

## 第5節 精神薄弱との境界域

地域センターを訪れる者の中には、「精神薄弱者」と判定された者のほかに、知的な制約、又はそれに関連すると思われる行動面の問題ゆえに、職業上の困難を有する者が少なからず存在する。彼らは、「障害者雇用促進法」で定められた「精神薄弱」に分類されず、適応訓練や障害者を雇用する事業主に対する各種助成金制度の対象外となる者が少なくない。ここでは、これらの者のうち「精神薄弱」との境界域にあると思われる者について取り上げる。

「“その他”の障害者等と就業状況等実態調査」においては、職業上の制約をもち、かつ知能指数が75から90の範囲にあること等の条件を満たした者を「知的ボーダー」として統計がとられている。その結果、「知的ボーダー」が、“その他”の2割近くを占めることが明らかとなっている（巻末参考資料1）。しかし、これまで「知的ボーダー」とされた者の状態像については、当協会の中においても実態が十分把握、整理されていない。なお、この呼称は一部の職業リハビリテーション現場で便宜的に用いられたことがあるものの、法的なものでも学会等で認められているものでもなく、あくまでも調査において一時的に用いられた呼称に過ぎない。従って「知的ボーダー」の確固たる定義はなく、多分に流動的な要素を含んだ呼称である。

ここでは、「知的ボーダー」の状態像を明らかにし、具体的な事例をもとに、職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点をまとめ、就職・定着促進のための配慮、支援策等について予備的な提案を行う。

### 1. 障害の特徴

本調査で得られた地域センターの事例から、「知的ボーダー」に関する断片的情報としては、表5-1のようなことが挙げられる。

これらは必ずしもすべての「知的ボーダー」に当てはまるわけではないが、職業問題上よくみられた傾向として、図5-1のような制約の構造モデルがひとつとして考えられるであろう。すなわち、日常生活能力に特に大きな問題は見られないことから、見かけ上の能力は高く見られ、職業上の要求水準も高く設定されてしまう。しかし、高度な処理や作業をこなすことが難しく、職場の要求に十分応えられない。さらに、主体性や忍耐力がないこと等で「やる気がない」というように周囲の誤解を招きやすい。また、自分から話しかけるなど対人関係を築くのが苦手なため、自ら解決することも困難で、職場での立場がますます悪くなってしまふ。

表 5 - 1 「知的ボーダー」の状態像

- 語彙は豊富で理解がいい。
- 日常生活を送る上での支障は特にはない。
- 第一印象としては、能力の低さを感じさせない。
- 作業スピードが遅い。
- 作業の習熟性に問題がある。
- 数的処理が苦手なため、高度な作業は難しい。
- 現状認識が甘い。
- 主体性がなく、周りに流されやすい。
- 忍耐力に欠ける。
- 持続力や集中力に欠ける。
- 同僚に話しかけるのが苦手である。

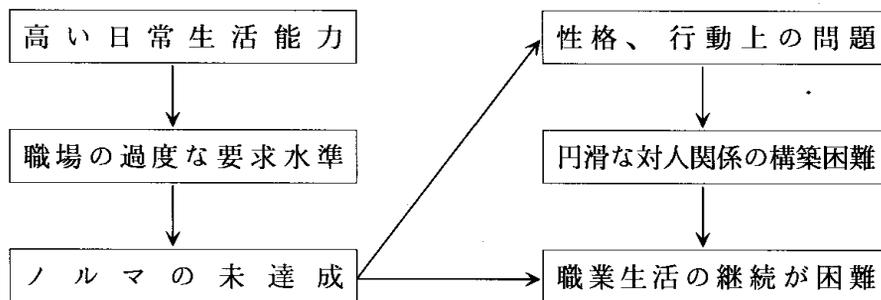


図 5 - 1 「知的ボーダー」における職業上の制約の構造モデル

## 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

「知的ボーダー」に分類される人々が職業上で示す問題点は、本人の状態像だけでなく、職場環境等によって多様なものとなる。したがって、環境要因を考慮に入れず、本人側の問題点だけを同一水準上に羅列することは問題の解決に有効なものとはならない。実際、今回寄せられた事例はかなり多様なものであり、現段階で「知的ボーダー」の典型的な状態像を示し、統一的ガイドラインを提示することは難しい。

以下に具体的な事例を紹介するが、いずれも日常生活能力上に大きな問題はみられないが、行動面や意識面が主要因となって職業上の制約を有すると思われるものである。また、医学的なケアを必要とした事例も併せて紹介する。

#### 事例1 労働に対する意識が低い A さんの場合

小学～中学にかけては不登校であった。嫌なことからの逃避傾向が強い。理解力や作業能力よりも、働くことに対する関心、意欲の乏しさが問題である。性格的に自己中心性・依存性が強く、嫌なことがあるとわざと咳き込む傾向がある。このような精神的な幼さ（拒否傾向が強く、経験不足になっていることによる）と、社会生活経験の不足が大きな問題点である。

#### 事例2 対人面で消極的な B さんの場合

動作性 IQ は87だが、言語性 IQ が69と低い。全般に対人面で自信がなさそうな態度が多い(元気がない)。具体的な出来事などについての会話では反応が速く、具体的な身体作業では能率に大きな問題はない。職場適応上で問題が起こるとすれば対人関係面と思われ、自分から人間関係を広げていくのが苦手である。

#### 事例3 集中力が持続しない C さんの場合

動作性 IQ は83だが、下位検査の得点にはかなりバラツキがあり、特に「符号」の問題の得点が低い。日常会話に問題はないが、知っている言葉の数は多くない。物事への集中力が長続きしないという特徴がある。作業の手順はやって見せれば大体理解出来るが、作業要領を工夫することは難しい。急がされると却ってもたもたしてしまう。短時間の作業であれば集中出来るが、1時間以上の作業になるとよそ見が多く、作業をしている手元へ注意を払うことができずミスが出やすい。

#### 事例4 医学的なケアを必要とする D さんの場合

IQ76 (WISC)、社会生活能力は S-M 社会生活能力検査 SQ89(注：いずれも学校資料)。水頭症で2回の入院歴があり、職業評価時現在は月1回の定期検診及び服薬による治療が継続されており、また、2年後に手術が予定されている。水頭症に伴う頭痛、吐き気といった病状発現による休養、通院、及び手術のための入院等で仕事を休まざるを得ない。本人側の問題としては、一時的にせよ仕事を休むことによる心理的な負い目がある。事業所側の問題点としては、手術による入院期間中の代替要員の確保が難しい(中小企業の場合、余力のない中での生産活動に従事していることが多く、欠員が生ずると対応に苦慮することが多い)。

