

知的障害のある人の加齢と地域生活支援の実践的課題

——「知的障害のある人(壮年期・高齢期)の健康と生活に関する調査」から

植 田 章

〔抄 録〕

障害のあるなしにかかわらず、老化には個人差がある。ダウン症者においては壮年期にさしかかった頃にアルツハイマー症状を呈したり、身体的機能の低下をもたらすなどの「早期老化」傾向が確認されているが、知的障害のある人たちの「老い」が一律的に早いということではない。しかし、彼らが被ってきた社会的な不利益が壮年期・高齢期の暮らしを大きく規定していることは確かであり、このことは、知的障害のある人たちの加齢研究の重要な視点と言える。

本小論では、筆者が実施した「知的障害のある人(壮年期・高齢期)の健康と生活に関する調査」の結果をふまえ、健康保持と日常生活アセスメントの重要性や環境要因についての検討の必要性、高齢化する家族に対応した支援のあり方など、壮年期・高齢期の人たちの地域での暮らしをより豊かなものにしていくための生活支援の実践的課題について明らかにした。さらに、終末期を含めて後期高齢期の支援には、ただただ健康や疾患に配慮するだけの消極的な支援ではなく、「人生の満足」を追求した積極的な視点が求められていることも示した。

キーワード：知的障害者、高齢化、地域生活支援、加齢、健康

はじめに

高齢化の進行は障害のある人たちにおいても例外ではない。知的障害者入所更生施設に暮らす60歳以上の者の比率は、1985年は2.3%であったものが、2001年は10.6%、2006年は14.3%、知的障害者通所更生施設ならびに通所授産施設においても40歳以上の比率は21.8%と着実に増加している^{〔注1〕}。このような状況を受けて、福祉現場では、壮年期・高齢期を迎える人たちへの生活支援のあり方が大きな検討課題になっている。ところが2006年からスタートした障害者自立支援法は「障害者に対するサービスの計画的な整備や就労支援の強化、地域生活支援への移行の推進等」を打ち出したものの、その制度設計は未だに家族や親族に介護や経済的な扶養

を課すことを前提としている。また、地域生活支援への移行では、グループホーム・ケアホームの設置基準は緩和され、居住機能としてライフスタイルに合わせた「その人らしい暮らし」の場を保障する水準とは到底言えないのが現状である。

本小論では、筆者が知的障害者入所更生施設や通所授産施設の協力を得て実施した「知的障害のある人（壮年期から高齢期）の健康と生活に関する調査」の結果をふまえ、壮年期から高齢期の人たちの地域での暮らしをより豊かなものにしていくための生活支援の実践的課題について検討する。

1 知的障害のある人の加齢研究の視点

加齢に伴う変化には、「生理的な加齢変化」（正常な加齢）と、アルツハイマー症のような脳の病理所見による精神疾患の症状として現れる「特異な加齢変化」（病理的加齢）とがある。知的障害のある人の加齢の特徴や健康、生活に及ぼす影響についての先行研究は、これまで発達障害医学研究や老年医学、職業リハビリテーション研究を中心に行われてきた。これら先行研究の特徴は、心身機能や日常生活動作、体力状況、行動・退行の実態などに着目し、主に生理学的検査や体力検査、発達検査などをベースにしている点にある。また、調査方法としては、「高齢健常者」の基準値と比較分析するものが多く、環境の変化に関する適応性についての調査研究でも同様である。

知的障害のある人たちは幼少期から障害や疾病があることを理由に生活上においてさまざまな制約（「差別的な処遇」）を受けてきた。それぞれのライフステージにおいて適切な保育、療育、教育、福祉、医療などを受ける機会が奪われてきたことは、壮年期・高齢期にも大きく影響を及ぼす。つまり、知的障害のある人たちのライフコースは障害の原因疾患だけでなく、知的障害の程度（重度・中度・軽度）やさまざまな社会環境因子に大きく規定され、障害のない人たちとは異なるライフコースを辿るものと思われる。先行研究の積極的な成果をふまえながらも生活支援の課題へと導くためには、事例調査や実践報告などの分析から生活の質的な側面を重視した評価（実践場面におけるアセスメント）の視点を盛り込むことが重要である。そして、彼らが、これまでどのような人生を送ってきたのか、これからどのように暮らすことを希望しているのか、そのためにはどのような支援が必要なのか、彼らの生活史を丁寧に辿りながら、生活場面に寄り添った調査方法が求められる。

そこで、本調査では、40歳以上（30歳代後半のダウン症者の4名を含む）の知的障害のある人の健康と身体的な状況の変化、さらに、その変化に伴い新たに必要になっている支援内容から検討を試みることにした。40歳以上を対象とした理由には、福祉現場の事例研究において40歳前後に心身機能の低下をはじめとしたさまざまな変化が認められたこと、他の調査においてもダウン症者が30歳代後半から心身機能の低下や認知症を呈するなど「早期老化」が指摘され

