	0.1	0.4	0.0

人数合計について割合で見ると、「同一法人敷地内で活動」が96.1%、「同一法人で別の場所で活動」が3.1%、「他法人・他団体が運営する日中活動事業所等で活動」が0.5%、「その他」が0.3%となっている。

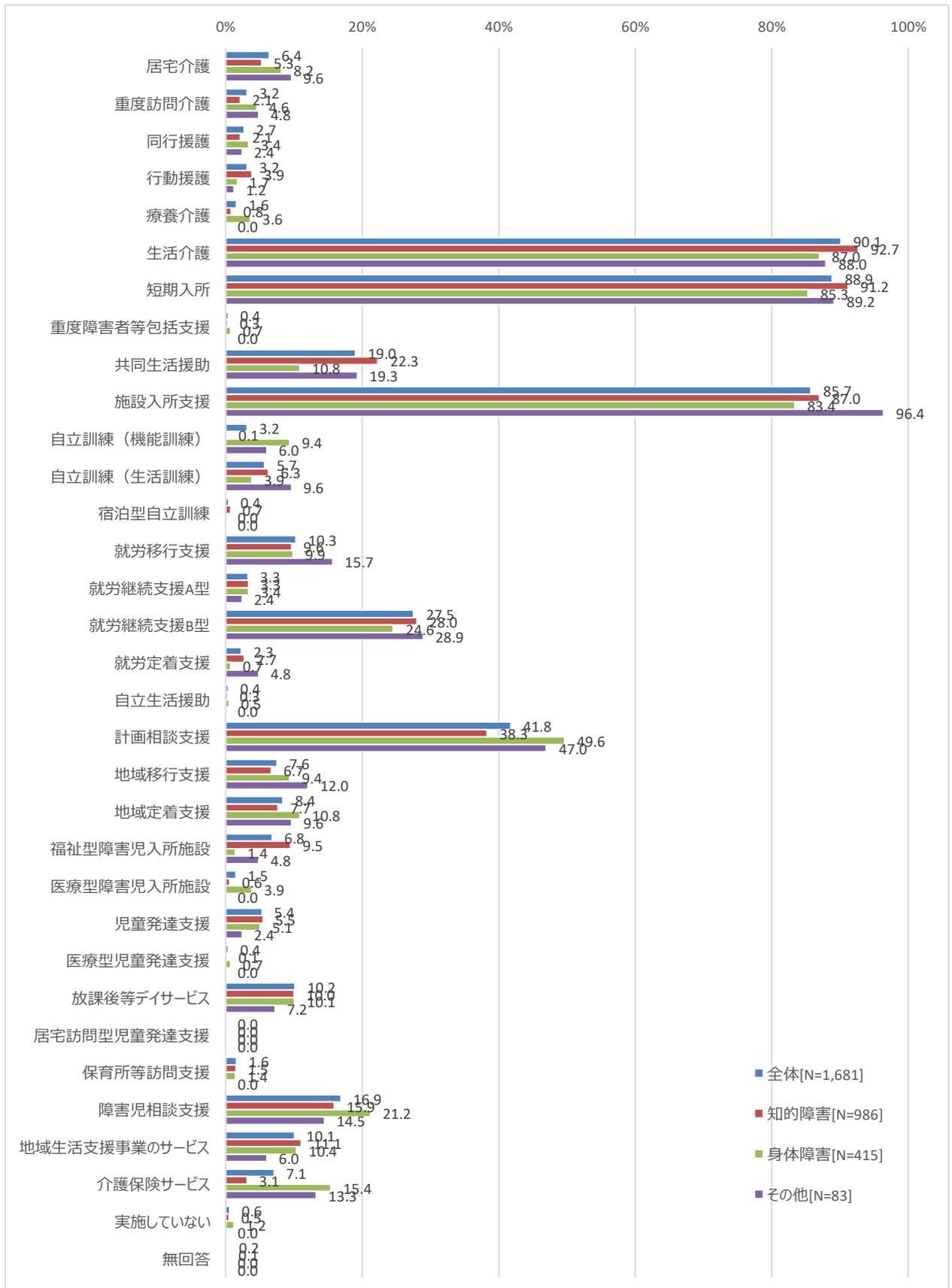
図表 7 日中活動別実利用者数（割合）



問6 同一所在地で実施しているサービス

「生活介護」が90.1%、「短期入所」が88.9%等となっている。

図表8 同一所在地で実施しているサービス〔複数回答〕



問 7 職員数

1 施設あたりの平均職員数は以下のとおりである。生活支援員等は平均で常勤専従が 21.6 人、常勤兼務（常勤換算）が 5.3 人、非常勤（常勤換算）3.5 人等となっている。

図表 9 職員数

		全体[N=1,651]	知的障害 [N=966]	身体障害 [N=411]	その他[N=83]
施設長（管理者）	常勤専従（実職員数）	0.6	0.6	0.6	0.6
	常勤兼務（実職員数）	0.5	0.5	0.4	0.5
	常勤兼務（常勤換算数）	0.3	0.3	0.3	0.3
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
うち、社会福祉士	常勤専従（実職員数）	0.1	0.1	0.1	0.2
	常勤兼務（実職員数）	0.1	0.1	0.1	0.1
	常勤兼務（常勤換算数）	0.1	0.1	0.0	0.1
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
サービス管理責任者	常勤専従（実職員数）	1.3	1.2	1.4	1.3
	常勤兼務（実職員数）	0.5	0.5	0.4	0.5
	常勤兼務（常勤換算数）	0.3	0.3	0.3	0.4
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
うち、社会福祉士	常勤専従（実職員数）	0.2	0.2	0.3	0.3
	常勤兼務（実職員数）	0.1	0.1	0.1	0.1
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.1
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
うち、介護福祉士	常勤専従（実職員数）	0.5	0.4	0.9	0.6
	常勤兼務（実職員数）	0.2	0.2	0.2	0.2
	常勤兼務（常勤換算数）	0.1	0.1	0.1	0.1
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
うち、精神保健福祉士	常勤専従（実職員数）	0.0	0.0	0.1	0.0
	常勤兼務（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
生活支援員等	常勤専従（実職員数）	21.6	21.5	21.4	18.5
	常勤兼務（実職員数）	5.3	5.4	4.6	4.8
	常勤兼務（常勤換算数）	4.2	4.1	3.9	4.4
	非常勤（実職員数）	6.0	5.6	6.8	5.8
	非常勤（常勤換算数）	3.5	3.2	3.9	3.3
うち、社会福祉士	常勤専従（実職員数）	1.4	1.5	1.2	1.3
	常勤兼務（実職員数）	0.4	0.4	0.4	0.2
	常勤兼務（常勤換算数）	0.3	0.3	0.3	0.2
	非常勤（実職員数）	0.1	0.1	0.1	0.1
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
うち、介護福祉士	常勤専従（実職員数）	7.2	5.4	11.1	6.4
	常勤兼務（実職員数）	1.6	1.2	2.3	1.2
	常勤兼務（常勤換算数）	1.2	0.8	1.9	1.1
	非常勤（実職員数）	0.6	0.3	1.1	0.5

		全体[N=1,651]	知的障害 [N=966]	身体障害 [N=411]	その他[N=83]
うち、精神保健福祉士	非常勤（常勤換算数）	0.3	0.2	0.6	0.2
	常勤専従（実職員数）	0.2	0.3	0.2	0.3
	常勤兼務（実職員数）	0.1	0.1	0.0	0.1
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.1	0.0	0.0
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
理学療法士	常勤専従（実職員数）	0.1	0.0	0.4	0.2
	常勤兼務（実職員数）	0.1	0.0	0.2	0.0
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.0	0.1	0.0
	非常勤（実職員数）	0.1	0.0	0.4	0.2
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.1	0.0

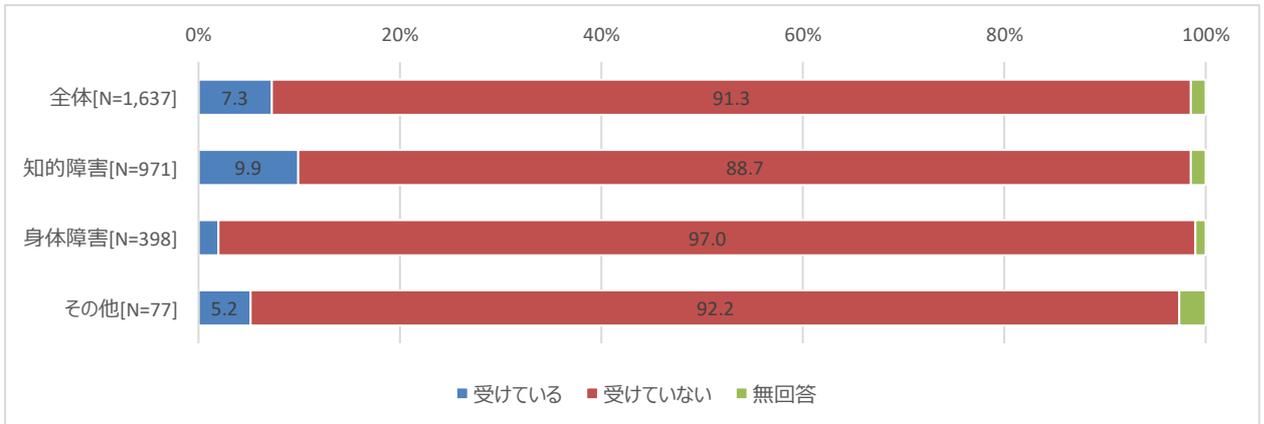
作業療法士	常勤専従（実職員数）	0.1	0.0	0.3	0.2
	常勤兼務（実職員数）	0.0	0.0	0.1	0.0
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.0	0.1	0.0
	非常勤（実職員数）	0.1	0.0	0.1	0.1
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
言語聴覚士	常勤専従（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	常勤兼務（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.1	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
医師	常勤専従（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	常勤兼務（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（実職員数）	1.0	0.9	1.2	0.8
	非常勤（常勤換算数）	0.1	0.1	0.1	0.1
看護師	常勤専従（実職員数）	1.0	0.8	1.6	0.9
	常勤兼務（実職員数）	0.3	0.3	0.4	0.3
	常勤兼務（常勤換算数）	0.2	0.2	0.3	0.2
	非常勤（実職員数）	0.4	0.3	0.6	0.4
	非常勤（常勤換算数）	0.2	0.1	0.3	0.2
准看護師	常勤専従（実職員数）	0.6	0.4	1.0	0.8
	常勤兼務（実職員数）	0.1	0.1	0.2	0.1
	常勤兼務（常勤換算数）	0.1	0.1	0.2	0.1
	非常勤（実職員数）	0.2	0.1	0.3	0.3
	非常勤（常勤換算数）	0.1	0.1	0.2	0.1
保健師	常勤専従（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	常勤兼務（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	常勤兼務（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
管理栄養士	常勤専従（実職員数）	0.5	0.4	0.6	0.5
	常勤兼務（実職員数）	0.1	0.1	0.1	0.1
	常勤兼務（常勤換算数）	0.1	0.1	0.1	0.1
	非常勤（実職員数）	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤（常勤換算数）	0.0	0.0	0.0	0.0
栄養士	常勤専従（実職員数）	0.4	0.4	0.3	0.3
	常勤兼務（実職員数）	0.1	0.1	0.1	0.1
	常勤兼務（常勤換算数）	0.1	0.1	0.1	0.1

		全体[N=1,651]	知的障害 [N=966]	身体障害 [N=411]	その他[N=83]
	数)				
	非常勤 (実職員数)	0.0	0.0	0.0	0.0
	非常勤 (常勤換算数)	0.0	0.0	0.0	0.0
調理員	常勤専従 (実職員数)	1.4	1.4	1.2	1.9
	常勤兼務 (実職員数)	0.4	0.4	0.3	0.5
	常勤兼務 (常勤換算数)	0.3	0.3	0.2	0.5
	非常勤 (実職員数)	0.7	0.7	0.7	0.7
	非常勤 (常勤換算数)	0.4	0.4	0.3	0.5
事務員	常勤専従 (実職員数)	1.5	1.6	1.5	1.6
	常勤兼務 (実職員数)	0.6	0.6	0.6	0.5
	常勤兼務 (常勤換算数)	0.4	0.4	0.4	0.4
	非常勤 (実職員数)	0.3	0.3	0.3	0.3
	非常勤 (常勤換算数)	0.2	0.2	0.2	0.2
その他職員	常勤専従 (実職員数)	0.5	0.4	0.7	1.2
	常勤兼務 (実職員数)	0.2	0.1	0.2	0.1
	常勤兼務 (常勤換算数)	0.1	0.1	0.1	0.1
	非常勤 (実職員数)	0.8	0.7	1.1	1.0
	非常勤 (常勤換算数)	0.4	0.3	0.5	0.5

問 8 医師未配置減算の適用

「受けていない」が91.3%、「受けている」が7.3%となっている。

図表 10 医師未配置減算の適用



②在所者について

問 9 在所者数

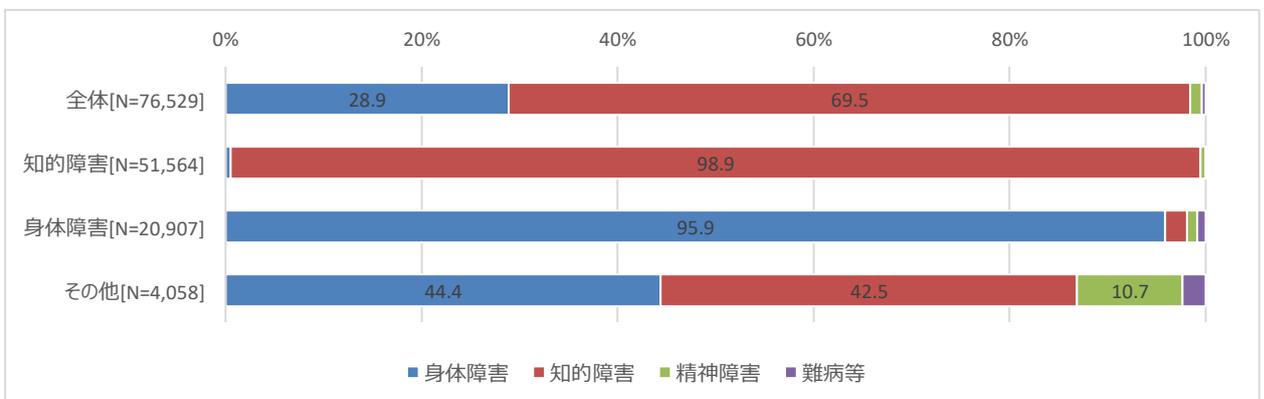
在所者数は、1施設平均で51.6人、うち、「知的障害」が35.8人、「身体障害」が14.9人、「精神障害」が0.6人、「難病等」が0.2人となっている。

図表 11 在所者数

	全体[N=1,484]	知的障害 [N=986]	身体障害 [N=415]	その他[N=83]
身体障害	14.9	0.3	48.3	21.7
知的障害	35.8	51.7	1.1	20.8
精神障害	0.6	0.3	0.5	5.2
難病等	0.2	0.0	0.4	1.2
(再掲) 発達障害	1.5	1.8	0.7	1.4
(再掲) 高次脳機能障害	0.9	0.1	2.5	2.3

人数合計の割合で見ると、「知的障害」が69.5%、「身体障害」が28.9%、「精神障害」が1.2%、「難病等」が0.4%となっている。

図表 12 在所者数 (割合)



問 9-1 在所者数 身体障害内訳

身体障害者のいる施設に障害種別の内訳を聞いたところ、「肢体不自由」が 34.6 人、「視覚」が 2.5 人等となっている。

図表 13 在所者数 身体障害内訳

	全体[N=553]	知的障害 [N=81]	身体障害 [N=395]	その他[N=77]
視覚	2.5	0.6	3.0	1.8
聴覚・平衡機能	1.1	0.5	1.2	1.1
音声・言語・咀嚼機能	1.7	0.3	1.9	2.2
肢体不自由	34.6	2.1	44.3	19.5
うち、車いす・ストレッチャー利用者	28.0	0.8	36.6	13.0
内部障害	0.7	0.2	0.7	1.5

問 9-2 在所者数 重複障害内訳

在所者の重複障害について人数の内訳を聞いたところ、「身体・知的」の重複が 9.2 人等となっている。

図表 14 在所者数 重複障害内訳

	全体[N=1,469]	知的障害 [N=975]	身体障害 [N=413]	その他[N=81]
身体・知的	9.2	8.2	11.2	10.3
知的・精神	2.1	2.9	0.1	2.2
身体・精神	0.7	0.1	2.1	2.0
三障害	0.4	0.3	0.6	0.4

問 10 過去5年の在所要者数

過去5年の在所要者数について聞いたところ、1施設あたりの平均人数は減少傾向が見られる。

図表 15 過去5年の在所要者数

		全体[N=1,453]	知的障害[N=853]	身体障害[N=378]	その他[N=63]
H29	身体障害	15.9	0.7	48.2	22.8
	知的障害	37.6	52.6	2.7	20.0
	精神障害	1.0	0.4	0.6	4.6
	難病等	0.2	0.0	0.5	1.5
	合計	54.7	53.7	52.0	48.9
	(再掲) 発達障害	1.6	2.0	0.8	1.6
	(再掲) 高次脳機能障害	0.9	0.0	2.4	3.5
H28	身体障害	16.3	0.7	48.9	24.5
	知的障害	37.7	53.1	2.5	19.3
	精神障害	0.9	0.4	0.6	4.4
	難病等	0.2	0.0	0.5	1.4
	合計	55.2	54.2	52.5	49.6
	(再掲) 発達障害	1.6	2.0	0.8	1.6
	(再掲) 高次脳機能障害	0.9	0.0	2.2	3.9
H27	身体障害	16.4	0.7	49.2	24.7
	知的障害	37.8	53.2	2.6	19.8
	精神障害	0.9	0.4	0.5	4.3
	難病等	0.2	0.0	0.5	1.3
	合計	55.3	54.2	52.8	50.0
	(再掲) 発達障害	1.5	1.9	0.7	1.6
	(再掲) 高次脳機能障害	0.8	0.0	2.2	3.4
H26	身体障害	16.6	0.7	49.6	25.7
	知的障害	37.9	53.4	2.3	19.2
	精神障害	0.8	0.3	0.4	4.1
	難病等	0.2	0.0	0.4	1.2
	合計	55.5	54.4	52.8	50.2
	(再掲) 発達障害	1.5	1.9	0.7	1.6
	(再掲) 高次脳機能障害	0.8	0.0	2.1	3.4
H25	身体障害	16.7	0.7	50.0	26.3
	知的障害	38.3	54.0	2.3	19.0
	精神障害	0.7	0.2	0.4	3.9
	難病等	0.2	0.0	0.4	1.0
	合計	55.9	54.9	53.1	50.1
	(再掲) 発達障害	1.4	1.7	0.7	1.3
	(再掲) 高次脳機能障害	0.8	0.0	2.1	3.1

問 11 障害支援区分別・性別・年齢別在所要者数

障害支援区分別・性別・年齢別の平均人数は、区分6・男性・35～49歳の数が多くなっている。

図表 16 障害支援区分別・性別・年齢別在所要者数

全体[N=1,579] 平均値	17歳以下	18～19歳	20～34歳	35～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
区分1 男	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
区分1 女	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
区分2 男	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
区分2 女	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
区分3 男	0.0	0.0	0.1	0.2	0.4	0.3	0.3	0.1	0.1	0.0
区分3 女	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0
区分4 男	0.0	0.0	0.5	1.4	1.1	0.6	0.6	0.3	0.1	0.1
区分4 女	0.0	0.0	0.3	0.9	0.7	0.4	0.4	0.2	0.1	0.1
区分5 男	0.0	0.0	1.1	3.0	2.0	1.0	0.9	0.5	0.3	0.1
区分5 女	0.0	0.0	0.5	1.5	1.3	0.7	0.7	0.5	0.3	0.2
区分6 男	0.0	0.1	2.0	5.7	3.3	1.5	1.4	0.8	0.5	0.3
区分6 女	0.0	0.0	0.9	3.1	2.4	1.2	1.3	0.8	0.6	0.4
障害児、非該当、その他 男	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
障害児、非該当、その他 女	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
強度行動障害を有する者	0.0	0.1	1.7	4.7	2.0	0.6	0.5	0.2	0.1	0.1
重症心身障害者	0.0	0.0	0.2	0.6	0.4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0
医療的ケアを要する者（重心以外）	0.0	0.0	0.1	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3	0.1	0.1

【施設区分別】

		全体[N=1,579]	知的障害[N=941]	身体障害[N=395]	その他[N=81]
区分1 男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	50～59歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	60～64歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
区分1 女	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	50～59歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	60～64歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
区分2 男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.1	0.0	0.1	0.1
	35～49歳	0.1	0.0	0.1	0.3
	50～59歳	0.1	0.0	0.2	0.3
	60～64歳	0.0	0.0	0.1	0.1
	65～69歳	0.0	0.0	0.1	0.1
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
区分2 女	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49歳	0.0	0.0	0.1	0.0
	50～59歳	0.0	0.0	0.0	0.1
	60～64歳	0.0	0.0	0.0	0.0

		全体[N=1,579]	知的障害[N=941]	身体障害[N=395]	その他[N=81]
	65～69歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
区分3 男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.1	0.1	0.1	0.2
	35～49歳	0.2	0.2	0.3	0.6
	50～59歳	0.4	0.2	0.7	1.0
	60～64歳	0.3	0.1	0.6	0.5
	65～69歳	0.3	0.1	0.5	0.3
	70～74歳	0.1	0.1	0.2	0.2
	75～79歳	0.1	0.0	0.1	0.1
	80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.1
区分3 女	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.1	0.1	0.0	0.1
	35～49歳	0.1	0.1	0.1	0.2
	50～59歳	0.2	0.2	0.2	0.3
	60～64歳	0.2	0.1	0.2	0.2
	65～69歳	0.1	0.1	0.2	0.2
	70～74歳	0.1	0.1	0.1	0.1
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.1
	80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
区分4 男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.1	0.0	0.1
	20～34歳	0.5	0.7	0.2	0.6
	35～49歳	1.4	1.6	0.8	1.4
	50～59歳	1.1	1.0	1.1	1.4
	60～64歳	0.6	0.5	0.8	0.8
	65～69歳	0.6	0.5	0.8	0.7
	70～74歳	0.3	0.3	0.4	0.4
	75～79歳	0.1	0.1	0.2	0.2
	80歳以上	0.1	0.1	0.1	0.1
区分4 女	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.3	0.4	0.1	0.2
	35～49歳	0.9	1.0	0.4	0.8
	50～59歳	0.7	0.8	0.5	0.9
	60～64歳	0.4	0.4	0.4	0.5
	65～69歳	0.4	0.4	0.4	0.6
	70～74歳	0.2	0.2	0.2	0.2
	75～79歳	0.1	0.1	0.1	0.2
	80歳以上	0.1	0.1	0.1	0.1
区分5 男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	1.1	1.4	0.3	0.8
	35～49歳	3.0	3.9	1.0	2.0
	50～59歳	2.0	2.1	1.7	1.6
	60～64歳	1.0	0.8	1.2	1.2
	65～69歳	0.9	0.7	1.2	1.0
	70～74歳	0.5	0.4	0.8	0.7
	75～79歳	0.3	0.3	0.3	0.3
	80歳以上	0.1	0.1	0.1	0.2
区分5 女	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.5	0.6	0.2	0.3
	35～49歳	1.5	1.8	0.7	0.8
	50～59歳	1.3	1.5	1.0	1.2
	60～64歳	0.7	0.7	0.7	0.6
	65～69歳	0.7	0.6	0.6	0.7
	70～74歳	0.5	0.4	0.4	0.5
	75～79歳	0.3	0.2	0.3	0.1
	80歳以上	0.2	0.2	0.1	0.1
区分6 男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.1	0.1	0.0	0.1

		全体[N=1,579]	知的障害[N=941]	身体障害[N=395]	その他[N=81]
	20～34 歳	2.0	2.5	1.1	1.6
	35～49 歳	5.7	6.9	3.2	3.4
	50～59 歳	3.3	3.1	3.9	2.6
	60～64 歳	1.5	1.0	2.6	1.7
	65～69 歳	1.4	0.8	2.6	1.4
	70～74 歳	0.8	0.5	1.6	0.8
	75～79 歳	0.5	0.3	0.8	0.6
	80 歳以上	0.3	0.2	0.4	0.2
区分6 女	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.9	1.0	0.7	0.6
	35～49 歳	3.1	3.4	2.3	2.2
	50～59 歳	2.4	2.2	2.8	1.8
	60～64 歳	1.2	1.0	1.8	1.0
	65～69 歳	1.3	1.1	1.8	1.1
	70～74 歳	0.8	0.6	1.2	0.9
	75～79 歳	0.6	0.4	0.9	0.4
	80 歳以上	0.4	0.3	0.5	0.3
障害児、非該当、その他 男	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.0	0.0	0.0	0.1
	35～49 歳	0.0	0.0	0.0	0.2
	50～59 歳	0.0	0.0	0.0	0.2
	60～64 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80 歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
障害児、非該当、その他 女	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	50～59 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	60～64 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80 歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
強度行動障害を有する者	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.1	0.1	0.0	0.0
	20～34 歳	1.7	2.5	0.2	1.2
	35～49 歳	4.7	6.8	0.4	2.5
	50～59 歳	2.0	2.8	0.2	1.2
	60～64 歳	0.6	0.8	0.1	0.6
	65～69 歳	0.5	0.6	0.1	0.5
	70～74 歳	0.2	0.3	0.0	0.2
	75～79 歳	0.1	0.2	0.0	0.1
	80 歳以上	0.1	0.1	0.0	0.1
重症心身障害者	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.2	0.2	0.4	0.2
	35～49 歳	0.6	0.4	0.9	0.4
	50～59 歳	0.4	0.3	0.7	0.4
	60～64 歳	0.2	0.1	0.4	0.2
	65～69 歳	0.2	0.1	0.4	0.1
	70～74 歳	0.1	0.1	0.2	0.1
	75～79 歳	0.1	0.0	0.1	0.0
	80 歳以上	0.0	0.0	0.1	0.0
医療的ケアを要する者（重心以外）	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.1	0.1	0.2	0.1
	35～49 歳	0.5	0.3	1.1	0.3
	50～59 歳	0.5	0.2	1.4	0.6
	60～64 歳	0.4	0.1	1.0	0.4
	65～69 歳	0.4	0.1	1.1	0.3
	70～74 歳	0.3	0.1	0.7	0.3

	全体[N=1,579]	知的障害[N=941]	身体障害[N=395]	その他[N=81]
75～79 歳	0.1	0.0	0.4	0.2
80 歳以上	0.1	0.0	0.3	0.1

問 12 在所期間別在所者数

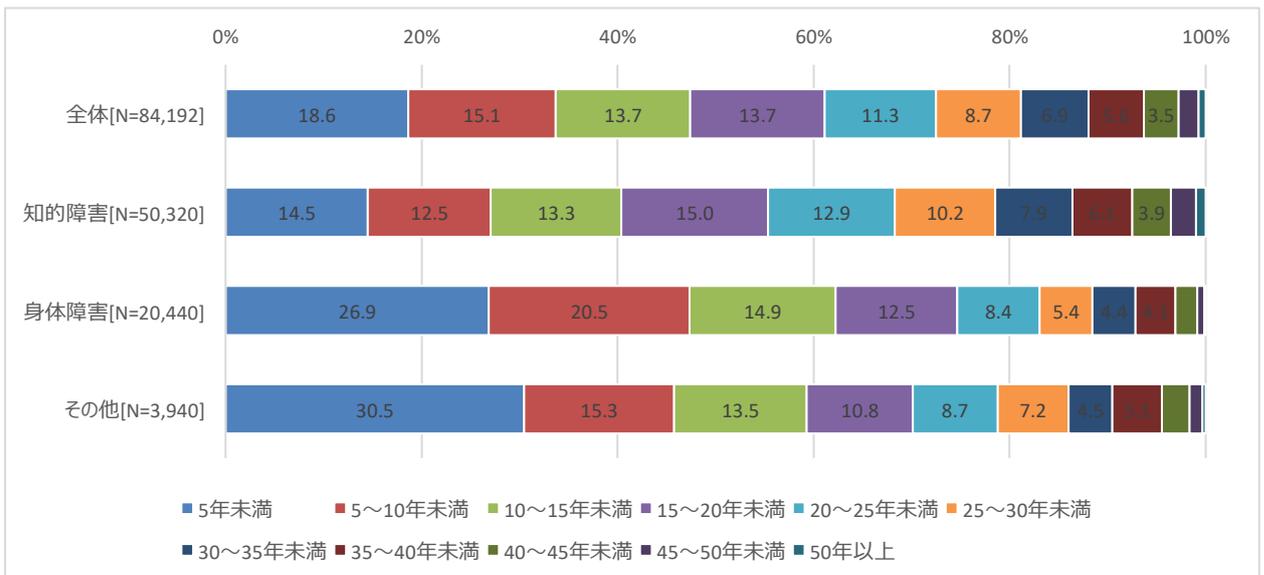
在所期間別の平均人数は、「5年未満」が9.7人、「5～10年未満」が7.8人、「10～15年未満」と「15～20年未満」が7.1人、「20～25年未満」が5.9人等となっている。

図表 17 在所期間別在所者数

	全体[N=1,620]	知的障害 [N=965]	身体障害 [N=407]	その他[N=80]
5年未満	9.7	7.6	13.5	15.0
5～10年未満	7.8	6.5	10.3	7.5
10～15年未満	7.1	6.9	7.5	6.7
15～20年未満	7.1	7.8	6.3	5.3
20～25年未満	5.9	6.7	4.2	4.3
25～30年未満	4.5	5.3	2.7	3.6
30～35年未満	3.6	4.1	2.2	2.2
35～40年未満	2.9	3.2	2.0	2.5
40～45年未満	1.8	2.0	1.1	1.4
45～50年未満	1.1	1.3	0.4	0.7
50年以上	0.4	0.5	0.1	0.2

人数合計の割合で見ると、「5年未満」が18.6%、「5～10年未満」が15.1%、「10～15年未満」と「15～20年未満」が13.7%、「20～25年未満」が11.3%等となっている。

図表 18 在所期間別在所者数（割合）

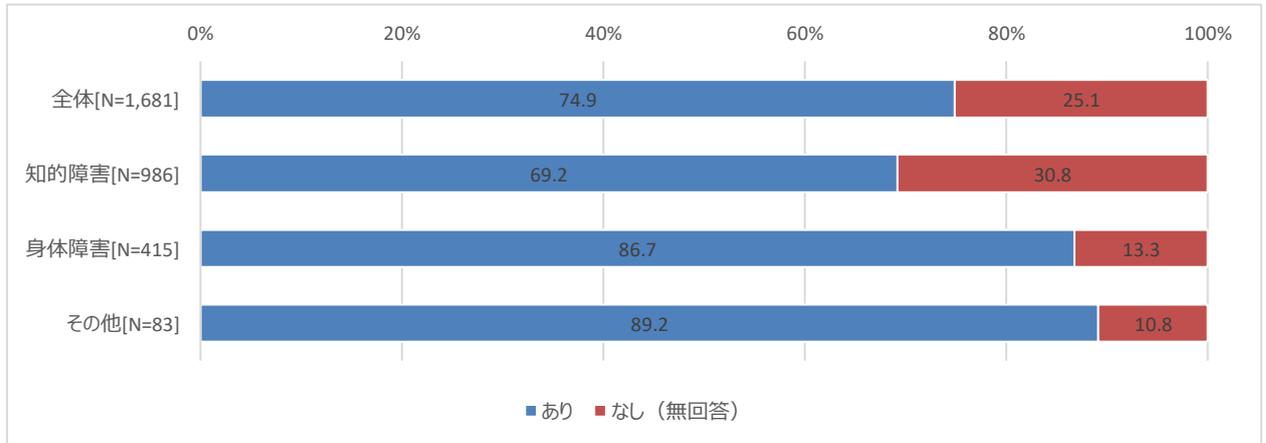


③新規入所者について

問 13 新規入所者数

各施設の新規入所者の有無については、「あり（1人以上を回答した施設）」が74.9%、「なし（人数回答なし）」が25.1%となっている。

図表 19 新規入所者

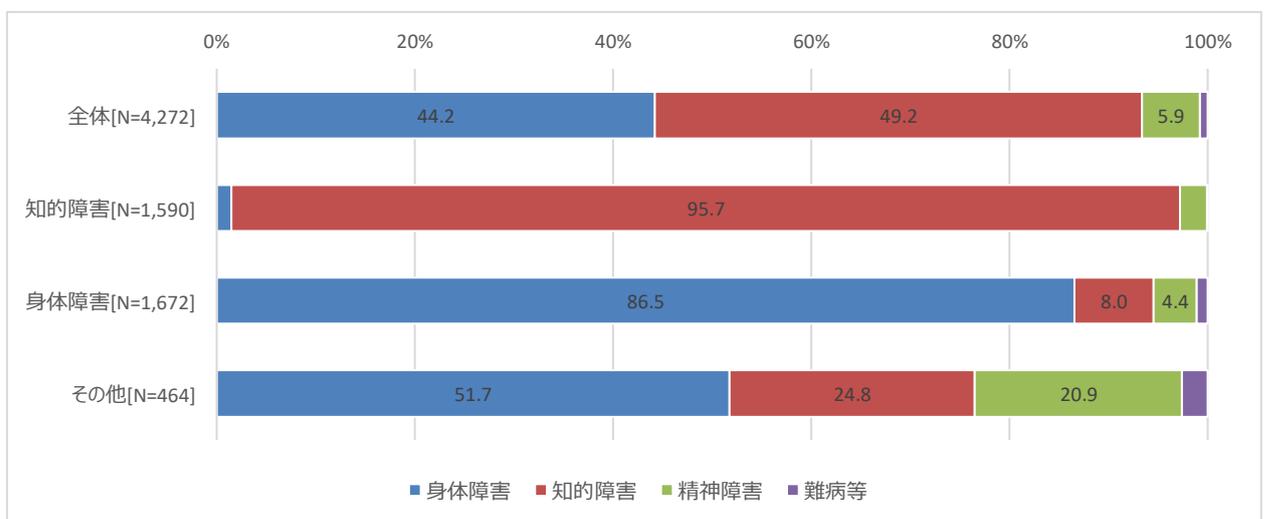


新規入所者のあった施設で、1施設の平均は3.4人、うち、「知的障害」が1.7人、「身体障害」が1.5人等となっている。人数合計の割合で見ると、「知的障害」が49.2%、「身体障害」が44.2%等となっている。

図表 20 新規入所者数

	全体[N=1,259]	知的障害 [N=682]	身体障害 [N=360]	その他[N=74]
身体障害	1.5	0.0	4.0	3.2
知的障害	1.7	2.2	0.4	1.6
精神障害	0.2	0.1	0.2	1.3
難病等	0.0	0.0	0.1	0.2
(再掲) 発達障害	0.1	0.1	0.1	0.0
(再掲) 高次脳機能障害	0.3	0.0	0.4	1.9

図表 21 新規入所者数 (割合)



問 13-1 新規入所者数 身体障害内訳

身体障害者の新規入所者のいる施設に障害種別の内訳を聞いたところ、「肢体不自由」が 3.6 人、「視覚」が 0.4 人等となっている。

図表 22 新規入所者数 身体障害内訳

	全体[N=446]	知的障害 [N=18]	身体障害 [N=336]	その他[N=43]
視覚	0.4	0.2	0.4	0.2
聴覚・平衡機能	0.1	0.0	0.1	0.1
音声・言語・咀嚼機能	0.1	0.1	0.1	0.7
肢体不自由	3.6	0.8	3.7	5.0
うち、車いす・ストレッチャー利用者	2.8	0.4	3.1	2.9
内部障害	0.1	0.2	0.1	0.3

問 13-2 新規入所者数 重複障害内訳

新規入所者の重複障害について人数の内訳を聞いたところ、「身体・知的」の重複が 0.5 人等となっている。

図表 23 新規入所者数 重複障害内訳

	全体[N=1,237]	知的障害 [N=664]	身体障害 [N=358]	その他[N=73]
身体・知的	0.5	0.2	0.9	0.4
知的・精神	0.1	0.2	0.0	0.2
身体・精神	0.1	0.0	0.4	0.5
三障害	0.0	0.0	0.0	0.0

問 14 性別・年齢別新規入所者数

新規入所者の性別・年齢別人数の内訳を聞いたところ、男性の 35～49 歳、50～59 歳がそれぞれ 0.5 人等となっている。

図表 24 性別・年齢別新規入所者数

全体[N=1,160] 平均値	17歳以下	18～19歳	20～34歳	35～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
男	0.0	0.2	0.4	0.5	0.5	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0
女	0.0	0.1	0.2	0.3	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
強度行動障害を有する者	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
重症心身障害者	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医療的ケアを要する者（重心以外）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

【施設区分別】

		全体[N=1,160]	知的障害[N=649]	身体障害[N=334]	その他[N=67]
男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.2	0.2	0.1	0.1
	20～34歳	0.4	0.5	0.2	0.4
	35～49歳	0.5	0.3	0.6	1.3
	50～59歳	0.5	0.2	0.9	1.1
	60～64歳	0.2	0.1	0.5	0.4
	65～69歳	0.1	0.0	0.1	0.3
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0	
女	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0

		全体[N=1,160]	知的障害[N=649]	身体障害[N=334]	その他[N=67]
	18～19歳	0.1	0.1	0.1	0.0
	20～34歳	0.2	0.2	0.1	0.1
	35～49歳	0.3	0.3	0.4	0.4
	50～59歳	0.3	0.1	0.5	0.4
	60～64歳	0.1	0.1	0.2	0.2
	65～69歳	0.0	0.0	0.1	0.1
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
強度行動障害を有する者	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.1	0.2	0.0	0.0
	35～49歳	0.1	0.1	0.0	0.0
	50～59歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	60～64歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0	
重症心身障害者	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49歳	0.0	0.0	0.1	0.0
	50～59歳	0.0	0.0	0.1	0.0
	60～64歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0	
医療的ケアを要する者（重心以外）	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49歳	0.0	0.0	0.1	0.1
	50～59歳	0.0	0.0	0.1	0.1
	60～64歳	0.0	0.0	0.1	0.1
	65～69歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79歳	0.0	0.0	0.0	0.0
80歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0	

問 15 入所前の「生活の場」別新規入所者数

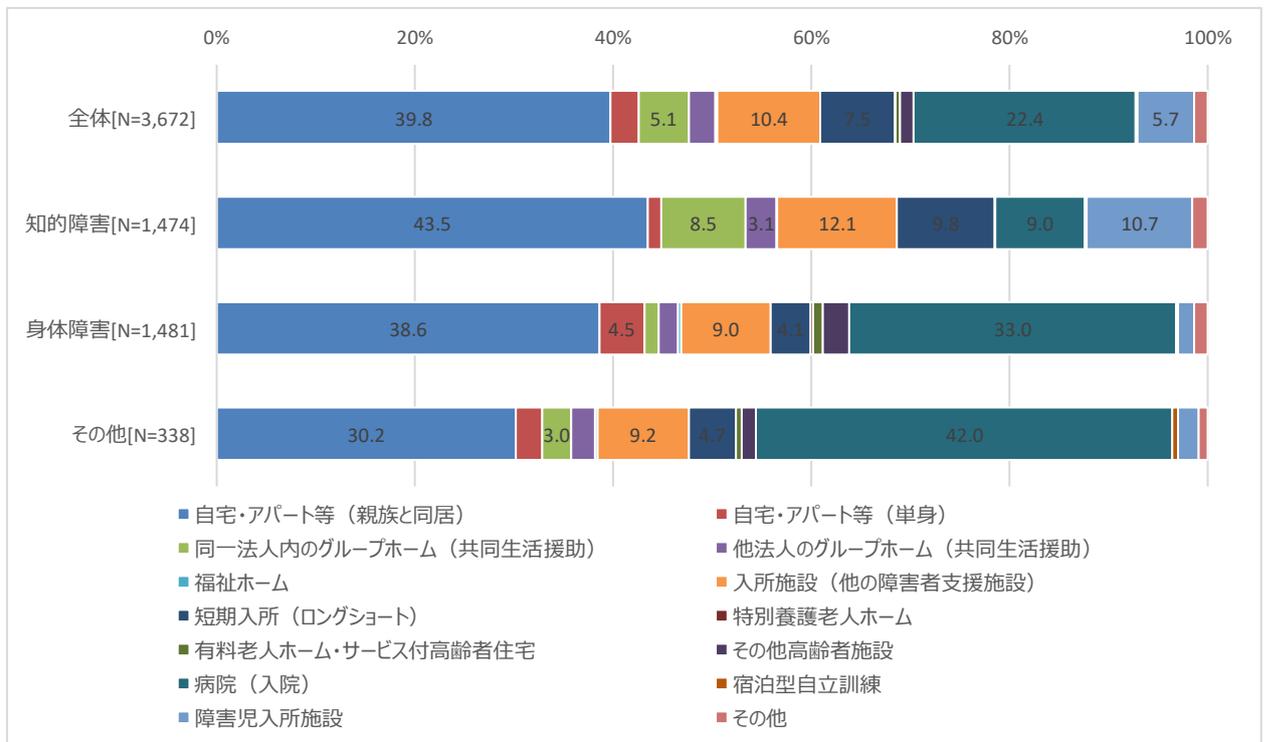
新規入所者の入所前の「生活の場」別の人数は、平均で「自宅・アパート等（親族と同居）」が 1.2 人、「病院（入院）」が 0.7 人等となっている。

図表 25 入所前の「生活の場」別新規入所者数

	全体[N=1,197]	知的障害 [N=663]	身体障害 [N=344]	その他[N=69]
自宅・アパート等（親族と同居）	1.2	1.0	1.7	1.5
自宅・アパート等（単身）	0.1	0.0	0.2	0.1
同一法人内のグループホーム（共同生活援助）	0.2	0.2	0.1	0.1
他法人のグループホーム（共同生活援助）	0.1	0.1	0.1	0.1
福祉ホーム	0.0	0.0	0.0	0.0
入所施設（他の障害者支援施設）	0.3	0.3	0.4	0.4
短期入所（ロングショート）	0.2	0.2	0.2	0.2
特別養護老人ホーム	0.0	0.0	0.0	0.0
有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	0.0	0.0	0.0	0.0
その他高齢者施設	0.0	0.0	0.1	0.1
病院（入院）	0.7	0.2	1.4	2.1
宿泊型自立訓練	0.0	0.0	0.0	0.0
障害児入所施設	0.2	0.2	0.1	0.1
その他	0.0	0.0	0.1	0.0

人数合計の割合で見ると、「自宅・アパート等（親族と同居）」が 39.8%、「病院（入院）」が 22.4% 等となっている。

図表 26 入所前の「生活の場」別新規入所者数（割合）



問 15-1 入所前の「活動の場」別新規入所者数

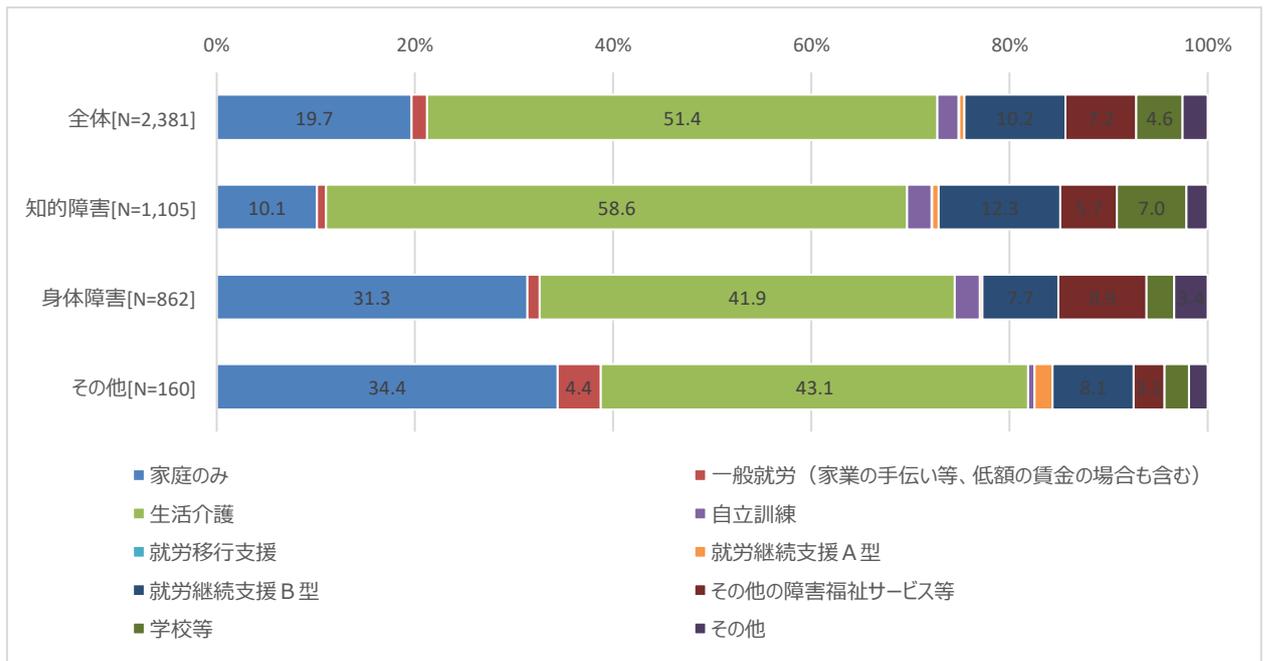
入所前の「活動の場」別の人数を聞いたところ、平均で「生活介護」が 1.2 人、「家庭のみ」が 0.5 人等となっている。

図表 27 入所前の「活動の場」別新規入所者数

	全体 [N=1,008]	知的障害 [N=569]	身体障害 [N=285]	その他[N=56]
家庭のみ	0.5	0.2	0.9	1.0
一般就労（家業の手伝い等、低額の賃金の場合も含む）	0.0	0.0	0.0	0.1
生活介護	1.2	1.1	1.3	1.2
自立訓練	0.1	0.0	0.1	0.0
就労移行支援	0.0	0.0	0.0	0.0
就労継続支援 A 型	0.0	0.0	0.0	0.1
就労継続支援 B 型	0.2	0.2	0.2	0.2
その他の障害福祉サービス等	0.2	0.1	0.3	0.1
学校等	0.1	0.1	0.1	0.1
その他	0.1	0.0	0.1	0.1

人数合計の割合で見ると、「生活介護」が 51.4%、「家庭のみ」が 19.7%等となっている。

図表 28 入所前の「活動の場」別新規入所者数（割合）



問 16 主な入所理由別新規入所者数

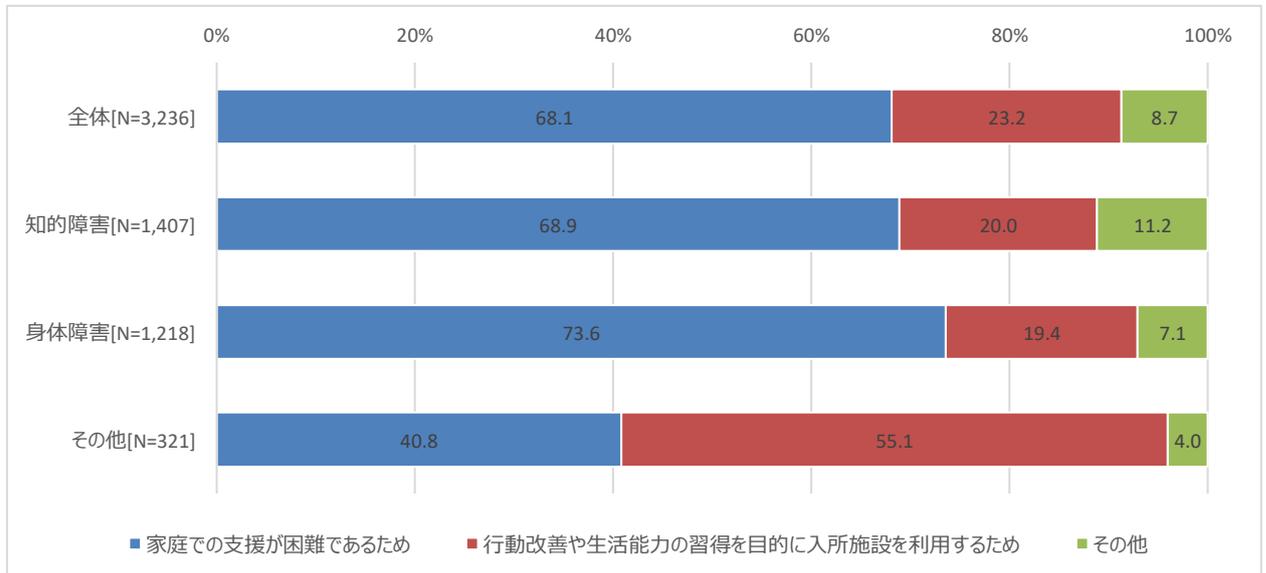
主な入所理由別で人数を聞いたところ、平均で「家庭での支援が困難であるため」が 1.9 人、「行動改善や生活能力の習得を目的に入所施設を利用するため」が 0.7 人、「その他」が 0.2 人となっている。

図表 29 主な入所理由別新規入所者数

	全体 [N=1,135]	知的障害 [N=646]	身体障害 [N=323]	その他[N=65]
家庭での支援が困難であるため	1.9	1.5	2.8	2.0
行動改善や生活能力の習得を目的に入所施設を利用するため	0.7	0.4	0.7	2.7
その他	0.2	0.2	0.3	0.2

人数合計の割合で見ると、「家庭での支援が困難であるため」が 68.1%、「行動改善や生活能力の習得を目的に入所施設を利用するため」が 23.2%、「その他」が 8.7%となっている。

図表 30 主な入所理由別新規入所者数（割合）



問 16-1 家庭での支援困難理由別新規入所者数

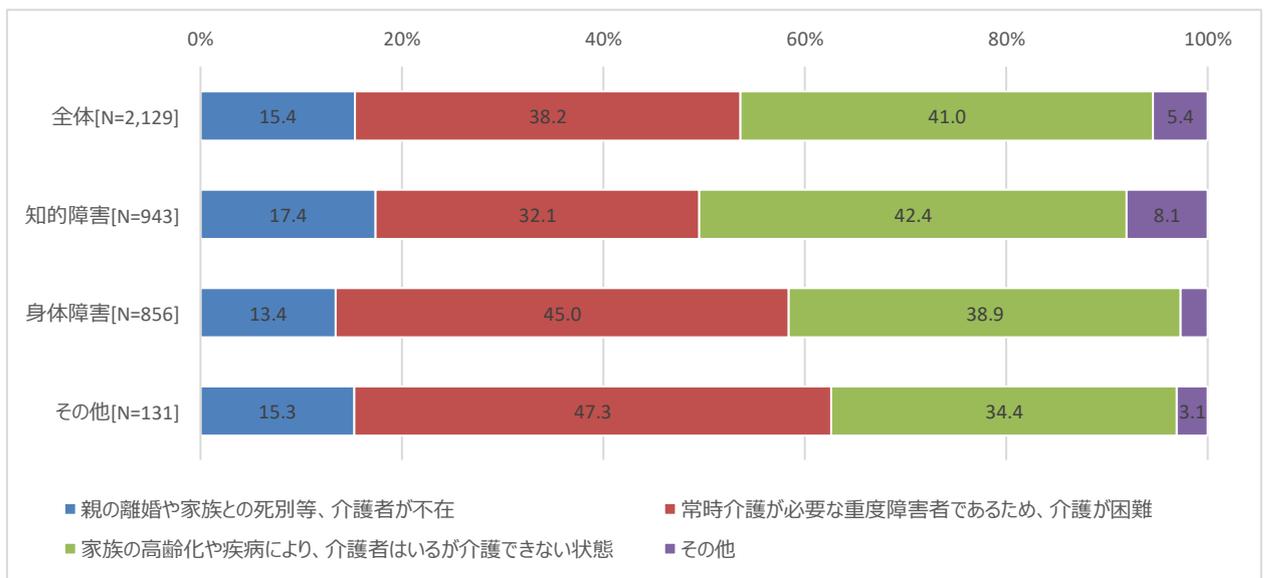
「家庭での支援が困難であるため」の新規入所者について、その理由別に人数を聞いたところ、平均で「家族の高齢化や疾病により、介護者はいるが介護できない状態」が 1.0 人、「常時介護が必要な重度障害者であるため、介護が困難」が 0.9 人、「親の離婚や家族との死別等、介護者が不在」が 0.4 人、「その他」が 0.1 人となっている。

図表 31 家庭での支援困難理由別新規入所者数

	全体[N=902]	知的障害 [N=491]	身体障害 [N=283]	その他[N=47]
親の離婚や家族との死別等、介護者が不在	0.4	0.3	0.4	0.4
常時介護が必要な重度障害者であるため、介護が困難	0.9	0.6	1.4	1.3
家族の高齢化や疾病により、介護者はいるが介護できない状態	1.0	0.8	1.2	1.0
その他	0.1	0.2	0.1	0.1

人数合計の割合で見ると、「家族の高齢化や疾病により、介護者はいるが介護できない状態」が 41.0%、「常時介護が必要な重度障害者であるため、介護が困難」が 38.2%、「親の離婚や家族との死別等、介護者が不在」が 15.4%、「その他」が 5.4%となっている。

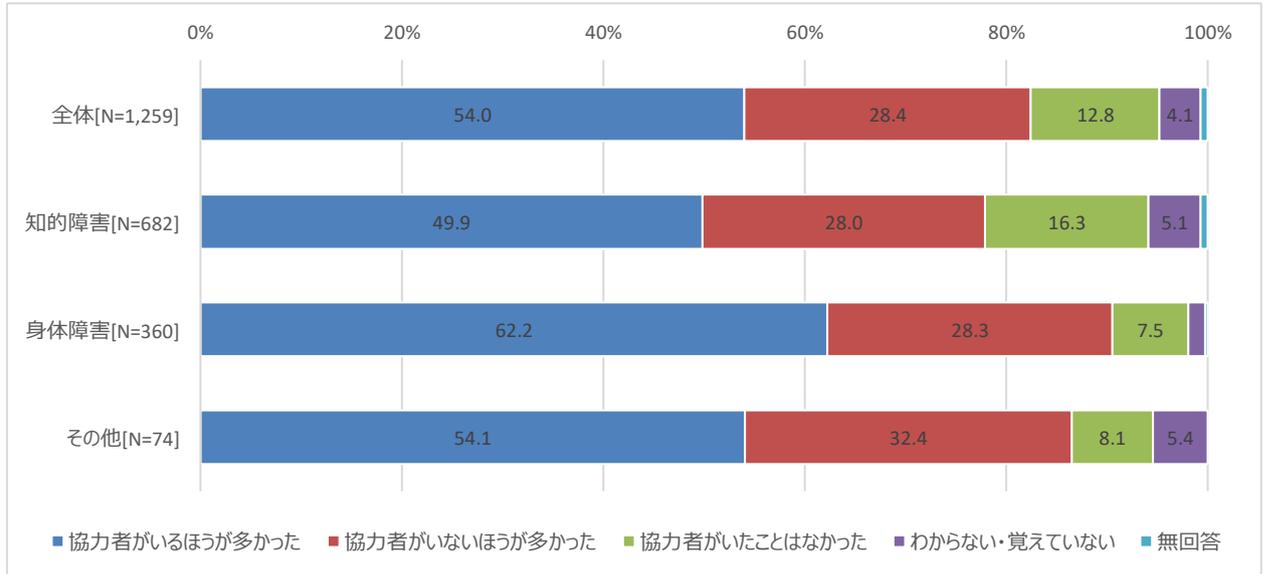
図表 32 家庭での支援困難理由別新規入所者数（割合）



問 17 入所時の協力者の有無

入所時の親(保護者)以外の協力者の有無については、「協力者がいるほうが多かった」が 54.0%、「協力者がいないほうが多かった」が 28.4%、「協力者がいたことはなかった」が 12.8%、「わからない・覚えていない」が 4.1%となっている。

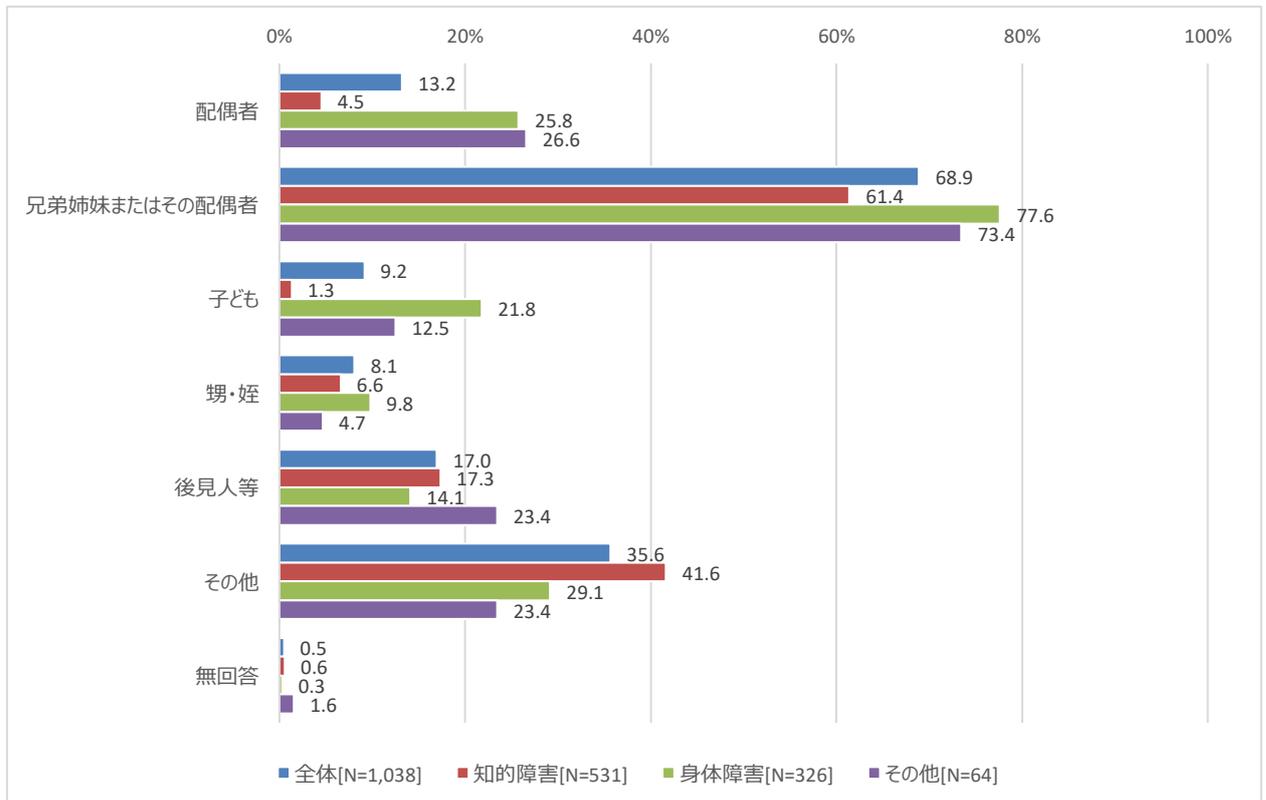
図表 33 入所時の協力者の有無



問 17-1 協力者

協力者の属性について聞いたところ、「兄弟姉妹またはその配偶者」が 68.9%となっている。なお、「その他」も多くなっているが、回答内容としてはサービス事業所の職員などが多い。

図表 34 協力者〔複数回答〕

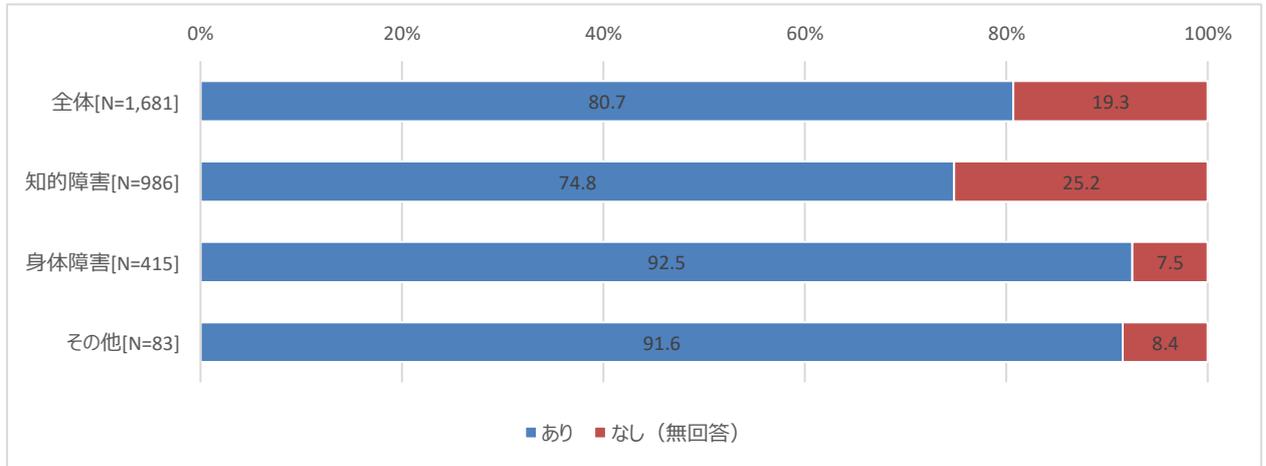


④退所者について

問 18 退所者数

各施設の退所者の有無については、「あり（1人以上を回答した施設）」が 80.7%、「なし（人数回答なし）」が 19.3%となっている。

図表 35 退所者

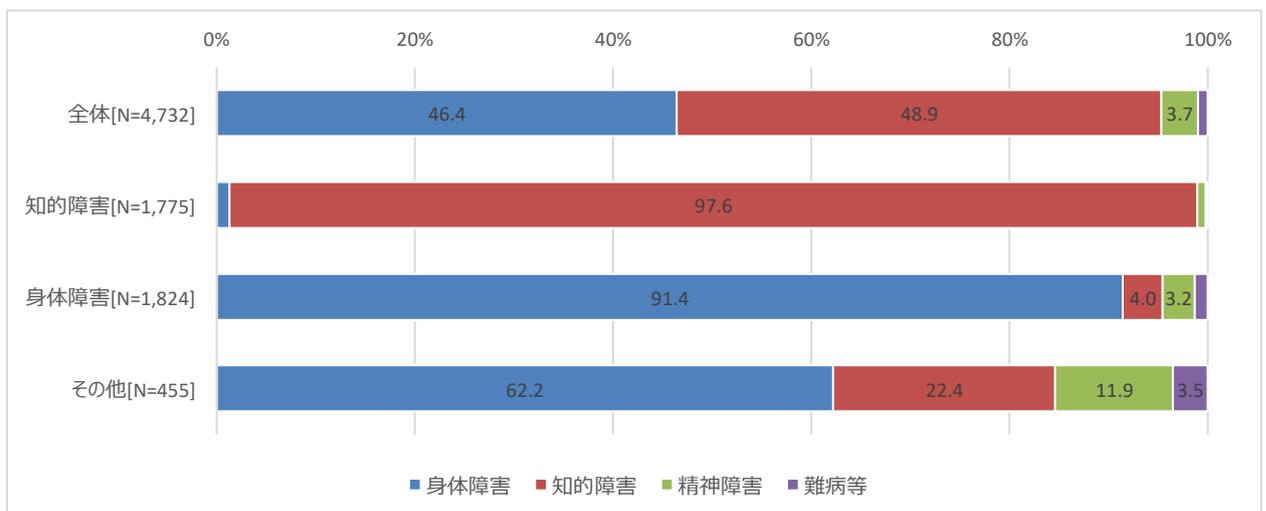


退所者のあった施設で、1施設の平均は3.5人、うち、「知的障害」が1.7人、「身体障害」が1.6人等となっている。人数合計の割合で見ると、「知的障害」が48.9%、「身体障害」が46.4%等となっている。

図表 36 退所者数

	全体[N=1,357]	知的障害 [N=738]	身体障害 [N=384]	その他[N=76]
身体障害	1.6	0.0	4.3	3.7
知的障害	1.7	2.3	0.2	1.3
精神障害	0.1	0.0	0.2	0.7
難病等	0.0	0.0	0.1	0.2
(再掲) 発達障害	0.0	0.1	0.1	0.0
(再掲) 高次脳機能障害	0.2	0.0	0.4	1.8

図表 37 退所者数 (割合)



問 18-1 退所者数 身体障害内訳

身体障害者のいる施設に障害種別の内訳を聞いたところ、「肢体不自由」が 3.7 人、「視覚」が 0.3 人等となっている。

図表 38 退所者数 身体障害内訳

	全体[N=519]	知的障害 [N=18]	身体障害 [N=372]	その他[N=54]
視覚	0.3	0.2	0.4	0.2
聴覚・平衡機能	0.1	0.1	0.1	0.1
音声・言語・咀嚼機能	0.1	0.3	0.1	0.5
肢体不自由	3.7	0.9	4.0	4.0
うち、車いす・ストレッチャー利用者	2.9	0.7	3.3	2.0
内部障害	0.1	0.0	0.1	0.2

問 18-2 退所者数 重複障害内訳

在所者の重複障害について人数の内訳を聞いたところ、「身体・知的」の重複が 0.6 人等となっている。

図表 39 退所者数 重複障害内訳

	全体[N=1,340]	知的障害 [N=728]	身体障害 [N=381]	その他[N=73]
身体・知的	0.6	0.5	0.8	0.5
知的・精神	0.1	0.2	0.0	0.2
身体・精神	0.1	0.0	0.3	0.7
三障害	0.0	0.0	0.0	0.0

問 19 性別・年齢別退所者数

新規入所者の性別・年齢別人数の内訳を聞いたところ、男性の 35～49 歳、50～59 歳がそれぞれ 0.4 人等となっている。

図表 40 性別・年齢別退所者数

全体[N=1,301] 平均値	17歳以下	18～19歳	20～34歳	35～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
男	0.0	0.0	0.2	0.4	0.4	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1
女	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
強度行動障害を有する者	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
重症心身障害者	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
医療的ケアを要する者（重心以外）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0

【施設区分別】

		全体[N=1,301]	知的障害[N=724]	身体障害[N=371]	その他[N=71]
男	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.2	0.2	0.2	0.4
	35～49歳	0.4	0.3	0.4	1.1
	50～59歳	0.4	0.3	0.7	1.3
	60～64歳	0.3	0.1	0.5	0.6
	65～69歳	0.3	0.2	0.5	0.4
	70～74歳	0.2	0.1	0.4	0.2
	75～79歳	0.1	0.1	0.2	0.1
	80歳以上	0.1	0.1	0.1	0.0
女	17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34歳	0.1	0.1	0.1	0.2

		全体[N=1,301]	知的障害[N=724]	身体障害[N=371]	その他[N=71]
	35～49 歳	0.2	0.2	0.2	0.3
	50～59 歳	0.2	0.2	0.2	0.4
	60～64 歳	0.1	0.1	0.2	0.2
	65～69 歳	0.2	0.2	0.2	0.3
	70～74 歳	0.1	0.1	0.2	0.1
	75～79 歳	0.1	0.1	0.2	0.1
	80 歳以上	0.1	0.1	0.1	0.1
強度行動障害を有する者	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.0	0.1	0.0	0.0
	35～49 歳	0.1	0.1	0.0	0.1
	50～59 歳	0.0	0.1	0.0	0.0
	60～64 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	70～74 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80 歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
重症心身障害者	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49 歳	0.0	0.0	0.1	0.0
	50～59 歳	0.0	0.0	0.1	0.0
	60～64 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	65～69 歳	0.0	0.0	0.1	0.0
	70～74 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	75～79 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	80 歳以上	0.0	0.0	0.0	0.0
医療的ケアを要する者（重心以外）	17 歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
	18～19 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～34 歳	0.0	0.0	0.0	0.0
	35～49 歳	0.0	0.0	0.1	0.0
	50～59 歳	0.1	0.0	0.1	0.1
	60～64 歳	0.1	0.0	0.2	0.1
	65～69 歳	0.1	0.0	0.2	0.1
	70～74 歳	0.1	0.0	0.1	0.0
	75～79 歳	0.0	0.0	0.1	0.1
	80 歳以上	0.0	0.0	0.0	0.1

問 20 退所後の住まい・退所までの入所期間別退所者数

退所後の住まい・退所までの入所期間別に退所者数をみると、平均で、「5 年未満」で「自宅・アパート等（親族と同居）」が 0.4 人等となっている。

図表 41 退所後の住まい・退所までの入所期間別退所者数

全体[N=1,297] 平均値	5 年未満	5～10 年未満	10～15 年未満	15～20 年未満	20～25 年未満	25～30 年未満	30 年以上
自宅・アパート等（親族と同居）	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
自宅・アパート等（単身）	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
同一法人内のグループホーム（共同生活援助）	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
他法人のグループホーム（共同生活援助）	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
福祉ホーム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
入所施設（他の障害者支援施設）	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
特別養護老人ホーム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他高齢者施設	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
病院（入院）	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1

死亡退所	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

【施設区別別】

		全体[N=1,297]	知的障害 [N=722]	身体障害 [N=371]	その他[N=70]
自宅・アパート等（親族と同居）	5年未満	0.4	0.1	0.8	1.8
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
自宅・アパート等（単身）	5年未満	0.1	0.0	0.2	0.5
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
同一法人内のグループホーム（共同生活援助）	5年未満	0.1	0.1	0.0	0.1
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.1	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.1
他法人のグループホーム（共同生活援助）	5年未満	0.1	0.1	0.1	0.3
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
福祉ホーム	5年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
入所施設（他の障害者支援施設）	5年未満	0.1	0.1	0.1	0.3
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
特別養護老人ホーム	5年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.1	0.0	0.0
有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	5年未満	0.0	0.0	0.0	0.2
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
その他高齢者施設	5年未満	0.0	0.0	0.0	0.1
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0

		全体[N=1,297]	知的障害 [N=722]	身体障害 [N=371]	その他[N=70]
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
病院（入院）	5年未満	0.2	0.1	0.4	0.4
	5～10年未満	0.1	0.1	0.2	0.2
	10～15年未満	0.1	0.1	0.2	0.2
	15～20年未満	0.1	0.0	0.2	0.1
	20～25年未満	0.1	0.0	0.1	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.1
	30年以上	0.1	0.1	0.1	0.0
死亡退所	5年未満	0.2	0.1	0.4	0.1
	5～10年未満	0.2	0.1	0.3	0.2
	10～15年未満	0.1	0.1	0.3	0.2
	15～20年未満	0.1	0.1	0.3	0.1
	20～25年未満	0.1	0.1	0.2	0.0
	25～30年未満	0.1	0.1	0.1	0.1
	30年以上	0.2	0.2	0.2	0.2
その他	5年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	5～10年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0

人数合計で、退所後の住まい、退所までの入所期間別のそれぞれの割合を見ると、退所後の住まい（表の右端列）については、「死亡退所」が32.3%、「病院（入院）」が21.8%、「自宅・アパート等（親族と同居）[N=596]」が14.0%等となっている。退所までの入所期間については、「5年未満」が39.3%となっている一方、「30年以上」も13.9%となっている。

図表 42 退所後の住まい・退所までの入所期間別退所者数（割合）

(%)	5年未満 [N=1,672]	5～10年未 満[N=530]	10～15年 未満 [N=469]	15～20年 未満 [N=401]	20～25年 未満 [N=329]	25～30年 未満 [N=265]	30年以上 [N=591]	合計 [N=4,257]
自宅・アパート等 （親族と同居） [N=596]	12.7	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1	14.0
自宅・アパート等 （単身）[N=156]	3.3	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	3.7
同一法人内のグルー プホーム（共同生活 援助）[N=264]	1.8	1.0	1.0	0.5	0.7	0.5	0.7	6.2
他法人のグループホ ーム（共同生活援 助）[N=164]	2.5	0.4	0.4	0.1	0.2	0.1	0.1	3.9
福祉ホーム[N=30]	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
入所施設（他の障害 者支援施設） [N=365]	3.4	1.1	0.9	0.8	0.6	0.6	1.2	8.6
特別養護老人ホーム [N=176]	0.6	0.3	0.5	0.4	0.6	0.4	1.3	4.1
有料老人ホーム・サ ービス付高齢者住宅 [N=76]	0.7	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3	1.8
その他高齢者施設 [N=85]	0.5	0.0	0.4	0.2	0.1	0.2	0.5	2.0
病院（入院） [N=927]	6.5	3.7	2.9	2.7	1.7	1.4	2.8	21.8

死亡退所[N=1,374]	5.9	5.0	4.4	4.2	3.4	2.7	6.7	32.3
その他[N=44]	0.6	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
合計[N=4,257]	39.3	12.5	11.0	9.4	7.7	6.2	13.9	100.0

【施設区分別】

		全体 [N=4,257]	知的障害 [N=1,706]	身体障害 [N=1,730]	その他 [N=400]
自宅・アパート等（親族と同居）	5年未満	12.7	3.8	18.1	32.0
	5～10年未満	0.3	0.6	0.2	0.0
	10～15年未満	0.3	0.5	0.1	0.5
	15～20年未満	0.3	0.5	0.2	0.0
	20～25年未満	0.2	0.3	0.1	0.0
	25～30年未満	0.1	0.2	0.1	0.0
	30年以上	0.1	0.3	0.0	0.0
自宅・アパート等（単身）	5年未満	3.3	0.4	4.8	9.3
	5～10年未満	0.1	0.1	0.2	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.1	0.0
	15～20年未満	0.1	0.1	0.1	0.3
	20～25年未満	0.0	0.0	0.1	0.3
	25～30年未満	0.0	0.0	0.1	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.1	0.3
同一法人内のグループホーム（共同生活援助）	5年未満	1.8	2.9	0.6	1.5
	5～10年未満	1.0	1.7	0.1	0.0
	10～15年未満	1.0	2.2	0.2	0.5
	15～20年未満	0.5	0.9	0.0	0.0
	20～25年未満	0.7	1.6	0.1	0.3
	25～30年未満	0.5	1.0	0.0	0.0
	30年以上	0.7	0.8	0.1	1.5
他法人のグループホーム（共同生活援助）	5年未満	2.5	2.8	1.7	4.8
	5～10年未満	0.4	0.6	0.2	0.3
	10～15年未満	0.4	0.5	0.1	0.0
	15～20年未満	0.1	0.2	0.1	0.0
	20～25年未満	0.2	0.3	0.1	0.0
	25～30年未満	0.1	0.2	0.1	0.0
	30年以上	0.1	0.1	0.0	0.0
福祉ホーム	5年未満	0.6	1.4	0.1	0.5
	5～10年未満	0.0	0.1	0.0	0.0
	10～15年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	15～20年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～25年未満	0.0	0.0	0.1	0.3
	25～30年未満	0.0	0.0	0.0	0.0
	30年以上	0.0	0.0	0.0	0.0
入所施設（他の障害者支援施設）	5年未満	3.4	3.3	2.8	4.8
	5～10年未満	1.1	1.4	1.0	0.8
	10～15年未満	0.9	1.3	0.3	0.8
	15～20年未満	0.8	1.3	0.2	0.8
	20～25年未満	0.6	1.1	0.2	0.3
	25～30年未満	0.6	1.0	0.3	0.3
	30年以上	1.2	1.9	0.4	0.5
特別養護老人ホーム	5年未満	0.6	0.9	0.3	0.3
	5～10年未満	0.3	0.4	0.3	0.0
	10～15年未満	0.5	0.6	0.4	0.5
	15～20年未満	0.4	0.6	0.1	0.3
	20～25年未満	0.6	1.1	0.3	0.0
	25～30年未満	0.4	0.8	0.1	0.0
	30年以上	1.3	2.8	0.2	0.3
有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	5年未満	0.7	0.4	0.6	3.5
	5～10年未満	0.2	0.1	0.3	0.0
	10～15年未満	0.2	0.2	0.2	0.0
	15～20年未満	0.1	0.0	0.2	0.0
	20～25年未満	0.1	0.1	0.2	0.0
	25～30年未満	0.2	0.1	0.2	0.5
	30年以上	0.3	0.5	0.1	0.0
その他高齢者施設	5年未満	0.5	0.2	0.7	1.3

