

2013年度1学期
臨床哲学講義
2013年6月11日

ケアの臨床哲学 —障がいとそのケア—

(8)知的障害

浜渦辰二

復習

- 身体障害のなかで50%を占める肢体不自由(運動障害)を飛ばすわけには行かない。
- 1980年代以降、高齢者の肢体不自由が増えているというデータは、「老(老い)と障がい」の関係にもつながる。
- 高齢者の肢体不自由の原因に脳卒中(脳梗塞、脳出血)が挙げられる。
- 日本では介護保険は高齢者の問題であるのに対して、障害者基本法や障害年金は障害者の問題であるというように、別の問題であるかのように思われている。
- 肢体不自由は肢体(上肢、下肢、体幹)の障害と思われがちだが、実は脳の障害から来るものが多い。
- 脳卒中による死亡は減っているが、脳卒中(脳出血、脳梗塞、クモ膜下出血)にかかる人は減っておらず、亡くなることは避けられても、その後、後遺症・後遺障害でリハビリテーションを受けている人も多い。
- 身体障害から高次脳機能障害(認知障害)まではばが広い。
- 障害の理解の変貌(ICIDHからICFへ)とともに、リハビリテーションも変わりつつある(リハビリテーション・ルネサンス)。

今日は「知的障害」

- 障害者の定義(障害者基本法)や身体障害者の定義(身体障害者福祉法)をすでに見た。
- ところが、「知的障害者福祉法」(1960)には、「知的障害者」の定義は見当たらない。
- 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(1950)に、「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、**知的障害**、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう(第五条)とあるので、法的には、知的障害は精神障害の一種のように見える。
- ところが、「精神障害者保健福祉手帳」(身体障害者用の「身体障害者手帳」に対応するもの)について書かれた箇所(同法第四十五条)では、「精神障害者(知的障害者を除く)」とされており、知的障害者には「療育手帳」(別の名称もあり)が交付される。

知的障害者福祉法

- 「知的障害者福祉法」(1960)は、実は、「**精神薄弱者福祉法**」(1960)を1999年に改称したもの。
- 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(略称:精神保健福祉法)」(1950)も、実は、「精神衛生法」(1950)、「精神保健法」(1987)を1999年に改称したもの。
- 「精神衛生法」では、「精神障害者」を「精神病、**精神薄弱**、精神病質」と定義していた。
- 「精神障害者」についても、これを継承する形で、前述のような規定があるのみで、「身体障害者」について「身体障害者福祉法」にあるような別表があるわけではない。
- 「学校教育法」(1950)では、「**精神薄弱**」と呼ばれていたが、1998年に「知的障害」に改称された。

『障害者白書』

- それともかく、平成24年版『障害者白書』を振り返る。
- これが古い「身体障害」「知的障害」「精神障害」という分類によるものであることはすでに確認したが、
- それによると、知的障害は、身体障害や精神障害に比べ、はるかに少ないことになっている。
- 先天的な障害(18歳未満)のみが対象となるため、後天的な障害(中途からは認知障害ないし認知症となる)が含まれないこと。
- 身体障害についてもあったように、水面下で障害としてカウントされない障害者もいること。

身体障害	3,663,000
知的障害	547,000
精神障害	3,233,000
合計	7,443,000
日本総人口	128,000,000
割合	0.06

