

資料

高齢化・重度化する障がい者グループホーム入居者の 看護課題と訪問看護事業所との連携

～文献レビューを通して～

村田 尚子¹⁾，河野 益美²⁾

1) 敦賀市立看護大学看護学部

2) 滋賀県立看護大学人間看護学部

キーワード：障がい者グループホーム，高齢化，重度化，訪問看護事業所，連携

I はじめに

わが国は、今後益々進行する高齢多死社会に向けて、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。地域包括ケアシステムは、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるしくみである。そのため、医療と生活の両面を支えることのできる訪問看護事業所は地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を担っている。訪問看護では、その役割を果たすため、訪問看護アクションプラン 2025（訪問看護連携推進会議，2015）において、訪問看護の量的拡大、訪問看護の機能拡大、訪問看護の質の向上、地域包括ケアへの対応の4本柱を掲げている。その中の機能拡大において、施設入居者であっても訪問看護が必要な人にはサービスが提供できることや障がい者に対する事業にも対応することを目指している。

その訪問看護の機能拡大のひとつとして、2015年、障がい者総合支援法において、共同生活援助（グループホーム：以下GH）と訪問看護事業所の連携が可能となった。この制度では、GHの医療体制の整備を目的に、医療連携体制加算

が設けられ、GHへ訪問看護師が定期的に訪問し、GH入居者に対して看護の提供を行った場合に算定される。GHは、その加算を基に訪問看護事業所と委託契約を行うという仕組みとなっている。具体的なサービスとしては、「入居者に対する日常的な健康管理」、「通常時及び特に入居者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整」等が想定されている（厚生労働省，2014）。加算の創設から約1年半余りの2016年12月分の国保連合会のデータにおいては、医療連携体制加算を算定しているGHの割合は14.7%（厚生労働省，2017）であった。

この加算創設の背景として、地域で生活する障がい者の高齢化・重度化問題がある。2016年と2018年の比較において、65歳以上の割合が30.4%増加、障がい区分についても、区分3以上の増加率が高く、区分6においては47.6%の増加となっていた（厚生労働省，2018）。このようにGH入居者の高齢化・重度化は急速に進行している。GH入居者は、高齢化・重度化することで、日常生活での介護量が増え、介護体制が整わず、退所を余儀なくされることも多い（堀内，2013）。また、このような現状に対して、入居者の親は、子どもの人生の終焉の場所は自宅やグループホ

ームなど住み慣れた場所を望みながら、子どもの老後について不安を抱えている（三原ら，2006）．世話人だけでは病状の悪化への対応が困難であることや看護職員が人員基準に含まれないことから，医療の専門職との連携，協力が欠かせない（服部，2008）とされている．

以上のことから，高齢化・重度化する GH 入居² に対する課題の中でも，医療と生活支援等の看護課題が入所継続に影響していると思われる．その看護課題に対して，国が推進している訪問看護事業所との連携で，看護を提供できる体制を構築することは，意義があるのではないかと考えられた．しかし，高齢化・重度化する GH 入居者の看護課題や訪問看護事業所との連携の実際を明らかにしている文献は見当たらなかった．

そこで，本研究では，障がい者が高齢化・重度化しても住み慣れた GH で暮らせるための地域包括ケアシステムの構築に寄与するため，高齢化・重度化する GH 入居者の看護課題を明らかにし，訪問看護事業所との連携について考察することを目的とする．

II 方法

1、対象文献の抽出

医学中央雑誌 Web 版 (Ver. 5), Google Scholar, J-GROBAL をデータベースとして用いた．GH は知的障がい，精神障がい，身体障がいの 3 つの障がいを対象とする．そのため，検索ワードは「知的障がい者」「グループホーム」「課題」，「精神障がい者」「グループホーム」「課題」，「身体障がい者」「グループホーム」「課題」とした．検索は 2019 年 1 月 15 日までに各データベースに収集されている全ての文献を対象とした．

2、文献の選定

対象文献は，日本における GH の看護課題を明らかにするため，日本語で発表されている文献とした．これらの基準で選定し，得られた文献に

加えてハンドサーチを行った．

最初に抽出された文献 4653 件から，データベース間およびデータベース内で重複した文献 3238 件を除外した．重複文献が多数あったのは，3 つの障がい別に検索したことが考えられた．次に，タイトル，アブストラクトから GH 以外を対象としていた文献 1115 件，会議録，解説等の文献 281 件を除外した．残った 19 件の文献を検討し，本研究の目的に合致していないもの 7 件を除外し，その後ハンドサーチを行ったが，対象となる新たな文献は見当たらなかった．最終的に選定された文献は 12 件であり，これを研究対象とした（図 1）．

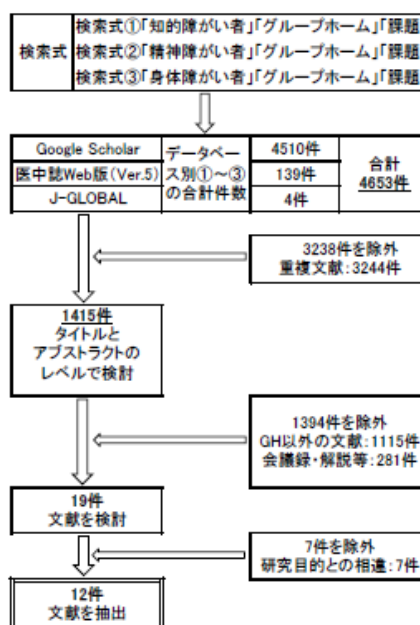


図 1 対象文献のフローチャート

3、分析方法

対象文献を精読し，内容を検討しながら文献全体を可視化し，新たな意味づけと解釈を行うため，マトリクス表を作成し，統合した．その後，文献を年次順に追いながら，高齢化・重度化する GH 入居者の看護課題を中心に整理した．そして，各文献の結果から研究目的に関連する最小単位の文節や文章を抽出し，コード化した．次いで，コードの意味を熟考しながらサブカテゴリ化し，さらにサブカテゴリを統合してカテゴリを生成し，高齢化・重度化

