

退行を示した青年期・成人期知的障害者に対する 地域生活支援と社会参加の促進に関する研究

—退行の類型と予防—

菅野 敦

(東京学芸大学 教育実践研究支援センター)

要 旨：最近さまざまな施策により知的障害者の地域生活支援の充実が図られ、多くの知的障害者が地域で生活することが可能となってきたが、個々の新たな課題も生じている。その中の一つに退行による社会生活不適應の実態がある。退行した知的障害者は在宅を余儀なくされ家族も孤立した状態にならざるを得ない。そこで本論文では、青年期・成人期知的障害者に起こっている退行の原因を考え、その原因にもとづいて類型化を試み、タイプ別に予防の方策を考えた。類型は大きくは、(1)自然な衰え・低下によるもの、(2)まれに生ずる低下・退行、そして、(3)原因の特定できないものの3類型に分けることができた。さらに、前者の2類型には、それぞれ(1)自然な衰え・低下によるものとしての、老化・退行タイプ、(2)まれに生ずる低下・退行としての、①身体疾患を原因とした身体疾患退行タイプ、②精神疾患を原因とした精神疾患退行タイプ、そして、③主に、青年期・成人期のダウン症候群におこる退行「急激退行タイプ」の3タイプが考えられた。これら退行の予防には、どのタイプにも共通する基本的な取り組みと、原因によって異なるタイプ別の取り組みがある。何れの予防の取り組みも学齢期や青年期から取り組めることであり、むしろ、ライフステージの早い時期から積極的に取り組まなければならないことでもある。

Key Words：知的障害者、青年期、成人期、退行、退行の原因、退行の類型化、老化・退行、身体疾患退行、精神疾患退行、ダウン症候群、急激退行、退行の予防、ストレスへの対処

1. はじめに

我が国は急速に高齢化が進みつつある。このことは数多くの高齢者の問題を顕在化させてきた。ところでこのような長命化、高齢化の傾向は知的障害者においても同様に生じている。日本知的障害福祉協会が知的障害者援護施設の利用者を対象に行った調査によると、50歳以上の知的障害者の割合は1989年の8.8%から2000年には17.6%と急速に増加していることがわかる。知的障害者の高齢化は、施設利用者にとどまらず地域で生活する人においても進んでいることが予測される。しかし、その実態は十分に把握されているとはいえない。加齢による高齢化の結果、さまざまな能力の低下、衰退が起り、それまできちんとできていたこと

に時間がかかるようになっていたり、また雑になってしまうことにより本人だけではなく周囲も生活上さまざまな困難をきたしていることは容易に想像できる。このように「生涯発達の過程で、いったん獲得、到達した日常生活の適応水準が、何らかの原因で低下し、以前の、獲得前の状態に戻ることを退行と定義すると、この高齢化にともなう退行は、老化・退行といえることができる。退行には、このような高齢化にともなう起こるものの他に、ある特定の疾病を原因として生ずる退行、そして、生活の場や仕事の場におけるさまざまな適応上の問題を原因として生ずる退行があると考えられる。

2. 知的障害者の加齢にともなう問題

知的障害者の加齢にともなうさまざまな変

化は、障害のない人の変化と基本的には変わらないと考えられている。しかし、身体的な疾患や問題行動、あるいは生活能力や職場での適応機能の低下などが周囲の人たちが予測もしていないかたちで現れ、変化することがあるのも事実である。これまで我々が行ってきた調査の結果においても基本的には、身体的症状（歯の脱落、姿勢、白髪、しわ等の老化症状）、知覚機能（嗅覚、視覚、聴覚、内臓感覚、味覚、皮膚知覚等の減退）、運動機能（筋肉、反応時間等の減退）などに変化を見いだすことができた。さらに、知能の衰退や性格・感情の変化に始まり、うつ病様の症状や統合失調症において生ずるようなさまざまな症状、なかにはアルツハイマー病などをはじめとした精神障害を合併する方もかなりの割合で見られることが予測される。しかし、その実態は十分には解明されておらず、加齢にともなうそのような症状の発現にともない、結果として生じると考えられる退行の実態とそれらへの支援の取り組みは、未だ個人々人への対応に留まっているのが現実である。

3. 知的障害者の精神面の問題

青年期、成人期知的障害者の精神面の問題の実態は、我が国では、わずかにダウン症を対象にした取り組みが見られるだけである。それらによると、ダウン症は、青年期・成人期に至る20歳前後から30歳代にかけて行動、性格、態度にそれまでとは異なるさまざまな変化が起こっていることが明らかにされている。この年齢段階は、加齢にともない外見上に老化徴候が現れ始める年齢に比べて10年以上も早いもので、必ずしも加齢にともなう老化・退行と同じ原因によるものとはいえない変化であろうと考えられる。具体的な症状としては、10歳代後半の青年期ですでに「内に閉じこもりがちになる、情緒的に不安定になる、寝つきが悪い、無気力」といった症状を示す方の割合が高くなっている（池田他 1988）。さらに、成人期に至ると「決められたことに遅れたりさぼったりする、欲求不満をうまく処理しない、食べ過ぎる、内に閉じこもりがちである、爪かみ、指しゃぶり、歯ぎしり、嫌なことがあるとその場からいなくなる」（菅野他 1998）と、青年期と共通するところの多い症状ながらも、より多様で深刻な症状が報告されている。また、自閉症の特徴とされている、いわゆる「こだわり」もみられ、その「こだわり」が、日常生活において支障をきたすほどにも及ぶという報告も多くある（菅

野他 2003）。彼らにみられる具体的なこだわりの内容としては、「物の位置へのこだわり、道順へのこだわり、戸の開閉へのこだわりなど」視空間に関するもの、「日課へのこだわり、時間へのこだわりなど」時間順序に関するもの、「過度の手洗いや儀式的歩行など」と、自閉性障害の診断基準にも当てはまるものであった。

これら青年期、成人期の精神面の問題は、彼らの日常生活の適応水準に低下をひき起こし、その結果、周囲はかなりのつき合いづらさや、いっしょに生活する上での困難を感じていることがうかがえる。さらに、周囲に対して以上に、彼ら自身においても生活上、さまざまな支障をきたしていることが予測される。このような精神面の問題を原因とした退行が、知的障害者の青年期・成人期には少なからず起こっていることが考えられる。

