高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ

【令和3（2021）年度版】

研究の背景

高齢障害者に関する先行研究より、①高齢知的障害者、発達障害者、特にダウン症者は身体機能の早期の低下や罹患する疾病が多いこと、②背景要因として、食事習慣や運動習慣などの関係、本人の訴えに周囲が気づかず対応が手遅れになりやすいことなどを把握した。

これらの現状を踏まえると、①早期の疾病発症から長期にわたるその後の支援の見通しを立てること、②対応が手遅れにならないような若年期からの予防対策を強化することが課題であり、「高齢期前から終末期までを見通して、必要な支援を概観できるライフマップ」の作成が重要になると考えられた。

また、ライフマップ作成にあたって、健康状態を表現する共通言語であるICF（国際生活機能分類）を活用することにより、障害福祉と介護保険のサービス，医療など多様な事象を網羅的に把握するために有効であると考えられた。

研究の目的

知的・発達障害者の高齢化に伴う変化の実態について把握し、若年期から終末期までの心身の状況や支援について概観できるライフマップを作成することを目的とした。

本研究は、厚生労働科学研究（障害者政策総合研究事業）「障害者の高齢化による状態像の変化に係るアセスメントと支援方法に関するマニュアルの作成のための研究」（令和2～3年度）によって実施した。

研究の概要

高齢期の知的・発達障害者を支援している事業所を対象に以下の調査を実施した。

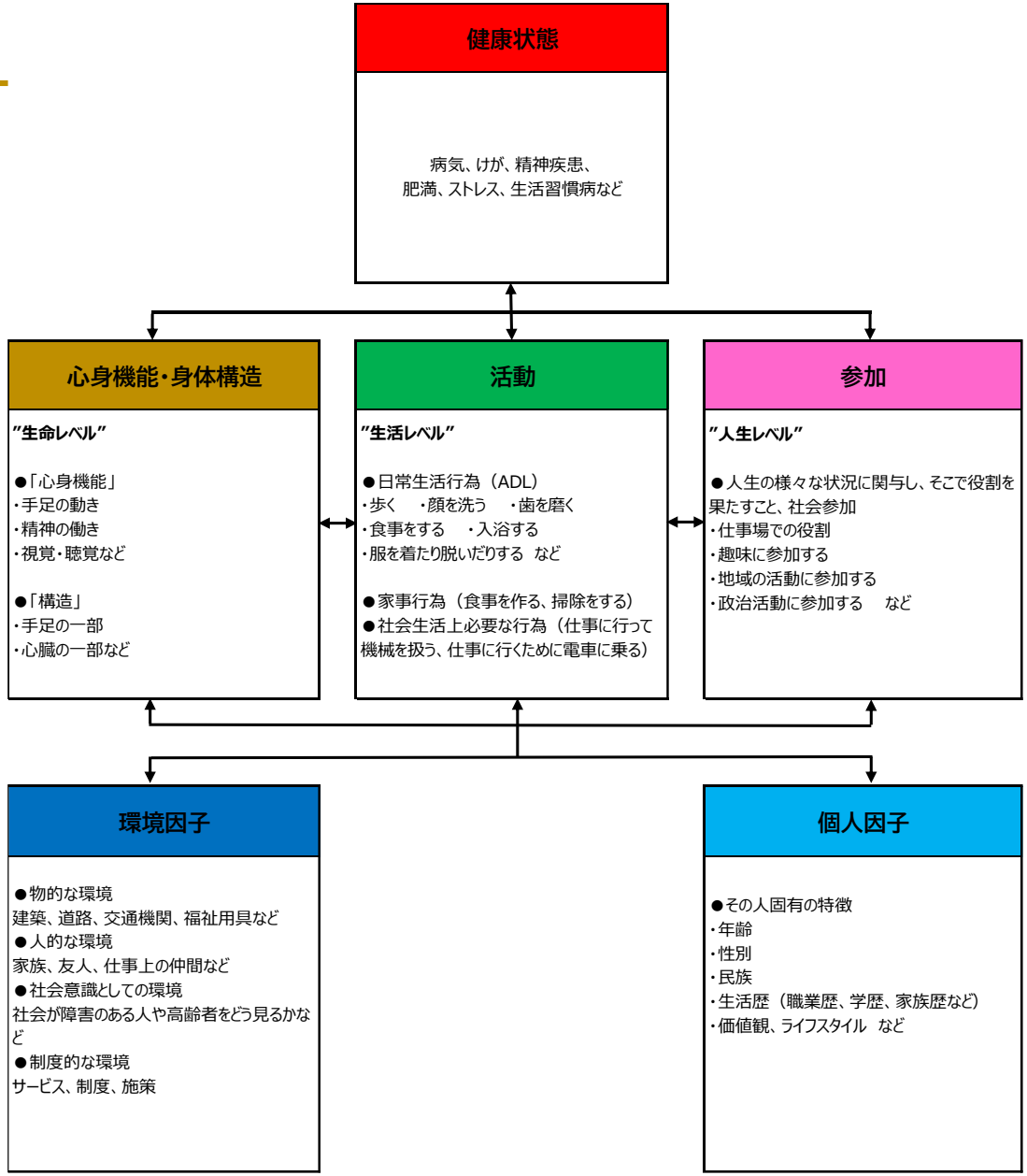
●調査方法
WEBによるアンケート調査

●調査対象
検討委員より推薦があった高齢期の知的・発達障害者を支援している事業所　80カ所

●調査内容
各事業所から高齢（50歳以上）の利用者1名ないし2名を抽出して、以下①②を記入。

①ICF記入シートの作成
　ICFの項目に沿って、利用者の該当する状態を選択。
② 項目別記入シートの作成
　①でチェックした内容について、「支援が必要になった年齢」と、「早期の気づき、対応のために考えられた支援」を記入。

●調査期間
　令和3年（2021年）8月～12月



※ICF記入シートは、上田敏（2005）「ICFの理解と活用」を参考として作成

調査結果の概要

健康状態

認知症・認知機能低下	39.8%
高血圧	26.2%
白内障	26.2%
嚥下機能・誤嚥性肺炎	25.2%
糖尿病	19.4%

- 認知症・認知機能低下が見られた者が最も多く、次いで高血圧、白内障に罹患した者が多かった。
- 調査対象者で複数の項目に該当した者は約9割で、多くの疾病に罹患している者が多かった。
- 40歳代から罹患等支援が必要になった者が多かった。特に、高血圧、糖尿病、高脂血症、脳卒中などは40～60歳での該当が多く、認知症・認知機能低下も40歳代から見られる者があった。

心身機能・身体構造

歩行不安定	81.6%
失禁の増加	53.4%
意欲の低下	42.7%
食事摂取、嚥下が困難	42.7%
姿勢保持が困難	40.8%

- 対象者の約8割に歩行の不安定があり、そのうち約半数が65歳以下で見られていた。
- 失禁や意欲の低下、理解力の低下が多いが、身体機能の低下か認知症かの判別が難しいという事例が多かった。

活動

移動が困難	68.0%
入浴が困難	51.5%
排泄行為が困難	49.5%
掃除、身の回りの整頓が困難	39.8%
食事が困難	37.9%
金銭管理が困難	37.9%

- 移動や入浴、排泄行為は60歳代以降で目立っていた。
- 健康状態、心身機能が低下することでADL,IADLに影響が出ている事例が多かった。

参加

日中活動への参加	81.6%
行事への参加	36.9%
他者と関わることへの変化	35.9%
趣味活動への参加の変化	24.3%
仕事への参加の変化	18.4%

- 日中活動への参加が難しくなった事例が多く、50歳代から目立っていた。
- 仕事への参加が難しくなった事例は40歳代から多く見られた。

環境因子

紙おむつの使用	50.5%
車いすの使用	40.8%
日中活動の場所の変化	32.0%
家族との関係	32.0%
居住場所の変化（入所利用）	30.1%
介護ベッドの使用	26.2%

- 紙おむつ、車いす、介護ベッドなど福祉器具等の使用が多かった。
- 居住場所は入所施設は50歳以上が多いが、グループホームは40歳代から多く見られた。
- 対人関係では家族との関係の変化が多く、50歳代からの事例が多かった。

