分担研究報告書

知的障害（知的発達症）診断の診断概念

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科
上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科
岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科
本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室
研究協力者 河邊 憲太郎 愛媛大学大学院 医学系研究科
坂本 由唯 弘前大学大学院 医学研究科

【研究要旨】

本研究では知的障害の医学的概念、診断方法、診断をめぐる近年の議論の整理を行った。WHOはICD-11の知的発達症の記述を2023年1月にリビジョンアップを行った。そこで本報告では、議論の素材とするためにICD-11(Version:01/2023)(WHO, 01/2023)の診断基準の概念を紹介し、要点の翻訳を行った。さらに、本研究班における議論と知的発達障害を巡る国際的な動向を踏まえて、我が国の支援者、行政担当者、当事者、保護者などの関係者が理解しておくべき理目的であるに準拠した診断概念を確認する。特に現在、我が国を含めて広く使用されているICD-10とDSM-5との異同について解説した。加えて、床上の必要性の高い境界知能、軽度知的障害に関する最近の国際的な議論を概観した。

A. 研究目的

本研究では知的障害の医学的概念、診断方法、診断をめぐる近年の議論の整理を行う。特にWHOが提唱し2023年1月にリビジョンアップを行った。そこで本報告では、議論の素材とする

ためにICD-11(Version:01/2023)(WHO, 01/2023)の診断基準の紹介と要点の翻訳を行う。さらに本研究班における議論と知的発達障害を巡る国際的な動向を踏まえて、我が国の支援者、行政担当者、当事者、保護者などの関係者が理解しておくべき理目的であるに準拠した診断概念を確

認する。特に現在、我が国を含めて広く使用されている ICD-10, DSM-5 との異同について解説する。

さらに、臨床上の必要性の高い境界知能、軽度知的障害に関する最近の国際的な議論を概観する。

そして、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ことを目的とした。

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 ICD-11 の定義と概念を整理し、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。さらに軽度知的障害、境界知能の人の支援ニーズについて海外文献を中心に検討した。

その結果をもとに我が国の知的障害を定義する際の留意点について提案を行う。

なお、DSM-5、ICD-11 が作成された経過や American Association on Mental Retardation's (AAMR) が提唱した 2021 年の定義については昨年度の報告書で報告したため本報告では要点のみを記載する。また、報告書執筆時点では、厚生労働省のホームページでは翻訳は公開されていない。本報告書の内容は私訳である。知的障害に相当する訳語も一定しないため、ICD-11 の Intellectual developmental disorders の訳語は「知的発達症」と仮に訳し、過去の文献を引用する際には「精神遅滞」等、当時の一般的な訳語を用いた。

C. 研究結果

ICD-11 における知的発達障害の改訂の経過

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。ICD の第 10 版から第 11 版への改訂にむけて、WHO は 2009 年に MR (Mental Retardation ; 精神遅滞) 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)。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。

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-11 CDDG (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た (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 (Version:01/2023) の定義と解説

ICD-11 では 06 Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders の親カテゴリのもとに神経発達症 (Neurodevelopmental disorders) があり、さらにその下位カテゴリに 6 A00 Disorders of intellectual development がある。軽度、中度、重度、最重度に 4 分類される。下記は執筆時点 (2023 年 4 月) における要点の拙訳である (World Health Organization., 2018)。
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

知的発達症 (Disorders of intellectual development)

親カテゴリー 神経発達症

説明 (Description)

知的発達症は多様な原因により発達期に生じる一群であり、平均より明らかに低い知的機能と適応機能、すなわち平均より約2標準偏差以上低い（約2.3パーセンタイルより低い）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。

除外：認知症は除外する

コード上の注意

必要な場合は既知の原因を道程するために付加的なコードを用いる

診断のための必要事項

必須（必要）の特性

知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域で知的機能に明らかな制限があること。個人によって、これらの領域のどれが影響を受けるかには大きなばらつきがある。可能な限り、知的能力は適切な標準化された知的機能検査で測定し、平均値より約2標準偏差以上低い（すなわち、2.3パーセンタイル以下）ことを確認する必要がある。適切に標準化された検査が利用できない状況において知的機能の評価するためには、知的機能の行動的指標（表6.1を参照）も参考にした適切なエビデンスとアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

日常生活で人々が学習し実践する概念的、社会的、実践的なスキルのセットである適応行動に重大な制限がある。概念的スキルには、知識の適用（例：読み書き、計算、問題解決、意思決定）と

