

原著

病院内生活における重度知的障害者の パーソナリティ形成支援の検討 ～ノーマライゼーション実現を目指して～

Support for personality development in hospital life in people with severe intellectual disabilities -Aiming at realizing normalization-

平本 憲二¹⁾ 奈良由美子²⁾

Abstract: The normalization of disabled people has two principles, i.e., individuation and socialization. In hospital life, supporters provide support, attaching more importance to socialization at present.

Therefore, noting individualization (personality development) as one of the 2 principles of the normalization of disabled people, we surveyed the present status of personality development support.

The subjects consisted of 42 intellectually disabled persons differing in developmental stage (6 subjects in the sensorimotor period/infancy stage, 24 in the preoperational period/early childhood, and 12 in the concrete operational period/late childhood). Concerning hobbies as a concept associated with individualization (personality development), evaluation of consistency between the subjects' hobbies and supporters' viewpoint about the hobbies of the intellectually disabled showed approximate consistency. In addition, evaluation of the problems regarding personality development support for people with severe intellectual disabilities suggested elements necessary for hobby activities as support and relations with each disabled person.

Key Words: in hospital life, people with severe intellectual disabilities, support for personality development, normalization

Kenji Hiramoto
大阪河崎リハビリテーション大学
リハビリテーション学部 作業療法学専攻
E-mail : hiramotok@kawasakigakuen.ac.jp
1) リハビリテーション学部 作業療法学専攻
2) 放送大学大学院

要約：障害者のノーマライゼーションの原理である個人化と社会化に関し、病院内生活において支援者は社会化を重視して支援しているのが実態である。

そこで本研究では、知的障害者のノーマライゼーションを構成する個人化と社会化という2つの原理のうち、個人化（パーソナリティ形成）に着目して、病院内生活におけるパーソナリティ形成支援の実態を調査することとした。

発達段階の異なる知的障害者42人（感覚運動期・乳幼児期段階6人、前操作期・幼児期段階24人、具体的操作期・学童期段階12人）を対象に、個人化（パーソナリティ形成）に関連づけられる概念の一つである趣味に関して、知的障害者の趣味と知的障害者の趣味に関する支援者のとらえ方が適合しているかを検討した結果、ほぼ適合した。さらに、知的障害者のパーソナリティ形成支援の課題についての考察を行ったところ、支援としての趣味的活動および人との関わりにそれぞれ必要な要素が示唆された。

キーワード：病院内生活、重度知的障害者、パーソナリティ形成支援、ノーマライゼーション

1. はじめに

障害者のノーマライゼーションの原理である個人化と社会化に関し、病院内生活において支援者は社会化を重視して支援しているのが実態である¹⁾。

ノーマライゼーション原理について、ヴォルフエンズベルガーは、「文化的に通常な行動をするため、文化的に通常な手段を利用する」ことであると述べており、ニイリエは、「生活環境や地域生活が可能な限り通常のものに近いが、障害のある人に適した形で正しく適用する」ことであると述べている。この概念の重要なポイントは、「障害のある人も、すべての人間に権利として与えられている、当たり前前の権利を受けられるようにする条件を創り出すこと」であるとされる²⁾。

社会化支援については、「人にはその年齢（発達時期）にそれ相応の考えや行動（振る舞い）があり、それが最低限保障されるものでなければならない。特に精神科病院という閉塞的な世界にいと、環境的に制約を受けやすく、各々にその機会をもたらされにくい」といった点を留意しその実現に向かっている。

具体的には、各々の知的障害者の知的および

心理社会的発達段階を見極め、発達課題を提示し支援することである。また、それが押し付けになることなく、更にとえ病や障害を抱えていても、知的障害者の幸福感、満足感に繋がることは何かを共に生活する中で捉えることが肝要と考える。

また、支援の主体および範囲は、看護師、作業療法士、介護福祉士、ソーシャルワーカー、特別支援学校（高等部）教員が、情報の共有化を含めた連携を推し進めることになっている。特別支援学校（高等部）教員を除く、支援者は与薬などの特別な医療行為を除き、知的障害者の生活支援などケアをすべて共通に行う。また、行動の主体は知的障害者にあるということを念頭に置き、活動の進め方などについては、支援者が説明助言を行うが、知的障害者個々の能力、持続性、欲求などを察し、道具の使い方、工程や時間的な配慮がなされるなど、関わり方に幅を持たせている。

各々の知的障害者の知的および心理社会的発達段階を見極め、発達課題を提示し支援する中、筆者は日頃の支援を通して、もう一方の原理である個人化（パーソナリティ形成）がノーマライゼーションの実現にかなり寄与しているとの感触を持ってきた。しかしながら、その点につ

いての考え方や支援・対応方法には支援者ごとにかかなりのばらつきが観察される。また、個人化（パーソナリティ形成）支援の手法についての先行研究は、中村³⁾が、発達のアプローチの重要性を謳い、佐藤⁴⁾が、生涯教育論の重要性を唱え、一生涯にわたる人間の発達過程（人間形成の過程）は歴史的社会的生活現実によって方向づけられていくことになると述べているが、パーソナリティ形成の具体的支援に関する研究はほとんど見当たらない。

そこで、病院内生活における知的障害者の個人化（パーソナリティ形成）支援の手法を明らかにしたいと考えた。

ここで、本研究で用いる主要概念がどのように扱われているか、先行研究における概念規定をおさえる。まずノーマライゼーションについてである。

ノーマライゼーションとは幸福追求権と自己決定権の獲得である⁵⁾。細川は⁵⁾「知的障害者の自己決定権の理念は、まず消極的自由である解放という意味において、国家からの解放、親からの開放、あるいは専門家からの解放も挙げられるであろうが、それ自体の意義はあるものの、たとえそれが実現しても、判断能力の不十分さが残るために、それだけではなんら解決の道は開けない。まず十分な協議とできるかぎりの本人の参加を求めていく姿勢が必要である」と述べている。

ここから、知的障害者にとってのノーマライゼーションとは、判断能力のある我々が、彼ら（彼女ら）の自由と権利を決して奪うことなく、彼ら（彼女ら）一人ひとりが当たり前の生活を送ることができるよう、安全と安心が保障される社会を確立して行くことで実現されるのではないかと考えられる。

次に、知的障害における個人化とパーソナリティに関連づけられる概念である、趣味、自己決定、そして選択¹⁾についておさえる。

個人化に示される、趣味とは、広辞苑によると「感興を誘う状態。おもむき、あじわい。ものごとをあじわい感じ取る力。美的な感覚の持ち方。このみ。楽しみ⁶⁾」である。

また、作業療法では趣味を余暇活動やレクリエーションの概念のひとつと捉え、池田ら⁷⁾は、レクリエーションについて、その概念規定の一つに、「楽しみとして行われる自発的な活動」を挙げている。寺山⁷⁾は、「漫然と、ただ、患者や障害者が好きだから、楽しいからと言ってレクリエーション活動を行うのは、作業療法とは言えない。レクリエーション活動が共通に有している最大の要素は『楽しみ』であり、いかに『楽しみ』を利用し、扱うかということである。レクリエーション活動自体に内在している『楽しみ』を通して対象者への治療的効果を導き出すことができれば、レクリエーション活動は治療的手段の一つに確実になりうる。『楽しみ』とは、人がなんらかの外的刺激もしくは対象によってもたらされる感情・情動などの変化のうち、快刺激となるもの、または快と感じるものとする」と述べている。

選択とは、広辞苑によると「えらぶこと。適当なものをえらびだすこと。良いものを取り、悪いものを捨てること⁸⁾」である。

自己決定に関しては、細川⁹⁾は「古屋がいうように、自己決定を支援するために、選択肢やオプションに関する十分な情報を理解できる形で提供することはもっともなことであるが、一方の、選好の表出を援助する方法を開発し、選好を明確化し洗練させるために教育的働きかけをするという点ではその実効性には困難が予想される。判断能力の不十分な者の自己決定を、知的障害者だけの問題として捉えるのではなく、判断を補うことのできる支援者らが、判断能力の不十分な知的障害者などを、同じ社会の中でどうみて、どう扱っていけばよいかという問題として捉える、つまりノーマライゼーションの

理念を考えていく上でも、意味があるのではないかと考える。知的障害者の自己決定を明らかにするには、判断能力のある私たちの自己決定自体に含まれるさまざまな問題を考察し、そこから浮かび上がってくる問題点を踏まえることによって、私たちが、判断能力の不十分な知的障害者の自己決定をどうみればよいかを考察することでしか、解決に導くことはできないであろう」と述べている。

正に、これらの概念は本研究の目的である、知的障害者のパーソナリティの形成支援を検討する上での基準であり、手順となると言えよう。また、個人の趣味、選択、決定の意義は「価値観」獲得の過程に等しい。立花¹⁰⁾によると「価値観は価値判断を伴った視点である。価値判断の根拠は自身の感覚である。感覚は経験により敏感になったり領域が広がっていく。自身の感覚に基づいて物事を判断することにより、価値観が生まれる。つまり自身の価値観は『自分の感覚』と『自分が経験したこと』との結びつきによりできている」とある。

