

## 精神薄弱の判定基準に関する研究

研究部会長 牛 島 義 友  
研究部会員 小 松 行 好

### I 緒 言

#### 1. 研究部会員

牛島 義友 文学博士 心理学 青山学院大学教授 日本総合愛育研究所研究第8部(社会環境)部長  
中沢たえ子 医学博士 精神科 日本総合愛育研究所研究第6部(心理治療)研究員  
大竹 太郎 医学博士 精神科 東京都立中央児童相談所診断指導課長  
高橋悦二郎 医学博士 小児科 愛育病院小児科部長 日本総合愛育研究所研究第2部(小児保健)研究員  
木田 市治 心理学 日本総合愛育研究所調査研究企画室長 研究第7部(家庭環境)部長 研究第9部(施設経営管理・施設職員養成技術)部長 愛育養護学校校長  
津守 真 心理学 お茶の水女子大学教授 日本総合愛育研究所研究第8部(社会環境)研究員  
山口 薫 心理学 東京学芸大学特殊教育研究施設教授  
杉田 裕 心理学 東京教育大学教育学部助教授  
小出 進 心理学 千葉大学教育学部助教授  
桜井 芳郎 社会学 国立精神衛生研究所主任研究官  
妹尾 正 国立秩父学園指導課長(現在園長) 厚生教官  
松原 隆三 文部省初等中等教育局特殊教育課教科調査官 文部事務官  
下平 幸男 心理学 厚生省児童家庭局企画課厚生技官  
戸田 陽 医学博士 厚生省児童家庭局障害福祉課(現在厚生大臣官房科学参事官室) 厚生技官  
小松 行好 社会学 日本総合愛育研究所管理部庶務課長 以上15名

#### 2. 研究目的

〔精神薄弱の判定基準の統合を目途とする研究〕

精神薄弱の判定方法については、様々な方法があるが、各分野によって差異があり、これを統合することが

各方面から望まれている。事実上精神科医、内科医(小児科医)、心理学者、施設職員、学校教師等の中で混然がみられる。

本研究では、厚生省児童家庭局が全国調査に用いたモデルを出発点として、医学的側面、心理学的側面からする分析と検定とを併せて行ない、精神薄弱の評価内容を医学的、心理学的な水準において深めんとするものである。

#### 3. 研究の計画

昭和43年11月20日(1968年)日本総合愛育研究所内に「精神薄弱の判定基準に関する研究」の研究部会を設置し、各研究部会員を委嘱、研究に着手し、凡そ3か年間を研究の第1段階として進み、その成果を見て第2段階に進めることとした。

〔初年度の研究経過〕

第1回研究部会(昭和43年12月2日)において、研究部会長牛島は、精神薄弱の判定基準をつくるについてはどういふ研究が必要かということ各研究部会員にただし、第2回、第3回の研究部会の討議を経て、グループ別研究分担を定めた。

第1グループ 比較研究(山口、木田)

第2グループ 3才以下の医学的な診断法に関する研究(高橋、中沢)

第3グループ 社会的処遇に関する研究(大竹、桜井妹尾、津守、小出、小松)

第4グループ 検査法や従来の判定基準の検討(牛島大竹、杉田、松原、下平、戸田、妹尾)

研究分担者は、研究の進行に応じ、研究成果を逐次第4回研究部会(昭和44年4月17日)から研究部会の都度中間報告を行なった。なおこの報告は、第2年度にもひきつづき行なっている。

〔第2年度の研究経過〕

第9回研究部会(昭和45年4月20日)において、今後の研究部会においては、精神薄弱の判定基準に関して、

医学的な診断の面、精神検査の面、社会適応性の問題及びこれらの相互関係にしばって、各研究部会員がそれぞれの立場から意見を出し合い討議して、その中の問題点

をグループで追究し、この研究を一応まとめていく方向に努力することとした。

## II 総括研究報告

この報告を提出する昭和45年9月現在においては、この研究は、第2年度のなかばであり、この総括研究報告は、これまでの研究討議の成果を総括し報告するものである。

### ○序 説

精神薄弱とは何か、世界保健機構では、「精神能力の全般的発達不完全で、かつ不十分な状態」を記載しようとするものといひ、米国精神薄弱協会では、精神薄弱という用語の代りに精神遅滞という用語を使い、「発達期に起る全般的知能の水準以下の状態を指し、社会適応力の障害を伴うものである」といひ、ソビエト社会主義共和国連邦では、「心理活動の未発達の一様。その土台となっているのは、中枢神経系（もっぱら大脳半球皮質）にこうむった器質的疾患の後遺現象である」と云っている。

医学的診断においては、現代医学が可能な限りの諸検査によるチェックを土台とした総合診断が要求されるし、知的発達においては、標準化された精神発達の検査が、特に熟練した検査者によって行なわれることが求められる。

また社会生活の適応についても、標準化された適応尺度による検査が要求される。これらの諸検査は、1回のみのものであろうか、諸検査の信頼度はどうであろうか。研究部会に与えられた課題は広汎に亘り、且つそれぞれが奥深いものである。以下各論において

- |                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| 1. 精神薄弱という用語の解釈と定義              | P 296 |
| 2. 医学的な診断の面からの考察                | P 298 |
| 3. 精神検査の面からの考察                  | P 299 |
| 4. 社会適応性の問題についての考察              | P 299 |
| 5. 東京都内精神薄弱児「愛の手帳」交付のための判定結果の分析 | P 300 |
- として現在までの研究成果を報告する。

