

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に
資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 辻井 正次

令和5年（2023年）5月

目 次

I. 総括研究報告

療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・

適応行動の評価手法の開発のための研究----- 1

辻井 正次 中京大学 現代社会学部

II. 分担研究報告

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度 ----- 19

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部

大塚 晃 一般社団法人日本発達障害ネットワーク／上智大学 総合人間科学部

日詰 正文 国立のぞみの園 研究部

2. 知的障害（知的発達症）診断の診断概念----- 37

内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部

上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科

岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科

本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室

3. 児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけと判定時の情報収集の在り方----- 66

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部

浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部

高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座

明翫 光宜 中京大学 心理学部

4. 療育手帳の判定・交付のための知的機能および適応行動の評価尺度（Adaptive Behavior and Intelligence Test-Clinical Version）の開発 ー予備的調査ー ----- 80

伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系

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

高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座

明翫 光宜 中京大学 心理学部

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に
資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 辻井 正次

令和5年（2023年）5月

目 次

I. 総括研究報告

療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・

適応行動の評価手法の開発のための研究----- 1

辻井 正次 中京大学 現代社会学部

II. 分担研究報告

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度 ----- 19

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部

大塚 晃 一般社団法人日本発達障害ネットワーク／上智大学 総合人間科学部

日詰 正文 国立のぞみの園 研究部

2. 知的障害（知的発達症）診断の診断概念----- 37

内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部

上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科

岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科

本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室

3. 児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけと判定時の情報収集の在り方----- 66

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部

浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部

高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座

明翫 光宜 中京大学 心理学部

4. 療育手帳の判定・交付のための知的機能および適応行動の評価尺度（Adaptive Behavior and Intelligence Test-Clinical Version）の開発 ー予備的調査ー ----- 80

伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系

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

高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座

明翫 光宜 中京大学 心理学部

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

療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する
知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究

研究代表者 辻井 正次 中京大学 現代社会学部
研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科
大塚 晃 一般社団法人 日本発達障害ネットワーク
日詰 正文 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 研究部
小林 真理子 山梨英和大学 人間文化部
岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科
本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室
上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科
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（令和5年度より、中京大学 心理学部）
高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座
明翫 光宜 中京大学 心理学部
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、知的発達症（Disorders of Intellectual Development；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。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等ごとに定められている。先行研究において、都道府県・指定市間に認められる基準のバラつきは当事者やその家族への負担、知的発達症を持たない児者への手帳交付、都道府県・指定市間の不公平を引き起こしていることが示されている。そのため、本研究は療育手帳の判定・交付基準の全国統一化を図るために、国際的な診断基準に準拠する療育手帳の判定・判定基準を開発・提案することを目的とする。本年度は、本年度は①現行の療育手帳制度の背景を理解することを目的として、我が国における知的障害児支援施策から療育手帳制度に至る変遷の検討、②精神医学的観点から知的発達症の理解を目的として、ICD-11（International Classification of Diseases 11th）における知的発達症の診断概念の把握、③現行の療育手帳の判定業務の実態を把握することを目的として、児童相談所で行われている療育手帳の判定における情報収集の在り方の検討、④ICD-11の知的発達症の診断基準に準拠する療育手帳の判定を目的としたアセスメントツールの開発を目的とした。

A. 研究目的

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Development；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等ごとに定められている。このような基準のバラつきは申請／交付児者やその家族への負担（転居に伴う療育手帳の交付再判定など）を引き起こしている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023；櫻井，2000）。さらに、国内における療育手帳の判定・交付に係る不統一は、都道府県及び指定市間の知的発達症児者に対する教育・福祉的支援の不公平を助長している（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023；村山・浜田，2022）。しかし、未だ療育手帳の判定方法、交付基準、手帳等級の種類（知的障害の程度）に関する統一化はなされていない。それゆえ、療育手帳の判定・交付に係る基準の早急な検討が必要である。

療育手帳の判定・交付に係る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-10；World Health Organization，2004）からの変更点として強調すべき点は、ICD-11に基づく知的発達症の診断には、①知的機能だけではなく適応行動機能の評価が必

須であること、②基本的に知的／適応行動機能の評価はノルム化された標準化検査（以降、ノルム化検査）によって行う必要があることである（World Health Organization，2022）。

手帳判定での知的機能／適応行動の評価

ICD-10（World Health Organization，2004）では、知的発達症（当時の表記は精神遅滞、Mental Retardation）の診断は主に知的機能の評価に基づいて行われ、適応行動機能の評価はあくまで補助的な評価であった。

一方、ICD-11では、知的発達症の診断基準には知的および適応行動機能の評価が必須となるように改定されている（World Health Organization，2022；内山の分担研究報告を参照されたい）。

しかしながら、現行の療育手帳の判定では、十分に適応行動機能の評価が行われているとは言えない状況にある。例えば、近年の調査において、「すべての申請ケースに対して適応行動機能の評価を行う」と回答した児童相談所（ $n = 227$ 、有効回答率：71.8%）は6割程度に留まること、手帳判定に信頼性・妥当性が確認されている既存の適応行動機能の評価尺度（Vineland-II 適応行動尺度、S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適合スキル）を利用している機関は半数にも満たないこと（47%）が報告されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023）。言い換えれば、4割程度の児童相談所は手帳判定において適応行動機能の評価を行っておらず、適応行動機能の評価を実施している機関でも、科学性が保証されていない方法によって適応行動機能が評価されていることになる。この調査結果と合致するように、別の調査でも、療育手帳の判定において

適応行動機能の評価が十分に行われていないことが報告されている（社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。これらの調査結果を踏まえると、都道府県及び指定市等で行われている療育手帳の判定のあり方は、ICD-11における知的発達症の診断基準を満たしていないことが理解される。

手帳判定におけるノルム化検査の利用の現状

ICD-10とは異なり、ICD-11の知的／適応行動機能の評価には、基本的にノルム化検査を使用することが求められる（先に示したDescriptionを参照のこと）。ノルム化検査とは、開発段階で得られた母集団に準拠する基準集団（例えば、被検査児者と同一年齢にある児者）のデータに基づき、基準となる平均や偏差指数（標準偏差）が設定されている検査である。知能検査で言えば、ウェクスラー式知能検査やKABC-IIなどの偏差IQが算出される検査がノルム化検査に該当する。

現在、国内で行われている療育手帳の判定では、このノルム化検査ではなく、検査結果から得られる精神年齢や発達年齢などの指標と被検査児者の生活年齢との比率から知的機能や適応行動機能の水準が評価される非ノルム化検査が広く利用されている。このような非ノルム化検査には、知能検査や発達検査ではビネー式知能検査（例えば、田中ビネー式知能検査Vなど）や新版K式発達検査、適応行動を評価する検査ではS-M社会生活能力検査、ASA旭出式社会適合スキルが知られている。

近年の都道府県・指定市等を対象とした調査（ $n=59$ 、有効回答率：85.5%）では、療育手帳の判定・交付に係る要項または要領に定められている検査として、8割以上の自治体がビネー

ー式知能検査と回答し、ウェクスラー式知能検査は2割程度に留まることが報告されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023）。自治体および児童相談所等の判定機関を対象とした別の調査では、療育手帳の判定で利用される知能検査として、ビネー式知能検査と回答する機関はおよそ6割、新版K式発達検査などの発達検査と回答する機関は3割であるのに対して、ウェクスラー式知能検査と回答した機関は僅か6.5%に留まることが示されている（吉村他，2019）。

適応行動機能の評価するノルム化検査の利用率はさらに低い。国内で開発された適応行動機能の評価する尺度は複数（Vineland-II 適応行動尺度、S-M社会生活能力検査、ASA旭出式社会適合スキル）あるが、ノルム化検査はVineland-II 適応行動尺度のみである。前述した調査（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023）では、療育手帳の判定・交付に係る要項／要領でVineland-II 適応行動尺度を定めている都道府県・指定市は1割にも満たないことが示されている。この結果と合致するように、判定機関および自治体を対象とした別の調査でも、Vineland-II 適応行動尺度を利用する機関／自治体は5%弱に留まっている（社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。

療育手帳の交付に伴う不公平

上記した諸点に加えて、公平性の観点からも療育手帳の判定・交付基準の見直しと統一化が必要である。昨年度、我々が研究班として行った調査では、療育手帳の交付を受けている児者（ $n=83$ ）の1割前後が $IQ>75$ を示すこと、一部の児者は $IQ>100$ を示すことが明らかにされている（村山・浜田，2022）。この結果と

合致するように、別の調査では、一部の療育手帳の判定・交付機関はIQ>85を児者に対しても療育手帳を交付すること（IQの上限を定めていない機関もあった）が報告されている（村山・浜田，2021）。さらに、近年行われた都道府県・指定市等（ $n=69$ ）を対象とした調査では、2割以上の自治体がIQ>75かつ神経発達症（例えば、自閉スペクトラム症）の特性を示さない交付申請児者に対しても療育手帳の交付を認めることがあると回答している（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023）。このように、療育手帳制度の目的と合致しない児者に対しても療育手帳が公然と交付されている都道府県・指定市がある一方で、IQ<70を療育手帳の交付基準として堅持している都道府県・指定市等があることも事実である（村山・浜田，2021）。これらの結果を踏まえると、療育手帳制度の本来の目的は全国で一貫しておらず、都道府県・指定市間で療育手帳の意義や制度の運用方法が異なると推測される。そのため、療育手帳の交付可否は申請児者の知的・適応行動機能だけではなく、申請児者の居住地によって決定され得ると言っても過言ではない。

無論、『療育手帳の判定は知的発達症の診断とは異なる』という主張もあろう。しかし、療育手帳制度の要項にある目的には、「知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とする」と記されている。さらに、交付対象は「児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害であると判定された者」と明示されている。つまり、公的な

制度として、療育手帳は知的発達症（知的障害）をもつ児者に交付することが定められている以上、療育手帳の判定方法は科学的に保証された基準、つまりICD-11の知的発達症の診断基準に準拠すべきであり、その基準を満たす児者のみに対して療育手帳は交付されるべきである。

加えて、我が国はWHOの総会において、ICD-11の改定を国家として承認している（厚生労働省，2019）。それゆえ、児童相談所等の行政機関が国家として承認したICD-11の基準と合致しない方法に基づいて「知的障害」を判定している現状は、我が国の国際的な信用問題に成りかねない。

さらに、『療育手帳の判定は知的発達症の診断とは異なる』という主張は、療育手帳が定義する「知的障害」とICD-11をはじめとする医学的な知的発達症が異なることを意味する。この場合、国家として、療育手帳における「知的障害」の定義、医学的な知的発達症との差異を法的に定義することが必須になるばかりではなく、知的発達症の行政と医学的定義がかい離するため、社会的混乱が引き起こされる恐れがある。

本研究の目的

上記した諸点を踏まえ、本年度は①現行の療育手帳制度の背景を理解することを目的として、我が国における知的障害児支援施策から療育手帳制度に至る変遷の検討、②精神医学的観点から知的発達症の理解を目的として、ICD-11における知的発達症の診断概念の把握、③現行の療育手帳の判定業務の実態を把握することを目的として、児童相談所で行われている療育手帳の判定における情報収集の在り方の

検討、④ICD-11の知的発達症の診断基準に準拠する療育手帳の判定を目的としたアセスメントツールの開発を目的とした。

B. 各分担研究の研究方法／研究結果

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度 (小林・大塚・日詰)

今後の療育手帳制度の在り方を考えるにあたり、今年度は知的障害児施策を中心に検討し、療育手帳制度の在り方を検討することとした。そのため、障害児者支援施策全般を概観し、知的障害児支援における課題を整理した。

第二次世界大戦前の知的障害児の施策

大塚を主任研究者とする「知的障害の認定基準に関する調査研究」によると、日本での知的障害児の施設体系は、石井亮一の滝乃川学園から始まったとされ、1891（明治24）年に濃尾震災で孤児となった十数名を引き受け、東京に孤女学園を設立し、その中に、能力の差がある子ども（普通児、「愚鈍」、「白痴」）がいることを述べている。石井は1896（明治29）年、知的障害児教育の状況を調査研究するために渡米し、知的障害児の治療教育理論で有名なセガンの考え方を持ち帰り、本格的に知的障害児教育を始めている。1897（明治30）年に孤女学園は、滝乃川学園と名称を変え、知的障害児のための教育施設となっていく。

白痴教育には、①医学的治療、②教育としての訓練、③生活を通しての生活指導の三つが必要であることを石井はすでに体得していたとされる。また白痴教育施設としての滝乃川学園は家族主義的共同体としての性格を残していたが、生活年齢・性別・障害程度などを考慮した分類処遇の確立、セガンの生理学的教育を取り入れた治療教育の実践をはじめ、生活・教育・

労働・医療等を統一的に保障しようとする総合支援施設（その後のコロニー）とうべきものを目指していたと言える。

行政主導の措置による療育支援

第二次世界大戦終了後、法制度において、障害のある子どもについて、療育的な関わりが必要であることが児童福祉法に明記された。「盲ろうあ児施設」「病虚弱児施設」「肢体不自由児施設」が療育施設の下に追加された。施設が住居地から遠方である場合、子どもと養育者は、子どもが施設入所するために、親子で離ればなれの生活をすることになる。また、仮に自宅から通園施設（1954年 精神薄弱児通園施設の創設）に通えたとしても、地域の保育所・幼稚園への併行通園は困難であるとされることや、入園拒否をされることさえあった。また学校教育についても、地域の学校には通学できず、養護学校（学校教育法により1979〔昭和54〕年に義務教育制、2007〔平成19〕年 特別支援学校と改名）に入学することを余儀なくされることが多かった。

このように、第二次世界大戦直後から約50年間の日本の障害児支援は、法制度においては整備が進められたものの、障害児支援のために創設した入所・通所施設に行政主導による措置が行われるという療育支援を進めていた時代である。

療育手帳制度の概括と今後の在り方

1) 療育手帳制度の研究の経緯

本研究は、令和2年度～令和3年度「療育手帳に係る統一的な判定業務の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」に引き続き、令和4年度～「療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価

手法の開発のための研究」として、大別すると療育手帳制度の統一化に向けての判定業務のあり方と評価手法の開発の2つの研究チームで進められており、この報告書は前者の研究内容となる。

2) 療育手帳制度と知的障害児施策

療育手帳制度の導入・運用から知的障害児施策の関係について、前年度の報告書「療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言」をもとにして整理することで、療育手帳制度の課題について明確にしていきたい。

(1) 療育手帳制度の導入時の課題－知的障害の定義と判定方法の不在

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措置援助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）年厚生事務次官通知「療育手帳制度について」「療育手帳制度の実施について」という2つの通知から運用されている。

1949（昭和45）年に身体障害者福祉法が導入され、この法により第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の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、身体障害者とは「別表」の障害名が記述された手帳をもっている人であり、身体障害は、機能障害に基づく医学モデルを反映しているといえる。一方、知的障害者については、以下のような課題が生じていた。

療育手帳制度導入時、櫻井（1992）、長谷川（1992）によると、知的障害者の支援サービス

の導入への意見とともに判定の困難についても議論されていたが、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には至らなかった経緯がある。その際、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」としており。それにより、知的障害の定義が統一化できなかったとする。

以上のことについて、報告書「療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言」のなかで大塚は、その当時から「知的障害の定義や判定方法に関する世界標準知識」はあり、むしろ「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、「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」といると考察している。更に大塚は、身体障害者へのサービスの提供や支援の必要性と違い、知的障害の判定は、サービスや支援と直接結び付きにくく、「知的障害の定義や等級が規定できないのは、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」とも示唆している。

2. 知的障害（知的発達症）診断の診断概念（内山・上野・岡田・中村・本田）

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 ICD-11 の定義と概念を整理し、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。その結果をもとに我が国の知的障害を定義

する際の留意点について提案を行う。

なお、報告書執筆時点では、厚生労働省のホームページでは翻訳は公開されていない。本報告書の内容は私訳である。知的障害に相当する訳語も一定しないため、ICD-11 の Intellectual developmental disorders の訳語は「知的発達障害」と仮に訳し、過去の文献を引用する際には「精神遅滞」等、当時の一般的な訳語を用いた。

ICD-11 (Version: 01/2023) の定義と解説

ICD-11 では 06 Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders の親カテゴリーのもとに神経発達障害 (Neurodevelopmental disorders) があり、さらにその下位カテゴリーに 6 A00 Disorders of intellectual development がある。軽度、中度、重度、最重度に 4 分類される。下記は執筆時点 (2023 年 4 月) における要点の拙訳である (World Health Organization., 2018)。

- 知的発達症 (Disorders of intellectual development)

- 親カテゴリー 神経発達症

説明 (Description)

知的発達症は多様な原因により発達期に生じる一群であり、平均より明らかに低い知的機能と適応機能、すなわち平均より約 2 標準偏差以上低い (約 2.3 パーセンタイルより低い) 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。

除外：認知症は除外する

診断のための必要事項

知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域で知的機能に明らかな制限が

あること。個人によって、これらの領域のどれが影響を受けるかには大きなばらつきがある。可能な限り、知的能力は適切な標準化された知的機能検査で測定し、平均値より約 2 標準偏差以上低い (すなわち、2.3 パーセンタイル以下) ことを確認する必要がある。適切に標準化された検査が利用できない状況において知的機能の評価するためには、知的機能の行動的指標も参考にした適切なエビデンスとアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

日常生活で人々が学習し実践する概念的、社会的、実践的なスキルのセットである適応行動に重大な制限がある。概念的スキルには、知識の適用 (例：読み書き、計算、問題解決、意思決定) とコミュニケーションが含まれ、社会的スキルには、人間関係の管理、社会的責任、規則と法律の遵守、被害を回避すること、実践的スキルは、セルフケア、健康と安全、職業スキル、レクリエーション、お金の使い方、移動と交通、家庭用電化製品やハイテクデバイスの使用などの領域をさす。適応機能の要求水準は、年齢とともに変化する環境に応じて変化する可能性がある。可能な場合は、適切に標準化された適応行動のテストを用いてパフォーマンスを測定し、合計スコアが平均よりも 2 以上標準偏差 (つまり、約 2.3 パーセンタイル未満) 以上低いことが求められる。適切に標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動機能の評価するためには、テストにみあった根拠とアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

発症は発達期である。過去に診断されていない知的発達障害を持つ成人が臨床の場に登場する場合、発症の時期はその人の発達歴を把握

することで発症時期を特定すること、つまり後ろ向き診断（遡及的診断）が可能である。

正常との境界(閾値)(Boundary with Normality (Threshold)):

知的発達障害において、知能指数 (IQ) の数値は、知的障害と正常と区別するために用いられる独立した診断要件ではなく、知的発達症を部分的に特徴付ける指標である「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなすべきであると考えられる。IQ スコアは、使用される特定のテストを実施する技術や、テスト状況、その他さまざまな変数の影響で変動することがあり、また発達やライフコースの段階によって大幅に変動することがある。知的発達症の診断は、IQ スコアだけに基づいて行われるべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならない。

個別に行われる知的機能と適応機能の標準化されたテストのスコアは、発達の過程で大幅に変動することがあり、発達期間中にある時点では知的発達障害の診断要件を満たす子どもが、別の時点では満たさないことがある。知的・適応機能の信頼できる評価を行うためには発達の過程で異なる機会に複数回のテストが必要となることもある。

知的発達症と知的に正常な状態の鑑別に特別に注意する必要があるのはコミュニケーション、感覚、運動障害を持つ人、行動の問題がある人、移民、識字能力の低い人、精神障害の人、医療的治療を受けている人々（例えば、薬物療法）、そして重度の社会的または感覚的剥奪の経験がある人たちである。評価の過程でこれらの要素が適切に考慮されない場合、知的機能と適応機能の評価でえられた標準化された知的能力や適応行動のスコアの妥当性が低下

する可能性がある。例えば、協調運動やコミュニケーションの障害を持つ人の中では、知的機能と適応行動の標準化されたスコアの信頼性は乏しい可能性があり、その人の能力に適した評価方法を選択しなければならない。

「BID, Borderline Intellectual Functioning, 境界知的機能」呼ばれる場合がある状態は平均値から約 1 から 2 標準偏差以下の知的機能を指し、診断可能な障害ではない。それにもかかわらず、このような人たちは、知的発達障害を持つ人々と同様の支援や介入が必要な多くのニーズを持つことがある。

3. 児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけと判定時の情報収集の在り方（小林・浜田・高柳・明翫）

児童相談所における療育手帳制度の位置づけ

療育手帳の判定業務については、児童相談所において、多くは「障害相談」として受理し、判定・援助方針会議を経て、知的障害の障害程度判定を行っている。そこでまず、児童相談所の機能の概要について説明し、児童相談所における療育手帳制度の位置づけ、実際の判定業務の流れなどについて児童福祉法・児童相談所運営指針に基づいて整理する。

1) 児童相談所の業務

児童相談所は、児童福祉法 第四節 実施機関第十二条において、「都道府県は、児童相談所を設置しなければならない」とされ、「② 児童相談所は、児童の福祉に関し、主として、前条第一項第一号に掲げる業務（市町村職員の研修を除く。）並びに同項第二号（イを除く。）及び第三号に掲げる業務並びに障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律第二十二條第二項及び第三項並びに第二

十六条第一項に規定する業務を行うものとする。」として児童相談所の業務を定めている。法に規定された業務から、療育手帳判定業務は、第11条1項2号ハ、(場合によっては、第11条1項3号)に基づいて行われていると読み取ることができる。

2) 児童相談所における相談援助活動による療育手帳判定業務の位置づけ

児童相談所運営指針(平成19年度改定)においては、児童相談所での相談援助活動の理念を実現するため、児童家庭相談に関する一義的な相談窓口である市町村としての適切な役割分担・連携を図りつつ、基本的機能と民法上の権限を十分に発揮、活用し、その任務を果たしていく必要があるとしている。

この相談援助活動について、養護相談・障害相談・非行相談・育成相談・その他の相談・いじめ相談として相談の種類を分類(表3)しており、療育手帳判定業務については障害相談として位置付けていることになる。

更に詳細にみていくと、障害相談 7 知的障害に、療育手帳判定業務は、児童相談所業務の多く業務の中の一部の業務であることを確認しておきたい。

児童相談所の相談時の調査内容と療育手帳判定時の必要情報

1) 児童相談所における相談援助活動の際の情報・調査について

前項で、児童相談所における相談援助活動の流れとその際に行われる療育手帳判定業務の概要の作成を試みた。次に、相談援助活動時の情報・調査について児童相談所運営指針(その他、山梨県中央相談所記録書式一式など)を参考にして整理してみたい。

児童相談所における調査は「子どもや保護者

等の状況等を知り、それによって子どもや保護者等にどのような援助が必要であるか判断するために行われるものであり、相互信頼関係の中で成立するものである」とされている。昨今では、児童相談所は虐待通告を受けた際に行われる調査が最も代表的な業務のように思われがちであり、確かに子どもの安全確認など迅速な対応が急務とされる機関ではある。

しかしながら、児童相談所における相談援助活動は、前述したように、さまざまな相談種別があり、それによって、調査の進め方の緩急や調査事項に関しての重要度の差異はあるのだろうが、児童相談所運営指針には、標準的な調査対象の事項が示されている。

2) 児童相談所で実際に収集される情報

それでは、実際の児童相談所の療育手帳判定業務においては、どのような情報が収集・利用されているのであろうか。ここでは、令和2-3年度に行われた厚生労働科学研究「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」において実施された調査の再分析から、その一端を検討する。

この調査は、全国の児童相談所 234 ヶ所に対して、療育手帳の判定業務に使用している、心理診断・心理学的判定に係る調査票の提出を依頼し、得られた調査票の内容の分析から療育手帳の判定業務において収集されている情報を整理したものである。29 ヶ所から調査票が得られ同一県内で複数の児童相談所から得られた調査票は、項目が全く同じである場合には1種類の調査票とみなしたところ、分析の対象となった調査票数は26であった。得られた調査票について、判定に必要な情報として記載が求められている項目を分類した。

以上より、8割を超える児童相談所で用いられている項目「日常生活能力」のほかは、「適応行動・問題行動」「心身の健康状態」「知能検査の結果」「発達検査の結果」「医学的診断」「社会性」に関する項目が全体の5-6割の児童相談所で必要項目とされていることがわかる。これらはいずれも、前節の表5で記した「1. 心身の状況」「2. 情緒成熟度」「3. 欲求と障害」「4. 現在の適応状況」「5. 対人関係」「7. 家庭の状況」「9. その他必要と思われる事項」に関連する内容を具体化したものと考えることができる。ただし、これらの情報が全ての調査票で必要とされているわけではなく、情報の記載内容は自治体によってさまざまである様子が見てとれた。

ICD-11により「知的発達症」の定義に基づく療育手帳の判定業務に必要な情報

(1) 療育手帳判定時の「調査」による情報
多くの児童相談所は受理後により、児童福祉司やインテークワーカーといった相談者が各自治体の児童相談所で作成された所定の書式に従って、聴き取りによる調査が行われる。

(2) 知的機能・適応行動に関しての情報
(1)で述べたような「調査」で収集される情報に加えて、標準化された検査による知的機能および適応行動に関する情報が必要となる。知能検査で言えば、ウェクスラー式知能検査やKABC-II、適応行動で言えばVineland-II適応行動尺度が標準化された検査に相当する。しかし、村山・浜田(2021)でも示されているように、これらの検査に関しては、時間的・人的な負担、重症度(等級)を算出するための下限の算出の不十分といった懸念により、多くの自治体では使用されていないという現状である。こうした懸念に対応し、実施しやすく、かつ、精

度の高い検査を本研究課題では開発していく。具体的には、①短時間で知的機能および適応行動の評価ができること、②専門的な知識/技術を持たない職員でも実施できるような簡便さを備えること、③療育手帳の判定を目的とするツールであること、が必要である。その詳細については別の分担研究報告書にてご確認いただきたいが、これまで述べてきた児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけおよび情報収集に沿ったものである必要がある。

4. 療育手帳の判定・交付のための知的機能および適応行動の評価尺度(Adaptive Behavior and Intelligence Test-Clinical Version)の開発 —予備的調査— (伊藤・村山・浜田・高柳・明翫)

調査協力者

定型発達群の調査対象の募集は民間リサーチ会社に依頼した。具体的には、民間リサーチ会社のモニターに登録している関東・東海・関西地域に在住し、療育手帳の交付を受けていない子ども(1歳半-18歳)とその保護者に対して調査協力を依頼した。その際、1歳は2つの月齢区分(6-8か月、9-11か月)、2-6歳は4つの月齢区分(0-2、3-5、6-8、9-11か月)、7-12歳は3つの月齢区分(0-3、4-7、8-11か月)、13-18歳は2つの月齢区分(0-5、6-11か月)に分け、各区分に5名ずつ、全体で男女の比率がほぼ均等になるように調査協力児者を募集した。最終的に、249名(男子124名、女子123名、不明2名、 108.63 ± 59.31 か月)が本研究に参加した。

臨床群には、関東・東海・関西地域に在住し、療育手帳の交付を受けている児者およびその保護者に調査協力を依頼した。協力児者の募集

は知的発達症を持つ児者の支援団体(全国手をつなぐ育成会連合会など)や民間の児童発達支援施設を通じて募集を行うとともに、SNS を通じて調査協力児者の募集を行った。最終的に、132 名(男子 96 名、女子 36 名、 112.61 ± 53.97 か月)が本研究に参加した。

ABIT-CV の開発

知的機能の評価項目の開発 教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名(教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者 3 名)による検討および協議のうえ、国内外で利用されている知能検査や発達検査の項目を参考に、結晶性知能に関連する「ことば」の課題、視覚処理に関連する「視覚」の課題、短期記憶に関連する「記憶」の課題を作成した。具体的には、「ことば」の課題は 4 下位検査(「理解」、「知識」、「共通点」、「反対言葉」)、「視覚」の課題は 6 下位検査(「大きさ／長さの比較」、「部分全体推測」、「絵合わせ／絵の展開」、「絵の欠如」、「積木の数と見え方」、「仲間選び」)、「記憶」の課題は 3 下位検査(「短文復唱」、「数の順唱」、「数の逆唱」)で構成される。

さらに、算数および処理速度に関連する検査も ABIT-CV(知的機能の評価)に加えた。「算数」に関しては、CHC モデルの第 2 階層に位置づけられる量的知識は WISC の下位検査「算数」と関連していること(Ortiz, Flanagan, & Alfonso, 2017)、「算数」は流動性推理、短期記憶、結晶性知能と関連すること(Wechsler, 2014)が報告されている。処理速度については、視覚処理と関連することが報告されている(Flanagan & Kaufman, 2009)。これらに知見に基づき、「算数」および「処理速度」の下位検査を ABIT-CV(知的機能の評価)に追加し

た。

適応行動の評価項目の開発 ICD-11 には、知的発達症の特徴として適応行動の重篤な障害が示されている(World Health Organization, 2022)。適応行動は個人が学習でき、日常生活で遂行する概念スキル(知識の応用(例: 読み書き、計算、題解決、意思決定)およびコミュニケーションに係るスキル)、社会的スキル(対人関係、規則／法律の順守、犯罪被害の抑止に係るスキル)、実用的スキル(セルフケア、健康と安全、娯楽、金銭の管理、移動、製品／機器の使用などの領域に関するスキル)を包含する概念と定義づけられている(World Health Organization, 2022)。このことから、ABIT-CV の適応行動の評価尺度には、概念的・社会的・実用的スキルに関する項目が偏りなく含まれるように作成した。

国際的に利用されている適応行動の水準を評価する Vineland-II 適応行動尺度の日本版(黒田他, 2014)や国内外で利用されている発達検査等の項目を参考に、教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名(教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者 3 名)による検討および協議のうえ、最終的に 195 項目を独自に作成した。その際、特定の下位領域(概念的・社会的・実用的スキル)の項目に偏らないこと、各年齢区分(詳しくは後述)内の項目がおおよそ均等であること、適応行動や知的機能との関連が想定されることを考慮し、ABIT-CV(適応行動の評価尺度)を作成した。

ウェクスラー式知能検査

ABIT-CV の基準関連妥当性の検証のため、臨床群に対して、ABIT-CV の実施と共に、偏差 IQ が算出できるウェクスラー式知能検査を

実施した。本研究では、便宜的に 2 歳 6 ヶ月から 5 歳 11 ヶ月までの幼児は WPPSI を、6 歳 0 ヶ月から高校 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)。

(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(受付番号: 202208)、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から本研究の参加についての同意を得た。

ウェクスラー式知能検査との相関 ウェクスラー式知能検査は、実施上の問題で幼児については十分なサンプルサイズを得ることができなかったが、児童青年においては、適応行動が.607、知的機能総合点が.861 という相関を示し、両者の併存的妥当性が確認された。適応行動との相関に着目すると、ABIT-CV の知的機能検査は.879 という高い値を示したのに対し、ウェクスラー式知能検査は.607 というやや低い値に留まり、前者がより高い併存的妥当性を示した。

検査パッケージとしての信頼性・判別精度

信頼性 適応行動尺度、知的機能検査のいずれも、全体では.977～.993 という高い値が示され、十分な信頼性が確認された。課題単位でも、幼児における視覚⑥を除いて、.90 を超える高い値が示された。視覚⑥は適用年齢が 4 歳以上の課題であり、一部の問題は幼児には難易度が高く、分散が生じにくかったことから、内的整合性がやや低くなったものと考えられる。

知的障害の判別精度 幼児では、適応行動のみで判定を行った場合の感度が.947、特異度が.959 であった。つまり、適応行動の得点によって、知的障害群の 94.7%が正しく陽性と判定され、定型発達群の 95.9%が正しく陰性と判定された。一方、知的機能のみで判定を行った場合、感度は.895、特異度は.969 であり、適応行動による判定に比べ、感度がやや低下した。判別分析でも示されたように、幼児期における知的障害の判別には、知的機能検査の得点よりも適応行動の評定が重要な役割を果たすことが再確認された。さらに、知的機能と適応行動の合成得点を用いた場合、感度は.973、特異度は.980 まで向上し、適応行動や知的機能を単独で用いるよりも、判別精度が向上することが示された。

児童青年では、適応行動のみで判定を行った場合の感度が.957、特異度が.958、知的機能のみで判定を行った場合の感度が.971、特異度が.958 であり、後者の方がわずかに感度が高かった。知的機能と適応行動の合成得点を用いた場合は、感度が.986、特異度が.958 となり、さらに感度の向上が見られた。

こうした ABIT-CV の判別精度について、ウェクスラー式知能検査と比較してみたい。本研究では、知的障害群においてのみウェクスラー式知能検査を実施したため、その特異度を算出

することはできないが、知的障害群の中で FSIQ が 70 を下回った参加者の割合によって感度を求めることが可能である。知的障害群における ABIT-CV 知的機能検査の得点とウェクスラー式知能検査の FSIQ の間には.812 という高い相関があるが、知的障害の判別の感度は ABIT-CV 知的機能検査が.971 であるのに対し、ウェクスラー式知能検査は.796 に留まった。この結果から、少なくとも平均-2SD をカットオフ値とする場合、ABIT-CV はウェクスラー式知能検査を大きく上回る判別精度を有していると言える。

C. 各分担研究の考察

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度 (小林・大塚・日詰)

今後の療育手帳の在り方

障害福祉施策・知的障害児施策を概観して、今後の療育手帳制度がどのような方向に進むべきかを考察する。

- (1) 知的障害の定義を法に明記する必要がある。

知的障害者福祉法・児童福祉法において、「知的障害」「知的障害のある児」についての定義は見当たらない。知的障害者福祉法も児童福祉法においても、すでに成立してから、60 年以上が経過しているが、「知的障害」についての定義を明記していく必要がある。これまでの知的障害施策の歴史を概観し、知的障害の定義が明記されてこなかったいくつかの理由を理解したところである。しかしながら、統一的判定業務のためには、判定すべき事項（ここでは「知的障害」）について、明確な定義が必要となる。

- (2) 療育手帳判定時の情報の取り扱い方を検

討する必要がある。

都道府県の判定機関で行われる判定(療育手帳の判定)とこの判定情報が支援に役立つための情報となりうるかという問いが生じる。療育手帳の判定時の情報が、可能であれば支援サービスや具体的な支援方法に有効な情報でありたいが、判定は都道府県単位での設置が多い児童相談所で行われ、実際の支援は市町村などの地域につくられている障害児支援の事業所となる。この療育手帳の判定と支援の場所の違いにより、障害程度判定のための判定の情報を、有効な支援のためのアセスメントの情報として取り扱っていくことは、現状と見合わない感が否めない。

- (3) 各種の援助措置に対して、取得のメリットを実感できるよう検討していく必要がある。

「2) 療育手帳制度と知的障害児施策」で報告したように、療育手帳制度は、障害児福祉サービスや手当・年金制度などが連動をしないまま、現在を迎えている。療育手帳制度自体の導入の在り方や、各種の援助措置の根拠法の相違などがあり、「各種の援助措置を受け易く」することには繋がっていない現状がある。療育手帳制度の全国統一化に向けて、現在の各種援助措置への利便を検討し、療育手帳制度の当初の目的を果たせるよう検討していく必要がある。

2. 知的障害(知的発達症)診断の診断概念(内山・上野・岡田・中村・本田)

DSM-5 との相違

ICD-11 と DSM-5 の両方とも、知的機能(通常は IQ スコアで測定)と適応機能の評価を重視している。ただし、これらの基準の定義方法にはいくつかの違いがある。

大きな違いは重症度の評価である。DSM-5

では重症度のレベルは IQ ではなく、適応機能に基づいて定義される。適応機能は概念的（学問的）領域、社会的領域、実用的領域の3領域において評価され、評価の方法としては臨床評価と、個別化された信頼性のある標準化された評価尺度の両方で評価される。

一方、ICD-11 における重症度評価は前述のように知能と適応機能の両方が含まれる。いずれの標準化された評価尺度の使用が推奨されるが、それが困難な場合には、行動指標が提供されている。

DSM-5 で提供される行動指標は適応行動のみである。すなわち概念的、社会的、実用的領域の行動例が表 1 に例示されている。適応行動について標準化されたテストが使用できない場合には表 1 に基づいて適応行動の程度を臨床的に判断することが求められる。

一方、ICD-11 では行動指標が DSM-5 より非常に詳細に記載されている。

ICD-11 では DSM-5 よりも標準化された知能テスト、適応行動尺度がない臨床現場について、知能と適応行動の臨床的判断をより適切に下せるように配慮されている。

行動指標（ICD-11）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。そのために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。

DSM-5 の行動指標が適応行動に関する記載（概念的領域、社会的領域、実用的領域）に限

定され知的能力障害全体の住所を把握するために使用される。一方 ICD-11 の行動指標は適応行動に加えて知的機能の行動指標も詳細に記載されていることが特徴である。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、知的障害の診断を持つ個人のサンプルに適応行動のナショナルデータセットが使用された。適応行動データは、年齢層別に異なる重症度グループを定義するクラスター分析手法を使用して分析されており、信頼性が高い(Tassé et al., 2019)。

これらの表は専門家が個人の知的機能および適応行動のレベルに関する情報に基づいた臨床的決定を行い、知的障害の存在および重症度に関する決定を行うための支援を提供することを目的としている。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つく状況がある。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。

適応行動の評価と発症年齢の確認の必要性

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 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。

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、ほんのわずかしかな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。

3. 児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけと判定時の情報収集の在り方 (小林・浜田・高柳・明翫)

今後、療育手帳の判定基準、判定の手続き、判定のための評価ツールなどの統一化が進んでいくものと思われるが、統一化がなされたとしても、いくつかの問題が残っていると思われる。まずはその課題について列挙していき、現状考えられる対策について提案してみたい。

現在生じている問題として、以下のようなことがある。

■判定の対象と再判定の期間

- ・ 療育手帳の交付を希望する対象者の年齢の範囲
- ・ 再判定は運営指針によると、原則 2 年ごととされているが、運営上適切な再判定の時期

■検査施行に関して検討を要する事項

- ・ 反射レベルの機能を主な動きとし、検査実施が難しい児
- ・ 視聴覚障害のある児
- ・ 外国語を日常的に使用している児
- ・ 脳性まひなど運動機能面の著しい低下がみられる児
- ・ てんかん発作等の増減により、脳機能に著しい変化が生じている児
- ・ 継続した児童虐待環境で暮らし、実際の知的機能についてパフォーマンスが低下している児
- ・ 同様の評価ツールにおいて、6 か月以内に検査を受けている児

■判定時に検討を要する事項

- ・ 18 歳の誕生日前の交通事故等で頭部外傷による知的な低下
 - ☞ 高次脳機能障害として精神障害者保健福祉手帳の取得
 - ☞ 発達期に生じた要因として、療育手帳の取得
- ・ 18 歳前に発症した統合失調症により、著しい適応機能の低下や知的機能の低下が生じた場合
 - ☞ 精神疾患として、精神障害者保健福祉手帳の取得
 - ☞ 発達期に生じた疾患として、療育手帳の取得
- ・ 不安やストレスにより生じる知的障害を装う行為
- ・ 療育手帳取得（あるいは障害児者手当等給付）を希望して知的障害を装う（詐病）行為

現在思いつくだけでも以上のようなことが考えられるが、おそらく実際の判定業務におい

ては、更に多くの詳細な検討事項が生じているものと思われる。この報告書においては、それらの課題を整理することを目的としていないため、検討事項は以上にとどめておきたい。

1) 全国の児童相談所での判定業務の際の課題を収集し、Q & A 化しての公平性の確保

前述したように判定業務の統一化を果たしたとしても上記のような課題は生じていくものと思われるので、全国の児童相談所から、情報を収集できる機能を整備し、Q & A 化するなどして、療育手帳申請者に全国どこの児童相談所においても同様の結果が出せるような公平性が確保できるようにしていく仕組みが必要であると考ええる。

2) 評価ツールの統一化とともに、判定業務に関してのガイドラインの作成

療育手帳の判定業務において、医学診断においては、

- ・ 医師・児童心理司等とチームにより医学診断を行う。
- ・ 療育手帳判定において、医学診断は実施しない。
- ・ 主治医からの診断書の提供を依頼して、児童相談所での医学診断は実施しない。

など医学診断による判定のための情報収集に関して、さまざまな手続きで実施していることがわかっている。

児童相談所運営指針に則り療育手帳の判定業務を実施するとするなら、医学診断は必須であろうが、児童相談所業務の多忙や、児童の知的障害に関しての専門医の確保の難しさなどが生じていることから、医学診断を省略あるいは、外部での診断書を判定資料として代用するなどの方法を行っている現状であろうと推察

する。今回の療育手帳の統一化については、「児童虐待防止対策の抜本的強化について」（平成31年3月19日 児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議）において、児童相談所が児童虐待発生時に迅速・的確な対応ができるよう、児童相談所の体制強化の一つとして「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」とされている。

しかしながら、知的障害の定義を ICD-11 の「知的発達症」とした場合、日本において ICD による診断は医師による業務であり、また「知的発達症」について判断ができる職種は医師の業務であるともいえる。

これらのことから、統一的な判定業務について少なくとも一定の基準を明記する必要があるのではないかと考え、その後、各児童相談所でどのような判定の手続きにするかは、療育手帳の申請者の公平性が失われないように配慮しながら、児童相談所が設置されている地域性を考慮して、判定業務の具体的な進め方を検討していく必要がある。

4. 療育手帳の判定・交付のための知的機能および適応行動の評価尺度（Adaptive Behavior and Intelligence Test-Clinical Version）の開発 ―予備的調査―（伊藤・村山・浜田・高柳・明翫）

本研究では、知的機能と適応行動を包括的に評価できる簡易なアセスメントパッケージとして ABIT-CV を新たに開発し、その性能に関するパイロット調査を実施した。その結果、以下の諸点が示された。

- ・項目分析により、知的機能検査および適応行動尺度の大部分の項目が十分な項目-合計相関を示すとともに、定型発達群と知的障害群の間で明確な得点差を示した。適応行動尺度については、項目の難易度を考慮した上で、知的障害の判別精度の高い 95 項目を正式版の採用候補として選定した。
- ・各課題・尺度の得点は、定型発達群と知的障害群のいずれにおいても、おおむね年齢に伴って上昇を示したが、定型発達群では知的障害群よりも年齢に伴う得点の立ち上がりが高く、両群の発達の差異を把握できることが示された。また、課題・尺度によって定型発達群と知的障害群の得点差が見られる年齢範囲が異なっており、こうした課題を組み合わせることで、1 歳から 18 歳までの幅広い年齢層における知的障害の判定が可能となることが示唆された。
- ・知的機能検査の各課題と総合点の相関から、年齢推移の分析結果と一致して、幼児期に有効性を発揮する課題、児童青年期に有効性を示す課題、年齢層を問わず有効に機能する課題があることが示された。知的機能検査と適応行動尺度の間には幼児で .854、児童青年で .879 の高い相関が見られ、両者の収束的妥当性が確認された。また、両検査は知的障害の診断やウェクスラー式知能検査の FSIQ とも高い相関を示し、基準関連妥当性が確認された。
- ・知的障害の診断を目的変数とした判別分析により、知的機能検査の 13 課題のうち、幼児では 6 課題、児童青年では 5 課題が判別に独自の貢献を示し、これらの課題を各年齢層における検査パッケージとして採用した。また、幼児期には適応行動が知的機能よりも

知的障害の判別に寄与するのに対し、児童青年では知的機能の寄与が大きくなることが示され、年齢層によって知的障害の判定における適応行動と知的機能の重みづけを変化させる必要性が示唆された。

- ・上記の分析により選定された適応行動尺度および知的機能検査のパッケージは、いずれも高い内的整合性信頼性を有することが示された。知的障害の判別においては、両者を年齢層に応じた重みづけで合成したときに精度が最大化され、幼児では感度.973、特異度.980、児童青年では感度.986、特異度.958という良好な性能を発揮し、ゴールドスタンダードであるウェクスラー式知能検査の感度をも上回ることが示された。ROC 分析における AUC は幼児で.995、児童青年で.997であり、知的障害の診断に対して最良の判別精度を有することが確認された。

こうした結果を踏まえた次年度以降の課題として、以下の点が挙げられる。

- ・項目分析の結果を踏まえて、項目の修正、選定、追加を行う。特に、低年齢では言語による意思疎通の困難などにより知的機能検査の実施に困難をきたす場合も多いため、適応行動尺度単体でも精度の高い判定が可能となるよう、低年齢向けの項目を拡充する。
- ・改訂された検査項目を使用して、標準化および信頼性・妥当性検証のための本調査を実施する。人口分布に合わせて、全国で一般群 1000 名、臨床群 200 名を対象に調査を行う。

D. 健康危険情報 該当なし

E. 研究発表

1. 論文発表

村山恭朗 (2023). 構成路同省研究班報告 療育手帳の判定基準の全国統一化に向けて—実態と課題—. 小児の精神と神経, 63, 65-71.

村山恭朗 (2023). 療育手帳の判定・交付基準の現状と統一化に向けた課題. 知的障害福祉研究 さぼーと, 795, 38-43.

2. 学会発表

小林真理子 (2022). 発達障害の早期支援体制の現在とこれから 第 63 回日本児童青年精神医学会総会. 松本.

村山恭朗 (2022). 療育手帳の判定基準の全国統一化に向けて—実態と課題— 第 128 回日本小児精神神経学会. 名古屋.

辻井正次 (2022). 療育手帳の判定基準の全国統一化に向けて—実態と課題— 第 63 回日本児童青年精神医学会総会. 松本.

辻井正次 (2022). 知的障害の定義・判定の課題と発達障害 2022 年度 JDDnet 第 18 回年次大会. オンライン.

