

別添 1

厚生労働科学研究費補助金

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年度～令和3年度 総合研究報告書

研究代表者 日詰 正文

令和4（2022）年5月

目 次

I. 総合研究報告

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 1

主任研究者 日 詰 正文

1. 知的・発達障害者の高齢化と支援の課題について

分担研究者 祐 川 暢 生

2. ライフマップの活用と今後の展開について

分担研究者 本 名 靖

3. 高齢化を見据えた障害者支援の人材育成について

分担研究者 庄 司 妃 佐

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 18

別添3

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

総合研究報告書

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

主任研究者 日詰 正文¹⁾

1) 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

【研究要旨】

障害者の高齢化に伴う認知症や身体機能の低下は、一般の高齢者より早期から生じることが先行研究によって明らかとなっているが、いつからどのような支援を行うのかといった点や、障害福祉と高齢福祉のサービス間の連携支援に関する知見は少ない。

本研究では、障害者の高齢化に向けた健康／住まいなど様々な視点から支援者が行うべき準備を見据えた上で、自ら不調や不安を訴えることの困難な知的・発達障害者の支援現場で、関係者が変化に気づき、連携して支援するためのモデルを開発することを目的とした。

1年目となる令和2（2020）年度は、以下の3つの調査・研究を行った。

- (1) 高齢期の知的障害者について、「認知症」や「機能低下」などのキーワードに該当する先行研究の把握
- (2) 知的・発達障害者の高齢化に伴う長期的な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の作成
- (3) 「高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」の作成

2年目となる令和3（2021）年度は、以下の3つの調査・研究を行った。

- (4) 高齢知的・発達障害者を支援する事業所を対象とした知的・発達障害者の加齢にともなう変化や必要な支援等の把握調査の結果を踏まえたライフマップの作成
- (5) 令和2年度（3）で作成した「高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」を支援現場で試行調査を行い、効果を把握
- (6) 高齢期の知的・発達障害者支援の状況や必要な支援、環境など、支援者や家族などにわかりやすく説明するための視聴覚教材、「高齢期の知的・発達障害者の生活と変化～入所施設・グループホーム編～（以下、視聴覚教材）」の作成。

上記で開発した成果物は、主に高齢期の知的・発達障害者を支援するためのツールとして活用できる。ツールの活用により、関係者間で一貫した支援を継続的に行うことが可能となる。また、加齢にともない起こりうる様々な事象を想定した予防的観点での支援を行うことを強く意識するようになることが期待できる。

分担研究者

西田淳志 公益財団法人東京都医学総合研究所・
社会健康医学研究センター・センター
長

祐川暢生 社会福祉法人侑愛会・侑愛荘・施設長
庄司妃佐 和洋女子大学・家政福祉学部・教授
本名 靖 社会福祉法人本庄ひまわり福祉会・法
人本部・総合施設長

研究協力者

山崎修道	公益財団法人東京都医学総合研究所・ 研究員
中西三春	東北大学医学部・医学系研究科 精神看護学分野 准教授
太田和男	公益財団法人日本知的障害者福祉協会・常任理事
松村正希	株式会社莫設計同人・代表取締役
栗崎英雄	社会福祉法人つつじヶ丘学園第2つつじヶ丘学園・施設長
小吹太郎	社会福祉法人つつじヶ丘学園第2つつじヶ丘学園・支援員
樺沢 浩	社会福祉法人のぞみの家福祉会新発田地域生活総合支援センターさんさん館i・統括施設長
渡辺陽一	社会福祉法人のぞみの家福祉会障害者支援施設緑風園・園長
居城慎也	社会福祉法人のぞみの家福祉会障害者支援施設あおの風
梅田敬二	社会福祉法人清流会氷川学園・主任生活支援員
本田尚久	社会福祉法人山陰会普賢学園・園長
伊藤 恵	社会福祉法人矢本愛育会第二共生園・施設長
加藤和輝	社会福祉法人十字会博愛ヴィレッジ・理事長
井上友和	社会福祉法人旭川荘障害者支援施設かえで寮・支援課長
山口嘉信	社会福祉法人 南山城学園障害者支援施設和・施設長
松端信茂	社会福祉法人陽気会・総合施設長
二階堂明彦	社会福祉法人栗原秀峰会・理事
村上 実	社会福祉法人愛成会 児童デイサービス月のひかり・所長
古川慎治	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園事業企画部事業企画部長
清水清康	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園事業企画・管理課長補佐
村岡美幸	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

園研究部研究係

高橋理恵	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究係
根本昌彦	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究員
古屋和彦	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究員
熊岡正悟	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究員
佐々木茜	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究係
内山聡至	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究係
岡田裕樹	立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究員

A. 研究目的

本研究は、知的・発達障害者をはじめとする高齢障害者の状態像の変化を捉え、適切な支援を提供するためのツールの実用化、その普及方法（研修カリキュラム等）の検討を行うことを目的とした。

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た。

B. 研究方法

1. 高齢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

本研究は、障害者の高齢化の問題に関する先行研究の中で、特に高齢知的障害者の「認知症」、「機能低下」、「ダウン症」、「ターミナル」に係わる支援で、どのような問題および課題が示されているかを把握することを目的として、文献調査を行った。

■対象：高齢の知的障害者に係る研究論文、書籍等

■方法：論文検索データベース「J-stage」、「CiNii」を活用した検索と要旨の検討

■調査内容：

キーワードは以下の通りとした。

- ①「障害者」と「高齢」
- ②「障害者」と「認知症」
- ③「障害者」と「機能低下」
- ④「障害者」と「ターミナル」

⑤「知的障害者」と「高齢」

⑥「ダウン症」と「高齢」

■期間：令和2（2020）年6月から令和3（2021）年1月

2. 障害者の高齢化にともなう変化と早期の気づき、対応のための支援についての研究—支援開始から看取りまでを概観できるライフマップの作成—

本研究は、知的・発達障害者の高齢化に伴う変化の実態について、支援現場の職員が早期の気づき、対応しやすくすることを目的として、高齢期の知的・発達障害者を支援する事業所の支援者を対象としたアンケート調査を行った。その結果を基にライフマップ案を作成した。

■対象：高齢期の知的障害者を支援している事業所（研究検討委員の所属する事業所など選定）7カ所

■方法：e-mailによるアンケート調査

■内容：

・①ICF記入シートの作成

各事業所で50歳以上の利用者を3名以上抽出しICFの項目に沿って記入した。

・②項目ごとに、変化と支援を記載

①に記入した内容から、高齢となって難しくなったこと、変化したことを項目ごとに抽出し、「支援が必要となった年齢」と、「早期の気づき、対応のために行った支援」を記入した。

■期間：令和3（2021）年1月から2月

3. 高齢障害者の認知症による行動心理症状に気づき対応するためのプログラムの実用化に関する研究—東京都で導入・普及している「DEMBASE」を基に—

本研究は、東京都が導入・実施している認知症者へのケアプログラム「DEMBASE」を参考に、知的障害者の行動心理症状への支援プログラムを開発した。

■方法：研究者と障害福祉の支援現場職員からの資料収集及び分析、プログラムの検討。

■内容：資料収集は、①DEMBASEに関するものは東京都医学総合研究所、②知的障害に関して心理行動症状の評価を既に行っているスウェーデンの研究チームと連絡を取りつつ、情報提供や使用許可を得る作

業を行った。

プログラムの検討は、DEMBASEを参考にして①観察・評価、②行動の背景要因の抽出、③ニーズ分析、④ケア計画の策定の4つのプロセスを、知的障害者支援の現場ではどのように行うのがよいか、使用するツールやプロセスを辿る際の仕組み（チーム作りなど）を中心に、分担研究者・研究協力者とディスカッションを行った。

4. 知的・発達障害者の高齢化にともなう変化と支援に関する調査および高齢知的・発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ作成のための研究

本研究は、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することを目的として、高齢期の知的・発達障害者を支援している事業所199カ所を対象としたアンケート調査を行った。その結果を基にライフマップを作成した。

■対象：高齢期の知的障害者を支援している事業所（研究検討委員の推薦があった事業所など）199カ所

■方法：e-mailによるアンケート調査

■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を記入した。

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記入した。

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」を記入した。

■調査期間：令和3（2021）年8月から11月

5. 高齢障害者の認知症による行動心理症状に気づき対応するためのプログラムの実用化に関する研究—高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラムの試行調査—

本研究は、東京都が導入している認知症者へのケアプログラム「DEMBASE」を参考に、令和2（2020）年に取りまとめた「高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」の効果や課題を把握する