ていること、わが国の介護保険制度は第2号被保険者の資格要件を40歳以上としていること、以上の3点からである。

2 調査対象者の基本属性

調査は大阪府下の障害者福祉施設9法人22施設の40歳以上の利用者341名(通所:181名,53.1% / 入所:160名,46.9%)を対象者としている。そのうち、男性は176名(52.0%),女性は165名(48.0%),年齢は、37歳(30歳代後半のダウン症者の4名を加えた)から74歳まで、その多くを40歳代(218名,64.0%)が占めている。

障害種別は、「知的障害」(330名,96.8%)をベースに、「肢体障害」(63名,19.1%),「言語障害」(31名,9.4%)を併せもつ者が多い。療育手帳は337名(98.9%)の者が取得しており、等級は「A」が275名(81.6%)と比較的重度の者が多いと言える。身体障害者手帳は100名(29.3%)の者が取得しており、等級は、「1級」36名(36.0%),「2級」24名(24.0%),「3級」「4級」はそれぞれ18名(18.0%),「5級」3名(3.0%),「6級」1名(1.0%)である。精神障害者保健福祉手帳の取得は4名(1.2%)にとどまっている。障害者自立支援法の介護給付を受けているか否かについては、326名(95.3%)の者が「受けている」と回答している。障害程度区分は、「区分6」が95名(29.1%),続いて、「区分5」94名(28.8%),「区分4」73名(22.4%)と、比較的重度の者が多い。なお、介護保険の要介護認定については、「受けている」者は5名(1.5%)にとどまった。

現在の住まいは、通所施設で見れば、「自宅で家族・親族と同居」がもっとも多く(97名,53.6%),続いて、「グループホーム・ケアホーム・福祉ホーム」71名(39.3%),「独居」12名(6.6%),「障害者生活施設」1名(0.6%)であった。主たる介護者は、「母親」が70名(66.7%)ともっとも多く、その年齢は、65歳~74歳までが7割を占めている。75歳以上の者も22名(22.4%)おり、最高齢は90歳である。

生活基盤(生活費の出所)については、316名(92.7%)と9割以上の者が「障害年金」を基盤としている。また、約3割の者が、本人の障害年金や仕事の収入だけでは足りず、家族からの援助によって生活を成り立たせていることもわかった(「同居家族の収入」72名,21.1%,「家族からの仕送り」37名,10.9%)。

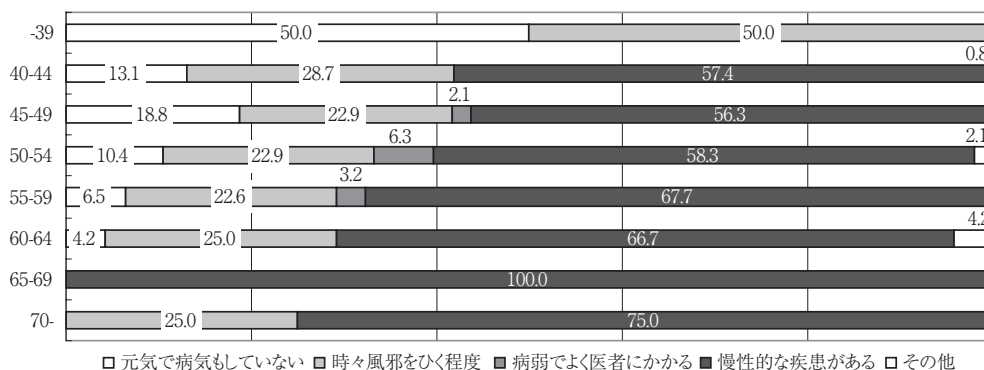
3 健康保持と日常的な生活アセスメントの重要性

知的障害のある人の加齢と身体的・精神的機能の低下や健康問題についての調査研究は、1990年代に入ってから「発達障害医学研究」の領域において積極的に取り上げられてきた。有馬正高らが実施した調査では、知的障害のある10歳から40歳にかけての年齢層で死亡率が高く、

65歳以上の知的障害者の割合が一般人口に比して低いことが指摘されている。さらに、その死亡原因の特徴も、一般の人たちとは異なり、急性死または突然死が高いこと、死亡原因疾患については、居住施設の調査で、心疾患、悪性腫瘍、その他不慮の事故の順で高いことも明らかにされている^{〔注2〕}。同時に、有馬はこうした状況は生活環境と保健医療体制の改善により、かなりの部分で解決できるとの認識を示している。

