

知的障害、自閉性障害と DSM-5

田巻 義孝 (tamaki@fuksi-kagk-u.ac.jp)

堀田 千絵・加藤 美朗

〔関西福祉科学大学〕

Intellectual disability and autistic disorder by the DSM-5

Yoshitaka Tamaki, Chie Hotta, Yoshiro Kato

Department of Health Sciences, Kansai University of Welfare Sciences, Japan

Abstract

The aim of this study was to examine the two points in DSM-5 (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 5-th. ed.) diagnostic standard. The first point is that the severity level for intellectual disability is determined by adaptive functioning rather than IQ scores. The second point is that the autistic disorder is determined by deficits in two core domains (a: social communication and social interaction, b: restricted, repetitive patterns of behavior), but they cannot be used for determining whether to make diagnosis function at predetermined items.

Key words

diagnostic and statistical manual of mental disorders, intellectual disability, autistic disorder, autism spectrum disorder, WISC-IV

1. はじめに

本稿の目的は、特別支援教育の対象障害の内、精神医学的疾患の診断に供される「精神障害の診断と統計マニュアル、第5版」(略記: DSM-5)における知的障害と自閉性障害の診断内容の変更、知的障害の診断に用いられる個別式知能検査(WISC-IV)の問題を検討する。

特別支援教育の対象障害の内、主に知的障害、自閉性障害、学習障害、注意欠陥/多動性障害、発達性協調運動障害、選択的緘黙等の情緒障害は神経精神科や精神科などの医師の診断を受ける。その際、2013年に改訂されたDSM-5が主に使用されると述べても決して過言ではない。DSM-5は国際診断基準の1つである。

DSMは、健康管理の専門家集団に共通の言語を提供するために、また多くの精神医学的疾患の解明されていない原因を探究するために、アメリカ精神医学会と精神保健の専門集団が共同して作成するものである(Kaplan et al. 編著, 1996)。ともかく、DSM作成の目的はアメリカ国内で使用されることであつた。しかし、アメリカに編集事務局を置く権威ある医学系学術誌への投稿で(患者群を均質にするために)DSMの使用が義務づけられたこともあり、研究領域でDSMが圧倒的に使用されるようになった。

2. 特別支援教育の2つの対象障害

DSM-5 (APA, 2013) に掲載されている特別支援教育の対象障害は神経発達障害に属する。これから、特に問題が多い2つの障害を取りあげて、次に考察する。なお、神経発達障害はDSM-IV (APA, 1994) の「通常、幼児期、

小児期、または青年期に初めて診断される障害」から名称変更された。

2.1 知的障害

知的障害(DSM-IVまでは精神遅滞、DSM-5では知能能力障害)に伴う問題は、その程度分類に集約される。DSM-IVまでは、標準化された個別式知能検査を用いて算出されたIQの低下の程度に基づいて、軽度～最重度に分類されていた。

DSM-5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-5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。この理由は、IQの解釈に臨床的評価を加える必要があると考えられたためである。総じて、IQに偏重していた従来の診断と評価からの離脱という積極的な姿勢が読みとれる。また、これらのDSM-5の解説において、アメリカ精神遅滞学会というキーワードが散見できることを述べておきたい。

知的障害の程度分類の変更は確かな根拠による裏づけを要する。DSM-5が解釈を含めて変更したことの根拠とは何か、アメリカ精神遅滞学会がどのように関与しているのかは後述する。

2.2 自閉性障害

自閉性障害は、DSM-IVの広汎性発達障害から自閉症スペクトラム障害に名称変更され、その構成も大幅に変更された。すなわち、DSM-IVで自閉性障害(注: カナー型自閉症を意味する場合がある)、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害に分類されていたが、DSM-5では自閉症スペクトラム障

害に一括して内包された。このことを理解するためには、自閉性障害の通史を概観する必要がある。

自閉性障害概念の端緒は、19世紀末に、当時の痴呆症（歴史的用語）の2大原因はてんかんと神経梅毒であることを踏まえて、E. Kraepelin が提唱した早発性痴呆である。Bleuler (1911) は早発性痴呆の疾患概念を検討し、この根底に潜む障害は機能的に統合されている認知機能の分裂であるとみなして疾患名を統合失調症（旧称、精神分裂病）に改めた。また、その症状を基本症状（経過中に必ず出現する主要な症状）と副次的症状（根底にある病態から派生する症状）に2分した。E. Bleuler の見解は現在の理解と異なるが、基本症状は連合障害、感情障害、両価性、自閉症に区分された。自閉症についての解釈は西丸(1992)が参考になる。

