

知的障害者の高齢化に伴う生活と実践

—施設における重度知的障害者の事例を通して—

Change of living situations and welfare practices due to aging of residents with intellectual disabled persons:

Analyses of the living situations of serious intellectual disabled persons in welfare facilities

井川 淳史

Atsushi Ikawa

目次

- I. はじめに
- II. 用語の定義
- III. 先行研究の概観 一知的障害者の高齢化の実態一
- IV. 研究の視点および方法
- V. 調査対象
- VI. 結果および考察
- VII. おわりに

I. はじめに

現代社会は、高齢者人口の割合が増加の一途をたどっており（2011年現在、65歳以上の人口高齢化率は23.3%）、まさに超高齢社会である。この状況は知的障害者にとっても例外ではなく、かつて、知的障害者（特に重度者）の寿命は短命であり、ほとんどの者は40歳前後で死を迎えるといわれてきた。しかし、近年の医療や、保健衛生の向上、教育の普及、そして生活の社会的条件の変化に伴い平均寿命も著しく延び、現在では60歳代以上の知的障害者も決して少なくない。たとえば、知的障害者入所更生施設で生活する利用者の60歳以上の比率が、1998年には4.2%であったのが2008年には11.6%となっている¹⁾。通所施設や授産施設においても、40歳以上の比率は増加しており、全国の知的障害者施設を対象とした実態調査では、約半数以上の施設が「現場では利用者の老化が課題となっている」と答えている。

一方、現在の障害者福祉制度において主要な障害者自立支援法は、「自立と完全参加」を理念として「脱施設」と「地域移行」へ政策転換し、経済的自立と就労について強調している。しかし、結果的に重度の知的障害者をはじめ「高齢化」への配慮は乏しい。それ

には知的障害者の高齢化に対応した生活支援のあり方は、これまで政策的にあまり深刻な問題として取り上げられてこなかった背景がある。さらに、高齢化に伴い生活が困難になっている当事者に対する援助は、施設現場等に一任されているとみられる。つまり、高齢化に伴う知的障害者の生活において政策的にも対応が迫られる対処すべき問題や、本人をとりまく現場では具体的な対応が急務となっている。こうしたなか、地域や施設で暮らす高齢化に伴う知的障害者の生活支援のあり方が重要な検討課題であると捉える。

そこで、本研究は施設における重度知的障害者の高齢化に伴う生活実態と必要な福祉実践を明らかにし、知的障害者福祉において基本的特質の転換が必然的である点を明確にすることを目的としている。

II. 用語の定義

本研究で用いる①「知的障害」、②「知的障害者の高齢化」、③「福祉実践」の用語について、以下に定める。

①「知的障害」

「発達遅滞」の者を対象としており、健常の高齢者が認知症を罹患する者、高次機能障害者は含まない²⁾。また、N市判定のAレベル（中重度）であり、身体的には一部要介護以上の重度（生活上、何らかの介護が必要）の者を示す。なお、「知的障害者」について、本論文では言葉の反復等を避けるため、「利用者」や「当事者」を同義語として用いている。

②「知的障害者の高齢化」

「高齢化」とする対象年齢について、従来の研究ではダウン症において40歳代に入ると老人性の特徴を顕著に示し、身体・精神的影響が表出しやすい年齢とある⁸⁾。他方で、40歳以上という暦年齢だけでなく、親の高齢化などの関係や施設側の対応のあり方とも関係している等の指摘もある⁵⁾。本研究では、個人差が大きいことや形式的に年齢を定めることは難しいため、実情に即して「高齢化」としている。

③「福祉実践」

「福祉実践」の概念は、福祉現場における単なる業務の遂行や援助活動を指すのではなく、援助過程における対象者の要求に対して理論的意味をもつはたらきかけとして用いている³⁾。

III. 先行研究の概観 —知的障害者の高齢化の実態—

知的障害者の高齢化について、年齢階級別構成とその年次推移として以下に示している（表1参照）。

厚生労働省の全国年齢階級別統計¹³⁾における知的障害者総数のうち60歳以上の割合は、1990（平成2）年度に4.1%であったものが、2005（平成17）年度では5.9%と増加が目立つ。その点から、60歳以上の高齢とする人口が増加の一途を辿っており、知的障害者の高齢化が確実に進んでいることが把握できる。

表1. 知的障害児・者（在宅）の年齢階級別構成とその年次推移

単位：千人、（ ）内は構成比：%

	総数	0～19歳	20～39歳	40～59歳	60歳以上	不詳
1990年度調査	283.8 (100.0)	116.2 (40.9)	90.2 (31.8)	50.2 (17.7)	11.6 (4.1)	15.7 (5.5)
1995年度調査	297.1 (100.0)	102.0 (34.3)	117.7 (39.6)	53.5 (18.0)	13.7 (4.6)	16.2 (5.5)
2000年度調査	329.2 (100.0)	109.2 (33.1)	130.5 (39.6)	60.2 (18.2)	14.8 (4.4)	14.4 (4.3)
2005年度調査	419.0 (100.0)	137.9 (32.9)	168.6 (40.2)	75.3 (17.9)	25.0 (5.9)	12.1 (2.8)

