

医療から見える障害者支援

医療法人社団ときわ練馬在宅クリニック
力石辰也

本日の講演の内容と目的

1. 障害の定義や種類・支援の目的を再確認します。
2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策を検討します。
3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡について考えます。
4. 地域包括支援センターを中心として、医療を含めた多職種の協力する意識を皆さんと共有しましょう。

1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害者基本法による障害の定義

第二条

この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

一 障害者

身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」という。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

二 社会的障壁

障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。

1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害者(障碍者)の定義(障害者基本法)

つまり、障害者とは

障害 × 社会的障壁(環境) = 継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの

同じ脳梗塞後でも...

Aさん
手すりあり
家族支援あり
デイサービス利用
服薬支援あり
→ 生活できる

Bさん
段差多い
独居
支援拒否
貧困
→ 生活が破綻する

環境によって自立度は変わりうる



画像はGemini で作成

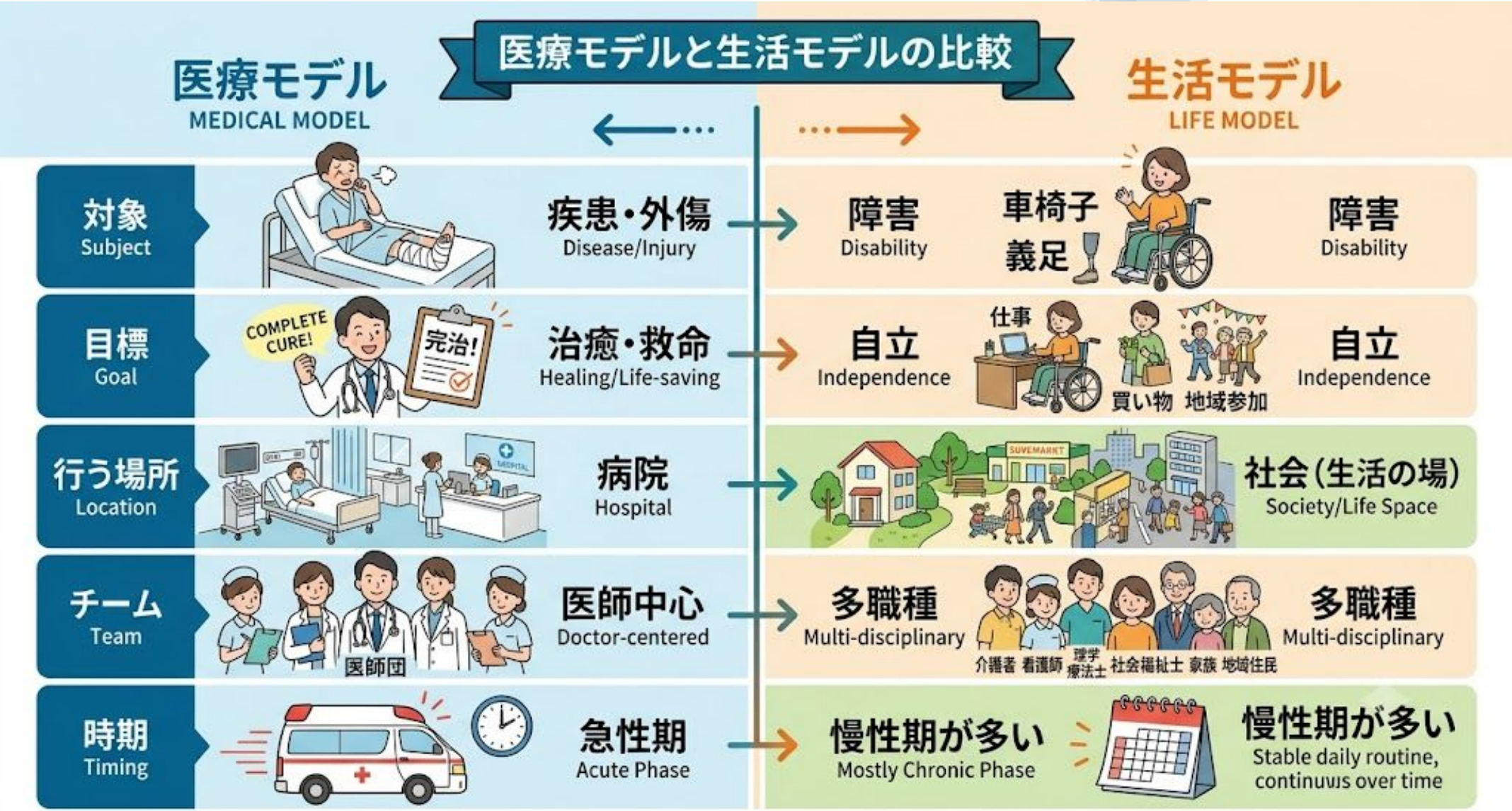
1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害者(障碍者)支援の目的

- 私たちの目的は単に対象者の命を長らえさせることではなく、対象者の「生活と笑顔」可能なら自立を守ることです。
- 医療的ケアと生活支援(福祉)はそのための両輪であり、どちらが欠けても自宅での生活は成り立たちません。
- 医療関係者と福祉関係者は常に協力し、一つのチームとして障害者を支援する必要があります。