		全体 [N=4,257]	知的障害 [N=1,706]	身体障害 [N=1,730]	その他 [N=400]
	5～10年未満	0.0	0.1	0.1	0.0
	10～15年未満	0.4	0.4	0.1	0.8
	15～20年未満	0.2	0.3	0.1	0.0
	20～25年未満	0.1	0.1	0.1	0.5
	25～30年未満	0.2	0.2	0.1	0.0
	30年以上	0.5	1.0	0.2	0.3
病院（入院）	5年未満	6.5	4.5	8.6	6.8
	5～10年未満	3.7	2.6	5.1	3.0
	10～15年未満	2.9	2.2	3.9	2.8
	15～20年未満	2.7	2.0	3.9	1.5
	20～25年未満	1.7	2.0	1.8	0.5
	25～30年未満	1.4	1.9	0.8	1.0
死亡退所	30年以上	2.8	5.0	1.3	0.8
	5年未満	5.9	4.0	8.3	2.0
	5～10年未満	5.0	3.7	6.4	3.3
	10～15年未満	4.4	3.6	6.0	3.0
	15～20年未満	4.2	3.7	5.5	1.8
	20～25年未満	3.4	3.9	3.5	0.8
その他	25～30年未満	2.7	3.3	2.7	1.0
	30年以上	6.7	10.3	3.7	3.3
	5年未満	0.6	0.5	0.9	0.5
	5～10年未満	0.2	0.2	0.1	0.3
	10～15年未満	0.1	0.1	0.1	0.0
	15～20年未満	0.0	0.1	0.1	0.0
	20～25年未満	0.0	0.1	0.0	0.0
	25～30年未満	0.0	0.1	0.0	0.0
30年以上	0.0	0.1	0.0	0.0	

問 20-1 退所後の「活動の場」別退所者数

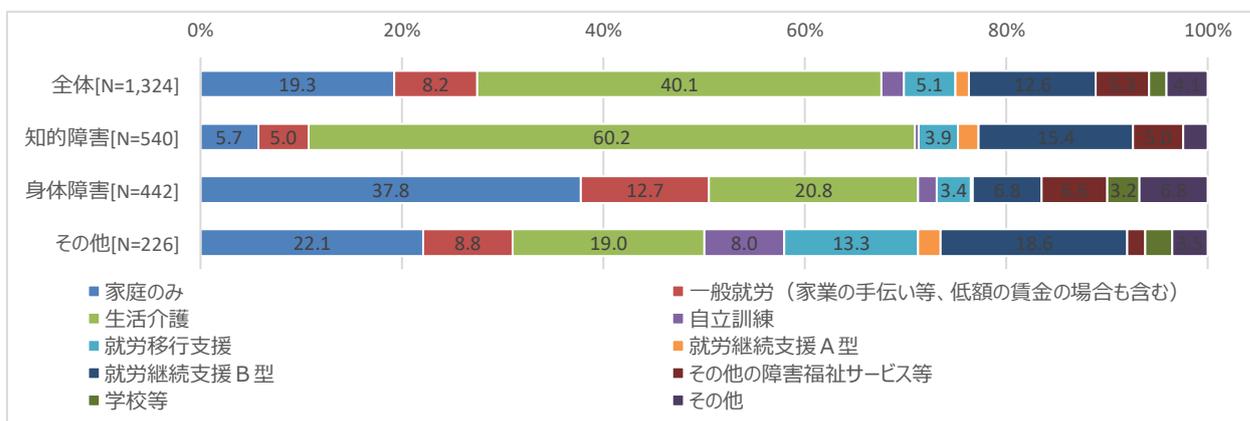
退所後の「活動の場」別の人数を聞いたところ、平均で「生活介護」が1.1人、「家庭のみ」が0.5人等となっている。

図表 43 退所後の「活動の場」別退所者数

	全体[N=486]	知的障害 [N=285]	身体障害 [N=121]	その他[N=31]
家庭のみ	0.5	0.1	1.4	1.6
一般就労（家業の手伝い等、低額の賃金の場合も含む）	0.2	0.1	0.5	0.6
生活介護	1.1	1.1	0.8	1.4
自立訓練	0.1	0.0	0.1	0.6
就労移行支援	0.1	0.1	0.1	1.0
就労継続支援A型	0.0	0.0	0.0	0.2
就労継続支援B型	0.3	0.3	0.2	1.4
その他の障害福祉サービス等	0.1	0.1	0.2	0.1
学校等	0.0	0.0	0.1	0.2
その他	0.1	0.0	0.2	0.3

人数合計の割合で見ると、「生活介護」が40.1%、「家庭のみ」が19.3%等となっている。

図表 44 退所後の「活動の場」別退所者数（割合）

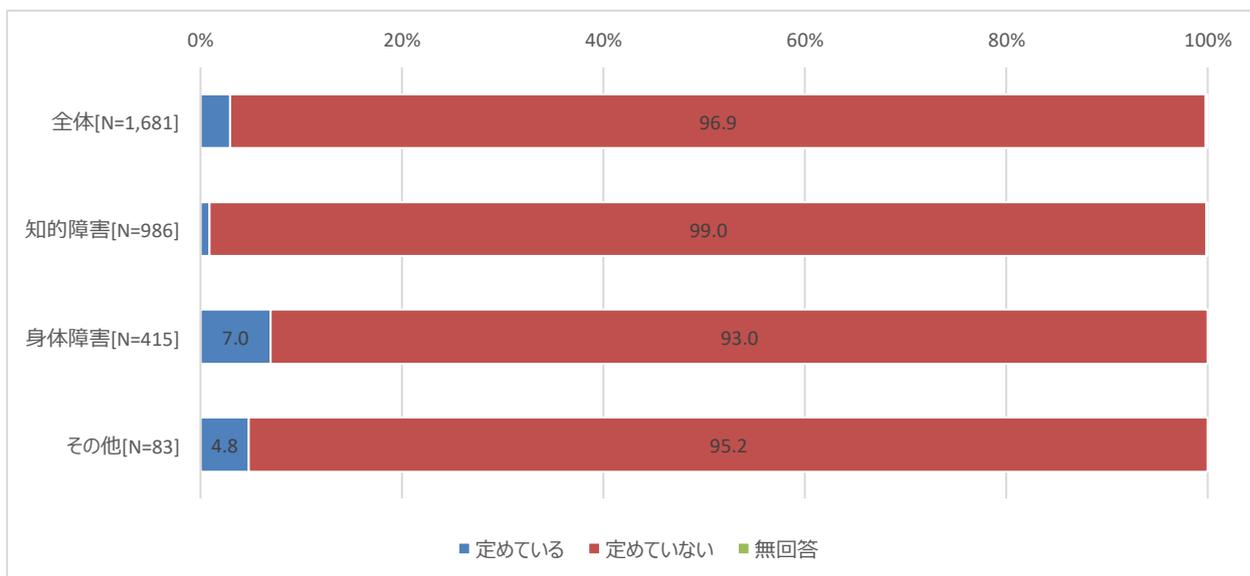


⑤障害者の高齢化について

問 21 利用条件における年齢上限の有無

利用条件における年齢上限は、「定めていない」が 96.9%、「定めている」が 2.9%となっている。なお、上限を定めている施設の平均上限は 64.3 歳である。

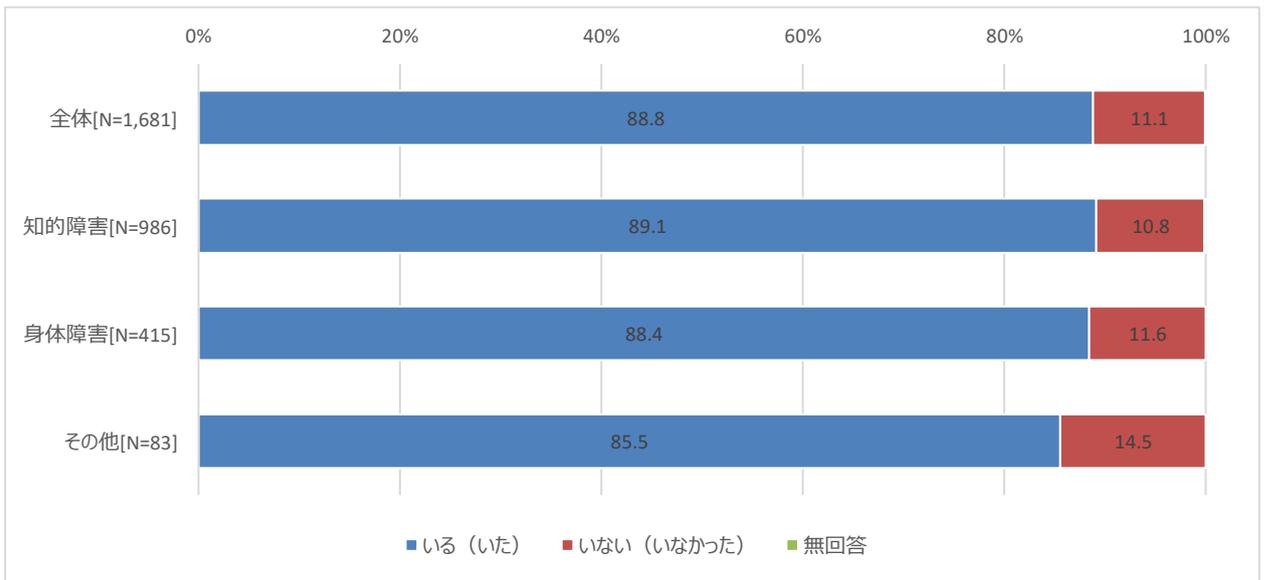
図表 45 利用条件における年齢上限の有無



問 22 高齢化に伴う症状が顕著な人の有無

高齢化に伴う症状が顕著な人の有無については、「いる (いた)」が 88.8%、「いない (いなかった)」が 11.1%となっている。

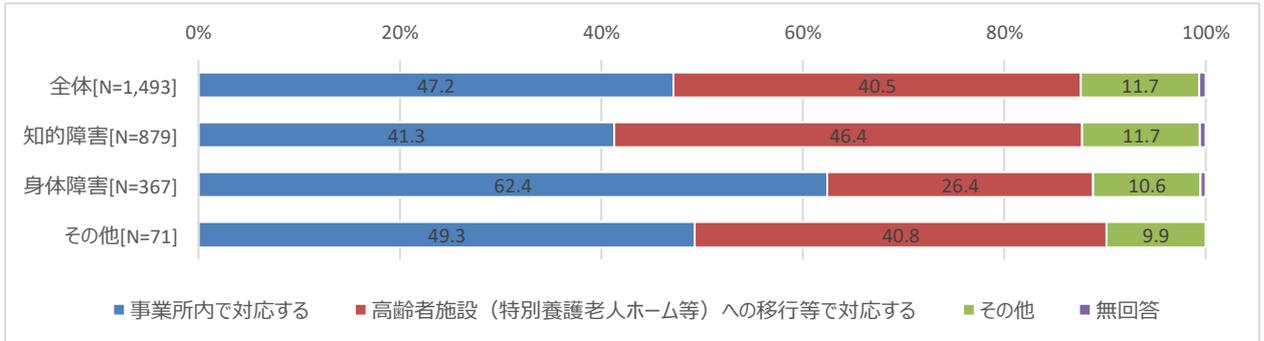
図表 46 高齢化に伴う症状が顕著な人の有無



問 23 高齢化に伴う症状が顕著な人への対応

高齢化に伴う症状が顕著な人のいる施設に、対応方針を聞いたところ、「事業所内で対応する」が47.2%、「高齢者施設（特別養護老人ホーム等）への移行等で対応する」が40.5%、「その他」が11.7%となっている。

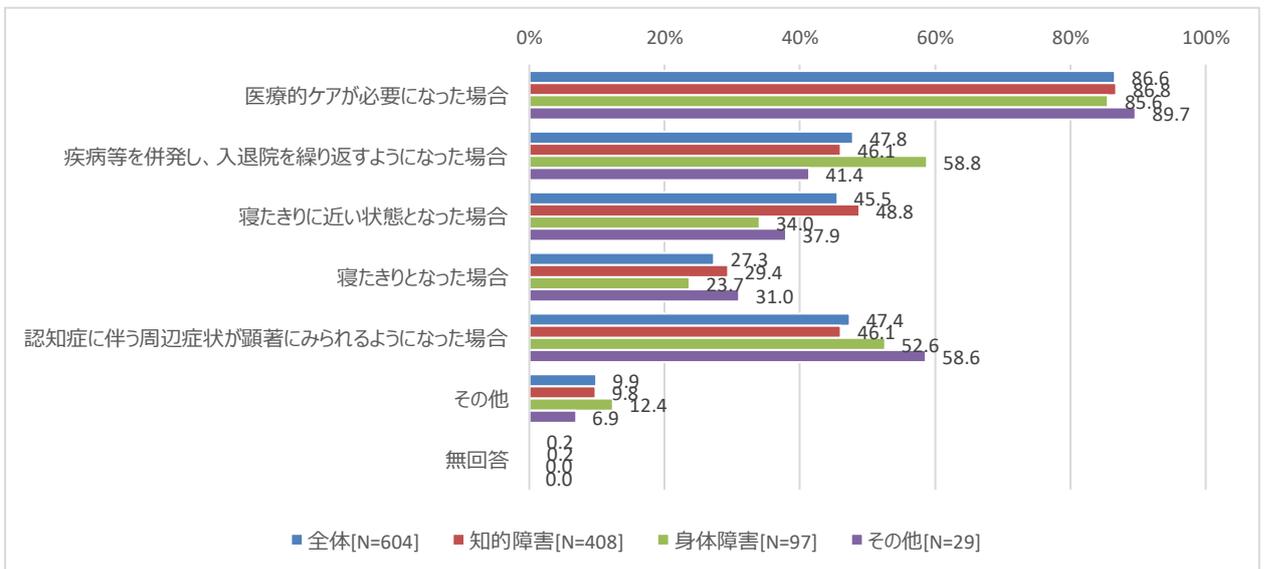
図表 47 高齢化に伴う症状が顕著な人への対応



問 23-1 高齢者施設移行等の判断基準

「高齢者施設（特別養護老人ホーム等）への移行等で対応する」と回答した施設に、移行の判断基準を聞いたところ、「医療的ケアが必要になった場合」が86.6%、「疾病等を併発し、入退院を繰り返すようになった場合」が47.8%、「認知症に伴う周辺症状が顕著にみられるようになった場合」が47.4%、「寝たきりに近い状態となった場合」が45.5%等となっている。

図表 48 高齢者施設移行等の判断基準〔複数回答〕



問 24 高齢者施設の待機者

高齢者施設への待機者数は、高齢化に伴う症状が顕著な人のいる施設の平均で0.3人となっている。

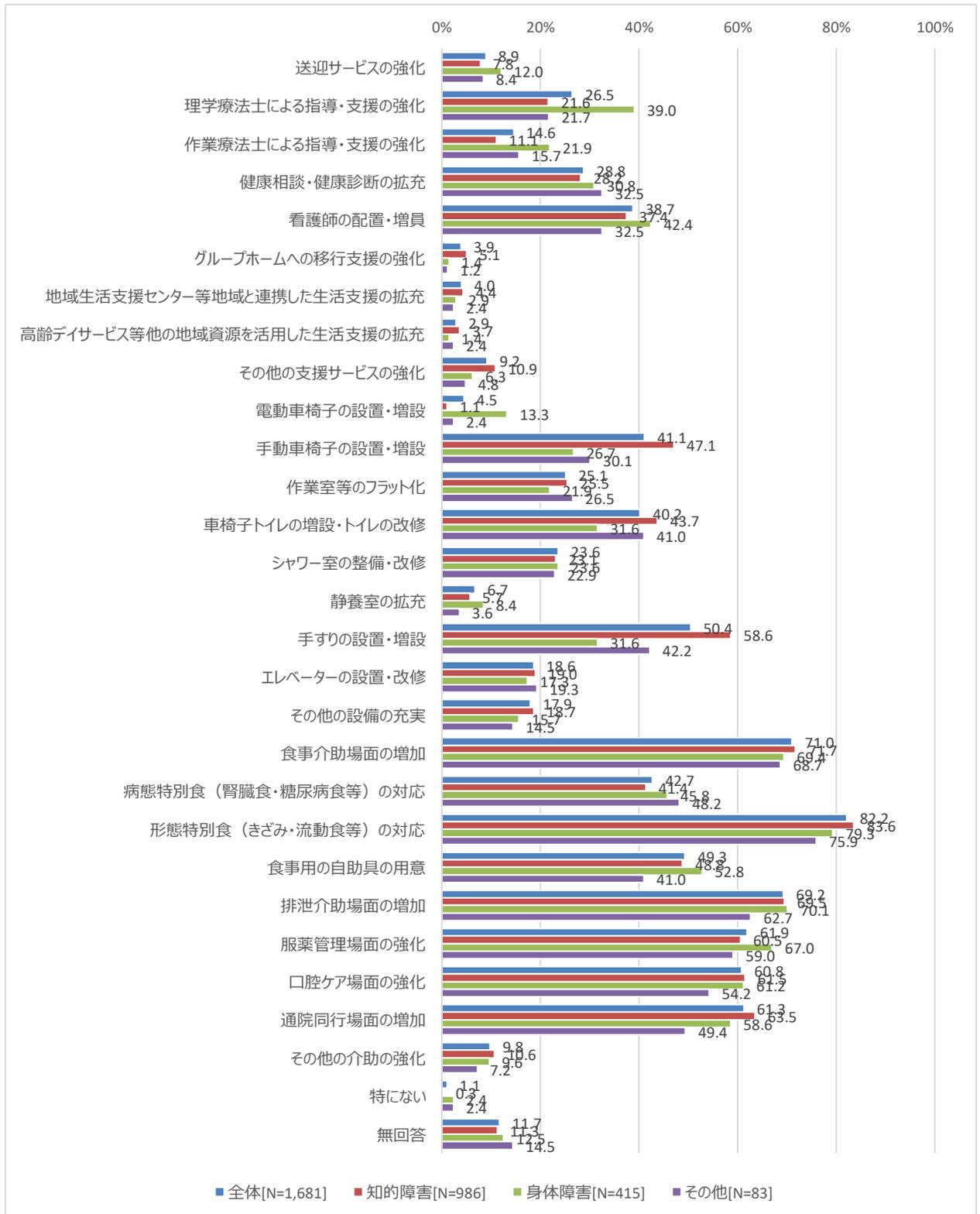
図表 49 高齢者施設の待機者

	全体[N=1,462]	知的障害[N=863]	身体障害[N=361]	その他[N=69]
合計値	490.0	240.0	164.0	16.0
平均値	0.3	0.3	0.5	0.2

問 25 すでに実施している支援

高齢化対応として既に実施している支援としては、「形態特別食（きざみ・流動食等）の対応」が 82.2%、「食事介助場面の増加」が 71.0%、「排泄介助場面の増加」が 69.2%、「服薬管理場面の強化」が 61.9%、「通院同行場面の増加」が 61.3%、「口腔ケア場面の強化」が 60.8%等となっている。

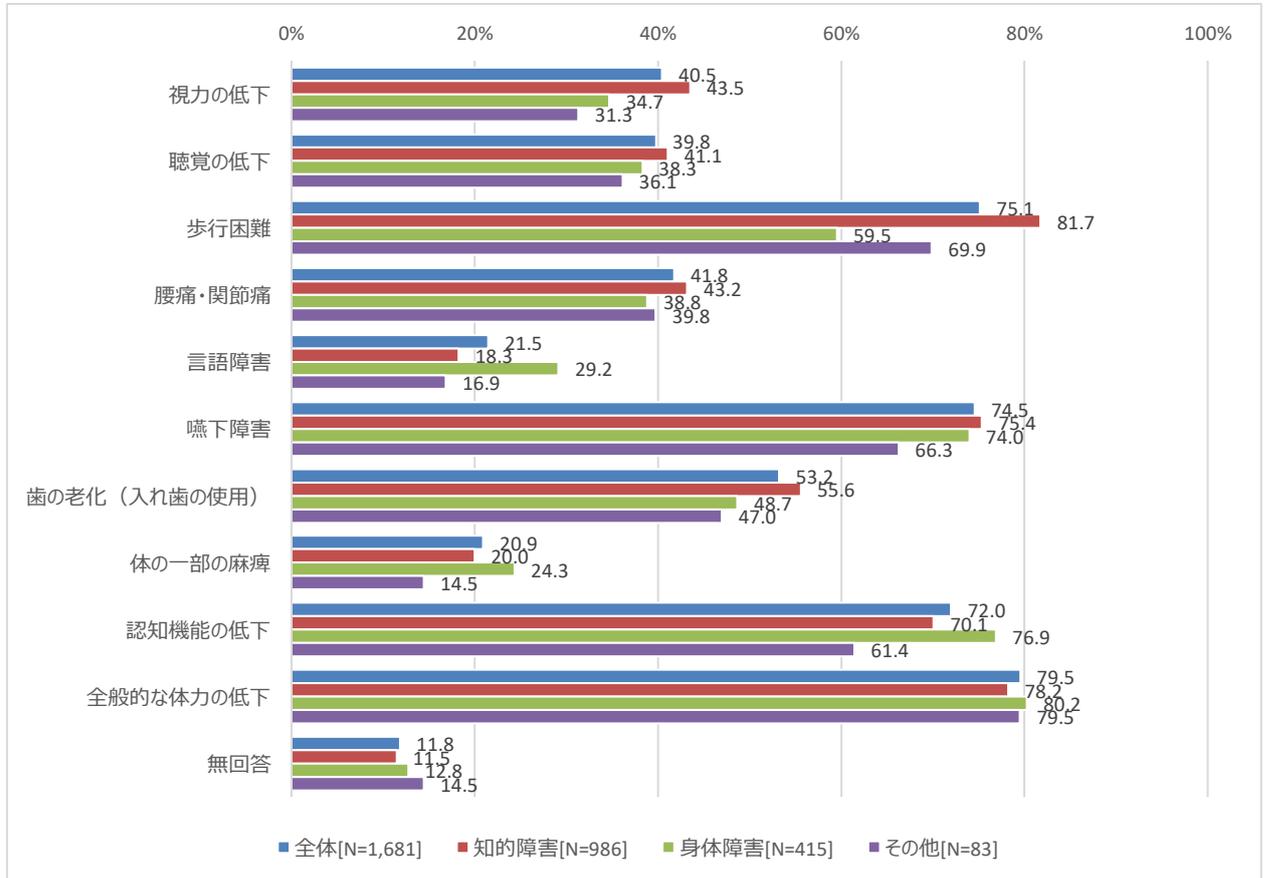
図表 50 すでに実施している支援〔複数回答〕



問 26 高齢化に伴う症状

高齢化に伴う症状が顕著な人のいる施設に、具体的な利用者の症状を聞いたところ、「全般的な体力の低下」が79.5%、「歩行困難」が75.1%、「嚥下障害」が74.5%、「認知機能の低下」が72.0%等となっている。

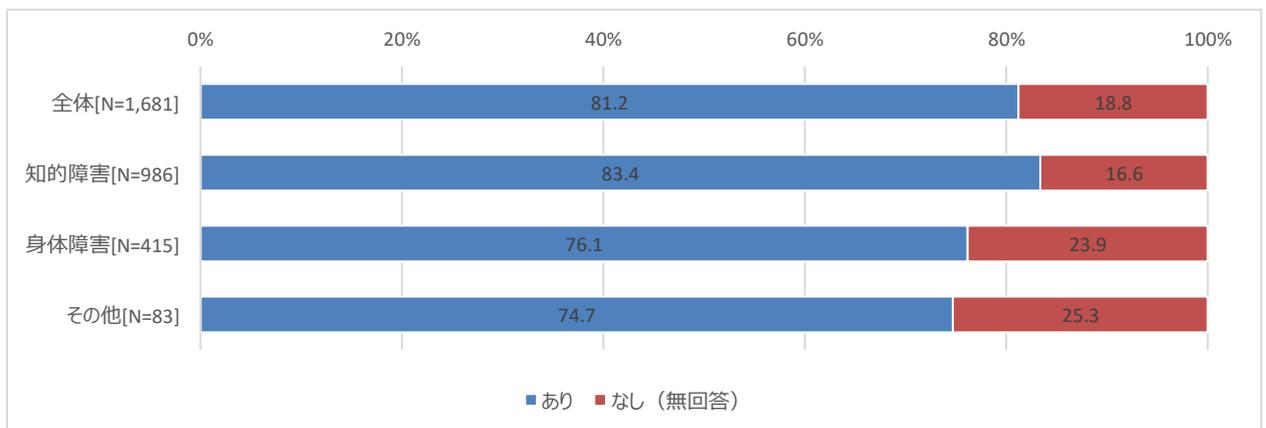
図表 51 高齢化に伴う症状〔複数回答〕



問 27 高齢化によって問題となっている在所有者数

高齢化によって問題となっている在所有者数について聞いたところ、施設別の内訳では、「あり（1人以上回答）」が81.2%、「なし（無回答）」が18.8%となっている。

図表 52 高齢化問題入所者有無



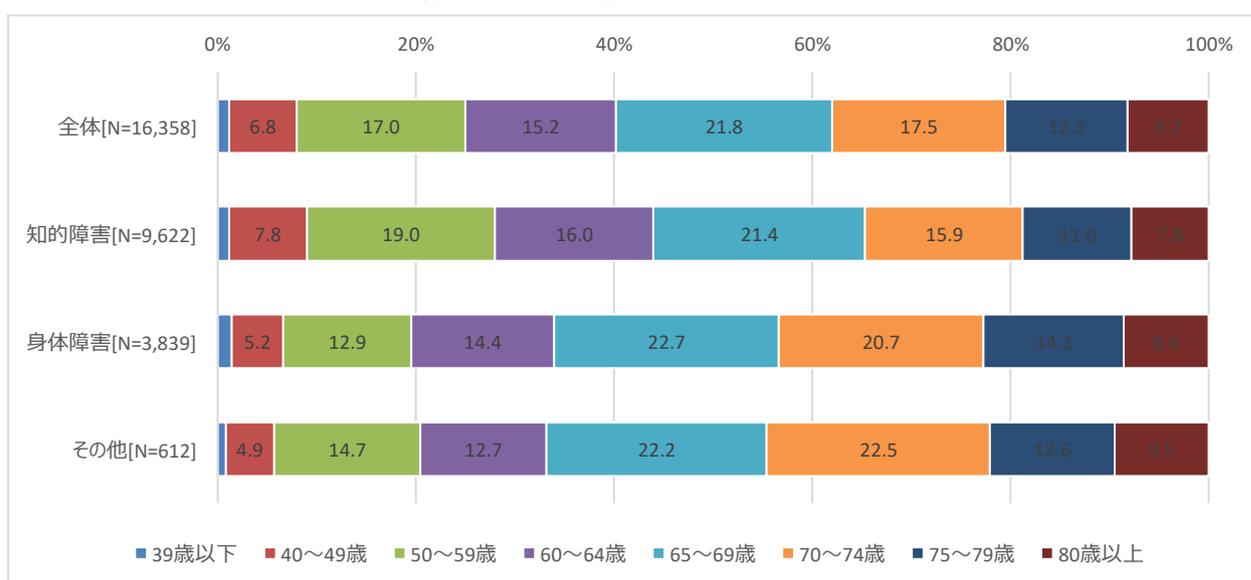
年齢別で1施設あたりの平均人数を見ると、「65～69歳」が2.6人、「70～74歳」が2.1人、「50～59歳」が2.0人等となっている。

図表 53 高齢化によって問題となっている在所要者数

	全体[N=1,365]	知的障害 [N=822]	身体障害 [N=316]	その他[N=62]
39歳以下	0.1	0.1	0.2	0.1
40～49歳	0.8	0.9	0.6	0.5
50～59歳	2.0	2.2	1.6	1.5
60～64歳	1.8	1.9	1.8	1.3
65～69歳	2.6	2.5	2.8	2.2
70～74歳	2.1	1.9	2.5	2.2
75～79歳	1.5	1.3	1.7	1.2
80歳以上	1.0	0.9	1.0	0.9

人数合計の割合で見ると、「65～69歳」が21.8%、「70～74歳」が17.5%、「50～59歳」が17.0%等となっている。

図表 54 高齢化によって問題となっている在所要者数（割合）



問 27-1 高齢化によって問題となっている在り者数 行動の範囲別

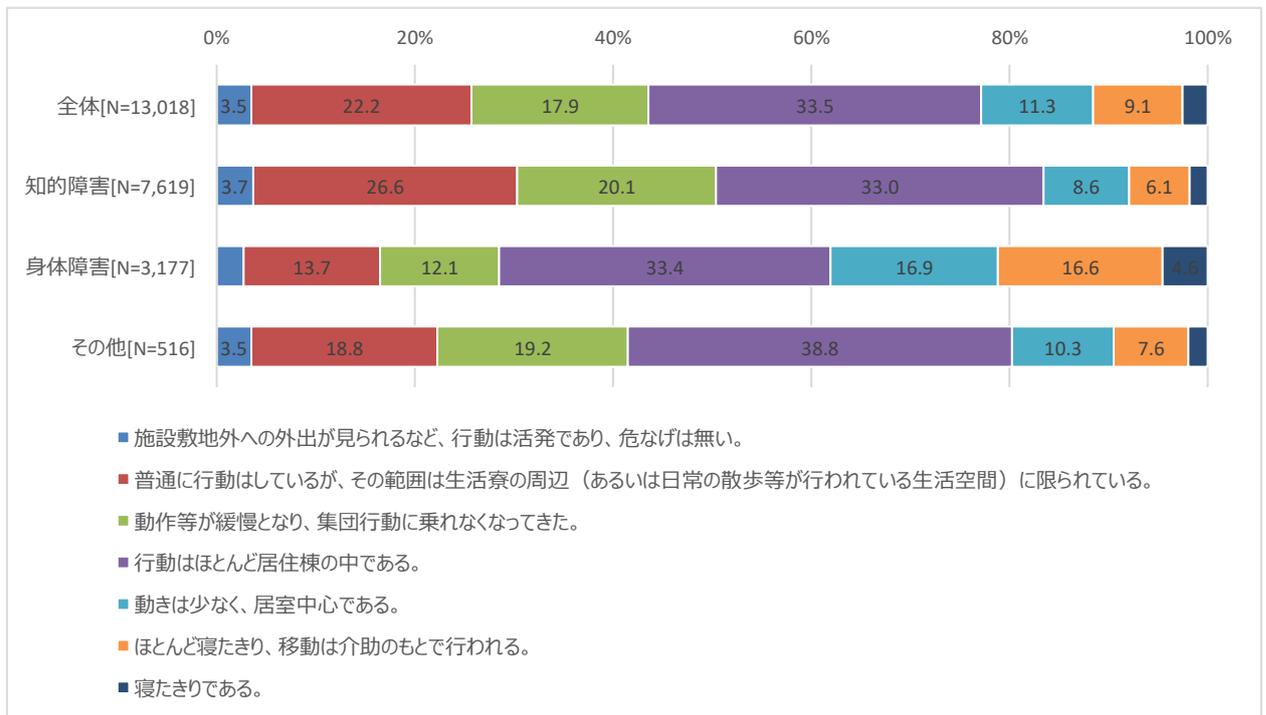
行動の範囲別で平均人数を見ると、「行動はほとんど居住棟の中である」が 3.8 人、「普通に行動はしているが、その範囲は生活寮の周辺（あるいは日常の散歩等が行われている生活空間）に限られている」が 2.5 人等となっている。

図表 55 高齢化によって問題となっている在り者数 行動の範囲別

	全体[N=1,146]	知的障害 [N=685]	身体障害 [N=276]	その他[N=55]
施設敷地外への外出が見られるなど、行動は活発であり、危なげは無い。	0.4	0.4	0.3	0.3
普通に行動はしているが、その範囲は生活寮の周辺（あるいは日常の散歩等が行われている生活空間）に限られている。	2.5	3.0	1.6	1.8
動作等が緩慢となり、集団行動に乗れなくなってきた。	2.0	2.2	1.4	1.8
行動はほとんど居住棟の中である。	3.8	3.7	3.8	3.6
動きは少なく、居室中心である。	1.3	1.0	1.9	1.0
ほとんど寝たきり、移動は介助のもとで行われる。	1.0	0.7	1.9	0.7
寝たきりである。	0.3	0.2	0.5	0.2

人数合計の割合で見ると、「行動はほとんど居住棟の中である」が 33.5%、「普通に行動はしているが、その範囲は生活寮の周辺（あるいは日常の散歩等が行われている生活空間）に限られている」が 22.2%等となっている。

図表 56 高齢化によって問題となっている在り者数 行動の範囲別（割合）



問 27-2 高齢化によって問題となっている在り者数 日常生活動作別

日常生活動作別で平均人数を見ると、「服薬」「入浴」「整容」等で「全介助」の人数が多くなっている。

図表 57 高齢化によって問題となっている在り者数 日常生活動作別

		全体[N=1,199]	知的障害[N=722]	身体障害[N=286]	その他[N=52]
寝返り	自立	5.7	6.5	3.2	4.4
	見守り又は介助が必要	1.6	1.8	0.9	1.7
	一部介助	1.4	1.2	1.7	2.0
	全介助	2.3	1.2	5.4	1.8
		全体[N=1,171]	知的障害[N=703]	身体障害[N=278]	その他[N=51]
座位保持	自立	5.2	5.9	3.0	4.6
	見守り又は介助が必要	2.1	2.3	1.4	1.7
	一部介助	1.7	1.6	1.9	1.2
	全介助	2.3	1.2	5.0	2.8
		全体[N=1,233]	知的障害[N=749]	身体障害[N=284]	その他[N=54]
移動	自立	2.2	2.1	2.5	2.4
	見守り又は介助が必要	3.0	3.3	1.9	1.5
	一部介助	2.7	2.9	2.1	2.8
	全介助	3.2	2.6	4.5	3.0
		全体[N=1,234]	知的障害[N=746]	身体障害[N=287]	その他[N=56]
食事	自立	2.1	1.9	2.2	2.3
	見守り又は介助が必要	3.8	4.2	2.4	2.5
	一部介助	3.0	3.1	2.4	2.7
	全介助	2.4	1.7	4.2	2.1
		全体[N=1,231]	知的障害[N=744]	身体障害[N=285]	その他[N=56]
排泄	自立	1.7	1.7	1.5	1.4
	見守り又は介助が必要	2.3	2.8	0.9	1.9
	一部介助	2.9	3.3	1.8	2.2
	全介助	4.3	3.2	7.0	3.8
		全体[N=1,242]	知的障害[N=753]	身体障害[N=287]	その他[N=56]
入浴	自立	0.5	0.5	0.4	0.6
	見守り又は介助が必要	1.5	1.8	0.7	1.3
	一部介助	3.1	3.4	2.0	2.3
	全介助	6.1	5.3	8.3	5.3
		全体[N=1,225]	知的障害[N=742]	身体障害[N=283]	その他[N=53]
整容	自立	0.9	0.6	1.6	1.2
	見守り又は介助が必要	1.7	1.8	1.1	1.7
	一部介助	3.2	3.5	2.2	2.4
	全介助	5.6	5.3	6.4	4.7
		全体[N=1,225]	知的障害[N=741]	身体障害[N=283]	その他[N=53]
着衣	自立	1.4	1.4	1.1	1.3
	見守り又は介助が必要	2.2	2.6	0.9	1.9
	一部介助	3.2	3.6	2.0	2.6
	全介助	4.5	3.4	7.5	4.1
		全体[N=1,234]	知的障害[N=748]	身体障害[N=286]	その他[N=54]
服薬	自立	0.4	0.2	0.7	0.6
	見守り又は介助が必要	1.1	1.1	0.9	1.6
	一部介助	1.4	1.6	1.2	0.9
	全介助	8.3	8.1	8.5	6.7

問 27-3 高齢化によって問題となっている在り者数 意思疎通状況別

意思疎通状況別で平均人数を見ると、いずれも「一部できる」の人数が多くなっている。

図表 58 高齢化によって問題となっている在り者数 意思疎通状況別

		全体[N=1,272]	知的障害[N=771]	身体障害[N=296]	その他[N=57]
意思決定	ほぼできる	2.7	2.0	4.5	2.7
	一部できる	4.2	4.6	3.5	3.2
	ほとんどできない	3.4	3.6	2.7	2.9
	不明	0.8	0.8	0.7	0.5
		全体[N=1,266]	知的障害[N=769]	身体障害[N=293]	その他[N=57]
日課の理解	ほぼできる	3.0	2.4	4.6	2.3
	一部できる	4.0	4.3	3.3	3.0
	ほとんどできない	3.4	3.5	2.7	3.4
	不明	0.9	0.9	0.8	0.7
		全体[N=1,268]	知的障害[N=768]	身体障害[N=297]	その他[N=57]
意思伝達	ほぼできる	3.0	2.3	4.8	2.5
	一部できる	4.2	4.5	3.4	3.0
	ほとんどできない	3.4	3.6	2.5	3.3
	不明	0.7	0.7	0.6	0.6
		全体[N=1,264]	知的障害[N=766]	身体障害[N=295]	その他[N=56]
指示への反応	ほぼできる	3.1	2.5	5.0	2.3
	一部できる	4.5	4.9	3.4	3.6
	ほとんどできない	2.9	3.0	2.4	3.0
	不明	0.7	0.7	0.6	0.6

問 27-4 高齢化によって問題となっている在り者数 問題行動の状況別

問題行動の状況別で平均人数を見ると、「失禁」「外出して戻れない」等の人数が多くなっている。

図表 59 高齢化によって問題となっている在り者数 問題行動の状況別

	全体[N=1,320]	知的障害 [N=796]	身体障害 [N=309]	その他[N=60]
睡眠障害	1.5	1.6	1.3	0.9
昼夜逆転	1.0	1.0	1.0	0.8
被害妄想等	1.5	1.6	1.3	1.0
幻視幻聴	0.8	0.8	0.7	0.8
常時の徘徊	0.8	1.0	0.5	0.4
外出して戻れない	3.7	4.3	1.8	3.3
失禁	4.7	5.0	3.5	4.2
性的な異常行動	0.2	0.2	0.1	0.1
異食行動	0.5	0.5	0.3	0.2
不潔行為	1.3	1.5	0.7	0.5
大声	2.0	2.3	1.5	1.2
暴言暴行	1.9	2.1	1.4	1.2
自傷	0.8	1.0	0.4	0.5
器物破損	0.6	0.8	0.2	0.3
その他	0.3	0.3	0.4	0.4

問 27-5 高齢化によって問題となっている在り者数 日中の過ごし方別

日中の過ごし方別で平均人数を見ると、「創作的活動をしている（好きなテレビを観るなど趣味的な活動も含む）」の人数が多くなっている。

図表 60 高齢化によって問題となっている在り者数 日中の過ごし方別

	全体[N=1,238]	知的障害 [N=751]	身体障害 [N=285]	その他[N=56]
作業的活動をしている（掃除、洗濯なども含む）	2.3	2.5	1.8	1.7
創作的活動をしている（好きなテレビを観るなど趣味的な活動も含む）	5.5	5.5	5.1	4.4
何もしていない（部屋にいる、活動への参加を拒む、目的もなくテレビを眺める、施設内を移動する等も含む）	2.3	2.1	2.6	2.3
ほぼベッドの上で生活している（車椅子等を利用している場合も含む）	0.9	0.7	1.4	0.9
その他	0.2	0.2	0.2	0.2

問 27-6 高齢化によって問題となっている在り者数 夜間介護別

夜間介護別で平均人数を見ると、身体介護、見回り支援いずれも、「一晚（就寝後から起床まで）に2回以上必要」の人数が多くなっている。

図表 61 高齢化によって問題となっている在り者数 夜間介護別

		全体 [N=925]	知的障害 [N=541]	身体障害 [N=240]	その他 [N=40]
夜間の身体介護状況	一晚（就寝後から起床まで）に2回以上必要	5.3	4.0	8.3	4.7
	一晚（就寝後から起床まで）に1回程度必要	2.1	2.1	1.3	1.8
	特に必要はない	3.1	3.7	1.8	1.8
夜間の見回り支援状況	一晚（就寝後から起床まで）に2回以上必要	9.0	8.3	10.2	7.4
	一晚（就寝後から起床まで）に1回程度必要	1.0	1.0	0.8	0.9
	特に必要はない	0.6	0.7	0.4	0.4

問 27-7 高齢化によって問題となっている在り者数 外出状況別

外出状況別で平均人数を見ると、日々の外出については、「月に1~2回以下」の人数が多くなっている。

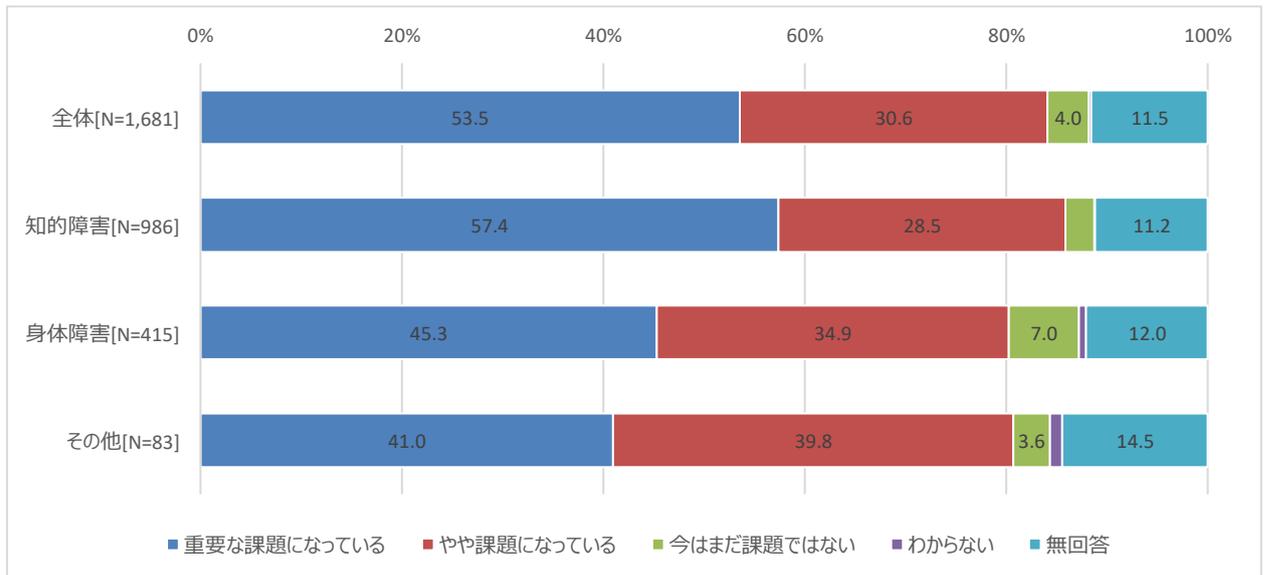
図表 62 高齢化によって問題となっている在り者数 外出状況別

		全体[N=1,230]	知的障害[N=762]	身体障害[N=268]	その他[N=57]
月に1~2回以下	日々の外出	6.4	5.6	8.3	5.8
	うち、通院のみ	2.2	1.8	3.4	2.1
週に1~2回程度	日々の外出	2.4	2.6	1.4	2.9
	うち、通院のみ	0.2	0.2	0.2	0.2
日に1回程度	日々の外出	1.5	1.9	0.5	0.4
	うち、通院のみ	0.0	0.0	0.0	0.0
日に2回以上	日々の外出	0.4	0.6	0.1	0.1
	うち、通院のみ	0.0	0.0	0.0	0.0

問 28 高齢化による支援上の課題の状況

「重要な課題になっている」が 53.5%、「やや課題になっている」が 30.6%、「今はまだ課題ではない」が 4.0%となっている。

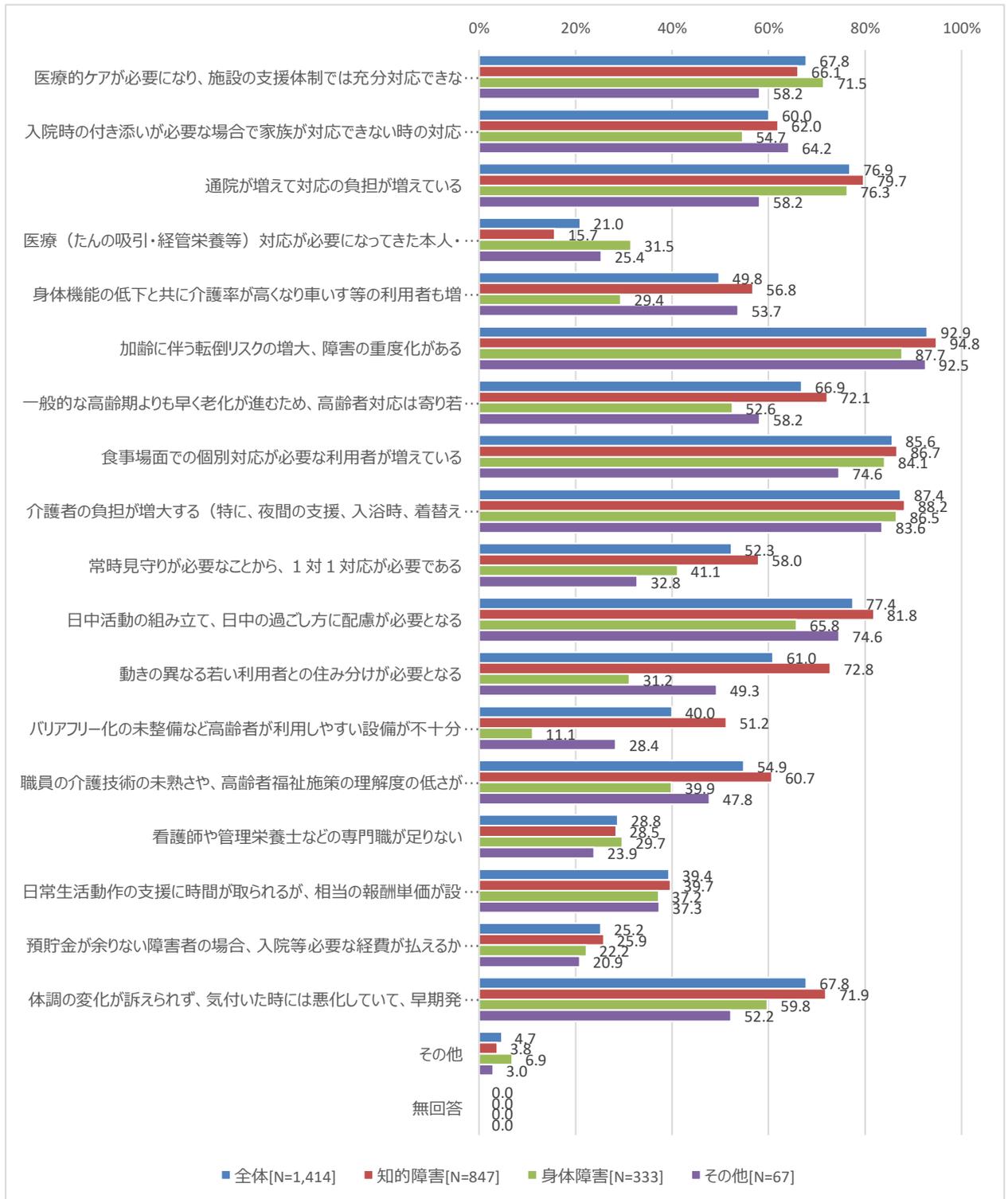
図表 63 高齢化による支援上の課題の状況



問 28-1 課題となっていること

高齢化対応で課題となっていることを聞いたところ、「加齢に伴う転倒リスクの増大、障害の重度化がある」が 92.9%、「介護者の負担が増大する（特に、夜間の支援、入浴時、着替え時、トイレ誘導時等）」が 87.4%、「食事場面での個別対応が必要な利用者が増えている」が 85.6%等となっている。

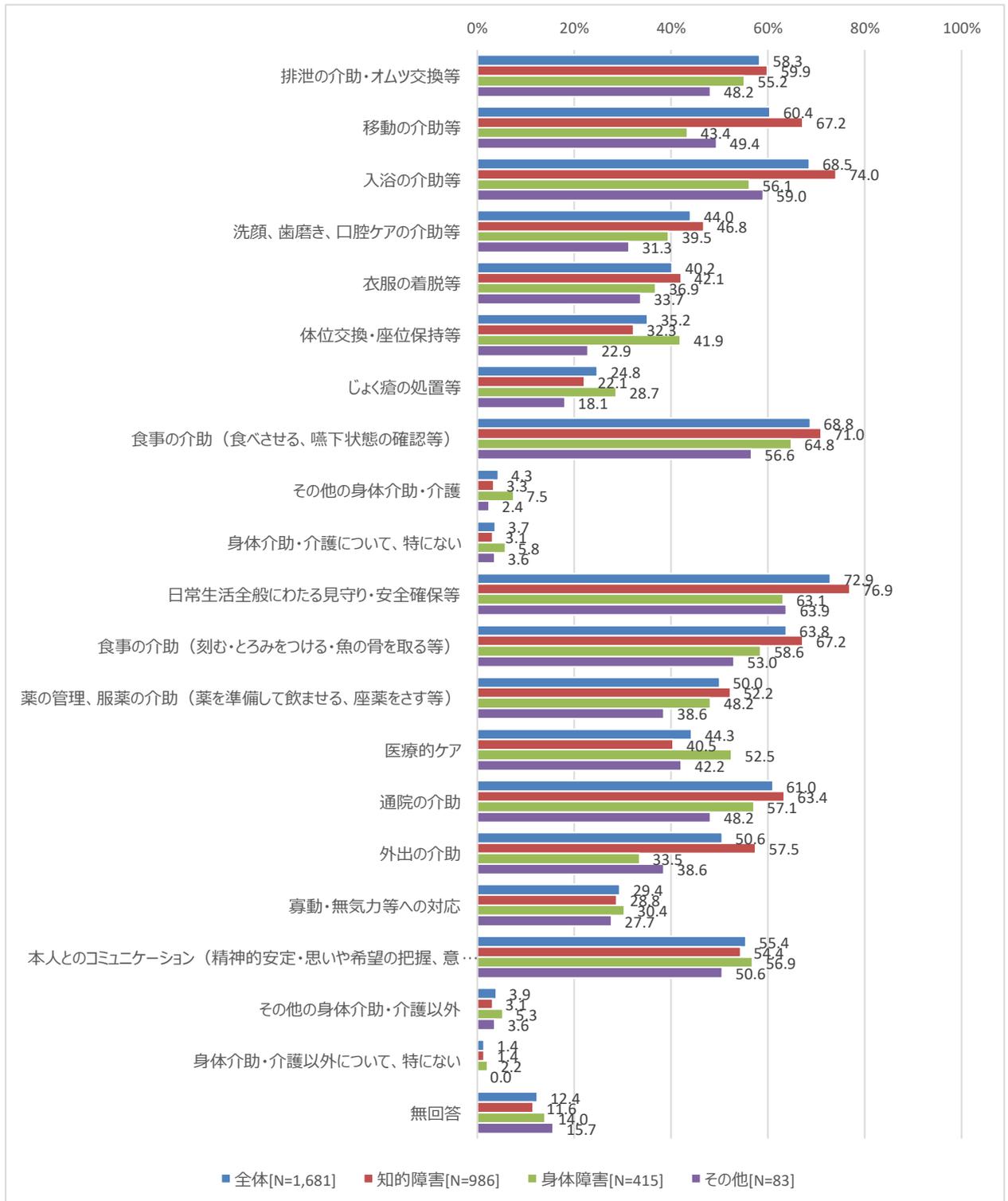
図表 64 課題となっていること〔複数回答〕



問 29 苦慮している支援

苦慮している支援については、「日常生活全般にわたる見守り・安全確保等」が72.9%、「食事の介助（食べさせる、嚥下状態の確認等）」が68.8%、「入浴の介助等」が68.5%、「食事の介助（刻む・とろみをつける・魚の骨を取る等）」が63.8%、「通院の介助」が61.0%、「移動の介助等」が60.4%等となっている。

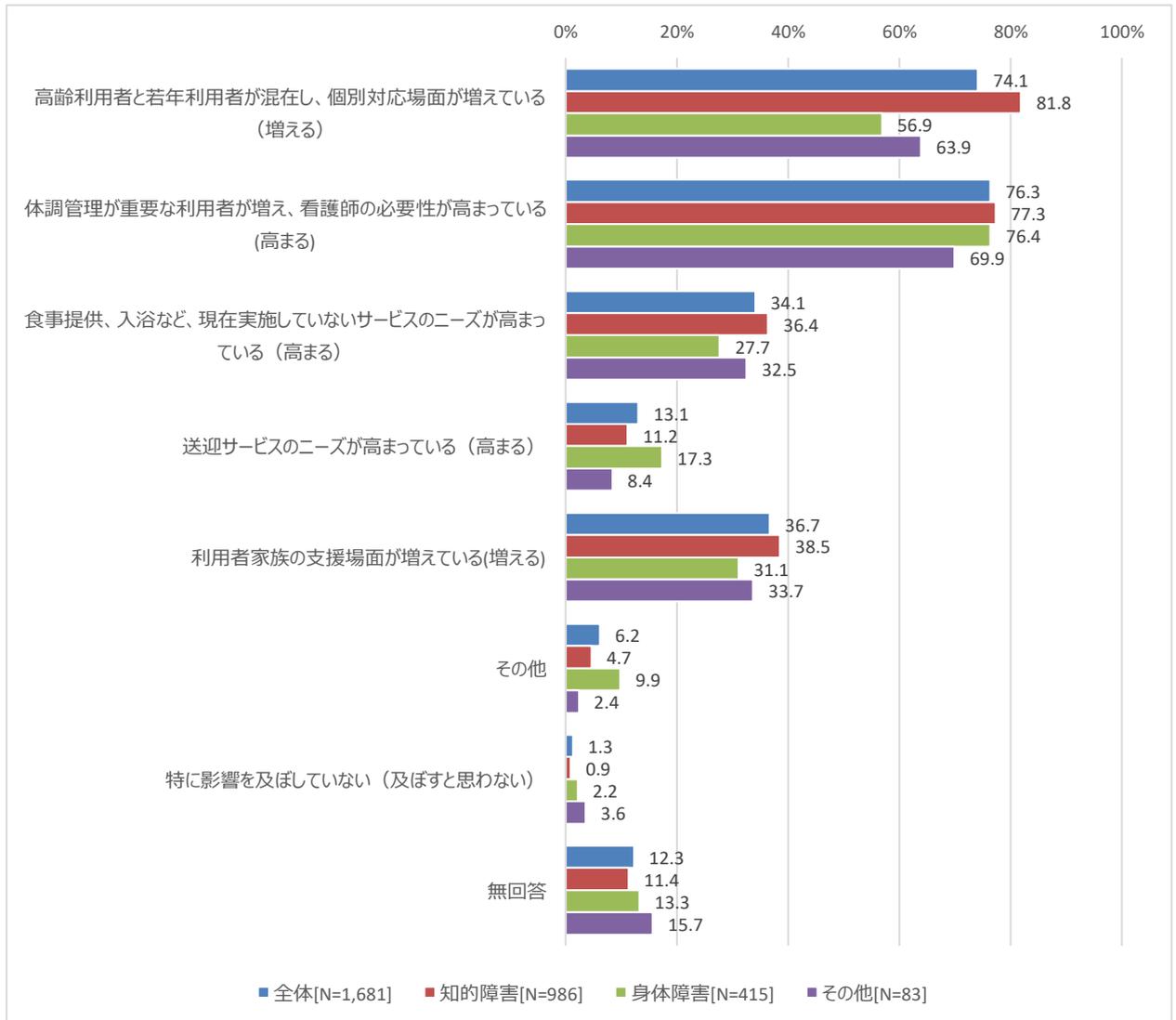
図表 65 苦慮している支援〔複数回答〕



問 30 運営面への影響

高齢化の運営面への影響としては、「体調管理が重要な利用者が増え、看護師の必要性が高まっている(高まる)」が76.3%、「高齢利用者と若年利用者が混在し、個別対応場面が増えている(増える)」が74.1%等となっている。

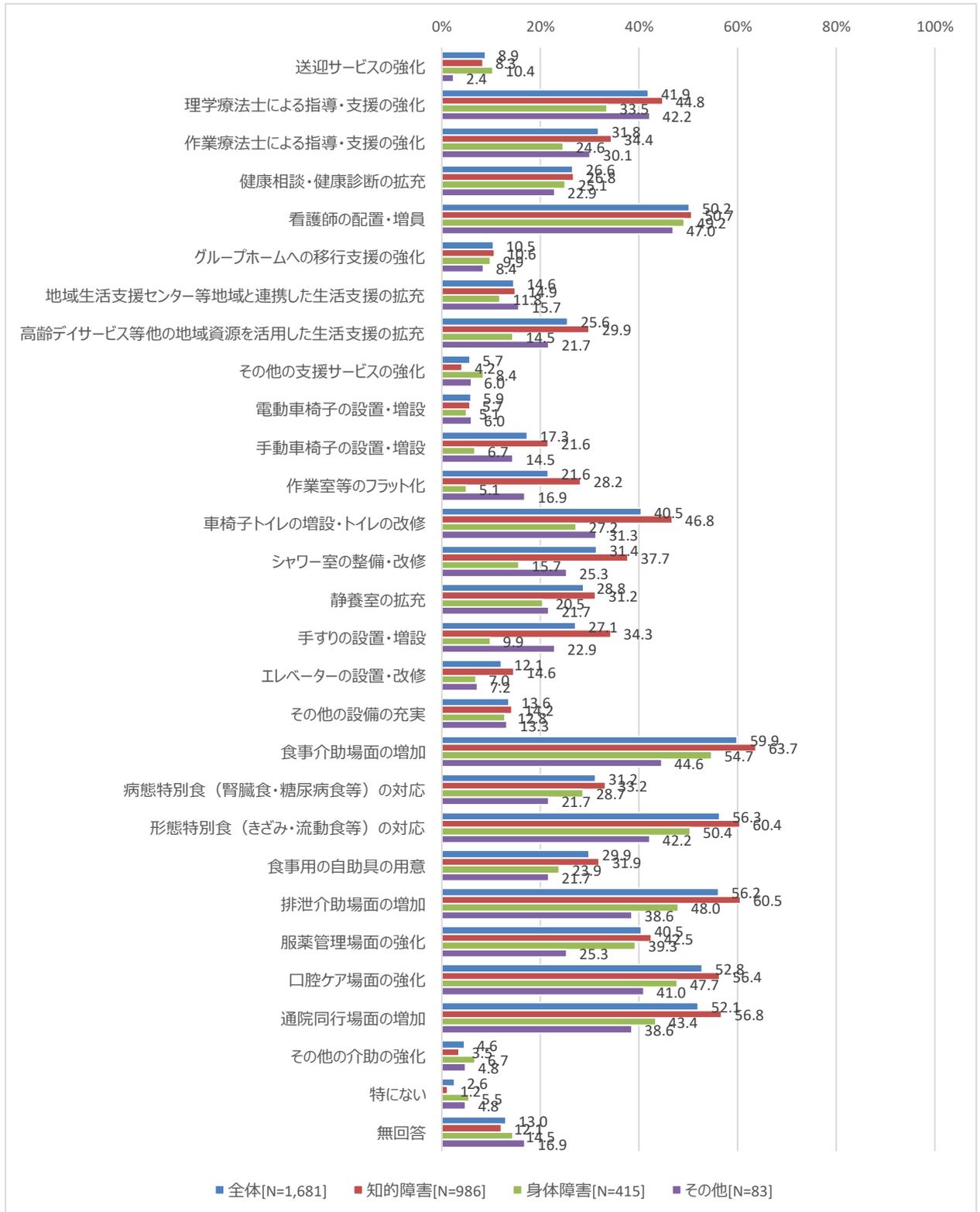
図表 66 運営面への影響〔複数回答〕



問 31 新たにしたほうが良いと思う支援

高齢化対応で新たに開始・強化した方が良いと思う支援については、「食事介助場面の増加」が 59.9%、「形態特別食（きざみ・流動食等）の対応」が 56.3%、「排泄介助場面の増加」が 56.2%、「口腔ケア場面の強化」が 52.8%、「通院同行場面の増加」が 52.1%、「看護師の配置・増員」が 50.2%等となっている。

図表 67 新たにしたほうが良いと思う支援〔複数回答〕

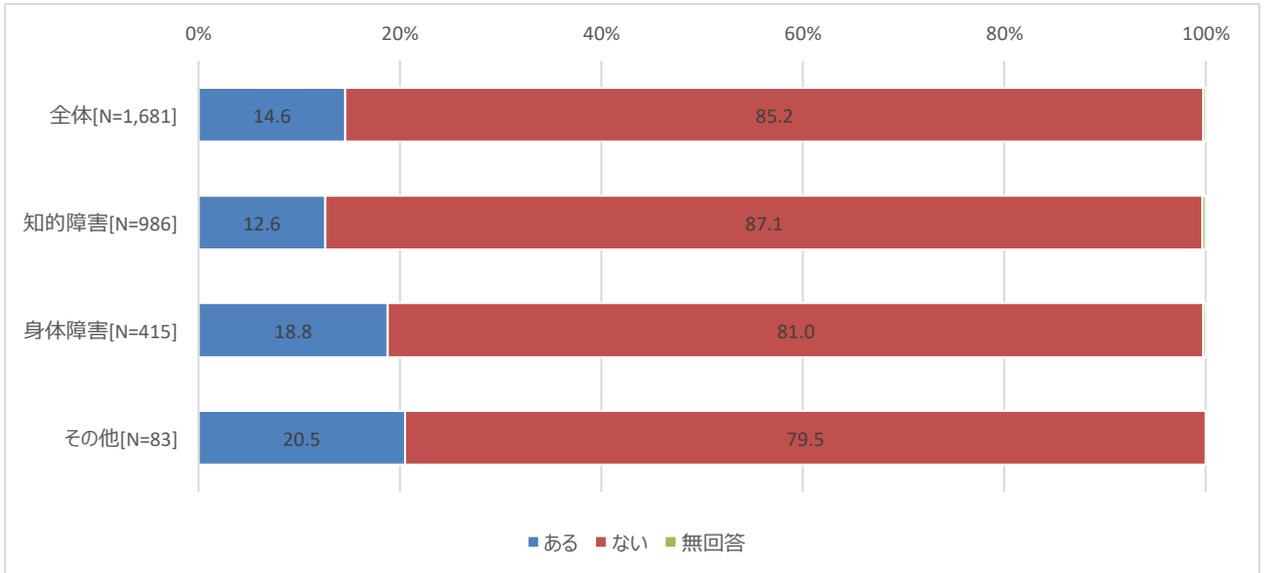


⑦看取り・終末期対応について

問 32 実績の有無

看取り・終末期対応の実績については、「ない」が85.2%、「ある」が14.6%となっている。

図表 68 実績の有無



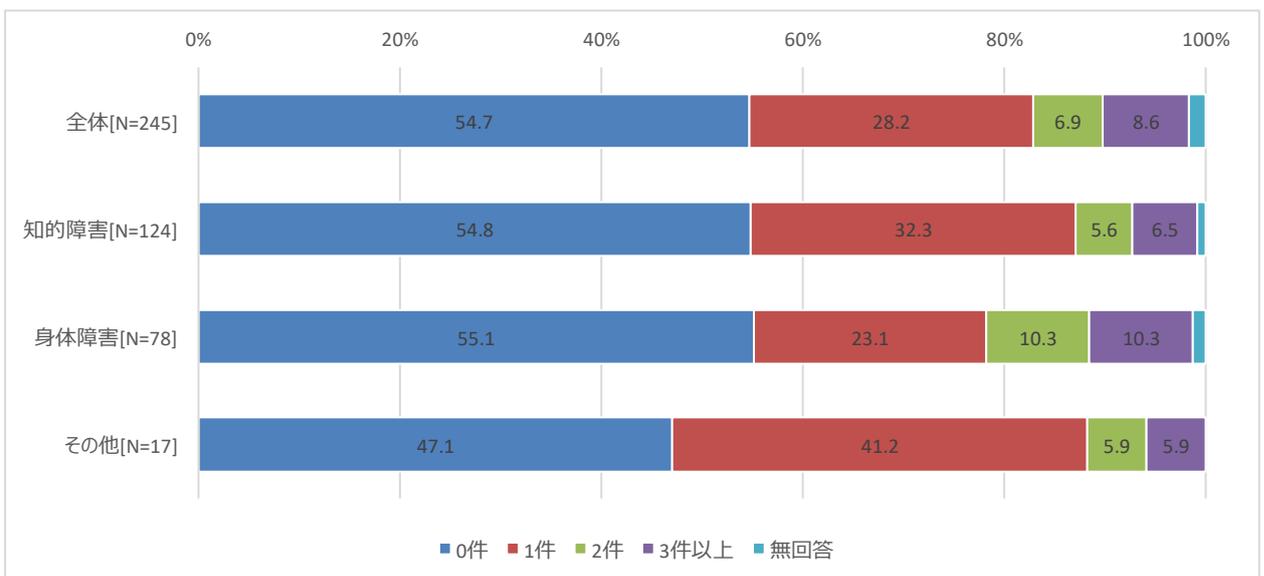
問 32-1 対応実績数

看取り・終末期対応の実績が「ある」と回答した施設に、1年間の件数を聞いたところ、平均で0.8件となっている。各施設の件数区分で見ると、「0件」が54.7%、「1件」が28.2%、「2件」が6.9%、「3件以上」が8.6%となっている。

図表 69 対応実績数

	全体[N=241]	知的障害[N=123]	身体障害[N=77]	その他[N=17]
合計値	181.0	81.0	68.0	13.0
平均値	0.8	0.7	0.9	0.8

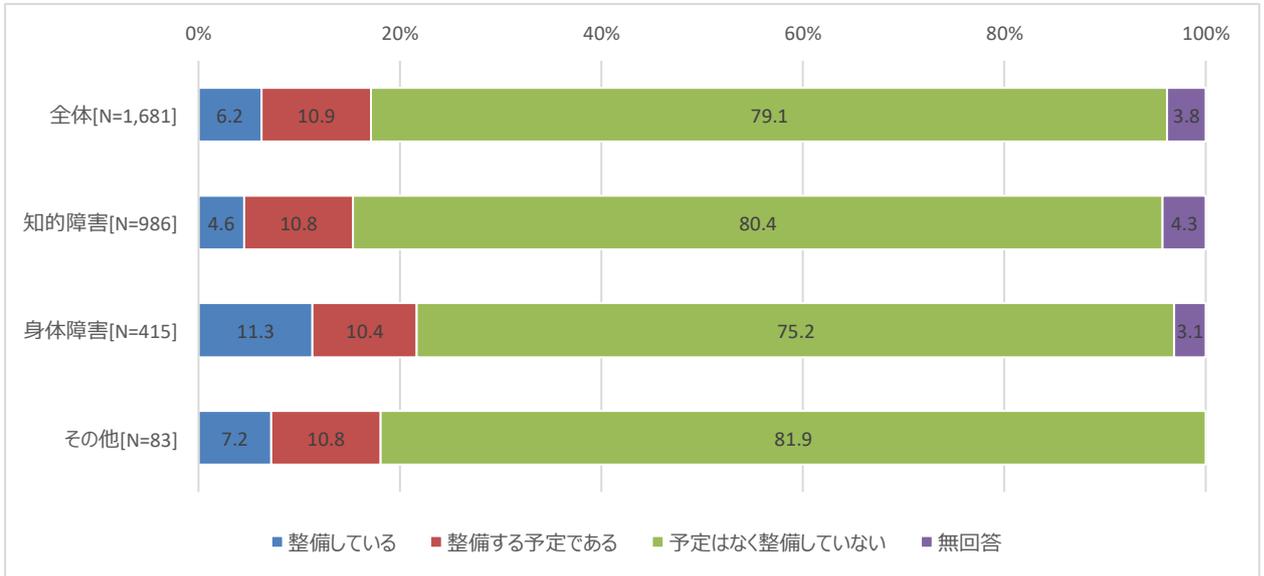
図表 70 対応件数区分



問 33 体制整備状況

看取り・終末期対応の体制整備状況は、「予定はなく整備していない」が 79.1%、「整備する予定である」が 10.9%、「整備している」が 6.2%となっている。

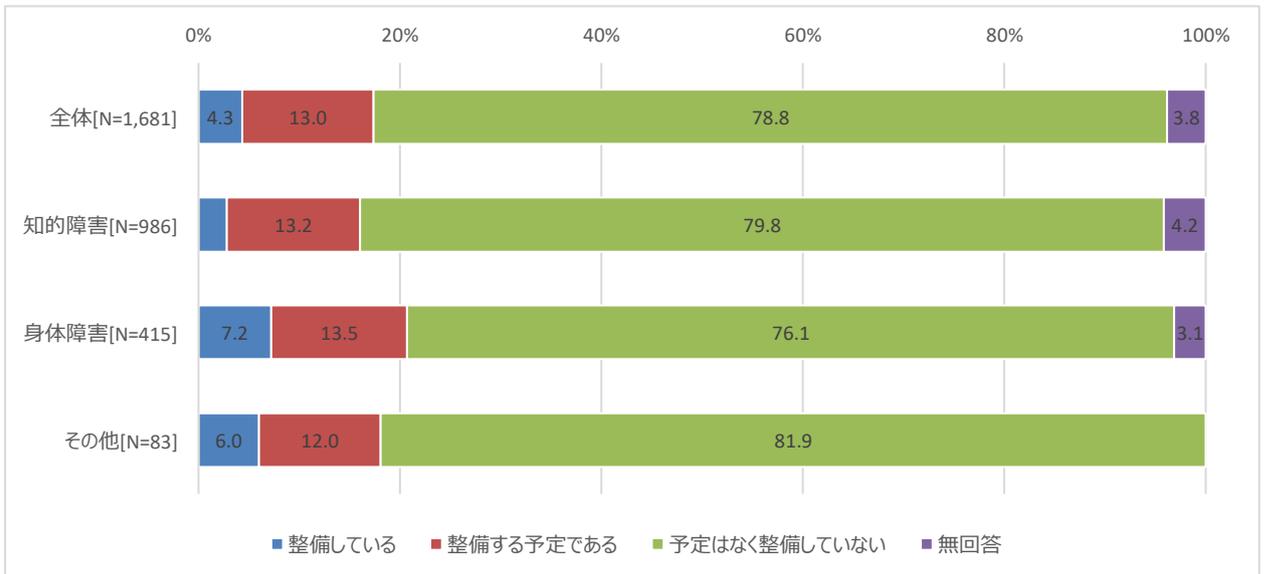
図表 71 体制整備状況



問 34 マニュアル整備状況

看取り・終末期対応のマニュアル整備状況は、「予定はなく整備していない」が 78.8%、「整備する予定である」が 13.0%、「整備している」が 4.3%となっている。

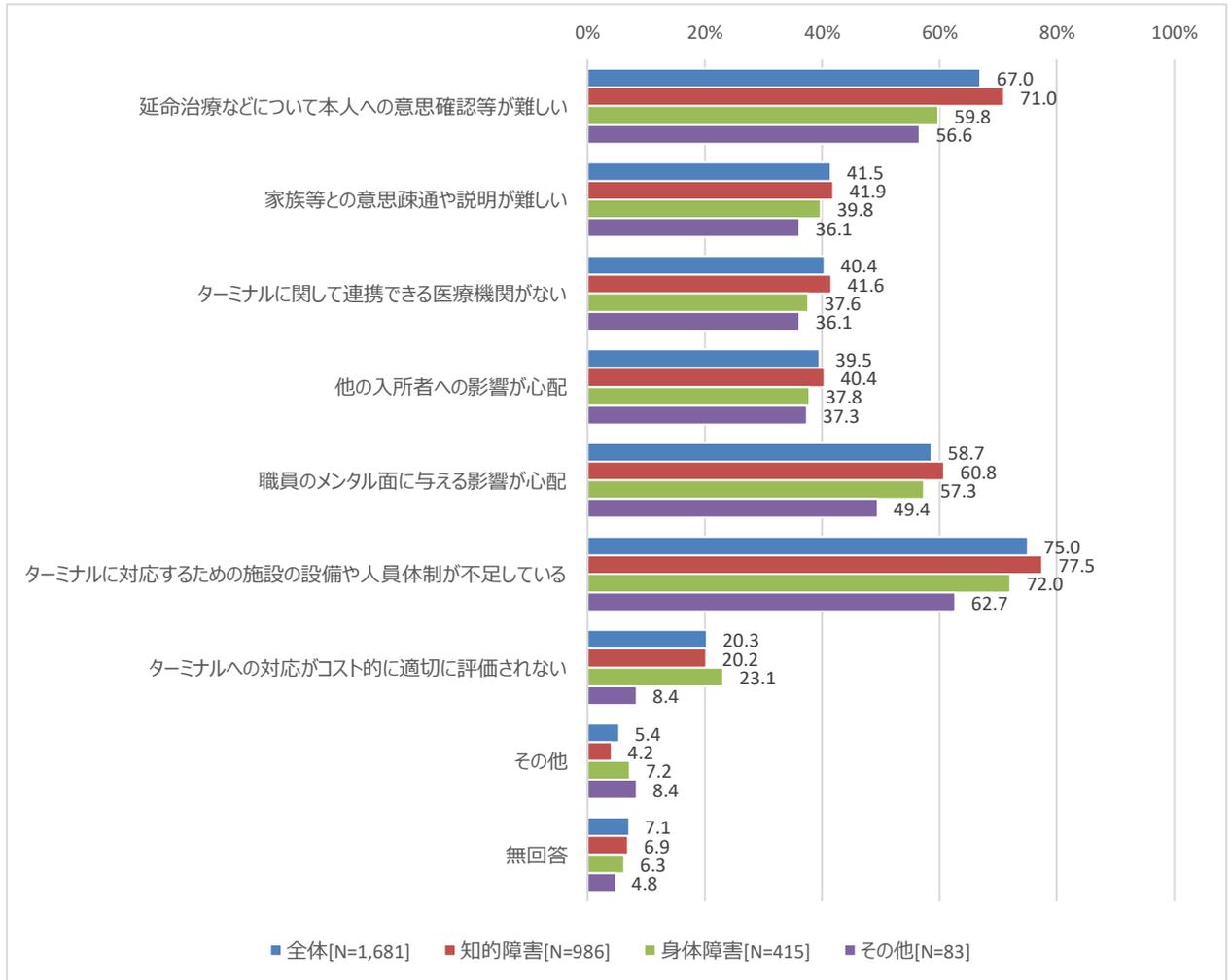
図表 72 マニュアル整備状況



問 35 看取り・終末期対応を実施する際の課題

看取り・終末期対応を実施する際の課題としては、「ターミナルに対応するための施設の設備や人員体制が不足している」が 75.0%、「延命治療などについて本人への意思確認等が難しい」が 67.0%、「職員のメンタル面に与える影響が心配」が 58.7%等となっている。

