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

令年４－６年度　総合研究報告書

研究代表者　辻井　正次

令和７年（２０２５年）５月

目　　次

Ⅰ．総合研究報告
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 ---------- 37
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---------- 55
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（令和６年より　奈良県立医科大学 精神医学講座）
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--------- 71
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年より　中京大学 心理学部）
髙柳　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　－予備的調査－ ---------- 85
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年より　中京大学 心理学部）
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
明翫　光宜　中京大学　心理学部

5．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 ---------- 152

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　人文学系
浜田　恵　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部（令和 5 年より　中京大学 心理学部）
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
明翫　光宜　中京大学　心理学部
〈研究協力者〉
足立　匡基　明治学院大学　心理学部
野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課
増山　晃大　愛知教育大学教育系心理講座
中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部
久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

6．療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応 ---------- 190
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
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
日詰　正文　国立のぞみの園　研究部

7．療育手帳制度における諸課題における検討―特別児童扶養手当との関連、判定に必要な成育歴情報，再判定期間に関するレビュー―---------- 204
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（令和 6 年より　奈良県立医科大学 精神医学講座）
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

8. ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－---------- 214
村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

9．療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題---------- 226
大塚　晃　　上智大学 総合人間科学部／一般社団法人 日本発達障害ネットワーク
小林　真理子　山梨英和大学 人間文化学部 人間文化学科
日詰　正文　　国立のぞみの園　研究部

１０．　特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題-------- 246
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

１１．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案---------- 250
髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

１２．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－2 軸診断について－---------- 258
内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

１３．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－評価指標のカットオフ値について－---------- 263
上野　修一　愛媛大学大学院 医学系研究科
〈研究協力者〉
河邉　憲太郎　愛媛大学大学院 医学系研究科

１４．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－障害等級の区分について－---------- 266
内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

１５．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－療育手帳の交付年齢について－---------- 271
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

１６．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－各年齢帯における再判定期間について－---------- 274
中村　和彦　弘前大学大学院 医学研究科
〈研究協力者〉
坂本　由唯　弘前大学大学院 医学研究科

１７．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－18 歳以上の申請者における初判定について－---------- 280
岡田　俊　奈良県立医科大学 精神医学講座

１８．　療育手帳の交付判定においてABIT-CVを利用する際の留意事項---------- 284
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
伊藤　大幸　お茶の水女子大学　基幹研究院　人間科学系
髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

１９．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 ---------- 289
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　人文学系
浜田　恵　中京大学　心理学部
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
明翫　光宜　中京大学　心理学部
〈研究協力者〉
足立　匡基　明治学院大学　心理学部
野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課
増山　晃大　愛知教育大学教育系心理講座
中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部
久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

２０．　刊行に関する一覧---------- 338

２１．　調査実施者等協力者一覧---------- 339
-

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

令年４－６年度　総合研究報告書

研究代表者　辻井　正次

令和７年（２０２５年）５月

目　　次

Ⅰ．総合研究報告
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 ---------- 37
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---------- 55
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（令和６年より　奈良県立医科大学 精神医学講座）
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--------- 71
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年より　中京大学 心理学部）
髙柳　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　－予備的調査－ ---------- 85
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年より　中京大学 心理学部）
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
明翫　光宜　中京大学　心理学部

5．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 ---------- 152

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　人文学系
浜田　恵　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部（令和 5 年より　中京大学 心理学部）
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
明翫　光宜　中京大学　心理学部
〈研究協力者〉
足立　匡基　明治学院大学　心理学部
野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課
増山　晃大　愛知教育大学教育系心理講座
中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部
久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

6．療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応 ---------- 190
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
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
日詰　正文　国立のぞみの園　研究部

7．療育手帳制度における諸課題における検討―特別児童扶養手当との関連、判定に必要な成育歴情報，再判定期間に関するレビュー―---------- 204
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（令和 6 年より　奈良県立医科大学 精神医学講座）
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

8. ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－---------- 214
村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

9．療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題---------- 226
大塚　晃　　上智大学 総合人間科学部／一般社団法人 日本発達障害ネットワーク
小林　真理子　山梨英和大学 人間文化学部 人間文化学科
日詰　正文　　国立のぞみの園　研究部

１０．　特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題-------- 246
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

１１．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案---------- 250
髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

１２．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－2 軸診断について－---------- 258
内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

１３．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－評価指標のカットオフ値について－---------- 263
上野　修一　愛媛大学大学院 医学系研究科
〈研究協力者〉
河邉　憲太郎　愛媛大学大学院 医学系研究科

１４．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－障害等級の区分について－---------- 266
内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

１５．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－療育手帳の交付年齢について－---------- 271
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

１６．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－各年齢帯における再判定期間について－---------- 274
中村　和彦　弘前大学大学院 医学研究科
〈研究協力者〉
坂本　由唯　弘前大学大学院 医学研究科

１７．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－18 歳以上の申請者における初判定について－---------- 280
岡田　俊　奈良県立医科大学 精神医学講座

１８．　療育手帳の交付判定においてABIT-CVを利用する際の留意事項---------- 284
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
伊藤　大幸　お茶の水女子大学　基幹研究院　人間科学系
髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

１９．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 ---------- 289
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　人文学系
浜田　恵　中京大学　心理学部
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
明翫　光宜　中京大学　心理学部
〈研究協力者〉
足立　匡基　明治学院大学　心理学部
野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課
増山　晃大　愛知教育大学教育系心理講座
中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部
久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

２０．　刊行に関する一覧---------- 338

２１．　調査実施者等協力者一覧---------- 339
-

Ⅰ. 総合研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
総合研究報告書

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　上智大学　総合人間科学部／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　人間文化学科
岡田　俊　奈良県立医科大学 精神医学講座
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　中京大学　心理学部
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
明翫　光宜　中京大学　心理学部
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系

【研究要旨】

療育手帳制度は、知的発達症（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。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、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。

本研究の成果は、以下の二点に集約される。第一に、療育手帳の判定および交付に関する現状を把握するとともに、知的発達症に関する精神医学的診断基準や心理テスト論等に関する先行研究の知見を総合的に整理・検討し、療育手帳の交付判定における実効性のあるガイドラインを提案した。

第二に、療育手帳の判定現場において、実用的かつ標準的に使用できる知的機能および適応行動の検査ツールである ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）を開発し、その標準化（ノルムの設定）を行うとともに、信頼性および妥当性の検証を通じて、当該ツールの科学的根拠に基づく有用性を明らかにした。

療育手帳判定暫定ガイドライン（案）抜粋　令和 7 年 3 月（厚労科研辻井班）

A. 療育手帳の判定にあたっては、**偏差指数が算出できる知能検査と適応行動尺度**を用いる。具体的には、ウェクスラー式知能検査と Vineland-Ⅱ適応行動尺度、もしくは知的機能と適応行動を簡易に評価できる ABIT-CV の使用が推奨される。

B. 療育手帳の交付判定に際しては、原則として、**知的機能および適応行動それぞれの標準得点がともに 70 未満である場合に交付の対象**とする。ただし、±5 ポイント程度の測定誤差を考慮するものとする。

C. 療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とする。判定には**知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55－69 を軽度、40－54 を中度、25－39 を重度**、**25 未満を最重度とする**。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。

D. 療育手帳の交付年齢（取得年齢）については、知的機能の実施可能年齢を考慮し、**1 歳以上**とする。0 歳台における先天性疾患などに基づく判定については、「暫定判定」として対応し、更新時に再判定を行う。

E. 再判定の間隔については、**就学前年齢の場合は 2～3 年ごと、就学以降 18 歳までは 3 年ごと**、**18 歳以上ではおおむね 5 年程度ごと**の再判定を推奨する。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定については、再判定の必要性は低いため、原則として実施しない。ただし、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。

F. 18 歳以上で初めて療育手帳の交付を申請する場合は、**「医師の意見書」**の形式での書式の提出を要件とする。その際、学校の成績、教育状況・達成度の記録、発達歴に関連する情報などの提出を求める。ただし、**被虐待などの知的発達や適応行動に関連しうる経過がある場合**にはより慎重に判断し、知的障害があったことが臨床的に認められる場合は加味するべきである。一方で、精神疾患（統合失調症など）の併存があり、知的機能や適応行動の低下が精神疾患に起因するものであると判断される場合には、除外診断として扱う。

※この考えを元に、実際に自治体での実施を通して現在の判定基準との相関を、引き続き調査研究を行っていく。

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）を呈する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。この制度は未だ法制化されていないため、療育手帳の判定方法、交付基準および障害等級の種類やその認定基準は都道府県及び指定市の裁量で定められている。

これまでの調査研究において、都道府県／指定市間に療育手帳の判定方法および交付基準にバラつきがあることが報告されている（例えば、三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2022）。このような領域手帳に関する判定手続きおよび交付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ことがこれまでに報告されている（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2023，2025；櫻井，2000）。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。

これに加えて、近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification of Diseases：ICD）が変更された（2022年1月から発効）。これに伴い、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は、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が設定された標準化検査（以降、ノルム化検査）によって行う必要があることの2点である（World Health Organization, 2022）。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、基準となる平均得点や偏差指数（標準偏差）が設定されている検査である。

ノルム化検査による知的機能と適応行動の評価が知的発達症の診断に必須であることは、ICD-11に限ったことではない。例えば、アメリカ精神医学会が刊行する精神疾患に関する診断マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5, American Psychiatric Association, 2022）では、知的発達症は知的機能と適応行動の双方の欠陥を伴う障害であり、知的機能の評価に関しては「母平均よりも約2標準偏差またはそれ以下である」（p.35）、適応行動の評価に関しては「同じ年齢および社会文化的な背景をもつ人と比較して」（p.36）と明記されている。これらの表記から、知的機能と適応行動はノルム化された標準化検査によって評価されるべきことが読み取れる。同様に、米国知的障害発達障害学会（American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AAIDD）が刊行するマニュアル（Schalock, Luckasson, & Tasse, 2021）においても、知的発達症の診断には、ノルム化された標準化検査による知的機能と適応行動の評価が必須であることが明示されている。

手帳判定での知的機能／適応行動の評価の現状

上記したように、知的機能と適応行動のノルム化検査による評価は、国際的に認められている知的発達症の診断基準（知的発達症の発達特性の評価基準）で共通している。一方、現行の療育手帳の交付判定では、異なる評価法が採用されている。例えば、近年、児童相談所などの療育手帳の交付判定を行う機関（$n = 191$）を対象とした調査において、ノルム化されているウェクスラー式知能検査（WAISやWISC）知的機能を評価する主要な検

査として位置づけられていない（交付判定で、ウェクスラー式知能検査が最も利用すると報告する機関は、WAIS で 1.0%、WISC で 0.5%、WPPSI で 0.0%である）。適応行動については、国内でノルム化されている唯一の標準化検査である Vineland-II適応行動尺度を主要なツールとして利用する機関は一つもない状況である（以上、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。

とりわけ、適応行動の評価に関しては、実施していない自治体／機関がある。例えば、児童相談所等の療育手帳の交付判定を行う機関（n = 210）を対象とした調査（2023 年度に実施）では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たない（49.0%）（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024）。これと合致する知見はこれまでにも複数報告されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023；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交付判定のあり方は、ICD-11 など、国際的に信用性が高い知的発達症の診断基準とは合致していないことが理解される。

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裏づけられた基準、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。

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。国内で利用できる知的検査としては、ウェクスラー式知能検査や K ABC-II がノルム化検査に該当する。

現在、療育手帳の判定では、ノルム化検査はほとんど利用されておらず、代わりに非ノルム化検査（検査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、療育手帳の交付判定を行う機関（n=191）を対象として、知的機能を評価する際に頻繁に利用されるツールに関する調査が行われている（2024 年に実施；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。調査の結果、ビネー式知能検査（鈴木ビネー知能検査および田中ビネー知能検査）の使用頻度が最も高く、田中ビネー式知能検査については 6 割（61.3%）、鈴木ビネー式知能検査については 2 割（23.0%）の機関が「最も使用頻度が高い検査」と回答した。新版 K 式発達検査を「最も使用頻度が高い」と回答した機関は 10%強（13.6%）であった。一方、ウェクスラー式知能検査を「最も使用する知能検査」と回答した機関は僅か 1%に過ぎなかった（WISC：0.5%, WAIS：1.0%）。

類似する結果は他の調査でも確認されている。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)。児童相談所等の療育手帳の交付判定を実施する機関（$n = 210$）を対象とした別の調査でも、9 割以上（94.8%）の機関がビネー式知能検査（田中ビネーV など）を、6－7 割の機関が発達検査（新版 K 式発達検査など）を判定で使用している一方で、ノルム化検査であるウェクスラー式知能検査の利用は全体の 4 割強に留まることが示されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024)。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)。これらのことから、療育手帳の交付判定を行う多くの機関では、知的機能の評価は主に非ノルム化検査により実施されていると考えられる。

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。前述した直近の調査（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）では、適応行動の評価に利用するツールとして、Vineland-II 適応行動尺度を「最も利用する」と回答した機関は一つもなかった。一方で、およそ半数（49.7%）の機関は「最も使用する検査」を自治体や判定機関が独自に作成・開発した検査と回答し、1 割弱（8.4%）の機関は適応行動の評価自体を行っていないと回答している。この調査結果と合致するように、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（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023)。これらの結果を踏まえると、療育手帳の交付判定では、申請児者の適応行動は適切に評価されていない現状が見て取れる。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

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。2022 年度に我々が行った調査では、療育手帳の交付を受けている児者（$n = 83$）の 1 割前後が 75 よりも高い IQ を示し、その一部の児者の IQ は 100 よりも高かった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 が 85 よりも高い児者に対しても療育手帳の交付を認めること（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)。このように、一部の都道府県・指定市は知的発達症の特性を呈さない児者に対しても療育手帳を交付している一方で、知的発達症の知的特性（IQ<70）と合致する交付基準を堅持する都道府県・指定市等があることも事実である（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2021)。

加えて、一部の都道府県や指定市は、知的発達症以外の神経発達症の特性を勘案し、知的発達症の特性を呈さない児者に療育手帳の交付を認めている。例えば、判定機関（$n = 191$）を対象とした調査において、知的機能の水準が知的発達症の診断基準よりも高い（IQ70-75 以上）場合であっても、神経発達症（自閉スペクトラム症など）を呈する申請児者に療育手帳を交付すると回答した機関はおよそ 4 割(39.3%)に上る（三菱 UFJ リサ

ーチ＆コンサルティング，2025)。また、同調査において、知的発達症の特性を呈さない児者に療育手帳を新規に交付する件数（年間）が 500 以上と回答した機関があることも示されている。さらに、同調査では、調査に協力した療育手帳の交付児者（$n = 872$）のおよそ 6％（5.7%）が知的発達症の特性を呈さず、それ以外の神経発達症を呈すると報告している（交付児者の家族・親族等が回答；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025)。これらの結果は、療育手帳制度の通知とは合致しない対象にまで、公然と療育手帳を交付する自治体があることを示すものである。

これらの結果を踏まえると、療育手帳の交付は申請児者の居住地により左右されている恐れがある。言い換えれば、知的発達症に留まらず、他の神経発達症（自閉スペクトラム症など）の特性を呈する児者が受けられる福祉・教育的支援は、地域間で不平等・不公平な状況にあると考えられる。そのため、療育手帳の交付判定に係る統一化は、都道府県及び指定市間の知的発達症および他の神経発達症の特性を呈する児者に対する教育・福祉的支援の平等性・公平性を図ることにもつながり得る。

本研究の目的

先行研究の知見から、現在の療育手帳における判定方法は、必ずしも科学的根拠に基づいた適切な方法とは言い難く、また、都道府県や指定都市ごとの判定・交付基準にばらつきがあることが明らかとなっている。このことにより、知的発達症の診断と一致しない児者にも療育手帳が交付されるケースが生じ、自治体間で神経発達症をもつ児者への福祉的支援の提供やその質に関する不公平・不平等が問題となっている。

こうした状況を改善し、知的発達症をもつ児者、延いては神経発達症を持つ児者に対する支援と福祉の充実を図るためには、療育手帳の判定方法および交付基準の統一化が喫緊の課題である。特に、判定方法の統一化を進めるには、児童相談所などの実務現場で利用しやすい、信頼性・妥当性の高い知的機能および適応行動の評価ツールの整備が求められる。

そこで本研究は、3 か年にわたり、ICD-11 における知的発達症の診断基準に準拠した新たな判定ツールの開発を通じて、療育手帳における判定方法および交付基準の統一化を促進することを目的とする。最終的には、当該ツールの実用化を視野に入れつつ、療育手帳制度に対する政策的提言を行うことを目指す。

B. 各分担研究の研究方法および研究結果

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度（小林真理子・大塚晃・日詰正文）

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、東京に狐女学園を設立し、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）年に狐女学園は、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。

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、障害の定義及びその基とな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。

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。これでま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、判定するべき事項（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（内山登紀夫・上野修一・岡田俊・中村和彦・本田秀夫）

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。

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。

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

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（小林真理子・浜田恵・髙柳伸哉・明翫光宜）

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。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。

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よる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とか考え、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－（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・髙柳伸哉・明翫光宜）

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 を通じても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 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）。

（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。

結果

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。

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。

5. 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（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・高柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜）

5－1　方法

研究協力児者

ABIT-CV の標準化および信頼性・妥当性の検証のため、定型発達児者および知的障害児者を対象とした調査を実施した。

定型発達群の調査対象者の募集は民間リサーチ会社に委託した。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、知的障害や発達障害の診断を受けていない児者とその保護者または同居者（配偶者など）に対して調査協力を依頼した。317 名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の疑

いを指摘されている、もしくは、検査に不備があった 26 名を分析から除外し、291 名（男性 150 名、女性 141 名）を分析対象とした。

知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者（以下、保護者等と記す）に調査協力を依頼した。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。56 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を受けていないことが確認された 9 名を分析から除外し、47 名（男性 11 名、女性 36 名）を分析対象とした。

ABIT-CV の改訂

ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。開発経緯や実施手順の詳細については昨年度の報告書を参照されたいが、今年度調査では昨年度調査の結果を踏まえ、各パートの一部改訂を行った上で実施した。

知的機能検査　知的機能検査は、CHC（Cattell-Horn-Carroll）モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、当初 15 種の課題が作成されたが、昨年度調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された 9 課題を選定して使用した。このうち、4 課題は全年齢で実施され、4 課題は幼児期、1 課題は児童期以降でのみ実施される。一方、昨年度調査では、低年齢層（1-2 歳）において定型発達児であっても課題場面への適応が難しいケースが少なくないことが確認されたため、日常的なやり取りや遊びの文脈の中で反応を観察する「トドラー課題」を新たに作成し、1-2 歳児（以下、トドラーと記す）のみを対象に実施した。また、「視覚①大きさ・長さの比較」についても、より難易度の低い 4 つの問題を追加した。なお、視覚①、視覚②、視覚③の 3 課題については、課題内容や難易度の点で類似性が高く、得点の相関も高いことから、分析上は 1 つの課題として統合して処理する。

適応行動尺度　適応行動尺度は、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、当初 195 項目が作成された。しかし、昨年度調査において、1 歳時点で定型発達児の粗点合計の平均値が下限の 0 に近づくことが示され、十分な精度で知的障害の判別を行うのが困難であることが示唆されたため、新たに想定通過月齢が 0 歳および 1 歳の計 25 項目を追加した。

5 －2　結果

- 項目分析の結果、新規追加項目も含めて、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、適応行動尺度の一部項目では、低年齢のサンプルの不足により、十分な得点の分散が得られず、項目機能の検証が困難であった。
- 適応行動尺度と知的機能検査のいずれの尺度・課題についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。
- いずれの尺度・課題についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、ABIT-CV が適応行動や知的機能の発達的変化を適切に捉えうることが示された。また、知的機能検査の各課題間で、得点の上昇が生じる時期に差異が見られ、それぞれが異なる時期の発達に感受性を有することが確認された。
- ウェクスラー式知能検査および Vineland-II を外在基準とする併存的妥当性の検証により、知的機能検査がウェクスラー式知能検査と高い相関（.787）を示した一方、適応行動尺度は Vineland-II と高い相関（.886）を示

し、いずれも十分な収束的・弁別的妥当性を有することが確認された。

- トドラー、幼児、成人という３つの年齢群ごとに判別分析を行い、いずれの尺度・課題も知的障害の診断の有無と相関することが示され、パッケージ全体としても十分な正準相関が確認された。また、定型発達群の平均-２標準偏差をカットオフとして、いずれの年齢群でも高い精度で知的障害の有無を判別しうることが示された（感度：.875～1.00、特異度：.979～1.00）。
- トドラーおよび幼児において、知的機能検査で発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合でも、知的障害の判別精度はおおむね保たれることが確認された。

５－３　考察

本年度の研究結果を踏まえ、本事業の最終年度にあたる次年度の課題として以下が挙げられる。

- 知的障害群について、トドラーを中心とする低年齢サンプルを拡充することで、低年齢向けの項目の有効性を検証するとともに、ABIT-CV がどの月齢時点から知的障害の判別精度を発揮するかを特定し、ABIT-CV の適用開始月齢を決定する。
- 定型発達群の低年齢サンプルも拡充し、ノルムの設定に必要な要約統計量の推定精度を向上させる。
- 知的障害群の児童期・青年期サンプルを収集し、児童期・青年期における知的障害の判別精度を検証するとともに、発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合の精度も併せて検証する。
- ABIT-CV の信頼性をより多面的に検証するため、内的整合性に加え、再検査信頼性および評価者間信頼性を調査する。これらの結果に基づいて、測定標準誤差および信頼区間の幅（Margin of Error: MoE）を推定する。
- 知的障害の有無の判別に加え、軽度から最重度までの重症度の判定の方法を整備する。これにあたっては、知的機能と適応行動の重みづけをどのように設定するか、また、得点と重症度の判定をどのように対応づけるかが重要な論点となる。とりわけ後者の観点は重要度が高い。一般に、年齢が上がるにつれて定型発達児者と知的障害児者の発達の差異は拡大するため、年齢上昇とともに知的障害群の標準得点が低下する傾向がある。したがって、今年度調査のように定型発達児者のデータに基づいてノルムを設定した場合、同一個人であっても、年齢が上昇するほど重症度が高く判定されるという問題が生じる懸念がある。こうした問題を回避するには、年齢によって重症度判定の基準を変化させるか、ノルムの設定の段階で定型発達児者だけでなく知的障害児者や発達障害児者のサンプルを母集団比率に沿った形で含めるなどの工夫が必要となる。

以上の課題を検証する上で最低限必要となるサンプルサイズと現時点での充足数および不足数を Table 7 に示した。次年度調査では、ABIT-CV の実装のために、このサンプルサイズを充足するとともに、一部サンプルでは再検査信頼性および評価者間信頼性の検証を行うことが求められる（それぞれ $n > 50$）。

6. 療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応（大塚晃・小林真理子・日詰正文）

療育手帳制度は、知的障害者福祉法にその対象規定がないために、各地方自治体の判定業務にまかされ、各自治体が用いる検査ツールも異なれば、重度以外のどこまでを認めるかの基準も異なることとなった。転居の際に、療育手帳の新規発

行が求められ、療育手帳制度の目指す一貫したサービ利用に支障が出ることになり、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」（平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。一貫した支援のために発案された手帳制度そのものが、一貫したサービス利用を困難にしてきたと言えよう。

2010 年に成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(つなぎ法)」により、発達障害も精神障害の一部として障害者自立支援法の対象と規定された。2011 年 8 月の障害者基本法の改正により、第 2 条の「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害(発達障害を含む。)」とされ、発達障害が精神障害に含まれることがより明確となった。これにより、発達障害者は精神障害者保健福祉手帳の対象とされたというのが関係者の共通の認識となった。しかし、行政は積極的に推し進めることなく、発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳も取選択肢の一つというスタンスが続いている。発達障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象であると言い切るには、幾つかの課題が残っている。

療育手帳制度の歴史においては、手帳制度の「管理的メリット」と「功利的メリット」が意図されて創設されてが、本来の指導援助の一貫性の機能は、令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳の検査結果については、全ての行政種別で「特に取得していない」が多く、判定結果については、多くの自治体では「全てのケースの判定結果について情報を取得している」、相談支援事業所では、「一部の判定結果について情報取得している」がそれぞれ最も多くなっている。しかし、関係機関間での検査結果や判定結果等の共有・活用は、限定的となっている実態が窺える。「希望があれば」という判定機関の態度の背後には、判定機関自体が療育手帳を，支援の「スタート」ではなく、「ゴール」として捉えていることが推察される。このような市町村や相談支援事業者へのアンケート調査結果から、療育手帳に関する情報を適切に提供し、それを関係機関で協働して活用して一貫した支援を行っているという状況には乏しいという結果が出ている。療育手帳制度の「管理的メリット」が、その十全な目的が達せられず、むしろ「功利的メリット」が大きくなってきたと言えないだろうか。当事者は療育手帳を「功利的メリット」から取得することを強く要望し、行政はともかくそれに応じることで手一杯である状況が覗える。

制度の目的と実態を踏まえると、これまでの療育手帳は「各種援助措置を受けやすくする」という機能は発揮してきたと考えられる一方、「知的障害児者への一貫した指導・相談」という機能が十分に発揮できてきたかは疑問が残る。

具体的には、療育手帳交付のため、専門的な職員により知能能力や適応行動等の評価が行われているが、その検査結果は他の関係機関とほとんど共有されておらず、本人・家族との共有も約 7 割の判定機関で希望があれば提供しているという状況であった(令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書)。実際に情報が提供されている例は少なく、その内容も個人情報保護等の理由により、知能指数の数値や障害の程度の数値の情報等に限定していると報告されている。

アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第 5 版・DSM-5』は神経発達症群を、知的能力障害群、コミュニケーション症群、限局性学習症、運動症群、自閉症スペクトラム症、注意欠如・多動症に分類している。知的障害が発達障害の一群として明記された形となっている。その後、ICD-10（『国際疾病分類第-0 版』）が第 11 版

に変更された。概ね、DSM-5 と同じ方向であり、今後は、発達障害支援法の対象に、知的障害を含めることを念頭に知的障害と発達障害の関係を法的に整理していくことが必要である。

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の 85%が軽度、10%が中度、3～4%が重度、1～2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016 年の発達障害者支援法改正法衆参附帯決議における、「これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること。」とは、発達障害の定義の中に知的障害を入れることを求めた決議と理解できる。知的障害を発達障害支援法の対象として、同じようなニーズを持つ群として制度・施策を構築していくことである。障害者基本法第二条（定義）において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）と規定している。この定義からすれば、身体障害と精神障害（発達障害（知的障害））という構図となろう。これらの障害をもつ者に共通しているのは、判断能力に困難性を抱えていることである。あるいは、意思決定支援の必要は人たちとも言えるだろう。今後は、知的障害者の意思が尊重された地域生活に役立つ、新たな療育手帳制度が創設されることが望まれる。

7. 療育手帳制度における諸課題における検討 ―特別児童扶養手当との関連、判定に必要な成育歴情報，再判定期間に関するレビュー―（内山登紀夫・上野修一・岡田俊・中村和彦・本田秀夫）

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害児福祉手当は医療機関で診断書を作成することが多い。手帳や手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、精神障害者保健福祉手帳や手当の申請に際しては、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。

日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報

知的障害は発達期に生じる障害で、知的機能と適応機能の両者が制限されることで定義される。知的障害であれば、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。

知的障害を判断する時期は幼児期から成人期まで多岐にわたる。幼児期において注意すべきは、子どもの養育環境である。特に乳幼児期における極端な心理社会的剥奪は言語発達や対人交流などの特定の精神機能にネガティブな影響を与える。社会的剥奪による子どもの状態は、子どもがより好ましい環境に移った後に大幅に改善することがある。したがって、養育環境に明らかな問題がある場合には知的障害の診断は慎重にすべきであ

り、まず養育環境の改善をはかる必要がある。

学童期以降に知的障害を診断する場合には、生育歴を聴取する際に精神疾患の可能性も考慮する必要がある。知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。

知的障害の場合には、発達早期から対人交流、コミュニケーション能力、行動コントール、社会的状況における危険の判断、集団適応能力の課題があり、学齢期では学校適応や学業成績に課題があることが多い。一方、知的障害のない精神疾患では精神疾患の発症までは、知的機能・適応行動の障害は通常ないと考えられる。

精神疾患のために知能テストの結果が低下することがあるので注意が必要である。

生育歴・現在の状態について聴取すべき環境要因・本人の状態について下記のような情報が含まれる。

・生育環境

社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待

・子どもの状態

発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動

妊娠中の母胎へのアルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素などへの曝露は胎児の神経系の発達に悪影響をもたらし、知的障害の原因となり得る。妊娠中の飲酒や薬物服用の有無について直接的に問うのではなく、妊娠中の健康状態をざっくりと聞いて、参考にするのが良い。

新生児仮死、極度の低出生体重、West 症候群などのてんかん、ダウン症などの染色体異常、未治療のクレチン症などのような代謝異常も高率に知的障害を併存する。さらに出生後の発達は正常であっても、発達の過程で、脳炎、脳腫瘍（術後を含む）、低酸素脳症、頭部外傷などのような脳器質的障害によって、知的能力が低下する場合も、１８歳未満にその低下が起こった場合には、知的障害の定義に含まれる。このような場合には、正常発達の後に、これらの中枢神経系への障害を伴い、知的能力が低下したという明確な時間関係を把握する必要がある。

知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目を考慮に入れ、単にはじき出された数字だけで、知的障害に含めてしまう可能性は排除しなければならない。具体的には、運動障害、聴力障害、視覚障害が含まれる。

従って、生育歴において聴取すべき身体面の情報は下記の通りである。

・母胎の問題

妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

・その他

１）知的障害と関連しうる本人の医学的状態

- ・新生児仮死
- ・極度の低出生体重
- ・脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
- ・染色体異常
- ・先天代謝異常

２）検査結果の判断時に考慮すべき項目

- ・運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

3－1　知能の安定性

一般人口における知能の安定性に関する研究を概観する。Lothian Birth Cohort 1921 の参加者を対象とした研究では、Moray House Test No. 12 を用いて 106 名を対象に 11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、$r = .54$ の強い正の相関が見られたことを報告している（Deary et

al., 2013)。また、同様に Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、Moray House Test No. 12 を用いて 11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11－70 歳間で r = .67、11－79 歳間で.66、11－87 歳間で.51 と加齢とともに減少していく傾向が報告されている（Gow et al., 2011)。これらから、年数が経つほど変化が見られるものの、人間の知能は一生涯を通じて一定の安定性を有していることがうかがえる。また、成人以降での知能の安定性について、262 名を対象とした縦断研究で 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳の知能との標準化回帰係数の変化を調べた研究では、.95 から.94、.86 と高い値が維持されている一方、特にワーキングメモリーが強く関連していることが示唆されている（Rönnlund et al., 2015)。

これまでは児童青年期から壮年期・老年期における知能の安定性の報告であったが、より短期間での安定性についてはどうであろうか。Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies のデータを用いた 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施し、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況（SES）と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された（Schneider et al., 2014)。また、この研究では知能によるサブグループ解析も行っており、IQ で三分位に分けた下位の平均 IQ93（SD = 6.0）の低 IQ 児群、平均 IQ108（SD = 3.6）の平均 IQ 児群、平均 IQ121（SD = 4.3）の高 IQ 児群を比較すると、IQ の経時的安定性は高 IQ 児よりも低 IQ 児の方が高いことが示されている（Schneider et al., 2014)。また、知能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の対象者において、年齢ごとでの知能の安定性を検証した結果、知能の自己相関係数は 7 歳未満では rtt < 0.7 である一方、7 歳以上では rtt = 0.7–0.8 とやや安定し、成人では rtt > 0.8 と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている（Breit et al., 2024)。このように知能は一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期といった発達段階でも安定性の変動が見られることが示されている。

3－2　知能検査の再検査信頼性

知能の安定性とともに、検査ツールの再検査信頼性の点からの検証も行われている。児童青年 344 名（男子 66%、初回検査年齢平均 8.74 歳（6.1–14.3 歳)、再検査年齢平均 11.6 歳（7.5–16.6 歳))を対象に WISC-IV の安定性を検証した研究では、平均検査間隔 2.84 年で言語理解（VCI）と知覚推理（PRI)、ワーキングメモリー（WMI)、処理速度（PSI)、全検査 IQ（FSIQ）の再検査信頼性（相関係数）はそれぞれ、r = .722、.756、.655、.649、.815 であり、FSIQ が比較的高い一方、4 つの指標得点は若干低い結果となった（Watkins & Smith, 2013)。また、児童青年 225 名（男性 160 名、女性 65 名、初回検査年齢平均 9.1 歳（6.1–14.8 歳)、再検査年齢平均 11.7 歳（7.4–14.8 歳))を対象に WISC-V の安定性を検証した研究では、平均 2.6 年の間隔を空けた再検査信頼性（相関係数）は FSIQ で.86、VCI で.84、視空間（VSI）で.82 と比較的高い一方、流動性推理（FRI）で.69、WMI で.74、PSI で.77 と若干低いことが報告されている（Watkins et al., 2022)。このように児童青年期においては 2～3 年ほどで、知能検査の結果に変動が起こりうることが示唆されている。

3－3　適応行動の軌跡と変動

知能の安定性や変動性がみられる一方、知的障害の診断基準のもう一つの柱となる適応行動の安定性はどうであろうか。Hamamatsu Birth Cohort

for Mothers and Children (HBC Study) の参加者994 名とその母親 893 名を対象に、一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告しており、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた（Nishimura et al., 2022)。中でも、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ（平均 78.4）や社会性の問題（SRS-2 平均得点 54.8）が見られ、適応行動と知能や社会性の問題との関連が示されている（Nishimura et al., 2022)。軽度の知的障害のある児童青年 40 名（男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9）を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測したことが報告されている（Gravråkmo et al., 2023)。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能の獲得に介入支援が効果的であることが示されている（Burns et al., 2019)。支援による適応行動の改善もみられるものの、知的障害児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behavior Checklist による把握で 38%、Child Behavior Checklist で 49%が問題を有することが示され、注意欠陥・多動性障害（39%)、不安障害（7–34%)、行為障害（3–21%)、うつ病（3–5%）がみられた（Buckley et al., 2020)。このように、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

8. ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－（村山恭朗・小林真理子・髙柳伸哉）

本研究班が開発・標準化する ABIT-CV の社会実装を促進するため、本研究は療育手帳の判定・交付を行う機関の職員を対象とする ABIT-CV の説明会を開催し、当該説明会に関するアンケートを精査することを目的とした。

８－1　調査対象

本研究班が開発した ABIT-CV（2022 年度報告書を参照）に関する説明会は全国 6 地区、7 か所／地域で実施された。具体的には、関東地区（神奈川県川崎市および東京都で実施)、九州地区（福岡県で実施)、東海地区（岐阜県で実施)、東北地区（宮城県仙台市で実施)、中国地区（広島県で実施)、関西地区（奈良県で実施)、北海道地区で説明会を実施した。本説明会は 2023 年 12 月から 2024 年 3 月に実施された。

全体で、療育手帳の判定交付機関で勤務する職員等 366 名が本説明会に参加した。各地区での説明会の参加者数の内訳は関東地区が 114 名（神奈川県 38 名、東京都 76 名)、九州地区 46 名、東海地区 53 名、東北地区 29 名、中国地区 34 名、関西地区 62 名、北海道地区 28 名であった。

8－2　説明会の概要

本研究班で開発した ABIT-CV に関する説明会は以下の内容で行った。

(1)　ICD-11 おける知的発達症の診断基準
(2)　療育手帳の判定に使用されるアセスメントツールの現状
(3)　ABIT-CV 開発の概要
　(ア) 開発の背景および意図
　(イ) 項目の開発
　(ウ) 予備調査（昨年度に実施した調査）の結