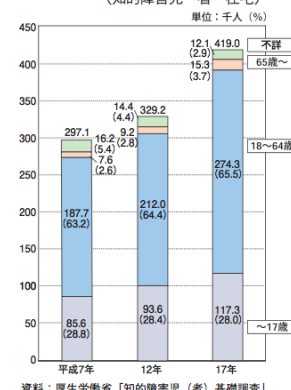
認知症・認知障害・知的障害

- 「認知症(Dementia)」とは、後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能(認知機能)が低下した状態をいう。
- かつては「痴呆」と呼ばれていたが、2004年から「認知症」に改称された。
- 改称の議論をしていた時、第一候補として上がっていたのは、「認知障害」だった。
- しかし、「認知」(見る、聞く、覚える、話す、理解する、等の働き)に「障害」があるという現象は、広くさまざまなケースに見られることなので、「痴呆」の代わりに「認知障害」を使うと混乱を招くという理由で却下された。
- 前回脳卒中からの後遺症として、主に「運動障害(肢体不自由)」を紹介したが、それが「認知障害」として現れる場合もあり、その一部は前回触れた「高次脳機能障害」と呼ばれ、その他多くは、「脳血管性の認知症」とされる(その間に「軽度認知障害」という言い方もある)。
- このような後天的な「認知症」に対して、先天的に脳の器質的障害があり、運動の障害や知能発達面での障害などが現れる状態が「知的障害」と呼ばれる。

もし(仮にですが)、

- もし、先天的な「知的障害」と後天的な「認知症」をともに広く「認知障害」としてくると、知的障害は54万人だが、認知症は462万人(予備軍はさらに400万人)なので516万人となり、大変な数(国民の4%、つまり、25人に1人)となる。
- しかし、すでに述べたように、日本では、介護保険の対象となる認知症と障害者総合支援法の対象となる障害者とは、法律・行政上区別されている(「古い」の問題と「障害」の問題が切り離されている)。
- ということで、今日の話も、日本の現状に即して、「知的障害」に話を制限することになる。

図表1-11 年齢階層別障害者数の推移
(知的障害児・者・在宅)



重複障害

- 障害を二つ以上合わせもつこと。
- 先日も、視覚障害と聴覚障害の重複について触れた。
- 厚生行政上は(学校教育法上は別)、視覚、聴覚、言語、肢体不自由、内部、知的、精神の7つの障害のうち2つ以上を合わせもつこと。
- いまはこれに、発達障害(「発達障害者支援法」では「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害」)が加わった。
- 知的障害と上記の他の障害との重複障害もあり、発達障害との重複障害もある。
- 1980年代以降、知的障害のない発達障害が社会に認知されるようになった。発達障害より知的障害のほうが広く知られているため、単に発達障害という場合は特に知的障害のないものを指すことがある。
- 発達障害については別に論ずるので、今日は知的障害に話を限定。
- 重度の重複障害もあるが、それも今日は扱わない。

重症心身障害児(重心)

- 重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複しているケース

知能指数	運動能力				
	走れる	歩ける	歩けない	座れる	寝たきり
70-80	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5
50-70	2 0	1 3	1 4	1 5	1 6
35-50	1 9	1 2	7	8	9
20-35	1 8	1 1	6	3	4
-20	1 7	1 0	5	2	1

歴史的には

- 「独:Schwachsinn」「英:mental deficiency」などの直訳として「精神薄弱(略称・精薄)」という用語が広く使われていた。
- そのほか、かつては重度知的障害を「白痴」、中度知的障害を「痴愚」、軽度知的障害を「魯鈍・軽愚」と呼称していたが、偏見を煽るとして「重度」「中度」「軽度」という用語に改められた。
- 現在では、教育分野や行政やマスコミなどでは、「知的障害」や「知的発達障害」や「知的発達遅滞」と呼ばれることが多く、医学関係では、「精神遅滞」や「精神発達遅滞」と呼ばれることが多い。
- また、古くからあるくだけた言い方、俗に使われる名称として「知恵遅れ」がある。

精神医学による知的障害

- 『精神病約説』(1876)では、知的障害は「痴呆」と定義され、「脳の発育欠乏するがために、精神の発達もまた阻滞するものにして、先天のものあり、生後直ちにこれに陥るものあり」とされている。
- 『精神病学集要』(1894)では、「精神発育制止症＝白痴」と。
- 国際学会との連関が図られる1930年代には、「白痴」から「精神薄弱」に、そして1960年代には、「精神遅滞(mental retardation)」と名称変更した。
- 厚生省の『疾病、傷害及び死因分類』(ICD-10準拠)では、「知的障害(精神遅滞)(F70-79)」としている。
- 医学用語上は「精神遅滞」を使い、学校教育法上は「知的障害(intellectual disability)」を使っている。