### 1. 精神薄弱という用語の解釈と定義

この研究においては、前提として精神薄弱を最初から定義づけすることをせず、研究の進展に応じて、その実態

が明らかになることを期待した。山口は、分担した比較研究において、世界保健機構(W.H.O.)が発表している精神薄弱という用語は、「精神能力の全般的発達が不完全で、かつ不十分な状態」を記載しようとするものといひ、また米国精神薄弱協会(A.A.M.D.)では、精神薄弱という代りに精神遅滞という用語を使い、これは、「発達期に起る全般的知能の水準以下の状態を指し、社会適応力の障害を伴うものである」ことを意味していると云い、

英国では、軽度の精神薄弱を feeble minded. といひ、米国では、mental deficiency (精神遅滞) とか mental retardation とか使っているが、日本語に訳す場合は、すべて精神薄弱とされてしまうことにも問題があることを指摘している。更にソビエト社会主義共和国連邦については、同国の欠陥学辞典より、精神薄弱について、Олигофрения (ギリシヤ語 *Ολιγοσ*—少ない、*Ψοφω*—知え、より) と知的遅滞児 Умственно Отсталые Дети とを載せていること、前者のオリゴフレンヤについて同辞典には、心理活動の未発達の一様。その土台となっているのは、中枢神経系（もっぱら大脳半球皮質）にこうむった器質的疾患の後遺現象である。精神薄弱は、主として胎児期に胎児の脳髄に作用した有害な作用(妊娠時の母体の感染や外傷・脳炎・出産時外傷・仮死産)また生後一年間の児童の炎症性・中毒性・創傷性疾患によって発生する。精神薄弱の場合には、脳髄の未発達を示す解剖学的変化と、ほかの異常特徴すなわち脳膜の肥大・限局性汎発性萎縮・後遺脳水腫が認められる。解剖学的変化は、不可避免的に児童のすべての高次神経活動の障害をもたらす。後者の知的遅滞児については、脳髄(主としてその皮質)の器質的障害の結果として、認識過程の正常な発達の障害をもっている児童。この障害に属するものとしては、脳組織や脳膜の炎症(脳膜炎—脳炎)感染性疾患(ジフテリア、猩紅熱、麻疹、流行性感冒その他)の後の余病、頭部外傷、出産時の子どもの脳内出血その他がある。と記載していることを報告し、このソビエトの説明は、脳に器質的な損傷があることを主張している点日本、米国、英国、W.H.O.の説明などとは異なっていることを指摘している。下平の提示資料(昭和

40年6月英国養護学校教師組合がソ連に派遣した調査団の報告書(一田村貞雄訳)によると、モスクワにある教育科学アカデミーの一部門としての The Research Institute of Defectology の Madame Povzner は、Oligophrenia の定義について、この問題を扱って25年我々は合理的正確な概念を定義した。我々は脳傷害の子供達を“oligophrenic”だと思ひ、この主な原因は沢山あるということにも賛成だ。

確かな原因は一般に染色体異常、子宮内や分娩前後の影響、出生時の傷害等であるといわれているが、障害が主に遺伝の因子による子供を oligophrenic と分類しない。

その言葉は欠陥が、生れる過程に生じた環境の結果によるもの、又は傷害が、この環境から生じた残留の影響によるものに限っている。

実際遺伝による脳障害は少なく、代謝の異常によるものの方が大である。確かに我々は普通の学校でくりかえし授業を受ける必要がある子供や言語障害、visuo-spatial 障害、虚弱児、社会的遅滞による遅滞児を oligophrenic と見なさない。

このように遅滞児と oligophrenics は、はっきり区別される。後者は強さ安定性反応等が失われる。神経の発達過程を傷つけるタイプの脳傷害だと信じられている。この損傷は複雑な分析結合活動や神経系の連結の確立など脳の活動を妨げる。Luria によれば「複雑なスピーチの発達は神経の発達過程が特に安定したり不安定になったりして発達してくる。この状態がなければ会話に関する複雑な二次的な体系の発達はほとんどなされないし、精神的発達は望めない」ということである。

数年の間神経学上の研究はソビエトでは、Oligophrenia の診断と関連づけて続けられ、E.E.G (electroencephalogram) から出た結果がその研究過程の一部分として使われている。我々代表団は幸運にも Dr. L. A. Novikova に会うことができた。彼女は Dr. Povzner のもとで長年研究してきた人である。彼女は E. E. G の記録の使用法について詳しく説明してくれた。E. E. G に関する研究はいろいろの方法で進んできたと言ふ。例えば機械が脳の組織の障害を診断するために使われている。

他の研究者と共に Dr. Novikova のチームは普通の子供と違う Oligophrenia の E. E. G. パターン、つまりアルファ律が無かったり弱かったりする特有な Oligophrenic パターンを確立した。Luria はリズムックライトの刺激による oligophrenic の皮質の反応は実際正常な子供のと違うと報告している。

