

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3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 辻井 正次

令和4年（2022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. 療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言----- 6  
大塚 晃 一般社団法人日本発達障害ネットワーク  
小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部  
日詰 正文 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園
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----- 27  
内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科
3. 療育手帳交付対象児者等を対象としたウェクスラー式知能検査と他の知能/  
発達検査の関連、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連  
に関する研究----- 43  
村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人間科学系  
浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部
4. 知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理測定的検証 ----- 71  
伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系

令和3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  
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  
内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科  
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  
小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部  
伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系  
浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部  
村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人間科学系

**研究要旨** 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、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。これまで多くの先行研究において、療育手帳の判定基準のばらつきによる弊害が指摘されているものの、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。そこで、このような療育手帳の弊害の是正を図るため、4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した。本研究の結果、（1）現行の知的水準（つまり、知能指数）のみに基づく療育手帳の交付判定は、現在の国際的な知的発達症（知的障害）の診断基準とは合致していない、（2）知的水準など単一評価にのみ基づいて機械的に、知的発達症の判定を行うことは適切でない、（3）療育手帳の判定で主に利用されている非ノルム化検査／尺度（田中ビネー知能検査など）と、ICD-11における知的発達症の診断基準で求められるノルム化検査／尺度（ウェクスラー式知能検査）で評価される知的／適応行動水準の一致程度は乏しいこと、が認められた。また、療育手帳制度に関する我が国における経緯から、療育手帳の改定には、知的発達症の定義を定めることが必要であることが示唆された。これらの結果／示唆を踏まえると、国として知的発達症の定義を明確にするとともに、療育手帳の判定では、ノルム化検査／尺度による知的および適応行動水準を評価することが推奨される。

## 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（厚生省発見第 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、4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. 各分担研究の方法および研究成果

### 1. 療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言（大塚 晃・日詰 正文・小林 真理子）

研究方法は、通常行われる方法とは違い、2021 年 5 月～2022 年 3 月までの月 1 回（計 11 回）、研究者 3 人（大塚・日詰・小林）によって「療育手帳制度の在り方」をテーマとしてオンライン会議を行い、そこでの討議内容を整理したものである。本報告書は、まず討議内容を 3 側面（1：知的障害支援施策の歴史と療育手帳制度、2：療育手帳制度を巡る課題と研究レビュー、3：発達障害支援施策と関連する諸課題）から整理し、4 において「今後の療育手帳制度の在り方」を提案した。

成果として、1 の「知的障害支援施策の歴史」では、療育手帳制度の前提となる、知的障害の定義が不在の理由を身体障害者福祉法の定義に求めたこと、また、2 の「療育手帳制度の課題」では、改革のメリットが少ないことが制度の改革を遅らせたことを明らかにした。3 の「療育手帳制度の課題と研究レビュー」では、全国的な判定方法の統一に向けての課題やポイントを明らかにした。4 の「今後の療育手帳制度の方向性（未来）」では、療育手帳制度の大きな課題である高機能（発達障害）の方々の取り扱いは、知的障害の定義と判定に直接かかわることを示し、今後

は、知的障害と発達障害（精神障害を含めて）の整理が喫緊の課題であることを明らかにした。最後に、療育手帳制度を巡る課題について論考し、知的障害の定義を法に位置けていく必要性と、その際、知的障害の判定方法がセットで必要であることを明らかにした。

## 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）

本研究では、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、2021年に改訂された AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) による Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, 12th Edition(知的障害：定義、診断、分類及びサポートシステム、第12版；Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tass 'e, M. J. 2021)、現行の医学的診断基準である ICD-11, DSM-5 の3者において知的障害の定義と、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ことが目的である。

### 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 第12版、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。さらに我が国の知的障害支援の現場における課題について若干の検討を加えた。

### 研究成果および考察

療育手帳はもとより、特別児童扶養手当などの公的支援、幼稚園などの加配判定、就学相談などの特別支援教育領域において「知能指数」が重要な役割を果たしている現状がある。それにも関わらず、関係者の知能指数についての無理解が目に見え余る状況がある。一例が前述の教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2013)であり、単に知能指数としか記載されていない。少なくとも一部の就学相談の現場では知能指数がクラスの選択などの重要な指標として使用されている。知能指数のみで知的障害の診断も、重症度分類は不可能であることは、これまで多くの関係者が指摘しており、それが、DSM-5、ICD-11、AAIDD 第12版に反映されてきた。

さらに、我が国では偏差IQと比例IQの区別もなく、また肝心の知能指数の信頼性や妥当性にも無頓着なままにIQを絶対視する傾向がある。信頼性のない数値を盲信する事態が生じている。

療育手帳が知的障害を対象とするなら知的障害を定義する必要がある。IQだけでは知的障害の診断もできないし、重症度分類も支援ニーズの把握もできない。近年の障害学の進歩を踏まえれば、DSM-5、ICD-11 や AAIDD の基準と大きな乖離がない診断基準が必要であろう。そのためには最低限、知能水準、適応行動尺度、発症年齢の3つの要素についての情報が必要である。

## 3. 療育手帳交付対象児者等を対象としたウェクスラー式知能検査と他の知能／発達検査の関連、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連に関する研究（村山 恭朗・浜田 恵）

2022年に発効している ICD-11 における知的発達症の診断基準では、ノルム化尺度／検査による知的および適応行動水準の評価が求められる。一方で、療育手帳の判定では、非ノルム化尺度が依然として主に利用されている。このような状況が漫然と続くことにより、知的発達症を示さない児者に対しても療育手帳が交付される可能性があ

るとともに、知的発達症を示す児者に療育手帳を交付し彼らの福祉を増進するという療育手帳制度の根幹とその科学性（妥当性）が崩れ兼ねない。そこで、本研究は非ノルム化尺度を用いる合理性を検証するために、知的／適応行動水準を評価するノルム化および非ノルム化尺度／検査の関連を検証した。

## 研究方法

療育手帳の交付を受けている児者、既に療育手帳の判定は受け療育手帳の交付認定を受けた幼児、療育手帳の判定は受けていないが知的水準の発達に問題があり現在地域の児童発達支援を受ける幼児の98名（男性73名、女性25名、19.09±16.14歳）が本調査に参加した。本研究では、知的水準を評価する非ノルム化検査として、田中ビネー知能検査と新版K式発達検査、知的水準を評価するノルム化検査として、本検査ではウェクスラー式知能検査を取り上げた。適応行動水準を評価する尺度として、S-M社会生活能力検査（非ノルム化尺度）とVineland-II適応行動尺度（ノルム化尺度）を取り上げた。本研究では、上記した知的水準を評価する3検査の関連、適応行動水準を評価する2検査の関連を検証した。

## 研究成果および考察

ウェクスラー式知能検査（ノルム化検査）と田中ビネー知能検査／新版K式発達検査（非ノルム化検査）の関連を検証したところ、中程度から強い相関が認められた。その一方で、これらの尺度で評価される重症度の一致率は乏しかった。

Vineland-II適応行動尺度（ノルム化尺度）とS-M社会生活能力検査（非ノルム化尺度）の関連を検証したところ、強い正の相関が認められたが、これらの尺度で評価される重症度の一致率は乏しかった。さらに、療育手帳の交付を受ける協力児者のうち、10%程度が知的発達症の診断基準に該当しない知的水準、適応行動水準を示した。

以上の結果から、以下が示唆された。

1. 田中ビネー知能検査を使用しその結果に基づ

き療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきである（特に、青年・成人）が、検査結果（比例IQ<70）に基づく交付判定は一定の信頼性がある。

2. 新版K式発達検査を使用しその結果に基づき、就学前幼児における療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして重症度の評価は慎重に行うべきである。DQが軽度域（55-75）と評価される場合には、他の知能検査を実施し、療育手帳の交付の適切性を慎重に判断する必要がある。
3. 幼児・児童・青年に対して、S-M社会生活能力検査を使用しその結果に基づき療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきであるが、検査結果（SQ<76）に基づく交付判定は一定の信頼性がある。
4. 現状では、知的発達症の特徴が認められない児者に対しても療育手帳が交付されており、現行の療育手帳制度は適正に運用されているとは言えない。
5. 現行の療育手帳制度は、地域間の不公平・不平等を引き起こしている。
6. 今後、療育手帳の交付の統一的基準を整備すると共に、知的水準は健常域にあるが適応行動水準の問題を示す児者への支援システムの整備を図る必要がある。

## 4. 知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理測定的検証（伊藤 大幸）

本研究では、療育手帳判定における知能および適応行動の評価に関して、2つの観点から多面的な心理測定的検証を行った。第1に、幼児期から成人期までの療育手帳保有者を対象として3つの知能検査と2つの適応行動尺度を実施し、得点差や相関の観点から検査結果の整合性を検証した。第2に、成人の一般サンプルおよび知的障害

者のデータに基づいて、知能検査と適応行動尺度の検査結果の組み合わせに基づく療育手帳判定の方法について検証した。

## 研究方法

研究1の対象は本研究班の村山・浜田(2022)の分担研究報告と同じ対象から、研究2では、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)における調査により、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)から得られたものであった。

## 研究成果および考察

第1に、幼児期から成人期までの療育手帳保有者を対象として3つの知能検査と2つの適応行動尺度を実施し、得点差や相関の観点から検査結果の整合性を検証結果、検査間での測定結果の系統的な乖離とランダムなブレは無視できないほど大きいことが明らかとなった。こうした検査結果のバラつきは、知能検査と適応行動尺度の結果を合成(単純平均)することによって、3分の2程度にまで低減されることが明らかとなった。

第2に、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尺度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。

## C. 結論

本研究の結果、(1) 現行の知的水準(つまり、知能指数)のみに基づく療育手帳の交付判定は、現在の国際的な知的発達症(知的障害)の診

断基準とは合致していない、(2) 知的水準など単一評価にのみ基づいて機械的に、知的発達症の判定を行うことは適切でない、(3) 療育手帳の判定で主に利用されている非ノルム化検査/尺度(田中ビネー知能検査など)と、ICD-11における知的発達症の診断基準で求められるノルム化検査/尺度(ウェクスラー式知能検査)で評価される知的/適応行動水準の一致程度は乏しいこと、が認められた。また、療育手帳制度に関する我が国における経緯から、療育手帳の改定には、知的発達症の定義を定めることが必要であることが示唆された。これらの結果/示唆を踏まえると、国として知的発達症の定義を明確にするとともに、療育手帳の判定では、ノルム化検査/尺度による知的および適応行動水準を評価することが推奨される。

D. 健康危険情報 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 該当せず

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

療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言

分担研究者

大塚 晃 上智大学 総合人間科学部  
小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部  
日詰 正文 国立のぞみの園 研究部

**研究要旨**

本研究は、1の「知的障害支援施策の歴史」において、療育手帳制度の前提となる、知的障害の定義が不在の理由を身体障害者福祉法の定義に求めたこと、また、療育手帳制度の課題は、メリットが少ないことが制度の改革を遅らせたことを明らかにした。2の「療育手帳制度の課題と研究レビュー」において、知的障害定義と判定に関する調査・研究が長年行われ、現在でも現場で活用している。全国的な判定方法の統一に向けての課題やポイントを明らかにした。3の「発達障害支援施策と関連する諸課題」、4の「今後の療育手帳制度の方向性（未来）」において、療育手帳制度の大きな課題である高機能（発達障害）の方々の取り扱いは、知的障害の定義と判定に直接かかわるのである。今後は、知的障害と発達障害（精神障害を含めて）の整理が喫緊の課題であることを明らかにした。加えて、療育手帳制度の前提となる、知的障害の定義がなされなかった理由を身体障害者福祉法の別表に求めたことを明らかにした。また、療育手帳制度については創設時から、必ずしも福祉サービスと連動していないことから、期待されたものではないことから、その改革もなされずに今日にいたったと推測される。最後に、療育手帳制度を巡る課題について論考し、知的障害の定義を法に位置けていく必要性と、その際、知的障害の判定方法がセットで必要であることを明らかにした。

**はじめに**

研究方法は、通常行われる方法とは違い、2021年5月～2022年3月までの月1回（計11回）、研究者3人（大塚・日詰・小林）によって「療育手帳制度の在り方」をテーマとしてオンライン会議を行い、そこでの討議内容を整理したものである。

報告書は、まず討議内容を3側面から整理し、4において「今後の療育手帳制度の在り方」を提案していく。

具体的には、1「知的障害支援施策の歴史と療育手帳制度」については、主に大塚が担当する。大塚はこれまで知的障害支援、また障害福祉サービスが整理され明記された障

害者総合支援法(障害者自治支援法)の創設にも直接に関わってきた経緯も踏まえ、療育手帳制度を中心に据えながら知的障害施策の歴史を概観する。

2「療育手帳制度を巡る課題と研究レビュー」については、主に小林が担当する。小林は、児童心理司・判定員として児童相談所・知的障害者更生相談所において実際の療育手帳の判定に計10年程関わり、発達障害施策に関わる専門官になるなど、直接的な相談支援と施策助言の場とを行き来している経緯から、療育手帳制度での課題を総括し、これまでの研究のレビューを行う。

3「発達障害支援施策と関連する諸課題」については、主に日詰が担当する。日詰は約30年発達障害児者への直接的な支援、また施策に関わり、発達障害者支援法の創設時に深く関わっている。新設された発達障害支援法において、知的障害施策との連動、療育手帳制度の利用など諸課題についてまとめ、今度の療育手帳制度と発達障害施策との関連について整理する。

4「今後の療育手帳制度の在り方」については、3人の討議内容を整理し、今後の療育手帳制度の判定や手続きを含めた全国の統一化に向けて、実効性のある提案を行う。

## 1 知的障害支援施策の歴史と療育手帳制度

療育手帳制度は、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易くするため、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して、1973(昭和48年)から運用されている。それ以後、50年近くが

経過したが、さまざまな課題が指摘されている。なぜこのような課題が指摘されるのか、知的障害者支援及び関連施策の歴史と療育手帳制度の関係を通して明らかにしたい。

### (1)児童福祉法の制定と療育手帳制度

昭和22(1947)年の児童福祉法の制定で、精神薄弱児施設が法律に位置づけられた。精神薄弱児施設の対象として、厚生省児童家庭局(1978)は、「精神薄弱児とは、心身の発達期(おおむね18歳まで)にあらわれ、生活上の適応障害を伴っている知的機能の障害を示す状態になる児童をいう」としている。

昭和28(1953)年に、厚生省から「知精神薄弱児施設運営要領」が出された。当要領において、「精神薄弱というものは、単に知的欠陥のみならず身体的方面においても又感情的、或いは意志的方面においても通常種々の障害を伴っている場合が多いので、精神薄弱児の定義においても、心理学的、医学的(精神医学を含む)、或いは教育学的、社会学的な立場により、又それぞれの学者により異なっており、一定した定義は下されていない」とされている。また、精神薄弱児(Feeble Minded Child)は一般に知的欠陥の程度によって、英国の研究等を参考に①白痴(Idiot)、②痴愚(Imbecile)、③魯鈍(Moron)に分類された。当時、知的障害について統一した見解はないものの、世界標準の知識は得ていたと推測できる。

わが国の精神薄弱児の施設体系は、石井亮一の滝乃川学園から始まったといわれる。石井は、明治29(1896)年、知的障害児教育の状況を調査研究するため渡米し、知的

障害児の治療教育理論で有名なセガンの考えを持ち帰り、本格的に知的障害児教育をはじめた。また、三田谷治療教育院を芦屋に開設した三田谷啓は、1915（大正4）年に留学先のドイツから知能検査法を持ち帰り、『学齢児童智力検査法』を紹介している。三田谷は、「療育」という言葉のもととなった、知的障害者のための「治療教育学」をわが国に紹介している。このように、戦後の児童福祉法の制定時、知的障害の定義や判定方法についての理解がなかったのではなく、明治・大正時代の社会福祉事業家により、知的障害の定義や判定方法については、業界内においては広く理解されていたものと推測できる。

## (2) 身体障害者福祉法の制定と療育手帳制度

身体障害者福祉法は、1949（昭和45）年身体障害者の更生を目的として制定された。法第4条（身体障害者の定義）において、「この法律において、身体障害者とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう」とされた。身体障害者とは、「別表」に障害名が記述された手帳をもっている人である。身体障害は、機能障害にもとづく医学モデルを反映しているといえる。

櫻井（1992）は、「1949年には18歳以上の身体に障害をもつ人たちの社会的自立を援助するための身体障害者福祉法が制定されたが、立案の段階では肢体不自由などの外部障害者だけでなく、精神薄弱なども対象にすべきだとする議論もあったが、判定が困難であるなどの理由から除外されてし

まった」としている。また、長谷川泰造（1992）は、「こうした援護者たちにたいしていかなる福祉サービスをすべきかの問題は、昭和24年制定の身体障害者福祉法を検討する際に議論されたようである。すなわち当時でさえ知的発達が遅滞している人々も身体障害者福祉法の対象とする考え方は存在していたし、またこれを積極的に排除する考え方もなかったようである」としている。しかし、障害の定義及びそれを基礎づける判定方法をオーソライズする道は断念された。その理由を、厚生省児童家庭局（1978）は、「精神薄弱者の定義については、医師の立場から、あるいは心理学者、教育者の立場から種々の定義が行われてきており、また、知能検査を中心とした精神薄弱の判定方法および判定基準にも確立されたものがなく、知能指数による分類も各省庁によって異なっている。」としている。しかし、すでに見てきたように知的障害の定義や判定方法に関する世界標準知識はあったということからすれば、この表現は正確でない。むしろ、「実際問題としても、身体障害者のように各眼の視力0.1以下とか、上肢または下肢の切断者とか明確な一線を画することが困難である」という身体障害者福祉法の規定する「別表」を作成できないという理由で、知的障害の定義や判定方法が断念されたと言えないだろうか。この認識は、その後80年近くたって、知的障害の法的定義や統一された判定方法の不在という現在の状況に影響を与えていると考える。

これに関して、長谷川（1992）は「単に判定の難しさにとどまらず、福祉的援護を実施する側の提供し得るサービスが、外観から容易に判断される身体障害者とそうで

はない大脳皮質損傷による知的発達遅滞者との間ではあまりに違うことが指摘されていた。つまり、介護器具その他物的サービスの提供により自ら生活していくことのできる身体障害者と常に介護者という第三者を必要とする知的障害者との間には大きな隔りがあるからである」と述べている。身体障害者福祉法の中に、身体障害を別表という形で規定するのは、身体障害者への雇用、医療、補装具などのサービスの提供や支援の必要性からだと言える。しかし、知的障害の判定により、どのようなサービスや支援が適切かを示すことは、困難である。知的障害の判定（療育手帳）が、サービスや支援と直接結びつかないのである。それは、知的障害者福祉法が、知的障害者に必要な具体的なサービスを示すものではなく、入所及び通所施設を示したものととどまっているところに表れている。必要な具体的サービス内容を明確にできないので、施設という箱の中で、それぞれにふさわしいサービスを提供してくださいという限界である。この意味では、知的障害の定義や等級を規定できないのは、単なる知的障害の判定の技術的課題というより、知的障害の本質からきているのかもしれないと理解できないか。

### (3)知的障害者福祉法の制定と療育手帳制度

わが国の知的障害福祉は、戦後の児童福祉法の制定により知的障害児施設が規定され、施設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。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。

1960（昭和35）年、知的障害児施設の年齢超過者の問題を解決し、児者一貫の施策をつくるために知的障害者福祉法が制定された。

桜井（1992）は、「1964（昭和39）年、厚生省社会局から『精神薄弱の判定要領』が出され、WHOの精神薄弱の概念について『Technical Report Series No. 75(1954)』に記載されている、『Mental Subnormality』の用語解説の『精神能力の全般的な発達が不完全であるか、不十分な状態』という表現が簡潔で核心をついている」と述べている。知的障害者福祉法成立後、知的障害者更生相談所において判定業務に従事している専門職員のため参考書として、「精神薄弱の判定要領」示された。この判定要領は、知的障害の定義や判定方法の全国的統一を目指したものと見える。しかし、知的障害の定義や等級を法律に記述できなかったのは、知的障害について学者の見解がさまざまであるからでなく、身体障害者福祉法における定義、すなわち「別表」のような記述ができなかったからではないか。

この法律は、知的障害者へのサービスを規定したものであるが、その内容は施設入所を規定したものである。身体障害者の場合、法の規定により更生（リハビリテーション）や補装具などの支援を受けられる明白なメリットがあるのに対して、療育手帳制度のメリットは不明瞭であった。身体障害者の場合、一義的には本人（家族も含めてであるが）、このメリットを活かすためには身体障害者手帳を取得する必要があった。しかし、知的障害者福祉法は、施設入所が主たるサービスで、知的障害者本人のニーズというより家族のニーズに応えるものである。

サービス利用については、措置制度の中では、知的障害者自身が手帳の取得を強く希望するというより、施設入所に必要な判定に伴って、後から手帳制度がついてくるという状況が考えられる。療育手帳がサービスの入り口として、積極的に取得するという動機に欠けるものであったのではないか。

#### (4)療育手帳制度の創設

療育手帳制度はその目的として、①一貫した指導・相談、②各種の援助措置を受け易くすることが目的となっている。その機能を、もう少し詳しく見てみよう。

##### ① 一貫した指導・相談

1970（昭和45）年に制定された「心身障害者対策基本法」によれば、法の目的は「心身障害者の発生の予防に関する施策及び医療、訓練、保護、教育、雇用の促進、年金の支給等の心身障害者の福祉に関する施策の基本となる事項を定め、もつて心身障害者対策の総合的推進を図ることを目的とする」とされている。このためには、精神薄弱児についても、母子保健等と連携しながら施策を進めていくとされている。特に、第十六条（判定及び相談）においては、「国及び地方公共団体は、心身障害者に関する各種の判定及び相談業務が総合的に行なわれ、かつ、その制度が広く利用されるよう必要な施策を講じなければならない」とされている。第十七条 措置後の指導助言等として）「国及び地方公共団体は、心身障害者が心身障害者の福祉に関する施策に基づく各種の措置を受けた後日常生活又は社会生活を円滑に営むことができるよう指導助言をする等必要な施策を講じなければならない」とされ

ている。当時において、精神薄弱児に関する一貫した指導・相談をおこなうためには、母子保健から児童福祉、すなわち保健所から児童相談所へと続く相談支援体制の構築が目指されたといえる。そのためには、一貫した相談支援のツールとして療育手帳制度が役割を果たしたと言えないだろうか。

また、障害の早期発見・早期対応は、母子保健との関係が深いから、療育手帳が拡大母子手帳という形で障害に関する情報の伝えていくという機能をもっていたと考えられる。現在、障害児に対して、全国で「サポート・ブック」などが作成され、情報を一元化して伝えていく試みがなされているが、その先駆けと言えるだろう。療育手帳の制度が、情報伝達という意味でどれだけ有効であったかという政策上の評価をすると、顕著な効果は確認できないだろう。母子健康手帳のような使われ方も、確認できない。

##### ② 援助措置を受け易くするため

療育手帳を取得することで公共料金の割引や、助成金制度、税金の軽減などを受けることができるとされた。主な料金の割引や助成は、医療費の助成、博物館などの公共施設の割引やJRやバス・航空運賃などの公共機関の割引、携帯電話基本料金の割引、公営住宅の優先入居NHK受信料の免除となっている。しかし、精神薄弱者自身はもちろんのこと、家族も療育手帳取得のメリットを感じていなかったようである。発達障害白書50年史（1997）は、「1973（昭和48）年には、『精神薄弱者療育手帳』が通知」として出されるが、身体障害者手帳に比較して手帳を所持する必然性に欠ける状況での制度化であったといえよう」としている。ま

た、幾野（1997）は、「発足当時において制度とみるには、行政的立場からいえば無理なようであった。保護者の立場からの、その抱えている精神薄弱者を保護するための要望として、せめて身体障害者手帳並みの施策が欲しいということは切なるものがあったが、特に精神薄弱者手帳を施策の出発点にしたいとまで考えていたわけではなかった」としている。このように、当時においては、身体障害者手帳の取得がサービス利用のための証明としてその取得に必然性があったが、精神薄弱者とその家族にとっては、利用できるサービスなどに関してメリットが不明瞭であったといえるだろう。手帳制度の導入に当たって、育成会はアンケートを取ったが、むしろ知的障害と知られるというデメリットを危惧する意見もあった。

精神薄弱者の手帳は、東京都が1967年（昭和42年）4月1日から「愛の手帳」という名で交付したのがはじまりである。東京都の愛の手帳に関しては、幾野（1997）は、「東京都では、昭和40年4月1日の行政機構改革によって、児童部に精神薄弱福祉課を新設して、保護部の成人担当を合わせて児・者を統合し、一本にして扱うようになった。そのときのから都自身の姿勢による精薄対策が考えられはじめたとみてよいであろう。その第一着手として「愛の手帳」の準備に入ったのである」と述べている。当時は、東京都等をはじめとして国の一連のサービス以外に、自治体独自のサービス提供が行われ始めたときである。その際の通行手形として、さらには行政のサービス予算の確保のための利用者把握に活用されたとしている。実際、東京都において昭和42年の4,511人の交付者数から、47年には

15,747人と3倍以上に増加している。これは、知的障害者本人と家族にとって、自治体独自のサービス利用には必要であるという理由から手帳を取得する人が増加したといえるだろう。

