

高齢の障害者の現状について －知的障害者を中心に－

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

第1回「高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム」資料

平成27年2月23日（月）9:30-12:00 労働委員会会館612号室

1. 高齢期の知的障害者数の推計

65歳以上の療育手帳交付数

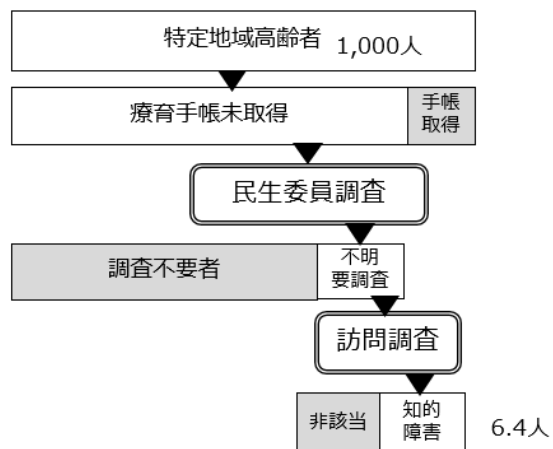
【2012年のぞみの園調査：地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成】
全国の市区町村（福島県7町村除く）に療育手帳保持者等に関する調査実施。1,198市区町村より回答（回収率69%）

