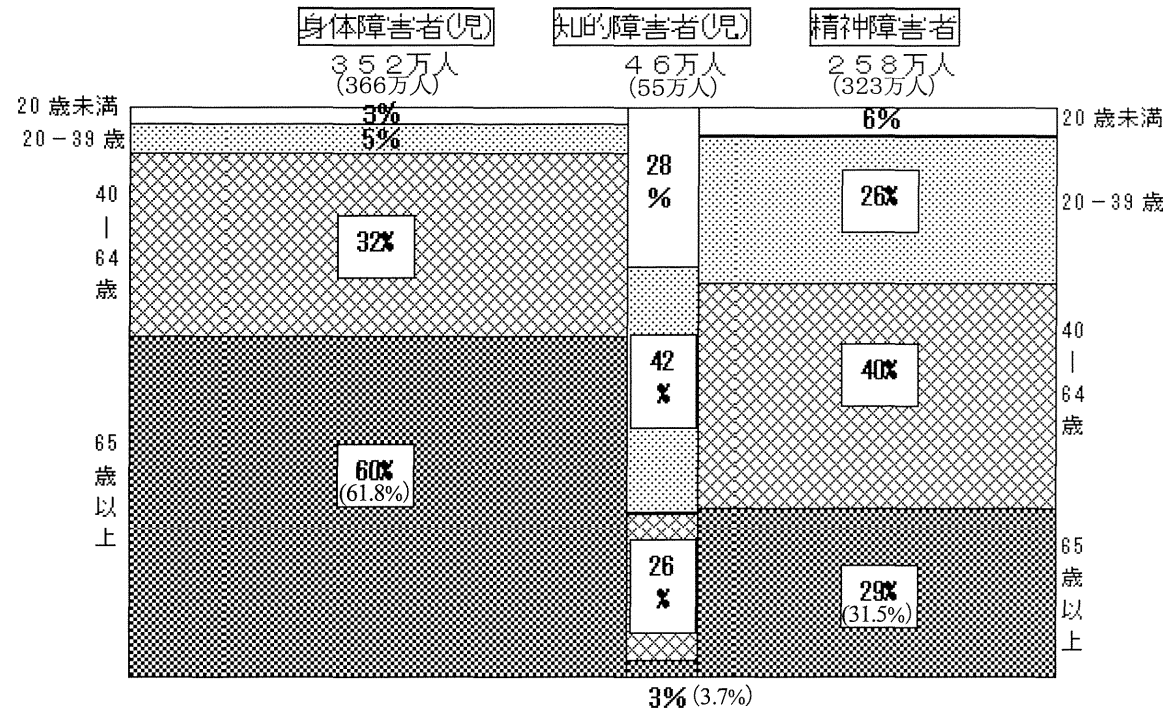


### 《なぜか極端に少ない知的障害者の老人》

- 障害種別により、年代階級での構成比に際立った特徴がある
- 知的障害者の高齢者（65歳以上）は、わずか3%しか存在しないことになっている

障害による年代別分布の状況（'04 社会保障審議会資料）



ちなみに、この時点での一般人口の構成比をみると、0～19歳＝19%、20～39歳＝27%、40～64歳＝34%、65歳以上＝19%。65歳以上は過去20年間でほぼ2倍となっている。（総務省人口統計）

★H21年では65歳以上＝23%である。

身体障害者(児)：平成13年身体障害児・者実態調査及び平成13年社会福祉施設等調査に基づく推計（1級（最重度）から6級（軽度）までの者を含む） ★カッコ内は18年調査

知的障害者(児)：平成12年知的障害児(者)基礎調査及び平成12年社会福祉施設等調査に基づく推計（最重度から軽度までの者を含む） ★カッコ内は17年調査

精神障害者：平成14年患者調査に基づく推計患者数 ★カッコ内は20年調査

とりわけ知的障害が、20～39歳をピークとして、40歳台から構成比が急激に減少し、特に65歳以上が僅かに3%というのは、高齢化の著しい我が国の人口構成と比して違和感が残る。

もちろん、障害による特異性や時代的背景、手帳取得など社会的環境も大きく影響していることは確かだが、中年期以降の異様な少なさは非常に印象的である。（今後、統計上急増は必至）尚、身体障害における高齢者比率の極端な高さは、社会の高齢化によるものである。

## 2. 済美養護の挑戦、至近の佼成病院との『特別医療連携』スタート（'00年）

### 《きっかけは娘のてんかん発作の緊急搬送問題》

- 各地での取り組み（宮城方式、横浜方式・・・） → もっとダイレクトに医療現場とつながれないか
- 至近の総合病院「佼成病院」（363床、19科目）に特別携医療連を依頼 → 病院側即快諾
- 各主治医も巻き込んだ緊急医療体制が半年間で確立稼働、直後の重篤児搬送手術実績が母親たちに大きなインパクトを
- 障害児ならではの『特別カルテ』を作成 → 保健室がとりまとめ全員分を毎年更新、病院へ → 【済美養護専用カルテボックス】に  
主治医 → 『主治医意見書』  
保護者 → 『保健調査票』『発作記録用紙』  
学校 → 担任が『主治医同行訪問』を行い直接Dr.から指導、医学知識の向上  
病院 → 【済美養護専用カルテボックス】、外来受付コンピュータに済美養護全員を登録、全科に通達、  
救急搬送依頼があると済美養護の生徒であること『特別カルテ』の存在がヒット、搬入前に担当医に手渡される  
→ いつ来るかわからない、一般的には歓迎されない患者たちのカルテ預かりを承諾した佼成病院

### 《病院連携のメリット》

- 患者像がある程度把握できるので、発作・重篤疾病だけでなく怪我・風邪でもいつでも受入れ可能
- 学校からの緊急搬送だけでなく、その他、家庭や街中からの搬送も相当数あり
- 何時でも何でも安心して診てもらえ、障害ゆえのたらい回しが無くなった ⇒ 07年、済美養護は特別連携を打ち切り

### 《医療提供だけでなく雇用創出のオマケも（03年）》

- 佼成病院から障害者に仕事の間を提供したいと申し入れ → 4月、2名正規採用  
区雇用支援センターに斡旋、院内仕事探しを実施し障害に応じた作業現場を抽出、養護学校進路部も食指

### 3. そして、ついに『障害者人間ドック』へ（'04年）

#### 《成人後も“避けられる死”を避けるために・・・》

- 佼成病院院長から障害者のためにさらに協力出来ないかと打診 → かねて構想していた障害者人間ドックを提案（\*ドック 50周年）  
→ 院長は即座に院内調整を指示、SUGI-CO も独自に調査を開始し、事業構想書を提出
- 先行事例調査 → 当然ながら、我々がイメージするような、いわゆる「人間ドック」の障害者版は全国に存在しなかった
- 障害者施設保健実態インタビュー → 事業所検診を最大限利用し利用者の健康に配慮、しかし職員の頑張りだけでは限界も