### **(5) 知的障害者に対する新たな施策**

1992（平成元年）年、必ずしも入所施設で一生を送ることが唯一の選択肢ではないこととされ、地域生活の選択肢のひとつとしてグループホームが創設された。知的障害のある人たちに、入所施設や親元以外に生活の場を広げようと意図されたものである。グループホームの正式名は知的障害者地域生活援助事業であり、「数名の障害者が、地域のアパートなどを借りて、自分の部屋をもち、食費などは自分で負担し、世話人さんの援助を受けて共同で生活するもの」であった。1995年（平成7年）に出された「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～」の「生活支援の機能をもつ住宅であるグループホーム及び福祉ホームを、ニーズに対応できるようにするため、約2万人分を計画期間内に整備する」とされ、その後も施設から地域への移行の選択肢として量的・質的な拡大が図られてきた。

このようなノーマライゼーションの実現という、新たな知的障害者福祉の流れの中で、1993年（平成2年）の「精神薄弱児（者）基礎調査」において、新たな知的障害の定義や判定方法が、厚生労働省から示された。その内容を、以下に示す。

### **知的障害**

「知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じ

ているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」と定義した。なお、知的障害であるかどうかの判断基準は、以下にであった。

次の (a) 及び (b) のいずれにも該当するものを知的障害とする。

(a) 「知的機能の障害」について

標準化された知能検査（ウェクスラーによるもの、ビネーによるものなど）によって測定された結果、知能指数がおおむね 70 までのもの。

(b) 「日常生活能力」について

日常生活能力（自立機能、運動機能、意思交換、探索操作、移動、生活文、職業等）の到達水準が総合的に同年齢の日常生活能力水準（別記 1）の a、b、c、d のいずれかに該当するもの。

これにより、知的障害の程度も軽度・中度・重度・最重度という 4 区分が示された。妹尾（1993）は、平成 2 年の「精神薄弱児（者）基礎調査」は、①知的機能の障害、②発達期における発現、③日常生活における適応に関しては、アメリカ精神遅滞学会（1973）（AAMR）の定義と同様であるとしている。

## (6) 精神保健福祉法の制定と療育手帳制度

1950（昭和 25）年、精神衛生法が制定され、第三条（定義）において「この法律で『精神障害者』とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）精神薄弱者及び精神病質者をいう」とされ、精神薄弱が法規定された。精神衛生法との関係については、「精神薄弱者福祉法の施行について（昭和三五年四月二七日）（発社第一二五号）（各都道府県知事あて厚生事務次官依命通）において、「精神衛生

法（昭和二五年法律第一二三号）は、同法第三条の定義で明らかなお精神薄弱者にも適用されているが、同法は、精神病院の設置と医療保護を中心としたものであり、精神薄弱者福祉法は、精神薄弱者に対し更生の援助と必要な保護を行ない福祉の増進を図ろうとするものであること。従がつて、精神衛生法は従来どおり精神薄弱者についても適用されることは勿論であるが、同法に基づいて設置される精神衛生相談所と本法に基づいて設置される精神薄弱者更生相談所の関係等具体的な問題については別途通達すること」とされた。精神保健福祉法においては、知的障害は精神疾患として定義されるが、福祉サービスについて知的障害支援法で対応するという整理がなされたといえるだろう。「知的障害」は、精神保健福祉法にそのものの定義はないが、他の疾患とともに法律上に規定されているといえる。正確には、知的障害の定義は、知的障害者福祉法に規定がないと捉えるべきである。2012（平成 24）年の障害者基本法の改正においては、障害の定義に、精神障害（発達障害）を含むとされた。今後、知的障害については、発達障害と精神障害との関係において整理していくことが必要であろう。

## (7) 精神薄弱から知的障害への変更

1999 年代に入ると、わが国において「精神薄弱」という用語を見直す動きが活発になる。知的障害を含む、障害者の人権の擁護などの考え方が背景にあると考えられる。例えば、1990（平成 2）年の『愛護－精神薄弱福祉研究－』誌の『「精神薄弱」の呼称の意味と今後のあり方を考える』、1991（平成 3）年の日本精神薄弱者福祉連盟他主催の「フ

フォーラム・用語『精神薄弱』を考える」、日本精神薄弱研究協会第 26 回研究大会シンポジウムの「『精神薄弱』の呼称・用語および概念再検討」などが挙げられる。このような動きの中で、1990 年（平成 2 年）日本精神薄弱者福祉連盟は、用語問題検討委員会を設置し、1993 年（平成 5 年）に日本精神薄弱者福祉連盟は、症候名として「精神遅滞」、障害区分として「知的障害」とする結果をとりまとめた。同時期に、厚生省は心身障害研究において、用語に関する研究を開始し、1995 年（平成 7 年）の厚生省の心身障害研究において、知的発達障害又は知的障害とする旨の報告書がとりまとめられた。1995 年（平成 7 年）の障害者プランに「保護者団体その他関係者の意見を踏まえ、見直しを行うこと」が盛り込まれた。1997 年（平成 9 年）関係医学団体より、法令用語として「知的障害」を用いることは差し支えない旨が確認された。1998 年（平成 10 年）参議院国民福祉委員会において、委員長提案として、「精神薄弱の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律」を本会議に提出することを決定した。同年に、改正法案が成立・公布された。

このように「知的障害」という用語についての検討がなされる中で、知的障害の法的位置づけや判定方法についても議論されたと推測できる。しかし、知的障害の法的定義や判定方法の全国統一化はなされなかった。この事情を、長谷川（1992）は「新たな援護法はまず、知的障害者を正確に定義づけ、冒頭にこうした人々の権利宣言を唱うべきである」としている。

#### **(8) 発達障害者支援法と療育手帳制度**

発達障害の症状の発現後、できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることから、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的として、発達障害者支援法が、2005 年（平成 17 年）4 月 1 日に施行された。

発達障害者支援法における「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」とされている。自閉症については、知的障害のない「高機能自閉症」も、知的障害のある「自閉症」も、この法律の対象である。高機能自閉症の存在への注目とともに、発達障害者支援手帳（仮称）がない状況においては、高機能自閉症は療育手帳で広くカバーされてきた状況がある。高機能の発達障害については、精神障害者保健福祉手帳の取得を奨励していく方向性も含めて、療育手帳の対象を検討していく必要があるだろう。

#### **(9) 近年の障害者福祉と療育手帳制度**

障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス等について、三障害共通の制度の下で一元的に提供し、

地域生活や就労支援を推進する障害者自立支援法が、2006年（平成18年）4月に施行された。その後、2012年（平成24年）4月に「地域生活における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について（障害者総合支援法）」が成立し、2013年（平成25年）4月1日に施行された。障害者自立支援法（現在の障害者総合支援法）においては、身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）の三障害が共通の制度の下で一元的にサービスが提供される。また、「障害支援区分」の仕組みを導入し、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すとしている。障害支援区分の判定に関しては、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者精神保健福祉手帳は不要になっている。この意味では、障害福祉サービス利用に関して手帳制度の重要性は低下している。今後、「手帳制度とは何だろう」という本質的な議論が起こるかもしれない。療育手帳に関しては、単なる地方自治体独自のサービス利用のためのものであったら、知的障害の定義や判定方法の統一化の必要性が、再度問われるだろう。

## 2 療育手帳制度を巡る課題と研究レビュー

療育手帳制度を巡る課題については、実際に判定業務に関わった児童相談所・知的障害者更生相談所の児童心理司・判定員として、障害福祉・児童福祉施策に関わった専門官としての公務員として、障害福祉や児童福祉領域の臨床心理学を専門とする研究

者としても、数多く検討すべき点、早急に改正すべき点があると痛感している。これらについては、報告者が声高に主張するよりも、既に調査研究により明らかにされ、提言もされている。そのため、まずはこれまでの調査・研究を概観し、総括してみることとする。

### 1) 療育手帳・療育手帳制度に関する調査・研究レビュー

知的障害をテーマにした研究、また関連学会における事例・実践報告は散見されるが、療育手帳・療育手帳制度に限定したものは、障害者総合福祉推進事業（厚生労働省において障害者施策全般にわたり引き続き解決すべき課題や新たに生じた課題について、現地調査等による実態の把握や試行的取組等を通じた提言を得ることを目的とした事業）、厚生労働科学研究（国民の保健医療、福祉、生活衛生、労働安全衛生等に関し、行政施策の科学的な推進を確保し、技術水準の向上を図ることを目的とした研究）が大半であり、それらの研究成果についてレビューし、次に、学会や研究紀要などで報告された報告書をレビューする。

#### (1) 厚生労働省科学研究及び障害者総合福祉推事事業の報告書

##### ① 昭和37年度厚生科学研究（主任研究者 菅修）

###### 研究概要

知的障害の定義、判定基準作成の要領などが提言された。これが、厚生省社会局援護課の「精神薄弱者判定要領」となる。判定要領によれば、知的障害の認定は、社会診断、心理診断および医学的診断それぞれ細目に

わたって実施したうえで各担当者の合議にもとづき、総合的に判断することが望ましい。しかも、診断は単にテストの結果によって決めるべきではなく、専門家の臨床所見や判断を重視しておこなわれるべきである。また、知的障害の概念については、1。精神機能全般に発達障害があること、2。知的障害と適応行動をあわせもつこと、3。精神遅滞状態の可変性に注目すること、4。発達期における障害であること、などをよく理解するとともに、できるだけ医学的診断名を明らかにすることが心身の健康管理をおこなううえに必要である。さらに、診断や判定に必要な情報の種類と記録のしかた、障害認定のための手続きなどについても、詳細に述べられている。

※この報告書については、実際の報告書を見つけないことができず、平成31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」報告書におけるI研究概要1 知的障害の制度・施策について(4) 知的障害研究の経過 による。

#### レビュー

この研究がなされる2年前の「精神薄弱者福祉法 逐条解釈と運用」第2章 精神薄弱者福祉法制定の経緯のなかで問題になった点として「精神薄弱者手帳を交付すべきか—登録制度の必要性の有無。精神薄弱者に手帳を交付して福祉措置を図ることには或る意味においては極めて便利であり将来経済的な福祉の措置を考慮する場合には必要であるとも考えられるが、手帳そのものの制度が馴染み難いこと及び手帳を交付する以上は、精神薄弱者なりや否やの判断基準が明確である必要があるが、現状においては統一的な権威ある判定基準がないこ

と等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建前はとらないこととした。」としている。昭和30年代においては、少なくとも療育手帳(当時、精神薄弱者手帳)制度については、知的障害については、①馴染み難い ②精神薄弱の判定基準が不明確である という理由で手帳制度を見送っている。

それを受けて、菅らにより、精神薄弱判定要領については知的障害(精神薄弱)の認定は、社会診断、心理診断および医学的診断それぞれ細目にわたって実施したうえで各担当者の合議にもとづき、総合的に判断することが望ましいとして、

- 1。精神機能全般に発達障害があること、
- 2。知的障害と適応行動をあわせもつこと、
- 3。精神遅滞状態の可変性に注目すること、
- 4。発達期における障害であること、
- 5。できるだけ医学的診断名を明らかにすること

が心身の健康管理をおこなううえに必要としている。

ここで用いられている発達障害の定義については、現在の発達障害者支援法による「発達障害」の定義とは異なるものと考えられるが、知的障害と適応行動に着眼し、発達期による障害であること、可変性があることなど、すでに現在の判定基準とほぼ変わらないポイントとなっている。

- ② 昭和61年度厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究(最終報告)」主任研究者 櫻井芳郎

#### 研究概要

知能指数と適応技能の水準は平行していない(両者の関係は0.4~0.5)ため、日

常生活の状況を実際、具体的に把握する評価尺度として「社会生活能力の評価表」が作成された。「精神薄弱とは、生まれる以前あるいは生後の何らかの原因によって、発達期に知的機能障害が現われ、能力的や社会的不利が生じ、生活、学習、労働などの人間生活の営みに支障をきたす可能性があるもので、医療、福祉、教育、職業などの面で特別な援助を必要とする状態を指す」

#### レビュー

知能指数と適応技能のレベルが平行していないという所見は、現在、自閉スペクトラム症などの発達障害のある方に多くみられ、知能指数の結果を偏重した判定に対して、現在において課題となっている面への指摘として、今後の評価尺度の検討の参考にもなる。

③ 平成 10 年度厚生科学研究 精神保健福祉総合研究事業「精神薄弱児・者の障害認定の基準と入所判定に関する総合研究」主任研究者 岡田喜篤「精神薄弱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）」（分担研究者 櫻井芳郎）

#### 研究概要

精神薄弱に代わる新しい用語としての「知的障害」を用いるが、その内容は国際的な共通認識となっている「精神遅滞」をさす用語である。

知的障害の定義（案）として、「知的発達に遅滞が認められ、日常生活に支障をきたしているために支援を必要とする状態を指す」を提案する。従来概念が測定知能の水準に大きく依存していたものを、アメリカ精神遅滞学会の理念と同様に、日常生活の遂行にどのような支援を必要とするかを重

視した概念となっている。「何ができないか、どの程度劣っているか」という視点でなく、「何を必要としているのか、何を支援できるか」という視点を重視した定義と言える。その他、①障害認定指針（案）の視点、②障害認定の指針、③医学的診断の手引き、④臨床的病理学的検査の手引き、⑤自閉症の判定基準、⑥乳児期の判定基準、⑦知的障害の程度別判定指標、⑧障害認定評価票（案）、⑨障害等級（案）などの指針の試案を提案している。

#### レビュー

この研究論文において、「知的障害」の用語が使用されて、「ICD-10（国際疾病分類第 10 改訂版）」「APA（精神障害の分類と診断の手引き 4 版）」「AAMR（アメリカ精神遅滞学会）などの用語を用い、知的発達の上限は 18 歳未満とし、標準化された知能検査で測定された IQ70 未満か、あるいはそれに相当すると臨床的に判断される程度のものであり、「日常生活」の支障は、通常の生活における適応行動の水準によって示されている。現在においても、児童相談所や知的障害者更生相談所においては、この指針を一部活用しながら、判定を行っているところは多い。また療育手帳の判定の際に生じる種々の課題に、丁寧に対応しており、今後のガイドライン（指針）作成の重要な資料であると考えられる。

なぜ、櫻井らによる指針が広く普及していないのか。この論文の報告後、障害福祉施策が大きく変化した。一つは、2005（H17）年の措置制度から契約制度の導入であり、2006（H18）年の障害者自立支援法（後に障害者総合支援法に改正）が制定となる。これらにより、知的障害児者に関しての支援サ

ービスの実施主体は、都道府県から市区町村に移り、新たに障害程度区分(後に障害支援区分)が導入される。これらの新しい動きに、療育手帳制度は殆ど連動することはなく、知的障害の制度や支援サービスを使いやすくするという目的の一部を果たせない結果となった。

2004 (H16) 年の発達障害者支援法の成立により、「発達障害」の定義が明らかにされ、また、2011 (H23) 年、障害者基本法改正により、発達障害は精神障害(発達障害を含む)と明記された。これにより、各自治体は、自閉スペクトラム症などの発達障害児者に対して、精神障害保健福祉手帳を取得する方向と、いくつかの特例を設けて療育手帳を取得する方向とになり更に、療育手帳制度の判定基準は混迷する。

児童相談所・知的障害者相談所において、「医学的診断の手引き」の使用については不詳であり、知的障害や発達障害を専門とする常勤医は依然として少ない。またまた ICD-11 の改正があり、30 年以上を経た現在、見直しをしていく必要がある。

乳児期の判定基準についても触れられており、6 か月～2 歳未満の乳幼児に適用するものとしている。今後の統一化にむけて、重要な資料となるが、心理的発達・運動発達の到達度、DQ (Developmental Quotient) 発達指数の使用などをどのように取り入れていくのかも課題となりそうである。

④平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書  
平成 31 年 3 月 社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会 主任研究者 大塚晃

#### 研究概要

法律・医学・心理学・社会福祉・教育・労働分野において知的障害の認定基準に関する現状と課題について文献調査を行っている。また、知的障害の定義に関する国際的動向及び自治体の判定基準等に関する現状と課題について実態調査を行い、結論・考察・提言は以下の通りである。

#### 【結論】

○知的障害の等級(障害の程度区分・障害の区分)については、全国で 2～7 段階となっており、統一されていないこと。

○知的障害の判定に使用されるツールは、ビネー系の知能検査が殆どの機関で使用されている。その内容は、田中ビネー知能検査 V となっている。適応行動尺度については、S-M 社会生活能力調査であること。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。

○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定基準(簡素化したもの)の統一化が必要となっている。

○その理由は、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原因となっている。

#### 【考察】

○統一化の要望は強いが、一方で統一化した場合の現行の障害等級の取り扱いの在り方を含め、全国の統一化に向けた判定における方法とツールを検討していくことが必要となる。

○判定機関は、主に知能検査の結果(IQ)をもとに判定を行っているが、今後 ICD や

DSM などの国際的な診断基準を重視する方向であり、特にDSM-5では、診断基準からIQ値が削除されている。今後、程度判定のために新たな基準が必要になると考えられる。

○「新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会」において、障害相談、育成相談等のうち、療育手帳の判定など虐待対応や要保護児童以外の相談機能は、市町村や民間機関を含め児童相談所以外の機関も担うことができるような制度を整備すべきとされ、児童相談所以外の機関において判定業務を担当する方向も検討する必要がある。

#### 【提言】

知的障害定義(案)を以下のように、知的障害者福祉法に規定する。また、知的障害の判定及び知的障害の区分について通知し、全国的統一を図る。

#### 知的障害者福祉法(案)

第四条(定義) この法律において、「知的障害者」とは、知的機能に障害がある十八歳以上の者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

#### ○ 知的障害の判定(案)

知能指数及び適応行動(いずれも標準化されたもの)において判定

#### ○ 知的障害の区分(案)

軽度・中度・重度・最重度の4区分とする。

#### 📖 レビュー

この報告書は当事者団体を事業主体としている、療育手帳制度について調査・研究を行ったものである。

現在の療育手帳の利用に関してのデメリット(全国統一化がなされていないため、住

居地移動による際の、再交付等の手続を行わなくてはならない不便さ)を指摘している。

また、今後の判定基準に統一化に向けて、具体的な案を提言している。既に統一化に向けては誰も反対はないものと考えられ、これらの具体的な提案(障害の等級を4段階である

最重度・重度・中度・軽度とする 知的障害の判定については、いずれも標準化された知的機能と適応行動について測定すること)は今後のガイドライン策定において重要なポイントになる。

更に、知的障害者福祉法において、「知的障害者」の定義を追加改正する必要性についても提案がされており、これまで、療育手帳が全国統一化されなかった経緯を知る主任研究者(大塚)による考察の結果であると思われる。

⑤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」PcWコンサルティング合同会社

#### 📖 研究概要

この報告書は、平成30年の事業成果を受けて、「療育手帳判定基準の実態を踏まえ、療育手帳の統一的な判定基準の作成が可能かどうかについて検討すること、及び児童相談所における療育手帳交付事務の実情についても明らかにする」ことを目的としている。

#### 【結果】

○児童相談所のアンケート結果から、療育手帳業務を実施する上での業務上の負担の大きさが挙げられた一方で、職員育成の点

からは有用な業務であるという指摘があった。

○判定基準等を全国統一化した場合の影響について、申請者のメリットは大きい一方、統一のための移行期を含めて児童相談所は大きな負担がかかると考えられる。

○統一化の論点として「判定の視点・軸、手帳の名称、交付対象年齢、知能検査（IQ）を判定基準とするか否か、IQ アセスメントツール、IQ 上限値、知的障害区分、適応障害（生活能力）のアセスメントツール、医学的な見立てを判定基準とするか否か、更新判定のタイミング、知的障害以外の位置づけ」が挙げられている。

#### 【考察】

#### ○療育手帳判定の具体的な統一方法

・児童相談所における知能検査と適応行動等のアセスメントツールが統一されていないと、また統一されると、児童相談所の多くは負担を懸念していること。知能検査と適応行動等のアセスメントツールについては、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。

・検査が困難な0歳児からの乳幼児期をどう取り扱うかが課題

・自治体によっては、等級区分の判断をする際、身体障害があるとより重度の区分になるという判断をする自治体があり、「知的障害」以外の要素の取り扱いの是非を検討する必要がある。

・IQ 値重視の判定基準についての要検討

#### ○療育手帳に紐づくサービス等への影響範囲の調査

・各自治体の知的障害区分と障害福祉サービスが密接に結びついていることが明らか。各自治体に及ぼす影響の内容と程度について

の調査が必要であり、ユーザーである親の会、施設などの事業者への調査も必要である。

#### ○国としての発達障害の扱いの方針

DSM-5 や ICD-11 では、知的障害と発達障害は同じ神経発達症群に分類されている。また重症度の評価については I Q 値が明記されていない。日本では現在、障害者基本法において、発達障害は精神障害に含まれるとされているが、発達障害者支援法改正の附帯決議にもあるように、知的障害と発達障害についての関係の整理が要検討。その際、精神障害者保健福祉手帳との整理も必要となる。

#### レビュー

平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」を引き継ぐ形で研究内容となっているが、期限や予算の問題もあったのか、児童相談所のみへの調査となっているのが残念ではある。

今後の統一化に向けた課題として、統一化するにあたり、知能検査と適応行動のアセスメントツールの簡便な方法など測定時に利用者・検査者とも負担を軽減すること・検査が困難な乳幼児期への対応方法・知的障害以外の要素の取り扱いなど、より具体的な課題が明確になっている。またこれまで I Q 値偏重の判定基準や、国際的な診断基準と日本の法律における定義との関係の整理なども示唆されている。

#### (2) 関連学会や研究紀要などの報告書

文献検索サイト（J-STAGE CiNii Research）において療育手帳と検索し、J-STAGE においては 488 件、CiNii においては、81 件ヒットした。これらの論文について

て、題名及び要旨を確認してピックアップした6件の報告書から、特に療育手帳・療育手帳制度関連についてレビューする。

①障害年金の認定基準と就労の関係ー精神障害・知的障害を中心として 岡山医学会雑誌第122巻 April pp43~54 河本純子 2010

療育手帳でヒットした原著論文であるのだが、療育手帳のことには触れられておらず、障害年金については、殆ど影響していない制度であることがわかる。

②障害(障害)の定義と障害(障害)者政策を考える 保健医療社会学論集第24巻第2号 佐藤久夫 2014

日本の障害者手帳と障害程度区分について、等級と支援ニーズとの関係は曖昧になり、療育手帳制度では、「軽度」の人の方が、社会参加をするのでより支援が必要であるということも生じているといった、現在の障害程度区分と支援ニーズが連動していない現状について述べている。

③児童相談所における療育手帳判定に関する調査 科学研究費助成事業 社会福祉法人青い鳥横須賀市療育相談センター 研究代表者 吉村拓馬 2015

60自治体からの回答(70.6%)により、手帳の名称や「最重度~中度」の等級の基準以外の部分は自治体間で大きく異なる。判定に用いられる検査・尺度・「軽度」の等級の基準は自治体間での差異が特に大きい。

④知的障害者における療育手帳の認識に関する研究 LD研究第28巻第1号 水内豊

和 岩坪夏穂 pp154-163 2019

「療育手帳の理解と使用状況」「現在療育手帳について肯定的な思いを抱いている要因」について明らかにするため、療育手帳(B 中度)を取得している知的障害のある成人10名に半構造化インタビューにより、M-GTAにより分析。結果としては認識としてはさまざまであるが、療育手帳を肯定的に認知する上では、本人と取り巻く周囲の関わりが重要である。

⑤療育手帳における知能検査・発達検査に関する調査 LD研究 第28巻 第1号 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

全国の児童相談所に対して、認められる検査の規定、実際に用いられる検査の割合、検査結果の説明、他機関での検査結果の活用など、自治体間で大きく異なる結果を得た。制度の公平性や知能検査・発達検査の本来の役割から憂慮すべきことであり、制度自体の抜本的な見直しが必要であると結んでいる。

⑥中核市児童相談所における療育手帳業務に係る取組と課題 金沢星稜大学 人間科学研究 第15巻 第1号 三宅右久 川並利治 2021

統一化の必要性、その際の申請者と児相とも負担の少ない形で進められてくことが肝要であり、公的機関として直接に本人や養育者とあって判定を行う必要があるが、再判定については他機関の利用も有効。また、療育手帳の判定業務は、守備範囲の広い、アセスメント力の高い児童相談体制の構築につながる。

## 2) 現行の療育手帳制度における課題・検討のポイント

「療育手帳制度について」「療育手帳制度の実施について」を参照しながら、1)で概観・総括した課題と検討ポイントを整理し、療育手帳制度における判定基準ガイドライン策定に向けての原案としたい。(別表)

### 3 発達障害支援施策と関連する諸課題

<発達障害に関する経緯等>

・発達障害者への療育手帳の交付は、知的障害が伴う場合に加えて、知的障害が無い場合でも、自治体の運用によって独自に発達障害者を対象とすることができる判定基準が設けられている。目的は、障害者雇用率制度や交通機関の割引制度などの利用を受けやすくするものとして、自治体の努力によって提供されてきた経緯がある。しかし、平成22年度の総務省における「行政苦情救済推進会議の意見を踏まえたあっせん」では、自治体間の格差による不利益を解消すべきであると厚生労働省宛に通知をしている。

・知的障害のない発達障害者が申請できる精神保健福祉手帳については、平成19～21年度に行われた厚生労働科学研究「発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究」(主任研究者:奥山真紀子)の研究成果を受け、平成22年度には厚生労働省が診断書、判定基準等の通知改正を行い、発達障害に関する内容を明記している。以後は発達障害者に対する交付実績は年々増加している。

<発達障害に関する課題>

・特別支援学校の種類に「発達障害」が無い

ことから、入学を希望する場合に「知的障害者」であることの証明に利用できる療育手帳が必要になるというケース、「精神障害」に対する偏見を避けるために療育手帳を希望するケースなど、制度上の壁や社会的な理解の遅れを背景とした“抜け道”としての療育手帳の交付申請も散見される。

