

PRINTED 2019.0630

ISSN 2189-4957

PUBLISHED BY ASIAN SOCIETY OF HUMAN SERVICES

TOTAL REHABILITATION RESEARCH

June 2019

7



MAMIKO OTA
[MIDNIGHT TOWN]

ASIAN SOCIETY OF HUMAN SERVICES

SHORT PAPERS

知的障害児・者の心理・生理・病理的变化 測定ツール開発のための構成概念の検討 —診断基準の変化と適応行動概念の定義の観点から—

太田 麻美子¹⁾²⁾ 金 珉智³⁾ 趙 彩尹²⁾ 權 偕珍^{4)*}

- 1) 琉球大学教育学部
- 2) 東北大学大学院医学系研究科
- 3) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
- 4) 宮崎大学教育学部

<Key-words>

知的障害, 心理, 生理・病理, 診断基準, 尺度開発

*責任著者: kwonhj@cc.miyazaki-u.ac.jp (權 偕珍)

TOTAL REHABILITATION RESEARCH, 2019, 7:83-94. © 2019 ASIAN SOCIETY OF HUMAN SERVICES

I. 問題と目的

初めて行政により示された知的障害の定義によると、知的障害は「種々の原因により精神発育が恒久的に遅滞し、このため知的能力が劣り、自己の身の事からの処理および社会生活への適応が著しく困難なもの」とされていた（文部事務次官通達, 1953: 北沢, 2007）。その為、知的障害は「恒久的に遅滞している状態」であり、「知的能力が劣ることで社会生活への適応が困難」とされていた。その為、主に知的能力を測定するための知能検査を重視して診断が下されていた。しかしながら、近年では知的障害を個人の現在の機能（自立の程度）や自立に必要な支援の程度を見極めるようになり、「適応能力」と「支援必要性の有無」が重視されるようになっている。

現在、知的障害は診断基準や疾病分類により異なるものの、ほとんどがその程度によって軽度、中等度、重度、最重度、暫定、特定不能に分けられている（日本精神神経学会, 2018: ICD-11 仮訳）。特に、軽度知的障害に関しては、器質的な病理性を示す研究はほとんどなされておらず「心理社会的不利」を想定して診断が下される場合がほとんどである。そのため、状態が環境的・社会的条件で変わり得る可能性がある（文部科学省, 2013）とされており、教育的支援や社会的サポートをすることにより、日常生活を営むことは難しくないと捉えられているのが現状である。

教育的支援や社会的サポートを行うにあたり、対象となる児童・生徒の心理・生理・病理的变化を捉えることは重要である。環境の中に個人が存在し、環境との関係により個人の心

RECEIVED
MAY 28, 2019

REVISED
JUNE 8, 2019

ACCEPTED
JUNE 14, 2019

PUBLISHED
JUNE 30, 2019

理・生理・病理的变化が引き起こされ、行動変容に繋がるからだ。つまり、「適応行動」は、個人が持つ病理的要因に加えて心理・生理的变化を伴って表出された結果としての「行動」と捉えることができる。特に、知的障害のある児童・生徒に関しては、身体的機能については健康である場合も多いため、病理的要因や生理的な状態、心理的な変化を考慮した教育的サポートを行うことで、より高い教育的効果が見込まれるのではないかと考えられる。

しかしながら、「適応行動」に関する尺度はいくつか存在しているものの、知的障害のある児童・生徒の病理的側面や心理・生理的变化を包括的に捉え、効果的な教育的支援の実施に繋げようとする研究はない。そのため、それらの変化を定量的に測るツールも開発されていない。

そこで、本研究では複数存在している知的障害の定義や診断基準を整理する。また、知的障害の発生要因や適応能力の定義・評価に、病理的要因や心理的特徴・生理的变化に関する側面を考慮した文言が表記されているのかを検討する。

加えて、教育現場において知的障害のある児童生徒の心理・生理・病理的な状態や変化を捉える際にどのような領域が設定されるべきかを明らかにすることで、教育的支援を実現するためのツールの構成要素を検討することを目的とする。

II. 方法

知的障害については、精神遅滞、知的機能障害など時代や定義する機関によって名称に違いが生じる。本研究では、それらを知的障害として統一して使用することとした。

現在、国際的な定義として、国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD)、精神障害の診断と統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM)、アメリカ知的・発達障害協会 (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AAIDD) が挙げられる。また、日本においては日本の行政機関によっても定義されている。この4つの定義及び診断基準について整理するために、各機関が発行している書籍や、J-Stage、Google Scholar を使用して「知的障害・診断基準」と検索し抽出された論文に基づいて定義や診断基準等を整理した。それぞれの定義や診断基準、診断に関わる適応能力の評価において、知的障害の心理的特徴や・生理的变化・病理的側面を考慮しているか否かを検討した。加えて、国内における知的障害児への支援の基準と教育的対応の特徴についても心理的特徴や・生理的变化・病理的側面を考慮しているか否かを検討した。