果

① ABIT-CV の項目選定

② 信頼性・妥当性の検証

③ 知的発達症の識別精度

(4) ABIT-CV の実施

(ア) 乳児・幼児版

(イ) 児童青年・成人版

(5) 質疑応答

いずれの地区でも同一の内容が説明され、説明会の時間は質疑応答を含めて 90 分であった。「(4) ABIT-CV の実施」では、参加者は研究班が作成した ABIT-CV の実施・採点マニュアルを参照しながら、就学前幼児および児童に対して ABIT-CV を実施した様子の動画を視聴した。

8−3 事後アンケート

説明会後に、参加者に事後アンケートを実施した。事後アンケートは 5 項目で構成され、内容および回答形式は以下であった。

質問① 「判定業務の経験（これまでの合計年数)」−5 件法（1：3 年未満、2：3−5 年、3：6−9 年、4：10 年以上、5：その他）

質問② 「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」−3 件法（1：分かりやすかった、2：やや分かりにくかった、3：まったく分からなかった）

質問③ 「本説明会での情報量は如何でしたか？」−3 件法（1：多すぎる、2：適当、3：少ない）

質問④ 「あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？」−自由記述

質問⑤ 「全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？」−自由記述

なお、質問②および質問③において、特定の回答を選択した場合（②では「2」または「3」、③では「3」）に、以下の質問について自由記述で回答を求めた。

質問②「ABIT-CV の理解を促進するためには、どのような情報が必要と思われますか？」

質問③「更にどのような情報を本説明会で提示すべきと思われますか？」

8−4 結果

質問②（「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」）に回答した参加者（337 名）のうち、9 割以上（90.2%、304 名）が「わかりやすかった」と回答した。「まったくわからなかった」と回答する参加者はいなかった。質問③（「本説明会での情報量は如何でしたか？」）に回答した者（339 名）のうち、9 割以上（91.4%、310 名）が説明会で提示した情報量を「適当」と評価した。質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容を提示していたと評価できる。

質問④（あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？）には、参加者のうち、223 名が回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施について説明会の開催に関する回答が最も多かった（97 名、26.5%）。次に、実際に ABIT-CV

を実施する演習・実習型の研修に関する回答が多かった（62 名、16.9%）。これらの回答を含み、ABIT-CV の操作／実施に関する研修の必要性を回答した者（「実施に関する説明会」、「実習等」、「動画視聴」を回答した者）はおよそ全体の半数であった（179 名、48.9%）。

これらの結果から、ABIT-CV の社会実装の促進を図る上で、今後の説明会では、より具体的、実践的に ABIT-CV の実施についての研修を図っていく必要がある。

質問⑤（「全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？」）には、参加者のうち 99 名が回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施に関する研修についての回答が最も多かった（37 名、10.1%）。この回答を含み、ABIT-CV の実施に関連する研修についての回答（「実施研修」、「実技研修」、「動画研修」）を示した参加者は全体の 1 割強（53 名、14.5%）であった。

本年度実施した ABIT-CV の説明会に関する質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容であったと評価される。加えて、今後の ABIT-CV の社会実装に向けた研修に関する質問④および質問⑤の回答結果から、今後も ABIT-CV の概要および実施方法に関する研修が必要であること、研修の一部には、実際に ABIT-CV を実施する等より実践的な研修が含まれることが望ましいと考えられる。さらに、児童相談所等の療育手帳の判定・交付業務を行う職員のうち、正規職員には数年ごとの部署異動があることを踏まえると、今後、定期的に ABIT-CV の研修が実行されるシステムの構築が必要であるとともに、ABIT-CV が未経験の職員でも、ある程度安定的に ABIT-CV の実施を行える環境を整備するため、研究班として ABIT-CV に関する精緻なマニュアルの作成も進める必要であると考えられる。

9. 療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題（大塚晃・小林真理子・日詰正文）

本研究は、療育手帳制度の判定基準の全国統一化に向けて、療育手帳制度の制度政策的な位置づけとして、児童福祉法・知的障害者福祉法・療育手帳の判定や認定基準等運用の統一の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある対象や支援の内容等について福祉サービスの観点から明らかにすることを目的とする。

療育手帳の判定基準や運用の統一化の意義を改めて考えると、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる等の混乱への解決が期待されるだけでなく、療育手帳を通して障害福祉サービス等の利用が促進され、制度政策やそれを実行する行政への信頼度が増すこと、知的障害(者)への国民の理解、及び知的障害研究への動機が高まることが想定される。

療育手帳の判定基準及び運用の統一に関しては、全国的に統一することは望ましいことである一方、家族からは「これまでに療育手帳で支援に繋がっていた方が支援を受けられなくなる事態は避けてほしい」、「療育手帳の交付対象から外れるケースが出る場合に精神障害者保健福祉手帳制度と連動した議論が必要」といった意見が出されている。今後の検討に向けては、療育手帳の判定・交付における当事者や家族の負担を軽減できるよう判定・交付プロセスや検査方法等の見直し、判定方法だけでなく、手帳の名称や様式等の当事者やその家族の関心事項についても議論に含めていくべきことが示唆された。また、療育手帳の運用を統一する範囲や、運用統一までのプロセス・スケジュールといった絵姿の議論が必要と考えられる。

療育手帳の判定基準や運用の統一は、他の障害

と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えられる。

10. 特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題（本田秀夫）

障害年金、特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳を中心に、療育手帳に関わりの深い法制度の手続きにおける課題を整理した。

障害年金はすでに地域較差是正の取り組みがなされ、等級判定のガイドラインも出されている。特別児童扶養手当も障害年金と同様の手法を想定した認定診断書改定案と等級判定ガイドライン案が提案された。精神障害者保健福祉手帳は、児童を対象にすることがあまり想定されていないという課題がある。

知的発達症と他の精神疾患が併存する児童では、ライフステージを通じて何度も異なる制度利用のための判定を受けなければならず、受給者の立場からも主治医の立場からも煩雑である。日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

11. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案（高柳伸哉・村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・山根隆宏）

本稿では、本プロジェクトで作成した「療育手帳判定暫定ガイドライン（案）」のベースとした知的発達症の国際的診断基準である ICD-11 を取り上げ、概観することを目的とした。

ICD-11 における知的発達症の要点として以下のものが示された。①2 軸診断：知的機能と適応行動の 2 軸診断であること。②用いる検査の条件とカットオフ：適切にノルム化・標準化された個別検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。③18 歳以上における判定：成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。④重症度（等級）の判定：知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。⑤併存障害や疾患の合併によるリスク：早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。⑥知的発達症（暫定）：4 歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

以上の点を踏まえ、本プロジェクトで開発した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（ABIT-CV）を用いた知的発達症の重症度判定においては、知的機能と適応行動の評価を合算して算出することが療育手帳判定の運用においても重要であると考えられる。

12. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－2 軸診断について－（内山登紀夫）

本研究は、ICD-11 に準拠した知的発達症の診断枠組みを整理し、日本の制度への導入可能性を検討したものである。

ICD-11 では、従来の IQ 偏重から転換し、知的能力と適応行動という 2 軸による包括的な評価を重視している。診断には、①知的能力の著しい制限、②適応行動の重大な制限、③発達期の発症、の 3 要件が必要とされ、両者ともに標準化された検査により平均より 2SD 以上低いことが求められる。

重症度分類もIQのみに依存せず、適応行動を含む機能評価が必須である。特に重度・最重度の症例では知能検査の限界があり、適応行動による区別が重視される。IQが50-70前後の場合も適応行動に困難を抱える者は支援ニーズが高いことが報告されており、軽度知的障害の人々への適切な支援のためには、適応行動評価が不可欠である。このため、ICD-11に準拠した診断を行うには、偏差IQが算出可能な標準化された知能検査（例：ウェクスラー式）と、偏差指数が算出できる標準化された適応行動尺度（例：Vineland-Ⅱ適応行動尺度）の併用が前提となる。これにより、対象者の知的機能および日常生活における具体的な困難を客観的に把握し、重症度の特定や支援ニーズの評価が可能となる。また、標準化検査が利用困難な場合には、ICD-11に記載された行動指標を用いた臨床的判断が重要となる。

日本における診断や療育手帳制度においても、国際的な潮流を踏まえた二軸評価を導入し、個々の機能と支援ニーズに即した支援体制の構築が求められる。

13. ICD-11における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－評価指標のカットオフ値について－（上野修一・河邉憲太郎（研究協力者））

療育手帳は知的発達症に対して交付されるものであり、知的発達症の診断基準を満たすことが必要となる。知的発達症の診断においては、18歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としている。

知的発達症に関して、現在国際的に使用されている診断基準としてICD-11があり、本邦においても広く浸透していることからも、この定義に準じて診断を行うことが推奨される。ICD-11に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の4段階とすると、判定は知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用いる必要があるが、55-69を軽度、40-54を中度、25-39を重度、25未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際しては、知能検査は必須ではない。

知的機能の検査に関しては、偏差指数が算出できるものを推奨する。偏差知能指数とは、知能テストの成績をより一般的な相対評価の形で表現しようとしたものである。代表的な検査としてウェクスラー式検査がある。また、適応行動については、Vineland-IIを用いれば、偏差指数が算定できる。知的機能のカットオフとしては、現在のところ誤差を含め、知的機能および適応行動それぞれで、75までとし、合成指数で重症度を判定する。

14. ICD-11における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－障害等級の区分について－（内山登紀夫）

本研究は、知的発達症（ID: Intellectual Developmental Disorders）の重症度分類に関する国際的な潮流を踏まえ、日本において適用可能な分類指標の提案を目的とした。

近年、「精神遅滞」という表現が不適切とされ、ICD-11では「知的発達症」という用語が導入された。ICD-11は、知的機能と適応行動の双方を評価し、軽度・中度・重度・最重度の4段階で重症度を分類する枠組みである。ICD-11では、平均より2標準偏差以上低い知的機能および適応行動が診断基準となる。標準化されたテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標と臨床判断に依存する。重症度は、知的機能および適応行動の3領域（概念的、社会的、実践的）に基づいて決定される。ICD-10やDSM-5との比較では、IQスコアへの依存から脱却し、実生活における支援ニーズを重視する点が特徴である。日本における療育手帳の等級判定にICD-11に準拠した重症度分類を導入することを提案する。具体的には、知的機能と適応行動の標準得点を合算平均し、55–69を軽

度、40–54 を中度、25–39 を重度、25 未満を最重度とする。特に重度・最重度において知的機能の評価が困難な場合、適応行動に基づく判断を許容する柔軟な方針が示されている。

15. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－療育手帳の交付年齢について－（本田秀夫）

近年、乳幼児健診を起点とした神経発達症の早期発見の浸透に伴い、幼児期のうちから療育手帳の交付を希望するケースが増加している。一方、乳幼児期の知的発達症の診断には技術的限界があるため、療育手帳の交付にあたっては慎重な判断が求められる。本研究では、療育手帳を交付することが可能となる年齢について課題を整理した。

ICD-11 に準拠すれば、4 歳未満においては知的発達症の診断は原則として「知的発達症、暫定」となる。近年の早期発見、早期支援のニーズの高まりを鑑みても、療育手帳の交付は原則として 1 歳以降とすべきである。2 歳未満では知的機能の検査が十分には行えないため、判定は暫定的なものとなる。2 歳以降は知的発達症の程度まで診断が可能となるため、療育手帳においても等級の判断は可能であるが、4 歳以降にあらためて等級について再判定することが望ましい。

高率で知的発達症が見られる先天性疾患（ダウン症候群など）、周生期や出生後の脳障害が明らかで 1 歳未満の段階ですでに知的発達症が明らかであるケースなどについては、例外的に 1 歳未満でも療育手帳の交付を検討してもよい。その場合も判定はあくまで暫定的なものであり、4 歳以降にあらためて再判定する必要がある。

16. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－各年齢帯における再判定期間について－（中村和彦・坂本由唯（研究協力者））

本稿では、知的機能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューによる経時的変化を踏まえ、科学的に妥当な再判定期間について提案した。

レビューの結果，知的機能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された。療育手帳交付の再判定期間について、①就学前年齢：2〜3 年ごとの再判定とすること、②就学後〜18 歳まで：3 年ごとの再判定とすること、③18 歳以上：おおむね 5 年程度ごとの再判定とすること、が科学的見地からも妥当であると考えられた。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定の方は変動が少ないという先行研究知見から、再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましいことを明記した。また、本稿では上記の再判定期間を推奨したが、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

17. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－18 歳以上の申請者における初判定について－（岡田 俊）

療育手帳は、多くの場合に小児期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も少なくない現状がある。18 歳以上における初めて判定を受ける場合、18 歳以前から知的発達症が存在したか、被虐待や精神疾患が存在する場合に、その影響で生じた知的機能や適応行動の課題をどのように扱うのかが問題になる。

検討の結果、①18 歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況

の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18 歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。③青年期以降に発症した精神疾患を併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである、ことを提案する。療育手帳の対象者が、身体障害や精神障害を併せ持つことも少なくない。これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

以上の整理・検討を踏まえ、療育手帳の交付判定におけるガイドラインを提案する（次ページ）。

18. 療育手帳の交付判定において ABIT-CV を利用する際の留意事項（村山恭朗・伊藤大幸・髙柳伸哉・浜田恵・明翫光宜・山根隆宏）

本稿では、療育手帳の交付判定において、本研究班が開発した知的機能および適応行動を評価する標準化検査である ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）を使用する際の留意事項について整理した。

具体的には、1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すべきである。2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能を評価することが推奨される。視覚系課題は、言語的な応答を伴わない指さし等によって反応可能であり、検査者と被検査者との言語的コミュニケーションに大きく依存しない評価が可能である。3. ABIT-CV の利用目的は、あくまで療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判断）に限定されるべきである。また、検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。4. ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の対象年齢は 2 歳以上とするのが適当である。やむを得ず 1 歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4 歳以上で実施することが適当である。やむを得ず 4 歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

以上の留意事項を踏まえ、療育手帳の交付判定においては、標準化された検査ツールとして ABIT-CV を活用することが推奨される。

19. 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（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・髙柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜）

事業 1 年目の 2022 年度は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、幼児版および児童青年／成人版 ABIT-CV のプロトタイプ版を開発した。2－3 年目にあたる 2023 年度および今年度は、2022 年度調査をもとに項目の追加・修正を施した ABIT-CV の正式版を作成し、

標準化（標準得点のノルムの設定）および信頼性・妥当性の検証のための本調査を実施した。

19-1. 方法

参加者　ABIT-CV の標準化および信頼性・妥当性の検証のため、2023 年度から 2024 年度にかけて、1 歳から 69 歳までの計 741 名を対象とした調査を実施した。調査参加者は、知的障害や発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのない「定型発達群」（476 名）、知的障害の診断を有する「知的障害群」（192 名）、知的障害の診断を持たないものの、知的障害の疑いを指摘された、もしくは、知的障害以外の発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのある「その他群」（73 名）の 3 群から構成された。

調査材料

ABIT-CV　ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。

知的機能検査　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「言葉」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」、流動性知能に関連する「算数」の課題を独自に作成した。また、算数に関連する検査も ABIT-CV（知的機能の評価）に加えた。

当初 15 種の課題が作成されたが、2022 年度のパイロット調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された 7 課題を最終版として選定した。7 課題のうち、4 課題は全年齢で実施され、2 課題は幼児期のみ、1 課題は児童期以降のみで実施される。全体の実施時間は平均して 20〜30 分程度である。

なお、パイロット調査において、乳幼児期の対象者では、発話能力が十分に発達していないか、緘黙症状があることにより、発話をともなう課題に取り組むことが難しいケースがあることがわかった。こうした問題に対処するため、幼児期の対象者については、知的機能検査のうち、発話を必要としない「視覚」の 3 課題のみを使用した場合の結果も併せて報告する。

適応行動尺度　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。また、知能検査の実施が困難な年齢にある子どもや、知的機能に著しい障害が認められる児者に対応するために、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ることにした。

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、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、また、項目の想定通過月齢の配分に偏りが生じないよう、220 項目が作成された。回答時間は平均して 10〜15 分程度である。

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、保護者または同居者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。ただし、Vineland-II に倣い、N の回答は「1」に変換して処理された。

外在基準　ABIT-CV の併存的妥当性の検証のために、知的障害群の参加者に対しては、ABIT-CV と併せて、ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度を実施した。

ウェクスラー式知能検査　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）。

Vineland-II　日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）を用いて適応行動（自立した社会生活を営む上で必要となる一群の行動）を測定した。Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれているが、本研究では適応行動尺度のみを使用した。

19－2.　主要な結果

1. 項目分析の結果、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、知的機能検査の一部項目については、高難度のために知的障害判定の目的には適していない可能性があり、削減を検討する余地がある。
2. いずれの下位検査・尺度についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、2 歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られたことから、ABIT-CV が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えうることが示唆された。
3. 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（1 次から 4 次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを設定した。ただし、本来、一般母集団に含まれるはずの知的障害児者の情報が適切にノルムに反映されるよう、知的障害群のデータに基づいて一部モーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を調整した。以上により、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、それぞれの年齢域における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 の標準正規分布に近い標準得点の分布を得ることができた。
4. 1〜6 歳における標準得点の年齢推移に基づいて、知的障害の判定および重症度の判定における ABIT-CV の適用開始年齢を検証した。知的障害の判定においては、2 歳未満の段階では知的機能検査が有効に機能していないため、適応行動尺度のみをスクリーニング目的で使用するに留め、確定的な判定は 2 歳以降に実施すべきであることが示唆された。重症度判定においては、4 歳未満では知的機能検査を判定に利用することが困難であり、適応行動尺度単体で参考値を得るに留め、確定的な判定は 4 歳以降に実施すべきであることが示された。
5. いずれの検査・尺度および総合点についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。また、ABIT-CV の総合点における 95%誤差範囲は.20 前後であり、実用上、きわめて精度の高い測定を実現できることが示されたが、カットオフ値に近い得点が得られた場合には慎重な解釈を要する。
6. 性別・地域によるバイアスを検証した結果、適応行動尺度において女性の得点が男性よりも.25SD 程度高いことが示されたが、先行研究の知見と一致していることから、ABIT-CV の評価バイアスというよりも、適応行動の実際の性差を反映しているものと考えられる。地域によるバイアスは見られなかった。
7. ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を検証したところ、知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は.80 程度と高い値を示し、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することが示唆された。また、知的機能検査のいずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。
8. 併存的妥当性の検証として、外在基準との相

関を検証したところ、知的機能検査はウェクスラー式知能検査の全検査 IQ と $r = .767$、適応行動尺度は Vineland-II 適応行動総合点と $r = .748$ の相関を示し、十分な収束的・弁別的妥当性が確認された。

9. 臨床的妥当性の検証として、知的障害の判定および重症度の判定の精度を検証した。知的障害の判定においては、知的機能検査と適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階において.95 を上回る感度・特異度および AUC を示した。また、両者を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示しており、100%に近い判別精度を示した。比較のために算出した外在基準の感度は、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であり、ABIT-CV が知的障害の判定において、これらの外在基準と同等か、それ以上の判別精度を有することが示唆された。検査項目のコンパクト化にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、むしろ測定の精度が向上したものと考えられる。
10. 重症度の判定においては、総合点が幼児で.809、児童で.980、青年・成人で.929 の AUC を示した。知的機能検査や総合点では、特異度がやや低い値を示したが、ABIT-CV の精度の問題というよりも、基準とした療育手帳の等級判定の方法が自治体によって大きく異なっており、妥当性の確認された定量的アセスメントが用いられていない場合があるなど、判定にばらつきがあることによるものと考えられた。ただし、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。
11. 幼児において知的機能検査として発語を必要としない視覚課題のみを用いた場合、信頼性、併存的妥当性、臨床的妥当性がやや低下するものの、実用上は十分な測定性能が保たれることが示されたことから、発話の未発達や緘黙のある幼児にも ABIT-CV を適用可能であることが確認された。

C. 健康危険情報

該当なし

D. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－。星和書店，東京，pp.188-189, 2024。

本田秀夫：知的発達症（知的能力障害）。日本医事新報 No.5243: 52-53, 2024。

村山恭朗（2023）．厚生労働省研究班報告　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.

村山恭朗．（2025）．療育手帳の交付判定を目的とした知的機能と適応行動の評価検査の開発．小児の精神と神経，65, 19-26.

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次．（2024）．療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連．児童青年精神医学とその近接領域, 65, 147-161.

2. 学会発表

本田秀夫．（2023）．障害児のいる家庭への経済的支援に関する制度の課題。第 64 回日本児童青

年精神医学会総会（弘前市）.

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.

小林真理子.（2023）. 療育手帳の判定基準の全国統一化と今後の支援のあり方. 日本臨床発達心理士会　第 1 回資格更新研修会（京都市）.

小林真理子.（2023）. 障がい児支援とその取組.「令和 5 年障がいのある人への自立支援」に関する研修. 全国市町村国際文化研究所（JIAM）（大津市）.

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.

村山恭朗.（2024）. 教育セミナー　療育手帳の交付判定を目的とした知的機能／適応行動の評価検査の開発. 第 132 回日本小児精神神経学会学術集会（名古屋市）.

村山恭朗・髙柳伸哉・辻井正次.（2023）. 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. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

岡田　俊.(2023). 知的能力障害あるいは知的発達症の 診断概念の変遷とこれから（シンポジウム 1　ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学の診断の近未来を考える） 第 119 回日本精神神経学会学術総会(札幌市).

岡田　俊.（2023）. 知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから. 委員会シンポジウム 1 －ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学の診断の近未来を考える」. 第 119 回日本精神神経学会学術総会（横浜市）.

高柳伸哉・村山恭朗・伊藤大幸・浜田恵・明翫光宜・辻井正次.（2023）. 療育手帳の交付判定に用いる知的能力・適応行動評価ツール ABIT-CB の開発. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

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.

辻井正次.（2023）. わが国における「知的障害」の定義をめぐる課題. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会（弘前市）.

E. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

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

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

令年４－６年度　総合研究報告書

研究代表者　辻井　正次

令和７年（２０２５年）５月

目　　次

Ⅰ．総合研究報告
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 ---------- 37
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---------- 55
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（令和６年より　奈良県立医科大学 精神医学講座）
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--------- 71
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年より　中京大学 心理学部）
髙柳　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　－予備的調査－ ---------- 85
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年より　中京大学 心理学部）
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
明翫　光宜　中京大学　心理学部

5．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 ---------- 152

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　人文学系
浜田　恵　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部（令和 5 年より　中京大学 心理学部）
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
明翫　光宜　中京大学　心理学部
〈研究協力者〉
足立　匡基　明治学院大学　心理学部
野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課
増山　晃大　愛知教育大学教育系心理講座
中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部
久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

6．療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応 ---------- 190
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
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
日詰　正文　国立のぞみの園　研究部

7．療育手帳制度における諸課題における検討―特別児童扶養手当との関連、判定に必要な成育歴情報，再判定期間に関するレビュー―---------- 204
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（令和 6 年より　奈良県立医科大学 精神医学講座）
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

8. ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－---------- 214
村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

9．療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題---------- 226
大塚　晃　　上智大学 総合人間科学部／一般社団法人 日本発達障害ネットワーク
小林　真理子　山梨英和大学 人間文化学部 人間文化学科
日詰　正文　　国立のぞみの園　研究部

１０．　特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題-------- 246
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

１１．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案---------- 250
髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

１２．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－2 軸診断について－---------- 258
内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

１３．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－評価指標のカットオフ値について－---------- 263
上野　修一　愛媛大学大学院 医学系研究科
〈研究協力者〉
河邉　憲太郎　愛媛大学大学院 医学系研究科

１４．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－障害等級の区分について－---------- 266
内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

１５．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－療育手帳の交付年齢について－---------- 271
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

１６．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－各年齢帯における再判定期間について－---------- 274
中村　和彦　弘前大学大学院 医学研究科
〈研究協力者〉
坂本　由唯　弘前大学大学院 医学研究科

１７．ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－18 歳以上の申請者における初判定について－---------- 280
岡田　俊　奈良県立医科大学 精神医学講座

１８．　療育手帳の交付判定においてABIT-CVを利用する際の留意事項---------- 284
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
伊藤　大幸　お茶の水女子大学　基幹研究院　人間科学系
髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

１９．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 ---------- 289
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　人文学系
浜田　恵　中京大学　心理学部
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
明翫　光宜　中京大学　心理学部
〈研究協力者〉
足立　匡基　明治学院大学　心理学部
野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課
増山　晃大　愛知教育大学教育系心理講座
中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部
久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

２０．　刊行に関する一覧---------- 338

２１．　調査実施者等協力者一覧---------- 339
-

Ⅰ. 総合研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
総合研究報告書

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　上智大学　総合人間科学部／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　人間文化学科
岡田　俊　奈良県立医科大学 精神医学講座
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　中京大学　心理学部
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
明翫　光宜　中京大学　心理学部
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科
村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系

【研究要旨】

療育手帳制度は、知的発達症（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。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、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。

本研究の成果は、以下の二点に集約される。第一に、療育手帳の判定および交付に関する現状を把握するとともに、知的発達症に関する精神医学的診断基準や心理テスト論等に関する先行研究の知見を総合的に整理・検討し、療育手帳の交付判定における実効性のあるガイドラインを提案した。

第二に、療育手帳の判定現場において、実用的かつ標準的に使用できる知的機能および適応行動の検査ツールである ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）を開発し、その標準化（ノルムの設定）を行うとともに、信頼性および妥当性の検証を通じて、当該ツールの科学的根拠に基づく有用性を明らかにした。

療育手帳判定暫定ガイドライン（案）抜粋　令和 7 年 3 月（厚労科研辻井班）

A. 療育手帳の判定にあたっては、**偏差指数が算出できる知能検査と適応行動尺度**を用いる。具体的には、ウェクスラー式知能検査と Vineland-Ⅱ適応行動尺度、もしくは知的機能と適応行動を簡易に評価できる ABIT-CV の使用が推奨される。

B. 療育手帳の交付判定に際しては、原則として、**知的機能および適応行動それぞれの標準得点がともに 70 未満である場合に交付の対象**とする。ただし、±5 ポイント程度の測定誤差を考慮するものとする。

C. 療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とする。判定には**知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55－69 を軽度、40－54 を中度、25－39 を重度**、**25 未満を最重度とする**。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。

D. 療育手帳の交付年齢（取得年齢）については、知的機能の実施可能年齢を考慮し、**1 歳以上**とする。0 歳台における先天性疾患などに基づく判定については、「暫定判定」として対応し、更新時に再判定を行う。

E. 再判定の間隔については、**就学前年齢の場合は 2～3 年ごと、就学以降 18 歳までは 3 年ごと**、**18 歳以上ではおおむね 5 年程度ごと**の再判定を推奨する。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定については、再判定の必要性は低いため、原則として実施しない。ただし、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。

F. 18 歳以上で初めて療育手帳の交付を申請する場合は、**「医師の意見書」**の形式での書式の提出を要件とする。その際、学校の成績、教育状況・達成度の記録、発達歴に関連する情報などの提出を求める。ただし、**被虐待などの知的発達や適応行動に関連しうる経過がある場合**にはより慎重に判断し、知的障害があったことが臨床的に認められる場合は加味するべきである。一方で、精神疾患（統合失調症など）の併存があり、知的機能や適応行動の低下が精神疾患に起因するものであると判断される場合には、除外診断として扱う。

※この考えを元に、実際に自治体での実施を通して現在の判定基準との相関を、引き続き調査研究を行っていく。

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）を呈する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。この制度は未だ法制化されていないため、療育手帳の判定方法、交付基準および障害等級の種類やその認定基準は都道府県及び指定市の裁量で定められている。

これまでの調査研究において、都道府県／指定市間に療育手帳の判定方法および交付基準にバラつきがあることが報告されている（例えば、三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2022）。このような領域手帳に関する判定手続きおよび交付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ことがこれまでに報告されている（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2023，2025；櫻井，2000）。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。

これに加えて、近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification of Diseases：ICD）が変更された（2022年1月から発効）。これに伴い、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は、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が設定された標準化検査（以降、ノルム化検査）によって行う必要があることの2点である（World Health Organization, 2022）。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、基準となる平均得点や偏差指数（標準偏差）が設定されている検査である。

ノルム化検査による知的機能と適応行動の評価が知的発達症の診断に必須であることは、ICD-11に限ったことではない。例えば、アメリカ精神医学会が刊行する精神疾患に関する診断マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5, American Psychiatric Association, 2022）では、知的発達症は知的機能と適応行動の双方の欠陥を伴う障害であり、知的機能の評価に関しては「母平均よりも約2標準偏差またはそれ以下である」（p.35）、適応行動の評価に関しては「同じ年齢および社会文化的な背景をもつ人と比較して」（p.36）と明記されている。これらの表記から、知的機能と適応行動はノルム化された標準化検査によって評価されるべきことが読み取れる。同様に、米国知的障害発達障害学会（American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AAIDD）が刊行するマニュアル（Schalock, Luckasson, & Tasse, 2021）においても、知的発達症の診断には、ノルム化された標準化検査による知的機能と適応行動の評価が必須であることが明示されている。

手帳判定での知的機能／適応行動の評価の現状

上記したように、知的機能と適応行動のノルム化検査による評価は、国際的に認められている知的発達症の診断基準（知的発達症の発達特性の評価基準）で共通している。一方、現行の療育手帳の交付判定では、異なる評価法が採用されている。例えば、近年、児童相談所などの療育手帳の交付判定を行う機関（$n = 191$）を対象とした調査において、ノルム化されているウェクスラー式知能検査（WAISやWISC）知的機能を評価する主要な検

査として位置づけられていない（交付判定で、ウェクスラー式知能検査が最も利用すると報告する機関は、WAIS で 1.0%、WISC で 0.5%、WPPSI で 0.0%である）。適応行動については、国内でノルム化されている唯一の標準化検査である Vineland-II適応行動尺度を主要なツールとして利用する機関は一つもない状況である（以上、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。

とりわけ、適応行動の評価に関しては、実施していない自治体／機関がある。例えば、児童相談所等の療育手帳の交付判定を行う機関（n = 210）を対象とした調査（2023 年度に実施）では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たない（49.0%）（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024）。これと合致する知見はこれまでにも複数報告されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023；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交付判定のあり方は、ICD-11 など、国際的に信用性が高い知的発達症の診断基準とは合致していないことが理解される。

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裏づけられた基準、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。

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。国内で利用できる知的検査としては、ウェクスラー式知能検査や K ABC-II がノルム化検査に該当する。

現在、療育手帳の判定では、ノルム化検査はほとんど利用されておらず、代わりに非ノルム化検査（検査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、療育手帳の交付判定を行う機関（n=191）を対象として、知的機能を評価する際に頻繁に利用されるツールに関する調査が行われている（2024 年に実施；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。調査の結果、ビネー式知能検査（鈴木ビネー知能検査および田中ビネー知能検査）の使用頻度が最も高く、田中ビネー式知能検査については 6 割（61.3%）、鈴木ビネー式知能検査については 2 割（23.0%）の機関が「最も使用頻度が高い検査」と回答した。新版 K 式発達検査を「最も使用頻度が高い」と回答した機関は 10%強（13.6%）であった。一方、ウェクスラー式知能検査を「最も使用する知能検査」と回答した機関は僅か 1%に過ぎなかった（WISC：0.5%, WAIS：1.0%）。

類似する結果は他の調査でも確認されている。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)。児童相談所等の療育手帳の交付判定を実施する機関（$n = 210$）を対象とした別の調査でも、9 割以上（94.8%）の機関がビネー式知能検査（田中ビネーV など）を、6－7 割の機関が発達検査（新版 K 式発達検査など）を判定で使用している一方で、ノルム化検査であるウェクスラー式知能検査の利用は全体の 4 割強に留まることが示されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024)。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)。これらのことから、療育手帳の交付判定を行う多くの機関では、知的機能の評価は主に非ノルム化検査により実施されていると考えられる。

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。前述した直近の調査（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）では、適応行動の評価に利用するツールとして、Vineland-II 適応行動尺度を「最も利用する」と回答した機関は一つもなかった。一方で、およそ半数（49.7%）の機関は「最も使用する検査」を自治体や判定機関が独自に作成・開発した検査と回答し、1 割弱（8.4%）の機関は適応行動の評価自体を行っていないと回答している。この調査結果と合致するように、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（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023)。これらの結果を踏まえると、療育手帳の交付判定では、申請児者の適応行動は適切に評価されていない現状が見て取れる。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

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。2022 年度に我々が行った調査では、療育手帳の交付を受けている児者（$n = 83$）の 1 割前後が 75 よりも高い IQ を示し、その一部の児者の IQ は 100 よりも高かった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 が 85 よりも高い児者に対しても療育手帳の交付を認めること（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)。このように、一部の都道府県・指定市は知的発達症の特性を呈さない児者に対しても療育手帳を交付している一方で、知的発達症の知的特性（IQ<70）と合致する交付基準を堅持する都道府県・指定市等があることも事実である（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2021)。

加えて、一部の都道府県や指定市は、知的発達症以外の神経発達症の特性を勘案し、知的発達症の特性を呈さない児者に療育手帳の交付を認めている。例えば、判定機関（$n = 191$）を対象とした調査において、知的機能の水準が知的発達症の診断基準よりも高い（IQ70-75 以上）場合であっても、神経発達症（自閉スペクトラム症など）を呈する申請児者に療育手帳を交付すると回答した機関はおよそ 4 割(39.3%)に上る（三菱 UFJ リサ

ーチ＆コンサルティング，2025)。また、同調査において、知的発達症の特性を呈さない児者に療育手帳を新規に交付する件数（年間）が 500 以上と回答した機関があることも示されている。さらに、同調査では、調査に協力した療育手帳の交付児者（$n = 872$）のおよそ 6％（5.7%）が知的発達症の特性を呈さず、それ以外の神経発達症を呈すると報告している（交付児者の家族・親族等が回答；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025)。これらの結果は、療育手帳制度の通知とは合致しない対象にまで、公然と療育手帳を交付する自治体があることを示すものである。

これらの結果を踏まえると、療育手帳の交付は申請児者の居住地により左右されている恐れがある。言い換えれば、知的発達症に留まらず、他の神経発達症（自閉スペクトラム症など）の特性を呈する児者が受けられる福祉・教育的支援は、地域間で不平等・不公平な状況にあると考えられる。そのため、療育手帳の交付判定に係る統一化は、都道府県及び指定市間の知的発達症および他の神経発達症の特性を呈する児者に対する教育・福祉的支援の平等性・公平性を図ることにもつながり得る。

本研究の目的

先行研究の知見から、現在の療育手帳における判定方法は、必ずしも科学的根拠に基づいた適切な方法とは言い難く、また、都道府県や指定都市ごとの判定・交付基準にばらつきがあることが明らかとなっている。このことにより、知的発達症の診断と一致しない児者にも療育手帳が交付されるケースが生じ、自治体間で神経発達症をもつ児者への福祉的支援の提供やその質に関する不公平・不平等が問題となっている。

こうした状況を改善し、知的発達症をもつ児者、延いては神経発達症を持つ児者に対する支援と福祉の充実を図るためには、療育手帳の判定方法および交付基準の統一化が喫緊の課題である。特に、判定方法の統一化を進めるには、児童相談所などの実務現場で利用しやすい、信頼性・妥当性の高い知的機能および適応行動の評価ツールの整備が求められる。

