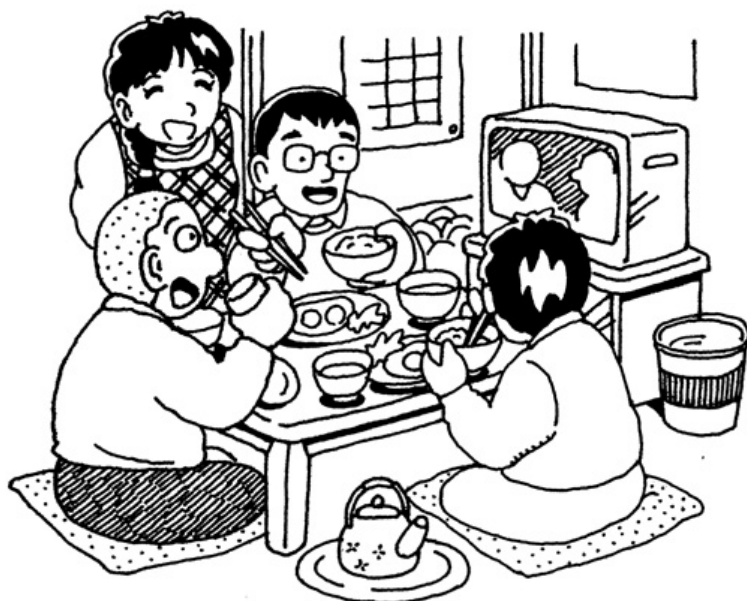


障害者の高齢期の特徴と 支援の視点を考える



発行：障害者の高齢期を支える支援プログラム開発プロジェクトチーム
佛教大学社会福祉学部 植田章研究室
発行日：2015年 月 日

目次

はじめに：.....	3
1、加齢・老化をどうとらえるか.....	3
2、障害者の加齢・老化の特徴.....	4
3 障害者の高齢化に伴う諸問題の発生.....	5
4、障害者の高齢期支援への挑戦.....	6
I 障害者の高齢化への対応の視点.....	7
1、先行研究・調査報告等は何を明らかにしたか.....	7
1) 高齢化の現実と必要とされる制度的課題.....	7
2) 加齢に関する先行研究にみる.....	8
3) 知的障害者と認知症.....	9
2 障害者の加齢に伴う変化をどうみるか.....	11
1) 老化の2つの捉え方.....	11
2) 加齢による老化現象の捉え方.....	11
3 プロジェクトチームでの学習会を通して.....	13
1) 障害者の高齢化と医療的課題.....	14
2) 長期にわたる抗精神病薬等の多剤大量処方の弊害と対策.....	16
3) 知的障害と認知症理解.....	20
4) 高齢期のターミナルケアを考える.....	22
5) グリーフケアへの視点.....	24
II. 事例を通して見えてくる支援の課題.....	25
1 事例報告…各報告者.....	26
事例1 Aさんの場合 一人暮らしの高齢障害者の生活を支える.....	26
事例2 Bさんの場合 自閉的傾向のある人の高齢期を支える.....	30
事例3 Cさんの場合 自閉性障害者の豊かな高齢期.....	35
事例4 Dさんの場合 加齢と疾病による機能低下を支える.....	42
事例5 Eさんの場合 高齢期のダウン症を支える.....	47
2 事例報告から見えてくる高齢期の支援課題：植田 章.....	50
1) 生活歴（史）からみえてくること.....	50
2) 健康上の課題と医療機関との連携.....	51
3) 自閉症者やダウン症者の加齢に見られる変化をどうみるか.....	52
4) 加齢にあわせた日中活動の位置づけ.....	54
5) 暮らしの場の保障と日常的な生活サポート.....	55
6) 福祉施設・グループホーム等での終末期のケア.....	55
III. 高齢期リスクへの対応のための提案.....	57
1 「障害者の高齢期支援に向けてのアセスメントシート」活用のポイント.....	57
はじめに：障害者の高齢期支援に向けてのアセスメントシート活用の意義.....	57
1) 「アセスメントシート」記載のポイント.....	57
2 知的障がい者認知症判別尺度日本語版 DSQIID の量的・質的検討.....	63
はじめに.....	63
1) 先行研究.....	63
2) DSQIID の特徴.....	64
3) 今回の調査の概要と検討.....	65
4) DSQIID の検討結果を受けて.....	72

3 高齢期のリスクを把握しながら、発達の支援を考える意義について	75
1) 本プロジェクトから見てきたもの	75
2) 生きる力、生きる意欲への働きかけ～支援者求められる役割.....	75
3) 生命と健康の安定を土台にした自らの身体への気付き	76
4) ニーズの発見と発達の支援の意義.....	76
【資料】アセスメントシート書式	78
あとがき	86

はじめに：

井上 泰司

大阪障害者センターでは、2011年1月「障害者の「居住の場」と暮らしを支えるシステムづくりへの提案第一次案」(障害者の地域での暮らしを守るための支援システム検討会)の提案を行い、暮らしの保障をどう進めるかの提言を行ってきた。

この中で、暮らしの場である、グループホームの課題や入所施設での課題などにも触れてきたが、併せて、別添の高齢化する障害者への支援への問題意識を整理している。

特に、「一般高齢者の生活施設で指摘されている、今までその人が生きてきた生活との比較において、①空間の落差②時間の落差③規則（自由を奪わない）の落差④言葉の落差⑤役割の喪失という5点の面で留意することの必要性が提起されている。障害者生活施設においても、先の留意点は、十分に検討され、それらに配慮した環境、支援プログラムが必要である。」等の指摘を行っている。

現在、通所・入所施設において支援を受けている障害者もその高齢化が進み、どのような支援を行っていくべきかの課題に迫られている。

しかしながら、あまりに社会的経験の少ない高齢障害者にとっては、通所施設においても、入所施設においても、これまでの「仕事」中心とした支援から別の支援への移行が、「役割や目的の喪失」となりかねない状況等もあり、必ずしも円滑な移行を行いきれていない現状がある。ましてや一般高齢者への支援プログラムには馴染みにくい状況も明らかである。しかしながら、障害者施設においては、制度的問題も含め、高齢期の障害者への支援プログラムは未だ開発途上のものとなっており、適切な支援の展開は図られていない。

それでも、これまで一緒に仕事をできていた当事者が、しんどくて仕事ができない等、身体的・精神的老化は、ダウン症者の40代中盤からの変化を筆頭に顕在化している現状がある。また、痛み等を主張することのできない障害者が、吐血して始めて癌が発見され、手遅れとなって死亡するケース等も出始めている。合わせて長期投薬を受け続けた障害者の身体的・精神的影響（全く覇気がなくなった等）。も懸念され始めている。

今般のこのプロジェクトは、こうした現状に鑑み、「障害者の高齢化に特化し、その具体的支援プログラムを開発することを目的とし、併せて制度的提言へもつなげる取り組みとして位置づけるものとする。」として、先行研究等で実績のある植田章先生を中心に、研究者と各事業所から選出された現場職員との共同研究として、2013年5月からスタートした。

まず、これらの検討をスタートするに当たって、当該検討会での共通認識をはかるために、これまでの先行研究の概要や基本的な「老い」の理解等を進めることとなった。

1、加齢・老化をどうとらえるか

一般的にも、「人はこの世に生を受けて以降、時間の経過とともに成長・発達を続け成熟期を迎える。その後、衰退が始まり、最後には死を迎え、生命は消滅する。これが人間の一生の過程の自然な姿である。生命が成長・発達した後におけるこの変化を指して、加齢（エイジング, aging), または老化とよぶ。」(老年看護学テキストより)と規定されるように、人間本来の自然な姿として「加齢・老化」の問題が取り上げられている。

なお、この「老年看護学テキスト」では、以下のような特徴が示されている。

個々人の老年観は、老化についての知識の有無や時代背景、社会の価値観による影響を強く受けるものとなり、その人の生活史に深く関わりを持っているとされている。

また、この時期の特徴は、衰退や死を自覚し、職業からの引退などをおして自己の存在感や価値を見失う。人生の最終段階で直面する精神的危機であるが、老年期においても、生活していくなかで学ぶことができる。したがって、生涯におけるこれらの課題をマイナスにとらえるのではなく、自分の人生の完成に向けての課題ととらえ、前向きに対応していけば、老年期をその人らしく納得

のいくものとする事ができるとして、「職業からの引退」「過去の清算」「病気との共生」「死の受け入れ」等の特性を持つものとなる。

したがって、高齢期に安定した生活の基盤を用意して、老いを受け入れて、希望をもって積極的に老年期を送る努力がなされ、その人にふさわしい人生が完成するように援助していきたい。そして、人生の幕を閉じるにあたり、最善を尽くして多くの困難を乗り越えてきた生涯に誇りを感じ、満足を感じられるように、見守っていくことが課題とされている。

特にこの時期の身体構造や機能の変化が大きく表れる時期となっており、以下のような機能の低下や変化が特徴として指摘されている。

一般的には、「細胞数の減少」「体内水分量の変化」「呼吸・循環機能の低下」「消化・吸収機能の低下」「排泄機能の低下」「運動機能の低下」「感覚機能の低下・1) 視機能の低下

・2) 聴機能の低下・3) 嗅覚機能の低下・4) 味覚機能の低下・5) 感覚閾値の変化」「神経機能の低下・1) 脳の変化・2) 脊髄の変化・3) 神経系の変化・4) 脳神経の生化学的变化

「免疫機能の低下」「性機能の低下」「造血機能の低下」等の機能的変化が現れ、加えて、「予備力・回復力の低下・防衛力の低下・適応力の低下」がそれをさらに深刻化させることもあるため、こうした適応能力の低下を認識しつつ、身体的にも心理的にもできるだけ変化を少なくする方向で、ケアに臨むことが大切となる。

合わせて、老年病への対応も不可欠となる。老年期には様々な老年病が発生する。老年病の概念は広く、①老年期に発生する特有の疾患、②壮年期にも発病するが、老年期にも多く発生する疾患、③あらゆる年齢層に発生するが、高齢者にも少なくない疾患、が含まれる。

Rowe と Kahn は、生理的老化を通常老化 (usual aging) と健全老化 (successful aging) とに大別し、健全老化には、次の3つの主要な構成要素があるといっている。①慢性疾患や障害がなく、危険因子も抑制されていること、②年齢とともに低下する身体機能ならびに精神機能が、高い水準で維持されていること、③社会活動に積極的にかかわり、良好な人間関係を維持し、創造的な活動を行っていること、である。successful aging は“幸福な老い”とも訳されており、だれもがあの状態にあり、人間社会にとっても大きな課題とされている。

2、障害者の加齢・老化の特徴

しかし、一般的な加齢・老化と呼ばれる現象は、幼児期から障害を持つ人の場合若干の相違点がある。その特徴を整理すると以下のようなものがある。

1) 身体構造や機能への障害により高まるリスクの大きさ

まず、障害者の場合、多くが身体構造や心身機能に、幼少期から障害があり、十分な全身機能の未発達な状況が起こり、その後の生活の中で、副次的にその他の機能の変化をきたしやすいという特徴を持っている。

2) 基礎体力や抵抗力の不足

さらに、こうした幼少期からの障害が故に、基礎体力は健常者と比較して未発達なうえに、体力増強の機会も不十分である。同時に、当初からの免疫不全や長期にいたる服薬等の影響で副作用としての他疾病（歯肉炎や肝障害、肥満等）や免疫不全を起こしやすいというリスクも抱えている。

3) 二次障害発生リスクの高さ

二次障害とは、成人障害者にみられるもともとの障害の悪化または新たに出現した症状や障害のことで、しばしば動作能力の低下をとまなう。二次障害発症の原因として、もともとの障害（一次障害）加齢の影響が加わるだけでなく、その障害者の置かれている生活や労働の状況の影響が推測されている。

C P等の障害者の場合、こうした発見が遅れ、「不定愁訴」等の表現で、その実態や原因追及が遅

れ、深刻化するケースや、ポリオ等の障害の場合、男性のポリオ障害者は、就労や社会参加で無理をして身体を酷使することが当たり前のようになされてきた社会環境の中で、非常に重篤化するまでその症状を訴えない障害者などもある。

4) 社会経験・対人関係の狭さ・重篤な障害による自律観の喪失による主体性の低さ

合わせて、障害が重く、自らの自己主張や自律観の形成が行われにくい障害者の場合、絶えず管理下に置かれ、社会経験や対人関係も狭い中で、自己主張や主体的活動が制限され、主訴の訴えや変化への気づき等精神的。身体的主体性を確立できないままの障害者の存在もあり、こうした障害者のライフサイクルにおける高齢期をどのように援助していくかという支援技術は何も開発されていないという現実がある。

これらの特徴を持つ障害者の高齢期支援は、いわゆる老化現象が、一般健常者に比較して早期(40代前後)から発生してくることが先駆研究等でも明らかとなり始めている。

また、こうした老化等の状況を踏まえ、人生の総仕上げとしての円熟期をどう支援していくのかは一般的にうたわれる高齢期支援とは大きく異なる側面を持つといえる。

3 障害者の高齢化に伴う諸問題の発生

1) 発見されにくい老化現象

現在、障害者の高齢化に伴う諸現象と明確に位置づける検証は十分行われているとは言えないが、日中・入所のいずれもで、発生している実態でたとえば以下のような状況が報告され始めている。

- (1) 発見が遅れ、末期がんのため、手遅れでの死亡
- (2) ダウン症者の急激退行により、歩行困難や行動停止などの身体的・精神的変容
- (3) 肥満・突然死
- (4) てんかん発作のパターンが変わり、重責発作により緊急入院
- (5) 骨折・転倒等の事故の多発
- (6) 食事中の誤嚥事故

こうした現象が発生し始めているが、本人からの痛み等の主訴が行われず、現場職員も、家族もその変化に十分対応できていない。

2) 貧困な日中活動の保障

現在の創作活動や作業の日中プログラムについていけない(しんどい・思うような作業が継続できない等)の訴えがあり、休む時間帯等の保障は行われているものの、「作業をしたい。作業所に行きたい。」等の本人の希望もあり、継続しているが、こうした状況に合わせた日中の支援プログラムは十分開発されてはいない。

また、本人の希望も「仕事ができなくなればどこに行かされるかわからない。」(70歳のGH利用者の言葉)「作業所しか友達がいない。」(作業所利用者)等の願いは、成人期以降家庭と作業所しか知らない利用者にとって、豊かな日中活動や第三の世界を知らず、自らの活動を狭い経験の中で判断せざるを得ない利用者からいえば、「仕事」を離れ、別の活動を想起することや日中活動の生きがいを求めて円熟期をいき抜くことは想像もつかない課題ともなっている。

3) 親亡き後の暮らしの保障とその活力

さらに、親にすべての暮らしを支えられ、絶えず介護・見守りの中で暮らしを維持してきた利用者にとって、自分らしい暮らしのイメージは立てにくい。合わせて病気との共生や医療的ケアを必要となった場合の暮らしの支援の場は障害福祉サービスでは十分保障される制度的保障もない。

しかし、先行研究にもあるように、この時期親との死別や知り合いの死等から受ける利用者

へのグリーフケアも不十分で、こうした環境の変化が大きく生きる力を損なわせる急激退行・変化のきっかけになっていることも明らかになりつつある。

親がいかに「最後まで親の目の黒いうちは」と願っても、結局こうした介護力の低下から、分離せざるを得ない状況が生じた際、ロングショートや精神病院への措置入院等、大きな生活環境の変化と暮らしの質の急激変化が利用者に与える不安や喪失感は並大抵のものではない。

まして、一切の福祉サービス提供を受けたことの無い障害者が、親の事由で急に障害福祉サービスへと転換していくことも大きな混乱や精神的打撃を与えることも十分想定される。

こうした現状の中、利用者の高齢期に安定した生活の基盤を用意して、老いを受け入れて、希望をもって積極的に老年期を送る努力がなされ、その人にふさわしい人生が完成するように援助していくこと、人生の幕を閉じるにあたり、最善を尽くして多くの困難を乗り越えてきた生涯に誇りを感じ、満足を感じられるように、見守っていくことは、現状では極めて困難な状況と言わざるを得ない。

だからこそ、親子心中や孤独死から利用者を守り、より満足した人生を送っていただけるよう、緊急に障害の特性に着目し、これまでの人生を踏まえた高齢期に対応した支援プログラムの開発が急がれる所以といえる。

4、障害者の高齢期支援への挑戦

当然、現在日本が批准している国連障害者権利条約の求める一般原則に立ち、「固有の尊厳、個人の自律（自己の選択を行う自由を含む。）及び人の自立の尊重。非差別。社会への完全かつ効果的な参加及びインクルージョン。差異の尊重、並びに人間の多様性及び人間性の一部としての障害のある人の受容。機会の平等。アクセシビリティ。男女の平等。障害のある子どもの発達しつつある能力の尊重、及び障害のある子どもがそのアイデンティティを保持する権利の尊重。」に配慮された支援が前提となる。

さらに、これらの支援プログラムの開発にあたっては、以下のような視点が極めて重要である。

障害者の高齢期を支援していくためには、利用者の人生の縦軸・横軸をみつめ、「ひとりひとりが塗り重ねた人生に思いを寄せること」の大切さとともに「意図的にライフステージ作ることの意義」を提案し、本人の自分づくりのチーム作りを進めるという視点である。

一人の人のくらしは、親子関係や社会との関係等様々な関係性の中で成立している。この関係性を広げ、つなぎ・つながっていくことで、多面的な本人像をつかみ、そして本人が主体者として暮らしを成り立たせていくための支援を行っていくことこそ重要であり、こうした暮らしが同時に個人としての意思決定力を高めていくという観点からの支援の重要性が提起されている。

これまでの「何ができる、できない」「失敗させない」「リスクを減少させる」ための支援だけでなく、本人のくらしへの思いを大切にするための支援こそが、本人中心型の支援であり、専門家とし支援する実践から、専門家として、障害やそれゆえのくらしにくさに共感しながら、支援を組み立てていくことの重要性を提起しているのである。

こうした視点から、第一段階の挑戦として、当面して本人のニーズの発見、人生の共感を広げるため、以下のような情報共有化のためのアセスメントシート及び認知症テストの活用について検討を進めてきた。

① 緊急に整備されるべき老化・変化の発見のためのアセスメントの開発

② 認知症簡易テストの活用と支援ポイントの発見

今回のこの報告集は、この間の取り組みを整理し、認知症簡易テストから見えるダウン症者の加齢の特徴及び、こうした変化をとらえるためのアセスメントシートの提案を行うものである。

※参考・引用文献：新体系 看護学全書 老年看護学1 老年看護学概論・老年保健：編集 鎌田ケイ子 川原礼子（メジカルフレンド社2012年11月）

I 障害者の高齢化への対応の視点

1、先行研究・調査報告等は何を明らかにしたか

植田 章

1) 高齢化の現実と必要とされる制度的課題

わが国では高齢者の生活支援については、1990年代以降、施設・居宅の両面にわたり実践的な展開を見せてきた。一方、障害者の高齢期に対する取り組みは一部のコロニーや居住施設以外では、そう大きく意識されていない。それは、障害者が障害や病気のために短命であったことや障害分野における医療や教育、療育が未熟であったことなどが考えられる。

しかし、現在、障害者の高齢化は看過できない問題になっている。2000年代には、居住施設（知的障害者入所更生施設）で生活する利用者の半数が40歳以上で占められ、2010年度の「社会福祉施設等調査結果概要」では、40歳以上の利用者は65.9%、60歳以上は22.9%まで上がっている。また、在宅で暮らす障害者も40歳以上が34.6%、60歳以上は8.63%を占めるようになった¹。

障害者支援施設に入所する65歳以上の知的障害の実態と支援の課題を明らかにすることを目的に行われた最近の調査では、65～69歳（前期高齢者）の知的障害のある利用者では4人に1人が「寝たきり」の状態であることが報告されている。つまり、障害者の場合、前期高齢者になった段階で身体的な機能の低下が相当に進んでおり、介護面での支援の必要性が高くなっているといえる。また、認知症については、16.4%に明らかな症状が現れている。わが国では、65～69歳の有病率が1.5%、65歳以上全体では8～10%とされていることから知的障害者の認知症も軽視できない²。

日本知的障害者福祉協会が実施した施設・事業所実態調査では、知的障害者入所更生施設の82.6%、知的障害者入所授産施設の74.8%の施設が利用者の「高齢化・老化が問題となっている」と回答している³。

一方、制度の面から見ても、知的障害者福祉法をはじめとした現行の障害関連法規は、高齢期を迎えた障害者が安心して暮らすことのできる施策に関して何ひとつふれていない。国・厚生労働省は65歳を過ぎれば介護保険制度が優先するとして、どうしても介護保険制度でカバーしきれない部分だけを障害者総合支援法で補うといった立場をとっているが、その介護保険制度も、総合的な介護保障の仕組みになっているとは言えない。なお、障害者総合支援法の自立支援給付と介護保険制度との関係については、「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係について」（厚生労働省障企発・障発第03280002号、2007年）と題する通知があり、この中で、介護保険サービス優先の捉え方については、「個々人の心身状況・介護保険サービスの適切性・サービス利用の理由に応じて一律に介護保険サービスを優先させるものではない」と障害者福祉制度の「選択」を認めている。

2014年、国は、障害者総合支援法の附則における3年後見直し規定をふまえ、障害者福祉サービスの実態を把握した上で、その在り方等について検討するための会議を設置した。その主な検討課題のひとつに「精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方」をあげている。そのなかで、障害の重度化・高齢化、「親亡き後」を見据え、居住支援のための機能を地域に

¹ 「年齢階級別障害の程度別の知的障害者（在宅）数」厚生労働省、2005年、2010年調査では、知的障害児・者数は全体で74.1万人、65歳未満の者は、91%、65歳以上の者は9%となっている。

² 「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」国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 紀要、第6号、24年度

³ なお、同調査では、障害者支援施設が、今後も高齢期の障害者を積極的に受け入れる生活施設としての機能を高めていくことは、高齢知的障害者の生活を支える上で重要といえる（日本知的障害者福祉協会『H22年度全国知的障害者施設・事業実態調査報告書』2012年）と指摘している。

整備していく方向性を示しているが、高齢期の障害者への支援は市町村まかせの居住支援の整備にとどまるものではないため、不十分と言わざるを得ない。身体的・精神的機能の低下は、必然的に個別対応の機会が増えるために、利用者の高齢化率が上がるほど十分な職員配置がなされなければならないし、新たな疾患を抱え、医療的なケアの必要性も高まることから、看護師や理学療法士などの配置も必要になる。家族の緊急時にも柔軟に利用できる施設など多様な支援体制の整備を図る必要もあり、相談支援を含む総合的なケアマネジメントの機能を位置づけ、福祉施設・事業所に対する報酬面での配慮もなされなければならない。

2) 加齢に関する先行研究にみる

知的障害者の加齢に関する先行研究はそう多くないが、1990年代後半から発達障害医学や発達障害研究、職業リハビリテーションの領域で取り上げられている。主に加齢に伴う諸機能の変化に関する調査研究、加齢に伴う健康問題（合併しやすい疾病の特徴など）への医学的課題に関する研究、身体的・精神的機能の低下が職業能力に及ぼす影響に関する研究などである。これらの研究の他にも、地域移行とのかかわりにおいてその課題と支援内容を明らかにしたもの、認知症のある知的障害者に対する医学的な検査とその診断基準の確立を試みたものなどがある⁴。上記の先行研究から知的障害者の加齢と福祉実践の課題を明らかにするために示唆的な先行研究をあげておく。

医療・医学の進歩や福祉現場の支援の向上などにより障害者の平均余命は著しく延びてきている。しかし、有馬正高らは厚生省（当時）等の統計調査において65歳以上の高齢知的障害者の割合が一般人口に比して低いこと、とりわけて10歳から40歳にかけての年齢層で死亡率が高いことに注目している。死亡原因の特徴として、一般の人たちとは異なる急性死または突然死が高いこと、死亡原因疾患については、居住施設の調査で、心疾患、悪性腫瘍、その他不慮の事故の順で高いことを明らかにした⁵。とくに、知的障害者の罹病率や死亡率が高くなっている要因については、脳障害に伴って知的機能以外の脳機能に関係した生活上の不利益が関係すること、本人の訴えに周囲が気づかず手遅れになりやすいこと、食事習慣や運動習慣の影響が大きいとされる生活習慣病、とりわけ肥満を伴う合併症からなる疾患を患う者が多いことをあげている。さらに、知的障害の程度が重度の場合、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も要因としてあげている⁶。

また、多剤大量処方の問題について指摘する研究もある。わが国では、統合失調症患者を対象とした処方調査で、抗精神病薬が単剤で投与される率は諸外国よりも著しく低い上に、抗精神病薬が3剤以上併用される率が際立って高いことが問題視されている⁷。たとえば、アメリカやフィンランドの調査では、統合失調症の平均余命が一般の人より20年以上短いという調査結果や心臓突然死と抗精神病薬との関係について、投与量が増えると心臓突然死のリスクが増すという報告もある⁸。とくに、抗精神病薬とベンゾジアセピン系睡眠薬と抗不安薬などの併用は最小限にすることや、ベンゾジアセピン系薬剤の使用が認知症発症のリスクを高めることも指摘されている。

こうした多剤大量処方の問題については、学習会や相談活動を実施している当事者団体もある。たとえば、「新宿フレンズ家族会」では以下のようにアドバイスしている。

⁴ この点については、植田章「知的障害のある人の加齢研究の特徴と課題」『知的障害者の加齢と福祉実践の課題～高齢期の暮らしと地域生活支援』高菅出版、2011年、に詳しく述べている。

⁵ 有馬正高「知的障害をもつ人達のライフステージと健康問題・全国居住施設へのアンケート調査から」『不平等な命——知的障害の人達の健康調査から』社団法人日本知的障害福祉連盟、1998年、10～62ページ。

⁶ 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、2003年、2～4ページ。

⁷ 稲垣 中「抗精神病薬多剤大量投与の是正とQOL」『精神神経』114巻6号、2012年

⁸ 『統合失調症の人が知っておくべきこと～突然死から自分を守る～』NPO法人、コンボ編、2013年

多剤大量処方に関するアドバイス

薬の効果と必要性、副作用、多剤大量処方の問題についてもきっちりと学ぶ。薬の量は1錠2錠ではなく、クロルプロマジン（CP）換算の仕方を学び、何ミリグラムと把握する。薬を飲んだ当事者のようすを一番よくわかるのは家族、よく眠れているか、過鎮静ではないか、副作用はどうかなど、よく見て主治医に報告を。服薬を本人に任せている場合も、きちんと飲んでいいのか、気を配る。漫然と同量の服薬を続けるのではなく、半年ごとくらいに医師と一緒に効果の見直しを。必要に応じて血液検査を。できれば機会を見つけて内科健診を。服薬をしても悪化が続く場合は、医師に見通しを聞く。そこで怒るような医師なら、できるだけ早く医師を変える。セカンドオピニオンや転院の仕方を具体的に伝える場合もある。

3) 知的障害者と認知症

知的障害者の平均寿命が延びたことで必然的に認知症にかかるリスクも高くなった。一般の人よりも発症が早い傾向にあるにもかかわらず、その発見が本来の障害特性からも困難であるとされている。しかし、早期に発見し対応することはその人の生活の質を向上させ、認知症に罹患した知的障害者への支援方法のあり方を考える上で重要な課題である。ただし、知的障害者の場合には認知症にかかる前から認知機能・精神機能に弱さがあるため、現在の状態が認知症によるものか知的障害によるものかを区別する必要がある。

知的障害者が認知症と診断されるに至るまでの経過については、記憶（見当識や記憶問題）に関連が深い能力の低下は認知症の最も初期に見られた徴候であるとする報告がある。さらに、記憶以外の認知機能についても、注意力・意欲の低下などが記憶能力の低下と同様に認知症の初期症状として現れている。もちろん、認知症の発症と進行経過、症状は人によって異なるが、ダウン症候群の場合、その初期段階において、記憶喪失が必ずしも最初の症状ではないとの報告もある。実際に観察される症状には以前には見られなかったてんかん発作の出現、性格の変化、無感動、会話ができなくなる、失禁、自己管理ができなくなるなどがある。これらの変化は、認知症以外の原因（抑うつ症、視聴覚障害、甲状腺機能低下症）により起こることもあるし、認知症と併存することもあるのでアセスメントが必要不可欠である⁹。

その方法としては、日常的な行動観察の基準を決め、長期にわたる観察・検査で変化の兆候を見極めたり、検査が不可能な場合、患者の生活歴の記録（生活史や暮らしの実態を丁寧に把握する。能力や他の技能などの記録を含めて）など、別の手段で、変化の評価をする。老化速度の早い危険性があるダウン症候群患者の成人は30歳代後半から40歳、それ以外の人では50歳から認知能力・健康の程度・身体機能を含む日常的な機能の変化を評価する必要がある。

認知症の判別尺度に関する研究には、既存のものでは身体的・精神的機能の制約や動機づけに左右される場合が多いため、知的障害がある人のための認知症スクリーニングテストの開発、ダウン症者の認知症スケールの日本での適用に関する研究、早期老化の評価尺度などがある。木下大生らの、イギリスバーミンガム大学の研究者によって開発された「知的障害者用認知症判別尺度」の日本での実用化に向けた研究はそのひとつである¹⁰。日本語版DSQIID(Dementia

⁹ 『認知症の知的障害者—アセスメント・診断・治療および支援の手引き（日本語版—）』 Royal College of Psychiatrists/The British Psychological Society 編、「認知症の知的障害者」翻訳プロジェクトチーム訳、国立のぞみの園10周年記念紀要、2014年

¹⁰ 「知的障害者用認知症判別尺度日本語版（DSQIID）の信頼性・妥当性の検証」木下大生他、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『研究紀要』4号、2010年、「知的障害者用認知症判別尺度日本語版（DSQIID）の開発に関する研究-感度と特異度の検証を中心として」、木下大生他、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『研究紀要』5号、2011年、「“Dementia Scale for Down Syndrome”の日本への適応」小島道生他、『発達

Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disorder)は、知的障害者の認知症の判別尺度として、歩行不能である人を除いた場合、十分実用化に耐えうるものとされている。今後、知的障害者の実践現場で広く活用し有効性を検証していく必要がある。本高齢期プロジェクトにおいても、認知症と診断された（あるいは「認知症の疑い」とされている）62名のダウン症者に対して日本語版 DSQIID を実施した。結果については、チェック数のスコアをもって機会的ハイリスク群か否かの判断をするのではなく、質的に捉えていくことが不可欠であるとい点である。それは、チェック数のトータルスコアが低く出ても認知症に結びつく点はないか、逆にトータルスコアが高く出ても認知症以外の他の原因はないかの検討が必要である。また、検査を実施する職員が利用者の生活歴を知っており、これまでの姿と現在の姿をよく理解していることが大切になってくる。詳細については、本報告書Ⅲ-2を参照されたい。

ところで、障害者が認知症に罹患した場合には、どのような支援方法があるのだろうか。前述したように、支援のあり方に関しても一般高齢者に関する研究は多くみられるものの、知的障害者が認知症に罹患した場合の支援について言及した研究は非常に少ない。登坂庸平らは、認知症がある知的障害者への支援方法について事例研究を通して明らかにしている。なかでも、「徘徊」を繰り返し生活の場を認識できないAさんの事例からは、以下の三点を学んでいる。①「環境の変化」は認知の混乱を招きやすく、周辺症状へと発展しやすい、認知症者の周囲の環境は変えない方が望ましいとされるものの、今回の事例を通し、以前の住環境と同じ構造や配置、生活の流れやリズムにすることで認知の混乱を最小限に抑えられることがうかがえた。②相性の良い人との関わりにより、穏やかな生活を得ることができた。周囲の利用者と良好な関係を築くことも重要である。③認知症を罹患しても、長年に渡る生活習慣や日常生活の中での役割といったものは長期記憶として残っている。生活史を紐解き、長期記憶として残されていた生活習慣や役割を取り入れることが重要であった¹¹。