出所：厚生省大臣官房障害保健福祉部『知的障害児（者）基礎調査』各年度別調査結果を参考に作成

次に、知的障害者の高齢化に関する先行研究において明らかとされている主な3点を示す。

第1に、知的障害者の身体・精神的な老化の医学的視点である。ダウン症は40歳以上になると急激に老化現象に至る点である。たとえば、菅野敦（1997）は、早期より老化が現れるダウン症候群に焦点をあて、ダウン症とアルツハイマー病、老化に伴う神経・精神状況、老化と環境（施設利用者と地域在住者）について報告している⁶⁾。最近では、ダウン症候群を対象に、知的機能の特性に関して生涯発達の見点から分析し、加齢に伴う変化、及びその特性を明らかにしている。その結果、ダウン症候群は他の原因による知的障害や自閉症と比較して精神年齢（MA）の分散が小さいこと、また、30歳をピークに変化が生じ40歳代後半には有意に低くなることを明らかにしている⁷⁾。

第2に、知的障害者の高齢化に対する援助の視点である。当事者の健康管理、親が亡くなった場合や介護支援が増えた場合など、これらの処遇が急務とされつつも、重要視されない社会状況が継続している点である。たとえば、島田（1990）は、高齢者棟施設の意義について、日課、健康管理、作業の提供、楽しみの提供、食事等の実践の観点から総合的問題点を示している。特に、高齢知的障害者の心の管理である点を課題として、処遇で重要なのは健康管理と精神管理であり、心と体をどのようにコントロールして晩年期を快感情で過ごすことができるかとしている¹⁰⁾。

第3に、高齢化に伴う知的障害者本人の生活の視点である。施設現場の援助者が、当事者の高齢化によって、過去から継続の援助全般を転換するのではなく、何が本人にとって必要な実践であるかに課題意識をもっている点である。たとえば、植田（2009）は、知的障害者更生施設の利用者を対象とした、加齢に関する実態調査を20年前から継続している。結果、ダウン症は身体的、精神的にも健常者より加齢の進行速度が早く急激であるこ

とを指摘している。最近の報告では、実態調査から健康保持と日常的な生活アセスメントの重要性や、日常的な生活動作を支えることの意味を明らかにしている。特に、調査票を基にした、「健康状態」、「日常生活動作」、「行動、性格・対人関係」、「日中活動、余暇活動」、「周囲の環境の変化」について、高齢化に至る知的障害者の生活の特質を詳細に示している¹²⁾。

以上、知的障害者の高齢化に伴う生活に対してどのような実践が必要であるか、具体的に明らかとした研究はほとんどない。そうしたなか、本研究は、生活実態から必要とする福祉実践を明らかにするものである。

IV. 研究の視点および方法

本研究は、知的障害者福祉の質的転換を究明するため実態調査を行い、必要となる実践は何かについて3つの視点で検討している。

第1に、調査対象とした利用者の事例について、大泉（1989）の生活の3拠点（居住、課業、自主的活動）⁹⁾を参考とした利用者の視点である。

第2に、事例対象の利用者等を担当する援助者を対象とした意識調査（留め置き式アンケート）を実施し、援助者の観点からの分析である。

第3に、第1、2の比較から共通項や相違点を検討し、知的障害者の高齢化に伴う生活問題を把握し必要な実践の分析である。

V. 調査対象

比較的早期から知的障害者の高齢化に関する実践を展開するH施設で生活する利用者3名を対象としている。なお、倫理的配慮として、本研究を行うにあたり資料・文献の出版、著作者の権利を尊重し、調査対象の知的障害者本人や関係者等の個人情報、団体名の取り扱いについて十分に配慮した。また、質問紙並びに記録から得た情報は、研究目的以外に使用しない点について事前に口頭と文書による確認を行い、対象施設から承諾を得た。

1. 事例の概要

H施設において、高齢化に伴い急激な変化が生活に顕著に現れている知的障害者（利用者）3名を対象として抽出した。対象の利用者は次に示す通りである（表2参照）。

表 2. 事例概要：筆者作成

対象者	略 歴	知能・障害程度
A さん	性別：男性 年齢：1950 年生（58 歳） 入所：1980 年（29 年目） 学歴：不明 職歴：なし	ダウン症候群、認知症 四肢体幹不自由：両下肢廃絶状態（2009 年現在）。 てんかん（ヒステリー発作） 療育手帳 1 度（2003 年）、愛護手帳 1 種 1 度、身体 障害者手帳 なし
B さん	性別：男性 年齢：1930 年生まれ（79 歳） 入所：1980 年（29 年目） 学歴：普通小学校まで 職歴：なし	脳梗塞、高血圧、腎機能低下、脳軟化症 発作なし（過去の記録に「てんかん有り」とあり） 療育手帳 1 種 2 度（2003 年） 知的障害 2 度 発達年齢 4～6 歳 要介護度 5（退院直後）
C さん	性別：女性 年齢：1943 年生まれ（66 歳） 入所：1992 年（17 年目） 学歴：未就学 職歴：なし	ダウン症候群、聴覚（先天性聾啞） 愛護手帳：1 種 1 度 身体障害者手帳：1 種 2 級 障害基礎年金：1 級 精神年齢：4 歳 2 ヶ月、IQ：26 と判定されている。

2. 当事者の生活

当事者の高齢化に伴う生活を構造的に捉えるため、大泉（1989）の「生活の 3 つの拠点」の観点から、阿部（1995）のシート¹⁾を参考に作成し以下に示している（表 3、表 4、表 5 参照）。

