

知的障害者の加齢変化の特徴と 支援課題についての検討

植田 章

〔抄録〕

本稿では、知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題について明らかにするために、先行研究の分析や事例研究を行った。加齢変化の特徴としては、①40歳代を節目にして生活習慣病や合併症などの医学的な管理が必要になること。また、身体的機能は、40歳代後半から50歳代にかけて急激に落ち込むこと。②認知症に罹るリスクが高く、発症が早い傾向にあること。③ダウン症などのように障害そのものが老いを確実に早めるということ。また、早老症とは別にダウン症者の加齢変化の特徴には、急激な「退行現象」がみられること、④障害特性と社会的体験の幅の狭さから、高齢期に自分自身や家族に起こる様々な変化を受け止め、対応していくには多くの困難が伴うこと、があげられる。そして、以上のような特徴は、障害を有するために、障害のない人の老化とは区別し、何らかの特別な支援方法なり配慮が用意される必要があることを明らかにした。つまり、一般の高齢者施設に移行した場合においても、支援内容は大きく異なってくる点を理解しておかなければならない。

キーワード：知的障害者 加齢 認知症 高齢期 支援課題

はじめに

2015年現在、知的障害者支援施設に暮らす7割を40歳以上が占めるようになった¹⁾。加齢に伴う心身機能の低下、生活習慣病や合併症などの健康問題、それに伴う個別対応や医療的ケアの増加がもたらす支援体制への影響などが実践現場で大きな課題となっている。たとえば、大阪府下にある障害者入所支援施設の通院介助の件数は、年間1,600件にも上り、通院介助に職員の手がとられ、日中の生活介護事業に支障が出ている。また、ダウン症者では、「退行」とみられる姿が表れたり、早い時期に認知症を発症する事例が報告されるようになっている。

知的障害者の高齢期の生活を地域で支える取り組みには、高齢社会における障害者問題の固有の意味と課題を究明することと、そこを担う職員の専門性の確立と専門家集団の育成が求められる。本小論では、知的障害者の高齢期の支援プログラムを開発することを目的に収集した事例を通して、知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題について明らかにしたい。

1. 高齢期の制度的課題への整備は喫緊の課題

知的障害者福祉法をはじめとした現行の障害関連法規は、高齢期を迎えた障害者が安心して暮らすことのできる施策に関して何一つふれていない。国・厚生労働省は65歳を過ぎれば介護保険制度が優先するとして、介護保険制度でカバーしきれない部分だけを障害者総合支援法で補うといった立場をとっているが、その介護保険制度も、総合的な介護保障の仕組みになっているとは言い難い。介護保険サービス優先の捉え方については、「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係について」（厚生労働省障企発・障発第03280002号、2007年）と題する通知の中で、「個々人の心身状況・介護保険サービスの適切性・サービス利用の理由に応じて一律に介護保険サービスを優先させるものではない」として障害者福祉制度の「選択」を一応、認めてはいる。しかし、市町村の窓口では、断片的な施策の提供と画一的な運用が進められているのが現状である。

昨年、障害者の高齢期の問題が社会保障審議会障害部会（第68回2015年7月24日）において検討課題として取り上げられた。厚生労働省が高齢障害者に対する支援のあり方についてふれたのは、2000年6月に「知的障害者の高齢化対応検討会」が「報告書」のかたちで提言して以来、15年ぶりである。今回の検討会の論点は「介護保険サービスへ移行する際の利用者負担について」「介護保険給付対象者の国庫負担基準額について」「介護保険サービス事業所において65歳以降の障害者が円滑に適切な支援が受けられるようにするため、どのような対応が考えられるのか」などである。ただし、検討の視点としては「一般の高齢者等との公平性」や「財政への影響」などがことさら強調されたものであった。

またこの間、「自立支援給付と介護保険制度との適用関係」に関わる制度運用実態調査を実施し、65歳以上の障害福祉サービス利用者のうち、介護保険と障害福祉の併給は35.7%、障害者福祉サービスのみの利用が64.3%であったことを示した上で、「実態調査結果を踏まえた事務連絡」を2015年2月18日付けで行っている。その内容は、「障害福祉サービス利用者への介護保険制度の案内」「障害福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内」「指定特定相談支援事業と指定居宅介護支援事業等との連携」であった。しかし、上記の調査では、それぞれの自治体によって「介護保険優先原則の取り扱い」に格差があることも明らかになっている。今回の事務連絡を受けて、介護保険優先原則が窓口でますます徹底されるのではないかと懸念が深まっている。

他にも、2015年4月に財務省主計局から出された「社会保障」の資料（当面の社会保障制度改革の基本的な考え方や障害者施策の今後取り組むべき課題等についてもふれている）では、介護保険と障害福祉の家事援助等は地域生活支援事業に移管することなどが検討課題としてあげられており、今後、市町村事業の対象を拡大する方向で社会保障改革が進められる可能性が出ている。地域包括ケアシステムの実現というかたちで介護保険と障害福祉の統合論が再燃するのではないかと危惧される。

