

知的発達症における ICD-10 と ICD-11 の

IQ 判定基準の差異について

——歴史的背景と ICD-11 の構造の理解——

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学福祉学部 教授

研究要旨

世界保健機関（WHO）が定める国際疾病分類において、第 10 版（ICD-10）の「精神遅滞（Mental retardation）」は、第 11 版（ICD-11）で「知的発達症（Disorders of intellectual development）」へと名称および概念が改訂された。ICD-10 では IQ の絶対値が重症度分類の直接的基準であったのに対し、ICD-11 では平均からの標準偏差（SD）に基づく評価と適応行動評価との二軸評価へ移行している。日本の療育手帳制度は長らく ICD-10 に準拠した IQ 中心の運用がなされてきたため、ICD-11 の導入は判定枠組みに大きな影響を及ぼしうる。本稿では、両分類の重症度基準とその歴史的背景を整理した上で、ICD-11 が IQ 値を明示しない理由と、ICD-11 準拠への移行が日本の療育手帳制度にもたらしうる変化を考察した。

キーワード：知的発達症，ICD-11，ICD-10，AAMD，知能指数，適応行動，療育手帳

A. 研究目的

世界保健機関（WHO）が定める国際疾病分類において、第 10 版（ICD-10）の「精神遅滞（Mental retardation）」は、第 11 版（ICD-11）で「知的発達症（Disorders of intellectual development）」へと名称および概念が改訂された。ICD-10 では IQ（知能指数）の数値そのものが重症度分類の直接的な基準として用いられていたが、ICD-11 では平均からの標準偏差（Standard Deviation: SD）に基づく評価および適応行動評価との二軸評価へと移行している。

日本で ICD-11 が普及・採用された場合、ICD-10 の重症度分類との差異により、臨床現場や福祉行政の実務に混乱が生じる可能性がある。本分担報告では、こうした混乱を最小化するための基礎資料として、ICD-10 と ICD-11 の重症度分類の差異とその歴史的背景を文献検討に基づいて整理することを目的とする。あわ

せて、ICD-11 の重症度基準を日本で従来用いられてきた IQ 値に換算した場合の関係を示し、療育手帳制度における判定枠組みへの含意を考察する。

B. 各検討点の整理

1. ICD-11 における知的発達症の位置づけと診断構造

ICD-11 において、「知的発達症（Disorders of intellectual development）」は神経発達症（Neurodevelopmental disorders）群に位置づけられ、発達期に生じる中枢神経系の障害の結果として生じる認知および行動の障害と定義されている。ICD-11 における知的発達症の診断および重症度分類は、従来の IQ 偏重から脱却し、知的能力と適応行動の両側面を同等に重視する方向へとパラダイムシフトを遂げた。

診断および重症度の評価には、可能な限り適切に標準化され、個別に実施される知能検査および適応行動検査を用いることが求められる。重症度は特定の IQ

スコアの閾値ではなく、検査結果が同年齢の定型発達
の「平均値から何標準偏差（SD）低いか」という相
対的な逸脱度に基づいて分類される。通常、重症度の
レベルは、知的機能と3つの適応行動領域（概念的・
社会的・実用的）の大部分が該当する水準に基づいて
総合的に割り当てられる。適応行動とは、個人が日常
生活を送る上で習得し、実践している概念的、社会的、
および実用的スキルの集合を指す。

2. ICD-11の重症度分類の基準

ICD-11で規定されている具体的な重症度分類とその
基準は以下のとおりである。

2.1 軽度（Mild）

知的機能および適応行動が、平均から約2~3 SD 低
い範囲（約0.1~2.3パーセントイル）にある。複雑な
言語概念や学業スキルの習得に困難を示すことが多
いが、基本的な身辺自立や家事などは習得可能である。
多くの場合、適切な支援があれば成人として独立した
生活や就労が可能である。

2.2 中等度（Moderate）

知的機能および適応行動が、平均から約3~4 SD 低
い範囲（約0.003~0.1パーセントイル）にある。言語
や学業スキルの習得能力は基本的なものに限定される。
成人として自立した生活や就労を達成するためには、
相当かつ継続的な支援が必要となる。