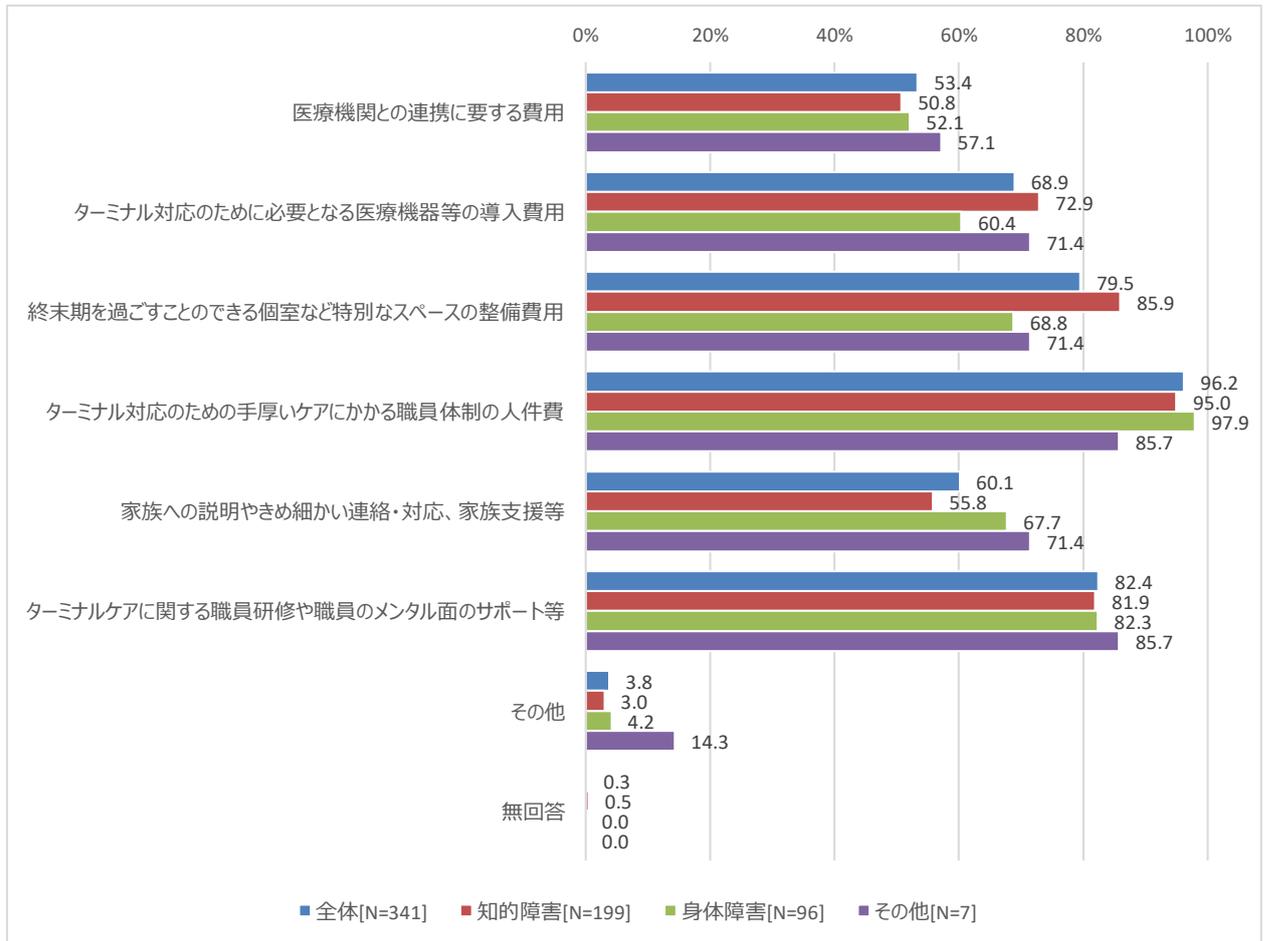
図表 73 看取り・終末期対応を実施する際の課題〔複数回答〕



問 35-1 評価されないと感じる対応

看取り・終末期対応を実施する際の課題で、「ターミナルへの対応がコスト的に適切に評価されない」と回答した施設に、その内容を聞いたところ、「ターミナル対応のための手厚いケアにかかる職員体制の人的費」が 96.2%、「ターミナルケアに関する職員研修や職員のメンタル面のサポート等」が 82.4%、「終末期を過ごすことのできる個室など特別なスペースの整備費用」が 79.5% 等となっている。

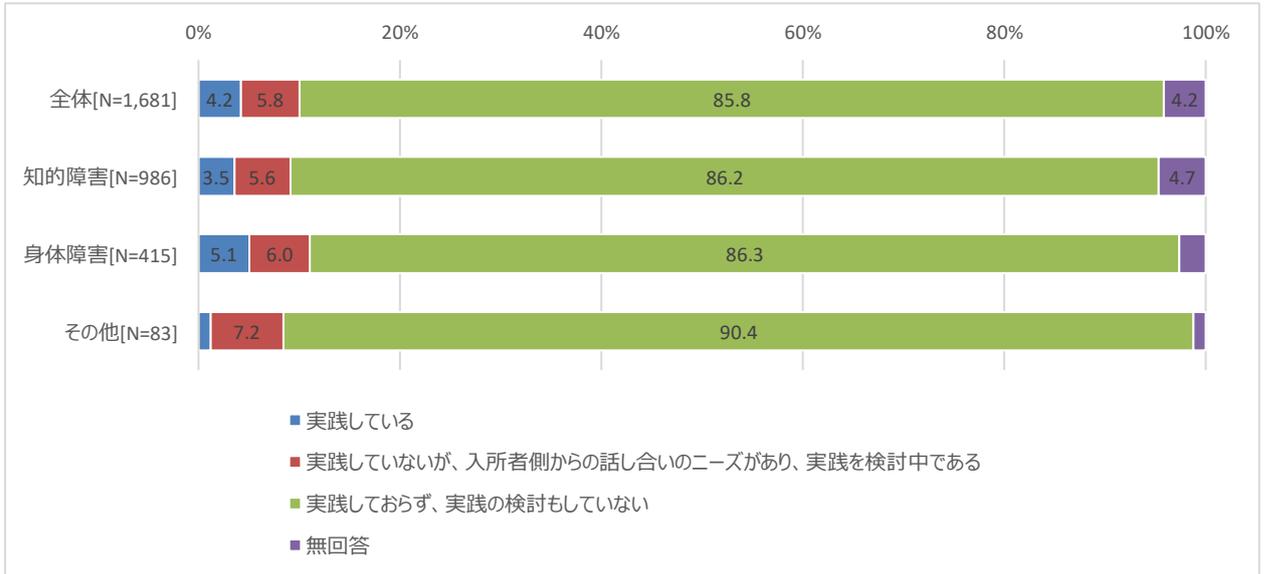
図表 74 評価されないと感じる対応〔複数回答〕



問 36 ACP 実践状況

ACP の実践状況については、「実践しておらず、実践の検討もしていない」が 85.8%、「実践していないが、入所者側からの話し合いのニーズがあり、実践を検討中である」が 5.8%、「実践している」が 4.2%となっている。

図表 75 ACP 実践状況

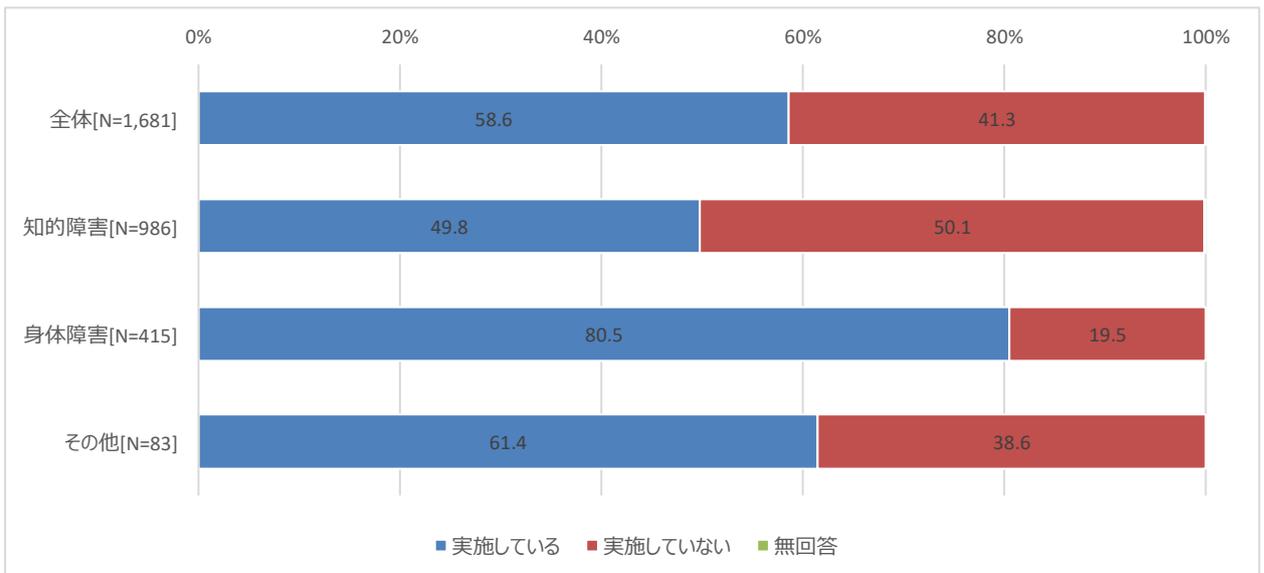


⑧医療的ケアについて

問 37 実施状況

医療的ケアの実施状況は、「実施している」が 58.6%、「実施していない」が 41.3%となっている。

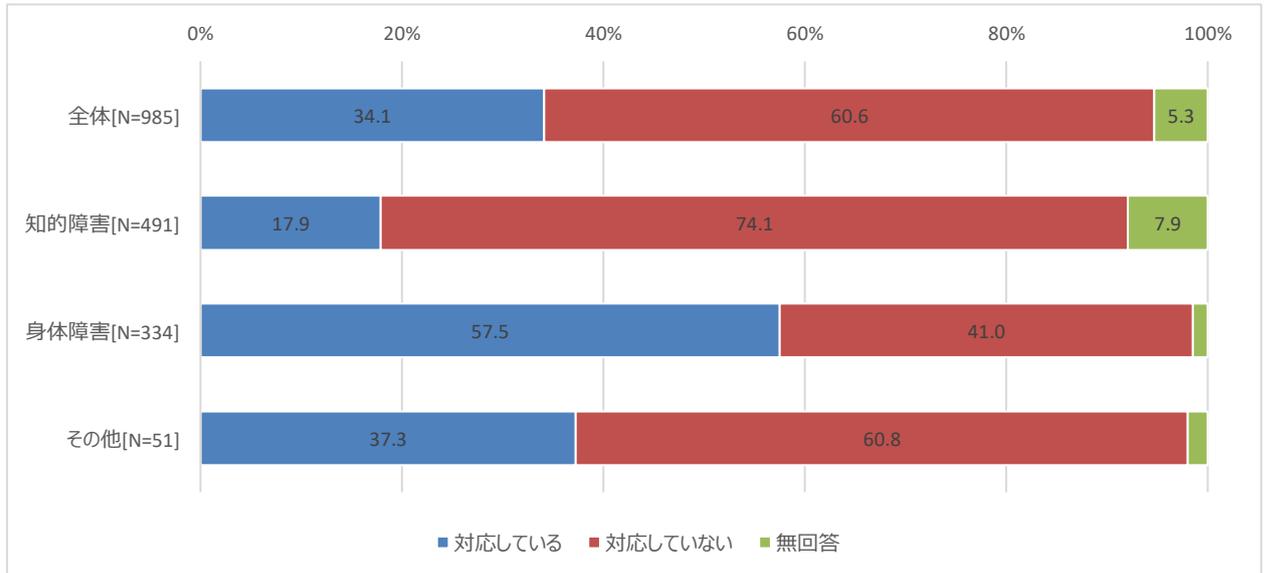
図表 76 実施状況



問 38 研修受講職員の対応状況

たん吸引・経管栄養について、研修受講職員（医師、看護職員以外）による対応状況は、「対応していない」が60.6%、「対応している」が34.1%となっている。

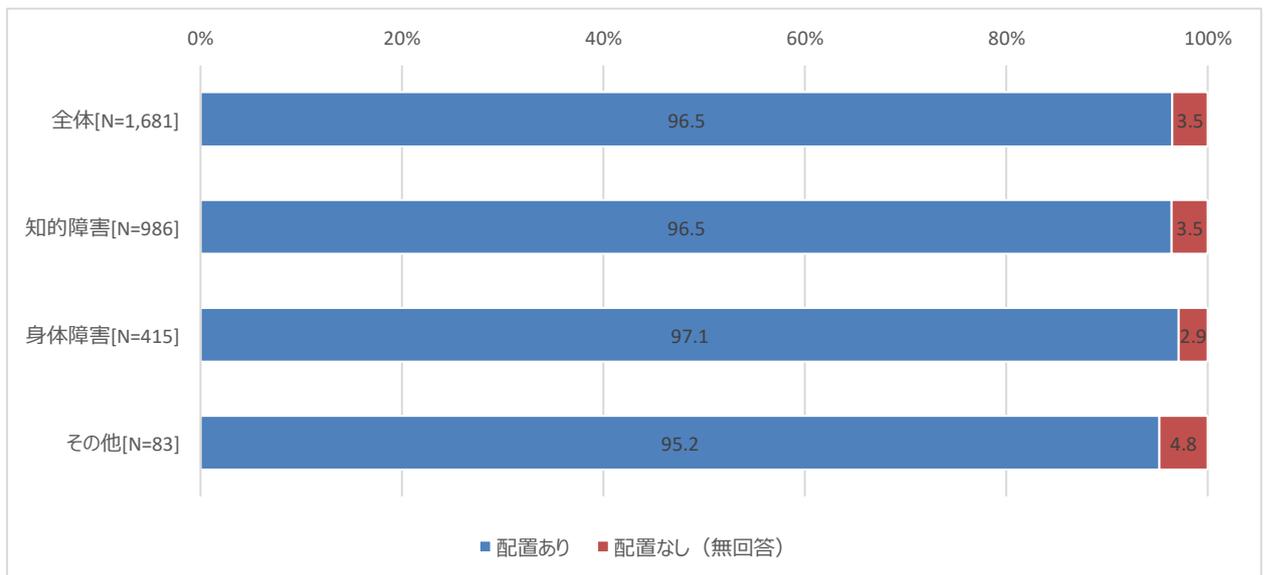
図表 77 研修受講職員の対応状況



問 39 看護職員の業務内容

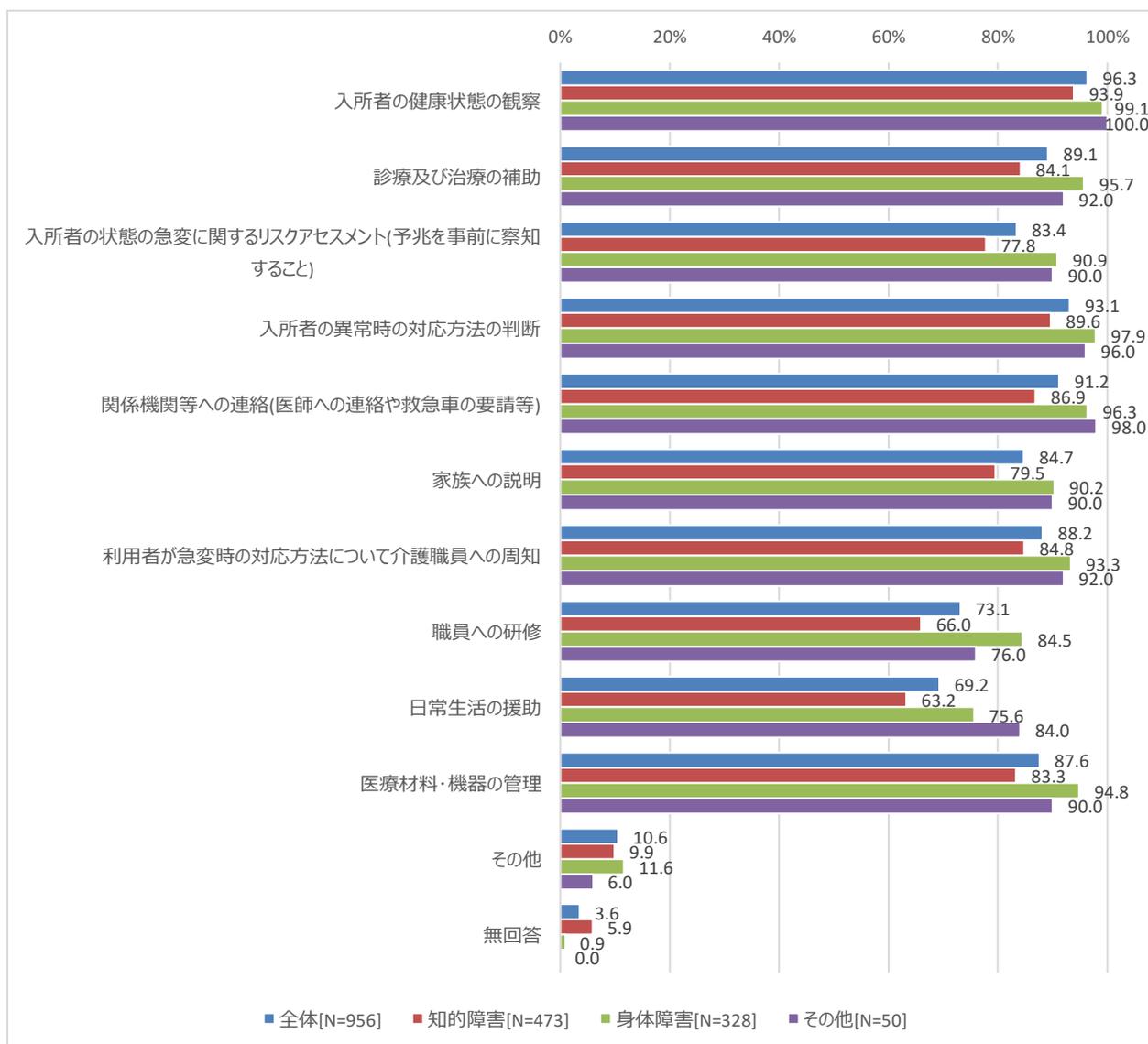
看護職員の配置について、各施設の状況は、「配置あり（看護職員を1名以上回答）」が96.5%、「配置なし（無回答）」が3.5%となっている。

図表 78 看護職員配置



看護職員の業務内容は、「入所者の健康状態の観察」が96.3%、「入所者の異常時の対応方法の判断」が93.1%、「関係機関等への連絡(医師への連絡や救急車の要請等)」が91.2%、「診療及び治療の補助」が89.1%、「利用者が急変時の対応方法について介護職員への周知」が88.2%、「医療材料・機器の管理」が87.6%、「家族への説明」が84.7%、「入所者の状態の急変に関するリスクアセスメント(予兆を事前に察知すること)」が83.4%等となっている。

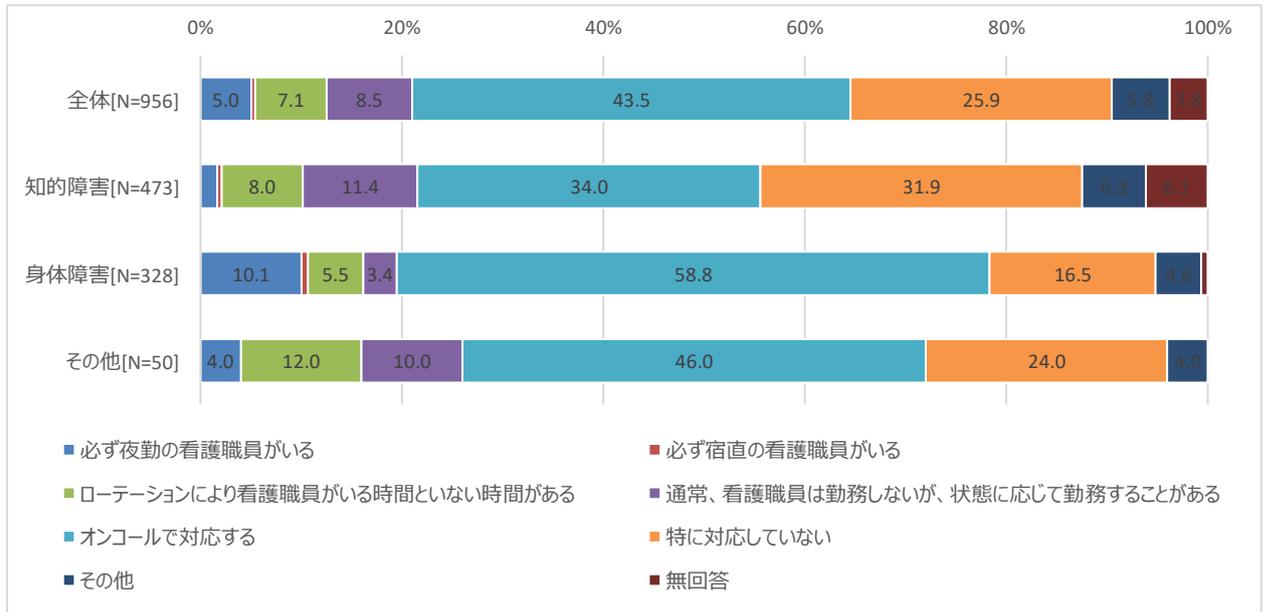
図表 79 看護職員の業務内容〔複数回答〕



問 40 看護職員の夜勤体制

「オンコールで対応する」が 43.5%、「特に対応していない」が 25.9%等となっている。「必ず夜勤の看護職員がいる」は 5.0%、「必ず宿直の看護職員がいる」は 0.4%である。

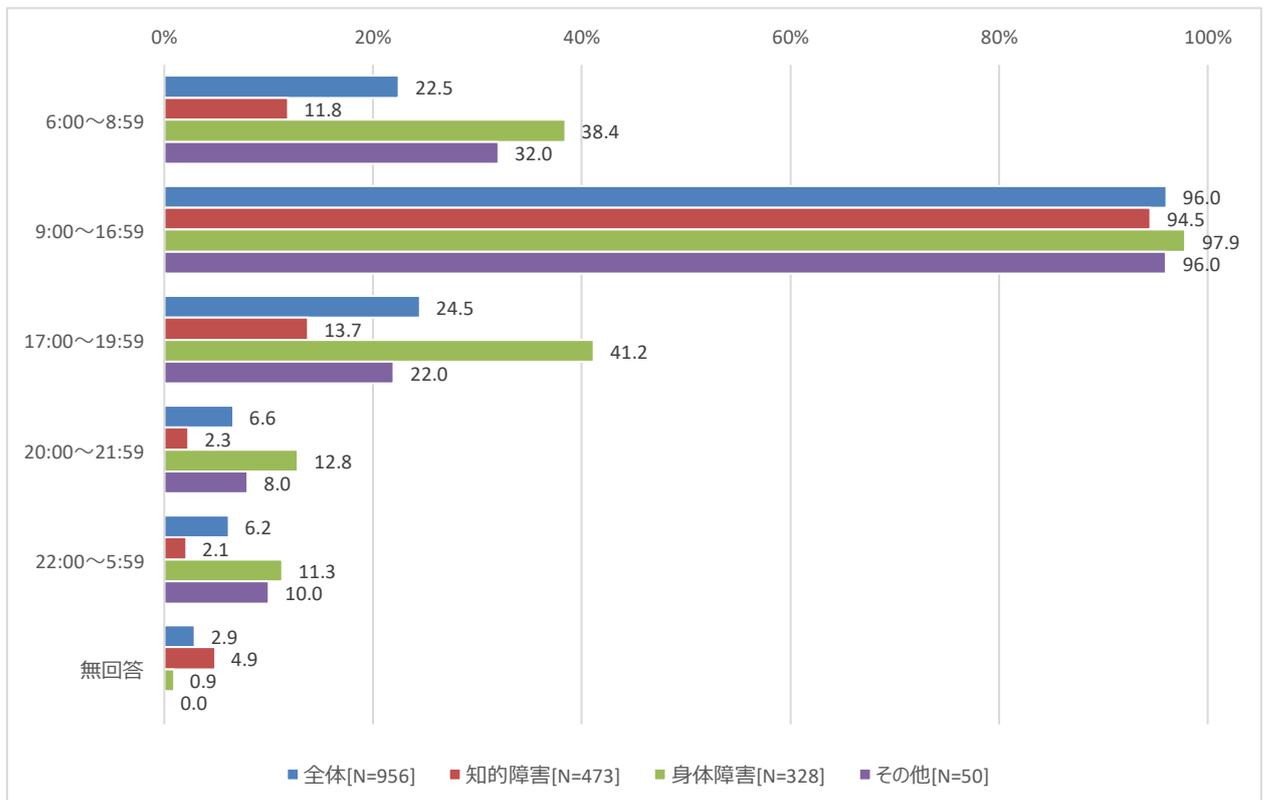
図表 80 看護職員の夜勤体制



問 41 看護職員の勤務時間帯

「9:00～16:59」が 96.0%、「17:00～19:59」が 24.5%、「6:00～8:59」が 22.5%等となっている。

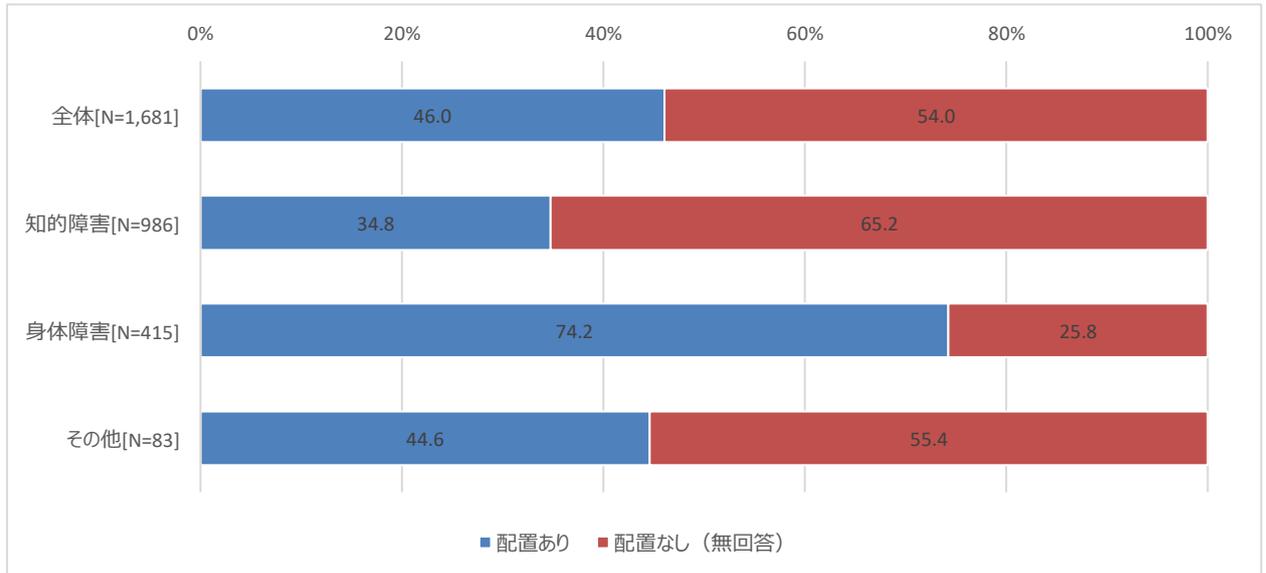
図表 81 看護職員の勤務時間帯〔複数回答〕



問 42 医師配置の状況

医師の配置について、各施設の状況は、「配置あり（配置医師を1名以上回答）」が46.0%、「配置なし（無回答）」が54.0%となっている。

図表 82 医師配置



医師配置人数等は、「嘱託医」で、1施設あたりの平均契約数1.2人、ひと月の平均勤務日数2.6日、平均勤務時間5.3時間等となっている。

図表 83 医師配置の状況

		全体[N=774]	知的障害 [N=343]	身体障害 [N=308]	その他[N=37]
常勤医	契約数	0.1	0.1	0.1	0.1
	勤務日計数	0.5	0.3	0.7	0.7
	勤務時間合計	3.4	2.4	4.5	5.8
非常勤医	契約数	0.2	0.1	0.3	0.3
	勤務日計数	0.7	0.3	1.1	0.8
	勤務時間合計	1.8	0.8	3.2	1.6
嘱託医	契約数	1.2	1.2	1.3	1.0
	勤務日計数	2.6	1.9	3.5	2.1
	勤務時間合計	5.3	3.7	6.8	4.1
契約医療機関数		0.6	0.6	0.5	0.2
契約医療機関からの派遣医師	契約数	0.4	0.4	0.4	0.1
	勤務日計数	0.8	0.5	1.1	0.2
	勤務時間合計	1.6	0.9	2.3	0.4

問 43 配置医師の勤務時間外対応実績

医師配置の勤務時間外対応実績は、「嘱託医」の1施設あたり平均で、ひと月の電話対応 0.9 回、電話対応時間 1.4 時間、施設出勤 0.2 回、施設出勤時間 1.5 時間等となっている。

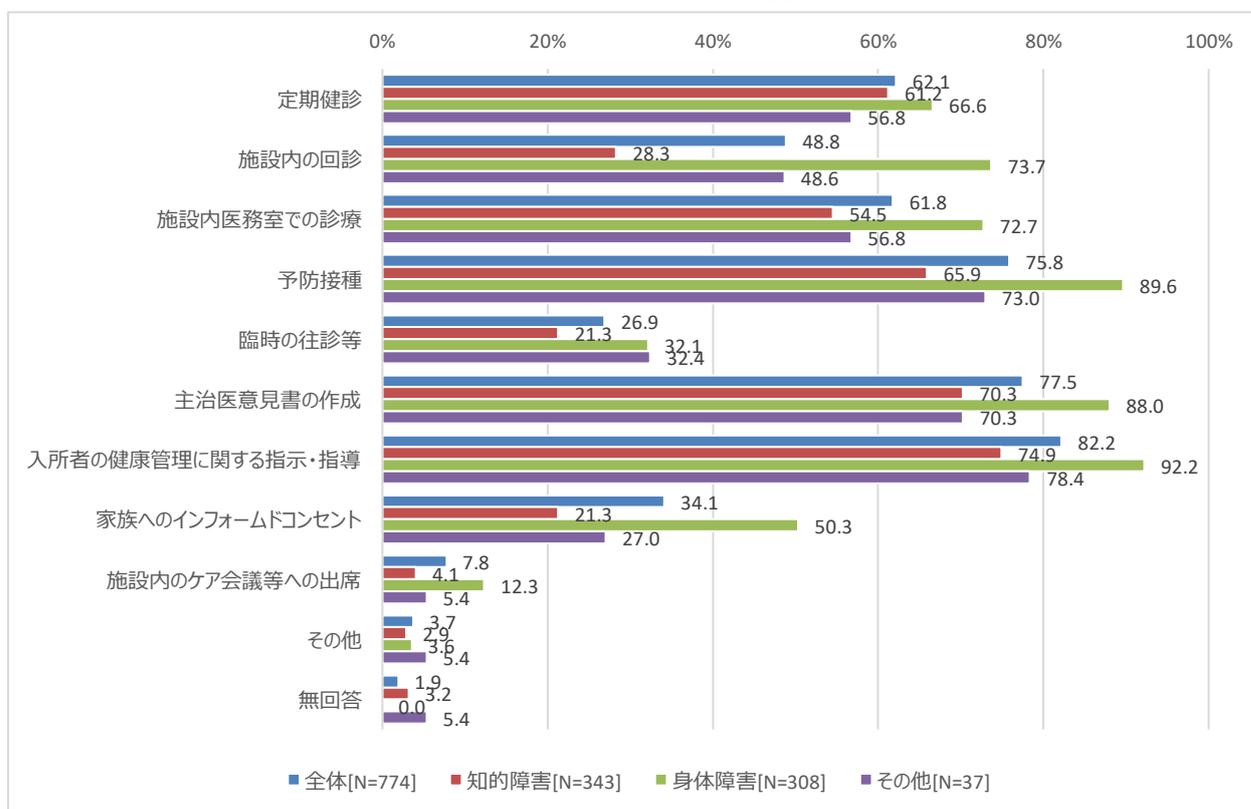
図表 84 配置医師の勤務時間外対応実績

		全体[N=727]	知的障害 [N=318]	身体障害 [N=291]	その他[N=36]
勤務時間以外の電話対応 【対応回数】	常勤医	0.1	0.1	0.2	0.1
	非常勤医	0.1	0.0	0.3	0.0
	嘱託医	0.9	0.8	1.3	0.1
	派遣医師	0.0	0.0	0.1	0.0
勤務時間以外の電話対応 【一回当たりの平均所要時間】	常勤医	0.2	0.2	0.2	0.4
	非常勤医	0.1	0.0	0.3	0.0
	嘱託医	1.4	1.2	1.6	1.3
	派遣医師	0.1	0.0	0.1	0.0
勤務時間以外の施設出勤対応 【対応回数】	常勤医	0.0	0.0	0.0	0.1
	非常勤医	0.0	0.0	0.0	0.0
	嘱託医	0.2	0.1	0.2	0.0
	派遣医師	0.0	0.0	0.0	0.0
勤務時間以外の施設出勤対応 【一回当たりの平均所要時間】	常勤医	0.8	0.0	1.7	2.5
	非常勤医	0.2	0.0	0.4	0.0
	嘱託医	1.5	1.1	1.9	0.6
	派遣医師	0.3	0.3	0.5	0.0

問 44 配置医師の業務内容

配置医師の業務内容は、「入所者の健康管理に関する指示・指導」が 82.2%、「主治医意見書の作成」が 77.5%、「予防接種」が 75.8%、「定期健診」が 62.1%、「施設内医務室での診療」が 61.8%等となっている。

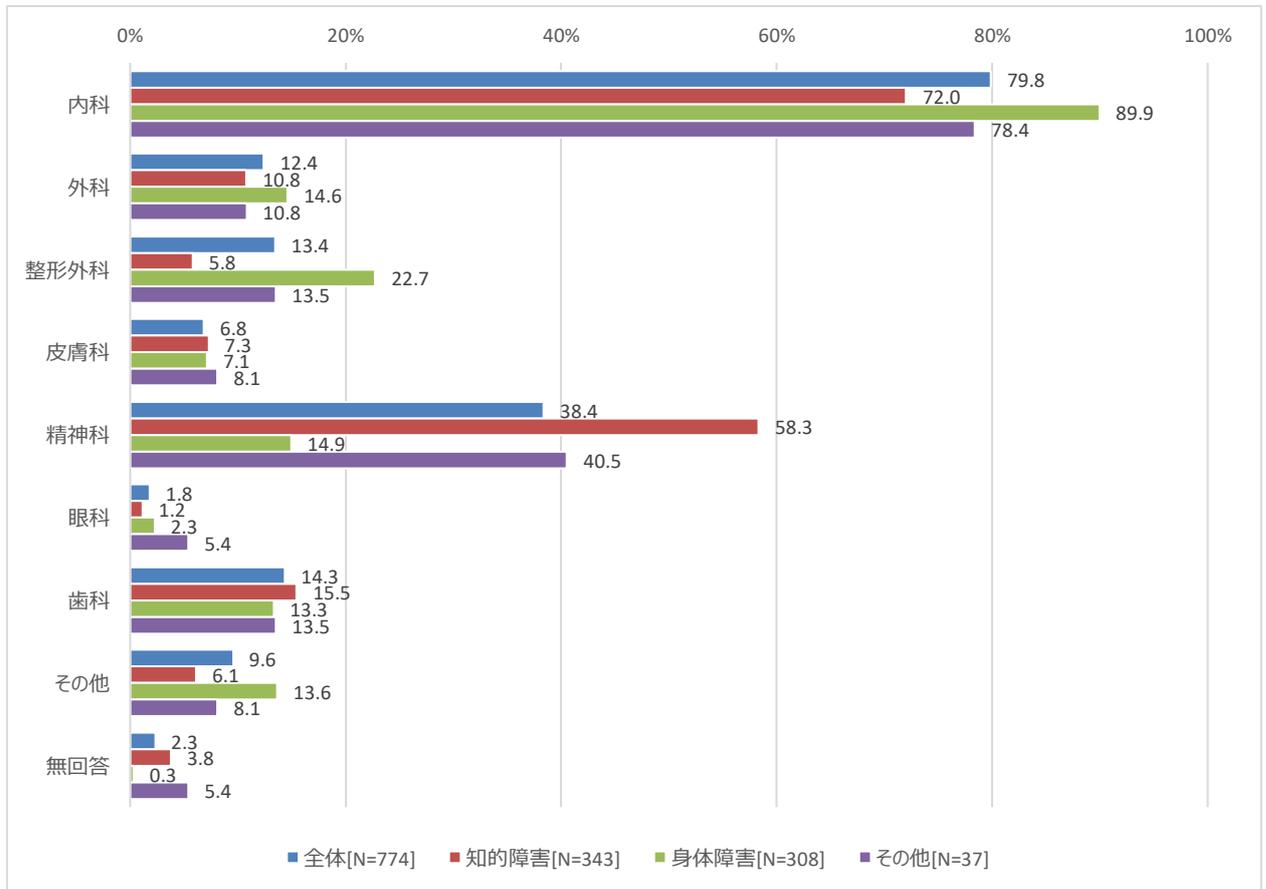
図表 85 配置医師の業務内容〔複数回答〕



問 45 配置医師の診療科目

配置医師の診療科目は、「内科」が 79.8%、「精神科」が 38.4%等、「歯科」が 14.3%等となっている。

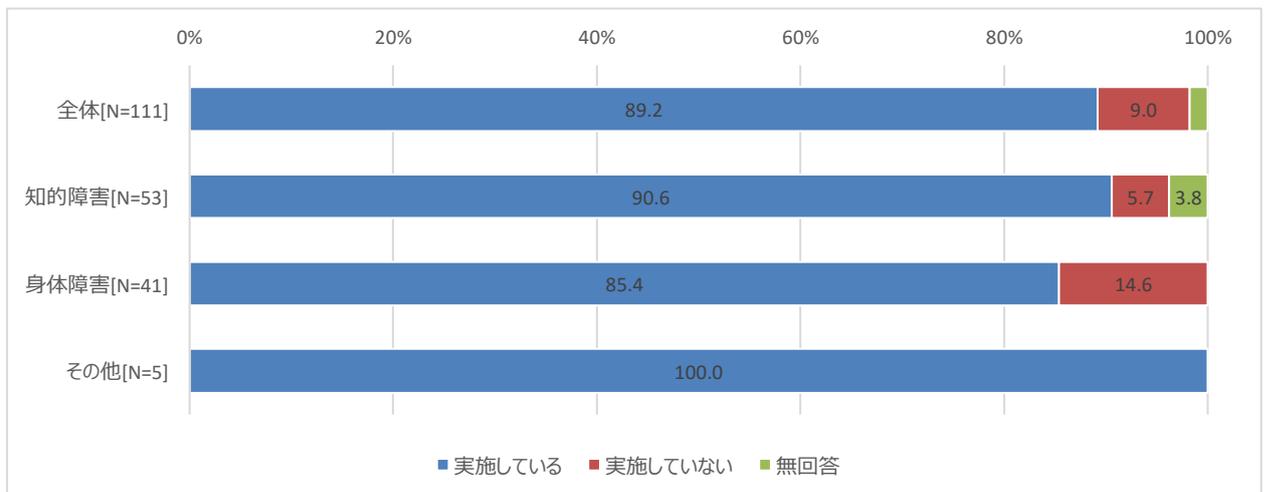
図表 86 配置医師の診療科目〔複数回答〕



問 45-1 定期的な歯科検診の実施状況

診療科目で「歯科」を回答した施設に、定期的な歯科検診の実施状況を聞いたところ、「実施している」が 89.2%、「実施していない」が 9.0%となっている。

図表 87 定期的な歯科検診の実施状況

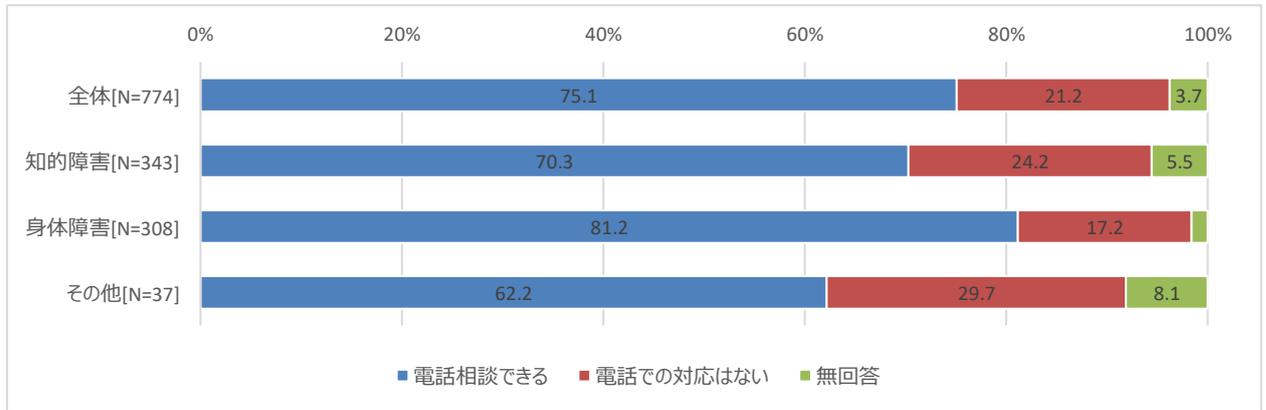


問 46 電話相談の体制

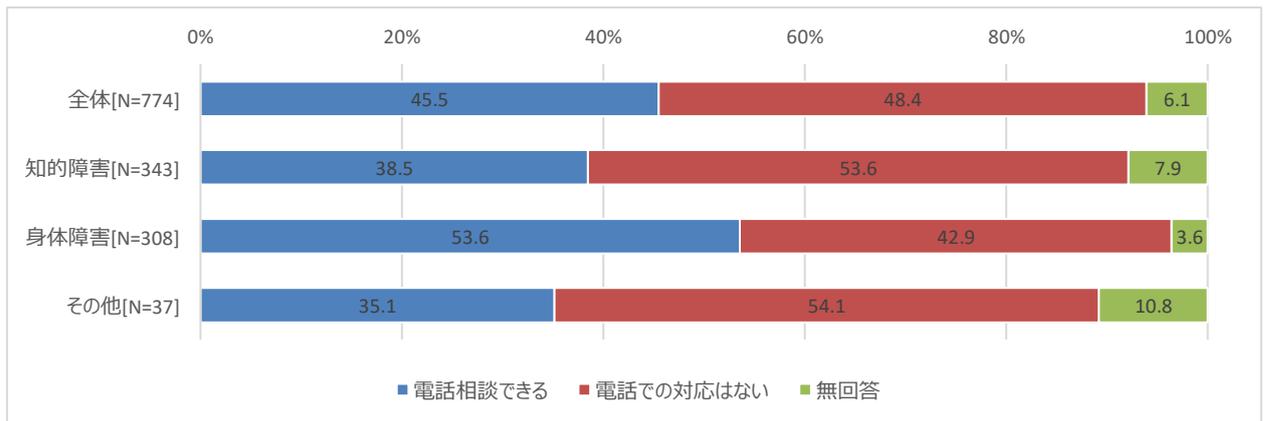
配置医師の電話による相談の体制を聞いたところ、「電話相談できる」は平日日中の勤務時間外で 75.1%、夜間で 45.5%、休日・祝日で 48.1%となっている。

図表 88 電話相談の体制

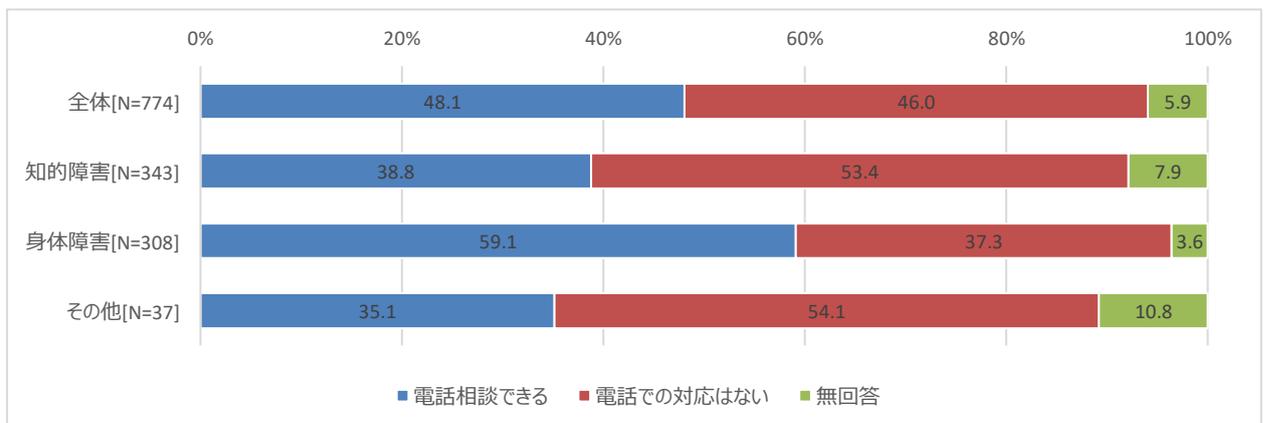
(平日日中の勤務時間外)



(夜間)



(休日・祝日)

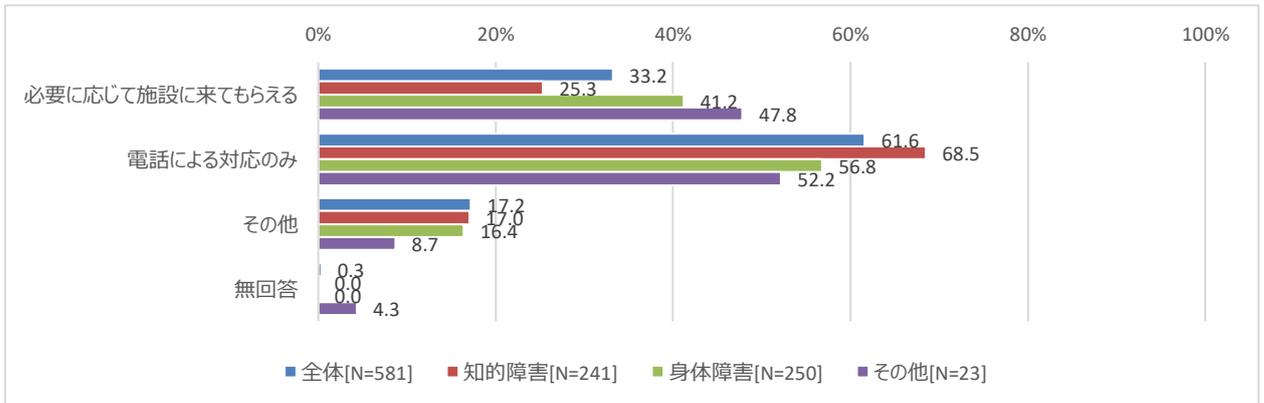


問 46-1 電話相談の具体的な対応方法

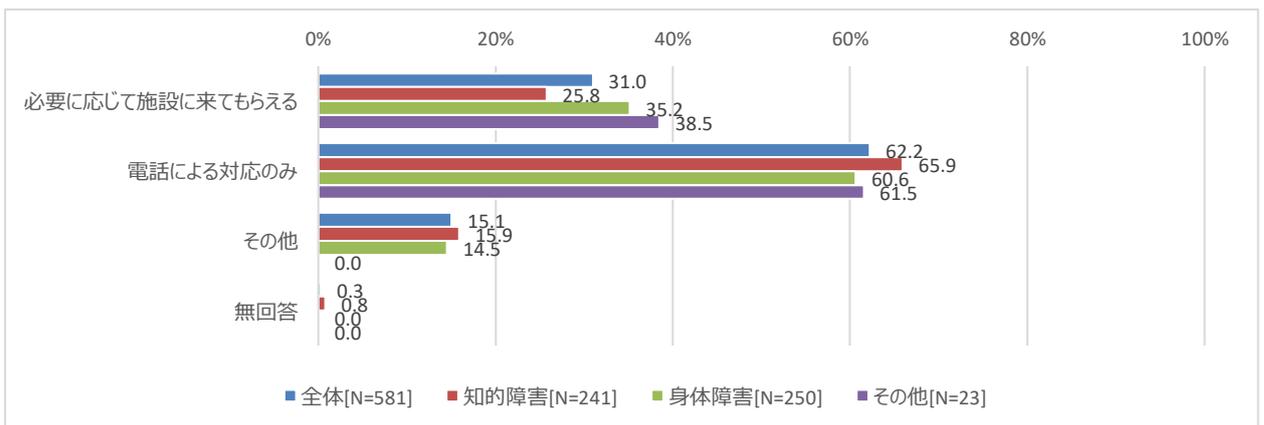
「電話相談できる」と回答した施設に、具体的な方法を聞いたところ、いずれも「電話による対応のみ」が多くなっている。

図表 89 電話相談の具体的な対応方法〔複数回答〕

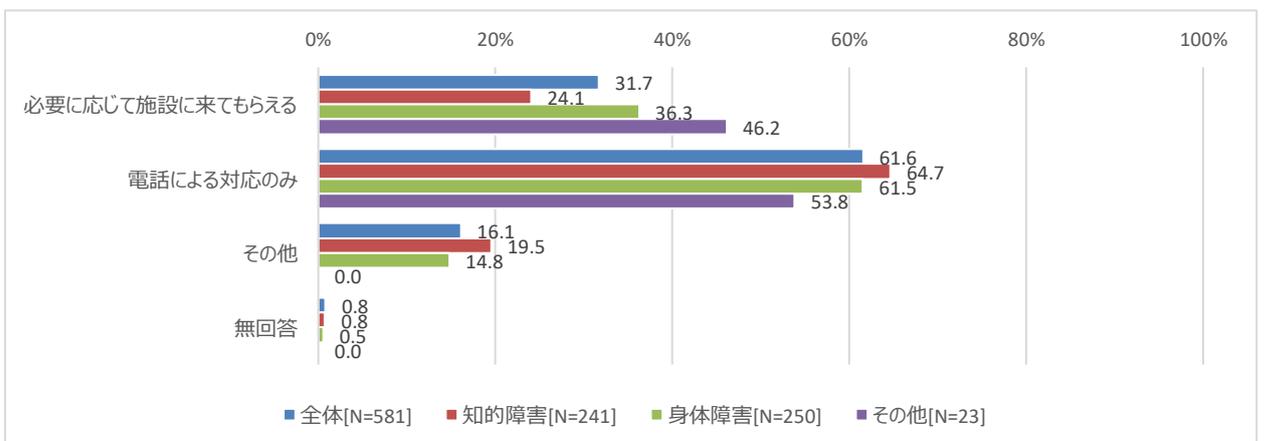
(平日日中の勤務時間外)



(夜間)



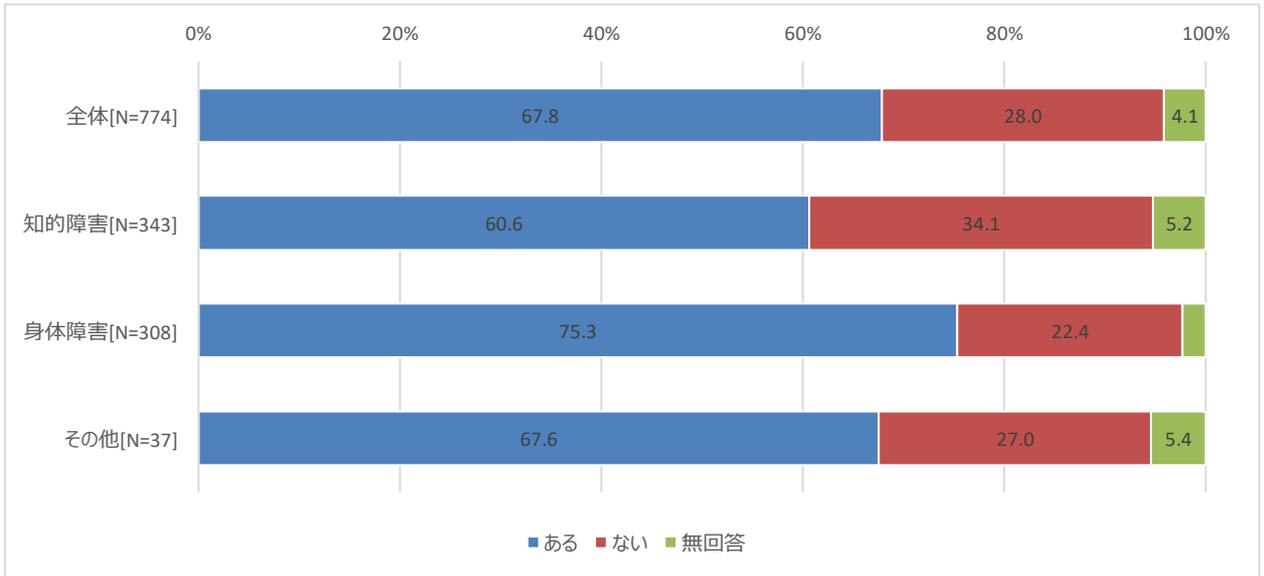
(休日・祝日)



問 47 配置医師が対応できず通院となったこと

配置医師が対応できず通院となったことの有無は、「ある」が 67.8%、「ない」が 28.0%となっている。

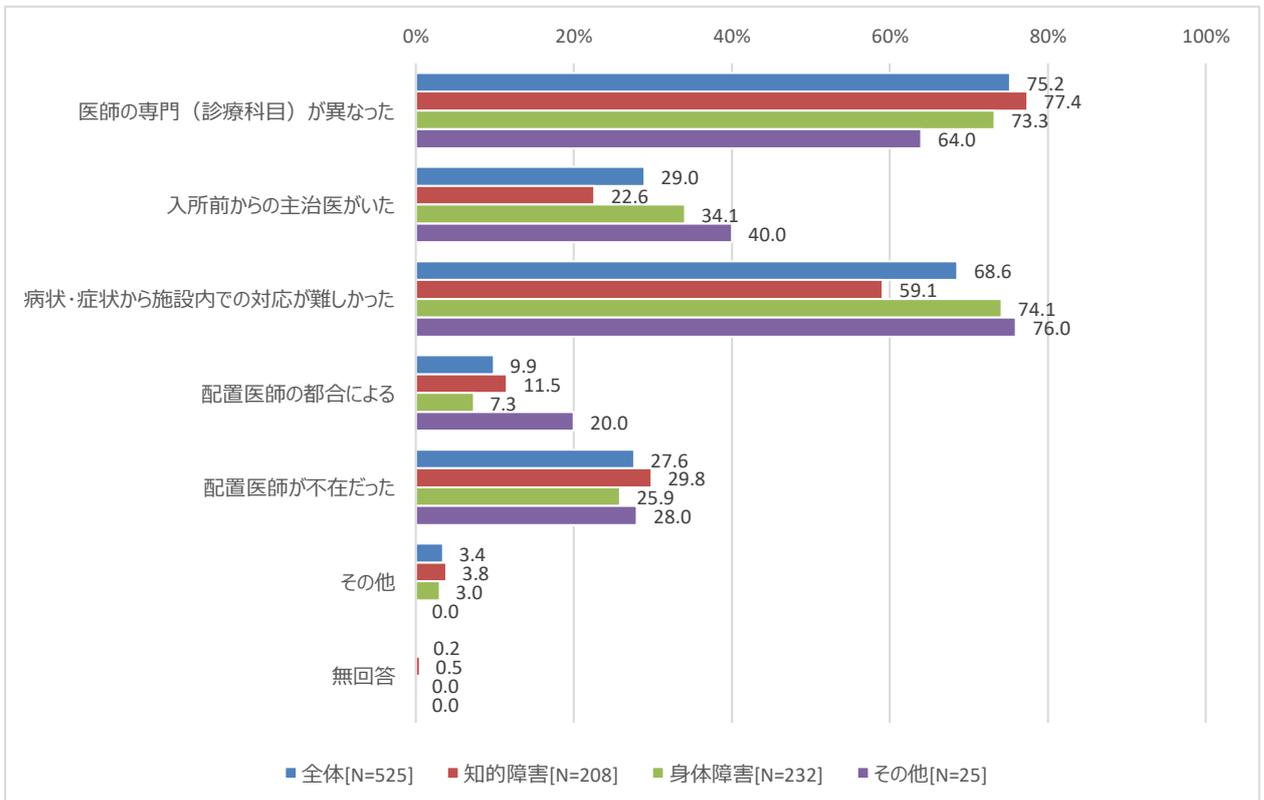
図表 90 配置医師が対応できず通院となったこと



問 47-1 配置医師が対応できず通院となった理由

配置医師が対応できず通院となったことが「ある」と回答した施設に、その理由を聞いたところ、「医師の専門（診療科目）が異なった」が 75.2%、「病状・症状から施設内での対応が難しかった」が 68.6%等となっている。

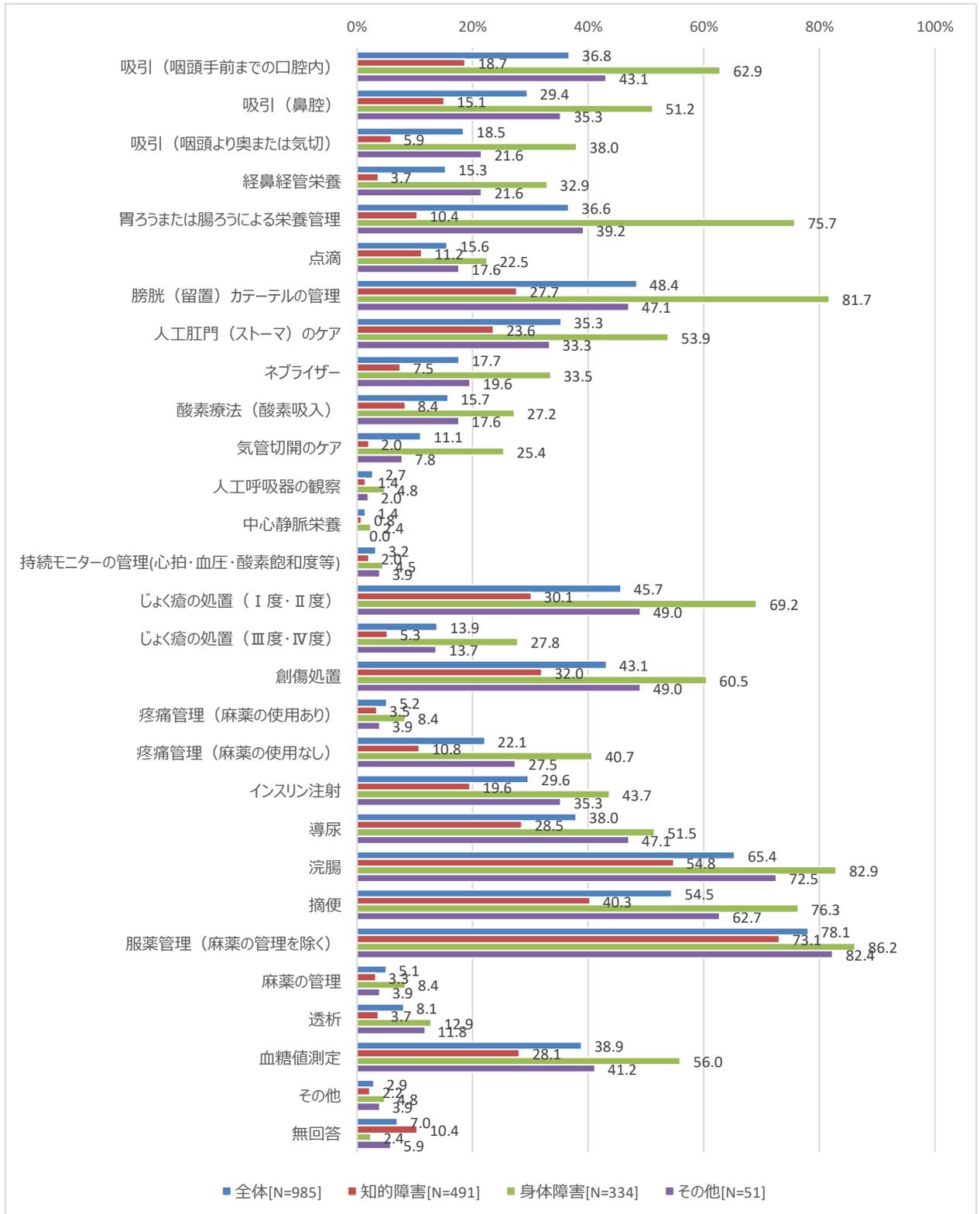
図表 91 配置医師が対応できず通院となった理由〔複数回答〕



問 48 医療的ケア受入れの可否・利用者数

施設で受け入れ可能な医療的ケアとしては、「服薬管理（麻薬の管理を除く）」が 78.1%、「浣腸」が 65.4%、「排便」が 54.5%、「膀胱（留置）カテーテルの管理」が 48.4%、「じよく瘡の処置（Ⅰ度・Ⅱ度）」が 45.7%、「創傷処置」が 43.1%等となっている。

図表 92 医療的ケア受入れの可否〔複数回答〕



施設で受け入れ可能な医療的ケアについて、利用者数を聞いたところ、1施設あたりの平均人数で、「服薬管理（麻薬の管理を除く）」が35.0人、「浣腸」が5.4人、「創傷処置」が2.2人、「摘便」が2.1人、「膀胱（留置）カテーテルの管理」が2.0人等となっている。

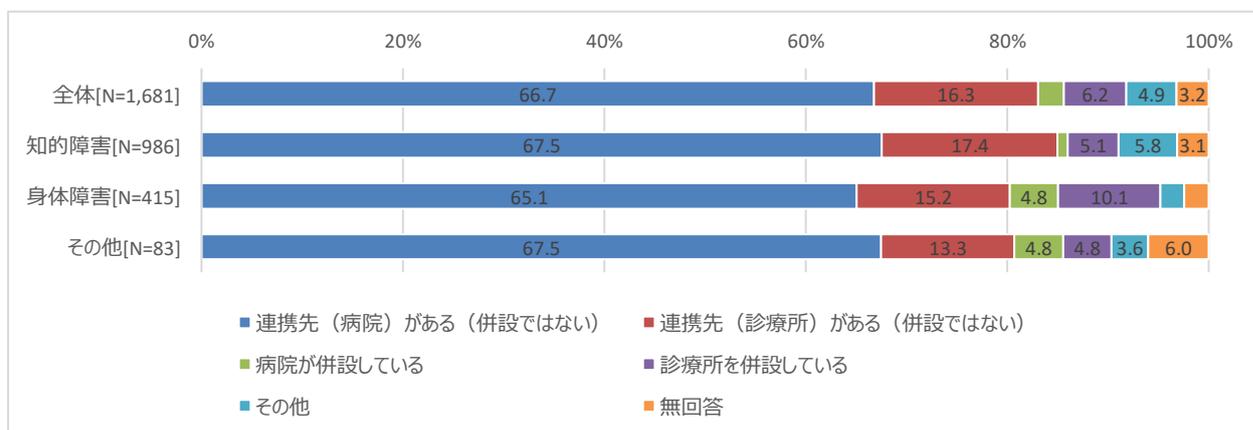
図表 93 医療的ケア利用者数

	全体[N=914]	知的障害 [N=455]	身体障害 [N=314]	その他[N=47]
吸引（咽頭手前までの口腔内）	1.1	0.2	2.4	0.8
吸引（鼻腔）	0.8	0.1	1.7	0.4
吸引（咽頭より奥または気切）	0.5	0.0	1.1	0.3
経鼻経管栄養	0.2	0.0	0.5	0.1
胃ろうまたは腸ろうによる栄養管理	1.7	0.2	4.2	1.3
点滴	0.2	0.1	0.3	0.2
膀胱（留置）カテーテルの管理	2.0	0.5	4.4	1.4
人工肛門（ストーマ）のケア	0.3	0.2	0.5	0.3
ネブライザー	0.2	0.0	0.4	0.3
酸素療法（酸素吸入）	0.2	0.1	0.3	0.4
気管切開のケア	0.2	0.0	0.6	0.0
人工呼吸器の観察	0.0	0.0	0.0	0.2
中心静脈栄養	0.0	0.0	0.0	0.0
持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等)	0.2	0.0	0.1	0.0
じよく瘡の処置（Ⅰ度・Ⅱ度）	0.7	0.3	1.4	0.7
じよく瘡の処置（Ⅲ度・Ⅳ度）	0.1	0.0	0.2	0.1
創傷処置	2.2	1.8	2.5	2.8
疼痛管理（麻薬の使用あり）	0.0	0.0	0.1	0.0
疼痛管理（麻薬の使用なし）	1.0	0.2	2.3	0.4
インスリン注射	0.3	0.1	0.5	0.3
導尿	0.5	0.3	0.7	0.5
浣腸	5.4	1.9	10.8	5.8
摘便	2.1	0.6	4.4	1.9
服薬管理（麻薬の管理を除く）	35.0	32.1	38.8	28.4
麻薬の管理	0.0	0.0	0.1	0.0
透析	0.1	0.0	0.3	0.1
血糖値測定	0.6	0.4	0.9	0.5
その他	0.1	0.0	0.3	0.2

問 49 医療機関との関係

「連携先（病院）がある（併設ではない）」が66.7%、「連携先（診療所）がある（併設ではない）」が16.3%等となっている。

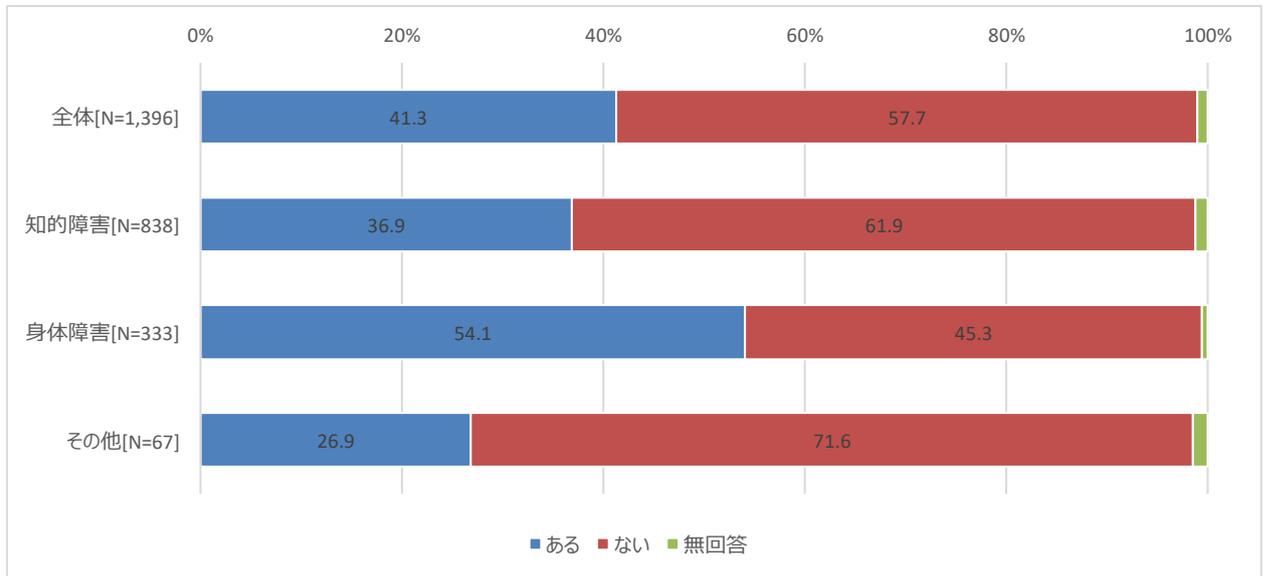
図表 94 医療機関との関係



問 49-1 連携先の医療機関で対応できなかったことの有無

連携先の医療機関があると回答した施設に、連携先の医療機関で対応できなかったことの有無を聞いたところ、「ない」が57.7%、「ある」が41.3%となっている。

図表 95 連携先の医療機関で対応できなかったことの有無



連携先の医療機関で対応できなかったことが「ある」と回答した施設に、対応を要請した件数、対応を要請したが対応できなかった件数を聞いたところ、それぞれ、平均で56.2件、9.3件（対応要請件数の16.6%）となっている。

図表 96 連携先の医療機関へ対応を要請した件数

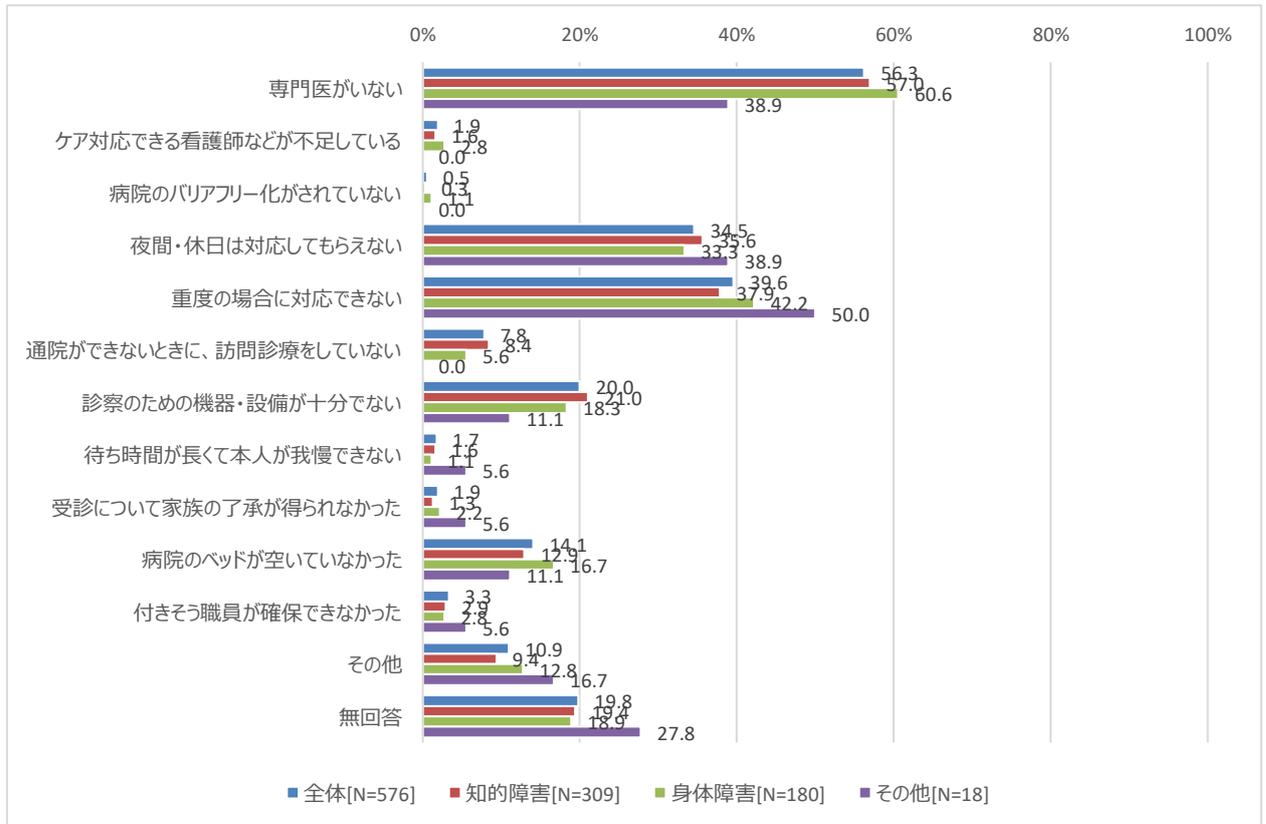
	全体[N=499]	知的障害 [N=266]	身体障害 [N=162]	その他[N=13]
合計値	28,020.0	15,645.0	9,661.0	277.0
平均値	56.2	58.8	59.6	21.3

図表 97 連携先の医療機関で対応できなかった件数

	全体[N=446]	知的障害 [N=236]	身体障害 [N=148]	その他[N=13]
合計値	4,162.0	2,639.0	1,270.0	27.0
平均値	9.3	11.2	8.6	2.1

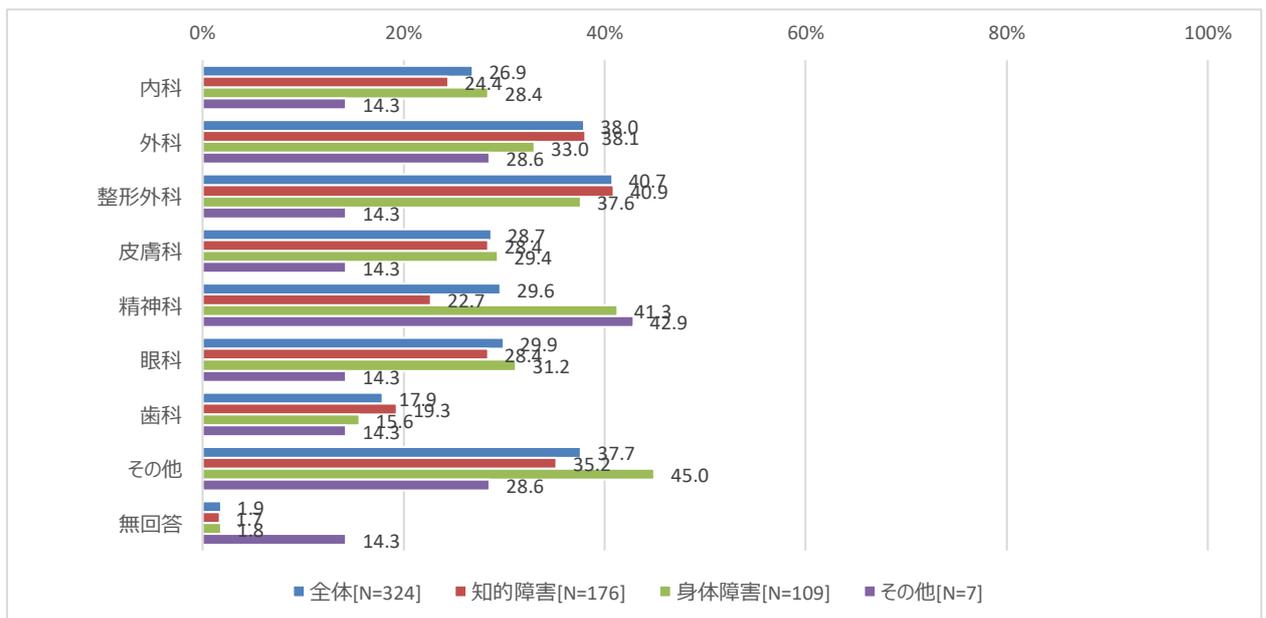
対応できなかった理由としては、「専門医がない」が 56.3%、「重度の場合に対応できない」が 39.6%、「夜間・休日は対応してもらえない」が 34.5%等となっている。

図表 98 連携先の医療機関で対応できなかった理由〔複数回答〕



「専門医がない」と回答した施設に、科目を聞いたところ、「整形外科」が 40.7%、「外科」が 38.0%等となっている。なお、「その他」の具体的回答としては、泌尿器科、脳神経外科などが多くなっている。