以上のような流れから、国には高齢障害者の固有の支援のあり方、その家族の生活問題に対応していく生活支援の方向性を真正面から受け止め、改善していくという考えが毛頭ないことがわかるだろう。しかし、単に介護保険と統合するだけで高齢障害者の抱える課題が解消されるとは言えない。たとえば、障害者家族の抱える生活問題である。障害者家族は、これまで介護だけでなく、経済面からも障害者を支えてきた。しかし、家族自身が高齢期を迎えたことで、稼得所得から年金生活へ移行し世帯収入が減少する中での経済的負担が大きな問題になっている。なぜなら、障害者本人の加齢によって、それを支えるための支出は削減されるどころか増えることが多いからである。こうした家族が抱える負担には、身体的・精神的負担と同時に経済的負担が大きいことは調査でも明らかにされている²⁾。本人の加齢による身体的・精神的な変化、それに伴う生活問題の出現、そして、親の加齢に伴う家族の新たな生活問題の諸相を構造的に把握していく視点が重要となる。

利用者の高齢化は福祉施設・事業所の運営や支援のあり方にも新たな課題を生んでいる。先述したように、加齢に伴う機能の低下によって、必然的に個別対応の機会が増えるために、利用者の高齢化率が上がるほど十分な職員配置がなされなければならないし、新たな疾患を抱え、医療的なケアの必要性も高まることから、看護師や理学療法士などの配置も必要になってくる。また、家族の緊急時にも柔軟に対応できるよう多様な支援体制の整備を図るなど、相談支援を含む総合的なケアマネジメントの機能を位置づけていく必要もあるため、福祉施設・事業所に対する報酬面での配慮が不可欠になる。

以上のことから、障害者総合支援法の3年後の見直しと障害者権利条約の理念を具体化する立場から、障害者の社会権を十分に保障しうる内容として高齢期の制度的な基盤整備がなされていくことが喫緊の課題である。

2. 知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題を明らかにする意義

知的障害者の加齢変化の特徴については、第一に、65歳以上の高齢知的障害者の割合が一般人口に比して低く、10歳から40歳にかけての年齢層で死亡率が高いことがある。この点については、有馬正高らの先行研究でも明らかにされている。死亡原因の特徴として、一般の人たちとは異なり急性死または突然死が高く、その要因については、本人の訴えに周囲が気づかず手遅れになりやすいこと、食事習慣や運動習慣の影響が大きいとされる生活習慣病、とりわけ肥満を伴う合併症からなる疾患を患う者が多いことがあげられている³⁾。さらに、重度の知的障害者の場合、内臓奇形や重い運動障害、難治性てんかんを合併する割合が高いことも要因としてあげている⁴⁾。

第二に、身体機能に関しては、40歳代後半から急激に落ち込むことがわかっている。これは障害をもたない人たちと比べて明らかに早い。筆者が障害者入所支援施設を対象に行った実態調査でも身体機能の自立度をみると、「介助なしには外出できない」「日中もベッド上での生

知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題についての検討

活が主である」と回答した者が45～60歳代を前後して増加している。また、日中や夜間のオムツ使用、食事の提供形態（「刻み食であれば摂取できる」「ソフト食、ゼリー食、ムース食であれば摂取できる」）への配慮が必要になるなど、生活全般への支援を要する者の割合も増えている。大阪府下の知的障害者入所支援施設が実施した同様の調査でも、入所者（施設入所支援・生活介護事業 29歳～81歳、平均年齢51歳）のうち、食事の形態は4種類、さらに療養食では4種類に分け、個々の利用者に応じて提供されている。体幹機能の低下により歩行の介助が必要な者は26%、車いす使用の者10%。排泄支援についてもより細やかな支援が必要で、ケアパンツで対応をしている者は22%、嚥下、咀嚼機能の低下により個別の支援が必要な者は42%。また、入浴場面ではリスクマネジメントへの配慮から「個浴」（12%）や「機械浴」（3%）で提供している者は年々増加している。日中支援（生活介護事業）においても入所者の年齢構成が若年者で占められていた頃は「日中は作業等の活動を行い、夜に入浴する」といった日課が通常であったが、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とシフトしている。起床から朝食、午後の日中活動以降の生活支援及び夕食から入浴、就寝にかけての個別の支援が大きな位置を占め、職員の配置も必要となっている点を明らかにしている（筆者も参加しているNPO 法人大阪障害者センター「障害者の高齢期を支える支援プログラム開発プロジェクトチーム」報告レポート参照）。（図表1、2参照）。

図表1 年齢階層別／身体機能の自立度

年齢別		身体機能の自立度					合計
		特に身体機能に問題はない	何らかの身体機能の障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない	屋内での生活は何らかの介助を必要とし、日中もベッドの上での生活が主であるが、座位を保つ	1日中ベッドの上で過ごし、排泄、食事、着替えにも介助を要する	
40 64	人数	3	1	7	3	0	14
	%	6.5%	2.2%	15.2%	6.5%	0.0%	30.4%
65 74	人数	3	0	11	3	2	19
	%	6.5%	0.0%	23.9%	6.5%	4.3%	41.3%
75 合計	人数	2	0	5	5	1	13
	%	4.3%	0.0%	10.9%	10.9%	2.2%	28.3%
合計	人数	8	1	23	11	3	46
	%	17.4%	2.2%	50.0%	23.9%	6.5%	100.0%

