

厚生労働省
平成23年度障害者総合福祉推進事業

老年期発達障害者(60代以上)への障害福祉サービス 提供の現状とニーズ把握に関する調査について

報 告 書

平成24年3月

社会福祉法人 萌葱の郷

目次

事業要旨	1
事業目的	3
事業の実施内容	3
検討委員会	5
検討委員会調査シート（検討委員会評定シート）	5
事例概要および集計・分析・考察	7
大分大学教育福祉科学部附属教育実践総合センター 佐藤晋治	
大分大学大学院教育学研究科臨床心理学コース 亀井菜月・岸本由紀	
検討委員会レポート	38
・知的障害者を対照群とした比較研究について	38
中野伊知郎（星が丘寮・北海道）	
・東京の入所施設調査の概況報告	43
沼倉 実（袖ヶ浦のびろ学園・千葉県）	
・日本で最初に女性で自閉症の診断を受けた方の生活や支援の取り組み	44
近藤 裕彦（あさけ学園・三重県）	
・救護施設における発達障害について	47
三原 憲二（あかりの家・兵庫県）	
・地域生活定着支援センターにおける発達障がいについて	49
相本雄一郎（大分県発達障がい者支援専門員の会）	
・老年期発達障害者（60歳以上）の現状と今後の対応についての意見	52
釘宮 誠司（博愛こども成育医療センター・大分県）	
・本調査に対する意見および評価について	56
山崎 晃資（社）日本自閉症協会）	
座談会	60
専門家チーム会議会議録	69
検討委員会 会議録	
成果の公表計画	84

事業要旨

事業目的

事業の内容

I 事業要旨

精力的に調査を実施した結果、短期間ではあったが、知的障害者施設、救護施設、在宅、入・通院、触法の発達障害者など、当初の目標を超える 70 事例を集めることができた。PARS の短縮版による PDD の評定及び検討委員会の評定項目による AD/HD の評定を実施した結果、70 事例中、11 事例は今回の調査対象外と判断し、結果的に 59 事例を集計・分析し、各検討委員が本調査や日頃の実践の中から気付いたことをレポートとしてまとめ、最後に座談会を行って課題を検証した。以下その概要を報告する。

1. 課題の要点

- (1) 今回の調査事例は、障害者施設、救護施設、精神病院、地域生活定着支援センター等を通して収集した。幼年期、思春期、青年期、成人期、老年期等のライフステージのどこかで発達、行動、精神、社会的問題が発生し、社会生活を維持していく上において、様々な困難や課題が生じたことから本調査に繋がったと考えられる。
- (2) 老年期発達障害者は、疾患や精神面・行動面で多くの課題を抱えていること、交友関係が極めて少なく、日常生活や生きがいに関する課題があることから、高齢者としての特性に合わせて、発達障害の特性に配慮した支援の必要性が明らかになった。
- (3) 障害者施設で長年暮らすことで、行動が静穏化し、知的障害者と弁別が付かなくなることもあるが、安定した関係と環境が崩れることで興奮、パニック、自傷等の行動が再現することから、要介護状態になったという理由だけで介護施設に移すことは適当ではなく、馴染みの環境、職員による支援が望ましいが、心身機能の低下や疾患が伴うことから、バリアフリー化、医療・介護体制の強化が課題と考えられる。
- (4) 刑務所の服役者に発達障害者が多数存在すると推測されるが、現状は知的障害が無ければ、把握されることもなく、福祉資源に繋がることもない。犯罪者ということから地域の受入、受け皿が厳しい現実も課題と考えられる。
- (5) 定年や老年期を迎えて、生活環境が変わるとともに、心身機能や認知機能が低下し、不眠、不安、心気抑うつから、不穏、不機嫌、興奮といった精神症状に発展することで、医療機関を初診する事例が増えているが、老年期発達障害の診断や治療は今後の課題と考えられる。
- (6) 発達障害者が多数存在すると思われる障害者施設、救護施設、精神病院、矯正施設、地域生活定着支援センター等の関係機関が発達障害に対しての理解が不十分と考えられることから、発達障害に関する研修や普及啓発の強化が課題として考えられる。

2. 事業の概要

(1) 調査事例の集計・分析・考察結果

調査事例の集計・分析・考察については、本文で詳しく述べるが、ADLに比べて、IADLが大幅に低く、障害年金、その他の年金によって生活している者が多く、地域生活定着支援センターの事例は生活保護を受けている事例が多かった。感覚器に関しては、困り感無しが70%を占める一方、高血圧をはじめとする身体面での疾患や精神面・行動面で多くの課題を抱えていることや、交友関係が極めて少なく、日常生活や生きがいに関する課題があることが判明した。必要とする福祉サービスに対して、現に利用している福祉サービスが少なく、特に成年後見制度、医療的ケア、高齢者としての特性に配慮した支援、発達障害の特性に配慮した支援の必要性が示された。

(2) 検討委員レポート

中野氏は、今回調査した障害者支援施設において、知的障害者を対象群とした比較検討を行い「知的障害の高齢者」と「自閉症を疑われる知的障害の高齢者」は状態像が違っているとして、老年期発達障害者の課題として「老年期を迎えたことに対する自己認識」を持つことが難しい点などをあげている。

沼倉氏は、40年以上の歴史のある3施設、30年前後の2施設の調査から、59歳以下の利用者の中の発達障害のある利用者の比率に対して、60歳以上の発達障害のあると思われる利用者の比率が極めて低いことに対して、施策が及ばなかったのか、支援者が発達障害と認識しなかったのかなどの点を、今後の調査・研究の課題としている。

近藤氏は、女性で日本で最初に自閉症の診断を受けた事例報告の中で、生育暦や現在の生活の様子を紹介し、身体的な老化や体力的な衰えの中で、適切な対応を継続することの必要性について述べている。

三原氏は、救護施設に発達障害が疑われる利用者がかかなりの比率で存在すると思われるものの、救護施設では発達障害への関心の低さから充分認識されていないと述べている。

相本氏は、地域定着支援センターにおける調査から65歳以上の高齢者の割合が25%（60歳以上では45%）を超えていること、知的障害及び発達障害を有する者が多数存在し、必要な福祉サービスを受ける機会や受け皿がないままに大きな課題になっていると指摘した。

釘宮氏は、施設入所の老年期発達障害者の多くが、馴染みの居場所と馴染みの職員に長期間処遇されることで、粗大な問題行動も少なくなるが、加齢による老人施設等への移動は著しい精神症状の再燃を引き起こす恐れがあり、同一施設での処遇の継続若しくは発達障害に対する専門性を有する老人施設が必要だと述べている。また在宅の高機能老年期発達障害者の認知機能及び身体機能の低下に伴う社会不適応状態や精神症状の出現が高い頻度で認められると報告している。

山崎氏は、自らが関わった事例を紹介し、安定した関係と環境が何らかの理由で突然崩れた時の反応（多くは興奮、パニック、自傷など）への対応をどう整えておくかという課題や60歳を超えて初診してくる自閉症圏の事例の診断の難しさについて述べ

た上で、家族力・地域力が低下し、人間関係が希薄になっている現代社会が老年期発達障害者に及ぼす問題の可能性について述べた。

(3) 座談会

検討委員による座談会のなかで、老年期発達障害者が要介護の状態になったからといって、高齢者の介護の環境には馴染まないのではないかと、専門性のあるスタッフと馴染みの居場所が必要であり、要介護というだけで介護施設に移すことは問題だが、障害者施設は高齢者に配慮した職員配置や施設になっていない。圧倒的に医療の部分が必要になってきたときにどうするかという課題が提起された。

また、刑務所の服役者に発達障害者が多いとよく言われるが、矯正施設では、簡易検査をして知的障害があればとりあえず地域生活定着支援センターに繋ぐが、知的障害が無ければ、福祉資源に繋がることなく、社会に出されることから、実は知的障害が無い発達障害者が多く存在するのではないかと推測され、犯罪者で知的障害、発達障害という事例は地域の受入が厳しく、地域生活定着支援センター自体が孤立していて、受け皿に苦慮している現状があるとの報告があった。

老年期発達障害者の個別事例のライフステージを通じた調査から、ライフヒストリーを明らかにすることや、高齢期の支援を想定した入所施設の調査を行うことで、高齢期の課題が明らかになるのではないかと意見もあった。

今回の調査は、日本初の自閉症の診断がされてから、60年、前例のない調査であり、短期間の調査であったために、多様な課題についての結論を出せるものではないが、重要な検討課題を明らかにするものであり、今後の調査研究の礎石となるものだった。

II 事業目的

発達障害者に関する支援は生涯を通して提供されるべきであるが、これまでの調査研究に関しては乳幼児期から青年・成人期までのものが多く、老年期の発達障害者の生活と支援に関する実態把握がなされていないため、生涯にわたる支援の提供という観点から老年期の発達障害者の状態像とニーズを調査し、それらに対応した老年期の支援のあり方を検討する。

III 事業の実施内容

1943年にカナーが世界で初めて自閉症の事例を報告し、9年後の1952年に驚いたえ子氏が日本で最初の事例（1945年生まれ、男児）を報告した。2012年現在、日本最初の事例が報告されてから60年、そして最初の事例の男児は67歳になる。以上のような状況から考えると、本事業の調査対象となる自閉症を中心とする発達障害の診断を受けた60歳を超えるケースは極めて少ないことが予想された。

先行調査研究については、1981年以降の厚生省心身障害研究班の高齢研究や、1987年の日本精神薄弱者愛護協会（当時）の「精神薄弱者の加齢の軌跡」があり、日本社会福祉弘済会助成事業として、1990年に大阪精神薄弱者愛護協会（当時）の「高齢精神薄弱者の処

遇に関する調査研究」、さらには 1991 年に岩崎正子氏（社会福祉法人 桃花塾）らによる「高齢精神遅滞者の生活援助システムの開発について」が実施されているが、いずれも知的障害者を対象としたものであり、発達障害者に関しての先行調査を見いだすことはできなかった。

五十嵐が学生時代の 1969 年頃に寄宿した滋賀県の知的障害者施設「一麦寮」や、1971 年から 18 年間勤務した日本最初の知的障害児者施設「滝乃川学園」に自閉症スペクトラムと思われる利用者が多数存在し、現在は 60 歳を超えていることが推測されること、さらには博愛病院院長の釘宮誠司氏（精神科医）の「高齢期にうつ症状等を訴えて来院した患者を診断すると、発達障害だったというケースがある」という情報から、本事業に応募することにした。

極めて短期間で事例を集計・分析・考察しなければならないことから、専門家チームは、大分県内の発達障害に関する専門性を有する大分県発達障がい者支援センター連絡協議会のメンバーや大分県発達障がい研究会の常任理事の中から、大分県自閉症協会会長の平野互氏、博愛病院院長の釘宮誠司氏、大分大学教育福祉科学部准教授の佐藤晋治氏、大分県発達障がい支援専門員の会会長の相本雄一郎氏、そして事務局で専門家チームを構成して、予備調査を実施し、調査項目や報告書の構成などの原案作り、調査シートの集計・分析・考察を実施した。

同じく、検討委員会についても発達障害に関する専門性を有すること、短期間に多くの事例を集めるという観点から、(社)日本自閉症協会会長の山崎晃資氏、全国自閉症者施設協議会の理事である星が丘寮施設長の中野伊知郎氏（北海道）、袖ヶ浦のびろ学園施設長の沼倉実氏（千葉県）、あさけ学園施設長の近藤裕彦氏（三重県）、あかりの家施設長の三原憲二氏（兵庫県）に専門家チームのメンバーを加えて、検討委員会を構成し、調査を実施するとともに、今回の調査を通して明らかになった課題について各検討委員がレポートを執筆し、座談会を行って、老年期発達障害者の現状と課題について検討した。

検討委員会調査シート（様式）

事例概要および集計・分析・考察

大分大学教育福祉科学部附属教育実践総合センター
佐藤晋治
大分大学大学院教育学研究科臨床心理学コース
亀井菜月・岸本由紀

検 討 委 員 会 調 査 シ ー ト

地 域	都道府県		市町村		
性 別	男	・	女	年 齢	歳
身 長	c m		体 重	k g	

検 討 委 員 会 評 定 シ ー ト

(省 略)

手帳の有無	有		無												
手帳の種別	知的障がい				精神障がい			身体障がい							
	A 1	A 2	B 1	B 2	1 級	2 級	3 級	1	2	3	4	5	6	7	8
住居	在宅 ・ 施設入所 ・ CH ・ GH ・ 入院														
入所時の 判定・診断															
家族構成															
生活歴 (通院歴・入院歴)															
ADL		できる	概ねできる	一部介助	概ね介助	全介助	備考								
	食 事	5	4	3	2	1									
	排 泄	5	4	3	2	1									
	着 脱	5	4	3	2	1									
	入 浴	5	4	3	2	1									
	移 動	5	4	3	2	1									
I ADL	買 物	5	4	3	2	1									
	洗 濯	5	4	3	2	1									
	電 話	5	4	3	2	1									
	薬管理	5	4	3	2	1									
	金銭管理	5	4	3	2	1									
	乗物利用	5	4	3	2	1									
収入の状況															
身体の状態	(高血圧・糖尿病・高脂血症・肥満・その他)														
感覚器について (目、耳など)															

精神状態	(鬱・睡眠障害・摂食障害・依存症※アルコール、薬物、ギャンブル・その他)
行動課題 (困り感)	
交友関係 及び 関係者	
生活環境	
一日の過ごし方 (学習・作業・ 余暇)	
福祉サービスの 利用状況 (成年 後見人を含む)	
今、本人が 困っていること、 不安なこと	
現在の生活の 満足度 生きがい	
必要な 福祉サービス及び 医療サービス (現状及びこれか ら必要とする サービス)	

事例概要および集計・分析・考察

大分大学教育福祉科学部附属教育実践総合センター

佐藤晋治

大分大学大学院教育学研究科臨床心理学コース

亀井菜月・岸本由紀

1. 事例概要

事業の内容および手法で示した手続きに従い、70人の事例が集まった。これらの事例を発達障害としての支援ニーズ（PDD, AD/HD, PDD+AD/HD）と知的障害の有無（MR 有り, 無し）によって群分けした。また、地域生活定着支援センターからの事例とそれ以外の事例では、生活状況や支援ニーズが相当異なることが予測されたため、これらの要因も考慮して発達障害としての支援ニーズ（PDD, AD/HD, PDD+AD/HD）×知的障害の有無（MR 有, 無）×（地域生活定着支援センターの事例, その他の事例）の12群に事例を分類した。**AD/HD × MR 有, PDD+AD/HD は、現行の診断基準では前者は MR, 後者は PDD（自閉性障害, もしくはアスペルガー障害）と診断されうるが、本調査においては、老年期の方で発達障害の診断がなされている事例は少ないという現状があるため、発達障害としての支援ニーズの有無や重複と知的障害の有無によって、生活の状況や支援ニーズがどうなのかを検討した。また、MR とは mental retardation（精神遅滞）の略であり、知的障害とは異なるが、知的障害（MR）と略すことがあること、知的障害の略語として一般的なものがないことから、本調査では知的障害を MR と略す。**

なお、発達障害の支援ニーズの分類基準は以下の通りであった。

PDD: 検討委員会調査シートにおける PARS（PARS 委員会, 2008）短縮版得点が8点以上の事例, もしくは PDD（自閉性障害, もしくはアスペルガー障害等）の診断がなされている事例。

AD/HD: 検討委員会調査シートにおける AD/HD 項目（釘宮, 2011）で8点以上の事例, もしくは AD/HD の診断がなされている事例。

PDD+AD/HD: 上記の基準をともに満たしている事例。

また、知的障害の有無に関しては、(1)知的障害, 精神遅滞等の診断のある事例, (2)知的障害手帳を取得している事例, (3)IQ70 以下の事例, のいずれかに該当しているものを知的障害有りとし, そうでない事例を知的障害無しとした。

その結果、発達障害としての支援ニーズを有しない10事例, 高次脳機能障害の診断がなされている1事例を除いた59事例が、本調査での対象事例となった。上記12群のうち、PDD (MR 有・地域) 群, PDD (MR 無・地域) 群, PDD+AD/HD (MR 無・地域) 群は該当する事例がいなかったため、本調査での分析は、残りの9群に関して行った。

表1 事例の概要

群	PDD			AD/HD			PDD+AD/HD			計		
	MR有	MR無	他	MR有	MR無	他	MR有	MR無	他			
	地域	地域	地域	地域	地域	地域	地域	地域	地域			
N	0	0	1	3	1	3	2	5	37	0	5	59
♂	0	2	0	1	3	1	3	1	5	24	0	44
♀	0	0	0	0	0	0	0	1	0	13	0	15
CA												
mean	71.5	79.0	69.0	67.7	68.0	62.2	63.9	72.0	65.6			
range	71-72	79	66-74	66-70	60-76	60-64	52-83	63-79	52-83			
身長												
mean	150.9	169.0	162.3	167.0	161.7	155.0	154.8	156.8	156.5			
Range	145-157	169	153-171	167	158-166	140-170	141-173	143-167	140-173			
体重												
mean	45.9	59.0	50.1	53.0	58.3	50.3	51.3	57.1	52.1			
range	41-50.7	59	46.4-53	53	51-70	42-57	36-78	37.5-72	36-78			
PARS												
mean	12.0	12.0	4.7	5.0	6.0	10.8	15.6	11.8	13.1			
range	11-13	12	2-7	5	4-7	8-15	8-26	8-14	2-26			
AD/HD												
mean	3.5	2.0	11.0	10.0	12.3	11.8	14.4	10.8	13.1			
range	3-4	2	8-15	10	9-17	11-13	8-23	8-16	2-23			

表1に事例の概要を示した。PDD (MR有・他) 群は、2人 (男1人, 女1人) の事例が該当した。平均CAは71.5歳 (range71-72), 平均身長は150.9cm (range145-157), 平均体重は45.9kg (range41-50.7), 平均PARS得点は12.0 (range11-13), 平均AD/HD得点は3.5 (range3-4) であった。

PDD (MR無・他) 群は、1人 (男性) の事例が該当した。この事例のCAは79歳, 身長は169cm, 体重は59kg, PARS得点は12, AD/HD得点は2であった。

AD/HD (MR有・地域) 群は、3人 (男3人, 女0人) の事例が該当した。平均CAは69.0歳 (range66-74), 平均身長は162.3cm (range153-171), 平均体重は50.1kg (range46.4-53), 平均PARS得点は4.7 (range2-7), 平均AD/HD得点は11.0 (range8-15) であった。

AD/HD (MR有・他) 群は、1人 (男性) の事例が該当した。この事例のCAは69歳, 身長は167cm, 体重は53kg, PARS得点は5, AD/HD得点は10であった。

AD/HD (MR無・地域) 群は、3人 (男3人, 女0人) の事例が該当した。平均CAは67.7歳 (range66-70), 平均身長は161.7cm (range158-166), 平均体重は58.3kg (range51-70), 平均PARS得点は6.0 (range4-7), 平均AD/HD得点は12.3 (range9-17) であった。

AD/HD (MR無・他) 群は、2人 (男1人, 女1人) の事例が該当した。平均CAは68.0歳 (range60-76), 平均身長は155.0cm (range140-170), 平均体重は58.5kg (range42-75), 平均PARS得点は5.0 (range4-6), 平均AD/HD得点は18.5 (range16-21) であった。

PDD+AD/HD (MR有・地域) 群は、5人 (男5人, 女0人) の事例が該当した。平均CAは62.2歳 (range60-64), 平均身長は159.8cm (range154-170), 平均体重は50.3kg (range42-57), 平均PARS得点は10.8 (range8-15), 平均AD/HD得点は11.8 (range11-13) であった。

PDD+AD/HD (MR有・他) 群は、37人 (男24人, 女13人) の事例が該当した。平均CAは63.9歳 (range52-83), 平均身長は154.8cm (range141-173), 平均体重は51.3kg (range36-78), 平均PARS得点は15.6 (range8-26), 平均AD/HD得点は14.4 (range8-23) であった。

PDD+AD/HD (MR無・他) 群は、5人 (男4人, 女1人) の事例が該当した。平均CAは72.0歳 (range63-79), 平均身長は156.8cm (range143-167), 平均体重は57.1kg (range37.5-72), 平均PARS得点は11.8 (range8-14), 平均AD/HD得点は10.8 (range8-16) であった。

全体の平均CAは65.6歳 (range52-83), 平均身長は156.5cm (range140-173), 平均体重は52.1g (range36-78), 平均PARS得点は13.1 (range2-26), 平均AD/HD得点は13.1 (range2-23) であった。

表2 事例の概要（手帳の所持人数と割合）

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR有 他	MR無 他	MR有 地域	MR無 他	MR無 地域	MR無 他	MR有 地域	MR無 他	MR無 他	
手帳 (%)	2 100.0	0 0.0	1 33.3	1 100.0	0 0.0	0 0.0	2 40.0	36 97.2	2 40.0	44 74.6
知的 (%)	2 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	34 91.9	0 0.0	37 62.7
精神 (%)	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	2 5.4	0 0.0	3 5.1
身体 (%)	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	5 13.5	2 40.0	9 15.3

※複数の障害種の手帳を所持しているものがあるため、各障害種の手帳所持人数の合計と、手帳の所持人数は一致しない群がある。また、割合の合計も100.0%とならない群がある。

表2に各群の手帳の所持人数とその割合を示した。

PDD（MR有・他）群は、2人（100.0%）とも手帳を所持していた。その内訳は、知的障害手帳2人（100.0%）であった。

PDD（MR無・他）群の1人は、手帳を所持していなかった。

AD/HD（MR有・地域）群は、3人中1人（33.3%）が手帳を所持していた。その内訳は、身体障害者手帳であり、この事例は直腸癌を患い、ストマを利用している。

AD/HD（MR有・他）群の1人（100.0%）は、知的障害手帳を所持していた。

AD/HD（MR無・地域）群は、3人とも手帳を所持していなかった（0.0%）。

AD/HD（MR無・他）群の2人も、手帳を所持していなかった（0.0%）。

PDD+AD/HD（MR有・地域）群は、5人中2人（40.0%）が手帳を所持していた。その内訳は、精神障害手帳1人（20.0%）、身体障害手帳1人（20.0%）であった。精神障害手帳を所持している事例は、現在精神科病院で入院治療中である。また、身体障害手帳を所持している事例は、右腕切断によるものである。

PDD+AD/HD（MR有・他）群は、37人中36人（97.2%）が手帳を所持していた。その内訳は、知的障害手帳34人（91.9%）、精神障害手帳2人（5.4%）、身体障害手帳5人（13.5%）であった。精神障害手帳を所持している2人のうち1人は、てんかん治療目的で精神科病院に入院しており、大動脈解離の危険性や膀胱瘻もあり、身体障害手帳も申請中の事例である。もう1事例は、知的障害に統合失調症を併発しており、投薬治療中であり、知的障害手帳と精神障害手帳を所持している。

身体障害手帳を所持している5事例のうち4事例は、知的障害手帳と身体障害手帳を所持している。残りの1事例は、嚥下と言語障害による身体障害手帳の所持である。

PDD+AD/HD（MR無・他）群は、5人中2人（40.0%）が手帳を所持しており、その内訳は身体障害手帳が2人（40.0%）であった。この2事例のうち1事例は、呼吸障害発症後は常に酸素療法が必要であり、現在は身体障害者療護施設に入所している。もう1事例は、脊髄損傷、両下肢の著しい機能障害により、現在は障害者支援施設に入所中である。

全体では、59人中44人(74.6%)が手帳を所持しており、その内訳は知的障害手帳37人(62.7%)、精神障害手帳3人(5.1%)、身体障害手帳9人(15.3%)であり、**老年期発達障害者の場合は知的障害や精神障害での手帳取得のみならず、身体機能の低下、損失、疾患等による身体障害手帳の取得により、支援サービスを受けている事例も存在することが示唆された。**

表3 事例の概要(居住形態)

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR有 他	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 地域	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 他	
在宅	0	1	2	0	1	1	1	0	3	9
(%)	0.0	100.0	66.7	0.0	33.3	50.0	20.0	0.0	60.0	15.3
施設 入所	2	0	1	1	0	1	0	36	2	43
(%)	100.0	0.0	33.3	100.0	0.0	50.0	0.0	97.3	40.0	72.9
CH	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	0.0	1.7
GH	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	20.0	0.0	0.0	3.4
入院	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0	0.0	0.0	3.4
服役 中	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	20.0	0.0	0.0	3.4

表3に各群の事例の居住形態別の人数とその割合を示した。

PDD(MR有・他)群(2人)は、施設入所2人(100.0%)であった。

PDD(MR無・他)群の1人は、在宅であった。

AD/HD(MR有・地域)群(3人)は、在宅2人(66.7%)、施設入所1人(33.3%)であった。

AD/HD(MR有・他)群の1人は、施設入所であった。

AD/HD(MR無・地域)群(3人)は、在宅1人(33.3%)、グループホーム1人(33.3%)、服役中1人(33.3%)であった。

AD/HD(MR無・他)群(2人)は、在宅が1人(50.0%)、施設入所が1人(50.0%)であった。

PDD+AD/HD(MR有・地域)群(5人)は、在宅1人(20.0%)、GH1人(20.0%)、入院中2人(40.0%)服役中1人(20.0%)であった。

PDD+AD/HD(MR有・他)群(37人)は、施設入所36人(97.3%)、ケアホーム1人(2.7%)であった。

PDD+AD/HD(MR無・他)群(5人)は、在宅3人(60.0%)、施設入所2人(40.0%)で

あった。

全体（59人）では、在宅9人（15.3%）、施設入所43人（72.9%）、CH1人（1.7%）、GH2人（3.4%）、入院中2人（3.4%）、服役中2人（3.4%）であった。**本調査の対象事例は在宅者が少なく、在宅の老年期発達障害者は福祉サービス、医療サービス等とつながることなく生活している可能性が考えられた。**