4. 退行の原因とその類型

青年期、成人期知的障害者の退行は、その原因によっていくつかのタイプに類型化することができる（下表）。

退行のタイプ

(1) 自然な衰え・低下－老化・退行タイプ

(2) まれに生ずる低下・退行

① 身体疾患退行タイプ

② 精神疾患退行タイプ

③ 青年期・成人期のダウン症におこる「急激退行タイプ」

(3) その他

原因の特定できない退行タイプ

その類型は大きくは、（1）自然な衰え・低下によるもの、（2）まれに生ずる低下・退行、そして、（3）原因の特定できないものの3類型に分けることができる。さらに、前者の2類型には、それぞれ（1）自然な衰え・低下によるものとしての、老化・退行タイプ、（2）まれに生ずる低下・退行としての、①身体疾患を原因とした身体疾患退行タイプ、②精神疾患を原因とした精神疾患退行タイプ、そして、③主に、青年期・成人期のダウン症候群におこる退行「急激退行タイプ」の3タイプが考えられる。

(1) 自然な衰え・低下－老化・退行タイプ

知的障害者において早期から老化を起すと考えられる関連要因として、現在、いくつか知られているものがある。例えば、てんかんなどの合併症、ホルモンの異常、肥満などは早期

老化と関連する医学的な要因と考えられている。また、環境や生活のあり方も老化に関連する要因として知的障害においてもかなり重要であると考えられる。なかでも、生活空間や生活リズムの安定、栄養や健康の管理、さらに家族関係や職場での人間関係の安定、仕事、運動、趣味などへの取り組みは、今後、その関係の解明とともに知的障害者の老化・退行への支援を行っていく上で、整備の待たれる要因といえよう。ところで、知的障害者の場合、何歳代から加齢にともなうさまざまな変化が生じるのであろうか？

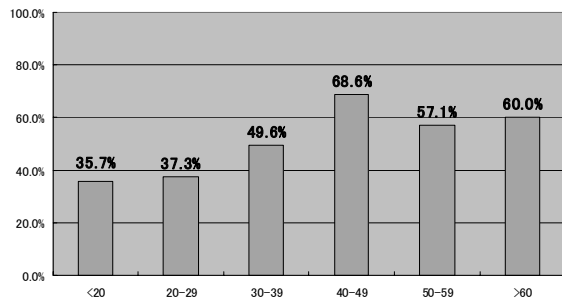


図1 加齢にともなう変化の出現率

上図は、知的障害者援護施設を利用する約 300 名の知的障害者を対象に、加齢にともなう行動、態度などの生活適応能力や性格や外見上の変化の有無とその程度を調査した結果を示したものである(春日井他 2004)。この結果から、知的障害者においては加齢にともなうさまざまな変化は生活年齢の上昇にともない増加し、20 歳代で約 40%、30 歳代で約 50%、40 歳代になると約 70% 近くにも至り、かなり高率に加齢にともなう変化が現われている実態が明らかにされた。

(2) まれに生ずる低下・退行

① 身体疾患退行タイプ (身体面の健康を原因とした退行)

青年期・成人期の知的障害者において、まれに生ずる退行の中でも身体面の健康を原因とした身体疾患退行は、退行の原因としては約 20% であると考えられている(横田他 1996)。退行症状を主訴に約半年間に都立 A 病院を訪れたダウン症者のうち、その原因が特定の身体疾病にあった者の症状と疾患名を整理し、右上表にあらわす(なお、この 7 名が退行を主訴に受診したダウン症者の約 20% にあたる)。具体的には、最近、元気がなく疲れやすくなったとして受診した 19 歳の女性は、検査の結果、貧血が原因と考えられるものであった。また、元気がないと受診した 20 歳の男性は甲状腺機能

身体の問題による健康

症例	退行症状	疾患
19歳女性	元気がない、疲れやすい	貧血
20歳男性	元気がない	甲状腺機能亢進症
20歳女性	疲れやすい、体重減少	甲状腺機能亢進症
21歳男性	疲れやすい、体重減少、微熱	結核
21歳女性	昼間の意欲の低下	睡眠時無呼吸症
23歳男性	作業所へ行かなくなった	脳腫瘍
26歳女性	疲れやすい、微熱	白血病

亢進症、疲れやすく体重の減少がみられた 20 歳の女性は甲状腺機能亢進症、疲れやすく体重減少と微熱があった 21 歳の男性は結核、昼間の意欲の低下を示した 21 歳の女性は睡眠時無呼吸症、元気がなく作業所へ行かなくなった 23 歳の男性は脳腫瘍、そして、疲れやすく微熱があるとして受診した 26 歳の女性は白血病が原因と考えられる退行症状であった。彼らに対しては、診断後すぐにそれぞれの特定疾患の治療が行われ、多くの方に退行症状の改善が認められた。このように、身体疾患を原因としておこった退行に対しては、その原因となっている身体疾患への治療が第 1 に考えられる。この身体疾患退行タイプは、多くの場合、疾患から快復することにより退行症状の改善もみられると考えられる。

② 精神疾患退行タイプ (精神面の健康を原因とした退行)

知的障害者の精神疾患の罹患率は、20~64% とかなり高率に現れるといわれている。しかし、その状態像や経過はしばしば非定型であるため、その症状から精神疾患と認識されにくいという問題がある。従って、精神疾患としての対応が遅くなり、より状態の進んだ段階ではじめて診断され、対応策がとられたり、なかには今現われている精神症状の原因が精神疾患によるものと診断されないまま、本人をとりまく環境の問題として、あるいは本人の個人的な要因であるとみなされ誤った対応がとられたり、放置されている場合も多々あることが予測される。知的障害者を中心とした発達障害に多く発症するとされる精神疾患や精神症状として解離性障害、人格障害、幻覚・妄想状態、心身症、不安・緊張状態、抑うつ状態、昏迷状態等がある。

ここでは、これら精神疾患や精神症状と退行との関係を明らかにするためにも、知的障害においてこれら精神疾患や精神症状がどのよう

に現れるのかを考えることにする。

・解離性障害は発達障害に少なからずみられる障害である。なかでも解離性健忘は、強いストレス状況下のことが思い出せなくなるもので、他に、解離性遁走、解離性昏迷、解離性けいれん、解離性運動障害、解離性知覚麻痺などがある。これらは、ストレスがかかったときの反応の示し方の一つで、まずいしつけにより引き起こされる同様の問題行動やパニックとの鑑別が難しいとされている。

・人格障害も発達障害者に高率に見られる精神疾患のひとつである。そこには、幼児期からの愛着の問題、いじめられたという体験、挫折体験などが影響していると考えられる。おもな症状や問題にされる行動の現われとしては、ストーカーやクレマー、なかには軽犯罪を繰り返すといったケースやはんたいに特に大きな問題を起こすほどではないが近所でちょっと困った人とみられているケースなどがある。

