

# 高齢知的障害者の地域生活支援における現状と課題

—— 重度障害者等包括支援事業及び日中サービス支援型グループホームを活用する事例をもとに ——

西郷 俊介\*・橋本 創一\*\*・杉岡 千宏\*\*\*

(2023年11月20日受理)

SAIGO, S., HASHIMOTO, S. and SUGIOKA, C.; Current Status and Issues in Community Life Support for the Elderly with Intellectual Disabilities: *Based on Examples of Utilizing Comprehensive Support Projects for Persons with Severe Disabilities and Daytime Service Support Type Group Homes.* ISSN 1349-9580

This study aims to illuminate the current landscape and challenges in community life support for older adults with intellectual disabilities, drawing on three distinct cases. The first case highlights a collaboration between the Comprehensive Support Project for Persons with Severe Disabilities and home-based medical and nursing care services. The second case illustrates the partnership between a daytime service support group home and an external organization. The third case focuses on an individual with Down syndrome utilizing the Comprehensive Support Project for Persons with Severe Disabilities. Based on these cases, the study proposes future directions to enhance community life support for this demographic. These include (1) establishing a community life support system that fosters collaboration across traditional boundaries, such as those separating welfare and medical care; (2) developing a welfare service system that is not solely reliant on a single facility or corporation; and (3) implementing more specialized health management strategies tailored to generational needs, disease specifics, and individual preventive support programs. These recommendations aim to create a more integrated and effective support network for elderly individuals with intellectual disabilities, ensuring their needs are comprehensively addressed within their communities

KEY WORDS : Intellectual Disability, Aging, Community Life Support

\* *Social Welfare Corporation ASHINOIE FUKUSHIKAI*

\*\* *Tokyo Gakugei University*

\*\*\* *Meiji Gakuin University*

## 1 問題の所在と目的

医療の進歩や生活環境が以前より整ってきたこと等により知的障害者においても高齢化が進んでいる。かつて短命と言われた知的障害者の寿命が伸びていることは喜ばしいことである。しかし、知的障害者の高齢化は全体

的な生理機能の低下という一般的な老化そのものに加え、これまで見られなかった疾患や支援上の課題に直面することを意味する。

知的障害者の高齢化について、竹内<sup>3)</sup>は「知的障害者においては一般の人々と比べて寿命が約10年短いことを鑑み、暦年齢55歳以上、ダウン症候群のある人たちにお

---

\* 社会福祉法人 葦の家福祉会  
\*\* 東京学芸大学  
\*\*\* 明治学院大学

いては40歳以上を高齢者とすることが妥当である」と述べており、古川<sup>1)</sup>は高齢知的障害者の支援上の主な課題として「①生活習慣病の予防と健康管理②機能の低下と相応しい生活作り③介護と医療的な支え」を挙げている。

障害福祉サービスにおいては、複数のサービスを心身の状態等に応じて臨機応変に組み合わせて利用することが必要な重度障害者のニーズに応える形で、重度障害者等包括支援事業（以下、重度包括）<sup>注1)</sup>が平成18年10月から施行された。また、平成30年の障害福祉サービス等報酬改定では、重度化・高齢化に対応するためにグループホーム（以下、GH）の新たな類型として日中サービス支援型が創設された。重度の障害がある方を支えるためには、一般的な基準を超える支援体制を必要とする。特に、生活を支える基盤となるGHにおいては、日中に通所先へ行けなかった利用者や通院等の支援を行う体制を考慮しておく必要がある。新たな類型は、従来のGHよりも手厚い世話人の配置とするため、最低基準の5:1をベースに、4:1及び3:1の基本報酬を設定している。

一方、筆者の関わる福祉現場では、支援者の夜勤回数や拘束時間を減少させるために月単位の変形労働時間を導入したり、法人内職員でバックアップしたりしている状況が見られる。特に、重度障害者を支える支援現場では未だ人手不足の課題が大きい。