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

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

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

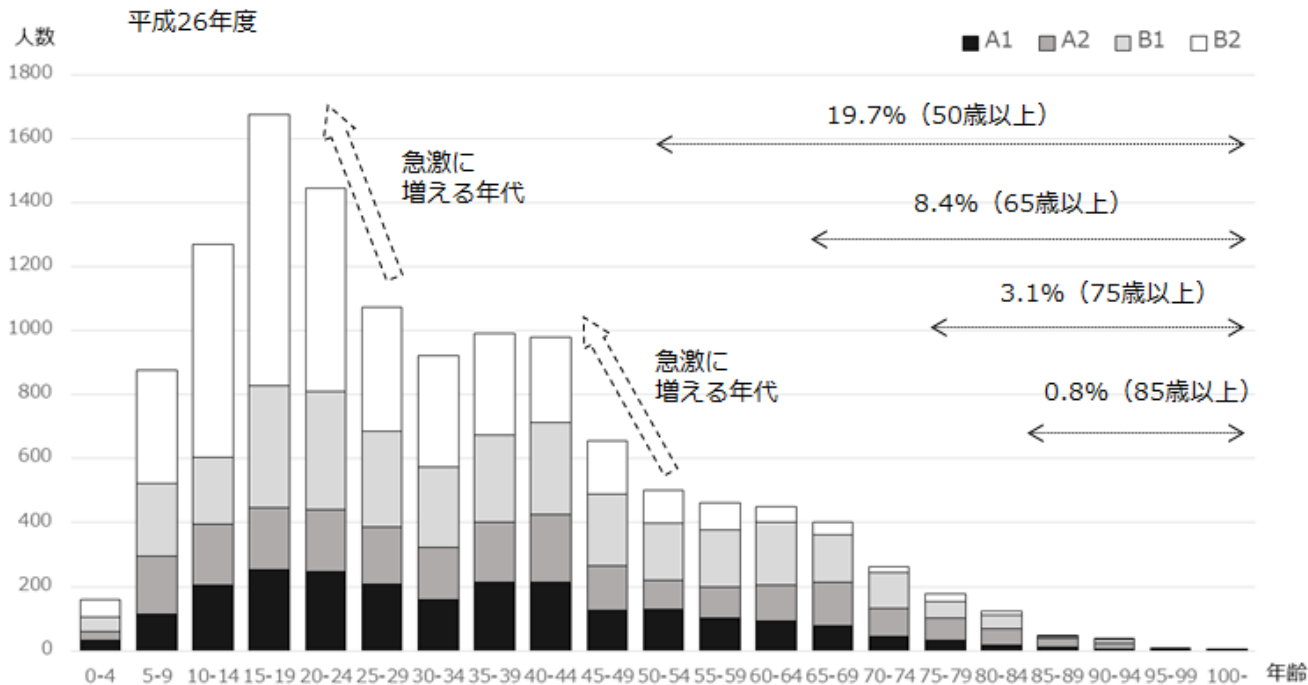
潜在的な知的障害者の調査



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

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

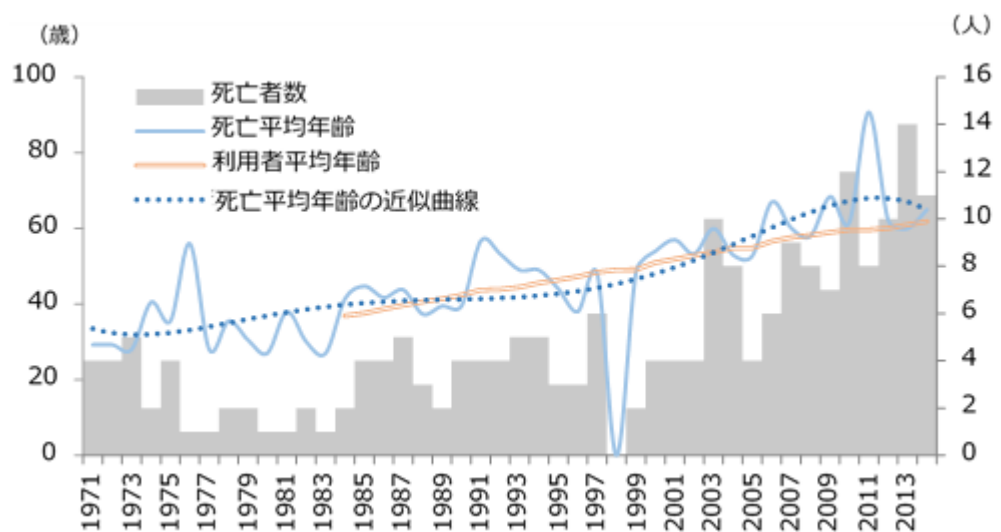
手帳制度の浸透したのは



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

平均寿命等の調査が無い

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

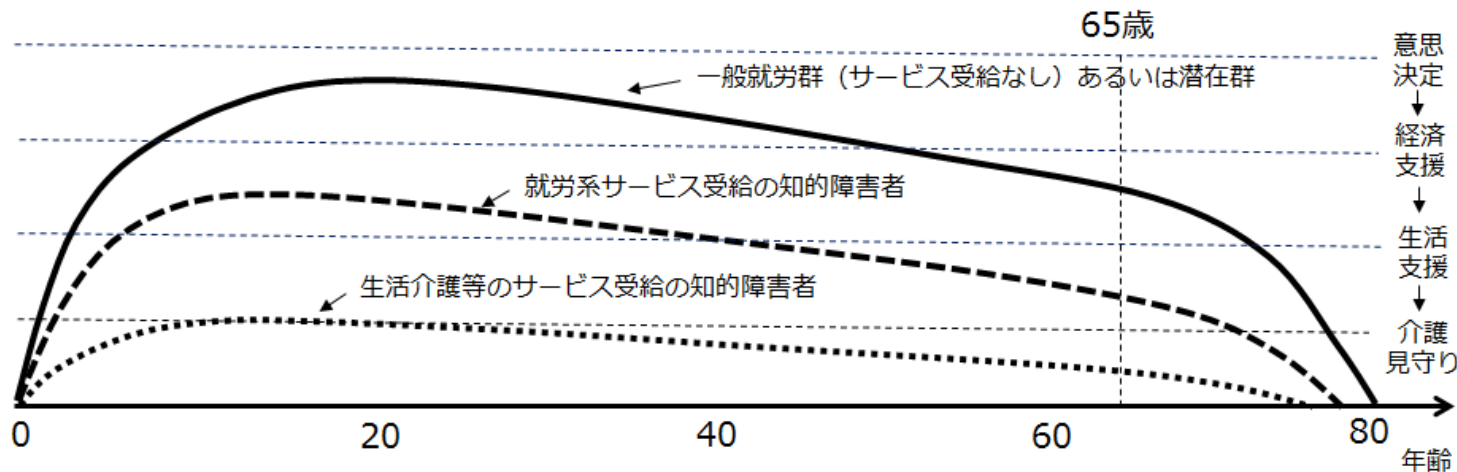


2. 心身の機能低下と障害福祉サービス

加齢による心身の機能低下

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

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



状態像の変化から住まいが変わる



自宅
グループホーム

本人の疾病・介護
家族の高齢化・死去
ホーム内でのトラブル



障害者支援施設

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



介護老人施設