する GH 入居者の看護課題を抽出した。

分析過程においては、真実性を確保するため、共同研究者間での討議を重ねた。

4. 倫理的配慮

文献からの内容抽出の際には論旨、文脈の意味を損なわずに抽出するよう最大限配慮した。

Ⅲ 結果

1. 研究の動向と分類

表1で示したように、研究対象文献は2001年以降に発表されたものであった。研究対象者は、知的障がい者が6件、精神障がい者が5件、3障がい全てを対象にしているものが1件であった。また、法人やGH職員対して調査した文献については、10件あり、それぞれ「GHの現状と課題」、「生活中断の要因分析」、「GHの職務満足度の組織的要因」、「GHにおける地域生活支援の構造」、「GHでの生活実態と支援」、「GH職員の役割意識と役割遂行」、「GH利用継続に関する促進および阻害要因」、「高齢化と介護・看取りの実態」、「高齢知的障がい者の実態と支援の工夫」、「重症心身障がい者の実態と課題」を明らかにしていた。また、残る2件の内、1件はGH入居者を含む重度知的障がい者複合施設入居者を対象とし、「高齢知的障がい者の死亡原因と疾患状況」を診療記録から集計・分析した研究であった。そして、もう1件は、障がい者の親の会に所属する母親を対象に調査を行い、「知的障がい者の生活場所の決断に関する母親の思い」についての質的研究となっていた(表1)。

2. 高齢化・重度化するGH入居者の看護課題

対象とした12文献から93コード、19サブカテゴリ、7カテゴリが生成された。なお、カテゴリを【 】, サブカテゴリを[], コードを〈 〉で表す。

高齢化・重度化するGH入居者の看護課題として、

【日常的な体調管理】、【医療的ケアの対応】、【24時間体制の整備】、【介護量増加に伴う人材不足】、【高齢者ケアのスキル不足】、【看取りの受入れ体制】、【他機関との連携】の7つのカテゴリが抽出された(表2)。

障がい者の〈死亡原因の上位である呼吸器疾患、循環器疾患、新生物、脳・神経系疾患の予測が重要である〉とされ、GH入居者の[身体疾患の予測と予防]が必要とされていた。また、〈慢性疾患の予防、孤独感の緩和など健康維持、予防活動への取り組みが重要である〉など[健康行動の促進]が重要である。その上で、〈拒薬が再発につながるためその予防のために服薬管理が必要である〉と[確実な服薬管理]が課題とされた。そして、〈加齢に伴う身体疾患(糖尿病、高血圧症、心臓疾患、がんなど)を考慮した援助が重要である〉など[加齢に伴う身体疾患の病状管理]では、医療職による[専門性のある体調管理]が必要とされ、【日常的な体調管理】が課題となっていた。

また、GHでは高齢化・重度化に伴い、〈医療的なケアが必要となることが一番の転居理由となっている〉ことや〈重度者の受入れ体制を前向きに考えているGHほど医療的ケアに不安を抱いている〉とされ[医療的ケア増大と対応への不安]が課題とされていた。医療ニーズの高い入居者の受入れには、[医療的ケアに関する知識の習得]と〈看護師が常駐していないため重症者の受入れが困難である〉など、[看護師との協働の必要性]が必要とされ、【医療的ケアの対応】が求められている。それと同時に重度化に対応するには、病状急変の可能性も高くなるため〈休日を含めた24時間体制の整備が必要である〉とされた。しかし、現状の〈少人数の世話人しかいないGHでは重度者へのケアを夜間も含めて一人で対応するのは負担が大きい〉と[休日・夜間対応の負担感]があり、【24時間体制の整備】に課題があった。

そして、GH入居者が高齢化・重度化し、〈高齢知的障がい者の支援上の課題として身体介助の増加

への対応がある)。現状では〈身体介護を一人の職員が休むことなく行っている〉などの[身体介護の増加と職員不足]が課題となっている。また、合わせて〈高齢知的障がい者の受診は回数が増加傾向となり、対応が困難である〉という[増加する通院支援]も【介護量増加に伴う人材不足】に関連している。そして、高齢化によって増加する介護について〈GHの高齢化の対応には介護に関する知識がなく不安を感じる〉など[身体介護に対する知識・技術に対する不安]や〈従来の認知機能障害に加えて加齢に伴う認知機能低下に対する複雑な対応に不安がある〉といった[認知症の理解とケアの習得]に不安があり、【高齢者ケアのスキル不足】が課題となっていた。

また、入居者の重度化に伴い GH での看取りに関して〈GHには終の棲家として設置されたという経緯があるため看取りを視野に入れる必要がある〉と役割を認識している、現状の事業体制では〈GHで可能となる看取りのケースとそうでないケースの判断が難しい〉とされ、[看取りの受入れ可否の判断]に課題があった。GHでは〈終末期になると入院することや自宅療養となることが多く、GHでの看取りは少数である〉という経緯もあり、〈50歳以上の入居者がいるGHでは看取りまでのケアはできないと考えている割合が高い〉ことから受入れには[終末期ケアの知識と経験]を要し、今後の【看取りの受入れ体制】の充実が課題とされていた。

さらに、高齢化するGH入居者に対しては、〈高齢化・介護・看取りの対策として外部サービスの利用が必要である〉など[介護保険サービスへの移行と併用]が必要とされている。また、GH入居者の高齢化・重度化に対応するためには〈病状安定や再発予防など治療に関しては医療機関との連携が必要不可欠である〉とあり、[医療機関との連携]が重要課題となっている。そして、〈バックアップ施設との連携が不十分である〉とされており、[関係機関とのネットワーク]が必要とされ、高齢化・重度化するGH入居者を支援するためには、【他機関との