高齢期知的障害者の地域生活を支える上で、まずは上記のような重度化・高齢化に対応する福祉サービス等を活用する事例タイプを取り上げ、そのような事例タイプへの支援を地域で継続していくためにはどのような課題があり何が必要となるのかを明らかにしていく必要があると考えた。そこで、本研究では重度包括及び日中サービス支援型GHを活用する3つの事例をもとに、高齢知的障害者の地域生活支援における現状と課題を報告することを目的とした。

## 2 方法

### 2.1 対象者

#### (1) 事例1

Aさん、50代、女性、障害種は知的障害、てんかん発作・心疾患あり、障害支援区分6、療育手帳A1、身障手帳1級、食事・排泄・入浴・整容・衛生・服薬等に個別介助が必要。重度包括（Ⅲ類型<sup>注2)</sup>）を活用し、GHにて暮らしていた。定期的な訪問看護（以下、訪看）のほか主な通院先として脳神経外科・内科・泌尿器科・歯科・皮膚科・外科があり、怪我や観察で異常が見られた際には突発的な通院が必要。

#### (2) 事例2

Bさん、50代、男性、結節硬化症、知的障害、てんかん、障害支援区分6、療育手帳A1、食事・排泄・入浴・整容・衛生・服薬等に個別介助が必要。特に、転倒し怪我につながるようなてんかん発作があること、睡眠サイクルや発作の起きる時間帯が安定しないこと、自由に歩き回ることができるため、常時介助者の見守りが必要だった。また、日中夜間問わず大声があがっていた。対象者は高齢の母と二世帯であり、いわゆる知的障害者の8050問題でもあった。母は闘病中であり対象者には後見人（弁護士）がついていた。日中は生活介護事業所を利用、自宅では食事や送り出しなどの時間帯にヘルパー利用をしながら、母が中心となって本人の生活を支えていた。

#### (3) 事例3

Cさん、40代、男性、ダウン症、療育手帳A1、食事・排泄・入浴・整容・衛生・服薬等に個別介助が必要。障害支援区分6の「行動援護」対象者であり重度包括（Ⅲ類型）を利用。発語はなく、移動等には常時見守りが必要。主な通院先に歯科・皮膚科・眼科・耳鼻科・内科があり、観察で異常が見られた際には通院支援（施設職員もしくは両親）が必要。

### 2.2 手続き

本人の側面（行動上、健康上の問題など）、医療の側面（理解し診てもらえる医師や病院があるかなど）・福祉の側面（受け止めることができる事業所があるかなど）、システムの側面（法制度や提供側の体制の問題など）といったそれぞれの側面について、3つの事例を整理した。

#### (1) 事例1

20XX年4月～20XX+1年3月の期間、重度包括としてのサービス担当者会議<sup>注3)</sup>等において支援者間で共有し検討されたAさんの地域生活における現状と課題を整理した。

#### (2) 事例2

20XX年7月～20XX+1年6月の期間、対象者に関わる相談支援事業所のサービス調整や関係機関によるサービス担当者会議等において共有し検討されたBさんの地域生活支援における現状と課題について整理した。

#### (3) 事例3

20XX年6月～20XX+1年5月の期間、重度包括の担当者会議において共有し検討されたCさんの地域生活

支援における現状と課題を整理した。

### 2. 3 倫理的配慮

研究および発表について、対象者ならびに家族、後見人及び関係者に対し、趣旨を口頭または文書にて説明し、同意を得た上で個人が特定できないよう留意した。

## 3 結果

### 3. 1 事例 1

以下に、重度包括の担当者会議で情報共有、検討された事項を整理した。

#### (1) 本人

**てんかん発作**：20XX年4月、大きな発作が見られた。通院先の医師の見解は「拒薬にて1日に必要な量の服薬ができていないためではないか」とのことだった。GHと生活介護の支援者は引継文書を使い服薬支援の仕方を統一した。それでも本人の服薬拒否が続いたため、通院先の医師に確認のもと、本人が飲みやすい時間帯で服薬を行うことになった。

