

参考資料 2

[フランス] 障害者の機能障害及び 能力低下の評価のための指針 (仮訳)

監訳 白坂 康俊
植村 英晴

平成 11 年度厚生科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業)
身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究

主任研究者 木村哲彦

本書は、平成 11 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「身体障害者福祉法における障害認定の在り方に関する研究（主任研究者 木村哲彦）の参考資料として、フランス社会健康都市省・国立障害社会的不利技術調査研究センター（Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations）が 1993 年に発行した Guide- Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées を翻訳したものです。

目次

指針に関する 1993 年 11 月 23 日の通達第 93/36-B 号	1
---------------------------------------	---

指針

第 I 章：知的障害及び行動の制限	10
第 1 節：小児、青年の知的障害及び行動の制限	10
第 2 節：成人の知的障害及び行動の制限	12
第 3 節：てんかん（てんかんに関連する障害）	14
第 II 章：精神障害	16
第 1 節：小児、青年の精神障害	16
第 2 節：成人の精神障害	18
第 III 章：聴覚の機能障害	28
第 IV 章：言語及び発声発語の障害	30
第 V 章：視覚の機能障害	34
第 VI 章：内部障害及び全身機能の障害	42
第 1 節：心血管系の機能障害	43
第 2 節：呼吸器系の機能障害	47
第 3 節：消化機能の障害	51
第 4 節：腎泌尿器系の機能障害	55
第 5 節：内分泌、代謝及び酵素由来の機能障害	57
第 6 節：造血系及び免疫系の機能障害	60
第 VII 章：運動機能障害	62
第 VIII 章：審美障害	69
1993 年 11 月 4 日の政令第 93-1216 号	70
1993 年 11 月 4 日の政令第 93-1217 号	73

编者注記

本指針の理解を容易にするため、以下の順に読み進められたい：通達－政令付則（本指針）及び政令

「障害者の機能障害及び能力低下の評価のための指針に関する 1993 年 11 月 4 日の政令第 93-1216 号」の実施に関する「1993 年 11 月 23 日の通達第 93/36-B 号」

施行日：1993 年 12 月 1 日

要約：CDES（県特殊教育委員会）及び COTOREP（職業指導再就職斡旋委員会）向けの新指針の実施に関する指示

キーワード：障害－機能障害－能力低下－評価－指針－CDES－COTOREP

参考文献：

- －障害者への種々の優遇措置及び給付供与のための指針を内容とし、「家族及び社会扶助に関する法律」、「社会保障法（第二部：国务院令）」、及び、「1977 年 12 月 31 日の政令第 77-1549 号」を修正する 1993 年 11 月 4 日の政令第 93-1216 号。
- －社会保障法（第三部：政令）の修正に関し、また、障害者の介護者の老齢保険、及び、成人障害者給付金に関する 1993 年 11 月 4 日の政令第 93-1217 号。
- －職業指導委員会の構成に関する「1976 年 11 月 5 日の県教育委員会通達第 34/76 号」。
- －職業指導再就職斡旋委員会の運営に関する「1977 年 4 月 8 日の県教育委員会通達第 18 号」。
- －県特殊教育委員会の運営に関する「1979 年 11 月 14 日の通達第 79-389 号及び 50AS」。
- －COTOREP の運営に関する「1984 年 5 月 25 日の通達第 8409 号」。
- －COTOREP による AIDS 発症患者に関する資料の検討作業促進に関する「1990 年 10 月 22 日の DAS（社会援助局）より県知事への書簡」。
- －COTOREP による AIDS 患者の AAH 請求の検討作業促進に関する「1991 年 6 月 17DGS 通達第 44 号」。
- －成長障害として治療を受け、クロイツフェルト・ヤコブ病に感染した子供を有する家族が遭遇した社会的問題に関する「社会福祉人種問題大臣及び保健人道的活動大臣よりの 1992 年 10 月 20 日の書簡」。

廃止文書：

- －1951 年 8 月 16 日の通達第 146 号。
- －1953 年 8 月 3 日の通達第 102 号。

1987 年 10 月 2 日の書簡で、社会福祉大臣及び、社会保険を担当する社会福祉雇用大臣付き政務次官は、COTOREP 及び CDES の医師用の障害評価基準の作成を研究グループに依頼した。

というのは、1975年6月30日の障害者職業指導法の施行令が依拠していた障害評価基準は、現在まで、傷痍軍人年金及び戦争犠牲者法の障害評価基準ひとつであった。この基準は、外傷による成人障害者を対象に作成されていたため、小児及び成人の先天性障害や、精神疾患などいくつかの障害類型には対応していなかった。

また、共通の参照基準が存在しなかったため、当然ながら、県あるいは委員会ごとに、評価結果に大きな違いが生じていた。

研究グループは、国立障害社会的不利技術調査研究センターのJ. M. LEMOINE de FORGES氏の研究グループ（1985）や、J. C. SOURNIAの研究グループ（1986）の研究、及び、大統領付会計検査院の報告（1987）など、既存の多くの研究を参照しているが、これらの論文のいずれもが障害を評価するには、機能障害を考慮すべきだと結論づけている。

既存の評価法は、それぞれ独自の基準に基づいており、共通性がない：

1) 作業能力の喪失を割合で表す評価基準（労災による廃疾指標、職業病廃疾指標）もあれば、体の各部位の機能障害の程度を割合で示す評価基準（退役軍人及び戦争犠牲者のための傷痍軍人年金法の評価基準、普通法の規定）もある。

2) 給付のシステムが異なる：

—一部の評価基準では、異なる尺度ながら、「1975年の法律における、50%及び80%」、「社会保障の廃疾規定における、作業能力の3分の2の喪失」というように一応の境界値が存在する。

—他の評価基準では、給付は補償金としての性質をもつので、境界値の重要性は低い：

・年金として（労災の場合）

・積立保険として（労災または普通法における小リスクの場合）

3) 制度ごとに目的が異なる：

—退役軍人及び普通法の場合、病変がもたらす収入の喪失ばかりでなく、自治体が補償すべき種々の損害を勘案する必要がある。

—廃疾に関しては、仕事及び利益の喪失の補償、あるいは、最小限の経済力の保証が目的である。

—労災及び職業病に関しては、身体的及び職業的損害を補償するのが目的である。

—1975年法によれば、能力の喪失を補償し、最小限の経済力を保証するのが目的である。

これら評価基準間の不一致を是正しようとする試みは絶えずなされてきたが、今だ、どの制度に関しても、統一の評価基準の作成には至っていない。

研究グループは、本評価指針の作成に当たり、COTOREPやCDESが、高レベルの医学的検査・診断なしで、障害を評価できるよう、可能なかぎり実用的なものを目指した。

I 方法論的な評価指針

a) 評価開始に当たって：機能障害と能力低下

本評価指針は、世界保健機構の提唱する概念に基づいている：機能障害、能力低下、社

会的不利。

WHO が採用した P. H. N. WOOD (*) の方法論では、障害の進行を4つの障害レベルから評価している：

- ・診断のレベルは、病気の進行に関するものである。
- ・機能障害のレベルは、器官、機能の減退に関するものである。
- ・能力低下のレベルは、日常生活での動作や行為における能力の制限に関するものである。
- ・社会的不利のレベルは、年齢、性別、社会文化的条件に相応の役割を果たすことに対する制限あるいは禁止に関するものである。

ある障害レベルの現象が、他の障害レベルに影響を及ぼすことがあるが、与える影響の程度は、障害レベルによってかなりの差がありうる。いずれのレベルにおいても、健康は、環境と相互作用している。また診断以外のレベルは、疾患の結果である。診断的分類の補足事項として、疾患のもたらす結果に関する国際分類が提案されている。

以上から、医学的診断だけでは、障害の評価が不可能であることが分かる。障害の程度は、進行度合い、治療、訓練による改善の可能性、及び、環境によって異なってくる。

評価は、心理的、生理的、または、解剖学的な構造や機能の変化、あるいは、器官の完全な欠損あるいは変化といった機能障害のタイプごとに行う。機能障害とは、一時的、または、永続的な、身体的欠損や変化のことをいい、病的な状態が顕在化したもの、すなわち、器官レベルの障害の反映である。先天性であっても後天性であってもよい。

