

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—

小島 道生

(長崎大学 教育学部)

要 旨：自閉症、ダウン症、知的障害の退行の実態について明らかにするために、全国調査 470 施設にアンケート調査を配布し、調査を実施した。その結果、ダウン症(8.0%)、知的障害(4.2%)、自閉症(2.5%)の割合で退行が認められていた。退行の原因については、疾病、心理的な問題、対人関係の問題などがあげられていた。中でも、疾病においては精神科的疾患が多く、心理的な問題では父母の死や家族関係の変化などが原因としてあげられていた。ただし、障害種別によって、原因や退行によって示す症状なども異なっている要素があり、退行に対する支援の在り方も障害種別に検討する必要があると思われた。また、今後求められる支援の在り方として、親亡き後も視野に入れた生涯発達支援の方法を医療、家庭、地域資源などとの連携を視野に入れつつ模索していく必要があると考えられた。

Key Words：退行、自閉症、ダウン症、知的障害、生涯発達支援

今回は、主にアンケート調査の結果から支援についてのお話をさせていただきます。まずは、その前に知的障害者の老化や退行について既に先行研究で報告されている事を整理した上で、アンケートの結果を示します。

これは、東京都における知的障害者の年代別構成で 20 歳以上の方の 2014 年までの推測が入っているデータである。40 歳以上の方があと 10 年で 7 割位になるという東京都のデータで出てきている。急速に高齢化が進んでいるということがわかる (Fig.1)。

知的障害者の高齢化は、どのように進んでいるのか？

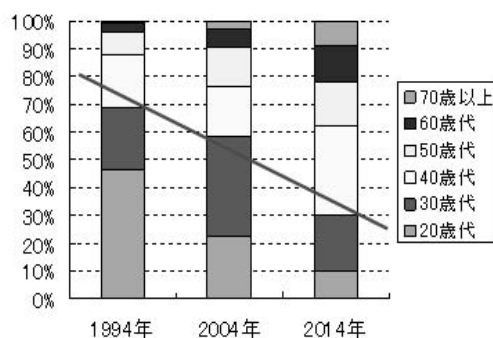


Fig.1 東京都による知的障害者の年代別構成推計

データから、40 歳以上の方が 10 年後には非常に増えるという事だが、「高齢化」というのは、そもそも何歳からなのか？ということをもまずは整理する。「高齢化」の基準について、障害のない人は 65 歳以上といわれている。知的障害者の場合は、アメリカ精神遅滞協会において 55 歳以上となっている。ただし、ダウン症の場合、老化が早いと除外することになっている。現状では、知的障害者の高齢化に対する施策政策を考えるにあたって、自治体レベルの調査だと大体 45 歳位。はやくて 40 歳くらいから高齢化となっており、これらを踏まえた上で政策や支援のあり方を考えていくのが妥当ではないかといわれている。なお、ここでもダウン症は老化が早いということを入れてほしい。

「寿命」というと生まれてすぐ、亡くられる方も入ってくるが、これから述べる寿命に関する報告ではそうではない。すでに 40 歳以上生きている方がどういう死因でどれくらいの年齢で亡くなっているかということ報告する。アメリカの報告だが、3 千人弱位のデータで、40 歳以上生きているダウン症の方を対象とした場合、およそ 56 歳であった。ダウン症

の寿命は最近では50歳前後といわれている。しかし、生まれてすぐ亡くなる方を除いて、成人期の40歳以上を迎えている方を対象とした場合、およそ56歳位まで生きるといえる。これは7、8年位前のデータであるが、知的障害者の場合、10歳分年齢が高くなっている。約66歳位まで生きるであろうということが結果として示されている。これらより、ダウン症は調査結果から10歳くらい寿命が短いと言えよう。

もう一つおさえておかなければならないことがある。それは、青年期に、既に退行現象がみられると報告されている。ダウン症の場合は「急激退行」とも言われ、20歳前後くらいから、早い方は10歳代から成人期にかけて日常生活の能力が急激に低下するという事が報告されている。自閉症の場合も青年期退行群というのがみられる。自閉症の症状は、次第に動きが鈍くなり、今まで可能であった作業能力、コミュニケーション能力というものが低下するということが認められると言われる。(従って、) 老化や退行を考える時に老化前の青年期という段階ですでに退行する人たちがダウン症と自閉症の中に認められるということ、退行のアンケートを行う前に押さえておかなければいけないことだと思う。

退行の原因について、自閉症に関しては不利なさまざまな状況が本人にとっていくつも重なり合っている場合が多いといわれている。ダウン症の場合の明確な原因は分かっていないが、少なくとも(退行について)アンケートを行う前に主に40歳、あるいは45歳以上からみられる老化という側面と、青年期において見られる退行と言われる側面があることを考慮すべきである。