認知症の病変は、加齢性変化から連続的にくるものである。したがって、認知症という事態に遭遇した人たちの戸惑い、知的障害を持ちながら認知症を生きる不自由について、その人の人柄や生きてきた軌跡、暮らしの状況から理解していくことが大切である。同時に、認知症のはじまりの時期を掴むこと、つまり、「行動上の変化」等を通して初期段階を把握することの意味は大きい。「認知症を生きる『不自由』とは何かを、その様相も含めてもっとも分かりやすいかたちで表れるに違いないからである。認知症であれ、統合失調症であれ、錯綜する病態を示す病いの、もっとも本質的な病理はそののはじまりの時期、あるいは発症に前駆する事態にみられる」からである¹²。

障害のある人たちは幼少期から障害や疾病があることを理由にして様々な不利益を被ってきており、このことが大きく高齢期を規定している。あらためて、その人の生きてきた生育歴や社会的背景を理解するとき、その人生の尊さや重みを感じるだろう。そのためにも職員の専門的な力量を高めていく必要がある。

障害研究』第22巻、第1号、2000年、65～73ページなどがある。

¹¹登坂庸平ほか「認知症がある知的障害者への支援」国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 紀要、第40号、2014年。尚、認知症に罹患した知的障害者に対する効果的な支援のあり方については、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園認知症ケアプロジェクトチーム『50歳からの支援～認知症になった知的障害者～』21012年を参照のこと。

¹²初期認知症にみられるもの盗られ妄想の生成過程を論じるに際してきわめて興味深い論点を提示している。小澤勲『痴呆老人からみた世界——老年期からみた世界』p152

2 障害者の加齢に伴う変化をどうみるか

石田京子

障害の高齢化の現状については、“はじめに”で述べられているので、ここでは医学的な側面と生活的な側面から、老化による変化をどのようにとらえることが、『老化のマイナス面』を早期に発見できるのか、また『老化のプラス面』を見いだせるのかを具体的に考えたい。

1) 老化の2つの捉え方

(1) 衰えていくという加齢の捉え方

図1-11 山型の発達曲線

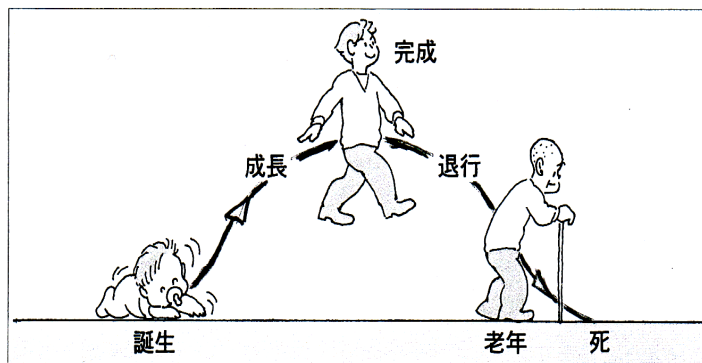


図1-11のように、加齢とは衰えていくものであるという加齢現象の捉え方である。身体各部の機能が低下し、それによって生活に支障をきたし、できなくなってしまう最終的には死に至るという見方である。これは一般に「老化」と捉えられている現象であろう。

(2) 成熟・円熟という老化の捉え方

図1-12 もう一つの発達観

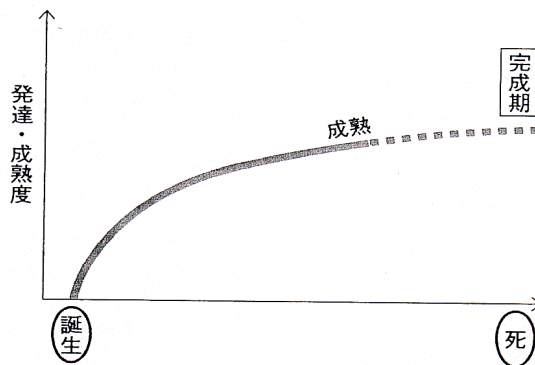


図1-12は、人は加齢に伴い「成熟、円熟」し死ぬまで発達しつづけるのだという加齢現象の捉え方である。私たち人間は、経験を知識や知恵、技に変化させることができる。高齢な俳優の“円熟した演技”や、人間国宝と認定された人の“技”というのは、こういうことである。

私たち人間の加齢現象にはこの2つの側面があり、この両方を同時に捉えながら支援していくことが求められる。低下していく機能を予測し、それを予防するための支援・早期発見し対応する支援と、その人なりに成熟・円熟し死ぬまで発達していけるような支援の両方である

2) 加齢による老化現象の捉え方

(1) 具体的個別的に生データ(*1)として捉える

加齢による老化現象は個人差が大変大きい。これは一般人の白内障などを考えても分かるが、40 歳代で手術をする人もいれば死ぬまで手術をしなくて済む人もいる。容貌も、20 歳代はみんなそれなりに 20 歳代だが、高齢になるほど若く見える人と年寄りに見える人の差は大きくなる。このような個人差があるものの変化をとらえるためには、個別的具体的にとらえておく必要がある。

- 例) 視力；支障なし (×) 測定不可 (×)
 10m離れたところから人の見分けがつく (○)
 床に落ちている 1cm位のゴミを見つけることができる (○)
 下肢筋力；問題なし (×)
 100m歩行する筋力がある (○)
 2 階まで階段を手すりなしであがれる筋力がある (○)

(2) 障害者の加齢変化の特徴を理解しておき、ポイントを押さえて情報を把握する

①早期老化現象が起こっている

はじめにでも述べられていたが、障害者の老化の兆候は 40 歳代からみられることも少なくない。ダウン症の人の中には 20 歳代で筋力低下が認められる例も報告されている。これは、脳や身体各部の構造・機能の『基礎体力』がもともと弱いので、そこから老化現象が早く起こっているのではないかと推測される。一般的な老化現象を参考に、この人の『基礎体力』のない機能は何かを考え、予測し、生データで情報を共有し、老化現象の早期発見に努める必要があるだろう。

②一般に比して、精神疾患、神経系および感覚器系疾患、皮膚・皮下組織の疾患率が高い

障害者の多くを知的障害者が占めていることから、精神疾患や神経系、感覚器系（これも大きくは神経系）の疾患の変化が捉まえていくことが予測される。生活の中での活動を具体的に生情報で把握しておくことで、変化がつかみやすい

- (例) 意欲；好きなことには意欲を持って取り組む (×)
 散らかった靴を並べることは、自分から率先して行っている (○)

表1 知的障害者の加齢変化

障害種	ダウン症 n=60	自閉症 n=64	知的障害 n=201	
感覚	13	3	7	(%)
運動	25	22	20	
作業	17	2	11	
ADL	22	8	10	
生活リズム	22	13	19	
対人	18	6	9	
記憶	7	0	10	
性格変化	25	16	13	
問題行動	18	5	6	

出典：東京学芸大学リポジトリ「成人期知的障害者の加齢変化の特性に関する研究」2006

③障害による加齢変化のでやすい活動に注目する

表1 は、東京学芸大の 324 名を対象にした調査の結果であり、すべてにあてはめることはできないが、障害による加齢変化の出た割合である。この調査ではダウン症が、最も色々な領域に加齢変化が出やすくなっている。今後私達も、こういう調査を行い、障害別に加齢現象を注目できるようになっていくためにも、情報は個別的で具体的な生データで把握される必要がある。

④50 歳から急激に有病率が上昇し、生活習慣病（高血圧、脳血管障害、虚血性心疾患）の有病率が

高い

これは普段の生活の中での運動量の少なさや、食生活の偏りによる動脈硬化、糖尿病などによると考えられる。普段の生活を見直すとともに、50歳を過ぎれば、がんや生活習慣病のチェックを定期的実施する必要がある。そのためには、医療機関との連携が必要となる。難しい課題ではあるが、必須の課題でもあるため個々の事業所に任せられるものではなく、法人として取り組む課題であると思われる

⑤豊かな老後は、豊かな青年・成人時代の上に築かれる

老後になったからといって支援方針に「豊かな老後をおくる」といっても、それは不可能である。例えば、“生活を楽しむ”すべを持ち合わせていなければ、老後になったからといって“生活を楽しむこと”はできない。若いころに“生活を楽しむ”ことをたくさん経験するなかで、老後の生活を楽しむことができるのである。骨も同じである。私たちの身体の骨の骨量は、20歳までに貯金される。それ以後は貯金できなくなってしまう。20歳までの食生活や運動習慣が、骨の基礎体力を作るのである。老化現象としての骨粗鬆を予防しようと思えば、20歳までに“骨の貯金”をしておくための、食事や運動についての支援が求められているのである（但し、骨は3年間ですべてつくり換えられるので、老後になってからでも支援は必要だが、その最大量は20歳までの骨の貯金で決まっていしまっている）。

このような考え方に基づいて、今一度情報の内容や支援の内容を考えてみよう。

『豊かな老後は、豊かな青年時代のうえに築かれる』

※1： 生データ：見たり聞いたりしたままの意味付けのない客観的な情報(身長 BMI 言った言葉 歩行距離)

※注：一般的な老化の現象等は、3-1)を参照。

3 プロジェクトチームでの学習会を通して

当プロジェクトチームでは、障害者の高齢期の課題を共通認識にしていくために、内部・外部講

師を招へいし、先行研究等の学習会を開催してきた。
この間、開催した学習会のテーマ等は以下のとおりである。

プロジェクトチーム実施学習会

テーマ	講師	所属
「知的障害者の加齢と福祉実践の課題」	植田 章氏	佛教大学
「老いを生きる世界～医学的知識の理解を含め」	石田京子氏	大阪健康福祉短大
「壮年期の発達支援とは」	吉留英雄氏	わかき福祉会
「老い」のとりえ方	鴻上圭太氏	大阪健康福祉短大
「悲嘆とグリーフケア」	深谷弘和氏	立命館大学院生
「障害者の老化について」	武内 一氏	佛教大学・耳原総合病院
「高齢者福祉におけるターミナルケアの実践について」	服部裕美氏	社福七野会 特養老人ホーム原谷こぶしの里
「精神科医療における多剤大量療法の弊害について」	中村友喜氏	三重県立こころの医療センター診療技術部薬剤室
「もみじ・あざみ寮での高齢期の聞き取り調査からみえてくる支援の課題」	張 貞京氏	京都文教短期大学

ここでは、主なテーマに関して、その学びと課題の整理を行うものとする。

1) 障害者の高齢化と医療的課題

「障害者の老化について」～佛教大学社会福祉学部 武内一先生の学習会をうけて
田岡泰子／森脇有子

(1) 老化の特徴

※障害者の場合、生活習慣、環境などの影響を受けやすく、個人差が大きい。

＜身体面＞

- ・全身性…筋力の低下、バランスの低下（平衡感覚・皮膚感覚・筋力低下等と相互に関連）、持久力の低下
- ・心臓・血管・呼吸器系…動脈硬化の進行、高血圧、肺活量の低下、
- ・腎・泌尿器系
 - 膀胱機能の低下により、膀胱に貯められる尿の量の減少、時間の短縮
 - 腎機能の低下による尿の濃縮力低下、腎の排泄機能（薬剤の排出機能）低下
 - 尿失禁、薬の副作用の出現、頻尿（特に夜間）
- ・免疫機能の低下
 - 白血球、リンパ球などのウイルスや細菌などの異物を排除する働きの低下
 - 感染症にかかりやすい、病気や傷が治りにくい
- ・運動神経系
 - 脳の重量、細胞数、神経伝達物質の活性が低下
 - 反射神経の低下
 - 動作が鈍くなる、転倒 つまづき
- ・知覚器系…老眼、白内障、高周波数の音が聴こえにくくなる。）
 - 視覚聴覚の低下により情報を得にくい、コミュニケーション低下
- ・栄養面…食欲低下（筋肉量低下、味覚嗅覚の低下、気力の減退（うつ状態）、午後の食欲低下）

低栄養（障害者は栄養面で偏りがち）

体重減少

→アルツハイマー病発症のリスクが上がる。

軽減が可能な要因として①疾患・治療（薬剤性） ②摂食（食事形態、口腔状態）③精神的問題（うつ状態、アルコール依存等）等

<精神面>

- ・不安の訴えが多い（孤独感、淋しさ）
- ・認知症・精神症状（認知能力の低下、幻覚、妄想、夜間せん妄等）

（２）バイタルサインに見られる加齢変化

- ・脈拍：除脈傾向（６０回／分 未満）、頻脈（１００回／分 以上）、不整脈（脈が抜け落ちる、早く触れる等）
- ・血圧：動脈硬化による高血圧（１４０以上／９０以上）
- ・体温：体温変化が小さくなり、体温低下傾向。発熱しにくい →感染症を見落としやす

（３）障害者に多い訴え／現場の気づき・課題から

- ①呼吸器症状：飲み込みが下手になる。咳反射が弱くなる。入れ菌等口腔内の不衛生 →誤嚥性肺炎
- ②循環器症状：心臓の機能低下（右心不全、左心不全）→浮腫（低たんぱく血症でも浮腫が起こりやすいので要注意） / 不整脈、頻脈、除脈
- ③消化器症状：腹筋弱く腹圧不十分、朝の排便習慣が保てない→便秘、腹部膨満 / 飲み込みが下手 →ムセ、嘔吐 ⇒悪性腫瘍、消化管出血、脳梗塞等重大な疾患に結びつくことも
 - ・寝たきりの影響：嚥む、砕く等 本来の消化器系の役割が無いため、消化器系の癌の発症リスク高い。障害状況で４０～５０代での消化器系癌の死亡率高い。
- ④骨折の増加
 - ・原因不明の骨折が増加…骨粗鬆症の影響ではないか。障害状況による運動の困難さ、薬の副作用等。
- ⑤てんかん発作の変化：加齢によっててんかん発作のパターンが変化する可能性あり。

６突然死

- ・てんかん薬、精神薬の多薬・長期服用は肝機能・腎機能障害、突然死などのリスク高い
- ・在宅医療での死亡事例の集約・整理の難しさがある。家族の介護能力低下などによる

（４）まとめにかえて…講義を受けて（田岡）

この講義では障害のある人の老化について具体的に教えていただいた。まさに今、当法人の梅の里ホームで起こっている状況だと感じる内容であった。梅の里ホームは身体・知的重度の利用者が生活している障害者支援施設である。利用者の平均年齢が４３歳に差し掛かり、常時介助を必要とする利用者の重度化、また家族による通院や帰省が困難になってきている現状がある。

まず、感染症による肺炎などで入院するケースが多くなっている。中でも身体障害が重度で全介助レベルの利用者、つまり呼吸器系や摂食・嚥下に問題がある方が多いため、退院して施設に戻るまでの期間が長くなっている。一旦状態が悪くなった後、もとの生活に戻る過程でのケアの重要性を感じる。しかし、梅の里ホームの現状では医学的管理が必要な状態での退院が難しく、今後の医療職員体制については看護師の配置が急務である。

もともとの疾患・障害に加え、目立つのは姿勢の変化（筋緊張が強まって変形が増したり、筋緊張が低下して身体が保てずに側方や前方に倒れる等）や浮腫の問題である。特に浮腫については心

疾患などがない方で、日中の時間帯でベッドに横になる時間を作っているにもかかわらず、車椅子に長時間乗っている事により下肢の循環不全に伴う浮腫が増加している。他、歩行が出来ている場合でも不安定さが増しての転倒や、筋緊張が強まって関節や身体全体が硬くなったり、骨粗鬆症の影響ではないかと考えられる骨折も見られている。てんかん発作の変化によって覚醒状態が悪くなり、食事や水分が摂取できず入院に至るケースも出てきている。中には内部疾患や、排泄の変化、目や耳の疾患、精神症状を訴えてくる利用者もいる。

上記で示した内容について、もちろん40代前後で変化が出ている場合が多いが、中には30代前半や20代の利用者も少なくない。一概に高齢化が原因とは考えられず、原因が不明なこともある。そのため、変化の予測は非常に難しいと感じる。

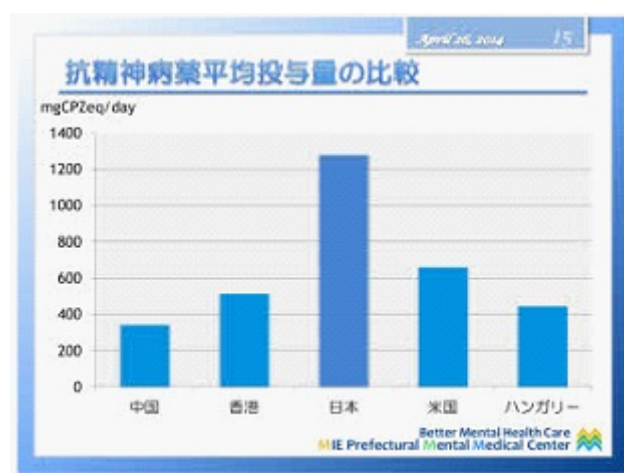
また、講義の中で重心の方では予想外の形で死を迎える方が少なからずいて、なかなか予測ができないこと、死亡事例については追究する事が出来ていないとのことであった。当施設においても、原因の詳細が掴めないまま複合的な要因が重なり状態が悪化していった方や、ひとつの要因から障害ゆえに全身状態の悪化につながり亡くなった方、状態が悪くなって他施設に行った後亡くなった方々がいる。彼らが辿ってきた人生、年齢、そして経過など具体的に整理し残していく事で、今後の梅の里ホームでの高齢化に対する支援の一助になるのではないかと考えた。

今後、利用者の介助が増加し、医療がますます必要になることが予測される。しかし障害者の医療的な受け止めには課題があり、通院・入院できるかどうか、入院しても無事に退院し、元の生活に戻ることができるかということを中心に心配しなければならない状況になっている。これは利用者の命に直結する問題であり、厳しい現状をつきつけられていると感じている。障害について学ぶこと、また今回の講義の内容を反映しながら障害者の高齢化について学ぶことを育成・研修の一環として取り入れていく事も急務だと感じる。

2) 長期にわたる抗精神病薬等の多剤大量処方への被害と対策

「精神科医療における多剤大量療法の被害について」

三重県こころの医療センター 精神科薬物療法認定薬剤師 中村友喜氏の学習会をうけて
小日向浩子、蕎原屋真治、岩間佳美



今回の学習会の話聞いて、精神科薬の多剤大量処方の問題は、精神科医療の歴史、精神科治療の中での薬剤治療の考え方や実態、家族との関係等多方面にわたっていて、あらためて精神科医療における薬剤治療の難しさ、課題の多さを感じた。

精神科医療では、患者の症状で病気の確定は難しく、患者の症状を消していく為に、その効果ごとに複数の薬の処方となり、症状が強ければ薬が増量され、多剤大量処方になっていっている。精神科の診療の難しさ、抗精神病薬の処方の困

難さが、多剤大量処方に繋がり医療者側の要因になっているが、世界的に見るとこれは、きわめてまれな状況と言われている。

患者側からの問題としては、家族の服薬に対する考え方が薬剤治療の方向を大きく左右していることが挙げられる。多くの知的障害の方のケースでは、思春期に投薬が始まり、症状が落ち着いてくると、投薬変更されず、長期にわたって多薬の状態が続いている。「いつもの薬」という安心感から、投薬変更に対して抵抗が強かったり、服薬指示どおりに投薬せず、「今日は調子が悪いので多めに、今日は調子がいいので少なく」など家族がコントロールして服薬数を変えたりしているケース、また薬に対して副作用面ばかりを気にかけ、症状に関係なく「多いから減らしてほしい」と訴えたり、症状があっても、薬は絶対に飲ませないとの方針を家族が持っていたりなど、家族の薬に対する考え方で治療も大きく変化している。

しかしながら、多剤投与の影響は、肥満や骨折、さらに突然死等の身体的合併症のリスクがすでに指摘されている。（図：中村友喜氏提供資料から）



講師の中村さんは、抗精神病薬の多剤大量療法から、抗精神病薬のできる限りの単剤化と、全体の服用量を削減しての治療を進めている。実際に、多剤大量療法であった患者が、単剤での治療を進める事でQOLが向上した事例の報告を多数報告頂いた。

今後の、私たちの課題として。

- ①利用者の QOL 改善の視点を常に持ち、利用者の心理的・社会的モデルの輪をできる限り広げる支援をしていく事。
- ②現在処方されている薬を、利用者が指示通り遵守できるよう支援していく事。
- ③現在、多剤大量療法をしている場合には、改めて症状、副作用について医師に伝え、減量・単剤化が可能かどうか相談していく事。
- ④単剤化・削減した場合には、症状の変化や副作用の軽減等、客観的に資料を整理し、医師・薬剤師と密に連携していく事。

上記の4点を目指していく必要があると思った。

日本では、世界的に見ても抗精神病薬の平均投与量・使用種類は多く、単剤の割合が27%に対して、3剤以上の割合が42%。4剤以上の割合が20%もある。（海外の多くの国では抗精神病薬の単剤投与率は50%～90%程度である）

具体的に府下のある作業所の103人のなかまの投薬状況を調べたところ、103人中投薬を受けている仲間は53人（51, 4%）。53人中3剤以上の投薬をされている仲間は31人（投薬者の中の58, 4%）いた。投薬を受けている中で、1~2剤の投薬21人（全体の20, 3%）3剤以上31人（全体の30%）その31人の中でも特に大量に投薬されている仲間の状況を表にした。

表1 Aさん

障害名	（知的、自閉症、強度行動障害、てんかん（現在発作なし））性別女 41歳 157, 5cm 58kg						
疾患名	特になし						
朝	テハクソR錠200 1錠 リボトリール錠0, 5mg1錠 ヲムラ大建中湯エキス顆粒2, 5g1包 ルニソ錠8mg2錠 アキネト錠1mg1錠						
夕	テハクソR錠200 1錠 リボトリール錠0, 5mg1錠 ヲムラ大建中湯エキス顆粒2, 5g1包 ルニソ錠8mg2錠 アキネト錠1mg1錠						
寝る前	アモハシ錠7, 5 2錠 ロビゾール錠2 1錠 レボシメチル錠50mg レボシメチル錠25mg 1錠 セレネース錠3mg ヒレチア錠25mg 2錠						

表2 Bさん

障害名（精神障害・聴覚障害）	性別女	44歳	155cm	63kg			
疾患名	統合失調症 難聴疾患						
朝	アキネト錠1mg2錠 リスパレル錠2mg2錠 テハクソR錠200 200mg2錠						
夕	アキネト錠1mg2錠 リスパレル錠2mg2錠 テハクソR錠200 200mg2錠						
寝る前	ゾルセニド錠12mg レボシメチル錠25mg1錠 ロビゾール錠1 1mg 1錠 トフレニール10mg2錠						
とんぶく	テハクソ錠0, 5mg1回 1錠						

表3 Cさん

障害名（高次脳機能障害）	性別男	67歳	165cm	71kg			
疾患名	高血圧症 高脂血症 ひざ関節痛						
朝	ロサルタン錠50mg1錠 ニフェジピン錠20, 20mg1錠 アトルvastatin錠5mg 1錠 テハクソR錠200mg1錠 セハクソ錠2mg1錠 セレネース錠1, 5mg 1錠 アキネト1mg1錠 テグレート錠200mg1錠						
昼	テハクソR錠200 1錠 セハクソ2mg1錠 テグレート錠200mg1錠						
夕	ロサルタン錠50mg1錠 テハクソR錠200mg1錠 セハクソ2mg1錠 セレネース錠1, 5mg1錠 アキネト1mg1錠 テグレート錠200mg1錠						
寝る前	マケラックス錠330mg1錠 ヨーテル糖衣錠80 80mg1錠 コソシ糖衣錠25mg21錠 ヘキサミン錠5, 5mg 1錠 ヒレチア錠25mg 1錠 テハクソ1mg 1錠						

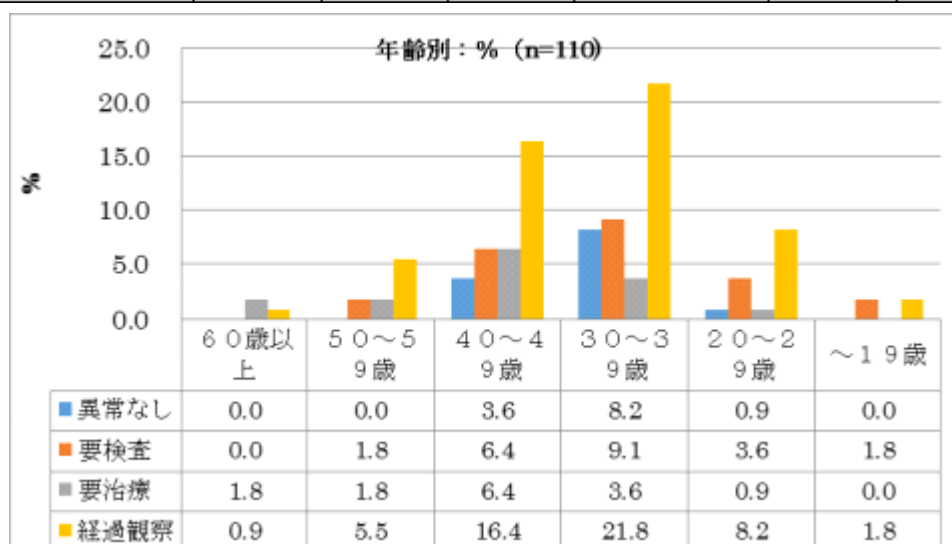
講師の中村さんは、長期に多剤大量投薬の副作用としてのメタボリック、それによる生活習慣病が懸念されるという報告もされていたので、体重を調べてみた。

103人中 BMI が40以上は3人、30以上20人（19, 5%）25以上が41人（38, 9%）。40歳以上の仲間を見ると103人中40歳以上は39人（37, 8%）。BMI が30以上は12人（40歳以上の30%）。25以上は19人（40歳以上の49, 5%）だった。
40歳以上のなかまを見るとやはり、BMIの数値は高くなってきている。

生活習慣病については、今年度の健康診断の結果を表にした
表4

<年齢別(人)>						
	60以上	50～59	40～49	30～39	20～29	～19
異常なし			4	9	1	
要検査		2	7	10	4	2
要治療	2	2	7	4	1	
経過観察	1	6	18	24	9	2

<年齢別(%)>						
	60歳以上	50～59歳	40～49歳	30～39歳	20～29歳	～19歳
異常なし	0.0	0.0	3.6	8.2	0.9	0.0
要検査	0.0	1.8	6.4	9.1	3.6	1.8
要治療	1.8	1.8	6.4	3.6	0.9	0.0
経過観察	0.9	5.5	16.4	21.8	8.2	1.8



30～40 歳代が施設内で占める人数が多いこともあるが、何らかの異常があり経過観察の人が多い事が分かる。現在、H 作業所の平均年齢は 36, 5 才だが、10 年後 15 年後になり、平均年齢が 50 歳を超えた時に、今、経過観察の疾患がある仲間がどうなっているのか懸念される。

調査作業所の約 3 分の 1 の仲間が多剤大量処方（抗精神薬 3 剤以上）されていること、肥満傾向の仲間が多いこと（特に 40 歳を過ぎるとその傾向が大きくなっている）そして生活習慣病などの疾患が心配されるデーターも出ている。

講師の中村さんからは、抗精神薬の投薬が多剤で長期になると、心臓突然死のリスクが上がったり、メタボリックシンドロームのリスクも上がるというデーターも示された。

施設の中でも、利用者家族の薬に対する考え方は様々で、服薬変更に関しては、家族としっかりと連携をとって、家族が納得をしたうえで、利用者の方の生活が少しでも改善できる方向性を見出していくことが必要だ。家族とも連携しながら 投薬剤を減らしていく（本当に有効な薬剤はどれなのか見極める）ことも含めて、食事の量が適切なのか、運動量はどうか等も意識しながら、早期に些細な変化に気付けるような専門性をつけることも大切にしていきたい。

向精神科薬を飲むということは、再発を防止し、したいことが出来るようになり、生活の質を改善していく為であるということを医療機関、家族、関係する入所施設や作業所等の福祉施設が確認しあうことが、多剤大量療法や、服薬治療の拒否の問題の解決へとつながると考える。今後高齢化の問題を考えていく中で薬の問題は大きく、精神科薬の効能と弊害の学習を、家族も含めて取り組んでいく必要がありと考えられる。

3) 知的障害と認知症理解

「老いを生きる世界～医学的知識の理解を含め」健康福祉短期大学 石田京子氏の学習会をうけて
尾山浩志

Dさんは1956年生まれの58歳男性。ダウン症で13歳から児童施設入所、18歳から作業所へ親子同伴で通い23歳で現在の入所施設へ。入所時の記録によると発達検査では1次元可逆操作期であった。現在の支援区分は6である。健康面での経過としては36歳にてんかん発作初発があり、単剤対応にて経過は良好であった。鼠蹊ヘルニアや、悪性腫瘍などがあったものの予後は良好であった。

変化の兆しが見られたのは53歳ごろである。まず失禁や嚥下機能低下、不眠等の変化が現れた。56歳より一層症状が進行し、他者の判別がつきにくくなり57歳では目的もなく歩き回ったり、新たな型の発作が出たりするなどの変化が見られた。現在は指示が通らない事が多くなった。当初は不眠等による一時的な認知力の低下とも思われたが、改善することなく現在に至っている。

現在は排泄や食事、移動や入浴など多くの場面で全介助、覚醒時は常に見守りの必要な状態で、バイタルチェックをはじめ医療との関わりも重要となっている。ただ本来行うべき医療面での検査や治療も本人の抵抗により困難な状態も多く、症状が進行して初めて気づく、実際に気づいた後も対処的な医療対応に終わることなどもある。

(1) 知的障害者の認知症判別及び診断

認知症についてはアルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、血管型認知症など、様々なものがあるが、知的障害者との関連でいえばダウン症者とアルツハイマー型認知症の関連が有名であり、その発症の機序についても徐々にではあるがわかりつつある。一般的には認知症診断については画像診断をはじめ、長谷川式簡易知能評価スケールが有効であるとされている。これらをもとに診断をすすめていくことになる。しかしながら対象者が教示の理解が容易でなく記憶の検査が困難であったり、検査や診察をしようにも障害があるがゆえに出来なかったり、対応できる医師が限られていたりすると診断も進まない。現在のところは本人の生活の状況の観察やその気づきなどから、進行した段階で支援者やご家族が疑いを持ち始めて初めて対応されるということが多い。特に重度の知的障害者についてはなおさら診断がつきにくく、対応困難事例となっていることは十分予測できる。

そこで大切となるのは前もって認知症の諸症状についての知識を持つ支援者らの「気づき」である。具体的には「言葉の障害」「食行動障害」「自発性の低下」「常動行動」「脱抑制」「被影響性の亢進」「注意、集中力の低下」「感情・情動の変化」「病識の欠如」などの変化である。(様々な疾病や精神症状による一時的な機能低下によるものもあり、経過を見極めることも必要である)

Dさんも入院した経験もあるが本来するべき様々な検査は本人の抵抗により困難で、変化が表れた直後の診断は出来なかった。一方生活場面では「失禁」や「不眠」からはじまり「目的もなく歩き回る」「以前は熱心に行っていたことが興味を持たない、続かなくなった」などが見られ、支援員は認知症の可能性も想定しながら支援に当たることが出来た。長年の施設での記録、家

