

<総説>

知的障害の理解についての新しい方向性 (2) : アメリカ 知的発達障害学会の定義に基づいて

田巻義孝¹ 関西福祉科学大学教育学部
堀田千絵 関西福祉科学大学教育学部
宮地弘一郎 信州大学学術研究院教育学系
加藤美朗 関西福祉科学大学教育学部

キーワード：知的障害の定義の変遷，仮性精神遅滞，真性精神遅滞，責めを
犠牲者に負わせることからの脱却，インクルーシブ教育

1 仮性精神薄弱と真性精神薄弱の廃止，境界線級の失効

前稿（田巻ら，2018）に述べたノーマリゼーション，自立生活運動などの社会福祉の基本理念を必要に応じて参照し，これより，本稿の目的である知的障害概念の変遷について概観する。それでも，第7版定義において，境界線級の程度判定が失効し，仮性精神遅滞と真性精神遅滞という分類が廃止されたことは，ノーマリゼーションなどの社会福祉の基本理念との関連性に乏しいことを断っておきたい。端的にいえば，フェニルケトン尿症に対する早期発見と早期治療が実現したことの所産である。

1.1 第5版定義

まずは，アメリカ精神遅滞学会の精神薄弱に係る第5版定義を示す（Heber, 1959）。

精神薄弱は，平均以下の全般的知能機能であり，発達期中に始まり，(1)心身の発達，(2)学習，(3)社会適応の一つ以上の領域における障害を伴う。

この定義では精神遅滞と呼称されたが，発達期（発症時期）は16歳を上限とした。また，Doll（1941）の定義における「社会生活能力が欠如していること」を踏まえて，心身の発育，学習，社会適応の障害という概念が導入された。これらの障害は定義では命名されていないが，適応行動の障害である。次に，適応行動の定義を述べる（Heber, 1959）。

適応行動は，文化集団における本質的・社会的な課題に対応できる能力をいう。それには，基本的に，①働くことができ，自立できる程度，②文化集団から課せられている個人的自立と社会的責任を十分に達成できる程度という二つ側面がある。

経験的に，適応行動とIQの間に少なからず対応関係がみられるといわれている。たとえば，重度精神遅滞者は重度の適応行動を示すことが多い。すなわち，適応行動とIQの二つの概念には意味的な重複がある。しかし，適応行動は対人関係を含めて日常生活の出来事に対処する能力と捉えれば，“知能”は哲学や心理学で提唱された抽象概念（構成概

1 信州大学名誉教授

念)である。また、適応行動は個人の育った環境の生活習慣や風習に根づいている一方、“知能”は時間的・空間的な制約に乏しい。そうすれば、“知能”の能力障害と適応行動の障害を同等に重みづけて、精神遅滞を診断することに意義があるだろう。あるいは、当時の障害者の自立観は、日常生活動作の獲得と適正な就労による経済的自立にあったことと関係している可能性がある。端的に言えば、適応行動の定義の内、②項の「個人的自立」は日常生活動作の獲得、「社会的責任」は就労による経済的自立を指すことが考えられる。しかし、これらの解釈は適応行動の定義の①項の「働くことができ、自立できる程度」と重複する。適応行動概念の規定要因（個人的自立と社会的責任）は第8版定義まで採用されていることから（注. 第6版定義では未記述）、あえて重複する解釈を記した。なお、文化集団という用語は文化、規範や基準を構成員が共有している集団をいい、我が国社会に読み替えることができる。

「全般的知能機能」とは標準化された個別知能検査によって測定されたIQ（偏差知能指数：WISCの場合、原則的に全IQ）を指す。いわずもがなのことであるが、知能に関して学界のコンセンサスがないことを踏まえて、操作主義的定義として「知能とは、知能検査によって測定されたものであり、…… 実用的にはそれで十分である」（奥野, 1981）と定められている。すなわち、どのように知能を定義しても、標準化された個別知能検査によって測定された知能であるという保証がなく、この知能の理解（標準化された個別知能検査を用いて測定されたIQ）で臨床的には十分であるということであろう。

「平均以下の全般的知能機能」には、知能検査で測定されたIQが「mean - 1SD 以下」で「mean - 2SD 未満」の範囲にある場合も含む。この範囲のIQを示して、適応行動の障害を伴う子どもは境界線級 *borderline* と呼ばれ、仮性精神遅滞（仮性精神薄弱）として判定されることがある。一方、「mean - 2SD 以下」のIQを呈して、適応行動の障害を伴う子どもは真性精神遅滞と判定される。精神薄弱状態の恒久性（Doll, 1941, 1947）により、真性精神遅滞（真性精神薄弱）の概念は精神薄弱状態から脱却できないものをいった。

仮性精神遅滞は、潜在的な発達可能性を有するがゆえに、教育対応や生育環境の改善によって精神薄弱状態から脱却できる場合もあるとみなされた。この見解は、Doll (1947) の定義と矛盾する。E.A. Doll は、仮性精神薄弱の概念を認めていないように思われる。19世紀では、精神遅滞は白痴と呼ばれていた。19世紀半ばにH.B. Wilbur は、白痴者を疑似白痴者 *simulative idiocy*、軽度の白痴者、重度の白痴者、教育不能の白痴者の四群に分類した。疑似白痴者（発達が単に遅れているだけであり、“通常、人のもつ義務や楽しみ”を享受できる者：Trent, Jr., 1993）の概念が、その後に仮性精神薄弱と呼ばれるようになったことが考えられる。次に仮性精神遅滞の事例（武村ら, 1965）を述べるが、庶民の情報源はラジオや新聞に限られていた50年ほど前に行われた調査報告であることに誤解があってはならない。

その調査対象は、某小島（人口：約7,000人。児童数：994人）に居住する児童172人である。彼らの平均IQは87で、この内、IQ < 70の児童数は38人であった。対照群は、

知的障害の新しい理解

某市郊外の小学校・特殊学級（精神遅滞）に在籍する児童 50 人である。調査対象の児童にみられた精神面の特徴として、抽象性の高い思考問題（例．反対類推，事物の差違，文の記憶，話の不合理，共通性）で誤答しやすいことが報告された。たとえば，4 歳級の反対類推，絵の選択，数字の復唱を間違えることがあった。それでも，11 歳児の全員は正解できた。また，低学年の児童は，学習経験を要する問題（例．数概念，13 個の小石の計算，曜日の名称，文の構成）で誤答しやすいことが報告された。しかし，高学年児の正解率は急速に上昇した。身体面の特徴に，短躯広胸，短くて太い指，体力と協調運動の低下があった。これらの調査結果は，社会・経済・生物学的な面での制約 deprivation を示しているが，単なる環境剥奪と結論づけることはできないと総括された。また，調査対象の児童は環境が要求している特性を発達させていると判断された。いいかえれば，土地柄による制約を受けていることに社会・文化的環境や栄養条件が錯綜して，精神発達と身体発達の遅れが惹起されるようになると考察された（武村ら，1965）。要するに，50 年ほど前の我が国の経済・社会的条件のもとで，小島に居住する児童の一部に仮性精神遅滞（境界線級）とみなされる子どもがいたことが考えられる。

また，時代と直結した事象がある。それは，第二次世界大戦の戦火により，孤児になった乳幼児が孤児院で養育されたことである。孤児院では，原則として，周囲の大人からの働きかけが乏しいことに加えて，乳幼児数に比して養育者数が少なく，シフト勤務や有給休暇によって養育者が頻繁に交代し，相当数の養育者が一人の乳幼児の世話を少しずつ担当するという状況にある。このような劣悪な生育環境は，子どもの精神運動発達や身体発育に悪影響を及ぼす可能性がある（Spitz, 1945 ; Provence & Lipton, 1963 ; Dumaret, 1985）。換言すれば，適切な刺激と母親の存在が乳幼児の発達の遅れを予防すると思料された。この根拠の一つに，乳児院から普通の家庭にひきとられて養父母によって育てられれば，その子どもの発達の遅れがみられないようになったことがある。このような 1940～50 年代の世相が仮性精神薄弱（境界線級）という概念を必要としたことが考えられる。

現在では，低文化群の成因の一つに劣悪な生育環境があるが（WHO, 1985），ホスピタリズムと里親養育は，生みの親ないし里親家族の虐待を伴うことがあり，生みの親の社会的問題や精神疾患によって子どもが必然的に分離と喪失を経験していることから，精神面の長期的な予後に関して楽観的な状況にないことが報告されている（Benedict et al., 1996）。

