

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに
児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 辻井 正次

令和3年（2021年）5月

目 次

I. 総括研究報告

- 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究----- 1
辻井 正次 中京大学 現代社会学部

II. 分担研究報告

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題 ----- 1 4
大塚 晃 一般社団法人日本発達障害ネットワーク
2. 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----- 2 1
内山 登紀夫 大正大学 心理社会学部
3. 療育手帳判定におけるアセスメント手法に関する心理測定的検証----- 3 2
伊藤 大幸 中部大学 現代教育学部
(資料) EFPA 評価モデルの項目と評定基準
4. 児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とした療育手帳の交付判定方法に関する研究----- 6 2
村山 恭朗 神戸学院大学 心理学部
浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部
(資料)「療育手帳の判定業務と基準に関する実態調査」の調査票
5. 児童相談所および知的障害者更生相談所における療育手帳の判定基準の統一化に向けての課題の整理----- 1 0 1
小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部
(資料) 療育手帳判定時の調査票から読み取れる必要情報の項目
6. 国の通知等から見る療育手帳の制度面での活用状況----- 1 1 8
日詰 正文 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園

令和2年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

総括研究報告書

療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに
児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究

研究代表者	辻井 正次	中京大学 現代社会学部 教授
分担研究者	大塚 晃	一般社団法人日本発達障害ネットワーク 副理事長
	内山 登紀夫	大正大学 心理社会学部 教授
	日詰 正文	独立行政法人 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 研究部長
	小林 真理子	山梨英和大学 人間文化学部 教授
	伊藤 大幸	中部大学 現代教育学部 講師
	浜田 恵	名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部 講師
	村山 恭朗	神戸学院大学 心理学部 准教授

研究要旨

療育手帳制度は、昭和48年に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知に基づき開始され、その判定基準は都道府県及び指定都市ごとに定められている。これまで、療育手帳の判定基準のばらつきによる弊害が多く指摘されてきたが、未だ療育手帳の判定方法や重症度に関する統一基準は確立されていない。このような療育手帳の弊害の是正を図るため、本研究は6つの分担研究を通じて、療育手帳の判定業務および障害等級の基準の統一化に向けた基礎資料を作成することを目的とした。本研究の結果から、療育手帳の判定の基準の統一化を図るためには、1：知的障害者福祉法における知的障害の定義の明確化、2：ICD-11の知的障害の診断基準に沿った判定を行うため、偏差IQおよび標準指数の算出が可能な知能検査および適応行動の評価尺度を実施できるなど、知的障害の診断・評価ができるトレーニングを受けた専門家の養成、3：知能、適応行動双方の合成値を用いることが知的障害者の判別の精度を高め、知能検査としてはウェクスラー式検査、適応行動尺度としてはVineland-IIが療育手帳判定に推奨されること、4：ICD-11に基づいた療育手帳の判定の方法・基準・重症度（障害区分）の整備、5：現在の療育手帳の業務のあり方に関する全国規模での再検討が必要であることが示唆

A. 研究目的

療育手帳制度は、昭和 48 年（1973 年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第 156 号）に基づき開始され、現在に至るまで運用されている。この通達のため、療育手帳の判定方法および障害等級の基準は全国で統一された基準はなく、その基準は都道府県及び指定都市ごとに定められている。このような療育手帳に関する基準のばらつきによる弊害（転居に伴う療育手帳の交付再判定など）は、複数の研究調査において、度々指摘されている（例えば、櫻井，2000）。しかし、未だ療育手帳の判定方法や知的障害の程度に関する統一基準は確立されていない。

これに加えて、近年、児童相談所が対応する業務の一つである児童虐待の相談対応件数が問題となっている。令和元年における児童相談所での児童虐待の相談対応件数は 193,780 件であり、この件数は 10 年前（平成 21 年度：44,211 件）のおよそ 4.4 倍、20 年前（平成 11 年度：11,631 件）のおよそ 17 倍にあたる（厚生労働省，2020）。このような児童虐待の増加は、児童相談所の業務を圧迫している（PwC コンサルティング合同会社，2020）。そのため、政府は平成 31 年に児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議において、「児童虐待防止対策の抜本的強化について」を決定している。その中で、児童相談所における児童虐待への体制強化を図るために、児童相談所が担う療育手帳の判定に係る業務に関して、「療育手帳の判定業務について、その一部等を児童相談所以外の機関が実施している事例等を把握した上で、障害児者施策との整合性にも留意しつつ、事務負担の軽減につながる方策を検討する」との方針が示されている。このことから、知的障

害児者およびその家族の負担の軽減、児童相談所における児童虐待への対応強化を図るうえで、療育手帳の判定や障害の程度に係る基準の統一化は喫緊の課題といえよう。そこで、本研究は、6 つの分研究を通じて、療育手帳の判定業務および障害等級の基準の統一化に向けた基礎資料を作成することを目的とする。

B. 各分担研究の研究方法及び研究結果

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題（大塚 晃）

療育手帳制度については、さまざまな課題があると言われて久しい。しかし、療育手帳制度を廃止して新たな制度を作れという議論は少ない。現行の療育手帳制度の活用のメリットを感じているところもあるであろう。療育手帳制度を時代のニーズに応えるものに本当に変えられるのであろうか？その際、時代のニーズに応える療育手帳制度とはどのようなものであろうか？本分担研究では、現行の療育手帳制度成立の背景とともに、現状の課題について明らかにすることを目的とした。

身体障害者手帳制度については「法令」で規定しているのに対し、療育手帳だけは「療育手帳制度について(療育手帳制度要綱)」と「療育手帳制度の実施について」の二つの「通知」で規定している。精神薄弱者福祉法等に精神薄弱の法的定義がないのであるから、いたしかたのないことであるが、通知自体は「重度」と「それ以外（中・軽度）」という 2 つの区分でしかない。これについては、前述したように精神薄弱児者重度等の設置において、精神薄弱者の区分をこの 2 つにおいて規定してきたことから、その時点における選択肢はなかったと推測する。昭和 42 年には東京都が、すでに「愛の手帳」

制度を施行しており、4 区分を採用していた。にもかかわらず療育手帳に関する「通知」では、知的障害が「重度」の場合は「A」、「その他」の場合は「B」とされた。都道府県知事や政令指定都市の市長に必要な事項を手帳に記載することができる事や、手帳の別名を併記する事、A・B の他に中度等の区分を定めることも認め、各自治体は自身の裁量で手帳の交付基準を設定する裁量を与えた。その結果、各自治体は療育手帳の詳細に関して自治体の必要に応じて独自に対応していった。そして、関東だけを取ってみても同じ区分表記のものは茨城県と埼玉県だけしか存在せず、加えて、この 2 県ですら手帳の名称が異なるという、非常に複雑な制度になり、全国的にはバラバラな制度となっていった。「通知」は一定の拘束力を持つが、罰則措置が規定されていない“緩い”法律である。そのため、通知の解釈および施行に関して、各自治体の裁量の幅が大きくなる傾向がある。特に、地方自治体の単独のサービスや支援と連関して、その区分は多様なものになっていった。知的障害の定義上の知能指数の範囲を超えて、療育手帳を出す実態があること等自治体の裁量が利用者や家族のメリットになる側面はあるが、他の県への移動などにより手帳が出ないなど混乱も生じている。

2. 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（内山 登紀夫）

本分担研究報告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(American Association on

Intellectual and Developmental Disabilities. Ad Hoc Committee on Terminology and Classification, 2010)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。

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。

研究結果

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。

実際のスキル (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。

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。

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。

3. 療育手帳判定におけるアセスメント手法に関する心理測定学的検証（伊藤 大幸）

本稿では、心理アセスメント検査の質を評価するための体系的な枠組みである欧州心理学者連合会（European Federation of

Psychologists' Associations: EFPA) 検査評価モデル (Evers, Hagemester, & Hostmaelingen, 2013) について概観した上で、療育手帳判定に用いられている各種検査の心理測定学的性質を包括的に評価し、判定業務での使用に関する推奨の程度を判定する。加えて、知的障害のアセスメントに用いられる知能検査と適応行動尺度の結果をどのように組み合わせる総合的な判定を行うことが望ましいのかについて、統計学的観点から予備的な検証を行う。

研究方法

第一に、心理アセスメント検査の体系的な評価の枠組みである EFPA 検査評価モデルについて概観する。第二に、療育手帳判定に用いられている各種検査の心理測定学的性質を EFPA 評価モデルに基づいて評価し、判定業務の使用における推奨の程度を判定する。第三に、定型発達者と知的障害者の知能および適応行動のデータを使用して、知的障害の判定の方法について統計学的観点からの予備的な検証を行う。

研究結果

EFPA 検査評価モデルの枠組みに沿って、療育手帳判定に用いられているアセスメント検査の心理測定学的性質について検証した。知能検査に関しては、ウェクスラー式の 2 検査 (WPPSI-III、WISC-IV) がいずれの観点にも「適格」(2) 以上の評定を得た。一方で、ビネー式の 2 検査 (田中ビネーV、鈴木ビネー) は、比率 IQ による評価を基本としていること、サンプリングの方法が適切でなく、代表性に関する記載も見られないことから、基準値について「不適格」と判断した。

発達検査については、ビネー式検査と同様に、いずれの検査も偏差指数の基準値が示されておらず、サンプルの代表性も保証

されていないことから、基準値は「不適格」と判断された。津守式のみ信頼性に関する部分的な根拠が示されていたが、妥当性に関する根拠の提示はいずれも不十分であった。

また、一般母集団と知的障害者から得られた知能検査および適応行動尺度のデータを用いて、知能と適応行動をどのように組み合わせる判断を行うことが適切なのか、統計学的観点から検証を行った。療育手帳の判定を知能だけで行う場合、知的障害群の大部分が手帳交付の対象となるが、一般群の一部も対象となってしまうことが示された。一方、適応行動だけで判定を行う場合、一般群の大部分は交付の対象とならないが、知的障害群の多くも交付の対象から外れてしまう形になることが示された。これに対し、知能と適応行動の合成値で判定を行う場合、知能もしくは適応行動のみで判定する場合よりも、一般群と知的障害群を精度よく判別できていることが示された。

4. 児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とした療育手帳の交付判定方法に関する研究 (村山 恭朗・浜田 恵)

本研究では、国際的に使用されている診断基準に基づき、療育手帳の判定および障害等級の想定され得る統一基準を提示し、その案に対する全国の児童相談所および知的障害者更生相談所の意見を聴取することを目的とした。

研究方法

調査対象 厚生労働省が示す全国の児童相談所 (234 箇所) および知的障害者更生相談所 (86 箇所) に調査票を送付した。調査票の回答および返送があった児童相談所 136 箇所、知的障害者更生相談所 57 箇所、両方の機能を備える機関 16 箇所の計 209

箇所（回収率 65.3%）を分析対象とした。

調査項目 まず、ICD-11 における知的障害の診断基準に基づき、療育手帳の判定に係るアセスメントのあり方を提案した。その提案に関する 10 の質問を作成し、選択式および自由記述により意見を求めた。

（倫理面への配慮）

自由意志に基づき本研究への参加の可否を決めてよいことを調査票のフェイスシートに明記した。さらに、本研究結果を公開する際、自治体名を公表しないこと、本研究に参加しない場合であっても何ら不利益が生じることがないことを明記した。

研究結果

療育手帳の判定における知的機能のアセスメントツールとして、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに対して、3 割弱（28.2%）の機関が「問題はない」と回答した。半数弱（45.9%）の機関は「その他」と回答した。ウェクスラー式知能検査を標準とすることに対する懸念で最も多く指摘された内容はウェクスラー式知能検査が算出可能な IQ の下限についてであった（54.7%）。次に、検査時間の長さに関する内容が多かった（148 機関、41.2%）。

療育手帳の判定における適応行動のアセスメントとして、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに対して、およそ 3 割の機関は「問題ない」と回答した。半数の機関（49.8%）は「その他」と回答した。Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに対する意見には、「検査時間の長さ」が最も多く（82 機関、39.2%）、次いで費用面の負担（30 機関、14.4%）や人材育成などの「人員／人材問題」（23 機関、11.0%）に関する意見が多かった。

5. 児童相談所および知的障害者更生相談

所における療育手帳の判定基準の統一化に向けての課題の整理（小林 真理子）

本分担研究では、全国の児童相談所及び知的障害者更生相談所から提供された実際の心理診断及び心理判定に係る調査票から、両機関で行われている判定業務の実態を明確にし、統一化がなかなか進まない現状とその課題などを整理する。その上で、今後、統一的な判定基準を検討する際の考慮すべき課題について明確化することが目的となる。

研究方法

全国の児童相談所（23 カ所）および知的障害者更生相談所（86 カ所）に、心理診断または心理判定に係る調査票（以下、調査票）の提供を文書にて依頼した。その結果、児童相談所 21 カ所、知的障害者更生相談所 16 カ所から、調査票の提供があった。そのため、37 カ所における調査票（欠損データ＜依頼目的と相違したデータも含む＞2 件）を分析対象とした。

（倫理面への配慮）

本調査にあたり、各施設に対して、調査票の提出は自由意志に基づくものとし、提出を拒否した場合であっても不利益が生じることがないこと、本研究結果を公開する際、自治体名を公表しないことを文書にて伝えた。

研究結果

児童相談所において、療育手帳判定時に必要情報として利用するのは、「心身の健康状態」18 カ所（85.7%）、「日常生活能力」16 カ所（76.2%）、「適応行動」16 カ所（76.2%）、「知能検査」15 カ所（71.4%）、「社会生活能力」15 カ所（71.4%）であり、この 5 項目が過半数の機関で使用されていた。

知的障害者更生相談所において、療育手

帳判定時に必要情報として利用するのは、「日常生活能力」12カ所(75%)、「知能検査」12カ所(75%)、「適応行動」11カ所(68.8%)、「心身の健康状態」11カ所(68.8%)、「社会生活能力」11カ所(68.8%)の5項目が、過半数の機関で使用されていた。これら5項目は児童相談所・知的障害者更生相談所とも共通して利用される情報であることがわかる。

児童相談所においては、18歳未満の対象者であることから、「生育歴情報」8カ所(38.1%)、「発達検査」8カ所(38.1%)を次に多く使用している。

一方、知的障害者更生相談所においては、18歳以上の対象であることから、「職業能力」8カ所(50%)で多く利用しており、各機関の対象者のライフステージを考えると、それぞれにおいて必要な情報となっていることがわかる。

また児童相談所における必要情報として、「当日の行動観察」5カ所(23.8%)、「家庭及び養育環境」4カ所(19.4%)が必要情報とされており、児童福祉の最前線の機関として、療育手帳の判定時において、家庭環境や子どもと養育者との関係性などの確認を同時におこなっていることが推察される。

知能検査については、ビネー式が多く用いられ、その他、ウェクスラー式が用いられている。発達検査においては、遠城寺式、津守式、K式などが多く用いられていることがわかるが、知能検査や発達検査の使用状況や種類については、本研究の別の分担研究により詳細に報告されるので、そちらに譲りたい。

この調査票から、知能検査が難しい対象者に対しては、おそらく発達検査を代用する、もしくは厚労省での研究事業などで開発されたチェックリストを使用しているこ

とがわかる。また、数値化される検査を行い、知能指数(IQ)や発達指数(DQ)を算出して判定時の必要情報としていることがわかる。

各機関とも、日常生活の状況の聴取として、「日常生活能力」「適応行動」「職業能力」「運動能力」などさまざまな基準と名称を用いている。また、日常生活の状況の聴取の一環として、社会生活能力検査として、新版S-M社会生活能力検査が使用されている。

6. 国の通知等から見る療育手帳の制度面での活用状況(日誌 正文)

療育手帳は、知的障害者が①一貫した指導・相談、②援助・措置を受けやすくするための制度として既に50年近く運用されてきた。本研究では、この②について、現在の療育手帳が制度上どのように活用されているのか厚生労働省のホームページから確認できる資料をもとに確認した。

研究方法

厚生労働省ホームページ、中央法規出版の「障害者総合支援六法令和2年度」から“療育手帳”をキーワードとして通知等を抽出し、活用の用途ごとに整理した。

研究結果

■申請時の対象者要件の確認

(1) 障害福祉サービス、障害児支援の対象者となる知的障害者かどうかは、市町村が行う認定調査や市町村保健センターや児童相談所、保健所等の意見書の活用などの方法で判断しており、療育手帳の所持は必ずしも求められていない。例えば、

- ・訓練等給付費の支給や地域相談支援、障害児入所施設での支援の対象者かどうかは、療育手帳に記載されている障害の状況又は疾病名のみに着目するのではなく、障害があるが故に日常生活を営むのに支

障を来している状況等を含めて勘案して判断する。

- ・重度障害者等包括支援や障害児通所支援での支援の対象児童かどうかは、療育手帳の交付を受けている必要はない。としている。

(2) 障害者雇用促進法の平成 25 年度改正時に障害者の範囲、令和元年度改正時に障害者雇用率の算定対象者となる障害者の確認方法の明確化を行っている。知的障害者の場合は、

- ・知的障害者判定機関(児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は地域障害者職業センター)が交付した判定書(知能指数、障害の程度及び身辺処理能力に関する意見を記入)
- ・その他これに準ずる書類(療育手帳)のいずれかの方法で確認することとなっている。

としている。

(3) 各種、経済的な支援を受ける際の利便性が進められている。例えば、

- ・生活福祉資金、障害者住宅整備費等の貸付、自動車税・軽自動車税又は自動車取得税の減免等の申請
- ・鉄道旅客運賃、航空旅客運賃、有料道路通行料金の割引を受ける対象者(知的障害者の障害の程度、同行者の取扱)等(NHK 受診料など)について、療育手帳の確認を行うことを関係省庁や企業、団体向けに周知している。

(4) デジタル社会の推進に併せて、療育手帳の提示をせずマイナンバーの利用によって各種支援が受けやすくなる環境整備も進められている。

■等級判定の参考

(5) 障害者年金の支給対象における障害の程度の認定に地域差による不公平感が生じないように、平成 28 年に等級判定ガイドラインが策定されている。知的障害者の場合の考慮すべき要素に、療育手帳の判定区分を参考にすることが記載され、

- ・療育手帳の判定区分が中度以上(知能指数がおおむね 50 以下)の場合は、1 級または 2 級の可能性を検討する。それより(療育手帳の判定が)軽度の判定区分になる場合は、不適応行動等により日常生活に著しい制限が認められる場合は、2 級の可能性を検討する。

としている。

(6) 特別児童扶養手当の支給対象の認定についても障害年金と同様に等級に着目し、療育手帳の交付を受けている時の取り扱いについては、障害の程度が「A」と記載されているものは 1 級に該当するものとして認定して差し支えない。

としている。

■緊急対応が必要な者の把握

(7) 災害時の避難支援を必要とする要援護者について、日頃から自治体の関係局が把握を行う必要があることから、個人情報取り扱いに留意しつつ、情報共有が模索されており、障害支援(程度)区分の認定調査や療育手帳所持者を要援護者の範囲としている場合があることを周知している。

(8) 英国の研究において(重度の)知的障害が新型コロナウイルス感染症の死亡及び入院リスクを上昇させる報告があることを受け、ワクチンの接種順位の上位(基礎疾患を有する範囲)に知的障害(療育手帳を所持している場合)を位置づけている。

C. 考察

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題 (大塚 晃)

わが国は、2006年(平成18年)の国連の「障害者の権利に関する障害の捉え方条約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)」を批准し、障害者基本法(平成23年8月改正法施行)、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差別解消法)」(平成28年4月施行)等の法律の整備を図ってきた。「医学モデル」が、「障害を個人の心身機能によるものとし、個人的な問題として捉えるのに対して、「社会モデル」の考え方に基づいて、「障害」は社会(モノ、環境、人的環境等)と個人の心身機能の障がいがいま一つくりだされているものであり、その障壁を取り除くのは社会の責務であるとし、社会全体の問題として捉える考え方である。

このような、障害を「社会モデル」で考える時代において、知的障害の定義や判定方法をどのように考えれば良いのであろうか? 現行の知的障害の定義や判定方法は、「医学モデル」により成り立っていると言わざるを得ない。療育手帳制度のみならず「手帳制度」そのものを根本から考えざるをえない状況にきているのではないだろうか。

障害者総合支援法のサービスを利用するにあたって、手帳所持は必須とされていない。障害支援区分も手帳制度を前提とされていない。障害種別を超えて普遍的なサービス体系になってきたからだと考える。このような時代に、療育手帳が都道府県によって障害区分が異なり、他県への移動に伴って、実質的な混乱が生じている実態がある。普遍的な制度への移行の前に、知的障害者福祉法に「知的障害」の定義を規定するという個別の課題の解決を図っておくことが重

要である。

2. 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(内山 登紀夫)

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FSIQ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FSIQ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-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; 吉村ら, 2020)が、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ェ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。ウェ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 の診断に必要な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。

3. 療育手帳判定におけるアセスメント手法に関する心理測定学的検証 (伊藤 大幸)

療育手帳判定においては、知能検査としてウェクスラー式の 2 検査 (WPPSI-III、WISC-IV)、適応行動尺度として Vineland-II 適応行動尺度の利用が推奨される。一方、ビネー式の 2 検査 (田中ビネー V、鈴木ビネー)、3 つの発達検査 (新版 K 式、遠城寺式、津守式) および S-M については、知的障害の有無と重症度を判断する必要がある療育手帳判定における利用は推奨されない。

知的障害の診断において、知能や適応行動を単独で用いるよりも、知能と適応行動の合成値を用いることが判定の精度を高めることが示唆された。知能と適応行動は相互に独立した構成概念であることに加え、その測定の方法にも違いがある。つまり、知能検査では課題に対する対象者の反応を記録するのに対し、適応行動尺度では同居者・介護者に普段の対象者の様子について評定を求める。このように、内容と測定方法の両面において異なる指標を組み合わせて用いることで、対象者の実像をより正確に捉え、知的障害者の判別の精度を高めることが可能になっていると考えられる。

4. 児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とした療育手帳の交付判定方法に関する研究(村山 恭朗・浜田 恵)

我が国が承認している ICD-11 における知的障害の診断基準に基づき、本研究ではウェクスラー式知能検査を療育手帳の判定に係る知的機能の標準的アセスメントツールとすることを提案した。この提案に対し、全体の 28.2%の機関は「問題ない」と回答した。その一方で、ウェクスラー式知能検査を標準的検査とすることに対する懸念も示された。最も多く示された懸念は、算出可能な IQ の下限であった。

しかしながら、今後、ICD-11 における知的障害の診断基準が国内で施行されていく場合には、この懸念は払拭される。現在、多くの自治体が運用している知的障害の障害区分(重症度)は、前版の ICD-10 や国内で提案されてきた基準(厚生労働省, 2007)に準じていると思われる。しかしながら、2022 年から施行される国際的基準である ICD-11 では、前版(ICD-10)とは異なり、知的障害の重症度に係る IQ の下限は 40 に設定されている(World Health Organization, 2020)。この IQ の下限の変更の背景には、ICD-11 では、知的機能の評価指標として、精神年齢が削除され、偏差 IQ のみが表記されたことがある。今後、国連において、我が国が承認した ICD-11 における知的障害の診断基準を履行し、国が知的障害の重症度の基準を変更する場合、知的障害の重症度に係る IQ の下限値は 40 になることが推測される。つまり、国が ICD-11 の基準に準拠する知的障害の重症度を国内基準として整備することで、児童相談所および知的障害者更生相談所が療育手帳の判定においてウェクスラー式知能検査を標

準的検査とすることに対して抱く最も大きな懸念は解消される。

その一方で、我が国において、ICD-11 が示す知的障害の診断基準とは異なる基準が 2022 年以降も継続される場合、療育手帳を交付される申請児者の一部は知的障害の診断基準を満たさないことが強く懸念される。このような状況下では、児童相談所および知的障害者更生相談所が示す療育手帳の判定結果の科学性は保証できないと考えざるを得ない。療育手帳制度の科学性および正当性を確立するためにも、国は早急に ICD-11 の知的障害の診断基準に準拠する形で、知的障害の重症度の基準を整備する必要がある。

5. 児童相談所および知的障害者更生相談所における療育手帳の判定基準の統一化に向けての課題の整理(小林 真理子)

本研究において、実際に使用されている調査票等から、児童相談所・知的障害者更生相談所とも、相談受理時に使用する「フェースシート」として児童記録票、療育手帳判定書、障害現況調査記録、相談判定記録票など、さまざまな名称及び内容が表記されていることがわかった。

また、療育手帳判定時に必要とされる情報は、19 項目となった。その中で、①知的機能・発達状況、②日常生活の状況、③心身の健康状態を含む医学的根拠が過半数の機関で必要情報をされていることがわかり、この 3 つの項目を重要情報としていくことが妥当であろうと考える。また療育手帳の等級の統一化の際、調査票の書式についても同様に検討していく必要があるのは当然のことと言えよう。

このことから、療育手帳制度要綱である「療育手帳制度について」(昭和 48 年 9 月

27 日厚生省発児第 156 号) にかかる制度の実効ある運用について記された「療育手帳制度の実施について」(昭和 48 年 9 月 27 日発児第 725 号) の第 3 障害の程度の判定などについて、現状に見合った具体的な表記の見直し(具体的には国際的な疾病の診断基準である ICD-11 に基づいて整備するなど)がまずは統一化にむけた第一歩になるのではないかと考える。

本研究の結果から、療育手帳の判定基準の統一化について、大多数が重要であるとする見解ではあるのだが、調査票の分析から検討できることとして、判定基準だけでなく、それに基づく必要な情報についてもさまざまであることが分かってきた。そのため、一つには、「療育手帳制度の実施について」の判定の基準を国際的な疾病の診断基準である ICD-11 に基づき整備することが望ましい。二つには、統一化に向けて、判定機関として位置付けられている児童相談所と知的障害者更生相談所が合同で、現在の療育手帳の業務のあり方を全国規模で再検討することが必要である。

6. 国の通知等から見る療育手帳の制度面での活用状況(日詰 正文)

療育手帳は、交付を受けた者が知的障害者であることを証明するために使う利便性の用途の他、行政機関が適切に経済的支援や災害時支援、健康支援などに活用する事例があること、今後のデジタル社会に向けた環境整備も進められているなど、制度運用の歴史と共に活用が変化していることが把握できた。

D. 結論

本研究が行った 6 つの分担研究の結果から、療育手帳の判定の基準の統一化を図る

ためには、1: 知的障害者福祉法における知的障害の定義の明確化に関する整備、2: 国際的な診断基準である ICD-11 の知的障害の診断基準に沿った判定を行うため、偏差 IQ および標準指数の算出が可能な知能検査および適応行動の評価尺度を実施できるなど、知的障害の診断・評価ができるトレーニングを受けた専門家の養成、3: 知能、適応行動双方の合成値を用いることが知的障害者の判別の精度を高め、知能検査としてはウェクスラー式検査、適応行動尺度としては Vineland-II 適応行動尺度が療育手帳判定に推奨されること、4: ICD-11 に基づいた療育手帳の判定の方法・基準・重症度(障害区分)の整備、5: 現在の療育手帳の業務のあり方に関する全国規模での再検討が必要であることが示唆される。

E. 健康危険情報 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 該当せず

令和2年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

療育手帳制度成立の背景と現状の課題

分担研究者 大塚 晃 一般社団法人日本発達障害ネットワーク

研究要旨

療育手帳制度には、さまざまな課題があると言われて久しいが、療育手帳制度を廃止して新たな制度に関する議論は少ない。本研究は現行の療育手帳制度成立の背景とともに、現状の課題について明らかにすることを目的とした。現行の知的障害の定義や判定方法は、「医学モデル」により成り立っていると看做されるを得ず、療育手帳制度のみならず「手帳制度」そのものを根本から考えざるをえない状況にあることが示唆された。さらに、療育手帳が都道府県によって障害区分が異なり、他県への移動に伴って、実質的な混乱が生じている実態があるため、知的障害者福祉法に「知的障害」の定義を規定するという個別の課題の解決を図っておくことが重要であると考えられる。

A. 研究目的

療育手帳制度については、さまざまな課題があると言われて久しい。しかし、療育手帳制度を廃止して新たな制度を作れという議論は少ない。現行の療育手帳制度の活用のメリットを感じているところもあるであろう。療育手帳制度を時代のニーズに応えるものに本当に変えられるのであろうか？ その際、時代のニーズに応える療育手帳制度とはどのようなものであろうか？

現行の療育手帳制度成立の背景とともに、現状の課題について明らかにしたい。

B. 研究結果

1. 療育手帳制度について

療育手帳制度要綱は、昭和48年9月27日の厚生省発児第156号事務次官通知によるものである。この制度の目的は、知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助

措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とされている。

療育手帳のねらいの一つは、知的障害児及び知的障害者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。そこには、当時において、知的障害児及び知的障害者の指導・相談機関の間に「一貫性」がなかった課題が浮かび上がってくる。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能が読み取れる。このように、手帳制度により本人の（生活・医療）などの情報について、どのような内容の相談があり、どのような解決をはかってきたかという児童相談所や知的障害者更生相談所の情報の共有を図るものであり、両機関間の情報伝達に関する課題があったと推測される。また、当時は

知的障害者に関する相談機関は、公的機関のみであり、現在の福祉分野の障害者相談支援事業所をはじめ、医療、保健、教育、労働などの分野に多様な機関が準備されてきた時代とは状況が大きく異なるゆえに、両機関間の情報伝達は切実な課題であったのであろう。

一方、次に例示するよう事項の援助措置を受け易くすることも療育手帳のもう一つのねらいとされている。これらの援助措置を受ける場合には必ず療育手帳を提示するよう保護者等を指導するとともに、関係機関と十分協議のうえ療育手帳の提示があった時は、療育手帳により資格の確認等を行いますみやかにこれらの援助措置がとられるよう措置されたいとしている。具体的事例は以下のものが記述されている。

- (1) 特別児童扶養手当
- (2) 心身障害者扶養共済
- (3) 国税、地方税の諸控除及減免
- (4) 公営住宅の優先入居
- (5) NHK 受信料の免除
- (6) 旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引

(6)の旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引は、知的障害者の入所施設を利用している家族にとっては、帰省時の運賃の負担は切実な問題であった。家族からの要望も、大きくなっていったと推測する。それ以外の事項は、むしろ在宅で生活している本人と家族に関するものであり、在宅生活への方向性が見えはじめたことと関係していると推測する。この他、都道府県や市町村が実施している「障害者医療費助成制度」その他各種サービスの割引についてのメリットが、療育手帳制度が利用され続けている大きな理由となっている。

各種の援助措置については、母子保健、教

育、就労、各種手当を受けるとき、必須のものではないが、受けやすくなるという通行手形のような意味合いが手帳制度にはある。一方、障害者総合支援法の諸サービスについては手帳制度の要件や区分を活用せず、市町村に申請して障害支援区分の判定を受けることがサービス利用の前提となっている。

療育手帳制度が創設された時代のサービスが施設サービス中心であり、実施主体も都道府県や政令市であった。近年、実施主体が市町村に移ってきている状況においては、指導・相談及び各種の援助措置について、児童相談所や知的障害者更生相談所は、知的障害者や家族にとって遠いものとなっている。サービス実施主体や相談支援が市町村になっていること、および支援区分は手帳制度を前提していないことは、療育手帳を見直す際の重要な事柄である。この制度は、都道府県知事及び指定都市の長が市町村その他の関係機関の協力を得て実施するものであり。さまざまサービス提供主体が市町村になっている状況において、都道府県が指導・相談の実施主体としてさまざまな指導・相談を実施するのは時代に合わないものとなっている。また、相談支援機関も市町村に移っている時代において児童相談所又は知的障害者更生相談所における相談支援の在り方も根本的な整理が必要である。

2. 療育手帳制度の時代的背景

療育手帳が必要とされた背景について、児者一貫の課題、重度の課題、在宅生活への志向から明らかにしたい。

(1) 児者一貫の課題

わが国の知的障害福祉は、戦後児童福祉法の制定により知的障害児施設が規定され、施入所サービスから始まった。その後、在宅

の知的障害児については知的障害児通園施設でサービスが提供されてきた。しかし、年次を経るに従って、児童も18歳を超えて入所施設に留まる傾向が大きくなってきた。昭和35年、知的障害児施設の年齢超過者の問題を解決するために知的障害者福祉法が制定された。

この法案成立にあたって、衆・参両院において精神薄弱児（当時）は「精神年齢を考えてみると余りちがいが無いから1本の法律で一貫性を保って福祉を図るべきである」との附帯決議がつけられている。精神薄弱児・者の福祉サービスを児童福祉法と精神薄弱者福祉法の2つの法律のもとで実施することは、判定・措置・指導の一貫性を阻害しやすく、必然的に福祉サービスの低下を招かざるを得ないという認識が広く行きわたっていたと推測する。このような児・者対策一元化は、親の会や施設の関係者の切実な願いであった。

1965（昭和40）年、厚生省（当時）では児童家庭局の設置に伴う法改正で、精神薄弱者福祉法の施行に関する事務を社会局から児童家庭局に移管し、両法の運営の円滑化をはかった。しかし、判定や相談の現場においても、児童相談所と精神薄弱者更生相談所とに管轄が分かれ、その連携が必ずしもスムーズに行かず、その措置は結果として成人精神薄弱者対策の遅れをもたらしたと言われている。昭和39年には、厚生省社会局援護課から「精神薄弱者判定要領」が出されている。これは、知的障害の定義に関する先進国の情報を提供し、現在でも通用する知的障害の定義や判定方法を紹介しており、知的障害者福祉法によって新たに設置された知的障害者更生相談所での活用のために準備されたものである。しかし、この定義や判定方法を活用して知的障害の法的定

