

知的障害者の退行・早期老化の評価尺度としての心身機能チェックリストの有効性に関する研究

伊藤 浩 社会福祉法人 試行会
菅野 敦 東京学芸大学 教育実践研究支援センター

要 旨：知的障害者の退行・早期老化という新たな課題が顕在化してきている。これまでの調査、研究では、日常生活動作(ADL)や作業能力、コミュニケーション能力の加齢に伴う低下に加え、知的能力、性格・行動特性、自発性といったICFの「心身機能」の要素に含まれる項目が退行や加齢によって低下していることが示唆されている。しかし、「心身機能」の低下については、対象者本人へのチェックリストの適用や検査によるものではなく、その実態については明らかにされていない。

そこで、ICFを基に『心身機能チェックリスト』を作成し、適用を試みた。

チェックリストの合計得点を比較した結果、退行群と非退行群の間に有意な差が認められた。領域別得点の平均値では、①全般的な精神機能において有意な差が認められた。また、障害種別に退行群、非退行群に分類し比較を行ったところ、ダウン症の退行群においてのみ、すべての領域で症状が出現していることが明らかとなった。

Key Words： 心身機能チェックリスト、退行・早期老化、ICF

● I. はじめに

ノーマライゼーションの理念を基に障害者の自立と社会参加の促進を図ることを目的とした障害者自立支援法が2006年に施行され、障害者の地域生活を支援する制度の充実が図られている。一方で、知的障害者の退行・早期老化により地域生活が困難になるという新たな課題が近年になって顕在化してきている。

Y市で相談支援事業を受託しているA施設で受けた相談の主訴を見てみると、以前は、サービスの利用に関する相談が多かった。しかし、近年は、「今までできていたことが、急にできなくなった」、「通っていた施設に通えなくなった」、「粗暴行為が増えてきたが、対応方法がわからずに苦慮している」といった退行に関する相談が増加してきている。

2006年9月以前には、年間に2~3件であった退行を主訴とした相談が、2006年10月から2007年9月の1年間に受けた相談で、継続的な支援を行っている60ケースのうち、11ケース(18.3%)が退行を主訴としたものであった。

日本知的障害者福祉連盟が2003(平成15)年に実施したアンケートによる退行の実態調査⁸⁾によれば、全国の知的障害者通所・入所授産施設190施設のうち、「日常生活能力や作業の力の低下が生じている状態」、つまり退行を示している知的障害者が利用している施設は、104施設、54.7%になる。利用者数では7,821名中、409名が退行を示しており、対象となった施設の全利用者中5.2%の利用者に退行が認められている。

菅野(2004)は、退行を「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」⁴⁾と定義している。この退行についてこれまで様々な調査・研究がなされ、退行によって生じる症状は多岐にわたることが指摘されている。

日本知的障害者福祉連盟の調査(2003)では、退行によって「低下及び変化している能力」に、作業能力、運動能力、日常生活動作の移動、排泄・清潔、食事、生活リズム、コミュニケーション能力、記憶能力、性格特性が挙げられており、「作業能力や運動能力と同時に、知的能力

や性格特性も変化をしている」と考えられている。しかし、症状発生の順序性などについては不明であると結論付けている。

菅野他(1998)が行った東日本地域にある知的障害もつ成人を対象とした居住型施設 192ヶ所へのアンケート調査では、ダウン症者に見られる加齢による変化として、白髪や皮膚のしわといった外見上の老化に加え、活動量、日常生活習慣や動作、視力、運動といった能力の低下が認められた。さらに、無気力、独り言などの「精神医学的な症状や問題行動」の増加、がんこさや特定のものやことがらにこだわるといった「対人関係、性格、行動の特性」の変化、身体のかたさ、疲れやすいなどの「身体機能と運動機能」の変化、全身の耐久性などの「作業態度」の変化、概念や話しことば、理解などの「言語・数能力」の低下が加齢の影響として認められることを指摘している⁵⁾。