2.3 重度（Severe）

知的機能および適応行動が、平均から約4 SD 以上
低い範囲（約0.003パーセントイル未満）にある。言
語や学業スキルの習得能力は非常に限られている。運
動機能障害を伴うこともあり、適切なケアのためには
監視された環境での日常的な支援を要する。

2.4 最重度（Profound）

知的機能および適応行動が、重度と同様に平均から
約4 SD 以上低い範囲にある。コミュニケーション能
力は非常に限定的であり、運動および感覚の障害を併

発することもある。生活のあらゆる面で日常的な支援
と監視下でのケアが必要である。

2.5 重度と最重度の鑑別における留意点

既存の標準化された知能検査では、0.003パーセン
タイル未満（約4 SD 以上低い範囲）の知的機能を高
い信頼性および妥当性をもって正確に区別することは
不可能である。そのため、ICD-11においては、重度と
最重度の鑑別は知能検査の数値に依らず、専ら「適応
行動の違い」に基づいて行われると明記されている。
これは、検査の限界を率直に認めたいという、実生活上
の支援ニーズに即した区分を行うという、ICD-11の基
本理念を端的に示すものである。

3. その他の分類カテゴリー

上記の4段階の重症度分類に加え、以下の診断カテ
ゴリーが用意されている。

3.1 暫定的な知的発達症（Provisional）

障害の証拠はあるものの、対象者が4歳未満の乳幼
児であり、観察された障害が一時的な遅れであるかど
うかの確認が困難な場合（全般的発達遅滞とも呼ばれ
る）に適用される。また、4歳以上であっても、感覚
障害（盲や聾など）や重度の身体・運動機能障害、重
篤な行動上の問題などにより、知的機能および適応行
動の適切な評価を実施できない場合にも用いられる。

3.2 詳細不明の知的発達症（Unspecified）

知的発達症の診断要件を満たすと思われるが、特定
の重症度を決定するための十分な情報が得られない場
合などに適用される。

4. ICD-11の重症度基準とIQ値との関係

ICD-11では重症度分類にIQの絶対値が明示されて
いない。これはIQ単独での重症度判定がもつ問題を
回避し、適応行動評価との二軸評価を促すための制度
設計である。しかし、日本ではICD-10に準拠した重
症度区分（IQによる4段階分類）が長年用いられてき
たため、ICD-11との接続を考えるうえでは、SDによ

る規定を従来の IQ 値に換算して整理することに一定の意義がある。

一般的な知能検査の算出基準である「平均 100、標準偏差 15」を前提とすれば、ICD-11 で規定されている各重症度の IQ 値は次のように推計される。軽度 (Mild) は平均より約 2~3 SD 低下に相当し、 $100 - (15 \times 2) = 70$ 、 $100 - (15 \times 3) = 55$ であるから算出 IQ は 55~70 となる。中等度 (Moderate) は平均より約 3~4 SD 低下に相当し、算出 IQ は 40~55 となる。重度 (Severe) および最重度 (Profound) はいずれも平均より約 4 SD 以上低下であり、算出 IQ は 40 未満となる (両者の区別は適応行動による)。

上記の換算に基づき、ICD-10 の IQ 基準と ICD-11 の SD・パーセンタイル基準を比較した結果を文末の表 1 に示す。両者の重症度区分の境界は、軽度と中等度の境 (ICD-10 では IQ 50、ICD-11 では算出 IQ 55)、中等度と重度の境 (ICD-10 では IQ 35、ICD-11 では算出 IQ 40) であり、数値として 5 のずれがあり、ICD-11 の方が重症度を一段重く割り当てる方向に作用する範囲が存在することがわかる。

5. 重症度分類の歴史的変遷—比率 IQ から偏差 IQ へ

ICD-10 と ICD-11 の差異を理解するためには、知的障害 (精神遅滞) の分類基準が歴史的にどのように変遷してきたかを把握することが有用である。以下では、米国精神遅滞協会 (AAMD: American Association on Mental Deficiency) の分類マニュアルの展開を中心に、比率 IQ から偏差 IQ への移行、および臨床的判断の重視という変化を概観する。