それらを踏まえた上で、知的障害のある児童・生徒の心理・生理・病理的变化を捉える際に、どのような領域が設定されるべきかを明らかにする。小原・仲黒島・長浜ら (2015) は、肢体不自由児・病弱児の心理・生理・病理的側面を測定する尺度 (Psychology, Physiology and Pathology Assessment Tool for Children with Health Impairments; PATCHI) を開発するために、筋ジストロフィー患者のための QOL 尺度 (Muscular Dystrophy Quality of Life Assessment Scale 60; MDQoL-60) や子どもの QOL を測定する尺度である KIDSCREEN を参考に項目を収集した。その先行研究を参考に、知的障害のある児童・生徒の心理・生理・病理的变化を測定するための領域として、「知的障害者の QOL」、「子どもの QOL」に関する論文や尺度から領域の検討を行い、ツールの構成要素を検討した。

Ⅲ. 結果

1. 知的障害の定義と診断基準

知的障害に関する国際的な定義・診断基準として、1) 世界保健機関 (World Health Organization; WHO) の国際疾病分類 (ICD) による定義、2) アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association; APA) が出版している精神障害の診断と統計マニュアル (DSM) における定義・診断基準、3) アメリカ知的・発達障害協会 (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AAIDD) 定義・診断基準、4) 日本における知的障害の定義及び診断基準を取り上げる。

1) 世界保健機関 (WHO) の国際疾病分類 (ICD) による定義

国際疾病分類 (ICD) は、世界保健機関 (WHO) が作成する国際的に統一した基準で定められた死因及び疾病の分類である。日本においては、公的統計 (人口動態統計等) や医療機関における診療録の管理等においても広く活用されている。ICD-10 及び ICD-11 における定義及び診断基準を表 1 にまとめる。

ICD-10 (2016 Ver.) においては、精神遅滞 (Mind mental retardation) と表記され、標準化された知能テストによって精神発達の程度が推定される事、社会的適応を評価する尺度によって補完され、熟練の診断医によって知的機能の全体的な評価がなされることが示されている。ICD-11 (2019 Ver.) においては、知的発達障害 (Disorders of intellectual development) と示されている。また、診断についても、標準化されたテストの他に、行動指標の適切な評価に基づく臨床判断が重要であるとしている。

2) アメリカ精神医学会 (APA) が出版している精神障害の診断と統計マニュアル (DSM) における定義・診断基準

DSM-IV-TR、DSM-V における定義及び診断基準を表 2 にまとめる。DSM-IV-TR は、1994 年に出版された DSM-IV の改訂版として、2000 年に出版された。そこには知的障害ではなく精神遅滞という表記がなされており、①明らかな知的機能の遅れ、②適応機能の障害、③ 18 歳以前の発症が条件として示されている。

DSM-V の程度分類から、IQ の程度範囲という基準が削除された。それに代わって、軽度～最重度の程度ごとに DSM-V に表示された概念的領域、社会的領域、実用的領域のそれぞれで達成されるべき課題などを参考して知的障害の程度 (軽度～最重度) が判定されることになった (田巻・堀田・加藤, 2014)。

表 1 ICD-10 及び ICD-11 の知的障害に関する定義及び分類

定義元	項目	内容
ICD-10 (2016 Ver.)	定義	<ul style="list-style-type: none"> - A condition of arrested or incomplete development of the mind, which is especially characterized by impairment of skills manifested during the developmental period, skills which contribute to the overall level of intelligence, i.e. cognitive, language, motor, and social abilities. Retardation can occur with or without any other mental or physical condition. - Degrees of mental retardation are conventionally estimated by standardized intelligence tests. These can be supplemented by scales assessing social adaptation in a given environment. These measures provide an approximate indication of the degree of mental retardation. The diagnosis will also depend on the overall assessment of intellectual functioning by a skilled diagnostician. - Intellectual abilities and social adaptation may change over time, and, however poor, may improve as a result of training and rehabilitation. Diagnosis should be based on the current levels of functioning. - Use additional code, if desired, to identify associated conditions such as autism, other developmental disorders, epilepsy, conduct disorders, or severe physical handicap.
	分類	F70 Mild mental retardation F71 Moderate mental retardation F72 Severe mental retardation F73 Profound mental retardation F78 Other mental retardation F79 Unspecified mental retardation
ICD-11 (2019 Ver.)	定義	Disorders of intellectual development are a group of etiologically diverse conditions originating during the developmental period characterized by significantly below average intellectual functioning and adaptive behavior that are approximately two or more standard deviations below the mean (approximately less than the 2.3rd percentile), based on appropriately normed, individually administered standardized tests. Where appropriately normed and standardized tests are not available, diagnosis of disorders of intellectual development requires greater reliance on clinical judgment based on appropriate assessment of comparable behavioural indicators.
	分類	» Neurodevelopmental disorders 6A00.0 Disorder of intellectual development, mild 6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate 6A00.2 Disorder of intellectual development, severe 6A00.3 Disorder of intellectual development, profound 6A00.4 Disorder of intellectual development, provisional 6A00.Z Disorders of intellectual development, unspecified

