

高齢知的障害者の入所・退所の実態把握を通じて、先行研究から得られた以下の2つの仮説を検証することを目的とした。

1. 障害者支援施設から特別養護老人ホーム等の高齢者施設への移行は困難であり、障害者支援施設は実質的に「終の棲家」である。
2. GHにおける高齢化が進行し、地域移行した利用者が障害者支援施設に再入所するケースが増加している。

また、上記の仮説を前提としたときに、障害者支援施設において高齢知的障害者への支援を継続するための基盤として、医療的な支援体制の充実が重要となる。そこで、障害者支援施設で働く管理職・医療職を対象としたヒアリング調査から、障害者支援施設における医療的な支援体制整備に係る課題を整理することを第二の目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 高齢知的障害者の入・退所の実態に関する調査

2012（平成23）年9月に実施した「障害者支援施設における高齢知的障害者の実態に関する調査」（五味ら、2013）に回答のあった障害者支援施設のうち、60歳以上の利用者がいると回答した1,345事業所を対象とした。2013（平成24）年4月10日から5月10日を調査期間として、調査票郵送方式にて実施した。1,068事業所から回答があり、回収率は79.4%であった。なお、調査の手続きについては国立のぞみの園調査研究倫理審査委員会で承認を得ている。

調査項目は①基本情報（開設年月、自立支援法による事業への移行年月）、②60歳以上の知的障害者で平成24年度に新規入所した者の個別情報（性別、入所時年齢、障害程度区分、入所前の居住の場、入所理由、入所区分）、③65歳以上の知的障害者で平成24年度に退所した者の個別情報（性別、退所時年齢、障害程度区分、退所理由、退所後の居住の場）とした。年齢、障害程度区分、入所および退所の理由は自由記述、その他の項目は多肢選択式とした（表1）。

なお、本調査は上述の先行研究（五味ら、2013）の追跡調査という位置づけで実施したものであり、

表1 個別情報における各項目の選択肢

入所前/退所後の居住の場	入所区分
1. 家庭（単身を含む）	1. 新規入所
2. グループホーム・ケアホーム	2. 再入所（退所から1年以内）
3. 他の障害者支援施設	3. 再入所（退所から1年以上経過）
4. 老人福祉・老人保健施設	
5. 一般病院 <sup>iv</sup>	
6. 精神病院 <sup>iv</sup>	
7. その他	

分析の際には先行研究で把握した各事業所の高齢化の実態に関するデータと統合した。

### 2. 障害者支援施設における医療的な支援体制整備の課題に関する調査

障害者支援施設（対象：1事業所）に勤務する看護師および管理職を対象とした、医療的な支援体制整備の課題についてヒアリングの結果を整理し、記述的に分析した。

## C. 結果

### 1. 高齢知的障害者の入・退所の実態

#### (1) 入所の経路

平成24年度に障害者支援施設に入所した60歳以上の知的障害者は172事業所（16.1%）で257人いた。表2に入所者の基本情報を、表3に特徴を示す。

表2 入所者の基本情報

60歳以上での入所者数			入所前の居住の場		
男性	143	55.6%	家庭（単身を含む）	91	35.4%
女性	113	44.0%	GH・CH	55	21.4%
未記入	1	0.4%	他の障害者支援施設	61	23.7%
			老人福祉・老人保健施設	3	1.2%
			一般病院	16	6.2%
			精神病院	18	7.0%
			その他	12	4.7%
			未記入	1	0.4%
入所時年齢の分布			その他の内訳		
60-64歳	166	64.6%	短期入所（同事業所）	5	41.7%
65-69歳	58	22.6%	救護施設	3	25.0%
70-74歳	17	6.6%	刑務所	2	16.7%
75-79歳	7	2.7%	職親宅	1	8.3%
80歳以上	3	1.2%	宿泊型自立訓練	1	8.3%
未記入	6	2.3%	合計	12	
障害程度区分			入所の区分		
区分1	2	0.8%	新規入所	198	77.0%
区分2	8	3.1%	1年未満の再入所	10	3.9%
区分3	67	26.1%	1年以上経過で再入所	38	14.8%
区分4	79	30.7%	未記入	11	4.3%
区分5	54	21.0%			
区分6	44	17.1%			
未記入	3	1.2%			

表3 入所前の居住の場による入所者の特徴の比較

	家庭からの入所	GH・CHからの入所	他の障害者支援施設からの入所
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>□新規の入所が 92.8%</li> <li>□65歳未満での入所が特に多い</li> <li>□障害程度区分4が35.2%で最多</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□再入所が 63.6%</li> <li>□65～69歳の入所の比率が高い</li> <li>□障害程度区分4が34.5%で最多</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□新規入所が 85.2%</li> <li>□60～65歳の入所が比較的多い</li> <li>□障害程度区分6が29.5%で最多</li> </ul>
入所理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>■本人の機能低下や疾病等</li> <li>■家族の高齢化や死去</li> <li>■虐待 (3事例)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■機能低下や疾病等に対応困難</li> <li>■世話人や他利用者とのトラブル</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■機能低下や疾病等に対応困難</li> <li>■前施設の閉鎖や規模縮小</li> <li>■地域移行 (家族の近くに)</li> </ul>

入所前の居住の場としては「家庭」が最も多く(35.4%)、次いで「他の障害者支援施設」(23.7%)、「GH・CH」(21.4%)の順であった。入所経路と入所時年齢との関連を見ると、家庭からの入所者は60～64歳の層が顕著であり、GH・CHからの入所者は65歳以上が多かった( $\chi^2(2)=16.47, p<.01$ )。障害程度区分に着目すると、他の障害者支援施設からの入所者は家庭やGH・CHからの入所者に比べて区分6の者が多い傾向があった( $\chi^2(6)=16.68, p<.01$ )。性別と入所経路との関連は認められなかった。その他、GH・CHからの入所者は、63.6%が以前に地域移行した者の再入所である点が特徴的であり、再入所者35人中5人は退所から1年以内の再入所であった。

入所理由として共通して多くあげられたのは「本人の機能低下や疾病の重篤化に伴う対応困難」であり、特にGH・CHからの入所は72.7%が同理由によるものであった。家庭からの入所理由としては「対応困難」(45.1%)に次いで「家族の高齢化や死去による介護者不在」が30.8%と多いのが特徴であった。他の障害者支援施設からの入所は、同様に「対応困難」(49.2%)が最多であったが、「前施設の閉鎖や規模縮小」による入所も23.0%あった。その他、少数ではあるが「家族からの虐待(家庭)」「世話人や他