#### 《知的障害者の健康障害と検査実態》

- 事業所検診（施設で集団受診、保健所など → 障害施設利用者は主にこれ） → 廃止方向  
私費＝無料 → 身体計測・尿検査・血液検査・血圧・心電図・胸部 X 線 …（区民健診同様、腹腔内画像診断はない）
- 区民健診（30 歳以上毎年誕生日、申込者のみ各区指定医医療機関で。内容と私費額に都内でも地域差。ほかに節目検診や特定ガン検診）  
私費＝無料～2000 円程度 → 身体計測・尿検査・血液検査・便検査・血圧（+心電図・眼底・胸部 X 線、は医師の判断により実施）  
（※杉並区の場合：受託医療機関に対する公費補助 1 万 9 千円/Max+私費ゼロ）
- 人間ドック（高額私費・任意、検査科目は多いが障害者での利用はおそらく皆無、但し万能ではない）  
私費＝4～5 万円以上 → 身体計測・尿検査・血液検査・便検査・血圧・心電図・眼底・胸部 X 線  
視力・聴力・眼圧・肺機能・腹部超音波・消化器レントゲン  
（+ 胸腹 CT・胃カメラ・頭部 CT・MRI・骨密度・腫瘍マーカー・前立腺・婦人科・下腹消化管など有料オプション選択）

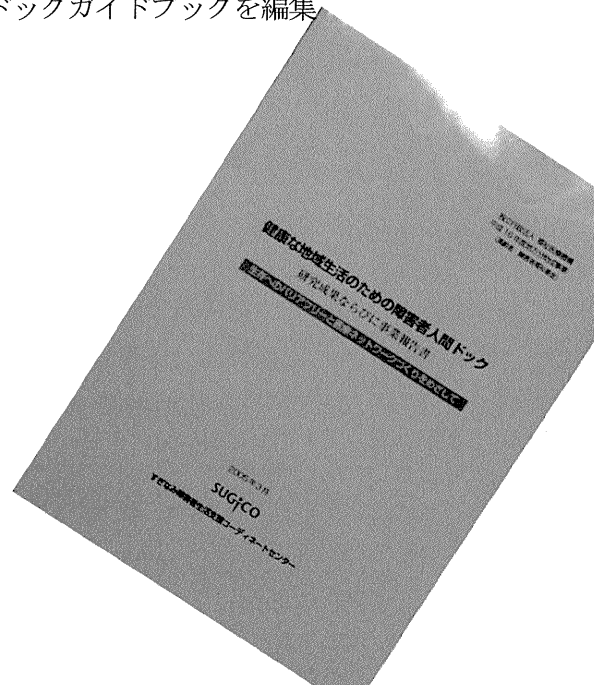
#### 《障害者人間ドックの狙い》

- ガンなど成人病、生活習慣病の早期発見・早期治療・生活指導 → 障害者の平均寿命アップを期待  
（施設などでヒアリングすると、手遅れで死亡ケース目立つ）
- 各障害固有の疾病傾向と世代別発症への対応（ex. ダウン症候群のライフステージ別疾病変化）
- 予防医学の恩恵を、この子らにも → 卒後～親亡き後への贈り物、最大の安心は「健康」と「笑顔」

- 疾病予防による保健福祉社会経済へのメリット
- 施設・家庭での生涯にわたる保健意識向上
- 他検診との差異性、障害者だからこそ、敢えて受診する意味
- 検査が受けられたという経験と達成感
- 努力と工夫次第で彼等でも出来るという医療側の自信と安心

《障害者人間ドックがスタートするまで》

- 高質な健診をできるだけ安価に → 親亡き後でも毎年の総合検診を可能に
- 検診センターで医師・看護師・検査技師・事務方を交え、さまざまな障害者像の理解、健診のポイント、運営方法に関する連続研究会開催
- 区内施設と保護者の協力で健康障害と健診に対する実態調査を実施
- 院外でプロジェクトチーム編成（弁護士・外部医師・看護師・障害者問題研究者・コーディネーターら）、障害者ドックの問題点を検討
- サービス提供者のための障害者ドックガイドブックを編集



目次

はじめに.....	0
<b>障害者人間ドックの事業概要と経緯</b> .....	3
総論：なぜ『障害者人間ドック』なのか？.....	4
1. 案外知られていない知的障害者の健康障害と生命の危機.....	4
2. まず保護者達は『特別医療連携』で声をあげた.....	6
3. そして、『障害者人間ドック』へ.....	7
事業の経緯.....	10
1. 佼成病院への提案と予備調査の実施.....	10
2. 障害者人間ドック開発に向けての検討協議.....	12
<b>障害者の健康障害と予防健診をめぐる情勢</b> .....	15
障害者の現状.....	16
1. 障害による年代別分布と偏在.....	16
2. 障害区分とその意味.....	17
調査：知的障害者における検診経験とドックへの期待.....	18
1. 知的障害者における健康診断等の受診の実態.....	18
2. 人間ドック受診希望の実態.....	22
3. 障害者人間ドック記録ビデオ視聴後の反応変化.....	22
障害者医療と予防健診の制度的背景と内外の動向.....	23
障害児者医療における人権と自己決定権—意思決断とその支援をめぐる—.....	25
1. リスクマネジメントと障害者本人の受診意思確認の問題.....	25
2. 障害者人間ドックおよび今後予想される医療トラブルに対する対応.....	26
<b>障害者人間ドックの実際</b> .....	30
トライアルドックの手法と準備.....	31
1. 対象者のスクリーニング.....	31
2. 事前準備.....	32
3. 検査場面と結果.....	33
4. 問診票.....	37
<b>検診スタッフに知って欲しい主な発達障害</b> .....	45
主要発達障害と障害別疾患傾向および留意点.....	46
個別解説.....	49
REFERENCE.....	61

## 4. 障害者人間ドックの実際（'05年～）

### 《重度・軽度の組み合わせでみんなが成功体験》

- 障害者ならではの特別問診票作成と、本番前のプレカンファレンス実施
- ペア行動で初回から成果 軽度者が先行し重度者がその様子を目視して内容理解させ恐怖除去、バリウム・CTでは操作室より見学（全科目を介助者とともに同じ順序で受診）
- 失敗しない、させないための工夫（目的の共有）  
検査着の前日貸出、バリウム・発泡剤を練習用に事前提供、スタンプラリーカード、適切な声掛け、視覚化、障害に特化した事前問診票・・・
- 採尿—身長・体重—視力—血圧—聴力—心電図—採血—胸腹 CT（胃バリウム不調時への担保）—問診—胸部 X 線—胃バリウム—眼圧・眼底（下線は重度者で困難予想科目。しかし辞退者以外の全員が初めてのバリウム検査に成功！重度者には直接介助の荒技で対応）  
微細てんかん発作頻発など誤嚥の恐れがある場合は、主治医意見または担当医判断でバリウムを中止し、CT～内視鏡のコース変更も用意
- 親にも健診場面を見せ、病院側の熱意と工夫を知ってもらう