・幻覚・妄想状態といえば統合失調症によるものが一般的である。知的障害者に統合失調症が合併する頻度はおよそ3%といわれている。ただ、その中にはストレス反応も混在していると考えられる。また、聴覚障害や視覚障害、広汎性発達障害などをあわせもつことにより、より高率に幻覚・妄想状態になるともいわれている。ただ、幻覚・妄想状態には統合失調症に比べて適切な治療により短期間で改善することが多いのも事実のようである。従って、早期の診断と薬物療法、環境調整が重要で、しかも有効と考えられている。

知的障害において、これらの精神疾患は前述したように、多くのケースで状態像や経過が非定型であることから、なかなか精神疾患であると診断されにくいという問題がある。したがって、青年期・成人期になって精神面の変化が現われた場合は、なるべく早期に知的障害者の精神疾患に詳しい専門医を受診し、診断と治療にとりくむことが重要である。

ところで、環境がもたらすストレスが、本人の障害要因の一部と関連して精神症状を現わすことも多々ある。その具体的な症状として、心身症、不安・緊張状態、抑うつ状態、昏迷状態がある。

・心身症の現われは、さまざまなストレスが身体的な症状として発現するものである。具体的には、消化性潰瘍、過敏性腸症候群、喘息、頭痛などの症状として現われる場合が多い。したがって、これらの症状に対しては身体面の治

療と共に、彼らを取りまく環境を注意深く観察し、なんらかのストレスが原因となっていないか分析し、そのストレスを取り除くことも重要である。

・不安・緊張状態もまたさまざまなストレスによって生じる精神症状のひとつである。しかし、知的障害をはじめとする発達障害の場合、その症状は対象者の能力レベルによって現れ方が異なる。言語能力や社会性が未熟な場合は、動作や表情のこわばりなど行動面の変化だけでなく、頻尿、失禁、頭痛、腹痛、円形脱毛などの身体症状として現われる場合もある。

・抑うつ状態は、知的障害者の1～4%前後にみられる精神症状のひとつである。この症状の現われ方も対象者の能力レベルによって異なる。軽度や中度の知的障害者の場合、その症状は健常者のうつ病と似かよった症状で、抑うつ気分や悲哀感、食欲減退と体重減少、睡眠障害、興味・関心の低下、精神運動抑制、苛立ち・興奮・攻撃性、身体的訴え（頭痛・腹痛・嘔吐など）、こだわりの増悪、妄想・幻聴、自責感・希死念慮・自殺企図、退行、ヒステリー反応、生活のくずれ等としてみられる。一方、重度の知的障害者では、無気力、閉じこもり、興奮、泣き、パニック、睡眠障害、食欲減退と体重減少、自傷行為、他害行為、こだわりの増悪、ヒステリー反応、生活のくずれ等として現われる。

・昏迷状態は、青年期・成人期知的障害の場合、生活の場や仕事の場への過剰適応（頑張りすぎ）がストレスとなり、それが原因で意志の発動性の障害や強い不安と緊張、硬い表情、動きの緩慢、ほとんど話さないという症状として現れる。しかも知的障害の場合、本人が表面的にはそのような場への参加を拒まないことから、周囲は本人が所属している集団や場に適応していると思っていることが多い。時には、本人がようやく示した拒否の意志に対しても頑張ることを強要し、無理を重ねさせてストレスを慢性化させてしまうこと場合もある。青年期・成人期の場合、生活の場や仕事の場で、どのような要因がストレスとなるのかはひとりひとりさまざまである。ただ多くのストレスのなかで昏迷状態を呈したケースから、いつもその集団で能力が下の方にいることがかなり強いストレスであることが見いだされている。

③主に、青年期・成人期のダウン症候群におこる退行「急激退行タイプ」

加齢にともなう老化・退行や身体疾患、精神

疾患を原因とした退行とは直接的な関連が見いだせない退行として、「20歳前後のダウン症候群に発症し、日常生活の適応水準の低下が急激に生じるもの。具体的には、急に元気がなくなり、引きこもりが始まり、日常生活のさまざまな適応に困難や支障が生じるもの（なお、特定の疾病診断を受けた者は除く）」いわゆる急激退行（菅野他 1996, 1997, 1998）という退行タイプがある。

・急激退行の症状は、主に動作・行動面、対人面、情緒・性格面、身体面の4つの側面に現れる。具体的には動作・行動面では、動作緩慢、表情が乏しい、会話の減少、パーキンソン病様の姿勢異常（前屈みの姿勢、小刻みな歩行）がある。また対人面では、過度の緊張により対人関係が拒否的になるものと、はたたいに相手を意識しないことによる対人関係の不能がある。さらに情緒・性格面では、興味喪失、さまざまなことに対して頑固になる、ある特定の物事への固執傾向、突然の興奮などの情緒不安定等である。そして最後に身体面では、睡眠障害、食欲の減退、体重の減少、失禁等がある。

・急激退行は、発症年齢にも共通性がある。菅野他（1993, 1995, 1997）、橋本他（1993, 1995）、横田他（1994）によると、急激退行が発症する年齢は、その多くが20歳前後で特に養護学校高等部等を卒業する18歳前後からはじまり4～5年後の22～23歳頃の間ピークがあると報告されている。

・急激退行には共通して、発症のきっかけがあると報告されている。それらのきっかけを大別すると、職場や作業所内での「対人関係のつまずき」が最も高率で、つづいて仕事の量や質に関する問題で「仕事がきつかったこと」がある。しかし、急激退行を示した者とその家族、さらに周囲の関係者と長期間にわたって面接を続けていくと、職場や作業所などの施設での問題と同程度、あるいはそれ以上に家庭や家族における要因も多いことに気づく。彼らが成人期になる頃、この時期は特に、きょうだいの結婚や就職、進学にともなう別離や、両親や親類における病気や死亡等による別離が起りやすい時期であり、その結果、周囲が慌ただしくなる時期でもある。また、幼い頃からの、日常的な「がんばりすぎ」や「がんばらせすぎ」がきっかけとなっていると指摘する報告もある（横田他 1994）。