もう一つ。ダウン症は、青年期の退行に加えて、40歳または尺度によっては35歳以上の医学的な病理所見から「アルツハイマー病に類似した変化をする。そして遺伝子レベルでの関連性もある」と、すでに先行研究から言われている。実際に50歳以上に(アルツハイマー病の)割合が高くなっていく。我々の調査でも、35歳以上のダウン症の方を対象として、35歳から61歳(平均45歳位)を対象とした場合、8.2%がアルツハイマー病という所見になっていた。海外では施設の職員とか心理の専門の方がチェックリストでチェックして、ダウン症の方のアルツハイマー病の変化や、(アルツハイマー病が)生じているかどうかという事

を、医学的な側面と合わせて検討するような標準化されたダウン症者用の尺度というのがある。そこにも明記されているが、35歳以上になると(ダウン症者はアルツハイマー病の)発症の可能性はある。従って、半年に一回程度は、(ダウン症者用の尺度を用いて)チェックしていくことが必要である。当然のことながら、年齢が高く、特に50歳以上になるとアルツハイマー病を有する率は高くなる事が示されている。但し10歳位寿命が短いダウン症者の場合は、能力の低下とか、外見上の老化といったことは30歳以上からじょじょに認められ、40歳以降で急激に進むと言われている。つまり、ダウン症の場合、青年期の急激退行に加え、アルツハイマー病との関連が指摘されており、特に45歳、50歳以上の方について、その割合が高くなるということをおさえておきたいと思う。

このように、それぞれの障害に応じて青年期に退行が生じる群、老化と一緒にアルツハイマーといった形で急激に痴呆のような症状が生じる群がある。知的障害者の群でくくると、40歳から能力が衰え始め50歳以降から急激に日常生活の能力が衰えるということである。ここでは障害の程度によって整理をしてみる。これまでに明らかになっていることとして、知的障害が重度の方というのは掃除洗濯、仕事、および心理的障害が低下する。適応行動尺度を用いた研究で示された特徴というのは、すでに重度の方は40歳位から排泄、清潔をできなくなってくる。ただ、中軽度の方は排泄、清潔の部分は74歳位になって認められると報告されている。より高齢になって、認められるものが重度の方の場合は比較的早期に認められる。つまり知的障害の程度によって老化の過程も違うということが言われている。

ダウン症、自閉症、知的障害の程度に関して、先行研究では、それぞれ老化の過程とか、老化の前に退行といわれるものがあり、能力の低下が生じている。ただ「自閉症、ダウン症、知的障害による退行がそれぞれ、どれくらいの割合で生じているのか」ということ、「能力の低下の過程にはどういう違いがあるのか」ということについて、より一層精密に実態把握をする必要がある。

もう一つは能力の低下が生じているということに関して、青年期と高齢期で違いはあるのだろうが、地域生活支援を進める上でどのような視点でアセスメントや支援をしていけば良

いのか？ということアンケート調査によって明らかにできればと思い、アンケート調査を行った。

調査の目的。本アンケートでは、通所施設、授産施設および入所授産施設のうち、地域生活への移行、支援ということをアンケートの1つの狙い、目的としている。よって、授産施設を対象にして、退行を呈している人の発生頻度（退行を起している人の実態）を明らかにする。本研究では、退行という用語について、「日常生活能力や作業能力の低下が生じている状態」と定義した。先行研究で示したように、老化、加齢により高齢で何かできなくなっている状態。それに、青年期になって、自閉症とかダウン症に見られる退行をも含めて定義した。これにより、青年期に生じる退行と、より高齢になって生じる老化及び退行との両方について、調査から明らかになる。

調査対象は開設年数が5年以上、および定員30名以上の日本全国の通所施設および入所施設合計470施設。全国47都道府県の各10前後にアンケート調査用紙を配布した。平成15年の10月～11月である。

調査内容について、今回の報告は、「退行の発生率」。どれくらいの人たちが、青年期の退行や老化の加齢も含めての発生率があるのか？また「能力の低下」。これは運動能力、日常生活能力、あるいは視力、聴力といった面も含めている。「外観上の老化」、「疾病」、「行動上の問題」、「精神医学的な症状」といったことも調査したので、報告したいと思う。

回収率は約4割、193施設である。内訳は通所施設授産施設が4分の3位、残り4分の1は入所授産施設のデータになっている。半々でないのは、地域生活への移行ということを考えて調査したため、通所施設授産施設のデータが多くなっている。

全員の性別および障害種別の人数について、通所施設授産施設と入所授産施設で共通している所として、まず大体、男の人は6割、女の人は4割。障害種別は自閉症、ダウン症、知的障害で、違いは通所施設授産施設と入所授産施設において自閉症、ダウン症の割合が通所施設授産施設のほうが1割くらい高い点。知的障害の方はその分通所施設授産施設7割位だが、入所授産施設では9割になっている。この原因はもう少し細かく見ていかなければならないが、とりあえずおいておく(Table1)。