### 《障害者人間ドックの実績》

- 05年より年4回、10年より年2回（健診制度変更）、年間15～20名を受け付け、療育手帳2度（重度）・3度を中心にCP重複、強度行動障害まで130名。
- 発見された疾患 甲状腺腫、食道ヘルニア、潰瘍癒痕、腫瘍、肝機能障害、肝血管腫、脂肪肝、腎結石、水腎症、腎機能障害、糖尿病、乳腺種、心電図波形異常、不整脈、尿酸値異常、胸部CT陰影、白血球減少、血小板減少症、高脂血症、尿潜血、便潜血、緑内障、眼底出血、遠視、近視、乱視、眼圧異常、難聴、貧血、高血圧、低血圧、胸水、肥満、など（手術事例もあり）

### 《現在の募集要項》

- 時期： 6月（4～9月生）、12月（10～3月生）に「障害者人間ドックの日」を設定
- 人数・場所： 各回10名、佼成病院健診センター

- 募集方法： 杉並区内の各知的障害者施設を通じて対象者に案内を配布、Sugi-Co が窓口となり諸手続を代行、健診当日までお世話する
- 受診条件： 杉並区に住民票がある、満 30 歳以上の知的障害当事者
  - 30～39 歳＝施設健診との重複受診不可（区民一般健診制度利用）
  - 40～74 歳＝国民健康保険の被保険者のみ（特定健診制度利用）
  - 75 歳以上＝制限なし
- 検査項目： 胸部・腹部CTスキャン、胸部レントゲン、胃部レントゲン、心電図、聴力、視力、眼圧測定、眼底カメラ、尿検査、便潜血検査、血液検査、身体測定、血圧測定、診察
- オプション： 腫瘍マーカーCEA（肺がん・大腸がんなど）、腫瘍マーカーPSA（前立腺がん）、腫瘍マーカーCA125（卵巣がん・消化器がん）、乳房超音波検査（乳がん）
- 本人負担額： 一般価格 9 万円以上のところ、30～39 歳＝6,075 円、40 歳以上＝5,750 円（便検査料金が 40 歳を境に異なるため）

#### 《08 年 4 月健康診査制度改正がもたらした影響》 障害者人間ドックの受診機会を大幅に抑制

- 30～39 歳（成人健診）：職場等で検診の機会がない者のみ可
  - 施設での健診が職場健診とされるため、施設健診か障害者人間ドックの二者択一を年度初めに決定しなければならない
  - 障害者人間ドックを選択しても、抽選に漏れればその年の健診チャンスを失う
  - 施設での集団健診そのものが廃止の方向（職場健診とみなし健診補助対象から外す）
- 40～74 歳（特定健診）：国民健康保険の被保険者である者のみ可
  - 保護者の社会保険の被扶養者になっていると、会社指示に従わなければならない（家族健診義務化とペナルティー）
  - 実際に診てくれる病院が、なかなか見つからない（会社指定の健診センターだとまず無理）
  - 家族健診にすべての会社に対応できていないというのが現状（支払ルールや健診機関の特定が困難）
  - メタボ対策に着目したため、検査内容が削減され不十分になった（医師指導料金と引き換えに検査項目カット）
- 75 歳～（後期高齢者健診へ移行）：区民健診ではないが、誰でも受診可能

《受診者に予め配布されるスタンプラリーシート》 実物はカラーA4

事前のイメージづくりだけでなく、当日は終了するたびスタンプが貰えてゴールまでの見通しが立てやすい

SUG+CO

にんげん どつく **人間ドック・スタンプラリー** すたんぷ らりー

びょうき しら **病気がないか調べてみよう**

なまえ \_\_\_\_\_

ねん 年 がつ 月 ち 日

**はじまり スタート**

うけつけ 受付 ① **おはようございます**

きかえ 着替え ②

といゆ トイレ ③ **おしっこを、こっぴにすこしとります**

いんちよう・たいじゆう 身長体重 ④

しりよく 視力 ⑤ **げーもみたいでたのしいよ**

けつあつ 血圧 ⑥

ちようりよく 聴力 ⑦ **きこえたらほたんをおしてね**

さいけつ 採血 ⑧ **ちよつとがまん**

しんさつ 診察 ⑨

しーていー CT ⑩ **こわくないよいきをとめてねてるだけ**

わんとげん レントゲン ⑪

しんまんす 心電図 ⑮ **めいしゃしんをとります**

がんあつ 眼圧 ⑬

がんていかめら 眼底カメラ ⑭

ぱりうも バリウム ⑫ **おくすりけっぶをのんがまん**

せいかいが うこいておもしろいよ

**おしまい ゴール**

## 5. 障害者ドックの周辺

《障害者ドックの問題点と課題》 本人決定／健康確保、人権／安全性、個別配慮／現場負荷、説明義務／当事者能力

- 検診制度と検診料を保健福祉施策としての検討（区民成人健診の科目と個人負担額が同じ病院でも居住区行政により異なる）
- バリエティ豊かな障害像への理解と知識・想像力の錬磨
- 採血やX線・CT・MRIだけでなく、医療検査は障害者にとってのニガテが集約されているが検診の意義の理解啓蒙
- 受診承諾の問題、本人意志と、望まない注射、暴れたときの検査中止
- 本人が望まない場合の対応、安全のための抑制、期待する成果と技法の選択、
- 疾病発見時の医療体制と選択と応諾、事故発生時の過誤訴訟対応
- 結果説明を誰にどのようにするか、代理人とプライバシー問題、検診後の生活指導技術、主治医との連携
- 長期医療への対応策、医療費と生活経済保障、母親に集中する介護負担
- 手術・治療に際してのインフォームドコンセント（説明義務）と本人選択、親亡き後は誰の意志により受診するか、成年後見の権限範囲
- 佼成病院に圧倒的な負荷（経済的・運営的）がかかっている、他の病院ではなかなか困難でキャパ拡大できない
- 最初から難しい検査は諦め、迷惑だからと遠慮しようとする親たちの説得
- 健常受診者への気兼ね
- 施設への健診情報フィードバックと活用
- 婦人科受診希望、重度者の応答型検査困難

《障害者の健康保護、その法的関連と国際的合意》

- 基本的人権（日本国憲法） ● 障害者基本法 ● 健康保険法 ● 障害者総合支援法 ● 成年後見制度
- WHO 2000（知的障害がある人の加齢と健康についての提言）
- 国連決議 93（障害者の機会均等に関する標準規則／Rule2 Medical Care）
- 国連・障害者権利条約（08年5月発効、第10条生命の権利、第25条健康）、など