菅野(2001)³⁾は、東日本地域の知的障害者授産施設(入所・通所)を利用している成人期ダウン症者 177名の調査の結果、加齢に伴って精神年齢(MA)が低下していることを明らかにしている。また、橋本(2001)¹⁾は、35歳から62歳のダウン症者 78名の調査結果から、筋力、歩行速度、敏捷性、平衡性や協調性といった運動能力の低下・衰退が認められることを示唆している。さらに、細川(2001)²⁾は、入所型施設で生活する40歳代、50歳代のダウン症者を対象とした調査から、身辺自立は加齢に伴って援助を必要とする傾向、「集団への参加」「人との交渉」など人との関係が少なくなる傾向、自発性の低下を示す「決まりきったことならできる」が増加する傾向について指摘している。

日本発達障害福祉連盟が2006(平成18)年に行った養護学校の卒業生への調査⁹⁾によれば、機敏さの低下、体力の減退による疲れやすさなどの「運動・身体能力に関する項目」、睡眠時間のズレ、気力の減退といった「生活における変化に関する項目」、白髪などの「外見上の変化に関する項目」、他者からの干渉を嫌う、こだわりが多くなるといった「性格の変化に関する項目」で加齢に伴う変化が認められることを明らかにしている。

一方、野崎他(1998)⁶⁾は、代謝／内分泌疾患、消化器疾患などの内科系疾患や、整形外科疾患、眼科疾患などの外科系疾患を併発している知的障害者が高い確率で認められること、内科系・外科系疾患に加え、てんかん等の精神科疾患の罹患数を加えると、半数以上の知的障害者

が併発疾患をもっていることを指摘している。

さらに、ダウン症者にアルツハイマー病の発症が見られ、学習能力や職業的・社会的機能の低下が生じることが指摘されている⁷⁾。

このように、ICFの「健康状態」に含まれる医学的な疾患については、加齢や退行によって生じる疾患の診断がなされ、研究もされている。

これまでの調査、研究では、日常生活動作(ADL)や作業能力、コミュニケーション能力が加齢や退行に伴って低下することが指摘されている。これらの能力は、ICFの「活動と参加」の要素に含まれる項目である。それに加え、知的能力、性格・行動特性、自発性といった「心身機能」の要素に含まれる項目が退行や加齢によって低下していることが示唆されている。しかし、「心身機能」の加齢に伴う低下についてはアンケート調査による調査・研究が主であり、対象者本人へのチェックリストの適用や検査によるものではなく、その実態については明らかにされていない。その理由として、知的障害者の退行や加齢に伴う変化を明らかにするためのチェックリストが存在しなかったことがあげられる。

退行の症状を呈した知的障害者に対しては、退行の症状・原因に合わせて適切な支援を提供することが必要である。そのためには、退行の実態を把握し、症状とその原因を分析しなければならない。具体的な支援サービスを提供する際に、アセスメントを行い、支援計画を作成することが必要とされながら、退行や加齢に伴う変化を評価するためのチェックリストがなければ、適切なアセスメントは望めない。

このことは、日本発達障害福祉連盟が2006(平成18)年に行った医療機関への調査⁷⁾でも、「成人期以降に二次的な障害が生じてきて、その結果介護困難に至るほどの重篤なケースが多数存在して」おり、「老化・退行、不適応症状に対する早期発見・早期対応システムの構築が急務である」ことから、スクリーニングのためのチェックリストの開発が必要であることを指摘している。

これまで、我々は、ICF(国際生活機能分類)の「活動と参加」の要素に含まれる項目については、チェックリストを作成し、利用してきた。しかし、退行の症状が特徴的に現れるのは、固執・こだわり、動作緩慢、情緒不安定などであり、ICFでは、「心身機能」の要素に含まれる項目である。このような退行の症状を把握するためには、新たなチェックリストの開発

が必要であると考え、ICFの心身機能要素から項目を抽出して『心身機能チェックリスト』を作成し、適用を試みた。

II. 目的

ICFの心身機能を基にした『心身機能チェックリスト』を開発し、その有効性を明らかにする。

III. 方法

1. 『心身機能チェックリスト』の開発

これまでに明らかにされている退行の症状を文献から調査し、ICFの心身機能要素の領域(3桁項目)及び下位領域(4桁項目)の項目と一致するものを抽出してチェックリストを作成する(表1)。