ことを目的として、支援現場での試行と意見の収集のための調査を行った。

■対象：本研究の研究協力者が所属する障害福祉サービス事業所8カ所（障害者支援施設6カ所、生活介護事業所2カ所）において、認知症患者および認知症の疑いがある利用者を支援する者

■方法：支援現場での試行とアンケートによる意見の収集

■内容：

（1）ケアプログラムの試行

①NPI-ID (Neuropsychiatric inventory-Intellectual Disability) を使用した観察・評価、②チェックリストを使用した行動の背景要因の抽出、③氷山モデルを使用したニーズ分析（チーム会議、仮説・見立て）、④ケア計画表を使用したケア計画（大項目）の策定、をPDCAサイクルで試行した。

（2）試行後のアンケート調査

試行を行った事業所の支援者を対象に、各プロセス及びプログラム全体についての評価点、改善点、その他気づいた点について意見収集を行うためのアンケート調査を行った。

■調査期間：令和3（2021）年4月から6月

C. 結果

1. 高齢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：

（1）検索結果

J-stageにおける検索を行い、「障害者」×「高齢」17,083件、「障害者」×「認知症」1,992件、「障害者」×「機能低下」2,416件、「障害者」×「ターミナル」1,267件、「知的障害者」×「高齢」は1,810件、「ダウン症」×「高齢」477件の論文等があることを把握した（令和3（2021）年1月末日現在）。

（2）知的障害者の認知症に関する研究

全国の障害者支援施設を対象とした調査の結果では、65～69歳の知的障害者のうち16.4%に明らかな認知症の症状があり、一般人口の高齢者の認知症患者率8～10%に比べると、知的障害者が認知症となる可能性が高くなっていった（五味ら2012）。また、知的障害者の認知症は、一般的な認知症患者データに比

べて、①より早期に罹患し、②発見が困難で、③罹患した場合のケア方法が確立していないことが述べられていた（木下ら2017）。

障害者に限定しないで検索をすると、近年は認知症研究では認知症の行動心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）に焦点を当てた研究が多く、例えば、BPSDを予防や症状の軽減を行うための評価として、NPI (Neuropsychiatric inventory) が用いられていた（山口ら2017）。公益財団法人東京都医学総合研究所は、このNPIによる評価を含めた認知症にともなうBPSDの発生を予防するための心理社会的ケアプログラム「認知症 BPSD ケアプログラム」を開発し、実践での活用を進めている（東京都医学総合研究所2020）。海外では、このNPIに「自傷」と「リスク行動」を加えて、知的障害者のBPSDを評価するツールとしてNPI-IDが開発されていた（Lundqvist, L. -0. 2019）。

（3）身体機能の低下に関する研究

一般高齢者に比べて知的障害者は身体機能の低下が10年程早く、しかも急速に進む傾向があり、40、50歳代から老化の兆候（40歳代は生活リズムの変化、体力の減退から、疲れやすくなり動作や活動が緩慢になってくる、50歳代は視力や聴力など感覚器官の変化、60歳代は運動機能、食事や排泄など以前はできていたADLの機能低下）が見られ、なおかつ早期に多様な疾病に罹りやすいこと（五味ら2012）、知的障害者の高齢化は、障害のない人々よりも早く、概ね45歳からが中高齢期として考えられることが述べられていた（石渡2000）（春日井ら2006）。

入所施設利用者に関しては、年齢が70歳に差しかかる頃から健康状態の不安定さが増し、回復力や恒常性維持力が驚くほど弱くなり、けがや病気をきっかけに状態が落ち、ある程度の安定を取り戻した後も以前のレベルに戻ることができないケースが多いことが述べられていた（祐川2014）。

通所施設利用者に関しては、肥満についての調査があり、BMI25以上の肥満と判定される者は、男性が調査対象者の65.2%、女性が68.8%であり、一般人との比較では男女とも有意に高値であった。その要因として、①食べることを以外に興味関心が広がり

にくく、余暇の内容が乏しいという知的障害者の生活上の特徴があること、②自己のボディイメージを捉えることの困難さや過剰な食物摂取と肥満の関連性への理解不足があり、また、間食などの食習慣は長い時間をかけて形成されるものであるため、学童期や思春期から適切な食習慣を身につける必要性が大きいことが述べられていた（増田ら 2012）。

生活習慣病の背景として、内臓奇形や重い運動障害、難治性てんかんを合併する割合が高いことなどに加えて、「本人の訴えに周囲が気づかず手遅れになりやすいこと」も言われていた（有馬 2003）。

（4）ダウン症に関する研究

ダウン症については、一般的な老化に比べ、早期から白髪や頭毛の脱落、下眼瞼の皮膚のたるみ、皺など外見的な老化が進むほか、難聴、白内障、歯肉炎が認められることやアルツハイマー型の認知症、急激な「退行現象」がみられることが述べられていた（植田 2016）。また、ダウン症者はアルツハイマー発症の引き金となる脳内物質をコードする遺伝子が 21 番染色体に存在することから、21 番染色体が 3 本あるダウン症者は理論上健常者より早期に発症しやすいことが述べられていた（浅井ら 2017）。

（5）ターミナルケアに関する研究

重症心身障害児者や ALS などの難病者の実践報告がわずかに見られるが、知的障害者に関する研究はほとんど見られなかった。

2. 障害者の高齢化にともなう変化と早期の気づき、対応のための支援についての研究—支援開始から看取りまでを概観できるライフマップの作成—

7 事業所より、22 名分のデータを得た。高齢となって変化があった事象を ICF の分類ごとにまとめた。

（1）健康状態

- ・ 認知症については、60 歳代に発症するケースが大半であったが、ダウン症の利用者で 40 歳代から初期症状が見られたケースがあった。
- ・ 高血圧、高脂血症、糖尿病の生活習慣病やがん、白内障、腰痛、嚥下機能障害など多様な疾病に罹患していた。

（2）心身機能・構造

- ・ 主に 60 歳以降に変化が起こっている傾向が見られた。ただし、「排泄・失禁」や「視力低下」は 40 歳代で変化があったほか、50～54 歳で歩行時に付き添い支援が必要となるケースもあった。

（3）活動

- ・ 活動性の低下、自発性の低下や不眠・昼夜逆転、介助、介護への拒否は 40 歳代から、歩行、転倒の増加は 50 歳代前半から変化が見られた。

（4）参加

- ・ 日中活動・行事への参加、外出、作業への参加が、高齢化にともない難しくなったケースが目立った。

（5）環境因子

- ・ 居住場所が相部屋から個室への移動、転倒リスクを考慮した建物の構造の調整など、身体機能の低下に関する事象は 60 歳以降が多いが、家族や友人、支援者などとの人間関係の変化は 55 歳以降と比較的早く直面することがわかった。
- ・ 紙おむつや介護ベッド、車いすなどの器具等が必要となるケースも散見された。

（6）ライフマップ案の作成

22 名分の ICF 項目別記入シート of データを整理し、高齢化にともない変化が起きやすい事象と、その事象が発生する時期（年齢）、その際に必要となる支援やサービスを ICF 「健康状態と心身機能・構造」、「活動と参加」、「環境因子」の 3 つにまとめた。さらに、各事象を年代ごとに示し、事象を見えやすくするための「ライフマップ案」を作成した。

40～50 歳代には、

- ・ 認知症など認知機能の低下が早期からみられる
 - ・ 身体機能の低下に伴い歩行不安定、転倒リスクが 50 歳代から高まる
 - ・ 嚥下機能の低下に伴い食事摂取が困難となり、食事の支援が必要になる
 - ・ 精神的な不安定さが見られるとともに、他傷行為や暴言などの行為が見られる
- 等の事例が目立った。

このうち、精神的な不安定さや他傷行為、暴言などの行為については、元々の障害特性なのか、認知症の影響なのかが分からないという事例もあった。

また、上記のような健康状態の変化に伴い、

- ・自発性や意欲が低下することで活動や参加に影響が生じることがあった。
- 60歳代には、並行して、環境面の変化も生じ、
- ・個室への移動や住まいの変化（施設や介護保険サービスの事業所などへの転居）
- ・家族や友人、支援者など、信頼関係のある大切な存在を失う
- ・介護ベッドや車いす、紙おむつなどを利用する機会が増え、自発性や活動への影響が生じることがわかった