2. 事例集計・分析・考察

(1)ADL (Activities of Daily Living:日常生活動作)

表4 ADL得点

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR有 他	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 地域	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 他	
食事										
mean	3.5	4.0	5.0	5.0	4.0	3.5	4.4	3.9	4.6	4.0
range	3-4	4	5-5	5	2-5	3-4	3-5	2-5	4-5	1-5
排泄										
mean	2.5	4.0	4.7	5.0	4.3	2.5	4.4	3.6	3.4	3.7
range	1-4	4	4-5	5	3-5	1-4	3-5	2-5	1-5	1-5
着脱										
mean	3.5	4.0	5.0	5.0	5.0	2.5	4.4	3.8	3.8	3.9
range	3-4	4	5-5	5	5-5	1-4	3-5	1-5	1-5	1-5
入浴										
mean	2.5	4.0	5.0	5.0	5.0	2.5	4.2	2.8	3.8	3.3
range	2-3	4	5-5	5	5-5	1-4	3-5	1-5	1-5	1-5
移動										
mean	2.5	4.0	5.0	5.0	5.0	3.5	4.2	3.4	3.6	3.7
range	1-4	4	5-5	5	5-5	3-4	3-5	2-5	1-5	1-5
合計										
mean	14.5	20.0	24.7	25.0	23.3	14.5	21.6	17.4	19.2	18.6
range	10-19	20	24-25	25	20-25	9-20	15-25	10-25	9-25	9-25

表4に各群のADL(日常生活動作)得点の平均と範囲を示した。なお、ADL得点は、できる5点-概ねできる4点-一部介助3点-概ね介助2点-全介助1点とした。

PDD (MR有・他) 群 (2人) は、食事3.5 (range3-4) ,排泄2.5 (range1-4) ,着脱3.5 (range3-4) ,入浴2.5 (range2-3) ,移動2.5 (range1-4) ,合計14.5 (range10-19) であった。

PDD (MR無・他) 群 (1人) は、食事4.0, 排泄4.0, 着脱4.0, 入浴4.0, 移動4.0, 合計20.0であった。

AD/HD (MR 有・地域) 群 (3人) は, 食事 5.0 (range5-5), 排泄 4.7 (range4-5), 着脱 5.0 (range5-5), 入浴 5.0 (range5-5), 移動 5.0 (range5-5), 合計 24.7 (range24-25) であった。

AD/HD (MR 有・他) 群 (1人) は, 食事 5.0, 排泄 5.0, 着脱 5.0, 入浴 5.0, 移動 5.0, 合計 25.0 であった。

AD/HD (MR 無・地域) 群 (3人) は, 食事 4.0 (range2-5), 排泄 4.3 (range3-5), 着脱 5.0 (range5-5), 入浴 5.0 (range5-5), 移動 5.0 (range5-5), 合計 23.3 (range20-25) であった。

AD/HD (MR 無・他) 群 (2人) は, 食事 3.5 (range3-4), 排泄 2.5 (range1-4), 着脱 2.5 (range1-4), 入浴 2.5 (range1-4), 移動 3.5 (range3-4), 合計 14.5 (range9-20) であった。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群 (5人) は, 食事 4.4 (range3-5), 排泄 4.4 (range3-5), 着脱 4.4 (range3-5), 入浴 4.2 (range3-5), 移動 4.2 (range3-5), 合計 21.6 (range15-25) であった。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群 (37人) は, 食事 3.9 (range2-5), 排泄 3.6 (range2-5), 着脱 3.8 (range1-5), 入浴 2.8 (range1-5), 移動 3.4 (range2-5), 合計 17.4 (range10-25) であった。

PDD+AD/HD (MR 無・他) 群 (5人) は, 食事 4.6 (range4-5), 排泄 3.4 (range1-5), 着脱 3.8 (range1-5), 入浴 3.8 (range1-5), 移動 3.6 (range1-5), 合計 19.2 (range9-25) であった。

全体 (59人) では, 食事 4.0 (range1-5), 排泄 3.7 (range1-5), 着脱 3.9 (range1-5), 入浴 3.3 (range1-5), 移動 3.7 (range1-5), 合計 18.6 (range9-25) であり, **ADL 5項目に関しては, 個人差はあるものの「一部介助へおおむねできる」の状態であることが推察された。**

(2) IADL (Instrumental Activities of Daily Living:手段的日常生活動作 (日常生活関連動作))

表5 IADL 得点

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR有 他	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 地域	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 他	
買物										
mean	1.5	4.0	4.7	3.0	4.7	2.5	3.8	2.2	3.2	2.7
range	1-2	4	4-5	3	4-5	1-4	3-5	1-5	1-5	1-5
洗濯										
mean	2.0	4.0	4.7	4.0	4.7	2.5	3.8	1.8	3.6	2.5
range	1-3	4	4-5	4	4-5	1-4	3-5	1-5	1-5	1-5
電話										
mean	1.0	4.0	4.7	3.0	5.0	2.5	3.8	1.7	4.0	2.5
range	1-1	4	4-5	3	5-5	1-4	3-5	1-5	3-5	1-5
薬管理										
mean	1.0	4.0	4.7	3.0	5.0	2.5	3.2	1.3	3.3	2.1
range	1-1	4	4-5	3	5-5	1-4	1-5	1-3	1-5	1-5
金銭管理										
mean	1.0	4.0	3.7	3.0	4.0	1.0	3.0	1.4	3.4	2.0
range	1-1	4	3-5	3	3-5	1-1	2-4	1-4	2-5	1-5
乗物利用										
mean	1.0	4.0	4.3	3.0	4.7	2.5	3.6	1.5	3.2	2.2
range	1-1	4	3-5	3	4-5	1-4	3-5	1-4	1-5	1-5
合計										
mean	7.5	24.0	26.7	19.0	28.0	13.5	21.2	9.9	19.3	14.1
range	6-9	24	22-30	19	26-30	6-21	15-29	6-22	9-26	6-30

表5に各群のIADL(日常生活関連動作)得点の平均と範囲を示した。なお、ADL得点同様、できる5点-概ねできる4点-一部介助3点-概ね介助2点-全介助1点とした。

PDD(MR有・他)群(2人)は、買物1.5(range1-2),洗濯2.0(range1-3),電話1.0(range1-1),薬管理1.0(range1-1),金銭管理1.0(range1-1),乗物利用1.0(range1-1),合計7.5(range6-9)であった。

PDD(MR無・他)群(1人)は、買物4.0,洗濯4.0,電話4.0,薬管理4.0,金銭管理4.0,乗物利用4.0,合計24.0であった。

AD/HD(MR有・地域)群(3人)は、買物4.7(range4-5),洗濯4.7(range4-5),電話4.7(range4-5),薬管理4.7(range4-5),金銭管理3.7(range3-5),乗物利用4.3(range3-5),合計26.7(range22-30)であった。

AD/HD (MR 有・他) 群 (1人) は, 買物 3.0, 洗濯 4.0, 電話 3.0, 薬管理 3.0, 金銭管理 3.0, 乗物利用 3.0, 合計 19.0 であった。

AD/HD (MR 無・地域) 群 (3人) は, 買物 4.7 (range4-5), 洗濯 4.7 (range4-5), 電話 5.0 (range5-5), 薬管理 5.0 (range5-5), 金銭管理 4.0 (range3-5), 乗物利用 4.7 (range4-5), 合計 28.0 (range26-30) であった。

AD/HD (MR 無・他) 群 (2人) は, 買物 2.5 (range1-4), 洗濯 2.5 (range1-4), 電話 2.5 (range1-4), 薬管理 2.5 (range1-4), 金銭管理 1.0 (range1-1), 乗物利用 2.5 (range1-4), 合計 13.5 (range6-21) であった。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群 (5人) は, 買物 3.8 (range3-5), 洗濯 3.8 (range3-5), 電話 3.8 (range3-5), 薬管理 3.2 (range1-5), 金銭管理 3.0 (range2-4), 乗物利用 3.6 (range3-5), 合計 21.2 (range15-29) であった。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群 (37人) は, 買物 2.2 (range1-5), 洗濯 1.8 (range1-5), 電話 1.7 (range1-5), 薬管理 1.3 (range1-3), 金銭管理 1.4 (range1-4), 乗物利用 1.5 (range1-4), 合計 9.9 (range6-22) であった。

PDD+AD/HD (MR 無・他) 群 (5人) は, 買物 3.2 (range1-5), 洗濯 3.6 (range1-5), 電話 4.0 (range3-5), 薬管理 3.3 (range1-5), 金銭管理 3.4 (range2-5), 乗物利用 3.2 (range1-5), 合計 19.3 (range9-26) であった。

全体 (59人) では, 買物 2.7 (range1-5), 洗濯 2.5 (range1-5), 電話 2.5 (range1-5), 薬管理 2.1 (range1-5), 金銭管理 2.0 (range1-5), 乗物利用 2.2 (range1-5), 合計 14.1 (range6-30) であり, **ADL 得点に比べ, 低いことが示された。**PDD (MR 有・他) 群, AD/HD (MR 無・他) 群, PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では, IADL 6項目とも介助が必要な状態であり, PDD (MR 無・他) 群, AD/HD (MR 有・地域) 群, AD/HD (MR 無・地域) 群では, IADL 6項目に関してほぼ自立していることが示唆された。このような差異は, 居住形態の違いが影響していることが推察され, 居住形態の違いと IADL の自立の程度, 遂行機会の多寡との関連についてより詳細な検討が必要である。

(3)収入の状況

表6 収入の状況（人数と％）

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR有 他	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 地域	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 他	
障害 年金	1	0	0	1	0	0	0	26	1	29
(%)	50.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	70.3	20.0	49.2
他の 年金	1	0	1	0	2	1	1	11	2	19
(%)	50.0	0.0	33.3	0.0	66.7	50.0	20.0	29.7	40.0	32.2
生活 保護	0	0	2	0	2	0	3	2	0	9
(%)	0.0	0.0	66.7	0.0	66.7	0.0	60.0	5.4	0.0	15.3
事業 収入	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	20.0	3.4
その 他	0	1	0	0	0	1	0	1	2	5
(%)	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	2.7	40.0	8.5
収入 無	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	1.7

※収入源を複数有している事例があるため、収入の状況に関する人数の合計と、各群の人数は一致しない群がある。また、割合の合計も100.0%とならない群がある。

各群の収入状況を表6に示した。

PDD（MR有・他）群（2人）では、障害年金が1人（50.0%）、他の年金（「年金」のみと回答で詳細不明（以下同様））が1人（50.0%）であった。

PDD（MR無・他）群（1人）では、その他（未記入）1人（100.0%）であった。

AD/HD（MR有・地域）群（3人）では、他の年金（詳細不明）1人（33.3%）、生活保護2人（66.7%）であった。

AD/HD（MR有・他）群（1人）では、障害年金1人（100.0%）であった。

AD/HD（MR無・地域）群（3人）では、他の年金2人（66.7%）、生活保護2人（66.7%）であった。他の年金のうち、1人は厚生年金、もう1人は詳細不明であった。

AD/HD（MR無・他）群（2人）では、他の年金（詳細不明）1人（50.0%）、その他（未記入）1人（50.0%）であった。

PDD+AD/HD（MR有・地域）群（5人）では、他の年金（詳細不明）1人（20.0%）、生活保護3人（60.0%）、収入無し1人（20.0%）であった。

PDD+AD/HD(MR有・他)群(37人)では、障害年金26人(70.3%)、他の年金11人(29.7%)、生活保護2人(5.4%)、事業収入(不動産賃料)1人(2.7%)、その他(生活介護工賃)1人(2.7%)であった。他の年金11人の内訳は、遺族年金3人、詳細不明8人であった。

PDD+AD/HD(MR無・他)群(5人)では、障害年金1人(20.0%)、他の年金2人(40.0%)、事業収入(妻と会社経営)1人(20.0%)、その他(未記入)2人(40.0%)であった。他の年金2人の内訳は、老齢厚生年金1人、詳細不明1人であった。

全体(59人)では、障害年金29人(49.2%)、他の年金19人(32.2%)、生活保護9人(15.3%)、事業収入2人(3.4%)、その他5人(8.5%)、収入無し1人(1.7%)であり、**障害年金や他の年金によって生活しているものが多い。一方、地域生活定着支援センターの事例に関しては、生活保護を受けている事例が多いことが示された。**

(4) 身体の状態

表7 身体の状態に関する困りの数（平均と範囲）とその内訳（人数と％）

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR有 他	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 地域	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 他	
困り数										
mean	4.0	2.0	1.0	0.0	0.3	1.5	1.0	1.9	2.2	1.7
range	1-7	2	0-2	0	0-1	1-2	0-3	0-6	1-4	0-7
高血 圧	0	0	0	0	0	2	1	12	1	16
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	20.0	32.4	20.0	27.1
糖尿 病	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4
(%)	0.0	0.0	33.3	0.0	33.3	0.0	20.0	2.7	0.0	6.8
高脂 血症	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
(%)	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	0.0	3.4
肥満	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	0.0	1.7
その 他	1	1	2	0	0	1	2	28	4	39
(%)	50.0	100.0	66.7	0.0	0.0	50.0	40.0	75.7	80.0	66.1
困り 無	0	0	1	1	2	0	2	4	0	10
(%)	0.0	0.0	33.3	100.0	66.7	0.0	40.0	10.8	0.0	16.9

※身体の状態に関する困りを複数有している事例があるため、身体の状態の困りに関する人数の合計と、各群の人数は一致しない群がある。また、割合の合計も100.0%とならない群がある。

身体の状態に関して報告された困りの数（平均と範囲）とその内訳を表7に示した。

PDD (MR有・他) 群 (2人) では、困りの数4.0 (range1-7), 高脂血症1人 (50.0%), その他1人 (50.0%) であった。その他としては、白内障 (1人), 胃潰瘍 (1人), 側湾症 (1人), 水虫 (1人), 多発核 (1人), 中・外耳炎 (1人) があげられた。

PDD (MR無・他) 群 (1人) では、困りの数2.0, その他1人 (100.0%) であった。その他としては、左下肢静脈瘤 (1人), 睡眠時無呼吸症候群 (1人) があげられた。

AD/HD (MR有・地域) 群 (3人) では、困りの数1.0 (range0-2) 糖尿病1人 (33.3%), その他2人 (66.7%), 困り無し1人 (33.3%) であった。その他としては、脳梗塞 (1人), 直腸癌 (肺に転移) (1人) があげられた。

AD/HD (MR有・他) 群 (1人) では、困りの数0.0, 困り無し1人 (100.0%) であった。

AD/HD (MR 無・地域) 群 (3人) では、困りの数 0.3 (range0-1), 糖尿病 1人 (33.3%), 困り無し 2人 (66.7%) であった。

AD/HD (MR 無・他) 群 (2人) では、困りの数 1.5 (range1-2), 高血圧 2人 (100.0%), その他 1人 (50.0%) であった。その他としては、頻尿 (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群 (5人) では、困りの数 1.0 (range0-3), 高血圧 1人 (20.0%), 糖尿病 1人 (20.0%), その他 2人 (40.0%), 困り無し 2人 (40.0%) であった。その他としては、ハンチントン病 (1人), 肺結核 (1人), 痔 (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群 (37人) では、困り数 1.9 (range0-6), 高血圧 12人 (32.4%), 糖尿病 1人 (2.7%), 高脂血症 1人 (2.7%), 肥満 1人 (2.7%), その他 28人 (75.7%), 困り無し 4人 (10.8%) であった。その他としては、白内障 (5人), 便秘症 (4人), 前立腺肥大 (3人), 皮膚疾患 (2人), 白癬症 (2人), パーキンソン病 (2人), 膝関節変形 (2人), 義歯 (2人), 胃炎 (1人), 前立腺結石 (1人), 前・側頭葉委縮 (1人), 皮膚掻痒症 (1人), 肝機能障害 (1人), 慢性湿疹 (1人), 逆流性食道炎 (1人), 神経性胃炎 (1人), 鉄欠乏性貧血 (1人), 子宮筋腫 (1人), 脱肛 (1人), 大動脈解離 (1人), アレルギー性眼瞼炎 (1人), 膝炎 (1人), 心不全 (1人), 腎性貧血 (1人), 脂質異常症 (1人), 甲状腺機能低下症 (1人), 痔 (1人), 心臓ペースメーカー (1人), すい臓癌 (1人), 脳出血 (1人), 尿ドレンパック使用 (1人), 脂漏性湿疹 (1人), 水分摂取困難 (1人), 巨大結腸 (1人), 慢性的運動不足 (1人), 心臓疾患 (1人), 転倒しやすい (1人), 緑内障 (1人), 高度難聴 (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 無・他) 群 (5人) では、困り数 2.2 (range1-4), 高血圧 1人 (20.0%), その他 4人 (80.0%) であった。その他としては、呼吸障害 (1人), 腎臓に病気 (1人), 膀胱の問題 (1人), すり足・小刻み歩行 (1人), C型インターフェロン (1人), 右目失明 (1人), 狭心症 (1人), 坐骨神経痛 (1人), 白内障 (1人), 脊髄損傷 (1人) があげられた。

全体 (59人) では、困り数 1.7 (range0-7), 高血圧 16人 (27.1%), 糖尿病 4人 (6.8%), 高脂血症 2人 (3.4%), 肥満 1人 (1.7%), その他 39人 (66.1%), 困り無し 10人 (16.9%) であり、**83.1%の事例が身体の状態に関する何らかの困りを有している。そして、その困りは多岐にわたっていることが示された。**また、PDD (MR 有・他) 群, PDD (MR 無・他) 群, PDD+AD/HD (MR 無・他) 群では、**困りの数が 2 個以上であるのに対して、AD/HD (MR 有・他) 群, AD/HD (MR 無・地域) 群では困りの数が 1 未満であった。**PDD としての支援ニーズを有する事例に身体の状態の困りが多く、AD/HD としての支援ニーズを有するものにそれが少ないのか否かについては、**今後の検討が必要である。**

岩崎 (1994) は、精神薄弱者施設と老人ホームを利用する 50 歳以上の知的障害者を対象として、彼らの生活全般に関する調査を行っている。この調査では、何らかの理由で健康状態が思わしくない人は、精神薄弱者では 153 人中 112 人 (73.2%), 老人ホームでは 76 人中 53 人 (69.7%) であり、その内訳としては、精神薄弱者施設では、精神神経疾患、高血圧、心臓疾患、てんかん、胃腸疾患の順に多く、老人ホームでは、胃腸疾患、精神神経疾患、高血圧、脳卒中、てんかん (3-5 位は同率) の順に多かった。**岩崎 (1994) に比して本調査の事例は高齢であること、調査方法が異なっていることから単純な比較はできないが、老年期発達障害者は高齢知的障害者よりも、身体の状態に関する困りを有する事**

例の割合が多く、その内容が多岐にわたっている可能性が考えられた。

(5) 感覚器について (目, 耳など)

表8 感覚器に関する困り (人数と%)

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR有 他	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 地域	MR無 他	MR有 地域	MR有 他	MR無 他	
視覚	2	0	0	0	0	0	0	10	2	14
(%)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	27.0	40.0	23.7
聴覚	0	0	0	0	0	0	0	4	1	5
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.8	20.0	8.5
嗅覚	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
味覚	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
触覚	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
困り 無	0	1	3	1	3	2	4	26	3	43
(%)	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	80.0	70.3	60.0	72.9

※複数の感覚器に関する困りを有している事例がいるため、感覚器の困りに関する人数の合計と、各群の人数は一致しない群がある。また、割合の合計も 100.0% とならない群がある。

感覚器に関して報告された困りの人数と%を表8に示した。

PDD (MR有・他) 群 (2人) では、視覚2人 (100.0%) であった。

PDD (MR無・他) 群 (1人) では、困り無し1人 (100.0%) であった。

AD/HD (MR有・地域) 群 (3人) では、困り無し3人 (100.0%) であった。

AD/HD (MR有・他) 群 (1人) では、困り無し1人 (100.0%) であった。

AD/HD (MR無・地域) 群 (3人) では、困り無し3人 (100.0%) であった。

AD/HD (MR無・他) 群 (2人) では、困り無し2人 (100.0%) であった。

PDD+AD/HD (MR有・地域) 群 (5人) では、困り無し4人 (80.0%), 未記入1人 (20.0%) であった。

PDD+AD/HD (MR有・他) 群 (37人) では、視覚10人 (27.0%), 聴覚4人 (10.8%), 困り無し26人 (70.3%) であった。

PDD+AD/HD (MR無・他) 群 (5人) では、視覚2人 (40.0%), 聴覚1人 (20.0%), 困り無し3人 (60.0%) であった。

全体 (59人) では、視覚14人 (23.7%), 聴覚5人 (8.5%) 困り無し43人 (72.9%) であり、**身体の状態とは対照的に困り無しのものが多かった。また困りを有している事例**

も視覚や聴覚に関するもので、これらは、全て PDD の事例だった。このような結果と感覚の過敏性との関連については、今後検討が必要である。

(6) 精神状態

表 9 精神状態に関する困りの数（平均と範囲）とその内訳（人数と％）

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR 有 他	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他	MR 無 地域	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他	MR 無 他	
困り数										
mean	0.0	1.0	0.7	1.0	1.3	3.5	1.2	1.5	1.2	1.4
range	0-0	1	0-1	1	1-2	2-5	1-2	0-6	0-2	0-6
うつ	0	1	0	0	0	1	0	0	2	4
(%)	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	40.0	6.8
睡眠 障害	0	0	0	0	0	1	0	5	1	7
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	13.5	20.0	11.9
摂食 障害	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.1	0.0	5.1
依存 症	0	0	2	0	3	1	2	0	1	9
(%)	0.0	0.0	66.7	0.0	100.0	50.0	40.0	0.0	20.0	15.3
その 他	0	0	0	1	1	2	4	32	2	42
(%)	0.0	0.0	0.0	100.0	33.3	100.0	80.0	86.5	40.0	71.2
困り 無	2	0	1	0	0	0	0	5	1	9
(%)	100.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	13.5	20.0	15.3

※ 複数の精神状態に関する困りを有している事例がいるため、精神状態の困りに関する人数の合計と、各群の人数は一致しない群がある。また、割合の合計も 100.0% とならない群がある。

※ 本調査での依存症とは、アルコール、薬物、ギャンブルに関するものである。

精神状態に関して報告された困りの数（平均と範囲）とその内訳（人数と％）を表 9 に示した。

PDD (MR 有・他) 群 (2 人) では、困りの数 0.0 (range 0-0), 困り無し 2 人 (100.0%) であった。

PDD (MR 無・他) 群 (1 人) では、困りの数 1.0, うつ 1 人 (100.0%) であった。

AD/HD (MR 有・地域) 群 (3 人) では、困りの数 0.7 (range 0-1), 依存症 2 人 (66.7%),

困り無し1人(33.3%)であった。

AD/HD(MR有・他)群(1人)では、困りの数1.0,その他1人(100.0%)であった。その他としては、認知症(1人)があげられた。

AD/HD(MR無・地域)群(3人)では、困りの数1.3(range1-2),依存症3人(100.0%),1人(33.3%)であった。その他としては、女好き(1人)があげられた。

AD/HD(MR無・他)群(2人)では、困りの数3.5(range2-5),うつ1人(50.0%),睡眠障害1人(50.0%),依存症1人(50.0%),その他2人(100.0%)であった。その他としては、妻への暴力(1人),暴言・暴力(1人),女性への興味(1人),多動(1人)があげられた。

PDD+AD/HD(MR有・地域)群(5人)では、困りの数1.2(range1-2),依存症2人(40.0%),その他4人(80.0%)であった。その他としては、妄想(2人),統合失調症(1人),収集癖(1人)があげられた。

PDD+AD/HD(MR有・他)群(37人)では、困りの数1.5(range0-6),睡眠障害5人(13.5%),摂食障害3人(8.1%),その他32人(86.5%),困り無し5人(13.5%)であった。その他としては、てんかん(6人),統合失調症(4人),大声(3人),他者に害を及ぼす(3人),独語(2人),パニック(2人),意に反し声をあげる(1人),声あげ(1人),独語の声が大き(1人),行動障害(1人),不安・多動(1人),暴力(1人),粗暴行為(1人),癩癩(1人),固執行動(1人),強いこだわり(1人),こだわり(1人),衣服の重ね着(1人),突然笑い泣き(1人),自傷(1人),自傷行為(1人),不適切行動(1人),適応障害(1人),他害(1人),急に飛び跳ねる(1人),他者との関係拒否(1人),我慢が出来ない(1人),認知症(1人),自発性が乏しい(1人),反社会性人格障害(1人),破壊行為(1人),嬉時奇声(1人),幻覚(1人)があげられた。

PDD+AD/HD(MR無・他)群(5人)では、困りの数1.2(range0-2),うつ2人(40.0%),睡眠障害1人(20.0%),依存症1人(20.0%),その他2人(40.0%),困り無し1人(20.0%)であった。その他としては、意見に耳を傾けない(1人),不安・イライラ(1人)があげられた。