F. 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

知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度
－児童福祉法を中心に－

研究分担者

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部

大塚 晃 上智大学 総合人間科学部／日本発達障害ネットワーク

日詰 正文 国立のぞみの園 研究部

研究要旨

本研究は、第二次世界大戦前後の知的障害支援施策の歴史について概観した。その後、児童福祉法の制定・改正の経緯にそって、障害児支援の歴史を、①行政主導の措置による療育支援（1947年～1990年代の約50年間）②自己決定権の尊重と地域生活可能な支援（2000年代から現在）③インクルージョンの推進による一体的支援（今後）の3期にわけて整理した上で、障害児支援施策の残された課題（①知的障害の定義の明確化、②子どもの障害の理解から適切な配慮・支援などの家族支援の重要性③多様な相談支援の機能の明確化）についても検討した。

上記の知的障害児支援施策の整理を行った上で、療育手帳制度の導入時及び運用後の課題を明確にし、判定業務の流れ、判定時の情報内容、判定時の評価ツールについての統一化の必要性は前提とした上で、その他の課題を明らかにし、今後の知的障害児における療育手帳制度の在り方を考察した。

A 研究目的／研究方法

今後の療育手帳制度の在り方を考えるにあたり、今年度は知的障害児施策を中心に検討し、療育手帳制度の在り方を検討することとした。そのため、障害児者支援施策全般を概観し、知的障害児支援における課題を整理した。

B 研究結果 及び 考察

1 第二次世界大戦前の知的障害児（当時、歴史的に使用された用語は精神薄弱児であるが、ここでは知的障害児に統一して用いることとする）施策

知的障害児の支援が法制度に基づいて施策として行われたのは、第二次世界大戦後になってからである。戦前における知的障害児への支援については、主に民間の篤志家や慈善団体によるものが多く、そのことについても簡単に触れておきたい。

戦前において、日本における知的障害のある方の支援は、保護という形で「明治時代、自然災害や経済不況などにより孤児、棄児、不良児等の増加が見られたが、その救済に政府は対応できず、このような児童の保護を目的とする事業は、民間の篤志家や慈善団体等が担っていた」とされ、「保護

を要する児童の態様やニーズに対応して各種の施設が設けられたが、孤児院（現在の児童養護施設）や感化院（現在の児童自立支援施設）において知的障害のある児童の存在が認められ」（遠藤 2014）、知的障害児を専門に支援する施設や機関は存在していなかった。

大塚を主任研究者とする「知的障害の認定基準に関する調査研究」によると、日本での知的障害児の施設体系は、石井亮一の滝乃川学園から始まったとされ、1891（明治 24）年に濃尾震災で孤児となった十数名を引き受け、東京に孤女学園を設立し、その中に、能力の差がある子ども（普通児、「愚鈍」、「白痴」）がいることを述べている。石井は 1896（明治 29）年、知的障害児教育の状況を調査研究するために渡米し、知的障害児の治療教育理論で有名なセガンの考え方を持ち帰り、本格的に知的障害児教育を始めている。1897（明治 30）年に孤女学園は、滝乃川学園と名称を変え、知的障害児のための教育施設となっていく。

白痴教育には、①医学的治療、②教育としての訓練、③生活を通しての生活指導の三つが必要で

あることを石井はすでに体得していたとされる。また白痴教育施設としての滝乃川学園は家族主義的共同体としての性格を残していたが、生活年齢・性別・障害程度などを考慮した分類処遇の確立、セガンの生理学的教育をとりいれた治療教育の実践をはじめ、生活・教育・労働・医療等を統一的に保障しようとする総合支援施設（その後のコロニー）とうべきものを目指していたと言える。

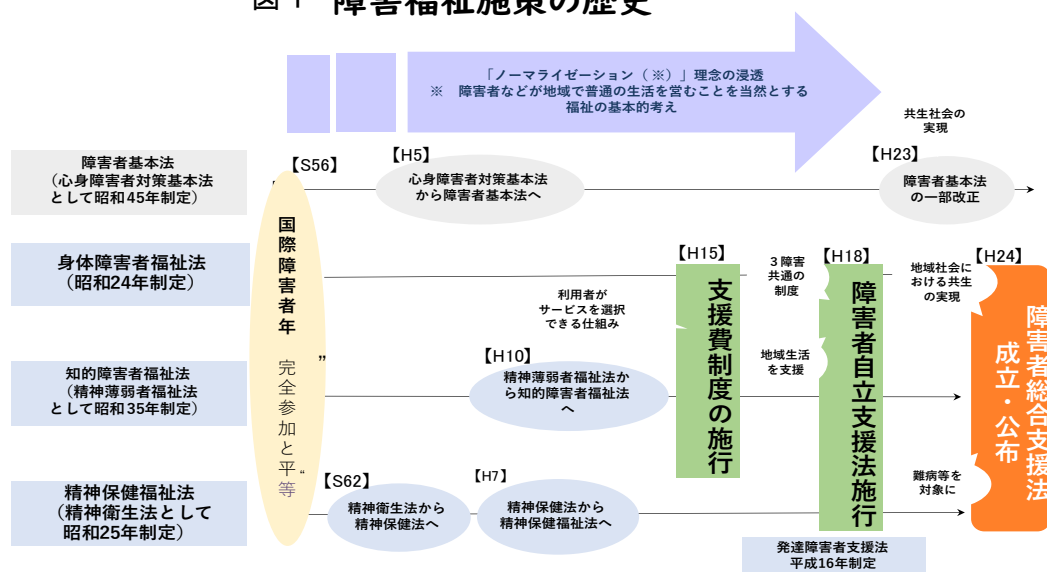
2 戦後の知的障害施策の歴史

1) 障害福祉施策の概観

戦後の障害福祉施策の歴史については、厚生労働省の作成した図により全体像がわかりやすく説明されているので、図 1 を用いながら戦後から現在までの障害福祉施策の歴史を概観したい。

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

図 1 障害福祉施策の歴史



引用・改変 厚生労働省作成資料

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。

平成 26 年度版障害白書によると「第二次世界大戦後の我が国における障害者施策は、戦争によって被害を受けた多くの子どもを救うため、昭和 22（1947）年に障害児施策を含む児童福祉の基本施策を定めた児童福祉法の制定」から始まり、「同年には学校教育法が制定され、障害のある児童生徒への教育を含んだ新しい学校教育制度が開始」されている。

次いで、1949（昭和 24）年に「身体障害者自らの努力によって更生することを前提として、国及び地方公共団体がこれを援助し、必要な保護を行い、国民もこれに協力する責務を定め、もって身体障害者の生活の安定に寄与する等その福祉の増進を目的とした身体障害者福祉法が制定」され、1950（昭和 25）年に精神障害者に対する医療、保護の充実、社会復帰の促進等を目的とした精神衛生法（現在の精神保健福祉法）が制定された。さらに、1960（昭和 35）年、子どもから成人に至るまで一貫した知的障害に関する援護事業の整備を図ることを目的とした精神薄弱者福祉法（現在の知的障害者福祉法）が制定され、身体障害、知的障害、精神障害（いわゆる 3 障害）でそれぞれ別個の枠組みで施策が進められていった。

1970（昭和 45）年には身体障害者及び知的障害者の総合施策を推進するための基本法制定を求める声が高まり、「心身障害者対策基本法」が議員立法により、障害者施策に関する基本的な法律として成立した。この法律は、日本における総合的な障害者施策推進の基本理念を確立した。1993（平成 5）年には法律の名称が「障害者基本法」に改められ、その際に精神障害者はこの法律に規定する

障害者に含まれることが明確に定められた。また、2011（平成 23）年の改正により、発達障害者が含まれることが明確に定められた（2004（平成 16）年には発達障害者支援法が制定されている）。

2003（平成 15）年 4 月にノーマライゼーションの理念に基づいて導入された支援費制度の施行によって、従来の措置制度からの大きな転換となり、障害者が自分でサービス決定できる自己決定権が尊重されるようになった。その後、制度上のいくつかの問題を解決し、障害者が地域で安心して暮らせるノーマライゼーション社会の実現を目指して「障害者自立支援法」は制定された。

2009（平成 21）年 9 月 9 日の連立政権合意において、「障害者自立支援法」を廃止し、「制度の谷間」がなく、利用者の応能負担を基本とする「障害者総合支援法」が制定された。

2）障害児福祉施策の概観

上記の障害福祉施策の歴史のなかには、障害児施策は、戦後間もなくに制定された児童福祉法に記されているのみで、障害福祉施策については専ら成人を中心として扱われているため、改めて障害児施策について、児童福祉法の制定～2022（令和 5）年の改正までを整理した。

児童福祉法とは、児童が良好な環境において生まれ、且つ、心身ともに健やかに育成されるよう、保育、母子保護、児童虐待防止対策を含むすべての児童の福祉を支援する法律であり、1947（昭和 22）年に交付され、社会の実情に合わせて、改正を繰り返してきている。

1947（昭和 22）年に成立した児童福祉法は、第二次世界大戦後、戦後の孤児や貧困への対応、子どもの健やかな成長と最低限度の生活を保障するため、戦後間もなく制定された法律である。この法律は、これまで第 16 次改正のほか、ほぼ毎年の



ように改正されており、障害福祉関連、児童福祉（子育て支援分野、児童養護・児童虐待対応分野）関連、また医療関連・司法関連などもまた、その時代の要請にそって改正されている。

そのため、まず、法改正が行われた領域を年代順に整理する必要があった。巻末の付録 1・2・3・4 は、以下のような手順で作成した。まず、児童福祉法の成立から第 16 次改正を含めた 2019 年までの法の改正内容の概要（〔衆議院ホームページ〕立法情報から各国会制定法律一覧を閲覧）を年代順に抽出した。次に、その概要を概観し、「障害福祉」、「医療」、「児童福祉（子育て支援）」、「児童福祉（児童養護・虐待対応）」、「司法」関連領域の 5 項目に分類した。この法改正の年代と関連領域を軸とした分割表から、年代順の法改正がどの領域で行われているのかチェック（主たる該当項目を○・副次的な該当項目については△）した。

付録 1～3 に基づいて、支援の経緯を児童福祉法創設（1947 年）～1990 年代と、2000 年代から現在の 2 つに区分した。さらに、2021 年の社会保障審議会障害者部会での「障害者総合支援法改正

法施行後 3 年の見直しについて 中間整理 令和 3 年 12 月 16 日」障害児通所支援の在り方に関する検討会でまとめられた「障害児通所支援の在り方に関する検討会報告書—すべての子どもの豊かな未来を目指して 令和 3 年 10 月 20 日」を根拠に、障害児支援の在り方の今後について表 1 のように整理できるだろう。

表 1 障害児支援の歴史的区分

時代区分	特徴	キーワード
終戦後～1990年代	行政主導の措置による療育支援	措置療育支援
2000年代～現在	自己決定権の尊重と地域生活可能な支援	契約自己決定発達支援
今後	インクルージョンの推進による一定的支援	地域共生社会インクルージョン

以下、障害児支援について、この 3 つの区分に基づき、詳細に説明していくこととする。



（１）行政主導の措置による療育支援（児童福祉法創設【1947 年】から 1990 年代の約 50 年間）

第二次世界大戦終了後、法制度において、障害のある子どもについて、療育的な関わりが必要であることが児童福祉法に明記された。「盲ろうあ児施設」「病虚弱児施設」「肢体不自由児施設」が療育施設の下に追加された。図 2 のように、施設が住居地から遠方である場合、子どもと養育者は、子どもが施設入所するために、親子で離ればなれの生活することになる。また、仮に自宅から通園施設（1954 年 精神薄弱児通園施設の創設）に通えたとしても、地域の保育所・幼稚園への併行通園は困難であるとされることや、入園拒否をされることさえあった。また学校教育についても、地域の学校には通学できず、養護学校（学校教育法により 1979〔昭和 54〕年に義務教育制、2007〔平成 19〕年 特別支援学校と改名）に入学することを余儀なくされることが多かった。

このように、第二次世界大戦直後から約 50 年間の日本の障害児支援は、法制度においては整備が

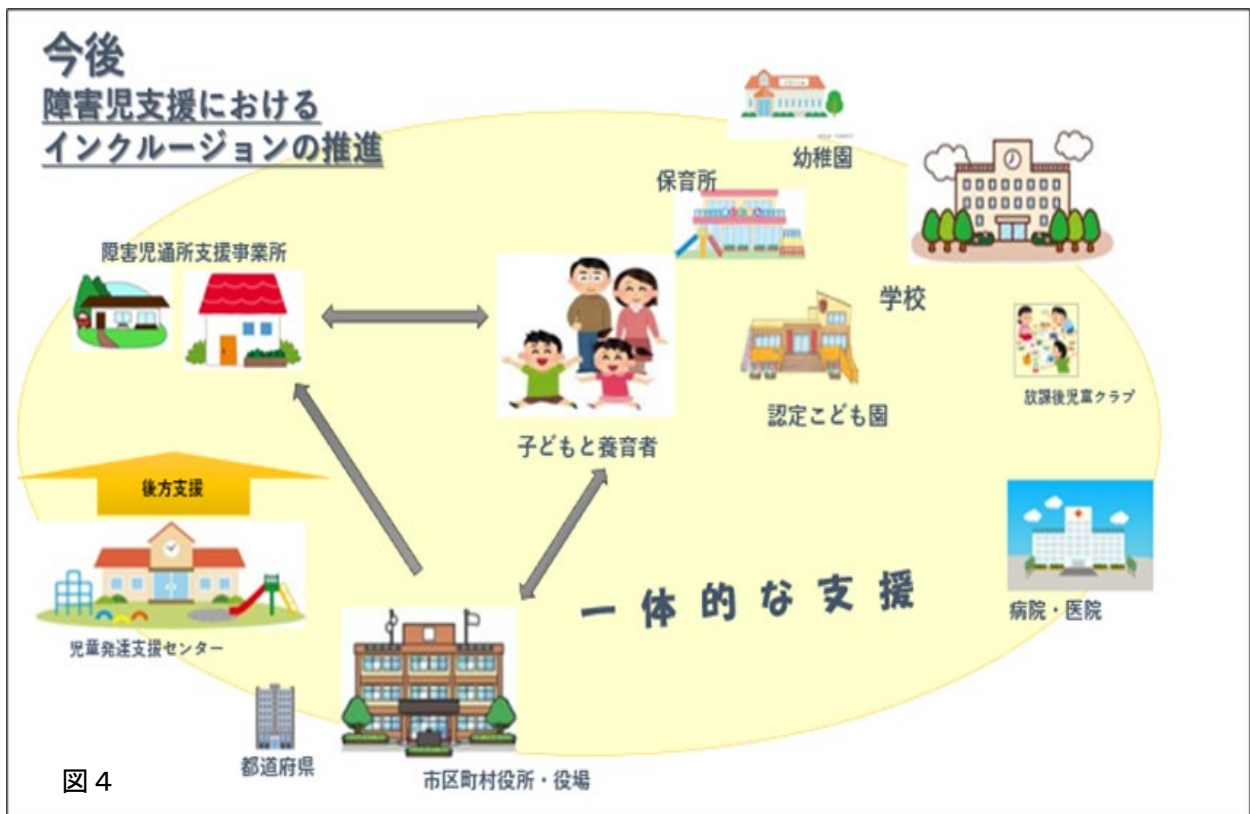
進められたものの、障害児支援のために創設した入所・通所施設に行政主導による措置が行われるという療育支援を進めていた時代である。

（２）自己決定権の尊重と地域生活可能な支援（2000 年代から現在）

①児童の虐待等に関する法律（以下、児童虐待防止法）の成立による児童相談の変容

2000（平成 12）年に児童虐待防止法が成立し、児童虐待の防止とその対応・家族への支援についての強化がなされた。これまで、児童相談所は、非行問題、学校不適応・不登校、障害児支援などあらゆる児童の問題に対応していたが、この法律の成立が児童虐待対応に追われる児童相談所の現状に繋がっている。付録 2 の通り、2000（平成 12）年以降の児童福祉法の第 14・15 次改正は、児童養護、とりわけ児童虐待対応について、相談対応の明確化や児童相談所の役割を明確化している。

更に、2016（平成 28）年には、児童虐待への対応について、発生予防から迅速な対応、その後の



児童への支援を重視することが明記された。「全て児童は、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、適切に養育されること、その生活を保障されること、愛され、保護されること、その心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られることその他の福祉を等しく保障される権利を有する。」とする児童福祉法の理念内容も大幅に改定されている。

②契約制度の導入と自己決定権の尊重

2003（平成 15）年、これまで行政主導で療育支援が行われていたが、自分自身で選択して、準備された支援メニューを決定する契約制度が導入された。

2010（平成 22）年には、障害児の定義の見直し（2005〔平成 17〕年に障害児の定義が新設されている）、障害児に関する根拠規定が、障害者総合支援法の改正に伴い、児童福祉法に一本化された。また、児童発達支援・放課後等デイサービス・保育

所等訪問支援の障害児通所支援が創設され、これを受けて多くの障害児者の通所支援の事業所が作られている。

この法改正に伴う支援サービスの整備により、障害のある子どもと養育者が地域のなかで生活が可能となった（図 3）。

更に、2016（平成 28）年においては、一定の場所で障害児に一定の支援をするだけでなく、障害児が暮らす居宅への訪問による支援、保育士・教師などへの障害児支援の専門家によるコンサルテーション型の支援など、新しい支援の形が工夫され、法的にも明記されるようになっている。

（3）インクルージョンの推進による一体的支援 【今後】

2021（令和 3）年に開催された社会保障審議会障害者部会 障害者総合支援法改正施行後 3 年の見直しについて（中間整理）、同年に開催された障

害児通所支援の在り方に関する検討会での「障害児通所支援の在り方に関する検討会報告書 ～すべての子どもの豊かな未来を目指して～」、そして2022（令和4）年児童福祉法の改正（付録4）を踏まえ、今後の障害児支援の在り方を想像すると、図3のようになる。地域での生活が持続可能になることはもちろんのこと、障害児施策と子育て施策を延長線上のものとして考える一体的な支援が行われ、インクルージョンが推進されることとなる。

インクルージョンという理念は大変理想的な考え方ではあるが、実際に実現していくのは難しい。今回の「障害児通所支援の在り方に関する検討会」においては、インクルージョンの推進については、強く推し進められているが、実際にどのように進めていけばよいのか少々具体性には欠ける。しかしながら、推進のためのヒントになり得る事柄として、児童発達支援・放課後等デイサービスにおける保育所や幼稚園などへの移行支援を推進、保育所等訪問支援の重要性の勘案などがあげられている。今後は移行支援や後方支援など、これまでの発達支援などを主とした直接支援だけでなく、さまざまな支援方法がいつそう必要となってくるであろう。また、検討会の議論とはなっていないが、これらの一体的支援を実践していくためには、本人、家族、そして本人をとりまく地域の人々が、本人がどのような生活のしづらさを有するのか、またどのような発達の特性があるのかを「知っている」ことが合理的配慮を自然なものとし、延いてはインクルーシブの推進につながっていくことになるかと推察する。

以上が、障害児施策の変遷の概観である。障害児支援においても、地域共生社会の実現に向けて変化を遂げているのがわかるが、ここでは敢え

て、残された課題、とりわけ知的障害（及び発達障害）児支援についての課題を検討してみたい。

3）障害児福祉施策—残された課題

（1）知的障害の定義の明確化（法への明記の必要性）

2021（令和3）年に開催された社会保障審議会障害者部会「障害者総合支援法改正施行後3年の見直しについて（中間整理）」、同年に開催された障害児通所支援の在り方に関する検討会での「障害児通所支援の在り方に関する検討会報告書～すべての子どもの豊かな未来を目指して～」、そして2022（令和4）年児童福祉法の改正において、障害児支援についてはインクルージョンの推進が重要であると強調されている。インクルージョンの考え方は、地域で障害のある子どもが暮らしていくためには重要な理念であるが、そう簡単には進められない。

インクルージョン（inclusion）とは、直訳すると包括・包含という意味で、包括は全体をまとめること、包含は包み込む・中に含むことである。教育及び福祉の領域においては、障害があっても地域で地域の資源を利用し、市民が包み込んだ共生社会を目指すことである。

これは、「単なる場の共有のみを統合とするのではなく、その中で必要な支援を個別に用意することの必要性を指摘しているものである」（佐藤2002）としており、障害を持つ人である他者についてよく知っている必要がある。何を得意として苦手としているのか、何に困っているのか、何を手伝ってほしいとしているのか、これらのことを理解した上で、インクルージョンを有効的に開始できるのであると思われる。

インクルージョンの推進のためには、一定の共通理解が必要であり、共通の認識が持てるように

ならなくてはならない。各個人の合理的配慮についても、相手を知らずして適切な配慮には至らない。

共通認識の視点から考えると、日本には、「知的障害」の法的な定義がない。障害福祉サービスは障害者総合支援法を中心として、法制度によりサービスが展開している。医師による診断や療育手帳の取得の有無により、知的障害であるとしているのであるが、厳密に考えていくと、それをもって障害福祉サービスの該当の有無についての明確な基準が存在しないことになる。

以上のことから、まずは一定の定義を準備し、そのことについて知り、適切な法制度の利用、合理的配慮の在り方のスタートに立てるのではないかと考える。

（２）子どもの障害の理解から適切な配慮・支援などの家族支援の重要性

少なくとも 2002（平成 14）年までは、療育支援を受けるために、障害児は家族と分離されること、また行政主導による措置がなされてきた。2003（平成 15）年、契約での制度が導入され、これからは、地域で、家族と一緒に生活をしながら、自分自身で選んだ療育支援を受けることが当たり前となり、障害者本人あるいはその家族が自己決定する権利を持つことになった。自己決定の権利の尊重というとても重要な理念の転換であるのだが、これは同時に、障害者本人及びその家族が大きな責任を担うことになったとも言える。とりわけ障害児の場合は、障害児本人の意見の表明の重要性だけでなく、家族によって、障害児本人が最も望んでいる支援内容の決定をしていくことが多いことは容易に推察できるところである。

そのため、家族による子どもの障害の理解から、家族に向けての適切な配慮・支援など家族支

援が重要になるものとする。

（３）多様な相談支援の機能（地域生活の持続可能性に向けての地域支援も含めた）の明確化

障害のある子どもから大人が地域での生活を可能とするためには、さまざまな場面・手法による支援が進められ、または進められていく必要がある。これらの支援については「相談支援」あるいは「障害福祉サービス」として一見網羅的に進められているのだが、有効的に機能しているか否か明確化していく必要がある。この報告書ではそのことを研究するものではないので、別研究に譲りたい。

３ 療育手帳制度の概括と今後の在り方

１）療育手帳制度の研究の経緯

本研究は、令和 2 年度～令和 3 年度「療育手帳に係る統一的な判定業務の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」に引き続き、令和 4 年度～「療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究」として、大別すると療育手帳制度の統一化に向けての判定業務のあり方と評価手法の開発の 2 つの研究チームで進められており、この報告書は前者の研究内容となる。

療育手帳制度の導入やその課題については、これまで厚生科学・厚生労働科学研究や厚生労働省による障害者総合福祉推進事業において、以下の表 2「療育手帳制度関連の研究一覧」のように進められている。

1, 2 の研究においては、知的障害の認定方法について、3, 4, 5 の研究においては、療育手帳制度についての認定方法についての実態を調査し、更に 5 においては、具体的な評価手法（「知能およ

表2 療育手帳制度関連の研究一覧

	年度	研究テーマ	研究者・研究機関
1	1986	昭和 61 年度厚生科学研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究」	主任研究者 櫻井芳郎
2	1998	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・者の障害の認定の基準と入所判定に関する総合研究」分担研究「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）」	主任研究者 岡田喜篤 分担研究者 櫻井芳郎
3	2018	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」	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
4	2019	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
5	2020	令和 2 年度～令和 3 年度厚生労働科学研究「療育手帳に係る統一的な判定業務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」	主任研究者 辻井正次
6	2022	令和 4 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連施策の実態等に関する調査研究」	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング
7	2022	令和4年度～厚生労働科学研究「療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究」	主任研究者 辻井正次

び適応行動の標準化検査の整合性に関する心理側
学的検証（伊藤，2021）」「療育手帳交付等を対
象とした 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・浜田，
2021）」についても示唆している。詳細については
前年度の報告書「療育手帳制度の過去・現在の再
考と未来の提言」（大塚・小林・日詰，2021）に総
括してあるので、参照願いたい。

2) 療育手帳制度と知的障害児施策

療育手帳制度の導入・運用から知的障害児施策
の関係について、前年度の報告書「療育手帳制度
の過去・現在の再考と未来の提言」をもとにして

整理することで、療育手帳制度の課題について明
確にしていきたい。

（1）療育手帳制度の導入時の課題－知的障害の 定義と判定方法の不在

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
する各種の措置援助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）年厚生事務次官通知「療育手帳制度につい
て」「療育手帳制度の実施について」という 2 つの
通知から運用されている。

1949（昭和 45）年に身体障害者福祉法が導入され、この法により第 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の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、身体障害者とは「別表」の障害名が記述された手帳をもっている人であり、身体障害は、機能障害に基づく医学モデルを反映しているといえる。一方、知的障害者については、以下のような課題が生じていた。

療育手帳制度導入時、櫻井(1992)、長谷川(1992)によると、知的障害者の支援サービスの導入への意見とともに判定の困難についても議論されていたが、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には至らなかった経緯がある。その際、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」としており。それにより、知的障害の定義が統一化できなかったとする。

以上のことについて、報告書「療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言」のなかで大塚は、その当時から「知的障害の定義や判定方法に関する世界標準知識」はあり、むしろ「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、「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」いると考察している。更に大塚は、身体障害者へのサービスの提供や支援の必要性和違い、知的障害の判定は、サービスや支援と直接結び付きにくく、「知的障害の定義や等級が規定できないのは、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」とも示唆している。

（２）療育手帳制度運用後の課題

①一貫した指導・相談のための情報伝達機能

療育手帳制度は、「①一貫した指導・相談と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。

1970（昭和 45）年に制定された「心身障害者対策基本法」により、精神薄弱児について母子保健等と連携しながら施策を進めることとされている。また一貫した指導・相談を行うためには母子保健から児童福祉（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、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も考えられる。しかし現在、療育手帳制度が知的障害児の効果的な支援のための情報伝達や母子健康手帳のような使われ方も確認できずにいる現状である。

②各種の援助措置を受け易くするため

各種の援助措置を受け易くすることについては、以下のとおりである。

【公共料金の割引・助成金制度・税金の軽減について】

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（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交通機関の割引、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）、税金の軽減などを受けられることができた。その他、療育手帳取得のメリットとしては、磯野(1997)によると、「発足当時において制度とみるには、行政的立場から言えば無理なようであった」として、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り、むしろ知

的障害と知られるデメリットを危惧している意見さえあったとしている。またこのことは別の課題となるが、各都道府県自治体により独自のサービスが提供されており、自治体間によって療育手帳取得によるサービスの格差が生じていることもあり、療育手帳判定の統一化がなされても、サービス利用の相違はそのまま残ることが予想される。

【障害児入所・通所サービス利用時について】

1992（平成元）年、必ずしも入所施設の利用が唯一の選択肢ではなく、地域生活の選択肢の一つ

としてグループホームが創設された。また 2012（平成 24）年に障害者総合支援法が施行され、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もとで一元的にサービスが提供されることとなった。ここでは、障害支援区分の仕組みを導入し、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳は不要となっている。そのため、新しい枠組みとして障害児サービスとなった障害児入所支援についても、対象者は「身体に障害のある児童、知的障害のある児童又は精神に障害のある児童（発達障害児を含む）」とされ、「手帳の有無は問わず、児童相談所、医師等によ

表3 障害児入所・通所サービスの対象児童と療育手帳の取得の有無について

障害福祉サービス	対 象 児 童	療育手帳 の有無※
障害児入所支援	身体に障害のある児童、知的障害のある児童又は精神に障害のある児童（発達障害児を含む） ・児童相談所、医師等により療育の必要性が認められた児童も対象 ・3障害対応を原則	無
児童発達支援	集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる主に未就学の障害児 ・通所給付決定を行うに際し、医学的診断名又は障害者手帳を有することは必須要件ではなく、療育を受けなければ福祉を損なうおそれのある児童を含む（発達支援の必要については、市町村保健センター、児童相談所、保健所等の意見で可）	無
放課後等 デイサービス	学校教育法に規定する学校（幼稚園、大学を除く）に就学している障害児 ・引き続き、放課後等デイサービスを受けなければその福祉を損なうおそれがあると認めるときは満20歳に達するまで利用することが可能	無
保育所等 訪問支援	保育所や、児童が集団生活を営む施設に通う障害児 ・「集団生活への適応度」から支援の必要性を判断 ・発達障害児、その他の気になる児童を対象	無

※療育手帳の有無とは、サービス利用要件において療育手帳取得の必要性の有無を指している。

表4 障害児者に対する手当・年金

各種手当・年金 (根拠法)	支給要件	療育手帳 の有無※
特別児童扶養手当 特別児童扶養手当等の支給 に関する法律(昭和39年)	20歳未満で精神又は身体に障害を有する児童を家庭で監護、養育している父母等に支給	無
障害児福祉手当 特 別児童扶養手当等の支給に 関する法律(昭和39年)	精神又は身体に重度の障害を有するため、日常生活において常時の介護を必要とする状態にある在宅の20歳未満の者に支給	無
特別障害者手当 特別児童扶養手当等の支給 に関する法律(昭和39年)	精神又は身体に著しく重度の障害を有するため、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある在宅の20歳以上の者に支給	無
障害基礎年金 国民年金法(昭和61年) ※障害厚生年金もある がここでは省略	1 から3のすべての要件を満たすとき 1 障害の原因となった病気やけがの初診日が次のいずれかの間にあること。 ・国民年金加入期間 ・20歳前または日本国内に住んでいる60歳以上65歳未満で年金制度に加入していない期間 2 障害の状態が、障害認定日(障害認定日以後に20歳に達したときは、20歳に達した日)に、障害等級表に定める1級または2級に該当していること。 3 初診日の前日に、初診日がある月の前々月までの被保険者期間で、国民年金の保険料納付済期間(厚生年金保険の被保険者期間、共済組合の組合員期間を含む)と保険料免除期間をあわせた期間が3分の2以上あること。 ただし、初診日が令和8年4月1日前にあるときは、初診日において65歳未満であれば、初診日の前日において、初診日がある月の前々月までの直近1年間に保険料の未納がないこと。また、20歳前の年金制度に加入していない期間に初診日がある場合は、納付要件は不要。	無

※療育手帳の有無とは、手当・年金支給要件において療育手帳取得の必要性の有無を指している。

り療育の必要性が認められた児童も対象」とされている。このことは障害児通所支援における児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援についても、表3「障害児入所・通所サービスの対象児童と療育手帳の取得の有無について」で示したように、同様のことが言える。

【各種手当・年金の支給要件について】

次に各種手当(障害基礎年金については参考)について、表4にまとめたが、手当・年金の支給要

件については、根拠法の違いもあってか、療育手帳制度と連動することはなく、運用されている。

以上のことから、「①一貫した指導・相談と②各種の援助措置を受け易くする」当初の療育手帳の目的は、公共料金の割引・助成金制度・税金の軽減などのメリットはあるものの、障害児入所・通所サービスの利用時、手当・年金の支給のための手続きには、殆ど連動していないことがわかった。

3) 今後の療育手帳の在り方

療育手帳の統一的な判定業務について、判定業務の流れ、判定時の情報内容、判定時の評価ツールについての統一化が必要であることについては、すでに一定の結論に至っており、上記のことは、別の研究報告書に任せることにしたい。

ここでは、障害福祉施策・知的障害児施策を概観して、今後の療育手帳制度がどのような方向に進むべきかを考察する。

(1) 知的障害の定義を法に明記する必要がある。

知的障害者福祉法・児童福祉法において、「知的障害」「知的障害のある児」についての定義は見当たらない。知的障害者福祉法も児童福祉法においても、すでに成立してから、60年以上が経過しているが、「知的障害」についての定義を明記していく必要がある。これまでの知的障害施策の歴史を概観し、知的障害の定義が明記されてこなかったいくつかの理由を理解したところである。しかしながら、統一的判定業務のためには、判定すべき事項（ここでは「知的障害」）について、明確な定義が必要となる。

(2) 療育手帳判定時の情報の取り扱い方を検討する必要がある。

都道府県の判定機関で行われる判定（療育手帳の判定）とこの判定情報が支援に役立つための情報となりうるかという問いが生じる。療育手帳の判定時の情報が、可能であれば支援サービスや具体的な支援方法に有効な情報でありたいが、判定は都道府県単位での設置が多い児童相談所で行われ、実際の支援は市町村などの地域につくられている障害児支援の事業所となる。この療育手帳の判定と支援の場所の違いにより、障害程度判定の

ための判定の情報を、有効な支援のためのアセスメントの情報として取り扱っていくことは、現状と見合わない感が否めない。

(3) 各種の援助措置に対して、取得のメリットを実感できるよう検討していく必要がある。

「2) 療育手帳制度と知的障害児施策」で報告したように、療育手帳制度は、障害児福祉サービスや手当・年金制度などが連動をしないまま、現在を迎えている。療育手帳制度自体の導入の在り方や、各種の援助措置の根拠法の相違などがあり、「各種の援助措置を受け易く」することには繋がっていない現状がある。療育手帳制度の全国統一化に向けて、現在の各種援助措置への利便を検討し、療育手帳制度の当初の目的を果たせるよう検討していく必要がある。

C 結論

今回は児童福祉法の制定・改正を中心に障害児福祉施策を概観し、療育手帳制度の在り方について再考した。次年度においては、就労支援などの新たな支援が追加される知的障害者施策を概観し、子どもから成人までの療育手帳制度の在り方について検討していく必要があるものと思われる。

D 健康危険情報 該当なし

E 研究発表

- 1 論文発表 なし
- 2 学会発表 なし

F 知的財産権の出願・登録状況 該当なし

G 引用文献

エドゥアール セガン (著), 川口 幸宏 (翻訳)

(2016) 初稿知的障害教育論 白痴の衛生と教育幻戯書房

遠藤浩 (2014) 国立コロニー開設に至る道のり

- 国立のぞみの園 10 周年記念紀要 p5-8
- 蜂谷俊隆 (2012) 昭和 20 年代における糸賀一雄の
コロニー構想と知的障害観 社会福祉学 53 巻
第 1 号
- 長谷川泰造 (1992) 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
- 幾野信男 (1997) 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
- 伊藤大幸 (2021) 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学的検証 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業務の検討ならび
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 (辻井正次主任研究者)
- 川口幸宏 (2010) 知的障害教育の開拓者セガンー孤
立から社会化への探求 新日本出版社
- 小林真理子・中嶋彩・槻館尚武・有泉風 (2021) 児
童福祉領域からみた発達障害児支援 I 発達障
害児の支援施策の概観に基づく公的支援サービ
スの基礎データ作成 厚生労働科学研究費補助
金 (障害者政策総合研究事業) 地域特性に応じ
た発達障害児の多領域連携における支援体制整
備に向けた研究 (本田秀夫主任研究者) 分担研
究報告書 p26-49,
- 小林真理子・中嶋彩・本田秀夫・槻館尚武・有泉風
(2021) 児童福祉領域からみた発達障害児支援
II 発達障害児のための支援サービス機能の分
析 厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総
合研究事業) 地域特性に応じた発達障害児の多
領域連携における支援体制整備に向けた研究
(本田秀夫主任研究者) 分担研究報告書 p50-
62
- 厚生労働省 (2023) 障害者福祉：障害者自立支援
法のあらまし
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/
service/aramashi.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/aramashi.html) (2023/04/23 閲覧)
- 村山恭朗・浜田恵 (2021) 療育手帳交付等を対象と
した 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 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業務の検討ならびに児
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 (辻井正次主任研究者)
- 内閣府 (2014) 平成 26 年版障害者白書
- 大塚晃【主任研究者】(2018) 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」
- 大塚晃・小林真理子・日詰正文 (2021) 療育手帳制
度の過去・現在の再考と未来の提言 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業務の検討ならび
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 (辻井正次主任研究者)
- 櫻井芳郎 (1992) 「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 巻第
1 号 p 13 日本文化科学者
- 佐藤久夫他編 (2002) 福祉キーワードシリーズ 障
害者と地域生活 中央法規出版 p9
- 高野聡子 (2017) 戦前期日本の精神薄弱児施設を対
象にした精神薄弱児施設史研究の到達点および
今日的意義と課題 特殊教育学研究 55 (4)
223 - 231

付録Ⅰ 児童福祉法成立・改正の経緯(1994-1997)

年	月 日	改正	法 改 正 の 概 要	障害 福祉	医療	児童福祉	児童福祉	司法
						子育て支援	児童養護 虐待対応	
1949	昭和24.6.15	第1次改正	療育施設の下に、「盲ろうあ児施設」を追加	○				
			児童福祉審議会の都道府県に設置義務				○	
1950	昭和25.5.30	第2次改正	療育施設の下に、「病弱児施設、肢体不自由児施設」を追加	○				
1951	昭和26.6.6	第3次改正	児童相談所の役割の明確化(福祉事務所・保健所との区別)相談及び鑑別から相談・調査・判定及び指導				○	
			児童福祉司と児童相談所長との関係(児童福祉司は児童相談所長の指揮監督下に)の明記				○	
			児童相談所長が親権の喪失の請求についての明記				○	
			児童福祉施設の長は、親権を行う者又は後見人がいない者に対し、監護・教育及び懲戒に關し必要な措置がとれる。				○	
			児童福祉施設の入所中の児童の教育を受ける権利の明記				○	
			教護院への入院中の児童の準ずる教育の必要性				○	
1952	昭和27.7.1	第4次改正	児童相談所への児童福祉司の必置				○	
			一時保護所での児童の生活や所持品についての規定				○	
1953	昭和28.3.16	第5次改正	児童委員に要する費用の規定				○	
1954	昭和29.3.31	第6次改正	育成医療の創設(身体に障害のある児童)	○	△			
			身体障害者手帳の交付を受けた児童への補装具の交付等の費用の請求	○	△			
1954	昭和32.4.25	第7次改正	精神薄弱児施設の下に、「精神薄弱児通園施設」を追加	○		△		
			保育所の下に、精神薄弱児通園施設を追加	△		○		
1958	昭和33.5.1	第8次改正	保健所の役割の明記 未熟児への支援		△	○		
			養育医療(未熟児への養育に必要な医療の給付)の創設		○	△		
1959	昭和34.3.28	第9次改正	骨関節結核の児への療育の給付		○			
1961	昭和36.6.16	第10次改正	肢体不自由児施設の下に「情緒障害児短期治療施設」を追加		○		△	
			児童相談所において「判定」と「調査又は判定に基づいて必要な指導を行うこと」を区別して明記				○	
			乳幼児健康診査とその後の指導について明記			△	○	
1967	昭和42.8.1	第11次改正	肢体不自由児施設の下に、「重症心身障害児施設」の追加	○				
1981	昭和56.6.15	第12次改正	児童福祉審議会の意見を聴き、児童福祉施設の停止または閉鎖を命ずることができる。				○	
1997	平成9.6.11		児童福祉施設の名称変更と統廃合				○	
			保育所入所の仕組みの変更、措置制度から保護者による入所申し込み			○		
			保育所の相談機能の強化			○		
			放課後児童健全育成事業の法定化			○		
			児童自立生活援助事業の法定化				○	
			児童家庭支援センターの創設			△	○	
			母子生活支援施設・助産施設の仕組みの変更、措置制度から利用選択制度			○		
			児童委員の役割の強化(児童相談所長への直接の通告可)			○	△	

付録2 児童福祉法成立・改正の経緯(2001～2010)

年	月 日	改正	法改正の概要	障害 福祉	医療	児童福祉	児童福祉	司法
						子育て支援	児童養護 虐待対応	
2001	平成13.11.30	第13次改正	認可外保育施設に対する指導監督の強化			○		
			保育所整備促進と保育士資格の法定化			○		
			児童委員の職務の明確化と主任児童委員の法定化			△	○	
2003	平成15.7.16	第14次改正	市町村での子育て支援事業の実施			○		
			児童養護施設等の地域住民への養育相談			△	○	
	平成16.12.3	第15次改正	家庭児童相談に関する市町村の第一義的窓口化			△	○	
			児童相談所(都道府県)の役割の明確化			△	○	
			児童相談所設置市の認可				△	
			要保護児童対策地域協議会の設置が可能となる				○	
			乳児院及び児童養護施設の入所児童に関する年齢要件の見直し				○	
			里親における監護、教育及び懲戒に関する里親の権限の明確化			△	○	
			要保護児童に対する家庭裁判所の認可措置の有期限化(2年)				○	
			児童相談所長が親権喪失の宣告の請求可能な者の拡大(18歳以上満20歳未満)				○	
			小児慢性特定疾患治療研究事業の法定化		○			
2005	平成17.11.7		障害児の定義の新設「身体に障害のある児童」「知的障害のある児童」	○				
			知的障害児施設等での利用契約制度の導入	○				
2008	平成20.12.3		子育て支援事業の追加法定化「乳児家庭全戸訪問事業」「養育支援訪問事業」「地域子育て支援拠点事業」「一時預かり事業」の追加			○	△	
			家庭的保育事業(保育ママ)の法定化			○		
			里親制度の拡充(里親と養子縁組里親との区別、研修の義務と里親支援の明確化)				○	
			小規模住居型児童養育事業(ファミリーホーム)の創設				○	
			要保護児童対策地域協議会の機能強化(努力義務)				○	
			児童自立生活援助事業を20歳未満の者まで引き上げる。				○	
			被措置児童等虐待の防止と通告義務の規定				○	
2010	平成22.12.10		障害児の定義の見直し「精神に障害のある児童(発達障害児を含む)」の追加	○				
			障害児施設の一元化(重複障害への対応とともに、身近な地域での支援)	○				
			障害児に関する根拠規定の一本化(障害者総合支援法の改正に伴い、児童福祉法に一般化)	○				
			障害児の通所支援の実施主体を市町村とする。	○				
			障害児通所支援の創設(児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設)	○				
			障害児相談支援の創設(障害児支援利用援助・継続障害児支援利用援助の創設)	○				
			在園期間の延長措置の見直し(18歳以上は原則、障害者総合支援法、福祉を損なう恐れのある場合は満20歳まで障害児施設の措置延長は引き続き可とする。)	○				
			児童相談所長の権限の明記(一時保護中の児童の監護等に関し必要な措置をとる権限の規定、親権喪失・停止及び管理権喪失の審判・取消しについて家庭裁判所への請求権)				△	
			児童相談所長・施設長の権限の明記(虐待をした親の不当な主張への対抗が可能 子どもの生命や身体の安全の確保への親権への対抗が可能)				△	

付録 児童福祉法成立・改正の経緯(2012~2019)

年	月 日	改正	法改正の概要	障害 福祉	医療	児童福祉 子育て支援	児童福祉 児童養護 虐待対応	司法
2012	平成24.6.27		障害児の定義の見直し(「難病等の児童」の追加)	○	△			
2014	平成26.5.30	第16次改正	小児慢性特定疾患への対応方針や医療費助成制度等の確立		○			
			子ども・子育て支援制度の施行による事業等の創設と内容変更(放課後児童健全育成事業・一時預かり事業・家庭的保育事業・小規模保育事業・居宅訪問型保育事業・事業所内保育事業・病児保育事業・子育て援助活動支援事業)		△	○		
			児童福祉施設に幼保連携型認定こども園の追加			○		
			保育所の目的の変更(保育に欠けるから保育を必要とする に)			○		
2016	平成28.6.3		児童福祉法の理念の明確化(児童の権利 国・地方自治体の役割・責務の明確化)				○	
			家庭と同様の環境における養育の推進(家庭における養育が適当でない場合)			○	○	
			しつけを名目として児童虐待の防止(懲戒について明記)			△	○	
			児童虐待の発生予防(母子健康包括支援センターの設置の努力義務)			○	○	
			児童虐待の発生予防(支援を要する妊婦・児童・保護者を把握した医療機関や学校等の情報提供の努力義務)		○	○	○	
			母子保健施策を通じた虐待予防の明記			○		
			児童虐待発生時の迅速・的確な対応(市町村に支援を行う拠点整備の努力義務)				○	
			児童虐待発生時の迅速・的確な対応(要保護児童対策地域協議会への専門職の配置)				○	
			児童相談所設置自治体の拡大(中核市・特別区が設置可)				○	
			児童相談所の体制強化(児童心理司、医師又は保健師、指導・教育担当の児童福祉司、弁護士などの配置)				○	
			児童相談所の権限強化(市町村への事実送致、臨検・捜索の実施緩和、被虐待児童等に関する資料の提供が医療機関、児童福祉施設、学校等にできる規定)		△		○	
			被虐待児童への自立支援(親子関係再構築支援を関係機関等が連携して実施することの明記)				○	
			被虐待児童への自立支援(措置解除後の児童の継続的な安全確認と保護者への相談支援の実施)			○	○	
			被措置児童への自立支援(都道府県に里親支援を業務として位置づけ)				○	
			被措置児童への自立支援(養子縁組里親の法定化、研修の義務化)				○	
			被措置児童への自立支援(20歳に達するまでの間、施設入所等措置の延長)				○	
			被措置児童への自立支援(自立援助ホームの22歳の年度末の就学中の者の延長)				○	
2016	平成28.6.3		居宅訪問型児童発達支援の創設(重度の障害の状態にある児童・児童発達支援)	○				
			保育所等訪問支援の支援対象の拡大	○				
			障害児福祉計画の作成(障害福祉計画と一体化作成も可 施設認可の総量規制)	○				
			医療的ケア児に対する各種支援の連携	○	○	○		
2017	平成29.6.21		虐待を受けている児童等の保護者に対する指導への司法関与			○	○	○
			家庭裁判所による一時保護の審査の導入					○
			接近禁止命令を行うことができる場合の拡大(一時保護や同意による施設入所措置の場合の追加)				○	
2019	令和1		児童相談所長、児童福祉施設の長、里親など親権者等による体罰の禁止				○	
			児童相談所の業務の明確化(一時保護児童解除後の児童の安全確保)				○	
			市町村・都道府県の体制整備等に対する国の支援の明記				○	
			児童福祉審議会における児童等の意見聴取時の配慮	○		○	○	
			児童相談所の体制強化(児童福祉司・児童心理司・SVの配置基準)				○	
			児童相談所の業務の質の評価の実施				○	
			要保護児童対策地域協議会の情報提供等への応答の努力義務	○	○	○	○	

付録4 児童福祉法成立・改正の経緯(2022～)

年	月	日	改正	法改正の概要	障害福祉	医療	児童福祉 子育て支援	児童福祉 児童養護 虐待対応	司法等
2022	令和4			子育て世帯に対する包括的な支援のための体制強化及び事業の拡充 (こども家庭センターの設置の努力義務)			○		
				子育て世帯に対する包括的な支援のための体制強化及び事業の拡充 (訪問家事支援・児童の居場所づくりの支援等事業の新設)			○	○	
				子育て世帯に対する包括的な支援のための体制強化及び事業の拡充 (児童発達支援センターの地域における中核的役割の明確化・児童発達支援の一元化)	○				
				一時保護所及び児童相談所による児童への処遇や支援、困難を抱える妊産婦等への支援の質の向上				○	
				社会的養育経験者・障害児入所施設の入所児童等に対する自立支援の強化	○			○	
				児童の意見聴取等の仕組みの整備				○	○
				一時保護開始時の判断に関する司法審査の導入				○	○
				子ども家庭福祉の実務者の専門性の向上				○	
				児童をわいせつ行為から守る環境整備等					○

分担研究報告書

知的障害（知的発達症）診断の診断概念

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科
上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科
岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科
本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室
研究協力者 河邊 憲太郎 愛媛大学大学院 医学系研究科
坂本 由唯 弘前大学大学院 医学研究科

研究要旨

本研究では知的障害の医学的概念、診断方法、診断をめぐる近年の議論の整理を行った。WHO は ICD-11 の知的発達症の記述を 2023 年 1 月にリビジョンアップを行った。そこで本報告では、議論の素材とするために ICD-11 (Version:01/2023) (WHO, 01/2023) の診断基準の概念を紹介し、要点の翻訳を行った。さらに、本研究班における議論と知的発達障害を巡る国際的な動向を踏まえて、我が国の支援者、行政担当者、当事者、保護者などの関係者が理解しておくべき理目的であるに準拠した診断概念を確認する。特に現在、我が国を含めて広く使用されている ICD-10 と DSM-5 との異同について解説した。加えて、床上の必要性の高い境界知能、軽度知的障害に関する最近の国際的な議論を概観した。

A. 研究目的

本研究では知的障害の医学的概念、診断方法、診断をめぐる近年の議論の整理を行う。特に WHO が提唱し 2023 年 1 月にリ

ビジョンアップを行った。そこで本報告では、議論の素材とするために ICD-11 (Version:01/2023) (WHO, 01/2023) の診断基準の紹介と要点の翻訳を行う。さらに

本研究班における議論と知的発達障害を巡る国際的な動向を踏まえて、我が国の支援者、行政担当者、当事者、保護者などの関係者が理解しておくべき理目的であるに準拠した診断概念を確認する。特に現在、我が国を含めて広く使用されている ICD-10, DSM-5 との異同について解説する。

さらに、臨床上の必要性の高い境界知能、軽度知的障害に関する最近の国際的な議論を概観する。

そして、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ことを目的とした。

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 ICD-11 の定義と概念を整理し、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。さらに軽度知的障害、境界知能の人の支援ニーズについて海外文献を中心に検討した。

その結果をもとに我が国の知的障害を定義する際の留意点について提案を行う。

なお、DSM-5、ICD-11 が作成された経過や American Association on Mental Retardation's (AAMR) が提唱した 2021 年の定義については昨年度の報告書で報告したため本報告では要点のみを記載する。また、報告書執筆時点では、厚生労働省のホームページでは翻訳は公開されていない。本報告書の内容は私訳である。知的障害に相当する訳語も一定しないため、ICD-11 の Intellectual developmental disorders の訳語は「知的発達症」と仮に訳し、過去の文献を引用する際には「精神遅滞」等、当時の一般的な訳語を用いた。

C. 研究結果

ICD-11 における知的発達障害の改訂の経過

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。ICD の第 10 版から第 11 版への改訂にむけて、WHO は 2009 年に MR (Mental Retardation ; 精神遅滞) 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)。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。

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た(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(Version:01/2023)の定義と解説

ICD-11 では 06 Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders の親カテゴリのもとに神経発症(Neurodevelopmental disorders)があり、さらにその下位カテゴリに 6 A00 Disorders of intellectual development がある。軽度、中度、重度、最重度に4分類される。下記は執筆時点(2023年4月)における要点の拙訳である(World Health Organization., 2018)。

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

知的発達症 (Disorders of intellectual

development)

親カテゴリー 神経発達症

説明 (Description)

知的発達症は多様な原因により発達期に生じる一群であり、平均より明らかに低い知的機能と適応機能、すなわち平均より約2標準偏差以上低い（約2.3パーセンタイルより低い）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。

除外：認知症は除外する

コード上の注意

必要な場合は既知の原因を道程するために付加的なコードを用いる

診断のための必要事項

必須（必要）の特性

知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域で知的機能に明らかな制限があること。個人によって、これらの領域のどれが影響を受けるかには大きな

ばらつきがある。可能な限り、知的能力は適切な標準化された知的機能検査で測定し、平均値より約2標準偏差以上低い（すなわち、2.3パーセンタイル以下）ことを確認する必要がある。適切に標準化された検査が利用できない状況において知的機能の評価するためには、知的機能の行動的指標（表6.1を参照）も参考にした適切なエビデンスとアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

日常生活で人々が学習し実践する概念的、社会的、実践的なスキルのセットである適応行動に重大な制限がある。概念的スキルには、知識の適用（例：読み書き、計算、問題解決、意思決定）とコミュニケーションが含まれ、社会的スキルには、人間関係の管理、社会的責任、規則と法律の遵守、被害を回避すること、実践的スキルは、セルフケア、健康と安全、職業スキル、レクリエーション、お金の使い方、移動と交通、家庭用電化製品やハイテクデバイスの使用などの領域をさす。適応機能の要求水準は、年齢とともに変化する環境に応じて変化する

る場合がある。可能な場合は、適切に標準化された適応行動のテストを用いてパフォーマンスを測定し、合計スコアが平均よりも 2 以上標準偏差（つまり、約 2.3 パーセントイル未満）以上低いことが求められる。適切に標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動機能を評価するためには、テストにみあった根拠とアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。その際に表 6.2 から 6.4（巻末に Appendix として、英文のまま引用した）に示された知的機能と適応行動スキルの行動的指標を含んでも良い。

発症は発達期である。過去に診断されていない知的発達障害を持つ成人が臨床の場に登場する場合、発症の時期はその人の発達歴を把握することで発症時期を特定すること、つまり後ろ向き診断（遡及的診断）が可能である。

重症度の特定因子 (Severity Specifiers) :

知的障害の重症度は知的能力のレベルと

適応行動のレベルの両方を考慮して決定される。適切に標準化された個別に実施されたテストを用いて決定されることが理想的である。適切に標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動機能を評価するためには、テストにみあった根拠とアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。その際に表 6.2 から 6.4 に示された知的機能と適応行動スキルの行動的指標を含んでも良い。