大阪府下にある障害者入所支援施設における実態調査より 2015年、植田

図表2 年齢階層別／食事形態

年齢別		食事				合計
		普通食を摂取できる	刻み食であれば摂取できる	ソフト食、ゼリー食、ムース食等であれば摂取できる	ミキサー食であれば摂取できる	
40 64	人数	5	7	0	2	14
	%	10.9%	15.2%	0.0%	4.3%	30.4%
65 74	人数	5	11	2	1	19
	%	10.9%	23.9%	4.3%	2.2%	41.3%
75 合計	人数	3	8	1	1	13
	%	6.5%	17.4%	2.2%	2.2%	28.3%
合計	人数	13	26	3	4	46
	%	28.3%	56.5%	6.5%	8.7%	100.0%

大阪府下にある障害者入所支援施設における実態調査より 2015年、植田

第三に、認知症に罹るリスクが高く、生まれつき障害のない人よりも発症が早い傾向にあることである。五味洋一は、障害者入所支援施設に暮らす65歳以上の知的障害の実態と支援課題を把握することを目的に調査を実施し、65～69歳の知的障害者のうち16.4%に認知症が疑われる症状が現れていることを明らかにした。そして、わが国の65～69歳の有病率が1.5%、65歳以上全体では8～10%とされていることと比較して、知的障害者の認知症は軽視できない問題になってきていると指摘している⁵⁾。知的障害者の場合には、認知症に罹る前から認知機能や精神機能に弱さがあるため、その発見が遅れることが多い。たとえば、認知症に罹患したダウン症者の場合、会話の減少やコミュニケーション能力の低下が認知・記憶能力の低下と同様の早い時期に認められ、その後、パーソナリティの変化、身辺自立能力の低下、歩行障害、作業能力の低下などが起こり、さらに進行すると失禁が出現し稼働不能で寝たきりになると報告されている⁶⁾。筆者らが実施した調査でも、ダウン症者が認知症と診断されるに至る経過については、認知症の早期症状のうち、「記憶」は該当項目率ではさほど目立たない一方、「疲れやすくなった」「動きが緩慢になった」といった「活動性の低下」にかかわる項目群の該当項目率が高いという結論を得ている⁷⁾。これらの行動の変化は、認知症以外の原因（抑うつ症、感覚器官異常、甲状腺機能亢進・減退症）によって起こることもあるし、認知症と併存することもあるので注意しなければならない⁸⁾。

第四に、ダウン症などのように障害そのものが老いを確実に早めるということである。ダウン症もウェルナー症候群やターナー症候群と同様に早老症候群の一つである。そういう点では、早老症の症状として、白髪や頭毛の脱落、下眼瞼の皮膚のたるみ、皺など外見の老化が進むほか、難聴、白内障、歯肉炎が認められたり、40歳代でもアルツハイマー型の認知症を発症することがある。さらに、早老症とは別にダウン症者の加齢変化の特徴には、急激な「退行現象」がみられることがあげられる。この「退行現象」の原因や発症のメカニズムは未だ十

分に解明されていないが、橋本創一や菅野敦らは「青年期から成人期のダウン症者に一定の割合で急激な退行が出現しており、しかも、特定の疾病・疾患診断のつかないものであったことから、ダウン症に特有の心理学的機構に起因する退行現象であることは推測される」と指摘している⁹⁾。筆者らが行った事例研究においても、20歳代後半から現れた「退行現象」が30歳代半ばにさしかかっても改善しない事例が報告されている。急激な退行現象を発症する契機には、職場や作業所内での対人関係のつまづき、仕事内容の変更やそれに伴う過度の緊張、きょうだいの結婚や就職、両親の死亡等による別離などがあげられた。ダウン症者を含む知的障害者の加齢の問題の特徴を明らかにするためには、幼児期からの生育過程での自我形成の特徴、成人期の社会・家庭環境における問題、早い人では壮年期から発症する認知症などに留意した検討が必要である。

第五に、障害特性の及ぼす影響と障害があることで被ってきた不利益についてである。彼らは、障害があるがゆえに、病気の発見が遅れたり、援助行為を受け入れることができなかつたりするだけでなく、障害のない人に比べて、これまでの生活体験・社会経験の幅が狭いために、十分な知識や判断力を獲得してきたとはいえず、自分自身や家族に起こる様々な変化を受け止め、対応していくには多くの困難が伴う。たとえば、長年住み慣れた施設やグループホームでは、職員や利用者との関係、一日のスケジュール（日課）に馴染み、比較的安定した生活を送ることができていたが、個別的な介護や医療的ケアなどが必要になり高齢者施設へ移動した場合に、新たな環境や関係性を築くことが苦手なために「パニック」「不穏」「興奮状態」といった精神症状の混乱をきたしたという事例もある。

知的障害者には以上のような加齢変化の特徴があり、障害を有するために、障害のない人の老化とは区別し、何らかの特別な支援方法なり配慮が用意される必要があるだろう。一概に身体介護の度合いだけで支援内容を決定することはできないし、一般の高齢者施設の支援とも大きく内容が異なる点を理解しておかなければならない。