**車椅子**：20XX年6月、車椅子ブレーキの不具合が生じた。動きの激しいご本人にとって車椅子耐用年数が短すぎる課題も挙げられた。

**排尿**：20XX年7月、排尿についての報告があった。受診した結果、膀胱炎になる手前だった。慢性化すると腎不全等につながる可能性があり、定期的な採血による検査が必要とのことだった。GH内で導尿が必要になった際、現在Aさんに関わる訪問看護だけでは導尿ができないことが課題となった。8月より4時間間隔のトイレ誘導及び排尿チェック（量・色・匂い）の取り組みをGHおよび生活介護において開始した。新たに、時間ごとの水分摂取量と排泄状況について記録することでこまめな情報共有を行った。

**下唇や口腔内の異常**：20XX年9月、下唇や口腔内に異常が見られた。幸い、GH近くにできた内科の医師に診てもらえることができた。結果、同内科をひと月に7回受診し、下唇・口腔内異常についてのみでなく、食事や水分摂取、排尿難の際にも診てもらえることができた。

#### (2) 医療・福祉

**通院支援の難しさ**：20XX年10月後半から11月初旬にかけて、痙攣を伴う発作が頻回した。そのため、通院や救

急車を呼ぶタイミングについて確認した。支援現場において、本人の行動面への配慮に加え生活全般における医療面への比重が大きくなっており、現在複数箇所ある通院先をできるだけ統合することができないか検討事項として挙げられた。一方、重度の知的障害がある方を理解し診てくれる病院がなかなかないという課題も挙げられた。

**訪問診療**：20XX年12月、Aさんを診てくれる訪問診療の医師が見つかり個別に契約。画像診断や脳波などを除き、脳神経外科、内科、泌尿器科、その他以前は通院して得ていた医療的な判断が訪問診療へ統一された。課題であったGH内での導尿についても訪問診療が入ったことで可能となり、さらには服薬回数を4回/日から2回/日に減らすこともできた。訪問看護（3回/週）と訪問診療（2回/月）に加え、緊急対応についても24時間医療とつながる仕組み（訪問看護に連絡→場合によっては訪問診療の医師による往診）ができたことは、特に生活場面であるGH支援現場において大きな心強さと負担軽減につながった。一方、本人の加齢に伴い喘鳴や頻脈が見られるようになっており、今後は心不全への対応について新たな連携が必要になってきている。

#### (3) システム

**支援体制構築の課題**：支援体制を整えるために他法人との連携も検討されたのだが、重度包括の中で居宅介護や行動援護サービスを提供する際の報酬は一般に同一サービスを行うより大きく下がるのが課題となり実現しなかった。

**継続する課題**：GHにはAさんの他にも重度化・高齢化する利用者が複数人暮らしており、増大する服薬管理や健康状態への留意等については現場職員にとって継続する課題となっていた。また、今後Aさんをはじめとする利用者の家族やキーパーソンがいなくなり本人のみになった時、個別の契約や医療的な判断をどうするかなど、意思決定に関わる課題もある。制度の活用という点では成年後見制度が考えられるが、後見人の職務はあくまで「財産管理」「身上監護」であり、病院利用に関する手続等の医療契約は行えるが手術を始めとする個々の治療等の医療同意を行うわけにはいかず、制度上においても課題が残っている。

### 3. 2 事例 2

以下に、Bさんに関わる相談支援事業所のサービス調整や、関係機関によるサービス担当者会議等において情報共有、検討された事項を整理した。

## (1) 本人

【常時必要な見守り体制】「昼夜問わず上がる声」：食事・排泄・入浴・整容・衛生・服薬等に個別介助が必要。特に、転倒し怪我につながるようなてんかん発作があること、睡眠サイクルや発作の起きる時間帯が安定しないこと、自由に歩き回ることができるため常時介助者の見守りが必要である。また、日中夜間問わず大声があがる。

## (2) 医療・福祉

【緊急対応】：20XX年7月、母から相談支援センターへBさんの支援が難しいとのSOSあり、緊急対応のサービス調整が行われた。まず、以前対象者を3か月間行動アセスメントしたことのある緊急受け入れ拠点で約1週間受け止めた。しかし、「常時必要な見守り体制」「昼夜問わず上がる声」の2点が課題となり、その後の生活の場はもとより入院先も含め対象者の受け止め先が見つからない状況が続いた（相談支援センターが連絡をとった障害者支援施設及び病院は百数十ヶ所にのぼったが、全て上記2点の理由で受け入れ不可だった）。自宅を拠点に重度訪問介護を活用し、24時間途切れなく支援する体制を検討したが、サービス需要の高い朝と夕方どうしても穴が空いてしまうこと、また継ぎはぎの支援体制の中で母ではない誰が支援の軸になるかという課題が残り、実現することができなかった。どうにか期限付きで受け止めてもらえた施設及び病院4ヶ所を数ヶ月ごとに点々とする中で、20XX+1年1月、隣県に新規開所する日中サービス支援型GHに入居することが決まった。