一般的に、重症度のレベルは知的能力と適応行動スキルが個人の能力やスキルの主要な部分（すなわち、概念的、社会的、実践的スキルの 3 つのドメイン）が属するレベルにもとづいて決定されるべきである。たとえば、もし知的機能と 3 つのドメインのうち 2 つが平均よりも 3~4 標準偏差以下である場合、中等度の知的発達障害が最も適切な診断となる。ただし、このような診断方法は、評価の性質や目的、特定の行動が個人の全体的な機能に対して占める重要性に応じて改変してもよい。

知的機能については、幼児期、児童思春

期、青年期に3分類され、さらに軽度、中度、重度、最重度の4段階について、言葉の発達や数の概念など知的機能の行動特徴について例示されている（表6.1）。

適応行動については6歳まで（表6.2）、6歳から18歳（表6.2）、18歳以上（表6.3）の3年代に分類され、概念的、社会的、実用的の3領域について行動指標が例示されている。

臨床家はテストが使えない場合はこの表を参考にして臨床的判断をくだす。

他の臨床的特徴（Additional Clinical Features）

知的障害のあるすべての共通する単一の身体的特徴や性格タイプはないが、特定の病因群は共通の身体的特徴を持っていることがある。

知的発達障害は、高い割合で合併する精神・行動・神経発達障害と関連がある。しかし、臨床的な表現は、個人の年齢、知的障害の程度、コミュニケーションスキル、症状の複合によって異なるだろう。自閉症

スペクトラム障害、うつ病、双極性障害や関連する障害、統合失調症、認知症、注意欠如多動性障害などの障害は、一般人口より高頻度に合併する。知的発達障害と他の精神障害、行動障害、神経発達障害が合併する場合は、知的発達障害のない精神障害を持つ人と同様の自殺リスクがある。

問題行動つまり挑戦的な行動、例えば攻撃性、自傷行為、注意引き行動、反抗的な行動、性的に不適切な行動は、知的発達障害では一般人口よりも高頻度に生じる。

知的発達障害のある多くの人は、一般人より騙されやすく、世間知らずで、従順で、作話しやすい傾向がある。このため、被害者になりやすい、犯罪活動に巻き込まれやすい、法執行機関に対して不正確な供述をする可能性が高まるなどのさまざまな結果を招くことがある。

人生における重大な変化やトラウマ体験は、知的発達障害のある人には特に困難な事態である。人生の変換点のタイミングやタイプは社会によって異なるが、一般的に

は知的発達障害のある人々は、ルーチン、構造、教育や生活環境の変化に適応するためには、より多くのサポートが必要である。

知的発達障害を引き起こす多くの医学的病態があり、それらはさらに特定の医学的問題と関連している。さまざまな出生前（例：有毒物質や有害な薬物への曝露）、周産期（例：分娩時の問題）、および出生後（例：感染性脳症）の要因が知的発達障害の要因になる可能性があり、さらに複数の要因が関係することもある。知的発達障害の病因の早期診断が可能な場合には、関連する医学的問題（例：ダウン症候群の個人には頻繁な甲状腺疾患のスクリーニングが推奨される）の予防および管理に役立つ。特定の個人の知的発達障害の病因が明らかでない場合には、その病因に対応する診断も追加されるべきである。

知的発達障害のある人は、生涯にわたってさまざまな健康問題（例：てんかん）や社会的問題（例：貧困）のリスクが高くなる。

正常との境界（閾値）（Boundary with Normality (Threshold):

知的発達障害において、知能指数（IQ）の数値は、知的障害と正常と区別するために用いられる独立した診断要件ではなく、知的発達症を部分的に特徴付ける指標である「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなすべきであると考えられる。IQ スコアは、使用される特定のテストを実施する技術や、テスト状況、その他さまざまな変数の影響で変動することがあり、また発達やライフコースの段階によって大幅に変動することがある。知的発達症の診断は、IQ スコアだけに基づいて行われるべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならない。

個別に行われる知的機能と適応機能の標準化されたテストのスコアは、発達の過程で大幅に変動することがあり、発達期間中にある時点では知的発達障害の診断要件を満たす子どもが、別の時点では満たさないことがある。知的・適応機能の信頼できる評価を行うためには発達の過程で異なる機

会に複数回のテストが必要なこともある。

知的発達症と知的に正常な状態の鑑別に特別に注意する必要があるのはコミュニケーション、感覚、運動障害を持つ人、行動の問題がある人、移民、識字能力の低い人、精神障害の人、医療的治療を受けている人々（例えば、薬物療法）、そして重度の社会的または感覚的剥奪の経験がある人たちである。評価の過程でこれらの要素が適切に考慮されない場合、知的機能と適応機能の評価でえられた標準化された知的能力や適応行動のスコアの妥当性が低下する可能性がある。例えば、協調運動やコミュニケーションの障害を持つ人の中では、知的機能と適応行動の標準化されたスコアの信頼性は乏しい可能性があり、その人の能力に適した評価方法を選択しなければならない。

「BID, Borderline Intellectual Functioning, 境界知的機能」呼ばれる場合がある状態は平均値から約 1 から 2 標準偏差以下の知的機能を指し、診断可能な障害ではない。そ

れにもかかわらず、このような人たちは、知的発達障害を持つ人々と同様の支援や介入が必要な多くのニーズを持つことがある。

経過の特徴 (Course Features):

知的発達症は生涯にわたる状態であり、通常、児童期早期に発現比較的大きなニーズがある期間と、支援があまり必要でない期間が交互に生じうる発達段階と人生における移行期を考慮する必要がある。

知的発達症は、個人要因による変動と病因特異的な変動による発達経過（すなわち、機能の相対的な低下または改善の期間）がある。知的機能と適応行動は、生涯を通じて大幅に変動することがある。単一の評価から得られる結果、特に児童期早期に得られた評価の将来の状態を予測するためには限定的な価値しか持たないことが。その後の介入や支援のレベルやタイプが後年の状態に影響を与えるためである。

知的発達症の人は、一般的に、生涯を通じて特別な支援が必要とされるが、必要と

される支援の種類や強度は、年齢、発達、環境要因、生活状況によって時間の経過とともに変化することが多い。知的発達症のほとんどの人々は、時間の経過とともにスキルや能力を獲得し続ける。介入や教育を服含む支援を提供することで、スキルや能力の向上が強化される。発達期に支援が提供されることで、成人期における支援ニーズが低下することがある。

発達期の違いにおける特徴

(Developmental Presentations) :

知的発達症を持つ人の行動の表現や発達の軌跡には大きなばらつきがある。表 6.2 から 6.4 は、知的発達症を持つ個体において発達の異なる時点（すなわち、幼児期、児童期、青年期、成人期）で通常観察される主要な長所と苦手な点について臨床家の参考のための記載である。

容貌の異常、先天性奇形、小頭症または巨頭症、低体重、筋緊張低下、身体的な成長遅延、代謝障害、成長不全などの特定の

身体的な兆候の存在があると生直後から生後数ヶ月で知的発達症に関連する状態が疑われることがある。

より年齢の高い子どもたちでは、知的発達障害は読み書き、算数などの学業上の知識と能力を習得する上での問題として表現される場合がある。軽度の知的発達症の多くの子どもたちは、学齢期になるまで診断評価を受けることがない。一部の子どもはもっと遅い時期、つまり青年期や成人期になるまで診断されないままになっている。

青年期後期と成人初期における知的発達症の兆候は、大学進学、就職、自立した生活、成人間の関係といった成人の役割を担うことについての課題の存在に強く影響を受ける可能性がある。

知的発達障害を持つ高齢者は、一般の高齢者群と比較して早期に認知症が発症したり早期にスキルが落ちたりすることがある。

その上、彼らは必要なサポートや医学的問題についての適切なサポートや医療ケアを得ることが一般の人より非常に困難である。

文化に関連した特徴 (Culture-Related Features) :

知的機能と適応機能を評価するために使用されるテストと基準が、その人の属する文化に適切かどうか個々のケースで考慮されるべきである。テストの成績は、文化的なバイアス（例えば、その文化では一般的でない専門用語や物に関するテスト項目）や翻訳の問題により影響を受けることがある。

適応機能を評価する際、すなわち個人の概念的、社会的、実践的なスキルを評価する際には、個人が属する文化や社会環境から期待されることについて考慮すべきである。

また、テスト結果を解釈する際には言語能力も考慮されるべきである。それは、被験者が指示を理解したかどうか、そしてその指示が言語による表現力どのような影響を与えるか、という観点からである。

重症度分類

ICD-11 において知的発達障害の重症度は、主に 4 段階に分類される。

- 軽度 6A00.0 Disorder of intellectual development, mild
- 中度 6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate
- 重度 6A00.2 Disorder of intellectual development, severe
- 最重度 6A00.3 Disorder of intellectual development, profound
- 6A00.4 Disorder of intellectual development, provisional

また、幼児期や検査が適切に実施できない場合など、特定できない場合のカテゴリー（6A00.Z Disorders of intellectual development, unspecified）も存在するがこれは重症度の分類とは異なる。

6A00.0 軽度の知的発達障害, mild

説明

軽度の知的発達障害は、発達期に生じる状態で、個別に行われる標準化されたテスト

トにより、あるいは標準化されたテストが利用できない場合には、同様の行動指標に基づいて、平均値から約 3～4 標準偏差（約 0.003～0.1 パーセンタイル）下回る知的機能と適応行動を特徴とする。そのような人々は複雑な言語能力や学術スキルの習得が困難なことが多い。ほとんどの人は基本的なセルフケアや、家事、日々の生活で必要な実践的なスキルは習得する。多くの人は成人期に比較的自立した生活をおくり、仕事もできるが、そのためには適切なサポートが必要なことが多い。

診断要件

軽度の知的発達障害では、知的機能と適応行動が、適切な標準化され個別に実施されたテストによって、平均値から約 3～4 標準偏差（約 0.003～0.1 パーセンタイル）下回る。標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動の評価は、臨床判断により強く依存する。表 6.1 から 6.4 に示されている行動指標を利用してもよい。軽度の知的発達障害を持つ人々は複雑な言語概念の理解と習得、学習スキルの習得に

困難があることが多い。多くの人は、基本的なセルフケアや家庭内、日常生活の実践的なスキルを習得することができる。ほとんどの人は、成人としての独立した生活や就労を継続することはできるが、そのために適切なサポートが必要である。

6A00.1 知的発達障害 中度, moderate

説明

中度の知的発達障害は、発達期に生じる状態で、個別に行われる標準化されたテストにより、あるいは標準化されたテストに基づいて、3 から 4 標準偏差下回る（およそ 0.003 - 0.1 パーセンタイル）状態である。標準化テストが利用できない場合は、比較可能な行動指標によって評価される。中等度の知的発達障害を持つ人々の言語能力と学力の習得能力は個人差があるが、一般的には基本的なスキルに限定される。一部の人々は、基本的なセルフケア、家事や日々の実践的な活動を習得することができる。ほとんど人は、成人として独立した生活や就労を実現するために、かなりの密度

の一貫した支援が必要である。

診断要件

中度の知的発達障害では、知的機能と適応行動が、適切な標準化され個別に実施されたテストによって、平均値から約 3～4 標準偏差（約 0.003～0.1 パーセンタイル）下回る。標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と適応行動の評価は、臨床判断により強く依存する。表 6.1 から 6.4 に示されている行動指標を利用してもよい。中度の知的発達障害を持つ人々の言語能力と学力の習得能力は個人差があるが、一般的には基本的なスキルに限定される。一部の人々は、基本的なセルフケア、家庭内の活動や実践的な活動を習得することができ、ほとんどの人々は、成人として独立した生活や就労を実現するために、相当な量の一貫した支援が必要である。

6A00.2 知的発達障害 重度 severe

説明

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著しく低い状態

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 パーセンタイルより低い）。

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セルフケアスキルを習得することもできる。重度および最重度の知的発達障害は、既存の知能の標準化テストが 0.003 パーセンタイル以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別される。

診断要件

重度の知的発達障害では、知的機能と適応行動が、適切に基準化された個別に行われる標準化テストに基づいて、平均から 4 以上の標準偏差以下（おおよそ 0.003 パー

センタイル以下)である。標準化テストが利用できない場合は、知的機能と適応行動の評価において、臨床判断により依存する必要がある、これには表 6.1 から 6.4 の行動指標が含まれる場合がある。重度の知的発達障害を持つ人は、言語能力と学術スキルの習得能力が非常に限定されており、運動機能の障害も持っていることがある。通常、監督された環境での適切なケアのために日常的なサポートが必要とされるが、集中的な訓練によって基本的なセルフケアスキルを習得することができる。重度および最重度の知的発達障害は、既存の知能の標準化テストが 0.003 パーセンタイル以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別される。これらの違いを評価するために、臨床判断を重視する必要がある。

6A00.3 知的発達障害 最重度 profound

説明

最重度の知的発達障害は、発達期間中に

発生する状態であり、適切に規範化された個別に管理される標準化テスト、または標準化テストが利用できない場合の比較可能な行動指標に基づいて、平均値から 4 つ以上の標準偏差以下（おおよそ 0.003 パーセンタイル未満）の、著しく低い知的機能と適応行動が特徴である。コミュニケーション能力は非常に限定的で学力の習得能力は基本的な具体的スキルに制限される。また、運動および感覚障害が同時に存在する場合があり、適切なケアのために監督環境での日常的なサポートが通常必要である。重度と最重度の知的発達障害は、既存の知能の標準化テストが 0.003 パーセンタイル以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別される。

診断要件

最重度の知的発達障害では、知的機能と適応行動は、適切に規範化された個別に管理される標準化テストに基づいて、平均値からおおよそ 4 標準偏差以上下回る（おおよそ 0.003 パーセンタイル未満）。標準化

テストが利用できない場合、知的機能と適応行動の評価には、臨床判断に大きく依存する。これには表 6.1 から 6.4 までの行動指標の使用も考慮する。

最重度の知的発達障害の人のコミュニケーション能力は非常に限定的であり、学力の習得能力は基本的な具体的スキルに制限される。運動および感覚障害が同時に存在する場合があります、適切なケアのために監督環境での日常的なサポートが必要である。集中的なトレーニングにより基本的なセルフケア能力を身につけることもある。既存の標準化された知能テストが 0.003 パーセント以下以下の知的機能を持つ個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、重度と最重度の知的発達障害は適応行動の違いに基づいてのみ区別される。

6A00.4 知的発達障害,暫定的, provisional

説明

知的発達障害,暫定的の診断は、知的発達の障害の証拠があるが、対象者が 4 歳未満の乳児または小児の場合、感覚障害や身

体障害（例：盲目、言語前の聴覚障害）、運動障害やコミュニケーション障害、重度の問題行動、または共存する精神および行動障害のために知的機能および適応行動の有効な評価が行えない場合に適用される。

診断要件

対象者が 4 歳未満であり、観察される障害が一時的な遅れかどうかを判断することが困難な場合に、「知的発達障害、暫定的」の診断がなされる。この文脈での知的発達障害、暫定的には、全般的な発達遅延（Global Developmental Delay）と呼ばれることもある。また、4 歳以上の個人で、知的発達障害が示唆されるが、感覚障害や身体障害（例：失明、先天性難聴）、運動障害、コミュニケーション障害、重度の問題行動、または評価に干渉する他の精神・行動・神経発達障害の症状があるために、知的機能と適応行動の適切な評価が行えない場合にも、本診断が適用されることがある。

6A00.Z 知的発達障害、特定不能

このカテゴリーは、「特定不能」の残存カテゴリーである。

コーディングノート

必要に応じて、既知の病因を特定するための追加コードを使用する。

D. 考察

以上の翻訳を踏まえて、まず ICD10 と DSM-5 との相違について検討する。

ICD-10 と ICD-11 (Version:01/2023) の相違

ICD-10 と ICD-11 における IDD (知的発達症) の診断の主な違いは以下の通りである。

用語：

ICD-10：IDD は「精神遅滞」が用いられたが ICD-11 障害の性質をより正確に反映するために「知的発達症」に置き換えられた。

診断基準：

ICD-10 における知的障害の診断基準は、知能の障害の程度 (IQ スコアで測定) と

適応機能の乏しさに焦点が当てられていた。

特に軽度、中度、重度、最重度の分類には IQ が主な指標として明記されていた。

ICD-11 では、IDD の診断基準がより適応

機能に重点を置くように改変され、重症度

レベルの説明が明確になった。ICD-11 で

は、重症度の特定因子 (Severity specifiers) が明記され知的障害の重症度は

知的能力のレベルと適応行動のレベルの両

方を考慮して決定される。その際に知的機

能も適応行動も標準化された検査に基づい

て標準偏差の何倍平均より下かで重症度が

特定される。つまり ICD-11 では、ICD-10

のように IQ スコアにのみ依存するのでは

なく、個人の機能と支援ニーズの評価に重

点を置いている。

神経発達障害との関連

ICD-10 では精神地帯は F7 カテゴリー、

ASD、学習障害は F8 (心理的発達の障害)

カテゴリー、ADHD は行為障害などと同

じ F9 カテゴリーに別れていたが、ICD-11

では、IDD の親カテゴリーは神経発達症と

され、ASD、ADHD、LD などと同じカテゴリーに位置付けられた。これは、IDD が発達期に生じる中枢神経系の障害の結果であるという理解を反映している。

DSM-5 との相違

ICD-11 と DSM-5 の両方とも、知的機能（通常は IQ スコアで測定）と適応機能の評価を重視している。ただし、これらの基準の定義方法にはいくつかの違いがある。

重症度評価

大きな違いは重症度の評価である。DSM-5 では重症度のレベルは IQ ではなく、適応機能に基づいて定義される。適応機能は概念的（学問的）領域、社会的領域、実用的領域の 3 領域において評価され、評価の方法としては臨床評価と、個別化された信頼性のある標準化された評価尺度の両方で評価される。

一方、ICD-11 における重症度評価は前述のように知能と適応機能の両方が含まれる。いずれの標準化された評価尺度の使用

が推奨されるが、それが困難な場合には、行動指標が提供されている。

DSM-5 で提供される行動指標は適応行動のみである。すなわち概念的、社会的、実用的領域の行動例が表 1 に例示されている。適応行動について標準化されたテストが使用できない場合には表 1 に基づいて適応行動の程度を臨床的に判断することが求められる。

一方、ICD-11 では行動指標が DSM-5 より非常に詳細に記載されている。ICD-11 では DSM-5 よりも標準化された知能テスト、適応行動尺度がない臨床現場について、知能と適応行動の臨床的判断をより適切に下せるように配慮されている。

ICD-11 を用いた診断の方法について

国際疾病分類（ICD）における「精神・行動及び神経発達障害」に関する章の改訂が国際的に注目を集めている。WHO がこの診断ガイドラインを開発する際に、グローバルな適用性と臨床的有用性に重点を置いたことで、精神保健専門家や行政が採用

の可能性を最大限に高めることができた。
また、一般的な診療環境での診断ガイドラインの適用性やエビデンスに基づいた介入の拡大にも役立つことが期待される。そのため、ICD-11 における新しい精神障害の分類とそれに付随する診断ガイドラインは、単に新たな改訂ではなく。重要な進歩である(Stein et al., 2020)。

重症度分類の目的

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。

DSM-IV、ICD-10 からの DSM-5、ICD-11 への改訂でも重症度評価が IQ よりも適応行動や支援ニーズが重視されるように変化してきた。その過程で多くの議論があったが、その中心は知能の重度さと、支援ニーズの強さがパラレルではなく、むしろ軽

度知的障害、さらには境界知的機能の人々の支援ニーズが高いということがわかってきた。このことは行政サービスの質や量の決定にも重要である。

軽度知的障害の重要性

知的障害の診断をする際に重度・最重度の知的障害より軽度の知的障害を見逃す可能性が高いだろう。DSM-5 の重症度分類では IQ ではなく適応行動に基づいて分類した。

知的障害の有病率については、オーストラリアで 1.7%,(Bourke et al., 2016)、低・中所得の国では 2%と推定されており(Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, & Saxena, 2011)、頻度の高い障害である。

また重症度においては軽度中度の知的障害は 1.5%、重度は 0.12%であり、知的障害の 90%以上が中軽度である,最近 10 年間で知的発達症の子どもが増えているが、そのほとんどが中軽度の子どもである(Bourke et al., 2016)。

英国におけるコホート調査では 15 歳か

ら 16 歳までフォローアップし、その時点で軽度知的障害 (IQ50~69) が 2.7%、重度知的障害 (IQ49 以下) が 0.6%であった (Hall et al., 2005)。

軽度知的障害の課題

一般に知的発達症の重症度分類では知能指数が重視されており、療育手帳に基づくサービス内容も軽度知的障害より重度の知的障害の方が手厚いサービスが受けられる。

しかしながら、軽度知的障害 (mild intellectual disability, MID) や境界知能機能の子どもや成人の支援ニーズが高いことが近年議論されている (Hassiotis et al., 2022; Kataria & Philip, 2022; Martínez-Leal et al., 2020; Nouwens, Lucas, Embregts, et al., 2017)。加えて、精神科的合併症の頻度も児童期 (Einfeld et al., 2011) から老年期 (Bratek et al., 2017) まで高いことが知られている。

境界知的機能 (Border Line Function) の

課題

オランダでは MID と BIF のヘルスケアシステムはわけられており、IQ よりも個人のサポートニーズが重視される。したがって、IQ が 70-85 であり、社会適応に課題がある場合は知的障害と同様にヘルスケアが受けられる。さらに精神保健や司法領域でも知的障害に相応したサービスを受けることが可能になる。このようにサポートニーズで分類すると BIF, MID のサポートニーズは重度知的障害の 30 倍高いという (Nouwens, Lucas, Embregts, et al., 2017)。

マイノリティグループの課題

Bauer ら (2019) はオーストラリア西部で知的障害と自閉スペクトラム症の有病率を調査した。もともになったデータベースは Disability Services Commission (DSC) と学校教育当局からのデータであった。その際に、アボリジニの子どもの知的障害の有病率はそうでない子どもの 2 から 2.5 倍と高かった。アボリジニの子どもは DSC よりも、学校入学後に発見される比率が高かつ

た。その子どもたちの多くが中軽度の知的障害であり、マイノリティグループは幼児期にサービスが提供されない可能性が示唆された。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)。

遡及的診断/回顧的診断 (retrospective diagnosis)

遡及的診断については、ICD-11 (Version:01/2023, ICD-11)において、成人期にはじめて受診するケースについては、発達歴を聴取することで、診断可能であることが明記された (Bertelli et al. 2022)。また、認知症を除外することも明記された。

発達期の知的障害のサインとしては、後述する ICD-11 の知的機能および適応行動の行動指標が参考になる (Tassé et al., 2019)。遡及的/回顧的診断については、この表に基づき発達期の状態を推測することができる。

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について、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。

さらに、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。

合併精神症と ICD-11

IQ を重視しすぎない DSM-5, ICD-11 の知的発達症の概念は、適応行動への注目を高める。そのために発達期に発症しやすい精神障害の合併への注目を高める。

児童期に支援、治療が開始されないとマルチトリートメント、不適切な介入を招く可能性が高まる。

特に軽度知的障害、BIF ではメンタルヘルス上の支援ニーズが高いことや精神疾患の合併率が高いことは多くの報告がある。MID と BIF を比較すると BIF のほうがより高頻度に精神疾患を合併するとの報告もある (Douma et al., 2006)。

MID、BIF とも、メンタルヘルス問題に限らず、社会的、家族の問題を抱えていることが多く福祉的サービスのニーズが高い

(Nouwens, Lucas, Embregts, et al., 2017)。

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pekt、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。特にフルスケール IQ のみを指標にすることが不適切であることは DSM-5、ICD-11、AAIDD の定義でも強調されている。知能テストの IQ 値に影響を与える要因は、練習効果、合併精神・身体障害、テストの熟練度、被験者の体調など多くの要因があること、実生活における思考力や

問題の解決能力を評価するには不十分であること、下位検査のばらつきが大きいときの妥当性が乏しいことなどから、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 & Woods, 2014)。

知能テストの選択について

ICD-11 では知的障害の分類にパーセンタイルが指標とされている。軽度知的障害を例に挙げると平均水準より 2 から 3 標準偏差低い（およそ、0.1 – 2.3 パーセンタイル）ことが指標になっており、偏差 IQ を用いることが知的障害の診断や分類の前提になることは明らかである。

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。重度・最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 ではなく、数値の妥当性が

乏しいこと、ICD-11 の診断に必要がないという意味でも必要性が乏しい。子どもと家族の負担を考慮すれば、今後本当に必要なかどうかの検討が望まれる。

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)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。そのために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。

DSM-5 の行動指標が適応行動に関する記載（概念的領域、社会的領域、実用的領

域)に限定され知的能力障害全体の住所嘘を把握するために使用される。一方 ICD-11 の行動指標は適応行動に加えて知的機能の行動指標も詳細に記載されていることが特徴である。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、知的障害の診断を持つ個人のサンプルに適応行動のナショナルデータセットが使用された。適応行動データは、年齢層別に異なる重症度グループを定義するクラスター分析手法を使用して分析されており、信頼性が高い(Tassé et al., 2019)。

これらの表は専門家が個人の知的機能および適応行動のレベルに関する情報に基づいた臨床的決定を行い、知的障害の存在および重症度に関する決定を行うための支援を提供することを目的としている。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。

知能指数の意味に対する理解不足がもたらす弊害

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見える状況がある。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。

適応行動の評価と発症年齢の確認の必要性

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れば、DSM-5、ICD-11 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。

軽度知的障害を見逃さないために

これまで議論してきたように、知的障害の支援ニーズは「重症度」に比例するとは限らない。むしろ、軽度知的障害、境界知的機能の人のほうが、支援ニーズが高いともいえる。福祉サービスの提供にあたって、この点を留意する必要がある。

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、ほんのわずかしを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。知能テストを担当する臨床心理士、公認心理師などの知的障害、知能テストの理解を深めることも必要であろう。

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。

今後に向けて

知的発達症の子どもや青少年の代表的な集団を対象とした公表された研究では、精

神障害の有病率が一般の子どもよりも3~4倍に増加することが示されている。年齢、性別、重症度（軽度、中度、重度、極度）および社会経済的地位が有病率に与える影響は、現在のところ明らかになっていない。

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。また支援ニーズの高い、軽度知的障害を見逃さないための診断方法が求められている。

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

Bauer, A., Taggart, L., Rasmussen, J.,

- Hatton, C., Owen, L., & Knapp, M. (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., Munir, K., Harris, J., & Salvador-Carulla, L. (2016). “Intellectual developmental disorders”: reflections on the international consensus document for redefining “mental retardation-intellectual disability” in ICD-11. *Adv Ment Health Intellect Disabil*, 10(1), 36–58.
- Bourke, J., de Klerk, N., Smith, T., & Leonard, H. (2016). Population-Based Prevalence of Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorders in Western Australia: A Comparison With Previous Estimates. *Medicine*, 95(21), e3737.
- Bratek, A., Krysta, K., & Kucia, K. (2017). Psychiatric Comorbidity in Older Adults with Intellectual Disability. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 3), 590–593.
- Buckley, N., Glasson, E. J., Chen, W., Epstein, A., Leonard, H., Skoss, R., Jacoby, P., Blackmore, A. M., Srinivasjois, R., Bourke, J., Sanders, R. J., & Downs, J. (2020). Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with

intellectual disability: A systematic	<i>Developmental Disability</i> , 36(2), 137–
review and meta-analysis. <i>The</i>	143.
<i>Australian and New Zealand Journal</i>	Greenspan, S., & Woods, G. W. (2014).
<i>of Psychiatry</i> , 54(10), 970–984.	Intellectual disability as a disorder of
Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst,	reasoning and judgement: the gradual
F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-	move away from intelligence quotient-
reports on mental health problems of	ceilings. <i>Current Opinion in</i>
youth with moderate to borderline	<i>Psychiatry</i> , 27(2), 110–116.
intellectual disabilities. <i>Journal of the</i>	Hall, I., Strydom, A., Richards, M., Hardy,
<i>American Academy of Child and</i>	R., Bernal, J., & Wadsworth, M.
<i>Adolescent Psychiatry</i> , 45(10), 1224–	(2005). Social outcomes in adulthood
1231.	of children with intellectual
Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E.	impairment: evidence from a birth
(2011). Comorbidity of intellectual	cohort. <i>Journal of Intellectual</i>
disability and mental disorder in	<i>Disability Research: JIDR</i> , 49(Pt 3),
children and adolescents: a systematic	171–182.
review. <i>Journal of Intellectual &</i>	Hassiotis, A., Emerson, E., Wield, J., &

Bertelli, M. O. (2022). Borderline	Girona declaration on borderline
Intellectual Functioning. In M. O.	intellectual functioning. <i>The Lancet.</i>
Bertelli, S. (shoumi) Deb, K. Munir,	<i>Psychiatry</i> , 7(3), e8.
A. Hassiotis, & L. Salvador-Carulla	Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Embregts, P.
(Eds.), <i>Textbook of Psychiatry for</i>	J. C. M., & van Nieuwenhuizen, C.
<i>Intellectual Disability and Autism</i>	(2017). In plain sight but still
<i>Spectrum Disorder</i> (pp. 95–106).	invisible: A structured case analysis of
Springer International Publishing.	people with mild intellectual disability
Kataria, K., & Philip, S. (2022).	or borderline intellectual functioning.
Reorienting to mild and borderline	<i>Journal of Intellectual &</i>
intellectual disability: an appeal from	<i>Developmental Disability</i> , 42(1), 36–
south Asia. <i>The Lancet. Psychiatry</i> ,	44.
9(6), e26.	Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Smulders, N.
Martínez-Leal, R., Folch, A., Munir, K.,	B. M., Embregts, P., & van
Novell, R., Salvador-Carulla, L., &	Nieuwenhuizen, C. (2017).
Borderline Intellectual Functioning	Identifying classes of persons with
Consensus Group. (2020). The	mild intellectual disability or

borderline intellectual functioning: a	Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk,
latent class analysis. <i>BMC Psychiatry</i> ,	M., Vieta, E., Maj, M., de Vries, Y. A.,
17(1), 257.	Roest, A. M., de Jonge, P., Maercker,
Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S.,	A., Brewin, C. R., Pike, K. M., Grilo,
Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W.,	C. M., Fineberg, N. A., Briken, P.,
Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A.,	Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M.
Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E.,	(2020). Mental, behavioral and
Salvador-Carulla, L., Ray, R.,	neurodevelopmental disorders in the
Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V.,	ICD-11: an international perspective
Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., ...	on key changes and controversies.
Saxena, S. (2019). Innovations and	<i>BMC Medicine</i> , 18(1), 21.
changes in the ICD-11 classification	Tassé, M. J., Balboni, G., Navas, P.,
of mental, behavioural and	Luckasson, R., Nygren, M. A.,
neurodevelopmental disorders. <i>World</i>	Belacchi, C., Bonichini, S., Reed, G.
<i>Psychiatry: Official Journal of the</i>	M., & Kogan, C. S. (2019).
<i>World Psychiatric Association</i> , 18(1),	Developing behavioural indicators for
3–19.	intellectual functioning and adaptive

behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 63(5), 386–407.

with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(3), 243–250.

WHO. (01/2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023)*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fentity%2f605267007>

World Health Organization. (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/605267007>

文部科学省初等中等教育局特別支援教育課. (2013, October). 教育支援資料. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1340250.htm

年 4 月 30 日閲覧

Wilkinson, J., Dreyfus, D., Cerreto, M., & Bokhour, B. (2012). “Sometimes I feel overwhelmed”: educational needs of family physicians caring for people

Appendix

TABLE 6.1: BEHAVIOURAL INDICATORS OF INTELLECTUAL FUNCTIONING

Note: The presence or absence of particular behavioural indicators listed in the chart below is not sufficient to assign or defer a diagnosis of Disorder of Intellectual Development. Clinical judgment is a necessary component in determining whether an individual has a Disorder of Intellectual Development, and diagnosis relies on the following key assumptions being met: (1) Limitations in present functioning have been considered within the context of community environments typical of the individual's age peers and culture; (2) Valid assessment considered cultural and linguistic diversity as well as differences in communication, sensory, motor and behavioural factors; (3) Within an individual, limitations are recognized to often coexist alongside strengths and both were considered during the assessment; (4) Limitations are described, in part, to develop a profile of needed supports; and (5) It is recognized that with appropriate supports over a sustained period, the life functioning of the affected person generally will improve (AAIDD, 2010, p. 1). Please consult the Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for Disorders of Intellectual Development and if applicable, Autism Spectrum Disorder, for guidance on how to determine the severity level.*

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
MILD	By the end of this developmental period: – Most will develop language skills and be able to communicate needs. Delays in the acquisition of language skills are typical and once acquired are frequently less developed than typically-developing peers (e.g., more limited vocabulary).	During this developmental period, there is evidence of the emergence of or presence of the abilities listed below. – Most can communicate effectively. – Most can tell or identify their age. – Most can initiate/invite others to participate in an activity. – Most can communicate	– Most can communicate fluently. – Many can tell or identify their birth date. – Most can initiate/invite others to participate in an activity. – Most can communicate about past, present, and future events. – Most can attend to and follow up to 3-step instructions.

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
	– Most can tell or identify their gender and age. – Most can attend to a simple cause-effect relationship. – Most can attend to and follow up to 2-step instructions. – Most can make one-to-one correspondence or match to sample (e.g., organize or match items according to shape, size, colour). – Most can communicate their immediate future goals (e.g., desired activities for the day) – Most can express their likes and dislikes in relationships (e.g., who they prefer to spend time with), activities, food, and dress. <i>Literacy / Numeracy</i> – Most will develop emergent reading and writing skills.	- about past, present and future events. – Most can attend to and follow up to 3-step instructions. – Most can identify different denominations of money (e.g., coins) and count small amounts of money. – Most can cross street intersections safely (look in both directions, wait for traffic to clear before crossing, obey traffic signals). In contexts without busy intersections, most can follow socially acceptable rules necessary to ensure personal safety. – Most can communicate their future goals and participate in their health care. – Most can identify many of their relatives and their relationships. – Most can apply existing abilities in order to build	– Most can identify different denominations of money (e.g., coins) and count money more or less accurately. – Most can orient themselves in the community and learn to travel to new places using different modes of transportation with instruction / training. – Some can learn the road laws and meet requirements to obtain a driver's license. Travel is mainly restricted to familiar environments. – Most can cross residential street intersections safely (look in both directions, wait for traffic to clear before crossing, obey traffic signals). In contexts without busy intersections, most can follow socially acceptable rules necessary to ensure personal safety. - Most can communicate their decisions about their future goals, health care, and relationships (e.g., who they prefer to spend time with).

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
	– Most will be able to recognize letters from their name and some can recognize their own name in print.	- skills for future semi-skilled employment (i.e., involving the performance of routine operations) and in some cases skilled employment (e.g., requiring some independent judgment and responsibility). – Most are naive in anticipating full consequences of actions or recognizing when someone is trying to exploit them. – Some can orient themselves in the community and travel to new places using familiar modes of transportation. <i>Literacy / Numeracy</i> – Most can read sentences with five common words. – Most can count and make simple additions and subtractions.	– Most can apply existing abilities in the context of semi-skilled employment (i.e., involving the performance of routine operations) and in some cases skilled employment (e.g., requiring some independent judgment and responsibility). – Most remain naive in anticipating full consequences of actions or recognizing when someone is trying to exploit them. – Most have difficulty in handling complex situations such as managing bank accounts and long-term money management. <i>Literacy / Numeracy</i> – Most can read and write up to approximately a level expected for someone who has attended 7 to 8 years of schooling (i.e., start of middle school), and read simple material for information and entertainment.

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
			– Most can count, understand mathematical concepts, and make simple mathematical calculations.
MODERATE	– Most will develop language skills and be able to communicate needs. Delays in the acquisition of language skills are typical and once acquired are often less developed than typically-developing peers (e.g., more limited vocabulary). – Most can follow one-step directions. – Most can self-initiate activities and participate in parallel play. Some develop simple interactive play. – Some can attend to a simple cause-effect relationship. – Most can distinguish between “more” and “less.” – Some can make one-	– Most can communicate their needs effectively. – Most can tell or identify their age and gender. – Most can initiate/invite others to participate in an activity. – Most can communicate immediate experiences. – Most can attend to and follow up to 2-step instructions. – Some can cross residential street intersections safely (look in both directions, waiting for traffic to clear before crossing, obey lights and signal signals). In contexts without busy intersections, some can follow socially acceptable rules necessary to ensure personal safety.	– Most can communicate with reasonable fluency in short sentences. – Most can tell or identify their age. – Most can initiate/invite others to participate in an activity. – Most can communicate immediate experiences. – Most can attend to and follow up to 2-step instructions. – Most can cross residential street intersections safely (look in both directions, wait for traffic to clear before crossing, obey lights and signal signals). In contexts without busy intersections, some can follow socially acceptable rules necessary to ensure personal safety. – Some can travel

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
	to-one correspondence or match to sample (e.g., organize or match items according to shape, size, colour). – Many can express their likes and dislikes in relationships (e.g., who they prefer to spend time with), activities, food, and dress. <i>Literacy / Numeracy</i> – Most can recognize symbols.	– Some can go independently to nearby familiar places. – Most can communicate preferences about their future goals when provided with options. – Most can express their likes and dislikes in relationships (e.g., who they prefer to spend time with), activities, food, and dress. – With support, most can apply existing abilities in order to build skills for future semi-skilled employment (i.e., involving the performance of routine operations) – Most are naive in anticipating full consequences of actions or recognizing when someone is trying to exploit them. <i>Literacy / Numeracy</i> – Most will develop	independently to familiar places. – Most can communicate their preferences about their future goals, health care, and relationships (e.g., who they prefer to spend time with) and will often act in accordance with these preferences. – Some can apply existing abilities in the context of semi-skilled employment (i.e., involving the performance of routine operations). – Most remain naive in anticipating full consequences of actions or recognizing when someone is trying to exploit them. <i>Literacy / Numeracy</i> – Most can read sentences with three common words and can achieve a reading and writing level up to that expected of someone who has attended 4 to 5 years of schooling (i.e., several years of primary/elementary school).

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
		emergent reading and writing skills. – Most can recognize their own name in print. – Most can choose correct number of objects. – Some can learn to count up to 10.	– Most can choose correct number of objects. – Most can count to 10 and in some cases higher.
SEVERE	– Most will develop various simple non-verbal strategies to communicate basic needs. – Some can self-initiate activities. – Most can attend to and respond to others. – Most can separate one object from a group upon request. – Most can stop an activity upon request. – Most can express their likes and dislikes in relationships (e.g., who they prefer to spend time with), activities, food, and	– Most can use communication strategies to indicate preferences. – Most can self-initiate activities. – Most can attend to and recognize familiar pictures. Most can follow 1-step instructions and stop an activity upon request. – Most can distinguish between “more” and “less.” – Most can separate one object from a group upon request. – Most can differentiate locations and associate	– Most can use communication strategies to indicate preferences. – Most can self-initiate activities. – Most can attend to and recognize familiar pictures. – Most can follow 1-step instructions and stop an activity upon request. – Most can distinguish between “more” and “less.” – Most can separate one object from a group upon request. – Most can differentiate locations and associated meanings (car, kitchen, bathroom, school, doctor’s

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
	dress when given concrete choices (e.g., with visual aids). <i>Literacy / Numeracy</i> – Most can make rudimentary marks that are pre-cursors to letters on page.	meanings (car, kitchen, bathroom, school, doctor’s office, etc.) – Most can express their likes and dislikes in relationships (e.g., who they prefer to spend time with), activities, food, and dress when given concrete choices (e.g., with visual aids). – With support, some may be able to apply existing abilities in order to build skills for future unskilled employment (i.e., involving performing simple duties) or semi-skilled employment (i.e., involving performing routine operations). <i>Literacy / Numeracy</i> – Most can recognize symbols. – Many can recognize own name in print.	office, etc.) – Most can communicate their preferences about their future goals, health care, and relationships (e.g., who they prefer to spend time with) when given concrete choices (e.g., with visual aids). – Some can apply existing skills to obtain unskilled employment (i.e., involving performing simple duties) or semi-skilled employment (i.e., involving performing routine operations) with appropriate social and visual/verbal supports. <i>Literacy / Numeracy</i> – Most can recognize common pictures (e.g., house, ball, flower). – Many can recognize letters from an alphabet.

SEVERITY LEVEL	Early Childhood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Childhood & Adolescence (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)	Adulthood (Determination of severity should be reassessed after appropriate educational services and supports are provided)
PROFOUND	– Many will develop non-verbal strategies to communicate basic needs. – Most can attend to and respond to others. – Most can start or stop activities with prompts and aids. – Many can express their likes and dislikes in relationships (e.g., who they prefer to spend time with), activities, food, and dress when given concrete choices (e.g., with visual aids). <i>Literacy / Numeracy</i> – They will not learn to read or write.	– Most will develop strategies to communicate basic needs and preferences. – Most can recognize familiar people in person and in photographs. – Most can perform very simple tasks with prompts and aids. – Some can separate one object from a group upon request. – Some can differentiate locations and associated meanings (car, kitchen, bathroom, school, doctor's office, etc.) – Many can express their likes and dislikes in relationships (e.g., who they prefer to spend time with), activities, food, and dress when given concrete choices (e.g., with visual aids).	– Most will develop non-verbal strategies and some utterances /occasional words to communicate basic needs and preferences. – Most can attend to and recognize familiar pictures. – Most can perform very simple tasks with prompts and aids. – Some can separate one object from a group upon request. – Some can differentiate locations and associated meanings (car, kitchen, bathroom, school, doctor's office, etc.) – Many can communicate their preferences about their future goals, health care, and relationships (e.g., who they prefer to spend time with) when given concrete choices (e.g., with visual aids).

Appendix

TABLE 6.2: BEHAVIOURAL INDICATORS OF ADAPTIVE BEHAVIOUR
EARLY CHILDHOOD (up to 6 years of age)

The behavioural indicators below are intended to be used by the clinician in determining the level of severity of the Disorder of Intellectual Development either as a complement to or when properly normed, standardized tests are unavailable or inappropriate given the individual's cultural and linguistic background. Use of these indicators is predicated on the clinician's knowledge of and experience with typically developing individuals of comparable age. Unless explicitly stated, the behavioural indicators of intellectual functioning and adaptive behaviour functioning for each severity level are what are typically expected to be mastered by the individual by 6 years of age. Please consult the Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for Disorders of Intellectual Development and if applicable, Autism Spectrum Disorder, for guidance on how to determine the severity level.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	Reasoning, planning, organizing, reading, writing, memory, symbolic/internal representation, communication skills.	Interpersonal competency (e.g., relationships), social judgment, emotion regulation.	Self-care, recreation, employment (including domestic chores), health and safety, transportation.
MILD	– Most can perform basic listening skills with a 15-minute attention span. Most need help to sustain their attention for 30 minutes. – Most are able to follow simple 2-step instructions. They need help following a 3-step or “if-then” type of instruction.	– Most can perform independently basic skills related to social interaction such as imitation, showing affection to familiar persons as well as friend-seeking behaviour, expressing emotions, and answering basic questions. – Most will need frequent encouragement and assistance in offering help to others,	– Most will learn the majority of basic eating, washing face and hands, toileting, and self-care skills. – Most will acquire independence in dressing (may need help to button/fasten clothes) and nighttime continence.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	– Most can state their age and name and identify close family members when asked. – Many have a 100-word vocabulary. Most ask “wh” question (who, what, where, why) but most will need help using pronouns and tense verbs. – Most are not able to give a detailed account of their experiences. – Most will understand the simple concepts of time, space, distance and spatial relationships.	- sharing interests, or perspective taking. They are able to engage in play with others, even with minimal supervision although they will need assistance taking turns, following rules, or sharing. – Most are able to demonstrate polite behaviour (saying “please”, “thank you”) although they may need help apologizing, demonstrating appropriate behaviour with strangers, or waiting for the appropriate moment to speak in a social context. – Most will need help to modify their behaviour in accordance to changing social situations or when there is a change in their routines.	– Most can use simple household devices. – Most will need supports with bathing, using utensils, toileting such as cleaning after passing stools, and brushing teeth. – Most can learn the concept of danger and avoid hot objects. – Most will be able to independently help with simple household chores, but will often need assistance with more complex tasks such as putting away clothes or cleaning up their rooms. – With some assistance, most can learn the concept of money (although will be unable to learn the value of the different denominations, e.g., coins), can count to 10, and follow basic rules
	<i>Literacy</i> – Many will not learn reading/writing skills. If present, reading skills will be limited to identifying some letters of the alphabet. Only some will be able to recognize their own name in print.		

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
			around the home. – Will be unable to learn days of the week, learn and remember phone numbers.
MODERATE	– Most will independently point to common objects when asked and follow 1–step instructions. Some will need supports to perform basic skills such as following simple 2–step instructions. – Most can state their own name. – Most will have basic communication skills such as: formulating one–word requests, using simple phrases, using other people’s customary ways of addressing (mommy, papa, sister) but will need help with full names. – Most speak at least 50 words and name/point at least 10 objects when asked.	– Most are able to perform independently some of the basic skills related to social interaction, although they might need some help making new friends, answering basic social questions, or expressing their emotions. – Most are able to play with peers and show interest in play/interact with others, but may need more supervision/supports to play cooperatively with others, play symbolically, take turns, follow rules of a game and share objects. – Most will not be able to perform more complex social skills involving inter–personal interactions such as offering help to others, empathy, sharing their interests with others or perspective taking.	– Most can learn the majority of basic eating skills, may need more assistance than their same–age peers with toilet training and dressing themselves (some help needed to button/fasten). – Most will learn to ask to use the toilet, drink from a cup, feed themselves with a spoon, and some may become toilet trained during daytime. Will often need supports with brushing teeth, bathing, and using utensils. – With some supports, most can learn to use simple household devices and carry out

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	– Most are not able (or will need considerable support) to use past tense verbs, pronouns or “wh” questions. <i>Literacy</i> – Most will not learn reading or writing skills, but know how to use pens and pencils and make marks on a page.		- simple chores such as putting away their footwear. – Most can learn the concept of danger although some assistance will be needed when using sharp objects (e.g., scissors). – Many will be able to help with very simple household chores such as cleaning fruits and vegetables. – Most will not acquire the understanding of the concept of money and time.
SEVERE	– Most can perform independently the most basic skills such as wave good-bye, identify parent/caregiver, point to a desired object and point or gesture to indicate their preference, and understanding the meaning of yes and no.	– Most will need help to perform basic social skills such as imitation or showing interest and preferences in social interactions with their peers. – Most are able to show interest when someone else is playful and to play simple games.	– Most can learn many of the basic eating skills but will need substantially more assistance than their same-age peers with toilet training, learning to use a cup and spoon, and putting on clothes.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	– Most will need supports to point to/identify common objects, follow 1-step instructions, and sustain their attention to listen to a story for at least 5 minutes. – Most will not be able to state their age correctly and will speak less than 50 recognizable words. They may need help formulating 1-word requests and using first names or nicknames of familiar people, naming objects, answering when called upon, and using simple phrases.	– Most will need significant supports to play in a cooperative way, play symbolically or seek others for play/leisure activities. – Most will need significant help with transitions – changing from one activity to another or an unexpected change in routine. – Most will need significant help using polite social responses such as “please” and “thank you”. – Most will not be able to engage in turn-taking, following rules or sharing objects. – Most may be able to perform only the most basic social skills such as smiling, orienting their gaze, looking at others/objects, or showing basic emotions. – Some might be able to perform other basic social skills with considerable support/prompting, such as showing preference for people or objects, imitating simple movements and expressions, or	– Most can learn to use simple household devices with consistent supports. – Most will have difficulty learning to master many self-care skills, including using the toilet independently. – Most will not be able to learn the concept of danger and will require close supervision in areas such as the kitchen. – Some may learn basic cleaning skills such as washing hands but will consistently need assistance. – Most will not learn the concept of money, time, or numbers. – Most will need help performing even the most basic eating, dressing, drinking, and bathing skills.
	<i>Literacy</i> – Most will not learn reading and writing skills. – Most will master only the most basic communication skills such as turning their eye gaze and head towards a sound. – They will need prompting to orient towards people in their environment, respond when their name is called,		

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	and understand the meaning of yes and no.	engaging in reciprocal social interactions.	– Most will be unable to learn to be independent using the toilet, being dry during the day, bathing or washing self at the sink, using a fork and knife.
	– They are able to cry when hungry or wet, smile and make sounds of pleasure, but it may be difficult to get their attention.	– Some can show interest when someone else is playful, but will need considerable support to play simple games.	– Most will need constant supervision around potentially dangerous situations in the home and community.
	<i>Literacy</i>	– Will have difficulty adapting to changes and transitions in activity/location.	– Most will be unable to clean up after themselves; will need help with even basic chores, such as picking up belongings to put away.
	– They will not learn to read or write.	– Most will be unable to follow rules of a social game.	– Most will not be able to learn to independently use the telephone or other simple devices around the home.