義をつくり、全国統一された判定方法を普及させようとする動きは見えず、そこには厚生労働省内におけるセクショナリズムが見え隠れする。

（2）重度の課題

昭和39年3月13日、厚生省児童家庭局から「重度知的障害児収容棟の設備及び運営の基準について」が通知されている。この通知において、重度知的障害児収容棟に入所させる児童は、

- ① 知能指数がおおむね35以下の児童であって、次のいずれかに該当するもの。
 - ア 食事、着脱衣、排便及び洗面等日常生活の介助を必要とし、社会生活への適応が著しく困難であること。
 - イ 頻繁なてんかん様発作又は失禁、異食、興奮、寡動その他の問題行為を有し、監護を必要とするものであること。
- ② 盲（強度の弱視を含む。）若しくはろうあ（強度の難聴を含む。）又はし体不自由を有する児童であって知能指数がおおむね50以下の知的障害児

とされている。その後、昭和43年7月3日の「知的障害者更生施設における重度知的障害者の処遇について」においても、重度の規定は同じものとして引用された。

上記で述べたように、昭和39年には、厚生省社会局援護課から「精神薄弱者判定要領」が出されている。「精神薄弱者判定要領」については、当時のAAMR等の世界的水準の知的障害の定義や区分であり、特に、知能指数だけに偏ることのないよう知的障害の判定の際の重要性を指摘し、環境を考慮した「総合的判断」の必要性を説いている。このような世界標準の最新の知的障害に関する情報があったにもかかわらず、「重度知的障害児収容棟の設備及び運営の基準につ

いて」も用いられた「重度」概念が、知的障害の区分を強く規定していく。

当時は、児者一貫の背景もあり、知的障害児施設における加齢児の（重度であるから自立困難という判断）課題から、知的障害者福祉法によりその解決を図ることの取り組みを始めていた。また、児童・成人に共通する「重度」者の課題がますます大きくなってきた時代であった。その課題は、その後の重症心身障害児施設の設置やコロニー施策へと引き継がれていく。このように知的障害分野における「重度」の課題が、療育手帳成立にも大きく影響していたと考える。これが、療育手帳制度においても、知的障害者区分を「重度」と「それ以外」の2区分とした背景と推測する。療育手帳制度施行の数年前から、東京都においては4区分からなる手帳制度が先行して制度化されていたが、療育手帳制度において2区分としたのも、この「重度」概念が大きく影響していたと考える。療育手帳制度が2区分で、後は地方自治体の裁量に任せたことは、現在の全国各地自治体の多様な区分につながっている。

（3）在宅生活の志向

昭和49年中央児童福祉審議会は「今後推進すべき児童福祉対策について」を答申し、その中では、①障害の発生予防、早期発見、早期療育施策、②在宅福祉施策、③施設施策という3本柱で福祉施策を推進しようとした。心身障害者対策基本法以後、施設サービスだけでなく、在宅サービスの必要性などさまざまな施策の必要性が認識されるようになってきた。このような在宅サービスについては、家族のニーズが大きく影響するものであるから、その対策として手帳制度を活用することにより諸サービスを受けやす

くすることには意味があると判断されたと考える。精神薄弱者福祉法の制定以降は、施設福祉が推進されたということはあるが、全国的には依然として圧倒的に家族の支援に頼っている状況があった。それまでのサービス提供が、施設入所という形において、児童相談所等の公的機関が判定して入所の手続きをとるという措置形態である。「重度」についても児童相談所や知的障害者更生相談所の機関が判定を行い、その後の指導を行うというパラダイムであった。しかし、在宅福祉施策については、従来のパラダイムでは不十分で、サービスの実施主体とその必要性の判断する機関についても変えていくことが必要になってきた。このような在宅生活の志向の中で、特別児童扶養手当、国税、地方税の諸控除及減免税、公営住宅の優先入居などのサービスを受けやすくするために手帳制度が導入された背景があるのではないかと考える。

3. 他の手帳制度との関係

身体障害者手帳は、身体の機能に一定以上の障害があると認められた方に交付される手帳である。原則、更新はないが、障害の状態が軽減されるなどの変化が予想される場合には、手帳の交付から一定期間を置いた後、再認定を実施する。身体障害者手帳制度は、身体障害者福祉法に基づき、都道府県、指定都市又は中核市において障害の認定や交付の事務が行われている。法的な制度的位置づけられているのは療育手帳制度との異なる点である。一般的には、身体障害と知的障害の重複もありうる（重症心身障害児はまさにそれであるが）ので、療育手帳については、身体障害の度合いすなわち介護の状況を組みあわせる規定を設けている（国の2000年の実態調査要領においては、

知的障害の判定に介護度も反映されるようになっていく)。

身体障害者手帳及び精神障害者保健福祉手帳ともに、法律に障害が規定されているが、療育手帳はその点、知的障害の法的定義もないことから、根拠が弱いものとなっている。精神薄弱者福祉法制定時の「精神薄弱者手帳」の構想においては、精神薄弱者に手帳を交付して福祉措置を図るということは、きわめて便利であり将来経済的な福祉の措置を考量する場合には必要であるとも考えられていた。しかし、手帳制度そのものの制度が精神薄弱者になじみがたいことおよび手帳を交付する以上は、精神薄弱者か否かの判定基準が明確である必要があり、現状においては統一的な権威のある判定基準がないことなどの理由により精神薄弱者に対して手帳を交付するというたてまをとらないこととされている。統一的な判定基準がないという技術的なものについては、前述の知的障害の定義や判定方法の情報があったことと矛盾することになる。行政としては信頼できるものではないという判断があったであろうか？

身体障害者に対しては、その福祉施策の基礎となる身体障害者手帳が交付され、これに基づき更生の援助や必要な保護をおこなうとともに生活の安定や福祉の増進を図ることが法律に規定されていた。精神薄弱者については、法律にこうした規定がなかった。例えば、施設入所者の帰省の場合でも運賃割引がなされず、同じ障害者であっても福祉的な恩典が受けられないことが多く、そのため精神薄弱者に対する手帳制度の要望は、親の会や施設関係者の切望するものであった。このように、他障害者施策の対比において精神薄弱者手帳制度への要望が強まっていった経緯があった。

身体障害者手帳制度については「法令」で規定しているのに対し、療育手帳だけは「療育手帳制度について(療育手帳制度要綱)」と「療育手帳制度の実施について」の二つの「通知」で規定している。精神薄弱者福祉法等に精神薄弱の法的定義がないのであるから、いたしかたのないことであるが、通知自体は「重度」と「それ以外(中・軽度)」という2つの区分でしかない。これについては、前述したように精神薄弱児者重度棟の設置において、精神薄弱者の区分をこの2つにおいて規定してきたことから、その時点における選択肢はなかったと推測する。昭和42年には東京都が、すでに「愛の手帳」制度を施行しており、4区分を採用していた。それにもかかわらず療育手帳に関する「通知」では、知的障害が「重度」の場合は「A」、「その他」の場合は「B」とされた。都道府県知事や政令指定都市の市長に必要な事項を手帳に記載することができる事や、手帳の別名を併記する事、A・Bの他に中度等の区分を定めることも認め、各自治体は自身の裁量で手帳の交付基準を設定する裁量を与えた。その結果、各自治体は療育手帳の詳細に関して自治体の必要に応じて独自に対応していった。そして、関東だけを取ってみても同じ区分表記のものは茨城県と埼玉県だけしか存在せず、加えて、この2県ですら手帳の名称が異なるという、非常に複雑な制度になり、全国的にはバラバラな制度となっていった。「通知」は一定の拘束力を持つが、罰則措置が規定されていない“緩い”法律である。そのため、通知の解釈および施行に関して、各自治体の裁量の幅が大きくなる傾向がある。特に、地方自治体の単独のサービスや支援と連関して、その区分は多様なものになっていった。知的障害の定義上の知能指数の範囲を超えて、療育手帳を出

す実態があること等自治体の裁量が利用者と家族のメリットになる側面はあるが、他の県への移動などにより手帳が出ないなど混乱も生じている。

4. 「療育」ということば

「療育」という言葉と概念は、昭和17年、高木憲次が初めて提唱したものとされている。高木は、東京大学の整形外科教授であり、わが国最初の肢体不自由児施設を創ると共に、肢体不自由児療育の体系を築き上げた。高木は、「療育とは現代の科学を総動員して不自由な肢体をできるだけ克服し、それによって幸いにも回復したる回復能力と残存せる能力と代償能力の三者の総和（これを復活能力と呼称したい）であるところの復活能力をできるだけ有効に活用させ、以て自活の途の立つように育成することである」としている。

一方、すでに19世紀、ヨーロッパには「治療教育」という言葉が存在していた。ドイツのゲオルゲンズが1861年に「治療教育学（Heilpaedagogik）」という本を著し、それ以後「治療教育とは心身に発達障害のある児童に対する教育であり、医学的な治療によって治すことができず、また教育しても限界のある児童に対して、医学と教育との連携によって、その児童の教育の目的を達しようとするもの」と定義されてきた。「治療教育—短縮して療育」とする考えは、肢体不自由分野から来ている言葉であるが、知的障害分野においても治療教育という言葉が広く用いられることになる。

児童福祉法においては、保健所における身体障害児に対する支援として「療育」という言葉が使われ、知的障害児においても戦前からの流れで「治療教育」とともに療育が使われてきた。特に知的障害児通園施設の

支援として「療育」という言葉が使われ、その後、知的障害者施設においても「治療教育」が使われ、もっぱら精神薄弱児分野における児者の支援を表す言葉となっていた。

その後の重症心身障害児の創設においては、児者一貫施策がとられた。わが国における最初の重症心身障害児施設は「しまだ療育園」である。そこにも「療育」という言葉が使われた。このように「療育」という言葉は、児童期のみならず、児童期から成人期まで幅広く知的障害者の支援に使われてきた用語であり、特に、児者一貫を考えれば「療育手帳」は適切な言葉であったと推測する。重症心身障害児施策の展開は、精神薄弱児者に対する「療育」を強化していくものであった。重度の方々の存在が、「精神薄弱者手帳」ではなく「療育手帳」という言葉をつくっていったのではないかと考える。

また、身体障害者手帳が身体障害者自身の要望から生まれたことと比して、療育手帳は主に家族の必要性から手帳制度が要望されたところに、「精神薄弱者手帳」ではなく、「療育手帳」となった理由があるのではないかと考える。

5. 障害の捉え方の変革期において

1980年、世界保健機関（WHO）は、国際障害分類（International Classification of Impairment, Disability, Handicap; ICDHI）を提示した。それは、機能・形態障害（Impairment）、能力障害（Disability）と連鎖し、結果として社会的不利（Handicap）を引き起こすという考え方である。この考えは、病気、若しくはその他の健康状態により直接生じた「個人的な」問題として捉え、専門職による個別治療といった形での医療を必要とするものとみなされてきた。このような「医学モデル：medical model」に対し、

2001年のWHOにおける国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health :ICF）においては、障害は人間の個性の一つであると捉え、社会的不利（handicap）軽減の手段を、原因となった疾患や傷害ではなく、社会の側の環境の改善に求めるいわゆる「社会モデル（social model）」の考え方を取り入れ、医学モデルとの統合を目指したものである。障害は、人の生活機能を健康状態と背景因子（環境因子と個人因子）の相互作用の相対的な関係性の中で捉える点に特徴がある。この考え方は、後の世界における障害者政策の主流となり、人の健康状態をこのように関係する様々な個人因子や環境因子の結果として捉えることで、社会において「障害」や「障害者」と一括りにはできない多様な状況があることが認識できるようになった。

わが国は、2006年（平成18年）の国連の「障害者の権利に関する障害の捉え方条約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities）」を批准し、障害者基本法（平成23年8月 改正法施行）、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）」（平成28年4月施行）等の法律の整備を図ってきた。「医学モデル」が、「障害を個人の心身機能によるものとし、個人的な問題として捉えるのに対して、「社会モデル」の考え方に基づいて、「障害」は社会（モノ、環境、人的環境等）と個人の心身機能の障がいがいまったくりだされているものであり、その障壁を取り除くのは社会の責務であるとし、社会全体の問題として捉える考え方である。

このような、障害を「社会モデル」で考える時代において、知的障害の定義や判定方法をどのように考えれば良いのであろう

か？現行の知的障害の定義や判定方法は、「医学モデル」により成り立っていると一言をざるを得ない。療育手帳制度のみならず「手帳制度」そのものを根本から考えざるをえない状況に来ているのではないだろうか。

C. 結論／おわりに

障害者総合支援法のサービスを利用するにあたって、手帳所持は必須とされていない。障害支援区分も手帳制度を前提としていない。障害種別を超えて普遍的なサービス体系になってきたからだと考える。このような時代に、療育手帳が都道府県によって障害区分が異なり、他県への移動に伴って、実質的な混乱が生じている実態がある。普遍的な制度への移行の前に、知的障害者福祉法に「知的障害」の定義を規定するという個別の課題の解決を図っておくことが重要である。

D. 健康危険情報 該当なし

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

F. 知的財産権の出願・登録状況 該当なし

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 ICF 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、実務的スキルの 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の診断に必要な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://aaidd.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.

和2年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

療育手帳判定におけるアセスメント手法に関する心理測定学的検証

分担研究者 伊藤 大幸 中部大学 現代教育学部

研究要旨

本稿では、心理アセスメント検査の体系的な評価の枠組みである EFPA モデルについて概説した上で、療育手帳判定に用いられている9つの検査の心理測定学的性質について検証を行った。その結果、知能検査としてはウェクスラー式検査、適応行動尺度としては Vineland-II 適応行動尺度のみが、療育手帳判定の用途に適合した性能を有していることが示された。ビネー式検査や発達検査は、知的障害の診断基準にそぐわない比率指数（精神年齢と生活年齢の比）を用いていること、サンプリングの方法が適切でないこと、サンプルの代表性に関する情報が提示されていないこと、信頼性・妥当性について十分な根拠が示されていないことなどから、対象者の処遇を左右する high-stakes な判断である療育手帳判定に用いることは適切でないと結論づけられた。

また、成人の一般サンプルおよび知的障害者のデータに基づく検証により、知能、適応行動をそれぞれ単独で用いるよりも、両者の合成値を用いることが知的障害者の判別の精度を高めることが示された。こうした結果に基づけば、現在、多くの自治体で標準化された方法によって適応行動の評価がなされていないことは重大な問題であり、今後、適応行動尺度の普及を図っていくことが必要であると考えられる。

A. 研究目的

療育手帳制度は、1973年の厚生事務次官通知「療育手帳制度について」に基づく制度であり、知的障害児者に対する主要な施策の一つであるが、制度開始以来、統一的な規定は設けられておらず個々の自治体が独自に規定・運用を行っている。精神医学領域では、1980年代以降、DSM（APA, 2013）やICD（WHO, 2015）などの操作的診断基準が整備されてきており、知的障害の診断と重症度の判定は、知能および適応行動に関する標準化検査の結果に基づいて行うことが求められている。こうした流れに一致して、各自治体の療育手帳判定においても標

準化された知能検査や発達検査が用いられているが、複数の実態調査（柴田, 2004; 吉村ら, 2019）や本研究班の小林（2021）の分担報告が明らかにしているように、使用される検査や判定の基準は自治体によって異なっている。標準化された検査であっても、標準化の手続きがいつ行われたのか、測定の精度（信頼性・妥当性）がどのように検証されているのかは検査によって様々であり、必ずしも全ての検査が同等の心理測定学的な質を備えているとは限らない。また、知能検査と適応行動尺度という2つの独立したアセスメントの結果をどのように組み合わせる総合的な判定を行うかについても、自

治体によって運用のあり方が大きく異なっている。

こうした現状を踏まえ、本稿では、心理アセスメント検査の質を評価するための体系的な枠組みである欧州心理学者連合会 (European Federation of Psychologists' Associations: EFPA) 検査評価モデル (Evers, Hagemester, & Hostmaelingen, 2013) について概観した上で、療育手帳判定に用いられている各種検査の心理測定学的性質を包括的に評価し、判定業務での使用に関する推奨の程度を判定する。加えて、知的障害のアセスメントに用いられる知能検査と適応行動尺度の結果をどのように組み合わせて総合的な判定を行うことが望ましいのかについて、統計学的観点から予備的な検証を行う。

B. 研究方法

第一に、心理アセスメント検査の体系的な評価の枠組みである EFPA 検査評価モデルについて概観する。第二に、療育手帳判定に用いられている各種検査の心理測定学的性質を EFPA 評価モデルに基づいて評価し、判定業務の使用における推奨の程度を判定する。

第三に、定型発達者と知的障害者の知能および適応行動のデータを使用して、知的障害の判定の方法について統計学的観点からの予備的な検証を行う。このデータは、厚生労働省令和 2 年度社会福祉推進事業「日常生活支援住居施設の対象者選定のためのシステムに関する調査研究事業」(代表者：辻井正次) によって収集され、一般サンプル 418 名 (男性 208 名、女性 211 名；平均年齢 49.8 歳) および知的障害者 33 名 (男性 20 名、女性 13 名；平均年齢 49.1 歳) より得られたものである。知能および適応行動

の測定には、同事業によって開発された ABIT (Adaptive Behavior and Intelligence Test) を用いた。ABIT は、タブレット端末を用いた包括的アセスメントツールであり、知能については対象者が 3 つの課題に取り組む形式、適応行動については対象者をよく知る同居者・介護者が 35 の項目に評定する形式で測定された。WAIS-IV および Vineland-II 適応行動尺度との相関や複数の臨床群の識別精度に基づいて妥当性が検証されている。本研究の手続きは、中京大学現代社会学部倫理審査委員会の審査と承認を得た。

C. 研究結果

1. EFPA 検査評価モデル

ヨーロッパ地域の 34 の心理学系学会の統括組織である EFPA は、心理アセスメント検査 (質問紙尺度を含む) の評価の枠組みとして、EFPA 検査評価モデル (EFPA Test Review Model) を示している (EFPA, 2013)。このモデルは、検査のユーザーがアセスメントに関して正しい意思決定を行うことに加え、専門家が検査の改善を図ることを支援するものである。EFPA 検査評価モデルの初版は、各国 (イギリス、スペイン、オランダ) の心理学会における検査評価ガイドラインをもとに 2002 年に編集された (Bartram, 2002a, 2002b)。その後、数回の改訂を経て、2013 年に現行版 (EFPA, 2013) が発表された。

EFPA 検査評価モデルは、「原理の説明および提供される情報の質」、「検査用具の質」、「基準値 (norms)」、「信頼性」、「妥当性」、「コンピュータによるレポートの質」という 6 つのセクションから構成され、それぞれについて多数の評価項目が設定されている。また、個々の項目の個別評定に基づいて

セクションごとの総合評定が行われる。各セクションの総合評定で0や1の評定が与えられた場合、実践（臨床、教育など）における検査の使用は推奨されないとしている。

本稿では EFPA 検査評価モデルの6つのセクションのうち、心理測定学的に特に重要な意味を持つ「基準値」、「信頼性」、「妥当性」の3つのセクションについて評価を行う。各セクションの評価項目と評定基準を付録に示した。各項目の評定は原則的に表1に示す評定システムによって行われるが、一部項目では0～4の評定値が設定されており、個々の検査の用途や開発の文脈に応じて弾力的に評価を行う形式を取っている。

1) 基準値

基準値 (norms) とは、アセスメントによって得られた粗点に意味づけを与えるための基準となる値であり、大きく2つの種類に分類される。一つは、準拠集団における粗点の分布に基づいて得られる基準値であり、これに基づく評価は集団基準準拠評価 (norm-referenced interpretation) と呼ばれる。もう一つは、単一または複数の数値として与えられる基準値である。これはさらに、特定の領域の能力やスキルが習得されたか否かを評価する領域準拠評価 (domain-referenced interpretation) と、実証研究に

より得られたカット得点に基づいて評価を行う数値基準準拠評価 (criterion-referenced interpretation) に分けられる。EFPA 評価モデルでは、これら3種類の評価の基準値について別個に評価項目を設定しているが、知的障害の判定に用いられる知能検査や適応行動検査は基本的に集団基準準拠評価を採用しているため、ここでは集団基準準拠評価に関する評価項目にのみ焦点を当てる。

集団基準準拠評価の基準値については9つの評価項目 (9.1.1～9.1.9) が設定されている。9.1.1 では、利用地域に適合したサンプルに基づく基準値であるか否かが評価される。利用地域において、母集団の特徴に合致したサンプルが得られているほど、高い評定値が得られる。9.1.2 では、年齢区分ごと、性別ごと、民族ごとの基準値など、利用場面に適した基準値が示されているか否かを評価する。

9.1.3 と 9.1.4 では基準値を得たサンプルのサイズが評価される。基準値の構築には大きく2つの方法がある。古典的な方法では、個々のサンプルの得点分布にのみ基づいて基準値を求める。一方、近年よく用いられる連続的基準化と呼ばれる方法では、サンプルを複数の年齢(月齢)区分の下位サンプルに分け、下位サンプルごとに分布の特徴を表す何らかのパラメータ(平均値、標準

表1 EFPA 検査評価モデルの評定システム

評定	説明
[n/a]	この検査には適用できない観点である
0	十分な情報が提供されていないため評定できない
1	不適格
2	適格
3	よい
4	優れている

偏差、尖度、歪度など)を求めた後、下位サンプル間でパラメータ推定値の平滑化処理を施すなどした上で、年齢区分ごとの基準値を得る。平滑化処理により隣接するサンプルの情報も利用できるため、下位サンプルごとのサイズは古典的方法よりも少なく抑えられる。古典的基準化では1000以上、連続的基準化では(8つの下位サンプルに分けた場合)下位サンプルにつき150以上のサイズであれば最高評価となる。

9.1.5ではサンプル抽出の手続きが評価される。ここでは0~4の評価値は設定されておらず、どのような方法が用いられたかが記録され、後の項目の評価や総合評価の判断材料として用いられる。サンプリングの方法は大きく確率的サンプリング(母集団を構成する各成員が調査対象となるか否かの確率が属性によって変わらない方法)と非確率的サンプリングに分けられ、統計的観点からは前者の方法がより望ましいが、現実的な制約により後者の方法が用いられることも多い。確率的サンプリングは、純粋にランダムにサンプリングを行うランダムサンプリング、母集団ごとにサイズを決定する系統的サンプリング、特定の変数で層化を行う層化サンプリング、集団単位でサンプリングを行うクラスターサンプリング、クラスターごとにランダムサンプリングを行う多相サンプリングに分けられる。非確率的サンプリングは、単純に検査された全ての個人をサンプルに含める簡便サンプリング、あらかじめ属性ごとに必要数を割り当てる割当サンプリング、参加者に次の参加者を集めてもらうスノーボールサンプリング、特定の集団に参加を依頼する目的的サンプリングに分類される。

9.1.6では基準値サンプルの代表性について評価を行う。データがランダムサンプ

リングによって得られている、サンプルと母集団の基本属性の構成が十分に記述されている、それらの属性に関して高い代表性が認められるなどの要件が揃うほど、高い評価が与えられる。

9.1.7では、マイノリティ集団での得点差や性別、年齢の効果について、使用と解釈に必要な情報が十分に提供されているか否かが評価される。

9.1.8では標準化研究が行われた時期が評価され、10年以内であれば最高評価が与えられるが、20年以上前であると不適格の評価となる。

9.1.9はパフォーマンス検査(知能検査など課題へのパフォーマンスを評価する検査)にのみ適用される項目で、練習効果(複数回の検査を実施したときに得点が上昇する効果)について十分な情報が与えられているか否かを評価する。

これらの各項目の評価に基づいて、基準値の総合的な適格性が評価される(9.3)。集団基準準拠評価の総合的評価は、サンプルサイズに関する評価(9.1.3または9.1.4)を超えてはならないと定められている。サンプルサイズ以外の情報として特に重要視されるのは、サンプルの抽出方法(9.1.5)や代表性(9.1.6)と標準化研究の実施時期(9.1.8)である。

2) 信頼性

信頼性は、測定値に占めるランダムな測定誤差の分散の小ささを表す。信頼性に関する基準は、集団に関する意思決定を目的とする場合と個人のアセスメントを行う場合で異なり、前者より後者で厳しいものとなる。信頼性の評価の方法には、内的整合性、検査一再検査信頼性、等価信頼性、項目反応理論による方法、評定者間信頼性など

の方法があり、検査の性質や用途に応じて複数の方法を併用して評価を行うことが一般的である。

10.1 では、信頼性に関して提供されたデータについて記録する。評定値の設定はなく、信頼性係数や測定標準誤差の報告があるか、また、複数の種類の指標が報告されているかが記録される。

10.2 では、内的整合性に基づく信頼性について4つの項目により評価を行う。内的整合性は、尺度を構成する項目間の相関に基づいて信頼性を推定する方法であり、項目間の相関が高いほど、また、尺度に含まれる項目数が多いほど、係数が高くなる性質がある。10.2.1 では、内的整合性の推定に用いられたサンプルのサイズについて評価する。複数の大規模(200以上)な研究により推定が行われている場合に最高評定となる。10.2.2 では、報告された信頼性係数の種類が記録される。広く用いられている α 係数の他、因子分析に基づく ω 係数などの種類がある。10.2.3 では、信頼性係数の値が評価される。0.70以上であれば「適格」、0.80以上であれば「よい」、0.90以上であれば「優れている」と評定される。10.2.4 では、係数の推定に用いられたサンプルの特徴について記録する。実際の利用対象に一致したサンプルであるか、適合しない場合、推定にどのようなバイアスが生じているかを判定する。

10.3 では、検査一再検査信頼性について評価を行う。検査一再検査信頼性は、一定期間(通常は数週間程度)を挟んで同一の検査を複数回実施し、測定値の安定性に基づいて検査の信頼性を評価する方法である。評価項目は内的整合性とほぼ同様であるが、係数の種類に関する項目はなく、代わりに検査一再検査の間隔に関する項目(10.3.3)

が設定されている。また、係数の値について、内的整合性よりも基準が低く設定され、0.60以上で「適格」、0.70以上で「よい」、0.80以上で「優れている」と評定される。

10.4 では、等価信頼性について評価を行う。等価信頼性は、平行検査と呼ばれる複数の項目セットが設定されている場合に、それらの測定値の相関に基づいて信頼性の評価を行う方法である。評価項目は内的整合性と同様であるが、係数の種類に関する項目の代わりに、複数のバージョン間の平行性の仮定について評価する項目(10.4.2)が設定されている。複数のバージョン間で、平均値、分散、相互の相関が一致しているほど高い評定が与えられる。

10.5 では、項目反応理論に基づく信頼性が評価される。項目反応理論は、検査項目への応答という顕在変数に基づいて、被検者の特性や項目の難易度、識別力などの潜在的なパラメータを推定するための理論である。評価項目は内的整合性と同様であるが、サンプルの特徴に関する項目はなく、係数の種類やサイズについても内容が異なる。

10.6 では、評定者間信頼性について評価が行われる。評定者間信頼性は、検査が何らかの判断のプロセスを含む場合に、評定者間の測定値の一致に基づいて信頼性の評価を行う方法である。評価項目は内的整合性と同様であるが、サンプルの特徴に関する項目はなく、係数の種類についても内容が異なる。また、係数のサイズについては検査一再検査信頼性と同一の基準が設定されている。

10.7 では、その他の方法に基づく信頼性について評価を行う。古典的な折半法に基づく推定などが含まれる。サンプルサイズ、用いられた手法、得られた結果について、記録および評価が行われる。

10.8では、10.1から10.7の記録と評価に基づいて、検査の信頼性を総合的に評価する。単純な平均値を取るのではなく、検査の性質や用途と照らし合わせて弾力的な判断を行う。具体的には、検査が個人のアセスメントに用いられるか集団に関する意思決定に用いられるか、決定の性質はhigh-stakesかlow-stakesか、複数の方法に基づく信頼性が報告されているか、信頼性係数だけでなく測定標準誤差も提供されているか、手続き的な問題(サンプルサイズ、研究の数、評定者の数、検査一再検査の間隔など)がないか、わかりやすい報告がなされているか、などの観点を考慮して総合的に判断する。

3) 妥当性

妥当性は、検査の系統的な誤差(バイアス)の小ささを表す。EFPA評価モデルでは、構成概念妥当性と基準関連妥当性という2つのセクションで妥当性が評価される。構成概念妥当性は検査の測定値が測定を意図した概念をどの程度忠実に反映しているか、基準関連妥当性は検査の測定値が実在の外在基準(他の尺度ではない)とどの程度関連するか(例えば入社試験の測定値が職業上の成功をどの程度予測するか)を意味し、近年では、前者が後者を包含するという考え方が一般的である。知的障害の判定に用いられる知能検査や適応行動検査では、明確な外在基準と言える指標が存在せず、(EFPA評価モデルが定義するところの)基準関連妥当性の検証はなされていないため、本稿では構成概念妥当性のみ焦点を当てる。

11.1.1では、妥当性の検証に用いられたデザインについて記録する。探索的因子分析、確認的因子分析、項目-合計相関、集団間の構造不変性と差異項目機能の検証、集

団間の得点の差、他の尺度やパフォーマンス基準との相関、多特性多方法相関、項目方法理論、実験デザイン、その他の方法のいずれを用いたかが記録される。

11.1.2では、探索的または確認的因子分析の結果が想定された構造を支持するか否かが評価される。

11.1.3では、項目得点と検査得点の相関である項目-合計相関を評価する。一般的に相関が高いほど、各項目が指標として有効に機能していることを示すが、高すぎる相関は測定される範囲の狭さを示唆する可能性があるため注意が必要である。

11.1.4では集団間の因子構造の不変性と差異項目機能が評価される。因子構造の不変性は、複数の集団間で同一の因子構造が保たれることを意味し、項目配置が等しい配置不変、因子負荷量が等しい弱測定不変、切片が等しい強測定不変など、複数の水準が存在する。構造不変性の検証の中で、一部項目の負荷量や切片に集団間で差異が見られた場合、それを差異項目機能と呼ぶ。差異項目機能が見られた場合、それが検査得点に及ぼす影響を推定する必要がある。

11.1.5では、集団間で想定された平均値の差が見られるかを評価する。例えば、ADHDの診断のある子どもが、診断のない子どもよりも、多動性に関する検査で高い平均値を示すかといった観点で評価が行われる。この種のデータは、疾患や障害の診断やスクリーニングに用いられる検査では臨床的妥当性とも呼ばれ、検査の妥当性を示す最も重要な根拠となりうる。

11.1.6では、同様の構成概念を測る他の尺度との相関について評価される。これは収束的妥当性と呼ばれ、妥当性検証の不可欠な要素となる。相関の評価は、各検査の測定対象となっている構成概念の類似性によ

って柔軟に行われる必要があるが、典型的な基準として、.55以上で「適格」、.65以上で「よい」、.75以上で「優れている」という基準が設定されている。11.1.7では、反対に、検査が測定を意図していない構成概念に関する尺度との相関の低さ、つまり弁別的妥当性が評価される。

11.1.8では、多特性多方法デザインが用いられた場合、その結果が検査の構成概念妥当性を支持しているか否かが評価される。多特性多方法デザインは、複数の特性について、複数の方法(例えば自己評定と保護者評定)によって測定したデータの相関行列を検証する方法である。この方法が用いられる場合、11.1.6や11.1.7の評価は必須ではなくなる。

11.1.9では、項目反応理論、実験デザインやその他の方法の結果について評価を行う。

11.1.10では、妥当性の検証に用いられたサンプルのサイズを評価する。古典的テスト理論による検証の場合、100以上の単一の研究で「適格」、200以上の単一の研究か100以上の複数の研究で「よい」、200以上の複数の研究で「優れている」と評定される。

11.1.11では、収束的・弁別的妥当性の評価に基づいて、マーカーとしての検査の質を評価する。

11.1.12では、妥当性研究が何年前に行われたかが記録される。

11.1.13では、11.1.1～11.1.12の評定や記録に基づいて、検査の構成概念妥当性の全体的な適格性を評価する。妥当性研究の結果に加えて、用いられた方法の適切性、検査の対象集団とサンプルの一致、サンプルサイズ、他の尺度の質、研究の時期などについて総合的に評価する。

2. 療育手帳判定に用いられるアセスメント検査の心理測定学的性質

次に、1で紹介した EFPA 検査評価モデルの枠組みに沿って、療育手帳判定に用いられているアセスメント検査の心理測定学的性質について検証する。対象の検査として、過去の実態調査(柴田, 2004; 吉村他, 2019)や本研究班の小林(2021)の分担報告に基づいて、各自治体の療育手帳判定において利用実績のある9つの検査を同定した。すなわち、知能検査として、ウェクスラー式検査である Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Third Edition (WPPSI-III) および Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV)、ビネー式検査である田中ビネー知能検査 V (田中ビネー-V) および鈴木ビネー知能検査法(鈴木ビネー)、発達検査として、新版 K 式発達検査(新版 K 式)、遠城寺式乳幼児分析的発達検査法(遠城寺式)、津守式乳幼児精神発達診断法(津守式)、適応行動尺度として、Vineland 適応行動尺度第二版(Vineland-II)、S-M 社会生活能力検査第3版(S-M)について検証を行うこととした。

