

高齢知的障害者の死亡原因と疾患状況

—国立のぞみの園利用者の診療記録から—

ソウマ	ダイスケ	ゴミ	ヨウイチ	シガ	トシカズ
相馬	大祐*1	五味	洋一*1	志賀	利一*2
ムラオカ	ミユキ	オオムラ	ミホ	イザワ	クニヒデ
村岡	美幸*1	大村	美保*1	井沢	邦英*3

目的 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園（以下、国立のぞみの園）入所者の罹患の状況と死亡原因に関するデータを整理し、知的障害者の健康管理と医療・介護を考える上での基礎的資料を得ることを目的とした。

方法 国立のぞみの園の過去の診療記録から、入所者の死亡原因および既往歴に関する情報を収集し、集計・分析した。調査対象は、1971年4月から2011年3月の間に死亡した162人とした。病名はICD10国際疾病分類第10版ならびに植田の文献を参考に分類した。

結果 2000年度以前に亡くなった利用者は90人であり、死亡時の平均年齢は41.6歳であった。一方、2001年度から2010年度に亡くなった利用者は72人で、死亡時の平均年齢は59.7歳であった。この結果から、高齢知的障害者に関する死亡原因や疾病については、2001年度から2010年度の間に亡くなった者を対象に、より詳細に分析することが有効と判断した。2001年度以降とそれ以前の死亡原因を比較すると、呼吸器系疾患で死亡した人の割合が全体の43.1%にのぼり、大幅に増加していた。次に、72人の利用者が罹患して最初に診断を受けた年代を疾患別に整理した。その結果、疾患ごとに最初に診断を受けた年代の傾向は異なり、4つに疾患を分類することができ、50歳代で初発となる疾患が多い傾向にあった。

結論 本研究の結果、障害者支援施設で生活する高齢知的障害者の死亡原因としては、新生物や脳血管疾患の割合が比較的 low、呼吸器系疾患で死亡する割合が高いことがわかった。そのため、国立のぞみの園では嚥下機能の低下による肺炎のリスクの備えとして、特別食導入等の食事の工夫や口腔機能の向上・維持を目的とする摂食・嚥下訓練等を実施している。また、罹患状況の分析の結果、30歳代以降の身体状況の変化に注視するとともに、50歳代での多様な疾病の罹患に備える必要性がうかがえた。そのため、身体機能等の変化のない30歳代以前の身体機能、認知機能等をベースラインとして記録するとともに、30歳代以降はそれらの情報を定期的に記録しておく必要があるといえる。グループホーム・ケアホームは職員数が少なく、非正規職員の世話人が多い傾向にあり、通院の介助や医療機関との連携についても対応に苦慮する実態が指摘されている。上記の取り組みの他、障害福祉分野に限らず、高齢福祉、医療分野の専門職を交えた検討が必要といえる。

キーワード 高齢知的障害者、死亡原因、罹患状況

* 1 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部研究課研究係 * 2 同部長 * 3 同参与

I はじめに

わが国の高齢知的障害者に関しては、1980年代後半から定期的に施設入所者の健康や早期老化の実態、処遇の状況等の把握が行われてきた¹⁾²⁾。2012年に行われた調査では、65歳以上の知的障害者は約5万人存在し、そのうち、障害者支援施設で生活する65歳以上の知的障害者は約13,000人であるとともに、50歳以上は約42,000人と推計され、今後、入所施設で生活する知的障害者の高齢化は一層強まると推測される³⁾。

一方、入所施設以外で生活する高齢知的障害者についての言及は少なく、2000年に「知的障害者の高齢化対策検討会」が作成した報告書等に限定されている⁴⁾。しかし、実際の障害者の生活の場は、高齢知的障害者が注目され始めた1980年代後半と比べると、様変わりしている。2012年4月時点で障害者支援施設に生活する障害者数は131,575人、1980年代後半の国の制度上には存在していないグループホーム（以下、GH）・ケアホーム（以下、CH）で生活する障害者数は75,273人とされている⁵⁾。増加傾向にあるGH・CHを利用する障害者のうち、知的障害以外の障害も含めた65歳以上の者は約7.0%確認されており、約5,000人が生活していると推計される⁶⁾。その一方で、GH・CHで生活する高齢知的障害者については、高齢化により医療体制の不備や重介護の問題が表面化し、GH・CHでの生活の継続が困難となっている事例が報告されている⁷⁾。