全体(59人)では、困りの数1.4(range0-6),うつ4人(6.8%),睡眠障害7人(11.9%),摂食障害3人(5.1%),依存症9人(15.3%),その他42人(71.2%),困り無し9人(15.3%)であり、**全事例の85%程度は精神状態に関する何らかの困りを抱えていることが示され、その内容は多岐にわたっていた。また、依存症に関しては、9事例すべてが、AD/HDの支援ニーズを有する事例で、うち7事例は地域生活定着支援センターからの事例であった。AD/HDの事例が依存症を生じる過程に影響を及ぼすAD/HD特性や個体要因、環境要因については、今後検討が必要である。**

(7) 通院, 入院状況

表 10 通院, 入院数 (平均と範囲) とその内訳 (人数と%)

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR 有 他	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他	MR 無 地域	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他	MR 無 他	
通院, 入院数										
mean	3.0	3.0	0.7	1.0	0.3	2.5	1.2	1.9	2.2	1.8
range	1-5	3	0-1	1	0-1	2-3	0-3	0-5	1-3	0-5
眼科	1	0	0	0	0	1	0	7	1	10
(%)	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	18.9	20.0	16.9
泌尿 器科	0	0	0	0	0	1	0	6	1	8
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	16.2	20.0	13.6
内科	2	1	2	0	1	2	2	20	3	33
(%)	100.0	100.0	66.7	0.0	33.3	100.0	40.0	54.1	60.0	55.9
精神 科	0	1	0	0	0	1	3	14	1	20
(%)	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	60.0	37.8	20.0	33.9
整形 外科	1	0	0	1	0	0	0	4	3	9
(%)	50.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	10.8	60.0	15.3
脳神 経外 科	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.4	0.0	3.4
心臓 血管 外科	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	20.0	3.4
その 他	2	1	0	0	0	0	1	16	1	21
(%)	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	43.2	20.0	35.6
なし	0	0	1	0	2	0	1	1	0	5
(%)	0.0	0.0	33.3	0.0	66.7	0.0	20.0	2.7	0.0	8.5

※複数の科に通院, 入院している事例があるため, 通院, 入院数の合計と, 各群の人数は一致しない群がある。また, 割合の合計も 100.0% とならない群がある。

報告された通院, 入院数 (平均と範囲) とその内訳 (人数と%) を表 10 に示した。

PDD (MR 有・他) 群では, 平均通院, 入院数は 3.0 (range1-5) であり, その内訳は, 眼

科 1 人 (20.0%), 内科 2 人 (100.0%), 整形外科 1 人 (50.0%), その他 2 人 (100.0%) であった。その他は, 肛門科 (1 人), 皮膚科 (1 人) であった。

PDD (MR 無・他) 群では, 平均通院, 入院数は 3.0 (range3) であり, その内訳は, 内科 1 人 (100.0%), 精神科 1 人 (100.0%), その他 1 人 (100.0%) であった。その他は, 呼吸器科 (1 人) であった。

AD/HD (MR 有・地域) 群では, 平均通院, 入院数は 0.7 (range0-1) であり, その内訳は, 内科 2 人 (66.7%), 通院, 入院なし 1 人 (33.3%) であった。

AD/HD (MR 有・他) 群では, 平均通院, 入院数は 1.0 (range1) であり, その内訳は, 整形外科 1 人 (100.0%) であった。

AD/HD (MR 無・地域) 群では, 平均通院, 入院数は 0.3 (range0-1) であり, その内訳は, 内科 1 人 (33.3%), 通院, 入院なし 2 人 (66.7%) であった。

AD/HD (MR 無・他) 群では, 平均通院, 入院数は, 2.5 (range2-3) であり, その内訳は, 眼科 1 人 (50.0%), 泌尿器科 1 人 (50.0%), 内科 2 人 (100.0%), 精神科 1 人 (50.0%) であった。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群では, 平均通院, 入院数は 1.2 (range0-3) であり, その内訳は, 内科 2 人 (40.0%), 精神科 3 人 (60.0%), その他 1 人 (20.0%), 通院, 入院なし 1 人 (20.0%) であった。その他は, 肛門科 1 人であった。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では, 平均通院, 入院数は 1.9 (range0-5) であり, その内訳は, 眼科 7 人 (18.9%), 泌尿器科 6 人 (16.2%), 内科 20 人 (54.1%), 精神科 14 人 (37.8%), 整形外科 4 人 (10.8%), 脳神経外科 2 人 (5.4%), 心臓血管外科 1 人 (2.7%), その他 16 人 (43.2%), 通院, 入院なし 1 人 (2.7%) であった。その他は, 皮膚科 (8 人), 消化器科 (2 人), 歯科 (2 人), 婦人科 (1 人), 肛門科 (1 人), 呼吸器科 (1 人), 耳鼻科 (1 人) であった。

PDD+AD/HD (MR 無・他) 群では, 平均通院, 入院数は, 2.2 (range1-3) であり, その内訳は, 眼科 1 人 (20.0%), 泌尿器科 1 人 (20.0%), 内科 3 人 (60.0%), 精神科 1 人 (20.0%), 整形外科 3 人 (60.0%), 心臓血管外科 1 人 (20.0%), その他 1 人 (20.0%) であった。その他は, 呼吸器科 1 人であった。

全体では, 平均, 通院数は 1.8 (range0-5) であり, その内訳は, 眼科 10 人 (16.9%), 泌尿器科 8 人 (13.6%), 内科 33 人 (55.9%), 精神科 20 人 (33.9%), 整形外科 9 人 (15.3%), 脳神経外科 2 人 (3.4%), 心臓血管外科 2 人 (3.4%), その他 21 人 (35.6%), 通院, 入院なし 5 人 (8.5%) であった。**平均通院, 入院数でみた場合, 全体の平均と比べ, 地域生活定着支援センターの群 (AD/HD (MR 有・地域) 群, AD/HD (MR 無・地域) 群, PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群,) の平均は, いずれも少なく, 適切な医療的ケアを受けられずにいる可能性が考えられた。**

(8)行動課題 (困り感)

表 11 行動課題に関する困りの数 (平均と範囲)

群	PDD		AD/HD			PDD+AD/HD			全体	
	MR 有 他	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他	MR 無 地域	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他		MR 無 他
mean	2.0	2.0	2.0	2.0	2.3	0.5	2.4	2.0	2.2	2.1
range	2-2	2	1-3	2	1-4	0-1	1-4	0-4	2-3	0-4

表 11 に行動課題に関して報告された困りの数の平均と範囲を示した。PDD (MR 有・他) 群は 2.0 (range2-2), PDD (MR 無・他) 群は 2.0 (range2), AD/HD (MR 有・地域) 群は 2.0 (range1-3), AD/HD (MR 有・他) 群は 2.0 (range2), AD/HD (MR 無・地域) 群は 2.3 (range1-4), AD/HD (MR 無・他) 群は 0.5 (range0-1), PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群は 2.4 (range1-4), PDD+AD/HD (MR 有・他) 群は 2.0 (range0-4), PDD+AD/HD (MR 無・他) 群は 2.2 (range2-3), 全体の平均は 2.1 (range0-4) であった。**AD/HD (MR 無・他) 群が 0.5 の他は、どの群の事例も 2 個程度の行動課題を抱えている。**

内訳としては、PDD (MR 有・他) 群では、気に入らないことがあると他者を害する (1 人), パニック (1 人), 尿失禁 (1 人), 便いじり (1 人) があげられた。

PDD (MR 無・他) 群では、将来への不安 (1 人), 心身の不調 (1 人) があげられた。

AD/HD (MR 有・地域) 群では、アルコール好き (1 人), ギャンブル好き (1 人), 金銭管理能力に乏しい (1 人), 物忘れ (1 人), 会話で同じことを繰り返す (1 人), 再犯への配慮 (1 人) があげられた。

AD/HD (MR 有・他) 群では、認知症からくる夜間徘徊行動 (1 人), 排便の失敗 (1 人) があげられた。

AD/HD (MR 無・地域) 群では、ギャンブル好き (1 人), 化粧をする (1 人 (男性)), 金をすぐに使う (1 人), 金をすぐに借りる (1 人), 弱者に強く, お金をせびる (1 人), 日頃は大人しいが酒を飲むと暴れる (1 人), 地域では有名なトラブルメーカー (1 人) があげられた。

AD/HD (MR 無・他) 群では、他者との関わり, 距離感がわからない (1 人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群では、持病からくる妄想や今後想定される人格変化 (1 人), アルコールへの依存 (1 人), アルコール好き (1 人), ストーカー行為 (1 人), 収集癖 (空き缶) (1 人), 突発的な行動 (1 人), 理解力が乏しい (1 人), ストレスが強まると独語が多くなり, 徘徊行動 (1 人), 環境変化への対応が難しい (1 人), 金銭トラブル (1 人), 人に流されやすい (1 人), 自由を好み, 型にはめようとするトラブル (1 人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では、集団行動苦手 (2 人), 自傷 (2 人), 発語不明瞭でコミュニケーション不通 (2 人), 入院の際に納得いかず医師とトラブル (1 人), 糖尿病による食事制限が理解できず拒否 (1 人), 水分摂取の際, 拒否する (1 人), 多飲傾向, 飲

みすぎによる尿失禁（1人）、トイレに自発的にかず失禁（1人）、本人の意思と職員とのコミュニケーション不通（1人）、難聴（1人）、自分本位な行動が多く、協調性に欠ける（1人）、思いこみが強い（1人）、自分の行動への指摘や断りに対して詰め寄る（1人）、間違いを指摘され奇声、ウロウロ（1人）、円を描いた徘徊（1人）、思い通りにならないと暴力行為（1人）、他の利用者と職員の話話を近くで聞いている（1人）、他人のお世話をしすぎる（1人）、他者の意見を聞かず頑固なこと（1人）、他者との関係、活動を拒否することがある（1人）、他者が外出すると我慢出来ない（1人）、セーブ、我慢が出来ない（1人）、融通が利かず他者とトラブル（1人）、他の利用者とのトラブルや他害（1人）、他の利用者に対して高圧的に関わりトラブル（1人）、要求が通らないと不穏になり周囲の利用者とトラブル（1人）、施設内でもトラブルメーカー（1人）、自己主張が通らないと職員に威嚇、暴力（1人）、他者への暴言（1人）、すぐに警察、役所、裁判所へ行く（1人）、気に入った男性へのストーカー行為（1人）、衛生面への意識が低く、不潔（1人）、便器内の水で手や顔を洗おうとする（1人）、基本的な生活習慣定着しない（1人）、会話の理解度低いが、理解出来ているような行動（1人）、ある程度の会話は出来るが理解力低い（1人）、意味が理解出来ず自発的行動少（1人）、職員からの促しが必要（1人）、疲れやすい（年齢的な衰え）（1人）、体力の低下（1人）、階段の昇降が出来ない（1人）、自発的な運動少なく運動不足（1人）、器物破損（1人）、暴言や粗暴行為（1人）、衣服の重ね着（1人）、他人の服を持ってきてしまう（1人）、耳から入った言葉をすぐ口にする（1人）、施設内の弟の様子が気になる（1人）、睡眠時間が短い（1人）、睡眠時間が短く睡眠不足（1人）、安定した睡眠確保できず（1人）、速い摂食ペースによる誤飲、異食（1人）、異食行為（胸部レントゲンでペンなど）（1人）、アルコール消毒の飲用（1人）、昼夜逆転で深夜に活動（1人）、自分の主張が通らないと動かない（1人）、便いじり（1人）、勤務表の整合性が気になり、チェックが厳しい（1人）、ゴミ集め、トイレの手拭きを小さくちぎり部屋一杯にする（職員が片づけるとパニックになる）（1人）、衣類、寝具へのこだわり（1人）、衣類へのこだわり（1人）、こだわりがひどく日課にのれない（特に屋外の活動）（1人）、日課への参加が難しい（1人）、こだわりが強く自分のやり方を押し通そうとする（1人）、気に入らないことがあると物を投げる（1人）、気に入らないことがあると手で床を激しく叩く（1人）、情緒にムラがある（過鎮静状態では全介助必要。興奮時は突然怒り、多動、多弁、眠らない）（1人）、一度興奮すると落ち着くまで時間がかかる（1人）、急に跳びはねたり、しつこく握手を求めたりする（1人）、盗癖（1人）、畑の野菜、食べ残しのパン、友人の食事を盗食（1人）、偏食及び他の人の食べ物をとってしまう（1人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR無・他）群では、心身故障（2人）、責められる、非難されることを回避（1人）、職場での人間関係（特に男性職員）（1人）、呼吸障害で身体がきつく離床拒否、人間関係希薄に（1人）、時間単位のスケジュール化によりそれ以外は拒否（1人）、夜間不眠（1人）、身体機能の低下（1人）、抑うつ気分（1人）、問題行動のあった方に非難、罵声など言葉の暴力（1人）、注意散漫で人の話を聞こうとしない（1人）があげられた。

抱えている行動課題の内容は多岐にわたることが示されたが、おおよそ(1)MRに起因するもの（例えば、便いじり、異食など）、(2)PDDの支援ニーズとしてあげられるもの（例えば、こだわり、コミュニケーション不通）、(3)二次障害としての行動障害としてあげら

れるもの（ストーカー、アルコール好きなど）、(4)加齢に伴う身体機能の低下によるもの（例えば、階段の昇降ができない、体力の低下など）、などに分類できると考えられた。

(9) 交友関係及び関係者

表 12 交友関係及び関係者としてあげられた数（平均と範囲）

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD		全体	
	MR 有 他	MR 無 他	MR 有 地域	MR 無 他	MR 無 地域	MR 無 他	MR 有 地域	MR 無 他		
mean	1.0	1.0	1.3	1.0	0.7	0.5	0.6	1.0	1.2	1.0
range	0-2	1	1-2	1	0-1	0-1	0-2	0-2	1-2	0-2

表 12 に交友関係及び関係者としてあげられた数の平均と範囲を示した。例えば、「家族」と報告された場合は、その人数ではなく 1 とカウントしたため、算出された結果は人数ではないことに留意されたい。

PDD (MR 有・他) 群は 1.0 (range0-2), PDD (MR 無・他) 群は 1.0 (range1), AD/HD (MR 有・地域) 群は 1.3 (range1-2), AD/HD (MR 有・他) 群は 1.0 (range1), AD/HD (MR 無・地域) 群は 0.7 (range0-1), AD/HD (MR 無・他) 群は 0.5 (range0-1), PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群は 0.6 (range0-2), PDD+AD/HD (MR 有・他) 群は 1.0 (range0-2), PDD+AD/HD (MR 無・他) 群は 1.2 (range1-2), 全体の平均は 1.0 (range0-2) であった。以上より、どの群の事例もきわめて限定された交友関係及び関係者との交流のもとで生活していることが示された。

内訳としては、PDD (MR 有・他) 群では、施設職員 (1 人), 同室の人 (1 人) があげられた。

PDD (MR 無・他) 群では、家族 (1 人) があげられた。

AD/HD (MR 有・地域) 群では、老人ホームやデイサービスの利用者 (1 人), 福祉職員 (1 人), あんしんサポートの職員 (1 人), 地域包括支援センターの職員 (1 人) があげられていた。

AD/HD (MR 有・他) 群では、施設職員 (1 人) があげられた。

AD/HD (MR 無・地域) 群では、若干の友人 (1 人), 服役中 (1 人) があげられた。

AD/HD (MR 無・他) 群では、他者との関わり、距離感がわからない (1 人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群では、家族 (1 人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では、施設職員 (10 人), 施設内の兄弟 (4 人), 施設職員(表情を緩める程度) (1 人), 話しかければ笑顔で返答(一定の社会性) (1 人), 職員も必要な部分のみ声かけ (1 人), 施設職員(一方的), 施設職員(スムーズに伝えられない) (1 人), 施設職員(アピールする) (1 人), 職員と徐々に関係ができてきている (1 人), あんしんサポートの職員 (1 人), 福祉関係職員 (1 人), 精神科の職員 (1 人), 施設利用者, 職員(積極的に関わる) (1 人), よく話す利用者(1 人), 長年一緒の利用者 (1 人), 他

利用者や職員からの関わりは拒まず（1人）、職員、利用者に一方的で過干渉（1人）、気のあった施設利用者には話しかける（1人）、他の利用者に対して高圧的（1人）、家族（1人）、家族や弟（1人）、両親（一方的）（1人）、姉夫婦（1人）、実家にいる姉（1人）、扶養義務者（実姉）（1人）、姉（1人）、妹（1人）、義姉（1人）、兄（1人）、「駅長」と呼んでくれる人物など特定の人（1人）、手織りの講師（1人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR無・他）群では、時々会う友人（1人）、施設職員（やや自己中心的）（1人）、家族（1人）、散歩仲間（1人）、ゴルフ仲間（1人）、特定の知的、聴覚障害のある女性の世話（1人）があげられた。

(10)生活環境

PDD（MR有・他）群では、障害者支援施設（1人）、障害者支援施設（集団生活）（1人）があげられた。

PDD（MR無・他）群では、妻と二人暮らし（1人）があげられた。

AD/HD（MR有・地域）群では、アパート生活（2人）、アパート生活有料老人ホーム（1人）があげられた。

AD/HD（MR有・他）群では、施設生活（1人）があげられた。

AD/HD（MR無・地域）群では、下宿生活（1人）、服役中（1人）、所在不明（1人）があげられた。

AD/HD（MR無・他）群では、妻と長男の3人暮らし（1人）、施設生活（1人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR有・地域）群では、精神科病院に入院中（2人）、入院治療中（1人）、服役中（1人）、アパート生活（1人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR有・他）群では、障害者支援施設（ゆとりある日課で規則正しい生活。介護支援の共存したサポート）（5人）、障害者支援施設（少人数のユニット。基本的生活習慣困難）（2人）、障害者支援施設（少人数のユニット）（1人）、障害者支援施設（2人部屋）（1人）、障害者支援施設（11人部屋）（1人）、障害者支援施設（生活介護の利用）（1人）、障害者支援施設（在宅復帰予定（姉の希望））（1人）、障害者支援施設（8人）、知的障害者更生施設（3人部屋）（2人）、知的障害者更生施設（4人部屋）（1人）、知的障害者更生施設（2人部屋）（2人）、知的障害者施設（介護度の高い入居者の棟へ移動予定）（1人）、知的障害者更生施設（2人）、救護施設（2人部屋）（1人）、救護施設（1人）、知的障害者のケアホーム（自立訓練事業所通所）（1人）、施設生活（5人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR無・他）群では、農業（1人）、独居（1人）、家族と同居（1人）、障害者支援施設（4人部屋。呼吸障害により離床拒否。離床拒否から廃用症候群）（1人）、障害者支援施設（1人）があげられた。

MR有りの事例は施設（障害者支援施設や救護施設）での生活を送っている事例が多いことが示された。

(11)一日の過ごし方（学習・作業・余暇）

PDD（MR有・他）群では、午前中は園芸、午後は入浴、休日は散歩やおやつが楽しみ（1人）、午前中は日中活動を行う、午後は寮にて散歩、入浴（1人）があげられた。

PDD (MR 無・他) 群では、家で過ごす (1人) があげられた。

AD/HD (MR 有・地域) 群では、デイサービスでの活動 (1人)、散歩(午前, 午後) (1人) のんびり過ごす (1人) があげられた。

AD/HD (MR 有・他) 群では、施設の日課を拒否することが多く、テレビにこだわる (1人) があげられた。

AD/HD (MR 無・地域) 群では、フラフラと過ごしている (1人)、刑務所内の活動 (1人)、所在不明 (1人) があげられた。

AD/HD (MR 無・他) 群では、仕事の意欲わかず、自宅で過ごす (1人)、施設の日課、徘徊、興味があるものを触る (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群では、精神科病院に入院中 (2人)、入院治療中 (1人)、刑務所内の活動 (1人)、彼女とすごしたり、通所の作業所での作業をしたり (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では、施設の日課 (4人)、作業活動(紙のリサイクル作業)、休日は小グループでの外出や音楽 (3人)、午前中は屋外環境整備、午後はビデオ観賞やカラオケ、音楽聴いたり、テレビを見たりする (2人)、隔日マッサージ、日中活動で体操や創作活動、午後はビデオ観賞やカラオケ (1人)、日中居眠りが増えている、日中活動はぬり絵 (1人)、カラオケ、ゲームなどに参加、ビデオ観賞も参加する (1人)、午前中は日中活動で陶芸に参加、午後は入浴、おやつ、テレビを見る、休日は園内散歩やティータイム参加 (1人)、日中は軽作業、余暇は地図や時刻表を見て楽しむ (1人)、軽作業 (1人)、刺激要因を取り除き1人で過ごす (学習や作業は参加せず) (1人)、弟を探しまわり1人で過ごす、施設活動では散歩のみ参加 (1人)、委託作業グループでの作業 (1人)、受注の袋詰めなどの軽作業、季節行事や家庭菜園、休日はテレビ、音楽鑑賞、外出など (1人)、施設内作業やクラブ活動 (1人)、ケアホームでは共同生活、余暇は音楽や散歩、自立訓練事業所の地域生活支援訓練 (1人)、施設内作業 (1人)、日中活動で創作や体操、外出、掃除、余暇はぬり絵や漢字練習、テレビ観賞 (1人)、午前は歩行や掃除、午後は入浴、余暇にノートに文字らしいもの記す (1人)、調理実習、マット編みなど日中活動、余暇はテレビ観賞など (1人) 居室や廊下で無為に過ごす、それなりに施設生活は営める (1人)、施設での集団生活、日課にやや遅れがち、午前は歩行や衣類整理、午後は創作 (1人)、日中活動に参加するが主体性はない、自分の興味がある活動も現在ない、活動自体を拒否することもある (1人)、集団の中にいるが気に入った活動のみ参加、午前中はレク、スポーツ、午後は、ぬり絵や入浴 (1人)、平日は陶芸、生花などの施設活動に参加、休日は新聞やテレビを見る、礼拝に行く (1人)、施設の寮内で過ごし、時折ドライブに参加、体調不良により活動への参加は減少、周囲の様子を見て日課を理解 (1人)、自室やリビングの決まった場所で過ごす、紙ちぎり(切る、丸める感覚が好き)や音楽鑑賞、集団活動は静かに座って参加、周りを見て理解 (1人)、施設の日課には参加せず、自室でテレビを見て過ごす、軽スポーツ (1人)、施設の日課には参加せず、自室で紙をちぎって過ごす (1人)、歩行や足のもも上げ等のリハビリの訓練 (1人)、1人で居室で過ごしている時間が多い、居室で音楽鑑賞や平仮名の書き取りの個別支援 (1人)、午前中は作業、午後は入浴やテレビ観賞をしている (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 無・他) 群では、業務などをして過ごす (1人)、ベッドの上で日常の殆

どを過ごす、入浴の際は入浴までに時間を要す（1人）、農作業、読書（1人）、朝は散歩、以後は自宅でテレビを見たりして過ごす（1人）、午前中は作業、午後は入浴やテレビ観賞、特定の女性とお茶を飲んだり、談話したりする（主に世話）、外出は園よりの送迎支援による（1人）があげられた。

MR 有りの事例は施設の日課に沿った一日の過ごし方をしている事例が多いが、それに適応良好なものそうでないものが見られた。また、施設での過ごし方に関しては、作業や余暇などに関する具体的な報告が見られたが、それ以外の事例については、一日の過ごし方の具体的な報告が見られず、今後より詳細な調査が必要である。

(12) 福祉サービスの利用状況（成年後見人を含む）

表 13 福祉サービスの利用数（平均と範囲）

群	PDD		AD/HD				PDD+AD/HD			全体
	MR 有 他	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他	MR 無 地域	MR 無 他	MR 有 地域	MR 有 他	MR 無 他	
mean	1.5	0.0	2.3	1.0	1.3	0.5	1.4	1.4	0.6	1.3
range	1-2	0	1-4	1	0-2	0-1	1-3	1-2	0-2	0-4

表 13 に福祉サービス利用数の平均と範囲を示した。PDD (MR 有・他) 群は 1.5 (range1-2)、PDD (MR 無・他) 群は 0.0 (range0)、AD/HD (MR 有・地域) 群は 2.3 (range1-4)、AD/HD (MR 有・他) 群は 1.0 (range1)、AD/HD (MR 無・地域) 群は 1.3 (range0-2)、AD/HD (MR 無・他) 群は 0.5 (range0-1)、PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群は 1.4 (range1-3)、PDD+AD/HD (MR 有・他) 群は 1.4 (range1-2)、PDD+AD/HD (MR 無・他) 群は 0.6 (range0-2)、全体の平均は 1.3 (range0-4) であった。

その内訳として、PDD (MR 有・他) 群では、施設入所利用（2人）、成年後見人申請中（1人）があげられた。

AD/HD (MR 有・地域) 群では、生活保護（2人）、デイサービス（1人）、ヘルパー利用（1人）、地域包括支援センター（1人）、あんしんサポートセンター（1人）、週3回の配食サービス（1人）があげられた。

