

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

現在の知的障害に関する国際的な診断基準と、最近の知的障害概念の検討

分担研究者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科

研究要旨

知的障害に関する最近の国際的な定義を概観し、その基準を我が国の臨床現場で応用する際の問題点や療育手帳制度に国際的診断基準を適用する際の検討点を抽出した。特に 2021 年に改訂された AAIDD 第 12 版の変更点とその背景を検討した。さらに医学的診断基準である現行の ICD-11, DSM-5 における知的障害の定義と ICF、AAIDD の関係について検討した。さらに知的障害者に支援をするためには診断を適切に行うことが必要である。そのための方法についても提言した。方法支援プランを構築するために国際的な診断基準、特に ICD-11 を我が国において適切に適用するには偏差 IQ を算定可能な知能テスト、標準化された適応行動尺度を使用することが前提になる。そのためには知的障害の診断・評価のトレーニングを受けた専門家の養成が必要である。

A. 研究目的

本稿では知的障害に関する最近の国際的な定義を概観し、その基準を我が国の臨床現場で応用する際の問題点や療育手帳制度に国際的診断基準を適用する際の検討点を抽出する。特に 2021 年に改訂された AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) による Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, 12th Edition(知的障害：定義、診断、分類及びサポートシステム、第 12 版、以下 AAIDD 第 12 版と略称する)(Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tass 'e, M. J. 2021) 、現行の医学的診断基準である ICD-11,

DSM-5 の 3 者において知的障害の定義と、定義にいたる背景を文献的に検討し我が国において知的障害をどのように診断評価するかの方法を提案する基礎的資料を提供することが目的である。

B. 研究方法

現在国際的に使用されている知的障害の診断基準である AAIDD 第 12 版、DSM-5, ICD-11 の定義や概念を整理し、現行の診断基準にはどのような研究成果が反映されているのかを英語文献を中心に検討した。さらに我が国の知的障害支援の現場における課題について若干の検討を加えた。

C. 研究結果

知的障害をめぐる用語の問題

我が国の医学領域では精神遅滞の用語が長く用いられてきた。これは Mental Retardation (MR) の訳語である。MR の用語は 1968 年に WHO が ICD-8 の定義を作成するために国際委員会を主催するときに提唱され、以降 ICD-10 まで使用されていた。アメリカ精神医学会の診断基準である DSM では DSM-IV-TR まで精神遅滞の用語が用いられた。ICD-10 では MR は精神障害にカテゴリーに含まれたが、同時に ICF においても知的機能の障害としてコードすることが可能である (code b117)。

DSM-5 において Intellectual Disability (ID)/Intellectual Developmental Disorder (IDD) (ID/IDD) の用語が採用された。

なお、本稿では、混乱を避けるために日本語での表記は「知的障害」を主に使用する。

AAIDD の知的障害の定義

AAIDD は 2021 年に知的障害の定義を改訂した。AAIDD による定義は知的障害の定義として代表的なものでありアメリカのみならず多くの国の研究者が改訂に参加しており国際的にも使用されている。AAIDD は 1876 年に設立された知的障害の人に焦点をあてた多職種による団体であり、American Association on Mental Retardation's (AAMR) の名称で、知的障害の支援や啓発を行ってきた。2007 年 MR の用語が廃止されたことに伴い AAIDD に名称が変更された。定義や分類が記載されたマニュアルの初版は 1910 年に出版された。AAIDD はこれまで改訂を加え、第 11 版のマニュアルは 2010 年に、第 12 版は

2021 年に発表された。

AAIDD 第 12 版の Intellectual Disability の定義は以下の通りである。なお本翻訳は AAIDD の現在のウェブサイトにも掲載されている (AAIDD、2022)。

知的障害(Intellectual Disability)の定義

知的障害とは知的機能 (intellectual functioning) と適応行動 (adaptive behavior) の両方に有意な制限 (significant limitations) がある状態であり、21 歳以下の年齢から始まる。

1. 知的機能

知的機能 (Intellectual Functioning) – いわゆる知能 (intelligence) は学習 (learning)、推論 (reasoning)、問題解決 (problem solving) などの一般的な精神能力 (mental capacity) のことである。

知的機能を測定する方法の一つに IQ テストがある。一般的に、IQ テストのスコアで 70 前後あるいは、75 までが、知的機能に有意な制限があることを意味している。

2. 適応行動 (Adaptive Behavior)

適応行動は概念的 (conceptual)、社会的 (social)、実用的 (practical) なスキルの集合体であり、人々が日常生活で学習し実際に行う行動である。

3. 概念的スキル (Conceptual skills)

言語や読み書きの能力、お金、時間、数の概念を理解して主体的に行動できる能力 (self-direction)。

4. 社会的スキル (Social skills)

対人スキル、社会的責任、自尊心、騙され

やすさ、経験の乏しさ（例：警戒心）、対人問題の解決、ルールに従う能力/法を守り、被害にあうことを避けるなどの能力

5. 実用的スキル(practical skills)

