

知的障害児・者の自立生活領域・健康領域の課題と支援

—生活適応支援チェックリストの作成を通して—

加藤 昭和 社会福祉法人県央福祉会横浜市中山みどり園

要 旨：知的障害児・者の支援において、生涯発達が重要なテーマになる。生涯にわたる支援をアセスメントできるような「生活適応支援チェックリスト」が策定された。結果の分析より、年齢や障害特性におけるニーズを明らかにするには、ライフステージ別の変化や支援過程を検証する必要性が明らかとなった。

「自立生活」においては、「保護者の高齢化や体調不良」の相談がどの年齢でも多かった。この問題の先には、生活の場の移行が必要と考えられる。早い段階から自立生活を意識して、積極的に生活の場の移行を考えていくことが必要であると考えられた。

「健康状態」は第5の領域と考えられた。健康はすべての生活の基盤であることから、独立した領域ではなく、他の4領域に横断して存在することがわかった。障害の種類、程度にかかわらず、加齢により人間性は変化していく。障害者本人に関係する多くの機関が自身の状況を共有し、適切な支援を策定することが求められる。

Key Words： 生涯発達，生活適応，自立生活，健康状態

● I. 生活適応支援チェックリストの作成

知的障害者が、様々な生活環境の中でうまく暮らしていくために欠くことができない能力の一つに適応行動がある。

菅野(2008)¹⁾は「知的な障害を合わせもつ障害児者の支援目標において最も重要なのが適応行動の改善である」と述べている。適応とは、一般的に「環境の要請に対して自身を適応させること、またその状態を指し、能動的な過程を含む」とされ、所属する地域の文化や年齢に応じて期待される事柄へのその個人が応ずる適切さ、巧みさが適応行動とされている。

知的障害の定義として現在も用いられているAAMR(アメリカ精神遅滞協会、現AAIDD：アメリカ知的障害・発達障害協会)による1992年の定義に、「精神遅滞とは、現在の機能における重大な制限を指す。それは明らかに平均以下の知的機能が特徴で、同時に次のような適応技能領域の2つ以上における知的制限と関係の深い制限を伴う」とあり、知的障害は知能水準と適応スキルによって規定されるようになった。この定義の意義は、知的障害を「個人の絶

対的特性ではなく、知的制約を持つ人とその環境との相互作用により表現される」とし、知的障害を伴う人が「社会の中でいかに人間らしく生きるか、それを支援していくべきかを明確にした」ことにある。すなわち知能重視で治癒不能性が強調されていた知的障害概念から脱却し、現在の機能を問題とし、適切な支援を行うことで機能は改善するという新たな知的障害概念を提案したことが重要である。AAMR(1992)²⁾では、適応行動を「コミュニケーション」「身辺処理(セルフケア、日常的には食事・排泄・衣服の着脱など)」「家庭生活(日常的には炊事・掃除・洗濯など)」「社会的スキル(人との社会的なやりとりに関連したスキル)」「コミュニティ資源の利用(買い物、交通機関の利用など)」「自律性(選択したり、スケジュールに従った自己主張をするといった能力)」「健康と安全」「アカデミックスキル(読み、書き、計算など)」「余暇」「仕事」の10領域に分類した。

橋本(2001)³⁾は、障害概念の動向として「個と環境との相互作用であり、特に生活環境の重視といえる」と指摘した。そして社会の価値観・教育観・幸福感の変化に伴い、人間育成の

理念において主体性の重視や生きる力／社会生活力の育成が問われていると述べ、「知的障害者に対する『生活適応』の考え方・視点を、彼らが生活する福祉・教育現場で問い直す」必要性を指摘した。

第 11 回世界知的障害国際会議(2000)において、加齢に伴う様々な変化(能力、身体、精神、活動性など)と、障害による個々の知的障害者の実態との相互作用、それに伴う支援のあり方が緊急に成人期以降の問題としてクローズアップされた。

これらより、支援のあり方を検討する前提として、その個人のいる環境との相互作用を考慮した生活適応をアセスメントすることが求められるとして、橋本(2001)は、「知的障害者の生活適応支援チェックリスト」の開発を試みた。チェックリストの開発にあたり、障害を通して各発達期において、諸領域(AAMR の支援すべき 10 の下位領域)についてどのような支援をどの程度必要とするかを特定することが知的障害者の状態像へとつながる。そしてそれらの評価は、知的障害者の具体的な生活の場や年齢によって相違するものと考えた。