2. 『心身機能チェックリスト』の適用

i 対象者

2006年10月から2007年4月に相談支援事業として介入を行った知的障害者23名を対象とする。対象となった知的障害者23名のうち、退行を主訴とした対象者の群(退行群)は9名、それ以外の主訴の対象者群(非退行群)は14名であった。

ii 調査方法

相談に来所した時点で、相談者にインタビューを行い、相談に来所した事由が発生する以前と比較した心身機能の状態を、「1)軽くなった」を1点、「2)やや軽くなった」を2点、「3)変わらない」を3点、「4)やや重くなった」を4点、「5)重くなった」を5点として評価する。さらに、全項目の個人別平均値を合計得点、領域別の個人別平均値を領域別得点として算出する。

iii 分析方法

- ①合計得点とCA(生活年齢)との相関を分析する。
- ②合計得点の退行群、非退行群における平均値の差、および各領域別得点の退行群、非退行群における平均値の差を比較する。
- ③チェックリストの項目ごとに、退行群と非退行群における平均値の差を比較する。
- ④障害種別に合計得点の退行群、非退行群における平均値の差、および領域別得点の退

表1 『心身機能チェックリスト』の6領域63項目

領域	No	項目
全般的 精神機能	SA01	対人関係
	SA02	注意・関心
	SA03	協調性
	SA04	手堅さ・慎重さ
	SA05	安定した精神機能
	SA06	好奇心・探究心
	SA07	快活さ・上機嫌
	SA08	自信・自己肯定感
	SA09	信頼性
	SA10	精神的な活力
	SA11	動機づけ
	SA12	食欲
	SA13	渴望
	SA14	衝動のコントロール
	SA15	睡眠量・睡眠障害
	SA16	入眠までの時間
	SA17	睡眠の維持
	SA18	睡眠の質
個別的 精神機能	SB01	注意・集中の維持
	SB02	注意の移動
	SB03	注意の配分
	SB04	注意の共有
	SB05	自発性・落ち着き
	SB06	協応動作
	SB07	情動の適切性
	SB08	情動の制御
	SB09	情動の範囲
	SB10	思考の速度
	SB11	論理的な思考
	SB12	妄想・過大評価
SB13	抽象化	
SB14	活動の計画	
SB15	スケジュールの管理	
SB16	柔軟性	
SB17	振り返り・自己理解	
SB18	選択・決定	
SB19	情報を基にした問題解決	
SB20	運動の組み立て	
音声と 発話 機能	SC01	話の流暢性
	SC02	発話のリズム
	SC03	発話の速度
	SC04	イントネーション
	SC05	音声の出力
	SC06	発声の機能
消化器 系 機能	SD01	吸引
	SD02	噛み切る
	SD03	噛み砕く
	SD04	口内の食べ物の移動
	SD05	唾液の分泌
	SD06	嚥下
	SD07	吐き出す機能
機尿 能路	SE01	排尿の機能
	SE02	排尿の回数
	SE03	排尿の抑制
運動に 関する 機能	SF01	体のバランス
	SF02	単純な運動
	SF03	複雑な運動
	SF04	随意運動の強調
	SF05	体の支持
	SF06	不随意的な筋肉の収縮
	SF07	振戦
	SF08	反復的動作
	SF09	常同症

行群、非退行群における平均値の差を比較する。

表2 文献に示された退行・加齢に伴って能力の低下がみられる項目

文献	心身機能	活動と参加
菅野他(1998)ae)	活動量, 運動, 無気力, 独り言, 対人関係・性格・行動の特性, 身体機能と運動機能	日常生活習慣や動作, 作業態度, 言語・数能力
菅野(2001)af)	知的能力	
橋本(2001)ag)	運動能力	
細川(2001)ah)	自発性	身辺自立, 人との関係
日本知的障害者福祉連盟 (2003) aa)		作業能力, 運動能力, 日常生活動作の移動, 排泄・清潔, 食事, コミュニケーション能力
日本発達障害福祉連盟(2006)ab)	運動・身体能力に関する項目, 性格の変化に関する項目, 生活における変化に関する項目	

表3 退行群、非退行群における障害種別の対象者数、平均年齢および標準偏差

項目	退行群			非退行群				計 (N=23)
	ダウン症 (N=7)	自閉症 (N=2)	計 (N=9)	ダウン症 (N=1)	自閉症 (N=2)	知的障害 (N=11)	計 (N=14)	
年齢 平均値	31.9	25.5	30.4	62.0	28.5	29.2	31.4	31.0
標準偏差	10.090	0.707	9.180	-	3.536	14.483	15.486	13.137