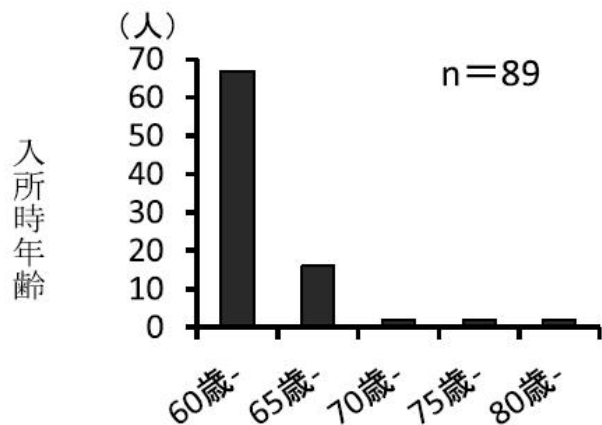
必ずしも多くの事例が、このような移行に迫られているわけではないが、施設・福祉サービス、家族・地域資源等の特徴があるのも事実（次のページに詳細なデータ提示）。

障害者支援施設に入所する知的障害者

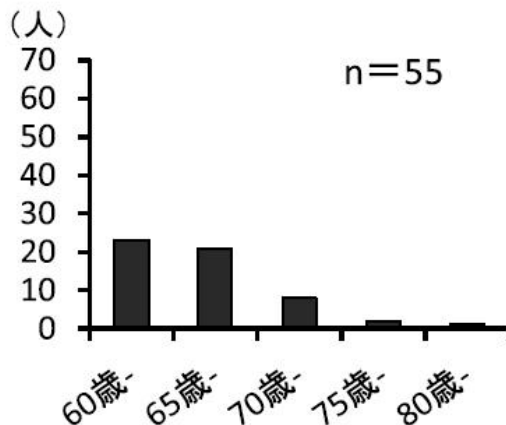
60歳を超えて障害者支援施設に入所した事例

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

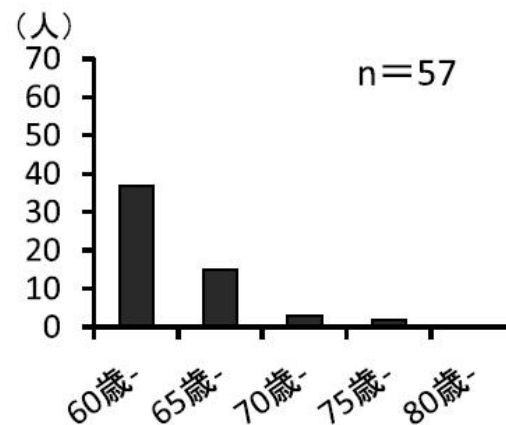
家庭からの入所



GH・CHからの入所



他の障害者支援施設からの入所



特徴

- 新規の入所が 92.8%
- 65歳未満での入所が特に多い
- 障害程度区分 4 が 35.2%で最多

- 再入所が 63.6%
- 65～69歳の入所の比率が高い
- 障害程度区分 4 が 34.5%で最多

- 新規入所が 85.2%
- 60～65歳の入所が比較的多い
- 障害程度区分 6 が 29.5%で最多

入所理由

- 本人の機能低下や疾病等
- 家族の高齢化や死去
- 虐待（3事例）

- 機能低下や疾病等での対応困難
- 世話人や他利用者とのトラブル

- 機能低下や疾病等での対応困難
- 前施設の閉鎖や規模縮小
- 地域移行（家族の近くに）

特別養護老人ホームに入所する知的障害者

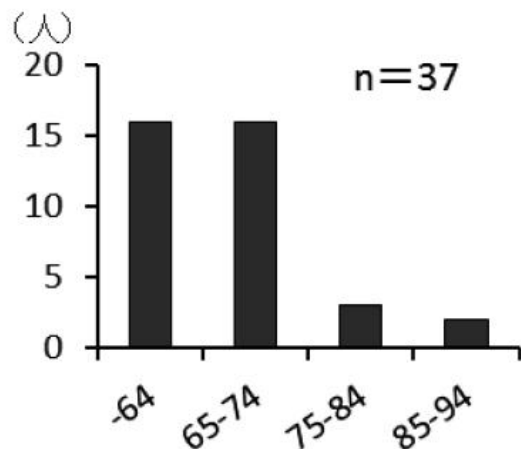
特別養護老人ホームに入所した事例

障害者支援施設から入所する場合、70歳代前半までが多く、日常生活の介護度が高くなっている

家庭（自宅）からの入所は、75歳以上の割合がかなり高く、要介護度もそれほど高くないが、在宅での介護者不在の理由も他の老人福祉・保健施設からの入所は、リハビリ終了や経済的な理由等が多く、介護度が高い