1.2 第 6 版定義

第 6 版定義（Heber, Ed., 1961）で精神薄弱の用語は精神遅滞に変更された。また，第 5 版定義に僅かな変更が加えられた。次に，第 6 版定義を述べる。

精神遅滞は，平均以下の全般的知能機能であり，発達期に起こり，適応行動の障害を伴う

第 5 版では精神遅滞の状態が「発達期に始まる」と定められたので，精神遅滞をもって生まれたことは含まないと解釈される可能性があった。第 6 版では「発達期に起こる」に変更された。また，適応行動の定義は次のように改訂された（Heber, Ed., 1961）。

適応行動は、文化集団における本質的・社会的課題に対応できる能力をいう。適応行動の障害は、心身の発達、学業、集団適応に反映される。これらの三つの側面は、精神遅滞状態の評価の際に、年齢層ごとに異なって重みづけられる。

これに伴って、アメリカ精神薄弱学会は1969年に適応行動の障害を測定するための評価表（AAMD 適応行動尺度）を作成して、1975年に改訂した。なお、この適応行動の定義では、個人的自立と社会的役割の文言を欠いていることは前述した。

1.3 フェニルケトン尿症の診断と治療、新生児集団スクリーニング

ここで、先天代謝異常症を代表するフェニルケトン尿症の診断と治療、新生児集団スクリーニングについて述べる。これは、第7版定義における仮性精神遅滞（仮性精神薄弱）と真性精神遅滞（真性精神薄弱）という分類の廃止と密接に関わっている。

1934年にフェニルケトン尿症が発見され、フェニルアラニン水酸化酵素の欠損によるアミノ酸代謝異常症であることが判明した（大浦, 1976）。未治療のフェニルケトン尿症は、精神薄弱（最重度）、性格変化、てんかん、色素過敏、特有な体臭、代償性の交感神経緊張亢進などを示す。1952年に Bickel et al. (1953) が治療を試みた。すなわち、「既に白痴となり、言葉がなく立位も歩行もできずに、食事に興味を示さず周囲にも無関心で、うなったり泣いたり、周囲の物に頭を打ちついたりしている」2歳の女兒に、低フェニルアラニン食を与えれば、瞳が輝き毛髪が黒くなって頭をぶつける自傷行為も消えたことが報告された。したがって、この疾患の治療法はフェニルアラニンの摂取制限であることが判明したが、治療の開始時期が課題となった。なお、付記すべきことがある。それは、フェニルアラニンの摂取制限によってチロシンが欠乏し、浮腫、貧血、成長障害などの症状を示すことが報告されたことである（Holt, 1963 ; Rouse, 1966 ; Castells & Brandt, 1968）。このため、現在ではフェニルアラニンの摂取制限にチロシンが補充されている。また、フェニルアラニンは一般的な食事のタンパク質総重量の約4~6%を占める。

治療の開始時期の問題は、Bickel & Kaiser-Grubel (1971) の研究が参考になる。すなわち、低フェニルアラニン食による治療をいつ開始してもほぼ同じ程度IQは上昇するが、生後3ヵ月以降に治療を行っても正常なIQは望めない。生後2週間以内の食事療法の開始が予後の決定因であることは確認されている（Netley et al., 1984 ; Smith et al., 1990 ; Azen et al., 1991）。換言すれば、治療開始時期が遅れて知能荒廃が起こってしまえば、脳機能の回復は期待できない。これは、早期診断が重要なポイントであることを示す。

1956年のアメリカ・カリフォルニア州保健センターで、尿でぬれたオムツに滴下された塩化第二鉄が（排泄された）フェニルピルビン酸と反応して、青緑色に発色することで診断できることが明らかにされた。これが、イギリスで塩化第二鉄を含む試験紙法に、アメリカ・オハイオ州で濾紙に尿を含ませるという濾紙法に発展した（成瀬, 1989 ; 他）。その濾紙法が、1965年頃に我が国に導入されて東京都の60万人余の乳児に適用された。しかし、1人の患者しか発見できなかった。これは、偽陰性（患者の発見もれ）があることを示す。偽陰性の理由に、フェニルピルビン酸排泄が患児の生後5ヵ月頃と遅れること、

知的障害の新しい理解

尿中のフェニルピルビン酸は構造的に不安定であることなどがある。

1961年に R. Guthrie が細菌増殖阻止法（ガスリ法）を開発した。ガスリ法は測定対象のアミノ酸の拮抗阻害薬を含む培地を用いるが、そのアミノ酸を細菌は利用できないので生育できない。一方、患者の血液を含む濾紙をその培地に上に置けば、濾紙血中のアミノ酸は拮抗阻害薬の阻害作用を凌駕することから、アミノ酸の含量に応じて細菌は生育する。ガスリ法は微量（2 μ l）の血液があれば対象のアミノ酸を測定でき、信頼性が高く操作も比較的簡単で、1人の熟練した技師が多数の検体を処理することができる。また濾紙に採血したあと、空中で自然に乾かした乾燥血液の状態にすれば血中の多くの物質は分解されないし、検査施設に濾紙血を郵送できるというスクリーニング検査法としての長所もある（Guthrie & Susi, 1963；他）。このため、現在ではスクリーニングに適した検査法として各国で採用されている。

我が国での濾紙血を用いた新生児スクリーニングは、アメリカより数年遅れて1966年に国立精神衛生研究所（現・国立精神・保健センター精神衛生研究所）で開始された。またフェニルケトン尿症に加えて、楓糖尿症、ヒスチジン血症、ホモシスチン尿症、ガラクトース血症も濾紙血によって診断できるようになったことから、1971年から同研究所のマルチ・新生児スクリーニングへと発展し、1972年から愛知県で地域集団スクリーニングが行われた。これらの実績から、1977年に尿による乳児スクリーニング（フェニルケトン尿症）の廃止と濾紙血による新生児集団スクリーニングの実施が閣議決定され、同年10月から「先天性代謝異常検査等の実施について」（1977年7月12日厚生省児発第441号，児童家庭局長通知）に基づいて全国規模で実施された。その際、新生児集団スクリーニングの受診を親（親権者）は辞退できるだけでなく、我が子が障害をもつことが判明したとしても、新生児集団スクリーニングを辞退したことで親が非難・中傷されないこと、処罰されないことが原則である。また実施の条件に、早期発見・早期治療の方法が確立していること、費用対効果が認められることなどがある。

その後の新生児集団スクリーニングの実施状況として、ヒスチジン血中濃度と知能予後の間に有意な相関関係が認められないことから、早期治療の必要はないと考えられて（星野, 1991；荒島, 1993）、1992年にヒスチジン血症が除外された一方、1979年にクレチン症（先天性甲状腺機能低下症）、1989年に21-水酸化酵素欠損症（先天性副腎過形成症）が追加された。クレチン症、21-水酸化酵素欠損症に関する解説は、生化学などの専門書に委ねる。

1.4 第7版定義

次に、アメリカ精神薄弱学会の精神遅滞に係る第7版定義を示す（Grossman, Ed., 1973）。

精神遅滞とは、全般的知能機能が明らかに平均よりも低く、同時に適応行動における障害を伴う状態で、それが発達期にあらわれるものをいう。

第一に、IQの低下の評価にあたって「明らかに」という用語が使用された。この用語は、慣習的に「有意な」という統計学用語に読み替えることができる。すなわち、知能検

査によって測定されたIQが「mean - 2SD以下」であることが定められた。この結果、境界線級の程度判定は失効した。“戦後”は終わったのであろう。

表1に、第7版における精神遅滞の程度分類（軽度、中度、重度、最重度）を示した。総称としての白痴から精神薄弱 feble-mindedness に用語変更された頃、精神薄弱（広義）は境界線級を含み、魯鈍（別名・軽愚）、痴愚、白痴の三つに区分されていた。その後、白痴 idiot（語源はギリシャ語の「孤立した人間」：Trent, Jr., 1993）は廃語となり、mental deficiency の英語表記が定着するようになった1940年代に、教育可能、訓練可能、治療を要する、生命維持介護という程度分類に改訂された。実は、第5版定義でも第6版定義でも、程度分類は軽度、中度、重度、最重度であったことを断っておきたい。

第二に、境界線級が失効したことは仮性精神遅滞概念の根拠がなくなったことを意味する。また前述したように、フェニルケトン尿症の場合、放置すれば精神遅滞をひき起こすが、早期発見（新生児集団スクリーニング）と早期治療（食事療法）が可能になり、その患者の正常な発達が期待できるようになった。これにより、精神薄弱状態の恒常性（Doll, 1941, 1947）が否定され、精神遅滞を仮性精神遅滞（仮性精神薄弱）と真性精神遅滞（真性精神薄弱）に二分する根拠が消失した。すなわち、仮性精神遅滞と真性精神遅滞という分類は廃止された。