の利用者とのトラブル(GH・CH)」「家族の近くに地域移行(他の障害者支援施設)」といった特徴的な理由も散見された。

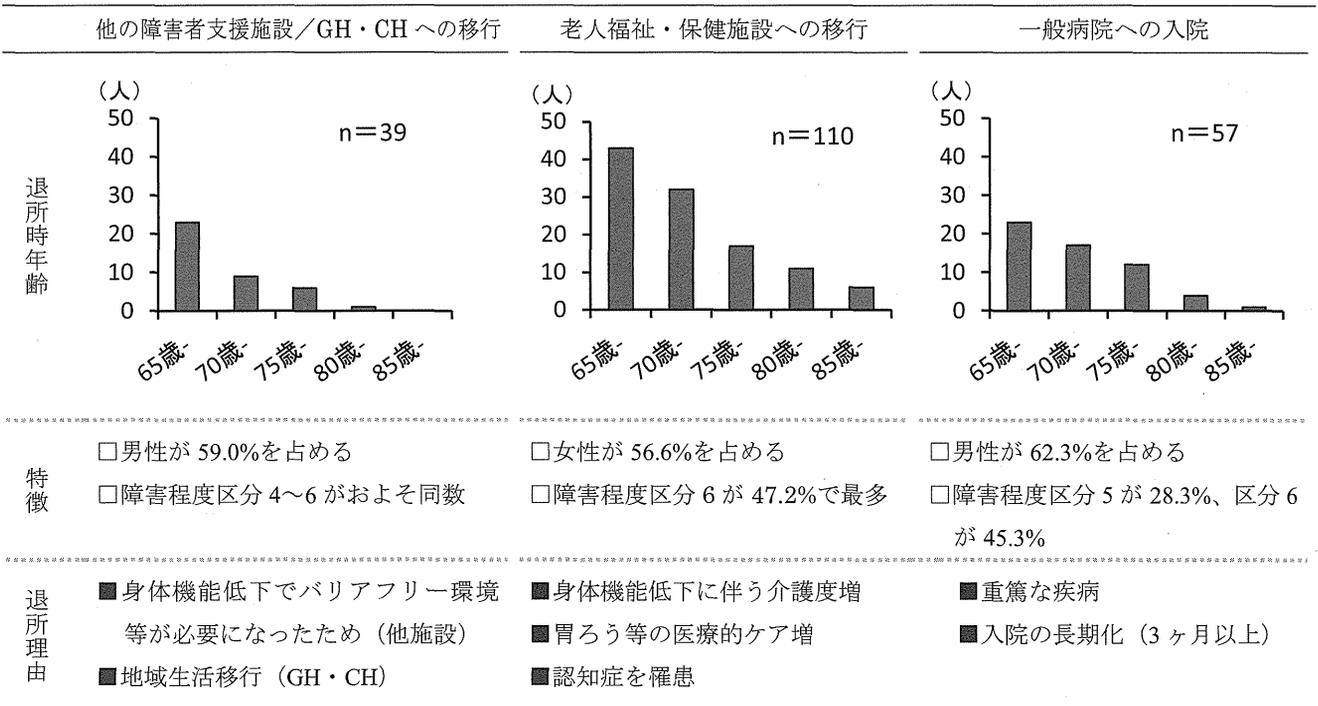
(2)退所の経路

平成24年度に障害者支援施設を退所した65歳以上の知的障害者は272事業所(25.5%)で417人いた。そのうち死亡以外の理由で他機関等に移行した者は175事業所(16.4%)で235人であった。死亡による退所者は182人であった。表4に退所者の基本情報を、表5に特徴を示す。

表4 退所者の基本情報

65歳以上での退所者数			退所の理由	
男性	223	53.5%	死亡退所	182 43.6%
女性	192	46.0%	その他	225 54.0%
未記入	2	0.5%	未記入	10 2.4%
退所時年齢の分布			退所後の居住の場	
65～69歳	149	35.7%	家庭(単身を含む)	6 2.6%
70～74歳	135	32.4%	GH・CH	18 7.7%
75～79歳	73	17.5%	他の障害者支援施設	21 8.9%
80～84歳	44	10.6%	老人福祉・老人保健施設	110 46.8%
85歳以上	15	3.6%	一般病院	57 24.3%
未記入	1	0.2%	精神病院	7 3.0%
障害程度区分			その他	4 1.7%
区分1	0	0.0%	未記入(死亡退所除く)	12 5.1%
区分2	4	1.0%	合計	235
区分3	43	10.3%	その他の内訳	
区分4	68	16.3%	短期入所	2 50.0%
区分5	107	25.7%	共生型センター	1 25.0%
区分6	185	44.4%	養護施設	1 25.0%
未記入	10	2.4%	合計	4

表 5 退所後の居住の場による退所者の特徴の比較



死亡による退所を除くと、退所後の居住の場としては「介護老人福祉施設・介護老人保健施設」が最も多く (46.8%)、次いで「一般病院」(24.3%)、「他の障害者支援施設」(8.9%) の順であった。退所後の居住の場と性別の関連を見ると、介護老人福祉施設・介護老人保健施設への移行者は女性が有意に多かった ( $\chi^2(2)=6.838, p<.05$ )。障害程度区分については、退所後の居住の場による構成比の違いはなく、いずれの場への移行者とも区分 6 の者が最多であった。退所時年齢の構成は退所先にかかわらず同様であった。なお、死亡によって退所した 182 人の退所時年齢の平均は 73.4 歳であった。

退所の理由の多くは「身体機能の低下」と「医療的ケアの必要性の増加」に集約することができたが、他の障害者支援施設への移行ではバリアフリー環境等の設備面、高齢者施設への移行では医療的ケアへの対応が多くあげられる傾向があった。GH・CH への移行による退所者に関しては、認知症対応 GH に移行した者もいたが、多くは自立した生活が可能であること等を理由とした地域移行であった。一般病院等の医療機関は居住の場とは言えないものの、入院が長期化したまま障害者支援施設を退所した者が、退所者全体の 4 人に 1 人を占めていた。

### (3) 入所・退所者数の推計

以下の手順で全国の障害者支援施設における高齢知的障害者の入退所者数の推計を行った。まず、65 歳以上の在在者数の年間増減数 (547 人増: 厚生労働省, 2013; 2014) <sup>\*)</sup> に、65 歳以上の入所者に占める知的障害者の割合 (64.7%: 五味ら, 2013) を乗じて、65 歳以上の知的障害者の増減数を求めた。次に、全国の総事業所数 (2,660 事業所; 厚生労働省, 2014) に占める本調査の回答施設数の割合 (40.2%) をもとに、全国の経路別入・退所者数を算出した (図 1)。

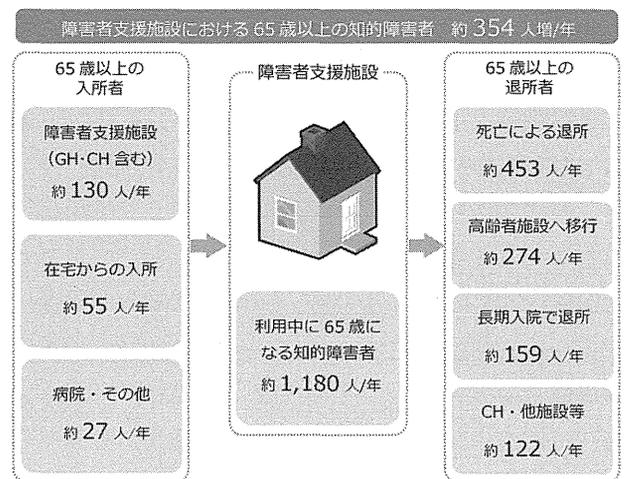


図 1 65 歳以上の知的障害者の入所・退所数の推計

推計の結果、全国の障害者支援施設において新たに入所した65歳以上の知的障害者は約212人であり、既に入所している者のうち65歳になった者が約1,180人であった。一方、退所した65歳以上の知的障害者は1,000人強となった。

## 2. 医療的な支援体制整備に係る課題

障害者支援施設における医療的な支援体制整備に関する課題について、管理職および看護師への聞き取りに基づき集約された意見を以下に列挙する。

### (1) 管理職の課題意識

#### 1) 専門スタッフの役割の増大と看護師の現状

- ① 高齢・重度化による医療的ケアの増加  
(例) 胃瘻・在宅酸素・インシュリン注射・たんの吸引
- ② 日常生活支援における医療行為の広さ  
(例) 支援スタッフとの支援の共有、口腔衛生、入浴時の観察、服薬支援、バイタルチェック、咀嚼・嚥下等食事場面での支援、メンタル面への対応、加齢による機能低下への対応、その他
- ③ 各科医師との連携  
(例) 全科への対応の多様さや煩雑さ
- ④ 関係者との連絡調整  
(例) 家族・支援スタッフ・ケースワーカー・医療スタッフ等
- ⑤ 本人とのかかわりや関係作り  
(例) 治療ができるような良好な関係の築き、訴えが困難な利用者の体調変化への気づき、障害による治療困難、親や支援者への説明や指導、支援者の知識不足・障害への理解が薄い医者への説明、本人の障害状況から検査が出来ず、症状が進んでからの看護
- ⑥ 一人職場における孤立感
- ⑦ 発達障害の診断のあいまいさや、診断、評価に基づかない経験値による支援の多さ

#### 2) 医療機関との連携

- ① 発達障害の診断や評価を受ける体制が整っていない
- ② 発達障害が解る医者が不足している

- ③ 障害特性によるかかり易い疾患や、死亡につながるやすい状況へ対応できる体制の未熟
- ④ 地域の医療機関と福祉事業所との連携
- ⑤ 専門職間の連携  
(例) 心理、OT、PT、ST、管理栄養士、看護師
- ⑥ 支援スタッフ等への指導  
(例) 健康管理、医療的知識、医療ケア資格取得への指導
- ⑦ 感染症発生、てんかん発作、急病、怪我等、特別な状況への対応頻度
- ⑧ 看取りケアへの取り組み

