

知的障害がある成人の加齢と心の健康についての心理学的考察：
地域で生活する一成人男性の面接を通して

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-12-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 吉村, 智子 メールアドレス: 所属:
URL	https://osaka-shoin.repo.nii.ac.jp/records/4772

知的障害がある成人の加齢と心の健康についての 心理学的考察

地域で生活する一成人男性の面接を通して

吉村 智子

臨床心理学専攻修士・大阪樟蔭女子大学非常勤講師

要約

知的障害がある中年期以降のひとびとへの援助について検討するために、面接法を通じて知的障害がある中年期の一男性の個人の臨床発達心理学的側面、社会参加や地域社会へのなどの環境的側面の総合的なアセスメントを行った。結果、心の健康面で青年期にはみられなかった変化がみられた。特に、情緒面での抑うつ感情や不安感情は、日常生活での適応への困難さにつながっていることが認められた。

キー・ワード：知的障害，加齢，心の健康

I 問題と目的

近年、中年期以降の知的障害がある成人の精神発達についてのモデル研究と支援の方向性についての研究が進められ始めている。それらによると、中年期の知的障害があるひとびとは生活環境によって状態像とその特徴はさまざま、情緒面での変化がみられ老人性認知症へとつながりやすいと指摘する研究報告がいくつかある。

たとえば、Moss (1994) は Hester Adrian Research Center, Manchester で発達に障害がある成人を対象に行った精神面の調査結果として、知的障害がある成人で精神的な病気を併せ持つ人は全体の12%を占め、そのほとんどは抑うつ感情や不安感情から発症していることを指摘し、さらに高齢化すると認知症を合併した症状は20%を超えると報告している。また、Day et al. (1994) は、知的障害があるひとびとの疾病研究や死亡理由などの調査を長期にわたって行い、身体面での変化と支援課題についての報告をしている。

さらに1999年WHOでは、知的障害がある成人

の心の健康の援助の重要性について、身体的健康同様に個人レベルと社会、地域の環境レベルで多面的にとらえる必然性とその理解を促す11項目のガイドラインが具体的に示されている(Janic ki, 2003)。

知的障害があるひとたちは、中年期以降になると学童期や青年期にはみられなかった特徴が健康面や行動面に現れることがあるということや、本人がちょっとしたきっかけを得ることによってあるいはまわりのひとびとの支援によって適応が困難な状態が改善することを筆者自身も経験してきた。

本稿は、中年期の知的障害がある一男性へ面接という方法を通じて心の健康について心理学的な分析を行い、中年期以降の知的障害がある成人への援助の方向性を検討することを目的とした。

II 方法

1. 面接協力者

Aさん。男性40才前半。身体的疾患としては

幼児期より心臓、腎臓等内部疾患のケアを受けてきている。服薬の種類も多い。そのため医師から日常生活で過度の運動は制限されている。さらに肥満については要注意とされている。精神心理的疾患はない。所属は高校卒業後、作業所に通所している。家族は父母と本人、弟の4人家族である。

2. 手続き

200X年10月～200X年+1年3月の期間、Aさんが通う作業所にて、職員の協力を得ながら個人面接を3回(各40～50分)実施した。Aさんのアセスメントは、①「SF36(健康関連QOL)」の質問表と②Schalock(ed.)(1995)のQOL研究を参考にa.個人の臨床発達心理的側面、b.社会参加、地域社会への所属感など環境的側面に関連する領域に沿った質問を行った。①は福原(2004)の「SF-36v2日本語改定版」の使用許可を取得し使用した。SF-36v2とは、(1)PF身体機能、(2)RP日常役割機能(身体)、(3)RE日常役割機能(精神)、(4)GH全体的健康観、(5)SF社会生活機能、(6)BP体の痛み(7)VT活力、(8)MH心の健康の8つの下位尺度で構成される面接法による質問表である。その面接経過を時系列で表1に示した。なお、Aさんは中軽度の知的障害がある人で、聴き取り時の行動や会話内容の観察からIQは55～70と推測された。

III 結果

1. Aさんのアセスメント

1) 個人の臨床発達心理学的側面

1)-1 生理、医学的側面について

図1はSF36の質問への回答結果を同年代男性の全国平均と比較したものである。

Aさんは、SF36の結果からみると、全般的に同年代男性の全国平均と比べると低く、特にPF身体機能、BP体の痛み、GH全体的健康感、VT活力、MHこころの健康領域は50%以下と低かった。具体的にみていくと、1年前に比べて体力が落ちており、歩行距離や日常動作にはかなり制限がみられていた。入浴や簡単な生活動作には支障はなかった。このような身体の状態の変化が情緒