AD/HD (MR 有・他) 群では、施設利用（1人）があげられた。

AD/HD (MR 無・地域) 群では、生活保護（2人）、あんしんサポートセンター（1人）、ヘルパー利用（1人）があげられた。

AD/HD (MR 無・他) 群では、施設利用（1人）があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群では、生活保護（3人）、地域生活定着センターの支援（2人）、あんしんサポートセンター（1人）、通所の作業所（1人）があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では、施設入所利用（30人）、施設支援事業（5人）、成年後見人検討中（8人）、成年後見人利用（2人）、成年後見人利用(弟)（1人）、成年後見人委託（1人）、共同生活介護事業所入居（1人）、自立訓練事業所通所（1人）、生活介護利用（1人）があげられた。

PDD+AD/HD (MR 無・他) 群では、施設入所利用 (2人)、生活介護利用 (1人) があげられた。

以上より、施設入所の MR 有りの事例は、検討中のものも含めて、成年後見人の利用が多く見られた。

(13) 今、本人が困っていること、不安なこと

PDD (MR 有・他) 群では、あげられたものはなかった。

PDD (MR 無・他) 群では、心身の不調 (1人)、将来への不安 (1人) があげられた。

AD/HD (MR 有・地域) 群では、服役前まで住んでいた市営住宅の家賃を滞納していること (1人)、お風呂の利用 (1人)、ストマの管理 (1人)、趣味である釣りがしたい (1人) があげられた。

AD/HD (MR 有・他) 群では、作業参加等が嫌な様子だが、大きな困りはない (1人) があげられた。

AD/HD (MR 無・地域) 群では、「過去にお付き合いのあった怪しい人たちから追われているので逃げないといけない」と話す (1人)、お金を自由に使えない (1人)、退所後は施設で暮らしたい (1人) があげられた。

AD/HD (MR 無・他) 群では、パチンコ依存 (1人)、金銭管理困難 (1人)、行動を注意されると不機嫌 (1人)、不穏興奮 (1人)、妻への暴力を認める時期と自室への引きこもりの時期 (1人)、夜間不眠 (1人)、就労意欲の喪失 (1人)、行動を注意、制止され叱責を受ける (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群では、不明 (2人)、アルコール依存 (1人)、野球観戦ができない (1人)、女性と仲よくなりたいが難しいこと (1人)、地元に戻りたい (1人)、娘と生活がしたい (1人)、特になし (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では、不明 (5人)、医療的ケア (3人)、個室利用 (3人)、意味の理解が困難 (1人)、融通がきかずトラブル (1人)、急な予定変更があると混乱 (1人)、注意や制限が多い (1人)、食べたい物を制限される (1人)、病気と言われて通院や食事制限をされること (1人)、嗜好品の提供の減少 (1人)、家族(兄弟)と連絡をとりたいたいが拒否的 (1人)、弟がいなくなることが不安 (1人)、キーパーソンがいない (1人)、家に帰りたい (1人)、自分は元気だから早く自宅での生活がしたい (1人)、施設を退所し自由な生活がしたい (1人)、両親が高齢、病弱で帰宅困難 (1人)、地域移行(CH入居)がいつできるか (1人)、ケアホームに入所できるか否か (1人)、個室を望んでいる様子も見られる (1人)、居室でゆっくりしたい様子 (1人)、自由に外出したい (1人)、自由に買い物がしたい (1人)、一人で買い物に行きたい (1人)、尿パックからの尿漏れ (1人)、てんかん発作があり、散歩での遠出に不安 (1人)、体調を崩し、体重減少、無理に活動したくない (1人)、運動不足、不安定な睡眠の状況が続いている (1人)、便秘 (1人)、常に不安を抱え、常時看護師との面談で落ち着く (1人)、他の人が怒っている声が嫌い (1人)、暗い所が苦手(就寝時テレビや音楽で落ち着く) (1人)、集団行動が苦手 (1人)、特になし (1人) があげられた。

PDD+AD/HD (MR 無・他) 群では、経営している会社の社員が長続きしない (1人)、自身の健康について (1人)、将来が未決定のため、今後の心配、不安が強い (1人)、東

縛られる生活を嫌い、自由が欲しいと思っている反面、一人でいると不安が強くなるため、長男宅への同居を望んでいるが拒否されている（1人）、同室者がテレビを見る時にイヤホンをしていないこと（1人）、便秘になりやすいので心配である（1人）があげられた。

以上より(1)体調管理に関すること（例えば、病気と言われて通院や食事制限されること、尿パックからの尿漏れなど）、(2)生活環境に関すること（例えば、同室者がテレビを見るときにイヤホンをしていないこと、ケアホームに入所できるか否か）、(3)家族との関係に関すること（例えば、家族と連絡を取りたいが拒否的、両親が高齢、病弱で帰宅困難など）が多くあげられた。

(14)現在の生活の満足度、生きがい

PDD (MR 有・他) 群では、赤い車が好きで、道路を眺め車を見る（1人）、散歩や行事（1人）があげられた。

PDD (MR 無・他) 群では、将来への不安が強い（1人）があげられた。

AD/HD (MR 有・地域) 群では、不明（2人）、満足（1人）があげられた。

AD/HD (MR 有・他) 群では、GH 生活を経験し施設生活の物足りなさ（1人）があげられた。

AD/HD (MR 無・地域) 群では、3人とも不明であった。

AD/HD (MR 無・他) 群では、現在は“なぜうまくいかないんだ”と考える（1人）があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群では、不明（2人）、出所すること（1人）、治療優先（1人）、彼女がいて満足（1人）があげられた。

PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では、不明（5人）、分かりやすい日課、活動の提示があって満足な生活可能（3人）兄弟との会話（2人）、帰省、旅行などの外出（2人）、外出活動で出かけること（3人）、買い物や旅行を除き日中活動拒否（1人）、意味の理解が困難（1人）、月1回帰省し、自宅でゆっくり過ごす（1人）、両親宅への帰宅（1人）、家族(姉)の面会を心待ちにし、その際は喫茶などを楽しむ（1人）、家族との面会（1人）、実姉との面会（1人）、家族とのつながりを大事にしている(面会や帰宅、手紙)（1人）、帰省、面会が楽しみにしている（1人）、義姉との面会、帰省（1人）、義姉の面会を楽しみにしている（1人）、弟が側で生活していること（1人）、好きなスタッフがいると嬉しい（1人）、ケアホームへの体験入居を楽しみにしている（1人）、居室の変更や帰宅を訴えるが叶わず落ち込むこともない（1人）、1人部屋を希望（1人）、1人で過ごす時間の確保（1人）、1人で思いに耽ること（1人）、スポーツ、レクは楽しい(H23年度障害者卓球で金メダル)（1人）、相撲、陶芸、新聞が好き（1人）、ぬり絵は自分で気に入っており、熱心に行う（1人）、地図や時刻表を見ている時（1人）、ラジカセを聴くこと（1人）、自室で音楽を聴きながら紙ちぎりやコーヒーを飲んでいる時（1人）、掃除が好きで思いつくと自主的に行う（1人）、クラシックコンサートには笑顔で参加（1人）、行事、生活については嫌いではない様子（1人）、外での歩行や外出など施設の行事が楽しみ（1人）、外出、外泊（1人）、将来への不安（1人）、作業が生活の主軸（1人）、施設内作業にやりがい（1人）、工賃でタバコを購入（1人）、食事、コーヒー、お菓子（1人）、食事（1人）、食事の時間が楽しみ、廊下に座りのんびりとしている（1人）、飲食が楽しみ、自販機利用やパ

ンの移動販売を利用（1人）、特にない（1人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR 無・他）群では、満足ではないが現施設を離れることは望まず（1人）、支援員からの助言を煩わしく感じている（1人）、緩慢で埒らないことを指摘されると不機嫌（1人）、同居を拒否されている（1人）、今の生活に不満はない（1人）、現在、自治会の会長をしている（1人）があげられた。

以上より、MR 有りの事例では、(1)家族との面会や帰宅、(2)外出、(3)趣味、娯楽を楽しんでいる事例が多く見られた。一方で、特にない、意味の理解が困難といった事例に関しては、これらの事例が理解できる形での活動等の選択機会と、それへの対応といった形で、彼らの現在の生活の満足度、生きがいを両者のコミュニケーション行動の実現といった観点から改善していく必要がある。また、MR 有りの事例では現実生活の困難さを訴える事例がみられる一方で、MR 無しの事例では、将来への不安や地域生活のうまくいかなさを訴えるものがみられた。

(15) 必要な福祉サービス及び医療サービス（現状およびこれから必要とするサービス）

表 14 必要な福祉サービス及び医療サービスの数（平均と範囲）

群	PDD		AD/HD			PDD+AD/HD		全体		
	MR 有 他	MR 無 他	MR 有 地域	MR 無 他	MR 無 地域	MR 有 地域	MR 無 他			
必要な福祉サービスおよび医療サービスの数										
mean	1.5	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.6	1.4	0.8	1.5
range	1-2	1	1-3	2	1-3	1-1	2-3	0-3	0-1	0-3
福祉サービスの利用数（表 13 を再掲）										
mean	1.5	0.0	2.3	1.0	1.3	0.5	1.4	1.4	0.6	1.3
range	1-2	0	1-4	1	0-2	0-1	1-3	1-2	0-2	0-4

表 14 に交友関係及び関係者としてあげられた数の平均と範囲を示した。PDD（MR 有・他）群は 1.5（range1-2）、PDD（MR 無・他）群は 1.0（range1）、AD/HD（MR 有・地域）群は 2.0（range1-3）、AD/HD（MR 有・他）群は 2.0（range2）、AD/HD（MR 無・地域）群は 2.0（range1-3）、AD/HD（MR 無・他）群は 1.0（range1-1）、PDD+AD/HD（MR 有・地域）群は 2.6（range2-3）、PDD+AD/HD（MR 有・他）群は 1.4（range0-3）、PDD+AD/HD（MR 無・他）群は 0.8（range0-1）、全体の平均は 1.5（range0-3）であった。

必要な福祉及び医療サービスの数と福祉サービスの利用数と比べると、AD/HD（MR 有・地域）群では前者の方が少なく、PDD（MR 有・他）群、PDD+AD/HD（MR 有・他）群では両者が同一であり、その他の群では、必要な福祉及び医療サービスの方が多く、支援ニーズが十分に満たされていないことが示唆される。特に PDD（MR 無・他）群、AD/HD（MR 有・他）群、PDD+AD/HD（MR 有・地域）群では、福祉サービスの利用数に比べ、必要な福祉及び医療サービスの数が 1 以上大きくなっている。

なお各群における必要な福祉サービス及び医療サービスの内訳は以下の通りであった。

PDD（MR 有・他）群では、成年後見制度（1人）、疾病への治療（1人）、視覚障害者に

適した施設（１人）があげられた。

PDD（MR 無・他）群では、精神科外来通院（１人）があげられた。

AD/HD（MR 有・地域）群では、医療的ケア（３人）、金銭管理（１人）、訪問看護（１人）、日中活動の場の提供（１人）があげられた。

AD/HD（MR 有・他）群では、高齢者施設への入所（１人）、CHの利用（１人）があげられた。

AD/HD（MR 無・地域）群では、本人の意向を尊重しながら福祉サービスにつなげる（１人）、警察の見回り（１人）、日中活動の場の提供（１人）、ヘルパー利用（１人）、施設入所（１人）、訪問看護（１人）があげられた。

AD/HD（MR 無・他）群では、精神科外来通院（２人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR 有・地域）群では、金銭管理（２人）、医療的ケア（２人）、地域の更生保護施設を利用し、社会復帰につなげていく（１人）、ハンチントン病の専門医につなぎ医療的ケアの継続（１人）、持病からくる妄想や人格変化について精神科へ（１人）、一人暮らしには課題も多く、地域のGHやCHを利用できれば（１人）、療育手帳を所得し、障害者福祉サービスの利用（１人）、本人の希望である地元へ帰られるように配慮したい（１人）、ヘルパー利用（１人）、救護施設の利用（１人）、生活リズムの構築として、日中の作業の確保（１人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR 有・他）群では、成年後見制度（７人）、高齢者施設の利用（６人）、医療的ケア（４人）、発達障害を理解した医療的ケアの整った施設（３人）、介護保険施設（３人）、CHの利用（３人）、現在のサービスを継続（２人）、暮らしの場での医療（１人）、兄２人とともに地域の受け入れ先（１人）、医療サービスの整った施設を探す（１人）、老人ホーム（１人）、障害者手帳取得、本人に見合う施設探し（１人）、今後、病気になった時に支援してくれる人（１人）、年金請求手続き（１人）、在宅生活もしくは他法施設への移行（１人）、健康管理のため医療スタッフと連携（１人）、医療機関との連携（１人）、糖尿病の自己管理が困難であり身体の管理（１人）、ペースメーカー装着や高血圧から医療的ケア（１人）、精神科の服薬継続も必要（１人）、福祉サービスを利用し、父（96歳）、姉夫婦の負担軽減（１人）、ケアホーム等の地域生活（保護者の強い拒否）（１人）、社会生活に向けた具体的な活動（１人）、自宅での生活を実現させるためのサービス（１人）、体調急変時に対応してくれる医療機関、医療サービス（１人）、身体能力の低下により介護サービスの必要性（２人）、生活介護サービスの継続（１人）、本人の落ち着ける環境作り（１人）があげられた。

PDD+AD/HD（MR 無・他）群では、現在のサービスを継続（１人）、精神科外来通院（２人）、体力的に無理になれば特別養護老人ホーム利用を希望（１人）があげられた。

以上より、**老年期発達障害者に必要な福祉サービス及び医療サービスとしてあげられたものは、(1)成年後見制度、(2)医療的ケア（例えば、体調急変時に対応してくれる医療機関、医療サービス、精神科の服薬継続など）、(3)高齢者としての支援に関すること（例えば、高齢者施設の利用、福祉サービスを利用し、父（96歳）、姉夫婦の負担軽減など）、(4)発達障害者への支援に関すること（発達障害を理解した医療的ケアの整った施設）などがあげられた。**しかし、これらサービスを新たに導入する場合には、**発達障害者の支援ニーズとしての環境変化への弱さに十分配慮した上で行うことが必要である。**

3. まとめと提言、および今後の課題

(1) 老年期発達障害者の場合は知的障害や精神障害での手帳取得のみならず、身体機能の低下、損失、疾患等による身体障害手帳の取得により、支援サービスを受けている事例も存在することが示唆されたことから、老年期身体障害者への支援に従事する者は、発達障害に関する知識や支援技術の向上が必要である。

(2) 在宅の老年期発達障害者であっても、本調査の結果に示されたように様々な支援ニーズを有しているにも関わらず、本調査で在宅の事例数が少なかったことから、これらの人々は福祉サービス、医療サービス等とつながることなく生活している可能性が考えられた。しかし、退職、家族との別れなど、何らかの生活環境の変化がきっかけで彼らの支援ニーズが急激に顕在化する可能性があることは常に念頭に置くべきである。

(3) PDD (MR 有・他) 群, AD/HD (MR 無・他) 群, PDD+AD/HD (MR 有・他) 群では, IADL 6 項目とも介助が必要な状態であり, PDD (MR 無・他) 群, AD/HD (MR 有・地域) 群, AD/HD (MR 無・地域) 群では, IADL 6 項目に関してほぼ自立していることが示唆された。このような差異は, 居住形態の違いが影響していることが推察され, 居住形態の違いと IADL の自立の程度, 遂行機会の多寡との関連についてより詳細な検討が必要である。

(4) PDD としての支援ニーズを有する事例に身体の状態の困りが多く, AD/HD としての支援ニーズを有するものにそれが少ないのか否かについては, 今後の検討が必要である。

(5) 身体の状態とは対照的に困り無しのものが多かった。また困りを有している事例も視覚や聴覚に関するもので, これらは, 全て PDD の事例であり, 感覚の過敏性との関連については, 今後検討が必要である。

(6) 身体の状態同様, 全事例の 85% 程度は精神状態に関する何らかの困りを抱えていることが示され, その内容は多岐にわたっていた。また, 依存症に関しては, 9 事例すべてが, AD/HD の支援ニーズを有する事例で, うち 7 事例は地域生活定着支援センターからの事例であった。AD/HD の事例が依存症を生じる過程に影響を及ぼす AD/HD 特性や個体要因, 環境要因については, 今後検討が必要である。また, 地域生活定着支援センターにおいては, ①AD/HD と依存症を念頭に置いた支援プログラムを準備する必要がある。②また AD/HD のある人の依存症予防プログラムとして, イライラしたときや不安になったとき, 落ち込んだときの対処スキルの獲得, 適切な余暇スキルの拡大などを実施する必要がある。③さらに, 平均通院, 入院数でみた場合, 全体の平均と比べ, 地域生活定着支援センターの群 (AD/HD (MR 有・地域) 群, AD/HD (MR 無・地域) 群, PDD+AD/HD (MR 有・地域) 群,) の平均は, いずれも少なく, 適切な医療的ケアを受けられずにいる可能性が考えられたため, 医療と連携した支援を充実させる必要がある。

(7) 老年期発達障害者が抱えている行動課題の内容は多岐にわたることが示されたが, おお

よそ①MRに起因するもの（例えば、便いじり、異食など）、②PDDの支援ニーズとしてあげられるもの（例えば、こだわり、コミュニケーション不通）、③二次障害としての行動障害としてあげられるもの（ストーカー、アルコール好きなど）、④加齢に伴う身体機能の低下によるもの（例えば、階段の昇降ができない、体力の低下など）、などに分類できると考えられた。

(8) 老年期発達障害者は、どの群の事例もきわめて限定された交友関係及び関係者との交流のもとで生活していることが示された。中でも、MR有りの事例は施設（障害者支援施設や救護施設）での生活を送っている事例が多いことが示された。

(9) MR有りの事例は施設の日課に沿った一日の過ごし方をしている事例が多いが、それに適応良好なものとはそうでないものが見られた。また、施設での過ごし方に関しては、作業や余暇などに関する具体的な報告が見られたが、それ以外の事例については、一日の過ごし方の具体的な報告が見られず、今後より詳細な調査が必要である。

(10) 施設入所のMR有りの事例は、検討中のものも含めて、成年後見人の利用が多く見られた。しかし、中には家族との関係が良好でない事例、家族が高齢の事例もあり、成年後見人の利用においても発達障害に関する理解啓発とともにすすめていく必要がある。

(11) 本人の困りとしては、①体調管理に関すること（例えば、病気と言われて通院や食事制限されること、尿パックからの尿漏れなど）、②生活環境に関すること（例えば、同室者がテレビを見るときにイヤホンをしないこと、ケアホームに入所できるか否か）、③家族との関係に関すること（例えば、家族と連絡を取りたいが拒否的、両親が高齢、病弱で帰宅困難など）が多くあげられた。

(12) 本人の生きがい、満足度としては、MR有りの事例では、(1)家族との面会や帰宅、(2)外出、(3)趣味、娯楽を楽しんでいる事例が多く見られた。一方で、特になし、意味の理解が困難といった事例に関しては、これらの事例が理解できる形での活動等の選択機会の提供と、事例が選択した活動等への手応えの随伴といった形で、彼らの現在の生活の満足度、生きがいを当事者-支援者相互のコミュニケーション行動の実現といった観点から改善していく必要がある。また、MR有りの事例では現実生活の困難さを訴える事例がみられる一方で、MR無しの事例では、将来への不安や地域生活のうまくいかなさを訴えるものがみられた。

(13) 必要な福祉及び医療サービスの数と福祉サービスの利用数と比べると、AD/HD（MR有・地域）群では前者の方が少なく、PDD（MR有・他）群、PDD+AD/HD（MR有・他）群では両者が同一であり、その他の群では、必要な福祉及び医療サービスの方が多く、支援ニーズが十分に満たされていないことが示唆される。特にPDD（MR無・他）群、AD/HD（MR有・他）群、PDD+AD/HD（MR有・地域）群では、福祉サービスの利用数に比べ、必要な福祉及び医療サービスの数が1以上大きくなっている。また、老年期発達障害者に必要な福祉サービ

ス及び医療サービスとしてあげられたものは、①成年後見制度、②医療的ケア（例えば、体調急変時に対応してくれる医療機関、医療サービス、精神科の服薬継続など）、③高齢者としての支援に関する事（例えば、高齢者施設の利用、福祉サービスを利用し、父(96歳)、姉夫婦の負担軽減など）、④発達障害者への支援に関する事（発達障害を理解した医療的ケアの整った施設）などがあげられた。しかし、これらサービスを新たに導入する場合には、発達障害者の支援ニーズとしての環境変化への弱さに十分配慮した上で行うことが必要である。

付記

本調査の事例分析・考察にあたっては、本事業検討委員会、および専門家チーム会議において、委員の先生方より貴重なご意見を頂戴した。記して謝意を申し上げる。

文献

- 岩崎正子（1994） 第5章知的障害をもつ高齢の人のQOLをめざして。三谷嘉明編著，発達障害をもつ高齢者とQOL-21世紀の福祉をめざして-，明治図書，84-106.
- 釘宮誠司（2011） 発達3兄弟の謎-君は天才・秀才・冒険家？-。医療法人謙誠会博愛病院。
- PARS 委員会（2008） PARS 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度。スペクトラム出版社。

検討委員会レポート

- ・ 知的障害者を対照群とした比較研究について
中野伊知郎（星が丘寮・北海道）
- ・ 東京の入所施設調査の概況報告
沼倉 実（袖ヶ浦のびろ学園・千葉県）
- ・ 日本で最初に女性で自閉症の診断を受けた方の生活や支援の取り組み
近藤 裕彦（あさけ学園・三重県）
- ・ 救護施設における発達障害について
三原 憲二（あかりの家・兵庫県）
- ・ 地域生活定着支援センターにおける発達障がいについて
相本雄一郎（大分県発達障がい者支援専門員の会）
- ・ 老年期発達障害者（60歳以上）の現状と今後の対応についての意見
釘宮 誠司（博愛こども成育医療センター・大分県）
- ・ 本調査に対する意見および評価について
山崎 晃資（社）日本自閉症協会

知的障害者を対照群とした比較研究について

星が丘寮 施設長 中野伊知郎（北海道）

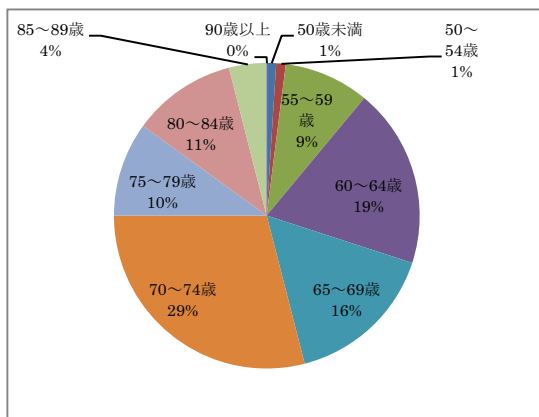
《はじめに》

「老年期発達障害者（60歳以上）への障害福祉サービス提供の現状とニーズ把握に関する調査」に当たり、知的障害者の中には、一定数の発達障害者がいることを想定した。そこで、事前調査として、入所支援事業所7カ所とケアホーム43カ所を統括している3つのサポートセンター、通所型施設3カ所、発達障害支援センター1カ所、診療所2カ所へ事前のアンケートを実施している。その結果、全事業所より回答があり、内、入所支援事業所1カ所より、60歳以上の発達障害者（自閉症タイプ）と思われる利用者が入所しているということがわかった。そこで、調査用紙を配布し、記述してもらった後、直接関わっている支援者から聞き取り調査を行っている。そのなかで、「知的障害の高齢者」と「知的障害を伴う発達障害の高齢者」の違いについて考察し、また、「知的障害を伴う発達障害の高齢者」における生活上の困難さについて明らかにしていく。

《調査を実施した施設概要》

今回、「知的障害を伴う発達障害の高齢者」が入所している事業所は、主たる障害を「知的障害」とした障害者支援施設である。定員は80名で開設当初より高齢期の支援を想定した入所施設である。平成51年に開設し、今年で34年が経過している。現在の平均年齢は70歳に達しており、最少年齢は50歳、最高齢は89歳である。年齢構成は（表-1）で示したとおり、70歳～74歳の割合がもっとも多い。80歳以上の割合は15%である。

年齢階層（表-1）



H22 最少年齢と最高年齢（表-2）

	男	女	合計
最少年齢	58	50	50
最高年齢	88	89	89
平均年齢	70,69歳	72,03歳	71,31歳

平均年齢の推移（表-3）

	S51	S55	S60	H2	H7	H12	H17	H21	H22
男性				56	60	62	67	68	69
女性				58	60	65	68	70	70
全体	45	49	53	57	60	63	67	69	71

障害程度区分と要介護認定（表-4）

障害程度区分	人数	要介護度	人数
区分1	0	要支援1・2	2
区分2	0	要介護1	11
区分3	0	要介護2	7
区分4	21	要介護3	13
区分5	37	要介護4	9
区分6	22	要介護5	2
平均区分	5	合計	44

*介護保険要介護認定は、新体系以降直前の数字

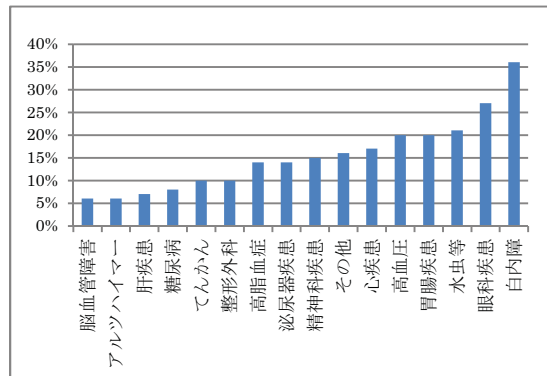
介護ニーズは、表-4 で示すように、障害程度区分は平均5であるとともに、要介護認定における要介護度は3以上が半数以上となっている。