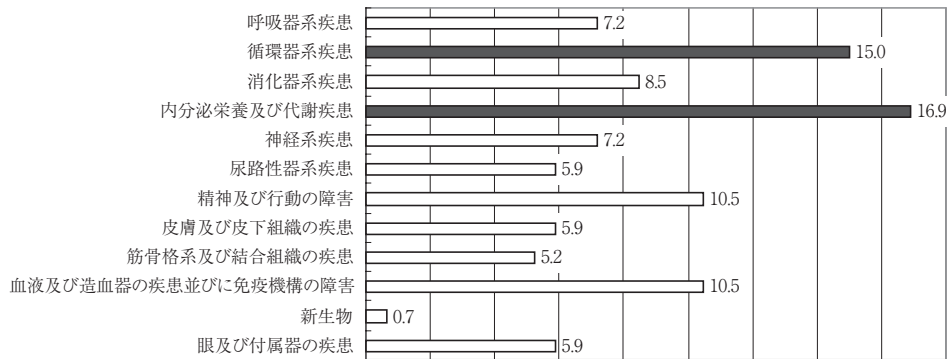
本調査でも、この一年間の健康状態について、「慢性的な疾患等で定期的に診察（投薬）を受けている」（204名,59.8%）、「病弱でよく医者にかかる」（6名,1.7%）と回答した者が6割に上った。また、年齢とのかかわりでも、各年齢層で過半数以上を占めている〔図1〕。他の同様の調査でも、30歳代後半から40歳代前半で約8割の者が「疾患症状がある」という結果が出ている^{〔注3〕}。つまり、40歳前後を一つの節目として、慢性的な疾患発症のリスクが高まると考えられる。

図1 この一年間の健康状態×年齢



さらに、ここ3年間にかかった病気の具体的な内容を見てみると、糖尿病や高脂血症等の「内分泌栄養及び代謝疾患」26名（16.9%）、心疾患や高血圧症等の「循環器疾患」23名（15.0%）といった食習慣や運動習慣、喫煙等の生活習慣の影響が指摘される生活習慣病が上位を占めた〔図2〕。

図2 ここ3年にかかった病気



また、常時服用している薬として、「抗てんかん剤」140名 (58.8%)、「抗不安剤」98名 (41.2%)、「抗精神病薬」71名 (29.8%) が上げられたが、この種の薬剤は長期に服用することにより、内分泌および代謝機能を阻害し健康に重大な影響をもたらされることが指摘されている^[注4]。

壮年期・高齢期の知的障害者の場合、慢性疾患など新たな疾患を抱える者が多く、また、体力が著しく低下するために風邪などの比較的軽度の症状が肺炎などの大きな疾患につながる恐れが日々生じてくる。しかし、知的障害のある人たちは、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ために、職員は、青年・成人期の知的障害者以上に、その体調の変化に気づかなければならない。

こうした健康状態の変化に伴っては、職員の日常的な観察やアセスメントが肝要になってくる。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感覚的、直感的に利用者の健康状態を把握しなければならない。また、加齢の変化に対する専門的知識や特別な支援も求められる。たとえば、本調査では、女性の4割 (165名のうち60名,36.3%) が更年期障害の症状が「有」と回答し、その具体的な症状として、「イライラする」(28名,46.7%)、「肩こり」,「頭痛」(それぞれ14名,23.3%)、「不眠」,「からだ冷える」(それぞれ12名,20.0%) が上げられているが、このような症状が更年期障害を要因とする場合もあることを理解していなければ判断し対応することができない。とくに男性職員や「加齢」を経験・体験していない若い職員には特別な研修の機会を設け、その上で、壮年期・高齢期の人に対するアセスメントの視点を職場内で共有しておく必要がある^[注5・6]。

健康状態について通所・入所の比較で見れば、ここ3年にかかった病気の有無で、入所に比べて通所でその割合が高くなっている (通所:「有」153名,53.0%/入所「有」96名,35.6%)。自宅で生活している利用者の健康状態は日中活動の支援においては、職員の支援計画のもと、健康に配慮した支援が提供されている。しかし、家に帰れば、家庭生活のなかで、たとえば、糖

尿病であっても、甘い物を好きなだけ食べてしまうといったように、なかなかコントロールすることが難しい場合がある。また、入所で言えば、医療機関とのかかわりは職員が直接立ち会うため、詳細な状態の把握や医師との治療方針の共有については濃密に行うことが可能である。しかし、医療的なケアを必要とする者が通所に比べると多く、さらに加齢に伴って認知症などの症状も現れ始めるため、夜間も含めて24時間の対応が必要になっている。しかし、そんな状態にあっても、医療体制は十分であるとは言えず、職員には生命を預かる責任と負担がそのままのしかかっていると云える。