表 2 DSM-IV-TR 及び DSM-V の知的障害に関する定義及び分類

定義元	項目	内容
DSM-IV-TR (2003)	定義及び診断基準	DSM-IV-TR では、「精神遅滞」という用語が使われている。 1. 明らかな知的機能の遅れ：個別施行による知能検査で、おおよそ 70 以下の IQ（平均より 2 標準偏差下が目安）（幼児においては、臨床的判断による） 2. 同時に、現在の適応機能（すなわち、その文化圏でその年齢に対して期待される基準に適合する有能さ）の欠陥または不全が、以下のうち 2 つ以上の領域で存在：コミュニケーション、自己管理、家庭生活、社会的/対人的技能、地域社会資源の利用、自律性、発揮される学習能力、仕事、余暇、健康、安全 3. 発症は 18 歳以前である
DSM-V (2014)	定義及び診断基準	知的能力障害（知的発達症）は、発達期に発症し、概念的、社会的、および実用的な領域における知的機能と適応機能両面の欠陥を含む障害である。以下の 3 つの基準を満たさなければならない。 A. 臨床的評価および個別化、標準化された知能検査によって確かめられる、論理的思考、問題解決、計画、抽象的思考、判断、学校での学習、および経験からの学習など、知的機能の欠陥。 B. 個人の自立や社会的責任において発達のおよび社会文化的な水準を満たすことができなくなるという適応機能の欠陥、継続的な支援がなければ、適応上の欠陥は、家庭、学校、職場、および地域社会といった多岐にわたる環境において、コミュニケーション、社会参加、および自立した生活といった複数の日常生活活動における機能を限定する。 C. 知的および適応の欠陥は、発達期に発症する。

3) アメリカ知的・発達障害学会 AAIDD における定義と診断基準

アメリカ知的・発達障害学会 (AAIDD) は 1876 年に設立されたアメリカ精神遅滞学会 (American Association on Mental Retardation; AAMR) を前身とした知的障害や発達障害がある人々とその専門家の最も歴史があり、規模が大きな学術団体とされている (神山, 2017)。AAIDD は 10 年に 1 度の頻度で「知的障害:定義、分類及び支援体系」を改訂して発行しており、日本においては日本発達障害福祉連盟により発行されている。AAIDD (前 AAMR) における定義及び診断基準を表 3 にまとめる。

表 3 AAIDD (前 AAMR) の知的障害に関する定義及び分類

定義元	項目	内容
AAIDD (前 AAMR) 第 8 版 (1983)	知的障害の定義	精神遅滞は、明らかに平均以下の全般的知的機能であり、併存する適応行動の障害を生じたり、それと関連し、発達期に生じる。
	適応行動の定義	適応行動とは、その人の年齢と文化から期待される成熟、学習、個人的自立、または社会的責任の基準に適合する能力の明らかな制約。
	診断基準	標準化された IQ と適応行動。 標準化された知能検査で、IQ70 以下;上限はガイドラインであり、75 以上まで引き上げられる。
AAIDD (前 AAMR) 第 9 版 (1992)	知的障害の定義	精神遅滞は現在の機能の明らかな制約をさす。それらは、明らかに平均以下の知的機能で特徴づけられ、応用可能な適応スキル領域 (コミュニケーション、身辺処理、家庭生活、ソーシャルスキル、地域資源の利用、自己管理、健康と安全、実用的な学業、余暇、及び仕事) の 2 つ以上の関連した制約と共存する。知的障害は、18 歳前に生じる。
	適応行動の定義	適応スキルは、与えられた状況に適合する能力と状況からの要求に適合するように行動を変える能力の両方を反映する能力の集合を指す。10 の適応スキル領域が特定されており、年齢に相応する 2 つ以上のスキル領域で個別的証拠が十分に包括的な制約を示し、制約があると解釈されることが条件である。 10 領域は、コミュニケーション、身辺処理、家庭生活、ソーシャルスキル、地域資源の利用、自己管理、健康と安全、実用的な学業、余暇、及び仕事である。
	診断基準	標準化された知能検査と適応行動スキルの検査が、チームによる観察と臨床的診断と組み合わせられて、妥当性のある評価尺度と方法が使用される。
AAIDD (前 AAMR) 第 10 版 (2002)	知的障害の定義	知的障害は、知的機能及び適応行動 (概念的、社会的及び実用的な適応スキルで表される) の双方の明らかな制約によって特徴づけられる能力障害である。この能力障害は、18 歳までに生じる。 5 つの前提: 1. 現在の機能の制約は、その人と同年齢の仲間や文化に典型的な地域社会の状況の中で考えなければならない。 2. 妥当な評価は、コミュニケーション、感覚、運動及び行動の要因の差異はもろんのこと、文化 的および言語的な多様性を考慮しなければならない。 3. 個人の中には、制約がしばしば強さと 共存している。 4. 制約を記述することの重要な目的は必要とされる支援のプロフィールを作り出すことである。 5. 長期間にわたる適切な個別的な支援によって、知的障害を有する人の生活 機能は全般的に改善するであろう。
	適応行動の定義	適応行動は、日常生活において機能するために人々が学習した概念的、社会的及び実用的なスキルの集合である。適応行動の制約は、日常生活および生活上の変化と環境からの要求に対応する能力の双方に影響し、他の 4 つの次元 (知的能力、参加・対人関係・社会的役割、健康、状況) に照らして考慮されるべきである。適応行動の明らかな制約は、生涯を有する人と有しない人を含んだ一般人口について標準化された尺度の使用によってのみ確定されることができ、 1. 適応行動の三領域 (概念的 スキル、社会的スキル、実用的スキル) の内、一つの領域が障害されていること。 2. 三領域の調査項目を含む評価尺度の総合得点が「mean - 2SD 以下」であること。
	診断	標準化された知能検査と適応行動スキルの検査が、チームによる観察と臨床的診断と組み合わせられて、妥当性のある評価尺度と方法が使用される。