1938年に、L. Kanner は“魅惑的な奇癖”を有する同僚の子どもへの助言を求める手紙を受領し調査を始めた。そして、1943年に11人の子ども（男子8人、女子3人）の症例を「情緒的交流の自閉性障害」として報告した。1944年に魅惑的な奇癖を呈する病態を「早期幼児自閉症」と名づけて、5つの診断基準を報告した（Kanner, 1995）。L. Kanner を魅惑したユニークな子どもの症例報告は現在にも通じる的確な内容を含み、カナリー型自閉症の一部始終をイメージすることができるなど、彼の天才的な観察力は敬服に値するといわれている。

L. Kanner の記述した自閉的孤立は「空想や創造的な内的生活の欠如」（Wing, 1977）から派生するものであり、統合失調症の基本症状である「自閉症」（ないしプレコックス感）と異なる。それでも、統合失調症の発病年齢はどれだけ早期に遡ることができるかという問題意識から、「自閉症」という宿命的な用語が使用されたのだろう。このため、自閉性障害は統合失調症の最早期発病型であると理解されることもあった。つまり、自閉症幼児の人格が未分化であるので、対人関係の形成が妨げられる（Rutter, 1968）ことが関わり、統合失調症の基本症状としての「自閉症」が幼児期早期に発症すると解釈されたように思われる。

また、小児期崩壊性障害の先行研究はヘーラー症候群（Heller, 1908；小澤, 1984）である。小児期崩壊性障害は、下り坂の経過 *down-hill course* をたどり、すでに獲得した2、3の自発語を2歳半頃に話さなくなり、対人関係の障害が顕著になって精神運動発達の後退を示す病態をいう。いわゆる折れ線型自閉症（石井・若林, 1968）に相当する。

さらに、レット症候群は症候性自閉症の一例である。症候性自閉症は、遺伝疾患/症候群の症状の1つとして自閉性障害を呈するものをいう。西部スウェーデンの疫学研究によれば、症候性自閉症は自閉性障害の全体の37%を占める（Steffenburg, 1991）。レット症候群以外に、神経皮膚症候群、メビウス症候群、プラダ・ウィリイ症候群、ダウン症候群などがある。特に、ダウン症候群に合併する自閉性障害（4～10%）の診断時期は遅れる。このため、自閉性障害の合併を知らされていない親は、我が子が周囲からとり残されていくのをみて失意を深め、そのような

“失敗”は親のせいだと思って自虐的になることが報告されている（Howlin et al., 1996）。

1960年代半ばまでに自閉性障害と診断された子どもが、年月が経過して成人期に達しても妄想や幻覚などを示さず、統合失調症と診断されないことから（詳細な疫学研究の結果を含む）、自閉性障害と統合失調症は互いに異なった疾患単位であると考えられるようになった。

1980年にアメリカ精神医学会はDSM-IIIを発行し、広汎性発達障害の大項目のもとで自閉性障害を独立した診断カテゴリと認定した。広汎性発達障害という用語は、アメリカ・自閉症協議会専門委員会が自閉性という用語を使用せずに、自閉性障害の定義を提案した（*Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1978; Ritvo & Freeman, 1978）ことと関係する。すなわち、“自閉性”ないし“自閉的であること”によって自閉性障害を捉えることは診断カテゴリとしての自閉症と（統合失調症の基本）症状としての「自閉症」を混同させるために好ましくないと考えられ、新たな診断カテゴリの大項目として広汎性発達障害が採用されたのだろう。また、広汎性発達障害に位置づけられたことで、自閉性障害は発達障害であり、脳の生物学的成熟の遅れと深く関わっているものとして理解されるようになった。

しかし、自閉性障害の病因論的な位置づけとDSMの診断体系との対応は必ずしも明確でない。たとえば、高機能自閉症（自閉性障害の亜型）のIQは正常か正常以上であるので、広範囲の精神運動機能が障害されているとみなすことに疑義がある。あるいは、自閉性障害をスペクトル状の連続体を示す病態として捉えるべきであると主張されている（e.g., Gillberg, 1995）。また、脳機能成熟の遅れが常同的・執着的行動をもたらすことは説明されていないように思われる。したがって、DSM-5で広汎性発達障害という用語から自閉性スペクトラム障害に変更されたことが考えられる。