コミュニケーションが含まれ、社会的スキルには、人間関係の管理、社会的責任、規則と法律の遵守、被害を回避すること、実践的スキルは、セルフケア、健康と安全、職業スキル、レクリエーション、お金の使い方、移動と交通、家庭用電化製品やハイテクデバイスの使用などの領域をさす。適応機能の要求水準は、年齢とともに変化する環境に応じて変化する可能性がある。可能な場合は、適切に標準化された適応行動のテストを用いてパフォーマンスを測定し、合計スコアが平均よりも2以上標準偏差（つまり、約2.3パーセンタイル未満）以上低いことが求められる。適切に標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動機能を評価するためには、テストにみあった根拠とアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。その際に表6.2から6.4（巻末にAppendixとして、英文のまま引用した）に示された知的機能と適応行動スキルの行動的指標を含んでも良い。

発症は発達期である。過去に診断されていない知的発達障害を持つ成人が臨床の場に登場する場合、発症の時期はその人の発達歴を把握することで発症時期を特定すること、つまり後ろ向き診断（遡及的診断）が可能である。

重症度の特定因子 (Severity Specifiers) :

知的障害の重症度は知的能力のレベルと適応行動のレベルの両方を考慮して決定される。適切に標準化された個別に実施されたテストを用いて決定されることが理想的である。適切に標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動機能を評価するためには、テストにみあった根拠とアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。その際に表6.2から6.4に示された知的機能と適応行動スキルの行動的指標を含んでも良い。

一般的に、重症度のレベルは知的能力と適応行動スキルが個人の能力やスキルの主要な部分（すなわち、概念的、社会的、実践的スキルの3つのドメイン）が属するレベルにもとづいて決定されるべきである。たとえば、もし知的機能と3つのドメインのうち2つが平均よりも3~4標準偏差以下である場合、中等度の知的発達障害が最も適切な診断となる。ただし、このような診断方法は、評価の性質や目的、特定の行動が個人の全体的な機能に対して占める重要性に応じて変更してもよい。

知的機能については、幼児期、児童思春期、青年期に3分類され、さらに軽度、中度、重度、最重度の4段階について、言葉の発達や数の概念など知的機能の行動特徴について例示されている（表6.1）。

適応行動については6歳まで（表6.2）、6歳から18歳（表6.2）、18歳以上（表6.3）の3年代に分類され、概念的、社会的、実用的の3領域について行動指標が例示されている。

臨床家はテストが使えない場合はこの表を参考にして臨床的判断をください。

他の臨床的特徴 (Additional Clinical Features)

知的障害のあるすべての共通する単一の身体的特徴や性格タイプはないが、特定の病因群は共通の身体的特徴を持っていることがある。

知的発達障害は、高い割合で合併する精神・行動・神経発達障害と関連がある。しかし、臨床的な表現は、個人の年齢、知的障害の程度、コミュニケーションスキル、症状の複合によって異なるだろう。自閉症スペクトラム障害、うつ病、双極性障害や関連する障害、統合失調症、認知症、注意欠如多動性障害などの障害は、一般人口より高頻度に合併する。知的発達障害と他の精神障害、行動障害、神経発達障害が合併する場合は、知的

発達障害のない精神障害を持つ人と同様の自殺リスクがある。

問題行動つまり挑戦的な行動、例えば攻撃性、自傷行為、注意引き行動、反抗的な行動、性的に不適切な行動は、知的発達障害では一般人口よりも高頻度に生じる。

知的発達障害のある多くの人は、一般の人より騙されやすく、世間知らずで、従順で、作話しやすい傾向がある。このため、被害者になりやすい、犯罪活動に巻き込まれやすい、法執行機関に対して不正確な供述をする可能性が高まるなどのさまざまな結果を招くことがある。

人生における重大な変化やトラウマ体験は、知的発達障害のある人には特に困難な事態である。人生の変換点のタイミングやタイプは社会によって異なるが、一般的には知的発達障害のある人々は、ルーチン、構造、教育や生活環境の変化に適応するためには、より多くのサポートが必要である。

知的発達障害を引き起こす多くの医学的病態があり、それらはさらに特定の医学的問題と関連している。さまざまな出生前（例：有毒物質や有害な薬物への曝露）、周産期（例：分娩時の問題）、および出生後（例：感染性脳症）の要因が知的発達障害の要因になる可能性があり、さらに複数の要因が関係することもある。知的発達障害の病因の早期診断が可能な場合には、関連する医学的問題（例：ダウン症候群の個人には頻繁な甲状腺疾患のスクリーニングが推奨される）の予防および管理に役立つ。特定の個人の知的発達障害の病因が明らかな場合には、その病因に対応する診断も追加されるべきである。