面に影響を与えていることが質問項目(SF36)への回答時の内容から明らかになった。服薬管理は家族や周りの援助がかなり必要である。健康管理全般については、家族や関係者の配慮で合併症がひきおこされないよう維持できていた。

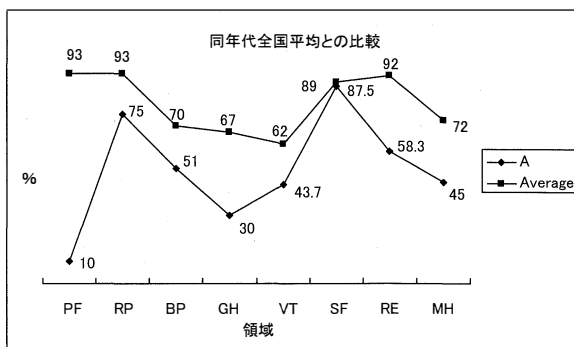


図1 SF36における同年代男性の全国平均と比較

1)-2 (対人) 認知、状況把握の側面について

病院での検査結果の理解については、食生活や活動日常生活での配慮の関連についての理解がむずかしい。また、本人が困難な事態に出遭ったときの状況把握ができず思わぬ結果を招くなどの失敗体験もある。

1)-3 言語理解、コミュニケーションの側面について

今回の面接場面では、質問項目の理解は十分可能で自分の状態をできる限り自分のことばで語ってくれた。自分の行動が健康な生活を維持していく上で望ましいかどうかの判断が難しいようである(医療上の配慮事項が守れず体調をくずしたことがあった)。そのためのいらいら感や不満感があり、今回の面接場面では、因果関係の理解や予測することの困難さからか、やや投げやりな発言があった。

1)-4 情緒の安定、自己実現、エンパワメントの側面について

SF36の結果からは、活力VTの低下がみられたが、回答内容は「毎日がおもしろくない」「したいこと、ほしいものをまんすることが多い」と情緒の不安定さが表現され、周囲からの制限や介入への不満がいくつか語られていた。

表1 面接経過

	Aさんの様子	関係者の見解	面接者（筆者）の提言
I 面接実施の説明 SF36の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・質問される内容と生活を照らし合わせることに戸惑い ・現状をネガティブに受け止めていることを表現 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康面でのリスクを最近心配している。 	Aさんが理解できる「ことば」さがしのために困難および失敗場面をリストアップすることを提案
II 面接実施1 QOL 現状について	<ul style="list-style-type: none"> ・介入への防衛や構えがなくなる。 ・自分で変わってほしい側面を語る。 ・健康面でのリスクに関する理解は難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援が困難な場面をリストアップ 	具体的な工夫を一緒に検討するが、みつからず。改善の意図の伝え方にも工夫の余地あり。
III 面接2	<ul style="list-style-type: none"> ・満足していることや見通しがたてやすいことなどのエピソードを語る。 ・家族の健康を通して自分のことを考え始める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的な工夫としてレクリエーション参加と健康維持の関連を時系列で本人に説明してみる 	ストレスと本人の特徴、加齢との関連性を検討
IV 報告2(面接3)	<ul style="list-style-type: none"> ・体重減をうれしそうに語る ・創作活動のスキルがアップ 	抑うつ感情の理解と今後に向けてのプラン検討	本人の生理リズムや変化の確認の観察続行を提言

2) 社会参加, 地域社会への所属感など環境的側面

地域社会への参加の機会は関係者の援助でのレクリエーションや行事参加が主である。その一方で、休日は親しい友人との交流がない状況が続いている。

2. Aさんの総合所見

知的障害のレベルは総じて中軽度である。対人関係や地域社会への参加はまわりの支援でかなりうまくいっている。若年期にくらべ身体的には

体力が低下し、気分がふさぐなどの活力面、情緒面での変化が認められる。関係者は、Aさんは40才代にはいつから慢性疾患からの合併症の心配があり生活での適応がうまくいっていないことを支援課題ととらえていた。Aさんは、言語でのコミュニケーションには支障はない程度の能力があるが、見通しをたてるには不十分な面があり、情緒面への変化に影響しているのではないかと考えられる。社会参加は作業所主催のレクリエーションや行事に積極的に参加している。

3. Aさんへの支援計画

1) 個人的側面への支援

①慢性疾患が生活環境への影響していることが明らかなので、合併症が出現しないよう本人自身が理解しやすい工夫が必要であると考えられる。具体的には食生活への配慮として、本人が食べ物とその量、種類を選択する際に手掛かりとなるような視覚情報手掛かりの提供も試みる。