### 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

今回「知的ボーダー」として寄せられた事例での障害像は、かなり多様なものであった。したがって、それに対応した配慮や支援策も当然多様なものとなる。ここでは、地域センターで実際に行われた配慮、支援策等について、前出の4事例に対応して紹介する。

#### 事例1 労働に対する意識が低い A さんの場合

働くことへの関心を持たせ、物事に対する自信を一つずつ構築していくような教育・指導プログラム実施の必要性があると考えられる。拒否的（逃避的）傾向が強く、働くことそのものへの動機づけが不十分なケースに対しては、十分に支援・指導を行えていないのが現状である。教育・福祉・医療のいずれにもこのようなケースは見られるが、地域センターがそうした役割の一端を担うのか、あるいは別に職リハサービスへの橋渡しの支援の場や方法が必要であろう。

#### 事例2 対人面で消極的な B さんの場合

作業の指示も含めて、本人との会話の際には出来るだけ平易な言葉で具体的に話すようにすることが必要である。自分から他の人に話しかけることが出来ず、職場の人間関係に慣れるまで時間がかかる人だと考えられるので、周りの人からも挨拶などで声かけをし、また話かけるようにしてしていただくといった配慮が必要である。

#### 事例3 集中力が持続しない C さんの場合

作業条件としては、文字や記号を取り扱うことのないパターンの決まった作業であることが望ましいであろう。長時間の注意集中が難しいため、時々声かけなどが必要である。また、制度面では本人は療育手帳には該当しないが、職場適応訓練などの援護措置が適用され、職場の中でも集中して作業ができるよう指導を受けられることが望ましい。

#### 事例4 医学的なケアを必要とする D さんの場合

水頭症という医療上の問題が職業上の大きな制約となるが、身体障害者等の雇用対策同様に何らかの事業所側の経済的負担の軽減策がとられるならば、職業上の制約の軽減に資するのではないかと思われる。

以上4事例を紹介したが、A さんの場合は能力面や生活面での問題ではなく、本人の意識面の問題が大きい。B さんの場合は、知的能力のある一面での制約が行動面に影響しているものと考えられる。B さんは「抽象的思考が苦手」なことで職場の人と込み入った会話をすることができず、自分から話しかける自信をなくしている可能性があるとも考えられる。本調査で寄せられた「知的ボーダー」の9事例のうち、知能検査の下位検査の得点にバラツキがある旨の報告が3ケースに見られたが、行動面に及ぼす影響等についてはより詳細な検討が必要である。C さんは「集中力」と「作業要領の工夫」という2つの面に問題がみられるケースで、「知的ボーダー」として特異的に対応するというよりは、「精神薄弱者」に対しての配慮に準じる対応がとられることが多いと考えられる。D さんのように医学的なケアを必要とするケースは、特に中小企業の場合、継続雇用に支障をきたす可能性が高く、事業主側への

指導対策が中心となろう。

このように、今回紹介した4事例で共通するのは、日常生活上の問題はみられないことと、地域センターの利用者の中では相対的に知的レベルが高いということくらいで、「知的ボーダー」の典型例や類型について論じるのは現時点では困難である。本調査で「知的ボーダー」とされた者を、単に「精神薄弱者」（付録1参照）の延長上で解釈すればいいのか、あるいは、行動面や精神面の問題からアプローチするのがいいのかについては判断の分かれるところであろう。また、アメリカ精神遅滞協会（American Association on Mental Retardation；AAMR）の最新定義（1992）のように、「どのようなサポートをどの程度必要としているか」という、支援に対するニーズを視点の中心に据えた概念の整理も有効であるかもしれない（付録2参照）。アメリカ合衆国労働省（1991）では、様々な職務の遂行に必要な能力水準を体系化した「職務分析ハンドブック」を作成しているが、職業が要求する能力水準という観点からの分析もある。いずれにせよ、「知的ボーダー」の定義にあたっては、用語問題も含めて（付録3）、より多くの事例を収集し、状態像や支援策の詳細な記録からの分析と検討が必要である。

## 付録1 我が国における「精神薄弱」の定義

教育上の「精神薄弱」概念として、我が国では文部省のものがあるので表5-2に示した（文部省初等中等教育局長通達，1962）。この基礎になったのが、1953年の文部省事務次官通達「教育上特別な取扱を要する児童生徒の判別基準について」である。1953年のものから1962年のものへの主な変更点は、「白痴・痴愚・魯鈍」という表現が「重度・中度・軽度」となったことくらいで、内容的には同様である。1953年の通達は、戦前の精神医学会を中心とする議論の到達点にもとづいたものであり、アメリカのドル（Doll, E. A.）の提唱に多分の影響を受けたものだった。それと同時に、文部省、厚生省、労働省、法務省の4省合議により作成された戦後初の公的な概念であった（高橋，1996）。

この通達は各界に大きな影響を与えたが、1973年の厚生省児童家庭局長通知による「療育手帳」制度の基準策定にあたっては独自の基準が用いられた。概要は表5-3に示した。手帳の種類は、障害の程度によりA（重度）とB（その他）に区分されたが、その判定基準の目安となる知能指数は35であった。

この手帳制度での「重度」の基準は、1962年の文部省の「重度精神薄弱（IQ20ないし25以下）」と一致しない。この背景には、「法律」上の判定基準がないことと、地方公共団体独自の援助制度にも活用できるように配慮したこと等が挙げられる。制度発足当時、すでに東京都では「愛の手帳」制度が実施されており、障害の程度表示は全国共通でない。ただし、厚生省の手帳制度は「通知」による実施であり、身体障害者手帳のように持っていなければ法的に認められないというものではなかったが、各界に与えた影響は大きかった。

雇用・労働関係では、「障害者の雇用の促進等に関する法律」の第1章第2条で「用語の意義」として定められている。この中で、「障害者」は「身体又は精神に障害があるため、長期にわたり、職業生