個人因子

- 対象者数　103人
- 年齢　70～74歳（25.2%）
  65～69歳（24.3%）　60～64歳（13.6%）
- 障害　知的障害（94.2%）　身体障害（13.6%）
  精神障害（6.8%）　ダウン症（14.6%）

高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ【総合】

20代　30代　40代　50代　60代　70代　80代

A. 健康状態

●生活習慣病に関する疾病
がん、高血圧、糖尿病、高脂血症、脳卒中　など
●呼吸器、体幹、目、耳などに関する疾病
嚥下、骨折、骨粗鬆症、腰痛、白内障　など
●さまざまな疾病や健康に関する状態
認知症、認知機能低下、てんかん、難病
肥満、ストレス　　など

●知的・発達障害者は身体機能の低下が早く、急速に進む傾向がある
・40、50歳代から老化の兆候がある
・複数、多くの疾病に罹患する傾向がある
・生活習慣病に罹りやすい傾向がある
・肥満になりやすい傾向がある

●ダウン症者は早期、急激な身体機能の低下の傾向がある
・平均寿命は伸びている
・認知症（アルツハイマー型）に罹りやすい傾向

●要因として…
・適切な生活習慣（食事、睡眠、運動など）が幼少期から身に着いていない場合がある
・自己で健康を管理することが難しく、体調の変化などを周囲に伝えることが苦手な者が多い
・日常の変化に周囲の者が気づかず、対応が遅れる可能性がある
・薬の服用（抗てんかん薬、精神科薬など）が長期化、多剤化している場合がある

●本人の変化に周囲の者が早期に気づくことが重要

B. 心身機能・身体構造

●身体機能の低下
歩行、姿勢保持、視力、聴力、
食事摂取、失禁　など
●認知症、認知機能の低下
意欲、記憶力、理解力、大声、独語、暴言　など

C. 活動

●ADLの低下
移動、入浴、排泄、食事、着替え、洗顔　など
●IADLの低下
掃除、金銭管理、会話、服薬
公共交通機関の利用　など

●ADLは40歳代から低下の傾向
・健康状態、心身機能の低下により、これまでできていた行動、活動が難しくなる

●IADLは50歳代から低下の傾向
・ADL低下により、IADLに影響が生じる可能性がある

D. 参加

●施設や事業所での活動
日中活動、仕事、行事　など
●個人の活動
趣味、地域、他者との関わり　など

●参加の機会が制限される傾向
・健康状態、心身機能、活動の低下により、これまで参加できていた活動が難しくなる、社会参加の機会が制限される可能性がある

E. 環境因子

●居住場所
在宅、グループホーム、入所施設　など
●対人関係
家族、友人、支援者　など
●福祉器具等
車いす、介護ベッド、紙おむつ　など
●制度、サービス
成年後見、介護保険サービス　など

●居住場所は40歳～60歳代に変わる傾向
・知的・発達障害者は高齢となって住まいが変わる傾向がある（家族が支えられなくなることでの福祉サービス利用、施設の建物や人的環境の調整による変更など）

●福祉器具を使用した生活になる傾向
・健康状態、心身機能の低下により、50歳代から車いすや介護ベッドなどの福祉器具を使用した生活になる可能性がある

高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ【ICF：健康状態】

20代　30代　40代　50代　60代　70代　80代

生活習慣病に関する疾病

- A-1 がん
- A-2 高血圧
- A-3 糖尿病
- A-4 高脂血症
- A-5 脳卒中
- A-6 心臓病

・65歳以降の発症が多い傾向

●知的障害者は生活習慣病に罹りやすい傾向がある。

・高血圧や糖尿病などに罹患する者が多く、40歳以前から該当する場合がある
・知的障害者は肥満になりやすい傾向（特に在宅で生活している者）
・学童期や思春期から適切な食習慣を身につけることが重要

・知的・発達障害者は自分の不調に気づく、訴えることが難しい場合が多い
・健康診断などによる早期発見の機会がないまま生活をしている可能性がある
・疾病の重篤化、医療的な支援の増加になりやすい

呼吸器、体幹、目、耳などに関する疾病

- A-7 嚥下機能・誤嚥性肺炎
- A-8 骨折
- A-9 骨粗鬆症
- A-10 鼠経ヘルニア・腰痛
- A-11 白内障
- A-12 難聴
- A-13 認知症・認知機能低下
- A-14 てんかん

・身体機能の低下、疾病などにより起こりやすい傾向

・歩行が不安定になることや視力の低下などにより転倒のリスクが高くなる

・運動不足や食習慣による影響があり、40歳代から見られる

・歩行の不安定や転倒につながりやすい

・気づきが遅れて悪化する可能性あり
・40歳代から見られ、自傷行為の蓄積により発症に至る場合もある

・50歳代から耳の聞こえが悪くなる可能性

・身体機能の低下、疾病、環境の変化などにより起こりやすい傾向
・40歳代から兆候が見られる場合がある

・若年時に起こり、以後症状が見られなくても服薬を継続している者が多い
・高齢となって初発で起こる可能性もある

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：健康状態】

【A-1】がん

【50歳代】
- 嘔吐症状が続き、協力医療機関にて診察を受ける。腸閉塞の所見があり、精密検査にて盲腸に腫瘍があることを発見する。普段より、便の状態などを観察して、変化がある際はその都度、記録に残す必要があると考えられる。

【60歳～】
- 毎食の観察にて食欲低下を確認。本人の嗜好等の把握もしており、通常残すことのない食品を残していることから通院。腸管に悪性腫瘍が発見され摘出手術となる。

【A-2】高血圧

【40歳代】
- 30歳代に高血圧症と診断を受け、現在も服薬を行っている。運動不足と加齢に伴う要因と思われ、体調に合わせて運動量の調節を行う必要性がある。

【50歳代】
- 生活習慣病検診の際に数値の高さが見られている。一日3回のバイタル測定を行い、状態の確認をしている。本人からの不調などの訴えは聞かれないため、状態把握が必要である。

【60歳～】
- 定期的に行っている血圧測定によって気づくことができた。定期病院受診の際に医師から内服薬の見直しが行われ変更となった。継続して血圧測定の実施を行うこととなる。
- 異常値が出た場合の早期対応のため、毎日定時に血圧測定を行っている。また、入浴前にも血圧測定を行い、高めであればシャワー浴や清拭に変更する等、できるだけ身体に負担を掛けない形での清潔の保持に努めている。

【A-3】糖尿病

【40歳代】
- かかりつけ医にて糖尿病が発見される。30年以上投薬による治療が続けられている。糖質を控えるよう食事面での調整や薬の影響で多飲傾向になることも考慮しながら、水分量のコントロールを行っている。

【50歳代】
- 元々やや肥満傾向にあったことから、生活習慣病へのリスクが高かったと思われる。生産活動から離れ運動量が低下してきている時期でもあったため、活動で運動をする機会が多く必要だったと思われる。
- 年2回の健康診断にてHbA1cの数値が基準近くとなった時点で食事、おやつの摂取カロリーを下げる。嗜好品のコーヒーを無糖にすることや、無理のない範囲で歩行などの運動を取り入れた。

【60歳～】
- 入所利用開始当初から糖尿病を患っており、食事、栄養、健康面等の支援が必要であった。食事の面ではとにかく沢山食べたいという欲求が強く、健康の状態を説明したり、他者の食事量が見えないように配慮しながら支援を行っているが、なかなか受け入れる事が難しい状況のため、その都度説明している。

【A-4】高脂血症

【40歳代】
- 30歳代後半に高脂血症の薬を飲み始めている。40歳前後で体重が増加してきており、体力の維持に努めているが、それでも運動量が減少している。また加齢に伴う代謝の変化も合わさり、体重が増加したものと思われる。体重は標準的な体重の範囲内（BMI25以下）を少し超えた程度で推移していたため、様子観察を続けていた。体重の動向を確認し、運動量の調節を行うことが必要である。
- 定期健診や定期的に内科受診をして、健康観察を行う。内服薬を服用し、コレステロール値の安定を図る。朝会後や日中に歩行を行い、健康に気をつける。