障害者の地域生活を支える体制が徐々に整えられてはいるものの、一方で疾病や身体機能の低下により、地域生活が脅かされる可能性がある現状の中、高齢化する知的障害者の健康の維持、管理は重要な課題といえよう。しかし、知的障害者の高齢化と健康管理に関する基礎的なデータは、入所施設で生活する知的障害者を対象としたものでさえ充分とはいえない。そこで、本研究では、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園（以下、国立のぞみの園）入所者の罹患

した疾病の状況と死亡原因に関するデータを整理し、知的障害者の健康管理と医療・介護を考える上での基礎的資料を得ることなどを目的とした。

II 方法

(1) 研究視点

本研究では、高齢知的障害者の健康管理に関する基礎的なデータを得るため、死亡原因と罹患状況に着目した。知的障害者の死亡数については、日本知的障害者福祉協会の実態調査によって増加傾向にあることは報告されているが、死亡原因の詳細については報告されていない⁸⁾。死亡原因については、及川によって、1978年から1992年までの日本精神薄弱者愛護協会（現日本知的障害者福祉協会）による調査にまとめられているが、先行研究は限られているのが現状である⁹⁾。また、知的障害者の疾病については、植田が40歳以上の通所施設ならびに入所施設を利用する知的障害者341人を対象に調査を行っている¹⁰⁾が、年齢層別での疾病の罹患状況等については報告されていない。そこで、本研究では死亡原因と罹患状況に着目した。

なお、高齢知的障害者の定義については、すでにいくつかの先行研究で早期老化の傾向にあることが指摘されていることから、50歳以上を高齢知的障害者と定義した¹¹⁾¹²⁾。

(2) 調査・分析方法

本研究では国立のぞみの園の過去の診療記録から、国立のぞみの園の入所者の死亡原因および既往歴に関する情報を収集し、集計・分析した。調査対象は、1971年4月から2011年3月までの間に死亡した162人とした。病名はICD10国際疾病分類第10版ならびに植田の文献を参考に分類した¹⁰⁾。この分類に従って、すべての対象者について、死亡原因として診療記録に記載されている疾患名にコードを付け、集計を行った（表1）。

なお、本研究は倫理的配慮として、国立のぞみの園が設置する調査研究倫理審査委員会にお

いて審議され、承認を得た上で実施した。調査・分析に当たっては、個人が特定されないように配慮した（承認番号2011-⑤）。

Ⅲ 結 果

(1) 死亡時の年齢

図1には、162人の利用者の死亡時年齢を50歳未満、50歳以上に整理して10年ごとに示した。2000年度以前に亡くなった利用者は90人であり、死亡時の平均年齢は41.6歳であった。一方、2001年度から2010年度に亡くなった利用者は72人で、死亡時の平均年齢は59.7歳であった。

このように最近の10年間はそれ以前に比べ、死亡時の平均年齢は高くなっており、50歳以上で亡くなった者が多くの割合を占めていた。この結果から、高齢知的障害者に関する死亡原因や疾病については、2001年度から2010年度の間に亡くなった72人を対象に、より詳細に分析することが有効と判断した。よって、以降の分析については、2001年度から2010年度に亡くなった72人を主な対象とした。なお、2013年4月1日現在、国立のぞみの園の入所利用者の平均年齢は61.0歳である。

表1 疾患の大分類と中分類

大分類	中分類
呼吸器系疾患	肺炎・気管支炎 誤嚥性肺炎 インフルエンザ
循環器系疾患	血管障害 心臓疾患
消化器系疾患	食道 胃・十二指腸 腸・直腸・肛門 肝臓・胆嚢・すい臓
内分泌栄養及び代謝疾患	代謝・栄養 内分泌
脳・神経の疾患	脳梗塞・脳出血 パーキンソン病 てんかん
尿路器系疾患	尿・尿路感染症 腎臓
皮膚及び皮下組織の疾患	
血液及び造血器の疾患・免疫機構の障害	血液 免疫
新生物	
眼及び付属器	眼 耳 歯・口腔
運動機能の障害	