TABLE 6.3: BEHAVIOURAL INDICATORS OF ADAPTIVE BEHAVIOUR
CHILDHOOD AND ADOLESCENCE (6 to 18 years of age)

The behavioural indicators below are intended to be used by the clinician in determining the level of severity of the Disorder of Intellectual Development either as a complement to or when properly normed, standardized tests are unavailable or inappropriate given the individual's cultural and linguistic background. Use of these indicators is predicated on the clinician's knowledge of and experience with typically developing individuals of comparable age. Unless explicitly stated, the behavioural indicators of intellectual functioning and adaptive behaviour functioning for each severity level are what are typically expected to be mastered by the individual by 18 years of age. Please consult the Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for Disorders of Intellectual Development and if applicable, Autism Spectrum Disorder, for guidance on how to determine the severity level.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	Reasoning, planning, organizing, reading, writing, memory, symbolic/internal representation, communication skills	Interpersonal competency (e.g., relationships), social judgment, emotion regulation	Self-care, recreation, employment (including domestic chores), health and safety, transportation
MILD	– Most will need some help to sustain their attention for 30-minute period. – Most can follow 3-step instructions. – Most will acquire sufficient communication skills to use pronouns, possessives and regular tenses, as well as be able to ask “wh” question (e.g., who, what, where,	– Some may have more concrete understanding of social situations and may need supports understanding some types of humor (i.e., teasing others), making plans and knowing to let others know about these plans as needed, control their emotions when faced with disappointment, knowing to avoid dangerous activities or situations that may not be in their best	– Most will learn to perform independently most dressing, toileting, and eating skills. – Most will learn to independently manage activities of daily living such as brushing teeth, bathing and showering.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	when or why). – Many will need support to tell a narrative story or to give someone simple directions. They also need assistance to explain their ideas using multiple examples, detail short-term goals and steps to achieve them, stay on the topic in group conversations and move from one topic to another. <i>Literacy</i> – Most will have reading and writing skills that are limited to approximately up to that expected of someone who has attended 3 or 4 years of primary/elementary school.	interest (e.g., taken advantage of or exploited). – Some may need some supports initiating conversation, organizing social activities with others or talking about shared interests with peers/friends. – Some may need substantial support to talk about personal things, emotions, or understanding social cues. – Most are able to play outdoor sports or other social games in groups although they need help to play games with more complex rules (e.g., board games).	– Most will need some support getting around the community and being safe (e.g., although they will know to stay to the side of routes with car traffic) may continue to need support to check for traffic before crossing a street. – Many may be vulnerable to being taken advantage of in social situations. May continue to need some supports for telling time, identifying correct day/dates on calendar, making and checking the correct change at the store, being independent with basic health–maintaining behaviours. – If available, many can learn to use computers and cell phones for school and play. – Will learn basic work

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
			skills at nearly the same pace as their same-age peers but will require greater repetition and structure for mastery.
MODERATE	– Most need help to perform skills such as following instructions containing “if-then” as well as sustaining their attention to listen to a story for at least a 15-minute period. – Most can say at least 100 words, use negatives, use simple sentences and state their first and last name and their locality / place of residence. – Some may need help using pronouns, possessives, or past tense verbs. – Some may need supports telling basic parts of a story or asking “wh” questions (e.g., when, where, why, who, etc.). – Most will not learn	– Some may need support expressing their emotions or concerns, knowing when others might need their help, showing emotions appropriate to the situation / context, or knowing what others like or want. – Most need considerable help initiating a conversation, waiting for the appropriate moment to speak, meeting friends and going on social outings or talking about shared interests with others. – Most will need help following rules when playing simple games or going out with friends. – Some will need support when changing routines and transitioning between activities/places.	– Most can learn to feed themselves, use the toilet, and dress (including putting shoes / footwear on correct feet). – Most will often continue to need supports to attain independence for bathing and showering, brushing teeth, selecting appropriate clothing, being independent and safe in the home and community. – Most will continue to have difficulty using a knife to cut food, use the cooking appliances safely, use household products safely, and do household chores.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	complex conversation skills (i.e., express their ideas in abstract manner or in more than one way). <i>Literacy</i> – Most will have reading and writing skills that will be limited to approximately up to that expected of someone who has attended 2 years of primary/elementary school. – May need support with reading simple stories, writing simple sentences, and writing more than 20 words from memory. – Most will be able to say the names of a few animals, fruits, and foods prepared in the home.	– Some will need support in behaving appropriately in accordance to social situations and knowing what to do in social situations involving strangers. – Most individuals will not be able to share with others about their past day's events/activities, will need supports managing conflicts or challenging social interactions and recognizing/avoiding dangerous social situations.	– Most will not acquire the understanding of taking care of their health. – Most will learn basic work skills but later than same-age peers.
SEVERE	– Most will be able to independently make simple one-word requests, use first names of familiar individuals and name at least 10 familiar objects.	– Some may need support demonstrating friend-seeking behavior, or engaging in reciprocal social interactions. – Most need help expressing their emotions or showing empathy.	– Most can learn to independently put on and take off clothing, feed themselves with hand or a spoon, and use the toilet.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	– Some may need help following instructions and will not be able to use pronouns, possessives, regular past tenses, or state their age. – With help, some may be able to ask “wh” questions (e.g., when, why, what, where, etc.), use at least 100 recognizable words, use negatives, and relate their experiences in simple sentences. <i>Literacy</i> – Most will have reading and writing skills that will be limited to identifying some letters of the alphabet. – Most will be able to count up to 5.	– Most will not know that they should offer help to others without cues or prompting, show appropriate emotions in social situations, engage in conversations or query others about their interests. – Most need support to play cooperatively. – Most need help with transitions – changing from one activity to another or an unexpected change in routine. – With considerable help, some might be able to start/end a conversation appropriately, say “please” and “thank you” when appropriate – Most will have difficulty following social rules as well as rules associated with games such as turn-taking or sharing toys. Most will be unable to participate in social or other games with complex rules.	– They will often continue to need supports to attain independence for putting shoes or other footwear on the correct feet, buttoning and fastening clothing, bathing and showering. – Most individuals will not learn the rules and safe behaviours in the home and community, doing household chores or checking for correct change when purchasing items. – Some will learn basic work skills but later than same-age peers.
PROFOUND	– Most will have basic communication skills such as orienting their eye gaze and turning their head to locate a sound, responding to their name, getting a parent/caregiver’s	– Most will need some help to perform basic social skills such as showing interest and affection for persons familiar to them, engage in social interactions, or discriminate between acquaintances.	– Most will need exceptional supports with basic hygiene and washing, picking up after themselves, clearing their place at the kitchen table,

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	attention, expressing their needs, and demonstrating an understanding of the meaning of yes and no. – With significant supports, some will be able to wave “good-bye”, use their parent/caregiver’s name, and point to objects to express their preferences. – Most indicate when there are hungry or wet by making a vocalization or crying, smile, and make sounds to indicate they are happy/sad. – Some may not be able to effectively use communication to get the attention of others in their environment. <i>Literacy</i> – Most will not learn to read or write.	– Some can perform certain social skills such as imitation, showing interest in peers, or empathy. – For some, transitioning between social contexts and activities will elicit negative reactions if not done with supports. – Most will not be able to engage in cooperative social play and will need a lot of help modulating their behavior to different social cues.	being safe in the kitchen, and using hot water. – Most will be unable to learn to prepare foods or assist in the kitchen, use simple household devices (e.g., switches, stoves, microwave). – Most individuals will not learn rules and safe behaviours in the home and community. – Most will require a lot of supervision to remain on task and be engaged in basic vocational or pre-vocational skills.

TABLE 6.4: BEHAVIOURAL INDICATORS OF ADAPTIVE BEHAVIOUR
ADULTHOOD (18+ year of age)

The behavioural indicators below are intended to be used by the clinician in determining the level of severity of the Disorder of Intellectual Development either as a complement to or when properly normed, standardized tests are unavailable or inappropriate given the individual's cultural and linguistic background. Use of these indicators is predicated on the clinician's knowledge of and experience with typically developing individuals of comparable age. The behavioural indicators of intellectual functioning and adaptive behaviour functioning for each severity level are what are typically expected to be mastered by the individual as an adult. Please consult the Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for Disorders of Intellectual Development and if applicable, Autism Spectrum Disorder, for guidance on how to determine the severity level.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	Reasoning, planning, organizing, reading, writing, memory, symbolic/internal representation, communication skills	Interpersonal competency (e.g., relationships), social judgment, emotion regulation	Self-care, recreation, employment (including domestic chores), health and safety, transportation
MILD	– Most will master listening and communication skills, although some may need help to stay on topic in group conversations, move from one topic to another, express ideas in more than one way or states complete home address. – Most will probably not be able to give complex directions and describe long-term goals.	– Most can independently meet others for the purpose of making new friends, can participate in social outings on a regular basis, and talk about personal feelings. – Most can independently initiate a conversation and talk about shared interests with others. – Most can understand social cues and are able to regulate	– Most will be independent in household chores, being safe around the home, and using the telephone and TV; some will learn operating the gas or electric stove. – Most will often continue to need some supports to attain independence with

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	<i>Literacy</i> – Most can read and understand material up to that expected of someone who has attended 3 or 4 years of primary/elementary school and will master some writing skills, although they may have difficulty writing reports and long essays.	their conversation based on their interpretation of other people's feelings. – Most are able to play complex social games and team sports, although may need supports with understanding the rules. – Most can learn to weigh the possible consequences of their actions before making a decision in familiar situations but not in new or complex situations, and know right from wrong. – Most need help recognizing when a situation or relationship might pose dangers or someone might be manipulating them for their own gain. – Most can initiate planning of a social activity with others. Some can be engaged in an intimate relationship, whereas others might need more supports to do so.	more complex domestic skills (e.g., small household repairs), comparative shopping for consumer products, following a healthy diet and being engaged in health promoting behaviours, caring for themselves when sick or knowing what to do when they are sick/ill. – Many can learn to live and work independently, work at a part-time or full-time job with competitive wages – support at work will depend on the level of complexity of the work and may fluctuate with life transitions. – Some can learn to drive a motor vehicle or a bicycle, manage simple aspects of a bank account, prepare simple meals, and if available, use a computer or other

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
			digital devices. Many will learn to use public transport with minimal help. – Most will continue to need supports with more complex banking needs, paying bills, driving in busy roads, and parenting skills.
MODERATE	– Most will need considerable support to be able to attend to various tasks for more than a 15-minute period as well as following instructions or directions from memory (i.e., with a 5-minute delay). – Most will master the following communication skills: simple descriptions, using “wh” questions (e.g., what, when, why, where, etc.) or relating their experiences using simple sentences. – With help, most are able to follow 3-step instructions. – Most will continue frequently needing help with	– Some will need help learning how to share interests or engaging in perspective taking. – Some may need supports initiating conversations and introducing themselves to unfamiliar people. – Most need significant supports engaging in regular social activities, planning social activities with others, understanding social cues, and knowing what are appropriate/inappropriate conversation topics. – Most will need significant supports engaging in social activities requiring	– Some will learn to master dressing (may need some help selecting appropriate clothing to wear for weather), washing, eating and toileting needs. – Most are able to be safe around the home, use the telephone, use the basic features of a TV and use simple appliances / household articles (e.g., switches, stoves, microwave). – Some may continue to need supports with bathing and showering,

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	using language containing past tenses and describing their experiences in detail. – Most will not learn more complex conversation skills (e.g., expressing ideas in more than one way). <i>Literacy</i> – Most will acquire some reading and writing skills such as: letters of the alphabet, writing at least three simple words from an example, and writing their own first and last name. They will need significant supports to write simple sentences or read simple stories at about that expected of someone who has attended 2 years of primary/elementary school.	transportation. – Most are unable to be engaged in more social or other games with complex rules (e.g., board games). – Most will need help providing socially polite responses such as “please”, “thank you”. – Most are unable to recognize when a social situation might pose some danger to them (e.g., potential for abuse or exploitation).	using more complex household appliances (e.g., stove) safely, meal preparation, or using cleaning products safely. – Many will understand the function of money but struggle with making change, budgeting and making purchases without being told what to buy. – Most will need supports being safe in the community and living independently. They will need substantial supports for employment – finding and keeping a job. – Most will not likely be able to travel independently to new places, have a developed concept of time sufficient to tell time independently and know when they are late.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
SEVERE	– Will often need life-long supports to recall and comply with instructions given 5 minutes prior, sustain their attention to a story for a 15-minute period. Most are able to listen and attend to a story for a period of at least 5 minutes. – Most can make sounds or gestures to get the attention of individuals in their environment and can make their needs known. – They may need help using simple phrases, describing objects and relating their experiences to others, speaks at least 100 recognizable words, using negatives, possessives and pronouns, and asking “wh” questions. <i>Literacy</i> – Reading and writing skills will be limited to: identifying some letters of the alphabet, copying simple words from	– All will need help in social situations, showing and expressing their emotions in an appropriate manner, and engaging in a reciprocal conversation with others. – Most can play simple social games such as catching and throwing a ball, but may need help choosing friends to play with. They need considerable help to play symbolically, follow the rules while playing games such as turn-taking or sharing toys. – Most will need help with transition – changing from one activity to the next or an unexpected change in routine. – Most will not spontaneously use polite forms such as “please”, “excuse me”, “thank you”, etc. or respectful / customary ways of addressing others. They will need significant support starting, maintaining and ending conversations with others. – Most do not recognize when a social situation might pose a danger to them (e.g., potential for abuse or exploitation) or	– Most will need some supports for even basic personal hygiene, domestic skills, home and community skills. – Most will be able to drink independently from a cup and learn to use basic utensils for eating. Some may continue to need supports getting dressed. – Many may learn independent toileting if provided an established routine. Most will be unable to care for their own belongings, perform household chores independently, cooking, or care for their health. – Most will need substantial supports to travel independently, plan and do shopping and banking of any sort.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	an example and attempt to write their name.	discern dangers potentially associated with strangers.	– Most will require significant supports to be engaged in paid employment.
PROFOUND	– Most are able to turn their head and eye gaze toward sounds in their environment and respond to their name when called. – Most will use sounds and gestures to get parent/caregiver's attention, express their wants, and some will have the understanding of the meaning of yes and no. Some are able with prompting to wave good-bye, use their parent's/caregiver's name /customary ways of addressing others, and point to objects to express their preferences. – Most will cry or make vocalizations when hungry or wet, smile, and make sounds of pleasure. – Most are not able to follow	– Most will not spontaneously show interest in peers or unfamiliar individuals. – With significant supports, most are able to imitate simple actions/behaviors or show concern for others. – Most will not engage in reciprocal/back-and-forth conversation. – Most will not spontaneously use polite forms such as "please", "excuse me", "thank you", etc. – Most are unable to anticipate changes in routines. Social interactions with others will be very basic and limited to essential wants and needs. – Most are unable to recognize when a social situation might pose some	– Most will need supports performing even the most basic self-care, eating, washing, and domestic skills. – Some may learn independent toileting during the day but nighttime continence will be more difficult. – Most will have difficulty picking out appropriate clothing and zipping and snapping clothes. – Most will need supervision and supports for bathing, including safely adjusting water temperature and washing/drying.

SEVERITY LEVEL	Conceptual	Social	Practical
	instructions or story being told. – Most will have only rudimentary knowledge of moving around within their house. <i>Literacy</i> – Most will not learn to read or write.	danger to them (e.g., potential for abuse or exploitation).	– Most will be unable to independently clean or care for their living environment, including clothing and meal preparation. – All will need substantial supports with health matters, being safe in the home and community, learning the concept of days of the week and time of day. – Most will be extremely limited in their vocational skills and engagement in employment activities will necessitate structure and supports.

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけと
判定時の情報収集の在り方

研究分担者

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部

浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部（令和5年度より、中京
大学 心理学部）

高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座

明翫 光宜 中京大学 心理学部

研究要旨

本研究では、ICD-11 に沿った療育手帳判定業務の統一化に向けて、児童相談所における療育手帳制度の位置づけと実際の業務について整理することを目的とした。療育手帳の判定業務は、児童相談所において、多くは「障害相談」として受理され、判定・援助方針会議を経て行われる。児童相談所には6種類15項目の「相談」があるが、療育手帳の判定に関わるのはそのうちの1つ「知的障害相談」である。社会診断・心理診断・医学診断・行動診断という複数の診断のために必要な「情報」には心身の状況や現在の適応状況など、8項目が挙げられている。一方で、実際に療育手帳の判定業務に使用されている調査票26自治体分を見ると、「必要な情報」が全て網羅されているわけではなく、特に適応行動に関しては標準化された検査結果を記載情報として求めているものは見られなかった。最後に判定業務の統一に付随して生じうる課題について検討した。判定業務の統一化は、現状を踏まえつつ、療育手帳の申請者の公平性が失われないように配慮しながら、児童相談所が設置されている地域性を考慮して、判定業務の具体的な進め方を検討する必要がある。

A. 研究目的

令和2年度～令和3年度「療育手帳に係る統一
的は判定業務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
4年度～「療育手帳の交付判定及び知的障害に関
する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動
の評価手法の開発のための研究」の分担研究によ
り、現在、療育手帳判定のための評価ツールを開
発中である。

療育手帳の判定業務は、児童相談所と知的障害
者更生相談所で行われているが、年齢により相談
対象が区切られているため、児童相談所では18歳
未満までを、知的障害者更生相談所18歳以上を行
うことが規定されている。また、児童相談所・知的
障害者更生相談所とも知的障害者福祉法・児童福
祉法に定められた業務を行う行政機関であり、そ
れぞれの機関に療育手帳判定業務が昭和48年9
月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知「療

育手帳制度について」により追加された。

今年度はまず児童相談所において療育手帳制度がどのように位置づけられており、実際の業務とされているのかについて整理する。それを踏まえて、今後の療育手帳の判定業務の統一化に向けて、児童相談所における判定時の情報・調査の内容とあり方について再検討するための資料としたい。

B. 研究結果

1. 児童相談所における療育手帳制度の位置づけ
療育手帳の判定業務については、児童相談所において、多くは「障害相談」として受理し、判定・援助方針会議を経て、知的障害の障害程度判定を行っている。そこでまず、児童相談所の機能の概要について説明し、児童相談所における療育手帳制度の位置づけ、実際の判定業務の流れなどについて児童福祉法・児童相談所運営指針に基づいて整理する。

1) 児童相談所の業務

児童相談所は、児童福祉法 第四節 実施機関 第十二条において、「都道府県は、児童相談所を設置しなければならない」とされ、「② 児童相談所は、児童の福祉に関し、主として、前条第一項第一号に掲げる業務（市町村職員の研修を除く。）並びに同項第二号（イを除く。）及び第三号に掲げる業務並びに障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律第二十二条第二項及び第三項並びに第二十六条第一項に規定する業務を行うものとする。」として児童相談所の業務を定めている（表1 児童相談所の業務（児童相談所・障害者総合支援法））。

表1のように、法に規定された業務から、療育手帳判定業務は、第11条1項2号ハ、（場合によっては、第11条1項3号）に基づいて行われ

ていると読み取ることができる。

2) 児童相談所における相談援助活動による療育手帳判定業務の位置づけ

児童相談所運営指針（平成19年度改定）においては、児童相談所での相談援助活動の理念を実現するため、児童家庭相談に関する一義的な相談窓口である市町村としての適切な役割分担・連携を図りつつ、基本的機能と民法上の権限を十分に発揮、活用し、その任務を果たしていく必要があるとしている。基本的機能の概要は表2のとおりである（表2 児童相談所の相談援助活動の基本機能）。

この相談援助活動について、養護相談・障害相談・非行相談・育成相談・その他の相談・いじめ相談として相談の種類を分類（表3）しており、療育手帳判定業務については障害相談として位置付けていることになる。

更に詳細にみていくと、障害相談 7 知的障害相談 知的障害児に関する相談となる。このように、療育手帳判定業務は、児童相談所業務の多く業務の中の一部の業務であることを確認しておきたい。

3) 児童相談所における相談援助活動の一環としての療育手帳判定業務

児童相談所運営指針によると、上記の相談援助活動について、相談受付から受理会議を経て、調査が行われ、社会診断・心理診断・医学診断・行動診断などの診断がなされ、総合診断として判定会議によって、判定が行われる。その後、判定結果に基づき、援助方針会議が開催され、助言や継続指導・他機関あっせんの他、措置による指導など具体的な援助が進められていく（図1 市町村・児童相談所における相談援助活動系統図）。

このことが市町村・児童相談所、更には要保護

表1 児童相談所の業務（児童福祉法・障害者総合支援法）

	内容	条文
児童福祉法	〔市町村の業務の実施に関し〕市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報提供、その他必要な援助を行うこと及びこれらの付随する業務を行うこと	第11条1項1号
	児童に関する家庭その他からの相談のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものに応ずること	第11条1項2号ロ
	児童及びその家庭につき、必要な調査並びに医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神保健上の判定を行うこと	第11条1項2号ハ
	児童及びその保護者につき、〔上記の〕調査又は判定に基づいて心理又は児童の健康及び心身の発達に関する専門的な知識及び技術を必要とする指導その他必要な指導を行うこと	第11条1項2号ニ
	児童の一時保護を行うこと	第11条1項2号ホ
	児童の権利の保護の観点から、一時保護の解除後の家庭その他の環境の調整、当該児童の状況の把握その他の措置により当該児童の安全を確保すること	第11条1項2号ヘ
	里親に関する次に掲げる業務を行うこと	第11条1項2号ト
	里親に関する普及啓発を行うこと	
	里親につき、その相談に応じ、必要な情報の提供、助言、研修その他の援助を行うこと	
	里親と〔省〕入所の措置が採られている乳児、児童養護施設、児童心理治療施設又は児童自立支援施設に入所している児童、及び里親相互の交流の場を提供すること	
	〔省略〕里親への委託に資するよう、里親の選定及び里親と児童との間の調整を行うこと	
	〔省略〕里親に委託しようとする児童及びその保護者並びに里親の意見を聴いて、当該児童の養育の内容その他厚生労働省令で定める事項について当該児童の養育に関する計画を作成すること	
	養子縁組により養子となる児童、その父母及び当該養子となる児童の養親となる者、養子縁組により養子となった児童、その養親となった者及び当該養子となった児童の父母〔省略〕により親族関係が終了した当該養子となった児童の実方父母を含む。）その他児童を養子とする養子縁組に関する者につき、その相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。	第11条1項2号チ
障害者総合支援法	〔上記に掲げるもののほか〕児童及び妊産婦の福祉に関し、広域的な対応が必要な業務並びに家庭その他につき専門的な知識及び技術を必要とする支援を行うこと	第11条1項3号
	市町村は、支給要否決定を行うに当たって必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、〔省略〕児童相談所その他厚生労働省令で定める機関の意見を聴くことができる。	第22条2項
	〔省略〕児童相談所は、同項の意見を述べるに当たって必要があると認めるときは、当該支給要否決定に係る障害者等、その家族、医師その他の関係者の意見を聴くことができる。	第22条3項
	都道府県は、市町村の求めに応じ、市町村が行う〔介護給付費等の支給決定・申請・障害支援区分の認定・支給要否決定等〕まで、〔支給決定の変更・支給決定の有効期間〕の業務に関し、その設置する〔児童相談所〕による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助を行うものとする。	第26条1項

表2 児童相談所の相談援助活動の基本的機能

基本的機能・内容	
ア 市町村援助機能	市町村による児童家庭相談への対応について、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供等の援助を行う機能
イ 相談機能	専門的な知識及び技術が必要とするものについて、専門的な角度から総合的に調査、診断、判定（総合診断）し、それに基づいて援助指針を定め、援助を行う機能
ウ 一時保護機能	必要に応じて、子どもを家庭から分離して一時保護する機能
エ 措置機能	子ども又はその保護者を、児童福祉司等に指導、児童福祉施設、指定医療機関に入所、里親に委託する等の機能

児童対策地域協議会をも含めての系統図として表されているので、まずそれを参照にいただきたい。この系統図の中には、療育手帳の判定業務については描かれていないが、相談援助活動の一環としての「調査」「判定」の機能として位置付けられていると考えることができる。

そこで、図1の市町村・児童相談所における相談援助活動系統図に基づいて児童相談所における療育手帳判定業務の系統図を作成してみることとする。

まず、相談の受付において、療育手帳判定業務については、「意見書、届出書等による場合」として、療育手帳交付申請書を受け付けることとなる。その後、「原則として医師、児童心理司等のチームにより行い、障害の有無、程度等について援助方針会議等で検討する。場合によっては、その後の援助についても検討する。」とされている。

児童相談所における相談援助活動系統図を基にして、療育手帳の申請から交付までの判定業務までの流れを図2のとおりに示した。

以上のように、療育手帳の判定業務は、児童相談所における相談援助活動の一環として行われていることがわかるのだが、これまでの報告者の体験や児童相談所関係者からの情報などを通して、児童相談所ごとにこの相談援助活動の流れ自体にも違いがあることが予想される。このことについては、「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究（令和4年度障害者総合福祉推進事業）」での調査結果で明確にされるものと思われるので、その報告を待ちたい。

今後、判定基準・判定のための評価ツールの統一化となった場合、判定業務やその判定業務の情報収集のあり方についても、一定のマニュアルが必要となってくることが予想できる。

2. 児童相談所の相談時の調査内容と療育手帳判定時の必要情報

1) 児童相談所における相談援助活動の際の情報・調査について

前項で、児童相談所における相談援助活動の流れ

表3 受け付ける相談の種類及び主な内容

種類	主な内容
養護相談	1. 養護相談 父又は母等保護者の家出、失踪、死亡、離婚、入院、稼働及び服役等による養育困難児、棄児、迷子、虐待を受けた子ども、親権を喪失した親の子、後見人を持たぬ児童等環境的問題を有する子ども、養子縁組に関する相談。
保健相談	2. 保健相談 虚弱児、内部機能障害、小児喘息、その他の疾患（精神疾患を含む）等を有する子どもに関する相談
障害相談	3. 肢体不自由相談 肢体不自由児、運動発達の遅れに関する相談。
	4. 視聴覚障害相談 盲（弱視を含む）、ろう（難聴を含む）等視聴覚障害児に関する相談。
	5. 言語発達障害等相談 構音障害、吃音、失語等音声や言語の機能障害をもつ子ども、言語発達遅滞、学習障害や注意欠陥多動性障害等発達障害を有する子ども等に関する相談。ことばの遅れの原因が知的障害、自閉症、しつけ上の問題等他の相談種別に分類される場合はそれぞれのところに入れる。
	6. 重症心身障害相談 重症心身障害児（者）に関する相談。
	7. 知的障害相談 知的障害児に関する相談。
	8. 自閉症等相談 自閉症若しくは自閉症同様の症状を呈する子どもに関する相談。
非行相談	9. ぐ犯等相談 虚言癖、浪費癖、家出、浮浪、乱暴、性的逸脱等のぐ犯行為若しくは飲酒、喫煙等の問題行動のある子ども、警察署からぐ犯少年として通告のあった子ども、又は触法行為があったと思料されても警察署から法第25条による通告のない子どもに関する相談。
	10. 触法行為等相談 触法行為があったとして警察署から法第25条による通告のあった子ども、犯罪少年に関して家庭裁判所から送致のあった子どもに関する相談。受け付けた時には通告がなくとも調査の結果、通告が予定されている子どもに関する相談についてもこれに該当する。
育成相談	11. 性格行動相談 子どもの人格の発達上問題となる反抗、友達と遊べない、落ち着きがない、内気、緘黙、不活発、家庭内暴力、生活習慣の著しい逸脱等性格もしくは行動上の問題を有する子どもに関する相談。
	12. 不登校相談 学校及び幼稚園並びに保育所に在籍中で、登校（園）していない状態にある子どもに関する相談。非行や精神疾患、養護問題が主である場合等にはそれぞれのところに入分類する。
	13. 適性相談 進学適性、職業適性、学業不振等に関する相談。
	14. 育児・しつけ相談 家庭内における幼児のしつけ、子どもの性教育、遊び等に関する相談。
その他	15. その他の相談 1～14のいずれにも該当しない相談。

引用：厚生労働省雇用均等・児童家庭局 市町村児童家庭相談援助運営指針（平成17年2月14日 雇児発第0214002号）

図1 児童相談所と関係機関の連携体制

子ども・家庭

(相談・通告)

(相談・通告)

(相談・通告)

都道府県福祉事務所

(送致等)

(送致)

(支援等)

市町村

相談・調査・診断・判定

一時保護

受理会議

判定会議

援助方針会議

児童相談所

援助・助言指導・継続指導・他機関の紹介・子育て支援・コーディネート

(通告等)

(紹介)

(送致・通告等)

(紹介・通知等)

一般住民・民間団体

児童委員

保育所

幼稚園

児童家庭支援センター

児童福祉施設

里親

保健所

学校

警察

市町村保健センター

医療機関

司法機関

他の関係機関等

要保護児童対策地域協議会(調整機関)

ケース検討会議(情報交換、支援内容の協議等)

(措置)

(措置中指導)

(報告)

(施設長意見等)

児童委員指導

児童家庭支援センター指導

里親委託

児童福祉施設入所

指定医療機関委託

児童自立生活援助措置

福祉事務所送致

その他の措置

家庭裁判所への家事審判の申立て

家庭裁判所送致

図2 児童相談所における療育手帳判定業務（相談援助活動の一環として）系統図



成を試みた。次に、相談援助活動時の情報・調査について児童相談所運営指針（その他、山梨県中央相談所記録書式一式など）を参考にして整理してみたい。

児童相談所における調査は「子どもや保護者等の状況等を知り、それによって子どもや保護者等にどのような援助が必要であるか判断するために行われるものであり、相互信頼関係の中で成立するものである」とされている。昨今では、児童相談所は虐待通告を受けた際に行われる調査が最も代表的な業務のように思われがちであり、確かに子どもの安全確認など迅速な対応が急務とされる機関ではある。

しかしながら、児童相談所における相談援助活動は、前述したように、さまざまな相談種別があり、それによって、調査の進め方の緩急や調査事項に関しての重要度の差異はあるのだろうが、児童相談所運営指針には、標準的な調査対象の事項が示されているので、表4に列挙した。

表4 調査事項（受理会議後に開始）

調査事項
1 子どもの住居環境及び学校、地域社会等の所属団体の状況
2 子どもの家庭環境、家族の状況
3 子どもの生活歴、成育歴
4 子ども、保護者等の現況
5 過去の相談歴等
6 児童相談所以外の機関の子ども・家族への援助経過
7 援助等に関する子どもや保護者等の意向
8 その他必要と思われる事項

次に、児童相談所の相談援助活動には「問題に直面している子どもの福祉を図るためには、その子どもの状況及び家庭、地域状況等について十分に理解し、問題解決に最も適切な専門的所見を確立する必要がある」として、診断の意義が児童相談所運営指針に明記されている。

児童相談所の診断には、児童福祉司等によって行われる社会診断、児童心理司によって行われる心理診断、医師（精神科医、小児科医）によって行われる医学診断、一時保護部門の児童指導員、保育士等によって行われる行動診断、その他の診断（理学療法士、言語聴覚士等）があるのだが、それら各診断のために、「子どもや家庭が抱える問題の理解に必要な資料」も児童相談所運営指針に挙げられている（表5）。このように、療育手帳判定業務として、児童相談所運営指針レベルでは、どのような情報の収集を行っていくのか示されていない。

2) 児童相談所で実際に収集される情報

それでは、実際の児童相談所の療育手帳判定業務においては、どのような情報が収集・利用されているのであろうか。ここでは、令和2-3年度に行われた厚生労働科学研究「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」において実施された調査の再分析から、その一端を検討する。

この調査は、全国の児童相談所234ヶ所に対して、療育手帳の判定業務に使用している、心理診断・心理学的判定に係る調査票の提出を依頼し、得られた調査票の内容の分析から療育手帳の判定業務において収集されている情報を整理したものである。29ヶ所から調査票が得られ同一県内で複数の児童相談所から得られた調査票は、項目が全く同じである場合には1種類の調査票とみなしたところ、分析の対象となった調査票数は26であった。得られた調査票について、判定に必要な情報として記載が求められている項目を分類した。結果を表6に示す。

表5 診断：子どもや家庭が抱える問題の理解に必要な資料

資料の内容
1 心身の状況（健康状態、表情、発達、社会生活能力、学力、興味の範囲等）
2 情緒成熟度（分化、表出、統制等）
3 欲求と障害（欲求の強さ、不満、防衛、忍耐度等）
4 現在の適応状況（家庭、所属団体、地域等）
5 対人関係（親子関係、家族関係、友人関係等）
6 文化的、社会的環境（地域社会の状況、規範、伝統、文化等）
7 家庭の状況（構成、家族歴、生活歴、家庭環境等）
8 その他必要と思われる事項

表6 児童相談所で用いられている調査票において判定に必要な情報

項目名	調査票の内容例	児童相談所 N=26 (%)
日常生活能力	身辺処理、生活習慣、生活状況、日常生活の介助度 等	21 (80.8)
適応行動・問題行動	学校等の適応状況、問題行動、行動面の介助度、行動習癖 等	17 (65.4)
心身の健康状態	医療面、保健面、病院の受診、身体状況、入院歴 等	16 (61.5)
知能検査	ビネー式検査、ウェクスラー式検査、IQの記載 等	16 (61.5)
発達検査	遠城寺式乳幼児発達検査、新版K式発達検査、MA・CAの記載 等	16 (61.5)
医学的診断	診断名、受診歴 等	16 (61.5)
社会性	対人関係、意思交換、社会行動、コミュニケーション 等	14 (53.8)
生育歴・生活歴	妊娠中・出産時の様子、学校歴、職歴 等	13 (50.0)
福祉制度の利用	特別児童扶養手当の有無、身体障害者手帳の有無、施設利用の有無 等	11 (42.3)
社会生活能力に関する検査	日常生活能力水準評価、S-M社会生活能力検査、社会生活能力プロフィール 等	9 (34.6)
学習状況	学習能力、読み書き・計算 等	7 (26.9)
言葉	理解、発語、意思表示 等	7 (26.9)
行動観察	当日の行動観察、面接時の印象 等	6 (23.1)
家庭環境・養育環境		5 (19.2)
運動能力	粗大運動、微細運動 等	5 (19.2)
職業能力	作業検査、作業活動 等	4 (15.4)
性格傾向		2 (7.7)
情緒面	情緒の安定 等	2 (7.7)
趣味・興味・余暇	遊び・好きな活動 等	1 (3.8)
保健師からの情報		1 (3.8)

以上より、8 割を超える児童相談所で用いられている項目「日常生活能力」のほかは、「適応行動・問題行動」「心身の健康状態」「知能検査の結果」「発達検査の結果」「医学的診断」「社会性」に関する項目が全体の 5-6 割の児童相談所で必要項目とされていることがわかる。これらはいずれも、前節の表 5 で記した「1. 心身の状況」「2. 情緒成熟度」「3. 欲求と障害」「4. 現在の適応状況」「5. 対人関係」「7. 家庭の状況」「9. その他必要と思われる事項」に関連する内容を具体化したものと考えることができる。ただし、これらの情報が全ての調査票で必要とされているわけではなく、情報の記載内容は自治体によってさまざまである様子が見てとれた。以下、療育手帳の判定に関わり、知的能力と行動面に関する情報収集について、検査に着目して述べる。

知能検査・発達検査に関する記載 検査に着目すると、調査票において記載が求められていた検査内容は表 7 のとおりであった。複数の検査を判定に係る資料として認めており、いずれかの検査結果を記載すれば良いようになっていた調査票が 16、検査の指定はないものの「IQ」「知能指数」「精神年齢・生活年齢」等の記載欄があった調査票が 9、いずれの検査結果も記載を求めている調査票が 7 であった。

検査の指定のあるものでは、ほとんどが複数の検査が挙げられていた。その中でも 4 割近くの調査票が田中ビネー知能検査、次いで遠城寺式、新版 K 式発達検査であった。この調査と同じように療育手帳判定に用いる知能検査・発達検査について各自治体に尋ねた吉村他（2019）では、判定に用いる検査の規定について、36.6%（22 自治体）の自治体が検査を特定していない（「標準化された知能検査」などと定められている）、規定されてい

表 7 調査票において記載が求められていた
知的能力・発達に関する検査内容

	児童相談所 (N=26)(%)
検査の指定あり	16 (61.5)
ビネー式(田中ビネー・鈴木ビネー)	10 (38.5)
遠城寺式乳幼児分析的発達検査	8 (30.8)
新版K式発達検査	4 (15.4)
ウェクスラー式(WISC-Ⅲ/Ⅳ・WAIS-Ⅲ)	3 (11.5)
KIDS乳幼児発達スケール	2 (7.7)
津守式乳幼児精神発達診断法	2 (7.7)
検査の指定なし・IQ等の記載欄あり	9 (34.6)
検査結果の記載欄なし・不明	7 (26.9)

る検査では田中ビネー知能検査が最も多く 50.0%（30 自治体）、次いで新版 K 式発達検査が 21.7%（13 自治体）、ウェクスラー式検査は 1.7%（1 自治体）であったことを示している。本調査の方が回収したデータ数が少ないため単純に比較はできないが、検査の指定がない調査票数の割合やビネー式検査が最も多かったことは共通していると言える。また、遠城寺式、KIDS、津守式といった保護者の回答をもとに発達を調べる検査も複数挙げられていた。吉村他（2019）の結果と同様に、子どもに直接検査が困難である場合に保護者情報をもとに判定を行っていることが推察された。

行動面に関する検査 調査票上ではさまざまな項目で行動に関する情報収集がなされており、大きく 2 つに分けることができる。1 つは、「生活習慣」や「身辺自立」「身辺処理」といった項目で、「食事」「排泄」「更衣」「入浴」等の内容について、自由記述式の記載、ならびに／あるいは、「全介助・半介助・自立」のような選択式で介助の必要性を記載する形となっているものである。もう 1 つは、S-M 社会生活能力検査あるいは日常生活能力水準評価表によって、日常の行動面に関して社会生活

年齢や日常生活能力の評価を4段階等の一定の基準に沿って算出する形のものである。療育手帳に関する調査を行った、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（社会福祉法人手をつなぐ育成会，2019）では、Vineland-II 適応行動尺度（適応行動に関する標準化された評価尺度）を4.7%（6自治体）が療育手帳判定のツールとして使用していると報告していたが、今回の調査票を用いた調査では、検査結果の記載を定めている調査票は1つも見られなかった。

3. ICD-11により「知的発達症」の定義に基づく療育手帳の判定業務に必要な情報

ここでは、ICD-11による知的障害の定義を用いて、児童相談所における判定時の情報・調査の内容とあり方について整理してみることにする。

「療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専

門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究」の分担研究において、判定時の評価ツール開発が同時並行的に行われている。その評価ツールから得られる情報と、児童相談所が実際に相談援助活動（障害相談）を通して行う調査事項、及び子どもや家庭が抱える問題の理解に必要な資料から得られる情報が、療育手帳の判定業務に必要な情報として適切であるかどうかを検討してみた。

1) ICD-11における「知的発達症」の定義

本研究においては、知的障害の定義について、国際診断基準であるICD-11（WHO, 2018）〔2019年WHO世界保健総会にて採択 2022年発効〕を用いていくことが最も適切であろうという結論になった。このことについては別の分担研究報告で詳細に述べるところであるが、我が国には「知的障害」の定義が存在しないため、療育手帳の判定

図3 ICD-11における知的発達症の定義（村山，2022：班会議資料1）

知的発達症の国際的診断基準

・ICD-11 (WHO, 2018)

- ✓2019年WHO世界保健総会にて採択
- ✓2022年発効

6A00 Disorders of Intellectual development

Disorders of intellectual development are a group of etiologically diverse conditions originating during the developmental period characterized by significantly below average intellectual functioning and adaptive behavior that are approximately two or more standard deviations below the mean (approximately less than the 2.3rd percentile), based on appropriately normed, individually administered standardized tests. Where appropriately normed and standardized tests are not available, diagnosis of disorders of intellectual development requires greater reliance on clinical judgment based on appropriate assessment of comparable behavioral indicators.

➤つまり、知的障害の診断には…

1. 知的機能と適応行動の評価
2. 偏差指数の算出が可能な標準化検査（ノルム化検査） が必須

※ 我が国には、知的障害（知的発達症）の法的定義がない

の基準や評価ツールの開発において、まずは同じ基準を用いることが必須となるという見解を得た。

(村山：班会議資料1)

ICD-11の「知的発達症」の診断基準を用いると、「発達期にさまざまな要因により発症した一群であり、平均よりも明らかに低い知的機能と適応行動、すなわち適切に標準化された個別テストに基づき約2標準偏差かそれよりも平均より低い(約2.3パーセンタイル以下)ことによって特徴づけられる。」とされており、知的機能と適応行動の評価は必須となる(これらの知的機能と適応行動の評価については、同研究の心理学者のメンバーにより調査・開発中であるので、詳細説明はそこに譲りたい)。

「知的発達症」の診断基準の別の部分の記述において「発達期にさまざまな要因により発症した一群」についても情報として収集していく必要がある。

2) ICD-11による「知的発達症」を用いた時の必要情報

(1) 療育手帳判定時の「調査」による情報

多くの児童相談所は受理後により、児童福祉司やインテークワーカーといった相談者が各自治体の児童相談所で作成された所定の書式に従って、聴き取りによる調査が行われる。

山梨県の児童相談所の相談書式を参考にすると、児童相談所においての「調査」による具体的な情報は表8の通りである。

(2) 知的機能・適応行動に関する情報

(1)で述べたような「調査」で収集される情報に加えて、標準化された検査による知的機能および適応行動に関する情報が必要となる。知能検査

で言えば、ウェクスラー式知能検査やKABC-II、適応行動で言えばVineland-II適応行動尺度が標準化された検査に相当する。しかし、村山・浜田(2021)でも示されているように、これらの検査に関しては、時間的・人的な負担、重症度(等級)を算出するための下限の算出の不十分といった懸念により、多くの自治体では使用されていないという現状である。こうした懸念に対応し、実施しやすく、かつ、精度の高い検査を本研究課題では開発していく。具体的には、①短時間で知的機能および適応行動の評価ができること、②専門的な知識/技術を持たない職員でも実施できるような簡便さを備えること、③療育手帳の判定を目的とするツールであること、が必要である。その詳細については別の分担研究報告書にてご確認いただきたいが、これまで述べてきた児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけおよび情報収集に沿ったものである必要がある。

4. その他

今後、療育手帳の判定基準、判定の手続き、判定のための評価ツールなどの統一化が進んでいくものと思われるが、統一化がなされたとしても、いくつかの問題が残っていると思われる。まずはその課題について列挙していき、現状考えられる対策について提案してみたい。

現在生じている問題として、以下のようなことがある。

■判定の対象と再判定の期間

- ・ 療育手帳の交付を希望する対象者の年齢の範囲
- ・ 再判定は運営指針によると、原則2年ごととされているが、運営上適切な再判定の時期

表 8 児童相談所における「調査」による具体的な情報

情報の内容
成育状況
胎生期・乳児期・幼児期・小学校時・中学校時・以後
家庭の状況
保護者・家族の生育歴・学歴・結婚歴など
人間関係・特記事項
血縁関係（祖父母等の状況）
疾病・障害に関する特記事項
居住環境
自家・借家 一戸建・集合
経済状況
収入月額
児童扶養手当、障害・遺族年金の受給状況
健康保険証 無・有（国保・健保・共済・その他）

■検査施行に関して検討を要する事項

- ・ 反射レベルの機能を主な動きとし、検査実施が難しい児
- ・ 視聴覚障害のある児
- ・ 外国語を日常的に使用している児
- ・ 脳性まひなど運動機能面の著しい低下がみられる児
- ・ てんかん発作等の増減により、脳機能に著しい変化が生じている児
- ・ 継続した児童虐待環境で暮らし、実際の知的機能についてパフォーマンスが低下している児
- ・ 同様の評価ツールにおいて、6 か月以内に検査を受けている児

■判定時に検討を要する事項

- ・ 18 歳の誕生日前の交通事故等で頭部外傷に

よる知的な低下

- ☞ 高次脳機能障害として精神障害者保健福祉手帳の取得
- ☞ 発達期に生じた要因として、療育手帳の取得
- ・ 18 歳前に発症した統合失調症により、著しい適応機能の低下や知的機能の低下が生じた場合
- ☞ 精神疾患として、精神障害者保健福祉手帳の取得
- ☞ 発達期に生じた疾患として、療育手帳の取得
- ・ 不安やストレスにより生じる知的障害を装う行為
- ・ 療育手帳取得（あるいは障害児者手当等給付）を希望して知的障害を装う（詐病）行為

現在思いつくだけでも以上のようなことが考え

られるが、おそらく実際の判定業務においては、更に多くの詳細な検討事項が生じているものと思われる。この報告書においては、それらの課題を整理することを目的としていないため、検討事項は以上にとどめておきたい。

1) 全国の児童相談所での判定業務の際の課題を収集し、Q & A化しての公平性の確保

前述したように判定業務の統一化を果たしたとしても上記のような課題は生じていくものと思われるので、全国の児童相談所から、情報を収集できる機能を整備し、Q & A化するなどして、療育手帳申請者に全国どこの児童相談所においても同様の結果が出せるような公平性が確保できるようにしていく仕組みが必要であると考えます。

2) 評価ツールの統一化とともに、判定業務に関してのガイドラインの作成

療育手帳の判定業務において、医学診断においては、

- ・ 医師・児童心理司等とチームにより医学診断を行う。
- ・ 療育手帳判定において、医学診断は実施しない。
- ・ 主治医からの診断書の提供を依頼して、児童相談所での医学診断は実施しない。

など医学診断による判定のための情報収集に関して、さまざまな手続きで実施していることがわかっている。

児童相談所運営指針に則り療育手帳の判定業務を実施するとするならば、医学診断は必須であろうが、児童相談所業務の多忙や、児童の知的障害に関しての専門医の確保の難しさなどが生じていることから、医学診断を省略あるいは、外部での診

断書を判定資料として代用するなどの方法を行っている現状であろうと推察する。今回の療育手帳の統一化については、「児童虐待防止対策の抜本的強化について」（平成31年3月19日 児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議）において、児童相談所が児童虐待発生時に迅速・的確な対応ができるよう、児童相談所の体制強化の一つとして「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」とされている。

しかしながら、知的障害の定義をICD-11の「知的発達症」とした場合、日本においてICDによる診断は医師による業務であり、また「知的発達症」について判断ができる職種は医師の業務であるともいえる。

これらのことから、統一的な判定業務について少なくとも一定の基準を明記する必要があるのではないかと考え、その後、各児童相談所でどのような判定の手続きにするかは、療育手帳の申請者の公平性が失われないように配慮しながら、児童相談所が設置されている地域性を考慮して、判定業務の具体的な進め方を検討していく必要がある。

C. まとめ

児童相談所における相談援助活動の一環としての療育手帳業務の位置づけ・業務の流れ・判定時の情報の収集について整理した。また、ICD-11の「知的発達症」の定義を基準とした際、判定に必要な情報について今後の検討時の資料となるように整理した。さらに、判定のための評価基準や判定ツールが統一化された後も残される課題について検討した。

D. 健康危険情報 該当なし

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

F. 知的財産権の出願・登録状況 該当なし

G. 引用文献

児童虐待防止対策の抜本的強化について 平成
31 年 3 月 19 日児童虐待防止対策に関する関
係 閣 僚 会 議
https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/01/dl/4_kodomo-04.pdf (閲覧 2023/3/27)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局 児童相談所運
営指針 児童相談所運営指針等の改正につい
て (平成 19 年 1 月 23 日 雇児発第 0123002
号)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局 市町村児童家
庭相談援助運営指針 (平成 17 年 2 月 14 日
雇 児 発 第 0214002 号)
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-soudanjo-sisin-honbun.html> (閱 覧
2023/4/7)

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 更生労
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

村山恭朗「療育手帳の交付判定及び知的障害に関
する専門的な支援等に資する知的能力・適応
行動の評価手法の開発のための研究」2022 年
度班会議における資料

社会福祉法人手をつなぐ育成会 (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
山梨県中央・都留児童相談所 相談様式 1-1 1
-2 1-3 2023 年 4 月 17 日取得
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.

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

療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度

Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version の開発

－予備的調査－

研究分担者	伊藤 大幸	お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系
	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（令和 5 年度より、中京大学 心理学部）
	高柳 伸哉	愛知教育大学 心理講座
	明翫 光宜	中京大学 心理学部
研究協力者	山根 隆宏	神戸大学 人間発達環境学研究科
	足立 匡基	明治学院大学 心理学部
	野沢 朋美	座間市子ども未来部青少年課（令和 5 年度より、座間市こども未来部こども育成課）
	増山 晃大	医療創成大学 心理学部（令和 5 年度より、愛知教育大学教育系心理講座）
	中島 卓裕	中京大学 現代社会学部（令和 5 年度より、名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部）

研究要旨

本研究では療育手帳の交付判定において、ICD-11 の診断基準に即して知的機能と適応行動を包括的に評価しうる簡便なアセスメントツールである Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version (ABIT-CV) のプロトタイプ版を作成し、その性能に関するパイロット調査を実施した。1～19 歳の 381 名を対象に調査を実施し、そのうち知的障害の診断や疑いがない 241 名と診断のある 107 名のデータを分析した。ABIT-CV の知的機能検査と適応行動尺度の間には幼児で.854、児童青年で.879 の高い相関が見られ、両者の収束的妥当性が示された。両検査は知的障害の診断やウェクスラー式知能検査の全検査 IQ と高い相関を示し、基準関連妥当性が確認された。知的障害の判別においては、知的機能検査と適応行動尺度を年齢層に応じた重みづけで合成したときに精度が最大化され、幼児では感度.973、特異度.980、児童青年では感度.986、特異度.958 という良好な性能を発揮し、ゴールドスタンダードであるウェクスラー式知能検査の感度をも上回ることが示された。ROC 分析における AUC は幼児で.995、児童青年で.997 であり、知的障害の診断に対して最良の判別精度を有することが確認された。

A. 研究目的

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Development；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等ごとに定められている。このような基準のバラつきは申請／交付児者やその家族への負担（転居に伴う療育手帳の交付再判定など）を引き起こしている（三菱UFJ リサーチ&コンサルティング, 2023；櫻井, 2000）。さらに、国内における療育手帳の判定・交付に係る不統一は、都道府県及び指定市間の知的発達症児者に対する教育・福祉的支援の不公平を助長している（三菱UFJ リサーチ&コンサルティング, 2023；村山・浜田, 2022）。しかし、未だ療育手帳の判定方法、交付基準、手帳等級の種類（知的障害の程度）に関する統一化はなされていない。それゆえ、療育手帳の判定・交付に係る基準の早急な検討が必要である。

療育手帳の判定・交付に係る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-10；World Health Organization, 1993）からの変更点として強調すべき点は、ICD-11 に基づく知的発達症の診断には、①知的機能だけではなく適応行動の評価が必須であること、②基本的に知的機能／適応行動の評価はノルム化された標準化検査（以降、ノルム化検査）によって行う必要があることであ

る（World Health Organization, 2022）。

手帳判定での知的／適応行動の評価の現状

ICD-10（World Health Organization, 1993）では、知的発達症（当時の表記は精神遅滞、Mental Retardation）の診断は主に知的機能の評価に基づいて行われ、適応行動の評価はあくまで補助的な評価であった。具体的には、ICD-10 では以下の記載がなされていた。

A condition of arrested or incomplete development of the mind, which is especially characterized by impairment of skills manifested during the developmental period, skills which contribute to the overall level of intelligence, i.e. cognitive, language, motor, and social abilities. Retardation can occur with or without any other mental or physical condition.