4 日常的な生活動作を支えることの意味

日常生活動作の変化は身体機能の低下を要因に起こっている場合が多い。本調査では日常生活動作として、「睡眠」「食事」「排泄」「着衣」「歩行」の変化とそれに伴って必要になっている支援について尋ねたが、たとえば、食事の場面では咀嚼力や嚥下力の低下から刻み食に変更になる、着衣では身体機能の低下から着替えに時間がかかる、歩行では歩行そのものが難しくなっていることがわかった〔図3-5〕。

図3 食事の変化

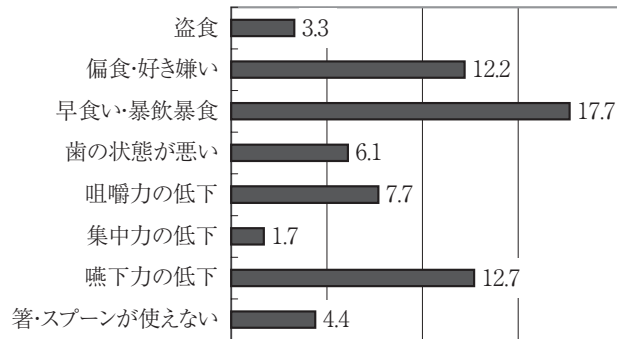


図4 着衣の変化

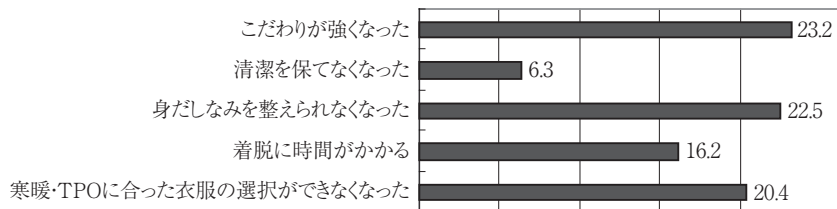
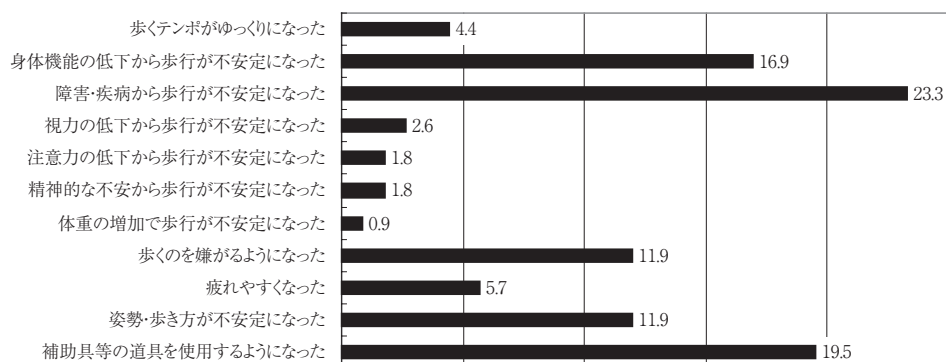


図5 歩行の変化



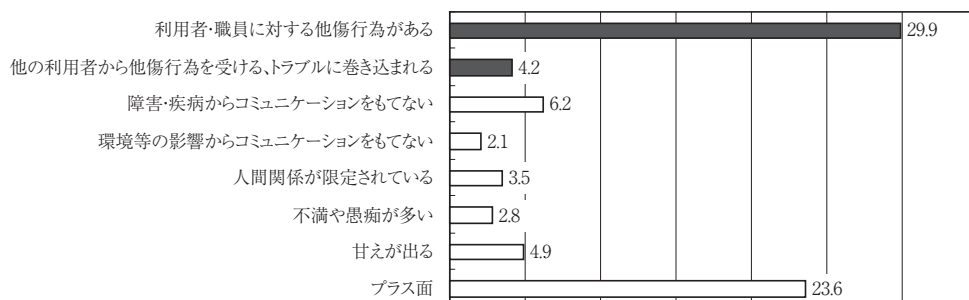
さらに、こうした変化に伴って、見守りや付き添いなどの個別対応の必要性が日常生活動作の全体で高まっている。睡眠で言えば、不安時の添い寝や話し相手になるなど、食事や排泄、着衣、歩行においてもマンツーマンの対応が増えている。また、意識・動機づけの声かけの支援も多くなっている。排泄で言えば夜尿起こしの声かけやトイレの場所の指示など、こういった見守りや声かけなどの間接的な支援を通して、自分のできることは自分でするように促し、機能の維持や向上にもつながるよう支援していることがわかる。