図表 99 専門医がない診療科目〔複数回答〕

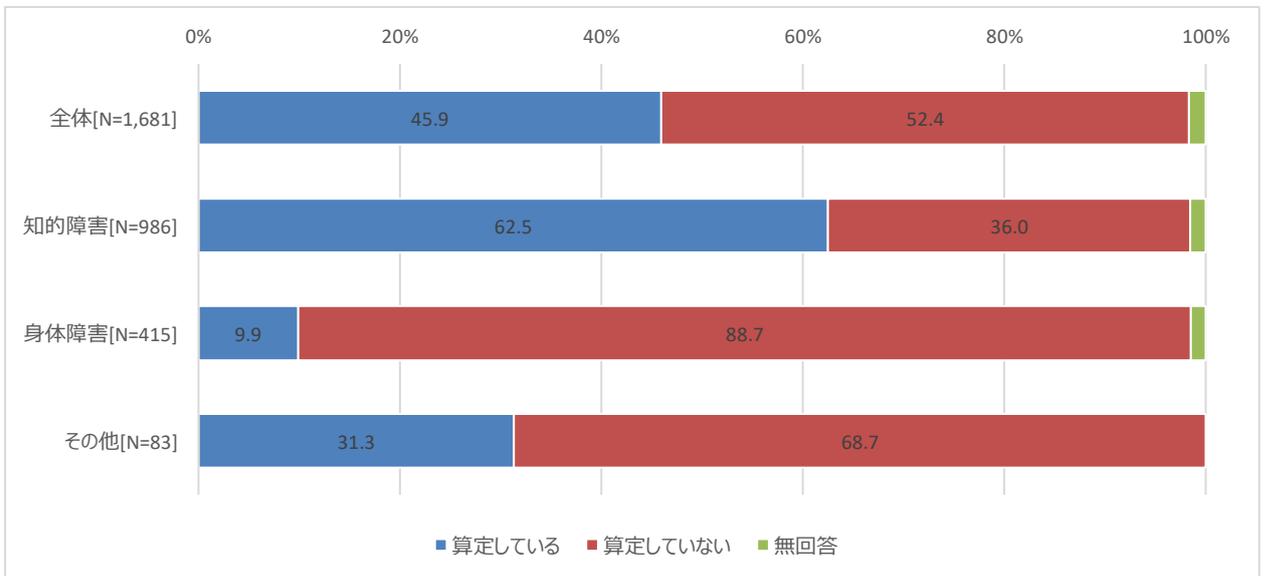


⑨強度行動障害等への対応について

問 50 重度障害者支援加算（Ⅱ）

「算定していない」が52.4%、「算定している」が45.9%となっている。

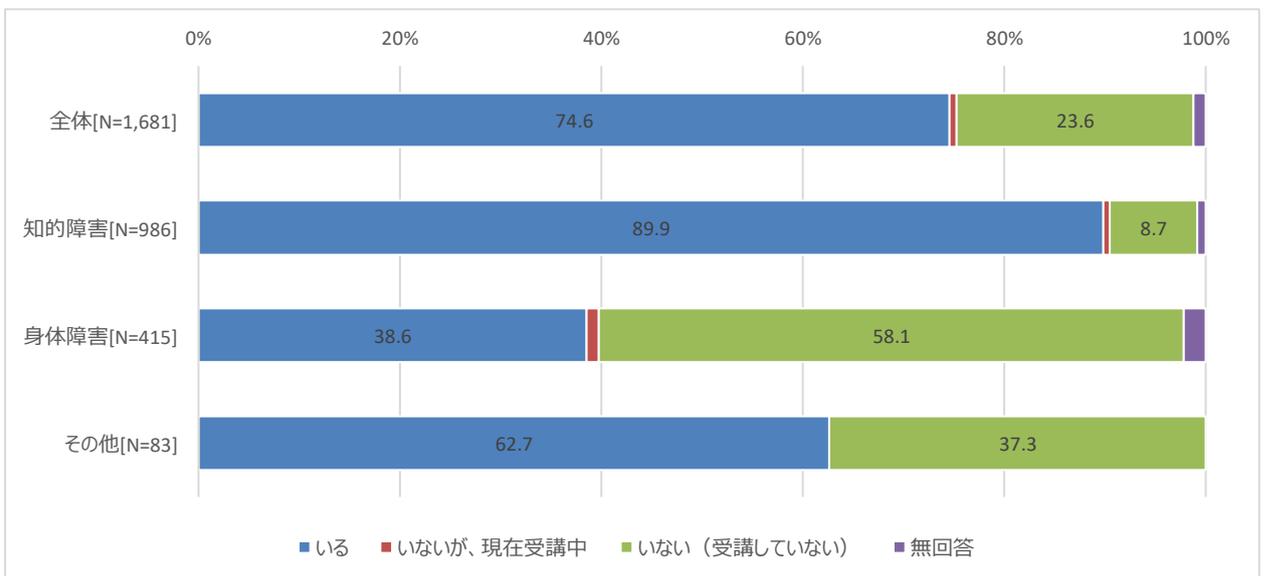
図表 100 重度障害者支援加算（Ⅱ）



問 51 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講状況

「いる」が74.6%、「いない（受講していない）」が23.6%、「いないが、現在受講中」が0.7%となっている。なお、受講職員数の平均は1施設10.5人である。

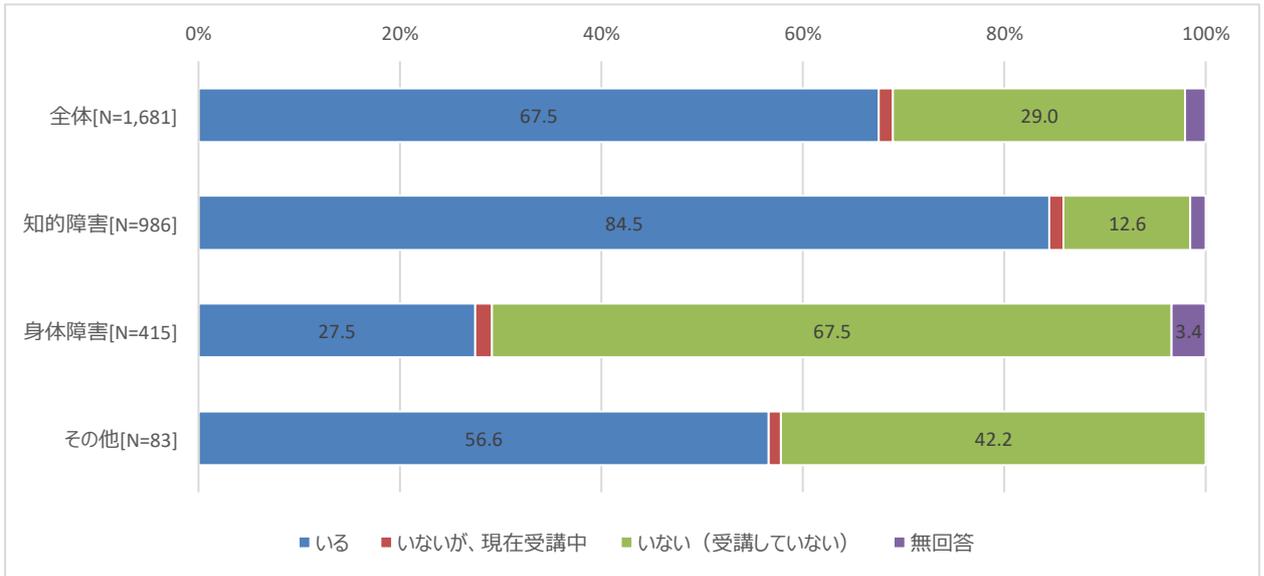
図表 101 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講状況



問 52 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）受講状況

「いる」が 67.5%、「いない（受講していない）」が 29.0%、「いないが、現在受講中」が 1.4% となっている。なお、受講職員数の平均は 1 施設 5.4 人である。

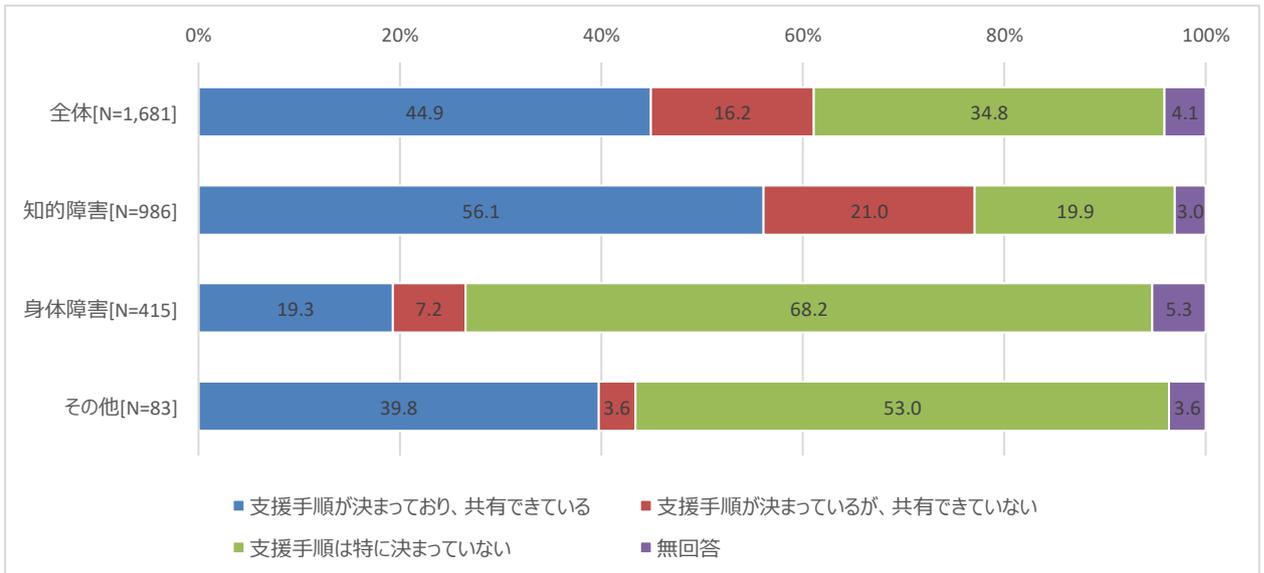
図表 102 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）受講状況



問 53 支援手順の取り決め状況

支援手順の取り決めについては、「支援手順が決まっており、共有できている」が 44.9%、「支援手順は特に決まっていない」が 34.8%、「支援手順が決まっているが、共有できていない」が 16.2%となっている。

図表 103 問 53 支援手順の取り決め状況



⑩地域移行の支援・行政や関係機関との連携について

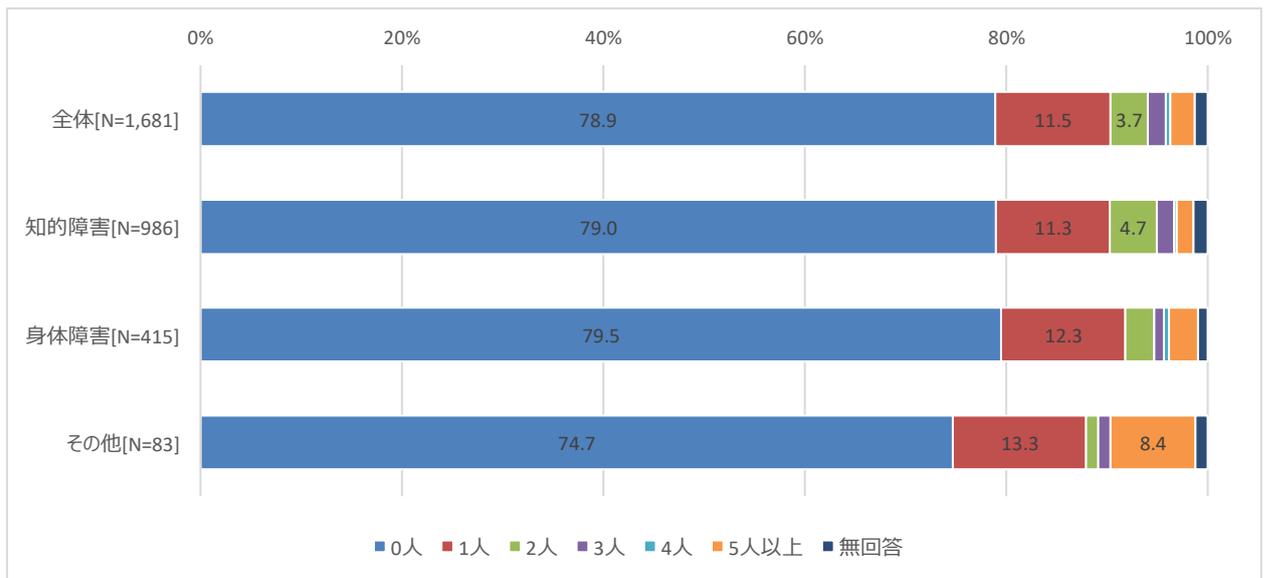
問 54 地域移行者数

1年間の地域移行者数については、1施設の平均で0.7人となっている。各施設の移行人数区分で見ると、「0人」が78.9%、「1人」が11.5%、「2人」が3.7%等となっている。

図表 104 地域移行者数

	全体[N=1,660]	知的障害 [N=972]	身体障害 [N=411]	その他[N=82]
合計値	1,207.0	387.0	468.0	206.0
平均値	0.7	0.4	1.1	2.5

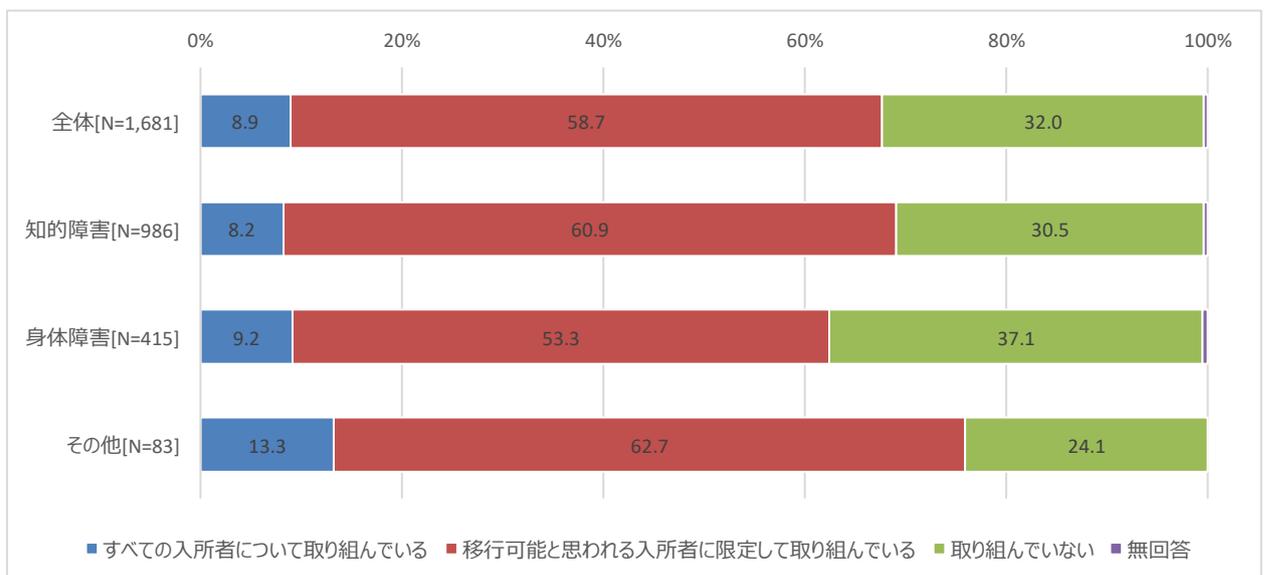
図表 105 地域移行者数区分



問 55 地域移行への取組み状況

「移行可能と思われる入所者に限定して取り組んでいる」が58.7%、「取り組んでいない」が32.0%、「すべての入所者について取り組んでいる」が8.9%となっている。

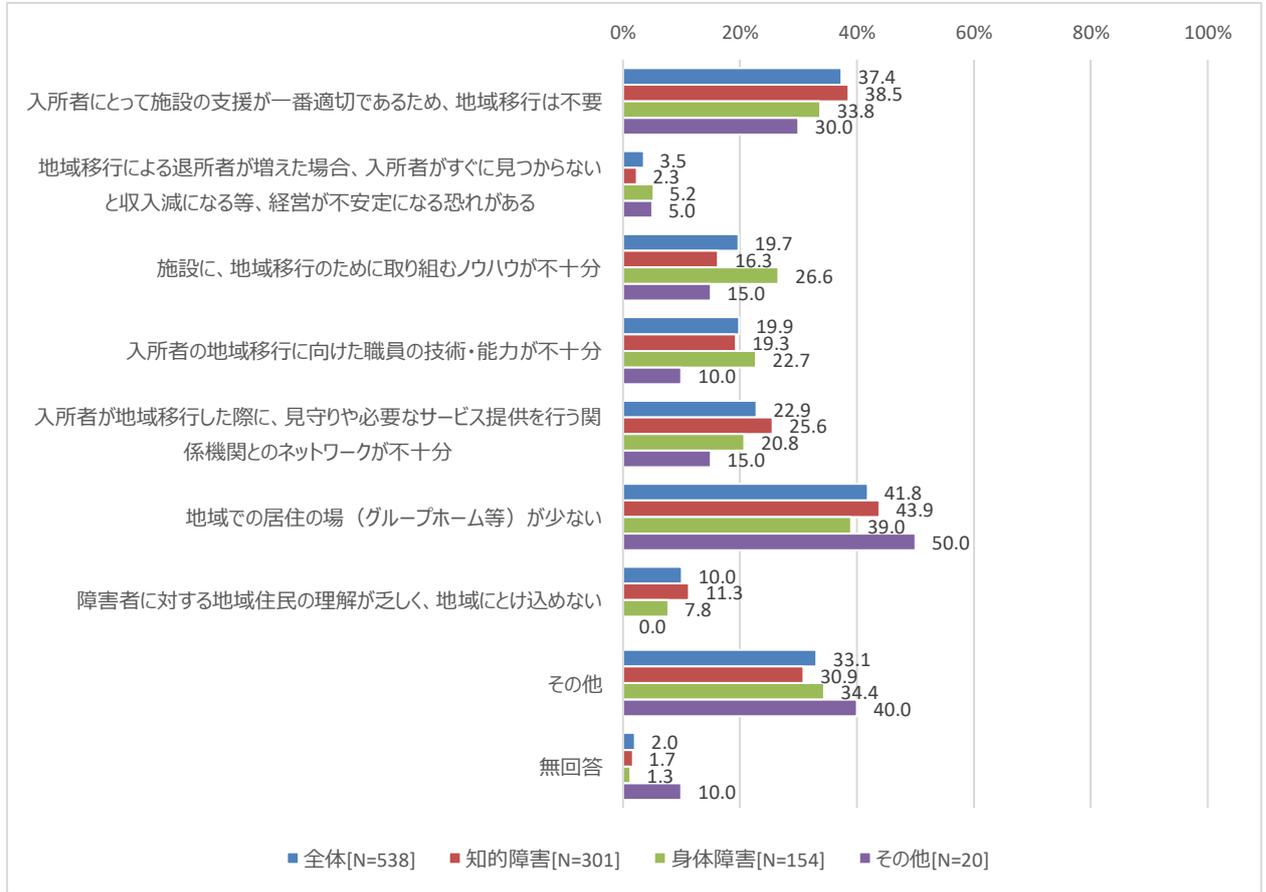
図表 106 地域移行への取組み状況



問 55-1 入所者の地域移行に取り組んでいない理由

地域移行に取り組んでいない施設に、その理由を聞いたところ、「地域での居住の場（グループホーム等）が少ない」が41.8%、「入所者にとって施設の支援が一番適切であるため、地域移行は不要」が37.4%、「その他」が33.1%等となっている。

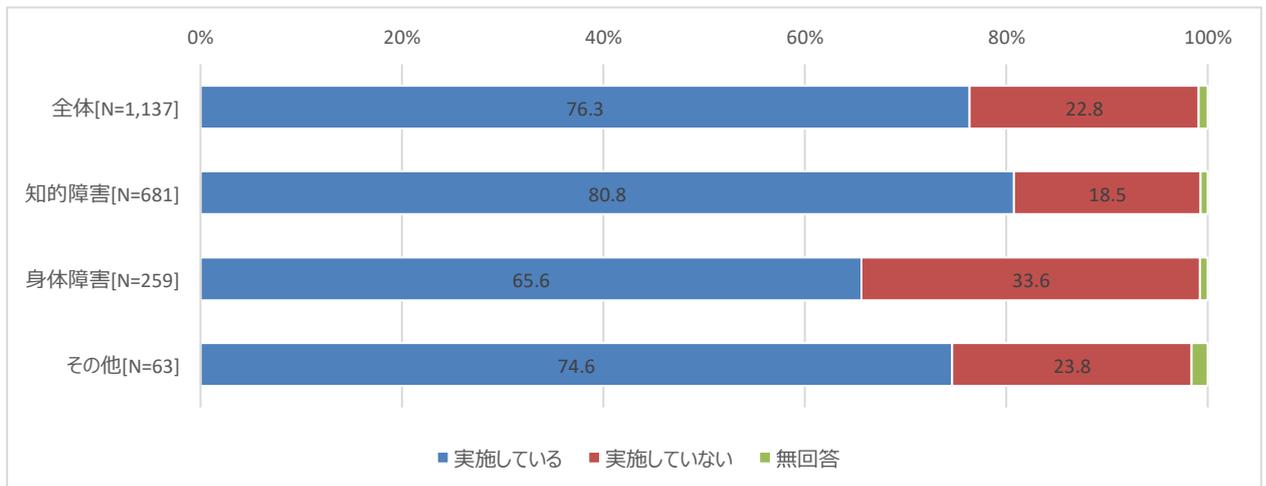
図表 107 入所者の地域移行に取り組んでいない理由〔複数回答〕



問 55-2 生活能力を習得するための取組み状況

施設において、入所者の生活能力を習得するための取組み状況を聞いたところ、「実施している」が76.3%、「実施していない」が22.8%となっている。

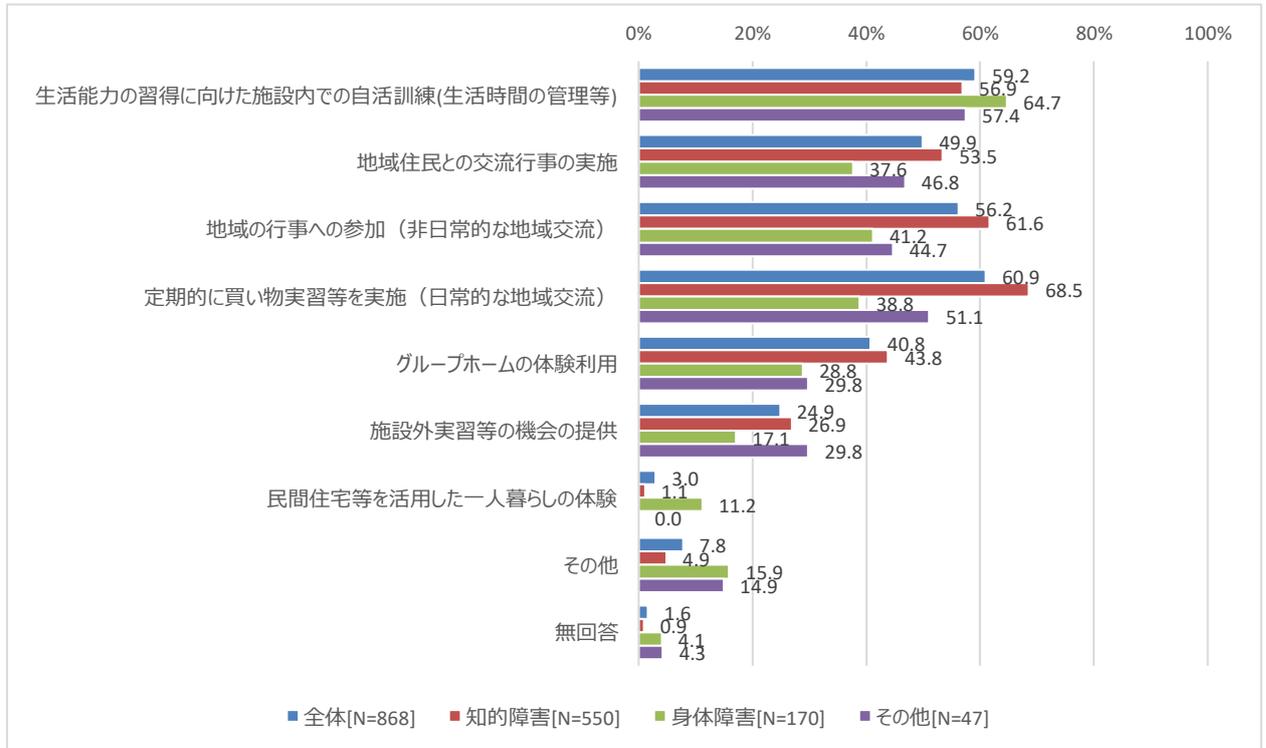
図表 108 生活能力を習得するための取組み状況



問 55-2-1 入所者が生活能力を習得するための取組み

入所者の生活能力を習得するための取組みを実施している施設に、その内容を聞いたところ、「定期的買い物実習等を実施（日常的な地域交流）」が60.9%、「生活能力の習得に向けた施設内での自活訓練（生活時間の管理等）」が59.2%、「地域の行事への参加（非日常的な地域交流）」が56.2%、「地域住民との交流行事の実施」が49.9%等となっている。

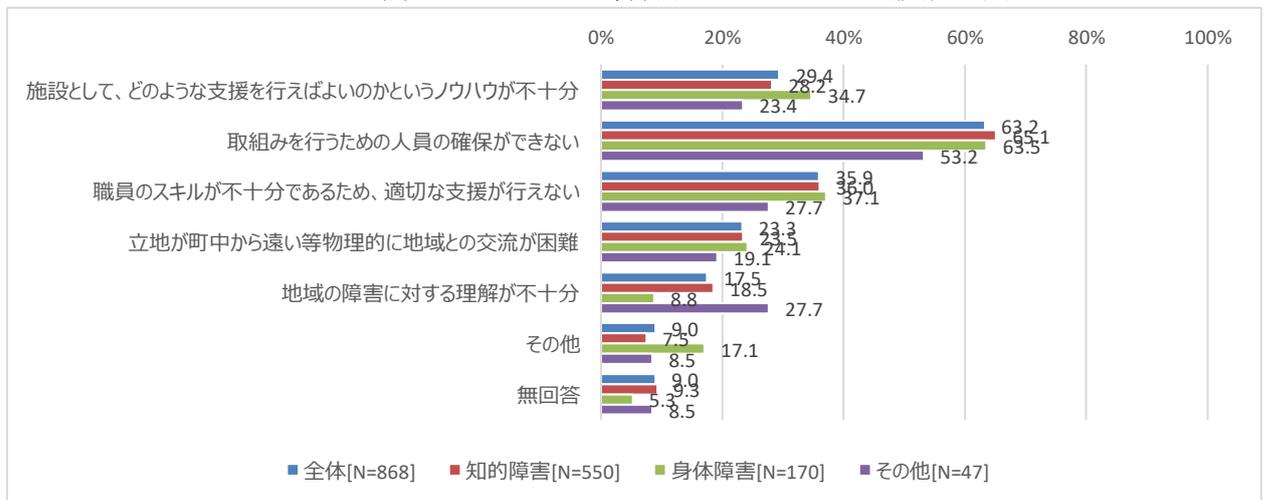
図表 109 入所者が生活能力を習得するための取組み〔複数回答〕



問 55-2-2 入所者が生活能力を習得するための課題

入所者が生活能力を習得するための課題としては、「取組みを行うための人員の確保ができない」が63.2%、「職員のスキルが不十分であるため、適切な支援が行えない」が35.9%等となっている。

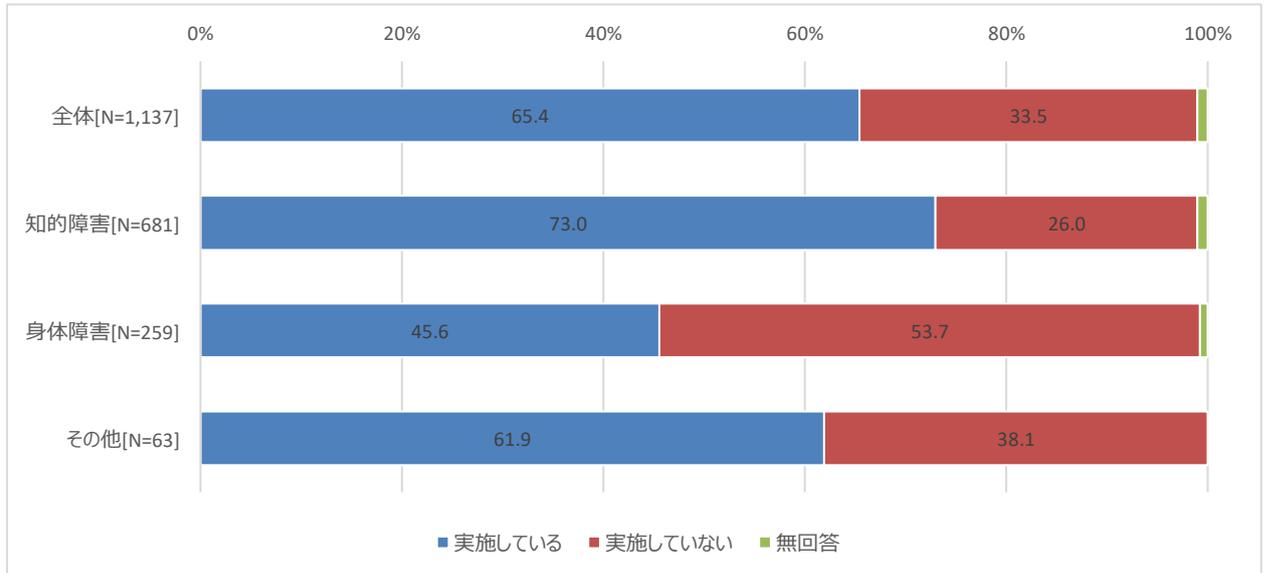
図表 110 入所者が生活能力を習得するための課題〔複数回答〕



問 55-3 住まいの場を確保するための取組み状況

地域移行者の住まいの場を確保するための取組み状況は、「実施している」が65.4%、「実施していない」が33.5%となっている。

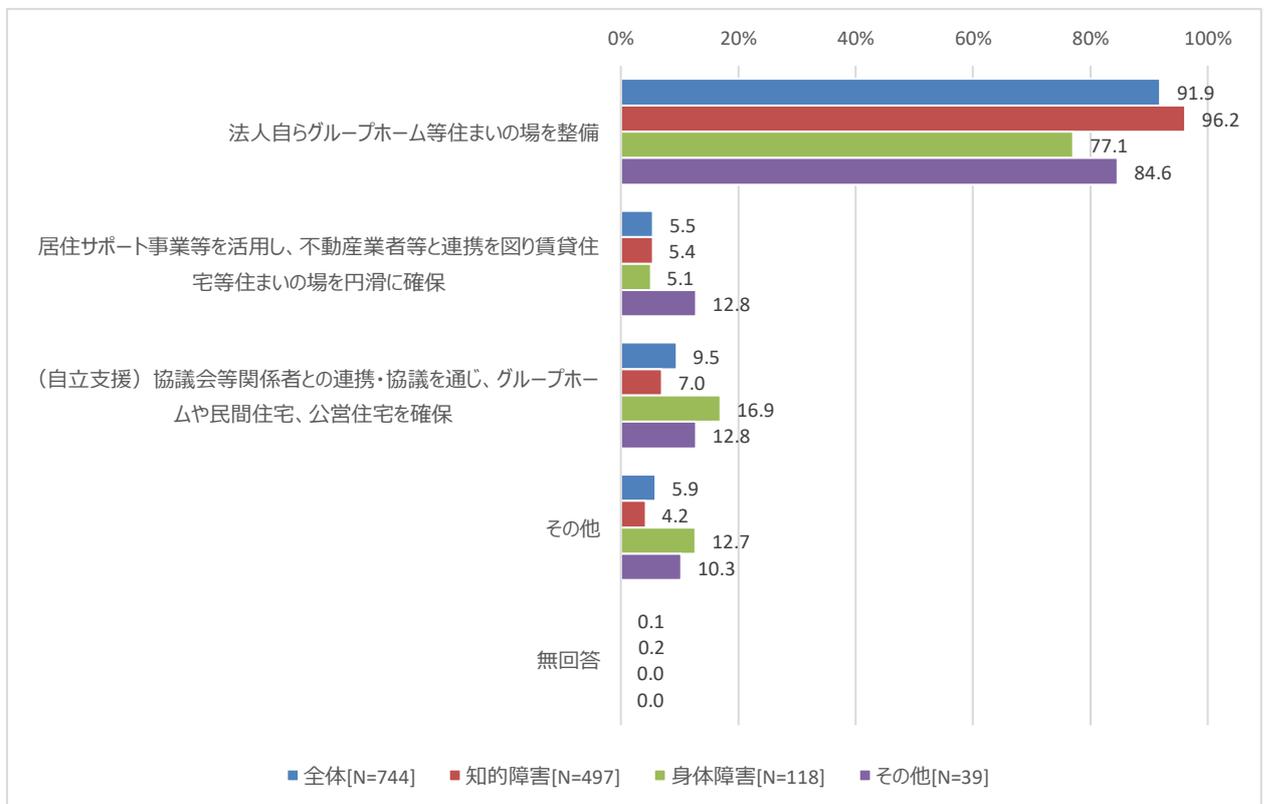
図表 111 住まいの場を確保するための取組み状況



問 55-3-1 住まいの場を確保するための取組み

住まいの場を確保するための取組みをしている施設に、その内容を聞いたところ、「法人自らグループホーム等住まいの場を整備」が91.9%となっている。

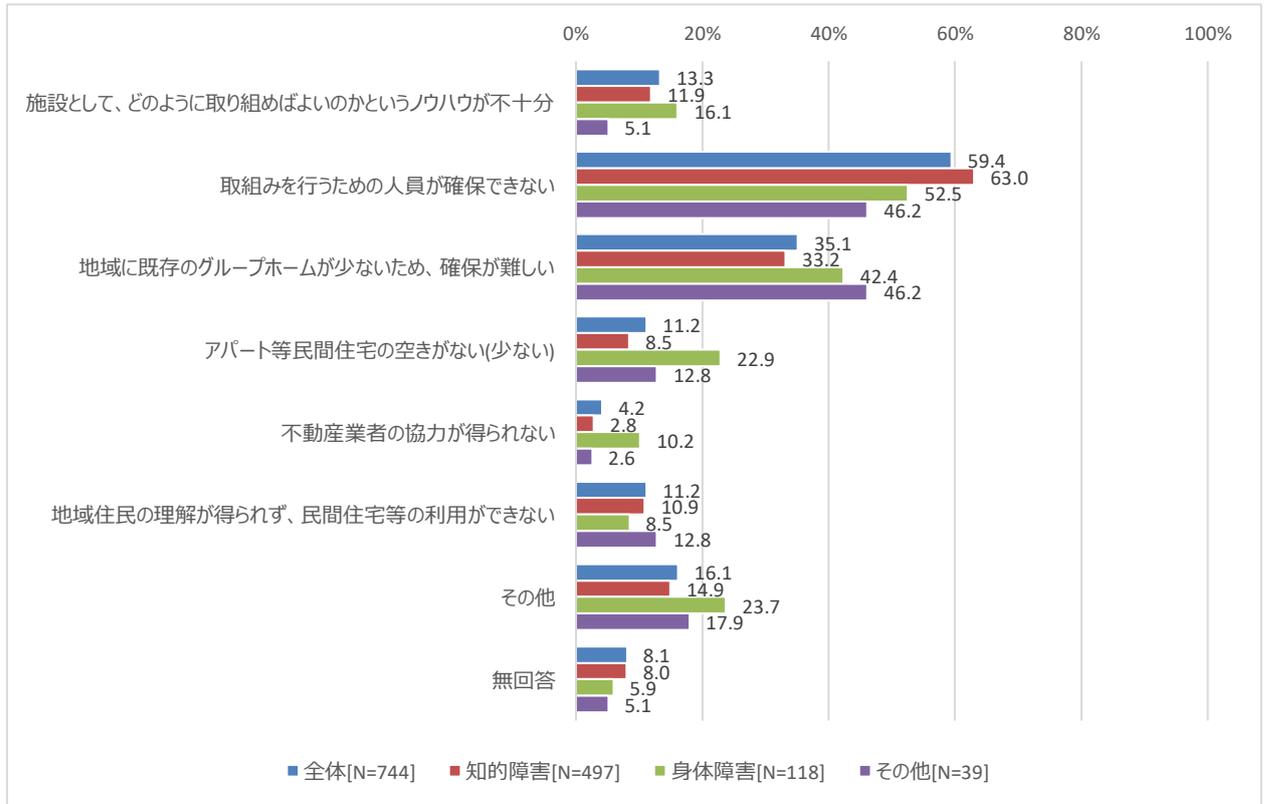
図表 112 住まいの場を確保するための取組み〔複数回答〕



問 55-3-2 住まいの場を確保するための課題

住まいの場を確保するための課題としては、「取組みを行うための人員が確保できない」が 59.4%、「地域に既存のグループホームが少ないため、確保が難しい」が 35.1%等となっている。

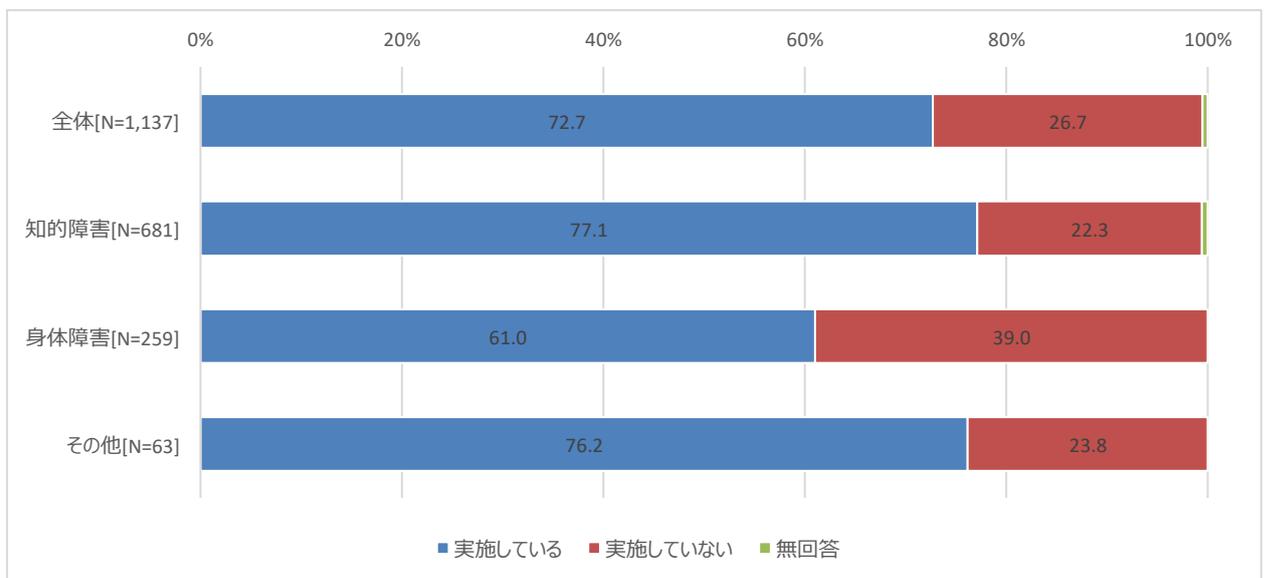
図表 113 住まいの場を確保するための課題〔複数回答〕



問 55-4 地域で障害者を支える体制づくりの状況

地域で障害者を支える体制づくりについては、「実施している」が 72.7%、「実施していない」が 26.7%となっている。

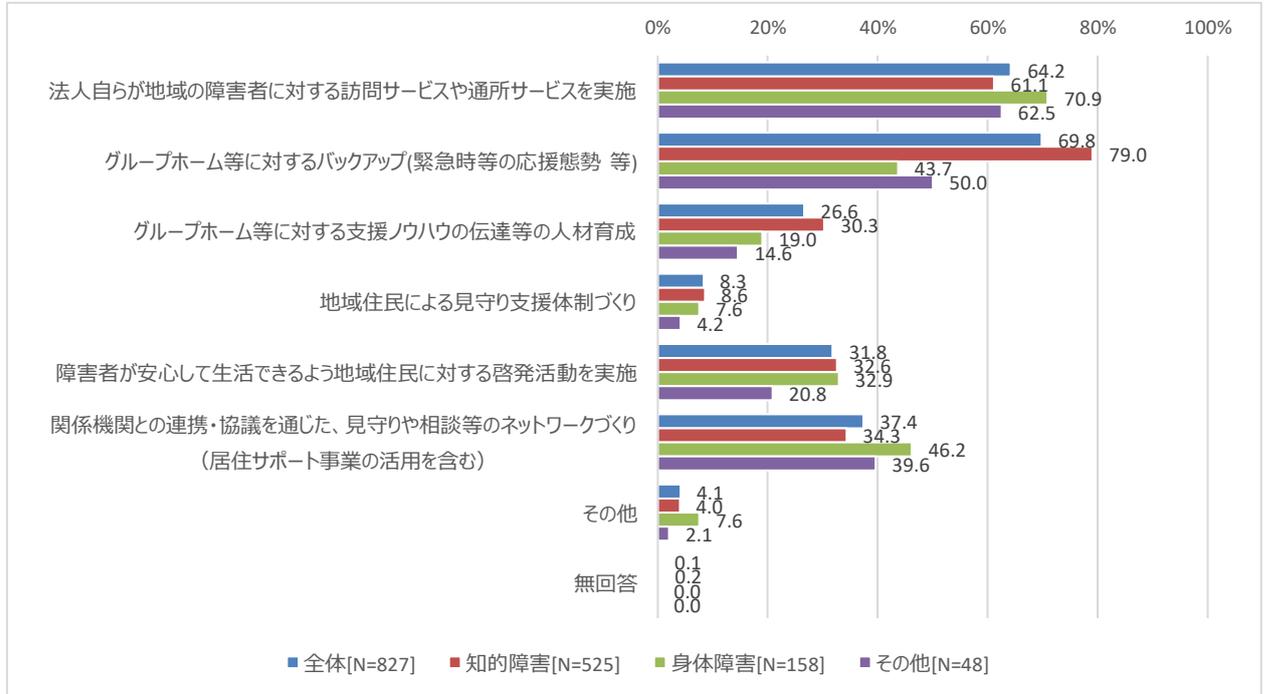
図表 114 地域で障害者を支える体制づくりの状況



問 55-4-1 地域で障害者を支える体制づくりのための取組み

地域で障害者を支える体制づくりを実施している施設に、その内容を聞いたところ、「グループホーム等に対するバックアップ(緊急時等の応援態勢 等)」が69.8%、「法人自らが地域の障害者に対する訪問サービスや通所サービスを実施」が64.2%等となっている。

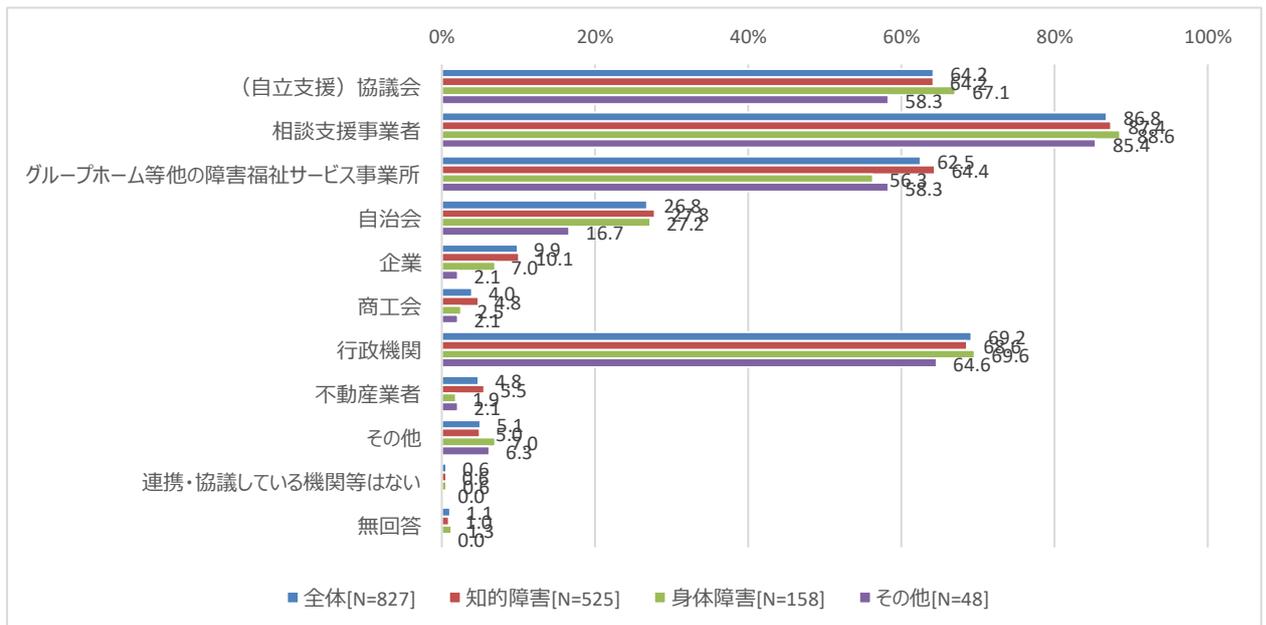
図表 115 地域で障害者を支える体制づくりのための取組み〔複数回答〕



問 55-4-2 地域で障害者を支える体制づくりのために連携協議している機関

地域で障害者を支える体制づくりのために連携協議している機関としては、「相談支援事業者」が86.8%、「行政機関」が69.2%、「(自立支援)協議会」が64.2%、「グループホーム等他の障害福祉サービス事業所」が62.5%等となっている。

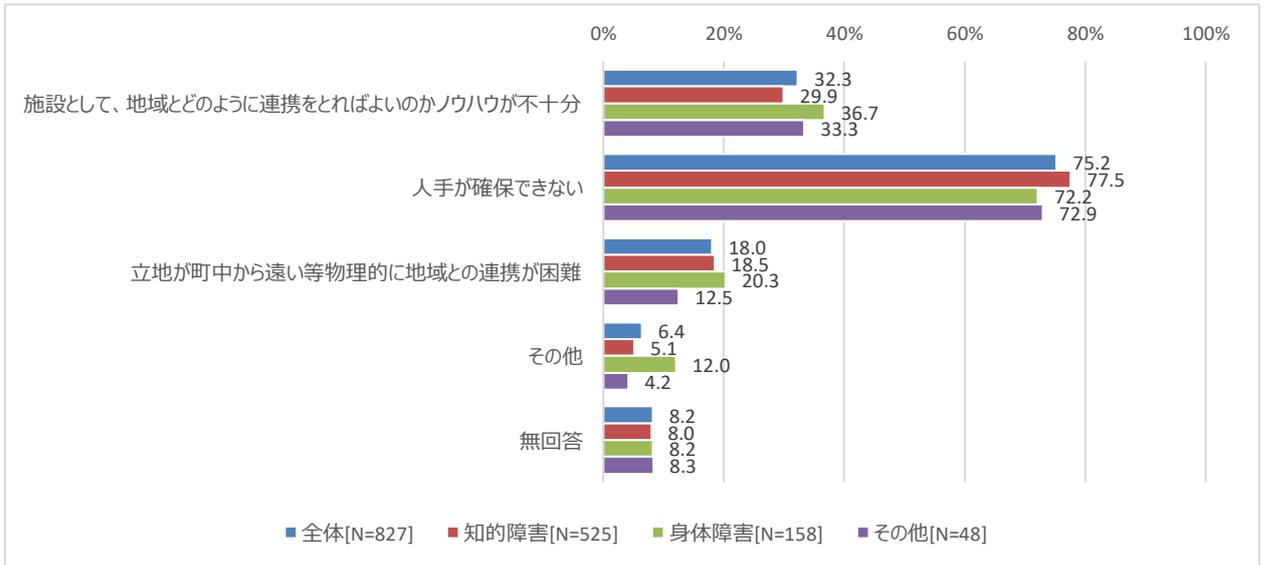
図表 116 地域で障害者を支える体制づくりのために連携協議している機関〔複数回答〕



問 55-4-3 地域で障害者を支える体制づくりのための課題

地域で障害者を支える体制づくりのための課題については、「人手が確保できない」が 75.2% となっている。

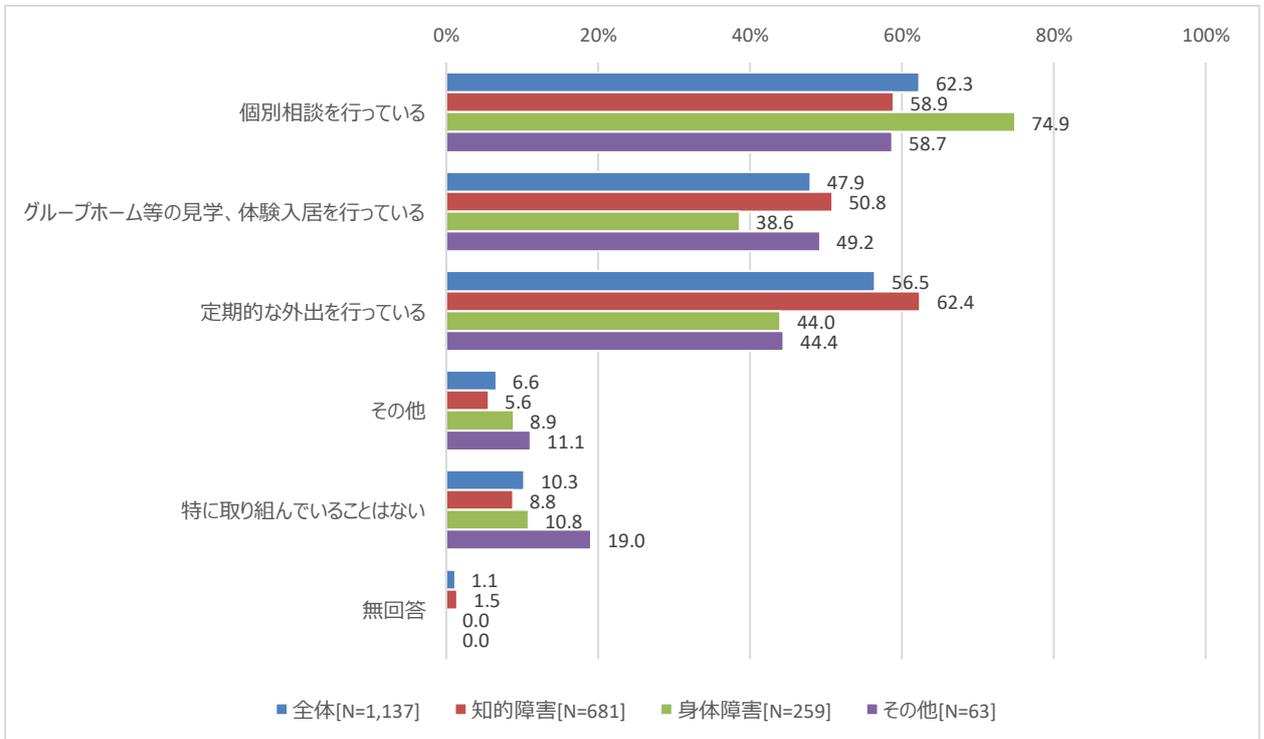
図表 117 地域で障害者を支える体制づくりのための課題〔複数回答〕



問 55-5 地域移行に向けて利用者の意識を高めるための取組み

地域移行に向けて利用者の意識を高めるための取組みについては、「個別相談を行っている」が 62.3%、「定期的な外出を行っている」が 56.5% 等となっている。一方、「特に取り組んでいることはない」は 10.3% である。

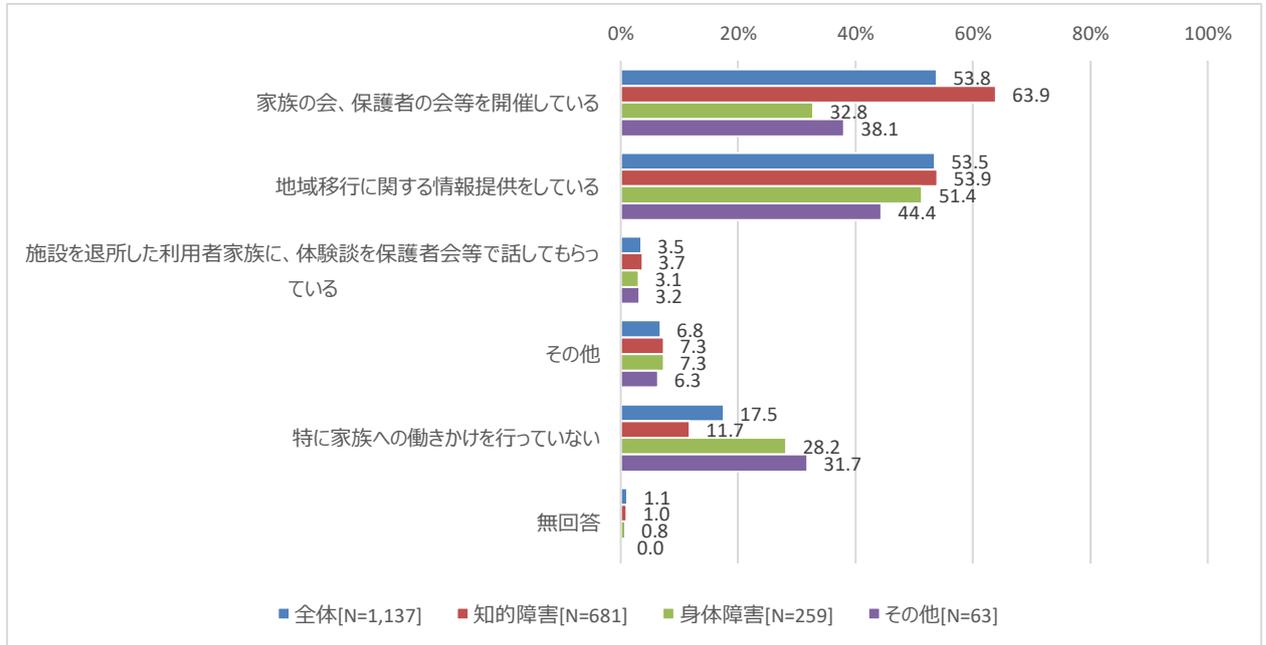
図表 118 地域移行に向けて利用者の意識を高めるための取組み〔複数回答〕



問 55-6 利用者の家族の理解を得るための働きかけ

利用者の家族の理解を得るための働きかけとしては、「家族の会、保護者の会等を開催している」が 53.8%、「地域移行に関する情報提供をしている」が 53.5%等となっている。一方、「特に家族への働きかけを行っていない」は 17.5%である。

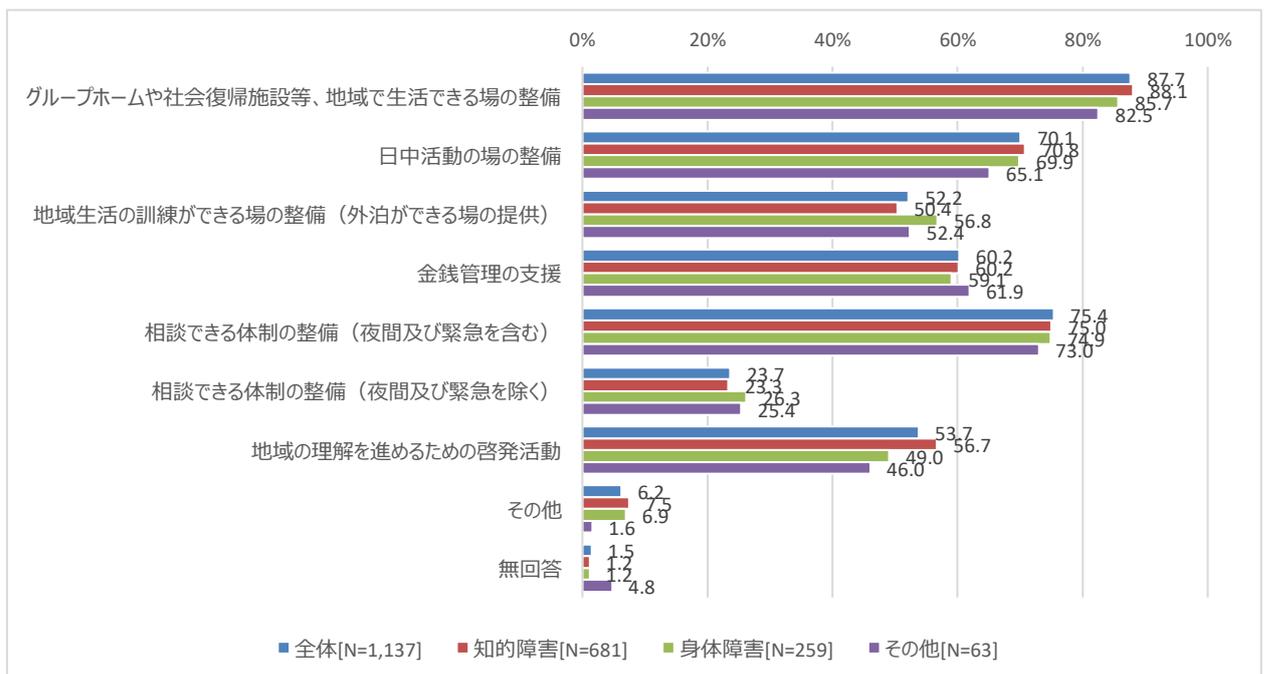
図表 119 利用者の家族の理解を得るための働きかけ〔複数回答〕



問 55-7 必要な条件と思うもの

地域移行において必要な条件と思うものを聞いたところ、「グループホームや社会復帰施設等、地域で生活できる場の整備」が 87.7%、「相談できる体制の整備(夜間及び緊急を含む)」が 75.4%、「日中活動の場の整備」が 70.1%、「金銭管理の支援」が 60.2%等となっている。

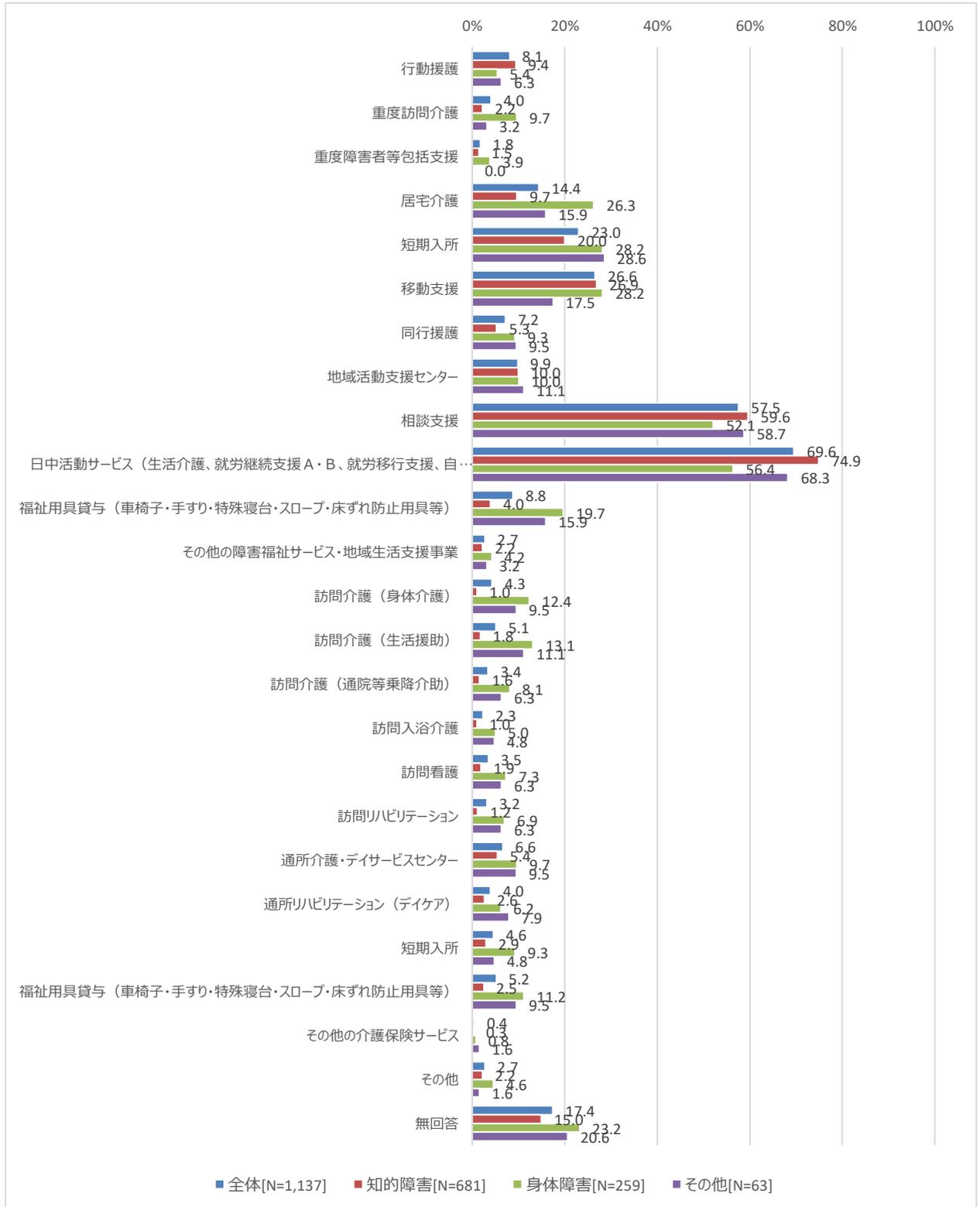
図表 120 必要な条件と思うもの〔複数回答〕



問 55-8 地域移行者が利用している居宅サービス

地域移行者が利用している居宅サービスを聞いたところ、「日中活動サービス（生活介護、就労継続支援 A・B、就労移行支援、自立訓練 等）」が 69.6%、「相談支援」が 57.5%等となっている。

図表 121 地域移行者が利用している居宅サービス〔複数回答〕

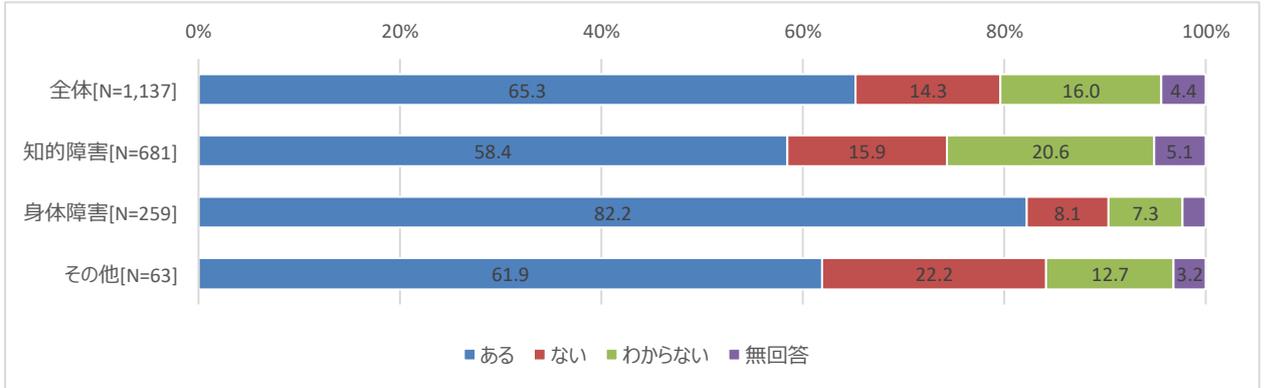


問 55-9 地域で対応可能な居宅介護サービス事業所の有無

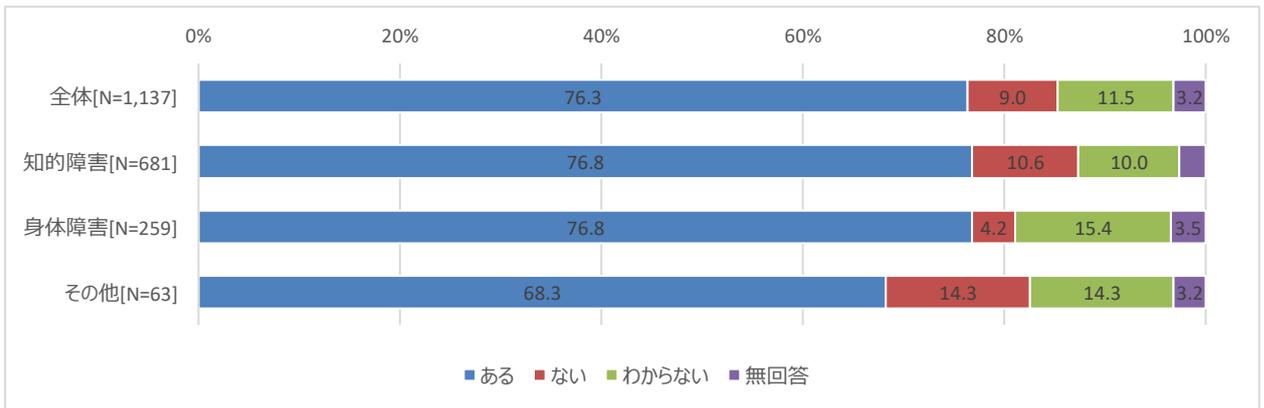
地域で対応可能な居宅介護サービス事業所が「ある」は、身体障害に対応可能で 65.3%、知的障害に対応可能で 76.3%、精神障害に対応可能で 56.5%となっている。

図表 122 地域で対応可能な居宅介護サービス事業所の有無

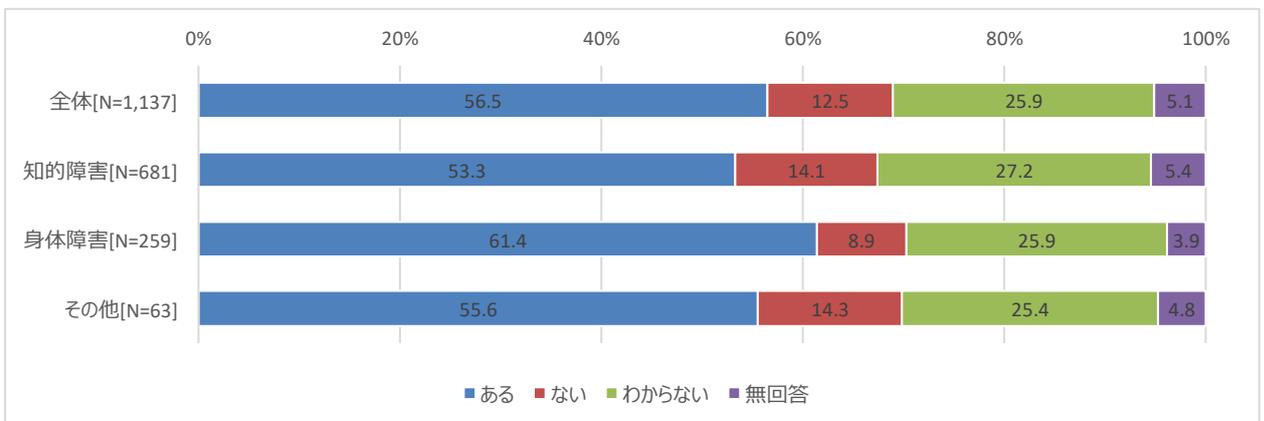
(身体障害に対応可能)



(知的障害に対応可能)



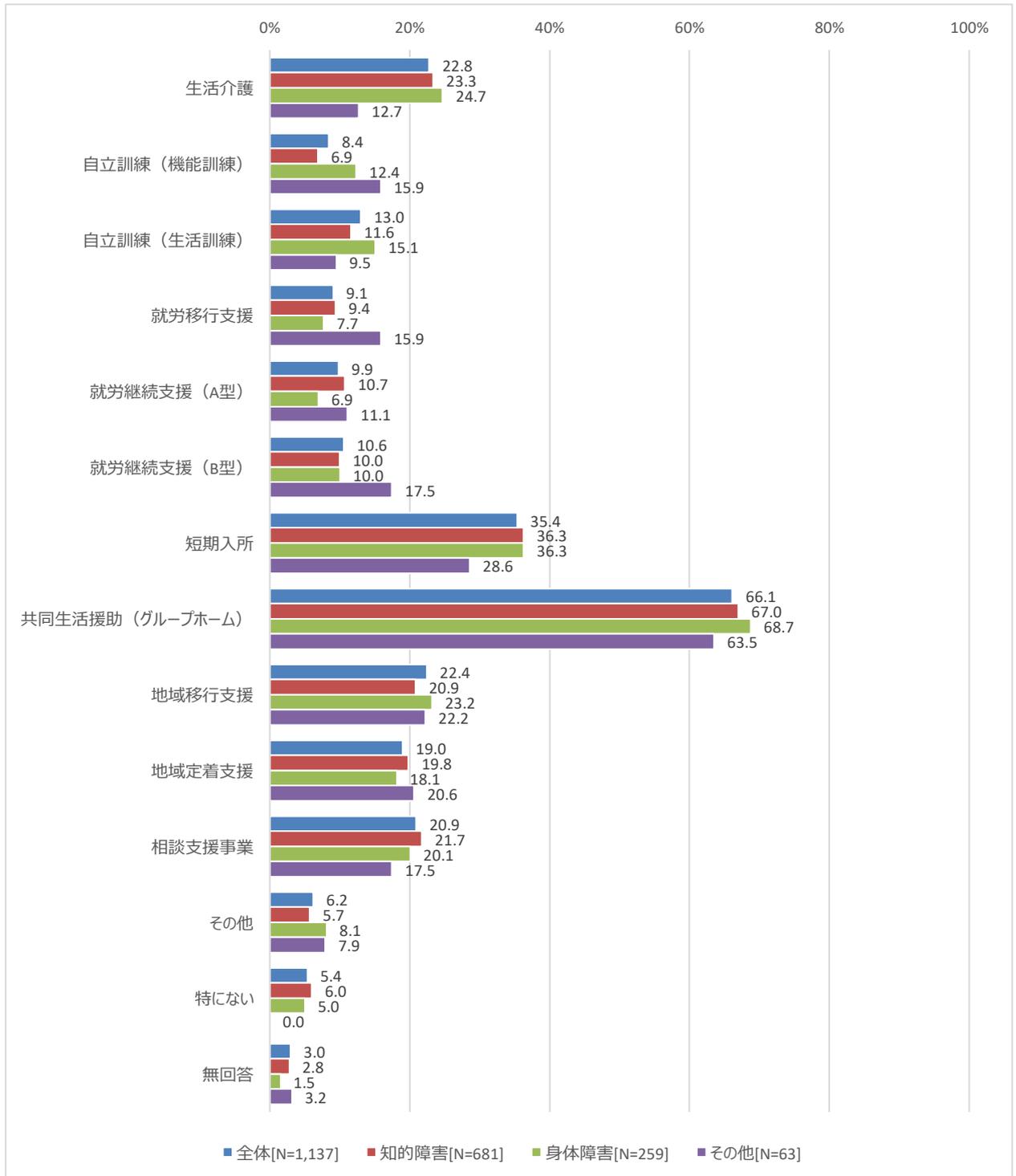
(精神障害に対応可能)



問 55-10 地域に不足していると感じるサービス

地域に不足していると感じるサービスは、「共同生活援助（グループホーム）」が66.1%、「短期入所」が35.4%等となっている。

図表 123 地域に不足していると感じるサービス〔複数回答〕

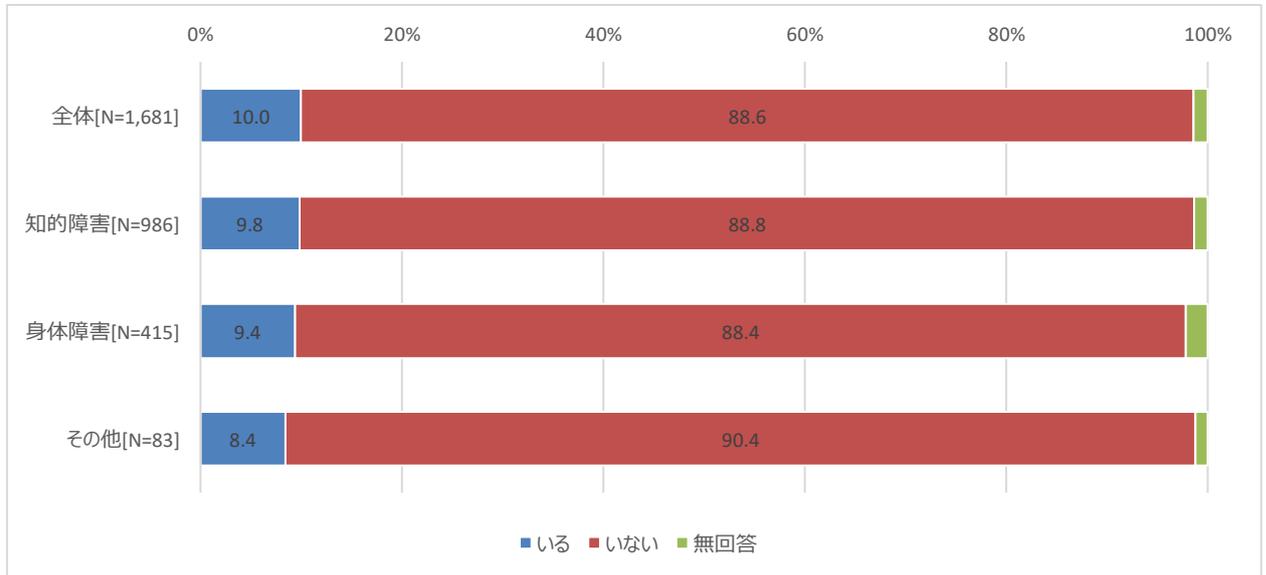


⑪地域生活支援拠点等について

問 56 地域生活支援拠点等への位置付け

地域生活支援拠点等に位置付けられているかどうかを聞いたところ、「いない」が88.6%、「いる」が10.0%となっている。

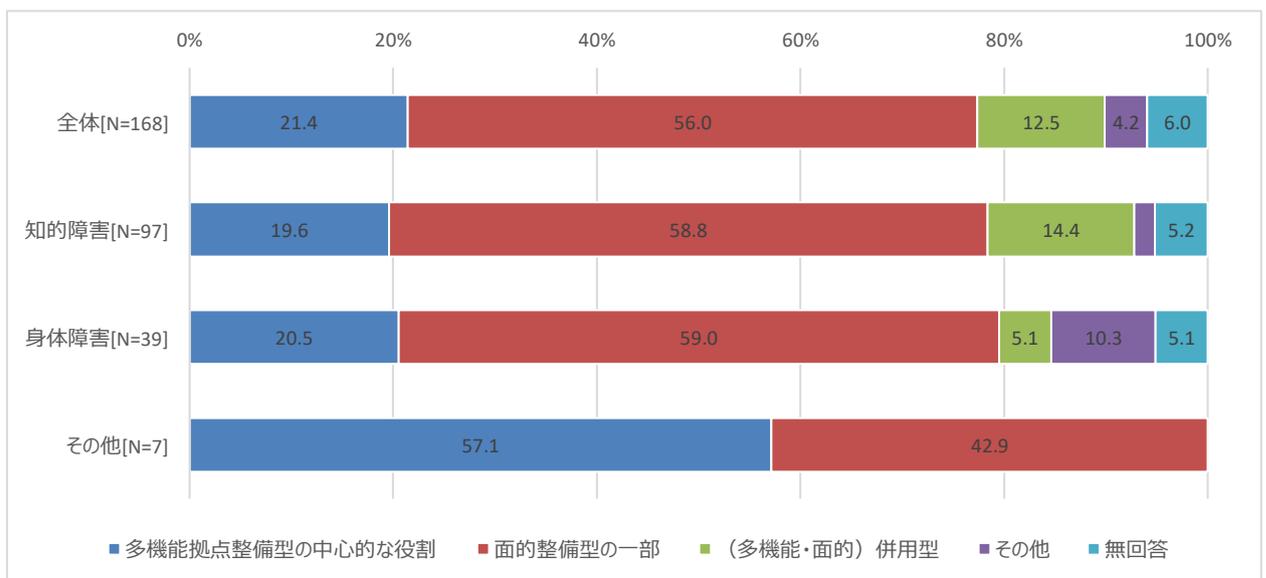
図表 124 地域生活支援拠点等への位置付け



問 56-1 整備型

地域生活支援拠点等に位置付けられている施設について、整備型を聞いたところ、「面的整備型の一部」が56.0%、「多機能拠点整備型の中心的な役割」が21.4%、「(多機能・面的)併用型」が12.5%となっている。