②食事制限と身体面での体力の低下が日常生活での本人のストレスナーになっていることが面接で明らかになった。レクリエーションや外出プログラム参加をこれまでどおり勧めるなどQOL全体から考える。

③両親が高齢のため不測の事態も考えられるので、本人の今後の居住の希望を聞きながら、日常生活での約束事（投薬管理、ADL）をひとつずつ身につける学習習慣をつける場面を設定していく。

2) 家族、関係者等環境的側面への支援

家族と作業所職員はじめレクリエーション等の支援者との連携は長年の信頼関係でうまく機能している。本人の気持ちを職員が家族に代弁したり、必要に応じて家庭状況を丁寧な説明でまわりの機関にしたりしながら現在にいたっている。にもかかわらず上述のような課題が支援の内容に具体的に挙げられるところに、知的障害があるひとへの支援のむずかしさがあると考えられる。ひきつづき経過を追いながら変更が望まれる点を具体的に話し合っていく。また経済状況等物質的および物理的側面は、(本稿では省略したが)大きな側面のひとつではあるので、慎重に家族の相談にのっていくことがのぞましい。

4. Aさんへの支援の経過

表1に示したように、Aさんは面接初回には、いろいろまた苦言を言われるのではないかと面接そのものへの構えがみられていた。支援を進めるためには、まずAさん自身が現状の生活の中で何か優先して取り組んでみたいことがあるか、関係

者の考える支援の内容とどの程度折り合いがつかかを明らかにしていくことが必要であった。幸い面接の目的が1回目の説明で伝わり、表1のような経過をたどることができた。4回目の面接の後半には体重減少をうれしそうに語るという表現がみられたのは改善の第一歩であると考えられる。

しかしながら、体重が減少するという身体面の変化が、活動しやすさや疲れにくさなどの日常の身体運動面や活動の変化として当人に実感できていないようであった。

合併症への予防については具体的な説明、自己モニタリングがむずかしいという課題を残している。SF36の活用の継続と共に、創作活動への意欲や持続性との関連づけながら本人が気づいていくよう繰り返し働きかける方向性を確認した。

IV 考察

今回、Aさんという知的障害がある中年期の男性への個人面接を通じて、知的障害がある成人の支援のための心理学的な分析を行ったところ、青年期にはみられなかった特徴があらわれやすくなることが明らかになった。前述のMoss(1994)は、知的障害がある成人が精神的な病気を発症する場合はほとんど抑うつ感情や不安感情に拠りさらに高齢化すると認知症と合併しやすいことも報告していた。そこで、Aさんにみられたこれらの特徴について以下の「抑うつ感情」、「適応」、「合併症予防」の3側面からさらに以下の考察を試みた。

1. 抑うつ感情について

心の健康は、身体的な健康とちがって、病気として明確に認定するにはその境目がはっきりしていないことは知的な障害があるなしにかかわらず同様である。しかしながら、知的障害があるひとびとの場合、まわりのひとからの見つけられ方にちがいがあると考える。障害がないひとの場合は仕事の効率の低下が雇用者や同僚が気づいたり、それまで果たしてきた家族の中での役割、一例えば夫や妻としてや父親あるいは母親として一など

がうまく果たせなくなっているなどの発見から心の健康の変化に気づくことが多い。それに比べ、知的障害がある人の場合は彼等彼女らが苦しんでいるにもかかわらず、明確な変化としてとらえられにくい。たとえ状態に変化がみられてもそれらは知的障害の特徴ととらえられがちであることを前述の Moss(1999)も指摘している。このことは知的障害のあるひとびとにみられることがある特徴のひとつの Challenging Behavior 行動障害 (Day, 1985) の見つけられ方や対応のちがいが対照的である。

この抑うつ感情について、Kemp(2004)は“知的障害がある人の場合の抑うつ感情 (Depression) は、しばしばそれまでの経験からの結果 (Results) で、対処可能な障害 (Disorder) である。”と考察し、Prasher (2003)は一般のひとびとにくらべ、青年期や成人期に体験できる就労体験や家族の中での経験が不足しているために不利益を生じやすくそのことが中年期以降、抑うつ感情へと影響しやすいのではないかと指摘している。さらには前述の Moss (1997) は精神的な病気についてその数を比較すると知的障害がない一般のひとびとのおよそ 26 倍もの高率で罹患しやすいという報告をしていた。

本事例の Aさんは慢性疾患のために食べ物の制限されていたことに対する不満から日常のおもしろくさを訴えていた。作業所職員間で支援の困難な場面 (エピソード) や頻度等をリストアップして工夫したり、言語理解や認知面での特徴についても話し合うなど十分本人を尊重したり気遣っていたにもかかわらず、活力の低下や自尊感情も若いころに比べかなり低くなっていることが本人のこぼしたのはしばしばから推察された。言い換えるなら支援そのものがストレスになる可能性を含んでいたということである。

作業所内での日常プログラムは豊かなとりくみの中で生活している。しかしながら同年齢の障害がないひとたちとの経験量を比較すると絶対的に少ないことの影響を今後の検討課題と考える。

2. 適応について

本事例では、表1に示したように、Aさん自身に見通しのたてにくさがあることが初回の面接で明らかになっていった。特に健康面でのリスクにもつながる点についての働きかけについて、2回目の面接までに関係者間で援助が困難な場面と頻度等をリストアップして援助に工夫の必要性があることを確認した。結果、本人のとり行動の特徴は少しずつ明らかになり周囲の者も予測することが少し可能になったが、他の通所者とのバランスでコントロールが難しいことも判明した。

Weber(2003)は、知的障害があるひとびとの適応を考える際には、知的障害のないひとびとの精神面での変化や特徴に補足する必要な側面として、一般の中高年者に比べてアイデンティティコホートが異なるために影響が生じやすいことを指摘している。Aさんに限らず、障害があるひとびとは所属している作業所やサークルのメンバー間での影響がかなり大きく個人の行動特徴や感情表現に反映しやすい。関係者は、それぞれの現場のダイナミクスをチェックすることが、今後参考になると考える。

Walker(2007)は、知的障害があるひとびとへの援助の方法として、地域のひとびとと「サークルサポート」と呼ばれる円卓を囲むような援助法でレクレーションや日中活動の事例を数多く紹介してその有効性を多く報告している。適応について考えるためには、関係者とメンバーのつながりでなく社会とのつながりが促進されるような継続性のあるコミュニテイレベルのプランやアイデアが求められてと考える。

3. 合併症予防について

本事例はこどものころからの身体疾患のため服薬を続けており、合併症への予防や服薬の作用についての知識は関係者や家族に十分あった。しかしながら投薬内容の中には副作用として行動変化という影響が出現する場合も少なからずある。たとえば知的障害があるひとの中には抗けいれん剤や向精神薬を服用しているために、その影響

で過食や拒食、多飲などの特徴が挙げられている。薬の副作用としての行動特徴をきちんと把握する学習の機会が十分整備されなければならないと考える。

文献

- Day K (1985): Psychiatric disorder in the middle-aged and elderly mentally handicapped. *British Journal of psychiatry*, **147**, 660-667.
- Day K, Jancar J (1994) : Mental and Physical Health and Aging in Mental Handicap: a review. *Journal of Intellectual Disabilities*, **38**, 241-256.
- 福原俊一(2004) : SF-36 v2 日本語版マニュアル i-Hope International
- Janicki PM (2003) : Introduction. Davidson PW, Prasher VP, Janicki PM (Eds) *Mental health, Intellectual Disabilities and the Aging Process*. Oxford:Blackwell Publishing, pp 2-5
- Kemp BJ (2004) : Quality of life, Coping and Depression. Kemp BJ, Mosqueda L (Eds) *Aging with a disability*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, pp 48-67
- Moss S (1994) : *The Psychiatric Assessment schedule for Adults with Developmental Disability*. Manchester : Hester Adrian Research Center.
- Moss S (1997) : Dementia in older people with intellectual disability: symptoms of physical and mental illness, and levels of adaptive behavior. *Journal of Mental deficiency Research*, **41**, pp 60-69.
- Moss S (1999) : Mental Health: Issues of Access and Quality of Life. Herr SS, Weber G (Eds) *Aging, Rights, and Quality of Life*. Baltimore, MD : Brookes Publishing, pp 167-187.
- Prasher V (2003) : Depression in Aging Individuals with Intellectual Disabilities. Davidson PW, Prasher VP, Janicki PM (Eds) *Mental health, Intellectual Disabilities and the Aging Process*. Oxford : Blackwell Publishing, pp 51-63.
- Schalock RL (Ed) (1995) : *Quality of life:Its Conceptualization, Measurement and Use*. Washington DC : American Association on Mental Retardation.
- Walker PM (2007) : *Make the Day Matter!* Brookes Publishing, pp 75-90.
- Weber G (2003) Psychological Inventions and Psychotherapy. Davidson PW, Prasher VP, Janicki PM (Eds) *Mental health, Intellectual Disabilities and the Aging Process*. Oxford : Blackwell Publishing, pp 97-115.