族からの情報もあった為変化に気づくことが出来たが、その為には発達段階や生活や労働を通して培ってきた力、対人関係や暮らしの中で築いてきた力、経年や加齢による変化などその人の発症前からの全般的なアセスメントの情報が必要となる。

ここでは多くの先行研究を踏まえつついくつかの特徴的視点も紹介したい。簡単な3つの視点であるが、知的障害をもつ人々の認知症症状の早期発見の手がかりともなろう。

① 硬さ (rigidity) の増幅

アルツハイマー型認知症でまずダメージを受けるといわれている「海馬」は短期記憶における情報処理を担っているが、この損傷によって状況判断が混乱し、不安感が増すがゆえに硬さが増すことが考えられる。もともと知的障害のある人たちについては硬さが指摘されているが、なおさら増幅するため、丁寧な対応が求められることとなる。しかし、この点を「わがまま」などという本人の自己責任にしてしまうことが、かえって対応の間違いや遅れにつながる。

② ものわすれ

いつも大切にしていた時計をうしなった（実は洗面においてあった）などの、ものの置き忘れはたいていの場合があるが、大切なことは、置忘れが繰り返し認められること、あるいは深刻なものとしては、忘れていることを意識できないことがある。いわゆる短期記憶の障害が表れている。活動の停止や集団からの離脱、それまであったこだわりの消失なども、観察する必要がある。

③ 長期休暇などの外的誘因

長い時間かけてゆっくりと進行していた認知症が顕著にすすむことがあり、その一つが長期休暇などをきっかけとして起こっている。お盆休み、正月休み、あるいはインフルエンザなどの感染症による長期休みの後に急激退行といわれる症状がみられるケースがある。長期的に蓄積されてきた認知症の症状が日常と全く離れてしまう中であるいは、作業所など働きかけの多い場面から離れることにより、一気に出てしまったと考えられる。長期休み中の過ごし方をはじめ、前後の本人の状況を丁寧に観察することが求められている。

(2) 支援に向けて

認知症をはじめ本人の変化自体を受け入れることが家族には困難な場合も見られる。D さんの変化に気づいたのは家族と施設の双方であったが、ご家族は当初、本人の変化に不安や不信を感じていた。これに対し支援者は丁寧な説明、特にご家族が目にするものの少ない時間帯の様子を画像と併せてお伝えした。必要に応じて家族自身のレスパイト（帰省を少なくする）を行い、客観的な医療情報を伝え、どのように変化してきたのか、どう変化していくのか現状や方向性について共有できる認識を作り上げた。これらを積み重ねることで、現在家族は「次にどうしたらよいのか」といった気持ちにつながるようになっている。

支援の現場ではどうか。D さんも好きな遊具や新しいものへの興味は年々希薄化して、その時間も短くなってはいるものの、食事や好きな場所に行きたい…など以前と比べ多少形は変わってもまだまだ元気に訴えることもあった。対人面では「ふれあい」（近くの人を頭を抱えてなでる）といった関わりを好んでいる。支援者はYさんが「興味、関心からくる活動・人とのかかわり」を希望されていると考え支援にあたってきた。夜間なかなか眠れない時はスタッフと一緒に過ごし、日中は短距離であれば一緒に散歩し、疲れたら車椅子に乗って様々な場面に付き添った。日中活動の場ではおもちゃや創作物を中心に仲間集団の存在を感じてもらっている。加齢に伴いできない事が増えたとしても本人らしい、なお残っているものを大切にする事で、その人の望む生活につながっていくと考える。

知的障害を持つ方が認知症であると診断、もしくは疑われた場合どのような支援が必要か。必要で適切な医療はもちろん、様々に変化していくあるいはこれまで見られなかった「行動」に対して

客観性のある記録を第一に、本人の不安や求めている支援の推測を行い、以下の様々な視点を基に、人格を尊重した実践が求められる。

- ① 環境…なるべく変えないことが望ましいが、自分の好きなものが手近にあるといった安心できる空間や身体機能の低下が起こった際は介護機器の導入や導線の確保、設備の改修も必要となる。本人の疲れやすい環境である場合などは、考慮が必要。
- ② 人間関係…なるべく変えないことが望ましい。また発症以前からではあるが個性に合わせた人間関係作り、小集団化や人との距離の取り方への配慮も必要。この場合もストレスについては十分に配慮する必要がある。
- ③ 生活のリズム…なるべく変えないことが望ましいが、より個別化し柔軟に対応すること。時間刻みに何時に何をするとといった日課は逆に本人のペースを乱して混乱することがある。
- ④ 自分にはこういった役割があるといった、家庭や集団の中でその人が主体者と感じ取れる暮らしを送れるようにすること。人との関係、好きなものとの関係など、その人らしく過ごすことができるよう配慮が必要。

(3) まとめと課題

明らかな認知症状を呈する知的障害者を支援する場合であっても家族は様々な変化に気づきながらもそれらを受け止め、適切な支援につなげることが困難な場合がある。主な理由は介護者自身の高齢化や対象者の変化への対応が不十分となるからである。認知症状を呈する対象者の支援の多くはその家族が担っており、家族自体が高齢化していることも少なくない。認知症を疑うその当事者の年齢時に、より高齢である家族に「最近の様子は？」といった聞き取りの難しいこともある。

支援スタッフはどうか。若年時は「こうありたい」という本人の思いを中心に支援者サイドが「こうあってほしい」姿への共同の動きにつながっていた。認知症の症状が進むと様々な制約や喪失、低下が現れ、これまで行ってきた成果を求める「支援計画」等に反映しにくく、個々の行動や現象に対しての対応に追われる現状になりかねない。このために個別の支援計画に本人のねがいをどう落とし込むのか、悩まされることになる。

そのうえ、利用契約制度の導入以降、知的障害を取り巻く「サービス」は数と種類の上では増加したように見える。ただしそれぞれの「サービス」はともするとこま切れとなり、行政を含め対象者の暮らしの断片を支えるのみとなっていないかと考えられる。各事業所もスタッフの勤続年数の短さから対象者の「歴史」を知らない者が支援に当たり、必要最小限のアセスメントで支援を行っている場合が目立ってきた。そこに人としての支援と暮らしは見えにくい。私たち支援者は細やかな支援を追求することも大切にするのと同時に、どのような症状、状態であってもこれまでの人生とこれからの暮らしのありようを「丸ごと」とらえ、その人らしく「若い」て行くための支援をしていく必要があると考える。

4) 高齢期のターミナルケアを考える

「高齢者福祉におけるターミナルケアの実践について」

特別養護老人ホーム原谷こぶしの里の服部裕美氏の学習会をうけて 橋之爪 栄 坂田 卓史

終末期は誰しもの通る道である。原谷こぶしの里では「看取りに関する指針」があり、その中では最期を迎える場所及び治療については「本人の意思、並びに家族の意向を最大限に尊重して行わなければならない」という趣旨に基づいて策定されており、終末期の考え方を以下のように位置づ

けている。

- (1) 広義のターミナルケア…特別養護老人ホームは高齢期の生活施設であり、すべての入所者がその年齢から考えると死に近い時期にある。人生の最後の時期をどのようにすごすかが重要であり日常の積み重ねそのものがターミナルケアとも考えられる。
- (2) 狭義のターミナルケア…医師の診断のもと、回復の見込みが無いと判断した時に、限られた時間を、その人らしく、少しでも安楽に過ごしていただくために、本人や家族の意向を確認しながら他職種共同で行うケア。(看取り介護)

指針については本人および家族の意向確認と同意を定期的に行っている。家族がターミナルを考える契機としての意味も持つようだ。今後、障害者分野でもこういった看取りの指針が必要になってくるのではないか。自身の最期をイメージするのは健常の身であってもなかなか難しいものであり、どのようにわかりやすく伝えていくのか、どのように本人の思いを正しく聞き取っていくのか課題となろう。

講話の中で、「家族に対して思いを寄せながら丁寧に伝えないといけない」というところに難しさがあると述べておられ、私たちも家族との関わりには難しさがあると感じた。原谷こぶしの里においては、家族が当事者の変化に対し葛藤される場面もあるがそれでも最期の時間を一緒に過ごしてもらえるよう働きかけているとのことだった。施設で看取することは施設の中での多職種（介護福祉士・看護師・医師・相談員・栄養士・ケアマネジャー）がチームとなって最後まで本人らしく「生きる」ことを支援するだけでなく家族も巻き込み一緒に取り組むことが重要な部分と感じた。家族を巻き込む中では、ターミナル期に入ったことへの思いや要望を聞きとる中で家族と支援者間お互いの思いが同じになるように擦り合わせをしなければならないとのことだった。例えば、ご家族の方が“自然な最期”を迎えられたらという思いを持っていても、“自然な最期”についてのとらえ方はさまざまである。病院に搬送するかなどの最後の対応の部分においてもしっかりと確認しておかないと望ましい最期を迎えることができない。また、残された家族が「やれることはした」と感じられることを大切にされているとのこと。障害者事業所での看取りはすでに家族がいなくなることが十分想定される。グループホームや日中支援の職員がその立場にかかわることとなろう。「やれることはやった」と実感できる実践ができているかターミナルといわれるかなり前の時点から、そこを常に振り返れる職員集団でありたい。こぶしの里の指針にある「日常の積み重ねそのものがターミナルケアとも考えられる。」という言葉に肝に銘じたい。また、ターミナル期に関わる時の心構えとして一熱い心と冷静な頭、と述べておられた。熱い思いを胸に抱きつつも客観性を持って関わるのが大切である。日頃の関わりの中でも大切なことだと思うがとりわけターミナル期では、落ち着いた判断ができるかどうかだと思う。

ターミナル期移行への判断材料としては、「食事が食べられなくなった」「食事後むせてしまう」といった食事の変化を取り上げていた。このような日常の様子の変化に疑問符がつけられるかどうかは、意識して変化に気づいているかどうかだと思う。私たちの事業所でも、食べられなくなって入院し点滴でまた少し回復してグループホームに帰ってき…を繰り返しておられる高齢の利用者さんがおられ、その度毎に体が少しずつ弱っていく姿を、それなりの覚悟をもって見守っているという実態がある。「生きること」と「食」は当然ながら密接した関わりがあり、日々の実践でも「食べたい」という意欲や「食べることができる」という力を大事にとらえて、食事の提供にはきめ細かな配慮をしていかねばと思う。

今回の講話を受けて、講話を通して、人生を終えようとする中で当事者にとってまた周囲の家族や支援者にとって大切にしなければならないこととは何かを考えさせられた。

当事者の思いを汲み取ること、『死』と隣り合わせになっても生きる意味を問うこと。「その人らしく生きるということとは何か？」をつきつめることの大切さを感じた。このことは振り返ってみると日々の支援で常に我々が大切にしていることと変わらないと再確認している。

5) グリーフケアへの視点

深谷弘和（立命館大学大学院）

（1）グリーフケアとは何か

私たちは、離別や死別といった他者との関わりによる「喪失体験」に加えて、加齢と共に、身体的な機能の低下といった「喪失体験」も経験する。その他にも引越などによる環境の喪失、大切にしていたものといった所有物の喪失などがある。このような「喪失体験」に対するサポートをおこなうことを「グリーフケア」と呼ぶ。グリーフ (grief) とは、「悲嘆」と訳され、「喪失体験」に対する反応を指し、グリーフケア (grief care) は、「重要な他者を喪失した人、あるいはこれら喪失する人に対し、喪失から回復するための悲哀の過程を促進し、喪失により生じるさまざまな問題を軽減するためにおこなわれる援助」と定義されている。現在、グリーフケアは、民間団体による自助グループに加えて、終末期医療などでも取り入れられ、ひろがりをみせている。

「喪失体験」に対する反応である悲嘆は、その反応の大きさに個人差はあるといっても、どのような人にもみられるものである。悲嘆は、誰しもが経験する正常な反応であるが、ときに「複雑性悲嘆」と呼ばれるように通常ではない悲嘆がみられることもあり、治療が必要となる場合もある。

何らかの喪失体験があった人が、その喪失から自身を解きほぐしていく過程は、これまでの研究で段階として提示されている。その段階は、様々であるが多くの場合は、①ショック⇒ ②否認⇒ ③意識化⇒ ④復元の4段階にまとめられる。キューブラーロスが死の受容として示した有名な5段階(①否認⇒②怒り⇒③取引⇒④抑うつ⇒⑤受容)の研究や、中途障害のある人や、障害のある子どもの親の受容過程もその参考となる。ただし、もちろん全ての人がこの段階を踏むのではないとされており、重要なことは、何らかの喪失を経験した人は時間をかけて、悲嘆の過程をたどるということであり、そのグリーフケアにおいては、安易な励ましをおこなうのではなく、相手に寄り添う姿勢が求められるとされている。

（2）知的障害のある人とグリーフケア

それでは、知的障害のある人のグリーフケアをどのように考えることができるのだろうか。これまで本プロジェクトにおけるケース検討においても、知的障害のある人（以下、仲間）にとつての喪失経験が報告されてきた。ここでは大きく2つに分けて取り上げてみたい。

まず、1つ目は、高齢期に入中で身体的な衰えによる喪失体験である。通所の作業所の一部では退職制度を設定している事業所もあるが、入所などでは少しずつ高齢化に伴って取り組むことのできる活動が制限され始めることに対して、ただ単に活動や作業を変更するだけでよいのかという問題が生じている。仲間にとって、「いままでできていたことができなくなってくる」ということが、どれほど受け止めることができているのかを丁寧にみていくことが求められる。職員自身が、作業ができなくなってきたことに対して「年齢のせいかな」という点で安易に作業の変更をおこなってみたり、「まだできるのではないか」と励ましてみたりするのではなく、「作業ができなくなってきた」という身体的な衰えによる事実に対して「グリーフケア」という視点での寄り添いが求められる。実践をおこなうにあたって、「できなくなってきた」という事実を職員が捉える際の可能性を広げていくためにもグリーフケアへの学習や、それに根ざすプログラムの検討が必要となるだろう。

2つ目は、両親や親戚などの死別による喪失体験である。仲間の両親などが亡くなった際、その親戚や施設職員の「わからないだろうから」「パニックになるだろうから」という理由で死別の事実を伝えなかったり、告別式などへの出席等をおこなわなかったりするケースもある。実際に、仲間に対して「どのように伝えればよいか」という点で難しさはあり、あいまいにすることも仲間によ

っては必要なこともある。ケース検討では、過去にすでに死別を経験している仲間の様子が報告されているが、仲間によっては本人なりに時間をかけて、受け止めていたり、死別体験により本人に何らかの変化が生じていることを確認することができる。グリーフケアの研究では、「回復」という言葉は用いないとされている。それは喪失体験があった以上は、喪失体験をした本人のなかでは何らかの変化があるのは当然であり、精神保健福祉の領域でもちいられる「リカバリー」や「レジリエンス」という捉え方のように、死別という体験と「共に生きる」という視点が重視されている。私たちにとって死別の体験に対しては、数日後の葬儀、仏式では四十九日、一周忌といったように時間をかけて悲嘆の作業をおこなっていく。このような式に参加できない仲間に対して、どのような悲嘆の作業の過程を保障していくことができるのか検討する必要があるだろう。

(3) 支援プログラムに向けて

ここまで述べてきたように知的障害のある人の高齢期を支援する上でのプログラムを検討する上では、「グリーフケア」が重要な視点の1つとなることがわかる。本報告書でも報告のあるように、張貞京氏の「もみじ・あざみ寮での高齢期の聞き取り調査からみえてくる支援の課題」報告のなかでは、入所施設内の敷地に、死別した母親の墓をつくってまわる仲間の姿が紹介されている。これまで「グリーフケア」のプログラムは、セルフサポートやカウンセリングなど、喪失体験をした人が自ら語ることによって、時間をかけての受容をサポートするものが多くあった。しかし、言葉をもたない仲間などに対する「グリーフケア」は、どのようにおこなうことができるのか。張貞京氏が報告された実践なども参考すると共に、子どもに対する「グリーフケア」では、絵を描くことによる悲嘆の作業をおこなっていることなども参考にしていくことができるだろう。

知的障害のある人の高齢期に対する支援は、ヨーロッパなどでもまだまだ途上の段階であり、その支援の必要性などは日本が先進国であるといえる。現状としては、「65歳問題」と呼ばれるように、障害があってもなくても、高齢期になれば介護保険が優先されることになってしまっている。障害のある人にとっての悲嘆の作業は、より時間を必要とし、より手厚いサポートが必要である。「グリーフケア」という視点での、仲間への支援プログラムをいかに開発していくことができるかが、介護保険優先への課題提起の1つともなる。支援プログラムを実践のなかでどのように試行することができるかが、来年度以降の課題となる。

引用文献

- 坂口幸弘 (2010) 『悲嘆学入門 死別の悲しみを学ぶ』 昭和堂
- 広井良典 (1997) 『ケアを問い直す <深層の時間>と高齢化社会』 ちくま新書
- 内富庸介訳 (2001) 『緩和医療における精神医学ハンドブック』 星和書店
- 植田章 (2011) 『知的障害者の加齢と福祉実践の課題 高齢期の暮らしと地域生活支援』 高学出版
- やまだようこ (2007) 『喪失の語り 生成のライフストーリー』 新曜社

参考文献

- 「キューブラー・ロス」に関する文献
- ・鈴木晶訳 (1991) 『死ぬ瞬間 - 死とその瞬間について』 中公文庫

II. 事例を通して見えてくる支援の課題

今回の検討会で紹介された、特徴的事例の一部を紹介します。

1 事例報告…各報告者

事例1 Aさんの場合 一人暮らしの高齢障害者の生活を支える

事例1 Aさんの場合

一人暮らしの高齢障害者の生活を支える

生年	1947 年 (67 歳)	性別	男性
身長／体重	165 cm／71kg	入所／通所年	1977 年通所 (作業所)
障害状況	療育手帳 B1 障害支援区分 3 要介護認定・要介護 1 (2012 年認定)	発達段階	知能検査 IQ45 MA7 : 2 (鈴木ビネー式 1985 年)
家族構成	父、死亡 (1995 年) 母、死亡 (2001 年) 弟、死亡 (2010 年)	住宅状況	団地 2 階で一人暮らし (両親が健在のころから住んでいるため近隣の理解あり) 猫 1 匹を飼育
ADL	食事：箸を使って食べる 排泄：自立 衣服：自分で選んで着る 季節に合わせることができる 入浴：1 人で、洗身・洗髪できる 移動：1 人でできるが、すり足で歩行するため、転倒が多い。 右膝痛で三輪自転車はやめて、今年度から送迎バスを利用している。		
経済状況	弟が死亡する 2010 年までは、障害者基礎年金 6 万円余りと生活保護で生活していたが、弟の遺産 (保険金) が入り生活保護は打ち切りになった。今は、障害者年金と弟の遺産と作業所の給料で生活している。		

〔既往歴〕

- 29 歳 頭部打撲
- 30 歳 くも膜下出血
- 43 歳 胆石手術
- 60 歳 血圧不安定 転倒でけがが多くなった
- 66 歳 後頭部にできた脂肪の塊を切除する
- 67 歳 膝痛で自転車通所から送迎バス利用へ 6 月に尿が出にくくなり、排尿促進剤服用で様子を見る

〔生育歴〕

- 1947 年 A 市で出生
- 1954 年 A 市立小学校入学
- 1960 年 B 県の中学校入学
- 1963 年 C 県の公立高校定時制に入学
- 1967 年 経理専門学校に入学したが、6 カ月で中退
- 1976 年 D 県で事故 (運転中、割り込みされて文句を言い、殴られる)

1977 年 C 県でくも膜下出血で倒れる、高次脳障害、共同作業所通所開始
 1995 年 父が死亡し、現在の日中支援事業所に通所する
 2001 年 精神病院に入院。母が死亡する
 2010 年 弟が死亡する
 2012 年 65 歳になり、介護保険が適用される

〔通院状況と服薬状況〕

診療科	疾患名	通院回数	服薬状況	服薬開始年
A 総合病院	術後後遺症	月 1 度	デパケン、セパゾン、セレネース、アキネトン、テグレートール、リスパダール、マグラックス、コントミン糖衣錠、ベンザリン、ピレチア、デパス	
B 医院	高血圧、糖尿病	月 1 度	ロサルタント、ニフェランタン、アトルバスタチン、マグラックス、ヨーデル糖衣錠（頓服）	
C 歯科医院	歯科	随時		
D 総合病院	整形外科、泌尿器科	随時	ユーリーフ	2014 年～

〔福祉サービスの利用状況〕

サービス名	担当機関	援助内容／援助開始時期／頻度等
日中支援	A 障害者事業所 （昼食代 6000 円前後）	就労継続 B 型（製菓班）月～金 9：30～15：30 第 1、3 土曜は 9：30～13：30 日常の健康管理、生活相談、薬の仕分け（管理） 配食サービス：週 3 回
生活援助・身体介護 （介護保険）	B 居宅支援事業所 （自己負担 6000 円前後）	身体：週 4 生活：週 3 生活夜：週 3 買い物、調理、洗濯物片付け、掃除、服薬促し
移動援助（障害）	B 居宅支援事業所 40 時間	月 3～4 回 買い物、銭湯、外食などの余暇支援 通院：月 1 回 タクシー利用
ケアマネージャー	C 事業所	サービス計画作成 要介護 1
保佐人	NPO 法人 D	財産管理、年金、通帳管理、日常清潔、金銭管理 生活先般についての相談
行政	障害：地域福祉 保健センター 高齢：高齢	

医療機関：E 総合病院 月 1 回 自立支援医療 障害ガイドヘルパー同行（タクシー利用）

F 医院 自力で通院（徒歩）

G 歯科医院 A 事業所まで歯科医院が送迎

暮らし（保佐人の NPO 法人が対応）：親戚関係、勧誘（新聞など） 電話、郵送での営業 水光熱費の支払い、生活器具全般、団地更新手続きなど

〔幼少期から成人期までの略歴・様子〕

出生から 30 歳まで 高次脳機能障害になるまで

A 市で 4 人兄弟の 3 男として生まれる。長男、次男は、子供のころに他界。父は、若いころ、百貨店の呉服関係に勤めており、比較的裕福な家庭だったらしい。その後、父が呉服店を開業するが倒産すし、大阪で暮らす。

定時制高校を働きながら卒業する。定時制高校在学中は、同じ会社で 4 年間働く。

1967 年 10 月専門学校を中退後、71～72 年 3 月 A 社、72 年 5 月～76 年 4 月まで B 社、76 年 6 月～10 月まで C 社、76 年 10 月～79 年 1 月まで D 社に在籍する。D 社在籍中に運転中に割り込みされて、注意したところ殴られ頭部を強打、1 か月入院する。

77 年 10 月、たまたま帰郷中、くも膜下出血で突然倒れる。10 日間意識不明、意識が戻ってから手術する。

現在の団地で、両親との 3 人暮らしが始まる。地域の共同作業所に通所を始める。体の変調もあり、自殺を考えたこともあるぐらい悩んでいたが、徐々に落ち着いていく。

48～55 歳まで 母の介護と本人の入院

1995 年 48 歳の時、父が死亡し、母と 2 人暮らしになる。生活保護を受給する。母が乳がんで入退院を繰り返し、認知症も発症する。母のヘルパーと A さんのヘルパーが家に出入りし生活が変化して「好きなものが食べられない」と生活の混乱と不満を言うことがあった。母の車いすを押して、2 人で仲良く買い物に行く姿もよく見かけられた。

(この頃の A さんの混乱と不満)

- ・ 母の病気→病状が思わしくない→亡くなったらどうなるのか
- ・ ヘルパーが朝 9 時に家に来るため、それまでに母のことをしておかないといけないことが大きな負担になった。
- ・ ヘルパーが何回も変わって、そのたびに不手際が多く、もっときっちりとやってほしい。
- ・ 母の食事介助、トイレ介助など日々かなり疲れがたまって負担に感じている。
- ・ 介護保険の導入により、今までは公的な負担で行われていたものが 1 割の自己負担が生じて経済上の不安が増す。

本人が精神病院入院前後は、母親の介護、介護保険導入、ホームヘルパーの変更での不手際などで作業所でも、「仕事がしんどい」と訴えることが多かった。そして、妄想、精神の異常が出て自宅で暴れて任意入院になる(2000 年 9 月、病名不明)。

2001 年 1 月に母が死亡する。2 月に本人は退院したが、4 月に再度入院になる(退院時期不明)。母の介護負担が無くなり、また、作業所で仲間と作業すること(自転車の車輪の組み立て作業)は、本人にとっては、やりがいと達成感があったため所属班の中心となっていた。また、自分より若い利用者とおふざけたりいたずらをするのが、A さんにとってストレス解消になり楽しいひと時であった。そして徐々に落ち着いていく。

56～67 歳 社会資源を使つての一人暮らしと弟の他界

作業所では、「仕事を頑張りたい」「仕事を頑張れなければならない」という気持ちが強く、2007 年 60 歳で製菓班に異動し、班の中心として仕事に励んでいた。しかし、役所からの書類は A さんにとっては難しいものが多く、書類が届くと「生活保護費が減るんじゃないか」と不安になり、夜間、作業所に何度も電話がかかってきたり、早朝から来所して職員が来るのを待つ時も多かった。出会う職員や近所の人に不安なことを発信し、混乱し、パニックになり大声を出したり他害に及ぶこともあった。作業所では A さんのことを理解している職員を窓口にし、A さんが混乱しないように話を聞くようにしていた。

また、ホームヘルパーもよく知っている作業所職員がヘルパーとして訪問していたので、本人の普段の様子も理解して支援することができた。

2010 年 63 歳のお正月に、「年末には必ず連絡してくるはずなのに、弟から連絡がない」と A さんの不安が大きかったので、作業所職員が A さんと弟宅に行くとテレビがついたままの状態で座ったまま亡くなっていた。弟の保険金が入り、生活保護が打ち切りになる。

成年後見制度を利用し、保佐人がつくことになる。生活保護が切れることに対する A さんの不安は大きかったが、保険金が入ることで落ち着いていった。A さんのお金に対する執着心は強く、保険金を定期預金にしたが、納得できず普通貯金でいつでも見ることができる状態にした。しかし、貯金通帳を保佐人に預けることが納得できず、A さんは保佐人に対して「お金を取られる」と思うこともあった。しかし、銀行で預金通帳を忘れてからは、保佐人に通帳を預けてお金が必要な時に一緒に出しに行くことになった。

2012 年 65 歳になり、介護保険要介護 1 になる。今まで、利用していた福祉サービスで、介護保険に同じサービスがある場合は、介護保険適用となり 1 割負担が生じるようになった（生活援助、身体介護 6000 円前後）。母の介護保険 1 割負担のときには、不安を募らせていたが、A さん自身のときは経済的に安定したのか不安な様子は見られなかった。

製菓班で作業は続けているが、「もうしんどいや」という本人からの訴えもあり、以前のように中心的な役割ではなく、座ってゆったりとできる仕事をやっている。しかし、班での A さんの存在は大きく、孫のような利用者とふざけたり、冗談を言ったり、微笑みながら班のなかまの様子を見ている A さんは周りのなかまの安心できる存在になっている。

2010 年から作業所内で高齢の取組みが始まる今年度で 4 年目。週に 2 日の午後は「ゆったりとできる時間」で、仕事中心の作業所の生活の中でほっとできる時間になっている。しかし、ゆったりと過ごすだけの時間ではなく同年代の人が集まり、血圧測定をして表を作る。加齢について看護師から話を聞くなど自分の体を知ることによって「老化」と向き合い、これからの生活を少しでも豊かなものにしていく取り組みをしている。

現在

心配事があるといろいろな人に発信し混乱する姿がある。保佐人が福祉サービス以外の生活全般を支援しているが、最近の様子を見ると、心配事があると周りが見えなくなり薬の飲み忘れもある（1 種類の薬の増減で混乱し、パニックになってしまう。猫が餌を食べなくなると食べる餌に出会うまで、色々買い続ける。また、いろんな人にどうしたらいいか聞いてより混乱してしまう）。

また、最近、尿が出なくなり泌尿器科で導尿をしてもらい尿の排泄を促す薬を処方してもらう。今のところ対応できているが、今後どうなるのかわからない。転倒が多く、膝痛もある。

仕事は、膝痛もあり座ってできることを担っている。送迎は作業所のバスを安定して利用している。毎朝、看護師に血圧測定と、話を聞いてもらい、気持ちをすっきりさせて班の方に向かい作業をしている。

「住み慣れた団地で猫と一緒に住み続けたい」というのが A さんの希望である。

生活は要介護 1 でサービスの受給量も今以上増やすことは難しい。

〔職員の評価と今後の課題〕

- ・ 部屋の片づけ、衣類の整理が出来ず、片付けた物をどこに置いたかわからなくなる（高次脳機能障害からくるものなのか、加齢によるものなのか 判断が難しい）。
- ・ 膝痛（水がたまる）や転倒が増えている（歩行時足が上がっていない）。尿が出なくなる心配がある（現在は排尿を促す投薬）。
- ・ 心配事があると解決できるまで発信し続ける。（パニックになることもある）

- ・ 頼りにできる親族がいない。
- ・ 大きな決め事は、保佐人と相談できるが 日々の生活の些細な決定事項が判断できないなどがあり、職員としては、Aさんの今後の暮らしの場をケアホームにと考えました。しかし、65歳以上の高齢者は、介護保険適用になるので、ケアホームに入所するのは難しく、入所できる場合があるとすれば、市町村の特例になるらしい。今後「高齢障害者」が安心して暮らせる場を早急に考えていく必要があると思いました。

事例をまとめて

Aさんの生育歴をこの事例報告を作るために振り返りました。生まれた時からの本人や家族の状況、学生時代、家族の経済状況が悪くなり、働きながら高校時代を過ごし、専門学校を途中でやめて、東京へ行き、職を変わりながら過ごしていた様子がよくわかりました。また「割り込まれ事件」その後のくも膜下出血があり、中途障害を負うことになりました。母の介護、死、一人暮らし、弟の死などの人生の節目があり、65歳で福祉、介護保険へ移行しました。そして、今に至っています。

Aさんの人生ってどうだったんだろう。今幸せだろうか、と考えてしまいました。作業所に通所されたころから支援してきた職員は、「最初、通所が始まったころは、高次機能障害による感情の激しさがあり、大変な人やな」と感じたようです。しかし、その後、「両親、弟を看取り、今、一人暮らしができてるのは、障害を持ってしまったが本当にすごい人だと思う」と話していました。Aさんが、障害を持つようになり37年。社会資源を利用し、人のつながりを作りAさんなりの人生を歩んでこられたのだと思います。今後、一人暮らしをどこまで続けられるのか、Aさんの気持ちに寄り添いながら支援していきたいと思います。

事例2 Bさんの場合 自閉的傾向のある人の高齢期を支える

事例2 Bさんの場合 自閉的傾向のある人の高齢期を支える

生年	1964年(50歳)	性別	男性
身長/体重	168cm/87kg	入所/通所年	1987年通所(作業所)
発達段階	MA5:10 (2001年診断・37歳)	経済状況	工賃(月1,900円)＋年金1級(月82,000円) ボーナス2,000円
障害状況	療育手帳A (自閉的傾向——時間や予定・日課などに一定のこだわりがあり変化に敏感である) 障害支援区分6 要介護認定・適用外		
家族構成	父、死亡(2010年) 母(74)、同居		

	母との関係はどちらかというとべったりの関係。母は本人のことは受け入れているが言いなりになっているところもある。どちらも依存性が高い。やや母が本人に振り回されている。 弟、別居 弟とは長い間離れており、仲はよくない様子だが、弟の言うことは聞く。
--	---

