

---

---

## 知的障害者の高齢化とその課題

### 1. 知的障害者を支える制度の経過から

私たちの国では、知的障害のある大人に対して、本格的に公的なサービスを開始したのが、精神薄弱者福祉法が施行された 1960 年だと言われています。知的障害のある子どもについては、戦後まもなくできた児童福祉法（1947 年施行）から対策がとられており、年齢を経て、既に 18 歳を超えた「子どもたち」を支えることが、当時、社会的な課題になっていたのです。

そして、さらに年を経て、大人から高齢者になる知的障害者の支援のあり方について検討される時代になりました。2000 年 6 月には「知的障害者の高齢化対応検討会」が報告書を取りまとめています<sup>1)</sup>。大人になった知的障害者の支援を本格的にスタートしてから 40 年たち、年を重ねた知的障害者について、介護保険制度をはじめとした当時の時代背景と照らし合わせ、60 歳あるいは 65 歳という年齢を想定し、福祉サービス全般について検討されています。この報告書の「はじめに」の項を下に掲載します。

我が国における 65 歳以上人口の比率は、1980 年には 9.1%であったものが、1999 年には 16.7%に達し、急速な勢いで高齢化が進んでいる。

知的障害者についても、入所更生施設の利用者のうち、60 歳以上の者の比率が、1985 年には 2.3%だったものが、1999 年には 8.8%になるなど、高齢化が着実に進行している。

このような中で、2000 年度からは、高齢者介護サービスの充実を図るために介護保険制度が発足し、また、個人の自立を基本としその選択を尊重した制度を確立するとともに、地域での生活を総合的に支援するための地域福祉の充実に向けた「社会福祉基礎構造改革」への動きが始まっている。それらの改革に併せて、知的障害者福祉法が改正され、同法の目的として、「知的障害者の自立と社会経済活動への参加の促進」が明記されることになった。

このような背景を踏まえつつ、本検討会においては、知的障害者の高齢化に対応して、地域生活の支援と施設における支援の両面から、今後どのような保健福祉サービスや配慮が求められるか、また、高齢者施策との関係をどう考えるかを中心に検討を行ったものである。

この報告書が出されてから現在（2014 年）までに 14 年が経過しました。私たちの国では、65 歳以上の人口が 25%を超え、高齢化はさらに進み、高齢者を狙った振り込め詐欺、単身高齢者の孤立死、認知症による行方不明等、新たな社会問題が発生しています。高齢の知的障害者の支援についても、この間にいっそう現実味を帯びた課題になってきました。

2013年より施行された障害者総合支援法には、高齢の知的障害者に関する衆参両院の附帯決議がついています。

**【衆参両院の附帯決議】**

- 障害福祉計画の策定に当たっては、中長期的なビジョンを持ちつつ、障害者の地域生活に対する総合的な支援が計画的に行われるよう配慮すること。
- 障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えつつ、障害児・者の地域生活支援をさらに推進する観点から、ケアホームと統合した後のグループホーム、小規模入所施設等を含め、地域における居住の支援等の在り方について、早急に検討を行うこと。

附帯決議とは、国が法律を執行するに当たっての留意事項を示したもので、実際には条文には記されなかったものであり、法的効力はありません。しかし、今後の法改正等において検討される可能性が高く、知的障害とは明記されていませんが、高齢化、親亡き後、そして中長期的なビジョンをもった計画は、今後避けて通れない課題になっています。

## 2. 検討すべき課題はたくさんある

高齢の知的障害者支援を考える上で、検討すべき課題は非常に多様です。みなさんも、高齢の知的障害者支援と聞くと、以下のような疑問をもつと思います。

- 高齢の知的障害者は今後どのようなペースで増えていくのだろうか。
- 加齢に伴う知的障害者の心身の機能低下は、一般の高齢者と比較して、どの程度早いのだろうか。
- 加齢に伴う知的障害者の心身の機能低下は、障害ゆえの特徴があるのだろうか。
- 医療上の診断（例：ダウン症、自閉症、てんかん等）により、高齢期の状態像は異なるのだろうか。
- 知的障害者ゆえに、高齢になることで罹患しやすい疾病や心理的な問題はあるのだろうか。
- 知的障害者も認知症になると聞いたが、一般の人よりも多いのだろうか。
- 高齢の知的障害者は、どこで、どのように生活しているのだろうか。
- 高齢の知的障害者は、どのような障害福祉サービスや介護保険サービス等を利用しているのだろうか。
- 高齢の知的障害者に必要な介護や支援の方法は、成人期の知的障害者と何が違うのだろうか。
- 高齢の知的障害者に必要な介護や支援の方法は、一般の高齢者と何が違うのだろうか。
- 高齢の知的障害者の経済状況はどうなっているのだろうか。また、その資産管理は。
- 高齢の知的障害者の生活を支えるキーパーソンは誰が、どのように担っているのだろうか。
- 知的障害者の看取りはどのように行われているのだろうか。

以上の疑問は、知的障害のある人の性別、知的障害の程度（例：療育手帳の判定）、介護度（例：要介護状態区分）等の条件によっても異なってくるかもしれません。また、地域によって障害福祉サービスや介護保険サービスの整備状況も異なりますし、利用実態も異なるはずです。もちろん、同居もしくは近隣、あるいは遠方で生活している親・兄弟・親族の存在と、その関係も大切です。さらに、知的障害者の医療機関へのアクセスのしやすさ、法律や権利擁護面の支援体制の充実度等、考えなくてはいけない点はまだまだたくさんあります。高齢の知的障害者に限ったことではありませんが、生活を支えるということは、たくさんの条件を考慮する必要があります。

### 3. 2つの視点からベスト・プラクティスを考える

高齢知的障害者支援を検討するにあたり、検討すべき点は非常にたくさんあります。そして、現段階において、その全てについて実証データに基づいた解決方法を提案することは残念ながらできません。しかし、決して多くはありませんが、高齢の知的障害者が施設や地域で生活しており、それを支えてきた素晴らしい実践例はいくつもあります。今後、高齢期に至る、あるいはそれに近づいている知的障害者は間違いなく増えていきます。そして、同居あるいは生活を支えるキーパーソンの役割を担っている家族から、「親亡き後」に対する不安の声が多くなってきています。

この本は、知的障害者の高齢化の問題を、大きく次の2つの視点に整理し、現時点で最良と思われる実践事例を元に、シンプルな「ベスト・プラクティス」をまとめることを目的としています。

#### 視点1 高齢になった知的障害者はどのような生活をしているのか

知的障害者も高齢になれば、若く活発に生活していた時期と比べ、明らかに心身の機能が低下します。月日の経過とともに心身の状態が変化し、介護の必要が出てくることは、誰もが頭では理解できます。しかし、実際にこのような状態に至った人に接し、その時々の問題解決を行い、人生を全うするまで、継続的に支援を行った経験がある人は、障害福祉の関係者の中では極めて少数です。

さらに、高齢の知的障害者を支える仕組みとして、障害福祉サービスを活用している事例、介護保険サービスを活用している事例、障害福祉と介護保険の両方を活用している事例があります。その上、そのどちらにも当てはまらない、救護施設、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等で生活を支えている事例もかなり存在しており、高齢の知的障害者の支え方の全体像を俯瞰するのはかなり骨が折れます。