IV. 結果

1. 『心身機能チェックリスト』の作成

これまでに明らかにされている退行の症状を文献から抽出し、ICFの「心身機能」と「活動と参加」の要素に分類したものを表2に示した。

ICFの心身機能要素に含まれる症状として、菅野他(1998)は、活動量、運動、無気力、独り言、対人関係・性格・行動の特性、身体機能と運動機能の低下を指摘している。菅野(2001)では知的能力、橋本(2001)では運動能力、細川(2001)では自発性の低下がそれぞれ指摘されている。さらに、日本発達障害福祉連盟(2006)では、運動・身体能力に関する項目、性格の変化に関する項目、生活における変化に関する項目について能力の低下が見られることが指摘されている。

これらの調査・研究結果をICFの心身機能要素の項目と比較すると、第1章：精神機能の「全般的な精神機能」、第1章：精神機能の「個別的な精神機能」、第3章：「音声と発話の機能」、第7章：神経筋骨格と運動に関する機能の「運動機能」の各領域に示された項目であることが明らかとなった。

さらに、知的障害者の医療に携わる小児神経科、精神科の医師にもインタビューをし、第5章：消化器系・代謝系・内分泌系の機能の「消化器系に関連する機能」、第6章：尿路・性・生殖の機能の「尿路機能」の低下が認められることを指摘された。

そこで、本研究では、①全般的な精神機能 18項目、②個別的な精神機能 20項目、③音声と発話の機能 6項目、④摂食機能 7項目、⑤尿路機能 3項目、⑥運動機能 9項目、の6つの機能領域に含まれる63項目を抽出し、『心身機能チェックリスト』を作成した。

また、『心身機能チェックリスト』では、ある時点での能力を評価するのではなく、能力の変化の有無を調査するために、評価尺度は、以前と比較して、1) 軽くなった、2) やや軽くなった、3) 変わらない、4) やや重くなった、5) 重くなった、の5段階評価とした。

2. 合計得点とCA(生活年齢)との相関

退行群と非退行群の差が、加齢とどのような関係にあるのかを見るために、合計得点とCA(生活年齢)との関係を分析した。

まず、退行群、非退行群における障害種別の対象者数、平均年齢および標準偏差を表3に示した。退行群 9名の平均年齢は、30.4歳(SD=9.180)、非退行群 14名の平均年齢は、31.4歳(SD=15.486)であり、退行群と非退行群の年齢に有意な差は認められなかった($t(13)=0.171$, n.s.)。

また、対象者を障害種別で見ると、ダウン症者は8名で平均年齢が31.9歳(SD=10.090)、自閉症者は4名で平均年齢が27.0歳(SD=2.708)、知的障害者は11名で平均年齢が29.2歳(SD=14.483)であった(表2)。障害種別に退行群、非退行群に区分すると、ダウン症者は退行群が7名で平均年齢は31.9歳(SD=10.090)、非退行群は1名で年齢は62.0

歳であった。自閉症者は退行群が2名で平均年齢は25.5歳(SD=0.707)、非退行群は2名で平均年齢は28.5歳(SD=3.536)であった。知的障害者は退行群は0名であり、非退行群は11名で平均年齢は29.2歳(SD=14.483)であった。

次に、合計得点とCAとの相関を算出した(表4)ところ、対象者全体では、 $r=0.113$ で相関は認められなかった。退行群では、 $r=0.619$ で、相関が認められたが、非退行群では、 $r=-0.188$ で、相関が認められなかった。

また、退行群、非退行群別における領域別得点とCAとの相関を算出した結果、退行群では、③音声と発話の機能で強い相関($r=0.812$)が認められた。さらに、退行群では、②個別的精神機能($r=0.723$)、⑥運動に関する機能($r=0.745$)で相関が認められた。

表4 合計点、領域別の平均得点と年齢(CA)とのピアソンの積率相関係数

領域	全体	退行群	非退行群
①全般的的精神機能	-0.155	-0.236	-0.214
②個別的精神機能	0.172	0.723 *	-0.156
③音声と発話の機能	0.298	0.812 **	-
④消化器系の機能	0.216	0.567	-
⑤尿路機能	0.160	0.398	-
⑥運動に関する機能	0.279	0.745 *	-
合計得点	0.113	0.619 *	-0.188