Table1 性別及び障害種別の人数

| | 通所 | 入所 |
|--------|-------------|-------------|
| <性別> | | |
| 男性 | 3290(58.7%) | 1312(59.1%) |
| 女性 | 2311(41.3%) | 908(40.9%) |
| <障害種別> | | |
| 自閉症 | 912(15.2%) | 81(3.7%) |
| ダウン症 | 756(12.6%) | 122(5.6%) |
| 知的障害 | 4237(70.5%) | 1972(89.8%) |
| その他 | 108(1.8%) | 22(1.0%) |

発生率の結果。通所施設と入所施設で違いがあるのか？結果は、5%前後で20人に1人位である。5%という数字の割合について判断が難しい。そこで、障害種別にみていると自閉症の人たちは予想通り、退行の発生率は2.5%と少ない。ダウン症の場合は8%位で予想通り高い。知的障害の場合は自閉症とダウン症のちょうど中間、4.2%である。合計が先ほどより低くなっているが、そのほかというデータがあり、そこが非常に退行を呈している値が高かった。後での結果と関係するが、てんかんを持っている方が、そのほかというデータに多く入っており、退行の割合が高かった。その人たちを合わせて大体5%前後位になっていた。自閉症、ダウン症、知的障害だけで見ると5%位よりは低くなっている。退行者数が自閉症は22名ということで少ないが、ダウン症68名、知的障害250名位ということで、ここからの後の説明になる退行の実態については、これらのデータを元に算出したものだと考えて下さい (Fig.2、Table2)。



Fig.2 退行の発生率はどれくらいか？

Table2 自閉症、ダウン症、知的障害の退行発生率

| 障害名 | 対象者数 | 退行者数 | 割合(%) |
|------|-------|------|-------|
| 自閉症 | 889名 | 22名 | 2.5% |
| ダウン症 | 849名 | 68名 | 8.0% |
| 知的障害 | 5957名 | 249名 | 4.2% |
| 合計 | 7695名 | 339名 | 4.4% |

具体的にもう少し細かく、どれくらいの年齢から（退行が）発生しているのか？みってみる。高齢化を考えると、45歳、40歳ということが妥当ではないかと報告が出ている。このアンケートでも45歳位となっており、最低年齢、最高年齢で幅がある。ただし、退行を生じてどれくらい年数が経っているかは平均4.6年たっているということが結果として出てきた。退行者の平均年齢が44～45年位ということなので、いつ頃が発症年齢かと考えてみると、平均40歳くらいと考えるのが妥当な結果と思われる。

性別による違いは結論から言うと、退行において違いはない。調査前の男女比の割合と、結果と書いてあるのは退行を生じた人の男女の割合です。赤と青の割合がほとんど変わっていないということは男女の性別の違いはほとんどないということである。

退行の原因は何か？加齢、正常加齢、「正常」ということばが適切かどうかは分からないが、「加齢に伴って」という方が、6割弱くらい。「疾病」という方が、4割くらいを超えている。「心理的な問題」が3割、「家庭環境」、「対人関係」という順番になっている。我々も当然、年齢が高くなれば能力が衰えて来るし、疾病も併発する可能性があるのもまだ（これらデータだけでは）はっきりしない部分がある（Fig.3）。

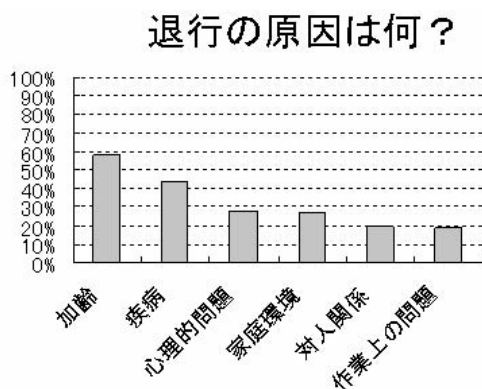


Fig.3 能力の低下が生じた原因

次に、もう少し具体的な内容について、みていく。疾病に関しては、加齢については年齢に伴って高くなるのは当然なので別にして、てんかんが高かった。精神疾患、統合失調症等が出てきている。データから、心理的問題と家庭環境の問題が繋がっており、ストレスは、何によりストレスが生じたのかというと、その原因のひとつが家庭環境の問題で、家族の死、父と母の死、兄弟の結婚などが分かっている。疾