このような現状が、「高齢になった知的障害者はどのような生活をしているのか」をよりわかりづらくしていると考えられます。この本では、代表的なモデル事例を提示し、まず、高齢になり、心身の機能が低下した人がどのような生活をしているか、そこではどのような支援上の課題があり、どのように解決に取り組んでいるのかをシンプルに紹介することで、高齢になった知的障害者の生活のイメージを少しでも明確にしてもらいたいと考えています。

## 視点2

### 知的障害者は高齢になる前にどのような準備が必要なのか

私たちの国の平均寿命は80歳を超える長寿の国です。40歳になると、公的介護保険の被保険者になり、誰もが人生の折り返し地点に来たと実感させられます。知的障害者の平均寿命を計算することは現段階ではできませんが、同様に40歳（あるいはもう少し早い年齢）を人生の折り返し地点と考えても間違いはないはずです。

知的障害のない人にとっては、年齢を重ねるに伴い、次第に老後について考えるようになります。きっかけは、何らかの傷病で入院した時、健康診断後に生活習慣病の指導を受けた時、親の高齢化による様々な問題や介護に直面した時などです。しかし、認知機能に障害のある知的障害者の場合、その障害の程度が軽度であっても、自分の老後について現実的にどのように考えているのでしょうか。知的障害の程度がさらに重度になると、加齢に伴う心身の機能低下を認識することも容易ではないはずです。

さらに、人生の折り返し地点に差し掛かった知的障害者の多くは、親と同居しています。私たちの国では、親（多くは母親）が、40年前後の間知的障害者の生活を支えるキーパーソンの役割を担っています。さらに、それ以降もキーパーソンの役割を担っていくことが珍しくありません。「親亡き後」のことをもっとも心配しているのが、長年キーパーソンとして生活を支えてきた親です。知的障害のある子どもが高齢者になる頃には、親は平均寿命以上の年齢になってしまいます。つまり、子どもが高齢になる前の準備について整理することも、この本の重要な役割になると考えます。

可能な限り、多くの検討課題を取り上げたつもりですが、積み残し課題もいくつかあります。また、私たちが気づいていない重大な課題が存在するかもしれません。この本がきっかけとなり、地域や施設で高齢知的障害者支援が充実し、新しいベスト・プラクティスが生まれること、さらなる調査研究により正確で根拠あるデータをもとに長期的なビジョンを描くこと、そして何よりも多くの知的障害者が、生きがいがある、すこやかな高齢期を迎え、人生を全うできることを願っています。

## 知的障害者が高齢になると

---

---

### 1. そもそも高齢になるということとは

毎年、9月中旬の敬老の日になると「世界でも有数の長寿の国日本」「平均寿命の伸びは・・・」「高齢者人口が何%突破」といったニュースがテレビや新聞で報道されます。日本は、4人に1人以上が高齢者であり、男女合わせた平均寿命が84歳を超えている、長寿の国です<sup>2)</sup>。

私たちは、65歳以上を高齢者と呼んでいます。これは、日本だけでなく、他の多くの国でも同じです。今、日本では65歳から70歳未満のうち3人に1人以上は就業を続けています。特に、男性の場合、半数近くが働いており、高齢者であってもいわゆる「現役」の人たちがたくさんいます。一方、約5.5万人が100歳以上だと言われています。100歳と65歳とでは、親子以上の年齢差があります。「高齢者」と一言で括るにはあまりに多様です。そのうえ、高齢になると、一人ひとりの個人差が非常に大きいと言われています。

それでも、高齢者と呼ばれる65歳以上になると、多くの人にとって共通する変化がいくつかあります。代表的なものを以下にあげます。

- **身体機能の低下**：視力、聴力、筋力、俊敏さ、バランス、柔軟性といったほとんどの身体機能が低下し、さらに内臓等の機能も著しく低下していきます。
- **病気にかかりやすい**：上記の身体機能の低下や免疫機能の低下により、呼吸器や循環器、消化器に限らず、あらゆる病気に複数かかりやすくなり、さらに治りにくくなります。
- **認知機能の低下**：記憶に代表される認知機能の低下が次第に表面化します。同時に物事への興味・関心や感情表出が減っていきます。さらに、認知症をはじめとして病気や様々な要因によって著しい認知機能の低下が生じることもあります。
- **喪失・孤独**：退職による社会参加の機会や病気による友人・知人との接触機会の減少、また、家族や親族、知人の死といった様々な喪失体験が意欲を奪い、孤独な生活を送りがちにさせます。
- **死への準備**：一般に、間近に迫りつつある死に対する恐れは減ると言われていますが、それまでの過程（疾病による入院、介護等）から不安が増す場合も少なくありません。高齢期とは、死への準備が現実的になる時期でもあります。

### 2. 知的障害者とは

高齢の知的障害者は年々増えていくと言われています。現在、私たちの国では、65歳以上の知的障害者は少なくとも5万人います<sup>3)</sup>。ところで、この知的障害とは何でしょうか。簡単にその特徴をまとめてみます。

- 知的障害とは、知的（認知）能力が同年代の人よりも明らかに低く、この認知発達の障害が概ね 18 歳まで（発達期）に表れ、その後も長期にわたり、日常生活や社会生活において何らかの特別な支援を必要とする状態のことです。日本では、知的障害のある人が推計 94 万人とされています<sup>4)</sup>。
- 知的機能の遅れを判定する道具として、古くから知能検査が用いられてきました。この検査では、知的障害の判定を、概ね知能指数 70 未満としています（平均知能指数は 100）。しかし、知能検査の結果だけではなく、日常生活の支援の必要度をより重視すべきだと言われてきています。
- 日本では、知的障害の判定を受けると、療育手帳の交付を受けます（「愛の手帳」「愛護手帳」「みどりの手帳」と呼ぶ地域もある）。その手帳は、古くから知的能力によって、知的障害を軽度・中度・重度・最重度の 4 つの等級に分けています（地域によって分け方は異なります）。
- 他の障害同様、同じ知的障害と言っても、等級によって生活状況や支援の必要度は随分異なります（次節で詳細を述べます）。

### 3. 知的障害の認知発達と社会生活自立度

知的障害と言っても、他の障害と同様、日常生活や社会生活の特別な支援の程度は、非常に多様です。このテキストで紹介する事例は、知的障害の程度を「軽度」「中度」「重度」と表現しています（「最重度」の事例はここでは登場しません）。これは、世界保健機構（WHO）が示している国際疾病分類（ICD-10）等、知的障害の分類として広く活用されている 4 段階の分け方を踏襲しています。

認知発達の障害の程度は、社会生活の自立度と大きく関係します。軽度の知的障害であれば、成人期には通常の職業生活により経済的な自立をしている人がかなりの割合で存在しています。しかし、就職・離職、親世代からの巣立ち、結婚・子育て、長期的な預金の管理等、大きな意思決定場面において、周囲からの特別な支援を必要としています。中度の知的障害であれば、一般の職業に就くのではなく、福祉施設で軽作業等を行い、働いて得た収入だけで生活を成り立たせることの難しい人の割合が多くなります。さらに、障害の程度が重くなると、買い物や散歩といった様々な日常生活における支援が必要になります。最重度の知的障害者の中には、食事・入浴・着脱・排泄といった基本的な日常生活動作に介助が必要であったり、危険な行動等の回避のために長時間の見守りが必要な人もいます。