そこで本研究は、3 か年にわたり、ICD-11 における知的発達症の診断基準に準拠した新たな判定ツールの開発を通じて、療育手帳における判定方法および交付基準の統一化を促進することを目的とする。最終的には、当該ツールの実用化を視野に入れつつ、療育手帳制度に対する政策的提言を行うことを目指す。

B. 各分担研究の研究方法および研究結果

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度（小林真理子・大塚晃・日詰正文）

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、東京に狐女学園を設立し、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）年に狐女学園は、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。

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、障害の定義及びその基とな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。

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。これでま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、判定するべき事項（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（内山登紀夫・上野修一・岡田俊・中村和彦・本田秀夫）

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。

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。

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

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（小林真理子・浜田恵・髙柳伸哉・明翫光宜）

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。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。

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よる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とか考え、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－（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・髙柳伸哉・明翫光宜）

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 を通じても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 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）。

（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。

結果

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。

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。

5. 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（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・高柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜）

5－1　方法

研究協力児者

ABIT-CV の標準化および信頼性・妥当性の検証のため、定型発達児者および知的障害児者を対象とした調査を実施した。

定型発達群の調査対象者の募集は民間リサーチ会社に委託した。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、知的障害や発達障害の診断を受けていない児者とその保護者または同居者（配偶者など）に対して調査協力を依頼した。317 名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の疑

いを指摘されている、もしくは、検査に不備があった 26 名を分析から除外し、291 名（男性 150 名、女性 141 名）を分析対象とした。

知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者（以下、保護者等と記す）に調査協力を依頼した。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。56 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を受けていないことが確認された 9 名を分析から除外し、47 名（男性 11 名、女性 36 名）を分析対象とした。

ABIT-CV の改訂

ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。開発経緯や実施手順の詳細については昨年度の報告書を参照されたいが、今年度調査では昨年度調査の結果を踏まえ、各パートの一部改訂を行った上で実施した。

知的機能検査　知的機能検査は、CHC（Cattell-Horn-Carroll）モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、当初 15 種の課題が作成されたが、昨年度調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された 9 課題を選定して使用した。このうち、4 課題は全年齢で実施され、4 課題は幼児期、1 課題は児童期以降でのみ実施される。一方、昨年度調査では、低年齢層（1-2 歳）において定型発達児であっても課題場面への適応が難しいケースが少なくないことが確認されたため、日常的なやり取りや遊びの文脈の中で反応を観察する「トドラー課題」を新たに作成し、1-2 歳児（以下、トドラーと記す）のみを対象に実施した。また、「視覚①大きさ・長さの比較」についても、より難易度の低い 4 つの問題を追加した。なお、視覚①、視覚②、視覚③の 3 課題については、課題内容や難易度の点で類似性が高く、得点の相関も高いことから、分析上は 1 つの課題として統合して処理する。

適応行動尺度　適応行動尺度は、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、当初 195 項目が作成された。しかし、昨年度調査において、1 歳時点で定型発達児の粗点合計の平均値が下限の 0 に近づくことが示され、十分な精度で知的障害の判別を行うのが困難であることが示唆されたため、新たに想定通過月齢が 0 歳および 1 歳の計 25 項目を追加した。

5 －2　結果

- 項目分析の結果、新規追加項目も含めて、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、適応行動尺度の一部項目では、低年齢のサンプルの不足により、十分な得点の分散が得られず、項目機能の検証が困難であった。
- 適応行動尺度と知的機能検査のいずれの尺度・課題についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。
- いずれの尺度・課題についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、ABIT-CV が適応行動や知的機能の発達的変化を適切に捉えうることが示された。また、知的機能検査の各課題間で、得点の上昇が生じる時期に差異が見られ、それぞれが異なる時期の発達に感受性を有することが確認された。
- ウェクスラー式知能検査および Vineland-II を外在基準とする併存的妥当性の検証により、知的機能検査がウェクスラー式知能検査と高い相関（.787）を示した一方、適応行動尺度は Vineland-II と高い相関（.886）を示

し、いずれも十分な収束的・弁別的妥当性を有することが確認された。

- トドラー、幼児、成人という３つの年齢群ごとに判別分析を行い、いずれの尺度・課題も知的障害の診断の有無と相関することが示され、パッケージ全体としても十分な正準相関が確認された。また、定型発達群の平均-２標準偏差をカットオフとして、いずれの年齢群でも高い精度で知的障害の有無を判別しうることが示された（感度：.875～1.00、特異度：.979～1.00）。
- トドラーおよび幼児において、知的機能検査で発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合でも、知的障害の判別精度はおおむね保たれることが確認された。

５－３　考察

本年度の研究結果を踏まえ、本事業の最終年度にあたる次年度の課題として以下が挙げられる。

- 知的障害群について、トドラーを中心とする低年齢サンプルを拡充することで、低年齢向けの項目の有効性を検証するとともに、ABIT-CV がどの月齢時点から知的障害の判別精度を発揮するかを特定し、ABIT-CV の適用開始月齢を決定する。
- 定型発達群の低年齢サンプルも拡充し、ノルムの設定に必要な要約統計量の推定精度を向上させる。
- 知的障害群の児童期・青年期サンプルを収集し、児童期・青年期における知的障害の判別精度を検証するとともに、発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合の精度も併せて検証する。
- ABIT-CV の信頼性をより多面的に検証するため、内的整合性に加え、再検査信頼性および評価者間信頼性を調査する。これらの結果に基づいて、測定標準誤差および信頼区間の幅（Margin of Error: MoE）を推定する。
- 知的障害の有無の判別に加え、軽度から最重度までの重症度の判定の方法を整備する。これにあたっては、知的機能と適応行動の重みづけをどのように設定するか、また、得点と重症度の判定をどのように対応づけるかが重要な論点となる。とりわけ後者の観点は重要度が高い。一般に、年齢が上がるにつれて定型発達児者と知的障害児者の発達の差異は拡大するため、年齢上昇とともに知的障害群の標準得点が低下する傾向がある。したがって、今年度調査のように定型発達児者のデータに基づいてノルムを設定した場合、同一個人であっても、年齢が上昇するほど重症度が高く判定されるという問題が生じる懸念がある。こうした問題を回避するには、年齢によって重症度判定の基準を変化させるか、ノルムの設定の段階で定型発達児者だけでなく知的障害児者や発達障害児者のサンプルを母集団比率に沿った形で含めるなどの工夫が必要となる。

以上の課題を検証する上で最低限必要となるサンプルサイズと現時点での充足数および不足数を Table 7 に示した。次年度調査では、ABIT-CV の実装のために、このサンプルサイズを充足するとともに、一部サンプルでは再検査信頼性および評価者間信頼性の検証を行うことが求められる（それぞれ $n > 50$）。

6. 療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応（大塚晃・小林真理子・日詰正文）

療育手帳制度は、知的障害者福祉法にその対象規定がないために、各地方自治体の判定業務にまかされ、各自治体が用いる検査ツールも異なれば、重度以外のどこまでを認めるかの基準も異なることとなった。転居の際に、療育手帳の新規発

行が求められ、療育手帳制度の目指す一貫したサービ利用に支障が出ることになり、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」（平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。一貫した支援のために発案された手帳制度そのものが、一貫したサービス利用を困難にしてきたと言えよう。

2010 年に成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(つなぎ法)」により、発達障害も精神障害の一部として障害者自立支援法の対象と規定された。2011 年 8 月の障害者基本法の改正により、第 2 条の「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害(発達障害を含む。)」とされ、発達障害が精神障害に含まれることがより明確となった。これにより、発達障害者は精神障害者保健福祉手帳の対象とされたというのが関係者の共通の認識となった。しかし、行政は積極的に推し進めることなく、発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳も取選択肢の一つというスタンスが続いている。発達障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象であると言い切るには、幾つかの課題が残っている。

療育手帳制度の歴史においては、手帳制度の「管理的メリット」と「功利的メリット」が意図されて創設されてが、本来の指導援助の一貫性の機能は、令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳の検査結果については、全ての行政種別で「特に取得していない」が多く、判定結果については、多くの自治体では「全てのケースの判定結果について情報を取得している」、相談支援事業所では、「一部の判定結果について情報取得している」がそれぞれ最も多くなっている。しかし、関係機関間での検査結果や判定結果等の共有・活用は、限定的となっている実態が窺える。「希望があれば」という判定機関の態度の背後には、判定機関自体が療育手帳を，支援の「スタート」ではなく、「ゴール」として捉えていることが推察される。このような市町村や相談支援事業者へのアンケート調査結果から、療育手帳に関する情報を適切に提供し、それを関係機関で協働して活用して一貫した支援を行っているという状況には乏しいという結果が出ている。療育手帳制度の「管理的メリット」が、その十全な目的が達せられず、むしろ「功利的メリット」が大きくなってきたと言えないだろうか。当事者は療育手帳を「功利的メリット」から取得することを強く要望し、行政はともかくそれに応じることで手一杯である状況が覗える。

制度の目的と実態を踏まえると、これまでの療育手帳は「各種援助措置を受けやすくする」という機能は発揮してきたと考えられる一方、「知的障害児者への一貫した指導・相談」という機能が十分に発揮できてきたかは疑問が残る。

具体的には、療育手帳交付のため、専門的な職員により知能能力や適応行動等の評価が行われているが、その検査結果は他の関係機関とほとんど共有されておらず、本人・家族との共有も約 7 割の判定機関で希望があれば提供しているという状況であった(令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書)。実際に情報が提供されている例は少なく、その内容も個人情報保護等の理由により、知能指数の数値や障害の程度の数値の情報等に限定していると報告されている。

アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第 5 版・DSM-5』は神経発達症群を、知的能力障害群、コミュニケーション症群、限局性学習症、運動症群、自閉症スペクトラム症、注意欠如・多動症に分類している。知的障害が発達障害の一群として明記された形となっている。その後、ICD-10（『国際疾病分類第-0 版』）が第 11 版

に変更された。概ね、DSM-5 と同じ方向であり、今後は、発達障害支援法の対象に、知的障害を含めることを念頭に知的障害と発達障害の関係を法的に整理していくことが必要である。

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の 85%が軽度、10%が中度、3～4%が重度、1～2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016 年の発達障害者支援法改正法衆参附帯決議における、「これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること。」とは、発達障害の定義の中に知的障害を入れることを求めた決議と理解できる。知的障害を発達障害支援法の対象として、同じようなニーズを持つ群として制度・施策を構築していくことである。障害者基本法第二条（定義）において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）と規定している。この定義からすれば、身体障害と精神障害（発達障害（知的障害））という構図となろう。これらの障害をもつ者に共通しているのは、判断能力に困難性を抱えていることである。あるいは、意思決定支援の必要は人たちとも言えるだろう。今後は、知的障害者の意思が尊重された地域生活に役立つ、新たな療育手帳制度が創設されることが望まれる。

7. 療育手帳制度における諸課題における検討 ―特別児童扶養手当との関連、判定に必要な成育歴情報，再判定期間に関するレビュー―（内山登紀夫・上野修一・岡田俊・中村和彦・本田秀夫）

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害児福祉手当は医療機関で診断書を作成することが多い。手帳や手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、精神障害者保健福祉手帳や手当の申請に際しては、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。

日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報

知的障害は発達期に生じる障害で、知的機能と適応機能の両者が制限されることで定義される。知的障害であれば、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。

知的障害を判断する時期は幼児期から成人期まで多岐にわたる。幼児期において注意すべきは、子どもの養育環境である。特に乳幼児期における極端な心理社会的剥奪は言語発達や対人交流などの特定の精神機能にネガティブな影響を与える。社会的剥奪による子どもの状態は、子どもがより好ましい環境に移った後に大幅に改善することがある。したがって、養育環境に明らかな問題がある場合には知的障害の診断は慎重にすべきであ

り、まず養育環境の改善をはかる必要がある。

学童期以降に知的障害を診断する場合には、生育歴を聴取する際に精神疾患の可能性も考慮する必要がある。知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。

知的障害の場合には、発達早期から対人交流、コミュニケーション能力、行動コントール、社会的状況における危険の判断、集団適応能力の課題があり、学齢期では学校適応や学業成績に課題があることが多い。一方、知的障害のない精神疾患では精神疾患の発症までは、知的機能・適応行動の障害は通常ないと考えられる。

精神疾患のために知能テストの結果が低下することがあるので注意が必要である。

生育歴・現在の状態について聴取すべき環境要因・本人の状態について下記のような情報が含まれる。

・生育環境

社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待

・子どもの状態

発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動

妊娠中の母胎へのアルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素などへの曝露は胎児の神経系の発達に悪影響をもたらし、知的障害の原因となり得る。妊娠中の飲酒や薬物服用の有無について直接的に問うのではなく、妊娠中の健康状態をざっくりと聞いて、参考にするのが良い。

新生児仮死、極度の低出生体重、West 症候群などのてんかん、ダウン症などの染色体異常、未治療のクレチン症などのような代謝異常も高率に知的障害を併存する。さらに出生後の発達は正常であっても、発達の過程で、脳炎、脳腫瘍（術後を含む）、低酸素脳症、頭部外傷などのような脳器質的障害によって、知的能力が低下する場合も、１８歳未満にその低下が起こった場合には、知的障害の定義に含まれる。このような場合には、正常発達の後に、これらの中枢神経系への障害を伴い、知的能力が低下したという明確な時間関係を把握する必要がある。

知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目を考慮に入れ、単にはじき出された数字だけで、知的障害に含めてしまう可能性は排除しなければならない。具体的には、運動障害、聴力障害、視覚障害が含まれる。

従って、生育歴において聴取すべき身体面の情報は下記の通りである。

・母胎の問題

妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

・その他

１）知的障害と関連しうる本人の医学的状態

- ・新生児仮死
- ・極度の低出生体重
- ・脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
- ・染色体異常
- ・先天代謝異常

２）検査結果の判断時に考慮すべき項目

- ・運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

3－1　知能の安定性

一般人口における知能の安定性に関する研究を概観する。Lothian Birth Cohort 1921 の参加者を対象とした研究では、Moray House Test No. 12 を用いて 106 名を対象に 11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、$r = .54$ の強い正の相関が見られたことを報告している（Deary et

al., 2013)。また、同様に Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、Moray House Test No. 12 を用いて 11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11－70 歳間で r = .67、11－79 歳間で.66、11－87 歳間で.51 と加齢とともに減少していく傾向が報告されている（Gow et al., 2011)。これらから、年数が経つほど変化が見られるものの、人間の知能は一生涯を通じて一定の安定性を有していることがうかがえる。また、成人以降での知能の安定性について、262 名を対象とした縦断研究で 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳の知能との標準化回帰係数の変化を調べた研究では、.95 から.94、.86 と高い値が維持されている一方、特にワーキングメモリーが強く関連していることが示唆されている（Rönnlund et al., 2015)。

これまでは児童青年期から壮年期・老年期における知能の安定性の報告であったが、より短期間での安定性についてはどうであろうか。Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies のデータを用いた 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施し、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況（SES）と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された（Schneider et al., 2014)。また、この研究では知能によるサブグループ解析も行っており、IQ で三分位に分けた下位の平均 IQ93（SD = 6.0）の低 IQ 児群、平均 IQ108（SD = 3.6）の平均 IQ 児群、平均 IQ121（SD = 4.3）の高 IQ 児群を比較すると、IQ の経時的安定性は高 IQ 児よりも低 IQ 児の方が高いことが示されている（Schneider et al., 2014)。また、知能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の対象者において、年齢ごとでの知能の安定性を検証した結果、知能の自己相関係数は 7 歳未満では rtt < 0.7 である一方、7 歳以上では rtt = 0.7–0.8 とやや安定し、成人では rtt > 0.8 と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている（Breit et al., 2024)。このように知能は一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期といった発達段階でも安定性の変動が見られることが示されている。

3－2　知能検査の再検査信頼性

知能の安定性とともに、検査ツールの再検査信頼性の点からの検証も行われている。児童青年 344 名（男子 66%、初回検査年齢平均 8.74 歳（6.1–14.3 歳)、再検査年齢平均 11.6 歳（7.5–16.6 歳))を対象に WISC-IV の安定性を検証した研究では、平均検査間隔 2.84 年で言語理解（VCI）と知覚推理（PRI)、ワーキングメモリー（WMI)、処理速度（PSI)、全検査 IQ（FSIQ）の再検査信頼性（相関係数）はそれぞれ、r = .722、.756、.655、.649、.815 であり、FSIQ が比較的高い一方、4 つの指標得点は若干低い結果となった（Watkins & Smith, 2013)。また、児童青年 225 名（男性 160 名、女性 65 名、初回検査年齢平均 9.1 歳（6.1–14.8 歳)、再検査年齢平均 11.7 歳（7.4–14.8 歳))を対象に WISC-V の安定性を検証した研究では、平均 2.6 年の間隔を空けた再検査信頼性（相関係数）は FSIQ で.86、VCI で.84、視空間（VSI）で.82 と比較的高い一方、流動性推理（FRI）で.69、WMI で.74、PSI で.77 と若干低いことが報告されている（Watkins et al., 2022)。このように児童青年期においては 2～3 年ほどで、知能検査の結果に変動が起こりうることが示唆されている。

3－3　適応行動の軌跡と変動

知能の安定性や変動性がみられる一方、知的障害の診断基準のもう一つの柱となる適応行動の安定性はどうであろうか。Hamamatsu Birth Cohort

for Mothers and Children (HBC Study) の参加者994 名とその母親 893 名を対象に、一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告しており、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた（Nishimura et al., 2022)。中でも、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ（平均 78.4）や社会性の問題（SRS-2 平均得点 54.8）が見られ、適応行動と知能や社会性の問題との関連が示されている（Nishimura et al., 2022)。軽度の知的障害のある児童青年 40 名（男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9）を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測したことが報告されている（Gravråkmo et al., 2023)。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能の獲得に介入支援が効果的であることが示されている（Burns et al., 2019)。支援による適応行動の改善もみられるものの、知的障害児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behavior Checklist による把握で 38%、Child Behavior Checklist で 49%が問題を有することが示され、注意欠陥・多動性障害（39%)、不安障害（7–34%)、行為障害（3–21%)、うつ病（3–5%）がみられた（Buckley et al., 2020)。このように、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

8. ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－（村山恭朗・小林真理子・髙柳伸哉）

本研究班が開発・標準化する ABIT-CV の社会実装を促進するため、本研究は療育手帳の判定・交付を行う機関の職員を対象とする ABIT-CV の説明会を開催し、当該説明会に関するアンケートを精査することを目的とした。

８－1　調査対象

本研究班が開発した ABIT-CV（2022 年度報告書を参照）に関する説明会は全国 6 地区、7 か所／地域で実施された。具体的には、関東地区（神奈川県川崎市および東京都で実施)、九州地区（福岡県で実施)、東海地区（岐阜県で実施)、東北地区（宮城県仙台市で実施)、中国地区（広島県で実施)、関西地区（奈良県で実施)、北海道地区で説明会を実施した。本説明会は 2023 年 12 月から 2024 年 3 月に実施された。

全体で、療育手帳の判定交付機関で勤務する職員等 366 名が本説明会に参加した。各地区での説明会の参加者数の内訳は関東地区が 114 名（神奈川県 38 名、東京都 76 名)、九州地区 46 名、東海地区 53 名、東北地区 29 名、中国地区 34 名、関西地区 62 名、北海道地区 28 名であった。

8－2　説明会の概要

本研究班で開発した ABIT-CV に関する説明会は以下の内容で行った。

(1)　ICD-11 おける知的発達症の診断基準
(2)　療育手帳の判定に使用されるアセスメントツールの現状
(3)　ABIT-CV 開発の概要
　(ア) 開発の背景および意図
　(イ) 項目の開発
　(ウ) 予備調査（昨年度に実施した調査）の結

果

① ABIT-CV の項目選定

② 信頼性・妥当性の検証

③ 知的発達症の識別精度

(4) ABIT-CV の実施

(ア) 乳児・幼児版

(イ) 児童青年・成人版

(5) 質疑応答

いずれの地区でも同一の内容が説明され、説明会の時間は質疑応答を含めて 90 分であった。「(4) ABIT-CV の実施」では、参加者は研究班が作成した ABIT-CV の実施・採点マニュアルを参照しながら、就学前幼児および児童に対して ABIT-CV を実施した様子の動画を視聴した。

8−3 事後アンケート

説明会後に、参加者に事後アンケートを実施した。事後アンケートは 5 項目で構成され、内容および回答形式は以下であった。

質問① 「判定業務の経験（これまでの合計年数)」−5 件法（1：3 年未満、2：3−5 年、3：6−9 年、4：10 年以上、5：その他）

質問② 「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」−3 件法（1：分かりやすかった、2：やや分かりにくかった、3：まったく分からなかった）

質問③ 「本説明会での情報量は如何でしたか？」−3 件法（1：多すぎる、2：適当、3：少ない）

質問④ 「あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？」−自由記述

質問⑤ 「全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？」−自由記述

なお、質問②および質問③において、特定の回答を選択した場合（②では「2」または「3」、③では「3」）に、以下の質問について自由記述で回答を求めた。

質問②「ABIT-CV の理解を促進するためには、どのような情報が必要と思われますか？」

質問③「更にどのような情報を本説明会で提示すべきと思われますか？」

8−4 結果

質問②（「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」）に回答した参加者（337 名）のうち、9 割以上（90.2%、304 名）が「わかりやすかった」と回答した。「まったくわからなかった」と回答する参加者はいなかった。質問③（「本説明会での情報量は如何でしたか？」）に回答した者（339 名）のうち、9 割以上（91.4%、310 名）が説明会で提示した情報量を「適当」と評価した。質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容を提示していたと評価できる。

質問④（あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？）には、参加者のうち、223 名が回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施について説明会の開催に関する回答が最も多かった（97 名、26.5%）。次に、実際に ABIT-CV

を実施する演習・実習型の研修に関する回答が多かった（62 名、16.9%）。これらの回答を含み、ABIT-CV の操作／実施に関する研修の必要性を回答した者（「実施に関する説明会」、「実習等」、「動画視聴」を回答した者）はおよそ全体の半数であった（179 名、48.9%）。

これらの結果から、ABIT-CV の社会実装の促進を図る上で、今後の説明会では、より具体的、実践的に ABIT-CV の実施についての研修を図っていく必要がある。

質問⑤（「全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？」）には、参加者のうち 99 名が回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施に関する研修についての回答が最も多かった（37 名、10.1%）。この回答を含み、ABIT-CV の実施に関連する研修についての回答（「実施研修」、「実技研修」、「動画研修」）を示した参加者は全体の 1 割強（53 名、14.5%）であった。

本年度実施した ABIT-CV の説明会に関する質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容であったと評価される。加えて、今後の ABIT-CV の社会実装に向けた研修に関する質問④および質問⑤の回答結果から、今後も ABIT-CV の概要および実施方法に関する研修が必要であること、研修の一部には、実際に ABIT-CV を実施する等より実践的な研修が含まれることが望ましいと考えられる。さらに、児童相談所等の療育手帳の判定・交付業務を行う職員のうち、正規職員には数年ごとの部署異動があることを踏まえると、今後、定期的に ABIT-CV の研修が実行されるシステムの構築が必要であるとともに、ABIT-CV が未経験の職員でも、ある程度安定的に ABIT-CV の実施を行える環境を整備するため、研究班として ABIT-CV に関する精緻なマニュアルの作成も進める必要であると考えられる。

9. 療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題（大塚晃・小林真理子・日詰正文）

本研究は、療育手帳制度の判定基準の全国統一化に向けて、療育手帳制度の制度政策的な位置づけとして、児童福祉法・知的障害者福祉法・療育手帳の判定や認定基準等運用の統一の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある対象や支援の内容等について福祉サービスの観点から明らかにすることを目的とする。

療育手帳の判定基準や運用の統一化の意義を改めて考えると、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる等の混乱への解決が期待されるだけでなく、療育手帳を通して障害福祉サービス等の利用が促進され、制度政策やそれを実行する行政への信頼度が増すこと、知的障害(者)への国民の理解、及び知的障害研究への動機が高まることが想定される。

療育手帳の判定基準及び運用の統一に関しては、全国的に統一することは望ましいことである一方、家族からは「これまでに療育手帳で支援に繋がっていた方が支援を受けられなくなる事態は避けてほしい」、「療育手帳の交付対象から外れるケースが出る場合に精神障害者保健福祉手帳制度と連動した議論が必要」といった意見が出されている。今後の検討に向けては、療育手帳の判定・交付における当事者や家族の負担を軽減できるよう判定・交付プロセスや検査方法等の見直し、判定方法だけでなく、手帳の名称や様式等の当事者やその家族の関心事項についても議論に含めていくべきことが示唆された。また、療育手帳の運用を統一する範囲や、運用統一までのプロセス・スケジュールといった絵姿の議論が必要と考えられる。

療育手帳の判定基準や運用の統一は、他の障害

と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えられる。

10. 特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題（本田秀夫）

障害年金、特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳を中心に、療育手帳に関わりの深い法制度の手続きにおける課題を整理した。

障害年金はすでに地域較差是正の取り組みがなされ、等級判定のガイドラインも出されている。特別児童扶養手当も障害年金と同様の手法を想定した認定診断書改定案と等級判定ガイドライン案が提案された。精神障害者保健福祉手帳は、児童を対象にすることがあまり想定されていないという課題がある。

知的発達症と他の精神疾患が併存する児童では、ライフステージを通じて何度も異なる制度利用のための判定を受けなければならず、受給者の立場からも主治医の立場からも煩雑である。日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

11. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案（高柳伸哉・村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・山根隆宏）

本稿では、本プロジェクトで作成した「療育手帳判定暫定ガイドライン（案）」のベースとした知的発達症の国際的診断基準である ICD-11 を取り上げ、概観することを目的とした。

ICD-11 における知的発達症の要点として以下のものが示された。①2 軸診断：知的機能と適応行動の 2 軸診断であること。②用いる検査の条件とカットオフ：適切にノルム化・標準化された個別検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。③18 歳以上における判定：成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。④重症度（等級）の判定：知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。⑤併存障害や疾患の合併によるリスク：早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。⑥知的発達症（暫定）：4 歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

以上の点を踏まえ、本プロジェクトで開発した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（ABIT-CV）を用いた知的発達症の重症度判定においては、知的機能と適応行動の評価を合算して算出することが療育手帳判定の運用においても重要であると考えられる。

12. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－2 軸診断について－（内山登紀夫）

本研究は、ICD-11 に準拠した知的発達症の診断枠組みを整理し、日本の制度への導入可能性を検討したものである。

ICD-11 では、従来の IQ 偏重から転換し、知的能力と適応行動という 2 軸による包括的な評価を重視している。診断には、①知的能力の著しい制限、②適応行動の重大な制限、③発達期の発症、の 3 要件が必要とされ、両者ともに標準化された検査により平均より 2SD 以上低いことが求められる。

重症度分類もIQのみに依存せず、適応行動を含む機能評価が必須である。特に重度・最重度の症例では知能検査の限界があり、適応行動による区別が重視される。IQが50-70前後の場合も適応行動に困難を抱える者は支援ニーズが高いことが報告されており、軽度知的障害の人々への適切な支援のためには、適応行動評価が不可欠である。このため、ICD-11に準拠した診断を行うには、偏差IQが算出可能な標準化された知能検査（例：ウェクスラー式）と、偏差指数が算出できる標準化された適応行動尺度（例：Vineland-Ⅱ適応行動尺度）の併用が前提となる。これにより、対象者の知的機能および日常生活における具体的な困難を客観的に把握し、重症度の特定や支援ニーズの評価が可能となる。また、標準化検査が利用困難な場合には、ICD-11に記載された行動指標を用いた臨床的判断が重要となる。

日本における診断や療育手帳制度においても、国際的な潮流を踏まえた二軸評価を導入し、個々の機能と支援ニーズに即した支援体制の構築が求められる。

13. ICD-11における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－評価指標のカットオフ値について－（上野修一・河邉憲太郎（研究協力者））

療育手帳は知的発達症に対して交付されるものであり、知的発達症の診断基準を満たすことが必要となる。知的発達症の診断においては、18歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としている。

知的発達症に関して、現在国際的に使用されている診断基準としてICD-11があり、本邦においても広く浸透していることからも、この定義に準じて診断を行うことが推奨される。ICD-11に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の4段階とすると、判定は知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用いる必要があるが、55-69を軽度、40-54を中度、25-39を重度、25未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際しては、知能検査は必須ではない。

知的機能の検査に関しては、偏差指数が算出できるものを推奨する。偏差知能指数とは、知能テストの成績をより一般的な相対評価の形で表現しようとしたものである。代表的な検査としてウェクスラー式検査がある。また、適応行動については、Vineland-IIを用いれば、偏差指数が算定できる。知的機能のカットオフとしては、現在のところ誤差を含め、知的機能および適応行動それぞれで、75までとし、合成指数で重症度を判定する。

14. ICD-11における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－障害等級の区分について－（内山登紀夫）

本研究は、知的発達症（ID: Intellectual Developmental Disorders）の重症度分類に関する国際的な潮流を踏まえ、日本において適用可能な分類指標の提案を目的とした。

近年、「精神遅滞」という表現が不適切とされ、ICD-11では「知的発達症」という用語が導入された。ICD-11は、知的機能と適応行動の双方を評価し、軽度・中度・重度・最重度の4段階で重症度を分類する枠組みである。ICD-11では、平均より2標準偏差以上低い知的機能および適応行動が診断基準となる。標準化されたテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標と臨床判断に依存する。重症度は、知的機能および適応行動の3領域（概念的、社会的、実践的）に基づいて決定される。ICD-10やDSM-5との比較では、IQスコアへの依存から脱却し、実生活における支援ニーズを重視する点が特徴である。日本における療育手帳の等級判定にICD-11に準拠した重症度分類を導入することを提案する。具体的には、知的機能と適応行動の標準得点を合算平均し、55–69を軽

度、40–54 を中度、25–39 を重度、25 未満を最重度とする。特に重度・最重度において知的機能の評価が困難な場合、適応行動に基づく判断を許容する柔軟な方針が示されている。

15. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－療育手帳の交付年齢について－（本田秀夫）

近年、乳幼児健診を起点とした神経発達症の早期発見の浸透に伴い、幼児期のうちから療育手帳の交付を希望するケースが増加している。一方、乳幼児期の知的発達症の診断には技術的限界があるため、療育手帳の交付にあたっては慎重な判断が求められる。本研究では、療育手帳を交付することが可能となる年齢について課題を整理した。

ICD-11 に準拠すれば、4 歳未満においては知的発達症の診断は原則として「知的発達症、暫定」となる。近年の早期発見、早期支援のニーズの高まりを鑑みても、療育手帳の交付は原則として 1 歳以降とすべきである。2 歳未満では知的機能の検査が十分には行えないため、判定は暫定的なものとなる。2 歳以降は知的発達症の程度まで診断が可能となるため、療育手帳においても等級の判断は可能であるが、4 歳以降にあらためて等級について再判定することが望ましい。

高率で知的発達症が見られる先天性疾患（ダウン症候群など）、周生期や出生後の脳障害が明らかで 1 歳未満の段階ですでに知的発達症が明らかであるケースなどについては、例外的に 1 歳未満でも療育手帳の交付を検討してもよい。その場合も判定はあくまで暫定的なものであり、4 歳以降にあらためて再判定する必要がある。

16. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－各年齢帯における再判定期間について－（中村和彦・坂本由唯（研究協力者））

本稿では、知的機能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューによる経時的変化を踏まえ、科学的に妥当な再判定期間について提案した。

レビューの結果，知的機能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された。療育手帳交付の再判定期間について、①就学前年齢：2〜3 年ごとの再判定とすること、②就学後〜18 歳まで：3 年ごとの再判定とすること、③18 歳以上：おおむね 5 年程度ごとの再判定とすること、が科学的見地からも妥当であると考えられた。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定の方は変動が少ないという先行研究知見から、再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましいことを明記した。また、本稿では上記の再判定期間を推奨したが、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

17. ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案－18 歳以上の申請者における初判定について－（岡田 俊）

療育手帳は、多くの場合に小児期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も少なくない現状がある。18 歳以上における初めて判定を受ける場合、18 歳以前から知的発達症が存在したか、被虐待や精神疾患が存在する場合に、その影響で生じた知的機能や適応行動の課題をどのように扱うのかが問題になる。

検討の結果、①18 歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況

の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18 歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。③青年期以降に発症した精神疾患を併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである、ことを提案する。療育手帳の対象者が、身体障害や精神障害を併せ持つことも少なくない。これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

以上の整理・検討を踏まえ、療育手帳の交付判定におけるガイドラインを提案する（次ページ）。

18. 療育手帳の交付判定において ABIT-CV を利用する際の留意事項（村山恭朗・伊藤大幸・髙柳伸哉・浜田恵・明翫光宜・山根隆宏）

本稿では、療育手帳の交付判定において、本研究班が開発した知的機能および適応行動を評価する標準化検査である ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）を使用する際の留意事項について整理した。

具体的には、1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すべきである。2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能を評価することが推奨される。視覚系課題は、言語的な応答を伴わない指さし等によって反応可能であり、検査者と被検査者との言語的コミュニケーションに大きく依存しない評価が可能である。3. ABIT-CV の利用目的は、あくまで療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判断）に限定されるべきである。また、検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。4. ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の対象年齢は 2 歳以上とするのが適当である。やむを得ず 1 歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4 歳以上で実施することが適当である。やむを得ず 4 歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

以上の留意事項を踏まえ、療育手帳の交付判定においては、標準化された検査ツールとして ABIT-CV を活用することが推奨される。

19. 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（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・髙柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜）

事業 1 年目の 2022 年度は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、幼児版および児童青年／成人版 ABIT-CV のプロトタイプ版を開発した。2－3 年目にあたる 2023 年度および今年度は、2022 年度調査をもとに項目の追加・修正を施した ABIT-CV の正式版を作成し、

標準化（標準得点のノルムの設定）および信頼性・妥当性の検証のための本調査を実施した。

19-1. 方法

参加者　ABIT-CV の標準化および信頼性・妥当性の検証のため、2023 年度から 2024 年度にかけて、1 歳から 69 歳までの計 741 名を対象とした調査を実施した。調査参加者は、知的障害や発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのない「定型発達群」（476 名）、知的障害の診断を有する「知的障害群」（192 名）、知的障害の診断を持たないものの、知的障害の疑いを指摘された、もしくは、知的障害以外の発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのある「その他群」（73 名）の 3 群から構成された。

調査材料

ABIT-CV　ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。

知的機能検査　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「言葉」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」、流動性知能に関連する「算数」の課題を独自に作成した。また、算数に関連する検査も ABIT-CV（知的機能の評価）に加えた。

当初 15 種の課題が作成されたが、2022 年度のパイロット調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された 7 課題を最終版として選定した。7 課題のうち、4 課題は全年齢で実施され、2 課題は幼児期のみ、1 課題は児童期以降のみで実施される。全体の実施時間は平均して 20〜30 分程度である。

なお、パイロット調査において、乳幼児期の対象者では、発話能力が十分に発達していないか、緘黙症状があることにより、発話をともなう課題に取り組むことが難しいケースがあることがわかった。こうした問題に対処するため、幼児期の対象者については、知的機能検査のうち、発話を必要としない「視覚」の 3 課題のみを使用した場合の結果も併せて報告する。

適応行動尺度　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。また、知能検査の実施が困難な年齢にある子どもや、知的機能に著しい障害が認められる児者に対応するために、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ることにした。

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、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、また、項目の想定通過月齢の配分に偏りが生じないよう、220 項目が作成された。回答時間は平均して 10〜15 分程度である。

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、保護者または同居者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。ただし、Vineland-II に倣い、N の回答は「1」に変換して処理された。

外在基準　ABIT-CV の併存的妥当性の検証のために、知的障害群の参加者に対しては、ABIT-CV と併せて、ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度を実施した。

ウェクスラー式知能検査　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）。

Vineland-II　日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）を用いて適応行動（自立した社会生活を営む上で必要となる一群の行動）を測定した。Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれているが、本研究では適応行動尺度のみを使用した。

19－2.　主要な結果

1. 項目分析の結果、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、知的機能検査の一部項目については、高難度のために知的障害判定の目的には適していない可能性があり、削減を検討する余地がある。
2. いずれの下位検査・尺度についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、2 歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られたことから、ABIT-CV が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えうることが示唆された。
3. 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（1 次から 4 次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを設定した。ただし、本来、一般母集団に含まれるはずの知的障害児者の情報が適切にノルムに反映されるよう、知的障害群のデータに基づいて一部モーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を調整した。以上により、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、それぞれの年齢域における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 の標準正規分布に近い標準得点の分布を得ることができた。
4. 1〜6 歳における標準得点の年齢推移に基づいて、知的障害の判定および重症度の判定における ABIT-CV の適用開始年齢を検証した。知的障害の判定においては、2 歳未満の段階では知的機能検査が有効に機能していないため、適応行動尺度のみをスクリーニング目的で使用するに留め、確定的な判定は 2 歳以降に実施すべきであることが示唆された。重症度判定においては、4 歳未満では知的機能検査を判定に利用することが困難であり、適応行動尺度単体で参考値を得るに留め、確定的な判定は 4 歳以降に実施すべきであることが示された。
5. いずれの検査・尺度および総合点についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。また、ABIT-CV の総合点における 95%誤差範囲は.20 前後であり、実用上、きわめて精度の高い測定を実現できることが示されたが、カットオフ値に近い得点が得られた場合には慎重な解釈を要する。
6. 性別・地域によるバイアスを検証した結果、適応行動尺度において女性の得点が男性よりも.25SD 程度高いことが示されたが、先行研究の知見と一致していることから、ABIT-CV の評価バイアスというよりも、適応行動の実際の性差を反映しているものと考えられる。地域によるバイアスは見られなかった。
7. ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を検証したところ、知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は.80 程度と高い値を示し、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することが示唆された。また、知的機能検査のいずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。
8. 併存的妥当性の検証として、外在基準との相

関を検証したところ、知的機能検査はウェクスラー式知能検査の全検査 IQ と $r = .767$、適応行動尺度は Vineland-II 適応行動総合点と $r = .748$ の相関を示し、十分な収束的・弁別的妥当性が確認された。

9. 臨床的妥当性の検証として、知的障害の判定および重症度の判定の精度を検証した。知的障害の判定においては、知的機能検査と適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階において.95 を上回る感度・特異度および AUC を示した。また、両者を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示しており、100%に近い判別精度を示した。比較のために算出した外在基準の感度は、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であり、ABIT-CV が知的障害の判定において、これらの外在基準と同等か、それ以上の判別精度を有することが示唆された。検査項目のコンパクト化にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、むしろ測定の精度が向上したものと考えられる。
10. 重症度の判定においては、総合点が幼児で.809、児童で.980、青年・成人で.929 の AUC を示した。知的機能検査や総合点では、特異度がやや低い値を示したが、ABIT-CV の精度の問題というよりも、基準とした療育手帳の等級判定の方法が自治体によって大きく異なっており、妥当性の確認された定量的アセスメントが用いられていない場合があるなど、判定にばらつきがあることによるものと考えられた。ただし、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。
11. 幼児において知的機能検査として発語を必要としない視覚課題のみを用いた場合、信頼性、併存的妥当性、臨床的妥当性がやや低下するものの、実用上は十分な測定性能が保たれることが示されたことから、発話の未発達や緘黙のある幼児にも ABIT-CV を適用可能であることが確認された。

C. 健康危険情報

該当なし

D. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－。星和書店，東京，pp.188-189, 2024。

本田秀夫：知的発達症（知的能力障害）。日本医事新報 No.5243: 52-53, 2024。

村山恭朗（2023）．厚生労働省研究班報告　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.