・障害児支援や障害福祉サービスの利用には療育手帳の所持は必須でないこと、ヘルプマークの提示等で合理的配慮が受けやすくなっている社会の変化により療育手帳の申請をしないケースも増えているが、災害時の要支援者や8050などの地域での孤立家庭等の把握に自治体が療育手帳交付登録名簿(台帳)を手がかりに潜在化させない取組みを行っている現状も有るため、精神障害保険福祉手帳の所持も含めた地域とのつながりを保つ方法について検討をおこなう必要がある。

### 4 今後の療育手帳制度の在り方

今後の療育手帳制度の在り方を考える場合、知的障害の定義を法に位置けていく必要性と、その際、知的障害の判定方法がセットで必要かということに言及したい。

#### (1) 今後の障害の考え方

障害者基本法は、法第二条の定義において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む。)その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいうとしている。心身の機能の障害は、機能障害として捉えられた医学モデルと呼ばれるものである。社会的障壁は、環境上のバリアー

として捉えられで社会モデルと呼ばれるものである。現在の障害の考え方は、「心身の機能の障害」という医学モデルと「社会的障壁」という社会モデルの統合されたものと考えられている。ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際機能分類）が志向する、障害は機能障害と環境の相互作用により成り立つという医学モデルと社会モデルの統合である。

一方、身体障害を先頭に、次第に社会モデルの強調がなされてきている。例えば、下半身の麻痺により車椅子を使用している身体障害者が、階段があるために2階に行くことが困難で「日常生活や社会生活に相当な制限」が生まれ、障害者といわれている状況を考えてみよう。その障害者が、2階に行くことが困難で「日常生活や社会生活に相当な制限」が生じているのは「下半身の麻痺」でなく、階段という社会的障壁が原因となっている捉え方である。障害は、社会が作っているという捉え方でもある。階段という「社会的障壁」除去するために、エレベーターなどに変更していくことは、障害者差別解消法が求める「合理的配慮」である。このような障害の社会モデルは、身体障害者福祉法が障害の定義で規定する「別表」とは相いれないものであ。身体障害者福祉法の「別表」は、医学モデルに基づいているからである。

今後の「障害」の捉え方は、身体障害のみならず知的障害や精神障害も社会モデルが志向されていくだろう。知的障害の「日常生活や社会生活に相当な制限」は、知能障害に原因があるのではなく、必要な時に支援してくれるパーソナルアシスタントが不在であるからである。このような時代に、知能指数

や適応行動という医学モデルを適応する意味は何であろうか。必要なサービス（支援）は、無限ではない。必要なサービス（支援）の配分のためには、操作的な基準が必要となるだろう。ここに知的障害の判定の意味が存在すると考えられる。知的障害の定義においては、社会モデルが志向されるが、必要なサービス（支援）配分の基準に関して知能指数や適応行動という医学モデルという操作的に活用していく必要がある。

## (2) 知的障害の定義

療育手帳制度の改革のためには、知的障害の定義が必要である。知的障害の定義が、知的障害者福祉法に規定されず何十年もたってしまったのは、関係者にとって痛恨の極みであろう。知的障害者福祉法に知的障害の定義を規定することは、関係者にとって長年切望してきたことである。

知的障害の定義の必要性は、そもそも発達障害者支援法の改正の経過において出現してきた課題である。発達障害者支援法の改正において、発達障害者と同じニーズをもちながら、ほとんど注目されてこなかった「軽度知的障害」の存在の課題である。これら「軽度知的障害」の存在を考えれば、発達障害者支援法の対象に知的障害を加えることは極めて合理的なことである。特に、知的障害者福祉法に規定されていないライフステージを通した一貫した支援が、知的障害が発達障害者支援法に加わることで実現するとすれば、知的障害者と家族にとって大きなメリットである。

知的障害の定義を知的障害に、社会モデルで位置付ける案を以下に示す。

○知的障害者支援法改正（案）  
（定義）

第四条 この法律において、「知的障害者」とは、知的機能の障害がある十八歳以上の者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

○知的障害の判定（案）

知能指数及び適応行動（いずれも標準化されたもの）において判定

○知的障害の区分（案）

軽度・中度・重度・最重度の4区分とする

(3) 知的障害と発達障害の整理

発達障害者支援法の一部を改正する法律（平成二八年六月三日法律第六四号）の際の参議院附帯決（平成二八年五月二四日）においては、「地方公共団体により障害者手帳の取扱いの状況が異なること及び発達障害者の多くが障害者手帳を所持していないこと等の実情に鑑み、障害者手帳について在り方を検討すること」とされている。また、「個々の発達障害の原因究明及び診断、発達支援の方法等に関する調査研究を加速・深化させるとともに、発達障害に関する症例を広く把握することにより、不足している分野における調査研究に重点的に取り組むこと。また、これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること」とされている、発達障害と知的障害の課題を整理して、将来は、発達

障害者支援法に知的障害を加えるという課題に込めていくことである。これは、DSM-5（2013）やICD-5（2019）が、神経発達症に自閉症スペクトラム症とともに知的障害を規定している意味である。この考え方をわが国の障害福祉制度の体系で考えれば、精神障害（発達障害（知的障害））という構図の理解が必要である。

発達障害者のための障害者手帳はともかく、知的障害と発達障害との整理が、まずは必要である。それは、高機能の自閉症スペクトラム症に、多くの自治体で療育手帳を出している状況を再考することになる。知的障害の定義と判定に関係している事柄でもある。かつては、多くの自閉症の方々には知的障害が併存すると考えられていたから、療育手帳の取得は合理的であった。しかし、自閉症スペクトラム症の多くは高機能すなわち知的障害がないことがわかってきた現状においては、すべてを療育手帳に押し込めることには無理がある。療育手帳の対象でない方々を、やむを得ず療育手帳制度に押し込められてきた状況に、今後は適切に対応すべきである。高機能の自閉症スペクトラム症、すなわち知的障害のない発達障害に関しては、精神障害者保健福祉手帳制度の活用を考えるべきである。その際、児童について、現行の精神障害者保健福祉手帳制度の利用が進むよう、手帳を児童にも対応できるような変更が必要であろう。DSM-5（2013）やICD-11（2019）が、神経発達症の中に知的障害、自閉症スペクトラム症を定義したように、発達障害者支援法の中に下記のように知的障害を加えることが考えられる。

## 発達障害者支援改正法（案）

### 現行（定義）

第二条 この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

### 改正案（定義）

第二条 この法律において「発達障害」とは、知的障害、自閉症スペクトラム症、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

#### （4）精神保健福祉手帳の活用

知的障害の定義の必要性については、知的障害者を発達障害者支援法の対象とする必要性が背景にある。知的障害については、療育手帳制度はあるが、発達障害者には発達障害者支援手帳（仮称）はない。その代わりに、発達障害者には精神障害者保健福祉手帳制度を利用していく方向性が指示されるべきである。今後、知的障害が発達障害者支援法の定義に入るということであれば、知的障害については、現行の療育手帳制度だけでなく精神障害者保健福祉手帳制度とも関係が深くなる。また、知的障害の等級を下記の精神障害者保健福祉手帳制度の中で考えると、知的障害の判定方法も精神障害の手帳との整合性が求められるだろう。

1 級	精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめ
-----	------------------------------

	る程度のもの
2 級	精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
3 級	精神障害であって、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

今後の療育手帳制度の在り方を考える場合、第一に知的障害の定義を法に位置けていく必要がある。その際、知的障害判定の等級や判定方法がセットで行われることは理想的な形態である。しかし、知的障害の判定方法の確立や等級等基準の設定に時間を要することが推測される。知的障害の定義は、今後は社会モデルに基づくものとなり、知的障害判定方法や等級は、機能障害に基づく医学的モデルとなろう。この意味で、知的障害の定義と知的障害判定方法や等級の確定を別々行っても、大きな問題とはならないであろう。

#### 引用・参考文献

##### 1 知的障害支援施策の歴史と療育手帳制度

厚生省児童家庭局編、『改訂 児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、母子保健法、精神薄弱者福祉法の解説』、時事通信社、p270、1978

櫻井芳郎、『『精神薄弱』概念の再検討と『精神薄弱』用語の吟味』、『発達障害研究』、

第 14 卷第 1 号、p13、日本文化科学社、1992  
長谷川泰造、「法律上の「精神薄弱」用語問題について」、『発達障害研究』、第 14 巻第 1 号、p29、日本文化科学社、1992  
日本精神薄弱者福祉連盟、発達障害白書、『戦後 50 年史』、p162、日本文化科学社、1997  
幾野信男、「精神薄弱者手帳」、『発達障害白書』、日本精神薄弱者福祉連盟、p126、日本文化科学社、1997  
妹尾正、『発達障害と福祉の本質』、p52～53、日本文化科学社、1993  
長谷川泰造、「法律上の「精神薄弱」用語問題について」、『発達障害研究』、第 14 巻第 1 号、p32、日本文化科学社、1992

## 2 療育手帳制度を巡る課題と研究レビュー

精神薄弱者福祉法 逐条解釈と運用 厚生省社会局更生課編 昭和 35 年 8 月 1960

心身障害の判定指標の開発に関する研究：厚生省心身障害研究 櫻井芳郎主任研究、1985。3-1987。3

平成 10 年度厚生科学研究 精神保健福祉総合研究事業「精神薄弱児・者の障害認定の基準と入所判定に関する総合研究」主任研究者 岡田喜篤「精神薄弱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）」（分担研究者 櫻井芳郎）

平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書 平成 31 年 3 月 社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会 主任研究者 大塚晃

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 PcW コンサルティング合同会社

河本純子 障害年金の認定基準と就労の関係ー精神障害・知的障害を中心として岡山医学会雑誌第 122 巻 April pp43～54 2010

佐藤久夫 障碍(障害)の定義と障碍(障害)者政策を考える 保健医療社会学論集第 24 巻第 2 号 2014

児童相談所における療育手帳判定に関する調査 科学研究費助成事業 社会福祉法人青い鳥横須賀市療育相談センター 研究代表者 吉村拓馬 2015

水内豊和 岩坪夏穂 知的障害者における療育手帳の認識に関する研究 LD 研究第 28 巻第 1 号 pp154-163 2019

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 療育手帳における知能検査・発達検査に関する調査 LD 研究 第 28 巻 第 1 号 2019

三宅右久 川並利治 中核市児童相談所における療育手帳業務に係る取組と課題 金沢星稜大学 人間科学研究 第 15 巻 第 1 号 2021

## 3 発達障害支援施策と関連する諸課題

平成 22 年 9 月 13 日、総務省報道資料「行政苦情救済推進会議の意見をふまえたあっせん等（2 発達障がい者に対する療育手帳の交付について）」

平成 19～21 年度厚生労働科学研究「発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究」主任研究者：奥山真紀子

令和2年度障害者総合福祉推進事業費補助金「潜在的要支援者の災害時等の緊急的支援への準備に関する調査研究」障害のある潜在的要支援者を災害時に支

援する準備のための手引きと事例集”―地域で暮らすだれもが災害時の支援からこぼれ落ちないために―」調査実施主体：国立のぞみの園

#### 4 今後の療育手帳制度の在り方

発達障害者支援法の一部を改正する法律の際の参議院附帯決議、  
<https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/190/pdf/k051900361900.pdf>

#### 健康危険情報

該当なし

#### 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

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

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 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科

### 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 2021 年に改訂された AAIDD 第 12 版の変更点とその背景を検討した。さらに医学的診断基準である現行の ICD-11, DSM-5 における知的障害の定義と ICF、AAIDD の関係について検討した。さらに知的障害者に支援をするためには診断を適切に行うことが必要である。そのための方法についても提言した。方法支援プランを構築するために国際的な診断基準、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 2021 年に改訂された AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) による Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, 12th Edition(知的障害：定義、診断、分類及びサポートシステム、第 12 版、以下 AAIDD 第 12 版と略称する)(Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tass 'e, M. J. 2021) 、現行の医学的診断基準である ICD-11,

DSM-5 の 3 者において知的障害の定義と、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ことが目的である。

### 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 第 12 版、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。さらに我が国の知的障害支援の現場における課題について若干の検討を加えた。

## 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 は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。

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。

### AAIDD の知的障害の定義

AAIDD は 2021 年に知的障害の定義を改訂した。AAIDD 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アメリカのみならず多くの国の研究者が改訂に参加しており国際的にも使用されている。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 の用語が廃止されたことに伴い AAIDD に名称が変更された。定義や分類が記載されたマニュアルの初版は 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、第 12 版は

2021 年に発表された。

AAIDD 第 12 版の 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にも掲載されている (AAIDD、2022)。

### 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) の両方に有意な制限 (significant limitations) がある状態であり、21 歳以下の年齢から始まる。

#### 1. 知的機能

知的機能 (Intellectual Functioning) – いわゆる知能 (intelligence) は学習 (learning)、推論 (reasoning)、問題解決 (problem solving) などの一般的な精神能力 (mental capacity) 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、知的機能に有意な制限があることを意味している。

#### 2. 適応行動 (Adaptive Behavior)

適応行動は概念的 (conceptual)、社会的 (social)、実用的 (practical) なスキルの集合体であり、人々が日常生活で学習し実際に行う行動である。

#### 3. 概念的スキル (Conceptual skills)

言語や読み書きの能力、お金、時間、数の概念を理解して主体的に行動できる能力 (self-direction)。

#### 4. 社会的スキル (Social skills)

対人スキル、社会的責任、自尊心、騙され

やすさ、経験の乏しさ（例：警戒心）、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

#### 5. 実用的スキル(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、お金の使用、電話の使用などのスキルである。

6. 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。

#### 7. 明らかになる年齢

この状態は発達期、つまり21歳以下に始まる。知的障害は発達障害と総称される複数の障害の一つである。

#### 8. 他に考慮すべき事柄

知的障害を評価する際には、AAIDDは知的機能と適応行動以外の要素も重視している。例えばその人が属する集団や文化において、どのようなコミュニティ環境が通常の状態なのかを考慮する。

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。

当事者の限界点はしばしば長所と共存すること、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が改善することを想定した上で最終的なアセスメントを実施しなければならない。

臨床家が包括的な評価を行うことによってはじめて、知的障害があるかどうかを判断し、その人にとって価値のある個別のサポートプランを作成することができる。

以上がAAIDD第12版の定義である。前述のようにAAIDDは1921年より用語解説やマニュアルを発表してきており、長い歴史があり、DSMやICDの基準にも強い影響を与えてきた。

第12版では診断をするための体系的な方法の記載と、適切な知的障害の分類(支援に有用なサブグループの作成)、そして知的障害の人のサポートのプランニングが重視された。

AAIDD第12版マニュアルを適用するために、次の5つの事柄を想定することが重要である(Schallock & Luckasson 2021)。

- 1) 現在の当事者の機能制限(limitations)はその当事者の年齢集団や所属文化のコミュニティの環境を考慮する必要がある。
- 2) 適切にアセスメントするためには、コミュニケーション、感覚、運動、行動の違いと、さらに文化・言語的な多様性を考慮する必要がある。
- 3) 個人の中では苦手な点は得意な点と共存することが多い。
- 4) 苦手な点を把握することの重要な目的は、どのようなサポートが必要なのかを把握するためである。
- 5) 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が改善する。

第12版になり、発症年齢(the age of onset)が22歳以前、つまり21歳以下であることが明記された。これは、従来考えられていた発達期よりも長い。この理由は最近の研究で脳の発達は20歳台まで継続することが明らかになったことも挙げられる。

また米国の他の法律 the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000 (DD Act, 2000)や the standards used for a diagnosis of ID by the Social Security Administration (2021)も 22 歳以前とされていることが考慮された。

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 et al. 2016)。

### 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 Association,1994) DSM-IV-TR(American Psychiatric, 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 における用語の採用と他の障害との関係

DSM-5(American Psychiatric Association and American Psychiatric Association, D. S. M. Task Force, 2013)では DSM-IV 以前と比較して知的障害の用語と位置づけに大きな変更がなされた。用語は Intellectual Disability が採用され、括弧付きで Intellectual Developmental Disorder と記載された。

後述する WHO WG-MR は ICD-10 から 11 への改訂のために組織され IDD (Intellectual Developmental Disorder)の用語を推奨した(Bertelli et al., 2016)。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、用語問題を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。

### DSM-5 の診断基準

DSM-5 における知的能力障害(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。

診断基準の要点は下記のとおりである。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 の診断基準

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は専門家と当時者団体からなり、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, Bertelli, and Martinez-Leal 2018; 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①MRという用語を残すか、他の用語を採用するか、②診断基準、③重症度分類、④問題行動や、原因、経過や合併症などの関連する特性である。

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。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 et al. 2016)(Bertelli, Cooper, & Salvador-Carulla, 2018)。

用語としてはMental Retardation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)。

このように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)。

### 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。AAIDD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)における要点の拙訳である(World Health Organization, 2018)。

**知的障害の定義:** 知的発達障害(Disorders of intellectual development)は多様な原因により発達期に生じる一群である。平均より約2標準偏差以上低下(約2.3パーセントイルより低い)している知的機能と適応機能で特徴づけられる。それは適切に標準化された個別のテストにより測定される。テストが不可能な状況では相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを行い高度の臨床的判断が求められる。

#### **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、ほとんどの人は独立して生活し、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と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のみに基づく。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。

### 6A00.4 知的発達障害、暫定的 Disorder of intellectual development, provisional

「知的発達障害、暫定的」は知的発達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。

さらに表が二つあり、表6.1：知的機能の行動指標、表6.2には適応行動の行動指標

が記載されている。

どちらの表も、早期児童期、児童期と思春期、成人期の3期に別れており、知的障害の重症度により軽度、中度、重度、最重度の行動指標が記載されている。

適応行動については概念的、社会的、実用的の3領域について、特徴が記載されている。

### 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の両方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改変がされた。

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り、サポートのためのコストが甚大であることが議論されてきた。

WHO WG-MRの提唱する知的障害(IDD)は認知機能の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(World Health Organization, ,

2001)(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特定できることが中軽度より多い。特に最近では遺伝学的な検討や環境因子の探索が医学的な治療につながることもある(Srouf and Shevell 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, and Emerson 2011)から老年期(Bratek, Krysta, and Kucia 2017)まで高いことが知られている。

### 改訂作業において重視された変化

**用語問題** 知的障害を意味する用語は時代状況を反映して変遷があった。英語圏では mental deficiency から mental retardation へ、さらに intellectual disability/disorder へ変化した。さらに、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が共有された。特に適応行動の要素の整理(概念的、社会的、実用的)と、適切に標準化さ

れた個別検査の採用、標準偏差と 95%信頼区間の適応、標準化された検査が使用できない場合には経験ある臨床家が行動指標を用いて診断することの重要性の認識、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ことなどがあげられる (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 et al. 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 et al. 2009)

## D. 考察

### 診断の方法について

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。

改訂を重ねてきた AAIDD の診断基準ではすでに第9版で標準化された検査の必要性が指摘されていた(American Association on Mental Retardation 1992)。知能と適応行動が約2標準偏差以下であることと発症年齢が発達期であることが操作的な診断の基本的な考え方である。また標準誤差や信頼区間の考え方も採用されている。

### 重症度分類

重症度を分類する目的は、どの程度の支援が必要かの把握にある。AAIDDのマニュアルでは診断の過程でサポートニーズやサポートの方法も、サポートが適切かどうかのモニターや、サポートの評価の方法が一体となっており、分類することの目的が強く意識されている。

### 臨床診断と統合的アプローチ

近年、知的障害の領域では統合的アプローチ (Integrative approach) が強調され、AAIDD 第 12 版でも強調されている。臨床診断は臨床専門家の重要な役割である。臨床診断とは、人へのレスペクト、臨床トレーニングと経験、対象者とその環境について十分に知ることと、それらの情報の分析と批判的思考ができることである。

### 知能テストと IQ をめぐって

我が国において知的障害の診断にあたっては、必ず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 あるいは DQ のみが基準にされていることが多い。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 IQ のみを指標にすることは DSM-5、ICD-11、

AAIDD の定義でも強調されている。多くの研究者や臨床家がより意味のある指標を使うべきだとしている (Greenspan and Woods 2014)

### 知能テストの選択について

ICD-11 では知能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; 吉村他, 2020)。また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。

昨年度の本研究班報告において、伊藤 (2021) はヨーロッパ地域の 34 の心理学系学会の統括組織である EFPA が提唱している検査評価モデルを適用し、心理測定に重要な意味をもつ「基準値」、「信頼性」、「妥当性」の 3 つのセクションについて我が国で頻用される心理テストについての評価を行った。知能検査 (WPPSI-III, WISC-IV, 田中

ビネーV、鈴木ビネー、新版 K 式、遠城寺式)について検討したが、的確と判定されたのは WPSI-III、WISC-IV のみであった(伊藤, 2021)。これは非常に重要な指摘であり、後述する教育や福祉の領域においてもテストの方法を指定することなく、IQ 値のみを指標にしたサービス提供がなされており、妥当性に疑問がもたれる事態が長年にわたりに続いている。

療育手帳などの公式の診断書を作成する際はもちろんのこと、就学相談における就学先(特別支援学校、特別支援学級の選択や通級指導教室の利用の決定など)や保育園・幼稚園などの加配制度の利用についても「テストの結果」を求められることが多い。

学校選択の際にも「IQ」が重視されている。教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2013)によれば 309 号通達において、「知的発達の遅滞の程度が中度以上のもの」(特別支援学校の対象になる)は重度の知的障害及び中度の知的障害である。

本資料によれば「重度の知的障害とは、ほとんど言語を解さず、自他の意思の交換及および環境への適応が著しく困難であって、日常生活において常時介護を必要とする程度のもの(知能指数(IQ)による分類を参考とすれば(以下「IQ」という。)25 ないし 20 以下のもの)、中程度の知的障害とは環境の変化に適応する能力が乏しく、他人の助けによりようやく身の事柄を処理することができる程度のもの(IQ20 ないし 25 から 50 の程度)をいう」とされている。

また、特別支援教育の対象になる軽度の知的障害は「日常生活に差し支えない程度に身の事柄を処理することができるが、

抽象的な思考は困難である程度のもので(IQ50 から 75 の程度)をいう。」

知能指数 (IQ) とのみ説明されており、それが比率 IQ なのか偏差 IQ なのかの説明もなく。どのような知能テストを使うのかは全く記載されていないのが問題である。また、これまで説明してきたように現在の国際的診断基準は知能に加えて適応行動の制限が基本的な基準であるが、適応行動への記載がほとんどないのも問題になる。

### 重度と最重度の判定について

ICD-11 では重度、最重度の判定には IQ を用いず、適応行動で判断することになっている。ウェ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 の診断に必要がない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。

前述の。教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2013)においてもテストを指定することもなく、IQ 50 以下で重度と中度を分類していることは妥当性が乏しい。

### 行動指標 (ICD-11, DSM-5)について

ICD-11 は世界中の多くの国で使用されることが想定されており、標準的な知能検査や適応行動尺度が使用できない国や地域、状況があることも想定されている。そのため作成されたのが重症度の指標になる行動指標である。ICD-11 では標準化されたテストができない場合、知的障害の診断を行

う際に、より高度の臨床的判断がもとめられ適切な行動指標をアセスメントする必要があるとされている。

行動指標は重症度を把握するために、行動についての保護者などからの間接情報を活用して、標準化されたテストの代わりに用いられる。ICD-11 の行動指標は概念的領域、社会的領域、実用的領域の 3 領域にわたって臨床家が知的障害の診断と重症度を把握する際に参考にできるように作成された。この行動指標の作成にはブラジル、インド、イタリア、スリランカ、英国の専門家が参加した(Tassé et al., 2019)。

DSM-5 でも、概念的領域、社会的領域、実用的領域の 3 領域にわたって行動指標が記載されている。ICD-11 では前述のように早期児童期(0-5 歳)、児童期・思春期(6 から 18 歳)、成人期(18 歳以上)の 3 期にわけて DSM-5 より詳細に行動指標が説明されている。

これらの表を臨床に適用するために強調されているのは経験を積んだ臨床家による臨床的判断である。これらの指標の使用は、それぞれの年齢帯の定型発達の子どもや成人についての十分な経験が必要である)。

### 知能テストの無理解と IQ の偏重

国際的診断基準についてのレビューを行った。私見も交えて筆者の臨床経験からは次のことがいえるだろう。

療育手帳はもとより、特別児童扶養手当などの公的支援、幼稚園などの加配判定、就学相談などの特別支援教育領域において「知能指数」が重要な役割を果たしている現状がある。それにも関わらず、関係者の知能指数についての無理解が目にする状況が

ある。一例が前述の教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 2013)であり、単に知能指数としか記載されていない。少なくとも一部の就学相談の現場では知能指数がクラスの選択などの重要な指標として使用されている。知能指数のみで知的障害の診断も、重症度分類は不可能であることは、これまで多くの関係者が指摘しており、それが、DSM-5、ICD-11、AAIDD 第 12 版に反映されてきた。

さらに我が国では偏差 IQ と比例 IQ の区別もなく、また肝心の知能指数の信頼性や妥当性にも無頓着なままに IQ を絶対視する傾向がある。信頼性のない数値を盲信する事態が生じている。

### 療育手帳に IQ は必要か？

療育手帳が知的障害を対象とするなら知的障害を定義する必要がある。IQ だけでは知的障害の診断もできないし、重症度分類も支援ニーズの把握もできない。近年の障害学の進歩を踏まえば、DSM-5、ICD-11 や AAIDD の基準と大きな乖離がない診断基準が必要であろう。