1) 基本的特徴

各検査の基本的特徴を表2に示す。吉村他(2019)の調査によれば、療育手帳判定に用いられる割合が最も高い検査は田中ビネーであり、K式がそれに続く。この2つの検査は、対象年齢が乳幼児から成人までと幅広いこと、ウェクスラー式検査に比べて実施の所要時間が短いことなどの実用上の利便性から、療育手帳判定に広く用いられているものと推察される。

しかし、本研究班の内山(2021)の分担報告が指摘するように、国際的診断基準で

は、知的機能や適応行動の水準が一般母集団の平均を2標準偏差以上下回ることが知的障害の診断の要件となっている（APA, 2013; WHO, 2018）。これを踏まえれば、知的障害児者を対象とする療育手帳の交付判定には、平均からの偏差を評価できる指数（偏差IQなど）を用いる必要がある。しかし、上記の2検査を始め、国内で利用できる検査の多くは精神年齢と生活年齢の比に基づく比率IQ（またはDQ）を採用しており、偏差指数を利用できる検査はウェクスラー式検査とVineland-IIに限定される。田中ビネーVでは、14歳以上で偏差IQを求めることが可能になったが、療育手帳判定の主な対象である乳幼児や児童では比率IQしか算出することができない。

このことは、医学的診断基準との乖離という問題に留まらず、判定基準のブレという、より実際的な問題にもつながる。偏差IQと比率IQでは、その定義の違いから、数値の性質にも大きな違いがある。例えば、療育手帳の判定基準を70に定めたとしても、偏差IQの70と比率IQの70が同じ知的水準を表す保証は存在しない。また、知的能力が年齢とともに直線的に発達するもの

対象者の年齢によっても大きく異なることとなる（発達のスピードが速い低年齢ほど、70の数値が表す意味は重くなる）。

以上より、比率指数に基づく検査を療育手帳の判定に用いることは、医学的診断との乖離を生じさせるのみならず、判定の妥当性をも毀損する重大な原因となりうる。こうした問題について、現場にも広く周知を図る必要があると思われる。

2) 基準値

EFPA 評価モデルに基づいて、各検査の基準値について評価した結果を表3に示す。表中の数値は、0が「情報なし」、1が「不適格」、2が「適格」、3が「よい」、4が「優れている」を表す。新版K式については、マニュアルに標準化の手続きに関する記載が見られなかったため、全ての項目を0評価とした。EFPA 評価モデルでは、ユーザーが検査の性質を正確に理解し、適切に使用するために、検査に関する情報をユーザーに公開すること自体が検査の質を表す重要な指標であると見なしている。その点で、適切な情報公開がなされていない検査には重大な問題があると言わざるを得ない。

表2 療育手帳判定の判定に用いられる標準化検査の基本的特徴

	知能検査				発達検査			適応行動尺度	
	WPPSI-III	WISC-IV	田中 ビネーV	鈴木 ビネー	新版K式	遠城寺式	津守式	Vineland -II	S-M
対象年齢	2:6-7:3	5-16	2-成人	2-18	0-成人	0-4:7	0-7	0-92	1-13
現行版の 刊行年	2010	2017	2003	2007	2020	1977	1965・ 1995	2014	2016
所要時間	40-70分	60-90分	30-60分	35-50分	20-60分	15分	20分	20-60分	20分
指数	偏差	偏差	比率・偏差	比率	比率	(比率)	比率	偏差	比率
療育手帳 判定での 利用割合 ¹		6.50%	51.90%	7.30%	22.60%	9.50%	不明	不明	不明

¹ 吉村他（2019）に基づく。ただし、旧バージョンを含む割合。

でない以上、比率IQの70が表す意味は、

9.1.1については、各地方の人口分布に基

づく割当を行い、代表性の高いサンプルを収集している WPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II を3評価とした。遠城寺式、津守式、S-M では、人口分布に基づく割当が行われておらず、サンプルが収集された地域の内訳も示されていないため、1評価とした。その他の検査は、該当する記述が見られなかったため0評価とした。

9.1.2 については、療育手帳判定という利用場面に適した偏差指数の基準値が月齢段階ごとに示されている WPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II を4評価とした。田中ビネーVは、偏差IQの基準値が14歳以上で示されているが、療育手帳判定の主要な対象となる乳幼児・児童については示されていないため、2評価とした。その他の検査は療育手帳の判定に適さない比率IQの基準値しか示されていないため、1評価とした。

9.1.3 および9.1.4 では、十分なサンプルサイズが収集されている WISC-IV、遠城寺式、津守式を4評価とし、その他の検査を3評価とした。

9.1.5 については、WPPSI-III、WISC-IV、

割当サンプリングを行っていた。残りの検査は、リクルートした対象者全員をサンプルとする簡便サンプリングに基づいていた。

9.1.6 では、上記のような割当サンプリングが行われている WPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II では比較的代表性の高いサンプルが得られていると判断し、3評価とした。その他の検査については、簡便サンプリングを用いており、代表性を示す情報も提示されていないことから1評価とした。

9.1.7 では、性別による測定バイアスに関する情報が年齢帯ごとに示されている Vineland-II を3評価とした。その他の検査では、集団間の測定バイアスによる検証はなされていないため1評価とした。

9.1.8 では、標準化が行われた時期によって10年以内の3検査を4評価、10～15年前の1検査を3評価、15～20年前の2検査を2評価、20年以上前の2検査を1評価とした。

9.1.9 では、パフォーマンス検査である知能検査について、検査を複数回実施したときの練習効果(得点の上昇)について、年齢

表3 EFPA 評価モデルに基づく各検査の基準値の評価

		知能検査				発達検査			適応行動尺度	
		WPPSI-III	WISC-IV	田中ビネーV	鈴木ビネー	新版K式	遠城寺式	津守式	Vineland-II	S-M
9.1.1	利用地域に適合したサンプル	3	3	0	0	0	1	1	3	1
9.1.2	利用場面に適した基準値	4	4	2	1	0	1	1	4	1
9.1.3	サンプルサイズ(古典的)					0	4	4		
9.1.4	サンプルサイズ(連続的)	3	4	3	3	0			3	3
9.1.5	サンプル選択の手続き	割当	割当	簡便	簡便	0	簡便	簡便	割当	簡便
9.1.6	集団基準サンプルの代表性	3	3	1	1	0	1	1	3	1
9.1.7	集団、年齢、性別の効果	1	1	1	1	0	1	1	3	2
9.1.8	基準化研究の古さ	4	3	2	2	0	1	1	4	4
9.1.9	練習効果	3	3	2	0	0	n/a	n/a	n/a	n/a
9.3	全体的な適格性	3	3	1	1	0	1	1	3	1

注：表中の数値は、0が「情報なし」、1が「不適格」、2が「適格」、3が「よい」、4が「優れている」を表す。

Vineland-II が性別・月齢区分・地域による

表 4 EFPA 評価モデルに基づく各検査の信頼性の評価

	知能検査				発達検査			適応行動尺度	
	WPPSI-III	WISC-IV	田中ビネーV	鈴木ビネー	新版K式	遠城寺式	津守式	Vineland-II	S-M
10.2 内的整合性									
10.2.1 サンプルサイズ	4	4	0	3	0	0	0	4	4
10.2.2 報告された係数の種類	折半法	折半法	0	折半法	0	0	0	α	α
10.2.3 係数のサイズ	4	4	0	3	0	0	0	4	4
10.3 検査一再検査安定性									
10.3.1 サンプルサイズ	2	1	2	1	0	0	1	1	1
10.3.2 係数のサイズ	4	4	3	4	0	0	4	4	4
10.3.3 検査一再検査間隔	12-72日	13-86日	6ヶ月	1年	0	0	1-5ヶ月	10-28日	2-41日
10.6 評定者間信頼性									
10.6.1 サンプルサイズ	1	1	0	0	0	0	0	1	1
10.6.2 報告された係数の種類	級内相関	級内相関	0	0	0	0	0	級内相関	相関
10.6.3 係数のサイズ	4	4	0	0	0	0	0	4	3
10.8 全体的な適格性	3	3	2	2	0	0	2	3	3

注：表中の数値は、0が「情報なし」、1が「不適格」、2が「適格」、3が「よい」、4が「優れている」を表す。

帯ごとに詳細な結果が示されている WPPSI-III、WISC-IV を 3 評価、一部の年齢帯の結果のみが示されている田中ビネー V を 2 評価とし、記載がない鈴木ビネーを 0 評価とした。

9.3 では、9.1.1 から 9.1.9 までの評定に基づいて、基準値の全体的な適格性を総合的に評価した。療育手帳判定という利用場面に適した偏差指数を算出することができ、割当サンプリングにより比較的代表的の高いサンプルが収集され、標準化が比較的最近に行われている WPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II を 3 評価とした。その他の検査は、利用場面に適さない比率指数による評価を基本としていること、サンプリングの方法が適切でないこと、サンプルの代表性に関する記述も不十分であることから 1 評価とした。

3) 信頼性

表 4 に各検査の信頼性の評価の結果を示す。新版 K 式と遠城寺式については信頼性に関する記載がなかったため、全て 0 評価とした。なお、いずれの検査でも検証が行われていない項目については評価しなかった。

10.2 の内的整合性については、WPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II、S-M の 4 検査が十分なサンプルサイズのもとで、十分な信頼性係数(.90 以上)を見出していることから、10.2.1、10.2.3 のいずれも 4 評価とした。鈴木ビネーは、サンプルサイズがやや不足し、係数も十分ではなかったため、3 評価とした。その他の検査は検証が行われていないか、情報の記載がなかったため 0 評価とした。

10.3 の検査一再検査安定性の 10.3.1 については、サンプルサイズが 100 名以上であった WPPSI-III と田中ビネー V のみ 2 評価とし、その他の検査は 1 評価とした。10.3.2

表 5 EFPA 評価モデルに基づく各検査の妥当性の評価

	知能検査				発達検査			適応行動尺度	
	WPPSI	WISC-	田中ビ	鈴木ビ	新版K	遠城寺	津守式	Vineland-II	S-M
	-III	IV	ネーV	ネー	式	式			
11.1.2 因子分析	4	4	2	0	0	0	0	2	2
11.1.3 項目一合計相関	0	0	0	0	0	0	0	3	3
11.1.4 構造不変性・差異項目機能	0	2	0	0	0	0	0	2	0
11.1.5 集団間の差	2	2	0	0	0	0	2	4	0
11.1.6 収束的妥当性	3	4	3	2	0	2	2	3	3
11.1.7 弁別的妥当性	0	0	0	0	0	0	0	3	2
11.1.10 サンプルサイズ	2	3	2	1	0	0	1	3	3
11.1.12 妥当性研究の古さ	9年	13年	18年	17年	0	44年	62年	7年	5年
11.1.13 全体的な適格性	2	3	1	1	0	1	1	3	2

注：表中の数値は、0が「情報なし」、1が「不適格」、2が「適格」、3が「よい」、4が「優れている」を表す。

については、.80以上の係数を示した6検査を4評価、.80を下回った田中ビネーVを3評価とした。

10.6の評定者間信頼性については、WPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II、S-Mの4検査で検証が行われていたが、いずれもサンプルサイズが不十分であったため、10.6.1は1評価とした。10.6.3については、.80を上回ったWPPSI-III、WISC-IV、Vineland-IIを4評価、.80をやや下回ったS-Mを3評価とした。

10.8では、以上の評定を総合し、信頼性の全体的な適格性を評価した。3つの観点から信頼性の検証が行われ、サンプルサイズに不足があったものの、おおむね十分な結果が得られたWPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II、S-Mの4検査を3評価とした。残りの3検査は、信頼性の根拠が十分とは言えないものの、最も重要な観点である検査—再検査安定性について検証されている点を考慮し、2評価とした。

4) 妥当性

表5に各検査の妥当性の評価の結果を示す。新版K式については信頼性に関する記

載がなかったため、全て0評価とした。なお、いずれの検査でも検証が行われていない項目については評価しなかった。

11.1.2については、因子分析により当初の仮説が明確に支持されているWPPSI-III、WISC-IVを4評価とした。田中ビネーV、Vineland-IIについては仮説が明確に支持されているとは言えないため、S-Mについては先行研究に基づく仮説の設定が十分でないため、いずれも2評価とした。

11.1.3については、数値的な情報が示されているVineland-IIおよびS-Mのみを3評価とし、その他の検査では検証が行われていない、または数値が示されていないため0評価とした。

11.1.4では、複数の年齢集団での因子分析が行われ、配置不変のみが確認されているWISC-IVおよびVineland-IIを2評価とし、その他の検査では検証が行われていないため0評価とした。

11.1.5では、多様な臨床群におけるスコアプロフィールを示し、検査の臨床的妥当性を検証しているVineland-IIのみを4評価とした。WPPSI-III、WISC-IVについては、原版において詳細な検証がなされてい

表6 EFPA 評価モデルに基づく各検査の全体的適格性の評価 (表3～表5より抜粋)

		知能検査				発達検査			適応行動尺度	
		WPPSI	WISC-	田中ビ	鈴木ビ	新版K	遠城寺	津守式	Vinela	S-M
		-III	IV	ネーV	ネー	式	式		nd-II	
9.3	基準値—全体的な適格性	3	3	1	1	0	1	1	3	1
10.8	信頼性—全体的な適格性	3	3	2	2	0	0	2	3	3
11.1.13	妥当性—全体的な適格性	2	3	1	1	0	1	1	3	2

注：表中の数値は、0が「情報なし」、1が「不適格」、2が「適格」、3が「よい」、4が「優れている」を表す。

るものの、日本版でのデータが報告されていないため、2評価とした。津守式は発達遅延児との比較のみが示されているため2評価とした。その他の検査では集団間の比較が行われていないため0評価とした。

11.1.6 では、他の検査との十分な相関が示されている WISC-IV のみを4評価とし、やや相関係数が不十分な WPPSI-III、田中ビネーV、Vineland-II、S-M を3評価、さらに根拠が弱い3検査を2評価とした。

11.1.7 では、複数の尺度との関連から弁別的妥当性を示している Vineland-II を3評価、単一の尺度との間で下位尺度間の相関行列を検証しているが、十分な弁別的妥当性の根拠が得られていない S-M を2評価とし、検証が行われていない他の検査を0評価とした。

11.1.10 では、おおむね十分なサンプルサイズ (200 以上) による検証が行われた WISC-IV、Vineland-II、S-M を3評価とし、やや不足した (100～200) WPPSI-III と田中ビネーV を2評価、著しく不足した (100 未満) 鈴木ビネー、津守式を1評価、記載がなかった遠城寺式を0評価とした。

11.1.11 では、収束的・弁別的妥当性の根拠やサンプルサイズに基づき、おおむね十分な結果が得られた WPPSI-III、WISC-IV、Vineland-II を3評価、やや根拠が弱かった2検査を2評価、著しく根拠が不足した3検査を1評価とした。

11.1.13 では、以上の評定を総合的に踏まえ、妥当性の全体的な適格性を評価した。おおむね十分なサンプルサイズのもとで、多面的な妥当性の根拠が示された WISC-IV および Vineland-II を3評価とし、サンプルサイズや結果がやや不十分であった WPPSI-III および S-M を2評価、根拠が著しく弱かった残りの4検査を1評価とした。

5) 総合的評価

表6に基準値、信頼性、妥当性の各観点に関する全体的な適格性に関する評価を再掲した。

知能検査に関しては、ウェクスラー式の2検査 (WPPSI-III、WISC-IV) がいずれの観点にも「適格」(2) 以上の評定を得た。これらの検査は、地域の人口分布を考慮した割当サンプリングにより収集された比較的代表的性の高いサンプルに基づき、年齢区分ごとの偏差IQの基準値を示している。信頼性・妥当性についても多面的に検証が行われ、おおむね十分な結果が得られている。一方で、ビネー式の2検査 (田中ビネーV、鈴木ビネー) は、比率IQによる評価を基本としていること、サンプリングの方法が適切でなく、代表性に関する記載も見られないことから、基準値について「不適格」と判断した。また、信頼性については部分的に根拠が示されているものの、妥当性については根拠の提示が不十分であった。

発達検査については、ビネー式検査と同様に、いずれの検査も偏差指数の基準値が示されておらず、サンプルの代表性も保証されていないことから、基準値は「不適格」と判断された。津守式のみ信頼性に関する部分的な根拠が示されていたが、妥当性に関する根拠の提示はいずれも不十分であった。

適応行動尺度については、Vineland-IIが、いずれの観点にも「よい」(3)の評定を得た。ウェクスラー式検査と同様に、人口分布を考慮した割当サンプリングによる比較的代表的性の高いサンプルに基づき、年齢区分ごとの偏差指数の基準値が示されている。信頼性・妥当性についても多面的な評価により、十分な根拠が提示されている。一方、S-Mについては、ビネー式検査や発達検査と同様に、療育手帳判定に必要な偏差指数を算出することができず、サンプルの代表性も保証されていないため、基準値について「不適格」の判断とした。信頼性については多面的な検証により十分な根拠が提示されているが、妥当性についてはやや根拠が不足している。

以上より、療育手帳判定においては、知能検査としてウェクスラー式の2検査(WPPSI-III、WISC-IV)、適応行動尺度としてVineland-IIの利用が推奨される。一方、ビネー式の2検査(田中ビネーV、鈴木ビネー)、3つの発達検査(新版K式、遠城寺式、津守式)およびS-Mについては、知的障害の有無と重症度を判断する必要がある療育手帳判定における利用は推奨されない。

3. 知能と適応行動の組み合わせに基づく判定方法に関する検討

1) 背景と目的

DSM-5 (APA, 2013) や ICD-11 (WHO,

2018) などの国際的診断基準では、知能だけでなく適応行動の水準を標準化検査によって測定し、それら2つの指標に基づいて知的障害の診断を行うことが定められている。これは、知能検査によって測定されたIQが、実際の生活場面における困難さを推し量る上で必ずしも十分な指標ではないことを踏まえたものである (APA, 2013)。また、検査の測定値には検査の信頼性・妥当性の範囲内でランダムまたは系統的な測定誤差が含まれるという統計学的事実からも、2つの独立した検査の結果を総合して判断を行うことには合理性があると言える。

しかし、実際の運用において、知能と適応行動という2つの指標をどのように組み合わせるかを診断を行うかについて、必ずしも一致した指針は示されていない。DSM-5 (APA, 2013) では、DSM-IV (APA, 2000) まで定められていたIQの数値基準の表示がなくなり、「IQ<70」を必須要件としていた従来の方針から、知能と適応行動を総合した、より柔軟な判断を行う方針への転換が図られている。重症度の判定においては、知能ではなく適応行動によって評価を行う方針に変更されたが、これについても具体的な数値基準は示されていない。

ICD-11 (WHO, 2018) では、標準化検査によって測定された知能および適応行動が平均をおおむね2標準偏差以上下回るものが診断の要件とされており、重症度の判定においても、平均-2~3標準偏差が軽度、平均-3~4標準偏差が中度、平均-4標準偏差以下が重度・最重度という基準が定められている。しかし、知能と適応行動という2つの指標をどのように総合するかの方法は示されておらず、例えばIQが50(中度相当)、適応行動標準得点が65(軽度相当)であった場合にどのような判定を行うべき

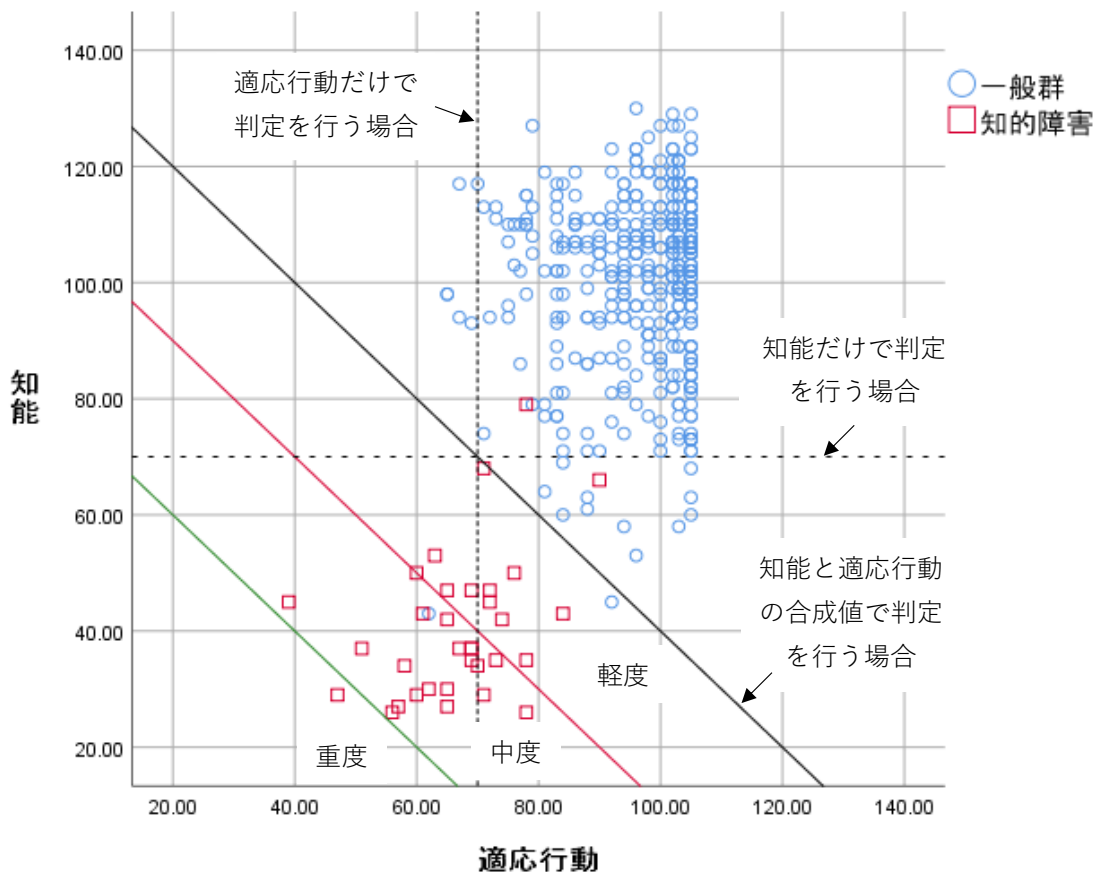


図1 一般群と知的障害群における知能と適応行動の散布図

かは明確にされていない。

そこで、本稿では一般母集団と知的障害者から得られた知能検査および適応行動尺度のデータを用いて、知能と適応行動をどのように組み合わせて判断を行うことが適切なのか、統計学的観点から検証を行う。ただし、他の事業で収集された成人のデータを用いた予備的検証であり、確定的な結論を得るためのものではなく、今後の研究の方向性を検討するための材料を提供することを目的としたものである。

2) 散布図での視覚的検討

図1に一般群と知的障害群における知能と適応行動の散布図を示す。いずれの得点も一般母集団の平均が100、標準偏差が15となるように標準化されている。まずはこ

の散布図において、一般群と知的障害群を最も精度よく判別する方法はどのようなものであるかを考えてみたい。

本研究班の小林(2021)の分担報告によれば、療育手帳判定において、標準化された検査による適応行動のアセスメントを行わず、もっぱら知能検査によるIQによって判定を行っている自治体も多いようである。知能だけで判定を行うということは、図中の縦軸が70の位置に水平方向に引かれた破線で判定を行うことを意味する。この場合、知的障害群の大部分が手帳交付の対象となるが、一般群の一部も対象となってしまうことが見て取れる。一方、適応行動だけで判定を行う場合、横軸が70の位置に垂直方向に引かれた破線で判定を行うことになる。この場合は、一般群の大部分は交付の対

象とならないが、知的障害群の多くも交付の対象から外れてしまう形になる。

これに対し、知能と適応行動の合成値で判定を行うということは、この散布図に斜め方向の直線を引いて判定を行うことを意味する。2つの指標の重みづけの方法によって直線の傾きは変化するものの、ここでは両者を1:1で合成した値(両者の単純平均値)を用いて判定を行う場合の直線を図示した。この場合、水平方向や垂直方向の直線で区切った場合よりも、一般群と知的障害群を精度よく判別できていることが見て取れる。実際、散布図上での一般群の分布位置と知的障害群の分布位置は縦や横ではなく斜めにずれているため、両者ができる限り重ならないように分けるためには、斜め方向の直線を引くのが合理的であることは明らかである。また、この直線を下方に30ずつ平行移動していくことで、軽度、中度、重度の重症度判定の基準となる境界線を得ることも可能である。

3) 判別分析

次に、より定量的なエビデンスを得るため、判別分析による検証を行った。判別分析は、複数の量的な独立変数(ここでは知能と適応行動)により、質的な従属変数のカテゴリ(ここでは一般群と知的障害群)を最も精度よく判別する関数を得るための分析である。独立変数として知能のみを含めた場合、適応行動のみを含めた場合、知能と適応行動の両方を含めた場合の結果を表7に示した。仮に知能か適応行動のうち一方の変数のみで十分な精度の判別が可能であり、他方の変数が独立の貢献を果たさないとすれば、知能と適応行動の両方を分析に含めたとき、いずれかの判別係数は0に近い値を示すはずである。しかし、実際にはいずれ

も.50以上の判別係数を示しており、両者がそれぞれ一般群と知的障害群の判別に独立の貢献を果たしていることがわかる。また、判別精度の指標である正準相関係数は、知能のみ、適応行動のみを含めた分析よりも高い値を示している。

これらの結果は、知的障害の診断において、知能や適応行動を単独で用いるよりも、知能と適応行動の合成値を用いることが判定の精度を高めることを示唆している。知能と適応行動は相互に独立した構成概念であることに加え、その測定の方法にも違いがある。つまり、知能検査では課題に対する対象者の反応を記録するのに対し、適応行動尺度では同居者・介護者に普段の対象者の様子について評定を求める。このように、内容と測定方法の両面において異なる指標を組み合わせて用いることで、対象者の実像をより正確に捉え、知的障害者の判別の精度を高めることが可能になっていると考えられる。

判別係数は、個々の変数にどの程度の重みづけをして合成すると判別精度を最大化できるかを表しており、ここでは両者の係数に大きな違いが見られないことから、2)の分析のように、両者の単純平均を用いる形でもおおむね遜色のない判別精度を発揮することができると考えられる。これは実際の運用の利便性を考えたときには、都合の良い性質である(実際、多くの心理尺度では、こうした性質を利用して各項目得点の単純合計を尺度の得点として用いている)。ただし、今回の検討は成人のデータに基づくものであり、実際の運用に適用できる知見を得るためには、乳幼児期から児童・青年期に至るまでの各年齢段階のデータを収集し、判別係数の推定を行うことが必要である。

表7 一般群と知的障害群の判別分析結果

	判別係数		
	知能のみ	適応行動のみ	知能&適応行動
知能	1.000		.770
適応行動		1.000	.558
正準相関	.725	.632	.785

D. 結論

本稿では、心理アセスメント検査の体系的な評価の枠組みである EFPA モデルについて概説した上で、療育手帳判定に用いられている9つの検査の心理測定学的性質について検証を行った。その結果、知能検査としてはウェクスラー式検査、適応行動尺度としては Vineland-II のみが、療育手帳判定の用途に適合した性能を有していることが示された。他の検査は、知的障害の診断基準にそぐわない比率指数（精神年齢と生活年齢の比）を用いていること、サンプリングの方法が不適切であること、サンプルの代表性に関する情報が提示されていないこと、信頼性・妥当性について十分な根拠が示されていないことなどから、対象者の処遇を左右する high-stakes な判断である療育手帳判定に用いることは適切でないと結論づけられる。

また、本稿では、知能と適応行動という2つの独立した指標をどのようにして療育手帳判定という1つの判断に利用することが望ましいのか、統計学的観点から予備的検討を行った。成人の一般サンプルおよび知的障害者のデータに基づく検証により、知能、適応行動をそれぞれ単独で用いるよりも、両者の合成値を用いることが知的障害者の判別の精度を高めることが示された。この方法は、手帳交付の判定だけでなく、軽度、中度、重度の重症度の判定においても有

効性を発揮すると考えられる。こうした結果に基づけば、現在、多くの自治体で標準化された方法によって適応行動の評価がなされていないことは重大な問題であり、今後、適応行動尺度の普及を図っていくことが必要であると考えられる。

今後の検討課題として、大きく3点が挙げられる。第一に、本稿では個々のアセスメント検査のマニュアルに記載された情報に基づいて、各検査の性能について評価を行ったが、これらの検査が実際の運用においてどのように機能し、また、どのような問題を生じさせるのか、実証的な検証が必要である。とりわけ、偏差指数を用いる検査と比率指数を用いる検査の間で、どのような結果の乖離が生じうるのか、体系的な検証が必要である。

第二に、本稿では成人のデータに基づいて、知能と適応行動による知的障害の判別について検証し、両者の合成値を用いることの有用性を確認したが、療育手帳判定の主な対象となる18歳未満の対象で同様の結果が得られるかの検証が必要である。

第三に、現在、多くの自治体では所要時間の短さや実施の容易さといった実用上の利便性からビネー式検査や発達検査が広く用いられている現状がある。療育手帳判定にあたる児童相談所の職員が虐待対応など多くの業務を抱える現状で、検査の負担を増やす方向の提言が受け入れられる可能性は高くない。この問題の根本的な解決には、知的障害の有無と重症度の判定という用途に関して十分な心理測定学的性質を持ちつつも、所要時間を大幅に抑えられ、かつ、実施に高度な専門知識が求められないアセスメントツールの開発が必要であると考えられる。我々が並行して進めている社会推進福祉事業「日常生活支援住居施設の対象者選

定のためのシステムに関する調査研究事業」(代表者:辻井正次)では、成人を対象とした簡便かつ高精度の包括的アセスメントツールである ABIT を開発しており、今後、こうしたツールの児童版の開発が求められるであろう。

E. 健康危険情報

該当なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

H. 引用文献

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. American Psychiatric Association, Washington D.C.

Bartram, D. (2002a). *EFPA Review Model for the description and evaluation of psychological instruments: Version 3.2. Evaluation Form*. Brussels: EFPA Standing Committee on Tests and Testing (September, 2002).

Bartram, D. (2002b). *EFPA Review Model for the description and evaluation of psychological instruments: Version 3.2. Notes for Reviewers*. Brussels: EFPA Standing Committee on Tests and Testing (September, 2002).

Evers, A., Hagemester, C., & Hostmaelingen, A. (2013). EFPA review model for the description and evaluation of psychological and educational tests

(Tech. Rep. Version 4.2. 6). Brussels: European Federation of Psychology Associations

小林真理子. (2021). 児童相談所および知的障害者更生相談所における療育手帳の判定基準の統一化に向けての課題の整理. 辻井正次. 令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」報告書.

柴田長生. (2004). 知的障害と発達診断. 発達, 99, 44-51

内山登紀夫. (2021). 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. 辻井正次. 令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」報告書.

World Health Organization. (2018). International statistical classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

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. (2019). 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.