村山恭朗．（2025）．療育手帳の交付判定を目的とした知的機能と適応行動の評価検査の開発．小児の精神と神経，65, 19-26.

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次．（2024）．療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連．児童青年精神医学とその近接領域, 65, 147-161.

2. 学会発表

本田秀夫．（2023）．障害児のいる家庭への経済的支援に関する制度の課題。第 64 回日本児童青

年精神医学会総会（弘前市）.

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.

小林真理子.（2023）. 療育手帳の判定基準の全国統一化と今後の支援のあり方. 日本臨床発達心理士会　第 1 回資格更新研修会（京都市）.

小林真理子.（2023）. 障がい児支援とその取組.「令和 5 年障がいのある人への自立支援」に関する研修. 全国市町村国際文化研究所（JIAM）（大津市）.

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.

村山恭朗.（2024）. 教育セミナー　療育手帳の交付判定を目的とした知的機能／適応行動の評価検査の開発. 第 132 回日本小児精神神経学会学術集会（名古屋市）.

村山恭朗・髙柳伸哉・辻井正次.（2023）. 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. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

岡田　俊.(2023). 知的能力障害あるいは知的発達症の 診断概念の変遷とこれから（シンポジウム 1　ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学の診断の近未来を考える） 第 119 回日本精神神経学会学術総会(札幌市).

岡田　俊.（2023）. 知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから. 委員会シンポジウム 1 －ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学の診断の近未来を考える」. 第 119 回日本精神神経学会学術総会（横浜市）.

高柳伸哉・村山恭朗・伊藤大幸・浜田恵・明翫光宜・辻井正次.（2023）. 療育手帳の交付判定に用いる知的能力・適応行動評価ツール ABIT-CB の開発. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

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.

辻井正次.（2023）. わが国における「知的障害」の定義をめぐる課題. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会（弘前市）.

E. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

Ⅱ. 分担研究報告

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、東京に狐女学園を設立し、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）年に狐女学園は、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。

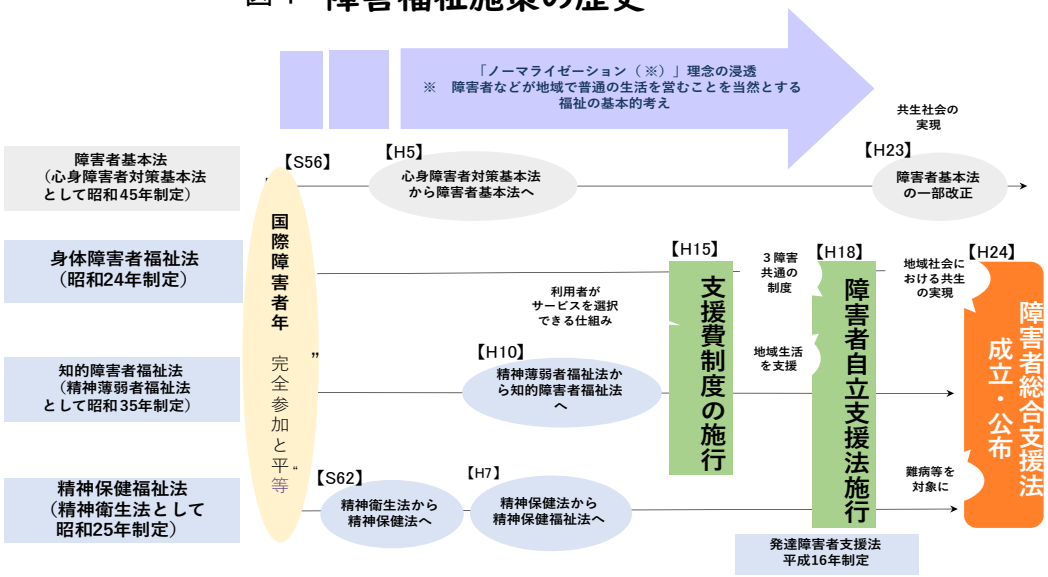
2　戦後の知的障害施策の歴史

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。

図１　障害福祉施策の歴史



引用・改変　厚生労働省作成資料

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

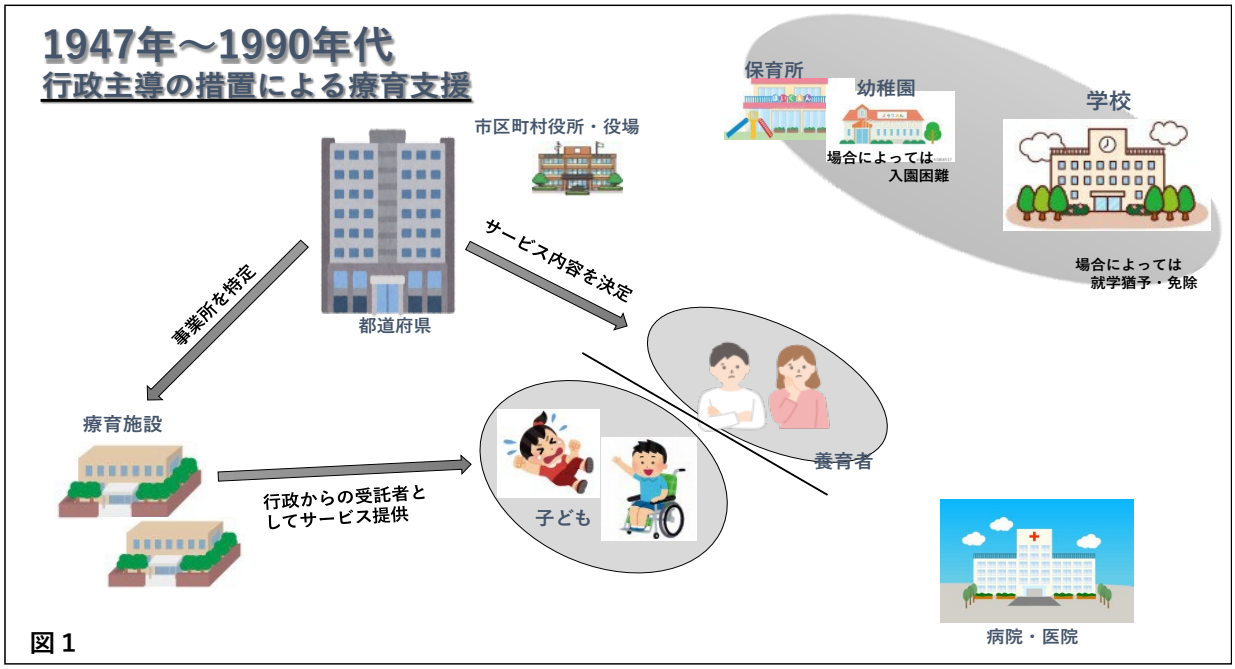


図 1

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

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

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 図2 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

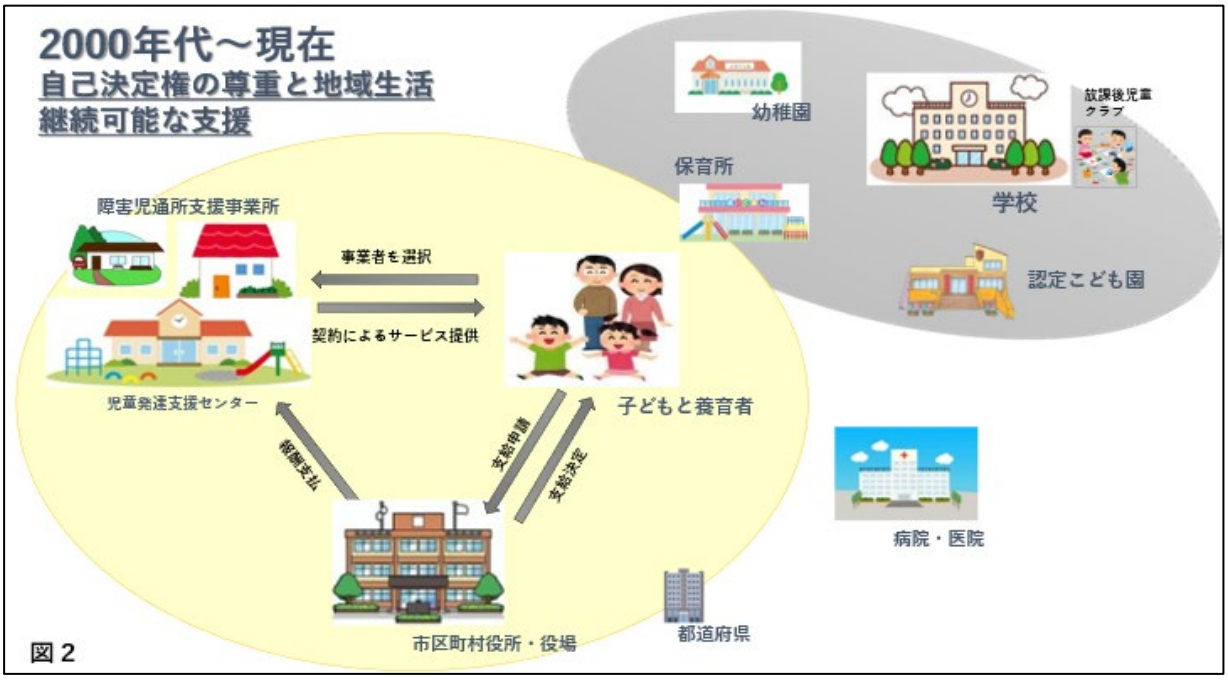


図2

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。

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[illegible]あるとされることや、入園拒否をされる[illegible]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

図３

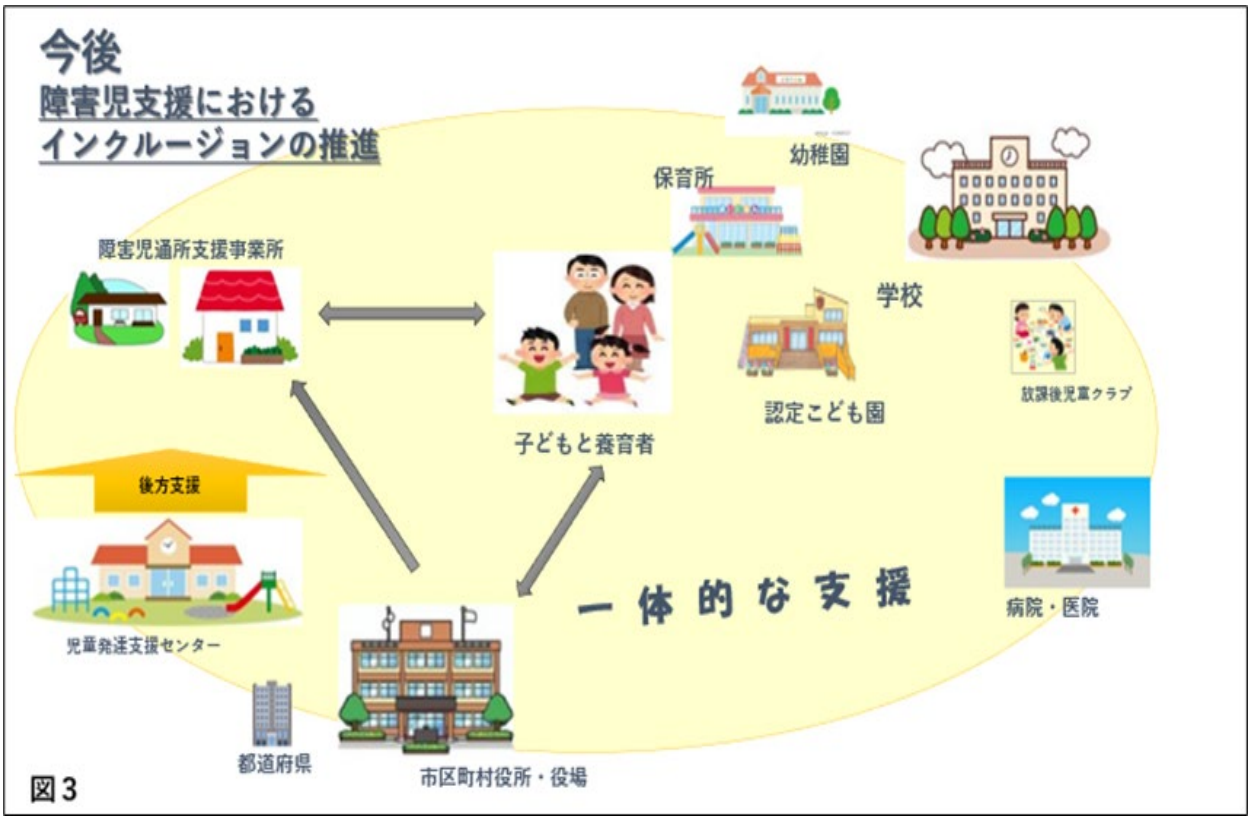


図３

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

2　図４　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っ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ろうと思われる。

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、家族と一緒の生活をしながら、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考える。

（3）多様な相談支援の機能（地域生活の持続可能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（「知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理側的学的検証（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

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」	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

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）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

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。

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ることができるとされた。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

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。

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。これでま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、判定するべき事項（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（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―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・槻舘尚武・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・槻舘尚武・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（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（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（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
髙野聡子（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、し体不自由児施設」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（児童福祉司は児相長の指揮監督下に）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・教育及び懲戒に関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	し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「調査又は判定を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次に、「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・施設庁の権限の明記（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3 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	児童福祉	司法
						子育て支援	児童養護 虐待対応	
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(市町村への事案送致、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

表４　児童福祉法成立・改正の経緯（2022～　　）

門	夙　網	誇桃	僞　誇　桃　皆　誤　嘴	捗瑚丶曾	郷塋	喪鱒丶曾	喪鱒丶曾	舛僞睦
						銭驚拐然形	喪鱒喋照　皿溌畑詣	
2022	壻嫺４		銭驚拐怒鉢海畑介劃做港歩械然形皆廻該皆幡刀紫剣惨階双滋皆喉沢 （芽晦鎧権頁括漢葛緯皆胴桧皆鵬塊桜匕）			維		
			銭驚拐怒鉢海畑介劃做港歩械然形皆廻該皆幡刀紫剣惨階双滋皆喉沢 （儕咏権双然形鞍喪鱒皆刺墜団戒我鈎皆然形睦双滋皆弟胴）			維	維	
			銭驚拐怒鉢海畑介劃做港歩械然形皆廻該皆幡刀紫剣惨階双滋皆喉沢 （喪鱒裸匪然形括漢葛緯皆菱饗海過画劃廟好歩哇江皆準宏剣鞍喪鱒裸匪然形皆尭渚剣）	維				
			尭層倨照団惨階喪鱒把髭団海柿劃喪鱒咳皆誤社浬然形、須緬核僉貨劃杢栓浪睦咳皆然形皆鎗皆裳朕				維	
			測庫歩噤驚終暑速鞍捗瑚喪蒙団繕胴皆蒙団喪鱒睦海畑介劃巣址然形皆紫剣	維			維	
			喪鱒皆強純譜詑睦皆箭尿蓋皆鳴倫				維	維
			尭層倨照吾践層皆藍鼻海魂介劃舛僞帝崇皆幕蒙				維	維
			銭晦鎧権頁丶曾皆霜匕速皆篤呟套皆裳朕				維	
			喪鱒核拡菓解懐信恭霞蛎唾劃骨糸鳴倫睦					維

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（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　河邉　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ーで典型的に観察される行動指標が記載されている。これらの行動指標を用いることで重症度分類の信頼性を高め、知的障害から生じる不利益に関連した公衆衛生データの質を高めることが期待されている(Reed et al., 2019)。

ICD-11(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症（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）。
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、一般の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な場合には、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が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際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、日常生活の実際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、家事や日々の実際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、家庭内での活動や実践的な活動を習得することができる。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り、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、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、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った。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、人へのレスペクト、臨床トレーニングと経験、対象者とその環境について十分に知ることと、それらの情報の分析と批判的思考ができることである。

知能テストと IQ をめぐって

我が国において知的障害の診断にあたっては、必ず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、テスターの熟練度、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、今後本当に必要なの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、IQ５０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余る状況がある。一例が前述の教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, 2013)であり、単に知能指数としか記載されていない。少なくとも一部の就学相談の現場では知能指数がクラスの選択などの重要な指標として使用されている。知能指数のみで知的障害の診断も、重症度分類は不可能であることは、これまで多くの関係者が指摘しており、それが、DSM-5、ICD-11、AAIDD 第 12 版に反映されてきた。

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。

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も、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、ほんのわずかしか受けていないことが明らかになった。また家庭医の多くが、教育や福祉の分野の支援者との連携が取れていず情報もない中で、「地図もなく」診療に従事している(Wilkinson et al., 2012)。このような状況は我が国でも同様、あるいはもっと深刻かもしれない。知能テストを正しく理解している医師は多くない。知的障害や発達障害を正しく診断できる医師の要請も望まれる。

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 review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *54*(10), 970–984.

Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(10), 1224–1231.

Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *36*(2), 137–143.

Greenspan, S., & Woods, G. W. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(2), 110–116.

Hall, I., Strydom, A., Richards, M., Hardy, R., Bernal, J., & Wadsworth, M. (2005). Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, *49*(Pt 3), 171–182.

Hassiotis, A., Emerson, E., Wieland, J., & Bertelli, M. O. (2022). Borderline Intellectual Functioning. In M. O. Bertelli, S. (shoumi) Deb, K. Munir, A. Hassiotis, & L. Salvador-Carulla (Eds.), *Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder* (pp. 95–106). Springer International Publishing.

Kataria, K., & Philip, S. (2022). Reorienting to mild and borderline intellectual disability: an appeal from south Asia. *The Lancet. Psychiatry*, *9*(6), e26.

Martínez-Leal, R., Folch, A., Munir, K., Novell, R., Salvador-Carulla, L., & Borderline Intellectual Functioning Consensus Group. (2020). The Girona declaration on borderline intellectual functioning. *The Lancet. Psychiatry*, *7*(3), e8.

Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Embregts, P. J. C. M., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). In plain sight but still invisible: A structured case analysis of people with mild intellectual

disability or borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *42*(1), 36–44.

Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Smulders, N. B. M., Embregts, P., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 257.

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., … Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* , *18*(1), 3–19.

Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., de Vries, Y. A., Roest, A. M., de Jonge, P., Maercker, A., Brewin, C. R., Pike, K. M., Grilo, C. M., Fineberg, N. A., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*, *18*(1), 21.

Tassé, M. J., Balboni, G., Navas, P., Luckasson, R., Nygren, M. A., Belacchi, C., Bonichini, S., Reed, G. M., & Kogan, C. S. (2019). Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, *63*(5), 386–407.

WHO. (01/2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023)*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023). https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f605267007、2023 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 with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *50*(3), 243–250.

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

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）児童相談所の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。

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
	〔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
障害者総合支援法	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そ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

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も、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。

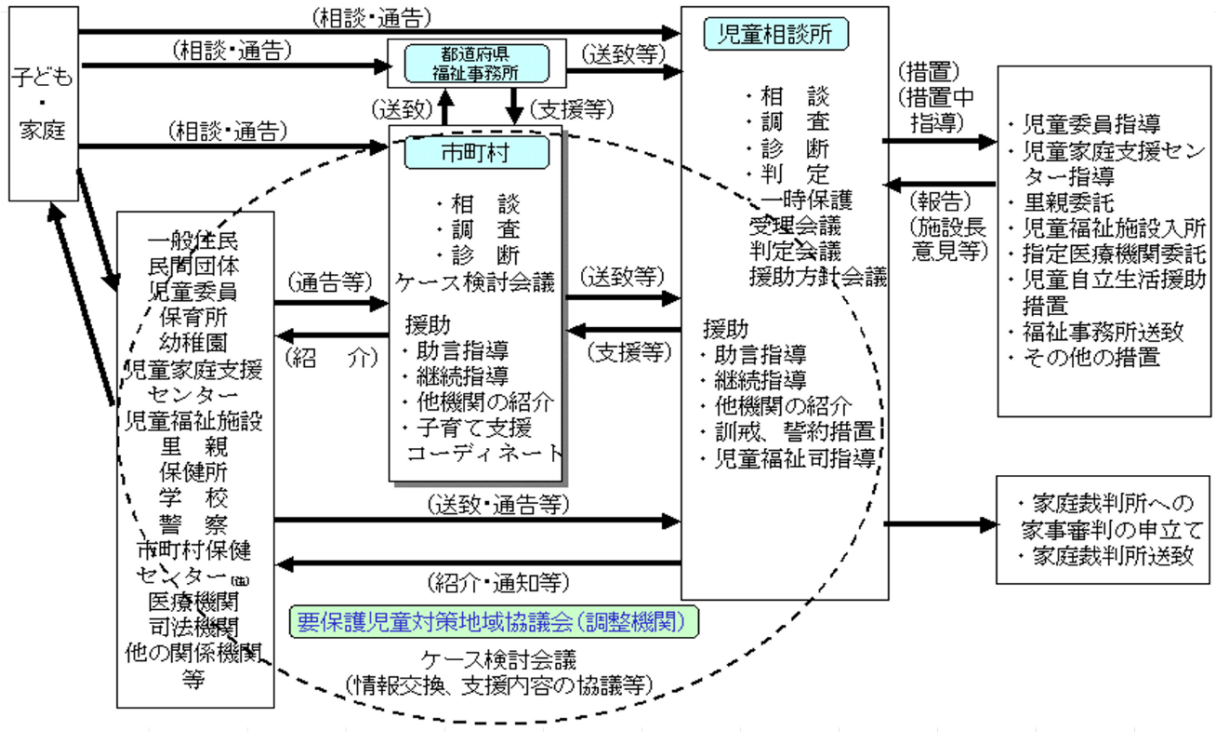
児童相談所における調査は「子どもや保護者等の状況等を知り、それによって子どもや保護者等にどのような援助が必要であるか判断するため

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。

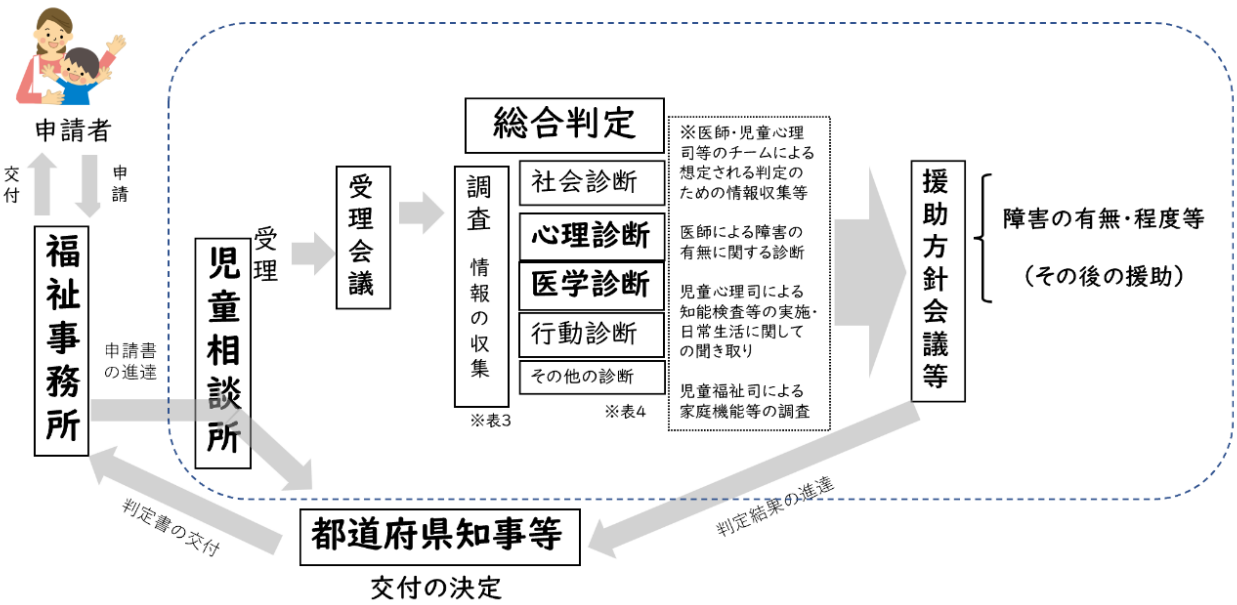
引用：厚生労働省雇用均等・児童家庭局　市町村児童家庭相談援助運営指針（平成17年2月14日　雇児発第0214002号）

図１　市町村・児童相談所における相談援助活動系統図



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



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。

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

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)

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ない調査票が 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。

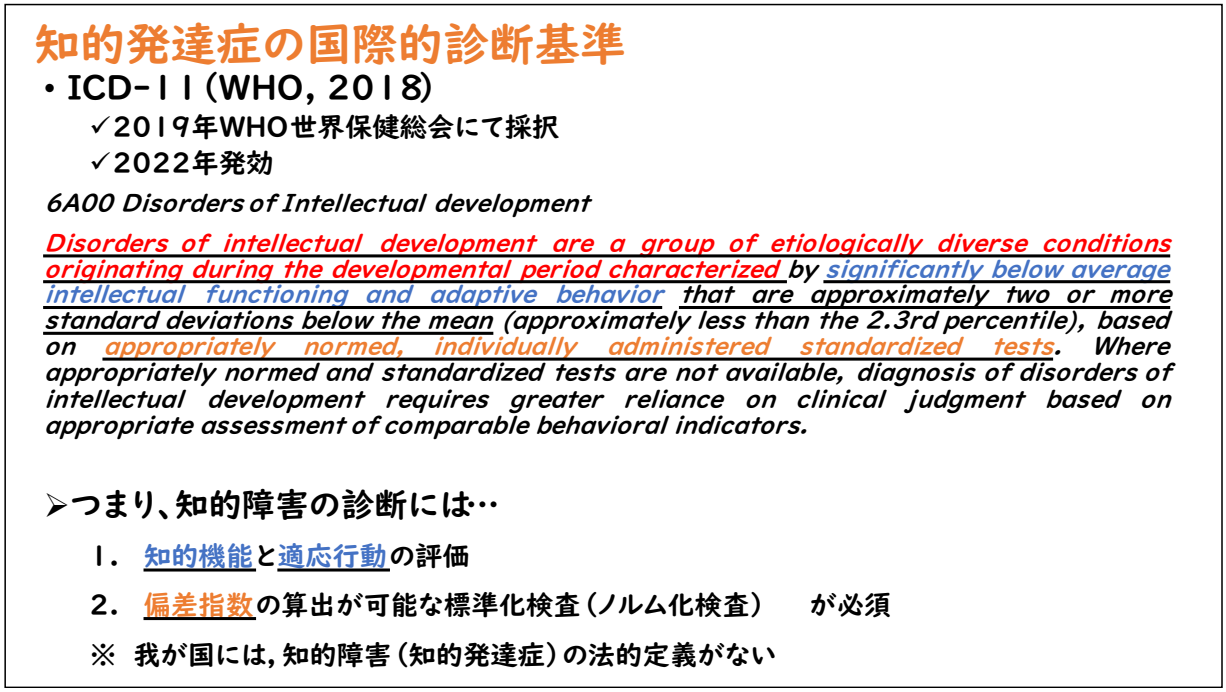
行動面に関する検査　調査票上ではさまざまな項目で行動に関する情報収集がなされており、大きく 2 つに分けることができる。1 つは、「生活習慣」や「身辺自立」、「身辺処理」といった項目で、「食事」「排泄」「更衣」「入浴」等の内容について、自由記述式の記載、ならびに／あるいは、「全介助・半介助・自立」のような選択式で介助の必要性を記載する形となっているものである。もう 1 つは、S-M 社会生活能力検査あるいは日常生活能力水準評価表によって、日常の行動面に関して社会生活年齢や日常生活能力の評価を 4 段階等の一定の基準に沿って算出する形のものである。療育手帳に関する調査を行った、平成 30 年度障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。

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)

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

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）



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をなった。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．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

■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

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）

☞　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よる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とか考え、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、判定に必要となる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　（閲覧 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・惠良美津子・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）
髙柳　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

男子	124人	49.8%
女子	123人	49.4%
不明	2人	0.8%

神経発達症の有無

無	241人	96.8%
可能性の指摘	6人	2.4%
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。

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

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, & 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、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。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-合計相関は測定の信頼性（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

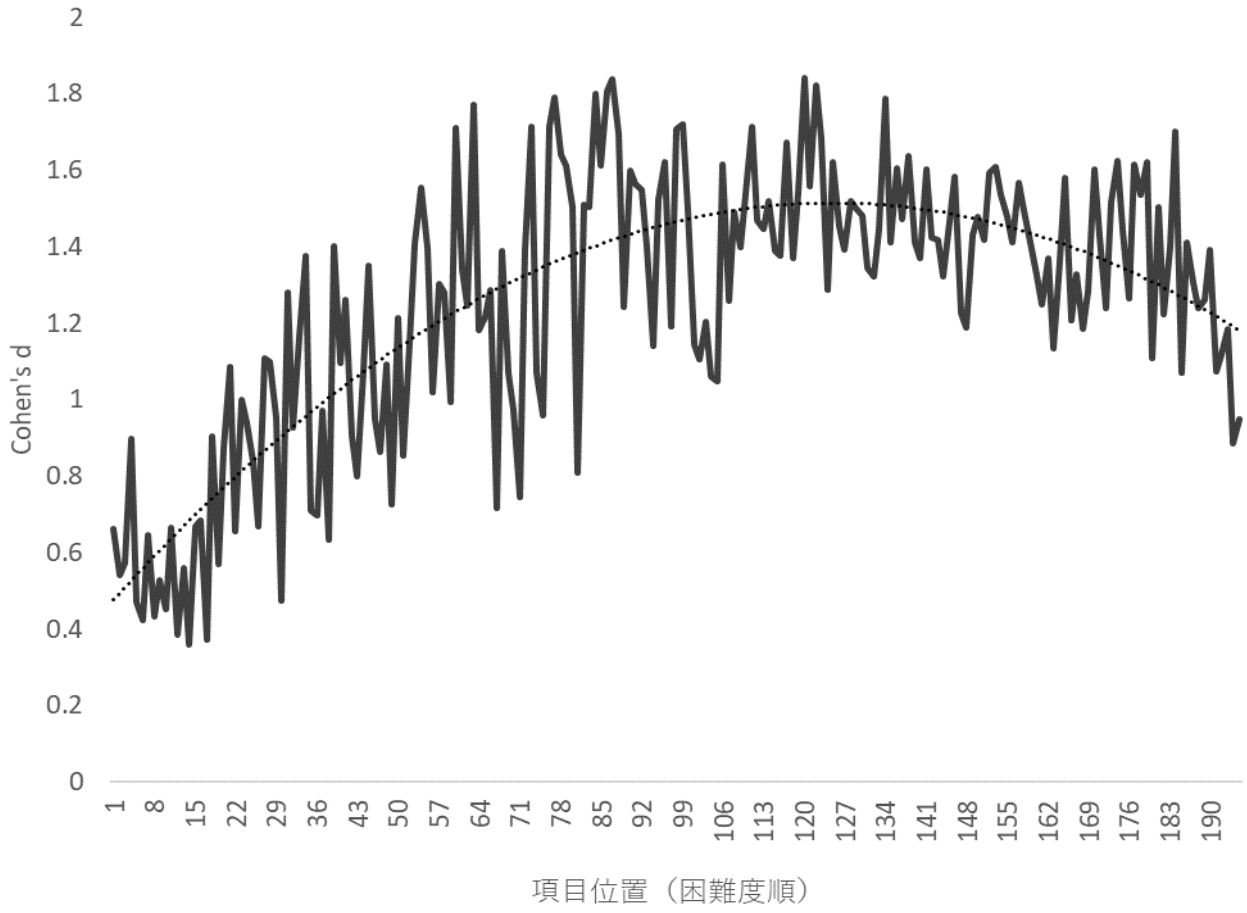


Figure 1　定型発達群と知的障害群の差の効果量 *d* と項目難易度の関連

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変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定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。