・急激退行の原因や発症のメカニズムは、いまだ解明されていない。彼らは全員、CT scan

をはじめとした医学的検査において、心身の疾患に結びつくような所見は確認されていない。したがって現時点で急激退行が、①ダウン症者に固有の退行であるのか、②いかなる素因をもつ群がこの退行を発症するのか、③いかなる条件（きっかけ）により発症するのかという課題に答えることはできない。また、いまだにこのような視点での研究も十分になされてはいない。ただ、青年期から成人期のダウン症者に一定の割合で急激退行が出現しており、しかも特定の疾患の診断のつかないものであったことから、ダウン症に特有の心理学的機構に起因する退行現象であることは推測される。そこで、ここでは急激退行の原因として以下の3つの仮説をあげておくことにする。仮説①急激退行は、器質性痴呆の初期症状であり、それにうつ病様状態が随伴したもの、仮説②急激退行は、うつ病あるいは初老期うつ病の初期症状であり、それに仮性痴呆様状態が随伴したもの、仮説③急激退行は、思春期から成人期への移行期に心理的ストレスがかかり生じた抑うつ状態である。現時点でこれらの仮説のいずれを原因として、青年期・成人期のダウン症に急激退行が出現するのかを鑑別することは困難である。なかでも、仮説①、②に関しては、一般に初期の器質性痴呆とうつ病でみられる痴呆様状態の鑑別は困難であるとの指摘もあるように、知的障害のあるダウン症者において現時点でその鑑別をすることは不可能といえる。ところで仮説①と②が、急激退行を少なからず加齢に伴う症状の一種と考える立場であるのに対して、仮説③は、心理的ストレスといった必ずしも加齢とは直接関連することのないものを原因と考える立場である。ダウン症はその発達過程の早期より、多くの心身症的症状を呈することを多々経験する。具体的には、幼児期や児童期というライフステージの早期から、心理的ストレスが原因と考えられる脱毛や吃音等の神経・精神症状をかなり高率に発症する。急激退行の原因を心理的ストレスに求めるという立場は、ダウン症がこの種のストレスに対して耐性が弱いのではないかと推測し、幼児期や思春期に現れた神経・精神症状と急激退行とを同質のものとする立場でもある。この立場にたてば、乳幼児期や思春期というより早期からこのような神経・精神症状への対応を考える必要が出てくる。さらに、より積極的に対応を考えると、早期教育プログラムの一領域として心理的ストレスへの耐性あるいは、解消方法を考え、対

応する必要があるのかもしれない。

このように青年期・成人期の知的障害者において、何らかの原因により生活適応水準に低下を示し、獲得前の水準にまで戻ってしまう退行がかなり高率に起こっていることが考えられる。

5. 知的障害者の退行の予防

青年期、成人期知的障害者の退行は、その原因によって大きく3類型、5タイプに分けることができた。これら退行の予防には、どのタイプにも共通する基本的な取り組みと、原因によって異なるタイプ別の取り組みがある。何れの予防の取り組みも学齢期や青年期から取り組めることであり、むしろ、ライフステージの早い時期から積極的に取り組まなければならないことでもある。

1) 基本的な退行予防の取り組み

どのような退行にも共通する基本的な退行予防の取り組みとしては、菅野ら(1998)によるダウン症者を対象に成人期よりよい暮らしに向けた学齢期、青年期からの取り組みの提案「成人期の豊かな生活のための6原則」が参考になる。その取り組みの基本的な考え方は、

- (1) これまで培ってきたよい習慣の継続と、
- (2) 将来に向けた取り組みの継続である。

(1) これまで培ってきたよい習慣の継続

①日課を一定に保ち、毎日の決まりきった活動はこれまで通り取り組み続ける：毎日の日課は、できるだけ一定に保つ。そのためにも食事の時間や就寝・起床の時間など決まりきった日課は成人期になっても、変化させることなく、これまで通りに続けていく。特に、生活のリズムは、どの年代でも生活の基本となる。日課を一定に保ち生活リズムが不規則にならないように心がける。

②これまで続けて取り組んできたこと(学習、旅行・・・)は、これからもずっと続ける機会を作る：幼児期や学齢期からつとめて取り組んできた日記を書くこと、電話をかけること、旅行をすること、さまざまな取り組みの発表、そして勉強など今の生活を豊かにする取り組みはこれまで通り継続し、より上手にできるように続けていく。

(3) 家族や仲間とのかかわりの中にいつも参加させる。特に、第三者とのかかわりの機会を積極的に作り、日々の生活のなかに位置づける取り組みをする：家庭にあっては家族との話題の中にいつも参加させる。ことばの十分でない方でも、人とのかかわりを大切にする。た

例えば表情や身体を介してのコミュニケーションを楽しませる。また、生活の中で本人が一人でいたい時間と、やむを得ず一人にしている時間とを区別し、周囲の都合で孤独に放置したり、はんたいに本人の意志を無視してうるさくかかわりを強要したりしないようにする。さらに、家族や友人、仲間という限られた人との関係だけでなく、かかわりの範囲をより広げ、第三者とのかかわりの機会を積極的に作り、それを本人の日々の生活の中に位置づけ、定着するような取り組みを行う。

(2) 将来に向けた取り組みの継続

①人との関係を介して得られるよりよい刺激や経験を絶えず与え続ける：人との関係を介して得られるよりよい刺激や経験を絶えず与え続けることは、将来に向けた取り組みにおいて最も大切な取り組みのひとつである。普段から生活の中で、特に人との関係を重視する。具体的には、本人の身近にあるさまざまな話題をもって話しかけること、仕事や手伝いなど人とかかわりの機会となる活動を提供すること、レクリエーションなど共通の楽しみを通して人と共感できるかかわりの機会をつくること等である。このように生活の中で人とかかわりを常に大切にし、より良い刺激を絶えず与え続ける。

②将来必要となることは、これからも丹念に教え続ける：家事や仕事をはじめ、将来、地域社会に出て生活する上で必要となることは、いつまでも丹念に教え続ける。教えることからは、まず、わかりやすさを考えて単純化し、そのひとつひとつはモデルを通して示し、簡単なものからより難しいものへ、単純なものからより複雑なものへとステップを踏んで繰り返し、生活の中でパターン化して取り組む。

③慣れ親しんだ人や場に変化を加える場合は、本人主体を心がける：青年期や成人期になると本人や家族が所属している家庭や地域のさまざまな場で、これまでに経験もしなかった大きな変化が起こることがある。たとえば、これまで12年通ってきた学校教育の場から離れること、そして、その時から大人とみなされ社会人とみなされること。これらの変化は、単に毎日通う場の物理的な変化に留まらない大きな変化を本人にもたらす。また、本人をとりまく周囲でもこの時期はさまざまに変化が生じる。きょうだいの結婚や就職、進学にとまなうきょうだいとの別離や、両親や親類における病気や死亡等による別離もこの時期は起こり