基準値

集団基準による解釈

- 9.1 集団基準による基準化
- 9.1.1 地域での使用に対する適切性、地域の基準か国際的な基準か
n/a 該当せず
- 0 情報提供なし
- 1 地域的に関連しない（例：適切でない他国のサンプル）
- 2 適用地域に適合しないが、注意すれば使用できる地域サンプル
- 3 適用地域によく関連した地域サンプルか国際的サンプル
- 4 適用地域がよく定義された母集団から得られた地域サンプルか国際的サンプル
- 9.1.2 意図した適用に対する適切性
n/a 該当せず
- 0 情報提供なし
- 1 意図した適用に適合しない集団基準
- 2 全体的または部分的には適格な集団基準
- 3 よい範囲の集団基準
- 4 年齢および性別に関連し、他の集団差（例：民族集団）に関する情報も示された、優れた範囲の集団基準
- 9.1.3 サンプルサイズ（古典的な基準化）
n/a 該当せず
- 0 情報提供なし
- 1 不適格なサンプルサイズ（Low-stakes な使用：200 未満、High-stakes な決定：200-299）
- 2 適格なサンプルサイズ（Low-stakes な使用：200-299、High-stakes な決定：300-399）
- 3 よいサンプルサイズ（Low-stakes な使用：300-999、High-stakes な決定：400-999）
- 4 優れたサンプルサイズ（Low-stakes な使用：1000 以上、High-stakes な決定：1000 以上）
- 9.1.4 サンプルサイズ（連続的な基準化）
n/a 該当せず
- 0 情報提供なし
- 1 不適格なサンプルサイズ（例：8 未満の下位集団で各 69 以下）

- 2 適格なサンプルサイズ（例：8 下位集団で各 70-99）
 - 3 よいサンプルサイズ（例：8 下位集団で各 100-149）
 - 4 優れたサンプルサイズ（例：8 下位集団で各 150 以上）
- 9.1.5 サンプル選択に用いられた手続き
- 情報提供なし
 - 確率的サンプル—ランダム
 - 確率的サンプル—系統的
 - 確率的サンプル—層化
 - 確率的サンプル—クラスター
 - 確率的サンプル—多相（例：クラスター化した後でランダム抽出）
 - 非確率的サンプル—簡便
 - 非確率的サンプル—割り当て
 - 非確率的サンプル—スノーボール
 - 非確率的サンプル—目的的
 - その他
- 9.1.6 集団基準サンプルの代表性
- n/a 該当せず
- 0 情報提供なし
 - 1 意図した適用領域に不適格な代表性または提供された情報から代表性が判断できない
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている：データがランダム抽出モデルにより収集されている；関連する背景変数（性別、年齢、教育、文化的背景、職業など）に関してサンプルと母集団の構成の徹底した記述が提供されている；これらの変数に関するよい代表性が確立されている
- 9.1.7 マイノリティ集団間の差、年齢や性別の効果に関する情報の質
- n/a 該当せず
- 0 情報提供なし
 - 1 不適格な情報
 - 2 適格な全体的情報と最小限の分析
 - 3 集団と差のよい記述と分析
 - 4 使用と解釈に関連する重要な問題の優れた分析と考察
- 9.1.8 基準化研究の古さ
- n/a 該当せず

- 0 情報提供なし
- 1 不適格 (20 年以上前)
- 2 適格 (15-19 年前)
- 3 よい (10-14 年前)
- 4 優れている (10 年以内)

9.1.9 練習効果 (パフォーマンステストのみ)

n/a 該当せず

練習効果が予想されるのに情報提供なし

全体的な情報の提供

典型的な検査—再検査間隔を置いた二回目の検査の集団基準の提供

数値基準による解釈

9.2.1 領域基準による基準化

9.2.1.1 臨界得点の決定に専門家の判定が用いられた場合、判定者は適切に選択され、訓練されたか

n/a 該当せず

- 0 情報提供なし
- 1 不適格
- 2 適格
- 3 よい
- 4 優れている

9.2.1.2 臨界得点の決定に専門家の判定が用いられた場合、判定者の数は適格か

n/a 該当せず

- 0 情報提供なし
- 1 不適格 (1 名)
- 2 適格 (2 名)
- 3 よい (3 名)
- 4 優れている (4 名以上)

9.2.1.3 臨界得点の決定に専門家の判定が用いられた場合、どの基準設定手続きが用いられたか

Nedelsky

Angoff

Ebel

Zieky and Livingston (限定集団)

Berk (対照集団)

- Beuk
- Hofstee
- その他
- 9.2.1.4 臨界得点の決定に専門家の判定が用いられた場合、評定者間一致を算出するのにどの方法が用いられたか
 - p0 係数
 - Kappa 係数
 - Livingston 係数
 - Brennan and Kane 係数
 - 級内相関
 - その他
- 9.2.1.5 臨界得点の決定に専門家の判定が用いられた場合、評定者間一致係数はどの程度であったか
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格 (例: $r < .60$)
 - 2 適格 (例: $.60 \leq r < .70$)
 - 3 よい (例: $.70 \leq r < .80$)
 - 4 優れている (例: $r \geq 0.80$)
- 9.2.1.6 基準化研究の古さ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格 (20 年以上前)
 - 2 適格 (15-19 年前)
 - 3 よい (10-14 年前)
 - 4 優れている (10 年以内)
- 9.2.1.7 練習効果 (パフォーマンステストのみ)
 - 練習効果が予想されるのに情報提供なし
 - 全体的な情報の提供
 - 典型的な検査一再検査間隔を置いた二回目の検査の集団基準の提供
- 9.2.2 数値基準による基準化
- 9.2.2.1 臨界得点の実証研究に基づいている場合、その研究の結果と質はどの程度か
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし

- 1 不適合
- 2 適格
- 3 よい
- 4 優れている
- 9.2.2.2 基準化研究の古さ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適合 (20 年以上前)
 - 2 適格 (15-19 年前)
 - 3 よい (10-14 年前)
 - 4 優れている (10 年以内)
- 9.2.2.3 練習効果 (パフォーマンステストのみ)
 - 練習効果が予想されるのに情報提供なし
 - 全体的な情報の提供
 - 典型的な検査-再検査間隔を置いた二回目の検査の集団基準の提供
- 9.3 総合的な適格性 (9.1-9.2.2.3 に基づいて評定)
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適合
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている

信頼性

- 10.1 信頼性に関するデータの提供
 - 情報提供なし
 - 単一の信頼性係数のみ提供
 - 単一の測定標準誤差の推定値のみ提供
 - 複数の異なる種類の信頼性係数の提供
 - 複数の異なる種類の測定標準誤差の提供
- 10.2 内的整合性
 - 10.2.1 サンプルサイズ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 単一の不適格な研究 (例: 100 未満のサンプル)
 - 2 単一の適格な研究 (例: 100-200 のサンプル)

- 3 単一の大規模な研究（例：200以上のサンプル）または複数の適格なサイズの研究
- 4 よい範囲の適格から大規模な複数の研究
- 10.2.2 報告された係数の種類
 - n/a 該当せず
 - α 係数または KR-20
 - λ -2
 - 最大下限
 - ω （因子分析）
 - θ （因子分析）
 - その他
- 10.2.3 係数のサイズ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格（例： $r < .70$ ）
 - 2 適格（例： $.70 \leq r < .80$ ）
 - 3 よい（例： $.80 \leq r < .90$ ）
 - 4 優れている（例： $r \geq 0.90$ ）
- 10.2.4 信頼性係数の推定に用いられたサンプル
 - n/a 該当せず
 - 意図した被検者に適合せず、より有利な係数につながるサンプル（例：人工的な異質性による拡大）
 - 意図した被検者に適合しないが、係数への効果は不明確なサンプル
 - 意図した被検者に適合しないが、より不利な係数につながるサンプル（例：範囲の制限による縮小）
 - 意図した被検者に適合するサンプル
- 10.3 検査一再検査安定性（時間的安定性）
 - 10.3.1 サンプルサイズ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 単一の不適格な研究（例：100未満のサンプル）
 - 2 単一の適格な研究（例：100-200のサンプル）
 - 3 単一の大規模な研究（例：200以上のサンプル）または複数の適格なサイズの研究
 - 4 よい範囲の適格から大規模な複数の研究

- 10.3.2 係数のサイズ
n/a 該当せず
0 情報提供なし
1 不適格 (例: $r < .60$)
2 適格 (例: $.60 \leq r < .70$)
3 よい (例: $.70 \leq r < .80$)
4 優れている (例: $r \geq 0.80$)
- 10.3.3 検査一再検査間隔に関するデータの提供
n/a 該当せず
情報提供なし
時間間隔
- 10.3.4 信頼性係数の推定に用いられたサンプル
n/a 該当せず
意図した被検者に適合せず、より有利な係数につながるサンプル
(例: 人工的な異質性による拡大)
意図した被検者に適合しないが、係数への効果は不明確なサンプル
意図した被検者に適合しないが、より不利な係数につながるサンプル
(例: 範囲の制限による縮小)
意図した被検者に適合するサンプル
- 10.4 等化信頼性
- 10.4.1 サンプルサイズ
n/a 該当せず
0 情報提供なし
1 単一の不適格な研究 (例: 100 未満のサンプル)
2 単一の適格な研究 (例: 100-200 のサンプル)
3 単一の大規模な研究 (例: 200 以上のサンプル) または複数の適格なサイズの研究
4 よい範囲の適格から大規模な複数の研究
- 10.4.2 平行性の仮定は満たされているか
n/a 該当せず
0 情報提供なし
1 不適格
2 適格
3 よい
4 優れている

- 10.4.2 係数のサイズ
n/a 該当せず
0 情報提供なし
1 不適格 (例: $r < .70$)
2 適格 (例: $.70 \leq r < .80$)
3 よい (例: $.80 \leq r < .90$)
4 優れている (例: $r \geq 0.90$)
- 10.3.4 信頼性係数の推定に用いられたサンプル
n/a 該当せず
意図した被検者に適合せず、より有利な係数につながるサンプル
(例: 人工的な異質性による拡大)
意図した被検者に適合しないが、係数への効果は不明確なサンプル
意図した被検者に適合しないが、より不利な係数につながるサンプル
(例: 範囲の制限による縮小)
意図した被検者に適合するサンプル
- 10.5 項目反応理論に基づく方法
- 10.5.1 サンプルサイズ
n/a 該当せず
0 情報提供なし
1 単一の不適格な研究
2 単一の適格な研究
3 単一の大規模な研究または複数の適格なサイズの研究
4 よい範囲の適格から大規模な複数の研究
- 10.5.2 報告された係数の種類
n/a 該当せず
推定された潜在特性の信頼性
 ρ
情報関数
その他
- 10.5.3 係数のサイズ
n/a 該当せず
0 情報提供なし
1 不適格 (例: $r < .70$; 情報 < 3.33)
2 適格 (例: $.70 \leq r < .80$; $3.33 \leq$ 情報 < 5.00)
3 よい (例: $.80 \leq r < .90$; $5.00 \leq$ 情報 < 10.00)

- 4 優れている (例: $r \geq 0.90$; 情報 ≥ 10.00)
- 10.6 評定者間信頼性
 - 10.6.1 サンプルサイズ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 単一の不適格な研究 (例: 100 未満のサンプル)
 - 2 単一の適格な研究 (例: 100-200 のサンプル)
 - 3 単一の大規模な研究 (例: 200 以上のサンプル) または複数の適格なサイズの研究
 - 4 よい範囲の適格から大規模な複数の研究
 - 10.6.2 報告された係数の種類
 - n/a 該当せず
 - 一致パーセント
 - Kappa 係数
 - 級内相関
 - Iota 係数
 - その他
 - 10.6.3 係数のサイズ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格 (例: $r < .60$)
 - 2 適格 (例: $.60 \leq r < .70$)
 - 3 よい (例: $.70 \leq r < .80$)
 - 4 優れている (例: $r \geq 0.80$)
- 10.7 その他の信頼性推定
 - 10.7.1 サンプルサイズ
 - n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 単一の不適格な研究 (例: 100 未満のサンプル)
 - 2 単一の適格な研究 (例: 100-200 のサンプル)
 - 3 単一の大規模な研究 (例: 200 以上のサンプル) または複数の適格なサイズの研究
 - 4 よい範囲の適格から大規模な複数の研究
 - 10.7.2 方法の記述
 - 10.7.3 結果

- n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 10.8 総合的な適格性 (10.1-10.7.3 に基づいて評定)
- n/a 該当せず
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている

妥当性

構成概念妥当性

- 11.1.1 用いられたデザイン
 - 情報提供なし
 - 探索的因子分析
 - 確認的因子分析
 - (修正済み) 項目一合計相関
 - 構造の不変性と集団間の差異項目機能の検証
 - 集団間の差
 - 他の尺度やパフォーマンス基準との相関
 - 多特性多方法相関
 - 項目反応理論の方法論
 - (疑似) 実験デザイン
 - その他
- 11.1.2 因子分析の結果は検査の構造を支持するか
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 11.1.3 各項目は検査得点と十分に相関するか
 - 0 情報提供なし

- 1 不適合
 - 2 適合
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 11.1.4 集団間で因子構造は不変か、差異項目機能はないか
- 0 情報提供なし
 - 1 不適合
 - 2 適合
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 11.1.5 集団間で予想された平均得点の差があるか
- 0 情報提供なし
 - 1 不適合
 - 2 適合
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 11.1.6 類似の構成概念の検査との相関の中央値と範囲
- 0 情報提供なし
 - 1 不適合 ($r < 0.55$)
 - 2 適合 ($0.55 \leq r < 0.65$)
 - 3 よい ($0.65 \leq r < 0.75$)
 - 4 優れている ($r \geq 0.75$)
- 11.1.7 検査が測定を意図しない構成概念に関する他の検査との相関は、よい弁別的妥当性を示すか
- 0 情報提供なし
 - 1 不適合
 - 2 適合
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 11.1.8 多特性多方法デザインが使用された場合、結果は検査の構成概念妥当性を支持するか
- 0 情報提供なし
 - 1 不適合
 - 2 適合
 - 3 よい

- 4 優れている
- 11.1.9 その他（例：項目反応理論、実験デザイン）
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 11.1.10 サンプルサイズ
 - 0 情報提供なし
 - 1 単一の不適格な研究（例：100 未満）
 - 2 単一の適格な研究（例：100-200）
 - 3 単一の大規模研究（例：200 以上）または複数の適格な研究
 - 4 よい範囲の複数の適格から大規模な研究
- 11.1.11 基準やマーカーとしての検査の質
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格な質
 - 2 適格な質
 - 3 よい質
 - 4 収束的・弁別的妥当性に関する広範な指標により示された優れた質
- 11.1.12 妥当性研究の古さ
 - 年数
- 11.1.13 構成概念妥当性—総合的な適格性（11.1.1-11.1.12 に基づいて評定）
 - 0 情報提供なし
 - 1 不適格
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている

基準関連妥当性

- 11.2.1 基準研究のタイプ
 - 予測的
 - 併存的
 - 事後的
- 11.2.2 サンプルサイズ
 - 0 情報提供なし
 - 1 単一の不適格な研究（例：100 未満）

- 2 単一の適格な研究 (例: 100-200)
 - 3 単一の大規模研究 (例: 200 以上) または複数の適格な研究
 - 4 よい範囲の複数の適格から大規模な研究
- 11.2.3 基準測度の質
- 0 情報提供なし
 - 1 不適格な質
 - 2 適格な質
 - 3 よい質
 - 4 基準構成概念の信頼性と代表性に関する優れた質
- 11.2.4 検査と基準の関係の強度
- 0 情報提供なし
 - 1 不適格 ($r < 0.20$)
 - 2 適格 ($0.20 \leq r < 0.35$)
 - 3 よい ($0.35 \leq r < 0.50$)
 - 4 優れている ($r \geq 0.50$)
- 11.2.5 妥当性研究の古さ
- 11.2.13 基準関連妥当性—総合的な適格性 (11.2.1-11.2.5 に基づいて評定)
- 0 情報提供なし
 - 1 不適格
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている
- 総合的妥当性
- 11.3 妥当性—総合的な適格性 (11.1.1-11.2.6 に基づいて評定)
- 0 情報提供なし
 - 1 不適格
 - 2 適格
 - 3 よい
 - 4 優れている
-

令和2年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とした
療育手帳の交付判定方法に関する研究

分担研究者

村山 恭朗 神戸学院大学 心理学部

浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部

研究要旨

本研究は療育手帳の判定業務および障害等級の基準の統一化に向けた基礎資料を作成することを目的として、全国の児童相談所/知的障害者更生相談所（209 機関）を対象として調査を行った。ICD-11 に示される知的障害の診断基準に則る形で、療育手帳の判定基準提案したところ、3 割弱の機関が肯定的な態度を示した。一方で、療育手帳の科学性を保証するうえでは、知的障害の重症度（障害区分）をはじめ、療育手帳の判定基準の統一化、知的障害の定義の法制化が必要であることが示唆される。

A. 研究目的

療育手帳制度は、昭和 48 年（1973 年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第 156 号）に基づき、現在運用されている。そのため、療育手帳の判定方法および障害等級の基準は都道府県及び指定都市ごとに定められている。このような療育手帳に関する基準のばらつきによる弊害（転居に伴う療育手帳の交付再判定など）は、これまでに複数の研究調査において指摘されている（例えば、櫻井，2000）。しかし、未だ療育手帳の判定方法や知的障害の程度に関する統一基準は確立されていない。

これに加えて、近年、児童相談所が対応する業務の一つである児童虐待の相談対応件数が問題となっている。令和元年における児童相談所での児童虐待の相談対応件数は 193,780 件であり、この件数は 10 年前（平

成 21 年度：44,211 件）のおよそ 4.4 倍、20 年前（平成 11 年度：11,631 件）のおよそ 17 倍にあたる（厚生労働省，2020）。このような児童虐待の増加は、児童相談所の業務を圧迫している（PwC コンサルティング 合同会社，2020）。そのため、政府は平成 31 年に児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議において、「児童虐待防止対策の抜本的強化について」を決定している。その中で、児童相談所における児童虐待への体制強化を図るために、児童相談所が担う療育手帳の判定に係る業務に関して、「療育手帳の判定業務について、その一部等を児童相談所以外の機関が実施している事例等を把握した上で、障害児者施策との整合性にも留意しつつ、事務負担の軽減につながる方策を検討する」との方針が示されている。このことから、知的障害児者およびその家族の負担の軽減、児童相談所における児童虐待への

対応強化を図るうえで、療育手帳の判定や障害の程度に係る基準の統一化は喫緊の課題といえよう。そこで、本研究は、療育手帳の判定業務および障害等級の基準の統一化に向けた基礎資料を作成することを目的として、全国の児童相談所および知的障害者更生相談所を対象として調査を行う。

療育手帳の判定や障害の程度に係る基準の統一化は我が国において必要な課題である一方で、各都道府県や指定都市が独自に療育手帳に関する判定や障害等級の基準を運用して 50 年弱が経過していることを鑑みると、基準の統一化は容易ではない。実際、これまでに療育手帳の判定や障害等級のばらつきやその弊害が指摘・報告されているもの（例えば、櫻井，2000）、現在においても、療育手帳の判定や障害等級に係る基準の統一はなされていない。また、これまでの研究調査では、各都道府県や指定都市における療育手帳の判定方法や障害程度の把握に力点が置かれているため、結果として、各都道府県や指定都市における判定方法や障害等級の違いが明確にされ、かえって療育手帳に係る基準の統一化の困難さを際立たせてきた可能性もある。そこで、本研究では、国際的に使用されている診断基準に基づき、療育手帳の判定および障害等級の想定され得る統一基準を提示し、その案に対する全国の児童相談所および知的障害者更生相談所の意見を聴取することを目的とする。

本研究では、以下の点を踏まえ、療育手帳の判定に係るアセスメントおよび障害区分を提案した。

1. 知的機能のアセスメント

2019 年、我が国を含む WHO 加盟国の全会一致で、疾病に関する国際的な診断基準

である ICD-11 (International Classification of Diseases-11) が承認された (厚生労働省, 2019)。前版の ICD-10 (World Health Organization, 1993) では、知的障害 (精神遅滞) の診断基準の指標として知的指数 (IQ) と精神年齢が併記されていた。しかし、ICD-11 では、知的機能の評価指標から精神年齢が削除され、IQ のみが記載されるようになった。具体的には、ICD-11 は知的障害の診断には知的機能が母平均よりも 2 標準偏差以上低いことが必要と明記している (World Health Organization, 2020)。さらに、ICD-11 は知的機能のアセスメントツールとして「normed, individually administered standardized test」を用いることとしている (World Health Organization, 2020)。これらのことから、国際的な診断基準である ICD-11 の基準に則れば、療育手帳の判定に伴う知的機能のアセスメントには、国内での標準化され、偏差 IQ の算出が可能である知能検査を使用する必要がある。先行研究 (社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019) において、療育手帳の判定に伴う知的機能の評価にはビネー式知能検査が主に利用されていることが報告されているが、国内のビネー式知能検査は偏差 IQ を採用していない (被検査児が 14 歳以上であれば、田中ビネー式知能検査は偏差 IQ を算出することは可能)。それゆえ、療育手帳の判定に伴う知的機能のアセスメントにおける標準的検査として、ビネー式知能検査等、比例 IQ や発達指数を採用する検査を用いる場合、国際的な診断基準である ICD-11 が示す知的障害の基準と合致しないため、療育手帳が交付される申請児者の一部が知的障害の診断基準を満たさない恐れがある。そのため、療育手帳の科学性 (学術性) を保証

するうえで、療育手帳の判定に係る知的機能のアセスメントツールは、国内で標準化され、かつ偏差IQの算出が可能な知能検査を用いる必要がある。このような知能検査として、国内ではウェクスラー式知能検査およびK-ABC IIが挙げられるが、国内ではウェクスラー式知能検査の利用率が高いこと（宮地，2014）を踏まえ、本研究では、療育手帳の判定に伴う知的機能の評価における検査として、ウェクスラー式知能検査を提案することにする。なお、この提案は本研究班の伊藤（2021）の分担報告と合致する。

2. 適応行動のアセスメント

ICD-11では、知的障害の診断には知的機能のみならず、適応行動（個人的および社会的充足に必要な日常的活動の遂行；Sparrow, Cicchetti, & Saulnier, 2016）のアセスメントも必要であると示されている（World Health Organization, 2020）。これと合致するように、DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 5th Edition, American Psychiatric Association, 2013)においても、知的障害(知的能力障害)の診断には知的機能と適応行動の双方のアセスメントが必要とされるとともに、知的障害の重症度は知的機能ではなく、適応行動の障害程度から判定することが示されている。加えて、ICD-11では、知的機能と同様に、知的障害児者の適応行動は母平均よりも2標準偏差以上低いこと、そのアセスメントツールは「normed, individually administered standardized test」を用いることが示されている（World Health Organization, 2020）。このことから、療育手帳の科学性を確立するうえで、療育手帳の判定には適応行動のアセスメントは必須で

あるとともに、そのアセスメントツールは偏差IQと同様に、同一年齢群と比較した申請児者(被検査児者)の適応行動に関する標準得点の算出が可能な検査である必要がある。国内で標準化された適応行動を評価する尺度として、Vineland-II 適応行動尺度、S-M 社会性生活能力検査、ASA 旭出式社会適応スキル検査が挙げられるが、被検査児者の年齢を問わず使用でき、標準得点を算出できる尺度は Vineland-II 適応行動尺度のみである。このことから、本研究では、療育手帳の判定に伴う適応行動の評価における標準的検査として、Vineland-II 適応行動尺度を提案することにする。なお、この提案は本研究班の伊藤（2021）の分担報告と合致する。

3. 障害区分

各都道府県および指定都市において採用される障害区分は異なることが報告されている（社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。前版のICD-10（World Health Organization, 1993）では、知的障害（精神遅滞）の重症の程度は、知的水準に基づき4段階（軽度：IQ=50-69、精神年齢=9-12歳未満；中度：IQ=35-49、精神年齢=6-9歳未満；重度：IQ=20-34、精神年齢=3-6歳未満；最重度：IQ=20未満、精神年齢=3歳以下）であったが、ICD-11では、精神年齢の表記が削除され、知的障害の重症度は4段階（Mild/軽度：知的機能および適応行動が母平均よりも2から3標準偏差低い／およそ2.3から0.1パーセントイル；Moderate/中等度：知的機能および適応行動が母平均よりも3から4標準偏差低い／およそ0.1から0.003パーセントイル；Severe/重度・profound/最重度：知的機能および適応行動が母平均よりも4標準偏差以上低い

／0.003 パーセントイルよりも低い；重度と最重度は知的機能ではなく適応行動によって区別する）に整理されている（World Health Organization, 2020）。このことから、本研究では、国際基準である ICD-11 の基準に則り、障害区分を 4 段階とすることを提案する。

4. 療育手帳の判定に係る簡便なアセスメントツールの開発

先に示したように、平成 31 年の児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議において、児童相談所における療育手帳の判定に係る業務負担の軽減の方針が示されている。療育手帳の判定に係る業務の軽減を図るためには、療育手帳の判定に必要なアセスメントを外部機関に委託することが考えられるが、他の方法として、アセスメント実施に伴う時間的負担の軽減を図る方策もある。被検査児者の機能や状態にもよるが、ウェクスラー式知能検査の実施時間は 1-1.5 時間であることが知られている。一方、米国では実施時間が 30 分程度の知能検査も存在する（Brue & Wilmschurst, 2016）。このことから、知的障害の診断に必要とされる知的機能および適応行動のアセスメントの実施時間を短縮することができれば、政府が進める方針に従い、療育手帳の判定に係る業務負担を軽減することが可能と考えられる。それゆえ、本研究では、信頼性および妥当性を備え、療育手帳の判定に利用可能な簡便なアセスメントツールの開発を提案する。

B. 研究方法

調査対象 厚生労働省が示す全国の児童相談所（234 箇所）および知的障害者更生相談所（86 箇所）に調査票を送付した。調査票の回答および返送があった児童相談所 136

箇所、知的障害者更生相談所 57 箇所、両方の機能を備える機関 16 箇所の計 209 箇所（回収率 65.3%）を分析対象とした（表 1）。

調査項目 上記した提案に関する 10 の質問を作成し、選択式および自由記述により意見を求めた。以下に質問内容と回答形式

表 1 調査協力機関の種別

機関種別	度数	%
児童相談所	136	65.1
知的障害者 更生相談所	57	27.3
児相・知更相	16	7.7
合計	209	100

児相・知更相：児童相談所と知的障害者更生相談所の両機能を備える機関

を示す。質問 1. ウェクスラー式知能検査を標準とすることについて

「各自治体で実施されている現行の療育手帳の判定に係る検査を考慮すると、IQ の評価は国内で標準化されている知能検査であるウェクスラー式知能検査（WISC-IV および WAIS-IV）を標準にすることが適当と考えられます。療育手帳の判定に係る知的水準の評価として、ウェクスラー式知能検査（WISC-IV および WAIS-IV）を標準とすることについての可否について、お答えください」と教示し、3 件法（1-他の検査（対象年齢におけるビネー式知能検査-田中ビネー知能検査 V など-、（幼児に限定した）新版 K 式発達検査等）の実施が認められるならば、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに問題はない、2-どの

ような場合であっても、ウェクスラー式知能検査を標準とすることは問題である、3-その他)で回答を求めた。「2」および「3」と回答する場合には、その理由やコメントを自由記述で求めた。

質問2. Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることについて

「国内において、現状では、適応行動水準を評価する標準化検査は「Vineland-II 適応行動尺度」しかありません。このことから、療育手帳の判定に係る検査では、適応行動水準を評価する検査として Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることが妥当と考えられます。療育手帳の判定に係る適応行動水準の評価として、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることについての可否についてお答えください。」と教示し、3件法(1-他の検査(S-M 社会能力検査(対象:乳幼児~中学3年生)など、対象年齢の明確化、得点の標準化がなされ、かつ客観的な数値が算出される検査)の採用が認められるならば、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに問題はない、2-どのような場合であっても、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることは問題である、3-その他)で回答を求めた。「2」および「3」と回答する場合には、その理由やコメントを自由記述で求めた。

質問3. 簡便なアセスメントツールの開発について

「質問1と質問2に示した「標準的な検査」とは別に、療育手帳の判定業務の負担軽減を図るために、今後、知能および適応行動水準をより簡便に評定する手法の開発が必要と考えられます。自治体が実施する療育手帳の判定業務において、簡便かつ無償で実施可能な検査を新たに開発することに関し

て、ご意見をお聞かせください」と教示し、3件法(1-より簡便に実施でき、信頼性・妥当性が保証されている検査を国が独自に開発し、それを療育手帳の判定に利用すべきである、2-現行の判定業務のように、市販されている検査(ウェクスラー式知能検査など)を利用すべきである、3-その他)で回答を求めた。「2」および「3」と回答する場合には、その理由やコメントを自由記述で求めた。

質問4. 療育手帳を交付するIQについて

「世界的な診断基準(ICD-11、DSM-5)では、対象児者の知的および適応行動水準(標準得点)が70(母平均よりも2標準偏差以上低い得点)以上である場合、知的障害の診断はなされません。そのため、我が国においても、療育手帳の申請児者の知的および適応行動水準が70以上である場合、療育手帳の交付対象にはならないとも考えられます。申請児者の知的水準(IQ)が70以上(例えば、IQ=85)、適応行動水準が70未満である場合、どのように判定を行うべきと考えますか?」と教示し、3件法(1-療育手帳の交付を認める、2-療育手帳の交付を認めない、3-その他)で回答を求めた。「1」と回答する場合には、療育手帳の交付を認めるIQの下限の回答を求めた。「2」および「3」と回答する場合には、その理由やコメントを自由記述で求めた。

質問5. 療育手帳の判定におけるIQ評価の必要性について

「DSM-5では、知的障害の重症度の診断にはIQは必須ではないとされています。この基準に則り、療育手帳の判定において、申請児者のIQには制限を設けず、適応行動水準のみで判定してもよいと考えますか?」と教示し、2件法(1-適応行動水準の評価の

みで、療育手帳の判定をしてもよい、2-知的小および適応行動水準の両評価によって、療育手帳の判定を行うべきである)で回答を求めた。

質問 6. 療育手帳の判定における IQ の評価について

「DSM-5 では、知的障害の重症度の診断には IQ は必須ではないとされています。この基準に則り、療育手帳の判定において、申請児者の IQ には制限を設けず、適応行動水準のみで判定してもよいと考えますか? (一つに○)」と教示し、2 件法 (1-適応行動水準の評価のみで、療育手帳の判定をしてもよい、2-知的小および適応行動水準の両評価によって、療育手帳の判定を行うべきである)で回答を求めた。

質問 7. 年間の療育手帳交付に伴う判定数、「療育手帳の判定業務において、昨年度 (2019 年度) の貴機関での①判定総数 (新規および再判定) をお答えください。また現在、②「IQ が 70 以上 (同年齢の他児者と同様の水準) であるが、適応行動水準が 70 未満 (母平均よりも 2 標準偏差以上低い得点)」、③「IQ は 70 未満であるが、適応行動水準が 70 以上」を示す申請児者はおおむねどの程度いますか? ※現在、適応行動水準に関する数値的な評価を行っていない場合には、「3」に○をつけてください。」と教示した。①および②(「___割」と教示)は、数値を記入するよう求めた。

質問 8. 障害区分を 4 段階にすることについて

「ICD-11 では知的障害の重症度は、軽度 (IQ および適応行動水準が母平均よりも 2-3 標準偏差下回る)、中度 (母平均よりも 3-4 標準偏差下回る)、重度 (母平均よりも 4 標準偏差以上下回る)、最重度 (母平均よ

りも 4 標準偏差以上下回る・検査できないものも含まれる)に分類されています。このことから、療育手帳においても、知的障害の重症度は 4 段階 (軽度 (IQ・適応行動水準 = 55-69)、中度 (IQ・適応行動水準 = 40-54)、重度 (IQ・適応行動水準 = 40 未満)、最重度 (IQ=40 未満、「重度」よりも低い適応行動水準)) にすべきと考えられます。重症度の分類を、現行から上記の 4 段階とした場合、貴自治体で療育手帳を取得している利用者には、不利益が生じますか?」と教示し、3 件法 (1-1. 不利益は生じない、2-やや不利益が生じる、3-大きな不利益が生じる)で回答を求めた。「2」および「3」と回答する場合には、生じ得る不利益の詳細を自由記述で求めた。

質問 9. 療育手帳の判定に係るアセスメントの外部機関委託について

「療育手帳の判定を行う機関 (児童相談所等) における手帳判定に係る検査業務の負担の大きさが指摘されています。それを受けて、平成 31 年度「児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議」においても、外部機関に検査を委託するなどの療育手帳の判定業務の負担軽減の必要性が示唆されました。貴機関における療育手帳の判定に係る検査業務の負担、および今後の検査業務のあり方に関して、ご意見をお聞かせください」と教示し、4 件法 (1-手帳判定に係る検査業務の負担が大きいため、判定に伴う検査業務は外部機関 (医療機関等) が担えるよう基準を整備してほしい、2-手帳判定に係る検査業務は負担であるが、職員の育成等を考慮すると、検査業務は従来通りに児童相談所/知的障害者更生相談所が行うべきである、3-1.と 2.の併用、4-その他)で回答を求めた。また、自由記述で詳細を求めた (「1」

と回答する場合には「どのような外部機関で検査を実施することが想定されますか？（もしくは現在行っていますか？）」、「2」と回答する場合には「療育手帳の判定業務の負担軽減に関して、どのような工夫を検討していますか？（もしくは現在行っていますか？）」、「3」と回答する場合には、「どのような方法が考えられますか？（もしくは現在行っていますか？）と教示）。

質問 10. 療育手帳判定の検査業務の外部委託に伴う懸念

最後に、自由記述にて、療育手帳判定の検査業務を外部機関に委託する場合に伴う懸念を尋ねた。その際、「判定に伴う検査業務を外部機関(医療機関等)が担えるようになった場合に懸念されることがありましたら、お書きください」と教示した。

(倫理面への配慮)

自由意志に基づき本研究への参加の可否を決めてよいことを調査票のフェイスシートに明記した。さらに、本研究結果を公開する際、自治体名を公表しないこと、本研究に参加しない場合であっても何ら不利益が生じることがないことを明記した。

C. 研究結果

1. 質問 1 への回答

質問 1 の回答に関する分布は表 2 および表 3 に示されている。療育手帳の判定における知的機能のアセスメントツールとして、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに対して、3 割弱 (28.2%) の機関が「問題はない」(選択肢 1) と回答した。半数弱 (45.9%) の機関は「その他」と回答した。

「2」「3」「1 と 3」を選んだ機関 (148 機関) の自由記述の一部には、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに対する懸念が示されていた。記述内容から主な懸念内容は 9 つあり (表 4)、最も多く指摘された懸念はウェクスラー式知能検査が算出可能な IQ の下限についてであった (54.7%)。次に、検査時間の長さに関する指摘が多かった (148 機関、41.2%)。

2. 質問 2 への回答

表 5 および表 6 には、質問 2 への回答に関する分布が示されている。療育手帳の判定における適応行動のアセスメントとして、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに対して、およそ 3 割の機関は「問題ない」(選択肢 1) と回答した。半数の機関 (49.8%) は「その他」と回答した。

表 7 に、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに対する意見(自由記述)を示す(一部抜粋)。なお、質問 1 とは異なり、「問

表 2 質問 1 回答分布

	回答					合計
	1	2	3	1 と 3	無回答	
度数	59	48	96	4	2	209
%	28.2%	23.0%	45.9%	1.9%	1.0%	100%

回答「1」：他の検査(対象年齢におけるビネー式知能検査-田中ビネー知能検査Vなど、(幼児に限定した)新版K式発達検査等)の実施が認められるならば、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに問題はない。回答「2」：どのような場合であっても、ウェクスラー式知能検査を標準とすることは問題である。回答「3」：その他