第三に、精神遅滞の発病と発達期との関係は発達期に「あらわれる」ことに改められて、発達期の上限は16歳から18歳に引き上げられた。

第四に、適応行動の定義が改訂された。

次に、改訂された適応行動の定義を述べる（Grossman, Ed., 1973）。これまでの定義に比して、適応行動の障害はより明確になった。

適応行動は、子どもの年齢に応じて、またその子どもが属している文化集団において期待されている個人的自立と社会的責任の基準に適応する能力ないし程度として定義される。これらの期待はそれぞれの年齢集団で異なるので、適応行動の障害も年齢に応じてさまざまな様態を示すことになる。年齢層ごとに、これらの障害はおおよそ次のような諸領域においてあらわれるだろう。

乳幼児期では、感覚-運動技能の発達、意思の伝達技能（話し言葉と言語を含む）、身辺自立技能、社会性（他人とかかわる能力の発達）などである。

表1. 精神遅滞（精神薄弱）の下位分類・程度分類に関する呼称一覧

(第7版定義)		IQによる分類基準		(過去の理解)	
		IQ	IQ	境界線級	仮性精神遅滞
精神遅滞	軽度	- 1SD 以下 ~ - 2SD 未満	魯鈍 (軽愚)	教育可能	真性精神遅滞
	中度	- 2SD 以下 ~ - 3SD 未満	痴愚	訓練可能	
	重度	- 3SD 以下 ~ - 4SD 未満		介助を要する	
	最重度	- 4SD 以下 ~ - 5SD 未満	白痴	生命維持介護	
		- 5SD 以下			

知的障害の新しい理解

児童期と青年前期では、日常生活の活動における基礎的な学業技能の応用、環境統制における的確な推理と判断の応用、社会的技能（集団活動への参加と対人関係の調整）などである。

青年後期と成人期では、職業的及び社会的な責任とその遂行などである。

1.5 第8版定義

次に、アメリカ精神薄弱学会の精神遅滞に係る第8版定義を示す（Grossman, Ed., 1983）。

精神遅滞は、全般的知能機能が有意に平均よりも低く、それと関連してあらわれる適応行動の障害を伴う。また、精神遅滞は発達期から始まる。

また、適応行動の定義は次の通りである（Grossman, Ed., 1983）。

適応行動は、子どもの年齢に応じて、文化集団から期待されている心身の発達、学業、個人的自立と社会的責任の基準に適応する能力が有意に制約されていることをいう。

精神遅滞の診断に係るIQの制限は「mean - 2SD 以下」であることに変わりはないが、この上限（ $IQ \leq 70$ ）は目安であり、IQを75程度まで引きあげてもよいとされたことが主な改訂点である。この改訂は、IQの算出に伴う測定誤差（通常、 $\pm 3\sim 5$ 程度；一説では、 ± 9 程度）が考慮されたためであろう。

アメリカ精神薄弱学会の第8版定義との関係はないが、精神遅滞者の教育を巡って新しい動向がみられた。それは、1981年の国際障害者年に発表されたサンドバーク宣言などの影響を受けて、精神遅滞の程度分類に関して異なった基準が提唱されたことである。その基準は、 $IQ \leq 70$ に近い方を「より軽度」、測定不能のIQに近い方を「より重度」と定めて、IQに依拠した程度分類（軽度～最重度）を「教育可能」という基準に一体化するものである。これにより、主にIQの程度に応じて就学免除・猶予の措置を講じたりすることが廃止され、全ての子どもに教育の機会均等を保障するという原則が明確になった。原則と述べたことは、重篤な疾患／症候群や稀な事故により、子どもが生命の危機に陥っていれば、就学猶予（就学免除を含む）の措置が考えられるためである。

2 精神遅滞の程度分類に係る分類基準の改訂

2.1 第9版定義—「責めを犠牲者に負わせる」ことからの脱却

既に述べたように、精神遅滞の第9版定義（AAMR, 1992）は自立生活運動と障害学の影響を受けている。また、アメリカ公法（PL 95-602）における機能モデルによる影響を受けて、精神遅滞概念の把握が変更された。これについては後述するが、第8版定義までは、医学・生物学的モデルとしての「精神遅滞の病態」（中核症状は、IQの低下、適応行動の障害）を、16歳ないし18歳までにあらわすことで知的障害と診断されていた。

次に、精神遅滞の第9版定義を述べる。適応行動の用語は適応スキルに改められた。

精神遅滞は、現在の機能が相当な制約 limitations を受けていることをいう。この状態は、知能機能が有意に平均以下であることを特徴とし、同時に、次に示す適応スキ

ルの二つ以上の領域で、知能機能の低下と関連した制約をもつ。適応スキルの領域は、コミュニケーション、身辺処理、家庭生活、ソーシャルスキル、社会資源の利用、自己管理、健康と安全、実用的学業、余暇、労働である。また、精神遅滞は18歳までに発症する。

この定義には、明らかに変化が認められる。第8版定義までの精神遅滞概念の規定要因に、知能機能の障害、適応行動の障害、発症時期の制限（上限は18歳）の三つがあった。この概念規定要因を充たせば、精神遅滞を診断することができた。しかし、第9版定義では、知能機能障害と適応スキルの障害は精神遅滞概念の特徴とされている。これらが特徴である限り、発症年齢の制限を充たした上で、知能機能の障害と適応スキルの障害がみられても精神遅滞の診断ができないことを意味する。このことは後述する。

また、第8版定義までは、知能機能の障害と適応行動の障害を同列に扱うことによって精神遅滞が診断されたにも拘わらず、精神遅滞の程度判定はIQだけに依拠しているという矛盾がある。この矛盾は、精神遅滞の診断にあたってIQを偏重する傾向を強めさせる。いいかえれば、知能検査で測定されたIQは、知能検査が考案された経緯からみて学校教育で成功するか否かを示唆しているだけである。IQ（知能検査）への信頼が（偏差知能指数といった）科学的な装いに惑わされて、いわゆる“IQの神話”（Lewis, 1977；村上, 2007）を生みだしている。たとえば、専門職のIQは上位、事務職では中位、労働者では下位であると信じられてきた（Herrenstein, 1973）。しかし、これは“IQの神話”の構成要素の一つであり、職種（経済的地位）や職業適性はIQでは予測できない。

このことに、障害者を障害のある状態にさせているのは障害者の属性としてのインパェメントではないという障害学の見解が加わった。すなわち、精神遅滞者が（多数派である）非障害者と同様な活動と社会参加ができないことは、IQの低下と適応スキルの障害に加えて（AAMR, 1992）、精神遅滞者に対する支援や援助の実態、社会の態度（偏見や差別、スティグマ）などが複合的に関わった所産であると考察されるようになった。

あるいは、社会の態度が精神遅滞者を抑圧し、無力化させていることが軽視され、現在の社会システムは非障害者を中心に構築されていることから、精神遅滞者がその潜在的な能力を発揮する上で著しく不利な状態にあることが認識されていないことが判明した。そこで、精神遅滞者の活動と社会参加が制約されていることの原因を精神遅滞者自身に求めないし、その責任を精神遅滞者に負わせるべきではないと考えられた。第8版定義には、活動と社会参加ができないことの「責めを犠牲者に負わせる」ことから脱却しようとする意図が認められる。

適応スキルは、次のように定義された（AAMR, 1992）。

適応スキルは、通常的生活環境に適応できる能力と、生活環境からの要求に応じて自らの行動を変容させることができる能力の両者を包括したものである。適応スキルに関して10領域が選ばれているが、その個人の年齢相応に、知能機能の低下と関連した適応スキルの制約が二つ以上の領域において存在することを、測定対象に障害者

知的障害の新しい理解

を含むものとして開発され、標準化された検査法を用いて明確にする必要がある。

適応スキルの10領域とは、コミュニケーション、身辺処理、家庭生活、社会的スキル、社会資源の利用、自己管理、健康と安全、実用的学業、余暇、労働である。

この適応スキルの定義に個人的自立と社会的責任の文言がないことから、従来の障害者の自立観から脱して、適応スキル概念が定義されたことが考えられる。障害者の自立観が変更されたことは前稿（田巻ら, 2018）の「自立生活運動」の項に述べた。ともかく、職業自立の束縛から解放されたことにより、適応スキルは、知能検査とは異なった個人の特長（風習や伝統によって培われた地域文化への適応能力）を評価するものであり、適応スキルの評価は知能検査の結果を補完するという性質が明確になった。たとえば、低いIQよりも適応スキル（適応行動）の障害の方が精神遅滞児の症状を代表していることが多い。その一方で、適切な教育対応により、適応スキルの障害はしばしば改善することがある（APA, 2000）。なお、この定義における「標準化された検査法」に係る問題は第10版定義の項で述べる。