連携]が課題であった。

V 考察

GHの入居対象者である知的障がい者、精神障がい者、身体障がい者の中でも、本研究で対象とした文献は、知的障がい者に関するものが多かった。それは、GH入居者で最も知的障がい者が多い(厚生労働省、2017)ことが要因であると考えられた。以後、本研究で抽出された高齢化・重度化するGH入居者の看護課題と、その課題に対する訪問看護事業所との連携について考察する。

1、【日常的な体調管理】

GHの入居者が高齢になることで、障がいの原因疾患等に加えて、加齢に伴い罹患しやすい疾患を合併することが増える。本研究結果では、[身体疾患の予測と予防]が課題とされた。これは、定期的な受診や健康診断の結果から、食事や運動などの日常生活の状況をアセスメントした上で加齢に伴い発症しやすい生活習慣病等に対する予防の必要性を意味していると考えられた。それに関連して、〈健康維持・管理のために提供できる運動が限定される〉からも[健康行動の促進]がある。自ら健康行動がとりにくい障がい者には、その支援が重要であると考えられる。そして、加齢に伴う疾患を合併した場合には、[加齢に伴う身体疾患の病状管理]が必要となる。そこには、症状の観察に加えて、[確実な服薬管理]が重要である。また、早期に老化しやすい知的障がい者は、40歳代から生活習慣病やその合併症などの医学的管理の必要性がある(植田、2016)ため、早期からの介入が重要であると考えられる。また、GH入居者全体の約2割となっている精神障がい者については、精神科身体合併症(一定重症度の身体疾患を治療するに当たり、精神疾患がそれを妨げる要因となっている状態)が問題となっており、その取り組みが推進されている(野村、2011)。現状では、〈GHでの生活中断の要因に身体疾患の悪化がある〉とされ、疾患が重

表1 研究対象文献一覧(1)

	著者/ 発表年度	タイトル	出版データ	目的	①対象(n) ②方法	結果
1	津田耕一他 /2001	知的障害者グループホームの現状と課題に関する研究—実態調査の分析—	関西福祉科学大学紀要, 4, 41-63.	知的障がい者GHの現状・課題	①GH施設長または職員(196) ②量的研究	<ul style="list-style-type: none"> ・GHの抱える問題は「入居者同士の人間関係」「より密度の濃いケアが必要になったときのケア体制が不十分」「GHでは一生涯ケアできない」「補助金が少ない」「GHからさらにステップアップした生活をするための条件が整わない」「入居者により多くのケアが必要となってきた」が上位を占めた。 ・「入居者により多くのケアが必要となってきた」の問題には、「重度障がい者の受け入れ体制」を整備していること「世話人の勤務形態」が住み込みであることが関連していた。 ・「より密度の濃いケアが必要になったときのケア体制が不十分」の問題には「開所年数」が3年未満7年以上や「バックアップ施設」が厚生施設や授産施設であること、「重度障がい者の受け入れ体制」を整備していること、「現状の支援体制での生活継続」を考えていることが関連していた。 ・「GHでは一生涯ケアできない」の問題には、「開所年数」が7年以上、「バックアップ施設」が更生施設や通勤寮、「重度障がい者の受け入れ体制」を整備しているまたは検討していること、「入居形態」が毎日GHで過ごす、「現状の支援体制での生活継続」を考えていることに50歳以上の「入居者」がいること、「障害等級」の判定があることが関連していた。
2	池邊敏子他 /2001	精神障害者グループホームでの生活中断の要因分析	日本社会精神医学会雑誌, 10(1), 21-31.	精神障がい者GH生活中断ケースの中断要因	①GH運営委員・生活中断群(41)継続群(79) ②質的研究	<ul style="list-style-type: none"> ・GH入居前後の入院回数・期間については入居前は30例が1～12回の入院経験があり、平均入院日数730日だったが、GH入居後は26例が入院に至り、平均入院日数が53日と短縮していた。 ・GH生活中断の要因として、「服薬中断による再発」「身体症状」「恋愛感情」「環境の変化」「対人関係の問題」がある。
3	鈴木あおい /2003	精神障害者グループホーム職員の職務満足度の組織的要因に関する研究	精神障害とリハビリテーション, 7(1), 47-53.	精神障がい者GH職員の職務満足度に影響する組織要因	①GH職員(319) ②量的研究	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤職員76.7%、非常勤職員23.3%で女性が7割を占めた。社会福祉士、精神保健福祉士の資格を保有している者は21.8%だった。 ・職務特性(Hackman, J.RとOldham, G.RのJob Diagnostic Survey Scales日本語版: JDS)ではGH職員の約5割が自律性の高い仕事とし、55.6%が「この仕事を適確に行ったかどうか確かめることは難しい」とした。 ・職務満足度には上司によるスーパービジョン機能に対する職員の認知度、仕事の自律性、年齢が関連し、「上司は仕事の評価をくれるか」「上司や同僚は仕事の成果を喜んでくれるか」「この仕事は成功か失敗かの判断が困難」の3項目が有意に関連していた。
4	池邊敏子他 /2004	精神障害者の地域生活支援の構造—グループホームでの支援実態から—	岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 13-19.	精神障がい者の地域生活支援の実態と構造	①GH職員(13) ②質的研究	<ul style="list-style-type: none"> ・GHで生活する精神障がい者の地域生活支援の実態として【生活の着目した支援の工夫】、【メンバー主体】、【連携による生活支援の拡大】、【メンバー・職員関係の保持】、【安全・安定の保証】、【安心の保証】、【メンバーの理解】、【職員としての職業観・充実感】、【自己評価・自己理解】、【GH支援の課題と取り組み】のカテゴリで構成された。 ・地域生活支援の基盤となる支援構造として病氣・障害の安定が、地域での生活を可能にしていけることから【安全・安定の保障】が中心となる。
5	田中智子 /2009	知的障害者の暮らす権利とグループホームの役割	福祉教育開発センター(佛教大学)紀要, 6, 1-22.	GHでの知的障がい者の生活実態と支援	①GH職員(195) ②量的研究	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルや個別支援計画の整備状況において、「医療的対応」の項目で整備できている施設は10%未満である。 ・GH・CHで働く職員の業務内容として、「基本的な生活場での身体的介護や見守り」「家事的援助やその見守り」「パニックやこだわりへの対応」「発作への対応」「余暇活動への対応」「金銭管理」「ホーム運営実務」「引き継ぎ・会議」「他機関・家族との連絡調整」に加えて夜間帯の「添い寝や見守り」の個別性の高いケアが行われていた。 ・やり残した業務・もっと時間をかけたかった業務として「コミュニケーション」が最も多かった。その理由として利用者の重度化があり、障害程度が重いほど身体介護にかかる時間が長くなり、他の業務ができないことがある。
6	奥山順美 /2013	精神障害者の地域生活支援に関する研究: グループホームにおける職員の役割意識と役割遂行について	リハビリテーション科学, 14(1), 18-29.	GH職員の役割意識と役割遂行	①GH職員(62) ②量的研究	<ul style="list-style-type: none"> ・役割意識が高いのは、「身近な相談・対応による不安・悩みの解決」「症状安定や再発予防、健康維持」「自己決定のための助言」「自立のための経験や自信をつける」「生活技術の習得」、低いのは「就労にむけた準備や援助」「地域住民との交流や社会参加」だった。 ・役割意識・役割遂行が双方ともに高い項目は、「身近な相談・対応による不安・悩みの解決」「症状安定や再発予防、健康維持」「自己決定のための助言」。双方ともに低い項目は「地域住民との交流や社会参加」「就労にむけた準備や援助」。「次の住居の移るまでの高齢者や長期入居者のケア」であった。 ・役割意識が高い割に相対的に役割遂行が低い項目として「個別支援計画で本人の望む生活を可能にする」「関係機関のネットワークづくり」があった。 ・役割遂行と業務負担の相関では、【業務に当たり、機関・施設などのバックアップを受けている】は「症状安定や再発予防、健康維持」、「身体機能低下の予防やADLの拡大」と有意な正の相関がみられた。