3. 高齢障害者の認知症による行動心理症状に気づき対応するためのプログラムの実用化に関する研究—東京都で導入・普及している「DEMBASE」を基に—

(1) 観察・評価

- ・DEMBASEでは、BPSDの心理行動症状の有無をNPI (Neuropsychiatric inventory) を用いて確認していた。具体的には、「妄想」、「幻覚」、「興奮」、「うつ」、「不安」、「多幸」、「無関心」、「脱抑制」、「易刺激性」、「異常行動」、「夜間行動」「食行動」の全12項目であった。
- ・また、スウェーデン Orebro University (Lars-OlovLundqvist)らの研究グループでは、2020年にNPI指標を基として知的障害者向けに「自傷行為」および「衝動的なリスクテイク行動（結果を考慮せずに行われる、健康と安全に有害とみなされた行動）」を追加したNPI-IDを開発していた。
- ・このNPI-IDについて、本研究班として著作権所有者、研究報告者と交渉を行い、使用許可を得た。

(2) 行動の背景要因の抽出

- ・DEMBASEの作業プロセスでは、心理行動症状整理の次の段階として、背景要因の分析が重要になる。具体的には、「身体ニーズ」16項目、「姿勢」1項目、「環境」6項目の計23項目について、様々な関係者が情報交換をしながらどのような背景要因が存在しているのかを、チームとして整理する。
- ・知的障害者の場合も同じ項目で分析を行うのがよいのか、さらに追加をした方がよい項目があるのかディスカッションを行い、NPI-IDを参考にした

「自傷行為」および「リスク行動」の2項目を追加した25項目で、心理行動症状の背景要因を分析することとした。

(3) ニーズ分析

抽出できた背景要因については、関係者の対応と結びつけやすくするため、「内的環境」、「外的環境・状況」の二つに分けて、支援ニーズとして整理することとした。

(4) ケア計画の策定

ケア計画の策定については、DEMBASEで行われている「だれが読んでも分かるように、50字以内で記載すること」「○○の症状には、○○な背景要因があるのではないかと考えられる。そのため○○な支援を行う必要がある」など、仮説を基に根拠を示した計画を立てることとした。

考察として、今回の研究で整理した知的障害者向けのツールは、まだ仮装段階のものであり、今後実際の現場での試行を行う必要がある。既に地域実装化が進められているDEMBASEに若干の追加をすることで、知的障害者の支援に導入できるプログラムになると考えられた。

4. 知的・発達障害者の高齢化にともなう変化と支援に関する調査および高齢知的、発達障害者の変化と気づきのためのライフマップ作成のための研究：

調査の結果、回答があった80事業所より、103名分のデータを得た。

■年齢：

「60～69歳」39名(37.9%)、「70～79歳」35名(34.0%)、「50～59歳」15名(14.6%)、「80～89歳」8名(7.8%)、「90歳以上」2名(1.9%)、無回答4名(3.9%)

■性別：

「男性」54名(52.4%)、「女性」44名(42.7%)、無回答5名(4.9%)

■障害種別（重複有り）：

「知的障害」97名(94.2%)、「ダウン症」15名(14.6%)、「身体障害」14名(13.6%)、「精神障害」7名(6.8%)、「発達障害」1名(1.0%)、「難病」1名(1.0%)、「その他」8名(7.8%)

■現在の居住場所：

「障害者支援施設」93名(90.3%)、「グループホーム」4名(3.9%)、高齢者施設1名(1.0%)、「その他」3名(2.9%)

■以前の居住場所：

「障害者支援施設」45名(43.7%)、「在宅(家族と同居)」39名(37.9%)、「グループホーム」8名(7.8%)、「在宅(単身)」3名(2.9%)、「高齢者施設」1名(1.0%)、「その他」7名(6.8%)

高齢期になってから変化があった事象を ICF の分類ごとにまとめた。結果は以下の通りであった。

(1) 健康状態

- ・対象者 103 名のうち、「認知症・認知機能低下」が 41 名(39.8%)で最も多く、「高血圧」、「白内障」が各 27 名(26.2%)、「嚥下機能・誤嚥性肺炎」が 26 名(25.2%)、「糖尿病」が 20 名(19.4%)であった。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、高脂血症などは 40～60 歳代での該当が比較的多く、認知症・認知機能低下も 40 歳代から見られる者があった

(2) 心身機能・身体構造

- ・対象者 103 名のうち、「歩行不安定」が 84 名(81.6%)で最も多く、「失禁の増加」が 55 名(53.4%)、「意欲の低下」、「食事摂取、嚥下が困難」が各 44 名(42.7%)、「姿勢保持が困難」が 42 名(40.8%)であった。
- ・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。

(3) 活動

- ・対象者 103 名のうち、「移動が困難」が 70 名(68.0%)で最も多く、「入浴が困難」が 53 名(51.5%)、「排泄行為が困難」が 51 名(49.5%)、「掃除、身の回りの整頓が困難」が 41 名(39.8%)、「食事が困難」、「金銭管理が困難」が各 39 名(37.9%)であった。
- ・移動や入浴、排泄行為など ADL に関することは 60

歳代以降で多いが、40 歳代から変化が見られる事例があった。

- ・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。

(4) 参加

- ・対象者 103 名のうち、「日中活動への参加」が 84 名(81.6%)で最も多く、「行事への参加」が 38 名(36.9%)、「他者と関わることへの変化」が 37 名(35.9%)、「趣味活動への参加の変化」が 25 名(24.3%)、「仕事への参加の変化」、「地域の活動への参加の変化」が各 19 名(18.4%)であった。
- ・日中活動への参加が難しくなった事例は多く、40 歳代から見られた。
- ・仕事や行事、地域の活動への参加の変化は 40 歳代から見られた。

(5) 環境因子

- ・対象者 103 名のうち、「紙おむつの使用」が 52 名(50.5%)で最も多く、「車いすの使用」が 42 名(40.8%)、「日中活動の場所の変化」、「家族との変化」が各 33 名(32.0%)、「居住場所の変化(入所利用)」が 31 名(30.1%)、「介護ベッドの使用」が 27 名(26.2%)であった
- ・紙おむつ、車いす、介護ベッドなど福祉器具等の使用による環境の変化が多く、50 歳代から多く見られた。
- ・居住場所の変化は、入所施設やグループホームなどで 40 歳代から見られた。
- ・対人関係の変化は家族との関係の変化が多く、50 歳代から多く見られた。

上記のデータをまとめたライフマップを暫定案として作成した。特に、高齢期を目前にした気づきが重要になる 40～50 歳代の変化や特徴には、

- ・健康状態では、高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病に関する疾病が多く見られた。
- ・認知症も含めた認知機能の低下が早期から見られ、他傷行為や暴言、大声や独語などの行為が見られる事例があった。
- ・心身機能・身体構造では、歩行の不安定が多く見られ、転倒リスクが高まることがわかった。
- ・嚥下機能の低下にともない食事摂取が困難となる

事例があった。

- ・活動では、健康状態や心身機能の低下にともない、移動や食事、排泄などの ADL の低下が多く見られた。
- ・参加では、日中活動や仕事、行事などの参加が難しくなる事例が多かった。
- ・環境因子では、入所施設やグループホームなどへの居住場所の変化や、紙おむつ、車いす、介護ベッドなど福祉器具等の使用等による生活環境の変化が多く見られた。

5. 高齢障害者の認知症による行動心理症状に気づき対応するためのプログラムの実用化に関する研究—高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラムの試行調査—

試行調査後にアンケート調査を行った結果、試行調査を行った8カ所すべてから回答を得た。

1. 回答結果

①観察・評価

効果

- ・支援員の観点が明確化され、アセスメント力が上がった。
- ・課題が視覚化され、関係者での現象把握やモニタリングでの判断がしやすくなった。

課題

- ・質問内容の理解や判断に難しさがあり、丁寧な事前の研修等が必要。

②行動の背景要因の抽出

効果

- ・リスト化されている背景要因に沿って、これまで見落としていた視点での対象者の不安や不満に気づきやすくなった。
- ・対象者を変えるのではなく、支援者側が対応しなければいけないことを引継ぐために有効であった。

課題

- ・支援者の知識や技術などの力量によって背景要因の仮説が異なる可能性があったため、継続的な学習会が必要だと考えられた。

③ニーズ（優先順位）分析

効果

- ・優先順位をつけて検討することにより、一度に観察することや支援する内容が明確になり、個々の支援者の負担が減った。

課題

- ・優先順位をつける際に、生活の全体像を捉える情報収集ができていないと、判断が難しい場合があった。

④ケア計画の策定

効果

- ・支援すべき項目が明確になっているため支援計画が立てやすかった。
- ・支援計画を支援チーム内で共有することが円滑になった。
- ・利用者本人の状態像と支援内容の共通認識を深めることができた。