広汎性発達障害に包括されていた各種の診断カテゴリが自閉性スペクトラム障害に一括されたことは、たとえば症候性自閉症がレット症候群に限られていることに異論のある（Gillberg, 1995）ことが関係する。アスペルガ障害に係る問題は、Wing (1981) が彼女自身の臨床経験を加えて、自閉性精神病質（Asperger, 1944）を英語圏で紹介したことが契機である。紹介に至った事由は、L. Kanner が自閉性精神病質に言及しなかったこともあり、H. Asperger（オーストリアの小児科医）の業績が英語圏で周知されてないということであった。L. Wing の紹介により、アスペルガ障害のIQは正常か正常以上と理解される傾向が助長された（Happé, 1997）。しかし、紹介の際に「自閉性精神病質の概念は、きわめて常同的な、自動機械にも似た行動を示す精神遅滞の子ども」を含むというH. Asperger (1944) の報告は無視された。Wing (1996; 1998) は見逃したことを修正したと報告しているが、さまざまな議論を巻き起こした。これに関して、L. Wing は次のように述べている。

この障害の性質を最初に考察した者として言うならば、

本来著者が考えていた目的は、この症候群が自閉症スペクトラムの一部であり、他の自閉性障害と区別される明確な境界線はないと思われることを強調するというところにあった。しかし、その後さまざまな研究者によって、アスペルガ症候群と自閉性障害は異なる障害であるという考え方が強くなっている。これは、著者の意図していたこととは正反対である (Wing, 2008)。

アスペルガ障害は多くの研究者によってさまざまに定義されている (Klin & Volkmar, 1997) ことが関係して、高機能自閉症とアスペルガ障害の異同に関する学界の見解は定まっていない。たとえば、通常、診断基準に適合しないものは特定不能の広汎性発達障害に診断される。この観点から、アスペルガ障害は特定不能の広汎性発達障害に分類されるべきであるという意見がある (Klin, 1994)。次に、L. Wing の言明を紹介する。

現行のさまざまな診断基準のどれなればアスペルガ症候群と分類され、どれならば高機能自閉症と分類されるかというレベルになってきている。アカデミックなレベルでどのような賛否両論が戦わされていようと、臨床現場では、Asperger の研究に正しい焦点があてられるようになった。それが答えである (Wing, 2008)。

この言明を読めば、臨床と研究の確かなエビデンスに基づいて DSM を編集するというアメリカ精神医学会の方針に合致しないことは明らかである。つまり、アスペルガ障害を1つの独立した精神障害 (診断カテゴリ) として扱うことはできないだろう。

自閉性障害に関する DSM-5 の診断基準に問題がある。表1に、DSM-IV から自閉性障害とアスペルガ障害、DSM-5 の自閉症スペクトラム障害の行動特性に関する診断基準を抜粋して示した。DSM-IV の診断基準に基づいて自閉性障害 (カナー型自閉症)、アスペルガ障害、特定不能の広汎性発達障害と確実に診断されていれば、DSM-5 での自閉症スペクトラム障害の診断が下されたものとして扱われる。これとの整合性を図ることから、DSM-5 の診断基準は2項目に設定されたことが考えられる。また、DSM-IV の診断基準であったコミュニケーションの障害は解体され、DSM-5 の①コミュニケーションと対人的相互反応の障害、②常同的、反復的行動のどちらか一方か両方の診断基準に含まれるようになった。たとえば、反響

言語は①項と②項の診断基準を満たす徴候であると説明されている。それゆえ、DSM-5 で診断基準が2項目に削減されたが、総体としての自閉性障害の過剰診断は回避されたとはいえないだろう。

むしろ、DSM-5 で、自閉症スペクトラム障害はカナー型自閉症、アスペルガ障害、小児期崩壊性障害、レット障害、特定不能の広汎性発達障害を内包すると述べられていることから、この概念の意味・内容は不明になっている。すなわち、それぞれの診断基準のもとに客観的かつ記述的な項目 (行動特性) は選定されていない。いいかえれば、概念の内包に係る検証が不十分なために操作的な診断基準 (項目と基準数) は決められていない。それゆえ、自閉性障害の診断は医師の主観的な評価に依存せざるをえない。これで困ることは、診断に加わった医師集団と共に、自閉性障害をもつ児童生徒の教育や療育に携わる非メディカル・スタッフの間で自閉性障害に関して共通理解ができるかということである。すなわち、医師の責務は重くなり、臨床の有用性と臨床の妥当性が低下し、極論すれば医師によって自閉性障害と診断される場合も診断されない場合も起こるだろう。この結果、教育界に新たな混乱を招くことが懸念される。