5.1 初期分類における IQ 50 という閾値

初期の知能検査が開発された 19 世紀末から 20 世紀初頭にかけては、精神遅滞は「idiot (白痴)」「imbecile (痴愚)」「moron (魯鈍)」の 3 段階に分類されており、おおよそのカットオフスコアとして 25、50、75 という数値が用いられていた。当時の IQ は「精神年齢 (MA) ÷ 生活年齢 (CA) × 100」という比

率 IQ として計算されていた。この枠組みにおいて「IQ 50」という数値は、精神年齢の発達速度が生活年齢の半分であることを意味しており、成長速度を説明するための目安としての歴史的価値を持っていた。発達の比率に基づくこの概念は直感的にわかりやすかったものの、標準偏差に基づく統計的なアプローチは用いられていなかった。

5.2 偏差 IQ の導入と臨床的判断の重視

比率 IQ には、15 歳頃を過ぎると精神年齢の成長が横ばいになるため成人の知能を正しく評価できないという致命的な限界があった。これに対し、1940 年代以降に Wechsler らが標準偏差に基づく偏差 IQ (標準スコア IQ) を導入したことで、年齢による影響を受けずに同年代における相対的な位置を評価することが可能となった。偏差 IQ の導入は、異なる検査間での公平な比較を可能にただけでなく、「測定誤差 (Standard error of measurement)」という概念を診断システムに明確に組み込む契機となった。

AAMD の分類マニュアルの変遷もこの流れを反映している。1959 年のマニュアルでは、測定された知能水準と適応行動の双方から評価する二元的分類が導入され、知能検査の基準値は伝統的な「IQ 約 70」から、平均より 1 SD 下 (IQ 約 85) へと一旦引き上げられた。しかし、この基準では人口の多くが該当してしまうという懸念から、1973 年の改訂では再び従来の平均より約 2 SD 下 (IQ 約 70 以下) に戻された。同時に、適応行動と知能機能の遅滞が同時に存在しなければならぬことが明確化された。1983 年のマニュアル (Grossman, 1983) では「適応行動の欠陥を伴い、発達期 (18 歳の誕生日前まで) に現れる、有意に平均以下の一般的な知的機能」という定義が維持されている。

Grossman (1983) は、IQ 70 という数値は絶対的なカットオフポイントではなく、「66~74」あるいは「62~78」といった「不確実性の帯 (Zone of Uncertainty)」として捉えるべきであると強く警告し

ている。また、軽度（Mild）と中等度（Moderate）の境界も厳密な「50」ではなく、テスト間の SD の差異や測定誤差を考慮し「50～55」という幅を持たせて捉えている。IQ 値による分類は統計的かつ科学的な基盤を得た一方で、スコアの数値のみに依存した機械的な診断の危険性も浮き彫りになった。最終的な診断やレベル判定は、適応行動の評価や個人の生活状況といった情報を統合した、専門家による総合的な臨床判断に委ねられなければならない、という考え方が以降の国際基準に継承されていく。

ICD-11 が IQ の絶対値を明示せず、SD による規定と適応行動評価との二軸評価を採用したことは、こうした歴史的潮流の到達点と位置づけることができる。

6. 日本の療育手帳制度への含意

現在、日本の知的障害者への福祉サービス受給要件となる「療育手帳」の交付基準は、ICD-10 の診断基準に強く依存している。厚生労働省が示す ICD-10（2013 年版）準拠の内容例示表においても、軽度は IQ 50～69、中等度は IQ 35～49、重度は IQ 20～34、最重度は IQ 20 未満と、IQ の絶対値による区分がなされている。これを反映し、例えば福岡県の療育手帳交付基準では、最重度（A1）を IQ 20 以下、重度（A2）を IQ 21～35、中度（B1）を IQ 36～50、軽度（B2）を IQ 51～概ね 75 と、明示的な IQ スコアによる閾値を設定している。

ICD-11 が日本で採用され、その診断要件が療育手帳の判定に反映された場合、交付対象および判定枠組みに以下のような根本的な変化が生じる可能性がある。

6.1 適応行動評価の必須化と IQ 単独判定からの脱却

ICD-11 では、「知的発達症において、知能指数（IQ）の測定値は、障害と正常を区別するための単独の診断要件ではなく、知的発達症を部分的に特徴づける『知的機能における重大な制限』の代理指標（proxy measure）として考慮されるべきである。」とされる。したがって、現行の「概ね IQ 75 以下」といった数値基準のみによる交付判定から、概念的・社会