3. 事例を通して見えてきた高齢期の支援課題

(1) 健康上の課題と医療機関との連携

加齢に伴う基礎疾患の病状の変化や二次的な合併症、新たな生活習慣病の発症など、様々な健康問題が40歳前後を一つの節目として高まっていることは前述したとおりである。これには、知的障害を抱えるがゆえに、自己の身体の細かな変化を表現したり不調を訴えることが難しいことから、疾病の発見が遅れたり、比較的軽度の症状が重篤な事態を招くなどのリスクが高まるのが影響している。また、自宅で暮らす障害者の場合、生活施設入所者と比較して食生活等のコントロールが難しいこともある。そのために、肥満症や動脈硬化を合併しやすい。他にも、比較的健康で元気な障害者であっても、視力や聴力などの感覚機能の低下や甘いものへのこだわりがある人も多いために歯の喪失や歯周病など歯科疾患も見られるようになる。高

年齢の疾患としては誤嚥性肺炎も多い。これは、加齢とともに咀嚼や嚥下機能が低下することによるものである。知的障害が伴う場合、元来正常な咀嚼や嚥下機能を獲得できていない場合もあるためその危険性はさらに高まる。また、身体機能の低下や服薬の影響などによって起こる転倒から外傷性疾患を患う危険性も増加する。もっとも多いのが大腿骨頸部の骨折である。

日常的に服薬が必要な障害者は多いが、その状況にも加齢により変化が生じてくる。薬物の代謝に関係する肝臓、排泄を担う腎臓などの機能が低下することによって副作用が強く出てしまうことも少なくない¹⁰⁾。また、最近の臨床研究では、長期にわたる抗精神薬などの多剤大量処方が重篤な心室性不整脈や心臓突然死のリスクを高くするという報告もある¹¹⁾。わが国では、統合失調症患者を対象とした処方調査で、抗精神病薬が単剤で投与される率は諸外国よりも著しく低い上に、抗精神病薬が3剤以上併用される率が際立って高いことが問題視されている¹²⁾。ある事業所が行った利用者の投薬状況調査では、投薬を受けている者は51.4%、その内、3剤以上の投薬を受けている者は58.4%にも上った。多剤大量処方がなされている者に共通している点は、肥満傾向が多いこと（とくに40歳を過ぎるとその傾向がある）、医学的管理が必要とされる生活習慣病を発症していることである。主治医ともよく相談し家族とも連携しながら投与量などを検討していかなければならない。

壮年期・高齢期の健康上の課題の一つは、生活習慣病の予防と健康管理であり、「これ以上悪くさせない」という視点からの予防的なアプローチが求められる。健康診断等で行われる検尿・血液検査の経年的な把握と日常的に行っている血圧測定といったバイタルチェックに加えて、排泄や生理の状況、体重の変化、日常生活動作から見る体力の低下といったわずかな変化から健康状態を把握しなければならない。その点に職員の専門性が求められるだろう。加えて、通院や入院が必要になった場合、障害を理由に医療機関から家族や施設職員が付き添うことを条件にされたり、通院・入院そのものを断られたりする例がある。福祉と医療・保健分野との連携や専門職との協力関係がスムーズに行われなければいざらにか必要な医療行為すら受けることができないという現実がある。

(2) 加齢に合った日中活動の位置づけ

単調になりやすい壮年期・高齢期の生活の中で労働・作業活動、余暇活動をどう位置づけるのかは重要な支援課題である。多様な集団の場を提供しながら、仕事との折り合いをつけながら利用者が老いとう向き合っていくのか、このところを支える周囲の役割は大きい。

加齢による機能の低下は、日中の過ごし方にも影響する。長時間の外出や行事の参加で体調を崩しやすくなったり、移動など日常生活の様々な場面においてこれまで以上に時間がかかるようになるだろう。また、作業場面でも、集中力が低下することで作業効率が悪くなったり、転倒や怪我など事故のリスクも高まってくる。

しかし、利用者からは、壮年期・高齢期を迎えても「働きたい」とのねがいをよく耳に

する。それは、日中活動の場が彼らにとっては居場所であり、自己の存在を実感し、人との関係がもてる唯一の場になっているからであろう。本人の状態に合わせて、短時間労働にしたり、作業内容を単純なものに変更したとしても、作業活動に参加しているということが心身に健康をもたらし、生産した商品を介して社会との接点を感じたりすることにつながる。

障害のある人の労働（権）保障とは、単に働いて賃金を得るというだけでなく、人間的発達の実現をもめざして取り組まれてきた。そして、これまでの実践によって労働が本人の内面に豊かさをもたらすことを理論的にも実践的にも明らかにしてきたのである。こうした障害者の労働と発達の本源的な意味をふまえ、壮年期・高齢期においてもその機会を保障していかなければならない。しかし、10代、20代から働き通しで、豊かな余暇を過ごしたり、十分に社会参加してきたとはいえない彼らにとっては、老後をどのように過ごしていきたいのかと問われても「働きたい」という答えしか思い浮かべることができないという面もあるだろう。これからの人生をどのように生きていきたいのか、もっと深いところで彼らの想いやねがいを汲み取っていかなければならない。つまり、彼らの「働き続けたい」との思いは、単に働くということだけでなく、「今よりも、より充実した生活や生き方をしたい」という願いとして受け止めるべきであろう。高齢期の日中活動の支援課題としては、①労働・作業活動、②グループ活動、③生活リハビリ、④健康予防、⑤社会活動への参加、等が含まれる。より具体的な支援プログラムの開発が求められている。