表3 質問1 機関毎の回答分布

		回答					合計
		1	2	3	1と3	無回答	
児相	度数	39	32	61	2	2	136
	%	28.7%	23.5%	44.9%	1.5%	1.5%	100%
知更相	度数	18	10	27	2	0	57
	%	31.6%	17.5%	47.4%	3.5%	0.0%	100%
児相・ 知更相	度数	2	6	8	0	0	16
	%	12.5%	37.5%	50.0%	0.0%	0.0%	100%

回答「1」：他の検査（対象年齢におけるビネー式知能検査－田中ビネー知能検査Vなどー、（幼児に限定した）新版K式発達検査等）の実施が認められるならば、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに問題はない。回答「2」：どのような場合であっても、ウェクスラー式知能検査を標準とすることは問題である。回答「3」：その他

題ない」と回答した機関でも、意見を示していたことから、母数を209機関として、割合を算出した。「検査時間の長さ」に関する意見が多く（82機関、39.2%）、次いで費用面の負担（30機関、14.4%）や人材育成などの「人員／人材問題」（23機関、11.0%）に関する意見が多かった。

3. 質問3への回答

表8および表9には、質問3への回答の分布が示されている。療育手帳の判定に用いる簡便なアセスメントツールの開発に関して、およそ4割の機関（39.7%）が肯定的な意見（選択肢1）を示した。簡便なアセスメントツールの開発に対して否定的な意見（選択肢2）を示した機関は18%（37機関）に留まった。その理由として、「ウェクスラー式知能検査は、信頼性・妥当性が高い世界標準の知能検査であるため」や「市販されている検査（ビネー式など）で判定に支障はない」など、既存する尺度で対応が可能であるという意見が多かった（16機関；表10）。他の意見として、開発の負担（「国が独自に検査を開発するとなる

と、完成までに時間を要することが考えられるため」など）や他機関との連携の懸念（「医療機関での結果を利用可能としており、比較検討するため」など）が示された。質問3に対する回答として、「その他」（選択肢3）が最も多かった（84機関、40.2%）。自由記述で示された意見は、主に「開発への懸念／実現性」（43機関）、「既存の尺度の利用等」（14機関）、「基準の統一化」（14機関）、「その他」（15機関）であった（表11）。「開発への懸念／実現性」には、療育手帳の判定に用いる簡便なアセスメントツールの開発には賛成ではあるものの、その実現性に対する疑問や開発後の現場の混乱に関する意見が多かった。「既存の尺度の利用等」では、知的機能の評価は既存の検査で実施すべきであるが、簡便な適応行動の評価ツールの開発を期待する意見が多く見られた。

4. 質問4および質問5への回答

質問4の回答分布は表12および表13に示されている。「交付を認める」と回答する機関が多く、全体の45%（94機関）に上った。療育手帳の交付を認めるIQ（下限）の

表 4 質問1 ウェクスラー式知能検査を標準とすることへの主な懸念内容

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
IQの下限	81	54.7%	<p>ウェクスラー知能検査のIQ値は40以下の場合算出できない。</p> <p>知的水準が中度～重度以下になると、下位検査によってはスケールアウトし、IQが正確に測定できないため。</p> <p>WISC-IVはIQ40以下は測定できず、療育手帳の判定には田中ビネーVや新版K式を使用することが殆んどである。また、WISC-IVは就学指導で実施するため、その検査と重ならないようにしている現状もある。</p> <p>中～重度のIQ算出に支障あり、判定に使いにくい。</p>
検査時間の長さ	61	41.2%	<p>検査の所要時間が多くかかるため、業務遂行に支障をきたすから。</p> <p>実施時間がかかること。</p> <p>他の検査と比べて実施時間やスコアリングに時間がかかる。</p> <p>検査の実施と検査の処理に多大な時間を要するため、療育手帳判定に業務が圧迫されるようになる。</p>
実施／課題の困難	26	17.6%	<p>中～最重度の知的障害児童に対して、WISCはその課題の難しさ（類似、語音整列等）から実施できない場合が多い。</p> <p>ウェクスラー式は実施時間がかかりやすく、特に低年齢児の場合、その児の注意・集中の問題が結果に大きく影響されやすく、その時々結果の変動が大きい印象がある。注意を引き付けられず、集中を維持できなかったため、FSIQが実態より過度に低く出る可能性を心配している。</p> <p>中等度以下の障害程度の人には実施不能。</p>
費用の高さ	18	12.2%	<p>用紙の費用が割高。</p> <p>当市では田中ビネーVを実施しており、ウェクスラー式を標準とすると、検査用紙の価格が2倍以上となるため、財政的に厳しい。</p> <p>検査道具、用紙の費用が高く、予算上厳しい。</p>
他機関での実施／練習効果	12	8.1%	<p>ウェクスラー式は医療機関で受検している申請者が多く、一定期間あけて実施するとなれば交付が遅くなり、サービスの利用等に支障が生じる可能性がある。</p> <p>手帳申請前に精神科病院で検査を受けているケースも多く、その場合は一定期間空ける必要があり、交付を急ぐ場合に申請者に不利益となる。</p>
乳児への実施不可	11	7.4%	<p>WPPSIの対象年齢が2歳6ヶ月以上のため乳児に実施できない。</p> <p>WPPSIの適用範囲の下限が2歳6か月であるため。</p>
職員数の確保	5	3.4%	<p>検査技術習得している人材の用意（育成も含めて）が必要。</p> <p>限られた人員と予算内で、多くの手帳判定が実施できない。</p>
年齢による異なる尺度の利用	3	2.0%	<p>児童から成人まで一貫した基準で判定されることが必要ですが、ウェクスラー式の検査では年齢によって使う検査が違います。</p> <p>標準の検査は0歳～18才まで同じ検査で実施できるものが望ましい。</p>
他の検査の適切さ	3	2.0%	<p>予測される知的能力や注意・関心の度合いに合わせて、どの年齢級の課題から始めるかある程度柔軟に調整できる田中ビネー知能検査VやK式発達検査の方が、知的障害児（者）への検査としては適切で確度の高い評価ができ、被検者への負担も少ないと思われる（WISCは実施順が固定的）</p> <p>新版K式発達検査を主に実施しているが、発達の評価も含まれるため、意義が大きい。</p>

*「2」および「3」と回答した148機関が母数

表5 質問2 回答分布

	回答						合計
	1	2	3	1と3	2と3	無回答	
度数	62	40	104	1	1	1	209
%	29.7%	19.1%	49.8%	0.5%	0.5%	0.5%	100%

回答「1」:他の検査(S-M社会能力検査(対象:乳幼児～中学3年生)など、対象年齢の明確化、得点の標準化がなされ、かつ客観的な数値が算出される検査)の採用が認められるならば、Vineland-II適応行動尺度を標準とすることに問題はない。回答「2」:どのような場合であっても、Vineland-II適応行動尺度を標準とすることは問題である。回答「3」:その他

表6 質問2 機関毎の回答分布

		回答						合計
		1	2	3	1と3	2と3	無回答	
児相	度数	44	26	65	0	1	0	136
	%	32.4%	19.1%	47.8%	0.0%	0.7%	0.0%	100%
知更相	度数	16	7	32	1	0	1	57
	%	28.1%	12.3%	56.1%	1.8%	0.0%	1.8%	100%
児相・知更相	度数	2	7	7	0	0	0	16
	%	12.5%	43.8%	43.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100%

回答「1」:他の検査(S-M社会能力検査(対象:乳幼児～中学3年生)など、対象年齢の明確化、得点の標準化がなされ、かつ客観的な数値が算出される検査)の採用が認められるならば、Vineland-II適応行動尺度を標準とすることに問題はない。回答「2」:どのような場合であっても、Vineland-II適応行動尺度を標準とすることは問題である。回答「3」:その他

平均(86機関が回答)は78.84($SD=5.17$ 、範囲:「上限なし」-70)であった。一部の機関は療育手帳を交付するIQの下限に関するコメントを示していた。表14には、そのコメントが示されている。なお、都道府県および指定都市を特定できる情報は削除してある。

質問4について、およそ2割の機関(38機関、18.2%)は「交付を認めない」と回答した。表15には、自由記述による交付を認

めない理由(抜粋)が示されている。なお、都道府県および指定都市を特定できる情報は削除してある。「知的障害に非該当」を理由とする意見が最も多かった(21機関、55.3%)。

質問4に対して、全体の1/3(76機関、36.4%)は「その他」と回答した。表16には、「その他」と回答した機関の意見(抜粋)が示されている。「交付基準に基づき非該当」に関する意見が最も多かった(25機関、32.9%)。

表7 質問2 Vineland-II適応行動尺度を標準とすることへの主な懸念内容

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
検査時間の長さ	82	39.2%	<p>業務遂行のために、検査に多くの時間をかけられない。</p> <p>Vinelandは実施に20～60分かかるため、児童心理司が実施・採点を担うとなると、負担が増す。</p> <p>Vineland-IIの実施に負荷と時間がかかりすぎること。</p> <p>検査の実施と結果の処理に多大な時間を要するため、療育手帳判定に業務が圧迫されるようになる。</p>
費用の高さ	30	14.4%	<p>全ての判定に実施する場合、検査用紙購入のための予算が新たに必要となり、財政的に厳しい。</p> <p>今後、IQだけでなく、行動面の評価が重視される国際的な流れがあることは承知しているが、現状、当県では行動面の評価に標準化された検査は用いておらず、新たにそれらを導入することで生じるコストと負担の増加に懸念がある。</p> <p>Vineland-IIを利用するにあたり、費用、実施時間を考えると、難しいと感じる。適用範囲が広いようなので、検査ができない方の判断基準としてこれを標準とするなら、それでもいいように思う。</p> <p>検査にかかる費用も高価である。</p>
人員／人材の問題	23	11.0%	<p>S・M社会生活能力検査と比べて実施者の習熟を要すること、実施に時間を要することから、判定に係る負担が増大するため。</p> <p>職員に限られる中、実施に時間を要する検査を新たに導入することは、非常に困難である。（当所では再判定を心理司1人で担っており、同日に2つの検査の実施は現実的ではない。また、新規の判定は心理司と福祉司の2名で行い、日常生活能力（適応行動水準）は福祉司が聴取している。仮に福祉士がVineland-IIを実施しなければならないとしたら、日本文化科学社の求める使用者レベルを満たさないことになる。）</p> <p>職員の研修が必要になる。</p>
検査の精度	12	5.7%	<p>保護者によっては混乱したり、否認が強くなり、正確なアセスメントができない。</p> <p>実施に時間がかかり、療育手帳の判定に用いることは現実的ではないため。同検査で拾えない認知行動特性等があると適正な評価ができない、あるいは、手帳の判定に必要な情報を収集してしまう可能性がある等。現状評価に特化した簡易版等があれば使用したい。</p> <p>保護者に記入してもらおうのは信頼性に欠ける。</p>

*「1」と回答した機関もコメントを添えていたため、母数を209機関とした。

表8 質問3 回答分布

	回答							合計
	1	2	3	1と2	1と3	2と3	無回答	
度数	83	37	84	1	2	1	1	209
%	39.7%	17.7%	40.2%	0.5%	1.0%	0.5%	0.5%	100%

回答「1」:より簡便に実施でき、信頼性・妥当性が保証されている検査を国が独自に開発し、それを療育手帳の判定に利用すべきである。回答「2」:現行の判定業務のように、市販されている検査(ウェクスラー式知能検査など)を利用すべきである。回答「3」:その他

表9 質問3 機関毎の回答分布

		回答							合計
		1	2	3	1と2	1と3	2と3	無回答	
児相	度数	59	21	52	1	1	1	1	136
	%	43.4%	15.4%	38.2%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	100%
知更相	度数	19	13	25	0	0	0	0	57
	%	33.3%	22.8%	43.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
児相・ 知更相	度数	5	3	7	0	1	0	0	16
	%	31.3%	18.8%	43.8%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	100%

回答「1」：より簡便に実施でき、信頼性・妥当性が保証されている検査を国が独自に開発し、それを療育手帳の判定に利用すべきである。回答「2」：現行の判定業務のように、市販されている検査（ウェクスラー式知能検査など）を利用すべきである。回答「3」：その他

5. 質問6への回答

表17および表18には、質問6の回答分布が示されている。ほとんどの機関(191機関、91.4%)が療育手帳の判定には知的機能の評価が必要であると回答した。

6. 質問7への回答

2019年度に実施した療育手帳交付に伴う判定数(新規・再判定)について、183機関が回答し、総数は605.16±597.92件であった(範囲:5155-12件;表19)。ほとんどの機関(167機関、79.9%)が「現在の判定業務において、明確な数値により申請児者の適応行動水準を評価していないため、判断できない」と回答した。

②(現在、「IQが70以上(同年齢の他児者と同様の水準)であるが、適応行動水準が70未満(母平均よりも2標準偏差以上低い得点)」、③(「IQは70未満であるが、適応行動水準が70以上」を示す申請児者はおおむねどの程度いますか?)について、28機関が回答を示した。しかし、回答された一部の数値(例えば、「8」)はその単位(割・%など)が不明であったため、平均値などの統計量は算出しなかった。表20には、回答された数値等が示されている(機関が回答し

た表記のまま記載)。

7. 質問8への回答

表21および表22には、質問8の回答分布が示されている。国際的な診断基準であるICD-11に示される知的障害の重要度に基づく4段階の障害区分を採用した際、「不利益は生じない」と回答した機関は全体の21%(44機関)であった。半数弱(95機関、45.5%)の機関が「やや不利益が生じる」と回答し、「大きな不利益が生じる」と回答した機関は全体の1/4程度(57機関、27.3%)であった。不利益が生じる理由として、ほとんどの機関は現在の基準と異なることによる混乱を挙げている。

8. 質問9への回答

表23および表24には、質問9の回答分布が示されている。療育手帳の判定に係る検査業務を外部機関に委託する方針を回答した機関は全体の2割弱(39機関、18.7%)、従来通り、検査業務を児童相談所および知的障害者更生相談所が行うべきと回答した機関は3割弱(57機関、27.3%)であった。上記の2方針の併用と回答した機関も3割弱(57機関、27.3%)であった。「その他」

と回答した機関は全体の1/4程度(51機関、24.4%)であった。

検査業務を委託する外部機関として(検査業務の外部委託と回答した機関が回答)、医療機関を挙げる機関が最も多かった(30機関、75%;表25)。次いで、療育機関などの福祉機関(8機関、20%)、教育相談センターなどの教育機関(5機関、12.5%)が多く示された。検査業務を児童相談所および知的障害者更生相談所が行うべきと回答した機関(60機関)に対して、業務の負担軽減の工夫を聞いたところ、判定法などの整備に関する内容(18機関、30%)が最も多かった(表26)。次いで、職員の増員/業務調整(12機関、20%)、再判定の期間調整(9機関、15%)、書類の工夫(7機関、11.7%)

に関する内容が多かった。

検査業務の外部機関への委託と児童相談所/知的障害者更生相談所での検査実施の併用(選択肢3)と回答した機関(58機関)に対して、具体的な方策を尋ねたところ、58機関が意見を示した。記述内容から、既に併用を実施している機関と実施していない機関に分けて、分析を行った。既に併用を実施している機関(20機関)の半数以上(11機関、55%)は、外部機関で実施された検査の結果を利用して(表27)。併用を実施していない機関(38機関)の6割以上(25機関、65.8%)が外部機関で実施された検査結果を判定業務に利用することを示した(表28)。また、1/4以上の機関(10機関、26.3%)は検査業務を外部機関に委託する

表10 質問3 簡便な検査の開発への反対意見

主な内容	度数	割合*	コメント(一部抜粋)
既存の尺度の存在	16	43.2%	医療機関などで一般的に使用されている市販の検査は標準されており、特別児童扶養手当や障害年金の資料の作成等に共有されやすく便利で共有されやすく便利である。
			ウェクスラー式知能検査は、信頼性・妥当性が高い世界標準の知能検査であるため。重度の場合は、S-M社会生活能力検査を実施したり、市販の検査が困難な場合は、本自治体では補助指標を使用している。新たに開発するとすれば開発費がかかる。開発の必要はないと考えている。
			ウェクスラー式知能検査を実施やS-M社会生活能力検査で判定を行うことが多く、負担が大きいと感じていない。
開発の負担	10	27.0%	市販されている検査(ビネー式など)で判定に支障はない。療育手帳について、全国統一の基準を早急に作るべきで、1.の独自開発を待てる状況ではない。
			標準化の手続きには相当の労力を必要とするため、1では開発に時間がかかると思われる。
			信頼性・妥当性が保証された療育手帳の判定に特化した検査を開発するには時間がかかる上に、全国で統一された判定基準に移行した後の影響の予測や事前対策がとりにくい。
他機関との連携	5	13.5%	判定業務の負担軽減は望ましいことではあるが、独自の検査を開発することには時間を要すると思われる。随時改訂への労力も要し、また、世界標準や診断基準との乖離が起りやすくなる危惧がある。市販されている検査を使用することで、迅速に制度移行が可能となり、国内標準が常に統一されているだけでなく、世界標準とも一致させることができるため、国際診断基準との照合も行いやすく、また、時代の変化等に合わせた随時の改訂もなされていくことが期待できる。さらには、市販の検査は医療機関でも使用されていることから、将来的に、他の2種の手帳(身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳)と同様に、医療機関で作成された診断書に基づいた判定が可能となる。
			心理検査を国が独自に開発していく発想が判定業務の負担軽減の主旨に合致するのか、疑問に感じます。現実的でもないように感じます。
他機関との連携	5	13.5%	医療機関での結果を利用可能としており、比較検討するため。 療育手帳判定業務以外の相談や、障害基礎年金、特別児童扶養手当など、他の制度、関係機関との連携ができるため。

*「2」と回答した37機関が母数

表11 質問3「その他」のコメント

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
開発への懸念／ 実現性	43	49.4%	<p>簡便かつ無償で実施可能な知能検査を国が独自に開発すること自体は問題ないが、それを療育手帳の判定に利用すべきとは現時点では言えない。標準化された知能検査が既に存在することや、簡便化することで精度が落ちることが懸念される。</p> <p>知能検査については、既に標準化された知能検査が各種出しており、国が新たに開発することはコスト面等を考えても現実的ではない。適応行動の評価については、全国統一した基準があった方がよい。簡便かつ無償のものが望ましい。</p> <p>現行の、標準化された検査の代替として、信頼性・妥当性の高い簡易知能検査を開発するのは現実的に可能か？と思います。もしも可能であれば、現場としてはとても助かります。</p> <p>より簡便で、信頼性・妥当性がある手帳判定の手法が開発されることはよいと思うが、現在、保護者からの依頼で知能検査結果の情報提供を行っており、標準的な検査とは異なるため、情報提供に応じることが難しくなると思われる。</p>
既存の尺度 の利用等	14	16.1%	<p>知能検査は市販されている検査を使用すればよいが、適応能力についてはより簡便に評価できる検査が開発されることが望ましい。</p> <p>知能検査については、既に標準化された知能検査が各種出しており、国が新たに開発することはコスト面等を考えても現実的ではない。適応行動の評価については、全国統一した基準があった方がよい。簡便かつ無償のものが望ましい。</p> <p>知能検査については、①療育手帳判定での検査数値が手当認定やサービス利用の際に用いられる場合があること、②療育手帳判定や支援の際に医療等他機関との情報共有や参考資料として使用することがある等の理由により、市販の検査を利用すべき。適応行動水準については、妥当性・信頼性を満たした標準化されたものであれば、国が開発したものの利用は可。</p> <p>基本的には、標準化されて市販されている検査を実施が望ましい。ただし、S-M社会能力検査の実施も難しいような重度ケースの適応行動水準を図る簡易な指標は必要と考える。（本自治体では、標準化された検査が難しいケースは「補助指標」を使用）</p> <p>知能検査については、特児申請等のため結果の交付を求められることもあるため、現行のように標準化された知能検査を利用することが望ましいと考えるが、適応行動水準については、簡便かつ無償で実施可能な検査があるとよい。</p>
基準の統一	14	16.1%	<p>全国統一した基準が定められた上で、療育手帳を希望する方が場所に関わらず同じ検査を受けられるのであれば、どちらでも構わないと考えます。</p> <p>開発されても、現在のように各都道府県で基準が違っている状態では対象者に公平性が保たれないのでは。国が開発したものを利用できればよいが、その際には利用も含め、基準も統一してもらいたい。</p> <p>統一されていればどちらでもよい。</p> <p>現行の標準化された検査も一長一短で、検査特性を熟知した上で使用する必要があります。知的障害の方の障害程度を評定することに特化した検査が開発されれば使い勝手はよいと思われますが、入手・研修・適切な改定が保証され、かつ全国の手帳基準が統一化されることが前提であると思われます。</p>
その他	15	17.2%	<p>どちらも言えない</p> <p>国の開発する手法の内容（従来使用してきた検査と比較してのメリット、その限界等）について、分からなければ判断できない。</p> <p>外国語を母語とする児童に対して、通訳の状況（通訳者の技能、レスポンスの時間差等）の影響を受けないような検査があるとよい。</p>

* 「3」に○つけた87機関が母数

表12 質問4 回答分布

	回答				合計
	1	2	3	1と3	
度数	94	38	76	1	209
%	45.0%	18.2%	36.4%	0.5%	100%

回答「1」：療育手帳の交付を認める、回答「2」：療育手帳の交付を認めない、回答「3」：その他

表13 質問4 機関毎の回答

		回答				合計
		1	2	3	1と3	
児相	度数	65	24	47	0	136
	%	47.8%	17.6%	34.6%	0.0%	100%
知更相	度数	20	12	24	1	57
	%	35.1%	21.1%	42.1%	1.8%	100%
児相・知更相	度数	9	2	5	0	16
	%	56.3%	12.5%	31.3%	0.0%	100%

回答「1」：療育手帳の交付を認める、回答「2」：療育手帳の交付を認めない、回答「3」：その他

ことを示した。他の方策には、診断書の活用（8機関、21.1%）や再判定までの期間の調整（3機関、7.9%）が挙げられていた。

質問9について「その他」（選択肢4）と回答した機関（51機関）が示した意見では、「外部への検査業務の委託／外部機関で実施された検査の利用」に関することが最も多かった（18機関、35.3%）；表29）。次に、「療育手帳の法制化／基準の統一」に関する意見（13施設、25.5%）、「児童相談所における療育手帳の判定業務の重要性／人材育成」に関する意見（12施設、23.5%）も多かった。

9. 質問10への回答

質問10に対して、139機関（回答率66.5%）が意見を示した。検査の外部委託に伴う懸念として、検査の質に関する意見が最も多かった（59機関、42.4%、表30）。次いで、公平性（40機関、28.8%）、申請者の負担（39

機関、28.1%）、業務の困難さ（33機関、23.7%）が多かった。

D. 考察

本研究は、療育手帳の判定に係る基準の統一化に向けた基礎資料を作成することを目的として、療育手帳の判定業務を担う全国の児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とし、質問紙調査を行った。以下に、主要な結果に関する考察を示す。

1. ウェクスラー式知能検査を標準的アセスメントツールとすることについて

我が国が承認しているICD-11における知的障害の診断基準に基づき、本研究ではウェクスラー式知能検査を療育手帳の判定に係る知的機能の標準的アセスメントツールとすることを提案した。この提案に対し、全体の28.2%の機関は「問題ない」と回答した。その一方で、ウェクスラー式知能検査

表14 療育手帳を交付するIQ（下限）に関するコメント

IQ	記述
	適応行動水準、医学診断を含め、総合的に勘案すべき
	IQが70以上でも、自閉的な発達をしているが故に社会適応が難しいことが確認される場合に交付を行う。自閉を含む発達障害児に対する支援が不十分で、発達障害児の高等支援学校や施設、職場適応訓練等がない現状ではIQが高くても療育手帳を交付して知的障害児（者）として支援を受けられるようにしないといけないと考える。適応行動水準においても知能検査と一緒に、アベレージの水準が70以上でも、特定領域の弱さから適応できない児童を見逃すことになる。
	IQ値には、信頼区間・誤差等の要素があります。検査種によって、それを加味する必要があります。
上限なし	自閉症圏の障害にあつては、その特異な知覚・認識・情報処理ゆえに、測定された知能が現実の課題解決に必ずしも活用されていないことが多いことから、知能指数（IQ）を知的障害の判断基準とせず、知能指数（IQ）が実用性のあるものかどうかで判断する必要があると考えるため、知能指数（IQ）の上限を定めないことが適当と考える。
上限なし	当県では、IQが75を超えた場合でも発達障害と診断され、かつ所長が自他の意思の交換及び環境への適応が困難である等により、療育又は日常生活の支援が必要と認めたものは、軽度として療育手帳を交付している。
上限なし	医学診断で発達障害（ASD,ADHD,LDなど）があり、福祉的な支援の必要性があると認められれば、IQ値に上限を設けず、療育手帳B2と判定して交付している。
上限なし	自閉スペクトラム症の場合、IQの数値だけではなく知的機能のばらつきに着目して評価し、現実適応に支障がきたしていることが確認された場合に対象としており、一概に上限は定めていない。
92	92かつ自閉症の診断がある場合
90未満	110～90は平均知能であり、対象とならない。
89	本自治体では、軽度に関して「著しい知的バランスの崩れ、社会生活能力の遅れ等により、社会適応が困難であり、手帳に該当することが適当と認められる場合に限り、知的能力の上限をIQ79」としている。さらに、発達障害の診断がある場合は、知的能力の上限をIQ89としているため、現行の療育手帳取得者が非該当となり、サービスを受けることができなくなるため、大きな不利益が生じる（現状では下記の基準で判定している）
89	A・1（最重度）おおむねIQ20以下 A・2（重度）おおむねIQ21以上35以下 A・3（重度）おおむねIQ36以上50以下で重複障害を有する者 B・1（中度）おおむねIQ36以上50以下 B・2（軽度）おおむねIQ51以上70以下 ただし、著しい知的バランスの崩れ、社会生活能力の遅れ等により、社会適応が困難であり、手帳に該当させることが適当と認められる場合に限り、知的能力の上限をIQ79とする。 B・3（発達障害）IQ80以上89以下で発達障害の診断を受けた者
89	現在、89までだが、70台までが適切と考える。
89	現在、IQ80～IQ89で医師の診断（発達障害）がある者については手帳を交付している。
85	85+発達障害
85	当市では、DQ89以下で社会適応能力が低い場合、該当としています。（また、支援学校卒業者は指数にかかわらず該当として交付しています）
85	ただし、ASDにより適応水準が低い者
85	ただし、IQ76～85に関しては、他に要件を付けて該当すれば交付
85	ただし、自閉症等により適応水準が低い者
85未満	知的にIQ85未満 適応行動水準（社会生活能力と介護度）は、重度相当
80未満	境界線級知能を含め、IQ80未満
80未満	境界線級知能を含め、測定誤差も考慮しIQ80未満
79	70～79は適応行動水準や合併障害の診断等を含めて総合的に判断するべきと考える ※当所の現状としては、測定誤差±5を勘案し、IQ=75まで、自閉症の合併がある場合はIQ=79までとなっている。
75～78未満	75～78未満が目安だが、総合判断するので、明確な基準は定めていない。
78	測定誤差分を加えた数値
76	92：自閉症等の診断がある場合

表14 療育手帳を交付するIQ（下限）に関するコメント（続き）

IQ	記述
75	ASDが認められる場合は、原則IQの上限を設けていません
75	ボーダーラインIQの人は何も支援がないが、適応に問題がある人については一定程度支援が必要。
75以下	もともと当県では、75以下に交付している。また、79以下で発達障害の診断がついている場合は該当している。
75	ASD、ADHD等の合併がみとめられる場合、IQ=75以下であれば手帳を交付しています。それ以上の数値の方については非該当としています。
75	IQ70以上の児童については、発達障害の有無や適応行動水準の評価から総合的な判断が必要と考える。
75	2SDである70に、検査の誤差として+5加える。また、発達障害を持っている場合は、社会適応の困難さを鑑み、当県は80台でも交付
75	広汎性発達障害の診断に該当する者はIQ=85
75以下	わが県では、知能検査の誤差を考慮し（基本的にはIQ=70以下だが）療育手帳取得により福祉サービスの利用が望ましいと考えられる申請児者に対して療育手帳を交付している。
75程度	WISC-IVの90%信頼区間をふまえる（FSIQ=69の場合、65-76）
75	当県では、現在は-2SD+検査誤差として、IQ75以下を交付対象としているが、ASDの診断がなされる方については、IQ91までを対象としている。
75	IQ値の線引きは必要で上限を高く設けるべきではないが、境界知能で適応行動水準が低い人への一定の支援は必要と考える。
75	ボーダーラインIQかつ適応に問題がある人には一定程度の支援が必要と考える。
75	知能検査の測定誤差の範囲内と考えられるため。
75	ADHD、ASD等の診断があり、療育手帳でしか本人の福祉がはかれない場合。
概ね75	当県の判定実施要領に定めてある数値の範囲内であれば交付すべきである。その為、IQ値が大幅に超えているケースに発行するのは違和感がある。
75	当県では、現在は-2SD+検査誤差として、IQ75以下を交付対象としているが、ASDの診断がなされる方については、IQ91までを対象としている。
75	IQ値の線引きは必要で上限を高く設けるべきではないが、境界知能で適応行動水準が低い人への一定の支援は必要と考える。
75	ボーダーラインIQかつ適応に問題がある人には一定程度の支援が必要と考える。
75	知能検査の測定誤差の範囲内と考えられるため。
75	ADHD、ASD等の診断があり、療育手帳でしか本人の福祉がはかれない場合。
75	当県ではIQ=75までを療育手帳対象としているが、適応水準は考慮しない。
75	当県の「軽度知的障害」と判定する知能指数を、概ね75以下としているため。
75	検査の誤差の範囲が±5と言われているため、IQ70を基準としつつ、最大誤差の範囲内であるIQ75までは適応行動水準の現状と併せて判定すべきと考える。
75程度	現状では測定誤差を考慮して、概ねIQ75まで交付している。
概ね75	当県の判定実施要領に定めてある数値の範囲内であれば交付すべきである。その為、IQ値が大幅に超えているケースに発行するのは違和感がある。
74	当所では、検査の誤差を考慮し、概ねIQ、DQ74を上限とし、精神遅滞、知的障害等の医学的診断があることを要件としている。社会生活能力等を参考にする場合もある。
おおむね70	IQ70台
	当県では、IQ（DQ）51-75までを軽度知的障害として判断し、IQ（DQ）76-85で、実生活等での能力に明らかな遅れが認められる（S・M式社会生活能力検査でSQが75以下等）、また、日常生活を送るうえで、著しい困難が認められる場合には、手帳の交付を認めている。現時点の基準を参考とされたい。
70未満	70～79までは知的障害と正常の境界であるので、適応行動水準が70未満の場合は手帳対象にしてもよいと考える。

表15 質問4 IQ \geq 70で療育手帳を交付しない理由

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
「知的障害」に非該当	21	55.3%	<p>IQ70（本県では誤差を含めて75）以上の場合は知的障がいとは言えず、本件では療育手帳の対象とはいえないため。</p> <p>IQが70以上を療育手帳の対象とした場合、知的障害者の定義から逸脱していると考えられる。</p> <p>ベースに知的障害があり、それによって日常生活に困難が生じている人を対象にした手帳であるため、あくまでもIQを優先して判断すべきと考える。</p> <p>療育手帳の対象を知的障害と限定（本県ではIQ75以下が知的障害の目安）しているため、現状では、IQ値が76以上ならば適応行動水準がどのようであれ、非該当。</p>
知的障害以外の影響	11	28.9%	<p>適応行動水準の低下が知的障害以外（自閉症、ADHDなど）と推定され、精神保健福祉手帳の交付対象と法令で定められているから。</p> <p>知的および適応行動水準が一定の水準以上である場合、知的障害の診断がなされないのであれば、適応行動が70未満であることのみを根拠として交付とすることは難しい。知的水準が一定の水準以上あることから、適応行動水準の低さが知的な遅れによるものなのか、環境・情緒・その他に起因するものかの判断が難しい。</p> <p>IQ70以上の対象者が適応行動水準70未満となるのは、発達障害や精神疾患など知的障害以外の要因が影響していることも考えられるため。</p> <p>適応行動水準が低下する要因は、知的能力に限らないため。</p>
その他	4	10.5%	<p>その流れに沿うのであれば、手帳交付の基準も診断基準にならうべきと考える。</p> <p>精神手帳など、児の状態に合わせた設定をすべき。</p>

* 「2」と回答した38機関が母数

を標準的検査とすることに対する懸念も示された。最も多く示された懸念は、算出可能なIQの下限であった。

しかしながら、今後、ICD-11における知的障害の診断基準が国内で施行されていく場合には、この懸念は払拭される。現在、多くの自治体が運用している知的障害の障害区分（重症度）は、前版のICD-10や国内で提案されてきた基準（厚生労働省、2007）に準じていると思われる。しかしながら、2022年から施行される国際的基準であるICD-11では、前版（ICD-10）とは異なり、知的障害の重症度に係るIQの下限は40に設定されている（World Health Organization, 2020）。このIQの下限の変更の背景には、ICD-11では、知的機能の評価

指標として、精神年齢が削除され、偏差IQのみが表記されたことがあろう。今後、国連において、我が国が承認したICD-11における知的障害の診断基準を履行し、国が知的障害の重症度の基準を変更する場合、知的障害の重症度に係るIQの下限値は40になることが推測される。つまり、国がICD-11の基準に準拠する知的障害の重症度を国内基準として整備することで、児童相談所および知的障害者更生相談所が療育手帳の判定においてウェクスラー式知能検査を標準的検査とすることに対して抱く最も大きな懸念は解消される。