表5-2 文部省による「精神薄弱」の基準

- (1) 重度精神薄弱 (IQ20ないし25以下)  
 ほとんど言語を有しも、言語の理解もせず、自他の意志交換および環境への適応が著しく困難であって、日常生活における衣食の上においても常時全面的に介護を必要とし、成人になっても自立困難で、その発達が2-3歳程度までと考えられるもの。
- (2) 中度精神薄弱 (IQ20ないし25-50程度)  
 環境の変化に適応する能力が乏しく、他人の助けによりようやく自己の身の事柄を処理し得るが、成人になってもその発達が6-7歳程度までと考えられるもの。
- (3) 軽度精神薄弱 (IQ50-75程度)  
 日常生活に差し支えない程度に身の事柄の処理をすることができるが、抽象的思考や推理が困難であって、成人段階でその発達が10ないし12歳程度までと考えられるもの。
- (付) 精神薄弱者と正常者の中間にある境界線児 (IQ75から85の程度) は、普通学級において留意して指導するか、または学級編成につき特別の考慮を払うことが望ましいこと。なお、状況によっては、精神薄弱者を対象とする特殊学級において教育しても差し支えないこと。

(文部省初等中等教育局長通達, 1962から抜粋)

表5-3 療育手帳制度の概要

制度の内容	精神薄弱者が所持することによって、一貫した指導、相談が受けられ、施設入所、年金手当、職親、医療保険などの各種の援護処置を受けやすくするための手帳である。
程 度	障害の程度により、A(重度)とB(その他)に区分される。 Aの判定基準(18歳以上の者) 「知能指数がおおむね35以下(肢体不自由、盲、ろう等の障害をもつ者は50以下)と判定された者であって、次のいずれかに該当する者」 ア 日常生活における基本的な動作(食事、排泄、入浴、洗面、着脱衣等)が困難であって、個別的指導及び介助を必要とする者 イ 失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行為を有し、常時注意と指導を必要とする者 Bはそれ以外の程度の者とされている。
手 続 き	18歳未満の者は児童相談所の、18歳以上の者は更生相談所の判定を受けて手帳交付申請を行う。居住地においての相談は福祉事務所で受けているので、判定の予約、巡回相談などを問い合わせるとよい。
解 説	身体障害者手帳のように、持っていないと法的にみとめられないというわけではなく、もっていればより便利なものとして、法律でなく通知による制度の実施となった。

(厚生省児童家庭局長通知「療育手帳制度の実施について」, 1973より作成)

活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう」とされ、「精神薄弱者」は「障害者のうち、精神薄弱がある者であって労働省令で定めるものをいう」と表記されている。これを受け、「障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則」の第1条の2では、「精神薄弱者」として「児童相談所、精神薄弱者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は法第9条の障害者職業センターにより精神薄弱があると判定された者とする」とあり、同第1条の3で、「重度精神薄弱者」は「精神薄弱者判定機関により精神薄弱の程度が重いと判定された者とする」とある。その具体的な運用における判定基準については、1993年の労働省職業安定局高齢・障害者対策部障害者雇用対策課長内かん「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律による「重度精神薄弱者」の取扱いに係る留意事項について」にみることができる（表5-4）。

表5-4 重度精神薄弱者の判定基準（労働省，1993）

身体障害者雇用率制度及び各種助成金制度における重度精神薄弱者の判定基準は、従来から定められてきた、重度障害者職場適応助成金の対象となる精神薄弱の程度の重い者の判定基準と同様のものを用いることとし、具体的には以下のいずれかに該当するものを重度精神薄弱としたこと。

- (1) 知能検査によって測定された知能指数（IQ）が50未満の精神薄弱者であって、労働省編一般職業適性検査（事業所用（GATB-II））の手腕作業検査盤を使用し、その器具検査1，器具検査2の評価のいずれかが中以下であるもの
- (2) 知能検査（IQ）が50以上60未満の精神薄弱者（50未満で器具検査1，器具検査2の評価がいずれも上であるものを含む）であって、精神薄弱者社会生活能力調査票によって調査された「意志の表示と交換能力」「移動能力」及び「日常生活能力」のうちいずれか2つの能力の評価が中以下であるもの

（労働省職業安定局高齢・障害者対策部障害者雇用対策課長内かん「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律による「重度精神薄弱者」の取扱いに係る留意事項について」から抜粋）

## 付録2 AAMRによる定義

知的障害をめぐり、歴史的に世界的な影響力をもってきたアメリカ精神遅滞協会（AAMR）では、1992年に第9次改訂として革新的な視点で新しい精神遅滞定義を発表した（表5-5）。精神遅滞の判定に必要な基本的3要件、すなわち1）知的機能、2）適応スキル（従来は「適応行動」）、3）発症時期、はこれまで通りだが、革新的なのは適応スキルについての解釈である。

表5-5 Mental Retardation – Definition, Classification, and Systems of Supports –,  
9th Edition による精神遅滞定義 (American Association on Mental Retardation, 1992)

### 精神遅滞定義の3要件

以下の3要件を満たす場合、精神遅滞と判定される。

- 知的機能が明らかに平均より低い。
- 少なくとも2つの適応スキルに明らかな制約がみられる。
- 発症は18歳未満。

### 定義の適用にあたっての前提

- 妥当な評価をするためには、個人差だけでなく、文化的・言語的な多様性を考慮する必要がある。
- 適応スキルにおける制約は、同輩にとっても典型的な地域社会環境の中での制約であって、それは個別的なニーズを示すものである。
- ある適応スキルが制約を受けていても、別の適応スキルでは優れていることが少なくない。
- 一定期間にわたって適切なサポートが受けられるのであれば、生活の機能的状態は一般的に改善する。

(一部抜粋して作成)

これまでの定義で問題だったのは、「適応行動 (adaptive behavior)」の概念が曖昧なため、判定にあたっては知能検査によるIQばかりが重視される傾向にあったことである。これに対する批判を受け、新定義では「適応スキル (adaptive skills)」という用語に変更し、具体的に10の領域に分類して例示した(表5-6)。意思伝達、身辺処理、家庭生活、社会的/対人的技能、地域社会資源の利用、自己指南、健康と安全、余暇、仕事、の以上10領域のうち2つ以上の領域に制約 (limitation) がみとめられることが、「精神遅滞」判定の第2要件となる。

さて、この新定義では、「精神遅滞」を単なる医学的疾患、あるいは心理学的病理と解釈しているわけではない。「精神遅滞」の構造モデルとして、「能力 (知的機能・適応スキル)」、「機能状態」、「環境 (家庭・職場/学校・地域社会)」の3因子を挙げている。図5-2を見て分かるように、精神遅滞という「機能状態」は、「能力」と「環境」の両者の影響を受けるものであり、さらにそれは「サポート」の種類や程度によって、全く状態が異なるという概念である。言い換えれば、「精神遅滞」という状態像は、適切な社会的サポートがあれば改善し、自立を促すことができるというわけである。