### (2) 看護師の課題意識

- ① 看護師自身の障害に対する偏見  
(例) 看護師教育に障害に対する基礎的情報が少ない
- ② 事業所に医師が常勤していない不安  
(例) 病院では問題が生じた場合、必ず医師の判断、指示により行動するが、福祉事業所において、看護師に緊急的な医療的判断を求められる事への重圧
- ③ 福祉職員との考え方の相違  
(例) 医療教育が福祉施設では不十分で、職員健康に対する意識が低い  
(例) 医療を必要とせず支援力で解決すると思いついて入っている福祉職員と、障害特性をすべて異常な問題と思いついてしまいがちな看護師  
(例) 看護師の意見が支援に吸い上げられない
- ④ 医療機関の障害に対する認知度の低さ  
(例) 病気のときに医療機関より通院や入院を拒否される
- ⑤ 医療現場から見た福祉看護師への偏見  
(例) 福祉施設で勤務する看護師は、看護師としてのレベルが低いと思われる
- ⑥ 勤務条件の悪さ  
(例) 事業所によって異なるものの、病院に比較すると給料や休みなどが良くない  
(例) 看護師の配置が少ないため、医療状況が共有できる仲間が少なく、精神的負担が強くなり退職に至るケースが多い

## D. 考察

### 1. 障害者支援施設における「高齢化問題」

本調査を含むいくつかの統計資料に基づいた推計によれば、在宅から障害者支援施設に入所した65歳以上の知的障害者は1年間で約55人であった。一方、特別養護老人ホームを対象とした実態調査によれば、在宅から特別養護老人ホームに新規入所した65歳以上の知的障害者は1年間で約360人と推計されており（遠藤ら、2014）、その数は障害者支援施設における入所者のおよそ6.5倍であった。

65歳以上の知的障害者のサービス利用については、原則として介護保険が優先とされているものの（厚生労働省、2007）、市区町村には障害当事者への聞き取り等に基づいた自治体毎の判断が求められている。本調査の結果は、この原則に基づき、居住型支援を求める多くの在宅の高齢知的障害者が介護保険サービスを選択している実態を示すものであった。

一方、年間ベースで見ると障害者支援施設における65歳以上の知的障害者数は増加している。その増加分の大半を占めていたのが在所中に65歳になった者であり、その数は新規入所者の5倍以上と推計された。また、65歳以上に限ると、新規入所者の6割以上が他の障害者支援施設あるいはGH・CHからの（再）入所であった。これらのことから、障害者支援施設における高齢化の進行は、在宅から新たに高齢知的障害者が入所するためではなく、中年期以前から既に入所型の支援を利用している者の高齢化によって生じているものと考えられた。

### 2. 「終の棲家」としての障害者支援施設

それでは、利用者の高齢化の進行に対して障害者支援施設はどのように対応しているのだろうか。日本知的障害者福祉協会（2013）によれば、判断基準は事業所によって異なるものの、多くの事業所は高齢者施設等への移行を視野に入れているのが現状である。本調査の結果においても、退所者（死亡退所を除く）の46.8%は特別養護老人ホーム等の高齢者施設に移行していることから、高齢者施設への移行は高齢利用者における有力な選択肢のひとつとなっていると考えられる。

一方、高齢者施設への移行者数の2倍以上の人数が死亡もしくは長期入院を理由として退所している実態にも注目する必要がある。高齢化を理由とした障害者支援施設間の移行が一定数存在することや、GH・CHからの入所者の6割以上が再入所であったことを併せて考えれば、既に入所している者にとって、障害者支援施設は実質的には「終の棲家」になっていると言えるかもしれない。

### 3. 医療的な支援体制に関する課題

上述のような実態を踏まえると、障害者支援施設における医療的な支援体制の充実は非常に大きなトピックとなる。高齢の知的障害者は多様な疾病のリスクを有しているだけでなく、コミュニケーションの難しさや検査への抵抗等の理由から発見が遅れることが多く、先天的な易罹患性と相まって疾病が重篤になりやすいことが指摘されているからである（Beange, 2002）。管理職および看護師からの聞き取り結果からは、そうした高齢知的障害者の疾病の重度化・多様化を背景とした課題を次のように整理することができた。

まず、「支援の多様化・高度化」の課題があげられる。胃瘻やたんの吸引等の医療的ケアの技術のほか、バイタルチェックや口腔衛生、疾病・薬物に関する知識等、利用者の健康を維持するために支援者が身に付けるべき技術・知識が広範なものになっている。次に、「連絡調整」の課題がある。内科、精神科、外科等のさまざまな科との連携が必要となるほか、福祉職とコメディカル（OT、PT、ST、管理栄養士、看護師等）との連携も求められる。また、医療行為に際しては本人だけでなく家族も含めた関係者との調整も必要であり、頻繁で広範囲の連絡調整が求められるといえる。最後に「マネジメント」の課題がある。これは誤与薬を防ぐための管理や、頻繁な通院に対応する職員体制、夜間や休日の看護師の配置や救急受け入れ先の確保といった課題である。

こうした課題は五味ら（2013）においても類似の指摘がされており、高齢の利用者を受け入れる障害者支援施設においては、これらの課題を解決するための運営上の努力が強く求められているといえる。

ところで、本研究における聞き取り結果からは、「医療職と福祉職の認識の隔たり」が、上記課題を解決する際の阻害要因になっていることが示唆された。互いの立場や専門性に関する知識不足が、事業所内での連携のハードルになっているとの指摘のほか、障害に対する医療機関・医師の理解が不足しており受診が困難であること等が指摘されている。同様の指摘を行った大屋（2008）は、愛知県における「障害児者医療機関受診カード」や杉並区における「障害者人間ドック」等の具体的な取り組みを紹介し、知的障害児者の医療バリアフリーを訴えている。今後はさらに先駆的な取り組み事例を集積し、福祉・医療機関双方への啓発を進める必要があるだろう。

#### 4. 高齢知的障害者の居住支援に関する研究課題

在宅からの新規入所者は60～64歳の年齢層が顕著に多いという本調査の結果からは、武市（2005）による入所申請事由の分析結果と同様、養護者の高齢化や死去を背景とした中年期（概ね45～64歳）の入所者が、新規入所の多くを占めていると推測できた。知的障害者は、身体・認知機能の低下等が一般の高齢者に比べて早期かつ急激に進行する傾向がある（石渡，2000；五味ら，2013）。中年期の新規入所者においては、入所時点から高齢期を想定した支援計画を組み、定期的な健康診断や認知機能の評価により、リスクの早期把握をすることが重要と考えられる。そうした予測・予防的な支援の方策に関しては、さらなる疫学的な研究と、予測に利用できるツールの開発・普及が必要である。

また、GH・CHからの入所者のうち再入所の者が6割以上を占めていたという結果からは、以下の2つの課題が示唆された。ひとつは今後増加することが予想される、GHから障害者支援施設への再入所者への対応である。これら再入所者は、段階的に機能低下が進む中年期からの入所者と異なり、既に高齢化に伴う諸症状が表出していることが想定され、医療面の対応や事故防止、高齢期に合わせた日中活動の設定等の準備が求められる。壮年期から中年期の利用者が中心である多くの障害者支援施設ではこれらの対応は未だ十分ではなく（五味ら，2013）、高齢

期支援に特化した事業所のノウハウの集積と普及が求められる。

ふたつめの課題は、GHにおける高齢知的障害者支援の実績の蓄積である。障害者支援施設の場合、①居宅介護等の外部支援の利用ができず個々人の状態の変化に合わせた支援の調整が行いにくい、②通院の付き添いの増加により施設内に残された利用者の日中活動が制限される、等の構造的な課題が指摘されている（五味ら，2013）。一方、GH・CHでは外部ヘルパーを柔軟に活用しながら高齢あるいは医療的ケアの必要な利用者の生活を支えている事例が報告されている（日本グループホーム学会，2013）。今後はこうした取り組み事例を収集し、高齢期の居住支援の選択肢を広げる試みが重要と考えられる。