1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認



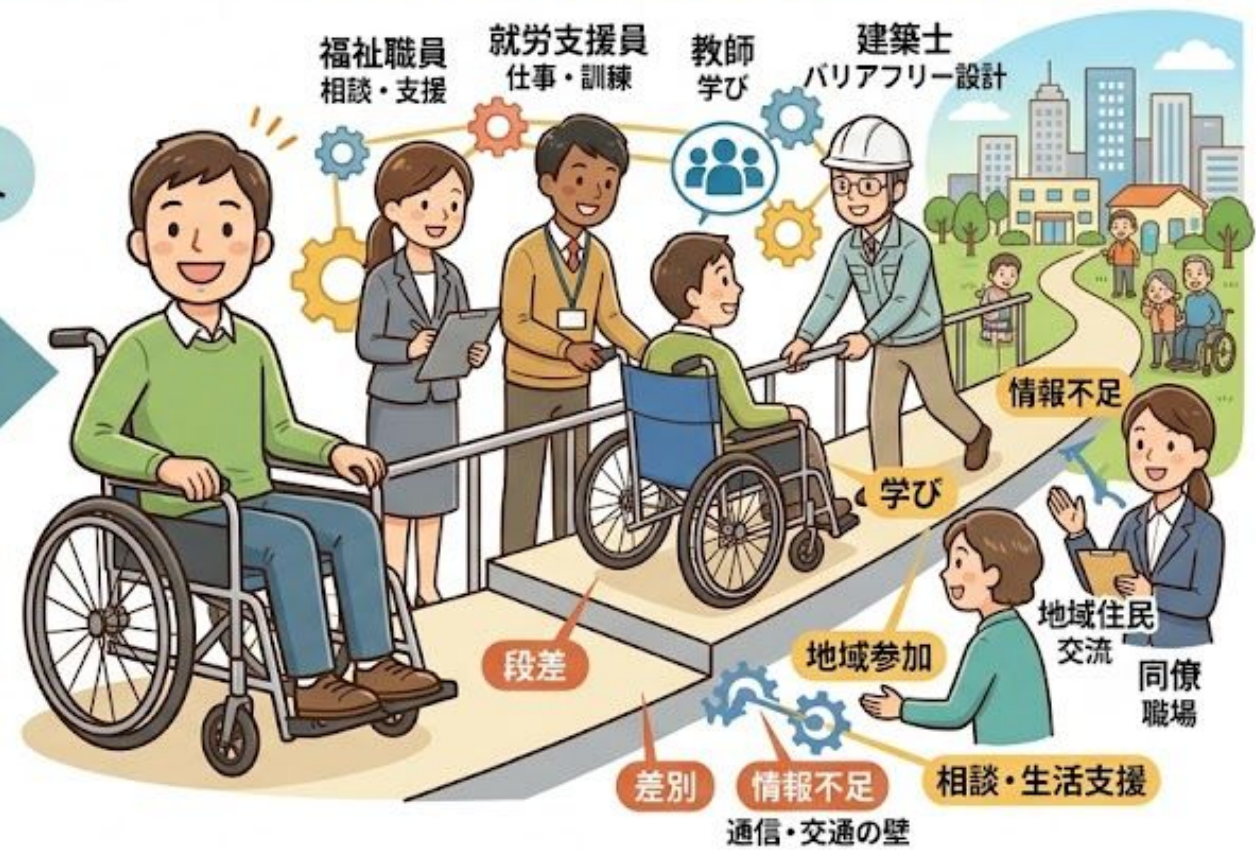
1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害者支援の包括的概念図：医療と社会の連携

① 医療による身体的ハンディキャップの軽減

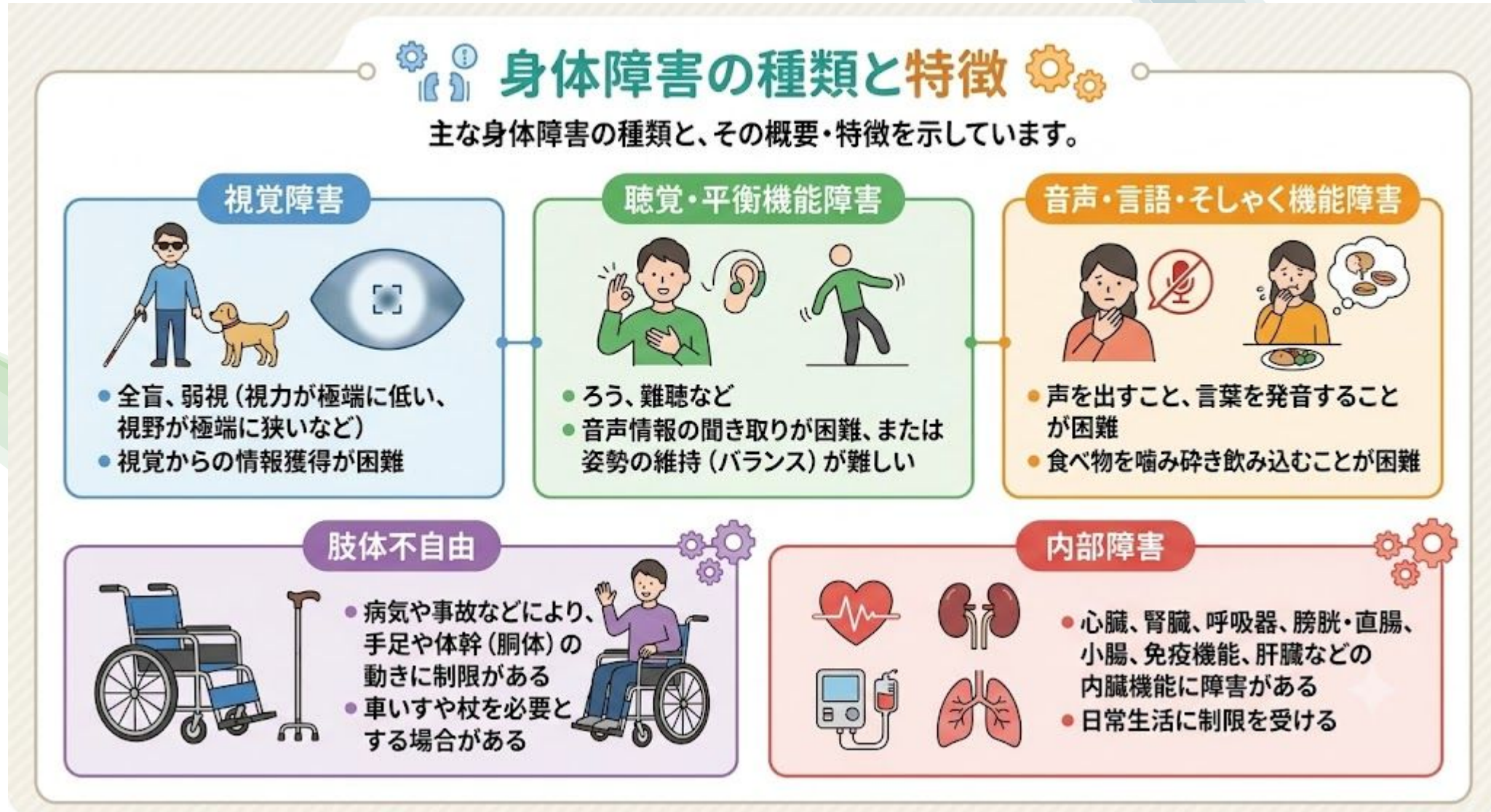


② 多職種の協力による社会的な障壁の克服



1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害の種類1: 身体障害



1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害の種類2: 知的障害

主な種類	概要・特徴
知的障害	発達期(おおむね18歳まで)に生じた知的機能の遅れにより、認知能力や適応能力(日常生活のスキル)に制限があり、支援を必要とする状態。