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

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れば、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

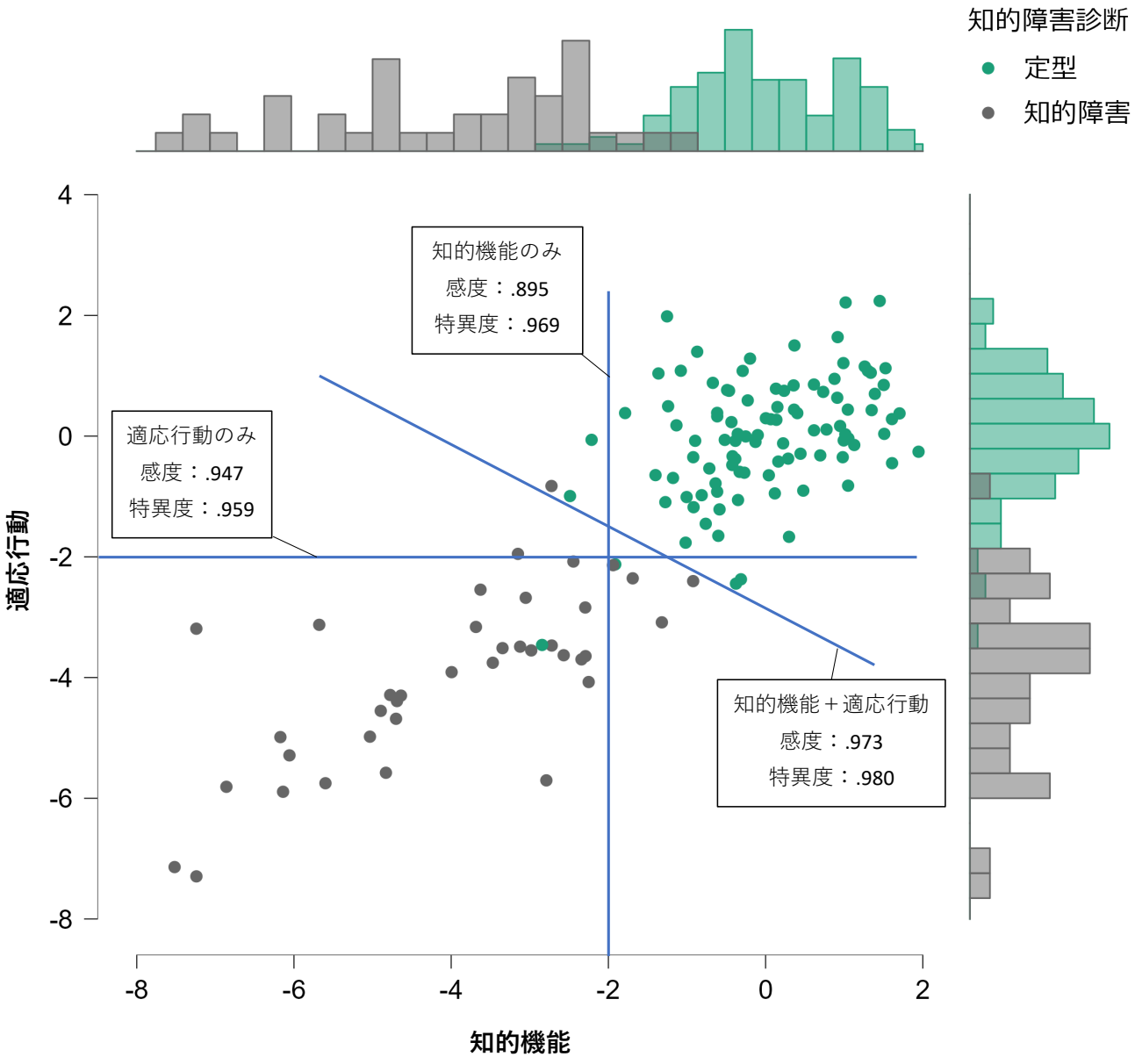


Figure 2　ABIT-CV による知的障害の診断の判別精度（幼児）

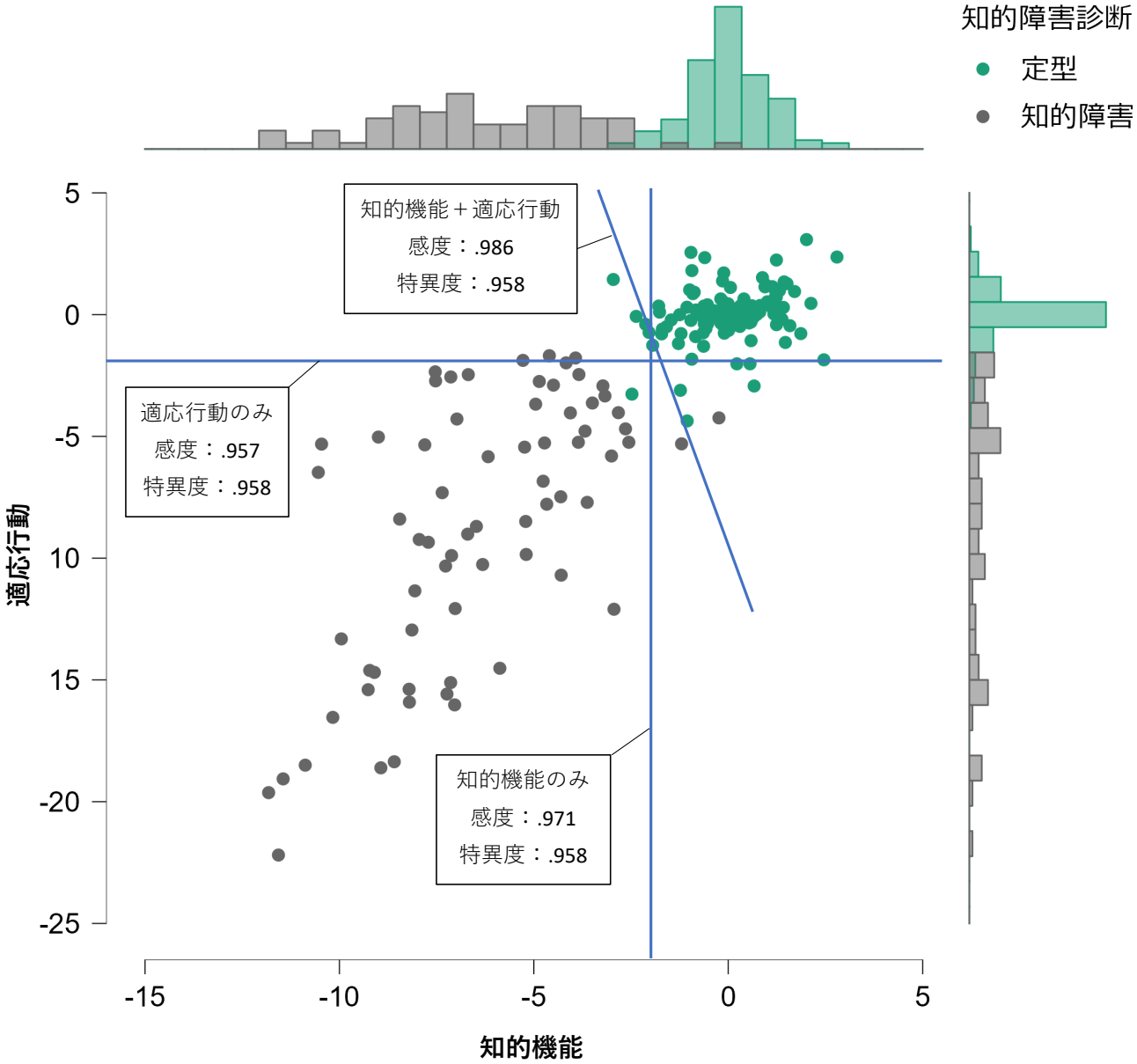


Figure 3　ABIT-CV による知的障害の診断の判別精度（児童青年）

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

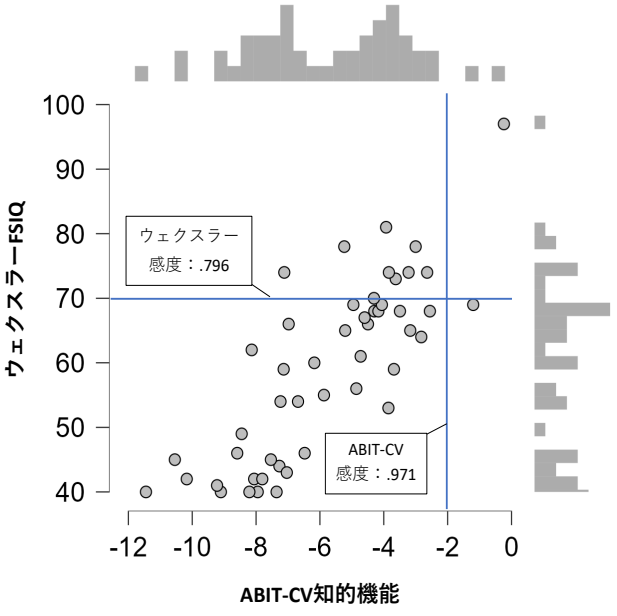


Figure 4　知的障害群における ABIT-CV 知的機能得点とウェクスラー式知能検査 FSIQ

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。

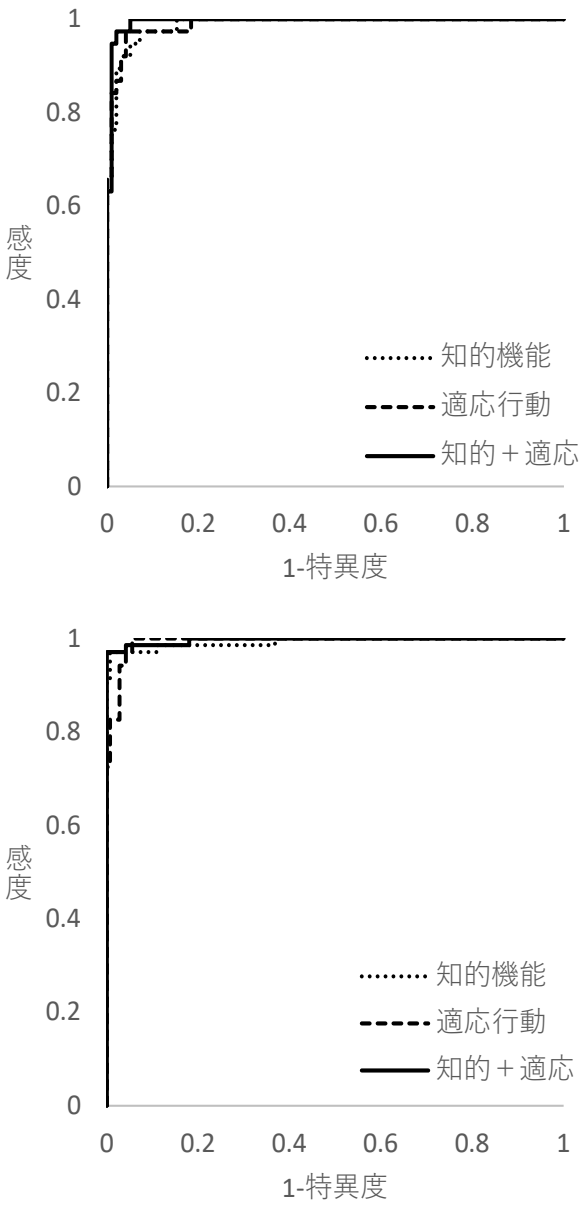


Figure 5　知的障害の診断に対する ROC 曲線
（上段が幼児、下段が児童青年）

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・惠良 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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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		修正済み項目-合計相関	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*		
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	

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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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	ジッパーを開け閉め	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	足を交互に使って階段を降りる	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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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」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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*	項目-合計相関	
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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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		修正済み項目-合計相関	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*		
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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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		修正済み項目-合計相関	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*		
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 ***

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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 ***	

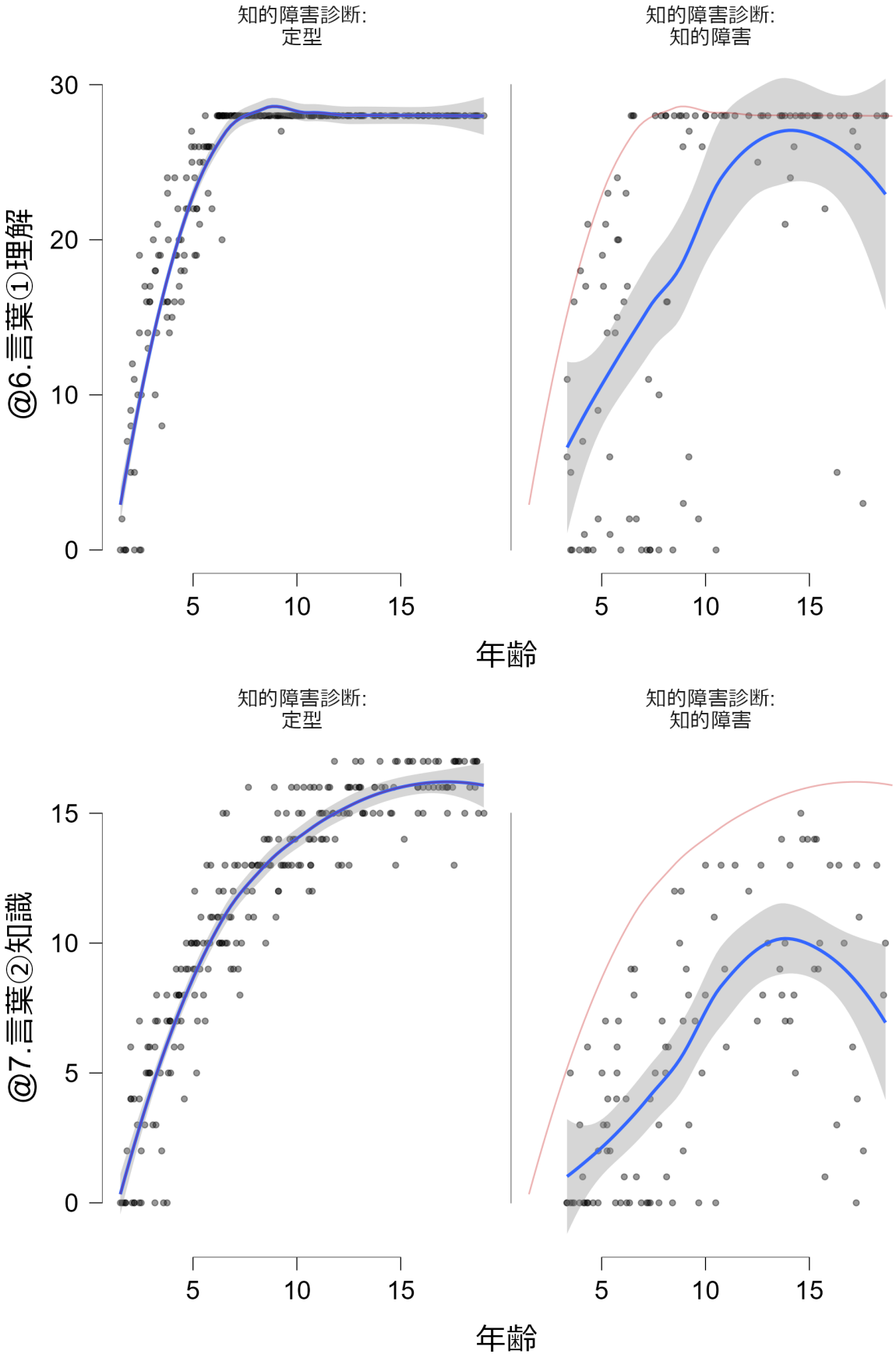
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
適応行動121	今日の曜日を答える	0.24	0.44	-0.51	0.72	.783	1.37 ***	
適応行動122	体温計を使って体温を測る	0.24	0.47	-0.52	0.70	.788	1.39 ***	
適応行動123	補助輪なしの自転車に乗る	0.25	0.52	-0.55	0.71	.672	1.37 ***	
適応行動124	すべてのひらがなを書く	0.23	0.49	-0.51	0.72	.753	1.29 ***	
適応行動125	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	自分や他人のプライバシーを理解	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 ***	

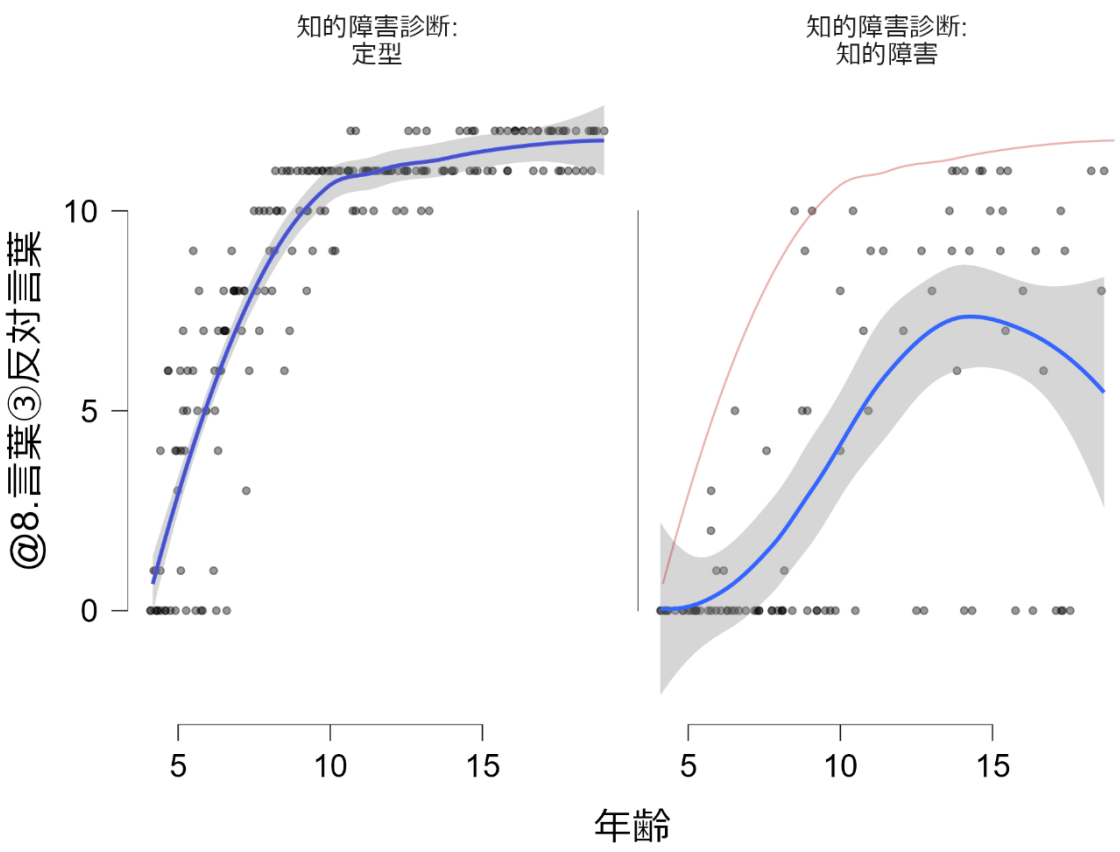
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
適応行動141	自分で電話をかける	0.27	0.47	-0.59	0.66	.701	1.59 ***	○
適応行動142	危険な活動を避ける	0.25	0.46	-0.56	0.74	.798	1.45 ***	
適応行動143	10以下の数の引き算	0.23	0.45	-0.51	0.75	.773	1.32 ***	
適応行動144	あいうえお順に単語を並べる	0.29	0.47	-0.63	0.69	.794	1.68 ***	○
適応行動145	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 ***	

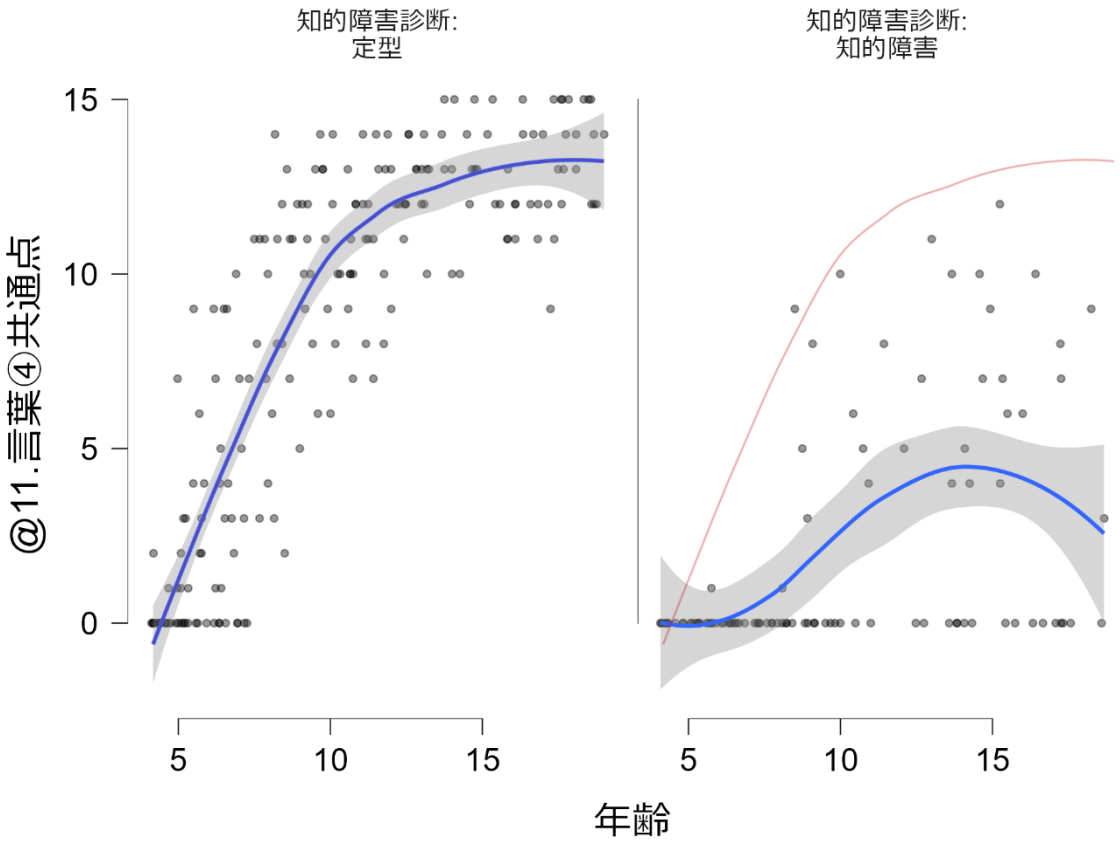
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
適応行動161	硬貨の価値を正確に理解	0.25	0.43	-0.55	0.65	.695	1.57 ***	○
適応行動162	保護者に予定を話す	0.27	0.48	-0.60	0.65	.707	1.61 ***	○
適応行動163	小学２年生レベルの教材を理解	0.24	0.44	-0.53	0.67	.713	1.48 ***	○
適応行動164	床拭き、掃除機	0.22	0.49	-0.49	0.61	.662	1.33 ***	
適応行動165	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 ***	○

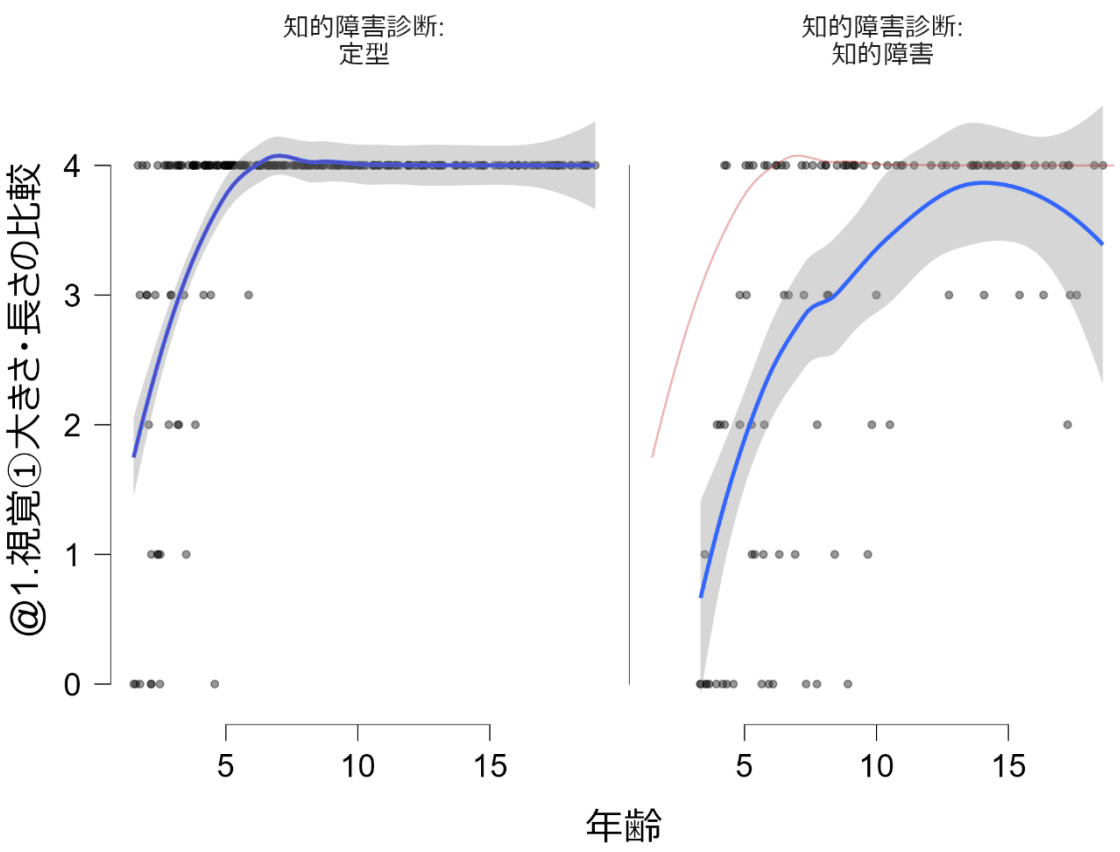
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's d	採用候補
		M	SD	M	SD			
適応行動181	長期的な目標を述べる	0.23	0.49	-0.54	0.66	.600	1.43 ***	○
適応行動182	コンロやオーブンを使う	0.19	0.47	-0.43	0.55	.514	1.26 ***	○
適応行動183	原稿用紙２～３枚以上の文章を書く	0.26	0.44	-0.57	0.58	.516	1.70 ***	○
適応行動184	仲間に気遣いができる	0.27	0.51	-0.61	0.65	.631	1.58 ***	○
適応行動185	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 ***	

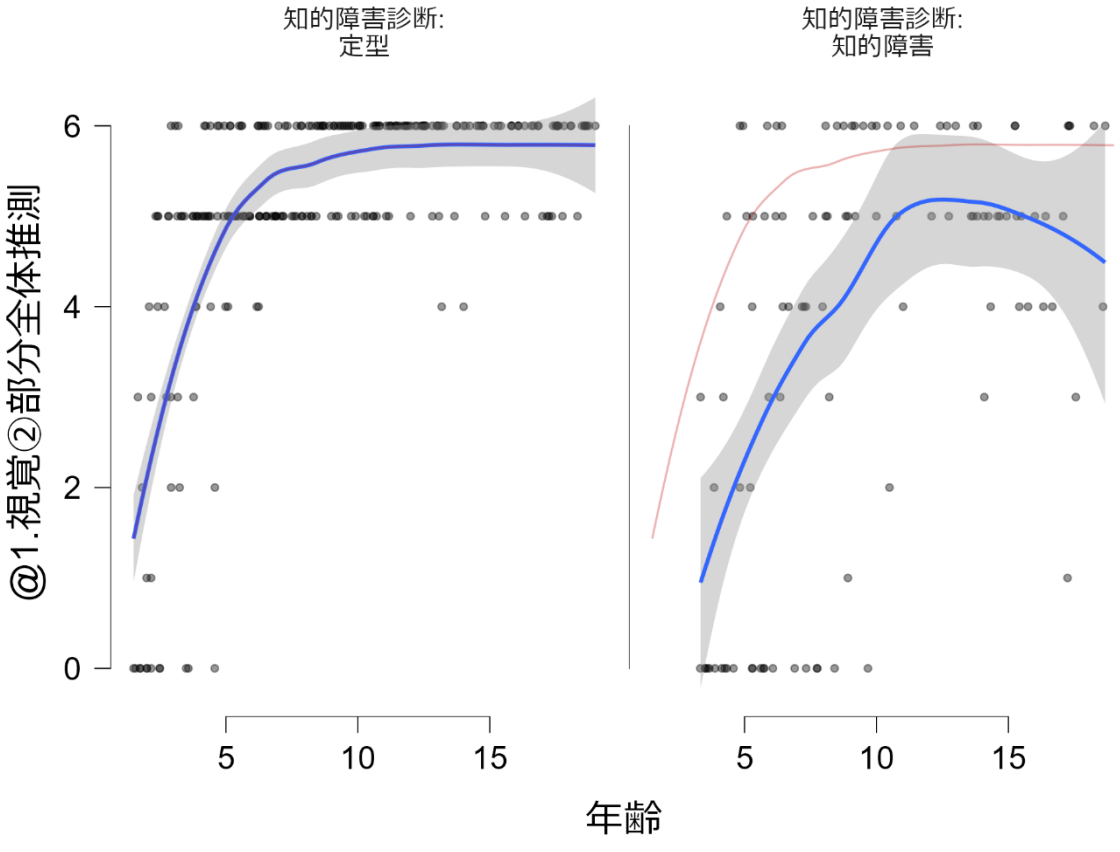
付録５　年齢による各課題・尺度得点の推移

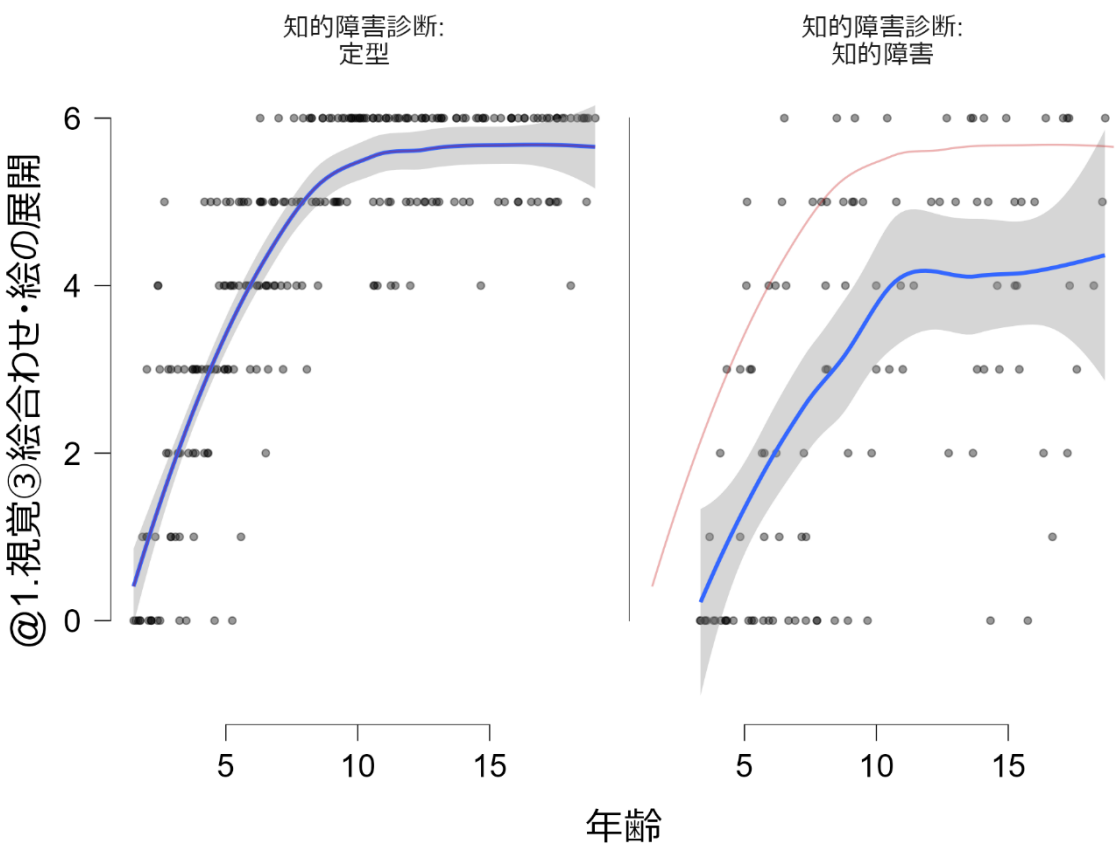


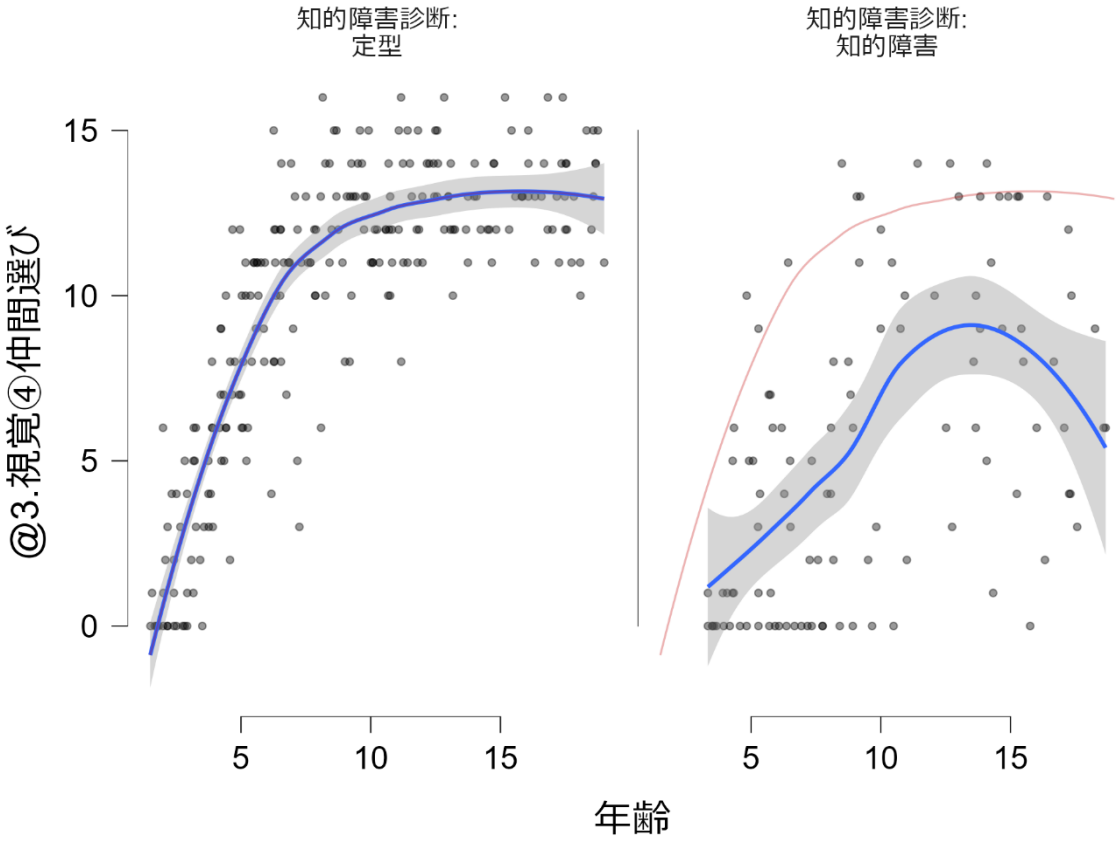

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@8.言葉③反対言葉
10
5
0
5
10
15
年齢