そのために必要なプロセスは、定義マニュアルの中で具体的に取り上げている。4次元3段階にわたるチェック過程を、フェイスシートも掲載しつつ説明されているが、ここですべてを紹介することは不可能である。最終的に示されるのは、どのような領域のサポートをどの程度必要か、という状態像での本人のニーズである。サポートの強さについては、表5-7に示した。こうした判定によれば、『「意思伝達」と「仕事」のスキル領域に、必要な期間継続して (limited) サポートを必要とする精神遅滞者』というような記述になる。このように、新定義では必要とするサポートの程度によって4段階に分類す

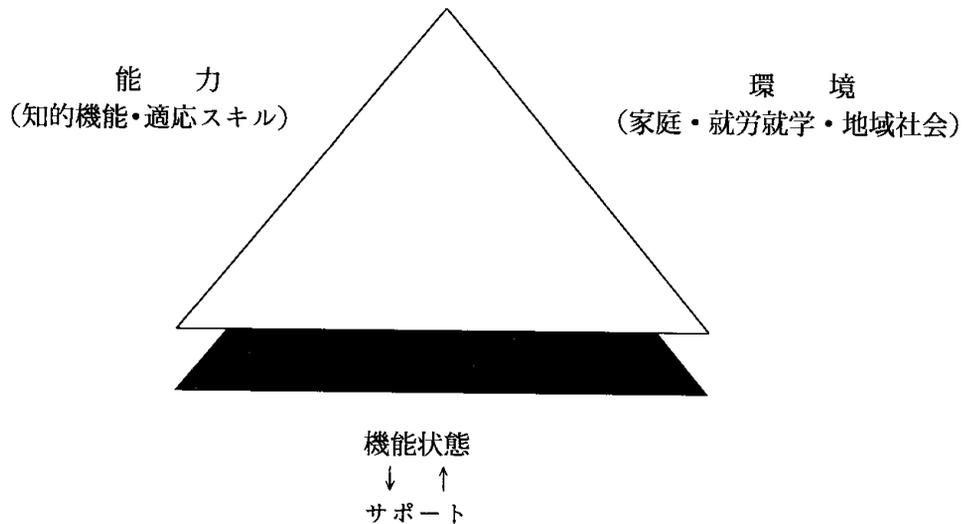


図 5 - 2 「精神遅滞」定義の一般的構造

表 5 - 6 アメリカ精神遅滞協会 (American Association on Mental Retardation ; AAMR) の第 9 次改訂 (1992) における適応スキル

適 応 ス キ ル	内 容
意思伝達 Communication	記号的行動(話し言葉・書き言葉・身ぶり・手話 etc) / 又は非記号的行動(表情・動作・ジェスチャー etc) を通して情報を理解し、表現する能力に関するスキル
身近処理 Self-care	トイレ / 食事 / 着脱衣 / 衛生 / 身だしなみに関するスキル
家庭生活 Home living	衣類のケア / ハウスキーピング / 財産管理 / 食事の準備と調理 / 買い物の計画と予算等に関するスキル
社会的 / 対人的技能 Social skills	他者との社会的やりとりに関するスキル
地域社会資源の利用 Community use	社会資源を適切に利用するスキル: 買い物 / 地域にある病院や店の利用 / 教会に行くこと / 公共交通機関や公共施設(学校・図書館・公園 etc) の利用 / 観劇 / 他の文化施設の利用
自己指南 Self-direction	選択するスキル: 計画に従って行動する / 状態・状況・個人的興味に応じて適切に行動する / 義務の履行 / 必要とする援助を探す / 身近な或いは新しい問題に直面した時に問題を解決する / 主張と自己権利擁護
健康と安全 Health & Safety	健康管理(食事 / 病気の認知・対処・予防 / 基本的応急処置 / 性 / 身体を健康な状態に保つ / 身体と歯の定期検査の受診)、安全への配慮(規則と法律の遵守 / シートベルトの着用 / 道路の横断 / 助けを求める)、及びその他(犯罪行為からの自己防衛 / 地域の中で適切な行動をとる)に関するスキル
機能的学習能力 Functional academics	学校での学習に関わるスキル: 読み / 書き / 計算 / 科学 / 地理 / 社会科 (この分野において重要なのは自立生活に必要な実用的スキルの獲得である)
余暇 Leisure	個人の選択に基づく様々なレジャーと娯楽の開発に関するスキル(選んだり自分で始めるスキルも含む)
仕事 Work	地域社会においてパートやフルタイムでの仕事を行うことに関するスキル: 特殊な技術 / 適切な社会的行動 / 関連する技術(業務の遂行 / スケジュールの認識 / 援助を探し、批判し、技術を向上させる能力 / 金銭管理と財産の配分 / 他の実用的スキルの適用 / 通勤・仕事の準備・工作中的の自己管理 / 仕事仲間との対人関係)

る方法が採用され、我が国では現在でも一般的に行われているIQ値をもとにした軽度、中等度、重度、最重度といったような一義的な分類は破棄されている。

AAMRの新定義提唱を受け、翌1993年に世界保健機構（World Health Organization；WHO）より発表されたICD-10（The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders）と、1994年アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association；APA）によるDSM-IV（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition）の中での精神遅滞定義も、基本的概念ではAAMRに追従する形を取っている（表5-8、5-9）。しかし、ICD-10では「精神遅滞の原因および結果についての包括的な評価を下すには、個人・臨床・社会に関する様々な情報を判断するための、特別にデザインされた多軸システムが必要で、現在、そのようなシステムのひとつを準備中である」とし、現段階では具体性に乏しい。DSM-IVでも、医学的診断のためのマニュアルという性格が強く、福祉や教育等でのサポートまで考慮に入れたものとはなっていない。その点、AAMRの新定義策定には、医療、教育、福祉をはじめ多領域の関係者が係わっており、今後も汎用性のある定義として広く受け入れられていく可能性がある。

表5-7 必要とするサポートの程度別分類（AAMR, 1992）

---

Intermittent

必要に応じて短期的にサポートが必要。その強さは状況において異なる。

（例：病気、失業）

Limited

必要な期間継続したサポートが必要。

（例：職業訓練、放課後から父母帰宅までの支援）

Extensive

特定の状況下において、常に長期的なサポートが必要。

（例：ホームヘルプサービス）

Pervasive

いかなる状況下でも、常に密度の濃いサポートが必要。

---

（一部抜粋して作成）

表5-8 DSM-IV（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition）による精神遅滞定義（American Psychiatric Association, 1994）