また、外部通院数は年間 1000 件を超えており、内部（法人診療所）通院を含めると、平成 21 年度は 4000 件以上である。（表-5）一日の平均通院者数は 3. 8 人となる。また、疾病における状況では、白内障が一番多く、眼科疾病を含めると 60%（表-6）を超えている。

外部通院の推移（表-5）

	17年	18年	19年	20年	21年	22年
通院	1,549	1,266	1,172	992	1,099	1,139

疾病の状況（表-6）



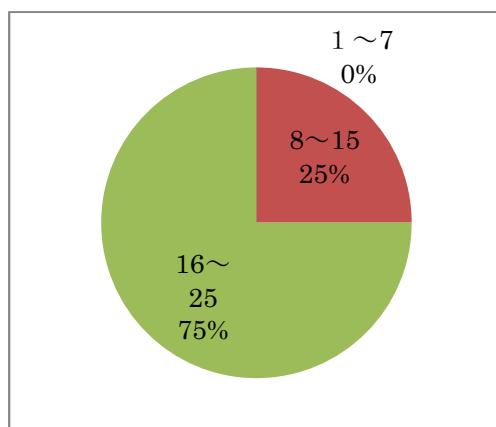
この障害者支援施設における高齢化の問題として、次の点が上げられている。①加齢に伴う心身低下をカバーする施設環境、施設の不備②介護ニーズの増大と介護の専門訓練を受けていない職員による介護提供（介護福祉士が基本資格になっていない）③認知症状の発現や医療ニーズ、疾病罹患率の増大に対する対応④高齢期に見合った生活リズム、テンポを受け入れること。などが示されている。

《PARSにおける評価について》

高齢の障害者支援施設の中に、8ケースの「知的障害を伴う発達障害の高齢者」がいることが明らかになった。その対照群に対して聞き取り調査を行っている。聞き取りを行っていく中で、3ケースにおいては、診断を受ける際に、自閉症を示唆（診断名はつけられていない）されたケースである。残りの5ケースにおいては、診断の段階では発達障害を疑われることのないケースである。そこで、一つの疑問として、「5ケースは果たして、発達障害かどうか？」といった点であった。そこで、8ケースにおいて「PARS」縮小版の評価を実施している。

今回の調査では、発達障害の確定診断を受けている人がほとんどいないということを想定し、一定の基準として「PARS」縮小版を使用している。上記の8ケースの利用者に対する評価の結果、最低点が9点、最高点が22点とかなりの開きはあるが、すべてにおいてPDDが疑われる点数を示している。平均は16点であった。（表-7）

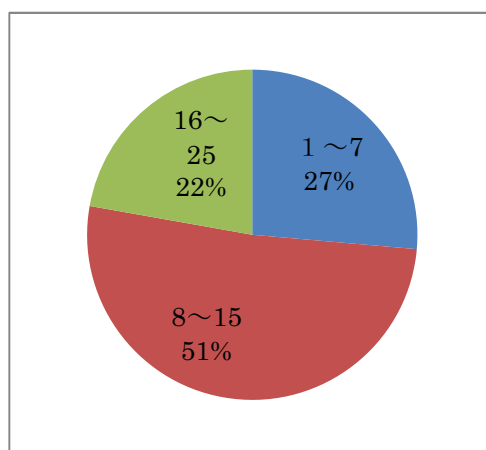
知的障害伴う発達障害の高齢者「PARS」評価（表-7）



一方、「知的障害の高齢者」においては、最低点が1点、最高点は21点となっている。平均は11点であった。（表-8）

「知的障害の高齢者」の約70%以上がPDDを疑われることとなる。

知的障害の高齢者「PARS」評価（表-8）



これは、単に発達障害の困難さだけでなく、知的障害における意思疎通の難さや、適応能力の弱さ、身体低下に伴う行動の制限、意欲低下などが点数として反映されている事が考えられる。

そこで、「知的障害を伴う発達障害の高齢者」と「知的障害の高齢者」の違いについてさらに考察する。

《知的障害の高齢者と知的障害を伴う発達障害の高齢者の違いについて》

事前調査の段階でこの8ケースの名前が挙げられた理由について、『評価はあくまでも目安であり、「知的障害の高齢者」と「知的障害を伴う発達障害の高齢者」は一言で言うと支援における印象が違っている』ということであった。この印象の違いについては次のように述べられている。①職員や他の利用者に対して積極的に関わることがない。出来れば一人でいたい。②今までの生活スタイルに対して頑ななまでにこだわる。柔軟さがない。臨機応変が出来ない。③活動に対する意味を説明しても理解できない。聞いているのか聞いていないのかもわからない。名前を呼ぶと返事はする。④突然大声を上げたり、頻繁に徘徊がある。⑤思い通りにいかないと他の利用者を叩く。などがあげられている。さらに、この8ケースの生育歴について聞き取りを行うが、資料がほとんどなく、幼年期、青年期におけるエピソードを聞き取ることは出来なかった。しかし、施設の入所理由を聞き取ると、社会性の問題から在宅での限界があったことが伺える。「支援における印象の違い」は自閉症スペクトラムにおける特性によって説明することが出来ることが、一つのポイントとなっている。

《現在の本人像》

1. 聞き取りより：性格的には温厚で人なつっこく見える反面、頑固な面がある。一通りの身の回りのことは出来るが、雑であり、スキルの獲得が出来ていない。そのため、職員の介入が必要である。指示や説明などを理解することが出来ず、思いこみで行動することが多い。そうでないことを説明されても受け入れない。また、本人が親切心で行っていることでも、他者への過干渉に繋がることもあり、本人の思いこみで相手を無理矢理行動させようとすることや、人との関わりにおいて時には暴力行為に及んでしまいトラブルとなることもある。
2. 一通りの身の回りのことは本人なりに行うことが出来るが、全般的に雑になりがち。そのため、職員の介助や一部介助が必要である。食事に関する拘りがあり、パンを手でこねてからでないと食べることをしない。本人の思いこみが強く、自分でこうしようと思ったことや間違っていることを指摘されると落ち着きがなくなり、奇声を上げ耳をふさいでウロウロする。話を聞き入れず、正しいと言い返すことがある。四肢に麻痺や拘縮などは見られないが、筋力低下のため、歩行、移動、移乗の際などに、介助を要することがある。

上記のように、自閉症と思われるタイプに共通している事として、これまでの自分自身の生活スタイルを変えられることに大きな抵抗があることが示されている。そのため、高齢に伴う身体機能の低下により活動や行動が制限することをきっかけに、様々な困難さがクローズアップされている。

《知的障害を伴う発達障害者の老齢期における課題》

発達障害者の老齢期における課題は、「老齢期を迎えたことに対する自己認識」を持つことが難しいといった点ではないだろうか。そのため、高齢期に見合った生活リズム、テンポを受

け入れることが困難になってしまう。言い換えるなら、高齢期の自分を受け入れるプロセスが準備されていないということである。老化に伴い生活スタイルは変わっていき、今までの生活を維持していこうとが出来なくなることは必然である。そのプロセスを理解するためには、その人の学習スタイルの獲得が重要である。そのためには、早期診断のもと、早い段階から適切な学びを積み重ねることである。そして、その学習スタイルがその人の人生において一生涯引き継がれていかなければならない。また、今回の聞き取りを行っていく中で、生育歴に対する情報がある部分から抜け落ちていることがあった。これは、その人の歴史を紐解く上でもっとも重要な情報源であるにもかかわらず、その人のことをよく知る人がいなくなってしまうと引き継がれていく道筋がとぎれてしまうからである。発達障害者を支援する上で、その人の歴史を知ることは重要なことであり、本人と一緒にその歴史も引き継がれていく仕組みが必要であると思われる。さらに、本人自身が老化に対して自己認識する事が重要なことであり、そのことを伝えるための手段を考えるか、そうでなければ、将来の生活スタイルにむけて時間をかけながら準備を行い、ソフトランディングをはかっていく仕組みを考えることが必要だと思われる。

《今回の調査でわかったこと》

- ・60歳以上の知的障害者の中に、一定数の発達障害の人がいる。現在、知的障害者施設の10%が60歳以上というデータもある。ということは、知的障害を対象とした障害者支援施設の中に発達障害者が埋もれている。(気がついていない)
- ・「知的障害の高齢者」と「自閉症を疑われる知的障害の高齢者」は状態像が違っている。そのことは、それぞれのニーズが違い、生活スタイルが違っているということである。それぞれのニーズにどのように応えていくのが課題である。
- ・「自閉症を疑われる知的障害の高齢者」は、老化していくことを認識できていない。従って、今までの生活スタイルを変えることが生活上の壁となっている。頑固・融通が利かないといった評価になってしまう。
- ・生活スタイルを変えなければならないとき、その意味を伝えず、急にそのことを変えることが出来ない。イマジネーションのなかで、こうなるだろうと想像することが難しいのであれば、経験を通して伝えていくしかない。
- ・生育歴がとぎれてしまい、発達期におけるエピソードがわからない場合がある。
- ・老化に伴い、視覚から機能低下する傾向にある。自閉症のタイプ人の場合、この視覚の機能低下は生活上の大きな困難さを引き起こしている可能性がある。
- ・老化に伴い医療的なサポートにおける比重が大きくなる。医療機関の受診や入院などは、非日常的な状況であり、そこを支えていく仕組みが必要である。

上記の内容は、根拠となりうるデータを収集し、分析に基づいて得た結果というより、聞き取り調査を行った中での印象を書き写している。しかし、この印象も重要な情報であり、今後はそれらを裏付ける研究が継続的に必要だと考える。

東京の入所施設調査の概況報告

～他の年代に比較して、60歳以上の発達障害者が少ないことについて～

袖ヶ浦のびろ学園 沼倉 実（千葉県）

東京地区では、東京及びその周辺の都民が入所している障害者支援施設から6ケースの調査を行った。今回の調査対象に協力していただいた施設は5施設で、3施設は創設から40年以上の施設で、2施設は30年前後の施設で、入所者の傾向は他の入所施設と比較しても、標準的にとらえられるものである。定員は約60名から400名近くの大規模なものまでさまざまな形態である。

調査時点の、5施設の利用者合計数は792名で、その中で60歳以上の利用者数は277名であった。60歳以上の利用者の占める率は約35%であった。参考比較のため、2009年の日本知的障害者福祉協会の調査(*1)では成人入所施設の60歳以上の利用者の率は約20%であったので、今回の調査協力の施設は創設からの年数が比較的古い施設で、若いころに施設に入所して、高齢になってきた方が多い傾向があったものと考えられる。

その中で、60歳以上の発達障害のある利用者としてあげられた方は6名で、60歳以上の利用者総数の約2.2%であった。前出の調査では成人入所施設の自閉性障害の利用者の比率は全体の約10%であったので、比較すると60歳以上の利用者人数としては多く、その中の発達障害の利用者は非常に少なく報告されたといえる。今回の調査協力の中の一つの施設の年齢別のデータでは、59歳以下の利用者の中の発達障害のある利用者の率は37.7%であったが、60歳以上では15%であった。一つの施設でサンプル数も少ない中の比較ではあるが、他の年代との比較でも60歳以上では、発達障害の利用者は非常に少なく報告された。

今回の東京地区の調査では、数量を調査するものではなく、全施設に亘った調査ではない。任意に抽出した少数の施設であったため、上記の比率が統計としての正確さをもったものではないが、その他の施設でも聞くとところによると、60歳以上の発達障害のある利用者は非常に少ないという印象があり、調査させていただく方を見つけるのは困難であった。反対に、20代から40代の発達障害の方の入所施設利用は特別なことではなく、大方の入所施設では少なくない数の利用者を見かけることができる状況である。

調査する中で感じられたこのような傾向であった要因について、確定したものは今回の調査内容では明らかにはならないが、当時の社会情勢の中でも、発達障害のある方々が存在しなかったとは考えにくく、全くの推論としてではあるが、可能性のあるものをあげると、当時は発達障害の方が非常に少数であったとか、周囲に認識されなかったのか、施策が及ばなかったのか、入所施設以外のところにいるのか等の過去の状況の面や、現在の入所者の状態から、支援者が発達障害と認識しない、もしくはわからない等の状況があるのか等が浮かびあがる。いずれにしても、今後の調査・研究の課題ともなると思われることが示唆されていると考える。

参考文献

(*1)：平成21年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書

(財団法人日本知的障害者福祉協会)

日本で最初に女性で自閉症の診断を受けた方の生活や支援の取り組み

あさけ学園 近藤 裕彦（三重県）

1. あさけ学園における高齢化に向けた日中活動の取り組み

これまで当園では、利用者の「大人として当たり前の生活」をめざした取り組みを進めてきた。そのひとつが労働（作業）で、仕事で得られた報酬（賃金）を彼ら自身の日常生活をより豊かにするためにどう反映させていくのかが重要と考えている。すなわち、平日の大半を占める作業時間の中で、働くことの意味、報酬を得ることの喜びや大変さを知ること、あるいは、買い物に行って必要な物や欲しい物を選び、自分の財布からお金を支払うこと、社会的ルールやマナーを学習することなどである。

しかしながら、学園開設から20年以上を経過し、最高齢の利用者が50歳を越えた2002年4月、通所授産施設にデイサービスセンターを併設した機会をとらえて、(1)～(2)の高齢化に向けた支援形態の試行を開始した。

(1) 40歳代後半から50歳代の利用者や、慢性疾患等で身体的健康に配慮を要する利用者を中心に作業グループ（内部作業科）を構成した。活動の内容は、座位姿勢で行なえるような軽作業を主に、ウォーキングや運動、家庭菜園や四季折々の行事など、労働（仕事）以外の活動も取り入れ、今後の高齢化に向けた日中活動の在り方を模索している。

(2) 上記のデイサービスセンターでは、週1回、講師の先生（ボランティア）を招聘し、創作活動（手織り、パッチワーク、他）を行なっている。自閉症のある人たちの高齢化に向けた活動バリエーションの拡大を図る一環として、そこに通う町内在住の知的障害のある人たちの中に、当園の40歳代後半から50歳代の女性利用者2名が支援員と一緒に参加することになった。

今回は、このうちの1名、事例Aさん（女性、62歳、中等度の知的障害を合併した自閉症）の現状と課題について報告する。

2. 事例(Aさん)の概要

① 生育歴・治療歴・教育歴、家族構成

胎生期や出生時の特記なし。生後6ヵ月、肺結核に罹り、約1ヵ月発熱が続く。11ヵ月で這い這い、初語1歳、初歩1歳9か月、2歳過ぎても自発的な言語表出に乏しい。排尿自立が4歳、離乳は5歳までかかる。

4歳8ヵ月で神経科初診。気分易変、小心、落ち着きなし、原因不明の泣き、障子開閉を気にする、孤独性、独り言、同一単語の繰り返し、対話不能、判断の悪さなどの問題がみられた。7歳1ヵ月、Cynglectomyの手術を受ける。

5歳4ヵ月、幼稚園に入園したが、協調性がなく、約3ヵ月で退園。就学は免除され、無学籍で数年間特殊学級に通う。数回の精神病院の入退院を繰り返した後、地元の通所授産施設に通っていた。31歳で当園に入所し、現在に至る。

家族構成について、両親はすでに他界し、兄弟もいない。他の親族との交流もほとんどなく、現在は成年後見人制度を利用している。

② あさけ学園入所時の様子

日常生活動作（ADL）は全般に雑ですぐ終えてしまう。農作業で汚れるのを嫌い、畑に入らない。手芸は針目がとても荒く、手が進まない。食堂や居住棟のリビングでは、いつも座る位置が決まっている。歩行の際に目前を過ぎられると、途端に大声を出して立ち止まる。頭や髪の毛に少しでも触られるとパニックになり、大声、自傷行為に至る。余暇時間は、食堂のいつもの席に座って独り言。テレビを付けてもあまり見ていないが、歌が流れると一緒に歌うこともある。不眠、早朝覚醒が頻繁にみられた。

③現在の生活の様子

現在、障害者支援施設（生活介護、施設入所支援）を利用している。居住環境は利用者11人の小集団の中の1人部屋で生活している。表1に、Aさんの日常生活動作等の様子を示す。

表1 現在のADLおよびIADLの状況

	概ね自立	一部介助	概ね介助	全介助	現 状 と 課 題
食 事		③			義歯のため、職員が小さく切ったりほぐしている
排 泄		③			拭き取りが不十分。間に合わず失禁がある
着 脱		③			服の前後を間違える。身なりを整えられない
入 浴				①	洗い残しがあるので、後で職員が洗い直している
移 動		③			歩き出し、斜面、段差のある所で転倒しやすい
買 物				①	職員が付いて行なっている
洗 濯				①	一連の行動として行なうのは困難である
電話使用			②		受話器に向かって話すことができる。操作は不可
薬の管理				①	自分では管理できないので、職員が管理している
金銭管理				①	自分では管理できないので、職員が管理している
乗物利用				①	行き先に応じた切符の購入や乗降はできない

④ 身体的な老化の状態

- ・閉経
- ・便秘症のため、内科へ定期的に通院し、内服薬の処方を受けている（1回/2ヵ月）
- ・義歯（上下）を使用しており、具合が悪くなると歯科通院している（随時）
- ・膝関節痛のために整形外科を受診し、年齢による膝関節の変形と診断される（47歳）
- ・眼科で老視の診断を受け、老眼鏡を作るが使っていない（55歳）
- ・安定した睡眠が確保できないと、日中の居眠りやイライラ、他の行動上の問題が出やすくなり、自己コントロールも落ちてきている（精神科受診1回/1ヵ月）

3. 家族との死別／後のライフイベントへの取り組み

父親が亡くなった時（Aさん54歳）、Aさんに自宅へは帰れないことや、これからの生活の場があさけ学園になることを伝えた。告别式はもちろん、家屋の取り壊し等にも立ち会い、年数回は墓参に出かけている。両親の墓前で、「何か伝えることない？」と付き添いの職員が尋ねると、本人は毎回「作業頑張ります」と言っている。デイサービスセンター

時代から取り組んでいる「手織り」の活動は、当初、手と足が思うように動かず苦勞していたが、今では数メートルの大作や、複雑な織りも夢中になって仕上げるなど、集中力や向上心はすばらしく、講師の先生との交流も併せてとても楽しみにしている。またその反面で、還暦の祝いを過ぎ、支援している職員がAさんの体力的な衰えを感じ始めているが、本人に将来の不安について尋ねると、おそらく「ないでしゅ」と答えるだろう。今後は65歳を区切りとして、適切な対応を継続的に進めていく必要があると考えている。

参考文献

石井高明（1962）：1 自閉症児の精神発達の考察．児童精神医学とその近接領域，3(4)，253-269.

救護施設における発達障害について

障害者支援施設あかりの家 三原 憲二（兵庫県）

当研究の検討委員会で、救護施設に発達障害の方の利用もあるようだとの情報を得て、県内の A 救護施設に協力を依頼した。そして 2 事例（調査シート 2 件）をいただき、その後、施設を訪ね話を伺った。

A 救護施設の「目的」には、「生活保護法に規定する成人保護施設で、身体上または精神上著しい障害があるため、独立して居宅での生活が困難な人々に対して、施設入所のうえ生活扶助を行い」とある。

発達障害は、この「精神上著しい障害」の範疇に入るだろうし、発達障害から来る生きづらさから「独立して居宅での生活が困難」に陥る人もいるだろうことも十分推察できる。

ところで、A 救護施設は、従来から身障型救護施設の色が強く、これまで精神疾患の方は 1 割程度であった。しかしこの数年で 3 割を超えるようになった。これは主として、“精神病院の長期滞留者の退院後の生活の場として、救護施設の活用も検討していく事が望ましい”との、国の方針によるものらしい。

1 A 施設の「施設の概要」から（興味ある内容を引用・紹介させてもらう）

(1) 障害の状況（H.24.1.1 現在）

	身体障害			知的障害	精神障害	その他生活障害	単独障害	二重障害	障害なし	計
	視覚	聴・言	肢体							
重度	2 人	4 人	23 人	6 人	3 人	16 人	68 人	13 人	1 人	98 人
中度		3 人	5 人	5 人	28 人					
軽度		1 人	3 人	2 人	2 人					
計	2 人	8 人	31 人	13 人	33 人	16 人	68 人	13 人	1 人	98 人

※発達障害に関係する可能性がある障害を、網線で示した。

「その他 生活障害等」とは、「知的障害や精神障害等の診断は受けていないが、社会適応能力の低さや、集団への不適応等、生活上の何らかの課題や問題を抱えた人の事を表す」とされているが、「身体障害」「知的障害」「精神障害」等、障害別の範疇での「その他」であると同時に、「単独障害」「二重障害」「障害なし」等、障害の有無の範疇の中での「その他」でもあるとのことである。

ところで、A 施設から「調査シート」2 事例いただいたが、「精神発達遅滞、てんかん」と「知的障害、適応障害、発達障害、統合失調症」と記載された症例である。

(2) 年齢 平均 6 2.7 歳（最年少 3 2 歳、最年長 8 3 歳）

(3) 男女比 男性 6 0 人、女性 3 8 人

(4) 利用期間 平均 9 年 1 1 カ月

（1 年未満 2 6 人、1 年以上 5 年未満 2 9 人、2 5 年以上 1 3 人）

(5) 退所の状況 H 2 2 年度 6 4 人（病院 6 人、居宅 3 8 人、死亡 6 人、他施設等 1 4 人）

(6) 居宅生活訓練事業 地域に借家を確保し、6 ヶ月後に居宅生活への移行を目指す。

最長 1 年間、H 2 2 年度は 4 人実施し、3 人が居宅生活に移行

2 A 救護施設での聞き取りによる情報等

- ・ 嘱託医は内科医で、精神科的な医療は通院によっている。
- ・ 路上生活から入所に至った利用者は、今年度だけでも10人を超える。自ら、福祉事務所に相談に行く人もいるが、何らかの障害（発達障害・生活障害等）のある人の多くは、NPO や炊き出しボランティアの支援を受けたり、医療が必要になった事を契機に保護に至るケースが多い。
- ・ 仕事が無くなった、近隣の援助が無くなった、借金の保証人になって、などをきっかけに路上生活に入るケースが少なくない。
- ・ 高学歴の人や大企業に長期間勤務された人などの利用もある。
- ・ 発達障害が想定される人などの施設生活では、外出や日課など、生活の枠の必要性を感じている。
- ・ 二者関係がとりにくい利用者については、成立するまで職員がより積極的に関わる支援を心がけている。
- ・ 訴える力が弱い利用者も多く、声かけや、傾聴、注意深い観察の必要性を感じている。
- ・ A 救護施設では、発達障害という障害への関心度はまだ低い。発達障害に関する研修会の機会はなく、現状では、利用ニーズが高まっている精神障害に関する研修会への参加を進めている。
- ・ 救護施設の全国的レベルの把握は出来ていないが、「発達障害」をテーマにした研修会の案内を目にすることは無い。

3 様々なテーマ

以上、断片的な点しか集めることが出来ず、必要とされる分析や考察は出来ていない。ただ、その断片的な聞き取りからも様々なテーマは見えてくる。以下羅列する。

- ・ A 救護施設の話には、自閉症の人たちの施設職員である私にも同感できるような視点や援助、例えば「生活の枠作り」「二者関係がとりにくい」「訴える力が弱い」などがあった。
- ・ 「居宅生活訓練事業」が実施されているが、発達障害の人たちに必要で有効な理解や支援が示される必要を感じた。
- ・ 救護施設を利用する発達障害の人たちの、人生のつまづきの直接的・間接的なきっかけは何であったのか。そういったつまづきは、運の悪さとして考えられるのか、それとも早かれ遅かれ巡り合う可能性が高いと考えた方が良いのか。
- ・ 頂いた2つの事例については、困難に直面した際にどういった解決方法をとったのかとらなかったのか、それは何故なのか。一つの別れ道のような感じを持つ。
- ・ 救護施設を利用している発達障害の人を想像すると、関係づくりが苦手、孤立的、相談できる人がいない、困難から抜け出るための想像力を働かせづらい人を想定してしまうが、そのことと、人生のつまづきとの関係はどうなのか。
- ・ どういった福祉の支援やセイフティネットや制度があれば問題がいくらかでも軽減されるのか。
- ・ 重複障害、二次障害といった方向からのアプローチの必要性も感じるがどうか。
- ・ 上記のとおり、救護施設における、発達障害に関する問題意識はまだ薄い。これからのだろうが、救護施設への啓発活動と調査研究の必要性を感じた。

地域生活定着支援センターにおける発達障がいについて

大分県発達障がい者支援専門員の会

会長 相本 雄一郎

〈はじめに〉

これまで、矯正施設（刑務所、少年院、拘置所）入所者の中には、高齢又は障害により自立した生活を送ることが困難であるにもかかわらず、過去に必要とする福祉的支援を受けてきていない人が少なくなく、また、親族等の受入先を確保できないまま矯正施設を退所する高齢者や障がい者も数多く存在していることが指摘されており、厚生労働省では、平成21年度に「地域生活定着支援事業」を創設。

現在は、高齢又は障害を有するため福祉的な支援を必要とする矯正施設退所者について、退所後直ちに福祉サービス等（障害者手帳の発給、社会福祉施設への入所など）につなげるための準備を、保護観察所と協働して進める「地域生活定着支援センター」を各都道府県に整備することにより、その社会復帰の支援を推進することとなっている。（厚生労働省）