表1 研究対象文献一覧(2)

	著者/ 発表年度	タイトル	出版データ	目的	①対象(n) ②方法	結果
7	松永千恵子 /2013	知的障害者グループ ホーム利用者の利用 継続を促進/阻害する 要因に関する研究	厚生 の指 標, 60(1), 30-37.	GH利用継続 に関する促 進および阻 害要因	①法人(339) ②量的研究	・施設からの転居理由として、知的障がい者では「家族の希望」が多く、身体障がい者・精神障がい者では「医療的ケアが必要」、発達障害者は「家族の希望」が最も多かった。 ・福祉専門職が直接支援を行っている事業所は、福祉専門職がいない事業所より転居者が多い傾向にある。・外部資源を利用している事業所も利用していない事業所に比較して転居者が多い傾向にある。 ・高齢、医療的ケアへの今後の対応と継続的な入居のための支援に必要な事柄として「職員の人数」、「施設」、「職員の教育」、「制度・外的要因」、「施設内の人間関係」が抽出された。
8	相馬大祐他 /2013	高齢知的障害者の死 亡原因と疾患状況 国 立のぞみ園利用者の 診療記録から	厚生 の指 標, 60(12), 26-31.	高齢知的障 がい者の死 亡原因と疾 患状況	①入居者診療データ (162) ②量的研究	・高齢知的障がい者の死亡原因は呼吸器疾患、循環器系疾患、新生物、脳・神経疾患が上位を占めていた。 ・死亡までの罹患疾患数は平均7.7疾患であり、50歳代で初発となる疾患が多かった。 ・呼吸器系疾患で死亡した者の割合は高齢化とともに増加する傾向にあった。 ・40歳代では運動機能の障害が始まる傾向にあり、転倒等の事故による骨折が増えてくる。 ・早い者では30歳代から身体状況に変化がみられる。
9	池邊敏子他 /2016	精神障害者グループ ホームの高齢化ならび に介護・看取りの実態	千葉科学大 学紀要, 9, 233-241.	高齢化の実 態ならびに介 護・看取りの 実態の明確化	①GH職員(40) ②量的研究	・GH入居者のうち身体疾患罹患者は42.7%でそのうち50歳以上の入居者が65.9%を占めていた。 ・身体疾患の罹患内容は、感覚器系疾患、糖尿病、高血圧が上位3位だった。罹患数の最大は5疾患だった。 ・GHにおける看取りの実態として、終末期を迎えた14名のうちGHで看取られた人は4名、医療機関が7名、自宅2名、その他1名だった。 ・GHの高齢化・介護・看取りの課題として、【介護等専門知識が必要】、【ハード面の課題】、【職員人数・採算の問題】、【連携が必要】、【予防活動の重要性】、【難しい判断】、【困難な生活内容】が抽出された。
10	相馬大祐他 /2016	グループホームで生活 する高齢知的障害者 に関する研究	国立のぞみ の園紀要, 9, 33-41.	GHで生活す る高齢知的 障がい者の 状態像と支 援の工夫	①事業所(24) 入居者(99) ②質的研究	・身体・認知機能等の状況では介助が必要なもの、日中もベッド等で過ごしている者が22.1%、認知症症状がある利用者はほとんどいなかった。 ・障害福祉サービスの生活介護と介護保険サービスの通所介護を併用している利用者が6.3%あった。 ・GH職員の付き添って通院している利用者が59.4%で、回数は1~6回となっていた。 ・高齢知的障がい者の支援の工夫として、住環境のバリアフリー化、GHへの看護師配置、同一法人の看護師の定期訪問、近医との連携があった。 ・支援上の課題「健康維持・管理」では“提供できる運動が限られる”、“病気の訴えがわかりにくい”、“医療機関への受診回数の増加への対応”、“医療的ケアの必要な人の増加”がある。「支援体制の整備」がある。 ・支援上の課題「介護保険サービスへの移行」では“高齢者施設への移行”、“年齢による一律的な対応”がある。 ・支援上の課題「支援体制の整備」では、“身体介助の増加への対応”、“夜勤体制の整備”がある。
11	佐々木理恵 他/2106	「親なき後」に向けた知 的障がい者の生活場 所を決定する渦中にある 高齢期の母親の思い	日本地域看 護学会誌, 19(3), 41- 49.	知的障がい 者の生活場 所を決定す る高齢の母 親の思い	①知的障がい者の母 親(6)内GH入居者の 母親(2) ②質的記述的研究	・知的障がい者の生活場所を決定する渦中にある高齢期を迎える母親の思いとして、【子離れの必要性の認識】【親離れの必要性の認識】【親子の精神的つながり】【施設入所への不安】【きょうだいへの罪悪感】【金銭管理を他人に託すことへの不安】【仲間との存在への安心感】が抽出された。 ・GH入居者の母親2名は、「現在子どもがGH入所中で将来も入所を継続させたい母親」群として特徴的な思いのカテゴリは【親も子どもも自立に向かうことへの安心感】【施設との関係に対する不満】がみられた。
12	岩崎裕治他 /2016	東京都における重症心 身障害者のグループ ホーム調査	日本重症心 身障害学会 誌, 41(3), 347-356.	GHで生活す る重症心身 障害者の実 態と課題	①法人(28) ②質的研究	・入居理由は「家族の高齢化」、「家族の希望」、「自立目的」となっており、いずれも重症者の入居ありのGHにおいて多数回答していた。 ・職員配置については、重症者の居住ありのGHでは職員数が多く、看護師配置については変わらなかった。 ・医療機関との連携は行われており、連携先は診療所、専門病院、訪問看護ステーションであった。 ・医療連携の内容は体調不良時の相談、受診、往診、定期受診、体調不良時の訪問看護、定期的な訪問看護となっていた。 ・医療ケアの内容：インスリン注射、浣腸、投薬、吸引、経管栄養は1か所のみ。 ・重症者の受入れ困難の理由は看護師が常駐していないから、休日の夜間体制がとれない。 ・重度者の受入れには、スタッフの増員（特に看護師、生活相談員）、医療機関との連携強化、急変時の医療連携、医療ケアの研修、加算の増額、夜間休日の体制強化が必要。