知的発達障害のある人は、生涯にわたってさまざまな健康問題（例：てんかん）や社会的問題（例：貧困）のリスクが高くなる。

正常との境界（閾値）（Boundary with Normality (Threshold):

知的発達障害において、知能指数（IQ）の数値は、知的障害と正常と区別するために用いられる独立した診断要件ではなく、知的発達症を部分的に特徴付ける指標である「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなすべきであると考えられる。IQスコアは、使用される特定のテストを実施する技術や、テスト状況、その他さまざまな変数の影響で変動することがあり、また発達やライフコースの段階によって大幅に変動することがある。知的発達症の診断は、IQスコアだけに基づいて行われるべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならない。

個別に行われる知的機能と適応機能の標準化されたテストのスコアは、発達の過程で大幅に変動することがあり、発達期間中にある時点では知的発達障害の診断要件を満たす子どもが、別の時点では満たさないことがある。知的・適応機能の信頼できる評価を行うためには発達の過程で異なる機会に複数回のテストが必要なこともある。

知的発達症と知的に正常な状態の鑑別に特別に注意する必要があるのはコミュニケーション、感覚、運動障害を持つ人、行動の問題がある人、移民、識字能力の低い人、精神障害の人、医療的治療を受けている人々（例えば、薬物療法）、そして重度の社会的または感覚的剥奪の経験がある人たちである。評価の過程でこれらの要素が適切に考慮されない場合、知的機能と適応機能の評価でえられた標準化された知的能力や適応行動のスコアの妥当性が低下する可能性がある。例えば、協調運動やコミュニケーションの障害を持つ人の中では、知的機能と適応行動の標準化されたスコアの信頼性は乏しい可能性があり、その人の能力に適した評価方法を選択しなければならない。

「BID, Borderline Intellectual Functioning, 境界知的機能」呼ばれる場合がある状態は平均値から約1から2標準偏差以下の知的機能を指し、診断可能な障害ではない。それにもかかわらず、このような人たちは、知的発達障害を持つ人々と同様の支援や介入が必要な多くのニーズを持つことがある。

経過の特徴 (Course Features):

知的発達症は生涯にわたる状態であり、通常、児童期早期に発現比較的大きなニーズがある期間と、支援があまり必要でない期間が交互に生じる発達段階と人生における移行期を考慮する必要がある。

知的発達症は、個人要因による変動と病因特異的な変動による発達経過（すなわち、機能の相対的な低下または改善の期間）がある。知的機能と適応行動は、生涯を通じて大幅に変動することがある。単一の評価から得られる結果、特に児童期早期に得られた評価の将来の状態を予測するためには限定的な価値しか持たないことが。その後の介入や支援のレベルやタイプが後年の状態に影響を与えるためである。

知的発達症の人は、一般的に、生涯を通じて特別な支援が必要とされるが、必要とされる支援の種類や強度は、年齢、発達、環境要因、生活状況によって時間の経過とともに変化することが多い。知的発達症のほとんどの人々は、時間の経過とともにスキルや能力を獲得し続ける。介入や教育を服含む支援を提供することで、スキルや能力の向上が強化される。発達期に支援が提供されることで、成人期における支援ニーズが低下することがある。

発達期の違いにおける特徴 (Developmental Presentations) :

知的発達症を持つ人の行動の表現や発達の軌跡には大きなばらつきがある。表 6.2 から 6.4 は、知的発達症を持つ個体において発達の異なる時点 (すなわち、幼児期、児童期、青年期、成人期) で通常観察される主要な長所と苦手な点について臨床家の参考のための記載である。

容貌の異常、先天性奇形、小頭症または巨頭症、低体重、筋緊張低下、身体的な成長遅延、代謝障害、成長不全などの特定の身体的な兆候の存在があると生直後から生後数ヶ月で知的発達症に関連する状態が疑われることがある。

より年齢の高い子どもたちでは、知的発達障害は読み書き、算数などの学業上の知識と能力を習得する上での問題として表現される場合がある。軽度の知的発達症の多くの子どもたちは、学齢期になるまで診断評価を受けることがない。一部の子どもはもっと遅い時期、つまり青年期や成人期になるまで診断されないままになっている。