米国精神遅滞協会 (2004) 及び米国知的・発達障害用語・分類特別委員会 (2012) 作成の表を一部改変

適応行動の査定として、アメリカ知的障害連盟（AAMR）版適応行動尺度、ヴァインランド適応行動尺度、社会能力査定尺度などの使用が推奨されている（DSM-V）。それぞれの尺度の構成要素について、表4にまとめる。

表4 適応行動の尺度と構成要素

尺度名	構成要素
アメリカ知的障害連盟（AAMR）版 適応行動尺度	アメリカ知的障害連盟（AAMR）版適応行動尺度 2 部構成であり、第 1 部は自立の機能と日常生活スキルに関連する 10 の領域（例：食事、排泄、お金の取り扱い等）から成り立っている。第 2 部は不適応行動に関する 7 つの領域（例：任せられる程度、自傷行動）などから構成されている。
ヴァインランド適応行動尺度 （Vineland Adaptive Behavior Scale）	Vineland TM -II 適応行動尺度は、4 つの適応行動領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）と不適応行動領域から構成されており、それぞれに下位領域が設定されている。 （日本文化科学社(2014) Vineland TM -II 適応行動尺度より）
社会能力査定尺度 （Assessment of Social Competence）	社会能力査定尺度（ASC）は、社会的機能と知的機能を測定する目的で作成されており、11 の社会生活機能に含まれる 252 項目の質問から成り立っている（例：会話を始める、決まりを守る、好みを言う等）。

4) 日本における知的障害の定義

厚生労働省において、5年周期で知的障害児（者）基礎調査が実施されている。基礎調査に使用されている知的障害の定義は、「知的機能の障害が発達期（おおむね 18 歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの（厚生労働省, 2005）」とされている。

また、文部科学省においては「知的障害とは、記憶、推理、判断などの知的機能の発達に有意な遅れがみられ、社会生活などへの適応が難しい状態（文部科学省, 2013）」と定義されている。

2. 知的障害の生理的状态及び病理的要因と心理的特徴

一般的に、知的障害の生理的状态や病理的要因に関して、大きく分けて出生前の原因、出産中または出産直後の原因、出生後の原因の 3 つに分けられている。

出生前の要因として、子ども自身が持つ遺伝子や染色体の異変から起こる内的原因と、子どもが母体を通して受ける様々な影響から起こる外的原因に分けることができる。内的原因として、染色体異常（ダウン症、脆弱 X 症候群等）、症候群としての障害（デュシェンヌ型筋ジストロフィー、プラダーウィリー症候群）、先天性代謝異常（フェニルケトン尿症、テイサク病等）、脳形成の発達の障害（無脳症、二分脊椎、水頭症等）、外的原因としては、環境要因（母体の栄養不良、代謝異常、感染症、薬物、胎児性アルコール症候群等）が挙げられている（AAMR, 1992）。これらを検討するために、検討事項に応じて染色体検査や DNA 解析、タンデムマス質量分析計を用いた新生児スクリーニング、神経画像検査（CT や MRI）等が行われる。

出産中または出産直後の要因として、子宮内障害（母体の貧血症、早産、異常胎位出産等）や新生児障害（頭蓋内出血、新生児発作、呼吸障害等）が挙げられている。これらに関しては、必要に応じて医療機関において出生・新生児期の記録の再検討等が行われている。出産時の原因は医療体制の進歩とともに少なくなってきたのが現状である（有馬, 2007）。

出生後の原因として、頭部外傷（脳震盪、脳裂傷等）、感染症（脳炎、髄膜炎等）、脱髄鞘化障害（感染後遺症、免疫後遺症等）、進行性・退行性障害（レット症候群、ハンチントン病等）、発作性障害（てんかん等）、有害物質の代謝障害（ライ症候群、鉛・水銀中毒等）、栄養失調（たんぱくカロリー性栄養不良等）、環境的不利と社会的不利（心理社会的不利）、不適切な教育が挙げられている。これらに関しては、必要に応じて医療機関において神経画像検査や脳波検査、毒物学的検査が行われる。また場合によって、心理評価や教育記録の再検討など他機関との連携が行われる。