次に、精神遅滞の程度分類に係る診断基準の改訂について述べる。これは、精神遅滞者の自立に資する重要な改訂である。第9版定義で、程度分類の改訂は次のように記述されている。

IQに依拠した程度分類は廃止する。このことは、精神遅滞概念を拡大して、IQによらないで障害のレベルを分類できるようにするため、また個人のニーズを適切なサポートのレベルに結びつけて「自立」と「相互依存」を促進し、物質的な豊かさ（収入、住居、財産）を高め、コミュニティへの統合を推進するためである。

表2に示すように、第9版定義の程度分類は、一時的サポート、限定的サポート、長期的サポート、永続的サポートのいずれかを要する状態に分類されることになった。しかし、新旧の程度分類の間に対応関係はない（AAMR, 1992）。たとえば、以前ならば軽度と診断されたであろう精神遅滞者であっても、長期的サポートを必要とする状態であると考慮されれば、重度精神遅滞と診断される場合がある。一方、以前ならば重度と診断されたであろう精神遅滞者であっても、周囲の理解があり、十分な支援・援助を受けてきたことで、限定的サポート（表2）によるだけで地域生活に支障を生じないと評価されれば、中度精神遅滞と診断される場合がある。社会保障制度の受給（例、合併症の医療費補助）は精神遅滞の程度判定に影響を及ぼさない。なお、この項では「一時的サポート～永続的サポート」を社会的サポートと総称することにする。

ともかく軽度精神遅滞者であるので、一時的サポートを要する状態と判定することはできなくなった。これまで臨床的二分法により、精神遅滞は低文化群と病理群に大別されてきた（Penrose, 1963）。低文化群の出現率は2.5%、病理群では0.25～0.375%と推定され、低文化群の程度判定は軽度（ $-2SD \leq IQ < -3SD$ ）にほぼ限られる一方、病理群では中度～最重度が多い（Tarjan・妹尾, 野口訳, 1977）。しかし、新程度分類（社会的サポート）は旧程度分類（軽度～最重度）を読み替えたものではないので、精神遅滞の大半を占

表2. 第9版定義で提唱された程度分類 [(AAMR, 1992) から作表]

一時的サポート	必要なときだけのサポート。何らかの出来事が生じたときに対応するもので、常にサポートが必要でない場合、人生の転換期（例. 失業, 突然の発病）のごく短い期間だけサポートを必要とする場合が該当する。また、積極的な介入が必要なことも、そうでないこともある。
限定的サポート	期間限定的かつ継続的なもの。この点で一時的サポートと区別できる。一方、長期的・永続的サポートよりも、必要なスタッフの人数が少なく、費用もそれほどかからない（例. 雇用をめざした一定期間の訓練, 学童期から成人期への移行期のサポート）という特徴がある。
長期的サポート	職場職場や家庭環境などにおいて、少なくとも定期的（例. 毎日）ないし長期にわたって提供されるサポートをいう。
永続的サポート	さまざまな環境で、長い期間にわたって、しかも強力に提供する必要があるもの。ときに生涯を通じて行われることがある。限定的・長期的なサポートよりも、より多くのスタッフと、より積極的な介入が求められる。

める低文化群に対する処遇や教育対応が解体されることになる。このことは、教育現場だけでなく、就職前教師教育の教育課程にも影響を及ぼすことが考えられる (Smith, 1994)。

それでは、アメリカ精神遅滞学会は精神遅滞の程度分類に係る診断基準をなぜ改訂したのだろうか。これには、自立生活センタの事業である当事者アドボケイトやピア・カウンセリングのカウンセラを精神遅滞者が務めていることが関与している。すなわち、声なき者であった精神遅滞者が奨励されて、自己主張が可能なことをアメリカ社会は見聞した。なお、精神遅滞をもつ人々の発言を対等の立場で受けとめるという社会の側の人権意識が育っていなければ、当事者アドボカケイトは成立しないだろう。

精神遅滞者が声なき者であったことは、学校教育において各教科の基礎・基本が定着せず、学習到達目標を達成できないと評価され、思考力、判断力、表現力、問題解決や問題発見の能力、学ぶ意欲などが劣ると推測されていることに由来する。このため、精神遅滞者は自己主張ができないと思われて、その機会は与えられなかった。いいかえれば、ある社会や集団で通用している期待や価値を基準にして、この基準にそぐわない状態や行動は逸脱しているとみなされ、逸脱する者としてのスティグマを負わされる。あるいは、精神遅滞概念の規定要因（知能機能の障害、適応行動の障害、発症時期）を示した者に精神遅滞者という呼称が付与される。そして、精神遅滞の呼称にあたかも符合するように精神遅滞者がふるまっているに過ぎないと考えられている。他の根拠に、Mercer (1973) が“六時間だけの遅滞児” 6-hour retarded children と名づけたように、帰宅後の家庭や地域社会では普通に過ごしていることがある。つまり、障害学の影響も加わり、精神遅滞者の自己主張の機会を奪ってきたのは、精神遅滞者の属性としてのIQの低下ではなく、できないと信じてきた社会の態度（非障害者の認識）であることが是認されるようになった。

また、アメリカ社会に定着した自立生活運動は、社会的サポートを必要なときに確実に利用できるという信頼感や安心感のもとで、日常生活動作の獲得も就労もできなくても、

知的障害の新しい理解

一人の市民として普通に地域生活をすることに価値を置くべきことを明確にした。このことは、社会的サポートは精神遅滞者の期待感や満足感を伴うものでなければならないことを意味する。たとえば、社会的サポートが量的に拡大しても精神遅滞者のニーズ、期待や希望に応えられるようになるとは限らない。要するに、精神遅滞者の活動と社会参加の制約や不平等を解消させ、市民生活が保証されるか否かは、精神遅滞者が“適切な”社会的サポートを“必要なときに”受けられるか否かに依存すると考えられたのだろう。

2.2 障害学の影響

アメリカ精神遅滞学会は、障害学の見解を精神遅滞の定義や程度分類の改訂に反映させている。障害学の見解の一つに、障害者がなぜ差別されるのかを考察し、障害者の有する医学・生物学的な損傷ではなく、社会の態度（非障害者の認識）を強調した障害概念を提起したことがある。その際、アメリカ障害学で合意されている障害概念のモデルは、移民社会における国民統合の課題というアメリカ特有の政治課題を背景として、障害を個人と環境の相互作用の結果とみなす“相互作用モデル”である（杉野, 1997）。

その相互作用モデルに準拠して、第9版定義では、①資質、②環境、③機能という三つの観点から、精神遅滞概念が捉えられている。①項は個人の活動と社会参加を可能にする当人の属性を意味し、一般的に有能さ *competence* モデルによって属性が解釈されている。この解釈の一例に、身体的能力、概念的知能、実用的知能、社会的能力、情緒という五つのカテゴリに属性が分けられることがある（McGrew & Bruininks, 1990）。②項は、個人が生活し、学び、遊び、働き、他人と交流して、これらが相互に関連する特定の場として概念化されている。③項は、アメリカ公法（PL 95-602）における機能モデルとして述べた。つまり、発達障害とは、医学・生物学的な損傷が主要な生活領域で実質的な機能の制約をひき起こしている状態と定められている。精神遅滞の場合、IQの低下と適応スキルの障害が（環境から要請されている）機能を阻害している状態ということになる。

これらの三つの観点による理解の深化は精神遅滞の診断に影響を及ぼす。第9版定義では、次元Ⅰ～次元Ⅳの観察・検査を担当する専門家で構成されるチームが協働し、次元Ⅱ（心理・情緒）、次元Ⅲ（健康・身体・病因）、次元Ⅳ（環境）ごとの観察と検査の所見、DSM-III-RやICD-9などによる臨床評価に基づいて、次元Ⅰ（知能機能と適応スキル）の判定に係る妥当性を高めて精神遅滞の診断が下されることになる。すなわち、第9版定義の解説において、多次的アプローチによって精神遅滞を診断することが指摘されている。“観点”と“次元”の関係は三つの観点から明らかになった意味内容に基づいて、四つの次元が設定されたことが考えられる。次に、各次元について簡潔に述べる（AAMR, 1992）。