青年期後期と成人初期における知的発達症の兆候は、大学進学、就職、自立した生活、成人間の関係といった成人の役割を担うことについての課題の存在に強く影響を受ける可能性がある。

知的発達障害を持つ高齢者は、一般の高齢者群と比較して早期に認知症が発症したり早期にスキルが落ちたりすることがある。その上、彼らは必要なサポートや医学的問題についての適切なサポートや医療ケアを得ることが一般の人より非常に困難である。

文化に関連した特徴 (Culture-Related Features) :

知的機能と適応機能を評価するために使用され

るテストと基準が、その人の属する文化に適切かどうか個々のケースで考慮されるべきである。テストの成績は、文化的なバイアス (例えば、その文化では一般的でない専門用語や物に関するテスト項目) や翻訳の問題により影響を受けることがある。

適応機能を評価する際、すなわち個人の概念的、社会的、実践的なスキルを評価する際には、個人が属する文化や社会環境から期待されることについて考慮すべきである。

また、テスト結果を解釈する際には言語能力も考慮されるべきである。それは、被験者が指示を理解したかどうか、そしてその指示が言語による表現力どのような影響を与えるか、という観点からである。

重症度分類

ICD-11 において知的発達障害の重症度は、主に 4 段階に分類される。

- 軽度 6A00.0 Disorder of intellectual development, mild
- 中度 6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate
- 重度 6A00.2 Disorder of intellectual development, severe
- 最重度 6A00.3 Disorder of intellectual development, profound
- 6A00.4 Disorder of intellectual development, provisional

また、幼児期や検査が適切に実施できない場合など、特定できない場合のカテゴリー (6A00.Z Disorders of intellectual development, unspecified) も存在するがこれは重症度の分類とは異なる。

6A00.0 軽度の知的発達障害, mild

説明

軽度の知的発達障害は、発達期に生じる状態で、個別に行われる標準化されたテストにより、あるいは標準化されたテストが利用できない場合には、同様の行動指標に基づいて、平均値から約 3~4 標準偏差（約 0.003~0.1 パーセントイル）下回る知的機能と適応行動を特徴とする。そのような人々は複雑な言語能力や学術スキルの習得が困難なことが多い。ほとんどの人は基本的なセルフケアや、家事、日々の生活に必要な実際的なスキルは習得する。多くの人は成人期に比較的自立した生活をおくり、仕事もできるが、そのためには適切なサポートが必要なことが多い。

診断要件

軽度の知的発達障害では、知的機能と適応行動が、適切な標準化され個別に実施されたテストによって、平均値から約 3~4 標準偏差（約 0.003~0.1 パーセントイル）下回る。標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動の評価は、臨床判断により強く依存する。表 6.1 から 6.4 に示されている行動指標を利用してもよい。軽度の知的発達障害を持つ人々は複雑な言語概念の理解と習得、学習スキルの習得に困難があることが多い。多くの人は、基本的なセルフケアや家庭内、日常生活の実際的なスキルを習得することができる。ほとんどの人は、成人としての独立した生活や就労を継続することはできるが、そのために適切なサポートが必要である。

6A00.1 知的発達障害 中度, moderate

説明

中度の知的発達障害は、発達期に生じる状態で、個別に行われる標準化されたテストにより、あるいは標準化されたテストに基づいて、3 から 4 標準偏差下回る（おおよそ 0.003 - 0.1 パーセントイル）状態である。標準化テストが利用できない場合は、比較可能な行動指標によって評価される。

中等度の知的発達障害を持つ人々の言語能力と学力の習得能力は個人差があるが、一般的には基本的なスキルに限定される。一部の人々は、基本的なセルフケア、家事や日々の実際的な活動を習得することができる。ほとんど人は、成人として独立した生活や就労を実現するために、かなりの密度の一貫した支援が必要である。

診断要件

中度の知的発達障害では、知的機能と適応行動が、適切な標準化され個別に実施されたテストによって、平均値から約 3~4 標準偏差（約 0.003~0.1 パーセントイル）下回る。標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動の評価は、臨床判断により強く依存する。表 6.1 から 6.4 に示されている行動指標を利用してもよい。中度の知的発達障害を持つ人々の言語能力と学力の習得能力は個人差があるが、一般的には基本的なスキルに限定される。一部の人々は、基本的なセルフケア、家庭内での活動や実践的な活動を習得することができる。ほとんどの人々は、成人として独立した生活や就労を実現するために、相当な量の一貫した支援が必要である。