さらに、個人化に関して、ベック¹¹⁾は「新たに『個人』をより自己関連的な主体として理論化しようとする試み」、澁沢¹¹⁾は「『個人化』を前提とした新たなつながり、新たな質の共同体の創造と子どもの発達における恒常性の確保」の重要性を述べている。

本研究では、知的障害者のノーマライゼーションを構成する個人化と社会化という2つの原理のうち、個人化（パーソナリティ形成）に着目して、病院内生活におけるパーソナリティ形成支援の実態を調査することとした。

具体的な研究の課題は次の2点である。その上で、まず平本による¹²⁾と 病院附属教育医学研究所開発の『生理学的及び感覚訓練評価、簡易生活態度評定基準』は統合失調症やてんかんなどの精神疾患に随伴して知的障害を有する者に対する包括的発達段階尺度としての有用性

が報告された。ピアジェとエリクソンの認知、心理社会的発達段階の指標に基づき、その調査対象者の3群（感覚運動期・乳幼児期段階6人、前操作期・幼児期段階24人、具体的操作期・学童期段階12人）に対して、①知的障害者のパーソナリティ形成の要素の一つである趣味的活動の実態を明らかにする。②その実態と知的障害者の趣味に関する支援者のとらえ方との適合の程度を考察する。以上をふまえて、精神科病院に入院している知的障害者のパーソナリティ形成の支援策を検討したい。

本研究の目的は、社会化プログラムや社会教育を受ける精神科病院に入院している知的障害者が、個人化すること、すなわちパーソナリティを形成するにはどのような要素があるかを明らかにし、その支援策を検討することである。この目的において、本研究の独創性は以下の点にあると考える。すなわち、知的障害者のノーマライゼーションを実現するための2つの原理、社会化と個人化のうち、個人化（パーソナリティ形成）に着目し、そのパーソナリティ形成の構成要素の一つでありながら、これまで研究が進んでいない趣味活動支援の課題を探索し、その解決策を模索することである。

2. 研究の方法

本研究では、調査対象者の発達段階の異なる3群（感覚運動期・乳幼児期段階6人、前操作期・幼児期段階24人、具体的操作期・学童期段階12人）に対して、知的障害者の行動観察記録調査と支援者へのインタビュー調査により、知的障害者のパーソナリティの一要素である、「趣味的活動」について、まずその実態を把握し、さらに支援者の考えるパーソナリティ形成のクライテリアを明らかにした上で、それらのマッチングを行い、課題を考察して行く。なお、本研究は所属機関倫理審査委員会において承認を

得た。

2.1 調査方法

2.1.1 知的障害者の趣味的活動の実態を把握するための調査

(1)行動観察における記録調査

趣味的活動として、手工芸（ぬり絵、貼り絵、折紙など）、絵画（油絵）、陶芸、華道、茶道、スポーツ、音楽（合唱とカラオケ）、書道、紙すき、名画劇場（ビデオ鑑賞）があり、任意の活動である。

これらの活動は週1～月1回、1回が1時間程度である（表1）。この時の知的障害者の行動を観察し記録する。

これらすべての活動は集団で行われており、専用の場所があり、道具、材料などが常に見える形で置かれている。

(2)趣味的活動場面での面接

半構成的面接によって、知的障害者の趣味を明らかにする。

①知的障害者のパーソナリティ形成に関する、支援者の考え方を把握するための聞き取り調査

個人化というものを説明した上で、知的障害者の趣味はどういったときに達成できたと思うかを答えてもらうもの。

2.2. 調査対象

2.2.1 知的障害者

精神科病院入院中の、診断名に知的障害とある男性31名、女性11名の計42名。平均年齢45.5歳（SD10.59）。他の合併している精神疾患としては、統合失調症19名、てんかん4名、神経症1名、人格障害1名、高機能自閉症2名、原発性下垂体機能低下症1名、プラダーウィリー症候群1名で合併有病率は69%である。平均入院年数は25.1年（SD13.97）である（表2.1～2.3）。

面接が可能または面接がある程度可能な対象者数は42名中30名である。

3.2.2 支援者

調査協力者は看護師7名、特別支援学校（高等部）教員5名の計12名（うち男性2名、女性10名。常勤者10名、非常勤者2名）。本領域における看護師の平均経験年数15.5年（SD16.26）、特別支援学校教員の平均経験年

表1 週間プログラム

曜日 時間 (場所)	月	火	水	木	金	土
10:00～11:00 (モンテ福祉学校)						書道(月2) 男女5名 絵画(月2) 男女3名
15:00～16:00 (グラウンド・病棟・食堂・モンテ福祉学校・特別支援学校)	紙すき 男女5名	手工芸 男女6名 陶芸(月2) 男女3名 音楽 (カラオケと合唱) (月1) 男女8名		華道 男女4～5名 音楽(カラオケ) 男女8名	茶道 男女4～5名 スポーツ(月2) 男女7名 名画劇場(月1) 男女10名	

表の人数は平均出席者数であり、本稿の対象者だけでなく、知的障害を持たない患者人数も含む。

作業療法士のほか、看護師、介護スタッフ、ソーシャルワーカー、事務員、特別支援学校教員が本プログラムを実施する。

なお、本プログラムは6か月ごとに対象者選定の見直しが行われる。

表2.1 発達段階で感覚運動期・乳幼児期にある知的障害者

NO	性別	入院期間	診断名	IQ	生理学的・感覚訓練評価				簡易生活態度評定基準				
					作業訓練	モンテッソーリ療法	訓練伸長度	セガン訓練	運動機能訓練伸長度	作業機能訓練	運動機能訓練伸長度	作業機能訓練	
1	男性	36年	知的障害	10~20	D(10)	D(10)	C(3)D(7)	D(10)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)
2	男性	32年	知的障害	10~20	D(10)	D(10)	C(3)D(7)	D(10)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)
3	男性	22年	知的障害、統合失調症	検査不能	D(10)	D(10)	C(3)D(7)	D(10)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)
4	男性	29年	知的障害	検査不能	D(10)	D(10)	C(3)D(7)	D(10)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)
5	女性	47年	知的障害、原発性下垂体機能低下症	10~20	D(10)	D(10)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)
6	女性	40年	知的障害、糖尿病	検査不能	D(10)	D(10)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)	C(3)D(7)

()の数字は評定の該当数になる。

表2.2 発達段階で前操作期・幼児期にある知的障害者

NO	性別	入院期間	診断名	IQ	生理学的・感覚訓練評価				簡易生活態度評定基準				
					作業訓練	モンテッソーリ療法	訓練伸長度	セガン訓練	運動機能訓練伸長度	作業機能訓練	運動機能訓練伸長度	作業機能訓練	
1	男性	15年	知的障害、てんかん	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
2	男性	23年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
3	男性	11年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
4	男性	3年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
5	男性	13.5年	知的障害、パーキンソン病	30前後	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
6	男性	1.5年	知的障害、高機能自閉症、糖尿病	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
7	男性	7年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
8	男性	32.5年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
9	男性	35年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
10	男性	42年	知的障害	30前後	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
11	男性	37.5年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
12	男性	47年	知的障害	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
13	男性	32.5年	知的障害、統合失調症	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
14	男性	18年	知的障害	70	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)
15	男性	33年	知的障害、高機能自閉症	検査不能	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)
16	男性	4年	知的障害	検査不能	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)
17	男性	19年	知的障害	40	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)
18	男性	17年	知的障害、神経症	検査不能	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)	B(2)C(6)D(2)
19	女性	33年	知的障害、てんかん	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
20	女性	21年	知的障害、統合失調症	60	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
21	女性	36年	知的障害	20	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
22	女性	36年	知的障害、てんかん	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
23	女性	5年	知的障害、ブドウ膜炎候群	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)
24	女性	12年	知的障害、てんかん	検査不能	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)	C(8)D(2)

()の数字は評定の該当数になる。

表2.3 発達段階で具体的操作期・学童期にある知的障害者

NO	性別	入院期間	診断名	IQ	生理学的・感覚訓練評価				簡易生活態度評定基準				
					作業訓練	モンテッソーリ療法	訓練伸長度	セガン訓練	運動機能訓練伸長度	作業機能訓練	運動機能訓練伸長度	作業機能訓練	
1	男性	18年	知的障害	55	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(6)C(2)
2	男性	18年	知的障害、統合失調症	39	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(6)C(2)
3	男性	22.5年	知的障害、統合失調症	50	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(8)
4	男性	46.5年	知的障害、統合失調症	70	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(6)C(2)
5	男性	18.5年	知的障害、統合失調症	72	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	A(2)B(8)
6	男性	41年	知的障害、統合失調症	67	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	A(4)B(6)
7	男性	48年	知的障害、統合失調症	67	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(6)C(2)
8	男性	27.5年	知的障害	50	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(6)C(2)
9	男性	47年	知的障害、統合失調症	60	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	A(2)B(8)
10	女性	11年	知的障害、統合失調症	56	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(6)C(2)
11	女性	6年	知的障害、統合失調症	60	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	B(8)C(2)	A(2)B(6)C(2)
12	女性	11.5年	知的障害	検査不能	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	B(10)	A(2)B(8)