## (3) システム

【新たな課題と対応】：GHにおいて、より重度の方の受け入れをチャレンジすればするほど、多くの利用者にマンツーマン対応が必要になることで人間的な課題が生じたり、利用者の日中活動の場がなかなか見つからず24時間支援を抱え込まざるをえなくなったりする。20XX+1年4月、オープン当初は入居利用者が少なくBさんに対して手厚い支援を行っていたGHにおいても、徐々に利用者が増えることで対応が難しくなった。一方、対象者自身も生活環境に慣れ、関心ある場所（食べ物、飲み物、人など）へ向かって予期せぬ動きが多くなり、より対応が難しい状況となった。そこで、GHと相談支援センターで連携し、特に支援者が交代で休憩を取ることで支援体制が手薄になる深夜帯に外部サービス導入を検討、行政に特例申請を行った。結果、毎日22:00~4:00の時間帯に外部の重度訪問介護を導入することができるようになった。その後もGH内のシフト調整により人員が手薄になる朝夕の時間帯にスポット的な支援者の増員を検討

したり、生活介護や重度訪問介護等を活用し外出・余暇支援をできないかと事業所を探したり、支援体制について模索する状況は続いている。

【支援についての助言】：手厚い支援体制の日中サービス支援型GHであっても、所属する全ての職員が支援に慣れているとは限らず、重度化・高齢化する知的障害者の具体的な支援方法をイメージすることはさらに難しいことであった。そこで、20XX+1年6月、緊急時に初動対応を行った緊急受け入れ拠点事業所がGHに出向き、環境設定（注意が向きすぎるものを取り除く、逆に関心を持ってほしい場所に興味あるものを置くなど）、支援のポイント（移動・食事・自立課題などの場面ごとの支援者の立ち位置や関わり方）について助言する場を設けた。

## 3. 3 事例3

以下に、重度包括の担当者会議で情報共有、検討された事項を整理した。

## (1) 本人

【健康面について】：Cさんに関わる現場職員間においては、共有フォーマットを使い毎朝夕の体温・血圧・脈拍、SpO2に加え、排泄や睡眠時間（就寝・起床・中途覚醒）の状況についての情報共有がなされていた。睡眠については、実家へ帰省した際にその時間が減少すると報告が挙がっていたが、一方でGHでは平均6時間以上の睡眠が取れていた。たまに帰省し父母と過ごす時間はCさんにとって興奮を伴う喜びの時間であることも想像できる。GHで睡眠が安定することから、安心する人（家族ではない第3者）と安心して過ごせる場所、生活リズムを整える土台があることは、Cさんにとって大きな強みであろう。

## (2) 医療・福祉

【住まいの場】：共同生活援助、身体介護、重度訪問介護では、手洗いやハンドクリーム塗布、定期的な爪切りなど指先をきれいに保つことを意識されていた。さらに花粉症への対応、観察により確認された唇の腫れ等への通院対応がなされていた。一方、ご両親の高齢化や体調の兼ね合いから通院に協力継続することが難しくなったが、幸い地域にある訪問診療および訪問歯科と契約を結ぶことができた。

【個に応じた支援プログラムについて】：次に、日中活動の場<生活介護、行動援護>について。通所する生活介護事業所においては、Cさんが見通しを持ちやすい作業や

役割の工夫、体力維持のため近くの公園を作業班の仲間と一緒に歩く運動、などが日課として継続して行われていた。そのような中、新たな取り組みとして、役所等への対外的な外出場面、通院時、買い物時等にマスクをつける取り組みがなされていた。コロナ禍、本人の良い習慣や活動が制限されてしまわないように考えられた取り組みだった。普段からマスクに限らず色々なものを身につけることをあまり好まれないCさんに対して、無理強いはいしないう留意しながらのチャレンジだった。取り組みから数ヶ月後、場面は限られるが少しずつマスク着用が可能になっていた。