6A00.2 知的発達障害 重度 severe

説明

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著しく低い状態である。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

トレーニングによって基本的なセルフケアスキルを習得することもできる。重度および最重度の知的発達障害は、既存の知能の標準化テストが 0.003 パーセント以下以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別される。

診断要件

重度の知的発達障害では、知的機能と適応行動が、適切に標準化された個別に行われる標準化テストに基づいて、平均から 4 以上の標準偏差以下（おおよそ 0.003 パーセント以下）である。標準化テストが利用できない場合は、知的機能と適応行動の評価において、臨床判断により依存する必要がある、これには表 6.1 から 6.4 の行動指標が含まれる場合がある。重度の知的発達障害を持つ人は、言語能力と学術スキルの習得能力が非常に限定されており、運動機能の障害も持っていることがある。通常、監督された環境での適切なケアのために日常的なサポートが必要とされるが、集中的な訓練によって基本的なセルフケアスキルを習得することができる。重度および最重度の知的発達障害は、既存の知能の標準化テストが 0.003 パーセント以下以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別される。これらの違いを評価するために、臨床判断を重視する必要がある。

6A00.3 知的発達障害 最重度 profound

説明

最重度の知的発達障害は、発達期間中に発生する状態であり、適切に規範化された個別に管理される標準化テスト、または標準化テストが利用できない場合の比較可能な行動指標に基づいて、平均値から 4 つ以上の標準偏差以下（おおよそ 0.003 パーセント未満）の、著しく低い知的

機能と適応行動が特徴である。コミュニケーション能力は非常に限定的で学力の習得能力は基本的な具体的スキルに制限される。また、運動および感覚障害が同時に存在する場合があります、適切なケアのために監督環境での日常的なサポートが通常必要である。重度と最重度の知的発達障害は、既存の知能の標準化テストが 0.003 パーセント以下以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別される。

診断要件

最重度の知的発達障害では、知的機能と適応行動は、適切に規範化された個別に管理される標準化テストに基づいて、平均値からおおよそ 4 標準偏差以上下回る（おおよそ 0.003 パーセント未満）。標準化テストが利用できない場合、知的機能と適応行動の評価には、臨床判断に大きく依存する。これには表 6.1 から 6.4 までの行動指標の使用も考慮する。

最重度の知的発達障害の人のコミュニケーション能力は非常に限定的であり、学力の習得能力は基本的な具体的スキルに制限される。運動および感覚障害が同時に存在する場合があります、適切なケアのために監督環境での日常的なサポートが必要である。集中的なトレーニングにより基本的なセルフケア能力を身につけることもある。既存の標準化された知能テストが 0.003 パーセント以下以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、重度と最重度の知的発達障害は適応行動の違いに基づいてのみ区別される。

6A00.4 知的発達障害, 暫定的, provisional

説明

知的発達障害, 暫定的の診断は、知的発達障害の証拠があるが、対象者が 4 歳未満の乳児また

は小児の場合、感覚障害や身体障害（例：盲目、言語前の聴覚障害）、運動障害やコミュニケーション障害、重度の問題行動、または共存する精神および行動障害のために知的機能および適応行動の有効な評価が行えない場合に適用される。

診断要件

対象者が4歳未満であり、観察される障害が一時的な遅れかどうかを判断することが困難な場合に、「知的発達障害、暫定的」の診断がなされる。この文脈での知的発達障害、暫定的には、全般的な発達遅延（Global Developmental Delay）と呼ばれることもある。また、4歳以上の個人で、知的発達障害が示唆されるが、感覚障害や身体障害（例：失明、先天性難聴）、運動障害、コミュニケーション障害、重度の問題行動、または評価に干渉する他の精神・行動・神経発達障害の症状があるために、知的機能と適応行動の適切な評価が行えない場合にも、本診断が適用されることがある。

6A00.Z 知的発達障害、特定不能

このカテゴリーは、「特定不能」の残存カテゴリーである。

コーディングノート

必要に応じて、既知の病因を特定するための追加コードを使用する。

D. 考察

以上の翻訳を踏まえて、まずICD10とDSM-5との相違について検討する。

ICD-10とICD-11(Version:01/2023)の相違

ICD-10とICD-11におけるIDD（知的発達症）の診断の主な違いは以下の通りである。

用語：

ICD-10：IDDは「精神遅滞」が用いられたがICD-11障害の性質をより正確に反映するために「知的発達症」に置き換えられた。

診断基準：

ICD-10における知的障害の診断基準は、知能の障害の程度（IQスコアで測定）と適応機能の乏しさに焦点が当てられていた。特に軽度、中度、重度、最重度の分類にはIQが主な指標として明記されていた。ICD-11では、IDDの診断基準がより適応機能に重点を置くように改変され、重症度レベルの説明が明確になった。ICD-11では、重症度の特定因子（Severity specifiers）が明記され知的障害の重症度は知的能力のレベルと適応行動のレベルの両方を考慮して決定される。その際に知的機能も適応行動も標準化された検査に基づいて標準偏差の何倍平均より下かで重症度が特定される。つまりICD-11では、ICD-10のようにIQスコアにのみ依存するのではなく、個人の機能と支援ニーズの評価に重点を置いている。

神経発達障害との関連

ICD-10では精神地帯はF7カテゴリー、ASD、学習障害はF8（心理的発達の障害）カテゴリー、ADHDは行為障害などと同じF9カテゴリーに別れていたが、ICD-11では、IDDの親カテゴリーは神経発達症とされ、ASD、ADHD、LDなどと同じカテゴリーに位置付けられた。これは、IDDが発達期に生じる中枢神経系の障害の結果であるという理解を反映している。

DSM-5との相違

ICD-11とDSM-5の両方とも、知的機能（通常はIQスコアで測定）と適応機能の評価を重視している。ただし、これらの基準の定義方法にはいくつかの違いがある。

重症度評価

大きな違いは重症度の評価である。DSM-5 では重症度のレベルは IQ ではなく、適応機能に基づいて定義される。適応機能は概念的（学問的）領域、社会的領域、実用的領域の 3 領域において評価され、評価の方法としては臨床評価と、個別化された信頼性のある標準化された評価尺度の両方で評価される。

一方、ICD-11 における重症度評価は前述のように知能と適応機能の両方が含まれる。いずれの標準化された評価尺度の使用が推奨されるが、それが困難な場合には、行動指標が提供されている。DSM-5 で提供される行動指標は適応行動のみである。すなわち概念的、社会的、実用的領域の行動例が表 1 に例示されている。適応行動について標準化されたテストが使用できない場合には表 1 に基づいて適応行動の程度を臨床的に判断することが求められる。

一方、ICD-11 では行動指標が DSM-5 より非常に詳細に記載されている。ICD-11 では DSM-5 よりも標準化された知能テスト、適応行動尺度がない臨床現場について、知能と適応行動の臨床的判断をより適切に下せるように配慮されている。

ICD-11 を用いた診断の方法について

国際疾病分類（ICD）における「精神・行動及び神経発達障害」に関する章の改訂が国際的に注目を集めている。WHO がこの診断ガイドラインを開発する際に、グローバルな適用性と臨床的有用性に重点を置いたことで、精神保健専門家や行政が採用の可能性を最大限に高めることができた。また、一般的な診療環境での診断ガイドラインの適用性やエビデンスに基づいた介入の拡大にも役立つことが期待される。そのため、ICD-11 における新しい精神障害の分類とそれに付随する診断ガイドラインは、単に新たな改訂ではなく、重要

な進歩である (Stein et al., 2020)。

重症度分類の目的

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。

DSM-IV、ICD-10 からの DSM-5、ICD-11 への改訂でも重症度評価が IQ よりも適応行動や支援ニーズが重視されるように変化してきた。その過程で多くの議論があったが、その中心は知能の重度さと、支援ニーズの強さがパラレルではなく、むしろ軽度知的障害、さらには境界知的機能の人々の支援ニーズが高いということがわかってきた。このことは行政サービスの質や量の決定にも重要である。

軽度知的障害の重要性

知的障害の診断をする際に重度・最重度の知的障害より軽度の知的障害を見逃す可能性が高いだろう。DSM-5 の重症度分類では IQ ではなく適応行動に基づいて分類した。

知的障害の有病率については、オーストラリアで 1.7%、(Bourke et al., 2016)、低・中所得の国では 2%と推定されており (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, & Saxena, 2011)、頻度の高い障害である。

また重症度においては軽度中度の知的障害は 1.5%、重度は 0.12%であり、知的障害の 90%以上が中軽度である、最近 10 年間で知的発達症の子どもが増えているが、そのほとんどが中軽度の子どもである (Bourke et al., 2016)。