**強い相関($r>0.8$) *相関($r>0.6$)

表5 合計得点および領域別得点の退行群、非退行群における平均値の差

領域	退行群 (N=9)	非退行群 (N=14)
①全般的的精神機能	3.49±0.364	3.06±0.138
②個別的精神機能	3.31±0.338	3.05±0.118
③音声と発話の機能	3.19±0.348	3.00±0.000
④消化器系の機能	3.13±0.331	3.00±0.000
⑤尿路機能	3.07±0.401	3.00±0.000
⑥運動に関する機能	3.19±0.393	3.00±0.000
合計得点	3.30±0.243	3.03±0.076

3. 合計得点および領域別得点の退行群、非退行群における平均値の差

チェックリストの合計得点(表5)を各群で比較すると、退行群は3.30点(SD=0.243)、非退行群は3.03点(SD=0.076)であり、t検定を行った結果、5%水準で有意な差が認められた($t(13)=3.207, p<.05$)、退行群のチェックリストの合計得点が非退行群と比較して高いことが明らかとなった。

群別の領域別得点を表5および図1に示した。③音声と発話の機能、④消化器系の機能、⑤尿路機能、⑥運動に関する機能では、退行群はすべての領域で3点を超えていた。一方、非退行群ではすべての対象者の得点が3点であり、標準偏差が0であったため、平均値の差を検定することができなかった。退行群と非退行群の領域別得点の平均値の差を検定したところ、①全般的的精神機能では、1%水準で有意差が認められた($t(13)=3.397, p<.01$)。このことから退行群は、非退行群と比較して全般的的精神機能の得点が有意に高いことが明らかとなった。また、②個別的精神機能では、有意差が認められず($t(13)=2.232, n.s.$)、個別的精神機能は退行群にやや高い得点が表れるが、非退行群との明確な差がないことが明らかとなった。

4. チェックリストの項目ごとの、退行群と非退行群における平均値の差

項目別の得点が4点以上の対象者の人数の割合を、退行群、非退行群別に算出した。その結果、退行群で75%以上の対象者が4点以上であった項目は、全般的的精神機能の項目2:外向性・積極性、項目7:気楽さ、項目10:活力、項目11:内的動機づけの3項目と、個別的精神機能の項目23:精神運動統制の1項目、計4項目であった。非退行群では、4点以上の得点の対象者の割合は最大で21.7%であった。

非退行群で標準偏差が0の項目を除外して、項目別に退行群、非退行群の平均得点の差を検定した結果、全般的的精神機能の項目10:活力($t(8)=3.770, p<.01$)、項目11:内的動機づけ($t(8)=3.844, p<.01$)、および個別的精神機能の項目23:精神運動統制($t(8)=3.125, p<.01$)では、1%水準で有意差が認められた。また、全般的的精神機能の項目7:気楽さでは、5%水準で有意差が認められた($t(8)=2.574, p<.05$)。