障害の種類3: 精神障害

主な種類	概要・特徴
統合失調症 気分障害(うつ病・双極性障害) てんかん など	脳の機能的・器質的な変化により、感情や思考のコントロールが難しくなり、日常生活や社会参加に困難が生じる状態。

1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害の種類4：発達障害

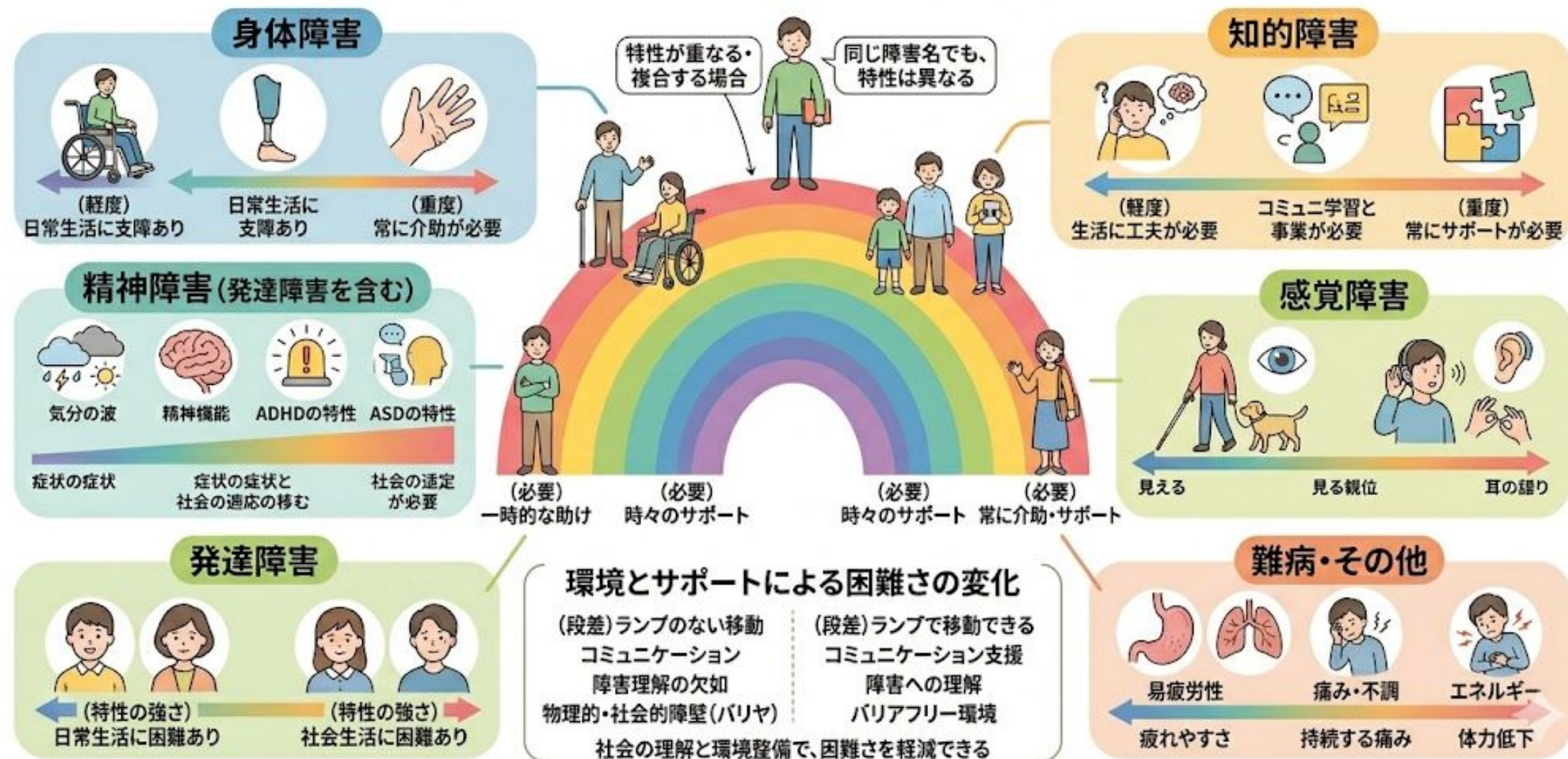
主な種類	概要・特徴
自閉スペクトラム症 (ASD) 注意欠如・多動症 (ADHD) 学習障害 (LD) など	脳の機能的な偏りにより、対人関係やコミュニケーションの困難、不注意、多動、特定の分野の学習のつまずきなどが生じる状態です。 (※制度上は精神障害の枠組みに含まれることもあります)

障害の種類5：難病

主な種類	概要・特徴
指定難病など	原因が不明で治療法が確立しておらず、長期にわたり療養が必要となる疾患です。症状によって日常生活や就労に大きな支障をきたします。

1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害はグラデーション：その多様性と一人ひとりの違い



1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害児（者）と医療的ケア児（者）

- 障害児（者）：
 - 身体・知的・精神・発達などに機能障害があり、それによって社会の壁に阻まれ「日常生活や社会生活に継続的な制限（困難）」を受けている人のことを指します。
 - 主に「心身の機能と社会生活上の障壁」に焦点を当てた言葉です。
- 医療的ケア児（者）：
 - 生きていくために日常生活の中で「医療的なサポート（処置）」が恒常的に必要な人のことを指します。
 - 具体的には、人工呼吸器の管理、たんの吸引、経管栄養（胃ろうなど）といったケアが必要です。主に「医療的デバイスや処置の必要性」に焦点を当てた言葉です。

1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害児(者)と医療的ケア児(者)

- 両方に当てはまる人：
 - 重症心身障害(重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複)＋喀痰の吸引や人工呼吸器が必要な方。
障害者(児)であり、同時に医療的ケア児(者)でもある。
- 医療的ケア児(者)だが法的な「障害者」とは限らない人：
 - 胃ろうや気管切開などの医療的ケアは必要だけでも、知的な遅れや手足の麻痺などの明確な身体・知的機能の低下がない場合。
障害者手帳の取得要件(障害等級)に当てはまらず、制度上の「障害者」には分類されないことがある。
- 障害(児)者だが医療的ケアは必要ない人：
 - 視覚障害・聴覚障害・発達障害・知的障害・精神障害などはあるが、人工呼吸器やたんの吸引などの直接的な「医療的処置」は不要。