その一方で、我が国において、ICD-11が示す知的障害の診断基準とは異なる基準が2022年以降も継続される場合、療育手帳を

表16 質問4「その他」と回答した機関の意見

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
交付基準に基づき非該当	25	32.9%	<p>やはりIQが境界域～普通域にある者への手帳の交付には抵抗がある。どの数値以下を知的障害と認めるかの国の基準がなければならない。知能検査をとる意味がなくなる。</p> <p>まず、知的能力がIQ75以下で、適応行動水準が70未満の場合は療育手帳に該当と判定し、知的能力がIQ76以上の場合は非該当と判定します。</p> <p>当県では、適応力が低く、概ねIQ75までであれば、交付している。</p> <p>当県の基準では、IQ75までは知能検査上の測定誤差を考慮して判定している。経験的には、IQ80を超えると、詐病による「重度知的障害」等の悪質なケースも出てくる恐れもある。「知的障害児のためのサービス」としては、IQ70（±誤差）という基準を変えることは難しい。</p>
発達障害	15	19.7%	<p>知的障害がなくても発達障害と診断され、療育や日常生活上の支援が必要と認められたものは軽度として交付している。ただ、全国で統一した基準が法的に整備されれば、それに応じる。</p> <p>本児童相談所では、自閉スペクトラム症及びその傾向を有する児童について、一定の基準を満たした場合、IQ値にかかわらず、療育手帳の認定が可能とする内規を定めていることから、同内規に従い、交付の適否について判断する。</p> <p>本県では、自閉症スペクトラムの診断がある場合に限って、社会適応面や、行動面等の介護度を考慮して、概ねIQ=85（境界域）までの方に療育手帳を出せるものとしている。</p> <p>現在本市においては、自閉症特例として自閉症スペクトラムの診断があればIQ76～91の範囲内でも療育手帳の交付対象としているが、知的障害の認定という行政処分を医学的診断基準と合わせるということであれば、交付を認めないということになると思われる。</p>
総合的な判断の必要性	10	13.2%	<p>知的水準及び生活の困難さから総合的に判定しているものであり、一律に考えることは難しい。</p> <p>一律にFSIQによって療育手帳の交付対象から外す必要性はないが、適応行動水準については慎重な判断が必要とされる。適応行動水準からは統合失調症やうつ等の精神障害、自閉スペクトラム症等の発達障害、虐待や紛争地域から難民等の文化的剥奪によっても生じ得るため適応行動水準のみではなく知的機能自体の遅れや医学的判断も考慮が必要と考える。</p> <p>検査結果の数値（IQ）だけでなく、生活自立度や手帳の必要性など総合的に判断を行う必要がある。</p>
適応行動の未評価	8	10.5%	<p>当県では、適応行動水準について、標準化された検査を実施していない。IQについては、原則70までを交付対象としている。しかし、測定誤差を考慮して71～75の者については、所内協議の上（日常生活能力水準等を総合的に判断して）手帳を交付することがある。</p> <p>本県では適応行動水準を採用しておらず、IQだけで判断している。療育手帳に該当するIQの上限を「概ねIQ75以下」としているため、質問の例のようにIQ85であれば非該当となる。適応行動水準を療育手帳判定で使用したことがないため、イメージができない。</p> <p>現在、適応行動水準で判定を行っていないため、交付について回答は難しい。</p>
精神保健福祉手帳等、他の支援策	6	7.9%	<p>現在、おおむねIQ70以下を基準としているが、測定誤差（±5）を勘案し、IQ75を上限として判断している。</p> <p>IQが基準を超え、適応行動水準が低い場合は、精神保健福祉手帳についての検討を助言している。</p> <p>総合的な判定には、判定会議を実施し、療育手帳の交付を判断している。例にあるIQ=85になると、療育手帳の対象とは考えられないため、発達障害等であれば精神障害者保健福祉手帳の案内をしている。</p>
その他	16	21.1%	<p>療育手帳がないと必要な支援が受けられないことがある。</p> <p>児童～大人までの範囲で考えるのであれば、療育手帳の交付は認めないのがよいと考える。しかし、学校となると、特支学校の対象が療育手帳に該当する児童・生徒となり、発達障害で療育手帳に該当せず、社会性の低い子どもが入れない状況である。福祉と教育の間で苦慮することが多い。そこらへんの相互の連携をスムーズにして、支援が必要であるのに支援対象になっていないケースを減らしてほしい。</p> <p>現在、本市における判断基準と異なるため、変更すれば、すでに70以上で手帳取得されている方との整合性をどのように図るのが課題となるが、国の統一基準として定められるのであれば、それに従いたいと考えます。</p>

*「3」と回答した76機関が母数

表17 質問6 回答分布

	回答				合計
	1	2	その他	無回答	
度数	8	191	1	9	209
%	3.8%	91.4%	0.5%	4.3%	100%

回答「1」：適応行動水準の評価のみで、療育手帳の判定をしてもよい、回答「2」：知的および適応行動水準の両評価によって、療育手帳の判定を行うべきである。

表18 質問6 機関毎の回答分布

		回答				合計
		1	2	その他	無回答	
児相	度数	6	122	1	7	136
	%	4.4%	89.7%	0.7%	5.1%	100%
知更相	度数	2	53	0	2	57
	%	3.5%	93.0%	0.0%	3.5%	100%
児相・ 知更相	度数	0	16	0	0	16
	%	0.0%	100%	0.0%	0.0%	100%

回答「1」：適応行動水準の評価のみで、療育手帳の判定をしてもよい、回答「2」：知的および適応行動水準の両評価によって、療育手帳の判定を行うべきである。

表19 質問7 療育手帳の判定数（新規および再判定）

回答数	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
183	605.16	597.92	5155 - 12

交付される申請児者の一部は知的障害の診断基準を満たさないことが強く懸念される。このような状況下では、児童相談所および知的障害者更生相談所が示す療育手帳の判定結果の科学性は保証できないと考えざるを得ない。そのため、療育手帳制度の科学性および正当性を確立するためにも、国は早急に ICD-11 の知的障害の診断基準に準拠する形で、知的障害の重症度の基準を整備する必要がある。

IQ の下限に次ぐウェクスラー式知能検査を標準的検査とする懸念は、検査時間の長さであった。これと合致するように、本研究で提案した「療育手帳の判定業務で使用するための簡便なアセスメントツールの開発」（質問3）に対して、およそ4割の機関が肯定的な態度を示した。このことから、療育手帳の判定に使用できる簡便なアセスメントツールの開発は、児童相談所における

表20 質問7 IQ/適応行動>70の交付割合

判定数	IQ>70、適応行動<70	IQ<70、適応行動>70
	統計上このような項目での整理を行っていないため、件数については不明。	
70	1	ほぼ0
647	5	5
314	当県でのケース保管は紙簿冊のため、IQ値等の全データはPC上で把握できず、お示しできません。	
801	不明	不明
727	当県でのケース保管は紙簿冊のため、IQ値等の全データはPC上で把握できず、お示しできません。	
728	1.7	不明
95	2	8
344	統計をとっておりません	
659	IQが80～89で発達障害の診断を受けて療育手帳を所持した件数 平成30年度は59件	
931	2019年度（IQ76以上、発達障害の診断あり、生活上の支援が必要）件数 262件	
173	IQが80～89で発達障害の診断を受けて療育手帳を所持した件数 平成30年度は59件	
144	本県ではIQ値のデータを集計していないため、お示しできません。	
415	IQ75以上	不明（IQ75以下は適応行動水準を数値で評価せずに判断している場合もあるため）
1708	不明 そのようなことを統計として取っておらず、調べられない。	
1030	質問にあるような詳細なデータ管理は行っておりません。	
25	1	2
21	0	0
169	1.5	0.2
270	1	1割未満（約7%）
349	手帳該当児の割合 5%	
427	1	1
94	これで数値を出すのは難しい。	
516	手帳該当者 1.3%	
189	1	0
1400	0.8	0.8
562	2 (115件)	1割未満 (19件)
421	IQ70～75、SQ70未満で発行したものはあがるが少数。割合は不明。 どちらも統計処理していないため割合は不明だが、①よりは多いが1割には満たない。	

表21 質問8 回答分布

	回答					合計
	1	2	3	2と3	無回答	
度数	44	95	57	1	12	209
%	21.1%	45.5%	27.3%	0.5%	5.7%	100%

回答「1」：不利益は生じない、回答「2」：やや不利益が生じる、回答「3」：大きな不利益が生じる

表22 質問8 機関毎の回答分布

		回答					合計
		1	2	3	2と3	無回答	
児相	度数	30	55	42	0	9	136
	%	22.1%	40.4%	30.9%	0.0%	6.6%	100%
知更相	度数	11	30	13	0	3	57
	%	19.3%	52.6%	22.8%	0.0%	5.3%	100%
児相・ 知更相	度数	3	10	2	1	0	16
	%	18.8%	62.5%	12.5%	6.3%	0.0%	100%

回答「1」：不利益は生じない、回答「2」：やや不利益が生じる、回答「3」：大きな不利益が生じる

表23 質問9 回答分布

	回答							合計
	1	2	3	4	1と4	2と4	3と4	
度数	39	57	57	51	1	3	1	209
%	18.7%	27.3%	27.3%	24.4%	0.5%	1.4%	0.5%	100%

回答「1」：手帳判定に係る検査業務の負担が大きいため、判定に伴う検査業務は外部機関（医療機関等）が担えるよう基準を整備してほしい、回答「2」：手帳判定に係る検査業務は負担であるが、職員の育成等を考慮すると、検査業務は従来通りに児童相談所／知的障害者更生相談所が行うべきである、回答「3」：1と2の併用、回答「4」：その他

表24 質問9 機関毎の回答

		回答							合計
		1	2	3	4	1と4	2と4	3と4	
児相	度数	33	33	40	29	0	0	1	136
	%	24.3%	24.3%	29.4%	21.3%	0.0%	0.0%	0.7%	100%
知更相	度数	2	17	16	18	1	3	0	57
	%	3.5%	29.8%	28.1%	31.6%	1.8%	5.3%	0.0%	100%
児相・ 知更相	度数	4	7	1	4	0	0	0	16
	%	25.0%	43.8%	6.3%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%

回答「1」：手帳判定に係る検査業務の負担が大きいため、判定に伴う検査業務は外部機関（医療機関等）が担えるよう基準を整備してほしい、回答「2」：手帳判定に係る検査業務は負担であるが、職員の育成等を考慮すると、検査業務は従来通りに児童相談所／知的障害者更生相談所が行うべきである、回答「3」：1と2の併用、回答「4」：その他

表25 質問9 想定される外部委託機関

	医療 機関	教育機関		福祉機関	
		教育相談 センターなど	大学	療育 機関など	知的障害者 更生相談所
度数	30	5	1	8	2
割合*	75.0%	12.5%	2.5%	20.0%	5.0%

* 検査業務の外部委託をと回答した40機関が母数

療育手帳の判定業務の負担軽減を図る一案であると考えられる。一方、「その他」と回答した機関の多くから、簡便なアセスメントツールの開発に関する懸念や実現性についての意見が示されたことも事実である。これらの点を踏まえ、簡便なアセスメントツールの開発を行うことが望まれる。

2. Vineland-II 適応行動尺度を標準的アセスメントツールとすることについて

まず、療育手帳の判定において、8割の機関では、数値による適応行動の評価が行われていないことが示されたことを把握する必要がある（質問7の結果を参照）。この結果は先行研究（社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）と合致する。2022年から施行されるICD-11では、知的障害の診断には知的機能のみならず、適応行動の水準が母平均よりも2標準偏差以上低いこと、一部の重症度の判定（重度と最重度）は適応行動の水準によってなされること、適応行動の水準を評価するツールは「normed, individually administered standardized test」であることが明記されている（World Health Organization, 2020）。これらの基準を満たす（被検査児者が示す同一年齢群と比した適応行動水準とその標準偏差が算出できる）ツールは、現在の我が

国では Vineland-II 適応行動尺度のみである。そのため、ICD-11が施行される2022年以降においても療育手帳制度の科学性の保証を維持するためには、療育手帳の判定において Vineland-II 適応行動尺度を行う、もしくは療育手帳の判定に適した適応行動の簡便な「normed, individually administered standardized test」を開発することが求められる。

本研究では、Vineland-II 適応行動尺度を標準的検査とすることに対して、およそ2割の機関は否定的な態度を示したが、それを上回る3割の機関は Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに肯定的な態度を示した。一方で、Vineland-II 適応行動尺度を標準的アセスメントツールとすることに対して、検査時間の長さ、調査票等の費用の高さ、人材の育成などの懸念が示された（表7参照）。これらの懸念すべてを解消することは困難だが、療育手帳の判定に特化した適応行動の簡便な評価ツールを開発することができれば、検査時間、検査に伴う予算、人材の問題は解消でき得る。そのため、本研究では、簡便なアセスメントツールの開発を提案した。その結果、およそ4割の機関が簡便なアセスメントツールの開発に対して肯定的な態度を示し、さらに、「その他」と中性的な態度を示した機関が

表26 質問9 療育手帳の判定に係る業務の負担軽減の工夫

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
判定法などの整備	18	30.0%	<p>本県では、児童相談所での検査実施のほか、特別児童扶養手当認定診断書の写しを提出することにより、検査を省略することを可能としている。そのため、全件数を児童相談所にて検査を実施しているわけではない。</p> <p>知更相での2回目以降の更新では、面接・検査を行わず、書面による現況調査のみで更新する方法も取り入れています。</p> <p>他機関で実施した検査結果も使用している。</p> <p>原則、児相で検査を実施し判定するが、申請時に外部機関で検査を実施しており、状態像に大きな変化を認めない、実施後一定期間内（半年～1年以内）などの条件を満たすものは、判定に検査結果を活用できる、など。</p>
簡略化などの書類の工夫	7	11.7%	<p>判定書等の書式の簡略化</p> <p>当所では、負担軽減のため、心理判定記録票のフォーマットを統一し、記録がしやすいように工夫している。</p> <p>本人の状態像にしばって記録するなど、記録の簡便化をしています。</p> <p>手帳判定に係る記録の簡略化</p>
職員の増員／業務調整	12	20.0%	<p>職員間で判定業務の配分を調整</p> <p>児童心理司の他に、非常勤で心理判定員を雇上げし、月2～6日、心理検査を行ってもらっている。</p> <p>療育手帳判定のための専門職を配置し、虐待対応の職員とは業務を分けている。今後もそのような職員配置が継続されれば問題は生じないため、現在の職員配置を維持したい。</p> <p>児相分のケースワーク及び事務処理は、知更相で担当している。児相においては、心理判定と医学診断を担当している。これにより、児相の手帳に関する事務が軽減したことに加え、児相分の手帳交付事務の迅速化にもなっている。</p>
再判定の期間調整	9	15.0%	<p>18歳以上の判定では、再判定実施回数を減らし、状態像の変化があった場合に再判定を実施していくことで負担軽減を図っていく。</p> <p>20歳以上で、状態が安定している対象者の次回判定を「無期」とする。</p> <p>18歳以上の次期判定までの期間を10年とし、最終申請の年齢を40歳代としている。</p> <p>国の通知では、再判定が原則2年となっているが、本県では18歳以上の者で、障がい程度の変更が予想される者以外は、再判定の時期を設けていません（H24年度～）。それ以前に有期認定を受けている者については、変更が予想されない場合は書類（市町村からの現状調査）によって判定を行っています。</p>

*検査業務を児童相談所および知的障害者更生相談所が行うべきと回答した60機関が母数

表27 質問9 併用の具体的な取り組み

主な取り組み	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
外部機関での検査結果の利用	12	60.0%	<p>現在、新規の申請に限って、当市内療育センターの検査結果を用いている。</p> <p>検査の負担は職員のみでなく、ご本人にとっても大きいため、医療機関や発達支援センター等で直近で検査を取っている場合、その数値を活用している。面接は当センターにて行うようにしている。</p> <p>基本的には児相で判定を行うが、市立の療育センターの検査結果は判定に活用している。</p> <p>現在、公的な特定の機関のみに限定して、当市の判定基準に矛盾のない検査結果であれば使用可としている。ただし、知能検査のみであり、日常生活上の適応状況に関しては当市職員が面接などで対応している。</p> <p>今後、検査を実施する外部機関として考えられるものとしては、児童精神科のある医療機関または療育機関が挙げられる。</p>
診断書の活用	5	25.0%	<p>本県では児童相談所での検査、または外部機関の検査（特別児童扶養手当認定診断書の写しによる）を基に、嘱託医の診断を受け、療育手帳の程度判定を実施しています。</p> <p>児童精神科医等による診断書（児相指定の書式）にて、書類判定を行っている。</p> <p>ケースによっては、医療機関の診断書を使用した書類判定を行うことがある。</p>
大学への一部委託	2	10.0%	<p>当市では、平成20年度より近隣の大学（複数）に検査業務を委託。しかし、人員確保や毎年かわるスタッフの育成などが難しく、令和2年度で委託を終える。市内3ヶ所にある市立の療育センター及び市立まなびの支援センター（教育委員会）での検査結果は療育手帳判定に使用している。今後、直近で（6ヶ月～1年）公立の医療機関で検査を受けている場合に、その検査結果を療育手帳判定に使用できればと考える。</p>
福祉機関への一部委託	3	15.0%	<p>当所では、総合リハビリテーションセンターに検査を委託していますが、同じ建物内の同じ執務室で業務に従事していることから、常に更生相談所職員が検査の実施状況や対応状況を把握し、連携を図っています。</p> <p>本市では、中央療育センターが愛護手帳の判定機関となっているが、手帳判定に係る検査業務は児童相談所でも行っている。</p>

*現在、判定に係る検査業務を外部機関と児童相談所／知的障害者更生相談所の併用を実施している20機関が母数

表28 質問9 併用を行うための方策

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
外部機関で実施した検査の結果の利用	25	65.8%	<p>一定期間内（1年程度）に医療機関で実施した検査について、病状等による影響がないと判断される場合に、結果を採用し判定することが考えられる。</p> <p>既に医療機関で知能検査を実施している場合、その結果を採用することは考えられる。IQだけでなく、検査状況についても併せて提供してもらう必要がある。</p> <p>当県では、知能検査を受けることを目的に療育手帳を申請するケースが散見されるため、教育機関等、検査結果を必要とする機関が検査を実施できるような体制を整えることは必要と思われる。</p> <p>基本的には児相／知的障害者更生相談所が行うが、直近1年以内に医療機関で検査を受けており、なおかつ知的障害の診断がある方は判定を省略する方法が考えられる（現在行っていない）。ただし、他の障害手帳と同様に医療機関（主治医）が作成した診断書をもとに、都道府県等が審査する形（判定機関として児相を通さない）も検討が必要ではないか。この設問では検査業務の委託ということについてだが、検査のみの外部委託で判定機関は児相のままであれば、負担はあまり変わらないと感じる。</p>
検査業務の外部委託	10	26.3%	<p>新規判定は児相で行い、更新判定は委託機関にお願いしてもよいと思います。また、重度で変化がみられないケース等は、負担を軽減するため、次の更新までの期間をもっと長くしてもよいと思います。</p> <p>行っていないが、18歳以上の場合、新規判定は判定機関で検査を行う。再判定は外部機関（療育センター等の福祉関係機関）の検査の活用が可。その際、検査所見とローデータの提出を求める。以上が考えられる。</p> <p>統一的な基準を国が決め、それに基づき児相等の行政機関もしくは医療機関が判定を実施。医療機関が実施の場合は、認定事務は行政機関が行う。</p> <p>現在、行っていません。委託できるとすれば、県立の機関になるか。</p>
診断書の活用	8	21.1%	<p>継続的に受診されていて検査を受けている場合で、検査結果が病院から文書で提供されたケースはその結果をもとに判定できるとすれば、負担軽減につながると考えられる。</p> <p>新規判定は児相、再判定は民間等、対応を分ける。外部機関の判定については、医師の診断書を必須とする。</p>
再判定までの期間の調整	3	7.9%	<ul style="list-style-type: none"> ・大人に関しては、有期の延長や廃止。 ・児相業務の分割、職員の増員。 ・様式を見直し、記録を簡略化。

*現在、判定に係る検査業務を外部機関と児童相談所／知的障害者更生相談所の併用を実施していない38機関が母数

表29 質問9 「その他」と回答した機関のコメント

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
外部委託・検査の利用／その懸念	18	35.3%	<p>現行では医療機関で検査を受けて知的障害と診断を受けていても、医療機関の知能指数を利用して療育手帳の判定をすることが原則できないため、もう一度来談者に検査を受けてもらう必要がある。さらに、更生相談所は県に一つしかないため、遠方から来る来談者のことを考えると、近くの医療機関等で受けた検査によって判定ができれば、来談者の負担軽減にもつながると思われる。ただし、医療機関では金銭的な負担も生じるため、検査を受ける場所について来談者が選択することができれば、より良いと考える。</p> <p>本県の知的障がい者更生相談所の業務の中心が、療育手帳の判定に関することとなっており、確かに負担は大きい。ただ、検査業務のみを外部に委託したとして、総合的に判定を行うのは現行の判定機関が行うのであれば、個人情報に配慮した情報のやりとり等別の業務が増大し、「判定業務の負担軽減」という点においては、あまり効果が得られない可能性が考えられる。</p> <p>想定していない。検査業務の委託の可能性があれば検討したい。</p> <p>外部機関に委託する場合、判定結果の信頼性の担保が重要と思われる。</p>
法制化／基準の統一	13	25.5%	<p>判定基準や機関の検討を行うのであれば、全国一律の法定制度化が先に検討されるべきであると考えられる。</p> <p>・ 同手帳は、国の通知で「児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害と判定された者に対して交付する」となっている。統一基準を定め、法制化する必要がある。 ・ 同手帳は障害程度によって受けることができる福祉サービスが異なっており（税の減免、医療費の助成等）、障害者の生活に直結していることから、公正（公平）性の確保が重要である。</p> <p>療育手帳の基準自体が自治体によって異なるため、混乱が生じている現状がある。身体や精神のように法定化し、全国一律の基準を作ることが先決と考える。</p>
判定業務の重要性／人材育成	12	23.5%	<p>児童相談所では、発達相談の中で療育手帳を取り扱ったり、療育手帳の判定時に新しいニーズや虐待を取り扱うことがあります。そのため、相談業務の中では必要なツールとなっています。また、知的障害のための制度利用にもつながるため、公的機関どうしの連携も必要となります。療育手帳の判定は重要な業務です。</p> <p>障害相談は児相職員にとっても学びも多く、重要な機会でもあるし、公的機関として公平性も担保できる一方で、確かに昨今の児相の業務を考えると負担となっていることも事実であり、どちらが良いと一概に判断できない。</p> <p>昨今、児童相談所は虐待や非行の相談・支援に特化してあたるべしとされていますが、虐待や非行の背景に発達の問題が絡んでいることは珍しくなく、児童相談所の心理職として職務に当たるに際し、子どもの発達というものをしっかりとおさえておくことが必要と考えます。そうでなければ、心理職としての発達の部分についての見立ての力がしっかりと育たないと思いますし、保護者の相談にも適切なアドバイスができないと思います。そのためにも、発達相談や発達支援の現場での経験を一定以上積むことが必要と考えます。発達相談業務を併任しながら虐待相談などに当たることのできるだけの人材の確保をするということができればそれが最も良いと思われませんが、それができないのであれば、人材育成の観点での人事異動や出向などを考えていく、もしくは大学での教育の在り方（少なくとも、大学や大学院を出ても、即実践に使える人材もしくは多少の教育をすれば使える人材というものがほとんど育っていない）を調べていくことが求められるものと思われします。</p> <p>手帳判定業務は負担に感じる部分と、職員育成のために必要とを感じる部分の両方があるため、1と2の併用がうまくできれば良いと思うが、具体的な方法については、現在のところ案はない。</p>

* 「その他」と回答した51機関が母数

表29 質問9 「その他」と回答した機関のコメント（続き）

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
医師の診断書 （他の手帳と同 様の手続き）	8	15.7%	療育手帳の法制化に向けて、身体障害者手帳及び精神保健福祉手帳と同様に、診断書を記載できる医師を法令で定めた上で、判定機関が審査する方法にすることが望ましい。 精神障害者保健福祉手帳や身体障害者手帳と同じ手続きで判定・交付できる仕組みにするのがよいと思います。 国が身障、精神手帳と同様に療育手帳を知障法の中に明記し、基準の整理をまず実施すべきである。その上で、医療機関の診断書による審査方式等へ移行するのであれば、問いの課題は解決すると考える。外部機関の基準、実施者の資格を厳密に規定すべきである。
現在、 負担軽減の方策 を実施	7	13.7%	【現在】 ・保護者が希望した場合、一定の条件を満たせば、特児童扶養手当の診断書に記載されている検査結果を用いて判定している。 ・手帳判定増加に伴う業務軽減を図るために、再判定期間の見直しを行った。 【今後】 ・医療機関での検査結果をより広く活用するなら、医療機関で実施した証明として印のある書類で、封をした状態で提供してもらいたいことが望ましい。また、検査日からの有効期限を明確に定めておく必要がある。 ①現行では、基本はこども家庭センターでの判定を行う。入院中の児童など、医療機関の判定を流用するケースがごく一部ある。今後、流用できるケース（医療機関）を拡大する方向である。 ②更新の目安である「次の判定年月」の間隔を長くして、更新回数を減らす改善を行った。 ・手帳判定にあわせて福祉サービス利用等の支援の提示も行っており、検査業務は知的更生相談所が行うべきと考える。 ・判定業務負担軽減については、次回判定時期の見直しを行っている。 ①判定を受けた時の年齢が、18歳以上30歳未満の場合、A1、A2の判定を受けた者は原則として再判定は必要ないとし、B1、B2の判定を受けた者は原則として10年後とし、②30歳以上の場合は、原則として再判を必要なしとしている。 ここ数年、療育手帳の判定業務を主に担う会計年度職員の増員が認められ、児童心理司が療育手帳以外の虐待や非行ケースの心理診断、保護者支援などにもっと対応できるよう業務の分担、整理を図っているところである。
可能な 委託先なし	4	7.8%	現状、本県全体をみると現実的に委託できる外部機関がないため、児童相談所が行わざるを得ない。当児相の担当管内では、A市周辺には子どもの発達を診ることができる医療機関は充実しているが、A市を離れるにつれ数は減り、本県全体でみると子どもの発達を診ることができる医師が常駐している医療機関が殆どない地域も存在しており、現実的に委託先がない。負担軽減の具体策は、現在は特段考えていない。 検査を実施できる社会的資源がなく、療育手帳のほか、特別児童扶養手当、乳幼児期の発達相談等を一括して受け付けているほか、医療機関からのオーダーでも検査を実施しているのが当所の現状となっている。児童相談所以外で療育手帳の判断を行うことが可能となったとしても、それを担う地域や機関はなく、実効性は薄い。地域では心理関係職員以外にも発達支援関係職員の確保ができていない状態であり、基準の整備以上に検査者の確保について国がなんらかの対策を行う必要がある。
判定業務に特化 した機関の設置	4	7.8%	手帳判定に係る検査業務を専門に行う機関を設置する。 判定に特化した公的機関については検討の余地があると考ええる。（医療機関については、公平性や対応能力（キャパシティ）から適切でないと考ええる）
知的障害者 更生相談所	3	5.9%	手帳判定にあわせて福祉サービス利用等の支援の提示も行っており、検査業務は知的更生相談所が行うべきと考える。
負担を感じない	3	5.9%	療育手帳の判定が主の業務であるため、検査業務の負担は大きくない。

* 「その他」と回答した51機関が母数

表30 質問10 検査の外部委託に伴う懸念

主な内容	度数	割合*	コメント（一部抜粋）
検査の質	59	42.4%	検査に取り組む様子など、検査結果（数字）以外の所見の確保ができていないこと。
			検査が適正に行われたのかどうか、チェックをどのように行うのか。（例）療育手帳の判定で検査を実施する場合、被検査者が検査を拒否する場合もあり、検査態度の解釈が検査数値を不当に低くすることがある。
			検査場面でのやりとりや行動観察の部分を判定の材料にしづらい。外部機関によって、多少のやり方の差や検査報告書の違い、情報の取扱いの違いがあるかもしれない。
検査の質	59	42.4%	稀なケースではあるが、故意に回答を間違えていることが疑われるようなケースもあり、医療機関から書面で検査結果のみ提供を受けた場合、どのような状況下で検査が行われた結果なのかが分からず、総合的に判断することが難しくなることが予想される。
			外部機関のテストの経験の差により、IQ値に差が出ることもあると思います。その結果により出された判定を申請者が不服とした場合、責任をとるのは誰になるのでしょうか。申請者がそのテストにクレームをつけるなど問題が出た時、そのテストを守る仕組みも必要と思います。児相は出された資料を信用するほかなく、テストの経験や力量まで調査できません。検査を外部機関（医療機関）が担うとすれば、同病院の医師の診断書も併せて提出していただくのがよいと思います。
			判定の公平性が担保されるか。
公平性	40	28.8%	地域に必要な検査を受けられる病院がないところもある。
			委託先が複数となる場合など、判定の公平・公正に課題が生じる。
			地方では検査が実施できる機関が限られている。ごく限られた機関に、療育手帳の判定希望者が集中することでの予約待機の長期化などの弊害が懸念される。
申請者の負担	39	28.1%	医療機関で検査を行うとなると、検査料（委託料？）の負担が出る。
			保護者の費用負担が発生する。
			医療機関も予約待ちがあり、交付までに今より時間がかかる可能性がある。
申請者の負担	39	28.1%	委託できる外部機関が限られ、利用者にとって利便性が悪くなることが懸念される。

* 質問10に回答した139機関が母数

表30 質問10 検査の外部委託に伴う懸念(続き)

主な内容	度数	割合*	コメント (一部抜粋)
業務困難	33	23.7%	不服申し立て等が生じた場合、実際に検査を実施していないと反論の根拠が弱くなりうる。
			不服申し立て等が生じた場合、実際に検査を実施していないと反論の根拠が弱くなりうる。
			検査のみ委託し、適応行動水準の評定を児童相談所が行うのであれば、実際に保護者や児童への対応が必要となり、業務負担軽減には繋がらない。
			判定機能や交付権限を児童相談所に残されると、結局事務量は減らない。他機関の者が行った検査・調査に対する不服申立に十分対応できるのか疑問に感じる。
基準の統一化	13	9.4%	検査業務を外部機関が担う場合に懸念されることとしては、検査結果の入手・把握にタイムラグが生じること、運用基準の統一が全国で可能かどうか(委託できる外部機関の有無は自治体間で異なると思われる)、検査に基づく見立てを相談所内で持ちづらくなること、等があげられる。
			現在は、手帳判定の結果を決めるのは行政処分なので、判定場所がまちまちなると一貫性が保てるのか心配です。
			外部機関として認定する時の基準が必要となる。
			検査を統一する必要がある。
職員の育成等	11	7.9%	検査業務を外部機関が担うようになると、対象者からの手帳制度に対する意見を直接聞く機会が減り、行政機関として課題意識が鈍くなる可能性がある。
			職員の質の担保について。
			研修や人材育成が必要となる。
			児相の心理職が知能検査をとる件数が大幅に減ることが予想されるため、アセスメント技術の維持という点においては不安もある。
個人情報	10	7.2%	個人情報の管理が徹底されるか。
			個人情報の保護がどれだけ適切になされるか。
			心理士のいない、ないしは業務多忙等で児相の行った検査結果の提供依頼が更に多くなることが考えられるが、その際に電話口頭で照会が来て、その場で回答を求められることが懸念される。(個人情報保護法との関連で問題が生じる)

* 質問10に回答した139機関が母数

示した意見の一部には、適応行動を簡便に評価できるアセスメントツールの要望が見られた(表 11 参照)。これらを踏まえると、先に論じたように、知的機能および適応行動を簡便に評価でき、信頼性および妥当性を備えるアセスメントツールの開発は、現行の療育手帳制度の多くの問題(自治体ごとの判定基準の不一致、判定に伴う業務負担など)の解決の一策であると思われる。

3. IQ \geq 70 での療育手帳の交付について

IQ が 70 以上、適応行動水準が 70 未満である申請児者に対する療育手帳の交付(質問 4)について、半数弱の機関が「交付を承認する」と回答した。「その他」と回答した機関(36.4%)の一部でも、申請児者が発達障害を併存している場合には交付する可能性があることが示された(表 16 参照)。さらに、療育手帳の交付を認める IQ の下限に関しても、発達障害の併存がある場合であるが、ICD-11(ICD-10)や DSM-5 で示される知的障害の診断基準である「母平均よりも 2 標準偏差以上低い知的水準」を満たさない申請児者であっても、療育手帳の交付を認める機関があった。これらの結果と類似する知見は先行研究(社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019)でも報告されている。本研究や先行研究が示す知見を踏まえると、本研究で「知的障害に非該当」と回答した機関のコメント(表 15 参照)にもあるように、現行の療育手帳は知的障害の診断基準を満たさない児者にも交付されていると推測される。それゆえ、各都道府県および指定都市が交付する療育手帳の科学性や公平性は瓦解しつつあると示唆される。そのため、各都道府県および指定都市で運用されている現行の療育手帳制度の科学性

や公平性を保証するうえでは、先に示した国際的な診断基準に則し知的障害の重症度の基準を統一化するとともに、長年指摘されている知的障害の定義を法制化(櫻井, 2000)を急ぐ必要があるだろう。

4. 療育手帳の判定に係る業務負担の工夫について

平成 31 年の児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議において、児童相談所における療育手帳の判定業務の負担軽減の方針が示されている。このことを踏まえ、本研究では、間接的ではあるが、当該業務の負担軽減の工夫を尋ねた(質問 9)。療育手帳の判定業務の負担を認識しつつも、当該業務は児童相談所および知的障害者更生相談所が行うべきと考える(質問 9 に「2」と回答)機関の 3 割が外部機関で実施された検査結果の利用を含めた判定法の簡便化をすすめ、療育手帳の判定業務の負担軽減を図っていた。さらに、現在、判定に係る検査業務を児童相談所/知的障害者更生相談所と外部機関において併用していると回答した機関の 6 割は、外部機関で実施された検査結果を判定に利用していると回答した(表 27 参照)。これと合致するように、今後の併用を検討している半数以上の機関も、外部機関で実施された検査結果を判定に利用する方策を示唆している(表 28 参照)。これらの結果を踏まえると、先に示したアセスメントツールや障害区分などの療育手帳の判定基準の統一化や知的障害の定義の法制化には一定の時間的猶予が必要であることから、迅速に児童相談所における療育手帳の判定に伴う業務負担の軽減を図るためには、外部機関で実施された検査結果を判定業務に利用することがまずは現実的な方策である

と考えられる。その一方で、児童相談所／知的障害者更生相談所の多くから、外部機関で行われた検査結果の利用や療育手帳の判定に伴う検査業務の外部機関の委託に関する懸念が示され、中でも「検査の信頼性」に係る意見が多かった（表 30 参照）。そのため、過年より問題視されている各自治体における療育手帳の判定基準の不一致（櫻井，2000 など）を加速させないためにも、国は外部機関で実施された検査結果の利用や判定に伴う検査業務の委託に関する統一基準（アセスメントツールの種類、実施者の技術水準、報告書様式、検査結果の利用可能期間（例えば、2 年前までの検査結果まで利用可能）など）を示す必要がある。

E. 結論

本研究の結果を踏まえると、各都道府県及び指定都市が運用している療育手帳制度の科学性を保証し、判定基準の統一化を図るためには、国際的な疾病の診断基準である ICD-11 に基づき、知的障害の重症度（障害区分）を整備すると共に、知的障害の定義の法制化を行う必要がある。

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

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders Fifth Edition.