3. 知的障害の程度分類の変更

前述したように、DSM-5 (APA, 2013) における知的障害の程度分類の変更に関わっていることについて、次に考察する。

アメリカ精神遅滞学会は、第9版定義 (AAMR, 1992) において、知的障害の定義は変更しなかったが、その程度分類 (軽度～最重度) を変更した。すなわち、従来の知能水準の低下と適応スキルの障害に基づいた判別ではなく、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、①一時的サポート、②限定的サポート、③長期的サポート、④永続的サポートのいずれかを要する状態に分類されることになった。新旧の程度分類の間に対応関係はみられない。たとえば、軽度の知的障害者であっても長期的サポートを要する場合も、最重度と判定されていても十分な支援や援助を受けてきたことで一時的サポートだけで生活に支障を生じない場合もある。

表1：自閉性障害に関する DSM-IV (APA, 1994) と DSM-5 (APA, 2013) の診断基準

診断基準	DSM-IV (広汎性発達障害)		DSM-5 (自閉症スペクトラム障害)		
	項目数	自閉性障害	アスペルガ障害	診断基準	項目
対人関係の障害	4項目	少なくとも2つ以上が該当	少なくとも2つ以上が該当	コミュニケーションと対人的相互反応の障害	(指定なし)
コミュニケーションの障害	4項目	少なくとも2つ以上が該当			
常同的・執着的行動	4項目	少なくとも1つ以上が該当	少なくとも1つ以上が該当	常同的, 反復的行動	(指定なし)
計		6つ以上			

そこで、アメリカ精神遅滞学会が程度分類を変更したことの根拠にどのようなことがあるのかが問題になる。結論的に述べれば、アメリカ精神遅滞学会の新しい程度分類は障害観の見直しが迫られた結果である。次に、その事由を述べる。

3.1 自立生活運動と自立生活センター

1960年代にアメリカ・カリフォルニア州バークレーで擡頭した自立生活運動は自立生活センターの設置が地域から州に、さらにアメリカ全域に広がったことに結実した。いかにすれば、1978年のリハビリテーション法修正(PL 95-602)によって自立生活センターの設置を含む総合的なサービス計画が制定されて、自立生活センターの運営に対して連邦政府から補助金が交付されるようになった。

自立生活センターの設置基準の1つに、サービス提供の対象は2以上の障害種(例、身体障害、知的障害)と定められている。また自立生活運動を支える主な原理に、①ピア・カウンセリング、②アドボカシ(弁護的機能)がある。①項は、消費者運動の影響を受けた反専門家主義により、自立の経験をもつ障害者がカウンセラを務めて、自立を求める障害者の悩みや相談に応じるだけでなく、ときに生活全般を助言、指導することをいう。②項は、市民アドボカシ、法律アドボカシ、制度アドボカシ、当事者アドボカシの4つの形態に分けられる(高嶺, 1993; 村上, 1994)。これらの内、当事者アドボカシは障害者が自己のニーズ、考えや希望などを積極的に発言して自己の権利を擁護し、障害政策の立案や実行の過程に参画することをいう。

ここで述べたいことは、知的障害をもつ人々もピア・カウンセリングの担い手になり、当事者アドボカシのために活動する個人として積極的に発言する機会が与えられたことである。社会の側に当事者の発言を対等の立場で受けとめるという人権意識が育まれていなければならないが、知的障害という性質から自分のために発言できなし、考えをまとめることなどに困難をもつとみなされてきた知的障害者が自己主張の実現への道程を確実に歩みだしたのである(Nirje, 1982)。

3.2 “責めを当事者に負わせる”ことからの脱却

主に1970年代から、アメリカ社会は声なき者であった知的障害者が奨励されて自己主張することを見聞した。非障害者でも不当な発言をしたり、誤謬や悪意に満ちた意見を述べたりすることがある。