「眠ること」「食べること」「排泄すること」「清潔を確保すること」、これら一連の日常生活動作は健康で順調な生命活動を維持するだけではなく、利用者が生活の主人公であり続けるための土台でもある。したがって、日常生活動作の低下は生活や人生に対する利用者の姿勢を受身なものにしてしまう恐れがあるため、職員の支援は動作そのものの維持を目的とするだけではなく、一つひとつの動作の維持・向上によって広がる生活の可能性を保障することを重視して行われている。たとえば、「排泄する」という行為は、健康保持のために欠かせない行為であるが、人間、とりわけ支援を必要とする人にとってはそれだけではない。散歩のためには歩くことをあきらめてしまう人でも、排泄のためには歩いてトイレに向かおうとし、また、「トイレに行きたい」という意思表示が外界に対して自分の意思を伝える貴重な機会になっている人もいる。同様に、「清潔を確保する」とこととかかわって衣服の着脱があるが、着衣という行為は、衣服の選択など利用者が自己決定できる場としての意味も含まれている。こうした日常生活動作を、「時間がかかるから」「不十分だから」という理由から行為そのものだけを重視して支援を行えば、健康保持は叶っても、その行為によって広がったであろう利用者のさまざまな力——自己主張や意思表示、生活意欲は失われ、他者に生活部分の多くを委ねることにもつながってしまうだろう。また、動作することの要求に含まれた彼らの思いや訴えを受け止めることができないとすれば、そのことは彼らの人間としての誇り、ひいては存在そのものを否定することにもなりかねない。職員が日常生活動作への支援を重視し、時間と人手を割いて支援してきたのにはこうした視点があるからである。

5 環境要因の再検討の必要性

本調査では、「行動」「性格・対人関係」の変化として、生活・労働場面での他傷行為、他の利用者とのトラブルが多くなっている点も明らかにされた〔図6〕。加齢によるものと思われる「イライラしやすい」「愚痴や不満が多くなった」といったこれまでは見られなかった変化によって、周囲の人とのコミュニケーションに困難が生じていると考えられる。こうした他者への消極的なかかわりには、利用者を取り巻く集団の構成が大きくかかわっている。たとえば、労働・作業場面においては、壮年期・高齢期を迎えた利用者と若年の利用者で構成された班では、その年齢差が双方のコミュニケーションを困難にしたり、壮年期・高齢期の利用者が若いエネルギーについていけず、こもりがちになってしまうといった弊害をもたらすことがある。もちろん、若年の人のエネルギーが意欲をもたらしたり、年長者としての自覚をもたせるといったプラスの側面も持ち合わせてはいるが、すべての人に該当するわけではなく、個人々人にとってどうであるかの見極めがある。

図6 性格・対人関係の変化



こうした集団編成に着目した視点は、支援内容にも配慮がなされなければならない。障害のあるなしにかかわらず、私たちが年を重ねていくと、集中力、注意力の低下や上記に上げたような理由なくイライラしてしまうといった変化が個人差はあっても起こってくるものである。こうした変化を変化として自覚することはなくとも、仕事の能率が下がったり、その苛立ちを同僚や家族におつけてしまうなど、本人は大変に戸惑いを感じるものである。障害のある人の労働・作業活動における支援内容が、能力の無限の可能性を引き出すことを中心に据えていた青年・成人期のままであればどうであろう。求められる仕事の水準を達成することが負担になることもあるだろうし、上述したように、作業の内容に重点をおいて班の配属がなされれば、その集団のなかで孤立を生むこともある。したがって、壮年期・高齢期の人の労働・作業場面においては、その人の働きたいという意欲を尊重しながらも、それを削いでしまうことのないことを原則に、年を重ねるほどに、気持ちよく、居心地よく働けることを第一に支援内容が検

討される必要がある。

つぎに、高齢者に対応した空間のあり方について検討する。国は障害者施策として生活施設からグループホーム・ケアホームへの移行を進めているが、現在のグループホーム・ケアホームの現状は居住機能として十分とはけっして言えない^[註7]。バリアフリーが徹底されていない所も多く、転倒などの二次障害の危険性が高まる壮年期・高齢期の人たちに配慮したゆとりある空間も用意されていない。グループホーム・ケアホームは利用者から「終の棲家」としての期待も高いことを鑑みると、建設時から壮年期・高齢期の人が暮らすことを十分に考慮して建てられる必要があるだろう（必要な社会資源を尋ねた項目では、グループホーム・ケアホーム等の充実を上げた者が77名、37.6%に上った。具体的には365日利用できることや重度の人も受け入れることが可能な支援体制などである）。加えて、重度化にも対応する内装と生活用具、疾病に配慮した空調設備など高齢期の人々の健康問題に適した空間も用意される必要がある。