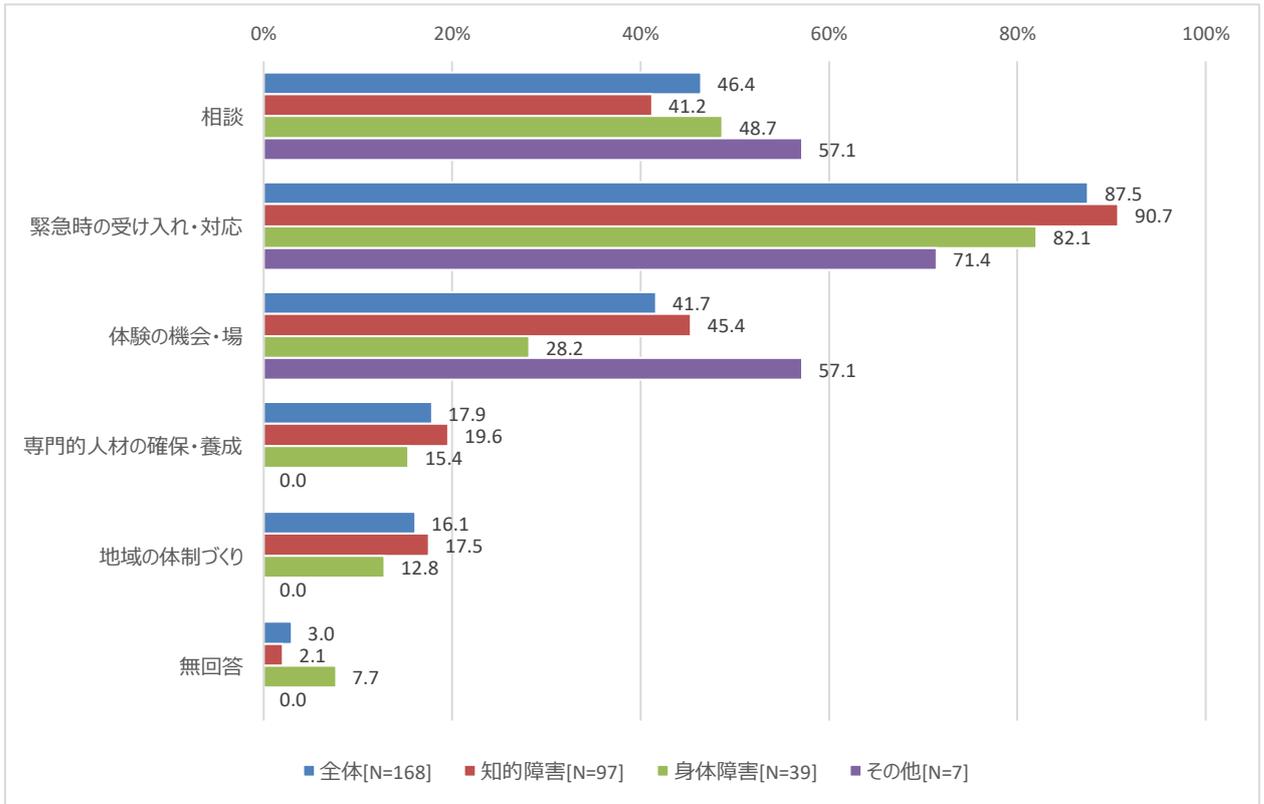
図表 125 整備型



問 56-2 担っている主な役割

地域生活支援拠点等で担っている役割としては、「緊急時の受け入れ・対応」が87.5%、「相談」が46.4%、「体験の機会・場」が41.7%等となっている。

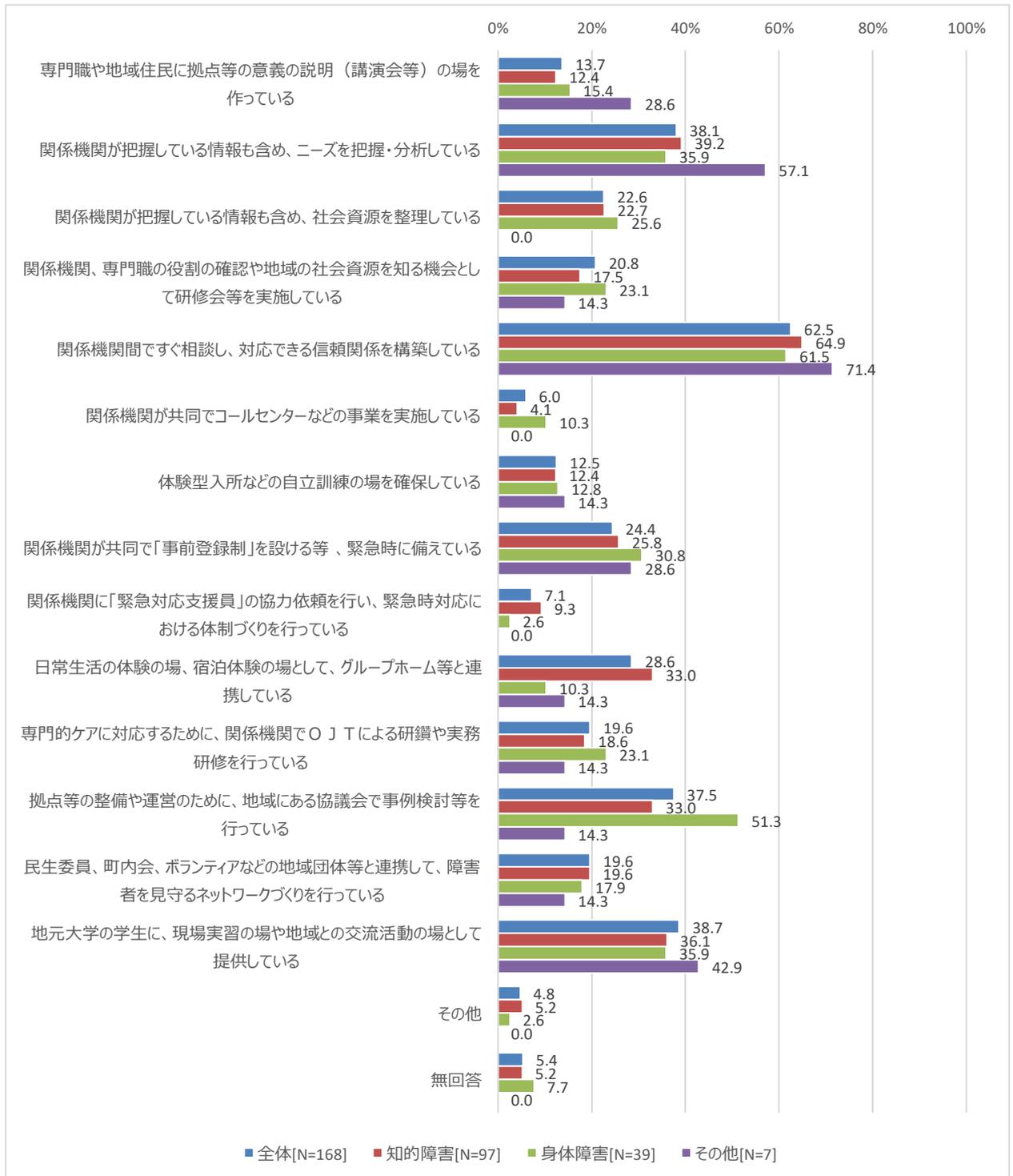
図表 126 担っている主な役割〔複数回答〕



問 56-3 関係機関との連携で取り組んでいること

関係機関との連携で取り組んでいることとしては、「関係機関間ですぐ相談し、対応できる信頼関係を構築している」が 62.5%、「地元大学の学生に、現場実習の場や地域との交流活動の場として提供している」が 38.7%、「関係機関が把握している情報も含め、ニーズを把握・分析している」が 38.1%、「関係機関が把握している情報も含め、ニーズを把握・分析している」が 38.1%、「拠点等の整備や運営のために、地域にある協議会で事例検討等を行っている」が 37.5%等となっている。

図表 127 関係機関との連携で取り組んでいること〔複数回答〕

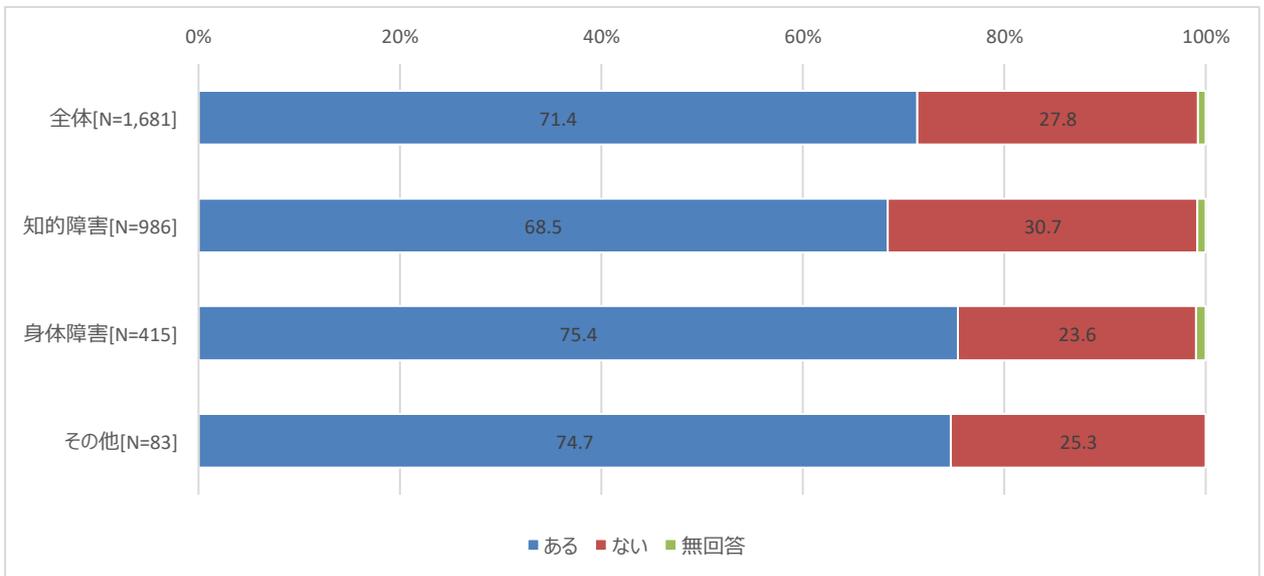


⑫ハラスメントについて

問 57 職員へのハラスメントに関して、相談を受け付ける体制の有無

「ある」が71.4%、「ない」が27.8%となっている。

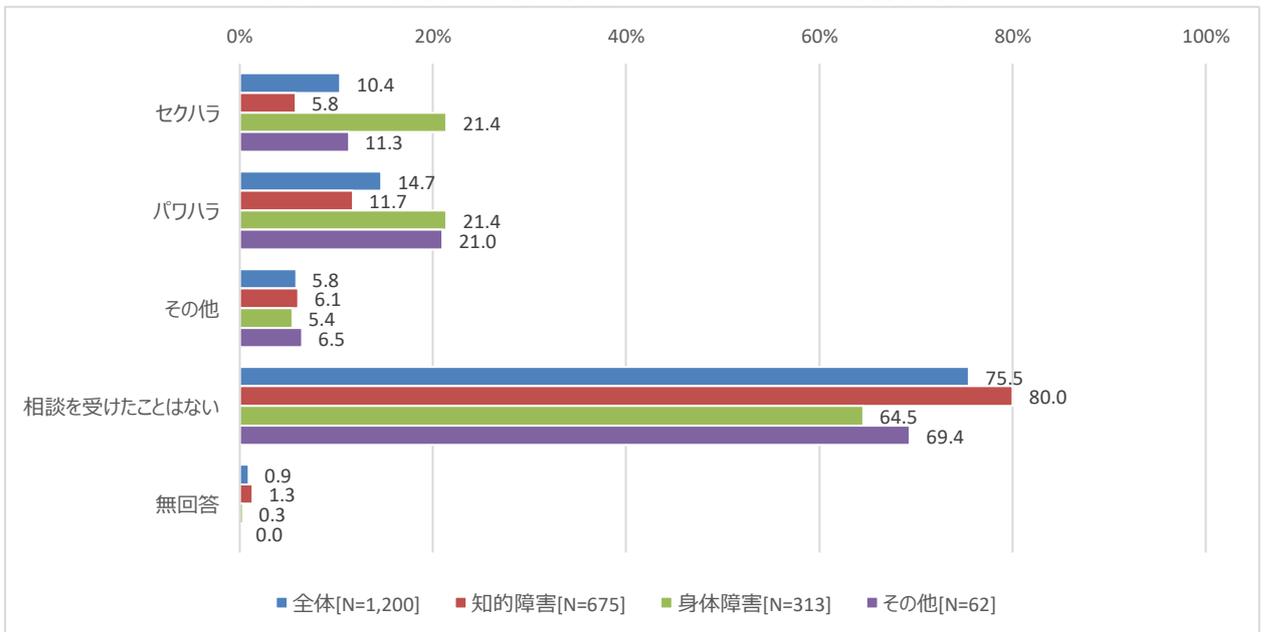
図表 128 職員へのハラスメントに関して、相談を受け付ける体制の有無



問 57-1 実際に相談を受けたハラスメント

相談を受け付ける体制がある施設に、実際の相談の状況を聞いたところ、「相談を受けたことはない」が75.5%となっている。相談を受けた内容については、「パワハラ」が14.7%、「セクハラ」が10.4%等となっている。

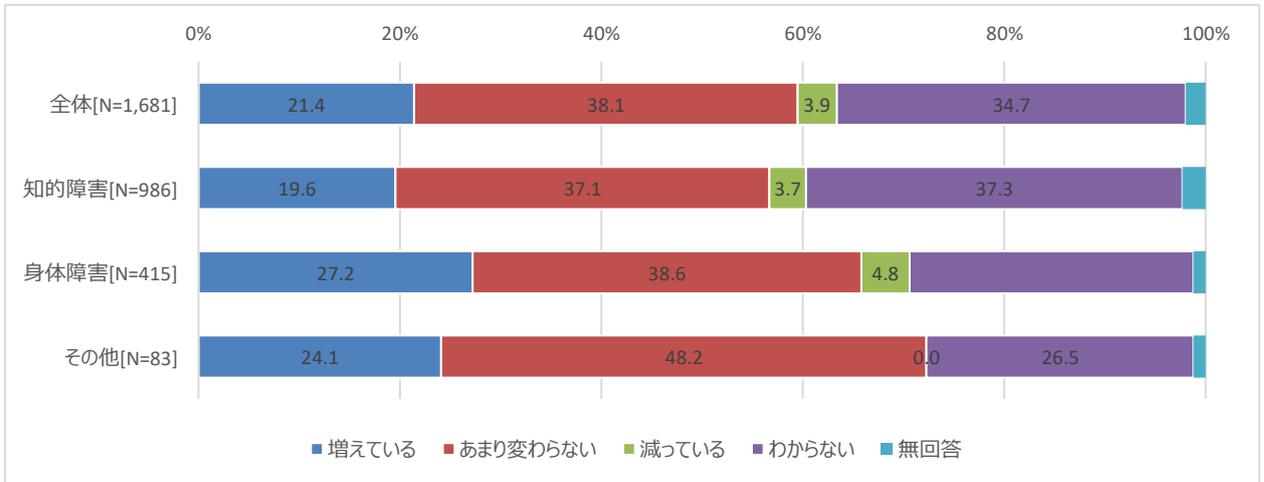
図表 129 実際に相談を受けたハラスメント〔複数回答〕



問 58 職員へのハラスメントの増減傾向

「あまり変わらない」が38.1%、「わからない」が34.7%、「増えている」が21.4%、「減っている」が3.9%となっている。

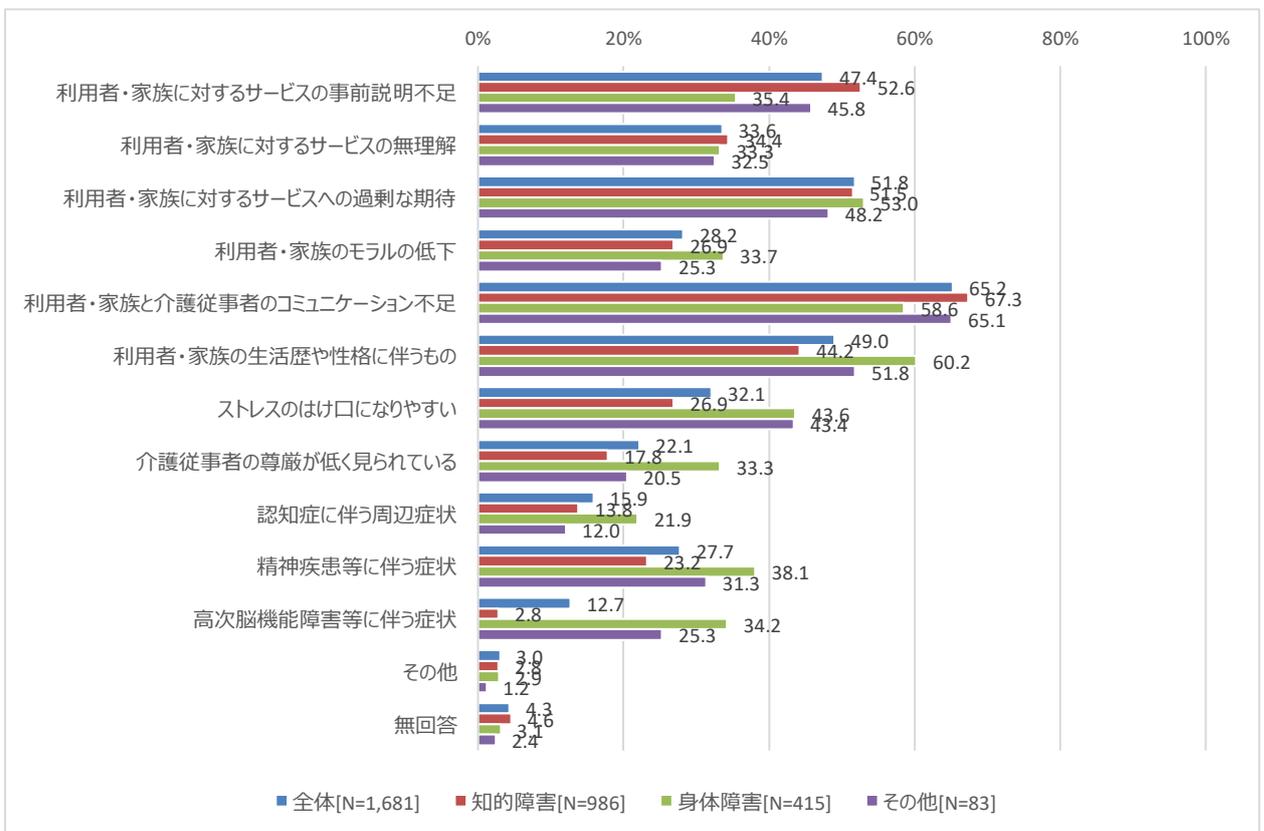
図表 130 職員へのハラスメントの増減傾向



問 59 職員へのハラスメントが起きる原因

「利用者・家族と介護従事者のコミュニケーション不足」が65.2%、「利用者・家族に対するサービスへの過剰な期待」が51.8%、「利用者・家族の生活歴や性格に伴うもの」が49.0%、「利用者・家族に対するサービスの事前説明不足」が47.4%等となっている。

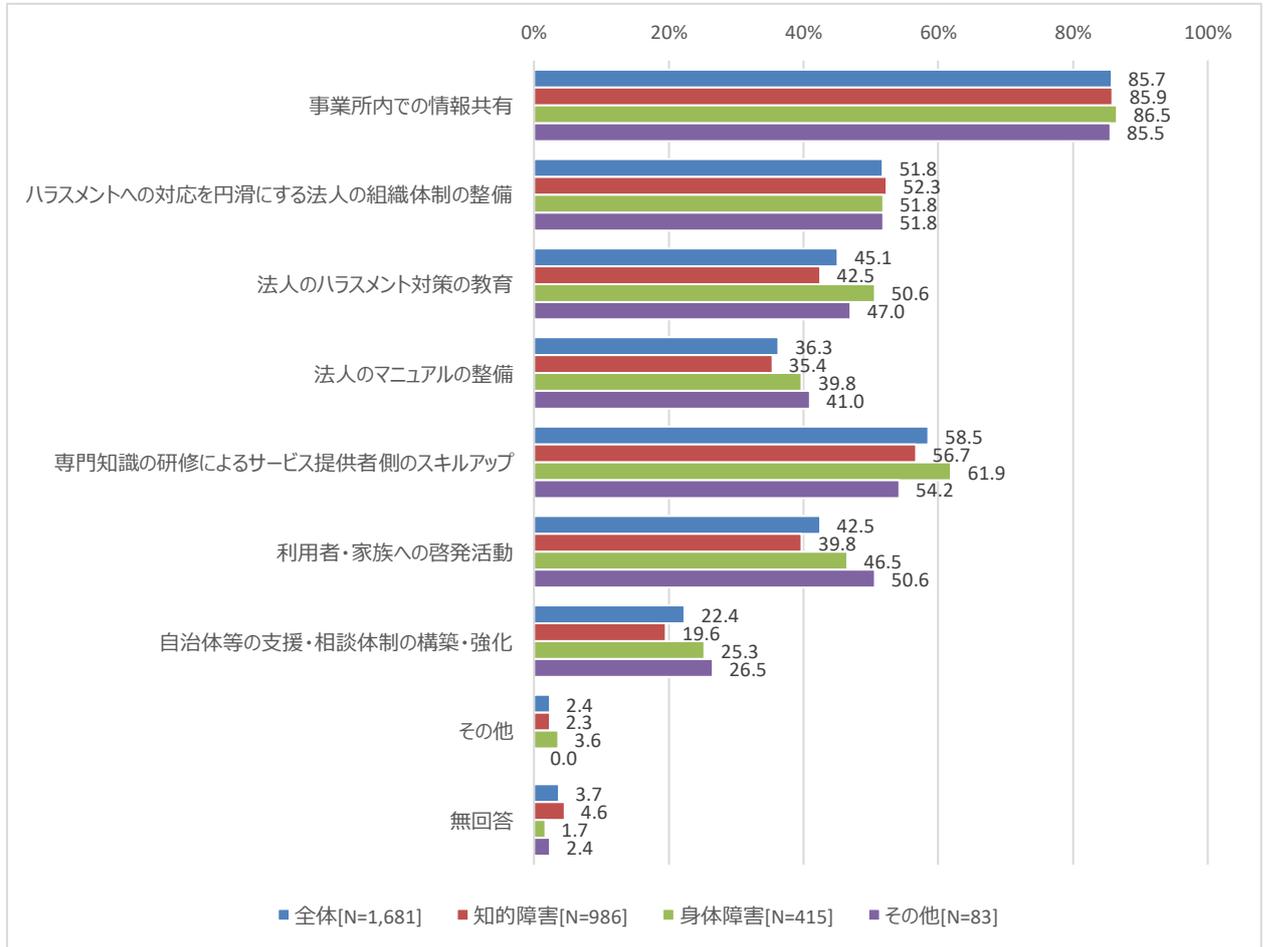
図表 131 職員へのハラスメントが起きる原因〔複数回答〕



問 60 職員へのハラスメントを防ぐために必要だと思われる対応

「事業所内での情報共有」が 85.7%と高い割合であり、次いで、「専門知識の研修によるサービス提供者側のスキルアップ」が 58.5%、「ハラスメントへの対応を円滑にする法人の組織体制の整備」が 51.8%等となっている。

図表 132 職員へのハラスメントを防ぐために必要だと思われる対応〔複数回答〕



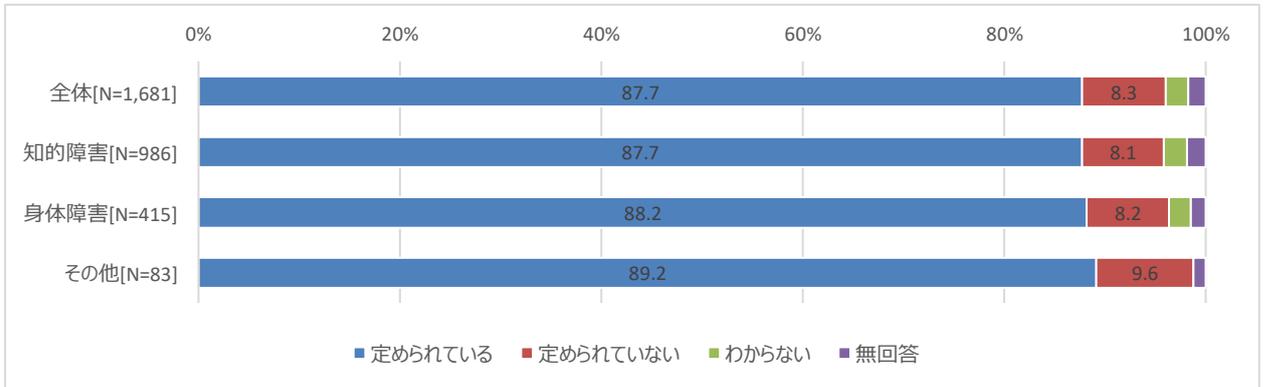
⑬事故・安全管理について

問 61 介護事故の市町村への報告規定

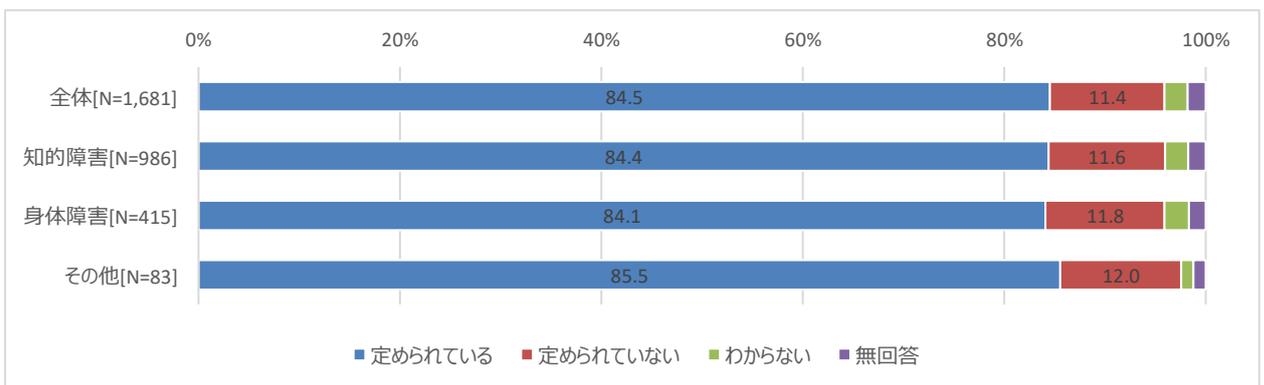
介護事故の市町村への報告規定については、「定められている」が報告対象の範囲で 87.7%、報告様式・書式で 84.5%、報告手順・要領で 85.3%となっている。

図表 133 介護事故の市町村への報告規定

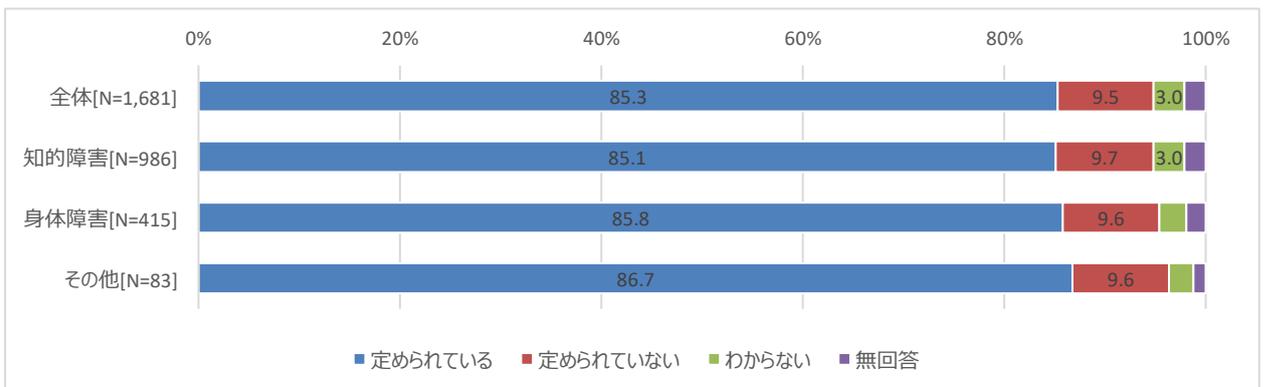
(報告対象の範囲)



(報告様式・書式)



(報告手順・要領)



問 62 死亡事故件数

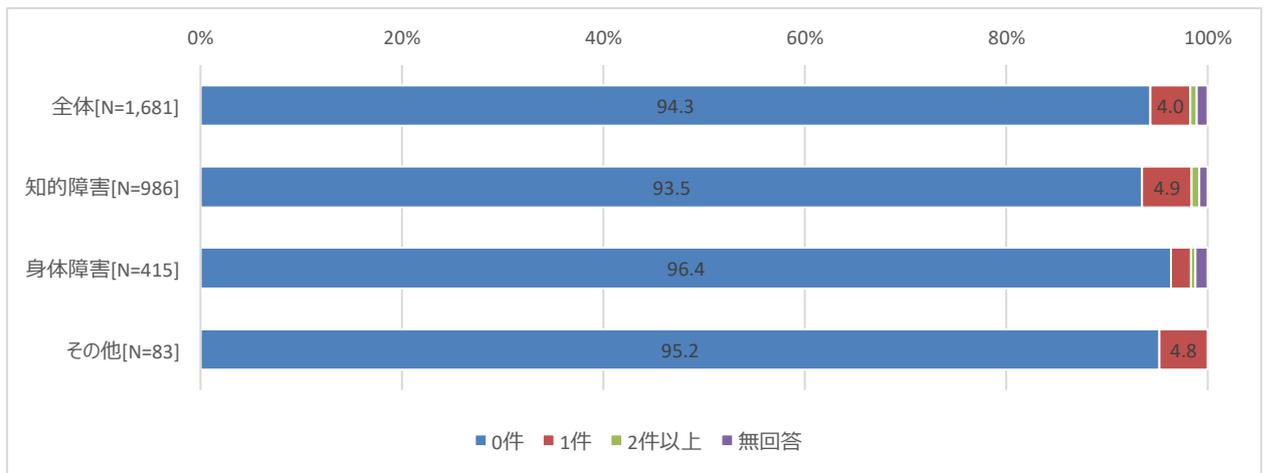
1年間の死亡事故件数を聞いたところ、1施設平均で0.1件となっている。

図表 134 死亡事故件数

	全体[N=1,663]	知的障害 [N=978]	身体障害 [N=410]	その他[N=83]
合計値	93.0	67.0	13.0	4.0
平均値	0.1	0.1	0.0	0.0

施設別の件数内訳の割合で見ると、「0件」が94.3%とほとんどを占め、「1件」が4.0%、「2件以上」が0.7%となっている。

図表 135 死亡事故件数区分



問 63 介護事故の報告件数

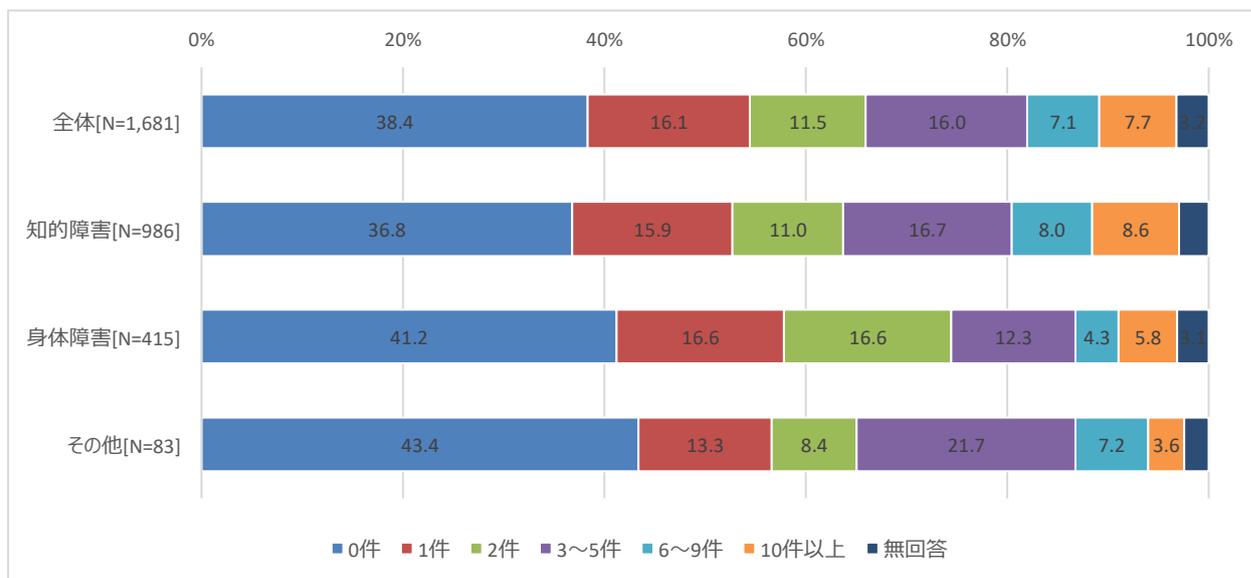
1年間の介護事故の市町村への報告件数については、1施設あたりで平均3.3件、内訳では「転倒」が1.4件等となっている。

図表 136 介護事故の報告件数

	全体[N=1,627]	知的障害 [N=957]	身体障害 [N=402]	その他[N=81]
転倒	1.4	1.5	1.1	1.0
転落	0.1	0.1	0.2	0.2
誤嚥	0.1	0.1	0.1	0.1
異食	0.0	0.0	0.0	0.0
じよく瘡	0.0	0.0	0.0	0.0
誤薬	0.4	0.4	0.2	0.2
医療的ケア関連	0.0	0.0	0.1	0.0
その他	1.1	1.0	1.4	0.7
合計	3.3	3.1	3.0	2.2

施設別の合計件数内訳の割合で見ると、「0件」が38.4%、「1件」が16.1%、「3～5件」が16.0%、「2件」が11.5%等となっている。

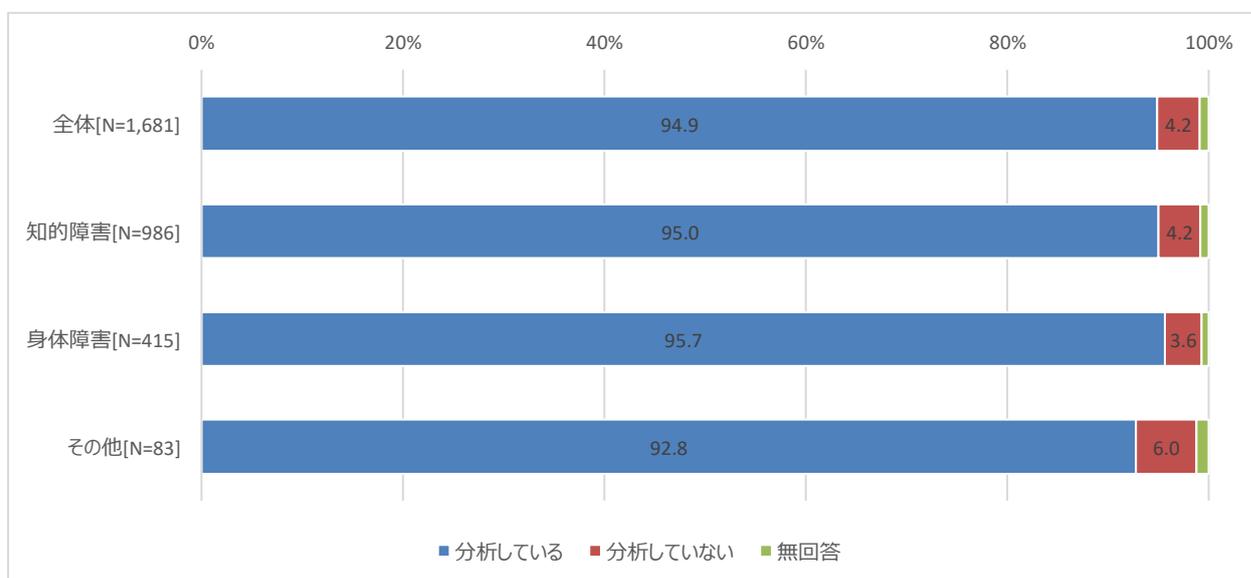
図表 137 介護事故報告件数区分



問 64 事故の分析状況

「分析している」が94.9%、「分析していない」が4.2%となっている。

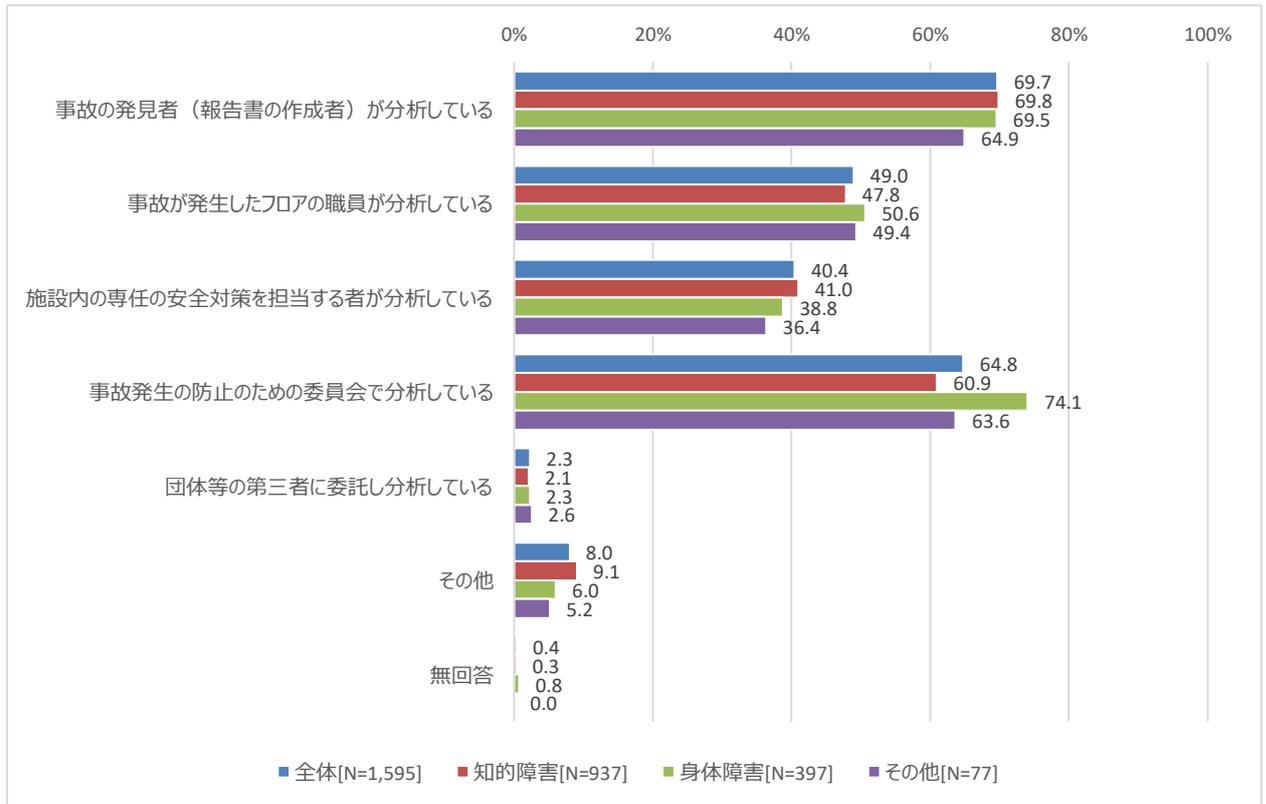
図表 138 事故の分析状況



問 64-1 発生事故の分析者

事故を分析している施設における分析者は、「事故の発見者（報告書の作成者）が分析している」が 69.7%、「事故発生防止のための委員会で分析している」が 64.8%、「事故が発生したフロアの職員が分析している」が 49.0%等となっている。

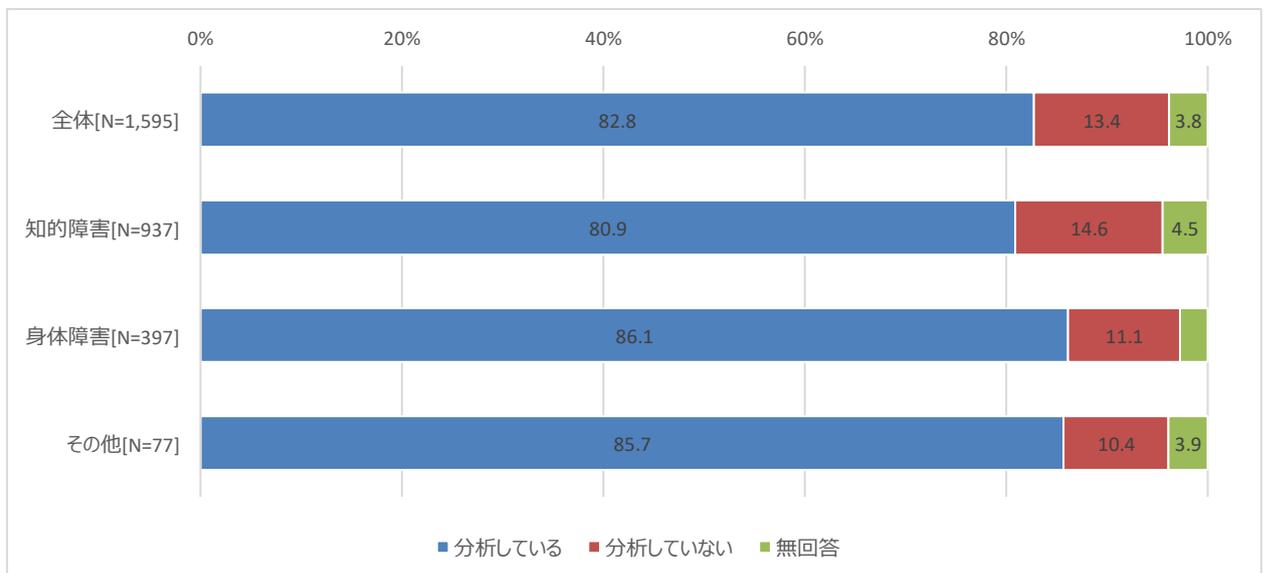
図表 139 発生事故の分析者〔複数回答〕



問 64-2 施設責任や問題化の分析状況

施設責任や問題化の分析については、「分析している」が 82.8%、「分析していない」が 13.4%となっている。

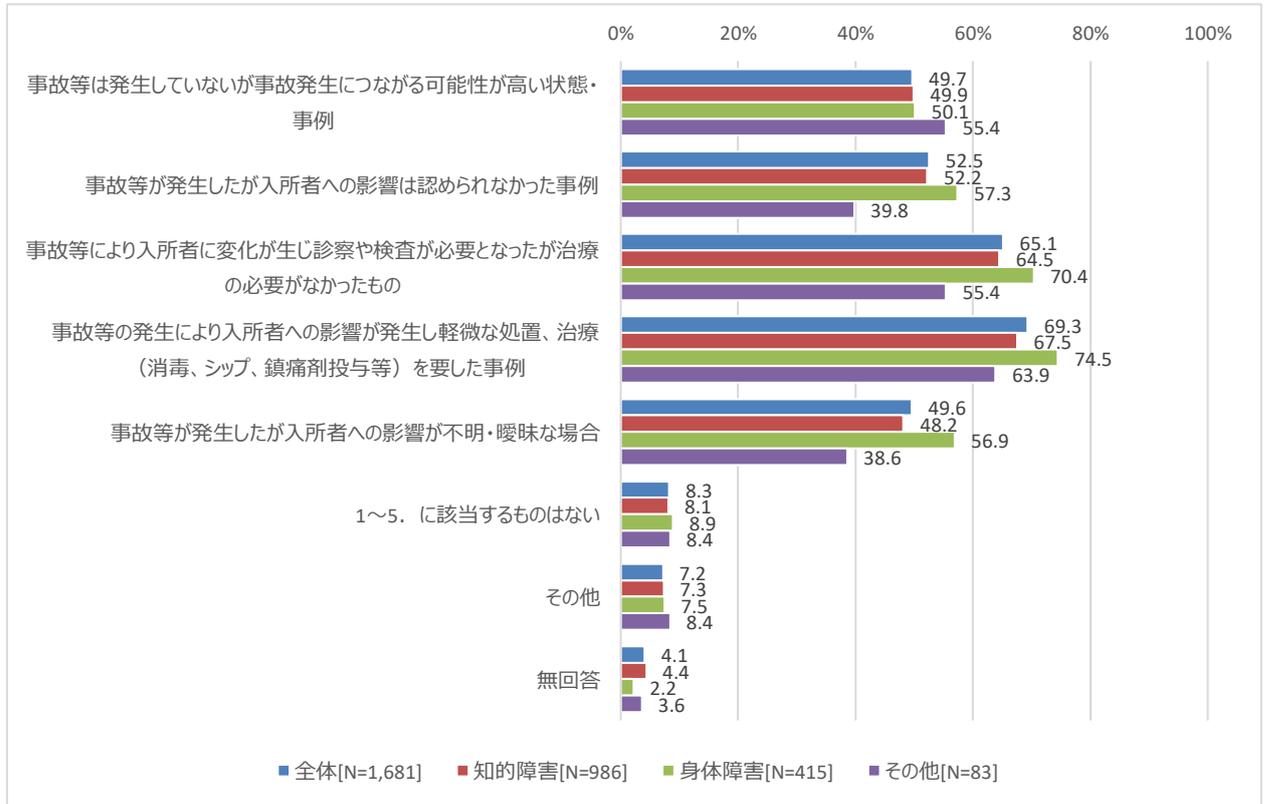
図表 140 施設責任や問題化の分析状況



問 65 報告対象としているもの

報告対象としているものは、「事故等の発生により入所者への影響が発生し軽微な処置、治療（消毒、シップ、鎮痛剤投与等）を要した事例」が 69.3%、「事故等により入所者に変化が生じ診察や検査が必要となったが治療の必要がなかったもの」が 65.1%、「事故等が発生したが入所者への影響は認められなかった事例」が 52.5%等となっている。

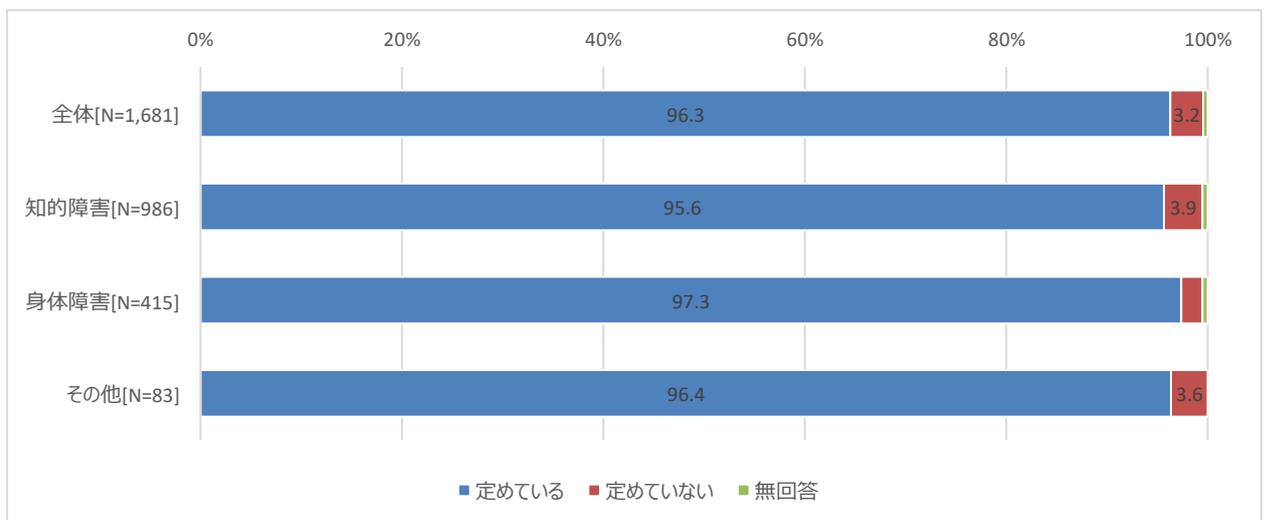
図表 141 報告対象としているもの〔複数回答〕



問 66 「ヒヤリ・ハット」の報告様式

「定めている」が 96.3%、「定めていない」が 3.2%となっている。

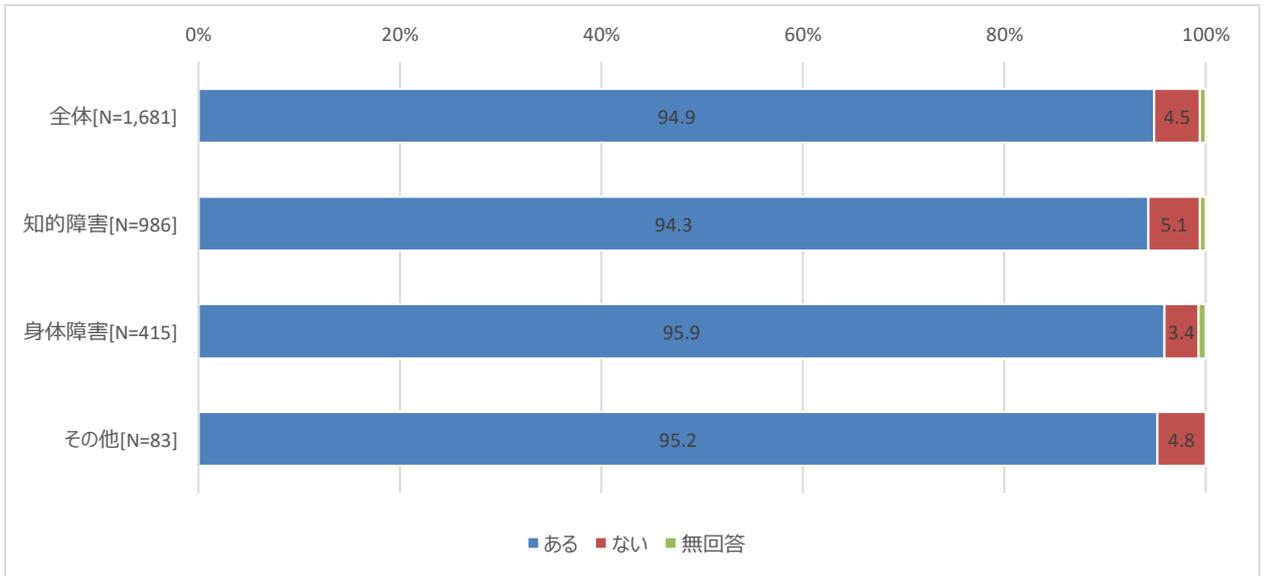
図表 142 「ヒヤリ・ハット」の報告様式



問 67 「ヒヤリ・ハット」対応の取り決め

「ある」が94.9%、「ない」が4.5%となっている。

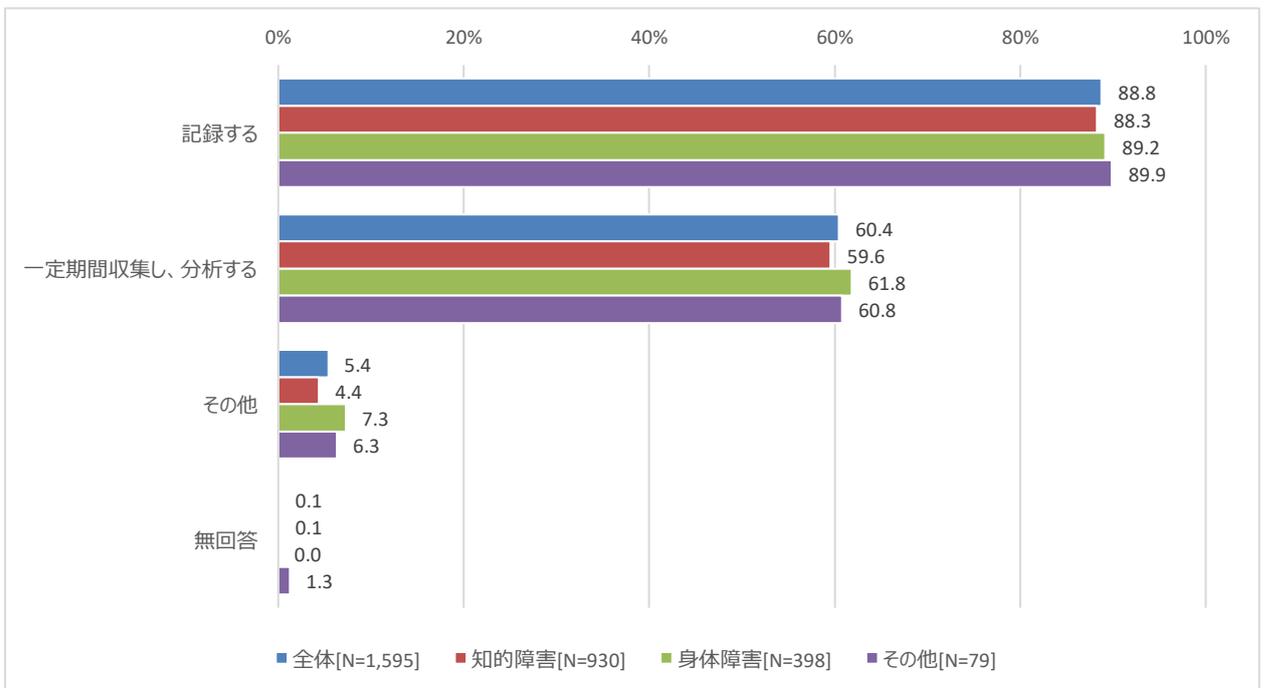
図表 143 「ヒヤリ・ハット」対応の取り決め



問 67-1 「ヒヤリ・ハット」の具体的な取り決め

「記録する」が88.8%、「一定期間収集し、分析する」が60.4%となっている。

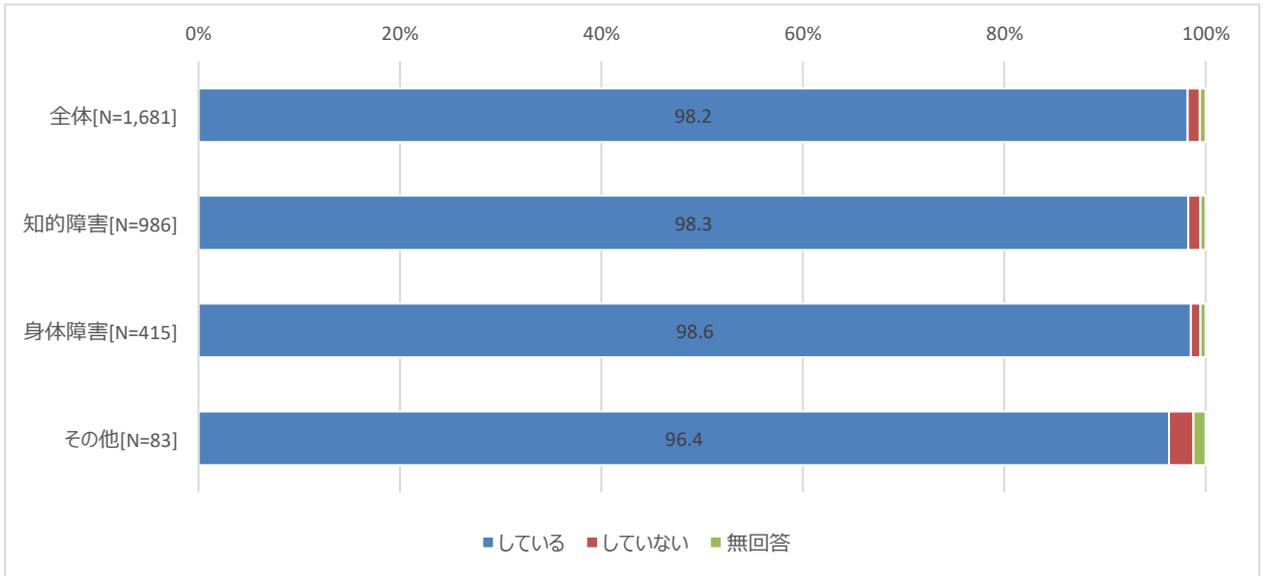
図表 144 「ヒヤリ・ハット」の具体的な取り決め〔複数回答〕



問 68 クレーム窓口の施設内設置

クレーム窓口の施設内設置については、「している」が98.2%、「していない」が1.2%となっている。

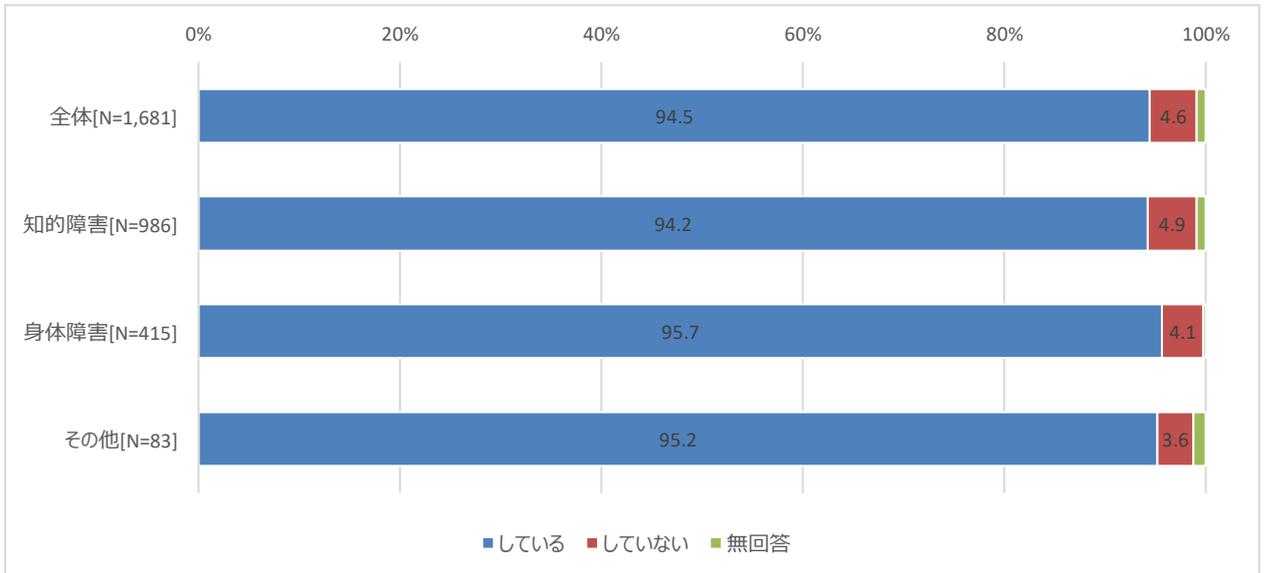
図表 145 クレーム窓口の施設内設置



問 69 クレーム対応の体制構築

クレーム対応の体制構築については、「している」が94.5%、「していない」が4.6%となっている。

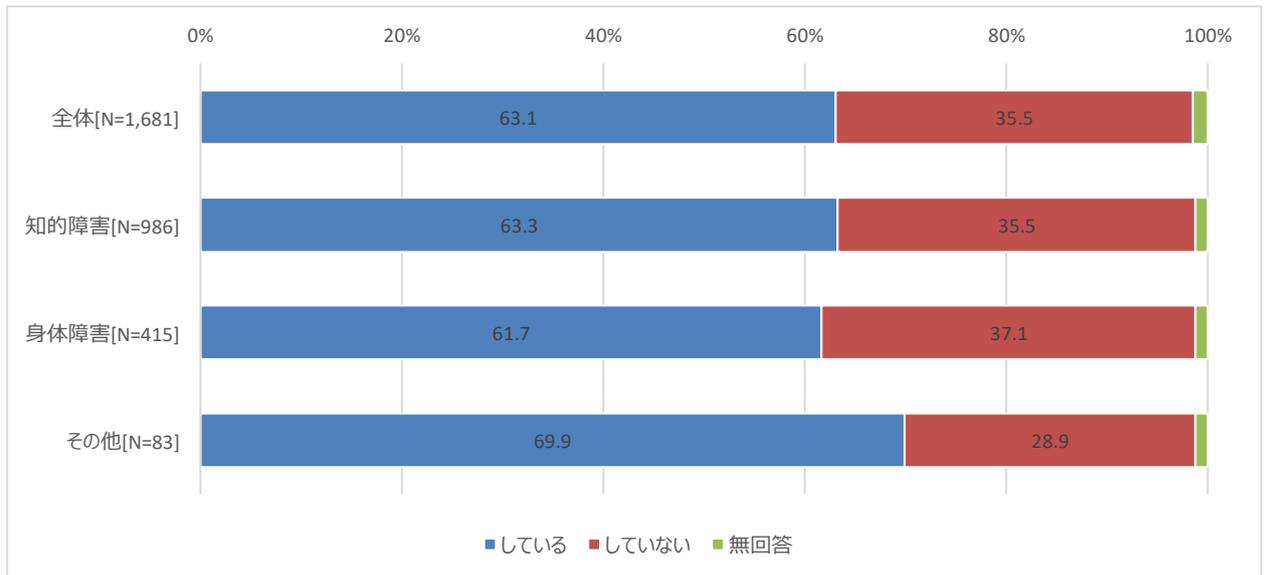
図表 146 クレーム対応の体制構築



問 70 クレーム対応マニュアル作成

クレーム対応マニュアル作成については、「している」が 63.1%、「していない」が 35.5%となっている。

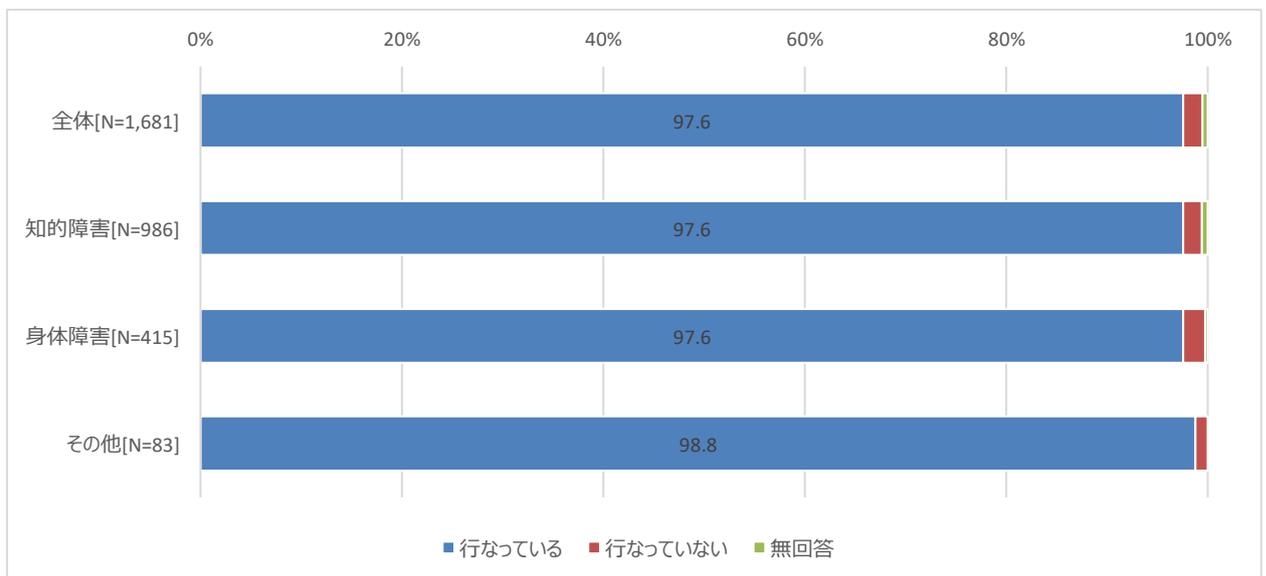
図表 147 クレーム対応マニュアル作成



問 71 入所者や家族へ相談窓口の案内・周知

入所者や家族へ相談窓口の案内・周知は、「行なっている」が 97.6%、「行なっていない」が 1.9%となっている。

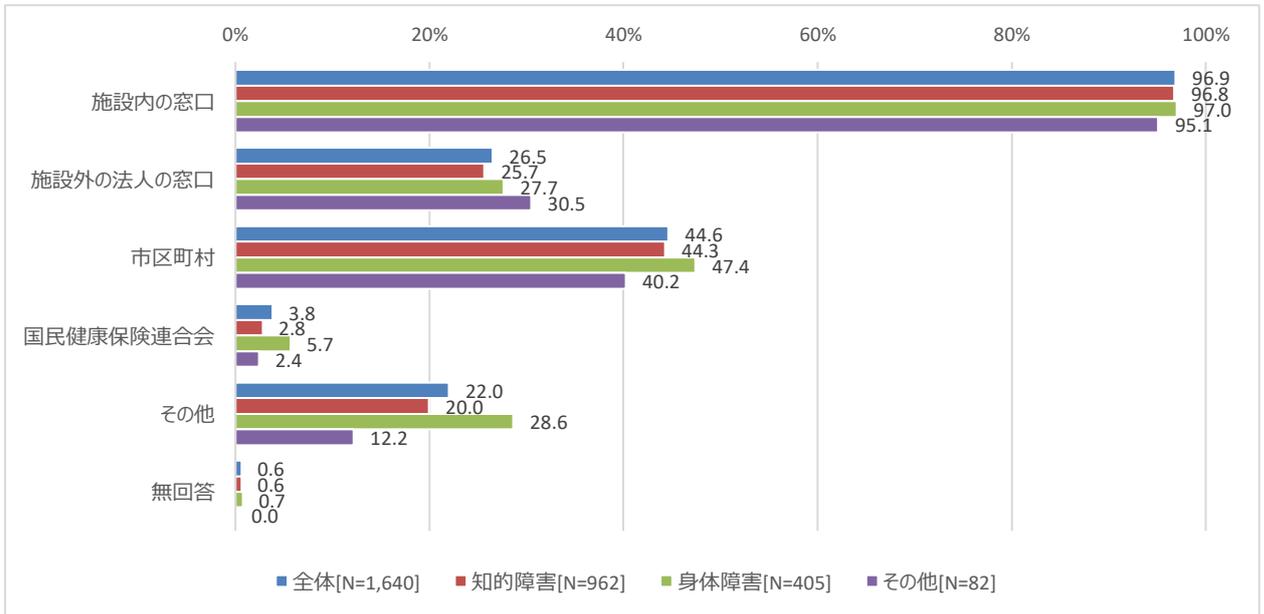
図表 148 入所者や家族へ相談窓口の案内・周知



問 71-1 案内・周知している相談窓口の場所

入所者や家族へ相談窓口の案内・周知を行っている施設に、相談窓口の場所を聞いたところ、「施設内の窓口」が96.9%、「市区町村」が44.6%等となっている。

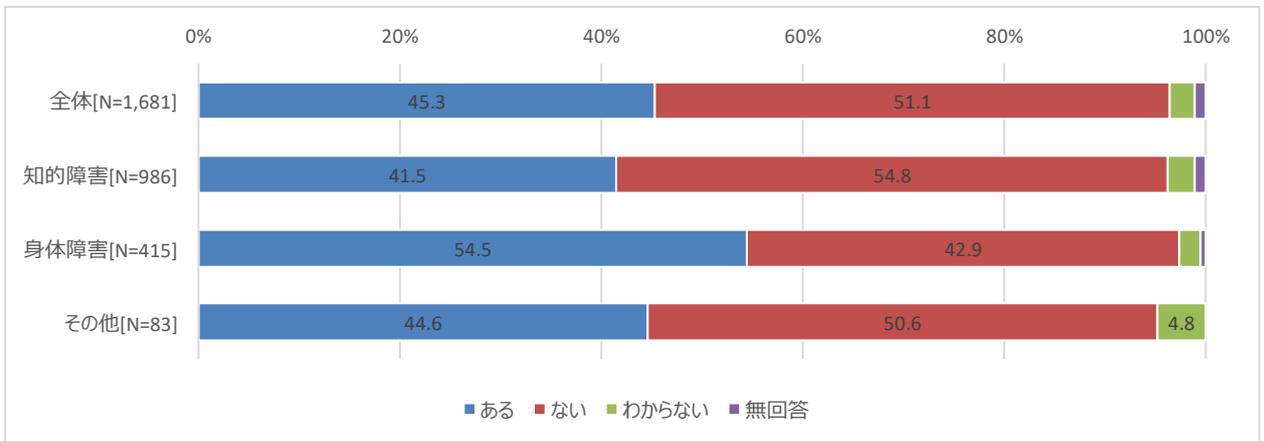
図表 149 案内・周知している相談窓口の場所〔複数回答〕



問 72 今年度におけるクレームの有無

「ない」が51.1%、「ある」が45.3%、「わからない」が2.5%となっている。

図表 150 今年度におけるクレームの有無



問 72-1 今年度クレーム件数

クレームが「ある」と回答した施設に件数を聞いたところ、平均で3.7件となっている。

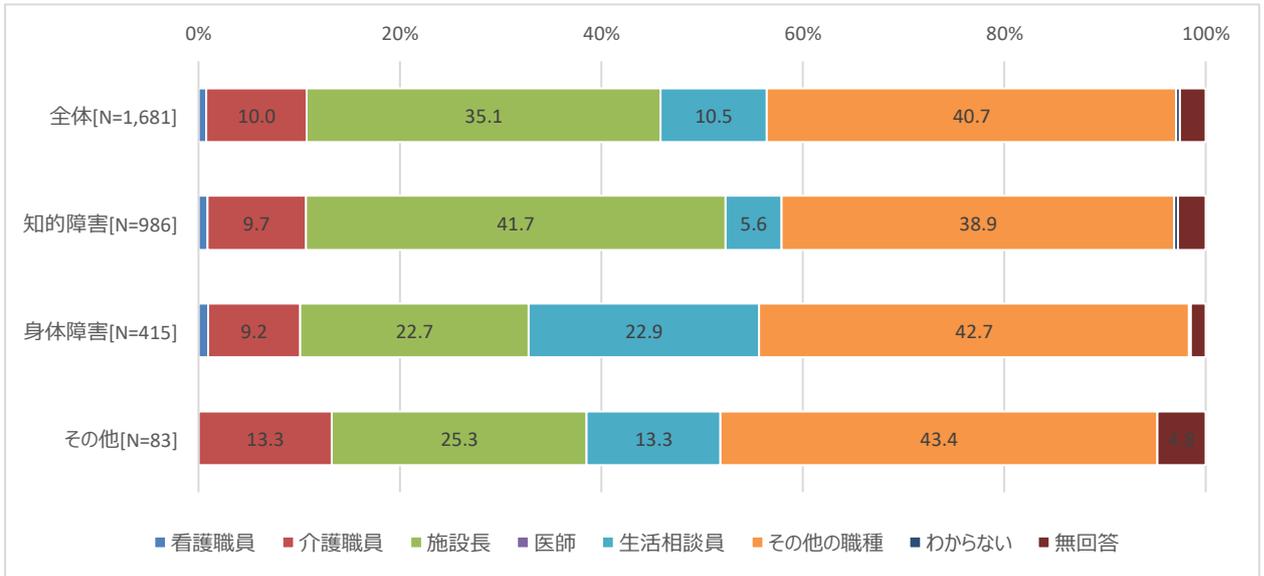
図表 151 今年度クレーム件数

	全体[N=709]	知的障害 [N=382]	身体障害 [N=216]	その他[N=33]
合計値	2,649.0	1,361.0	848.0	118.0
平均値	3.7	3.6	3.9	3.6

問 73 クレームに対する主な対応者

クレームに対する主な対応者としては、「その他の職種」が 40.7%と多くなっており、具体的職種の回答はサービス管理責任者が多い。次いで、「施設長」が 35.1%となっている。

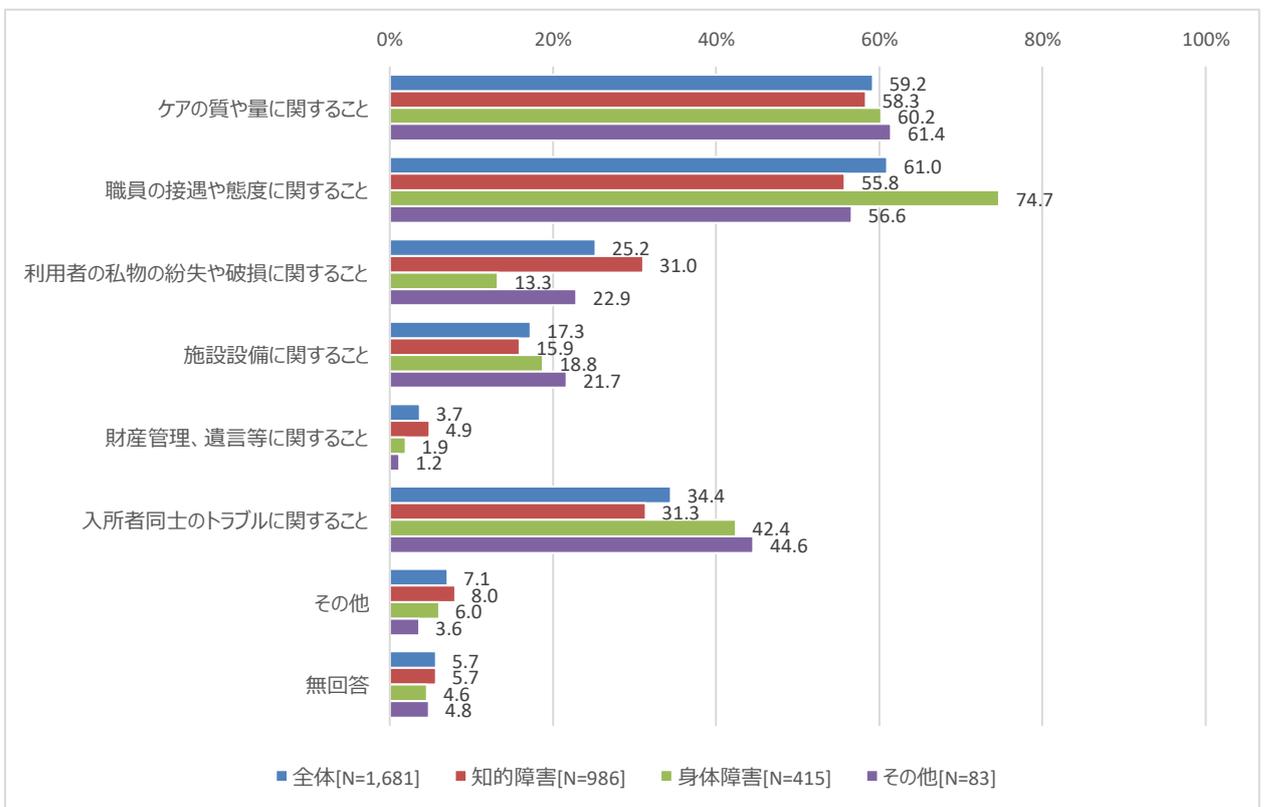
図表 152 クレームに対する主な対応者



問 74 主なクレーム内容

「職員の接遇や態度に関すること」が 61.0%、「ケアの質や量に関すること」が 59.2%、「入所者同士のトラブルに関すること」が 34.4%等となっている。

図表 153 主なクレーム内容〔複数回答〕



設問間クロスによる傾向分析

⑭看取り実績の有無で見た施設の状況

問 32-1 看取り・終末期対応の実績数

看取り・終末期対応の実績が「ある」と回答した施設の、1年間の対応件数の統計値は以下の通りである。

図表 154 看取り・終末期対応の対応実績数

	[N=241]
合計値	181.0
平均値	0.8
中央値	0.0
最大値	7.0

問 7 看護職員数

各施設における、看護職員数（常勤換算）の平均は、全体で 2.2 人となっている。看取り実績の有無別では、看取り実績が「ある」で 2.7 人、「ない」で 2.2 人となっており、実績のある施設の方が、平均人数が多くなっている。