Degrees of mental retardation are conventionally estimated by standardized intelligence tests. These can be supplemented by scales assessing social adaptation in a given environment. These measures provide an approximate indication of the degree of mental retardation. The diagnosis will also depend on the overall assessment of intellectual functioning by a skilled diagnostician.

一方、ICD-11 では、知的発達症の診断基準には知的機能および適応行動の評価が必須となるように改定されている（World Health Organization, 2022）。具体的には、ICD-11 では以下が記載されている（主要部分のみ抜粋。日本語訳については、内山他の分担研究報告書を参照されたい）。

Description

Disorders of intellectual development are a group of etiologically diverse conditions originating during the developmental period characterised by significantly below average intellectual functioning and adaptive behaviour 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.

Diagnostic Requirements

Essential (Required) Features:

- *The presence of significant limitations in intellectual functioning across various domains such as perceptual reasoning, working memory, processing speed, and verbal comprehension.*
- *The presence of significant limitations in adaptive behaviour, which refers to the set of conceptual, social, and practical skills that have been learned and are performed by people in their everyday lives.*

しかしながら、現行の療育手帳の判定では、十分に適応行動の評価が行われているとは言えない状況にある。例えば、近年の調査において、「すべての申請ケースに対して適応行動の評価を行う」と回答した児童相談所（ $n = 227$ 、有効回答率：71.8%）は 6 割程度に留まること、手帳判定に信頼性・妥当性が確認されている既存の適応行動の評価尺度（Vineland-II 適応行動尺度、S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適合スキル）を利用している機関は半数にも満たないこと（47%）が報告されている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2023）。言い換えれば、4 割程度の児童相談所は手帳判定において適応行動の評価を行っておらず、適応行動の評価を実施している機関でも、科学性が保証されていない方法によって適応行動が評価されていることになる。この調査結果と合致するように、別の調査でも、療育手帳の判定において適応行動の評価が十分に行われていないことが報告されている（社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019）。これらの調査結果を踏まえると、都道府県及び指定市等で行われている療育手帳の判定のあり方は、ICD-11 における知的発達症

の診断基準と合致していないことが理解される。

手帳判定におけるノルム化検査の利用の現状

ICD-10 とは異なり、ICD-11 の知的／適応行動の評価には、基本的にノルム化検査を使用することが求められる（先に示した Description を参照のこと）。ノルム化検査とは、開発段階で得られた母集団に準拠する基準集団（例えば、被検査児者と同一年齢にある児者）のデータに基づき、基準となる平均や偏差指数（標準偏差）が設定されている検査である。知能検査で言えば、ウェクスラー式知能検査や K ABC-II などの偏差 IQ が算出される検査がノルム化検査に該当する。

現在、国内で行われている療育手帳の判定では、このノルム化検査ではなく、検査結果から得られる精神年齢や発達年齢などの指標と被検査児者の生活年齢との比率から知的機能や適応行動の水準が評価される非ノルム化検査が広く利用されている。このような非ノルム化検査には、知能検査や発達検査ではビネー式知能検査（例えば、田中ビネー式知能検査 V など）や新版 K 式発達検査、適応行動を評価する検査では S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適合スキルが知られている。

近年の都道府県・指定市等を対象とした調査（ $n = 59$ 、有効回答率：85.5%）では、療育手帳の判定・交付に係る要項または要領に定められている検査として、8 割以上の自治体がビネー式知能検査と回答し、ウェクスラー式知能検査は 2 割程度に留まることが報告されている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2023）。自治体および児童相談所等の判定機関を対象とした別の調査では、療育手帳の判定で利用される知能検査として、ビネー式知能検査と回答する機関はおよそ 6 割、新版 K 式発達検査などの発達検査と回答する機関は 3 割であるのに対して、ウェクスラー式知能検査と回答した機関は僅か 6.5%に留まることが示さ

れている（吉村他，2019）。

適応行動を評価するノルム化検査の利用率はさらに低い。国内で開発された適応行動を評価する尺度は複数（Vineland-II 適応行動尺度、S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適合スキル）あるが、ノルム化検査は Vineland-II 適応行動尺度のみである。前述した調査（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング，2023）では、療育手帳の判定・交付に係る要項／要領で Vineland-II 適応行動尺度を定めている都道府県・指定市は 1 割にも満たないことが示されている。この結果と合致するように、判定機関および自治体を対象とした別の調査でも、Vineland-II 適応行動尺度を利用する機関／自治体は 5%弱に留まっている（社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。

療育手帳の交付に伴う不公平

上記した諸点に加えて、公平性の観点からも療育手帳の判定・交付基準の見直しと統一化が必要である。昨年度、我々が研究班として行った調査では、療育手帳の交付を受けている児者（ $n=83$ ）の 1 割前後が $IQ>75$ を示すこと、一部の児者は $IQ>100$ を示すことが明らかにされている（村山・浜田，2022）。この結果と合致するように、別の調査では、一部の療育手帳の判定・交付機関は $IQ>85$ の児者に対しても療育手帳を交付すること（ IQ の上限を定めていない機関もあった）が報告されている（村山・浜田，2021）。さらに、近年行われた都道府県・指定市等（ $n=69$ ）を対象とした調査では、2 割以上の自治体が $IQ>75$ かつ神経発達症（例えば、自閉スペクトラム症）の特性を示さない交付申請児者に対しても療育手帳の交付を認めることがあると回答している（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング，2023）。このように、療育手帳制度の目的と合致しない児者に対しても療育手帳が交付されている都道府県・指定市がある一方

で、 $IQ<70$ を療育手帳の交付基準として堅持している都道府県・指定市等があることも事実である（村山・浜田，2021）。これらの結果を踏まえると、都道府県・指定市間で療育手帳の運用方法は大きく異なり、居住地によって交付の可否が異なるという不公平が生じていると推測される。

無論、『療育手帳の判定は知的発達症の診断とは異なる』という主張もあろう。しかし、療育手帳制度の要項にある目的には、「知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とする」と記されている。さらに、交付対象は「児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害であると判定された者」と明示されている。つまり、公的な制度として、療育手帳は知的発達症（知的障害）をもつ児者に交付することが定められている以上、療育手帳の判定方法は科学的に保証された基準、つまり ICD-11 等の知的発達症の診断基準に準拠することが望ましいと考えられる。

本研究の目的

療育手帳の判定・交付に関する先行知見から、現行の療育手帳の判定方法は必ずしもエビデンスに基づいた適切な方法ではないこと、都道府県・指定市間の判定・交付基準のバラつきによって、知的発達症の診断とは合致しない児者にも療育手帳が交付され、自治体間の不公平が生じていることが理解できる。こうした状況を改善し、知的発達症をもつ児者の福祉の推進を図るためには、児童相談所などの療育手帳判定の現場で利用しやすい知的機能および適応行動の評価ツールを整備することが必要である。そこで、本研究は ICD-11 の知的発達症の診断基準に準拠する療育手帳の判定ツールを開発することを目的とする。

先行研究（村山・浜田，2021）において、児童相談所および知的障害者更生相談所に対して、療育手帳の判定において知的機能／適応行動を評価するノルム化検査（ウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度）を利用しない／できない理由が調査されている。主要な理由には「検査時間の長さ」、「専門的な技術／知識が必要なこと」や「専門的技術の研修に時間が取れない」、「人的資源の不足」、「検査用具等の費用負担」が挙げられている。これらの判定現場の意見を踏まえると、開発する判定ツールは①短時間で知的および適応行動の評価ができること、②専門的な知識／技術を持たない職員でも実施できるような簡便さを備えること、③療育手帳の判定を目的とするツールであること（ウェクスラー式知能検査などのように広範的な知的水準や平均以上の知的機能／適応行動を評価する尺度ではなく、知的発達症の判別に特化するような尺度項目を備える等）などの機能を備える必要がある。以上を踏まえ、本研究では、療育手帳の判定での利用に特化し、簡便に短時間で実施できる、知的機能／適応行動を評価するノルム化検査（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version: ABIT-CV）を開発し、その信頼性・妥当性を検証することを目的とする。

事業初年度である今年度は、理論的・実証的知見に基づき ABIT-CV のプロトタイプ版を独自に作成した上で、定型発達児者および知的発達症児者を対象としたパイロット調査を実施し、各項目の有効性を評価するとともに、知的発達症の判定精度を最大化する項目の組み合わせを同定する。

B. 方法

1. 調査協力者

定型発達群 調査対象の募集は民間リサーチ会社に依頼した。具体的には、民間リサーチ会社のモ

ニターに登録している関東・東海・関西地域に在住し、療育手帳の交付を受けていない子ども（1歳半～18歳）とその保護者に対して調査協力を依頼した。その際、1歳は2つの月齢区分（6～8か月、9～11か月）、2～6歳は4つの月齢区分（0～2、3～5、6～8、9～11か月）、7～12歳は3つの月齢区分（0～3、4～7、8～11か月）、13～18歳は2つの月齢区分（0～5、6～11か月）に分け、各区分に5名ずつ、全体で男女の比率がほぼ均等になるように調査協力児者を募集した。最終的に、249名（男子124名、女子123名、不明2名、108.63±59.31か月）が本研究に参加した。定型発達群のデモグラフィックデータはTable 1に示されている。

臨床群 臨床群には、関東・東海・関西地域に在住し、療育手帳の交付を受けている児者およびその保護者に調査協力を依頼した。協力児者の募集は知的発達症を持つ児者の支援団体（全国手をつなぐ育成会連合会など）や民間の児童発達支援施設を通じて募集を行うとともに、SNSを通じても調

Table 1 定型発達群のデモグラフィック

月齢 108.63±59.31か月					
各年齢段階の人数					
1歳	6人	2.4%	11歳	14人	5.6%
2歳	22人	8.8%	12歳	12人	4.8%
3歳	19人	7.6%	13歳	10人	4.0%
4歳	17人	6.8%	14歳	10人	4.0%
5歳	21人	8.4%	15歳	10人	4.0%
6歳	19人	7.6%	16歳	9人	3.6%
7歳	14人	5.6%	17歳	12人	4.8%
8歳	14人	5.6%	18歳	9人	3.6%
9歳	16人	6.4%	19歳	1人	0.4%
10歳	14人	5.6%			
性別			神経発達症の有無		
男子	124人	49.8%	無	241人	96.8%
女子	123人	49.4%	可能性の指摘	6人	2.4%
不明	2人	0.8%	有	1人	0.4%
診断の内容					
			知的発達症	3人	1.2%
			ASD	1人	0.4%
			その他	3人	1.2%

注) ASD：自閉スペクトラム症

査協力児者の募集を行った。最終的に、132 名（男子 96 名、女子 36 名、 112.61 ± 53.97 か月）が本研究に参加した。臨床群のデモグラフィックデータは Table 2 に示されている。

研究で開発した ABIT-CV は知的発達症の判別を目的としているため、研究参加者のうち、過去に知的発達症の疑いを指摘されたが医学的診断を受けていない児者、および、知的発達症以外の発達障害（ASD、ADHD など）の診断のみを有する者（一般群 8 名、臨床群 25 名）は分析に含めず、知的障害の診断や疑いの指摘を受けていない 241 名（定型発達群）と知的発達症の診断を受けている 107 名（知的発達症群）を分析の対象とした。各群の年齢・性別の内訳を Table 3 に示す。

2. ABIT-CV の開発

知的機能の評価項目の開発 ICD-11 では、知的発達症の特徴として知的機能の重篤な障害が示されており、知的機能は「知覚推理、ワーキングメモリー、処理速度、言語理解などの多様な領域にわたる機能」と定義されている（World Health Organization, 2022）。このことから、開発する ABIT-CV の知的機能の評価尺度には、多様な知的機能の下位概念（下位指標）が含まれる必要がある。

これまでに多くの知能モデルが提唱されているが、CHC（Cattell-Horn-Carroll）モデルは実証知見に基づいた理論モデルである（Flanagan & Alfonso, 2017）。CHC モデルは知能を 3 階層で説明し、第 3 階層は一般知能（g）、第 2 階層は広範的知能（短期記憶、処理速度、流動性推理など）、第 1 階層は限定的知能で構成される。第 2 階層の広範的知能は因子分析の結果に基づいた下位概念であるのに対して、第 1 階層の限定的知能は主に専門家間での合意に基づく（Flanagan, Alfonso, &

Table 2 臨床群のデモグラフィック

月齢		112.61±53.97か月			
各年齢段階の人数					
3歳	11人	8.3%	11歳	4人	3%
4歳	14人	10.6%	12歳	6人	4.5%
5歳	15人	11.4%	13歳	6人	4.5%
6歳	12人	9.1%	14歳	8人	6.1%
7歳	10人	7.6%	15歳	6人	4.5%
8歳	10人	7.6%	16歳	5人	3.8%
9歳	7人	5.3%	17歳	7人	5.3%
10歳	8人	6.1%	18歳	3人	2.3%
性別		診断の内容			
男子	36人	27.3%	知的発達症	111人	84.9%
女子	96人	72.7%	ASD	90人	68.2%
			ADHD	20人	15.2%
神経発達症の有無			SLD	2人	1.5%
無	1人	0.8%	ダウン症候群	3人	2.4%
可能性の指摘	7人	5.3%	アンジェルマン症候群	1人	0.8%
有	124人	93.9%	言語性発達遅滞	1人	0.8%
			両耳感音性難聴	1人	0.8%

注）ASD：自閉スペクトラム症、ADHD：注意欠如多動症、SLD：限局性学習障害

Reynolds, 2013)。そのため、ABIT-CV には、実証知見で保証されている第 2 階層にある複数の概念を測定する下位検査で構成されるべきと考えられる。

我が国を含め、世界的に利用されているウェクスラー式知能検査や K ABC-II の下位指標も CHC モデルの広範的知能に準拠している。例えば、WISC-V（Wechsler Intelligence Scale for Children – fifth edition）では、FSIQ（Full Scale IQ）を構成する下位検査は結晶性知能、視覚処理、流動性推理、短期記憶、処理速度に関連する検査である（Flanagan & Alfonso, 2017）。K ABC-II では、一般知能は長期記憶と検索、短期記憶、視覚処理、流動性推理、結晶性能力（結晶性知能）、量的知識、読み書きで構成される（Kaufman & Kaufman, 2004）。これらを踏まえ、ABIT-CV（知的機能の評価）には、共通する指標、つまり結晶性知能、視覚処理、流動性推理、短期記憶に関連する下位検査が含まれることが望ましいと考えられた。

以上を踏まえて、教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名（教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者

Table 3 分析対象者の内訳

年齢	定型発達群				知的障害群		
	男	女	不明	合計	男	女	合計
1	3	3	0	6	0	0	0
2	10	9	1	20	0	0	0
3	12	5	1	18	6	2	8
4	7	9	0	16	7	2	9
5	10	12	0	22	11	2	13
6	10	9	0	19	6	3	9
7	4	10	0	14	3	5	8
8	6	7	0	13	6	4	10
9	7	8	0	15	5	1	6
10	6	9	0	15	3	3	6
11	9	5	0	14	2	0	2
12	8	4	0	12	4	0	4
13	5	5	0	10	4	2	6
14	5	5	0	10	5	2	7
15	2	5	0	7	5	1	6
16	4	4	0	8	2	2	4
17	5	7	0	12	6	0	6
18	5	4	0	9	2	1	3
19	0	1	0	1	0	0	0
合計	118	121	2	241	77	30	107

3名)による検討および協議のうえ、国内外の既存の知能／発達検査の構成概念や検査手法等を踏まえ、結晶性知能に関連する「ことば」の課題、視覚処理に関連する「視覚」の課題、短期記憶に関連する「記憶」の課題を独自に作成した。具体的には、「ことば」の課題は4下位検査(「理解」、「知識」、「共通点」、「反対言葉」)、「視覚」の課題は6下位検査(「大きさ／長さの比較」、「部分全体推測」、「絵合わせ／絵の展開」、「絵の欠如」、「積木の数と見え方」、「仲間選び」)、「記憶」の課題は3下位検査(「短文復唱」、「数の順唱」、「数の逆唱」)で構成される。

さらに、算数および処理速度に関連する検査も ABIT-CV (知的機能の評価) に加えた。「算数」に関しては、CHC モデルの第2階層に位置づけられる量的知識は WISC の下位検査「算数」と関連していること (Ortiz, Flanagan, & Alfonso, 2017)、「算数」は流動性推理、短期記憶、結晶性知能と関連すること (Wechsler, 2014) が報告されている。処理速度については、視覚処理と関連することが報告されている (Flanagan & Kaufman, 2009)。これらに知見に基づき、「算数」および「処理速度」の下位検査を ABIT-CV (知的機能の評価) に追加した。最終的な ABIT-CV (知的機能の評価) の構

Table 4 ABIT-CVの知的機能の評価尺度の構成

出題 順序	下位区分	下位検査名	概要	問題数	対象年齢
1	視覚	大きさ、長さの 比較（視覚①）	提示される絵の大きさ／長さを比較する。	4	全対象
2	視覚	部分全体 推測（視覚②）	提示される部分的な絵を見て、それは何であるかを回答する。	6	全対象
3	視覚	絵合わせ／ 絵の展開（視覚③）	提示される複数の図形の正しい組み合わせを選ぶ。切り抜かれている二つ折りの紙（模様）を見て、紙を広げた際の模様を選ぶ。	6	全対象
4	記憶	短文復唱（記憶①）	検査者が読み上げる短文を覚え、復唱する。	16	全対象
5	視覚	仲間選び（視覚④）	ターゲットの絵と同じ仲間の絵を選ぶ。	15	全対象
6	算数	算数	絵や口頭で提示される数的問題に回答する。	32	全対象
7	処理速度	処理速度	選択肢にある図形の中から、ターゲットと同じ図形があるかを速く、正確に回答する。	—	4歳以上
8	ことば	理解（言葉①）	口頭で伝えられるターゲットを選んだり、提示される絵の名称を回答する。	28	6歳未満
9	ことば	知識（言葉②）	身の周りの知識に関する質問に回答する。	17	6歳以上
10	ことば	反対言葉（言葉③）	提示される単語の反義語を回答する。	12	4歳以上
11	記憶	数の順唱（記憶②）	口頭で提示される数を覚え、言われた順番通りに回答する。	16	全対象
12	記憶	数の逆唱（記憶③）	口頭で提示される数を覚え、言われた順番と逆の順番で回答する。	10	6歳以上
13	視覚	絵の欠如（視覚⑤）	提示される絵で欠けている部分を回答する。	7	全対象
14	視覚	積木の数と 見え方（視覚⑥）	積み重ねてある積木（絵）の数と、指定される方向からの見え方を回答する。	6	4歳以上
15	ことば	共通点（言葉④）	提示される2つの単語の共通概念を回答する。	15	4歳以上

造は Table 4 に示されている。

先行研究から、幼児期の子どもでも療育手帳の交付申請を行うことが報告されている（社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。一方で、言語スキルなどが未発達な子どもに対して、難易度の高い言語課題（ABIT-CV で言えば、「共通点」や「反対言葉」など）を課すことは過度な負担を強いることにつながり、倫理的な問題に抵触する恐れがある。そのため、ABIT-CV（知的機能の評価尺度）の一部の下位検査には年齢制限を設けた。

具体的には、「共通点」、「処理速度」、「積木の数と見え方」は4歳以上、「数の逆唱」は6歳以上に対して実施することにした。

また、被検査児が6歳未満である場合には、ことばの課題である「理解」から実施し、6歳以上である場合には、同じことばの課題である「知識」から実施することにした。

「知識」には3段階の開始年齢（年齢区分）を設定した（1-8歳、9-12歳、13歳以上）。もし各年齢区分の冒頭4問のいずれが誤答である場合

には、連続4問が正答するまで設問を遡って出題するようにした。なお、最初の年齢区分(1-8歳)の冒頭4問で誤答がある場合には、「理解」の最後の設問から連続4問が正答になるまで問題を遡るようにした。

加えて、「算数」と「知識」にも開始年齢(年齢区分)を設けた。具体的には、「算数」は4段階(1-5歳、6-8歳、9-12歳、13歳以上)、「知識」は3段階(1-8歳、9-12歳、13歳以上)の年齢区分を設定した。最も低い年齢区分を除き、各区分の冒頭4問のいずれかが誤答の場合には、連続4問正答するまで設問を遡るようにした。

一部の下位検査(「処理速度」と「算数」)には、制限時間を設定した。「処理速度」は90秒、「算数」は1問当たり30秒の制限時間を設けた。

ABIT-CVの利便性(検査が短時間で終了できる)のため、項目数が少ない「大きさ／長さの比較」および「処理速度」を除く下位検査において、中止条件を設定した。「数の順唱」、「数の逆唱」、「短文復唱」以外の下位検査では、被検査児者が連続4問で誤答する場合に当該検査を終了するようにした。「数の順唱」、「数の逆唱」、「短文復唱」では、セクション(各セクションは数字の数や文節数が同一である2問で構成)の双方の問題が誤答である場合に、当該検査を中止することにした。

適応行動の評価項目の開発 ICD-11には、知的発達症の特徴の一つとして、適応行動の重篤な障害が挙げられている(World Health Organization, 2022)。適応行動は、個人が学習でき、日常生活で遂行する概念スキル(知識の応用(例:読み書き、計算、問題解決、意思決定)およびコミュニケーションに係るスキル)、社会的スキル(対人関係、規則／法律の順守、犯罪被害の抑止に係るスキル)、実用的スキル(セルフケア、健康と安全、娯楽、金銭の管理、移動、製品／機器の使用などの領域に関するスキル)を包含する概念と定義づけられて

いる(World Health Organization, 2022)。このことから、ABIT-CVの適応行動の評価尺度には、概念的・社会的・実用的スキルに関する項目が偏りなく含まれるように作成した。

先行研究において、知能検査の実施が可能となる発達段階に満たない幼児についても、療育手帳の申請を可能とする都道府県・指定市があることが報告されている(社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019)。このことから、知能検査の実施が困難な発達段階にある子どもや、知的機能に著しい障害が認められる児者の知的機能の評価を可能とするために、ABIT-CV(適応行動の評価尺度)に知的機能や発達状況を評価できる項目を加えた。

国内外で利用されている適応行動を評価する尺度等の構成概念や検査手法等を踏まえ、教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者7名(教育心理学者1名、臨床心理学者3名、発達臨床心理学者3名)による検討および協議のうえ、最終的に195項目を独自に作成した。その際、特定の下位領域(概念的・社会的・実用的スキル)の項目に偏らないこと、各年齢区分(詳しくは後述)内の項目がおおよそ均等であることを考慮し、ABIT-CV(適応行動の評価尺度)を作成した。ABIT-CV(適応行動の評価尺度)の構成をTable 5に示す。

既存の適応行動の評価尺度(Vineland-II 適応行動尺度やS-M 社会生活能力検査)は、対象児者をよく知る成人(保護者など)が回答する形式であるため、ABIT-CV(適応行動の評価尺度)もこれに倣い、保護者等が回答する他者評価形式とした。回答形式は4件法(0-できない、1-助けがあればできる、2-一人でできる、N-分からない)に設定した。

ABIT-CVの利便性(検査が短時間で終了できる)のため、ABIT-CV(適応行動の評価尺度)に評価

Table 5 ABIT-CV 適応行動尺度の構成

	項目数
領域	
コミュニケーション	72
日常生活スキル	55
社会性	46
運動スキル	22
想定通過月齢	
0-1歳	25
2歳	28
3歳	21
4歳	23
5歳	17
6歳	30
7歳	18
8-9歳	16
10歳以上	8
合計	195

対象児者の年齢に基づく開始年齢（年齢区分）を設定した。具体的には、6段階の年齢区分を設定した（0-3歳、4-5歳、6-7歳、8-9歳、10-11歳、12歳以上）。

ABIT-CV の適応行動の評価尺度の実施方法は、対象児者の年齢に該当する年齢段階の項目から開始し、開始年齢からの最初の4項目いずれかにおいて、「0」または「1」の回答がある場合には、最初の4項目がすべて「2」の回答となる年齢段階から開始するようにした。一方、中止条件は4問連続で「0」と回答される場合とした（4問連続で「0」と回答されない場合は、最終項目まで回答することになる）。

3. ウェクスラー式知能検査

ABIT-CV の基準関連妥当性の検証のため、臨床群に対して、ABIT-CV の実施と共に、偏差IQが算出できるウェクスラー式知能検査を実施した。

ウェクスラー式知能検査には、年齢が異なる被検査児者を対象とするために3種類がある。WPPSI（Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence）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となってしまう。そのため、本研究では、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。

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-V（Wechsler, 2021）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、7下位検査（「類似」「単語」「積木模様」「行列推理」「バランス」「数唱」「符号」）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（WISC-V は 1 つまで）認めた。

4. 田中ビネー知能検査 V

一般群の 1・2 歳代の協力児は発達段階もあり、療育手帳の申請や医学的支援を受ける状況に至っていない可能性が考えられたため、1・2 歳代の一般群の協力児に対して、田中ビネー知能検査 V（財団法人 田中教育研究所, 2003）を実施した。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が、本調査では協力児の年齢に該当する年齢級から実施した。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 の実施手順および各課題の教示は当該検査のマニ

ュアル（財団法人 田中教育研究所, 2003）通りに行った。

5. 手続き

調査の実施前に、協力児者および保護者に対して本研究の説明がなされ、本研究への参加の同意が確認された（詳しくは後述）。臨床群は 2 つの検査（ABIT-CV およびウェクスラー式知能検査）を受検するため、カウンターバランスが得られるよう、受検する検査の順序を配慮した。

ABIT-CV とウェクスラー式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。調査に際し、ABIT-CV のマニュアルを作成し、各検査者はそのマニュアルに則り ABIT-CV を実施した。さらに、検査者が初めて ABIT-CV を実施する前には、ABIT-CV の開発に携わった研究分担者が検査者に ABIT-CV の実施方法を教授した。ウェクスラー式知能検査の実施に関しては、当該検査に付属する実施マニュアルに則して実施された。

ABIT-CV の適応行動の評価尺度は調査協力児者の保護者が実施した。協力児者および保護者の希望を尊重したうえで、保護者は協力児者と同室もしくは別室で ABIT-CV の適応行動の評価尺度に回答した。回答に先立ち、当該尺度の説明および回答方法の説明が検査者からなされた。

本研究への協力に対して、一般群は協力児者の募集を委託した民間リサーチ会社から謝礼が支払われた。臨床群に対しては、調査協力児者／保護者に対して、すべての検査が終了した後に謝礼（15,000 円／組）が渡された。

（倫理面への配慮）

人を対象とする生命科学・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（受付番号：202208）、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から本研究の参加についての同意を得た。

5. 分析の方針

以下の手順で調査データの分析を進めた。第1に、独自に作成した ABIT-CV の各検査項目（知的機能検査 15 課題の 226 項目および適応機能尺度の 195 項目）が有効に機能しているか否かを評価するため項目分析を行い、その結果をもとに項目の選定を行った。第2に、各課題・尺度によって年齢上昇に伴う知的機能・適応機能の発達を捉えうるかを評価するため、年齢による各検査得点の推移を検証した。第3に、各課題・尺度の構成概念妥当性の評価のため、知的発達症の診断やウェクスラー式知能検査との相関および課題・尺度間の相互相関を検証した。第4に、知的発達症の判別精度を最大化する課題の組み合わせを同定するため、各課題・尺度を予測変数、知的発達症の診断を目的変数とする判別分析を行った。第5に、上記の検証を経て構成された検査パッケージの信頼性（内的整合性）および知的発達症の判定精度を評価した。

C. 結果と考察

1. 項目分析

知的機能検査および適応行動尺度の各項目について、定型発達群および知的発達症群の平均値、

標準偏差、修正済み項目-合計相関（当該項目と当該項目を除いた各検査得点の相関）、群間差の効果量 d を算出した（付録 1、付録 2）。ただし、各項目の得点は年齢の影響を強く受けるため、局所重みづけ平滑化（LOESS）により年齢を調整した得点についても同様の分析を行った（付録 3、付録 4）。項目-合計相関は測定信頼性（内的整合性）に関連する指標として評価できる。一方、ABIT-CV は知的発達症の判定を目的としていることから、定型発達児者と知的発達症児者の差の効果量 d は、測定の妥当性（基準関連妥当性）に関わる重要な指標となる。

知的機能検査および適応行動尺度のいずれについても、中止条件（4 項目連続で不通過の場合に評定を中止）を適用するにあたり、各課題・尺度の中で難易度が低いと想定される項目から順に配置したため、項目得点（年齢調整前の粗点）の平均値は、いずれの群においても、項目順にともなっておおむね低下していることが見て取れる。ただし、一部では、標本変動によるバラつきを考慮しても、項目順と難易度の並びが対応していない箇所が見られる。例えば、適応行動尺度の項目 38（鉛筆を正しく持つ）の平均得点（定型発達群）は 1.64 であり、前後の項目の平均得点（1.81 および 1.79）に比べると顕著に低く、対応のある t 検定を行うと有意差が見られる（いずれも $p < .001$ ）。こうした項目については、正式版では項目配置の入れ替えを行う必要がある。

修正済み項目-合計相関は、各課題・尺度の中で中央付近に配置された難易度が中程度の項目で最も高く、難易度が低い項目や高い項目では値が低くなる逆 U 字型の様相を示している。この傾向は、中程度の難易度の項目が難易度の低い項目とも高い項目ともある程度の相関を持つ一方、難易度の低い項目と高い項目の間には相関が生じにくいことを反映している。今回、大部分の項目では .40 を

超える十分な値が示されているが、知的機能検査では難易度の高い項目、適応行動尺度では難易度の低い項目の一部で、20～30 前後の低い値が見られる。例えば、記憶①8b の項目は、定型発達群でも通過率が 0.07 (7%) と極端に低く、項目-合計相関は粗点で.226、年齢調整済み得点で.151 という低い値を示している。こうした項目は検査の信頼性に寄与していないことに加え、知的発達症の有無を判定するという ABIT-CV の利用目的にもそぐわないため、正式版では修正を検討する必要がある。一方、適応行動尺度では、低年齢向けに作成した項目 (項目 1～19) の項目-合計相関がやや低い値を示しているが、これらの項目は尺度の信頼性に寄与しないとしても、低年齢域での適応行動の発達を評価する上では有用性があると考えられるため、項目-合計相関が低いことだけを理由に項目を除外することは望ましくない。

定型発達群と知的発達症群の差の効果量 d も、項目-合計相関と同様に、中程度の難易度の項目が高い値を示す逆 U 字型の傾向を示している。ABIT-CV の項目は 1 歳から 18 歳という年齢層への適用を想定して幅広い難易度の項目で構成されているが、難易度が低い項目や高い項目では、年齢帯により天井効果や床効果によって定型発達群と知的発達症群の得点差が生じにくくなることで、こうした傾向が生じている。例えば、視覚①1 の項目では、定型発達群の平均得点が 0.93、知的発達症群の平均得点が 0.79 であり、天井効果により両群の差が生じにくくなることで効果量 d が 0.449 に抑えられていると考えられる。一方、記憶①8b では、定型発達群の平均得点が 0.07、知的発達症群の平均得点が 0.009 であり、床効果により効果量 d が 0.277 に抑えられている。

しかし、個々の項目自体の有効性は、こうした全体的傾向とある程度切り離して評価する必要がある。特に ABIT-CV では、1 歳から 18 歳までの

年齢範囲を対象とするため、天井効果や床効果が生じるとしても、幅広い難易度の項目を含める必要がある。例えば、適応行動尺度の項目 3 (表情をまねる) の定型発達群の平均得点は 1.99 であり、得点の上限が 2 であることを考えれば、定型発達群では天井効果が生じていることが明らかであるが、乳幼児期における知的発達症児の社会性の発達を評価する上では重要な役割を果たす可能性がある。Figure 1 は適応行動尺度の 195 項目を難易度 (定型発達群の平均得点) で並び替えた上で、各項目における定型発達群と知的発達症群の差の効果量 d をプロットし、二次の回帰曲線を推定したものである。回帰曲線の形状から逆 U 字型の傾向を明確に読み取れるが、個々の項目の効果量は回帰曲線の上下で細かく変動していることもわかる。このプロット上で回帰曲線よりも高い効果量を示している項目は、難易度の影響を調整した上で平均を上回る知的発達症の判別精度を有する項目と見なすことができる。上記の項目 3 も回帰曲線を大きく上回る効果量を示している。適応行動尺度については、この回帰曲線を上回る 95 項目を正式版の採用候補とし (付録 4 を参照)、以降の分析ではこれらの項目の合計得点を分析に使用した。ただし、知的機能検査については、各課題の項目数が 4～32 項目と比較的少ないこと、また、同一課題内の項目間で効果量の値に大きな変動が見られないことから、項目レベルでの選定は行わないこととした。

2. 年齢による得点推移

定型発達群と知的発達症群の各群において、年齢による各課題・尺度得点の推移を LOESS により近似した (付録 5)。いずれの群においても各課題・尺度得点はおおむね年齢に伴って上昇を示しているが、定型発達群において知的発達症群よりも得点の立ち上がりが早いことが見て取れる。例

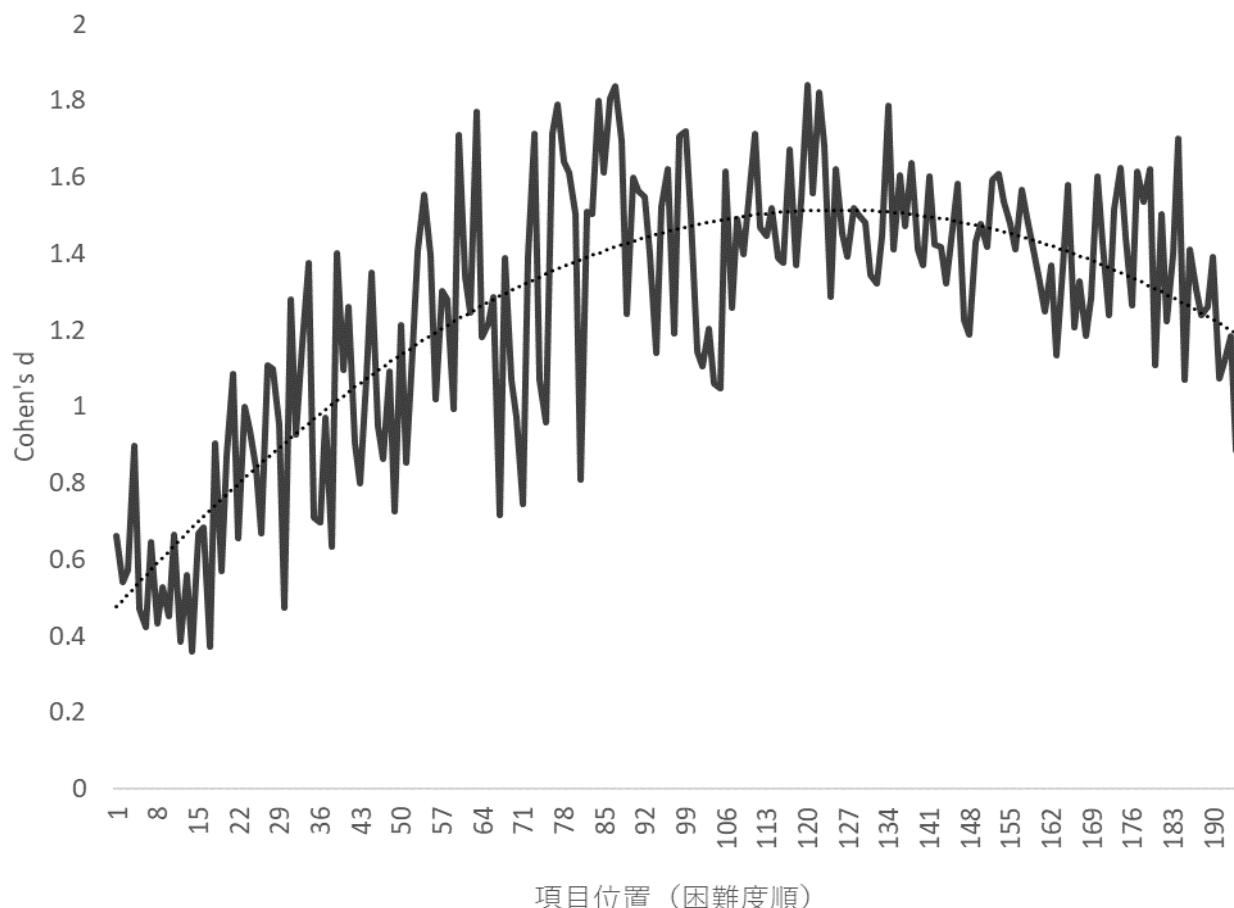


Figure 1 定型発達群と知的障害群の差の効果量 d と項目難易度の関連

例えば、知的機能検査の視覚①では、定型発達群の近似曲線が 5 歳頃に上限に達している一方、知的発達症群の近似曲線は、定型発達群と同様の傾きを示しているものの、上限付近に達するのは 13 歳頃となっている。

また、課題・尺度によって、定型発達群と知的発達症群で得点差が見られる年齢範囲が異なっている。知的機能検査の視覚①、視覚②、視覚③、言葉①では、10 歳頃までの比較的低年齢の範囲で得点差が見られるものの、それ以降、明瞭な得点差が見られなくなっている。一方、知的機能検査の算数、処理速度、言葉③、言葉④では、幼児期には明瞭な得点差が見られないが、それ以降は得点差が拡大している。また、知的機能検査の記憶①、視覚④、言葉②、記憶②、記憶③、視覚⑤、視覚⑥、お

よび、適応行動尺度では、いずれの年齢範囲でもほぼ一貫して得点差が見られる。ABIT-CV では、乳幼児向けのシンプルな課題から、児童青年向けのやや複雑性の高い課題まで、多様な性質の課題を作成し、それらを組み合わせることで 1 歳から 18 歳までの幅広い年齢層の発達を評価することを想定した。上記の結果は、こうした想定に沿ったものであり、検査の構成概念妥当性を示す根拠として評価できる。

3. 相関分析

知的機能検査の課題間の相互相関 知的機能検査の総合得点および各課題得点間の相互相関を Table 6 に示す。総合得点は主成分分析により 15 課題の得点を合成した得点を使用した。また、知

Table 6 知的機能検査の総合得点および各課題得点間の相関

	知能総合	言葉①	言葉②	言葉③	言葉④	視覚①-③	視覚④	視覚⑤	視覚⑥	記憶①	記憶②	記憶③	算数	処理速度
知能全検査総合	-	.656	.952	.913	.866	.610	.862	.807	.829	.915	.879	.827	.930	.766
言葉①理解	.815	-	.678	.606	.380	.761	.591	.554	.393	.691	.637	.442	.470	.311
言葉②知識	.896	.774	-	.888	.821	.615	.815	.788	.731	.894	.810	.740	.870	.685
言葉③反対言葉	.667	.381	.533	-	.780	.563	.790	.700	.696	.863	.808	.758	.823	.620
言葉④共通点	.504	.257	.412	.491	-	.363	.718	.646	.758	.775	.695	.682	.867	.697
視覚①-③	.679	.727	.627	.286	.161	-	.590	.563	.377	.598	.553	.416	.441	.296
視覚④仲間選び	.819	.646	.731	.496	.364	.571	-	.758	.666	.774	.696	.654	.736	.581
視覚⑤絵の欠如	.774	.567	.679	.383	.324	.478	.628	-	.637	.701	.644	.585	.700	.533
視覚⑥積み木の数と見え方	.651	.505	.533	.504	.377	.298	.435	.479	-	.695	.658	.668	.810	.731
記憶①短文復唱	.833	.666	.698	.528	.324	.533	.609	.591	.516	-	.846	.704	.817	.607
記憶②数の順唱	.784	.638	.673	.443	.191	.559	.529	.549	.470	.758	-	.781	.793	.633
記憶③数の逆唱	.458	.169	.334	.466	.399	.093	.363	.295	.326	.336	.286	-	.801	.636
算数	.852	.614	.725	.614	.587	.470	.662	.647	.543	.658	.642	.533	-	.772
処理速度	.681	.435	.571	.591	.667	.292	.518	.498	.516	.421	.428	.499	.727	-

注：対角線の左下が幼児、右上が児童青年の結果。検査得点はいずれもLOESSにより年齢調整済み。絶対値が.70以上の係数を太字で示した。

的機能検査のうち、視覚①、視覚②、視覚③は、他の課題と比べて問題数が4～6と少ないこと、また、相互に得点の相関が高かったことから、主成分分析により得点を合成した。前項の分析により、年齢範囲によって各検査の性能には変動があることが示唆されたため、未就学の幼児（136名）と就学後の児童青年（213名）に分けて分析を行った。

総合得点と各課題得点の相関は、項目-合計相関と同様に、検査の信頼性（内的整合性）に関連する指標と見なすことができる。幼児では、言葉①、言葉②、視覚④、視覚⑤、記憶①、記憶②、算数の7課題が、総合得点に対して.70を超える高い相関を示した。これらの課題は、前項の分析で、幼児期に顕著な発達的变化を示したものであり、この時期の発達を評価する上で有効な指標として機能していることが示唆される。

児童青年では、幼児よりも各課題と総合得点の相関が全体的に高い傾向が見られるが、特に言葉②、言葉③、言葉④、視覚④、視覚⑤、視覚⑥、記憶①、記憶②、記憶③、算数の10課題は、総合得点に対して.80を超える高い相関を示している。言葉②、視覚④、視覚⑤、記憶①、記憶②、算数の6課題は幼児と児童青年で共通して総合得点と高い相関を示した。これらの課題は前項の分析でも幼児期から青年期にかけて持続的に得点変化が見られており、幅広い年齢範囲で有効性を発揮する課題であることがうかがわれる。一方、言葉③、視覚⑥、言葉④、記憶③の4課題は幼児よりも児童青年で総合得点との相関が高く、児童期・青年期における発達の評価に適した課題であることが示唆された。

適応行動尺度と知的機能検査の相関 適応行動尺度と知的機能検査の相互相関および知的発達症の診断、ウェクスラー式知能検査の全検査IQ（FSIQ）との相関をTable 7に示した。適応行動尺度と知的機能検査の総合点の間には、幼児

で.854、児童青年で.879の高い相関が見られ、両者の収束的妥当性が確認された。課題ごとに見ると、幼児では言葉①、言葉②、記憶①、算数の4課題で.70を超える高い相関が見られた。児童青年では全体的に幼児より高い値が示されたが、特に言葉②、言葉③、記憶①、算数の4課題では.80を超える相関が見られた。これらの課題は、前述の総合得点との相関でも高い値を示しており、知的機能検査の内的整合性に寄与するだけでなく、外部変数である適応行動の予測にも貢献していることが示された。

知的発達症の診断との相関 知的発達症の診断に対しては、適応行動が幼児で-.809、児童青年で-.753、知能機能総合点が幼児で-.812、児童青年で-.837という高い相関を示し、両者の基準関連妥当性が示された。幼児では両者が同程度の相関を示したのに対し、児童青年では適応行動の相関がやや低下した一方、知的機能との相関はわずかに向上していた。適応行動の評価については、幼児期には保護者が子どもの生活の状況をよく把握しており評価が比較的容易であるのに対し、児童青年期には正確に状況を把握していない面が増えることで、測定の妥当性が相対的に低下するものと考えられる。一方、知的機能検査は、幼少期には言語での意思疎通が困難であったり、課題場面に慣れていないなどの原因により、課題の遂行自体が難しいケースがあるが、児童青年期にはそうした遂行上の問題が生じにくいため、測定の妥当性が向上すると考えられる。

知的機能検査のうち、幼児では言葉②のみが知的発達症の診断に対して（絶対値で）.70を超える相関を示し、言葉①、視覚④、記憶①、算数は.65を超える相関を示した。児童青年では、全体的に幼児よりも高い相関が見られ、言葉②、言葉③、言葉④、視覚⑥記憶①、記憶②、記憶③、算数、処理速度が.70を超える相関を示した。こうした結果は、

Table 7 適応行動尺度と知的機能検査の相互相関および知的障害診断、ウェクスラー式知能検査との相関

	適応行動		知的障害診断		ウェクスラーFSIQ	
	幼児	児童青年	幼児	児童青年	幼児	児童青年
適応行動	-	-	-.809	-.753	-	.607
知能全検査総合	.854	.879	-.812	-.837	-	.861
言葉①理解	.724	.573	-.662	-.433	-	.371
言葉②知識	.803	.855	-.777	-.793	-	.715
言葉③反対言葉	.549	.851	-.521	-.735	-	.595
言葉④共通点	.449	.729	-.371	-.792	-	.664
視覚①-③	.674	.737	-.633	-.556	-	.687
視覚④仲間選び	.677	.762	-.686	-.669	-	.761
視覚⑤絵の欠如	.631	.709	-.620	-.596	-	.629
視覚⑥積み木の数と見え方	.536	.679	-.524	-.785	-	.593
記憶①短文復唱	.710	.818	-.668	-.779	-	.565
記憶②数の順唱	.658	.776	-.605	-.700	-	.654
記憶③数の逆唱	.379	.711	-.364	-.706	-	.659
算数	.728	.812	-.686	-.838	-	.771
処理速度	.530	.664	-.540	-.714	-	.608

注：検査得点はいずれもLOESSにより年齢調整済み。絶対値が.70以上の係数を太字で示した。知的障害診断は診断なしを0、診断ありを1としてコーディングした。ウェクスラー式知能検査は知的障害群のみ実施。幼児ではウェクスラー式知能検査のFSIQについて統計的検証に足るサンプルサイズを得られなかったため、数値を示していない。

知的機能総合点との相関や適応行動との相関のパターンとおおむね一致しており、各年齢層で内的整合性や適応行動の予測に寄与する課題が知的発達症の判別においても有効性を発揮することが示された。

ウェクスラー式知能検査との相関 ウェクスラー式知能検査は、実施上の問題で幼児については十分なサンプルサイズを得ることができなかったが、児童青年においては、適応行動が.607、知的機能総合点が.861という相関を示し、両者の併存的妥当性が確認された。適応行動との相関に着目すると、ABIT-CVの知的機能検査は.879という高い値を示したのに対し、ウェクスラー式知能検査

は.607というやや低い値に留まり、前者がより高い併存的妥当性を示した。

知的機能検査の課題ごとに見ると、言葉②、視覚④、算数が.70を超える相関、言葉④、視覚①-③、記憶②、記憶③が.65を超える相関を示した。この結果のパターンは、適応行動や知的発達症の診断との相関とおおむね一貫していたが、ウェクスラー式知能検査に類似の課題が含まれない言葉③、視覚⑥、記憶①では相対的に相関が低かった。これらの課題は、適応行動や知的発達症の診断に対しては比較的高い相関を示していることから、ABIT-CVの知的機能検査は、ウェクスラー式知能検査でカバーされていないものの適応行動の予測

や知的発達症の判定に有用性のある知的機能を捉えることに成功していると言える。これが前述のような適応行動との相関の高さにつながっていると考えられる。

4. 判別分析

知的機能検査の課題選定 前項の相関分析において、課題によって検査の信頼性・妥当性に寄与する程度が異なることが示唆されたが、検査の総合点や外在基準との相関が高い課題を機械的に選定したとしても、それらをパッケージとして組み合わせたときの知的発達症の判定精度が最大化されるとは限らない。例えば、ある課題が単体では高い判定精度を持っていたとしても、より判定精度の高い他の課題と高い相関を有する場合、それらを組み合わせて判定を行う場合には、情報の重複により独自の貢献を果たさない可能性がある。

反対に、単体ではそれほど高い判定精度を持っていない課題でも、他の課題との相関が低い場合、独自の情報をもたらすことで検査パッケージの判定精度には貢献する可能性がある。