やすくなる。したがって変化や移動に際しては、前もって十分に時間をかけ、本人に納得と見通しが持てるようになるまで説明し、また、新たな生活のための練習も行う。

2) 原因タイプ別の退行予防の取り組み

(1) 自然な衰え・低下-老化・退行タイプの予防

知的障害において老化を早期からひき起こすと考えられる要因がいくつかある。基本的な医学的要因がその一つで、さらに生活・環境要因、そして人間関係などが考えられる。例えば、てんかんなどの合併症、ホルモンの異常、肥満などは早期老化と関わる医学的な要因と考えられている。また、知的障害においては環境や生活のあり方も老化と関連する要因としてかなり重要であると考えられる。なかでも、生活の場やそこでの物の配置といった空間的な環境や時間的環境にあたる生活リズムの安定、栄養や健康の管理、さらに家族関係や職場での人間関係の要因も大きくは環境や生活のあり方の要因にはいる。また、仕事や運動、そして趣味などへの取り組みは、今後、老化との関係の解明とともに整備の待たれる要因といえる。すなわち、これらの要因への取り組みが老化・退行の予防にとって重要な取り組みといえる。

(2) まれに生ずる低下・退行-身体疾患退行と精神疾患退行の予防

身体疾患と精神疾患を原因とする退行の予防は、その退行の原因となる疾患の予防が第一となる。そこでここでは、疾患に罹ってしまったから退行状態まで至らないようにするための退行の予防について考えることにする。

① ストレスへの対処と退行予防

疾患罹患後、生活適応水準に低下を示し、いわゆる退行状態を生じさせる要因としてさまざまなストレスをあげることができる(図2)。

したがって、退行の予防は、まずストレスへの対処から考えることができる。ストレスへの対処として考えられる取り組みには、次の4つが考えられる。第一がストレスとなるものを取り除くこと、第二がストレスとなるものから本人が回避すること・回避させること、第三が本人のストレス耐性を高めること、具体的には余暇の充実と人間関係の拡充により耐性を高めることである。そして第四が薬物療法である。しかしこの薬物療法は、これまであげた3つの取り組みに対してあくまでも補助的な役割の範囲に留めておくべきものである。ところで、ストレスへの対処として「ストレスとなるものを取り除くこと」と「ストレスとなるものから本人が回避する・回避させる」ためには、その本人のストレス状況に関して正確な把握がなされていなければならない。すなわち、ストレス状況のアセスメントが必要である。このアセスメントには、本人のアセスメントと環境のアセスメントとがある(下表)。本人のアセスメン

ストレス状況のアセスメント

本人のアセスメント

- ・生育歴、教育歴
- ・性格・行動特性、興味・関心 → ストレスへの対処行動
- ・諸能力: 社会性・コミュニケーション能力・集中力・自己統制力・意欲・作業能力 → ストレス解消、回避能力

環境のアセスメント

- ・生活環境(家庭環境)
- ・対人関係(家族、友人、一般)
- ・生活・余暇 → ストレス要因の分析
- ・活動、仕事

トには、生育歴や教育歴等の基本情報の収集にはじまり、ストレスへの対処行動を考える上で必要な本人の性格・行動特性や興味・関心のアセスメントがある。さらに、ストレスの解消法や回避能力に関するの情報となる諸能力(社会性、コミュニケーション能力、集中力、自己統制力、意欲、作業能力)のアセスメントも含まれる。第2のアセスメントである環境のアセスメントは、ストレス要因の分析に役立つものである。具体的な環境のアセスメントとしては、(家庭やグループホーム等の家庭以外の場を中心とした)居住環境、(家族、友人、一般の第三者との)対人関係、(ADL、IADLなどの活動が行われる)生活場面の状況、余暇場面の状況、(就労活動や作業活動が行われる)仕事場面の状況、そして、それら以外の日中活動の

知的障害者の退行発症のメカニズム

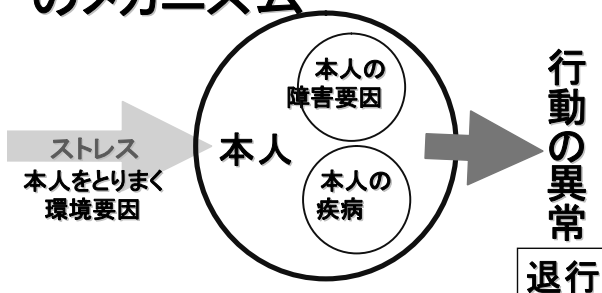


図2 退行発症のメカニズム

場面の状況のアセスメントがある。それらの場面や状況におけるストレス状況のアセスメントに続いて行われるのが具体的なストレスへの対処である。ここでは、直接ストレスへ対応するものと間接的な対応である環境調整とがある。いずれの対応の場合であっても、アセスメントによって得られた情報の分析が迅速かつ正確に行われることではじめて可能になるものである。ストレスへの対処の中でストレスに直接対応するためにはまず、・初期の些細なサインを見逃さないで早急に対応することが重要である。次に、アセスメント情報にもとづき、・何がストレスとなっているのかの仮説を立て対応する段階がくる。この段階でストレスの原因やその状態を的確に把握していくことになる。一方、間接的な対応としてはストレスとなる環境要因の調整が行われる。したがって、この段階ではアセスメント情報の分析結果が生かされることになる。

②青年期・成人期のストレス場面

一般に、青年期・成人期の知的障害者においてストレスが生じやすい環境場面として、（家庭あるいは家庭以外のグループホーム等の）居住場面、（主に家族を中心とした）対人関係場面、（ADL、IADLなどの活動が行われる）生活場面、余暇場面、（就労活動や作業活動が行われる）仕事場面、そして、それら以外の日中活動の場面の5場面を考えることができる。

生活（家庭）場面のストレス：近年、青年期・成人期でも生活の場を家庭にして、家族とともに暮らしながら日中は、活動の場や仕事の場に通うという生活形態が一般的なものとなってきた。しかし、このことによってこれまであまり考えられることのなかったストレス状態を経験することにもなってきた。

環境調整(生活環境の調整、整備) 調整前:一般的な家庭環境

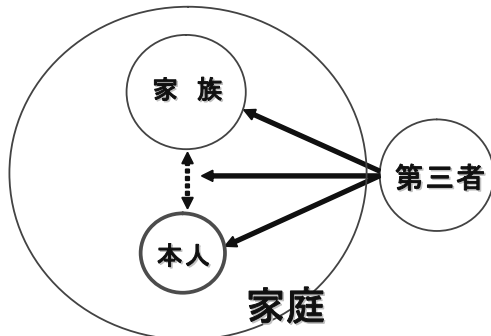


図3 生活環境の調整、整備(調整前)