図1 国立のぞみの園利用者の10年ごとの死亡時年齢の内訳

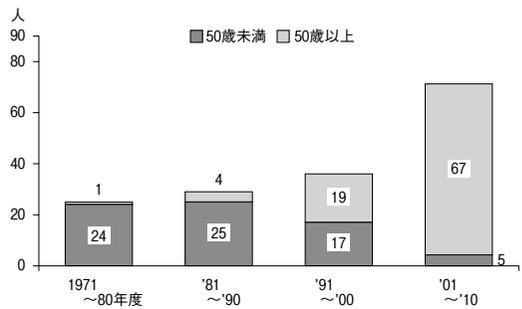
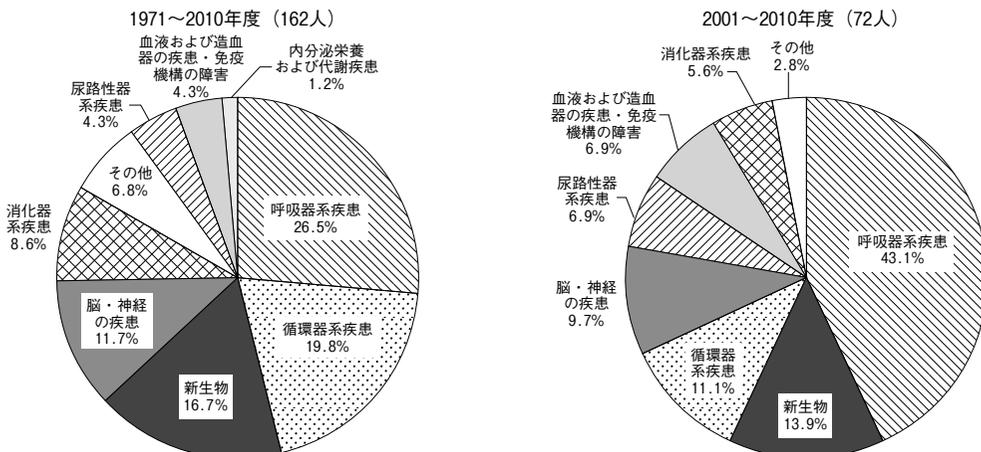


図2 死亡原因の内訳



(2) 死亡原因の内訳

死亡原因の内訳を図2に示した。1971年度から2010年度までの死亡原因としては呼吸器系疾患が最も多く、次いで循環器系疾患、新生物、脳・神経の疾患の順であった(図2)。2001年度以降とそれ以前の死亡原因を比較すると、呼吸器系疾患で死亡した人の割合は全体の43.1%にのぼり、1971~2010年度と2001~2010年度を比較して大幅に増加している。呼吸器系疾患で亡くなった31人のうち、中分類単位では77.4%(24人)が肺炎・気管支炎で亡くなっており、誤嚥性肺炎は12.9%(4人)、細菌性胸膜炎等のその他の呼吸器系疾患は9.6%(3人)であった。

(3) 年齢層別の罹患状況

次に、2001年度から2010年度に死亡した72人の利用者が罹患して最初に診断を受けた年齢と疾患に着目し、整理した。その結果、疾患ごとに最初に診断を受けた年代の傾向は異なり、図3のとおり、4つに疾患を分類することができた。タイプIの疾患は30歳代に初発の確認が多

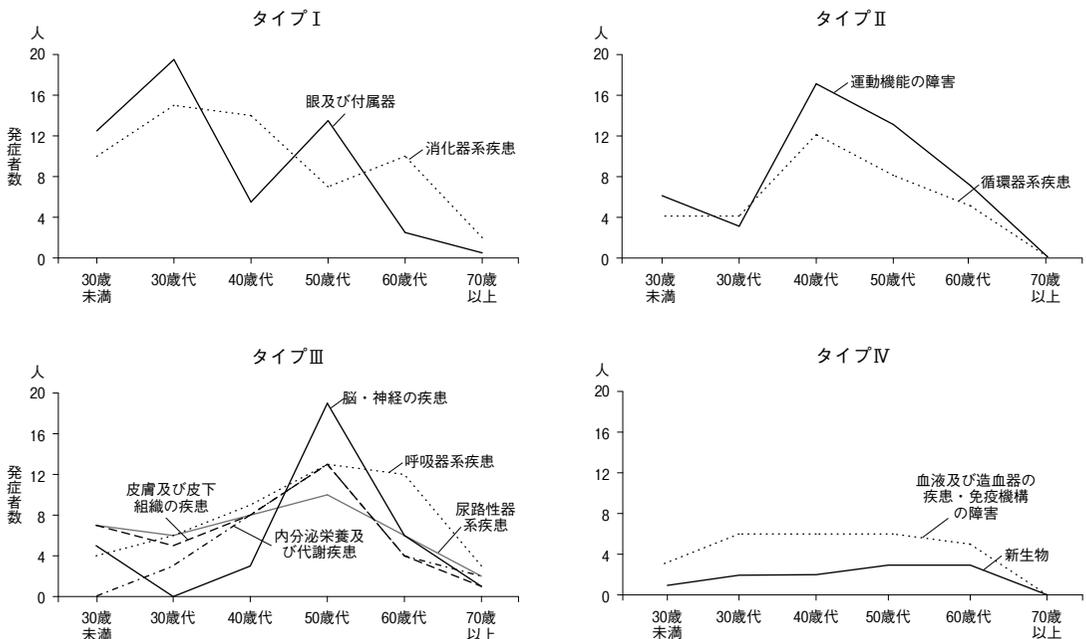
かった眼及び付属器の疾患や消化器系疾患であった。タイプIIは40歳代に初発の確認が多かった運動機能の障害、循環器系疾患、タイプIIIは50歳代に初発の確認が多い疾患で、脳・神経の疾患、呼吸器系疾患や内分泌栄養及び代謝疾患等があげられた。一方、タイプIVは年齢に関わらず一定数発症が確認できる疾患で、血液及び造血器の疾患・免疫機構の障害、新生物であった。疾患数をみると、タイプI、II、IVに比べ、タイプIII、すなわち50歳代で初発となる疾患が多い傾向にあった。