図表 155 看護職員数（常勤換算）【看取り実績有無別】

	全体[N=1,651]	ある[N=242]	ない[N=1,405]
平均値	2.2	2.7	2.2

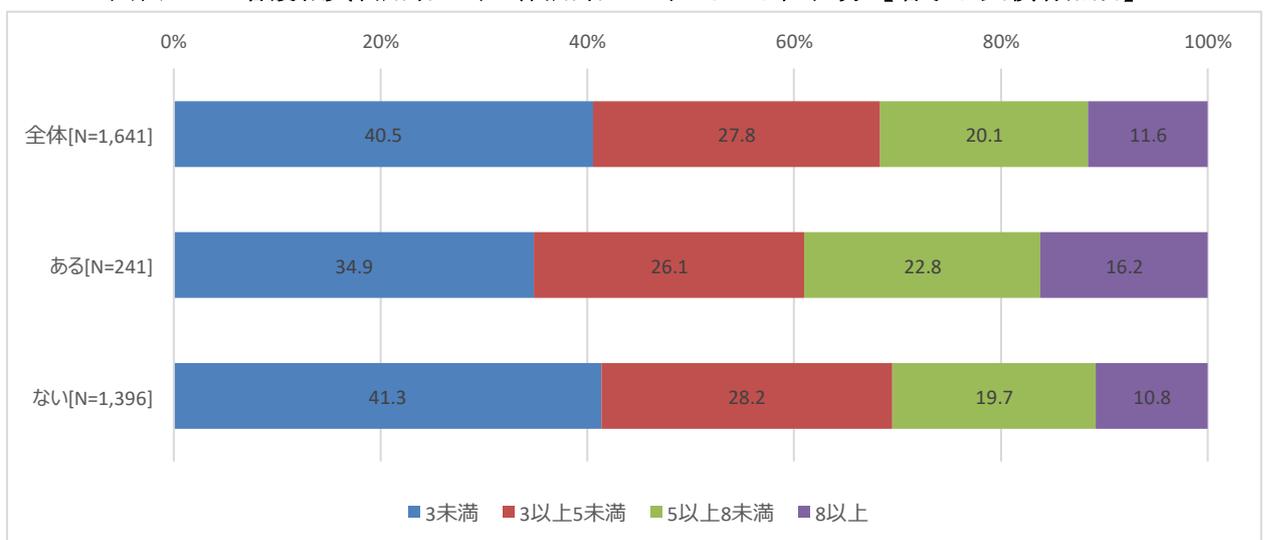
各施設における、看護職員利用者比率（利用者 100 人あたりの看護職員数を計算したもの）の平均は、全体で 4.5 人となっている。看取り実績の有無別では、看取り実績が「ある」で 5.0 人、「ない」で 4.4 人となっており、実績のある施設の方が多くなっている。

図表 156 看護職員利用者比率（利用者 100 人あたり）【看取り実績有無別】

	全体[N=1,641]	ある[N=241]	ない[N=1,396]
平均値	4.5	5.0	4.4

看護職員利用者比率を区分して集計した場合、看取り実績が「ある」施設では、全体と比べて「3 未満」が少なく、「8 以上」が多くなっている。

図表 157 看護職員利用者比率（利用者 100 人あたり）区分【看取り実績有無別】



問 12 在所 30 年以上の在所者比率

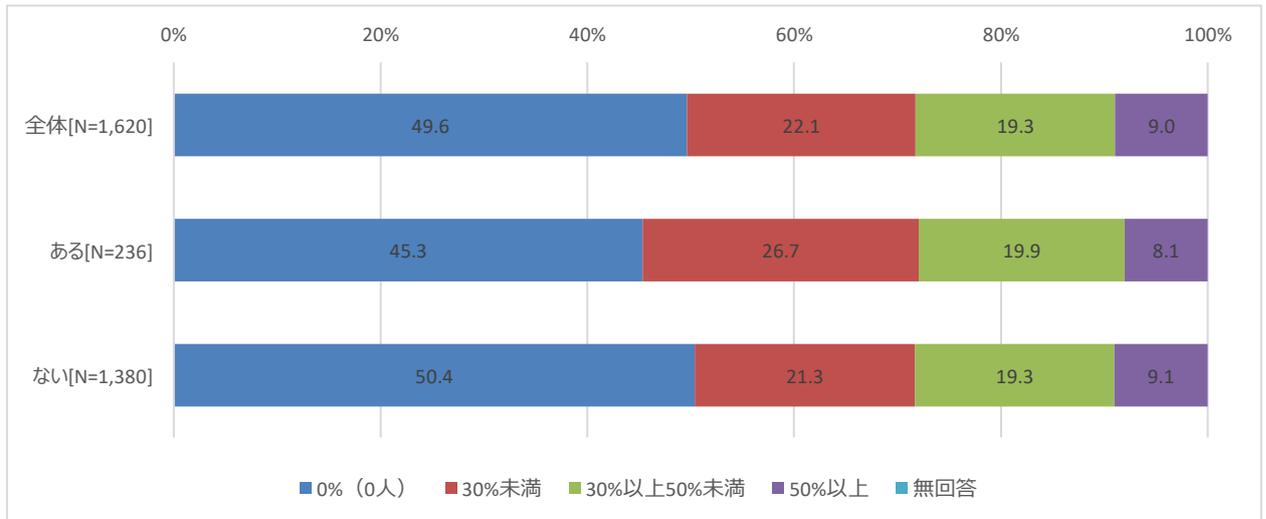
各施設における、在所者に占める在所 30 年以上の利用者の比率の平均は、全体で 16.8%となっている。看取り実績の有無別では、看取り実績が「ある」で 17.1%、「ない」で 16.7%となっている。

図表 158 在所 30 年以上比率(平均値%)【看取り実績有無別】

	全体[N=1,620]	ある[N=236]	ない[N=1,380]
平均値	16.8	17.1	16.7

在所 30 年以上の利用者の比率を区分して集計した場合、看取り実績が「ある」施設では、在所 30 年以上の利用者比率が「30%未満」の割合がやや高くなっている。

図表 159 在所 30 年以上比率区分【看取り実績有無別】



問 20 死亡退所数

各施設における、退所者のうちの死亡退所者数を、看取り実績の有無別で見ると、看取り実績が「ある」施設で平均人数の多い傾向が見られる。

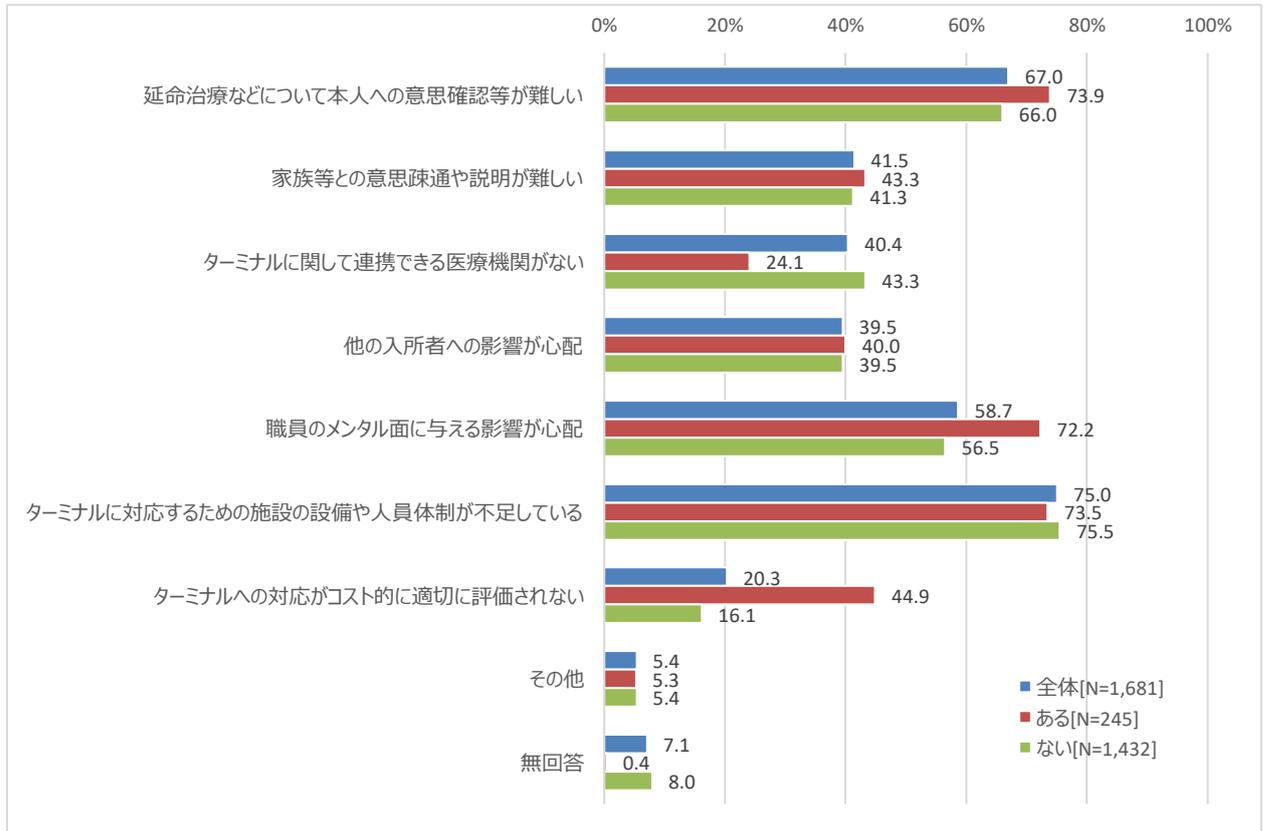
図表 160 死亡退所数 (平均人数)【看取り実績有無別】

	全体[N=1,297]	ある[N=198]	ない[N=1,096]
5 年未満	0.2	0.4	0.2
5~10 年未満	0.2	0.3	0.1
10~15 年未満	0.1	0.3	0.1
15~20 年未満	0.1	0.2	0.1
20~25 年未満	0.1	0.2	0.1
25~30 年未満	0.1	0.1	0.1
30 年以上	0.2	0.4	0.2
合計	1.1	1.8	0.9

問 35 看取り・終末期実施する際の課題

看取り・終末期実施する際の課題について、看取り実績の有無別で見ると、看取り実績が「ある」施設では、全体と比較して「延命治療などについて本人への意思確認等が難しい」、「職員のメンタル面に与える影響が心配」、「ターミナルへの対応がコスト的に適切に評価されない」などが高い割合になっている。一方、看取り実績が「ない」施設では、「ターミナルに関して連携できる医療機関がない」の割合が相対的に高い。

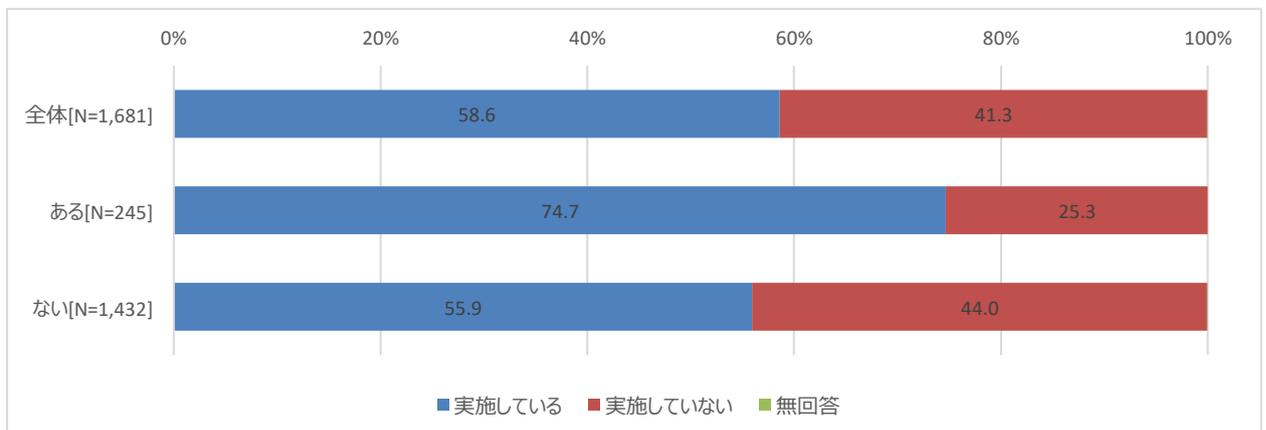
図表 161 看取り・終末期実施する際の課題〔複数回答〕【看取り実績有無別】



問 37 医療的ケアの実施状況

医療的ケアの実施状況は、看取り実績が「ある」施設で、医療的ケアの「ある」が高い割合となっている。

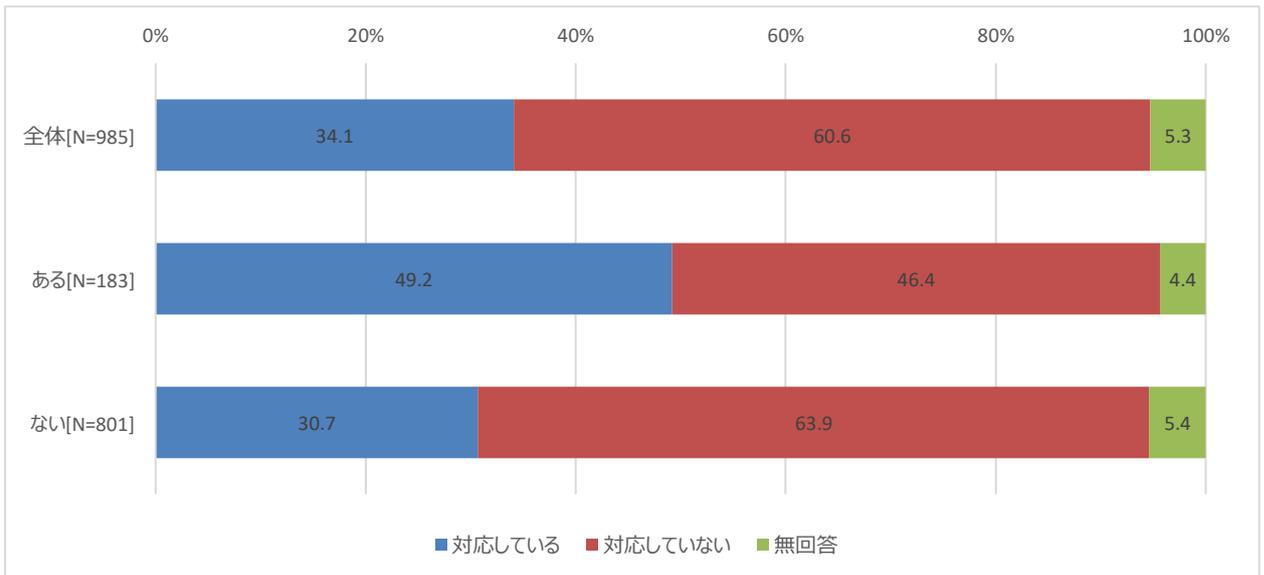
図表 162 医療的ケアの実施状況【看取り実績有無別】



問 38 研修受講職員の対応状況

たん吸引・経管栄養の研修受講職員（医師、看護職員以外）による対応状況については、看取り実績が「ある」施設で、対応の「ある」が高い割合となっている。

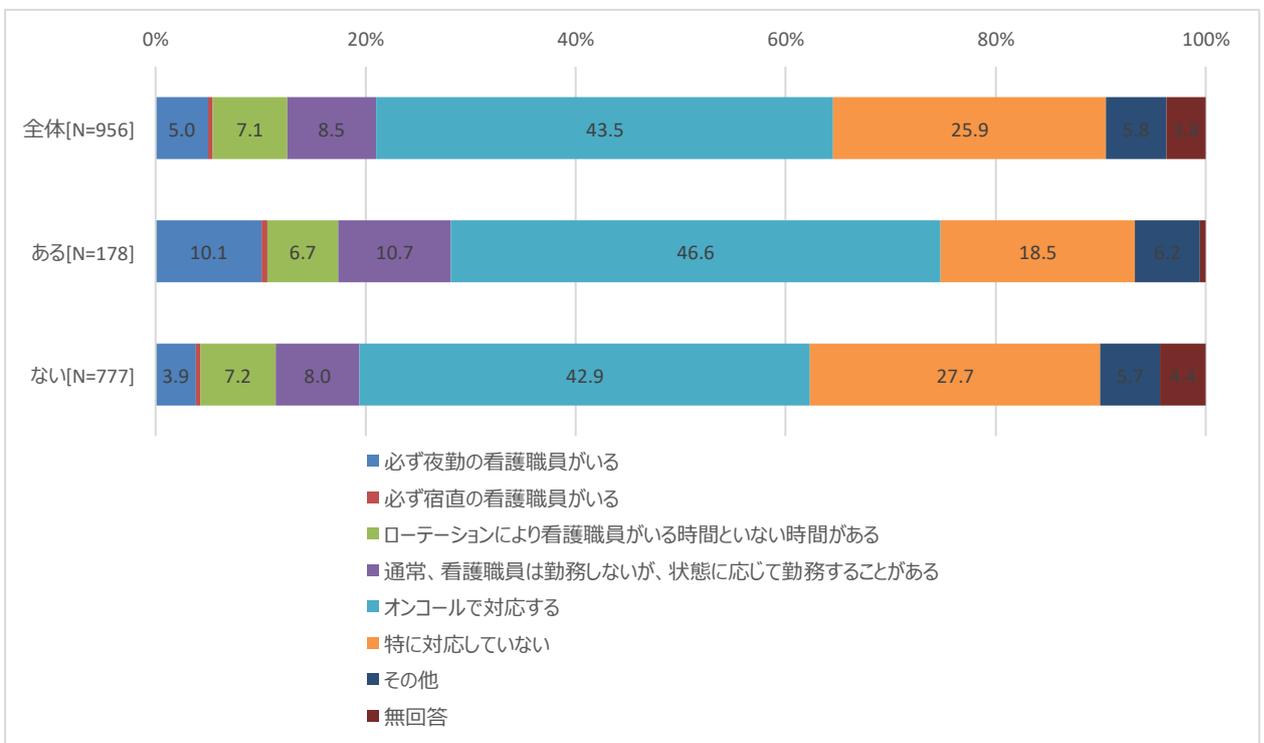
図表 163 研修受講職員の対応状況【看取り実績有無別】



問 40 看護職員の夜勤体制

看護職員の夜勤体制については、看取り実績が「ある」施設で、何らかの体制をとっている割合が高くなっている。

図表 164 看護職員の夜勤体制【看取り実績有無別】



問 44 医師配置

医師の配置については、契約数（人数）はそれほど差がないが、勤務日数、勤務時間数については、看取り実績が「ある」施設で平均日数・時間数の長い傾向が見られる。

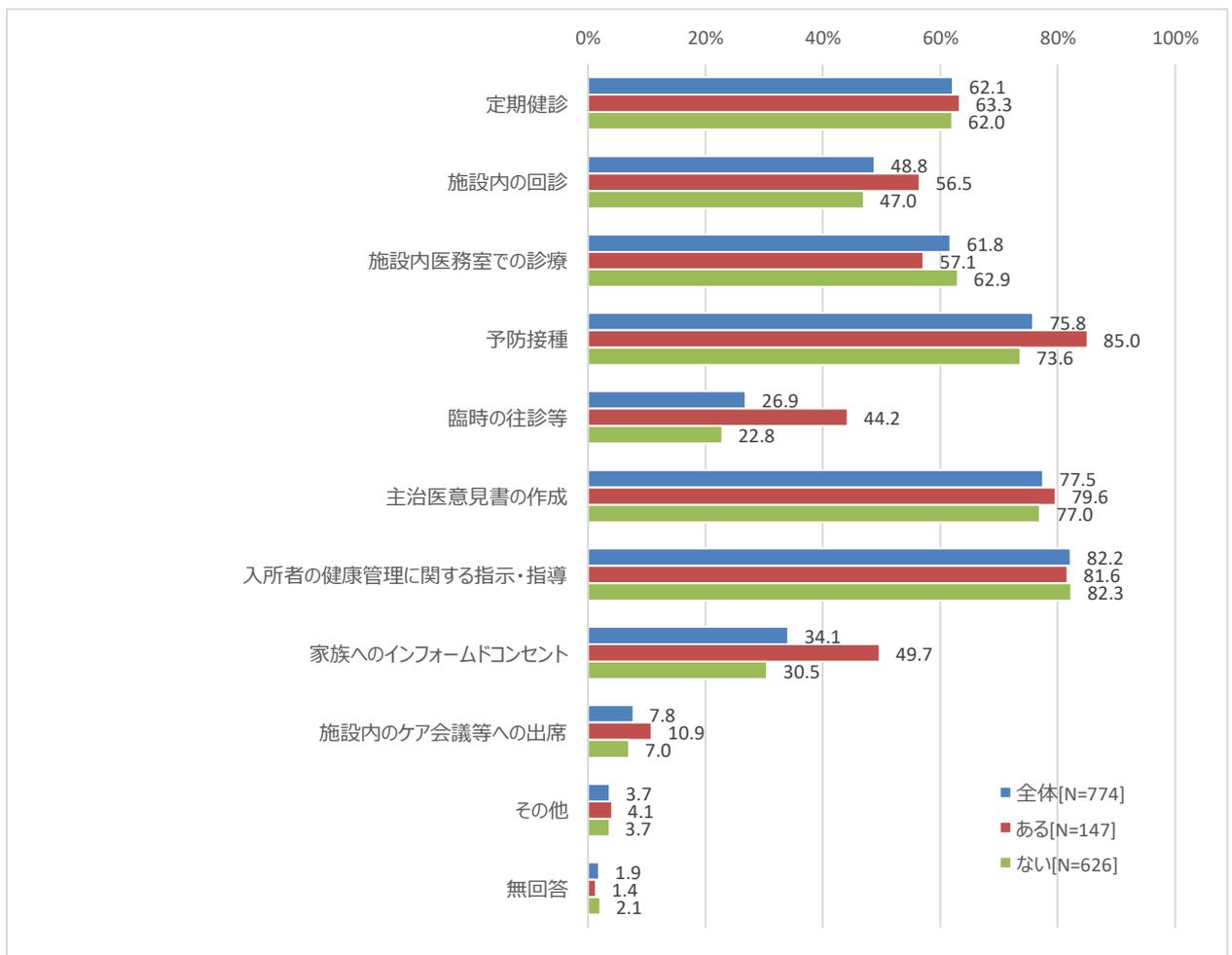
図表 165 医師配置（平均）【看取り実績有無別】

区分	全体[N=774]			ある[N=147]			ない[N=626]		
	契約数	勤務日 計数	勤務時 間合計	契約数	勤務日 計数	勤務時 間合計	契約数	勤務日 計数	勤務時 間合計
常勤医	0.1	0.5	3.4	0.0	0.7	4.6	0.1	0.4	3.1
非常勤医	0.2	0.7	1.8	0.3	1.0	2.9	0.2	0.5	1.5
嘱託医	1.2	2.6	5.3	1.1	2.9	5.9	1.3	2.6	5.1
契約医療機関数	0.6			0.6			0.6		
契約医療機関からの派遣医師	0.4	0.8	1.6	0.4	0.8	1.3	0.3	0.7	1.6

問 44 配置医師の業務内容

配置医師の業務内容については、看取り実績が「ある」施設で、全体と比べて「家族へのインフォームドコンセント」や「臨時の往診等」の割合が高くなっている。

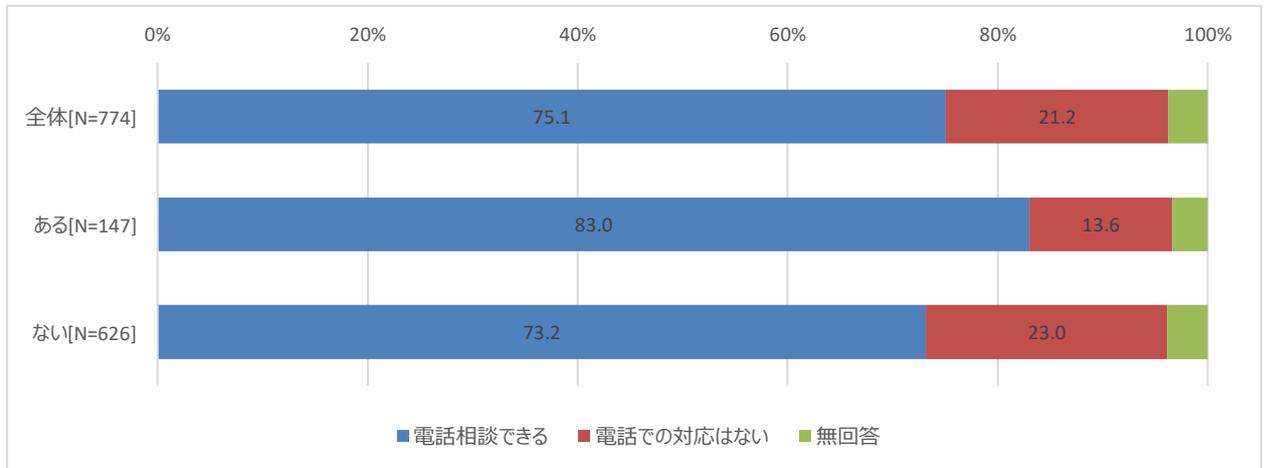
図表 166 配置医師の業務内容〔複数回答〕【看取り実績有無別】



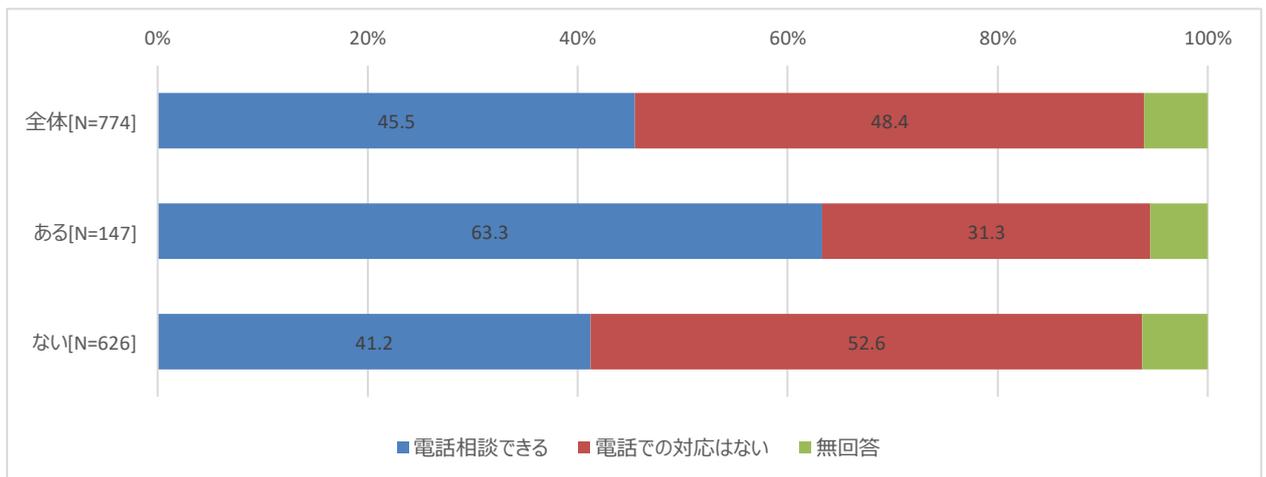
問 46 電話相談の体制

電話相談の体制は、平日日中の勤務時間外、夜間、休日・祝日のいずれも、看取り実績が「ある」施設で「電話相談できる」の割合が高くなっている。

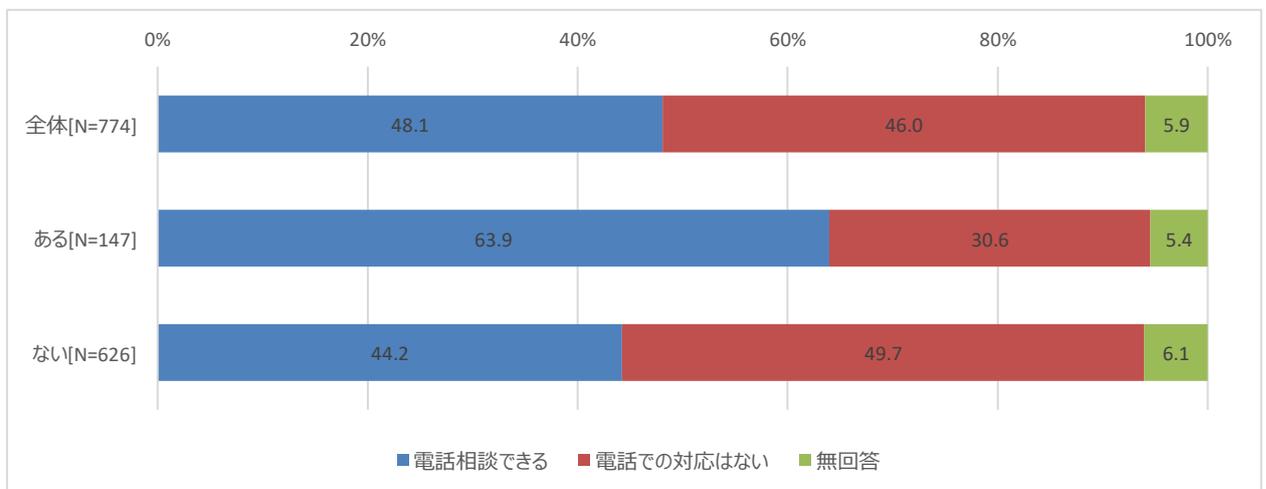
図表 167 電話相談の体制【平日日中の勤務時間外】【看取り実績有無別】



図表 168 電話相談の体制【夜間】【看取り実績有無別】



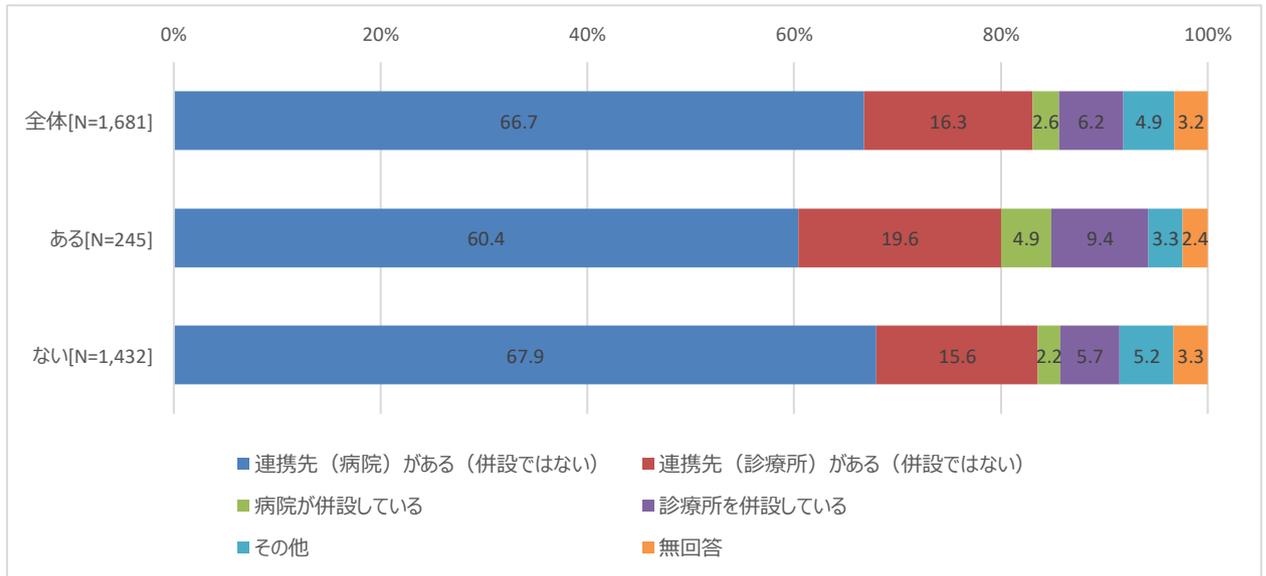
図表 169 電話相談の体制【休日・祝日】【看取り実績有無別】



問 49 医療機関との関係

医療機関との関係については、「連携先（病院）がある（併設ではない）」は、看取り実績が「ない」施設の割合が高いが、「連携先（診療所）がある（併設ではない）」、「診療所を併設している」、「病院が併設している」は看取り実績が「ある」施設の割合が高い。

図表 170 医療機関との関係【看取り実績有無別】



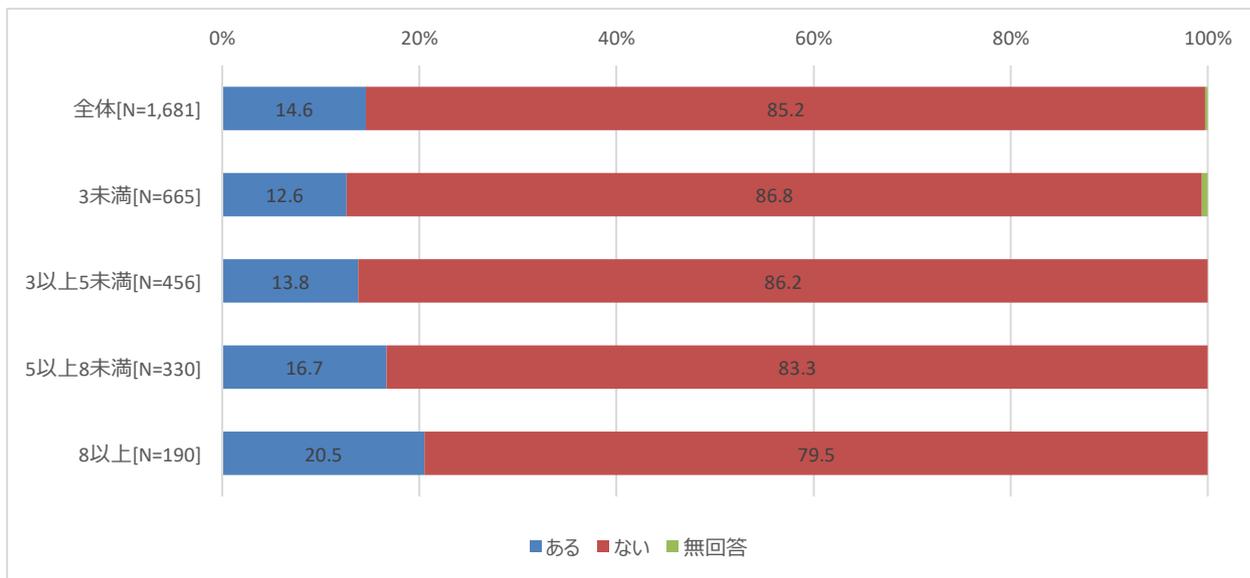
⑮看護職員配置規模で見た施設の状況

問 32 看取り・終末期対応実績の有無

以下では、各施設における、看護職員利用者比率（利用者 100 人あたりの看護職員数を計算したもの）の区分（利用者 100 人あたり 3 人未満、3 人以上 5 人未満、5 人以上 8 人未満、8 人以上の 4 区分）により分析する。

看取り・終末期対応実績については、比率の高い方が「ある」の割合が高い。

図表 171 看取り・終末期対応実績の有無【看護職員利用者比率区分別】



問 32-1 看取り・終末期対応実績数

看取り・終末期対応の 1 年間の実績数は、「3 以上 5 未満」で多くなっている。

図表 172 看取り・終末期対応実績数【看護職員利用者比率区分別】

	全体 [N=241]	3 未満 [N=82]	3 以上 5 未 満[N=61]	5 以上 8 未 満[N=55]	8 以上 [N=39]
合計値	181.0	49.0	66.0	41.0	21.0
平均値	0.8	0.6	1.1	0.7	0.5
中央値	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
最大値	7.0	5.0	7.0	4.0	3.0

問 48 医療的ケア利用者数（看護師比率区別）

医療的ケア利用者数については、全体的に看護職員利用者比率の高い施設で平均人数が多くなっている。

図表 173 医療的ケア利用者数（平均人数）【看護職員利用者比率区別】

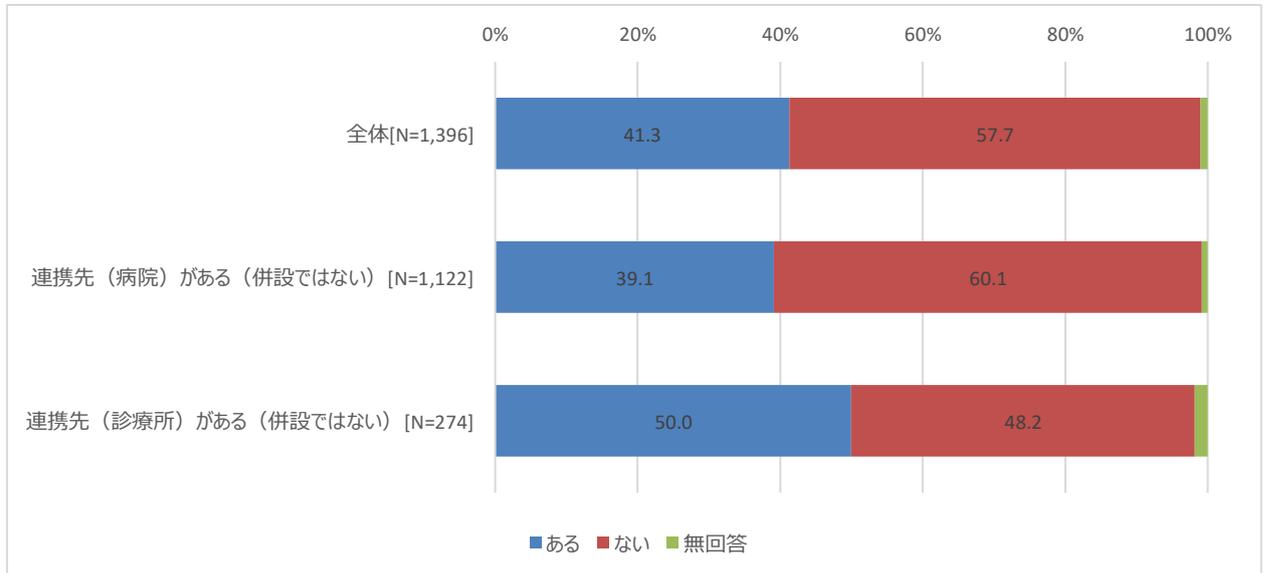
	全体 [N=914]	3未満 [N=293]	3以上5未 満[N=225]	5以上8未 満[N=220]	8以上 [N=160]
吸引（咽頭手前までの口腔内）	1.1	0.3	0.4	1.5	3.2
吸引（鼻腔）	0.8	0.1	0.3	0.9	2.5
吸引（咽頭より奥または気切）	0.5	0.1	0.1	0.5	1.7
経鼻経管栄養	0.2	0.0	0.0	0.4	0.5
胃ろうまたは腸ろうによる栄養管理	1.7	0.2	0.8	2.8	4.5
点滴	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3
膀胱（留置）カテーテルの管理	2.0	0.5	1.3	3.3	3.9
人工肛門（ストーマ）のケア	0.3	0.2	0.2	0.5	0.5
ネブライザー	0.2	0.0	0.1	0.2	0.7
酸素療法（酸素吸入）	0.2	0.1	0.1	0.2	0.4
気管切開のケア	0.2	0.0	0.1	0.3	0.7
人工呼吸器の観察	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
中心静脈栄養	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等)	0.2	0.3	0.1	0.0	0.1
じよく瘡の処置（Ⅰ度・Ⅱ度）	0.7	0.3	0.4	0.9	1.7
じよく瘡の処置（Ⅲ度・Ⅳ度）	0.1	0.0	0.1	0.2	0.2
創傷処置	2.2	2.2	1.5	2.5	2.7
疼痛管理（麻薬の使用あり）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
疼痛管理（麻薬の使用なし）	1.0	0.3	0.3	1.5	2.5
インスリン注射	0.3	0.1	0.2	0.4	0.5
導尿	0.5	0.4	0.3	0.5	1.0
浣腸	5.4	2.1	3.1	9.0	9.8
排便	2.1	0.5	1.3	2.9	5.2
服薬管理（麻薬の管理を除く）	35.0	33.5	32.9	38.1	36.3
麻薬の管理	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
透析	0.1	0.0	0.1	0.2	0.3
血糖値測定	0.6	0.2	0.4	0.7	0.9
その他	0.1	0.1	0.0	0.3	0.2

⑩連携先医療機関の区分で見た施設の状況

問 49-1 連携先の医療機関で対応できなかったことの有無

連携先医療機関の区分で、連携先の医療機関で対応できなかったことの有無を見ると、連携先が診療所の施設の方が、対応できなかったことが「ある」の割合が高くなっている。

図表 174 連携先の医療機関で対応できなかったことの有無【連携先医療機関の区分別】



⑰地域移行の取組み別で見た施設の状況

問 11 年齢別在所要者数

各施設における、地域移行の取組み状況別で、年齢別在所要者の平均人数を見ると、取り組んでいる施設では、比較的高齢の平均在所要者数の少ない傾向が見られる。

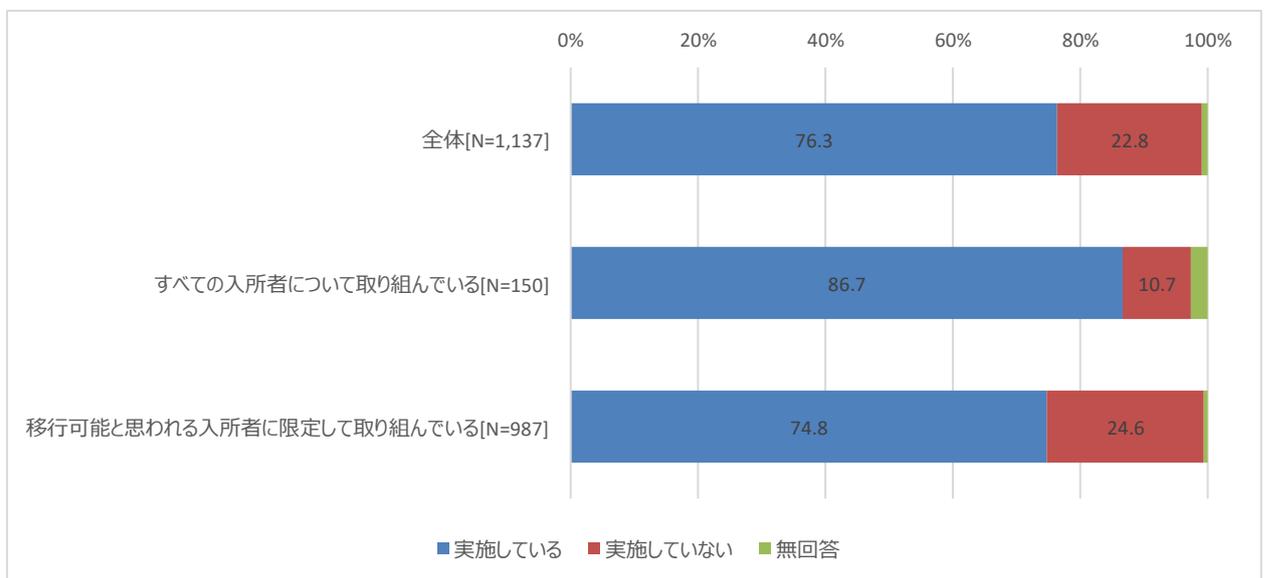
図表 175 年齢別在所要者数【地域移行取組別】

	全体 [N=1,579]	すべての入所者 について取り組 んでいる [N=142]	移行可能と思わ れる入所者に限 定して取り組ん でいる [N=921]	取り組んでいな い[N=510]
17歳以下	0.0	0.1	0.0	0.0
18～19歳	0.3	0.6	0.3	0.1
20～34歳	5.6	7.9	6.0	4.3
35～49歳	16.1	17.3	16.7	14.7
50～59歳	11.6	11.4	11.5	11.8
60～64歳	6.0	5.2	5.8	6.4
65～69歳	5.6	4.4	5.5	6.2
70～74歳	3.5	2.7	3.4	3.7
75～79歳	2.0	1.7	1.9	2.2
80歳以上	1.1	0.8	1.1	1.4
合計	51.7	52.1	52.1	50.8

問 55-2 生活能力を習得するための取組み状況

生活能力を習得するための取組み状況については、「すべての入所者について取り組んでいる」施設の方が、「実施している」の割合が高くなっている。

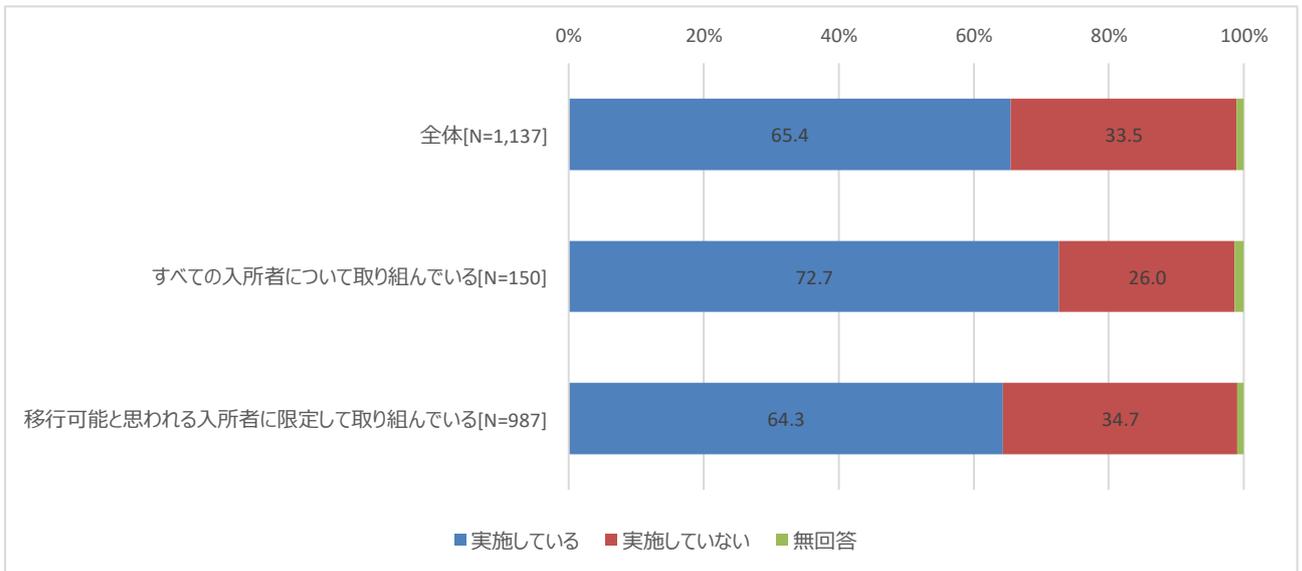
図表 176 生活能力を習得するための取組み状況【地域移行取組別】



問 55-3 住まいの場を確保するための取組み状況

住まいの場を確保するための取組み状況については、「すべての入所者について取り組んでいる」施設の方が、「実施している」の割合が高くなっている。

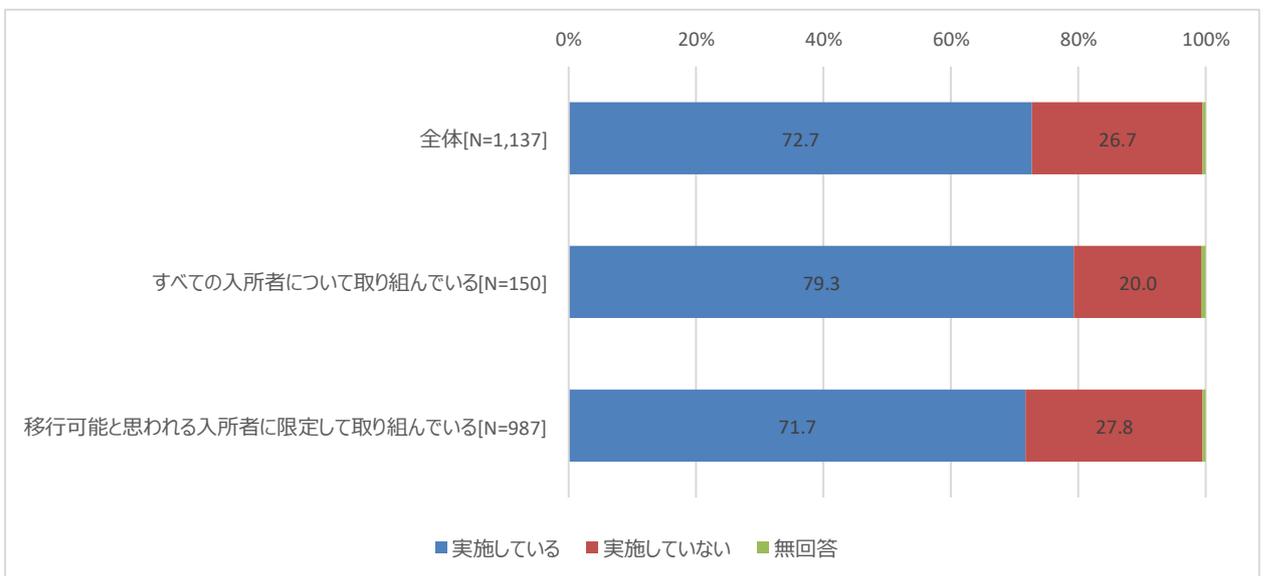
図表 177 住まいの場を確保するための取組み状況【地域移行取組別】



問 55-4 地域で障害者を支える体制づくりの状況

地域で障害者を支える体制づくりの取組み状況については、「すべての入所者について取り組んでいる」施設の方が、「実施している」の割合が高くなっている。

図表 178 地域で障害者を支える体制づくりの状況【地域移行取組別】



⑱高齢化対応の状況別で見た施設の状況

問 11 年齢別在所要者数

各施設における、高齢化への対応方針別で、年齢別在所要者の平均人数を見ると、「事業所内で対応する」としている施設で、比較的高齢の平均在所要者数の多い傾向が見られる。

図表 179 年齢別在所要者数【高齢化対応方針別】

	全体[N=1,579]	事業所内で対応する [N=667]	高齢者施設（特別養 護老人ホーム等）へ の移行等で対応する [N=566]	その他[N=167]
17歳以下	0.0	0.0	0.0	0.0
18～19歳	0.3	0.2	0.2	0.2
20～34歳	5.6	4.8	5.8	5.5
35～49歳	16.1	15.4	16.6	16.6
50～59歳	11.6	12.4	11.5	11.8
60～64歳	6.0	6.7	5.9	5.7
65～69歳	5.6	6.4	5.8	4.9
70～74歳	3.5	4.0	3.4	3.1
75～79歳	2.0	2.3	1.8	2.1
80歳以上	1.1	1.4	1.1	1.0
合計	51.7	53.6	52.2	51.0

問 11 年齢別在所要者数

各施設における、受け入れにあたっての年齢上限の有無別で、年齢別在所要者の平均人数を見ると、「定めている」施設で、比較的高齢の平均在所要者数の多い傾向が見られる。

図表 180 年齢別在所要者数【受け入れ年齢上限有無別】

	全体[N=1,579]	定めている[N=47]	定めていない[N=1,530]
17歳以下	0.0	0.0	0.0
18～19歳	0.3	0.1	0.3
20～34歳	5.6	4.0	5.6
35～49歳	16.1	11.3	16.2
50～59歳	11.6	12.4	11.6
60～64歳	6.0	9.2	5.9
65～69歳	5.6	8.1	5.6
70～74歳	3.5	4.8	3.4
75～79歳	2.0	1.9	2.0
80歳以上	1.1	1.0	1.1
合計	51.7	52.9	51.6

問 14 年齢別新規入所者数

年齢別新規入所者数の平均人数は、年齢上限を「定めている」施設で、50歳代～60歳代前半の平均人数の多い傾向が見られる。

図表 181 年齢別新規入所者数【受け入れ年齢上限有無別】

	全体[N=1,160]	定めている[N=41]	定めていない[N=1,118]
17歳以下	0.0	0.0	0.0
18～19歳	0.2	0.1	0.2
20～34歳	0.5	0.4	0.6
35～49歳	0.8	1.1	0.8
50～59歳	0.7	1.4	0.7
60～64歳	0.4	0.9	0.3
65～69歳	0.1	0.1	0.1
70～74歳	0.1	0.0	0.1
75～79歳	0.0	0.0	0.0
80歳以上	0.0	0.0	0.0
合計	2.9	4.0	2.9

問 19 年齢別退所者数

年齢別退所者数の平均人数は、年齢上限を「定めている」施設で、60歳代の平均人数の多い傾向が見られる。

図表 182 年齢別退所者数【受け入れ年齢上限有無別】

	全体[N=1,301]	定めている[N=45]	定めていない[N=1,254]
17歳以下	0.0	0.0	0.0
18～19歳	0.0	0.0	0.0
20～34歳	0.3	0.2	0.3
35～49歳	0.6	0.8	0.6
50～59歳	0.7	1.1	0.6
60～64歳	0.4	0.7	0.4
65～69歳	0.5	0.8	0.5
70～74歳	0.3	0.4	0.3
75～79歳	0.2	0.2	0.2
80歳以上	0.2	0.2	0.2
合計	3.1	4.3	3.1

問 27 高齢化によって問題となっている在所者数

高齢化によって問題となっている在所者数については、年齢上限を「定めている」施設で、平均人数の少ない傾向が見られる。

図表 183 高齢問題のある利用者数【受け入れ年齢上限有無別】

	全体[N=1,365]	定めている[N=37]	定めていない[N=1,326]
39歳以下	0.1	0.1	0.1
40～49歳	0.8	0.3	0.8
50～59歳	2.0	1.0	2.1
60～64歳	1.8	1.0	1.8
65～69歳	2.6	2.2	2.6
70～74歳	2.1	2.1	2.1
75～79歳	1.5	1.0	1.5
80歳以上	1.0	1.1	1.0
合計	12.0	8.6	12.1

(3) 調査結果からの考察

○在所者について

(委員1)

- ・新規入所者の年齢をみると、年齢層が高めの割合が高くなっており、入所の理由についてみると「家庭での支援が困難であるため」という割合が高くなっている。家族など支える人の年齢も本人の年齢も高く入所したという場合が多いということだと思われる。
- ・当施設でも、地域で生活できなくなった方が入所という傾向が強く、施設として積極的に地域移行に取り組む感じにはなっていないのではないかと。

(委員2)

- ・在所期間別の在所者数をみると、20年以上在所している人の割合が高くなっており、人生のほとんどを施設で暮らしている人の割合が非常に高いということが分かる。人生の大半を施設で過ごしてしまっている人達の地域移行問題と、親子ともに高齢となり進退窮まって入所する方の政策を一緒にしてはいけない。

(委員3)

- ・入所前の生活の場としては、自宅・アパートだけではなくて、病院やGH、他の入所施設というのもある。そのような場の機能や力がより必要であるということがわかる。
- ・また、入所前の活動の場としては、就労系の事業所というのも挙げられており、重度障害者だけではなくて、高齢化に伴って、就労系の事業所で働いていた人たちも地域で生活が続けにくくなっているという現状がでてくる。
- ・施設の入所理由として、「行動改善や生活能力の習得を目的に入所施設を利用するため」というのも2割ほどある。

(委員4)

- ・入所前の生活の場が、自宅や病院からとなっているのは、一度自宅に戻ったり、入院した後には再入所する場合もあると推察される。再入所先が元々の入所施設かどうかは本調査では不明であるが、他の入所施設からの入所はある結果となっている。元々の入所施設と異なる施設に入所する場合、新たな環境における利用者のストレスが生じないよう、十分な情報共有や引き継ぎなどが大事だが、そうした対応がされているか懸念がある。
- ・入所の主な理由が「家庭での支援が困難」が最も多いが、地域の支援が十分に無いために家族の介護・経済力に依存している現状がある。家族介護が限界となったときに入所という選択肢しかない状況を改善するため、家族に頼らなくて済む支援の選択肢を増やし、家族が限界になる前に使えるようにする必要がある。
- ・退所までの入所期間別退所者数について、「入所5年未満」が多い背景には、再入所や家族による支援の限界などがあると推察される。また入所施設が長期入所者を対象にグループホームへの移行を進めている例もある。施設の地域移行に対する取組みに違いがあるのではないかと。

○高齡化について

(委員 4)

- ・高齡化による支援上の課題について、「重要な課題になっている」が半数を超え、「やや課題になっている」と合わせると、「課題になっている」は8割以上となっている。一方で、高齡化対応としてすでに実施している支援は限られており、高齡デイサービス等を活用した生活支援や地域生活支援センター等と連携した生活支援をしている割合というのが極端に少なくなっている。これが理由で、高齡化対応が大変になっているのではないかと。
- ・地域での高齡者施設との連携がかなり低く、今後を見据えての体制作りには不安な状況がある。問 23 では半数以上の施設が「高齡化による支援」は重要な問題としているが、対策が考えられているのか。また家庭で支援が困難となっている高齡化した在宅者の受け入れ枠の確保も必要ではないか。高齡化した利用者のケアに必要な生活環境の整備や支援方法について職員が学ぶ機会の確保なども併せて検討する必要がある。

(委員 1)

- ・高齡化対応の課題として、「加齢に伴う転倒リスクの増大、障害の重度化がある」、「介護者の負担が増大する（特に、夜間の支援、入浴時、着替え時、トイレ誘導時等）」、「食事面で個別対応が必要な利用者が増えている」の割合が高い点、高齡化により問題行動として「外出して戻れない」、「失禁の割合が多い」の割合が高い点は高齡者施設の利用者像と似ている。利用条件に年齢条件を「定めていない」が 96.9%であることから障害者支援施設が高齡者施設の利用者像の方の支援を担っていると思われる。

○看取り・終末期対応について

(委員 5)

- ・「看取り対応あり」が 14.6%で、そのうち過去 1 年間に限ると 6.5%となっていることから、看取り対応があったといっても、数年に 1 回程度での特別な状況であることと推察される。
- ・1 施設で最大年間 7 名を看取っており、また看取られた入所者の入所年数では特に長期化に偏っているわけではない。このことから、看取り対応を早急に行う必要があるかどうかは、施設によって認識が異なるのではないかと。
- ・「看取り対応あり」の施設では、たん吸引・経管栄養の研修受講職員が対応している割合が高いことや、看護職員について何らかの夜勤体制をとっている割合が高いことから、看取り体制には看護師の「夜勤体制強化への工夫」、「(終末期に必要な場合もある) 吸引行為への介護職への研修」、総合的に「一定以上の看護職の人数体制」が求められると推察される。
- ・医療機関との関係については、「看取り対応あり」の施設では、「看取り対応なし」の施設に比べ、連携先が診療所である割合が高いことから、医師の体制については、連携機関は病院よりも診療所であった方が看取りにはつながりやすいと考えられる。なお、特養に行った研究でも同じ傾向がみられた。

(委員 1)

- ・「看取り対応あり」施設の配置医師の業務内容で「家族へのインフォームドコンセント」や「臨時の往診等」の割合が高くなっていること、電話相談体制が平日日中の勤務時間外・夜間・休日・祝日のいずれも「電話相談できる」割合が高くなっていることから医療面のバックアップ体制が看取り対応の実施の有無に大きく影響していると思われる。

○医療的ケアについて

(委員 4)

- ・医療的ケアを実施している施設は約 6 割であるが、看護職員の勤務時間帯をみると、夜間に配置されている割合は低くなっており、夜勤職員に担わされているストレスが大きいのではないか。また月に 5.3 時間の医師配置状況も不安感につながるのではないか。
- ・入所施設が自前で医療スタッフを確保するのは限界があり、また福祉職員が医療的ケアを必要以上に担うことは望ましいとは言えないのではないか。
- ・地域の診療所など、身近な医療機関等と日頃から連携を取ることが重要と考える。問 49 で連携先があると回答している場合でも、連携の実態に幅があるのではないか。職員の不安や疑問を相談できる関係を構築することが大事であり、また施設には地域のグループホームや家族を医療とつなぐ支援を行う役割もあるのではないか。

○強度行動障害について

(委員 4)

- ・強度行動障害の研修を受講している割合は高いが、実際には地域移行につながっておらず、マニュアルの整備にも至っていない状況である。研修と実際の支援と地域移行とが繋がっていないと思われる。
- ・既往調査より「施設から地域へ」が明確になったものの、実態として地域移行の人数は増えていない。特に問 55-1 で「地域移行は不要」と回答する根拠がどこにあるのか、検証することが必要ではないか。
- ・地域移行に積極的に取り組む施設は、軽度で若年の入所者だけを対象としているのではないことが今回の調査でも伺える。地域移行に積極的な施設とそうではない施設との違いは何が要因か、入所施設間でも情報交換等を重ねて検証していくことが必要と考える。

5. ヒアリング結果概要

(1) 論点との関係

ヒアリング先は、論点検討で示された方向性を実践されている施設事例について、委員又は事務局から推薦したものである。

	訪問先	論点との関係				
		総論①	総論②	各論①	各論②	各論③
1	NPO 法人出発（たびだち）のなかまの会	○				
2	グループホームみらい			○		
3	大阪府砂川厚生福祉センター	○			○	
4	障害者支援施設「信楽青年寮」	○	○			
5	グループホームレジデンスなさはら				○	
6	障害者支援施設難病ホスピス太白ありのまま舎		○	○		○

①NPO 法人出発（たびだち）のなかまの会 ※事務局推薦

法人概要	
法人名	NPO 法人出発のなかまの会
所在地	大阪府大阪市生野区田島 1-10-30
法人理念	<ul style="list-style-type: none"> ・知的に障害のある人たちが、あたりまえに地域で暮らすことをめざして活動している。 ・出発のなかまの会では、障害のある人が、ライフサイクルのあらゆる状況の中で積極的に社会参加し、地域で「自立」生活することを支援している。
施設概要（グループホーム）	
所在地	大阪府大阪市生野区巽西 2-5-4
施設理念/運営方針	障害をもつ人がその人自身の人生の主人公になれるよう本人中心に支援を展開している。
サービス・利用者	共同生活援助：27 名（2017 年度）、1 棟を 4~5 人で利用
施設面積	— m ²
備考	—
論点に関する特徴	
<ul style="list-style-type: none"> ・個別の希望にそったケアが出来るように当事者一人一人が個人将来計画を立て、それを日常生活に組み込むことで、当事者が地域での生活をする自信と力を付けられるように支援。 <p>⇒総論①（地域生活支援における障害者支援施設のあり方について）</p>	

参照：NPO 法人出発のなかまの会HPより

②グループホームみらい ※事務局推薦

法人概要	
法人名	社会福祉法人昴
所在地	埼玉県東松山市大谷 590 (法人)
施設概要	
所在地	東松山市大字松山 2160-1 (施設)
施設理念 /運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・「障害のある人が、障害の状態や介護度の高い低いによって地域での生活が出来るかどうかを決めるのではなく、希望すれば誰でもが地域での普通の暮らしを選び暮らすこと」を支えるサービスを提供すること。 ・重複障害を持つ方、家族による医療的ケアを行っている方に対応したグループホームのニーズへの対応。
サービス・利用者	共同生活援助：7名
施設面積	約 209 m ²
備考	—
論点に関する特徴	
<ul style="list-style-type: none"> ・たん吸引や経管栄養などの医療的ケアを、介護職、グループホーム看護師（2名）、訪問看護、かかりつけ医、主治医と連携して実施。 ・法人外の日中事業所、ヘルパー事業所などを積極的に利用。 <p>⇒各論①（看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について）</p>	

参照：社会福祉法人昴HPより

③大阪府砂川厚生福祉センター

※委員推薦

法人概要	
法人名	大阪府
所在地	砂川厚生福祉センター：大阪府泉南市3丁目1566
法人理念	<ul style="list-style-type: none"> ・強度行動障がい・社会関係障がい等に対する専門的な支援を提供するとともに、障がい者一人ひとりが地域社会の中で自分らしく豊かに暮らせるよう、地域生活に向けた支援を行う。 ・また、知的障がい者福祉に関する専門的な支援技術を発信する場として、研修を企画・実施するとともに、福祉専門職を養成する場として実習生の受け入れを行い、府域の人材育成に取り組む。
施設概要（入所施設：強度行動障害支援施設「いぶき」、社会関係障害支援施設「つばさ」）	
所在地	大阪府泉南市3丁目1566
施設理念 /運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・「いぶき」は自閉症や最重度の知的障がい者を対象に、「つばさ」は触法行為あるいはそれに類する行動ゆえに、地域での生活が難しくなった中軽度の知的障がい・発達障がいのある方を対象として、状態の改善を図り地域生活への移行を支援している施設である。 <p>有期限の通過施設として、平成8年に開所。平成15年から「強度</p>

	行動障害特別支援加算事業」、平成 21 年から「強度行動障害の状態を示す方の地域生活移行モデル事業」や利用者の地域生活移行、生活体験プログラム等を実施し、強度行動障害のある者のノウハウを蓄積してきている。
サービス・利用者	施設入所支援「いぶき」：40 名、「つばさ」：30 名 「いぶき」：生活介護、施設入所支援、短期入所 「つばさ」：就労移行、自立訓練、施設入所支援、短期入所
施設面積	－ m ²
備考	－
論点に関する特徴	
<ul style="list-style-type: none"> ・強度行動障害者や触法障害者の地域移行を実現。 ・砂川福祉厚生センターの地域移行を推進した中心的な役割を果たした砂川側の担当者及び受け入れ側の担当者が法人名欄に記載の 2 名。 <p>⇒総論①（地域生活支援における障害者支援施設のあり方について）、各論②（強度行動障害への支援について）</p>	

参照：大阪府立砂川厚生福祉センターHP、社会福祉法人創思苑HPより

④信楽青年寮 ※委員推薦

法人概要	
法人名	社会福祉法人しがらき会
所在地	滋賀県甲賀市信楽町神山 534 番地 8
施設概要	
所在地	滋賀県甲賀市信楽町神山 534-8
施設理念 /運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・一般住民との交流のための援助をより多く持つ。 ・町内に居住しているグループホーム利用者をはじめ他の障害に対しても援助の輪を広げるために地域生活支援センターの機能を充実させる。 ・施設から地域生活への流れを受けて障害の重度といわれている人達のグループホーム生活実現に向けて取組みを意欲的に行う。
サービス・利用者	施設入所支援： <ul style="list-style-type: none"> ・知的障害者授産施設：55 名 ・知的障害者更生施設：30 名
施設面積	<ul style="list-style-type: none"> ・知的障害者授産施設：2,492 m² ・知的障害者更生施設：986 m²
備考	平均年齢：授産部入所利用者約 51 歳、更生部約 50 歳
論点に関する特徴	
<ul style="list-style-type: none"> ・全国に先駆けて施設と地域との境界のない支援を実施。 ・地域住民の理解が出来ているので、グループホームやユニットケア、サテライト等の取組みが可能で、障害の重い人達のグループホームでの生活が現実化する取組みを行っている。 ・地域交流ホームやワークセンターの整備により住宅障害者の方の受入れと、施設利用者 	

<p>の地域生活への移行が現実的に充分可能な状況になりつつある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在は入所者やグループホーム利用者の高齢化、就労者の定年などの状況を受け取組を模索している状況。 <p>⇒総論①（施設入所者の削減について）、総論②（地域生活支援における障害者支援施設のあり方について）</p>

参照：社会福祉法人しがらき会 HP より

⑤グループホームレジデンスなさはら ※事務局推薦

法人概要	
法人名	社会福祉法人北摂杉の子会
所在地	高槻市城北町 1 丁目 6-8 奥野ビル 3F
施設概要	
所在地	高槻市奈佐原 3 丁目 15-1
施設理念 / 運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・障がいの重い方や行動障がいを伴う自閉症の方が地域の中で安心して「暮らし」を営むことができるグループホームの実現とともに、その支援モデルの発信を目指す。
サービス・利用者	<ul style="list-style-type: none"> ・主としてジョブサイトひむろ（生活介護事業所／同法人）に通所されている利用者を中心に 20 名が、3 棟の建物【1 番館（女性 7 名）、2 番館（男性 7 名）、3 番館（男性 6 名）】に分かれて生活している。
施設面積	— m ²
備考	—
論点に関する特徴	
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個別的なアセスメントに基づいて、日課の流れを考え、重い知的障がいのある方、行動上の課題のある自閉症の方が、日々の暮らしの中で、見通しを持って、安心安全に生活できる環境を提供。 <p>⇒各論②（強度行動障害への支援について）</p>	

参照：社会福祉法人北摂杉の子会 HP より

⑥障害者支援施設難病ホスピス太白ありのまま舎 ※委員推薦

法人概要	
法人名	社会福祉法人ありのまま舎
所在地	—
施設概要	
所在地	宮城県仙台市太白区茂庭台 2 丁目 15-30
施設理念 / 運営方針	<ul style="list-style-type: none"> ・重度の難病や障害を持った方々が、自己決定に基づき自己実現できる場として、最後までその方らしい生活ができるよう支援する。 ・地域融和を進め、コミュニティの資源として活用を進める。 ・入居者の自己実現のため、個々の思い、生活に合わせた ILP（自立生活プログラム）・HCP（ホスピスケアプログラム=生きるためのプログラムが本来のホスピスケアです）の策定を拡充し、進める。

	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者支援のための、根拠のあるケア・理に適ったケア（科学的ケア）を行い、ケアの質の向上を図ります。あわせて入居者の障害・難病の重度化・重症化への対応を進める。 ・地域との関係強化・コミュニティ活動の充実・地域に住む医療的ケアを必要とする重度の障害や難病の方々への支援を中心とした地域活動の可能性を模索する。 ・防災・事故・防犯・感染衛生等を幅広く検討し、リスクマネジメントに取り組む。 ・活動の基本となる、人材確保・養成・定着に積極的に取り組む。
サービス・利用者	施設入所支援：定員 60 名、短期入所：定員 1 名、生活介護：定員 70 名
施設面積	約 2,896 m ²
備考	—
論点に関する特徴	
<ul style="list-style-type: none"> ・地域との連携、地域活動の推進に積極的に取り組んでいる。 ・医療的ケア等について、夜勤体制の安定と確立（24 時間体制）と日中の体制強化などに取り組んでいる（ただし、医療的ケアニーズの高い人を受け入れる前提で運営されている施設である）。 ・リスクマネジメントを理念の 1 つに掲げている。 ⇒総論②（地域生活支援における障害者支援施設のあり方について）、各論①（看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について）、各論③（その他） 	

参照： 社会福祉法人ありのまま舎 HP より

（２）ヒアリング結果概要

①NPO 法人出発のなかまの会

日時：平成 31 年 2 月 22 日（金） 10:00～11:30

場所：ヘルプセンターすきっぷ（大阪市生野区巽西 2-5-4）

施設・入所者の概要

- ・現在は、グループホーム 6 軒で計 28 名が入居している。ほとんどの方が障害支援区分で、区分 6 である。その他、区分 4 の方が 1 名、区分 5 の方が 1 名いる。
- ・重度の自閉症の方や重症心身障害の方も入居しており、行動援護の対象の方も多い。また、若年性認知症の方も 1 名入居している。
- ・入居者のうち、入所施設からの移行者はいない。

総論①：施設入所者の削減について

○地域で受け入れるために必要な要素・取組み

- ・重度の方は、様々な支援を提供する必要がある、グループホームには、各ヘルパーや地域の関係機関との連携を調整する能力が求められている。全体を把握し状況変化に応じた的確な指示を出せるような体制が必要である。

○障害者が施設ではなく、グループホームなどで暮らすことができるようにするために

必要なもの・こと

- ・入所施設には重度の方が残りやすい。重度の方ほど環境の変化に弱く、地域移行に対する施設職員や保護者の不安が大きい。
- ・地域で生活する障害者を増やすために最も重要なことは、入所しないことである。長年入所施設で生活をしていると、社会経験や地域とのつながりなど失われるものが多く、地域に出るにあたっての大きな障害となる。後から取り戻すことが難しい。
- ・地域移行を想定した場合には、重度の方は環境の変化に弱いため、手厚いサポートが必要である。また、新しい環境に慣れるためには十分な時間をかける必要がある。
- ・障害のある方への支援方法は個別性が高く、1人1人に合った適切な支援方法を見つけるのに時間を要する。
- ・行動援護者への対応には知識や技術も必要になるため、受け入れに備えて職員の質を上げておく必要がある。
- ・地域生活支援拠点について、対応が困難な方を一事業所で支える、という発想が非現実的である。地域の様々な事業所間で連携をして対応方針を考えるような機会がなければ、職員の負担が大きくなりすぎる。例えば、地域の連携・議論を促すような外部のアドバイザーがいると良いのではないか。
- ・家族からの支援を得にくい施設入所者が地域移行した場合、また、親や家族が高齢化している場合、地域移行にあたって、家族からのサポートを受けることは難しいだろう。グループホームにすぐになじめるとは限らないので、地域内に、グループホーム以外の居場所や遊びの場があることが望ましい。
- ・地域移行に向けて、まずは施設入所者が地域と交流し、施設以外の生活の機会を見学・体験することが考えられる。一方で、施設職員が積極的に取組めないと前に進まない。日常的に外出支援をしていない中で対応することや、通常業務+αの部分に取組むことに対して、施設としてどう考えるかが重要である。
- ・地域での生活環境に慣れるため、入所施設の規模を小さくすることが第一歩として出来ることである。入所施設を小さくすることと、地域の生活の場としてのグループホームを増やすことの両輪が重要である。

総論②：地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

○障害者支援施設との関係、施設に求める役割（人材育成、相談など）

- ・地域の当事者グループの中では、施設の入所者に対してもサポートしたいという声も上がっているものの、施設の実情が分からず実際に何をすれば良いのか分からない。

各論①：看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

○高齢化や医療的ケア・看取り等の対応方法

- ・グループホームの設立時から「終の住まい」である、という考え方を持っている。
- ・利用者は40代の方が中心で、50代の方もいる。高齢化の影響としては、怪我や病気が重症化しやすい点が挙げられる。そのため、通院の回数も増加している。自身の体の状態を言葉で表現できない方が多いため、怪我や病気の把握が難しい。
- ・看取りについては、在宅診療を行っている医療機関と連携することで、在宅での看取りが出来る体制を取りたいと考えている。

○医療機関との関わり

- ・重度の方は介護なしには医療を受けられない場合が多いため、報酬外のサービスも含めて、24時間入院可能な体制を組んでいる。入居者の入院が長期化すると、報酬的にも人員体制的にも厳しい状況になってしまう。
- ・元々のかかりつけの医療機関以外に、法人として提携している医療機関がある。基本的には周辺地域の診療所で対応してもらえる体制になっている。地域でかかりつけの医療機関をつくるということは非常に重要である。