- 
- 明らかに平均より低い全般的知的機能（基準A）
  - 少なくとも2つの技能領域に適応機能（スキル）の明らかな制限(制約)を伴う（基準B）
  - 発症は18歳以前（基準C）
- 

（3要件のみ抜粋）

表5-9 ICD-10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders)  
による精神遅滞定義 (World Health Organization, 1993)

「国際的に活用できる詳細な臨床的診断基準を定めることは不可能である。なぜなら、精神遅滞を更生する2つの要素、すなわち認知能力の低さと社会適応の弱さの両者が顕在化してくるにあたって、社会のおよび文化的な影響を明らかに受けるからである。ここでは、最も使用に適した評価方法について、全般的なガイドラインを示すにとどめる。」

【認知能力のレベル】

対象者の属する文化での標準および期待値を基にして、知能指数(IQ)または精神年齢を的確に評価するために、下記に示された区分に沿いながら、各自で判断を下さねばならない。

精神遅滞	IQ 範囲	精神年齢
軽度	50-69	9-12歳未満
中等度	35-49	6-9歳未満
重度	20-34	3-6歳未満
最重度	-19	3歳以下

【社会適応のレベル】

欧米社会圏ではたいてい、適切と判断されれば Vineland 社会成熟尺度の使用が勧められている。他の文化圏においては、その改訂版ないしはそれに匹敵するような尺度が開発される必要がある。

【コメント】

精神遅滞の原因および結果についての包括的な評価を下すには、個人・臨床・社会に関する様々な情報を判断するための、特別にデザインされた多軸システムが必要となる。現在、そのようなシステムのひとつを準備中である。

(一部抜粋して作成)

### 付録3 「精神薄弱」と「知的ボーダー」の用語問題

「精神薄弱」という用語は、元来医学用語(ドイツ語)の "Schwachsinn" の訳語であり、これに相当する英語は "Mental deficiency" である。しかし、欧米圏では障害観をめぐる歴史的な背景もあって、現在では "Mental retardation" (和訳では「精神遅滞」)を採用している。我が国で未だに「精神薄弱」という用語を用いているのは、当時制定された法律が改正されずに現在に至っていることにはかならない。差別、人権問題に関し、用語の改正を求める声は1983年の日本精神薄弱者福祉連盟の検討委員会をはじめ、障害者団体や関係者を中心に年々大きくなり、1993年の同連盟傘下4団体によるシンポジウムでは、『疾患名としては「精神遅滞」を用い、障害区分としては「知的障害」に位置づける』

と提案された。そして、1995年に厚生省心身障害研究班で、『「精神薄弱」に替わる用語として「知的発達障害」、簡素化して「知的障害」と呼称する』と結論づけられた。しかし、法律改正には長い時間を要するため、1997年8月現在、「精神薄弱」が正式な法律用語となっている。

以上見ても分かるように、用語問題は非常に多次元にわたる複雑な問題を含んでいる。もし、「知的ボーダー」という用語の一般化を考えるのであれば、概念・定義・支援策から法的な問題も含めて、今後長期間にわたり慎重な議論を展開する必要がある。

## 引用文献

- American Association on Mental Retardation : Mental Retardation ; Definition, Classification, and Systems of Supports, 9th edition. American Association on Mental Retardation, 1992.
- American Psychiatric Association : Diagnostics and statistical manual of mental disorders, 4th edition. American Psychiatric Association, 1994.
- 高橋智 : 知的障害と学校教育. 障害児教育の現状・課題・将来 (藤本文朗・小川克正編). 培風館, 1996.
- U. S. Department of Labor : The revised handbook for analyzing jobs, JIST Works Inc., 1991.
- World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, World Health Organization, 1993.

## 参考文献

- 伊藤欣二 : 障害者雇用の制度と実務. 雇用問題研究会, 1993.
- 文部省 : 文部統計要覧. 文部省, 1997.
- 齊藤義夫編 : 知能障害の教育と福祉. 図書文化, 1978.
- 清水貞夫 : AAMR による最新の精神遅滞定義. 愛護, 433, 1993.
- 障害児教育実践体系刊行委員会 : 障害児教育実践体系別巻. 労働旬報社, 1985.
- 寺田晃監修 : 障害児の心理. 中央法規, 1993.

## 第6節 精神障害周辺等

精神医学の診断と分類の基準を示した「DSM-Ⅲ-R」（米国精神医学会編集）によると、さまざまな精神障害を、「幼児、小児期、青年期に発症する障害」「器質性精神症候群および器質性精神障害」「精神活性物質常用障害」「精神分裂病」「妄想性（偏執性）障害」「他に分類されない精神病性障害」「気分障害」「不安障害（不安・恐怖神経症）」「身体表現性障害」「解離性障害（ヒステリー神経症解離型）」「性障害」「睡眠障害」「虚偽性障害」「その他の衝動制御の障害」「適応障害」「人格障害」などに分類する。表題にある「精神障害周辺に含まれる障害」には、こうした広範な障害や症状が含まれており、このいずれかの障害を特定している訳ではない。また、医療機関から送付される書類では、社会復帰に向けた支援を求めるとともに社会的な偏見等に対する配慮をすることもあって、必ずしも厳密な診断基準に沿った診断名が付けられている訳ではない。

したがって、この節では、それぞれの障害についての症状の解説をするのではなくて、地域センターから回答された事例調査の結果を集約するに留めることとする。これは、職業リハビリテーションの活動をすすめて行くうえで重要なことは、こうした医学的な診断名を契機として、医療機関との緊密な情報交換を行うことであることを強調することでもある。診断名の中に隠された機能的あるいは行動的な特徴は何かについて、広範に医療機関から情報を得ることが必要であり、それが、職業リハビリテーション計画の策定の際に前提となる重要な情報であろう。

### 6. 1 何らかの精神病・同周辺層

地域センターに来所した対象者のうちで、医学診断書に「ヒステリー性反応」「神経症」「精神衰弱」と記載された障害種類についてまとめた。基本的には、社会的機能をこなす能力を持ちながらも、主に、心理的で主観的な症状のために社会適応に障害が生じる。不安、抑うつ、強迫、解離などの症状を呈する。