病変ごとに障害の程度を数値化するといった、上記分類の厳密な適用は考えていないが、この機能障害が日常生活や、職場において引き起こす様々な制限は考慮にいった。これは、「ある活動を人間として正常と考えられる範囲内で遂行する能力の部分的、あるいは完全なあらゆる減退」というように国際障害分類で説明されているところの能力低下の概念と一致する。

機能障害に比べ、能力低下は、複合的、統合的な活動に関係している。つまり、評価対象者の全体、ある職務、能力、行動の遂行に関するものである。

(*) 注：「国際障害分類：機能障害、能力低下、及び、社会的不利。疾患の影響分類マニュアル」。

WHO-INSERM-CTNERHI。

1993年版。203 ページ、130 フラン。CTNERHI : 236 bis, rue de Tolbiac - 75013 パリ

評価は、視覚機能障害及び聴覚機能障害に関するもの以外は、能力低下の評価のみに依拠している。医学的診断は、目安にはなるが、それだけでは障害の程度を決定することは出来ない。ただし、常染色体異常などのケースは例外である。

感覚器の機能障害に関しては、障害の度合いの評価は、機能障害の測定に依拠している。ただ、能力低下の程度により加重されることもありうる。

b) 能力低下率の決定

本評価指針は、能力低下率を決定するための幾つかの重要な原則、及び、その決定が対象者にもたらす権利・利益に配慮しながら作成された。

能力低下率の決定は、法律に定められた境界値付近でとくに以下のような決定的な意味を持つ。

-能力低下率 80%；障害者手帳、成人障害者給付金、特殊教育手当、障害者の介護人のための老齢保険を得る権利が与えられ、補償手当で支給の権利を得る条件となる。

-能力低下率 50%；特殊教育手当で受領の権利が条件付きで得られる。

従って、この能力低下率の決定に当たっては、50%あるいは80%の数字付近では、慎重に行う必要がある。

能力低下率は、障害者手帳に必ずしも記載されている必要はない。

本評価指針は、各種の機能障害について、重篤度を決定する。ほとんどの場合4段階で、例外的に3段階や5段階に設定してある。この重篤度は、専門家が能力低下率を評価する際の指標となる。研究チームは、障害のタイプが多様性に富んでいることを考えて、形式的になるおそれもあるが、各章の間で調和を図ることに腐心した。

c) HIV感染者の能力低下率

造血機能障害及び、免疫系機能障害に関する第VI章第6節に説明がある。

軽度及び重篤（1及び4）な機能障害の評価に関して特に問題は生じないが、中程度及び重度（2及び3）の機能障害の評価は医学的なものにならざるを得ない。その評価には、臨床症状がなくても、免疫力の低下を考慮に入れる必要がある。移動や労働を制限したり、妨げたりするような重度の易疲労性を伴う免疫力の低下は、それだけで、能力低下率50%と評価される。

総合的能力低下率の評価において、医師は、また、第II章第2節に記載されているように、行動、気分、情緒および情動生活の障害を考慮する必要があることを思い出して欲しい。こうした面の評価にはバルタザールの算法を用いることも可能である（本通達のI-f段参照）。これらの障害が加わっている場合、能力低下率は自動的に50%以上となる。

CDES及びCOTOREPの医師は、週刊疫学公報51号（1987年）のAIDSの定義（1987年修正版）、及び11/1993号のフランスでのAIDSの定義の見直し、さらに、同号付録IIの成人及び青年のAIDS感染の分類システムの見直し（1993年版）を参照するのが有益だろう（週刊疫学公報は、県衛生福祉局、あるいは、保健総局、VS2事務所、電話番号46.62.45.64にて入手可能）。

さらなる情報を得たい場合は、総合保健局AIDS課（電話番号46.62.45.64）まで。

また、CDES及びCOTOREPは、1990年10月22日の大臣書簡及び1991年6月17日の総合保健局通達第44号を順守する必要があることに注意しなければならない。この通達は、COTOREPによる成人障害者の給付金請求、及びHIV感染者の資料の迅速な審査処理に関