日常生活能力(身辺自立能力)、職業能力、健康管理、旅行/移動、スケジュールや習慣、お金の使用、電話の使用などのスキルである。

6. 標準化されたテストによっても適応行動の困難を把握することができる。

7. 明らかになる年齢

この状態は発達期、つまり21歳以下に始まる。知的障害は発達障害と総称される複数の障害の一つである。

8. 他に考慮すべき事柄

知的障害を評価する際には、AAIDDは知的機能と適応行動以外の要素も重視している。例えばその人が属する集団や文化において、どのようなコミュニティ環境が通常の状態なのかを考慮する。

専門家は人がコミュニケーションをとったり、移動したり、行動する際の言語の多様性や文化の差も考慮すべきである。

当事者の限界点はしばしば長所と共存すること、適切な個別のサポートが長期にわたって得られれば個人の生活機能レベルが改善することを想定した上で最終的なアセスメントを実施しなければならない。

臨床家が包括的な評価を行うことによってはじめて、知的障害があるかどうかを判断し、その人にとって価値のある個別のサポートプランを作成することができる。

以上がAAIDD第12版の定義である。前述のようにAAIDDは1921年より用語解説やマニュアルを発表してきており、長い歴史があり、DSMやICDの基準にも強い影響を与えてきた。

第12版では診断をするための体系的な方法の記載と、適切な知的障害の分類(支援に有用なサブグループの作成)、そして知的障害の人のサポートのプランニングが重視された。

AAIDD第12版マニュアルを適用するために、次の5つの事柄を想定することが重要である(Schallock & Luckasson 2021)。

1) 現在の当事者の機能制限(limitations)はその当事者の年齢集団や所属文化のコミュニティの環境を考慮する必要がある。

2) 適切にアセスメントするためには、コミュニケーション、感覚、運動、行動の違いと、さらに文化・言語的な多様性を考慮する必要がある。

3) 個人の中では苦手な点は得意な点と共存することが多い。

4) 苦手な点を把握することの重要な目的は、どのようなサポートが必要なのかを把握するためである。

5) 適切な個別のサポートが長期にわたって得られれば個人の生活機能レベルが改善する。

第12版になり、発症年齢(the age of onset)が22歳以前、つまり21歳以下であることが明記された。これは、従来考えられていた発達期よりも長い。この理由は最近の研究で脳の発達は20歳台まで継続することが明らかになったことも挙げられる。

また米国の他の法律 the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000 (DD Act, 2000)や the standards used for a diagnosis of ID by the Social Security Administration (2021)も 22 歳以前とされていることが考慮された。

後述する DSM-5 とは対照的に AAIDD は知的障害を "disability" であり "health condition" ではないと規定し、個人の機能や適応行動、サポートニーズを重視する立場をとった((Bertelli et al. 2016)。

アメリカ精神医学会における知的障害の定義

アメリカ精神医学会は Diagnostic Statistical Manual を発行し、学会としての診断基準を提唱してきた。DSM はアメリカのみでなく日本を始め多くの国で使用されている影響力の強い基準である。DSM-IV(American Psychiatric Association,1994) DSM-IV-TR(American Psychiatric, 2000)では精神遅滞(Mental Retardation)の用語を採用し「通常乳幼児期や児童期、思春期に初めて診断される」カテゴリーに分類し、このカテゴリーには広汎性発達障害（現在の自閉スペクトラム症）、分離不安障害などが含まれた。しかし、精神遅滞は精神障害の多くが属する第1軸ではなく第2軸に分類された。第1軸はパーソナリティ障害や精神遅滞を除いたすべての診断が含まれた。このことにより、精神遅滞は発達期に発症するものの、精神医学的治療や研究の主な対象から除外される傾向が出現した。

DSM-5 における用語の採用と他の障害との関係

DSM-5(American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, D. S. M. Task Force, 2013)では DSM-IV 以前と比較して知的障害の用語と位置づけに大きな変更がなされた。用語は Intellectual Disability が採用され、括弧付きで Intellectual Developmental Disorder と記載された。

後述する WHO WG-MR は ICD-10 から 11 への改訂のために組織され IDD (Intellectual Developmental Disorder)の用語を推奨した(Bertelli et al., 2016)。WHO WG-MR は知的障害を disability ではなく脳機能を反映した健康状態 (brain based health condition) であることを強調し disorder の用語を推奨したが、その提言が一部採用されたことになる。

DSM-5 においては DSM-IV-TR まで使用された MR の用語に代わって Intellectual Disability が採用され、括弧付きで Intellectual Developmental Disorder が記載されることになった。また、その上位カテゴリーは Neurodevelopmental Disorders である。Intellectual Disabilities 以外の下位カテゴリーは Autism Spectrum Disorders や Attention-Hyperactivity Disorders など全て Disorders である。また DSM-5 では Personality Disorders も含めて Depressive disorder のようにほとんどの障害が disorder の用語が使われている。例外は Sexual Dysfunctions と Gender Dysphoria であり、知的障害の用語の採用について多くの議論があったことが窺える。このように知的障害の診断名は例外的な扱いになっている。APA はこの理由について特に明らかにしていない。

Intellectual Developmental Disorder(IDD)の用語は WHO-WG によって提案され、DSM-5 では括弧内に記載されることになった。これは ICD-11 と共通化のためである(Bertelli et al., 2016)であったが、ICD-11 では結局診断名としては Disorder of intellectual development が使用されており、用語問題をすっきりと解決することは難しいようである。

DSM-5 において知的障害は神経発達症群に分類される。神経発達症群は、発達期に生じる障害群であり、発達早期や就学前に明らかになる。神経発達症群には自閉スペクトラム症や注意欠如多動症、発達性協調運動症、チック症群などが含まれる。これは disorder のカテゴリーであること、disability のカテゴリーではないことを明確にするものである。DSM-5 では神経発達障害(Neuro developmental disorder)、つまり disorder の下位カテゴリーに disability の用語を採用している。他の下位カテゴリーの障害は自閉スペクトラム症などのように disorder を用いており、知的障害は特別に他の障害とは異なった用語を採用したようである。DSM-5 では Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (日本語の訳語は知的能力障害 ((知的発達症/知的発達障害))であり、新たに類似の用語が採用されたことは混乱の一因になるだろう。

DSM-5 の診断基準

DSM-5 における知的能力障害(知的発達症)は神経発達症群の代表的な障害であり、発達期に発症する。

診断基準の要点は下記のとおりである。概念的、社会的、実用的領域において、知的

機能と適応機能の両方が不十分な障害である。診断には次の A,B,C の3つの条件を満たす必要がある(拙訳)。

- A) 推論、問題解決、プランニング、抽象的思考、判断、教科学習、経験から学ぶことなどの知的機能が不十分であり、臨床的アセスメントと個別の標準化された知能検査によって確認される。
- B) 個人の自立と社会的責任について発達水準と社会文化的水準を満たすことができない適応機能の不足がある。継続的な支援なしには、適応機能の不足はコミュニケーション、社会参加、生活の自立などの日常生活の一つ以上の機能を制限する。それは、家庭、学校、職場、コミュニティなどの多様な環境で生じる。
- C) 知的機能と適応行動の不十分さは発達期に生じる

ICD-11 の診断基準

国際疾病分類(ICD)は1900年に第一回国際疾病分類(ICD-11の基準)が発表された後、改訂を重ねてきた。現行のICD-10は1994年から日本をはじめWHO加盟国で使用されている。ICD-11への改訂は予定より非常に遅れた。

ICDの第10版から第11版への改訂にむけて、WHOは2009年にMRの診断基準や分類のためのワーキンググループを立ち上げた(WHO WG-MR)(Bertelli et al. 2016)。WHO WG-MRは専門家と当時者団体からなり、アメリカ精神医学会、the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)、The International Association for the Scientific

Study of Intellectual and Developmental Disabilities (IASSIDD)から構成された。WG-MRはWHO Advisory Groupに議論の結果を報告した(Salvador-Carulla, Bertelli, and Martinez-Leal 2018; Salvador-Carulla et al. 2011)。

ICD-11の改定に向けての議論は、DSM-5の改訂にも影響を与えた。

主な論点は①MRという用語を残すか、他の用語を採用するか、②診断基準、③重症度分類、④問題行動や、原因、経過や合併症などの関連する特性である。

ワーキンググループでは知的障害は健康状態 (health condition) なのか障害 (disability) なのかという観点で多くの議論があった。知的障害を disability の概念で位置づければ、ICDに入れる必要はなくなり、ICFにのみコードすれば良いことになる。その場合、知的障害の人は、それだけでは医学的支援の対象にならず、ヘルスケア、特にメンタルヘルスケアへのアクセスが難しくなる可能性がある。逆に知的障害を健康状態と定義すれば、福祉や教育ニーズが軽視されることにつながる懸念がある。このような議論を経てWHO WG-MRは知的障害を神経発達障害の下位カテゴリーに位置づけることで意見が一致した。WGは親カテゴリーに神経発達障害を提案し、それが採用された (Bertelli et al. 2016)(Bertelli, Cooper, & Salvador-Carulla, 2018)。

用語としてはMental Retardationの使用を終結し、代わりに intellectual developmental disorders (IDD)をICD-11で採用することにした(Salvador-Carulla et al. 2011)。

このようにICD-11ではICD-10で採用されていたMental Retardationの用語をDisorders of intellectual developmentに改変した。ここでは知的発達障害と仮に訳しておく。

知的発達障害も知的機能の障害と適応行動に制約があることで定義される。いずれも標準化された検査によって把握されることが必要である。

多くの国や地域では標準化されたテストがないことや、テストを施行できる専門家が不足していることと、支援プランをたてるためには重症度を評価することが必要なことから、ICD-11CDDG (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for ICD - 11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders)では行動で判断するための包括的な表を準備している (Tassé et al., 2019)。

この表では3つの年齢グループ(早期児童期/ 児童期/ 青年期・成人期)と4段階の重症度(軽度、中度、重度、最重度)にわけて知的機能と適応行動が説明されている。それぞれのカテゴリーで典型的に観察される行動指標が記載されている。これらの行動指標を用いることで重症度分類の信頼性を高め、知的障害から生じる不利益に関連した公衆衛生データの質を高めることが期待されている(Reed et al. 2019)。

ICD-11における定義

ICD-11では上位カテゴリーの神経発達障害 (Neurodevelopmental disorders) の下位カテゴリーに分類され、用語としてはDisorders of intellectual developmentが採用された。AAIDDの定義とは異なり

disabilityではなく disorderを採用したことは医学領域に位置付けることを明確に意図している。軽度、中度、重度、最重度に4分類される。下記は執筆時点(2021年4月)における要点の拙訳である(World Health Organization, 2018)。

知的障害の定義: 知的発達障害(Disorders of intellectual development)は多様な原因により発達期に生じる一群である。平均より約2標準偏差以上低下(約2.3パーセントイルより低い)している知的機能と適応機能で特徴づけられる。それは適切に標準化された個別のテストにより測定される。テストが不可能な状況では相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを行い高度の臨床的判断が求められる。

A00.0 知的発達の障害、軽度 Disorder of intellectual development, mild

軽度知的発達障害は発達期に生じ、知的機能と適応行動が有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より2から3標準偏差低い(およそ、0.1-2.3パーセントイル)。複雑な言語獲得や理解と学習の達成に困難があることが多いが、ほとんどの人は基本的な身辺自立や家事、実生活に必要な能力を獲得する。比較的自立した生活と仕事をすることができるが適切なサポートが必要になることがある。

6A00.1 知的発達の障害、中度 Disorder of intellectual development, moderate

中度知的発達障害は発達期に生じ、知的

機能と適応行動が平均より有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より3から4標準偏差低い(およそ、0.003-0.1パーセントイル)。言語と学習能力の達成度は多様だが、基本的なスキルに限定されることが一般的である。基本的な身辺自立や家事、実生活に必要な能力を獲得する人もいるが、ほとんどの人は独立して生活し、成人期に仕事を得るためにはかなりの程度の継続したサポートが必要になる。

6A00.2 知的発達の障害、重度 Disorder of intellectual development, severe

重度知的発達障害は発達期に生じ、知的機能と適応行動が平均より有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より4標準偏差以上低い(およそ、0.003パーセントイルより低い)。言語と学習能力の達成は極めて限定される。運動能力にも困難があることが多く、適切にケアされるためには支援者がいる環境で日常的にサポートが必要になることが一般的である。集中的なトレーニングによって基本的な自立能力をもつこともある。基本的な身辺自立や家事、実生活に必要な能力を獲得する人もいるが、ほとんどの人は自立した生活と成人期に仕事を得るためにはかなりの程度の継続したサポートが必要になる。最重度との違いは適応行動の違いのみに基づく。現存の知能テストでは0.003パーセントイル以下の知的機能の差を信頼性

と妥当性を担保して測定することができないからである。

6A00.3 知的発達障害、最重度 Disorder of intellectual development, profound

最重度知的障害は発達期に生じ、知的機能と適応行動が平均より有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より4標準偏差以上低い（およそ、0.003パーセントイルより低い）。コミュニケーション能力は極めて限定され、学習スキルを獲得する能力は基本的な具体的スキルに限定される。運動機能障害や感覚障害を合併することが多く、適切にケアされるためには支援者がいる環境で日常的にサポートが必要になることが一般的である。重度と最重度との違いは適応行動の違いにのみ基づく。現存の知能テストでは0.003パーセントイル以下の知的機能の差を信頼性と妥当性を担保して測定することができないからである。

6A00.4 知的発達障害、暫定的 Disorder of intellectual development, provisional

「知的発達障害、暫定的」は知的発達障害がある根拠はあるが、乳児や4歳以下の場合や、感覚器や身体の障害（例：盲、言語発達開始前の聾）、運動障害、重度の問題行動や精神や行動障害の合併のために知的機能や適応行動を妥当な方法で測定できない場合に用いられる診断である。

さらに表が二つあり、表6.1：知的機能の行動指標、表6.2には適応行動の行動指標

が記載されている。

どちらの表も、早期児童期、児童期と思春期、成人期の3期に別れており、知的障害の重症度により軽度、中度、重度、最重度の行動指標が記載されている。

適応行動については概念的、社会的、実用的の3領域について、特徴が記載されている。

国際的診断基準改訂の背景—近年の国際的な動向

DSM-5, ICD-11の両方で知的障害については診断名だけでなく、内容についてもかなりの改変がされた。

知的障害は用語についても分類についても多くの変更がなされてきた歴史がある。有病率は低・中所得国では2%、高所得国では1%と推定されており(Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, & Saxena, 2011)、頻度の高い障害である。

WHO-WG-MRで議論されたのは、知的障害が生涯にわたり適応行動に影響を与える精神疾患を高頻度に合併すること、誤診や見逃しが多いこと、医療・保健サービスへのアクセスが困難なことがあり、サポートのためのコストが甚大であることが議論されてきた。

WHO WG-MRの提唱する知的障害(IDD)は認知機能の明らかな障害が特徴の発達状態を占めるグループで、学習、適応行動と適応スキルに制約がある。知識、推論、抽象能力などの認知発達の遅れだけでなく、それらに関連した機能の制約があることが重要である。ここでいう制約はICFで分類されることも可能である。そのためICF-CY(World Health Organization, ,

2001)(WHO、2007)を機能の制約を記述するために使用も推奨された。しかしながら、機能の制約があるだけでなく、知的障害と診断するためには神経発達障害に共通する認知機能の障害(disorder)があることが必須になる。つまり、ワーキンググループは知的障害を自閉スペクトラム症や ADHD と同様に医学的問題が基底にあり、医学的支援が必要な障害であると規定したのである。

医学的な関与が必要な理由として原因の検討、身体的健康や精神的合併症への対応が高頻度に必要であることがあげられる。特に重度の知的障害の場合は、原因となる医学的障害が特定できることが中軽度より多い。特に最近では遺伝学的な検討や環境因子の探索が医学的な治療につながることもある(Srouf and Shevell 2014)。知的障害者は身体疾患をもつ比率が高いが、多くの場合見過ごされている。また平均寿命も短く、健康状態の管理についても多くの議論がある(Bauer et al. 2019)

精神科的合併症の頻度も児童期(Einfeld, Ellis, and Emerson 2011)から老年期(Bratek, Krysta, and Kucia 2017)まで高いことが知られている。

改訂作業において重視された変化

用語問題 知的障害を意味する用語は時代状況を反映して変遷があった。英語圏では mental deficiency から mental retardation へ、さらに intellectual disability/disorder へ変化した。さらに、知能指数だけでなく適応行動に同じ程度の比重をかけることの認識が共有された。特に適応行動の要素の整理(概念的、社会的、実用的)と、適切に標準化さ

れた個別検査の採用、標準偏差と 95%信頼区間の適応、標準化された検査が使用できない場合には経験ある臨床家が行動指標を用いて診断することの重要性の認識、個人の IQ レベルよりもサポートニーズに基づいた下位分類の採用が重視されるようになったことなどがあげられる (Schalock, Luckasson, & Tasse, 2019)。サポートニーズをアセスメントするには専門家の臨床判断や、適応行動、健康状態、教育ニーズなどのアセスメントが含まれ、英語では、IADDD が開発した SIS(Supports Intensity Scale)(Chou et al. 2013)などの多様なツールが開発されており、適応尺度との異同についても議論されている(Claes et al. 2009)

D. 考察

診断の方法について

国際的診断基準を我が国で適用することについての問題点

これまで3つの国際的診断基準の改訂について概観してきた。共通することは知能指数の限界についての認識と、適応行動を含めた多様な要素を含めた支援ニーズを把握することが支援や分類のために重要であることの認識である。

改訂を重ねてきた AAIDD の診断基準ではすでに第9版で標準化された検査の必要性が指摘されていた(American Association on Mental Retardation 1992)。知能と適応行動が約2標準偏差以下であることと発症年齢が発達期であることが操作的な診断の基本的な考え方である。また標準誤差や信頼区間の考え方も採用されている。

重症度分類

重症度を分類する目的は、どの程度の支援が必要かの把握にある。AAIDDのマニュアルでは診断の過程でサポートニーズやサポートの方法も、サポートが適切かどうかのモニターや、サポートの評価の方法が一体となっており、分類することの目的が強く意識されている。

臨床診断と統合的アプローチ

近年、知的障害の領域では統合的アプローチ (Integrative approach) が強調され、AAIDD 第 12 版でも強調されている。臨床診断は臨床専門家の重要な役割である。臨床診断とは、人へのレスペクト、臨床トレーニングと経験、対象者とその環境について十分に知ることと、それらの情報の分析と批判的思考ができることである。

知能テストと IQ をめぐって

我が国において知的障害の診断にあたっては、必ずのように知能指数が求められる。それも多くの場合 FIQ の一つの IQ のみで判断される。知的障害の分類においては IQ あるいは DQ のみが基準にされていることが多い。例えば療育手帳の診断書において、子どもの行動や家庭背景から明らかに支援ニーズが高い場合でも、IQ の数値が基準を超えていると手帳が発行されないこともありうる。療育手帳発行の「現場」では IQ が個人の能力や適応行動の指標であるようにみなされてきた。同じ IQ でも神経心理学や遺伝学、画像研究などからは個人差が大きいことが明らかになり、現在のように IQ を指標にすることに疑問が持たれている。特に、フルスケール IQ のみを指標にすることは DSM-5、ICD-11、

AAIDD の定義でも強調されている。多くの研究者や臨床家がより意味のある指標を使うべきだとしている (Greenspan and Woods 2014)

知能テストの選択について

ICD-11 では知能障害の分類にパーセンタイルが指標とされている。軽度知的障害を例に挙げると平均水準より 2 から 3 標準偏差低い (およそ、0.1–2.3 パーセンタイル) ことが指標になっており、偏差 IQ を用いることが前提になることは明らかである。我が国で療育手帳の判定に、最も頻用されているのは田中ビネーテストである (社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会 2019; 吉村他, 2020)。また現在の最新版である田中ビネー検査 V では、2 歳から 13 歳までは精神年齢と実年齢の比で IQ を算定することになっている。田中ビネーテストと比較されることの多い、米国版のスタンフォード・ビネーテストでは 1960 年版から偏差知能指数を算定することに変更しており、日本のビネーテストを諸外国のビネーテストとは大きく異なる立場をとっており、我が国では 13 歳以下の子どもに対して田中ビネーテストの指数を参考に知的障害の判定を ICD-11 に準拠して行うことは原理的に不可能である。

昨年度の本研究班報告において、伊藤 (2021) はヨーロッパ地域の 34 の心理学系学会の統括組織である EFPA が提唱している検査評価モデルを適用し、心理測定に重要な意味をもつ「基準値」、「信頼性」、「妥当性」の 3 つのセクションについて我が国で頻用される心理テストについての評価を行った。知能検査 (WPPSI-III, WISC-IV, 田中

ビネーV、鈴木ビネー、新版 K 式、遠城寺式)について検討したが、的確と判定されたのは WPSI-III、WISC-IV のみであった(伊藤, 2021)。これは非常に重要な指摘であり、後述する教育や福祉の領域においてもテストの方法を指定することなく、IQ 値のみを指標にしたサービス提供がなされており、妥当性に疑問がもたれる事態が長年にわたり続いている。

療育手帳などの公式の診断書を作成する際はもちろんのこと、就学相談における就学先(特別支援学校、特別支援学級の選択や通級指導教室の利用の決定など)や保育園・幼稚園などの加配制度の利用についても「テストの結果」を求められることが多い。

学校選択の際にも「IQ」が重視されている。教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2013)によれば 309 号通達において、「知的発達の遅滞の程度が中度以上のもの」(特別支援学校の対象になる)は重度の知的障害及び中度の知的障害である。

本資料によれば「重度の知的障害とは、ほとんど言語を解さず、自他の意思の交換及および環境への適応が著しく困難であって、日常生活において常時介護を必要とする程度のもの(知能指数(IQ)による分類を参考とすれば(以下「IQ」という。)25 ないし 20 以下のもの)、中程度の知的障害とは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身の事柄を処理することができる程度のもの(IQ20 ないし 25 から 50 の程度)をいう」とされている。

また、特別支援教育の対象になる軽度の知的障害は「日常生活に差し支えない程度に身の事柄を処理することができるが、

抽象的な思考は困難である程度のもので(IQ50 から 75 の程度)をいう。」

知能指数 (IQ) とのみ説明されており、それが比率 IQ なのか偏差 IQ なのかの説明もなく。どのような知能テストを使うのかは全く記載されていないのが問題である。また、これまで説明してきたように現在の国際的診断基準は知能に加えて適応行動の制限が基本的な基準であるが、適応行動への記載がほとんどないのも問題になる。

重度と最重度の判定について

ICD-11 では重度、最重度の判定には IQ を用いず、適応行動で判断することになっている。ウェックスラー検査ができないような重度の知的障害の子どもに田中ビネー検査を用いて精神年齢を算定し IQ 値を算定することは可能であるが、それは偏差 IQ ではないという意味でも、ICD-11 の診断に必要がないという意味でも無駄であり、子どもと家族の負担を増やすだけであるので、今後の検討が望まれる。

前述の。教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2013)においてもテストを指定することもなく、IQ 50 以下で重度と中度を分類していることは妥当性が乏しい。

行動指標 (ICD-11, DSM-5)について

ICD-11 は世界中の多くの国で使用されることが想定されており、標準的な知能検査や適応行動尺度が使用できない国や地域、状況があることも想定されている。そのため作成されたのが重症度の指標になる行動指標である。ICD-11 では標準化されたテストができない場合、知的障害の診断を行

う際に、より高度の臨床的判断がもとめられ適切な行動指標をアセスメントする必要があるとされている。

行動指標は重症度を把握するために、行動についての保護者などからの間接情報を活用して、標準化されたテストの代わりに用いられる。ICD-11 の行動指標は概念的領域、社会的領域、実用的領域の 3 領域にわたって臨床家が知的障害の診断と重症度を把握する際に参考にできるように作成された。この行動指標の作成にはブラジル、インド、イタリア、スリランカ、英国の専門家が参加した(Tassé et al., 2019)。

DSM-5 でも、概念的領域、社会的領域、実用的領域の 3 領域にわたって行動指標が記載されている。ICD-11 では前述のように早期児童期(0-5 歳)、児童期・思春期(6 から 18 歳)、成人期(18 歳以上)の 3 期にわけて DSM-5 より詳細に行動指標が説明されている。

これらの表を臨床に適用するために強調されているのは経験を積んだ臨床家による臨床的判断である。これらの指標の使用は、それぞれの年齢帯の定型発達の子どもや成人についての十分な経験が必要である)。

知能テストの無理解と IQ の偏重

国際的診断基準についてのレビューを行った。私見も交えて筆者の臨床経験からは次のことがいえるだろう。

療育手帳はもとより、特別児童扶養手当などの公的支援、幼稚園などの加配判定、就学相談などの特別支援教育領域において「知能指数」が重要な役割を果たしている現状がある。それにも関わらず、関係者の知能指数についての無理解が目にする状況が

ある。一例が前述の教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2013)であり、単に知能指数としか記載されていない。少なくとも一部の就学相談の現場では知能指数がクラスの選択などの重要な指標として使用されている。知能指数のみで知的障害の診断も、重症度分類は不可能であることは、これまで多くの関係者が指摘しており、それが、DSM-5、ICD-11、AAIDD 第 12 版に反映されてきた。

さらに我が国では偏差 IQ と比例 IQ の区別もなく、また肝心の知能指数の信頼性や妥当性にも無頓着なままに IQ を絶対視する傾向がある。信頼性のない数値を盲信する事態が生じている。

療育手帳に IQ は必要か？

療育手帳が知的障害を対象とするなら知的障害を定義する必要がある。IQ だけでは知的障害の診断もできないし、重症度分類も支援ニーズの把握もできない。近年の障害学の進歩を踏まれば、DSM-5、ICD-11 や AAIDD の基準と大きな乖離がない診断基準が必要であろう。

そのためには最低限、知能水準、適応行動尺度、発症年齢の 3 つの要素についての情報が必要である。

回顧的診断

成人期になって初めて支援ニーズが明らかになり知的障害が診断される事例もある。ICD-11 では発達歴を聞き取ることで診断を確定することが可能であるとされている。

現在の状態が知的障害の診断に適合するのなら、過去に知的障害がなかったということは極めて考えにくい。もちろん認知症は

除外することが前提である。

発達期の知的障害のサインとしては、ICD-11の行動指標が参考になる。成人期に初めて診断されるケースは軽度知的障害が多いと想定される。6-18歳の軽度知的障害の行動特性としては、概念的要素では基本的な文法はマスターしていることが多いが自分の内面を語ったり、他の人に指示をすること、グループの話し合いで話題についていくことにサポートがいることが多い。社会的要素では、会話を開始したり互いの興味・関心について友人と語りあう時や自分の感情や社会的合図の理解が乏しい。実用的要素では、コミュニティの一員として機能するとき（地域の会合に参加するなど）にサポートがいたり、人から騙されやすいという特性がある。

また、学校の成績が悪い、アルバイトなどが長続きしないこと、友人が乏しいことなども指標になる。いずれにしても過去については知能指数が測定できないので、知能テストに頼るのではなく、発達期に知的機能と適応行動の制限があったかをどうかを発達歴を丁寧に聞き出し、それを記載することによって判断することが重要である。なお、過去に通常の学級に在籍したとか、高校あるいは大学に在籍していたということが知的障害を否定することにはならない。

知的障害は発達期に生じる障害であるが、診断が発達期につくとは限らない。成人期の診断は、リハビリテーションサービスや司法領域での権利擁護のために重要である (Schalock et al., 2021)。

また、発達期に知能テスト・発達テストを行っていた際にも、その解釈は慎重でなければならない。そのテストが標準化され個

別の施行されていること、検査時にもっとも新しいバージョンのテストが、その時期の標準化されたデータで評価されていること、信頼区間が考慮されていることなどが重要である。具体的には10歳頃に田中ビネーでIQ80であっても、成人期の知的障害を否定することはできない。

回顧的診断を適切に下すためには現在得られる情報に加えて過去の成績、行動、対人交流、適応行動などの情報を総合して判断することが重要である。

診断評価が可能な人材の育成

国際的診断基準を用いて正しく診断するために臨床経験のある専門家が必要である。知的障害の診断について経験のある医師は多くない。これは特に成人においてあてはまる。アメリカの家庭医を対象にした調査では知的障害を診断するためのトレーニングを、全く、あるいは、ほんのわずかしか受けていないことが明らかになった。また家庭医の多くが、教育や福祉の分野の支援者との連携が取れていず情報もない中で、「地図もなく」診療に従事している (Wilkinson et al. 2012)。このような状況は我が国でも同様、あるいはもっと深刻かもしれない。知能テストを正しく理解している医師は多くない。知的障害や発達障害を正しく診断できる医師の要請も望まれる。

定義の必要性

最後に定義の必要性について確認しておこう。我が国では知的障害が正式に定義されていない。知的障害を定義すること、必要な下位分類をすることが必要である。

臨床現場において具体的な支援方略を考

案すること、個別の支援プランを長期にわたって考案すること、特別支援教育との連携や将来必要なサービスを推測すること、必要な支援施策や予算をプランする時も必要である。支援のガイドラインも作成し、障害を理解し、支援プランを構築するためにも定義は必要である。また、医学、教育、福祉の研究を行うこと、当事者、保護者、支援者、研究者、行政が共通の理解をするためにも、支援の対象を関係者間でずれないようにするためにも共通言語が必要である。それが診断の定義になる。その際に、知的障害の研究や支援が世界中でなされていることを考慮すれば、我が国の定義が国際的な潮流と大きくずれていれば、海外の知見を活用できないことになる我が国独自の定義をすることのメリットは少ない。ICD-11あるいは、それと大きくずれない定義が必要になるだろう。

AAIDDのマニュアルは第11版では“Intellectual Disability: Definition, classification, and systems of support”であったが第12版のタイトルは“Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports.”であり、diagnosis(診断)が加わった。AAIDDは当事者団体という側面が強く、これまでICD、DSMのような医学的診断とは一線を画する立場をとってきたが、近年の多領域における科学的な知見を採用した。ICD-11やDSM-5も同様に診断のみでなく支援や知的障害者の支援や法的権利の養護を重視している。

E. 結論

国際的な診断基準、特にICD-11を我が

国において適切に適用するには偏差IQを算定可能な知能テスト、標準化された適応行動尺度を使用することが前提になる。そのためには知的障害の診断・評価のトレーニングを受けた専門家の養成が必要である。

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 該当なし

I. 引用文献

American Association on Mental Retardation. 1992. Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. American Association on Mental Retardation.