表 3. 事例 A さん

		入 所 当 初	現 在
身 体 症 状	移動	入所以来、外への散歩、廊下や食堂まで一人で歩いていた。支えやつかまりなして、自力でできる。	全介助。2008 年 8 月より歩行、立位が不可能になり、車椅子（チルド式）の生活になった。2009 年 5 月中旬頃から身体が傾き、歩行困難となる。7 月は現場で落ち着かず、椅子に座ってられないことが増える。8 月下旬より、ほぼ車椅子での生活となっている。
	入浴	入浴はもともと好きではないが、介助は不要。洗いの一部介助がなければ入浴できない。	全介助。もともと入浴は好きではないため（特に顔や頭が濡れるのを嫌がる）。5 月頃（2009）よりさらに入浴拒否が強くなる。入浴中に排泄してしまうこともあり、複数の職員で介助に当たる。
	排泄	排尿動作の一部介助が必要。カテーテルを使用。排便介助必要。排便後のお尻拭きがきちんとできていないため一部介助。	全介助。トイレの便座で座位を保つことも難しく、常に付き添いが必要になる。5 年前から排泄障害がはじまりオムツを使用するようになった。排尿、排便の数も増えている。
	着脱	時間をかけて自分でできる。	全介助。
	食事	食動作は自力でできるが、その他の支援が	全介助。上手く食えることができず、食べこ

		必要。たとえば、食事を一度にたくさんかきこむことがあるなどの対応。	ぼしが多く器を投げてしまうようになり、2008年4月より介助者がつくようになった。2009年1月、極刻み食で誤嚥性肺炎になり、ペースト食に変更、原因不明の発熱から毎日、食事の水分以外に経口点滴にトロミ剤を入れて水分摂取している。
	整容	髪型等について意思表示はできないが、洗面等は自分でできる。	全介助。
	その他	睡眠は、夜間時、安眠している。	昼夜逆転がひどく、夜、全く眠れなくなり、眠剤を服薬、情緒も不安定のために認知症の薬（アリセプト）を服薬したがあまり効果がない。4月より睡眠薬を投与。夜間時は安定して睡眠がとれるようになった。電動ベッド、エアマットを使用。
精神症状	認知症状	特に認知症の症状はない。	時々、大きな声を出す。ただし、他のなかまに影響を与えるような大きな声ではない。
	特異行動	無断外出（自宅に帰る）がある。口に出せない悩みや不満を「物を壊す」、「たたく」、「投げる」などの行動で表す。特に、ダンス、テレビ、ラジカセ等を破壊し物を投げ、時々人をつきとばす。	身体に大きな動きはないが、平常（車椅子座位）時に、急に履いている靴を飛ばす。
	その他	援助者とかかわりも多かった。危害を加えられるとダメージを受けることがある。危害を加える利用者の認識はある。	援助者からの話しかけや、自ら「アチー」、「ウマッ」、「エー」と一言喋るが、口数が少ない。たとえば、食べ物の良し悪しの声かけには若干頷く。
社会的状況	他者とのコミュニケーション	散歩に出かけたり、援助者や他のなかまとも交流があった。話し言葉は2語以上、2文以上、単語程度使うことができ、意味も分かる。他の利用者から自分に危害が加わらない限り、誰とも仲良くなれる面はある。	ほとんどなし。日中は、車椅子に座ったまま、居眠りをしていることが多い。他のなかまとのコミュニケーションは皆無である。水分摂取で意識レベルがアップして「○○お」と自分の名前、「あにき」と言って、援助者とのコミュニケーションより笑顔が増えている。
	外出	隙を見てどこかへ行き、帰ることがある。夜間の無害（家に帰る）が増える。2006年までは、無断外出をすることがあった。施設近辺の決まった散歩コースがあった。	援助者の全介助がなければ、外出はできない状況である。施設内での移動も同様である。
	その他	兄に会いたい、もしくは自宅（長男宅）に帰宅願望がある。椅子に座ってボルトの仕事に参加。喫茶店、ドライブでも楽しみにしている。	以前の「兄に会いたい、自宅（長男宅）に帰宅願望がある」は、本人から確認はとれない。
課業	以前は、歩行はもちろん積極的に活動していたため、軽作業（ハンガー仕事、歯ブラシの仕事、袋入れ、箱入れ）など可能であった。ところが、昨年より急激な体調の悪化により、車椅子が欠かせない状況になった。また、車椅子上でも自力で扱って行くことは不可能である。2006年までは、椅子に座ってボルトの仕事にも参加していた。しかし、2年前より、少しずつ手を使った労働への参加が難しくなっていた。		