図3は、青年期・成人期の一般的な生活環境で、家庭を生活の場とした場合の人とのかかわりを示したものである。家庭では家族とのかかわりがある。しかし、青年期・成人期には幼児期や学齢期とは異なり自立性の育ちとともに、家庭での家族とのかかわりにストレス状況が生まれることがある。そのような場合、これまでは通常、第三者が家庭の外から本人や家族に働きかけ、両者間の関係を調整することが多くあった。しかし、この方法では必ずしも良い結果が得られないことも多い。そこで採られるのが、図4の示すように本人を将来の生活のあり方をも想定して、家庭外の生活の場に移し、その状況で第三者が本人と家族に働きかけ、さらに両者間の関係を調整するという取り組みである。

環境調整(生活環境の調整、整備) 環境調整後

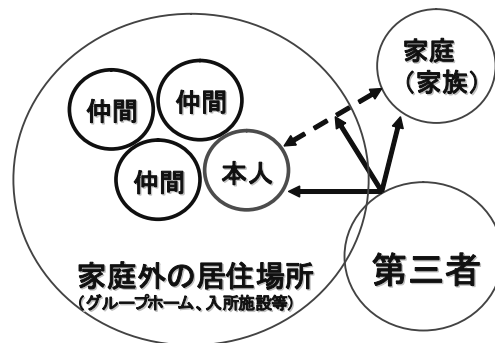


図4 生活環境の調整、整備(調整後)

このような環境調整によって家庭内のストレスが原因で退行症状を示したケースで退行の改善を示す例が報告されるようになってきた。また、退行のケアや予防の観点からだけではなく、青年期・成人期の精神面の自立という視点からも生活の場の1選択肢として、このような生活環境を積極的に考え、検討していくことが今後一層必要となると考えられる。

対人関係（家族）場面のストレス：図5は青年期・成人期にある多くの知的障害者が経験している対人関係を示したものである。知的障害者の場合、青年期・成人期に至っても家庭中心の生活が一般となってきた今日、学齢期のうちから積極的な取り組みをもたないと親を中心とした家族との対人関係が最も強い状況にある。しかし、自立心が育ってきた本人と家族との間に、もしストレス状況が発生すると、このような家族中心の対人関係では逃げ場のない状況に追い込まれてしまう。

環境調整(対人関係)
調整前:一般的な対人関係

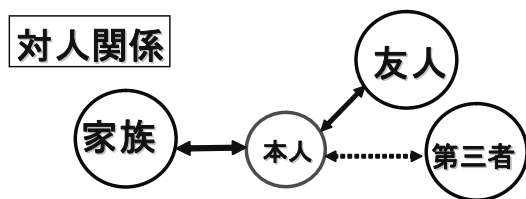


図5 対人関係の調整、整備(調整前)

そこで、このような状況に至らないように採られるのが、図6の示すように本人の将来の生活のあり方を想定し、第三者との関係を優先した対人関係づくりである。

環境調整(対人関係の調整、整備)
環境調整後

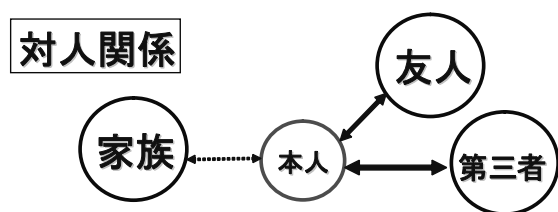


図6 対人関係の調整、整備(調整後)

青年期・成人期の知的障害者の場合、本来、友人関係こそ最も大切にしたい対人関係である。しかし、さまざまな活動を共に行い、互いに共感あつてはじめてつくられる友人関係は、学校教育を終えた後の限られた活動の機会からはなかなか得ることはできない。したがって、青年期・成人期に新たな友人関係をつくることはかなり難しいのが現実である。そこで意図的に第三者との関係をつくるのが青年期・成人期の対人関係の調整・整備となる。これによって、家族との間でストレス状況が起こった場合の回避が可能となる。

生活、余暇、仕事と活動の状況のストレス：青年期・成人期知的障害者の日常の適応行動にとって重要な場面として、ADL、IADL 活動を中心とする生活場面、就労・作業活動を中心とした仕事場面、余暇場面、そして、それら以外の日中活動の場面の4場面を考えることができる。これらの場面でのさまざまな要因や状況がうまく機能すると、彼らの適応した姿が見ら

れるであろうし、はんたいにうまく機能しない場合はさまざまなストレスが生じ、それらの場面で不適応状態が起こり、なかには退行にまで至る場合もあると考えられる。そこで、これら日常の適応行動にとって重要な4場面においてストレス状況を起こりづらくするための、あるいは、起こっても退行にまで至らないようストレス耐性を強めるための取り組みが必要である。

生活場面での取り組みは、生活リズムの安定に向けた取り組みである。退行予防に対する基本的な取り組みでもある生活リズムの安定に向けた取り組みは、どの年齢段階においても、生活していく上で最も重要な取り組みのひとつといえる。

余暇場面では、余暇活動の充た・充実と、生活の中に余暇の時間を位置づける取り組みがあげられる。余暇活動の充た・充実には、本人の興味や関心に配慮し、決して押しつけにならないよう注意する必要がある。青年期・成人期の知的障害者のなかには、自己主張がうまくできないために周囲にあわせてしまい、楽しいはずの余暇活動が楽しくならなかったり、やらされているという気持ちでの参加となってしまうことも多々ある。また、興味・関心を示す活動を多くもつためには、これまでの幼児期、学齢期からの取り組みが重要であると考え

る。仕事とその他の活動の場面でも、内容的には興味・関心を示す仕事や活動を提供することが最も大切なことといる。仕事は厳しい面があるのは当然である。しかし、その仕事にあるさまざまな活動のいくつかに興味・関心があり、何よりも好きだからこそその厳しさに立ち向かえるのである。周囲は、仕事の場面では「もう大人だから」とか、「仕事は賃金を得る活動である以上、厳しいのは当たり前」という考えを押しつけがちである。しかし多くの場合、その結果、ようやく出会ったやり甲斐と達成感のある仕事や活動を失うことになっている。さらにもっと深刻な結果として、これまでの教育の成果として見出した本人の適性そのものをも見失うことである。そうすると、これまでの十数年の取り組みは全て無となり、すでに成人期になっているその時点からまた、やり直しをしなければならない。見方を変えると退行状態への取り組みとなってしまう。また、仕事やその他の活動への取り組みでは質への配慮とともに、量の調整も忘れられがちであるが、大切な取り