〔既往歴〕

1971 年 てんかん

〔生育歴〕

1964 年 誕生 初歩 1 歳半 初語は 3 歳

1971 年 A 小学校に通う

2 年生の頃に支援学級がなったので B 小学校に転入

5 年生の頃に初めててんかん発作が見られる（薬を服用）。

1977 年～ 養護学校（中等部・高等部）へ

〔通院状況と服薬状況〕

診療科	疾患名	通院回数	服薬状況
精神科	てんかん	1 カ月に 1 回	朝・昼・夕
	てんかん	1 カ月に 1 回	朝・昼・夕
	安定剤	1 カ月に 1 回	朝・昼・夕
	整腸剤	1 カ月に 1 回	朝・夕
	睡眠導入剤	1 カ月に 1 回	眠
	睡眠導入剤	1 カ月に 1 回	眠
	睡眠導入剤	1 カ月に 1 回	眠

- ・ 作業所（23 歳 1987 年～）に来てから薬の変更はない。
- ・ てんかん発作は小学校 5 年生に初めて出た。
- ・ 最後にてんかん発作が出たのは 10 年ほど前の作業所での旅行時。
- ・ 肥満で中性脂肪は高いが内科のお薬は飲んでいない。

〔福祉サービスの利用状況〕

サービス名	担当機関	援助内容（援助開始時期・頻度等）
生活介護	作業所	日中活動支援
短期入所施設	C 事業所	月に 1 回利用。利用日は可能な限り本人の希望日。

〔幼少期から成人期までの略歴・様子〕

養護学校時代は、中等部の頃は行きは通学バス、帰りは自力で帰宅していたが高等部からは行きも自力で通学していた。当時は自転車に乗っていたので親といろいろな所に出かけていた。高校卒業後、A 市に転居する。引っ越してから、以前に行っていた床屋でないと納得できずわざわざ通ったり、お菓子や果物も、以前のお店でないと納得ができず、興奮されるのでそこまで買いに行っていた。

19～23 歳（1983～1987 年）

養護学校高等部を卒業後、障害者入所施設に 5 年在籍する。通所は徒歩・電車・バスを使っの自力通所だった。

障害者入所施設では、セロテープ台を投げつけたり、消火器を撒き散らしたり、通所途中のバスの中でおばあさんを突き飛ばしたりという行為があった。消火器を撒き散らしたのは入所施設に入って 1 週

間後のことだった。

23 歳（1987 年～） 現作業所の前身の作業所へ通所

労働・作業面

「贈答用紙箱の組み立て」「ミシンを使ったぞうきん作り」「紙すきはがき作り」などに従事する。手先は器用で細かい作業もできるが、丁寧さには欠け、緩急をつけて長く取り組む事は難しく、だんだん仕上がりが荒く、失敗してしまう。

行動面

作業所入所後、1 年を過ぎた頃、調理実習の時間に、いきなり、他の仲間を突き飛ばす事が起こった。このあたりを境に、他害行為や破壊行為、言葉での他者への攻撃が頻繁に起こるようになってきた。

（他害行為）突き飛ばす、たたく、など。職員が間に入ってさえぎると手近な物を投げつける、階段を上っている足を下から引っ張るなど。対象は自分に反撃できないであろう相手が多かった。

（破壊行為）他害行為を職員に阻止された場合に、ドアやガラス戸など近くの物をたたく・ける、備品のラジカセや電話を床にたたきつける、水を床にぶちまける、非常ベルを鳴らすなどが見られた。

（言葉での攻撃）「〇〇君、焼いてく食ったるか」「けがして入院したらええねん」など。さらに、家族に対しても「〇〇君のおばちゃん、〇〇君、焼いて食ってええか？」とにやにやしながら言ったりした。

20 代

いやなことがあっても「イヤ」とは言えずに、相手の求める意図に従ってしまって、ストレスを溜め込んでいくという印象があり、他人を言葉で攻撃して、相手から怒られ、自分自身のテンションを高めて、爆発（他害・破壊）する、というような流れもよく見受けられた（「爆発」してしまうと「スッとする」）。原因としては、①作業所に一緒にいる口うるさいなかまが、何かにつけ B さんに対し指摘をするため、そのストレスを溜め込んで弱いなかまに向かうのではないか（口うるさい相手には向かって行かない）、②みんなで行う行事、スポーツ祭典、コンサート、キャンプなどに向けて調子が悪くなり、当日、他害行為や破壊行為として爆発するという傾向が見られたことから、行事は楽しい反面、それ以上にしんどいことなのはないかと考えられた。①については、口うるさく言われた時には「B さん、いややなかった？言わんといほしいよなあ…」と B さんの気持ちを代弁するような支援をできるだけ行い、「いややったら、いやって言ってええねんで？」という声かけをした。B さんと職員 2 人だけで話す場も持ち、その場だけだが「いややった」と言うことを聞き取る機会にした。②については、作業所として行事は「全員参加が当然！」という方針であったが、それを少し見直し自由参加とし、休んでもよいという雰囲気を作れるだけ作るようにした。その中で、B さんも行事は一泊キャンプ以外は休むようになった。

30 代

精神面では 20 代の様子が引き続き見られる。ストレスがかからないような環境作りを行う。しかし、他害行為、破壊行為、言葉での攻撃はなくなるわけではなく続いたが、どのような場合や流れ、設定の中で起こりやすいか（行事に向けて、年末や年度の変わり目など）というのはだんだんつかめてきた部分もあったので、B さんのストレスを軽減し、予防的な対応（誰かが突き飛ばされたり、たたかれたりする前に B さんを静止する、というやり方）もできるようになってきた。

38 歳（2002 年～） 現作業所が開所

無認可施設から認可施設になり、授産内容を決めるにあたりなかまの声を集めていた。授産内容は、当初、軽作業（ステップル・アルミ缶）・陶芸・配食の 3 つだったが、B さんは旧作業所時代の職員と「配食」の仕事を希望されていた。衛生面ではいろいろ気になることはあるものの、旧作業所時代に「調理

実習」に取り組んでおり、調理の仕事に関われる力はあった。また、本人も新たなことに挑戦したいという希望もあるのではないかとということで、「配食班」(1日仕事)に所属することになった。

当初は、自主販売で数も少なく比較的ゆったり仕事ができるような状況だった。配食の仕事をする上で、手洗い、マスク、帽子をかぶることを要求したが、多少抵抗もあったようだが、配食の仕事をするという目的を理解し、受け入れることができた。次第にお弁当の数が増え、切り物の切り方も今まで以上に正確さが求められてくる中で、ほめられることよりも怒られることが多くなり、Bさんも仕事への集中力が短いため、段々と乱雑になり、「半分にきて」と言われているのに、「3つに切っていいか」といったようにいらいらするという日々が多くなってきた。仕事の忙しさ、求められる事の大きさ、評価されず、むしろ配食室の外に出されることもたびたびあり、本人にとっては、しんどいことが多かったと思うが、配食班に帰属することにこだわり、班移動をすすめても「配食班がいい」と言っていた(配食班で取り組む旅行や給料の取り組みが出来なくなるということを気にされていた)。しかし、2007年度より軽作業班(下請け作業と缶つぶし作業で作業は半日。午後からは散歩活動の班)に移動することになった。

40代

43歳(2007年)の時に、配食班から現在の軽作業班に所属。緩やかな日課のため本人も次第に落ち着いてくる。班が変わった当初は気持ちの切り替えができずに不安定なこともあったが、配食班のようにきちっとした作業内容でないところが本人には心地よかったのか落ち着き始める。

ただ、一泊旅行の行事前には不穏になることが多く、毎年何らかの行動に出ている。特定の利用者の方を中心に一泊旅行に行くまでに数回他害行為や破壊行為をする時があった。

46歳(2010年)に父が他界。他界前よりショートステイを利用する(現在は月1回利用)。ショートステイの利用は現在も続いているが、本人にとって予定は必ずこなさないといけないという思いと、母が何かあった時のことも考えて(これは家族や職員側の思いが強い)利用している。

47歳(2011年)の頃より体の不調がみられる(風邪が長引くなど)。

48歳(2012年)からは自分から体の不調を訴えることが多くなった。「咳が出るから病院に行きたい」「足が痛い」「肩が痛い」など。体調面で気になることがあると最終的には病院に行かないと気が済まなくなり、病院に行くと体調のことはしばらく気にしなくなる。母に直接いうのが嫌なのか、職員に母に伝えるように懇願することもあった。肩に関しては五十肩と診断。季節の変わり目に、風邪症状になり咳症状が長引くこともある。薬を服薬しても治るのに時間がかかる。

この頃より、昼寝(横になること)が多くなった。朝登所してから(9:00~10:20)昼休み(12:30~13:30)午後の活動(14:00~15:00)に和室やソファで横になり熟睡されることもある。本人も「よく寝るな～」と話している。自宅でも夕方帰ってから仮眠をとっている。それに伴い、午後の散歩(休憩も入れた1時間ほどの散歩)が本人にとってしんどさを感じるようになり、参加せず室内で過ごすことも増えてきた。ただ、行き帰りの自力通所に関しては、本人の一番の楽しみでもあり外せない日課になっている。これについては、天候にかかわらず帰ろうとするぐらいである(大雨や突然の豪雨の時でも歩くことを主張され、台風の時期は歩いて帰れるか気になって職員に何度も確認する)。土曜開所時の帰りだけは数年前から時々送迎車に乗っていて今ではほぼ当たり前に乗車している。

2013年3月頃に父親の死について独り言のように話す。「お父さん亡くなったな」「病院に行ったな～」と父親の死後(2010年3月死去)、本人から話すのは初めてだった。

月に1回のペースで休むことがある。休む日は事前に本人が決めている。休むことは旧作業所時代からあり、休むことで日常生活の調整をしているところがある。以前は、昼食のメニューで苦手なものが出た時に「いや」と言えなくて休むことがあったが、最近はショートステイの前後に休むことが多い(体力的なことかもしれない)。昼食のメニューに関しては、自分から調理員さんに代替えを要求できるようになった。

母との関係

お互いに依存傾向である。Bさん本人は、作業所にいる時は、母が来ても干渉してほしくない姿も見られる。月に一度のショートステイの時などに本人がいなくて母は寂しいとのことなので、この関係を変えるのは現段階では難しい。

職員との関係

本人が好む職員は複数いる。言葉のやり取りをして会話の流れを楽しんでいる。A 職員には「健康の話」C職員には「ズボンの話」など使い分けている。職員とのやり取りは楽しみの一つになっている。

集団と仕事の内容の変化

集団については大きな集団ではしんどさもあるが、現在の作業班についてはゆったりとしている日課や会話を楽しめる職員もいて居心地は良い。仕事については個人の仕事が多くなかまとの連携した仕事内容ではないが本人にとってはマイペースに出来ている。

余暇

外出は好きだが外出当日よりも前日までの雰囲気を楽しんでいる。場所決めから始まりいつ頃に行くか、何時ごろ帰るか、天気はどうか、前日までは質問攻めだが当日はそれまでほどの盛り上がりはない。場所は遠いところも指定してくるが出発時間や帰宅時間を決めているのでそれを曲げてまで行くことはない。例えば、「高野山に行きたい」が、(南海電車が好きなので) 出発時間は 10:30 で、帰りは遅くても 16:30 になるのであきらめている。

体力の低下

体力は数年前に比べると、午後の活動である散歩への参加率の減少や、和室などで横になる時間が長くなったことから疲れやすくなっていると思われる。午後からの昼寝は、体力的なしんどさもあるが、自力通所のため帰る時の体力を残しているとも考えられる。

行事への変化

年間行事の中でも一泊旅行に関しては、しんどさがあり旅行前になると他害行為が毎年見られていた(行事前の他害行為は、一方では人と関わりたいという要求でもある)。ただ、ここ数年は落ち着きつつあり、2012 年に関しては旅行に関しての他外行為はなく、2013 年も旅行前・旅行中ともになかった。今年では、本人の姿として行き先を決める場でメンバーを見ながら行き先を選ぶなど自分で旅行の環境(メンバー)を調整していた。

現在

50 歳(2014 年)になった現在、本人の思いは、「今と変わらない生活を送りたい」。それは、「毎日歩いて通所したい」「みんなと一緒に仕事したい」「天気は気になるが歩ける時は歩きたい」など。本人のこれらの願いを大事にしつつも、歳を重ね体力低下の中での日中活動の在り方も検討していかなければならない。

2、3 年前より体力が落ちてきたかなという点以外にも、話すときにすぐに言葉が出てこない、トイレが間に合わず服を汚したり、トイレに過敏になっている姿も見られる。

新たな面としては、40 代後半ごろから、雨が気になり 16:00 に帰らないといけないうところを 15:45 に繰り上げて帰れたことがあり、自分で状況に併せて切り替えができるようになった(早く帰れば雨には降られないという本人の中の思い込みもある)。これは、本人の中で調整する力や生活を組み立てる力ができているのではと考えている。

(本人の願いや希望)

- ・ 毎日、歩いて通所したい。雨は気になるが僕が歩く時にはやんでいるから大丈夫。
- ・ 仕事はしたいが体力的にしんどい時もある。ステップルばかりはいやなので違う仕事もしたい（アルミ缶つぶしーたまに肩が痛いこともあるけど…）
- ・ 午後からの散歩は健康のため歩かなあかんとは思っている。しんどい時もあるけど歩かなかったら健康になられへんから歩く。

（Bさんの好きなコト・モノ）

阪急電車・南海電車・トミカ・天気予報（TV も見るし 177 にかけて聞くこともある）・カレンダー（訪問先にカレンダーがあれば必ずチェックします。事務所のカレンダーは以前程チェックしなくなってきた）・うたなど

事例3 Cさんの場合 自閉性障害者の豊かな高齢期

事例3 Cさんの場合 自閉性障害者の豊かな高齢期

生年	1964 年（50 歳）	性別	男性
身長／体重		入所／通所年	1982 年（作業所） 2007 年（グループホーム）
障害状況	知的障害・自閉性障害 療育手帳A 障害支援区分4 要介護認定適用外	発達段階	資料なし
家族構成	父（79）、職業なし、同居 母（76）、職業なし、同居 兄（51）、会社員、同居 妹（41）、結婚して別居	経済状況	障害年金A＋授産工賃 （1ヶ月の平均2000円）

〔既往歴〕

- 1 歳 口内炎による 40℃の高熱
- 3 歳 脳波異常
- 34 歳 心肥大
- 36 歳 心不全の疑い、内臓脂肪増大で呼吸困難、突然死の危険性有り

〔生育歴〕

胎生期

父 31 歳、母 27 歳 在胎 10 ヶ月

出生期（1964 年）・乳幼児期 0～5 歳（1964～1969 年）

体重 3100g、身長 51cm 普通分娩、黄疸弱
人工栄養、離乳 5 ヶ月、始歩 10 ヶ月、

初語 9 ヶ月、排泄自立 6 歳

生後 9 カ月から「うま」「びーび」「にゃんにゃん」「わんわん」などの言葉を発し、10 カ月頃には一人歩きができるようになった。1 歳になった頃、口内炎が原因で 40 度の熱が 1 週間続くが、医師からマイシンが処方され、その後体調は回復した。しかしその頃から言葉が無くなり、2 歳で自閉症と診断される。3 歳で脳波に異常が見られ服薬が始まる。

学童期・小学校 6～12 歳（1970～1976 年）

市立小学校特殊学級へ入学。5 年生から養護学校へ編入。

市立の小学校へ通い始めた頃から奇声が出始める。学校ではブランコと砂いじり、絵を描くことが好きで家の壁にも絵を描いている。2 年生の頃はジグソーパズルをやっていた。

小学 3 年生の頃から他傷行為が出始める。

5 年生で養護学校へ編入。6 年生で他傷行為が激しくなる。

小学校時代は多動で歩き回る様子がみられていた。

学童期・中学校 12～15 歳（1976～1979 年）

学童期・高校 15～18 歳（1979 年～1982 年）

養護学校中学部 入学

養護学校高等部 入学

自傷行為は中学 3 年生の頃から始まる。主に自分の手首を噛む様子がみられている。体重が増えてきたのもこの頃からである。ガラスを割れるまで叩いたり、人を突いたり、人に殴りかかったり、嘔吐きもみられている。主に父親が力で押さええている。家の窓ガラスはビニールに貼り替え、電灯も天井に貼りつけて固定している。学校ではいつも耳鳴りがするほどの大きな奇声をあげて暴れてしまったり、送迎バスの中でも突然前に座っている友人に噛みついたり、ほとんど授業を受けることなく教師と 2 人で外を散歩したりと集団から離れて過ごす事が多かった。「今春養護学校卒業生の中でも最重度の人である」と作業所に伝えられていた。

余暇の過ごし方は、手先が器用なので広告を破ってこよりを作ったり、ビーズ通しも上手。ハサミを使用して新聞の題材を切り取ったり、父親とドライブに出かけることだった。

〔服薬状況〕

診療科	疾患名	服薬状況
精神科		プリミドン細粒 99.5% カルバマゼピン細粒 マーズレン S 顆粒 酸化マグネシウム原末 各毎食後 ヒルナミン錠 25 mg ポラキス錠 2 mg 各就寝前
皮膚科	アレルギー性皮膚炎	エパステル錠 10 mg 夕食後 アンデベートクリーム パNDERL クリーム

〔福祉サービス利用状況〕

サービス名	担当機関	援助内容（援助開始時期・頻度等）
施設入所支援 生活介護	入所支援施設	2007 年 4 月より利用

〔成人期の略歴・様子〕

1982 年 4 月（18 歳）～ 障害者共同作業所 入所

入所当時の様子

周りの様子や他人に全く関心を示さなかったが、自分の名前を呼ばれると右手を挙げて応える。「問題行動」は初日からみられ、集団での散歩の帰り道に前方を歩いていた視力障害のある小柄な仲間を突き飛ばしてしまう。彼への恐怖心は仲間の中で強く残った。その後も鼓膜が張り裂けんばかりの奇声と唾吐き、暴力、器物破損などの「問題行動」は続いた。

職員の対応

- ① 初めての場所や慣れない環境は、自閉性障害の C さんにとって不安でしょうがないもののため、彼の不安要素を事前に取り除けるようにマンツーマンで C さんに付けるよう配慮し C さんの気持ちを安定させるようにした。
- ② 他者への暴力に関しては、仲間の動きに不安を感じるのではないかと推測されるので、特に C さんが気になる仲間との接触には十分な注意を払った。特に C さんは身体的・容姿的弱者に向かっていくことが多かった。
- ③ C さんの不機嫌になる要素を探り、健康面にも注意を払った。不安定な状態のときに歯が痛いのではないかと考え、職員が自分の歯を押さえて「歯が痛いんか？」と聞くと、M さんも自分の歯を押さえた。奥歯は虫歯でボロボロとなっており、歯科受診を家族に勧めた。
- ④ C さんに、例えば「唾を吐かれたら嫌や」など意思を伝えることで唾吐きを止めることが出来ることも増えていった。
- ⑤ C さんの心を開かせるように職員と 1 対 1 でぶつかり合い、C さんと泥んこになって遊ぶなど楽しめることをたくさん行っていった。そのことで徐々に C さんから職員と関わりを持ちに来たり、「バイバイ」と手を振ってくれたりといった様子がみられるようになっていく。
- ⑥ 常に職員とマンツーマンで仲間との間に職員がいつも入っている状況から、「C さんだけ特別扱い」「集団から離れてしまう」という不安を抱き、作業所にも慣れてきだし、集団性を身に付けつつあるので、少しずつ他の仲間との接点を作業の中で増やしていった。
「問題行動」に関しては、他傷行為や奇声など他の仲間に迷惑のかかる行為を行えば、集団から離れて過ごしてもらい、C さんがどこまで理解できるかわからないが仲間から批判を受け、職員も毅然とした態度をとる対応をとっていった。他の仲間からの理解もあり、自然と集団のなかへ入って行くことができるようになり、他の仲間ができないことを自主的に手伝ったりという姿も見られてくるようになった。

1986 年（22 歳）～

入所当初、主治医から「作業所の 1 泊旅行に行くことは無意味だし、不可能」と言われていたが、旅行に参加できた。職員の想像以上に落ち着いて集団と行動を共にし、旅行を楽しんでいるようだった。送迎についても以前は、送迎車の車内で仲間に対して他傷行為があった為、C さんの隣には男性職員が座る事が原則となっており、作業所と自宅がバスで 10 分以内である事が求められていたが、今ではよほど調子が悪いときは窓ガラスを叩くこともあるが、滅多にその様なことはなく、30～40 分バスに乗っている事も可能となった。

体育館での歌の練習の際には、蒸し暑い体育館で C さんは大きな奇声を発していた為、職員がクーラーのきいている別室へと促すと、突然職員の手を振りきって再度体育館のなかへ戻っていった。そして仲間集団と共に出番の順番を待ち、出番になると声掛けなしにみんなの後へ

付いていき歌の練習の間、みんなと一緒に立っていた。

入所当初と比べると他傷行為やガラスを割ること、唾吐き等は大幅に減り、集団生活が好きで落ち着いて過ごしているように感じる（体重：105 kg／身長：170 cm）。

1989 年（25 歳）～

「問題行動」の分析

作業所での生活は当初に比べると積極的になり、職員が「車椅子持ってきて」と言うを持って来てくれたり、こちらが伝えたいことも一定理解しているように感じる。しかし、職員、利用者の変化したり、連休明けや家族の入院など何か生活環境に変化があると、不調になりガラスを叩いたり、壁に頭をぶつける等の自傷行為が見られる。

他にも、虫歯による歯痛や水虫で足がかゆい、睡眠時間が不規則で（夜中に起きてアイスを 6 個食べる）日中に眠気があるなど体の不調を訴えている場面も考えられる。また、職員が C さんから目を離すと急に大きな声を出し、唾を吐きかけたりすることがあり、C さんの方を職員が見るとニヤッと笑っている事が度々見られた事から明らかに注目欲求の一つである場合もあると考えられた。

労働場面での様子

作業場面を変更し（重度グループから、より仲間集団を意識できるグループに）、午後から外へ出て体を動かす作業を取り入れたことで生活にメリハリができ、気分転換できたことで C さんの安定に繋がっているのではないかと。

1992 年から C さんの役割を明確にし、他の人と一緒に取り組める工程を用意した。朝礼で他の仲間から「元気？」と手話の動作とともに聞かれると徐々に仲間と視線を合わせるようになり、動作を真似するようになっていった。

1993 年から料理用ターナーの作業を行う。職員の援助は「仕事やろう」の声掛けとガムテープを使う時の手の添えぐらいで他の工程は自分で行える。ガムテープの工程の際には職員の顔をジッと見て「早く押さえて」と訴えているようだった。

1995 年から他の仲間とのペアになっての作業では、「仕事頑張ろうな」と仲間に励まされ、確実に仕事量は増えていった。他の仲間ができないこと（プリントのファイリングや手袋の着脱など）を手伝う様子も見られている。屋内での balan 作業や入浴剤作り、布巾の仕事、屋外での除草作業などを行う。

家庭環境の変化

1990 年に兄が交通事故で入院

1999 年に妹が結婚し別居。兄も運送業の仕事で週に一度しか家に戻らない環境。自宅では父・母・本人の 3 人での生活がほとんどである。本人の要求は常に母に伝え、母はその通り動くという状況。

健康面

1998 年、肥満からくる「心肥大」ということで散歩などの運動は本人のその日の様子・調子を見た上で働きかける事が大切であると話し合われた。肥満から足腰の負担も大きいと思われるので注意が必要。暑さにも敏感で気候によって不調な日があると思われる。

2000 年、入所当初からの 18 年間で体重が 2 倍になる（150 kg）。肥満が原因で息切れが多い。歩いている途中でも座りこんでしまうことがある。一度座りこんでしまうと立ち上がる事が困難である。作業にも影響が出始める。

運動になればと送迎バスを使わず、父と歩いて作業所へ通うが、作業所へついた頃には息を切らしている。朝礼の司会などで一人ひとりに健康チェックに回るものの、机や椅子に両手をつけて前かがみになって体を支えている。

肥満については家庭と医療との連携で対策を練っていった。家庭では食べ物を要求するCさんに対して「無い」と対応しても、結果要求を押し通しており、母はお手上げ状態。食事制限のため、ショートステイを利用できないか検討中。

医療機関を受診する。レントゲンの結果、心臓肥が確認され足のむくみもあり心不全の疑いがあるとのこと。心臓のエコー検査を行う。

脂肪で反射してしまい検査は困難であったが、内臓脂肪が増えて横隔膜を押し上げており、肺が十分に膨らまない状態であることから、息苦しさの原因になっていると考えられた。夜間入眠中に息が止まることから突然死の危険性もあると診断される。運動療法は難しいことから、食事療法での肥満対策を行う。注意点は、①足に負担をかけない、②無理な運動は行わない、③バランスのよい食事である。

作業内容も屋外の除草作業はやめ、屋内で椅子に座ってできる軽作業に。通所も送迎バスを使用するなど配慮した。しかし、食事制限でCさんの精神状態は限界に達し、他傷行為、自傷行為大声などの「問題行動」が頻繁に出てきた。家庭でも食事制限の努力を行っているが、Cさんが自傷・他傷行為を行うことから、今まで以上に食事は量が増えているように思われる。夜中の間食も続いている。

入所当初は、職員とのマンツーマンが基本で他の仲間との間に常に職員がいる状態であったが、この間に仲間との集団性に重きを置き、支援していく中でCさんの欲求を伝える手段や困っている仲間がいたら手を貸す事、仲間集団で励まし合って労働に向かう気持ちなどを培ってきた期間だと感じる。しかし、健康面に関しては、以前からの肥満はあったものの、さらなる肥満による体調面の変化が年齢とともに表れてきた期間でもある。

2001年（37歳）～

昼食前に作業室から食堂に移動し、いつもの席に座りいつものメンバーが揃うのを待っていると急に大きな声を出して、机をドンドン叩きだした。「どうしたん？」と聞き、状況を観察しながら考察していると、いつもの机に普段は座らない他の仲間が座っていた。この事を聞くと怒っていたのが一変、声を出して笑い始めた。この事から自分の思いが伝わったことを笑う事で表現しており、何より職員がジェスチャーを使わず言葉のみで伝えた事を理解出来たと考えられる。言葉の理解や雰囲気を読み取る力など認識力の高さを垣間見ることができた瞬間であった。

労働場面 屋内での軽作業グループ（入浴剤作り）

「自分の仕事はこれ」と一つの工程にこだわり、急な予定の変更には対応できない。予定の変更を伝えると大きな声を出したり、机を叩いたり、自分の頭を叩くなど不安定になる。事前に予定をわかりやすく伝えることと、Cさんの労働を保障していくことが課題となっている。また、無理のないように体を動かす事が出来るよう屋外での除草作業も再度参加していけるように働きかける。

「問題行動」について

待ち時間が長い（作業開始までの時間や昼食が始まらない等）時や、昼食のおかわりが少なかった時、家庭環境の変化等で不安定になる様子が見られるが、歯を食いしばって我慢している様子や利用者間のトラブルでも職員に対して大きな奇声を上げている様子が見られ、怒りを

受け止めてくれるのは担当職員であると認識出来ている様子や自己規制の力が高くなっているように思われる。

家庭環境の変化

妹に子どもができ、子どもの病気で母が2週間家を留守にする期間があった。その間、自宅では父と兄の3人での生活であったが特に変わった様子は見られなかった。しかし、2週間が経ち、母が家へ戻ってくると作業所で不安定な様子が見られた。

体調面

大きく体調を崩すことなく過ごす。体重は150kg前後で少し動いただけで息切れがし、立っているのもしんどそうなどときがある。しかし、血液検査の結果では、コレステロール値・血糖値などは正常の範囲内で家族の努力の結果が数値に表れる。しかし、現在のままの体重で健康を維持していくことは難しく、足の負担も大きい為、体重軽減に向けた取り組みを家族と連携しながら進めていく必要がある。作業所では無理のないように体を動かせる機会を提供している。家庭では徐々に食事量を減らしていくよう努力している。

2006年頃から、夜間の尿の失敗がほぼ毎日続く（原因は不明）。

2007年（43歳）～ 入所支援施設 入所

入所理由

両親の高齢化と体重のコントロールの為。

生活面

気になることや何か思いがあるとき、それが思い通りにならなかったり、理解してもらえないときは大きな声を何度も出したり、激しく机を叩くことがあるが、他傷行為には至らなくなっている。集団に対する帰属意識は高くなっている様子。施設での1日の流れはだいたい理解しており、生活そのものがパターン化していつている様子。

体調面

入所当初、一時は150kgあった体重が、100kg前後まで落ちている（2009年は85～90kg、2010年は75～80kg）。

朝食のパンを喉に詰める。普段からあまり噛まずに早食い。詰まった時は、自分で首の後ろを叩き、咳き込んで口から出す。数回続けて詰まらせたので、朝食のパンはパン粥に、おかずは一口サイズに食形態が変わる。

労働面

施設館内の軽作業グループに所属（入浴剤作り）

入浴剤のパック詰め・圧着の工程を担う。圧着は、一定量ストックがある為、待つことがなく声をあげて怒るような場面はほぼない。

2009年はミキサーでよもぎの葉の粉碎を行う。朝の会に時間がかかったり、急な予定の変更（作業内容の変更や活動内容の変更など）があると納得できず、大きな声を出して机を叩く様子がみられるが、他傷行為にまでは至らない。

2010年は軽作業グループ（入浴剤作り）から空き缶つぶしグループにグループ変更。空き缶つぶしは足で缶を潰すことが可能だが、集中が続かず5つくらい潰すと椅子に座って休憩している。

2012 年以降、エコグループにグループ変更（ウエスの仕事と資源回収）。

現在

労働面

エコグループに所属（ウエスの仕事と月に 1～2 度の資源回収）。

ウエス作業は黙々で行う。生地を破る感覚が心地良いのか、ビリッと破り終えて笑顔を見せるときもある。資源回収は職員とマンツーマンで行う。

作業開始時間が遅れたときは、大きな声を出して不快を訴えている。しかし、予定の変更（いつもは作業なのに外出等の取り組みを行なう日）などには、事前に絵カードや写真を用いて導入を行うことで、すんなりと受け入れることが可能となっている。

生活面

ホームでの生活がパターン化し、Cさんが座る席が決まっている。夕食時間になっても始まらないと大きな声を出して怒るなど、普段と違うことがあると納得できない様子。しかし、大きな声を 2～3 度出す程度で落ち着いている。施設に入所してから、何でも職員にやらせてもらおうとするようになった。（母談）シャツの襟を直す、肌着の袖を引っ張る、「いただきます」の号令など。職員が自分で行うように促してもいつまでも職員の腕を放さない、行ってくれそうな職員を探すなど自分でできることでも何が何でも人にやらせてもらおうとする。時には大きな声を出してイライラしている様子を見せることもある。

健康面

体重は 70～75 kgを保つ。

歯が少なくなってきた（上：右側 5 本、下：前歯 5 本）。変わらず食事形態は一口サイズと朝食のパンはパン粥。

施設に入所してからバランスのよい食事量・内容に変わったことで体重も減少し、足腰への負担は軽減されたのではないかと感じる。しかし、最近をよく何もないところで躓いたり、椅子に腰かけようとして、早くに座ってしまい、尻もちをついてしまうところを見かける。

課題

健康面において、筋力の低下、聴力、視力、歯、内臓疾患など年齢的にみて雇い得る可能性のあるものをいち早く察知する必要がある。

本人の願いや希望

Cさんの豊かな老後とは何か、本人は何を望んでいるのか。福祉職、家族、医療などと連携して考えていく必要がある。

職員の評価と課題

健康面では体重の維持、残っている歯を大切に、長く食塊を食べられるようにしたい。足腰の筋力の様子、内科的疾患、視力や聴力など加齢に伴って問題が出てくる部分を中心に日頃の様子を記録する事、少しの変化に気づく事に注意を払う。