#### E. 結論

1. 障害者支援施設から特別養護老人ホーム等の高齢者施設への移行は一定の実績があり、高齢知的障害者にとってひとつの選択肢である。
2. しかし、それ以上に障害者支援施設（入院を経る場合も含む）で亡くなる人が多く、障害者支援施設が「終の棲家」になっている現状がある。
3. 高齢になり機能低下が生じても障害者支援施設で生活することを想定した医療体制の構築が重要であり、事業所における取り組みに加えて、広く知的障害者の医療へのアクセスを保障する取り組みが必要である。
4. 障害者支援施設には、中年期（45～64歳）の利用者の高齢化に対する予測に基づいた対応と、機能低下等の進行によりGHから再入所してくる利用者への対応の両軸が求められる。
5. 高齢期の利用者の状態に合わせた柔軟な居住支援を提供しているGHでのベストプラクティスを収集する必要がある。

#### 注

- i 平成18～22年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書（日本知的障害者福祉協会）におけ

る知的障害者入所更生施設及び入所授産施設、施設入所支援の入所者数合計を分母として算出した。

- ii 老化を理由とした退所者数は、同報告書における「老化を理由とした退所者数」の割合を、平成 22 年度社会福祉施設等調査報告における入所利用者数に乗じて算出した。また、65 歳以上の施設入所している知的障害者数は、五味ら (2013) における知的障害のある入所者数 (8,340 人) を回収率 (58.0%) で除して算出した。
- iii 平成 26 年度より共同生活介護 (ケアホーム) は共同生活援助 (グループホーム) に一元化されているが、先行研究および調査結果の記述については GH・CH に統一した。
- iv 「一般病院」および「精神病院」は居住の場ではないが、本研究では便宜上、居住の場の選択肢に含めた。
- v 社会福祉施設等調査報告における「在所者数」は生活介護事業を通所利用している者の数を含む数値であるため、施設入所者数と厳密には等価ではない。しかし、年齢階層別の入所者数に関する資料がないことから、本調査では「在所者数」をもとに推計を行った。

## 付記

医療的な支援体制整備に関する課題整理については、研究検討委員会における社会福祉法人正夢の会の山本あおひ氏の報告をもとに構成したものである。

## F. 文献

- 1) Beange, H: Epidemiological issues. (Prasher, V. P. & Janichi, M. P. (Eds.)), Physical health of adults with intellectual disabilities; 1-20 (2002).
- 2) 遠藤浩, 大村美保, 五味洋一, 相馬大祐, 志賀利一: 特別養護老人ホームにおける知的障害者の実態に関する研究—利用実態及び入退所に関する抽出調査から—。平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) 報告書 (2014).
- 3) 五味洋一, 志賀利一, 大村美保, 村岡美幸, 相馬大祐, 木下大生: 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—身体・認知機能の実態と支援上の課題に関する悉皆調査から—。国立のぞみの園紀要, 6; 14-24 (2013).
- 4) 石渡和実: 障害者福祉における知的障害者への高齢化対応—「地域生活支援」をめざす行政施策と施設実践—。発達障害研究, 22(2); 86-95 (2000).
- 5) 厚生労働省: 平成 19 年 3 月 28 日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長通知「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等について」(障企発第 0328002 号・障障発第 0328002 号)。
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成 22~24 年社会福祉施設等調査報告。
- 7) 日本グループホーム学会: 平成 24 年度グループホーム及びケアホームにおける支援に関する実態調査。平成 24 年度障害者総合福祉推進事業報告書, (2013)。
- 8) 日本知的障害者福祉協会: 平成 18~22 年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書。
- 9) 日本知的障害者福祉協会: 地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究。平成 24 年度障害者総合福祉推進事業報告書, (2013)。
- 10) 大屋滋: 知的障害や自閉症がある人の医療機関受診について。(2008). (<http://homepage3.nifty.com/afd/zyusinn.html>)
- 11) 相馬大祐, 志賀利一, 五味洋一, 大村美保, 村岡美幸, 木下大生: 65 歳以上の知的障害者の状態像とサービス利用状況—市区町村悉皆調査の結果より—。国立のぞみの園紀要, 6; 1-13 (2013)。
- 12) 武市敏孝: 知的障害者の地域生活を支える援助体制について—入所施設利用申請者の申請自由分析—。発達障害研究, 26(4); 268-278 (2005)。

## 市区町村における高齢知的障害者支援の課題とその対応

## 市区町村における高齢知的障害者支援の課題とその対応

主任研究者 遠藤 浩<sup>1)</sup>

研究協力者 相馬大祐<sup>1)</sup> 志賀利一<sup>1)</sup> 大村美保<sup>1)</sup> 五味洋一<sup>1)</sup>

1) 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

### 【研究要旨】

65歳以上の障害者の福祉サービス利用については、介護保険優先とされながらも、一律に介護保険を優先するのではなく、市区町村には本人の利用意向を把握した上で、柔軟な対応が求められている。しかし、2012年度に実施した市区町村への悉皆調査の結果からは、市区町村ごとに高齢知的障害者の福祉サービス利用の判断について相違がある等、課題が抽出された。そこで、課題を再整理するとともに、介護保険サービス、障害福祉サービスの双方を柔軟に利用できるよう対応している市区町村等へ電話調査を行った。

その結果、介護保険サービス、障害福祉サービスの狭間に位置づく高齢知的障害者に対し、画一的ではなく、本人の利用意向を優先し、柔軟に双方の制度を利用できるよう支援していた。また、そのためには市区町村の職員のみで対応するのではなく、多分野、多職種との連携によって可能になっていることが分かった。

### A. 研究目的

65歳以上の障害者の福祉サービス利用については、「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に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（以下適用関係通知）が厚生労働省より通知されている。この概要を簡潔に紹介すると、①障害者支援施設の入所者は介護保険の被保険者にはならない、②65歳以上の障害者の場合は介護保険を優先する、③介護保険サービスを一律に優先せず、障害者の利用意向を聞き取った上で、市区町村が適切に判断するとされている。このように、65歳以上の障害者の福祉サービス利用については、介護保険優先とされながらも、一律に介護保険を優先するのではなく、市区町村には本人の利用意向を把握した上で、柔軟な対応が求められている。しかし、2012年度に実施した市区町村への悉皆調査（以下、市区町村悉皆調査）の結果からは、「介護保険サービス優先」「障害福祉サービス優先」と、どちらかの制度一方を優先する市区町村と、「事例ごとに判断する」「本人の利用意向を優先する」といった双方の制度を柔軟に利用できるよう対応している市区

町村が確認された。また、市区町村悉皆調査では、高齢知的障害者のサービス利用の課題として、利用回数の制限（限度額）の存在、ケアマネジャーとの連携などが抽出された。

そこで、本研究では市区町村悉皆調査における高齢知的障害者の福祉サービス利用の課題について再整理するとともに、介護保険サービス、障害福祉サービスの双方を柔軟に利用できるよう対応している市区町村及び担当係を超えて高齢知的障害者への支援について検討している市区町村の取り組みの詳細について把握することを目的とする。なお、本研究では福祉サービスの利用について言及することから、高齢を65歳以上、知的障害者を療育手帳所持者と定義した。

### B. 研究方法

2012年度に実施した市区町村悉皆調査の結果より、障害福祉サービスと介護保険サービスの運用に関しての現状・工夫点にて、障害者本人の利用意向を確認している、もしくは多くの機関と連携しているといった記載のある市区町村を対象とし、電話による

ヒアリング調査を実施した。質問項目としては、①本人の利用意向を確認している取り組みの内容、②市区町村内部の連携状況、③市区町村外部の連携状況についてであり、調査時期は2013年12月から2014年3月であった。市区町村の抽出に当たっては、市区町村を1万人未満、1万から5万人、5万から10万人、10万人以上の4つに分類し、それぞれ4から6市区町村、合計19市区町村を対象とした。

## C. 結果と考察

### 1. 福祉サービス利用の課題の再整理

まず、市区町村悉皆調査による高齢知的障害者福祉サービス利用の課題について再整理した。

#### (1) 市区町村の判断の相違

先に示した通り、高齢知的障害者の福祉サービス利用に関する課題としては、適用関係通知の解釈が各市区町村により異なり、高齢知的障害者が利用する福祉サービスについての判断も異なる点があげられる。適用関係通知では、65歳以上になると介護保険優先とされているが、一律に優先するものではないとされているため、各市区町村で対応の相違が表出していると言える。しかし、適用関係通知では市区町村に対し、本人の意向を把握するよう求められているにも関わらず、介護保険サービス優先、障害福祉サービス優先というように、画一的な対応をしている市区町村が存在していることは課題と言える。そして、このような市区町村の相違は、主に65歳になる前から障害福祉サービスを利用していた知的障