病に対しては、てんかんと精神的な疾患が非常に多い。逆に言うと高齢の方にとってストレスが掛かっているのは家族の問題、家族関係の問題である。家族の変化が生じることが退行の原因になりうる、ということが判明されたと思う。対人関係の問題とは、もともと本人の自己表現が出来ない、かかわりを持ちたがらないということが上がってきている（Table3）。

Table3 退行が生じた原因の具体的内容

| 項目 | 具体的内容 |
|---------|--|
| 疾病 | <u>てんかん(13.0%)</u> 、 <u>精神疾患・精神病(12.0%)</u> 、 <u>統合失調症(9.7%)</u> |
| 心理的問題 | ストレス(12.0%)、 <u>家族の死(9.6%)</u> |
| 対人関係の問題 | 自己表現できない為(15.0%)、関わりをもちたがらない(13.3%) |
| 作業上の問題 | 作業の変化・変更(14.8%) |
| 家庭環境の問題 | <u>父または母の死(14.0%)</u> 、兄弟の結婚(11.8%)、父または母の入院・病気(9.7%) |

疾病について、実際に診断がすでに下っているかというところを見ていくと、診断がすでに下っている方が36%位で、5割位の方は診断されてないが能力は低下しているという状態である（Fig.4）。

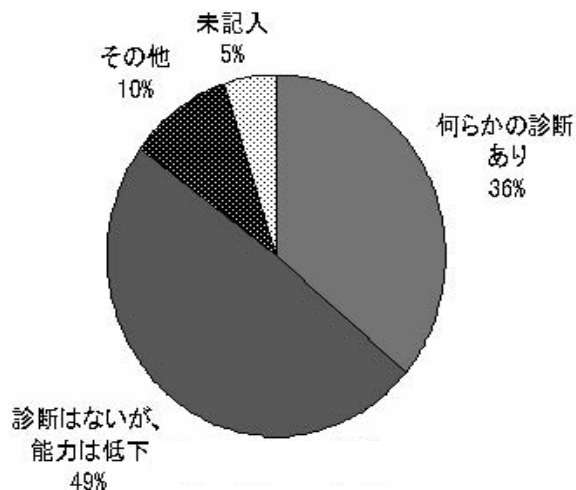


Fig.4 現在の状態

36%位の方が診断されていて、その人達は統合失調症で、残りは気分障害。（つまり）精神的な疾患の人はちょうど5割位ということになる。具体的な病名の中で、あとほとんどはその他であるが、その中には痴呆や心疾患も含まれていた（Fig.5）。

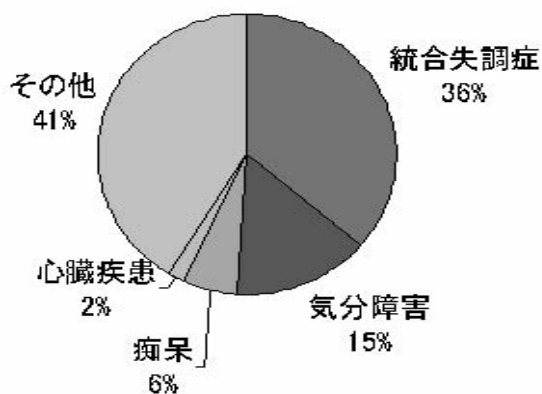


Fig.5 具体的病名

こういった能力が低下するののかということは、調査するに当たり、準備した調査項目に対する回答なので、ある程度の偏りがあるかもしれない。結果をみてみると、基本的には、作業に対する能力、運動能力といったものが5割を超えてる。これら能力については、職員の方々にチェックをしてもらっているので、(職員の方々が)気づきやすいという面もあるかもしれない。いずれにせよ、日常的なものよりも作業の場面での能力が低下しているといえる。次の段階として、排泄入浴、食事、衣服の着脱などの日常生活にかかわる部分が低下してきている。あとはコミュニケーション、性格の変化、視力の低下というように、全体を見ると作業能力からこのような順番で多くなってきている。退行している人というのは能力の低下に関して、チェックが平均4個付いている。1個2個でなく、いくつか、重複して類似した機能、働きの部分であるので、排泄入浴ができなければ衣服の着脱に当然問題が生じやすくなる。このように同時にいくつか能力の低下が生じている場合が多いと言える (Fig.6)。