1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

医療的ケアの種類



1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

なぜ医療的ケアという概念が必要なのか？

- かつては「医療的ケアが必要な子ども＝重度の障害がある子ども」という認識が一般的だった。
- しかし、医療技術の進歩により、「障害はない(または軽い)けれど、医療的ケアは常に必要」という子どもたちが急増した。
- 既存の「障害者」の枠組みだけで支援の必要性を判断してしまうと、手帳を持っていない・等級が軽い医療的ケア児は「保育園や学校に看護師を配置する」といった必要なサポートを受けられない。
- そのため、障害の枠組みとは別に、「医療的なケアが必要かどうか」という独自の基準で適切なサポート体制(医療的ケア児支援法など)を整える必要があり、近年この言葉が明確に区別して使われるようになった。

医療的ケア児（者）と障害者の関係性（概念図）



なぜ区別が必要なのか（支援の必要性）



課題

既存の障害等級だけでは、看護師配置など、
必要な『医療的サポート』が受けられない。

必要性

医療技術の進歩で増えた、『医療的ケア』
独自の基準で適切な支援体制
（例：医療的ケア児支援法）を整えるため。



1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

障害児(者)を支える法律

- 障害者基本法：
障害者の自立と社会参加に関する「基本理念」を定めた、すべてのベースとなる法律です。
- 障害者総合支援法(正式名称: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):
成人(18歳以上)の障害者に対する実際の福祉サービス(ヘルパーの利用、生活介護、就労支援など)のルールを定めた、実務上のメインとなる法律です。
- 児童福祉法：
18歳未満の障害児に対するサービス(児童発達支援や、放課後等デイサービスなど)を定めています。

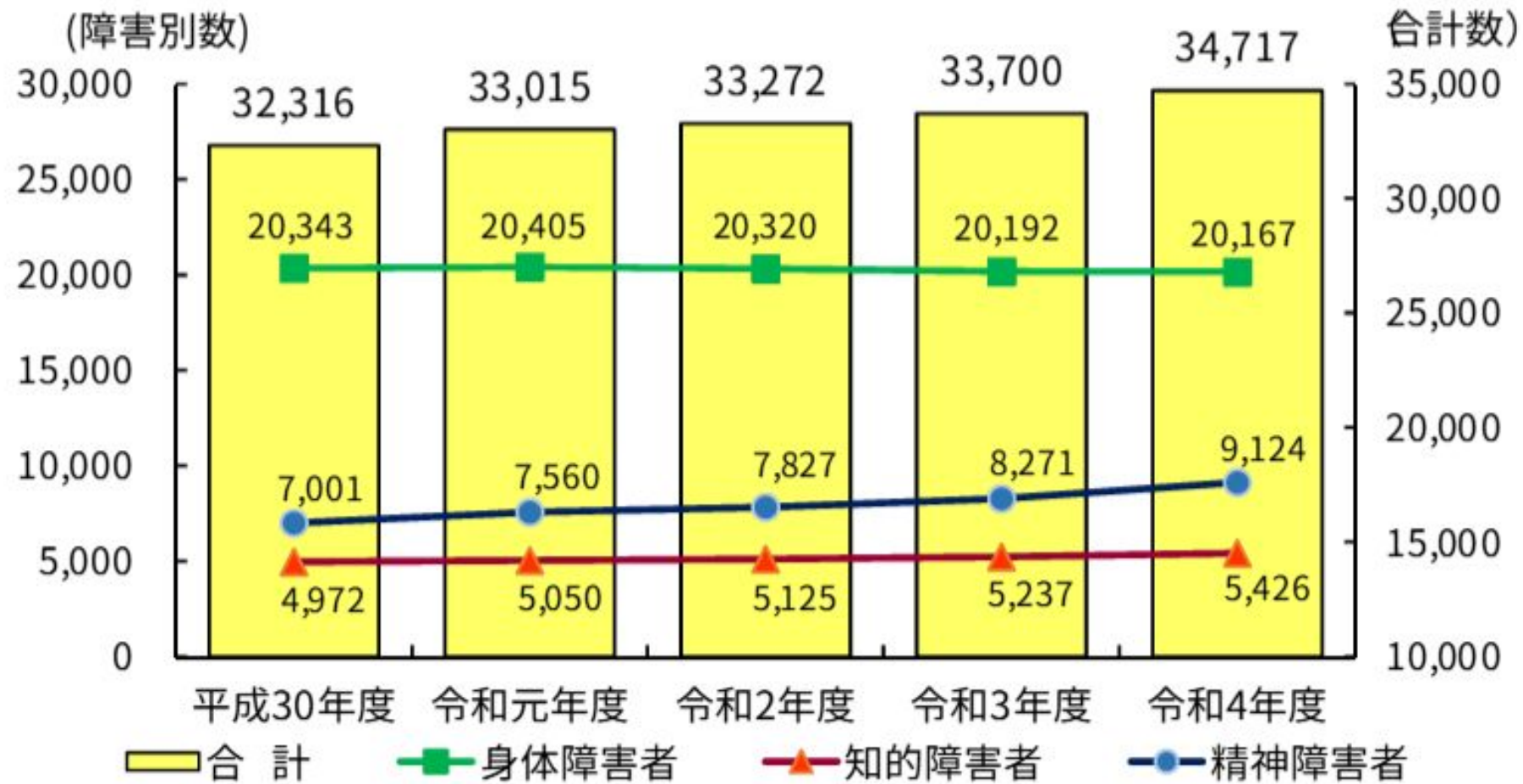
1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

医療的ケア児(者)を支える法律

- 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律(通称:医療的ケア児支援法)2021年(令和3年)9月に施行
- 「努力義務」から「責務(義務)」へ
保育園や学校での医療的ケアの対応は、国や自治体、学校の設置者の責務と定められた。
 - 看護師等の配置の義務化
保護者の付き添いがなくても子どもが保育所や学校に通えるよう、施設側に看護師等を配置する措置をとる
 - 支援センターの設置
各都道府県に「医療的ケア児支援センター」
医療・福祉・教育・労働などの相談をワンストップでできる体制

1. 障害の定義や種類・支援の目的の再確認

練馬区の障害者数



2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

1. 障害児が成人に移行する時の問題
2. 障害者の高齢化に伴う問題
3. ヤングケアラーの問題

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害児が小児科から成人に移行するときの問題

1. 医療体制のギャップ(全体から臓器別へ)