### 《障害者医療をめぐる動き》

- 千葉県 → モデルドック試行、障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県条例（2007.11 施行）で医療を保証
  - 市川市 → 親の会が医師会と連携し定例セミナー開催、キャラバン隊「空」が障害者医療啓蒙を演し物に追加
  - 親としてのドクターたち → AFD：自閉症者を家族に持つ医師・歯科医の会、障害児者の医療を考える会「がじゅまる」
  - 看護師 → 神奈川県看護協会公開講座「障害児を理解する」、看護職のための受診対応プログラム（慶應大学）
  - 医療機関へ向けて → パンフ・Q&A「医療機関で働く皆様へ、知的な障害のある人を理解してください」  
『発達障害のある人の診療ハンドブック』  
「受診サポート手帳」（千葉県・広島県・愛知県・鳥取県ほか各地）  
「コミュニケーションボード」（京都・横浜・大阪の自閉症協会）
  - 病院 → 知的にハンデのある人のための外来開設、横浜市・新中川病院
- その他、各地で障害者、特に対応が困難な知的障害・発達障害を念頭に置いた取り組みがはじまることを期待

地域生活における最も重要なリソースの一つが医療であることは、健常者と変わらない事実。

障害者も健常者と同じように病気になり、加齢とともにリスクが高まるのは当然のこと。

しかもその比率の高さと深刻さは、あまり知られていない。

誰が、誰の名において、彼等の暮らしと生命を守るのか・・・、声を上げ、アクションを起こさないと、ニーズは無かったことにされてしまう。

(資料2)

障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ 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

# 高齢の障害者の現状について －知的障害者を中心に－

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園  
事業企画局研究部 志賀 利一

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  
平成27年2月23日（月）9:30-12:00 労働委員会会館612号室

## 1. 高齢期の知的障害者数の推計

### 65歳以上の療育手帳交付数

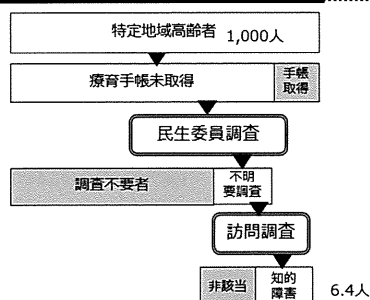
【2012年のぞみの園調査：地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成】  
全国の市区町村（福島県7町村除く）に療育手帳保持者等に関する調査実施。1,198市区町村より回答（回収率69%）

	療育手帳所持者数	65歳以上の療育手帳所持者数	65歳以上の割合
本調査	675,840	38,748	5.7%
全国	878,502*1	50,074*2	—

\*1 平成23年度福祉行政報告例の療育手帳所持者数より  
\*2 本調査の65歳以上の割合（5.7%）から計算

現在の社会で成人期を迎える人と、高度経済成長期（あるいはそれ以前）に成人期を迎える人とは日本の社会構造は大きく異なっており、さらに療育手帳の制度は、1973年（42年前）より全国に徐々に広まっていった制度。現在高齢の知的障害者の多くは、生活のしづらさを抱えていたにしても、療育手帳を取得していない可能性が高い。

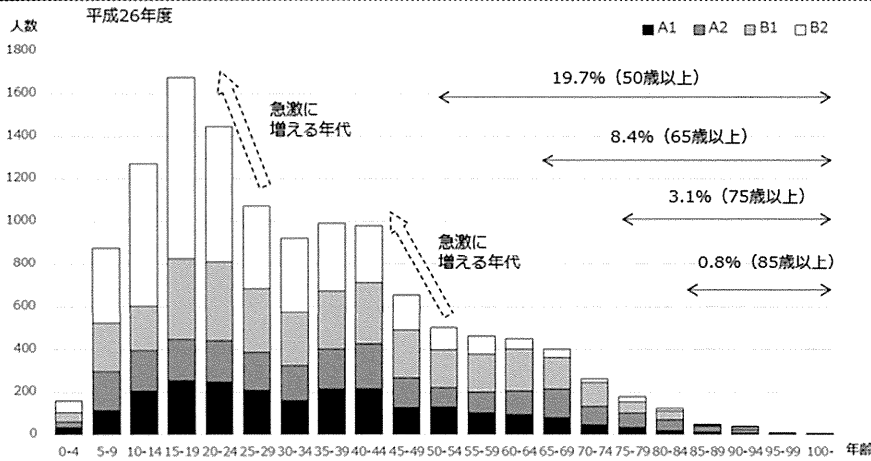
### 潜在的な知的障害者の調査



都市部と農村部2つの地域の全住民の調査を左記の方法で実施（谷口班：関西福祉大学）。民生委員の調査の後、行政・相談支援・包括支援の担当者が複数で全戸訪問し、聞き取りにより現在の生活しづらさの状況は、知的（発達）障害が原因と思われる、生活のしづらさをもつ人は0.64%。全国の推計数は19万人。

- 65歳以上の療育手帳所持者は約5万人
- 潜在的な知的障害者を含めると24万人（5万人+19万人）

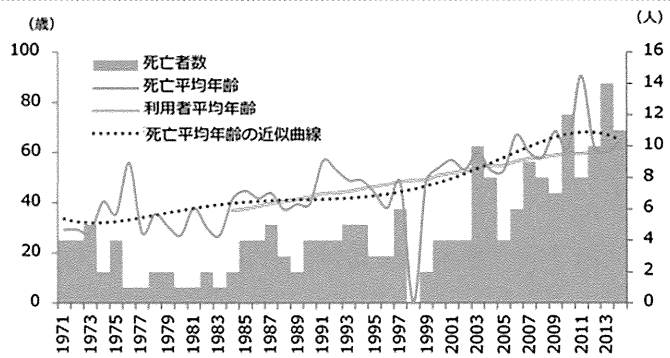
## 手帳制度の浸透したのは



右のデータはある県（比較的高齢化率が高い）の年代別の療育手帳の交付状況。人口が減っている若年層に交付者数が多く、また40歳代の前半と20歳代の前半の2つの時期に交付数が急激に増えている。高齢知的障害者は、手帳の交付を受けていないいわゆる潜在的な知的障害者が多いことが、このデータから推測できる。

## 平均寿命等の調査が無い

海外では、知的障害者平均寿命は1930年代で18.5歳、1970年代で59歳、1990年代で66歳とされている（Braddock,1999）。21世紀以降、このようなデータは報告されていない。ちなみに、ダウン症は更に低く55歳と推計されている（Hollannd et al.,2000）。2015年になりさらに平均寿命が伸び、そして世界で最も長寿の国である日本では、これの数字を上回ることが予想されるが、調査は行われていない。右のデータは、のぞみの園で死亡した利用者の年齢から「死亡平均年齢の伸び」を推測したものである。現在も、かなり高齢で存命の人がたくさんいる（地域移行している）こと、入所施設・重度知的障害者という条件もあり、平均寿命のデータに代替はできないが、死亡年齢が次第に高くなっていることは間違いない。