そのためには最低限、知能水準、適応行動尺度、発症年齢の 3 つの要素についての情報が必要である。

### 回顧的診断

成人期になって初めて支援ニーズが明らかになり知的障害が診断される事例もある。ICD-11 では発達歴を聞き取ることで診断を確定することが可能であるとされている。

現在の状態が知的障害の診断に適合するのなら、過去に知的障害がなかったということは極めて考えにくい。もちろん認知症は

除外することが前提である。

発達期の知的障害のサインとしては、ICD-11の行動指標が参考になる。成人期に初めて診断されるケースは軽度知的障害が多いと想定される。6-18歳の軽度知的障害の行動特性としては、概念的要素では基本的な文法はマスターしていることが多いが自分の内面を語ったり、他の人に指示をすること、グループの話し合いで話題についていくことにサポートがいることが多い。社会的要素では、会話を開始したり互いの興味・関心について友人と語りあう時や自分の感情や社会的合図の理解が乏しい。実用的要素では、コミュニティの一員として機能するとき（地域の会合に参加するなど）にサポートがいたり、人から騙されやすいという特性がある。

また、学校の成績が悪い、アルバイトなどが長続きしないこと、友人が乏しいことなども指標になる。いずれにしても過去については知能指数が測定できないので、知能テストに頼るのではなく、発達期に知的機能と適応行動の制限があったかをどうかを発達歴を丁寧に聞き出し、それを記載することによって判断することが重要である。なお、過去に通常の学級に在籍したとか、高校あるいは大学に在籍していたということが知的障害を否定することにはならない。

知的障害は発達期に生じる障害であるが、診断が発達期につくとは限らない。成人期の診断は、リハビリテーションサービスや司法領域での権利擁護のために重要である (Schalock et al., 2021)。

また、発達期に知能テスト・発達テストを行っていた際にも、その解釈は慎重でなければならない。そのテストが標準化され個

別の施行されていること、検査時にもっとも新しいバージョンのテストが、その時期の標準化されたデータで評価されていること、信頼区間が考慮されていることなどが重要である。具体的には10歳頃に田中ビネーでIQ80であっても、成人期の知的障害を否定することはできない。

回顧的診断を適切に下すためには現在得られる情報に加えて過去の成績、行動、対人交流、適応行動などの情報を総合して判断することが重要である。

### 診断評価が可能な人材の育成

国際的診断基準を用いて正しく診断するために臨床経験のある専門家が必要である。知的障害の診断について経験のある医師は多くない。これは特に成人においてあてはまる。アメリカの家庭医を対象にした調査では知的障害を診断するためのトレーニングを、全く、あるいは、ほんのわずかしか受けていないことが明らかになった。また家庭医の多くが、教育や福祉の分野の支援者との連携が取れていず情報もない中で、「地図もなく」診療に従事している (Wilkinson et al. 2012)。このような状況は我が国でも同様、あるいはもっと深刻かもしれない。知能テストを正しく理解している医師は多くない。知的障害や発達障害を正しく診断できる医師の要請も望まれる。

### 定義の必要性

最後に定義の必要性について確認しておこう。我が国では知的障害が正式に定義されていない。知的障害を定義すること、必要な下位分類をすることが必要である。

臨床現場において具体的な支援方略を考

案すること、個別の支援プランを長期にわたって考案すること、特別支援教育との連携や将来必要なサービスを推測すること、必要な支援施策や予算をプランする時も必要である。支援のガイドラインも作成し、障害を理解し、支援プランを構築するためにも定義は必要である。また、医学、教育、福祉の研究を行うこと、当事者、保護者、支援者、研究者、行政が共通の理解をするためにも、支援の対象を関係者間でずれないようにするためにも共通言語が必要である。それが診断の定義になる。その際に、知的障害の研究や支援が世界中でなされていることを考慮すれば、我が国の定義が国際的な潮流と大きくずれていれば、海外の知見を活用できないことになる我が国独自の定義をすることのメリットは少ない。ICD-11あるいは、それと大きくずれない定義が必要になるだろう。

AAIDDのマニュアルは第11版では”Intellectual Disability: Definition, classification, and systems of support”であったが第12版のタイトルは”Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports.”であり、diagnosis(診断)が加わった。AAIDDは当事者団体という側面が強く、これまでICD、DSMのような医学的診断とは一線を画する立場をとってきたが、近年の多領域における科学的な知見を採用した。ICD-11やDSM-5も同様に診断のみでなく支援や知的障害者の支援や法的権利の養護を重視している。

## 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

American Association on Mental Retardation. 1992. Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. American Association on Mental Retardation.

American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, D. S. M. Task Force. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Pub.

Bauer, A., L. Taggart, J. Rasmussen, C. Hatton, L. Owen, and M. Knapp. 2019. “Access to Health Care for Older People with Intellectual Disability: A Modelling Study to Explore the Cost-Effectiveness of Health Checks.” BMC Public Health 19 (1): 706.

- Bertelli, M. O., K. Munir, J. Harris, and L. Salvador-Carulla. 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.
- Bratek, A., K. Krysta, and K. Kucia. 2017. "Psychiatric Comorbidity in Older Adults with Intellectual Disability." *Psychiatria Danubina* 29 (Suppl 3): 590–93.
- Chou, Y. C., Y. C. Lee, S. C. Chang, and A. P. Yu. 2013. "Evaluating the Supports Intensity Scale as a Potential Assessment Instrument for Resource Allocation for Persons with Intellectual Disability." *Research in Developmental Disabilities* 34 (6): 2056–63.
- Claes, C., G. Van Hove, J. van Loon, S. Vandeveld, and R. L. Schalock. 2009. "Evaluating the Inter-Respondent (consumer vs. Staff) Reliability and Construct Validity (SIS vs. Vineland) of the Supports Intensity Scale on a Dutch Sample." *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR* 53 (4): 329–38.
- Einfeld, S. L., L. A. Ellis, and E. Emerson. 2011. "Comorbidity of Intellectual Disability and Mental Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review." *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 36 (2): 137–43.
- Greenspan, S., and G. W. Woods. 2014. "Intellectual Disability as a Disorder of Reasoning and Judgement: The Gradual Move Away from Intelligence Quotient-Ceilings." *Current Opinion in Psychiatry* 27 (2): 110–16.
- Reed, Geoffrey M., Michael B. First, Cary S. Kogan, Steven E. Hyman, Oye Gureje, Wolfgang Gaebel, Mario Maj, et al. 2019. "Innovations and Changes in the ICD-11 Classification of Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*. 18 (1): 3–19.
- Salvador-Carulla, L., M. Bertelli, and R. Martinez-Leal. 2018. "The Road to 11th Edition of the International Classification of Diseases: Trajectories of Scientific Consensus and Contested Science in the Classification of Intellectual Disability/intellectual Developmental Disorders." *Current Opinion in Psychiatry* 31 (2): 79–87.
- Salvador-Carulla, L., G. M. Reed, L. M. Vaez-Azizi, S. A. Cooper, R. Martinez-Leal, M. Bertelli, C. Adnams, et al. 2011. "Intellectual Developmental Disorders: Towards a New Name, Definition and Framework for ‘Mental Retardation/intellectual Disability’ in ICD-11." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric*

- Association. 10 (3): 175–80.
- Schalock, R. L., and R. Luckasson. 2021. “An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports.” *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. <https://meridian.allenpress.com/ajidd/article-abstract/126/6/439/472446>.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J., ed. 2021. *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and systems of supports* (12th Ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Srour, M., and M. Shevell. 2014. “Genetics and the Investigation of Developmental Delay/intellectual Disability.” *Archives of Disease in Childhood* 99 (4): 386–89.
- Tassé, M. J., G. Balboni, P. Navas, R. Luckasson, M. A. Nygren, C. Belacchi, S. Bonichini, G. M. Reed, and C. S. Kogan. 2019. “Developing Behavioural Indicators for Intellectual Functioning and Adaptive Behaviour for ICD-11 Disorders of Intellectual Development.” *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR* 63 (5): 386–407.
- Wilkinson, J., D. Dreyfus, M. Cerreto, and B. Bokhour. 2012. “‘Sometimes I Feel Overwhelmed’: Educational Needs of Family Physicians Caring for People with Intellectual Disability.” *Intellectual and Developmental Disabilities* 50 (3): 243–50.
- World Health Organization. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2018. “ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022).” 2018. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/605267007>.
- 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, and 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): 144–53.
- 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課. 2013. “教育支援資料.” October 2013. [https://www.mext.go.jp/a\\_menu/shoutou/tokubetu/material/1340250.htm](https://www.mext.go.jp/a_menu/shoutou/tokubetu/material/1340250.htm).
- 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”

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

療育手帳交付対象児者等を対象とした  
ウェクスラー式知能検査と他の知能／発達検査の関連、  
Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連に関する研究

分担研究者

村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人間科学系  
浜田 恵名 古屋学芸大学 ヒューマンケア学部

**研究要旨**

2022 年に発効している ICD-11 における知的発達症の診断基準では、ノルム化尺度／検査による知的および適応行動水準の評価が求められる。一方で、療育手帳の判定では、非ノルム化尺度が依然として主に利用されている。このような状況が漫然と続くことにより、知的発達症を示さない児者に対しても療育手帳が交付される可能性があるとともに、知的発達症を示す児者に療育手帳を交付し彼らの福祉を増進するという療育手帳制度の根幹とその科学性（妥当性）が崩れ兼ねない。そこで、本研究は非ノルム化尺度を用いる合理性を検証するために、知的／適応行動水準を評価するノルム化および非ノルム化尺度／検査の関連を検証した。療育手帳の交付を受けている児者等の 98 名（男性 73 名、女性 25 名、 $19.09 \pm 16.14$  歳）が本調査に参加した。知的水準を評価する検査として、ウェクスラー式知能検査（ノルム化検査）と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査（非ノルム化検査）を取り上げた。これらの関連を検証したところ、中程度から強い相関が認められたものの、これらの尺度で評価される重症度の一致率は乏しかった。適応行動水準を評価する検査として、Vineland-II 適応行動尺度（ノルム化尺度）と S-M 社会生活能力検査（非ノルム化尺度）を取り上げ、これらの関連を検証したところ、強い正の相関が認められたものの、これらの尺度で評価される重症度の一致率は乏しかった。さらに、療育手帳の交付を受ける協力児者のうち、10%程度が知的発達症の診断基準に該当しない知的水準、適応行動水準を示した。以上の結果を踏まえ、現状の療育手帳の判定において、田中ビネー知能検査および新版 K 式発達検査の慎重な利用に関する示唆とともに、療育手帳制度についての議論がなされた。

**A. 研究目的**

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Disability；つまり知的障害）を示す児者への福祉の増進を目的として、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、現在まで運用されている。この制度は法制

化されておらず、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がもたらす弊害（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きた（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。

療育手帳に関する判定や障害等級の基準等の不統一に伴う弊害だけではなく、知的発達症に関する国際的診断基準である ICD (International Classification of Diseases) の変更 (2022 年 1 月から発効) に伴い、国内の療育手帳の判定基準の再検討が自ずと必要になる (2019 年の WHO の総会において、我が国を含めた WHO 加盟国の全会一致で ICD-11 は承認されている)。

前版 ICD (ICD-10; World Health Organization, 1993) では、知的発達症 (当時は Mental Retardation/精神遅滞) は、

*A condition of arrested or incomplete development of the mind, which is especially characterized by impairment of skills manifested during the developmental period, skills which contribute to the overall level of intelligence, i.e. cognitive, language, motor, and social abilities.*

と定義されていた。これに続けて、ICD-10 では、重症度の評価において知能検査が利用されることが明記されていた。

*Degrees of mental retardation are conventionally estimated by standardized intelligence tests. These can be supplemented by scales assessing social adaptation in a given environment. These measures provide an approximate indication of the degree of mental retardation.*

重症度の分類は、IQ が 50–69 の範囲 (成人では精神年齢が 9–12 歳) にある場合を軽度、35–49 の範囲 (成人では精神年齢が 6–9 歳) にある場合を中等度、20–35 の範囲 (成人では精神年齢が 3–6 歳) にある場合を重度、20 未満 (成人では精神年齢が 3 歳未満) の場合を最重度としていた (World Health Organization, 1993)。

ICD-10 の診断基準に準拠するように、多くの都道府県や指定市では療育手帳の判定等が行われて

いる。例えば、療育手帳の判定で利用される知的水準を評価する検査には、精神年齢を評価し比例 IQ を算出する田中ビネー知能検査や、田中ビネー知能検査の検査項目の一部を援用する新版 K 式発達検査が主に利用されている (社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019; 吉村他, 2019)。さらに、申請児者が示す IQ の程度を中心として、重症度の判定 (療育手帳の等級) が行われている。

一方、社会的適応 (social adaptation) やそれに類する適応行動 (adaptive behavior: 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) の評価に関しては、ICD-10 では「補助的」に扱われていたこともあったか、標準化 (非ノルム化) 検査を利用する機関もあるが、多くの自治体において独自に作成した項目など、非標準化検査が利用されている (社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019; 小林, 2021)。このように、療育手帳の判定において、標準化された検査等によって、社会的適応/適応行動が適切に評価されていない現状は、ICD-10 の診断基準に寄るところが大きいと思われる。

2022 年 1 月から発効された ICD-11 (World Health Organization, 2019) では、知的発達症の診断基準が大きく変更している。まず、知的発達の診断基準は以下のように変更された。

*Disorders of intellectual development are a group of etiologically diverse conditions originating during the developmental period characterized by significantly below average intellectual functioning and adaptive behavior that are approximately two or more standard deviations below the mean (approximately less than the 2.3rd percentile), based on appropriately normed, individually administered standardized tests.*

この定義でも理解されるように、ICD-11 では、知的発達症は知的水準と適応行動の障害であると定義づけられている。ICD-10 に示されていた「精

神年齢 (mental age)」という用語は削除され、知的水準と適応行動の評価法は「ノルム化された標準化尺度／検査」に限ることが示されている。つまり、ICD-11 の診断基準に準拠する療育手帳の判定を行う場合には、単に「標準化された尺度／検査」ではなく、「偏差指数の算出が可能なノルム化された尺度／検査」が利用され、知的水準だけではなく適応行動の水準も評価しなければならない。言い換えれば、非ノルム化検査である田中ビネー知能検査や新版 K 式発達検査が利用される判定や、知的水準のみしか評価されない判定は、ICD-11 の知的発達症の診断基準と合致しないため、その結果の妥当性は保障されないことになる。療育手帳制度では、療育手帳は「知的障害であると判定された児者に対して交付」されると明記されているため、療育手帳の判定において、多くの都道府県・指定市がノルム化尺度／検査によって知的／適応行動水準を評価しない現在の判定のあり方は、療育手帳制度の科学性を損なう事態に発展する可能性がある。

先に論じたように、養育手帳制度は大きな改定もなく 50 年弱運用されているため、療育手帳の判定法等を見直すことは都道府県および指定市への負担は免れないと思われる。実際、児童相談所等を対象とした近年の調査において、半数以上の機関が療育手帳の判定にノルム化検査であるウェクスラー式知能検査を利用すること、偏差指数が算出できる適応行動を評価するノルム化尺度である Vineland-II 適応行動尺度を利用することに反対もしくは懸念を示している(村山・浜田, 2021)。

他方、都道府県および指定市への過剰な負担を回避するために、現行の療育手帳の判定法(つまり、知的水準の評価に非ノルム化検査を利用し、適応行動水準の評価を行わない判定)を維持する場合には、(先に論じたことに関連するが、)知的発達症を示さない児者に対しても療育手帳が交付される可能性があり、知的発達症を示す児者に療

育手帳を交付し彼らの福祉を増進するという療育手帳制度の根幹とその科学性(妥当性)が崩れ兼ねない。加えて、国際社会の中で、国家として ICD-11 を承認しながら、国内では ICD-11 とは合致しない基準により知的発達症を示す児者を行政が認定するということにもなり、我が国の国際的な信用を失う恐れもある。

しかし、非ノルム化(偏差指数が算出できない)尺度／検査とノルム化(偏差指数の算出可能な)尺度／検査で評価する知的／適応行動水準がおおよそ一致する場合、現在利用されている非ノルム化尺度を引き続き、療育手帳の判定において利用する合理性が生まれる。一方で、療育手帳の交付を申請する児者をはじめとして、知的水準の問題を示す人を対象としたこのような実証知見はこれまでになされていない。そこで、本研究は療育手帳の判定における非ノルム化尺度／検査の利用可能性を検討することを目的として、療育手帳の交付を受ける児者等を対象とし非ノルム化検査とノルム化検査による評定結果の関連の検証を行う。

先行研究(社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019; 吉村他, 2019)において、多くの機関での療育手帳の判定では、田中ビネー知能検査および新版 K 式発達検査が利用されていることが報告されている。そのため、本研究では、知的水準を評価する非ノルム化検査として、これらの 2 検査を取り上げる。国内で標準化された知的水準を評価するノルム化検査は複数あるが、その中で、ウェクスラー式知能検査が多く利用されていることが示されている(伊藤・松本, 2013)。そのため、知的水準を評価するノルム化検査として、本検査ではウェクスラー式知能検査を取り上げることにする。本研究では、上記した 3 検査で得られる総合的な知的／発達水準の評価(ウェクスラー式知能検査: FSIQ(Full Scale IQ)、田中ビネー知能検査: IQ(比例 IQ)、新版 K 式発達検査: 発達指数(DQ: Developmental Quotient))の関連を検証する。

偏差指数が算出できないが国内で標準化されて

いる尺度／検査として、療育手帳の判定で利用されている S-M 社会生活能力検査 (PwC コンサルティング合同会社, 2020) を取り上げる。一方、偏差指数の算出可能な適応行動を評価する尺度／検査については、国内では Vineland-II 適応行動尺度しかない。そのため、本研究では、ノルム化 (標準化され偏差指数の算出可能な) 尺度／検査として、Vineland-II 適応行動尺度を取り上げる。

## B. 研究方法

### 調査協力者

#### 1. ウェクスラー式知能検査と他の知能／発達検査の関連

本調査への参加協力児者は、療育手帳の交付を受ける児者および知的水準の発達に問題があると専門家 (医師等) の判断を受けた幼児を対象とした。協力者の募集は、知的発達症 (Disorders of Intellectual Disability) の当事者団体 (全国手をつなぐ育成会連合) および療育支援を行う団体／機関を通じて行った。なお、本調査では、すべての協力児者にウェクスラー式知能検査の実施するため、WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) の対象年齢にある 3 歳の幼児から成人までを対象とした。最終的に、療育手帳の交付を受けている児者、既に療育手帳の判定は受け療育手帳の交付認定を受けた幼児、療育手帳の判定は受けていないが知的水準の発達に問題があり現在地域の児童発達支援を受ける幼児の 98 名 (男性 73 名、女性 25 名、19.09±16.14 歳) が本調査に参加した。表 1 に本調査の協力者の属性が示されている。療育手帳の交付認定を受けている幼児は 3 名、知的水準の発達に問題があると医師等の診断を受けているが療育手帳の判定を受けていない幼児 (児童発達支援を受ける受給者証は交付) は 3 名だった。他の協力児者は調査実施時に療育手帳の交付を受けていた。

3-6 歳の就学前の年齢段階にある幼児は 35 名 (35.7%)、小学生年齢にあたる 7-12 歳の子ども

表 1 調査協力者の属性

人数	98	
男性	73	74.5%
女性	25	25.5%
年齢	19.09±16.14歳	
3-6歳	35	35.7%
7-12歳	15	15.3%
13-19歳	10	10.2%
20歳代	11	11.2%
30歳代	12	12.2%
40歳代	8	8.2%
50歳代	7	7.1%
手帳の等級等		
2級	7	7.1%
3級	5	5.1%
4級	9	9.2%
A	17	17.3%
A2	4	4.1%
B	9	9.2%
B1	11	11.2%
B2	25	25.5%
C	6	6.1%
認定	3	3.1%
受給証のみ	3	3.1%
併存症の有無		
有	42	42.9%
無	56	57.1%
併存症の内訳*		
ASD	25	59.5%
ADHD	1	2.4%
ダウン症	2	4.8%
てんかん	3	7.1%
チック症	1	2.4%
パニック症	2	4.8%
視覚障害	2	4.8%
睡眠障害	2	4.8%
その他	2	4.8%

ASD: 自閉スペクトラム症、ADHD: 注意欠如多動症

\* 母数は「併存症有」と示した42人

は15名(15.3%)、青年期にあたる13-19歳の青年は10名(10.2%)、成人(20歳以上)は38名(20歳代:11名, 30歳代:12名, 40歳代:8名, 50歳代:7名)だった。半数弱の協力児者(42名、42.9%)は知的発達症以外の併存疾患を有していた。併存疾患のなかでは、自閉スペクトラム症が最も多かった(24名)。

表2には、調査実施時における協力児者の園・学校・就労等の状況が示されている。検査実施時に就学前機関(幼稚園、保育園、こども園等)や小中高等学校に通う幼児・子ども・青年は60名おり、21名(35.0%)は通常級、17名(28.3%)は支援級、8名(13.3%)は支援学校に所属していた。「その他」には、療育機関のみに通う幼児、通信高校に通う青年等が含まれている。就労等の状況に関しては、「その他」に属する成人が最も多く(14名、36.8%)、次いで障害者枠での常勤職にある成人が多かった(9名、23.7%)。

表2 協力者における園・学校・就労等の状況

園・学校			
通常級	21	35.0%	
支援級	17	28.3%	
支援学校	8	13.3%	
その他(療育支援など)	11	18.3%	
無記入	3	5.0%	
合計	60	100.0%	
就労等			
一般就職(常勤)	2	5.3%	
障害者枠就職(常勤)	9	23.7%	
非常勤	1	2.6%	
就労支援A型	5	13.2%	
就労支援B型	7	18.4%	
その他(生活介護など)	14	36.8%	
合計	38	100.0%	

## 2. Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連

上記の調査協力者のうち、幼児・児童・青年の保護者を対象とした。最終的に59名の保護者(父親2名、母親57名、子どもの年齢:7.83±4.21歳、男児42名、女児17名)が本調査に参加した。協力者である保護者の子どもの情報は表3に示されている。

### 調査材料

#### 1. ウェクスラー式知能検査

年齢が異なる児者を対象とするために、3種類のウェクスラー式知能検査がある。WPPSIは2歳6ヵ月から7歳3ヵ月の幼児を(Wechsler, 2017)、WISC(Wechsler Intelligence Scale for Children)は5歳0ヵ月から16歳11ヵ月の子ども・青年を(Wechsler, 2010)、WAIS(Wechsler Adult Intelligence Scale)は16歳0ヵ月から90歳11ヵ月の青年・成人を(Wechsler, 2018)を対象としている。各ウェクスラー式知能検査の対象年齢の基準では、特定の年齢段階にある児者(例えば、5歳)に対して複数のウェクスラー式知能検査の実施が可能になってしまう。そのため、本調査では、便宜的に2歳6ヵ月から5歳11ヵ月までの幼児はWPPSIを、6歳0ヵ月から高校1年生までの子ども・青年はWISCを、高校2年生以上の青年・成人はWAISを実施することとした(検査者が誤ったウェクスラー式知能検査を実施することを防ぐため、年齢ではなく学年段階(高校1年生など)を基準とした)。

WPPSIに関しては、検査実施時において、最新版であった日本版WPPSI-III(Wechsler, 2017)を使用した。本調査では、FSIQの算出に必要な下位検査のみを実施した。具体的には、2歳6ヵ月から3歳11ヵ月の幼児には「ことばの理解」「知識」「積木模様」「組合せ」を、4歳0ヵ月から5歳11ヵ月の幼児には「知識」「単語」「語の推理」「積木模様」「行列推理」「絵の概念」「符号」を実施した。

表3 評価対象児の情報

<b>人数</b>	59	
男子 (人)	42	71.2%
女子 (人)	17	28.8%
<b>年齢</b>	7.84±4.21歳	
3-6歳 (人)	34	57.6%
7-12歳 (人)	15	25.4%
13歳以上 (人)	10	16.9%
<b>手帳等級等</b>		
2	3	5.1%
3	3	5.1%
4	2	3.4%
A	4	6.8%
A2	4	6.8%
B	4	6.8%
B1	5	8.5%
B2	20	33.9%
C	4	6.8%
認定	2	3.4%
受給証	3	5.1%
<b>学校等の状況</b>		
通常級	21	35.6%
支援級	17	28.8%
支援学校	8	13.6%
その他 (療育施設等)	13	22.0%
<b>併存症</b>		
なし	32	54.2%
あり	27	45.8%
ASD	18	
ADHD	1	
てんかん	2	
パニック症	2	
視覚障害	2	
睡眠障害	2	
その他	1	

注) ASD: 自閉スペクトラム症、ADHD: 注意欠如多動症

WISC に関しては、検査実施時において、最新版であった日本版 WISC-IV (Wechsler, 2010) を使用した。本調査では、FSIQ の算出に必要な基本検査のみを実施した。具体的には、10 下位検査(「類似」「単語」「理解」「積木模様」「絵の概念」「行列推理」「数唱」「語音整列」「符号」「記号探し」)を実施した。

WAIS に関しては、検査実施時において、最新版であった日本版 WAIS-IV (Wechsler, 2018) を使用した。本調査では、FSIQ の算出に必要な基本検査のみを実施した。具体的には、10 下位検査(「類似」「単語」「知識」「積木模様」「行列推理」「パズル」「数唱」「算数」「符号」「記号探し」)を実施した。