また、死亡時までの疾患数を分析すると、中分類単位で17の疾患を受けていた人を筆頭に1人当たり平均7.7の疾患にかかっていた。この結果から、高齢知的障害者においては複数の疾患の治療を行っている実態がわかった。

IV 考 察

本研究の対象は国立のぞみの園利用者に限定しており、一般化するのには限界はあるが、以上の結果から、高齢知的障害者の死亡原因、罹

図3 初発の年齢層別疾患の分類



患状況のそれぞれの特徴と必要な取り組み、GH・CHにおける高齢知的障害者に関する支援について考察する。

(1) 死亡原因の特徴と必要な取り組み

本研究の結果、利用者の高齢化に伴い死亡者数は年々増加していること、死亡原因としては呼吸器系疾患が最も多く、約4割の割合を占めていることが確認できた。一方、2011年の日本人全体の死亡原因の上位¹³⁾のそれと比較した場合、がん(新生物)や脳血管疾患が死亡原因に占める割合が比較的lowく、特にがん(新生物)については罹患者自体が少数であることが確認でき、知的障害者の特徴ということが出来る。

また、1982年～1992年の間の死亡統計をまとめた及川によれば、呼吸器系疾患で亡くなった者の順位は2～5位の間を変動していた⁹⁾。また、1996年の馬場による調査によれば、呼吸器系疾患で死亡した知的障害者は最も多く、その割合は30.8%であった¹⁴⁾。これらの調査は、年齢を特定せずにまとめられているため、本研究の2001年度以降の死亡原因と比較すると、呼吸器系疾患で死亡した者の割合は高齢化とともに増加する傾向にあることがうかがえた。

入所者の高齢化が進む国立のぞみの園では、嚥下機能の低下による肺炎のリスクの備えとして、特別食導入等の食事の工夫や口腔機能の向上・維持を目的とする摂食・嚥下訓練を実施している。こうした取り組みは、本研究で示された誤嚥性肺炎等の呼吸器系疾患の予防対策の一つといえる。

(2) 罹患状況の特徴と必要な取り組み

罹患状況の特徴をみると、30歳代から眼及び付属器の疾患の初発がみられている。これは、重度知的障害者の場合、白内障や緑内障がしばしば若年期から出現しやすいという先行研究と合致する結果であった¹⁵⁾。また、40歳代では運動機能の障害が始まる傾向にあり、転倒等の事故による骨折が増えてくる年代であることがわかった。転倒の要因としては外的要因と内的要因があり、段差や照明の不良等が外的要因とさ

れている。一方、内的な要因としては身体的疾患、薬物、加齢変化に分類され、身体的疾患として、本研究の疾患の分類でいえば、循環器系、脳・神経の疾患、眼及び付属器の疾患があげられている¹⁶⁾。すなわち、眼及び付属器の疾患と運動機能の障害には関連性がうかがえる。また、中高齢期における骨折の治療は長期間を要し、長期間の臥床はさらなる身体機能の低下につながる可能性がある。

このように、知的障害者には早期老化が考えられ、早い者では30歳代から身体状況に変化がみられる。自身の身体状況の変化を他者に明確に訴えることが難しい知的障害者の場合、30歳代以降の身体状況の変化に注視するとともに、50歳代での多様な疾病の罹患に備える必要性が本研究から指摘できる。そのためには、身体機能等の変化のない30歳代以前の身体機能、認知機能等をベースラインとして記録するとともに、30歳代以降はそれらの情報を定期的に記録しておく必要がある。

(3) GH・CHにおける高齢知的障害者に関する支援

本調査の結果、最も多い死亡時年齢は50歳代であり、初発となる疾患も50歳代が多い傾向にあった。GH・CHの実態調査によれば、GH・CHで生活する障害者で50歳以降の者の割合は36.3%を占め、3人に1人は50歳以上である⁶⁾。つまり、GH・CHにおいても今後高齢化への対応が求められる。