()の数字は評定の該当数になる。

数5年（SD1.58）である。

2.3 調査期間

平成21年6月1日～平成21年11月30日

3. 結果

3.1 知的障害者の趣味的活動項目は表3.1～3.3に示すとおりである。

この調査結果から次のことが言える。

- ①感覚運動期・乳幼児期にある知的障害者は趣味的活動を有していない（表3.1）。

知的障害者の障害の特性には、動因の低下がある。動因とは目的行動を引き起こす力または、目的行動に駆り立てる力となるものをいう。動機とほぼ同義語と考えてよい。一次性動因は、生得的な欲求（食欲、性欲）を指し、二次性動因は、学習性の欲求（友達と同じように箸でご飯を食べたい、算数でよい点をとりたいなど）である。二次性動因は社会性の発達との関係が深く、知的障害では未発達かまたは低下する。知的障害が重いほど一次性動因の低下も重篤である¹³⁾。

また、佐藤¹⁴⁾によると「年長になるに従い、精神的、社会的反応が感覚・運動活動に付け加わる。しかし脳の精神的、社会的機能は、感覚・運動過程を基礎にしている。動いたり、話をしたり、遊んだりするときに起こる感覚統合は、読んだり、書いたり、うまく活動したりするのに必要な、さらに複雑な感覚統合の基礎となる。もし、感覚・運動過程が生後7歳までに十分に組織化されるならば、子どもは精神的、社会的な技能をあとから学習するのが容易になる」とある。従って、現段階でのプログラムで本段階にある知的障害者に対する趣味の開発は、生得的及び学習的な欲求充足の

欠乏、感覚・運動発達および情緒・コミュニケーションの未成熟さから、困難を極めることが推察される。

- ②前操作期・幼児期段階以降で趣味的活動を有しない知的障害者が存在する（表3.2）。

このことは、疾病や症状がその動きや行為を阻害することも考えられるが、対人関係の構築が困難で自信を喪失させ、行動に結びつかないことも考えられる。

また、別に知的障害者の中には、趣味的活動よりも退院に向けた社会的活動に意識をもち、行動しているケースもある。

- ③前操作期・幼児期段階にある知的障害者の趣味からは、「感覚・行為の楽しみ」「主体的行動」「自己愛的行動」「意思表示」「見、聞き入れられる体験」「疑問」「他者との関係の中での行動化」といった要素が抽出された（図1.2）。これらはピアジェによる「物の操作」、エリクソンによる幼児期前期にみられる「自律性対恥・疑問」と幼児期後期にみられる「主導性対罪悪感」（「目的」と「意志」を表す）に相当すると考えられる。

一方、具体的操作期・学童期段階の知的障害者の趣味では、「感覚・行為の楽しみ」「知性化」「計画性」「自信」「役割」「持続と集中」「聞き入れられる体験」「興味・感情の喚起」「主張」「協力と妥協」といった要素が抽出された（図1.3）。これはピアジェによる「知覚経験での結び付けの概念化」、エリクソンによる学童期にみられる「生産性対劣等感」（「能力」を表す）に相当すると考えられる。趣味と知的および心理社会的発達段階には、Takata¹⁵⁾、Reilly¹⁶⁾らの報告にもあるように、強い相関がみられた。また、いずれの発達段階の趣味においても「感覚・行為」という要素が含まれており、このことは価値観の獲得過程意義（「自らの感覚」と「自ら経験したこと」との結び

表3.1 発達段階で感覚運動期・乳幼児期にある知的障害者

NO	性別	入院期間	診断名	IQ	趣味的活動								
					紙すき	書道	茶道	華道	手工芸	絵画	陶芸	スポーツ	
1	男性	36年	知的障害	10~20									
2	男性	32年	知的障害	10~20									
3	男性	22年	知的障害、統合失調症	検査不能									
4	男性	29年	知的障害	検査不能									
5	女性	47年	知的障害、原発性下垂体機能低下症	10~20									
6	女性	40年	知的障害、糖尿病	検査不能									

表3.2 発達段階で前操作期・幼児期にある知的障害者

NO	性別	入院期間	診断名	IQ	趣味的活動								
					紙すき	書道	茶道	華道	手工芸	絵画	陶芸	スポーツ	
1	男性	15年	知的障害、てんかん	検査不能									
2	男性	23年	知的障害、統合失調症	検査不能									○
3	男性	11年	知的障害、統合失調症	検査不能	○								○
4	男性	3年	知的障害、統合失調症	検査不能									
5	男性	13.5年	知的障害、パーキンソン病	30前後	○								
6	男性	1.5年	知的障害、高機能自閉症、糖尿病	検査不能									
7	男性	7年	知的障害、統合失調症	検査不能									○
8	男性	32.5年	知的障害、統合失調症	検査不能					○				○
9	男性	35年	知的障害、統合失調症	検査不能									
10	男性	42年	知的障害	30前後									
11	男性	37.5年	知的障害、統合失調症	検査不能									
12	男性	47年	知的障害	検査不能									
13	男性	32.5年	知的障害、統合失調症	検査不能									
14	男性	18年	知的障害	70	○	○	○						
15	男性	33年	知的障害、高機能自閉症	検査不能		○							○
16	男性	4年	知的障害	検査不能									
17	男性	19年	知的障害	40					○				
18	男性	17年	知的障害、神経症	検査不能		○	○	○					
19	女性	33年	知的障害、てんかん	検査不能									
20	女性	21年	知的障害、統合失調症	60									
21	女性	36年	知的障害	20					○				○
22	女性	36年	知的障害、てんかん	検査不能									
23	女性	5年	知的障害、ブドウ糖耐性試験異常	検査不能	○					○			
24	女性	12年	知的障害、てんかん	検査不能									

表3.3 発達段階で具体的操作期・学童期にある知的障害者

NO	性別	入院期間	診断名	IQ	趣味的活動								
					紙すき	書道	茶道	華道	手工芸	絵画	陶芸	スポーツ	
1	男性	18年	知的障害	55									
2	男性	18年	知的障害、統合失調症	39	○				○				○
3	男性	22.5年	知的障害、統合失調症	50								○	
4	男性	46.5年	知的障害、統合失調症	70									
5	男性	18.5年	知的障害、統合失調症	72									
6	男性	41年	知的障害、統合失調症	67						○			
7	男性	48年	知的障害、統合失調症	67									
8	男性	27.5年	知的障害	50			○					○	○
9	男性	47年	知的障害、統合失調症	60									
10	女性	11年	知的障害、統合失調症	56									
11	女性	6年	知的障害、統合失調症	60									
12	女性	11.5年	知的障害	検査不能									○

つきにより価値観が生まれる)と関連付けられる。

3.2 知的障害者のパーソナリティ形成に関する支援者の考え方は表 4.1 ～ 4.3 に示すとおりである。

分析にあたってはグラウンデッドセオリー・アプローチ¹⁷⁾を用いた。

- ①感覚運動期・乳幼児期段階にある知的障害者に対しては、「生理学的・感覚的訓練という型どおりのものを通して、その知覚・運動から一つでも多くの反応を引き出す」「お手伝い(行為・動作)も必要」(生理学・感覚的訓練、行為への導き)、「受け止められる」「程よい距離がもてる」「聞き入れられる」「褒められる」「言語・非言語的理解が得られる」(受容・他者との安心できる関係距離の体験)が挙げられた。
- ②前操作期・幼児期段階にある知的障害者に対しては、「自分の感覚を生かせ、行為に

結び付けていくこと、笑顔を示し「楽しむ」ことができること」(感覚・行為を楽しむ)、「受身にならず、自分から始められること」(主体的行動)、「自己意識の高まり、自分しか出来ないと思えること」(いわゆる自己愛)、「意思を示すこと」(意思表示)、「しっかり見、聞き入れてもらえる、褒めてもらえる」(見、聞き入れられる体験)、「いちいち聞かなくても自分で何とかすること、頼ることを覚えていかないこと」(依存しない)、「問うことで、自分の経験を増やしていること」(疑問)、「他患者と相互に影響刺激しあうこと」(他者との関係の中での行動化)が挙げられた。

- ③具体的操作期・学童期段階にある知的障害者に対しては、「何かをしているとき、嬉しい感覚になること」(感覚・行為を楽しむ)、「知識を駆使できていること」(知性化)、「次何をしたらよいかを言うこと」(計画性)、「『できた』とか今以上の高いレベルのことを目指す」(自信)、「自らの役割