障害者支援施設から

【入所時年齢】



【入所者の特徴】

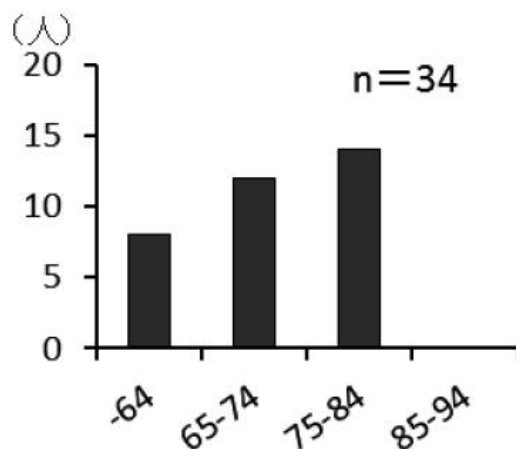
- 74歳までの入所が多い
- 75歳以上での入所は少ない
- 要介護5が43.2%で最多

【主な入所の理由】

- 日常生活に介助が必要となる
- 障害者支援施設での生活困難
- 若年層と同一の生活空間が危険

家庭から

【入所時年齢】



【入所者の特徴】

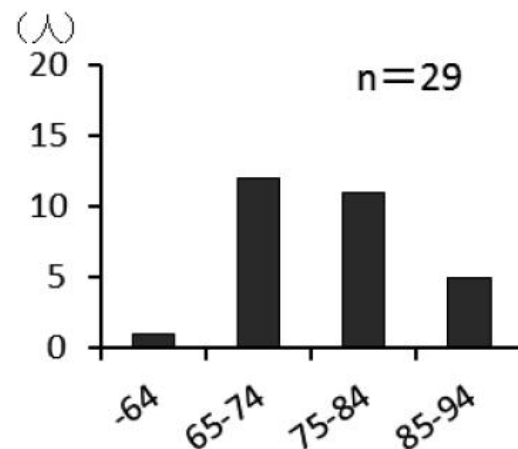
- 75～84歳の入所の比率が高い
- 年齢を追うごとに増える
- 要介護4が41.2%で最多

【主な入所の理由】

- 本人の機能低下で在宅生活困難
- 同居家族の高齢化や障害
- 独居で介護者不在

他の老人福祉・保健施設から

【入所時年齢】



【入所者の特徴】

- 65～74歳の入所が比較的多い
- 年齢を追うごとに少なくなる
- 要介護5が34.5%で最多

【主な入所の理由】

- リハビリ終了・老健退所のため
- 経済的事由
- 家族に近い施設への移行

障害者支援施設における高齢期の介護・支援

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

【旧知的障害者援護施設における身体・認知機能等の状況】

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

グループホームと障害者支援施設の比較

【2014年東松山市自立支援協議会地域の住まいの場を確保するプロジェクトより】
 東松山市ではグループホームで生活する障害者が164人。そのうち50歳以上、65歳以上の介護の状況（含む身体障害者）を前ページののぞみの園の調査と同様の項目で実施した結果。

		東松山市グループホーム				障害者支援施設	
		50-64歳		65歳以上		65歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%
食事	普通食	58	93.5%	17	94.4%	3,615	43.4%
	刻み食	4	6.5%	1	5.6%	3,491	41.9%
	ソフト食等	0	0.0%	0	0.0%	675	8.1%
	ミキサー食	0	0.0%	0	0.0%	398	4.8%
	経管栄養等	0	0.0%	0	0.0%	109	1.3%
	未回答	0	0.0%	0	0.0%	35	0.4%
おむつ	使用していない	57	91.9%	16	88.9%	5,455	65.5%
	夜間のみ使用	3	4.8%	2	11.1%	793	9.5%
	日中も使用	2	3.2%	0	0.0%	1,844	22.2%
	カテーテル等	0	0.0%	0	0.0%	186	2.2%
	未回答	0	0.0%	0	0.0%	45	0.5%