小児科(総合的): 1人の医師が「子どもの全身」を総合的に診察。

成人科(専門的): 循環器内科・消化器内科・整形外科など「臓器別・疾患別」に細分化

【問題点】

- 成人科に移行すると、複数の診療科をバラバラに受診しなければならないことが多い。
- 患者の全体像を把握し、複数の薬や治療を統括してくれる総合的な主治医がいなくなり、たらい回しや「医療の迷子」状態に陥りやすくなる。
- 緊急時の受け入れ先が見つかりにくい。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害児が小児科から成人に移行するときの問題

2. 受け入れ先の不足（小児特有の疾患を診る成人科医が少ない）

【問題点】

先天性の病気や重度の障害など、かつては大人になる前に亡くなることが多かった疾患に対し、成人科の医師は診療経験や専門知識が十分でないことがある。

【結果】

「専門外なので診られない」と成人科での受け入れが難航。
その結果、大人になっても小児科のベッドや外来を利用し続ける（キャリーオーバー）状態になり、小児科の医療リソースが逼迫してしまう原因に。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害児が小児科から成人に移行するときの問題

3. コミュニケーションと意思決定の壁（親から本人へ）

- 小児科：医師は主に親（保護者）と対話し、親が治療方針を決定します。
- 成人科：原則として患者本人が主体となり、自分の症状を説明して治療に同意する（自己決定）ことが求められる。

【問題点】

- 知的障害や発達障害、コミュニケーションに困難がある場合、本人が初対面の成人科医に自分の状態を的確に伝えることは非常に困難。
- また、親側も長年の「代弁者」の役割から急に手を引くことへの不安が大きく、スムーズな自立への移行が難しくなる。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害児が小児科から成人に移行するときの問題

4. 18歳の壁(制度の谷間)問題

- 18歳を境に福祉サービスの土台となる法律が変わる。
18歳まで:「児童福祉法」に基づく支援
18歳以降:「障害者総合支援法」に基づく支援
- 新たな「認定基準」による再審査と手続きの負担
- 夕方以降の「居場所」がなくなる
高校まで:「放課後等デイサービス」→17時～18時頃まで居場所が確保。
卒業後: 大人の通所施設(生活介護事業所や就労継続支援など)
→施設の多くは15時～16時頃に閉所してしまう。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

18才の壁問題を解決するために(医療の側でできること)

1. 「移行期医療支援センター」の活用と連携

各都道府県に設置が進んでいる専門センターなどを通じ、小児科医と成人科医の間をとりもつ「コーディネーター」を介在させる。

2. 「併診(オーバーラップ)期間」を設ける

15～17歳頃から小児科に通いつつ、成人科(内科など)も一緒に受診する期間を作る。

3. 「移行期支援プログラム」の早期スタート

中学生(12～15歳)頃から、診察室で医師が「親」ではなく「子ども本人」に向けて話しかけるようにする。

「自分の病名や、何の薬を飲んでいるか」を本人が少しずつ理解し、自分の言葉で体調を説明できるように練習(自立支援)を始める。

4. 総合診療医や総合内科とのネットワーク構築

複数の臓器に症状がある場合、総合診療医(かかりつけ医)を成人科側のメインの受け入れ先として確保

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

18才の壁問題を解決するために(生活支援の側をお願いしたいこと)

1. 児童と成人の「相談支援専門員」による共同引継ぎ

18歳になる少なくとも1～2年前から、児童分野の相談員と成人分野の相談員」が一緒に会議を開く。

本人の特性やこだわり、家族の希望などを時間をかけてバトンタッチ。

2. 在学中からの「体験利用・見学」の積み重ね

特別支援学校の高等部在学中から、放課後等デイサービスだけでなく、将来通う可能性がある成人の施設(生活介護、就労移行支援など)の見学や短期の体験利用(実習)を積極的に行う。

3. 手続きの先手管理(伴走支援)

児童手当から障害基礎年金(20歳)への切り替えや、障害福祉サービス受給者証の申請など、18歳～20歳前後は書類手続きが非常に煩雑

自治体の窓口や相談員が、いつまでに何が必要かを逆算したスケジュールを提示し、申請を支援。「18歳になったら児童課ではなく障害福祉課へ」と縦割りで分断されるのを防ぐ。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

18才の壁問題を解決するために

東京都移行期医療支援センター
(東京都立小児総合医療センター内)



練馬区
医療的ケアのあるお子さんのための
支援のしおり



2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

法律上、65歳に達すると「介護保険優先の原則」が適用され、障害福祉サービスと同じようなサービスが介護保険にある場合は、介護保険サービスを利用しなければならないと定められている

1. 利用者負担の増加(経済的負担の増加)
2. サービス量(時間)の低減
3. 馴染みの事業所や生活環境からの引き離し
4. 利用できるサービスの種類が変わる
5. 「親なき後」の問題(8050問題)との重複

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

1. 利用者負担の増加(経済的負担の増加)

- 障害福祉サービスは所得に応じて負担上限額が定められており、無料や低額で利用できている利用者が多い。
- 介護保険サービスに移行すると、原則として利用料の1割(所得によっては2~3割)の自己負担が新たに発生し、経済的な負担が急増する。
- ※国も救済措置(新高額障害者サービス等給付費)を設けて負担を軽減する仕組みを作りましたが、「65歳になる前5年間サービスを利用していた」「障害支援区分2以上」など厳格な要件があり、対象外となる人も多い。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

1. 利用者負担の増加(経済的負担の増加)

- 障害基礎年金で一人暮らしをしている場合(住民税非課税世帯)

□ 65歳になるまで(障害福祉) :

月額約6万5千円の障害基礎年金のみ。住民税非課税世帯に該当するため、**障害福祉の負担上限月額**は「0円」。

ヘルパーに週数回入ってもらい、デイサービス(生活介護)に週3回通っても、利用料は無料。

□ 65歳になった後(介護保険) :

利用したサービス**総額の1割を負担**。月15万円分のサービス(訪問介護と通所介護)を利用した場合、1割の15,000円が自己負担。

- 結果として、「お金が払えないから、ヘルパーの回数を減らす」「デイサービスに行くのをやめる」というサービス利用の抑制(=生活の質の低下、孤立化)に直結してしまう。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