表2 高齢化・重度化するGH入居者の看護課題

カテゴリ	サブカテゴリ(コード数)	代表的なコード	
日常的な体調管理	専門性のある体調管理(8)	・高齢知的障がい者は病気の訴えがわかりにくい状態把握が困難である(相馬ら, 2016) ・精神障がいGH入居者の地域生活支援では個別の疾病管理の特徴を理解することが必要である(池邊ら, 2004) ・高齢化に対しては精神症状や身体疾患の早期発見が必要である(池邊ら, 2016)	
	健康行動の促進(7)	・慢性疾患の予防、孤独感の緩和など健康維持、予防活動への取り組みが重要である(池邊ら, 2016) ・GH職員は身体機能低下の予防やADLの拡大の役割遂行が十分ではない(奥山, 2013) ・健康維持・管理のために提供できる運動が限定される(相馬ら, 2016)	
	身体疾患の予測と予防(5)	・死亡原因の上位である呼吸器疾患、循環器疾患、新生物、脳・神経系疾患の予測が重要である(相馬ら, 2013) ・高齢化に対しては精神症状や身体疾患の予防が必要である(池邊ら, 2016) ・精神障がいGH入居者の地域生活支援では健康状態を把握して、病状変化の推測が必要である(池邊ら, 2004)	
	加齢に伴う身体疾患の病状管理(5)	・GHでの生活中断の要因に身体疾患の悪化がある(池邊ら, 2001) ・高齢知的障がい入居者は呼吸器系疾患で死亡した者の割合は高齢化とともに増加する傾向にある(相馬ら, 2013) ・加齢に伴う身体疾患(糖尿病、高血圧症、心臓疾患、がんなど)を考慮した援助が重要である(池邊ら, 2016)	
	確実な服薬管理(3)	・拒薬が再発につながるためその予防のために服薬管理が必要である(池邊ら, 2004) ・服薬中断からの入院がGHでの生活中断の要因となる(池邊ら, 2001)	
	医療的ケアの対応	医療的ケア増大と対応への不安(4)	・医療的なケアが必要となることが一番の転居理由となっている(松永, 2013) ・重度者の受入れ体制を前向きに考えているGHほど医療的ケアに不安を抱いている(津田ら, 2001) ・知的障がい者の母親は老後や病気になった時の医療体制に不安を抱えている(佐々木ら, 2016) ・高齢知的障がい者の支援上の課題として、医療的ケアの必要な人の増加がある(相馬ら, 2016)
		医療的ケアに関する知識の習得(4)	・医療的ニーズの高い方の受け入れには医療的ケアの研修が必要である(岩崎ら, 2016) ・GH入居者の高齢、医療的ケアへの今後の対応の充実には職員の教育が関連している(松永, 2013)
看護職との協働の必要性(3)		・GHでの医療的ケアの実践には指導にあたる看護職との連携が課題である(岩崎ら, 2016) ・看護師が常駐していないため重症者の受入れが困難である(岩崎ら, 2016)	
24時間体制の整備	休日・夜間対応の負担感(5)	・少人数の世話人しかいないGHでは重度者へのケアを夜間も含めて一人に対応するのは負担が大きい(津田ら, 2001) ・入居者の高齢化の対策には夜間の職員体制を見直す必要がある(池邊ら, 2016) ・GH職員はひとりで長時間密着した空間でケアを行っているため仕事の自律性は高いが負担感につながっている(鈴木, 2003)	
	休日・夜間の職員体制(4)	・バックアップ施設が24時間体制でケアする機能を持たないことでケア体制が整備できていない(津田ら, 2001) ・GHでの医療的な緊急時対応は職員不足や雇用形態が多様であることから困難である(田中, 2009) ・休日を含めた24時間体制の整備が必要である(池邊ら, 2016)	
介護人材増加に伴う	身体介護の増加と職員不足(12)	・GHの職員体制上、身体介護を一人の職員が休むことなく行っている(田中, 2009) ・高齢知的障がい者の支援上の課題として、身体介助の増加への対応がある(相馬ら, 2016) ・50歳以上の入居者がいるGHでは高齢化によるケアの増加に対する不安が強い(津田ら, 2001) ・GHの高齢化に対して介護する職員体制が整っていない(池邊ら, 2016)	
	増加する通院支援(3)	・高齢知的障がい者の受診は回数が増加傾向となり、対応が困難である(相馬ら, 2016) ・GHは職員数が多いとは言えず、通院への対応に苦慮している(相馬ら, 2016)	