英国におけるコホート調査では 15 歳から 16 歳

までフォローアップし、その時点で軽度知的障害 (IQ50~69)が 2.7%、重度知的障害(IQ49 以下)が 0.6%であった(Hall et al., 2005)。

軽度知的障害の課題

一般に知的発達症の重症度分類では知能指数が重視されており、療育手帳に基づくサービス内容も軽度知的障害より重度の知的障害の方が手厚いサービスが受けられる。

しかしながら、軽度知的障害 (mild intellectual disability, MID)や境界知能機能の子どもや成人の支援ニーズが高いことが近年議論されている (Hassiotis et al., 2022; Kataria & Philip, 2022; Martínez-Leal et al., 2020; Nouwens, Lucas, Embregts, et al., 2017)。加えて、精神科的合併症の頻度も児童期(Einfeld et al., 2011)から老年期 (Bratek et al., 2017)まで高いことが知られている。

境界知的機能 (Border Line Function)の課題

オランダでは MID と BIF のヘルスケアシステムはわけられており、IQ よりも個人のサポートニーズが重視される。したがって、IQ が 70-85 であり、社会適応に課題がある場合は知的障害と同様にヘルスケアが受けられる。さらに精神保健や司法領域でも知的障害に相応したサービスを受けることが可能になる。このようにサポートニーズで分類すると BIF, MID のサポートニーズは重度知的障害の 30 倍高いという (Nouwens, Lucas, Embregts, et al., 2017)。

マイノリティグループの課題

Bauer ら(2019)はオーストラリア西部で知的障害と自閉スペクトラム症の有病率を調査した。もともとなったデータベースは Disability Services Commission (DSC)と学校教育当局からのデータであった。その際に、アボリジニの子どもの知的

障害の有病率はそうでない子どもの 2 から 2.5 倍と高かった。アボリジニの子どもは DSC よりも、学校入学後に発見される比率が高かった。その子どもたちの多くが中軽度の知的障害であり、マイノリティグループは幼児期にサービスが提供されない可能性が示唆された。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)。

遡及的診断/回顧的診断 (retrospective diagnosis)

遡及的診断については、ICD-11 (Version:01/2023, ICD-11)において、成人期にはじめて受診するケースについては、発達歴を聴取することで、診断可能であることが明記された (Bertelli et al. 2022)。また、認知症を除外することも明記された。

発達期の知的障害のサインとしては、後述する ICD-11 の知的機能および適応行動の行動指標が参考になる (Tassé et al., 2019)。遡及的/回顧的診断については、この表に基づき発達期の状態を推測することができる。

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について、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。さらに、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

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。

合併精神症と ICD-11

IQ を重視しすぎない DSM-5, ICD-11 の知的発達症の概念は、適応行動への注目を高める。そのために発達期に発症しやすい精神障害の合併への注目を高める。

児童期に支援、治療が開始されないとマルトリートメント、不適切な介入を招く可能性が高まる。

特に軽度知的障害、BIF ではメンタルヘルス上の支援ニーズが高いことや精神疾患の合併率が高いことは多くの報告がある。MID と BIF を比較すると BIF のほうがより高頻度に精神疾患を合併するとの報告もある(Douma et al., 2006)。

MID、BIF とも、メンタルヘルス問題に限らず、社会的、家族の問題を抱えていることが多く福祉的サービスのニーズが高い(Nouwens, Lucas, Embregts, et al., 2017)。

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、人へのレスポンス、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。特にフルスケール IQ のみを指標にすることが不適切であることは DSM-5、ICD-11、AAIDD の定義でも強調されている。知能テストの IQ 値に影響を与える要因は、練習効果、合併精神・身体障害、テストの熟練度、被験者の体調など多くの要因があること、実生活における思考力や問題の解決能力を評価するには不十分であること、下位検査のばらつきが大きいときの妥当性が乏しいことなどから、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 & Woods, 2014)。

知能テストの選択について

ICD-11 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 を用いることが知的障害の診断や分類の前提になることは明らかである。

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。重度・最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 ではなく、数値の妥当性が乏しいこと、ICD-11 の診断に必要なという意味でも必要性が乏しい。子どもと家族の負担を考慮すれば、今後本当に必要なのかどうかの検討が望まれる。

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)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。そのために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。