ホームでのパターン化した生活の中で、少しでもCさんの楽しいこと・興味のある事を経験してもらい、今後の人生の幅を広くする。

作業所時代の集団主義的実践で培った「みんなとだからできること」をもっと増やし、「誰かのためにやってあげよう」という気持ちを育めるようにしていきたい。

事例をまとめて

Cさんの事例をまとめて、「問題行動」ばかりに目を向けるのではなく、「問題行動」の背景に何があるのかを注意深く見つけ、大切さやその原因を前もって取り除くことの大切さ、また、集団での生活は無理と決めつけるのではなく、慎重にはあるが、仲間集団の中へ引き入れていくことの大切さを学んだ。そうすることによって、Cさんの中で帰属意識が育まれ、他者への不安が減少し、結果「問題行動」が減少し、現在の様に落ち着いた生活が送れているのではないだろうか。

現在のCさんは過去のような「問題行動」は見られなくなったが、施設で新たな自律生活にチャレンジし、家庭にいたころは、自分でできていたことが、施設では職員にやってもらわないと気が済まない様子がみられている。しかし、その行動を「依存しすぎ」と考えるのではなく、本当に職員に行ってほしいのか、それとも他に何かを訴えているのかを見極めていく必要があると感じた。「自分の気持ちを伝えたい」「職員にわかってほしい」「誰かと情報を共有したり、共感関係を築きたい」といった感情の現れかもしれない。「がんばれ！がんばれ！」の言葉がけだけではなく、甘えても良い、人に頼っても良いと思えるような環境作りも大切だと感じた。

50歳という年齢になり、たくさんの人生経験を育んだMさんは、許容範囲が広がり、自分の思い通りにならないからと言って過去の様な「問題行動」は行なわなくなっている。加齢によりこだわりが減少した事を一概に否定はできないが、Mさんの事例をまとめると、たくさんの人生経験と教育的な支援を受けてきた経験が落ち着いた生活には関係しているように感じる。今後に向けては、QOLの向上に着目し、新たな可能性を引き出していけるような支援を心掛けたい。そして彼にとっての豊かな人生とは何かを追求し、今後の人生を本人らしく歩めるよう支援方針を定めていく必要がある。

※ この資料の中に複数回出てくる「問題行動」とは、環境不適應や体調不良に伴う不快・不安・しんどさから現れる支援上の困難さを表す。

事例4 Dさんの場合 加齢と疾病による機能低下を支える

事例4 Dさんの場合

加齢と疾病による機能低下を支える

生年	1952 年 (62 歳)	性別	男性
身長／体重		入所／通所年	1983 年通所 (作業所) ※ 途中、4 年間就職のため抜ける
障害状況	知的障害 療育手帳A 身体障害者手帳2級 障害支援区分6 要介護認定なし	発達段階	資料なし
家族構成	父、死亡 (2007 年) 母、死亡 (1990 年) 姉、同市に別居 妹、遠方に別居	経済状況	障害者年金1級＋工賃 4,000 円 (支出) サービス利用料、日常品、被服費等を使う。

〔既往歴〕

パーキンソン病 (2005 年診断)

〔生育歴〕

1952 年 A 市生まれ
 1957 年 A 市立小学校 入学
 1963 年 同小学校 卒業
 1963 年 A 市立中学校 入学
 1966 年 同中学校 卒業 ※実際はほとんど学校には通えていなかった。
 1966 年 中学卒業後しばらく父の元で働き、その後ボーリング場やホテルの清掃など複数の仕事に就く
 1983 年 作業所に通所
 1990 年 グループ就労の形でプラスチック加工会社に再就職
 1994 年 作業所に再通所

〔通院状況と服薬状況〕

診療科	疾患名	通院回数	服薬状況	服薬開始年
A クリニック	パーキンソン病	月 1 回	下記に記す	2005 年
B 病院	精神科	月 1 回	下記に記す	
C 医院	風邪など	適時		

リスモダン 100mg	朝・昼・夕	脈の乱れを整える
ポリフル	朝・昼・夕	便秘や下痢を改善
デパケン R200	眠前	寝つきを良くする
デパケン R100	眠前	寝つきを良くする
ジルテック 10	眠前	アレルギーを抑える
エビリファイ 6mg	夕	安定剤
エビリファイ 3mg	夕	安定剤
ペルマックス 250mg	朝	手の震えを抑える
ネオドパゾール	朝・昼・夕	筋肉のこわばり改善
トレリーフ錠 25mg	朝	パーキンソン病
マグミット 330mg	朝・昼・夕	便秘を良くする
タイプロトンカプセル 15mg	夕	胃酸の逆流による食道の症状を改善
ブスコパン錠 10mg	頓服	腹痛時
アローゼン顆粒	頓服	便秘を良くする
ラキシベロン内服液 0.75%	便秘時 10 滴 ～	便秘を良くする
強力ポステリザン	1 日 1～3 回	痔

〔福祉サービスの利用状況〕

サービス名	担当機関	援助内容（援助開始時期・頻度等）
生活介護	作業所	2007 年 4 月～ 月曜日～金曜日
身体介護	ヘルパーステーション	2013 年 6 月～ 週 6 回
移動支援		2004 年 4 月～ 月 1 回
共同生活援助	グループホーム	1997 年～ 毎日
地域活動センターII型デイサービス	作業所	2006 年 11 月～ 月 2 回

〔幼少期から成人期までの略歴・様子〕

A 市立小学校を 1963 年卒業、中学校を 1966 年に卒業するが、実際はほとんど学校に通えていなかった。父は職人気質で本人には、「勉強よりも手に職をつけさせることの方が大事」という考え方のもと、父と一緒に働くことが多かったらしい。父は、仕事には厳しく、失敗を繰り返す、できないことがあった場合は、「身体で覚えなくてはならない」という方針のもと暴力もあったようだ。そのような環境の中、本人は「上の人の指示に従うこと」「仕事はきちんとたくさんしなくてはならない」という考えが植えつけられたと考える。

母は父とは正反対。非常に優しく本人を受け止めた。しかし、父には従い、父の言動にあまり口出しすることはなかったと聞いている。

本人は姉、妹とは仲が良い。二人は父には批判的であった。姉は両親が亡くなって以後、保護者的役割を担っている。

中学卒業後しばらく父の元で働き、その後ボーリング場やホテルの清掃など複数の仕事に就く。しかし、人間関係がうまく築くことができず、トラブルもあり退職を繰り返す。1983 年、30 歳の時に作業所に入所。1990 年、37 歳の時にグループ就労の形で再就職するが、仕事場でのトラブルが原因で退職し、1994 年、41 歳のときに再入所した。

作業所では、「仕事はたくさんすることが良いこと」というように、作業時間はもちろん、休憩時間も仕事をおこなう姿があり、仕事ばかりしている人と周りからは「仕事人」と称される反面、他の人との関係に壁がある感じであった。本人も、「この人は遊んでばかりで仕事せいへん」と攻撃的であったため孤立した存在であった。

また、給料への要求は強く、「作業所は1枚しかない」（1万円しかないという意味）と言って、会社に戻りたいという不満を漏らす姿も見られた。同時に家庭では、新しい仕事を探すよう父に毎日訴えていた。就職先が決まらない苛立ちから、父に暴力を振ることもしばしば見られた。父への暴力がエスカレートしはじめ、1995年頃から給料日に事前に本人の給料袋に本人が納得できる金額を足して渡す対応を行い、給料への不満は減っていった。これは2000年まで続けられた。

右往左往しながらも作業所での生活を続ける中で、他の利用者と徐々に関わる姿が見られるようになった。しかし、ちょっとした行き違いや誤解からケンカとなることも多かった。モヤモヤする気持ちを抑えることができず、作業所でも家庭でも興奮する姿が多くなった。

1997年、自活訓練を利用し半年実習した後、45歳の時に作業所と同じ法人のグループホームに入所。当時は、同居するメンバーに対し愚痴やボヤキなど攻撃的な姿があり、関係づくりに難しさもあった。半年後メンバーの入れ替え時に、介助度が高い利用者と組み替えた。もともと親分肌などところがあり、自分が面倒を見て上げなくてはいけないという思いからか、世話をする姿や風呂掃除、洗濯干し、食事の後片付けなど率先しておこなう姿が見られるようになる。生活場面で活躍できる場面や役割ができることで、徐々に攻撃的な姿もなくなっていった。

2005年、52歳の時、手の震えや体の硬直、トイレに間に合わないなどの姿が目立つようになる。今までに見られなかった姿であり、原因を探るために、Aクリニックに通院、パーキンソン病と診断される。

その後、体の前傾、両腕の可動域が狭くなり、発声もしづらくなるなど身体機能の低下が早く進みだした。本人はうまく体が動かない、病気の意味が分からない不安から涙を流す姿を見せるようになった。

2007年、54歳、事業移行に合わせて集団を再編。加齢とパーキンソン病による身体機能の低下により、今までのように仕事に関わるができなくなると判断し、今までの仕事をしっかりおこなう班から、ゆっくりと作業に関わる班へ異動した。そして方針を「仕事の評価＝みんなを励ますリーダー的役割」を担う支援に変更。当時は「俺はもっと仕事したいねん」と声を荒げることもあったが、彼ができる仕事を準備、納得できる仕事量を確保し、本人が作業をやったと感じられることを大事に作業は取り組んだ。身体機能が低下する中、仕事に対する本人のプライドを保てることを大切にしながら、再度職員との信頼関係を築き、他の利用者との関係を作るために、職員が間に入りながら、楽しく関われる場面を多く作ることで、本人も相手を受け入れようとする優しい姿を見せるようになった。

医療からは、「散歩することが一番のリハビリになる」とすすめられ、身体の前傾回復と両腕の可動域の維持のために、職員が体を起こす、腕を伸ばすことを作業の合間に取り入れたが、本人はあまり気乗りしなかった。それを行う意味が解らなかったことと、一人だけが行っていることに違和感を持ったのだと思う。そこで日常生活の中で楽しく体を動かすことを職員が意識して関わるよう方法を変更した。また、週二回、楽しい取り組みを行い、玉入れなどゲーム的要素を持った活動を入れることで、持ち前の負けん気を発揮しながら、一生懸命体を動かしている。また、本を見ながら行きたいところを探し、楽しみにしている姿もあり、仕事以外で楽しみを見つけ出すことができている。

現在

今も前述した日課で日々過ごしている。作業所では仕事に向かう思いが強く、元気な様子が見られる。しかし、体調によっては反応ができない時が出てきている。身体機能の低下は進んでおり、毎月定期的に通院し状態の把握に努めている。昨年レントゲン撮影をおこない、第12胸ついと第3腰つ（いずれも背骨の部分）に圧迫骨折の跡が発見された。また、風邪で寝込んだ後、胸部から腹部にかけ激しい痛みが起こり検査すると、食道裂孔ヘルニアと診断された。身体の変形による新たな疾患が出てきている

状況で、そのため服薬数も増えてきている。

身体の前傾が強く、自力では伸展位及び座位の保持が難しくなっている。胸部、腹部の痛みも残るが服薬により対応できている。行動の低下や発語機能の低下もみられ、日常生活能力が落ちてきている。

歩行について、以前「ピックアップウォーカーを使用して欲しい」と医療から依頼されたが、作業所、ホームともハード面とリスク面から導入は無理と判断。通院時に医師に相談した結果、本人の様子と体力を考慮し、日中施設内の移動は歩行維持もかね、介助をつけ移動は自力でおこない、それ以外は車いすを使用するようになる。

ホームでの様子は、日中は頑張ろうという意識が強いため、その分疲れた様子や眠気が強くベットに横になることが多くなっている。また、夜尿もありその都度目が覚めてしまい、十分睡眠が取り難い状態になっている。きつい夜尿を減らす薬は痴呆症をおこす恐れがあるため、副作用が少ない薬で対応している。

〔職員の評価と今後の課題〕

本人の働きたい、みんなと楽しみたいという思いに応えるために、本人の状態を適切に把握することが求められ、医療との連携が重要になってきている。その状態に応じて活動の中身の検討が必要である。また、本人はホームで暮らしたいという思いを持っており、身体の負担が少なくなるよう段差を減らすなどハード面の改良と、同居者との関わりが生活の支えとなるよう、つながりを大切にしつつ、生活の中で楽しみにできるなど、期待を持って生活できることが求められる。しかし、今後の生活の場に関しては、検討が必要になってきていると思う。

事例をまとめて

加齢や疾病による身体機能の低下は避けることができない。そのため、本人が生活しやすい環境整備や本人の病状と身体機能を維持していくための情報収集を医療と連携しながら進めことは必要である。それ以外に、Dさんがこれまで生きてきた姿を踏まえ、本人の仕事への思いを大事にし、これまで生活してくる中で得たプライドや誇りを尊重しながら支援することが大切と感じた。作業所生活で広がった人との関係通じて、楽しみを持てるようになったDさん。それまでは、仕事が生きがいとして生活してきた彼が、仕事以外に楽しみにできることや期待が持てる生活ができるように変わった意味は大きいと考える。本人に新たな価値観を持てるよう支援し、本人が快適に日常生活を送れるよう実践を積み重ねていきたい。

事例5 Eさんの場合 高齢期のダウン症を支える

事例5 Eさんの場合

高齢期のダウン症を支える

生年	1948 年 (66 歳)	性別	女性
身長／体重	122 cm／31kg	入所／通所年	1980 年入所 (生活施設)
障害状況	療育手帳 A (ダウン症) 身体障害者手帳 1 級 (視力障害、右股関節機能全廃) 障害支援区分 6 要介護認定適用外	発達段階	資料なし
家族状況	兄嫁が主たる関係者 (遠方のため、ほとんど関わりなし) 後見人は次男 (先日発覚)		
経済状況	障害基礎年金 1 級：966,000 円 支出内容：利用料約 45,000 円、ケアパンツ 15,000 円、補食 5,000 円、医療費 2,500 円、衣類 2,500 円、その他 5,000 円 ※ 本人使用金額は年金の範囲内での使用でも困難な状態。		

〔生育歴と既往歴／支援方法〕

	生育歴	既往歴／支援内容
1948 年 2 月	出生	
1951 年		3 歳、脳膜炎、その後発育が遅れる？
学齢時	就学猶予	左目失明 (時期不明)
1968 年	20 歳、言葉を失う。	
1973 年	25 歳、ダウン症の診断	
1977 年	29 歳、父他界、母、兄 (3 男) 夫婦と他市に転入	
1980 年	32 歳、生活施設入所 (母の心臓疾患と高齢：74 歳)	
1994 年		顔面蒼白あり、脳波、心電図測定行うが異常なし
1998 年		下痢及び脱水で入院
2001 年		53 歳、入院⇒下腿静脈瘤 OP1 ヶ月
2004 年		入院⇒左大腿骨骨董壊死症、1 ヶ月人工股関節置換 OP、 舗装具の使用。 ／ (支援方法) 食事：見守り (ミジン食)、定時排泄、衣類着脱、洗顔、 先体等自分で出来ることへの声掛け、その後の確認

2007 年		足の痛み？訴えあり一時的に歩行困難となるも検査では問題なし。 ／（支援方法） 食事、排泄、移動等の落ち込みが見られはじめる。本人状況に応じて一部～全介助へ変更
2008 年		入院⇒脱水症 1 ヶ月、肺炎 10 日 ／（支援方法） 夜間不眠目立つ。生活全般において介助が必要。
2009 年		61 歳、右眼白内障。入院⇒肺炎 10 日、11 日、17 日、11 日、10 日、15 日、13 日、18 日 ／（支援方法） 日中活動をこれまでの療育グループから、機能回復、創作など室内を主としたグループに変更。しかし同時期に体温調節が困難な状態もあり、ほぼ居室内での生活となる。食事内容の変更：トロミ食へ。24H の睡眠、排せつ、食事記録。
2010 年		左肩亜脱臼、入院⇒肺炎 21 日、22 日、誤嚥リスク指摘有
2011 年		／（支援方法） 嘱託医より、食事提供についてのアドバイス有。食事は傾眠時はとらず、時間をずらすようにする（丸 1 日寝て丸 1 日起きるなど見られる）。
2012 年		老人性嚥下性肺炎 1 ヶ月 右肩骨折あり：更衣時の抱きかかえによるもの。 ／（支援方法） 移乗時の複数対応、機械浴の使用

〔通院状況と服薬状況〕

診療科	疾患名	通院回数	服薬状況
内科	消化不良	月 1 回	ビオフェルミン エンテロノン

〔福祉サービスの利用状況〕

サービス名	担当機関
施設入所 生活介護	生活施設

〔成人期の様子〕

幼少期の記録なし。学齢期就学猶予で在宅生活、兄弟の名前など書いていたとの事。以降の記録もなく、入所まで在宅。病気など全くしなかったとの事。

入所以降しばらくは大きな変化ありませんでしたが、2009 年の立て続けの入退院により、ADL の低下、特に歩行をはじめとするこれまで単独で行われてきたことが、要介助となり、排泄コントロールが困難となったり、睡眠バランスの崩れも見られました。肺炎に対しては、食事を全介助、嚥下食への変更、個室対応、本人の睡眠ペースに合わせた食事提供など行い、これらにより、肺炎の頻度は下がっています。ただし ADL の回復は見られない状態です。

現在

建物が新しく（2012～）なったことで、温度管理をはじめ、食事、睡眠、排泄など個別のケアがより適切に行われるようになったことで、体調を崩すことも少なくなっています。

機能低下により、この間援護機関の自治体担当者、家族との懇談も行い、より本人の状態に適したサービスへの変更も提案していますがご家族意向により困難な状態です。

事例をまとめて

青年期から壮年期の経過は不明ですが、20 歳前後に退行現象があったように考えられます（それまでは子守をしていた、家事一般お手伝いを行っていたなどの逸話有）。また 2009 年の入退院時に落ち込みが顕著であったものの、夜間徘徊などいくつかは以前から多少見られたもの、兆候があったものが大きく崩れたとも考えられます。

テストにおいては身体面での機能低下により、20 点を超え、通常の 60 台と比較すると落ち込みも目立つ場面はありますが、食事場面では好き嫌いはきちんと表現している、他の利用者の方の声や雰囲気表情が変わるなど以前と変わらない場面も多々見られ、トータルとしては緩やかな老化の状態であると考えます。生活施設入所後も、現在に至るまで認知面では緩やかに進行しているものの、退行後の状況から考えると認知症というまでには感じません。

2 事例報告から見てくる高齢期の支援課題：植田 章

1) 生活歴(史)からみえてくること

幼少期からふり返り個々の事例に共通していたのは、障害のある人はそれぞれのライフステージにおいて適切な保育・療育・教育・医療・リハビリテーション・福祉などを受ける機会が奪われてきたということと、そのことが壮年期・高齢期の生活に大きく影響しているということである。様々な社会環境要因に大きく規定されてきた彼らは、障害のない人たちとは異なるライフコースを辿ってきたと考えられ、どのような時代や社会を生きてきたのか、彼らの生活歴(史)を丁寧に把握することは、これからの支援のありようを考える上で重要である。

大切なのは「その人ならではの」を大事にすることであろう。職員はまずはその人の生きてきた歴史をしっかり学ぶことから始めなければならないと思う。その人の大切に思っていること、好きなこと、望み、不安、悲しみなどの深い理解が、充実した高齢期を支えるのではないか。作業所では若い職員がAさんの人生のエピソードを資料として残せるように集め、記録し始めている。その人の生活史を職員間で共有することで支援に奥ゆきをつくろうと考えている。

(事例「重度重複障害者の高齢期を支える」)

Bさんの人生を振りかえってみると、小学校2年生から就学猶予により教育権を奪われ、労働権、集団権が43歳まで保障されなかった人生でした。しかし、母の死をきっかけに1989年作業所と出会い、労働、集団が保障され、そして2000年にホームでの生活、余暇支援を受けながら世界を広げていくBさんの人生は障害者の権利の拡充と社会の進歩とともに、作業所で労働、集団が保障され、ゆれながら発達していく姿をみることができます。また、Bさんの「みんなと働き続けたい、地域でくらしたい」との願いが集団を変え、社会を変えてきた歴史でもあるといえるのではないかと思います。

(事例「看取りまでの支援」)

また、本人の加齢による身体的・精神的な変化に伴う生活問題の出現と、もう一方で親の加齢による家族の新たな生活問題の出現が深刻なかたちで現れていることも共通している。これは、日本の障害者問題が家族扶養を前提に進められてきたことを如実にあらわしている。事例でも明らかなように、在宅で暮らす障害者の多くは歳を重ねても家族の介護・援助のもとで暮らしている実情がある。また、死別などによってひとり親世帯も増加しており、家庭生活の継続の困難さや不安を訴える声は多い。生活の連続性・継続性を断ち、生活を根こそぎにするかたちで始まる医療や介護・ケアとの出会い(それぞれが入院や遠方の施設へ入所していく現実)はお互いにとって不幸な場合もある。家族の緊急時に柔軟に対応できる暮らしの場の拡充が急務である。

一方で、彼らの老いと向き合うと、老いというものが「全てが失われ、欠落していくもの」という消極的な面だけではないことを知ることでもある。つまり、壮年期・高齢期においても、これまでの人生のなかで積み重ねてきた経験をベースにして、新たなステージを切り拓く力量を有しているとの視点から彼らを捉えていくことも大切である。事例でも、障害のある人たちが歳をとっても役割をもって輝くことや、自分は必要とされている存在であるという自己肯定感をもつことのできる居場所づくりと人間関係を形成していくことを大切に支援が提供されている。

自立に向けた生活の中で、様々な問題への対応は精神的な成長、成熟から、葛藤と向き合うようになってきているのではないだろうか。家族から精神的にも自立しようとしているのではないかと感じる。自分の人生を受け入れて、自分の中に渦巻く「よくわからないもの」を抱えながら、奮闘している姿に見える。生活の中で積み上がってきた“自立”が、発達の課題やこれまでの自分なりの折り合いの付け方と質的な変化をおこしているのではないか。

(事例「重度の知的障害者の壮年期を支える」)

2) 健康上の課題と医療機関との連携

加齢に伴い基礎疾患の病状の変化や二次的な合併症、新たな生活習慣病の発症など、さまざまな健康問題が日々の暮らしに影響をもたらす。たとえば、自宅で暮らす障害者の場合、食生活等のコントロールが難しいこともあり、肥満症などを合併しやすい。壮年期・高齢期の健康上の課題の一つは、生活習慣病の予防と健康管理であり、「これ以上悪くさせない」という視点からの予防的なアプローチが必要である。健康診断等で行われる検尿・血液検査の経年的な把握と日常的に行っている血圧測定といったバイタルチェックに加えて、排泄や生理の状況、体重の変化、日常生活動作から見る体力の低下といったわずかな変化から利用者の健康状態を把握しなければならない。

一方、生活施設では、50歳を越える利用者の割合の増加に伴って、悪性腫瘍による死亡が増加傾向にある。知的障害を抱えるがゆえに、身体上の違和感や痛み、しびれ、細かな変化を適切に伝えられず、医療機関に受診した時点で病状が相当、進行している場合もめずらしくない。

また、長期にわたる向精神薬などの多剤大量処方が重篤な心室性不整脈や心臓突然死のリスクを高くするという臨床研究も報告されている。本高齢期プロジェクトに参加した事業所が行った利用者の投薬状況調査では、103人中投薬を受けている者は53人(51.4%)、その内、3剤以上の投薬を受けている者は31人(58.4%)であった。多剤大量処方がなされている者に共通している点は、肥満傾向が多いこと(特に40歳を過ぎるとその傾向が大きくなっている)、医学的管理が必要とされる生活習慣病を発症している点である。主治医ともよく相談し家族とも連携しながら投与量などを検討していく必要がある。

その他にも加齢に伴う身体的・精神的機能の低下は、移動手段、排泄の自立度、食事形態の変化として現れる。日常生活や入浴時の転倒、誤嚥による窒息、誤嚥性肺炎のリスクも高くなる。また、生活習慣病の合併症などから医療的なケアの必要性も高まる。たとえば、糖尿病の進行によるインシュリン注射、大腸癌によるストマ造設、経管栄養、胃瘻造設など様々である。もちろん、比較的健康で元気な障害者であっても、視力や聴力などの感覚機能の低下への対応、歯の喪失による摂食困難、歯周病などへの対応、唾液分泌量の減少に伴う口腔ケアなどの予防的支援が行われている。とくに、清涼飲料水や甘いものにこだわりがある人たちも多く、毎日の暮らしの中で口腔内疾患も予防することは欠かせない。

障害のある人たちの医療的アプローチは、障害の専門的な治療・軽減とあわせて、急性疾患や慢性的な疾患への必要な対処、健康増進、予防、リハビリテーションなど多岐にわたっている。しかし、入院が必要と判断される場合であっても、家族や施設職員が付き添うことが条件になったり、障害を理由に入院そのものを断られたりする例がある。また、入所支援施設では、利用者の通院介助の件数が月に約200件以上となっている。職員配置の手薄な中での通院介助は日中の生活介護事業の運営に大きな影響をもたらしている。このように福祉・保健分野との連携や専門職との協力関係がスムーズに行われないと医療上必要なことすら実現しにくい現実がある。連携がうまくいっている例として、本高齢期プロジェクトに参加している事業所では、嘱託医・医師会の協力のもと大学病院から毎月、精神科・眼科・耳鼻科・皮膚科の専門医による訪問診療を行っている。眼科疾患や婦人科疾患等で入院(手術)が必要な人が一般病棟での入院が困難な場合には、大学病院の精神科に入院して他科の治療(手術)を受けることもできる。また、別の事業所では、認知症の疑いのある利用者を少し離れた精神科のある総合病院の「もの忘れ外来」につなげたことをきっかけにして、認知症などの精神健康上の問題があれば気軽に相談ができるようになっている。しかし、在宅障害者の場合は、医療機関との関係は家族にすべてが委ねられている場合が多く、家族と医師とのコミュニケーションがうまくい

かなければ、医療機関との関係が疎遠になることもある。日頃から主治医をもち、馴染みの関係を築いておくこと。職員が日中活動・暮らしの場における利用者の様子や状況を丁寧に把握し医師をはじめとした医療機関の専門職にスタッフに伝えていくことが大切である。

医療機関を受診する。レントゲンの結果、心臓肥大が確認され、足のむくみもあり心不全の疑いがあるとのことで、心臓のエコー検査を行う。脂肪で反射してしまい検査は困難であったが、内臓脂肪が増えて横隔膜を押し上げており、肺が十分に膨らまない状態であることが息苦しさの原因になっていると考えられた。夜間入眠中に息が止まることから突然死の危険性もあると診断される。運動療法は難しいことから、食事療法での肥満対策を行う。注意点は、①足に負担をかけない、②無理な運動は行わない、③バランスのよい食事を心がける、である。

(事例「自閉的傾向のある人の高齢期を支える」)

入院の必要はあるが、主治医からは入院は勧められないと話がある。理由としては、入院生活に耐えられるかどうかかわからない事、仮に入院して症状が良くなったとしても、退院すれば元に戻ってしまう可能性が高い。それよりも、通院という毎日の継続的な治療を続けていく方が良いのではないかと話がある。実際に、病院へ入院の可能性を含め紹介状を書いてもらうも「受け入れ困難。投薬以外の手だてがなく難しい」と返事があった。

(事例「慢性疾患をもつ人のグループホームでの生活を支える」)

3) 自閉症者やダウン症者の加齢に見られる変化をどうみるか

自閉症者は、一般的には加齢に伴い症状は変化し行動面の問題は軽くなると言われている。こうした、いわゆる行動面における問題の減少は、「それが症状の改善によるものなのか、あるいは加齢に伴い脳の活動が不活発になり、結果的に行動障害が軽減したのか」(鈴木文晴「加齢と老化」、『みんなのねがい(481)』、2007年)、その判断は難しいところである。また、別の調査では、加齢に伴い「運動」「生活リズム」「性格変化」の領域で変化を表した者が多いが、自閉症者の場合は「感覚」「問題行動」「対人」「日常生活動作」などの領域で変化した者の割合が少ないことが報告されている(春日井、他「成人期知的障害者の加齢変化の特性に関する研究」『東京学芸大学紀要 総合教育科学系 第57集』2006年)。

自閉症者の場合、歳をとれば、どのようになるのかについての検討はあまりなされていない。しかし、加齢に伴い身体状態や精神的な状況が変化していく中で、自閉症の特性についての理解と安心できる環境があれば、幼少期や思春期に比べて比較的安定した生活を送ることが可能であるのではないかと推察できる。事例でも、長年、通い慣れた通所施設では、対応する職員と馴染みの関係が確立している。支援の提供に際しては、生活リズムが不規則にならないように、日課を一定に保ち、毎日の取り組んできた活動は継続して取り組んでいる。また、新しい生活への移行や変化が生じることに際しては、前もって準備時間をかけて利用者に説明がなされ、見通しのもった活動に取り組むことができる配慮がされている。

初めての場所や慣れない環境は、自閉性障害のDさんにとって不安でしょうがないもののため、彼の不安要素を事前に取り除けるようにマンツーマンでDさんに付けるよう配慮しDさんの気持ちを安定させるようにした。他者への暴力に関しては、仲間の動きに不安を感じるのではないか(他者の障害の理解は困難なので、独特の歩き方や行動に不安を感じる)と推測されるので、特にDさんが気になる仲間との接触には十分な注意を払った。

(事例「自閉的傾向のある人の高齢期を支える」)。

年間行事の中でも一泊旅行に関しては、しんどさがあり旅行前になると他害行為が毎年見られていた(行事前の他害行為は、一方では人と関わりたいという要求でもある)。ただ、ここ数年は落ち着きつつあり、2012年に関しては旅行に関しての他害行為はなく、2013年も旅行前・旅行中ともになかった。今年では、本人の姿として行き先を決める場でメンバーを見ながら行き先を選ぶなど自分で旅行の環境(メンバー)を

調整していた。

(事例「自閉的傾向のある人の高齢期を支える」)。

50 歳という年齢になり、たくさんの人生経験を育んだ D さんは、許容範囲が広がり、自分の思い通りにならないからと言って過去の様な「問題行動」は行わなくなっている。加齢によりこだわりが減少した事を一概に否定はできないが、D さんの事例をまとめていると、たくさんの人生経験と教育的な支援を受けてきた経験が落ち着いた生活には関係しているように感じる。今後に向けては、QOL の向上に着目し、新たな可能性を引き出していけるような支援を心掛けたい。そして彼にとっての豊かな人生とは何かを追求し、今後の人生を本人らしく歩めるよう支援方針を定めていく必要がある。

(事例「自閉的傾向のある人の高齢期を支える」)。

ダウン症もウェルナー症候群やターナー症候群と同様に早老症候群のひとつである。そういう点では障害そのものが確実に老いを早める。早老症症状としては、白髪、難聴、白内障、歯肉炎が認められたり、白血病をはじめとする悪性腫瘍の発生頻度が高かったり、40 歳代でもアルツハイマー型の認知症を発症することもある。ダウン症の場合も加齢に伴う老化の様相には個人差があり、その現れ方も異なる。報告書のふたつの事例はダウン症者が認知症を発症し進行する経過について記述している。これらの事例はいずれも、会話の減少やコミュニケーション能力の低下が早い時期に認められ、同時に失禁の出現、身辺自立能力の低下、歩行の障害、作業能力の低下などが起こっている。また、夜間不眠が強くなり、嚥下機能の低下も強まり食事形態の変更も余儀なくされる。そして、てんかん発作の初発が確認される場合も多い。認知面では、他者の区別がつきにくくなり、目的もなく歩き回ることが増え職員の指示も通らなくなっていく。こうした身体的・精神的機能低下が顕著になってくると、医療的ケアを伴う個別的な支援が必要になってくる。とりわけ、栄養と水分補給、口腔ケア、誤嚥による窒息事故や誤嚥性肺炎の予防、排泄の調整などに関する対応である。これらの支援は個人によって違いがあり一般の高齢者施設の支援とも大きく異なる点を理解し、心身の状況・状態像の緩やかな変化を見逃すことのないよう細心の注意を払うことが不可欠となる。