### 4. 知的障害者の加齢に伴う変化

このような知的障害者が高齢になったら、当然、知的障害のない人と同様の変化が見られます。しかし、この変化は、その障害ゆえ、一般の高齢者と少々異なっています。以下に、知的障害者の加齢に伴う変化の特徴を 5 つにまとめます。もちろん、高齢による変化は一人ひとり異なっているうえ、元々の知的障害の状況も多様です。したがって、すべての知的障害者の高齢化に当てはまるものではありませんが、一つの目安にはなるものと考えています。

## 特徴1 知的（認知）能力

知的（認知）能力には、加齢とともに低下するものと（流動的知能：例えば、計算スピード、機械的記憶）、年齢とともに蓄積し高齢になってもほとんど低下しないもの（結晶的知能：例えば、社会経験をもとにした知識や判断）があると言われています。知的障害のある人は、人生のうち最も流動的知能が高い若年期の段階においても、同年代の標準より明らかにその知能が低いのが特徴です。そのため、加齢により流動的知能が低下すると、一般の高齢者よりも早い段階で日常生活上の問題が生じると考えられます。また、結晶的知能についても、社会経験を基にした知識や判断力の蓄積が一般の人よりもされにくく、結晶的知能によって流動的知能の低下をうまく補えないものと推測されます。

## 特徴2 生活経験

知的障害のある人は、成人期以降も親と同居し続けている割合が多いと言われています。地域で生活する身体障害のある人と比較した調査では、65歳未満の身体障害児・者のうち、親と暮らしているのは約41%であるのに対して、知的障害児・者は91%が同居でした。また、夫婦で暮らしている人は、それぞれ60%と5%と、大きな違いがあります。成人以降、親元を離れ、結婚・子育てを経験している人は極めて稀で、福祉施設等の保護的な生活を長期間続けている人が多いのが現状です<sup>5)</sup>。

## 特徴3 意思決定

知的能力に制限があり、保護的な環境における生活経験が長いことから、多くの知的障害者は重大な意思決定の経験や、意思決定による成功体験や失敗体験が明らかに少ないと考えられます。多くの人は、成人期から、壮年期、中年期に至る過程で、どのような仕事を生業にし、誰と同居し、どのような地域や家で生活するか、子どもの教育や親の介護をどうするか等について、自らあるいは家族・知人等との相談を経て何らかの決定をしています。しかし、知的障害者の多くは、このような重大な意思決定を行った経験が少なく、高齢になってから思い出せるような人生の節目がはっきりしない場合が多いのです。

## 特徴4 早い高齢化

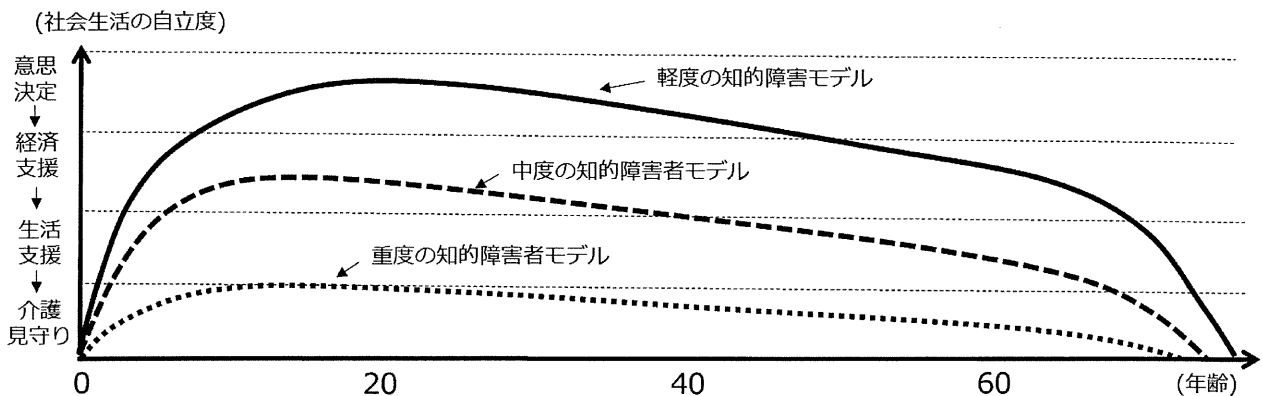
知的能力が早期に低下する可能性があるのと同様に、身体機能の低下も一般の高齢者よりかなり早い人が多いようです<sup>6)</sup>。通常より早い段階で、白髪やしわ、姿勢等に老化の傾向が見られ、各種運動能力や視力や聴力の低下が早い場合も珍しくありません。循環器系や内分泌系等の生活習慣病に早い段階から罹る人もいます。通常より、10歳あるいは20歳早く高齢期相当の身体機能に至っていると思われる人が少なくありません。

## 特徴5 大きな個人差

心身の早期の老化傾向は、一般に、知的障害の程度の重い人の方が顕著だと言われています。一方、軽度の知的障害の人の多くは、一般の人と全く変わりません。また、知的障害の原因によっても異なります。染色体異常の一つで、知的障害になる可能性が非常に高いダウン症の人は、その他の知的障害の人よりも老化が早く、アルツハイマー型の認知症にかかるリスクが高いと言われています<sup>21)</sup>。知的障害のない人たちでも、同じ80歳であっても、外見や運動能力、認知機能、そして抱えている病気の状況など、大きく異なっています。知的障害者もそれと同様、あるいはそれ以上に個人差が大きいと考えられます。

下の図は、3章と4章で登場する5人の事例のライフサイクル全体をイメージしてもらうために作成したものです。知的障害の有無にかかわらず、誰でも年齢が高くなるにつれて社会生活自立度は次第に低下していきます。しかし、加齢による低下のカーブが障害のない人とあまり変わらなかったとしても、もともとの認知発達の障害の程度が社会生活自立度に関係してくることを示しています。もっとも活動的な段階（青年期・成人期）の状態像により、中年期や高齢期の社会生活の自立度は大きく変わってくるのです。

なお、この図は、事例のイメージを膨らませるために作成したものであり、認知発達の障害の程度と社会生活の自立度との関係は、一人ひとり多様であることを付け加えておきます。



図：認知発達の違いによる社会生活自立度の推移（イメージ）

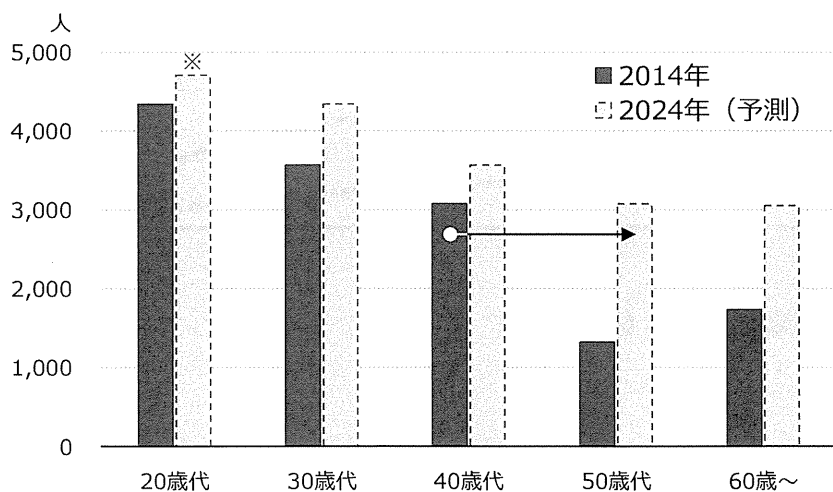


## 一般高齢者数と高齢知的障害者数

一般高齢者が 3,000 万人を超える中、高齢知的障害者はいったい何人いるのでしょうか。のぞみの園が実施した全国の自治体への調査結果からは 65 歳以上の療育手帳所持者は 5 万人と推計されます<sup>3)</sup>。この療育手帳が使われ始めたのは 1973 年のため、現在（2014 年）65 歳の人は、当時 24 歳前後でした。そのため、知的障害が軽く、働いていた人々は手帳を取得する必要はなかったと推測され、5 万人という数値は全ての 65 歳以上の知的障害者数ではありません（詳細は「Opinion－潜在的な高齢知的障害者の存在－」p.13 をご覧ください）。