しかしながら、上記にあげた生理的な状態や病理的要因の全てが知的障害の原因になるわけではない。あくまで、上記の条件・疾病・症候群が知的障害の原因となりやすいことは確かではあるが、これらの原因が知的障害の定義となる知的機能と適応行動に関して直接的な原因となるかは明らかでない（Heward, 2007）。

また、知的障害のある児童・生徒の心理的な特徴として、自己肯定感が低い可能性があげられる。これは、DSM-Vにおいて、知的障害の環境的な発生要因として養育の剥奪、社会的、言語的及びその他の刺激があげられていることや、学習での失敗経験等によって回りの人（親や教師、仲間など）からポジティブに評価されないことが予想されている（別府・坂本, 2005）ためである。

3. 国内における知的障害児への支援と教育的対応

アメリカ精神遅滞学会は、第9版定義（AAMR, 1992）において、知能水準の低下と適応スキルの障害に加えて、社会的サポートを必要とする程度や内容により、①一時的、②限定的、③長期的、④永続的のいずれかを要する状態に分類されることになった（田巻・堀田・加藤, 2014）。知的障害児・者への支援・援助の程度の定義は以下のように分類されている（表5）。

表5 適応行動の尺度と構成要素

支援・援助の程度	支援の内容
一時的 (Intermittent)	基本的には必要な時だけの一時的な支援・援助。
限定的 (Limited)	支援・援助の程度は一貫して繰り返しが必要な、短期の、しかし偶発的ではないもの。
長期的 (Extensive)	少なくともある環境（職場・家庭など）において規則的に必要で、一定期間内の支援・援助ではない支援・援助。
全面的 (Pervasive)	一貫した強力な支援・援助。生涯にわたって必要となる可能性もある。

現在、知的障害のある児童・生徒に関しては主に特別支援学校や特別支援学級において教育が行われている。知的障害の指導法については、児童・生徒の実態把握、取り組む課題の分析、環境整備や指導・支援方法が的確でないことが指摘されている（竹野・田中・門西, 2012）。

太田・矢野・井口ら（2018）は、日本における知的障害児の指導法の特徴分析を行った。その結果、知的障害児への教育の特徴として、児童・生徒の好きなものを取り入れた教育的対応などが行われているが、強化子として作用している場合が多く将来的に自立することを目的として自発的に集中や学習意欲を引き出す指導ではない可能性があるとは指摘している。

IV. 考察

1. 定義の変遷から見る知的障害の診断について

知的障害の定義に多少の違いはあるが、①全般的な知的機能の低さ、②適応能力の低さ、③18歳までの発症を共通する要素として挙げることが出来る。①知的能力の低さについては標準化された知能検査で測定され、適応行動は観察によるチェックリスト又は観察尺度によって測定されている。

以前は、知的障害の診断は、主に知能検査によって判断されていた。しかし、近年では知能検査自体の問題点が指摘されるようになったことや、国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ; ICIDH）から国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF）への移行の中で病因よりも社会的関係性を重視するようになってきたことで、どちらかと言えば、知的能力よりも適応行動を重視するようになってきたといえるだろう。また、その結果、日常生活における適切な支援・社会的サポートを検討することの方が重要であると考えられるようになってきたのではないかと考えられる。

しかしながら、適応行動を評価するツールの中には、コミュニケーションや日常生活スキル等を中心とした社会へどれくらい適応しているのかを評価する領域と、不適応を起こした際に見られる行動の変化を評価する領域のみが設定されていた。つまり、知的障害の診断基準や適応能力の定義・評価には心理・生理・病理的变化を反映した文言は表記されておらず、また、それを評価する領域は設定されていない。

人は環境による影響に対して心理面が変化しながら、障害がある場合は、生理・病理的側面の影響も受けつつ、適応的な行動をとることが出来る。また、場合によっては、環境の変化によって生理・病理的な変化もしつつ、不適応行動をとることもあるだろう。しかしながら、知的障害のある児童・生徒への心理・生理・病理的变化という側面を定量的に測定するツールはなく、それを教育的支援や社会的サポートに生かそうと試みる研究も今までなされていない。

肢体不自由児・病弱児教育に関しては、心理・生理・病理的側面を測定する尺度（PATCHI）が開発されている（Kohara, Kwon and Goto et al, 2015）。この PATCHI は、特別支援教育成果評価尺度（Special Needs Education Assessment Tool ; SNEAT）との関連性が確認されており、教育現場において実際に PATCHI と SNEAT を活用し心理・生理・病理的变化と授業成果の関連性についても示されている（小原・仲黒島・長浜ら, 2015）。このように、特別支援教育の分野においては、健常児と比較しても変化が大きく影響も大きい心理・生理・病理的側面を踏まえた上で授業内容を検討することが重要であり、そうすることで、障害のある児童・生徒の教育的ニーズに応えることが出来るのではないかと考えられる。