課題

- ・現状（経験の浅い段階）ではチームの経験値やスキルによって影響されるため、本パッケージ導入当初は、アドバイザーの確保が望ましい。

⑤ケアプログラム全体を通して

効果：

- ・対象者のこれまでの生活や現在の生活、現在の本人や周囲の困っていることなどを整理するための標準的なツールを使用したことで、対象者のニーズに関する見落としが減った。
- ・対象者の変化を「見える化」できたので、チームで同じ視点をもって関わることができた。
- ・普段から意識的に考える（記録する）習慣ができた。

課題

- ・アドミニストレーター（コーディネーター）の力量が重要であり、養成の方法も考える必要があった。
- ・医療的な分野においては、調査者も分からないことがあるため、チームメンバーに医療関係者にも

入ってもらう必要があった。

- ・調査者側の事前研修や学習の機会が必要であった。

D. 考察

以上、2年かけて、高齢知的・発達障害者の先行研究調査、ライフマップの作成、行動心理症状への支援プログラムの実用化を行った。ここでは、ライフマップと行動心理症状への支援プログラムの活用の可能性について考察する。

1. ライフマップの活用について

年代ごとにより起こりうる事象について整理されたライフマップの活用は、障害当事者、家族・施設職員等支援者、福祉事業所の管理者等による活用が期待できると考えられる。

障害当事者には、高齢期の住まいやサービスの選択を行う際の参考情報として、家族・施設職員等支援者には、知的・発達障害者の高齢化に伴う変化に早期に気づき対応するため、また、予防も含め事前に準備するため、そして福祉事業所の管理者等には、利用者的高齢化に伴う運営体制及び設備の整備における参考情報としての活用が期待できると考えられる。

ただ、今回、作成したライフマップは暫定的なものであるため、今後も引き続きデータを収集し、改訂を重ねていくことが必要である。

2. 行動心理症状ケアプログラムについて

行動心理症状ケアプログラムは、PDCAをベースに、評価ツールを用い、チームで継続的に取り組むことに重点を置いている。このケアプログラムを導入することで、関係者間で一貫した支援を行うことが可能となるほか、障害福祉分野で普及させることにより、一般高齢者を対象とした介護保険分野と共通のツールを使用することによる支援者間の交流や研究の進展などが期待できると考えられる。

課題としては、「実施期間が適切かどうかの検討が必要」、「判断に迷う項目の精査が必要」、「事前説明(学習)が必要」等が確認できたため、改善していくことが必要である。

また、本研究において試行調査は1回のみでの評価であり、十分な検証ができたとは言えない。今後も継続してケアプログラムの試行を重ね、効果と課題を明らかにしていくことが課題である。

E. 結論

本研究の成果として、以下を作成した。

- ①「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」
- ②「高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」
- ③「高齢期の知的・発達障害者の生活と変化～入所施設・グループホーム編～」

上記で開発した成果物は、主に高齢期の知的・発達障害者を支援するためのツールとして活用することで、関係者間で一貫した支援を行うことが可能となる。

また、加齢にともない起こりうる様々な事象を想定した予防的観点での支援を行うことを強く意識するようになることが期待できる。

今後高齢化が進んでいくことが想定される知的・発達障害者支援の現場において、高齢期の支援の概要や高齢期に備えて早期に行う準備、具体的な実践の手立てなどを検討するための研修等での活用が期待できるため、パッケージの普及について継続して取り組んでいくことが求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・岡田裕樹、日誌正文：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部紀要，14：p12-17（2021）

2. 学会発表

- ・なし

知的・発達障害者の高齢化と支援の課題について

厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
(総合) 分担研究報告書

知的・発達障害者の高齢化と支援の課題について

分担研究者： 祐川暢生^リ

1) 社会福祉法人侑愛会

研究要旨

知的・発達障害者福祉領域では、高齢期支援のあり方、方法に習熟していくことが喫緊の課題となっており、本研究の意義は、その課題の解決に寄与することである。「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」は、知的・発達障害者に、どの時期にどんな疾病、機能低下が生じやすいのか、それらがどのように相互に関連しているのかを把握でき、どのような予防、対策を講じればよいのかを検討できるものである。「高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」は、行動心理症状を示す高齢知的・発達障害者の支援を行うチームメンバーの支援の一貫性、統一性を確保するものである。

A. はじめに

社会全体が高齢化しているなかで、その一員である知的・発達障害者にも高齢化の波がおし寄せられている。日本社会の高齢化率は現在 28.1%。それに対して日本知的障害者福祉協会の令和元年度全国知的障害児者施設・事業実態調査では、協会会員事業所の知的障害者のうち、65 歳以上は 11.5% である。この数字だけをみれば、知的障害者の高齢化はさほど深刻ではないと思われるかもしれない。しかし知的障害者の老化は一般の人々より 10 歳～15 歳早く進むとされており、同調査から 50 歳以上率を計算すると、その割合は 33.6% へ跳ねあがる。とくに知的障害者の入所施設の 50 歳以上率は 52.1% と高割合となっている。

他方で、65 歳に到達し介護保険サービスを受けられるようになった後も、知的・発達障害者は継続して障害福祉サービスを利用しているケースが多い。

知的・発達障害者福祉領域で高齢化問題がクローズアップされているのは、こうした現状を背景にしている。ずっと寄り添ってきた知的・発達障害のある方々を、高齢になったから、という理由で、介護保険サービスに移行してもらえばいいと割りきることのできる支援者は少ない。しかし問題は、高齢期支援を担う力量と環境が十分に整っていないことである。

そうした状況から、知的・発達障害者福祉では、高齢期支援のあり方、方法に習熟していくことが喫緊の課題となっている。本研究の意義は、その課題の解決に寄与することだと考えている。

B. 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

知的・発達障害者の老化現象の進行が一般の高齢者群に比べて早いことは既によく知られているが、その実態や、どれくらいの年齢段階でどのような機能低下が生じるのか、また、どのような疾病が起きやすいのか等については、不明瞭なままである。

このライフマップ作成の取り組みは、ICF（国際生活機能分類）が示すそれぞれに影響し合う生活機能の要素、すなわち「健康状態」、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、「環境要因」の各側面において、個々の知的・発達障害者の変化を記録することによって、全体的な本人の老化の進行の経過を明確にすることを目指している。

まず、第一に、そのようにマップ化することで、一人ひとりの老化、機能低下の履歴と現時点での状況を把握することによって適切な個別支援計画策定のための基礎的資料を得ることができる。

第二に、多数のマップが集積することによって、集団としての知的・発達障害者の老化の進行の一

般的特徴を明らかにできるかもしれない。一般的に見て、知的・発達障害者に、どの時期にどんな疾病、機能低下が生じやすいのか、それらがどのように相互に関連しているのかを把握できるということである。

もちろん、老化の進行は個別性がある。しかし多数のデータを通覧することで、傾向が見えてくると期待できるはずである。それは、いわば高齢期支援のスタンダードといったものを構想する上で非常に有益なものだ。

またそのように知的・発達障害者の疾病、老化の進行の一般的特徴がつかめれば、若いときからの各ライフステージにおいて、どのような予防、対策を講じればよいのかを検討できるはずである。自然の摂理である老化は確実に進むが、その速度、機能低下の角度を緩やかにするために、適度な生活節制の意識と習慣を身につけ、筋力低下を防ぐ運動の励行といった疾病予防、介護予防の工夫を講じることは可能ではないか。また高齢期になってからも、各々の、そしてその時々フレイルの状態に応じた適切な取り組みを、支援者が生活の場や日中活動の場に取り入れることで、より健やかな高齢期を送ることができるのではないか。そのように考えられるのである。

人は人生の諸ステージを経た果てに高齢期を迎える。人生90年時代と言われる現在、幼少期、青年期、壮年期といったそれぞれのライフステージの充実を図るとともに、やがて来る高齢期を笑顔で過ごしていけるように、若いときからの支援を再検討することも、これからの知的・発達障害者福祉に課せられた宿題であり、その解決にマップは有意義な材料を提供しうると言えるだろう。

C. 知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラムの実現に向けて

高齢知的・発達障害者の支援に関して、現在、支援者が困り感を抱いていることのひとつは、認知症になった知的・発達障害者への支援である。以前よく言われた知的・発達障害者は認知症にならないという主張は最近ではほとんど聞かれなく

なった。実際、知的・発達障害者のなかには認知症になる人たちがいることは支援現場の感覚として間違いないことである。

しかし、健常に生きてこられた高齢者が認知症になった場合と、知的・発達障害者に認知症的な行動上、心理上の症状が現れてきた場合とを比較すると、若干の相違が見られる。知的・発達障害のゆえに元々実行機能障害がある方々が、疾病としての認知症になったのか、それとも加齢により機能低下が進んだために認知症的になっているのかは判別が難しい。知的・発達障害者においては、認知症と判断すべきかどうか、迷うようなグレーゾーンが非常に広いのである。