#### 1. 障害の特徴

##### 事例1 ヒステリー性反応とされた事例

主観的で思い込みが強く、現実認識に欠け、自分の考えに固執する傾向がある。話しぶりは正常でいいのだが、対人関係での不安は強く、初対面の人に強い緊張感を持ち、不信感を持った相手との関係修復は困難。指導に対して攻撃的で興奮しやすく、また、周囲からの期待が圧力となって病態を悪化することもある。

### 事例2 神経症とされた事例

ささいなことで不安や焦燥感あるいは不眠に陥り、集中力や根気に欠ける傾向がある。また、常に様々な身体症状を訴える。集団での適切な対人態度の保持が難しい。自尊感情が強く、実際以上に高い自己評価をするため、現実的な選択を困難にしその結果も受け入れない。他者への攻撃と依存性が表裏一体の関係となっており、緊密な関係を持つ者にはこの双方が表出される。こうした人間関係形成の方法の未熟さがストレスの要因となっている。

### 事例3 精神衰弱とされた事例

軽度の不安や焦燥感があり、対人緊張が強い。ストレスの管理が困難であり、そうした状況になると腹痛等の身体症状を訴える。筋道をたてて物考えることは苦手。

## 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

### 事例1 ヒステリー性反応とされた事例

自分の障害を認めず、自己顕示欲と自尊の構えが強い。そのため、自己中心的な行動で周囲との意志疎通が欠如し、職場での人間関係でトラブルをおこしやすい。作業能力の自己評価が過大であり、仕事の不出来の原因を他者に求め、アドバイスに拒否的な傾向を示す。判断や思考を要する作業では失敗が多い。

### 事例2 神経症とされた事例

服薬の管理を含めた生活のコントロールや、就業意欲を持続させることが困難である。基礎的な日常生活能力や対人態度が確立されていない。自己評価の高さは自己理解や自己受容の不十分さと相乗して、現実的な判断や選択を困難にさせ、自分の言動や判断の結果に対して責任を回避しがちである。日常的な事柄を原因として不安傾向が高まりやすく、対処できる範囲を越えると身体的な症状が発現して、病気を理由に活動を中断したり責任回避を図ることがある。対人関係を適切に保つことができず、作業の遂行で周囲の状況に応じた対応ができない。嫌いな仕事や難しい仕事では意欲的に取り組めず、指示通りの作業が行えない。

### 事例3 精神衰弱とされた事例

身体動作が遅くて作業能率が低い。また、社会生活技術が未熟な傾向にある。指示されたことの把握が十分できず、細部への目配りも行き届かないで雑な作業をする。巧緻な作業では緊張感が高まり、他者との比較を気にする。

### 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

#### 事例1 ヒステリー性反応とされた事例

精神保健面での治療、カウンセリングの継続。規則的な日常生活の確立、労働に対する理解。長期にわたるサポート体制確立。職場における人的支援。職域開発援助事業や短時間勤務を含めた、助成金制度の適用。就労している障害者の自助グループと情報や意見を交換する機会を設ける。主治医や保健婦と連携して医療機関からの社会生活や職業生活上の援助も得られるようにする。場合によっては、知的に低下している場合と同じ指導が望ましい。

#### 事例2 神経症とされた事例

不定期の出勤でも受容される職場の確保。同一職場で個別的に生活相談や指導を受けられる人的体制。基礎的な日常生活能力の介助が必要。医療的なケアを続けながら、長期的な評価期間を設け、基礎体力や労働耐性、集団適応の状況など、多側面にわたる評価を基に、将来設計をしていくことが望ましい。職業準備訓練の利用も有効と考えられる。基本的なカウンセリング関係を形成しつつ、家庭や医療関係者との統一的な見解に基づいた同一步調での指導と、そのための専門家どうしの役割分担が必要。また、試行錯誤を行えるような職業準備訓練期間の設定が必要。

#### 事例3 精神衰弱とされた事例

勤務時間を固定しないで自由に設定できたり、穏やかな人間関係を保てるような職場に配置すること。作業能率の低さを補填するための所得保障。就労前では職業生活のリズムを確立したり、能力の自己評価のできるような指導をする。就労当初は助成金などの援助制度を適用するとともに、試行錯誤の許容される場を設ける。就労中は職業生活全般についての相談を行う継続的な支援機関を設ける。

## 6. 2 アルコール、薬物等物質関連障害

地域センターに来所した対象者のうちで、医学診断書に「アルコール中毒」「アルコール依存症」「神経症」「薬物中毒」と記載された障害種類についてまとめた。アルコールや薬物等の化学物質に対する身体的に過度の嗜好を断ち切って、あらたな生活習慣の獲得が課題となる。

### 1. 障害の特徴

長期の過度の飲酒や有機溶剤の吸引による、幻覚や妄想などの中毒症状。痙攣発作やてんかん発作を伴うこともあるが服薬でコントロールできる。酒を飲みすぎず服薬も行う限りは、日常生活や社会生活

上の問題はほとんどない。行動は消極的で動作が緩慢。

## 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

飲酒の統制や服薬の管理ができていない。理解力に問題があり、作業手順の説明と理解に時間を要する。全般的に動作が緩慢で作業能率も低い。自分の置かれた状況や将来に対して現実的に検討できない。非社会的な生活が長期に及んだことで、社会生活上の常識や働く意欲が足りない。退院後の生活を支援する人がいない。飲酒の習慣の再発とこれに伴う抑うつ感・不眠などによって、仕事への支障をきたして職場定着が困難になってしまう。

## 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

職業能力そのものは、指示理解があれば学習して向上する。体力や気力を継続的に維持するための支援が必要。人的援助を得ながらの長期的な改善を図ることが必要。その一つの方法として、通院患者リハビリテーション事業から職域開発援助事業を継続することなどが考えられる。さらに、特定求職者雇用開発助成金の制度を活用して事業主の負担を軽減することが望ましい。障害者の仲間と情報交換できる場を設けたり、家族に対する援助や助言のできる体制が必要である。また、本人や保護者が障害を受容して必要な援助を求める態勢になること。職場定着指導では、特に最初の時期に生活リズムと職場の理解を得ること。

## 第7節 その他

### 7.1 小人症・巨人症

#### 1. 障害の特徴

身体障害の肢体不自由には、体の一部の欠損と機能障害の場合が想定されてきた。小人症や巨人症はこれに含まれないが、身体的な特徴が一般の人々の標準から著しく外れているために、一般的な規格に基づいて構成されている社会環境に対する適応が困難となっている。また、単に外見上のイメージから差別的な扱いを受けることもあり、障害構造論的には、機能障害から能力低下が起こるだけでなく、機能障害から直接社会的不利につながることによる障害も大きいという特徴がある（図7-1）。