本調査では、知的水準に困難を示す協力児者が参加するため、課題の教示が理解できないなど検査実施に関する問題が生じる可能性がある。加えて、ウェクスラー式知能検査では、言語理解指標などの主要な合成指標を構成する下位検査のうち、2 つの下位検査の粗点が 0 点の場合、FSIQ が算出されない (Wechsler, 2010, 2017, 2018) ため、多くの協力児者では FSIQ が算出できない恐れが想定された。そのため、協力児者の最大の知的能力を評価するため、本調査では、課題における得点(粗点)が 0 点の場合には、基本検査の代替として認められる補助検査を実施した。例えば、WAIS-IV において、「類似」が 0 点(粗点)であった場合、代替検査として認められる「理解」を実施した。なお、ウェクスラー式知能検査の実施マニュアル (Wechsler, 2010, 2017, 2018) に則り、代替検査は 2 つまで認め、3 つ以上の下位検査で粗点が 0 点の場合には、FSIQ を算出しなかった。

## 2. 田中ビネー知能検査 V

検査実施時に、最新版であった田中ビネー知能検査 V を利用した。当該検査は 2 歳から成人を対象とする。基本的に、被検査者が 2 歳から 13 歳までである場合には、精神年齢と比例 IQ が算出できる年齢尺度を、被検査者が 14 歳 0 ヶ月以上の場合には原則的に偏差 IQ の算出が可能な尺度を実施することが、マニュアル等に示されている (財団法人 田中教育研究所, 2003a)。一方で、都道府県や指定市が行う療育手帳の判定では、14 歳以上の青年および成人であっても、当該検査における比例 IQ が利用されることが知られている。そのため、本調査では、14 歳以上の協力者に対して、比

例 IQ の算出が可能な年齢尺度と偏差 IQ の算出が可能な検査の双方を基本的に実施することにした。

田中ビネー知能検査 V には、1 歳級から 13 歳級までの年齢尺度がある。通常は、被検査児の生活年齢に当たる年齢尺度から実施するが、本調査の協力者の実情に合わせ、協力児の生活年齢よりも 2-3 歳下の年齢尺度から実施した。マニュアル(財団法人田中教育研究所, 2003a) に則り、本調査では下限と上限の年齢尺度が定まった時点で当該検査を終了した。つまり、基底年齢が定まり、かつある年齢尺度にあるすべての項目が不合格になる年齢尺度まで、本検査を実施した。

田中ビネー知能検査 V では、基底年齢および正答した問題数により精神年齢 (MA: Mental Age) が得られ、以下の式により比例 IQ が算出される。

$$\text{比例 IQ} = \frac{\text{MA}}{\text{生活年齢}} \times 100$$

偏差 IQ が算出できる田中ビネー知能検査 V は 4 領域 (結晶性、流動性、記憶、論理推論)、17 下位検査 (「抽象語」「概念の共通性」など) で構成されている。本調査では、いずれの下位検査も実施し偏差 IQ を算出した。マニュアル(財団法人 田中教育研究所, 2003a) に従い、ある領域にあるすべての下位検査の得点が 0 点の場合には、偏差 IQ の算出は行わなかった。

本調査実施直前 (3 ヶ月以内) に、児童相談所等において療育手帳の判定を受け田中ビネー知能検査 V を受検していた児者が複数名いた。練習効果によるバイアスを避けるため、本調査では田中ビネー知能検査 V を実施せず、保護者の同意を得て、療育手帳の判定時の検査結果にて、本調査における田中ビネー知能検査 V の得点を代替することにした。

### 3. 新版 K 式発達検査 2020

調査実施時に、新版 K 式発達検査の最新版であった新版 K 式発達検査 2020 (新版 K 式発達検査

研究会, 2020) を利用した。当該検査は 0 歳から成人までを対象とし、身体的発達や運動的発達に関する「姿勢・運動」、物の認識・記憶や言語的な指示理解等に関する「認知・適応」、言語や社会性の発達に関する「言語・社会」の 3 領域から、被検査児者の発達程度 (発達年齢: Developmental Age, DA) を評価する検査である。以下の式から、DA と生活年齢により発達指数 (DQ: Developmental Quotient) が算出される。

$$DQ = \frac{DA}{\text{生活年齢}} \times 100$$

当該検査の対象年齢は 0 歳から成人までであるが、一般的に発達検査は言語能力に限界があるとされる乳幼児を対象として実施されること (Bayley & Aylward, 2019; Berk, 2005) から、本研究では、就学前幼児のみに対して新版 K 式発達検査を実施することにした。実施マニュアル (新版 K 式発達検査研究会, 2020) に則り、被検査児の発達プロフィールが得られた時点で、当該検査の実施を終了することとした。

本調査実施直前 (3 ヶ月以内) に、児童相談所等において療育手帳の判定を受け新版 K 式発達検査を受検していた幼児が複数名いた。練習効果によるバイアスを避けるため、本調査では、このような協力児に対して新版 K 式発達検査を実施せず、保護者の同意を得て、療育手帳の判定時の検査結果にて、本調査における新版 K 式発達検査の得点を代替することにした。

### 4. 日本版 Vineland-II 適応行動尺度

当該尺度 (黒田・伊藤・萩原・染木, 2014) は Vineland Adaptive Behaviors Scale, Second Edition (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005) を邦訳し、国内で標準化 (ノルム化を含む) された適応行動を評価する検査である。当該尺度は 4 領域 (コミュニケーション・日常生活スキル・社会性・運動スキル)、385 項目 (コミュニケーション領域: 99 項目、

日常生活スキル領域：111 項目、社会性領域：99 項目、運動スキル領域：76 項目)で構成される。先行研究において、当該尺度の信頼性と妥当性が確認されている(黒田他, 2014)。当該尺度の評価対象は0歳から90歳までの児者であり、評価対象児者の日常生活をよく知る者(保護者等)に対する半構造化面接を通じて、評価対象児者の適応行動が評価される。

面接者(検査者)は評価対象の日常生活に詳しい評価者の回答を踏まえて、各項目について3件法(2:「通常または習慣的にしている」、1:「時々行動する」または「部分的に行動する」、0:「今までやったことがない」または「1人でまったくしない」)で評定する。評価対象児者の適応行動は、粗点から標準得点化された適応行動総合得点( $M=100$ 、 $1SD=15$ )により評価される。本調査では、評価対象児の保護者に対して面接を行った。

#### 5. S-M 社会生活能力検査－第3版－

本調査では、調査実施時の最新版であった S-M 社会生活能力検査－第3版－(上野他, 2016)を用いた。当該検査は Doll (1935) が開発した Vineland Social Maturity Scale の項目を参考として開発された他者評価式質問紙である(上野他, 2016)。当該尺度は 129 項目で構成され、6 領域(身辺自立・移動・作業・コミュニケーション・集団参加・自己統制)の社会生活能力を評価することができる。先行研究において、当該検査の信頼性と妥当性が確認されている(宇佐美他, 2011)。当該検査の評価対象は 1 歳から 13 歳が基本であるが、発達状態によってはそれ以上の年齢にある青年でも適用可能である(上野他, 2016)。当該検査は評価対象である子どもの日常生活の状況をよく知る者(保護者など)が回答する。本調査では、評価対象の保護者(父親または母親)が回答した。回答形式は 2 件法(○:「できる(ほとんどできる)」または「機会があればできると思う」、×:「できない(あまりできない)」または「機会があってもできないと思う」)である。回答者は評価対象である

子どもの年齢段階の項目から回答し、開始年齢段階項目の前後の項目において「○」および「×」の回答が 8 つ続くまで回答を行う。

「○」の回答数から社会生活年齢(SA: Social Age)を換算し、以下の式から社会生活指数(SQ: Social Quotient)を算出する。

$$SQ = \frac{SA}{\text{生活年齢}} \times 100$$

つまり、SQ は比例 IQ と同様に、対象児の生活年齢と日常生活で見られる社会的能力の比率によって、対象児の社会的能力/適応行動の程度を評価する。

#### 分析方法

ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査および新版 K 式発達検査の関連、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連を検証するために、まず 0 次相関分析(Pearson の積率相関分析)を行った。ブートストラップ法(10,000 サンプル)を行うことで、より精密な信頼区間が得られることが報告されている(Hayes, 2018)ため、相関および偏相関分析では、ブートストラップ法を利用した。なお、係数の評価は Cohen (1992) に基づいた。

ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査/新版 K 式発達検査の得点(FSIQ、比例 IQ、DQ)に基づく知的発達症の重症度、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の得点(適応行動総合点、SQ)に基づく重症度が一致する程度を  $\kappa$  係数により検証した。一致率の評価は McHugh (2012)の基準( $\kappa$  係数が 0-0.20 で「一致なし(None)」、0.21-0.39 で「僅か(Minimal)」、0.40-0.59 で「弱い(Weak)」、0.60-0.79 で「中程度(Moderate)」、0.80-0.90 で「強い(Strong)」、0.90-1.0 で「ほぼ完璧な一致(Almost Perfect)」)を用いた。なお、この基準では、 $\kappa$  係数が 0.60 未満

の場合には、一致が不十分であると判断される。

### 手続き

本調査の実施前に、協力児者および保護者等に対して本研究の説明がなされ、本調査への参加の同意が確認された（詳しくは後述）。各協力児者は複数の検査を受検するため、カウンターバランスが得られよう、受検する検査の順序を配慮した。

ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査は臨床心理士／公認心理師を養成する大学院の学生、または心理臨床に関する専門資格（臨床心理士・公認心理師）を有し心理職に従事する者によって行われた。ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査は各検査に付属する実施マニュアルに則して実施された。

一方、ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査とは異なり、新版 K 式発達検査の実施法（例えば、開始および終了項目）には明確な規定がない。そのため、本調査では、心理臨床に関する専門資格（臨床心理士・公認心理師）を有し、本調査の実施時に心理臨床業務に従事する者で、当該業務において日常的に新版 K 式発達検査を実施する者が当該検査を実施した。

本調査の実施に関する現実的問題（検査者の確保など）や多くの協力者および協力児の保護者が本調査を 1 日で終わることを希望したことから、ほとんどの協力児者は 1 日で複数の検査を受検した。検査者により協力児者の疲労が考慮され、協力児者は適宜休憩をとりながら検査を受検した。検査実施前の本人の行動観察および保護者／施設職員の聞き取りから、表出言語の問題（発話不能 t 等）が確認された協力児者に対しては、言語表出が必須の課題（例えば、ウェクスラー式知能検査における「数唱」や「単語」など）は、本人の負担軽減を考慮し実施されなかった。本調査への協力に対して、協力児者に対して謝礼（10,000 円／人）が渡された。

保護者への Vineland-II 適応行動尺度および S-M 社会生活能力検査の実施についても、カウンタ

ーバランスが得られよう、両検査の実施順序を配慮した。Vineland-II 適応行動尺度の実施は、心理臨床に関する専門資格（臨床心理士・公認心理師）を有し、心理臨床業務の経験がある者が行った。本調査への協力に対して、保護者に謝礼（10,000 円／人）が渡された。

（倫理面への配慮）

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を踏まえた中京大学研究倫理委員会の審査および承認を受けたうえで、本調査は実施された。本調査実施前に、参加協力児者および保護者または施設職員（グループホーム等での支援を受け生活をしてきた一部の協力者については、施設職員が本調査の実施に同行した）に対して、本調査の目的および調査内容と共に、本調査への参加は自由意志に基づくこと、本調査への参加を辞退した場合であっても不利益は被らないこと、一旦本調査への参加に同意した後であっても本調査への参加を辞退することができることなどが口頭で説明された。本調査の実施に関する不明な点がないことを確認したうえで、文書にて、協力児者本人および保護者／施設職員から本研究の参加についての同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連

一部の協力児者（7 名）がウェクスラー式知能検査または他の検査（田中ビネー知能検査もしくは新版 K 式発達検査）の実施中に、顕著な拒絶的態度（泣き叫ぶなど）を示し、当該検査の実施が不可能と判断されたため、分析対象から外した（後述する Vineland-II 適応行動尺度および S-M 社会生活能力検査に関する分析では、保護者が対象であるため、分析からは除外していない）。表 4 に、ウェクスラー式知能検査、田中ビネー知能検査、新版 K 式発達検査の平均値、標準偏差、および範囲を示す。

表4 知能／発達検査，適応行動尺度における検査結果

	分析 対象人数	<i>M</i>	<i>SD</i>	最小	最大
ウェクスラー式知能検査	61	64.79	15.10	41	113
WPPSI	18	62.00	10.31	49	86
WISC	15	69.20	16.71	50	113
WAIS	28	64.21	16.70	41	100
田中ビネーV 比例IQ	70	49.27	24.27	9	140
田中ビネーV 偏差IQ	2	78.50	27.58	59	98
新版K式発達検査	32	54.66	18.69	21	88

ウェクスラー式の場合，複数の下位検査の結果（粗点）が0点の場合，IQが算出できない。このような結果を示した協力者のデータは除外した。

ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査および新版K式発達検査の関連を検証するために、0次相関分析（ブートストラップ法、10,000 サンプル）を行った。偏差IQが算出できる田中ビネー知能検査を実施した成人の中で、いずれの下位検査の得点（粗点）が0点でなった者は僅か2名のみであったこと（表4参照）から、以降の分析では、田中ビネー知能検査の偏差IQに係る分析は行わなかった。

#### 相関分析

相関分析を行うに際し、ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版K式発達検査の結果の散布図（図1および図2）を確認したところ、ウェクスラー式知能検査（FSIQ）と田中ビネー知能検査（比例IQ）の関連では、1データが外れ値と見なされた（図1参照）。そのため、相関分析では、このデータを外れ値として除外した。

相関分析（ブートストラップ法、10,000 サンプル）を行ったところ、ウェクスラー式知能検査（FSIQ）は田中ビネー知能検査（比例IQ； $r = .534, p < .001, 95\% \text{ CI } [.308, .705]$ ）と新版K式発達検査（DQ； $r = .457, n.s., 95\% \text{ CI } [.113, .770]$ ）との間に強い、中程度の正の相関を示した（表5）。しかし、ウェクスラー式知能検査（FSIQ）と新版K式発達検査（DQ）の相関は有意水準を満たさなかった。

各ウェクスラー式知能検査（つまり WPPSI-III、WISC-IV、WAIS-IV）と田中ビネー知能検査（比例IQ）および新版K式発達検査（DQ）の相関分析（ブートストラップ法、10,000 サンプル）を行った（表6）。田中ビネー知能検査との相関では、WISC-IVとWAIS-IVは強い相関を示した（WISC-IV： $r = .667, p < .01, 95\% \text{ CI } [.048, .921]$ ；WAIS-IV： $r = .710, p < .01, 95\% \text{ CI } [.302, .947]$ ）。一方、

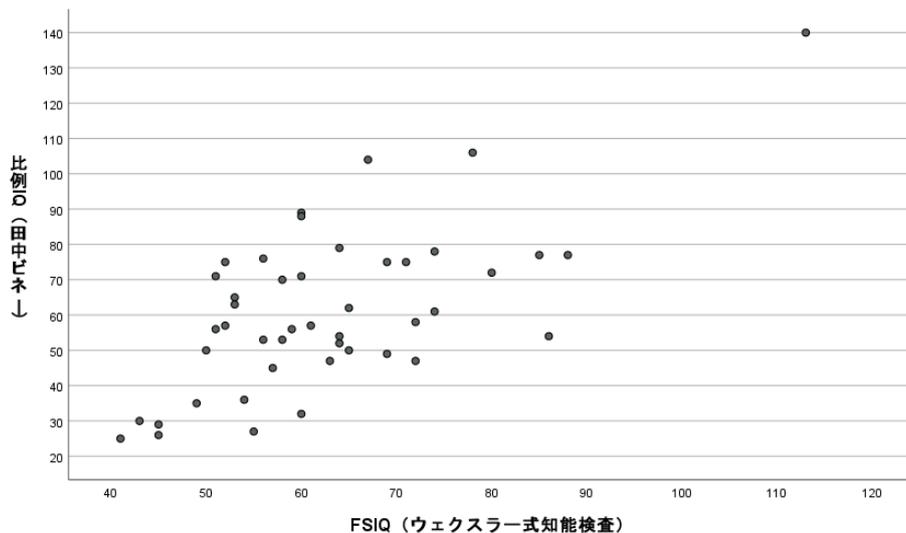


図1 ウェクスラー式知能検査 (FSIQ) と田中ビネー知能検査V (比例IQ) の散布図

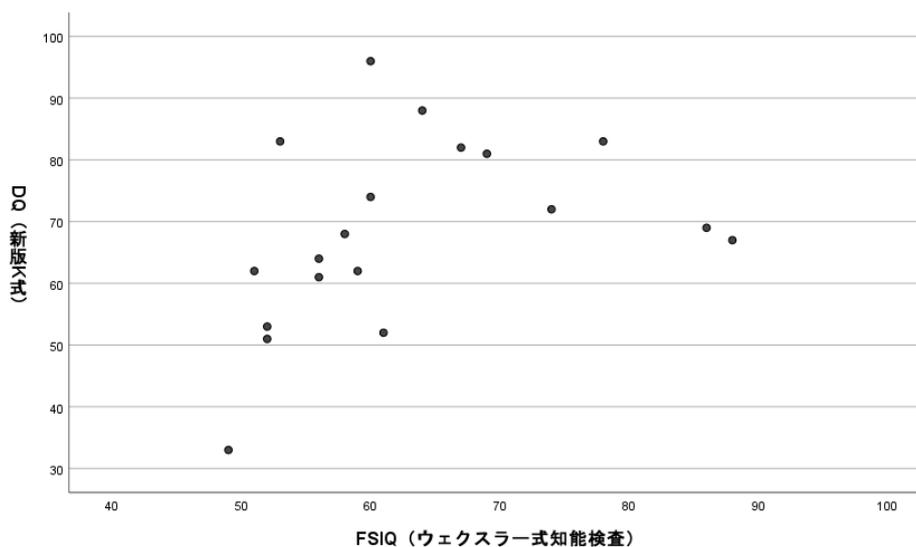


図2 ウェクスラー式知能検査 (FSIQ) と新版K式発達検査 (DQ) の散布図

WPPSI と田中ビネー知能検査の間には、有意な相関は認められなかったが、係数は中程度であった ( $r = .367, n.s., 95\% \text{ CI } [-.152, .783]$ )。

新版 K 式発達検査との相関では、WISC-IV を受検した協力児のうち、1 名のみが新版 K 式発達検査の結果を持参した。そのため、新版 K 式発達検査と各ウェクスラー式知能検査の相関は、WPPSI のみの相関係数を求めた。分析の結果、強い正の相関が示された ( $r = .538, p < .05, 95\% \text{ CI } [.205, .833]$ )。

### 重症度の評価とその一致率

ウェクスラー式知能検査 (FSIQ)、田中ビネー知能検査 (比例 IQ)、新版 K 式発達検査 (DQ) で得られた知的／発達水準から知的発達症の重症度を分類した (表 7 および表 8)。その際、ICD-11 の診断基準に基づき、各指標の値が 55–75 で「軽度」、40–54 で「中等度」、40 未満で「重度」とした。なお、76 以上を示した場合には「健常」と分類した (ICD-11 では、各分類の数値基準に「おおよそ (approximately)」と表記されていること、

表5 ウェクスラー式知能検査と田中ビネーVおよび新版K式発達検査の0次相関（ブートストラップ法：10,000サンプル）

	田中ビネー (比例IQ)	K式
度数	43	18
<i>r</i>	.534*	.457
95% CI	[.308, .705]	[.113, .770]

注) \*  $p < .001$   
 ウェクスラー式知能検査において、複数の下位検査において粗点が0点を示した協力者はデータから除外した。外れ値と判断した1データも分析から除外した。

表6 各ウェクスラー式知能検査との相関

	ウェクスラー式		
	WPPSI	WISC	WAIS
田中ビネー (比例IQ)	.367 [-.152, .783]	.667** [.048, .921]	.710** [.302, .947]
K式	.538* [.205, .833]	—	—

注) \*  $p < .05$  \*\*  $p < .001$

表7 ウェクスラー式知能検査と田中ビネーV (比例IQ) に基づく重症度に関するクロス集計

		田中ビネー (比例IQ)				合計	
		健常	軽度	中等度	重度		
ウェクスラー式	健常	4	1	1	0	6	8.8%
	軽度	5	9	9	2	25	36.8%
	中等度	0	6	1	6	13	19.1%
	重度	0	0	5	19	24	35.3%
合計		9	16	16	27	68	
		13.2%	23.5%	23.5%	39.7%	100%	

注) 健常：76以上、軽度：55-75、中等度：40-54、重度：40未満

表8 ウェクスラー式知能検査と新版K式発達検査に基づく重症度に関するクロス集計

		K式				合計	
		健常	軽度	中等度	重度		
ウェクスラー式	健常	1	2	0	0	3	9.4%
	軽度	3	6	1	0	10	31.3%
	中等度	1	1	2	1	5	15.6%
	重度	0	0	6	8	14	43.8%
合計		5	9	9	9	32	
		15.6%	28.1%	28.1%	28.1%	100%	

注) 健常：76以上、軽度：55-75、中等度：40-54、重度：40未満

DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) の知的発達症の診断基準には、知的水準の範囲は誤差を含み 75 以下と表記してあることから、「軽度」の上限は 69 ではなく 75 とした)。ウェクスラー式知能検査において、FSIQ が算出できない場合には、FSIQ が 40 未満と推定されるため、「重度」に分類した。

ウェクスラー式知能検査 (FSIQ) では、「軽度」と評価される児者が最も多く (25 名、36.8%)、「重度」 (24 名、35.3%)、「中等度」 (13 名、19.1%)、「健常」 (6 名、8.8%) と続いた。田中ビネー知能検査 (比例 IQ) では、「重度」が最も多く (27 名、39.7%)、「中等度」と「軽度」 (16 名、23.5%)、「健常」 (9 名、13.2%) と続いた。新版 K 式発達検査 (DQ) では、「軽度」「中等度」「重度」が最も多く (9 名、28.1%)、「健常」 (5 名、15.6%) と

続いた。

ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査、新版 K 式発達検査の結果に基づく分類のクロス集計を表 7 および表 8 に示す。ウェクスラー式知能検査 (FSIQ) と田中ビネー知能検査 (比例 IQ) / 新版 K 式発達検査 (DQ) に基づく分類の一致は、いずれも「僅か」(比例 IQ:  $\kappa = .282$ 、DQ:  $\kappa = .358$ ) であった (表 9)。各ウェクスラー式知能検査との一致度を検討したところ、田中ビネー知能検査については、WPPSI とは「僅か」な一致 ( $\kappa = .261$ )、WISC-IV とは「弱い」一致 ( $\kappa = .480$ )、WAIS-IV とは「一致なし」 ( $\kappa = .060$ ) であった。新版 K 式発達検査については、WPPSI とは「僅か」な一致 ( $\kappa = .393$ )、WISC-IV とは「一致なし」 ( $\kappa = .118$ ) であった。

表9 ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版K式発達検査の一致率

	ウェクスラー式知能検査			
	全体	WPPSI-III	WISC-IV	WAIS-IV
田中ビネー (比例IQ)	.282	.261	.480	.060
K式	.358	.393	.118	—

注) 表内の数値は $r$ 係数を表す。

### ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の得点差

本調査における協力児者が示すウェクスラー式知能検査で得られた知的水準 (FSIQ) と、田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査で得られた知的／発達水準 (比例 IQ/DQ) の差を算出したところ、いずれか一方の検査の結果が一貫して得点が高い (もしくは低い) 現象は認められなかった (表 10、表 11)。具体的には、ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査の差 (=FSIQ-比例 IQ) の平均は 2.25 ( $SD=16.95$ ) であり、得点差の範囲は -37-32 であった (図 3、図 4、図 5、図 6)。ウェクスラー式知能検査と新版 K 式発達検査の差 (FSIQ-DQ) の平均は -4.00 ( $SD=13.66$ ) であり、得点差の範囲は -36-21 であった (図 7)。なお、先に述べたように、新版 K 式発達検査の結果がある子どものうち、1 名だけが WISC-IV の受検児であったため、ウェクスラー式知能検査の種類ごとの分布は作成しなかった。

ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査で得られた結果 (FSIQ、比例

表10 ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査Vの得点差

	度数	得点差 (FSIQ-比例IQ)			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	最小値	最大値
全体	44	2.25	16.95	-37	32
WPPSI-III	18	-8.78	16.70	-37	32
WISC-IV	14	4.14	12.59	-27	20
WAIS-IV	12	16.58	8.78	-5	28

表11 ウェクスラー式知能と新版K式発達検査の得点差

	度数	得点差 (FSIQ-DQ)			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	最小値	最大値
全体	18	-4.00	13.66	-36	21
WPPSI-III	17	-5.47	12.52	-36	17
WISC-IV	1	21.00	—	—	—

IQ、DQ) の差には、一貫した傾向が認められなかったことを踏まえると、田中ビネー知能検査や新版 K 式発達検査の結果 (つまり、比例 IQ や DQ) から偏差 IQ で示される知的水準 (つまり、ウェクスラー式知能検査における FSIQ) を推定する換算式を構築することは、実用性の面から困難である。そのため、先に示した重症度の分類を援用し、田中ビネー知能検査および新版 K 式発達検査の結果に基づく各知的／発達水準に位置づけられる児者が、ウェクスラー式知能検査ではどの程度の偏差 IQ を示し得るかを、95%信頼区間により推定した。分析は信頼区間の推定がより正確になるブートストラップ法 (10,000 サンプル) を用いた。分析の結果は表 12 および表 13 に示されている。

田中ビネー知能検査において「軽度」 (比例 IQ =55-75) と評価される場合には、FSIQ の得点範囲は 57.06-65.81 であった。「中等度」では、58.91-69.73、「重度」では 44.88-53.38 であった。つまり、田中ビネー知能検査 V において、重症度が「軽度」より重いと判定される児者では、ウェクスラー式知能の結果でも FSIQ が 70 未満を示す可能性が高いと推定される (表 12)。