2. 知的障害のある児童・生徒の心理・生理・病理的变化を評価する尺度の構成概念の検討

PATCHI は、作成の際に疾患 QOL 尺度と子どもの QOL 尺度を基に項目の収集がなされており、心理的領域、生理的領域・病理的領域が設定されている。それぞれの領域には、「病理的領域：病気（障害）が原因で友達との交流に影響を及ぼしている」、「生理的領域：疲れを感じている」、「心理的領域：不安を感じている」など知的障害のある児童・生徒にも関連することや、「生理的領域：声がだしにくい、発音しにくいなどで困っている」、「生理的領域：排尿・排便のコントロールが上手く出来ている」など肢体不自由児・病弱児に特化した項目もあり検討が必要であると考えられる。

知的障害者の QOL に関しては Cummins (1997) が開発した Comprehensive Quality of Life Scale—Intellectual/Cognitive Disability, 5th ed. が挙げられる。その領域としては、物質的幸福 (Material well-being)、健康 (Health)、生産性 (Productivity)、親密さ (Intimacy)、安全性 (Safety)、地域社会における居場所 (Place in community)、感情的な幸福 (Emotional well-being) などが設定されている。

また、Schalock, Gardner & Bradley (2007)、Schalock & Verdugo (2002) による研究では、知的障害のある人の QOL を考える際、情緒的幸福 (Emotional well-being)、対人関係 (Interpersonal relations)、物質的幸福 (Material well-being)、自己啓発 (Personal development)、身体的幸福 (Physical well-being)、自己決定 (Self-determination)、社会的包摂 (Social inclusion)、権利 (Rights) の 8 つのライフドメインが必要であるとしている。

知的障害のある児童・生徒の心理・生理・病理的变化を測定するにあたり、心理的な側面に関しては、地域社会における居場所 (Place in community) や親密さ (Intimacy)、対人関係 (Interpersonal relations) に関連する心理的な変化に関する項目を入れる必要がある。例えば、PATCHI にも項目として設定されている「イライラしたり、腹を立てたりしている」や「不安を感じている」などである。また、自己啓発 (Personal development) や自己決定 (Self-determination) などに見られる自己肯定感に関する部分も入れる必要があるのではないかと考えられる。

生理的内容については、PATCHI の中では「声がだしにくい、発音しにくいなどで困っている」、「文字を書くのに困難さを感じている」、「疲れを感じている」など、生理的要因により学習中に見られる困難を中心に項目が構成されている。知的障害のある児童・生徒の学習中の様子については、①ことばが覚えられない、②物事を記憶しておくことができない、動きがぎこちなく、③細かい作業が苦手という特徴がある (有馬, 2007) ため、生理的要因の項目として検討する必要があるだろう。

病理的内容については、知的障害自体が染色体異常など病理的要因を必ずしも伴うわけではないことから、知的障害以外の診断の有無について回答する欄を設ける必要があるだろう。また、その影響を受けているかについて PATCHI に設けられているような「(むせたり、痰がからんだりなどの理由で) 息が苦しいときがある」、「病気 (障害) が原因で授業や勉強がしにくいと感じている」などの項目が必要であると考えられる。

本論文では、知的障害に関する書籍・研究論文等を参考に、知的障害の定義と心理的特徴や、生理的状态、病理的要因を整理することにより、心理・生理・病理的側面を踏まえた上で教育的支援を実現するためのツールの構成要素を検討した。その結果、心理的領域として「自己肯定感」と「対人関係」、生理的領域として「日常生活機能」、「学習面の困難」、病

理的領域として「健康状態」、「病気の影響」の6つの領域が必要ではないかと考えられる。しかし、下位項目については未だ検討中のため、項目を精査し、知的障害児の心理・生理・病理的側面を包括的に評価する尺度を作成する必要があるだろう。今後、研究チームを拡大し、より多くの専門家の意見を取り入れ、理論的且つ信頼性、妥当性を検証する必要がある。したがって、知的障害のある児童・生徒を評価する上で、領域と項目に対する多分野の専門家や、現場の専門職の人たちによる質問紙調査を行い、内容的妥当性を検証することが必要である。また、評価を定量化し、信頼性、構成概念妥当性の検証をすることが必要である。