高齢者ケアのスキル不足	身体介護に対する知識と技術への不安(4)	・GHの高齢化の対応には介護に関する知識がなく不安を感じる(池邊ら, 2016) ・高齢知的障がい者の支援において排泄に介助が必要な人への支援方法に課題がある(相馬ら, 2016) ・GH職員は障害特性に対応できるような知識と技術を身につける教育の機会を設けることが必要である(松永, 2013)	
	認知症の理解とケアの習得(2)	・従来の認知機能障害に加えて加齢に伴う認知機能低下に対する複雑な対応に不安がある(池邊ら, 2016) ・GHの高齢化の対応には認知症の専門的な知識を持つ職員が必要である(池邊ら, 2016)	
看取りの受け入れ体制	看取りの受け入れ可否の判断(4)	・GHで可能となる看取りのケースとそうでないケースの判断が難しい(池邊ら, 2016) ・知的障がい者の母親は老後や病気になった時の居場所に不安を抱えている(佐々木ら, 2016) ・GHIには終の棲家として設置されたという経緯があるため看取りを視野に入れる必要がある(池邊ら, 2016)	
	終末期ケアと看取りの経験(4)	・終末期になると入院することや自宅療養となることが多く、GHでの看取りは少数である(池邊ら, 2016) ・50歳以上の入居者がいるGHでは看取りまでのケアはできないと考えている割合が高い(津田ら, 2001)	
他機関との連携	介護保険サービスへの移行と併用(3)	・高齢化・介護・看取りの対策として外部サービスの利用が必要である(池邊ら, 2016) ・高齢知的障がい者の支援上の課題として、介護保険の高齢者施設への移行の問題がある(相馬ら, 2016)	
	医療機関との連携(6)	・重症者の受け入れ困難の理由として急変時の医療機関の受け入れに苦慮する(岩崎ら, 2016) ・病状安定や再発予防など治療に関しては医療機関との連携が必要不可欠である(奥山, 2013) ・疾病の自己管理が不十分で入院することがあるため、医療機関の協力が重要である(池邊ら, 2001)	
	関係機関とのネットワーク(7)	・バックアップ施設との連携が不十分である(津田ら, 2001) ・GH職員は関係機関とのネットワークづくりについて役割意識が高い割に役割遂行が低い(奥山, 2013) ・高齢化・介護・看取りの対策として他機関との連携がより一層必要である(岩崎ら, 2016)	

度化した場合にはGHでの生活が継続できなくなること多い。そのため、障がい特性を理解した上で[専門性のある体調管理]が重要であると考えられた。

2、【医療ケアの対応】と【24時間体制の整備】

病状の変化や加齢に伴い、全身状態が悪化しても住み慣れたGHで暮らすためには、重度化に伴う【医療的ケアの対応】が必要となる。GHでの医療的ケアとしては、喀痰吸引、インスリン注射、浣腸、摘便、導尿（膀胱留置カテーテル管理を含む）、服薬管理等が想定される。医療的ケアが必要となった場合の入所継続、また医療的ケアが必要な入居希望者の受入れにおいては、GHの職員体制や専門的なケアなど経験のない対応に[医療的ケア増大と対応への不安]がみられていた。そのため、〈医療的ケアが必要となることが一番の転居理由となっている〉とあるように、医療的ケアが必要になった時点で、ケア体制が整備できず、退所を余儀なくされる現状もある（高橋，2011）。その現状から〈知的障がい者の母親は老後や病気になった時の医療体制に不安を抱えている〉とされ、日常的に医療的ケアを必要とする障がい者への対応に課題があると考えられた。その課題に対して〈医療ニーズの高い方の受入れには医療的ケアの研修が必要である〉などの研修の機会の確保とそのための看護職との連携が必要であるとされていた。また、〈看護師が常駐していないため重度者の受入れが困難となっている〉とされ、[看護職との協働の必要性]が重要であると考えられる。

そして、〈少人数の世話人しかいないGHでは重度者へのケアを夜間も含めて一人に対応するのは負担が大きい〉ことから、現在のGHの体制ではGH職員の[休日・夜間対応の負担感]が大きいと考えられた。また、重度者の受入れには、[休日・夜間の職員体制]が不十分であることから、【24時間体制の整備】が課題になっていた。【24時間体制の整備】

では、夜間・休日の状態急変時において、日常的な病状から、DNR等の状態悪化時の入居者、家族等の意向の確認、障がいの状況からの治療に対する課題などを医療機関へ提示するなど専門性のある連携が求められるため、GH職員への負担はさらに大きくなると考えられる。