新版 K 式発達検査において、「軽度」と評価される場合には、FSIQ の得点範囲は 57.44-74.56 であった。「中等度」では 52.00-61.00 であった。なお、「重度」と評価され FSIQ の算出が可能であった協力児は 1 名であったため、分析は実施できなかった。つまり、新版 K 式発達検査において、重症度が「軽度」「中等度」と判定される子どもでは、ウェクスラー式知能の結果において、FSIQ が 75 未満を示す可能性が高いと推定される (表 13)。一

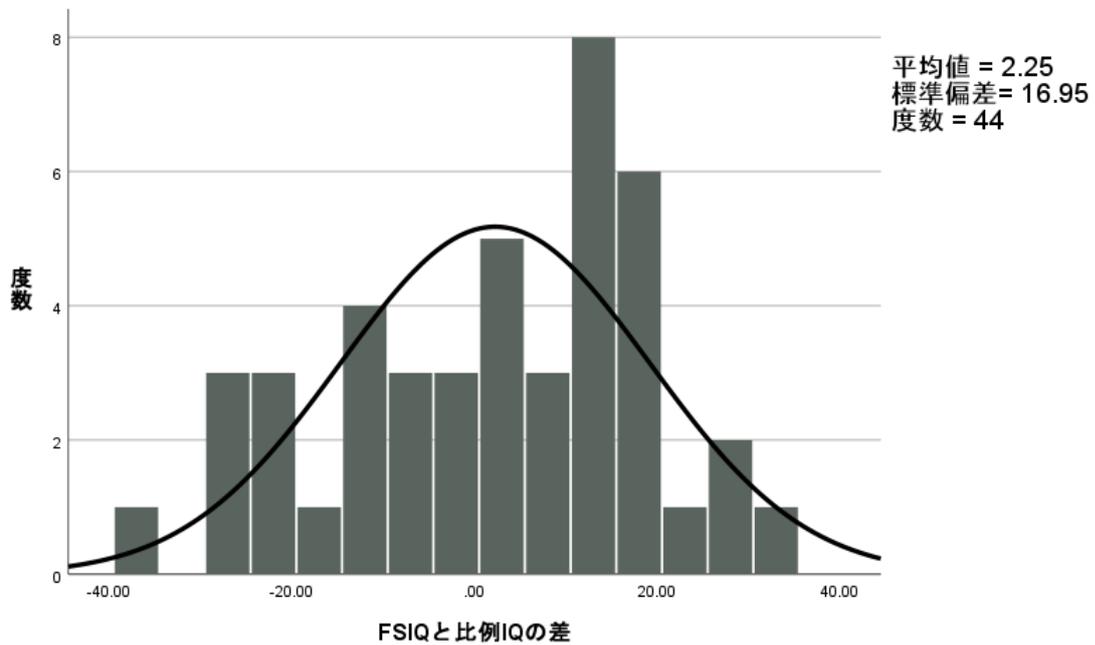


図3 ウェクスラー式知能検査 (FSIQ) と田中ビネー知能検査V (比例IQ) の差の分布

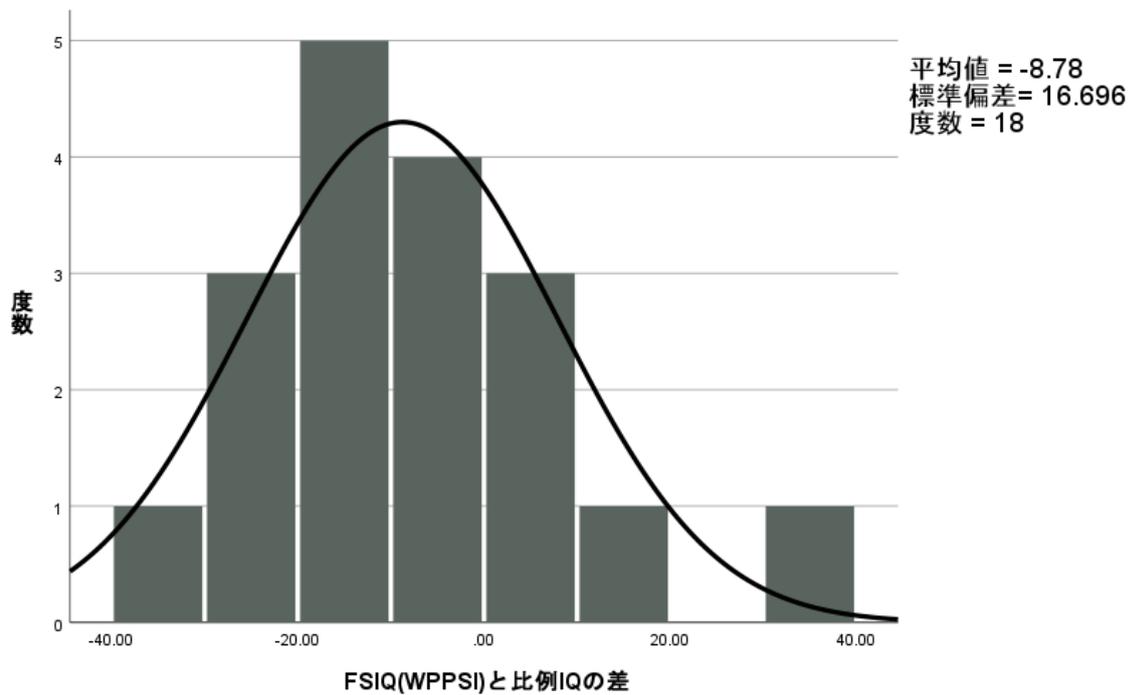


図4 WPPSI-III (FSIQ) と田中ビネー知能検査V (比例IQ) の差の分布

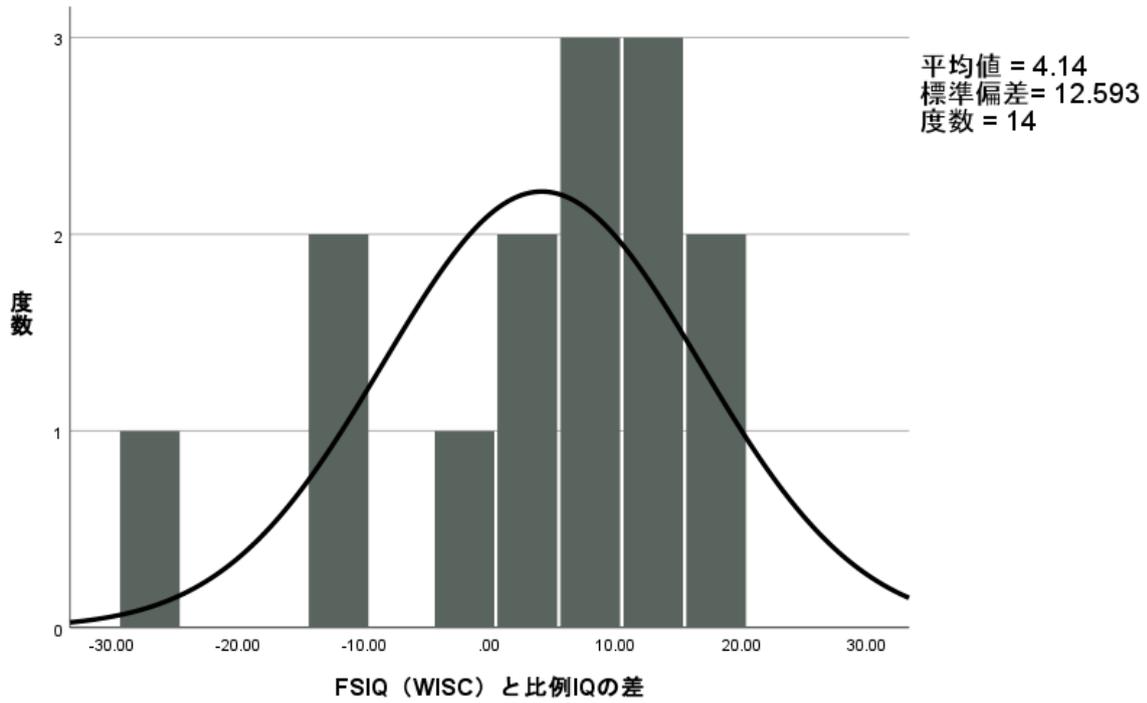


図5 WISC-IV (FSIQ) と田中ビネー知能検査V (比例IQ) の差の分布

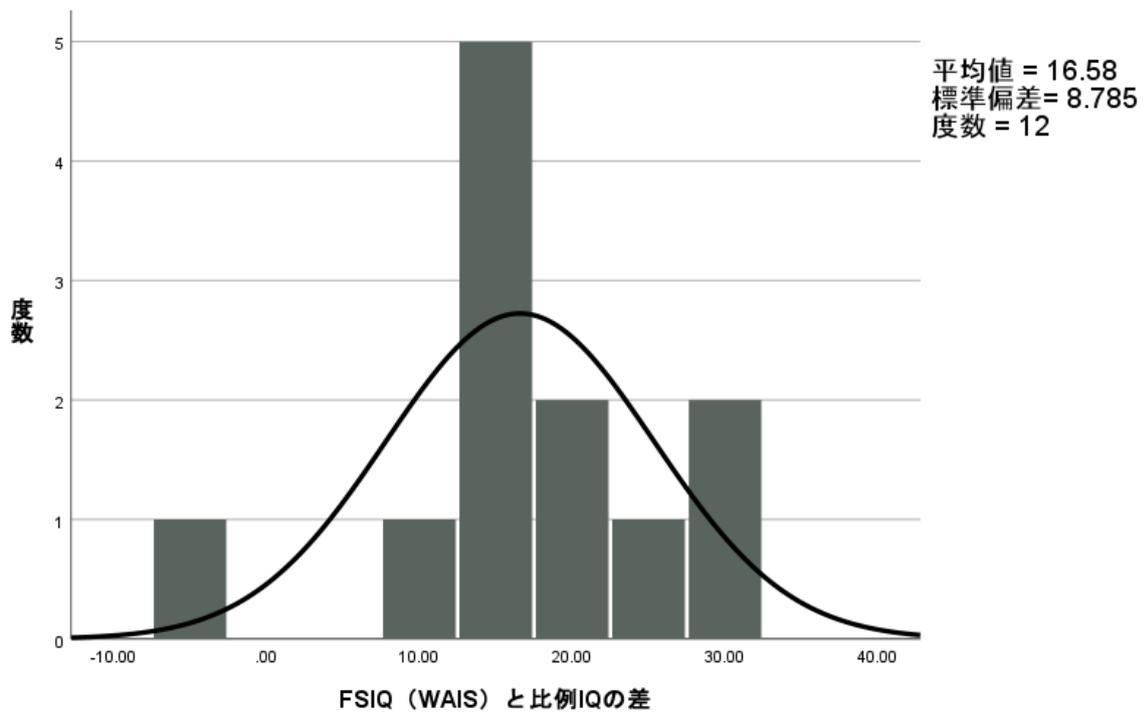


図6 WAIS-IV (FSIQ) と田中ビネー知能検査V (比例IQ) の差の分布

表12 田中ビネー知能検査Vの結果(比例IQ)によるFSIQの推定

田中ビネー知能検査Vの結果				偏差IQ (FSIQ) の推定 (95%信頼区間)			FSIQ < 40 の人数
重症度 (比例IQ)	度数	M	SD	度数	下限	上限	
健常 (76以上)	9	91.67	21.59	9	66.10	87.80	0
軽度 (55-75)	16	65.25	7.36	9	57.06	65.81	0
中等度 (40-54)	18	48.28	3.88	11	58.91	69.73	7
重度 (39以下)	27	26.33	7.18	8	44.88	53.38	19

表13 新版K式発達検査の結果(DQ)によるFSIQの推定

新版K式発達検査の結果				偏差IQ (FSIQ) の推定 (95%信頼区間)			FSIQ < 40 の人数
重症度 (DQ)	度数	M	SD	度数	下限	上限	
健常 (76以上)	5	83.40	2.70	5	58.50	73.00	0
軽度 (55-75)	9	83.40	2.70	9	57.44	74.56	0
中等度 (40-54)	9	49.44	4.33	3	52.00	61.00	6
重度 (39以下)	9	32.00	5.15	1	49.00	49.00	8

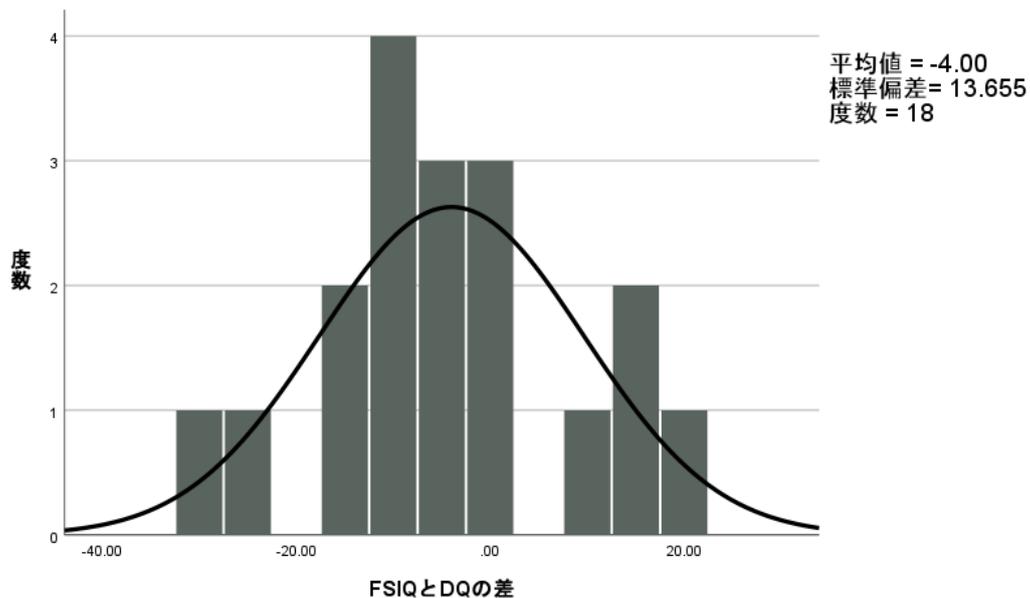


図7 ウェクスラー式知能検査 (FSIQ) と新版K式発達検査 (DQ) の差の分布

方で、「健常」における信頼区間も 75 を下回っていた。さらに「健常」と「軽度」に位置づけられた協力児は群として同じ平均値を示すと共に、信頼区間もほぼ重なっていたことは注目すべき結果である。

## 2. Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連

表 14 に Vineland-II 適応行動尺度の得点（適応行動総合点）、S-M 社会生活能力検査の得点（SQ）の平均値と標準偏差が示されている。1 名の保護者が S-M 社会生活能力検査において、社会生活年齢（SA）を算出できる上限以上の粗点（127 点）を示したため、数量的分析から除外した。

図 8 には、Vineland-II 適応行動尺度の得点（適応行動総合点）と S-M 社会生活能力検査の得点（SQ）の関連に関する散布図が示されている。Vineland-II 適応行動尺度の得点（適応行動総合点）と S-M 社会生活能力検査の得点（SQ）の関連を検証するために、0 次相関分析（ブートストラップ法、10,000 サンプル）を行ったところ、強い

表 14 Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査平均値と標準偏差、相関係数

	M	SD	範囲		相関係数 [95% CI]
			最小	最大	
Vineland-II	56.37	19.27	20	92	.699
S-M	52.97	20.09	12	98	[.560, .814]

正の相関が認められた（ $r = .699$ , 95% CI [.560, .814]、表 14）。

上記の相関係数は、他の変数を介した疑似相関の可能性があるため、デモグラフィック変数（年齢および性別）を統制した偏相関分析を行った。その結果、相関分析同様に、強い正の相関が確認された（ $r = .777$ , 95% CI [.678, .861]）。

### 重症度の評価とその一致率

Vineland-II 適応行動尺度の得点（適応行動総合点）と S-M 社会生活能力検査の得点（SQ）により、ICD-11 の診断基準に基づき知的発達症の重症度を分類した（表 16；分類基準は前頁を参照）。Vineland-II 適応行動尺度（適応行動総合点）では、「軽度」が最も多く（22 名、36.7%）、「中等度」

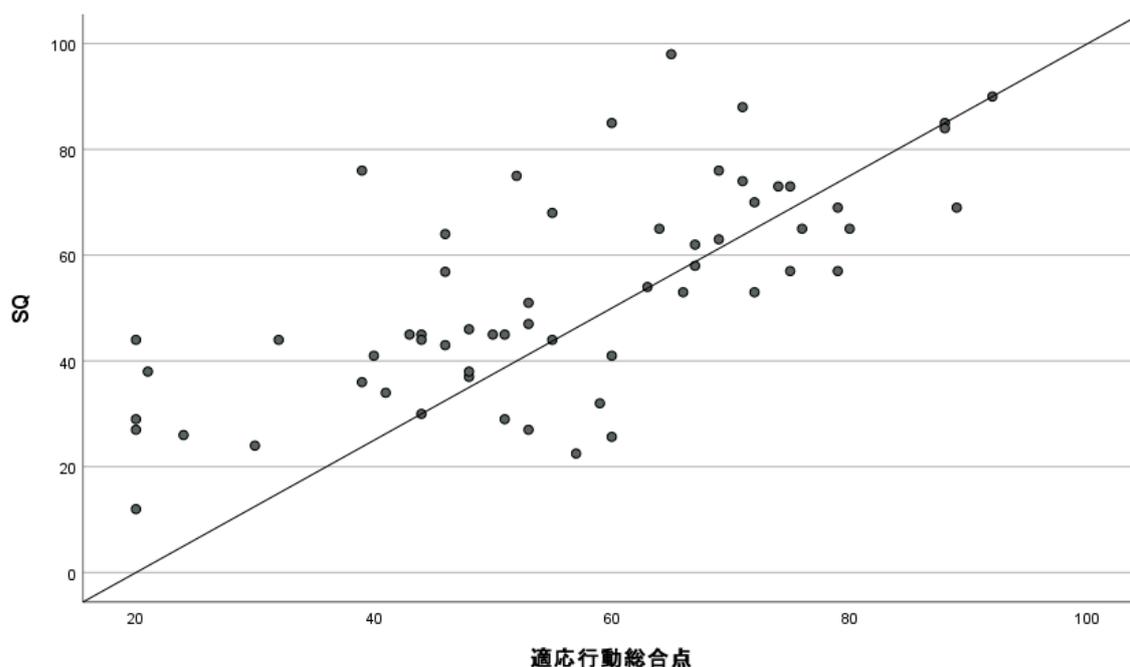


図 8 Vineland-II 適応行動尺度（適応行動総合点）と S-M 社会生活能力検査（SQ）の散布図

(19名、31.7%)、「重度」(10名、16.7%)、「健常」(9名、15.0%)が続いた。S-M 社会生活能力検査(SQ)では、「軽度」(18名、30.0%)が最も多く、「中等度」(17名、28.3%)、「重度」(16名、26.7%)、「健常」(9名、15.0%)が続いた。Vineland-II 適応行動尺度(適応行動総合点)とS-M 社会生活能力検査(SQ)によって評価される重症度の一致の程度を示す、 $\kappa$ 係数を算出した。その結果、一致度は「僅か」であった( $\kappa = .353$ )。

表16 Vineland-II適応行動尺度とS-M社会生活能力検査の関連

		Vineland-II				合計	
		健常	軽度	中等度	重度		
S M	健常	4	4	0	1	9	15.0%
	軽度	5	10	3	0	18	30.0%
	中等度	0	5	10	2	17	28.3%
	重度	0	3	6	7	16	26.7%
合計		9	22	19	10	60	
		15.0%	36.7%	31.7%	16.7%	100%	

### Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の得点差

Vineland-II 適応行動尺度の得点(適応行動総合点)とS-M 社会生活能力検査の得点(SQ)の差(=適応行動総合点-SQ)を算出したところ(図9)、いずれの尺度の得点が一貫して高い現象は見られなかった(差の平均値:2.80±15.05、最小値:-37、最大値:35)。

Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査で得られた結果(適応行動総合点、SQ)の差には、一貫した傾向が認められなかったことを踏まえると、S-M 社会生活能力検査の結果(SQ)から偏差指数で示される適応行動水準(つまり、Vineland-II 適応行動尺度における適応行動総合点)を推定する換算式を構築することは、実用性の面から困難である。そのため、先に示した重症度の分類を援用し、S-M 社会生活能力検査の結果に基づく各水準に位置づけられる協力児が、Vineland-

II 適応行動尺度ではどの程度の適応行動水準を示し得るかを、95%信頼区間により推定した。分析は信頼区間の推定がより正確になるブートストラップ法(10,000サンプル)を用いた。分析の結果は表17に示されている。

S-M 社会生活能力検査において「軽度」(SQ=55-75)と評価される場合には、適応行動総合点の得点範囲は62.25-74.07であった。「中等度」では、45.53-55.06、「重度」では30.79-47.09であった。つまり、S-M 社会生活能力検査において、重症度が「軽度」より重いと判定される場合には、Vineland-II 適応行動尺度の結果(適応行動総合点)でも75未満を示すと可能性が高いと推定される(表17)。

### 3. 〈補足資料〉本調査における重症度と交付されている療育手帳の等級の関連

本調査で得られた知的/発達水準および適応行動水準に基づく分類(つまり、先に示した「健常」「軽度」「中等度」「重度」と、交付されている療育手帳の等級に関するクロス集計を行った。分析に際し、療育手帳の交付を受けていない協力児(3名)は除外した。都道府県および指定市では、異なる等級名および区分が用いられているため、便宜的に以下の分類でクロス集計を行った。

- 重度：療育手帳の等級が「1」、「2」、「A」、「A1」、「A2」
- 中等度：療育手帳の等級が「3」、「B」、「B1」
- 軽度：療育手帳の等級が「4」、「C」、「B2」

本研究で得られた知的/発達水準と交付されている療育手帳の等級のクロス集計は表18-20に示されている。ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査の結果(FSIQおよび比例IQ)に基づく場合には、10%強が知的発達症の診断基準(つまり、IQ>75)に該当しない知的水準を示した。新版K式発達検査の結果(DQ)に基づく場合には、

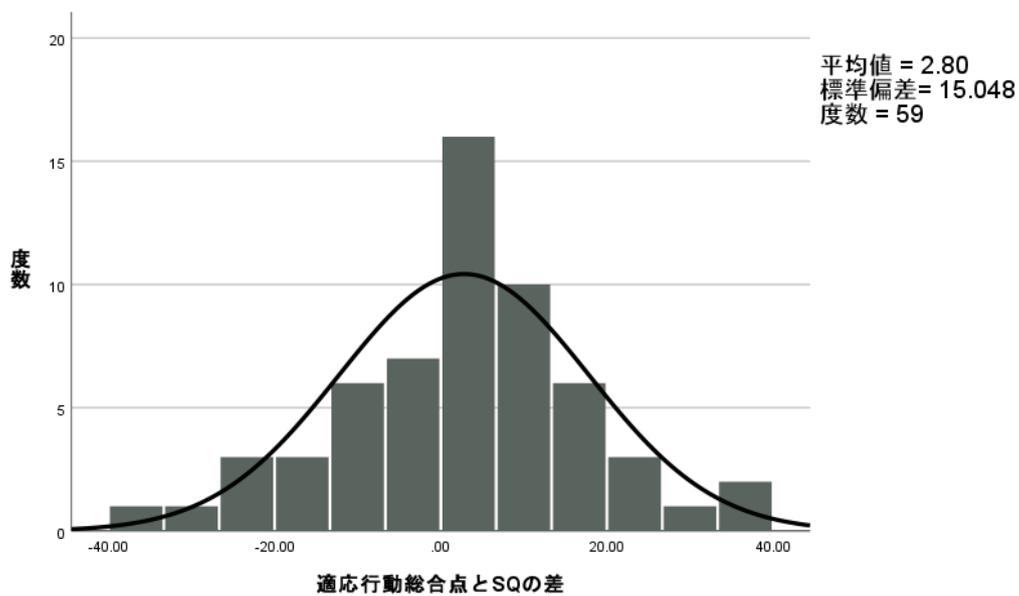


図9 Vineland-II適応行動尺度（適応行動総合点）とS-M社会生活能力検査（SQ）の差の分布

表17 S-M社会生活能力検査の結果(SQ)による適応行動総合点の推定

新版K式発達検査の結果				適応行動総合点の推定 (95%信頼区間)		
重症度 (DQ)	度数	<i>M</i>	<i>SD</i>	度数	下限	上限
健常 (76以上)	9	85.25	7.23	9	62.22	84.00
軽度 (55-75)	18	65.77	6.05	18	63.11	73.83
中等度 (40-54)	17	46.18	4.08	17	43.47	55.12
重度 (39以下)	16	29.20	6.80	16	32.38	46.75

表18 ウェクスラー式知能検査の結果（FSIQ）と交付されている手帳等級のクロス集計

本研究での結果		交付されている療育手帳の等級				合計	
重症度（FSIQ）		認定	軽度	中等度	重度		
ウェクスラー式	健常（76以上）	0	9	1	0	10	12.0%
	軽度（55-75）	1	19	9	2	31	37.3%
	中等度（40-54）	0	7	5	1	13	15.7%
	重度（39以下）	0	4	9	16	29	34.9%
合計		1	39	24	19	83	100%

注) 療育手帳の交付児者が対象。手帳の等級が「1」「2」「A」「A1」「A2」の場合に重度、「3」「B」「B1」の場合に中等度、「4」「C」「B2」の場合に軽度とコードした。