◆背景～福祉の支援が必要な刑務所出所者の現状

○親族等の受入先がない満期釈放者は約7,200人。うち高齢又は障害を抱え自立が困難な者は1,000人。（平成18年法務省特別調査）

○65歳以上の満期保釈者の5年以内刑務所再入所率は70%前後と、64歳以下の年齢層（60%前後）に比べて高い（法務省特別調査）しかも、65歳以上の再犯者のうち4分の3が2年以内に再犯に及んでいる。（平成19年版犯罪白書）

○調査対象受刑者27,024人のうち知的障害者又は知的障害が疑われる者が410名、療育手帳所持者は26名。知的障害者又は知的障害が疑われる者のうち犯罪の動機が「困窮・生活苦」であった者は36.8%（平成18年法務省特別調査）

上記のような動向を受け、今回の調査にご協力いただいた「大分県地域生活定着支援センター」は、平成22年6月1日に大分市中心部に開所された。

大分県地域生活定着支援センターの現状（平成22年度実績）

1 援助手段別延件数

	平成22年度			
	特別調整	一般調整	その他	計
来所	10	0	6	16
訪問	370	9	81	460
電話	623	23	160	806
カンファレンス	17	1	3	21
計	1020	33	250	1303

2 ケース年齢の平均（特別調整・一般調整）

平均	最年長	最年少
58.95歳	85歳	16歳

3 対象者年齢

	平成22年度			
	特別調整	一般調整	その他	計
65歳以上	9	0	8	17
60～64歳	6	0	7	13
50～59歳	0	0	7	7
40～49歳	2	0	7	9
30～39歳	1	0	8	9
20～29歳	0	0	2	2
20歳未満	1	1	5	7
不明	0	0	2	2
計	19	1	46	66

4 対象者障害種別（特別調整・一般調整）

	平成22年度		
	特別調整	一般調整	合計
知的障がい	4	0	4
身体障がい	3	0	3
精神障がい	4	0	4
発達障がい	0	1	1
高齢者	8	0	8
計	19	1	20

5 出所後の受入先（特別調整・一般調整）

更生保護施設	7
病院	2
独居	1
福祉施設	0
その他	2
調整中	8
計	20

今回記載したデータ（表）は、大分県地域生活支援センターの平成22年度（実績）によるものである。表3の対象年齢でも、65歳以上の高齢者の割合が25%を超えている。

また、平成18年法務省特別調査では、調査対象受刑者27,024人のうち知的障害者又は知的障害が疑われる者が410名と療育手帳所持者が26名であり、調査対象とした受刑者の1.6%が知的に発達障害を伴うものであるが、大分県の状況では表4の対象障害種別では知的障がい4名、発達障がい1名の計5名であり、表3の対象者年齢の合計である66名からの割合をみると7.5%となり、全国調査以上に累犯犯罪者の中に知的及び発達障がい者を有する者がいることがあきらかである。

今回の調査を通し、平成17年に施行された発達障害者支援法、続く障害者自立支援法、そして、地域生活定着支援センターの整備等、近年の障害者福祉の充実は大きな躍進の時期であり、あわせて、発達障がいのある方への支援も制度として整備されつつあると考える。しかしながら、現実には、本来なら福祉サービスを得て充実した人生を送りうる方々が、まだまだ地域や矯正施設の中で生活していることも分かってきた。

地域生活定着支援センター事業も動き始めたばかりであり、今回の調査にご協力いただいた大分県地域生活定着支援センターのスタッフからも多くの難しい事例や、矯正施設退所後の地域での受入れ先の困難な状況等、苦慮している点をお聞きすることもできた。地域における累犯犯罪者の支援は多くのハードルがあり、また、発達障害者の高齢期の支援についても、まだ支援が確立されている訳でもない。

今回の調査データが、これからの支援の充実につながることに大きな期待をしている。

老年期発達障害者(60歳以上)の現状と今後の対応についての意見

医療法人 謙誠会 博愛病院
博愛こども成育医療センター院長 釘宮 誠司 (大分県)

本調査を分析、検討する中で老年期発達障害の現状、結果についてのまとめ、今後の対応について私の臨床経験をふまえて意見を以下に述べる。

I. 現状について

・施設入所の知的障害を伴う自閉症の場合

施設入所の知的障害を伴う自閉症は居場所であり長年住み慣れた施設では物の位置、順番、スケジュールや対応する職員が一定でそのパターンに馴染んでおり比較的安定した生活を送り特別な問題を認めない。高齢となり知的障害施設から他の老人施設への移動が発生した場合は変化に敏感な特性からパニック、不穏、興奮状態といった精神症状の再燃を認めるため同一施設での処遇の継続が望まれる。

・在宅の知的障害を伴う自閉症の場合

在宅の知的障害を伴う自閉症は家族も通所先の職員もその特性を理解し比較的安定して、生活が継続できている。ところが介護する家族の高齢化や自身の高齢化に伴い住みなれた在宅での生活が困難となり老人施設への入所をよぎなくされる場合、入所の為の介護認定調査では実際の介護の手間より低い判定が下され、かつ介護施設への入所といった居場所や職員の変化にとまどいパニックや不穏、興奮状態といった精神症状の再燃を認めるため処遇が著しく困難となる。又、知的障害者の自立支援障害程度区分の判定と介護保険の介護度判定とはロジックが異なり同等の障害程度を得ることはできない。又、施設入所者に至っては介護保険の判定を受けることすら法律で規定されており今後の検討が望まれる。

・施設入所の知的障害を伴うアスペルガー障害の場合

知的障害を伴うアスペルガー障害は入所当初はマイペース、意思を曲げないため職員や他利用者との意見がくいちがう、エコヒーキや差別を嫌うといった特性から集団になじまず対人関係がうまくいかずトラブルが発生するといった不適應状態を認める。しかし長年同一施設で生活する中で職員や利用者とも馴染みその特性を理解することで比較的安定した生活を送り特別な問題を認めない。

高齢となり知的障害者施設から他の老人施設への移動が発生した場合、再び特性の理解が得られず不適應状態が再燃するため処遇が著しく困難となる。

・在宅の高機能アスペルガー障害の場合

在宅の高機能アスペルガー障害は成人期は比較的安定した社会生活を営んでいるが、加齢により、心身機能の低下が発生するとその完璧性保持が困難となり不眠、不安、心気抑うつ、心身故障の訴え等が出現し心療内科や一般内科を転々とした後精神科を受診するケースが多く適應障害や生活破たんを来す。

また、加齢とともに認知機能の低下を認める頃から完璧性保持の誇示がより顕著化し、

介護する家族に対し抑制困難な多訴と意思を曲げない頑固さが増し介護の手間が著しく増加する。

この認知機能の低下を認めたアスペルガー障害がデイ・ケアデイ・サービスを利用したり、老人施設へ入所するとあいまい適当、理不尽な対応を追求し介護者や入所者との対人関係が保てなくなり介護者を罵倒したり不穏、不機嫌、興奮といった精神症状へと発展する。

・施設入所の知的障害を伴う AD/HD の場合

施設入所の知的障害を伴う AD/HD は入所当初は人懐こい笑顔で人気者となるが、抑制のない多動、多興味と生来の自尊心は職員や利用者から叱責されたり、指示や注意に切れ不穏、不機嫌、興奮といった精神状態へ発展する。しかし長年住み慣れた施設での生活は馴染みの場所や人ができることで思春期や成人期と異なり我慢や抑制のブレーキを学習し比較的安定した生活を送り特別の問題を認めない。ところが加齢により本来の多動、多興味で自由な行動ができなくなった自身を自罰したり、行動をとやかく言われると抑制困難となり不穏、不機嫌、暴言といった精神状況へと発展する。高齢となり知的障害者施設からケアホームや施設介護といったこれまで行っていた作業のまったくない自由な環境におかれると、とたんに抑制困難な問題行動が発生し処遇を著しく困難にする。また、老人施設への移動が発生すると介護者は再び特性の理解が得られず不用意な指示や注意命令に不機嫌、興奮といった精神症状の再燃を認めるため処遇は著しく困難となる。

・在宅の高機能 AD/HD の場合

在宅の高機能 AD/HD は定職を持ち積極的な社会参加は可能であるが、加齢により身体及び運動機能の低下や思い通りには動けない事態が発生すると動けないことへのくやしきから抑制困難な状態となり不満、不安、焦躁や心気抑うつ状態といった精神症状へ発展する。認知機能の低下または認知症を併存すると抑制困難な状態は介護者への暴言、終始の徘徊、夜間の不眠、昼夜の逆転といった激しい認知症の状態にしばしば発展する。

II. 以上をふまえた本調査の結果についてのまとめ

1. 知的障害を伴う老年期発達障害は馴染みの施設で馴染みの居場所と馴染みの職員に長期間処遇されると粗大な問題行動もなく安定した生活を維持しているため、その存在にすら気づかないことは、本調査で発達障害の存在を認めないと返答した施設が多数存在したことの根拠となる。しかし加齢による老人施設等への移動は著しい精神症状の再燃を引き起こす恐れがあり同一施設での処遇の継続または専門性の高い老人施設への入所が適当と考える。在宅の高齢発達障害者に対しては発達障害の特性を熟知した専門施設やスタッフの配置が不可欠で特に認知症を併存した場合はより専門的な対応が必要である。
2. 高機能老年期発達障害者の加齢による認知機能及び身体・運動機能の低下に伴う社会不適応状態や精神症状の出現は高い頻度で認められると考える。在宅の高齢発達障害者においては発達障害の特性を熟知した専門施設や専門スタッフの配置が不可欠で特に認知症を併存した場合はより専門的な対応が必要である。

3. 老年期発達障害者は通常高齢者同様精神・身体機能の低下を認めるが、生来敏感な感覚器は、特に聴覚、嗅覚、味覚において低下をきたしても通常より劣ることがないため困り感を認めない。これに対して精神・身体機能は低下を変化と捉え変化に敏感な特性は著しい不安、不眠、抑うつ、不穏、心身故障の訴え、興奮、徘徊等の精神状態を出現させる。

4. 老年期発達障害者は自己の身体管理に問題を認めその結果、心・血管系、代謝系、皮フ疾患の合併を多く認められる。

Ⅲ. 今後の対応について

これまで幼小児期、思春期発達障害の調査研究は数多くおこなわれているが老年期については少ない。本調査では、発達障害が発生する幼児期の早期の診断と支援が必要なことは言うまでもないが、発達障害の終焉期である老年期を調査することで発達障害者は加齢とともに精神・身体状態が変化していく中で発達障害の特性の理解や管理された環境が提供されれば、幼小児期や思春期に比べ安定した生活を送ることが可能である点。一方で加齢や社会環境の変化が不安定な精神・身体症状を再燃させる点が明確となった。

ところで現代の高機能老年期高齢者の多くは小児期～成人期に粗大な問題を認めなかった事は幼児期～思春期の時代背景と家族や社会の教育力が現代よりはるかに優れていたことが推測され考えられる。加えて当時の社会が彼らの特性をポジティブに理解し、こだわりや意思を曲げないことや抑制の困難さに何らかの歯止めをかけることが可能であったと考える。その結果たとえ老年期に、心身機能の変化が発生してもそれ自体を受容できたものとする。しかし加齢はその抑制の歯止めを取りまた、現代といった時代のめまぐるしい変化と対人関係の希薄さは老年期に至って、初めて二次障害である心気、抑うつ、不安、不穏、興奮状態といったパニックを発生させるものとする。

以上を考慮すると馴染みの場所馴染みの友人頼れる支援者がいる同一施設での生活の維持が不可欠である。万一移動をよぎなくされる場合は発達障害の特性を充分理解した専門スタッフを配した老年期発達障害の専門老人施設での処遇が望まれる。

今回提示した知的障害を伴わないいわゆる高機能老年期発達障害者は幼児期から思春期、成人期に至るまで社会適応障害におちいることなく老年期を迎えるが、その後の精神・身体機能の低下が適応障害を引きおこすことは前述したが、加えて現代のめまぐるしい環境の変化が精神症状を出現させ対応の困難さを加速させていることは容易に推測できる。

今回調査した老年期発達障害の彼らが育った、昭和30年、40年代はのんびりしたスピードで人の絆や地域がともに子どもを育てるといった時代背景があった。しかし、現代の子どもがおかれている環境はまさにハイスピード情報過多、人と人との絆は家族においても断たれている。このような環境下で育つ子どもは今後、今回調査した対象者同様に穏やかな生活を送ることができるであろうか。

ここで現代の子どもに目を転じて見ると発達障害が顕在化し増加している要因は社会の人間関係や親と子の絆の希薄さと世の中のスピードの速さに噛み合わなさであり、発達障害の特性を障害と捉え彼らを特別視する現代社会の風潮がこれを助長しているものとする。また、市場原理を福祉の現場へ導入することはやみくもに自立を促し、早く早くとスピードを要求し、生産物を必要以上に要求することで彼等の特性を逆なでしてしまい、集団になじまず人とうまく付き合えずへこみ引きこもり不登校となり孤立してしまい同級生

からのいじめ、家族からの DV の果てにうつ病や自殺といった負のスパイラルを誘発していると考えられる。加えて彼等は“一人が楽”と言い孤独を好み閉居し、周囲も問題が起こらないことでよしとして放置する。この様なことが彼等にとって本来あるべき姿なのか強く疑問がのこる所である。

最後に、本調査で発達障害のライフステージの全て、特に人生の終焉を見ることで近年発達障害が明らかに増加しているメカニズム、発達障害を持つ子どもの特性の無理解とその後に関わる環境要因が限りなく二次障害へ発展させていることを確認することができた。今後とも積極的な対応を怠ると二次障害への発展がますます増加することが強く危惧されることをつけ加える。

本調査に対する意見および評価について

(社) 日本自閉症協会 会長 山崎 晃資

1. 61 歳になった知的障害のある自閉症の A さん

私が 40 年以上経過をみてきた重度の知的障害のある自閉症の A さんが 61 歳になった。A さんは父親が定年となったのを機に関東に移り住むことになり、幼児期から療育指導を続けてくれていた関西の臨床家の詳細な紹介状を持参して 20 歳の時に私の外来を訪れてきた。自宅近くの作業所に通所しながら定期的に私の外来を受診してくれていたが、30 歳の頃、老齢化して病気がちとなってきたご両親では世話をすることが困難となり、A さんはある施設に入所することになった。A さんが 35 歳になった頃、ご両親が相次いで亡くなったが、しばらくの間は弟が面会に来てくれていた。いつの間にか弟も顔を見せなくなり、その頃からお盆と年末になると、A さんは施設の窓ガラスを数枚割るようになった。施設の他の利用者が外泊に出かけるのをみている、外泊もできず、弟の面会もないことに対する A さんの「抗議」(反応) と考えられた。しかし、割るガラスの枚数は年を追うごとに徐々に少なくなっていった。50 歳代の後半になると、1、2 枚の小さなガラスを選んで割るようになった。施設の職員は、「以前のことを考えると、A さんなりに小さなガラスを割るくらいで済むようになりました。これもこの人の変化(成長)なのですね」と話してくれるようになった。私の外来診察中の A さんの表情、態度、行動は、初診時のものと変わってはいない。

40 年以上におよぶ長い経過をみていると、自閉症の人がゆっくりと静穏化し(老齢化による自発性の低下と見誤られることがあるが)、本人なりに不満のはけ口を加減してくれるようになってきたことと、施設職員が A さんの行動の意味と変化を理解してくれたことが重要である。長い年月をかけて相互の間に形作られた適応の仕方であろう。

問題は、このような安定した関係と環境が何かの理由で突然崩れた時の反応(多くは興奮、パニック、自傷など)への対応をどう整えておくことができるかということである。私の外来は、長期にわたって通院して来てくれる人々が多い。もう数年もすると 60 歳以上になる人たちが 20 数名になるであろう。この人達が老年期に入り、どのような余生を送るのかを見守っていきたいと願っている。

2. 発達障害が疑われて相談に来る老年期の人々

最近、発達障害が疑われて(または自分自身で疑って)医療・相談機関に来所する老年期の事例が増えてきているように思われる。

60 歳で定年となり、毎日、家庭で過ごすようになって何ヶ月か過ぎた頃に、家族(主として奥さん)から、「もともと融通が利かず頑固な人ではあったが、定年になって毎日家にいるようになると、日々の過ごし方が決められた時間通りでなければ気に入らないらしく、例えば、何時何分に食事をして散歩に出かけるとか、何時何分に入浴するとか、あまりにパターン化しているので、これから死ぬまでの 20 年以上をどうやって付き合っていくのかのかわからなくなりました。ひょっとしてアスペルガー症候群ではないのでしょうか」などという相談が多くなってきた。専門職で、少人数の同僚と決められた一定の仕事をしている限りにおいては大きな問題も起こさずに、定年まで勤め上げてきた人たちである。

先日、80歳を越えたご婦人（Bさん）が、「子どもに、おばあちゃんはアスペルガーよ。どこかで診断して貰ってきてといわれた」といって相談に来た。思ったことは歯に衣を着せずにはずばつという人で、相手の気持ちを忖度せずに、いわれた言葉を真に受けて行動するために、相手から予想もしなかった攻撃を受けることがあるという。この傾向は幼い頃から一貫していたらしい。詳しく生活歴を聞いてみると、確かに断片的にはアスペルガー症候群の人にみられる言動があることは確かではあるが、Bさんの苦労続きの、まさに波瀾万丈の人生を考えると、彼女なりの筋の通し方、物事の黒白を明確にする生き方でなければ、やってこられなかったのだろうとも考えられる。Bさんの苦労に満ちたこれまでの暮らし方を聞いてみると、ごく限られた宗教関係の数人の友人と、息子夫婦とのきめ細かい情緒的なやりとりがあり、安易にアスペルガー症候群と診断することはとてもできなかった。幸いBさんは、今後も定期的な面接に応じてくれることになった。

60歳を越えて初診してくる自閉症圏の事例のほとんどは、自分ではなにが問題とされているのかを的確に理解しておらず、外来での相談を続けることにも拒否的な人が多い。自閉症の人々が示す行動特性には、実行機能の障害、こころの理論の障害、中枢統合の障害、さらに最近ではミラーニューロンの問題などによると考えられているものが中核にあり、その上にさまざまな二次障害による行動障害があらわれ、さらに老化に伴う身体疾患が併存してくることになる。どこからどこまでが自閉症をはじめとする発達障害によるものなのか、どこからが老化現象によるものなのか、さらにはその人の人生経験がどのように症状形成過程に影響しているのか、慎重な吟味が必要となる。

3. 本調査に対する意見と評価

1) 診断分類学上の課題

前述した「40年以上経過をみてきた重度の知的障害のある自閉症のAさん」は、紹介状に詳述されていた発達歴や療育・教育歴と行動観察の結果からは、自閉症診断の根拠が明確であった。しかし、「60歳を越えて初診してきたBさん」は、発達歴も十分には取れず、地域および職場における対人関係の詳細を知ることも未だ不十分であり、長期にわたる臨床経過を追わなければ診断を断定することはできない。

本調査では、短期間のうちに予想を超える事例数（70例）が集められたことは、高く評価されると共に、その分析結果をみると、臨床的に想定されていた老年期発達障害の人々の生活上の問題が明らかにされたことは有意義であった。

しかし、今回は入所施設の資料から「自閉症」診断を抽出して分類を行ったが、診断分類についてはさらなる吟味が必要である。本調査では、施設から得た情報の他に、「PARS（広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度）短縮版」と「行動特性評価表（本検討委員会が作成したもの）」の2つの資料を総合して診断分類の精度を高めることを試みた。本調査の対象が、「老年期発達障害（60歳以上）」であることを考えると、広汎性発達障害（PDD）と注意欠陥/多動性障害（AD/HD）を区別することは非常に難しいことが予測されていたが、今後の課題を探るといふ点では、有意義な資料が得られたといえる。

2) 臨床経過の重要性—個別の報告から—

①近藤裕彦氏（あさけ学園）が報告した「日本で最初に自閉症の診断を受けた女性事例の生活や支援の取り組みについて」は、本調査の事例検討における弱点を補い得る貴

重なる事例である。31歳で「あさけ学園」に入所して現在に至った経過をより詳細に知ることは、横断的に集められた本調査の資料を縦断的に見直す格好の情報となる可能性がある。

②沼倉実氏（袖ヶ浦のびろ学園）が報告した「東京の入所施設調査の概況調査」は、老年期発達障害の人々の処遇について重要なヒントを与えてくれた。それは限られた入所施設の資料ではあるが、60歳以上の発達障害の利用者が、他の年齢に比して非常に少ないというデータである。わが国における自閉症の最初の事例報告が驚いたえ子氏によってなされたのが1952年であり、60年たった今、この最初の事例は67歳になっている。60歳以上の自閉症をはじめとする発達障害の人々が施設に入所していないとは考えにくく、可能性の一つとして「自閉症」診断が見落とされているのではなかろうかということである。

診断分類名によって処遇の仕方が大幅に変わるということは少ないとしても、「発達の偏り」を示し、独特の障害特性を持つ自閉症圏の人々への対応の仕方には、「より繊細な対応」が求められるはずである。老年期発達障害（60歳以上）への支援の在り方を考えるきっかけになり得る重要な課題であろう。

③相本雄一郎氏（大分県発達障がい者支援専門員の会）の「地域生活定着支援センターにおける発達障がいについて」の報告の中で、「福祉の支援が必要な刑務所出所者の現状」は、重要な問題提起であった。受刑者の中に高齢者や発達障害者がかなりの頻度で見られることはよく知られている。問題は受刑中の指導・教育の方法と、出所後の生活支援のあり方である。再犯を防ぐためにどのような手立てが必要か、重要な課題を提供してくれた。

4. 発達障害概念の問題

最近、「発達障害」が過度に注目され、操作的診断基準による安易な診断が行われようになり、発達障害を一括りにとらえる傾向が強まっている。さまざまな学会で発達障害に関わるシンポジウムが持たれることが多くなったが、発達障害という概念を真正面から論じ、問題点を明らかにしようとする試みは不十分といわざるを得ない。さらに医師や専門家が「臨床へのためらい」や「臨床への恐れ」を持たなくなってきたことも気になる。短時間の面接や行動観察、さらには操作的な診断基準によって、「自閉症」、「アスペルガー症候群」、さらには「発達障害」と安易に診断・評価するようになった。

いうまでもないことであるが、老年期の人を発達障害と診断するには、発達歴・生活歴・職歴などを可能な限り詳細に調べ、家庭・職場、可能であれば学校時代の人とのかかわり方を聞き取り、その人への理解を深めていくものである。ついでながら、「診断（Diagnosis）」とは語源的に「知識のすべて」という意味であり、臨床家の知識と経験を総動員させて、その人の理解と対応を検討することである。その意味からは、医学的診断、心理学的診断、教育学的診断、福祉的診断などがあるはずである。

ここで、混乱の多い「発達障害」概念についてのさまざまな議論を概観しておく。「発達障害」には、社会福祉的な包括的概念である **Developmental Disabilities** と、機能障害（**impairment**）を中心とする医学的診断分類概念である **Developmental Disorders** の2通りの考え方があ

Developmental Disabilities は1963年の米国公法にはじめて登場し、1970年に米国で成立した「発達障害サービス及び施設整備法（**Developmental Disabilities and Services**

and Facilities Act of 1970)」には、「精神遅滞、脳性まひ、てんかんほか、精神遅滞に密接にかかわり、同様の処遇を必要とする神経学的状態」とされている。1992年には日本精神薄弱研究協会が日本発達障害学会に名称を変更し、2007年には米国精神遅滞学会が米国知的障害・発達障害学会 (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) に変更された。

一方 Developmental Disorders は、周知のように精神医学の領域で用いられ、DSM-III (1980) ではじめて記載された。知的障害として精神遅滞を、発達障害として広汎性発達障害 (PDD) と特異的発達障害 (SDD) (第II軸) をまとめた。さらに、DSM-III-R (1987) では、第II軸に発達障害という新しい項目が設けられ、その中に精神遅滞、PDD、SDD が包括された。ところが DSM-IV (1994) では、発達障害という項目がなくなり、学習障害、運動能力障害、コミュニケーション障害、PDD が第I軸 (臨床疾患) にまとめられ、精神遅滞は人格障害と共に第II軸にコードされた。一方、ICD-10 (1992) は、精神遅滞を独立的に扱い、「心理的発達の障害」と並列的に位置づけた。自閉症は発達の遅れよりも「偏り」が特徴であるが、さまざまなレベルの発達の遅れがみられるために発達障害としてまとめられた。ここで注目しておくべき問題は、ICD-10 では、多動性障害 (DSM-IV では、注意欠陥/多動性障害) を「心理的発達の障害」に含めておらず、「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に含めていることである。

また、WHO は「国際障害分類」(ICIDH) の改訂に続いて、2001年に「国際生活機能分類」(ICF) を出版し、最近、さらにその改訂が行われた。ICF は、生活機能と障害をいくつかの構成要素間の相互作用として整理しようとするもので、臨床的診断および治療のあり方に密接に関連している。