文献

- 1) 文部事務次官通達(1953) 教育上特別な取扱いを要する児童生徒の判別基準(試案)。
- 2) 北沢清司(2007) 知的障害者における障害の定義をめぐる問題と課題. ノーマライゼーション 障害者の福祉, 27.
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n313/n313005.html> (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 3) 公益社団法人日本精神神経学会(2018) ICD-11 新病名案(1. Neurodevelopmental disorders 神経発達症群). [https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/ICDm-11Beta_Name_of_Mental_Disorders%20List\(tentative\)20180601.pdf](https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/ICDm-11Beta_Name_of_Mental_Disorders%20List(tentative)20180601.pdf) (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 4) 文部科学省(2013) 3 知的障害. 特別支援教育資料.
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2014/06/13/1340247_08.pdf (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 5) 小原愛子・仲黒島貴史・長浜勝直・金城馨・韓昌完(2015) デュシャンヌ型筋ジストロフィー児に対する授業成果の測定—心理・生理・病理との関連性及び多面的な SNEAT の活用可能性—. 琉球大学教育学部紀要, 87, 139-145.
- 6) WHO(2016) ICD-10 Version:2016. <https://icd.who.int/browse10/2016/en> (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 7) WHO(2019) ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 04 / 2019). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 8) 田巻義孝・堀田千絵・加藤美朗(2014) 知的障害、自閉性障害と DSM-5. 人間環境学研究, 12(2),153-159.
- 9) American Psychiatric Association(編)(2003) *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)(2003) DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引(新訂版). 東京 医学書院.
- 10) American Psychiatric Association(編)(2014) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 高橋三郎・大野裕(監訳), 染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村将・村井俊哉(訳)(2014) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京 医学書院.

- 11) 神山努(2017) American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2016 年次総会参加の報告. 国立特別支援教育総合研究所ジャーナル, 6, 50-54. <https://www.nise.go.jp/cms/resources/content/13006/j6-11kokusai-kamiyama2.pdf> (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 12) 米国精神遅滞協会(編)(2003) *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports (10th ed)*. 栗田広・渡辺勸持(共訳)(2004) 知的障害：定義、分類および支援体系 第10版. 東京 日本知的障害福祉連盟.
- 13) 日本文化科学社(2014) Vineland™-II 適応行動尺度. <https://www.nichibun.co.jp/kensa/detail/vineland2.html> (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 14) 厚生労働省(2007) 平成17年度知的障害児(者)基礎調査結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/titeki/index.html> (最終閲覧日:2019年5月20日)
- 15) 別府哲・坂元洋子(2005) 登校しぶりを示した軽度知的障害児における自己の発達と他者の役割 (<特集>学校教育と子どもの「自己」の形成 -教育心理学における「自己」研究の新たな視点-). 心理科学, 25(2), 11-22.
- 16) 有馬正高(2007) 知的障害のことがよくわかる本. 講談社.
- 17) William L Heward(1980) *Exceptional children : an introductory survey to special education*. Columbus: Charles E. Merrill, cop. 中野良顕・小野次朗・榊原洋一(監訳)(2007) 特別支援教育 特別なニーズをもつ子どもたちのために. 明石書店.
- 18) 竹野政彦・田中由紀子・門西昭臣・松岡勝彦(2012) 知的障害のある児童生徒に対する授業改善の研究 ―児童が分かって動ける指導を通して―. 平成24年度研究内容(プロジェクト研究・共同研究・個人研究), 広島県教育センター, 81-98.
- 19) 太田麻美子・矢野夏樹・井口佳子・小原愛子(2018) 日本における知的障害児の指導法の特徴分析：研究論文として発表された指導法分析を中心に. 琉球大学教育学部附属発達支援教育実践センター紀要, 9, 45-56.
- 20) Aiko KOHARA, Haejin KWON, Ayaka GOTO & Katsunao NAGAHAMA(2015) Longitudinal Verification of the Relationship between Psychological, Physiological and Pathological Changes and the Outcome of Classes. *Asian Journal of Human Services*, 9, 107-117. doi: 10.14391/ajhs.9.107
- 21) Robert A. Cummins(1997) *The Comprehensive Quality of Life Scale: Intellectual disability (5th ed.)*. Melbourne, Australia: Deakin University.
- 22) Robret L. Schalock, James F. Gardner & Valerie J. Bradley(2007) *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- 23) Robret L. Schalock, David Braddock & Miguel A. Verdugo(2002) *Handbook of quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

SHORT PAPERS

**Basic Study for Development of Assessment
INDEX of Psychology, Physiology and
Pathology for Intellectual Disability Children;
From Point of Change of Diagnostic Criteria and the Definition of the
Concept of Adaptive Behavior**

Mamiko OTA¹⁾²⁾ Minji KIM³⁾ Chaeyoon CHO²⁾ Haejin KWON^{4)*}

- 1) Faculty of Education, University of the Ryukyus
- 2) Graduate School of Medicine, Tohoku University
- 3) National Center for Geriatrics and Gerontology
- 4) Faculty of Education, University of Miyazaki

ABSTRACT

At present, evaluation of "adaptive behavior" is regarded as important in intellectual disability, and it is considered that it is not difficult to manage daily life by providing appropriate educational support and social support (MEXT, 2013).

People are affected by the environment and their psychology changes, leading to action. If they have a disorder, in addition to the psychological aspect, the physiological and pathological aspects are also affected. Therefore, for children with intellectual disabilities, higher educational effects can be expected by providing educational support in consideration of psychological, physiological, and pathological aspects.

Therefore, in this research, by defining the definition and diagnostic criteria of mental disorders and organizing psychology, physiology, and pathological factors, 1) Examine whether the contents related to psychological, physiological, pathological changes are described in the diagnostic criteria or adaptive behavior. 2) In addition, from the point of the QOL of intellectual disabilities persons and the QOL of children, it examined what kind of domain is necessary when capturing the psychological, physiological, and pathological changes of children with intellectual disabilities.