チェックリストの項目の選定にあたり、AAMR の日常生活への適応の指標とされた 10 の下位領域に着眼し、知的障害者の①生活の場(家庭、居住型施設など)に適合する、②日中の活動(作業、余暇的活動など)に適合する、③障害程度が最重度から中・軽度の広範な実態を考慮する(できるだけ発達段階や能力などの高低により評価できないものを排除する)、④具体的な行動や姿を評価する、⑤支援に活かすために行動そのものを段階的・多層的にみるもの(支援目標が導かれやすいもの)とした。

各項目には生活適応を具体的に表す適応スキルが記されており、それぞれの項目における生活適応状況の評価は、「スキルの獲得状態」ではなく、「適応行動を達成するために必要な支援レベル」によって測られる。これを言い換えれば、「知的障害者の支援を行うにあたっては、適応スキルの獲得・喪失の状態を把握することが重要である一方で、具体的な支援方法としては障害者個人の能力向上のみではなく、支援者も含めた環境との相互作用も考慮するべきである」ということとなる。

近年、成人期以降の知的障害者支援において重要なテーマになっているのが「生涯発達」の視点である。菅野(2006)⁴⁾は、「獲得や喪失は、ある一定の時期にのみ起こるものではなく、発

達の各段階で生じている。獲得や喪失といった変化への適応を学習の成果と考えれば、人は生涯にわたって学習し続ける存在といえるだろう」と述べ、生涯発達の視点とその支援の必要性を指摘している。

小笠原ら(2015)⁵⁾により生涯発達の視点から成人期知的障害者の生活適応のライフステージごとの変化を検証する研究が行われた。知的障害者 200 名を対象に「生活適応支援チェックリスト(2004 年度版)」の第 1 部・生活適応編を用い、調査対象者の支援者に対して対象者の生活適応に関する質問を行った。

その結果、次のように総合考察された。成人期の知的障害者への支援においては、他者とのコミュニケーションに関する領域が重要な支援課題である。中・軽度の知的障害者では、20 歳代後半から人間関係のトラブルの可能性が高まることが示唆された。重度な知的障害者においては、20 歳代後半からの運動能力の低下がみられ、支援の必要性が明らかになった。コミュニケーションに関する支援も含めて、これらの課題に関する支援プログラムの在り方や有効性を検討することが課題となった。障害特性からの視点による検討では、障害特性に応じた支援の重要性が確認された。年齢や障害特性におけるニーズを明らかにするうえでは、生涯発達の視点からライフステージ別の変化や支援課題を検証することの必要性が明らかとなった。

II. 地域生活支援の実践研究

1. 4領域の作成

2001 年、世界保健機関(WHO)は、国際障害分類(ICIDH)の改訂版として ICF(国際生活機能分類)⁶⁾を採択した。ICF は、人の健康(生活機能と障害)に関する状況を表すための標準的な概念的・言語的枠組みとして開発されたもので、生活機能と障害の構成要素として身体(心身機能と身体構造)の要素と、活動と参加の要素をあげた。なかでも、活動と参加は、個人的視点および社会的視点からみた生活機能のさまざまな側面を示す全領域をカバーしているといわれるもので、学習と知識の応用、一般的な課題と要求、コミュニケーション、運動・移動、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活領域、コミュニティライフ・社会生活・市民生活の 9 領域が示されている。これらは AAMR の 10 領域と共通する領域が多く、障害のある児・

者の支援領域としてこれらを用いることは適切かつ有効であると考えられる。

菅野(2008)は、AAMRの10領域とICFの9領域を、①重複したスキルが含まれるものと、②互いに共通する機能の延長線上にあり、類似性が高いと考えられるものは、できるだけ一つの領域とみなすという考えのもと、近年の支援のキーワードである生涯発達支援と地域生活支援に向けた支援領域、生涯学習の領域として4つの領域を導き出した。

第1の領域は学習・余暇(学ぶ・楽しむ)。余暇活動や社会資源の利用といった、豊かで幅広い社会生活をおくるために必要な領域である。

第2の領域は自立生活支援領域(暮らす)。食事・排泄・着脱などの身辺処理や清掃・洗濯・調理・理容など日常生活の活動に関する領域である。

第3の領域は作業・就労領域(はたらく)。作業や仕事において求められる技能や態度など、企業や施設などで行われる作業や仕事に関する技能や就労に必要な能力に関する領域である。