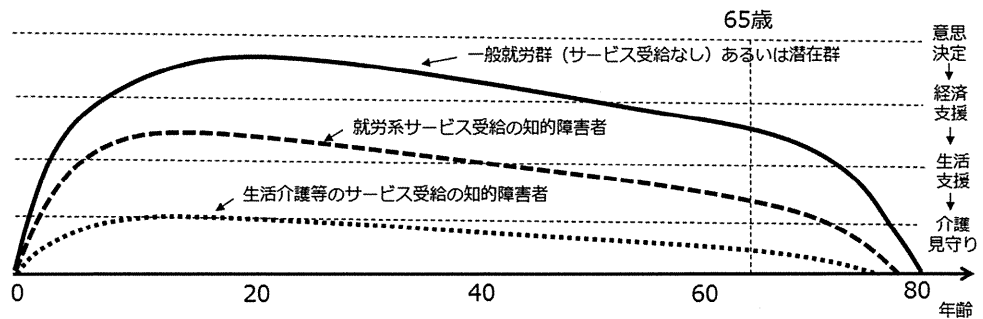


## 2. 心身の機能低下と障害福祉サービス

### 加齢による心身の機能低下

高齢となり、心身の機能低下が見られることで、住まいの場や支援の方法が大きく変わることが推測される。また、知的障害者の心身の機能低下は、65歳以前から見られると言われている。

個人差が大きく、一概に言えるものではないが、壮年期・中年期と心身の機能が低下するに従い、支援の割合も高くなると推測される（右図のモデル参照）。



### 状態像の変化から住まいが変わる



自宅  
グループホーム

本人の疾病・介護  
家族の高齢化・死去  
ホーム内でのトラブル



障害者支援施設

日常生活で介護が必要  
施設での生活困難  
若い利用者と同一空間  
で生活することの危険



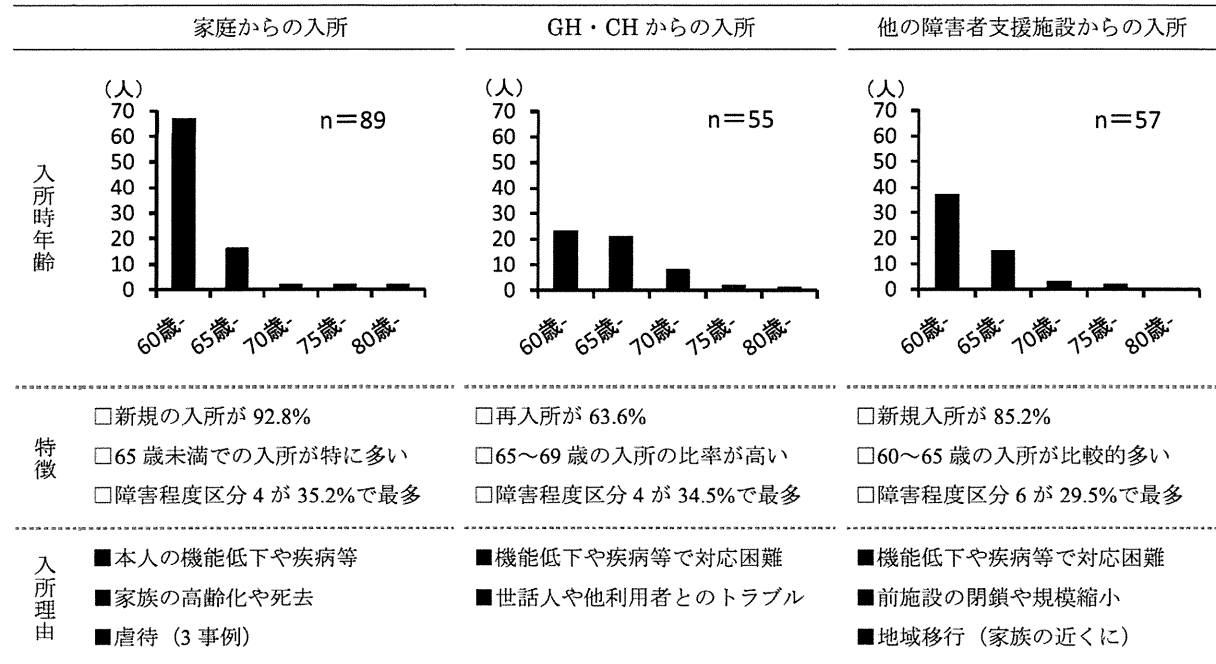
介護老人施設

必ずしも多くの事例が、このような移行に迫られているわけではないが、施設・福祉サービス、家族・地域資源等の特徴があるのも事実（次のページに詳細なデータ提示）。

## 障害者支援施設に入所する知的障害者

### 60歳を超えて障害者支援施設に入所した事例

家庭（自宅）から入所する場合は、65歳前、本人の疾病・機能低下、家族の介護・死去が理由。介護度が高いわけではないグループホームからの入所事例の約2/3が地域移行後の再入所。本人の疾病・機能低下が理由。介護が高いわけではない他の障害者支援施設からの入所は、65歳以前に、介護が高くなり、設備・ノウハウが整った施設に移動している