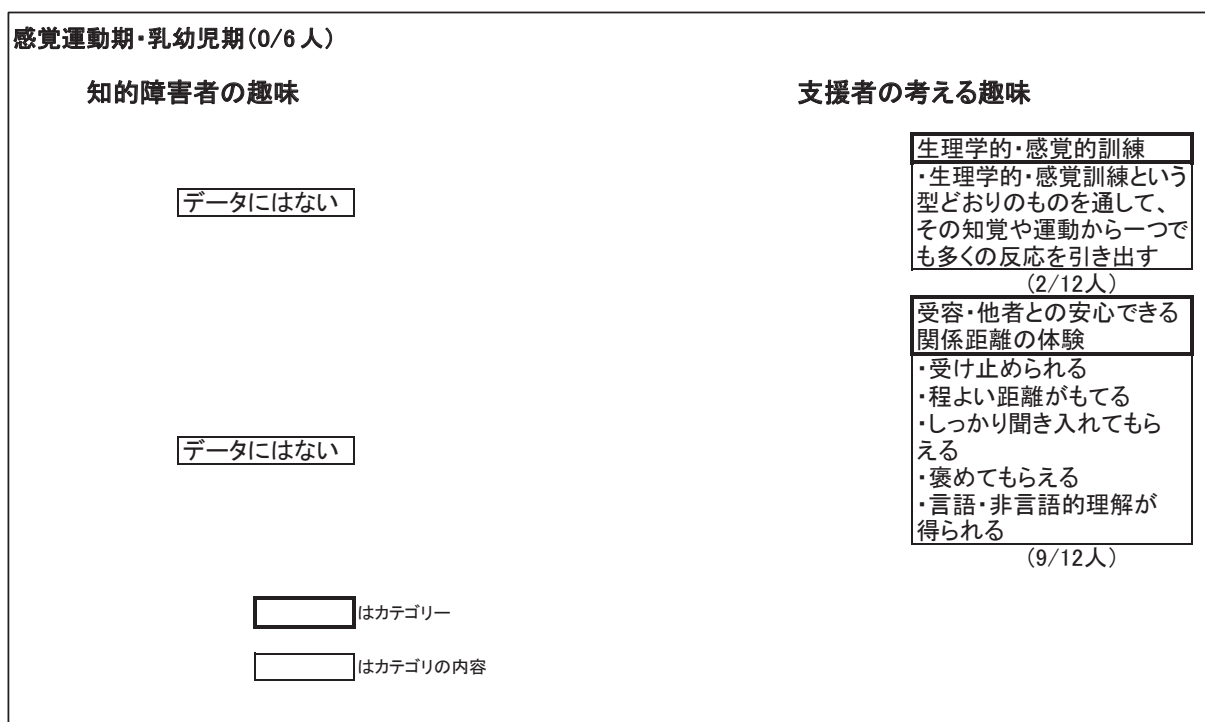


図 1.1 【感覚運動期・乳幼児期段階にある知的障害者】の趣味と支援者の考えるパーソナリティ形成に関する考え方のマッチング

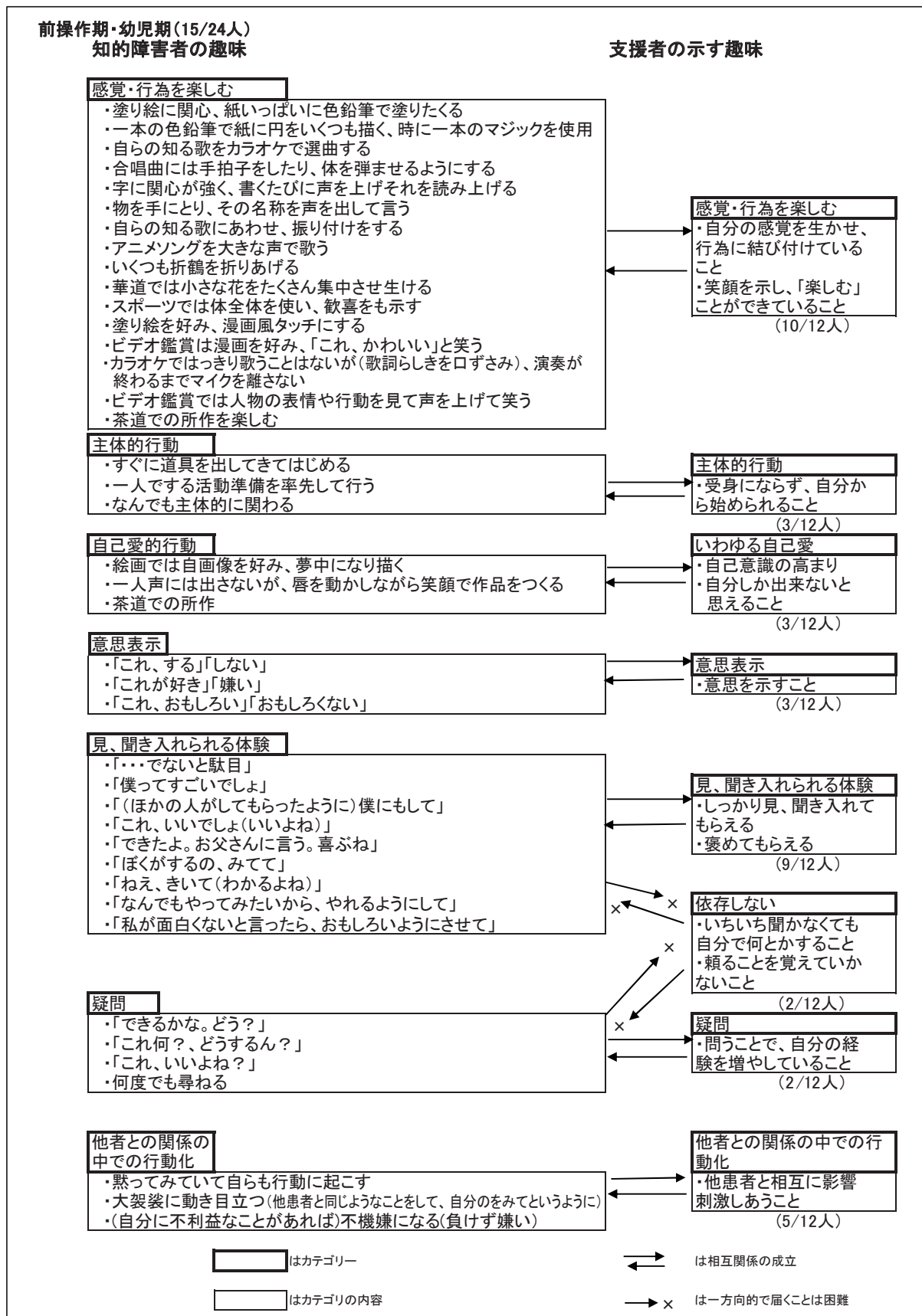


図1.2 【前操作期・幼児期段階にある知的障害者】の趣味と支援者の考えるパーソナリティ形成に関する考え方のマッチング

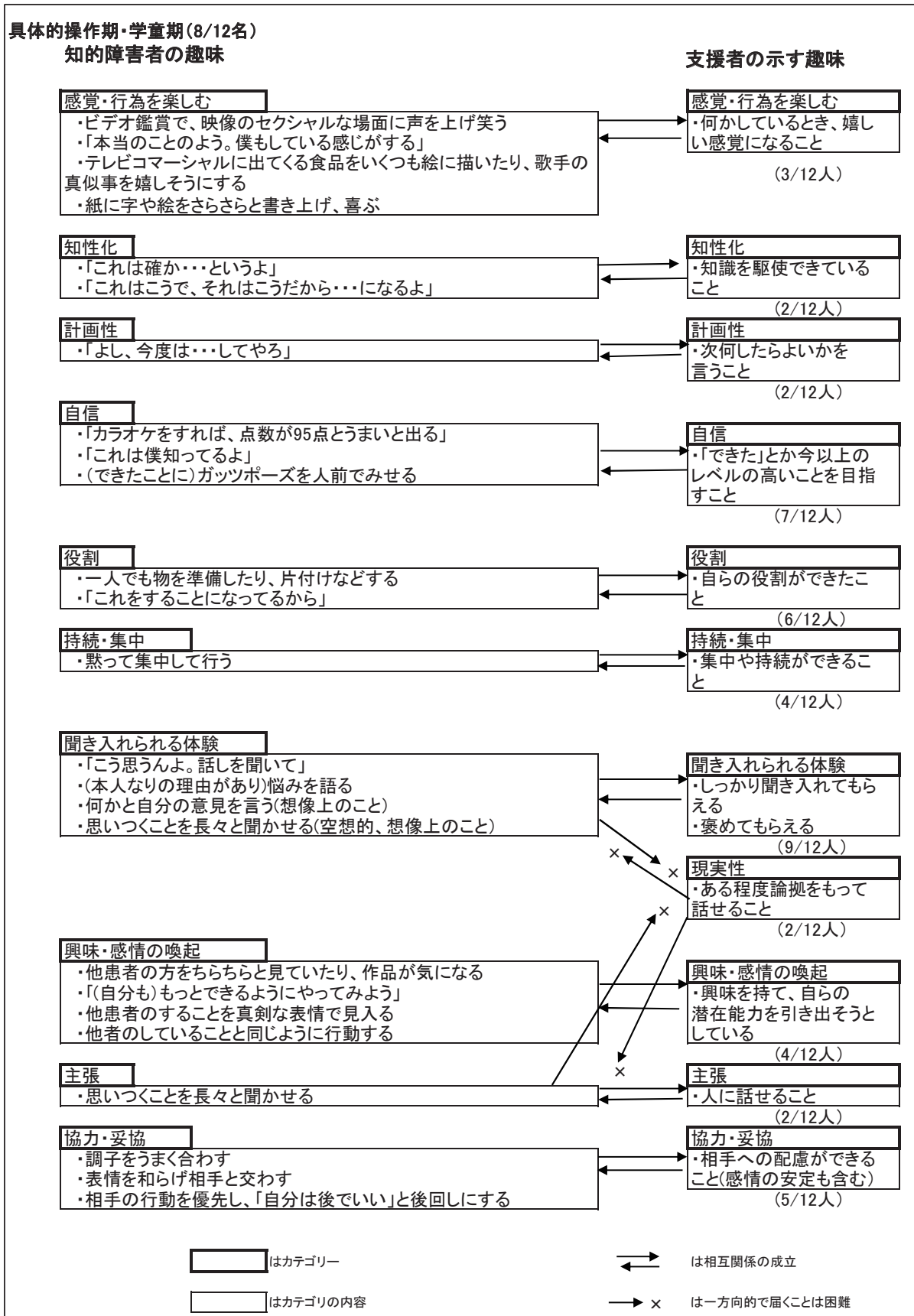


図1.3 【具体的操作期・学童期段階にある知的障害者】の趣味と支援者の考えるパーソナリティ形成に関する考え方のマッチング

ができたこと」(役割)、「集中や持続ができること」(持続・集中)、「しっかり聞き入れてもらえる、褒めてもらえる」(聞き入れられる体験)、「ある程度論拠をもって話せること」(現実性)、「興味を持って、自らの潜在能力を引き出せる」(興味・感情の喚起)、「人に話せること」(主張)、「相手への配慮ができる(感情の安定を含む)」(協力・妥協)が挙げられた。

4. 知的障害者に対するパーソナリティ形成支援の課題についての考察

4.1 支援者の知的障害者のパーソナリティ形成に関する考え方(表4.1～4.3)

当初の課題は、支援者の考えるパーソナリティ形成のクライテリアを明らかにすることであった。しかし、支援者に知的障害者のパーソナリティ形成に関する考えを尋ねるインタビュー調査では、筆者の問いに関して、支援者の多数が理解を示し答えていたところ、「知的機能が発揮できること」「レベルの高いことに臨むとき」「何でもよいが、能力の高さを示せ

るとき」など、発達段階すなわち社会化に考えをリンクさせてしまい、クライテリアを明らかにするには精度が低く、実現には至らなかった。

インタビューで、支援者の中には、前操作期・幼児期にある知的障害者に対して「人に頼らず、自分の力ですること。成長していかないといけないのだから、自分ですることを覚える。べたべたするなどはいけないこと。職員のそうした指導を聞き入れること」といった「依存しないこと」との回答がみられ、さらに支援者の心情としては、「いい大人なのに、子どものような態度を彼(彼女)から受けると、どのように扱ってよいか、困惑してしまう。その結果、無視や拒否になってしまう」「べたべたされるのも嫌。態度で避け、時に「やめて」などときつい言葉を返してしまう」との答えもあった。

「自律を急がされること」「職員に近寄りがたくなること」「職員の困惑する態度に直面すること」「無視や拒否を受けること」を体験する知的障害者は、エリクソンの心理社会的発達段階で述べられているように、「依存する」ことに対して疑問、恥、罪悪感を引き起こし、自律心や自らを導く力を育てられなくなる恐れが出てくる。支援者は知的障害者との関係の中で、

表 4.1 【感覚運動期・乳幼児期段階にある知的障害者】 に対しての支援者のパーソナリティ形成に関する考え方

カテゴリー	カテゴリーの内容	支援者のパーソナリティ形成に関する考え(概念)
生理学的・感覚的訓練 行為への導き	・生理学的・感覚的訓練という、型どおりのものを通して、その知覚や運動からひとつでも多くの反応を引き出す ・お手伝い(行為動作) (3/12人)	・はっきりいって趣味活動はできないだろうが、感覚訓練そのものが本人の楽しみになっていたりする。
		・決められたこと、いわば訓練ということだが、本人に知覚できれば、さまざまな行為として生まれる。
受容・他者との安心できる 関係距離の体験	・受け止められる ・程よい距離がもてる ・聞き入れられる ・褒められる ・言語・非言語的理解が得られる (9/12人)	・職員が患者さんの衣類整理をしていて衣装ケースを渡してくれたり、食事配膳用のワゴンを押していると、横から来て押してくれるなどお手伝いをするところがある。そのとき本人は真剣なまなざしである。
		・愛情が乏しいゆえ、職員は親代わりとでも言おうか、本人が受けとめられること。
		・人との関係距離が不安定なのだから、言葉や態度を十分に配慮されること。
		・相性的なものもあるはず。合う職員にしっかり受け止められる体験ができること。
		・ほめてもらうときも深いものが必要。
		・言語と非言語かかわりのバランスをもって接してもらう。
		・行動の見守り。制止、制限的な言葉は受けない。
		・距離感であったり、体に触れられることに不安や抵抗を感じるため、十分に汲んでもらえるとき。
・職員に自分の言った同じ言葉を言ってもらおう。聞いてもらう体験ができる。		
・職員に頷き、時に行動をともにしてもらう。		

表 4.2 【前操作期・幼児期段階にある知的障害者】 に対しての支援者のパーソナリティ形成に関しての考え方

カテゴリー	カテゴリーの内容	支援者のパーソナリティ形成に関する考え（概念）
感覚・行為を楽しむ	<ul style="list-style-type: none"> 自分の感覚を生かせ、行為に結び付けていること 笑顔を示し、「楽しむ」ことができていること（10/12人） 	・色鉛筆を持って、嬉しそうに紙に線など描いている。
		・音楽になると嬉しそうに参加し、手を打ったり、体全体を弾ませたりする。
		・自分の名前を一生懸命に書いている。
		・次から次へと色紙を取っては、箱や鶴を折る。
		・「かわいい」「きれい」など言いながら、笑顔をみせる。
		・ボーリングをしている顔は生き生きして、「それ」と大きな声を出し、ボールを投げるところ。
		・その人の青春時代の歌になるんだろう。感情を入れて歌っている感じ。
		・うたう歌は「これ」と決めてきている様子。歌うことに自信がなくてもその場にいるだけで満足している様子。
		・とにかく自分の思うように何でもしていること。
主体的行動	<ul style="list-style-type: none"> 受身にならず、自分から始められること（3/12人） 	・こちらが何か道具や材料を「はい」と手渡さなくても、自分からやり始めること。
		・こちらが考えた以上のことを、本人がし始めたとき。
		・椅子や机など運ぶなど、何か自分の出来ることをしようと考え、行動すること。
いわゆる自己愛	<ul style="list-style-type: none"> 自己意識の高まり、自分しか出来ないと思えること（3/12人） 	・自分が得意にしていること、目立つように表現する。
		・一人「(自分は) うまいなあ」と言いつつ、物づくりをしているとき。
		・「自分でないと駄目よ」とほのめかすようなとき。
意思表示	<ul style="list-style-type: none"> 意思を示すこと（3/12人） 	「これこれする」と職員に言うとき。
		「こうでないといけない」と我を示すとき。
		意思をはっきり示せること。
見、聞き入れられる体験	<ul style="list-style-type: none"> しっかり見、聞き入れもらえる 褒めてもらえる（9/12人） 	・活動で出たごみなどを集め、ゴミ箱に捨てると「ゴミ捨てました」と伝え、それを付き合いの長い、ある特定の職員にほめてもらうとき。
		・「みてみて」などと職員の服の袖でも持ち、自分に注意を引くとき。
		・「できたよ。お父さん、喜ぶ？」などと言って来る時。
		・「するから、みてて」と一生懸命に職員に言うとき。
		・自分から、作品について説明し始めたとき。
		・自分がこうと決め、何かに取り組む。みてほしいのだろう。
		・認めてもらえる、ほめてもらえる時。
		・「よくできたね」と言ってもらえること。
・職員に話をじっくり聞いてもらえること。		
依存しない	<ul style="list-style-type: none"> いちいち聞かなくても自分で何とかすること 頼ることを覚えていかないこと（2/12人） 	・人に頼らず、自分の力ですること。
		・成長していかないといけないのだから、自分ですることを覚える。
		・べたべたするなどはいけないこと。いい大人がそんなことはしない。（あれば拒否する。）職員のそうした指導を聞き入れること。
疑問	<ul style="list-style-type: none"> 問うことで、自分の経験を増やしていること（2/12人） 	・疑問を自分で持て、それを職員に相談すること。
		・体験の積み重ねが必要。レベルアップは大切なことから。
他者との関係の中での行動化	<ul style="list-style-type: none"> 他患者と相互に影響刺激しあうこと（5/12人） 	・他患者と行動を起こせること。
		・スポーツやゲームで、お互いに刺激しあうこと。
		・集団の中で、自分を高められること。
		・何でも良いから、集団行動が行えること。
		・集団の中で、自らの思考や感情を示すこと。

表 4.3 【具体的操作期・学童期段階段階にある知的障害者】 に対しての支援者のパーソナリティ形成に関する考え方

カテゴリー	カテゴリーの内容	支援者のパーソナリティ形成に関する考え（概念）
感覚・行為を楽しむ	・何かしているとき、嬉しい感覚になること (3/12人)	・「たのしい」「うれしい」など言える時。
		・何かをしていると、感じることを口に表すとき。
		・喜び、楽しみが沸くとき。
知性化	・知識を駆使できていること (2/12人)	・知的機能が発揮できること。
		・知的レベルの向上が見られるとき。
計画性	・次何したらよいかを言うこと (2/12人)	・次にどうしたらよいか判断する。
		・物事のつながりを付けること。
自信	・「できた」とか今以上の高いレベルのことを目指す (7/12人)	・「できた」という実感を味わう。
		・客観的にみても、レベルの高さをうかがわせる事。
		・充実、自信を持てたとき。
		・レベルの高いことに臨むとき。
		・「自分に任せて」と言えるくらいになったとき。
		・何でもよいが、能力の高さを示せるとき。
役割	・自らの役割ができたこと (6/12人)	・本人が言う以外に、身体で「できること」を表現すること。
		・何かを任されているとき。
		・仕事のかもしれないが、自分の役割にしている。
		・人の嫌がる準備や片付け、掃除をする。
		・役割、責任ができたとき。
		・自分を必要としてほしいとしたとき。
持続・集中	・集中や持続ができること (4/12人)	・「これは自分がする」としたとき。
		・注意が拡散せず、集中できること。
		・黙々と行っている姿をみたとき。
		・時間中、むやみに席を立たないこと。
		・じっとしていることができているとき。
聞き入れられる体験	・しっかり聞き入れてもらえる ・褒めてもらえる (9/12人)	・話をして、職員との信頼関係ができる。
		・感想、意見があるなら、それを職員に聞いてもらえる。
		・本人にとって重要なこともあるはず。受け入れが必要。
		・長い話になっても、聞いてもらえる。
		・「ありがとう」「よくやったね」と言ってもらえるとき。
		・聴く姿勢を示してもらえたとき。
		・同じことを繰り返すことがあるが、聞いてあげる。
		・信頼関係を構築する意味でも、ほめられることは大切。
		・特定の職員になるが、その人にほめられると嬉しそう。
		・なるべく多くの職員に認めてもらう。
現実性	・ある程度論拠をもって話せること (2/12人)	・論理的に話せること。きちんと伝えられること。
		・事実を即した話の展開ができる。
		・他患者の影響から、「自分もやってみる」としたとき。
興味・感情の喚起	・興味を持って、自らの潜在能力を引き出せる (4/12人)	・好奇心を示し、「もっとその先をしてみよう」と行動する。
		・集団から、本人にとって初めてのことを始められるとき。
		・「これもやってみようか」と行動に移し、能力の拡大につなげる。
		・相手のことを考えて、頼んだりまた逆にしてあげる。
主張	・人に話せること (2/12人)	・相手のできないことは気を配る。
		・意思の伝達としてもみる。
協力・妥協	・相手への配慮ができる (感情の安定も含む) (5/12人)	・相手のできないことは気を配る。
		・少しの配慮でよいからしてあげられる。
		・「さきにどうぞ」と言うくらいの配慮ができる。
		・できない患者にはものの言い方を考える。

気づかないうちにそのような体験を知的障害者にさせてしまう（逆転移）ため、知的障害者を困惑させ不安定にし、またそれを症状とみてしまう恐れもある。

また、具体的操作期・学童期にある知的障害者が獲得すべき項目として、「論理的に話せること。きちんと伝えられること。事実を即した話の展開ができる」などの項目を挙げる支援者の回答があった。

この「論拠を持って話せること」（現実性）を追求される知的障害者は、エリクソンの心理社会的発達段階で述べられているように、「何でもうまく話せないといけない」のに、「期待どおりにできない」という体験から劣等感を煽られるものと考えられる。そうした事態を防ぐため、「論理的に、事実を即した話の展開」を安易に求めないほうが良いと考えられる。

4.2 知的障害者の趣味と、知的障害者のパーソナリティ形成に関する支援者の考え方のマッチング（図 1.2～1.3）

趣味の活動を有していない感覚運動期・乳幼児期段階にある知的障害者（図 1.1）を除き、結果は図 1.2～1.3 に示す通りほぼ一致した（延べ 17 項目中 15 項目、一致率 80.8%）。一致理由として考えられることは、支援者と知的障害者は、長期間かけて生活を支える者と生活者といった関係を根本に築いていて、ほとんどの支援者は一人ひとりの特性を正しく把握し、発達レベルに即した対応と個性の尊重が実践できていると言える。

しかし、前操作期・幼児期にある知的障害者に「依存しない」こと（2/12 人）を挙げており、具体的操作期・学童期にある知的障害者に「現実性がある」こと（2/12 人）を挙げている支援者が存在した（図 1.2～1.3）。

発達段階側面で見ると幼児期にある知的障害者は独立を志向しつつ依存から脱却できないも

のである¹⁸⁾。ゆえに「依存」を否定されることは知的障害者に疑問や恥を固執させ、また罪悪感を抱かせ、自我は強化されにくいと考えられる。総じて、前操作期・幼児期にある知的障害者の趣味的活動は、「見、聞き入れられる体験のなさ」「疑問をもてない体験」から孤立し、判断力を培う機会のないものとなる可能性がある。

同様に、学童期にある知的障害者は技能を習得し、ある種の独立と責務を負うものである¹⁸⁾が、容易に覚えられない、できない体験が積み重なれば、それは難しい。「現実性」を追求されることで、自我が弱められることも考えられる。総じて、具体的操作期・学童期にある知的障害者の趣味的活動は、「聞き入れられる体験のなさ」「自己主張できない体験」から孤立し、対人関係のバランスを養う機会のないものとなる可能性がある。

4.3 知的障害者のパーソナリティ形成支援の課題

1) 感覚運動期・乳幼児期段階にある知的障害者に対しては、感覚と運動機能および他者との根本的信頼関係の構築や自律への芽生えが未発達ゆえに、生理学的及び感覚的訓練と対人的な場面においては、かなり組織化された内容でなければならぬと考えられる。モンテッソーリ¹⁹⁾は子どもの成長期を大きく 2 期（誕生～6 歳と 6 歳～12 歳）に分けて、教育の在り方を説いている。幼児期は 1 期前半（0 歳～3 歳）と後半（3 歳～6 歳）に分けられ、前半が周囲の環境と刺激からあらゆることを吸収する吸収期、後半を意識的な活動を通し、経験したことから自分自身を発達させていく時期と説き、共にこの時期の環境の大切さを強調している。感覚教具の扱いについても、教具の保管場所や作業展開に伴う提示の方法に対し、強制を避け、自発性を尊

重するべきだという示唆がなされている。また、モンテッソーリには「遊び的活動」という代わりによく「仕事」という言葉が使われる。これは支援する者の力を借りつつ、うまく外界（刺激）との調節を図りながら、また強制されて行うことのない経験から感覚や知的発達そして身体諸機能を養うことに結び付けるといふものである。ゆえに感覚運動期・乳幼児期段階の知的障害者のパーソナリティ形成支援の課題については、知的障害者のパーソナリティ形成に関する支援者の考えで述べられたように、「生理学的および感覚的訓練」「受容・他者との安心できる関係距離の体験」すなわち、知的障害者個々の基本機能をうまく生かしながら興味を深め、その時間的延長を図っていくことで成し遂げられていくのではないかと推察される。また、支援者の考え（概念）にあった「お手伝いをする」という行為には、「掴む」「持ち上げる」「離す」「押す」「引く」などの動作が必要とされ、モンテッソーリの視点から感覚・知的発達、身体諸機能及び社会的発達が促されることが予測される。

- 2) 前操作期・幼児期にある知的障害者のパーソナリティ形成支援には、「感覚・行為の楽しみ」「主体的行動」「自己愛的行動」「意思表示」「見、聞き入れられる体験」「疑問」「他者との関係の中での行動化」といった要素を取り入れた関わりが必要と考えられる。また、「知的障害者が依存しない」あるいは「知的障害者に依存させない」意識が支援者であれば、知的障害者の思考判断は停滞し、心的葛藤が強まり、目的と対象を失うであろう。
- 3) 具体的操作期・学童期にある知的障害者のパーソナリティ形成支援には「感覚・行為の楽しみ」「知性化」「計画性」「自信」「役割」「持続と集中」「聞き入れられる体験」「興味・感情の喚起」「主張」「協力と妥協」といった要

素を取り入れた関わりが必要と考えられる。もしここで、「知的障害者に「現実性がある」ということを求めるのであれば、知的障害者の思考判断をどのような基準から評価するかという評価基準が必要になると考えられるが、現時点ではそのような基準は確立されていない。よって、現時点ではむしろ、知的障害者それぞれの思考判断の意味を理解しようと努めることが、支援にとっては重要なことではないかと考えられる。

総じて知的障害者のパーソナリティ形成支援の課題としては、依存欲求と性衝動が未分化で混沌とした衝動のまま、相手を求めてくる知的障害者に対して、性に対する葛藤が強いスタッフであれば、知的障害者の言動に困惑して、その奥に潜んでいる母親のような愛を求めてくる依存性に気づきにくい。また、知的障害者の空想的とも、非現実的ともいえる言動に、知的障害者の精神内界（心的葛藤や無意識的欲求）の理解に苦しんでいることが考えられるため、スタッフ間でのサポートが絶えず必要になると考えられる。