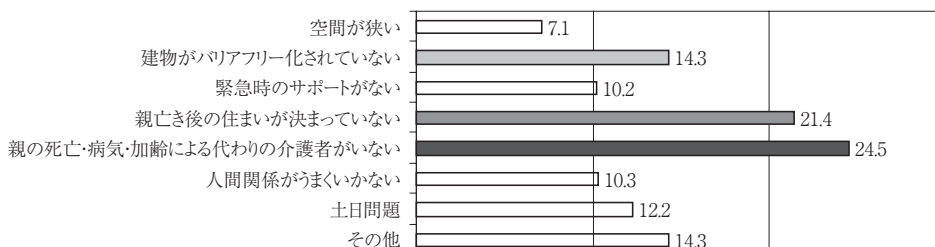
利用者を取り巻く3つめの環境要因として、支援する職員の問題についてもふれておきたい。福祉現場においては、慢性的な支援員不足が言われるが、壮年期・高齢期の利用者に特化して言えば、必然的に個別対応の機会が増えてくるため、利用者の高齢化率が上がるほど支援員の増員は欠かせない。また、医療的ケアの必要性から看護師や理学療法士などの職員配置もなされる必要がある。さらに、壮年期・高齢期の利用者のケアに当たる職員の年齢層にも配慮があるとよいだろう。彼らと同年齢の職員であれば加齢による変化に敏感に気づくことができるし、その辛さや戸惑いに寄り添うことも難しくない。また、周囲の環境の変化に順応することが負担になってきた利用者にとっては、長年、慣れ親しんだ職員の異動や退職が精神的な痛手となることもあるため、彼らへの影響も配慮した配置が考えられなければならない。このように、昔からよく利用者の様子を知っている職員が引き続いて支援を行うことは、経年的な変化を把握する上でも有効である。

6 高齢化する家族

調査結果では、主たる介護者は親、なかでも母親が圧倒的に多い。しかも、その年齢は65歳から74歳に集中しており、親の高齢化は着実に進んでいる。また、親自身が入院や介護が必要となる状態になることから、自宅での介護や援助が困難となる。その結果、自宅に暮らす者だけでなく、生活施設に暮らしている者にも、帰省回数が減る、帰省する場がなくなるなどの影響が出ている。また、かろうじて介護が可能であったとしても、親自身の加齢によって、本人の健康状態についての把握や職員とのコミュニケーションが困難となる場合もあり、利用者の生活課題の共有に支障が出ることも考えられる。この点については、住まいやそこでの支援で困っていることを尋ねた項目で、介護者の確保、親亡き後の住まいなど親の高齢化に伴って生じる問題に回答が多いことにも見られる〔図7〕。

一般的に、20歳代、30歳代には親から独立、自立し、新しい生活をみずから手で創り上げていくものであるが、障害のある人にとっては、介護者の確保や経済的な理由からそれが叶わないことが多い。しかし、親からの自立は、成長の重要な一過程でもあり、その機会を奪われてきたことも彼らの受けた社会的不利益の一つである。そう考えるならば、親の高齢化によって、必要に駆られてでも介護者や暮らしの場などが変わっていくことは、けっして消極的な面ばかりではない。これは、高齢になった親にとっても同様であり、その人生や生活を彼らの介護に多少なりとも縛られてきたことを鑑みても、介護負担が減り、一定の距離を保てるようになることは、親自身の人生を大切に作る点から、また、今後も良好な親子関係を続けていく上でも必要なことである。ただし、生活を変えていくことに対する親や本人それぞれの理解を得ること、その転換の判断は慎重になされなければならない。

図7 住まいやそこでの支援で困っていること



今後の生活に対する不安についての項目でも、親の高齢化とかかわって、自宅で暮らす者の多い通所で入所に比べて不安が高い〔表1〕。こうした介護者や住まいの確保の解決策の一つにグループホーム・ケアホームの入居が考えられるが、今後の住まいにどこを希望するか家族に尋ねてみると、障害者生活施設を希望する家族が多いことがわかった〔図8〕。とりわけ、家族には、グループホーム・ケアホーム等が安心して暮らし続けることのできる場であるかとの疑問もあるようだ。職員の自由記述では、本人の状態ではグループホーム・ケアホーム等での生活が可能であっても、家族の同意が得られていないといった記述も見られた。これについては、体験的な利用を通して家族の理解を得ていく必要があるだろう。

一方、職員がそれぞれの利用者の今後の住まいとして望ましいと考える場所については、本人や家族の希望には見られなかった「高齢者福祉施設」がわずかではあるが見られた（現在グループホーム・ケアホーム等で暮らす者で5名,8.3%, 自宅で暮らす者で2名,2.7%, 障害者生活施設で1名,0.8%）。高齢化する利用者への支援に限界を感じて高齢者福祉施設への移行を検討する必要性が上げられた一方、障害があるために適切な支援を受けることが難しいのではないかと戸惑いから実現には至っていない現状もあるようである。