2. サービス量(時間)の低減

1. 障害支援区分と要介護認定の判定基準にはギャップがあります。
2. 障害福祉の基準では「重度」と判定されて長時間の訪問介護(重度訪問介護など)を受けられていた方が、介護保険の要介護認定では「軽度」と判定され、1日あたりの利用可能時間が大幅に減らされてしまう。
(例: 10時間から3時間に減少など)が起きています。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

2. サービス量(時間)の低減

- 障害支援区分と要介護認定の判定基準にはギャップの例(1)

知的障害や発達障害(自閉症など)

状態: 身体的には健康で、歩行、食事、排泄の動作そのものは自分で行えるが、衝動的に道路に飛び出してしまう・パニックを起こす・異食行動があるため、常に誰かの「見守り」や「声かけ」が必要な状態。

- 障害福祉の判定: 常に危険回避や行動調整の支援が必要であるため、高い区分(区分5～6など)が出やすく、長時間のヘルパー利用(重度訪問介護や行動援護など)が認められやすい。
- 介護保険の判定: 認定調査では「歩けるか」「自分でご飯を食べられるか」という身体的ADL(日常生活動作)を中心に評価するため、「身体的な介護は不要」とみなされ、「要支援」や「要介護1」といった軽い判定になりがちとなる。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

2. サービス量(時間)の低減

- 障害支援区分と要介護認定の判定基準にはギャップの例(2)

視覚障害や聴覚障害

状態: 全盲やろうあの方で、自宅内での生活リズムは確立しているが、一歩外に出ると危険。または文字の読み書きやコミュニケーションに支援が必要な状態。

- 障害福祉の判定: 同行援護(視覚障害者の外出支援)や、意思疎通支援(手話通訳など)、社会参加のためのサポートが手厚く評価される。
- 介護保険の判定: 自宅での基本的な身体動作が自立していると評価されるため、介護度が低くでる。

介護保険の訪問介護(ヘルパー)は「生活必需品の買い物」などではできても、「趣味の外出」や「社会参加のための同行」には使えないため、ご本人の生活の質が低下し、社会との繋がりが絶たれやすい。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

3. 馴染みの事業所や生活環境からの引き離し

- 介護保険への移行に伴い、長年通い慣れた障害福祉の事業所(生活介護など)から、高齢者向けのデイサービス等へ移るように市町村から求められることがある。
- 人間関係が途切れたり、年齢層やプログラムの内容が合わなかったりすることで、ご本人の生活の質が著しく低下する恐れがある。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

4. 利用できるサービスの種類が変わる

- 障害福祉サービスには存在しても、介護保険サービスには該当するものがない支援(就労支援など)については、制度の切り替えによって今まで受けていた支援が受けられなくなる可能性がある。
 - 就労継続支援: 自分のペースで仕事を行い、賃金をもらいながら社会との繋がりを保てる。
 - 介護保険サービス: 「就労を支援する」という概念そのものがない。
→ 65歳を迎えると行政から「これからは高齢者向けのデイサービス(通所介護)に行ってください」と促されることがある。

「働くこと」に生きがい → 「介護を受けるお年寄り」としての生活

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者が介護保険被保険者に移行するときの問題(65才の壁問題)

5. 「親なき後」の問題(8050問題)との重複

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

それなら障害者が65歳になっても介護申請をしなければよいのでは？

- 障害者総合支援法(第7条)に定められた「**介護保険優先の原則**」が**国の方針**
- 自治体から「申請手続きの催促」が届く65歳になる数ヶ月前になると、自治体の障害福祉課から「介護保険への移行手続き(要介護認定の申請)を行ってください」という案内や通知が届く。
- これを無視していると、窓口から直接電話がかかってきたり、面談を求められたりします。障害福祉サービスの支給(更新)が止められる可能性。
- 障害福祉サービスは、数ヶ月～1年ごとに「支給決定」の更新手続き。
その際、行政側から「介護保険を申請して、その結果(却下された、あるいは介護保険の枠では足りない等)が出ない限り、次回の障害福祉サービスの支給決定(更新)はできないとされた。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害福祉の継続または併用の柔軟な運用を得るために

1. 相談支援専門員に「65歳以降も今のサービスを継続したい」という希望を伝える。早めに。
2. 市区町村の窓口で「介護保険の外出介助では、自分がこれまで行っていた社会参加（〇〇への外出など）や、視覚障害の専門的なサポートが受けられず、生活に制限が生じる」ということを具体的に伝える。
3. 必要に応じて、介護保険のサービスを利用しつつ、介護保険でカバーしきれない部分についてのみ障害福祉サービスの「同行援護」を利用する「併給（両方の制度を同時に使うこと）」を自治体に認めてもらうよう申請します。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

主治医意見書の役割は重要

- ・ 介護認定審査(二次判定)において重要な役割
- ・ 身体状況や特記事項の記載が重視される
- ・ 医師によっては何も書かなかったり、汚い字で記載して審査員の心象を悪くしたりしている。
- ・ 介護保険に移行すると、医学的・生活上のリスクがあるということを、医師の立場から意見書に明記する
(事実と異なる記載はできません。)

主治医意見書 記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
		連絡先	()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。
医師氏名 _____ 電話 () _____
医療機関名 _____ FAX () _____
医療機関所在地 _____

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
2. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
3. _____	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
(2) 症状としての安定性		☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
	☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
支援への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

5. 8050問題

- 介護をする親が80代、その子供の障害者が50代になるときの問題。
- 親の体力や収入の低下が次第に進み、障害を持つ子供の介護が難しくなる。
- 親世代の強い責任感から親族や地域社会に助けを求めず、家庭内に問題を隠し続けた結果、社会から完全に孤立していることもある。
- 50代の子ども世代が若かった頃は、発達障害や精神疾患に対する社会の理解が不足
 - 適切な医療や支援に繋がらないまま社会でつまずき、うつ病などの二次障害を発症して長期ひきこもりに。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

5. 8050問題

- 親のための「高齢者介護（介護保険）」と、子のための「障害福祉」は窓口や制度は完全に別
→親の支援に介護ヘルパーが入っても、そのヘルパーは同じ家で暮らす50代の子どものための支援を行うことはできない。
- 親が死んだあとのことを考えたり、対応を検討することを親自身も介助者も言い出しにくい。