害者に見られるものであった。

#### (2) 市区町村から見た福祉サービス利用の課題

この他に、高齢知的障害者の福祉サービス利用の課題に関して、悉皆調査における自由記述の内容をまとめると、①障害福祉サービスから介護保険サービスへ切り替える時に生じる課題、②本人に生じる課題、③介護保険サービス事業所の課題、④連携に関する課題の4つがあげられる。

障害福祉サービスから介護保険サービスへ切り替える際は、まず要介護状態区分が必要になる。しかし、知的障害者の場合は低く出るといった回答があった。これは先行研究でも指摘されている<sup>1)</sup>。また、障害福祉制度では1割の負担を支払っていなかった者も介護保険制度では支払う必要があること、要介護状態区分ごとに支給限度額が設定されていることも市区町村では課題と認識していた。さらに、障害者支援施設は介護保険の適用除外施設であることから、入所者は被保険者に該当しないということで、障害者支援施設の高齢化を招いているといった回答があった。以上については、障害福祉サービスから介護保険サービスへ切り替える時の課題と言え、市区町村だけでは解決できない課題である。

一方、②本人に生じる課題としては、サービス提供事業所を変更するといった急激な環境変化を行うことで、障害者本人に悪影響をもたらせるのではないかとといった危惧についての回答があった。また、③介護保険サービス事業所の課題としては、受け入れる介護保険サービス事業所の欠如、ケアマネジャーの業務負担が大きい、ケアマネジャーが障害福祉制度を知らない場合もある

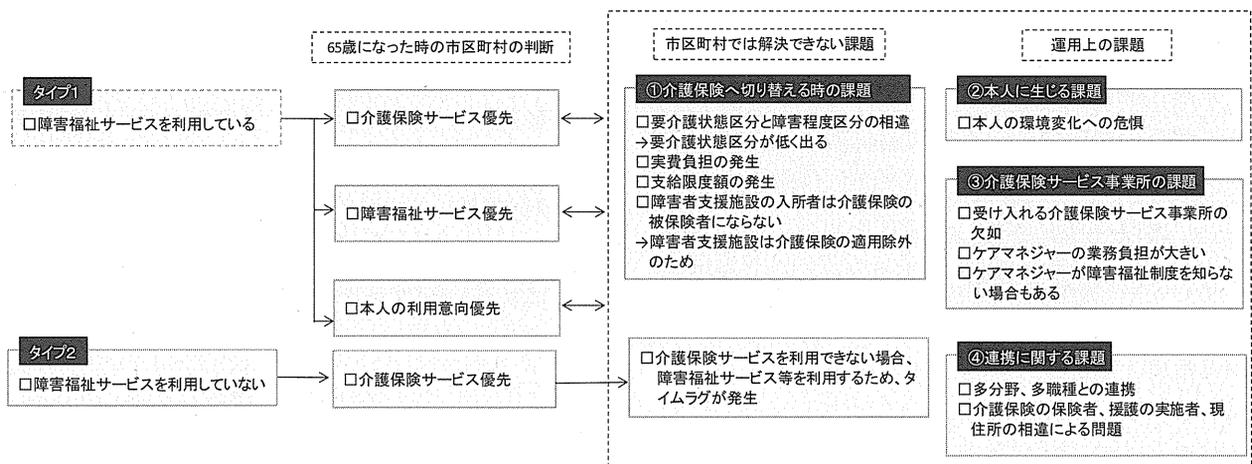


図1 高齢知的障害者の福祉サービス利用の課題

福祉制度を知らない場合があるといったものがあげられた。さらに、④連携に関する課題としては、障害福祉と介護保険のそれぞれの市区町村の担当者だけでなく、ケアマネジャー、相談支援専門員等の多職種との連携が必要になること、現住所と援護の実施者もしくは介護保険の保険者が相違する場合の情報共有が図られていないことなどがあげられた。この②から④の課題については、市区町村による工夫等で解決できる可能性があり、運用上の課題とした。

以上の適用関係通知の解釈の相違と市区町村から見た福祉サービス利用の課題を図式化すると図1になる。市区町村から見た高齢知的障害者の福祉サービス利用の課題は、市区町村で解決できる課題と解決できない課題に分類することができる。そして、これらの課題を抱えていることを根拠として、障害福祉サービスを優先するといった市区町村が存在していることが確認できた。すなわち、市区町村から見た福祉サービス利用の課題が市区町村の福祉サービス利用の判断に影響を与えていると言える。

最後に、65歳になる前に障害福祉サービスを利用していなかった知的障害者に対する記述をしていなかったため、簡単に紹介したい。この者への対応について書かれた市区町村は少数であったが、多くは介護保険サービスを優先すると回答していた。しかし、障害福祉サービスを65歳までに利用していなかった者は、障害程度が軽く、要介護状態区分も低いと想定され、最終的には障害福祉サービスを利用することが多くなるということであった。その際はまず、介護保険サービスを申請し、利用できないと分かり、障害福祉サービスを申請するといった手続きを経るため、時間がかかるといった課題が確認された。

### (3) 福祉サービス利用の課題への対応

上記の福祉サービス利用の課題への対応策について、電話調査の結果をまとめた。

#### ① 本人の利用意向を把握する取り組み

本人の意向を把握する方法として、ある市区町村

では、65歳になるのをきっかけに優先的にサービス等利用計画を作成し、介護保険サービスが必要かどうかを相談支援専門員が本人、家族へ聞き取り、確認していた。また、他の市区町村では、障害福祉担当課、介護保険担当課、ケアマネジャー、相談支援専門員、本人や家族が参加の下、ケース会議を開催し、本人の福祉サービス利用の検討を行っていた。この他に、ある市区町村では、本人や家族だけではなく、65歳まで利用していた障害福祉サービス事業所の職員へ聞き取り調査を実施し、本人の好みややりたいこと等について多角的に把握するよう試みていた。また、小規模市区町村（人口1万人未満・1～5万人未満）では、高齢知的障害者が少ないことから、市区町村の担当者や保健師、地域包括支援センターの職員など単独あるいは協力して複数回訪問し、本人の利用意向と生活状況の確認を行っていた。以上をまとめたものが図2になる。

このように、いくつかの市区町村では、本人の利用意向だけではなく、生活状況を把握し、高齢期になった知的障害者の福祉サービス利用について検討していた。すなわち、高齢障害者の利用する制度は介護保険サービスでなくてはならない、または逆に障害福祉サービスでなくてはならないといった画一的ではなく、介護保険サービスと障害福祉サービスのどちらも利用できる利点を生かし、高齢知的障害者本人にとって益となるよう、柔軟に双方の制度を利用できるよう対応していた。

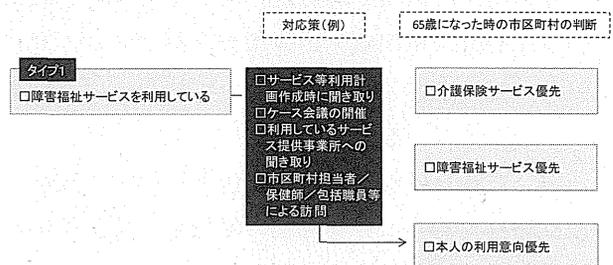


図2 本人の利用意向を把握する取り組み

#### ② 運用上の課題への取り組み

次に、本人の環境変化の危惧については、介護保険サービス事業所を体験利用として、1、2回利用

するとといった対応や介護保険サービス事業所の見学をしてもらう等、本人への情報提供を丁寧に行っている市区町村が存在した。また、受け入れる介護保険サービス事業所の欠如については、市区町村の職員が介護保険サービス事業所へ障害福祉サービスの指定を取得するよう働きかけていた。

さらに、連携については、いくつかの取り組みが確認できた。まず、自治体規模別にみると、大規模な市区町村は障害福祉と介護保険を担当する部や課が異なる。そのため、65歳以上になった障害者については、介護保険、障害福祉の担当者等が集まって調整するといった市区町村が確認された。一方、小規模な市区町村では、担当者が隣同士に座っているといった利点から、担当者同士の調整、連絡を密に行っている市区町村が確認された。