さらに、どの発達段階においても、知的障害者のパーソナリティ形成要素の一つである趣味に、「感覚・行為を楽しむ」といった要素が含まれている。ここで感覚器官への刺激が問われることになる。感覚受容器（聴覚や視覚などの特殊感覚、触、温痛覚などといった表在感覚、関節位置感覚、振動覚、深部痛覚と深部（固有）感覚）の発達に遅れを生じた知的障害や自閉症などの障害者らは、感覚受容器の閾値の高低によって過敏または鈍感など感覚異常は様々であるが、我々スタッフはその様子から感覚の異常に対する理解を深めて関わらねばならないと言える。具体的には知的に障害を抱える方の感覚の異常に対して、その調節を図る活動に視点を置くことであり、また感覚の異常により生じる「こだわ

り」を回避でき、目的的な活動が行えるように支援することで、知的障害者が外界からの刺激を感じ取り意味づけし(知覚)、活動を「楽しむ」(思いのままに行える)ことの拡大につながるものと考えられる。さらに、これらの要素は知的障害者一人一人の価値観獲得の基礎となるものであり、ひいてはパーソナリティ形成を強化するものであると考えられる。

しかし、いずれにせよ、病院での知的障害者を取り巻く環境では、より限られた人間関係と資源によって支援が行われるわけである。判断能力のある我々がそれぞればらばらな価値判断で対応すると、障害者のパーソナリティ形成も大きく揺らぐことになることがマッチング結果からも伺える。

各発達段階の知的障害者のパーソナリティ形成支援策として、具体的には、知的障害者のパーソナリティ形成支援にある、生理学的・

感覚的訓練、感覚・行為を楽しむなどの「趣味的活動要素」と受容、他者との安心できる関係距離の体験、見、聞き入れられる体験、疑問などの「人との関わり要素」関係を強化させ、「趣味的活動」「人との関わり」それぞれを活性化すれば、知的障害者のパーソナリティ形成の実現が望めるものと推測できる。

しかし反対に、依存しない、現実性を求めるといった、「人との関わり要素」によって、「人との関わり」が活性せず、ひいては「趣味的活動」との関係も弱められ、「趣味的活動」が活性されない、というならば、知的障害者のパーソナリティ形成の実現は困難になることが予測される(図2.1～2.5)。

つまり、個人化(パーソナリティ形成)とは、そうした「趣味的活動」「人との関わり」といった環境要因が大きく関与し、知的障害者自身が個人に起こる様々な課題を受け止めて自己

概念図

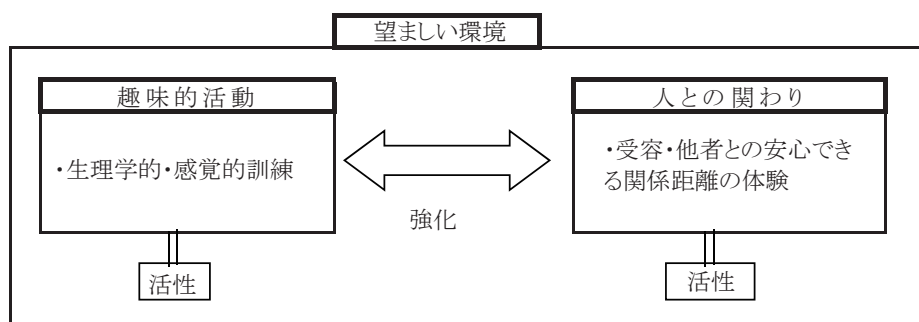


図2.1 『感覚運動期・乳幼児期の知的障害者』のパーソナリティ形成支援策<予測される望ましい環境>(概念)

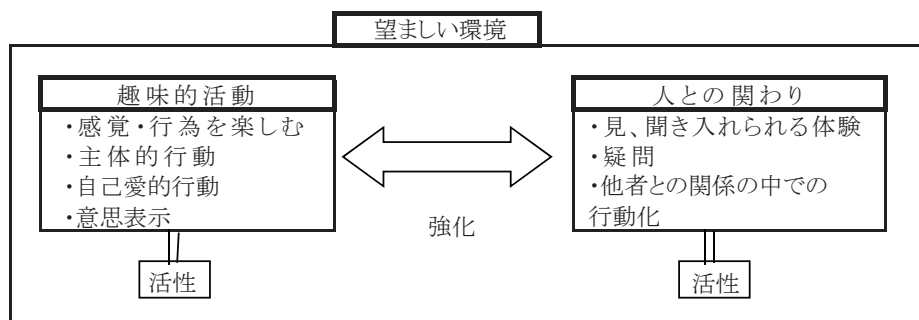


図2.2 『前操作期・幼児期の知的障害者』のパーソナリティ形成支援策<望ましい環境>(概念)

概念図

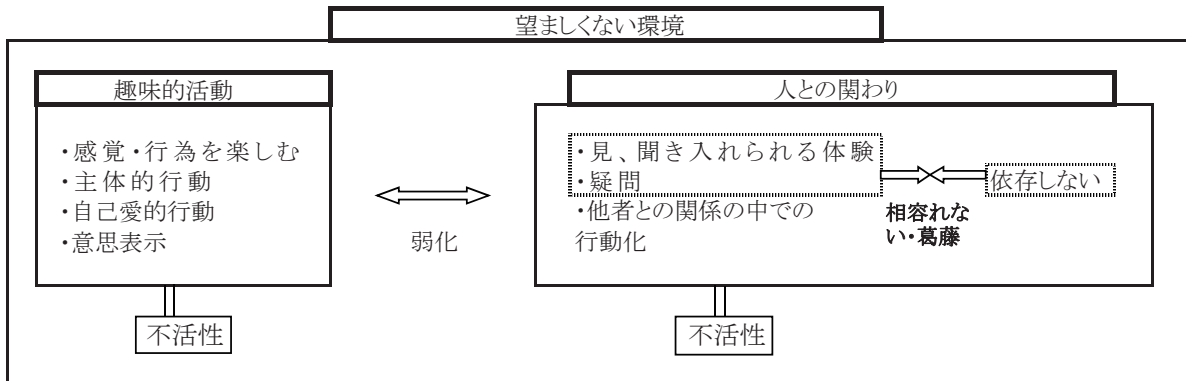


図2.3 『前操作期・幼児期の知的障害者』のパーソナリティ形成支援策<望ましくない環境>(概念)

概念図

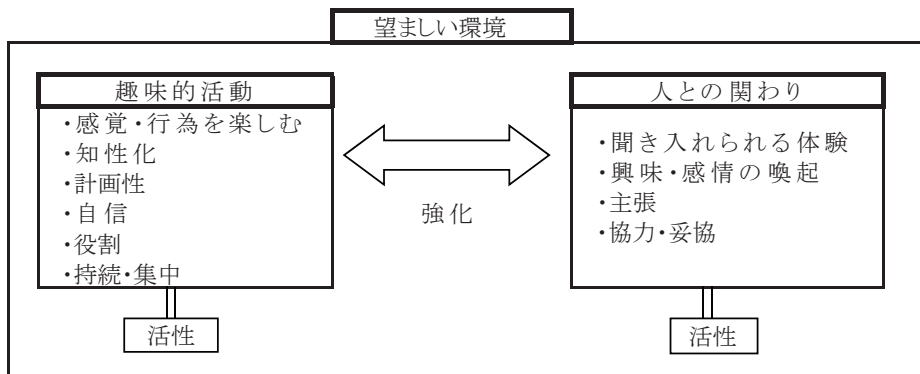


図2.4 『具体的操作期・学童期の知的障害者』のパーソナリティ形成支援策<望ましい環境>(概念)

概念図

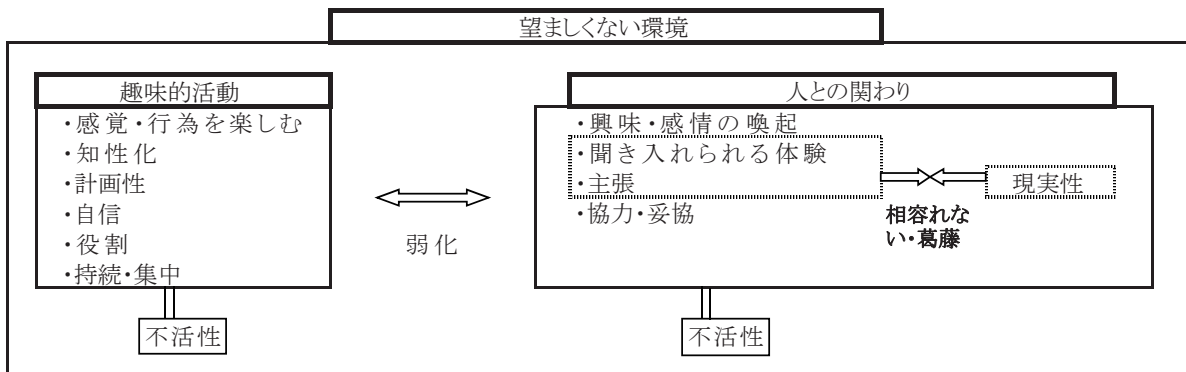


図2.5 『具体的操作期・学童期の知的障害者』のパーソナリティ形成支援策<望ましくない環境>(概念)