表 4. 事例 B さん

		入 所 当 初	現 在
身 体 症 状	移動	自分でできる。	起床から就寝までの日常生活全般において、全般的に介助、援助が必要である。車椅子で移動。病院では全く立てない状態であった。
	入浴	洗体、洗髪のみ介助。	介助が必要。足腰が強くないのでシャワーチェアの使用が望ましい状況である。
	排泄	自分でできるが、後で清拭する介助が必要。	介助が必要。大、小ともに様式トイレの活用。頻繁にトイレ誘導が必要である。病院では、オムツを利用。退院後、ベッドサイドのポータブルトイレに自分で移乗できるようになった。
	着脱	自分ではやくできる。しかし、前後の区別が苦手であったり、パンツをはかないでズボンをはいたり、季節による調整はできない。	一部介助が必要。
	食事	お箸で食べることができ、あまり汚さずに食べることができる。空腹時のサインとして「ごはんまだ？」がある。普通食であり、食欲は旺盛。あまり嘔まずに早く食べてしまう。	一部介助が必要。食事は普通食であるが、ご飯は、おにぎり（一口サイズ）にして、本人が食べやすい様にしてあり、ほとんど毎日完食。嚥下困難で入院し、胃婁になり老健に移ってから食事の練習を行い、口から摂食可能となり特養に移った。
	整容	洗顔はできるが、歯磨きは介助が必要である。	介助が必要。
	その他	起床、就寝は自立。ただし、布団は引きっぱなし。	介助が必要。
精 神 症 状	認知症状	認知症の症状としては、特になし。	認知症の症状としては、特になし。
	特異行動	特異行動は、特になし。	特異行動は、特になし。
	その他	タバコを拾って吸っていることがある。紙くずを拾って援助者に渡す。	特になし。
社 会 的 状 況	他者との交流	義母のことを「おばちゃん」「お母ちゃん」と言う。タバコのことを「ハッパ」と言い「ハッパちゃん」と言う。クツ買ってという意味で「チメきって」と言う。援助者の言うことが分かり、怒ったり、笑ったりもする。人とかかわりは拒否し攻撃的な時もある。騒ぐ人は余り好まない。	自分に危害を加える利用者に対しての認識はしっかりもっている。したがって、自分に危害を加えない限り、誰とでも、仲良くなれる一面はもっている。日中、食堂で座った状態で現在、言葉はほとんど発しない。
	外出	外への放浪癖があり、タクシー等を止めてしまう。外へ出て歩きまわる。無断外出が多い。ただし、1人でバス等の使用は不可能である。	自ら外へ行くことはないため、援助者が、できるだけ飲食店やドライブ、散歩など好きなとりにくみへの参加機会を増やしている。
	その他	石を投げるのが得意。好きなことは、食べること、タバコ、お花を摘むこと。	2008年から入退院を6回繰り返してきたが、「希望の家で今まで同じように生活を送りたい」という本人の意欲が何度も低下した筋力が復活した。
課 業	作業の場での集団のなかでは、ムードメーカー的存在であった。しかし、仕事はあまり好きな方ではなかった。		

表 5. 事例 C さん

		入所当初の状態	現在の状態
身体 症 状	移動	移動は自分でできる。	介助は不要であるが、急激に下肢の肥満と、膝の拘縮が重なり歩行困難が多少出てきている。膝の痛みがあるためゆっくり歩行する。
	入浴	身体全部を自分で洗える。しかし、足のケガから、入浴が遠ざかる。	部分的な介助が必要。
	排泄	自分でできる。失敗はしない。	自立はしているが、オムツを使用。トイレで手すり等につかまる力が弱く、オムツ交換の際に不安定のため、2人体制の介助を受けている。
	着脱	太り気味でやや介助が必要だが、着替えは自立。	部分的な介助が必要。
	食事	自分で食べることができ、食事の後片付けも自分で行う。ただし、食べ終わりは遅い。食べ物は肉が好き。魚はあまり好きではないが食べることができる。	右手が不自由で自分で食べることができない。他の利用者がいると周囲が気になり食事（朝夕）に集中できない。昼食時は、気が散らない環境だと少しずつ自分でスプーン（自助具）が使えるようになる。やや介助が必要、食欲は旺盛で完食。
	整容	歯磨きは自力で可能。義歯は本人が管理する。	全面的な介助が必要。
	その他	部屋の片付けや所持品の整理整頓、寝具の用意、後片付けを自分で行う。	部屋の片付けをしてないため不衛生になり易い。
精神 症 状	認知症状	認知症状としては、特になし。	脳血管性認知症状
	特異行動	盗癖がある。時間のズレなどもある。	目立つ特異行動はない。
	その他	特になし。	特になし。
社会的 状 況	他者との交流 コミュニケーション	自分の名前の読み書きができる。数字も10まで理解できる。日常の話題について会話ができる。集団行動がとれる。自らすすんで作業にとりかかる。	日中、口数はあまり多くはないが、広告などの紙を渡して笑顔。意思疎通も可能。
	外出	近所は、目的地に行き帰りが可能である。ただし、殆ど外出せず、室内で過ごすことが多い。	付き添いの介助が必要である。
	その他	余暇活動や作業に積極的に参加する。	現在も、援助者の誘導により、積極的に参加する。
課業	入所当初は、自らすすんで作業に参加し、興味がなくても作業自体は続いた。		

3. 援助者の観点

対象の利用者にかかわる援助者5名の「生活支援計画」記録、障害程度区分¹¹⁾を参考に質問項目（19問）を作成し、援助者に実施のアンケート結果を整理している（表6、表7、表8参照）。