2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

5. 8050問題

- 身体的限界と「共倒れ」:
親の体力は低下し、子どもへの身体的介護(入浴や移動の介助など)や、家事の負担に耐えられなくなる。
- 限界を超えた過労とストレスから、親から子への虐待、あるいは将来を悲観した親による無理心中など。
- 「親なきあと」の孤立死:
親が倒れたり亡くなったりした後、社会との繋がりが一切ない子どもが一人取り残される

→各種手続きのやり方が分からず、自ら助けを呼ぶこともできないまま
ライフラインがストップ。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

5. 8050問題

最大の鉄則:「家族だけで抱え込まず、第三者(専門機関)を家の中に入れる

支援の目的	具体的な制度・相談先	概要
総合的な相談窓口	地域包括支援センター 自立相談支援機関	親の介護と子の障害を「世帯全体の問題」として丸ごと相談できる地域の窓口
経済的な備え	障害基礎年金 生活保護	親の年金だけに依存しないよう、子自身の収入源を確保するための公的給付を申請
生活の自立とケア	障害福祉サービス (居宅介護など)	ヘルパーの訪問や将来のグループホーム入居など、親がいなくても生活を回すための支援
財産管理の備え	成年後見制度 日常生活自立支援事業	親の判断能力が低下した後や死後に、子に代わって財産管理や福祉契約を行う法的な仕組み。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

5. 8050問題

1. アプローチの共同実施（アウトリーチ）

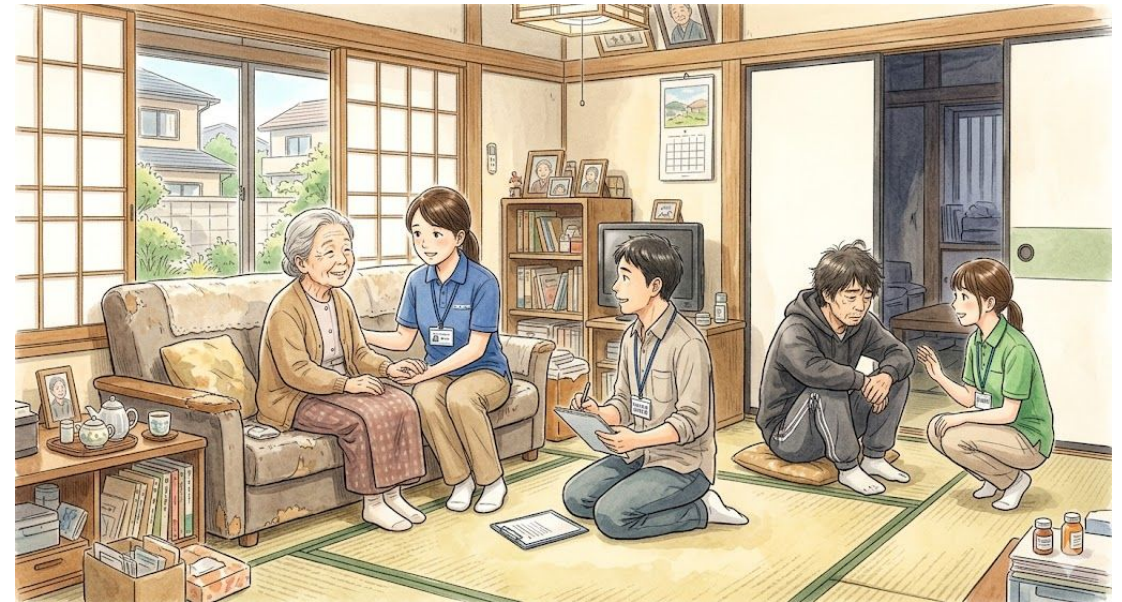
- 長年ひきこもっている子は、自分から病院や役所に行くことはない
- →地域の福祉担当者（保健師やソーシャルワーカー）と医療職（訪問看護師や医師）がチームを組み、自宅へ直接出向く「アウトリーチ（訪問支援）」を行う。
- 福祉スタッフが生活の困りごとを聞き取りながら警戒心を解き、医療スタッフが健康状態をチェックするという役割分担により、孤立した家庭を社会と繋ぎ直す。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

8050問題の解決にむけて

2. 「診断」を通じた公的支援への接続

- 子どもが適切な福祉サービス（障害福祉のホームヘルプなど）や経済的支援（障害基礎年金や生活保護）を受けるためには、医療機関による「診断書」が必須の入り口となる。
- 本人が行くことをためらっても、良さそうな施設をみつけて
 - ① 見学
 - ② 日帰り利用
 - ③ ショートステイ
 - ④ 親が亡くなったあとの入所の順に慣らしていく。



2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

5. 8050問題

3. 親子それぞれの専門家による「Wケア会議」

- 親には「高齢者介護のケアマネジャー」、子には「障害福祉の相談支援専門員」という別々の専門家をつける。
- この両者と、かかりつけ医・訪問診療医などの医療従事者が定期的集まって情報共有（サービス担当者会議など）を行う。
- 「親が来月ショートステイ（短期入所）に行く数日間、子どもが家で孤立しないよう、子どもの元へ訪問看護とヘルパーを厚めに入れよう」といった、世帯全体を俯瞰した安全網（セーフティネット）を張ることができるように。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

ヤングケアラー問題

4. 「年齢や成長の度合いに見合わない重い責任や負担を負って、家族の介護や世話を日常的に行っている18歳未満の子ども」を指します。(※大学生などを含めて「若者ケアラー」と呼ぶこともあります)
- 障害や病気のある親や祖父母の身体的介護(入浴、排泄、食事の介助など)
 - 買い物、料理、掃除、洗濯などの過度な家事
 - 幼い兄弟の世話や見守りアルコール・薬物依存や精神疾患のある家族のサポート(見守りや話し相手)
 - 日本語が話せない家族のための通訳

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

ヤングケアラー問題

- 学業への影響

ケアに時間を奪われるため、遅刻、早退、欠席が増えたり、宿題や勉強をする時間がとれなくなったりします。最悪の場合、高校や大学への進学を諦めざるを得ないケースもあります。