わが国では 2005年4月、「発達障害者支援法」が施行され、「この法律において発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに準ずる脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」(第2条第1項) と定義されたが、この定義は、前述した諸問題と関連してさまざまな議論を呼び起こすことになった。この点について、2007年3月、文部科学省初等中等教育局特別支援教育課は、「発達障害」の用語の使用について次のような見解を発表した。すなわち、①「軽度発達障害」の表記は、その意味する範囲が必ずしも明確ではないこと等の理由から、今後当課においては原則として使用しない、②学術的な発達障害と行政政策上の発達障害とは一致しない、というものである。

5. まとめ

家族力・地域力が低下し、人間関係が希薄になっている現代社会においては、一般にいわゆる「高齢者問題」とは異なる側面を浮き彫りにする可能性の高いのが「老年期の発達障害の人々」の問題である。

本調査は「老年期発達障害者 (60代以上) への障害福祉サービス提供の現状とニーズ把握に関する調査について」というテーマによるもので、おそらくわが国では初めての研究であろう。初年度で、短期間の調査であったために、多様な課題についての結論を出せるものではなかったが、今後の重要な検討課題を明らかにするものであった。本研究を糸口として、更なる継続的な研究に発展していくことを願っている。

座 談 会

座 談 会

日 時：平成 24 年 3 月 10 日(土)15:00～16:30

会 場：チサンホテル浜松町 うめ（東京都港区芝浦）

参加者：司会：五十嵐康郎（めぶき園施設長）

山崎晃資（日本自閉症協会会長）

中野伊知郎（星が丘寮施設長）

沼倉 実（袖ヶ浦のびろ学園施設長）

近藤裕彦（あさけ学園施設長）

三原憲二（あかりの家施設長）

釘宮誠司（博愛病院院長）

佐藤晋治（大分大学教育福祉科学部准教授）

相本雄一郎（大分県発達障がい者支援専門員の会会長）

小林真理子（厚生労働省発達障害専門官）

座談会

司 会：ではどうぞ、皆さん、活発な意見交換をお願いします。

近藤氏：私が調査したのは、当園の 1 名と、他は三重県は知的障害児入所施設が 5 名全部で、自閉症協会救護施設が該当者なし。支援センター等についても電話相談しかなかったの、該当しない。救護施設も 2 か所あり確認しましたがいませんでした。

私のところ以外の 5 人についてですが、すべて当時の措置の入所判定書の中に自閉傾向の診断があるという記載がある。当時、みなさん 5 人とも行動の問題で家庭に居られず入所に至っています。家で行動が破たんして入所ということです。今は、こだわり行動等はあるんですが、支援者に聞いたところ、日課の流れにも乗れているし、受け入れられています。ただし他の入所者の方と交流的な対人関係はない。行動面は落ち着いています。1 名については最近、抗精神薬の服用がなくなったと伺ってます。みなさん、30 年から 40 年以上在籍されてる方ですが。

どこの施設も 65 歳の段階で具体的に将来について検討しなおすといわれています。65 歳っていうのは介護保険ですね。けっこう楽観的な方が多い。だいたい今、どこの知的障害者の施設も 3 人部屋から 4 人部屋なんですね。というのが、1 人部屋である程度自分で、本人さんだけで過ごす時間を保障することが出来れば、日課にさえ乗れば、高齢の施設で過ごすことができるんじゃないかと考えています。日課さえ乗ればです。そこが大変なんですけどね。

三原氏：救護施設でお話を伺って、人生のつまづきというものが、運の悪さであったのか遅かれ早かれ巡り合う可能性が高かったのか、ずっと引っかかり続けています。そして、孤立している、相談する人がいない、困難から抜け出る想像力を働かせづらい人、そういったイメージがあります。そういった人たちがつまづきに会ったとき、路上生活になったりして、まずいなと感じたんです。

救護施設には発達障害に関係した人がけっこう多いんじゃないかと思いました。今の時代、ハイスピードな時代にこの人たちに、どういうセーフティネットを張ってあげればいいのかなとも思いました。どこにも手を差し伸べるところがない、とりあえず救護施設という事になるのかな、と思いました。

山崎氏：先ほどから皆さんのお話を伺っていて、児童精神科医として日頃から考えていたことが明らかになってきたなと思いました。

80歳でアスペルガー症候群が疑われて相談に来たご婦人のケースを見ても、発達障害概念が多岐にわたっており、きわめて曖昧な概念であると思いました。発達障害者支援法に書かれている発達障害の定義は、いわゆる発達障害のある人々を福祉的に支援をするための大枠として書かれているものであって、学術的な概念規定とは異なる点があります。

どこまでを発達障害というのか、最近はやっと変わった行動を示す人々を安易に発達障害とってしまう傾向がありますが、これは大きな問題です。

また、ある年齢になって、施設に通所または入所していても、在宅であるにしても、いろいろなケースがあります。「家庭の中で暮らすことが難しい」状況になった時、ご両親が亡くなって、残されたきょうだいが、どこまで支えてくれる力があるのかということが重要になると思います。

もう1つは、沼倉さんの報告にありましたが、60歳以上になると入所施設にいる人が少ないということはどういうことなのでしょう。もっと若い時から施設に入所していて、高齢になったので他の施設へ移ったのか、または家族の所へ戻ったのか？ 地域に戻ったのか？ どう考えるのでしょうか。この問題を検討する場合、あさけ学園の女性で初めて自閉症と診断されたケースの方は、30歳を過ぎて入所したのですよね。その後、現在までどのような経過があったのか、もう少し詳しく報告して頂けると、入所施設でどのような経過をたどって60歳になるのかという問題とつながってくると思います。あのケースは、老年期の発達障害の方々が抱える問題を理解する上で、問題の検討と対応の仕方考えるための例として、突破口になるのではないのでしょうか。

相本氏：知的発達遅滞があることが分かれば、地域生活定着支援センターにケースとして出すんですが、知的発達遅滞がなければ、健常の方として社会に出される、ということです。知的障害がボーダーで、地域定着センターの支援の枠に乗れば、ケースを扱う中で「知的もあるけど、発達があるんじゃない？」ということで今やっとなんか発達障がいというものが見えてきたと伺っています。実は知的な遅れがなく、発達障害のみの犯罪者って人も多いんじゃないかという話も出てきました。

山崎氏：自閉症圏の方々は、枠組みが決まっている環境に置かれると落ち着いた行動を示すようになりそうですね。あのような重い犯罪を犯した人が、どうしてこんなに落ち着いていられるのかと不思議に思われることもあります。その一方では、老人施設とか精神科デイケアなどへ、どこか他所から移ってくると大問題になります。移った先のプログラムがその人に合っているかどうか、また新しく移っていった先の職員の理解度によっても大きな差があります。

今回の調査は、さまざまな問題を検討するための入口に立った段階です。このよ

うな調査は続けていかなければならないと思います。

○

中野氏：今回、調査を行う中で感じたことは、60歳を越えた人たちが育ってきた時代には、きちんとした療育、教育はなされていなかったのだと思います。そうした中で、二次的な障害として行動上の問題を抱えてしまった人もいたのではないかと思います。そういった人は、今回の調査では数として上がってこなかったのはなぜなのかといった点です。そこにいるのか分からないのか？もしくは、二次的な障害を起こさないで済んだ時代だったのかということが一番感じました。

沼倉氏：調べた例は、昔はやんちゃだった、という人は多いですね。50、60代になって大病をして、それをきっかけに特徴が薄れたってひとは多い。からだを壊してこだわりも減ったというケースも多かったですね。

中野氏：慣れ親しんだ生活環境で生きていくと状態像は落ち着くということはいえると言うことですね。聞き取った施設の管理者の方が、障害者も高齢者も分かる方なんですけど、障害のある方が、要介護の状態になったからといって、一般の高齢者の介護の環境には馴染まないんじゃないかと強く思うと話されていました。一般の老齢になった人は自分が高齢になって介護を受けることを認識できるけれども、知的障害のある人や発達障害の人はその認識ができていないのではないかと。そのことによって環境が変わったり、人が変わったりすることで、集団の中で生活する事に対する困難さが大きく示されるのではないかと。そういう視点で考えると、個人の意見ですが、障害のある高齢者が慣れ親しんでいる場所で過ごす方がよいのではないかと思います。

それと、認知症と知的障害と発達障害の特性をそれぞれのスケールで図っても、その違いを、明確に分けて考えることが難しいと感じました。それぞれの特性ごとに明確に分けるという作業よりも、その時の状態像を把握して、ケアマネジメントの手法の中で生活を支援していくという風に考えないといけないのかなと思いましたね。

相本氏：先ほどもお話したように、地域生活定着支援センター自体が、実はもう、めいっばいで、かつかつであるのが分かってきました。実際に調査する中で、法は整備されたけれども、センター自体が孤立してて、地域の支援センターと連携ができてなくて、受け皿探しに苦慮しているのが現状のようです。私のいた糸口学園も、犯罪を起こした事のある知的障害児を受け入れてきたことはあります。けれども、センターの方々が扱うケースは、犯罪者で発達障害、犯罪を起こした知的障害という人を扱っています。我々は障害者だけ過去に犯罪歴がある、という認識ですが、当時は措置もあったし、受け入れることができていました。センターは犯罪者プラス障害者なので、なかなか地域の理解も受け入れも厳しいのが現状のようです。その辺りを、こういう福祉のネットワークと連携ができればいいなと思いました。

○

司 会：なるほど、今後の課題もたくさん出てきましたね。

佐 藤：こういう調査って難しいなと思ったのが、知的な機能っていうか、知的と発達のところとの区別がなかなか分かりにくいということと、身体的な機能っていうか、高齢の部分での身体的な障害とを感じるものも合わせて出てくるので、調査を整理する中で、今何を、誰の何を調べてるんだっけ、という感じになってきた。なかなか軸がぶれてしまいながら、書いてた経過がありました。

沼倉氏：新宿とか歩いてると、路上生活者じゃないんですけど、荷物が多く持って歩いている人がたくさんいますね。街中の、そういう匿名の人が行きすがってらる中でだと生きていきやすい人もいるんだろうな、と感じました。そういう人たちもいったん経済的な問題や色んな問題が起こると、相談するスキルも相手もなく、孤立していく人もいるんだろうなあ、と思いました。何かをきっかけに、生活できなくなった発達障害の人たちが過ごせるような場所があるといいのかな。また、そういう方の特徴だったりこだわりだったりした部分が、病気や年齢とかで、なくなったりすることちょっと寂しいようなことを改めて感じました。自閉症や発達障害の方は、いつまでも成長していくんだなあ、年を取ると、親子関係が深まったりしてて、意外にもそういうケースが出てきていました。そういうことが生涯にわたって発達していくのかなという印象を受けました。

○

釘宮氏：私は親が知的障害の施設をやっていたので、自分は精神科の医者になるんだと思っていました。自閉症・発達障害の方にまみれて生きてきたんですが、自分が今まで思ってきたことの根拠となるような結果が出て嬉しく思ってます。

発達障害の方のライフステージがあるんですが、入口と出口の両方を見せてもらったような気がします。昭和30年、40年代の発達障害と今の発達障害が表す状態が違うんじゃないかと思います。どの時代でも本人たちが持っている特徴がある。ナビゲートする役割を持つ人間がいると才能が開く。今は時代とのミスマッチがある。彼らは分かってもらえないと訴え続けます。途中まではある程度馴染んでうまくいくんですが、出口にいたって身体的変化、環境的变化、時代の変化が非常に出てくるということがわかりました。

彼らが持っている弱点というか特徴に一人で過ごすということがあります。今の時代は孤立だったり引きこもりだったりということになる。彼等自身は楽だ、楽だというけれど、本当にそうなのかは周囲が検討しないといけないと思いますね。引きこもり、自殺、うつ背景には発達障害がうまく育ってないという時代背景があると思われまます。現代は発達障害の彼らにとって、ずーっと不安定という時代が前倒しで来ているんじゃないかと思う。日本社会の縮図のような市場原理主義のなかで、継続的な不安定が作られたんじゃないかと思う。

司会・五十嵐氏：調査を始める時には、事例を集めるのが難しいと思ったんですよね。日本で最初に診断された男性が67歳、あさけの62歳位の女性。実は60歳を越えた診断を受けた方というのはあまりないんです。私と同年代なんです。先

行研究というのは知的はあるが、発達障害については見つけられなかった。20年前、一麦寮に居候していたのですが、今考えると自閉症だった。振り返るとあの方たちは今60過ぎてる。今、どうしているのか。滝乃川にもいたんですが、今50代になっている。彼らもどうなっているのか、そんなことを考えながらこの調査研究に係わったのですが、いろんな面で学ぶことができました。実際には当初の予想の倍の事例が集まって、いろんなものがみえてきました。具体的に提言する内容がこれからどうなるか課題ですが、少なくとも今回の調査は、日本で前例のない調査であったらうということと言えます。非常に調査期間が短かった。佐藤先生も言われていましたが、もう少し、分析を行いたいと、確かに時間的には十分でなかったと思うが、老齢期の発達障害の方々が健康で生きがいのある人生を過ごすための課題のいくつかは見えてきたのではないのでしょうか。これからの老齢期の発達障害の方々の研究の礎石にはなると思いました。

司会： 補足、質疑のある方はどうぞ。

三原氏：発達障害の人たちについて言えば、やや現代病みたいな言われ方もしている。何十年か前には問題が顕在化してないことがあるかもしれない、どうなのでしょう。よく聞く話で、昔の自閉症はもっと激しかった、最近の自閉症はやわらかくなったね、とかも聞きます。療育の成果なのでしょう。60年のスパンで見たとき、どう考えたらいいのでしょうか。

釘宮氏：永遠のテーマなんですけど、自由と構造化なんですけど、個人の自由を尊重して、がちがちな構造化を否定してきた背景がありますよ。昔は家庭で父が厳しくてそれはまさに構造化だった。現代は、大人の指示がない。適性を把握して、的確なナビゲーションをする人がいない。君の特性がこうだからこうやれ！っていう人がいない。昔は「お前は妙な子やけど、ここがすごいからこうしてみよ」という大人がいて、それで名人になったりしてきた。今は彼らの能力は野放しなんです。アスペルガー障害の人なんて、診察室で、とうとうとしゃべります。思想家ですね。社会の中で、構造化されてない。うまくいかない。

三原氏：70年の真っ只中に大学に居たんですが、社会の価値などを壊してきた。そういった人間が子育てする時「男のくせに泣くな」と絶対言えない。今振り返ると、父親がドスンという方が、生きていきやすかったんだらうなとも考えたりもします。

釘宮氏：旅行に行った先のあるホテルで、お風呂に入ったら、子どもが入ってきて桶をきれいに並べ始めたんですね。オーナーの子どもさんで、自閉症だったんですね。ある時間になるとやってきて桶を並べる。それで彼は15万くらいもらったりする。特性をもって生業とするみたいなことが昔はたくさんあったんじゃないかなあ。特性をいっぱい持つてる。能力ではなく障害ととられる。今の20歳から35歳くらいの人たちは全く結実しないですね。

司会・五十嵐氏：行動障害の激しさと言うのはすごかった。便こねとか他害、自傷、パニック、物を壊したりすごかった。周囲も理解がなかったので、行動について叱責

したりするんでなかなかうまくいかない。悪化させてきた。なんとか少しでも人間らしい暮らしを提供しようとする。そういうなんとか取り組みをしてきました。高齢と共に問題行動が落ち着く、そういう傾向があるにしても、自然に落ち着くわけではなく支援者側の関わりによって落ち着くということは外してはいけないと思います。周りにとって迷惑かどうかという判断になっている。じっとして問題がなくなっても、本人がそれで幸せかどうかを考えることは大事なことなんです。

○

小林氏：一ついいですか。年を取っていくことを自覚することが難しい、という問題は、もちろんイメージーションの難しさの問題もあると思うんですが、これは自覚させるために何か手立てを考えた方がいいと思いますか？自覚できないよねってことが現実ってことで終わるのかそのへんをちょっと伺いたいのですが。

中野氏：たぶん、「老化していく」ということの意味を伝えることは難しいと思います。そこで、一つ一つの事柄に対する伝える手段を、支援者側が持たなければならないと思います。具体的なお話をすると、生活のスタイルが変わるのであれば、「変わる」ということをどう伝えるかということだと思います。例えば、小さい頃からの療育で、きちんと「変化」ということの意味を伝えられてきた人は、「変化」と言うことに対して、それほど大きな問題にはならないのだと思いますが、学習スタイルが積み重ねられてない人は、「変化」を伝えるのが難しいということなのかもしれません。

認知症・知的障害・自閉症者に共通した認知するための手段として、視覚的・直感的に分かる形で伝えていくと言った点だと思います。私たちの社会の中でも「見て分かる」って事はたくさんありますよね。きちんと情報を整理して伝えてあげればわかる、ということを実感できるのだと思います。

視覚的な情報の伝え方、構造化と言うことが、60歳過ぎた発達障害の人たちにはどれくらい有効なのかについて、具体的な事例を通して確認していく事を考えています。老いを理解する、年を取っていくことを自己認識は難しいと思いますが、その前に、伝えるべき情報を分かるように伝えていく、我々はその事を発信することが必要なのではないかと思います。

三原氏：あさけ学園のケースの話の中で、親御さんやおじいちゃん、おばあちゃんが亡くなった時にどうするか、どう伝えるか。あかりの家も大切に考えて、あれやこれや絵カード使ったりしています。加齢って、身体のことだけではなく、ほんとに親御さんが亡くなるとかの環境的なことも結構大きいよなと感じました。

近藤氏：話して説明して、実際に連れてって見せる、帰ってきてもう一回説明することが大事なんです。見せないと分からないけど、見せるだけじゃなくて、見せるための予備知識は大事。親はこんな重い子どもにそんなこと言っても分からないよ、とよく言います。だけどね、分からなくても感情、感情的意味は伝わる。それは大事だと思っています。

ケースの中の彼女が、自分は高齢者だと思ってるのは還暦のお祝いをしたからなんです。60歳の。温泉の還暦お祝いパックをみんなでしたんです。あれ以来

本人は高齢者だと思ってる。実習生が来ると手を出すようになった。差し出された手に自分の手をのっけてきます。触られるのがいやだった彼女が。

釘宮氏：彼らは、常に、一定であってほしい、普遍的なものを求める特性だから、老いるということはパニックになる。認識できればパニックにならない。変化に弱い。老いる、という概念がない。自分は100歳の子どもだという。動けなくなる。食べられなくなる。我々にとっては、当たり前な事なんだけど、こういう事じゃないでしょうか。

○

沼倉氏：リハビリが難しいってありますよね。そういう時に老いが早いっていうか。そのまま身体障害になっちゃうっていうか。自分の動きの中に概念がないんですよ。

中野氏：今回の話の中でやはり「機能訓練」の必要性について、話が出てきました。そのときに、一般的なリハビリテーションを行うことが可能かどうかといった点で話があげられています。身体機能を維持するために体にある程度の負荷をかけるということの意味を理解していなければ、効果が現れず、継続して続けることも難しいのだと思います。根本には、何のためにそれをするのか認識が出来ないということだと思います。そういった中での機能訓練は、どうしてもやらされている感じになってしまいますし、続かないのではないかと思います。それでは、機能訓練が必要ないと言うことではなく、日常生活の中に、自分から意欲をもってすることが一つでも二つでもあれば、そこを使って身体的な機能を維持プログラムを個別的に作り上げることが必要なのだと思います。そうなったときに、やはりポイントとなるのが今までの経験を通して行ってきた日中活動であり、その内容を含めたプログラムを持ち合わせていかないといけないだろうと思います。

○

司会・五十嵐氏：アスペルガーとか高機能の人たちって、私たちの世代の人たちは、割合、社会に受け入れられていますよね。老齢期になってからまたすこし問題になってきているんですかね。

釘宮氏：私のケースは全て幼少期も伺いました。ADHD とかけっこういるんですよ。でも問題にはなっていない。そこがやっばすごいなと。今の子どもたちはもう小学校4年生でアウトですよ。同じ子がなんで・・・。

ADHDのおばちゃんに聞いたら「我慢ですよ」って言うんです。父親が座っちゃよけ！って、「我慢、我慢」って言わされてたって話すんですね。でも、自分じゃブレーキ効かないよね？と尋ねると、「効かんけど、自分で効かさんと、父親に小突かれよった」て言うんですね。年に一回小突かれるのでも効いてた。今の親は機関銃のように叱責する。ほんとに可哀そうですね。

あのケースは全部、いきなりぽんとというのではなく、病歴が流れていわゆる発達障害なんだけど、二次障害にならずに今まで来たけど、とうとう最後でつかまったかな、と。

最後の関所は認知症かと。ある人は、自分の名前も奥さんの名前もわからないのに、書籍を奥さんが動かすとわかる。戻す。家を出たら、帰ってこれないのに。

すごいな。そんなとこが残るんだ。
消える例ももちろんあるけど、すごいなど。

○

三原氏：自閉症施設にいる訳ですが、自閉症高齢者棟みたいなことも考えていかないといけないかなと考えていました。今日の話の中での、なじみの場所でなじみの人や支援者ととかって大切ですよ。そういったものが必要ですね。

釘宮氏：絶対必要ですね。この研究の、そこですよ。専門性のあるスタッフとなじみの場所、それが絶対必要。

三原氏：特養施設には行けないですよ。

司会・五十嵐氏：さっき出ましたよね。割合、老人施設でいんじゃないかと思ってる施設長もいると。

中野氏：要介護という部分だけを切り取り、介護施設へ移すようなことはできないのではないかと思います。

釘宮氏：介護認定のケースで、前回介護5だったのが、要支援になって。前は、他県から転入してきて施設に入った直後での調査だったんですね。再調査で2年経って、部屋にじーっとしてて要支援になった。介護認定の網ですくっても発達障害は救えない。いろんな場面がある。特性の理解がないからそうなる。逆に介護の手間にすごい時間がかかるのに、介護1とかなってる。よく読むとADHDだった。調査員に聞くとまさにそう。自立してるんだけど困る。介護保険においても問題があるんじゃないかな。

中野氏：実際、障害者自立支援法における施設入所支援を利用していると、要介護認定を受けることもできないんですよ。

入所施設を利用している利用者は、介護保険の適用除外になっているからだと思います。従って、介護施設を利用しようとする、一度入所施設を退所しない限り、市町村の介護認定すら行ってもらえないという状況にあるのです。それでは籍を外して認定を受けて介護施設に移そうとすると、介護施設もいっぱい状況があるのですぐには入れないというのが今の現実なのですよ。

近藤氏：だから現実的にそこで考えるのがケアホームということになるんです。

中野氏：そうですね。

近藤氏：だいたいね。

中野氏：どこに行くかっていうと、認知症のケアホームみたいなところをターゲットにするんですけどそこへも、すぐに移行することは出来ず、また、多くの場合、障害者を受け入れると言ってもらえるところは少ないのだと思います。

近藤氏：私のケースでも介護認定受けると要支援2がやっとなんですよ。障害区分にすり合わせると介護にはならない。1に到達しない。

中野氏：なかなか制度の中でも障害者施設から介護施設へ移行することも難しいといった点があり、障害者施設は高齢者に配慮した職員配置や設備になっていないといったことがある。その狭間の中で、高齢の障害者の支援が自助努力の中で、それぞれの事業所が苦勞しているのだと思います。特に、医療の部分の支援が、圧倒

的に必要になってきた時には現状のなかでは、支えきれなくなるような気がします。

- 一 同：介護保険と今ある福祉サービスとの関連は誰かがどこかで、問題提起していかないといけないですね。

○

司 会：それでは時間になりましたので。この辺で終わりたいと思います。

専門家チーム会議 会議録

検討委員会 会議録

第1回専門家チーム会議 会議録

日時：平成23年10月8日（土）18：00～

会場：大分県労働福祉会館 2階 ポピー

参加者：五十嵐康郎（めぶき園施設長）、平野互（大分県立看護大学准教授）、佐藤晋治（大分大学教育福祉科学部准教授）、相本雄一郎（大分県発達障がい支援専門員の会会長）、近藤暢秀（めぶき園）

<議事>

○ 事業内容について

五十嵐より、今回事業を行うに至った経緯、事業の手法・内容、補助金などに関する説明があった。（資料参照）生活状況の調査は老年期の発達障害者の生活を把握するために、大都市や中山間地などのサンプル地域を設定し、家庭や施設の場に調査員が訪問し、質問調査（30例）を実施する。調査員には全自者協や発達障害者支援センターの職員を加え、調査対象者は福祉サービスや相談を利用している方を対象とする。

全国5ヶ所、1ヶ所10例で、50例を目指して調査する。

○ 先行調査把握について

老年期発達障害の生活と支援に関する先行調査を把握し、質問項目を設定することとする。参考に資料（発達障害をもつ高齢者とQOL）を配布した。

○ 試行調査について

近日中に五十嵐が、ひまわり園を訪問し、相本が事業団の該当する障害者を訪問し、試行調査することとする。

○ 質問項目設定検討について

- ・ 性別
- ・ 年齢
- ・ 身長
- ・ 体重
- ・ 障害種別
- ・ 障害の程度
- ・ 健康状態
- ・ 精神状態
- ・ 行動課題
- ・ 家族構成
- ・ 交友関係及び関係者
- ・ 生活環境（場）

- ・ 暮らしの様子（教育、労働、余暇）
- ・ 福祉サービス利用状況
- ・ 今困っていること、不安なこと
- ・ 現在の生活の満足度・生きがい
- ・ 必要な福祉サービス