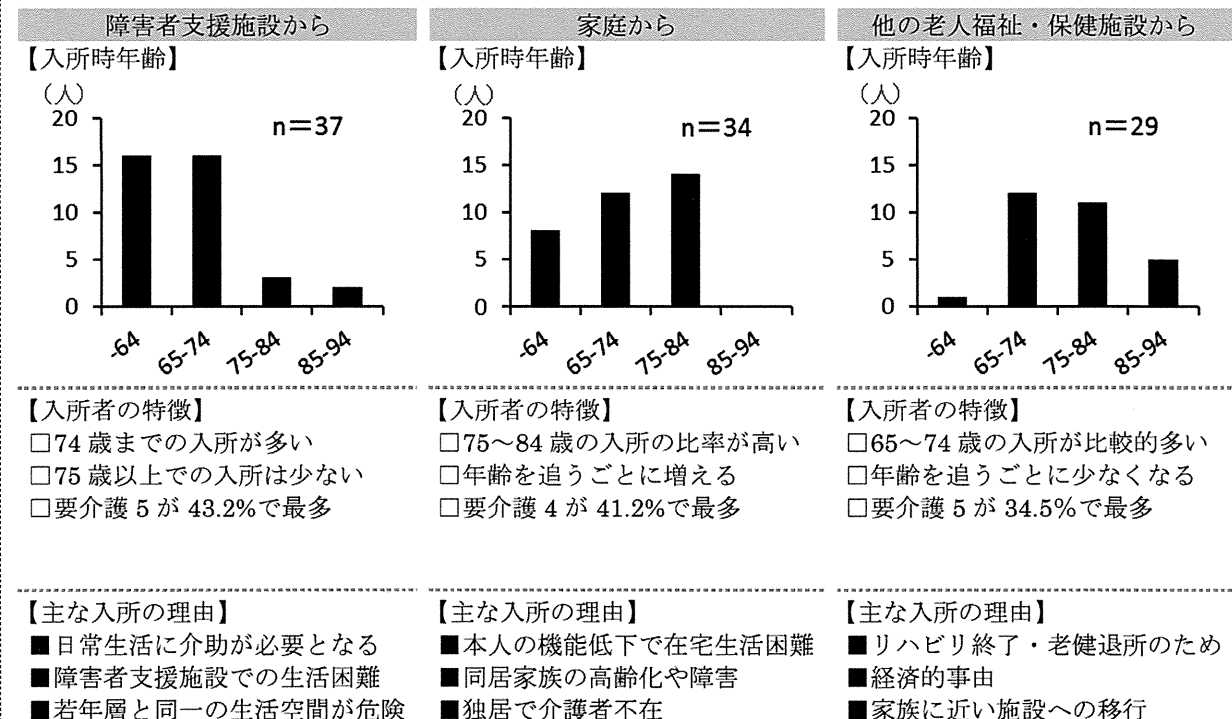


2013年のぞみの園調査より

## 特別養護老人ホームに入所する知的障害者

### 特別養護老人ホームに入所した事例

障害者支援施設から入所する場合、70歳代前半までが多く、日常生活の介護度が高くなっている。家庭（自宅）からの入所は、75歳以上の割合がかなり高く、要介護度もそれほど高くないが、在宅での介護者不在の理由も他の老人福祉・保健施設からの入所は、リハビリ終了や経済的な理由等が多く、介護度が高い



2013年のぞみの園調査より

## 障害者支援施設における高齢期の介護・支援

【2012年のぞみの園調査：地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成】  
障害者支援施設のうち旧知的障害者更生・授産施設より個票回答のあった820施設、7,284人のデータから

【旧知的障害者支援施設における身体・認知機能等の状況】

項目	前期高齢者				後期高齢者				合計		
	65-69歳		70-74歳		75-79歳		80歳以上		人数	%	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%			
身体機能	特に問題なし	489	14.8%	293	13.2%	121	10.3%	50	8.7%	953	13.1%
	何らかの障害	429	12.9%	243	11.0%	100	8.5%	32	5.5%	804	11.0%
	介助が必要	1807	54.5%	1217	54.9%	654	55.6%	276	47.8%	3954	54.3%
	日中もベッド等	443	13.4%	331	14.9%	215	18.3%	138	23.9%	1127	15.5%
	寝たきり	126	3.8%	114	5.1%	76	6.5%	78	13.5%	394	5.4%
	未回答	20	0.6%	17	0.8%	11	0.9%	4	0.7%	52	0.7%
認知症症状	特に症状はない	1760	53.1%	1083	48.9%	491	41.7%	216	37.4%	3550	48.7%
	できないこと増加	805	24.3%	572	25.8%	347	29.5%	153	26.5%	1877	25.8%
	日常生活に支障	409	12.3%	333	15.0%	206	17.5%	139	24.0%	1087	14.9%
	著しい症状がある	116	3.5%	101	4.6%	66	5.6%	42	7.3%	325	4.5%
	分からない	172	5.2%	100	4.5%	52	4.4%	18	3.1%	342	4.7%
	未回答	52	1.6%	26	1.2%	15	1.3%	10	1.7%	103	1.4%
食事	普通食	1677	50.6%	1001	45.2%	433	36.8%	157	27.2%	3268	44.9%
	刻み食	1287	38.8%	918	41.4%	562	47.7%	281	48.6%	3048	41.8%
	ソフト食等	211	6.4%	179	8.1%	115	9.8%	81	14.0%	586	8.0%
	ミキサー食	106	3.2%	94	4.2%	49	4.2%	51	8.8%	300	4.1%
	経管栄養等	16	0.5%	13	0.6%	13	1.1%	5	0.9%	47	0.6%
		未回答	17	0.5%	10	0.5%	5	0.4%	3	0.5%	35
おむつ	使用していない	2441	73.7%	1538	69.4%	742	63.0%	293	50.7%	5014	68.8%
	夜間のみ使用	288	8.7%	200	9.0%	117	9.9%	72	12.5%	677	9.3%
	日中も使用	521	15.7%	427	19.3%	288	24.5%	187	32.4%	1423	19.5%
	カテーテル等	40	1.2%	40	1.8%	24	2.0%	22	3.8%	126	1.7%
		未回答	24	0.7%	10	0.5%	6	0.5%	4	0.7%	44
てんかん	特になし	2676	80.7%	1824	82.3%	1020	86.7%	522	90.3%	6042	82.9%
	40歳未満で罹患	117	3.5%	78	3.5%	36	3.1%	13	2.2%	244	3.3%
	40歳以降に罹患	421	12.7%	249	11.2%	93	7.9%	33	5.7%	796	10.9%
	分からない	60	1.8%	35	1.6%	17	1.4%	3	0.5%	115	1.6%
		未回答	40	1.2%	29	1.3%	11	0.9%	7	1.2%	87
	合計	3314	100.0%	2215	100.0%	1177	100.0%	578	100.0%	7284	100.0%

## グループホームと障害者支援施設の比較

【2014年東松山市自立支援協議会地域の住まいの場を確保するプロジェクトより】

東松山市ではグループホームで生活する障害者が164人。そのうち50歳以上、65歳以上の介護の状況（含む身体障害者）を前ページののぞみの園の調査と同様の項目で実施した結果。

		東松山市グループホーム				障害者支援施設	
		50-64歳		65歳以上		65歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%
食事	普通食	58	93.5%	17	94.4%	3,615	43.4%
	刻み食	4	6.5%	1	5.6%	3,491	41.9%
	ソフト食等	0	0.0%	0	0.0%	675	8.1%
	ミキサー食	0	0.0%	0	0.0%	398	4.8%
	経管栄養等	0	0.0%	0	0.0%	109	1.3%
		未回答	0	0.0%	0	0.0%	35
おむつ	使用していない	57	91.9%	16	88.9%	5,455	65.5%
	夜間のみ使用	3	4.8%	2	11.1%	793	9.5%
	日中も使用	2	3.2%	0	0.0%	1,844	22.2%
	カテーテル等	0	0.0%	0	0.0%	186	2.2%
		未回答	0	0.0%	0	0.0%	45

高齢の知的障害者も多くグループホームで生活しているが、年齢だけでなく、心身の機能、介護の必要度は異なることがわかる。

## 高齢知的障害者の居住の場の比較

【2012年のぞみの園調査；地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成】  
65歳以上の知的障害者数を5万人と推計し、調査ならびに各種統計数から「住まい」の内訳をまとめる。