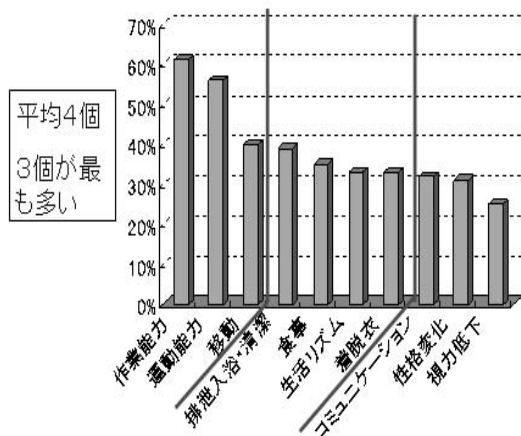


Fig.6 どのような能力が低下するのか？

次に、外見上の老化かはどうなっているのか？白髪、シワ、皮膚の弾力低下などは我々とも大きく違わないが、歯の脱落が2割を超えている。ただ、外見上の老化は当然高齢になるといくつも出てくる。(実は)アンケートでは、外観上の老化がありませんという人が一番多かった。外観上の老化が生じている人の割合というのは、1個、2個、3個と個数が増えていくほど減っていく、ということで0が一番多かった。退行した人の中には青年期退行の方も入っているので、若年齢の方というのは当然能力が低下していても、外見上の老化はまだ出ていない人たちが含まれているということになる (Fig.7)。

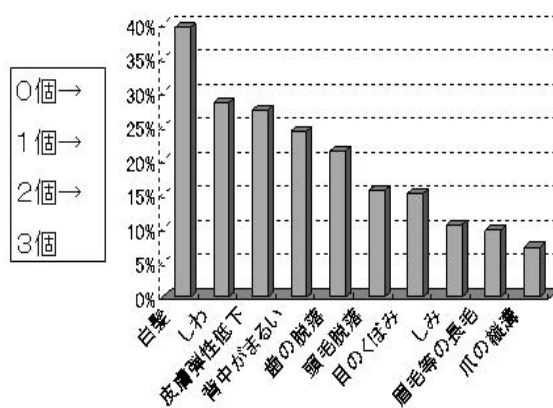


Fig.7 外見上の老化かはどうなっているのか？

病気については統合失調症の病名が一番多かった。続いて、精神科疾患、眼科、歯科が挙げられている。病気については一個チェックがついているという方が多かった。そしてチェックの数が増えるにしたがって、人数の割合が減っており、退行を生じている人は何らかの病気を少なくとも一つは持っている可能性があり、2個3個と数が増えていくごとに割合が減っていくと言えよう (Fig.8)。

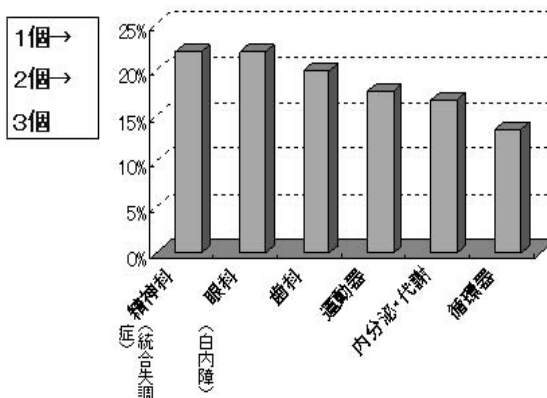


Fig.8 どのような病気にかかっているのか？

退行を呈したら、どういう行動上の問題が増加してくるのか？調査結果から、固執・こだわり、動作緩慢、情緒不安定、無気力、決まりや指示を拒否する、などの部分が挙がってきている。これはあくまでも全体的な結果であるが、ある程度予想された範囲でもある(Table4)。

Table4 退行を呈すると、どのような行動上の問題が増加するのか？

| | 内容 | 割合(%) |
|---|-------------|-------|
| 1 | 固執・こだわり | 18.9 |
| 2 | 動作緩慢 | 16.5 |
| 3 | 情緒不安定 | 12.4 |
| 4 | 無気力 | 12.0 |
| 5 | 決まりや指示を拒否する | 11.6 |
| 6 | 不衛生・不潔 | 9.3 |

そのような行動上の問題はあるが、一部の人は作業に取り組んでいた。具体的には袋詰め、農作業、簡単な軽作業などである。

退行を呈した人たちは趣味などあるか、どういう日常を過ごしているのか？ということだが、半分位の人たちに趣味がある。音楽鑑賞、テレビ・ビデオ鑑賞、中にはスポーツという人もいるが、基本的には対人との趣味ではなく、1人で楽しめるような趣味になっている。

1回目のまとめをする。退行を呈している人は、通所施設と入所施設で5%位ということである。平均の発症年齢は約45歳位、ただ発症の年齢は40歳位、さらにダウン症の場合は10年位早いということが予想される。つまり30歳位であり、治療との関係あるいは外観的な老化も早い。退行の原因は加齢、精神科疾患、家族関係の変化が多い。能力の低下に関しては複数同時に認められる場合もある。同時に複数発症しているかどうか分からないが、複数のチェックが付く可能性が当然ある。だから外観の老化や疾病は時間を経て徐々に増えていくと推測される。作業能力、運動能力、日常活動の能力が低下するというのが退行の定義である。こういった作業能力と日常生活の能力が低下に加えて、こだわりが強くなったり、情緒不安定・無気力などの精神医学的な症状などが認められるようになる。これらが、これまで示した調査結果のまとめである。