各論②：強度行動障害への支援について

※特になし

各論③：その他

○事故などの予防策

- ・事故があった際に職員間で防止策を検討する、ということの繰り返しである。また、強度行動障害の方については、行動を制止しようとするすると怪我をさせてしまう恐れがあるため、どのようにすれば制止することなく支援出来るのか検討を重ねている。

○ハラスメントへの対応

- ・入居者も支援者もお互いに嫌な思いをすることがまったくないわけではないが、支援者と入居者の組合せを変えられる体制にしているため、問題が大きくなる前に対応出来る。また、介助にあたっては身体的な接触が多いため、同性介助を基本としている。

②グループホームみらい

日時：平成31年2月28日(木) 13:00～15:00

場所：グループホームみらい(埼玉県東松山市大字松山2160-1)

施設・入所者の概要

- ・平成23年4月開設(定員7名)。
- ・開設以降8年間、同じメンバーで7名入居(女性2名、男性5名。現在20代後半～30歳代)。
- ・医療的ケアが必要な方4名(吸引、経管栄養)。

総論①：施設入所者の削減について

○グループホームとしての支援方法の特徴

- ・グループホームの良さは、保護者が関わること。意見できる、ケアのクオリティ(高いかどうかではなく)や生活の質について確認できるという点である。
- ・どんなに頑張っても保護者の不安は決して無くならない。連絡は頻繁にしているが、不安を全部無くそうとするのではなく、「不安と一緒につきあいでいる仲間が常に一緒に居る」というスタンスを崩してはいけないと思っている。

○障害者が施設ではなく、グループホームなどで暮らすことができるようにするために

必要なもの・こと

- ・入所支援では、本人が望むか望まないかに関わらず、リスクが低いということが一番重要視されているのではないか。「命には代えられない」と言って入所施設を選択する保護者もいるが、本人の要望とそのリスクについて徹底的に話し合うべきである。入所施設はリスクが低いというけれど、何をもってリスクが低いのか、もっと精査したほうが良い。
- ・本人が楽しく暮らしていることが一番重要だと常に言い続けたいといけない。
- ・保護者には「入所なら安心」という思いがある。「地域のチームが支えるから大丈夫だ」と言えるほど、まだ地域が強くない。

総論②：地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

※特になし

各論①：看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

○職員体制

- ・法人として看護師を2名配置している。1名はグループホーム全体を回り、もう1名はグループホームみらいで全員を看た後、生活介護を回っている。
- ・グループホームの生活支援員は1人～3人で、時間によって外部のヘルパーが5人ぐらいグループホームに来ている。同一法人単体でヘルパーをすべて抱えるのは難しく、また1人辞めた時のリスクが大きいため、外部のヘルパーと連携している。
- ・グループホーム入居前から入居者と関わっていたヘルパーもいる。そうした関係性は重要なので、居所が変わっても継続している。

○高齢化への対応方法

- ・「重症心身の医療的ケアが必要な方の重度化」という話と、「重心に限らないグループホーム入居者の高齢化」という問題は切り分けて考えている。
- ・グループホームみらいの場合は、保護者が通院に付き添っている。現在は通院しているが、今後、往診の利用も可能である。訪問看護を利用して状況を常に伝えられているので、ある程度余裕をもって対応出来ている。
- ・グループホーム全体としては、高齢化による定期通院が増加している。自分たちだけで対応することはかなりの労力なので、負担を軽減しながら長く続けていけるようにしたい。

○医療的ケア・看取り等の具体的な対応方法

- ・家庭でできる範囲は福祉の領域と考えて、医療的ケアを行っている。
- ・訪問看護については、5名が利用しており、週1回利用する方が1名、他の方は月1回である。訪問看護には、医療的ケアではなく、緊急時などに相談した際に話が通じるよう、普段の生活環境を知っていただくことを一番求めている。
- ・グループホームから医療機関への連絡窓口は訪問看護に一本化しており、医師へは訪問看護から連絡してもらう、という伝達経路を大事にしている（正確かつスムーズな対応のため）。

- ・個人ごとの医療的ケアへの対応方法について、体調の不安定さを考慮したうえで、マニュアルとして整理している。介護職でどこまで対応し、どこからは医療として対応すべきかを示している。新たな困りごとが出た時には随時修正するようにしており、その繰り返しによって、職員のスキルも向上している。
- ・日常生活に必要なケアの違法性阻却について、一定のガイドラインを出してほしいと思っている。
- ・マニュアルと医療機関との連携については、個人ごとに整備する必要がある。
- ・看取りに関しては、周りに対応できる資源もあるし、できるかぎり意向に沿いたいと考えている。医療との連携が重要である。

○医療機関との関わり

- ・医療との連携は、その人が大事にしている生活は何かということを、医療側がきちんと理解してくれることが非常に重要である。そのため、福祉職は医療側にその人の生活の様子を伝える必要がある。
- ・現在かかりつけ医になってもらっている医療機関は、1 人の入居者が利用していたことをきっかけに繋がっている。在宅ホスピスにも力を入れているなど、地域医療に熱心な医療機関で非常に助かっている。

○地域の医療体制の整備について

- ・医療的ケアに関するノウハウを地域に開放していることもあり、新たに医療的ケアへの対応を始めたヘルパー事業所がある。

各論②：強度行動障害への支援について

※特になし

各論③：その他

※特になし

③大阪府立砂川厚生福祉センター

日時：平成 31 年 3 月 4 日（月） 13:00～15:00

場所：大阪府立砂川厚生福祉センター（泉南市馬場 3 丁目 1566）

施設・入所者の概要

（いぶき）

- ・重度・強度行動障がいの方の通過施設として位置付けている。平均年齢は 33.4 歳、平均在所期間は 10 年 2 か月である。
- ・新規の入所者は、定員に空きが出るごとに、待機者の中から最も重度の方が入所する場合が多い。

（つばさ）

- ・中・軽度の触法の方が入所している。平均年齢は 34 歳 1 か月、平均在所期間は 2 年 6

か月程度である。入所時の説明では、基本的に2年間の退所を目指すことを伝えている。

- ・触法者の課題としては、性加害が最も多く、窃盗・万引きも多くなっている。
- ・入所前の住まいは様々で、在宅、グループホーム、刑務所等である。

(共通)

- ・大阪府内全域を対象としており、定員に空きが出るごとに、待機者の中から入所者を選んでいる。いぶきにおいては、入所者の選定基準となる評価表を作成しており、その得点が高い人から入所出来るようにしている。

総論①：施設入所者の削減について

○地域移行のための具体的なステップ

(いぶき)

- ・いぶきの支援の流れは、急性期支援（入所初期の激しい状態を受け止めて落ち着いてもらう）⇒初期支援（アセスメントをおこない特性を把握し個別支援を行う）⇒中期支援（専門的なコミュニケーションも取り入れながら少しずつ活動の幅を広げていけるように支援を行う～日中活動の作業の課題などの検討）⇒後期支援（様々な社会資源の活用等、更に活動の多様化を図り地域生活移行を見据えた支援を行う～センター内のグループホームに模した施設でも地域生活訓練など）⇒移行支援（計画相談事業所や援護の実施機関と連携し、移行先への体験を積み重ね地域生活移行を支援）⇒移行後（移行後の定着支援）で進めている。

(つばさ)

- ・大きく三段階に分けて支援している。「初期」では、本人が生活に慣れることと、職員が本人を知ることを重視している。「中期」では、退所後の就労やグループホームなどの生活のイメージを作ることを重視している。「終期」では、退所・地域移行に向けて、福祉的な就労を目指す方と就職を目指す方とを分けて支援している。
- ・個別の特性や適切な支援方法を理解してもらった上で地域移行していく必要があるため、数か月かけて体験入居を重ねている。1泊から徐々に期間を長くしていくようにしている。

○地域移行が難しい方の特徴、うまくいかない理由（どういった条件が整えば移行が可能か）など

(いぶき)

- ・いぶきには相当な支援を繰り返し実施しても地域移行が難しい方が数名いるが、適切な支援が提供できるグループホームや日中活動などの地域の事業所が整備されれば移行可能だと考える。ただ、それが難しい状況である。
- ・これまでは行動障がいの状態が軽減された方が地域移行しており、現在は、重い行動障がいの方が多く残っている。今後も、これまでと同じように地域移行を進めていくことは難しい。
- ・さらに地域移行を進めていくためには、市町村が進めている地域生活支援拠点のよう

な形で、重い行動障がいのある方でも地域で生活できるような体制を作ることが求められる。これまでは比較的、行動障がいの軽減された方への支援が主だったため、個別の事業者との連携の中で対応できたが、今後は難しい。

- ・ 特に強度行動障がいの方に関して、移行先の少なさが大きな課題になっている。そもそもグループホーム自体の数が少なく、新設されたとしても、通所施設等の利用者からのニーズに対応して整備されることが多く、施設からの移行者を受け入れる余地が無い場合が多い。
- ・ グループホームが新設されない要因として、整備したいという意向はあるものの、支援する世話人が確保できない、という声が多い。生活の場として休日など24時間体制での見守りが必要な実態に対して、報酬が見合っていない。
- ・ 地域の受け皿として、数だけでなく、多様なニーズに対応できる様々な形のグループホームが整備されることが望ましい。

(つばさ)

- ・ 行政からの相談を受けて入所に至ったものの、入所後は行政が関わらなくなり、退所時に地域の受け皿を探す際に苦労するケースがある。入口の時点で出口を想定し、地域で上手く生活できるイメージを持ちながら支援することが重要である。
- ・ 性加害の方は、移行先の地域で再犯を起しグループホーム自体の信用が損われてしまうとの懸念があり、地域移行が難しい場合が多い。

○地域移行後のフォローとして、施設が行っていること（相談、緊急入所など）

- ・ 体験入居やアフターフォローを重視しており、そこで見えてきた課題に対応するようにしている。
- ・ 特に強度行動障がいの方については、地域移行後1年程度はアフターフォローを行うようにしている。
- ・ 施設での生活を通して把握されてきた個々の適切な支援方法について、移行先のグループホームの支援員にも共有することによって、グループホームにおいても施設と同様の支援を継続できるようにしている。
- ・ グループホームに入居した後も、支援方法などに関する相談に乗るようにしている。また、地域移行者の支援方法などに関する会議があれば、一緒に参加するようにしている。移行後のフォローとして、地域移行の“バトンゾーン”をイメージし、つばさでは、6か月程度を設定している。
- ・ 医療機関との引き継ぎも重視しており、最初の通院時には施設の職員が付き添うなど、医療も含めて受入れ先の事業者と連携を図っている。

○今後の入所施設の役割について

- ・ どんな重度の方でも意思決定は出来る。入所中に行動援護や体験入所等で施設とは異なる環境や生活の場を経験してもらうなど、本人にとって一番良い生活を経験してもらえる機会を提供すべきである。
- ・ 地域で暮らすことによって変化があった方を見てきた経験を踏まえると、施設で暮らす方が良いという周囲の価値観ではなく、本人の価値観（利用者本位～障がいの重い

方は、状態像や表情)が重要である。

総論②：地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

- ・地域における生活基盤の整備として、受入れる側の理解を深めるために、支援方法等に関する民間の事業所向けの研修を行っている。大阪府の地域生活定着支援センターと共催で実施している場合もある。
- ・地域移行者の受入れを検討している事業所に対して、支援方法等についての具体的な相談に乗ることもある。強度行動障がいの方や触法の方の受入れ時の対応に困っている事業所はあり、研修等へのニーズは高い。
- ・研修への参加者は、これまでの地域移行の取組みなどでつながりのある法人などが中心である。

各論①：看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

- ・医療的ケアにおいては、当センターが設置している診療所と連携している。

各論②：強度行動障害への支援について

- ・強度行動障がいの方への支援については、国が提示している研修に則った支援を行っている。構造化と個別課題プログラムが中心である。その他、PECS、感覚統合、スヌーズレンにも取り組んでいる。なぜ行動障がいが起こっているかを評価することが重要だと考えている。
- ・職員の資質向上のため、研修も重要である。研修を受講していなければどう支援していいかわからず混乱してしまう。技術を高め、利用者の行動を理解することが職員の意欲にもつながるため、まずは研修が重要である。

各論③：その他

- ・風通しの良さを重視し、管理者や各棟の責任者が各職員の面談を行っている。

④信楽青年寮

日時：平成31年3月5日(金) 13:00～15:00

場所：障害者支援施設「信楽青年寮」(滋賀県甲賀市信楽町神山 534-8)

施設・入所者の概要

- ・知的障がい児施設「信楽学園」が前身。職住分離という考え方を取り入れ、地域で働くことを当初から目標にしてきた。
- ・さらには、地域で暮らすといったことも共に地域で実践する中で自然と地域へ溶け込んでいくことを目的に取り組んできた。
- ・現在施設にいるのは65歳以上で、70代、80代の利用者が多く、過去に施設を退所して、地域生活を経験した人、地域就労した人が引退して戻ってこられている場合が多い。
- ・最近の入所者は、20～40代の強度行動障害で、在宅生活では困難な状況になって入所利用されているケースの人などである。

- ・ 以上のように様々な地域のニーズに応えながら現在利用されている人たちとの共存共生の暮らしを限りある環境の中で、常に優先順位を重んじ試行錯誤しながらひとり一人に必要な支援を心掛け努めている。

総論①：施設入所者の削減について

○高齢の障害者

- ・ 高齢になってくると、当法人のグループホームでは支援対応が限界であると感じる。部屋が介護ベッドを置けるようになっていない、人的配置が足りないなど、ハード面・ソフト面に課題がある。特に、オーナーがいる建物の場合、簡単に整備できないという現状もある。
- ・ グループホームの方が人数も少なく環境はよいと我々サービス提供者側は思うが、その一方で保護者は、大きな建物があり多くの職員がいるという安心感から入所施設を選ぶ傾向にある。
- ・ 数年前から、医療型で重度の高齢障がい者も入れるグループホームを作ろうとしているが、経営・運営面で現制度上では不十分であることから、まだ実現に至っていない。

○入所施設における生活の質の向上

- ・ 施設設立当初は、利用者の年齢も若く青年期にあり4人部屋のベッドを設置し、利用者が社会性を身につけて、地域に戻り自立ができるようにしていたが、今は高齢障がい者が増えており、介護ベッドやポータブル簡易トイレを要することから必然的に個室が必要となり個室を増やし対応している。(ただし、平成4年の増改築においても相部屋が基本となっていたことから居室が足りず、静養室、娯楽室、宿直室などを居室に変えて対応してきたがそれでも足りない状況にある。)
- ・ 必ずしもユニットがよいわけではないと思う。自ら身体が動かせる人はよいが、身体が動かせない人は自分で部屋を移動するなど選択ができないので、ユニットの意味がない。本人の意向によるが、むしろ相部屋の方が刺激もあってよい場合もある。

総論②：地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

○地域との積極的な関係づくり

- ・ 設立当初から、地域の中にいかに溶け込んでいくかという点を重要にしていた。50年以上前、施設を建てる際には、職人の町である地元からの反対もあったが、創設者が障がい者は地場産業の担い手にもなるということで説得して回り、徐々に理解を得ることができた。
- ・ 長年、信楽のまちに施設があるので、地元の人は子どもの頃から小学生、中学生と施設と関わる機会があり、他の地域に比べて、障がい者の人たちに対する違和感は少なく地域で一緒に暮らすという意識は高いと思う。
- ・ 今でもトラブルがあるというのは事実だが、トラブルがあったら、施設に電話がかかってくるので、利用者であろうとなかろうと、職員がその場にすぐ行き対応することを継承し実践している。地域の人も何かあったときに電話をかける先があるという安

心感、すぐに対応してくれるという安心感があるので、地域で障がい者を受け入れられているのもあるかと思う。

- ・当施設は、障がいを持っている方の支援だけでなく、地域における様々な役割や使命を担い、地域とともに実践し取り組むといった地域貢献にも積極的な施設だと感じている人が地域にいる。また、地域の方にとっての働く場、雇用の場にもなっているし、地域の祭りや陶器市など積極的に職員が参画し手伝ったり、備品等を貸し出したりしている。他にも法人内で職員が様々なプロジェクトを立ち上げ、商店街の活性化を図ったり、町内会に改めて顔を出し互いの状況報告や確認をし情報共有に努め互いの関係づくりを見直そうとしている。障がいを持った人が地域で暮らしていくためには、積極的に職員自らが地域に出ていき溶け込むことも大事だと感じている。

各論①：看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

○地域の医療機関との連携

- ・医者はいないので、看取りはできないが、できるだけ住み慣れた環境で最後まで過ごせるように見守れるように努力はしている。
- ・以前、在宅医療が世間でもささやかれ始めた頃、経管栄養摂取を余儀なくされた利用者の方がおり、当施設でも頑張って支援対応をしていたが、そのような人がその後も増えてしまい、結果的には施設での対応の限界を経験するといった貴重な体験となった。今は、近隣の医療機関や地域連携医療といった協力や理解を得て、近くで入院できる医療機関も2つあり、そこを利用させてもらっている。また、医者も理解してくれているので、入院中も健康状態に応じて、日中活動に参加できるよう配慮してくれるなど利用者にとっても好ましい状況下にある。
- ・オンコール体制はとっているが、夜間に看護師に配置する人的余裕はないのが現状で、その部分は、病院に協力してもらっている。その代わりに、昼間に看護師4名（正規職員2名、非常勤職員2名）を配置し、適時必要な医療的ケア、定期健診、その後のフォローアップ健診や健康管理ならびに予防などを行い、日頃の健康面でのチェックもしっかり行っている。

各論②：強度行動障害への支援について

○ハード面の整備

- ・強度行動障害の人には、小規模で余裕のある空間が大事なため、ハード面の整備が必要であると考えている。

○安全の確保

- ・強度行動障害の方は、部屋に鍵をかけたらといって行動を抑えることができるわけではない。本人がけがをしてしまうだけである。職員が様子を見ながら、どうすれば本人も利用者同士も安全にともに過ごせるかを考えている。

各論③：その他

○利用者・職員間のハラスメント

- ・利用者と職員間でトラブルがあった場合は、担当の配置換えを行うなど、利用者との距離をあけるように対応している。

- ・人材の育成については、少し先に就職した先輩をメンターとしてつけるブラザーシスター制度が非常に有効的だと思う。

○事故等への対応

- ・マニュアルは整備しているが、マニュアルがあると安心するのではなく、実際に確認シュミレーションすることを大事にしている。例えば、服薬の管理をトリプルチェックで行っているが、慣れてしまい確認がおろそかになっていることがあるので常に意識付けとなるようにヒヤリハットやインシデントなどを活用し気を付けるようにしている。

⑤グループホームレジデンスなさはら

日時 :平成 31 年 3 月 7 日 (木) 10:00～11:30

場所 :グループホームレジデンスなさはら (大阪府高槻市奈佐原 3 丁目 15-1)

施設・入所者の概要

- ・平成 24 年 4 月に開設。女性 7 名、男性 13 名の計 20 名が居住している。入居者の平均年齢は 39 才。ほとんどが支援区分 6 で、10 名は行動点数が 20 点を超えている。
- ・入居者のほとんどは同法人が運営するジョブサイトひむろ (生活介護) の利用者であり、グループホームは利用者に合わせたオーダーメイドの設計がなされている。

総論①：施設入所者の削減について

○強度行動障害の方の対応

- ・同法人にある障害者支援施設では暮らせなかった強度行動障害の方も、当グループホームでは暮らすことができている。強度行動障害の方ほど、グループホームの少人数の環境が向いている。正しい支援が届き、かつ一人暮らしができるような環境が 1 番よい。

総論②：地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

○地域との関係づくり

- ・グループホーム建設時に地域から反対があったが、地域からの要望にすべて応える、完成後は内覧に来てもらうなどの対応を行い、今は地域と良好な関係を築いている。
- ・グループホームの利用者向けではなく、地域向けに花壇を作ったり、イルミネーションを点灯させたりしている。グループホームとはいえ、地域からみれば施設と同じである。地域の人が花壇やイルミネーションを見て、きれいな場所だなと思ってもらえればと考え、設置している。
- ・地域とのトラブルがあったときこそ、入居者の特性を伝えるチャンスだと考えている。地域の方は、入居者のことが気になってはいるが、よく分からないままである。トラブルがあったときに、きちんと謝罪し、特性を説明することで、その後良好な関係性を築ける。

各論①：看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

○看取りに向けた準備

- ・当グループホーム入居者の平均年齢は約40歳だが、重度知的障害の方の平均寿命が55歳といわれているので、すでに看取りを意識して取り組み始めている。
- ・看取りについては、一般的な在宅の場合と考え方は同じだと思っており、病院に行った方がいいなら病院で、グループホームで看られるならグループホームでと考えている。特に、本人の意思を確認することが大事だと考えている。
- ・法人内に医療連携室を立ち上げ、予防や入院したときの対応、看取りについて考えている。
- ・グループホームは、施設とは違い、常時看護師を配置できるわけではないので、訪問看護、訪問医療の活用が必要である。同法人内でも訪問看護を立ち上げ予定である（ただし、作業療法士中心の訪問看護で、主な対象は地域にいるひきこもりの発達障害者）。

○高齢化への対応

- ・高齢になると、転倒の危険があるので、広い部屋は間仕切りを使って狭くしている。また、転倒してもけがをしないような部屋にしている。
- ・日々利用者と接していると変化に気づきにくくなってしまうので、利用者の行動をビデオに撮り、1年に1回、行動面、衣服の着脱、食事の動作などを確認するようにしている。

各論②：強度行動障害への支援について

○オーダーメイドの居室

- ・当グループホームの入居者は、当法人が運営するジョブサイトひむろを利用されていた方がほとんどであったので、事前に入居する方に合わせて各居室の設えを変えている。
- ・利用者の中には、こだわりが強い方や聴覚・視覚過敏の方がいらっしゃるので、スイッチやクローゼットの作り、壁やカーテンの色などを工夫し、刺激が少なくなるように設計している。

○グループホームの中での一人暮らし化

- ・グループホームの中で長年一緒に暮らしていると、人が刺激になる特性のある方の場合、他の入居者の動きが気になり、こだわりになってしまうなど、関係性がうまくいかなくなる場合があるので、入居者同士の動きが見えないで済むように、間仕切りを作り、トイレを別にするなど、一人暮らしのような環境をつくっている。そうすることで、見違えるように落ちつかれるケースがある。

○強度行動障害の方が地域移行するために必要なこと

- ・グループホーム入居前に、グループホームで生活できるように訓練しておかないと、入居後に生活を変えることは困難である。そのためにも、通過型の中間的な施設が必要だと考える。1～3年ほど中間的な施設で過ごし、アセスメントをした上で、グループホームに入居するという流れがないといきなり施設からグループホームに入居す

るのは難しいと思う。

各論③：その他

○利用者・職員間のハラスメント

- ・安定している状況であったとしても、ひとつボタンを掛け違った瞬間に、激しい行動障害に陥り、常に目を離せない状態になる利用者がおられる。利用者によっては、誰も対応出来なくなるため、365日ベテランの職員がそばについている。ベテラン職員であっても、数時間ずっと一緒にいると、気持ちが持たなくなることがある。1人で抱え込まず、必要に応じて、別の職員に代われる環境を作っている（ただし、他の職員では対応が困難である）。実際に他のスタッフの変わったとたん、目を突きに行くという行動が発生し、失明のリスクに陥るなど、切迫した状況になったことから、環境を大きく変更する必要に陥ったこともある。このような利用者がおられることも事実であり、福祉の限界でもある。

○楽しく働ける職場環境づくり

- ・正規職員も非常勤職員も関係なく、チームとして働くことを大事にしており、一緒にミーティングも行っている。素人の視点も重要だと考えている。
- ・利用者が高齢化していくと、マイナス面ばかりみがちだが、高齢化になってもできることはある。当グループホームでは、「楽しい高齢化」と呼んで、職員皆で利用者の「夢プラン」を作り、生活が楽しくなるようなアイデアを話し合っている。

○人材育成

- ・研修について、正規職員も非常勤職員も個別研修計画を立て、研修が受けられるようにしている。
- ・研修は、お金はかかるが、少なくとも2人で行かせるようにしている。その方が学んだことを互いに確認し合うことができ、チーム全体のレベルアップにつながる。

⑥障害者支援施設難病ホスピス太白ありのまま舎

日時：平成31年3月8日（金） 11:00～12:30

場所：障害者支援施設難病ホスピス太白ありのまま舎

（宮城県仙台市太白区茂庭台2丁目15-30）

施設・入所者の概要

- ・入所者は56名で、筋ジストロフィーなどの難病、脳性麻痺などで医療的ケアが必要な方を受入れている。平均区分は5.56である。待機者も約70名いる状態である。
- ・非常勤・嘱託医・かかりつけ医で主治医3名体制を組んでいる。

総論①：施設入所者の削減について

○地域移行のために必要なこと

- ・当施設は、一時的な仮の場で、病院などから入所した人が、地域に戻るための力を蓄えて再び地域に帰っていくという本来のホスピスケアの場ということを目指してい

た。しかし、重度化、重症化に対応できる社会資源が地域に十分になく、特に医療的ケアが必要な方への体制がとれない状況で、再び地域に戻るのが難しいというのが実態である。

- ・医療的ケアに対応できるようなヘルパーが十分におり、24時間体制で対応できること、訪問看護や訪問診療などとの連携が十分にとれていることが必要である。
- ・また、緊急時に受け入れてくれるショートステイ先や病院がないと、いざという時への不安が残り、なかなか地域移行に踏みきれないということもある。
- ・「地域に出たらもう施設に戻れない」と思う方がいるが、それが一番大きなハードルになっているようにも思う。緊急時はショートステイが使える、部屋が空いていれば戻ることができるというように考え、施設との関係を切らないことが大事である。

○地域に向けた取組み

- ・当施設の近くにあるグループホームに、生活介護のサテライトを作る予定にしている。施設内の日中活動は、レクリエーション的な意味合いが強いので、もう少し就労的な部分などを行い、地域移行に結び付けるための場所にしたいと考えている。

○施設の役割

- ・ヘルパーや訪問看護師がいても、いざという時の不安はあるので、緊急ショートなどセーフティネットは必要で、その役割は施設が担うべきものだと考える。
- ・高齢化に伴いさまざまな障害がでてきて、地域で暮らせなくなる人もでてきている。高齢化すると、サービスが充実しても1人では不安という方もおり、いずれは高齢の重度障害のある人々の居住施設が必要になる時が来るのだと思う。

総論②：地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

○地域住民との交流

- ・20年ぐらい継続して、地域のお祭りに共催という形で参加している。
- ・地域の子どもが学童保育代わりに放課後に遊びにきたりもしている。

各論①：看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

○医療機関との連携

- ・母体となる病院があるわけではなく、独立して運営している。設立時に大学の先生に協力を依頼し、全面的にバックアップしてもらった。
- ・現在は大学だけでなく、地域の医療機関とのつながりも作っている。毎年協力いただいている医療機関名や先生名を記載した医療体制計画を作成している。

○看護師の配置

- ・看護師については、日中は平均で4～6名、夜間は1名配置している。
- ・施設は病院より楽だと思ってくる人も多いが、むしろ施設の方が経験がないと看ることができない。当施設にはキャリアのある看護師が多く、平均44歳～45歳くらいである。

○介護職員に対する研修

- ・3年目以降の介護職員には全員看護研修を受けてもらい、看護師に何かあったり、緊急で動けない時は介護職員も医療的ケアができるような状況にしている。

○リハビリ職の確保

- ・設立時は、常勤のPT、OT、STがおらず非常勤で対応していたが、専門学校の先生に依頼し、来て下さる方を紹介いただくことができたので、現在はPT、OT、STを常勤で配置できている。

○看取り対応

- ・これまで亡くなられた方は26名で、そのうち約20名が施設内で亡くなられて、それ以外は病院で亡くなられている。
- ・法人を設立した筋ジスの仲間たちの思いがあり、設立当初から、亡くなった時に病院の裏口から見送るという形ではなく、施設で看取った場合は、きちんと玄関からお見送りをするという形をとってきた。遺体を前に、職員も入居者も皆が集まり、1人ずつ遺体の前でお別れをするということを大事にしている。
- ・非常勤の先生方にお願ひし、当施設で死亡診断書を書いてもらい、当施設から出棺している。

各論②：強度行動障害への支援について

※特になし

各論③：その他

○利用者・職員間のハラスメント

- ・当施設では人権規程を策定し、職員へ周知している。入居者の虐待対応はもちろん利用者や家族から職員へのハラスメントがあった場合にも、人権委員会で取り上げ、第三者的な意見も踏まえて対応している。
- ・これまで声を上げずに我慢していた職員もあり、人権規程を策定したことで、職員からの声が上がってくるようになった。

○災害時の対応

- ・人工呼吸器を装着されている方がいるので、蓄電池とソーラーを準備するようになっている。東日本大震災の際は、最初車から電気をとっていたが、途中でガソリンがなくなり使えなくなったという経験がある。
- ・食料は、100人分を10日分ということで、プレハブを建てて備蓄している。東日本大震災では行政から乾パンをいただいたが、嚥下障害の方は、乾パンは食べられずほとんど役に立たなかった。
- ・危険物取扱いの資格を職員に取らせて、ガソリンを60リットル保管する体制をとっている。

6. 論点の方向性

(1) 総論

①施設入所者の削減について

○施設入所者数に対する考え方

- ・ これまでも地域移行などで入所定員の削減に取り組んできたが、保護者等介護者や一部の障害者団体から入所定員を増やすべきではないかという意見が出ている。
- ・ 入所者数の定員は、障害支援区分や障害者手帳の等級など、障害の程度によって決定されているが、実際の入所調整では、①地域における社会資源の状態、②保護者等介護者の意識、③「入所施設の方がしっかりとした対応ができる」という社会意識、の3点から影響を受けている。
- ・ このような背景から、入所者の削減ありきで議論を進めるのではなく、入所が必要な場合を明確化した上で、障害者支援施設での支援が真に必要な方に対して適切にサービス提供ができる体制をつくる、という視点を持つことが重要である。
- ・ 合わせて、地域で暮らしたいという入所者に対して、障害の程度や内容に関わりなく地域移行出来る支援体制の構築を、より重要視すべきである。地域資源や支援体制が充実し、障害の程度に関わらず地域の中で安心して生活できる仕組みが整うことによって、結果的に地域移行が促進され、入所者が削減されることが望ましい。
- ・ 入所が必要な場合の明確化に向けては、現在の入所者の実態把握に加えて、新規入所者の入所理由や入所に至る経緯を①私的要因（本人の意向や障害の程度等）、②社会的要因（介護者の高齢化等）、③施設入所及び地域移行に対する社会意識（地域移行への不安感、入所施設の支援への信頼の高さ等）、④地域における社会資源の状態、の4つに分けて分析することが有効である。なお、近年の入所理由としては「保護者等が介護できなくなったから」というケースが多いことが想定される。

○地域移行の推進に向けて求められる地域支援体制

- ・ 地域としてどのような支援体制があれば受入れ可能なのかを明らかにすることが重要である。その際、地域によって、支援体制の充実度や活用できる社会資源の種類等、が異なることも考慮していく必要がある。
- ・ 地域支援体制の充実を含めて相当程度の工夫をすれば、障害の程度に関わらず地域移行は可能であることは、過去の事例から示されている。
- ・ 地域移行における具体的な受け皿として、グループホームの機能拡充が期待される。重度の方であっても円滑に地域移行をするための中間的な資源として、例えば、日中活動支援型グループホーム等の整備が進み、グループホームに対する信用度が高まっていけば、「障害者支援施設の方がしっかりとした対応ができる」といった社会意識を変えることができる。
- ・ 地域移行をする仕組み、流れをどのように作っていくか、そこに報酬での評価などがないと取組みが進まないのではないか（現状、入所施設から地域移行への取組に対しての明確な報酬上の評価がなされていないのではないか）。

○障害者支援施設の役割・機能

- ・ 障害者支援施設は、地域支援体制の中で、施設入所以外の機能（昼間実施サービス、

相談機能、医療的ケアなど)を積極的に発揮し、地域移行を推進する役割を担うことが求められる。

- ・特に、障害者家族などの介護者の高齢化を背景に「セーフティーネット」としての短期入所、緊急入所へのニーズは高まっている。こうした障害者支援施設だからこそ対応できる支援については、地域との連携を含め、機能の充実が求められる。
- ・また、現状として地域支援体制が不足しており、地域では暮らしづらい人の多くが施設に入所している実態を踏まえると、入所施設における生活の質の向上に取組み、段階的に入所施設のあり方を変えていくことが求められる。例えば、生活単位の少数化や個室化を含めた居住環境の整備や、日中活動の場と生活の場の分離などが考えられる。

【提言】

- ・入所者の個々の状況や希望に応じた丁寧な地域移行を推進することを基本として、入所施設利用の適正化を図ることが望ましいのではないかと。
- ・ただし、一律に数値の達成を目標とするのではなく、現在不足している地域の受け皿・基盤の整備を進め、障害の程度に関わりなく地域移行が可能となる地域支援体制の構築を目指すべきではないかと。
- ・加えて、地域ごとに真に施設入所による支援が必要な場合を検討し、必要とされる方に対しては、適切なサービスの提供や入所施設における生活の質の向上に取り組むことが重要ではないかと。
- ・第6期障害福祉計画においては、一律に削減率を定めるのではなく、入所者の個々の状況に応じた意思決定支援、地域の受け皿・基盤の整備、また、真に施設入所支援が必要な場合の検討等を市町村、関係者で協議する場を設け、その検討結果や第5期障害福祉計画の達成状況（実績）等を勘案し、地域毎に定めることとしてはどうか。

②地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

○障害者支援施設と地域の関係性

- ・地域ごとに、自立支援協議会等を中心に、地域生活支援体制の構築に取り組んできている。障害者支援施設の強みを再整理した上で、既存の支援体制の中でどのような役割を果たせるかを検討することが重要である。
- ・一方で、地域で起こっている問題や入所施設に対するニーズについて、施設側が十分認識していない実態がある。まずは、障害者支援施設が、既存の地域支援体制に対して積極的に関与するとともに、地域における取組みを進めていくことが重要である。同時に地域からも、期待する役割や求める機能などについて、入所施設に求めていくことが重要である。
- ・また、障害者支援施設と地域の連携を広げていくためには、地域からのニーズや支援場面に応じた具体的な取組みモデルを提示することが有効である。

○地域生活支援における障害者支援施設の役割・機能

- ・障害者支援施設には、施設入所以外の多様なサービスを外部に開き、地域生活支援の機能を積極的に発揮することが期待される（地域のセンター・オブ・センターとして

の位置づけ)。

- ・特に「緊急時の受け入れ・対応」機能については、障害者支援施設の果たす役割が大きい。地域の医療機関や日常的な支援を実施している施設・機関と柔軟に連携しながら、機能を強化していく必要がある。一方で、「緊急時の受け入れ・対応」のための空床の確保などハード面の整備、日常的なつながりのない人に対応するための職員の技術向上等、取り組むべき課題は多い。
- ・また、強度行動障害者など、障害特性に応じた生活介護や相談支援の専門的なノウハウを活かし、他の事業所に対して研修の機会を提供するとともに、ノウハウを持った施設の職員が積極的に地域に出向いて指導・助言を行うことによって、地域全体としてのスキルアップを図り、地域生活支援の体制づくりを推進することも求められる。
- ・このような地域との協働・繋がり、障害者支援施設にとっても、新たな視点や技術を獲得する機会にもなり得る。
- ・障害者支援施設は、従来の施設の延長線上にあるのではなく、地域の中で①基本的な人権をどうやって高めていくか。②自立のためのトレーニングを評価できるような取り組みの強化。③意思決定支援を含めた自己実現を中心に据えること。④24時間相談体制や緊急時対応のために、どういう人材が必要か、個別支援としてどう考えたらよいか。⑤積極的に地域の課題に介入、サポートできること、等に取り組む必要がある。

【提言】

- ・**障害者支援施設が、自立支援協議会等を中心に構成されている既存の地域生活支援拠点に積極的に関与し、地域と施設との関係を作ることにより、施設の強みを活かせる体制を構築することが重要ではないか。**
- ・**地域生活支援体制における重要な役割を担うことを認識したうえで、具体的には、①緊急時の受け入れ・対応、②障害特性を理解した専門的人材の育成、③地域資源等との連携等の機能を果たすことが求められているのではないか。**

(2) 各論

①看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

○障害者支援施設における医療的ケア、看取り・終末期対応のあり方

- ・障害者支援施設において、やむをえず看取り・終末期への対応が必要な状況の際には、対応するかどうかはそれぞれの施設の判断に委ねられている。一方で、医療機関と十分連携出来ている必要があるなど、施設内で対応するハードルは高い。何らかのインセンティブが働かないと対応する施設は少ない。
- ・入所者の高齢化が進み医療ニーズが高くなっていることや、看護師の夜勤配置がほとんどできていない実態等を踏まえると、障害者支援施設の中に充実した医療機関、医療体制を備えることを前提とせず、地域の医療機関や民間の高齢者施設等と連携出来る体制の構築を目指すべきである。
- ・看取りにおいては、本人の意思や家族からの期待など、施設内での対応に期待が高い側面もあるが、障害者支援施設としては対応が難しいため、外部資源の活用や地域内での連携に向けた体制を整えておくことが重要である。
- ・地域と連携した医療的ケア、看取り・終末期対応の体制構築に向けて、家族との調整、

地域との関係づくり等のソフト面と、施設のバリアフリー対策や個室化等ハード面のそれぞれに関する適切な対応方針を、マニュアルとして整理することが望まれる。

- ・ 実態として、限られた資源の中では、看護師の配置などは難しく、訪問看護の導入などを検討することも必要である（ただし、現行の施設の看護職員の配置基準や常勤看護職員等配置加算との整理が必要）

【提言】

- ・ 看取り・終末期を含む医療的ケアの状況の際には、障害者支援施設内での体制強化のみでは対応が難しいため、地域の医療機関等との連携によって適切な対応を取れる体制づくりを目指すことが重要ではないか。
- ・ 地域との連携による適切な医療的ケアなどの実施を推進するために、地域との連携のあり方などのソフト面や、施設のバリアフリー化や個室化などのハード面における対応方針をまとめたマニュアルの整備を進めてはどうか。

②強度行動障害への支援について

○障害者支援施設における取組方針

- ・ 現実として、入所施設ごとの支援の質が様々な状況がある。入所施設の役割として、強度行動障害の方への対応が重要になるため、その取組みを評価する環境整備と体制が必要である。
- ・ 特定の施設だけが適切に対応できる、という状態ではなく、強度行動障害に対する理解や適切な支援方法への理解を補うための実践研修を含めた研修機会を増やし、全体のスキルアップを図るべきである。また、適切な支援を行うための、ソフト面・ハード面での整備に向けた支援も必要である。
- ・ 強度行動障害者への支援方法を確立するために、個別性の高い強度行動障害の特性等をそれぞれのケースごとに把握し、理解を行う必要がある。
- ・ 次善の策として、保護者等介護者も含めた適切な療育支援体制の構築にも取り組むことが重要である。

○障害者支援施設と地域の連携、地域移行に向けた支援方針

- ・ 適切な支援方法に関する研修機会の提供について、障害者支援施設を中心とした提供体制を構築する必要がある。
- ・ 施設における強度行動障害への支援方法は、①適切な生活環境を整える、②専門性が伴った対応をする、③地域との繋がりを作る、の3点が中心である。
- ・ 適切な生活な環境については、管理・指導するような環境ではなく、出来る限り普通の環境の中で生活することが時間はかかるが行動改善に繋がっていく。
- ・ 強度行動障害者の地域移行に関しては、地域での生活に慣れていく、生活スタイルを身につけることが重要であり、それには、生活の場や日中活動の場等において、協力・連携出来る地域資源が必要である。
- ・ 「かなり丁寧に取り組めば一定の改善が見込まれる」ということがどの報告書からも出てくる。強度行動障害がどうなのかという話ではなくて、本人の環境をどう調整するかを示していかないといけない。

- ・地域全体としての支援力を高めるためには、地域の関係機関と入所施設とが協働・交流しながら、適切な支援に対する研修を継続していく仕組みを作る必要がある。
- ・強度行動障害者は個別性が高いので、施設と受入側の地域の関係機関とで1人1人の関心や特徴について十分話し合い、適切な支援策を見出すことが重要である。それによって、支援手法の共有等も図ることができ、支援の質の向上にもつながる。

【提言】

- ・障害者支援施設における支援の質を高めるために、適切な支援方法に関する理解を深め、強度行動障害の支援に求められる専門性について明らかにするとともに、実践研修を含めた研修機会を増やし、全体のスキルアップを図る必要があるのではないかと。
- ・地域移行に向けては、地域としての支援力を高める方策として、入所施設と地域の関係機関とが連携・協働を深め、1人1人の特性に応じた適切な支援策を検討するプロセスが重要ではないかと。

③その他

総論及び各論1、2を本調査における中核的な論点と考え、各論3「その他」については、総論1、2及び各論1、2で設定したテーマ以外で、想定される施設が担うべき役割について、委員会で頂戴した意見を取りまとめる形で整理している。

注) ここにおけるハラスメントとは、「利用者等からの」ハラスメント、「職場内の」ハラスメントと両方の意味を含んでいる

【提言】

(重度重複への対応)

- ・重度重複障害が起こっている実態を把握し、それに伴う介護ニーズや医療ニーズの課題を整理する必要があるのではないかと。
- ・施設入所者の重複障害については、加齢化や重度化に伴う障害特性に対しての支援方法に関する研修機会を充実させることが重要ではないかと。

(加齢化・重度化への対応)

- ・生活におけるアクティビティを高めることによって、加齢化や重度化に伴う機能の低下をいかに予防するかが重要ではないかと。
- ・加齢化・重度化に伴う介護予防に対しては、関連する多様な専門職との連携が重要ではないかと。
- ・またソフト面だけでなく、支援を行いやすくするようなハード面の整備も重要である。

(ハラスメントへの対応)

- ・ハラスメントそのものを防ぐことと合わせて、ハラスメントが生じた際にすぐに相談できるサポート体制が必要ではないかと。
- ・ハラスメントを契機としてその他の事故等につながる可能性もあるため、ハラスメン

トを職員が我慢するのではなく、周囲に共有・相談することが利用者のためにもなる、という認識を持つことも重要ではないか。

(自然災害への対応)

- ・自然災害が発生した際、地域におけるセーフティネットとして、被災した障害者等を受け入れる機能が非常に重要である。また、短期入所、生活介護（通所）、相談支援なども行っている施設であれば、在宅で生活される障害者等の安否確認や、その方々の生活保障は重要な役割ではないか。
- ・施設そのものが被災するなど、対応を一施設で行っていくことには限界があり、平時からのネットワークの構築が重要である。災害広域支援ネットワークや災害福祉支援ネットワークに平時より参画し、顔の見える関係の構築と災害発生時の対応について、確認しておく必要があるのではないか。
- ・並行して、近隣の法人間連携（災害協定）を密に行うことなども有益である。

《参考資料》「東日本大震災 支援活動報告書 ー被災地支援の活動状況と今後の大規模災害に向けた提言ー」（日本知的障害者福祉協会 編）

「大規模災害対策基本方針の策定にあたって」（日本知的障害者福祉協会 編）

参照リンク：<http://www.aigo.or.jp/sub04.html>)

資料編

1. 委員名簿

<委員>

池崎 澄江	千葉大学大学院 看護学研究科 健康管理看護学領域 准教授
伊藤 桂子	戸田川グリーンヴィレッジ 施設長
井上 秀洋	群馬県 心身障害者福祉センター 所長
小澤 温	筑波大学 人間系 教授
樋口 幸雄	公益財団法人日本知的障害者福祉協会 副会長
丸山 英明	滋賀県 健康医療福祉部 障害福祉課 課長
三田 優子	大阪府立大学 教育福祉学類 准教授

【五十音順】

<事務局>

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
厚生労働省 障害保健福祉部 障害福祉課

2. 調査票

障害者支援施設における実態把握調査

【本調査の趣旨・調査内容について】

障害者支援施設は、入所支援としての役割や、地域生活支援拠点として中核的な役割を担うことが期待されるなど、今後、その役割はますます大きくなっていきます。一方、入所者の高齢化や障害の重度化等が進んでおり、医療との連携や「看取り」等への対応、また、「施設から地域へ」の流れのもと、入所者の地域移行へのサポート力の向上など、その機能の向上も求められています。

障害者支援施設については、障害福祉計画において施設入所者数の削減目標や、施設から地域への移行者数の目標が掲げられ、各自治体において取組みが求められているため、入所者数の観点からは、基本的に現状から増えない形での運用がされていますが、一方で入所施設を整備してほしいという要望が依然として強いという実態もあります。このようななか、障害者支援施設が担う役割等を明確化したうえで、入所機能として保有している高い専門性・24時間対応の強み等の機能を果たし、地域に開かれた施設としていくことが、施設の在り方として求められているのではないかと考えています。

本調査研究は、上記の認識等をふまえ、第6期障害福祉計画に係る基本指針の議論に向けて、障害者支援施設の現状把握を行うとともに、地域との関わりや、障害者支援施設の機能向上に向けた適切な支援等の展開について、施設に期待される役割・機能、地域における施設の位置づけ、今後の施設のあり方等について検討し、提言することを目的としています。

本調査では、実態を把握するべく情報を収集するために実施するもので、たいへん重要な調査となります。

ご多忙中お手数をおかけし誠に恐縮でございますが、調査の趣旨をご理解いただき、是非ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

※本調査は、厚生労働省の「平成30年度障害者総合福祉推進事業」の一環として行うもので、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が調査を実施します。

【調査実施者】三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 「障害者支援施設のあり方等調査」事務局
(調査専用サイト：<http://www.murc.jp/sp/1812/shogaifukushi/index.html>)

【問合せ先】TEL： 06-7637-1488 または 06-7637-1489

※受付時間 平日 9:30~13:00、14:00~17:00 (土・日・祝日を除く)

FAX： 06-7637-1479

Email： arikata@murc.jp

法人名		
施設名		
施設の所在地	〒	
	TEL. () - () - ()	
	ご担当者氏名	
	Eメール	@
施設の種類名		

問1. 平成30年11月の活動状況について、該当する番号1つに○をつけてください。

- | |
|--------------------------|
| 1 活動中 (対象サービスの利用者がいる) |
| 2 休止中、廃止 (届出を提出している場合のみ) |

↳ 問1で2と回答した場合は、次ページ以降は回答せず、このまま調査票を返送してください。

【提出期限：平成31年1月11日(金)までに提出をお願いいたします】

§1 事業所についてお聞きします。

問2. 運営主体について、該当する番号 1つ に○をつけてください。

※公設民営、指定管理等の場合は、設置者ではなく、サービスを運営する法人を回答してください。

1 都道府県、市区町村、一部事務組合	2 社会福祉協議会
3 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	4 医療法人
5 営利法人（株式・合名・合資・合同会社）	6 特定非営利活動法人（NPO）
7 国、のぞみの園、独立行政法人国立病院機構	8 独立行政法人（のぞみの園、国立病院機構以外）
9 その他の法人（社団・財団、農協、生協、学校等）	

問3. 障害者支援施設として指定されている昼間実施サービスについて、該当する番号すべてに○をつけてください。

1 生活介護	2 自立訓練（機能訓練）
3 自立訓練（生活訓練）	4 就労移行支援
5 就労継続支援A型	6 就労継続支援B型

問4. 施設の入所定員・利用者数（実人数）を記入してください。（平成30年11月時点）

入所定員	利用者数（実人数）
人	人

問5. 日中活動の状況ごとに、施設入所支援利用者数（実人数）を記入してください。（平成30年11月時点）

1 同一法人で敷地内で活動	人
2 同一法人で別の場所（敷地外）で活動	人
3 他法人・他団体が運営する日中活動事業所等で活動	人
4 その他（ ）	人

問6. 同一所在地で実施しているサービスについて、該当する番号すべてに○をつけてください。

※同一所在地で実施しているサービスとは、同一法人（実質的な同一経営を含む）が同一又は隣接の敷地内で運営しているサービスのことをいいます。

1 居宅介護	2 重度訪問介護
3 同行援護	4 行動援護
5 療養介護	6 生活介護
7 短期入所	8 重度障害者等包括支援
9 共同生活援助	10 施設入所支援
11 自立訓練（機能訓練）	12 自立訓練（生活訓練）
13 宿泊型自立訓練	14 就労移行支援
15 就労継続支援A型	16 就労継続支援B型
17 就労定着支援	18 自立生活援助
19 計画相談支援	20 地域移行支援
21 地域定着支援	22 福祉型障害児入所施設
23 医療型障害児入所施設	24 児童発達支援
25 医療型児童発達支援	26 放課後等デイサービス
27 居宅訪問型児童発達支援	28 保育所等訪問支援
29 障害児相談支援	30 地域生活支援事業のサービス
31 介護保険サービス	32 実施していない

問7. 障害者支援施設全体での職員数を記入してください。(平成30年11月30日時点)

※常勤換算数=職員の1週間の勤務時間÷施設が定める1週間の勤務時間、小数点第1位まで計上してください。

	A 常勤専従 実職員数	常勤兼務		非常勤	
		B実職員数	C常勤換算数	D実職員数	E常勤換算数
① 施設長（管理者）	人	人	人	人	人
①のうち社会福祉士	人	人	人	人	人
② サービス管理責任者	人	人	人	人	人
②のうち社会福祉士	人	人	人	人	人
②のうち介護福祉士	人	人	人	人	人
②のうち精神保健福祉士	人	人	人	人	人
③ 生活支援員等	人	人	人	人	人
③のうち社会福祉士	人	人	人	人	人
③のうち介護福祉士	人	人	人	人	人
③のうち精神保健福祉士	人	人	人	人	人
④ 理学療法士	人	人	人	人	人
⑤ 作業療法士	人	人	人	人	人
⑥ 言語聴覚士	人	人	人	人	人
⑦ 医師	人	人	人	人	人
⑧ 看護師	人	人	人	人	人
⑨ 准看護師	人	人	人	人	人
⑩ 保健師	人	人	人	人	人
⑪ 管理栄養士	人	人	人	人	人
⑫ 栄養士	人	人	人	人	人
⑬ 調理員	人	人	人	人	人
⑭ 事務員	人	人	人	人	人
⑮ その他職員	人	人	人	人	人

問8. (生活介護を実施している施設のみお答えください) 医師未配置減算の適用を受けていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 受けている	2 受けていない
---------	----------

§2 在所者（通所者を除く）についてお聞きします。（平成30年11月30日時点）

問9. 障害種別に在所者数を記入してください。

※重複の場合は主たる障害で計上し、「身体障害」「知的障害」「精神障害」「難病等」の合計が、問4の利用者数（実人数）の総数に合うようにしてください。発達障害、高次脳機能障害の利用者がいる場合は、別途「（再掲）発達障害」「（再掲）高次脳機能障害」の欄に実人数を記入してください。

身体障害	知的障害	精神障害	難病等	（再掲） 発達障害	（再掲） 高次脳機能障害
人	人	人	人	人	人

問9-1. 身体障害者がいる場合、内訳を記入してください。

問9-2. 三障害の2種以上の重複障害者がいる場合、重複の内訳を記入してください。

【身体障害の内訳】		
1	視覚	人
2	聴覚・平衡機能	人
3	音声・言語・咀嚼機能	人
4	肢体不自由	人
5	うち、車いす・ストレッチャー利用者	人
6	内部障害	人

【重複障害の内訳】		
1	身体・知的	人
2	知的・精神	人
3	身体・精神	人
4	三障害	人

問10. 過去5年（各年11月30日時点）の障害種別に在所者数を記入してください。

※入所受入れをしていない年は「-」を記入してください。

年	身体障害	知的障害	精神障害	難病等	（再掲） 発達障害	（再掲） 高次脳機能障害
平成29年	人	人	人	人	人	人
平成28年	人	人	人	人	人	人
平成27年	人	人	人	人	人	人
平成26年	人	人	人	人	人	人
平成25年	人	人	人	人	人	人

問11. 障害支援区分別、性別、年齢別の実利用者数を記入してください。また、利用者の中で、強度行動障害を有する者、重症心身障害者、及び重症心身障害者以外で医療的ケアを要する者の人数を記入してください。

区分		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		17歳以下	18～19歳	20～34歳	35～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
A区分1	男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

区分		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		17歳以下	18～19歳	20～34歳	35～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
B 区分2	女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
C 区分3	女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
D 区分4	女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
E 区分5	女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
F 区分6	女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
G 障害児 非該当 その他	女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
A～Gのうち、 強度行動障害を 有する者		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
A～Gのうち、 重症心身障害者		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
A～Gのうち、 医療的ケア※を要 する者（重心以外）		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※医療的ケアとは、たんの吸引、経管栄養、導尿、呼吸管理など、重度障害児・者（重症心身障害児・者）等の生活支援のために行う行為を指しています。

問12. 在所期間ごとの人数を記入してください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5年未満	5～10年 未満	10～15年 未満	15～20年 未満	20～25年 未満	25～30年 未満	30～35年 未満	35～40年 未満	40～45年 未満	45～50年 未満	50年以上
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

§3 新規入所者(通所者を除く)についてお聞きます。(平成29年12月1日～平成30年11月30日入所者)

問13. 障害種別に新規入所者数を記入してください。

身体障害	知的障害	精神障害	難病等	(再掲) 発達障害	(再掲) 高次脳機能障害
人	人	人	人	人	人

問13-1. 身体障害者がいる場合、内訳を記入してください。

【身体障害者の内訳】	
1 視覚	人
2 聴覚・平衡機能	人
3 音声・言語・咀嚼機能	人
4 肢体不自由	人
5 うち、車いす・ストレッチャー利用者	人
6 内部障害	人

問13-2. 三障害の2種以上の重複障害者がいる場合、重複の内訳を記入してください。

【重複障害者の内訳】	
1 身体・知的	人
2 知的・精神	人
3 身体・精神	人
4 三障害	人

問14. 年齢区分ごとの新規入所者数を記入してください。

年齢区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	17歳以下	18～19歳	20～34歳	35～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
新規入所者のうち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
新規入所者のうち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
新規入所者のうち、医療的ケアを要する者(重心以外)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

問15. 入所前の「生活の場」ごとに、新規入所者数を記入してください。

1 自宅・アパート等（親族と同居）	人
2 自宅・アパート等（単身）	人
3 同一法人内のグループホーム（共同生活援助）	人
4 他法人のグループホーム（共同生活援助）	人
5 福祉ホーム	人
6 入所施設（他の障害者支援施設）	人
7 短期入所（ロングショート）	人
8 特別養護老人ホーム	人
9 有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅	人
10 その他高齢者施設	人
11 病院（入院）	人
12 宿泊型自立訓練	人
13 障害児入所施設	人
14 その他（ ）	人

問15-1. 前問の「1」～「7」の入所者について、入所前の「活動の場」ごとに、新規入所者数を記入してください。

1 家庭のみ	人
2 一般就労（家業の手伝い等、低額の賃金の場合も含む）	人
3 生活介護	人
4 自立訓練	人
5 就労移行支援	人
6 就労継続支援A型	人
7 就労継続支援B型	人
8 その他の障害福祉サービス等	人
9 学校等	人
10 その他（ ）	人

問16. 主な入所理由ごとに、新規入所者数を記入してください。

1 家庭での支援が困難であるため	2 行動改善や生活能力の習得を目的に入所施設を利用するため	3 その他 ()
人	人	人

問16-1. 前問の家庭での支援が困難であるために入所した人について、主な理由の内訳を記入してください。

1 親の離婚や家族との死別等、介護者が不在	人
2 常時介護が必要な重度障害者であるため、介護が困難	人
3 家族の高齢化や疾病により、介護者はいるが介護できない状態	人
4 その他 ()	人

問17. 施設入所に際して、親（保護者）以外の協力者の有無の状況はどうでしたか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 協力者がいるほうが多かった	2 協力者がいないほうが多かった	3 協力者がいたことはなかった	4 わからない・覚えていない
-----------------	------------------	-----------------	----------------

問17-1. 前問で「1」または「2」と回答した方にお聞きします。協力者はどんな方でしたか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 配偶者	2 兄弟姉妹 またはその配偶者	3 子ども
-------	--------------------	-------

4 甥・姪

5 後見人等

6 その他 ()

§4 退所者（元通所者を除く）についてお聞きします。（平成29年12月1日～平成30年11月30日退所者）

問18. 障害種別に退所者数を記入してください。

身体障害	知的障害	精神障害	難病等	(再掲) 発達障害	(再掲) 高次脳機能障害
人	人	人	人	人	人

問18-1. 身体障害者がいた場合、内訳を記入してください。

【身体障害者の内訳】	
1 視覚	人
2 聴覚・平衡機能	人
3 音声・言語・咀嚼機能	人
4 肢体不自由	人
5 うち、車いす・ストレッチャー利用者	人
6 内部障害者	人

問18-2. 三障害の2種以上の重複障害者がいた場合、重複の内訳を記入してください。

【重複障害者の内訳】	
1 身体・知的	人
2 知的・精神	人
3 身体・精神	人
4 三障害	人

問19. 年齢区分ごとの退所者数を記入してください。

年齢区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	17歳以下	18～19歳	20～34歳	35～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
男	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
女	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
退所者のうち、強度行動障害を有する者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
退所者のうち、重症心身障害者	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
退所者のうち、医療的ケアを要する者(重心以外)	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

問20. 退所後の住まい別、退所に至るまでの入所期間ごとに人数を記入してください。

	5年未満	5~10年未満	10~15年未満	15~20年未満	20~25年未満	25~30年未満	30年以上
1 自宅・アパート等 (親族と同居)	人	人	人	人	人	人	人
2 自宅・アパート等 (単身)	人	人	人	人	人	人	人
3 同一法人内のグループ ホーム (共同生活援助)	人	人	人	人	人	人	人
4 他法人のグループホーム (共同生活援助)	人	人	人	人	人	人	人
5 福祉ホーム	人	人	人	人	人	人	人
6 入所施設 (他の障害者 支援施設)	人	人	人	人	人	人	人
7 特別養護老人ホーム	人	人	人	人	人	人	人
8 有料老人ホーム・ サービス付高齢者住宅	人	人	人	人	人	人	人
9 その他高齢者施設	人	人	人	人	人	人	人
10 病院 (入院)	人	人	人	人	人	人	人
11 死亡退所	人	人	人	人	人	人	人
12 その他 ()	人	人	人	人	人	人	人

問20-1. 前問の「1」～「6」の退所者について、退所後の「活動の場」ごとに、退所者数を記入してください。

1 家庭のみ	人
2 一般就労 (家業の手伝い等、低額の賃金の場合も含む)	人
3 生活介護	人
4 自立訓練	人
5 就労移行支援	人
6 就労継続支援 A 型	人
7 就労継続支援 B 型	人
8 その他の障害福祉サービス等	人
9 学校等	人
10 その他 ()	人

§5 貴施設での障害者の高齢化についてお聞きします。(平成30年11月30日時点)

※「高齢化」とは、加齢とは衰えていくものであるという加齢現象の捉え方で、加齢により日常生活での主な身辺動作や活動、社会生活への参加などに、急激な変化ではないものの、少しずつ不自由さや困難性が増え、見守りや介助などの具体的支援が不可欠となっていくことを指します。

問21. 利用条件に年齢の上限を定めていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 定めている	2 定めていない
---------	----------

▶ 問21-1. 前問で「1」を回答した(利用条件に年齢の上限がある)方にお聞きします。上限年齢は何歳ですか。

上限年齢	歳まで
------	-----

問22. 貴施設で、高齢化に伴う様々な症状が顕著にみられる人はいますか(これまでにいましたか)。該当する番号1つに○をつけてください。

1 いる(いた)	2 いない(いなかった)
----------	--------------

▶ 16頁「看取り・終末期対応について」へ進み、問32から回答してください。

問23. 高齢化に伴う様々な症状が顕著にみられる人への対応について、該当する番号1つに○をつけてください。

1 事業所内で対応する	2 高齢者施設(特別養護老人ホーム等)への移行等に対応する	3 その他()
-------------	-------------------------------	----------

▼ 問23-1. 前問で「2」を回答した(高齢者施設への移行等に対応する)方にお聞きします。高齢者施設への移行等の際の判断基準について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1 医療的ケアが必要になった場合	
2 疾病等を併発し、入退院を繰り返すようになった場合	
3 寝たきりに近い状態となった場合	
4 寝たきりとなった場合	
5 認知症に伴う周辺症状が顕著にみられるようになった場合	
6 その他()	他

問24. 平成30年11月30日現在で、高齢者施設(特別養護老人ホーム等)の待機者となっている入所者の人数を記入してください。

高齢者施設の待機者	人
-----------	---

問25. 利用者の高齢化に伴い、現在すでに実施している支援について、該当する番号すべてに○をつけてください。

A 【支援サービスの強化】	1	送迎サービスの強化	2	理学療法士による指導・支援の強化
	3	作業療法士による指導・支援の強化	4	健康相談・健康診断の拡充
	5	看護師の配置・増員	6	グループホームへの移行支援の強化
	7	地域生活支援センター等地域と連携した生活支援の拡充	8	高齢デイサービス等他の地域資源を活用した生活支援の拡充
	9	その他の支援サービスの強化 ()		
B 【設備の充実】	10	電動車椅子の設置・増設	11	手動車椅子の設置・増設
	12	作業室等のフラット化	13	車椅子トイレの増設・トイレの改修
	14	シャワー室の整備・改修	15	静養室の拡充
	16	手すりの設置・増設	17	エレベーターの設置・改修
	18	その他の設備の充実 ()		
C 【介助の強化】	19	食事介助場面の増加	20	病態特別食（腎臓食・糖尿病食等）の対応
	21	形態特別食（きざみ・流動食等）の対応	22	食事用の自助具の用意
	23	排泄介助場面の増加	24	服薬管理場面の強化
	25	口腔ケア場面の強化	26	通院同行場面の増加
	27	その他の介助の強化 ()		
	28	特になし		

問26. 高齢化に伴う様々な症状が顕著な利用者の症状は具体的にどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	視力の低下	2	聴覚の低下
3	歩行困難	4	腰痛・関節痛
5	言語障害	6	嚥下障害
7	歯の老化（入れ歯の使用）	8	体の一部の麻痺
9	認知機能の低下	10	全般的な体力の低下

問27. 高齢化によって問題となっている在所者について、年齢区分ごとに人数を記入してください。

	1	2	3	4	5	6	7	8
	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
高齢化によって問題となっている人	人	人	人	人	人	人	人	人

※問27で0人だった場合は、問28から回答してください。

問27-1. 前問の高齢化によって問題となっている在所者について、毎日の行動の範囲を記入してください。

1	施設敷地外への外出が見られるなど、行動は活発であり、危なげは無い	人
2	普通に行動はしているが、その範囲は生活寮の周辺（あるいは日常の散歩等が行われている生活空間）に限られている	人
3	動作等が緩慢となり、集団行動に乗れなくなってきた	人
4	行動はほとんど居住棟の中である	人
5	動きは少なく、居室中心である	人
6	ほとんど寝たきり、移動は介助のもとで行われる	人

7 寝たきりである

人

問27-2. 高齢化によって問題となっている在所者について、日常生活動作の状況ごとに人数を記入してください。

	自立	見守り又は 介助が必要	一部介助	全介助
1 寝返り	人	人	人	人
2 座位保持	人	人	人	人
3 移動	人	人	人	人
4 食事	人	人	人	人
5 排泄	人	人	人	人
6 入浴	人	人	人	人
7 整容（洗顔・口腔清潔を含む）	人	人	人	人
8 着衣	人	人	人	人
9 服薬※	人	人	人	人

※「服薬」は、本人の目の前に事前に用意された薬がある状況で判断してください。

問27-3. 高齢化によって問題となっている在所者について、日常の意思疎通等の状況ごとに人数を記入してください。

	ほぼできる	一部できる	ほとんどできない	不明
1 意思決定	人	人	人	人
2 日課の理解	人	人	人	人
3 意思伝達	人	人	人	人
4 指示への反応	人	人	人	人

問27-4. 高齢化によって問題となっている在所者について、問題行動の状況ごとに人数を記入してください。

問題行動	人数	問題行動	人数
1 睡眠障害	人	2 昼夜逆転	人
3 被害妄想等	人	4 幻視幻聴	人
5 常時の徘徊	人	6 外出して戻れない	人
7 失禁	人	8 性的な異常行動	人
9 異食行動	人	10 不潔行為	人
11 大声	人	12 暴言暴行	人
13 自傷	人	14 器物破損	人
15 その他（		）	人

問27-5. 高齢化によって問題となっている在所者について、主な日中の過ごし方ごとに人数を記入してください。

1	作業的活動をしている（掃除、洗濯なども含む）	人
2	創作的活動をしている（好きなテレビを観るなど趣味的な活動も含む）	人
3	何もしていない（部屋にいる、活動への参加を拒む、目的もなくテレビを眺める、施設内を移動する等も含む）	人
4	ほぼベッドの上で生活している（車椅子等を利用している場合も含む）※ベッドの上でも「1」「2」に当てはまる場合は、そちらを選択すること	人
5	その他（ ）	人

問27-6. 高齢化によって問題となっている在所者について、夜間の身体介護（排泄介助、体位変換等）と夜間の見回り支援の状況ごとに人数を記入してください。

	A夜間の身体介護状況	B夜間の見回り支援状況
1	一晩（就寝後から起床まで）に2回以上必要	人
2	一晩（就寝後から起床まで）に1回程度必要	人
3	特に必要はない	人

問27-7. 高齢化によって問題となっている在所者について、日々の外出（散歩、日課、通院等）の状況ごとに人数を記入してください。

	日々の外出	左記のうち、 通院のみ
1	月に1~2回以下	人
2	週に1~2回程度	人
3	日に1回程度	人
4	日に2回以上	人

問28. 利用者的高齢化が支援上の課題になっていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1	重要な課題になっている	2	やや課題になっている	3	今はまだ課題ではない	4	わからない
---	-------------	---	------------	---	------------	---	-------

問28-1. 前問で「1」または「2」と回答した（高齢化が課題となっている）方にお聞きします。高齢者が増えたことで、課題となっていることは何ですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	医療的ケアが必要になり、施設の支援体制では充分対応できないケースがある
2	入院時の付き添いが必要な場合で家族が対応できない時の対応に困る
3	通院が増えて対応の負担が増えている
4	医療（たんの吸引・経管栄養等）対応が必要になってきた本人・家族への説明がむずかしい場合がある
5	身体機能の低下と共に介護率が高くなり車いす等の利用者も増え、リビング内や廊下などが狭い
6	加齢に伴う転倒リスクの増大、障害の重度化がある
7	一般的な高齢期よりも早く老化が進むため、高齢者対応はより若い年代から必要となる

- | | |
|----|--|
| 8 | 食事場面での個別対応が必要な利用者が増えている |
| 9 | 介護者の負担が増大する（特に、夜間の支援、入浴時、着替え時、トイレ誘導時等） |
| 10 | 常時見守りが必要なことから、1対1対応が必要である |
| 11 | 日中活動の組み立て、日中の過ごし方に配慮が必要となる |
| 12 | 動きの異なる若い利用者との住み分けが必要となる |
| 13 | バリアフリー化の未整備など高齢者が利用しやすい設備が不十分である |
| 14 | 職員の介護技術の未熟さや、高齢者福祉施策の理解度の低さがある |
| 15 | 看護師や管理栄養士などの専門職が足りない |
| 16 | 日常生活動作の支援に時間が取られるが、相当の報酬単価が設定されていない |
| 17 | 預貯金が余らない障害者の場合、入院等必要な経費が払えるか不安がある |
| 18 | 体調の変化が訴えられず、気付いた時には悪化していて、早期発見が難しい |
| 19 | その他（ ） |

問29. 利用者の高齢化に伴い、対応で苦慮している支援内容について、該当する番号すべてに○をつけてください。

A【身体介助・介護】	B【身体介助・介護以外】
1 排泄の介助・オムツ交換等	11 日常生活全般にわたる見守り・安全確保等
2 移動の介助等	12 食事の介助（刻む・とろみをつける・魚の骨を取る等）
3 入浴の介助等	13 薬の管理、服薬の介助（薬を準備して飲ませる、座薬をさす等）
4 洗顔、歯磨き、口腔ケアの介助等	14 医療的ケア
5 衣服の着脱等	15 通院の介助
6 体位交換・座位保持等	16 外出の介助
7 じよく瘡の処置等	17 寡動※・無気力等への対応
8 食事の介助（食べさせる、嚥下状態の確認等）	18 本人とのコミュニケーション（精神的安定・思いや希望の把握、意思決定支援等）
9 その他の身体介助・介護（ ）	19 その他の身体介助・介護以外（ ）
10 身体介助・介護について、特にない	20 身体介助・介護以外について、特にない

※「寡動（かどう）」とは、身体の動きが鈍く、表情の変化が乏しい状態のことをいいます。

問30. 運営の面で、利用者の高齢化はどのような影響を及ぼしていますか（及ぼすと思いますか）。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	高齢利用者と若年利用者が混在し、個別対応場面が増えている（増える）
2	体調管理が重要な利用者が増え、看護師の必要性が高まっている(高まる)
3	食事提供、入浴など、現在実施していないサービスのニーズが高まっている（高まる）
4	送迎サービスのニーズが高まっている（高まる）
5	利用者家族の支援場面が増えている(増える)
6	その他（ ）
7	特に影響を及ぼしていない（及ぼすと思わない）

問31. 利用者の高齢化に伴い、新たに開始または強化したほうが良いと思う支援がありますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

A 【支援サービスの強化】	1	送迎サービスの強化	2	理学療法士による指導・支援の強化	
	3	作業療法士による指導・支援の強化	4	健康相談・健康診断の拡充	
	5	看護師の配置・増員	6	グループホームへの移行支援の強化	
	7	地域生活支援センター等地域と連携した生活支援の拡充	8	高齢デイサービス等他の地域資源を活用した生活支援の拡充	
	9	その他の支援サービスの強化（ ）			
	B 【設備の充実】	10	電動車椅子の設置・増設	11	手動車椅子の設置・増設
		12	作業室等のフラット化	13	車椅子トイレの増設・トイレの改修
		14	シャワー室の整備・改修	15	静養室の拡充
		16	手すりの設置・増設	17	エレベーターの設置・改修
18		その他の設備の充実（ ）			
C 【介助の強化】		19	食事介助場面の増加	20	病態特別食（腎臓食・糖尿病食等）の対応
	21	形態特別食（きざみ・流動食等）の対応	22	食事用の自助具の用意	
	23	排泄介助場面の増加	24	服薬管理場面の強化	
	25	口腔ケア場面の強化	26	通院同行場面の増加	
	27	その他の介助の強化（ ）			
		28	特にない		

§6 貴施設の看取り・終末期対応についてお聞きします。(平成30年11月30日時点)

※「看取り・終末期対応」とは、余命がわずかになった人に、終末期のケア（苦痛の緩和措置など穏やかに終焉を迎えられるようにするためのケア）を行い、実際に亡くなられるまで施設で介護することを指します。病院など施設外で亡くなられた場合や、終末期ではない方が急死された場合などは含めないでください。

問32. 看取り・終末期対応の実績はありますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 ある	2 ない
------	------

▶ 問32-1. 前問で「1」を回答した（看取り・終末期対応の実績がある）方にお聞きします。平成29年12月1日～平成30年11月30日の1年間の看取り・終末期対応の件数を記入してください。

対応実績数	件
-------	---

問33. 看取り・終末期対応ができる体制は整備されていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 整備している	2 整備する予定である	3 予定はなく整備していない
----------	-------------	----------------

問34. 看取りケア・終末期対応に対するマニュアルが整備されていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 整備している	2 整備する予定である	3 予定はなく整備していない
----------	-------------	----------------

問35. 看取り・終末期対応を実施するに当たっての課題は何ですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 延命治療などについて本人への意思確認等が難しい
2 家族等との意思疎通や説明が難しい
3 ターミナルに関して連携できる医療機関がない
4 他の入所者への影響が心配
5 職員のメンタル面に与える影響が心配
6 ターミナルに対応するための施設の設備や人員体制が不足している
7 ターミナルへの対応がコスト的に適切に評価されない
8 その他 ()

▶ 問35-1. 前問で「7」（コスト的に適切に評価されない）と回答した方にお聞きします。どのような対応が評価されないと感じますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 医療機関との連携に要する費用
2 ターミナル対応のために必要となる医療機器等の導入費用
3 終末期を過ごすことのできる個室など特別なスペースの整備費用
4 ターミナル対応のための手厚いケアにかかる職員体制の人件費
5 家族への説明やきめ細かい連絡・対応、家族支援等
6 ターミナルケアに関する職員研修や職員のメンタル面のサポート等
7 その他 ()

問36. 施設の方針として人生の最終段階の患者等に対して、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）【愛称：「人生会議」】の内容を実践していますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 実践している
2 実践していないが、入所者側からの話し合いのニーズがあり、実践を検討中である
3 実践しておらず、実践の検討もしていない

※「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」【愛称：「人生会議」】とは、今後の医療・療養について患者等・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことです。患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましいとされ、ACP の話し合いには、「患者本人の気がかりや意向」、「患者の価値観や目標」「病状や予後の理解」「医療や療養に関する意向や選好」「その提供体制」等が含まれます。

§7 貴施設の医療的ケアについてお聞きします。(平成30年11月30日時点)

※医療的ケアとは、たんの吸引、経管栄養、導尿、呼吸管理など、重度障害児・者（重症心身障害児・者）等の生活支援のために行う行為を指しています。

問37. 医療的ケアを実施していますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 実施している	2 実施していない
----------	-----------

↳ 「2」（医療的ケアを実施していない）場合は、問38～48は回答せず、問49へ進んでください。

問38. たんの吸引、経管栄養について、研修を受けた職員（医師、看護職員以外）が対応していますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 対応している	2 対応していない
----------	-----------

※看護職員を配置している事業所にお聞きします。

※（看護職員を配置していない事業所は、問39～41は回答せず、問42へ進んでください。）

→ 問39. 看護職員の業務内容について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1 入所者の健康状態の観察
2 診療及び治療の補助
3 入所者の状態の急変に関するリスクアセスメント(予兆を事前に察知すること)
4 入所者の異常時の対応方法の判断
5 関係機関等への連絡(医師への連絡や救急車の要請等)
6 家族への説明
7 利用者が急変時の対応方法について介護職員への周知
8 職員への研修
9 日常生活の援助
10 医療材料・機器の管理
11 その他 ()

問40. 看護職員の夜勤体制について、該当する番号1つに○をつけてください。

1	必ず夜勤の看護職員がいる	2	必ず宿直の看護職員がいる
3	ローテーションにより看護職員がいる時間 とない時間がある	4	通常、看護職員は勤務しないが、状態に 応じて勤務することがある
5	オンコールで対応する	6	特に対応していない
7	その他 ()		

問41. 看護職員の勤務している時間帯について、該当する番号すべてに○をつけてください。

※下記の時間帯の半分以上を勤務している場合に○をつけてください。(平成30年11月29日6時から11月30日6時までの勤務状況)

1	2	3	4	5
6:00~8:59	9:00~16:59	17:00~19:59	20:00~21:59	22:00~5:59

※医師を配置している事業所にお聞きします。

※(医師を配置していない事業所は、問42~47は回答せず、問48へ進んでください)

→ 問42. 配置医師の契約状況ごとに平成30年11月における医師の人数、勤務実績を記入してください。

		A 契約数	B 勤務日数合計	C 勤務時間合計
1	常勤医	人	日	時間
2	非常勤医	人	日	時間
3	嘱託医	人	日	時間
【医療機関との契約】※医療機関に医師を派遣依頼				
4	契約医療機関数	ヶ所		
5	契約医療機関からの派遣医師	人	日	時間