第4の領域はコミュニケーション領域(人と関わる)。行動障害の軽減も含め、他者との円滑な社会生活を送るために必要なコミュニケーションに関する領域で、具体的には、やりとりや要求に始まり、報告・連絡・相談、そして経験や知識を生かして相手の気持ちをつかむまでを支援する領域である。

これら、4領域を生涯発達という視点で、ライフステージにあわせてみると、学習・余暇支援は生涯にわたって、自立生活支援は乳幼児期に最も中心的に指導が行われ、次第に援助へと移っていくことが、作業・就労支援も青年期から成人期に集中的に指導が行われる必要があることがわかる。一方、コミュニケーション支援は、一生涯を通じて行われる必要のある領域といえる。

2. 調査・分析研究の実施

(1) 調査対象

全国の知的障害特別支援学校 619校および成人期サービス支援事業所 5534箇所に対して調査用紙を郵送し、返送のあった309校および1265事業所について調査分析を行った。

(2) 実施方法

調査時期は平成19年12月から平成20年1月であった。調査方法は郵送による質問紙の送付、質問紙の回収により行った。

(3) 回収状況

回収率は、特別支援学校 48.8%、サービス支援事業所 22.9%であった。

(4) 調査内容および分析方法

回収した回答を、相談内容から菅野の示す生涯発達支援の4領域および「健康状態」に分類し、相談者、相談支援対象者の年齢、障害種別、相談内容等について分析した。

3. 自立生活支援領域の課題と支援

「自立生活支援」領域は、岡村(2011, 2012)^{7,8)}が分析・考察を担当した。

1) 自立生活支援領域の分析

(1) 目的

生涯発達支援に関する機運が高まりをみせるが、発達障害者に対する青年・成人期以降の支援課題については未だ明らかとなっていない現状がある。菅野(2008)は生涯発達支援における支援領域として、「学習・余暇」「自立生活」「作業・就労」「コミュニケーション」の4つの支援領域をあげている。本研究では4つの領域のうち「自立生活」に焦点をあて、全国の特別支援学校および成人期サービス支援事業所に対して行った相談支援に関する調査結果より、支援課題を明らかにすることを目的とする。知的障害者においても長命化、高齢化が進む昨今、「自立生活」領域においては生活の場や支援者の問題が多くみられるのではないかという仮説のもと、分析を行う。

(2) 結果

「自立生活」に関する相談内容として記入されたものから主訴となるキーワードを抽出し、7項目に分類した。各項目のキーワードと具体例を(Table 1)に示す。

キーワードをみると、「保護者の高齢化や体調不良」などの支援者の問題や「自立」「在宅希望」などの生活の場の問題があげられ、仮説を支持する結果であった。その他「家族とのトラブル」「家庭環境」「経済的問題」「ADL」などのキーワードがあげられた。

キーワード別件数はFig.1のとおりである。「保護者の高齢化や体調不良」が28%と最も多く、次いで「家族とのトラブル」が多かった。これらの結果をふまえ、今後は年代別の相談内容の特徴や具体的な相談内容を細かく検討し、「自立生活」領域の支援課題を明らかにしていく。

(3) 考察

どの年齢でも「保護者の高齢化や体調不良」に関する相談がみられることから、どの年齢になっても障害のある者にとって保護者が大きく影響し、高齢になっても保護者が抱えている

現状がうかがえる。

「自立」については、「本人」からの相談が有意に高く、「保護者」からの相談はなかった。このことから、「保護者」は障害のあるわが子を積極的に自立させようという意識は低いことが推測される。

また、「自立」に関する相談は30代以降で少しずつみられることから、10代後半から20代で生活の場において自立していく障害のない者とのずれがあると考えられる。その原因の一つとして、本人も周囲も障害のある者への自立の意識が低いことが考えられる。

(まとめ)

「保護者の高齢化や体調不良」「家族とのトラブル」「家庭環境」の相談などが「自立生活領域」の相談の多くを占めている現状が明らかになった。障害のある者と保護者や家族との距離がとても近く、その中で多くの問題が起きているこ

とが推測される。障害のある者においても、自立した社会生活を送る上で、生活の場の自立もまた、生活の質を高めるものであると考える。また、保護者よりも子どもの方が長く生きるということも現実である。学校在学中から本人と保護者の両者に、自立を促す支援をしていくことが必要ではないだろうか。今後「本人」「保護者」「施設職員」「学校」に対して「自立」に関する調査を行い、さらに検討を行っていきたい。