小人症や巨人症は、難病の一つである間脳下垂体機能障害の結果、成長期に成長ホルモンの分泌異常により起こることが多い。また、先天性の染色体異常の結果、巨人症が起こったり、先天性の胎児性軟骨形成異常症により小人症が起こることもある。近年、間脳下垂体機能障害の場合、成長期の成長ホルモンのコントロールにより、小人症や巨人症の予防も可能となっている。

先天性の染色体異常では、精神的な障害の合併の可能性もある。また、間脳下垂体機能障害は難病の一つであり、難病としての特徴を有している。

#### 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

全ての社会環境での規格から外れていることから、そのままでは使用できない器具や施設が多い。職業生活でも同様である。現状では、これらの職場環境の改善に対して社会的な支援を受けられないため、障害者などが助成金や雇用政策上の優遇を受けていることに比して不利な立場にある。一部、知的障害を合併するような小人症や巨人症では、知的障害の判定を受けて、雇用対策上の援護措置を活用している例もあるが、本来の助成の意義からはずれており、問題である。一般的には知的障害を合併するとは

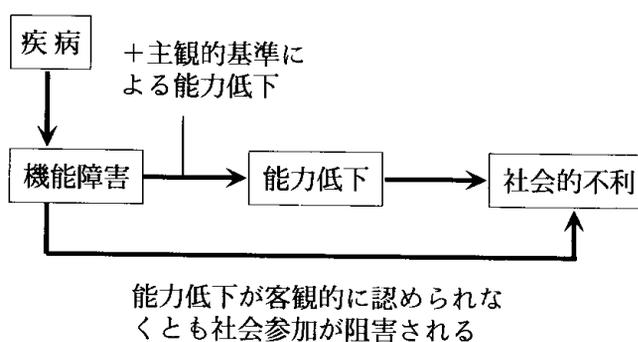


図7-1 「その他」の障害構造

小人症、巨人症、外形奇形、やけど痕などは、客観的な能力低下以外に、主観的な判断によって社会参加が阻害される比重が大きいという特徴がある。

限らないため、小人症に対する社会的援助が得られない場合が多い。

また、外見上から、求職時に接客業等の対人接触の多い職種について差別的な対応を受けることが予想され、一般求職者と比較して不利な場合が多い。また、同僚や上司からの差別的対応により人間関係が困難になったり、あるいは、外部との対人関係業務で不利になる可能性もある。また、これらにより、性格が消極的になる可能性もあり問題点としてあげられる。

間脳下垂体機能障害の場合には、疾病管理の観点からの就労の制限がある場合がある。

### 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

#### (1) 規格外の器具や施設の設置が必要な場合への経済的・情動的支援

小人症や巨人症の主要な職業的困難性は職場環境のサイズの規格が適合しないことにある。これに対しては、インターフェイス部分の小型化や大型化によって使用可能となる機器が大部分である。また、机や椅子などもサイズを変えることによって使用可能となる。従来障害者のための職場環境改善に対する助成制度と同じ原則で、小人症や巨人症のための職場環境改善に対しても経済的、及び情報面での支援を社会的に行っていくことが必要である。

#### (2) 職場での人間関係での配慮

障害者雇用において一般的に重要なこととして、レクリエーション、ミーティング、懇親会、クラブ活動などとおしたコミュニケーションの円滑化の配慮が、社会的不利による障害をなくすために特に重要である。

#### (3) 社会的差別への対策

小人症や巨人症の人が、接客業などに就く上で、外見上のイメージを理由にして就職を拒否されるような職業的困難は、主に社会的な差別意識が原因である。これに対しては、差別禁止法のような法的な整備や、教育、社会的唱道の強化などの対策が必要である。

## 4. 事例

### 事例1 下垂体機能障害による小人症に軽度知的障害が合併

小脳手術（5歳時）の後遺症による下垂体機能障害である。身長138cm、体重25kgで、外見からは年齢相応に見えない。体力がなく、疲れ易く、主治医からは日常生活上であまり無理をさせてはいけないと指示を受けている。また、単純な計算でミスするなど知的な遅れが認められる。作業遂行能力は健

常者標準の6割程度である。障害者職業センターでの評価後、療育手帳を取得した。体力不足と持久力のなさから、短時間労働という条件下でも毎日続けるの勤務は難しいと評価され、手帳取得後は精神薄弱者授産施設に通所し現在に至る。

## 事例2 骨幹端異形感症による小人症に知的障害が合併

身長107cm、体重33kgと極端に小柄な体格。握力右15kg、左13kgと標準値より著しく低い。体力が弱いことから持続力がない。また、知能指数は50（田中ビネー）であった。

一般的な作業環境では、作業台の高さ、機器操作等で適切な高さに達しない。荷物の出し入れ等では高さが限定される。このようなことから、作業環境の改善が検討された。また、知的レベルがやや低いため、雇用対策上の援護措置を受けるため、精神薄弱の判定を指導した。また、8時間勤務に耐えうるための体力向上の課題がある。自家用車運転ができないため、移動が徒歩及び公共交通機関に限定される。本人の希望はOA機器操作等であるが、能力的に困難なため、就職相談を強化している。

## 7. 2 外貌奇形・やけど痕等

### 1. 障害の特徴

外貌奇形・やけど痕等の障害の特徴は、疾病や傷害による機能障害が、能力低下を起こしている場合だけでなく、能力低下をおこしていなくても、社会参加に対する不利を引き起こすことにある。このような範疇には、障害者認定基準に適合していることを理由に、職業上は全く支障を来さないにも関わらず、退職に追い込まれるような場合も含まれる。

このように障害の本質が障害構造の「社会的不利」のレベルにある場合、障害の定義が主観に依存するという問題がある。例えば、顔面のやけど痕がある場合に、対人関係能力における能力低下があるとする見解は主観的であり、本質的には偏見に基づいている。社会参加における差別をなくすという大原則がなければ、これらを障害者と認定することは逆差別につながる危険性があるので注意が必要である。

### 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

外貌奇形ややけどの後遺症によって身体機能の障害が起こっている場合には、その能力低下の程度に応じて、身体障害者と同様な職業的な困難性を有すると考えられる。

一方、能力低下の有無に関わらず、外見上から、求職時に接客業等の対人接触の多い職種について差別的な対応を受けることが予想され、一般求職者と比較して不利な場合が多い。また、同僚や上司から