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

高齢知的障害者の居住の場の比較

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

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

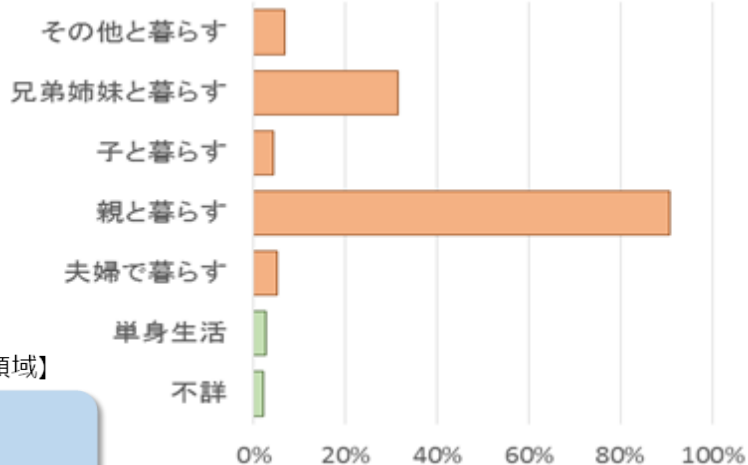
これ以外にもサービス付き高齢者住宅、介護療養型医療施設等も高齢知的障害者の利用する可能性のある施設等が存在する。