次元Ⅰ（知能機能と適応スキル）：知能検査によるIQの測定、適応スキルの障害の評価（注．適応スキルの10領域の詳細と評価法は第9版定義を参照）

次元Ⅱ（心理・情緒）：適応行動と不適応行動（例．鬱病、統合失調症、自殺、不安障害）に焦点をあて、精神保健的なサービス（精神薬物療法による行動面の改善などを含む）の必要性を判定

次元Ⅲ（健康・身体）：健康と身体機能の正確な記述，身体機能の健康に及ぼす問題と適切な保健サービスの必要性などを特定

次元Ⅲ（病因）：病因としての疾患／症候群の診断，ネグレクトなどの不適切な養育，家族のアルコール依存症や薬物乱用などを含み，被検査者の精神発達や適応スキルの発達を促す教育的サポートの“有効性”に関連する要因などの特定

次元Ⅳ（環境）：被検査者の生活環境，職場環境，教育環境について，地域社会への統合，社会的サポートの提供，物質的福利（収入，住居，財産）を促進するか妨害するかといった観点に基づいた事柄などについて観察や調査

次の問題は，精神遅滞の診断と四つの次元との関係である。この問題は，次に示す診断の手順として解説されている（AAMR, 1992）。

段階1：次元Ⅰによる精神遅滞の診断

段階2：次元Ⅱ，次元Ⅲ，次元Ⅳに基づいた精神遅滞の程度判定

これにより，社会的サポートの必要なフィールドと必要でないフィールドを明らかにして，社会的サポートのニーズを特定する。特に，どのような環境下で精神遅滞者が生活しているかを明確して，今後の成長や発達を援助し，地域社会への統合を促し，社会への帰属感を高めるような最適の環境について考える。

段階3：必要な社会的サポートの見取り図とそのレベル

段階2の評価により，必要とされる社会的サポートの内容と程度を明確にする。

多次元のアプローチの診断は，精神遅滞者は医学・生物学的な損傷だけでなく，社会の基準から逸脱しているとみなされることによるスティグマなども負わされているというように精神遅滞概念を多次元的に理解することでもある。精神遅滞概念を多次元的に把握することで，精神遅滞の診断にあたっての下記の留意事項が明らかになる（AAMR, 1992）。

- 精神遅滞者の能力や適性を評価するために活用される心理検査やその実施方法が不公平で差別的にならないように，特に人種，文化，言語の違いに配慮すべきである。
- 精神遅滞者の年齢に応じた集団において適応スキルの障害は観察されやすく，社会的サポートへのニーズは適応スキルの障害としてあらわれている。
- 一つの適応スキルが障害されていても，他の適応スキルは正常か正常以上に遂行できることが多い。
- 受給期間に長短はあるが，適切な社会的サポートを必要なときに受けることによって精神遅滞者の全般的な生活機能は改善されることを忘れてはならない。

改めて述べる必要もないが，精神遅滞概念の規定要因に基づいた診断と多次元のアプローチの診断のどちらが精神遅滞にとって望ましい診断であるかは明白である。そうであれば，第9版定義の中に少なくとも多次元のアプローチに基づいて精神遅滞を診断することが明記されるべきであると考えるが，遺憾なことに記述されていない。この分だけ，第9版定義全体の理解は煩雑になった。

2.4 第10版定義

知的障害の新しい理解

次に、精神遅滞の第 10 版定義（AAMR, 2002）を述べる。

精神遅滞は、知能機能及び適応行動（観念的、社会的、実用的な適応スキルによって表される）の双方の明らかな制約によって特徴づけられる能力障害である。この能力障害は 18 歳までに発症する。

この定義で適応行動の用語が復活したが、適応行動は第 9 版定義で用いられた適応スキルよりも上位に位置づけられる広範な概念として提唱されている。また、第 5 版～第 8 版定義で使用された適応行動と意味内容が異なる。この用語変更の事由に、適応スキルの障害は知能検査の結果を補完するといわれたが（Grossman, Ed., 1983）、精神遅滞の定義や診断において適応スキルの障害が果たすべき役割、知能機能と適応スキルの関係性について学界の合意は形成されていない（Schalock, 1999）と批判されたことがある。つまり、第 9 版定義で、適応スキルの 10 領域が相互の重みづけもなしに（恣意的に）列挙されたことが問題にされたのだろう。そこで、Gresham & Elliott（1987）、Greenspan & Driscoll（1997）、Greenspan（1999）、Thompson et al.（1999）の調査研究に基づいて、第 10 版定義において次の三領域を構成要素とする適応行動が提唱された（表 3）。

- 概念的スキル：認知、コミュニケーション、学業スキル
- 社会的スキル：社会的能力に関わるスキル
- 実用的スキル：自立生活スキル

表 3 に示すように、適応行動の三領域に内包されるスキル（行動項目）が例示されている。また、第 9 版定義の適応スキルの 10 領域が、概念的、社会的、実用的スキルに分類

表 3. 第 10 版定義の適応行動の三領域別のスキルの例示 [(AAMR, 2002) から作表]

第 9 版定義のスキル領域	第 10 版定義の適応行動	
	領域	例示されている代表的スキル（行動項目）
コミュニケーション 実用的学業 自己管理 健康と安全（注. 重複）	概念的スキル	言語（理解言語、表出言語） 読み書き 金銭管理 自己管理
社会的スキル 余暇	社会的スキル	対人関係 責任 自尊心 だまされないこと（ごまかされたり、操られたりされやすいこと） 無邪気さ 生活習慣を守ること 集団のルールや決まりを守ること 被害に遭うことを避けること
身辺処理 家庭生活 地域資源の利用 健康と安全（注. 重複） 労働	実用的スキル	日常生活動作（例. 食事、移動、排泄、着衣） 生活関連動作（例. 食事の準備、家事、乗車、服薬、電話の使用） 職業スキル 安全を保つこと（例. 危険なことを避け、交通事故にあわないこと）

されているので、併せて表示した。

より重要な問題は、第9版定義の適用スキルと第10版定義の適応行動のそれぞれの概念が相違するので、第9版定義と第10版定義で評価基準と評価方法が異なることである。実は、適応行動の三領域におけるスキル（行動項目）が例示にとどまり、三領域の内容が不確定である限り、適応行動の障害は評価できない。この問題は、測定対象に障害者を含む質問紙法として開発され標準化された評価尺度の使用を推奨することで、解決されている。表4に、それらの評価尺度を示す。これらの評定尺度の内、ヴァイランド適応行動尺度（第2版）は我が国で市販されている（辻井監, 2014）。

第10版定義の適応行動の障害は、操作的な定義として、①適応行動の三領域（概念的スキル、社会的スキル、実用的スキル）の内、一つの領域が障害されていること、②三領域の調査項目を含む評価尺度の総合得点が「mean - 2SD 以下」であることのどちらかと定められている。しかし、適応行動の概念に先行して評価尺度が開発され標準化されている。これは、各々の評価尺度は適応行動の概念と独立して開発されたことを意味する。そのような評価尺度を用いることで、評価したい適応行動を評価することは可能だろうか。たとえば、活動と社会参加が著しく障害されていれば、多くの評価尺度を適用することはむずかしい。適応行動を適切に評価するために、重度や重度・重複の精神遅滞を調査対象に含む質問紙法や面接法を開発して標準化することが望まれる。

第9版定義で、精神遅滞の程度分類をサポートのニーズと内容や程度に係る評価に基づいた「一時的サポート～永続的サポート」に改訂された。第9版定義の方針は第10版定義でも踏襲されるはずであるが、実態はそうでもない。第10版定義の程度分類に関して、次の記述がある（AAMR, 2002）。

精神遅滞の定義を使用する（診断、分類、個別支援計画の作成などの）目的や用途に多様性があることを考慮して、精神遅滞に係る福祉サービスを受給する資格を有する人々は、支援の程度や内容、知能水準低下の程度、適応行動の制約、病因、合併す

表4. 適応行動の三領域と既存の評価尺度で実証的に求められるスキルとの対応関係（AAMR, 2002）

	概念的スキル領域	社会的スキル領域	実用的スキル領域
AAMR 適応行動尺度－学校と地域社会	地域社会での自活	個人的・社会的責任	身辺処理能力
ヴァインランド適応行動尺度	コミュニケーション	社会化	日常生活スキル
自立行動評価尺度・改訂版	地域社会での生活スキル	対人関係とコミュニケーション	個人生活スキル
適応行動総合テスト・改訂版	言語概念と学業スキル 自立生活	社会スキル	自助スキル 家庭スキル