Brue, A. W., & Wilmshurst, L. (2016). *Essentials of Intellectual Disability Assessment and Identification*. New Jersey: Wiley.

伊藤 大幸 (2021). 療育手帳判定におけるアセスメント手法に関する心理測定学的検証. 辻井正次. 令和 2 年度厚生労働科学研究費補助金「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」報告書.

伊藤 大幸・松本 かおり (2013). 医療・福祉機関におけるアセスメントツールの利用実態に関する調査. 辻井 正次 (監修)・明翫 光宜・松本 かおり・染木 史緒・伊藤 大幸 (編). 発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン. (pp.2-16) 金子書房

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/>

厚生労働省 (2019). 第 22 回社会保障審議会統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会 議事録. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07697.html

厚生労働省 (2020). 令和元年 児童相談所での児童虐待相談対応件数. <https://www.mhlw.go.jp/content/000696156.pdf>

PwC コンサルティング合同会社 (2020). 令和元年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳の判定基準及び判定業務のあり方に関する調査研究.

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.

櫻井 芳郎 (2000). 知的障害の定義および障害認定の基準に関する研究 (療育手帳制度を含む).

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). Vineland-3 Manual. Minnesota: Pearson.

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

【資料】

令和2年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業

「療育手帳に係る統一的な判断基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」

療育手帳の判定業務と基準に関する実態調査

この調査は、各地域における療育手帳の判定業務の実態や、今後の判定業務に関するご意見、自治体におけるサービス内容について把握し、療育手帳の判定業務や全国的に統一的な判定基準を検討する際の参考にさせていただくことを目的に実施するものです。

これまで、療育手帳の判定は、主に知能検査から算出されたIQ（知能指数）に基づいて行われてきました。しかし、世界的な診断基準の一つである「精神疾患の診断・統計マニュアル 第5版（DSM-5）」においては、知的水準の評価に加え、標準化された尺度による日常生活や地域社会における適応機能の評価が必要であると示されています。同様に、今後、国内で発効予定の「国際疾病分類 第11版（ICD-11）」でも、知的障害の診断は基本的に標準化された尺度／検査によるIQおよび適応行動の評価が必要とされる見通しです。こうした状況を踏まえ、各自治体における療育手帳の判定業務や判定基準に関して、ご意見をお聞かせください。

調査の結果は統計的に処理し、機関／施設の個別名称は公表（報告書への掲載）いたしません。ご多用のことと存じますが、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

・はじめに、貴機関の所在地、機関種別、部署をお答えください。

機関種別 (数字に○)	1. 児童相談所 2. 知的障害者更生相談所
施設名 (記入)	

【資料】

【質問1】 各自治体で実施されている現行の療育手帳の判定に係る検査を考慮すると、IQ の評価は、国内で標準化されている知能検査であるウェクスラー式知能検査(WISC-IV および WAIS-IV) を標準にすることが適当と考えられます。

療育手帳の判定に係る知的水準の評価として、ウェクスラー式知能検査(WISC-IV および WAIS-IV) を標準とすることについての可否について、お答えください。 (一つに○)

1. 他の検査(対象年齢におけるビネー式知能検査-田中ビネー知能検査Vなど、(幼児に限定した)新版K式発達検査等)の実施が認められるならば、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに問題はない。

2. どのような場合であっても、ウェクスラー式知能検査を標準とすることは問題である。
⇒理由をお書きください。

3. その他(ご意見をお書きください)

【質問2】 国内において、現状では、適応行動水準を評価する標準化検査は「Vineland-II 適応行動尺度」しかありません。このことから、療育手帳の判定に係る検査では、適応行動水準を評価する検査として Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることが妥当と考えられます。

療育手帳の判定に係る適応行動水準の評価として、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることについての可否についてお答えください。 (一つに○)

1. 他の検査(S-M 社会能力検査(対象:乳幼児~中学3年生)など、対象年齢の明確化、得点の標準化がなされ、かつ客観的な数値が算出される検査)の採用が認められるならば、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに問題はない。

2. どのような場合であっても、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることは問題である。
⇒理由をお書きください。

3. その他(ご意見をお書きください)

【資料】

【質問3】 【質問1】【質問2】に示した「標準的な検査」とは別に、療育手帳の判定業務の負担軽減を図るために、今後、知能および適応行動水準をより簡便に評定する手法の開発が必要と考えられます。自治体を実施する療育手帳の判定業務において、簡便かつ無償で実施可能な検査を新たに開発することに関して、ご意見をお聞かせください。（一つに○）

1. より簡便に実施でき、信頼性・妥当性が保証されている検査を国が独自に開発し、それを療育手帳の判定に利用すべきである。
2. 現行の判定業務のように、市販されている検査（ウェクスラー式知能検査など）を利用すべきである。 ⇒理由をお書きください。
3. その他（ご意見をお書きください）

【質問4】 世界的な診断基準（ICD-11、DSM-5）では、対象児者の知能および適応行動水準（標準得点）が70（母平均よりも2標準偏差以上低い得点）以上である場合、知的障害の診断はなされません。そのため、我が国においても、療育手帳の申請児者の知能および適応行動水準が70以上である場合、療育手帳の交付対象にはならないとも考えられます。申請児者の知的水準（IQ）が70以上（例えば、IQ=85）、適応行動水準が70未満である場合、どのように判定を行うべきと考えますか？（一つに○）

1. 療育手帳の交付を認める ⇒ 【質問5】に進んでください。
2. 療育手帳の交付を認めない。
⇒理由をお書きください。 ※回答後、【質問6】に進んでください。
3. その他（ご意見をお書きください） ※回答後、【質問6】に進んでください。

【質問5】 【質問4】で、1.と回答した方にお聞きします。
どの程度までのIQであるならば、申請児者に療育手帳を交付するべきと考えますか？

IQ =

【資料】

【質問6】 DSM-5では、知的障害の重症度の診断にはIQは必須ではないとされています。この基準に則り、療育手帳の判定において、申請児者のIQには制限を設けず、適応行動水準のみで判定してもよいと考えますか？（一つに○）

1. 適応行動水準の評価のみで、療育手帳の判定をしてもよい。
2. 知的および適応行動水準の両評価によって、療育手帳の判定を行うべきである。

【質問7】 療育手帳の判定業務において、昨年度（2019年度）の貴機関での①判定総数（新規および再判定）をお答えください。また現在、②「IQが70以上（同年齢の他児者と同様の水準）であるが、適応行動水準が70未満（母平均よりも2標準偏差以上低い得点）」、③「IQは70未満であるが、適応行動水準が70以上」を示す申請児者はおおむねどの程度いますか？
※現在、適応行動水準に関する数値的な評価を行っていない場合には、「3」に○をつけてください。

1. 2019年度の新規・再判定の総数 ⇒ 約 _____ 件（要記入）
2. ① IQが70以上、適応行動水準が70未満である申請者の割合 ⇒ _____ 割
② IQが70未満、適応行動水準が70以上である申請者の割合 ⇒ _____ 割
3. 現在の判定業務において、明確な数値により申請児者の適応行動水準を評価していないため、判断できない。

【次ページにお進みください】

【資料】

【質問8】 ICD-11では知的障害の重症度は、軽度（IQおよび適応行動水準が母平均よりも2-3標準偏差下回る）、中度（母平均よりも3-4標準偏差下回る）、重度（母平均よりも4標準偏差以上下回る）、最重度（母平均よりも4標準偏差以上下回る・検査できないものも含まれる）に分類されています。このことから、療育手帳においても、知的障害の重症度は4段階（軽度（IQ・適応行動水準 = 55-69）、中度（IQ・適応行動水準 = 40-54）、重度（IQ・適応行動水準 = 40未満）、最重度（IQ=40未満、「重度」よりも低い適応行動水準））にすべきと考えられます。重症度の分類を、現行から上記の4段階とした場合、貴自治体で療育手帳を取得している利用者には、不利益が生じますか？（一つに○）

1. 不利益は生じない。

2. やや不利益が生じる。

⇒生じ得る不利益を具体的にお書きください。

3. 大きな不利益が生じる。

⇒生じ得る不利益を具体的にお書きください。

【次ページにお進みください】

【資料】

【質問9】 療育手帳の判定を行う機関（児童相談所等）における手帳判定に係る検査業務の負担の大きさが指摘されています。それを受けて、平成31年度「児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議」においても、外部機関に検査を委託するなどの療育手帳の判定業務の負担軽減の必要性が示唆されました。

貴機関における療育手帳の判定に係る検査業務の負担、および今後の検査業務のあり方に関して、ご意見をお聞かせください。（一つに○）

1. 手帳判定に係る検査業務の負担が大きいため、判定に伴う検査業務は外部機関（医療機関等）が担えるよう基準を整備してほしい。

⇒ どのような外部機関で検査を実施することが想定されますか？（もしくは現在行っていますか？） 具体的にお書きください。

2. 手帳判定に係る検査業務は負担であるが、職員の育成等を考慮すると、検査業務は従来通りに児童相談所／知的障害者更生相談所が行うべきである。

⇒ 療育手帳の判定業務の負担軽減に関して、どのような工夫を検討していますか？（もしくは現在行っていますか？） 具体的にお書きください。

3. 1.と2.の併用

⇒ どのような方法が考えられますか？（もしくは現在行っていますか？） 具体的にお書き下さい。

4. その他（ご意見をお書きください）

- 判定に伴う検査業務を外部機関（医療機関等）が担えるようになった場合に懸念されることがありましたら、お書きください。

【質問は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。】

令和2年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

児童相談所および知的障害者更生相談所における
療育手帳の判定基準の統一化に向けての課題の整理

分担研究者 小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部

研究要旨

本研究は療育手帳の判定業務および障害等級の基準の統一化に向けた基礎資料を作成する際の課題の整理を目的として、全国の児童相談所/知的障害者更生相談所（37カ所）の心理診断または心理判定に係る調査票の分析を行った。判定時に必要な情報は19項目が抽出され、過半数の機関が使用している5項目の情報があること、児童相談所/知的障害者更生相談所のそれぞれにおいて、課せられている本来の業務により、判定時の必要情報に相違があることがわかった。以上の調査分析から、必要情報の整理を行うため「療育手帳制度の実施について」の判定の基準を国際的な疾病の診断基準であるICD-11に基づき整備することが望ましい。二つには、統一化に向けて、判定機関として位置付けられている児童相談所と知的障害者更生相談所が合同で、現在の療育手帳の業務のあり方を全国規模で再検討することが必要である。

A. 研究目的

主研究「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」においては、療育手帳に係る統一的な判定基準と児童相談所等における適切な判定業務について検討し、知的障害児・者の福祉の向上に資する基礎資料の作成を行うことを目的としており、この研究では、全国の児童相談所及び知的障害者更生相談所から提供された実際の心理診断及び心理判定に係る調査票から、両機関で行われている判定業務の実態を明確にし、統一化がなかなか進まない現状とその課題などを整理する。その上で、今後、統一的な判定基準を検討する際の考慮すべき課題について明確化する

B. 研究方法

全国の児童相談所（23カ所）および知的障害者更生相談所（86カ所）に、心理診断または心理判定に係る調査票（以下、調査票）の提供を文書にて依頼した。その結果、児童相談所21カ所、知的障害者更生相談所16カ所から、調査票の提供があった。そのため、37カ所における調査票（欠損データ＜依頼目的と相違したデータも含む＞2件）を分析対象とした。

C. 研究結果

1 判定時調査票から必要情報の項目の抽出

児童相談所及び知的障害者更生相談所から、療育手帳判定時の調査票の提出を依頼

したところ、児童相談所 21 カ所、知的障害者更生相談所 16 カ所の提供資料が収集できた。(欠損データ(依頼目的と相違したデータも含む) 2件)

これらの収集できた調査票とその事項はさまざまであり、各機関において、判定の際、必須情報としている項目、必要情報とする際の項目の重みづけ、必要とする情報量などに相違があることが明確となった。

提供があった調査票について、療育手帳判定時の必要情報(調査票から読み取れる事項を整理し、表1のように、0から18の項目)を抽出した。(資料1・2)

	抽出項目 (表1)
0	障害者認定評価
1	日常生活能力
2	適応行動
3	心身の健康状態
4	生育歴情報
5	知能検査
6	発達検査
7	社会生活能力検査
8	社会生活能力
9	当日の行動観察
10	医学的診断
11	性格傾向
12	家庭及び養育環境
13	職業能力
14	趣味・興味・余暇
15	重心チェックリスト
16	運動能力
17	学習能力
18	知的能力

2 療育手帳判定時の必要情報(児童相談所・知的障害者更生相談所別)

療育手帳判定時の必要情報の項目を、児童相談所と知的障害者更生相談所別に表2の通り提示し、どのような項目を両機関が必要情報とするのかを分かりやすくするた

めにグラフ化(グラフ1)した。

(表2▲)

療育手帳判定時の必要情報			
【児童相談所・知的障害者更生相談所別】			
	抽出項目	児相	知更相
0	障害者認定評価	0	2
1	日常生活能力	16	12
2	適応行動	16	11
3	心身の健康状態	18	11
4	生活歴情報	8	3
5	知能検査	15	12
6	発達検査	8	6
7	社会生活能力検査	6	6
8	社会生活能力	15	11
9	当日の行動観察	5	3
10	医学的診断	9	2
11	性格傾向	3	2
12	家庭及び養育環境	4	1
13	職業能力	2	8
14	趣味・興味・余暇	1	1
15	重心チェックリスト	0	1
16	運動能力	3	0
17	学習能力	1	0
18	知的能力	0	1
		21機関	16機関

1) 児童相談所・知的障害者更生相談所で共通に使用される5つの項目「心身の健康状態」「日常生活能力」「適応行動」「知能検査」「社会生活能力」について

児童相談所において、療育手帳判定時に必要情報として利用するのは、「心身の健康状態」18カ所(85.7%)、「日常生活能力」16カ所(76.2%)、「適応行動」16カ所(76.2%)、「知能検査」15カ所(71.4%)、「社会生活能力」15カ所(71.4%)であり、この5項目が過半数の機関で使用されていた。

知的障害者更生相談所において、療育手

帳判定時に必要情報として利用するのは、「日常生活能力」12カ所(75%)、「知能検査」12カ所(75%)、「適応行動」11カ所(68.8%)、「心身の健康状態」11カ所(68.8%)、「社会生活能力」11カ所(68.8%)の5項目が、過半数の機関で使用されていた。これら5項目は児童相談所・知的障害者更生相談所とも共通して利用される情報であることがわかる。

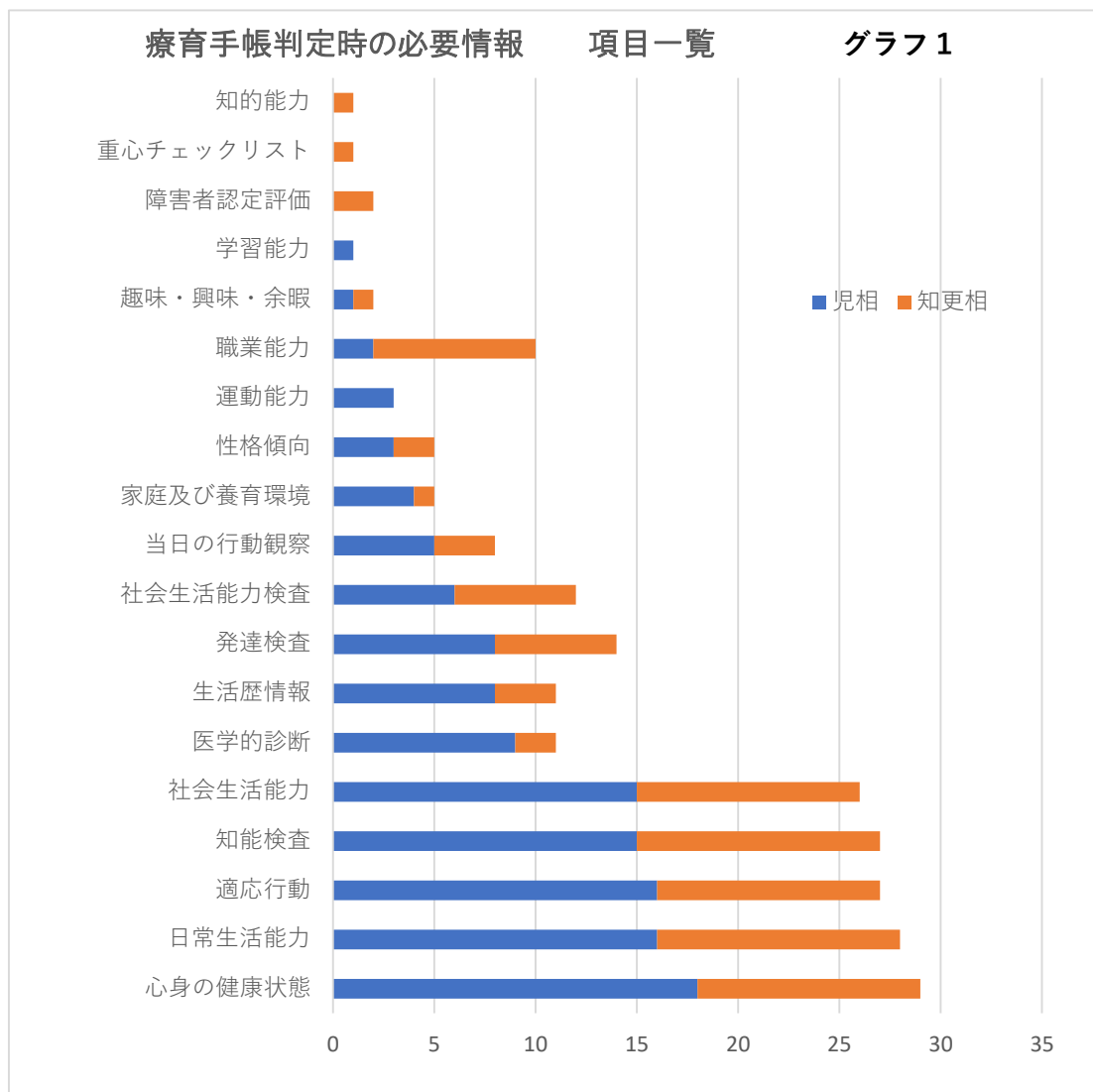
2) 児童相談所・知的障害者更生相談所特有の必要情報項目について

児童相談所においては、18歳未満の対象者であることから、「生育歴情報」8カ所

(38.1%)、「発達検査」8カ所(38.1%)を次に多く使用している。

一方、知的障害者更生相談所においては、18歳以上の対象であることから、「職業能力」8カ所(50%)で多く利用しており、各機関の対象者のライフステージを考えると、それぞれにおいて必要な情報となっていることがわかる。

また児童相談所における必要情報として、「当日の行動観察」5カ所(23.8%)、「家庭及び養育環境」4カ所(19.4%)が必要情報とされており、児童福祉の最前線の機関として、療育手帳の判定時において、家庭環境や子どもと養育者との関係性などの確認



を同時におこなっていることが推察される。

以上の結果から、各機関における療育手帳の判定業務の現状についてまとめてみると A～C の通りである。

A 調査票から、両機関において療育手帳判定時に必要情報についての項目は 19 項目が抽出され、統一されていない。

B しかし、過半数の機関が、①～③を必要情報としていた。

- ① 知的機能・発達状況の測定
 - ② 日常生活の状況の聴取
 - ③ 医療・健康面のチェック
- (以下、①～③についての詳細説明)

① 知的機能・発達状況の測定

知能検査については、ビネー式が多く用いられ、その他、ウェクスラー式が用いられている。発達検査においては、遠城寺式、津守式、K 式などが多く用いられていることがわかるが、知能検査や発達検査の使用状況や種類については、本研究の別の分担研究により詳細に報告されるので、そちらに譲りたい。

この調査票から、知能検査が難しい対象者に対しては、おそらく発達検査を代用する、もしくは厚労省での研究事業などで開発されたチェックリストを使用していることがわかる。また、数値化される検査を行い、知能指数 (IQ) や発達指数 (DQ) を算出して判定時の必要情報としてしていることがわかる。

② 日常生活の状況の聴取 (一部社会生活能力検査の実施)

各機関とも、以下の表 3 のように、日常生活の状況の聴取として、「日常生活能力」「適応行動」「職業能力」「運動能力」などさ

まざまな基準と名称を用いている。また、日常生活の状況の聴取の一環として、社会生活能力検査として、新版 S-M 社会生活能力検査が使用されている。

いずれにしても、日常生活の状況の聴取が、知的障害に関しての判定とその程度について、どのように影響しているのかは不詳である。

表 3 ▼

日常生活・社会生活機能・行動面			
	抽出項目	児相	知更相
1	日常生活能力	16	12
2	適応行動	16	11
7	社会生活能力検査	6	6
13	職業能力	2	8
9	当日の行動観察	5	3
16	運動能力	3	0
17	学習能力	1	0
18	知的能力	0	1
		49	41

③ 医療・健康面のチェック

日常生活場面での健康状態の聴取から、診断として機関での医学的診断の実施までを含めて、表 4 の通り、医療・健康面のチェックとした。

表 4 ▼

医療・健康面			
	抽出項目	児相	知更相
3	心身の健康状態	18	11
10	医学的診断	9	2
		27	13

「療育手帳制度について」(昭和 48 年 9 月 27 日厚生省発児第 156 号) 及び「療育手帳制度の実施について」(昭和 48 年 9 月 27 日児発第 725 号) には、知的障害についての判定や障害の程度について医師による診

断の必要性については表記されていないが、児童相談所においては「児童相談所運営指針」(2021)(厚生省児童家庭局長 子発0331 第11号令和3年3月31日)によると「療育手帳の判定は、原則として医師、児童心理司等のチームにより行い、障害の有無、程度等について援助方針会議等で検討する。・・・」とされている。知的障害者更生相談所においては、児童相談所のような具体的な運営指針は存在しないが、知的障害者福祉法の知的障害者更生相談所の業務として「18歳以上の知的障害者の医学的、心理学的及び職能的判定を行うこと」とされており、手帳判定時に医師による診断を含めての総合診断による判定が行われることが通常であることがわかる。

医療・健康面のチェックは両機関合わせて、11カ所(30%)となっており、全ての機関で行われていない可能性が高いのだが、心理診断または心理判定に係る調査票の提供を文書にて依頼したため、医学的判定に関する書式は別様式があるのかもしれない、今回の研究調査から、医学的診断の必要情報については厳密な判断はできず、この調査票から分析できることは、療育手帳の判定時の心身の健康状態について29カ所(78.4%)で、必要な情報としていることである。

C 両相談機関の対象年齢と課せられた業務との相違により、必要情報とする項目が異なっている。

- ① 対象年齢による必要情報の相違
 - ② 課せられた相談業務による必要情報の相違
- (以下①、②についての詳細説明)

- ① 対象年齢による必要情報の相違
児童相談所は利用対象者が18歳未満で

あることから、「生育歴情報」、「発達検査」を必要情報としていることが多いと考えられる。

一方、知的障害者更生相談所は、利用対象者が18歳以上であることから、「職業能力」「障害者認定評価」を必要情報としていることが多いと考えられる。

②各機関に課せられた相談業務による必要情報の相違

児童相談所においては、「当日の行動観察」「家庭及び養育環境」を必要情報としていることが多い。

D. 考察

1 療育手帳判定時の必要情報の整理について

「知的障害の認定基準に関する調査研究」(社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019)において、既に、「知能検査の判定に使用されるツールは、ビネー系知能検査がほとんどの機関で使用されている。・・・(中略)・・・適応行動尺度については、S-M社会生活能力検査であること。・知能指数のみならずその他の要件(身体障害等も)考慮している。」と整理した上で、「知的障害の障害程度区分の統一化が必要であること。その際知的障害の定義も行う必要がある。特に、IQ値の上限と検査方法及び社会生活能力の判断基準(簡素化したもの)の統一化が必要となっている。」と結論づけている。その理由として、「居住地の移動によって、各都道府県の取り扱いが異なっていることで大きな混乱が生じていること。特に、区分の統一化と発達障害者のIQの上限値の異なりが二つの大きな混乱要因となっている」としている。

「療育手帳の判定基準及び判定業務のあり方に関する調査研究」(PwC コンサルテ

イング合同会社、2020)においても、上記調査研究と概ね同様の見解がだされており、「多くの児童相談所では、これが統一されると、負担を多くなることが懸念された。知能検査や適応行動等のアセスメントツールについて、簡便な検査方法も含めて負担の少ない統一方法について検討していく必要がある。」として今後議論すべき論点として提案されている。

いずれにしても、現在、また今後における療育手帳取得者に不利益が生じず、かつ判定を行う機関における業務上の負担が現在以上に生じないことを条件にすれば、療育手帳の等級の統一化とそれに基づく手続きは全国共通になることが望ましいとするのは大多数の意見であると思われる。

本研究において、実際に使用されている調査票等から、児童相談所・知的障害者更生相談所とも、相談受理時に使用する「フェイスシート」としての児童記録票、療育手帳判定書、障害現況調査記録、相談判定記録票など、さまざまな名称及び内容が表記されていることがわかった。

また、療育手帳判定時に必要とされる情報は、19項目となった。その中で、①知的機能・発達状況、②日常生活の状況、③心身の健康状態を含む医学的根拠が過半数の機関で必要情報をされていることがわかり、この3つの項目を重要情報としていくことが妥当であろうと考える。また療育手帳の等級の統一化の際、調査票の書式についても同様に検討していく必要があるのは当然のことと言えよう。

このことから、療育手帳制度要綱である「療育手帳制度について」(昭和48年9月27日厚生省発児第156号)にかかる制度の実効ある運用について記された「療育手帳制度の実施について」(昭和48年9月27日

児発第725号)の第3 障害の程度の判定などについて、現状に見合った具体的な表記の見直し(具体的には国際的な疾病の診断基準であるICD-11に基づいて整備するなど)がまずは統一化にむけた第一歩になるのではないかと考える。

2 児童相談所と知的障害者更生相談所における療育手帳判定業務のあり方の再考について

児童相談所は、児童福祉法で位置付けられ、具体的な業務は児童相談所運営指針において定められている。その運営方針によると、療育手帳制度については「知的障害児(者)に対し一貫した相談・指導を行うとともに、各種の援助措置を受けやすくすることにより、知的障害児(者)の福祉の増進を図ることを目的としている」とされている。また療育手帳の判定については、「原則として医師、児童心理司等のチームにより行い、障害の有無、程度等について援助方針会議等で検討する。場合によっては、その後の援助についても検討する。」とされている。

知的障害者更生相談所は知的障害者福祉法第12条において、各都道府県に必置機関とされている。業務としては、知的障害者福祉法において、「イ)各市町村の区域を超えた広域的な見地から、実情の把握に努めること。ロ)知的障害者の関する相談及び指導のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものを行うこと。ハ)18歳以上の知的障害者の医学的、心理学的及び職能的判定を行うこと。」とされ、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)においては、主に障害福祉サービスに関する支給等の要否決定の際の意見を提出する機関として位置

付けられている。

本研究においては、「当日の行動観察」と「家庭及び養育環境」とを20%前後の児童相談所が療育手帳の必要情報としてあげており、これらの情報は療育手帳の判定に必要な情報というよりは、養護相談や育成相談など広く児童の福祉的視点を考慮した情報の収集と考えられる。

このような情報収集の背景には、児童養護施設入所児童等調査の概要（平成30年2月1日現在）において、虐待経験のある児童養護施設への入所児童は65.6%（里親34.8% 児童自立支援施設78.1%）で、その内心身の状況について該当する児童36.7%（里親24.9% 児童自立支援施設61.8%）、その内訳として知的障害が明らか児童13.6%（里親8.6% 児童自立支援施設12.4%）であることがあげられる。その他、児童相談所において、緒方（2007）も被虐待児と知的特性の関連について調査検証を試みている。

これらのことから、児童相談所においては、療育手帳の判定という障害相談の業務において、同時に不適切養育の早期発見や虐待予防の視点を持って相談を行っている機関が少なからずあることが推察できる。

しかし、そもそも、この主たる研究課題は、社会保障審議会児童部会「新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会」によって、子ども家庭相談支援体制の強化の視点から、療育手帳判定業務は、児童相談所以外の機関でも担うことができるような制度を整備する必要があるとする提言が発端の一つでもあったことを再確認しておきたい。

一方、知的障害者更生相談所においては、平成17年度の支援費制度の導入、障害者総合支援法の成立などにより、障害福祉サー

ビスの業務の多くが市町村の業務となった経緯がある。療育手帳の判定業務と相談やアセスメントの基づく支援の業務は、市町村と知的障害者更生相談所で分断される形となっているが現状であろう。障害福祉の制度やサービスの在り方が大きく変化して18年が過ぎようとしているが、知的障害者更生相談所の業務についての見直しやそれに基づく調査研究は見受けられない。

本研究においては、知的障害者更生相談所の対象者が18歳以上であることから、職業能力を必要情報とする機関が50%であった。就労支援を行うための情報としては重要であろうと考えるが、療育手帳判定の情報とすると必須情報なのか、再考する必要があるように思われる。

以上のことから、両機関とも本来課せられている業務と時代の趨勢により変化した業務との両方見据えながら、統一化に向けて整理していく必要がある。具体的には、児童相談所においては、児童虐待などの養護相談と障害相談とを統合して扱っていくのか、分離するのか、知的障害者更生相談所においては、障害福祉に関する相談やサービスの多くが市町村業務として位置付けられた状況で、療育手帳制度を含めた障害福祉に関しての業務のあり方を検討することなどが考えられる。

E. 結論

本研究の結果から、療育手帳の判定基準の統一化について、大多数が重要であるとする見解ではあるのだが、調査票の分析から検討できることとして、判定基準だけでなく、それに基づく必要な情報についても様々であることが分かってきた。そのため、一つには、「療育手帳制度の実施について」の判定の基準を国際的な疾病の診断基準で

ある ICD-11 に基づき整備することが望ましい。二つには、統一化に向けて、判定機関として位置付けられている児童相談所と知的障害者更生相談所が合同で、現在の療育手帳の業務のあり方を全国規模で再検討することが必要である。

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

「療育手帳制度について」(昭和 48 年 9 月 27 日厚生省発児第 156 号 各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生事務次官通知)

「療育手帳制度の実施について」(昭和 48 年 9 月 27 日児発第 725 号 各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生省児童家庭局長通知)

児童相談所運営指針について (2021) 厚生省児童家庭局長子発 0331 第 11 号令和 3 年 3 月 31 日

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.