表19 田中ビネー知能検査Vの結果（比例IQ）と交付されている手帳等級のクロス集計

本研究での結果		交付されている療育手帳の等級				合計	
重症度（比例IQ）		認定	軽度	中等度	重度		
田中ビネー	健常（76以上）	0	8	0	0	8	11.9%
	軽度（55-75）	1	12	2	0	15	22.4%
	中等度（40-54）	0	9	5	3	17	25.4%
	重度（39以下）	0	1	9	17	27	40.3%
合計		1	30	16	20	67	100%

注) 療育手帳の交付児者が対象。手帳の等級が「1」「2」「A」「A1」「A2」の場合に重度、「3」「B」「B1」の場合に中等度、「4」「C」「B2」の場合に軽度とコードした。

表20 新版K式発達検査の結果（DQ）と交付されている手帳等級のクロス集計

本研究での結果		交付されている療育手帳の等級				合計	
重症度（DQ）		認定	軽度	中等度	重度		
K式	健常（76以上）	0	3	0	0	3	6.1%
	軽度（55-75）	1	7	0	0	8	16.3%
	中等度（40-54）	0	6	22	1	29	59.2%
	重度（39以下）	0	1	6	2	9	18.4%
合計		1	17	28	3	49	100%

注) 療育手帳の交付児者が対象。手帳の等級が「1」「2」「A」「A1」「A2」の場合に重度、「3」「B」「B1」の場合に中等度、「4」「C」「B2」の場合に軽度とコードした。

およそ 6%が知的発達症の診断基準に該当しない発達水準 (DQ>75) を示した (表 20)。

本研究で得られた適応行動水準と交付されている療育手帳の等級のクロス集計は表 21 および表 22 に示されている。Vineland-II 適応行動尺度の結果(適応行動総合点)に基づく場合にはおよそ 10%、S-M 社会生活能力検査の結果 (SQ) に基づく場合にはおよそ 16%が知的発達症の診断基準に該当しない適応行動水準 (適応行動水準>75) を示した。

#### 4. <補足資料> ICD-11 における知的発達症の診断基準に合致する児者の割合

どの程度の協力児者が、ICD-11 における知的発達症の診断基準に合致するかを検証した。先に論じたように、ICD-11 では偏差指数に基づく知的水準と適応行動水準の評価が求められる (World Health Organization, 2019) ため、ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度の結果 (つまり、FSIQ および適応行動総合点) に基づき知的/適応行動水準を評価した。

知的水準と適応行動水準の評価に関するクロス集計を行ったところ、知的水準に関してはおよそ 12% (10 名) が診断基準に合致しない知的水準 (つまり、FSIQ>75) を、およそ 9% (8 名) が診断基準に合致しない適応行動水準 (つまり、適応行動総合点>75) を示した (表 23)。

ICD-11 の診断基準では、知的発達症の診断は知的水準と適応行動水準の双方に困難が認められることが明記されている (*Disorders of intellectual development are a group of etiologically diverse conditions originating during the developmental period characterized by significantly below average intellectual functioning and adaptive behavior that are approximately two or more standard deviations below the mean (approximately less than the 2.3rd percentile)*)。この基準を純粋に適用する場合、療育手帳の交付を受ける本研究の協力児者 (85 名) の 20% (17 名) が知的発達症の診断基準に合致してなかった。

また、知的水準における適応行動水準の関連は一樣ではなかった。具体的には、知的水準が「健常」域にある児者 (10 名) であっても、適応行動水準が「軽度」(4 名)、「中等度」(1 名)、「重度」(4 名) 域を示す児者がいた。その反対に、知的水準が「軽度」や「中等度」であっても、「健常」な適応行動水準を示す児者もいた。

#### 5. <補足資料> ICD-10 と ICD-11 の重症度評価の差異

導入部で論じたように、ICD-10 (World Health Organization, 1993) と ICD-11 (World Health Organization, 2019) では重症度の評価分類は同一 (軽度・中等度・重度・最重度) であるが、IQ の数値範囲が異なる (ICD-10: 軽度=50-69、中等度=35-49、重度=20-35、最重度=20 未満; ICD-11: 軽度=69-55、中等度: 40-54、重度/最重度=39 未満)。ICD-11 の診断基準に基づく重症度の評価分類に変更する際の資料として、本研究の協力児者の知的水準の評価に基づき、ICD-10 から ICD-11 の基準に基づく評価分類の差異を検討した。なお、ウェクスラー式知能検査では、40 未満の IQ が算出できないため、本分析は田中ビネー知能検査および新版 K 式発達検査の結果 (つまり、比例 IQ および DQ) に基づいて行った。田中ビネー知能検査 V に関する結果は表 24、新版 K 式発達検査に関する結果は表 25 に示されている。

田中ビネー知能検査の結果については、重症度の IQ 範囲の変化に伴い、「軽度」と評価される児者数が減り、「中等度」「重度/最重度」と評価される児者数の増加が認められた (軽度: 23 名→16 名、中等度: 15 名→18 名、重度/最重度: 23 名→27 名)。新版 K 式発達検査の結果についても、「軽度」と評価される人数が減り、「中等度」「重度」と評価される人数の増加が見られた (軽度: 14 名→9 名、中等度: 7 名→9 名、重度/最重度: 6 名→9 名)。

表21 Vineland-II適応行動尺度の結果（適応行動総合点）と交付されている手帳等級のクロス集計

本研究での結果		交付されている療育手帳の等級				合計	
V i n e l a n d	重症度 (適応行動総合点)	認定	軽度	中等度	重度		
	健常 (76以上)	1	7	1	0	9	9.7%
	軽度 (55-75)	1	18	4	1	24	25.8%
	中等度 (40-54)	0	6	11	5	22	23.7%
	重度 (39以下)	0	8	10	20	38	40.9%
	合計	2	39	26	26	93	100%

注) 療育手帳の交付児者が対象。手帳の等級が「1」「2」「A」「A1」「A2」の場合に重度、「3」「B」「B1」の場合に中等度、「4」「C」「B2」の場合に軽度とコードした。

表22 S・M社会生活能力検査の結果（SQ）と交付されている手帳等級のクロス集計

本研究での結果		交付されている療育手帳の等級				合計	
S M	重症度 (SQ)	認定	軽度	中等度	重度		
	健常 (76以上)	1	8	0	0	9	15.8%
	軽度 (55-75)	1	13	1	0	15	26.3%
	中等度 (40-54)	0	9	6	2	17	29.8%
	重度 (39以下)	0	2	6	8	16	28.1%
	合計	2	32	13	10	57	100%

注) 療育手帳の交付児者が対象。手帳の等級が「1」「2」「A」「A1」「A2」の場合に重度、「3」「B」「B1」の場合に中等度、「4」「C」「B2」の場合に軽度とコードした。

表23 知的および適応行動水準の評価におけるクロス集計

		適応行動水準				合計	
		健常 (76以上)	軽度 (55-75)	中等度 (40-54)	重度 (39以下)		
知的 水準	健常 (76以上)	1	4	1	4	10	11.8%
	軽度 (55-75)	5	11	5	9	30	35.3%
	中等度 (40-54)	2	5	2	7	16	18.8%
	重度 (39以下)	0	3	11	15	29	34.1%
合計		8	23	19	35	85	100%
		9.4%	27.1%	22.4%	41.2%		

注) 療育手帳の交付児者および交付に認定を受ける児等が対象。知的水準の評価はウェクスラー式知能検査、適応行動水準の評価はVineland-II適応行動尺度を用いた。

表24 田中ビネー知能検査Vの結果（比例IQ）に基づく、ICD-10とICD-11の重症度評価の差異

		ICD-10基準					合計	
		健常 (76以上)	軽度 (50-75)	中等度 (35-49)	重度 (20-34)	最重度 (19以下)		
ICD-11 基準	健常 (76以上)	9	0	0	0	0	9	12.9%
	軽度 (55-75)	0	16	0	0	0	16	22.9%
	中等度 (40-54)	0	7	11	0	0	18	25.7%
	重度/最重度 (39以下)	0	0	4	17	6	27	38.6%
合計		9	23	15	17	6	70	100%
		12.9%	32.9%	21.4%	24.3%	8.6%		

注) 療育手帳の交付児者および交付に認定を受ける児等が対象。

表25 新版K式発達検査の結果 (DQ) に基づく、ICD-10とICD-11の重症度評価の差異

	ICD-10基準					合計		
	健常 (76以上)	軽度 (50-75)	中等度 (35-49)	重度 (20-34)	最重度 (19以下)			
ICD-11 基準	健常 (76以上)	5	0	0	0	0	5	15.6%
	軽度 (55-75)	0	9	0	0	0	9	28.1%
	中等度 (40-54)	0	5	4	0	0	9	28.1%
	重度/最重度 (39以下)	0	0	3	6	0	9	28.1%
	合計	5	14	7	6	0	32	100%
		15.6%	43.8%	21.9%	18.8%	0.0%		

注)療育手帳の交付児者および交付に認定を受ける児等が対象。

## 考察

### 1. ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査/新版K式発達検査の関連

ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査/新版K式発達検査の得点(FSIQ、比例IQ、DQ)の関連を確認したところ、単純相関(0次相関)では、中程度-高い相関が確認された。各ウェクスラー式知能検査との相関については、WPPSIと田中ビネー知能検査の相関は中程度に留まったが、WISC-IV/WAIS-IVと田中ビネー知能検査、WPPSIと新版K式発達検査間には、強い正の相関が示された。健常児者を対象とした先行研究で報告されている(例えば、財団法人 田中教育研究所, 2003b)ように、知的機能に困難を示す児者においても、偏差IQを採用するウェクスラー式知能検査の結果(FSIQ)と、田中ビネー知能検査/新版K式発達検査の結果(比例IQ/DQ)は中程度から強い関連を示すことが窺える。

田中ビネー知能検査と新版K式発達検査に基づく各重症度に位置づけられた児者が示し得る偏差IQ(つまり、ウェクスラー式知能検査のFSIQ)の範囲(95%信頼区間)を推定したところ、田中ビネー知能検査では、いずれの分類(軽度・中等度・重度)においてもFSIQは70を下回ると推定され

た。この結果から、田中ビネー知能検査において比例IQが75以下を示す児者では、ウェクスラー式知能検査においてもFSIQ(偏差IQ)は70未満を示すと考えられる。

新版K式発達検査でも、いずれの分類(軽度・中等度・重度)においてもFSIQは75未満であった。一方で、「健常」における信頼区間も75を下回っており、さらに「健常」と「軽度」に位置づけられた協力児は群として同じ平均値を示し、信頼区間もほぼ重なっていた。これらの結果を踏まえると、新版K式発達検査において「軽度」(DQ=5575)と判定される場合であっても、その判定結果を慎重に吟味することが必要であると思われる。

一方、数的関連とは異なり、ウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査/新版K式発達検査で得られた知的/発達水準に基づき分類された重症度の一致は低い水準に留まった。具体的には、 $\kappa$ 係数は.3前後に留まり、McHugh(2012)の基準で「一致が十分」とされる.60を大きく下回った。これは、ICD-11の診断基準が求めるノルム化された検査(偏差指数の算出が可能な尺度)に該当するウェクスラー式知能検査で得られる知的水準の評価分類と、ノルム化が行われてない田中ビネー知能検査や新版K式発達検査で得られる知的/発

達水準の評価分類には、顕著な乖離があることを意味する。特に、田中ビネー知能検査と WAIS-IV、新版 K 式発達検査と WISC-IV の一致程度は著しく低かったことは注目すべきである（いずれも「一致なし」）。

これらの結果および先行研究で報告される田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の標準化の在り方（伊藤，2021）、発達検査は乳幼児に実施されること（Bayley & Aylward, 2019；Berk, 2005）を踏まえ、以下のことが示唆される。

- ・田中ビネー知能検査を使用しその結果に基づき療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきである（特に、青年・成人）が、検査結果（比例 IQ < 76）に基づく交付判定は一定の信頼性がある。

- ・新版 K 式発達検査を使用しその結果に基づき、就学前幼児における療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきである。また、DQ が軽度域（55-75）と評価される場合には、他の知能検査検査を実施し、療育手帳の交付の適切性を慎重に判断する必要がある。

## 2. Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連

相関分析、デモグラフィック変数を統制した偏相関分析を行った結果、Vineland-II 適応行動尺度（適応行動総合点）と S-M 社会生活能力検査(SQ)の間には強い正の相関が認められた。先行研究において、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連は検証されていなかったため、本研究が示したこの結果を比較することはできない。しかしながら、両検査の開発段階において、ASA 旭出式社会適応スキル検査（旭出学園教育研究所, 2012; 以下 ASA 検査）との相関が検証され、両検査とも ASA 検査と正に相関（S-M： $r = .873$ ,

Vineland-II： $r = .596$ ）することが確認されている（宇佐美他, 2011；黒田他, 2014）。このことから、本研究において、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の得点間に正の相関が認められたことは理解できる。

S-M 社会生活能力検査 (SQ) に基づき分類された各重症度に位置づけられた協力児が示す適応行動総合点を推定したところ、各重症度が示す適応行動総合点の推定値（95%信頼区間）は 76 未満であった。このことから、SQ において「軽度」（SQ = 55-75）と評価される幼児・児童・青年では、Vineland-II 適応行動尺度の結果（適応行動総合点）も 76 未満を示す可能性が高いと考えられる。

一方、数的関連とは異なり、Vineland-II 適応行動尺度で得られる「適応行動総合点」と S-M 社会生活能力検査で得られる「SQ」に基づき分類された重症度の一致は乏しいものであった。具体的には、 $\kappa$  係数は .3 程度に留まり、McHugh(2012)の基準で「一致が十分」とされる .60 を大きく下回った。これは、ICD-11 の診断基準が求めるノルム化された尺度（偏差指数の算出が可能な尺度）に該当する Vineland-II 適応行動尺度で得られる適応行動の評価と、ノルム化が行われてない S-M 社会生活能力検査で得られる適応行動の評価は大きく乖離することを意味する。これに沿うように、Vineland-II 適応行動尺度の「適応行動総合点」と S-M 社会生活能力検査の「SQ」の差およびその方向性は一貫していなかった（図 9 参照）。療育手帳の判定では、手帳の交付の適切性のみならず、重症度にあたる等級も判定される。そのため、療育手帳の判定において、S-M 社会生活能力検査を利用し得られた判定結果は、ICD-11 の診断基準に準拠した判定結果と異なる可能性が多分にあると考えられる。

これらの結果から、以下のことが示唆される。

- ・幼児・児童・青年に対して、S-M 社会生活能力検査を使用しその結果に基づき療育手帳の判定を

行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきであるが、検査結果 (SQ<76) に基づく交付判定は一定の信頼性がある。

### 3. 療育手帳制度の運用の適切性

本研究で得られたデータに基づく知的／適応行動水準と療育手帳の等級の関連を検証したところ、ウェクスラー式知能検査 (FSIQ) や田中ビネー知能検査 (比例 IQ) に基づく結果では、療育手帳の交付を受けている協力児者の 1 割強は IQ>75 を示した。中には、平均以上の IQ を示す児者もいたことは注目すべき結果である。しかし、この結果を裏付けるように、児童相談所等を対象とした近年の調査において、IQ に上限を設けず、療育手帳を交付する自治体があることが報告されている (村山・浜田, 2021)。本研究と先行研究を踏まえると、療育手帳は「知的障害児 (者) に交付」と記されているが、実際には、平均以上の知的水準を示すなど、知的発達症の特性を呈さない児者に対しても療育手帳が交付されていることが理解される。以上のことから、現状、療育手帳制度の根幹は瓦解していると言っても過言ではないと考える。

さらに、療育手帳の交付基準に IQ の上限を設けられていない自治体がある一方で、診断基準通りの交付基準 (つまり、IQ<76) を設けている自治体があることも事実である (村山・浜田, 2021)。このことから、本研究で認められた知的水準が健常域にある児者に対する療育手帳の交付は、一部の自治体のみで生じている現象と考えられる。そのため、現行の療育手帳制度は、申請児者の居住地によって療育手帳の交付や支援の提供が決められる等、地域間の不平等・不公平を引き起こしていると考えられる。

### 4. 療育手帳の交付基準等の整備

ICD-11 では、知的と適応行動の水準に基づいて、知的発達症の重症度が分類される (例えば、「軽度」

では、*A mild disorder of intellectual development is a condition originating during the developmental period characterized by significantly below average intellectual functioning and adaptive behavior that are approximately two to three standard deviations below the mean (approximately 0.1 - 2.3 percentile)*記述されている)。一方、本研究では、知的水準と適応行動の水準の関連は一様でないことが確認された (表 24 参照)。具体的には、知的水準が「健常」であっても適応行動水準に問題がある (適応行動水準 = 「軽度」「重度」) 場合や、知的水準に問題 (IQ<76) であっても適応行動水準が「健常」である場合もあった。この結果を踏まえると、知的／適応行動水準のいずれか一方で知的発達症の診断基準を満たさない児者に対し、療育手帳を交付しないなどの頑健な交付基準を設ける場合には、支援を必要とする児者に支援を提供できないシステムになってしまう恐れがある。そのため、国として、今後、療育手帳の交付の統一的基準を整備すると共に、知的水準は健常域にあるが適応行動水準の問題を示す児者への支援システムの整備を図る必要がある。

### D. 結論

本研究の結論を以下にまとめられる。

1. 田中ビネー知能検査を使用しその結果に基づき療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきである (特に、青年・成人) が、検査結果 (比例 IQ<70) に基づく交付判定は一定の信頼性がある。
2. 新版 K 式発達検査を使用しその結果に基づき、就学前幼児における療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして重症度の評価は慎重に行うべきである。DQ が軽度域 (55-75) と評価される場合には、他の知能検査を実施し、療育手帳の交付の適切性を慎重に判断する必要がある。

3. 幼児・児童・青年に対して、S-M 社会生活能力検査を使用しその結果に基づき療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきであるが、検査結果 (SQ<76) に基づく交付判定は一定の信頼性がある。
4. 現状では、知的発達症の特徴が認められない児者に対しても療育手帳が交付されており、現行の療育手帳制度は適正に運用されているとは言えない。
5. 現行の療育手帳制度は、地域間の不公平・不平等を引き起こしている。
6. 今後、療育手帳の交付の統一的基準を整備すると共に、知的水準は健常域にあるが適応行動水準の問題を示す児者への支援システムの整備を図る必要がある。

## 引用文献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*.
- Bayley, N., & Aylward, G. P. (2019). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Fourth Edition*. Pearson.
- Berk, L. E. (2005). *Infants and Children* 5<sup>th</sup> Ed. Boston. Pearson Education, Inc.
- Cohen, J. (1992). "A power primer". *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). Guilford Press.
- 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的検証. 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・明翫 光宜・松本 かおり・染木 史緒・伊藤 大幸(監修・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.
- 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. 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 分担報告書.
- 黒田 美保・伊藤 大幸・萩原 拓・染木 史緒(2014). 日本版 Vineland-II 適応行動尺度. 日本文化科学社.
- 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/iteki/>
- 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](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07697.html)
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22, 276-282.
- 村山 恭朗・浜田 恵 (2021). 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. 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.
- 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

む)。  
 新版 K 式発達検査研究会編 (2020). 新版 K 式発達検査 2020 実施手引書. 京都国際社会福祉センター.  
 Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, A. (2005). Vineland Adaptive Behaviors Scales, Second Edition. Minnesota: Person.  
 Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). Vineland-3 Manual. Minnesota: Person.  
 財団法人 田中教育研究所 (2003a). 田中ビネー知能検査 V 実施マニュアル. 田検出版.  
 財団法人 田中教育研究所 (2003b). 田中ビネー知能検査 V 理論マニュアル. 田検出版.  
 上野 一彦・名越 斉子・旭出学園教育研究所 (2016). S-M 社会生活能力検査. 日本文化科学社.  
 宇佐美 慧・名越 斉子・肥田野 直・菊池 けい子・斉藤 佐和子・服部 由紀子・松田 祥子 (2011). 社会適応スキル検査の作成の試みー検査の信頼性・妥当性・臨床的有用性の検討ー. 教育心理学研究, 59, 278-294.  
 Wechsler, D. (2010). 日本版 WISC-IV 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.  
 Wechsler, D. (2018). 日本版 WAIS-IV 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.  
 Wechsler, D. (2017). 日本版 WPPSI-III 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.  
 World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*.  
 World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*.  
 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, 144-153.

E. 健康危険情報

特になし

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・登録情報

該当なし

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

知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理測定的検証

分担研究者 伊藤大幸 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系

**研究要旨**

国際的診断基準では、知的障害の診断と重症度の判定を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。しかし、標準化検査であっても測定の精度（信頼性・妥当性）は検査によって異なり、必ずしも相互に整合的な検査結果をもたらすとは限らない。そこで本研究では、療育手帳判定における知能および適応行動の評価に関して、2つの観点から心理測定的検証を行った。第1に、幼児期から成人期までの療育手帳保有者を対象として3つの知能検査と2つの適応行動尺度を実施し、得点差や相関の観点から検査結果の整合性を検証した。第2に、成人の一般サンプルおよび知的障害者のデータに基づいて、知能検査と適応行動尺度の検査結果の合成による判定精度の向上について検証した。これらの検証の結果、検査間での測定結果の系統的な乖離とランダムなブレは無視できないほど大きいことから、いずれの検査も単独で療育手帳の交付や重症度の判定に用いることは適切でなく、知能検査と適応行動尺度の結果を組み合わせる評価を行うことの重要性が示された。

**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、どのように行われたのか、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的な質を備えているとは限らない。療育手帳

の交付や重症度判定の基準の統一化を図るためには、まず複数の標準化検査の間で、検査結果にどの程度の整合性があるのかを検証することが不可欠である。

また、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て判定を行うかという問題についても検討の必要がある。DSM-5 (APA, 2013) や ICD-11 (WHO, 2018) では、知能だけでなく、適応行動の検査結果を考慮して知的障害の診断を行うことが求められるようになった。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)。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て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おらず、療育手帳判定においても、自治体間で明確な方針は共有されていない。

こうした現状を踏まえ、本稿では、療育手帳判定における知能および適応行動の評価に関して、2つの観点から多面的な心理測定学的検証を行った。第1に、幼児期から成人期までの療育手帳保有者を対象として3つの知能検査と2つの適応行動尺度を実施し、得点差や相関の観点から検査結果の整合性を検証した。第2に、成人の一般サンプルおよび知的障害者のデータに基づいて、知能検査と適応行動尺度の検査結果の組み合わせに基づく療育手帳判定の方法につい

て検証した。

## B. 研究方法

研究1：療育手帳保有する幼児から成人を対象として代表的な知能検査および適応行動尺度を並行実施した。知能検査として、ウェクスラー式検査 (WPPSI-III、WISC-IV、WAIS-IV；以下ウェクスラー式)、田中ビネー検査 (以下ビネー式)、新版K式 (以下K式)、適応行動尺度として Vineland-II 適応行動尺度 (以下 Vineland) および S-M 社会生活能力検査 (以下 S-M) を実施した。ただし、幼児期 (3~5歳) の参加者には5つの検査全て、児童期 (6~15歳) の参加者にはK式を除く4つの検査、成人期 (16歳以上) の参加者にはK式とS-Mを除く3つの検査を実施した。ウェクスラー式検査は、幼児期 (3~5歳) の参加者には WPPSI-III、児童期 (6~15歳) の参加者には WISC-IV、成人期 (16歳以上) の参加者には WAIS-IV を使用した。ウェクスラー式検査および Vineland では偏差指数、ビネー式、K式、S-M は比例指数の標準得点が算出された。98名が調査に参加したが、一部の検査が実施できなかった参加者 (26名) を除き、72名のデータを分析に使用した。参加者、調査内容、手続きの詳細については、本研究班の村山・浜田 (2022) の分担研究報告書を参照されたい。

研究2：定型発達者と知的障害者のデータを使用して、知能検査と適応行動尺度の結果を合成することによる判定精度の向上について検証する。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

Table 1 年齢区分ごとの各検査の標準得点の平均値および標準偏差

	幼児期 (3-5歳) (n=28)		児童期 (6-15歳) (n=27)		成人期 (16歳以上) (n=17)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ウェクスラー	55.36	11.32	57.78	17.36	51.41	10.76
ビネー	56.68	23.34	52.70	26.18	32.12	14.15
K式	56.32	20.45				
Vineland	65.25	15.22	47.22	17.46	28.47	14.73
S-M	55.52	19.69	49.99	20.96		

次)における調査により、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)から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 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. 知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する検証

##### 1) 検査間の得点差と相関

各検査の標準得点の年齢区分ごとの記述統計量を Table 1、各検査間の相関係数と得点差の平均値および 90%信頼区間を Table 2 に示した。幼児期においては、Vineland の

Table 2 各検査間の相関係数と得点差の平均値および 90%信頼区間

		幼児期 (3-5歳) (n=28)			児童期 (6-15歳) (n=27)			成人期 (16歳以上) (n=17)		
		<i>r</i>	得点差		<i>r</i>	得点差		<i>r</i>	得点差	
			<i>M</i>	90% CI		<i>M</i>	90% CI		<i>M</i>	90% CI
ウェクスラー	ビネー	.64 ***	-1.32	± 30.16	.86 ***	5.07	± 23.52	.81 ***	19.29 ***	± 13.56
ウェクスラー	K式	.68 ***	-0.96	± 25.02						
ウェクスラー	Vineland	.59 ***	-9.89 ***	± 20.51	.39 *	10.56 **	± 31.61	.54 *	22.94 ***	± 20.89
ウェクスラー	S-M	.56 **	-0.16	± 26.78	.64 ***	7.79 *	± 27.41			
ビネー	K式	.88 ***	0.36	± 18.21						
ビネー	Vineland	.74 ***	-8.57 **	± 26.06	.64 ***	5.48	± 33.11	.77 ***	3.65	± 16.18
ビネー	S-M	.51 **	1.16	± 35.32	.70 ***	2.72	± 31.06			
K式	Vineland	.74 ***	-8.93 **	± 22.76						
K式	S-M	.61 ***	0.80	± 29.28						
Vineland	S-M	.78 ***	9.73 ***	± 20.42	.69 ***	-2.77	± 25.31			