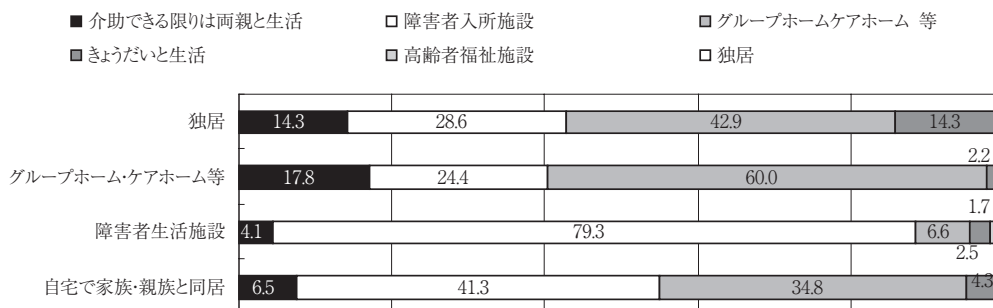
上述したように、政策的に進められているグループホーム・ケアホーム等への移行ではある

が、重度の人の受け入れが難しいなど未だ多くの問題点を抱えていることを鑑みると、障害者生活施設そのものの居住性を高めることもその方策の一つになるかもしれない。

表1 今後の生活に対する不安×通所・入所

	か体力不安が維持できる	不安働き続けられるか	確援助できる・協力者が不安	安経済的な生活が不	安が住み続けられるか不場	が院安心して通院・関入	安が入院時の付き添い	不安の地域や近所の人か	生きがいがいがない	孤独	とくになし	その他
合計	120	47	80	59	54	26	51	25	6	17	88	78
	35.2	13.8	23.5	17.3	15.8	7.6	15.0	7.3	1.8	5.0	25.8	22.9
通所	86	46	62	51	38	19	44	21	3	14	37	25
	47.5	25.4	34.3	28.2	21.0	10.5	24.3	11.6	1.7	7.7	20.4	13.8
入所	34	1	18	8	16	7	7	4	3	3	51	53
	21.3	0.6	11.3	5.0	10.0	4.4	4.4	2.5	1.9	1.9	31.9	33.1

図8 今後の住まいの希望・家族×現在の住まい



7 高齢期の暮らしをどう支えるのか

障害のある人たちが住み慣れた地域で暮らすためには、家族の有無にかかわらず、個人にとって必要な支援を、必要な時に受けることができること。また、経済的理由で福祉制度・サービスを利用する際に制約が生じることがあってはならない。あらためて、「住み慣れた地域で暮らす」という場合に、この地域が障害のある人にとって本当に住みやすい地域になっているのか、どのような地域性をもったところなのかといったさまざまな角度からの検証が必要である。

壮年期・高齢期の知的障害者にとってふさわしい暮らしの場に関しては、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高齢者施設を併設して生活の場を提供していくという考え方があられる。また、グループホーム・ケアホームの居住機能を高め、重度の利用者も安心して暮らすことのできる職員体制を確保し、ガイドヘルパーなどの利

用によって余暇支援などの充実を図っていくという考え方もある。いずれの場合も、これまでの生活習慣や環境を大きく変えることなく、家庭的な雰囲気を持ちながら、少人数での暮らしが保障されることが大切である。

加えて、日常的な生活サポートや健康面での医療的ケア・リハビリテーションについても気軽に利用することが可能であり、家族の緊急時にも柔軟に利用できるなど多様な支援体制の整備を図る必要がある。もちろん、こうした多様な援助は現物給付を原則とした制度によるものが望ましい。また、行政機関や医療機関とも連携しながら、グループホームやケアホーム、自宅での暮らしを支えるバックアップ施設として、小規模多機能施設を地域拠点に位置づけることも一つの方法である。

今回の調査でも明らかなように、壮年期・高齢期には身体的・精神的機能の低下により介護や精神的サポートを含む総合的な生活支援を必要とする。したがって、緊急時の入院や往診・訪問看護を実施してくれる協力医療機関との連携、介護職員等の直接処遇職員や理学療法士、看護師等の医療専門職の配置、権利擁護を含む相談支援体制の強化、施設の構造設備の整備などが求められる。また、本人だけでなく親の高齢化に伴う支援についても介護保障を含む生活全般にかかわる制度の充実が大きな課題としてある。

困難事例をはじめとした日常的な事例の検討と福祉法人・事業所の違いを越えたネットワークの積み上げをとおして地域の「福祉力」を形成していくこと、進んだ高齢者福祉実践の取り組みに学ぶことも大切である。

おわりに——知的高齢障害者のセカンドライフ

一般的に「セカンドライフ」とは、長年働き続けてきた人では、「定年」を区切りに、家庭でも子どもの自立を契機にそれ以降を指す。常に新たな課題に挑戦し、立ち向かっていた30歳代、40歳代とは異なり、人生の後半期に、これからどのような人生を送るのか、人生の総括とでもいべき新たな目標を立てていく時期であろう。障害のある人にとっても、50歳代、加齢の早い人で言えば40歳代以降は「セカンドライフ」と言える。しかし、これまでは、壮年期・高齢期の生活のあり様がそう課題として上げられてこなかったこともあってか、多くは、青年・成人期からの生活の延長でしかなかった。