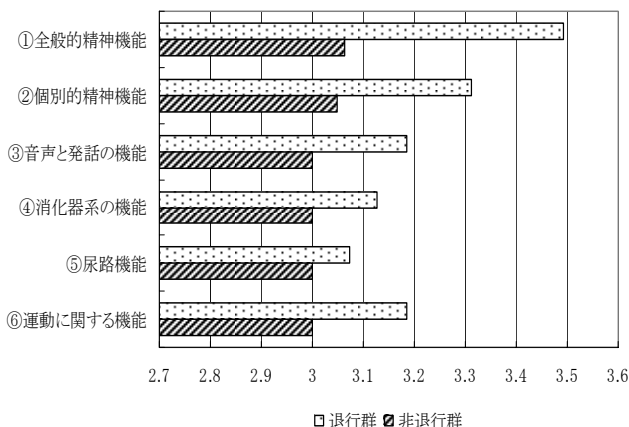


図1 領域別得点の退行群、非退行群における平均値

表 6 障害種別の退行群, 非退行群における合計得点, および領域別得点平均値

領域	退行群			非退行群				計 (N=23)
	ダウン症 (N=7)	自閉症 (N=2)	計 (N=9)	ダウン症 (N=1)	自閉症 (N=2)	知的障害 (N=11)	計 (N=14)	
①全般的精神機能	3.39±0.313	3.86±0.354	3.49±0.364	3.00	3.00±0.000	3.08±0.152	3.06±0.138	3.23±0.325
②個別的 spirit 機能	3.31±0.350	3.30±0.424	3.31±0.338	3.00	3.00±0.000	3.06±0.131	3.05±0.118	3.15±0.258
③音声と発話の機能	3.24±0.383	3.00±0.000	3.19±0.348	3.00	3.00±0.000	3.00±0.000	3.00±0.000	3.07±0.229
④消化器系の機能	3.16±0.373	3.00±0.000	3.13±0.331	3.00	3.00±0.000	3.00±0.000	3.00±0.000	3.05±0.209
⑤尿路機能	3.10±0.460	3.00±0.000	3.07±0.401	3.00	3.00±0.000	3.00±0.000	3.00±0.000	3.03±0.244
⑥運動に関する機能	3.24±0.437	3.00±0.000	3.19±0.393	3.00	3.00±0.000	3.00±0.000	3.00±0.000	3.07±0.254
合計得点	3.29±0.262	3.34±0.236	3.30±0.243	3.00	3.00±0.000	3.04±0.084	3.03±0.076	3.14±0.207

5. 障害種別の退行群, 非退行群における合計得点, および領域別得点平均値の差

障害種別に退行群, 非退行群に分類し, その領域別得点の平均値を表 6 および図 2 に示した。ダウン症の退行群では, すべての領域で平均値が 3 点を超えていた。自閉症の退行群では, ①全般的 spirit 機能と②個別的 spirit 機能の領域で平均値が 3 点を超えていたが, 他の領域では平均値がすべて 3.00 点, 標準偏差が 0.000 であった。ダウン症の非退行群は対象者が 1 名で, すべての領域において平均得点が 3.00 点であった。自閉症の非退行群はすべての領域においてどの対象者も平均値が 3.00 点であった。知的障害者の非退行群では, ①全般的 spirit 機能と②個別的 spirit 機能の領域で平均値が 3 点を超えていたが, 他の領域では平均値がすべて 3.00 点であった。

V. 考察

ICF の心身機能要素に含まれる 6 つの機能領域から 63 項目を抽出して『心身機能チェックリスト』を作成した。これまでの文献調査や, 医療機関でのインタビューを基に項目を抽出した。そのため, 不足している項目, 不要な項目の有無については, 今後, 検討が必要であり, 『心身機能チェックリスト』を実際に使用していく中で, 修正が必要となることが推測される。

退行群と非退行群において, チェックリストの合計得点に有意な差が認められた。このことから, 症状として退行のある群と, 退行が認められない群において, 心身機能チェックリストの得点に差が生じることが明らかとなった。詳細な検討は今後も必要であるが, 『心身機能チェックリスト』によって, 退行者のスクリーニングは可能であると思われる。