(3) 暮らしの場の保障と日常的な生活サポート

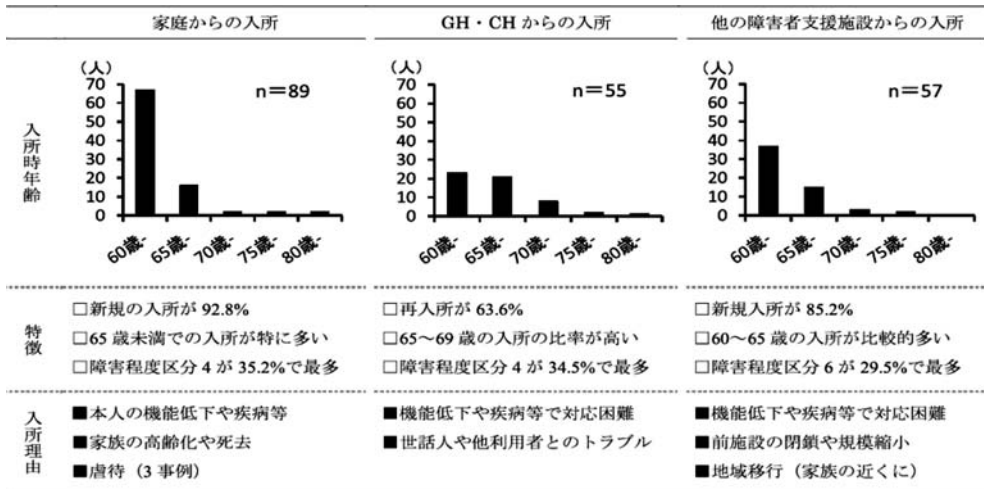
高齢期の暮らしの場に対する支援は、障害者家族への支援も課題となるだろう。なぜなら、わが国では、在宅で暮らす障害者の多くが歳を重ねても家族のもとで暮らし続けているという実情があるからである。また、死別などによって一人親世帯も増加しており、家庭生活の継続の困難さや不安を訴える声も多い。

知的障害者が障害者支援施設への入所に至った理由を調査した報告によれば（第1回「高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム」2015年）、自宅から入所する場合は新規の入所がほとんどであり、年齢は65歳前が多いことがわかっている。入所の理由は、「本人の病気・身体機能の低下」「家族の高齢化や死亡」である。つまり、家族の介護がいよいよ継続できなくなった事態に直面して施設等を利用するケースが多い。これでは、彼らの生活の連続性は断たれ、これからの生活に対する希望を選択する余地もないままに、新たな場で支援なり援助なりが開始されることになる。こうした結果は、本人にとっても家族にとっても不幸なものである。

一方、上記の調査ではグループホームからの入所事例の約3分の2が地域移行後の再入所であり、本人の病気や身体機能の低下がその理由であることも明らかにされた。他の障害者支援施設から入所してきた者も、65歳以前に介護度が高くなり、設備や専門的な支援が整備され

ている施設に入所することが理由としてあげられている (図表3参照)。

図表3 障害者支援施設に入所する知的障害者



第1回「高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム」資料より抜粋

障害者が地域で暮らすということが選択肢として考えられるようになってきたのは、つい最近のことであり、グループホームはその拠点として位置づけられている。しかし、設備基準や職員配置基準を見ても、高齢期を支える暮らしの場としては貧しいと言わざるを得ないのが現状である。「地域生活」とは、単なる「生活の場」としてではなく、「どこで」「誰と」「どのように暮らすのか」という生活の質的な問題として捉えることが大切である¹³⁾。とくに、周囲の環境の変化に影響を受けやすい障害者の場合、これまでの生活習慣や環境を大きく変えることなく、家庭的な雰囲気をもちながら、少人数での暮らしの場を保障していく必要があるだろう。こうした視点から、最近では、高齢期の暮らしの場として、現行の入所更生施設がこれまでの実践の蓄積を活かして小規模の高齢者棟あるいは個室・ユニットケアを導入したり、高齢者専用のグループホームを開設したり、地域での生活を支えるために「暮らしの拠点施設」づくりを進めていたりするところも出てきている。「暮らしの拠点施設」とは、日常的に医療的支援を受けることができ、重度の行動障害がある人も利用できる職員体制と居住機能を充実させた暮らしの場のことをいい、地域にあるグループホームへの緊急支援、在宅・単身生活者への余暇支援、成年後見支援などの充実も図られている。在宅での生活が難しくなった際の暮らしの場については、障害者支援施設をはじめとした居住系の施設で必要な支援を受けながら暮らし続けたいとするニーズが増大している。したがって、施設入所支援については、短期入所、レスパイトケアを含むセーフティネットとしての機能の明確化を図り、利用者の生活の質を確保する水準のものとする必要がある。前述のように、個人のプライバシー等の保護の視点から、個室化やユニットケアの実施等の生活環境の改善を図ること、必要に応じてガイドヘル