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

みが他の検査よりも有意に高い得点を示し、その得点差は約9~10点であった。児童期では、ウェクスラー式の得点が2つの適応行動尺度より有意に高く、約8~11点の差が見られた。成人期では、ウェクスラー式がビネー式およびVinelandより有意に高い得点を示し、得点差は約19~23点に達した。以上の結果から、幼児期ではVineland、児童期や成人期ではウェクスラー式が他の検査よりも系統的に高い得点を示す傾向があることが示された。

併存的妥当性の根拠となる検査間の相関

係数はいずれも有意な値を示したが、組み合わせによって値の違いが見られた。3つの知能検査間の相関は、幼児期ではビネー式とK式が.88という十分な値を示したのに対し、ウェクスラー式と他の2検査の相関は.64および.68とやや低い値を示した。児童期および成人期におけるウェクスラー式とビネー式の相関は、それぞれ.86および.81という十分な値を示した。2つの適応行動尺度間の相関は、幼児期で.78、児童期で.69であり、児童期はやや低い水準にあった。知能検査と適応行動尺度の相関を見る

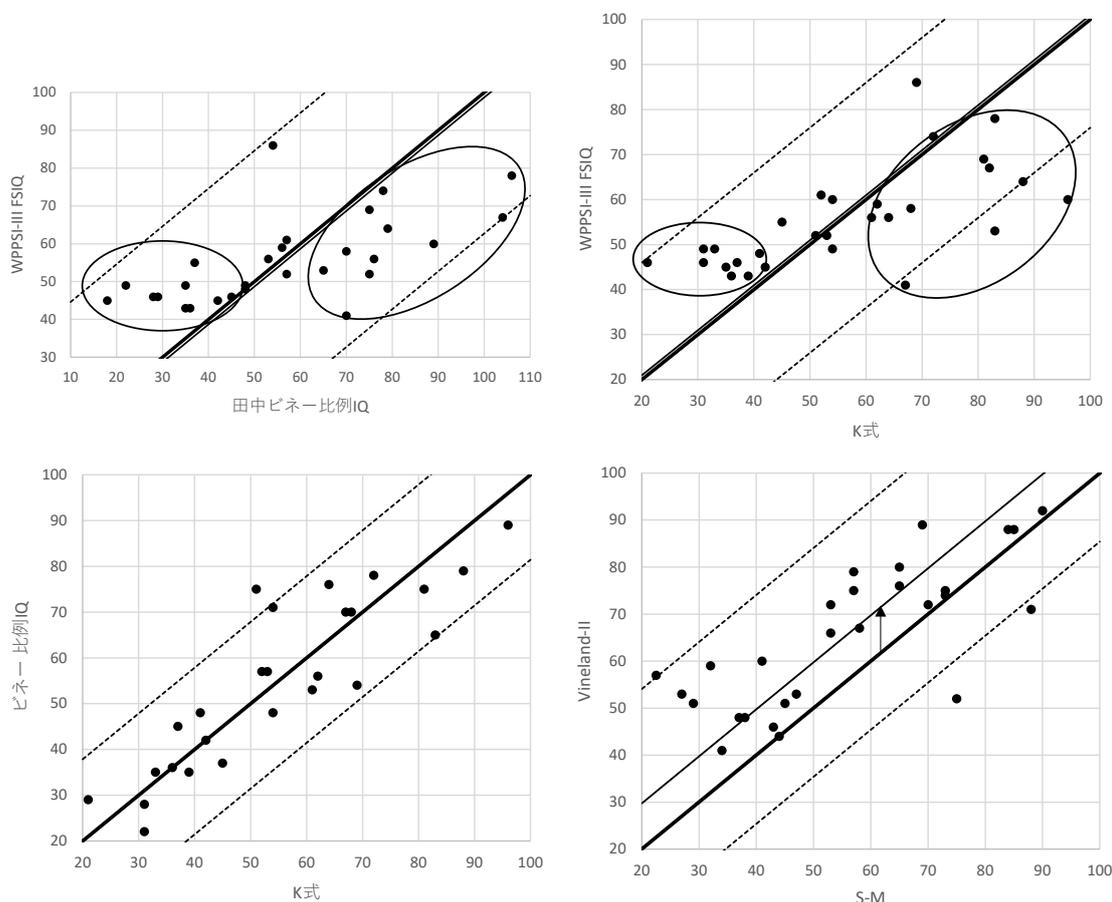


Figure 1 幼児期における各検査の標準得点間の散布図

注：知能検査間の散布図および適応行動尺度間の散布図のみを示した。太い実線は  $y=x$  のグラフ、細かい実線は系統的な得点差を補正した予測値のグラフ ( $y=x+\text{得点差の平均値}$ )、破線は90%信頼区間を示す。楕円は予測値からの系統的な逸脱を示すデータ群、矢印は検査間の系統的な得点差（統計的に有意なもののみ）を表している。

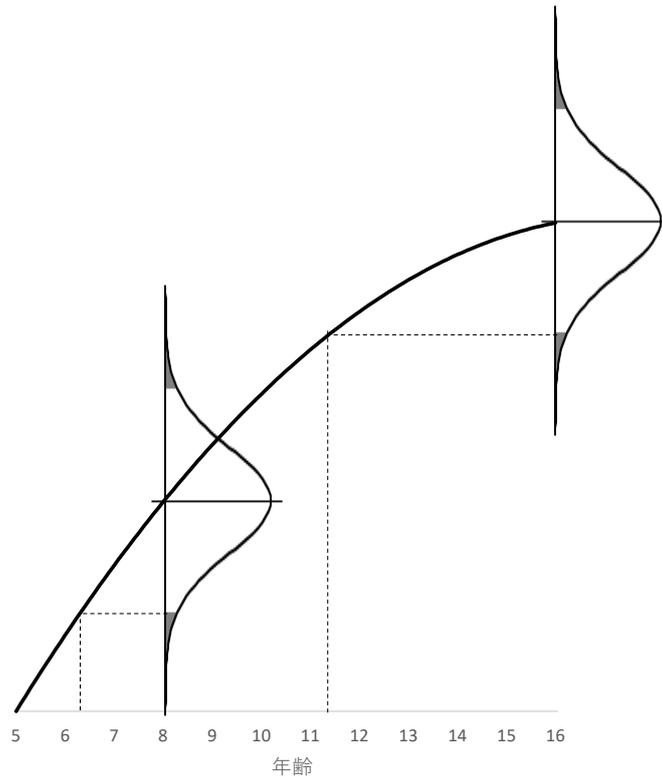


Figure 2 偏差指数と比例指数の関係に関する模式図

注：グラフは年齢にともなう粗点の推移（仮想）を示す。8歳時点と16歳時点において、それぞれ偏差指数で70（平均-2SD）に値する粗点が観測されたとき、年齢による粗点の変化の傾きが大きい8歳時点における精神年齢は6.2歳（生活年齢-1.8歳）であるのに対し、傾きが小さい16歳時点では精神年齢が11.3歳（生活年齢-4.7歳）となり、比例指数は8歳時点で78、16歳時点で71となる。

と、Vinelandとの相関はビネー式(.64~.77)やK式(.74)がウェクスラー式(.39~.59)よりも全般的に高い値を示したが、S-Mとの相関はいずれの検査もおおむね同程度の値(.51~.70)を示した。以上より、併存的妥当性の観点で、3つの知能検査の中ではウェクスラー式が他の2検査よりもやや低い水準にあることが示唆された。一方、適応行動尺度であるVinelandとS-Mの間では明瞭な結果の違いは見られなかった。

Figure 1に、幼児期における各検査の標準得点間の散布図を示した。ウェクスラー式(WPPSI-III)とビネー式およびK式の

散布図(上部の2つ)を見ると、平均値としての系統的な得点差は見られないものの、個々の測定値のレベルでは他方の検査結果に基づく予測値からの系統的な逸脱(楕円で示した部分)が生じていることが見て取れる。第1に、横軸(ビネー式およびK式)の値が40を下回る範囲では、ウェクスラー式の測定値がビネー式よりも系統的に高い値を示している。これはビネー式やK式の標準得点が40未満の値を取りうるのに対し、ウェクスラー式では標準得点の下限が40に設定されているため、フロア効果により得点を実際よりも過大に推定されている

ことを反映している。第2に、横軸の値が60を超える範囲でウェクスラー式の測定値がビネー式よりも系統的に低い値を示している。これはウェクスラー式の標準得点が偏差指数（各年齢帯における相対的位置を表す指数）であるのに対し、ビネー式やK式の標準得点が比例指数（精神年齢と生活年齢の比を取った指数）であることによるものと考えられる。Figure 2 に模式図を示したように、一般的に年齢上昇にともなう知能検査の粗点の傾きは幼少期で最も大きく、成人期にかけて減少していくことから、偏差指数が同一であった場合、低年齢ほど比例指数が低く推定されやすくなる。つまり、低得点域での予測値からの逸脱がウェクスラー式の得点の下限の問題によるものに対し、高得点域での逸脱はビネー式やK式が採用する比例指数の問題によるものであると考えられる。この解釈を支持するように、得点の下限や比例指数の採用に

おいて共通するビネー式と K 式の散布図（左下）では予測値からの系統的な逸脱が見られず、信頼区間の幅も大幅に縮小している。一方、適応行動尺度間の散布図では、Vineland が S-M よりも系統的に高い測定値を示しているが、個々の測定値のレベルでは予測値からの系統的な逸脱は見られない。

次に、児童期の散布図を Figure 3 に示す。ウェクスラー式とビネー式の散布図では、幼児期と同様に、系統的な得点差は見られないものの、低得点域でウェクスラー式のフロア効果により予測値と実測値の逸脱が生じている。一方、高得点域の系統的な逸脱は解消されていることが見て取れ、中間域にあたるこの年代では偏差指数と比例指数の乖離が生じにくくなると考えられる。Vineland と S-M の間では系統的な得点差がなくなり、測定値レベルでの系統的な逸脱も見られない。ただし、得点間の相関がや

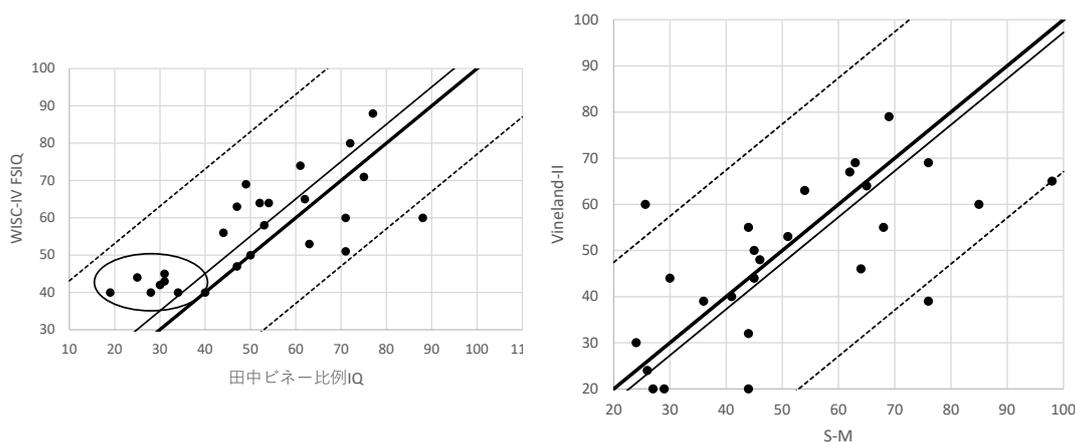


Figure 3 児童期における各検査の標準得点間の散布図

注：知能検査間の散布図および適応行動尺度間の散布図のみを示した。太い実線は  $y=x$  のグラフ、細かい実線は系統的な得点差を補正した予測値のグラフ ( $y=x+$ 得点差の平均値)、破線は 90%信頼区間を示す。楕円は予測値からの系統的な逸脱を示すデータ群を表している。

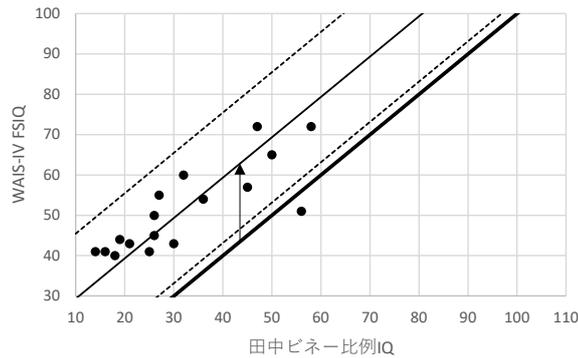


Figure 4 成人期における各検査の標準得点間の散布図

注：知能検査間の散布図のみを示した。太い実線は  $y=x$  のグラフ、細い実線は系統的な得点差を補正した予測値のグラフ ( $y=x+$ 得点差の平均値)、破線は 90%信頼区間を示す。矢印は検査間の系統的な得点差（統計的に有意なもののみ）を表している。

や低いため ( $r=.69$ )、90%信頼区間の幅は比較的広がっている ( $\pm 25.31$ )。

成人期におけるウェクスラー式とビネー式の散布図 (Figure 4) では、平均値のレベルで顕著な得点差 (19.29) があることが見て取れる。これはウェクスラー式のフロア効果により低得点域の得点が過大推定されていることに加え、年齢の上昇にともない、比例指数が偏差指数に対して過小に推定されるようになったことが組み合わさった結果と考えられる。

以上の結果から、第 1 に、知能検査間の整合性については、得点の下限や得点算出方式の違いにより、ウェクスラー式とビネー式および K 式の得点に無視できない程度の結果の乖離が生じることが示された。また、その乖離の表れ方は得点域や年代によって顕著に異なる複雑な様相を呈しており、単純な換算式の設定などにより解消することは困難である。第 2 に、適応行動尺度間の整合性については、幼児期では Vineland が S-M よりも系統的に高い得点を示した一方、児童期では系統的な得点差が消失するもの

の、得点間の相関はやや低く、検査間のランダムな得点のブレは小さくないことが明らかになった。つまり、知能検査・適応行動尺度のいずれについても、系統的な得点の乖離 (妥当性の問題) とランダムな得点のブレ (信頼性の問題) が検査間の結果の整合性を毀損しており、いずれの検査を使用するとしても、単一の検査の結果にのみ基づいて機械的に診断や判定を行うことは適切でないと結論づけられる。実際、検査間の得点差の 90%信頼区間の幅は、大きいところで 30 (2SD) にまで達している (例えば幼児期のウェクスラー式とビネー式)。これは、例えば WPPSI で 50 という得点が得られたとしても、田中ビネーの測定値は 90%の確率で 20~80 (つまり最重度から健常まで) の範囲でばらつくことを意味しており (Figure 1 を見れば、これが誇張でないことは明白である)、個人の診断や判定のための情報としては、ほとんど有用性がないと言っても過言ではない。

## 2) 知能検査と適応行動尺度の得点の合成

上記のような測定の信頼性・妥当性の問題に対処する上で、簡便かつ有効な方法として得点の合成がある。信頼性に関して言えば、複数の尺度の得点を合成した場合の信頼性は以下のように表すことができる (Wang & Stanley, 1970)。

$$r = \frac{\frac{r_1 + r_2}{2} + r_{1,2}}{1 + r_{1,2}}$$

ここで $r_1$ は検査1の信頼性係数、 $r_2$ は検査2の信頼性係数、 $r_{1,2}$ は2つの検査の相関係数である。例えば、信頼性係数が.80の検査が2つあり、その相関が.60である場合、両者の標準得点を合成(加算または平均)した値の信頼性係数は.91に上昇し、測定値の90%信頼区間は0.74SDから0.50SDまで縮小する。妥当性に関して言えば、各検査が固有の妥当性の問題を抱えていたとしても、それが互いに異なる性質の問題であれば、複数の検査結果を合成することで結果の偏りを相殺することができる。また、内容的妥当性の観点から考えても、知的障害の診断には、互いに重なりを持ちながら独立した構

成概念である知能と適応行動の評価が必要となるため、知能検査と適応行動尺度の得点を合成することで、より領域代表性の高いアセスメントが可能となる。

本研究では3つの知能検査と2つの適応行動尺度を実施したため、知能検査と適応行動尺度の合成得点として3×2の6つの得点を得ることができる。これら6つの合成得点(知能検査と適応行動尺度の標準得点を単純平均した値)の記述統計量をTable 3、相互の相関係数および得点差の平均値と90%信頼区間をTable 4に示す。得点差の平均値に関しては、個別の検査の結果(Table 2)では最大で10程度の差が見られたが、合成得点(Table 4)では5程度までの差に留まっている。相関係数は、個別の検査(Table 2)では知能検査間で.64~.88、適応行動尺度間で.69~.78であり、(フィッシャー変換の上で)平均すると.77であったが、合成得点(Table 4)では.74~.93であり、平均は.87であった。90%信頼区間の幅は、個別の検査(Table 2)では知能検査間で18.21~30.16、適応行動尺度間で20.42~25.31であり、平均は23.77であったが、合成得点では11.40~19.99であり、平均は16.26と、約3分の2程度まで縮小した。こ

Table 3 年齢区分ごとの知能検査・適応行動尺度の合成得点の平均値および標準偏差

	幼児期 (3-5歳) (n=28)		児童期 (6-15歳) (n=27)		成人期 (16歳以上) (n=17)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ウェクスラー & Vineland	60.30	11.88	52.50	14.52	39.94	11.23
ウェクスラー & S-M	55.44	13.84	53.88	17.35		
ビネー & Vineland	60.96	18.04	49.96	19.84	30.29	13.58
ビネー & S-M	56.10	18.73	51.35	21.75		
K式 & Vineland	60.79	16.64				
K式 & S-M	55.92	17.99				

Table 4 知能検査・適応行動尺度の合成得点間の相関係数と得点差の平均値および90%信頼区間

		幼児期 (3-5歳) (n=28)			児童期 (6-15歳) (n=27)		
		<i>r</i>	得点差		<i>r</i>	得点差	
			<i>M</i>	90% CI		<i>M</i>	90% CI
ウェクスラー & Vineland	ビネー & S-M	.89 ***	4.21 *	± 16.24	.93 ***	3.92	± 18.10
ウェクスラー & S-M	ビネー & Vineland	.74 ***	-5.53 *	± 19.99	.83 ***	1.15	± 16.41
ウェクスラー & Vineland	K式 & S-M	.87 ***	4.38 *	± 15.81			
ウェクスラー & S-M	K式 & Vineland	.80 ***	-5.35 **	± 16.48			
ビネー & Vineland	K式 & S-M	.86 ***	5.05 **	± 15.63			
ビネー & S-M	K式 & Vineland	.93 ***	-4.69 **	± 11.40			

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

注：同一の検査を含むペアは除外した。

これは上記の合成得点の信頼性の公式により導かれた結果とほぼ一致している。

以上の結果から、知能検査と適応行動尺度の標準得点を単純平均するという簡便な処理だけで、測定の信頼性・妥当性を大幅に向上しうることが示された。それでも±1SD程度の得点のブレは生じるため、1度の検査結果で機械的・決定的な判定を行うことには慎重である必要があるが、単一の検査の結果のみを用いるよりは幾分精度の高い判定を行うことが可能となる。

## 2. 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

前項の検証により、個々の知能検査や適応行動尺度の検査結果は、相互に整合性が低く、いずれの検査を用いるにしても、単一の検査結果にのみ基づいて判定を行うことは適切でないことが明らかとなった。この問題に対して、知能検査と適応行動尺度の得点を合成することで、一定程度の改善を図ることが可能であることが示された。しかし、この方法が療育手帳判定という目的

においてどの程度の有効性を発揮するかを評価するためには、複数の得点間の整合性（併存的妥当性）だけではなく、定型発達者と知的障害者の識別の精度（識別妥当性）に与える影響について検証する必要がある。

そこで、本項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

Figure 5 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。

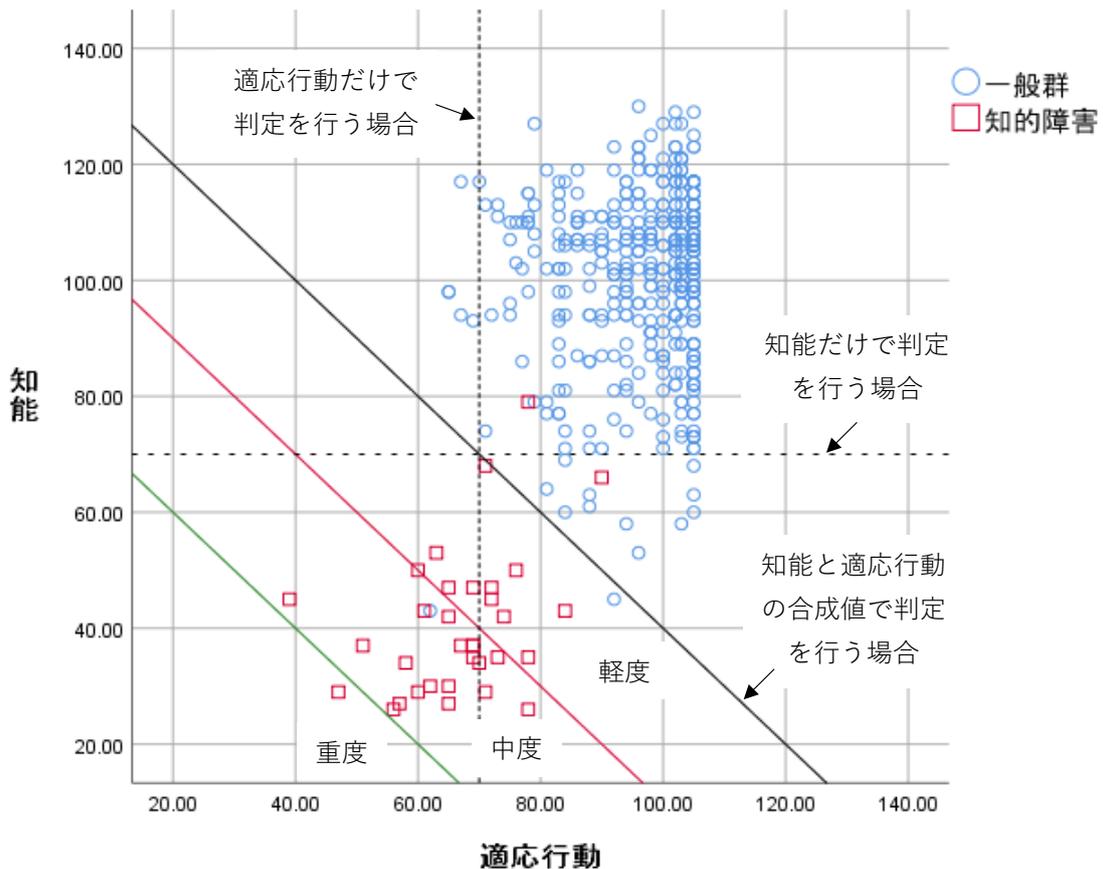


Figure 5 一般群と知的障害群における知能と適応行動の散布図

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 Table 5 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。

Table 5 一般群と知的障害群の判別分析

	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

本研究では、療育手帳判定における知能および適応行動の評価に関して、2つの観

点から心理測定的検証を行った。第1に、幼児期から成人期までの療育手帳保有者を対象として3つの知能検査と2つの適応行動尺度を実施し、得点差や相関の観点から検査結果の整合性を検証した。その結果、検査間での測定結果の系統的な乖離とランダムなブレは無視できないほど大きいことが明らかとなった。系統的な乖離は知能検査間でより顕著であり、その主な原因として、ウェクスラー式知能検査においてIQの下限が40に設定されていることによるフロア効果、田中ビネー検査やK式検査では国際的な診断基準で求められる偏差指数とは性質の異なる比例指数が採用されていることが関係していると考えられた。適応行動尺度間では、幼児期に系統的な平均値の差が見られ、児童期においてはランダムな得点のブレが大きいことが示された。以上より、いずれの検査を用いるにしても、知的障害の有無や重症度について、単一の検査結果により機械的・決定的に判定することは適切でないことが確認された。一方、こうした検査結果のバラつきは、知能検査と適応行動尺度の結果を合成(単純平均)することによって、3分の2程度にまで低減されることが明らかとなった。

第2に、上記のような知能検査と適応行動尺度の検査結果を合成するという手続きによって、知的障害の判定精度がどの程度向上するかについて検証した。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尺度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。

以上の検討により、いずれの検査も単独で療育手帳の交付や重症度の判定に用いることは適切でなく、少なくとも知能検査と適応行動尺度の結果を組み合わせる評価を行うことの重要性が示された。しかし、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きた社会推進福祉事業「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、こうしたツールを全年齢に適用できるよう拡張を図る必要がある。

## 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.

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.

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



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3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) 中京大学現代社会学部 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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

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3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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

令和4年5月23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3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) 事務局 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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

厚生労働大臣 殿

機関名 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

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3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・ヒヅメ マサフミ

## 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)
人を対象とする生命科学・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	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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： )

令和 4年 5月 18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3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) 山梨英和大学 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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由：規定の策定に向けて要望中)
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： )



厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 和田 隆志

次の職員の令和3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) 人間社会研究域人間科学系・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 お茶の水女子大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 佐々木 泰子

次の職員の令和3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) 基幹研究院人間科学系 准教授  
(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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

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3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) ヒューマンケア学部・准教授  
(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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )