

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 大正大学 社会心理学部

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 AAIDD の定義と、医学的診断基準である現行の ICD-11, DSM-5 において知的障害をどのように定義しているか、定義にいたる背景を文献的に検討した。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 AAIDD の定義と、医学的診断基準である現行の ICD-11, DSM-5 において知的障害をどのように定義しているか、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。

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, 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。

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 の精神障害にカテゴリーに含まれたが、同時に IC F 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。

国際的な診断基準としては AAIDD、アメリカ精神医学会、WHO の ICD の 3 者を中心に検討する。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。

1. AAIDD の知的障害の定義

AAIDD (American Association on, Developmental Disabilities, Ad Hoc Committee on, Classification, American Association on, & Developmental, 2010)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、国際的に使用されている。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 の用語の変更に伴い AAIDD に名称が変更された。最初の公式の定義や分類が記載されたマニュアルは 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 年に発表された。(Schalock et al., 2010). AAMR の分類はサポートニーズのパターンと強度を基準にしており、DSM の重度分類とは異なり、ICF(World Health Organization., 2001)を強く意識した分類であった。

AAIDD 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より訳出した(AAIDD, 2021)。

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)**の両方に明らかな制限(significant limitations)があり、それは日常の社会生活の多くの場面や実用的スキルの範囲に及ぶ。この障害は**22 歳以前**から始まる。

知的機能は以下のように定義される。

知的機能 (Intellectual Functioning) は、知能 (intelligence) と言い換えることもで

きる。学習(learning)、推論(reasoning)、問題解決(problem solving)などの一般的な精神能力のことである。

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、知的機能に制限があることを意味している。

適応行動 (Adaptive Behavior) は以下のように定義される。

適応行動は概念的(conceptual)、社会的(social)、実際の(practical)なスキルの集合体であり、人々が日常生活で身につけ実行するものである。

概念的スキル (Conceptual skills)

言語や読み書きの能力であり、お金、時間、数の概念と自発的に行動できる (self-direction)ことをさす。

社会的スキル (Social skills)

対人スキル、対人反応、社会的責任、自尊心、騙されやすさ、素朴さ (例：心配しやすい)、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をさす。

実地的スキル(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に従う、お金の使用、電話の使用などのスキルである。

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。

明らかになる年齢

この状態は発達の障害の一つである、つまり、発達期に障害があることが必要であり 22 歳以前に始まると定義される。

他に考慮すべき事柄

知的障害(intellectual disability)を評価する際には、AAIDD は知的機能と適応行動以外の要素、例えばその人が属する仲間集団や文化において典型的なコミュニティ環境などの付加的要素を考慮することが重要である。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。

最後に、その人の限界点は長所と共存することが多いこと、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は改善することを想定してアセスメントしなければならない。

その人は知的障害を持つかどうか、そして、個別のサポートプランはいかなるものかは専門家が多様な側面から評価することによってはじめて決定できる。

以上が AAIDD の定義である。

第 10 版においては、新たに概念的スキル、社会的スキル、実地的スキルの 3 領域により適応行動が定義された。特に概念的スキルにおいては読み書きなどの知的スキルに加えて self-direction が加わったことが注目される。本稿では仮に「自発的に行動できること」と訳したが、サービス提供者や行政ではなく当事者の自己決定を促進するためのスキルである。サービス提供者がサービスを決めるのではなく、当事者が決めることが重視される (DeCarlo, Bogenschutz, Hall-Lande, & Hewitt, 2019)。

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, Munir, Harris, & Salvador-Carulla, 2016)。

2. 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, 1994)、DSM-IV-TR (American Psychiatric, 2000) (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 による知的障害の診断基準

現在使用されている DSM-5 (American Psychiatric & American Psychiatric Association, 2013; American Psychiatric et al., 2014) では知的障害の定義に大きな変更がなされている。用語は Intellectual Disability が採用され、括弧付きで Intellectual Developmental Disorder 記載された。

後述する WHO WG-MR は ICD-10 の改訂のために組織され IDD (Intellectual Developmental Disorder) の用語を推奨したが、それが括弧付きではあるが DSM-5 に採用された。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、用語問題は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。

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。

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

3-1. ICD-11 の知的障害

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 は専門家と当事者団体からなり、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 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① MR 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 (Bertelli et al., 2016)。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のみ定義すれば、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, Cooper, & Salvador-Carulla, 2018)。

用語としては MR 概念の使用を終結し、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)。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)

3-2. 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。AAI DD 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 WHO のサイトからの拙訳である (WHO, 2020)。

知的障害の定義： 認知機能の有意な障害によって特徴づけられる発達の状態を示すグループで、学習、適応行動、スキルが限定的であることによって定義される。

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事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、ほとんどの人は自立した生活をおくり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をおくり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。

6A00.3 知的発達の障害、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 知的発達の障害、暫定的 Disorder of intellectual development, provisional

「知的発達の障害、暫定的」は知的発達の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。

4. 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の両者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変更がされた。

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る。またサポートのためのコストが甚大であることも議論されている。

ヘルスケアシステムの中でコストがかかることなどが報告されてきた。

WHO WG-MRの提唱する知的障害(IDD)は認知機能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(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存在することがある。特に最近では遺伝的要因が発見されることあり、遺伝学的な検討や環境因子の探索がされているが治療につながることもある(Srouf & Shevell, 2014)(永井, 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, & Emerson, 2011) から老年期 (Bratek, Krysta, & Kucia, 2017) まで高いことが知られている。