DSM-5 の行動指標が適応行動に関する記載(概念的領域、社会的領域、実用的領域)に限定され知的能力障害全体の住所嘘を把握するために使用される。一方 ICD-11 の行動指標は適応行動に加えて知的機能の行動指標も詳細に記載されていることが特徴である。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、知的障害の診断を持つ個人のサンプルに適応行動のナショナルデータセットが使用された。適応行動データは、年齢層別に異なる重症度グループを定義するクラスター分析手法を使用して分析されており、信頼性が高い(Tassé et al., 2019)。

これらの表は専門家が個人の知的機能および適応行動のレベルに関する情報に基づいた臨床的決定を行い、知的障害の存在および重症度に関する決定を行うための支援を提供することを目的としている。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。

知能指数の意味に対する理解不足がもたらす弊害

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見え余る状況がある。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。

適応行動の評価と発症年齢の確認の必要性

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えれば、DSM-5、ICD-11 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。

軽度知的障害を見逃さないために

これまで議論してきたように、知的障害の支援ニーズは「重症度」に比例するとは限らない。むしろ、軽度知的障害、境界知的機能の人のほうが、支援ニーズが高いともいえる。福祉サービスの提供にあたっては、この点を留意する必要がある。

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。

知能テストを担当する臨床心理士、公認心理師などの知的障害、知能テストの理解を深めることも必要であろう。

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。

今後に向けて

知的発達症の子どもや青少年の代表的な集団を対象とした公表された研究では、精神障害の有病率が一般の子どもよりも 3~4 倍に増加することが示されている。年齢、性別、重症度（軽度、中度、重度、極度）および社会経済的地位が有病率に与える影響は、現在のところ明らかになっていない。

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。また支援ニーズの高い、軽度知的障害を見逃さないための診断方法が求められている。

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

Bauer, A., Taggart, L., Rasmussen, J., Hatton, C., Owen, L., & Knapp, M. (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., 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.
- Bourke, J., de Klerk, N., Smith, T., & Leonard, H. (2016). Population-Based Prevalence of Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorders in Western Australia: A Comparison With Previous Estimates. *Medicine*, 95(21), e3737.
- Bratek, A., Krysta, K., & Kucia, K. (2017). Psychiatric Comorbidity in Older Adults with Intellectual Disability. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 3), 590–593.
- Buckley, N., Glasson, E. J., Chen, W., Epstein, A., Leonard, H., Skoss, R., Jacoby, P., Blackmore, A. M., Srinivasjois, R., Bourke, J., Sanders, R. J., & Downs, J. (2020). Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(10), 970–984.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(10), 1224–1231.
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(2), 137–143.
- Greenspan, S., & Woods, G. W. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(2), 110–116.
- Hall, I., Strydom, A., Richards, M., Hardy, R., Bernal, J., & Wadsworth, M. (2005). Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 49(Pt 3), 171–182.
- Hassiotis, A., Emerson, E., Wieland, J., & Bertelli, M. O. (2022). Borderline Intellectual Functioning. In M. O. Bertelli, S. (shoumi) Deb, K. Munir, A. Hassiotis, & L. Salvador-Carulla (Eds.), *Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder* (pp. 95–106). Springer International Publishing.
- Kataria, K., & Philip, S. (2022). Reorienting to mild and borderline intellectual disability: an appeal from south Asia. *The Lancet. Psychiatry*, 9(6), e26.
- Martínez-Leal, R., Folch, A., Munir, K., Novell, R., Salvador-Carulla, L., & Borderline Intellectual Functioning Consensus Group. (2020). The Girona declaration on borderline intellectual functioning. *The Lancet. Psychiatry*, 7(3), e8.
- Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Embregts, P. J. C. M., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). In plain sight but still invisible: A structured case analysis of people with mild intellectual

- disability or borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 42(1), 36–44.
- Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Smulders, N. B. M., Embregts, P., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 257.
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., ... Saxena, S. (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.
- Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., de Vries, Y. A., Roest, A. M., de Jonge, P., Maercker, A., Brewin, C. R., Pike, K. M., Grilo, C. M., Fineberg, N. A., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*, 18(1), 21.
- Tassé, M. J., Balboni, G., Navas, P., Luckasson, R., Nygren, M. A., Belacchi, C., Bonichini, S., Reed, G. M., & 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: JIDR*, 63(5), 386–407.
- WHO. (01/2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023)*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f605267007>、2023年4月30日閲覧
- Wilkinson, J., Dreyfus, D., Cerreto, M., & Bokhour, B. (2012). “Sometimes I feel overwhelmed”: educational needs of family physicians caring for people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(3), 243–250.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/605267007>
- 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課. (2013, October). 教育支援資料. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1340250.htm