障害をもたない人々を中心にして構築されている社会の中で通用している期待や価値を基準にして、この基準にそぐわない状態や行動は逸脱しているとみなされる。そして、障害をもつ人々は社会から逸脱している者としてのスティグマを負わされ、それに応じた役割を障害者自身が演じるようになる。このため、彼らの価値は社会から低く評価され、社会から隔離されて彼らは社会的な役割を果たすことができず、適切な行動の遂行が妨げられる。この結果として、彼らの価値はさらに低められる。

いかにすれば、障害をもつ人々の価値が低められることは逸脱に伴った隔離に由来し、隔離がその価値をさらに低めるという悪循環に陥っている(Wolfensberger, 1983)。あるいは、知的障害をもつ人々はその潜在的な能力を発揮する上で著しく不利な状態に置かれている。

このような理解や認識が成立すれば、知的障害をもつ人々の活動や社会参加が制約されていることの一因は社会の側にあることに気づかされる。その成立に、自立生活センターで事業展開されたピア・カウンセリングや当事者アドボカシが関与していることは述べた。これ以外に、社会学者や社会政策学者らの見解も大きな影響を及ぼしたことも考えられる。たとえば、障害は人間と環境のダイナミックな相互作用の産物とみなされることが報告されている(Hahn, 1985)。

これらの帰趨として、1992年の第9版定義で知的障害の程度分類が変更されたのだろう。つまり、知的障害をもつ人々の活動や参加の制約は、個人の知能水準の低下と適応スキルの障害に加えて、社会の態度(偏見や差別、ステレオタイプ、スティグマ)、支援や援助の実態などが複合的に関与した所産であると考察されている(AAMR, 1992)。当事者が被る不平等な扱いや不利の原因を個人の特性(身体構造の異常と機能の制限)に還元する医学・生物学的モデルに囚われていれば、そのような発想は生じない。アメリカ精神遅滞学会の提唱は、社会を構成する非障害者と同じように活動できない“責めを犠牲者に負わせる”ことから脱却しようとするものであることを明記しておきたい。障害の診断に際して、社会の心理的障壁によって不利(障害)が発生することがあるという視座をもつべきである。

しかし、2002年に発行されたアメリカ精神遅滞学会の第10版定義において、その程度分類を一時的サポート、限定的サポート、長期的サポート、全面的サポートとすることは言及されていない。実は、知能水準の低下と適応スキルの障害に準拠した程度分類(軽度～最重度)は教育界だけでなく、医療領域や福祉領域でも汎用されてきた。教育界だけが分類を変更することは混乱を招くようになることが懸念されたのだろう。つまり、医療領域や福祉領域の見解と慣習を視座に置いて知的障害を分類し、呼称しなければならないことが改めて提案されている。このことから、DSM-5(APA, 2013)において知的障害の程度分類の評価が変更されたことに、1992年にアメリカ精神遅滞学会が程度分類の変更を提唱したという経緯が関与していることは指摘できるように思われる。

4. WICS-IVの問題

すでに述べたように、知能障害の程度分類の内容は変更されたが、知能障害の定義は変わっていない。原則として、知能障害であるか否かは標準化された個別式知能検査を用いて算出されたIQに準拠する。

DSM-5(APA, 2013)が知能障害の診断にあたってIQの偏重から離脱しようとしていることは前述した。この一因に、IQや知能検査を信頼することは科学的な装いに

惑わされ、実態以上に大きな力をIQに与えていると指摘されていることがある(Lewis, 1986)。これを断った上で、個別式知能検査(WISC-IV)に若干の問題があるので、その問題を次に考察することにする。

一般に、1998年に販売されたWISC-IV(対象:5歳0ヵ月~15歳11ヵ月)が知的障害の診断に用いられる。WISC-IVは15の下位検査(基本検査:10、補助検査:5)で構成されている。この実施・採点マニュアルに忠実に従って検査を行い、基本検査の粗点を評価点に換算して(生活年齢による補正を加えて)全IQが算出される。ここで実施・採点マニュアルに忠実に従う必要があると述べたことは、知能検査によって算出されるIQは操作的に定義されているため、検査者全員が常に同一手続で検査を実施しなければ知能検査の結果を正当に評価することができなくなるためである。