5. 改訂作業において重視された変化

用語問題 mental deficiency, MR から intellectual disability, 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の共有、適応行動の要素の理解の向上 (概念的、社会的、実際の適応仕切る)、95%信頼区間の適応、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 (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, Lee, Chang, & Yu, 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, Van Hove, van Loon, Vandeveld, & Schalock, 2009)。

D. 考察

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。一方、我が国において知的障害の診断にあたっては、必ずこのよ

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 を基準にすること一般になされており、むしろ、IQ のみが指標とされる傾向がある。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 I を指標にすることは多くの研究者や臨床家が不適切とみなしており、より意味のある指標を使うべきだとしている (Greenspan & Woods, 2014)。

さらに問題なのは、使用される知能テストに規定がないことである。ICD-10 では知的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 et al., 2020) が、は現在の最新版である田中ビネー検査 V では、2歳から13歳あ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我が国の知的障害の判定をICD-11に準拠して行うことは原理的に不可能である。

筆者の経験では田中ビネーテストを使用するのはウエックスラー式が使えないような重度の子どもや成人に対することが多い。それは療育手帳などの公式の診断書を作成される際に行政から求められることが一つの理由である。特に重度、最重度の判定の際には知能指数を求められる。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。ウエ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。

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, Dreyfus, Cerreto, & Bokhour, 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。

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

AAIDD. (2021). Definition. Retrieved from <http://aaid.org/intellectual-disability/definition>

American Association on, I., Developmental Disabilities. Ad Hoc Committee on, T., Classification, American Association on, I., & Developmental, D. (2010). Intellectual disability : definition, classification, and systems of supports (11th ed ed.): American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

American Psychiatric, A. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV (4th ed ed.): American Psychiatric Association.

American Psychiatric, A. (2000). Diagnostic

- and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR (4th ed. ed.): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric, A., & American Psychiatric Association, D. S. M. T. F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed ed.): American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric, A., 染矢 俊幸・神庭 重信・尾崎 紀夫・三村 将・村井 俊哉. 日本精神神経学会. (2014). *DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引: 医学書院*.
- Bertelli, M. O., Cooper, S. A., & Salvador-Carulla, L. (2018). Intelligence and specific cognitive functions in intellectual disability: implications for assessment and classification. *Curr Opin Psychiatry*, 31(2), 88-95. doi:10.1097/ycp.0000000000000387
- Bertelli, M. O., Munir, K., Harris, J., & Salvador-Carulla, L. (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. doi:10.1108/AMHID-10-2015-0050
- Bratek, A., Krysta, K., & Kucia, K. (2017). Psychiatric Comorbidity in Older Adults with Intellectual Disability. *Psychiatr Danub*, 29(Suppl 3), 590-593.
- Chou, Y. C., Lee, Y. C., Chang, S. C., & Yu, A. P. (2013). Evaluating the supports intensity scale as a potential assessment instrument for resource allocation for persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil*, 34(6), 2056-2063. doi:10.1016/j.ridd.2013.03.013
- Claes, C., Van Hove, G., van Loon, J., Vandeveld, S., & Schalock, R. L. (2009). Evaluating the inter-responder (consumer vs. staff) reliability and construct validity (SIS vs. Vineland) of the Supports Intensity Scale on a Dutch sample. *J Intellect Disabil Res*, 53(4), 329-338. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01149.x
- DeCarlo, M. P., Bogenschutz, M. D., Hall-Lande, J. A., & Hewitt, A. S. (2019). Implementation of Self-Directed Supports for People With Intellectual and Developmental Disabilities in the United States. *Journal of Disability Policy Studies*, 30(1), 11-21. doi:10.1177/1044207318790061
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil*, 36(2), 137-143. doi:10.1080/13668250.2011.572548
- Greenspan, S., & Woods, G. W. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Curr Opin Psychiatry*, 27(2), 110-116. doi:10.1097/ycp.0000000000000037
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil*, 32(2), 419-

436. doi:10.1016/j.ridd.2010.12.018
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., . . . Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *18*(1), 3-19. doi:doi:10.1002/wps.20611
- Salvador-Carulla, L., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S. A., Martinez-Leal, R., Bertelli, M., . . . Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry*, *10*(3), 175-180. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21991267>
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tasse, M. J. (2019). The contemporary view of intellectual and developmental disabilities: Implications for psychologists. *Psicothema*, *31*(3), 223-228. doi:10.7334/psicothema2019.119
- Srour, M., & Shevell, M. (2014). Genetics and the investigation of developmental delay/intellectual disability. *Arch Dis Child*, *99*(4), 386-389. doi:10.1136/archdischild-2013-304063
- Tassé, M. J., Balboni, G., Navas, P., Luckasson, R., Nygren, M. A., Belacchi, C., . . . Kogan, C. S. (2019). Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. *Journal of Intellectual Disability Research*, *63*(5), 386-407. doi:10.1111/jir.12582
- WHO. (2020). 6A00 Disorders of intellectual development. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/605267007>
- Wilkinson, J., Dreyfus, D., Cerreto, M., & Bokhour, B. (2012). "Sometimes I feel overwhelmed": educational needs of family physicians caring for people with intellectual disability. *Intellect Dev Disabil*, *50*(3), 243-250. doi:10.1352/1934-9556-50.3.243
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- 永井 拓. (2014). 精神発達に及ぼす遺伝環境因子の影響に関する研究. *薬学雑誌*, *134*(10), 1029-1035.
- 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・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), 144-153. doi:10.32198/jald.28.1_144
- 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.