各領域について見てみると, 全般的 spirit 機能

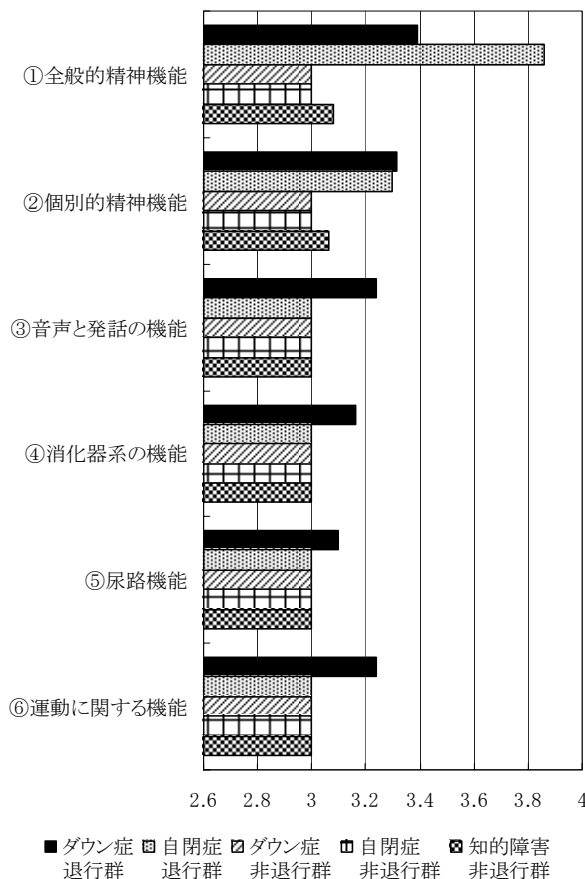


図 2 障害種別の退行群, 非退行群の領域別得点の平均値

では, 非退行群に比べて退行群の得点が明らかに高かった。このことから, 退行群においては, 全般的 spirit 機能の低下が顕著であると言える。全般的 spirit 機能の領域に含まれる項目は, 気質と人格の機能, 活力と欲動の機能, 睡眠機能が含まれており, これまでの調査・研究で明らかにされた退行の症状と合致するものであった。

また, 全般的 spirit 機能の領域では, 年齢(CA)との相関($r=-0.236$)が認められず, 全般的 spirit 機能は加齢によって低下しているのではなく, 他の要因によって低下していることが推測される。このことから, 全般的 spirit 機能の得点によって, 加齢以外の要因による退行をスクリーニングできると考えられる。

個別精神機能に含まれる項目には、注意機能、精神運動機能、情動機能、思考機能、高次認知機能がある。この個別精神機能では、平均値に差異は認められたものの、有意な差は認められなかった。また、退行群で年齢(CA)との相関が認められたことから、加齢による機能低下が反映されやすい領域であることが推測できる。

音声と発話の機能、および運動に関する機能では、非退行群のすべての対象者の得点が、すべての項目において3点であり、以前と比較して変化が見られないと評価されており、非退行群においては安定した機能であると言える。一方、退行群では、音声と発話の機能で年齢(CA)との相関が強く($r=0.812$)、運動に関する機能では年齢(CA)との相関($r=0.745$)が認められた。このことから、音声と発話の機能、運動に関する機能は、加齢とともに機能低下が顕著に現れることが推測できる。

消化器系の機能、および尿路機能は、ダウン症者の退行群にだけ低下が認められる機能であった。また、年齢(CA)との相関も弱く、知的障害者における加齢による機能の低下よりも、ダウン症者に特有の機能低下であることが推測される。

このように、生活能力、作業能力のほかに、知的能力、性格・行動特性、自発性といった精神機能に関わる機能の低下が生じていることが明らかとなり、先行研究・調査における指摘と同様の結果が得られた。このことから、これまでのように、ICFの活動と参加の領域の項目から作成したチェックリストだけではなく、知的障害者の退行・早期老化の状態を十分に把握するためには、ICFの心身機能の要素による『心身機能チェックリスト』を使用することが有効であることが明らかになった。

菅野他によると、退行の原因として4つのタイプがあるとされている。(1)加齢に伴う自然な衰え・低下によって退行が見られる『老化・退行タイプ』、(2)まれに生ずる低下・退行のうち、身体疾患を原因とする『身体疾患退行タイプ』、(3)まれに生ずる低下・退行のうち、精神疾患を原因とする『精神疾患退行タイプ』、(4)成年・成人期のダウン症におこる『急激退行タイプ』の4タイプである。本研究では、個別精神機能において加齢による機能低下が反映されやすいことが明らかとなった。(1)加齢に伴う自然な衰え・低下によって退行が見られる『老化・退行タイプ』では、個別精神機能に着目する

ことによって、スクリーニングが可能であることが推測される。また、消化器系の機能、尿路機能のようにダウン症に特有に現れる症状も把握できることが明らかとなった。このような症状が加齢によってどれだけ変化をするのかをさらに調査することが必要であるが、ダウン症者の退行を発見する一つの指標になりうることがわかった。

『心身機能チェックリスト』によって、退行・早期老化の症状を把握できることが明らかとなったが、本研究の対象者は23名であり、退行群は9名であった。そのため、加齢以外の要因の分析や、退行のタイプ別の分析には至っておらず、今後、さらに対象者の範囲を広げ、詳細な実態を解明することが必要であろう。