全IQの算出に基本検査(4つの指標[後述]を構成する10の下位検査)が用いられる。一方、補助検査(知識、絵の完成[WISC-IIIでは絵画完成]、算数、語の推理、絵の抹消)は、基本検査の円滑な遂行を妨げるような身体機能の障害(例、利き手の麻痺)を対象児童生徒が有する場合の代替検査である。そこで、基本検査を行うだけで全IQを算出できることから、補助検査を実施しないということがあれば問題である。補助検査は、我が国では周知されていないクラスタ分析(Flanagan & Kaufman, 2014)に使用される。クラスタ分析により、8つのクラスタ指標が新たに増える。したがって、4つの指標と8つのクラスタ指標に基づいて総合的に対象児童生徒の知能特性を把握できるようになることを指摘しておきたい。また、知能構造の個人内差(能力のアンバランスや偏り)を検討するために、下位検査の評価点を組み合わせた合成得点も算出されている。

就学の際に知能検査が広く行われるようになった結果、生活環境や公衆衛生の向上が子どもの心身発達を促進することが明らかになった。旧式検査を用いれば意図しない高得点となることが報告されている。それゆえ、必要に応じてWISC-IIIがWISC-IVに改訂されることに異論はない。しかし、WISC-IVへの変更には検査時間を短縮させるという理由も加わり、その構成は変更された。つまり、WISC-IIIの下位検査から3つが削除され(絵画配列、組合せ、迷路)、5つが新たに追加された(絵の概念、行列推理、語音配列、語の推理、絵の抹消)。この結果、WISC-IVで算出できる合成得点に変更された。

合成得点の変更に伴う問題を述べる。WISC-IIIの時代では、自閉性障害をもつ児童生徒は「言語性IQ-動作性IQ \leq 15」という結果をしばしば示した。この場合、言語性IQの結果は言語表象の形成が障害されていることを示唆する。しかし、動作性IQの算出に用いられる下位検査の結果(例、絵画配列、符号の低値)は言葉の意味理解だけが問題でないことを示す。すなわち、言語性であろうと非言語性であろうと、刺激の特徴や法則を抽出し、分析して概念化する能力が劣っていることを意味する(太田, 1987)。いいかえれば、この自閉性障害に特徴的な知

能構造の個人内差は中枢性統合への動因(Frith, 1991)が欠如していることに起因するという解釈を導きだした。また、非言語性学習障害の判別は「言語性IQ-動作性IQ \leq 15」に準拠することが多い(Mammarella & Cornoldi, 2013)。要するに、言語性IQと動作性IQの不一致(評価点間に15以上の有意差があること)はしばしば観察することができた。念のため、言語性IQと動作性IQの下位検査の組合せを次に述べる。

- 言語性IQ: 知識、類似、単語、理解、算数(注、数唱を除く)
- 動作性IQ: 絵画完成、絵画配列、積木模様、組合せ、符号(注、記号探し、迷路を除く)

また個別の指導計画を立案するために、言語性IQと動作性IQだけでなく、対象児童生徒の知能構造の個人内差が4つの群指数を用いて評価できるようになった。群指数はWISC-IIIで導入されたが、因子分析によって抽出されたものである。それぞれの下位検査の組合せに従って各評価点の合計を標準得点(平均:100、標準偏差:15)に変換して群指数を算出した。なお、2以上の下位検査から群指数が算出されているので、1つの下位検査の評価点が有意に低いことが起こりうる。この場合、群指数による解釈は留保された。

次に、4つの群指数とそれぞれの下位検査の組合せを示す(注、WISC-IVの指標と比較されたい)。

- 言語理解: 知識、類似、単語、理解
- 知覚統合: 絵画完成、絵画配列、積木模様、組合せ
- 注意記憶: 算数、数唱
- 処理速度: 符号、記号探し(注、迷路を除く)

群指数の内、注意記憶と処理速度の低値(評価点平均-評価点 $>$ 3)は不注意や多動、不安、動機づけの低下を反映すると意味づけられている。処理速度は手先(例、鉛筆の使用)の不器用を示唆すると考えられている。

また、注意記憶と処理速度の2つの群指数が低値でなければ、言語性IQ、動作性IQと群指数を組合せて個人の知能特性を検討することができた。次に、このような事例を述べる。

検討の前提条件を「言語性IQ-動作性IQ \leq 15」と設定する。そして、「言語理解 \approx 注意記憶」であれば、情報処理特性の観点から聴覚認知能力に落ち込みがあると解釈できる。この理由は、言語理解は(口語)言語能力ないし聴覚的な情報処理能力(聴覚認知能力)の指標と捉えられているためである。一方「言語理解 $<$ 注意記憶」であれば、言語能力に問題があると解釈できる。この理由は、注意記憶は聴覚的短期記憶ないし注意機能の指標であると考えられているためである。