【60歳～】
- 60歳を超えてから、活動量が減少してきたためか、徐々にコレステロール値が上昇し、服薬を始めている。もう少し早い段階から食事内容と運動量のバランスの検討があれば良かった。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：健康状態】

【A-5】脳卒中

【40歳代】
- 長年高血圧症を患っており、脳内の血管が脆くなって破れたことが考えられる。運動量も減少しており、それが体重の増加を招き、高脂血症、高血圧症の発症につながり、結果として脳出血に至っている。今後も運動量の調節が必要である。また、脳出血の影響で嚥下機能低下が起きている。誤嚥性肺炎までは至っておらず、現在はリハビリを行ったことで、職員の見守りで食事を行うことができている。

【50歳代】
- 日ごろから高血圧のため、毎日血圧測定を行っていた。症状の見られた日も午前中からいつもよりは元気のない感じであったが、顕著な変化は感じられず歩行もできていた。昼食時に食事摂取が少ないために受診をし、脳梗塞が発見された。日頃から鼻血が出やすいことや、視力がほとんどなく聴覚が過敏であり、怒りやすいことを障害特性だけではなく病気と関連づけて支援をする必要があったと考えられる。

【A-6】心臓病

【50歳代】
- ダウン症のため、認知機能、ADLの低下が見られてきている。致死性心不全になることもなり、治療をしている。そのため、見守りの強化、転倒防止等を行っている。

【60歳～】
- 旅行に行き、急遽体調不良を訴えて病院受診する。その際に心不全と診断される。以降常時見守りが必要となり、1日5回の定時血圧測定（1日の中に変動が激しいため）と血圧が低い時には静養する環境を整える等、心臓に負担のかからない生活を配慮した。居室も介護ベッドやセンサーマット、ポータブルトイレ等の環境を整える。また不調時には心電図計も購入し、ケアに努めている。

【A-7】嚥下機能・誤嚥性肺炎

【40歳代】
- 40歳代後半の時に誤嚥性肺炎の診断を受けて2回入院している。肺炎になる以前から姿勢保持が難しい様子が見られるようになっていたため、その時点で食事支援の方法やポジショニング等について支援を検討し、変更していれば未然に防ぐことができた可能性がある。

【50歳代】
- 50歳代前半でADLの低下とともに、食事動作も不十分になる。機能低下に合わせた早期の食事形態の変更が必要であった。
- 骨折をする前から嚥下機能の低下は見られていたが、骨折をしてから著しく嚥下機能が低下し、とろみをつけたり、栄養補助食品などを使いながら対応している。

【60歳～】
- 60歳代後半には誤嚥性肺炎のため入院となる。その後入退院を度々繰り返す。食事を徐々に軟食、ミキサー食に変更。正しい姿勢で食べられるように全介助となる。1日4回のバイタルチェックで健康状態把握に努める。

【A-8】骨折

【50歳代】
- 明け方、杖で歩行中に洗面所前で転倒し左鎖骨を骨折している。原因としては、白内障と難病（重症筋無力症）による右目の視力低下により、足元がよく見えていなかったこと。洗面所の電気を点けずに洗面をしようとしたこと。片手に杖、もう片手に洗面器を持っていることで、洗面所の電気を点けなかったこと。起床時間が早いことや、居室から出て洗面所までの歩行中のリスクについて、早期に気づくべきであった。

【60歳～】
- 痛みの訴えなどは特になかったが、姿勢が徐々に前かがみになっており、整形外科を受診する。結果、腰椎圧迫骨折の診断を受ける。集団での生活を苦手としており、居室で引きこもるように過ごしていたため、1日を通して体を動かすことがほとんどなく、ベッドへ座り過ごしていた。活動や他者との交わりを強く拒否するため、職員も過剰に声かけはせずに見守りをつづけたことも要因の1つと考えられる。
- 60歳代後半に転倒により左大腿骨転子部の骨折。現在、歩行時には歩行器を使用している。車椅子に乗車しての移動を頑なに拒むため、歩行時には支援員の付き添い及び見守りが必須である。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：健康状態】

【A-9】骨粗鬆症

【50歳代】
- 40歳代前半の骨量検査にて骨粗鬆症との診断があり、服薬に至る。骨折が多く、家族からの希望もあり、移動時には付き添い支援をし、転倒や怪我の防止に努めている。
- 加齢と共に食が細くなり、捻挫が何度かあったため、骨密度の検査をしてみたところ、かなり低下していることがわかった。通院し、サプリメントを服用するなど様子をみている。

【60歳～】
- 70歳の頃に施設内で他者とぶつかって転倒し、足腰の痛みがあり療養していた。骨折はなかったが「歩行できない」とのことで車椅子利用が続いていた。「また転ぶかもしれない」という本人の不安感を拭う支援が十分ではなかったのかもしれない。時間をかけて本人の気持ちに寄り添うことが必要だった。

【A-10】鼠経ヘルニア・腰痛

【40歳代】
- 腰が徐々に曲がりはじめ、下を向いて過ごすことが増えてきている。顔を上げるようにしたり、移動時に歩行器を使用したりしている。現在、機能訓練の時間も設けてはいるが、腰が曲がり始めた段階で専門的な支援を検討し取り組んでいればよかったと思われる。

【60歳～】
- 腰部ヘルニアの診断があり、歩行能力の低下・立位保持・座位保持が短時間になっている。

【A-11】白内障

【40歳代】
- 以前から、自分の手で目付近を平手打ちする自傷行為があり、その行為が継続され積み重なり、白内障に至った。自傷行為に至るには様々な要因があると考えられ、本人は有意言語を持たないため、自傷行為により訴えていたと考えられる。本人が何を訴えたかったのか早期に気づくことができていれば、自傷行為も減少し、症状の軽減につながったものと思われる。

【50歳代】
- 数年前から白内障にて次第に目が見えなくなってきている。最初は、見えづらいのか他利用者の居室に入り込んだり、トイレの場所が分からず泣き叫んだりするなどで、行動範囲が徐々に縮小していた。現在では、ほとんど見えず、園内施設では、食堂、トイレすべての場所移動は手引き歩行を行っている。
- 本人からの訴えは全くなかった。定期的な眼科受診の際に診断を受ける。一日3回の点眼薬の使用と、定期受診で状態を確認している。

【60歳～】
- 生来の近視のため眼鏡を使用し、加齢とともに視力低下し、近年は白内障が進行してきている。体力があるうちに手術も視野に入れて、本人との相談が必要である。

【A-12】難聴

【60歳～】
- 園での日常生活面では、本人より、不都合を感じることはなかった。外泊時に家族より、聞こえの状態が悪いようだと報告受ける。耳鼻科で検査受け、補聴器の必要性はなく経過を見ている。聞こえが悪いため他者とのトラブルや本人の勘違いにならないよう話を傾聴している。
- 加齢にともない耳が聞こえにくくなり、声かけに対し反応がないことが増えた。変化があった時点で看護師や理学療法士に相談し補聴器の使用を検討する必要があったと考えられる。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：健康状態】

【A-13】認知症・認知機能低下

【40歳代】
- 顕著なADLの低下の要因を探るなかで、中重度アルツハイマー型認知症の診断を受け、短期入所サービスの利用を開始し施設入所にて支援を継続している。
- 40歳代中盤で認知症と診断される。幻覚・幻聴のような症状はあったが、ADLは比較的自立していた。51～52歳にかけてADLの退行現象が見られ、大幅な介助を要するようになる。

【50歳代】
- 50歳を過ぎた頃から、コミュニケーション時の反応の低下が目立つようになる。対象者はダウン症であり、早期の老化を想定した医療と連携したモニタリングを丁寧に行う必要を感じた。
- 衣類の着脱が以前は一部介助で行っていたが、全面介助が必要になってきた。また、食堂等の移動は見守りで歩いていたが、時々迷うなどの様子があり、誘導が欠かせなくなってきた。認知症的な状態になっているのではないかと考えられ、行動の都度誘導し常に見守りをしている。