2) 自立生活領域の支援内容の試作

(1)目的

領域に該当する相談内容の分析の結果、生活実態や心理・行動特性を明らかにすることが必要であると認識され、同時に青年・成人期の支援内容の体系化が必要であることが確認された。領域における支援内容を検討するために、支援内容の一覧の枠組みを試作することとした。

Table 1 相談内容のキーワードと具体例

キーワード	具体的な相談内容
保護者の高齢化や体調不良	・家族の高齢化や病気、入院、他界などにより本人に対応できない
家族とのトラブル	・本人から家族への暴力 ・家族との不仲 ・家族からの虐待
家庭環境	・保護者の養育能力不足 ・母子家庭、父子家庭
経済的問題	・経済的なゆとりがなく、生活に困っている。施設利用料が払えない
生活の場の移行	・グループホームや施設を出て一人暮らしがしたい ・自宅を出てグループホームで暮らしたい ・施設を出て家族のもとで暮らしたい
ADL	・うつ状態でADLに問題が出てきた ・生活リズムの乱れ ・身辺自立が確立しない

相談内容	保護者の高齢化や体調不良	家族とのトラブル	家庭環境	経済的問題	生活の場の移行	ADL	その他	計
件数	30	16	7	11	18	6	15	103

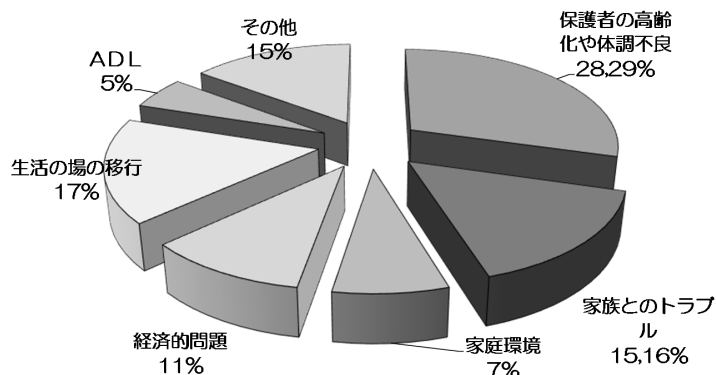


Fig. 1 キーワード別割合

(2)結果

相談内容の傾向を、生涯発達の視点から、内容の傾向を年齢層ごとに分析した。(Fig.2)

① 10歳代：ADLの獲得が課題。家庭環境や家族の体調不良，家族とのトラブルの問題もみられる。

② 20歳代 ADLの維持が課題。家庭環境や家族の体調不良，家族とのトラブルの問題が10代よりも顕在化してくる。生活の場の移行の希望が出てくる。

③ 30歳代：ADLの維持，生活リズムの安定が課題。家庭環境や家族の体調不良，家族とのトラブルの問題がみられる。生活の場の移行の希望が多くなる。

④ 40歳以上：保護者の高齢化，親なき後の支援が本格的に必要になる。家庭環境の変化，兄弟，姉妹との確執などの問題も現れる。生活の

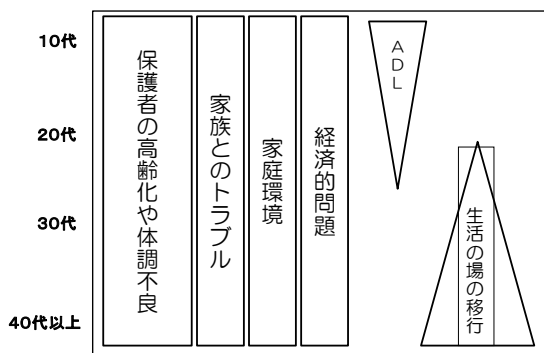


Fig. 2 各年齢層における相談内容の傾向

場の移行の希望が多くなる。積極的な希望もある一方で、自宅に戻りたいという現実的でない希望も多い。

(3)考察

分析の結果から、40歳以上では親なき後の支援が本格的に必要になり家庭環境が変化することが推測された。問題が顕在化する前に対応が必要である。より自立的に生活するために30代をめぐりに地域での生活に移行することを支援の目標とし、それを踏まえた支援内容について検討した。(Fig.3)