3、【介護量増加に伴う人材不足】と【高齢者ケアのスキル不足】

GHのサービス内容として、国は「主として夜間において、共同生活を営むべき住居において入浴、排せつ又は食事の介護等を行う」そして、「日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関と連絡調整を実施する」（厚生労働省，2013）としている。入居者の年齢構成が若年者で占められていた頃と違い、高齢化・重度化により「作業・生産活動」を中心とした日課から、食事、排泄、入浴といった「生活支援」を中心とした日課へシフトしている（厚生労働省，2017）。そのため、起床から就寝まで個別の支援が大きな位置を占め、職員配置も必要となってくる。本研究の結果では、【介護量増加に伴う人材不足】、【高齢者ケアのスキル不足】が課題とされた。知的障がい者、精神障がい者は認知症を早期に発症するリスクが高い傾向にあるとされている（五味他，2012）。しかし、発症前から認知機能や精神機能に弱さがあることから、発症がわかりにくく、対応が遅れることも少なくない。加えて高齢化や重度化に伴う身体機能低下から引き起こされるADLの低下がみられることとなる。そのため、障がいに合わせた自立支援に加えて日常生活における[身体介護の増加と職員不足]の課題があった。また、高齢化・重度化から併存疾患を抱え、病状の不安定さから[増加する通院の支援]につながり、【介護量増加に伴う人材不足】が課題となると考えられた。また、介護の内容としては身体介護や認知症ケアがあり、GH職員にとって経験が少なかったケアであると考えられる。そのため[身体介護に対す

る知識と技術への不安]や[認知症の理解とケアの習得]といった【高齢者ケアのスキル不足】が課題となると考えられた。このような身体的介護，認知症ケア，前述した医療的ケアに対する専門的知識の習得が必要を感じていても，人員確保が困難で教育に割く時間的余裕がない状況がそれを推進できない要因のひとつになっていると考えられる。

4、【看取りの受入れ体制】

【医療的ケアの対応】に対する受入れに課題があるように，重度化し，余命が短い状況となった入居者に対して[看取りの受入れ可否の判断]は困難を要すると思われた。看取りを前にすると医療的ケアが増え，介護量も多くなるため【医療的ケアの体制】や【24 時間体制の整備】が重要となると考えられる。その上で，[終末期ケアと看取りの経験]がないと GH 職員の不安感は増大すると考えられる。しかし，高齢化が進むわが国における看取りの場は今後，地域へ移行せざるを得ない現状もある。また，障がい者の親は親自身が高齢になり，介護が限界になってきた時に早期老化などの問題を抱えるわが子の老後に不安を抱えている（山田，2013）。このことから，最期まで暮らせる生活の場の確保が必要であり，GH で【看取りの受入れ体制】を整備することは，他の課題への取り組みを行いながら推進していくことが必要であると考えられた。

5、【他機関との連携】

1) 高齢者施設との連携

身体障がい者においては 65 歳となった時点で，高齢者施策での対応への移行が基本とされているが，知的障がい者，精神障がい者についても[介護保険サービスへの移行と併用]が必要となってくる。しかし，その障がい特性から介護保険サービスへの移行や併用には十分な連携が必要となり，〈年齢による一律的な対応に課題がある〉とされていた。障がいを抱えながら高齢化・重度化した GH 入居者には高齢期を過ごす場所の選定に十分な配慮

が必要となると考えられた。

2) 医療機関との連携

障がい特性から医療機関の受入れについて〈急変時の医療機関の受入れに苦慮する〉という現状もある。急変時だけでなく，日常の病状安定や疾病予防の面においても GH 入居者が必要な医療を安心して受けることができるように医療機関と連携していく必要があると考えられる。

3) 訪問看護事業所との連携

高齢化・重度化する GH 入居者の看護課題に対する訪問看護事業所の連携について考察する。

訪問看護事業所による定期的な訪問は看護師の専門性を生かした【日常的な体調管理】が期待できる。日常的に介護している GH 職員と協働して専門性のある体調管理を行い，相談できる窓口としての役割も果たすことができると考えられる。そして，【医療的ケアの対応】が必要になった時には，個別の契約に基づき，医療保険や介護保険における訪問看護を利用することが可能である。医療連携で訪問看護事業所が介入していることで，重度化し，医療的ケアの必要性が増した時に，個別的な契約へ移行しやすく，手厚い支援が可能になると考えられる。また，【24 時間体制の整備】の課題に対しては入居者の病状悪化等の緊急時において 24 時間体制で機能している訪問看護事業所の強み生かすことができると考えられる。連携によって，休日・夜間などを含む 24 時間対応が可能となり，世話人のみで対応することなく，負担感の軽減にもつながると考えられた。

例では，訪問看護事業所との連携が推進されている認知症高齢者グループホーム（以下認知症 GH とする）がある。2006 年の介護報酬改正に伴い，訪問看護事業所が認知症 GH 入居者に対して日常の健康管理を行いながら，24 時間体制で対応する場合，医療連携体制加算が適用されることとなった。先行文献において，認知症 GH の医療連携では，介護職員と訪問看護事業所の訪問看護師が共にケアを行う中で，健康管理における注意深い観察とケ

アの内容についての経験を共有化し、そのことが両者にとって的確な判断や役割の再編成につながっている(吉原他, 2009)としている。また、訪問看護事業所の管理者は連携の効果として「(認知症)GHの医療面への対応の機能が強化される」, 「利用者の受診回数が減らせる」, 「利用者が適切な治療を受けられる」, 「介護職員の力量が向上する」, 「介護職員が安心・満足を得られる」, 「訪問看護師の力量の向上につながる」(片平他, 2013)としていた。

以上から、GHにおいても、【介護量増加に伴う人材不足】、【高齢者ケアのスキル不足】に関する課題に対しても訪問看護事業所との効果的な連携ができるのではないかと期待できる。