そこで、知的発達症の診断の判定精度を最大化する課題の組み合わせを判別分析により検証する。知的発達症の診断を目的変数、知的機能検査の各課題を説明変数とした判別分析の結果を Table 8 に示す。初期モデルでは全ての課題を投入し、年齢層ごとに、標準化判別係数が.10 に満たない課題を係数の低いものから順次除外していった結果、最終的に幼児では 6 課題、児童青年では 5 課題が残った。言葉②、視覚⑥、記憶①、算数の 4 課題は幼児と児童青年の両方、視覚①-③と視覚④は幼児のみ、言葉④は児童青年のみで知的発達症の判定に貢献していることが示された。これらの課題の大部分は、前項の相関分析で検査総合点や外部

Table 8 知的障害の診断を目的変数、知的機能検査の各課題を説明変数とした判別分析の結果（標準化判別係数）

	初期モデル		最終モデル	
	幼児	児童青年	幼児	児童青年
言葉①理解	-.019	-.074		
言葉②知識	.473	.311	.469	.176
言葉③反対言葉	.066	-.175		
言葉④共通点	-.095	.144		.168
視覚①-③	.242	-.108	.213	
視覚④仲間選び	.169	.016	.200	
視覚⑤絵の欠如	.034	-.204		
視覚⑥積み木の数と見え方	.155	.374	.179	.402
記憶①短文復唱	.221	.499	.201	.346
記憶②数の順唱	-.048	-.158		
記憶③数の逆唱	.080	.161		
算数	.176	.296	.240	.383
処理速度	.078	.162		

注：.10以上の係数を太字で示した。

変数と高い相関を示しており、順当な結果と言える。ただし、視覚①-③や視覚⑥は、幼児において適応行動や知的発達症の診断とはそれほど高い相関を示していなかったが、他の課題との相関が比較的低かったため、判別分析では一定の貢献を示した。一方、相関分析では、幼児で言葉①、児童青年では言葉③、記憶②、記憶③が検査総合点や外部変数と高い相関を示していたが、判別分析では独自の寄与を示さなかった。

以上の結果を踏まえ、幼児では6課題、児童青年では5課題をABIT-CV 知的機能検査の課題として採用することとした。CHCモデルの結晶性知能、視覚処理、短期記憶、流動性知能の各概念に対応する課題が1つ以上含まれており、測定内容の領域代表性の観点から妥当性のある構成であると言える。年齢層によって使用検査が一部異なる結果となったが、言語的な意思疎通に困難がある場合も多い幼児期には、言語表出が求められない視覚①-③や視覚④を使用し、言語能力が発達した児童青年期には、より高度な概念的理解が求められる言葉④を使用するというのは、理論的に妥当性があると考えられる。また、いずれの年齢層でもCHCモデルの各概念に対応する4課題は共通して用いられるため、測定される構成概念の一貫性も保たれると考えられる。以降の分析では、これらの課題の合成得点（主成分分析により算出）を分析に用いる。

適応行動尺度と知的機能検査の重みづけ 前項の相関分析で示唆されたように、年齢層によって適応行動尺度と知的機能検査が知的発達症の判別に寄与する程度には違いがある可能性がある。そこで、年齢層ごとに、適応行動尺度と知的機能検査の各得点を説明変数として、知的発達症の診断を目的変数とする判別分析を行った結果を Table 9 に示す。幼児では適応行動が知的機能よりもやや高い説明力を示した一方、児童青年では知的機能

Table 9 知的障害の診断を目的変数、適応行動および知的機能を説明変数とした判別分析の結果
(標準化判別係数)

	幼児	児童青年
適応行動	.659	.209
知的機能	.468	.862

能が適応行動を大きく上回る説明力を示した。前項で述べたように、保護者によって生活状況を把握しやすい一方で課題の遂行に困難が生じやすい幼児期には、適応行動の評定が相対的に有効性を発揮しやすいが、保護者の把握していない面が増える一方で課題の実施が容易になる児童青年期では、知的機能検査の結果が中心的な役割を果たすようになることがうかがわれる。

今回は検査内容の検討を目的としたパイロット調査であり ABIT-CV の運用方法について最終的な判断を行うものではないが、上記の結果を踏まえば、知的発達症の判定精度を最大化する意味では、年齢層によって適応行動尺度と知的機能検査の得点の重みづけを変化させることも選択肢として考慮する必要があると考えられる。

5. 検査パッケージとしての信頼性・判別精度

Table 10 適応行動尺度および知的機能検査の内的整合性信頼性

	ω	
	幼児	児童青年
適応行動	.990	.993
知的機能	.977	.983
視覚①-③	.924	-
視覚④仲間選び	.903	-
視覚⑥積み木の数と見え方	.746	.921
言葉②知識	.929	.924
言葉④共通点	-	.939
記憶①短文復唱	.941	.926
算数	.936	.968

信頼性 Table 10 に適応行動尺度および知的機能検査の内的整合性信頼性 (ω 係数) を示した。分析には LOESS による年齢調整済みの項目得点を使用した。

適応行動尺度、知的機能検査のいずれも、全体では.977～.993 という高い値が示され、十分な信頼性が確認された。課題単位でも、幼児における視覚⑥を除いて、.90 を超える高い値が示された。視覚⑥は適用年齢が 4 歳以上の課題であり、一部

の問題は幼児には難易度が高く、分散が生じにくかったことから、内的整合性がやや低くなったものと考えられる。

知的発達症の判別精度 ABIT-CV による知的発達症の診断の判別精度を検証するため、Figure 2（幼児）および Figure 3（児童青年）に、知的発達症の診断の有無ごとの知的機能と適応行動の散布図を示した。横軸に知的機能、縦軸に適応行動の得点を取り、定型発達群を緑、知的発達症群を灰

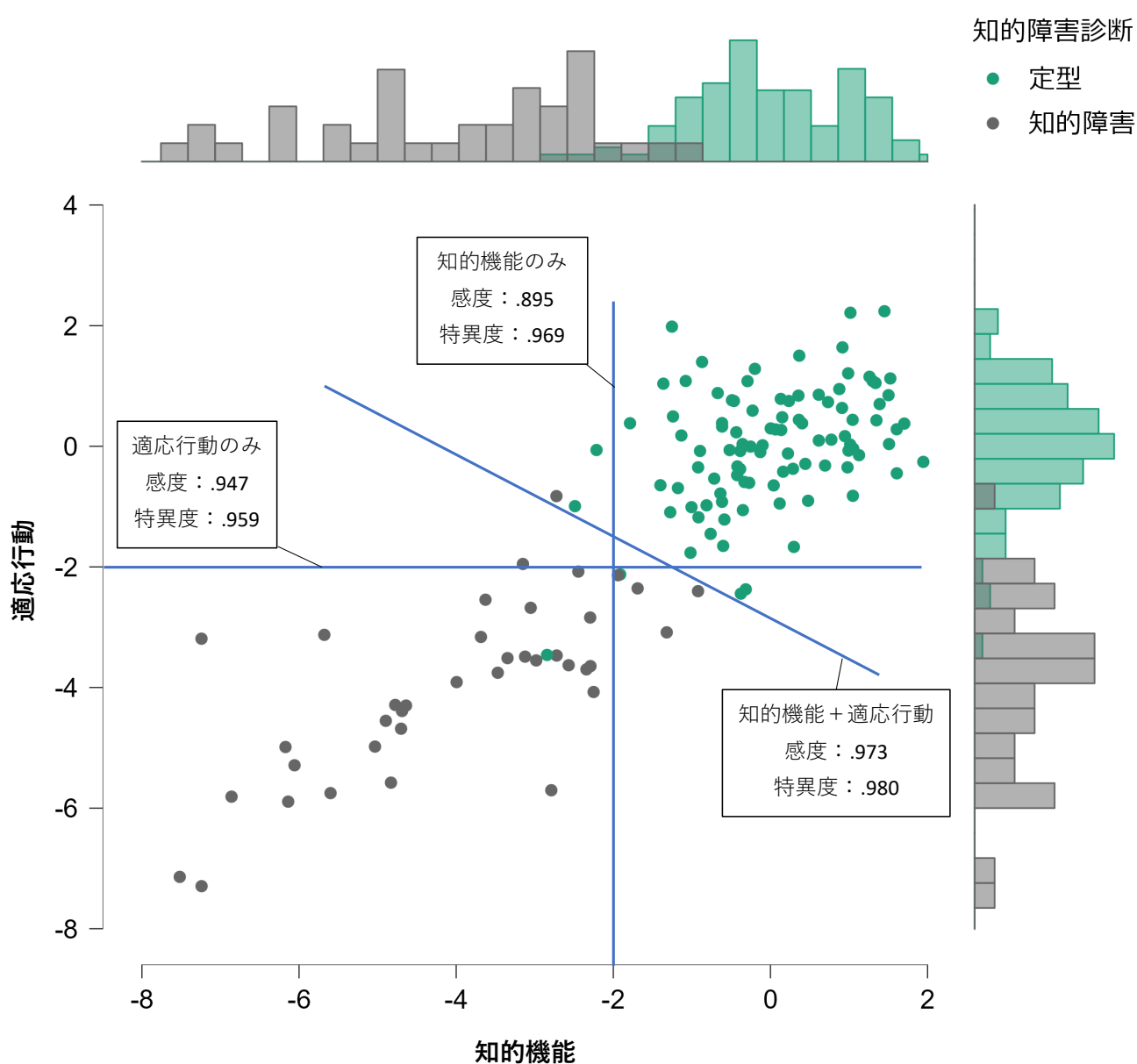


Figure 2 ABIT-CV による知的障害の診断の判別精度（幼児）

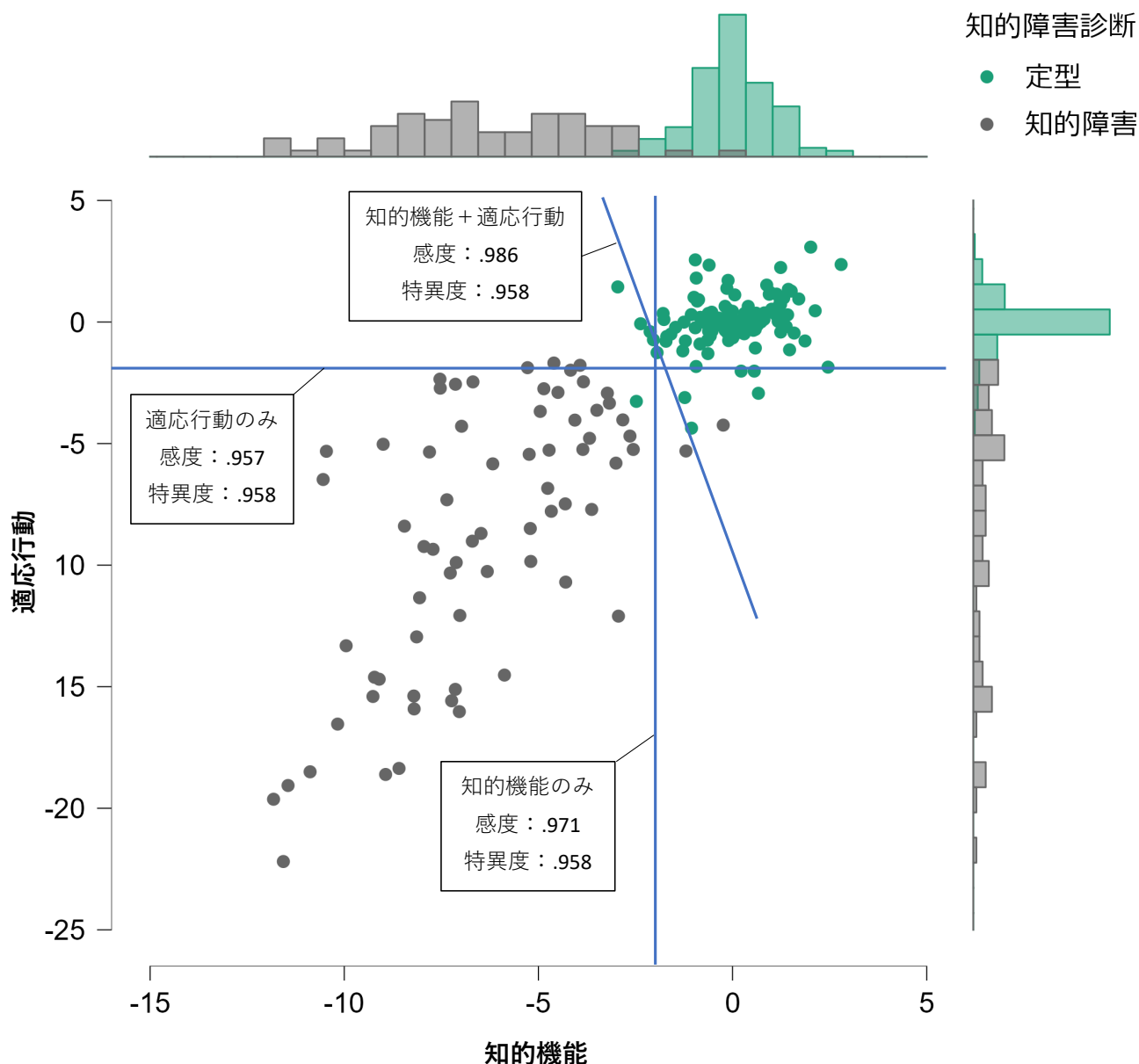


Figure 3 ABIT-CV による知的障害の診断の判別精度（児童青年）

色のプロットで示している。知的機能および適応行動の各得点は、定型発達群において平均が0、標準偏差が1になるように標準化してある。

幼児、児童青年のいずれにおいても、定型発達群は散布図の右上、知的発達症群は左下の領域に、おおむね集中的に分布しており、ABIT-CVの知的機能と適応行動の得点により、両群を明瞭に識別しうることが示されている。

ここで、仮に知的機能の得点のみで判定を行う

場合、散布図に鉛直方向の直線を引いて、その左側を陽性（知的発達症あり）、右側を陰性と判定することになる。同様に、適応行動のみで判定を行う場合、水平方向の直線を引き、下側を陽性、上側を陰性と評価することになる。また、知的機能と適応行動の合成得点で判定を行う場合、斜めの直線で散布図を分けることになるが、知的機能と適応行動の重みづけの比によって直線の角度が変化する。知的機能と適応行動を1：1で合成する場合には、斜め45度の直線（ $y=-x$ ）を引くことにな

るが、知的機能の重みづけを大きくする場合は直線の傾きが大きくなり、反対に適応行動の重みづけを大きくする場合は直線の傾きが小さくなる。ここでは前項の判別分析で得られた係数に基づき、幼児では 468 : 659、児童青年では 862 : 209 の比で、知的機能と適応行動を合成したときの結果を示した。知的機能、適応行動、合成得点のいずれについても、一般的な知的発達症の診断基準に対応して、平均-2SD をカットオフ値とした場合の結果を示している。

幼児 (Figure 2) では、適応行動のみで判定を行った場合の感度が.947、特異度が.959 であった。つまり、適応行動の得点によって、知的発達症群の 94.7%が正しく陽性と判定され、定型発達群の 95.9%が正しく陰性と判定された。一方、知的機能のみで判定を行った場合、感度は.895、特異度は.969 であり、適応行動による判定に比べ、感度がやや低下した。判別分析でも示されたように、幼児期における知的発達症の判別には、知的機能検査の得点よりも適応行動の評定が重要な役割を果たすことが再確認された。さらに、知的機能と適応行動の合成得点を用いた場合、感度は.973、特異度は.980 まで向上し、適応行動や知的機能を単独で用いるよりも、判別精度が向上することが示された。散布図の様相から、定型発達群と知的発達症群は斜め方向にずれて分布しているため、鉛直方向や水平方向ではなく、斜めに散布図を分ける合成得点を用いることが最も判別精度を高めることは、視覚的にも明らかである。

児童青年 (Figure 3) では、適応行動のみで判定を行った場合の感度が.957、特異度が.958、知的機能のみで判定を行った場合の感度が.971、特異度が.958 であり、後者の方がわずかに感度が高かった。知的機能と適応行動の合成得点を用いた場合は、感度が.986、特異度が.958 となり、さらに感度の向上が見られた。幼児の散布図 (Figure 2) と

比べると、定型発達群と知的発達症群の位置関係がやや異なり、y 軸方向 (適応行動) よりも x 軸方向 (知的機能) の位置のずれが比較的大きくなっていることから、より傾きの大きい直線 (つまり知的機能の重みづけが大きい合成得点) で散布図を分けた方が、定型発達群と知的発達症群を高い精度で判別できることが見て取れる。

こうした ABIT-CV の判別精度について、ウェクスラー式知能検査と比較してみたい。本研究では、知的発達症群においてのみウェクスラー式知能検査を実施したため、その特異度を算出することはできないが、知的発達症群の中で FSIQ が 70 を下回った参加者の割合によって感度を求めることが可能である。Figure 4 に知的発達症群における ABIT-CV 知的機能検査の得点とウェクスラー式知能検査の FSIQ の散布図を示す。両者の間には.812 という高い相関があるが、知的発達症の判別の感度は ABIT-CV 知的機能検査が.971 であるのに対し、ウェクスラー式知能検査は.796 に留まった。この結果から、少なくとも平均-2SD をカットオフ値とする場合、ABIT-CV はウェクスラー式

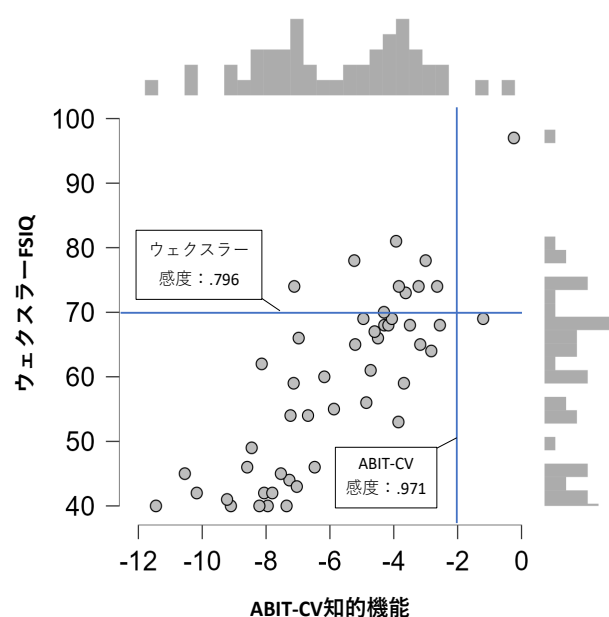


Figure 4 知的障害群における ABIT-CV 知的機能得点とウェクスラー式知能検査 FSIQ

知能検査を大きく上回る判別精度を有していると言える。相関分析において示されたように、ABIT-CV の知的機能検査には、ウェクスラー式知能検査に類似の課題が含まれないものの知的発達症の診断に関連する課題が複数含まれており、これらの課題が判別精度の高さに貢献している可能性がある。

ROC 分析 以上の分析により、ABIT-CV が知的発達症の判別に対して非常に高い精度を有すること、また、知的機能と適応行動を組み合わせることで判別の精度を高められることが確認された。しかし、判別精度の指標である感度や特異度の値は、カットオフ値の設定によっても変動するため、ROC 分析により、カットオフ値を得点範囲全体にわたって変化させたときの感度・特異度の推移を検証した (Figure 5)。幼児、児童青年のいずれにおいても、各指標が高い特異度を保ったまま、高水準の感度を実現していることが見て取れる。カットオフ値によらない判別精度の指標である AUC (ROC 曲線の下部の面積) は、幼児においては、知的機能が.988、適応行動が.989、知的機能と適応行動の合成得点が.995、児童青年においては、知的機能が.993、適応行動が.993、知的機能と適応行動の合成得点が.997 であった。AUC の経験的基準として、.60～.75 は中程度、.75～.90 は良好、.90～.97 はきわめて良好、.97～1.00 は最良の識別精度を表すとされている (Swets, 1988)。この基準に照らせば、いずれの指標も最良の判別精度を有すると言えるが、中でも知的機能と適応行動の合成得点の判別精度が特に優れていることが確認された。

D. 結論

本研究では、知的機能と適応行動を包括的に評価できる簡易なアセスメントパッケージとして ABIT-CV を新たに開発し、その性能に関するパイ

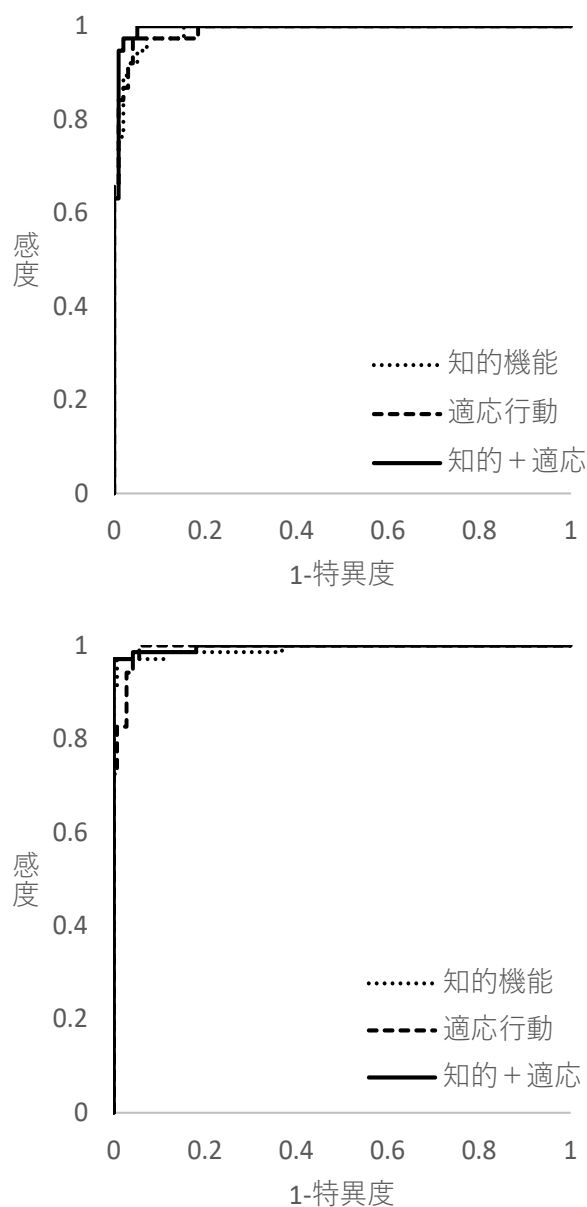


Figure 5 知的障害の診断に対する ROC 曲線
(上段が幼児、下段が児童青年)

ロット調査を実施した。その結果、以下の諸点が示された。

- ・項目分析により、知的機能検査および適応行動尺度の大部分の項目が十分な項目-合計相関を示すともに、定型発達群と知的発達症群の間で明確な得点差を示した。適応行動尺度については、項目の難易度を考慮した上で、知的発達症の判別精度の高い 95 項目を正式版の採用候補として選定した。

- ・各課題・尺度の得点は、定型発達群と知的発達症群のいずれにおいても、おおむね年齢に伴って上昇を示したが、定型発達群では知的発達症群よりも年齢に伴う得点の立ち上がりが早く、両群の発達の差異を把握できることが示された。また、課題・尺度によって定型発達群と知的発達症群の得点差が見られる年齢範囲が異なっており、こうした課題を組み合わせることで、1歳から18歳までの幅広い年齢層における知的発達症の判定が可能となることが示唆された。
- ・知的機能検査の各課題と総合点の相関から、年齢推移の分析結果と一致して、幼児期に有効性を発揮する課題、児童青年期に有効性を示す課題、年齢層を問わず有効に機能する課題があることが示された。知的機能検査と適応行動尺度の間には幼児で.854、児童青年で.879の高い相関が見られ、両者の収束的妥当性が確認された。また、両検査は知的発達症の診断やウェクスラー式知能検査のFSIQとも高い相関を示し、基準関連妥当性が確認された。
- ・知的発達症の診断を目的変数とした判別分析により、知的機能検査の13課題のうち、幼児では6課題、児童青年では5課題が判別に独自の貢献を示し、これらの課題を各年齢層における検査パッケージとして採用した。また、幼児期には適応行動が知的機能よりも知的発達症の判別に寄与するのに対し、児童青年では知的機能の寄与が大きくなることが示され、年齢層によって知的発達症の判定における適応行動と知的機能の重みづけを変化させる必要性が示唆された。
- ・上記の分析により選定された適応行動尺度および知的機能検査のパッケージは、いずれも高い信頼性(内的整合性)を有することが示された。知的発達症の判別においては、両者を年齢層に応じた重みづけで合成したときに精度が最大化され、幼児では感度.973、特異度.980、児童青年

では感度.986、特異度.958という良好な性能を発揮し、ゴールドスタンダードであるウェクスラー式知能検査の感度をも上回ることが示された。ROC分析におけるAUCは幼児で.995、児童青年で.997であり、知的発達症の診断に対して最良の判別精度を有することが確認された。

こうした結果を踏まえた次年度以降の課題として、以下の点が挙げられる。

- ・項目分析の結果を踏まえて、項目の修正、選定、追加を行う。特に、低年齢では言語による意思疎通の困難などにより知的機能検査の実施に困難をきたす場合も多いため、適応行動尺度単体でも精度の高い判定が可能となるよう、低年齢向けの項目を拡充する。
- ・改訂された検査項目を使用して、標準化および信頼性・妥当性検証のための本調査を実施する。人口分布に合わせて、全国で一般群1000名、臨床群200名を対象に調査を行う。

文献

- Flanagan, D. F., & Alfonso, V. C. (2017). *Essentials of WISC-V Assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Flanagan, D. P., Alfonso, V. C., & Reynolds, M. R. (2013). Broad and narrow CHC abilities measured and not measured by the Wechsler Scales: Moving beyond within-battery factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(2), 202–223.
- Flanagan, D. P., & Kaufman, A. S. (2009). *Essentials of WISC-IV Assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2004). *Kaufman Assessment Battery for Children—second edition (K-ABC-II)*. Circle Pines,

- MN: American Guidance Service.
- 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング. (2023). 厚生労働省 令和 4 年度障害者総合福祉推進事業費 療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究 報告書.
- 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.
- 村山 恭朗・浜田 恵 (2022). 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. 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 分担報告書.
- Ortiz, S. O., Flanagan, D. P., & Alfonso, V. C. (2017). Cross-battery Assessment Software System (X-BASS) (Version 2.0) [Computer software]. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- 櫻井 芳郎 (2000). 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).
- 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.
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240, 1285–1293.
- Wechsler, D. (2021). 日本版 WISC-V 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. (2022). *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.
- 財団法人 田中教育研究所 (2003). 田中ビネー知能検査 V 実施マニュアル. 田検出版.

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

付録1 知的機能検査の項目分析（粗点）

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
視覚①1	0.93	0.256	0.79	0.409	0.639	0.449 ***
視覚①2	0.938	0.242	0.752	0.434	0.7	0.595 ***
視覚①3	0.93	0.256	0.629	0.486	0.756	0.881 ***
視覚①4	0.942	0.234	0.705	0.458	0.756	0.745 ***
視覚②1	0.93	0.256	0.72	0.451	0.784	0.64 ***
視覚②2	0.913	0.282	0.71	0.456	0.769	0.589 ***
視覚②3	0.888	0.315	0.654	0.478	0.678	0.628 ***
視覚②4	0.897	0.305	0.673	0.471	0.764	0.615 ***
視覚②5	0.893	0.31	0.664	0.475	0.832	0.622 ***
視覚②6	0.554	0.498	0.355	0.481	0.407	0.403 ***
視覚③1	0.843	0.365	0.589	0.494	0.729	0.622 ***
視覚③2	0.698	0.46	0.439	0.499	0.6	0.549 ***
視覚③3	0.831	0.376	0.542	0.501	0.742	0.69 ***
視覚③4	0.864	0.344	0.579	0.496	0.699	0.717 ***
視覚③5	0.643	0.48	0.421	0.496	0.573	0.459 ***
視覚③6	0.479	0.501	0.29	0.456	0.406	0.389 ***
記憶①1a	0.909	0.288	0.682	0.468	0.686	0.643 ***
記憶①1b	0.905	0.294	0.71	0.456	0.67	0.554 ***
記憶①2a	0.876	0.33	0.57	0.497	0.79	0.787 ***
記憶①2b	0.868	0.339	0.551	0.5	0.794	0.8 ***
記憶①3a	0.835	0.372	0.477	0.502	0.847	0.861 ***
記憶①3b	0.835	0.372	0.467	0.501	0.844	0.883 ***
記憶①4a	0.818	0.386	0.421	0.496	0.854	0.94 ***
記憶①4b	0.831	0.376	0.402	0.493	0.861	1.033 ***
記憶①5a	0.632	0.532	0.121	0.328	0.709	1.066 ***
記憶①5b	0.702	0.485	0.243	0.431	0.781	0.98 ***
記憶①6a	0.624	0.485	0.15	0.358	0.774	1.053 ***
記憶①6b	0.607	0.489	0.131	0.339	0.751	1.062 ***
記憶①7a	0.479	0.501	0.084	0.279	0.653	0.889 ***
記憶①7b	0.574	0.495	0.112	0.317	0.731	1.03 ***
記憶①8a	0.236	0.454	0.009	0.097	0.389	0.593 ***
記憶①8b	0.07	0.256	0.009	0.097	0.226	0.277 *

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
視覚④1	0.93	0.256	0.682	0.468	0.629	0.738 ***
視覚④2	0.888	0.315	0.579	0.496	0.631	0.813 ***
視覚④3	0.818	0.386	0.542	0.501	0.728	0.65 ***
視覚④4	0.843	0.365	0.579	0.496	0.689	0.644 ***
視覚④5	0.83	0.377	0.542	0.501	0.75	0.688 ***
視覚④6	0.747	0.436	0.439	0.499	0.695	0.675 ***
視覚④7	0.714	0.453	0.327	0.471	0.734	0.843 ***
視覚④8	0.515	0.525	0.252	0.436	0.625	0.525 ***
視覚④9	0.627	0.485	0.308	0.464	0.709	0.665 ***
視覚④10	0.282	0.451	0.121	0.328	0.404	0.385 ***
視覚④11	0.523	0.501	0.159	0.367	0.648	0.785 ***
視覚④12	0.593	0.492	0.196	0.399	0.735	0.853 ***
視覚④13	0.216	0.412	0.028	0.166	0.416	0.528 ***
視覚④14	0.357	0.48	0.103	0.305	0.505	0.585 ***
視覚④15	0.39	0.489	0.121	0.328	0.541	0.602 ***

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
算数1	0.897	0.305	0.692	0.464	0.503	0.568 ***
算数2	0.884	0.321	0.645	0.481	0.555	0.635 ***
算数3	0.86	0.348	0.598	0.493	0.606	0.657 ***
算数4	0.843	0.365	0.57	0.497	0.643	0.666 ***
算数5	0.785	0.412	0.495	0.502	0.713	0.657 ***
算数6	0.822	0.383	0.477	0.502	0.691	0.817 ***
算数7	0.657	0.476	0.262	0.442	0.841	0.849 ***
算数8	0.74	0.44	0.28	0.451	0.793	1.036 ***
算数9	0.74	0.44	0.308	0.464	0.8	0.964 ***
算数10	0.665	0.473	0.299	0.46	0.823	0.781 ***
算数11	0.736	0.442	0.271	0.447	0.817	1.048 ***
算数12	0.678	0.468	0.28	0.451	0.834	0.858 ***
算数13	0.579	0.495	0.187	0.392	0.805	0.841 ***
算数14	0.636	0.482	0.206	0.406	0.842	0.936 ***
算数15	0.57	0.496	0.215	0.413	0.86	0.752 ***
算数16	0.599	0.491	0.187	0.392	0.847	0.89 ***
算数17	0.488	0.525	0.131	0.339	0.802	0.749 ***
算数18	0.446	0.498	0.084	0.279	0.838	0.818 ***
算数19	0.479	0.501	0.084	0.279	0.837	0.889 ***
算数20	0.343	0.476	0.028	0.166	0.756	0.774 ***
算数21	0.45	0.499	0.103	0.305	0.832	0.775 ***
算数22	0.446	0.498	0.075	0.264	0.849	0.844 ***
算数23	0.318	0.467	0.028	0.166	0.711	0.726 ***
算数24	0.326	0.47	0.019	0.136	0.708	0.772 ***
算数25	0.306	0.462	0.037	0.191	0.703	0.673 ***
算数26	0.438	0.497	0.056	0.231	0.844	0.881 ***
算数27	0.376	0.485	0.047	0.212	0.776	0.782 ***
算数28	0.326	0.47	0.009	0.097	0.727	0.802 ***
算数29	0.19	0.393	0	0	0.545	
算数30	0.306	0.462	0.009	0.097	0.707	0.763 ***
算数31	0.058	0.234	0	0	0.307	
算数32	0.219	0.414	0	0	0.598	

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
言葉①1	0.946	0.226	0.776	0.419	0.775	0.571 ***
言葉①2	0.955	0.209	0.785	0.413	0.751	0.591 ***
言葉①3	0.95	0.218	0.794	0.406	0.749	0.541 ***
言葉①4	0.971	0.168	0.832	0.376	0.677	0.556 ***
言葉①5	0.967	0.179	0.822	0.384	0.707	0.557 ***
言葉①6	0.942	0.234	0.757	0.431	0.772	0.602 ***
言葉①7	0.913	0.283	0.701	0.46	0.823	0.611 ***
言葉①8	0.95	0.218	0.748	0.436	0.804	0.672 ***
言葉①9	0.963	0.19	0.748	0.436	0.793	0.746 ***
言葉①10	0.946	0.226	0.72	0.451	0.808	0.725 ***
言葉①11	0.926	0.263	0.729	0.447	0.83	0.596 ***
言葉①12	0.913	0.282	0.673	0.471	0.848	0.685 ***
言葉①13	0.864	0.344	0.626	0.486	0.824	0.605 ***
言葉①14	0.888	0.315	0.682	0.468	0.806	0.559 ***
言葉①15	0.888	0.316	0.664	0.475	0.849	0.603 ***
言葉①16	0.88	0.325	0.692	0.464	0.846	0.505 ***
言葉①17	0.897	0.305	0.692	0.464	0.849	0.568 ***
言葉①18	0.773	0.42	0.579	0.496	0.812	0.435 ***
言葉①19	0.901	0.3	0.682	0.468	0.839	0.608 ***
言葉①20	0.839	0.368	0.598	0.493	0.844	0.587 ***
言葉①21	0.678	0.468	0.486	0.502	0.74	0.4 ***
言葉①22	0.693	0.462	0.477	0.502	0.769	0.456 ***
言葉①23	0.785	0.412	0.551	0.5	0.845	0.531 ***
言葉①24	0.785	0.412	0.561	0.499	0.858	0.51 ***
言葉①25	0.723	0.448	0.505	0.502	0.815	0.469 ***
言葉①26	0.785	0.412	0.561	0.499	0.859	0.51 ***
言葉①27	0.736	0.442	0.533	0.501	0.832	0.44 ***
言葉①28	0.736	0.442	0.505	0.502	0.812	0.501 ***

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
言葉②1	0.926	0.263	0.682	0.468	0.656	0.718 ***
言葉②2	0.934	0.249	0.682	0.468	0.642	0.759 ***
言葉②3	0.884	0.321	0.607	0.491	0.705	0.727 ***
言葉②4	0.893	0.31	0.579	0.496	0.712	0.831 ***
言葉②5	0.901	0.3	0.607	0.491	0.719	0.796 ***
言葉②6	0.909	0.288	0.607	0.491	0.71	0.833 ***
言葉②7	0.826	0.38	0.402	0.493	0.811	1.017 ***
言葉②8	0.793	0.406	0.421	0.496	0.802	0.857 ***
言葉②9	0.785	0.412	0.346	0.478	0.788	1.015 ***
言葉②10	0.574	0.495	0.159	0.367	0.788	0.903 ***
言葉②11	0.591	0.493	0.206	0.406	0.79	0.823 ***
言葉②12	0.62	0.486	0.168	0.376	0.749	0.991 ***
言葉②13	0.651	0.478	0.196	0.399	0.805	1.001 ***
言葉②14	0.335	0.473	0.047	0.212	0.542	0.7 ***
言葉②15	0.281	0.45	0	0	0.509	
言葉②16	0.347	0.477	0.037	0.191	0.59	0.753 ***
言葉②17	0.227	0.42	0.037	0.191	0.473	0.52 ***
言葉③1	0.808	0.395	0.333	0.474	0.865	1.123 ***
言葉③2	0.773	0.42	0.313	0.466	0.874	1.054 ***
言葉③3	0.854	0.354	0.384	0.489	0.868	1.162 ***
言葉③4	0.914	0.281	0.434	0.498	0.821	1.305 ***
言葉③5	0.894	0.309	0.384	0.489	0.869	1.349 ***
言葉③6	0.864	0.344	0.384	0.489	0.883	1.205 ***
言葉③7	0.864	0.344	0.374	0.486	0.856	1.234 ***
言葉③8	0.652	0.478	0.182	0.388	0.769	1.044 ***
言葉③9	0.657	0.476	0.242	0.431	0.788	0.897 ***
言葉③10	0.576	0.495	0.222	0.418	0.72	0.75 ***
言葉③11	0.677	0.469	0.293	0.457	0.822	0.825 ***
言葉③12	0.198	0.399	0	0	0.348	

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
記憶②1a	0.905	0.294	0.701	0.46	0.672	0.578 ***
記憶②1b	0.901	0.3	0.692	0.464	0.686	0.585 ***
記憶②2a	0.86	0.348	0.579	0.496	0.772	0.702 ***
記憶②2b	0.86	0.348	0.551	0.5	0.779	0.769 ***
記憶②3a	0.839	0.368	0.505	0.502	0.808	0.807 ***
記憶②3b	0.806	0.396	0.486	0.502	0.799	0.741 ***
記憶②4a	0.748	0.435	0.327	0.471	0.784	0.943 ***
記憶②4b	0.669	0.471	0.29	0.456	0.767	0.814 ***
記憶②5a	0.558	0.498	0.206	0.406	0.712	0.747 ***
記憶②5b	0.479	0.501	0.103	0.305	0.655	0.837 ***
記憶②6a	0.236	0.425	0.056	0.231	0.511	0.476 ***
記憶②6b	0.264	0.442	0.028	0.166	0.521	0.623 ***
記憶②7a	0.128	0.335	0.009	0.097	0.408	0.418 ***
記憶②7b	0.066	0.249	0.019	0.136	0.328	0.216
記憶②8a	0.033	0.179	0	0	0.247	
記憶②8b	0.037	0.21	0	0	0.218	
記憶③1a	1	0	0.416	0.496	0.701	
記憶③1b	1	0	0.403	0.494	0.695	
記憶③2a	0.906	0.293	0.312	0.466	0.672	1.656 ***
記憶③2b	0.849	0.359	0.325	0.471	0.695	1.314 ***
記憶③3a	0.65	0.478	0.104	0.307	0.658	1.268 ***
記憶③3b	0.606	0.49	0.195	0.399	0.678	0.89 ***
記憶③4a	0.256	0.438	0.052	0.223	0.479	0.535 ***
記憶③4b	0.381	0.487	0.065	0.248	0.564	0.745 ***
記憶③5a	0.05	0.219	0.013	0.114	0.29	0.194
記憶③5b	0.15	0.358	0.026	0.16	0.425	0.402 **

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
視覚⑤1	0.784	0.412	0.481	0.502	0.735	0.687 ***
視覚⑤2	0.483	0.501	0.255	0.438	0.513	0.474 ***
視覚⑤3	0.859	0.349	0.557	0.499	0.72	0.755 ***
視覚⑤4	0.705	0.457	0.396	0.491	0.718	0.661 ***
視覚⑤5	0.423	0.495	0.189	0.393	0.538	0.503 ***
視覚⑤6	0.588	0.493	0.368	0.485	0.682	0.448 ***
視覚⑤7	0.583	0.494	0.208	0.407	0.688	0.801 ***
視覚⑥1a	0.934	0.248	0.475	0.502	0.491	1.301 ***
視覚⑥1b	0.49	0.501	0.091	0.289	0.536	0.902 ***
視覚⑥2a	0.854	0.354	0.495	0.503	0.464	0.875 ***
視覚⑥2b	0.444	0.498	0.121	0.328	0.513	0.72 ***
視覚⑥3a	0.803	0.399	0.242	0.431	0.706	1.369 ***
視覚⑥3b	0.662	0.474	0.111	0.316	0.707	1.285 ***
視覚⑥4a	0.695	0.461	0.202	0.404	0.752	1.114 ***
視覚⑥4b	0.52	0.501	0.061	0.24	0.682	1.064 ***
視覚⑥5a	0.797	0.403	0.212	0.411	0.751	1.441 ***
視覚⑥5b	0.52	0.501	0.071	0.258	0.742	1.032 ***
視覚⑥6a	0.586	0.494	0.141	0.35	0.726	0.985 ***
視覚⑥6b	0.561	0.508	0.091	0.289	0.733	1.051 ***
言葉④1	0.783	0.413	0.253	0.437	0.744	1.259 ***
言葉④2	0.742	0.438	0.232	0.424	0.827	1.176 ***
言葉④3	0.672	0.471	0.141	0.35	0.792	1.221 ***
言葉④4	0.717	0.452	0.263	0.442	0.825	1.014 ***
言葉④5	0.697	0.461	0.192	0.396	0.858	1.147 ***
言葉④6	0.631	0.484	0.152	0.36	0.794	1.075 ***
言葉④7	0.596	0.492	0.121	0.328	0.843	1.069 ***
言葉④8	0.712	0.454	0.222	0.418	0.799	1.108 ***
言葉④9	0.636	0.482	0.111	0.316	0.752	1.21 ***
言葉④10	0.52	0.501	0.101	0.303	0.756	0.942 ***
言葉④11	0.369	0.484	0.04	0.198	0.59	0.798 ***
言葉④12	0.551	0.499	0.131	0.339	0.8	0.927 ***
言葉④13	0.384	0.488	0.051	0.22	0.636	0.797 ***
言葉④14	0.288	0.454	0.051	0.22	0.54	0.605 ***
言葉④15	0.237	0.461	0	0	0.452	

付録2 適応行動尺度の項目分析（粗点）

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動1	やりとり遊び	1.99	0.14	1.88	0.43	.284	0.41***
適応行動2	指差した方を見る	1.99	0.13	1.85	0.43	.317	0.54***
適応行動3	表情をまねる	1.99	0.09	1.64	0.71	.437	0.90***
適応行動4	動きをまねる	1.99	0.09	1.89	0.40	.299	0.45***
適応行動5	「だめ」を理解	1.99	0.09	1.92	0.31	.268	0.40***
適応行動6	「いいよ」を理解	1.98	0.17	1.93	0.26	.331	0.27*
適応行動7	「ちょうだい」を理解	2.00	0.00	1.84	0.44	.325	
適応行動8	欲しい物を指差す	2.00	0.06	1.86	0.47	.272	0.52***
適応行動9	電話の機能を理解	1.99	0.09	1.79	0.56	.353	0.62***
適応行動10	「ママ」「パパ」と言う	1.98	0.22	1.73	0.67	.419	0.60***
適応行動11	簡単な指示に従う	1.99	0.14	1.85	0.47	.338	0.48***
適応行動12	フォークで食べる	1.99	0.11	1.90	0.39	.300	0.39***
適応行動13	聞かれた物を指さす	1.98	0.22	1.75	0.60	.420	0.60***
適応行動14	3つ以上の物の名前を言う	1.99	0.14	1.75	0.66	.384	0.63***
適応行動15	両足でジャンプ	1.96	0.25	1.81	0.52	.404	0.41***
適応行動16	電子機器のスイッチを入れる	1.97	0.19	1.89	0.44	.333	0.29*
適応行動17	「多い」「少ない」を理解	1.95	0.27	1.64	0.69	.529	0.71***
適応行動18	質問に答える	1.93	0.35	1.49	0.83	.573	0.83***
適応行動19	転ばずに走る	1.98	0.13	1.82	0.55	.335	0.50***
適応行動20	食器を片づける	1.95	0.28	1.75	0.57	.470	0.51***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動21	ページをめくる	1.99	0.11	1.91	0.38	.255	0.36**
適応行動22	他の子どもに関わる	1.95	0.27	1.47	0.81	.554	0.97***
適応行動23	見立て遊び	1.97	0.21	1.63	0.68	.504	0.83***
適応行動24	自分の名前を答える	1.91	0.38	1.55	0.82	.576	0.65***
適応行動25	「ありがとう」と言う	1.93	0.32	1.57	0.73	.574	0.75***
適応行動26	5つ以上の体の部位を理解	1.91	0.39	1.67	0.67	.543	0.47***
適応行動27	下着、ズボンなどをはく	1.88	0.41	1.78	0.57	.528	0.23*
適応行動28	「もし～なら・・・」に従う	1.88	0.41	1.53	0.76	.646	0.64***
適応行動29	「何」「どこ」と聞く	1.91	0.41	1.38	0.87	.618	0.89***
適応行動30	感情を言葉で表す	1.90	0.42	1.39	0.84	.638	0.88***
適応行動31	経験を話す	1.88	0.44	1.29	0.88	.682	0.98***
適応行動32	年齢を答える	1.84	0.52	1.41	0.87	.674	0.66***
適応行動33	友達がいる	1.85	0.49	1.28	0.91	.686	0.88***
適応行動34	「～の」と言う	1.90	0.42	1.48	0.83	.617	0.73***
適応行動35	ごっこ遊び	1.85	0.49	1.19	0.92	.722	1.01***
適応行動36	「中に」「上に」「下に」を使う	1.82	0.55	1.23	0.90	.725	0.87***
適応行動37	フルネームを答える	1.81	0.56	1.45	0.85	.687	0.55***
適応行動38	鉛筆を正しく持つ	1.64	0.72	1.34	0.85	.786	0.40***
適応行動39	100語以上の言葉を話す	1.79	0.56	1.30	0.90	.735	0.72***
適応行動40	6つ以上の色の名前の理解	1.85	0.53	1.57	0.81	.607	0.44***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動41	「だれ」「どうして」と聞く	1.84	0.53	1.17	0.94	.731	0.98***
適応行動42	食事の最中や後に顔や手を拭く	1.78	0.57	1.34	0.80	.759	0.68***
適応行動43	遊具に昇り降り	1.84	0.52	1.61	0.75	.624	0.40***
適応行動44	ジッパを開け閉め	1.80	0.56	1.54	0.78	.673	0.41***
適応行動45	はさみの開閉	1.79	0.58	1.57	0.79	.674	0.34**
適応行動46	15分以上、話を聞く	1.76	0.61	1.34	0.84	.731	0.61***
適応行動47	足を交互に使用して階段を下りる	1.84	0.52	1.64	0.77	.605	0.34**
適応行動48	「いつ」と聞く	1.76	0.62	1.10	0.96	.777	0.89***
適応行動49	人の行動を後でまねる	1.80	0.57	1.31	0.88	.716	0.72***
適応行動50	字義通りでない言い回しを理解	1.73	0.64	1.14	0.96	.782	0.79***
適応行動51	「～の後ろ」「～の前」を使う	1.80	0.57	1.16	0.91	.750	0.92***
適応行動52	現在と過去を区別して表現	1.78	0.60	1.10	0.91	.773	0.95***
適応行動53	気遣いや共感を示す	1.83	0.55	1.31	0.92	.685	0.77***
適応行動54	「おはよう」「こんにちは」を言う	1.79	0.57	1.22	0.84	.743	0.85***
適応行動55	食事の挨拶をする	1.80	0.57	1.40	0.83	.716	0.60***
適応行動56	10個までの物を数える	1.79	0.58	1.45	0.83	.689	0.52***
適応行動57	車に乗っている時の行動の理解	1.68	0.67	1.34	0.84	.782	0.48***
適応行動58	片足でジャンプ	1.71	0.68	1.22	0.90	.788	0.64***
適応行動59	2つ以上の物をのりでくっつける	1.73	0.66	1.37	0.85	.752	0.49***
適応行動60	単語を正しく発音	1.69	0.68	1.06	0.90	.812	0.85***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関		Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
適応行動61	かき混ぜる調理の手伝い	1.71	0.65	1.24	0.82	.786		0.66***
適応行動62	困っている人に手助け	1.74	0.62	1.19	0.88	.776		0.77***
適応行動63	丸を書く	1.78	0.60	1.49	0.81	.708		0.44***
適応行動64	簡単な集団遊び	1.77	0.61	1.06	0.88	.794		1.02***
適応行動65	物語の簡単なあら筋を話す	1.73	0.66	0.86	0.94	.803		1.15***
適応行動66	声の大きさ、リズムを適切に調整	1.72	0.66	1.12	0.84	.792		0.84***
適応行動67	「ごめんなさい」を言う	1.72	0.63	1.18	0.86	.791		0.77***
適応行動68	他の人の好き嫌いについて話す	1.72	0.69	0.83	0.97	.815		1.12***
適応行動69	おもちゃや所有物を共有する	1.70	0.65	1.16	0.87	.807		0.75***
適応行動70	人の顔を描く	1.69	0.71	1.22	0.96	.768		0.60***
適応行動71	5分以上前に聞いた指示を実行	1.67	0.68	0.96	0.85	.857		0.96***
適応行動72	小さなボタンをとめる	1.65	0.72	1.22	0.92	.780		0.55***
適応行動73	じゃんけんができる	1.67	0.72	1.08	0.92	.835		0.77***
適応行動74	しりとりができる	1.61	0.78	0.91	0.92	.867		0.85***
適応行動75	時計の機能を理解	1.58	0.77	0.94	0.91	.864		0.79***
適応行動76	1個以上のひらがなを読む	1.69	0.72	1.46	0.87	.714		0.31**
適応行動77	ひらがなで書かれた自分の名前を読む	1.68	0.72	1.42	0.90	.729		0.34**
適応行動78	塗り絵をほぼはみ出さずに塗る	1.53	0.81	1.00	0.93	.853		0.63***
適応行動79	助詞をほぼ間違えなく使う	1.63	0.75	0.85	0.88	.851		0.99***
適応行動80	共通の興味を持つ人と会話	1.57	0.80	0.72	0.92	.864		1.02***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動81	自分と他人の距離を適度に保つ	1.60	0.76	0.97	0.86	.852	0.80***
適応行動82	10個以上のひらがなを読む	1.60	0.79	1.31	0.95	.767	0.35**
適応行動83	人に簡単な指示	1.61	0.75	0.82	0.91	.869	0.98***
適応行動84	友達と遊びに出かける	1.60	0.76	0.94	0.91	.865	0.82***
適応行動85	こぼさずに箸を使う	1.53	0.80	0.89	0.94	.886	0.76***
適応行動86	スキップをする	1.57	0.81	0.81	0.93	.855	0.89***
適応行動87	スムーズな話題の移行	1.57	0.78	0.73	0.90	.877	1.03***
適応行動88	場に合った感情表現	1.56	0.78	0.68	0.86	.864	1.08***
適応行動89	30分以上、話を聞く	1.50	0.82	0.77	0.89	.886	0.88***
適応行動90	名前をひらがなで書く	1.51	0.86	1.05	0.99	.847	0.51***
適応行動91	「貸して」と言う	1.61	0.77	0.91	0.92	.878	0.87***
適応行動92	消しゴムを使う	1.52	0.82	0.94	0.92	.877	0.68***
適応行動93	車道を渡る時に左右を確認	1.54	0.78	0.81	0.90	.896	0.89***
適応行動94	花、車、人などの絵を描く	1.53	0.82	0.82	0.92	.886	0.84***
適応行動95	「厚い」「薄い」「薄い」を理解	1.53	0.82	0.80	0.93	.877	0.86***
適応行動96	自分から会話を切り出す	1.50	0.81	0.70	0.89	.889	0.95***
適応行動97	すべてのひらがなを読む	1.50	0.85	1.00	0.97	.864	0.56***
適応行動98	自分の誕生日が言える	1.51	0.84	0.82	0.95	.887	0.78***
適応行動99	電話で3分以上会話	1.43	0.85	0.65	0.87	.881	0.91***
適応行動100	簡単なボードゲーム	1.50	0.82	0.74	0.92	.909	0.89***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動101	正しい方向で文を書く	1.39	0.87	0.81	0.91	.911	0.66***
適応行動102	10個以上のひらがなを書く	1.46	0.88	1.04	0.99	.857	0.47***
適応行動103	1から10までの数字を書く	1.48	0.86	1.04	0.99	.861	0.50***
適応行動104	自分のフルネームをひらがなで書く	1.48	0.87	1.04	0.99	.859	0.48***
適応行動105	かくれんぼで隠れる	1.42	0.87	0.78	0.94	.907	0.73***
適応行動106	10分以上、会話を続ける	1.36	0.89	0.53	0.82	.899	0.95***
適応行動107	パソコンなどの簡単な操作	1.47	0.87	1.00	0.94	.869	0.53***
適応行動108	信号を守って道路を渡る	1.50	0.85	0.89	0.92	.893	0.70***
適応行動109	文字で書かれた促音を読む	1.43	0.87	0.91	0.96	.878	0.58***
適応行動110	人に紹介されたときの振る舞い	1.34	0.88	0.68	0.83	.905	0.76***
適応行動111	10個以上のカタカナを読む	1.45	0.88	1.02	0.98	.860	0.47***
適応行動112	人前で意地悪なことを言わない	1.41	0.86	0.67	0.87	.910	0.85***
適応行動113	紐を結ぶ	1.20	0.93	0.68	0.93	.862	0.56***
適応行動114	雨や寒いときに適切な服を選ぶ	1.33	0.87	0.65	0.85	.909	0.78***
適応行動115	小さなケガの手当て	1.30	0.90	0.65	0.85	.898	0.73***
適応行動116	30分以上、話を聞く	1.36	0.90	0.68	0.86	.911	0.76***
適応行動117	全ての硬貨の名前を言う	1.27	0.92	0.63	0.89	.891	0.71***
適応行動118	気持ちは言わなければ伝わらないことを理解	1.30	0.89	0.54	0.82	.884	0.87***
適応行動119	はさみで複雑な形を切る	1.33	0.91	0.65	0.87	.900	0.76***
適応行動120	今が何月であるかを答える	1.41	0.89	0.79	0.94	.909	0.69***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動121	今日の曜日を答える	1.38	0.89	0.78	0.95	.905	0.66***
適応行動122	体温計を使って体温を測る	1.38	0.90	0.76	0.92	.904	0.69***
適応行動123	補助輪なしの自転車に乗る	1.26	0.95	0.58	0.90	.846	0.73***
適応行動124	すべてのひらがなを書く	1.35	0.93	0.76	0.94	.890	0.64***
適応行動125	1から100まで順番に数を言う	1.41	0.90	0.70	0.92	.907	0.78***
適応行動126	デジタル時計の時刻を言う	1.39	0.89	0.71	0.91	.916	0.76***
適応行動127	簡単な文を書く	1.31	0.93	0.65	0.87	.907	0.72***
適応行動128	自分や他人のプライバシーを理解	1.30	0.91	0.61	0.86	.893	0.77***
適応行動129	10以下の足し算	1.38	0.90	0.77	0.95	.912	0.67***
適応行動130	簡単な助数詞を正しく使う	1.38	0.89	0.63	0.84	.896	0.86***
適応行動131	シャワーの温度を調整	1.23	0.92	0.60	0.86	.874	0.70***
適応行動132	アナログ時計で30分刻みの時刻を読む	1.34	0.91	0.70	0.92	.903	0.70***
適応行動133	短期的な目標を話す	1.30	0.93	0.46	0.74	.883	0.96***
適応行動134	「～は」「～へ」を正しく読む	1.32	0.93	0.66	0.90	.887	0.71***
適応行動135	四季の主な行事を知っている	1.40	0.90	0.73	0.92	.916	0.74***
適応行動136	50ピース程度のジグソーパズル	1.35	0.90	0.57	0.81	.879	0.89***
適応行動137	経験や想像を絵に描く	1.36	0.92	0.50	0.76	.887	0.99***
適応行動138	「右」「左」を理解	1.36	0.90	0.65	0.85	.894	0.80***
適応行動139	10個以上の漢字を書く	1.21	0.96	0.67	0.93	.878	0.57***
適応行動140	洗濯物をたたんで、しまう	1.25	0.90	0.56	0.79	.860	0.79***