世界標準の定義

- WHOによる定義
 - 知的機能の水準の遅れ、そのために通常の社会環境での日常的な要求に適応する能力が乏しい。
- 「ICD-10」による精神遅滞の定義
 - 精神の発達停止あるいは発達不全の状態であり、発達期に明らかになる全体的な知能水準に寄与する能力、例えば認知、言語、運動および社会的能力の障害によって特徴づけられる。
- 「DSM-4」による精神遅滞の定義
 - A. 明らかに平均以下の知的機能(IQ70以下)
 - B. 現在の適応機能の欠陥または不全が、以下のうち2つ以上の領域で存在する
 - 意思伝達、自己管理、家庭生活、社会的・対人的技能、地域社会資源の利用、自律性、発揮される学習能力、仕事、余暇、健康、安全C.
 - 発症は18歳未満である。
- アメリカ精神遅滞学会の定義
 - 精神遅滞とは、現在の機能が実質的に制約されていることを言う。
 - 知的機能が有意に平均以下である。
 - 同時に示す適応スキルの2つの領域以上で知的機能と関連した制約を持つ。
 - 18歳までに明らかになる。

知的障害者の歴史

- 19世紀以前にも知的障害者はいた。軽度の知的障害者の場合は、それほど支障なく社会生活を送っていた。
- しかし、近代的な学校制度が普及するにつれて、年齢主義的な進級制度が広く行われるようになり、年齢基準の学年編成では、遅れをとる児童の存在が無視できなくなった。
- そのような児童生徒は、単純な怠惰や学業への無関心のために成績が悪い生徒と、努力しても成績が悪い生徒の二種類に分類できた。
- 1905年に、フランスのアルフレッド・ピネーが世界初の知能検査「知能測定尺度」を公表したが、これ以降、知的障害の児童は、厳密な診断のものさしで区別されることになった。

知能検査の歴史

- ピネー死後、知能検査はさまざまな心理学者によって改良され、現在では知能指数を基にして知的障害を判定するようになった。
- 1917年にロバート・ヤークキーズらによって陸軍用の知能検査が発表された。第一次世界大戦に参加する新兵に対して実施された。
- 1939年にデビッド・ウェクスラーによって「ウェクスラー・ベルビュー知能検査」が発表された。ウェクスラー式ではDIQを指標として表示することにした。彼はのちにWAISなどを開発(1955)するが、いずれも言語性と動作性の2領域を診断的に検査するのが特徴である。
- 1936年に田中寛一によって「田中B式知能検査」が発表された。日本人の知能を見下していた欧米の心理学者を驚かせようと思い、異言語間で使用可能な知能検査を開発しようと考え、非言語式で集団式の「田中B式知能検査」続いて、言語式の「田中A式知能検査」を発表。

(Wikipediaより)

知能検査に対する批判

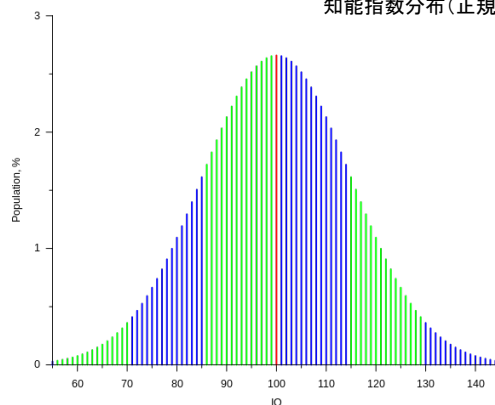
- 知能は人間の脳の働きの一部でしかなく、新しい物を生み出す創造力、他人と協調できる社会性、芸術的なセンスなどは含まれない。知能検査は人間の持つ才能のごく一部を測っているに過ぎない。
- 知能検査は学力検査と違って標準化された一種類だけのテストしかないので、練習効果が高い。ある学校・企業でなんという検査を使うかが事前に分かれば、予習は必ずしも不可能ではない。
- 知能検査は、往々にして社会的な主流派を対象に作られているため、人種や富裕度によって得点が違ってくる。
- 一説に心の理論の障害といわれる広汎性発達障害(自閉症など)では、知能指数が正常でも対人関係で大きな問題が発生し、福祉の対象外に置かれてしまう。