【60歳～】
- もともと精神的に不安定な状況にあったが、60歳を過ぎたあたりから同じ確認が何度も続いたり、周囲への他害行為などが頻発し、絶えず見守りが必要な状態になっていた。60歳という比較的若年齢なところから認知症ではないかという気づきが遅れてしまった。日々の些細な変化に敏感に気づきを持つ必要性が感じられた。
- 水頭症による影響と脳委縮が認められ認知症状が顕著に見られる。急に過去に起きたことを今起こったかのように話をしたり、同じ話を何度も繰り返したり、昼や夜に食堂で会うと「おはよう」と挨拶をしたりする様子が見られる。また、急に怒り出したり、「ごはんを食べてなかった」と訴えてきたりなどの被害的な言動がここ数年で増加しており、話を聞く人を変えるなどの対応をしている。

【A-14】てんかん

【40歳代】
- 以前は発作の前兆のようなものを見抜けることができていたが、現在は発作の表出が変化してきたため、前兆がなくなってきている。小発作が多い方であるが、常に様子観察を行いリスク回避に努めている。
- 幼少期にてんかん発作が見られ、抗てんかん薬及び精神安定剤の服用を始めた。以降は症状見られない。服薬は現在も継続している。

【60歳～】
- てんかん発作の疑い（40秒の全身硬直、痙攣、口から泡を出す、意識レベルの一時低下）あり、精神科を受診する。確定診断のためには脳波の検査が必要だが、20分動かない状態は状況を見ると難しい（CTも看護師が頭部を固定して受けた）、発作があっても検査中の脳波に出ないこともある。まずは抗てんかん薬を内服し経過を見るよう説明された。今後の経過については、薬を内服しても発作を起こす可能性は否定できず、発作を起こせば薬を増やすという対応。

高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ 【ICF：心身機能・身体構造】

20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代

身体機能の低下

B-1 歩行
・加齢にともない歩行が難しくなる者多く、40～50歳代で歩行に変化が見られる可能性

B-2 姿勢保持
・筋力の低下や疾病による影響から変化が見られる

B-3 視力
・視力の変化は周囲が気づきにくく、悪化しやすい傾向がある
・白内障や緑内障に罹患する可能性

B-4 聴力
・日々の様子から変化を把握し本人に負担のない伝え方が必要

B-5 食事摂取・嚥下
・身体機能の低下や疾病、歯の状態の悪化などから生じる可能性

B-6 食事量
・意欲が低下し食事を拒否する可能性

B-7 失禁
・身体機能の低下や疾病などから生じる可能性
・40歳代から変化が見られる可能性

B-8 意欲
・意欲、主体性の低下が見られる
・要因として、骨折や脳梗塞などの身体的な影響や、家族や友人との別れなどの精神的な影響などが考えられる

行動の変化が、身体機能の低下からくるものか、認知症からくるものかは判断が難しい場合が多い。

認知症・認知機能の低下

B-9 記憶力
・50歳代から変化が見られる傾向がある

B-10 理解力
・認知症によるものか判断が難しい。 もともとのベースラインを把握しておくことが必要

B-11 大声・独語

B-12 暴言・自傷行為・他害行為
・身体機能の低下や疾病、環境の変化などから生じる可能性

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：心身機能・身体構造】

【B-1】歩行

【40歳代】
- 短期入所サービス利用時は不安定ながらも単独で歩行することができていたが、認知症の進行により単独での歩行が困難となり、50歳代前半より車椅子上で過ごす時間が長くなっている。
- 歩行が不安定な利用者に対しては安全確保のため車椅子を使用したりもするが、理学療法士にも相談を行う中で生活リハビリを実践する等して機能低下を防ぐ取り組みを行っている。

【50歳代】
- 50歳頃から歩行の不安定さが目立つようになる。約6ヵ月後には単独歩行困難となる。急激な機能低下に備え、移動に係る福祉用具の準備等の環境調整をする必要がある。

【60歳～】
- 認知症薬を開始後、転倒が増える。主治医に相談すると、薬の副作用とのことで一時休薬したり、認知症薬を変更したりするなど、経過観察とした。怪我予防のため、歩行時支援者の見守りを手厚くし、膝や臀部のサポーターや保護具を活用する。

【B-2】姿勢保持

【40歳代】
- 40歳代中盤から姿勢保持が難しくなる。その半年前から静養時間を設けるなどしていたため、筋力低下や倦怠感などが原因の一つと考えられる。少しずつ前傾姿勢などの症状が見られていたため、変化があった際に理学療法士の受療などで正しいポジショニングを確認したり、本人の状態に合った車椅子を検討する必要があったと考えられる。

【50歳代】
- 骨折をする前から、歩行の不安定さはあったが、骨折をしてからは、ますます歩行が不安定になった。姿勢の保持も難しくなり、車いすを使用することが多くなってきた。
- 普段から姿勢保持が困難であり、下を向いて歩くため頭頂部をぶつけることが多い。筋力低下を防ぐ取り組みが必要であった。足などの痛みを訴えることが増えていた。

【60歳～】
- 円背がすすみ、座位をはじめとした姿勢保持が困難となる。それまで床(畳)に座ることが多かったが、車椅子を本人の身体に合ったものに取り換え座位保持ができるよう支援を行った。

【B-3】視力

【50歳代】
- 目は見えていたが、50歳代になってからトイレから出られなくなったり、居室の扉にぶつかったりするなどの前兆はあった。徐々に視野が狭くなった感じがある。不安を感じていると思われる。
- 段差や地面で色が変わる場所で立ち止まり、一歩足を出すことができなくなった。食事の際、食器の位置が見えていない時があるため介助が必要である。

【60歳～】
- 転倒や壁にぶつかる等の状況が多くなってきた。また、目をこする痛みの訴えがあった。病院を受診し手術を検討するが、自傷行為による外傷性の可能性も考えられ、手術をしても再発の恐れがあり、施設生活に問題がないのであればリスクを犯すこともないと医師より話がある。家族はいないため、施設で手術を検討するが、現状を維持し、定期的な受診、点眼薬で様子を見ることとする。
- 視力の低下に伴い、眼鏡を導入している。今後加齢に伴い、度数の調整等は困難になっていくものと思われる。

【B-4】聴力

【40歳代】
- 両耳混合性難聴を患っており、聴こえの良い右耳だけ補聴器を使用している。加齢に伴い、聴力が低下してきている様に感じる場面がある。(職員の声が聴こえにくかったり、意思確認の際に反応がなかったりする。)聴力検査は十分に行えていないため、日常での意識と聴力検査をこまめに行っていく事が重要だと考えられる。

【60歳～】
- 通常の声が聞こえにくいのか、認知の問題か、判別は難しいが、声かけに対する反応がない時があることや「何を言っているのかわからない」という表情をされることがある。その場合は本人のそばに行き、目を合わせてゆっくりとわかりやすく話しかけるように配慮を行っている。
- 60歳を過ぎたあたりから職員の声かけへの反応が悪くなった。本人は知的障害があり聴力検査は難しく、おそらく加齢による聴力の低下が考えられる。職員が声をかける際は、傍により耳元で会話するようにし、目の前から声をかけるようにしている。
- ゆっくり大きな声で発音しゼスチャー、文字、絵等で示し分かりやすいように伝えている。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：心身機能・身体構造】

【B-5】食事摂取・嚥下

【40歳代】
- 40歳代前半に脳出血を発症してから、嚥下状態が良くない。激しくむせ込んで慢性の気管支炎になったり、職員が見守っている中、上手く咀嚼できず、喉つまりをすることがあった。現在はリハビリを行った結果、職員の見守りで食事を行うことができている。本人のペースに合わせつつ、しっかりと1口量を調節しながら食事状況を確認していく必要性がある。

【50歳代】
- 上歯欠損により、義歯の装着も難しいことから、歯茎で食物を摂取している。刻み食、粥食など食事提供方法を工夫しつつ、本人の意向もうかがう。
- 誤嚥性肺炎を発症し、その時から食事は刻み食とし、水分はとろみをつけて摂取している。

【60歳～】
- 元々かき込んで食べる癖があった。ここ最近若干の嚥下機能の衰えもあり、嚥下検査の結果を踏まえ、ソフト食を提供し始めていた。若年時に食べ方の支援がしっかりできていればと考える。
- 食事中にむせ込みや飲み込めない様子が増えたため嚥下検査を受ける。医師と理学療法士のアドバイスにより食事形態や体勢の変更を行なう。