以上のもの以外にどんなものが考えられるかを検討。

- ・ 佐藤氏より資料が配布される。（生涯発達にみる青年・成人期発達障害者の支援課題、活動と参加）
- ・ IADL、ADLは必要。
- ・ 収入、収入種別は知っておいたほうがよい。
- ・ 簡単な生活暦は今現在の生活に大きく影響していると思われるのでやはり入れておいたほうがよい。
- ・ 意思決定はどうやっているか？医療では青年後見人は決定権を持たない。通常は医療スタッフがやっている。
- ・ 認知症の研究は進んでいる。スケールで使えるものを参考にするとよいかもしれない。
- ・ 周りで支えている人たちから問題提起が出てくると思われる。最終的に問題提起ができればよいのではないか。埋もれていることを提言できると思われる。

○ 今後の日程

- ・ 検討委員会の第1回を東京で11月3日（木）に行う予定。
- ・ それを受けて第2回の専門家チーム会議を11月8日（月）18：30～行う予定。
- ・ 後日、専門家チームに、メールリストを送る。

第1回検討委員会 会議録

日時：平成23年11月3日（土）13：30～

会場：チサンホテル浜松町 うめ（東京都港区芝浦）

参加者：小林真理子（厚生労働省発達障害専門官）、五十嵐康郎（めぶき園施設長）、山崎晃資（日本自閉症協会会長）、中野伊知郎（星が丘寮施設長）、沼倉実（袖ヶ浦のびろ学園施設長）、近藤裕彦（あさけ学園施設長）、三原憲二（あかりの家施設長）、釘宮誠司（博愛病院院長）、佐藤晋治（大分大学教育福祉科学部准教授）、相本雄一郎（大分県発達障がい支援専門員の会会長）、近藤暢秀（めぶき園）

<議事>

○ 事業説明

小林専門官より、高齢期の障害者の実態は把握されていない。さらに発達障害はわからない。非常に難しいテーマですが、注目されているのでよろしくお願ひします、との話があった。

五十嵐より、今回事業を行うに至った経緯、事業の手法・内容などに関する説明があった。入所、病院受診されている方でそうであろうと思われる方を調査していく。

50例を目指して調査する。

今後の計画として、11月 8日（火）第2回専門家チーム会議

1月14日（土）～15日（日）か21日（土）～22日（日）

第2回検討委員会

2月 第3回専門家チーム会議

2月末 第3回検討委員会

- ・ 相本氏より先行調査の資料、説明。
- ・ 釘宮氏より60歳男性の症例の説明。
- ・ 診断を明確にするのが困難。資料が乏しく臨床から判断するしかない。
- ・ 環境の変化で破綻することが多い。
- ・ 対象の仕分け方が大変。
- ・ ニーズとまでいかななくても実態がわかるだけでもよい。
- ・ 入所ではやっと60歳を超えたぐらいの状態。あとは発達支援センターなどから拾い上げていく。
- ・ （釘宮氏より）チェックリストが自社開発である。
- ・ 知的障害を伴わない場合は途中で破綻をきたす場合が多い。
- ・ 発達障害者支援法の中の発達障害と判断する。

- 発達障害であろう人にチェックリストを使ってスクリーニングする。
- 対象がいるなら60代にこだわらず、50代でも行う。
- 生活歴を見ればわかることが多い。詳しく聞くようにする。
- データが集められるだけでも貴重な資料となる。
- 診断はまだ確立されていない。20～30年前と比べて状況も変わってきている。そのことも明記する必要がある。
- この調査資料を使わせてもらうという承諾書や、依頼書があったほうが良い。親がいなくて、本人が無理な場合、誰に承諾を得るか。ケースがあってもデータに拾い上げられないものもあるかもしれない。承諾書には厚生労働省の事業名を明記する。

第2回専門家チーム会議 会議録

日時：平成23年11月8日（火）18：30～

会場：博愛病院 会議室

参加者：五十嵐康郎（めぶき園施設長）、釘宮誠司（博愛病院院長）、平野互（大分県立看護大学准教授）、佐藤晋治（大分大学教育福祉科学部准教授）、相本雄一郎（大分県発達障がい支援専門員の会会長）、近藤暢秀（めぶき園）

<議事>

○ チェックシートの作成

- ・ 釘宮氏より、PARS と大人の ADHD の診断基準 M チャット、107つの項目を独自に作成したものが資料として出された。佐藤氏から、PARS と ADHD 診断基準、修士論文で作ったチェックリストが出された。五十嵐氏からもチェックシートが出された。
- ・ PARS は ADHD が乗ってこない。PARS で ADHD が落ちるところを追加シートとして釘宮氏が独自に作成したチェックリストから項目を選択したものを加える。

●PARS の短縮版と ADHD 10項目くらいで評価シートとする。

○ 項目

- ・ 判定区分
- ・ 手帳の有無、種別
- ・ 家族構成
- ・ 生活歴
- ・ 収入の状況
- ・ ADL
- ・ IADL
- ・ 健康状態（身体）…高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満
- ・ 精神状態…鬱、睡眠障害、摂食障害、依存症（アルコール、薬物、ギャンブル）
- ・ 行動課題（困り感）
- ・ 交友関係及び関係者
- ・ 生活環境
- ・ 一日の過ごし方（学習・作業・余暇）
- ・ 福祉サービスの利用状況（成年後見人についても含む）
- ・ 今、本人が困っていること、不安なこと
- ・ 現在の生活の満足度、生きがい
- ・ 必要な福祉サービス及び医療サービス

○ 今後の目標

- ・ 大分県で30例を目指す。
- ・ 五十嵐氏が潔き聖母の家、みのり園、博愛などを、相本氏が白萩園、みずほ更生センター、向陽学園、もみじ園、番匠の里、久保更生園、糸口、溪泉寮などをあたっていく。

第2回検討委員会 会議録

日時：平成24年1月15日（日）9：30～12：00

会場：ホテルサンバリー（別府市）

参加者：小林真理子（厚生労働省発達障害専門官）、五十嵐康郎（めぶき園施設長）、山崎晃資（日本自閉症協会会長）、釘宮誠司（博愛病院院長）、中野伊知郎（星が丘寮施設長）、沼倉実（袖ヶ浦のびろ学園施設長）、近藤裕彦（あさけ学園施設長）、三原憲二（あかりの家施設長）、佐藤晋治（大分大学教育福祉科学部准教授）、相本雄一郎（大分県発達障がい支援専門員の会会長）、近藤暢秀（めぶき園）、亀井菜月（大分大学院生）、岸本由紀（大分大学院生）

<議事>

○ 検討委員会調査シートの報告

- ・ 北海道… 8例<中野>⇒侑愛の施設入所
- ・ 東京都… 6例<沼倉>⇒施設入所
- ・ 三重県… 6例<近藤裕>⇒施設入所
- ・ 兵庫県… 12例（+4例）<三原>⇒在宅3例、ケアホーム1例、施設入所12例
- ・ 大分県… 2例<五十嵐>⇒施設入所1例、死亡1例
- ・ 大分県… 27例<相本>⇒地域定着センターが20例、施設入所が7例
- ・ 大分県… 5例<釘宮> …後日

それぞれの事例について説明。

●データの事例の数としては十分。発達障害としたという理由がある。まず発達障害の診断を受けている人、PARSの点数が達した人、その中で知的障害がある、なし。定着センターに多いADHDの人で知的のある・なし。成育暦から除外する人。データを分ける。合併症の傾向も取れるとよい。適応している人、していない人、ひどい問題行動を起こしている人。エピソード的に抜き出す。

●40代～50代のデータは山ほど集められるが、60代はどうしてこんなに苦勞するのか。不顕在化？時代背景のものか？200人いる施設にいないというのは奇異。特性が薄まって他の合併症がクローズアップされるのか。知的施設でも若いうちに亡くなっていて、高齢化はクローズアップされなかった。環境問題は大きい。エネルギーがかなり落ちていて、改善、平静になったと見る。今回の例は知的障害のない人は少ない。知的障害のない人のデータを集めるのは難しい。

○ 今後の進め方・役割分担（調査結果の集計・分析 報告書執筆）

それぞれの地域の特色で、報告書をまとめる

- ・ 調査結果の集計・分析—佐藤氏（亀井、岸本）、平野氏

- ・北海道（中野氏）—普通の知的と、今回の7例で、PARSを比較して差がでるかをやってみる。できれば、80名全員を調査することを目標に。調査する人は特定した方がよいと思う。
- ・東京（沼倉氏）—大きな都の施設にいないというのはおかしい、という点から。そうした課題について。
- ・三重（近藤氏）—日本で最初の診断を受けた女性の、その取り組みについて。
- ・兵庫（三原氏）—救護施設での状況について。
- ・大分（相本氏）—地域生活定着センターの特殊な例について。

●目次と、字数を決める。

データはこのままの形では載せれないので佐藤氏の方で、簡素化して載せる。エピソードをからめて。

○ 今後の予定

（第3回専門家チーム会議 大分）

集計・分析結果とりまとめと報告書作成について

期日：2月中に、佐藤氏のデータのとりまとめがある程度できたところで。

場合によっては1～2回増やす。

（第3回検討委員会 東京）

最終まとめと評価・修正

期日：3月10日（土）13：00～

場所：チサンホテル浜松町

この日までに資料をメールで送り、目を通しておく

第3回専門家チーム会議 会議録

日時：平成24年3月6日（火）18：30～

会場：大分県労働福祉会館 2階 ポピー

参加者：五十嵐康郎（めぶき園施設長）、釘宮誠司（博愛病院院長）、佐藤晋治（大分大学教育福祉科学部准教授）、相本雄一郎（大分県発達障がい支援専門員の会会長）、近藤暢秀（めぶき園）、亀井菜月（大分大学院生）、岸本由紀（大分大学院生）

<議事>

- 障害者総合福祉推進事業の実績報告について五十嵐氏より資料を配布、留意事項や提出書類、締め切り、今後のスケジュールなどについての説明があった。
- 調査の集計・分析について、現在までの経過を佐藤氏より資料を配布、説明があった。
 - ・70例の事例を支援ニーズ（PDD,ADHD,PDD+ADHD）と知的障害の有無（MR有り、MR無し）によって群分けし、また地域生活定着センターの事例とそれ以外の事例で分け、12群の事例を分類した。
 - ・発達障害の支援ニーズを有しない10事例と高次脳機能障害の1事例を除いた59事例が本調査の対象事例となる。12群のうち、3群は該当事例がないため、残り9群で分析を行った。
 - ・事例の概要
 - ・手帳の所持人数と割合—老年期発達障害では知的や精神障害での手帳のみならず、身体機能の低下、損失、疾患等による身体障害者手帳の取得により、支援サービスを受けている事例も存在する。
 - ・居住形態
 - ・ADLとIADLの集計—ADLよりIADLの得点が低い。日常生活の動作はできているが、関連動作の方が落ちている。
 - ・収入の状況—その他は未記入の人。聞いてないというだけでなく、情報がないという事例もあり、ここが調査の限界になっている部分でもある。
 - ・身体の状態—全体でも、身体の状態での困りを有している。
 - ・感覚器について—困りなし事例が多い。
 - ・精神状態—睡眠障害や依存症が多い。困りなしという人は多い。感覚器とは違う結果になっている。
 - ・通院、入院状況—全体としては1～2か所にかかっているが、群によって差がある。多様である。
 - ・行動課題—困りの数は平均2、1で、複数の行動課題を抱えている。

- ・交友関係一極めて限定された交友関係だと考えられる。
- ・生活環境一施設か、地域か。
- ・一日の過ごし方一施設では施設に沿った形。地域にいる人は目的を持った過ごし方ができてない人が多い。
- ・今、本人が困っていること、不安なこと一今後の生活など。知的障害のあるなし、定着支援センターの支援を受けているかいないかで違ってくるようである。
- ・現在の生活の満足度、生きがい一施設では、活動、外出、帰省など。PDD(MR 有・他)では、ほのぼのとした趣味や娯楽をあげている。
- ・必要な福祉サービス及び医療サービス一現在利用している数よりも必要な数の方が多い群が多い。成年後見制度を必要としている人も多い。

※佐藤氏が、来週半ばくらいまでに文章をつけて、めどをつけることとした。

(分析を見ての意見)

- ・発達障害の傾向をより持っている人とそうでない人は差があるのか。PDD の純粋なタイプは非常に穏やかに過ごしているので施設にいないのでは？ADHD がからんでいの方が問題が多い。
- ・施設の人やPDD の人は、管理されて良く見てもらっている。ADHD の人は見てもらってなかったり、病院にかかってなかったりする。自己管理ができていないので、合併症が多い。
- ・施設入所の方がよいといえる。
- ・感覚器系が落ちていくが、過敏であったのが、ちょうど調整された状態になっているのでは？
- ・一般群、MR のみの群の人と比較してみたい。
- ・やはり高齢になった時に環境を変えてはいけない。介護施設にいったときに、おかしくなっている。程度区分は低いが対応しにくい。
- ・数としては、十分集まった方ではないか。
- ・認知症になった時にはどうなるのか？

○検討委員レポート・報告書について

- ・東京の入所施設調査の概況報告～他の年代に比較して、60歳以上の発達障害者が少ないことについて～(沼倉実氏)
- 59歳以下の発達障害の利用者の率は37,7%で、60歳以上では15%。周囲に認識されなかったのか、施策が及ばなかったのか、入所施設以外のところにいるのか。支援者が発達障害と認識しない、もしくはわからない等の状況があるのか。
- ・日本で最初に自閉症の診断を受けた女性の生活や支援の取り組みについて(近藤裕彦氏)

— 介助度が高い。62歳。集中力や向上心が素晴らしい。

- ・ 救護施設における発達障害について（三原憲二氏）

— 救護施設における、発達障害に関する問題意識はまだ薄い。

- ・ 知的障害を対照群とした比較研究について（中野伊知郎氏）

— 知的障害を対象とした障害者支援施設の中に発達障害が埋もれている。知的障害の高齢者と自閉症を疑われる知的障害者の高齢者は状態像が違う。老化していくことを認識できないので、生活スタイルを変えることができない。

○ 今後の日程

- ・ 3月10日（土）チサンホテル浜松町で第3回検討委員会。

その日までに相本氏が報告書、佐藤氏がもう少し進めてコピーして持ってくる。

- ・ 印刷を考えると来週中がギリギリの日程。

- ・ 対象の呼び名を統一…「老年期発達障害者（60歳以上）」

- ・ 14日（水）に最後のまとめの第4回専門家チーム会議。18時半～、労働福祉会館。

- ・ 調査シートの白紙ものせる。集計・分析の前に。

・ 第3回検討委員会の中で座談会。その内容も報告書に入れる。録音しておこす。（…今回調査をしたことでの思いや気づきを5分程度でまとめてもらって話をしてもらい、その後ディスカッションする。その旨を全員にメールで送る）

第3回検討委員会 会議録

日時：平成24年3月10日（土）13：00～17：00

会場：チサンホテル浜松町 うめ（東京都港区芝浦）

参加者：小林真理子（厚生労働省発達障害専門官）、五十嵐康郎（めぶき園施設長）、山崎晃資（日本自閉症協会会長）、中野伊知郎（星が丘寮施設長）、沼倉実（袖ヶ浦のびろ学園施設長）、近藤裕彦（あさけ学園施設長）、三原憲二（あかりの家施設長）、釘宮誠司（博愛病院院長）、佐藤晋治（大分大学教育福祉科学部准教授）、相本雄一郎（大分県発達障がい支援専門員の会会長）、近藤暢秀（めぶき園）

<議事>

- ・ 釘宮氏が空港までの渋滞のため遅れて、15時頃からの参加。山崎氏、佐藤氏が都合で16時までの参加となります。
- ・ 報告書完成までの予定、各自役割分担の確認をした。レポートは、中野氏、沼倉氏、三原氏、相本氏が、まとめのレポートを釘宮氏、山崎氏、平野氏が書く。
- 調査の集計・分析の結果を佐藤氏より資料を配布。先日の専門家チーム会議で報告したものに付け加え、修正したものの報告があった。
- ・ 70例の事例を支援ニーズ（PDD,ADHD,PDD+ADHD）と知的障害の有無（MR有り、MR無し）によって群分けし、また地域生活定着センターの事例とそれ以外の事例で分け、12群の事例を分類した。
- ・ 発達障害の支援ニーズを有しない10事例と高次脳機能障害の1事例を除いた59事例が本調査の対象事例となる。12群のうち、3群は該当事例がないため、残り9群で分析を行った。
- ・ 事例の概要、
- ・ 手帳の所持人数と割合—老年期発達障害では知的や精神障害での手帳のみならず身体機能の低下、損失、疾患等による身体障害者手帳の取得により、支援サービスを受けている事例も存在する。
- ・ 居住形態—老年期発達障害者は、施設でないと生活できない。もしくは在宅での生活も困難である可能性。つつがなく生活している老年期老年期発達障害の存在に我々が気づいていない
- ・ ADLとIADLの集計—ADLよりIADLの得点が低い。日常生活の動作はできているが、関連動作の方が落ちている。
- ・ 収入の状況—障害年金や他の年金が多い。地域定着支援センターでは生活保護が多い。
- ・ 身体の状態—全体で82、1%の事例が、身体の状態で何らかの困りを有してい

る。PDDは困りが多く、ADHDは少ない。周りの人が気づかないからか？

- ・ 感覚器について一身体とは対照的に困りなし事例が多い。
- ・ 精神状態—全事例の85%は何らかの困りを抱えている。内容は多岐にわたる。依存症はその全てが地域生活定着支援センターの事例である。
- ・ 通院、入院状況—地域生活定着支援センターの平均は少なく、適切な医療ケアを受けられずにいる可能性がある。
- ・ 行動課題—困りの数はどの郡も2個程度の複数の行動課題を抱えている。内容は多岐にわたるが、①MRに起因するもの②PDDの支援ニーズとしてあげられるもの③二次障害としての行動障害④加齢に伴う身体機能の低下によるもの、に分類できる。
- ・ 交友関係—極めて限定された交友関係だと示されている。
- ・ 生活環境—MRありは施設の事例が多い。
- ・ 福祉サービスの利用状況—施設入所のMR有は、成年後見人利用が多く見られた。
 - ・ 一日の過ごし方—施設では施設の日課に沿った過ごし方をしている。それ以外の事例は具体的な報告が見られない。
 - ・ 今、本人が困っていること、不安なこと—①体調管理に関すること②生活環境に関すること③家族との関係に関することが多い。
 - ・ 現在の生活の満足度、生きがい—①家族との面会や帰宅、②外出③趣味、娯楽を楽しんでいる事例が多く見られた一方で、特にない、意味の理解が困難という事例がある。MRなしの事例は、将来の不安や地域生活の上手くいかなさを訴えるものが見られた。
 - ・ 必要な福祉サービス及び医療サービス現在利用している数よりも必要な数の方が多い群が多い。1以上大きくなっている群もある。①成年後見人制度、②医療的ケア③高齢者としての支援に関すること④発達障害への支援に関すること

(分析・結果を見ての意見)

- ・ 男女別、事例を絞ってライフヒストリーを眺めるようなことも必要では。
- ・ PARSとADHDの診断は気になる。それほど厳密にしなくてもよいかもしれないが。
- ・ MRの表記はどうか？知的障害と精神遅滞では違う。
⇒この研究では知的障害を「MR」と表記すると最初を書いておくものとする。
- ・ 知的障害の人と一般の人との比較ができてないが、この短期間の研究では限界があると書けばどうか。
- ・ 施設を中心に調べたので、入所が多くなるのは当然だが。社会に適応して在宅で普通に暮らしている人は上がってきようがない。そこが今回の調査の限界。

- ・ 過去の経過をかなり追えば診断できるが、2～3回の面接ではわからない。
- ・ 地域生活定着支援センターの事例が多く上がったのはよかった。どんな問題が起きてくるのかを提言するとよい。施設の人、地域の人それぞれでどんな問題があるのか。
- ・ 学会でも統一されていないが、表記はADHDとAD/HDがある。
- ・ 身体的な落ち方の度合いが大きいなどがわかると書くとよい。
- ・ 厚生白書などに、老人の疾病状況など報告されているのでは。知的障害の研究もあるのでは。

○ 検討委員レポート・報告書について

各委員より説明

- ・ 東京の入所施設調査の概況報告～他の年代に比較して、60歳以上の発達障害者が少ないことについて～（沼倉実氏）

一明らかに少ないといえる。子どもの頃の社会情勢の状況で、拾い上げられることなく、生活してきた。他の障害と区別つけられなく来た。知的の施設で高齢化は問題にならなかった。早くに亡くなったりしていた。

- ・ 救護施設における発達障害について（三原憲二氏）

一路上生活に入る人が多く、仕事がなくなった、借金の保証人、近隣の援助がなくなった、など。救護施設での職員の発達障害への関心がまだまだ薄い。

どこにいるのかというのを知りたいと思う。救護施設、入所施設、老人施設、どこにどれくらいいるのか。救護施設でも研修が必要と書いては。

⇒統合失調症とも診断されているが、今回はそう診断されていた症例であると書く。

⇒救護施設にいそだ、という印象を受けるということを記述する。

- ・ 日本で最初に自閉症の診断を受けた女性の生活や支援の取り組みについて（近藤裕彦氏）

一13歳までのフォローアップは石井先生の本から。あさけは31歳から。

⇒日常的にかなり衰えが見られるが、楽しみにしているコーヒー、手織り、外出の時だけは走っていく、と記述する。

身体的な衰えがかなりあるが、本人は自覚していない。気をつけていない。老眼鏡も使わない。

⇒40代、50代の変化がわかるようなことがあれば、書く。閉経など身体の変化についてもどうか。

- ・ 知的障害を対照群とした比較研究について（中野伊知郎氏）

一知的障害を対象とした障害者支援施設の中に発達障害が埋もれている。自閉症を疑われる知的障害の高齢者は老化していくことを認識できない。生活スタイルを変えることができない。視覚から機能低下する傾向にある。生育歴が途切れる。

・地域生活定着支援センターにおける発達障がいについて（相本雄一郎氏）

—調査対象とした受刑者の1, 6%が発達障害とされるが、大分では7, 5%となる。

・老年期発達障害者（60歳以上）の現状と今後の対応について

—馴染みの施設で馴染みの居場所と馴染みの職員に長期間処遇されると粗大な問題行動もなく、生活を維持し、その存在にすら気づかなくなることもある。が、老人施設などへの移動は著しい精神症状を引き起こす恐れがある。同一施設での生活の維持が不可欠。また現代のめまぐるしい環境の変化が精神症状を出現させる。彼らが育った時代はのんびりしていて地域が子どもを育てるといった環境にあった。

成果の公表計画

成果の公表計画

ホームページ掲載

01. 社会福祉法人萌葱の郷ホームページに成果物を掲載する。
02. 全国自閉症者施設協議会のホームページに成果物を掲載する。

成果物配布

03. 社団法人日本自閉症協会本部及び地方会に成果物を配布する。
04. 全国自閉症者施設協議会会員施設に成果物を配布する。
05. 発達障害者支援センター全国連絡協議会会員支援センターに成果物を配布する。
06. 調査協力施設及び調査協力機関に成果物を配布する。
07. 大分県発達障がい者支援センター連絡協議会参加機関に成果物を配布する。
08. 大分県発達障がい者支援専門員の会会員に成果物を配布する。

調査・研究報告

07. 全国自閉症者施設協議会全国大会で調査・研究結果を報告する。
08. 日本特殊教育学会で調査・研究結果を報告する。
09. 日本リハビリテーション連携学会で調査・研究結果を報告する。
10. 九州・山口自閉症研究協議会で調査・研究結果を報告する。
11. 九州発達障害研究会で調査・研究結果を報告する。
12. 九州心理学会で調査・研究結果を報告する。
13. 大分臨床心理学会で調査・研究結果を報告する。
14. 大分教育臨床セミナーで調査・研究結果を報告する。
15. 大分県発達障がい研究会で調査・研究結果を報告する。
16. 大分県発達障がい者支援センター連絡協議会で調査・研究結果を報告する。

検討委員会名簿

- 山崎 晃資 (社)・日本自閉症協会会長)
- 釘宮 誠司 (博愛病院院長／大分県発達障害者支援センター連絡協議会会長)
- 平野 互 (大分県立看護科学大学准教授／大分県自閉症協会会長)
- 佐藤 晋治 (大分大学教育福祉科学部准教授)
- 中野 伊知郎 (星が丘寮施設長／全国自閉症者施設協議会理事)
- 沼倉 実 (袖ヶ浦のびろ学園施設長／全国自閉症者施設協議会理事)
- 近藤 裕彦 (あさけ学園施設長／全国自閉症者施設協議会理事)
- 三原 憲二 (あかりの家施設長／全国自閉症者施設協議会副会長)
- 相本 雄一郎 (大分県発達障がい支援専門員の会会長)
- 五十嵐 康郎 (めぶき園施設長／全国自閉症者施設協議会会長)

事務局

- 近藤 暢秀 (めぶき園支援課長／全国自閉症者施設協議会事務局)

平成23年度障害者総合福祉推進事業

老年期発達障害者（60代以上）への障害福祉サービス提供の現状とニーズ把握に関する調査について

調査研究報告書

発行者 社会福祉法人 萌葱の郷
理事長 五十嵐 康郎

発行日 平成24年3月31日

事務局 社会福祉法人 萌葱の郷
〒879-7306 大分県豊後大野市犬飼町下津尾4355番地10
TEL. 097-578-0818 FAX. 097-578-0819
E-mail. mebukien@moeginosato.net