## 知的障害者の年齢分布

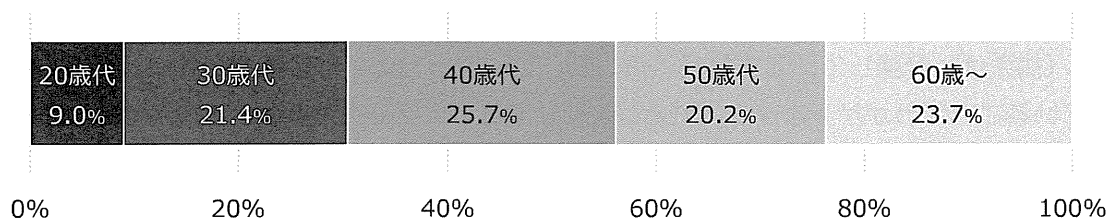
現在、日本には約 94 万人の療育手帳所持者がいます（2013 年度末時点）<sup>4)</sup>。その正確な年齢の内訳は明らかではありませんが、一部の自治体では、発行している療育手帳所持者の年齢分布を集計しています。下のグラフは、A 県における 2014 年 3 月末日時点における療育手帳所持者の年齢分布と、それを元に作成した 2024 年の予想分布を示したものです。増減を加味していない予想値ではありますが、10 年後には 60 歳以上が約 1.8 倍に、50 歳以上に至っては約 2 倍まで増加することが想定されます。十分な根拠に基づく推計ではありませんが、今後は知的障害者の高齢化のスピードがさらに高まると言えるのではないのでしょうか。



※集計上の年齢区分が「6～11歳」「12～14歳」であったため、2014年現在、10歳11歳の者は、2024年予測のデータに反映されていない。

図 1：A 県における療育手帳所持者の年齢分布

なお、療育手帳所持者全体のうち 50 歳以上の者の占める割合は約 21.7% ですが（A 県の場合）、全国の障害者支援施設では高齢の入所者の割合がおよそ 2 倍にまで膨れ上がります。例えば、日本知的障害者福祉協会の調査によれば、障害者支援施設で生活する 60 歳以上の知的障害者は 23.7% の割合を占め、50 歳以上は 43.9% の割合となっています<sup>7)</sup>。入所施設における利用者の高齢化への対応はまさに喫緊の課題となっています。



出所：日本知的障害者福祉協会（2014）全国知的障害児者施設・事業実態調査報告2012

図 2：障害者支援施設における入所者の年齢分布

## 高齢知的障害者の居住の場

65 歳以上の療育手帳所持者 5 万人の居住の場をいくつかの調査結果から推計すると、障害者支援施設や特別養護老人ホーム、グループホームといった社会福祉施設等で生活している人は 55% を占めています。一方、一般高齢者において社会福祉施設等で生活している人は 4% に過ぎません。また、20 歳から 64 歳までの知的障害者の居住の場を推計した結果、社会福祉施設等で生活している人は 25% 程度でした。つまり、高齢知的障害者の多くが居住の場について、何らかの福祉サービスを利用しているのです。

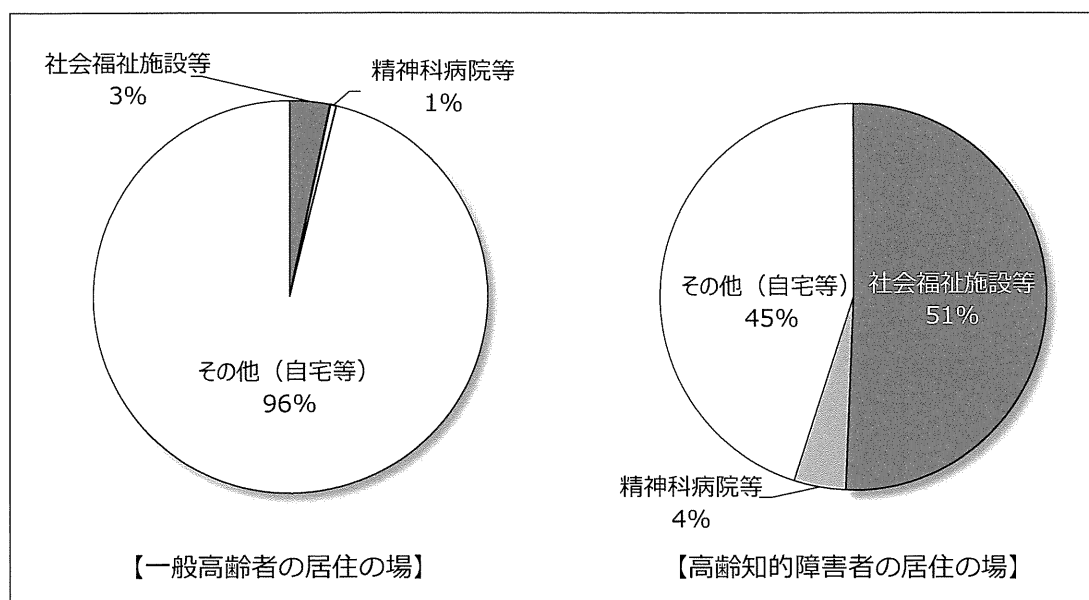


図 3：一般高齢者と高齢知的障害者の居住の場の比較

この理由としては、知的障害者には配偶者や子どもがなく、高齢期に支えてくれる者がいないといったことが考えられます。そこで、知的障害者は居住の場をどのように移しているのか、のぞみの園が実施した障害者支援施設<sup>8)</sup>と特別養護老人ホーム<sup>9)</sup>の入退所の調査結果から見てみましょう(図4)。在宅や障害者支援施設等から特別養護老人ホームに入所する人は、年間1,500人程度です。一方、障害者支援施設に65歳を過ぎて入所する人は70人~80人と特別養護老人ホームと比べ、非常に少ない傾向にあります。障害者支援施設の特徴は、65歳以前に入所し、施設にて65歳を迎える人が1,000人を超える傾向にあります。つまり、障害者支援施設に入所している知的障害者は65歳を迎える前に在宅生活等が継続できなくなり(例えば、介護している家族が入院した、亡くなったことが直接の原因と考えられます)、入所に至っていることがうかがえます。これとは逆に、家族の入院や死亡があっても単身や夫婦で生活できる人の場合、つまり知的障害が軽度の人の場合、自分自身の加齢によって今までの生活の継続が困難となり、特別養護老人ホーム等の高齢者施設に入所している傾向にあると言えます。