問43. 平成30年11月における常勤医・非常勤医・嘱託医・派遣医師の勤務時間以外の対応実績について、記入してください。

勤務時間以外の電話対応		A 常勤医	B 非常勤医	C 嘱託医	D 派遣医師
1	対応回数	回	回	回	回
2	一回当たりの平均所要時間	分/回	分/回	分/回	分/回
勤務時間以外の施設出勤対応					
3	対応回数	回	回	回	回
4	一回当たりの平均所要時間	分/回	分/回	分/回	分/回

問44. 配置医師の業務内容について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1 定期健診	2 施設内の回診
3 施設内医務室での診療	4 予防接種
5 臨時の往診等	6 主治医意見書の作成
7 入所者の健康管理に関する指示・指導	8 家族へのインフォームドコンセント
9 施設内のケア会議等への出席	10 その他 ()

問45. 配置医師の診療科目について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1 内科	2 外科	3 整形外科	4 皮膚科
5 精神科	6 眼科	7 歯科	8 その他

▼
問45-1. 前問で「7」(歯科)と回答した方にお聞きします。定期的に歯科検診を実施していますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 実施している	2 実施していない
----------	-----------

問46. 配置医師の電話による相談の体制について、時間帯ごとに、該当する番号1つに○をつけてください。

問46-1. 前問で「1」(電話相談できる)と回答した方にお聞きします。配置医師の電話による相談の具体的な対応方法について、該当する番号すべてに○をつけてください。

時間帯	電話相談の体制	具体的な対応方法
A 平日日中の勤務時間外	1 電話相談できる	1 必要に応じて施設に来てもらえる 2 電話による対応のみ 3 その他 ()
	2 電話での対応はない	
B 夜間	1 電話相談できる	1 必要に応じて施設に来てもらえる 2 電話による対応のみ 3 その他 ()
	2 電話での対応はない	
C 休日・祝日	1 電話相談できる	1 必要に応じて施設に来てもらえる 2 電話による対応のみ 3 その他 ()
	2 電話での対応はない	

問47. 平成30年11月に、施設内で配置医師が対応できず通院となったことがありますか。該当する番号 1 つに○をつけてください。

1 ある	2 ない
------	------

▶ 問47-1. 前問で「1」（施設内で配置医師が対応できず通院となったことがある）と回答した方にお聞きします。施設内で、配置医師が対応できず通院となった理由について、該当する番号 すべて に○をつけてください。

1 医師の専門（診療科目）が異なった	2 入所前からの主治医がいた
3 病状・症状から施設内での対応が難しかった	4 配置医師の都合による
5 配置医師が不在だった	6 その他（ ）

問48. 施設で受入れ可能な医療的ケアについて、該当する番号 すべて に○をつけてください。また、受入れ可能な場合、平成30年11月の利用者数について、記入してください。

※利用者数は、事業所内（職員・看護師）によるもののみ計上し、医療機関への通院による医療行為等は除いてください。

受入れ可能な医療的ケア (番号に○をつけてください)	利用者数	受入れ可能な医療的ケア (番号に○をつけてください)	利用者数
1 吸引（咽頭手前までの口腔内）	人	2 吸引（鼻腔）	人
3 吸引（咽頭より奥または気切）	人	4 経鼻経管栄養	人
5 胃ろうまたは腸ろうによる栄養管理	人	6 点滴	人
7 膀胱（留置）カテーテルの管理	人	8 人工肛門（ストーマ）のケア	人
9 ネブライザー	人	10 酸素療法（酸素吸入）	人
11 気管切開のケア	人	12 人工呼吸器の観察	人
13 中心静脈栄養	人	14 持続モニターの管理(心拍・血圧・酸素飽和度等)	人
15 じょく瘡の処置（Ⅰ度・Ⅱ度）	人	16 じょく瘡の処置（Ⅲ度・Ⅳ度）	人
17 創傷処置	人	18 疼痛管理（麻薬の使用あり）	人
19 疼痛管理（麻薬の使用なし）	人	20 インスリン注射	人
21 導尿	人	22 浣腸	人
23 摘便	人	24 服薬管理（麻薬の管理を除く）	人
25 麻薬の管理	人	26 透析	人
27 血糖値測定	人	28 そ の 他 ()	人

問49. 医療機関とどのような関係がありますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 連携先（病院）がある(併設ではない)	2 連携先（診療所）がある(併設ではない)	3 病院が併設している	4 診療所を併設している	5 その他（ ）
----------------------	-----------------------	-------------	--------------	----------

→ 問49-1. 前問で「1」または「2」を回答した（連携先がある）方にお聞きします。連携先の医療機関で対応できなかったことはありますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 ある	2 ない
------	------

→ 問49-1-1. 前問で「1」（連携先の医療機関で対応できなかったことがある）と回答した方にお聞きします。平成29年12月1日～平成30年11月30日の1年間の連携先の医療機関へ対応を要請した件数を記入してください。

対応を要請した件数	件
-----------	---

問49-1-2. 前問の対応を要請した件数のうち、連携先の医療機関で対応できなかった件数を記入してください。

<u>対応できなかった件数</u>	件
-------------------	---

問49-1-3. 連携先の医療機関で対応できなかった理由について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1	専門医がない 具体的に →	1 内科 2 外科 3 整形外科 4 皮膚科 5 精神科 6 眼科 7 歯科 8 その他（ ）
2	ケア対応できる看護師などが不足している	
3	病院のバリアフリー化がされていない	
4	夜間・休日に対応してもらえない	
5	重度の場合に対応できない	
6	通院ができないときに、訪問診療をしていない	
7	診察のための機器・設備が十分でない	
8	待ち時間が長くて本人が我慢できない	
9	受診について家族の了承が得られなかった	
10	病院のベッドが空いていなかった	
11	付きそ職員が確保できなかった	
12	その他（ ）	

§8 貴施設の強度行動障害等への対応についてお聞きします。

問50. 重度障害者支援加算（Ⅱ）を算定していますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 算定している	2 算定していない
----------	-----------

問51. 「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）」を受講した職員がいますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 いる	2 いないが、現在受講中	3 いない（受講していない）
------	--------------	----------------

▶ 問51-1. 前問で「1」または「2」（受講者がいる）と回答した方にお聞きします。受講した職員は何人ですか。

受講職員数	人
-------	---

問52. 「強度行動障害支援者養成研修（実践研修）」を受講した職員がいますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 いる	2 いないが、現在受講中	3 いない（受講していない）
------	--------------	----------------

▶ 問52-1. 前問で「1」または「2」（受講者がいる）と回答した方にお聞きします。受講した職員は何人ですか。

受講職員数	人
-------	---

問53. 行動障害のある人に対するの支援手順や統一的な支援方法について職員間で共有できていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 支援手順が決まっており、共有できている	2 支援手順が決まっているが、共有できていない	3 支援手順は特に決まっていない
-----------------------	-------------------------	------------------

§9 貴施設の地域移行の支援や、地域移行に伴う行政や関係機関との連携についてお聞きします。

問54. 平成29年12月1日～平成30年11月30日の1年間の地域移行者数を、記入してください。

地域移行者数	人
--------	---

問55-2-2. 入所者が生活能力を習得するための取組み上の課題について、該当する番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 | 施設として、どのような支援を行えばよいのかというノウハウが不十分 |
| 2 | 取組みを行うための人員の確保ができない |
| 3 | 職員のスキルが不十分であるため、適切な支援が行えない |
| 4 | 立地が町中から遠い等物理的に地域との交流が困難 |
| 5 | 地域の障害に対する理解が不十分 |
| 6 | その他 () |

問55-3. 住まいの場を確保するための取組みについて、該当する番号 1 つに○をつけてください。

- | | |
|----------|-----------|
| 1 実施している | 2 実施していない |
|----------|-----------|

➡ 問55-4へ進んでください。

▶ 問55-3-1. 前問で「1」（住まいの場を確保するための取組みを実施している）と回答した方にお聞きします。具体的な取組みの内容について、該当する番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---|--|
| 1 | 法人自らグループホーム等住まいの場を整備 |
| 2 | 居住サポート事業等を活用し、不動産業者等と連携を図り賃貸住宅等住まいの場を円滑に確保 |
| 3 | (自立支援)協議会等関係者との連携・協議を通じ、グループホームや民間住宅、公営住宅を確保 |
| 4 | その他 () |

問55-3-2. 住まいの場を確保するための取組み上の課題について、該当する番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 | 施設として、どのように取り組めばよいのかというノウハウが不十分 |
| 2 | 取組みを行うための人員が確保できない |
| 3 | 地域に既存のグループホームが少ないため、確保が難しい |
| 4 | アパート等民間住宅の空きがない(少ない) |
| 5 | 不動産業者の協力が得られない |
| 6 | 地域住民の理解が得られず、民間住宅等の利用ができない |
| 7 | その他 () |

問55-4. 地域で障害者を支える体制づくりについて、該当する番号1つに○をつけてください。

1 実施している	2 実施していない
----------	-----------

➡ 問55-5へ進んでください。

▶ 問55-4-1. 前問で「1」（地域で障害者を支える体制づくりを実施している）と回答した方にお聞きします。具体的な取組みの内容について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1	法人自らが地域の障害者に対する訪問サービスや通所サービスを実施
2	グループホーム等に対するバックアップ(緊急時等の応援態勢 等)
3	グループホーム等に対する支援ノウハウの伝達等の人材育成
4	地域住民による見守り支援体制づくり
5	障害者が安心して生活できるよう地域住民に対する啓発活動を実施
6	関係機関との連携・協議を通じた、見守りや相談等のネットワークづくり(居住サポート事業の活用を含む)
7	そ の 他 ()

問55-4-2. ネットワークづくりで具体的に連携協議している機関等について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1	(自立支援)協議会	2	相談支援事業者
3	グループホーム等他の障害福祉サービス事業所	4	自治会
5	企業	6	商工会
7	行政機関	8	不動産業者
9	その他 ()	10	連携・協議している機関等はない

問55-4-3. 地域で障害者を支える体制づくりを実施する上での課題について、該当する番号すべてに○をつけてください。

1	施設として、地域とどのように連携をとればよいのかノウハウが不十分
2	人手が確保できない
3	立地が町中から遠い等物理的に地域との連携が困難
4	そ の 他 ()

問55-5. 地域移行に向けて利用者の意識を高めるための動機付けについて、該当する番号すべてに○をつけてください。

1	個別相談を行っている
2	グループホーム等の見学、体験入居を行っている
3	定期的な外出を行っている
4	その他 ()
5	特に取り組んでいることはない

問55-6. 地域移行への取組みを進める際、利用者の家族の理解を得るために家族に対して行っている働きかけについて、該当する番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | 家族の会、保護者の会等を開催している |
| 2 | 地域移行に関する情報提供をしている |
| 3 | 施設を退所した利用者家族に、体験談を保護者会等で話してもらっている |
| 4 | その他 () |
| 5 | 特に家族への働きかけは行っていない |

問55-7. 地域移行に向けて必要な条件と思うものについて、該当する番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | グループホームや社会復帰施設等、地域で生活できる場の整備 |
| 2 | 日中活動の場の整備 |
| 3 | 地域生活の訓練ができる場の整備（外泊ができる場の提供） |
| 4 | 金銭管理の支援 |
| 5 | 相談できる体制の整備（夜間及び緊急を含む） |
| 6 | 相談できる体制の整備（夜間及び緊急を除く） |
| 7 | 地域の理解を進めるための啓発活動 |
| 8 | その他 () |

問55-8. 地域移行者が利用している居宅サービスについて、該当する番号すべてに○をつけてください。

- | | | |
|----------------------------|----|--|
| A
障害福祉サービス・
地域生活支援事業 | 1 | 行動援護 |
| | 2 | 重度訪問介護 |
| | 3 | 重度障害者等包括支援 |
| | 4 | 居宅介護 |
| | 5 | 短期入所 |
| | 6 | 移動支援 |
| | 7 | 同行援護 |
| | 8 | 地域活動支援センター |
| | 9 | 相談支援 |
| | 10 | 日中活動サービス（生活介護、就労継続支援A・B、就労移行支援、自立訓練 等） |
| | 11 | 福祉用具貸与（車椅子・手すり・特殊寝台・スロープ・床ずれ防止用具等） |
| | 12 | その他の障害福祉サービス・地域生活支援事業 () |
| B
介護保険
サービス | 13 | 訪問介護（身体介護） |
| | 14 | 訪問介護（生活援助） |
| | 15 | 訪問介護（通院等乗降介助） |
| | 16 | 訪問入浴介護 |

B 介護保険サービス(つづき)	17	訪問看護	
	18	訪問リハビリテーション	
	19	通所介護・デイサービスセンター	
	20	通所リハビリテーション(デイケア)	
	21	短期入所	
	22	福祉用具貸与(車椅子・手すり・特殊寝台・スロープ・床ずれ防止用具等)	
	23	その他の介護保険サービス ()	
C その他	24	その他 ()	

問55-9. 現在施設で生活している障害者の生活圏域に、身体障害、知的障害、精神障害に対応可能な居宅介護サービス事業所がありますか。A～Cそれぞれについて、該当する番号1つに○をつけてください。
※生活圏域の範囲は問いません。生活実感としての生活圏域で判断して下さい。

A 身体障害に対応可能な事業所		B 知的障害に対応可能な事業所		C 精神障害に対応可能な事業所	
1	ある	1	ある	1	ある
2	ない	2	ない	2	ない
3	わからない	3	わからない	3	わからない

問55-10. 地域移行に向けて、地域に不足していると感じるサービスについて、該当する番号に3つまで○をつけてください。

1 生活介護	2 自立訓練(機能訓練)
3 自立訓練(生活訓練)	4 就労移行支援
5 就労継続支援(A型)	6 就労継続支援(B型)
7 短期入所	8 共同生活援助(グループホーム)
9 地域移行支援	10 地域定着支援
11 相談支援事業	12 その他()
13 特になし	

§10 地域生活支援拠点等についてお聞きします。

問56. 貴施設は、地域生活支援拠点等に位置づけられていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 いる	2 いない
------	-------

29頁「ハラスメントについて」へ進み、問57から回答してください。

▶問56-1. 前問で「1」（地域生活支援拠点等に位置づけられている）と回答した方にお聞きします。それはどのような整備型ですか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 多機能拠点整備型の中心 的な役割	2 面的整備型の一部	3 (多機能・面的) 併用型
4 その他 ()		

問56-2. 貴施設は主にどの役割を担っていますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 相談	2 緊急時の受け入れ・対応
3 体験の機会・場	4 専門的人材の確保・養成
5 地域の体制づくり	

問56-3. 関係機関との連携で取り組まれていることについて、該当する番号すべてに○をつけてください。

1 専門職や地域住民に拠点等の意義の説明（講演会等）の場を作っている
2 関係機関が把握している情報も含め、ニーズを把握・分析している
3 関係機関が把握している情報も含め、社会資源を整理している
4 関係機関、専門職の役割の確認や地域の社会資源を知る機会として研修会等を実施している
5 関係機関間ですぐ相談し、対応できる信頼関係を構築している
6 関係機関が共同でコールセンターなどの事業を実施している
7 体験型入所などの自立訓練の場を確保している
8 関係機関が共同で「事前登録制」を設ける等、緊急時に備えている
9 関係機関に「緊急対応支援員」の協力依頼を行い、緊急時対応における体制づくりを行っている
10 日常生活の体験の場、宿泊体験の場として、グループホーム等と連携している
11 専門的ケアに対応するために、関係機関でOJTによる研鑽や実務研修を行っている
12 拠点等の整備や運営のために、地域にある協議会で事例検討等を行っている
13 民生委員、町内会、ボランティアなどの地域団体等と連携して、障害者を見守るネットワークづくりを行っている
14 地元大学の学生に、現場実習の場や地域との交流活動の場として提供している
15 その他 ()

問56-4. 関係機関との連携で課題となっていることがあればお書き下さい。

--

§11 ハラスメントについてお聞きします。

問57. 貴施設では、利用者やその家族から職員へのハラスメントに関して、相談を受け付ける体制がありますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 ある	2 ない
------	------

▶ 問57-1. 前問で「1」と回答した方にお聞きします。平成29年12月1日～平成30年11月30日の1年間で、実際に何について相談を受けたことがありますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 セクハラ	2 パワハラ	3 その他 ()	4 相談を受けたことはない
--------	--------	--------------	---------------

問58. 利用者やその家族から職員へのハラスメントは、近年増えていると感じますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 増えている	2 あまり変わらない	3 減っている	4 わからない
---------	------------	---------	---------

問59. 利用者やその家族から職員へのハラスメントが起きる原因は何だと思えますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	利用者・家族に対するサービスの事前説明不足
2	利用者・家族に対するサービスの無理解
3	利用者・家族に対するサービスへの過剰な期待
4	利用者・家族のモラルの低下
5	利用者・家族と介護従事者のコミュニケーション不足
6	利用者・家族の生活歴や性格に伴うもの
7	ストレスのはげ口になりやすい
8	介護従事者の尊厳が低く見られている
9	認知症に伴う周辺症状
10	精神疾患等に伴う症状
11	高次脳機能障害等に伴う症状
12	そ の 他 ()

問60. 利用者やその家族から職員へのハラスメントを防ぐためにどのような対応が必要だと思いますか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1	事業所内での情報共有
2	ハラスメントへの対応を円滑にする法人の組織体制の整備
3	法人のハラスメント対策の教育
4	法人のマニュアルの整備
5	専門知識の研修によるサービス提供者側のスキルアップ
6	利用者・家族への啓発活動
7	自治体等の支援・相談体制の構築・強化
8	その他 ()

§12 事故・安全管理についてお聞きします。

問61. 貴施設では、介護事故が起こった場合の市区町村への報告に関して、以下の項目について施設で定められていますか。A～Cそれぞれについて、該当する番号1つに○をつけてください。

A【市区町村への報告対象の範囲】	B【市区町村への報告様式・書式】	C【市区町村への報告手順・要領】
1 定められている	1 定められている	1 定められている
2 定められていない	2 定められていない	2 定められていない
3 わからない	3 わからない	3 わからない

問62. 貴施設では、平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）に介護事故による死亡事故はありましたか。件数を記入してください。

死亡事故件数	件
--------	---

問63. 貴施設では、平成29年度（平成29年4月1日～平成30年3月31日）において、施設から市区町村へ報告した介護事故はありましたか。それぞれについて、件数を記入してください。

転倒	転落	誤嚥	異食	じょく瘡	誤薬	医療的ケア関連※	その他	合計
件	件	件	件	件	件	件	件	件

※「医療的ケア関連」とは、点滴抜去、チューブ抜去、機器トラブル等をいいます。

問69. 利用者・家族からのクレーム対応の体制を構築していますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 している	2 していない
--------	---------

問70. 利用者・家族からのクレーム対応マニュアルは作成していますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 している	2 していない
--------	---------

問71. 入所者や家族へ相談窓口(施設外も含む)の案内・周知を行っていますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 行なっている	2 行なっていない
----------	-----------

▶ 問71-1. 前問で「1」と回答した方にお聞きします。案内する場所はどこですか。該当する番号すべてに○をつけてください。

1 施設内の窓口	2 施設外の法人の窓口
3 市区町村	4 国民健康保険連合会
5 その他 ()	

問72. 平成30年4月～11月の間、利用者・家族からのクレームの有無について、該当する番号1つに○をつけてください。

1 ある	2 ない	3 わからない
------	------	---------

▶ 問72-1. 前問で「1」と回答した方にお聞きします。クレーム件数について、記入してください。

クレーム件数	件
--------	---

問73. 利用者・家族からのクレームについて、主に誰が対応しますか。該当する番号1つに○をつけてください。

1 看護職員	2 介護職員
3 施設長	4 医師
5 生活相談員	6 その他(職種:)
7 わからない	

問74. 利用者・家族からのクレームの内容について多いものは何ですか。該当する番号に3つまで○をつけてください。

1 ケアの質や量に関すること	
2 職員の接遇や態度に関すること	
3 利用者の私物の紛失や破損に関すること	
4 施設設備に関すること	
5 財産管理、遺言等に関すること	
6 入所者同士のトラブルに関すること	
7 その他 ()	

質問は以上です。あらためて、記入漏れがないかどうかご確認ください。
ご協力ありがとうございました。

3. 論点ごとの主な意見

総論①：施設入所者の削減について

◆第1回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 家族の高齢化や病気などによる緊急入所というケースが増えている中で、入所者数の削減というのは、当事者家族への心理的影響が大きいと思われる。
- ・ 市町村によっては、相談支援専門員が在宅サービスを組み立てようとしてもヘルパーがなかなか見つからないことがある。地域で暮らしたいという希望があっても、夜間、医療的ケアが必要な方に対応してくれるヘルパーの確保に苦労している。
- ・ なぜ地域移行が必要なのか、地域移行の対象者像といった形から進めると良い。

(B委員)

- ・ 入所施設の定員削減率のみを重視し、現に存在する入所待機者などの実態を考慮しないで削減を進めることについては慎重に検討すべきである。
- ・ 入所施設は障害のある方にとって必要な機能の一つであり、より小規模かつ個別性を重視した形態に変えながら、重要な社会資源として有効に活用していくべきである。まずは入所施設の安心や人的な機能を活かした「入所施設の分場」や「入所施設のサテライト住居」等を街中に設置することを提案する。(別紙：「サポート体系案」、「ありのままにあたり前に」参照)
- ・ 軽度の方に限らず、重度の方であっても地域で不安なく暮らせる仕組みを確立すべきである。重度の方や行動障害のある方であっても、地域移行のニーズがある場合には対応できるように、入所の分場やサテライトを増やし、さらに、重度であっても安心して暮せるグループホーム等を増やすべきではないか。
- ・ 障害福祉施設として、施設の小規模化や地域移行の推進による、**入居利用者の生活の質の向上が重要**である。Ex. グループホームの機能充実

(C委員)

- ・ 施設入所者の削減が前提となっているが、当県の場合、入所施設の定員数が少なく、重度化等への支援のために入所施設を望む声も保護者等から出てきている。**削減ありきではなく、入所施設での支援が真に必要な方に対して、適切にサービス提供ができる体制づくりという視点が必要ではないか。**
- ・ **施設入所者を削減することが目的ではなく、様々な取組みの中で、結果的に削減がなされるというメッセージが重要である。**
- ・ 入所施設を望む声は、24時間預かってもらえるということだけが強調され、期待感が高まっている可能性がある。まず入所者の実態をつまびらかにして、地域で求められている入所施設像、特に地域と施設の連携のあり方をイメージしながら議論を進める必要がある。

(D委員)

- ・ 削減率等の数字にこだわると、退所出来る人と退所出来ない人が分けられてしまう印象があり、重度の長期入所者ばかり施設に残る、という状態が想起される。

- ・ 「重度の人にとって地域移行は関係ない」という考えを、家族や本人に与えてしまうことのないように、各人が施設に居た理由に焦点をあてなければいけない。
- ・ 堺市事例：「入所施設が欲しい」理由として、地域の資源が入所削減や地域移行に見合うものになっていないことがあり、家族が元気であっても相談ができる拠点を求めている。
- ・ 施設が必要な理由としては、緊急入所の際の保険としての必要性、ショートステイの不足を補完する施設としての必要性、グループホームに対する不信感からの必要性等がある。

(E 委員)

- ・ 入所者の高齢化より、家族の高齢化が問題になっている。ショートステイ機能がとても大事。

◆第2回委員会における主な意見・考え方

(A 委員)

- ・ 保護者に「いずれは施設入所」という思いがあり、保険的に施設入所の申し込みをする方もいる。
- ・ 地域移行を前提に、病院から一時的に入所をしたケースもある。入所施設は、地域に行くためのトレーニング的な位置付けであっても良い。
- ・ 年齢的には 40 代後半から 50 代の方の新規利用者の受入れが増えており、保護者などの支える側の状況が入所に結び付いている場合が多いと感じる。
- ・ 一律に入所者数削減を目指すのではなく、入所の経緯も様々なので、入所経緯による分析をするとまた別の知見が得られると思う。
- ・ 自分が入所すると決めて、入所されている方もいる。そういう方は、「地域に居ること」ではなく「親と離れて自分だけで暮らすこと」が自立と捉えており、自分で施設のサービスや地域のサービスを利用しながら自立した生活を送っている。地域に移行することだけが、その人らしく生きるということではないのだと、感じている。

(B 委員)

- ・ 施設の定員削減率を柱とした目標は無理がある。長期的に、後戻りしない数値目標を出してほしい。
- ・ 新規入所ニーズの実態を調べるのが 1 つのアプローチではないか。
- ・ 現在の入退所者の分析を行うことによって、より具体的で実現可能な方法が出せる。
- ・ 入所施設の削減よりも、地域資源を増やしていくということへスライドしないといけない。

(F 委員)

- ・ 入所理由としては、本当に本人が入りたい場合と、保護者が、高齢化により介護が困難になったため施設を利用してほしいと希望している場合があるが、後者が多いように感じる。
- ・ 安心して生活できる仕組みが地域にあれば、障害者支援施設とどちらかを選ぶという話になると思う。
- ・ 生活介護＋グループホームという生活の場が地域にある状態でないと、障害者支援施設で優先的に受け入れる人や地域移行対象者について考えるのは難しい。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 真に施設入所が必要な対象者の状態像を明らかにするために、まず、現在の入所者の状態を調査し明らかにする必要がある。対象者像は地域のサービスの状況と関連することから、グループホームや日中活動系事業所、訪問系サービスなど地域資源の整備状況と施設入所との関係も把握することが必要。
- ・ 入所者本人やその家族が持つ地域生活移行に対する漠然とした不安感が、地域生活移行の隘路になる場合が少なくない。この不安感を払拭するためには、地域生活にはなく、入所施設にあるとされる支援を一つ一つ洗い出し、解決法を提示するプロセスが必要。
- ・ 障害者支援施設に対して地域生活移行に取り組む場合のインセンティブが不足しており、一旦入所するとケース会議が開かれなくなったり、サービスなど利用計画も入所継続を前提したものになったりしている現状がある。サービス利用計画の更新時に自立支援協議会の意見や外部のアセスメントを反映させることを義務付けるなどの仕組みが必要。

(E委員)

- ・ 参考資料 16によると、入退所者は全体の5%ぐらいで、ほとんど動きがない。その中で、新規の入居者がどういう人であるべきか、現在の入居者の中でどんな人が地域移行できるのかについて注目する必要性を、改めて認識した。

(G委員)

- ・ 入所調整について、社会資源のあり様、親の意識、しっかりした対応の出来る入所施設、という3つの強い社会意識が絡んでいる。
- ・ 施設ニーズが複雑であることは、委員の皆様が指摘している通り。「障害があるゆえにどうしても」という方と、社会要因の関係、社会意識、各地域における社会資源の話を整理するのが課題である。

◆第3回委員会における主な意見・考え方

(B委員)

- ・ 真に入所支援が必要な人に入所という選択肢が可能な体制と同時に、地域移行へのサポート力を一層高めていくことが必要。人口減少の社会なので施設入所者の高齢者率も高くなっていくが、その両輪をもって削減をはかっていく。
- ・ 将来的に入所施設も「地域」と呼べるような、入所そのものを変革していく発想でないと追いつかないと思う。そのためには、今の入所施設の利用者の生活の質の向上、個室化や生活単位の最小化などを行う。理想を言えば、暮らす場所と活動する場所を完全に分離する方法にして、施設の従来概念が大きく変わる方向に持って行くべき。特に、強度行動障害の人に対して適切な支援環境や生活環境が必要なので、環境整備の助成や、施設の再整備にあたっては、新たな環境基準を設けてはどうか。
- ・ 本来ならば障がいの程度に関係なく施設から出て行けるようにならないといけない。出て行ける人が出て行って、その後が停滞している。安心して暮らしていけるほど、地域の資源が育っていない。現状は地域で暮らしにくい人がたくさんいて、その大半が施設にいる。今できることは、暮らしの場所の一つの選択肢として入所施設を位置づけていくこと。入所している方の生活のクオリティをあげないといけない。その上で、日中の活動の場所は

違う場所に出かけていく。そうすることで入所の従来の概念、自己完結した閉じた世界がなくなる。そういうふうに、段階的に入所のあり方を根本的に変えていくことで、将来の方向性も見えてくると思う。

(F委員)

- ・ 入所を考えた時に、グループホームか施設を選べる状況にあるとよいと思う。
- ・ グループホーム設置を支援するような働きかけが必要だと思う。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 入所施設が持つ機能のうち、どのような機能を地域の事業所が支援体制として持つことができれば、地域で受入れが可能なのか、ということを施設として、地域に向けて情報発信をしていく必要があるのではないか。
- ・ 現状の地域の支援の中で対応が可能な層、地域の支援体制が充実すれば受入れが可能な層、24時間支援がないと生活が難しく、入所施設でしか対応が考えにくい層など、一定のカテゴリー分けをして考えていく必要があるのではないか。ただし、地域によって、支援体制の充実度や使える社会資源が異なることから、地域支援体制の整備状況も考慮していく必要があるのではないか。
- ・ 地域移行を優先すべき対象者については、入所施設単体で考えるのではなく、受入れを行う地域の支援機関も含め、両者で対象者の共通認識を持つ必要がある。
- ・ 地域移行にあたっては、本人の意思決定支援をどうすべきか、留意する必要がある。
- ・ 仮に地域移行を優先すべき対象者像があったとしても、地域移行をする仕組み、流れをどのように作っていくか、そこに報酬での評価などがないと取組みが進まないのではないか（現状、入所施設から地域移行への取組に対しての明確な報酬上の評価がなされていないのではないか）。

(D委員)

- ・ 地域と入所施設の境目を無くしていくとなると、報酬体系とか職員体制のあり方も均していけるのか。
- ・ 地域の人でも施設を使いたいという思いがずっとあるけれど、なかなかできない。利用者にとって、施設と地域の間にはとても大きなものがあるので、「地域移行」としている。
- ・ 「施設と地域はあまり変わらなくて、施設も地域の一部」と、地域移行をしなくても良いと感じさせてしまったら、とても問題ではないかと思う。今の段階で、出れる人と出れない人を分けて、結果的にという話はしないでほしい。

(G委員)

- ・ 障害福祉計画の第5期から第6期にかけて、削減の数値目標を立ててもアウトカム評価では満たせていないが、この委員会の方向性として、「地域移行」は揺るがない。どういう形で考えたら良いのかというのが問われている。D委員とB委員の意見は、方向性のあり方という問題と、実現の可能性という問題の2つ。最終の報告書ではその両方をセットで書かないといけないと思っている。
- ・ 施設だけでなく地域のほうをどうするのかという話が出てくるが、これに一所懸命取り組もうとする地域もあれば、想定していない地域もあるので、調整が必要だと思う。

- ・ グループホームのあり方と入所施設のあり方が段々近くなっている。どちらのクオリティも高めるという意味を込めて、グループホームと入所施設を近づけるというのは、論点に書けそう。
- ・ 条件があれば、地域で暮らせる可能性は非常に高い。「その条件は何か」が今まできちんと検討されておらず、最初から「大変そうだから、人員配置の手厚い入所施設がやるべきだ」という議論になっていた。
- ・ 優先すべき対象者というのは、明確に出てこない。
- ・ 今までの支援区分や障害レベルに関係なく、現在の支援で大丈夫そうな方と、やはり相当工夫しないと難しい方がいる。砂川の事例を話してもピンとこないという様相もあるため、そこは「できている」という事実を突きつける形に整理していく必要がある。地域移行が本当に難しい層があるのかどうかについては、この会議以降、検討してほしい。
- ・ 社会的要因（親の会などが持つ地域移行への抵抗感）の話は、医学的な話でもないし、障害の話でもないが、これが現実の行政に相当に深刻な影響を与えている。社会的要因について報告書でどう触れたら良いのか、今後検討しなければいけない。
- ・ 強度行動障害や医療的ケアに関して、地域でもきちんと手厚い人員配置がされれば大半の人は暮らせるということは重要な指摘事項。ヒアリングで整理して、どういう体制を整えれば入所施設ありきという議論ではなくても良いかということを示したい。

◆第4回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 削減や地域移行の話をする時、地域の受け皿の問題に行きつく。特に身障の場合、グループホームではスペースの問題もあり、「地域移行はやはり難しい」で話が終わってしまう。地域移行の話をする時は、地域の基盤整備も進めていくことも盛り込まないといけない。

(B委員)

- ・ 入所施設の生活の質の向上について、もう少し具体的な提示が必要。生活単位の少数化、個室化を含めた居住環境。少しでも具体的な改善の方向性を示してもらいたい。
- ・ 特に日中活動の場について、入所の生活介護も地域の生活介護も一緒に考えるという発想が重要。すぐには無理だろうが、そのことが入所施設と地域とをつなげていくことになるのではないかと。
- ・ 普通の暮らしに近づけることが行動改善につながる。
- ・ 暮らしのあり方の1つとして、施設生活が挙げられるようにその質を担保する。日中は別の場所に行く。職住分離はこれまでの入所施設概念を大きく変えること。段階的に変えられるよう、あり方を示して欲しい。

(C委員)

- ・ 県でも、施設から地域への移行は重要だと協議をしているが、誰も手を出していないのが現状。(利用者の家族が望まない、施設内のことだけで地域移行にまで人手が割けない、地域でも在宅の対応で手一杯などの理由)。入所施設と地域とで交流が少ないのが、要因の1つになっている。調査でも、入所するとその敷地内の日中活動をほとんど利用して地域に出していない。さらに、地域の方も施設の日中活動をするということが行われていない

ので、交流が無い。自立支援法では「昼夜分離」が打ち出され、より交流ができるようになり、地域移行も進むし、地域の方も入所に慣れていくことができると思われた。だが、実際はそこが進んでいないことがアンケートでわかった。その点について、何か施策が欲しい。

(D委員)

- ・ 「結果として、入所者を減少させることが望ましいのではないか」では、方向性が分からない。「地域移行の対象者はいない」、「施設での対応が適切だ」と考えている人にとっては、どうすればよいのかわからないと思う。
- ・ 一律に達成目標を設定するのも良くないと思うが、施設の判断で地域移行は不要とされてしまう人が出てくるのも良くない。
- ・ 最初に「入所者個々の状況に応じた丁寧な地域移行支援を前提として」、「入所者は削減することが望ましい。ただし」、「一律に数値の達成を目標とするのではなく」という言い方が良い。

(G委員)

- ・ 具体的な提言が望ましいのであれば、項目内に例として実践例などを加えていくのはどうか。直接書くと「その方向でいく」となってしまうので、「例えば」と示すのが良いと思う。

◆第5回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 施設長の会議の中で、削減という話をすると「まだ無理」という意見が多い。「達成状況を教えてほしい」という声もあった。現在までの取組みや実績がわかるようになると良い。また、施設入所者削減数について「目標でしかなく実際には難しい」というところで話が終わってしまうので、もう一歩前に進める具体的な提言があると良い。

(B委員)

- ・ 提言案の「真に」と「削減」について、「施設入所利用の適正化」という表現の方が適切である。「真に」という表現は、入所者にカテゴリがあるような印象を与えてしまう。

(D委員)

- ・ 「必要とされる方に対しては」という表現が引っ掛かる。人を対象にしてしまうと、「自分とは全く関わりのない所で誰かに決められてしまう」という印象を、当事者が持つのではないか。内容的には良いのだが、書き方が問題。「万一必要になった場合は、サービスは適切に、そして質の高い支援を入所施設で提供すべきだ」と言うぐらいのほうが良い。

(E委員)

- ・ 「保護者」と「介護者」の言葉の使い分けに注意する必要がある。

総論②：地域生活支援における障害者支援施設のあり方について

◆第1回委員会における主な意見・考え方

(B委員)

- ・ 地域生活拠点に必要な5つの機能を、基本的に入所施設は有している。
- ・ 入所施設の機能は地域の基盤として重要であり、積極的に活用すべきである。
- ・ 地域生活支援拠点には主に面的整備型と拠点型の2つが提案されているが、面的整備型と拠点型を組み合わせる形としてはどうか。面的整備の中に拠点となる入所施設を含め、一体的に地域生活支援拠点を整備すべきではないか。(別紙:「サポート体系案」参照)
- ・ すべての入所施設は、相談機能を持ち、入所施設が相談事業をバックアップする形で、拠点の整備を進めてはどうか
- ・ 地域の中でこういう場面ではこう支援をするといったモデル提示をすることが非常に有効である。地域の事業所と入所施設の距離を縮め、職員相互のネットワークや連携で強度行動障害者を支えていく。

(C委員)

- ・ 滋賀県では、障害者サービス調整会議で、すでに面的整備としての取組みをしてきたので、改めて地域生活支援拠点としてどういう機能を果たしていくのかが見えにくい。
- ・ 地域生活支援拠点をつくることで、入所施設を求めるニーズを吸収していくことはできないという現状がある。入所施設か地域かという二元的な議論ではなく、地域生活支援拠点というものの中に入所施設も位置付けられると思う。様々なニーズに応えられるように様々なサービスを用意し、それが1つの経営主体であるかのように一体的に機能していくことが、障害のある人や家族に求められており、それができるのが地域生活支援拠点だと思っている。

(D委員)

- ・ 障害者支援施設側としては、通常時に介護していなければ緊急時の対応は出来ないと考えている。
- ・ 自立支援協議会もいろいろやってきて、力が尽きてきている。基幹相談も人材がどんどん流出して辞めていく。本当に機能しているのか疑問に思う所が増えている。

(E委員)

- ・ 日常を見ている人でなければ、緊急時の対応は難しい。

(G委員)

- ・ 市町村が担い手にならなければならないが、基準やルールが整備されておらず、理解が進んでいない。
- ・ 地域支援拠点について大きな課題がいくつも出ているが、そもそも何が1番重要かということ整理していきたい。
- ・ 「地域生活支援拠点」より幅を広げて、「地域支援に関わる施設」のあり方についての議論が良いのではないか。

◆第2回委員会における主な意見・考え方

(B委員)

- ・ 施設も重要な地域資源とし、今あるべき機能をリニューアルして活用する発想が望ましい。
- ・ 入所施設は、全国二千数百か所ある。それぞれの地域の事情や入所施設の持つ専門性は異なるが、全施設がネットワークに入っている形が良いのではないかと。

(F委員)

- ・ 自立支援協議会という形で地域ごとに支援の体制を構築しており、これまで障害者支援施設は巻き込んでいなかった
- ・ 地域生活支援拠点をきっかけに、相談、緊急時受入れ、人材育成の面で、障害者支援施設の方々に協力いただく部分が非常に増えている。
- ・ 地域の中で、通所の方々も含めて、施設事業所のネットワークを組み、持ち回りで勉強会をすることで、県が実施する研修よりも多くの職員が勉強する機会を得られて、施設間の連携もできる。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 障害者支援施設には、地域の重度障害者支援のセンター的機能が期待される。入所、短期入所を利用した昼夜を通じた支援のアセスメントや生活リズムの回復、蓄積した強度行動障害者支援等に関するノウハウを提供するなど地域生活支援拠点機能の一部を担うことは現実的な対応と考えられる。
- ・ こうした機能は施設から地域への一方通行ではなく、困難ケースの増加等で疲弊感や閉塞感を持ちがちな施設職員にとっては、新たな視点や技術を獲得する機会にもなり得るのではないかと。

(E委員)

- ・ 障害者支援施設が地域の医療者も含めて、「教えるから来なさい」と言えるぐらいの取組みができれば、地域としてはすごく力が強くなると思う。
- ・ 地域をキーワードに、今までなかった横の繋がりができてくることで、施設全体が拠点として、力が強くなっていくのではないかと。
- ・ 拠点での相談機能を拡大して、地域移行を体験した方が集まって相談できたり、そういう話を地域住民の人にも言えるような機会があれば、地域移行のサポーターとしての機能も十分発揮できる場所になるのではないかと。

(G委員)

- ・ 団体が障害種別でできているため、地域に目を通すと、今までは入所施設ネットワークという意識があまり強くなく、障害種別の連携という意識が強い。
- ・ 施設のあり方と、そこにうまく流れを作っていくような地域生活支援拠点の整備という提案・提言になれば良い。
- ・ 障害者支援施設の中になんかの人材とノウハウがあるので、それをいかに提供していくかについて、強く出していきたい

◆第3回委員会における主な意見・考え方

(F委員)

- ・ 拠点の話で「緊急時にご協力を」と話をしても、入所施設では地域でどのような障害の方が困っているのかがまったく見えてこないと言われる。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 地域生活支援拠点が持つ機能から考えると、緊急時の受入れ・対応については、入所施設等で担うべき機能のひとつと考えられるが、既存の施設では入所待機者が多く空床の確保が難しい、短期入所についても入所待機者のロングショート等により活用が難しい、といった状況にある場合も多い。拠点機能を果たすためには、そのための空床等を確保するための取組や通常つながりのないケースの緊急時に対応できるよう職員の資質向上、等取り組むべき課題は多いと考える。
- ・ 体験の機会・場としての機能を担うと考えた時には、施設の職員による支援でだけでなく、施設内で居宅サービスの支援と一緒に利用できるような制度づくりが必要なのではないか。
- ・ 支援の難しいケースが利用されている場合の多い、入所施設において、専門的人材の養成等の取組を行うことは有効な手段のひとつと考えるが、受入れ等を行うための仕組みづくりやそのための施設側の負担などを考慮していく必要がある。(そもそも福祉人材が不足している中で、そこまでの取組ができるだけの余裕がある施設があるかどうかは疑問)
- ・ 地域の体制づくりを進めるには、入所施設の機能も含めた体制づくりを考えていく必要があると考えるが、そのために地域の課題解決の場である自立支援協議会の中への入所施設の位置付けもきちんと行っていく必要がある。

(D委員)

- ・ 「②結果的に地域移行しなくても、自立のためのトレーニングを評価できるような取組みを強化」について、自立のためのトレーニングが施設の中心的なものになっているのならば、さきほどの住まいという部分と矛盾してくる。また、「結果的に地域移行しなくても」という文言は、ずっと自立のためのトレーニングでその人が入所施設で終わることを想定しているように思う。

(G委員)

- ・ 地域生活支援拠点等の兼ね合いで言えば、入所施設の機能はほぼ網羅できているとのこと。要は、入所施設と地域が関係を持っているのかという話。いわゆる自立支援協議会の有力なメンバーとしての活躍、あるいは「入所者だけではなくて、地域の在宅者にも目を向けてください」という話が、この背景にある。

◆第4委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 施設長レベルや現場の支援員レベルの集まりはよくあり、情報共有をしている。他に、緊急入所ということで受け入れた方が移動する場合に連携や情報共有をしている。「連携」が

何を指すかによると思う。

- ・ 地域でのショートステイのニーズはとても高い。地域で暮らし続けるためには短期入所が必要。ただ、ショートベッド数は限られているので、既存の利用者で埋まってしまう。また、新規の方の急な受入れはできず、体験入所を重ねる必要がある。

(C委員)

- ・ グループホームの小さな事業所では、人材不足に陥ったり、緊急事態が起こったりする。入所施設は人員がいて、何かあった時にはショートステイもできるので、“センターオブセンター”としての期待が高い。
- ・ 今日の調査の結果からは、空床があるように見える。空き定員を活用した支援の仕組みがあると、グループホームや在宅などの地域も頑張れる。地域の事業所に対する入所施設の支援を、任意ではなく、基準や報酬などの制度で義務的な方向に打ち出すと良いのではないか。
- ・ お金を用意しても、人材が居なくて、グループホームでは対応できないという状況が起こりつつあるということなので、やはりグループホームなどの地域の事業所を支える仕組みがないと、地域の資源を充実させていくのは難しい。

(D委員)

- ・ 地域の中で困った時に駆け込んだり、ノウハウを教えてくれる“センターオブセンター”が必要。知的の施設の人が入所後に別の障害が出てきた時に、他の施設に聞いてもなかなか教えてもらえないという話を聞いている。民間の小さな事業所がノウハウを教えてほしいと尋ねても無理だと思う。
- ・ 突然来た人の支援をするのは大変。日頃から地域の人と顔が見える下地が必要。日頃からいろんな話が聞けて、危機的な状況になる手前で相談でき、お願いや助言ができるような環境ができてほしい。

(E委員)

- ・ 障害者支援施設といっても、障害の種類やその設立経緯によって、同じ地域内でも必ずしも十分な相互理解が進んでいない一面もあることが指摘されていた。まずは、地域内での障害者支援施設同士の連携を強化し、施設ごとの特性や相違を共有したうえで、一体となって地域との関わりを拡大していくことが求められるのではないか。

(G委員)

- ・ ある市では構成しているそれぞれの法人が、お互いではなく、それぞれの障害種別の全国団体と繋がっていて、一体的な運用システムにはなっていない。地域生活支援拠点、地域でのシステム化に対する抵抗がある。

◆第5回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 障害者支援施設も地域の中の一部なので、地域のいろいろな社会資源との連携がますます必要になってくる。現在も緊急時の受け入れや対応はすでに行っているが、一部にとどま

っている。まだ繋がりが切れていない方もおり、地域の中の施設として連携していくことが必要である。

(B 委員)

- ・ 緊急時の受け入れとしてハード面とソフト面の整備が必要である。「対応可能な施設や人員体制を整備したうえで」というニュアンスを提言に入れてほしい。

(F 委員)

- ・ 「専門的人材の育成」とあるが、施設にいる専門的性の高い方々が地域の事業者を支援するという形もありえるのではないか。

(C 委員)

- ・ 地域の側からも、障害者支援施設に「こういう機能を求めている」と働きかけるといった表現があると良い。

各論①：看取り・終末期を含む、医療的ケアのあり方について

◆第1回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 医療的ケアには医療機関との連携が必須。かかりつけ医では対応しきれない場合に、他の医療機関とどう連携を作っていくのが課題。
- ・ 医療依存度が高いと往診では対応しきれず、できるかぎり看護師が受診に付き添っていくが、施設の中に看護師がいなくならないように、相談員や別の職員が行ったり、家族に協力をお願いしたりしている。
- ・ 名古屋市はまだそういった医療体制や病院があるので、比較的受診しやすい。

(B委員)

- ・ 日中活動の支援内容が利用者の老化に大きな影響を与える。サービスの人的手厚さと支援の質はまた別の問題。
- ・ 看取りは、施設としては大きな負担。施設での看取りの経験から、ドクターの要請、警察の事情聴取等、病院では不要な説明が求められることで職員がストレスを感じる。
- ・ 地域の医療機関等と連携できないと、グループホームで看取りを行うことは難しい。
- ・ ぎりぎりまで施設生活を継続され、入院期間が極めて短い人が多い。
- ・ 医師や看護師の配置ニーズがどんどん高まっているが、大半の施設は置けないのが現状。地域の医療機関や往診をするホームドクターとの契約は、診療報酬にからんでいる。施設には常駐できなくても、近隣の医療機関との連携を評価する新たな仕組みができないか。
- ・ 看護師の夜勤配置はほとんどできていない現状から入所施設への訪問看護を求める声が多い。

(D委員)

- ・ 入所から地域移行してグループホームに行き、わずか数年で急に高齢化して、グループホームに居られなくなった人もいる。けれど、本人の意思は施設に戻りたくないということで、結果的にグループホームで看取った。
- ・ グループホームも、人がいないなどの課題は同じで、地域の人を巻き込むしかない。介護保険と関係なく、高齢の包括などと協力する必要がある。
- ・ 大阪府下で医療に特化した施設を造ったが、場合によっては家族が付添を求められ、入院時は家族や親戚やヘルパーに同行してもらうことになっており、「外からも受け入れて地域の在宅の人もみる」という当初の構想が実現できていない。
- ・ 国立の「のぞみの園」は診療所を持っているが、どこの委員会でもコストパフォーマンスについて言われる。CTの機械を入れても1日にみれる数が非常に少なく、山の上のほうにあるので、地域の人に開放していても受診できない。入院できる設備は無い。地域の医療機関との連携も、なかなかできていない。（しかも、数か月～半年待ちという状況）

(E委員)

- ・ 特別養護老人ホームの調査では、特養で看取るかどうかという方針を持つ施設が半分だったが、介護保険制度の影響もあり、今は8~9割の施設が「希望に応じて看取る」と利用者に話したり、施設の方針として明文化している。

- ・ 特養では、10年15年の人がどれくらい居るかといったデータを見ながら、長期化について議論をする
- ・ 訪問看護について、民間の老人ホームや特定施設扱いの所は、利用者ごとのニーズに合わせて介護保険や医療保険で実施している。

(G委員)

- ・ 全国データは望めないようだが、事業所の研究から、一施設の例としてのデータを出せないか調べていただいて、次ぐらいに出してもらいたい。
- ・ 一般で言われる高齢化よりも障害のある人は高齢化・老化が早い。
- ・ 医療的ケアについては、施設内に限った話とする。
- ・ 医療的ケアというテーマだが、受診の問題も含めて考えなければいけないのではないかと。

◆第2回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 1年前に初めて施設内で看取りを行ったが、そこに支援が集中するため、職員への負担がかなり大きかった。
- ・ 看取りの要望があっても、家族の理解、職員のメンタルといった点に大きな課題を抱えている。
- ・ 看取りに対して何も報酬的なものが無いので、看取りの捉え方は、施設の考え方に左右されると感じている。

(B委員)

- ・ 利用者の高齢化、重度化で、医療的ケア・看取りのニーズが激増している。
- ・ 今後の改築や改修、新築等で、そういう看取りまで考えられるような施設構造、具体的には医療的ケアになるが、そういうユニバーサルな施設構造を作り出したい。
- ・ 初めから、全員が高齢者になっても生活できるような構造にしているほうが費用対効果としては良いが、場所がかなり必要になるので、将来を見据えた基準を考えてほしい。
- ・ 看護師の配置について日中はできても、夜間の配置は大半の所ができていない。
- ・ 看取りについては、施設の建物構造も影響していて、集団が大きいとなかなか看取りはできない。少し余裕があったり、広いスペースがあったりしないと難しい。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 重度化、高齢化が進む中、医療の必要性は増加しているが、入所施設に今以上に医療スタッフを配置することは人材確保の面から困難。入所者に対する訪問診療、訪問看護を制度上認めるなど、既存の人材を活用することが現実的。
- ・ 入所施設を「終の棲家」にするべきではなく、看取りについてはやむを得ない場合の例外的対応であるべき。看取り・終末期に至るまでに介護保険サービスに移行するなど、様々な努力がなされることを前提に議論する必要がある。

(E委員)

- ・ 看取り・終末期に関しては、必要であれば外部の資源を活用していく、連携できる体制を前提に作っていくことが大事。

- ・ 看取りは、数字としてすごく大きいというわけではないので、どうしたら良いかと一概に言うのは難しい。施設の状況に応じて柔軟に対応するための方法は、個別性の高いものになる。

(G委員)

- ・ 施設としての看取り対応や医療的対応の強化という流れがあっても、インセンティブが働かないと、普通はそこまでリスクを取らないといけないとは思わないのではないか。

◆第3回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 医療依存度が高くなってきた場合に、施設で問題になるのが夜間の対応。夜間は看護師がいないため医療的ケアができない。施設で対応が難しいと判断し、病院受診したところ、病院から「入院の対象ではありません」ということで帰されてしまう。最近では医療的ケアに対応している有老の施設を紹介するケースが増えてきている。
- ・ 家族は施設に対する期待度がとても高く、看取りの要望もある。ご本人の状況に対応できる施設への移動についてきちんと説明し対応しているけれど、家族は「追い出された」感がある。有老の住宅では金額も上がるので金銭的な部分の不安もある。
- ・ どこまで施設が対応していけばよいのか、そもそもそういった機能を担っていなければいけないのかは、定義が無く、施設ごとの考え方で対応している。医療との連携がとれていれば、ある程度まで対応ができるが、やはり難しい。「施設で対応が難しくなった時は、対応可能な所に行っていただきます」と言う施設もあれば、「看取り対応します」と言う施設に分かれている。自分の施設では、嘱託医やかかりつけの医師との連携が、どのような対応ができるか判断する重要なポイントになっている。
- ・ 自分のところでも、少し前に看取りをしたが、かかりつけ医のバックアップを得られたことが大きかった。

(B委員)

- ・ 夜間の看護師配置はほとんどできていないというのが、現実だと思う。施設では、積極的な医療というのは設備の面からも難しい。
- ・ 往診してくれる医師を確保している施設は極めて少ないと思う。しかし、そういう先生が1人いらっしゃるだけで、ある程度機能する。訪問看護もそうだが、往診として地域医療と繋がっていくと非常に有効。
- ・ 入所施設の環境、ハードウェアの分も大きい。大部屋であったり、集団が大きすぎたりすると、往診を受けられる環境をつくるのが非常に難しい。また、車椅子が必要になっていくので、完全なバリアフリーになっているかどうかなど。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ そもそも障害者支援施設で看取り・終末期対応を前提として考えていくのか。高齢化や障害の進行に対する医療的ケアの対応をどうするか検討をする必要があると考えるが、看取り・終末期対応をすべき施設なのかどうかの検討がいるのではないか。障害者支援施設は入所者の終の棲家として考えるのか。
- ・ 障害者支援施設で新たに体制を整えるということよりも、特別養護老人ホーム等、看取り

等の取組が進んでいる施設等との連携を基本と考えるべきではないか。

- ・ 障害者支援施設に本来求められる機能、他のサービスの利用との連携等により担える機能、それぞれの機能分担を整理しておく必要があるのではないか。
- ・ 障害者支援施設における医療的ケアに対応できる人材確保が難しい中で、障害者支援施設単体での医療的ケアのあり方を議論していくことには、無理があるのではないか。

(D委員)

- ・ 施設の診療所があるからといって、看取りをしているというわけではない。逆に、「入院は別の所にしてください」と言っている実態もある。

(E委員)

- ・ 医療機関では治療でないと入院させてもらえない。特養（特別養護老人ホーム）や老健（介護老人保健施設）では、高齢者のニーズが多いので、入れてもらうのが難しい。そうなるのと、自身の所でできるかぎり対応するか、経済的に大丈夫な状況であれば民間の有料老人ホームで訪問看護など本人のニーズに合わせて対応する。
- ・ データで15%ぐらいの施設が実施していることにすごく驚いた。やるべきだと思ってというより、家族や本人が慣れた場所でできるだけ対応してあげようと思っている内に、そういう施設が増えているというのが、実情に近いのだと思う。対応すべきかどうかをこの場で言うのはすごく難しいと感じている。
- ・ 適切なケアや医療があった上で看取りの対応になっているのかということ、重要。医師がどれくらいきちんと関わって診た状態で亡くなっているのかということ、**「看取りをしている」と言う施設にヒアリングで聞いて、マニュアルの整備とかを確認することが必要だと思った。**
- ・ 夜間対応や看取りについて、地域や医療機関との連携をどうやってしたのかを見ることで、さきほどの「地域に開いていく」というヒントになるのではないか。
- ・ 特養などでは、配置以外の先生が来ても終末期対応は評価がされるようになってきたりしていて、施設に入ってくる先生の数自体が増えている。1施設に2人や3人が出入りしながら輪番制のようにして看取りの対応をしている。施設長も生活相談員も看護職員も協力してやっている。
- ・ 強調したいのは、**施設だけの努力の話ではなくて、後ろに地域の医療機関や医師等のバックアップがあって初めて施設は安心してできる面があるということ。**

(G委員)

- ・ 普段から外部ドクターが利用者の健康を診るなどで出入りするの、看取りという状況が発生しても、その中で動きやすくなっているという理解でよいのか。そういった基盤に立っている領域と、障害の領域は違う状況にあるのではないか。
- ・ ルール化がしやすいかがどうか、これから先の話になると思う。(特養のように)システム化されれば議論もしやすいが、ただ嘱託医の先生が素晴らしかったからとなると、提言として一般化しづらい。
- ・ 普段から看護、医療等で地域と結びつかざるをえない施設のあり様ということではなく、「普段あまりそのようなニーズは無いのだけれど、段々高齢化に伴ってそういう看取りを含めた状況対応が問われてきた時にどうするのか」、「そういう状況でも、きちんと医療連

携の体制が構築できるか」という話。これは、施設がどうあるべきかだけでなく、地域の医師会がどう考えているのかなどにも関係してくる。ヒアリングで実際に連携を作っている所は示すが、それに向けてどうするかが、難しい。

- ・ 社会福祉法人でどうやって実現しているのか。それをシステムとしてどう考えるかが重要である。
- ・ 医療保険等の問題には立ち入れないので、そういうご家族との調整とか、嘱託医との絶えざる関係性とかの話を出して、ある程度マニュアル的な整備をすると言うくらいだと思う。
- ・ ハード面も含めて、マニュアル的な要素を整理する。

◆第4委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 実際に看取りを行った実績に対して、報酬や評価される仕組みがあるほうが、取組みが進むのではないか。

(B委員)

- ・ 今後の体制として、ハード面の整備条件を設けてはどうか。全員が車椅子になっても良いようなバリアフリー、ユニバーサルデザインなど、支援が必要になった時に対応できるような環境の整備を進めている。

(C委員)

- ・ 骨子の前の表現についてだが、「障害者支援施設において看取り・終末期への対応が必要な状況の際には、」の前に、「やむをえず」という表現は入れられないか。施設が「終の棲家」である印象を持たれてしまう可能性がある。あくまで、支援をして地域に移っていただくのが、施設の機能。その中で「やむをえず」看取りをしないといけないということを強調しておいたほうが良い。「これからの施設は看取りの対応が当たり前」という位置づけになっては困る。

(E委員：事前提出資料より)

- ・ 障害者施設での看取りは、その「施設だけ」で到底解決できるものではないので、「施設内での体制強化のみでは限界があり、地域の医療機関等との連携によって」という表現ではどうか。

◆第5回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ リスクについては、通常の業務よりもプラスの対応が必要になるので、そこに支援が集中してしまって他の所が手薄になり、職員の負荷が大きくなるという意味も含んでいるのではないか。

各論②：強度行動障害への支援について

◆第1回委員会における主な意見・考え方

(B委員)

- ・ 強度行動障害の人のための研修受講の次の展開として、実践研修をもっと充実させることを、委員の皆様をお願いしたい。

(F委員)

- ・ 事後対策ではなく、そもそも本人への子どもの頃からの適切な関わり、また、ライフステージごとの支援ではなく、一貫した、統一した支援者全体（親を含めた）への適切な療育支援体制を構築して整備していかなければならない時期に来ている。

(C委員)

- ・ 滋賀県では、入所できる施設が無いということで、通所とは別に、グループホームで強度行動障害の人の受入れを進めていこうとしている。通所とグループホームの個室化改修費用に対して、県独自で補助をしている。

(D委員)

- ・ 大阪府立砂川厚生福祉センターという入所施設で、地域移行の過程で強度行動障害の長期入所者が最後に残っていた。民間の法人と協力してプロジェクトを立て、約2年間かけて、20年近く入所していた人も地域に出て普通に暮らすようになった。砂川の職員が付き添って地域のグループホームに体験入所をしたことが、本人理解にもすごく良かったと言っていた。

(G委員)

- ・ 研修のあり方などは人材育成の要。きちんとした対応ができるように、早期療育のあり方も含めて整理していきたい。

◆第2回委員会における主な意見・考え方

(B委員)

- ・ 多くの強度行動障害の方がいるので、強度行動障害者支援に特化した高度な専門施設しか取り組めないという仕組みではなく、一般的な入所施設でも医療や行政機関などとも連携して事業を進める必要がある。
- ・ 入所施設には、障害特性への対応という専門性を積極的に発揮してもらいたいし、地域のニーズを引き受けることで入所施設の役割を強化していくきっかけになれば良い。

(F委員)

- ・ 1つの施設ができれば良いということではなくて、全体のスキルアップを図らないといけない（強度行動障害に対応できる施設として拠点が数か所あると、そこに全部お願いすることになってしまう）。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 総論①のとおり、障害者支援施設の対象者像を明確化する中で、障害者支援施設ならではの強度行動障害者支援を見極める必要がある。合わせ、グループホームや日中型生活介護事業所で支援している事例も比較検討したうえで、特に障害者支援施設に求められる専門性について明らかにする必要がある。

(G委員)

- ・ 「かなり丁寧に取り組めば一定の改善が見込まれる」ということが、どの報告書からも出てくる。
- ・ 強度行動障害がどうなのかという話ではなくて、本人の環境をどう調整するかを示していないといけない。
- ・ 平成元年の研究では、重点機関を指定して、いかに行動をコントロールしながら落ち着けるかということだった。B先生の話から、今は時代も大きく変わって、地域ごとに変えていけないといけないという提言が求められていると思った。
- ・ 行政の関わりは、最近は市町村行政にほとんどシフトしているので特に都道府県行政としての専門性をどう活かして、強度行動障害を念頭に置くような施設支援、施設のあり方の方向性を出す。

(砂川の事例から)

- ・ 生活体験プログラムの後、実際に地域に出て生活スタイルを身につけるための生活の場、日中活動の場といった社会資源の確保が必要である。

◆第3回委員会における主な意見・考え方

(B委員)

- ・ 施設内における強度行動障害への支援は、「適切な環境」「専門性が伴っている」「地域との繋がり」、この3点に要約される。指導するといった環境ではなくて、できるかぎり普通の環境を用意して暮らしていくことが、時間がかかってもその人の行動改善に繋がっていく。その人にとって見通しが立ちやすいし、無理が無い。
- ・ 地域移行における強度行動障害の支援については、地域の支援力を高めること。地域とは施設がある地域ではなく、その人が地域移行していく先のこと。入所施設と協働しながら、そういう勉強、研修を継続していくシステム作りが必要である。入所施設だけではなくて、もっと地元の作業所の職員や家族も含めて強度行動障害に対する正しい理解をしてもらって、そういうスキルを身につけていってもらう。都道府県ぐらいの単位で、通所入所問わず、地域の人達が実際の支援場面で学ぶという体験を通してスキルを身につけていくというシステムができれば良い。それが施設と地域のネットワークに発展していく気がする。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 障害者支援施設においては、24時間利用者の状態像を把握できるという利点があることから、個別性の高い強度行動障害の特性等をそれぞれのケースごとに把握し、分析を行うことで、それに対応した支援方法を確立していくことを行う必要があると考える。そこで支援方法や環境整備の方向性が一定整理できると、それを地域での体制整備に活用することで、地域移行へとつながるのではないかと。

- ・ 障害者支援施設の環境について、強度行動障害の支援に対応した設備環境になっていない場合が多く、強度行動障害の特性にあわせた支援が行えるような、環境整備を行うための支援策が必要ではないか（複数人部屋しかない施設で、その部屋を一人で利用して環境を整える、等の対応をしている施設が県内には複数ある）。
- ・ 強度行動障害にかかる支援の事例は障害者支援施設が多く持っていると思われることから、地域の関係機関とともに事例検討を行うなどをすると、支援手法の共有などが図れ、支援の質の向上につながると考えられるが、そのための人的、時間的負担をどうケアするか等の課題を整理していく必要があると考える。

(D委員)

- ・ 私自身が関わっていた時は、地域の社会福祉法人や民間の事業所（グループホーム、地域支援センター、日中の作業所）の人達が入所施設をよく知らないということで、まず始めに砂川ツアーをした。いろいろな所を見てから話し合いをしたら、入所施設がしていることに対する質問が出てきた。砂川の職員も府の職員なので頻繁に変わり、グループホームなどの知識があまりなかった。グループホームの体験入所の時に必ず砂川の職員が付いて行き、任せきりにせずにそこで話し合いをしたことにすごく意味があった。交流をすることは大事。
- ・ 地域移行における強度行動障害者の支援では、私たちは映像に全部撮って地域と砂川の職員と複数の目を見た。強度行動障害者というのは個別性がすごく高い。ことごとくティーチ（TEACCH）が失敗してしまったので、一人一人が1番何に関心があるのかと、地域移行のプロセスでたくさん話し合いをしたのが、今の財産になっている。

(G委員)

- ・ 1点目は、もともと施設で様々な対応の取組みが行われていたという経緯があり、対応方法についても蓄積がある領域。地域移行ということを念頭においた時に従来のような取組みで良いのかどうかということをご意見いただきたい。
- ・ 2つ目の地域移行は、かなりの方でも条件を整えば地域で暮らせるのではないかと、場合によってはその条件とは何かということが解明できれば良い報告書ができる。
- ・ 3点目。現在は加算の関係もあり、各都道府県で強度行動障害の研修が大量に行われているがニーズに十分応えきれていないという批判も受けている。そういった話に関連して、どんな人材が必要なのかについて、意見をいただきたい。
- ・ 対立ではなく、交流で地域と施設の敷居が無くなるというのは、重要だと思う。
- ・ 今も公立施設には強度行動障害棟といって昔の砂川みたいな場所がある。そういった考え方をどう変えるのかということが問われているように思う。砂川をヒアリング対象とするだけでなく、きちんと整理して「こういう条件でやるべきだ」ということまで触れたほうが良い。
- ・ 国立の療養所にいる精神科の人達は、薬を中心にしてそれ以上の事は何もしていない方が多い。実は心理学とか行動分析とかをせずに「地域で普通の暮らしをしたら、落ち着いてしまいました」という経験を理論化するのが立ち遅れている状態。医療は生活を全般的に見ているものではないので、これは新しい領域かも知れない。
- ・ 行動分析とか精神医学的にはノウハウを有している施設はたくさんあるが、強度行動障害についての「ノウハウ」というのは、地域と交流をしていくための持っていく方とか、生

活の中の工夫で行動を改善していく話だと思う。従来、強度行動障害問題は「専門的にアプローチする」ということで話が終わってしまう。そこに一石を投じる意味で、砂川の歩みとかが重要。

◆第4委員会における主な意見・考え方

(B委員)

- ・ 現実として入所施設の専門性にばらつきが相当ある。しかし、強度行動障害者を中心と担っているのは入所施設である。その評価と環境整備への支援が必要。施設のほうも強度行動障害を受け入れている施設もこれ以上障害の重い人を受け止められなくなっている。福岡や京都で行っているモデル事業のように、強度行動障害の人に対し適切な支援をしている入所施設が家庭や地域の通所事業所と連携して行動改善を目指せるネットワークの構築が必要ではないか。

(C委員)

- ・ 「ソフト面・ハード面での整備に向けた支援」と環境整備のことが書かれているが、「1人に適切な支援策」ではソフト面だけの話にとどまってしまうのではないかと。「整備」など例示をあげてほしい。
- ・ 入所施設ではなくて地域の施設だが、そういう所の整備のために補助を出したりしている。もし入所施設が、そのトレーニングの場として地域の仕様にするのであれば、そのハード面を補助してはどうか。入所施設に慣れるためのトレーニングでは地域に戻れないので、補助は難しい。

(D委員)

- ・ 「ハード面」というのは何か。極端な例だが、人によって強度行動障害の人の場所を確保すると受け取られることも考えられる。

(G委員)

- ・ 取組方針の例示については、今回「たびだちの会（出発のなかまの会）」や砂川でヒアリングをする。強度行動障害の研究は入所施設で検討を行っていたので、新たな知見が得られると思う。

◆第5回委員会における主な意見・考え方

(C委員)

- ・ 「強度行動障害の方への対応を中心となって担うのは入所施設なので」という表現について、ヒアリング結果からグループホームで頑張っている所もあるため、「入所施設の対象が、強度行動障害が中心になってくる」の方が適切ではないか。

(D委員)

- ・ 強度行動障害の方の支援においては入所施設が重要ではあるので、「リーダーシップをとって」や「率先して」などの表現とし、地域にも役割を求めるような提言とするのはどうか。



各論③：その他（施設入所者の重複障害に係る支援、自然災害時の役割・機能（対応）、施設内での事故、ハラスメント等）

◆第1回委員会における主な意見・考え方

1. 施設入所者の重複障害に係る支援

（A委員）

- ・ 脳性麻痺、精神障害、知的障害など様々な障害を持った利用者に対する支援には、様々な専門性を職員が持っていないと対応できない。福祉人材の採用が難しく、採用確保にも苦慮している。新人職員が来ても学ぶ機会がなくて、外部研修に派遣すること出すことが難しい。
- ・ 介護福祉士の教育課程の中では高齢者介護がメインとなっていて、障害看護（介護）を学ぶ機会が少なく、障害者福祉は難しい、という先入観がある。
- ・ 障害者の理解がなかなかできなくて退職してしまう職員もいる。重複障害のスキルを上げていくことが、課題となっている。

（B委員）

- ・ 重複障害の状況については、毎年実施している日本知福協の調査を参考にしてほしい。
- ・ 老化に伴う身体障害に係るニーズが高まり、支援の内容が大きく変化している。人手が足らず、負担が増大している。中長期的なことだが、ICTを活用した支援の導入を検討する必要がある。

（F委員）

- ・ 知的障害者の施設の職員は身体障害のことはわからない（身体障害の施設に知的障害の人を受け入れてもらう場合も同様）。
- ・ これから利用者に重複障害の人々が入ってくることを考えると、職員の方々が支援の質を高める必要がある。

（G委員）

- ・ 知的障害施設である「のぞみの園」でも、高齢化で運動機能が落ちて嚥下障害などが起こっており、何の施設かという状態になっている。まずは2団体のデータで実態がどういう状況なのかを踏まえて進めさせてもらう。

2. 利用者から職員へのハラスメント

（A委員）

- ・ ある利用者のハラスメントをきっかけに、施設内の女性職員全員に対して実態調査を実施したところ、職員が嫌な思いをしている場面が驚くほどあった。職員のメンタルヘルスの重要性を感じ、現在対応している

（G委員）

- ・ あまりきちんと取り上げられてなかった課題なので、検討しないといけない。

3. 精神科医と入所者の投薬状況

（B委員）

- ・ 精神科医でも、専門分野の違いによって先生がいて、薬の出し方もそれによって大きく左右される。
- ・ 我々の施設の中で一番留意しているのは、薬によってのみ、その人の生活が安定するのではなく、環境・支援のスキル・地域との絶え間ない交流の3つが大事ということ。その相互作用によって症状の改善が望まれる。

(D委員)

- ・ 地域移行に関わっていると、知的障害施設の入所者は、問題行動に対応するというところでたくさんの薬を飲まされているという印象がある。グループホームに移って薬を飲まなくなるとすごく落ち着いたというケースも見ている。
- ・ きちんとした精神科医と施設は繋がっているのかが疑問。地域の医療機関との連携となった時に、知的障害も、認知症の場合も、きちんと向かいあってくれる医者を発掘するのが大事。

(G委員)

- ・ 知的障害には精神科問題が潜んでいる。精神科病院や国立療養所が課題を持っているかもしれないけれど、障害者施設ではないので触れられるかどうかわからない。

◆第2回委員会における主な意見・考え方

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 重複障害に係る支援に必要な高い専門性を獲得し維持し続けるためには、研修機会が十分確保される必要がある。研修に人を出すための人員の確保が難しい現場もあることから、特に継続的に専門性向上に取り組む施設・事業所のコストを評価し後押しする仕組みも必要。

(E委員)

- ・ 機能が低下していくのをいかに予防して、重複にならないようにしていく取り組みが必要。「重複だからこうしないといけない」ではなくて、「なるべく維持できるようにしていくはどうしたら良いか」という点での議論があると良い。

(G委員)

- ・ 入所者のかなりの割合が重複と呼ばれている。
- ・ 入所後に加齢などに伴ってプラスアルファの障害が発生した場合と、入所時点で重複を持っていた場合の扱いを整理する必要がある。
- ・ 重度化してしまう前にどういう対応を取らなければならなかったか、という視点も念頭に置いて議論したい。

◆第3回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ ハラスメントのことは、他の施設の管理者とも話をするが、やはり大なり小なりあると聞く。利用者から職員に対するハラスメントもあり、利用者と話し合いの場を設ける場合もある。

- ・ 施設では、施設としてハラスメントを行った方にどういった支援をしていくのかを議論している。なぜそういうことが起きてしまうのかというところまで掘り下げて、今は議論している。

(B委員)

- ・ 利用者からの暴力というハラスメントについては、慎重に扱わないと誤解を生むことにも繋がると思う。確かにこういう現実はあるが、その前に利用者の立場に立ってなぜそういう行為に及ぶのかということをしかりと捉えないといけない。これが一人歩きしたら、ますます障害者に対する差別意識に繋がる事柄でもある。一方通行ではなく相互であることが大事な仕事なので、施設職員にどう説明するかを考えないといけない。良いか悪いか白黒つけるという立場ではない。

(C委員：事前提出資料より)

- ・ 障害者支援施設から地域移行を進めることでできた空床で重度の方の受入れを進めると、支援がより難しく、支援度が高い利用者が多くなり、職員が疲弊してしまうという声がある。

(G委員)

- ・ ハラスメントはかなり深刻な問題だと思うが、それをどう出すか。フォローアップとして、メンタルヘルスの対応とかPTSDの対応まで始めると、普段の業務の比ではないぐらい大変な気がする。
- ・ ハラスメントについては、きちんとその問題の背景も含めて整理するのが、一番重要かもしれない。

◆第4委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 入社年度が近い人同士が集まって、自由に話し合う場所を作っている。日頃からコミュニケーションをとって、職員を孤立化させない環境を作る取組みを行っている。
- ・ 感情労働なので、何らかのストレスがかかっている。専門職として、支援者として、対人援助のプロとして、どう両者と関わっていくかということについて、研修を進めていきたい。

(B委員)

- ・ かつてあった人員体制が手厚ければよいという考えの施設では、利用者の老化が早いと感じた。障害の有無や程度に関わらず、働くことを生活の中心に据えることが心身の健康につながる。

(D委員)

- ・ 「重複になるのは良くない」と捉えられるのは違う。
- ・ 重複にならないような取組みは、施設の中だけではできない。安易に「もっと体操をすれば良い」と思われて、施設での仕事が増えることが心配。もう少しわかりやすくできない

か。

- ・ 「地域の多様な専門職や医療機関との連携をとることが重要である」ということは書けると思うが、目新しくはない。
- ・ ハラスメントの背景に何があるのかを出すことが大事。
- ・ 今の話は職員同士のコミュニケーションがあったから離職などにならなかったのだと思う。ハラスメントやメンタルヘルスについての研修が不足している。(長く働く)人材確保の面からも、職員へのハラスメントは重要な問題だと思う。
- ・ 職員へのハラスメントがストレスになって、虐待につながる可能性もある。
- ・ (ハラスメントを受けたことを)言ったら駄目だと思うような職員教育になっている。耐えたり、障害特性として理解しなければいけないとされている。相談することも利用者のためになるということを入れた研修が必要。軽い虐待の発見にもなる。

(G委員)

- ・ 施設では、アクティビティを高める目的でリハビリテーションに取り組んできた。加齢による重度化という現象を目の当たりにすると現状維持、予防という観点にならざるをえないという状況。読み方によっては介護予防、介護保険の話になってしまう。
- ・ 本来は無いけれど現実にこういう問題が進行しているのに対して、「やむをえず、こういった取組みを積極的にせざるをえない」という表記にするのが良いだろうか。
- ・ 「介護予防」という単語が一番わかりやすいと思うが、高齢者向けの介護予防教室を思い浮かべられると困るので、表現を変える。生活のアクティビティを高めることで、予防になるということをもっと強調する。

◆第5回委員会における主な意見・考え方

(A委員)

- ・ 積極的に加齢化や重度化への整備を進めることによって、周りが対応しやすくなるということもあるので、ソフト面だけでなく、ハード面の重要性にも言及する方が良い。

4. 本報告書の公表方法

本報告書は、三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社（事業実施者）の公式ホームページ（<https://www.murc.jp>）で公開する。

厚生労働省 平成 30 年度障害者総合福祉推進事業
障害者支援施設のあり方に関する実態調査
報 告 書

平成 31 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
政策研究事業本部

大阪本部 研究開発第 1 部
〒530-8213 大阪市北区梅田 2 丁目 5 番 25 号
TEL : 06-7637-1430