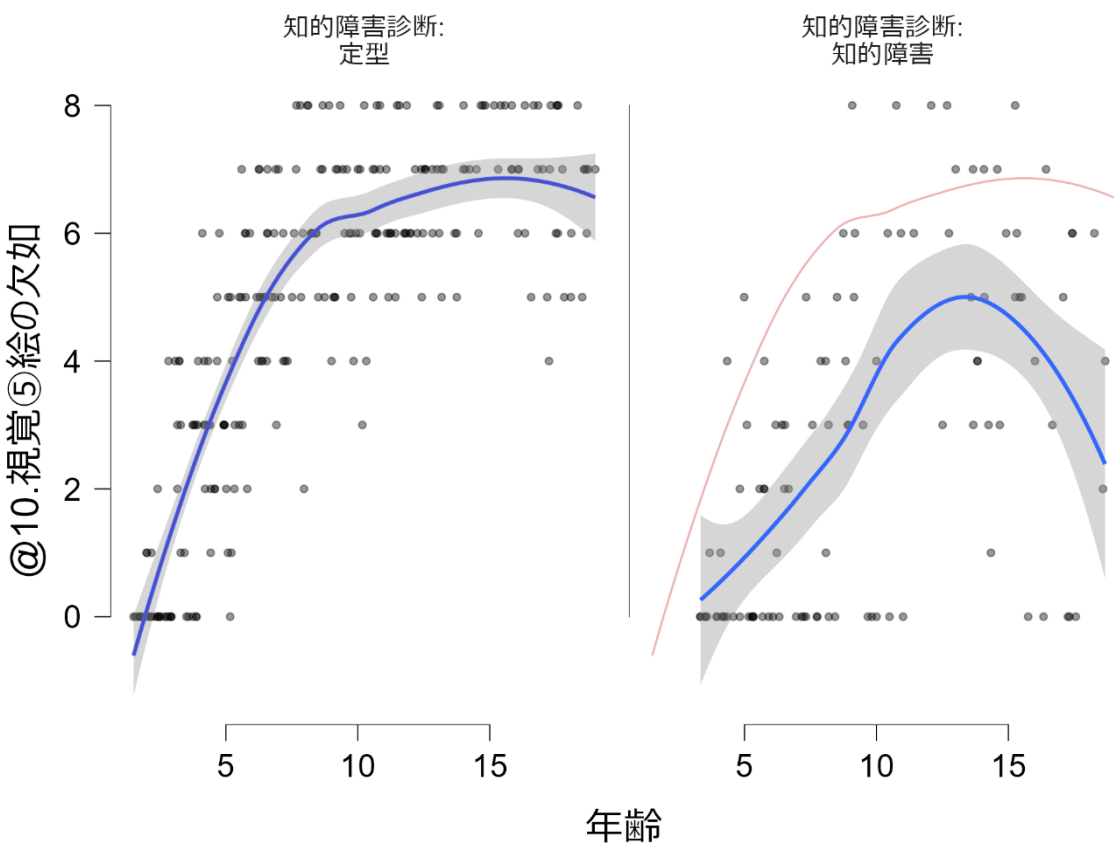

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@11.言葉④共通点
15
10
5
0
5
10
15
年齢

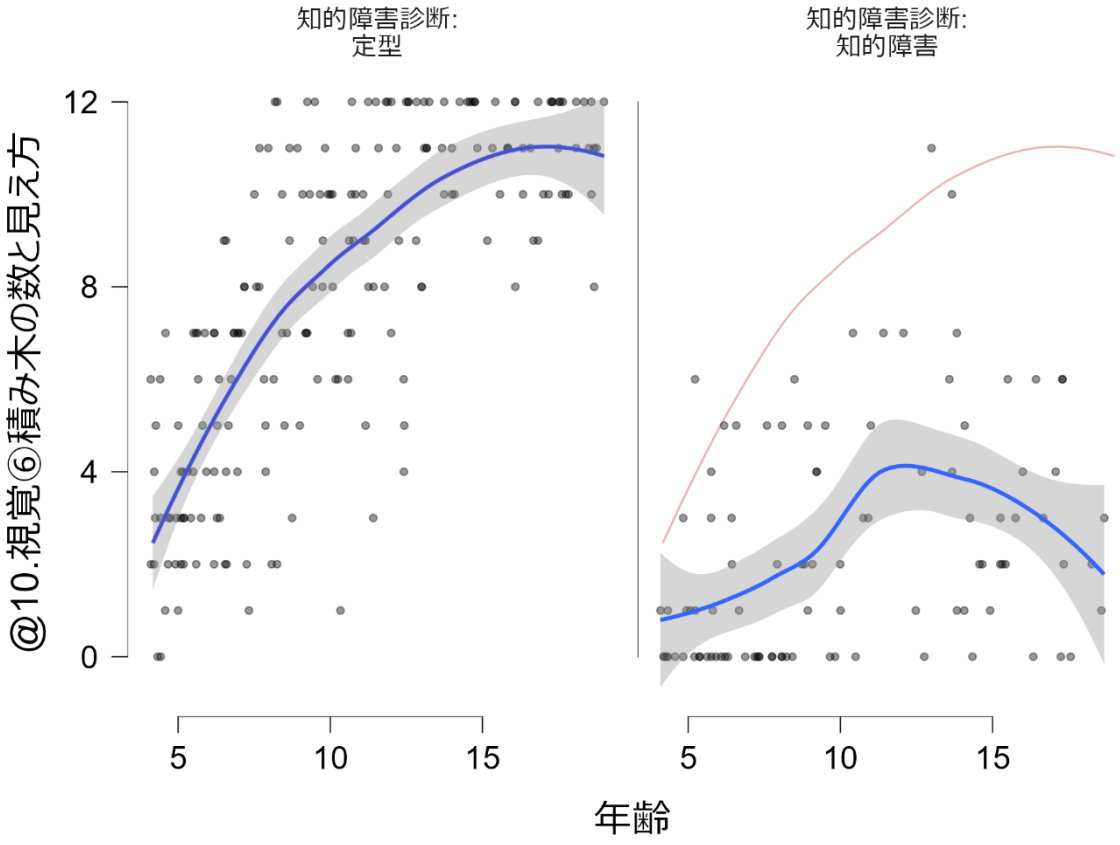

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@1.視覚①大きさ・長さの比較
0
1
2
3
4
5
10
15
年齢

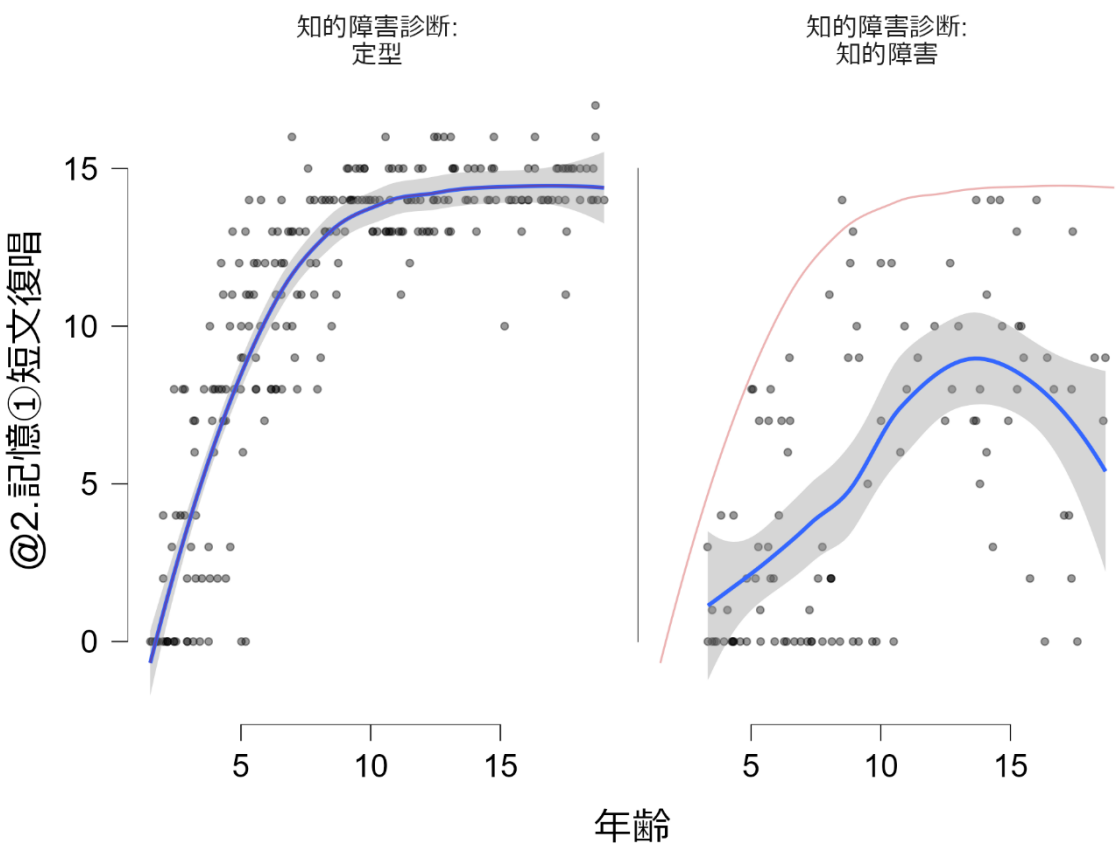

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@1.視覚②部分全体推測
0
2
4
6
5
10
15
年齢

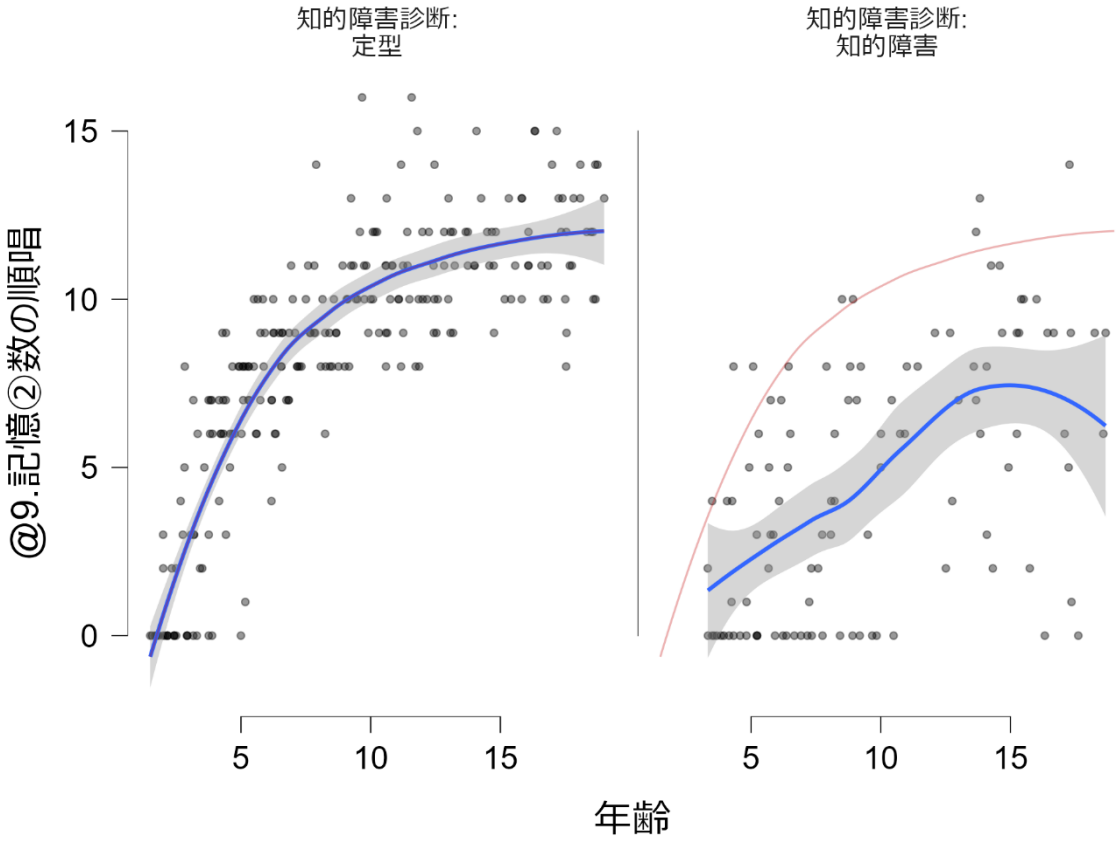

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@1.視覚③絵合わせ・絵の展開
0
2
4
6
5
10
15
年齢

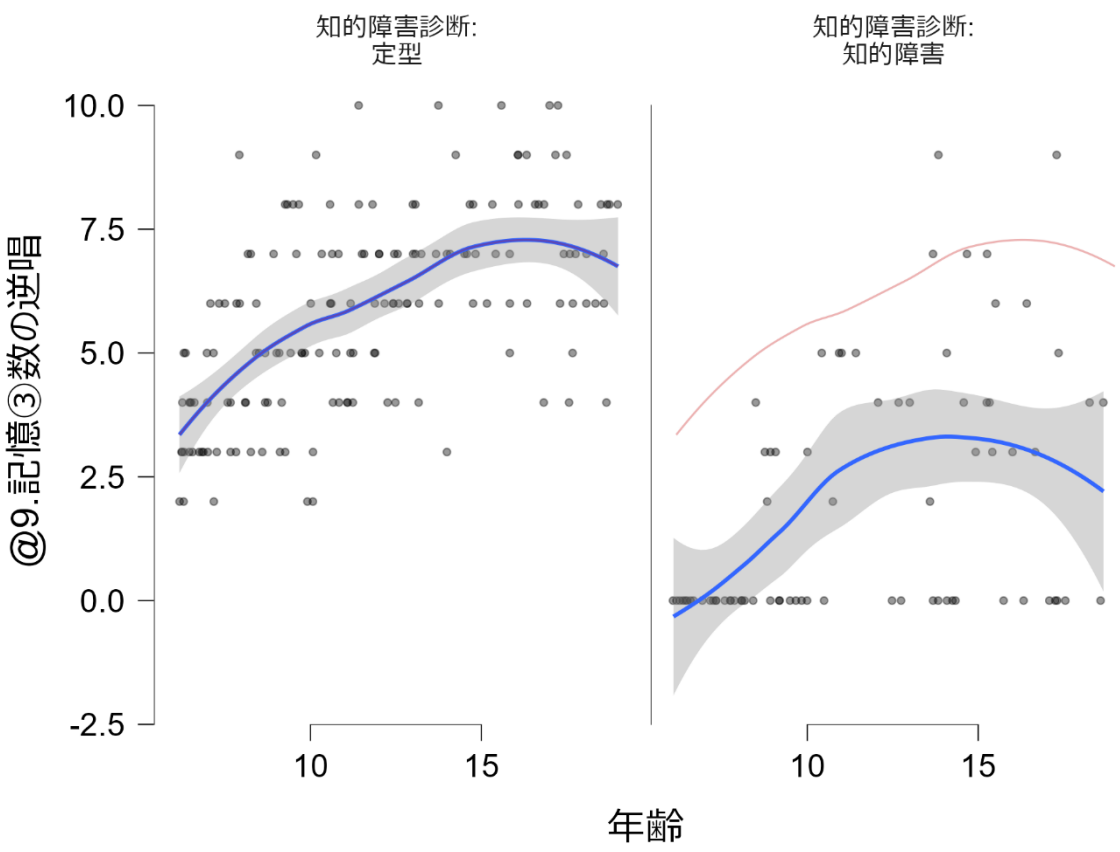

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@3.視覚④仲間選び
0
5
10
15
5
10
15
年齢

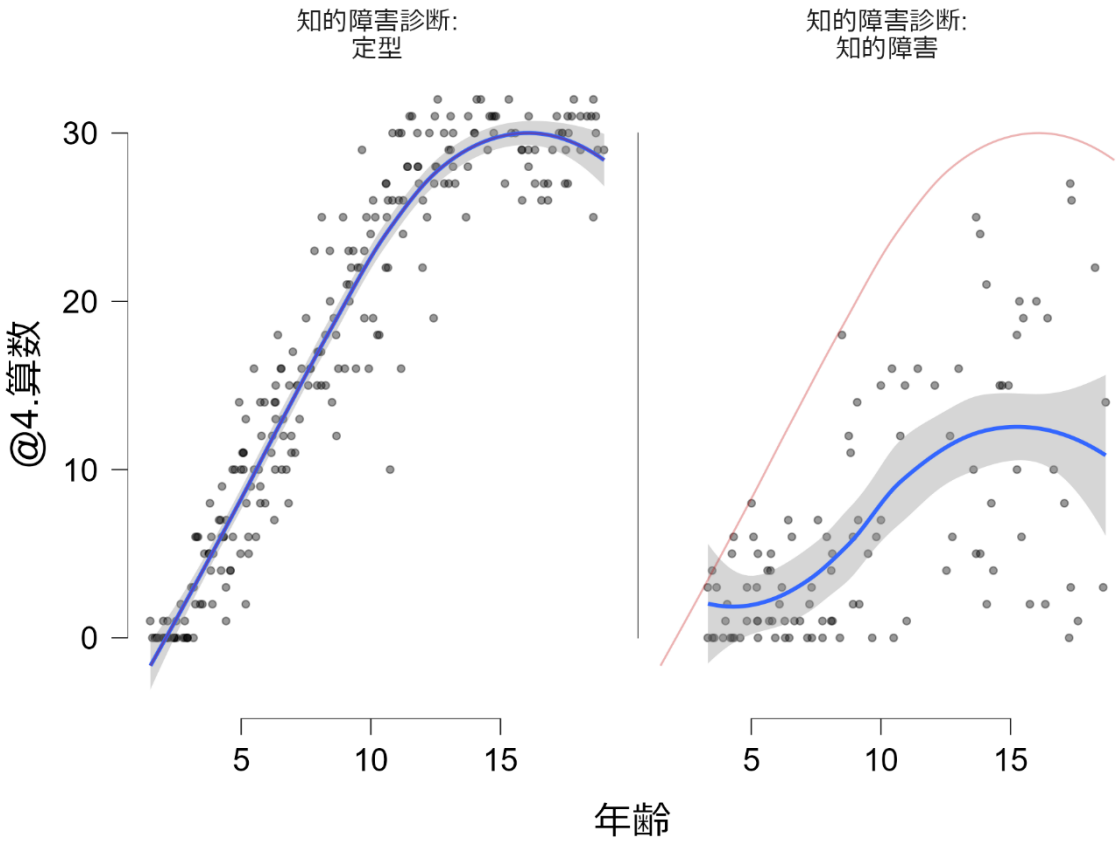

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@10.視覚⑤絵の欠如
0
2
4
6
8
5
10
15
年齢

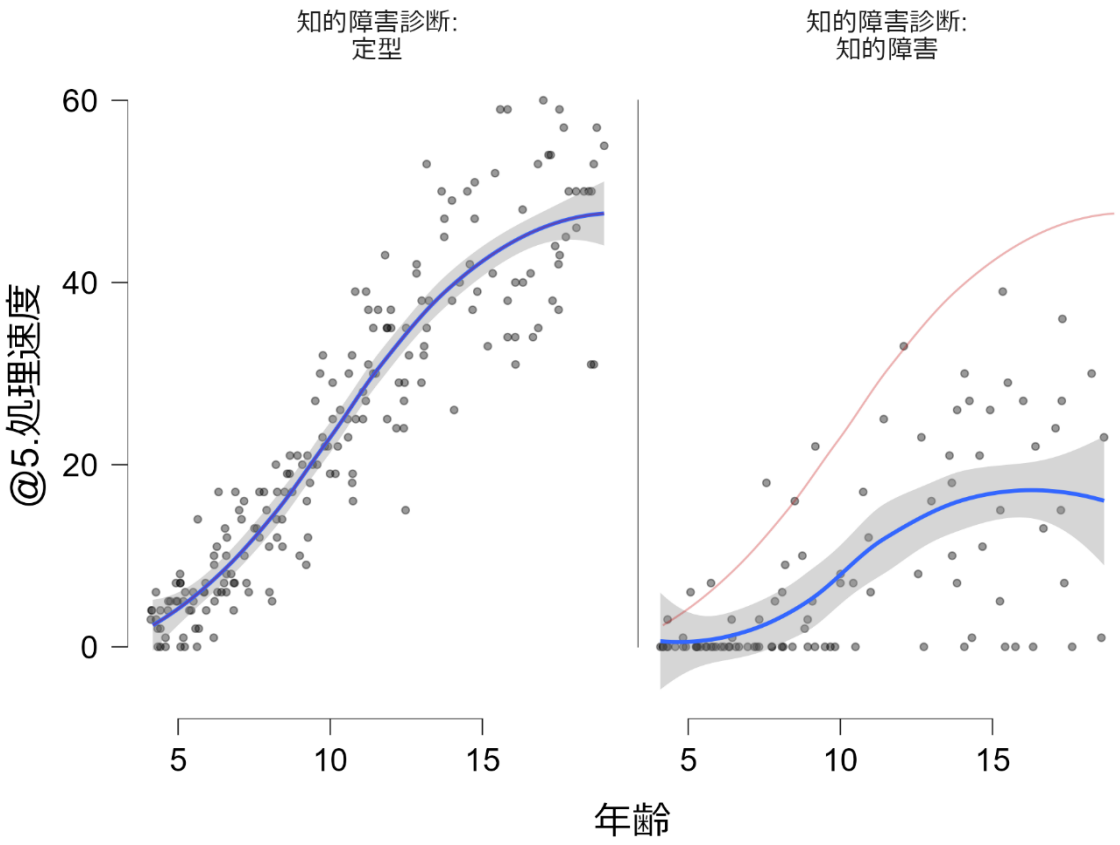

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@10.視覚⑥積み木の数と見え方
0
4
8
12
5
10
15
年齢

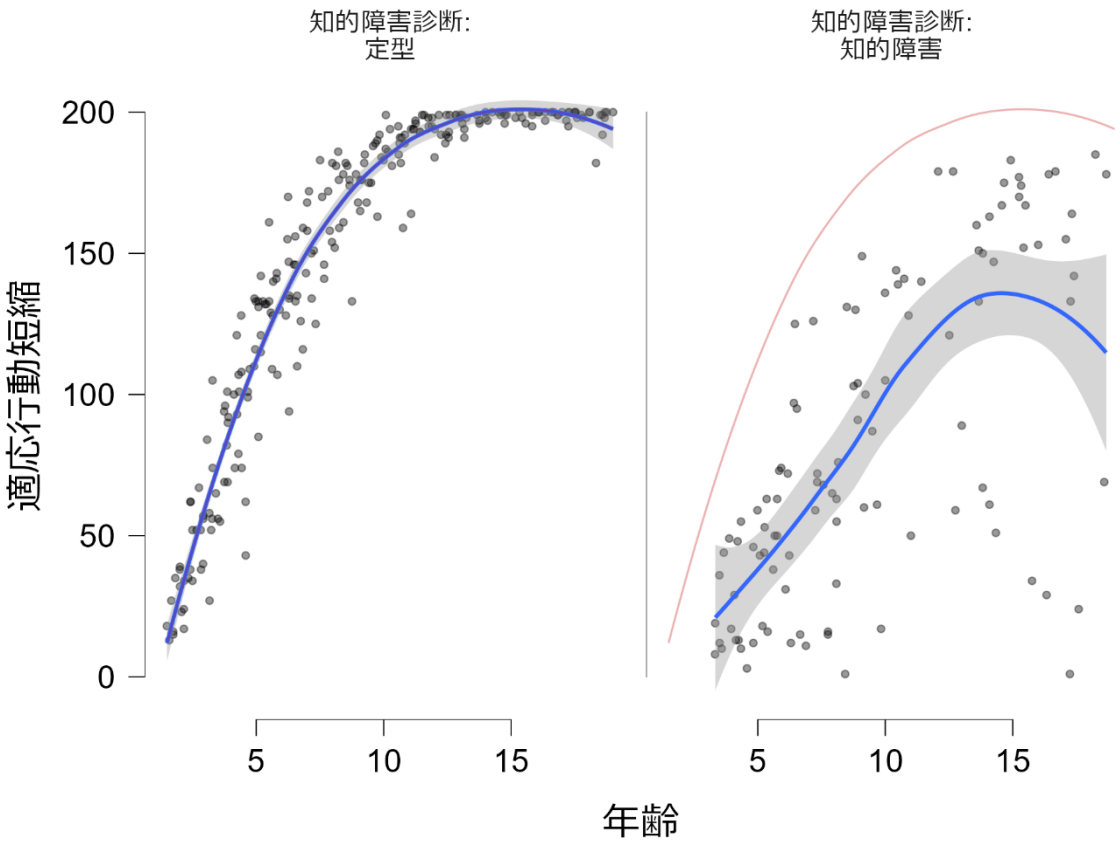

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@2.記憶①短文復唱
0
5
10
15
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@9.記憶②数の順唱
0
5
10
15
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@9.記憶③数の逆唱
10.0
7.5
5.0
2.5
0.0
-2.5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@4.算数
30
20
10
0
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@5.処理速度
60
40
20
0
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
適応行動短縮
200
150
100
50
0
5
10
15
年齢

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

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　人文学系

浜田　恵　中京大学 心理学部

髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科

明翫　光宜　中京大学　心理学部

研究協力者　足立　匡基　明治学院大学　心理学部

野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課

増山　晃大　愛知教育大学　心理講座

中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部

久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

【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）について、昨年度のパイロット調査に基づいて改訂を行い、信頼性・妥当性の検証および標準化のための本調査を開始した。本調査の 1 年目にあたる今年度は、定型発達児者 291 名、知的障害児者 47 名を対象に調査を実施した。適応行動尺度と知的機能検査のいずれの尺度・課題についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。知的機能検査がウェクスラー式知能検査と高い相関（.787）を示した一方、適応行動尺度は Vineland-II と高い相関（.886）を示し、いずれも十分な収束的・弁別的妥当性を有することが確認された。定型発達群の平均- 2 標準偏差をカットオフとして、いずれの年齢群でもきわめて高い精度で知的障害の有無を判別しうることが示された（感度：.875～1.00、特異度：.979～1.00）。緘黙などにより発話が困難な幼児への対処として、発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合でも、知的障害の判別精度はおおむね維持されることが確認された。次年度調査では、低年齢サンプルを拡充し、どの月齢時点から ABIT-CV による知的障害の判定が可能となるかを検証する必要がある。

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）を呈する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。この制度は未だ法制化されていないため、療育手帳の判定方法および障害等級の基準は都道府県及び指定市の裁量で定められており、これまでの調査研究において、都道府県／指定市間に療育手帳の判定方法および交付基準にバラつきがあることが報告されている（例えば、村山・浜田，2022）。しかし、このような領域手帳に関する判定手続きおよび交付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ことがこれまでに報告されている（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2023；櫻井，2000）。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。

これに加えて、近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification of Diseases：ICD）が変更され、2022年1月から発効している。これに伴い、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の2点である（World Health Organization, 2022）。

手帳判定での知的機能／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。一方、今回改定された新版（ICD-11）では、知的発達症の診断には知的機能および適応行動の評価が必須となっている（World Health Organization, 2022）。

しかし、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、児童相談所等の療育手帳の交付判定を行う機関（$n = 210$）を対象とした近年の調査（2023年度に実施）では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たない（49.0%）（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2024）。これと合致する知見はこれまでにも複数報告されている（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2023；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。

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。

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。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。国内で利用できる知能検査で言えば、ウェクスラー式知能検査や K ABC-II などがノルム化検査に該当する。

現在、療育手帳の判定では、このノルム化検査ではなく、非ノルム化検査（検査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）。これと合致するように、児童相談所等の療育手帳の交付判定を実施する機関（$n = 210$）を対象とした調査では、9 割以上（94.8%）の機関がビネー式知能検査（田中ビネーV など）を、6－7 割の機関が発達検査（新版 K 式発達検査など）を判定で使用している一方で、ノルム化検査であるウェクスラー式知能検査の利用は全体の 4 割強に留まる（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024）。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）。これらのことから、療育手帳の交付判定を行う多くの機関では、知的機能の評価は主に非ノルム化検査により実施されていると考えられる。

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複数の調査において、Vineland-II 適応行動尺度を利用する機関／自治体は 5－6%に留まっている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024；社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

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。2022 年度に我々が行った調査では、療育手帳の交付受けている児者（$n = 83$）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）。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）。

加えて、一部の都道府県や指定市では、知的発達症以外の神経発達症の特性に基づき療育手帳の交付が認められている。ある自治体では、知的発達症以外の神経発達症（例えば、自閉スペクトラム症）の診断を持つ子ども（18 歳未満）に対して、知的発達症の特性を呈する児者とは異なる手帳区分が策定されている。さらに、当該自治体において、療育手帳の新規交付児（18 歳未満）のおよそ 3 割がこの区分に該当することも報告されている（以上、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング, 2024）。これと合致するように、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）。これらの結果は、療育手帳制度の通知に従い、知的発達症の特性を呈する児者のみに対して療育手帳の交付を認める自治体がある一方で、療育手帳制度に関する通知とは合致しない対象にまで療育手帳の交付を公然と認める自治体もあることを示すものである。

これらの結果を勘案すると、療育手帳の交付は申請児者の居住地により左右されている恐れがある。言い換えれば、知的発達症に留まらず、他の神経発達症（自閉スペクトラム症など）の特性を呈する児者が受けられる福祉・教育的支援は、地域間で不平等・不公平な状況にあると考えられる。そのため、療育手帳の判定・交付に係る統一化は、都道府県及び指定市間の知的発達症および他の神経発達症の特性を呈する児者に対する教育・福祉的支援の公平性を図ることにもつながり得る。

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、3 か年に渡る本研究は 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。

本年度の研究目的

事業 1 年目であった昨年度は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、幼児版および児童青年／成人版 ABIT-CV のプロトタイプ版を開発した。2－3 年目にあたる本年度（2023 年度）および 2024 年度は、昨年度調査をもとに項目の追加・修正を施した ABIT-CV の正式版を作成し、標準化（標準得点のノルムの設定）および信頼性・妥当性の検証を行う。今年度の報告書では、現時点で収集されたデータに基づく中間報告として、項目分析、信頼性（内的整合性）、得点の月齢推移、ノルムの設定、併存的妥当性、知的障害の判別精度（判別分析および感度・特異度の検証）について報告する。とりわけ、以下の 2 点について重点的に検証した。

第 1 に、低年齢（特に 1-2 歳）向けの検査項目を拡充し、その有効性を検証した。昨年度の調査では、ABIT-CV が知的障害を高い精度で判別しうることが確認されたが、低年齢層における精度については課題が見られた。これを踏まえ、今年度調査では、適応行動と知的能力の双方について低年齢向けの検査項目を拡充し、低年齢層での判別精度の改善について検証した。

第 2 に、発語がない子どもへの対応として、言語表出を必要としない課題のみでの判別精度を検証した。本年度実施した療育手帳の判定・交付機関の職員を対象とし複数回開催した ABIT-CV の説明会の事後アンケートや、一部の自治体からの ABIT-CV に関する質問には、表出言語スキル（発話スキル）があるにも関わらず緘黙等の精神症状によって、知能検査の実施が不可能であるケースにおける検査実施のあり方に関する質問が挙げられている（本年度の研究分担報告「ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－」を参照）。これを踏まえ、本年度の報告書では、検査児者の発話を必要としない下位検査群における知的発達症の判別精度を検証する。

B. 方法

1. 参加者

ABIT-CV の標準化および信頼性・妥当性の検証のため、定型発達児者および知的障害児者を対象とした調査を実施した。

定型発達群　定型発達群の調査対象者の募集は民間リサーチ会社に委託した。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、知的障害や発達障害の診断を受けていない児者とその保護者または同居者（配偶者など）に対して調査協力を依頼した。317 名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の疑いを指摘されている、もしくは、検査に不備があった 26 名を分析から除外し、291 名（男性 150 名、女性 141 名）を分析対象とした（Table 1）。

知的障害群　知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者（以下、保護者等と記す）に調査協力を依頼した。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。56 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を受けていないことが確認された 9 名を分析から除外し、47 名（男性 11 名、女性 36 名）を分析対象とした（Table 1）。ただし、低年齢段階では知的障害の疑いが濃厚であっても確定診断を受けていないケースが多いこと

Table 1　参加者の内訳

年齢	定型発達群	知的障害群	その他	合計
幼児				
1	15	1	0	16
2	14	4	2	20
3	13	3	2	18
4	21	6	2	29
5	21	7	2	30
6	12	6	5	23
小計	96	27	13	136
児童・青年				
6	8	0	0	8
7	23	0	2	25
8	19	0	0	19
9	18	0	2	20
10	15	0	4	19
11	17	0	3	20
12	14	0	3	17
13	13	0	2	15
14	7	0	2	9
15	8	0	1	9
16	12	0	1	13
17	10	0	0	10
18	5	0	0	5
小計	169	0	20	189
成人				
20-29	4	7	1	12
30-39	7	6	1	14
40-49	3	2	0	5
50-59	5	1	0	6
60-69	7	4	0	11
小計	26	20	2	48
合計	291	47	35	373

から、ダウン症など通常知的障害をともなう疾患を有する場合は、正式な診断を受けていなくても対象に含めた。また、外在基準との相関に基づく併存的妥当性の検証にあたっては、上記の 9 名も分析に含めた。なお、年齢層ごとに重点的に妥当性の検証を行うため、今年度調査では幼児と成人のみを募集対象とした。

2．ABIT-CV の改訂

ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。開発経緯や実施手順の詳細については昨年度の報告書を参照されたいが、今年度調査では昨年度調査の結果を踏まえ、各パートの一部改訂を行った上で実施した。

知的機能検査　知的機能検査は、CHC（Cattell-Horn-Carroll）モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、当初 15 種の課題が作成されたが、昨年度調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された 9 課題を選定して使用した（Table 2）。このうち、4 課題は全年齢で実施され、4 課題は幼児期、1 課題は児童期以降でのみ実施される。一方、昨年度調査では、低年齢層（1-2 歳）において定型発達児であっても課題場面への適応が難しいケースが少なくないことが確認されたため、日常的なやり取りや遊びの文脈の中で反応を観察する「トドラー課題」を新たに作成し、1-2 歳児（以下、トドラーと記す）のみを対象に実施した。また、「視覚① 大きさ・長さの比較」についても、より難易度の低い 4 つの問題を追加した。なお、視覚①、視覚②、視覚③の 3 課題については、課題内容や難易度の点で類似性が高く、得点の相関も高いことから、分析上は 1 つの課題として統合して処理する。

適応行動尺度　適応行動尺度は、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、当初 195 項目が作成された。しかし、昨年度調査において、1 歳時点で定型発達児の粗点合計の平均値が下限の 0 に近づくことが示され、十分な精度で知的障害の判別を行うのが困難であることが示唆されたため、新たに想定通過月齢が 0 歳および 1 歳の計 25 項目を追加した（Table 3）。