- 心身の健康と発達への悪影響睡眠不足や疲労が蓄積するだけでなく、同世代の友達と遊んだり、部活動に参加したりする時間が持てず、孤立感を深めやすくなります。

- 将来の選択肢の制限学力低下や進学の断念は、将来の就職の選択肢を狭め、**貧困の連鎖を引き起こす**要因にもなります。

2. 障害者が抱える制度的問題の整理とその対策

障害者支援には医療と福祉の連携が必須

- 生活と治療の両立
医療関係者は「疾患の治療や身体機能の維持・管理」を担い、福祉関係者は「日常生活のサポートや社会参加の促進」を担います。
- 医療的ニーズの増加と重度化・高齢化への対応
これらのケアを安全に行うためには、医師からの指示と技術的サポートが必要
- リスク管理と安全な生活の確保
福祉現場のスタッフが「小さな変化」に気づき、報告することは病気の早期発見や重症化の予防につながります。
- 医療機関（特に練馬在宅クリニック）の敷居は低い。
こんなことで相談するのはまずいかなと思う必要はありません。
まずは連絡をしてみてください。

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

障害者支援における支援者の心配・問題

- コミュニケーションと意思疎通の壁
障害の特性(知的障害、発達障害、精神障害など)によっては、言葉によるコミュニケーションが難しい
- 意図の汲み取り: 言葉を発しない利用者の場合、表情、視線、わずかな身振りから「何を求めているのか」「どこか痛いのか」を推測しなければならず、すれ違いが生じた際の対応に悩む
- 関係性の構築:
障害特性によっては、新しいヘルパーを受け入れるまでに非常に長い時間がかかったり、強いこだわりに対してどう寄り添うべきか迷うケースが少なくありません。

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

障害者支援における介護者の心配・問題

- 精神的・身体的な負担と安全へのプレッシャー
- 予期せぬパニックや行動: 環境の変化などで利用者がパニックを起こしたり、自傷・他害行為(ヘルパーへの暴力など)に発展したりすることがあり、対応するヘルパーの精神的な疲労に繋がります。
- 身体的な負荷: 身体障害のある方の入浴介助やベッドから車椅子への移乗など、体格の良い利用者をサポートする際は、ヘルパー自身の腰痛やケガのリスクが常につきまといます。
- 事故への恐怖: 食事時の誤嚥(ごえん)や、入浴中・移動中の転倒など、一歩間違えれば命に関わる事故を防がなければならないという強いプレッシャーがあります。

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

障害者支援における医師への報告・指示依頼

- ヘルパーは「自分は医療従事者ではないから、的外れな報告をして医師に怒られるのではないか」という遠慮や不安を抱きがちです。
- 医師の感覚：
「ヘルパーの皆さんが毎日見ているからこそ気づける変化が一番重要」
- ICTツールや連絡ノートの活用：
 - 医療・介護連携のチャットツール(MCSなど)や自宅に置く連絡ノートを通じ、ヘルパーの書き込みに対して医師や看護師がきちんと反応
 - ヘルパーは自分の仕事が医療に貢献しているという安心感とモチベーションを得られます。

障害者支援における医師への報告・指示依頼 ヘルパーが伝えるべき内容（ISBAR報告のポイント）



Aが2つありますが、AIで作るイラストの限界ということで。。
矢印もちょっと変ですね。

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

障害者支援における医師への報告・指示依頼

【悪い例（時系列で思いついたまま話す）】

「お世話になっております。〇〇ヘルパーステーションの山田です。今、鈴木さんのお宅に入ったんですけど、お部屋がすごく暑くて。

鈴木さん、朝ごはんは少し食べたらしいんですけど、なんだか顔が赤くてぐったりしていて。熱が高くてびっくりしました。

咳も少し出ています。どうしたらいいのでしょうか？」

（※相手は最後まで聞かないと、誰のどんな深刻な話なのか把握できません。）

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

障害者支援における医師への報告・指示依頼

【良い例(ISBARに沿った報告)】

- **I**(特定):
〇〇ヘルパーステーションの山田です。訪問中の鈴木一郎さんについてご報告です。
- **S**(状況):
現在、38.5度の発熱があり、ぐったりされています。
- **B**(背景):
今朝の食事は3割程度しか召し上がっておらず、水分はお茶200ml。
軽い咳も出ています。血圧は130の80です。
- **A**(評価):
普段の鈴木さんと比べて明らかに活気がなく、室温も30℃ありましたので、熱中症か、風邪を引かれたのではないかと感じています。
- **R**(依頼):
このまま様子を見て水分補給を続けてよいか、それとも往診のほうが良いか、指示をお願いします。

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

障害者支援における医師への報告・指示依頼

以下の3点を意識すると、医療者にとってよりわかりやすくなります。

1. 事実(客観)と推測(主観)を分ける
「熱が高そうです(推測・主観)」ではなく、「熱が38.5度あります(事実・客観)」と伝えて下さい。
2. 数字で伝える体温、血圧、脈拍、食事量(○割)、排便の有無(○日出ていない)など、数値化できるものはできるだけ数字で報告。
3. 迷ったら「いつもと違う」を武器にする
ヘルパーの最大の強みは「利用者の普段の姿(ベースライン)を知っていること」です。医療的な言葉が分からなくても、「言葉にはできませんが、とにかくいつもと様子が違います」という報告は、医師や看護師にとって最も警戒すべき重要なメッセージとなります。」

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

ISBARなんて面倒な方はこれでOK！

1 「いつもと違う」を早く共有

食べない・歩けない・しゃべらない・眠れない・急に
変、は病気のサイン

2 具体的に伝える

“元気がない”でなく“3日前から食事半分・立つとふ
らつく”

3 変化のスピードを伝える

急な変化は感染やせん妄を疑う合図

4 迷ったら早めに連絡

様子見で手遅れより、空振りのほうがずっといい

3. 医療関係者に伝わる障害者の異常の連絡

訪問看護師

バイタル・皮膚・服薬・食事水分の変化と急変の予兆を、遠慮なく

薬剤師

残薬・飲み合わせ・重複・副作用の報告と、一包化・減薬の相談相手に

ケアマネジャー

生活全体・本人の意向・家族関係の集約と、人生会議(ACP)の場づくり

ヘルパー

毎日いちばん近くで見る人。食事・排泄・気分・部屋の小さな変化を

民生委員

医療知識は不要。「最近見かけない」「様子が変わる」を包括につなぐ発見役

そして医師も一方通行にしない。病状・見通し・観察してほしい点を、必ずお返しします。

最後に: takehome message

1. 医療と福祉の2つが繋がって初めて障害者をきちんと支えることができます。
2. 障害者を支える制度にはいくつかの問題がありますが、皆さんと協力することによって患者さんの不利益を最小限に食い止めることができます。
3. 医療職と福祉職が今まで以上に連携・協力して障害者が暮らしやすい練馬を作りましょう。