項目	概要	定型発達群				知的障害群				修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		M		SD		M		SD			
適応行動141	自分で電話をかける	1.15	0.93	0.39	0.71			.849		0.87***	
適応行動142	危険な活動を避ける	1.35	0.90	0.67	0.90			.904		0.75***	
適応行動143	10以下の数の引き算	1.31	0.93	0.72	0.94			.901		0.64***	
適応行動144	あいいうえお順に単語を並べる	1.36	0.91	0.57	0.85			.898		0.88***	
適応行動145	価格の違いを理解	1.22	0.94	0.45	0.74			.864		0.87***	
適応行動146	3つ以上の文を含む手紙を書く	1.28	0.93	0.50	0.79			.891		0.87***	
適応行動147	電子レンジを正しく使う	1.02	0.92	0.49	0.74			.839		0.62***	
適応行動148	物事の計画や役割分担に協力	1.17	0.93	0.50	0.73			.880		0.78***	
適応行動149	食事中に口に物を入れたまま話さない	1.19	0.91	0.50	0.79			.860		0.79***	
適応行動150	お金を安全に持ち運ぶ	1.23	0.93	0.55	0.83			.891		0.75***	
適応行動151	アナログ時計で5分刻みの時刻を読む	1.24	0.95	0.57	0.87			.881		0.72***	
適応行動152	複数のカードゲームやテレビゲーム	1.26	0.93	0.51	0.79			.893		0.84***	
適応行動153	ちょうちょ結び	0.98	0.94	0.44	0.77			.803		0.61***	
適応行動154	電話番号を正しく言う	0.84	0.94	0.26	0.63			.702		0.67***	
適応行動155	キーボードで文字を入力	1.06	0.97	0.46	0.80			.824		0.65***	
適応行動156	全ての紙幣の名前を正しく言う	1.15	0.96	0.48	0.78			.857		0.74***	
適応行動157	食事で使用した皿を洗う	1.05	0.94	0.51	0.78			.835		0.61***	
適応行動158	ちょっとしたたからかいをユーモアと理解	1.13	0.95	0.37	0.71			.841		0.85***	
適応行動159	50以上の漢字を書く	1.06	0.99	0.44	0.80			.822		0.67***	
適応行動160	門限を守って帰宅	1.05	0.96	0.41	0.73			.833		0.72***	

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動161	硬貨の価値を正確に理解	1.09	0.96	0.38	0.71	.847	0.79***
適応行動162	保護者に予定を話す	1.15	0.97	0.38	0.71	.854	0.85***
適応行動163	小学2年生レベルの教材を理解	1.12	0.97	0.46	0.77	.862	0.73***
適応行動164	床拭き、掃除機	1.01	0.93	0.39	0.68	.828	0.72***
適応行動165	テレビやラジオから情報を得る	1.12	0.97	0.47	0.79	.856	0.71***
適応行動166	緊急時の電話番号がわかる	0.95	0.93	0.25	0.53	.786	0.83***
適応行動167	秘密を丸一日以上、黙っていられる	1.07	0.97	0.35	0.66	.826	0.82***
適応行動168	自宅の住所を正しく言える	0.88	0.93	0.37	0.71	.777	0.59***
適応行動169	レストランで食事を注文	0.97	0.93	0.39	0.70	.819	0.67***
適応行動170	人に複雑な指示	0.89	0.91	0.13	0.37	.759	0.97***
適応行動171	工具を使う	0.86	0.90	0.29	0.58	.761	0.70***
適応行動172	おつりを正確に計算	0.92	0.94	0.26	0.57	.778	0.78***
適応行動173	手紙に住所を書く	0.91	0.92	0.34	0.66	.791	0.67***
適応行動174	危険な関係や状況を回避	1.07	0.98	0.37	0.72	.830	0.76***
適応行動175	複雑なスポーツやゲームのルールを守る	0.97	0.95	0.24	0.53	.801	0.86***
適応行動176	休憩の時間を守る	1.03	0.96	0.37	0.72	.825	0.74***
適応行動177	薬を指示どおりに飲む	0.95	0.92	0.40	0.74	.817	0.63***
適応行動178	会話中の非言語的なサインを理解	0.90	0.92	0.12	0.38	.756	0.98***
適応行動179	小学4年生レベルの教材を理解	0.88	0.97	0.19	0.46	.745	0.82***
適応行動180	相手の興味を話題にして会話を始める	0.95	0.94	0.15	0.43	.773	0.97***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動181	長期的な目標を述べる	0.97	0.96	0.26	0.62	.782	0.81***
適応行動182	コンロやオーブンを使う	0.74	0.88	0.16	0.46	.702	0.76***
適応行動183	原稿用紙2～3枚以上の文章を書く	0.84	0.93	0.07	0.25	.714	0.99***
適応行動184	仲間に気遣いができる	1.03	0.98	0.22	0.59	.796	0.91***
適応行動185	10以上の文からなる手紙を書く	0.90	0.95	0.18	0.51	.754	0.86***
適応行動186	計量が必要な料理	0.77	0.87	0.17	0.47	.724	0.79***
適応行動187	厳しい指摘を受けても、気持ちを保つ	0.80	0.88	0.12	0.38	.721	0.89***
適応行動188	物事を判断する前に予測を立てる	0.86	0.94	0.16	0.46	.735	0.85***
適応行動189	パソコンで複雑な作業	0.67	0.88	0.14	0.47	.644	0.68***
適応行動190	質と値段を評価して買い物	0.75	0.91	0.14	0.44	.685	0.77***
適応行動191	小学6年生レベルの教材を理解	0.72	0.92	0.05	0.25	.639	0.86***
適応行動192	初めて行く場所で10km以上の移動	0.61	0.83	0.11	0.35	.629	0.69***
適応行動193	衣類を洗濯	0.50	0.74	0.12	0.36	.602	0.59***
適応行動194	自分で預金を管理	0.60	0.83	0.03	0.17	.602	0.82***
適応行動195	新聞を習慣的に読む	0.48	0.75	0.04	0.19	.549	0.69***

付録3 知的機能検査の項目分析（年齢調整済み得点）

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
視覚①1	0.063	0.22	-0.112	0.374	0.538	0.634 ***
視覚①2	0.075	0.214	-0.143	0.388	0.629	0.787 ***
視覚①3	0.114	0.221	-0.218	0.429	0.705	1.11 ***
視覚①4	0.088	0.21	-0.176	0.417	0.729	0.915 ***
視覚②1	0.088	0.213	-0.164	0.4	0.73	0.889 ***
視覚②2	0.09	0.232	-0.155	0.415	0.71	0.819 ***
視覚②3	0.096	0.285	-0.176	0.444	0.641	0.797 ***
視覚②4	0.108	0.24	-0.166	0.422	0.682	0.892 ***
視覚②5	0.102	0.229	-0.182	0.427	0.774	0.939 ***
視覚②6	0.071	0.427	-0.159	0.474	0.23	0.521 ***
視覚③1	0.109	0.276	-0.203	0.454	0.625	0.917 ***
視覚③2	0.108	0.372	-0.209	0.443	0.426	0.801 ***
視覚③3	0.122	0.268	-0.23	0.422	0.606	1.093 ***
視覚③4	0.11	0.283	-0.22	0.447	0.601	0.966 ***
視覚③5	0.087	0.379	-0.184	0.439	0.383	0.681 ***
視覚③6	0.07	0.403	-0.158	0.448	0.187	0.546 ***
記憶①1a	0.085	0.228	-0.182	0.433	0.589	0.875 ***
記憶①1b	0.082	0.231	-0.157	0.424	0.566	0.79 ***
記憶①2a	0.111	0.238	-0.247	0.455	0.717	1.12 ***
記憶①2b	0.118	0.257	-0.249	0.448	0.721	1.122 ***
記憶①3a	0.147	0.249	-0.273	0.436	0.774	1.32 ***
記憶①3b	0.145	0.238	-0.287	0.438	0.769	1.38 ***
記憶①4a	0.158	0.248	-0.304	0.449	0.795	1.429 ***
記憶①4b	0.165	0.246	-0.327	0.437	0.807	1.551 ***
記憶①5a	0.191	0.397	-0.373	0.336	0.587	1.486 ***
記憶①5b	0.174	0.346	-0.348	0.398	0.677	1.44 ***
記憶①6a	0.183	0.327	-0.345	0.352	0.657	1.577 ***
記憶①6b	0.171	0.332	-0.359	0.348	0.625	1.573 ***
記憶①7a	0.141	0.374	-0.292	0.315	0.51	1.212 ***
記憶①7b	0.166	0.348	-0.345	0.335	0.604	1.486 ***
記憶①8a	0.077	0.405	-0.168	0.166	0.258	0.702 ***
記憶①8b	0.024	0.25	-0.042	0.1	0.151	0.305 **

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
視覚④1	0.097	0.209	-0.189	0.433	0.541	0.967 ***
視覚④2	0.123	0.258	-0.227	0.464	0.541	1.046 ***
視覚④3	0.11	0.251	-0.231	0.46	0.586	1.035 ***
視覚④4	0.107	0.265	-0.216	0.444	0.542	0.976 ***
視覚④5	0.122	0.258	-0.227	0.451	0.628	1.062 ***
視覚④6	0.113	0.351	-0.251	0.44	0.572	0.957 ***
視覚④7	0.152	0.345	-0.29	0.424	0.616	1.191 ***
視覚④8	0.102	0.435	-0.205	0.41	0.475	0.716 ***
視覚④9	0.13	0.376	-0.246	0.416	0.565	0.968 ***
視覚④10	0.068	0.422	-0.119	0.332	0.306	0.471 ***
視覚④11	0.132	0.398	-0.278	0.361	0.503	1.058 ***
視覚④12	0.14	0.348	-0.311	0.378	0.595	1.261 ***
視覚④13	0.062	0.382	-0.145	0.184	0.307	0.62 ***
視覚④14	0.086	0.422	-0.2	0.303	0.354	0.737 ***
視覚④15	0.101	0.429	-0.199	0.319	0.405	0.752 ***

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
算数1	0.088	0.213	-0.172	0.442	0.382	0.861 ***
算数2	0.101	0.2	-0.199	0.462	0.454	0.986 ***
算数3	0.111	0.214	-0.213	0.467	0.456	1.035 ***
算数4	0.12	0.218	-0.22	0.459	0.499	1.09 ***
算数5	0.119	0.228	-0.243	0.456	0.555	1.146 ***
算数6	0.146	0.241	-0.265	0.444	0.547	1.296 ***
算数7	0.15	0.271	-0.31	0.384	0.715	1.482 ***
算数8	0.172	0.277	-0.352	0.392	0.694	1.655 ***
算数9	0.17	0.264	-0.327	0.399	0.688	1.595 ***
算数10	0.137	0.273	-0.294	0.379	0.672	1.394 ***
算数11	0.175	0.243	-0.36	0.395	0.738	1.8 ***
算数12	0.155	0.256	-0.31	0.378	0.693	1.558 ***
算数13	0.141	0.324	-0.3	0.354	0.654	1.322 ***
算数14	0.159	0.277	-0.33	0.369	0.718	1.589 ***
算数15	0.135	0.271	-0.269	0.371	0.717	1.324 ***
算数16	0.158	0.3	-0.309	0.374	0.734	1.439 ***
算数17	0.127	0.326	-0.266	0.351	0.635	1.177 ***
算数18	0.123	0.29	-0.267	0.327	0.72	1.289 ***
算数19	0.137	0.285	-0.292	0.339	0.706	1.418 ***
算数20	0.105	0.301	-0.225	0.286	0.623	1.113 ***
算数21	0.13	0.303	-0.248	0.333	0.699	1.21 ***
算数22	0.128	0.272	-0.271	0.329	0.732	1.376 ***
算数23	0.102	0.325	-0.204	0.267	0.556	0.992 ***
算数24	0.106	0.336	-0.219	0.249	0.564	1.042 ***
算数25	0.09	0.332	-0.195	0.26	0.56	0.912 ***
算数26	0.133	0.277	-0.275	0.32	0.732	1.402 ***
算数27	0.113	0.326	-0.239	0.291	0.643	1.113 ***
算数28	0.109	0.286	-0.218	0.284	0.57	1.144 ***
算数29	0.06	0.325	-0.136	0.165	0.397	0.687 ***
算数30	0.102	0.31	-0.207	0.256	0.561	1.045 ***
算数31	0.018	0.221	-0.042	0.058	0.208	0.316 **
算数32	0.076	0.332	-0.15	0.182	0.452	0.769 ***

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
言葉①1	0.047	0.208	-0.137	0.398	0.775	0.656 ***
言葉①2	0.019	0.212	-0.15	0.396	0.772	0.599 ***
言葉①3	0.012	0.216	-0.145	0.396	0.76	0.554 ***
言葉①4	0.025	0.167	-0.116	0.364	0.703	0.578 ***
言葉①5	-0.003	0.193	-0.141	0.382	0.75	0.521 ***
言葉①6	0.049	0.212	-0.152	0.399	0.743	0.709 ***
言葉①7	0.081	0.23	-0.163	0.422	0.771	0.806 ***
言葉①8	0.074	0.193	-0.149	0.412	0.803	0.801 ***
言葉①9	0.063	0.18	-0.162	0.417	0.829	0.82 ***
言葉①10	0.036	0.223	-0.193	0.433	0.839	0.759 ***
言葉①11	-21.27	0.259	-0.198	0.432	0.812	0.616 ***
言葉①12	0.137	0.222	-0.156	0.418	0.745	0.991 ***
言葉①13	0.02	0.28	-0.244	0.432	0.748	0.791 ***
言葉①14	0.033	0.272	-0.193	0.44	0.774	0.681 ***
言葉①15	0.059	0.236	-0.2	0.42	0.783	0.849 ***
言葉①16	790×10	0.288	-0.201	0.433	0.796	0.596 ***
言葉①17	0.002	0.28	-0.212	0.439	0.8	0.637 ***
言葉①18	-0.031	0.31	-0.259	0.45	0.684	0.637 ***
言葉①19	0.058	0.239	-0.189	0.442	0.812	0.781 ***
言葉①20	0.037	0.272	-0.238	0.433	0.757	0.833 ***
言葉①21	-0.003	0.267	-0.262	0.404	0.522	0.821 ***
言葉①22	0.025	0.247	-0.27	0.411	0.552	0.961 ***
言葉①23	0.104	0.225	-0.208	0.407	0.691	1.068 ***
言葉①24	0.071	0.233	-0.22	0.387	0.739	1.007 ***
言葉①25	0.092	0.222	-0.224	0.388	0.589	1.115 ***
言葉①26	0.081	0.222	-0.214	0.401	0.735	1.023 ***
言葉①27	0.048	0.225	-0.232	0.384	0.679	0.987 ***
言葉①28	0.093	0.237	-0.232	0.385	0.588	1.118 ***

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
言葉②1	0.094	0.222	-0.182	0.431	0.514	0.916 ***
言葉②2	0.096	0.22	-0.192	0.419	0.52	0.974 ***
言葉②3	0.208	0.255	-0.156	0.453	0.674	1.107 ***
言葉②4	0.189	0.275	-0.201	0.407	0.652	1.215 ***
言葉②5	0.186	0.253	-0.183	0.411	0.658	1.188 ***
言葉②6	0.177	0.236	-0.185	0.433	0.637	1.17 ***
言葉②7	0.177	0.236	-0.317	0.415	0.656	1.633 ***
言葉②8	0.157	0.26	-0.29	0.417	0.635	1.412 ***
言葉②9	0.113	0.28	-0.375	0.419	0.491	1.482 ***
言葉②10	0.449	0.53	-0.161	0.547	0.653	1.139 ***
言葉②11	0.463	0.583	-0.132	0.566	0.636	1.029 ***
言葉②12	0.272	0.362	-0.294	0.408	0.68	1.503 ***
言葉②13	0.265	0.305	-0.309	0.406	0.719	1.692 ***
言葉②14	0.228	0.433	-0.144	0.326	0.505	0.922 ***
言葉②15	0.228	0.376	-0.124	0.298	0.47	0.995 ***
言葉②16	0.042	0.385	-0.245	0.253	0.145	0.818 ***
言葉②17	0.078	0.3	-0.12	0.252	0.261	0.696 ***
言葉③1	0.195	0.254	-0.246	0.427	0.78	1.368 ***
言葉③2	0.199	0.262	-0.225	0.432	0.791	1.294 ***
言葉③3	0.187	0.266	-0.254	0.42	0.796	1.359 ***
言葉③4	0.182	0.243	-0.276	0.424	0.76	1.454 ***
言葉③5	0.216	0.253	-0.265	0.427	0.849	1.495 ***
言葉③6	0.196	0.263	-0.254	0.428	0.839	1.374 ***
言葉③7	0.198	0.259	-0.263	0.441	0.81	1.394 ***
言葉③8	0.264	0.306	-0.162	0.485	0.651	1.134 ***
言葉③9	0.203	0.319	-0.172	0.454	0.675	1.016 ***
言葉③10	0.216	0.366	-0.089	0.518	0.582	0.723 ***
言葉③11	0.253	0.31	-0.074	0.56	0.681	0.797 ***
言葉③12	0.061	0.305	-0.129	0.175	0.168	0.707 ***

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
記憶②1a	0.051	0.243	-0.176	0.438	0.489	0.72 ***
記憶②1b	-0.009	0.279	-0.226	0.44	0.385	0.644 ***
記憶②2a	0.064	0.253	-0.251	0.462	0.564	0.952 ***
記憶②2b	0.031	0.299	-0.293	0.474	0.517	0.898 ***
記憶②3a	0.164	0.238	-0.243	0.437	0.716	1.302 ***
記憶②3b	0.105	0.277	-0.264	0.463	0.648	1.071 ***
記憶②4a	0.294	0.335	-0.244	0.466	0.684	1.416 ***
記憶②4b	0.303	0.361	-0.203	0.471	0.625	1.272 ***
記憶②5a	0.235	0.339	-0.202	0.394	0.569	1.226 ***
記憶②5b	0.271	0.393	-0.202	0.387	0.516	1.208 ***
記憶②6a	0.103	0.347	-0.102	0.265	0.381	0.634 ***
記憶②6b	0.247	0.43	-0.075	0.303	0.411	0.815 ***
記憶②7a	0.118	0.327	-0.042	0.155	0.37	0.563 ***
記憶②7b	0.032	0.24	-0.024	0.139	0.271	0.263 *
記憶②8a	0.031	0.179	-0.013	0.033	0.259	0.293 *
記憶②8b	0.056	0.218	-0.004	0.058	0.249	0.327 **
記憶③1a	0.201	0.099	-0.373	0.459	0.697	2.097 ***
記憶③1b	0.202	0.09	-0.388	0.456	0.684	2.18 ***
記憶③2a	0.214	0.283	-0.369	0.428	0.635	1.732 ***
記憶③2b	0.172	0.338	-0.338	0.43	0.647	1.377 ***
記憶③3a	0.199	0.41	-0.336	0.317	0.596	1.398 ***
記憶③3b	0.148	0.421	-0.254	0.382	0.613	0.983 ***
記憶③4a	0.068	0.414	-0.134	0.234	0.412	0.553 ***
記憶③4b	0.112	0.45	-0.199	0.258	0.49	0.781 ***
記憶③5a	0.015	0.215	-0.024	0.114	0.263	0.208
記憶③5b	0.05	0.339	-0.074	0.168	0.368	0.42 **

項目	定型発達群		知的障害群		修正済み	Cohen's d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	項目-合計相関	
視覚⑤1	0.11	0.31	-0.244	0.441	0.568	0.997 ***
視覚⑤2	0.03	0.462	-0.215	0.426	0.33	0.542 ***
視覚⑤3	0.129	0.244	-0.231	0.442	0.582	1.132 ***
視覚⑤4	0.255	0.362	-0.179	0.471	0.522	1.089 ***
視覚⑤5	-0.077	0.51	-0.294	0.372	0.193	0.461 ***
視覚⑤6	0.159	0.396	-0.147	0.416	0.514	0.762 ***
視覚⑤7	0.337	0.447	-0.193	0.479	0.356	1.16 ***
視覚⑥1a	0.164	0.26	-0.283	0.45	0.415	1.333 ***
視覚⑥1b	0.13	0.464	-0.261	0.31	0.479	0.933 ***
視覚⑥2a	0.128	0.347	-0.216	0.448	0.355	0.895 ***
視覚⑥2b	0.111	0.455	-0.202	0.38	0.462	0.725 ***
視覚⑥3a	0.191	0.346	-0.353	0.417	0.646	1.464 ***
視覚⑥3b	0.185	0.408	-0.352	0.353	0.653	1.377 ***
視覚⑥4a	0.164	0.382	-0.311	0.403	0.685	1.222 ***
視覚⑥4b	0.153	0.412	-0.29	0.309	0.591	1.161 ***
視覚⑥5a	0.192	0.344	-0.373	0.395	0.7	1.559 ***
視覚⑥5b	0.153	0.394	-0.28	0.335	0.659	1.154 ***
視覚⑥6a	0.146	0.405	-0.28	0.379	0.647	1.073 ***
視覚⑥6b	0.15	0.401	-0.302	0.351	0.648	1.173 ***
言葉④1	0.191	0.331	-0.319	0.404	0.664	1.427 ***
言葉④2	0.183	0.303	-0.303	0.406	0.746	1.426 ***
言葉④3	0.186	0.353	-0.325	0.347	0.696	1.454 ***
言葉④4	0.155	0.317	-0.276	0.398	0.722	1.245 ***
言葉④5	0.168	0.299	-0.312	0.39	0.784	1.447 ***
言葉④6	0.165	0.354	-0.292	0.37	0.69	1.272 ***
言葉④7	0.161	0.329	-0.292	0.35	0.75	1.348 ***
言葉④8	0.165	0.337	-0.301	0.386	0.699	1.316 ***
言葉④9	0.184	0.375	-0.321	0.34	0.662	1.384 ***
言葉④10	0.14	0.384	-0.261	0.331	0.644	1.094 ***
言葉④11	0.112	0.405	-0.204	0.258	0.443	0.873 ***
言葉④12	0.136	0.332	-0.264	0.372	0.681	1.157 ***
言葉④13	0.117	0.412	-0.202	0.275	0.515	0.859 ***
言葉④14	0.084	0.387	-0.143	0.253	0.411	0.651 ***
言葉④15	0.084	0.413	-0.144	0.139	0.338	0.656 ***

付録4 適応行動尺度の項目分析（年齢調整済み得点）

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>	採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
適応行動1	やりとり遊び	0.04	0.14	-0.08	0.43	.363	0.43***	
適応行動2	指差した方を見る	0.05	0.13	-0.10	0.42	.332	0.57***	○
適応行動3	表情をまねる	0.11	0.11	-0.24	0.69	.591	0.90***	○
適応行動4	動きをまねる	0.03	0.09	-0.08	0.39	.355	0.47***	
適応行動5	「だめ」を理解	0.03	0.09	-0.06	0.31	.331	0.42***	
適応行動6	「いいよ」を理解	0.02	0.16	-0.05	0.26	.267	0.36**	
適応行動7	「ちょうだい」を理解	0.05	0.02	-0.11	0.44	.458	0.66***	○
適応行動8	欲しい物を指差す	0.04	0.03	-0.10	0.46	.358	0.54***	○
適応行動9	電話の機能を理解	0.06	0.10	-0.14	0.55	.422	0.65***	○
適応行動10	「ママ」「パパ」と言う	0.08	0.22	-0.18	0.65	.453	0.67***	
適応行動11	簡単な指示に従う	0.05	0.14	-0.10	0.47	.365	0.53***	
適応行動12	フォークで食べる	0.03	0.11	-0.07	0.38	.304	0.45***	
適応行動13	聞かれた物を指さす	0.08	0.21	-0.17	0.58	.421	0.69***	
適応行動14	3つ以上の物の名前を言う	0.08	0.15	-0.17	0.65	.451	0.66***	○
適応行動15	両足でジャンプ	0.06	0.23	-0.13	0.49	.359	0.57***	
適応行動16	電子機器のスイッチを入れる	0.03	0.18	-0.07	0.43	.286	0.37**	
適応行動17	「多い」「少ない」を理解	0.11	0.25	-0.24	0.64	.471	0.87***	○
適応行動18	質問に答える	0.16	0.31	-0.34	0.78	.571	1.00***	○
適応行動19	転ばずに走る	0.06	0.13	-0.12	0.54	.353	0.56***	
適応行動20	食器を片づける	0.08	0.24	-0.16	0.54	.391	0.66***	

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関		Cohen's <i>d</i>	採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
適応行動21	ページをめくる	0.03	0.11	-0.06	0.38	.298	***	0.39	
適応行動22	他の子どもに関わる	0.16	0.26	-0.35	0.76	.591	***	1.09	○
適応行動23	見立て遊び	0.11	0.20	-0.25	0.66	.604	***	0.91	○
適応行動24	自分の名前を答える	0.13	0.32	-0.29	0.77	.541	***	0.84	
適応行動25	「ありがとう」と言う	0.13	0.28	-0.28	0.67	.522	***	0.94	○
適応行動26	5つ以上の体の部位を理解	0.09	0.33	-0.20	0.63	.439	***	0.67	
適応行動27	下着、ズボンなどをはく	0.05	0.29	-0.13	0.54	.349	***	0.48	
適応行動28	「もし～なら・・・」に従う	0.13	0.29	-0.29	0.69	.557	***	0.93	
適応行動29	「何」「どこ」と聞く	0.18	0.34	-0.40	0.81	.605	***	1.11	○
適応行動30	感情を言葉で表す	0.18	0.33	-0.39	0.80	.643	***	1.10	○
適応行動31	経験を話す	0.21	0.34	-0.46	0.80	.665	***	1.28	○
適応行動32	年齢を答える	0.17	0.35	-0.36	0.82	.624	***	0.97	
適応行動33	友達がいる	0.21	0.37	-0.44	0.84	.657	***	1.17	○
適応行動34	「～の」と言う	0.16	0.33	-0.34	0.79	.601	***	0.95	○
適応行動35	ごっこ遊び	0.24	0.35	-0.51	0.83	.709	***	1.38	○
適応行動36	「中に」「上に」「下に」を使う	0.21	0.38	-0.48	0.81	.664	***	1.26	○
適応行動37	フルネームを答える	0.15	0.34	-0.33	0.79	.591	***	0.90	
適応行動38	鉛筆を正しく持つ	0.14	0.36	-0.32	0.68	.595	***	0.96	
適応行動39	100語以上の言葉を話す	0.19	0.33	-0.41	0.86	.690	***	1.09	
適応行動40	6つ以上の色の名前の理解	0.11	0.38	-0.26	0.76	.485	***	0.71	

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関		Cohen's <i>d</i>	採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
適応行動41	「だれ」「どうして」と聞く	0.24	0.35	-0.53	0.84	.695	1.40	***	○
適応行動42	食事の最中や後に顔や手を拭く	0.17	0.34	-0.38	0.71	.667	1.15	***	
適応行動43	遊具に昇り降り	0.10	0.34	-0.23	0.70	.490	0.70	***	
適応行動44	ジッパーを開け閉め	0.12	0.35	-0.26	0.67	.486	0.80	***	
適応行動45	はさみの開閉	0.11	0.36	-0.24	0.68	.487	0.73	***	
適応行動46	15分以上、話を聞く	0.16	0.41	-0.37	0.72	.582	1.02	***	
適応行動47	足を交互に使って階段を降りる	0.09	0.34	-0.21	0.70	.443	0.64	***	
適応行動48	「いつ」と聞く	0.24	0.39	-0.54	0.83	.701	1.40	***	○
適応行動49	人の行動を後でまねる	0.18	0.39	-0.41	0.82	.657	1.08	***	○
適応行動50	字義通りでない言い回しを理解	0.22	0.38	-0.50	0.83	.700	1.28	***	○
適応行動51	「～の後ろ」「～の前」を使う	0.23	0.37	-0.51	0.83	.699	1.35	***	○
適応行動52	現在と過去を区別して表現	0.24	0.40	-0.54	0.81	.717	1.41	***	○
適応行動53	気遣いや共感を示す	0.19	0.39	-0.43	0.84	.619	1.10	***	○
適応行動54	「おはよう」「こんにちは」を言う	0.20	0.41	-0.45	0.75	.682	1.22	***	○
適応行動55	食事の挨拶をする	0.16	0.37	-0.35	0.77	.648	0.95	***	
適応行動56	10個までの物を数える	0.14	0.36	-0.32	0.78	.591	0.86	***	
適応行動57	車に乗っている時の行動の理解	0.15	0.36	-0.33	0.72	.633	0.97	***	
適応行動58	片足でジャンプ	0.19	0.36	-0.44	0.80	.698	1.18	***	
適応行動59	2つ以上の物をのりでくっつける	0.16	0.34	-0.35	0.75	.625	0.99	***	
適応行動60	単語を正しく発音	0.23	0.39	-0.53	0.79	.730	1.39	***	○

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i> 採用候補	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
適応行動61	かき混ぜる調理の手伝い	0.19	0.37	-0.41	0.70	.667	1.22	***
適応行動62	困っている人に手助け	0.21	0.37	-0.46	0.75	.669	1.30	***
適応行動63	丸を書く	0.13	0.37	-0.29	0.70	.577	0.85	***
適応行動64	簡単な集団遊び	0.26	0.39	-0.57	0.76	.750	1.56	***
適応行動65	物語の簡単なあら筋を話す	0.31	0.42	-0.68	0.83	.771	1.71	***
適応行動66	声の大きさ、リズムを適切に調整	0.22	0.41	-0.50	0.75	.721	1.34	***
適応行動67	「ごめんなさい」を言う	0.20	0.39	-0.45	0.76	.704	1.25	***
適応行動68	他の人の好き嫌いについて話す	0.31	0.40	-0.70	0.84	.772	1.77	***
適応行動69	おもちゃや所有物を共有する	0.21	0.38	-0.46	0.74	.717	1.29	***
適応行動70	人の顔を描く	0.19	0.38	-0.43	0.87	.666	1.07	***
適応行動71	5分以上前に聞いた指示を実行	0.26	0.38	-0.58	0.67	.774	1.71	***
適応行動72	小さなボタンをとめる	0.18	0.38	-0.40	0.79	.613	1.07	***
適応行動73	じゃんけんができる	0.23	0.37	-0.52	0.79	.755	1.39	***
適応行動74	しりとりができる	0.26	0.43	-0.59	0.70	.769	1.61	***
適応行動75	時計の機能を理解	0.25	0.41	-0.54	0.73	.748	1.51	***
適応行動76	1個以上のひらがなを読む	0.12	0.41	-0.27	0.76	.524	0.72	***
適応行動77	ひらがなで書かれた自分の名前を読む	0.13	0.41	-0.28	0.79	.538	0.75	***
適応行動78	塗り絵をほぼはみ出さずに塗る	0.21	0.41	-0.48	0.79	.723	1.24	***
適応行動79	助詞をほぼ間違えなく使う	0.28	0.41	-0.63	0.74	.772	1.72	***
適応行動80	共通の興味を持つ人と会話	0.30	0.44	-0.69	0.75	.781	1.80	***

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>	採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
適応行動81	自分と他人の距離を適度に保つ	0.24	0.43	-0.54	0.67	.732	1.50	○
適応行動82	10個以上のひらがなを読む	0.14	0.41	-0.32	0.81	.560	0.81	
適応行動83	人に簡単な指示	0.28	0.39	-0.65	0.74	.791	1.79	○
適応行動84	友達と遊びに出かける	0.25	0.43	-0.56	0.72	.768	1.51	○
適応行動85	こぼさずに箸を使う	0.24	0.40	-0.55	0.70	.764	1.55	○
適応行動86	スキップをする	0.28	0.44	-0.63	0.77	.759	1.61	○
適応行動87	スムーズな話題の移行	0.30	0.44	-0.68	0.72	.804	1.81	○
適応行動88	場に合った感情表現	0.31	0.46	-0.70	0.70	.788	1.84	○
適応行動89	30分以上、話を聞く	0.27	0.46	-0.61	0.68	.787	1.62	○
適応行動90	名前をひらがなで書く	0.20	0.42	-0.44	0.78	.685	1.14	
適応行動91	「貸して」と言う	0.26	0.41	-0.59	0.72	.797	1.64	○
適応行動92	消しゴムを使う	0.23	0.42	-0.51	0.72	.754	1.40	
適応行動93	車道を渡る時に左右を確認	0.26	0.40	-0.60	0.70	.804	1.70	○
適応行動94	花、車、人などの絵を描く	0.26	0.42	-0.60	0.75	.799	1.60	○
適応行動95	「厚い」「薄い」を理解	0.27	0.45	-0.61	0.74	.785	1.57	○
適応行動96	自分から会話を切り出す	0.28	0.44	-0.64	0.73	.806	1.71	○
適応行動97	すべてのひらがなを読む	0.21	0.43	-0.46	0.77	.730	1.19	
適応行動98	自分の誕生日が言える	0.26	0.44	-0.58	0.74	.781	1.52	○
適応行動99	電話で3分以上会話	0.28	0.49	-0.63	0.69	.780	1.62	○
適応行動100	簡単なボードゲーム	0.28	0.41	-0.63	0.72	.828	1.72	○

項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>	採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
適応行動101	正しい方向で文を書く	0.23	0.39	-0.50	0.70	.789	1.45	***
適応行動102	10個以上のひらがなを書く	0.19	0.44	-0.41	0.77	.691	1.06	***
適応行動103	1から10までの数字を書く	0.20	0.40	-0.42	0.77	.704	1.15	***
適応行動104	自分のフルネームをひらがなで書く	0.19	0.42	-0.42	0.77	.698	1.10	***
適応行動105	かくれんぼで隠れる	0.25	0.42	-0.54	0.72	.798	1.49	***
適応行動106	10分以上、会話を続ける	0.30	0.45	-0.65	0.65	.795	1.82	***
適応行動107	パソコンなどの簡単な操作	0.20	0.42	-0.43	0.71	.706	1.21	***
適応行動108	信号を守って道路を渡る	0.24	0.41	-0.53	0.69	.774	1.50	***
適応行動109	文字で書かれたた促音を読む	0.21	0.43	-0.46	0.72	.722	1.26	***
適応行動110	人に紹介されたときの振る舞い	0.25	0.45	-0.54	0.64	.789	1.52	***
適応行動111	10個以上のカタカナを読む	0.19	0.46	-0.40	0.74	.686	1.05	***
適応行動112	人前で意地悪なことを言わない	0.27	0.41	-0.60	0.69	.809	1.71	***
適応行動113	紐を結ぶ	0.20	0.47	-0.44	0.65	.688	1.19	***
適応行動114	雨や寒いときに適切な服を選ぶ	0.25	0.46	-0.55	0.67	.810	1.50	***
適応行動115	小さなケガの手当て	0.25	0.48	-0.53	0.67	.778	1.41	***
適応行動116	30分以上、話を聞く	0.26	0.45	-0.56	0.68	.803	1.54	***
適応行動117	全ての硬貨の名前を言う	0.24	0.47	-0.53	0.69	.762	1.41	***
適応行動118	気持ちは言わなければ伝わらないことを理解	0.27	0.48	-0.60	0.68	.769	1.61	***
適応行動119	はさみで複雑な形を切る	0.26	0.47	-0.55	0.69	.783	1.48	***
適応行動120	今が何月であるかを答える	0.24	0.46	-0.53	0.72	.802	1.40	***

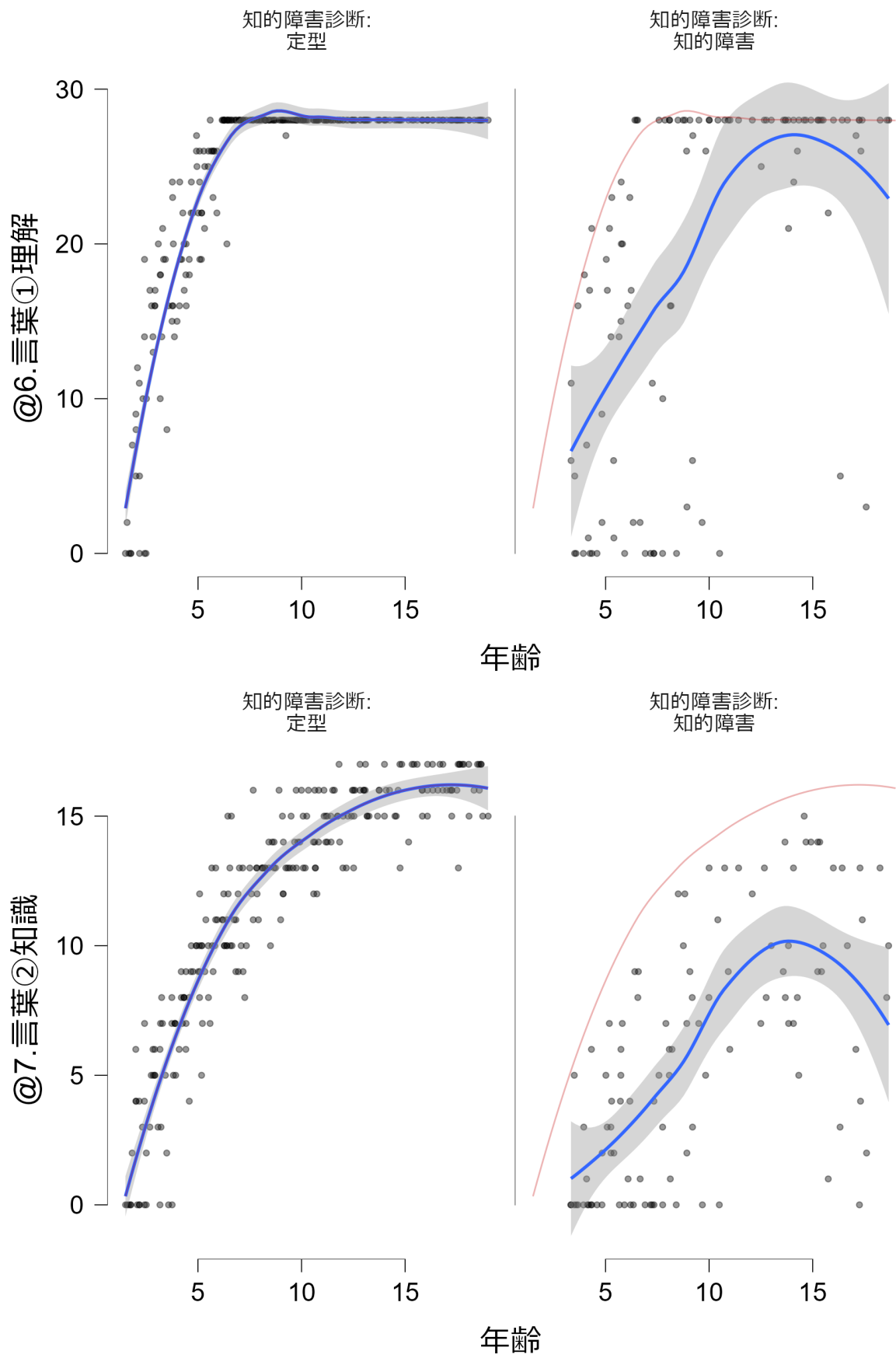
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i> 採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動121	今日の曜日を答える	0.24	0.44	-0.51	0.72	.783	1.37***
適応行動122	体温計を使って体温を測る	0.24	0.47	-0.52	0.70	.788	1.39***
適応行動123	補助輪なしの自転車に乗る	0.25	0.52	-0.55	0.71	.672	1.37***
適応行動124	すべてのひらがなを書く	0.23	0.49	-0.51	0.72	.753	1.29***
適応行動125	1から100まで順番に数を言う	0.27	0.46	-0.58	0.72	.804	1.54***
適応行動126	デジタル時計の時刻を言う	0.26	0.45	-0.57	0.71	.819	1.52***
適応行動127	簡単な文を書く	0.25	0.49	-0.54	0.66	.795	1.45***
適応行動128	自分や他人のブライバシーを理解	0.26	0.48	-0.56	0.69	.774	1.47***
適応行動129	10以下の足し算	0.24	0.44	-0.52	0.74	.804	1.38***
適応行動130	簡単な助数詞を正しく使う	0.28	0.46	-0.61	0.68	.787	1.67***
適応行動131	シャワーの温度を調整	0.24	0.49	-0.51	0.71	.735	1.32***
適応行動132	アナログ時計で30分刻みの時刻を読む	0.24	0.45	-0.53	0.75	.787	1.39***
適応行動133	短期的な目標を話す	0.30	0.49	-0.67	0.65	.771	1.79***
適応行動134	「～は」「～へ」を正しく読む	0.25	0.52	-0.53	0.71	.761	1.35***
適応行動135	四季の主な行事を知っている	0.26	0.47	-0.55	0.71	.819	1.47***
適応行動136	50ピース程度のジグソーパズル	0.29	0.51	-0.62	0.67	.764	1.62***
適応行動137	経験や想像を絵に描く	0.31	0.49	-0.69	0.65	.787	1.84***
適応行動138	「右」「左」を理解	0.27	0.47	-0.58	0.68	.776	1.56***
適応行動139	10個以上の漢字を書く	0.21	0.43	-0.46	0.73	.714	1.23***
適応行動140	洗濯物をたたんで、しまう	0.26	0.52	-0.56	0.67	.725	1.42***