食事、排泄、身体面など緩やかに機能低下しているように見えます。ある日突然歩行できなくなったりすることもありましたが通院先から問題なく施設に戻って来ることがありました。本来持っている拘縮や筋力低下に加え、知的障害により、ちょっとした変化に対して対応の難しさが大きく出てしまうとも考える。職員は「歩けない」という評価だけでなく、適切な医療につなげる、日常の細かな観察から、何が起こっているのかを想像・想定し支援につなげることが必要である。

(事例「認知症を発症したダウン症者を支える」)。

つぎに、ダウン症者の急激な「退行現象」についてである。「退行現象」の原因や発症のメカニズムは未だ十分に解明されていない。橋本や菅野らは「青年期から成人期のダウン症者に一定の割合で急激な退行が出現しており、しかも、特定の疾病・疾患診断のつかないものであったことから、ダウン症に特有の心理学的機構に起因する退行現象であることは推測される」と指摘している。(橋本創一・菅野敦(1993)、「ダウン症成人者の急激な発達退行現象についてⅡ～退行現象があらわれたダウン症者 1 例における行動及び知能の変化」,日本発達心理学会,第 4 回大会発表論文集,p318.)。本高齢期プロジェクトの事例検討においても、20 歳代後半から現れた「退行現象」が 30 歳代半ばさしかかっても改善しない事例なども紹介された。ダウン症者の急激な退行現象が発症する契機として、職場や作業所内での対人関係のつまづき、仕事内容の変更やそれに伴う過度の緊張、きょうだいの結婚や就職、両親の死亡等による別離がきっかけとなっていることが多かった。ダウン症の固有の加齢の問題として身体的・精神的機能の低下を含む成人期の特徴を明らかにするとき、ダウン症の幼児期からの生育過程での自我形成の特徴、成人期の社会・家庭環境の問題、早い人では壮年期から発症する認知症などにも

留意した検討が必要と思われる。とりわけ、ダウン症の自我形成過程は、成人期に経験する多様な家庭環境の変化に対して影響することは十分推測される。

4) 加齢にあわせた日中活動の位置づけ

加齢によって身体的・精神的機能が低下することで、日中活動の作業において集中力が低下したり、長時間の外出や行事の参加で体調を崩したり、あるいは日常生活の様々な場面において移動や着替えに時間がかかる等の変化が現れる。また、これまでなかった排泄の失敗や転倒によるけがのリスクも高まる。このような段階では、一人一人の楽しみや生きがいを重視し、生活のあり方全体を少しずつ無理のないプログラムに変更していく必要がある。事例の中でも、熱があっても作業所を休むと言わなかった利用者が「休みたい」と訴えてきたり、70 歳になっても毎日パン工房に通いたいと希望する利用者が、60 分も経てば立ち作業が困難になり作業中に失禁してしまったりといったことが報告されている。それぞれの状態に合わせた労働・作業活動を含む日中活動のあり方をあらためて問い直さなければならない。しかし、一方で利用者からは、壮年期・高齢期を迎えても「働きたい」とのねがいをよく聞く。それは、日中活動の場が彼らにとっては居場所であり、自己の存在を実感し、人との関係がもてる唯一の場になっているからである。働くことによって自分自身に手応えを感じることができ、そのことを通して自分への信頼と他者との協同や連帯を深めているのである。

ただし、ここで考えなければならないことは、10 代、20 代から働き通しで、豊かな余暇や十分な社会参加を保障されずにきた彼らにとっては、これからどのように過ごしていきたいのかと問われても「働きたい」という答えしか思い浮かべることができないということもあるのかもしれないということである。これからの人生をどのように生きていきたいのか、もっと深いところで、彼らの想いやねがいを汲み取っていかなければならない。単調になりやすい壮年期から高齢期の生活の中で労働・作業活動、余暇活動をどう位置づけるのかは重要な支援課題である。多様な集団の場を提供しながら、仕事と折りあいをつけ、利用者が老いとう向き合っていくのか。このところを支える職員の役割は大きい。

54 歳、事業移行に合わせて集団を再編。加齢とパーキンソン病による身体機能の低下により、今までのように仕事に関わることができなくなると判断し、仕事をしっかりおこなう班から、ゆっくりと作業に関わる班へ異動した。そして方針を「仕事の評価＝みんなを励ますリーダー的役割」を担う支援に変更。当時は「俺はもっと仕事したいねん」と声を荒げることもあったが、彼ができる仕事を準備、納得できる仕事量を確保し、本人が作業をやったと感じられることを大事に作業は取り組んだ。身体機能が低下する中、仕事に対する本人のプライドを保てることを大切にしながら、再度職員との信頼関係を築き、他の利用者との関係を作るために、職員が間に入りながら、楽しく関われる場面を多く作ることで、本人も相手を受け入れようとする優しい姿を見せるようになった。

(事例「加齢と疾病による機能低下を支える」)

重度の知的障害のある人が居住や環境が変わる時に不安や混乱を伴うことは多い。さらに、年齢を加えた時の体の変化や不安を受け止めながら、自立していく時に、彼女はもしかしたらとても孤独で、乗り越えたい壁に挑んでいるのではないだろうか。皆の中でどうしたらいいのかはよくわかっている。けれども、私は...と、自分自身への居心地の悪さ、伝えたい気持ちが言葉にならないつらさが無いだろうか。年齢を重ねた時の心境、心の支え方を H さんに学びながら模索している。H さんが自分を信頼し、他者と気持ちを切り結びながら生きていく、たくましく我がままなおばあさんになることを願って、冷静で温かいまなざしを持った支援者の輪を広げていきたいと思う。

(事例「重度の知的障害者の壮年期を支える」)

身体的にはいろいろと介護を要する段階であるにもかかわらず、人間関係の支えを得つつ、労働に向かっている姿からは、若いころからの一貫した労働へのひたむきさが彼女の老いを下支えしていると思われる。

これまでの生活はかなりの波乱に満ちたものであったが、日中の場については仲間とともに仕事に集中することが、安定して長い期間にわたってあった。また、現在はそのうえ、人の好き嫌いもなくなり、集団の中で、本人が本人らしく楽しく過ごすことができていることは大きい。

(事例「ゆるやかな老化のみられるダウン症者を支える」)

5) 暮らしの場の保障と日常的な生活サポート

知的障害者の高齢期の暮らしの場については、現行の入所更生施設が、これまでの実践の蓄積を活かして小規模の高齢者棟あるいは個室・ユニットケアの導入等を進め生活の場を提供していくという考え方がある。他にも、「暮らしの拠点施設」づくりを進めようとする考え方がある。これは、日常的に医療的支援を受けることができ、重度の行動障害の人も利用できる職員体制と居住機能を充実させた暮らしの場のことをいう。「拠点施設」では、地域にあるケアホームへの緊急支援、在宅・単身生活者への余暇支援、成年後見支援などの充実も図られる。いずれの場合も、これまでの生活習慣や環境を大きく変えることなく、家庭的な雰囲気を持ちながら、少人数での暮らしの場が保障されることが大切である。

壮年期・高齢期の暮らしの場には以下のような点が求められる。①日常的な生活サポートや健康面での医療サービス・リハビリテーションについても気軽に利用することができる仕組みがあること。②家族の緊急時にいつでも利用できるショートステイの仕組みがあること。③余暇活動などを含む多様な支援体制が整備されていること。④地域でのきめ細かな支援を提供する上で、相談支援を含む総合的なケアマネジメントの機能が位置づいていること。⑤福祉施設・事業所に対する報酬面での配慮がなされていること。⑥障害者に対応してくれる訪問看護ステーションが身近な地域にあること。⑦病状の重篤化や急変時における急性期病院の受診・緊急受け入れ体制があること。

介護保険は制度設計上、多くの問題点を有しているが、高齢者福祉分野では、施設か在宅かの二者択一の時代から、サービスが量的に増え内容も多様になってきている。なかでも認知症の人の居場所、住まいは随分と広がってきた。ケアする側の都合から本人都合へと、本人に合わせたケアを考える条件も増えている。必要としている人たちが費用の心配がなく、いつでも利用することが可能となれば、それぞれのサービスの機能の強みを生かすことができ、一人ひとりの状態に合わせたケアの可能性が広がってくる。進んだ高齢者福祉実践から学ぶことは多いといえる。

6) 福祉施設・グループホーム等での終末期のケア

これまで障害のある人たちの多くは医療機関で終末期を迎えることが多かった。これからは、本人や家族の意向に応えるかたちで、福祉施設やケアホームで終末期を迎えることも多くなるだろう。障害のある人は、家族や健康、仕事や経済的な問題などを常に抱えている。高齢期・終末期にはそうした問題がさらに重くのしかかるとともに、人生の最期、つまり人の死というものをどう理解し、どう受け止めていくのかということも課題になる。それは、身近な人や自分自身の老いや死である。私たちは、こうした事態に立つ彼らの内面に寄り添い、家族や自分の死を前にして感じる不安や混乱、さらに、家族の葛藤にも心を寄せていかなければならない。生まれたときから障害とともに生き、老いに面してなお、障害によって病気の発見が遅れたり、治療が困難だったりするなど、障害のある人たちの人生には多くの苦難がともなう。支える職員の側にも、仲間の老いや死は大きな喪失感を与える場合もある。しかし、最期まで彼らのよりよい生をどう支援していくのかを模索することがその喪失感を和らげることにもなる。障害のある人の高齢期・終末期への実践ははじまったばかりである。

再び抗ガン治療行うことになり、病院を訪問した職員はこれまでのつらい治療を乗り越えた「治療の覚悟」
とも感じさせるような B さんの落ち着きを感じています。準無菌室で孤独ながん治療にたえながら、亡くなる
半年前に脳内出血で意識不明へ。それから半年間、意識は戻ることはありませんでしたが、病室で作業所の
ことを話すと目を開けたり、話しかけに反応したりする姿もみられました。毎日、作業所、ホーム職員、ヘ
ルパー事業所と替わるがわるだれかしら病室をおとずれ、訪問者のノート「絆ノート」に様々なことが記さ
れていきました。病室で共に過ごしたこの時間は B さんのみならず見送る支援者にとってもとても重要な時
間となりました。そして壮絶な闘病生活の末、66 歳で死去。 (事例「看取りまでの支援」)

※注：事例からみる高齢期の支援課題については、事例集に紹介したものだけでなく、本高齢期プ
ロジェクトの事例研究で検討した事例内容も含まれていることをお断りしておく。

III. 高齢期リスクへの対応のための提案

1 「障害者の高齢期支援に向けてのアセスメントシート」活用のポイント

川本 真由美

はじめに：障害者の高齢期支援に向けてのアセスメントシート活用の意義

今回、総合的なアセスメントシートの開発を行った理由は、①障害者の高齢化に伴う変化を正確につかみ、その身体的・精神的変化の早期発見とその問題への対応を進めるため、経年的な変化が予測される状態像の視点を明確にしていくこと。②認知症等の簡易テスト等の実施にあたって、その変化評価の基節点を明らかにすること。③高齢期の支援のためのその円熟期支援を発見するためのライフサイクルにおける充実した暮らしの時期や彼らの人生を共感共有化するために、時期・時期の実態を少しでもトータルに把握するために、あえて40歳を一つの節目として、再アセスメントするために開発されたものである。

当然、過去の記録等が喪失されたり、家族からの再聞き取りが困難な事例、近年の簡略化された、アセスメントシートからは転記できないものも多くあるが、先輩職員の協力や関係機関への問い合わせ（個人情報保護の立場から難しい場合もあるが…）等できるだけ全般を網羅して把握する努力を払って記載していただきたい。

なお、当該シートは、定期的・経年的な変化を発見することにその活用の意義があり、担当者によって、発見の視点が異なることの無いよう視点を整理したものである。したがって、一度行ったら終わりではなく、経年的にその変化を記入し、個別支援計画等の作成にあたっての基本資料として活用されたい。

※注：アセスメントシートは、本文資料編をご参照ください。

※アセスメントシートは、大阪障害者センターホームページからダウンロードできます。

・エクセルシートとなっています。

1) 「アセスメントシート」記載のポイント

※今回のアセスメントシート作成に意義は、個々の利用者の全体像を把握し、状態の変化を発見するために行う作業である。

※このシート記入にあたって、様々な客観的データの把握にとどまらず、日常生活の中で発揮されている利用者の姿を生データとして把握していくことが大切である。

※したがって、「データがない」とどめることなく、日常の姿から利用者の現状を把握していくための一つの視点としてこれらの項目が示されている。項目上十分資料がない場合も日常の姿をそのまま特記として記載し、完成させる努力をしていただきたい。

※この生データの発見の取り組みが、今後の彼らのニーズの発見や変化の発見につながるきっかけづくりとしていただきたい。

※なお、「かもしれない？」という予測や分析等があれば、その根拠として「〇〇を行っている」という生データを必ず特記で示し、その後の検証を行うよう勧めていただきたい。

※アセスメントシートをつかって自己効力感を高めていくことの大切さ（シートの作成について、議論をして職員が新たな発見をすることができるように。職員が“手ごたえ”をいかに感じることができるのか）が取り組みの大きなポイントといえる。

(1)：基本情報シート

○基本1：このシートは、家族関係や医療・福祉サービスに関する基本情報の記載を行う。

家族の高齢化とともに、緊急時に判断する連絡先は欠かせない。身寄りがない場合や本人の判断能

力を考え、成年後見制度の活用状況も記入していく。

現在利用しているサービスは障害福祉・介護保険などインフォーマルな支援（地域のサークルの参加等）も含めその頻度（週〇回、曜日など）も記載する。

※「認知症高齢者の日常生活自立度」とは要介護認定の指標にも使われており、高齢者の認知症の程度をふまえた日常生活自立度の程度を表すものである。

ランクⅠⅡⅡaⅡbⅢⅢaⅢb（判断基準参照）

※「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」

ランクⅡ（生活自立）Ⅲ（準寝たきり）Ⅳ 寝たきり（屋内での生活は何らかの介助を要、日中もベッドの上での生活が主体である座位は保つ）Ⅴ 寝たきり（日中ベッドで過ごし排せつなども介助必要）（判断基準参照）

○基本情報 2：現在の支援に関する現状及び本人・家族の希望等を記載するとともに、障害状況の全体像を把握する。特に判定機関等が明らかな場合は、判定時期及び機関名を記載する。

このシートの上段に作成年月日と記入者、アセスメントをとる理由を記入し、いつなぜこのシートを作成したのか明らかにしておく。

「1日の生活」は平日と休日など曜日で異なる場合も記載する。「日中の過ごし方」には作業所での仕事や活動の様子、自宅での様子を記入する。

また外出の頻度など「以前は〇回／月、今はあまりしていない」「週〇回近所に買い物」など具体的に記載していく。

(例)1日の生活 平日

6時	12時	16時	18時	22時
起床 朝食 仕事 送迎バス	昼食 散歩・体操・入浴等の活動	夕食	(入浴)	就寝

※〇歳のころより、週2~3回午後横になって昼寝をするようになっている

※〇歳 母が入院をして以降、自宅での入浴ができていない

※休日は月2回ガイドを利用して外出している

○基本情報 3（成育歴等）

このシートは、成育歴等をできるだけ詳細に把握することが目的のもので、障害の発見・療育・教育等の支援の実態や当時指摘された課題・変化等を記載する。

なお、家族や環境の大きな変更時期・事業所支援での課題の変化等についても、特徴的な変化を記載する。

※本人のライフサイクルや人生を振り返り、本人のもっとも輝いた時期の活動や介護者の死去などの人生の分岐点など、本人の人生の重みを共感する大切な資料であり、高齢期の支援をするうえで重要なポイントとなる。

※過去の記録の無い場合や、家族からの聞き取りが困難な場合、できるだけ、関係者や親族・本人からの聞き取りで補足を行う必要がある。その場合（〇〇さんからの聞き取り）等の情報源についても記載を行う。

（成育歴の書き方例）

	主な成育歴	本人の状態等の特記事項
誕生・障害の発見	出生 初歩、初語など	いつ障害の診断を受けたか？ 家族は障害をどのようにうけとめたか
乳幼児期	〇歳~〇歳 通園施設・保育所	(例)集団遊びが難しく 1人遊びが多

		かった。(母より聞き取り)
学齢期	小学校・支援学校	(例)小学校では学習についていけず 3年生から支援学校に在籍した。
思春期	中学校・支援学校中東部 高校・支援学校高等部	(例)中学校1年の時1年間ひきこも りで昼夜逆転
成人期	○歳○○作業所 ○○班所属 ○歳 ○○作業所○班所属 ○歳 母死去(介護者の死去は環境 の変化となる重要なポイント) ○歳 ○のため入院 ○歳 ホームに入居	(例)○○班では○の1日(10時~4時) 仕事をし、班で中心となる存在だっ た ○歳の時就労移行に異動し、就労に 向けて実習をし、目標にむけて取り 組む。 母死去に伴い、ショートステイを利用 するようになる このころより体調が崩れ始める
各種判定・検査など	○歳(○年実施)新K式検査 姿勢運動2歳・・・・	
環境要因などの大きな変化	○歳母死去に伴いホームに入所	

(2):課題把握シート

○課題1(健康状況):このシートは本人の健康状況の変化や医療(受診・投薬・入院)情報の他加齢等による身体的変化等を記載する(この項目については、変化・診断の確認された年月日の記載を必ず行う。不詳の場合は不詳とする。)

※予防接種等についても、既往の接種が確認できるものを把握しておく必要がある。

○課題2(障害状況):このシートでは、障害に伴う検査等の具体的実施日やその結果を記載するとともに、自閉性障害の特徴・強度行動障害の状況把握を行う。

※自閉症の診断を受けた場合、及びその可能性等がある場合に、チェックを行い、その判断を行った際の具体的活動の特記事項に記載する。

※自閉症等の診断名のみでなく、具体的な本人像を把握するため、具体的な本人の状態像から、その特性を探ることが重要である。

※「強度行動障害」チェック基準は、厚労省の強度行動障害判定基準に基づいたものである。加算等にあたっても利用されているものである。その頻度により点数化し(週に1回以上1点、1日に1回以上3点、1日に頻回に5点)状態を記入していく。

○課題3(ADL):このシートでは基本的なADLについての把握を行う。基本の基準は、ICF基準に基づき、「0=普遍的自立1=限定的自立・自律2=部分的自立・自律3=全面的制限4=完全に困難8=詳細不明」で行う。

◆身体構造(自立度に影響を与えている構造をチェック):具体的に先のADLの自立を妨げている要因となっている身体構造(身体を構成する構造:骨・筋肉等)についてリストから選択して、記載する。

例)座位:全面的制限⇒身体構造:上・下肢の骨・筋肉

◆心身機能(自立度に影響を与えている機能をチェック):具体的に先のADLの自立を妨げている

要因となっている心身機能（心や身体の働き）についてリストから選択して、記載する。

例）座位：全面的制限⇒心身機能：骨盤の可動性

◆自立度に影響を与えている健康状態、環境因子、個人因子：具体的に先のADLの自立を妨げている要因となっている健康状態や環境因子、個人因子についてリストから選択して、記載する。

例）座位：全面的制限⇒環境因子：本人の意思

◆できる可能性のある活動：具体的に先のADLの自立を妨げている要因を改善して、現在の支援にあたって配慮すべき内容についてリストから選択して、記載する。

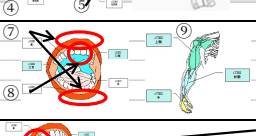
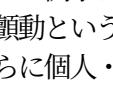
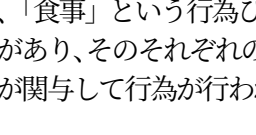
例）座位：全面的制限⇒できる活動：支援の方法

※この作業は、なかなかなじみにくい作業であるが、人間の様々な表象される活動や制限が、人間の体の仕組みや機能と深くかかわっていることを理解し、「なぜ座位が保てないの？」と考え、その要因を分析していくことが大切である。

※一つの行為に係る、人のこころとからだの動きについて、以下紹介しておくが、人等の行為を行うには、人間の身体の機能や心身の構造が深く関連しているという基本理解を行ったうえで、科学的にその人像を見出していくことが大切である。

制限などがある場合、そこにはこうした、構造・機能上の変化が加わって発現しているのであって、その要因の理解なしに、一元的な支援を行っていくことは逆に利用者への負担を増大させるということについても理解していただきたい。

【例示：食事に関連したところとからだの動き（作成者：石田京子）】

食事に関連したところとからだのしくみと、関連する個人・環境因子					
嚥下の仕組み	嚥下活動	使用している身体構造	使用している心身機能	関連する個人因子	関連する環境因子
	認知期 食べ物を認知する		聴覚機能 視覚機能 嗅覚機能 記憶機能	・食べ物に関する嗜好 ・食べ物に関する経験	・周囲の臭い ・周囲の音 ・周囲の明るさ ・食器の色や形
	捕食期 食べ物を口に取り込む		口の開閉の筋力 上肢と手指の筋力と関節の動きの機能	・きき手がどちらか ・一口の適量 ・食べ物に関する嗜好 ・姿勢	・箸やスプーンの形態 ・食べ物の形状（固形、流動、液体） ・テーブル、椅子の高さ
	準備期・咀嚼期 食べ物を噛んで（咀嚼）飲み込みやすい形（食塊）にする		味覚機能 唾液分泌 奥歯で食べ物をすりつぶす 食べ物と歯と歯の間に運ぶ機能	噛む早さ（回数） 歯の数・形状 頭頸部の筋力 好みの味（味覚） 唾液の量 食塊	食べ物のおいしさ 姿勢を保持するための用具 とろみの状態 食料
	口腔期 食べ物をのど（咽頭）に送り込む		唾液分泌 口の開閉の筋力 舌筋の筋力 頬筋の筋力	一口の適量 口腔内の水分量 食べ物に関する嗜好 姿勢	食べ物の形状 食べ物の水分量
	嚥下反射・咽頭期 食べ物がのど（咽頭）を通る		食欲 喉頭蓋を閉じる機能 調整された速度で咽頭を通して胃へ送り込む機能		椅子の背もたれの角度 姿勢 1回に口に入れる食物量 飲み込む速さ
	食道期・蠕動期 食べ物が食道を通る		蠕動運動 喉頭蓋の閉じる機能 食道期嚥下機能	健康状態のマヒなどの疾患 1回に口に入れる好みの食物量 飲み込む速さ	椅子の背もたれの角度 姿勢 食べ物の形や量 食べ物の温度

※この例示にあるように、「食事」という行為ひとつとっても、認知・捕食・咀嚼・口腔・嚥下・食堂顫動という一連の行為があり、そのそれぞれの活動によって使用される身体構造や機能が関与し、さらに個人・環境因子等が関与して行為が行われることとなる。

※このように、例えばその活動に制限がある場合、なぜ制限が起こるのか、身体構造や機能等の関係を十分把握しなおすことが重要となる。

※上記の資料にもあるように、人間の行為には基本的なところとからだのしくみが関わっている。この仕組みの中で制限される原因を探ることで、支援の仕方が大きく変化するため、この作業についても積極的に取り組んでいただきたい。

※合わせて、高齢化の状況は、様々な身体機能・構造の変化が大きく表れる時期であるために、こうした原因の追究等を通じて変化の把握や対処方法の発見につながるため、「わからない。」と放置することなく、積極的に把握に努めることが重要である。

※この評価が、さらに高齢化等によって予測されるリスクへの対応への視点となる。予測されるリスク等については、その期の課題として受診等を進め、変化等の検証を行う材料として活用する。

※心身の機能・構造等の関係性が不明な場合、専門家（看護師・PT・医師等）の意見等も参考にしながら、その可能性の追求を行うこと。

※身だしなみ、入浴など介護者の高齢化や死去にともなう環境の変化(自立度に影響を与える環境因子)により着替えや身だしなみができなくなったり、入浴回数が減ったりと日常生活の影響も記入していく

○課題4（IADL）

このシートでは、IADL・コミュニケーション・社会とのつながり・住宅環境等を記載する・

※こうした暮らしぶりの評価は、その人の人生とかかわって、今後の暮らしぶりやニーズ発見につながる点でしっかりとした状況把握を行うこと。

※また、「経験少なく実際にやらせてないので、不可」というようなIADL評価があるが、「実際に現在はやっていない。」が「〇〇があればできる活動」も考察する必要がある。

※「やらせてないから、全介助」だけでは、本人自立への課題やニーズを発見することは出来ない。したがって改めて「できる活動」（自宅や他所でできている。〇〇の支援があればできる。）等の発見についても検討いただきたい。

※なお、「できる活動可能性」の標記については、具体的な活動等を情報として特記欄に記入すること。思い込みや勝手な判断を行わないよう留意いただきたい。

※特に、視力や聴力等については、検査がされていない、不可能等検査上の結果が、記載できない場合がある。その際、生データの記載を詳細に行う必要がある。検査結果だけでなく、「日常生活の中からの発見」が極めて重要である。

例)視力:「50m先の人を見分けることができる。」「足元の小さなゴミを発見し拾うことができる。」

（生活の中での見え方）「左の人のことが見えにくい」（視野）

例)聴力:「テレビの音量を12で聞いている」「〇〇mぐらい離れている人からの呼びかけに答えられる。」「左からの呼びかけには反応しない」

※これらの状況を、具体的に、「本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題(困りごと)」を記入欄に記入しておくこと。

※水晶体の混濁は、白内障等の可能性があるので、よく観察を行い記載すること。

※社会とのかかわりでは

「社会活動への参加意欲」は作業所の仕事の様子を記入する。(例)空き缶つぶしの作業を1日(4時間)労働が半日(2時間)労働になった。午後から横になることが週2日ある。毎週外出していたのが月1回になったなど活動を具体的にかく。

「物的環境の変化」は生活に影響を与える建物、交通機関、福祉用具、生活環境、自然環境などの変化の特徴をかく。

「人的環境の変化」は家族、親族、知人、友人、支援者などとの関係、とりわけ親との関係の変化の環境因子は生活を作用する大きな要因になるため、その変化を記載していく。

○課題5（精神活動）

このシートでは、本人の精神活動の全体像（感情表現、コミュニケーション、睡眠、他者との関係、行動の様子、意欲、集中力）を発見するためのもので、この面での変化が、簡易認知症テストにも反映されるため、できるだけ詳細に記載を行うこと。

※諸種の判断を行った本人の具体的状況を「具体的な例」の特記事項に記入を行うこと。

※ここでも生データが重要である。より具体的な本人の活動の特記に記載すること。

★具体的な現象・行為を記載することが重要である。

例) 独語：「○○といつも一人で話している。」「よく怒る」という場合、どのような状態でよく怒るのか、「同じことを何度も言う」場合、どのような状況の時に何を繰り返し言っているのかなど具体的に記載していく。

「集中力がない」では今までできていた作業ができなくなっていることや1日○○仕事ができていたのが30分しか集中力がなくなったなど、日中の場面の様子も記入していく。

2 知的障がい者認知症判別尺度日本語版 DSQIID の量的・質的検討

吉留 英雄

はじめに

DSQIID(Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities)はイギリスにおいて開発された知的障害者のための認知症スクリーニングテストである。わが国でも実践的に用いることのできる尺度が求められてきたが、そのための重要なテストとして、試行し、検討することとした。今回はダウン症者に絞って、DSQIID の検討を行った。検討に当たっては量的な側面と質的な側面について考慮した。

ところで、まずこの DSQIID の紹介と検討に入る前に、近年、公にされてきた先行研究からダウン症者の加齢に伴う特徴的な姿、特に生理学的・心理学的な変化がどのように記述されているのかまた、その加齢に伴う変化の観察、確認の視点、尺度はどこにあるのかを紹介したい。

1) 先行研究

これまでもわが国では知的障害者、特にダウン症者の認知症、早期老化にかかわるスクリーニングテストの検討、その背景となる加齢のメカニズムの研究が重ねられてきた。菅野敦ら(1998)らは「ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究」において早期老化の実態に迫り、田中ビネー知能検査で通過困難項目を吟味し「短期記憶」「物の概念的理解」「文章の理解と類推」「数概念」の4つの知的クラスターが30歳代後半から変化を見せていることを紹介している。また、「知覚―運動」クラスターに加齢に伴う影響がみられなかったことから、知能を「結晶性」と「流動性」に機械的に分ける視点についての再考を促している。

橋本創一(1998)は同じく共同研究の「壮年期ダウン症者の体力・運動能力に関する研究」でダウン症者には壮年期において加齢に伴い体力・運動能力が著しく低下する群と緩やかな低下を示す(または維持できる者)があることを示唆している。すべてが低下するわけではないということである。

小島道生ら(2000)はダウン症者の認知症の初期症状として行動面における無欲状態、会話減少、身の回りの不潔などと感情面における易興奮性感情不安定性を紹介している。これらは一般に言われる認知症の症状と似ているとしつつも、改善例もあることから一概に認知症と同じだということとはできないとしている。ダウン症者の認知症上の特徴を明らかにするために小島らは Gedye の Dementia Scale for Down Syndrome をもちいているが、結果としては Gedye のものと相反するものとなり、有効性については検討が必要だとの結論を得ている。

長谷川桜子ら(2000)は当時の研究の動向を紹介しているが、ダウン症者の認知症症状を診断するためにはその他のうつ病など類似する症状と判別する必要があるとし、ここに困難さがあるとしている。海外の近年報告された複数の研究では何らかの認知症症状を示すダウン症者は50歳代で5割強がそうとされているが、生活基盤によって統計的に症状が見られないケース、その他、断言できるものはないとしている。

国立のぞみの園研究部ではそれまでの内外の研究をコンパクトにまとめて紹介している。文献を見るうえで非常に参考となる。

この、のぞみの園研究部の取り組みの中で認知症発症の早期発見のための尺度として翻訳されたものが、今回取り上げた DSQIID である。国立のぞみの園「認知症の知的障害者」翻訳プロジェクトチームの日本語版手引き(2014)にあるように、「使用されてから日はまだ浅く、有用性についての独立評価を実施するには早い」としている。しかし、同時にそれまでの研究において信頼性や安定性について吟味も行っており、知的障害者のための認知症判別尺度として公開した。今回は、すでにインターネットにてチェックシートが公開され、今後広く活用されるであろう DSQIID の構造と試行の結果について触れ、この使用に際して考慮すべき点をいくつか述べてみたい。

2) DSQIID の特徴

(1) DSQIID の構造の特徴

DSQIID の実施は関係者がきわめて短時間に記入し、整理することができるというメリットがある。また、次節で触れるように、統計学的に見て、興味深い分類がなされているといえる。いわゆる脳におけるダメージに由来する認知症の症状を考慮する場合、挙げられている「大脳皮質のダメージ」についての考察の視点が用いられている。また外見的な老化の指標に頼らない点でも本質への接近が期待できる。

ただ、認知症であるか否かの基準は一定注意深く検討する必要があるだろう。20点という基準がどこにあるのかが原著においても明らかにされていない。また、20点未満の対象者についても認知症の初期症状が認められ通院を開始しているケースがみられていることも後に紹介したい。長谷川らの指摘のように、うつ症状や神経症症状などの原因によってポイントが高くなるものの、20点を超えていても明らかに認知症ではない対象者が少なくないこと。認知症はアルツハイマー型認知症だけでなく血管型認知症、その他いくつかのタイプのものがあり、ひとつの53項目の質問でそれを見ることができるのかということ。ことに、ダウン症の人に限っていえばたびたび見られる若年例における急激な一時的退行についても高いポイントが出るということ。もともとある対人関係不安、生理的には甲状腺の機能障害による活動低下など、機械的にみると20点を超えてしまうことがあった。