【B-6】食事量

【40歳代】
- 食事そのものを拒否することが多くなってきたため、栄養補助食品なども併用している。

【50歳代】
- 時間をずらすなどして本人が食べられるときに摂取できるよう配慮した。それでも摂取できないときは補食を提供している。

【60歳～】
- 夕食時、途中で眠気が強くなり、残食が見られる。また、以前はおかわりをしていたが、おかわりの訴えが減ってきた。嚥下も悪く咽込む様子が多くなってきたため、粥食等と合わせて食事提供、介助を行っている。
- 「お腹がいっぱい」と言って残すことがあり、月1回体重測定を行い、経過観察中である。他職種と情報共有し様子を見ている。

【B-7】失禁

【40歳代】
- 排尿障害、前立腺肥大により、排尿がスムーズに出すことができず失禁してしまう。定期的に排尿を促す必要がある。

【50歳代】
- 以前は、トイレに自分で行き失禁しても自ら職員に伝えることができていた。1年程前より、全くそれができなくなり失禁も増えたため、排泄が完了するまで近くで見守りを行っている。
- ここ数年で失禁する頻度が急激に高くなってきている。加齢や気候も原因として考えられるが、認知症による可能性も考えられる。

【60歳～】
- 60歳以降よりトイレに行く回数が増え、間に合わずに失禁することが月に1.2回増えた。特に夜間は陰部を押さえながらトイレに行くことが増えた。本人の自尊心を傷つけないよう室内にポータブルトイレを設置する。
- トイレでの排尿、排泄が見られなくなり、本人の排尿、排泄間隔をデータ的にまとめ、定期的な時間にトイレへ誘導を行った。

【B-8】意欲

【40歳代】
- 自らの意思で何かをすることはほとんどなく、他利用者の追従行動、支援員の誘導による生活動作や移動となっている。
- 日中活動への作業出勤や食事等、様々な場面での意欲低下が見受けられる。拒否が見られた際は無理せず、時間を置いて声かけする等の対応を行う。

【50歳代】
- 作業が無くなったり精神的に崩れて不安定になり、精神科受診、精神科薬服用を行っている。今まで行っていたことを短時間でも取り組む必要があったと考えられる。
- 腰の痛みが出始めたころから、作業・活動に対しての意欲が低下。活動も拒否が見られるようになり、現在は腰が痛いという理由でウォーキングも行えない状況。本人は居室でのんびり過ごしたいと話されている。

【60歳～】
- コロナ禍の影響もあり、外出の機会が減っている。また意欲的に取り組める活動も元々少ない方であり、自発的な動きを確保できる機会自体が少なかった。考えられた支援としては、若年時に何か一つでも意欲的に取り組めるメニューを開拓しておくこと。
- 腰椎の骨折後、自室で過ごされることが多い。ドライブや飲食を伴う本人の好きな活動には参加されている。そのため、意欲的に参加できる活動に対しては参加を促すようにする。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：心身機能・身体構造】

【B-9】記憶力

【60歳～】
- 60歳代になってから、物の置き場所や予定を忘れることが徐々に増えてきた。忘れることを「失敗」と捉えていた。本人にもう少し寄り添うことができれば、支援者へ言い出しやすく、早期の対応ができたように感じる。ご本人の性格を把握して、表出できない部分を汲み取る支援者のスキルも必要。
- 食事を食べた後でも「ごはんを食べてなかった」と話してきたり、歯を磨いたかどうかがわからなくなったりと色々な場面で見られる。次に行うことを声かけをして伝えても、伝えたこととは違うことを行おうとするため、否定せず話題を変えて会話をしたり常に声かけして促しをしている。
- 知的障害があり、認知症と知的障害で判別が難しいところがあるが、70歳頃に外を見ながら手を振ったり、少し怒りっぽくなったり、記憶力が低下したことで認知症を疑った。高齢者脳機能治療室を受診するが、認知症かどうかはわからず結局経過観察となる。

【B-10】理解力

【50歳代】
- 50歳頃から、以前には見られなかった日常的な支援に対して拒否的な様子が目立ち始める。その頃から、認知機能や身体の機能に変化があったのかもしれない。
- もともと短い言葉の理解度はあったが話しているうちに支離滅裂になることもあった。言葉かけに対しての返答やその場に応じた返答ではない事象が頻回であるため、理解をされていない様子である。また、認知機能の進行や老人特有の難聴があるためかコミュニケーションが困難な状態である。

【60歳～】
- がん発症、手術、入院に伴う身体的、環境的変化などの影響から短期間で認知症が進行し、会話が成り立たない状態に変化した。一方的な支援にならないよう、介助支援を行う場合は本人が返答できる様な内容での会話を通じ理解を図りながら行った。

【B-11】大声・独語

【40歳代】
- もともと躁鬱傾向が強い方だった。数年前に母親が亡くなってから独語が増えている。
- 食事・排泄等、様々なことに対し拒否が強く見られるようになってきている。その際、大声を上げて拒否する様子も多々見られる。加齢とともに認知症を発症したことも可能性として考えられる。そのような場面では本人から少し離れて見守ることで落ち着いてもらい対応している。

【50歳代】
- 若い頃から他の利用者に対して少々干渉する傾向が見られたが、年齢を重ねるごとに、不満なことがあると大きな声を出すことが増えてきている。また、職員への依存度も高くなり、感情の起伏も大きくなってきている。

【60歳～】
- 認知症の様相が起こる前より独り言や暴力的発言は聞かれていたが、進行に伴い、大声での独り言、通りすがりの人に対しての奇声が多く見られるようになり、支援者による常時見守り等の支援で他の利用者とのトラブルを回避に努めた。

【B-12】暴言・自傷行為・他害行為

【50歳代】
- 以前から声出しやアームレストを叩く行為（感覚遊びの一つと思われる）が見られていたが、50歳を過ぎたあたりから、目を見開き大声を上げて顔を激しく叩く行為が見られるようになる。50歳頃に日中過ごす場所が居室からホールへ変わったため、環境が変化する際は本人の特性なども考慮し細やかな配慮が必要であったと考えられる。
- 聴力が低下しているためか、全体的に大きな声で怒鳴るように話している。また、声かけに対して過敏に反応して、乱暴な行動・口調になることがしばしばある。

【60歳～】
- 自分の手の甲をひっかく行為があり、絆創膏を貼ってほしいと要求されるが、すぐはがしてしまう行為を繰り返すことが多い。自分のお気に入りのおもちゃや自室のテレビを投げつけたり、リビングの大きなテレビを倒して壊す行為が見られる
- ふとした瞬間にフラッシュバックするような行動が見られる。他者とのトラブルにならないように見守りしている。環境を変えたり、主治医より、助言をもらい経過観察を行っている。

高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ【ICF：活動】

20代　30代　40代　50代　60代　70代　80代

ADL（日常生活動作）

・身体機能の低下によりADLに影響が生じる傾向がある。
・40歳代からこれまでできていたことが難しくなる事例が多い。

- C-1 移動
  - ・筋力や視力の低下、疾病の影響などから移動が難しくなる傾向
- C-2 入浴
  - ・車いすや特殊浴槽などの環境調整が必要になる可能性
- C-3 排泄行為
  - ・失禁の増加や認知機能の低下などの影響
- C-4 食事
  - ・嚥下機能低下や、食事の拒否などによって十分な摂取が難しくなる可能性
- C-5 衣服の着脱・着替え
  - ・身体機能の低下、認知機能の低下などの影響
- C-6 洗顔、歯磨き
  - ・身体機能の低下によって介助が必要
  - ・口腔ケアが十分に行えないことによって歯の状態が悪化する可能性