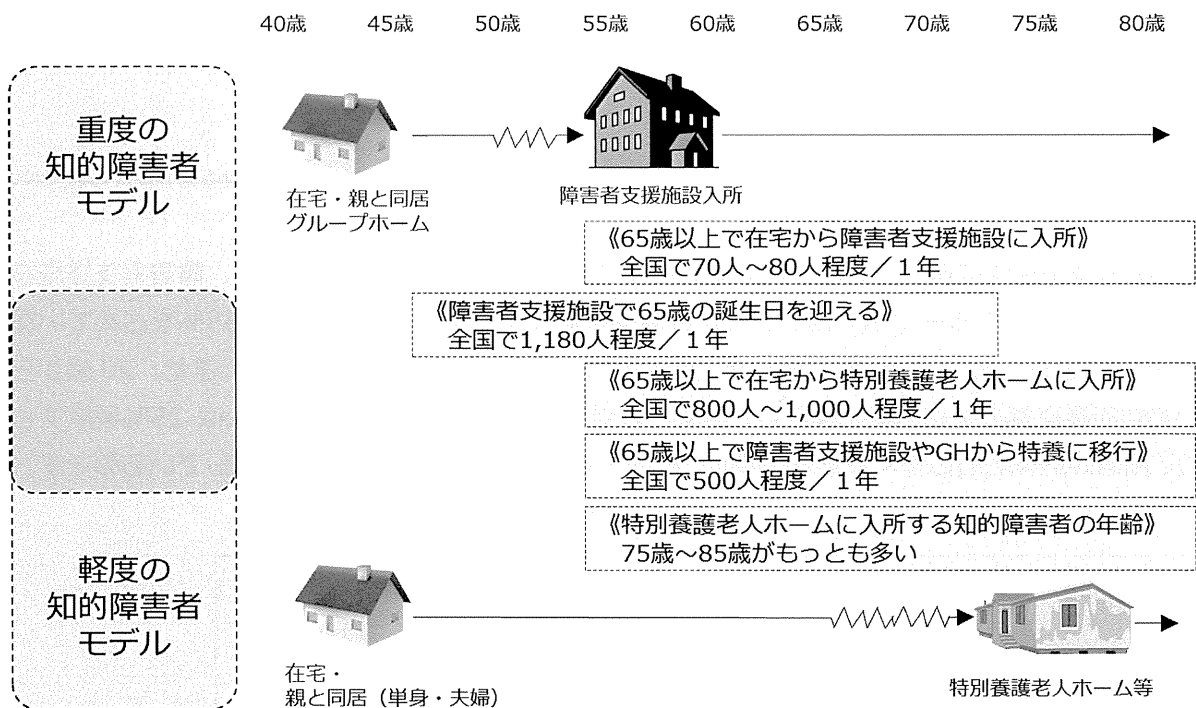


図4：知的障害の程度と年齢による居住の場の移行

## 平均寿命は延びている？

WHO（世界保健機関）加盟国 194ヶ国中、日本の平均寿命は 84 歳（男性 80 歳・女性 87 歳）で最も長寿の国とされています<sup>2)</sup>。ちなみに 194 位の国は 46 歳と、平均寿命に 38 歳の開きがあります。世界有数の長寿国となった日本ですが、1947 年の男性の平均寿命は 50 歳、女性も 53 歳でした。衛生環境や医療面での課題、何より第二次世界大戦終戦から 2 年しかたっていないことも平均寿命が低い要因だったのではないのでしょうか。いずれにしても、1947 年から 2014 年にかけて、日本人の平均寿命は 30 歳以上延びています。

では知的障害がある人の平均寿命はどうでしょう？ 一般的に「延びている」と言われていますが、残念ながら知的障害がある人だけの年毎の死亡平均年齢等を示したデータはありません。そのため、例えばダウン症候群といった特定の障害群であったり、特定の事業所や地域の知的障害がある人の群での比較が中心となっています。

一つの資料として「国立重度知的障害者総合施設のぞみの園」の①死亡者数、②死亡平均年齢、③利用者平均年齢を年ごとに整理したグラフを紹介します。1971 年開園時の死亡平均年齢は 29 歳でしたが、年数を重ねるごとに死亡平均年齢も上昇しています。どこかで頭打ちになるのではなく上昇し続けているのです。また、利用者平均年齢も 62 歳と、昔は非常に珍しかった高齢の知的障害者とその中心となっています。

「国立のぞみの園」の死亡平均年齢を仮に平均寿命と仮定すると、WHO が示している平均寿命と 23 歳の開きがあることとなります。今後の課題として、その差の要因を明らかにし、健康で豊かな生活を過ごしていただくこと（支援していくこと）が求められています。

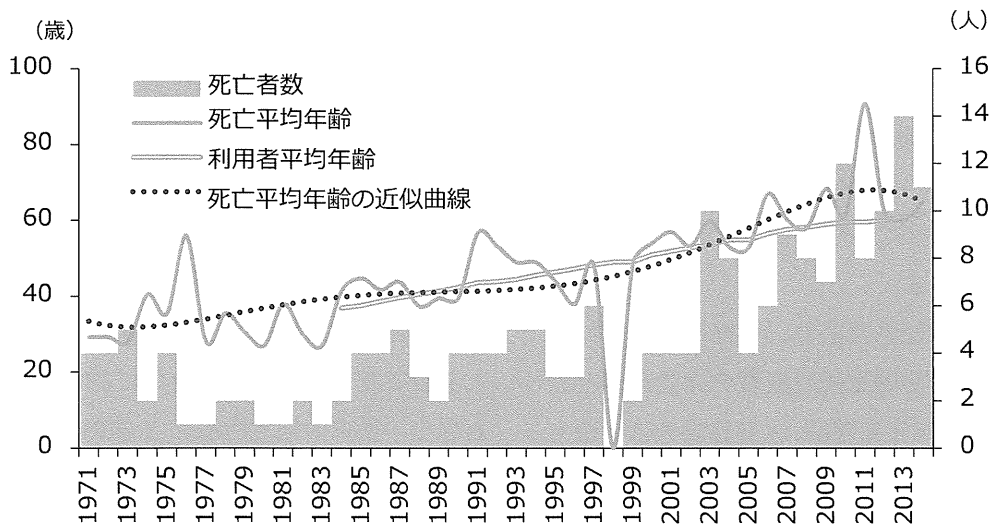


図 「国立のぞみの園」における年毎の死亡者数、死亡平均年齢、利用者平均年齢の推移

谷口 泰司

関西福祉大学

## 高齢知的障害者の推定比率と統計上の比率

わが国では、知的機能全般の遅れ（IQ が概ね 70 以下）と日常生活に課題を有することの両面をもって知的障害の有無が判定されますが、このうち IQ70 以下となる比率は約 2.2%となります。しかしながら、「平成 23 年生活のしづらさなどに関する調査」（厚生労働省）および「社会福祉施設等調査」（同）の結果をあわせても 74.1 万人（総人口の 0.58%）であり、また年齢が高くなるほど低くなる傾向にあります。65 歳以上の高齢知的障害者の推計は 6.7 万人であり、高齢者人口に占める割合は 0.23%にしか過ぎません。

## 高齢知的障害者の統計上の比率が低い理由

高齢知的障害者の比率が低いことについて、「平成 25 年版障害者白書」（内閣府）では、健康面での問題を抱える者が多いことを理由の一つとして挙げています。先天的な障害により早期に老化が訪れる方の存在や、健康管理上の問題も否定はできませんが、それでもなお、理論上の比率（2.2%±α）の 10 分の 1 程度にまで減少しているのは、上記の理由に加え「未把握の高齢知的障害者」が存在すると考える方が合理的であると言えます。