【本人への支援】

- ・困難さへの対処的支援：家族や周囲との関係でのトラブルに対処的に支援する。
- ・知識，スキルの獲得，維持：地域で生活するためのスキルを身につける。また，ADLの獲得し維持する。生活リズムを安定させる。

【環境の調整，支援者への支援】

- ・支援者である家族への支援が必要である。地域への移行後についても支援者への支援や資質向上が必要である。

4. 健康状態領域の課題と支援^{7),8)}

1) 健康状態領域の分析

(1)目的

菅野は生涯発達支援における支援領域として、「学習・余暇」「自立生活」「作業・就労」「コミュニケーション」の4つの支援領域をあげた。この4領域の考え方の中で、「健康状態」に関連

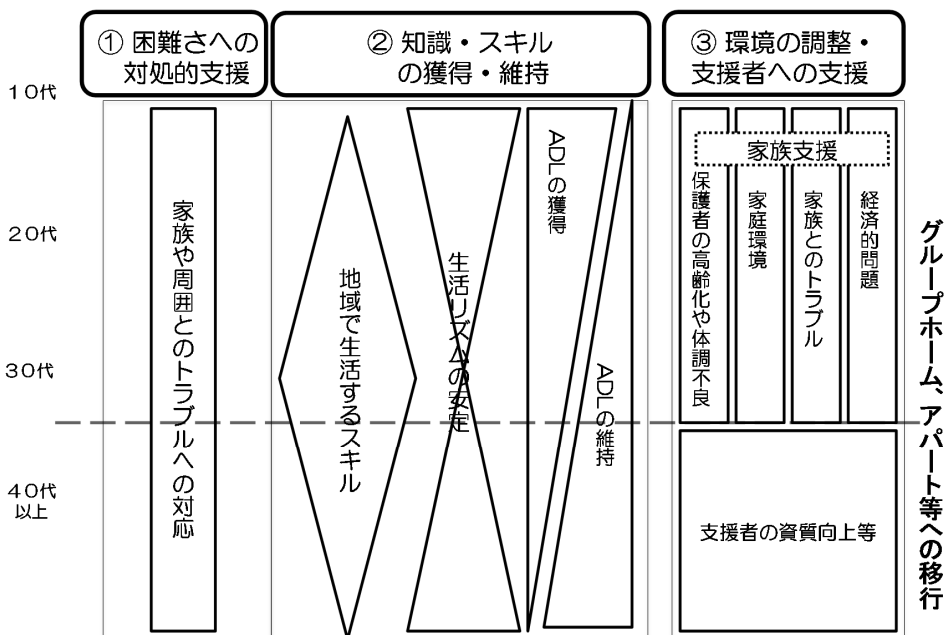


Fig. 3 自立生活支援領域における支援内容一覧（試作）

する事柄は、「学習・余暇」の領域に位置付けられている。健康を維持し、安定した日常生活を送る上には、自らの健康管理を学習し獲得していくことが必要であり、また自ら学習することが困難な者には、支援者がその学習と獲得について支援することが必要と考えたからである。

本研究では、菅野が示す生涯発達支援における支援領域に焦点を当て、全国の特別支援学校および成人期サービス支援事業所に対して相談支援に関する調査を行った。この調査結果から、「学習・余暇」に含まれていた「健康状態」を第5番目の領域として取り出し、「健康状態」についてこれまでどのような相談がされてきたかを分析し、今後の健康に関する支援課題を明らかにすることを目的とした。生涯発達支援に関する機運がたかまりをみせるが、発達障害者に対する青年・成人期以降の支援課題については未だに明らかになっていない現状があった。発達障害者が社会生活を営む上で、ライフステージの各年代にどのような健康問題が存在するかを明らかにし、問題に対しどのように対応することが望まれるかを検討した。

(2)結果

各相談内容から具体的なキーワードを抽出し、「精神症状」「疾病」「生活リズム」「情緒不安定」「障害受容」「能力低下」「不調不適應」の7種類に分類した。(Table 2)

このキーワードに基づき、生涯発達の視点から年齢層により分析した。(Fig.4, Fig.5)