また、市区町村の担当者同士の連携のほかに、ケース会議を開催して、専門職と連携していた。ケース会議の参加者は、ケアマネジャー、相談支援専門員、保健師、介護保険担当・障害福祉担当の市区町村職員があげられ、必要であれば本人や家族に参加してもらっていた。これらの市区町村内外の連携については、地域自立支援協議会においてワーキンググループ（以下、WG）を設置し、65歳以降の福祉サービス利用における実務的な流れや書式等について検討している市区町村も存在した。参加者は市区町村の介護保険、障害福祉担当者、相談支援専門員、地域包括支援センター職員であり、WGは有期限で、ルール作りができた後に解散していた。また、多分野、多職種との連携としては、ケアマネジャー等の介護保険分野の専門職との連携は必須であり、介護保険サービス事業所の課題についての対応にも結果的につながっていると言える。

一方、これらは市区町村内の連携に関する課題への取り組みであり、介護保険の保険者、援護の実施者、現住所の相違による問題等、市区町村をまたぐ問題への取り組みについては、確認することができなかった。以上をまとめ、図3に示した。

以上の運用上の課題への取り組みの内容は、福祉サービス利用の判断時に本人の利用意向を優先している市区町村とほぼ同様といえる。すなわち、本人

の利用意向を優先して福祉サービス利用を判断するためには、多分野、多職種との連携がかかせないと言える。また、高齢障害者の福祉サービスについては、確かに市区町村では解決できない制度上の不備が存在している。しかし、市区町村では高齢知的障害者に不利益とならないよう、本稿で紹介した様々な取り組みを行っていた。

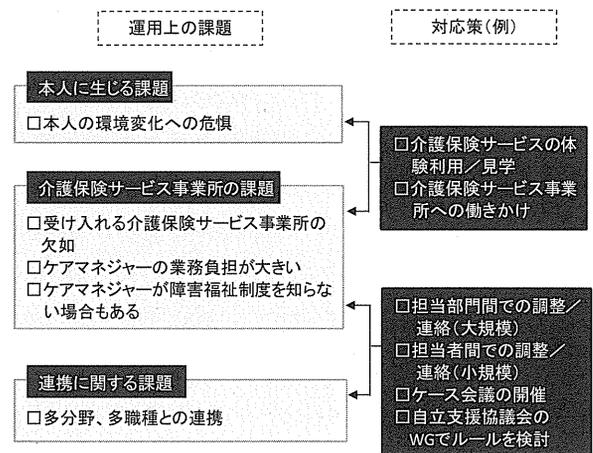


図3 運用上の課題への取り組み

#### D. まとめ

以上、本稿では市区町村悉皆調査の再整理と電話調査の結果から、福祉サービス利用の課題を再整理し、本人の利用意向を把握する取り組みや市区町村で解決できる課題への取り組みを紹介した。今回、調査した市区町村においては、介護保険サービス、障害福祉サービスの狭間に位置づく高齢知的障害者に対し、画一的ではなく、本人の益となるように柔軟に双方の制度を利用できるよう支援していた。その具体的な方法としては、市区町村の職員のみで対応するのではなく、多分野、多職種との連携によって可能になっていることが分かった。連携の具体的な方法については、市区町村の規模や社会資源によって異なることが推測される。それぞれの市区町村では、自らの状況を踏まえた取り組みが求められる。

#### E. 参考文献

- 1) 相馬大祐・村岡美幸・木下大生, 地域で生活する高齢知的障害者のサービス利用に関する研究. 発達障害研究, 34-1, 75, 2012.

高齢発達障害者の実態把握に関する基礎的研究  
—ホームレス支援事業ならびに生涯学習・社会教育機関  
の調査結果より—

## 高齢発達障害者の実態把握に関する基礎的研究

### －ホームレス支援事業ならびに生涯学習・社会教育機関の調査結果より－

分担研究者 橋本 創一<sup>1)</sup>

1) 東京学芸大学教育実践研究支援センター

#### 【研究要旨】

今後の高齢発達障害者の生活を支えるサービスや支援の在り方を検討するための基礎資料を得るために、ホームレス支援事業所 65 ヶ所（65 歳以上 2,635 人）と高齢者向けの生涯学習・社会教育事業所 117 ヶ所（65 歳以上 32,283 人）における高齢化の状況と高齢利用者の特性やトラブル、サポートなどの実態を把握するための調査を実施した。ホームレス支援事業所には 36 人（1.4%）、高齢者向けの生涯学習・社会教育事業所は 0 人の 65 歳以上の高齢発達障害者が利用していた。ホームレス支援事業の高齢利用者のなかには、ほかに精神障害や軽度知的障害、身体障害、認知症、特定疾患のある人が多数利用していた。高齢発達障害者は、特性の著しさから、対人関係面（他の利用者に対して）や金銭面のトラブルが多くみられた。また、疾患による定期的な通院をする人が多く、事業所ではメンタル面や生活面、健康面における個別のサポートがいずれも高く実施されていた。高齢知的障害者の支援ニーズとの共通性が認められることが明らかとなり、特に対人関係面や金銭面、生活面における支援ニーズの強度が高いことが判明した。

#### A. 研究目的

我が国における未曾有の高齢化社会は、発達障害者にも同様にあてはまることであろう。しかし、コミュニティで生活する、または施設入所している 65 歳以上の高齢の発達障害のある人について、その実態把握をする調査は現状では困難さが散在している。一つには、発達障害の診断とその理解などが拡大したのが、我が国において数十年しか経っておらず、子どもの頃に診断されて高齢者となった者が数少ないためである。二つめに、若年層における診断は広がっているが、高齢層には至っていないことがある。これは、高齢期にある発達障害の診断方法や診断ツールがないために、明確な対象者の特定とその支援ニーズを把握することが難しいことがある。特に、生育歴が不明瞭な場合は、認知症や精神障害などとの差違が確立できておらず、診断医による偏りや不十分さが残っている。

高齢の発達障害者の実態として、積み重なる症状による社会的不適応や貧困状態、疾患の合併率の高さ、保護者・家族の生存が減ることによる孤立化など

が、海外の研究知見では指摘される（Elizabeth, A.ら、2012；Meryl, B.ら、2012 など）。日本の現況を踏まえると、壮年から老年期にある発達障害の症状が著しく不適応を呈している人は、経済的支援や医療的支援、虞犯触法行為からの社会復帰支援、孤立的状況への支援などが予測される。また、平成 24 年度の本プロジェクト研究の報告『高齢発達障害者の実態把握に向けた予備的検討－海外文献レビューと精神・神経科医の聴き取り調査より－』のなかで、サポートが必要な高齢期の発達障害者が所属する機関・フィールドに限定して実態把握する必要性が示唆された。高齢発達障害者が増えるであろう将来に向けて、支援の方向性を検討するためには、事例的な検証と支援ニーズの調査を試みる事が重要と考えられる。

そこで本研究では、今後の高齢発達障害者の生活を支えるサービスや支援の在り方を検討するための基礎資料を得ることを目的として、ホームレス支援事業を実施している NPO 法人や社会福祉法人と、高齢者向けの生涯学習・社会教育事業を実施している

公民館等の2つの事業所・機関における高齢化の状況と、高齢利用者の特性やトラブル、サポートなどの実態を把握するための調査を実施した。

## B. 研究方法

全国にある177ヶ所のホームレス支援事業を実施しているNPO法人や社会福祉法人、関東・中部地域10都県にある316ヶ所の高齢者向けの生涯学習・社会教育事業を実施している公民館等を本調査の対象とした。2013年12月から2014年1月末日を調査期間として、調査票郵送方式にて実施した。回収率はホームレス支援事業所が36.7% (65事業所)であり、公民館等が37.0% (117事業所)であった。

調査項目は、①事業所全体の利用者情報9項目(利用者数、65歳以上の利用者数、65歳以上の利用者の疾患・障害について)、②65歳以上の発達障害者に関する項目(特性、通院、トラブル、サポート)、③65歳以上の軽度知的障害者に関する項目(特性、通院、トラブル、サポート)、④65歳以上の発達障害または知的障害を疑われる人の現数とした。