注. 上記のすべての評価尺度は、適切な心理測定学的特性が認められ、一般人口を対象にした標準化データを有するものである。

この表の目的は、現在使用されている適応行動の評価尺度が第10版定義における適応行動の三領域ごとに測定得点を算出できることを示すことである。なお、これらの評価尺度を推薦する意図も、これら以外の評価尺度で第10版定義のガイドラインに合致しているものを排除する意図もない。

知的障害の新しい理解

る精神症状に応じた疾患カテゴリなどに基づいて、さまざまに分類されることが考えられる。

この記述が意味することは、IQに依拠した程度分類（軽度、中度、重度、最重度）は教育界だけでなく、医学界や医療領域、福祉領域でも汎用されてきたことである。むしろ、DSM（アメリカ精神医学会）やICD（WHO）に掲載された精神遅滞の診断基準はアメリカ精神遅滞学会の定義を参考して決められたといっても過言ではない。このような状況から、IQに依拠した程度分類を教育界（アメリカ精神遅滞学会）が廃止して、社会的サービスの必要性に基づいた程度分類（一時的、限定的、長期的、永続的サポート）を使用することは混乱を招くことが懸念されたのだろう。このこともあって、第10版定義の程度分類は、「一時的サポート～永続的サポート」を使用するのか、「軽度～最重度」に戻るのかは明記されていない。ただし、精神遅滞の診断に関して「専門家で構成されるチームによる観察と適切な臨床評価によって、標準化された知能検査と適応スキルの検査による評価の妥当性を高めること」（AAMR, 2002）と述べられている。この記述から判断すれば、「一時的サポート～永続的サポート」の使用を推奨していることが考えられる。

第9版定義と同じく、第10版定義でも多次元的アプローチに基づいて精神遅滞が診断される。改めて、多次元的アプローチの診断は、精神遅滞者の生活機能の全般的な改善、地域社会への統合と権利擁護の推進に資することが主張されている。たとえば、教育界では教育対応を通じて異質性にとりくみ、何を・どのように・どこで教えるかといったことに関して重要な役割を果たす個別教育計画が適正かつ容易に作成されるといわれている。

第9版定義と異なり、国際生活機能分類（WHO, 2001）に倣って、第10版定義の次元に「参加・対人関係・社会的役割」が追加された。すなわち、第10版定義では、次元Ⅰ（知能機能）、次元Ⅱ（適応行動：概念的、社会的、実用的スキル）、次元Ⅲ（参加・対人関係・社会的役割）、次元Ⅳ（健康）、次元Ⅴ（状況）の五つが設定された。これらの内、次元Ⅰ（知能機能）に追記事項がなく、次元Ⅱ（適応行動）は前述したので、次元Ⅲ～次元Ⅴについて次に述べる（AAMR, 2002）。

次元Ⅲ（参加・対人関係・社会的役割）：この次元は精神遅滞概念の規定要因ではないが、精神遅滞の診断が“診断のための診断”に終始するか否かを決定するといっても過言ではない。たとえば、地域社会、学校、職場における活動や参加、対人関係、社会的役割の状況に関するニーズなどを把握することが、個別支援計画の作成にとって有効かつ適切な資料になる。なお、社会的役割は Wolfensberger（1994）が提唱した「社会的役割の実現」を参考にしていることが考えられる。

次元Ⅳ（健康：身体的健康、精神的健康、病因）：この次元は、第9版定義の次元Ⅲ（健康・病因）に相当する。この次元の設定事由に、診断名だけで子どもを理解したり、間違っただけで特別に扱ったりする（例、てんかん発作を合併することがわかれば、行動やスポーツ、学校行事の参加に制限を加える）ことがある。このような態度を避け、特別支援教育の先達の教え（ダウン症候群をもつ子どもを“ダウン症候群の

仮面をかぶった普通の子ども”として処遇すること)に徹することが望まれるためである。

次元V (状況:環境と文化):この次元は、第9版定義の次元IV (環境)に該当する。すなわち、精神遅滞者の生活環境(地域、学校、職場)、文化的・物理的な環境の問題点(例、彼らの参加・対人関係・社会的役割を促進か妨害する事柄)などを明確にする。なお、環境の用語は、メインストーリーミングと最小制約環境の原理のもとで、分離されていることという意味をもたない。

これまで、IQの低下と適応行動(適応スキル)の障害によって精神遅滞(精神薄弱)が診断されると述べた。しかし、精神遅滞概念の規定要因に発症年齢の制限もある。いずれの場合も、精神遅滞の診断を下された子どもの年齢は16歳未満(第8版定義からは18歳未満)である。煩雑さを避けて、精神遅滞の診断にあたって発症年齢の制限を考慮しなければならないことは記述していない。

なお、個別教育計画に関して興味深いエピソードがある。それは、アメリカの「全障害児教育法」(PL 94-142)の制定時に個別教育計画で象徴される教育に対する親の介入が問題になったことである。1977年3月の連邦議会上院人的資源委員会障害者問題小委員会において、教師(アメリカ教員連盟書記長)は次の反対意見を述べた(銭本, 1978)。

専門家(教師)が仕事を進めるのに、拒否権を認められた素人(親)に従わなければならない。あのコマゴマとした……そんな専門職があるのか。

この教師の反発に対して、教育行政担当者は次のように答弁した。

それは、教育界が自ら招いたものである。教師は障害児の親たちの切実な願いを無視した。過去に州法が制定された後も、口実を作って逃げた。親の教育不信が、成文法に表現された。教師は、いまこそ、親の願いを受け止めなければならない。

2.5 第11版定義

アメリカ知的発達障害学会が提唱した第11版定義(AAIDD, 2010)は、知的発達障害に変更されたことを除いて、知的発達障害、適応行動、程度分類(一時的サポート~永続的サポート)と多次元のアプローチによる診断などに関して、第10版定義から主要な変更はみられない。

3 終章

最後に、1980年代半ばから地域の通常教育プログラムに障害をもつ全ての子どもを包含すべきであると主張されるようになったことを述べておきたい(Brown et al., 1983; Gartner & Lipsky, 1987; Stainback et al., 1989; Villa & Thousand, 1990; Thousand & Villa, 1991)。この主張が、教育のインクルージョン(包摂:以下、インクルーシブ教育)である。これを支える原理はメインストーリーミングの新解釈である(清水, 1997)。メインストーリーミングは、社会の主流 mainstream となっている基準や生活パターンに障害者の生活を最大限“可能な範囲”で近づけることをいう。これに先行した概念にインテグレーション

知的障害の新しい理解

ョン（統合）がある。インテグレーションは、ノーマリゼーションの思想を達成するための原理ないし方法をいう（Bank-Mikkelsen, 1987）。アメリカの公民権運動において、インテグレーションの用語は特定の人種が先天的に劣等で無能であるといった考えを排斥するために使用されてきた。そこで、新たな用語がアメリカで提唱されたのだろう。

これまで、学校教育法第72条、同第82条第2項、同施行規則第140条などに定められた障害（田巻ら, 2016）を有する子どもを特別支援教育の対象とみなしてきた。これは、差別自体が目的でなく、全ての子どもの教育を保障するという目標のために選ばれた手段としての区分が、その目標を達成するために必要であると考えられたためである。しかし、この考え方を否定し、特別支援教育はインクルーシブ教育を達成するものでなく、平等保護の原則に反していると主張されるようになった。いいかえれば、分離という教育対応は偏見を伴い、障害児はスティグマを負わされ、障害児にとって受け入れがたいものであると考察されている。

このように特別支援教育は通常の教育の外側に位置づけられた第二の教育システムであり、本質的に差別的で不平等である。これを通常の教育にとり入れ、単一の教育システムとすることによって教育の選択 option に伴う学校と親の不協和が解消され、スティグマを負わされる子どもはいなくなると考えられた。すなわち、インクルーシブ教育を換言すれば教育のバリアフリーであり、公教育制度の基盤である人道主義的な理念である（山口編著, 2000）。

しかし、インクルージョンの主張はアメリカの教育界を支配する考え方となっていない。20世紀末に先進6カ国（我が国を除く）の教育事情を調査したOECD（1999）は、アメリカだけでなく、インクルーシブ教育はどの国でも行われていないと報告している。この調査報告は、ドイツやイタリアなどにはインクルーシブ教育の実績があるといわれていることと矛盾する。