正常な子供が皮質律の再編成変化に明らかに反応するのに oligophrenic の子供はそのような反応は示さない。また毎秒14サイクルの規則的な刺激にも反応は示さない。Luria は更に、このような子供は1秒に3-4フラッシュの低周波のリズムに変化せず、E. E. G. の、のろい波動による高周波のフラッシュに反応するという点で正常児とは違い、これは皮質細胞が抑制状態におちいりやすいということを暗示していると説明している。E. E. G. の使用により、脳損傷の重症度を評価したり、ある程度まで違ったタイプの損傷を見分けたりするのが可能になる。よくアルファ律が出て E. E. G. に病理波が出ない場合は Oligophrenia の診断に反論することになり一方病理波を伴う弱いアルファ律は診断を確証することになる。

Dr. Novikova は確かな現象が起きる年齢というもの詳細に調べることは重要であると強調する。例えば5才から7才の子供たちはある特有の波動が見られる。それは全て普通のことである。しかし、もしこの特徴がもっと後になって出てくればそれは病理学的に遅れているのである。また毎秒4/7回の特徴ある  $\theta$  タイプの左右同形のフラッシュがありうる。13才以上の子供におけるこの特徴が存在することは病理の症状のあらゆるケースに指摘され、この証拠は総合診断の報告に取入れられる。確かにこれは数多くの原因と並んで考慮されるべきものであるが、Dr. Novikova はその装置を使用して、脳の皮質下部組織に起る障害を調べ、診断することが可能であるという。と記載している。

この資料によるとソビエトにおいては、E. E. G. によって脳の皮質とその下部組織の障害を確証しようとしていることが察知され、これを Oligophrenia の総合診断の有力な一要素として考えていることが推察される。

日本の精神衛生法第3条に、精神障害者とは、精神病患者(中毒性精神病患者を含む)精神薄弱者及び精神質者をいう。とあるがここにいう精神薄弱者の定義はされていない。また精神薄弱者福祉法にも児童福祉法にも精神薄弱者ということの定義は行なわれていない。1967年厚生省児童家庭局長渥美節夫著「わが国の児童福祉」には、精神薄弱という用語の解釈や定義は、国際的にみても決定版がないというのが実情であると前置きして、W. H. O.: A. A. M. D. の説明をかかげ、このように精神薄弱の定義には、いろいろなものが発表されているが、ここでは一口にいう精神薄弱者とは、「精神の発達が持続的に遅滞している者」としておこう。この場合「精神」とは、知・情・意の三つの要素を含むが、とくに知的要素は不可欠であること、「遅滞」とは、通常水準に達し

ない状態を指し、退行の状態がつづいているものは、他の病気が主因であることが考えられるので、含まないこと、また精神の発達はおおむね17~18才までを考慮することなどの条件を前提としていること、と述べている。

文部省が1953年に出した判別基準(1962年6月失効)では、「いろいろの原因により精神発育が恒久的に遅滞し、このため知的能力が劣り、自己の身の事ごらの処理および社会生活への適応が著しく困難なもの」といつている。1962年10月に各都道府県教育委員会教育長・各都道府県知事・盲、聾、養護学校または特殊学級を有する各国立大学長あて文部省初等中等教育局長通知「学校教育法および同法施行令の一部改正に伴う教育上特別な取扱いを要する児童生徒の教育的措置について」記の3<精神薄弱者について>には、(1) 教育的措置 ⑦ 施行令の表精神薄弱者の項に規定する程度の精神薄弱者は、養護学校において教育すること。ただし、就学する養護学校がないところにあつては、養護学校が設置されるまでの間、特殊学級において教育してもさしつかえないこと。

施行令の表精神薄弱者の項において「精神発育の遅滞の程度が中度以上のもの」とは、魯鈍程度の精神薄弱をそれぞれ指すものであること。

ここでいう「白痴」とは、言語をほとんど有せず自他の意志の交換および環境への適応が困難であつて、衣食の上に絶えず保護を必要とし、成人になつてもまったく自立困難と考えられるもの(知能指数—I Q—による分類を参考とすれば<以下「I Q」といふ>25ないし20以下のもの)、「痴愚」とは、新しい事態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ごらを処理するが、成人になつても知能年齢6、7歳に達しないと考えられるもの(I Q 20ないし25から50の程度)、「魯鈍」とは、日常生活にさしつかえない程度に、みづから身の事ごらを処理することができるが、抽象的な思考推理は困難であつて、成人に達しても知能年齢10歳ないし12歳程度にしか達しないと考えられるもの(I Q 50 から 75 の程度)をそれぞれ指すものであること。

① 施行令の表精神薄弱者の項に規定する程度に達しない精神薄弱者は特殊学級を設けて教育すること。

(2) 判別にあつての留意事項

上記①②および④に掲げる者の判別にあつては、精神発育の遅滞の程度を明確にするための標準化された知能検査の厳密な実施と、生育歴および現在の心身の状態についての調査ならびに家族、友人、学校等本人の発達に影響をもつ環境の分析などを行つた上で、総合的見

地から慎重に行なうこと。

なお、その際には、児童相談所、教育研究所などとの連絡を密にするとともに、必要に応じ精神薄弱の診断に経験を有する精神科医、その他専門家の協力を得ること。また、なるべくこれら専門家を含む判別のための委員会を設けることが望ましいこと。と示されている。

松原によると1953年の判別基準は、社会生活能力を重視していたが、1962年の改正に当つては、判別基準の中に教育的見通しを出していると報告している。問題点としては、上記のように障害の程度によって分けることに疑問が残ること、また養護学校にはこういう児が入り、特殊学級にはこういうものが入るとははっきり云つていたので柔軟性に乏しいという事を指摘した。さらに判別態勢の確立が急務であることが強調された。

## 2. 医学的な診断の面からの考察

精神薄弱と自閉症との早期診断について中沢は、第6回研究部会において自己の診察している児童の診断と治療経過を、Aグループ「Kanner タイプ、精神分裂病様、その他ゆわゆる自閉症と思われるもの」、Bグループ「知能発育遅滞の上に自閉的な傾向が加つたもの」、Cグループ「潜在的知的能力はほぼ正常と思われ、生育の途上で何等かの原因によって自閉的傾向を生じているが、予後は良好と想像されるもので、自閉症といつては酷だと思われるもの」に分けて報告を行つたが、その診断の根拠としては、自己の診察経験、脳波、知能テスト、生育歴によつて行つたと云つてゐる。

高橋は、第8回研究部会において、愛育病院産婦人科小児科で、昭和33年7月から昭和44年6月までの間に扱つた出産児の32.3%に当る7,730名の追跡調査を行つた結果〔脳性麻痺・精神薄弱・てんかんの発生頻度及び周生期異常の有無について〕においては、C.P. (脳性麻痺) 10例(0.13%)、精薄(精神薄弱) 15例(0.19%)、E.P. (てんかん) 9例(0.12%)、P.K.U. (フェニールケトン尿症) 1例、自閉症 1例であつた。これを主たる症状別に、在胎期間、出生時体重、アプガール、(生活力の全体的様相)、1項目2点、5項目で採点、満点は10点)、妊娠中異常、流産既往、分娩異常、新生児異常、加えて「C.P.」については、主な原因、「精薄」については、病名、I.Q. 又はD.Q.、E.E.G. の特徴その他、「E.P.」については、病名、E.E.G. の特徴、痙攣などの項目で個人別表をつくり検討を行つた。「精薄15例中」妊娠中異常2例、流産既往6例、分娩異常9例、新生児異常13例低出生体重児3例を見、「E.P. 9例中」妊娠中異常1例、流産既往3例、分娩異常2例、

新生児異常4例、低出生体重児1例を見、「C.P.10例中」出生時体重2,500g以上4例、アプガール9が6例もあり、新生児期に重症黄疸であったものが多いのがめだち、C.P.の主な原因としては、未熟児6例、黄疸5例、早産1例であることなどを報告した。

第11回研究部会において高橋は、精神薄弱は症候群であるという前提のもとで、医学的な診断、判定の要素となる事項を例示列挙し次のように述べている。

身体計測、精神機能検査、運動機能検査、脳波検査、血液の生化学的検査、尿検査、染色体検査、脊髄液検査レントゲン検査、指掌紋検査、脳・臓器の組織検査、頭形、顔ぼう、容姿、口蓋、歯列、懸よう垂、耳震等組織学的なチェック、等であり、チェックリストを作成するための研究を進める必要があるが、諸検査を全部1人の子どもに行なうことは、その子どもの体力や保護者の経済力や時間的問題に加えて、検査設備及び検査者の問題などから現時点においては非常に困難であるので、最少限度において必須の項目をどのように採り上げてチェックリストを作成していくかが、医学的診断の面の焦点となっていくであろうと述べている。

### 3. 精神検査の面からの考察

幼児精神薄弱の知能検査の動揺度について、第4回研究部会において牛島は、母子愛育会教養施設「教養相談室」に來所した約2,700例中、最近10年間に3回以上來所したI.Q.100以下のものを検討し、その動揺度を調べたところ、年齢が多くなると動揺度が少なくなること、知能については、平均でみると高いところで動揺度が高くなっていること、間隔については、1年未満は動揺度が低く、間隔が延びると動揺度が高くなっていることを報告した。またこの関係を相関係数でとり、検討したところ、相関は非常に高く信頼度がある、従来0才を1才3才と比した場合に0.3位にしか出ていなかったが今度の結果から2才4才では8近く出ている。従ってこの結果からみると3才の時の診断は信用してよいといってもよい。と報告し、また第10回研究部会において、知能検査が熟達した検査者によって正しく行なわれれば、これが良い判別基準になると思われると述べた。しかし知能検査について検討の余地がないかどうかは慎重に研究を進める必要があり、例えば、知能検査の質的解析ができるかどうか、知能の段階はどうか、また知能検査で精神薄弱とされた者と、医学的診断により精神薄弱とされた者との関係、更にそれらのものの社会適応性の問題など、相互関係はどうなるのかという問題など、今後の問題として更に深く、また総合的に研究を進めていかなければ

ならない。

### 4. 社会適応性の問題についての考察

第5回研究部会において桜井は、精神薄弱児の適応行動に関して、厚生省が昭和41年度に行った実態調査資料500例に関し、乳幼児、学令児、成人の区分で、1、精神薄弱発見の時期、2、精神発達障害の程度と合併障害3、性格行動の特徴、4、社会生活力の特徴、5、家族の負担などについて分析検討を加えた結果として、「精神薄弱の程度別発見率をみると学令児では知能テストの利用によりかなり軽度のものまで発見されているが、乳幼児や成人では、適応障害を起さないかぎり現状では軽度の者の発見は困難であること。」「心身の異常に気づいた時期は、比較的早期であるがそのほとんどが適切な指導を受けることなく過ごしていること。」「精神発達障害の重いものほど合併障害がみられ、特に言語及び運動機能の遅滞が乳幼児に多くみられること。」「性格的な片よりや対人態度のゆがみのある者が学令児や成人では軽度の者に著しいこと。」「社会生活力は乳幼児ではかなり困難な者が多いが成人では精神発達障害の重い者でも比較的自立しており、社会生活参加の可能性がうかがえること。」「家族の負担については、障害の重い者ほど介護上の負担に苦しんでいるが、学令児や成人では減少し、他の問題が目立ってくること。」このようなことから精神薄弱児には、幼少時より情緒の安定と具体的な生活経験を通しての適応行動の増進をはかるとともに親の感情受容を通じての治療教育的接近の必要性が感じられたと報告している。