### (3) システム

**支援のシフトチェンジ**：Cさんの日中活動について加齢に伴う変化に留意しながら個に応じた支援の検討がなされていた。様々な利用者の通う事業所においては、どうしても他の利用者や物に対する外向きの行動上の問題が注目されがちであるが、発語がなく意思の表出が難しい対象者のニーズを支援者が丁寧に汲み取りながら個に応じた支援を行うこと、また初めから無理であろうと決めつけず本人と一緒にチャレンジすることや継続することの大切さを改めて考えさせられた。今後は、対象者の加齢に伴う支援のシフトチェンジ（住まいおよび活動の場の中心として日中サービス支援型GHを検討、地域生活に必要な支援を計画相談支援においてしっかり行政に伝え整える、医療との連携体制、後見制度の活用、など）が必要になることも考えられる。

## 4 考察

本研究により、高齢知的障害者の地域生活支援を推進するために必要であると考えることとして以下の3点を挙げた。

### 4. 1 福祉・医療などの垣根を超えた人材が連携しやすいような地域生活支援のシステムづくり

本研究は福祉の側面からアプローチしたものであるが、いずれの事例においても医療面（医療的な判断や通院支援など）についての課題が大きかった。特に事例2においては生活の場自体が見つからず、本人が障害者支援施設（福祉）と病院（医療）を転々とする状況が生じた。図1のように、福祉の側面（受け止めることができる事業所があるかなど）・医療の側面（理解し診てもらえる医師や病院があるかなど）・本人の側面（行動上、健康上の問題など）・システムの側面（法制度や提供側の体制の問題など）といったそれぞれの側面の問題が多面的複

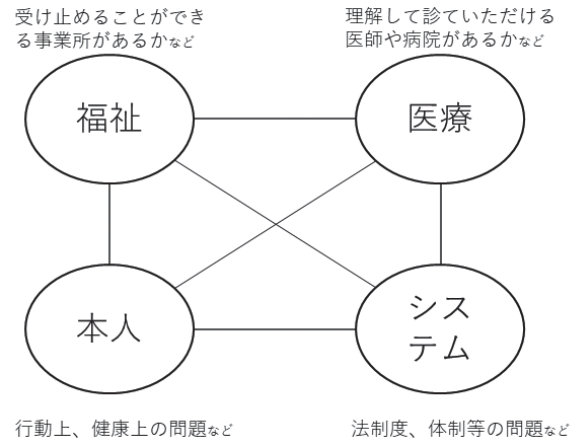


図1 多面的複合的な問題

合的に絡み合っており、地域生活支援を推進するためには、その土台となる『福祉・医療などの垣根を超えた人材が連携しやすいような地域生活支援のシステムづくり』が必須であると考えられる。

### 4. 2 障害福祉に関わる一施設や一法人等で抱え込まなくて良いような福祉サービスの制度設計

問題の所在と目的においても触れたが、福祉現場の人手不足については各事例においても同様であった。パッケージされた全サービスの報酬を各事業所へ分配しながら運営する重度包括において、サービス単体の報酬の低さは、同一法人以外つまり外部委託を行う際の大きな壁となっていた。そのため、外部委託等を行いやすくするための報酬単価改定や煩雑な事務作業の解消など『障害福祉に関わる一施設や一法人等で抱え込まなくて良いような福祉サービスの制度設計』が必要であると考えられる。

### 4. 3 より特化した健康管理（世代別・疾患別・個別の予防支援プログラムなど）

西郷<sup>2)</sup>の「成人期知的・発達障害者の退行による支援ニーズプロフィール」においては、「健康老化退行タイプ（図2）」と比べ、「行動問題出現タイプ（図3）」については行動問題を軽減・緩和する援助の質が求められるとともに支援者による生活全般の場面における援助の量が多く求められること、また「身体疾患退行タイプ（図4）」については医療・福祉・家庭との連携に関する援助の量も多くなることが示唆された（図2～4において記載上略称で表現している支援方法の具体的な内容については表1参照）。本研究で報告した事例のように行動問題や身体疾患など重複した支援ニーズがある方の高齢化には、相当な質と量の支援が個別に必要となることが想像される。そのため、『より特化した健康管理（世代別・疾