他方で、支援という観点から言えば、認知症の診断の有無は二次的なことであり、むしろ現に目の前にいる本人の行動心理症状にどう適切に対応するのか、支援の手を当てるのかがもっとも肝心の課題である。

本研究で取り組んだNPI-IDは、支援、ケアのプランを立案、実行するツールとして取り立てて特異なものではない。むしろ、きわめて標準的な支援、ケアの考え方に則っている。つまり、本人の状態をアセスメントし、課題を抽出し、分析して、支援、ケアの計画を立て、実行して、その実行を見直すというPDCAサイクルを上向的にくり返していくということである。

しかし、NPI-IDは、NPIのアセスメント項目に、いくつかの知的・発達障害者特有の項目を追加しており、このツールを支援者のチームが共有し、これを「話し合いのテーブル」の真ん中に置くことで、支援の方向性の意思一致を実現することができる。また、実施可能な支援を絞り、簡易な言葉で表現することをこのツールは求めており、支援チームメンバーの支援の一貫性、統一性を確保するものとなっている。

支援が一貫したもの、統一したものになることで、その支援の実践が次々に行動心理症状の氷解に結びついていく可能性がある。表出している行動心理症状は深部においては相互につながっており、そのうちのひとつ、ないしふたつの症状への

適切なアプローチは、それ以外の症状の緩和をももたらすと期待できるのである。

自閉症支援においてさまざまなアセスメントツールが用いられているが、高齢知的・発達障害者の行動心理症状には、これまで支援者が共通してもつツールがほとんどなかったと言ってよい。このツールを手にし、その使い方に習熟していくことによって、行動心理症状を示す高齢知的・発達障害者の支援はおそらく格段に良質なものになっていくと期待できるだろう。

D. 最後に

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にしても、高齢知的・発達障害者支援における行動心理症状ケアプログラムの実現にしても、今後の課題は、これらを全国の支援者に裾野広く周知し、実践をとおして取り組みを精緻化していくことである。

そのための研修会の開催、勉強会、実践報告の機会などを設け、互いの試行錯誤を共有しながら、定着、発展させていくことが求められている。

【文献】

- 1) 日本知的障害者福祉協会「令和元年度全国知的障害児者施設・事業実態調査」(2020)

ライフマップの活用と今後の展開について

ライフマップの活用と今後の展開について

分担研究者： 本名 靖り

1) 社会福祉法人本庄ひまわり福祉会

研究要旨

施設に居住する知的・発達障害児者の高齢化が進んでいるが、多くの支援員には居住者の高齢化に対するイメージがなく、居住者の将来的な変化を予測することは困難であり、高齢化に伴う身体・認知機能の変化への気づきも難しい状況にあると思われる。本研究で作成したライフマップを活用することで長期的な視点からの支援と現状で必要な支援との両面から支援を展開することを期待したい。

A. 知的・発達障害者の高齢化

令和2(2020)年に内閣府より障害者数が公表されている。それによれば、身体障害児者数 436万人、知的障害児者 109.4万人、精神障害児者 419.3万人となっている。各在宅障害者数で65歳以上の高齢者の割合をみると身体障害者は 311.2万人(72.6%)、知的障害者 14.9万人(15.5%)、精神障害者 144.7万人(37.1%)となっている。在宅の高齢障害者の割合ではあるが、高齢知的障害者の割合が極端に少ないことがわかる。

その要因として、知的障害児者の施設入居割合が高いことが考えられるが、それでも、身体障害者と比較して57ポイントも低くなっていることの要因とは考えられない。施設で生活する知的障害者の年齢構成の詳細は不明だが、65歳以上の高齢知的障害者が生活しており、高齢化に伴う身体機能や認知機能の低下について議論される機会が増えていることは事実である。知的障害者施設の支援者が居住する知的障害者、発達障害者の身体・認知機能の変化を迅速に捉え、医療につないできた結果、施設居住者の高齢化が進んでいるとも考えられる。しかし、多くの施設では入居者の数が高齢期を迎えているだけで、入居者の平均年齢は60歳までには達していないと考えられる。

だが、今後の支援を考えれば、若い時期から高齢化に向けた段階的な支援を展開する必要があると考えられる。一方で、多くの支援員には居住者

の高齢化に対するイメージがなく、居住者の将来的な変化を予測することは困難であり、高齢化に伴う身体・認知機能の変化への気づきも難しい状況にあると思われる。

B. ライフマップについて

本研究では、知的障害者、発達障害者の高齢化に伴う変化と支援に関する調査、及び高齢化にともなう変化と気づきのためのライフマップ作成のための研究を実施した。研究の枠組みはICF(国際生活機能分類)を使用し、103名の個別の身体機能・認知機能の変化から共通する項目を抽出し、できるだけ詳細にライフマップを作成した。あくまでも103名の状態の変化から年代に応じた課題を標準化したものであり、ケアはあくまでも個を対象に実施されるが、支援の根拠になる内容であると考えている。

知的障害者・発達障害者の施設、事業所でこのライフマップ活用し、長期的な視点からの支援と現状で必要な支援との両面から支援を展開することを期待したい。

【文献】

1) 内閣府「令和2年度版障害者白書」(2020)

高齢化を見据えた障害者支援の人材育成について

高齢化を見据えた障害者支援の人材育成について

分担研究者： 庄司妃佐¹⁾

1) 和洋女子大学

研究要旨

知的障害者のなかで、高齢者の割合が明らかに増加していることは、先行研究で示唆されている。高齢知的・発達障害者を支える人材育成において重要な点は、第1に、老化を視野に入れた生涯発達の視点を持つこと、第2に、障害者のライフステージの中の老化についての認識であり、常に目標達成を支援の目的とする視点から、現状維持や緩やかな能力低下を含めた支援の視点の発達の転換を行うことである。今後の方向性について、若い段階から介護保険の利用を推進していくことと、介護保険の対象となった場合にも、希望するなら環境を変えずにそれまで利用してきた障害者施設等のサービスを利用して終末まで過ごせるようにすることが考えられるが、重要なのは当事者の自己決定がなされているかの視点である。

A. はじめに

今回の「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」において多くの知見が得られたが、そのなかで、支援者としての専門職の人材育成について考察した点について述べたい。

B. 知的・発達障害者の高齢化

認知症の診断は、平成 29 (2017) 年の認知症疾患診断ガイドラインによると「獲得した複数の認知・精神機能が、意識障害によらないで、日常生活や社会生活に支障をきたすほどの持続的に障害された状態」と変更となり、知的障害者にも診断適応が可能になった。それ以前は、認知症の診断は、「一度正常に達した認知機能が、後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいい、それが意識障害のないときにみられる」というものであり、知的障害者に診断適応される状況ではなかった。そのため、知的障害者の生涯発達の経年変化による症状について認識することは、知的高齢者の状態像の変化が、高齢化によるものなのか、認知症によるものなのかを見極めできる可能性があるものとなった。しかし、定型発達の高齢者の認知症については、アルツハイマー病による軽度

認知障害 (MCI) について広く知られているが、知的障害者の生涯にわたる発達の变化、特に高齢化による変化、あるいは認知症の発病についての知見は乏しい。そのことは、令和元 (2019) 年の「認知症施策推進大綱」において、定型発達の認知症のみが対象とした記述になっており、少数ながら存在する障害者の認知症についての内容には全く触れられていないことからもうかがえる。

厚生労働省の「簡易生命表 (令和 2 年)」によると、令和 2 (2020) 年の日本人の平均寿命は、男性 81.64 歳、女性が 87.74 歳である。知的障害者の平均寿命の統計はないが、5 年ごとに実施されている厚生労働省の「知的障害児 (者) 基礎調査」によると、在宅の知的高齢者のなかで、65 歳以上の高齢者が占める割合は、平成 28 (2016) 年では全体の 15.5%をしめており、平成 17 (2005) 年の 3.7%と比べると、約 10 年で 4 倍となっており増加している。知的障害者のなかで、高齢者の割合が明らかに増加していることは、知的障害者の平均寿命が延びていることを示唆している。平成 19 (2007) 年の Alan H. Bitteles らによるとダウン症の平均寿命はこの 60 年で 50 歳伸びて、60 歳前後といわれている。知的障害者全体の平均寿命の延びを予測させるものである。