パーやホームヘルパー等の居宅介護の併用を認めることが求められている¹⁴⁾。

壮年期・高齢期を迎えても、彼らは支援や介護を一方的に提供される存在というわけではない。グループホームで暮らす利用者の姿をみるにつけ、彼らは生活のあり方を自分たちで考え、協力し支え合う関係を結ぶことができている。そして、生活の心地よさや安心感を自ら獲得している。このように、他者の力を借りながらも自らの生活を創り出していくという生活力は、壮年期・高齢期を生きていく上でとても重要になってくるだろう。そのためには、幼少期から生活の場で自己決定したり、様々な価値観を体験し共感できる集団の中に身を置き、彼らが望む活動への参加が保障されていることが前提となる。壮年期・高齢期は、親やきょうだい、身近な人との離別が訪れる。その喪失感を和らげるためにも、自分の存在を実感できるような役割や居場所づくりが重要になってくるだろう。大泉溥は障害者の自立と人間発達の視点から、自立の発達段階・自立形態の捉え方として、①日常生活における身辺処理動作の自立性、②人間関係や集団生活における心理的・精神的な自立性、③職業生活における労働者としての自立性、④家庭生活における生活者としての自立性（経済的な自立性を含む）、⑤社会生活や社会参加活動における自立性、の5つの視点をあげている。さらに、これらの自立性にはいずれも、ア. 自らの意志と力であるということ、イ. 自らの力の限界を知り、必要な支援・援助を求めるといこと、ウ. そうした問題の解決や課題の達成にとりくむためにあって必要な基盤（物理的条件や制度的条件）の3つの要素を明らかにすることを含むとしている¹⁵⁾。

彼らは高齢期になっても自立的で発達の存在である。壮年期・高齢期を迎え身体的・精神的に低下していても、これまでの人生の中で積み重ねてきた経験をベースに、さらに新たなステージへと進んでいく力を彼らが変わらずに持ち続けていることを支援の土台に据えておかなければならない。

(4) 知的障害者と認知症ケア

知的障害者が認知症に罹るリスクが高く、一般の人よりも発症が早い傾向にあることや、その発見が本来の障害特性から困難である点については、加齢変化の特徴のところでは指摘したとおりである。しかし、その老化徴候や行動傾向、加齢変化に伴う評価の方法は、十分に確立しておらず、家族や職員が日々の生活の中で認知機能等のおかしさに気づいたとしても、そのことを評価する指標や測定方法、判別尺度がないのが現状である。

老年医学の分野では、老化の様々な現象について評価する方法として、医学的検査や長谷川式簡易知能評価スケールなどの認知症を評価する測定法がすでに開発されている。しかし、そのような測定法を知的障害者にそのまま用いることは難しい。なぜなら、質問紙では、認知機能の弱さから質問項目の主旨を理解することができなかつたり、調査者の動機づけに左右される場合もあるからである。

知的障害者の認知症の診断を行うスクリーニングテストの開発やスケールに着目したもの

に、かつて筆者が紹介した「アルツハイマー病や他の認知症を伴う成人期の知的障害者のアセスメントと介護のための指針」がある。これは、知的障害と認知症の両方に罹患した者に共通する臨床的变化を診断するための指針と認知症の進行ステージに対応した医学的サポートの内容、ケアの方法について提唱したものである¹⁶⁾。他にも、ダウン症者の認知症の診断を行うスケールとして開発されたものや、スクリーニング尺度の標準化の研究として日本語版の作成を試みたものもある¹⁷⁾。また、最近では、イギリスバーミンガム大学の研究者 Deb. S. らによって開発された「知的障害者用認知症判別尺度 DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disorder)」の日本での実用化に向けた研究もある¹⁸⁾。この「日本語版 DSQIID」は、専門家によらず家族や本人をよく知る職員によって簡単に調査が実施できる行動評価尺度である点、調査対象者に負担をかけることなく実施できる点などにメリットがある。ただし、以下の点には留意が必要であると考えられる。①記入者に障害についての専門知識あるいは以前の本人の姿と現在の姿を客観的に比較する力量があるかは本質的に重要である。②結果の判断において、チェック数をもって認知症の恐れがあるか否かの判断をするのは危険である。チェック数が低くてもその表れの中に認知症に結びつく可能性はないか、逆に高くても他に原因はないのか、十分検討しなければならない。少なくとも専門的な医療との連携は不可欠であろう。

いずれにしても、現在、福祉現場では、ダウン症者の急激な退行や早期老化について次々と対応すべき事例が上がってきており、その判断指針が求められている。DSQIID は先に述べたとおり、その結果を実践に生かすために必要とされる力量や労力には多くのものがある。しかし、普段の利用者の姿を捉える視点を与えるものでもあり、発達との関連についても抑えつつ注意深く行くとすれば、きわめて有効なテストだと言える。

ところで、知的障害者が認知症に罹患した場合には、どのような支援方法があるのだろうか。こうした支援方法についての研究も、一般の認知症高齢者に比べ、知的障害者の場合について言及したものは非常に少ない。以下では、事例研究から得られた具体的な支援方法の実際について整理しておく。

まず、認知症も含め本人の加齢変化を家族が受け入れることに困難な場合が多い点がある。認知症による中核症状の進行と妄想・不穏な行動、不眠といった周辺症状を呈しており、家族がその変化に気づいていても、それらを受け止め、適切な支援につなげることは難しい。その理由には、本人の加齢や病気に対して前向きになれない家族の心情だけでなく、家族自身の高齢化などもある。

こうした家族に対する支援は、本人の現在の様子や今後の見通しなどを丁寧に伝えることから始めていく。とくに、認知症の診断や進行については、医師から伝えてもらい、病状がどのように変化してきたのか、今後どのような経過をたどるのか、家族と職員が情報を共有しておく。情報提供と課題の共有を積み重ねることで、家族はある程度見通しをもって生活を組み立

てたり、本人と少し余裕を持って向き合うことができるようになる。また、本人の状態や家族の状況の変化によっては、レスパイト等の社会資源につなげながら家族の負担が軽減されるような支援も展開していく。

では、認知症であると診断、もしくは疑われた場合、本人に対してどのような支援が必要になるだろうか。もちろん、適切な医療につなげることは言うまでもない。また、病状の進行によってはこれまでなかった言動が見られるようになるが、彼らの内面に心を寄せて、相手の抱える不安や混乱を緩和するような支援が求められる。

いくつか支援に際して大切な視点をあげておく。①本人・家族からこれまでの暮らしについて聞き取り、馴染みのある環境を整えることにより安心を感じてもらえることのできる支援を提供することである。本人が以前、元気だった頃にしてきた作業、余暇活動での取り組みを日々の支援に活かしていくことである。もちろん、身体機能の低下に合わせて介護機器を導入したり、移動に関する導線を確保したりするための設備改修等の環境整備は必要となるだろう。②これまでの人間関係もなるべく変えないことが望ましい。小集団の中で生活することにより顔なじみの関係ができることで利用者同士が相互に支えあう関係を築いてもらうことができる。意図的に集団をつくることでその集団の中でその人の「役割」をもってもらえることもできる。③自分の「役割」や「居場所」をもってもらえることは、認知症が進んできても、家庭や集団の中でその人が生活の主体者と感じられるために重要である。つまり、最期まで役割をもって輝いてもらうという視点である¹⁹⁾。④生活のリズムもこれまでと大きく変わることをないようにすることが望ましいが、より個別化し柔軟に対応することが求められる。たとえば、認知症の緩やかな進行、身体的機能の低下により一日の多くをベッドの上で寝て過ごしている人にとっては、食事の時間も含めて本人のペースに合わせた生活支援を提供する。事例では、新しい物などへの興味は年々希薄になるものの、以前から好きだった食べ物や好きな場所へのこだわりはあまり薄れないことがわかっている。対人面についても、一人になることよりも、家族や他の利用者との「ふれあい」を好む傾向が見られた。これに対して、活動の内容を本人の興味や関心からくるもの、たとえば、創作物を中心とした作業等に変えたり、希望する人とのかかわりを増やしたりしている。また、夜間なかなか眠れない時はスタッフと一緒に過ごし、日中は本人の状態に合わせて、散歩に出たり、疲れた時には車椅子に乗ったりと様々な場面において本人に合わせて付き添う支援が行われている。たとえ、加齢や病気に伴ってできないことが増えたとしても、残っている能力やできることを大切にする視点を土台に据えることで、本人の望む生活を実現することができる。

認知症の病変は、加齢性変化から連続的にくるものである。したがって、認知症という事態に遭遇した人たちの戸惑い、知的障害をもちながら認知症を生きる不自由について、その人の人柄や生きてきた軌跡、暮らしの状況から理解していくことが大切である。小澤勲は、認知症の初期にみられるもの盗られ妄想の生成過程を論じるに際して、きわめて興味深い論点を提示

している。それは、認知症のはじまりの時期をつかむことの意味についてである。少し長くなるが引用しておく。「それが認知症を生きる『不自由』とは何かを、その様相も含めてもっとも分かりやすいかたちで表れるに違いないからである。認知症であれ、分裂病（原文のまま。現在では「統合失調症」と呼ばれている）であれ、錯綜する病態を示す病いの、もっとも本質的な病理はそのはじまりの時期、あるいは発症に前駆する事態にみられる。このような疾患は経過が進むと、さまざまな心理的、状況的、身体的修飾が加わり、それらが複雑に入り組みながら相互に影響しあって、その成り立ちを読み解きにくい病態を示すに至ると考えられる」からである。つまり、「行動上の変化」等を通して、その初期段階を把握することの意味は大きい²⁰⁾。初期の疾患イメージとケアや支援の方法が確立すると、終末期の姿が大きく変化していく。そして、認知症の人が今よりもっと豊かな人生を生きることができるようになることで、認知症の疾病観は確実に変わっていく。こうした点をふまえて、あらためて日々の支援では、本人と家族の思いや意向に耳を傾けながら、その場面で必要とされる支援やケアを積み重ねることで、「その人らしさ」を發揮してもらうことである。

おわりに

職員も、若年時は「こうありたい」という本人の思いを中心に、さらに「こうあってほしい」という職員の思いも重ね合わせて働きかけを行ってきた。しかし、認知症が進行する中で、身体的・精神的な機能低下が現れ、「個別支援計画」に記した短期計画や長期計画を具体化していくことが難しくなり、目の前で起こる彼らの行動や呈する症状にただただ対応することに追われるといった支援になりがちになる。また、契約制度の導入以降、知的障害者を取り巻く「サービス」は、数と種類の上では増加したように見えるものの、それぞれの「サービス」は細切れになり、断片的で画一的な支援になっている。さらに、職員の離職率や非常勤化が進む中で、彼らの「生育歴」や「生活史」を十分に理解して支援を提供することも難しくなるだろう。職員には細やかな支援を追求する姿勢と同時に、どのような症状・状態であってもこれまでの人生とこれからの暮らしのあり様を「丸ごと」捉え、その人らしく「老いていく」ための支援を提供していくことが求められている。

注・引用文献

- 1) 厚生労働省「社会福祉施設等調査」2015.10.1
- 2) 田中智子「知的障害者のケアにかかる費用をどのように算出するのか」『季刊家計経済研究 103』2014.
- 3) 有馬正高「知的障害をもつ人達のライフステージと健康問題・全国居住施設へのアンケート調査から」『不平等な命——知的障害の人達の健康調査から』社団法人日本知的障害福祉連盟, 1998, 10-62.
- 4) 有馬正高「生涯を見通した知的障害者への医療」『発達障害医療の進歩 15』診断と治療社, 2003, 24.
- 5) 五味洋一他「障害者支援施設における65歳以上の知的障害者の実態に関する研究」国立重度知的障害

知的障害者の加齢変化の特徴と支援課題についての検討

- 者総合施設のぞみの園紀要, 第6号, 2012.
- 6) 長谷川桜子・池田由紀江「ダウン症者における身体的・心理的加齢変化——最近の研究概観」『発達障害研究』第22巻, 第2号, 96-103, 2000, 平野悟・高嶋幸男「知的障害児のエイジングの医学的背景——ダウン症候群からのアプローチ」『発達障害研究』第22巻, 第2号, 113-119, 2000.
 - 7) 日本語版として開発された「DSQIID」の妥当性を検討するために障害者入所・通所施設を利用するダウン症者63名を対象にして, 当事者についてよく知る各施設の職員による評定を得た. 発達特性と加齢に伴う「日本語版 DSQIID」の変動の特徴や発達段階ごとの該当項目内容の比較検討を行った. 詳細については, 植田章・吉留英雄『社会福祉学部論集12号』「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disorder) の妥当性に関する研究——発達の質的な視点からの検討」2016.
 - 8) 『認知症の知的障害者——アセスメント・診断・治療および支援の手引き (日本語版)』Royal College of Psychiatrists/The British Psychological Society 編 (「認知症の知的障害者」翻訳プロジェクトチーム訳) 国立のぞみの園10周年記念紀要, 2014.
 - 9) 橋本創一・菅野敦 (1993) 「ダウン症成人者の急激な発達退行現象についてⅡ——退行現象があらわれたダウン症者1例における行動及び知能の変化」日本発達心理学会, 第4回大会発表論文集, 318.
 - 10) 高谷順子・相田文彦「障害者とくすり」『障害者の健康と医療保障』, 法律文化社, 1997.
 - 11) 『統合失調症の人が知っておくべきこと～突然死から自分を守る～』NPO 法人, コンボ編, 2013.
 - 12) 稲垣中「抗精神病薬多剤大量投与の是正と QOL」『精神神経』114巻6号, 2012.
 - 13) 障害者生活支援システム研究会編『障害者の「暮らしの場」をどうする』かもがわ出版, 2009. グループホームでの実態調査を通して, 障害者のゆたかな地域生活と支援の課題について整理している.
 - 14) 大阪障害者センター障害者生活支援システム研究会「障害者総合支援法3年後の見直しに関する提言案」
 - 15) 大泉溥『障害者福祉実践論～生活・労働の援助と人間的自立の課題』ミネルヴァ書房, 1993, 158.
 - 16) 「Practice Guidelines for the Clinical Assessment and Care Management of Alzheimer and other Dementias among Adults with Mental Retardation. (IASSID)」植田章『知的障害者の加齢と福祉実践の課題——高齢期の暮らしと地域生活支援』高菴出版, 69～85. なお, この指針は, 国際知的障害研究協会 (IASSID) ならびにアメリカ精神遅滞学会 (AAMR) の作業部会からの報告を受けて, IASSID 諮問委員会, AAMR 評議会により1995年に承認されたものである.
 - 17) たとえば, Gedye A. 「Dementia Scale for Down Syndrome」1995, 「“Dementia Scale for Down Syndrome” の日本への適応」小島道生他『発達障害研究』第22巻, 第1号, 2000, 65-73 などがある.
 - 18) 「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 (DSQIID) の信頼性・妥当性の検証」木下大生他, 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『研究紀要』4号, 2010, 「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 (DSQIID) の開発に関する研究——感度と特異度の検証を中心として」木下大生他, 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『研究紀要』5号, 2011.

- 19) 五味洋一らは、認知症を罹患しても、長年にわたる生活習慣や日常生活の中での役割といったものは長期記憶として残っているため、生活史を紐解き、長期記憶として残されていた生活習慣や役割を取り入れることが重要であることを示している。五味洋一他「認知症がある知的障害者への支援」国立重度知的障害者総合施設のぞみの園紀要, 第40号, 2014.
- 20) 小澤勲『痴呆老人からみた世界——老年期痴呆の精神病理』岩崎学術出版社, 1998, 152.

(うへだ あきら 社会福祉学部)