この未把握の高齢知的障害者の存在が推測される理由として、①知的障害者福祉制度の発展過程との関係、②知的障害に対する理解、③実態調査の手法上の課題などが考えられます。療育手帳制度が始まったのは昭和 48（1973）年、現在の 65 歳以上の方が成人期を迎えて以降のことであり、何らかの支援の

必要を感じない限り、わざわざ手帳取得に向かうことは少なかったと考えられます。また、時代と共に障害への理解が進んできたわけですが、裏を返せばかつては障害に対する誤解や偏見があったと考えられます。知的障害であることを知られたくない、隠そうとする気持ちが（家族を中心に）あったとしても不思議ではありません。これらのことから療育手帳の所持者は年齢が高くなるほど少ないと考えられます。

知的障害児・者の全国調査は、多分にデリケートな問題を含むがゆえに、地域住民の全数調査を謳うものの実際には療育手帳所持者を中心に調査が行われてきたという現実があります。その結果、全年齢層にわたり未把握（手帳未所持）の知的障害児・者が存在し、未把握の比率は高齢者においてより高くなっているものと推測されます。

## 実態調査の手法と結果

のぞみの園が厚生労働省から受託した調査研究の一環として、平成 25（2013）年に在宅・施設を横断する実態調査を行いました。これは上記課題および地域特性をふまえ、都市部と郊外の複数の自治体の協力のもと、基準日における特定地域在住の高齢者の全数と施設入所者について知的障害の有無を調査したものです。調査フローと調査結果は図 1・図 2 のとおりです。いずれの自治体においても 0.6%以上となり、従来の推定比率の 3 倍弱の結果となっています。この結果を高齢者総人口にあてはめると、未把握の高齢知的障害者は全国で 12.3 万人（うち施設 3.0 万人、在宅 9.3 万人）という結果となります。

1. 65歳以上の抽出
2. 施設入所者の抽出
3. 特定地域高齢者を抽出
4. 療育手帳所持者の抽出
5. 訪問調査対象者を抽出
6. 訪問調査

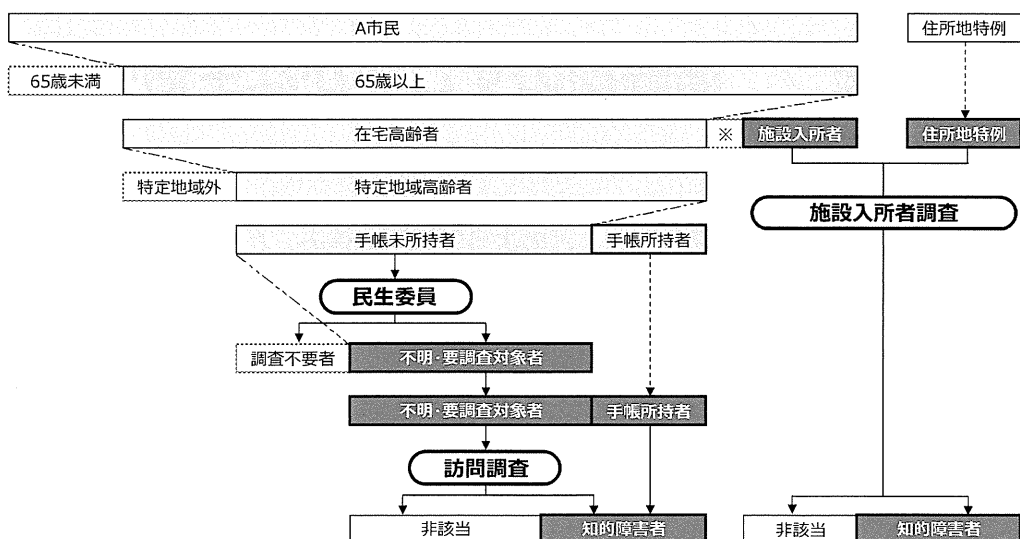


図 1：高齢知的障害者の実態調査のフロー

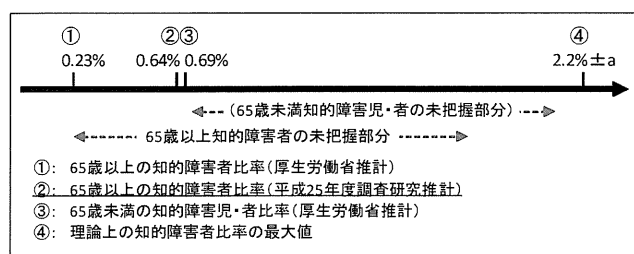


図 2：各種調査・統計上の知的障害児・者比率

## 潜在的な高齢知的障害者の生活課題

実態調査においては、高齢知的障害者の属する世帯構成において、親や兄弟姉妹との同居が多く、子どもや孫との同居は少ない結果となりました。これは知的障害者の高齢化はすなわち世帯全体の高齢化を意味するものであり、介護ニーズともあいまって複合的な支援が必要であることを示唆しています。さらに、家族関係や近隣との交流においても良好であると言える場合が少なく、家庭内での孤立や虐待、地域での孤立等に対する支援が必要であると考えられます。

## 求められる法整備と地域支援

障害者権利条約には、「子どもである障害者」「女性である障害者」に対する規定が設けられるなど、複合ニーズへの配慮が謳われていますが、高齢・障害に関しての規定はありません。世界で最も高齢化の進ん

だわが国が、そのあり方を指し示す立場にあると言えます。

しかしながら、現行の福祉法制では、老人福祉法に「障害」にかかる特別な配慮の規定はなく、障害者総合支援法や知的障害者福祉法には「高齢期」に特有のニーズに関しての規定はありません。障害児に関しては、児童福祉法で障害児に関する規定が設けられている点と大きく異なる状況です。老人・障害いずれの法にも対象となる一方で、現実的にはいずれの法でも十分ではないという、いわば“狭間”の状態にあると言えます (図 3)。

共生社会の実現という視点からは、“高齢者は高齢者”として障害の有無を問わない共通法において、知的障害にかかるニーズに対する配慮を盛り込むなどの法整備を行うとともに、高齢期になっても地域で生き生きと生活していくための地域単位での支援体制の構築が求められるところです。

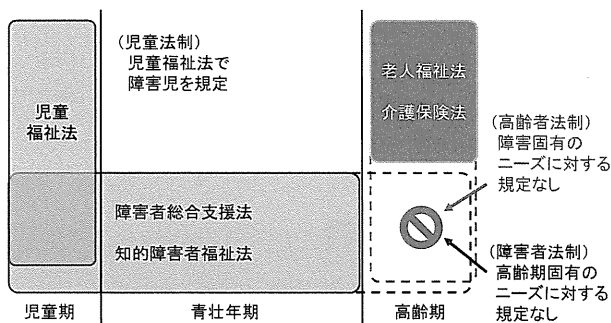


図 3：現行法制の課題 (児童福祉との比較から)