以上より、悪循環に陥るパターンを考えると、疾病、加齢、心理的ストレス、ある感覚機能の低下、能力の低下を生じた関係から、退行の説明ができる。能力の低下が何らかの形で

生じて当然活動に対して意欲が低下する。意欲が低下すると行動上の問題として本人はやりたがらなく、甘えなどが出たり、頑固になったり、活動を拒否したりする。それに対して職員がどういう対応をするかというところがポイントである。うまくいかない場合の援助のあり方だと思うが、過度の援助をしてしまうと、よりいっそう能力の低下を育んでしまう。悪循環はこういうパターンになり意欲の低下、甘えなどがより強調されているのかと考えた(Fig.9)。

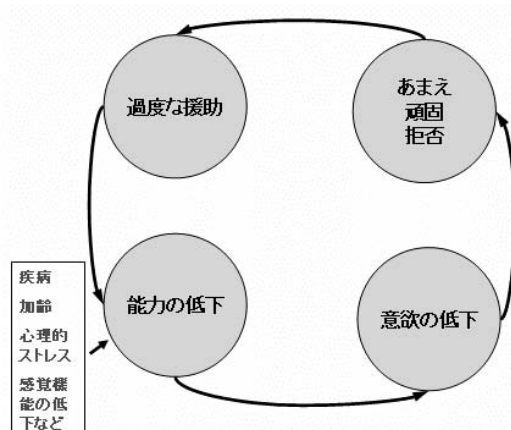


Fig.9

支援に向けては、まず健康面へ配慮することである。調査結果から明らかになっている精神科的な疾患、眼科などについて定期的な健康診断が必要である。能力の低下が生じているものの、診断名は半分くらいの方が下っていなかった。よって、現在、定期的な健康診断とかチェックがどの位なされているのかということは分からないが、健康面の配慮であれば、当然健康診断等が必要になってくる。

次に原因の一つとしてもあがっていた親とや兄弟とか家庭的環境の変化への対応がある。高齢になる、知的障害の方は45歳位を考えるとちょうどそれ位から保護者の方も当然高齢になり、子どもの面倒を看られなくなる。従って、親よりも当然長生きするので亡き後を視野に入れた生涯発達支援を行う必要がある。ただし、家族の変化といった点では健常者と知的障害者の場合では、当然違う要素があるといえる。保護者の方が子どもとの親子関係を考えた時に、健常者の場合はある一定の年齢になると親子関係が対等になり、逆に自分たちも結婚をして親になり世代が高齢期につながっていくが、知的障害者の場合は親の面倒を見るというような親子関係ではなく、常に親が子どもの面倒を見ている受身の形が続いている可能性がある

る。その上、家族を自らの結婚といった形で維持している方が少ないので、親子関係が常にそのまま継続されていき、親が亡くなるケースが多い。難しい課題だが、そのままよいのか？ということが、ひとつは言えることだと思う。もうひとつは40歳位から能力の低下は生じているので出来れば20、30歳位から、それに対して「元気な状態はこうだった」と言う客観的な評価と、「普通に能力のこういったことが落ちてきているな」ということを把握する必要がある。そして、その中で生活支援を考える。親との関係、家庭環境変化、例えば親亡き後のことも視野に入れた、本人が1人でもある程度生活を楽しめるような自立が出来ていないと、能力がガタンと落ちてしまうことがあると考えられるので、本人の楽しみ、好き嫌いを日ごろ接している人の間で把握しておくかなければならない。そういった生活支援をしていくための、アセスメントが必要になるかと思う。また、本人自身が親の亡き後のことも視野に入ると、当然自分の今の生活を知的障害のある人も楽しめるような力をつけて行くような必要性を感じる。

もうひとつは、能力の低下が生じた場合、機能を維持しなければならない。ある程度高齢になっても、のびる能力はあるといわれている。例えば、手腕の粗大動作よりも指先の巧緻性動作のほうが速く低下するとか、逆に言うと粗大動作のほうがある程度維持ができるということである。考え方にもよるが、巧緻性を維持するか、しないか。つまり、能力の低下と共に早く衰えてくるところを維持するか、しないかということになる。能力の低下が早く生じる部分を作業の工程などで工夫して取り組まなければならない。それぞれの年齢や障害に応じて一つの基準となる40歳位の年齢とか、ダウン症の場合は30歳位の年齢を境にして、機能維持を目指す訓練や内容があっても良いのではないかと（私は）考える。20歳以降でものびる能力はあり、無理のない程度に挑戦するという事を視野に入れる必要があると思う。そして、一番難しいことは、意欲を低下させないという事である。作業や活動をするには、当然意欲が必要である。去年、面接調査を行った中で、どうしても作業のマンネリ化によって意欲が低下し、結果的に能力が低下したという事例があった。ある程度、（例えば）10年とか働くと、年齢的な要素もあり、能力の低下が生じる可能性がでてくる。その場合、意欲が低下した