①精神症状では、20歳代で出現し加齢とともに減少した。

②疾病では、20歳代以降に平均して出現している。

③生活リズムでは、学歴から卒業後まで環境の変化による引きこもりが多く見られた。

④情緒不安定では、思春期の不安定や家庭環境の変化などにより、情緒の安定が保持できなくなってきた。

⑤障害受容では、特に学齢期に保護者が障害を受容できないことによる本人が不安定に導かれる。

⑥能力低下では、加齢や退行により保持していた機能の低下が顕著になっていく。

⑦不調不適應では、学齢期・青年期・成人期とすべての年齢層で顕著に表れる。学校の選択、家庭の養育、生活の変化などにより、安定した生活の継続が困難となっている。

(3)考察

生涯発達の視点から、年齢層ごとの健康支援領域は次のような特徴がみられる。

①学齢期：障害特性に合った、適切な学校の実現が必要。安定した家庭環境の整備が重要となる。自己主張の芽生えがみられる。思春期の変調への対応が求められる。

②20歳代：学校から社会へと、大きく本人および周辺の環境が変化。「自律」が要求され、ストレスにつながる。不適應状態が出現する。

③30歳代：活動期から停滞期への過渡期。適應できないと、意欲の低下へとつながる。

④40歳代：能力低下、退行など加齢に伴う症状が出現し始める。生活習慣病、腰痛、骨折などの発症も始まる。

⑤50歳代：認知症、身体の衰えなど、高齢化に伴う症状の高進。保護者の高齢化に伴う家庭環境の変化も出現。

Table 2 相談の具体的内容の分類

キーワード	具体的内容
精神症状	うつ症状、統合失調症、精神症状、精神疾患、自傷、殺人願望、対人恐怖、強迫症状、自殺願望、幻聴、幻覚、妄想、リストカット
傷病	体調不良、けいれん発作、てんかん発作、手術後後遺症、糖尿病、意識朦朧、服薬相談、腰椎圧迫骨折、身体障害、下肢麻痺、入院調整、身体的疾患、骨折
生活リズム	昼夜逆転、引きこもり、睡眠リズム、こだわり
情緒不安定	思春期の変調、ストレス、興奮状態、心的不安定、感情コントロール、情緒不安定、気分の変調、パニック
障害受容	保護者の理解がない、本人が受容できない
能力低下	できなくなった、体が動かない、身体能力の低下、作業能力の低下、意欲減退、脳の萎縮、アルツハイマー、認知症、身体的な衰え、老化現象、退行現象
不調不適應	欠席、不適應、仕事を辞めたい、欠勤、退職、不安感、仕事が嫌、なじめない

2) 健康状態領域の支援内容の試作

(1)目的

領域に該当する相談内容の分析の結果、生活実態や心理・行動特性を明らかにすることが必要であると認識され、同時に青年・成人期の支援内容の体系化が必要であることが確認された。社会生活を営む上で、ライフステージの各年代にどのような健康問題が存在するかを明らかにし、問題に対しどのように対応するのが適切な支援内容となるかを検討するために、支援内容の一覧の枠組みを試作することとした。

(2)結果

前年の研究で用いたデータを、視点を変えて再度分析した。調査結果から年齢層ごとにどのような相談を受けたかを分析した。健康状態領域においては、AAMRの第10版による4種の

危険因子をもととし、昨年度の調査結果から考察した7種の相談内容を分析した。相談内容が、年齢層ごとにどのような傾向であったかを示す。(Fig.6)

(3)考察

年齢層ごとにどのような内容の支援を提供するのが適切なかを検討し、「支援内容一覧マップ」を試作した。(Fig.7)

①学齢～10歳代:日中の生活の主な場である学校に安定して通うことが難しい。学校や家庭など周辺の環境への対応が難しく、精神面での不安定が顕著となる。学齢期の前期には、本人あるいは家庭環境において、障害が受容できないケースも多い。