的・実用的領域における「適応行動の重大な制限」を標準化テスト等により包括的に評価するシステムへの転換が求められる。これにより、IQ が境界域（例えば IQ 70 強）であっても適応行動の制限が著しい者が手帳の対象となる可能性がある一方、IQ が低くても生活適応が良好な場合は対象外となる可能性も生じる。すなわち、より「個人の支援ニーズ」に即した交付へと変化する可能性がある。

6.2 重度と最重度の区分方法の変化

現行の療育手帳では IQ 20 を境界として重度（A2）と最重度（A1）を区分しているが、ICD-11 では、標準化された知能検査では 0.003 パーセントイル未満（算出 IQ 40 未満相当）の知的能力を高い信頼性をもって測定・鑑別できないと指摘し、重度と最重度の区別は「専ら適応行動の違い」に基づいて行うと規定している。これにより、療育手帳における重度区分の判定においても、IQ スコアの厳密な適用は事実上不可能となり、日常的な支援の必要度や身辺自立の可否といった質的な適応行動評価に基づく判定基準への移行が不可避となる。

C. 結論

ICD-10 から ICD-11 への改訂は、IQ 数値による硬直的な分類からの脱却を意味している。IQ スコアは、用いる検査の技術的特性や測定環境によって大きく変動し得るため、ICD-11 は適応行動の包括的な評価を含めることを必須要件とし、重度と最重度の鑑別においては検査自体の限界を認めて適応行動評価のみに依拠する設計となった。これは比率 IQ から偏差 IQ、そして二軸評価へという、知的障害の分類基準の歴史的潮流の到達点である。

日本における療育手帳制度の基準は、長らく ICD-10 に準拠した IQ 中心の運用が行われてきたが、ICD-11 の導入はこれに大きなパラダイムシフトを迫ることになる。能力の「欠如」を数値で測って線引きする制度から、地域社会で生活するために「どのような支援を

必要としているか」というプロファイルの作成に重点を置く制度へと、手帳交付の理念そのものが変化する可能性もある。実務上の混乱を避けるためには、ICD-11の重症度基準と従来のIQ値との対応関係を明示しつつ、適応行動評価の標準化された手法を判定実務に組み込んでいく段階的な移行が必要であろう。

3. その他 なし

文献

Grossman, H. J. (Ed.). (1983). Classification in mental retardation. American Association on Mental Deficiency.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.

World Health Organization. (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Health Organization.

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 ふくふくネット

<https://www.fukushakyo.jp/wp/wpcontent/uploads/2021/10/fukujyoho-service-4-1-2.pdf>

厚生労働省 「疾病、傷害及び死因の統計分類 (ICD-10 準拠)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/>
(2013) . ICD-10 (2013年版) (n.d.)

D. 研究発表

1. 論文発表

内山登紀夫 (2025) . 知的発達症についての新しい考え方. 精神医学, 67(12), 1539-1544.

2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

表1 ICD-10とICD-11の重症度分類基準の比較

重症度分類	ICD-10の診断基準	ICD-11の診断基準
軽度	IQ 50～69（精神年齢9～12歳未満）	平均より約2～3 SD低下（算出IQ：55～70／約0.1～2.3パーセントイル）
中等度	IQ 35～49（精神年齢6～9歳未満）	平均より約3～4 SD低下（算出IQ：40～55／約0.003～0.1パーセントイル）
重度	IQ 20～34（精神年齢3～6歳未満）	平均より約4 SD以上低下（算出IQ：40未満／約0.003パーセントイル未満）。最重度との区別は適応行動による。
最重度	IQ 20未満（精神年齢3歳以下）	平均より約4 SD以上低下（算出IQ：40未満／約0.003パーセントイル未満）。重度との区別は適応行動による。

注：ICD-11の算出IQは、平均100、標準偏差15の標準的な知能検査を前提とした理論値である。実際の運用ではIQの絶対値ではなく、SDによる相対的逸脱度および適応行動評価に基づく総合判定が求められる。重度と最重度はIQ上は区別できず、両者の鑑別は適応行動の違いによる。