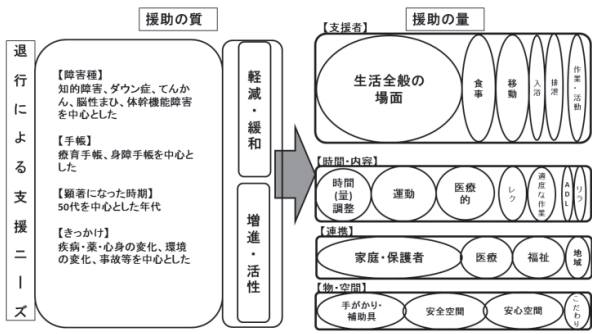


図2 健康老化退行タイプの支援ニーズプロフィール

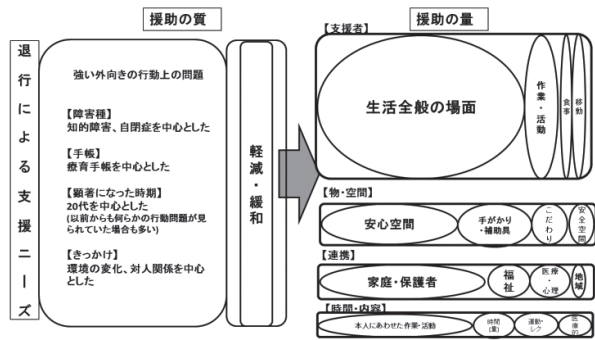


図3 行動問題出現タイプの支援ニーズプロフィール

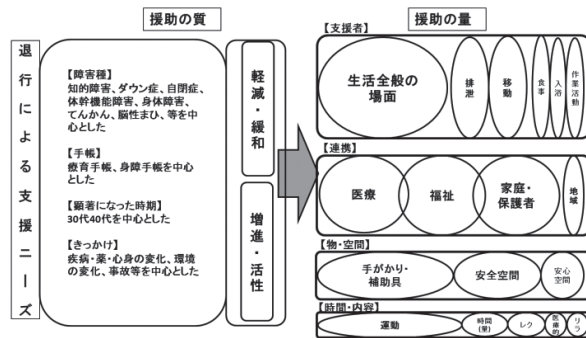


図4 身体疾患退行タイプの支援ニーズプロフィール

表1 支援方法に関する項目の具体的な内容

＜時間・内容＞	
下位項目	記述内容
時間(量)	作業・活動時間(量)の軽減、カリキュラム(作業・活動計画)・スケジュール(日課)の配慮
内容①レク	趣味・嗜好、余暇活動、音楽活動などのレクリエーションプログラム(作業・活動内容)
内容②運動	リハビリ、機能訓練、残存機能維持、散歩などの運動プログラム(作業・活動内容)
内容③ADL	生活リズムづくりや食事・入浴・排泄の支援が主のADLプログラム(作業・活動内容)
内容④医療的	通院支援、バイタルチェック、食事・水分・服薬管理などの医療的プログラム(作業・活動内容)
内容⑤リラ	アロマ、マッサージ、感覚刺激などのリラクゼーションプログラム(作業・活動内容)
内容⑥本人にあわせた	本人にあわせたプログラム(作業・活動内容)、相談支援などのプログラム(作業・活動内容)
難	模索中、現状でやるしかない、難しいなど

＜支援者＞	
下位項目	記述内容
場面①食事	食事場面における支援者の位置(距離の取り方)
場面②入浴	入浴場面の支援者の位置(距離の取り方)
場面③排泄	排泄場面における支援者の位置(距離の取り方)
場面④移動	移動場面における支援者の位置(距離の取り方)
場面⑤作業・活動	作業・活動場面における支援者の位置(距離の取り方)
場面⑥生活全般	生活全般(常に・随時・不調時・マンツーマン・個別支援・その他)における支援者の位置(距離の取り方)、体制づくり(専任・担当設置、配置の工夫)
加配	職員の加配(増員)
難	模索中、現状でやるしかない、難しいなど