(Wikipediaより)

知能指数 (IQ: Intelligent Quotient)

- 知能検査の結果の表示法のうち標準偏差を用いた表示方式のこと
- 生活年齢と精神年齢の比を基準とした「従来の知能指数 (IQ)」と、同年齢集団内での位置を基準とした標準得点としての「偏差知能指数 (Deviation IQ, DIQ, 偏差IQ, 偏差値知能指数)」の2種類がある。
- 従来の知能指数は「精神年齢 ÷ 生活年齢 × 100」の式で算出される。知能指数は100に近いほど出現率が高い。
- 50-70未満は「軽度」、35-50未満は「中度」、20-35未満は「重度」、20未満は「最重度」と呼ばれる。
- 知能は両親からもある程度遺伝するが、生活環境によってもある程度変動する。幼いころのIQはある程度成長しても持続し、30以上変動する例は1割に満たない。

知能指数分布 (正規分布)



知能指数の分布からの予測

- 知能指数の分布から予測すると、IQ70以下の人は2.27% (認知症を含む)存在するはずなので、理論的には日本の知的障害者数は284万人になる。
- しかし、公的に知的障害者とされている人は推計41万人であり、実際に存在するはずの障害者数と比較すると6分の1ないし7分の1であり、著しく少ない。
- また、上記の41万人のうち84%が療育手帳所持者であるが、軽度・中度の手帳の所持者が55%、重度・最重度の手帳の所持者が45%であり、理論上の出現頻度は障害が軽いほど多いので、それを考慮すると、軽度・中度の手帳所持者は実際の軽度・中度の人数のうちのごく一部であると考えられる。

(Wikipediaより)

原因による知的障害の分類

- 病理的要因
 - ダウン症候群などの染色体異常・自閉症などの先天性疾患によるものや、出産時の酸素不足・脳の圧迫などの周産期の事故や、生後の高熱の後遺症などの、疾患・事故などが原因の知的障害。
 - 脳性麻痺やてんかんなどの脳の障害や、心臓病などの内部障害を合併している(重複障害という場合も多く、身体的にも健康ではないことも多い)。
- 生理的要因
 - 特に知能が低くなる疾患があるわけではないが、たまたま知能指数が低くて障害とみなされる範囲(IQ69または75以下)に入ったような場合、生理的要因の知的障害がある親からの遺伝や、知的障害がない親から偶然に知能指数が低くなる遺伝子の組み合わせで生まれたことなどが原因である。合併症はないことが多く、健康状態は良好であることが多い。知的障害者の大部分はこのタイプであり、知的障害は軽度・中度であることが多い。「単純性精神遅滞」などともいう。
- 心理的要因
 - 養育者の虐待や会話の不足など、養育環境が原因で発生する知的障害。リハビリによって知能が回復することもある。また、離島や山岳地帯や船上山などの刺激が少ない環境で成長した児童の場合も、IQが低い場合が多い。IQテスト自体や△など抽象的な図柄を見分けるといった文明社会に馴染んだ者にとって有利な問題となっている。従って、都会生活を経験したことのない先住民族などには不利な評価が下されることになる。

知的障害の多くは遺伝ではなく 遺伝子の突然変異による

- 2012年9月27日にLancet誌で発表された、スイスにあるチューリッヒ大学のAnita Rauchさんを中心に行われた研究の結果
- 世界には1~3%の知的障害の子どもがおり、その半数は知的障害を持っていない両親から生まれてくる。
- これまで知的障害の主要原因は遺伝であると考えられてきたが、新たな研究によって知的障害のない両親を持つ知的障害児は、両親から劣性の遺伝子を受け継いだのではなく、子どもの遺伝子において新たに発生したランダムな突然変異によるケースが多いということがわかった。
- 人は親から全てを遺伝するのではなく、DNAの一部が削除されたり複製されたりといったような、両親に見られないDNAの偶発的な変化や、新しく発生した突然変異の遺伝子を持って生まれる。多くの場合、このような変化は遺伝子の重要な部分では起こらないため人にもあまり影響を与えないのが、場合によっては認識の発達に影響を与え、遺伝子の機能を傷つけるといったような深刻な結果を引き起こすこともある。

ノーマリゼーション

- 1960年代に北欧諸国から始まった社会福祉をめぐる社会理念の一つ。障害者と健常者とは、お互いが特別に区別されることなく、社会生活を共にするのが正常なことであり、本来の望ましい姿であるとする考え方。またそれに向けた運動や施策なども含まれる。
- 歴史的に障害者施策は施設の建設から始まることが多く、障害者にとって、保護が「当事者の要求に応えられていない」「人としての尊厳が保たれていない」状況が往々にして起こり、福祉を名目に対象者の隔離が計られることも多かった。
- それに対して提唱されていたのが、「障害者を排除するのではなく、障害を持っていても健常者と均等に当たり前に生活できるような社会こそがノーマルな社会である」という、ノーマリゼーションの考え方である。
- デンマークのニルス・エリク・バンク＝ミケルセンにより初めて提唱され、スウェーデンのベンクト・ニリエにより世界中に広められたが、それは最初、知的障害者の施設に対して「脱施設」を主張するところから始まり、やがて、精神障害者、高齢者などの施設へと広まっていった。

ノーマライゼーションとも

- 1950年代、バンク＝ミケルセン(デンマーク)らが関わっていた、知的障害者の家族会の施設改善運動から生まれた理念。
- 障害を持っていても地域社会で普通の暮らしを実現する脱施設化など、社会環境の変革に寄与した。
- 国連の国際障害者年(81年)を契機に認知度を高め、現代の社会福祉の基本理念となった。
- 旧来の大規模入所型施設中心の福祉サービスは、人間性の阻害や一般社会からの隔離を招き、障害者の差別・排除の構造を再生産し続けていた。
- その反省から、自宅やグループホームで「できるだけノーマルに近い生活を提供すること」を保障する社会の価値、物理的構造、サービスを整備していく理念。
- 障害の有無にかかわらず平等に人権が保障され、自己のライフスタイルが主体的に選択でき、能力・経済効率主義にくみしない共生社会の模索でもある。
- 自立生活運動、QOLの概念、当事者主体の理念、在宅サービスなども、ノーマライゼーションの思想が根底にある。

(知恵蔵2013)

障害者の雇用促進

- リハビリテーションのなかに、「職業的リハビリテーション」(障害をもっていても職業に就くことが困難になっていた、維持していきることが難しくなっている人にも、職業を通じた社会参加と自己実現、経済的自立の機会を作り出していき取り組み)という分野があった。
- 「身体障害者雇用促進法」(1960)→「障害者の雇用の促進等に関する法律」(1987)(知的障害者が追加)→「発達障害者支援法」(2004)→精神障害者も追加(2006)
- 「この法律は、身体障害者又は知的障害者の雇用義務等に基づく雇用の促進等のための措置、職業リハビリテーションの措置その他障害者がその能力に適合する職業に就くこと等を通じてその職業生活において自立することを促進するための措置を総合的に講じ、もつて障害者の職業の安定を図ることを目的とする。」(第一条)
- 「障害者 身体障害、知的障害又は精神障害(以下「障害」と総称する。)があるため、長期にわたり、職業生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。」(第二条)