## C. 調査結果・考察の概要

### 1. 高齢者向け生涯学習・社会教育事業をおこなう公民館等における高齢発達障害者の状況

回答のあった117事業所を利用している1,263,600人(未記入11ヶ所を除く)のうち、高齢利用者(65歳以上)は32,283人(25.5%)であった。このなかで、疾患や障害がある人は、身体障害52人(30ヶ所)、認知症18人(5ヶ所)、精神障害1人(1ヶ所)、その他7人(3ヶ所)、発達障害や軽度知的障害、特定疾患がある人はいなかった。疾患・障害のある人の利用が著しく少ないことが明らかになった。記載のなかで、「疾患・障害について事前に聞いていないので不明」という回答が多かった。また、「身体障害と違い発達障害や知的障害は目に見えて明らかに分からない」「発達障害に関する知識が事業を担当する職員に乏しいために把握できていない」という記述がみられた。一方で、「障害者に配慮した社会教育は、自治体で特別に設置しているために一般の講座には参加されていない」「参加は健康な方に限って

いる」とした回答があった。概して言えば、高齢発達障害や知的障害などに関する理解が低調であり、高齢障害者の社会参加や支援などにつながっていないことが判明した。高齢者が所属する機関への発達障害に関する理解啓発の重要性がうかがわれる。

### 2. ホームレス支援事業所の高齢化の状況

回答者(65人)の内訳は、生活支援員・指導員44人(68%)、管理職(施設長など)5人(8%)、事務職員7人(11%)、その他3人(5%)、不明6人(9%)であった。回答のあった65ヶ所の事業所を利用している5,329人(1事業所あたり82.0人、標準偏差SD:43.17)のうち、高齢利用者(65歳以上)は2,635人(49.4%)であった。このなかで、疾患や障害がある人の割合を表1に示した。疾患や障害は、福祉手帳・医療証の取得を確認している、または診断を受けている、本人がそのように言っている場合に限り記入を依頼したものである。回答は対象ごとに重複した人数である。高齢の発達障害者が10ヶ所の支援事業所に36人いた。そして、軽度知的障害者は42ヶ所で517人と多く、65歳以上の利用者の約2割を占めていた。その他の記入として、様々な疾患がみられたほかに、中・重度の知的障害があった。孤立しており経済的支援が必要な人のなかに障害者の割合が高いことが明白となった。

表1 ホームレス支援事業所の高齢利用者  
にみられる疾病・障害の割合

精神障害	1,013人(38.3%)	[52ヶ所]
軽度知的障害	517人(19.6%)	[42ヶ所]
身体障害	473人(17.6%)	[50ヶ所]
認知症	277人(10.2%)	[47ヶ所]
特定疾患	127人(4.8%)	[17ヶ所]
発達障害	36人(1.4%)	[10ヶ所]
その他	198人(7.5%)	[12ヶ所]

### 3. ホームレス支援事業所の高齢発達障害者

発達障害のある人のなかで一人を任意に抽出してもらい(答えやすい対象を選ぶように回答者に依頼し)、その対象者の特性や病院の通院状況、トラブル、

個別のサポートについて調査した。また、比較対象とするために、軽度知的障害者一人を同様の方法で抽出してもらい、同一の調査項目に回答を求めた。

### 1) 高齢発達障害者の特性とトラブルについて

回答が得られた10人の高齢発達障害者(10ヶ所の事業所)にみられる特性において、半数以上の人にみられた項目を表2に示した。

表2 高齢発達障害者(N=10)の特性

こだわりが強い	7人(70%)
注意力・集中力が低い	7人(70%)
感情の起伏が激しい	5人(50%)
相手の気持ちを察することが苦手	5人(50%)
自分の思い通りに行動しないと気がすまない	5人(50%)
先の見通しをつけて行動できない	5人(50%)

ほかに、「怒りにまかせた行動・攻撃的な行動(40%)」「場の空気が読めない(40%)」「衝動性が高い(30%)」「常識はずれな行動をとる(30%)」「決まりきった行動しかできない(30%)」「活動や気持ちの切り替えが悪い(30%)」がみられた。

一方、回答が得られた42人の高齢軽度知的障害者(42ヶ所の事業所)にみられる特性において、同一項目の調査結果を表3に示した。

表3 高齢軽度知的障害者(N=42)の特性

こだわりが強い	18人(43%)
注意力・集中力が低い	15人(38%)
感情の起伏が激しい	24人(58%)
相手の気持ちを察することが苦手	18人(43%)
自分の思い通りに行動しないと気がすまない	17人(40%)
先の見通しをつけて行動できない	24人(58%)

ほかに、「怒りにまかせた行動・攻撃的な行動(28%)」「場の空気が読めない(43%)」「衝動性が高い(30%)」「常識はずれな行動をとる(23%)」「決まりきった行動しかできない(33%)」「活動や気持ちの切り替え

が悪い(33%)」がみられた。

高齢発達障害者と高齢軽度知的障害者では、対象者数に大きな違いがあるために単純な比較は難しいものの、類似した傾向が両者に認められた。最も大きな差がみられたのは、「注意力・集中力が低い」が高齢発達障害者に著しく多く、高齢軽度知的障害者には少なかったことである。若年層において指摘される発達障害者の評価として、その知的能力から期待される水準に比して、行動面や対人関係面における問題とその解決力が劣っているとみられてしまうという現象が反映されたのかもしれない。

様々なトラブルについて、高齢発達障害者(10人)と高齢軽度知的障害者(42人)にみられた項目を表4に示した。

表4 高齢発達障害者(N=10)と高齢軽度知的障害者(N=42)にみられるトラブル

	DD者*	ID者**
対人関係(vs支援者)	20%	30%
対人関係(vs他の利用者)	60%	80%
対人関係(vs一般人)	0%	15%
金銭面(管理ができない)	60%	78%
生活面(食事・服装・衛生など)	50%	63%
健康面(重篤な病気・入院など)	40%	13%
触法行為や規則違反	10%	8%

注) \*高齢発達障害者 \*\*高齢軽度知的障害者

高齢発達障害者と高齢軽度知的障害者に共通して、対人関係面(他の利用者に対して)と金銭面(管理ができない)、生活面(食事・服装・衛生などの不適切さ)といったトラブルが著しく多くみられた。これらは、発達障害と知的障害のいずれにおいても、その著しきの順位はまったく同じであった。一方、対人関係(一般人に対して)や触法行為・規則違反に関するトラブルは少なかった。高齢期にみられる知的・発達障害者の支援ニーズには、共通性が認められることが明らかとなり、特に対人関係面や金銭面、生活面における支援ニーズの強度が高いことが判明した。

## 2) 高齢発達障害者の通院状況、個別のサポートについて

定期的な病院への通院による治療の有無について、高齢発達障害者（10人）と高齢軽度知的障害者（42人）の状況を表5に示した。

表5 高齢発達障害者（N=10）と高齢軽度知的障害者（N=42）の通院状況と疾患者数

	通院中	精神科	内科	整形外科	眼科
DD者*	7人 (70%)	3人	4人	--	--
ID者**	26人 (62%)	15人	7人	1人	1人

注1 \*高齢発達障害者 \*\*高齢軽度知的障害者

注2 記入された疾患者(重複回答)を表記

高齢発達障害者の病院への通院・治療をおこなっている疾患名として、高血圧と心臓疾患の内科疾患、統合失調症と適応障害、行動障害の精神科疾患がみられた。一方、高齢軽度知的障害者は、統合失調症と気分障害、アルコール依存性、てんかん、不眠症などの精神科疾患が最も多く、高血圧と高脂血症、糖尿病などの内科疾患がみられた。いずれも健常者において高齢期にみられる疾患であり、発達障害者や軽度知的障害者も同様な傾向が認められたことが明らかになった。

また、展開している個別のサポートについて、高齢発達障害者（10人）と高齢軽度知的障害者（42人）におこなっているものを表6に示した。

表6 高齢発達障害者（N=10）と高齢軽度知的障害者（N=42）への個別のサポートについて

	DD者*	ID者**
心配事や悩みを聞く	60%	95%
食事・排泄などの生活面の援助	60%	73%
看病など健康面の援助	60%	45%
余暇活動などの提供や援助	30%	100%
経済的な援助	20%	28%