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

3. 高齢期になる前に必要となる準備

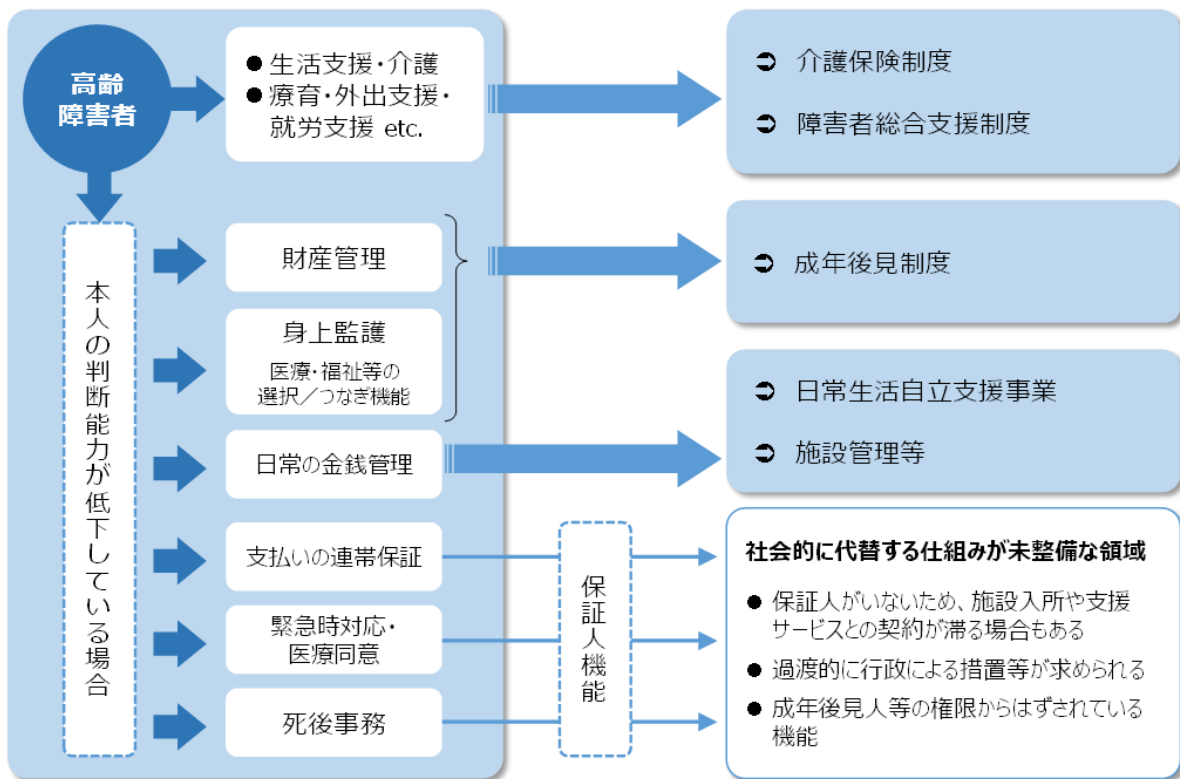
家族（親）が長期にわたり支援のキーマン

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



【家族・親族によって行われていた支援】

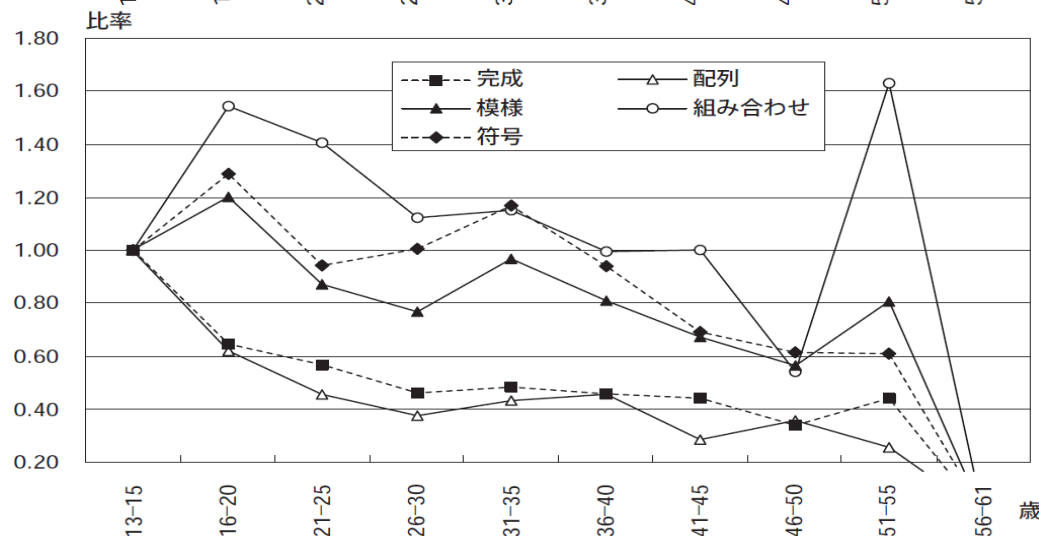
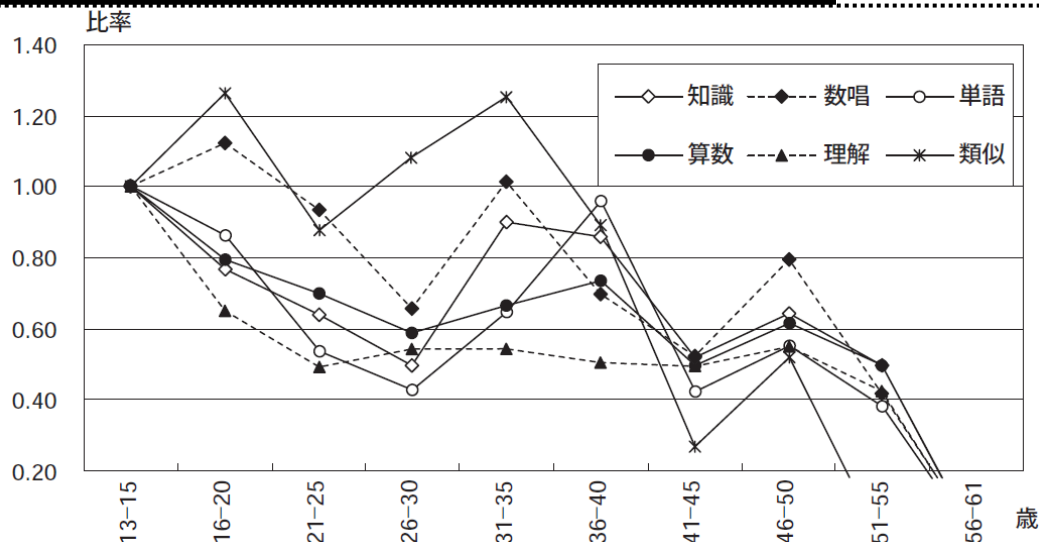
【包括的なケアマネジメントの領域】



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

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

壮年期・中年期の職業生活上の課題



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

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

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

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

4. まとめに代えて

支援の基本的な考え方

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

具体的な課題

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

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

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

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