PwC コンサルティング合同会社 (2020). 令和元年度障害者総合福祉推進事業療育手帳の判定基準及び判定業務のあり方に関する調査研究

児童養護施設入所児童等調査の概要 (平成 30 年 2 月 1 日現在) 厚生労働省子ど

も家庭局 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部 令和 2 年 1 月

J. 参考文献

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition.*

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

「重度障害児支援加算費について」(障発 0820 第 3 号 平成 24 年 8 月 20 日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

「重度知的障害者収容棟の設備及び運営について」(児発第 422 号 昭和 43 年 7 月 3 日 厚生省児童家庭局長通知)

緒方康介 (2007) 児童相談所に継続した被虐待児の知的特性 犯罪心理学研究 第 45 巻第 1 号

資料1 療育手帳判定時の調査票から読み取れる必要情報の項目（児童相談所）

機関名	療育手帳判定時の必要情報 (調査票から読み取れる事項)	事項の整理	抽出項目
A	身辺処理（危険察知） 意思交換 集団参加遊び 運動面 問題行動 医療面 福祉サービス	身辺処理 1 問題行動 2 医療面 3	1 日常生活能力 2 適応行動 3 心身の健康状態
B	生育歴 検査結果（田中ビネー式 遠城寺式乳幼児発達検査 SM 社会生活能力検査） 日常生活能力（食事 洗面 排泄 着脱 入浴 危 険 睡眠） 要注意度：問題行動 合併障害	生育歴 4 知能検査 5 発達検査 6 社会生活能力検査 7 日常生活能力 1 「 問題行動 2	4 生育歴情報 5 知能検査 6 発達検査 7 社会生活能力検査
C	生活習慣（食事・排泄・睡眠・着脱） 社会性 言語 行動 運動状態 健康状態 面接時の様子 保健師からの聴取 医学的診断書	生活習慣 1 社会性 8 知的能力 1 健康状態 3 行動観察 9 保健面での情報 3 医学的診断 10	8 社会生活能力 9 当日の行動観察 3 心身の健康状態 10 医学的診断
D	児童の生育史（出生時 健診 など） 日常・社会生活能力（学習状況・行動面・友人関係・ 家庭での様子など） 病院	生育史 4 日常・社会生活能力 1、8 病院歴 3	4 生育歴情報 1 日常生活能力 8 社会生活能力 3 心身の健康状態
E	知能検査（田中ビネーV 田中ビネー全訂版 WISC III WISCIV WAISIII 発達検査・社会生活能力検査（遠城寺 SM） 性格傾向 集団参加・交遊関係 行動特徴習癖等 疾病等 面接時の印象	知能検査 5 発達検査 6 社会生活能力検査 7 性格傾向 11 健康状態 3 面接時行動観察 9	5 知能検査 6 発達検査 7 社会生活能力検査 11 性格傾向 3 心身の健康状態 9 当日の行動観察
F	知的機能の水準（標準化された知能検査） 適応行動の水準（学校、保育所、医師等の諸資料）	知的機能 5 学校等の適応状況についての	5 知能検査 2 適応行動

	介護度の必要性	資料 2 介護度の必要性 2	(3 心身の健康状態)
G	知的能力 (田中ビネーV 新版 K 式 2001 津守式 他) 補助検査 日常生活能力の評価 行動面・保健面の評価 就学等状況 サービス等利用状況・手当	知的能力検査 5 日常生活能力 1 行動面・保健面 3	5 知能検査 1 日常生活能力 3 心身の健康状態 2 適応行動
H	知能検査実施? 社会生活能力 介護度 発達障害の診断書	知能検査 5 社会生活能力 8 介護度 2 発達障害の診断書 10	5 知能検査 8 社会生活能力 2 適応行動 10 医学的診断
I	医学的判定 知能検査結果 身体状況 日常生活動作 言語 社会性 日常生活 学習 問題行動 家族及び養育環境	医学的判定 10 知能検査結果 5 身体状況 3 日常生活動作 1 言語・社会性など 8 問題行動 2 家族及び養育環境 12	10 医学的診断 5 知能検査 3 心身の健康状態 1 日常生活能力 8 社会生活能力 2 適応行動 12 家庭及び養育環境
J	知能検査・発達検査 (田中ビネー WPPSI WISCIII WAISIII 新版 K 式 遠城寺 津守式 SM 式?) 日常生活能力 (自立機能・運動機能 意思交換 探 索操作 社会的行動 読み書き計算 作業・職業技能) 介護度 (保健 行動) ※ 発達障害程度に介護度を加味する?	知能検査 5 発達検査 6 日常生活能力 (自立機能・運動 など) 1 日常生活能力 (意思交換・社会 的行動 など) 7 介護度 (保健) 3 介護度 (行動) 2	5 知能検査 6 発達検査 1 日常生活能力 8 社会生活能力 3 心身の健康状態 2 適応行動
K	身体状況 (身体障害 てんかん など) 日常生活能力程度 社会生活適応能力 性格行動 知能検査 (田中ビネー知能検査V) 発達検査 (KIDS 遠城寺) 社会生活能力検査 (SM) 行動観察	身体状況 3 日常生活能力程度 1 社会生活適応能力 性格行動 11 知能検査 5 発達検査 6 社会生活能力検査 7 行動観察	3 心身の健康状態 1 日常生活能力 8 社会生活適応能力 11 性格行動 5 知能検査 6 発達検査 7 社会生活能力検査 9 当日の行動観察
L	知的機能水準 (知能検査: 改訂版鈴木ビネー 発 達検査: 新版 K 式 2001)	知能検査 (鈴木ビネー) 5 発達検査 (K 式 遠城寺) 6	5 知能検査 6 発達検査

	遠城寺) 適応行動水準(医療受診 困っていること 身辺自立 学習状況 買い物など金銭管理 移動 ルール) 生育歴 受診歴 医学的所見	適応行動水準(身辺自立など) 1 適応行動水準(買い物・ルール・金銭管理) 8 適応行動水準(困っていること) 2 生育歴 4 医学的所見 10	1 日常生活能力 8 社会生活能力 2 適応行動 4 生育歴情報 10 医学的所見
M	運動 身辺処理 対人関係 ことば 社会生活 遊び その他 保健面・行動面の判断 日常生活能力水準 ※ 乳幼児用 児童用	運動 16 身辺処理 対人関係 ことば (一部) 1 社会生活 対人関係 遊び (一部) 日常生活能力水準 8 保健面・行動面の判断 3、2	16 運動能力 1 日常生活能力 8 社会生活能力 3 心身の健康状態 2 適応行動
N	現状(健康状態等) その他 (現在の生活状況 成育歴 医療情報 身辺自立 自傷行為及び暴力行為 危険認知度 睡眠 健康面 対人関係 気にかかる事柄) 心理判定 (検査時の様子 検査結果等 介護度)	現在の生活状況・身辺自立 睡眠 1 成育歴 4 医療情報 健康面 3 自傷行為及び暴力行為 危険認知度 気にかかる事柄 2 対人関係 8	1 日常生活能力 4 生育歴情報 3 心身の健康状態 2 適応行動 8 社会生活能力
O	日常生活技術 コミュニケーション能力 社会生活技術 学習能力 作業能力 職業能力 ※ 日常生活能力評価票のみの提出であるため不明 R 児童相談所の資料とまとめる。 知能障害(テスト方式 IQ DQ 検査時の様子) 日常生活の介助度(衣服 洗面 食事 排泄 入浴 睡眠 危険物) 日常生活の介助指導必要度 合併障害(身体面 精神面) 要注意度 家庭の状況 家庭環境	知的障害 5 日常生活の介助度 1 日常生活の介助指導必要度 要注意度 2 合併障害(身体面 精神面) 3 合併障害(精神面) 10 家庭の状況 12 生育・生活歴及び現況 4	5 知能検査 1 日常生活能力 2 適応行動 3 心身の健康状態 10 医学的診断 12 家庭及び養育環境 4 生育歴情報

	生育・生活歴及び現況		
P	(該当データでないため情報抽出できず)		
Q	<p>成育歴(妊娠中の状況 出産時の状況 発育状況など)</p> <p>身体発達 健康状態 疾病・障害等の状況</p> <p>日常生活動作(食事 更衣 洗面入浴 排泄 清潔)</p> <p>運動能力</p> <p>学習能力</p> <p>コミュニケーション能力 集団参加 遊び・好きな活動 社会生活能力</p> <p>危険回避 問題行動</p> <p>養育環境</p> <p>医学的判定</p> <p>心理学的判定 (検査結果 検査時の様子 IQ)</p>	<p>成育歴 4</p> <p>身体発達等 3</p> <p>日常生活動作 1</p> <p>運動能力 16</p> <p>学習能力 17</p> <p>コミュニケーション能力等 8</p> <p>危険回避 問題行動 2</p> <p>養育環境 12</p> <p>医学判定 10</p> <p>心理学的判定 5</p>	<p>4 生育歴情報</p> <p>3 心身の健康状態</p> <p>1 日常生活能力</p> <p>16 運動能力</p> <p>17 学習能力</p> <p>8 社会生活能力</p> <p>2 適応行動</p> <p>12 家庭及び養育環境</p> <p>10 医学的診断</p> <p>5 知能検査</p>
R	<p>心理検査結果(田中ビネー知能検査V SM 社会生活能力検査第3版 遠城寺式)</p> <p>その他の検査)</p> <p>介助度(医療管理 身辺処理 危険認知 言語 対人関係 不適応行動等)</p> <p>医学診断</p>	<p>心理検査結果(田中ビネー知能検査V) 5</p> <p>心理検査結果(SM) 7</p> <p>心理検査結果(遠城寺) 6</p> <p>介助度(医療管理) 3</p> <p>介助度(身辺処理) 1</p> <p>介助度(危険認知 不適応行動等) 2</p> <p>介助度(言語 対人関係) 8</p> <p>医学診断 10</p>	<p>5 知能検査</p> <p>7 社会生活能力検査</p> <p>6 発達検査</p> <p>3 心身の健康状態</p> <p>1 日常生活能力</p> <p>2 適応行動</p> <p>8 社会生活能力</p> <p>10 医学的診断</p>
S	<p>病名</p> <p>知能指数</p> <p>日常生活面(基本的生活習慣 意志伝達 社会性 作業能力 知的能力)</p> <p>身体面保健面(一般的健康 視力 聴力 上肢 下肢 てんかん発作)</p> <p>行動面(夜尿 失禁 異食 不眠 乱暴 奇声 破衣 多動 寡動 自閉 自傷)</p> <p>徘徊・浮浪 収集癖 盗み 性的問題など)</p> <p>※ 児童相談所 知更相両方の調査票であること</p>	<p>病名 10</p> <p>知能指数 日常生活面(知的能力) 5</p> <p>日常生活面(基本的生活習慣 意思伝達) 1</p> <p>日常生活面(社会性) 8</p> <p>日常生活面(作業能力) 13</p> <p>身体面保健面 3</p> <p>行動面 2</p>	<p>10 医学的診断</p> <p>5 知能検査</p> <p>1 日常生活能力</p> <p>8 社会生活能力</p> <p>13 職業能力</p> <p>3 心身の健康状態</p> <p>2 適応行動</p>
T	行動観察	行動観察 9	9 当日の行動観察

	<p>検査結果（田中ビネーV SM 社会生活能力検査 KID 乳幼児発達スケール）</p> <p>日常の様子（食事 排泄 睡眠 着脱衣 運動・移動 意思交換 社会行動 探索操作 作業 読書算 余暇活動 危険回避 問題行動）</p> <p>家庭の状況</p> <p>健康面</p>	<p>検査結果（田中ビネー） 5</p> <p>検査結果（SM） 7</p> <p>検査結果（KIDS） 6</p> <p>日常の様子（食事 排泄 睡眠 着脱衣） 1</p> <p>日常の様子（運動・移動） 16</p> <p>日常の様子（意思交換 社会行動 探索操作 作業 読書算） 8</p> <p>日常の様子（余暇活動） 14</p> <p>日常の様子（危険回避 問題行動） 2</p> <p>家庭の状況 12</p> <p>健康面 3</p>	<p>5 知能検査</p> <p>7 社会生活能力検査</p> <p>6 発達検査</p> <p>1 日常生活能力</p> <p>16 運動能力</p> <p>8 社会生活能力</p> <p>14 趣味・興味・余暇</p> <p>2 適応行動</p> <p>12 家庭及び養育環境</p> <p>3 心身の健康状態</p>
U	<p>生育歴（妊娠中 出産時 新生児期 乳幼児期）相談歴 教育歴</p> <p>身辺処理（排泄 入浴・洗面 食事 着脱衣 睡眠 移動・運動）</p> <p>コミュニケーション（発語 理解 会話 身振り手振り 視線 指示）</p> <p>社会性（人との関わり ルール 挨拶 集団活動 見通し 交通機関 交通ルール）</p> <p>情緒行動面（心理的安定 自傷・他傷 常同行動 興味・関心）</p> <p>医療（障害名 服薬 発作 手帳 弱視・難聴・身体障害）</p>	<p>生育歴 4</p> <p>身辺処理 1</p> <p>コミュニケーション（一部）</p> <p>社会性 8</p> <p>情緒行動面 2 3</p> <p>医療 3 10</p>	<p>4 生育歴情報</p> <p>1 日常生活能力</p> <p>8 社会生活能力</p> <p>2 適応行動</p> <p>3 心身の健康状態（2）</p> <p>10 医学的診断</p>
V	<p>※ 精神薄弱の程度別判定指標（日常生活能力水準）のみの提出にて項目の抽出は困難</p>		
W	<p>簡単な生活史</p> <p>言語・意思交換</p> <p>身辺処理（食事 排泄 排便 着衣 脱衣 洗顔入浴）</p> <p>知能検査</p> <p>発達検査・社会生活能力検査</p> <p>作業検査（職業適性検査）</p> <p>性格傾向</p>	<p>簡単な生活史 4</p> <p>言語・意思交換 1, 7</p> <p>集団参加交遊関係 1、8</p> <p>身辺処理 1</p> <p>知能検査 5</p> <p>発達検査 6</p> <p>社会生活能力検査 7</p> <p>作業検査 13</p>	<p>4 生育歴情報</p> <p>1 日常生活能力（3）</p> <p>8 社会生活能力</p> <p>5 知能検査</p> <p>6 発達検査</p> <p>7 社会生活能力検査（2）</p>

	集団参加交遊関係 行動特徴習癖等 疾病等 面接時の印象	性格傾向 11 行動特徴習癖等 2 身体状況 3 面接時の印象 9	13 職業能力 11 性格傾向 2 適応行動 3 心身の健康状態 9 当日の行動観察
--	--------------------------------------	--	--

2 1 機関（欠損資料 2 機関）

資料2 療育手帳判定時の調査票から読み取れる必要情報の項目（知的障害者更生相談所）

機関名	療育手帳判定時の必要情報 (調査票から読み取れる事項)	事項の整理	抽出項目
A	知能検査（田中ビネーV） 社会生活能力（特に指標なし） 職能的判定（GATBⅡ 手腕動作 手指動作 タッピングなど）	知能検査 5 社会生活能力 8 職能的判定 13	5 知能検査 8 社会生活能力 13 職業能力
B	知的機能の水準（標準化された個別的知能検査（主としてビネー式 知能検査が困難なものは発達検査等を実施） 必要に応じて医学診断 適応行動の水準（障害者認定評価表） ※ 障害者認定評価表とは、H11 年度厚労科研 障害保健福祉総合研究事業「知的障害児者の障害認定の基準と入所判定に関する総合研究」の知的障害の程度別判定指標 ※ 再判定の時期を明記	知能検査 5 （発達検査 6） 適応行動の水準（障害者認定評価表利用） 0	5 知能検査 （6 発達検査） 0 障害者認定評価認定評価表利用） 0
C	日常生活能力表（食事 着替え清潔 買い物金銭 通院服薬 言語 外出 SOS 社会性手続き 危険認識 用便（生理）読み書き 教計算 移動乗り物 時間予定作業職業 要援護行動等） 備考（IQの記載があり） ※ 知能検査が備考に記載されており、程度判定にどのくらい影響しているかは不明	日常生活能力（食事 着替えなど） 1 日常生活能力表（外出 社会性など） 8 日常生活能力表（要援護行等） 2 備考（知能検査記録） 5	1 日常生活能力 8 社会生活能力 2 適応行動 （5 知能検査）
D	家庭環境や家族関係 生活歴 知能検査実施（田中ビネー） 言語・コミュニケーション能力 日常生活能力 生活行動傾向・日常生活の様子 健康状態・治療状況	家庭環境や家族関係 12 生活歴 4 知能検査実施 5 言語・コミュニケーション能力 7 日常生活能力 1 健康状態・治療状況 3	12 家庭及び養育環境 4 生育歴情報 5 知能検査 7 社会生活能力検査 1 日常生活能力 3 心身の健康状態
E	社会生活能力（身辺自立 移動 意思交換 生活文化 家事・職業） 行動面の保護（問題行動 精神症状 習癖） 保健面の看護（てんかん その他精神疾患 身体障害者手帳の有無）	社会生活能力（身辺自立など） 1 社会生活能力（意思交換 生活文化 家事・職業） 8 行動面の保護（問題行動 習癖） 2 行動面の保護（精神症状 保健面の看護（てんかん その他の精神疾患など） 3	1 日常生活能力 8 社会生活能力 2 適応行動 3 心身の健康状態
F	同様の方法		
G	食事 排泄 着脱衣 入浴 整容 移動 コミュニケーション 生活・文化 健康 日常生活の様子 作業活動 趣味・興味・余暇 嗜好（酒・たばこ他） 配慮を要する行動	食事・排泄・着脱衣・入浴・整容・移動 +日常生活の様子 1 コミュニケーション 生活・文化 8 健康 3 趣味・興味・余暇 14 配慮する行動 2、3	1 日常生活能力 8 社会生活能力 3 心身の健康状態（2） 2 適応行動
H	簡単な生活史 言語・意思交換 身辺処理（食事 排泄 排便 着衣 脱衣 洗顔入浴） 知能検査 発達検査・社会生活能力検査 作業検査（職業適性検査） 性格傾向 集団参加交遊関係 行動特徴習癖等 身体状況	簡単な生活史 4 言語・意思交換 集団参加交遊関係 1、8 身辺処理 1 知能検査 5 発達検査 6 社会生活能力検査 7 作業検査 13 性格傾向 11 行動特徴習癖等 2	4 生育歴情報 1 日常生活能力（2） 8 社会生活能力 5 知能検査 6 発達検査 7 社会生活能力検査 13 職業能力 11 性格傾向 2 適応行動 3 心身の健康状態

	面接時の印象	身体状況 3 面接時の印象 9	9 当日の行動観察
I	<p>身辺自立 移動 意思交換 生活文化 職業 行動上の問題 (摂食上の問題 排泄上の問題 睡眠の 状態 自閉・緘黙・無為 拒否 自傷 破衣脱衣 破壊 多動暴力 弄火 性的問題 盗み虚言 放浪無断外出 危険の余地) ※ 社会適応能力指標 (別表Ⅱ) があるが、判定時の 情報と一致しない。</p>	<p>身辺自立 一部の移動 一部の意思交換 1 一部の移動 一部の意 思交換 生活文化 職 業 8 行動上の問題 2、3</p>	<p>1 日常生活能力 8 社会生活能力 2 適応行動 3 心身の健康状態</p>
J	<p>検査時の様子 検査結果 (全訂版田中ビネー 鈴木ビネー 新版 K 式 その他 遠城寺式) 社会適応能力 (SM 社会生活能力表 (重心チェックリス ト 社会適応能力指標) 嘱託医診断</p>	<p>検査時の様子 9 検査結果 5、6 社会能力 (SM) 7 社会適応能力 (重心チ ェックリスト) 15 社会適応能力 (社会適 応能力指標) 0 嘱託医診断 10</p>	<p>9 当日の行動観察 5 知能検査 6 発達検査 7 社会生活能力検査 15 重心チェックリスト 0 障害者認定評価 10 医学的診断</p>
K	<p>知能・発達検査の結果 (新 K 式 2001 田中ビネー改訂・ V WAISⅢ IV 遠城寺 その他) 介護度 社会生活能力プロフィール (身辺自立 移動 意思交 換 生活文化 家事・職業) 支援が必要な事柄 (生活習慣に関する事 生活行動 に関する事 知覚・感覚に関する事 対人的なこ と 疾病や看護などに関する事) 健康状態 その他 (喫煙 飲酒 趣味)</p>	<p>知能・発達検査の結果 (新 K 式 2001 ビネー) 5 知能・発達検査の結果 (遠城寺等) 6 社会生活能力 (身辺自立 移動 意思交換) 1 社会生活能力 (生活文 化) 8 社会生活能力 (家事・職 業) 13 支援が必要な事柄 2 健康状態 3 その他 14</p>	<p>5 知能検査 6 発達検査 1 日常生活能力 8 社会生活能力 13 職業能力 2 適応行動 3 心身の健康状態 14 趣味・興味・余暇</p>
L	<p>病名 知能指数 日常生活面 (基本的生活習慣 意志伝達 社会性 作 業能力 知的能力) 身体面保健面 (一般的健康 視力 聴力 上肢 下肢 てんかん発作) 行動面 (夜尿 失禁 異食 不眠 乱暴 奇声 破衣 多動 寡動 自閉 自傷 徘徊・浮浪 収集癖 盗み 性的問題など) 児童相談所 知更相両方の調査票であること</p>	<p>病名 10 知能指数 日常生活面 (知的能力) 5 日常生活面 (基本的生活 習慣 意思伝達) 1 日常生活面 (社会性) 8 日常生活面 (作業能力) 13 身体面保健面 3 行動面 2</p>	<p>10 医学的診断 5 知能検査 1 日常生活能力 8 社会生活能力 13 職業能力 3 心身の健康状態 2 適応行動</p>
M	<p>知能検査・発達検査 (田中ビネー V WPPSI WISCⅢ WAIS - R 新版 K 式 遠城寺式 津守式) SM 社会生活能力検査 発達障害程度 日常生活 (食事 排泄 着脱 入浴) 言語 読み書き 計算 対人関係 興味関心 余暇 活動 金銭管理 作業家事 交通機関 介護度 保健 行動 (多動 自傷 暴力 徘徊等) 身体の障害の状況</p>	<p>知能検査・発達検査 (ビ ネー ウェックスラー) 5 知能検査・発達検査 (遠 城寺・津守式) 6 SM 社会生活能力検査 7 日常生活 言語・読み書 き 1 対人関係 金銭管理 交通機関 8 作業家事 13 介護度 保健 身体の 障害の状況 3 介護度 行動 2</p>	<p>5 知能検査 6 発達検査 7 社会生活能力検査 1 日常生活能力 8 社会生活能力 13 職業能力 3 心身の健康状態 2 適応行動</p>
N	<p>検査状況 IQ 知的能力 職業能力 社会性 意思疎通 身体的健康 日常行動 基本的生活</p>	<p>検査状況 IQ 5 知的能力 18 職業能力 13 社会性 意志疎通 8 身体的健康 3 日常行動 2 基本的生活 1</p>	<p>5 知能検査 18 知的能力 13 職業能力 8 社会生活能力 3 心身の健康状態 2 適応行動 1 日常生活能力</p>

0	発達障害の程度の指標 発達障害の程度区分 知能指数 発達障害の状態（自立機能 意志の交換 読み・書き・計算 社会的行動 職業技能） 生活の困難度の指標 日常生活の介助 行動面の保護 保健面の看護	発達障害の程度区分 IQ 5 自立機能 1 意志の交換 読み書き 計算 社会的行動 7 職業技能 13 日常生活の介助 行動 面の保護 2 保健面の看護 3	5 知能検査 1 日常生活能力 7 社会生活能力検査 13 職業能力 2 適応行動 3 心身の健康状態
P	簡単な生活史 言語・意思交換 身辺処理（食事 排泄 排便 着衣 脱衣 洗顔入浴） 知能検査 発達検査・社会生活能力検査 作業検査（職業適性検査） 性格傾向 集団参加交遊関係 行動特徴習癖等 疾病等 面接時の印象	簡単な生活史 4 言語・意思交換 1, 7 集団参加交遊関係 1, 8 身辺処理 1 知能検査 5 発達検査 6 社会生活能力検査 7 作業検査 13 性格傾向 11 行動特徴習癖等 2 身体状況 3 面接時の印象 9	4 生育歴情報 1 日常生活能力 (3) 8 社会生活能力 5 知能検査 6 発達検査 7 社会生活能力検査 (2) 13 職業能力 11 性格傾向 2 適応行動 3 心身の健康状態 9 当日の行動観察

16か所

令和2年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

国の通知等から見る療育手帳の制度面での活用状況

分担研究者 日詰 正文 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

研究要旨

運用を開始して50年近くを経た療育手帳が、現在ほどのように活用されているのか、厚生労働省ホームページ、中央法規出版の「障害者総合支援六法令和2年度」から“療育手帳”をキーワードとして通知等を抽出し、活用の用途ごとに整理した。療育手帳は、当初沿い呈していた、交付を受けた者が知的障害者であることを証明するために使う利便性の用途の他、行政機関が適切に経済的支援や災害時支援、健康支援などに活用する事例があること、今後のデジタル社会に向けた環境整備も進められているなど、制度運用の歴史と共に活用が変化していることが把握できた。

A. 研究目的

療育手帳は、知的障害者が①一貫した指導・相談、②援助・措置を受けやすくするための制度として既に50年近く運用されてきた。本研究では、この②について、現在の療育手帳が制度上どのように活用されているのか厚生労働省のホームページから確認できる資料をもとに確認した。

B. 研究方法

厚生労働省ホームページ、中央法規出版の「障害者総合支援六法令和2年度」から“療育手帳”をキーワードとして通知等を抽出し、活用の用途ごとに整理した。

C. 研究結果

■申請時の対象者要件の確認

(1) 障害福祉サービス、障害児支援の対象者となる知的障害者かどうかは、市町村が行う認定調査や市町村保健センターや児童相談所、保健所等の意見書の活用などの方

法で判断しており、療育手帳の所持は必ずしも求められていない。例えば、

- ・ 訓練等給付費の支給や地域相談支援、障害児入所施設での支援の対象者かどうかは、療育手帳に記載されている障害の状況又は疾病名のみに着目するのではなく、障害があるが故に日常生活を営むのに支障を来している状況等を含めて勘案して判断する。（*1、*2）
- ・ 重度障害者等包括支援や障害児通所支援での支援の対象児童かどうかは、療育手帳の交付を受けている必要はない。（*1、*3）
としている。

(2) 障害者雇用促進法の平成25年度改正時に障害者の範囲、令和元年度改正時に障害者雇用率の算定対象者となる障害者の確認方法の明確化を行っている。知的障害者の場合は、

- ・ 知的障害者判定機関（児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉セン

ター、精神保健指定医又は地域障害者職業センター)が交付した判定書(知能指数、障害の程度及び身辺処理能力に関する意見を記入)

- ・ その他これに準ずる書類(療育手帳)のいずれかの方法で確認することとなっている。(※4)

としている。

(3)各種、経済的な支援を受ける際の利便性が進められている。例えば、

- ・ 生活福祉資金(※5)、障害者住宅整備費等の貸付(※6)、自動車税・軽自動車税又は自動車取得税の減免(※7)等の申請
- ・ 鉄道旅客運賃(※8)、航空旅客運賃(※9)、有料道路通行料金(※10)の割引を受ける対象者(知的障害者の障害の程度、同行者の取扱)等(NHK受診料など)について、療育手帳の確認を行うことを関係省庁や企業、団体向けに周知している。

(4)デジタル社会の推進に併せて、療育手帳の提示をせずマイナンバーの利用によって各種支援が受けやすくなる環境整備も進められている。(※11)

■等級判定の参考

(5)障害者年金の支給対象における障害の程度の認定に地域差による不公平感が生じないよう、平成28年に等級判定ガイドラインが策定されている。知的障害者の場合の考慮すべき要素に、療育手帳の判定区分を参考にすることが記載され、

- ・ 療育手帳の判定区分が中度以上(知能指数がおおむね50以下)の場合は、1級または2級の可能性を検討する。そ

れより(療育手帳の判定が)軽度の判定区分になる場合は、不適応行動等により日常生活に著しい制限が認められる場合は、2級の可能性を検討する。(※12)

としている。

(6)特別児童扶養手当の支給対象の認定についても障害年金と同様に等級に着目し、

- ・ 療育手帳の交付を受けている時の取り扱いについては、障害の程度が「A」と記載されているものは1級に該当するものとして認定して差し支えない。(※13)

としている。

■緊急対応が必要な者の把握

(7)災害時の避難支援を必要とする要援護者について、日頃から自治体の関係局が把握を行う必要があることから、個人情報取り扱いに留意しつつ、情報共有が模索されており、障害支援(程度)区分の認定調査や療育手帳所持者を要援護者の範囲としている場合があることを周知している。

(※14)

(8)英国の研究において(重度の)知的障害が新型コロナウイルス感染症の死亡及び入院リスクを上昇させる報告があることを受け、ワクチンの接種順位の上位(基礎疾患を有する範囲)に知的障害(療育手帳を所持している場合)を位置づけている。

(※15)

D. 考察

療育手帳は、交付を受けた者が知的障害者であることを証明するために使う利便性の用途の他、行政機関が適切に経済的支援

や災害時支援、健康支援などに活用する事例があること、今後のデジタル社会に向けた環境整備も進められているなど、制度運用の歴史と共に活用が変化していることが把握できた。

E. 結論

療育手帳の制度的な活用場面を、「申請時の対象者要件の確認」、「等級判定の参考」、「緊急対応が必要な者の把握」に分けて整理、考察を行った。

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表 該当なし

H. 引用資料

- * 1 「介護給付費等の支給決定等について」(平成 19 年 3 月 23 日発、最新の改正は平成 31 年 3 月 4 日、都道府県知事、指定都市・中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)
- * 2 「障害児入所給付費等の入所給付決定について」(平成 24 年 3 月 30 日発、最新の改正は平成 27 年 3 月 31 日／都道府県知事、指定都市市長・児童相談所設置市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)
- * 3 「障害児通所給付費の通所給付決定等について」(平成 24 年 3 月 30 日発、最新の改正は平成 30 年 3 月 29 日、都道府県知事、指定都市・中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部通知)
- * 4 「障害者である職員の任免に関する状況の通報にかかる手引き」(令和元年 9 月職業安定局通達)
- * 5 「障害者の地域生活への移行を促進するための経済的支援施策について」(平成 22 年 3 月 31 日発、都道府県・指定都市障害保健主管部(局)長あて厚生労働省社会・援護局課長連名通知)
- * 6 「障害者住宅整備費貸付制度について」(昭和 53 年 5 月 20 日発、都道府県知事、指定都市市長あて厚生省社会局長・児童家庭局長通達)
- * 7 「障害者に対する自動車税、軽自動車税又は自動車取得税の減免について」(平成 9 年 3 月 27 日発、都道府県知事、指定都市・中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)
- * 8 「身体障害者及び知的障害者に対する旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引について」(平成 31 年 2 月 15 日発、都道府県知事、指定都市・中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)
- * 9 「障害者に対する航空旅客運賃の割引について」の一部改正について(令和 2 年 8 月 3 日発、都道府県知事、指定都市・中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)
- * 10 「障害者に対する有料道路通行料金の割引措置について」(平成 15 年 11 月 6 日発、都道府県知事、指定都市・中核市市長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)
- * 11 「療育手帳関係情報に係る独自利用

条例の制定について」(令和2年2月21日発、都道府県・指定都市障害保健主管部(局)長あて厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)

* 1 2 「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドラインの実施等について」(平成28年7月15日発、日本年金機構事業企画部門担当理事・事業推進部門(総括担当)理事あて年金局事業管理課長通知)

* 1 3 「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行例別表第三における障害の認定について」(昭和57年8月24日発、最新の改正は令話元年5月7日、厚生省児童家庭局長通知)

* 1 4 「要援護者に係る情報の把握／共有及び安否確認等の円滑な実施について」(平成19年8月10日発、都道府県・指定都市・中核市の民生主管部(局)長あて厚生労働省雇用均等・児童家庭局、社会・援護局、老健局の課長連名通知)

* 1 5 「新型コロナウイルスワクチンの接種順位の上位に位置づける基礎疾患を有する者の範囲について」(令和3年3月19日発、都道府県衛生主管部(局)あて厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡)

研究成果の刊行に関する一覧表

・書籍 該当なし

・雑誌 該当なし

令和3年 4月 23日

厚生労働大臣殿

機関名 国立のぞみの園

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 深代 敬久

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 総務企画局研究部・部長
(氏名・フリガナ) 日詰 正文

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立のぞみの園 (令和3年4月22日)	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項) _____

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月30日

厚生労働大臣殿

機関名 大正大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 高橋 秀裕

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 心理社会学部・教授
(氏名・フリガナ) 内山 登紀夫・ウチヤマ トキオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	中京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 学校法人中京大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 竹内 芳美

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 現代教育学部
(氏名・フリガナ) 伊藤 大幸 (イトウ ヒロユキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	中京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 名古屋学芸大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 杉浦 康夫

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部 講師
(氏名・フリガナ) 浜田 恵 (ハマダ メグミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	中京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年4月16日

厚生労働大臣殿

機関名 神戸学院大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 佐藤 雅美



次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
- 3. 研究者名 (所属部署・職名) 神戸学院大学 心理学部・准教授
(氏名・フリガナ) 村山 恭朗・ムラヤマ ヤスオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	中京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年5月21日

厚生労働大臣 殿

機関名 山梨英和大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 朴 憲郁

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 人間文化部 教授
(氏名・フリガナ) 小林 真理子 (コバヤシ マリコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	中京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 中京大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

令和3年5月21日

厚生労働大臣 殿

機関名 一般社団法人 日本発達障害
ネットワーク

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 市川 宏伸

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 副理事長
(氏名・フリガナ) 大塚 晃 (オオツカ アキラ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	中京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 中京大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

令和3年5月21日

厚生労働大臣 殿

機関名 中京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 梅村 清英

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 現代社会学部 教授
(氏名・フリガナ) 辻井 正次 (ツジイ マサツグ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	中京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