American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, D. S. M. Task Force. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Pub.

Bauer, A., L. Taggart, J. Rasmussen, C. Hatton, L. Owen, and M. Knapp. 2019. “Access to Health Care for Older People with Intellectual Disability: A Modelling Study to Explore the Cost-Effectiveness of Health Checks.” BMC Public Health 19 (1): 706.

- Bertelli, M. O., K. Munir, J. Harris, and L. Salvador-Carulla. 2016. "Intellectual Developmental Disorders': Reflections on the International Consensus Document for Redefining 'Mental Retardation-Intellectual Disability' in ICD-11." *Adv Ment Health Intellect Disabil* 10 (1): 36–58.
- Bratek, A., K. Krysta, and K. Kucia. 2017. "Psychiatric Comorbidity in Older Adults with Intellectual Disability." *Psychiatria Danubina* 29 (Suppl 3): 590–93.
- Chou, Y. C., Y. C. Lee, S. C. Chang, and A. P. Yu. 2013. "Evaluating the Supports Intensity Scale as a Potential Assessment Instrument for Resource Allocation for Persons with Intellectual Disability." *Research in Developmental Disabilities* 34 (6): 2056–63.
- Claes, C., G. Van Hove, J. van Loon, S. Vandeveld, and R. L. Schalock. 2009. "Evaluating the Inter-Respondent (consumer vs. Staff) Reliability and Construct Validity (SIS vs. Vineland) of the Supports Intensity Scale on a Dutch Sample." *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR* 53 (4): 329–38.
- Einfeld, S. L., L. A. Ellis, and E. Emerson. 2011. "Comorbidity of Intellectual Disability and Mental Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review." *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 36 (2): 137–43.
- Greenspan, S., and G. W. Woods. 2014. "Intellectual Disability as a Disorder of Reasoning and Judgement: The Gradual Move Away from Intelligence Quotient-Ceilings." *Current Opinion in Psychiatry* 27 (2): 110–16.
- Reed, Geoffrey M., Michael B. First, Cary S. Kogan, Steven E. Hyman, Oye Gureje, Wolfgang Gaebel, Mario Maj, et al. 2019. "Innovations and Changes in the ICD-11 Classification of Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*. 18 (1): 3–19.
- Salvador-Carulla, L., M. Bertelli, and R. Martinez-Leal. 2018. "The Road to 11th Edition of the International Classification of Diseases: Trajectories of Scientific Consensus and Contested Science in the Classification of Intellectual Disability/intellectual Developmental Disorders." *Current Opinion in Psychiatry* 31 (2): 79–87.
- Salvador-Carulla, L., G. M. Reed, L. M. Vaez-Azizi, S. A. Cooper, R. Martinez-Leal, M. Bertelli, C. Adnams, et al. 2011. "Intellectual Developmental Disorders: Towards a New Name, Definition and Framework for 'Mental Retardation/intellectual Disability' in ICD-11." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric*

- Association. 10 (3): 175–80.
- Schalock, R. L., and R. Luckasson. 2021. “An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports.” *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. <https://meridian.allenpress.com/ajidd/article-abstract/126/6/439/472446>.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J., ed. 2021. *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and systems of supports* (12th Ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Srour, M., and M. Shevell. 2014. “Genetics and the Investigation of Developmental Delay/intellectual Disability.” *Archives of Disease in Childhood* 99 (4): 386–89.
- Tassé, M. J., G. Balboni, P. Navas, R. Luckasson, M. A. Nygren, C. Belacchi, S. Bonichini, G. M. Reed, and C. S. Kogan. 2019. “Developing Behavioural Indicators for Intellectual Functioning and Adaptive Behaviour for ICD-11 Disorders of Intellectual Development.” *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR* 63 (5): 386–407.
- Wilkinson, J., D. Dreyfus, M. Cerreto, and B. Bokhour. 2012. “‘Sometimes I Feel Overwhelmed’: Educational Needs of Family Physicians Caring for People with Intellectual Disability.” *Intellectual and Developmental Disabilities* 50 (3): 243–50.
- World Health Organization. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2018. “ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022).” 2018. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/605267007>.
- 吉村拓馬, 大西紀子, 恵良美津子, 松田裕之, 小橋川晶子, 広瀬宏之, and 大六一志. 2020. “療育手帳判定における知能検査・発達検査に関する調査.” *LD研究* 28 (1): 144–53.
- 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課. 2013. “教育支援資料.” October 2013. https://www.mext.go.jp/a_menu/shoutou/tokubetu/material/1340250.htm.
- 社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会. 2019. “平成 30 年度障害者総合福祉推進事業 「知的障害の認定基準に関する調査研究」 報告書”