C. 高齢知的・発達障害者を支える人材育成

上述したように、知的障害者の寿命が延びてきたことを考えると、知的・発達障害児者に対応する専門職教育のなかで、第1に重要な点は、老化を視野に入れた生涯発達の視点を持つことである。支援をする専門職は、その障害特性に応じた支援方法についての教育は、具体的になされているが、生涯を見据えた発達の見通しを持つことについての教育が、重要になってくると思われる。知的・発達障害者の高齢化に伴い、定型発達の老化との違いについて、発達の知見を持つておくことは重要である。しかし、この点において、定型発達の者の老化の特性についての医学的な知見は多く積み上げられている一方、身体的な老化が、その人の生涯を通してのライフスタイルにどのように影響しているかが広く認識されているとはいえない。その中で、知的・発達障害者に対して、今回NPI-IDを用いて評価・観察を実施し、冰山モデルを使用することで、背景にある要因分析を多面的に分析することができた。

「発達」の領域の中で、こどもの発達研究に比べて、高齢者分野の研究が少ないことは、西田も指摘している通りである。さらに知的・発達障害者の老化に関しての知見も、木下が指摘しているように海外、国内ともに系統だった研究の蓄積が少ない。今後知的・発達障害の高齢者の老化に関しての知見の蓄積が期待される。

第2に障害者支援の人材育成で重要な点は、障害者のライフステージの中の老化についての認識である。人生80年の時代においては、大きく教育・仕事・引退の3つのステージでとらえられてきた。その中で、障害児支援では、教育のステージの中で、成長・成熟・達成を目標とし、できなかったことができる支援の方向性で支援者は目標の設定を行ってきた。また、仕事というステージでは、就労を目標に設定し支援を行ってきた。しかし、知的・発達障害者の支援のなかで平均寿命が延び、定型発達の年齢よりも老化が早く進むことになると、引退というステージのなかで老化という視点を取り入れた視点が求められるようにな

る。常に目標達成を支援の目的とする視点から、現状維持や緩やかな能力低下を含めた支援の視点の発達の転換である。

D. 今後の方向性

知的・発達障害者の高齢化が進むなかでの今後の方向性には、次の2つが考えられる。一つは、介護保険の第2号被保険者の特定疾病の中に知的・発達障害者の早い老化を含めていくことで、若い段階から介護保険の利用を推進していく方向性である。もう一つは、介護保険の対象となった場合にも、希望するなら環境を変えずにそれまで利用してきた障害者施設等のサービスを利用して終末まで過ごせるようにする方向性である。現状は、令和2(2020)年の日本知的障害者福祉協会「令和元年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書」によると、65歳以上の介護保険サービスに移行・併給した人は全体の18,104人の中で、437人であり、その比率は前年度と変化のない2.3%であった。介護保険サービスに移行せずに、障害福祉サービスにとどまっている割合が圧倒的に多い。そのような現状を考えると、障害者サービスの支援者にも老化や認知症や介護の知識が求められることになる。しかし、障害者施設の対象年齢の幅が大きくなることにより、ニーズが多様化し対応する支援者の業務がひっ迫することが予測される。このための手当をどのようにするかを検討が必要である。

また、老化の発現などの様相が、知的・発達障害者と定型発達者では異なることが考えられる。定型発達の老化は、自立した行動から、介助者が必要となる他者の介入による身体化の拡大が新しい局面である点である。障害者の多くは、成長の過程でほぼ常に介護者が自分の周辺にいて、介護者を含めた拡大した身体化の中で生きている。老化に伴って、身体化の拡大にそれほど大きな変化が伴わないのが、介護者を必要とする障害者である。このことは、well-beingを考える際に、一つの特徴ある視点であろう。知的・発達障害者と定型発達のそれぞれの認知症の違いについて、祐

川は、同じ認知症の状態像であっても、それまで過ごしてきた人生の背景が異なることにより、その意味合いは異なることを指摘している。このことは、知的・発達障害者の認知症ケアの在り方を示唆している。それまでの人生や日常生活の過ごし方の違いが、認知症の症状の背景の違いに表れてくるように、同じ認知症の症状であっても、ケアの方法は異なる可能性もある。発現された症状のみを捉えるのではなく、その人の人生の中の意味として捉えなおすこと視点が重要である。

第3に重要な点は、当事者の自己決定がなされているかの視点である。Bistekが示したソーシャルワークの基本的な原則の1つに自己決定がある。ソーシャルワーカーは自己決定された内容にもワーカーとして責任を負っている。障害者においてこの自己決定がなされるかについては、平成21(2011)年の障害者基本法の中で、「障害者の意思決定の支援に配慮しつつ」という一文が加えられ、平成29(2017)年には厚生労働省が意思決定支援として、「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」が公表され、意思決定についての定義がなされている。

その中で、「知的障害や精神障害（発達障害を含む。以下同じ）等で自己決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることが可能となるように、本人の意思の確認や意思及び選考の推定、最後の手段としての最善の利益の検討のために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みを言う」とあり、「最後の手段として」、「最善の利益の検討」となっている。意思決定が困難な場合、代行決定として、「最善の利益」を「最終手段として検討することになっているが、誰が「自己決定が困難だ」と判断するかという課題は残っている。

また、「自己決定に困難を抱える障害者」との文言は、自己決定することが、最終到達目標であり、その目標が上位の達成すべきものであるとの価値観が背景にある。自己決定という価値の相対化について検討すべき内容を含んでいると思われる。

【文献】

- 1) 厚生労働省「認知症施策推進大綱」（2019）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- 2) 厚生労働省（2021） 令和2年簡易生命表の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life20/dl/life18-15.pdf>
- 3) European Journal of Public Health、(2007) 第17巻、第2号、221～225
- 4) 西田裕紀子（2014）「成人期・老年期における発達研究の動向」教育心理学研究第53巻 25-36
- 5) 木下大生「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」発達障害研究第39巻1号 134-145
- 6) 日本知的障害者福祉協会（2020）「令和元年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書」
- 7) 祐川暢生（2020）「高齢知的障害者に対する福祉的支援の実際—支援の実際と課題および展望—」発達障害研究第42巻第3号 206-215
- 8) 厚生労働省（2021）「検討テーマに係る関係資料（意思決定支援ガイドライン）」

研究成果の刊行に関する一覧表

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
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	14号	12-17	2021

学会発表・講演等 特になし

発表者氏名	発表題目	学会名	形式	場所	発表年

資 料

資料 1.

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】

資料 2.

高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム
【令和 3（2021）年度版】

資料 3.