	施設名等	知的障害者数	
社会福祉施設	障害者支援施設	12,368	*のぞみの園2012調査より推計
	グループホーム（ケアホーム）	4,500	*のぞみの園2012調査より推計
	介護老人福祉施設	4,188	*のぞみの園2013調査より推計
	軽費老人ホームA型・B型	(不明)	
	軽費老人ホームケアハウス	(不明)	
	有料老人ホーム	(不明)	
	養護老人ホーム	2,142	*全国老人福祉施設協議会2012調査より
	救護施設	2,133	*全国救護施設実態調査2012再分析より
	(小計)	25,331 (+a)	50%強は社会福祉施設を住まいとしている
	精神科病院	2,166	*精神保健福祉資料2008年より
	その他：自宅・サ高住	(2万人+a)	
	(合計)	50,000	

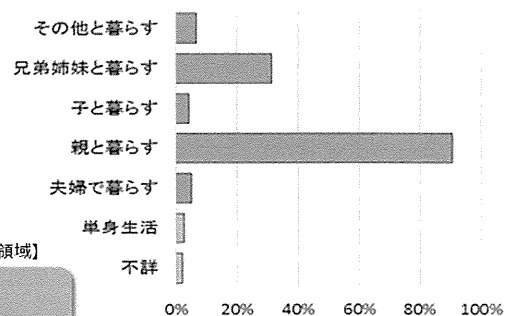
これ以外にもサービス付き高齢者住宅、介護療養型医療施設等も高齢知的障害者の利用する可能性のある施設等が存在する。

私たちの国の高齢者（65歳以上）全体では、社会福祉施設を住まいとしている高齢者は概ね3%程度だと言われている。一方、知的障害者の場合は、半数以上が社会福祉施設等で生活していると考えられる。

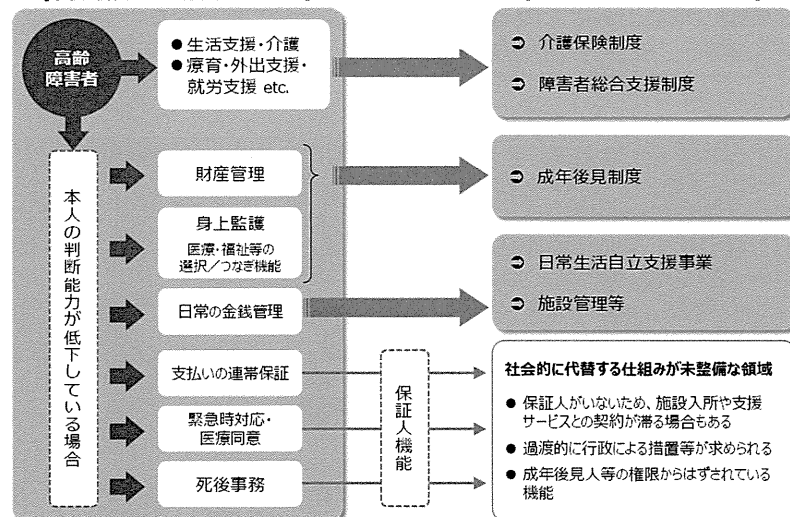
## 3. 高齢期になる前に必要となる準備

### 家族（親）が長期にわたり支援のキーマン

知的障害者の家族（親）は、知的障害者と長期間同居しており、その支援の中心にすることが多い。  
右図は「平成23年生活のしづらさなどに関する調査」より、65歳未満の在宅知的障害者が誰と同居しているかをまとめたもの。大多数は親と同居していることがわかる。  
一般に、親子の年齢の差は30歳と言われている。親子の寿命が同じであるとすれば、「親亡き後」は30年間あることになる。



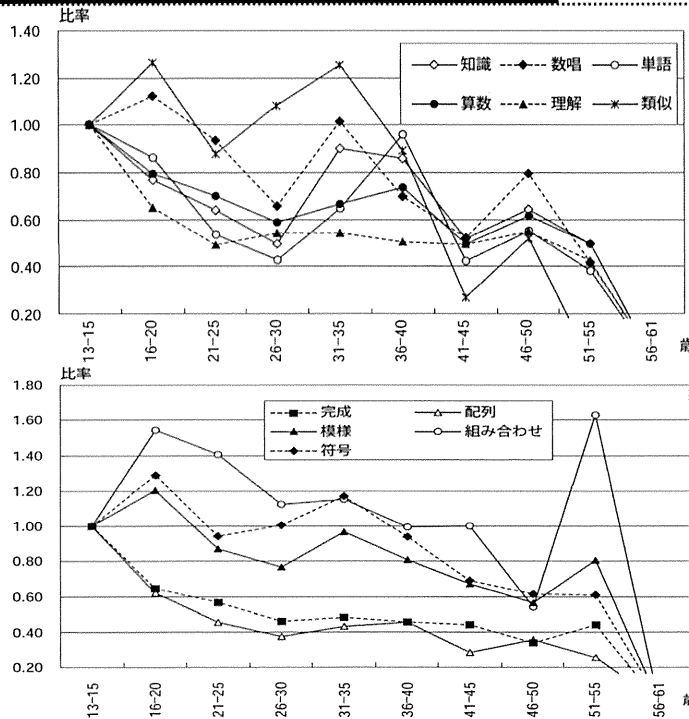
【家族・親族によって行われていた支援】



左の図は、長期にわたり家族が支援してきた内容と地域における包括的なケアマネジメントとして置き換えが可能な領域をまとめたもの。  
認知機能に障害のある知的障害者にとって、この全体を理解することは相当困難だと推測される。早い段階から、少しずつステップを踏みながら移行していくことが大切だと考えられる。

高齢知的障害者の場合、長く支援を行ってきた親世代に代わって、配偶者や子ども世代がそれを引き継ぐことが非常に稀である。社会・地域で支える仕組み・方法に対するニーズは非常に高い。

## 壮年期・中年期の職業生活上の課題



「知的障害者の職務遂行能力の加齢変化に関する研究」より  
 障害者の加齢に伴う職業能力の変化と対策に関する実証的研究報告書3 (2001年)  
 障害者職業総合センター  
 研究者：松為信雄・清水亜也

知能検査 (WAIS-R) の言語性 (上)・動作性 (下) の加齢による推移をまとめたもの。ほとんどの下位項目で加齢とともに低下傾向があることがわかる。ただし、このデータは縦断的なデータではなく、全国の障害者職業センターのデータを集計したもの。

ちなみに、ビネー式検査では、20歳前後の知能が50歳になると平均70%~80%の数値に低下するとも報告されている。その他、各種作業能力のうち、加齢による低下が殆ど見られないものも存在する。

職務能力の変化に関する研究では、40歳代以降、上肢・手腕の運動能力等の身体能力は衰退が見られるものの、社会生活能力や職場の基本的なルール等の習得により、職場での職務遂行は急激に衰退するわけではない。しかし、生活環境の急激な変化 (親の病气・死去) が職業生活に大きな影響を及ぼすと考察している。比較的自立度が高いと考えられている知的障害者も、高齢期に備えて、何らかの準備が必要である。