そしてもっとも重要なことは質問紙への記入者がこれら全般的な背景についての知識がない場合、あるいは日頃から対象者について丁寧な観察がなされていない場合、必要な事情が見落とされてしまい、早期発見できない可能性があるということ。様々な条件が考えられる。

もっとも、知的障害者の認知症の発症を早期に発見し、対応することは重要なことでありこれまでもそのためのスケールが求められてきた。今回、大阪府下の障害者事業所の中で、特にダウン症の利用者についてDSQIIDの試行を行なった。そこで得られた内容の整理と提案を行いたい。対象者をダウン症者に絞った理由としては①DSQIIDのデータ自体がダウン症者の認知症尺度を参考にしていること。②現在、加齢に伴う困難事例がダウン症者について特に目立って報告されていることの2点である。

簡単にDSQIIDについて紹介するとこのスケールは3部構成となっており、第1部は本人の最も元気なころの状態を記録し、第2部では43項目があり、①記憶/混乱 (Memory/confusion)、②不安定さの感覚 (Feelings of insecurity)、③睡眠の問題 (Sleep problems)、④行動の問題 (Behavior problems) の4つの項目群に分けられている。

因 子	対 応 項 目
記憶/混乱	介助なしには身体を洗ったり入浴することができない きちんと服を着られない 言葉を思い出せない 簡単な指示が理解できない 同時に二つ以上の指示が理解できない 作業の途中で手を止めてしまう 読むことができない 書くことができない 夜になると混乱する 慣れた道で迷う 時間の感覚を失う でこぼこな道を自信を持って歩くことができない 親しい人を認識できない 親しい人の名前を覚えていられない 最近の出来事を覚えていられない 一人の世界にふけっている 使い慣れた道具の使い方が分からない 独語がある
不安の感覚	介助なしには着替えができない 食事に介助を要する 排せつに介助を要する 失禁をする 率先して会話をしない 歩行が不安定でバランスを崩す 介助がなくては歩くことができない 日中活動や戸外の活動に参加しようとししない 人と接触を持とうとししない 趣味や活動に興味なくなった 悲観的になったり心配性になったりする 抑うつ的である
睡眠の問題	公共の場で服を脱いでしまう 昼夜逆転する 日中寝ている 歩き回る 発作てんかんがある
行動の問題	強迫的観念、情動的行為、反復的行為が見られる ものを隠したり内緒のため込んだりする

	物をなくす 決められた場所へ物をしまうことができない 落ち着きがない 攻撃的になる
--	---

第3部の10項目(おもに認知症の特有の項目として挙げられている)
できていたことができなくなった 話すことが少なくなった 全般的に疲れて見える 涙もろくなったり取り乱しやすくなった 動作が遅くなった 話し方が遅くなった 以前より不精になった 歩くのが遅くなった 全般的に忘れっぽくなってきた 全般的 に混乱しやすくなってきた

第3部では10項目があり独立したものとなっている。この根拠については原著でも触れられておらずのぞみの園研究部(2012)が報告で簡単に第3部について「認知障害が疑われる際の動作等に関する項目」と紹介しているが、ほかの項目と比較しても不明確である。しかし、内容は後にふれるが実施し検証したところきわめて重要なものが多く含まれていることが分かった。

(2)「不安さの感覚」項目などの意味と第3部について

DSQIIDの項目群の興味深い点のひとつとしてDebらが挙げているものに「②不安定さの感覚」がある。原著では無関心や不安の感情などの前頭葉機能障害に関係する症状を中心に整理したとしている。これに加えて人間関係に着目した項目、あるいは身辺介助などの「関係性」に注目した項目もここに含まれている。これらの定義付けは、統計的処理の結果であろうと推測される。他にもてんかんが「睡眠の問題」に含まれていたり、紹介はしないが一つの項目が二つの群にまたがっているケースもある。ただ残念なことにはのちに述べるように量的に重要な項目が含まれていると思われる第3部についてはそれらの項目群から除外されており各項目についての意味付けが積極的にはなされていない。今回の検討では原著者のカテゴライズの意図を尊重しつつ、統計的処理に加えて実践的な意味を考えて第2部と第3部の53項目を同等に扱うこととした。本稿では以上のことを原則としつつ障害をもつなかま達の認知症の発症の早期発見と対応のための視点を学ぶこととした。

3) 今回の調査の概要と検討

(1) 方法及び対象者

質問紙による調査に当たっては、2014年10月から11月にかけて11事業所、62名(うち男性31名、女性31名)のダウン症者の協力を得て試行を行った。記入はすべて当事者についてよく知っている各事業所の支援職員に協力いただいた。62名のうちうち7名(男性4名、女性3名)がこの指標の境界点である20点を超えていた。ただこの7名の中でも経年的変化で急激退行と回復を見せたケースも含んでいる。この場合はケースの記録をもとにしてチェックを行ったが、落ち込みの強い時期は20ポイントを優に超えていた。ところがここ3年ほどの様子ではチェックがゼロとなっている。逆に20点以下の14点でもすでに専門の医療機関において認知症と診断され、あるいは経過観察、投薬の是非の検討にまで進んでいる方もある。このため、DSQIIDの基準となる20点ではなく14点以上をハイリスク者として検討の対象としてみた。今回の検討の対象者62名の属性はFig1のとおりである。

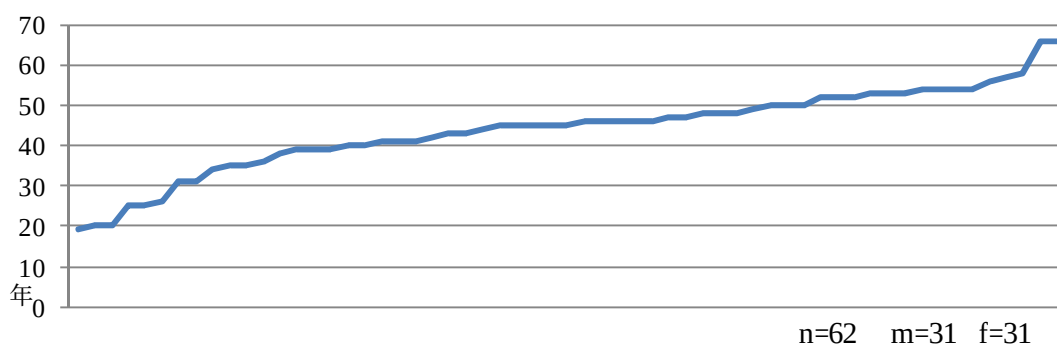


Fig1

(2) 考察

① Dab らの区分からの分析で得られた結果

まず、得られたデータについて原著にみられた区分での分析を実施した。下記のとおりである。

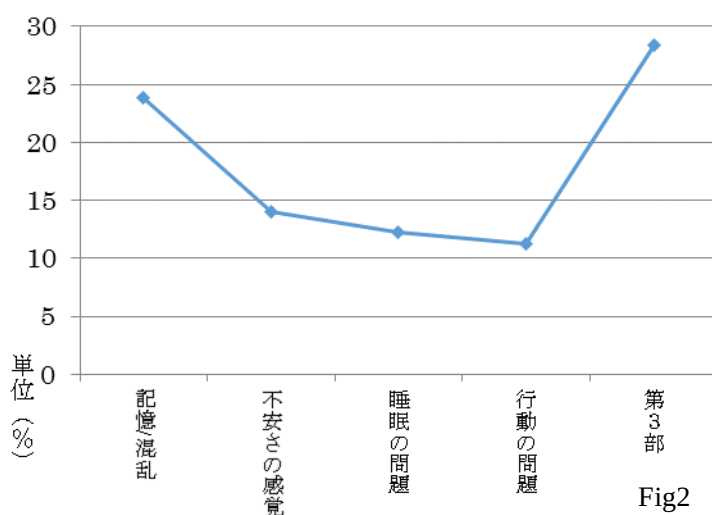


Fig2

数値は各群に含まれる項目のうち、チェックがついた割合である。全体の平均値では Fig2 のように記憶/混乱が高く、不安の感覚、睡眠、行動の問題というように下がっている。群から独立した第3部の割合は高いものとなっている。結果として、第3部の項目のパーセンテージが記憶/混乱に比較しても点数が高いことがわかる

② 調査で示されたハイリスク群の特徴

ここで今回、Dab らの分類を尊重しつつも、特にダウン症者については困難さがみられるとされる言語・対人関係面の項目を一つの独立した群とし、統計的な手法も入れながら6項目群に分けてまとめた。①言語・対人関係、②身辺自立、③記憶、④睡眠、⑤行動の逸脱、⑥活動性の減衰¹⁾である。⑥は先に記した「疲れやすさ」や「動作の緩慢さ」「不精になる」といった活動性を失うケースへのチェックがかなり見られたので特別に加えた。

次に、全体の傾向について紹介したい。チェック数を比較するためにグラフ化した (Fig3)。中でも特徴なこととして「活動性の減衰」項目群の中の「疲れやすくなった」は半数近くの対象者にチェックが入っており、早期発見の一つの指標となる可能性が高い。ちなみに「動作が緩慢になる」「歩行が遅くなる」「不精になる」「話すことが少なくなった」は3分の1の対象者にみられ、これら活発さの減退にかかわる事情についての検討が今後必要であろう。ハイリスク群では18人中疲れやすい、動作が緩慢になるは78%にみられ比較群においても44人中34%がこれらにチェックが入っている。

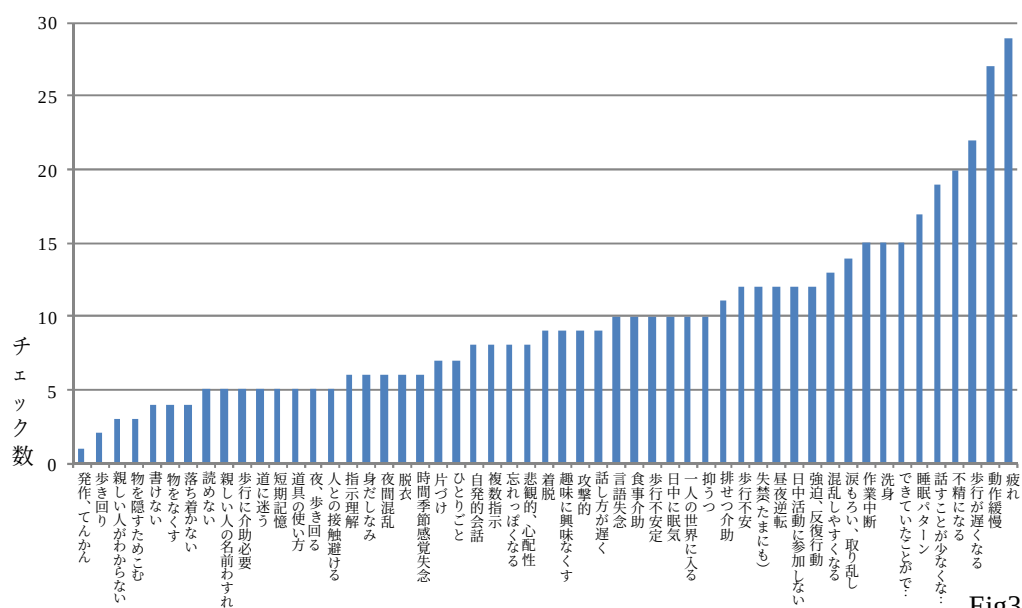


Fig3

次にチェック項目が14点以上の「ハイリスク群」とそれ未満の「対照群」に分けて表にまとめてみた (Fig4)。

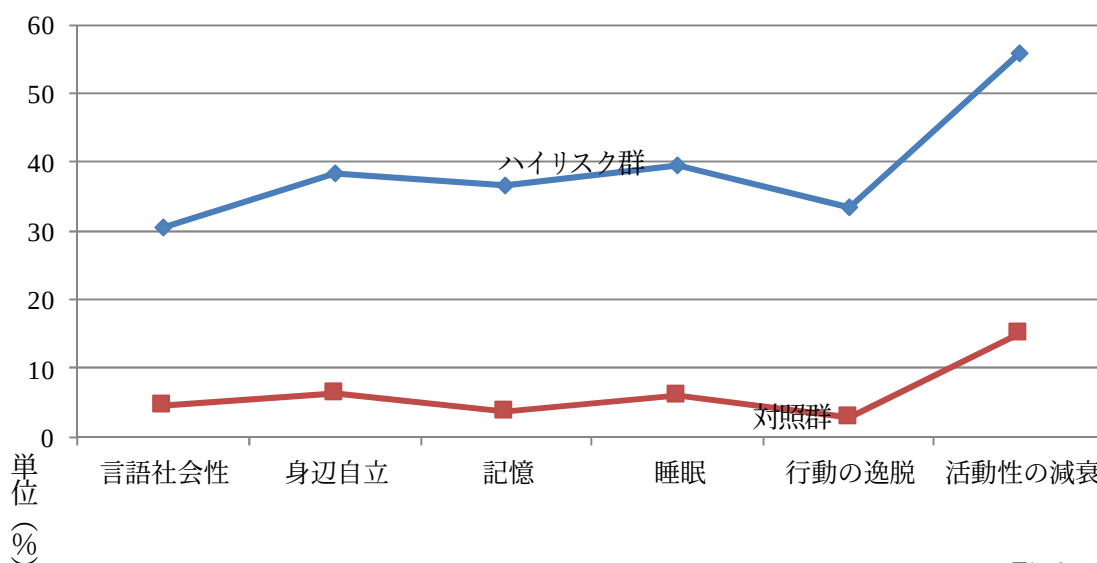


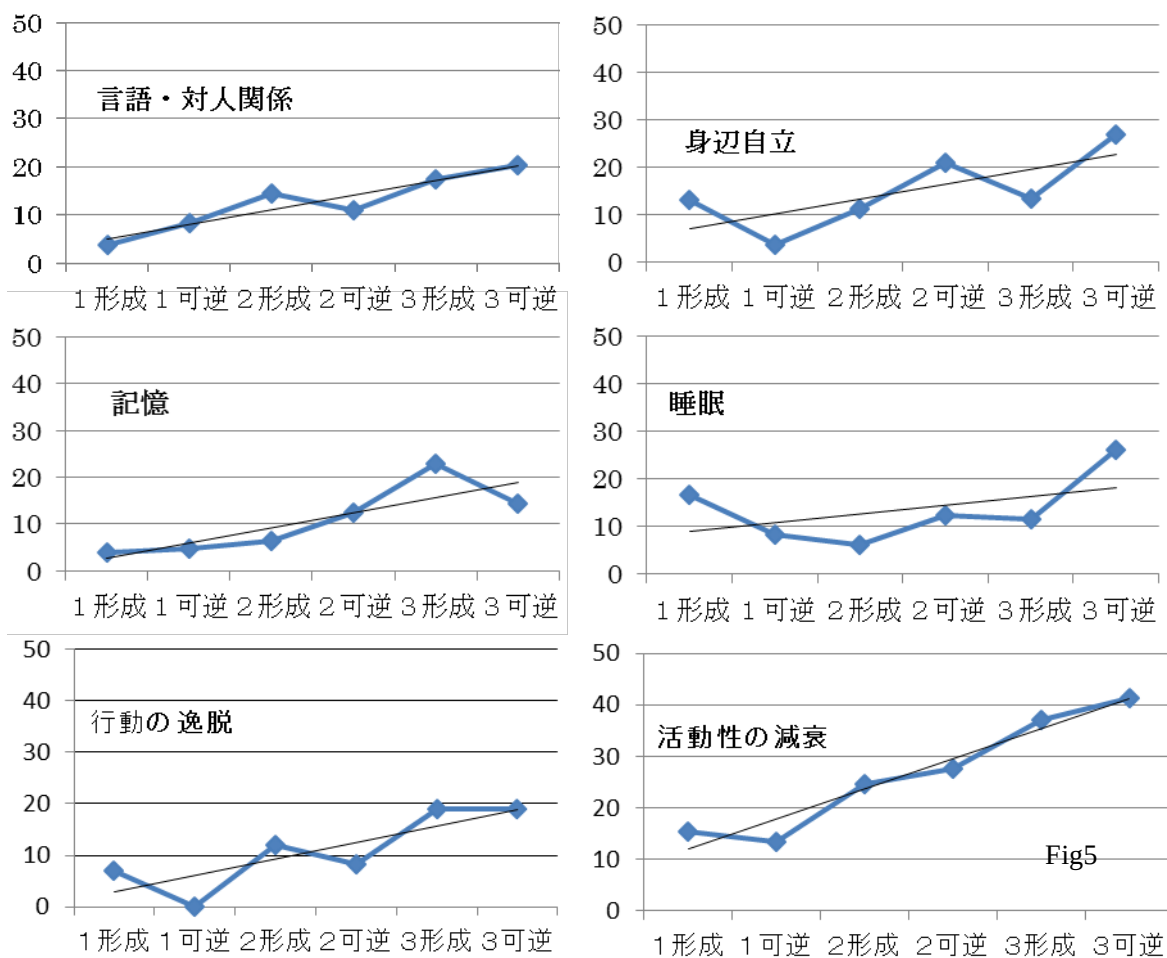
Fig4

結果について、大きな特徴として、ハイリスク群つまり、認知症あるいはその可能性のある群 (14ポイント以上) と全体グラフの波形は一致している。②ただし、点数の比較において、前者は後者の約3倍となっている。

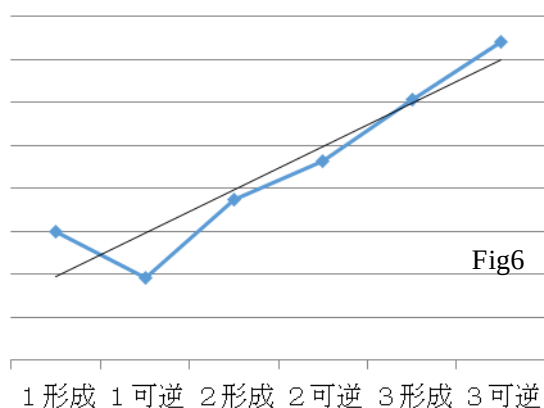
最もチェックの割合が低かったのは、加齢の影響が強い予想をたてた「言語・対人関係」項目群であった。逆に最も高かったのは活動的な行動が減衰するという項目群である。殊に「疲れやすい」や「動作が緩慢になってきた」という項目にチェックの入っている対象者が全体的に多いことから、この「活動性の減衰」とくに「疲れやすさ」の点の観察が早期の発見につながる可能性が高い。もちろん、よくみられる「うつ」であるとか、再び回復の可能性の高い「急激退行」との判別は欠かすことができない。

③ 発達段階²⁾ ごとにみられた特徴

発達段階とチェック度合いについての相関関係の検討を行った。(縦軸はすべて、チェックの割合つまり%である)。発達のとらえ方については田中昌人らの「可逆操作の高次化における階層 - 段階理論」の視点を用いた。以下、この6項目群について、1次元形成期から3次元可逆操作期までの対照データをグラフにした。分析前の予想では、発達の低い段階の人たちのほうがダメージを受けやすいのではということであったが、結果は逆に、発達の高い層のほうがチェックの度合いが



6 群の合計



多いということが分かった。このことについては次項でふれたい。

ただ細部についてみると、興味深いことがわかった。「身辺自立」「睡眠」「行動の逸脱」の項目群では1次元形成が1次元可逆操作と比較して高くなっている。また特に「行動の逸脱」では各発達段階の形成期のほうが可逆操作期よりも高いチェック率となっている。次に全体の傾向を見ると「身辺自立」「睡眠」以外は形成期の方が可逆操作期よりも割合としてダメージを受けやす

くなっている。ただ「記憶」については3次元形成の方が大きく可逆操作期よりも上回っている。これは記憶の働きがこの時期から大きくなり、この時期におけるテスト項目がこの時期からでき始めると考えれば自然であろう。6項目群の中で形成期と可逆操作期が最も規則的に多-少と並んでいるのは「行動の逸脱」である。Debらの分類では「行動の問題」としてまとめられているものである。いわゆる外界との矛盾が大きく影響して混乱した行動が見られやすいのが形成期ということであろう。逆に、「身辺自立」「睡眠」については言語や社会性を介しての行動ではなく生理的な動きあるいは身辺処理については練習によって既についており、毎日の繰り返しの中でそう大きく変わらないことから、形成期と可逆操作期の交代は見られにくかったと考えた。因みに近似直線を加えたが、「言語・社会性」「行動の逸脱」「活動性の衰退」の3群では形成期が近似線上あるいはその上に位置しているのに対し、可逆操作期は近似線より下になっている。

項目群ごとの表れ方の違いから発達と認知症の関連について整理して考える必要性があり、それをもとに各時期における支援の内容・方法についても検討することが必要であろう。

④ 発達段階ごとのチェック内容の検討

次に発達の段階ごとにチェック項目の現れた方について整理してグラフ化してみた。これはチェックの項目の種類・量と内容、および項目のチェック量の3点を示したものである。以下、グラフを並べて示す(図A)が、次のようになった。

1次元形成～1次元可逆操作の段階：チェックされている項目の幅は狭い。

2次元形成～2次元可逆操作の段階：チェックされている項目の幅が一気に広がっている。

3次元形成～3次元可逆操作の段階：チェックの幅および量がともに広がっている。

つまり、1次元の段階ではチェック項目自体が乏しいことがわかる。逆に3次元にもなると、逆にチェックの対象も増え、同時に項目ごとの内容も膨らみ、チェックの量が一気に膨らんだといえる。

次に項目の質的な側面であるが、1次元の段階では上位項目に規則性は見られず「活動性の減衰」「行動の逸脱」「睡眠」といったいくつかの項目群にわたり不規則に並んでいる。2次元の段階では、上位項目がすべて「活動性の減衰」の項目となっている。3次元の段階では「話すことが少なくなった」といった「言語・対人関係」項目、「混乱しやすくなる」といった「行動の逸脱」項目が上位の中に入ってきている。しかし、「活動性の減衰」は2次元の段階と同じく上位を占めている。

ところで、ダウン症者の場合言語面での落ち込みが大きいといわれていることから、独自の項目群を設定した。しかしこれまでのところその独特の傾向は示されていない。次に「元々そうであった」という選択肢をチェック数に数えることにしたが、Fig8にみられるように新たなことが分かった。

※図 A

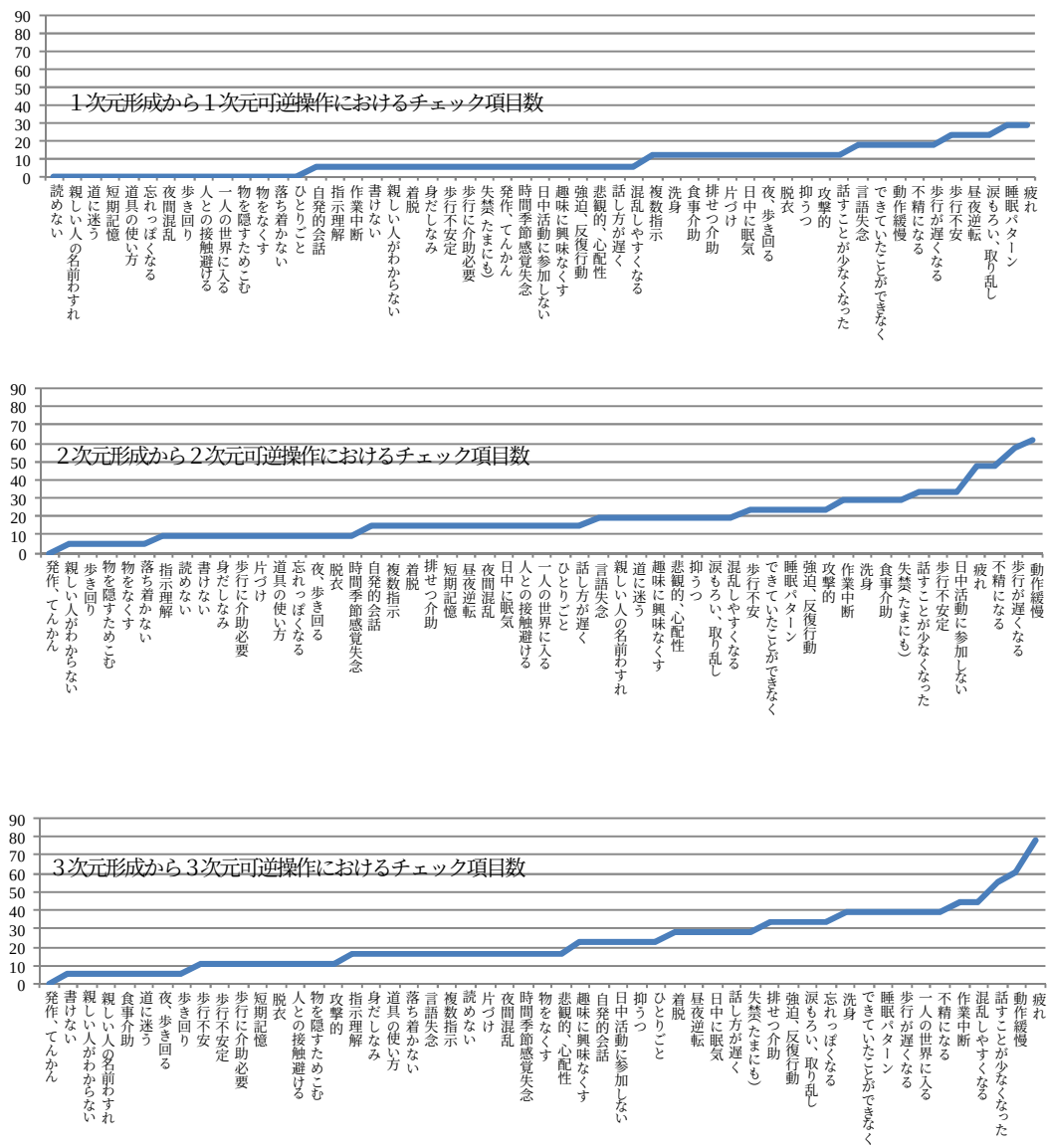


Fig7

「元々そうであった」という項目をチェック数から除くという DSQIID の判断基準に因ると、言

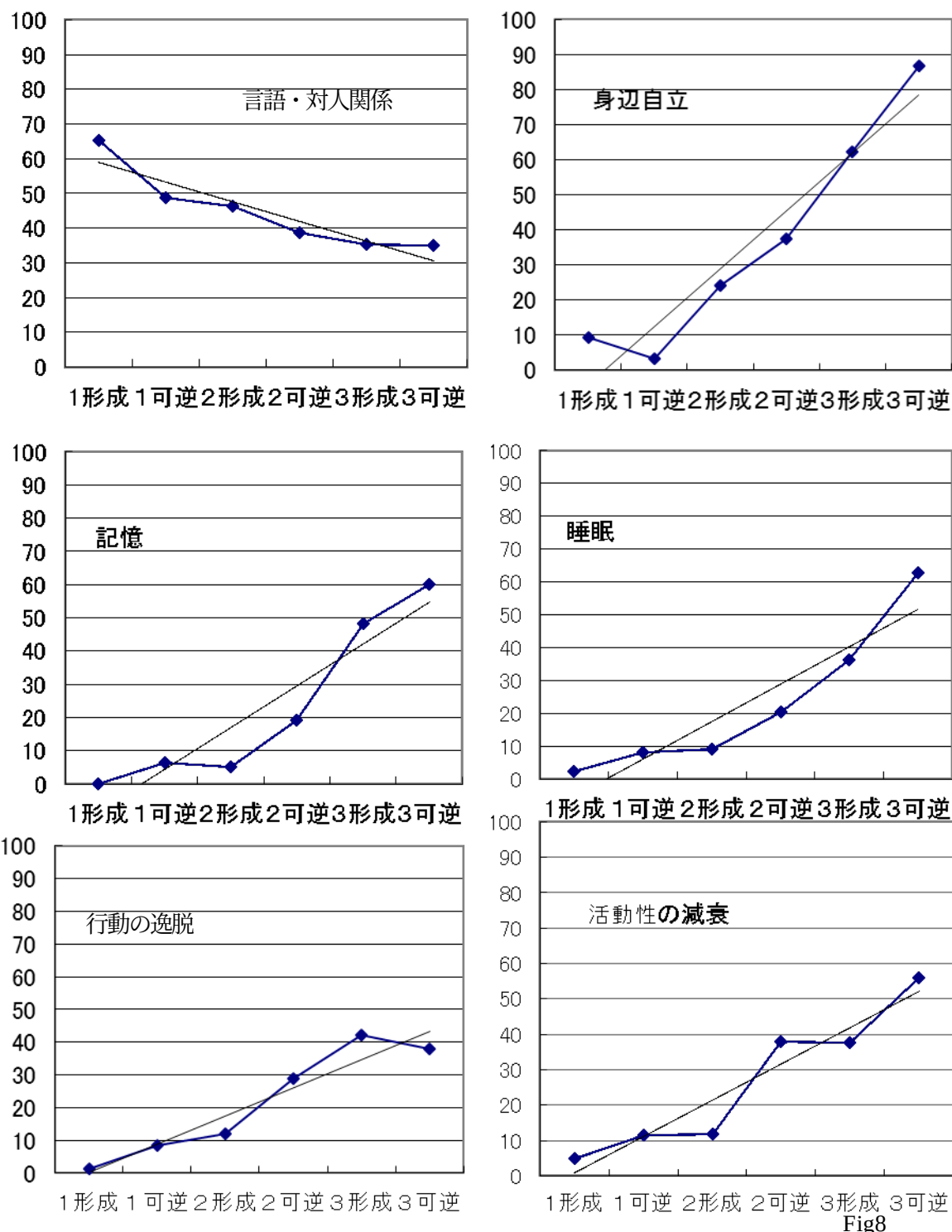


Fig8

語面に関するダメージはそもそもが予想に反して少なかった。しかし「元々そうであった」を考慮すると、「言語・人間関係」は、ほかの 5 項目群とは真逆の傾向が明らかになった。真っ先に気付くのが線形の違いであり、「言語・対人関係」以外の項目群はすべて発達が高くなるにしたがってダメージも大きくなっている。しかし「言語・対人関係」項目群だけが左肩上がりなのである。つま

り、発達的に遅れている層のほうがチェックの割合が多いということである。1次元形成の場合はもともと話し言葉による言語活動および書き言葉が不活発であることは言うまでもない。しかし、話し言葉の出始める時期から書き言葉に移行する時期まで一貫して、減少はしているが高い水準は保たれている。

全体の傾向 (FIG9) をみたときも「言語・対人関係」はチェック率が最も高い。このことに若干の考察を加えたい。結論として、もともと弱かった言語・対人関係面が、加齢に伴ってより弱められるという形を示す。しかし、もともと弱かったがために、新たな弱さや崩れは他の項目群のように多く見出すことができず、DSQIID では目立たなくなっていたということではないだろうか。

逆に、実践的には次のようにも考えられる。言語活動や対人関係はかたちづくるには困難な経過をたどることが多い。しかし、これらは獲得することによって確かなものになり、独特の力強さをもつにいたるともいえよう。認知症の高齢者の場合にも丁寧なコミュニケーションや人格を大切にしたい人間関係で元気を取り戻したという例は多い。上記の数字だけから多くのことを結論付けるのは避けるべきであるが、コミュニケーション、集団を中心とした人間関係を大切にすることが支援の土台になっているのは確かであろう。