また、WISC-IVから絵画配列(下位検査)が削除された。自閉性障害の場合、中枢性動因の欠如と呼ばれている現象と関わり、経験的に絵画配列で低い評価点を示す

ことが多かった。また、脳性麻痺の場合、組合せの評価点は低い傾向がみられた。この検査結果は、検査実施中の観察から脳性麻痺に特徴的な姿勢と運動の異常のためではなく、脳性麻痺をもつ対象児童生徒の知能構造の個人内差（例、空間認知能力の障害）に起因することが考えられる。さらに、迷路課題で、高い衝動性をもつことが疑われる対象児童生徒は誤り（例、迷路からはみ出し、同じ箇所での往復、経路のスキップ）の数が多という結果が得られた。一方、迷路課題の提示から僅かな間において（ゴールに到達する方略を考えてからだと推察されるが）実際に鉛筆を手取るような対象児童生徒は速やかに課題を達成した。これらの所見は、WISC-IV で追加された下位検査では観察しにくい現象である。WISC-III の下位検査（特に絵画配列）を削除することは徹底的に検証されたのだろうか。

WISC-IV の構成が変更されたことはすでに述べた。この変更により、言語性 IQ と動作性 IQ は算出できなくなった。このことは、WISC では言語を媒介として IQ を算出しており、言語性 IQ や動作性 IQ をもって言語に関する能力を論じることは厳密にはできないと考えられたためであろう。このことに論理的妥当性があるとしても、言語性 IQ と動作性 IQ の間に不一致がみられれば、保護者の同意を要するが、特別支援教育への措置を検討するといったことが不可能になった。WISC-IV の臨床性有用性は著しく低下したといわざるをえない。

また、WISC-IV の構成が変更されたことで群指数は指標に名称変更され、2つの呼称も変えられた。次に、各指標とそれらを構成する下位検査（基本検査）を示す。

- 言語理解：類似、単語、理解
- 知覚推理（知覚統合から変更）：積木（積木模様から変更）、絵の概念、行列推理
- ワーキングメモリ（注意・記憶から変更）：数唱、語音整列
- 処理速度：符号、記号探し

群指数から指標への変更により、WISC-III では可能であったことが WISC-IV では困難になった。端的に言えば、知能構造の個人内差の検討に基づいて個別の指導計画を作成することは至難になった。WISC-IV の理論・解釈マニュアルを読む限り、WISC-IV（構成が変更された）の我が国の標準化は適切なサイズのサンプルを用いて慎重に検討されたとはいえない。このため、我が国の特別支援教育領域では、WISC-IV の臨床性有用性と臨床性妥当性を巡って困惑と混乱をきたしている。知能検査の検査時間が短縮されたことで、あるいは WISC-IV の標準化を含む不適切な開発により、我々は多くのことを失ってしまったように思われてならない。

引用文献

American Association of Mental Retardation (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*,

9-th. ed. Washington, D.C.: Own.

American Association of Mental Retardation (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*, 10-th. ed. Washington, D.C.: Own.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 3rd. ed. Washington, D.C.: own.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 4th. ed. Washington, D.C.: own.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 5th. ed. Washington, D.C.: own.

Asperger, H. (1944). Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136. (日本語訳) 富田真紀訳 (1996). 子供の『自閉的精神病質』. Firth, U. 編著, 富田真紀訳「自閉症とアスペルガー症候群」(83-178頁). 東京: 東京書籍.

Bleuler, E. (1911). ——「大熊輝雄. (1994). 現代臨床精神医学, 改訂第5版. 東京: 金原出版。」より引用.

Flanagan, D. P. & Kaufman, A. S., 上野一彦監訳 (2014). エッセンシャルズ WISC-IV による心理アセスメント. 東京: 日本文化科学社.

Frith, U., 富田真紀・清水康夫訳 (1991). 自閉症の謎を解き明かす. 東京: 東京書籍.

Gillberg, C. (1995). *Clinical child neuropsychiatry*. New York: Cambridge University Press.

Hahn, H. (1985). Toward a politics of disability: Definitions, disciplines, and policies. *Social Science Journal*, 22, 87-105.

Happé, F., 石坂好樹・神尾陽子・田中浩一郎・幸田有史訳. (1997). 自閉症児の心の世界—認知心理学からのアプローチ—. 東京: 星和書店.