表 6. 利用者 4 名の生活支援計画

A さんの生活支援計画	
長期目標：「ダウン症の特性から、今後、急激に老化が進行していくことが予想され、日々の様子の変化に注意し、健康と安全を第一に、本人が安心して落ち着いて過ごせるように生活面でも配慮していく」。	短期目標：「健康に暮らしたいに対し、老化による体調の変化を見落とさないこと」、「安心して穏やかに暮らしたいに対し、老化による退行や、「兄に会いたい」という要求の受容」。
B さんの生活支援計画	
長期目標：「現場集団の中に居ながらゆったりとした無理のない楽しい生活をする」。	短期目標：「健康的な生活を送るための身体機能の維持」、「目の見えないことへの配慮や支援」、「成年後見制度に関する取り組み」「飲食店、ドライブ、散歩など好きなとりくみへの参加機会を増やす」、「落ち着いた雰囲気の場の提供を前提に身近にいるなかまと、一緒に行動しながら帰属意識を高める援助をする」、「本人の負担にならず、楽しめる行事への参加」。
C さんの生活支援計画	
長期目標：「ケガ、病気の予防と残存機能の保持」。	短期目標：「今できることを維持し、援助内容として、見守りと介助のバランスを考慮し、体操、マッサージ、レクリエーション等で楽しみながら機能保持する。その際、転倒しにくい靴や衣類の選択を行う」、「利用者の意向として、安定した生活の模索」、「健康生活の機能保持」。

表 7. アンケート集計結果

回答者 5 名

1…よくある、2…時々ある、3…ほとんどない、4…全くない

問：現在、援助対象とする方の高齢化に伴い、気になっている行動等について、最も該当すると思う数字に○をご記入ください		1	2	3	4	未回答
問 1. 食事の介助量が増えている。	A さん	5				
	B さん	5				
	C さん	1	2			2
問 2. 着替えの介助量が増えている。	A さん	5				
	B さん	3	2			
	C さん	2	1			2
問 3. トイレの介助量が増えている。	A さん	5				
	B さん	3	2			
	C さん	2	1			2
問 4. 入浴の介助量が増えている。	A さん	5				
	B さん	5				
	C さん	3				2
問 5. 日中の移乗、移動介助量が増えている。	A さん	5				
	B さん	3	1			1
	C さん	2	1			2
問 6. 実際にはないものが見えたり、聞こえることがある。	A さん	1		1	1	2
	B さん			3	1	1
	C さん		1		2	2

問7. 泣いたり、笑ったりなど感情が不安定になることがある。	Aさん	3	1			1
	Bさん		3	1	1	
	Cさん	1	1	1		2
問8. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある。	Aさん	2	2			1
	Bさん			4	1	
	Cさん				3	2
問9. 暴行や暴言がある。	Aさん	1	2			2
	Bさん		1	3	1	
	Cさん		1	1	1	2
問10. しつこく同じ話をし、不快な音を立てることがある。	Aさん			2	2	1
	Bさん			1	4	
	Cさん		1	1	1	2
問11. 大声をだすことがある。	Aさん	4				1
	Bさん		5			
	Cさん	1	1	1		2
問12. 介護（身体的介助）に抵抗することがある。	Aさん	2	2			1
	Bさん	1	2	2		
	Cさん	2			1	2
問13. 目的もなく色々な場所（室内）へ行ってしまうことがある。	Aさん				3	2
	Bさん			3	2	
	Cさん				3	2
問14. 色々なものを集めたり、無断で持っていくことがある。	Aさん				4	1
	Bさん	1	2		2	
	Cさん		1		1	3
問15. 物や衣類を壊したり、破いたりすることがある。	Aさん			1	3	1
	Bさん	1		2	2	
	Cさん				3	2
問16. 不潔な行為（排泄物を弄ぶ）ことがある。	Aさん				4	1
	Bさん		1	1	3	
	Cさん				3	2
問17. 食べられない物を口に入れることがある。	Aさん			2	2	1
	Bさん		1	2	2	
	Cさん				3	2
問18. 特定の物や人に対する強いこだわりがある。	Aさん			2	2	1
	Bさん		2	1	2	
	Cさん			1	2	2

表 8. 問 19. 対象とする利用者的高齢化に対する援助について、日常感じていることや考えていること。

A さ ん		
援助者	勤務年数	内 容
S 氏	3年6ヶ月	すべて全介助でなる状況は、この6ヶ月間変わっていないが、イスに座ることができる日があったり、立位のとれる日もあったり、リハビリの知識が問われていると感じる。どんなに高齢になっても、他の利用者や援助者と一緒に生活が大切であると日々感じる。
K 氏	14年	ダウン症で認知症が進んで、物へのこだわりや時間のズレ、徘徊がなくなったが、すべて全介助。ダウン症の方は元気な時は、こだわりが見られ、得意なことでは活発、少し認知症が進むと介助の拒否や徘徊、もっと進むとそれらの行動が無くなっていくように感じる。そのため、ダウン症の方は認知症が進むと複数の介助が必要となり、身体介護も増えるため、知的障害の施設の対応は限界があるように思う。
B さ ん		
S 氏	3年6ヶ月	クレアチニンの数値が少しずつ悪化し、入退院の繰り返しになった。本人も調子が少しよくなると食事を少し口にするが、体全体はしんどい様子で、少しでも楽しみを実現していく段階になった。生活施設の役割は、次の施設や病院への移行を援助する以前に、いかに健康管理に気をつけて、今の生活をどう維持していくかを考えていくことである。しかし、生活の維持の困難時は、きちんと次の場所を探しておくことも役割である。
C さ ん		
S 氏	3年6ヶ月	身体の状態は落ち着いているが、肥満で膝の動きがあまり良くなく、移動などの介護が大変になっている。一昨年、大病を患ったが、奇跡的に復帰した。
K 氏	14年	ダウン症で認知症が進行し、物へのこだわりや時間のズレ、徘徊はなくなったが全介助。ダウン症の方は、元気な頃はこだわりが見られ、得意なことは活発、認知症が少し進行すると介助の拒否や徘徊、さらに進行すると行動が無くなっていくと感じる。そのため、複数の介助が必要となり身体介護も増加し、知的障害者施設での対応は限界があると思う。