4) DSQIID の検討結果を受けて

次に、DSQIID の項目から、早期発見に至った場合の、早期対応について考えたい。

まず、一般に言われる認知症の早期症状のうち、あくまでも最初の症状として「記憶」の喪失は「判断が弱くなる」「意欲が乏しくなる」などと同じように第一の症状に挙げられる。このためチェック率が高いという予想であったが、結果はさほど目立たない状況であった。しかし、「疲れやすくなった」「動きが緩慢になった」という活動性の低下にかかわる項目のチェック率が高いという結論が出た。この点については、たとえば「うつ」やダウン症者に多い「甲状腺機能障害」の表れである可能性もあり、一概には言えないが、「動きが緩慢になる」「不精になる」ということに注意することは早期老化の判断の一つの大切な視点となろう。つまり疲れやすさとはストレスと絡んで悪い影響をもたらすと容易に想像できるからである。

第2にダウン症者は言語面についてはもともと弱さを持っている。それゆえ新たな弱さは大きくは示されなかったということである。しかし根底に言葉による伝達が困難であることは人間関係や集団関係でのストレスにもつながりやすく、コミュニケーション、対人関係面への積極的な支援がないと第1点目の活動性の減衰に結び付く可能性もあり、検討が求められる。

第3に、発達的との関連についてであるが、特に高い人ほどチェック率が高かったということである。多様な力を蓄えており、多くのものを持っている人ほど加齢に伴うマイナスの影響が多様な範囲で見られたのが特徴であり、この点についてのさらなる検討が必要であろう。また、加齢の影響が出やすい時期とそうではない時期が交互に入れ替わりつつ存在することが部分的にはあるが明らかになった。様々な支援や予後の予測を含めて検討するためにより詳細に検討すべきであろう。

「もともと」を加えた全体のチェック率

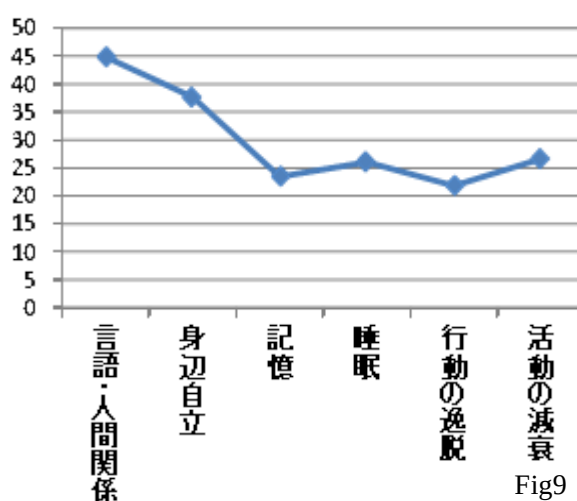


Fig9

逆に、脳の病変については進んでいるはずであるが、その「できにくくなった」という観察がしばらく、発達的に低い層の認知症の早期発見についてはどうなのかという検討も必要となってくる。次元可逆操作の階層以前の回転可逆操作(発達的には乳児期前半5、6か月頃まで)、連結可逆操作の階層(乳児期後半6、7か月頃から)についてもダウン症者以外の例をとって検討する必要がある。

第4に今回の量的質的検討では DSIID 自身に関しての多くの気づきがあった。今後はそれらを生かしつつ、浮かび上がったいくつかの問題についてより検討を進める必要がある。加えて、大切な実践的な視点から見たときに、このテストは簡単な構造の質問紙法であり、短時間で結果が出るというメリットはある。だが、①記入者のダウン症者の障害についての専門性あるいは以前の姿と現在の姿を客観的に比較するという力量があるか。②結果の判断において、チェック数をもって機械的にハイリスク群か否かの判断をするのは危険であること。チェック数が低くともその表れの中に認知症に結び付く可能性はないか、逆に高くとも他の原因はないのか、十分検討する必要がある。

つまり福祉現場においてはダウン症者の急激退行や早期老化については次々と対応すべき事例が上がってきている。その中で判断の材料が求められている。このときに DSQIID は、気づきのきっかけとなるであろう。しかし、先に述べたとおり必要とされる力量や労力は多くのものがある。ゆえに、この結果については集团的に論議する足がかりともなるし、普段のなかまたちの姿の観察の気づきの視点を与えてくれるであろう。その意味を含めて、注意深くおこなうとすれば、きわめて有効なテストだといえよう。

註 1) 今回のまとめで筆者が分けた項目群は以下の通り

言語・対人関係	率先して会話しない 言葉を思い出せない 簡単な指示が理解できない 同時に二つ以上の指示が理解できない 作業の途中で手を止めてしまう 日中活動や戸外の活動に参加しようとしていない 人と接触をもとうとしない 一人の世界にふけている 読むことができない 書くことができない 親しい人を認識できない 親しい人の名前を憶えていられない
身辺自立	失禁をする 介助なしには身体を洗ったり入浴することができない 介助なしには着替えができない きちんと服を着られない 食事に介助を要する 排せつに介助を要する でこぼこな道を自信を持って歩くことができない 歩行が不安定でバランスを崩す 介助がなくては歩くことができない
記憶	慣れた道で迷う 最近のことを覚えていられない 決められた場所へものを片付けることができない 使い慣れた道具の使い方がわからない できていたことができなかった 全般的に忘れっぽくなった
睡眠	睡眠パターンが変わってきた 昼夜逆転する 夜になると混乱する 日中寝ている 夜に歩き回る 公共の場で服を脱いでしまう 発作てんかんがある
行動の逸脱	全般的に混乱しやすくなった 独語がある 攻撃的になる 歩き回る 時間の感覚を失う 強迫的観念、情動的行為、反復的行為がみられる 物を隠したり内緒のため込んだりしてしまう 物をなくす 落ち着きがない
活動性の減衰	悲観的になったり心配性になったりする 抑うつ的である 話すことが少なくなった 全般的に疲れて見える 涙もろく取り乱しやすくなった 趣味や活動に興味がなくなった 動作が遅くなった 話し方が遅くなった 以前より不精になった 歩くのが遅くなった

なお、Deb らの分類の詳細はインターネットで公開されている。(下記 HP 参照)

<http://bjp.rcpsych.org/content/190/5/440/T2.expansion.html>

2) 発達段階の表記については年齢ではなく「可逆操作の高次化における階層 - 段階理論」に依拠した表現を用いた。集められたデータの中では様々な検査の結果から発達年齢を導き出したものが少なからずあった。今回の検討では発達年齢表現により「階層 - 段階理論」の枠組みの中に位置づけなおし、その特徴を分析した。発達の評価の時点については原則として第 I 部:「最も高い」能力のレベルの頃になされたものを用いた。

なお、発達段階にかかわる評価について、第 1 部の「最も高い」能力のレベルの特徴に占められた特徴を判断の材料とした。判断の資料のないデータについては発達段階との関連についての検討から除外した。

因みに発達年齢に置き換えると次のようになる。

1 次元形成期	1 歳頃からの時期
1 次元可逆操作期	1 歳半頃からの時期
2 次元形成期	2 歳半頃からの時期
2 次元可逆操作期	4 歳頃からの時期
3 次元形成期	5 歳半頃からの時期
3 次元可逆操作期	6 歳頃からの時期

【文献】

[Deb S](#), [Hare M](#), [Prior L](#), [Bhaumik S](#) Dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities. [Br J Psychiatry](#). May;190:440-4. 2007.

Evenhuis, H. M. Further evaluation of the Dementia Questionnaire for Persons with Mental Retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40. 1996.

Gedye, A. Dementia Scale for Down Syndrome. Gedye Research & Consulting. 1995.

菅野敦・橋本創一「居住型施設で生活するダウン症成人の生涯発達と早期老化 (ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究:第 3 報) 科学研究費補助金(基盤研究 C)研究成果報告書:1998 年度, 2000 年度.

小島道生・池田由紀江・菅野 敦・橋本創一・細川かおり“Dementia Scale for Down Syndrome”の日本への適用 発達障害研究, 22(1), 65-73. 2000.

田中昌人 田中杉恵「子どもの発達と診断」3 から 5 大月書店 1984~1988.

田中昌人 人間発達の科学 青木書店 1980.

田中昌人 人間発達の理論 青木書店 1987.

のぞみの園研究部 知的障害者用認知症判別尺度日本語版(DSQIID)の信頼性・妥当性の検証 2010.

のぞみの園研究部 「知的障害者用認知症判別尺度日本語版(DSQIID)の信頼性・妥当性の検証」のぞみの園研究紀要 Vol. 4 2010.

のぞみの園研究部「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 DSQIID の開発に関する研究—感度と特異性の検証を中心として—」国立のぞみの園研究紀要 vol. 5. 2012.

国立のぞみの園「認知症の知的障害者」翻訳プロジェクトチーム日本語版手引き 2014.

長谷川桜子, 池田由紀江「ダウン症者における身体的・心理的加齢変化——最近の研究の概観」発達障害研究, 第 22 巻, 第 2 号, 2000.

※注:Ⅲの 1、2 については、本高齢期プロジェクトの検討会での集団的な議論を経て、報告書の文責は個人によるものとした。

3 高齢期のリスクを把握しながら、発達の支援を考える意義について

鴻上圭太 中嶋麻衣

1) 本プロジェクトから見てきたもの

近年、高齢期を過ごす障害者が増え、障害者の高齢期を支えるための新たな支援が模索されつつある。障害者の加齢変化や認知症等の高齢期に増える疾病は、障害特性により早期に気づくことが困難であることが少なくなく、これらの老化に関する理解を深めることは支援者にとって不可欠であるといえる。

その一方で、高齢期を過ごす障害者に対して発達の視点からどのような支援が必要であるかを模索していくことが重要である。なぜならば、高齢期をむかえた身体をもってその身体の変化に気づき、それに応じて自らの生き方を模索していくのは、障害を持つ人自身であり、その人が自分で自らの希望に応じた生き方を発見し、自らの力でそれをきりひらくことでしか、その本人にとって幸せな人生のあり方を見つけ実行していくことはできないからである。

そのような発達の視点をとらえ、本人の発達を側面から支援していくためには、経年的に心身の状態、変化を捉えていくことが必要であり、一人ひとりのライフサイクルにおいて、充実した暮らしの時期（その方が最もいきいきとしていた時期）とその内容、何らかの転機となった時期や事象を把握しておくことが求められる。そして、支援者はそれらを基に障害を持つ本人に対しさまざまな経験のチャンスを提示し、そしてこれからの生きかたについて共に考えることが必要である。そのことが障害を持つ本人が自ら高齢期の生活をより充実したものにしたり、時には加齢が自身の心身や活動や参加への変化に影響を与えていることに気づく契機となったりするからである。

2) 生きる力、生きる意欲への働きかけ～支援者求められる役割

長年作業所でいきいきと働いてきた障害者が高齢期を迎えた時、新たな日中生活の場は保障されているだろうか。加齢に伴う心身の変化に対する本人の不安をどのように受けとめているのだろうか。また、長年働いてきた場所から新たな場所へ変わるという変化を本人はどの程度理解できているのだろうか。

高齢期をむかえ、心身のさまざまな機能が変化して（衰えて）いくと、これまでできていたことができなくなることがだんだん増えていく。自らの力できなくなことは、自分自身にのみ必要なことができなくなることだけでなく、これまで所属している集団内で果たしてきた役割もこなせなくなってくる。そういったとき、しばしば自らの存在価値や存在の意味を見失うことがある。そしてさまざまなことへの意欲、つまり生活する意欲を次第に失うのである。

たとえば、高齢になり作業そのものには参加していないが、長年過ごし慣れた場所、仲間の中で仲間の作業を見守っているように過ごしている方もいる。ただ、支援者は、高齢期になりゆったり過ごすという過ごし方でいいのかと感じており、本人も心身の状態、変化を意識しながらも、ただゆったり過ごすということでは物足りなさを感じている様子もある。

またたとえば、二宮厚美は人間の発達について「潜在的な力を実現化すること」（二宮 2005）と述べている。高齢期に達した人の潜在的な力とはなんであろうかという問いになるが、研究会で重ねられてきた事例報告では、身体的にさまざまな不調や変化が現れ、活動がこれまでのようにうまくいかなくなってきても「それでもなお～をがんばりたい」といった意欲が多数報告された。その「～をがんばりたい」という意識の内実は、「これまでのように」やりたいという意欲があった。しかし自らの意欲とはうらはらに体力が続かず、疲労してしまい、時に体調を崩すことになる。こういった「～したいが、高齢化による身体の変化によって～できない」というジレンマを抱える人に対して「ゆったりすごしたらよいのではないかな…」では、その人の自己の要求には応えられないし、生活の支援を実践していることにはならない。その人の要求にどう応えていくか、支援者にはここが問われているのである。

身体が思うように動かなくなった時、その人自身の存在意義を追究する際、今までとは別の形で何らかの役割を果たすことができれば、個人の可能性を引き出すことや存在意義、生きる意欲につながるのではないか。生きる意欲と身体的安定があわされば、相互作用的に高齢期の人間的発達を保障していくことができるのではないだろうか。

人生を全うするためには、自らが自らを振り返り、生きる展望を見付け、そして生きる意欲を発揮しなければならない。そのために、最後まで共に寄り添い共に人生を歩む支援者の存在は欠かせないのである。さまざまな課題があると思うが、高齢期においてもその人がその人らしく生活できるよう、一人ひとりの人間的発達を保障できるような生活支援が求められるのである。

3) 生命と健康の安定を土台にした自らの身体への気付き

井上は、介護の本質について「生活行為を成立させる援助を通して、命をまもり、生きる意欲を引き出すこと」(井上 2000)と述べている。つまり、まずは日常生活支援をとおして生命と健康をまもり安楽な日常をともに作り出すということ、そしてそれらを土台として、生活環境にあるさまざまな資源のなかから、意欲を掻き立てられるものを見つけ出ししていくことが介護なのだということである。この言葉から導きだされることは、健康で安楽な身体が保障されることによって何らかの意欲が引き出されていくこと、そしてそれはその身体の状態に応じて、自らに合ったものを見つけ出ししていくということなのではないだろうか。

さまざまな障害を持つ人にとって、自らの身体の状態(疾病、二次障害、加齢による変化)を対象化することは難しいケースも多い。特に以前の体験からもたらされる身体のイメージを、加齢による身体の変化に応じて書き換えていくことは困難である。だからこそ、「生活行為を成立させる援助を通して」健康で安楽な身体を保障しなければならない。そして健康で安楽な日常生活の支援を体験し支援者と共に生きることで、自らの身体の状態に気付いていくのではないか。

これまでとは違う自らの身体の状態に気付き、それに応じた自らの生き方を模索していくこと。高齢期を生きることとは、まさにこのことであり高齢期への支援として求められていることである。そして、自らの身体の状態に気付くこと、対象化することは新たに獲得された本人の力であり、それへの獲得は本人の人間的発達である。高齢期を豊かに生きる道すじはそこから発せられるのではないだろうか。

4) ニーズの発見と発達の支援の意義

また、新たな意欲、希望は出会いや体験から模索される。多くの出会いや体験をとおしてさまざまなことを感じ取り、新たな発見をし、そして「～をしてみたい」「～のようになりたい」といった意欲に繋がっていくのである。よって支援者は、高齢期に達した人に対して、これまで以上に、人間のかかわりと本人の外界にあるさまざまな資源に触れるチャンスを作り出す必要がある。こういった環境こそ、高齢期をむかえた人が自ら意欲を引き出し、生きる力を獲得する可能性がもたらされるのである。

高齢期において「発達」という視点をどのようにおくかは非常に難しい課題である。しかし発達という視点をおくことによって、高齢期をむかえた障害を持つ人のこれから先の人との繋がりやかかわりの充実につながっていくのではないか。つまり、一般的にタテへの発達はヨコへの発達の土台を固めるといわれているが、高齢期においてはヨコへの発達(コミュニケーションを媒介にした自分と他者との繋がりや認識と他者への認識)が充実、広がりをみせると、タテへの発達(心身機能の立て直しや補完、修復)につながるのではないだろうか。生きる意欲を再び引き出すためにも、ヨコへの発達を意識したかかわり、支援が求められるのではないかと思われる。

【参考文献】

- ・井上千津子（2000）「介護とは」一番ヶ瀬康子監修・日本介護福祉学会（編）『新・介護福祉学とはなにか』ミネルヴァ書房
- ・二宮厚美（2005）『発達保障と教育福祉労働ーコミュニケーション労働の視点から』全障研出版部

【資料】アセスメントシート書式

アセスメントシート 基本情報									
作成年月日		実施場所		記入者		NO. 1			
アセスメント理由									
ふりがな				男	生年月日			115才	
利用者氏名									
住 所					家族構成図				
電話番号									
世帯区分	3 その他 ()								
家族構成	氏 名	続柄	年齢	健康状態					
緊急連絡先	氏名	続柄	住所		電話番号				
		主治医							
初回相談内容	初回相談受付月日		受付方法		依頼者		相談経路		
障害の状況	※詳細は、課題1へ								
現在の生活状況	生活・介護の状況など								
障害高齢者の日常生活自立度				認知症高齢者の日常生活自立度					
認定情報	支援区分認定年月日			認定期間			～		
	要介護度認定年月日			認定期間			～		
被保険者情報等	介護保険	被保険者番号							
	医療保険	保険証番号		医療証番号					
	障害者手帳等			取得番号					
	生活保護		受給者番号			負担者番号			
現在利用している障害福祉サービス等	サービス種別	事業所名・連絡先等		サービス種別	事業所名・連絡先等				
	担当相談支援センター								

基本情報

NO. 2

1 作成年月日		実施場所		アセスメント理由		記入者	
2 作成年月日		実施場所		アセスメント理由		記入者	
3 作成年月日		実施場所		アセスメント理由		記入者	

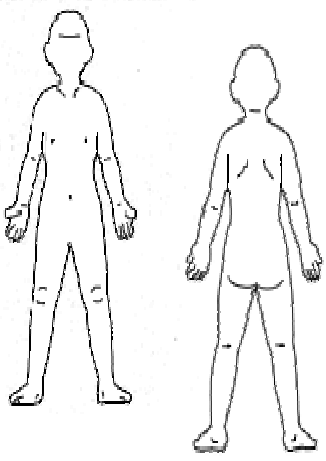
※要介護認定期間内での変更の場合は、区別がつくように加筆すること

利用者の 望む生活	なるべく本人の言葉で	
家族の 望む生活	複数の家族がいる場合は、 それぞれの希望を	

介護力 (有・無)	主な介護者	氏名		続柄		
	その他の介護者	氏名		続柄		
	介護に対する考え	就労状況、被介護者との関係性、家族間の関係性、介護者の健康状態、介護の負担、問題(困りごと)等			一月に使える介護費用	課題

1 日の生活	起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など									
	6:00			12:00			18:00		0:00	

日中の過ごし方		外出の頻度	
---------	--	-------	--

障害の状況	障害名	診断機関及び診断時期	
	自閉性障害等の特徴		
	精神障害等の特徴		
	AS・ADHD・LD等の特徴		
	身体障害者手帳	種 級	
	療育手帳		
	精神保健福祉手帳		
	その他		

基本情報 3 （成育歴等）

	主な成育歴	本人の状態等の特記事項
誕生・障害の発見		
乳幼児期		
学齢期		
思春期		
成人期		
各種判定・検査等		
環境要因等の大きな変化		
その他特記事項		

アセスメントシート 課題 1 (健康状態)							
		作成日		作成日		作成日	
健診の状況	身長		cm		cm		cm
	体重		kg		kg		kg
	BMI						
	体脂肪率		%		%		%
	血清アルブミン値						
	骨密度 部位:		%		%		%
	骨密度 部位:		%		%		%
	空腹時血糖値						
	HbA1c						
	体温		°C		°C		°C
	血圧						
	脈拍						
予防接種	☐ BCG ☐ ポリオ ☐ 風疹 ☐ 日本脳炎 ☐ はしか ☐ その他 ()						
通院の状況							
受診病院	病院名	医師名	診療科目	受診開始日	疾患名・受診状況		
服薬状況	薬名	薬量	効能	変更状況 (変更理由/開始・増減・中止)			
入院	入院理由	病院名	入院期間		備考		
変化の気づき／状態把握							
生活習慣病	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 動脈硬化 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 高脂血症 ☐ 肝機能 ☐ 腎機能 ☐ その他 ()						
更年期障害	☐ 月経周期が不安定 ☐ 経血の量が減った・増えた ☐ 月経前後の様子に変化がある ☐ 体が火照る ☐ 汗をかく ☐ のぼせる ☐ イライラする ☐ 気持ちがふさぐ ☐ 目眩がする ☐ その他 ()						
	☐ 発作の変化 () ☐ 睡眠リズムの変化 () ☐ 精神状況の変化 ()						
	☐ 皮膚疾患 ☐ 肌状態の変化 ()						
	☐ 歯科 ☐ 歯の脱落・義歯 ☐ 歯槽膿漏						
麻痺・関節	☐ 関節に痛みがある・動きが悪い・転倒する等 (部位) ☐ 二次障害が見られる () ☐ 側彎の進行 ☐ 円背の進行 ☐ 変形性脊椎症 (背中・腰が曲がる)						
	その他：家族親族の既往歴等						

課題分析 (アセスメント) に関する項目 (障害状況)				NO. 2			
		実施日	結果	実施日	結果	実施日	結果
各種検査	IQ						
	CA (精神年齢)						
	MA (社会年齢)						
	遠城寺式乳幼児分析的発達検査						
	新版K式発達検査						
	KIDS (キッズ) 乳幼児発達スケール						
	WAIS-III知能テスト						
	その他						
		実施日	特記	実施日	特記	実施日	特記
自閉性障害の特徴	○対人関係の特異性						
	☆人との相互交流（やりとり）がうまくできない						
	☆他人の感じ方や見方がわかりにくい						
	☆ルールや暗黙の了解などの社会的意味がうまくつかめない						
	☆視線があいにくい、表情の変化が少ない						
	☆人への関心、働きかけが少ない						
	☆人から働きかけられたときの反応が少ない						
	☆人への働きかけがパターンの、一方的						
	☆相手に合わせるものが少なくマイペース						
	○コミュニケーション						
	☆話し言葉の発達の遅れと偏り⇒後にはかなり高度な言語能力を身につける子どもでも3～4頃までは明確な言葉の発達の遅れを示す						
	☆特有の話し言葉（オーム返し：言葉理解はできていない・主客の逆転・同じ言葉を繰り返し言う）、声の大きさの異常：反響言語は言語能力の低い自閉症児や年少時に多くみられる						
	☆言葉を話すが一方向的で会話になりにくい（受容的コミュニケーション）						
	☆言葉をコミュニケーションの目的に使わない						
	☆身振り、表情、視線等を使ったコミュニケーションでの表現や理解の不足						
	○想像力						
	☆同じ遊びを繰り返す傾向						
	☆ごっこ遊びが少ない、ごっこ遊びの広がりやパターンが決まっている。						
	☆初めてのことが苦手⇒日常の決まりごと、ものごとの決まったやり方						
	☆突然の出来事に対処するのが苦手						
	☆見通しを持ったり、切り替えが苦手						
	☆反復的動作						
	☆特定のものに固執する						
	☆特定の興味に没頭する						
	☆般化が難しい（般化の障害：応用力が無い）						
	○その他の行動特徴						
	☆見通しが持ちにくい、先が読めない						
	☆特定の刺激に対する敏感さ						
	☆自由な時間をうまく過ごせない						
	☆応用が難しい						
	☆失敗体験を生かすことが難しい						
	○感覚過敏						
	□音						
	□光						
	□味覚						
□触覚							
□におい							
□その他：【 】							
強度行動障害チェック	行動障害の内容						
	1 ひどい自傷						
	2 強い他傷						
	3 激しいこだわり						
	4 激しいもの壊し						
	5 睡眠の大きな乱れ						
	6 食事関係の強い障害						
	7 排泄関係の強い障害						
	8 著しい多動						
	9 著しい騒がしさ						
	10 パニックがもたらす結果が大変なため処遇困難						
	11 粗暴で相手に恐怖感を与えるため処遇困難な状態						

課題分析(アセスメント)に関する項目					NO. 3				
0＝普遍的自立			生活の場以外の環境においても自立・自律	自立・自律(福祉用具の使用あり)					
1＝限定的自立・自律			生活の場など限られた環境のみで自立・自律	見守り・口頭指示(福祉用具の使用あり)					
2＝部分的自立・自律			部分的な人的介護を受けて行っている	指差し指示・部分的介助					
3＝全面的制限			全面的な人的介助を受けて行っている	全介助					
4＝完全に困難			禁止の場合を含み行っていない	していない・できない					
8＝詳細不明									
	チェック	自立度	身体構造(自立度に影響を与えている構造をチェック)	心身機能(自立度に影響を与えている機能をチェック)	自立度に影響を与えている健康状態・環境因子・個人因子	できる可能性のある活動	日常生活への影響	課題	
A D L									
寝返り	☐	☐							
起き上がり	☐	☐							
座位	☐	☐							
移乗	☐	☐							
歩行									
屋内歩行	☐	☐							
屋外歩行	☐	☐							
セルフケア									
更 衣									
適切な衣服の選択	☐	☐							
立位での上衣の着脱	☐	☐							
立位での下衣の着脱	☐	☐							
座位での上衣の着脱	☐	☐							
座位での下衣の着脱	☐	☐							
靴下・ストッキングの着脱	☐	☐							
履物の着脱	☐	☐							
身だしなみ									
洗面・歯磨き	☐	☐							
整髪・髪剃り・爪切り	☐	☐							
入 浴									
浴槽の出入り	☐	☐							
湯船に浸かる	☐	☐							
洗身	☐	☐							
洗髪	☐	☐							
食 事									
食べ物の認知(食べ物と分かる)	☐	☐							
捕食・吸引(食物を口に取り込む)	☐	☐							
咀嚼(食物を噛んで飲み込みやすい形(食塊)にする)	☐	☐							
口腔内嚥下(食物をのど(咽頭)に送り込む)	☐	☐							
咽頭内嚥下(食物がのど(咽頭)を通る)	☐	☐							
食道期嚥下(食物が食道を通る)	☐	☐							
排 泄									
尿意・便意の知覚	☐	☐							
トイレへの移動	☐	☐							
排泄準備(便器が認知でき、衣服を脱ぎ、便器に座る)	☐	☐							
排泄	☐	☐							
排泄の後始末(排泄物を流してペーパーで拭き、衣服を元に戻して、手を洗う)	☐	☐							

課題分析 (アセスメント) に関する項目 NO. 5									
認知									
物忘れ	☐ 有り	☐ 無し							
	☐ 有り	☐ 無し							
日常の意思決定	☐ 可	☐ 特別な場合以外	☐ 日常的に困難	☐ できない					
	☒ 可	☐ 特別な場合以外	☐ 日常的に困難	☐ できない					
	☐ 可	☐ 特別な場合以外	☐ 日常的に困難	☐ できない					
精神活動等									
具体的な例									
被害的	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 「物を取られた」など被害的な言動がある					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり						
強迫的	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 同じことを何度も確かめるなど強迫行為がみられる					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり						
感情が不安定	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 悲観的になったり心配性になったりする					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ よく怒るようになった					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 涙もろくなったり取り乱しやすくなった					
			特記事項 ()						
作話	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 自分の都合のいいような事実とは異なる話をする					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり						
会話	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 率先して会話しな					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 言葉が思い出せない					
独り言・一人笑い	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 話すこと(意思表示)は少なくなってきた					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 独り言が多くなった					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 意味もなく一人で笑う					
			特記事項 ()						
同じ話をする	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 場面や日常の会話から逸脱し何度も同じ話をする					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 気になることがあると必要以上に同じ話しをし、質問をする					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
大声をだす	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 大きな声でしゃべるようになった					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 奇声がよく出る					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
話がまとまらない	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 何が言いたいのかまとまらない話をしゃべり続ける					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり						
睡眠の乱れ	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 睡眠のパターンが変わった(より寝るようになる。寝る時間が減る)					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 夜に頻繁に起きている(昼夜逆転)					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 日中寝ている					
			特記事項 ()						
介護への抵抗	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 衣服等の着替えの介助を嫌がる					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 入浴をしたがらない					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
落ち着きがない	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 歩き回る					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 理由なく落ち着かなくなり、そわそわする					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
一人で出たがる	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 勝手に一人で出ていく					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 終始出たがる					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
無関心	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 日中活動や戸外の活動に参加しようしない					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 人と接触を持とうとしない					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 趣味や活動に興味がなくなった					
			特記事項 ()						
物や衣類を壊す	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 服を破る					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 物を壊す、目の前からなくす(投げる)					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
収集癖	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 物を隠したり内緒でため込んでいる					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 同じものを集めている					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	特記事項 ()					
集中力がない	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ 仕事の集中できる時間が減った(時間から 時間へ)					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり	☐ これまでできていた作業内容ができなくなった(具体的に)					
	☐ 無し	☐ ときどき	☐ あり						

あとがき

本報告書は障害者の高齢化の現実を見据え、先行研究の学びと事例研究を通して障害者の高齢期の特徴と支援の視点を明らかにしています。あわせて、障害者の高齢期の支援に向けてのアセスメントシートの作成、「知的障害者認知症判別尺度日本語版（DSQIID）」の活用についての検討も行いました。ただし、本報告書は、検討会の1年目の中間報告として作成したものであり、障害者の高齢期を支援するための実践研究は緒についたばかりです。報告書に取り上げた点も理論的な吟味において不十分さを残しています。ご一読いただき、ご意見ご批判をお寄せくださればと思います。さらに、2年目には、福祉現場の職員たちが壮年期・高齢期を迎える彼らにどのように向き合い支援を展開しているのか、高齢期の支援プログラムを開発していくためのインタビュー調査を行いたいと思います。

なお、報告書の「障害者」の記述については、さまざまな表記がなされています。個々の執筆者の思いを尊重し、あえて統一はしていません。また、個別の事例に関しては当事者への説明を行い合意が得られたもののみ掲載しています。個人が特定される部分についても事例研究の趣旨が損なわれることのない範囲において変更を加えています。ご協力いただいた当事者・関係者のみなさんに心からお礼申し上げます。また、障害者の高齢期の支援に向けてのアセスメントシートに関する医学的看護学的な視点からのアドバイスはプロジェクトチームのメンバーである石田京子先生にお願いしました。最後になりましたが、検討会のゲストスピーカーとしてお越しいただいた皆様にも厚く感謝申し上げます。〔植田章 佛教大学社会福祉学部〕

【発行】

- 障害者の高齢期を支える支援プログラム開発プロジェクトチーム
- 佛教大学社会福祉学部 植田章研究室
- ・事務局：大阪市住吉区茱田5-1-22（NPO 法人大阪障害者センター内）
TEL：06-6697-9005

【発行日】

○2015年 月 日

【編集委員】

- ・植田 章、鴻上圭太、吉留英雄、川本真由美、井上泰司

【プロジェクトチームメンバー（敬称略）】

- 研究者：植田章（佛教大）石田京子・鴻上圭太（健康福祉短大）深谷弘和（立命院生）
- 現場担当者：田槇公典（ひばり障害者作業所）橋之爪 栄（ワークセンターひびき）川本真由美（社福 コスモス）岩間佳美（ほくふ障害者作業所）田岡泰子（AC つじやま）新家知美・福井智士（山直ホーム）蕎原屋真治（山直ハイツ）森脇有子（さつきホーム事務局）小日向浩子（貝塚こすもすの里）尾山浩志（三島）柴田哲也（コットン）吉留英雄（わかくさ障害者作業所）坂田卓史（あすわ〜く）
- 事務局：大阪障害者センター（井上泰司・中嶋麻衣）