「高齢知的・発達障害者の生活と変化 ～入所施設・グループホーム編～」全体構成

高齡知的・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

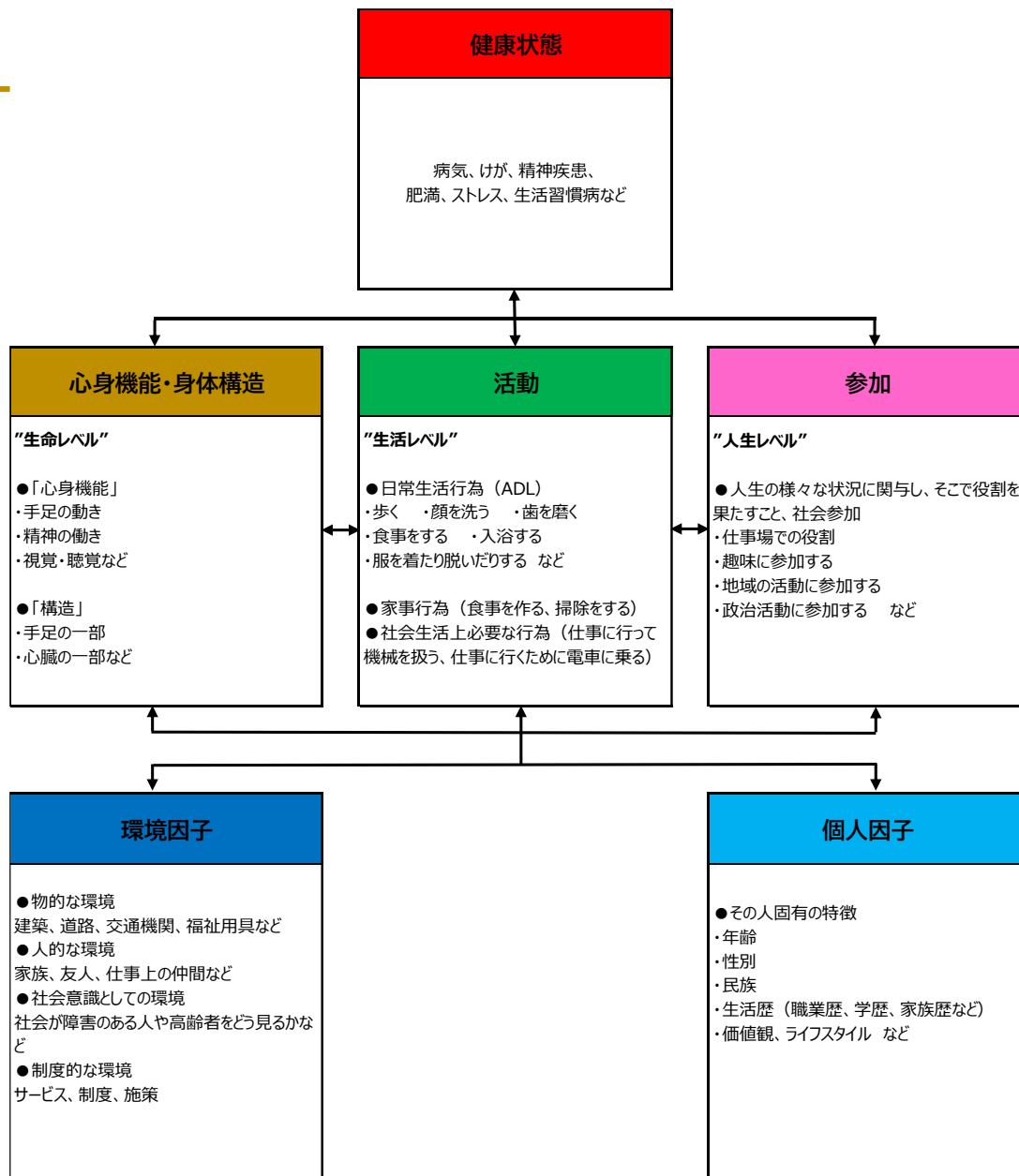
ICFの項目に沿って、利用者の該当する状態を選択。

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、	42.7%
嚥下が困難	
姿勢保持が	40.8%
困難	

- 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	35.9%
ことへの変化	
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
嚔下、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

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

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

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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

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

A-7

嚥下機能・誤嚥性肺炎

A-8

骨折

A-9

骨粗鬆症

A-10

鼠径ヘルニア・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

・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

●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

・65歳以降の発症が多い傾向

・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る、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せ、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。朝会后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ます。
- 【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が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見ている。
- 【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】 鼠径ヘルニア・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け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なければ、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言われ報告を受ける。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、昼や夜に食堂で会々と「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

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

・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

B-12 暴言・自傷行為・他害行為

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

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よう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っていないため、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もある。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て、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、本人の意向もつかう。
- ・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したが、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、排泄間隔をデータのまとめ、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。次に行く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、環境的变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な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)

C-1 移動

C-2 入浴

C-3 排泄行為

C-4 食事

C-5 衣服の着脱・着替え

C-6 洗顔、歯磨き

・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。

IADL (手段的日常生活動作)

C-7 掃除、身の回りの整頓

C-8 金銭管理

C-9 会話、コミュニケーション

C-10 服薬

C-11 公共交通機関の利用

C-12 活動に必要な道具の使用

・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。

・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

・車いすや特殊浴槽などの環境調整が必要になる可能性

・失禁の増加や認知機能の低下などの影響

・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

・身体機能の低下、認知機能の低下などの影響

・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

・自分でできていたことが難しくなる

・自分でできていたことが難しくなる

・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

・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

・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

・使っ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、定期的にパッド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～】
 - ・身の周り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、落葉が増える。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

D-2

仕事への参加

・一般就労、就労継続支援など

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

D-4

趣味活動への参加

D-5

地域の活動への参加

D-6

他者との関わり

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。

・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

・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

・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

・これまで好んでいた活動に消極的になる

・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

・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

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】・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。
- 【60歳～】・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】・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。
- 【60歳～】・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と考えられる。
 - ・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】・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。
- 【60歳～】・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】・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。
- 【60歳～】・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。

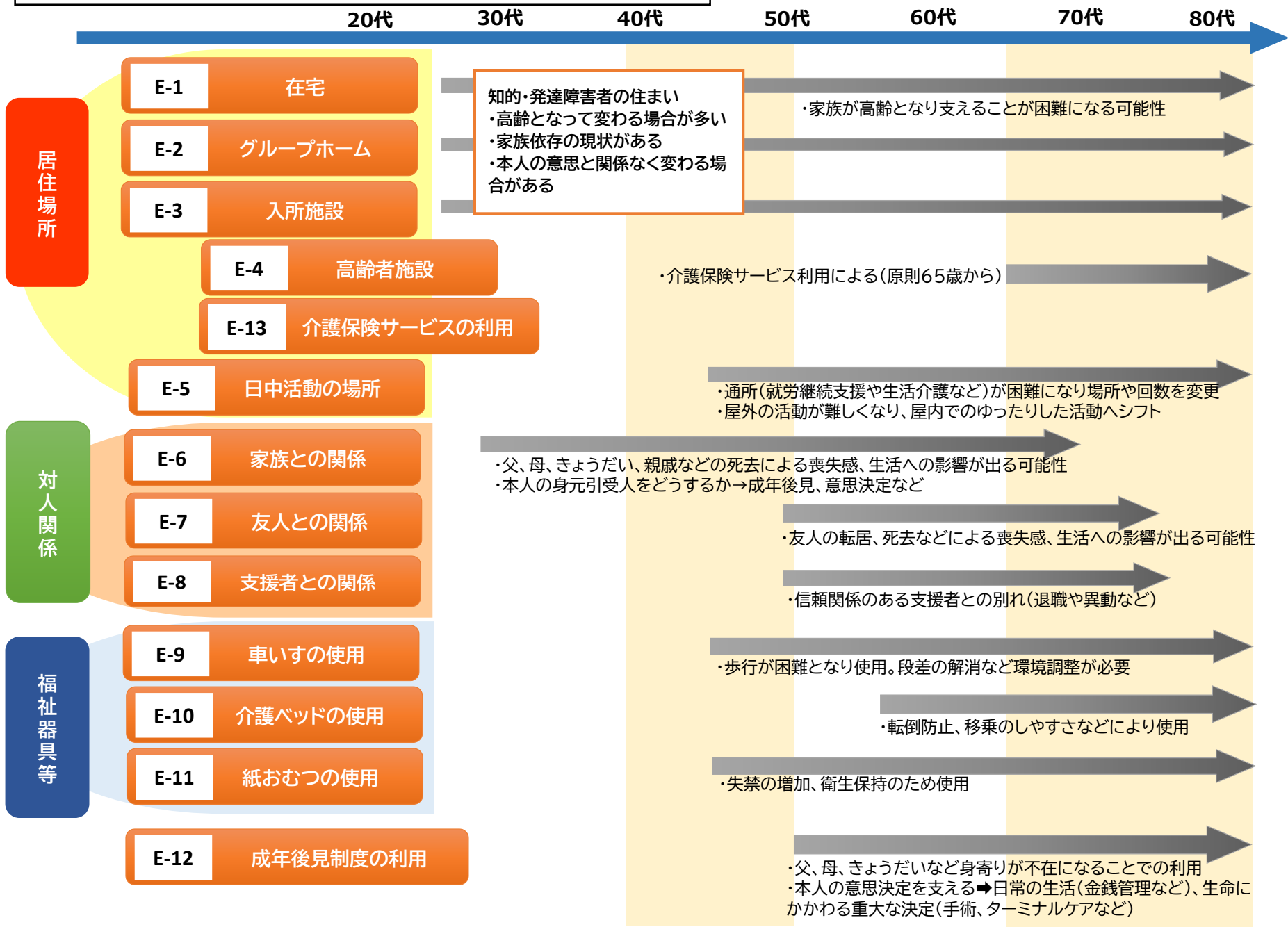
【D-5】 地域の活動への参加

- 【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】・支援員への拒否や他利用者の声かけに対して大声で怒る等、敏感になってきている様子うかがえる。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のが苦手になってきている様子が見受けられる。
- 【60歳～】・聴力低下が見られた頃より、会話でのやりとり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】



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った。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もの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、挨拶や握手を求めするなど、関わるが増えた。
 - ・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、介護ベッドを使用している。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に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ズ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えます。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)

高齢知的・発達障害者向け 行動心理症状ケアプログラム

【令和3（2021）年度版】

独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

令和4(2022)年3月

研究の背景

高齢障害者に関する先行研究より、先行研究より、障害者支援施設を利用している知的障害者の認知症罹患率は、年々増加傾向にあることが報告されている(四方ら 2018)。また、知的障害者の認知症は、一般的な認知症罹患データに比べて、①より早期に罹患し、②発見が困難であり、一方では、③罹患した場合のケア方法が確立していないのが現状である(木下ら 2017)。