<Key-words>

intellectual disability, psychology, physiology and pathology, diagnostic criteria, scale development

*corresponding author: kwonhj@cc.miyazaki-u.ac.jp (Haejin KWON)

TOTAL REHABILITATION RESEARCH, 2019, 7:83-94. © 2019 ASIAN SOCIETY OF HUMAN SERVICES

RECEIVED
MAY 28, 2019

REVISED
JUNE 8, 2019

ACCEPTED
JUNE 14, 2019

PUBLISHED
JUNE 30, 2019



TOTAL REHABILITATION RESEARCH

EDITORIAL BOARD

EDITOR-IN-CHIEF

Masahiro KOHZUKI Tohoku University (Japan)

EXECUTIVE EDITORS

Changwan HAN University of the Ryukyus (Japan)



Aiko KOHARA

University of the Ryukyus (Japan)

Daisuke ITO

Tohoku Medical Megabank Organization (Japan)

Eonji KIM

Miyagigakuin Women's University (Japan)

Giyong YANG

Pukyong National University (Korea)

Haejin KWON

University of Miyazaki (Japan)

Hitomi KATAOKA

Yamagata University (Japan)

Hyunuk SHIN

Jeonju University (Korea)

Jin KIM

Choonhae College of Health Sciences (Korea)

Kyoko TAGAMI

Aichi Prefectural University (Japan)

Makoto NAGASAKA

KKR Tohoku Kosai Hospital (Japan)

Masami YOKOGAWA

Kanazawa University (Japan)

Megumi KODAIRA

International University of Health and Welfare
Graduate School (Japan)

Minji KIM

National Center for Geriatrics and Gerontology
(Japan)

Misa MIURA

Tsukuba University of Technology (Japan)

Moonjung KIM

Korea Labor Force Development Institute for the aged
(Korea)

Shuko SAIKI

Tohoku Fukushi University (Japan)

Suguru HARADA

Tohoku University (Japan)

Takayuki KAWAMURA

Tohoku Fukushi University (Japan)

Yoko GOTO

Sapporo Medical University (Japan)

Yongdeug KIM

Sung Kong Hoe University (Korea)

Yoshiko OGAWA

Teikyo University (Japan)

Youngaa RYOO

National Assembly Research Service: NARS
(Korea)

Yuichiro HARUNA

National Institute of Vocational Rehabilitation
(Japan)

Yuko SAKAMOTO

Fukushima Medical University (Japan)

Yuko SASAKI

Sendai Shirayuri Women's College (Japan)

EDITORIAL STAFF

EDITORIAL ASSISTANTS

Mamiko OTA Tohoku University / University of the Ryukyus (Japan)

Sakurako YONEMIZU University of the Ryukyus (Japan)

as of April 1, 2018

TOTAL REHABILITATION RESEARCH

VOL.7 JUNE 2019

© 2019 Asian Society of Human Services

Presidents | Masahiro KOHZUKI & Sunwoo LEE

Publisher | Asian Society of Human Services

#216-1 Faculty of Education, University of the Ryukyus, 1, Senbaru, Nishihara, Nakagami, Okinawa,
903-0213, Japan

FAX: +81-098-895-8420 E-mail: ash201091@gmail.com

Production | Asian Society of Human Services Press

#216-1 Faculty of Education, University of the Ryukyus, 1, Senbaru, Nishihara, Nakagami, Okinawa,
903-0213, Japan

FAX: +81-098-895-8420 E-mail: ash201091@gmail.com

TOTAL REHABILITATION RESEARCH
VOL.7 JUNE 2019

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Communication Gaps in Interprofessional Collaboration between Medical
and Welfare Professionals

Miki ARAZOE 1

Research on the Meaning of Support for Promotion of Self-understanding for
Persons with Psychiatric Disorder at Vocational Rehabilitation;
Integrative Analysis with Text-mining

Kazuaki MAEBARA 22

Development of Questionnaires for High-School Students and Adults Version
of Scale for Coordinate Contiguous Career (Scale C³);
Focusing on Verification of Construct Validity Using Structural Equation
Modeling

Changwan HAN 34

Influences of Depression and Self-esteem on the Social Function of
Autobiographical Memory

Kyoko TAGAMI 45

REVIEW ARTICLE

Basic Study for the Development of the Teaching Method based on the
Relationship between Psychology, Physiology and Pathology of Children
with Health Impairment

Haruna TERUYA et al. 61

SHORT PAPERS

Developing an ICT-based System to Support Care-dependent Older Persons
to Continue to Live in Their Own Homes;
User Interface Evaluation

Kazutoshi FURUKAWA et al. 70

Basic Study for Development of Assessment INDEX of Psychology,
Physiology and Pathology for Intellectual Disability Children;
From Point of Change of Diagnostic Criteria and the Definition of the
Concept of Adaptive Behavior

Mamiko OTA et al. 83