第9回研究部会において小松は、施設入所後の児童の諸能力の変化について、愛育養護学校卒業又は退学者214名中より最近3か年間を主にして66名をひろい、昭和44年6月現在の現状から学校進学群、就職群、児童福祉施設入所群、自家保護群、死亡群に分け、1、在学期間2、入学及び卒業学年時の知能検査結果、3、テストの間隔などを比較検討した結果、学校進学群の中で普通学級へ進んだものは、平均値で2.33年の間にI.Q.は、10.3、発達年齢は、1才半以上向上しており、特殊学級進学者では、2.2年間にI.Q.は入学時より卒業学年時の方が3.6低くなっているが発達年齢では、卒業学年時の方が0.35才高くなっている。他の養護学校へ進学した者は、6.55年の間にI.Q.は、6.2低くなっているが、発達年齢は、0.98才進んでいる。就職群は、6年の間にI.Q.は、5.5低くなっているが、発達年齢では、1.87才進んでいる。児童福祉施設入所群では、3.75年の間にI.Q.は8.4低くなっており、発達年齢も0.4才低く

なっている。自家保護群では、8.55年の間にI.Q.は9.4低くなっているが、発達年齢は、0.32才進んでいる。死亡群では、5年の間にI.Q.は4.5低くなっているが、発達年齢は、0.81才進んでいる。(この群のみ3才まで歩けなかったもの3名が含まれている。)在学期間の最も長かったものは13年、最も短かったものは4か月、平均3年10か月である。発達指数の入学時の最高は、76卒業学年時の最高は、85、入学時の最低は、15、卒業学年時の最低は、14、入学時の平均は、43.53卒業学年時の平均は、36.27である。入学時における牛島式社会的な生活能力指数の最高は、98、最低は、28、平均は、69となっている。学校へ進学中のものは、39名、就職しているもの8名、福祉施設入所中のもの16名死亡した者3名である。と報告した。(詳細は別題P.305参照)

木田は第10回研究部会において、中央アメリカのVenezuela政府公共福祉部の精神教育学についての指導的立場にあるAlfredo Silver Armasの論文から、精神薄弱の評価基準として、a、発達上の混乱であり、単に遅れているというのは適当でない、b、社会適応をみる、即ち知覚意でなくて、社会的にどう遅れているかみること。一精神薄弱は、社会的不適応を伴った精神異常で、知能のおくれは、社会不適応を伴わない精神異常、(incompetencia)である。一c、abnormalを基準にしていることと述べており、約300項目の精神薄弱の生活能力表をつくっていることを報告した。杉田はこれについて、ドルはI.Q., S.Q. が低いmental retardedは施設で、I.Q. が低いintellectual retardationは教育で、といっているが、アルマスはドルの影響を受けているようであることを指摘した。

第7回研究部会において津守は、母子愛育会教養施設「家庭指導グループ」(精神薄弱幼児の母子通所治療教育施設)を経て他に移った最近5か年間のものの調査を、それぞれに質問紙を送付し、あるいは電話・面接等によって行なった結果、現在幼稚園に通っているもの14例、過去に幼稚園に通ったことがあるもの18例、合計32例、現在普通学級に行っているもの4例、過去に普通学級に行ったことのあるもの6例、計10例、現在特殊学級に行っているもの30例、過去に特殊学級に行ったことのあるもの5例、計35例、現在養護学校に行っているもの19例、過去に養護学校に行ったことのあるもの9例、計28例、現在通園施設に行っているもの19例、過去において通園施設に行ったことのあるもの8例、計27例、現在収容施設に入所しているもの14例、現在自宅にいるもの6例、不明14例であり、対象としたのは120名である。この例から見ると、幼稚園、普通学級は一時的に入っており、

特殊学級は定着率が良い。通園施設と収容施設は定着率は100%である。と報告した。

社会適応ということについては、昭和45年7月の第12回研究部会において論議され、牛島は、これについては生活能力の問題や困った問題や、脳障害があった時の問題がどんな関連があるのかなどの問題点をあげたが、桜井は、この問題は環境側からと個人の能力から見るとあるが、自分としては社会的文化的な水準の面から、他人に伍して生活していれば社会に適応しているといいたいといひ、山口はこれについては2つの意味がある。社会適応といういい方と問題行動といういい方があると思う、大人になって社会適応が出来るかどうかを考えるのだが、これが5才乃至6才の時、口がきけないとか、行動が不適応だとか、ということからいう、ドルのいっているような社会生活能力から見ているのではなく、社会生活能力を、I.Q.などの面から見て来ているのではないか、といひ、これに対して桜井は、社会で要求している文化的、社会的期待にどれ程い得るかということではないかと主張した。しかし高度の技術が要求される社会において、精神薄弱に何が期待されるかも問題点であるし、白痴程度の児童に通常の文化をうえつける考え方や、動く重症児をどう扱っていくかについても今後の研究に待つところが大きい。