のか、能力の低下との関係についてまで分らないが、（まずは）作業のマンネリ化を避ける必要がある。行程の改善、配置換えを定期的実施する事などを視野に入れる必要があると考えている。

能力の低下に対しては、当たり前だが、無理はしないということである。そして、引退過程を考えるに当たり、できれば仕事という作業をつづけながら、その中で配置換えをする、行程を変えていくなどの作業内容の変化をつけていく。それと同時にどういう段階でやめていくのかを考える。つまり、平均寿命が男性で56歳、知的障害者の場合は66歳ということを考慮しつつ、最終的な部分では引退する事も視野に入れる必要があるという提案をさせていただきたい(Table5)。

Table5 障害種別の退行者の年齢

| | 人数 | 平均年齢 | 標準偏差 | 範囲 |
|------|-----|------|------|-------|
| 自閉症 | 27 | 33 | 7.1 | 23~54 |
| ダウン症 | 104 | 41 | 10 | 20~64 |
| 知的障害 | 346 | 47 | 12.2 | 17~74 |

全体を通してもう少し詳しくアンケートの結果から話すと、人数は大変少ないが、以外に自閉症の方が平均年齢27歳と退行の年齢が一番若い。次いで、ダウン症、知的障害という順になっている。自閉症の方の場合は前述したように、青年期において退行が見られるので、（これが原因となって）平均年齢を下げていると推測できる。

では、年齢のことを頭にいれて、自閉症、ダウン症、知的障害の方の退行の原因をみると、ダウン症の方は加齢が5割で多い。一方、自閉症の方は疾病や心理的な事が要因になっている。精神科的な疾患が具体的な名称で書かれているが、疾病の部分と心理的な部分が自閉症の退行の原因である。知的障害の方も疾病という部分が高くなっているという事で、若干障害種別によって退行の原因が異なっている。

いろいろな資料から運動能力、作業能力を調べている。ここでは、障害者別がポイントなので、自閉症、ダウン症、知的障害に共通していたのは作業能力、運動能力で、これらは下がってきている。コミュニケーション能力、生活リ

ズムも下がってきているのが共通していえることである。加えて、自閉症以外の、ダウン症と知的障害に特に見られたのは性格の変化と記憶の能力である。自閉症の方は、記憶の能力についてチェックがついていなかった。そこに若干、障害種別で異なる特徴がある。加えてダウン症に、より顕著なのは視力、聴力である。別の研究においては知的障害の方と比べて、2倍から3倍位顕著にみられる特徴である。眼科の疾患、聴覚的なものがダウン症の老化の特徴という形で示されている。つまり能力の低下も障害の種別によって多少症状が違うという事がいえる。

外観的なものは自閉症の方は年齢がまだ若かったので、全体的に低くなっている。ダウン症の方、知的障害の方でそれほど大きな違いは見られなかった。

行動上の問題に関して、自閉症で、パニック、他傷、情緒不安定が他の障害群に比べて多く認められている。ダウン症が他の群より多いのは動作緩慢である。退行以前から生じていた可能性もあるが、自閉症とかダウン症の方に見られる行動上の問題というのは、退行が生じてから一層強まっている印象がある。当然、能力が落ちて自分達の思いが上手くいかないということがあると思うが、障害特性がより強固になってきているという事である。

逆に障害種別により違いがなかった、つまり自閉症、ダウン症、知的障害すべての方に見られた問題は、「決まりや指示を拒否する」、「不衛生」、「不潔」、「無気力」、「気に入らない事があると物にあたる」、「職員に過度に愛着を求める」などである。ちょっと強引かもしれないが一つの言葉で括ると、「パーソナリティ的な要素」ということになると思う。精神医学的な症状、単なる行動上の問題ということもあるが、パーソナリティや人とのかかわりという部分でどの障害にも行動上の問題が5割以上認められると結果として出てきた。

障害種別の視点から、まとめてみたいと思う。定期的な健康診断、ただしポイントして、ダウン症の場合は眼科と耳鼻科、そしてアルツハイマー病との関係もあるので脳病理学的な検査も必要になってくる。自閉症の場合は退行の原因で心理的な部分と医学的な部分、医学的なところにおいては精神科的な統合失調とか上がっていたので、それらに注意が必要だろう。すべての障害に共通して、能力の低下というのは運動、日常生活に生じていた。ただ、ダウン症