VI. 結果および考察

以上、実態と援助がどのような意味をもつのか捉えることを目的として、事例における当事者の生活構造と、現場でかかわる援助者の観点（記録、質問紙調査の結果）から検討し、高齢化に伴う生活実態を提示する。

1. 当事者の観点

当事者の事例から、高齢化によって変容する居住の場（日常生活）は、当事者が可能であった生活が急激に不可能となり、支援する援助者とともに困惑状況が実態であった。それらについて、以下、身体・精神・社会的側面の3側面から考察している。

知的障害者の高齢化に伴う日常生活の変容は、従来から実践してきた身体的援助に不足の事態が起きている現状である。以前は必要としなかった、当事者の日常生活動作（移動、食事、入浴、排泄、着脱、整容等）に、一部介助、もしくは全面的介助を要する事態に直

面している。特に援助者らが問題意識をもつ点は、当事者の日常生活に対し食事の場面であった。当事者の食事に対して、本人が食事の満足感を満たす援助が実践できていないと意識する傾向にあり、困惑とともに援助が遂行されている実態である。

課業の場において、当事者の生活における「役割」としての生きがいを尊重し、作業が不可能になった場合でも、それまでの活動全てを休止するのではなく、本人が要求する作業、可能な範囲で行える作業の選択や工夫が必要であるといえる。高齢化に伴う知的障害者にとって、課業の場の意義は、参加すること、共有することであると考えられる。

自主的活動の場では、援助者らが従来から支援してきた余暇活動は、現状、当事者らに対応できなくなっている。顕著であるのは、当事者の身体的事由による余暇（外出）において、援助者の全介助がなければ、自主的な活動を起こせない事態である。つまり、過去に当事者らが参加の余暇が不可能になり、自主的参加としての余暇活動が困難となる傾向がある。したがって、援助者らはその現状を理解しつつ、当事者にとって必要な余暇実践の取り組みが重要であると考察する。

以上、知的障害者の高齢化に伴い変容する実態は、当事者の急激な身体・精神・社会的変化が、生活に変容をもたらしている。しかし、直面する生活に対し、居住、課業、自主的活動の観点から、援助者らが必要とする援助実践を展開する現状もある。その実践は、生活に問題が生じた場合（問題が生じると予測される場合）、いかに専門的知識・技術の要素を組み込み、本人の意志尊重に比重をおいているかである。つまり、高齢の知的障害者に対して、「介護」が「必要か、不要か」ではなく、当事者がおかれる立場や環境、背景を把握し、本人の生活に併せた介護福祉の実践が必然的であると考えられる。

2. 援助者の観点

援助者が当事者の高齢化と実践に対して問題意識する傾向として明らかになった点は、次の3点である。

第1に、援助者が取り組む生活支援における「身体的介助の不適切さ」である。特にその傾向は、身体介助のなかでも「食事介助」に特化している。しかし、急激な変化による身体介助に対して、戸惑いが生じながらも、直面する介助を日々取り組んでいかなければならないという現状がある。そうしたなか、援助者は、3側面（身体・精神・社会的側面）から当事者の高齢化を感じとっている傾向があり、その点に象徴される言葉は「介助が行き届かない」である。それまで、行き届いていた援助が、日々、身体介助の業務量が増加し、対応に限界があると意識しつつ取り組む実態である。たとえば、食事の援助では、高齢化による疾病や障害の重度化のため介助量が増加しても、現行の自立支援法における経口加算は決して高くない現実もある。

第2に、当事者の精神的状況の急激な変化である。特に、ダウン症候群がある当事者では、急激な身体・精神的に衰えによる介助量の増加、援助の方法に対する混乱が多い。た

例えば、精神的疾患として、アルツハイマー型認知症の急激な進行は、援助者の観点からその人格や言語的コミュニケーションの対応と、本人の急激な変化に困難さを感じている傾向である。

第3に、援助者らは、「高齢化」には特化せず、当事者本人の身体・精神的疾患、障害の重症化による生活問題として意識する傾向がある。たとえば、事例検討にあるNさんの場合、高齢化に伴う疾患に罹患しているが、援助者らは、本人にとって他のなかまのムードメーカー的存在として、自主的活動の場の参加意識を高めようと積極的に促している。つまり、援助者らは、高齢化を問題と捉えているのではなく、当事者本人に対する介助量の増加や、介助方法の移行が生じた点に、行き届いた（質の高い）介助が果たせていないという点に問題意識が高い傾向である。

以上、当事者の高齢化に伴う急激な身体的変化によって、現場に困惑が生じている点が実態として把握できる。特に、身体項目の「1. 食事の介助量が増えている」は、実態事例の当事者に対して、援助者のほとんどが食事介助に問題意識をもっている傾向が高いことが明らかとなった。また、援助者が当事者に対して、質の高い援助が提供できていないと問題を意識する傾向がみられる。