ドイツのインクルーシブ教育に係る視察報告がある（窪島, 2016）。それを紹介する前に、ドイツの教育行政の要点を述べておきたい。ドイツの教育行政は我が国の中央集権的な教育行政と異なる。ドイツの各州（16州）に文化主権があり、教育省と文部大臣を置いている（連邦政府に教育省はなく、常設文部大臣会議という調節機関だけがある）。現在、ドイツでは教育のインテグレーションの実現（三分枝型中等教育学校制度の再編）またはインクルーシブ教育の推進のために、通常の学校・学級の授業改革が急速かつ大規模に展開されており、一部では混乱も生じているようである。また、障害児学校（我が国の特別支援学校）制度を存続している伝統のある国で、障害をもつ我が子が就学するときに通常の学校か障害児学校かを親が選択する権利（学校選択権）がドイツの全体で保障されている。次に登場する基礎学校は我が国の小学校にあたるが、四年制である。

シュレスヴィッヒ・ホルシュタイン州の基礎学校で実践されているインクルーシブ教育に係る2015年の視察によれば、調査対象の学級には“誰一人、とり残さない” *Leaving no one left behind*. という標語が掲げられているが、全ての子どもを包摂しているわけではな

い。窪島(2016)は、「クラスを一見して明らかであるが、授業中、立ち歩く子ども、他児の学習の邪魔をする子ども、教師の許可なくしゃべり出す子ども、まして暴言・暴力を振るう子どもは一人として存在しない。日本国の通常学級の風景とは初めからかなり異なっている」と報告している。つまり、「ドイツでは重度の障害児とはダウン症の子どもを指すことが多い。カナタイプの子閉症傾向、行動障害、感覚障害の子どもはミュンヘンの一つの学校を除くとインクルーシブ教育のどの学級でも見られなかった」(窪島, 2016)と述べられている。そのミュンヘンの学校(前身は肢体不自由児学校)では、運動・身体障害をもつ子ども、軽度の知的障害をもつ子どもが在籍する一方、“逆統合”として在籍児童定数の1/3までは普通の子どもを入級させているといわれている。しかし、自閉性障害、注意欠陥/多動性障害、発達性協調運動障害などをもつ子どもに対する教育対応も、インクルーシブ教育の展開に伴って障害児学校の実態が変化したか否か(障害児学校の廃校を伴っているか否か)といったことも報告されていない。

ドイツのインクルーシブ教育に係る視察報告は、アメリカでのインクルーシブ教育の推進派と反対派の論争を思いださせる。反対派の主張の一つに、インクルーシブ教育の対象は、障害の種類や程度に関わりなく、全ての障害児であるにも拘わらず、推進派の主張から重度・重複障害児が除外されているという批判(Kauffman & Hallahan, 1993)があった。我が国でもインクルーシブ教育の導入が計画されているが(清水, 2012)、指導しにくい子ども、扱いに困る子どもなどを切り捨てた教育をめざしているのであろうか。逆説的にいえば、適切な制度改革も支援・援助も欠いた状況のもとで、重度障害児や重度・重複児に通常の学級の教師が対応したときの困難さがインクルーシブ教育の推進を妨げる要因の一つになっている(OECD, 1999)。

抑圧的で差別的で、分離と隔離をもたらしているものは社会の態度と学校であり、現行の学校制度を抜本的に改革しなければインクルーシブ教育は実現できないと考えられている(Mittler, 2000; 安藤, 2001)。すなわち、インクルーシブ教育を推進することは21世紀の重要な政治課題であり、現行の学校制度を改革して教育のダンピング(教育の放棄)を避け、豊かな刺激や多様な経験を提供するために通常の教育プログラムに特別支援教育の活動内容を取り込み、関連した教育サービスを受けることができるような配慮が必要不可欠である(Brown et al., 1983; OECD, 1999)。インクルーシブ教育に関する制度設計に、①子どもの存在に関する教師の理解と障害観の深化(認識を改めること)、②教育目標の再考、③教育制度の改革(例. 学習到達目標の柔軟な設定[学力保障の問題を含む]、教育課程や時間割の自由な編成、学級規模の縮小、補助教師や看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、呼吸療法認定士などの配置[非常勤を含む]、教師集団の相互補完的な協力体制の確立、教育プログラムの開発・整備、現職研修制度の拡充、就職前教師教育の整備・充実)がある。

たとえば、対人的及び課題関与的な行動を習得していないために、クラスに適応できない子どもが存在する。そこで、人間関係の安定などをめざして、そのような子どもをソー

知的障害の新しい理解

シャルスキル訓練 (King & Kirchenbaum, 1992 ; 渡辺, 1996) の対象児として抽出し、彼らの教育ニーズに応じた教育プログラムを個別的に適用することはいかなる意味でもインクルーシブ教育を否定することになる。このような極めてむずかしい問題を内在することから、インクルーシブ教育の推進は 21 世紀の重要な政策課題であると称されているのである。しかも、通常の教育プログラムが不適切なために、普通の子どもが少なからず学習に失敗していることを直視すべきである。通常の教育を改革し、挫折させない新しい教育サービスを提供することが先決である。ともかく、現状を改めなければ、教育は失敗経験を提供する場でしかないという批判 (Dunn, 1968) を再現することになろう。

文 献

- American Association on Mental Retardation 1992 *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*, 9th ed. own. (茂木俊彦監訳 1999 精神遅滞一定義・分類・サポートシステム, 第9版. 学苑社.)
- American Association on Mental Retardation 2002 *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*, 10th ed. own. (栗田広, 渡辺勸持共訳 2004 精神遅滞一定義, 分類および支援体制, 第10版. 日本知的障害福祉連盟.)
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 2010 *Intellectual disabilities: definition, classification, and systems of support*, 11th ed. own. (太田俊己, 金子健, 原仁, 湯汲英史, 沼田千好子共訳 2012 知的障害: 定義, 分類および支援体系, 第11版. 日本発達障害福祉連盟.)
- American Psychiatric Association 2000 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. own. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸監訳 2002 DSM-IV-TR: 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版. 医学書院.)
- 安藤房治 2001 アメリカ障害児公教育保障史. 風間書房.
- 荒島真一郎 1993 新生児マス・スクリーニングーヒスチジン血症ー(中止に至った事情). 小児科診療, **56**, 661-666.
- Azen, C.G., Koch, R., Freidman, E.G., Berlow, S., Coldwell, J., Krause, W., Matalon, R., McCabe, E.O., Flynn, M., Peterson, R., Rouaw, B., Scott, C.R., Sigman, B., Valle, D., Warner, R. 1991 Intellectual development in 12-year-old children treated for phenylketonuria. *Journal of Diseases of Children*, **145**, 35-39.
- Bank-Mikkelsen, N.E. 1987 Misconceptions of the principle of normalization. *Flash*, **44**, 40-45.
- Benedict, M.J., Zuravin, S., Stallings, R.Y. 1996 Adult functioning of children who lived in kin versus non-relative family foster home. *Child Welfare*, **75**, 529-549.
- Bickel, H.J., Gerrad, J., Hickmans, E.M. 1953 Influence of phenylalanine intake on phenylketonuria. *Lancet*, **ii**, 812-813.
- Bickel, H., Kaiser-Grubel, S. 1971 Uber der Phenylketonurie. Phenylketonuria: psychometric

- assessment of phenylalanine - poor diet in children with phenylketonuria. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, **96**, 1415-1423.
- Brown, L., Ford, A., Nisbet, J., Sweet, M., Donnellan, A., Gruenewald, L. 1983 Opportunities available when severely handicapped students attend chronological age appropriate regular schools. *Journal of Association for the Severely Handicapped*, **8**, 16-23.
- Castells S., Brandt, I.K. 1968 Phenylketonuria: evaluation of therapy and verification of diagnosis. *Journal of Pediatrics*, **72**, 34-40.
- Doll, E.A. 1941 The essentials of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, **46**, 214-219.
- Doll, E.A. 1947 Is mental deficiency curable? *American Journal of Mental Deficiency*, **51**, 420-428.
- Dumaret, A. 1985 IQ, scholastic performance, and behaviour of sibs reared in contrasting environments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **29**, 553-580.
- Dunn, L. 1968 Special education for the mildly retarded: Is much of it justifiable? *Exceptional Children*, **35**, 5-22.
- Gartner, A., Lipsky, D.K. 1987 Beyond special education: toward a quality system for all students. *Harvard Educational Review*, **57**, 367-395.
- Greenspan, L.S. 1999 A contextualist perspective on adaptive behavior. Schalock, R.L. Ed. *Adaptive behavior and its measurement: implications for the field of mental retardation*. American Association on Mental Retardation, 61-80.
- Greenspan, L.S., Driscoll, J. 1997 The role of intelligence in a broad model of personal competence. Glanagan, D.P., Censhaft, G., Harrison, P.L. Eds. *Contemporary intellectual assessment: theories, tests, and issues*. Guilford Press, 131-150.
- Gresham, F.M., Elliott, S.N. 1987 The relationship between adaptive behavior and social skills: issues in definition and assessment. *Journal of Special Education*, **21**, 167-181.
- Grossman, H.J. Ed. 1973 *A manual on terminology and classification in mental retardation*, 7th ed. American Association on Mental Deficiency.
- Grossman, H.J. Ed. 1983 *Classification in mental retardation*, 8th ed. American Association on Mental Deficiency.
- Guthrie, R. & Susi, A. 1963 A simple phenylalanine method for detection phenylketonuria in large population of newborn infants. *Pediatrics*, **32**, 338-343.
- Heber, R. 1959 A manual on terminology and classification in mental retardation, 5th ed. *American Journal of Mental Deficiency*, **64** (Monograph Suppl.)
- Heber, R. Ed. 1961 *A manual on terminology and classification in mental retardation*, 6th ed. American Association on Mental Deficiency.
- Herrenstein, R. 1973 *I.Q. in the meritocracy*. Little Brown. (岩井勇二訳 1975 IQと競争社会.)