をみると動作緩慢、つまりスピードの衰えという点が顕著になっている。このスピードの衰えに、一体どう対応するか？これについては、(私自身)まだ明確な結論が出ない。スピードの衰えは、顕著な老化の一つの指標といわれているので、逆に言うとスピードの衰えはやむえないものともされている。従って、次の段階として、スキルの衰えにつながらないように対応していく必要があるだろう。ということで、スピードが遅いから援助をするとそれがスキルの衰えにつながるのか？つながらないのか？という見極めが非常に大切になってくるといえる。

ダウン症の方の外観上の老化や能力の低下など全般的に退行そのものが知的障害の方より10年速く、加えてアルツハイマー病も併発する。30歳前後から老化や能力の低下が始まる場合もあるということで、とにかく早いという印象がある。共通している事は、心理的ストレスを極力避ける事で家族環境の変化をも含めて心理的に不利な状況の重複を避ける。大きなストレスが一つならまだしも、重なると青年期でも退行が生じているということが推測される。

続いて、アセスメントについて取り上げると、健康面、心理検査、客観的な検査で頻度とか程度を捉える必要がある。一つ、知的能力面、記憶能力、コミュニケーション能力といった点の中で、特に記憶能力に関して予想よりチェックが少なかったという印象がある。記憶能力というのは健常者の場合は最近物忘れが多いというような事で比較的気付きやすいが、知的障害のある人たちは非常に気付き難い。逆にいうと客観的な知的能力面については変化があるのか？標準化された専門家達の検査も必要になってくるであろう。他は生活面の変化、事実の記録ということ(が必要であろう)。1人では難しくても、家族がいなくなった場合などに本人自身が楽しんで生活できるようなアセスメントをこっちは把握しておかなければならないのかと思う。老化の尺度、痴呆の尺度など客観的な評価が必要になってくると思う。

日常の作業や活動の中ではどれくらいの支援を行ったらできるのか？できないのか？かかわる側から支援段階の評価をやらざるをえないという印象を持っている。一つの事例について、生涯発達の支援といっても、我々健常者と違い、彼らの置かれている立場の上での生涯発達ということで子と親の希望引退も含めて計画していく必要があるのかと思う。

文献

また、地域資源の活用状況は、親が高齢化になってくると、当然のことながら外出する機会が減ってくる。日常、土日の祝日とか学齢期は（親も）頑張っていたにしても、本人も一人では外出できないし、なかなか地域資源の活用をできていないという事が言えるので、地域生活とその周辺のマップを調べる必要がある。

最後に、知的障害者の高齢化は着実に進むということである。医療、家庭等、地域社会との連携と描いてあるが、当然一施設で解決できる問題ではないと思う。非常に難しいが、今後どういう形で親亡き後も含めて知的障害のある人たちを支援していくかを考えていく必要がある。ますます個に応じた支援、アセスメントが必要になってきているのではないかと？ 40歳、45歳で能力の低下が生じてくるのは明らかなので、出来るだけ早期から、引退も含めて発達の変化、好み、興味、楽しみも含めた変化を捉えられるようなアセスメントを行っていく必要があるのではないかと思う。その評価に基づいて環境の設定、作業の内容、配置改善、機能訓練の位置など出来る事から実践していく必要がある。退行を生じている人たちは、趣味を見てみると人との関係がその中に入っていない。難しいことだが、趣味でも（人の関係がない、作業の中でも（人との関係がない）となると、人からの刺激が少なくなっていると思われるので、そこが大切になってくると思われる。

最後に、引退について本人がいつ止めるかということ視野に入れた生涯発達支援計画を提案した。このアンケート調査の結果は、データに話を追加した部分もあるが、報告書を既にまとめているので、今回の質問や資料（報告書）請求がある場合は連絡をしてほしい。

知的発達障害者の高齢化に関する研究会（1998）知的発達障害者の高齢化に関する研究会報告書. 東京都福祉局障害福祉部精神薄弱者福祉課, 1-3.

岡田喜篤(1996)「平成8年度厚生省心身障害研究障害児（者）施設体系等に関する総合的研究」(三村班「高齢者の処遇に関する研究」), 151-173.

厚生省・知的障害者の高齢化対応検討会(2000) 知的障害者の高齢化対応検討会報告書.厚生省障害保健福祉部障害福祉課, 1-8.

石渡和実(2000)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-.発達障害研究, 22(2), 86-95.

Janicki, M.P., Dalton, A.J., Island, S., Henderson, M. and Davidson, P.(1996) Mortality and morbidity demographics of a 10 year cohort of older adults with intellectual disability in New York. 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities Program & Abstracts, 74.

Janicki, M.P. & Hogg, J.H.(1989) International research perspective on aging and mental retardation : An introduction. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 15, 161-164.

付記；本報告内容は、講演者により一部加筆・修正されています。