組みのひとつである。体調や加齢にともなう諸能力の低下・衰退の状況に応じ、量を調整することも退行予防にはなくてはならない取り組みである。

(3) 急激退行の予防

青年期・成人期ダウン症者におこる急激退行は、その発症のメカニズムがいまだ解明されていないこともあり、予防方法を明確に示せない現状にある。ただ、急激退行が20歳前後という青年期から成人期の入り口あたりの時期に多く生じているということを見ると、この時期の発達に応じたかかわりが予防にとっても重要なアプローチとなると考えられる。

・自立に向けた青年期のかかわり：たとえば、乳幼児期は子どもに愛情を一心に注ぐかかわりであった。また乳幼児期とは、そのようなかかわりが最も求められる時期でもある。しかし、子どもが成長し、学齢期となり、さらに中学生、高校生へと成長していく過程では、愛情一辺倒のかかわりに加えて、新たなかかわり方が求められてくる。すなわち、愛情に裏打ちされた自立へ向けたかかわりが必要となる。たとえば、それまでの何でも与えてきたかかわりから、自分で考え、準備し、実行することを教え、そのために我慢をする心を育てることが求められる。成人期を迎える前のこの時期は、周囲のかかわり方も自立へ向け、変えていかなければならない。ダウン症者は一般に素直で、自己主張が少ないため周囲の人たちには、彼が自立心を育てる時期に入ったのかどうかをなかなか実感でない。しかし、気づきづらいからこそ、しっかり準備し、この時期に必要なかかわりを経験させることが重要となる。ちょうど、早期教育において次の発達段階の課題を準備し、何度も何度も経験させることで、新しい行動を獲得させ、次の発達段階へと導いてきたように。学齢後期から始まる思春期・青年期は、心の成長を目標とした心の教育を行うことが必要な時期であり、自立に向けた取り組みの時期にあたる。そのような取り組みからくる周囲のかかわりの変更が結果として退行の予防につながるものと考えられる。

次に、急激退行に対する治療教育的な取り組みを報告している菅野他(1997)の「急激退行の治療教育の方針」を参考に予防のための取り組みを考える。

・身体面の健康：菅野他(1997)によると、急激退行に対するアプローチとしてまず、第一にあげているのが身体面の健康である。急激退

行は「20歳前後のダウン症候群に発症し、日常生活の適応水準の低下が急激に生じるもの。具体的には、急に元気がなくなり、引きこもりが始まり、日常生活のさまざまな適応に困難や支障が生じるもの（なお、特定の疾病診断を受けた者は除く）」と定義されている。この定義では、急激退行は特定の疾病診断を受けていないことが前提になっているが、多くのケースでかなり疲れ切った状態で相談室を訪れたり、来院することがあると報告されている（菅野2000）。そこで、身体面の健康が治療教育の第一ステップとされているものとする。したがって予防においても第一にあげられるのが身体を健康に保つことである。特に、ダウン症では、身体的に大きな合併症がないケースや、あっても治療の結果、生活に支障がなくなったケースでは専門の主治医がいない場合が多いようである。また、定期的な健康診断も一般的なもので済まされていて、青年期や成人期以降になって症状が現れてから検査を受け、生活習慣病をはじめとした新たな疾患に気づかれることも多いようである。その意味からも、まず身体面の健康に留意することが重要である。

・興味・関心から意欲へ、意欲から目的意識へ：急激退行に対するアプローチの第二ステップが、興味・関心のある活動を探すことである。それは、興味・関心のある活動が見つかる支援助者や仲間との一緒に活動ができるからである。しかも、興味・関心があり本人にとって好きな活動であれば自然と「もっと続けたい」、「またやりたい」という意欲が生まれる。そして次に、「もっと上手に」とか「あと何回続けたい」、「今度は何点採りたい」という具体的な目標意識をもてるようになることが考えられる。意欲や目標意識がもてるようになった姿は「元気がなくなり、引きこもり、日常生活のさまざまな適応に困難や支障が生じる」姿からの解放といえる。したがって、予防にとっては幼児期、学齢期からのさまざまな活動にふれさせ、経験する取り組みを通して興味・関心を示す活動を多くもっておくことが重要であると考えられる。

6. 退行予防のまとめ（退行予防の視点）

退行予防の視点には、本人へのアプローチと環境へのアプローチという二つの視点があった。本人へのアプローチの第一ステップは、本人のアセスメントである。具体的には、ストレス耐性とストレスからの回避能力に関するアセスメントである。同様に、環境へのアプロー

チとの第一ステップが、「環境のアセスメント」である。そこでは、ストレスとなるものをいかに取り除けるかという視点たったアセスメントが行われる。

・本人へのアプローチ：本人へのアプローチはストレス耐性を強め、ストレスからの回避能力を形成・獲得させるための取り組みである。また、それらが現状でどの程度あるのかのアセスメントとなる。具体的な取り組みとしては、①母子関係などの愛着の形成をめざした幼児期からの適切な療育、②教育、学習による諸能力（認知能力、対人関係能力、社会性、コミュニケーション能力等）の発達、③心（自信、自己肯定感、意欲等）を育てる適切な社会経験である。これらの取り組みは、取り組みと同時に、これらのアセスメントが行われなければならない。

・環境へのアプローチ：環境へのアプローチは、生活環境をかたちづくっているさまざまな要因のなかにあるストレスを取り除くための取り組みである。また、それらの現状のアセスメントである。生活環境を構築する環境要因としては、家庭環境、対人関係、生活、余暇、活動・仕事等がある。これらの環境要因にあるストレスとなる要因を見つけ出し、適切な生活環境を構築する取り組みが環境へのアプローチである。

最後に、青年期・成人期知的障害者とかかわる上で、我々が心構えとしてもっていなければならない原則を、菅野他（1997）の「ダウン症成人者と上手につきあうために－5つの原則」を参考に考えることにする。

原則①本人の意志を無視して強要したり、制止したりしない

原則②発達水準から見ると幼くとも、実際の年齢に応じプライドを配慮して接する

原則③作業や課題に際し、厳しい処遇や指導を改め、能力に応じた目標を立て対する

原則④余暇の時間を位置づけ、本人の好きな活動に積極的にかかわらせる

原則⑤一緒に活動する時間、見守る時間を通して、精神的な安定を図る

このなかで、原則①と②は、彼らとつき合っていく上で我々が基本的にもっているはずの心構えである。原則③は仕事に際しての心構え、原則④は余暇に関する事、そして、原則⑤は生活の基本であり、周囲の者のかかわりの基本といえるものである。

附記：本研究は平成 15、16 年度 独立行政法人福祉医療機構（高齢者・障害者福祉基金）助成を得た（「退行を示した青年期・成人期知的障害者に対する地域生活支援と社会参加の促進事業」）

文 献

橋本創一・菅野敦（1993）ダウン症成人者の急激な発達退行現象について（Ⅱ）－退行現象があらわれたダウン症者 1 例における行動及び知能の変化－ 日本発達心理学会第 4 回大会発表論文集,318.