VII. おわりに

本研究は、知的障害者福祉の基本的特質を明らかにし質的転換の必然性を検討してきた。そこで明らかとなった点は、以下の3点である。

第1に、知的障害者の高齢化の実態について、従来の研究では、「身体」と「精神」の老化を同列に扱い、その年齢毎の心身の変化を老化現象として捉えてきた。しかし、それらを彼らの生活のレベルで捉えなおし、生活構造の特質として明らかにする必要がある。また、知的障害者の高齢化を、生活の3拠点（居住、課業、自主的活動）の観点から捉えると、それまでの三者の独立性が保持できなくなり、一体化していく時期として把握された。

第2に、知的障害者福祉は制度上、高齢化に対する対策は皆無に等しく、事例の当事者ような特有の生活困難への対応は、施設において現場職員に過重の労働を強要する結果となっている。

第3に、当事者の高齢化に伴い変容する生活実態は、当事者がおかれる立場や環境、特有の困難を理解し、本人の生活に適した介護福祉の実践が必要とされる。

以上から、知的障害者福祉の基本的特質は、介護をはじめとする援助実践への質的な転換が必然的である。

しかし、知的障害者の人生全体という観点からすれば、本研究は「高齢化」自体として捉えた問題としている点に留まっている。したがって、知的障害者の人生経路（ライフサ

イクル) と、それぞれの時期の固有性と相互の連関にまでは及んでいない。たとえば、当事者の成人期における余暇活動のあり方が、高齢期の生活に関係するという指摘もある。そうした点から、本研究で明らかとなった点をどう位置づけるのか、今後の課題である。

引用文献・論文

- 1) 阿部一美 (1995) 「施設における老人の「居場所」」 京都大学教育学部紀要、第 41 号、pp. 176-179。
- 2) 秋元美世・大島 巖・芝野松次郎・ほか編 (2005) 『現代社会福祉辞典』有斐閣、p. 268。
- 3) 秋山智久 (2000) 『社会福祉実践論—方法原理・専門職・価値観—』ミネルヴァ書房、pp. 7-8。
- 4) 今村理一 監修 (2007) 『新版 高齢知的障害者の援助・介護マニュアル』財団法人 日本知的障害者福祉協会、第 1 章、第 2 節、p. 13。
- 5) 石渡和実 (1998) 「知的発達障害者の高齢化に関する研究報告書」要約 (東京都) 『知的障害者の加齢に伴う雇用・職業上の課題と対策—障害者の加齢に伴う職業能力の変化と対策に関する総合研究委員会』報告』日本障害者雇用促進協会、障害者職業雇用センター、pp. 50-55。
- 6) 菅野 敦 (1997) 「ダウン症候群の早期老化—早期老化と青年期・成人期に現れる急激『退行』—」 『特殊教育学研究』第 34 巻、第 4 号、p. 69, 73。
- 7) 菅野 敦 (2009) 「ダウン症候群の知的機能の生涯発達の变化」 『障害者問題研究』第 37 巻、第 2 号、pp. 110-116。
- 8) 加藤進昌ほか (1977) 「精神薄弱者の早期老化の実態とその評価—精神薄弱者の早期老化に関する研究 第 1 報—」、『精神衛生研究』第 24 号、pp. 161-171。
- 9) 大泉 溥 (1989) 『障害者福祉実践論』ミネルヴァ書房、第 1 章、pp. 47-51。
- 10) 島田宗一 (1990) 「高齢者棟 11 年を振り返って」 『愛護』No. 390、pp. 41-50。
- 11) 障害者福祉研究会 監 (2009) 『障害者自立支援法障害程度区分認定ハンドブック』中央法規、pp. 137-147。
- 12) 植田 章 (2009) 「知的障害のある人の加齢と地域生活支援の実践的課題」 「知的障害のある人 (壮年期・高齢期) の健康と生活に関する調査」 報告書、pp. 49-53。
- 13) 財団法人 厚生統計協会 編 (2008) 『国民の福祉の動向 2008』財団法人 厚生統計協会、第 55 巻、第 12 号、厚生指標臨時増刊、pp. 276-277。

参考文献・論文

- 赤塚俊治 (2008) 『新・知的障害者福祉論序説』中央法規、第 3 章、pp. 62-72。
- 江草安彦・本保恭子 (1982) 「施設での高年精神薄弱者の処遇」 『愛護』No. 292、pp. 8-13。
- 藤澤敏孝 (1999) 「精神薄弱者更生施設—高齢者の生活を考える—」 『発達障害白書—1999 年版—』日本文化科学社、pp. 106-108。
- 濱上征士 (1984) 「高齢精神薄弱者の生活実態」 『精神薄弱者の生活実態と福祉の現状』相川書房、第 3 章、第 5 節、p. 95。
- 畑本勲治 (1994) 「知的障害をもつ高齢者の施設処遇と QOL」、三谷嘉明 編著 『発達障害をもつ高齢者と QOL—21 世紀の福祉をめざして—』、明治図書、第 6 章、2 節、p. 117。
- 市津敏子 (2003) 「高齢知的障害者施設の健康管理—取り組みと課題—」 『さぼーと』2003. 10、No. 561、pp. 28-31。
- 今村理一・本間昭・柄澤昭秀ら (1991) 「老人福祉施設における精神薄弱の実態」 老年社会科学 Vol. 13、