認知症研究では認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD) に焦点を当てた研究が近年は多く、例えば、認知症の行動・心理症状についての予防や症状の軽減を行うための評価として、NPI (Neuropsychiatric inventory) が用いられている(山口ら 2017)。

公益財団法人東京都医学総合研究所は、この NPI による評価を含めた認知症にともなう BPSD の発生を予防するための心理社会的ケアプログラムである DEMBASE (DEMENTIA Behavior Analytics & Support Enhancement) を開発し、認知症ケアにおいて成果を上げており、その内容は知的、発達障害者の支援においても参考になるものである。

国立のぞみの園では、DEMBASE を参考として、高齢期の知的、発達障害者の支援に活用するための「高齢知的、発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」を取りまとめるための研究を行った。

研究の目的

本研究では、高齢期の知的・発達障害者支援を行っている事業所での試行調査等により、「高齢知的、発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」を取りまとめ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。

■「高齢知的、発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」について

- DEMBASE では、行動心理症状の有無を、NPI を用いて確認しています。具体的には、「妄想」、「幻覚」、「興奮」、「うつ」、「不安」、「多幸」、「無関心」、「脱抑制」、「易刺激性」、「異常行動」、「夜間行動」「食行動」の全 12 項目です。
- スウェーデン Orebro University (Lars-OlovLundqvist)らの研究グループでは、2020(令和2)年に NPI 指標を基として知的障害者向けに「自傷行為」および「衝動的なりスクテイク行動(結果を考慮せずに行われる、健康と安全に有害とみなされた行動)」を追加した NPI-ID を開発しています。
- 国立のぞみの園が実施する本研究において NPI-ID を使用するにあたり、NPI の作成者 (J. Cummings)の著作権等を管理する Mapi 社と使用許諾契約を締結し、Mapi 社の承諾の下で NPI-ID の研究グループの Lars-Olov Lundqvist(Orebro University)より使用許可を得ております。国立のぞみの園が実施する本研究の目的以外での使用はできませんのでご注意ください。
- 「高齢知的、発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム」の構成
 - ①NPI-ID マニュアル
 - ②NPI-ID ワークシート
 - ③NPI-ID を使用した高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム記録用紙
 - ・NPI-ID 評価尺度
 - ・行動の背景要因チェックリスト
 - ・冰山モデルシート
 - ・ケア計画表
 - ・処方されている薬

■調査者が行う手順

① 対象者の選定

評価の対象となる利用者(知的・発達障害等を有する高齢期の利用者で、認知症患者または認知症の疑いのある方)を選定してください。

② NPI-ID を使用した観察・評価

対象の利用者の主支援者に NPI-ID 評価(面接)を実施し、利用者の行動心理症状で特に得点が高く、支援が必要と思われる項目を抽出してください。

- 実施に当たっては、別添の「NPI-ID マニュアル」を一読いただき、記載の施行方法に準じて行ってください。
- 面接では、別添の「NPI-ID ワークシート」に沿って進行してください。
- 結果の記録については、別添の「行動心理症状ケアプログラム記録用紙」を使用してください。

③ チェックリストを使用した行動の背景要因の抽出

②で抽出された項目の背景要因について、主支援者と一緒に「行動の背景要因チェックリスト」の試行(はい・いいえの選択およびコメントの記入)を行ってください。

結果の記録については、別添の「行動心理症状ケアプログラム記録用紙」を使用してください。

④ 氷山モデルを使用したニーズ分析

調査者、主支援者、その他(支援に関わる職員)に集まって頂き、ニーズ分析(会議)を行ってください。その場合、氷山モデルを使って、②の症状を「課題となっている行動」とし、③の背景要因を基に「本人の特性」、「環境・状況」を、できるだけ多く書き出し、利用者の生活上の困難さという点に焦点を当て、多面的・総合的にニーズ分析をして、「必要な支援内容」を見立て(仮説を立て)てください。

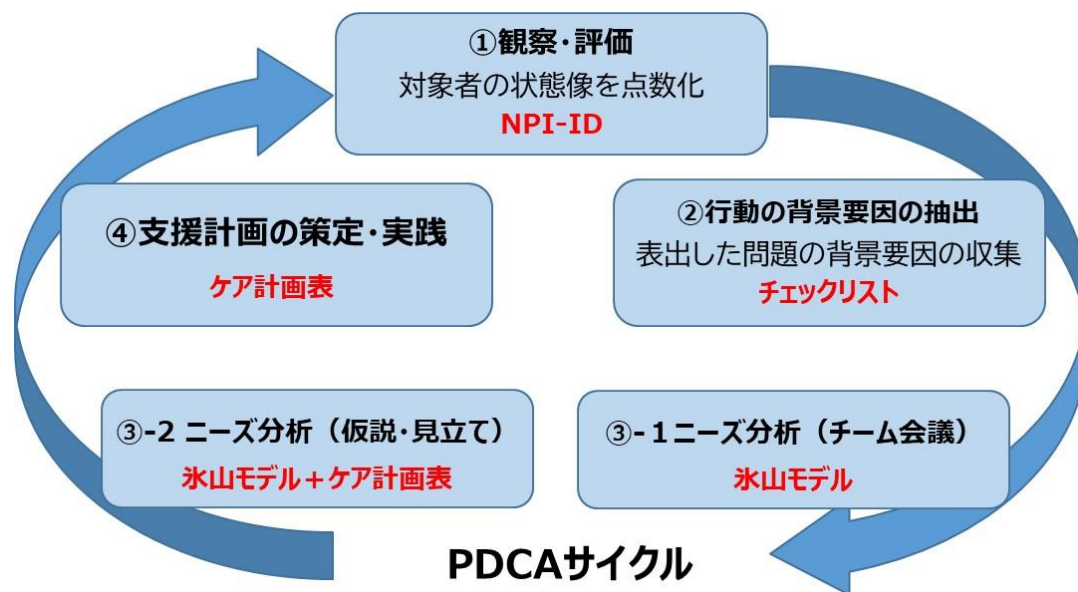
結果の記録については、別添の「行動心理症状ケアプログラム記録用紙」を使用してください。

⑤ ケア計画表を使用したケア計画(大項目)の策定

④のニーズ分析で抽出された「必要な支援内容」を基に、ケア計画(個別支援計画)を作成してください。なお、ケア計画(個別支援計画)表は、事業所で通常使用している様式でも大丈夫ですが、必ず 50 字以内の大項目を入れてください。

⑥ 処方薬の確認(※必要な場合)

「行動心理症状ケアプログラム記録用紙」の最終ページに処方されている薬を書く欄がございます。これも NPI-ID の一環です。そちらにもご記入をお願いいたします。



本プログラムで使用している NPI-ID は、国立のぞみの園が実施する本研究の目的以外での使用はできません。そのため、①NPI-ID マニュアル、②NPI-ID ワークシート、③NPI-ID を使用した高齢知的・発達障害者向け行動心理症状ケアプログラム記録用紙については公表を控えます。

「高齢知的・発達障害者の生活と変化 ～入所施設・グループホーム編～」

■プロローグ【全体の構成とライフマップ】

- 本資料の主旨と構成について
- ICF の概要
- ライフマップの概要

■Chapter1【疾病(認知症)】

- 認知症を罹患した知的・発達障害者の状況
- 支援の状況と必要な視点(支援者より)

■Chapter2【食事】

- 高齢知的・発達障害者の食事の状況
- 支援の状況と必要な視点(支援者より)
- グループホームでの取り組み(摂食・嚥下機能を維持するための支援、口腔ケアなど)

■Chapter3【日中の過ごし方】

- 高齢知的・発達障害者の日中活動の状況
- 支援の状況と必要な視点(支援者より)

■Chapter4【住まいの環境】

- 高齢期を支えるための環境(入所施設)
- 高齢期を支えるための環境(グループホーム)

■Chapter5【ターミナル】

- 知的・発達障害者のターミナルケアの状況
- 支援の状況と必要な視点(支援者より)
- 高齢知的・発達障害者を支援する上での視点(支援者より)

■エピローグ

厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

**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年～令和3年度 総括研究報告書

2022年5月

研究代表者 日詰 正文

編集・発行 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
〒370-0865 群馬県高崎市寺尾町 2120 番地 2
TEL 277-325-1501 FAX 027-327-7629
URL <http://www.nozomi.go.jp>