##### 5. 東京都内精神薄弱児愛の手帳交付のための判定結果の分析

この研究は、研究目的の章に記載したとおり、厚生省児童家庭局が昭和41年度に全国調査を行なった時に用いたモデルを出発点としたものであるが、東京都はこのモデルを精神薄弱児愛の手帳を交付する際の診断書として使用しており、東京都内精神薄弱児愛の手帳交付のための判定結果は、前述の各問題に関係した総合的な判定の上になつたものであるので、これが分析は、本研究の上で重要な要素を提供すると考えられる。

昭和44年4月の第4回研究部会に大竹は、東京都内における精神薄弱児愛の手帳交付のために児童相談所職員が診断したもの、学令前88例、6才～17才319例について9項目にわたって検討を行なった結果表を提出した。これによると、まづ医学的診断に関係があるものとして、①出産状況とプロフィールとの関係、において、プロフィールI(知能は、I.Q. 0～19: 運動は、起座不能: 社会性は、対人関係理解不能: 意志疎通は、言語不能: 身体的健康は、特別の治療看護が必要: 基本的生活は、常時監護介助が必要)の「知能」を見ると、<熟産、安産>合せて18例に対し、<仮死6例、未熟6例、逆子1

例、難産4例>合せて17例、と正常分娩と異常分娩との差は殆んど見られない。「運動」については、前者が11例であるのに対し、後者はく仮死7、未熟6、逆子1、難産5>計19例となっており異常分娩の場合は運動障害を伴ない易いことを示している。「社会性」においては、前者が32例に対し、後者は31例、「意志疎通」では、前者が49例に対し、後者は31例、「身体的健康」では、前者が22例に対し、後者は24例、「基本的生活」では、前者が41例に対し、後者は33例となっており、さらに6才～18才のプロフィールIの知能、学習能力、作業力、社会性、意志疎通、身体的健康、日常行動、基本的生活の正常分娩の総計が450例、異常分娩が168例であることを見るとこれらは出産異常とのかかわりあいは少ないことが知られる。

〔出産状況と精神薄弱の程度との関係(6才～18才)〕においては、熟産は中度(I. Q. 35～49)が76例、重度(I. Q. 20～34)が42例、軽度(I. Q. 50～75)が32例、最重度(I. Q. 0～19)が16例であり、安産は中度99例、軽度38例、重度35例、最重度17例であり「熟産も安産も」重度、最重度を合せたものよりも中度、軽度を合せたものの方がずっと多くなっている。これに対して仮死は中度22例、重度13例、軽度9例、最重度1例、未熟は中度27例、重度16例、軽度11例、最重度6例、吸引分娩では重度2例、鉗子は中度7例、重度6例、軽度2例、最重度1例であり、逆子は中度、重度共に3例、軽度1例となっており、難産は中度14例、重度7例、軽度3例最重度2例、帝王切開は、中度4例、軽度、重度共に1例であり、「出産異常の場合」は、中度、重度のものが多くなっている。

〔病歴と程度との関係(2才～18才)〕をみると、ダウソフ氏症87例中、中度72例、重度13例、軽度、最重度各1例。てんかん52例中、中度、重度各20例、最重度7例、軽度5例。脳性小児麻痺51例中、重度22例、最重度19例、中度8例、軽度2例。けいれん・ひきつけ48例中、中度25例、重度10例、最重度8例、軽度5例。高熱(肺炎他)42例中、中度21例、重度9例、軽度8例、最重度4例。栄養失調(乳児期)13例中、中度8例、軽度4例、最重度1例。脳炎11例中、中度7例、最重度2例、軽度、重度各1例。小頭症10例中、最重度6例、重度2例、中度、軽度各1例。頭部打撲(交通事故を含む)8例中、中度4例、軽度3例、重度1例。黄疸(新生児重症)6例中、中度5例、軽度1例。脳脊髄膜炎5例中、中度、軽度各2例、最重度1例。脳膜炎5例中、中度3例、重度、最重度各1例。心臓疾患4例中、中度3例、重度1例。脳内出血・脳血

栓、重度3例。仮死状態(布団で窒息他)1例、中度、最重度各1例。自家中毒症、中度軽度各1例。肺門淋巴腺、軽度、重度各1例。風邪をひきがち、軽度2例。川におちる、軽度、中度各1例。脳水腫、軽度、最重度各1例。フェニールケトン尿症、最重度1例。レクリングハウゼン氏病、最重度1例。巨脳症、重度1例。脳の空洞、重度1例。魚鱗性精神薄弱、最重度1例。ローレンス・ムーニー・ビードル症候群、軽度1例。細胞髄膜炎、最重度1例。脳下垂体異常、中度1例。甲状腺肥大、重度1例。脊部水腫、中度1例。敗血症と腸重積、重度1例。小児コレラ、軽度1例。慢性気管支炎、重度1例。ゆう門けいれん、軽度1例。斜頸・股関節脱臼、中度1例。駆虫剤飲用、中度1例。その他、軽度1例、重度2例。合計377である。

「最重度」のもの病歴で最も多いのは最重度65例中、脳性小児麻痺の19例、次がけいれんひきつけの8例、次がてんかんの7例、次が小頭症の6例、次が高熱(肺炎他)の4例、次が脳炎の2例その他となっている。「重度」では、脳性小児麻痺の22例が最も多く、次がてんかん20例、次がダウソフ氏症13例、次がけいれんひきつけの10例、次が高熱の9例、次が脳内出血・脳血栓3例、次が小頭症・脳脊髄膜炎各2例他というようになっている。「中度」では、ダウソフ氏症72例が最も多く、次がけいれん、ひきつけ25例次が高熱21例、次がてんかん20例、次が脳性小児麻痺・栄養失調(乳児期)各8例、次が脳炎7例、次が黄疸(新生児重症)5例、次が頭部打撲4例、次が脳膜炎・心臓疾患各3例他となっている。「軽度」では高熱8例が最も多く、次はてんかん、けいれん・ひきつけ各5例、次が栄養失調4例、次は頭部打撲3例、次は脳性小児麻痺脳脊髄膜炎、風邪をひきがち各2例他となっている。

病歴で最も多いのがダウソフ氏症の87例、であるがこの知能の程度は中度が72例を占めている。次がてんかん52例、であるが中度、重度ともに各20例となっており、次が脳性小児麻痺の51例、で重度22例、最重度19例となっている点が注目される。次がけいれん・ひきつけの48例、であるが、中度25例、重度10例となっており、次の高熱42例、では中度が21例あることが注目される。乳児期栄養失調13例、では、12例までが中度と軽度で占められていることも注目される。脳炎11例中、7例までが中度となっており、小頭症10例中、6例までが最重度であることも注目される。

次に〔精神薄弱の程度と介護要否との関係〕においては、6才未満では軽度1例を除いては他の87例全部が介

第1表 再判要否とプロフィール、程度との関係（6才未満）

再判	プロフィール	知能				運動				社会性				意志疎通				身体的健康				基本的生活				程度				計
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
要	1年	3	5	10	3	3	2	15	1	9	7	5		8	8	4	1	5	4	7	5	8	5	6	2	4	4	11	2	21 (25)
	2年	3	5	15	4	2	6	18	1	6	13	8		10	15	2		5	12	3	7	10	10	7		1	10	15	1	27 (32)
	3年	7	12	10	2	7	11	11	2	15	8	8		20	6	5		9	9	8	5	17	7	7		4	17	9	1	31 (37)
	5年	3	1	1		3	1	1		3	1	1		3		2		2	1	1	1	3		2		3		2		5 (6)
	計																									12	31	37	4	84 (95)
否																														
不明		2		1	1		2	1	1	1	1	1	1	3				1	2	1		1	3			1	1	2		4
計		18	23	37	10	15	22	46	5	34	30	23	1	44	29	13	2	23	27	19	19	41	22	22	3	13	33	37	5	88 (100)

( ) 内%

第2表 再判要否とプロフィール、程度との関係（6才～12才）

再判	プロフィール	知能				学習能力				作業力				社会性				意志疎通				身体的健康				日常行動				基本的生活				程度				計
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
要	1年	3	8	20	7	5	13	18	2	4	16	14	4	3	7	24	4	4	14	16	4	4	5	23	6	3	9	24	2	3	8	21	6	2	9	23	4	38 (18)
	2年	3	14	18	3	8	20	10		6	18	14		3	9	21	5	12	15	10	1	1	4	26	7		11	27		1	11	21	5	15	22	1	38 (18)	
	3年	6	24	28	15	16	39	11	7	18	31	15	9	7	18	37	11	21	22	22	8	3	17	26	27	4	13	49	7	6	22	32	13	3	21	35	14	73 (35)
	5年	9	13	19	18	13	26	15	5	18	15	15	11	11	14	17	17	15	15	22	7	11	11	18	19	11	9	25	14	12	11	15	21	11	9	21	18	59 (29)
	計																																	16	54	101	37	208 (90)
否		4	7	6	6	8	3		4	7	6		3	3	11	6	11	10				3	3	9	2	3	1	13		4	2	10	1	3	3	11		17
不明		3	2	1	4	2	6		4	2			5	1								3	1	2		3	2	1		4	2			3	3			6
計		28	68	92	43	52	108	57	14	56	87	64	24	31	53	110	37	63	68	80	20	25	41	104	61	24	45	139	23	30	56	99	46	22	60	112	37	231 (100)

第3表 再判要否とプロフィール、程度との関係 (13才～15才)

再判	プロフィール	知能				学習能力				作業力				社会性				意志疎通				身体的健康				日常行動				基本的生活				程 度				計
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
要	1年			1	1			1	1				2				2				2			1	1			1	1				2	2 (4)				
	2年		6	2			1	4	3		3	5			1	7			1	2	4		1		2		2	6			1	4	3	3 (17)				
	3年	4	9	4	4	5	8	4	4	2	8	9	2	5	12	4	6	4	7	4	1	1	1	10	9	1	3	12	5	1	3	5	12	1	5	11	4	21 (44)
	5年	4		6	7	3	3	7	4	1	3	6	7	1	2	6	8	3	1	5	8	1	1	4	11	1	2	7	7	2	1	4	10	2	1	5	9	17 (35)
	計																																	3 (75)	9 (100)	23 (77)	13 (68)	48 (77)
否		1	2	5	3	2	3	6	1	1	3	1	1	1	7	3	1		8	2	1	1	5	4	1	1	7	2	1		6	4	1		7	3	11	
不明			1	2			1	2			1	2			1	2			3				3				1	2				3				3	3	
計		9	17	19	17	11	19	22	10	4	15	31	12	2	8	35	17	11	7	26	18	3	5	24	30	3	8	34	7	4	5	20	33	4 (100)	9 (100)	30 (100)	19 (100)	62 (100)