Table 2　ABIT-CV 知的機能検査の構成

課題	概要	問題数			実施順			ウェクスラー式検査の対応指標	CHCモデルの対応因子
		旧版	追加	合計	トドラー	幼児	児童-成人		
トドラー課題	簡単なやり取りや遊びの中で反応を観察		11	11	1	-	-		
視覚								視空間	視覚処理
①大きさ・長さの比較	複数の図形の大きさや長さを比較	4	4	8	2	1	-		
②部分全体推測	絵の一部から全体を推測	6		6	3	2	-		
③絵合わせ・絵の展開	形の合う図形・絵の展開図を選択	6		6	4	3	-		
④仲間選び	同じ概念に属する絵を選択	15		15	6	5	-		
⑤積み木の数と見え方	積み木の数と特定方向からの見えを推測	12		12	9	8	4		
言葉								言語理解	結晶性知能
①知識	一般的な知識に関する質問に解答	17		17	8	7	3		
②共通点	２つの言葉の共通点を答える	15		15	-	-	5		
記憶	短い文章を復唱	16		16	5	4	1	ワーキングメモリ	短期記憶
算数	算数の文章題に暗算で解答	32		32	7	6	2	流動性推理	流動性知能
合計		123	15	138	123	112	92		

Table 3　ABIT-CV 適応行動尺度の構成

	項目数		
	旧版	追加	合計
領域			
コミュニケーション	72	7	79
日常生活スキル	55	4	59
社会性	46	6	52
運動スキル	22	8	30
想定通過月齢			
0歳	5	22	27
1歳	20	3	23
2歳	28		28
3歳	25		25
4歳	27		27
5歳	18		18
6歳	30		30
7歳	18		18
8-9歳	16		16
10歳以上	8		8
合計	195	25	220

3. 外在基準

ABIT-CV の併存的妥当性の検証のために、知的障害群の参加者に対しては、ABIT-CV と併せて、ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度を実施した。

ウェクスラー式知能検査　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（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。

Vineland-II　日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）を用いて適応行動（自立した社会生活を営む上で必要となる一群の行動）を測定した。Vineland-II は国際的に最も広く利用されている適応行動尺度の一つであり、日本版についても、内的整合性、再検査信頼性、評価者間信頼性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性、臨床群（発達障害者、視覚・聴覚障害者）の得点パターンなどに基づいて、包括的に信頼性・妥当性が確認されている。

Vineland-II は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接（聴取する項目はあらかじめ決められているが、面接の流れや質問の表現は状況に応じて調整できるタイプの面接）の形式で実施される。Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれているが、本研究では適応行動尺度のみを使用した。適応行動尺度は、4 領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）、11 下位領域（受容言語、表出言語、読み書き、身辺自立、家事、地域生活、対人関係、遊びと余暇、コーピングスキル、粗大運動、微細運動）から構成され、それぞれの下位領域には 20〜50 程度の調査項目が含まれる。各項目は、具体的な適応行動を記述したものであり（例：事務的な手紙を書く、必要に応じて衣類を洗う、自分のお金を管理する等）、それぞれについて 2（具体的な援助や指示がなくとも、通常または習慣的に実施している）、1（具体的な援助や指示がなくとも、時々または部分的に実施している）、0（まったくまたはほとんど実施しない、または援助や指示がなければまったく実施しない）の 3 段階で評定が行われた。

4. 手続き

調査の実施前に、参加者および保護者等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）。

調査は臨床心理士／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 の開発に携わった分担研究者が検査者に ABIT-CV の実施方法を教授した。ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 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 の知的機能検査およびウェクスラー式知能検査は参加者本人、ABIT-CV の適応行動尺度および Vineland-II は参加者の保護者等を対象に実施した。参加者が子どもの場合、参加者および保護者の希望を尊重したうえで、保護者は参加者と同室もしくは別室で尺度に回答した。

定型発達群については参加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。知的障害群については、検査終了後に謝礼（10,000 円／組）が手渡された。

5. 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得た上で調査が実施された（受付番号：202208）。調査実施前に、参加者および保護者等に対して、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上で、参加者本人および保護者等から本研究の参加について書面での同意を得た。

6. 分析の方針

以下の 6 つの手順でデータ分析を進めた。第 1 に、ABIT-CV の各検査項目（知的機能検査 10 課題の 138 項目および適応機能尺度の 220 項目）、とりわけ新たに追加された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った。第 2 に、ABIT-CV の信頼性を検証するため、内的整合性の指標である α 係数を算出した。第 3 に、ABIT-CV によって知的機能・適応機能の発達的変化を的確に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 4 に、各課題・尺度について、発達的変化を考慮した標準得点を算出するための暫定的なノルムを設定した。第 5 に、ABIT-CV の併存的妥当性の評価のため、各課題・尺度の標準得点とウェクスラー式知能検査および Vineland-II との相関を検証した。第 6 に、ABIT-CV による知的障害の判別精度を検証するため、各課題・尺度の標準得点を説明変数、知的障害の診断を目的変数とする判別分析を行うとともに、定型発達群における平均値－2 標準偏差をカットオフとする感度・特異度を算出した。

C. 結果と考察

1. 項目分析

各尺度・課題を構成する項目が有効に機能しているかを 2 つの観点から評価した。第一に、定型発達群と知的障害群の記述統計量と平均値差の効果量 d を算出した。効果量 d が大きいほど、当該項目が定型発達群と知的障害群の判別に有効な項目であり、尺度の妥当性に貢献することを示唆する。第二に、各項目の得点と同尺度を構成する他の項目の合計得点の相関である I-R 相関を求めた。I-R 相関が大きいほど、尺度の内的整合性を高め、信頼性に貢献する項目であることを意味する。

結果を付録 1〜9 に示す。大部分の項目では効果量 d や I-R 相関が十分に高い値を示しているが、適応行動尺度の低年齢向けの項目や知的機能検査の高難易度の項目では、得点分布の偏りによる床効果や天井効果の影響もあり、値が低い傾向が見

られる。このうち、知的機能検査の高難易度の項目については、尺度の信頼性・妥当性に貢献しないことに加え、(一般人口における知能の個人差の評価ではなく)知的障害の判別というABIT-CVの利用目的にも適しておらず、項目の修正または削除を検討する必要がある。一方、適応行動尺度の低年齢向け項目については、現時点で低年齢サンプルを十分に収集できておらず、得点の分散が得られていないことから、数値が過小推定されている可能性があるため、現時点で項目の有効性を判断することは困難である。次年度調査で低年齢サンプルを拡充した上で改めて検証を行う必要がある。

2. 信頼性

適応行動尺度および知的機能検査の各課題について、内的整合性に基づく信頼性の指標であるα係数を算出した(Table 4)。適応行動尺度では幼児が.992、児童-成人が.986、知的機能検査全体では幼児が.977、児童-成人が.986という高い内的整合性が示され、下位検査単位でも全ての課題が.80を超える十分な値を示した。

3. 発達的変化

各尺度・課題について、年齢を横軸、粗点を縦軸とする散布図および局所重みづけ平滑化(LOESS)による平滑化曲線をFigure 1〜10に示す。ただし、年齢にともなう得点変化の様相を見やすくするため、変化がほぼ見られなくなる18歳以降は図示を省略した。

一定のサンプルサイズが得られた定型発達群では、いずれの尺度・課題でも、年齢とともに得点が滑らかに単調増加しており、適応行動や知的機能の発達的変化を適切に捉えられていることが示唆された。知的障害群でも、サンプルサイズの不足から年齢推移にやや凹凸が見られるものの、おおむね年齢とともに得点が上昇する傾向が見られる。

全般的に、年齢が上昇するほど、定型発達群と知的障害群の得点差が拡大していく傾向が見られるが、本調査の対象月齢の下限である1歳時点では2群の差が明瞭でない。ただし、今年度の調査では低年齢サンプルの収集が十分でなく、特に知的障害群では1歳の参加者が1名しかいなかったため、この傾向がサンプルの特殊性によるものか、尺度の限界によるものかを判断することができない。次年度調査では低年齢サンプルを拡充し、ABIT-CV がどの月齢時点から知的障害の判別に有効性を発揮するかを検証する必要がある。

適応行動尺度については、項目を追加する前の旧版の構成での得点の推移も示した(Figure 2)。旧版の構成では、1歳0ヵ月時点で定型発達群の期待値が下限である0付近に達していることから、平均値-2標準偏差をカットオフとする知的障害の判別を行うことが原理的に不可能な状態になっていることがわかる。一方、項目追加後の適応行動尺度(Figure 1)では、1歳0ヵ月時点の期待値が50程度まで上昇しており、知的障害の判別のための得点の余地が生じている。ただし、得点の余地があることと、実際に知的障害を判別する精度があるか否かは異なる問題であり、上にも述べた通り、1歳時点での判別精度については次年度調査での検証を待つ必要がある。

Table 4　各尺度・課題のα係数

	幼児	児童-成人
適応行動	.992	.986
知的機能	.977	.971
トドラー	.827	-
視覚①②③	.948	-
視覚④仲間選び	.878	-
視覚⑤積み木の数と見え方	.863	.835
言葉①知識	.908	.835
言葉②共通点	-	.899
記憶	.934	.843
算数	.896	.944

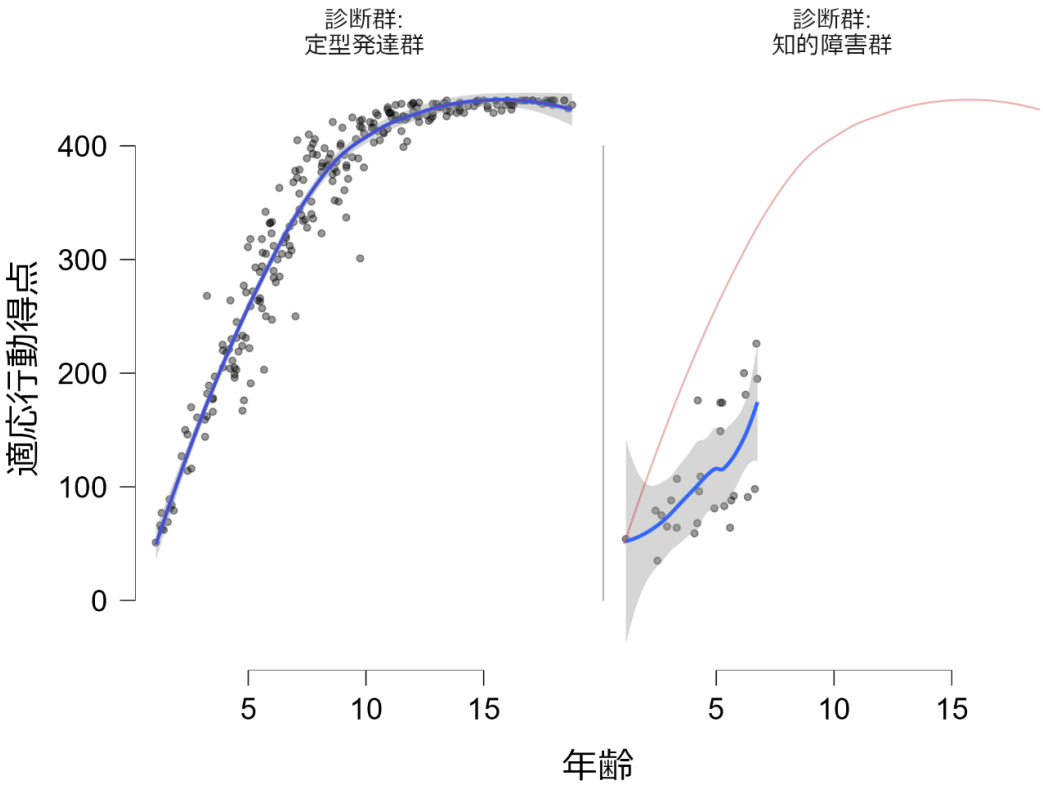


Figure 1　適応行動尺度（新版）の粗点の年齢推移

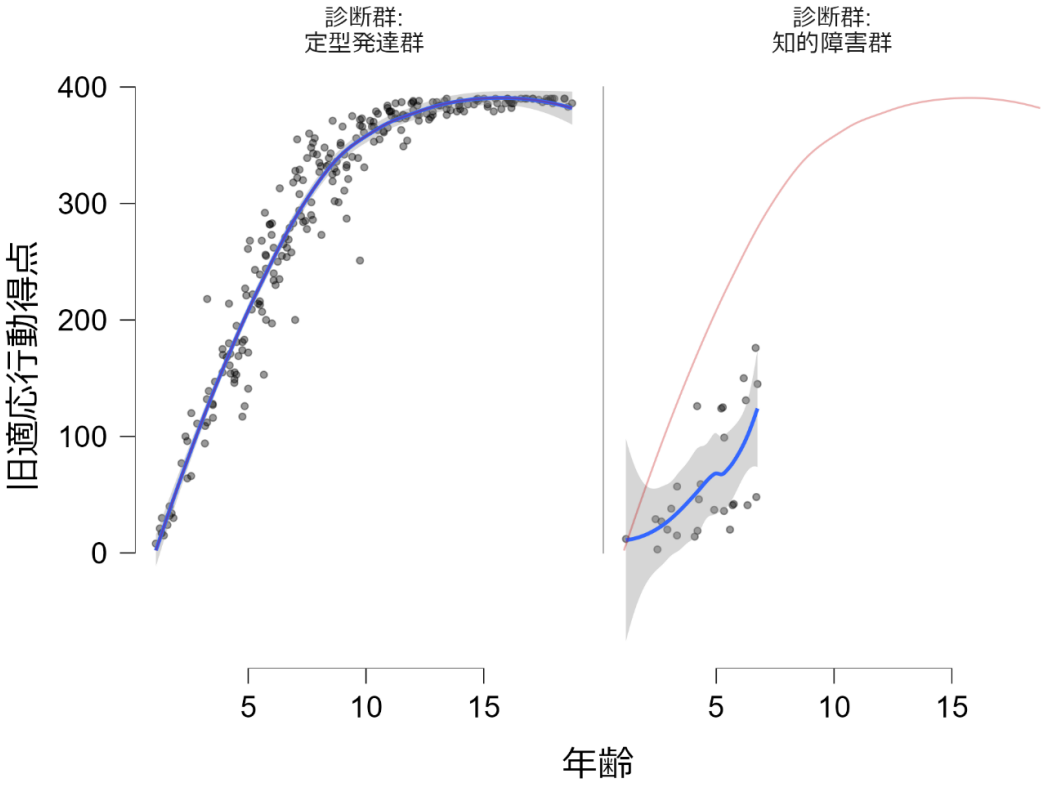


Figure 2　適応行動尺度（旧版）の粗点の年齢推移

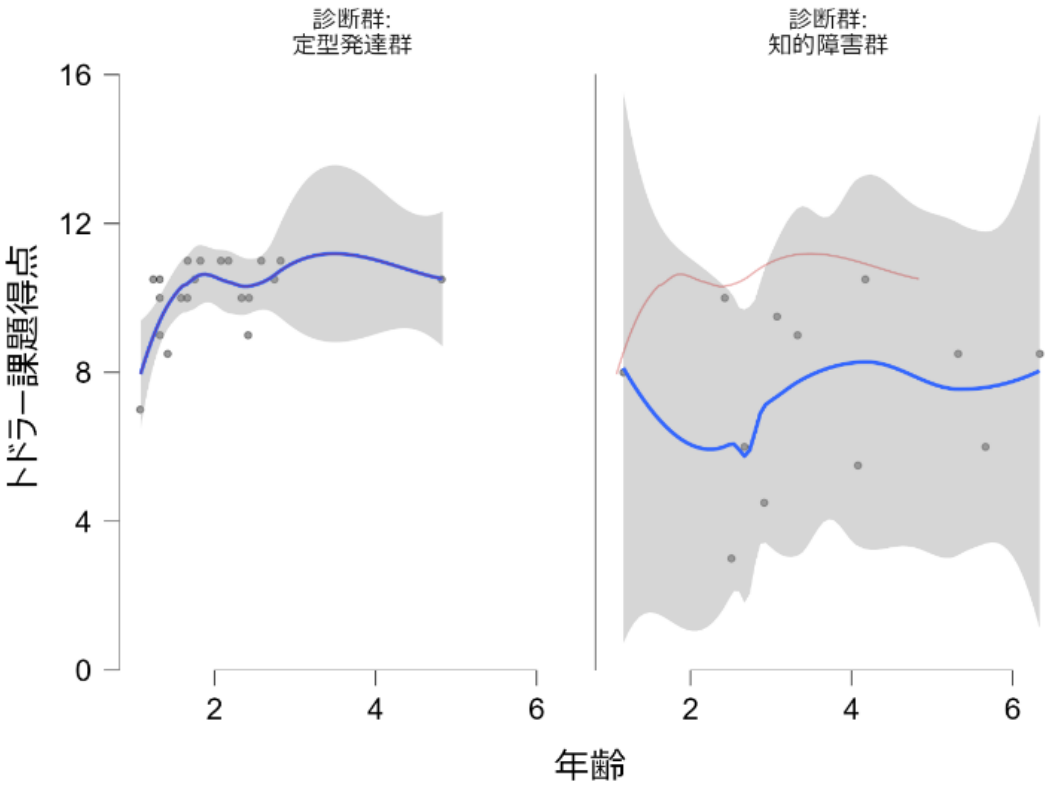


Figure 3　トドラー課題の粗点の年齢推移

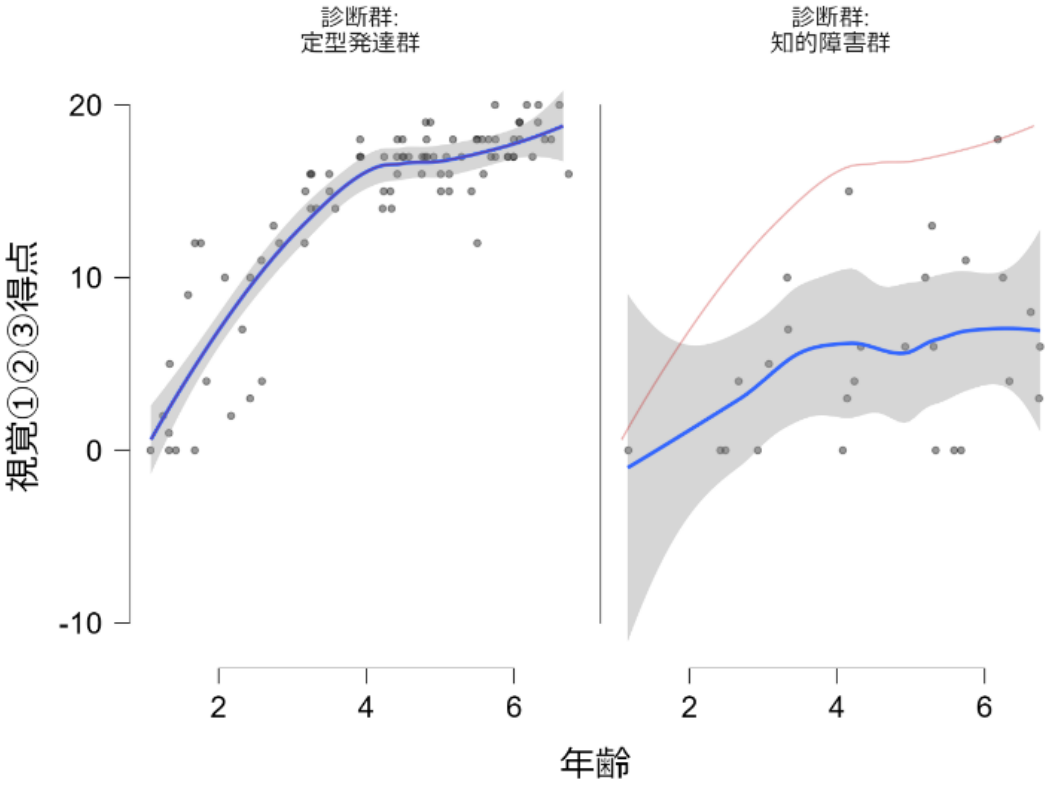


Figure 4　視覚①②③課題の粗点の年齢推移

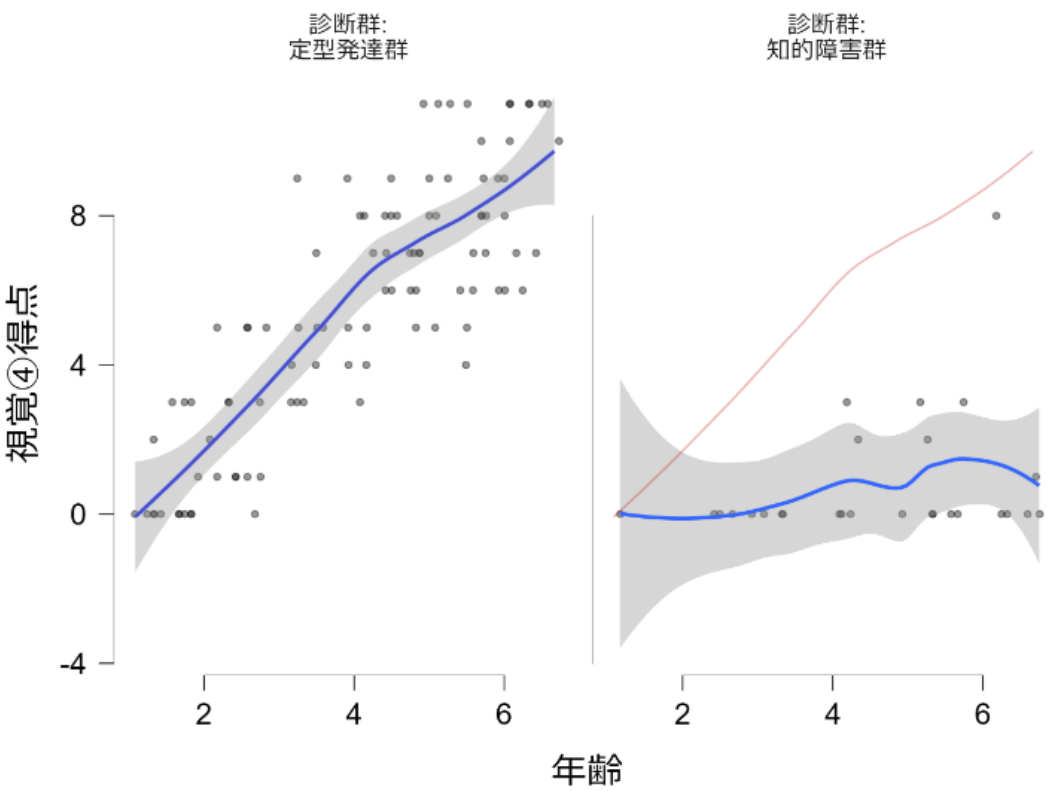


Figure 5　視覚④課題の粗点の年齢推移

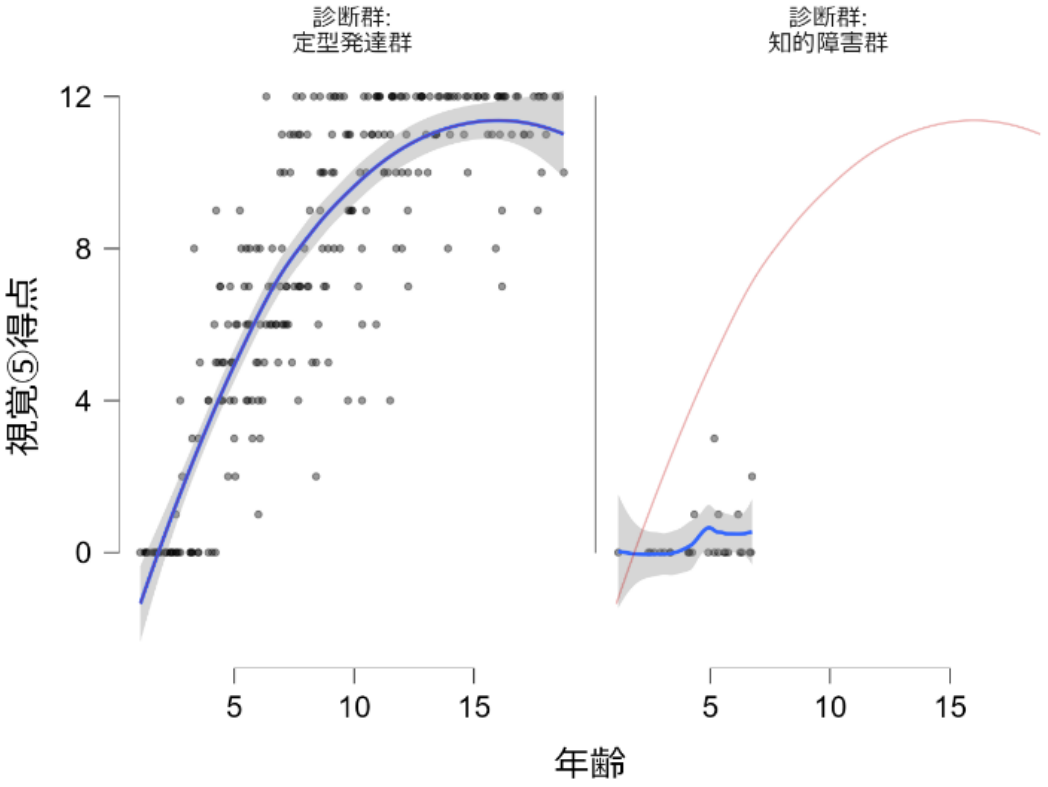


Figure 6　視覚⑤課題の粗点の年齢推移

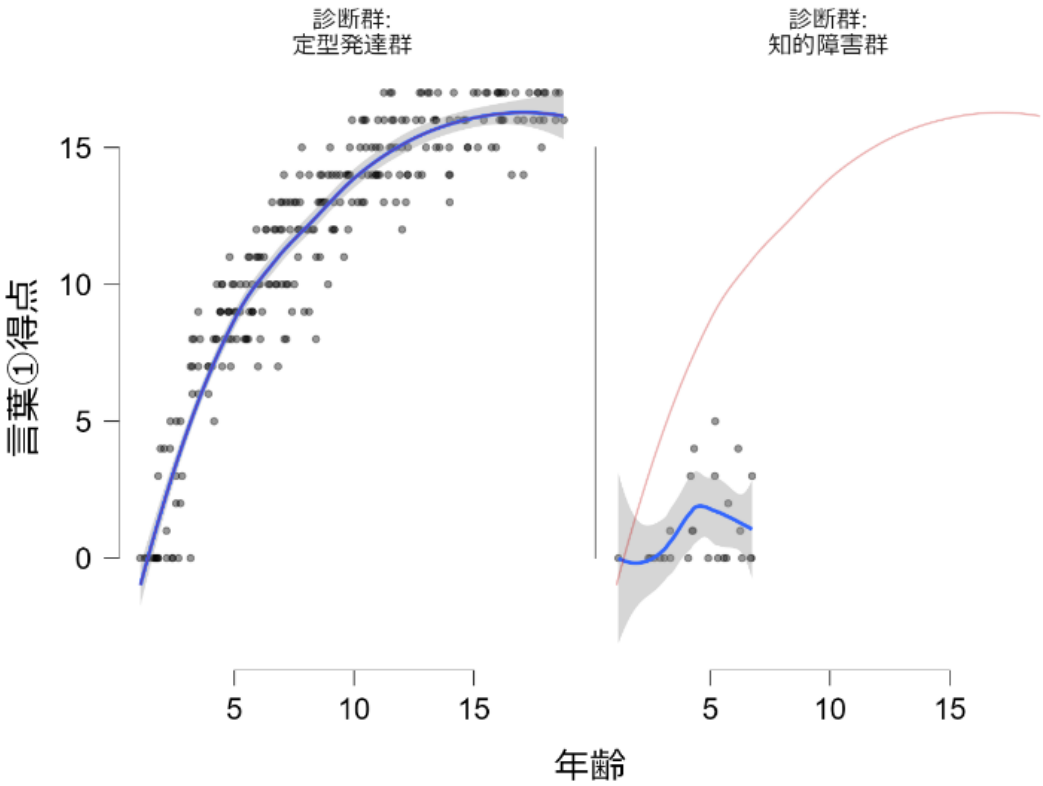


Figure 7　言葉①課題の粗点の年齢推移

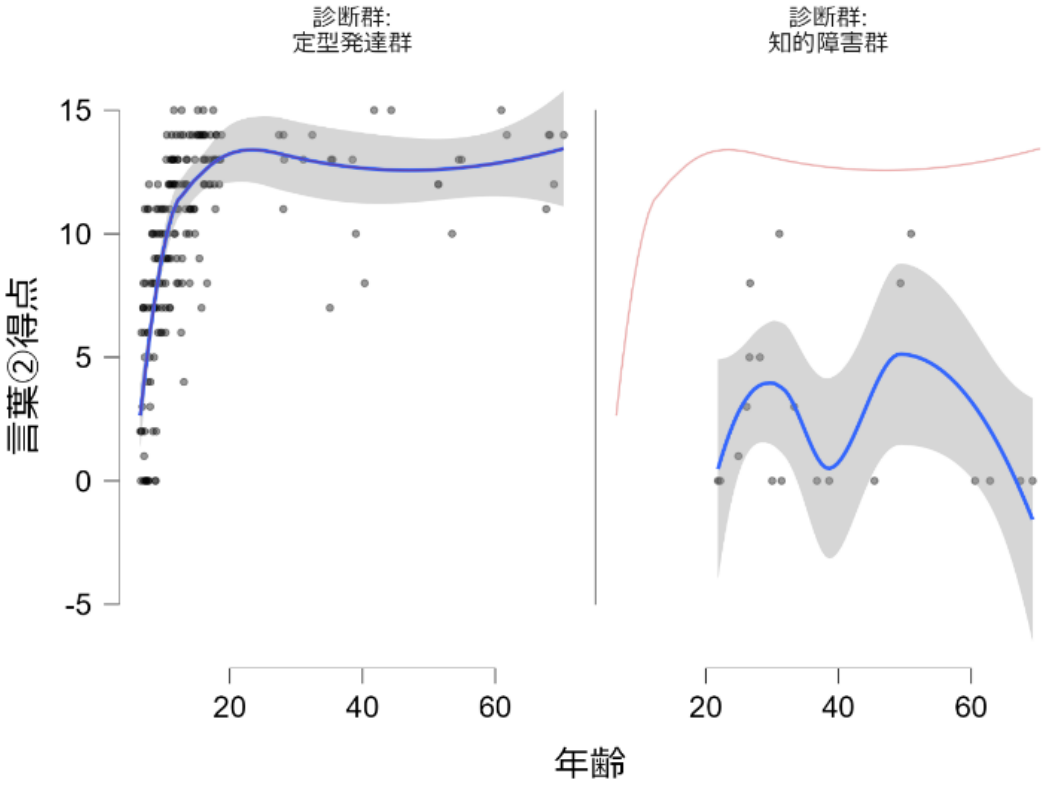


Figure 8　言葉②課題の粗点の年齢推移

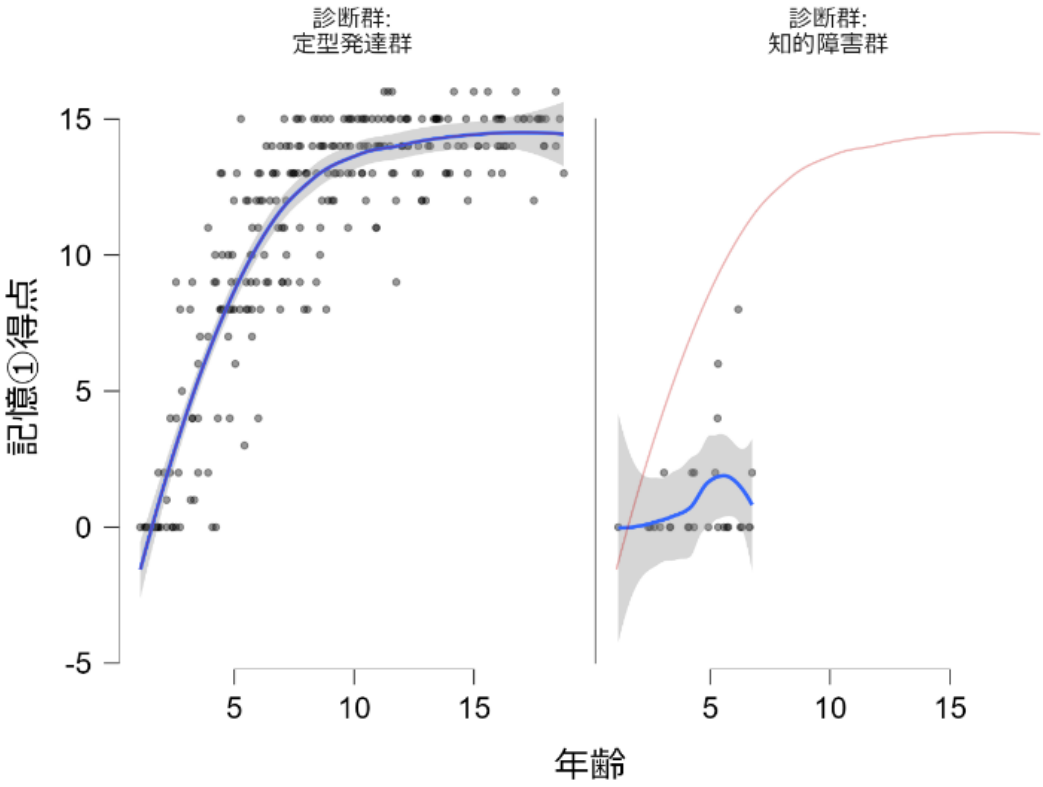


Figure 9　記憶課題の粗点の年齢推移

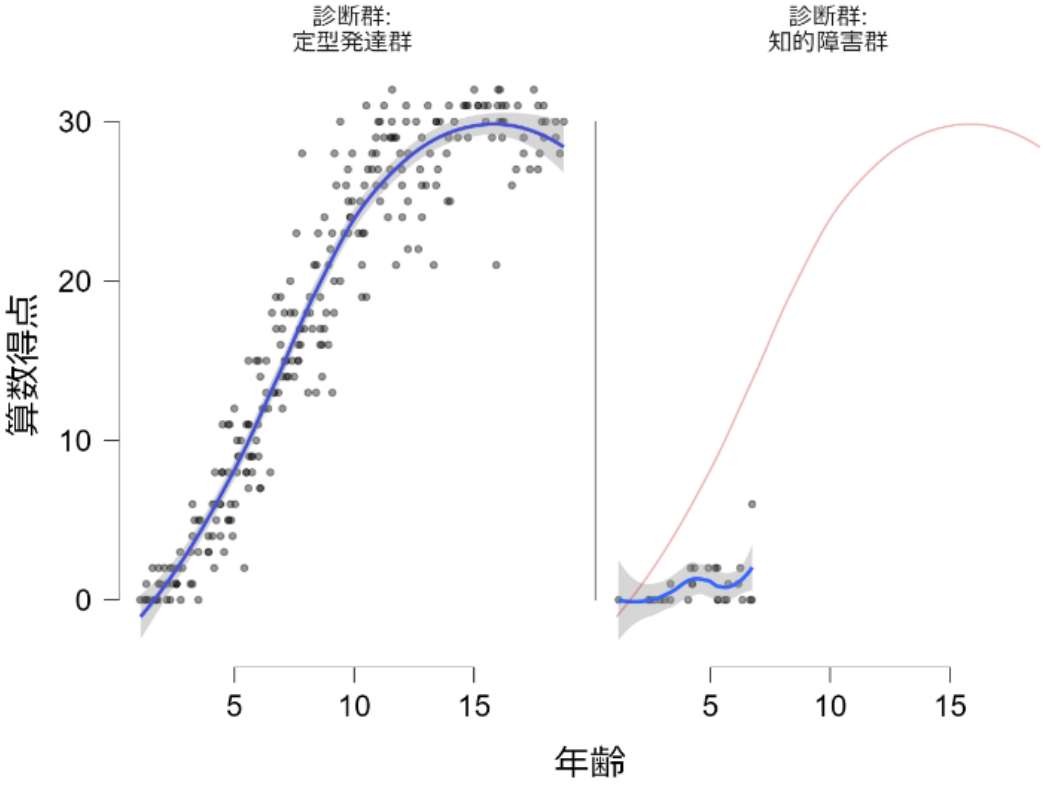


Figure 10　算数課題の粗点の年齢推移

4. ノルムの設定

粗点を標準得点に変換するためのノルムを設定するために、各尺度・課題について、以下の手順で作業を行った。第一に、定型発達群を月齢順に 9 名ずつ 29 の月齢区分に分割した。ただし、18 歳以降は得点変化がほぼ見られなくなるため、 1 つの区分にまとめた（n=39)。第二に、各区分ごとに粗点の 1 次から 4 次のモーメント（平均値、標準偏差、歪度、尖度）を算出した。第三に、各区分の月齢の平均値を横軸、粗点の 4 つのモーメントをそれぞれ縦軸とする散布図を作成し、LOESS による平滑化曲線を得た。平滑化のウィンドウは、適度に滑らかな曲線が得られるよう、適宜調整した。