相談内容	精神症状	傷病	生活リズム	障害受容	情緒不安定	能力低下	不調不応	総計
総計	25	19	8	5	16	19	32	124

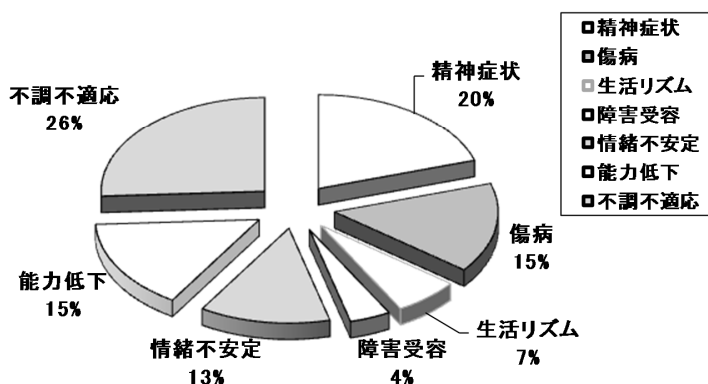
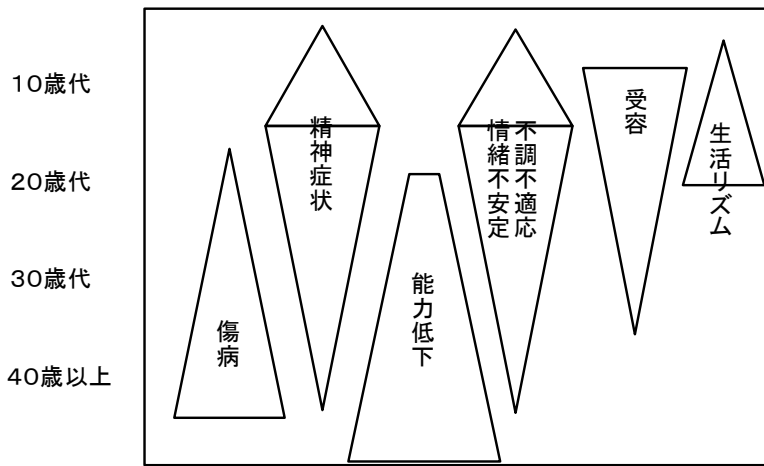


Fig.4 相談内容の分類

相談内容	精神症状	傷病	生活リズム	障害受容	情緒不安定	能力低下	不調不応	総計
70-80	1			安定か不適応か	安定か不適応か			1
60-69		1	安定か不適応か	受容されて	安定か不適応か	5	活動性低下	7
50-59	減少 1	内容が異なる 9	安定か不適応か			3	1	14
40-49	1	2	安定か不適応か			6	1	10
30-39	6	3	安定か不適応か	本人	2		5	17
18-29	14	4	5	本人	11	5	12	51
高等部	2		環境の変化 2	3	2	ない	3	12
中学校			1	保護者	1		2	5
小学校		診断がない					7	7
総計	25	19	8	5	16	19	32	124

Fig.5 年齢別に見た相談内容



AAMRIによる
危険因子

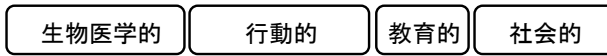


Fig. 6 各年齢層における相談内容の傾向（健康支援領域）

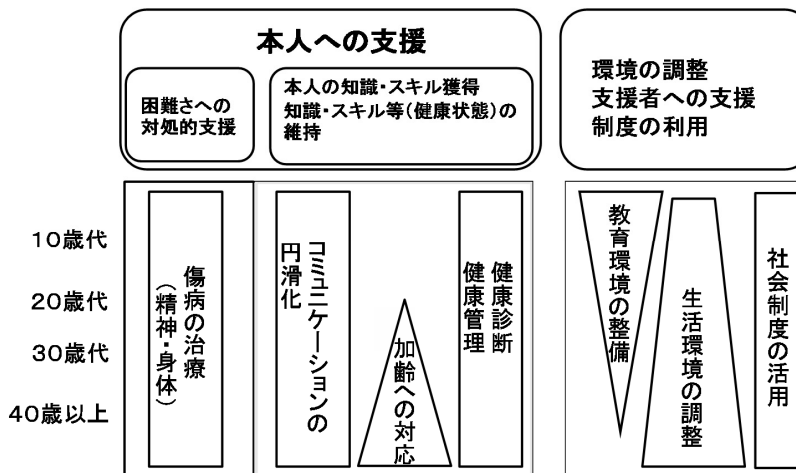


Fig. 7 健康状態領域における支援内容一覧（試作）

4領域との関係

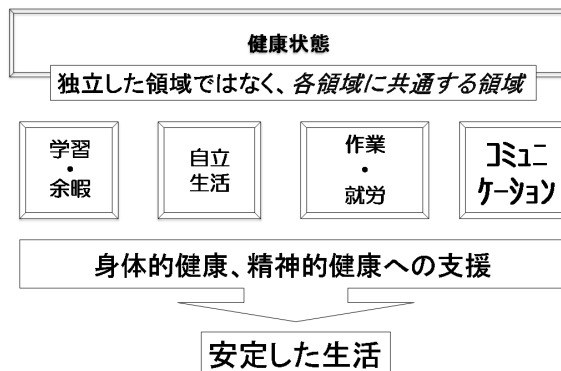


Fig. 8 健康状態と4領域との関係

②20歳代:本人や家庭も障害の受容はできるようになるが、学校から社会へと、所属する環境が大きく変更される。精神的な不安定が顕著になり、精神的・身体的な傷病へと発展する。環境への不適応から、能力を発揮できない場面も現れてくる。