するものである。

d) 失明者の能力低下率

退役軍人の評価基準では、失明の能力低下率は 100%である。障害者の機能障害及び能力低下の評価指針では、中心視力が 0 か、通常の 20 分の 1 未満の場合、能力低下率を 95%に定めている。

e) 能力低下率

100%が適用されるのは極めてまれで、植物状態や昏睡状態のような完全な能力低下に限られる。逆に、能力低下率 0%は、機能障害が全くないことを意味するのではなく、1975 年の法律に基づいた評価体系に限れば、機能障害が認められないということである。

ある一つの機能障害が、80%以上の能力低下率をもたらしていると判断された場合、合併する機能障害を見つけて、能力低下率を再加算し、全体の能力低下率を上げようとする試みは意味がない。

f) 複数の機能障害が認められるケース：評価へのアプローチ

この場合、評価へのアプローチは、たとえ複数の異なる機能障害についての評価を積み重ねたとしても、最終的には全体評価となる必要がある。つまり、重大な機能の能力低下に関する重篤度を評価しなければならない。小児の場合には、評価の時点での、能力低下によって生じる教育的負担の増加も評価しておく必要がある。

能力低下は、機能障害の結果として生じるが、その評価に当たっては、同年齢の健常者との比較、及び、本評価指針の各章に規定されている日常生活動作についての考察が必要である。

能力低下率を算出するためにピックアップしたそれぞれの要素を系統的に数値化することは出来なかった。総合的能力低下率は、3つに、ただし、一部のケースでは5つの段階に区分されている：

0～50%：軽度の能力低下

50%～80%：重度の能力低下

80%以上：重篤な能力低下

障害者が、能力の制限を伴う、複数の異なる機能障害を呈している場合、専門医は、数値的でない分析検査・評価を行った後、総合能力低下率を決定する。

一部の章において、及び、一部の機能障害に対して、低い能力低下率（5%あるいは10%）が指示されている場合があるが、加算の方法に関しては分かりやすく規定してある（例：言語障害参照）。これは、複数の機能障害が重なっている場合や、一つの重大な機能障害がある場合にのみ適用可能である。

評価が疑わしい、あるいは、困難な場合は、バルタザールの算法を用いることができる。参考として、その原理をここに再記する。この方法は、残存能力法とも言われてい

るが、複数の機能障害があり、それが、異なる複数の章、あるいは、節に分散している場合、及び、全体評価が困難と思われるときにのみ使用する。

まず最初に、複数の機能障害のうちの一つを評価する。その機能障害について能力低下率が決定した後、その数値を、完全能力を示す 100 から引く。こうして、残存能力が得られる。

ある機能障害とは別の機能障害に由来する能力低下は、それだけ独立した数値として評価され、その能力低下率の数字を、第一の機能障害の残存能力を示す数値に掛ける。こうして、第二の機能障害の能力低下率が得られる。総合的能力低下率は、こうして計算された 2 つの能力低下率の和として得られる。この値は、機能障害をどの順で計算しても一定である。

例：

-ある機能障害 A は、40%の能力低下をもたらす。この場合、残存能力は 60%である。

-別な機能障害 B の能力低下は、評価指針で 20%と数値化できたとする。この第 2 の機能障害によってもたらされる能力低下率は、A の残存能力 60%に対する 20%なので、12%となる。

総合的能力低下率は、従って、

$40\%+12\%=52\%$ となる。以後同様に計算できる。

-この例で、第 3 の機能障害があって、能力低下率を算出しようとする場合、対象となる残存能力は 48%となる。

バルタザールの公式を用いて、複数の機能障害に由来する総能力低下率を計算する方法は、一つの目安を与えるに過ぎないが、提案された能力低下率の妥当性の検証に使用することができる。

II 評価手順

実際には、医師は次の手順で評価を進める。

- 1) 医学的診断、選択できる治療方法、その重大性、及び、日常生活への影響についての認識
- 2) 機能障害の検査
- 3) 能力低下の評価

能力低下の評価は、専門職チームの他のメンバーの意見、及び、機能制限に関する資料があれば、それを参照する必要がある。特に小児に関しては、教員、心理学者、教育者及び発症後の再教育担当者などによる報告書が、能力低下の評価に必要不可欠である。

こうして、専門職チームは、能力低下の評価に当たって、機能障害に直接由来する能力低下だけでなく、つらい投薬治療、繰り返される入院、全身状態への影響など、治療による制約に由来するものも考慮に入れる。

多発性硬化症、多発性関節炎、あるいは、一部の精神疾患のように、進行が急である

一部の疾患については、能力低下率の評価は困難である。発作時の対象者の状態を評価対象とする必要はないが、発作の頻度や重篤度、さらに、社会生活や仕事への影響によって、能力低下率を加重する必要がある。

装具の装用

能力低下率は、医学、外科学及びテクニカルエイドの分野における進歩を反映したもものになっている。しかしながら、こうした技術の評価に当たっては、それが真に障害を解消するものであるかを見極めるために、細心の注意を払う必要がある。例えば、義足は、たとえ完全に適合し、痛みも伴わない場合でも、対症療法に過ぎない。対麻痺患者の場合、もし、一部の患者が短い距離の歩行が可能だとしても、車椅子は依然必要不可欠である。

ただし、聴覚関係の機能障害の場合には、装具の装用の可能性を考慮に入れて能力低下率を評価する。その際、その装具が障害者に許容され、抵抗なく、実際に使用されている必要がある。また、委員会は、装具の費用が法の規定に従い、社会保険によって全額まかなわれていることを確認する必要がある。

障害の永続性-決定の有効期間

能力低下と判断するためには、能力低下が継続的であることが条件で、少なくとも1年間は継続しているものでなければならない。ただ、これは、その能力低下がそれ以上変化しない状態に至っていなければならないということではない。特に、能力低下率を決定する際に、症状固定の段階に達している必要はない。決定に関して妥当な有効期間を選択、決定するために、症状の進行性を考慮に入れることになる。病因診断は、常に疾患の進行、ひいては、どれくらいの頻度で再評価をする必要があるかを知るために重要である。病因診断は、病気が改善したり、悪化したりする可能性及び連続的に起こるか、あるいは、非連続的に変化するかについて教えてくれる。しかし、病因診断のみで、機能障害の存在の有無の判断、及び、能力低下の程度の評価が行えるとは限らない。

このことに関連して、医学的な秘密が守られる必要があることを思い起こしたい。専門医は、専門職チームの他のメンバーに診断内容を教えてはならない。ただ、診断結果から予想される、短期、中期、長期の機能障害、能力低下について記述すればよいのである。

患者の秘密は、当然、委員会の外部に持ち出されることはない。診断書は、ファイル内に封をして保存する。

定期的な検査は必要である。その頻度は、原因疾患と、その進行性を勘案して、専門医が決定する。しかし、患者の状態が固定しており、状態評価が十分になさされていて、評価内容を変更する必要性も認められないのに、不必要な介入や検査を行うことがないよう注意すべきである。

小児

最後に、成人と小児の評価方法には共通する部分もあるが、小児の能力低下率を評価する際の特有な原理を再記しておく。

小児の能力低下は、同年齢の健常児との比較で評価する必要がある。また、日常生活行為が可能かどうか、それに、普通の学校生活が送れるかどうかということを考慮する必要がある。

本評価指針は、小児の場合、対象となる小児及びその家族の日常生活に顕著な障害をもたらす状態、及び、能力低下に50～80%の能力低下率が適用される。

小児の障害の評価は変動するものであり、多くの場合、小児の自立性の発達および維持に必要な、持続的な教育的支援を考慮に入れる。

委員会は、小児の感受性の強い時期には注意を払うことになるだろう。

-非常に低年齢の小児の場合、診断は時に不確実なものとなる。例えば、高度難聴や、精神運動発達の遅れ、重度精神発達遅滞の区別が難しかったりする。評価委員会は、決定に当たり、正確な病因診断を待つことはしない。病因分析を欠くケースは、全体のおよそ3分の1に及ぶが、定期的な再検査により、診断を確実なものにしていくことができる。一方、非常に幼い小児では、障害のせいで、保育をしてくれるところが見つからないことが、小児とその家族の日常生活に障害となっている。

-青年期は、障害が重篤化したり、あるいは、再発したりしやすい時期である。このことに十分配慮して能力低下率を決定したり、再検討の時期を決定する必要がある。

すべての小児について、社会、及び、学校への適応能力を評価する必要がある。特殊教育施設への収容は一つの目安に過ぎず、それだけで、自動的に、能力低下率50%あるいは80%を適用することがあってはならない。

III 更新、及び、重篤化の請求

政府は、フランス障害者協会の要求に従い、すでに退役軍人への評価基準をもとに能力低下率が決定された障害者については、その決定によって得た権利・利益を保証することを決定した。

政令第93-1216号第5項、及び、政令第93-1217号第3項に実施方法が規定されている。

対象者の状態に変化がない場合、すでに決定された能力低下率はそのまま維持される。

しかし、対象者の状態が、改善、あるいは、悪化している場合、新しい能力低下率は、新しい評価指針によってのみ評価する。

悪化しているケースでは、新評価指針に従い、専門医が能力低下率を提案し、委員会が決定する。委員会は、最も高い能力低下率を採用する。

1993年12月1日以前になされた検査において、評価に顕著な誤りがあった場合、委員会は、その誤りを立証する際に、退役軍人の評価基準を参照しなければならない。

Ⅳ 一般条項の想起

委員会は、すべての審査請求を検討しなければならず、また、請求者の資産は考慮せずに決定を行う必要がある。新評価指針は、新規の請求であれ、更新の請求であれ、1993年12月1日以降に提出された請求に適用される。

また、すべての決定、特に請求を受理しない場合には、理由が必要である。決定理由には、請求の種類（新規の請求、更新、重篤化の請求）を明示しなければならない。

請求の期限及び方法についての変更はない。

まとめ

この評価基準は、C.D.E.S.及びC.O.T.O.R.E.P.での措置を統一することを目的とした方法論的な手引書である。様々な状況に置かれている障害者の問題点を評価可能にする、簡潔な実用書である。重篤度の違いが正確に規定されているが、委員会による評価は、特に各重篤度の中で、柔軟になされるように配慮してある。

専門医、専門職チーム、及び、委員会の作業を容易にするため、診断書を近々変更する。

この新評価指針の実施についての評価、及び、追跡調査を行う。何か問題が生じた場合は、RV1事務所にお知らせいただきたい。

-技術的な問題については、R.V.A.S.サブセクションの技術顧問であり、保健監査医の、TAVE女史まで（電話番号：(1) 46.62.41.48）。

-評価基準の実施に関する行政的、法的問題については、RV1事務所の、衛生福祉監査人の、ROQUET女史まで（電話番号：(1) 46.62.41.41）。

本通達を、一部ずつ、県会議長、県労働雇用局長、視学官、そして、CDES及びCOTOREPの事務局にお送りいただきたい。

社会福祉局長
Michel THIERRY

障害者の機能障害及び能力低下の 評価のための指針

第Ⅰ章は以下の内容からなる。

- 行動の制限を伴う、あるいは、伴わない精神遅滞
- 記憶及び思考の機能障害

これら2つのテーマに、それぞれ1節を割り当てた。一方は小児と青年に関して、もう一方は成人に関してである。

- 第3節では、てんかんに関して述べる。

第Ⅱ章は精神障害に関するものである。

前章と同様に2節からなり、一方は小児と青年に関し、もう一方は成人に関する。

専門医は、自分の専門分野（神経学、小児科学、精神科学など）、また、障害者の呈する疾患に応じて、いずれかの章を参照すればよい。ただ、能力低下率を決定する際に、第Ⅰ章で得られたものと、第Ⅱ章で得られたものを累積することは出来ない。症例は異なっても、評価の方法は全く同様である。

ここで測定されなければならないのは、そうした状態に至らしめた原因疾患に関する医学的診断がどうであれ、家庭生活、学校生活、あるいは職場生活における能力低下の程度である。

医学的診断は、病態の進行（つまり、改善あるいは悪化の可能性、ならびに、担当委員会による再検査）、及び、対応方法を予測するには重要だが、能力低下率の決定に関しては、一般に限られた有用性しか持たない。ただし、医学的診断が、そのまま重大な能力低下を証明する場合はこのかぎりではない。

第 1 章

知的障害及び行動の制限

小児においても、成人においても、精神遅滞は、単独で現れる場合もあるが、いろいろな形の行動の制限を伴っている場合もある。評価の最初の段階で、異なる要素を別々に分析することがあるとしても、能力低下率の決定に当たっては、全体評価をすることが適切である。

精神遅滞は、その原因が判明していようがいまいが、また遺伝的であろうが、周産期のものであろうが、幼児期、あるいは児童期に発現することが多い。しかし、知的障害は、より遅く、青年期、さらには、成人になって発現することもある。頭部の外傷では特にそうである。この章では、さらに、多少とも早期に発現することもある、老年期の知的障害についても扱う。

これらの状態のそれぞれについて、専門医のすることは同じである。病因診断のための検査の後、対象者の能力低下を同年齢の個人と対比しながら調査し、分析を終了する。

生後数年以内の幼小児に関して、同年齢の小児と対比して、能力低下を見つけたことも重要だが、同時に、対象となる小児の精神運動の発達を促し、社会参加を可能にするために払われる家族の苦勞を考慮することを忘れてはならない。

最後になるが、いずれの評価の場合も、合併する聴覚、視覚、運動器官の機能障害などを見つけ、評価の参考にするため、それらの身体的検査を実施することを忘れてはならない。

第1節 小児及び青年の知的障害及び行動の制限

ここでは、小児及び青年の知的障害、及び、行動の制限専門の評価手引きを作成し、簡潔で、方法的なチェックポイントについて説明した。

この手引きは、機能障害の発現機序や、家族や社会に相互に関わり合う動的要素、考えられる病因学的要素を評価するために臨床家が行う事前の作業にとってかわるものではない。この一連の評価作業を統合することによって、臨床家は、診断を提案することができる。その診断によって、病態の進行、予後、治療の可能性、就学に関する能力（環境整備、あるいは、援助を受ける場合を含む）、そして、資料の望ましい再検討頻度が明らかになる。

つまり、評価を行った時点における、能力低下の程度、及び、それに伴う教育的負担の増加を評価するわけである。

しかしながら、小児の常染色体異常（トリソミー、あるいは、モノソミー）が明らかになった場合（例えば、出生後1週間目、9カ月目、及び24カ月目の健診において）、それは、しばしば行動の制限を伴う、多少とも重大な知的障害が存在することを直ちに意味することになる。このため、診断が下された時点で、小児の年齢を問わず、80%の能力低下率と認めることになる。

性染色体に関する異常も、必ずというわけではないが、精神遅滞を伴うことがある。よく見られるのが、行動の制限である。性染色体異常には、50%以上の能力低下率を適用する。検査の結果次第で、

この値は、ケースによっては80%に達することもある（確実な精神遅滞、重大な行動の制限）。

小児が自立性を獲得した時点で、それを維持し、さらに発達させるために、教育的支援の継続が必要であることを考慮することが、この場合重要となる。

以上から、能力低下率を3段階に分けることができる。

能力低下率 50%未満：小児、あるいは、その家族の日常生活に目だった障害を伴わない軽度の能力低下。

能力低下率 50%以上 80%以下：小児、あるいは、その家族の日常生活に目だった障害を伴う重度の能力低下。

80%を越える能力低下率：小児、あるいは、その家族の日常生活に重大な障害を伴う重篤な能力低下。

A. 評価事項リスト

小児の能力低下の程度、ならびに教育的負担の増加は、以下の評価事項の一つ一つについて評価する。

1. 意識及び知的能力：

自意識：身体の同一性の表現を構築すること、および、それを一定時間継続して維持する能力。

身体シェーマ、ならびに、時間空間認識能力。

知識、能力を獲得する全般的な能力、臨床的、計量心理学的評価。

2. 対人関係能力及び行動：

家族の構成員と；

周りの他の小児と、あるいは周囲の大人と；

特に以下の点を評価する：

遊び、及び、学習の場において対人関係を築く能力；

慣れた環境に適応する能力、さらに、新しい状況に適応する能力。

3. コミュニケーション

メッセージを創造し、発信すると共に、メッセージを受け取り理解する小児の能力に関する。

以下の点を検討する：

周囲の人の言葉を理解する能力；

非言語的表現能力：身振り、手振り；

音声表現能力；

文字言語に関する能力：書字、読解。

4. 日常生活における基本的行動及び行為

以下の点における自立性を評価する：

食事；

排泄；

清潔を保つこと；

睡眠。

5. 自立性及び社会性に関する一般能力

家庭生活において：家事への参加、家族の他のメンバーの活動の影響。

家庭生活以外の場で：移動能力（運動能力だけでなく、一人で移動したり、公共交通機関を利用する能力を評価する）；

通常生活の様々な局面で、身の安全を確保する能力；

子供にとっての日常的な場面に溶け込める能力：託児所、保育所、学校、休日託児所、など。

B. その他の評価事項

以下は、重大な生理機能の疾患に由来する能力低下の分析調査の補足事項である。上に記した3段階の重篤度に応じた、質の高い総合評価を、専門医が下すことを可能にするためのものである。

診断：国内あるいは国際的に知られた疾病分類を参照する。

機能障害の生じた年齢、継続年数、進行具合、治療可能性、行われた処置、その程度、入院頻度。
他の機能的疾患の有無。

第2節 成人の知的障害及び行動の制限

知的障害は、主要基準及び補助基準によって評価する。

各基準とも障害のレベルを決定づけるが、単独では、能力低下率を決定するのに十分ではない。症候全体として評価する必要がある。

ただし、対象者の呈する障害が多数である場合は、重篤度をより上に設定する目安となる（能力低下率は当該レベルの上限となる）。

1. 主要基準

知的障害には、知能障害、記憶障害、それに、思考障害が含まれる。

これらの機能障害、及び、それがしばしば伴う行動の制限は、自立性の低下をもたらす。

以下の日常生活行為を、介助、及び/あるいは、外部からの促しの必要度に応じて評価する。

排泄；

更衣；

買い物；

料理；

地域での移動。

知的自立性は以下の基準で評価する。

知的障害のある人が：

理解することができるか？

理解させることができるか？

適切な自発性があるか？

自発性に基づいて実際に行動したり、実現したりできるか？

1人で自分の存在を管理できるか、あるいは、できそうか？

1人で生活することができるか、あるいは、できそうか？

読書、計算及び書字の基礎の習得、ならびに、通常環境での社会職業的適応の可能性だけでは、全体的な機能障害の程度を決定することは出来ない。

いずれにせよ、知的障害の確認は、複数の計量心理学的検査、あるいは、その中のいずれか一つの検査によってのみ可能である。

論理、記憶、知覚、コミュニケーション、興味、注意など、様々な認知機能に対して、継続的観察、及び複数のタイプの計量心理学的試験（言語性検査、動作性検査、社会的能力の格付け、など）を適切に実施するには、それを、面接や人格テストと組み合わせて行う必要がある。

概念化、及び、抽象化に障害を認めるが、特別の援助なしに通常生活に適応できる可能性がある場合、能力低下率は50%未満になる。

通常生活に対する適性がある場合、能力低下率は50~75%となる。通常環境に適応可能であるが、人格は脆く、不安定で、常に不確実な状況にあるので、適切な援助を必要とする。

軽度の精神遅滞者がこのケースである。

指示、援助、及び/あるいは、監視が必要な場合、能力低下率は最低でも80%となる。社会職業的適応は、保護された環境、あるいは、通常環境で、多大な援助を受けた場合に可能であると考えられる。