注) \*高齢発達障害者 \*\*高齢軽度知的障害者

メンタル面や生活面、健康面における個別のサポートがいずれも高く実施されていることが明らかになった。

高齢発達障害者の支援について意見を求めたところ、「在宅サービス（デイサービス・デイケア）やグループホーム等の利用」「行動障害・学習障害による問題行動が著しく、事故予防や触法行為への監視が必要」「常に見守り対応する必要」「特別養護老人ホーム等への移行支援」などの必要性や充実を求める記述があった。一方で、高齢軽度知的障害者の支援に関する意見には、「全般的な生活支援」「対人関係面のトラブルへの対応」「他施設への移行支援」「病識に欠ける面があるので健康管理に対する支援」「こだわりの強さへの対応」「理解力の不十分さ（金銭含む）への支援」「感情コントロールの苦手さへの支援」「高齢とは無関係な支援が多い」「高齢化に伴い健康面や体力低下に対する対応」などの必要性や充実を求める記述があった。本調査結果の対象者は少数であることから、高齢発達障害者の実態に関する明確な知見とは言い難い。従って、あくまでも参考データではあるが、今後検討していくべき課題として、一つは、医療的支援、心理行動特性への支援、経済的支援、生活支援などについて、各々の側面から把握していく必要がある。二つめに、高齢化に起因する支援ニーズ（様々な疾患や問題など）と若年期からもともと抱えていた特性（問題など）を整理していくべきであろう。そこで、生育歴などの情報の正確な把握をどのような方法でおこなうかという点が重要視されると同時に、今後研究していくべきである。三つめに、支援ニーズにおいて軽度知的障害者との共通性と差異について検証していくべきであろう。

## 3) 発達障害の疑いのある高齢者（65歳以上）について

65歳以上のホームレス支援事業所の利用者のなかで、発達障害の疑いのある人（発達障害と診断されている人を除いて）について尋ねた結果、8ヶ所（12%）の事業所に8人がいるという回答を得た。一方、軽度知的障害の疑いのある人（知的障害と診断

されている人を除いて)は、27ヶ所(42%)の事業所に144人いると回答があった。厚労省のウェブサイトにある発達障害や知的障害の定義や概念などを参照してもらい、回答者の経験や判断の範囲で記入してもらった。従って、信頼性・妥当性は低いものと考えられるが、この質問項目への記入を求めたことで、先に述べた高齢発達障害者と高齢軽度知的障害者の記入(人数)に差別化がなされているものと判断される。障害の疑いのある人の気づきは低調であったことは、診断がないことや手帳保有などの明確な知見がないことで回答者が躊躇したとも推測される。一方で、疑いのある人への自由記述において、「高齢者であるという時代的背景と家庭環境などの理由から障害が見落とされたと考える」「ホームレス支援事業を利用する人は、生活歴・病歴がはっきりせず、先天的なものか、疾患や環境、育ちによるものかがはっきりしない事例が多い」「高齢期における発達障害に関する理解は、高齢者福祉に携わる従事者であっても認知が低いことが多いにある」「認知症や精神障害、身体障害、知的障害のある高齢者にはサポート制度が確立しているが、発達障害そのものについては支援制度が不十分なために、支援ニーズが明確にあったとしても診断や把握に至らないのが現状である」「ホームレス支援事業を利用する多くの人が、発達障害の特性を有すると考えられるが、あくまで特性であって、支援ニーズとその特性の因果関係が一致しているわけではない」「発達障害の最も著しい症状である『コミュニケーションの制約』は、ホームレス支援事業の対象者の支援ニーズと一致する」などがあった。ホームレス支援事業の利用者の高齢化と、それに伴ってクローズアップされている支援ニーズの実態は、成人期にある発達障害者の支援の現況や課題と重複する側面が多々あることが伺われる。その一方で、高齢化による問題や課題との区分けの難しさも明らかになった。

#### D. 結論

1. 高齢者向けの生涯学習・社会教育事業所には、高齢発達障害者の利用はないことが明らかになった。
2. ホームレス支援事業所には36人(1.4%)の高齢

発達障害者が利用していた。また、ホームレス支援事業の高齢利用者のなかには、ほかに精神障害や軽度知的障害、身体障害、認知症、特定疾患のある人が多数利用していた。

3. ホームレス支援事業の高齢発達障害者は、その特性の著しさから、対人関係面(他の利用者に対して)や金銭面のトラブルが多くみられた。
4. ホームレス支援事業の高齢発達障害者は、疾患による定期的な通院をする人が多く、事業所ではメンタル面や生活面、健康面における個別のサポートがいずれも高く実施されていた。
5. ホームレス支援事業の高齢発達障害者と高齢知的障害者の支援ニーズの共通性が認められ、特に対人関係面や金銭面、生活面における支援ニーズの強度が高いことが判明した。
6. 今後検討していくべき課題として、医療的支援、心理行動特性への支援、経済的支援、生活支援の側面から把握していくことと、高齢化に起因する支援ニーズ(様々な疾患や問題など)と若年期から抱えていた特性(問題など)を整理していくことである。それに伴い、生育歴などの情報の正確な把握をどのような方法でおこなうかという点を研究する必要がある。

#### E. 引用文献

- 1)Elizabeth.A.,et al(2011): Into the Unknown: Aging with Autism Spectrum Disorders. AMERICAN JOURNAL ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES, 117(6), 478-496.
- 2)Meryl,B.,et al(2012): ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. Quality of Life Research, 21, 795-799.

知的障害者の認知症に関する研究

—NTG 版認知症早期発見スクリーニングの項目から—

知的障害者の認知症に関する研究  
—NTG 版認知症早期発見スクリーニングの項目から—

分担研究者 木下大生<sup>1)</sup>

研究協力者 有賀道生<sup>2)</sup> 志賀利一<sup>2)</sup> 相馬大祐<sup>2)</sup> 大村美保<sup>2)</sup> 五味洋一<sup>2)</sup>

1) 聖学院大学 2) 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

【研究要旨】

近年増加していることが指摘されている、知的障害者の認知症に関連する研究課題を明確にするために、先行研究の整理を行った。その結果 1980 年代中頃より現在にかけて、イギリス、アメリカを中心として知的障害者用認知症判別尺度の開発を中心とした研究が盛んに行われていることが明らかになった。しかし、日本では関連する研究はほとんど行われていないことが分かった。一方、昨年本研究の一環として行った調査において、施設入所している 65 歳以上の知的障害者の一定数が認知症症状を呈していることが明らかになっている。この結果を鑑みると、認知症の発見と支援の方法の確立が急務であることが考えられた。そこで、今回は NTG 版認知症早期発見スクリーニング (NTG-EDSD) を翻訳することで、その項目の検討を行った。

A. 研究目的

施設に入所する知的障害者の高齢化については、1980 年代後半頃より利用者の健康や早期老化の実態、また高齢利用者の処遇の状況等を把握するための調査が実施されてきている<sup>1)6)7)8)9)</sup>。

この対応策として、平成 12 (2000) 年に、旧厚生省で「知的障害者の高齢化対策検討会」が設置され、知的障害者の高齢化対策の方向性が示された。しかし、その後はこの課題について、特段政策的動きはみられず、また状況把握のための包括的な調査は行われていなかった。

そこで昨年本研究において、今後の高齢知的障害者の生活を支えるサービスや支援の在り方を検討するための基礎資料を得ることを目的として、障害者支援施設における高齢化の状況と、高齢利用者の身体・認知機能等の実態を多角的に把握するための悉皆調査を実施した<sup>4)</sup>。

この調査で、これまで明らかにならなかった高齢知的障害者の実態と課題の一部が明確になったが、その中で今回筆者が着目したのは、知的障害者の認知症についてである。調査結果から、施設に入

所する 65 歳以上の人で認知機能の低下が認められる人が全体の約 4 割強に上っていたことが示された。

知的障害者の認知症に関する国内の研究動向を見てみると、植田 (2006) による海外の研究状況の紹介<sup>11)</sup>、海外で開発された知的障害者用認知症判別尺度開発の試み<sup>2)3) i</sup>、また登坂ら (2010) による認知症がある知的障害者の支援構築の試み等があげられる<sup>5)</sup>。しかし、日本では研究の蓄積は依然として少なく、末光 (2013) により、①診断基準の不備、②治療法 (薬物) の問題、③支援方法の未開発、の 3 点を知的障害者の認知症に関する研究の課題として指摘されている<sup>10)</sup>。

そこで、日本の知的障害者の認知症に関する研究の前進、とりわけ診断基準の確立の一端を担うことを目的として、American Academy of Developmental Medicine and Dentistry (AADMD) 内に設置された、

<sup>i</sup> 長谷川は 1997 年にオランダで開発された Dementia Questionnaire for People with Intellectual Disabilities (DMR) を、木下は 2007 年にイギリスで開発された Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQIID) の日本語版開発をそれぞれ試みている。