高齢になった知的障害者は、どのような場所に住み、どのようなサービスを使って生活しているのでしょうか？すでに多くの知的障害者が高齢になり、地域あるいは施設で生活していますが、その生活の実態についてはあまり知られていないのが現状ではないでしょうか。この章では、事例を通じて、さまざまなサービス・資源を使いながら生活している高齢の知的障害者の生活の様子を紹介します。すでに高齢になっている知的障害者の生活の実態と課題を知ること、壮年期・中年期の知的障害者の支援を考えるうえでも役に立つはずです。

**Point** 60 歳代以降の高齢知的障害者の生活と支援の実態をイメージしましょう

### 事例 1

障害者支援施設で生活する 70 歳代後半の A さん。転倒したときの骨折により車椅子での生活になってしまいました。知的障害者のリハビリテーションと、高齢期のケガや疾病のリスクについて考える事例です。

- ⇒ 〈コラム〉 看護師から見た入所施設の支援
- ⇒ 〈コラム〉 高齢知的障害者のターミナルケア

p.16

### 事例 2

60 歳代後半の B さんは、常時、車椅子を利用している重介護の知的障害者です。グループホームで生活をしながら高齢者デイサービスを利用している B さんの生活から、障害福祉サービスと介護保険サービスの併給について考える事例です。

- ⇒ 〈コラム〉 グループホームにおける高齢知的障害者への支援
- ⇒ 〈コラム〉 知的障害者とコミュニケーション

p.22

### 事例 3

C さんは夫との死別後、3 人の子どもを育てながら自宅で生活してきた中度の知的障害のある女性です。さまざまな課題に直面し、70 歳を過ぎて養護老人ホームに入所することになりました。地域で生活する高齢知的障害者の居住の場の問題と、生活を支えるために必要な情報の引き継ぎについて考える事例です。

- ⇒ 〈コラム〉 ライフストーリーワーク

p.30

## Opinion

### 「支援のギアチェンジ」

祐川暢生（社会福祉法人侑愛会 障害者支援施設侑愛荘）

p.35

## 事例 1 : 高齢知的障害者のケガと疾病のリスク

### A さんの場合

70 歳代前半  
男性

知的障害の程度	重度
主障害	知的障害
既往歴	右上肢麻痺 高血圧
<p>A さんは 30 歳代前半で施設に入所しました。ADL（日常生活動作）は概ね自立していましたが、交通事故の後遺症で右腕が不自由なため、一部介助が必要でした。食事は箸を使って食べることができ、歩行も自立していましたが、右腕が不自由なために少し介助が必要でした。言葉の理解は可能で、会話もできました。性格は怒りっぽく、よく他の利用者とトラブルになっていました。</p>	

### ライフストーリー

- 30 歳代半ば 施設に入所しました。食事、排泄は自分ですることができました。入浴は好きで、洗っていないところのみを職員が洗う程度でほとんど介助は必要ありませんでした。日中は畑作業を行い、休日は写真や絵を見て過ごしていました。
- ↓
- 40 歳代 特に身体状況に大きな変化はなく、生活状況も 30 歳代のころとほとんど変わらずに過ごしていました。
- ↓
- 50 歳代後半 食堂の自分の席が分からなくてウロウロ歩く姿や、服を前後反対に着てしまうことがしばしば見られるようになりました。また、身体状況を考え、日中活動を畑作業から陶芸に変更しましたが、本人に特に変わった様子はなく、箸置きなどを作っていました。
- ↓
- 60 歳代後半 歩行時にふらつきが見られるようになりました。
- ↓
- 現 在 転倒による右上腕骨骨折により、車椅子での生活になりました。



## 取り組みと現状

### 3度の転倒と骨折

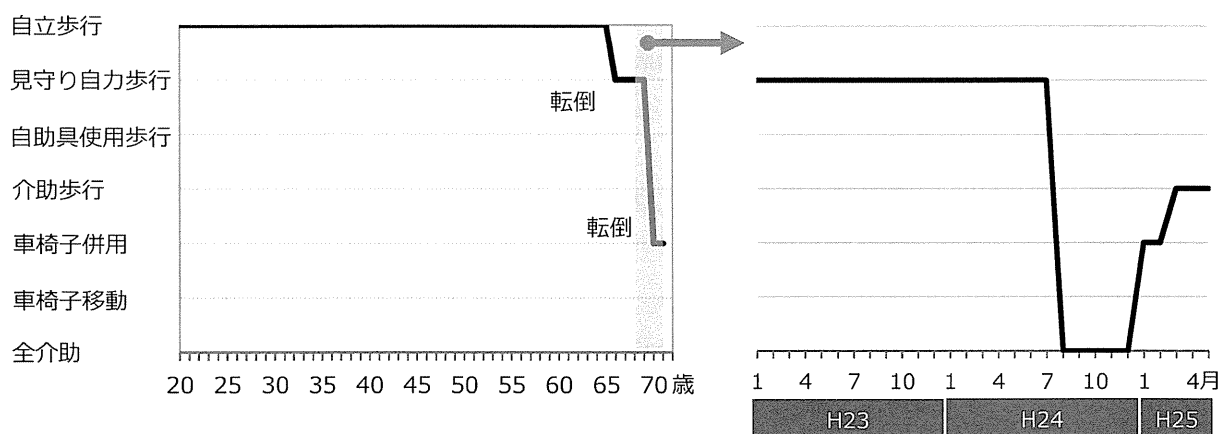
今まで歩行は自立しており、施設内を自由に歩いていました。しかし、60歳代後半の頃から歩行時にふらつきが出てきて、つまずき易くなっていました。その後、2度の転倒によりケガを負いました。支援会議にて転倒の危険性を検証するとともに、見守りを徹底することになりましたが、3回目の転倒により右上腕骨を骨折し、治療のため一時的に車椅子を使用する生活になりました。

### リハビリテーションの開始

骨折が回復傾向にあること、体重のコントロールが必要になったことなど、身体機能の維持・向上を目的にリハビリテーションができないか職員間で検討し、嘱託医に相談しました。すると、施設から車で1時間程度のリハビリテーション専門の医療機関を紹介され、訓練を受けることができるようになりました。訓練時、なかなか興味を示さないと予想し、理学療法士と事前に相談の上、①職員が毎回付き添う、②大好きな歌手の音楽を流す等の工夫をしました。その結果、スムーズに毎回1時間程度の訓練を受けることができました。その後、訓練の効果もあり、理学療法士と相談して車椅子を併用する状態となりました。また、施設内でも職員付き添いの下、歩行機会を増やすよう指示を受けました。

### 現状

機能訓練や歩行機会の増加により体力が戻り始め、リハビリを開始してから4ヶ月目には介助は要するものの自立歩行が可能な状態にまで回復しました。



- 高齢期においては、身体機能が低下していくことを踏まえて支援していくことが求められます。しかし、その人の状態や適切な支援が合致すれば、回復することも可能です。
- 高齢期は病気とケガがつきものです。そのため、医療機関との連携は必須です。

高齢期を迎えると、誰もが病気とケガのリスクは高まります。しかし、知的障害のある人はもともと病気とケガのリスクが高いと言われていて<sup>22)</sup>。そのため、高齢期を迎える知的障害者は、さらに病気とケガのリスクが高くなると予想されます。

### (1) 摂食・嚥下障害のリスク

「摂食」とは食べることを指し、「嚥下」とは食べる時に飲み込むこと、口から胃に食べ物を送り出すことを指します。摂食・嚥下障害の主な症状としては、「食べるときにむせる」「口の中に食べ物が残る」「食べるのに時間がかかる」「肺炎を繰り返す」等があげられ、摂食・嚥下障害になると、①誤嚥性肺炎、②窒息の危険、③低栄養の危険、④脱水といったリスクがあると言われています。