知的障害の新しい理解

黎明書房.)

- Holt, K.S. 1963 Difficulties and dangers in the management of phenylketonuria. *Acta Paediatrics*, **52**, 417-423.
- 星野洋 1991 ヒスチジン血症の長期予後に関する研究. 日本大学医学雑誌, **50**, 63-69.
- Kauffman, J.M., Hallahan, D.P. 1993 Toward a comprehensive delivery system for special education. Goodlad, J.I., Lovitt, T.C. Eds. *Integrating general and special education*. Merrill, 73-102.
- King, C.A., Kirchenbaum, D.S. 1992 Helping young children develop social skills: the social growth program. Brooks/Cole Pub. Co. (佐藤正二, 前田健一, 佐藤容子, 相川充訳 1996 子ども援助の社会的スキルー幼児・低学年児童の対人行動訓練. 川島書店.)
- 窪島務 2016 ドイツにおけるインクルーシブ教育の展開: 現地調査および文献からみえてくるドイツの特徴と理論的課題. 黒田学編 ヨーロッパのインクルーシブ教育と福祉の課題: ドイツ, イタリア, デンマーク, ポーランド, ロシア. クリエイツかもがわ, 14-28.
- Lewis, R.S. 1977 *The other child grows up: a moving account of the battle and triumph over learning disabilities*. Times Books. (伊藤隆二, 松下淑, 坂本幸訳 1986 脳障害児は育つーシュトラウス教育法の輝かしい成果. 福村出版.)
- McGrew, K., Bruininks, H. 1990 The factor structure of adaptive behavior. *School Psychology Review*, **18**, 64-81.
- Mercer, J. 1973 *Labeling the mentally retarded: clinical and social system perspectives on mental retardation*. University of California Press.
- Mittler, R. 2000 *Working towards inclusive education: social contexts*. D. Fulton. (山口薫訳 2002 インクルージョン教育への道. 東京大学出版会.)
- 村上宣寛 2007 IQ ってホントは何なんだ? 知能をめぐる神話と真実. 日経 BP 社.
- 成瀬浩 1989 マスクリーニング: 基礎概念と今後の発展. 成瀬浩, 松田一郎編 新生児マスクリーニング ハンドブック. 南江堂, 167-173.
- Netley, C., Hanley, W.B., Runder, L. 1984 Phenylketonuria and in variant: observation on intellectual functioning. *Canadian Medical Association Journal*, **131**, 751-755.
- OECD 1999 *Inclusive education at work: students with disabilities in mainstreams schools*. own. (鈴木陽子監訳 2001 教育のバリアフリー. 八千代出版, 5-13.)
- 奥野茂夫 1981 知能検査. 下中邦彦編 新版心理学事典. 平凡社, 576-579.
- 大浦敏明 1976 周生期対策. 村上氏廣, 馬場一雄, 鈴木雅洲編 出生前の医学ー先天異常の基礎と臨床. 医学書院, 765-779.
- Penrose, L.S. 1963 *The biology of mental defect*, 3rd. ed. Sidwich & Jackson.
- Provence, S.A., Lipton, R.C. 1963 *Infants in institutions*. International Universities Press.
- Rouse, B.M. 1966 Phynylalanine deficiency syndrome. *Journal of Pediatrics*, **69**, 246-249.

- Schalock, R.L. 1999 The concept of adaptive behavior. Schalock, R.L. Ed. *Adaptive behavior and its measurement: implications for the field of mental retardation*. American Association on Mental Retardation, 1-5.
- 清水貞夫 1997 新たなメインストーリーミング解釈としてのインクルージョン—合衆国でのインクルージョン. 発達障害研究, **19**, 1-11.
- 清水貞夫 2012 インクルーシブ教育への提言：特別支援教育の革新. クリエイツかもがわ.
- Smith, I., Beasley, M.G., Ades, A.E. 1990 Intelligence and quality of dietary treatment in phenylketonuria. *Archives of Disease in Childhood*, **65**, 472-478.
- Smith, J.D. 1994 The revised AAMR definition of mental retardation: the MRDD position. *Educational and Training in Mental Retardation and Development Disabilities*, **29**, 179-183.
- Spitz, R.R. 1945 Hospitalism an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, **1**, 54-75
- Stainback, W., Stainback, S., Bunch, G. 1989. Introduction and historical background. Stainback, W., Stainback, S., Forest, M. Eds. *Educating all students in the mainstream of regular education*. Pail H. Brooks, 3-14.
- 杉野昭博 1997 「障害の文化」と「共生」の課題. 青木保外編 岩波講座文化人類学, 第8巻：異文化の共存. 岩波書店, 247-274 頁.
- 田巻義孝, 堀田千絵, 加藤美朗 2016 精神障害の診断と統計マニュアル (DSM) の改訂について. 関西福祉科学大学紀要, **19**, 37-58.
- 田巻義孝, 堀田千絵, 宮地弘一郎, 加藤美朗 2018 精神遅滞の理解についての新しい方向性(1) —知的障害概念に影響を及ぼした福祉学を中心に—. 信州大学教育学部研究論集, **12**, 187-211.
- Tarjan, G., 妹尾正, 野口正信訳 1977 アメリカにおける精神薄弱対策の最近の動向《G・タージャン教授講演要旨》. 主催：日本精神薄弱者愛護協会・日本精神薄弱者福祉連盟.
- 武村治太郎, 坂上ルミエ, 野村昭太郎, 高橋卓郎, 浜名明子 1965 僻地（離島）児童に関する精神医学的研究. 児童精神医学とその近接領域, **6**, 133-145.
- Thompson, R., McGrew, K.S., Bruininks, R.H. 1999 Adaptive and maladaptive behavior: functional and structural characteristics. Schalock, R.L. Ed. *Adaptive behavior and its measurement: implications for the field of mental retardation*. American Association on Mental Retardation, 15-42.
- Thousand, J., Villa, R. 1991 A futuristic view of the REI: a response to Jenkins, Pious, and Jewell. *Exceptional Children*, **57**, 556-552.
- Trent, J.M., Jr. 1993 *Inventing the feeble-minded: a history of mental retardation in the United States*. University of California Press. (清水貞夫, 茂木俊彦, 中村満紀男監訳 1997 「精神

知的障害の新しい理解

- 「薄弱」の誕生と変貌ーアメリカにおける精神遅滞の歴史, 上/下. 学苑社.)
- 辻井正次監 2014 発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン. 金子書房.
- Villa, R., Thousand, J. 1990 Administration supports to promote inclusive schooling. Stainback, E., Stainback, S. Eds. *Support networks for inclusive schooling integrated independent education*. Paul H. Brooks, 201-218.
- 渡辺弥生 1996 ソーシャル・スキル・トレーニング. 日本文化科学社.
- WHO 1985 *Mental retardation: meeting the challenge*. own.
- WHO 2001 *International classification of functioning, disability and health*. own.
- Wolfensberger, W. (with Nirje, B., Olshansky, S., Perske, R., Roos, P.) 1994 *A introduction to social role valorization*, 2nd ed. Valor Press. (富安芳和訳 1995 ソーシャルロールバロリゼーション入門: ノーマリゼーションの心髄. 学苑社.)
- 山口薫編著 2000 学習障害・学習困難への教育的対応ー日本の学校教育改革を目指して. 文教資料協会.
- 銭本三千年 1978 ひとりのための障害児教育ー統合教育で完全義務化. 日本盲人福祉研究会.

(2017年12月20日 受付)
(2018年 2月14日 受理)