③30歳代:社会生活を送る周辺環境に適応でき、精神的にも安定がみられるようになる。一方、加齢に伴う精神面での能力の低下がみられるようになる。また、身体的にも、生活習慣病など、加齢により発症する疾病も現れ始める。

④40歳以上:社会的な安定期から、退行期へと移行する時期となる。情緒面での安定に対し、高齢期には全身状況の老化が現れる。家庭全体の高齢化も同時に進行し、本人を取り巻く家庭環境が不安定になるケースも多くなる。

【本人への支援】

・困難さへの対処的支援:各年齢層における安定した健全な精神状態・身体状態を保持することが求められる。不調不適応な心身に発生した傷病の治療を行う。

・本人の知識・スキル獲得、知識・スキル(健康状態)の維持:身体・精神の状況を自ら発信し、周辺の状況への対応を円滑にコミュニケーションできるように支援する。健康状態を定期的に把握・管理できるよう、健康診断を定期的に行う。加齢に伴う精神的・身体的な退行が想定されるため、加齢状況への適切な対応を検討する。

【環境の調整、支援者への支援、制度の利用】生涯発達に伴う生活環境の変化に適応できるよう、適切に支援する。学齢期には年少者として、卒業後には社会人として、それぞれが適切な場で健康に存在できるよう、教育環境と生活環境を調整する。本人を取り巻く社会制度も適切に支援する。

5. 今後の課題

1) 自立生活領域

自立生活支援領域では、30代までに地域で生活することを支援の目標にし、支援内容について検討した。早い段階から自立生活を意識した支援や経験をしていくことが必要である。

地域移行に向けた支援や必要なスキル向上、サービス利用等をすすめている事例や調査をもとに、自立生活に向けた支援内容一覧を詳細に作成していくことが今後の課題である。

2) 健康状態領域

今回の調査で回答となった相談内容は、医療機関で受けた相談ではないため、「治療」が目的ではない。「健康不安」として表出される状態の背景を把握し、その不安要因へ支援することが求められる。精神的健康、身体的健康は、全ての生活の基盤であることから、独立した領域として考えるのではなく、他の4領域に横断して存在する領域と考えると、健康に関する支援課題が明らかになる。

身体状態を安定したものに保つには、年齢に応じた身体状況・精神状況が大きく関連する。また、生活の場により、身体状況も変化する。障害の種類・程度にかかわらず、加齢により人間性は変化していく。年齢・障害種・障害程度・生活環境など、多様な状況により、支援内容も多様化する。学校・事業所・医療機関など、障害者本人に関係する多くの機関が心身の状況を共有し、適切な支援を策定することが求められる(Fig.8)。

文 献

- 1)橋本創一,菅野敦ら(2008):障害児者の理解と教育・支援 特別支援教育/障害者支援のガイド.金子書房.
- 2)アメリカ精神遅滞協会(AAMR)編 茂木俊彦監訳(1999):精神遅滞 第9版 定義・分類・サポートシステム.学苑社.
- 3)橋本創一(2001):知的障害者の生活適応能力のアセスメントに関する研究.発達障害者支援システム学研究.
- 4)菅野敦(2006):知的障害者の成人期理解と生涯発達支援.発達障害研究.
- 5)小笠原拓,菅野敦(2015):成人期知的障害者の生活適応に関する研究.東京学芸大学紀要 総合教育科学系II.
- 6)WHO(世界保健機関)(2002):ICF 国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-.中央法規.
- 7)加藤昭和,岡村亜希子他(2011):生涯発達にみる青年成人期発達障害者の支援課題.第49回日本特殊教育学会 自主シンポジウム 37..
- 8)加藤昭和,岡村亜希子他(2012):生涯発達の視点からみた青年・成人期の支援(2).第50回日本特殊教育学会 自主シンポジウム 70.