どのくらいの高齢知的障害者が摂食・嚥下障害になっているかは分かりませんが、障害者支援施設で生活する高齢知的障害者への食事の提供状況を見ると<sup>10)</sup>、年齢が高まるにつれて、普通食の人が少なくなっているのが分かります(表1)。これは摂食・嚥下障害による誤嚥性肺炎等のリスクがあるため、高齢知的障害者の摂食機能のレベルに合った食形態に変更していると推測されます。このように食形態を工夫するだけでなく、食事姿勢に気をつけ、日々の摂食・嚥下訓練をすることによって摂食・嚥下機能が向上すると報告されています。いずれにしても、これら摂食・嚥下障害に対応するためには、直接介護する支援者だけでは困難です。管理栄養士、医療スタッフ等と連携をとりながらの対応が求められます。

表1：障害者支援施設における高齢知的障害者の食形態

	65-69歳		70-74歳		75-79歳		80歳以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
普通食	1,865	48.7%	1,117	43.8%	464	35.7%	169	26.4%
刻み食	1,496	39.1%	1,072	42.0%	613	47.1%	310	48.4%
ソフト食等	254	6.6%	201	7.9%	130	10.0%	90	14.0%
ミキサー食	153	4.0%	118	4.6%	66	5.1%	61	9.5%
経管栄養等	45	1.2%	33	1.3%	23	1.8%	8	1.2%
未回答	17	0.4%	10	0.4%	5	0.4%	3	0.5%

### (2) 転倒による骨折のリスク

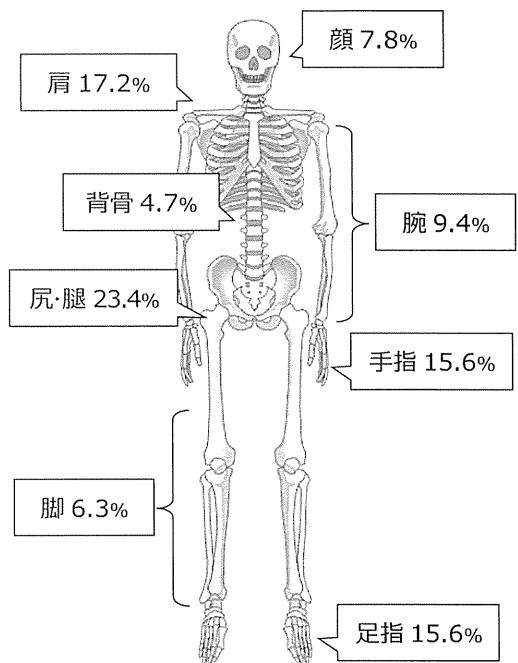
高齢期には転倒し、骨折するリスクが増加します。一般的に転倒の要因は段差や滑りやすい床などの外的要因と、運動機能の低下、様々な疾患や服薬の影響による内的な要因に分類されます。これに加え、知的障害者の場合は10歳ごとに転倒リスクが1.8倍になること、てんかんを合併することで6.5倍になること、脳性麻痺等、麻痺性疾患を合併すると転倒リスクが31倍になると報告されています<sup>11)</sup>。実際の骨折の部位

としては尻・腿が最も多く 23.4%を占めています<sup>12)</sup>。

のぞみの園では4年間で骨折した58人のうち、26人(44.8%)が骨粗鬆症の診断を受けていました。骨粗鬆症は一般的に女性が多いと言われていますが、のぞみの園の利用者の場合、性別に関係なくリスクのあることが分かっています(表2)。このため、支援者は、性別に関係なく骨粗鬆症について認識しておくことが求められます。

表2：のぞみの園利用者の骨粗鬆症患者の状況

性別	人数	診断時年齢(平均)
女性	11人	45~68歳(55.8歳)
男性	15人	44~67歳(53.2歳)



### (3) 医療へのアクセスの課題

このように、高齢期を迎える知的障害者は病気とケガのリスクが高まります。しかし、同時に高齢知的障害者については医療を受診することへの課題も指摘されています。具体的に入所施設や通所施設の課題としては以下の点が指摘されています。

- ・医療との連携の要である看護師の配置がそもそも少ない。
- ・知的障害者のみでは医師へ症状を伝える、医師から診断等を聞くことが困難なため、通院時には付き添いが必要になる。そのため、職員の人手が取られてしまい、職員不足に陥る。

また、医療を円滑に受けられるための支援者に求められる対応については、コラム「看護師から見た入所施設の支援」(p.20) や事例4「40代から将来を考えはじめる」(p.39)も参考になりますので、是非ご参照ください。

## 看護師から見た入所施設の支援

障害者支援施設の看護師経験は10年近くになります。異動のある法人である為、障害者支援施設→特別養護老人ホーム→障害者支援施設→養護老人ホームの勤務経験をしました。

その中でも老人施設から3年後に再度障害者支援施設に戻った際の驚きは今だに忘れることはできません。以前歩行できていたのに車椅子生活になった方、生活習慣病に罹患して内服を開始した方、悪性腫瘍が発見された方（すでに末期で手術不可能）、緑内障・白内障で目が不自由になった方、義歯が必要になった方、ADLの低下により骨折した方等、年代は50代～60代・中には40代の方もいました。この数年の変化は、かなり早いスピードでの老化であり、一般高齢者と比較し明らかに高齢知的障害者の老化は急速で、私は看護師としてどのように対応していけばよいのか戸惑いの日々でした。通院が必要な利用者、回数、場所の増加に加え、中には強度行動障害のある利用者の通院もあり、病院のDr、スタッフに事前利用者の特徴をふまえた対応の仕方等について調整を行い通院をスムーズにさせたこともありました。

施設看護師として、コミュニケーションが取りづらい利用者との緊急時の判断の基本は、少しのサインも見落とさないこと。それには日頃から信頼関係を構築した上で、全体像を観察し把握しておく必要性があります。今後の高齢化に伴い、健康・医療面からの働きかけは生活に欠かせないものになり、医療・看護・保健の連携強化が重要になります。まず、知的障害者が健康診断・人間ドッグを受けやすくできる専門機関を充実させること。また、時には通院や入院を敬遠されるケースもあり、それに対しては行動特徴と対応方法を熟知した医療スタッフによる支援を充実させることが必要で、私たち施設看護師が啓発していくことも重要です。医療技術＋行動障害に対する専門知識と技術を持ったスタッフを増やしていくことが医療の充実につながっていくでしょう。

高齢知的障害者を支える仕組みは、施設の中に高齢者専門ユニットを増やしていくのか、老人施設を利用するのか、在宅生活の支援を充実させるのか様々な方向性があります。そこには、高齢知的障害者の暮らしやすい環境は何か…人的支援の充実をはかるにはどうすればいいかがあります。ソフト・ハード両面から熟考された支援との充実が求められていると思います。

安全で安心できる老後を迎えたいのは誰でも同じです。高齢知的障害者が人生を楽しく最後まで笑顔で過ごせる場所はどこなのか、それには何が必要なのか、現状と将来に向けた実態を把握して早急に体制を強化していく必要があると思います。笑顔の絶えない高齢知的障害者の人生の一幕に、お手伝いすることができるスタッフの存在でいたいものです。

（鳥取県 土井桂子）