IADL（手段的日常生活動作）

・ADLの低下により影響が生じる傾向がある。
・50歳代から変化が見られる事例が多い。

- C-7 掃除、身の回りの整頓
  - ・自分でできていたことが難しくなる
- C-8 金銭管理
  - ・自分でできていたことが難しくなる
- C-9 会話、コミュニケーション
  - ・うまく会話ができなくなる。意思が伝わらないことでのイライラ
- C-10 服薬
  - ・機能低下により飲み残し、拒否などが起こる可能性
  - ・高齢にともない薬数が増えていく可能性あり➡本人の負担感
- C-11 公共交通機関の利用
  - ・歩行困難、車いす使用などにより活動の幅が制限されていく可能性
- C-12 活動に必要な道具の使用
  - ・使えていた道具がうまく使えなくなる

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：活動】

【C-1】移動

【40歳代】
- 40歳代後半より、歩行のペースも落ち、移動の際は職員が手引きの支援を行っている。角度のある階段やスロープでは職員が横で付き添っていても急にバランスを崩すことがあったため、基本的には使用せずに対応している。

【50歳代】
- 視力の低下によって段差等を怖がり、単独での移動が困難になってきており、車いすの利用も始まっている。それに伴い公共交通機関を利用した外出もできなくなっている。

【60歳～】
- 60歳を過ぎ、機能低下が進み自力での移動が困難になり、入浴や食事の移動も車いすが必要になる。骨折が続き、骨粗鬆症もあることから、けがなく安全に生活するために車椅子生活としている。

【C-2】入浴

【40歳代】
- 以前は浴槽に浸かることができていたが、40歳代後半に入退院を繰り返した後は、姿勢保持が困難などの理由から浴槽に浸かることが難しくなり、シャワーを当てて体を温めている。

【50歳代】
- 以前は入浴を楽しみにしていたが、歩行の低下にともない拒否するようになった。本人の拒否の要因の一つとして、歩行の困難さがあると考え、浴室まで車椅子で移動している。特殊浴槽の設備がないため、浴槽につかることが難しくなっている。

【60歳～】
- 立位保持や姿勢保持が困難なため、特殊浴槽での入浴となっている。浴室では滑る危険性も伴うため、安全に配慮した中で気持ち良く入浴できる環境を提供していく必要がある。

【C-3】排泄行為

【40歳代】
- 拭き取りが必要になったり、失禁の回数が増えてきた。トイレに行くのを促す声かけをしている。

【50歳代】
- トイレでの排泄が困難となり、尿意便意の伝達手段がなく、定期的にパット交換をすることで不快とならないよう対応している。

【60歳～】
- 60歳頃より認知機能の低下の兆候が見られてから、排泄リズムが著しく崩れてしまっている。本人の自尊心から排泄失敗があれば不安定につながり、それを避けるために排泄誘導が頻繁となったことでトイレへの拒否感が強くなってしまい、排泄の失敗が増えるといった悪循環が起こっている。オムツやパッドの使用は「自力で排泄できる」ことを尊重して避けていたものの、本人の自尊心を考えれば早期のパッドやトレパンなどの導入を図ったほうが良かったと考えられる。

【C-4】食事

【40歳代】
- 食事そのものを拒否することが多くなってきたため、栄養補助食品なども併用している。合わせて、嚥下の機能が落ちてきていることもあり主食を細かくして提供するよう工夫している。

【50歳代】
- 食事摂取時のむせが目立つようになる。ADLの全般的な低下に合わせた食事形態への配慮、介護技術の事前確認、福祉用具の早期導入準備の必要がある。

【60歳～】
- 60歳頃より嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎を起こすことが多くなった。食事形態を刻み食やとろみ食に変更し、食事環境も静かな環境で摂取してもらえるよう、別室での対応となる。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：活動】

【C-5】衣服の着脱、着替え

【40歳代】
- 以前は上着の更衣をほぼ自力で行っていたが、40歳代後半に誤嚥性肺炎で入院して以降、うまく手を動かすことができず介助を受けている。
- 廃用性症候群、筋力低下が原因として考えられるため、本人の好きな活動に参加するなど、無理なく身体を動かす支援が必要であると思われる。

【50歳代】
- 着替えを忘れることが増えた。着替える衣類をベッド上に準備をしてわかりやすくした。できない場合はその都度声かけを行った。

【60歳～】
- 正しく着衣できなくなったり、着替えの意欲が低下した。その都度声かけや、着替えの手伝いを行うようになった。

【C-6】洗顔、歯磨き

【40歳代】
- 元々十分に行えていなかったが、本人のQOLを今後もできるだけ維持するためには口腔衛生は欠かせない。
- 1日2回(朝・夕)行っている歯磨きを毎回拒否する様子が見られる。虫歯のリスクを考慮し、必要に応じて2名介助にて行っている。

【50歳代】
- 車椅子の前に立って、洗面・歯磨きを行っているが、介助なしではできない状態である。

【60歳～】
- 歯磨きの際に水でむせ込むことがあるため、汚れをかき出し口拭きシートで口腔内を洗浄している。

【C-7】掃除、身の回りの整頓

【50歳代】
- 以前はベッドメイクやモップかけを行っていたが、現在は骨折などの影響もあり、立位不安定なため困難となっている。
- 自分でできていたことができなくなる。怒りっぽく、拒否、要求が多くなった。施設内にいることが多くなり職員に対して依存するようになった。外での活動、中での活動、メリハリがあればよかったと思う。

【60歳～】
- 身辺の整理が食事や入浴の時間に間に合わなくなってきた。職員と一緒に片付けたり、ある程度の持ち物の管理を職員が行い、本人が一人でも片付けられるようにした。

【C-8】金銭の管理

【50歳代】
- 自己管理できないため、施設で預かっている。外出時に支払いを職員と一緒に実施している。

【60歳～】
- 以前より困難ではあったが、加齢に伴いきちんとした金銭管理が必要になってきている。

【C-9】会話、コミュニケーション

【50歳代】
- 会話でのコミュニケーションが可能だったが、現在は指さし・うなずきなどまれに反応があるものの、ほとんどの場合発語なく反応も薄い。本人が安心して過ごせるよう、表情などから気持ちをくみ取りつつ、わかりやすい言葉での声かけを意識して支援している。

【60歳～】
- 年々、呂律が回らなくなってきているのか、言葉が聞き取りにくくなっている。他者に思いが伝わらず、イライラする場面も見られる。
- 言語にて、ある程度の会話やコミュニケーションをとることができる。最近は活舌が悪くなり聞き取りにくいことが増えている。何度も聞き返すことは控え、ジェスチャー等を使い聞き取るようにしている。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：活動】

【C-10】服薬

【50歳代】
- 服薬の拒否が激しい時が増えてきた。服薬ゼリーやオブラートを利用するなどにより、服薬への苦手意識を減らせるようにしている。

【60歳～】
- 現在薬を食事に混ぜて服用しているため、食事拒否があった際の服薬が厳しくなってきている。無理に服用させず、時間を置くことで対応している。また、薬の口腔内への飲み残しを防止するために服薬時は職員2名での確認を徹底して行っている。薬の管理方法は変化なく職員が管理している。
- 視力の低下により飲み残し、落薬が増える。そのため職員が薬の袋を空け、飲みやすい状態にして本人に渡している。

【C-11】公共交通機関の利用

【50歳代】
- 視力低下によって段差等を怖がり、単独での移動が困難になってきており、車いすの利用も始まっている。それに伴い公共交通機関を利用した外出もできなくなっている。

【60歳～】
- 以前より困難ではあるが、特に体力や判断力の低下は時間が決まった交通機関の利用では支障が出ることもあるため支援が必要である。

【C-12】活動に必要な道具の使用

【50歳代】
- 日中活動としてパズル等に取り組んでいたが、徐々に視力低下が見られるようになり、活動を拒否するようになった。普段の活動の様子を記録し、本人のできる活動への変更、道具の見直し等行い活動を継続できるよう考える必要があったと考える。