文 献

- 1)橋本 創一(2001): 壮年期ダウン症者の体力・運動能力に関する研究—加齢による基礎的運動能力への影響について—, 平成12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「ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究 第3報 居住型施設で生活するダウン症成人の生涯発達と早期老化」, pp10-pp16
- 2)細川 かおり(2001): 40代, 50代のダウン症者の適応行動の実態に関する一考察, 平成12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「ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究 第3報 居住型施設で生活するダウン症成人の生涯発達と早期老化」, pp22-pp27
- 3)菅野 敦(2001): ダウン症候群の知的機能の生涯発達の变化とその構造, 平成12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「ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究 第3報 居住型施設で生活するダウン症成人の生涯発達と早期老化」, pp1-pp9
- 4)菅野 敦(2004): 成人期知的障害者の退行とは～退行の原因とその類型～, 知的障害者の退行の発見・予防・ケア, 社団法人 日本知的障害福祉連盟, pp8-pp18

- 5)菅野 敦・橋本 創一・細川 かおり・池田 一成・小島 道生・池田 由紀江(1998): 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 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
- 6)K.E.Wisniewski, A.J.Dalton, D.R.Crapper McLachlan, G.Y.Wen, and H.M.Wisniewski (1985): Alzheimer's disease in Down's syndrome. *Neurology* 35, pp957-pp961
- 7)野崎 秀次・江川 文誠(1998): 知的障害を持つ人達の身体疾病と医療機関の対応 III. 成人期の知的発達障害をもつ人たちへの保健・医療援助の現状, 不平等な命, 日本知的障害福祉連盟, pp129-pp137
- 8)社団法人 日本知的障害福祉連盟(2003): 平成 15 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「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」報告書
- 9)社団法人 日本発達障害福祉連盟(2006): 厚生労働省「障害者自立支援調査研究プロジェクト」平成 18 年度障害保健福祉推進事業「発達障害者の退行・早期老化の予防・ケア支援システム構築—成人期になって重度化した発達障害者の地域生活支援と社会参加促進事業—」報告書

Research concerning the effectiveness of Body Functionality Checklist used as an evaluation scale of the regression and early aging of intellectually disabled persons.

Hiroshi Itoh

Shikou-kai (a Social Welfare Corporation), Yokohama, Japan

Atsushi Kanno, Ph.D, and Professor,

Center for the Research and Support of Educational Practice,

Tokyo Gakugei University, Tokyo, Japan

ABSTRACT : Due to the diffusion of the concept (ideal) of “normalization” and the implementation of the Japanese Law to Support the Independence of Persons with Disabilities, there have been efforts made to bolster local support for the daily activities of intellectually persons with disabilities. Conversely, a new problem has become apparent in recent years, namely, the difficulties intellectually disabled persons face in their daily local lives due to regression and early aging.

In previous surveys and research, in addition to declines accompanying aging in activities of daily living (ADL), physical work capacity (PWC), and communication abilities, it has also been suggested that there is regression and decline due to aging, too, in the categories included as elements of “body functions” in the International Classification of Functioning (ICF), including intellectual disabilities, character and behavioral characteristics, and pro-activeness. However, most surveys and research concerning the declines due to aging and the regression of “body functions” have focused mainly on questionnaire-based surveys; there has been no application of a checklist to subject persons themselves and examination of results, and thus the actual status thereof has not been clarified hitherto.

Here, with selected extraction from categories included among the elements of ICF “body functions,” a “Body Functionality Checklist” was created with the aim of clarifying the actual status of capability declines due to regression. This Checklist was then applied to nine (9) intellectually disabled persons whose main complaint is regression (the regression group), and to 14 intellectually disabled persons whose main complaint is something other than regression (the non-regression group).

As the result of comparison of total points on the Checklist, a significant difference ($t(13)=3.207$, $p<.05$) at a 5% (five-percent) level (t-test) was confirmed between the regression group and the non-regression group; it was made clear that, compared with the non-regression group, the regression group had significantly high Checklist total scores. As for mean value of scores for each domain, (1) for global mental functions, confirmation was made of significant difference at the 1% (one-percent) level ($t(13)=3.397$, $p<.01$), while (2) for specific mental functions, no significant difference was recognized ($t(13)=2.232$, n.s.). Classification was made by disability type for the regression group and the non-regression group, and comparisons thereof were made. Here, only in the Down syndrome regression group did the mean value exceed 3 points for all domains.