の差別的対応により人間関係が困難になったり、あるいは、外部との対人関係業務で不利になる可能性もある。また、これらにより、性格が消極的になる可能性もあり問題点としてあげられる。

### 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

#### (1) 社会的差別への対策

外貌奇形・やけど痕等の人が、接客業などに就く上で、外見上のイメージを理由にして就職を拒否されるような職業的困難は、主に社会的な差別意識が原因である。障害者認定基準に合致し、助成などの援護を受けられたとしても、必ずしもこのような社会的不利を取り除くことはできない。これに対しては、差別禁止法のような法的な整備や、教育、社会的唱道の強化などの対策が必要である。

#### (2) 職場での人間関係での配慮

障害者雇用において一般的に重要なこととして、レクリエーション、ミーティング、懇親会、クラブ活動などをおとしたコミュニケーションの円滑化の配慮が、社会的不利による障害をなくすために特に重要である。

#### (3) 美容整形、装飾用器具使用への援助

これらの障害の特徴は、外見上の異常が直接に社会参加への障害となることにある。したがって、現存する医療技術で可能であれば、外見上の異常を整形あるいは、装飾用の器具を使用することは、直接に障害の軽減につながるため、経済的及び情報面での支援を積極的に行うことが適切である。

## 4. 事例

### 事例1 アトピー性皮膚炎による外貌奇形

頭髪、眉毛等の脱毛が著しく、かつらを使用したことがある（現在は着用していない）。外見上の容貌から疎外感、劣等感を生じ、家庭での閉じこもり、消極性といった状況を作り出した一面があると思われる。仕事を含め、何かをしなければいけないといった一定の意識はあるものの、実際の行動には移れないことが現状の課題となっている。当事例は、相談機関で心理的なカウンセリングを継続中に、職業的なアドバイスを求め一度だけ地域センターで相談を受けた。まず、心理面からのアプローチが継続して必要とされる事例であるとカウンセラーは評価している。

## 7.3 その他の行動上の問題

地域センターに来所した対象者のうちで、医学診断書に「場面緘黙」「対人不適応」「不登校・登校拒否」と記載された障害種類についてまとめた。多彩な症状と情緒の不安定さが主な症状となって、社会生活への不適応を生じる。

### 1. 障害の特徴

#### 事例1 場面緘黙とされた事例

家では普通だが、対外的な場面になると話ができないか、必要最小限のことを聞き取れない程の小さな声で話す。作業能率は普通だが、言語や動作による意志表示はなく、表情の変化もほとんどない。指示されれば作業に取り組むが、個々の動作をおこすのに多様な促しが必要である。指示理解も低い。社会生活能力の体験が不足。知的遅れも考えられる。

#### 事例2 対人不適応とされた事例

いじめなどが原因で不登校となり、呼吸困難から手足のしびれや意識消失をきたす過換気症候群に陥ることもある。内向的な性格で、自発的に集団参加ができず、職場内で孤立してしまい人間関係を悪化させてしまう。

#### 事例3 不登校・登校拒否

家庭内で引きこもりを起こす。意欲や自発性には成熟を要する。コミュニケーションがとれず、特に同年代の者とは難しい。持続力がなく途中で投げ出してしまうことがある。環境に慣れるまで時間がかかる。ストレス状況下での耐性が弱く、下痢や腹痛などの身体的症状をおこす。対人関係の維持が苦手。自発的な発言は少なく人前で喋るのは苦手。本人は障害受容に拒否的。生活リズムが逆転している。意志表示がほとんどなくて動作にメリハリがない。

### 2. 職業につく（あるいは定着する）上で出会う困難な点、問題点

#### 事例1 場面緘黙とされた事例

作業を遂行する上での意思疎通ができず、そうした状況に直面すると安易に出勤を拒否して定着できない。特に初めての所や慣れない所ではこの傾向が強い。指示をどこまで理解したかは身振り等で確認することもあるが、それも限界がある。会話がないために職場で孤立しがちである。

#### 事例2 対人不適応とされた事例

新しい対人関係を結ぶことに強い不安感がある。一般的な社会常識や最低限の意思表示が身につけて

いない。内気で消極的な性格で対人緊張が激しいため、言語による反応が乏しく、取り掛かりは全般的に遅く、指示されないと行動できず、動作も緩慢である。特に、新しい場面や作業への適応が遅くて、消極的な姿勢である。一定の時間をかけないと、自己の能力を発揮できない。

### 事例3 不登校・登校拒否

精神的な耐性が不足しており、困難なことに突き当たると容易に逃避する。人間関係の構築が難しいため、周囲の環境に慣れるまで相当の時間を費やす。キーパーソンが職場にいないと定着は難しい。就業意欲が低く、基本的な労働習慣が保持されていない。少しくついたり困難にぶつかるとくじけてしまう。職業知識がなく労働習慣の面でも不足が大きい。特に仕事上のストレスに対する耐性が弱く、逃避的な行動で問題解決をはかる傾向がある。言語での意志表示が成立しにくく、集団参加は消極的で自分から関わる姿勢がなくて孤立しやすい。知的障害があることをふまえた指示・指導でないと対応が難しい。

## 3. 就職・定着促進のための配慮、支援策等

### 事例1 場面緘黙とされた事例

就労上は精神薄弱に準じた対応が必要なこともある。意志疎通の障害があっても、一定の作業遂行力とその他の社会生活能力があれば、事業所側の理解を得て就業は可能と思われる。職種を選択を適切に行い、作業中の指示確認や報告ができ、理解ある指導者の配慮があれば安定して作業遂行が可能であり、定着の見込みもある。専門医の相談や言語訓練などを受ければ治癒する可能性もあり、根気強い指導を事業所に理解を求める。

### 事例2 対人不適応とされた事例

短時間のパート就労等を行う。職場の人間関係に慣れるまで、職域開発援助事業による職場内での導入段階での手厚いケアから始めて適応を援助していく。長い目で企業に見てもらえるような援護施策を講じる。

### 事例3 不登校・登校拒否

一般的に、対人関係についての処理能力が弱く、労働習慣はもちろん日常生活習慣さえも確立されていない場合が多い。職業観の育成と基本的な労働習慣を獲得するため、職業準備訓練から職務試行法さらには職域開発援助事業等を継続させて、長期的な支援が必要である。そうした訓練期間や就業時間などを柔軟に設定できる助成制度があれば理解・協力を得やすい。また、作業場面以外の生活そのものに対する援助や心理的サポートも必要である。