## 4. まとめに代えて

### 支援の基本的な考え方

- 長い期間を見据えたケースマネジメント：誰もが高齢になれば心身が機能低下し、やがて死に至る。これは障害の有無に関係なく、避けて通れない過程。だとすると、5年、10年、20年・・長期の将来を見据えた関係者の意見交換を行い、ケースマネジメント (サービス等利用計画作成時) にそれを活かすことは欠かせない。若年期は、成長を見込んだ様々な挑戦を考え、比較的短いスパンで支援計画を考える必要があるが、中年期以降は、長い期間を見据えたステップを踏んだ支援計画が求められる (住まい、様々な活動、サービス利用等)。
- 自ら人生の軌跡を振り返られる工夫：高齢者の「生きがい」を引き出す支援として、その人の過去の出来事や社会との繋がりについて回想する方法が広く採用されています。知的障害とは、人生の早期の段階から、記憶等の認知機能に障害がある人のことです。若く、活発に生活していた時の記憶を思い出すために、周囲が何らかの工夫を行う必要があります。

### 具体的な課題

40歳・50歳代からの準備：知的障害者にとっては「生活環境の大きな変化」の時期であり、「心身の機能低下が顕著になる」時期でもあり、このタイミングでのケースマネジメントが重要になる

- ◆ 長く健康で：早期からの生活習慣病予防・健康診断の受診
- ◆ 住まいの選択：長期的な視点から最もリスクが少ないと思われる住まいの選択
- ◆ 本人の意思：新たな生活への移行は体験と繰り返し確認といった丁寧な意思決定支援
- ◆ 過剰な負担予防：親の医療・介護・死後の事務、財産分与等、困難と想定される将来の負担を軽減する
- ◆ 収支予測：私的な資金や公的な制度から大まかな生活上の収支と貯蓄の計算を

高齢期になってからの支援：複数の病気に罹患し介護等が必要になっても生きがいのもてる生活を続ける

- ◆ 医療アクセス：同年代の高齢者と同様に適切な医療が受けられる (通院・入院等)
- ◆ 介護予防：心身の状況に合わせた適度な運動や積極的な役割活動を行う
- ◆ 十分な介護：状態像の変化に則した設備や介護・リハビリ技術をもつスタッフが支援
- ◆ 生きがいの工夫：介護状態や認知機能に応じた生きがいのもてる日中活動の提供
- ◆ 権利擁護：事前に計画された長期的なプランや資産の管理・モニタリング



### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 学術雑誌等

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
相馬大祐・五味洋一・大村美保・村岡美幸	高齢知的障害者の福祉サービス利用の実態と制度上の課題	発達障害研究	36(2)	109-119	2014
谷口泰司	高齢知的障害者に対する地域支援を巡る諸課題ー各種実態調査および地域支援諸施策の検証からの一考察ー	発達障害研究	36(2)	120-128	2014
北川みゆき	高齢知的障害者を介護老人施設で支援するための展望について	発達障害研究	36(2)	129-138	2014
祐川暢生	高齢知的障害者支援の責任と支援のポイントー全国知的障害児者施設・事業調査報告から見えてくることー	発達障害研究	36(2)	148-158	2014
村岡美幸・大村美保・五味洋一・相馬大祐	障害者支援施設で生活する高齢知的障害者の転倒リスクと転倒リスク軽減に関する実践報告	発達障害研究	36(2)	159-168	2014
有賀道生	高齢知的障害者における医療と福祉	さぼーと	692	18-20	2014
大村美保	高齢化⑧地域の力で支え合う仕組みづくり	手をつなぐ	特別号	36-37	2015
相馬大祐・志賀利一・大村美保・五味洋一	市区町村における高齢知的障害者への支援ー福祉サービス利用とその対応に着目してー	国立のぞみの園紀要	7	1-6	2014
五味洋一・大村美保・相馬大祐・志賀利一・村岡美幸	障害者支援施設における高齢知的障害者の入所および退所の実態	国立のぞみの園紀要	7	7-15	2014
大村美保・志賀利一・相馬大祐・村岡美幸	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ー利用実態及び入退所に関する抽出調査からー	国立のぞみの園紀要	7	16-24	2014
鈴木嶺太・中曾根隆・小林優樹・木村暢子	高齢知的障害者の転倒に関する研究ー介入結果から見えた重要な3つのポイント	国立のぞみの園紀要	7	25-33	2014
村岡美幸・志賀利一・井沢邦英	高齢知的障害者の健康管理と医療・介護に関する調査・研究ー75歳以上の重度知的障害者の疾病状況から見る長生きする重度知的障害者の特徴ー	国立のぞみの園紀要	7	34-44.	2014

学会発表・講演等

発表者氏名	発表題目	学会名	形式	場所	発表年
五味洋一・信原和典	障害者支援施設における高齢知的障害者の入所および退所の実態	日本発達障害学会 第49回研究大会	ポスター	宮城教育大学	2014
橋本創一・志賀利一・相馬大祐・五味洋一・大村美保・村岡美幸・谷口泰司	65歳以上の高齢発達障害・知的障害者等の生活実態と支援についてーホームレス支援事業所の調査研究ー	日本発達障害学会 第49回研究大会	ポスター	宮城教育大学	2014
谷口泰司	高齢期にある知的障害者の実数と生活課題にかかる一考察ー 高齢知的障害者実態調査を通じてー	第62回日本社会福祉学会	口頭	早稲田大学	2014

その他

発表者氏名	発表題目	誌名等	巻号	ページ	出版年
五味洋一	「認知症の知的障害者のアセスメント・診断・治療および支援の手引きー」日本語版の発刊	国立のぞみの園 ニュースレター	40	22-23	2014
相馬大祐	市区町村における高齢知的障害者の福祉サービス利用に関する研究	国立のぞみの園 ニュースレター	42	26-27	2014
志賀利一	地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアルの作成について	国立のぞみの園 ニュースレター	43	4-5	2015
相馬大祐	福祉セミナー2014「高齢知的・発達障害者とその支援」を開催しました	国立のぞみの園 ニュースレター	43	6-7	2015

## 研究者一覧

### 主任研究者

遠藤 浩 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 理事長)

### 分担研究者

木下 大生 (聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科 准教授)

谷口 泰司 (関西福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 准教授)

橋本 創一 (東京学芸大学教育実践研究支援センター 教授)

市川 宏伸 (日本発達障害者ネットワーク 理事長)

### 研究協力者

有賀 道生 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 診療部長)

大村 美保 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究係)

五味 洋一 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究係)

志賀 利一 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究部長)

相馬 大祐 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究係)

村岡 美幸 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究係)

信原 和典 (国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 研究係)

(姓 : 50 音順 / 所属 : 2015 年 3 月末現在)