本調査対象者のなかに、10年以上前から職員とともにその経過を追ってきた利用者がいる。当時は、いずれも50歳代後半から60歳代前半の人たちであり、本調査時には、60歳代後半から70歳代前半になられている。10年ぶりにその様子を施設の職員に聞き取りを行った。すると、今も元気に生活施設で暮らしているという。彼らに共通するものは、悪性新生物など大きな病気を患っていないこと、健康面で気になることがあればすぐに医療機関を受診する（そこでの支援も含める）ことが可能なこと、長年、生活施設で規則正しい生活を送っていることといっ

た健康面での要因もあるが、着目すべきはそれだけではない。彼らのほとんどは比較的軽度であり、職員や他の利用者とのコミュニケーションが可能で、こうした能力を土台に、日中活動、余暇活動等に積極的であることがあげられる。職員から聞き取りを行った彼らの壮年期・高齢期の20年では、彼らの身体的・精神的な変化に応じて、職員は支援内容の変更や新たな取り組みを行っている。また、支援の提供に限らず、接し方にも工夫が見られた。それは、彼らの変化に寄り添った姿勢であり、「人生の満足」を追求した視点に基づくものである。こうした職員の想いが、彼らの豊かな高齢期を支えている。

知的障害のある人のセカンドライフも、障害のない人と同様に、これまでの坦々とした生活の延長ではなく、また、ただただ健康や疾患に配慮するだけの消極的なものであってはならない。悲しいことではあるが、いずれ必ず訪れる最期に、彼らが人生を振り返って満足できるのか、やり残したこともっと大きな喜びを味わうことができたのではないか、そうした終末期を含めて生活を見直していく時期でもある。障害者福祉施設におけるターミナルケアについては、本調査で残した課題であるが、彼らの最期に目を背けず、そのときに向かって新たに歩み出すことは、職員自身の「喪失」を和らげることにもなるだろう。

障害のある人にとって労働など、活動内容や環境を変えることは、健康障害も含めてマイナスに働くこともあるため慎重になる必要があるが、そうした変化がすべてマイナスの側面しかもたないわけではなく、むしろ、好機と捉えて、積極的に生活を創り上げていくことが重要である。

なお、上述したような支援が提供されるには、障害者自立支援法をはじめとした制度・政策が障害者権利条約の理念をふまえ、障害のある人たちの自律につながる方向で改善されることは言うまでもない。

本小論では、字数の関係から調査結果の大部分を省略してまとめている。内容にかかわるものは極力載せるよう努めたが、詳細については、『知的障害のある人の加齢と地域生活支援の実践的課題——「知的障害のある人(壮年期・高齢期)の健康と生活に関する調査」から』としてまとめた報告書を参照されたい。

【注】

- 〔注1〕厚生労働省「社会福祉施設等調査」2006年10月
- 〔注2〕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』日本知的障害福祉連盟,1998年,9～61ページ.
- 〔注3〕「成人期知的障害者の健康問題に関する調査研究」東京学芸大学教育実践研究支援センター,2009年.
- 〔注4〕高橋亮・有馬正高訳「国際知的障害研究協会とインクルージョンインターナショナルによる世界保健機関への報告書・加齢と知的障害——長寿と健康な加齢を推進するために」2000年,69～89ページ.
- 〔注5〕植田章「アルツハイマーや他の認知症を伴う高齢知的障害者のアセスメントの指針」『佛教大学社会福祉学部論集第2号』佛教大学社会福祉学部,2006年,12ページ.
- 〔注6〕植田章『障害者福祉実践とケアマネジメント—個別支援計画の作成と相談支援の手引き—』かがわ出版, 2008年.
- 〔注7〕この点については, 障害者生活支援システム研究会編『グループホーム・ケアホームで働く195人のタイムスタディから考える障害者の「暮らしの場」をどうするか』かがわ出版, 2009年. を参照.

【参考文献】

- A Report of the Aging Special Interest Reserch Group of the International. Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities.2000. Healthy Aging-Adults with Intellectual Disabilities. Womens Health and Related Issues. Geneva, Switzerland : World Halthe Organization.
- 植田章『知的障害者の加齢とソーシャルワークの課題』高菅出版 2004年
- 植田章「知的障害者の加齢に伴う変化と地域生活支援」二木康之・杉本健郎・福本良之編著『障害医学への招待—特別支援教育・自立支援時代の基礎知識—』クリエイツかがわ, 2006年

（うえだ あきら 社会福祉学科）

2009年10月5日受理