第4表 再判要否とプロフィール、程度との関係 (16才～18才)

再判	プロフィール	知能				学習能力				作業力				社会性				意志疎通				身体的健康				日常行動				基本的生活				程 度				計
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
要	1年			3				3			2	1			1	2			1	2			1	2			1	2				3				2	1	3 (19)
	2年			4	2		2	1	3		2	2	2		1	4	1		4	2	1		2	3			1	3	2			2	4	4 (38)				
	3年	1	2	2		1	2	2		3	1	1		3	1	1	1	1	2	1		2	2	1		1	3	1	1	3	1			2	2	1		5 (30)
	5年	1				1	1			1	1			1	1			1				1	1			1	1			1				1				2 (13)
	計																																	1 (33)	2 (100)	8 (62)	5 (63)	16 (61)
否		2	4	1	2	2	4	2	1	2	1	6	2		5	2	3	1	4	1	2	2	5		2		6	1	2	1	2	4	2		5	2	9	
不明				1			1		1						1				1				1				1					1				1	1	
計		4	6	10	6	4	8	9	5	6	4	12	4	3	4	13	6	5	2	12	7	4	4	10	8	3	2	15	6	4	1	7	14	3 (100)	2 (100)	13 (100)	8 (100)	26 (100)

護を必要としているが、6才～18才では、最重度29例全部が介護を必要としており、重度71例では2例を除き69例が介護を必要としている。中度155例では20例を除き135例が介護を必要としている。軽度64例では介護を必要とするものは29例で残りの35例は介護を必要としない。

6才～18才を処遇別に見ると、「最重度29例中」家庭が24例を占め、通園1例、収容2例となっている。「重度71例」では、家庭32例、通園25例、収容2例、養護学校2例、特殊学級1例他となっている。これが「中度」になると、「155例中」家庭は29例、通園76例、収容16例、特殊学級16例、養護学校6例他となっている。「軽度」の場合は家庭が更に少なくなり「64例中」5例となり、特殊学級27例、収容21例、養護学校7例、通園1例他となっている。

ここでは中度の6才～12才58例が通園していることと、特殊学級も収容も軽度になって例数が急に多くなっている点が注目される。

次は将来再判定の要否についてであるが、要は1年、2年、3年、5年と分けて、とっているのが第1、2、3、4表である。

この数を検討すると、精神薄弱の程度について総合判定の再判定を必要とする6才未満では、3年が37%、2年が32%となっており88例中95%が再判定を必要としていることが特に注目される。6才～12才においても231例中208例(90%)が再判定を必要としており、この年齢の場合は、3年が35%、5年が29%となっている点も注目される。これが13才～15才になると62例中の77%が再判定を必要としており、3年が44%、5年が35%であることも注目される。16才～18才では、26例中、2年6例、3年5例、1年3例、5年2例の合計16例が再判定を必要としており、年齢が進むに従って再判定の必要が減少してきていることがうかがえる。精神薄弱の程度のプロフィール1度(最重度)2度(重度)3度(中度)

4度(軽度)から検討すると、6才未満では、中度100%、重度94%、最重度92%、軽度80%の順に再判定を必要としているものがあり、6才～12才では、軽度100%、中度、重度90%、最重度72%、13才～15才では、重度100%、中度77%、最重度75%、軽度68%、16才～18才では、重度100%、軽度63%、中度62%、最重度33%がそれぞれ再判定を必要としているという結果になっている。

この結果からすると、中度、重度の殆んど全部が判定を数年後即ち2年乃至5年で行なう必要があることを認められており、軽度及び最重度については、5年後に再判定を必要としているものが目立っている。

またこれをプロフィールの知能の面について見ると、6才未満で中度のものが2年後再判定15例、1年、3年後各10例出ているのが目立ち、重度では、3年後12例というものが目立っている。6才～12才では、やはり中度、3年後28例、1年後20例、5年後19例、2年後18例と圧的に多いことが目立っている。13才～15才においては、重度3年後9例、2年後6例、中度5年後6例というものが注目される。また基本的生活・意志疎通・社会性の面では、6才未満においては、重度の3年後再判定を必要とするものが多いことが特に注目される。6才～12才においては、重度よりも中度の3年後が多少多くなっている点及び13才～15才では、基本的生活では軽度の3年後、意志疎通では中度の3年と5年後、社会性では、中度の3年後再判定というのが注目される。学習能力、作業力については、6才～12才の重度3年後というのが特に目立っている。大竹はこれらの調査結果等から精神薄弱の判定は、縦断的に行なうべきが至当ではないかという論議を提唱し、更に精神薄弱の判定行為は、何等かの(教育的乃至福祉的等)目的をもって後指導も含めて行なわれるものであることを強調した。(この研究は、財団法人前川報恩会から2か年間合計100万円の研究助成金を受けた。以上文責研究部会員小松行好)