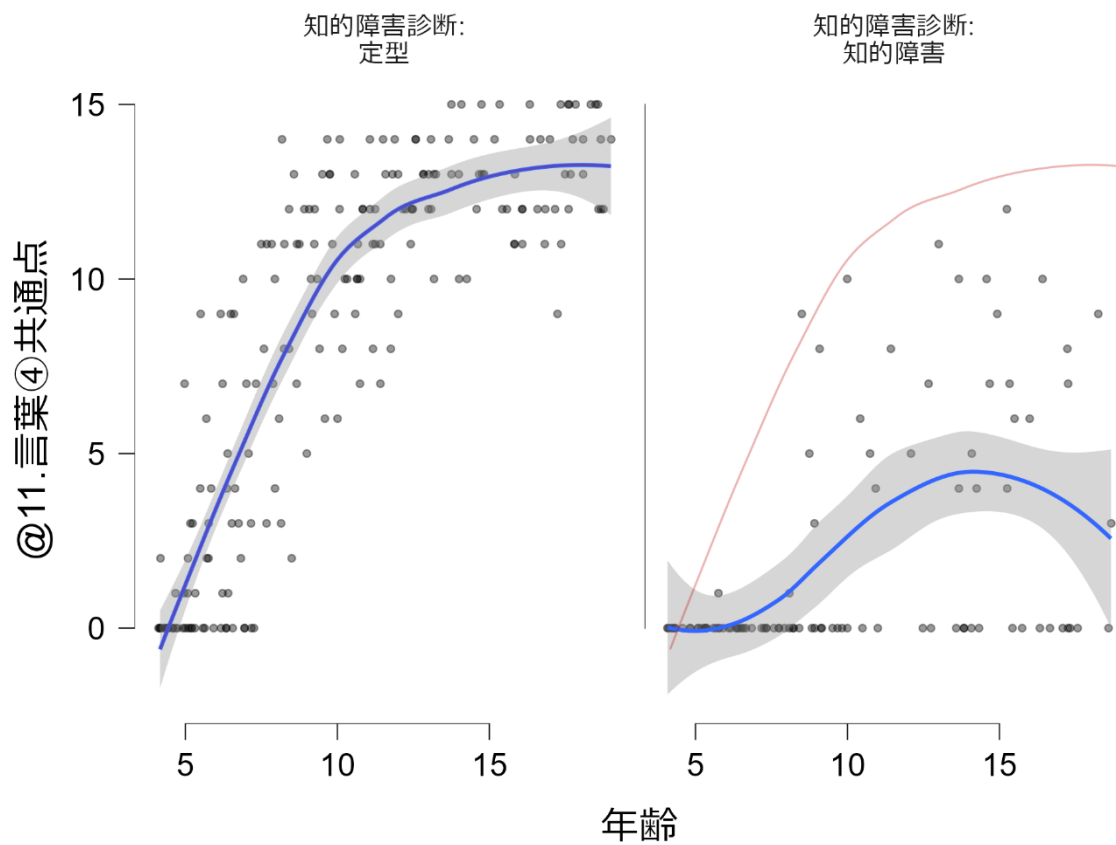
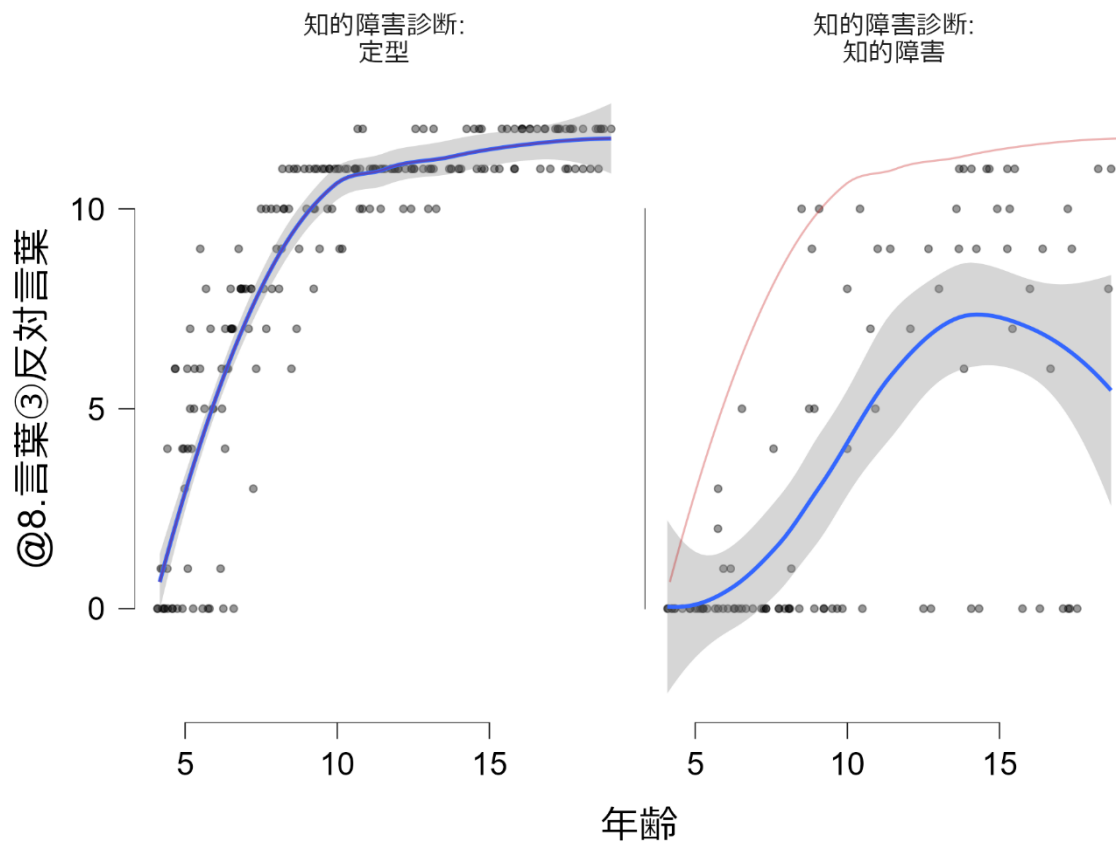
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i> 採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
適応行動141	自分で電話をかける	0.27	0.47	-0.59	0.66	.701	1.59***
適応行動142	危険な活動を避ける	0.25	0.46	-0.56	0.74	.798	1.45***
適応行動143	10以下の数の引き算	0.23	0.45	-0.51	0.75	.773	1.32***
適応行動144	あいいうえお順に単語を並べる	0.29	0.47	-0.63	0.69	.794	1.68***
適応行動145	価格の違いを理解	0.28	0.51	-0.60	0.65	.730	1.59***
適応行動146	3つ以上の文を含む手紙を書く	0.28	0.49	-0.62	0.67	.779	1.64***
適応行動147	電子レンジを正しく使う	0.19	0.45	-0.43	0.64	.676	1.21***
適応行動148	物事の計画や役割分担に協力	0.24	0.49	-0.55	0.62	.752	1.48***
適応行動149	食事中に口に物を入れたまま話さない	0.25	0.49	-0.55	0.69	.719	1.43***
適応行動150	お金を安全に持ち運ぶ	0.25	0.48	-0.55	0.66	.769	1.47***
適応行動151	アナログ時計で5分刻みの時刻を読む	0.24	0.48	-0.54	0.69	.742	1.42***
適応行動152	複数のカードゲームやテレビゲーム	0.27	0.48	-0.59	0.66	.777	1.60***
適応行動153	ちょうちょ結び	0.19	0.47	-0.43	0.61	.625	1.18***
適応行動154	電話番号を正しく言う	0.19	0.59	-0.44	0.60	.510	1.07***
適応行動155	キーボードで文字を入力	0.21	0.49	-0.48	0.67	.646	1.25***
適応行動156	全ての紙幣の名前を正しく言う	0.24	0.49	-0.54	0.67	.707	1.42***
適応行動157	食事で使用した皿を洗う	0.19	0.52	-0.44	0.64	.668	1.13***
適応行動158	ちょっとしたからかいをユーモアと理解	0.27	0.51	-0.59	0.66	.691	1.54***
適応行動159	50以上の漢字を書く	0.22	0.44	-0.49	0.72	.638	1.33***
適応行動160	門限を守って帰宅	0.22	0.48	-0.51	0.65	.666	1.37***

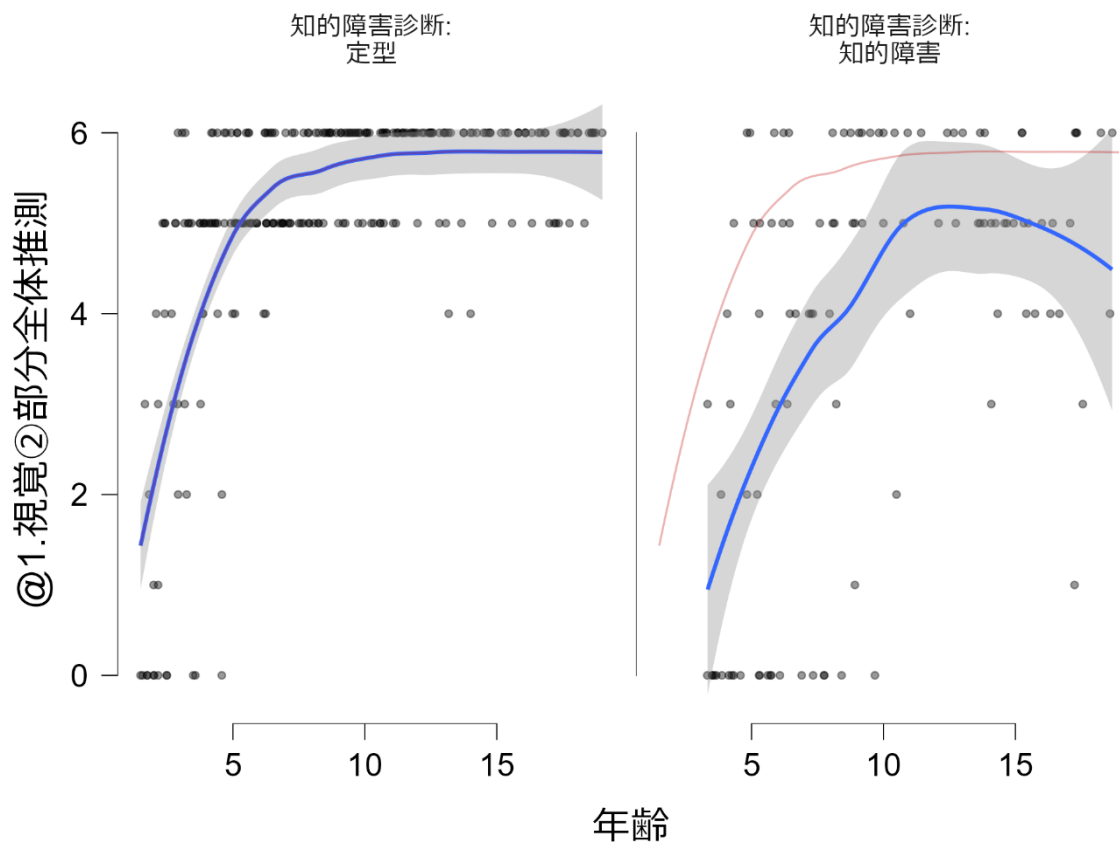
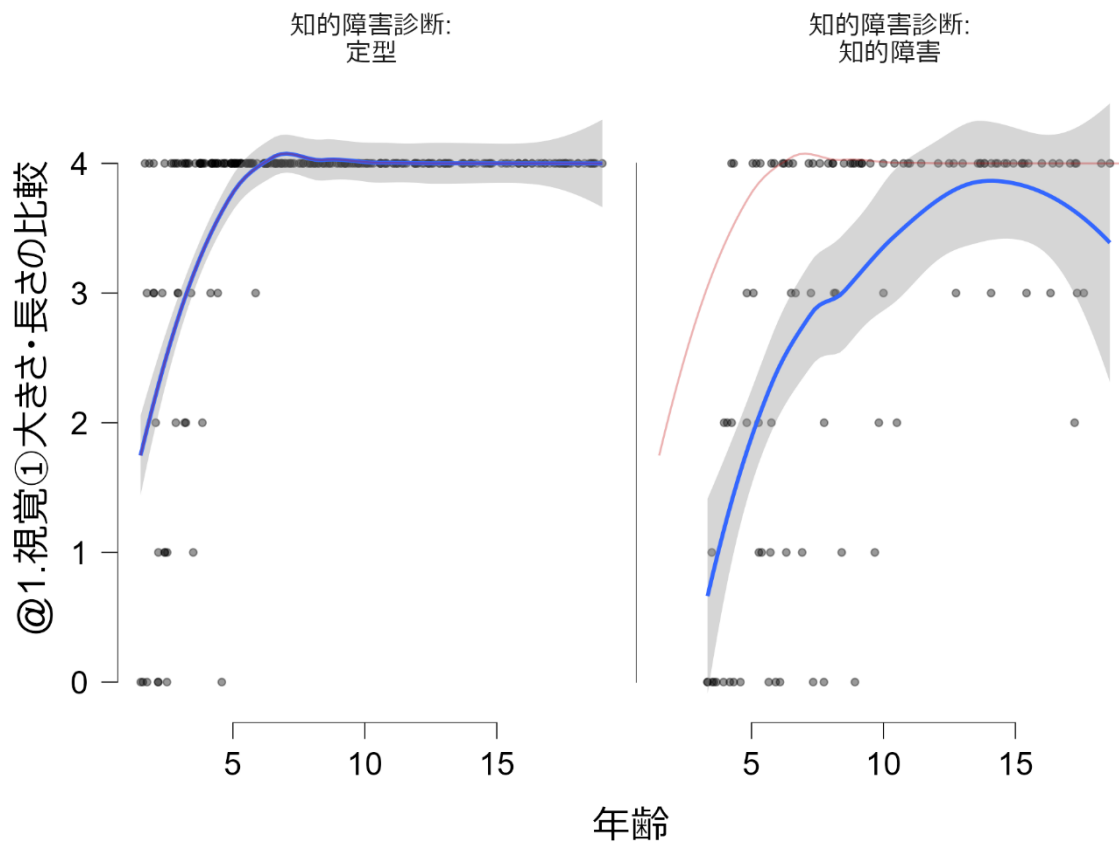
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>	採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
適応行動161	硬貨の価値を正確に理解	0.25	0.43	-0.55	0.65	.695	1.57***	○
適応行動162	保護者に予定を話す	0.27	0.48	-0.60	0.65	.707	1.61***	○
適応行動163	小学2年生レベルの教材を理解	0.24	0.44	-0.53	0.67	.713	1.48***	○
適応行動164	床拭き、掃除機	0.22	0.49	-0.49	0.61	.662	1.33***	
適応行動165	テレビやラジオから情報を得る	0.23	0.47	-0.52	0.66	.703	1.41***	
適応行動166	緊急時の電話番号がわかる	0.24	0.45	-0.53	0.61	.594	1.52***	○
適応行動167	秘密を丸一日以上、黙っていられる	0.25	0.51	-0.57	0.62	.664	1.50***	○
適応行動168	自宅の住所を正しく言える	0.18	0.47	-0.39	0.60	.601	1.11***	
適応行動169	レストランで食事を注文	0.20	0.44	-0.44	0.63	.658	1.28***	
適応行動170	人に複雑な指示	0.26	0.48	-0.56	0.56	.581	1.62***	○
適応行動171	工具を使う	0.20	0.48	-0.43	0.59	.574	1.22***	
適応行動172	おつりを正確に計算	0.22	0.44	-0.50	0.63	.595	1.44***	○
適応行動173	手紙に住所を書く	0.19	0.46	-0.44	0.58	.621	1.27***	
適応行動174	危険な関係や状況を回避	0.24	0.50	-0.53	0.65	.674	1.41***	
適応行動175	複雑なスポーツやゲームのルールを守る	0.25	0.44	-0.55	0.60	.635	1.60***	○
適応行動176	休憩の時間を守る	0.23	0.49	-0.51	0.66	.666	1.36***	
適応行動177	薬を指示どおりに飲む	0.19	0.42	-0.43	0.64	.661	1.24***	
適応行動178	会話中の非言語的なサインを理解	0.26	0.50	-0.58	0.57	.581	1.62***	○
適応行動179	小学4年生レベルの教材を理解	0.23	0.44	-0.51	0.60	.553	1.50***	○
適応行動180	相手の興味を話題にして会話を始める	0.27	0.51	-0.60	0.57	.606	1.63***	○

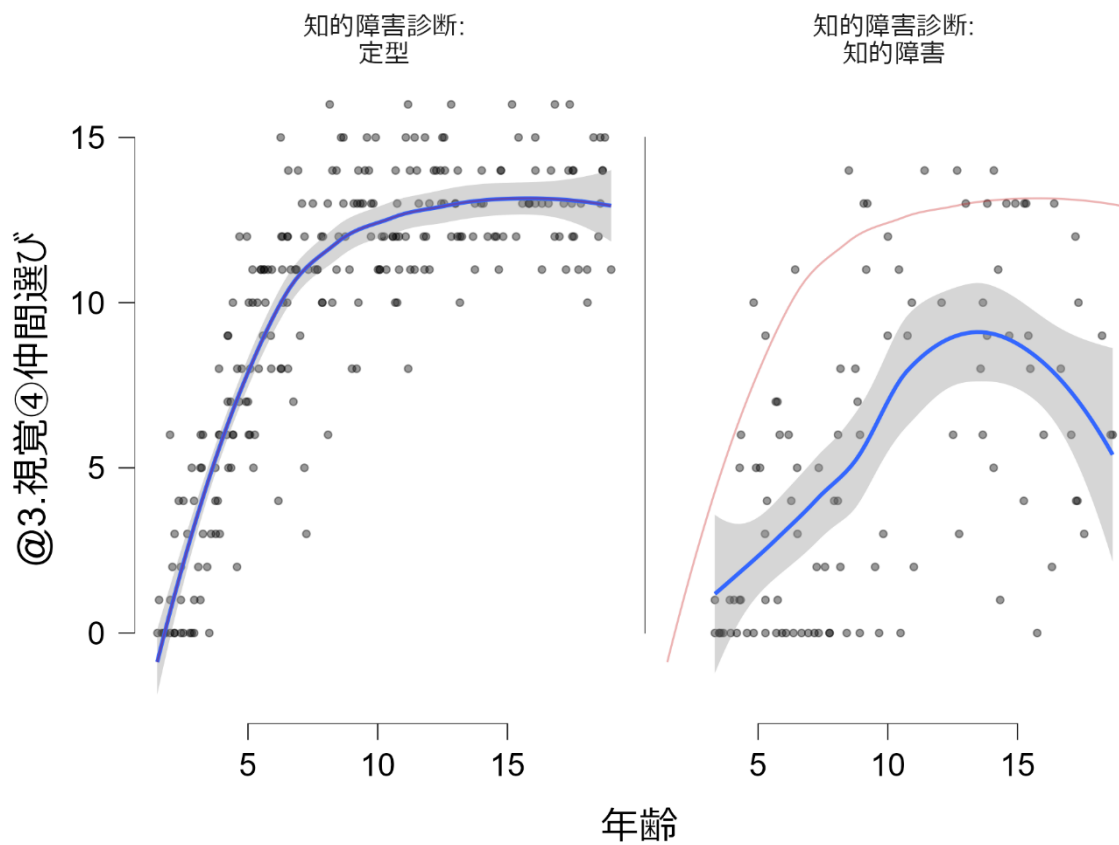
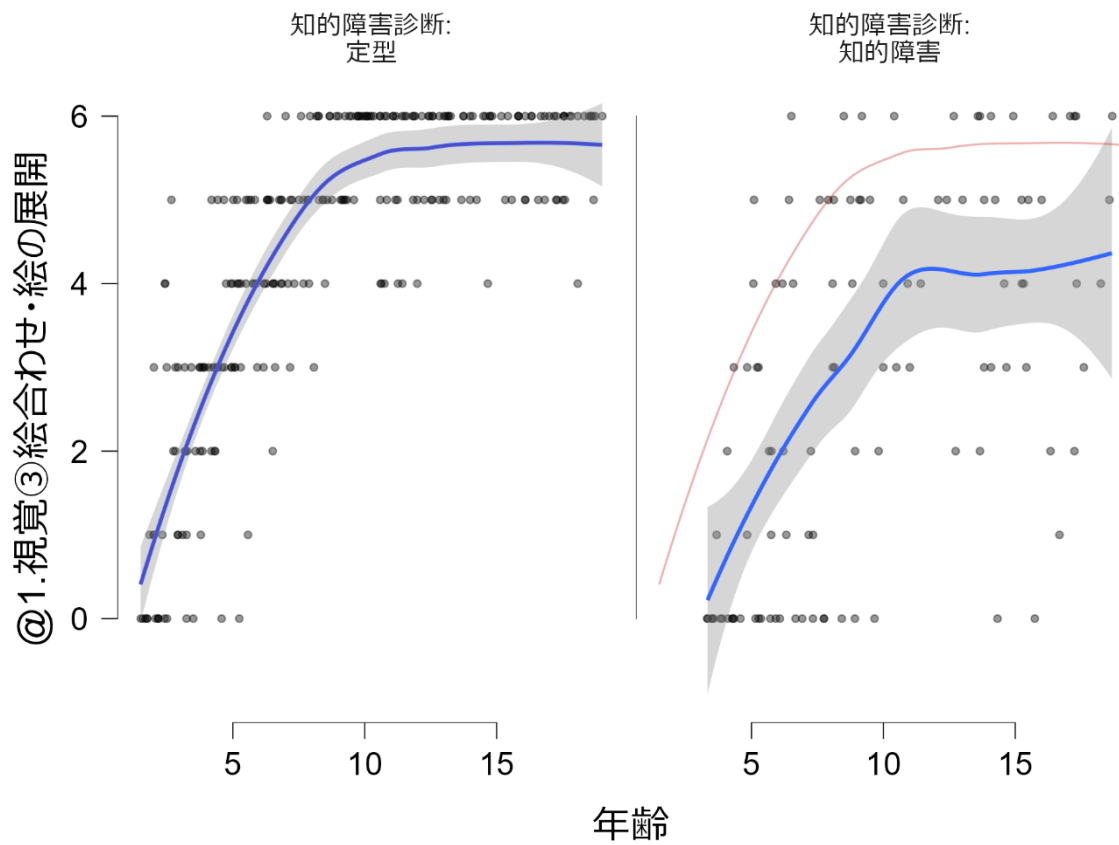
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み 項目-合計相関	Cohen's <i>d</i>	採用候補
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
適応行動181	長期的な目標を述べる	0.23	0.49	-0.54	0.66	.600	1.43***	○
適応行動182	コンロやオーブンを使う	0.19	0.47	-0.43	0.55	.514	1.26***	○
適応行動183	原稿用紙2～3枚以上の文章を書く	0.26	0.44	-0.57	0.58	.516	1.70***	○
適応行動184	仲間に気遣いができる	0.27	0.51	-0.61	0.65	.631	1.58***	○
適応行動185	10以上の文からなる手紙を書く	0.24	0.44	-0.54	0.63	.568	1.54***	○
適応行動186	計量が必要な料理	0.20	0.48	-0.45	0.54	.539	1.31***	○
適応行動187	厳しい指摘を受けても、気持ちを保つ	0.22	0.51	-0.50	0.53	.536	1.41***	○
適応行動188	物事を判断する前に予測を立てる	0.24	0.51	-0.52	0.59	.553	1.40***	○
適応行動189	パソコンで複雑な作業	0.17	0.48	-0.39	0.60	.428	1.07***	
適応行動190	質と値段を評価して買い物	0.20	0.49	-0.46	0.60	.480	1.24***	
適応行動191	小学6年生レベルの教材を理解	0.22	0.45	-0.48	0.59	.432	1.39***	○
適応行動192	初めて行く場所で10km以上の移動	0.16	0.46	-0.36	0.49	.432	1.12***	
適応行動193	衣類を洗濯	0.12	0.46	-0.28	0.44	.383	0.88***	
適応行動194	自分で預金を管理	0.18	0.52	-0.42	0.47	.398	1.19***	
適応行動195	新聞を習慣的に読む	0.14	0.52	-0.32	0.39	.345	0.95***	

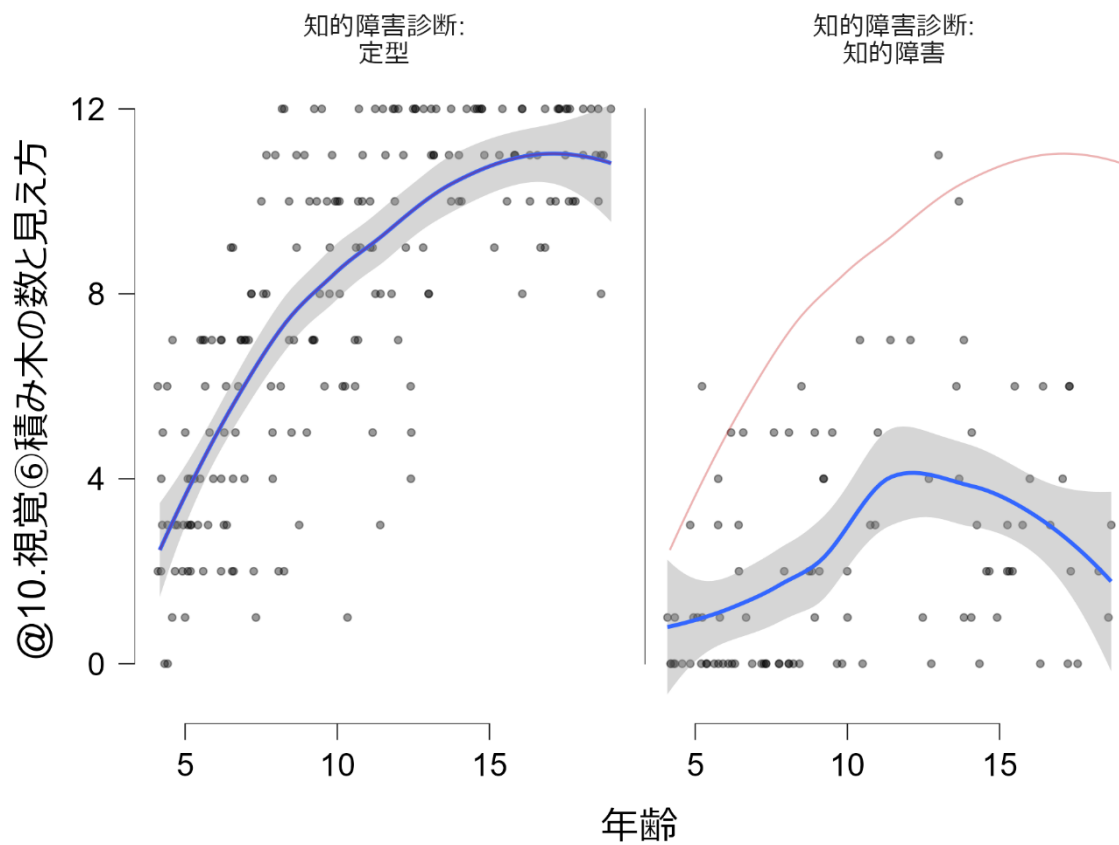
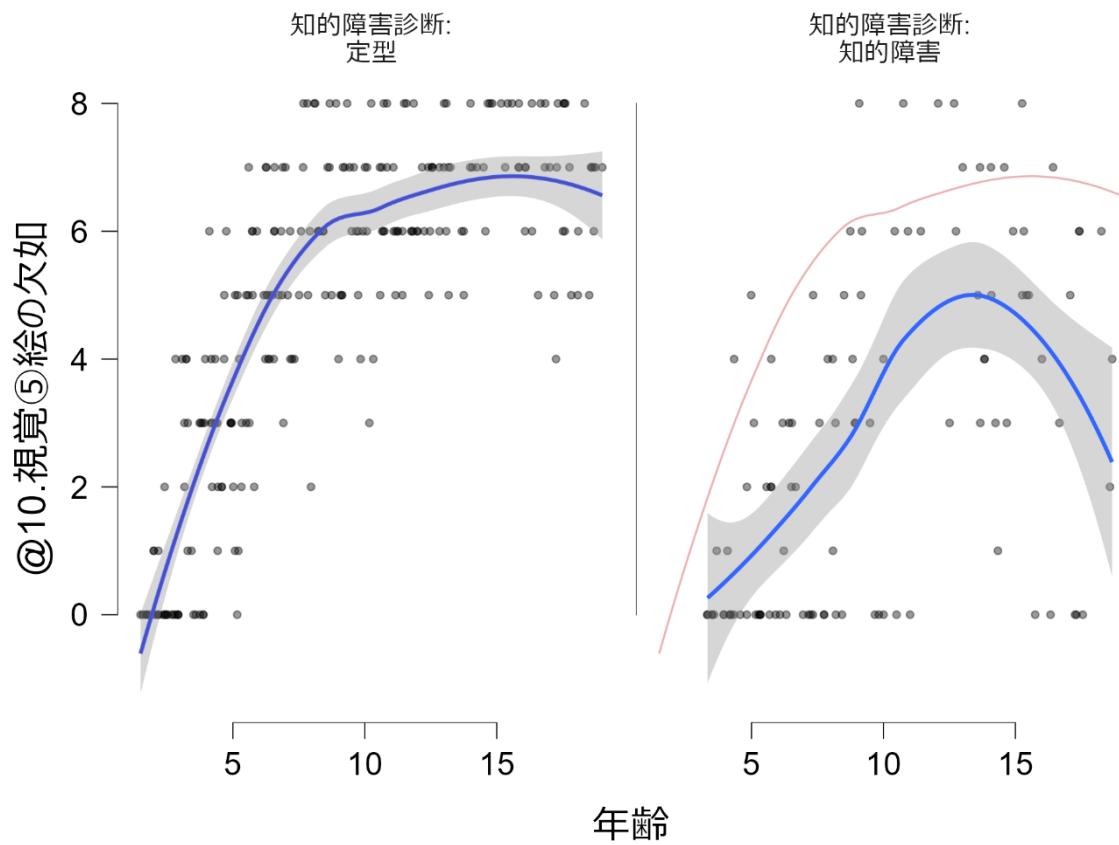
付録5 年齢による各課題・尺度得点の推移

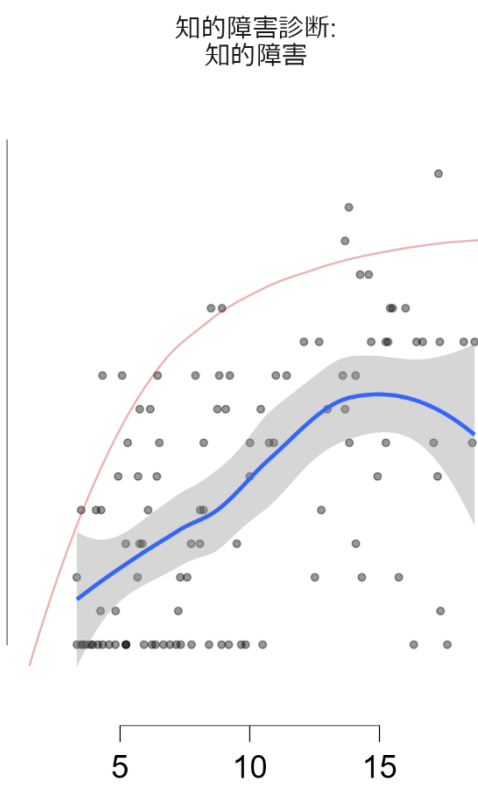
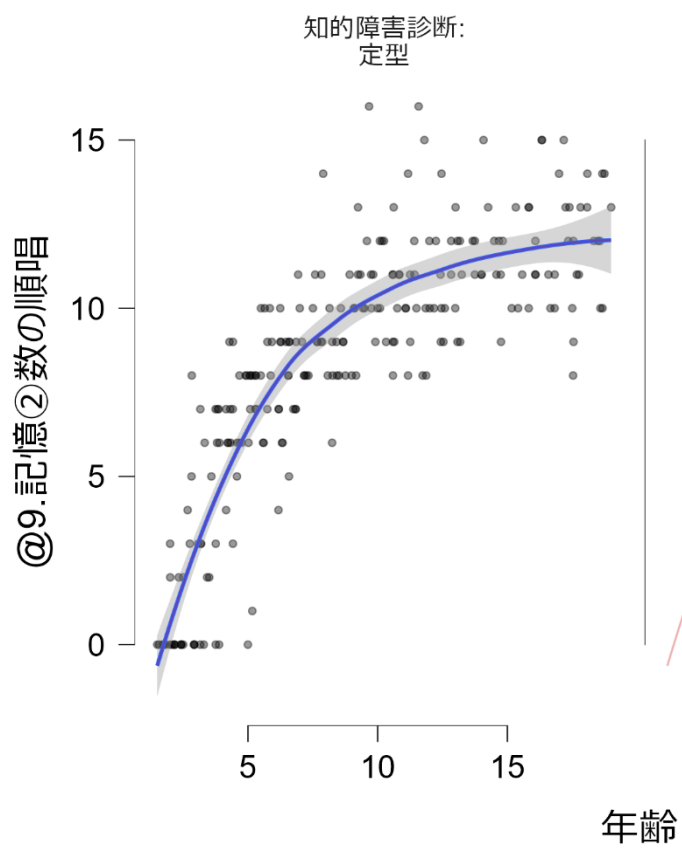
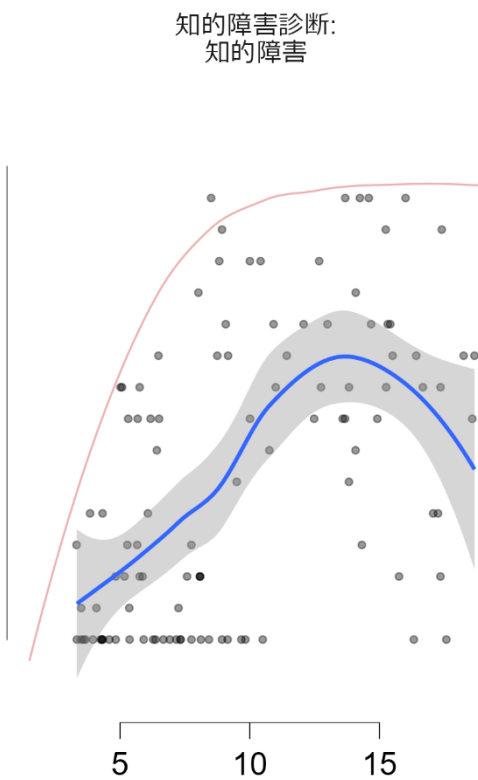
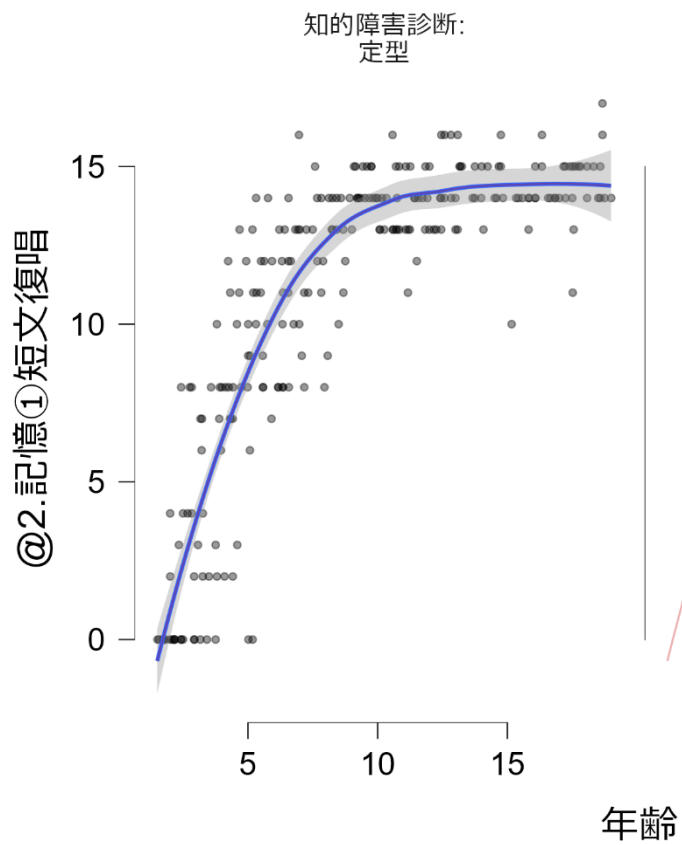


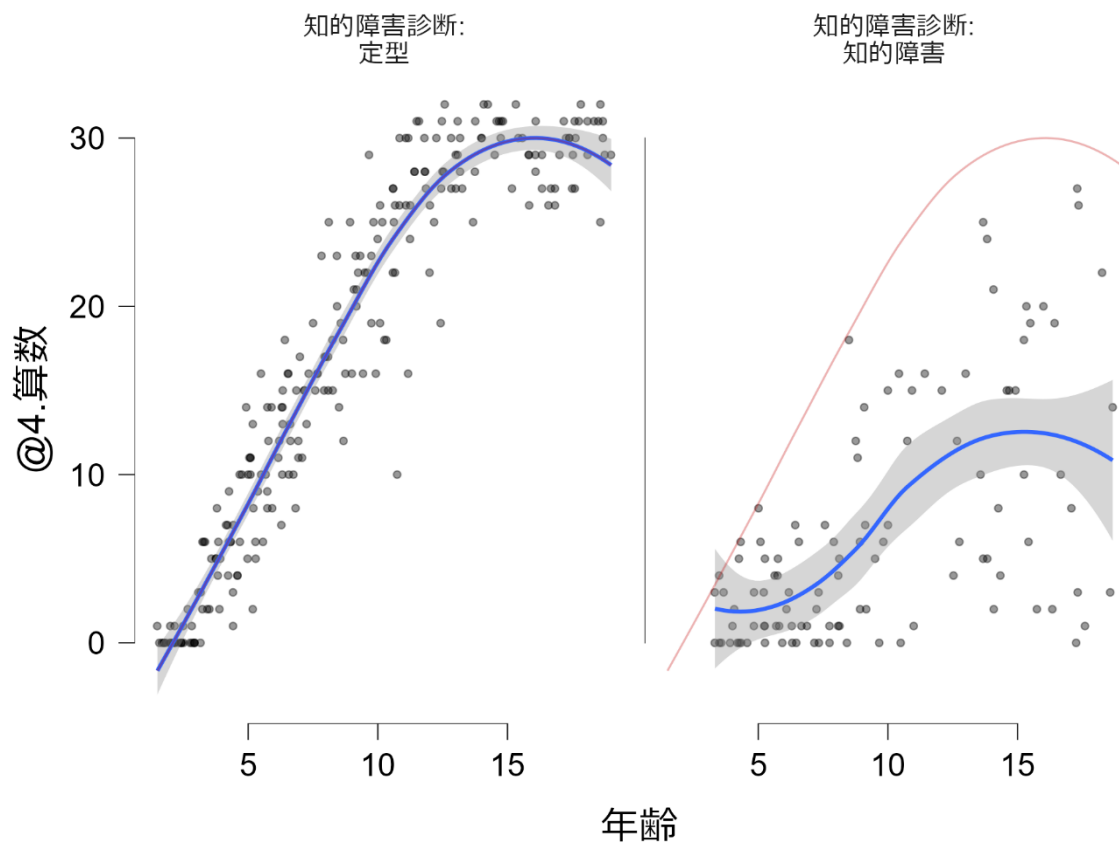
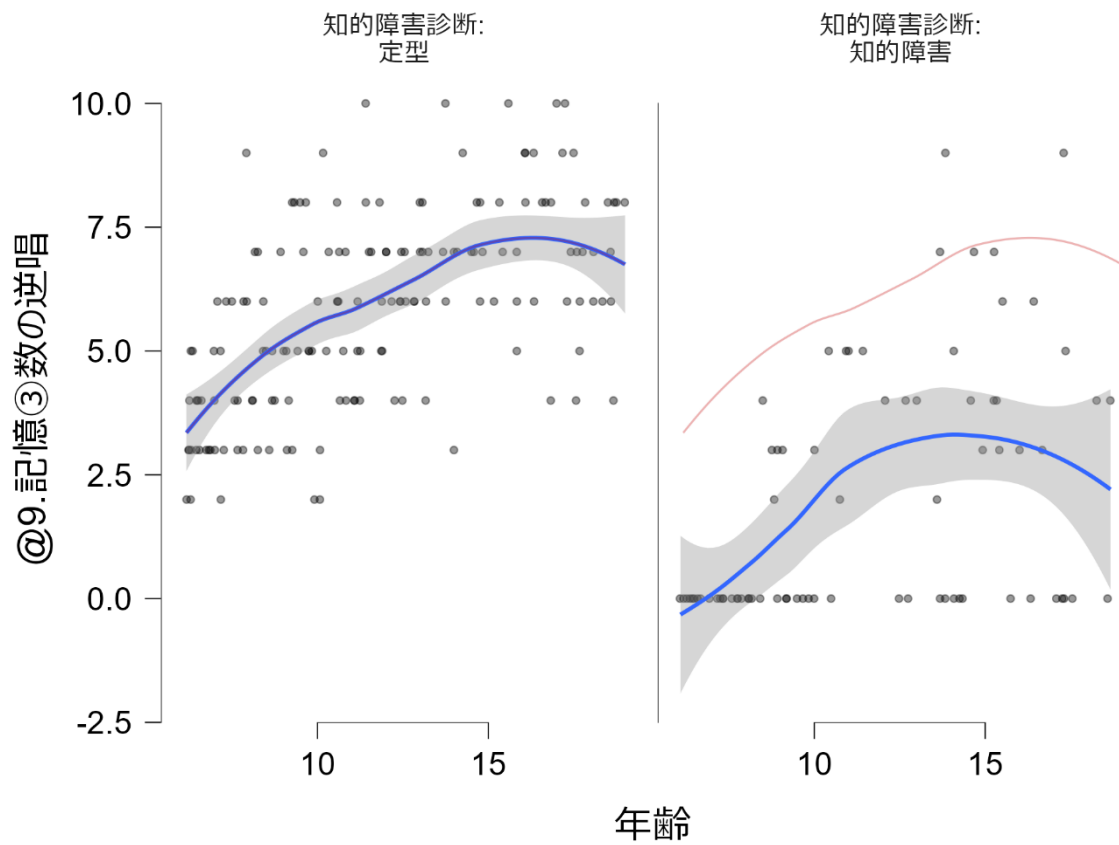


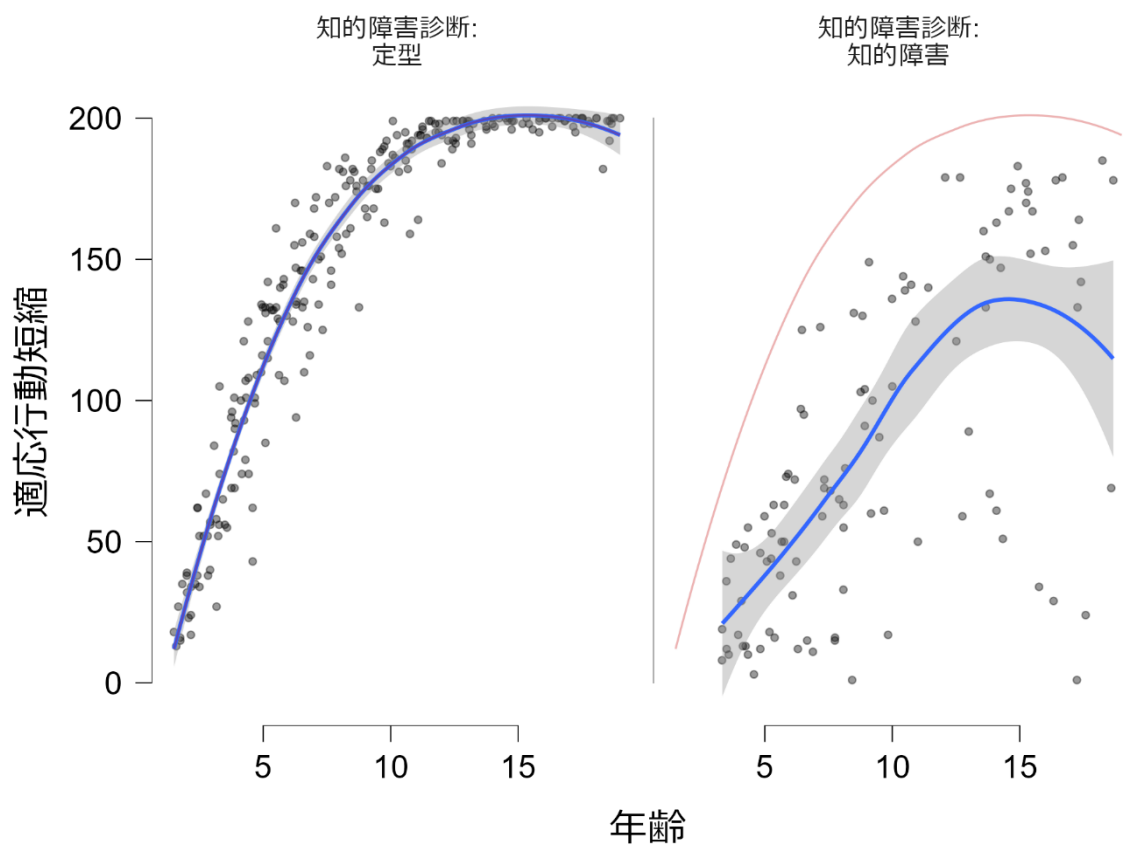
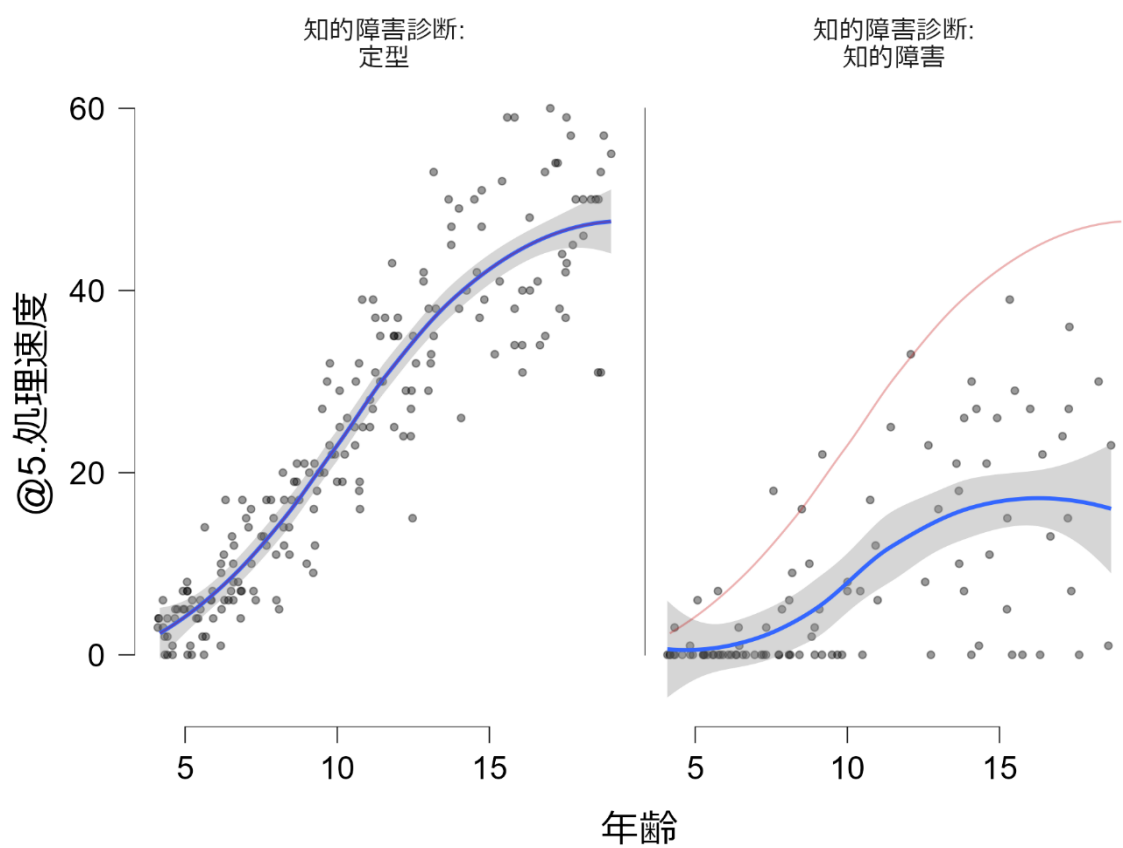












研究成果の刊行に関する一覧表

1. 書籍 該当なし

2. 雑誌

村山恭朗. (2023). 構成路同省研究班報告 療育手帳の判定基準の全国統一化に向けて－
実態と課題－. 小児の精神と神経, 63, 65-71.

村山恭朗. (2023). 療育手帳の判定・交付基準の現状と統一化に向けた課題. 知的障害福祉
研究 さぽーと, 795, 38-43.

以上

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4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 現代社会学部・教授
(氏名・フリガナ) 辻井 正次 (ツジイ マサツグ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
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)	■	□	■	中京大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
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	□	■	□		□
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：)	□	■	□		□

(※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 ■ 未受講 □
-------------	------------

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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 □ 無 ■ (有の場合はその内容：)

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

令和5年5月18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4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 副理事長
(氏名・フリガナ) 大塚 晃 オオツカ アキラ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 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4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 人間文化学部人間文化学科 教授
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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由：COI委員会が未設置なため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 国立のぞみの園
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 田中 正博

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 福島学院大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 桜田 葉子

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 福祉学部福祉心理学科・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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

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

令和5年5月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立精神・神経医療研究センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 中込 和幸

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 知的・発達障害研究部 ・部長
(氏名・フリガナ) 岡田 俊・オカダ タカシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 国立大学法人 弘前大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 福田 眞作

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 中村 和彦 ・ ナカムラ カズヒコ

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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

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

令和5年 4月 28日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人愛媛大学

所属研究機関長 職 名 大学院医学系研究科長

氏 名 羽藤 直人

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 上野 修一・ウエノ シュウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 国立大学法人信州大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 中村 宗一郎 (公印省略)

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部子どものこころの発達医学教室・教授 (特定雇用)
(氏名・フリガナ) 本田 秀夫 ・ ホンダ ヒデオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

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

令和5年5月2日

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4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 愛知教育大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 野田敦敬

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 心理講座・准教授
(氏名・フリガナ) 高柳 伸哉・タカヤナギ ノブヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由： 現在作成中のため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

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

令和5年5月15日

厚生労働大臣 殿

機関名 中京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 梅村 清英

次の職員の令和4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 心理学部・教授
(氏名・フリガナ) 明翫 光宜 (ミョウガン ミツノリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		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)	☒ ☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 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4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 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
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)	☒	☐	☒	中京大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。