- pp. 242-255。
- 石渡和実 (2000) 「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 巻 2 号、pp. 11-20, pp. 88-90。
- 井山綾子 (1999) 「知的障害者の加齢に伴う知的能力と日常生活能力の変化」『日本教育心理学会総会発表論文集』41、p. 482。
- 菅野重道 (1973) 「老年期における精神薄弱」加藤正明・長谷川和夫 編『老年精神医学』医学書院、pp. 384-394。
- 加藤進昌 (1980) 「精神薄弱施設におけるダウン症候群患者の動態と早期老化傾向について」『精神医学』22 巻 6 号、p. 647。
- 金築健夫 (1985) 「高齢精神薄弱者に対する施設サービスのあり方」『愛護』No. 336 (第 32 巻、第 11 号)、pp. 2-3。
- 川瀬紀幸 (1991) 「高齢者処遇の今後の方向性について—地元老人クラブへの参加を中心として—」『愛護』No. 413、pp. 26-30。
- 小林久利 (1995) 「高齢知的障害者の問題」『障害者の福祉』1995 年、1 月号、pp. 13-15。
- 近藤原理 編 (1980) 「「精神薄弱」者と年齢」、発達 Vol. 1、No. 3、p. 52。
- 藏野ともみ (2005) 「知的障害者が地域で暮らす—知的障害者への高齢化に対する社会福祉の課題—」『人間福祉とケアの世界—人間関係/人間の生活と生存—』小池妙子・山岸 健 編著、三和書籍、pp. 226-257。
- 牧野恭典 (1993) 「高齢精神遅滞者への施設援助の現状と課題」大坂譲治・三浦文夫 監修『高齢化社会と社会福祉—実践理論のパラダイム—』第 6 論文、中央法規、pp. 133-156。
- 三原博光 (2008) 「高齢知的障害者に対する介護支援の検討」『介護福祉学』第 15 巻、第 2 号、p. 211。
- 三谷嘉明 (1991) 生涯発達の観点から見た中・高齢精神遅滞者の QOL の基礎的研究 (序)、『発達障害研究年報』第 20 号、p. 71。
- 森 幹郎 (1983) 「精神薄弱の老人の施設ケアのあり方」『断章・老いと死の姿—死ぬことの社会学』保健同人社、第 7 章、p. 112。
- 仲村優一・松井二郎 編 (1981) 『講座 社会福祉 4—社会福祉実践の基礎—』有斐閣、p. 6。
- 中野敏子 (2009) 「社会福祉学は「知的障害者」に引き合えたか」高菅出版、p. 197。
- 日本精神薄弱者愛護協会 (1987) 『精神薄弱者加齢の軌跡—高齢精神薄弱者実態調査研究報告—』財団法人日本精神薄弱者愛護協会、pp. 3-4、p. 63。
- 日本社会事業大学高齢者問題研究会 (1986) 『障害者施設における中高齢者の処遇に関する研究報告』全国社会福祉協議会、p. 56。
- 西山廣志 (2007) 「知的障害のある人の高齢化と「生活の質」—家族と暮らす人の事例を通して—」高木邦明・福永良逸・茶屋道拓哉 編『障害者福祉の研究課題と方法』学文社、pp. 32-47。
- 野村智宏 (2005) 「知的障害者の加齢に関する調査研究—就労問題を中心に—」『東北福祉大学大学院総合福祉学研究所社会福祉学専攻紀要』3 号、pp. 65-75。
- 小野澤昇 (2002) 「知的障害者援護施設における高齢者支援」『発達障害白書—2002 年版—』日本文化科学社、pp. 98-100。
- 櫻井芳郎 (1979) 「高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化に関する研究—高齢精神薄弱者の実態ならびに早期老化現象の解明とその対策に関する研究—」昭和 54 年度厚生省心身障害研究報告書、pp. 166-175。
- 妹尾 正 (1987) 「高齢障害者の生活と人権を考える—精神薄弱者を中心に—」『社会福祉研究』第 41 号、pp. 13-18。
- 柴田洋弥 (1993) 「地域での充実の人生を支えるホームヘルパーの活用と多面的な支援・援助」『愛護』No. 430、pp. 9-14。
- 佐藤豊道 (1998) 「福祉臨床学」京極高宣監修『現代福祉学レキシコン第二版』雄山閣出版、p. 103。
- 島田博祐・高橋 亮・渡辺勤持・谷口幸一 (2002) 「中高齢知的障害者の加齢に伴う適応行動の変化について—入所施設生活者とグループホーム生活者を比較して—」『特殊教育研究』Vol. 40、No. 4、p. 375。
- 手賀尚紀・宮本昭男・泉 浩徳 著 (2008) 『知的障害者支援と介護』本の泉社、pp. 21-52。
- 障害者の加齢に伴う職業能力の変化と対策に関する総合研究委員会 (2001) 「知的障害者の加齢に伴う雇用・職業上の課題と対策」日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター 調査研究報告書 No. 44。

井川 淳史

春名由一郎（1996）「知的障害者の早期老化の危険性とは？」『職リハネットワーク』No. 31、pp. 4-8。

高橋 脩（1993）「精神遅滞と老化」日本精神薄弱者福祉連盟編、『精神薄弱問題白書 1993年版』日本文化科学社、pp. 35-37。

滝本豪徳（2000）「知的障害者高齢化問題の新たな展開Ⅰ」美作女子大学・美作女子大学短期大学部紀要、Vol. 45、pp. 10-18。

田中るみ子（1985）「障害者の高齢化・老化をめぐる諸問題—精神薄弱者を中心として—」『情緒障害教育研究紀要』第4号、pp. 71-74。