【60歳～】
- 農作物を摘み取る作業活動を行っているが、その際に使用する剪定ばさみなど、必要な道具の確認や変更などは配慮している。

高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ【ICF:参加】

20代　30代　40代　50代　60代　70代　80代

施設や事業所での活動

D-1　日中活動への参加

・生活介護、デイサービスなど

・疲れやすい、参加し続けることが難しくなる
・体調を崩しやすくなる
・参加を拒否する

D-2　仕事への参加

・一般就労、就労継続支援など

・作業についていけない、集中力が続かない
・自力での通勤が難しくなる
・休息が必要、毎日通えなくなる

D-3　行事への参加

・季節のイベント、大人数での集まり、外出など

・疲れやすい、参加し続けることが難しくなる
・参加を拒否する

D-4　趣味活動への参加

・これまで好んでいた活動に消極的になる

D-5　地域の活動への参加

・参加を拒否する、ひきこもりがちになる
・地域への社会参加の機会が減っていく可能性

D-6　他者との関わり

・車いすとなり外出や移動が面倒で閉じこもりがちになる
・耳が聞こえにくくなってまわりの会話が理解できなくなり、ふさぎがちになる
・気持ちが落ち着かず他者とうまくかかわることが難しくなる

身体機能の低下、認知機能の低下、疾病などをきっかけに、これまで参加できていた活動に消極的、拒否的になる場合がある。

他者との関わり、地域との関わりなど、社会参加の機会が減っていく可能性がある。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：参加】

【D-1】 日中活動への参加	【50歳代】 【60歳～】	・機能や意欲の低下から、以前に行っていた作業や余暇活動への参加が困難となる。身体機能の低下を見込んで、可能な限り活動制限されないように事前の環境調整等の検討が必要であった。 ・歳を重ねるごとに動くことが面倒になっている。活動に対しても拒否が多く見られるようになっており、居室で過ごすことが増えている。 ・一日を通して活動に参加していた際にイライラする状態が多く見られていた。日中活動への参加時間を午前中のみに変更し休息の時間を設けると、イライラなどの頻度が減少している。 ・作業を行っていたが、加齢に伴う転倒や失禁等考慮し、日中活動は作業を行わず絵などを描くグループに所属して活動を行っている。
【D-2】 行事への参加	【50歳代】 【60歳～】	・参加意欲も少なくなり、声かけに対して拒否することや、居眠りの様子も多くなっており、その日の体調をみて無理せず参加している。 ・活動への参加が減り、最低限の行事などの参加へ何とかつながりを持つが、それでも人が集まる場所への拒否や孤立感が強く見られる。周囲との距離も一層できてしまう。行事への声かけなどももう少しパターンを変えるなど試みてもよかったのではないか。 ・身体を動かす内容の行事には参加しないことが多いが、本人の意思決定を尊重している。また、行事の内容について、本人がストレスを感じない内容に変更や調整して参加してもらうこともある。
【D-3】 仕事への参加	【40歳代】 【60歳～】	・40歳頃までは農作業の仕事を行っていたが、40歳代後半からは携わる作業内容が変更となり、戸惑う様子もあった。また、仕事での運動量が減少し、体重が増加した。要因としては、難聴を患っており、作業の説明が聞こえにくかったことが考えられる。そのためわかりやすい様に作業の手順が分かる写真があると良かったのではないかと考えられる。 ・65歳以前は、利用者の洗濯物たたみやさをり織り作業も丁寧に積極的に行っていた。認知症状が進むとともに、活力がなくなり、作業能力も低下し、作業中に居眠りも多くなった。また、施設内から出て行こうとする徘徊行動も見られるようになった。
【D-4】 趣味活動への参加	【50歳代】 【60歳～】	・好んで行っていた活動への参加が減り、自分の部屋でテレビを観て過ごすことが多くなってきた。応援している歌手のDVDを共用の活動の場でみんなで鑑賞するなどしている。 ・認知機能の低下に伴い、それまで好きだったキャラクターなどに全然反応しなくなった。 ・編み物等を趣味として行っているが、長い時間できなくなってきている。また、塗り絵等といった簡単なことを趣味として行うようになった。
【D-5】 地域の活動への参加	【60歳～】	・数年前までは地域の行事への参加を促していたが、転倒リスクや認知機能の低下からコミュニケーションが困難な状態多く見られ、地域の行事への参加が減少する。 ・地域の市民交流会やイベント等に参加し地域交流を行っていたが、歩行状態の悪化や聴力低下に伴い参加しなくなった。下肢筋力低下予防のため定期的なリハビリ実施や、聴力低下のため補聴器を使用することで参加継続を図ったり、車いすでも参加できるような活動の模索も必要であった。
【D-6】 他者との関わり	【50歳代】 【60歳～】	・支援員への拒否や他利用者の声かげに対して大声で怒る等、敏感になってきている様子がうかがえる。居室で過ごす時間が増えてきていることもあり、徐々に他者と関わることが苦手になってきている様子が見受けられる。 ・聴力低下が見られた頃より、会話でのやりとりに積極性が見られなくなる。あいさつは好きなので、それをきっかけに会話をし、つながりを保つように行動しているようである。 ・車いすでの生活になってから、自身で訴えることのできない方であるため、自分から関わって行くことが難しくなった。若年時に絵カード等のコミュニケーションスキルを上げる支援ができていればよかった。 ・認知症状の進行からか、他者への過度な指摘、注意など、自分の思い通りにならないと怒鳴ることが頻回に見られる。医療との連携を図り、観察を行っていく必要がある。

高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ【ICF：環境因子】

20代　30代　40代　50代　60代　70代　80代

居住場所

- E-1 在宅
- E-2 グループホーム
- E-3 入所施設
- E-4 高齢者施設
- E-13 介護保険サービスの利用
- E-5 日中活動の場所

知的・発達障害者の住まい
・高齢となって変わる場合が多い
・家族依存の現状がある
・本人の意思と関係なく変わる場合がある

・家族が高齢となり支えることが困難になる可能性

・グループホームから入所施設に移行した者の平均年齢　51.5歳

・介護保険サービス利用による（原則65歳から）

・通所（就労継続支援や生活介護など）が困難になり場所や回数を変更
・屋外の活動が難しくなり、屋内でのゆったりした活動へシフト

対人関係

- E-6 家族との関係
- E-7 友人との関係
- E-8 支援者との関係

・父、母、きょうだい、親戚などの死去による喪失感、生活への影響が出る可能性
・本人の身元引受人をどうするか→成年後見、意思決定など

・友人の転居、死去などによる喪失感、生活への影響が出る可能性

・信頼関係のある支援者との別れ（退職や異動など）

福祉器具等

- E-9 車いすの使用
- E-10 介護ベッドの使用
- E-11 紙おむつの使用

・歩行が困難となり使用。段差の解消など環境調整が必要

・転倒防止、移乗のしやすさなどにより使用

・失禁の増加、衛生保持のため使用

- E-12 成年後見制度の利用

・父、母、きょうだいなど身寄りが不在になることでの利用
・本人の意思決定を支える➡日常の生活（金銭管理など）、生命にかかわる重大な決定（手術、ターミナルケアなど）

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：環境因子】

【E-1～E-4】居住場所の変化

【50歳代】
- 10代から40年間他施設に入所していたが、自宅に近い施設へ入所した。
- 入所に至る背景はあるが、そもそも集団生活が苦手であったことを念頭にカンファレンスなどを開催できていたら生活自体が変わっていた可能性がある。

【60歳～】
- 2人部屋で生活していたが、互いの干渉が強く、トラブルが増えてきたため、1年前から1人部屋で生活をしている。トラブルも減少し、穏やかに生活している。
- 入所施設からグループホームへ移行した方であるが、地域での生活が難しくなり、65歳の頃に元々いた入所施設に戻ってきた。
- 自然豊かな山の中に施設があったが、危険災害地区に特定されたため、15年程前に比較的開かれた場所に移設した。そのため、車が多くなり自由に散歩できなくなった。

【E-5】日中活動の場所の変化

【50歳代】
- 以前は戸外での活動（主に歩行運動）にも連日参加することができていたが、40歳代後半歩行のペースが落ちだした頃から、戸外へ出ることへの拒否が強くなる。現在は、棟内で音楽を聴くなどしてゆったりとした時間を過ごしている。

【60歳～】
- 以前より冬期間は安全のため屋外での活動を提供していた。ADLの低下、骨折などがあり、外活動へ出るのが難しくなり、安全のため屋内での活動へシフトしている。

【E-6】家族との関係

【50歳代】
- 母が老人ホームに入居していた頃は、お盆と正月にはホームへ帰省していたが、母が死亡し帰省先もなくなってしまう。親戚が身元引受人となり、お盆と正月は外出などに連れていってもらっているが、急激な環境の変化が本人のストレスとなっていたかも知れない。

【60歳～】
- 保護者である兄が3年前に引っ越したことで、帰省先がなくなり気持ちの張りが緩んでしまったようにも感じる。近くにいる間にもっと交流を持つ機会を持てるような支援ができると良かった。
- 親族が弟のみとなり、弟も70歳を超えて高齢であるため、面会回数は減少した。館内の行事の充実や外出で楽しみとなるものを企画する。
- 母の死後、近親者との関係が途切れていたが、数年来連絡が取れなかった親戚を介して従兄と繋がり、身元引受人に就いてもらうことができた。

【E-7】友人との関係

【50歳代】
- 仲の良かった利用者の状況が大きく変わり、以前のように関わることがなくなった時から、意欲の低下が見られた。

【60歳～】
- 以前は、利用者に関わることはほとんど見られなかったが、グループホーム入居後より、利用者に対して指さしや声かけ、挨拶や握手を求めるなど、関わることが増えた。
- 同年代の仲の良かった多くの利用者が死去したこと、若い世代の利用者が増えたことで、話し相手が少なくなった。
- グループホームから入所支援への異動によって、グループホームでの友人や職員と関係がなくなった。施設入所後も、継続してグループホームでの馴染みの利用者や職員と、関わる機会を設けることができれば、精神面の安定を保つことができたと考えられる。

【E-8】支援者との関係

【60歳～】
- 信頼を寄せていた支援員が退職することになった。またそれ以外の支援員の退職もあり本人のパーソナリティをよく知るものがほとんどいなくなった。人の入れ替わりは常に行われるもので致し方ないが、新たな支援員で丁寧に関係作りを行っていかねばならない。
- グループホームから入所施設へ移ったことによって、グループホームでの友人や職員と関係がなくなった。入所施設では仲の良い利用者はいない。施設入所後も、継続してグループホームでの馴染みの利用者や職員と、関わる機会を設けることができれば、精神面の安定を保つことができたと考えられる。

早期の気づき、対応のために考えられた支援【ICF：環境因子】

【E-9】車いすの使用

【50歳代】
- 1年程前から、自ら移動することに強い拒否反応を見せるようになり、車椅子を使用する場面が増加している。歩行の低下が原因と考えられる。

【60歳～】
- 歩行が不安定で転倒のリスクが高いときには車いすを使用している。できる限り、職員が付き添いして自力歩行ができるよう支援している。
- 車いすの使用は、通院時の移動など限定的である。しかし、車いすに乗車することには今でもストレスを感じているため、長距離の移動以外は歩行器を使用している。加齢により、歩行器を持つ握力の低下も懸念される。
- 下肢筋力も低下し、歩行器から車いすへ。そのうち車いす上での姿勢保持も困難となり、リクライニング機能付の車椅子に変更。
- 骨折後、押し車から車いすに変更し、居室も職員の目の届く所に変更し、介護ベットを使用している。1日中車椅子生活なのでイライラや他害になることが多く、気分転換のため、仲の良い利用者の所へ行って過ごすことや支援が本人にとって苦痛にならないよう配慮している。

【E-10】介護ベッドの使用

【50歳代】
- 1年前あたりより寝返りや座位保持が困難となったことなどから、介護用ベッドを使用している。
- 車いすからベッドへの移乗の際、本人と支援員の身体的心理的負担を軽減するため、抱きかかえて移乗を行う支援を行わず、リフトを使用している。

【60歳～】
- 入所施設では介護ベッド使用となる。本人の筋力低下等を考慮して早期に介護ベッドを使用したことで転倒防止に効果があったと考えられる。
- 先天的な身体特性に加え、高齢により関節の拘縮が進み、ベッドからの立ち上がりが困難となる。そのため電動ベッドを使用し、移乗の際は高さを変える等の配慮を要する。
- 70歳頃から介護ベッドを使用。通常のベッドでも問題なかったが、先を見越して介護ベッドを選択している。

【E-11】紙おむつの使用

【50歳代】
- トイレでの排泄が困難となり、尿意便意の伝達手段が無く、定期的にパット交換をすることで不快とならないよう対応している。
- 以前は外出時のみ使用していたが、トイレでの排泄回数が減り、失禁が増えており、常時使用が必要である。

【60歳～】
- 尿失禁の頻度が増加し、汚れ物を自分で処理やタンスにしまうなど頻発したため、衛生保持のため常時紙おむつ使用とした。
- 2～3年前より、失禁を気にして夜間トイレに何度も起きてきてしまい熟睡できていないと思われ、紙おむつを使用し始めている。就床時のみ紙おむつを使用していたが、数ヶ月前より日中も紙おむつを履きたいとの要求が増え、1日中着用する日も多くなっている。尿、便を思うように出し切れていないと感じていることと関係していると思われる。

【E-12】成年後見制度の利用

【50歳代】
- 父親が他界し、母親も高齢になり、家族の要望もあり約10年前より成年後見制度を利用している。

【60歳～】
- 両親他界。兄弟は高齢のため交流もできないため、法人後見で金銭管理・身上監護を受けている。

【E-13】介護保険サービスの利用

【60歳～】
- 障害福祉サービスの生活介護を利用していたが、障害特性がある上に認知症や身体機能の低下があるため、介護保険サービスの通所介護を体験利用し、その後通所利用開始となった。
- 誤嚥性肺炎で入院したことをきっかけに介護認定を受け介護ベッドを使用した。

今後の展望

「高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ」は、厚生労働科学研究（障害者政策総合研究事業）「障害者の高齢化による状態像の変化に係るアセスメントと支援方法に関するマニュアルの作成のための研究」（令和2～3年度）により実施したものであり、令和3年3月末日で研究期間を終了しました。

しかし、障害者の高齢化は今後さらに進行することが予測され、高齢期を迎える障害者の支援は重要な課題となっています。本研究で多くの支援者、事業所の協力を得て作成したライフマップですが、まだ根拠となるデータは不十分であり、さらなる調査研究と内容の更新が必要であると感じています。

そのため、本書は令和3（2021）年度版としており、今後も作成のための作業と研究を継続していきたいと考えています。

これからも、全国の障害者と支援者、家族の皆さまからのご協力とご助言をいただきながら取り組んでいきたいと思います。情報提供やお問い合わせなどありましたら、国立のぞみの園（下記）までご連絡ください。

何卒よろしくお願いいたします。

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
総務企画局研究部

参考文献

1)岡田裕樹,日詰正文:高齢知的障害者の加齢変化や疾病、支援事例等に関する先行研究調査,国立のぞみの園研究紀要第14号:12-17　(2021)

2)上田敏:ICFの理解と活用. きょうされん(2012)

3)佐藤秀紀:国際生活機能分類(ICF)とこれからのリハビリテーション. 日本保健福祉学会誌, 19(2):13-21(2013)

4)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. 国立のぞみの園研究紀要第6号:14-24(2012)

5)木下大生, 小澤温:認知症の特性を有する知的障害者のケアの動向と課題に関する研究―海外と日本の文献レビュー―. 発達障害研究,39(1):134－145(2017)

6)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―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. 国立のぞみの園研究紀要第7号:34-44(2013)

7)祐川暢生:高齢知的障害者支援の責任と支援のポイント―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―. 発達障害研究,36(2):148-158(2014)

8)増田理恵, 田高悦子, 渡部節子, 大重賢治:地域で生活する成人知的障害者の肥満の実態とその要因. 日本公衛誌, 59(8):557-565(2014)

9)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:2-4(2003)

10)植田章: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. 福祉教育開発センター紀要 第13号:41-55(2016)

11)浅井 将, 川久保昂, 森亮太郎, 岩田修永:ダウン症患者における早期アルツハイマー病発症メカニズムの解明. 薬学雑誌Vol.137 No.7:801-805(2017)

12)植田章:高齢知的障害者の地域生活支援―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―. 佛教大学総合研究所紀要別冊　脱施設化政策における知的障害者のグループホームの機能とその専門的支援の研究:(2013)