＜物・空間＞	
下位項目	記述内容
物①手がかかり・補助具	視覚的手がかかり、身体的な補助具
物②こだわり	こだわりのある物(好きな物・嫌いな物・気になる物など)をそばに置く、または、除く
空間①安全	バリアフリーなど、安全な空間の整備・提供
空間②安心	専用の空間、刺激(音・温度・人など)を調節するなど、安心な空間の整備・提供
難	模索中、現状でやるしかない、難しいなど

＜連携＞	
下位項目	記述内容
医療	医療(病院・薬/医師、看護師、PT、OT、ST 等)との連携
心理	心理(発達障害者支援センター、療育センター/臨床心理士、臨床発達心理士 等)との連携
福祉・職員間	福祉・職員間(障害福祉サービス、介護保険サービス)の連携
家庭・保護者	家庭・保護者(親、きょうだい、祖父母、親戚 等)との連携
地域	地域(役所、社会福祉協議会、児童相談所、更生相談所、地域包括支援センター、学校/親の会、当事者団体/民生委員、保健師 等)との連携
多職種	多職種による会議・連携、自立支援協議会
難	模索中、現状でやるしかない、難しいなど

患別・個別の予防支援プログラムなど』を現場レベルで検討し、実践研究を積み上げていくことが重要であると考える。また、支援者間で行っている細やかな記録や情報共有は、対象者の状態変化に気づく大切な資料となる。特に知的障害者の認知症について、その症状がもともとの知的障害から生じているのか認知症のためなのか判別しにくい。診断に重要となるのが以前の状態からの変化であり（ベースラインが重要）、今後は「知的に障害のある人のための認知症判別テスト（日本語版DSQIID）」<sup>4</sup>等を活用し、その兆候を早い段階で把握することにもつながると考える。

## 5 文献

- 1) 古川慎治（2019）高齢知的障害者支援の実際～我々支援者は何をするのか？～、第56回全国知的障害福祉関係職員研究大会（鹿児島大会）第2分科会
- 2) 西郷俊介・橋本創一（2013）成人期知的・発達障害者の退行による支援ニーズに関する研究—障害福祉サービスにおける支援ニーズプロフィールの作成—、東京学芸大学紀要総合教育科学系Ⅱ第65集、409-414
- 3) 竹内千仙（2020）医学的側面から見た知的障害者の高齢化、発達障害研究、42（3）、181-187
- 4) 「知的に障害のある人のための認知症判別テスト（日本語版DSQIID）」  
<https://www.nozomi.go.jp/investigation/pdf/report/04/01.pdf>

## 注

注1) 重度障害者等包括支援事業は、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、自立訓練、就労移行支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助（外部サービス利用型を除く）の中から、利用者ごとに必要なサービスを組み合わせ包括的に提供。その都度支給決定を経ることが不要。個々のサービスの報酬単価については、重度障害者等包括支援事業者による自由な設定が可能。平成30年度の報酬改定においては、算定できる加算の見直し、サービス提供責任者の要件緩和等が行われ、令和2年には国立重度障害者総合施設のぞみの園からリーフレットが出されている。

注2) I類型：重度訪問介護の対象であって四肢すべて

に麻痺等があり寝たきり状態にあり、人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者（筋ジストロフィー、ALS等）。II類型：重度訪問介護の対象であって四肢すべてに麻痺等があり寝たきり状態にあり、最重度知的障害者（重症心身障害）。III類型：障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目の合計得点が10点以上である者（強度行動障害）。

注3) 重度包括としてのサービス担当者会議の定期開催については平成30年度の報酬改定により制度上では任意となったが、対象事業者においては情報共有とスムーズな連携のために毎月実施し、会議では各事業所職員が事前に入力した情報共有シート（入力内容は、月単位の支援計画に基づく振り返り、健康面、その他共有事項）をもとに情報共有及び意見交換を行っていた。