橋本創一・菅野敦（1995）ダウン症成人者の急激な発達退行現象について（Ⅳ）－急激退行現象があらわれたダウン症者 1 例における知能の衰退と社会生活能力の低下－ 日本発達心理学会第 6 回大会発表論文集,244.

池田由紀江他 ダウン症者の早期老化に関する心理学的研究 平成 5 年度科学研究費補助金（一般研究 B）研究成果報告書.（1993）

池田由紀江・菅野敦・橋本創一・細川かおり・上林宏文・江連真帆子・伊地知富美子・佐藤美穂・長畑正道（1988）ダウン症青年期の心理・医学的研究 安田生命社会事業団研究助成論文集, 24(1), 1-14.

池田由紀江・細川かおり・橋本創一・菅野敦 長畑正道・宮本文雄・上林宏文（1989）地域で生活するダウン症者の身体的・精神的問題と早期老化. 心身障害学研究,14(1), 37-44.

池田由紀江・菅野敦・橋本創一・細川かおり（1993）ダウン症者の早期老化に関する心理学的研究 第 1 報 地域の施設に通所するダウン症者成人の実態と早期老化徴候. 文部省科学研究費報告書.

池田由紀江・菅野敦・橋本創一・細川かおり（1994）ダウン症者の早期老化に関する心理学的研究 第 2 報 ダウン症者の老化の評価方法の開発とその実態. 文部省科学研究費報告書.

春日井宏彰・菅野敦・橋本創一・桜井和典・片瀬浩（2005）成人知的障害者の加齢に伴う外観的变化に関する研究 －知的障害者用外観的老化徴候測定法を用いた検討－ 東京学芸大学 第 1 部門 教育科学,56,415-425.

菅野敦・橋本創一（1993a）ダウン症成人者の急激な発達退行現象について（Ⅰ）日本発達心理学会第 4 回大会発表論文集,317.

- 菅野敦・橋本創一（1993b）ダウン症候群の早期老化－成人期に現れた急激退行現象－特殊教育研究施設報告,42,65-74.
- 菅野敦・橋本創一（1994a）精神遅滞者の加齢に伴う知的能力の衰退－急激に退行を示したダウン症候群の知能－特殊教育研究施設報告,43,81-92.
- 菅野敦・池田由紀江・橋本創一・細川かおり（1994b）ダウン症候群の早期老化と青年期・成人期急激『退行』の実際 第29回発達障害学会研究大会論文集,47-48.
- 菅野敦・池田由紀江・橋本創一・細川かおり（1995a）ダウン症候群の生涯発達に関する研究－成人期以降にみられた3つの発達タイプ－第30回発達障害学会研究大会.
- 菅野敦・池田由紀江・橋本創一・細川かおり（1995b）ダウン症候群の早期老化の診断と評価－《ダウン症候群の精神状態テスト(DSMSE)》と《ダウン症候群の老化度・退行度チェックリスト(MCRDS)》の開発と適用－東京学芸大学紀要 第1部門 教育科学, 46,329-343.
- 菅野敦・橋本創一（1995c）ダウン症成人者の急激な発達退行現象について(Ⅲ)－DSMSEによる知的・認知機能の特徴－日本発達心理学会第6回大会発表論文集,243.
- 菅野敦・池田由紀江・橋本創一・細川かおり・川崎葉子・横田圭司・四宮美恵子・日暮真（1995d）生涯発達の視点からダウン症候群の成人期を考える－成人期以降にみられた3つの発達タイプ－特殊教育研究施設研究年報,51-59
- 菅野敦・橋本創一・池田由紀江・細川かおり・川崎葉子・横田圭司（1997）青年期・成人期急激『退行』を示したダウン症候群への治療教育 東京学芸大学大学特殊教育研究施設研究年報, 113-121.
- 菅野敦・橋本創一・細川かおり他（1997）ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究－第1報 居住型施設にいるダウン症成人の実態と早期老化徴候－文部省科学研究費基盤研究C 研究成果報告書
- 菅野敦・橋本創一・細川かおり他（1998）ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究 第2報 居住型施設で生活するダウン症成人の実態と早期老化徴候－生活・健康・老化の実態と加齢の影響について－平成10年度文部省科学研究費補助金(基盤研究C) 研究成果報告書
- 菅野敦・池田由紀江他（1998）ダウン症者の豊かな生活－成人期の理解と支援のために 福村出版
- 菅野敦・橋本創一・池田一成・細川かおり・小島道生（2000）居住型施設に暮らすダウン症者の健康・行動・退行の実態 発達障害学研究 第21巻 第4号 pp.65-73
- 菅野敦（2000）青年期急激退行を示すダウン症者への援助(1)－大学相談室におけるカウンセリング－行動障害の理解と援助 pp.237-248 コレール社
- 菅野敦（2000）ダウン症候群の高齢化と老化発達障害医学の進歩 12 pp.88-97 診断と治療教育社
- 菅野敦・川崎葉子・横田圭司（2004）ダウン症候群のこだわりに関する研究 特殊教育研究施設研究報告第3号 pp. 89-97
- 柄澤昭秀・今村理一・本間昭・笠原洋勇・川島寛司（1989）成人ダウン症における心身機能の特徴の加齢の影響. 臨床精神医学, 18(9),1413-1422.
- 小島道生・菅野敦・橋本創一・池田一成・細川かおり・池田由紀江（1999）居住型施設で暮らす痴呆ダウン症者の実態に関する研究 特殊教育研究施設 研究年報 1999 pp.73-80
- 杉山登志郎・山中昴（1989）Down症候群に見られる青年期退行 第29回日本児童青年精神医学会総会抄録集,32.
- 横田圭司・川崎葉子・四宮美恵子・篠崎昌子・伊藤俊一・菅野敦・三島卓穂・日暮真（1993）ダウン症の青年期「退行」 安田生命社会事業団研究助成論