Heller, T. (1908). Dementia infantilis. *Journal for Research and Treatment of Junvenile Feeble-mindedness*, 2, 17-28.

Howlin, P., Wing, L., & Gould, J., 牧原寛之・谷口加容・駒井早苗訳. (1996). ダウン症児に見られる自閉症. Dawson, G. 編, 野村東助・清水康夫監訳「自閉症—その本態, 診断および治療」(259-268頁). 東京: 日本文化科学社. 石井高明・若林慎一郎. (1967). 自閉症の〈同一性保持の強い要求〉にかんする考察. *児童精神医学とその近接領域*, 8, 427-432.

Journal of Autism and Childhood Schizophrenia [no authors listed]. (1978). National Society for Autistic Children definition of the syndrome of autism. *Journal of Autism & Childhood Schizophrenia*, 8, 162-169.

Kanner, L., 十亀史郎・斎藤聡明・岩本憲訳 (1995). 幼児自閉症の研究. 名古屋: 黎明書房.

Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. 編著, 井上令一・四宮滋子監訳 (1999). カプラン臨床精神医学テキスト—DSM-IV 診断基準の臨床への応用—. 東京: 医学書館エムワイドブリュー.

Klin, A. (1994). Asperger syndrome. *Child & Adolescent Psy-*

- chiatric Clinics of North America*, 3, 131-148.
- Klin, A. & Volkmar, F. R. (1997). Asperger's syndrome. In; Cohen, D. J. & Volkmar, F. R. (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp.94-122). New York: Wiley.
- Lewis, R.S., 伊藤隆二・松下 淑・坂本 幸 訳 (1986). 脳障害児は育つ—シュトラウス教育法の輝かしい成果—. 東京：福村出版.
- Mammarella, I. C. & Cornoldi, C. (2013). An analysis of the criteria used to diagnose children with Nonverbal Learning Disability (NLD). *Handbook of Clinical Neurology*, 111, 245-249.
- 村上武志 (1994). ノーマリゼーションの理論とアドボカシー—知的障害をもつ人々のセルフ・アドボカシー—. *Tomorrow*, 9, 31-32.
- Nirje, B., 中園康夫・清水貞夫編訳 (1982). 自己決定の権利. Wolfensberger, W., 中園康夫・清水貞夫編訳「ノーマリゼーション—社会福祉サービスの本質—」(264-288 頁). 東京：学苑社.
- 西丸四方 (1992). 精神医学入門. 東京：南山堂.
- 太田昌孝 (1987). 自閉症の認知障害. 山崎晃資・栗田広編「自閉症の研究と展望」(125-143 頁). 東京：東京大学出版会.
- 小澤 勲 (1984). 自閉症とは何か. 東京：精神医療委員会.
- Ritvo, E. R. & Freeman, B. J. (1978). Current research on the syndrome of autism: introduction. The National Society for Autistic Children's definition of the syndrome of autism. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 17, 565-575.
- Rutter, M. (1968). Concepts of autism: A review of research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 9, 1-25.
- Steffenburg, S. (1991). Neuropsychiatric assessment of children with autism: A population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33, 495-511.
- 高嶺豊 (1993). 自立生活運動とアドボカシー. 定藤丈弘・岡本栄一・北野誠一編「自立生活の思想と展望—福祉のまちづくりと新しい地域福祉の創造をめざして—」(22-41 頁). 東京：ミネルヴァ書房.
- Wing, J., 門 真一郎訳 (1977). カナー症候群—歴史的序論—. Wing, L. 編, 久保紘章・井上哲雄監訳「早期小児自閉症」(3-18 頁). 東京：星和書店.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11, 115-129.
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum: A guide for parents and professionals*. London: Constable.
- Wing, L. (1998). The continuum of autistic-characteristics. In; Schopler, S., Mesibov, G.M., & Kunce, L.J. (Eds.), *Asperfer syndrome or high functioning autism?* (pp.11-28). New York: Plenum.
- Wing, L., 吉田美樹訳 (2008). アスペルガー症候群に関する研究の過去と未来. Klin, A., Volkmar, F., & Sparrow, S. (Eds.), 山崎晃資監訳「総説 アスペルガー症候群」(561-581 頁). 東京：明石書店.
- Wolfensberger, W. (1983). Social role valorization: A proposed new term for the principle of normalisation. *Journal of Mental Retardation*, 21, 234-239.
- (受稿：2014年8月27日 受理：2014年11月12日)