概念を形成することであると考えられる。

また、病院内において、支援者は、自らの職業倫理観などを磨く過程で、さまざまな人間関係上の問題などによって自己の研鑽、不断の学習、良心、人道などといった理念をうまく育てることができなくなる恐れがある。

障害者のパーソナリティ形成を支援するためには、我々自身を取り巻く環境とそれによる影響を踏まえ、知的障害者のパーソナリティ形成支援に必要な要素を見逃さない姿勢と自らを顧みる作業が重要であると考えられる。

5. まとめと今後の課題

知的障害者のノーマライゼーションを実現することは、個人化と社会化という二つの原理の概念を明らかにし、個人化と社会化に存在する要素を活性させ豊かにすることである。

知的障害者のパーソナリティ形成支援の課題についての考察を行ったところ、支援に必要な要素が示唆された。一方で、支援に必要な要素と支援者側のとらえ方に一部ずれがあり、複雑な心情が浮き彫りになった。

ノーマライゼーションの理念が強調する、幸福追求の権利は、笹倉²⁰⁾によると「幸福追求の権利とは『自分なりに目標を設定してそれに向かって自分で行きたい』という根本的欲求とされ、これが自己決定という言葉に端的に表され、個人選択は個人責任を呼び込み、国家の保障責任を不明確にする恐れがある」と述べている。幸福を追求すると言うことはたやすいことであるが、病院の規則に縛られ、時間を自由に使い、道具の調達を行うこと、活動する部屋を確保するなど個人ではできない。そのような中で目標を設定して自身で向かいたいと言う気持ちは生まれにくい。それゆえ、幸福追求の権利を支援するには支援者の高い意識が必要な

である。

また、幸福追求の権利の根幹となる自己決定に関しては、細川⁹⁾が述べるように、知的障害者の自己決定を明らかにするには、判断能力のある私たちの自己決定自体に含まれるさまざまな問題を考察し、そこから浮かび上がってくる問題点を踏まえ、知的障害者に対する支援の手を緩めることがあってはならないと言える。

病院内生活にある知的障害者の自己決定の獲得は、支援者が知的障害者の発達段階を踏まえ、支援者と知的障害者のパーソナリティ形成のひとつの要素である、趣味についての考えが合致し、その一つ一つの事柄（要素）を大切に扱うことで実現に近づけられるといえる。すなわち、各発達段階の知的障害者のパーソナリティ形成支援策として、支援者の介入にあたり、知的障害者のパーソナリティ形成支援にある、趣味的活動要素と人との関わり要素の関係を強化させ、また趣味的活動と人との関わり要素それぞれを活性させれば、知的障害者のパーソナリティ形成の実現が望めるものと推察される。

さらに、知的障害者のパーソナリティ形成の一要素である趣味は、知的障害者の発達段階で異なり、支援者の趣味に対しての考えが、支援者のもつ心情と共に、知的障害者のパーソナリティ形成に大きく関与することがあることがわかった。

今後の課題としては、感覚運動期・乳幼児期にある知的障害者の趣味的活動開発は、知的障害者個々の基本機能をうまく生かしながら、興味を深めその時間的延長を図ることが果たして可能なかどうか、本研究法を使用して検討を図る必要がある。また、支援者の考えるパーソナリティ形成のクライテリアを明らかにすることが、知的障害者のパーソナリティ形成を支援する第一歩と考えられるため、それを明らかにしたい。具体的には各発達段階にある知的障害者個々の支援（目的）に向けて、我々は知的障

害者個々人の行動特性を捉え、趣味的活動をどのように持っていくかを（プロセスとして）示唆することである。

最後に、本研究のテーマである、「ノーマライゼーション実現を目指して」研究を進め、筆者がたどり着いたことは、コマイユ²¹⁾による個人化の概念に「個人が『隣人とつくりあげる結びつきのおかげで自分自身である』と考える」と言った点や細川²²⁾が「自己決定権とは、行使する個人の内面の人格が尊重されなければならない」と述べている点から、我々は、知的障害者に対する支援を考えたり行ったりする時、単に知的欠陥や心理社会的発達の遅れの面だけでとらえられてはいけないということである。

言い換えれば、知的および心理社会的発達段階以外の全人格的なものを含めて全人的にとらえ、また障害の原因が病理学的な場合も、そうでない場合も、複雑な要因が組み合わさることが多いという特性を知った上で、支援しなければならないということである。そして、知的障害者一人一人の幸福の実現を追求していくことでもある。

なお、本研究は、「知的障害者のパーソナリティ形成支援の検討」目的に、その一つの方法として、支援者への聞き取り調査を行ったが、その内容の良否に関しては、支援者の言語及び非言語的部分に細心の注意を払うことでしか導くことは出来ず、そうした筆者の主観的判断に委ねるものであり、これは質的研究の限界であることを付記しておく。

謝辞

稿を終えるにあたり、本研究にご協力いただきました安浦病院の入院患者の皆様へ深謝いたします。また、本研究に深くご理解を示し、調査にご尽力いただきました、安浦病院理事長様、看護師長様、ほか職員の皆様、ならびに、本研究の進捗ごとにご示唆を賜り、最後までご指導

下さいました放送大学教授の奈良由美子先生に深謝いたします。また、同学ティーチング・アシスタントの佐田富美子様にもお世話になりました。また、大阪河崎リハビリテーション大学の森下孝夫先生、國末和也先生にはご助言賜り、深謝いたします。

[文献]

- 1) Gunzburg HC, Gunzburg AL : Mental Handicap and Physical Enviroment-Bailliere, Tindall & Cox, London, 1973. 編中村隆一 “入門リハビリテーション概論” 第7版, 医歯薬出版 2009,p88.
- 2) 細川瑞子 “知的障害者の成年後見の原理 「自己決定と保護」 から新たな関係の構築へ” 第2版, 信山社,2010,p314.
- 3) 中村隆一 “特集第23回日本小児神経学会総会 障害児への developmental approach ～脳性麻痺を中心に～”, 脳と発達 1982,14:99-104.
- 4) 佐藤守 “生涯教育と発達過程”, 教育社会学研究 第35集,1980,p15-24,225.
- 5) 細川瑞子 “知的障害者の成年後見の原理 「自己決定と保護」 から新たな関係の構築へ” 第2版, 信山社,2010,p53.
- 6) “広辞苑” 第5版,1998,岩波書店.
- 7) 寺山久美子, 中村春基, 香山明美他 “レクリエーション 社会参加を促す治療的レクリエーション” 第2版, 三輪書店,2004,p15.
- 8) “広辞苑” 第5版,1998,岩波書店.
- 9) 細川瑞子 “知的障害者の成年後見の原理 「自己決定と保護」 から新たな関係の構築へ” 第2版, 信山社,2010,p46.
- 10) 立花隆 “脳を究める”, 朝日文庫,2001.
- 11) 澁沢透 “社会の「個人化」と教育学的発達研究の課題～人格発達論と自己形成論との架橋～” journal of Human Development Reaeach, Minamikyusyu University,2011,vol.1,43-55.
- 12) 平本憲二 “知的障害者における包括的発達段階

- 尺度の有用性の検討”大阪河崎リハビリテーション大学紀要,2012, p 65-77.
- 13) 田村良子 “作業療法学全書第3版作業治療学3発達障害”協同医書出版,2010,p161.
- 14) A.Jean Ayres, 佐藤剛 監訳 “子どもの発達と感覚統合”協同医書出版,1979,p10.
- 15) Takata N(山田孝・訳): 処方としての遊び .Reilly M・編, 遊びと探索学習, 協同医書出版社,1982, p 264-273. 編著 田村良子 “作業療法学全書第3版作業治療学3発達障害”協同医書出版,2010,p61-62.
- 16) Reilly M(山田孝・訳): 解説 作業行動理論と遊び .Reilly M・編, 遊びと探索学習、協同医書出版社,1982, p 393-401. 編著 田村良子 “作業療法学全書第3版作業治療学3発達障害”協同医書出版,2010,p64-65.
- 17) 山田孝 “標準作業療法学作業療法研究法”医学書院,2005,p195.
- 18) Erikson EH(ed) : Adulthood. norton, New York, 1978. 編中村隆一 “入門リハビリテーション概論”第7版, 医歯薬出版,2009,p66.
- 19) 柏瀬愛子 “モンテッソーリ教具による感覚教育の試行”名古屋女子大学紀要47(人・社), 2001,159 - 172.
- 20) 細川瑞子 “知的障害者の成年後見の原理「自己決定と保護」から新たな関係の構築へ”第2版, 信山社,2010,p44-45.
- 21) 細川瑞子 “知的障害者の成年後見の原理「自己決定と保護」から新たな関係の構築へ”第2版, 信山社,2010, p271.
- 22) 細川瑞子 “知的障害者の成年後見の原理「自己決定と保護」から新たな関係の構築へ”第2版, 信山社,2010, p 264.