しかし、GH・CHの職員数は決して多いとはいえず、その内訳も非正規職員の世話人が多い¹⁷⁾。そのため、日常の健康管理等の対応は可能であっても、通院や医療機関との連携については対応を苦慮するといった報告がされている¹⁸⁾。この通院の介助については、ホームヘルプでの利用も可能であるが、実態として利用している者は全体の約2.9%と低い割合であることが報告されている⁶⁾。この点については、2014年4月よりGH・CHを統合し、外部の居宅介護事業者と連携することにより利用者の状態に応じた柔軟なサービス提供が実施できるよう検討する

といった方向性が打ち出されている¹⁹⁾。

今後は職員数が少なく、看護師等の医療従事者の配置が求められていないGH・CHでどのように高齢知的障害者の生活を支えていくことができるのか、新たな高齢障害者の居住の場に関する検討が求められている中、障害福祉分野だけでなく、高齢福祉や医療分野の専門職を交えた検討が必要といえる。

なお、本稿は国立のぞみの園の平成23年度研究事業として、診療部の医師と共同で行った研究の一部をまとめたものである。

文 献

- 1) 日本精神薄弱者愛護協会. 精神薄弱者加齢の軌跡－高齢精神薄弱者実態調査研究報告書－. 東京都：日本精神薄弱者愛護協会 (1987).
- 2) 今村理一. 知的障害者の高齢者の支援・介護のあり方に関する研究. 主任研究者三村誠. 重介護を要する知的障害者及び高齢知的障害者の援助に関する研究. 厚生省障害保健福祉総合研究平成11年度研究報告書 (2000)；233-78.
- 3) 知的障害者の高齢化対応検討会報告書 (http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0008/s0807-1_9.html) 2013.5.30.
- 4) 遠藤浩. 地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作製. 厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (身体・知的等障害分野) 平成24年度統括・分担研究報告書 (2013)；9-23.
- 5) 厚生労働省. 障害福祉サービス, 障害児給付費等の利用状況について (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/toukei/dl/01-24.pdf>) 2013.05.30.
- 6) 日本グループホーム学会. グループホーム (ケアホーム) 全国基礎調査2009報告書. 東京都：日本グループホーム学会, (2010)；59.
- 7) 相馬大祐, 村岡美幸, 木下大生, 他. 地域で生活する高齢知的障害者のサービス利用に関する研究 発達障害研究2012；34(1)；69-77.
- 8) 日本知的障害者福祉協会. 平成22年度全国知的障害児者施設・事業実態調査報告書. 東京都：日本知的障害者福祉協会 (2012)；51-3.
- 9) 及川克紀. 死亡統計からみた精神遅滞者の老化問題. 発達障害研究1996；18(3)；218-24.
- 10) 植田章. 知的障害者の加齢と福祉実践の課題－高齢期の暮らしと地域生活支援－. 京都府：高菅出版 (2010)；17-66.
- 11) 小島道生. 知的障害者の老化と退行の実態とアセスメント－全国調査の結果から－. 発達障害支援システム学研究2006；4(1-2)；47-55.
- 12) 石渡和実. 障害者福祉における知的障害者への高齢化対応－「地域生活支援」をめざす行政施策と施設実践－2000. 発達障害研究；22(2)；86-95.
- 13) 厚生労働省. 平成23年 (2011) 人口動態統計の概況 (http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei11/dl/11_h7.pdf) 2013.05.30.
- 14) 馬場輝実子. 九州地区における知的障害児・者の突然死と受診状況. 有馬正高. 不平等な命 第2集. 東京都：日本知的障害福祉連盟, 2001；19-45.
- 15) 小川勝彦. 重度知的障害者の高齢化と医療福祉的課題2013. 障害者問題研究；41(1)；18-26.
- 16) 鈴木隆雄, 大淵修一. 指導者のための介護予防完全マニュアル. 東京都：東京都高齢者研究・福祉振興財団, (2004)；58-9.
- 17) 日本知的障害者福祉協会. 地域支援部会関係調査報告書2011. 東京都：日本知的障害者福祉協会, (2012)；27-52.
- 18) NPO法人大阪障害者センター・障害者生活支援システム研究会. グループホーム・ケアホームでの支援にかかわる実態調査報告書. 大阪府：NPO法人大阪障害者センター, (2008)；42-9.
- 19) 厚生労働省. 障害者に対する支援 (②共同生活介護の共同生活援助への一元化). (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sougoushien/dl/sougoushien-06.pdf) 2013.05.30.