しかし、地域の訪問看護事業所がGHと連携していくためには、障がい特性への理解と個別性の高いケアについて慎重に介入していく必要がある。特に知的障がい者に対応するための看護教育については世界的にみても、未だ未開発の領域とされており(Trollor JN et al., 2016; Doody O et al., 2012)、日本においても知的障がい者の健康問題に対応できる看護師育成のための教育プログラムを今後検討していく必要があるとされている(金, 2017)。また、精神障がい者に対しても、訪問看護事業所によっては、その専門性の高い訪問看護に苦慮していることも多い(井上他, 2012)。GHでは重複障がいをもつ入居者もあるため、障がいの理解と共に、主治医との連携、日常の支援を行うGH職員との十分な情報交換と慎重な対応などの課題が予測される。

以上のことから、本研究で明らかになった高齢化・重度化するGH入居者の看護課題に対して、訪問看護事業所との連携は効果が望めると考えられた。また、高齢化・重度化するGH入居者を支援するには、〈他機関との連携がより一層必要である〉とあるように地域包括ケアシステムにGHも組み込まれ、地域全体で協働していく体制の構築が重要な課題であると考えられる。

6、本研究の限界と今後の課題

カテゴリ化にあたり、論旨・文脈を熟考したが、研究者の主観的判断が含まれていないとは限らない。そして、今後の課題としては、GHと訪問看護事業所の連携の実際と課題を明らかにすることである。

V 結論

高齢化・重度化するGHにおいて先行研究から【日常的な体調管理】、【医療的ケアの対応】、【24時間体制の整備】、【介護量増加に伴う人材不足】、【高齢者ケアのスキル不足】、【看取りの受入れ体制】、【他機関との連携】の7つの看護課題が明らかになった。これらの看護課題に対して、GHと訪問看護事業所が連携・協働して取り組むことは、高齢化・重度化した入居者の生活支援に有効であると示唆された。

利益相反

本研究における利益相反について申告すべきものなし。

著者資格：NMは原稿作成の全課程を実施；MKは原稿への示唆、助言。

引用文献

- Doody O et al.. Intellectual disability nursing in Ireland:identifying its development and future,J Intellect Disabil. 16(1), 7-16. 2012.
- 五味 洋一,志賀 利一,大村 美保. 障がい者支援施設における65歳以上の知的障がい者の実態に関する研究. 国立重度知的障がい者総合施設のぞみの園紀要. 6, 14-24. 2012.
- 服部潤吉. 精神障がい者グループホームの課題—新潟県内調査からの考察—. 新潟青陵大学紀要. 8. 185-196.

- ・堀内浩美. 知的障がい者の多様な形態の地域居住を実現するためのグループホームの役割—グループホーム制度創設に関わる構造的矛盾とその克服に関する文献研究を通して—. 社会福祉学評論. 12, 1-14. 2013.
- ・訪問看護連携推進会議. 訪問看護アクションプラン 2025.
<https://www.jvnf.or.jp/2017/actionplan2025.pdf>.
(入手日付 2019 年 11 月 1 日). 2015.
- ・井上智可, 林一美. 精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの困難に関する文献レビュー. 石川看護雑誌. 9, 121-130. 2012.
- ・片平伸子, 藤川あや, 本田亜起子, 上野まり, 北岡英子, 渡部月子, 廣川聖子. 訪問看護ステーションと認知症高齢者グループホームの連携の効果と課題—訪問看護ステーション管理者の視点から—. 日本地域看護学会誌. 15 (3), 70-77. 2013.
- ・金 壽子. 知的障がい者に焦点を当てた看護教育に関する文献検討. 神奈川県立保健福祉大学誌. 14(1), 50-60. 2017.
- ・三原博光, 松本耕二, 豊山大和. 知的障がい者の高齢化に対する親の意識—知的障がい者の親達に対するアンケート調査を通して—. 障がい者問題研究. 34(3), 221-229. 2006.
- ・厚生労働省. 平成 25 年度障がい者の地域生活の推進に関する検討会, ケアホームとグループホームの一元化について.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000023940.pdf. (入手日 2019 年 11 月 1 日). 2013.
- ・厚生労働省. 平成 26 年度障害福祉サービス等制度改正に関する Q&A.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/qa1-23.pdf>. (入手日 2019 年 11 月 1 日). 2014.
- ・厚生労働省. 平成 29 年度障害福祉サービス等報酬改定検討チーム, 障害福祉サービス等について, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000167010.pdf>. (入手日 2019 年 11 月 1 日). 2017.
- ・厚生労働省. 平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定検討チーム, 障害福祉分野の最近の動向.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000349704.pdf>. (入手日 2019 年 11 月 1 日). 2018.
- ・野村総一郎. 精神科身体合併症マニュアル第 2 版. 医学書院. 440 ページ. 2018.
(ISBN4260035452).
- ・高橋真琴. 医療的ケアを要する重度・重複障がいのある人への社会的サポートをめぐって—その現状と看護師の気づきの意味—. 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要. 4(2), 29-38. 2011.
- ・Trollor JN et al.. Intellectual disability health content within nursing curriculum: A audit of what our future nurses are taught. Nurse Educ Today. 45, 72-79. 2016.
- ・植田章. 知的障がい者の加齢変化の特徴と支援課題についての検討. 福祉教育開発センター紀要. 13, 41-55. 2016.
- ・山田哲子. 成人知的障がい者家族支援に関する研究の概観—「障がいのある子どもの将来の生活場所」に注目して—. 東京大学大学院教育学研究科紀要. 53, 165-172. 2013.
- ・吉原悦子, 石井美紀代, 三重野英子. 認知症高齢者グループホーム入居者の健康管理のために看護と介護の協働. 西南女学院大学紀要. 13, 9-19. 2009.

(受付日: 2019年9月9日)

(受理日: 2020年2月10日)