一例として、適応行動尺度における散布図を Figure 11 に示した。平均値については、前項で見たように、月齢とともに単調に増加し、徐々に変化のスピードが低下している。標準偏差は、1 歳から 6 歳頃にかけて上昇し、その後は減少に転じている。これは適応行動尺度の得点の散らばりが 6 歳頃に最も大きくなることを意味する。歪度は月齢とともに、ほぼ単調に減少している。発達初期には得点が低得点域に偏りやすく、正の歪度を持った分布を形成する一方、青年期以降は得点が高得点域に偏りやすく、歪度が負の値を示すように

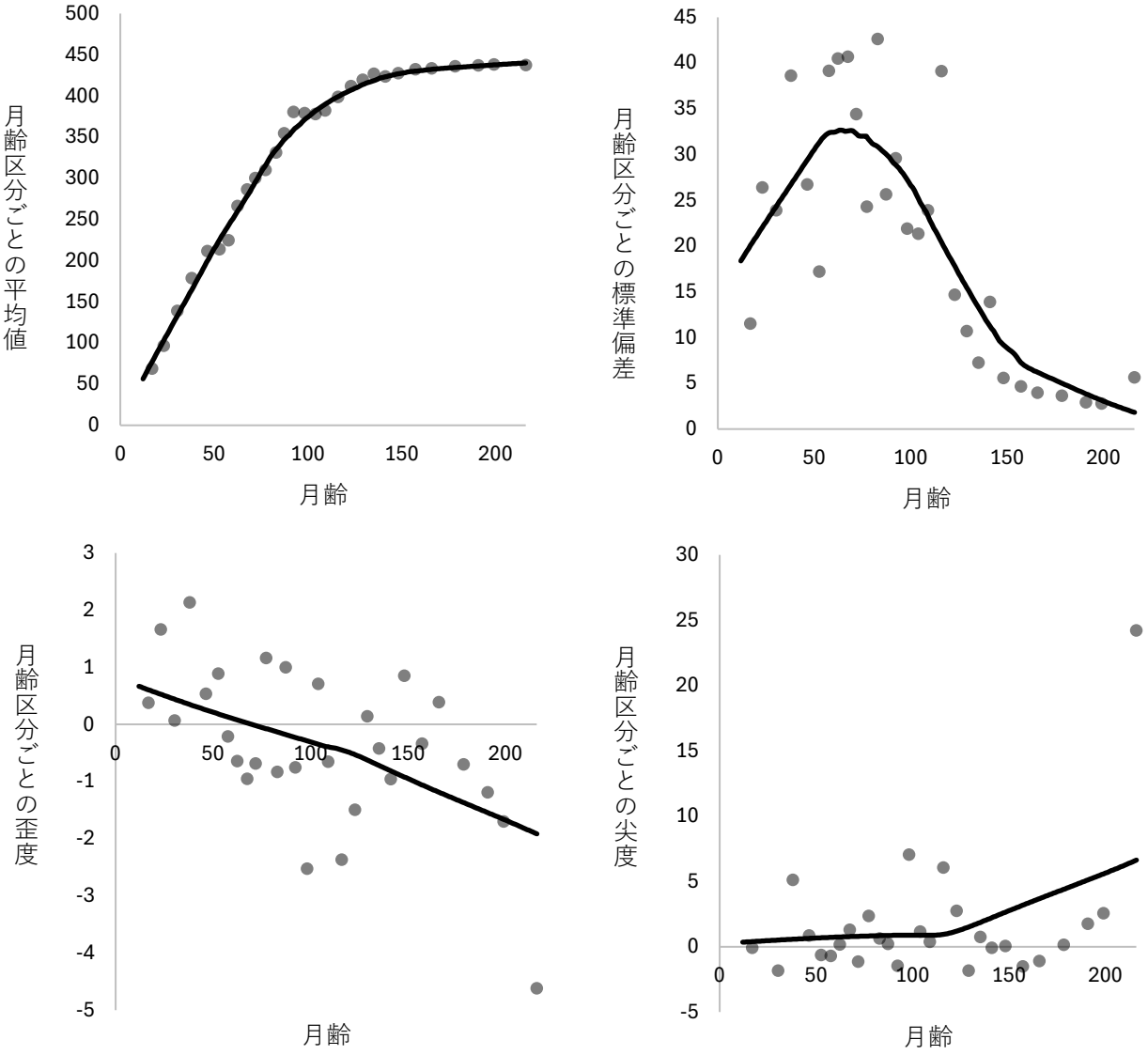


Figure 11　定型発達群における月齢区分ごとの適応行動尺度の粗点の平均値（左上)、標準偏差（右上)、歪度（左下)、尖度（右下）

なることを示唆している。尖度はおおむね 0 付近で推移しているが、図の右端にある成人期サンプルでは、高得点域への分布の集中を反映して、非常に高い値を示している。

第四に、これらの平滑化曲線から得た月齢ごとのモーメントを Johnson SU 分布（Hill, Hill, Holder, 1976）にあてはめ、個々の粗点のパーセンタイル順位を得た。正規分布は平均値および標準偏差という 2 つのモーメントによってのみ規定されるが、Johnson SU 分布ではこれらに加え、歪度および尖度を与えることで、非正規の分布を生成することができる。これを利用することで、4 つのモーメントの値を入力として、粗点の各点（取り得る得点範囲の下限から上限まで）の分布上の位置（パーセンタイル順位）を得ることができる。最後に、こうして得られた粗点の各点ごとのパーセンタイル順位を標準正規分布上の z 得点に変換し、これを標準得点とした。

以上の手順を全ての尺度・課題に適用し、各尺度・課題ごとの標準得点を算出した。また、知的機能検査の全ての課題の標準得点を加算平均し、それを再び上記の手順により標準得点に変換し、知的機能検査全体の標準得点とした。さらに、適応行動尺度と知的機能検査の標準得点を加算平均し、上記手順により標準得点に変換し、ABIT-CV の総合標準得点とした。

Figure 12 に、定型発達群における適応行動尺度の粗点および標準得点のヒストグラムと Q-Q プ

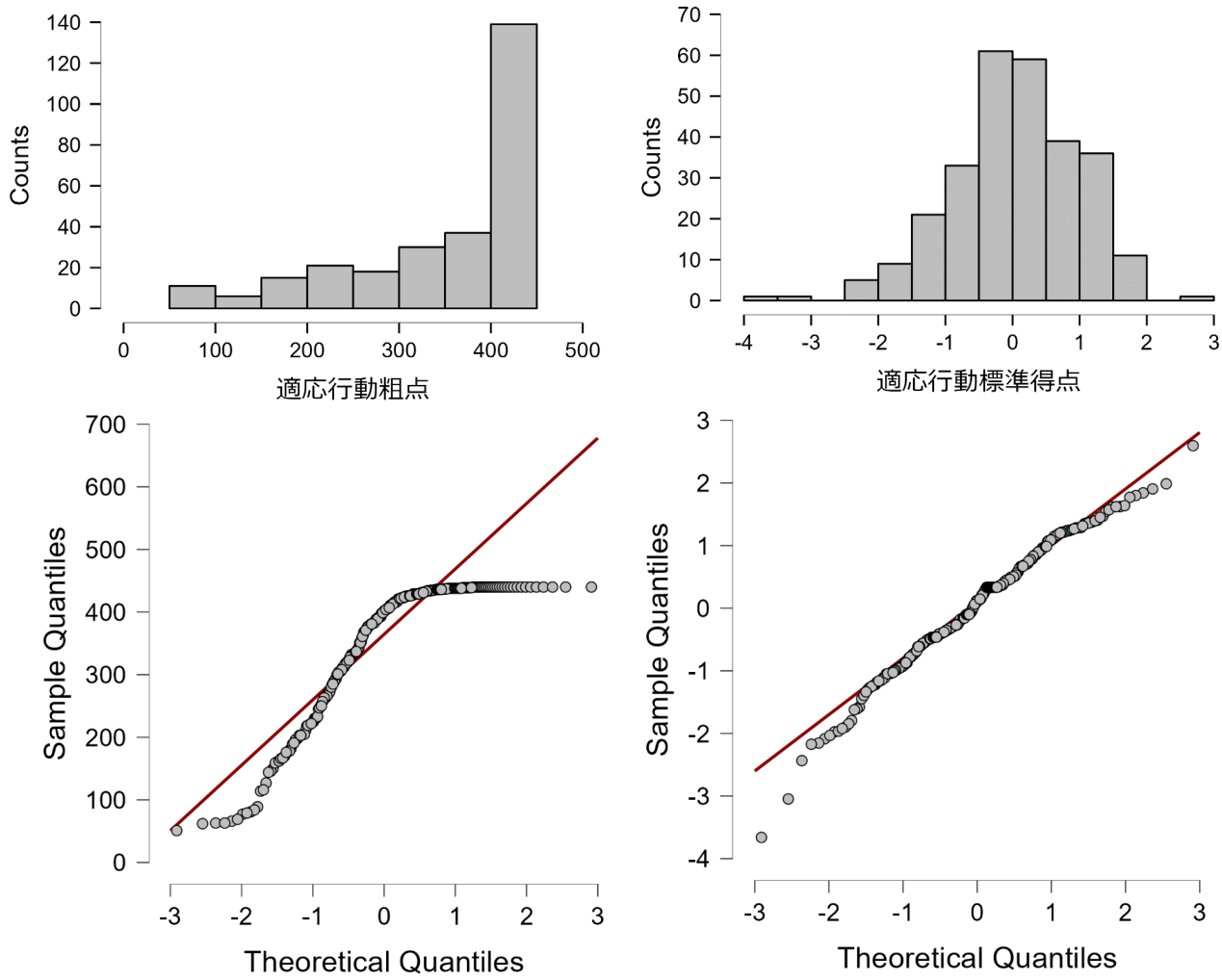


Figure 12　定型発達群における適応行動の粗点（左列）および標準得点（右列）のヒストグラム（上段）および Q-Q プロット（下段）

Table 5　ABIT-CV の各尺度・課題の標準得点とウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度の相関

	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合
適応行動標準得点	.376	.886 ***
知的機能標準得点	.787 ***	.669 ***
トドラー課題標準得点		.746 **
視覚①②③標準得点	.786 **	.733 ***
視覚④標準得点	.795 **	.653 ***
視覚⑤標準得点	.495 **	.519 ***
言葉①標準得点	.700 **	.532 *
言葉②標準得点	.558 **	.694 ***
記憶標準得点	.702 ***	.527 ***
算数標準得点	.708 ***	.560 ***
総合標準得点	.717 ***	.795 ***

ロットを示した。今年度調査では比較的高年齢の参加者の割合が多かったことを反映して、粗点の分布は上限付近に集中しており、Q-Q プロットでも正規分布から大きく逸脱していることが確認できる。一方、上記の手順で生成された標準得点は 0 を中心とする左右対称の分布を形成しており、Q-Q プロットからも、低得点域の 2 つの外れ値を除いて、おおむね正規性が保たれていることが見て取れる。

5. 併存的妥当性

ABIT-CV の併存的妥当性の検証のため、前項により得られた各尺度・課題の標準得点について、外在基準であるウェクスラー式知能検査の全検査 IQ および Vineland-II の適応行動総合点との相関係数を算出した（Table 5）。適応行動尺度は、Vineland-II と.886 の相関を示した。また、知的機能検査の各課題はウェクスラー式知能検査と.495～.795 の相関を示し、検査全体では.787 の相関を示した。これらの結果は各尺度・課題の収束的妥当性を支持している。一方で、適応行動尺度とウェクスラー式知能検査の相関、知的機能検査と Vineland-II の相関は、一部課題（視覚⑤、言葉②）を除いて相対的に低く、各尺度・課題の弁別的妥当性が示された。

6. 知的障害の判別精度

判別分析　各課題・尺度が知的障害の判別に貢献するか否かを検証するため、各課題・尺度の標準得点を説明変数（判別変数）、知的障害の診断を目的変数とする判別分析を行った。3 つの年齢群（トドラー、幼児、成人）ごとに分析を実施した。ただし、トドラーについては知的障害群のサンプルサイズが n=5 と小さかったため、3 歳児までを含めて検証した。また、今年度調査で知的障害群のサンプルが収集されていない児童・青年については検証を行わない。

結果を Table 6 に示した。いずれの年齢群でも、各課題・尺度と正準判別関数の間には.30 を上回る相関が見られた。判別係数を見ると、トドラーでは適応行動尺度、トドラー課題、視覚①②③課題、幼児では適応行動尺度、視覚①②③課題、視覚⑤課題、言葉①課題、成人では適応行動尺度、視覚⑤課題、算数課題が、知的障害の判別に相対的に大きく貢献していることが示された。ただし、小サンプルに基づく検証であるため、標本誤差の影響を受けやすい判別係数の解釈には注意が必要である。

正準相関はトドラーで.827、幼児で.919、成人で.947 であり、年齢が上昇するほど知的障害の判別精度が向上することが示唆された。

感度・特異度　Figure 13 に年齢群・診断群ごとの標準得点の分布と、-2（定型発達群における平均値－2 標準偏差）をカットオフとしたときの知的障害の判別精度（感度・特異度）を示した。ただし、トドラーについては知的障害群のサンプルサイズが n=5 と小さかったため、3 歳児までを含めて検証した。

適応行動尺度と知的機能検査はいずれも単体で十分な感度・特異度を示しているが、両者を合成した総合標準得点はより高い感度・特異度を示し

Table 6　知的障害の診断に対する判別分析の結果

	トドラー		幼児		成人	
	相関	判別係数	相関	判別係数	相関	判別係数
適応行動標準得点	.798	.670	.580	.445	.729	.510
トドラー課題標準得点	.691	.573	-	-	-	-
視覚①②③標準得点	.498	.295	.554	.346	-	-
視覚④標準得点	.516	-.249	.555	.214	-	-
視覚⑤標準得点	.497	.011	.382	.343	.629	.318
言葉①標準得点	.420	-.102	.679	.349	.509	-.050
言葉②標準得点	-	-	-	-	.522	.103
記憶標準得点	.467	.076	.450	.110	.315	.029
算数標準得点	.384	.137	.459	.031	.718	.544
正準相関		.827		.919		.947

ている。年齢群ごとでは、幼児や児童-成人に比べ、トドラーではやや感度が低くなっているが、依然として.875 という高い水準の感度を示している。

ただし、トドラーでは、知的障害群の 1 名が適応行動と知的機能のいずれにおいても顕著に高い得点（定型発達群の平均値と同程度）を示している。本児は、今年度調査の知的障害群で唯一の 1 歳児（1 歳 2 ヵ月）であり、知的障害の診断は受けていないものの、ダウン症を有することから調査対象に含めた。ダウン症児の大部分は知的障害を併存することが知られているが、知能水準は個人差が大きく、定型発達児との差異が比較的小さい幼少期や児童期の段階では IQ が 70 を大きく上回るケースもあることが報告されている（Carr, 1995; 斎藤, 2002）。こうした知見を踏まえると、一つの可能性としては、本児が調査時点で知的障害に該当するほどの知的発達の遅れを有していなかったことが考えられる。一方で、本児が知的障害群で唯一の 1 歳児であったことから、ABIT-CV が 1 歳 2 ヵ月時点での知的障害の判別能力を持たないという可能性も考えられる。この点については、次年度調査で 1 歳児を含む低年齢の知的障害群サンプルを拡充し、ABIT-CV がどの月齢時点から有効な判別精度を発揮するようになるかを重点的に検証する必要がある。

視覚系課題のみを用いた場合の感度・特異度

乳幼児期の対象者では、発話能力が十分に発達していないか、緘黙症状があることにより、発話をともなう課題に取り組むことが難しいケースも少なくない。こうした問題に対処するため、知的機能検査のうち、発話を必要としない視覚系課題のみを使用した場合に、知的障害の判別精度がどの程度維持されるかを検証した結果を Figure 14 に示した。トドラーにおいては、全課題を実施した時と同様の感度・特異度が確認された。幼児においては、知的機能検査単体ではやや感度が低下したが、適応行動尺度と合成した場合には全課題実施時と遜色のない感度・特異度を示した。サンプルサイズを拡充した上で再度の検証が必要であるが、現時点のデータでは、視覚系課題のみでもおおむね十分な判別精度を維持することが可能であることが示唆された。

D. 結論

今年度は、昨年度のパイロット調査を踏まえ ABIT-CV を一部改訂した上で、信頼性・妥当性の検証と標準化のための本調査を開始した。中間

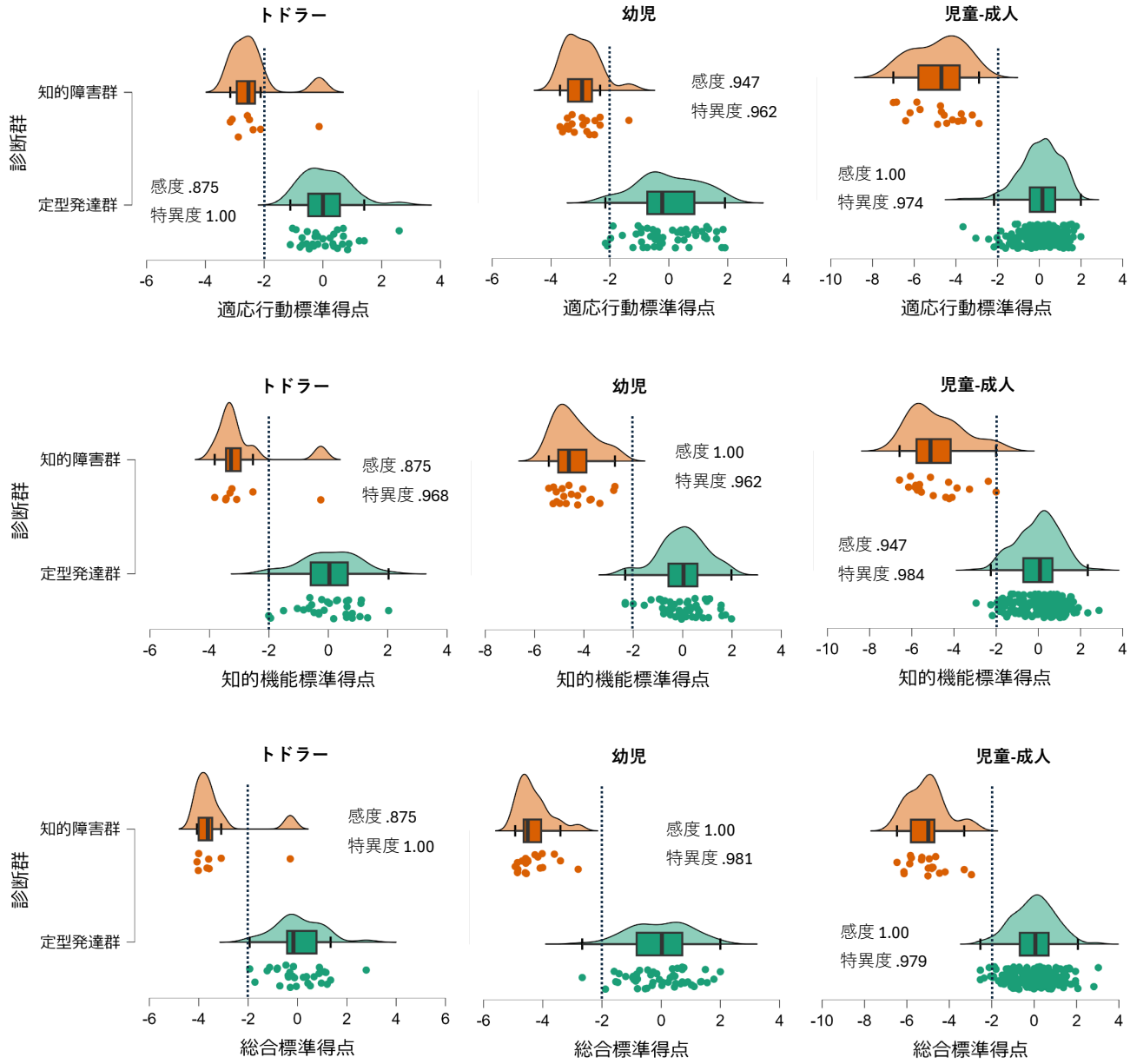


Figure 13　年齢群および診断群ごとの標準得点の分布と知的障害の判別の感度・特異度

報告として以下の諸点を報告した。

- 項目分析の結果、新規追加項目も含めて、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、適応行動尺度の一部項目では、低年齢のサンプルの不足により、十分な得点の分散が得られず、項目機能の検証が困難であった。
- 適応行動尺度と知的機能検査のいずれの尺度・課題についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。
- いずれの尺度・課題についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、ABIT-CV が適応行動や知的機能の発達的変化を適切に捉えうることが示された。また、知的機能検査の各課題間で、得点の上昇が生じる時期に差異が見られ、それぞれが異なる時期の発達に感受性を有することが確認された。新たに低年齢向けの項目を拡充した適応行動尺度では、定型発達群における生後 12 ヵ月時点での粗点の予測値が、下限である 0 付近から 50 程度にまで上昇しており、早期の適応

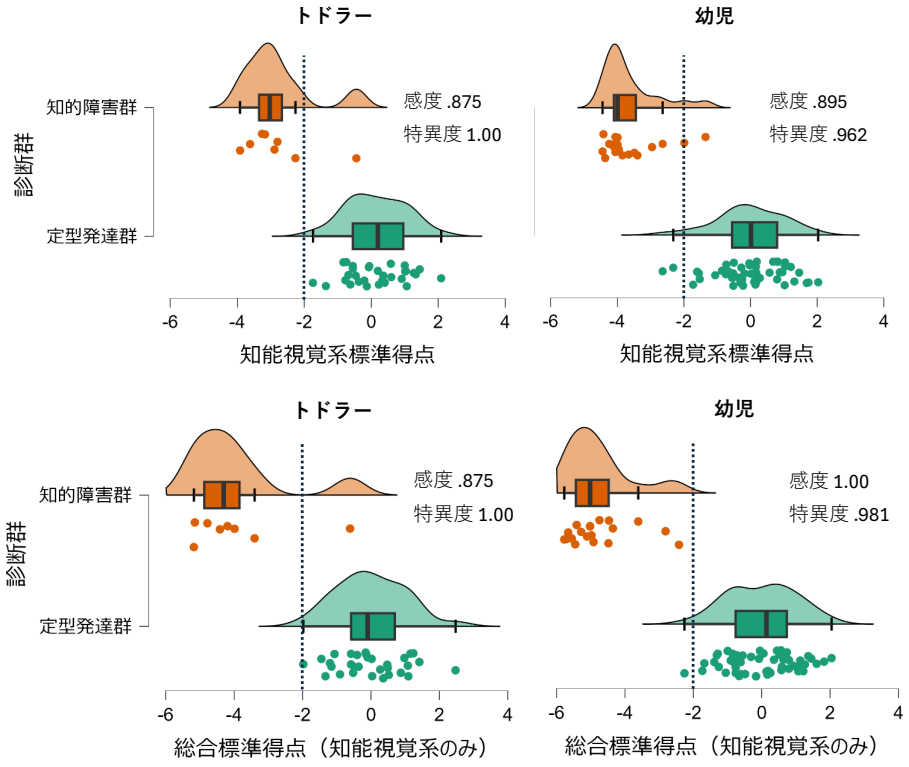


Figure 14　年齢群および診断群ごとの標準得点の分布と知的障害の判別の感度・特異度
（知的機能検査で発話を必要としない視覚系検査のみ使用した場合）

行動の発達の遅れを評価しうる可能性が示唆された。

- 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（1次から4次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを暫定的に設定した。平均を0、標準偏差を1とする標準正規分布に近い標準得点の分布を得ることができたが、モーメントの推定には大きな標本誤差が含まれており、特に月齢変化が大きい低年齢層では、さらなるサンプルサイズの拡充によって推定の精度を高める必要性が示唆された。
- ウェクスラー式知能検査およびVineland-IIを外在基準とする併存的妥当性の検証により、知的機能検査がウェクスラー式知能検査と高い相関（.787）を示した一方、適応行動尺度はVineland-IIと高い相関（.886）を示し、いずれも十分な収束的・弁別的妥当性を有することが確認された。
- トドラー、幼児、成人という3つの年齢群ごとに判別分析を行い、いずれの尺度・課題も知的障害の診断の有無と相関することが示され、パッケージ全体としても十分な正準相関が確認された。また、定型発達群の平均-2標準偏差をカットオフとして、いずれの年齢群でも高い精度で知的障害の有無を判別しうることが示された（感度：.875～1.00、特異度：.979～1.00）。ただし、現時点では知的障害群の低年齢サンプルが不足しており、どの月齢時点からABIT-CVが知的障害の十分な判別精度を示すかは不明瞭である。
- トドラーおよび幼児において、知的機能検査で発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合でも、知的障害の判別精度はおおむね保たれることが確認された。ただし、今年度調査では、児童期の知的障害群サンプルを収集していないため、児童期において視覚系課題のみを用いた場合の判別精度の検証は今後

の課題である。

次年度の課題　以上の結果を踏まえ、本事業の最終年度にあたる次年度の課題として以下が挙げられる。

- 知的障害群について、トドラーを中心とする低年齢サンプルを拡充することで、低年齢向けの項目の有効性を検証するとともに、ABIT-CV がどの月齢時点から知的障害の判別精度を発揮するかを特定し、ABIT-CV の適用開始月齢を決定する。
- 定型発達群の低年齢サンプルも拡充し、ノルムの設定に必要な要約統計量の推定精度を向上させる。
- 知的障害群の児童期・青年期サンプルを収集し、児童期・青年期における知的障害の判別精度を検証するとともに、発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合の精度も併せて検証する。
- ABIT-CV の信頼性をより多面的に検証するため、内的整合性に加え、再検査信頼性および評価者間信頼性を調査する。これらの結果に基づいて、測定標準誤差および信頼区間の幅（Margin of Error: MoE）を推定する。
- 知的障害の有無の判別に加え、軽度から最重度までの重症度の判定の方法を整備する。これにあたっては、知的機能と適応行動の重みづけをどのように設定するか、また、得点と重症度の判定をどのように対応づけるかが重要な論点となる。とりわけ後者の観点は重要度が高い。一般に、年齢が上がるにつれて定型発達児者と知的障害児者の発達の差異は拡大するため、年齢上昇とともに知的障害群の標準得点が低下する傾向がある。したがって、今年度調査のように定型発達児者のデータに基づいてノルムを設定した場合、同一個人であっても、年齢が上昇するほど重症度が高く判定されるという問題が生じる懸念がある。こうした問題を回避するには、年齢によって重症度判定の基準を変化させるか、ノルムの設定の段階で定型発達児者だけでなく知的障害児者や発達障害児者のサンプルを母集団比率に沿った形で含めるなどの工夫が必要となる。

以上の課題を検証する上で最低限必要となるサンプルサイズと現時点での充足数および不足数を Table 7 に示した。次年度調査では、ABIT-CV の実装のために、このサンプルサイズを充足するとともに、一部サンプルでは再検査信頼性および評価者間信頼性の検証を行うことが求められる（それぞれ $n > 50$）。

文献

Carr, J. (1995). Down's syndrome Children grouping up. Cambridge University Press.

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

Table 7　標準化調査の必要サンプルサイズと充足数および不足数

年齢	定型発達群			知的障害群		
	必要数	充足数	不足数	必要数	充足数	不足数
トドラー						
1:0-1:5	20	6	14	10	1	9
1:6-1:11	20	5	15	10	0	10
2:0-2:5	20	4	16	10	1	9
2:6-2:11	20	3	17	10	3	7
3:0-3:5	20	6	14	10	3	7
3:6-3:11	20	7	13	10	0	10
小計	120	31	89	60	8	52
幼児						
4:0-4:5	20	9	11	10	5	5
4:6-4:11	20	11	9	10	1	9
5:0-5:5	20	8	12	10	4	6
5:6-5:11	20	13	7	10	3	7
6:0-6:5	20	11	9	10	3	7
6:6-6:11	20	9	11	10	3	7
小計	120	61	59	60	19	41
児童						
7	20	22	0	5	0	5
8	20	19	1	5	0	5
9	20	18	2	5	0	5
10	20	14	6	5	0	5
11	20	17	3	5	0	5
12	20	14	6	5	0	5
小計	120	104	18	30	0	30
青年・成人						
13-14	20	20	0	5	0	5
15-16	20	20	0	5	0	5
17-19	20	15	5	5	0	5
20-39	20	11	9	5	12	0
40-59	20	8	12	5	3	2
60-69	20	7	13	5	4	1
小計	120	81	39	30	19	18
合計	480	277	205	180	46	141

に関する調査研究 報告書.

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング. (2024). 厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 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.
斎藤 繁. (2002). ダウン症児の知能の経年的変化について. 弘前学院大学社会福祉学部研究紀要, 2, 42-50.
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・惠良 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

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次.（印刷中）. 療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連. 児童青年精神医学とその近接領域.

2. 学会発表

村山恭朗・髙柳伸哉・辻井正次.（2023）. 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. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

高柳伸哉・村山恭朗・伊藤大幸・浜田恵・明翫光宜・辻井正次.（2023）. 療育手帳の交付判定に用いる知的能力・適応行動評価ツール ABIT-CB の開発. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

辻井正次.（2023）. わが国における「知的障害」の定義をめぐる課題. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会（弘前市）.

G. 知的財産権の出願・登録情報

該当なし

付録１　適応行動尺度の項目分析

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動1	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.40 *	0.13
適応行動2	○	1.99	0.13	1.93	0.25	0.36 *	0.22
適応行動3	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.19
適応行動4	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.40 *	0.08
適応行動5	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.15
適応行動6	○	2.00	0.06	1.89	0.38	0.70 ***	0.24
適応行動7	○	1.99	0.08	1.70	0.73	1.06 ***	0.34
適応行動8	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動9	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動10	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.15
適応行動11	○	2.00	0.00	1.93	0.25	0.71 ***	0.19
適応行動12	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動13	○	2.00	0.00	1.96	0.29	0.40 *	0.13
適応行動14	○	2.00	0.00	1.93	0.33	0.53 ***	0.15
適応行動15	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.39 *	0.08
適応行動16	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.39 *	0.08
適応行動17	○	2.00	0.00	1.89	0.43	0.68 ***	0.21
適応行動18	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動19		2.00	0.00	1.91	0.28	0.82 ***	0.23
適応行動20		2.00	0.06	1.85	0.47	0.82 ***	0.27
適応行動21		2.00	0.06	1.70	0.70	1.14 ***	0.34
適応行動22		1.99	0.12	1.85	0.47	0.71 ***	0.27
適応行動23	○	1.99	0.13	1.85	0.47	0.66 ***	0.29
適応行動24	○	2.00	0.00	1.93	0.33	0.53 ***	0.13
適応行動25	○	1.99	0.10	1.91	0.35	0.46 **	0.25
適応行動26	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.14
適応行動27		1.97	0.18	1.76	0.57	0.78 ***	0.41
適応行動28		1.98	0.19	1.74	0.61	0.84 ***	0.37
適応行動29	○	1.97	0.18	1.89	0.38	0.38 *	0.36
適応行動30	○	1.99	0.12	1.93	0.33	0.35 *	0.19

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動31		1.99	0.08	1.87	0.34	0.84 ***	0.32
適応行動32		1.96	0.25	1.76	0.57	0.64 ***	0.42
適応行動33	○	1.95	0.30	1.76	0.60	0.54 ***	0.44
適応行動34		1.96	0.27	1.61	0.80	0.89 ***	0.47
適応行動35		1.96	0.26	1.46	0.86	1.25 ***	0.53
適応行動36		1.95	0.30	1.70	0.70	0.68 ***	0.45
適応行動37		1.97	0.23	1.87	0.50	0.35 *	0.34
適応行動38		1.94	0.31	1.52	0.81	1.00 ***	0.55
適応行動39		1.93	0.34	1.41	0.91	1.12 ***	0.56
適応行動40		1.92	0.39	1.63	0.77	0.62 ***	0.50
適応行動41		1.95	0.28	1.72	0.69	0.65 ***	0.44
適応行動42		1.90	0.41	1.28	0.89	1.24 ***	0.65
適応行動43		1.91	0.41	1.26	0.98	1.24 ***	0.65
適応行動44		1.95	0.31	1.63	0.77	0.79 ***	0.44
適応行動45		1.85	0.49	1.41	0.83	0.80 ***	0.66
適応行動46		1.95	0.30	1.78	0.59	0.48 **	0.41
適応行動47		1.91	0.36	1.22	0.92	1.45 ***	0.65
適応行動48		1.93	0.36	1.41	0.86	1.11 ***	0.56
適応行動49		1.91	0.41	1.24	0.97	1.28 ***	0.64
適応行動50		1.89	0.43	1.20	0.91	1.33 ***	0.69
適応行動51		1.89	0.44	1.33	0.92	1.06 ***	0.65
適応行動52		1.89	0.42	1.59	0.78	0.62 ***	0.58
適応行動53		1.87	0.45	1.22	0.94	1.20 ***	0.70
適応行動54		1.91	0.41	1.17	1.00	1.39 ***	0.67
適応行動55		1.89	0.45	1.09	0.94	1.46 ***	0.68
適応行動56		1.88	0.47	1.00	0.94	1.56 ***	0.72
適応行動57		1.87	0.47	0.96	0.97	1.61 ***	0.72
適応行動58		1.87	0.46	0.96	0.94	1.65 ***	0.73
適応行動59		1.90	0.42	1.13	1.00	1.43 ***	0.68
適応行動60		1.89	0.43	0.87	0.93	1.93 ***	0.72

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動61		1.87	0.48	1.00	0.99	1.50 ***	0.73
適応行動62		1.81	0.55	1.09	0.98	1.16 ***	0.76
適応行動63		1.73	0.63	1.04	0.99	1.00 ***	0.83
適応行動64		1.78	0.57	1.02	1.00	1.18 ***	0.80
適応行動65		1.83	0.53	1.11	0.97	1.18 ***	0.73
適応行動66		1.84	0.53	0.96	0.97	1.45 ***	0.74
適応行動67		1.83	0.51	1.09	0.96	1.26 ***	0.76
適応行動68		1.86	0.50	1.09	0.98	1.32 ***	0.71
適応行動69		1.83	0.53	1.11	0.97	1.18 ***	0.74
適応行動70		1.84	0.54	1.13	0.98	1.14 ***	0.72
適応行動71		1.80	0.56	0.98	0.95	1.31 ***	0.77
適応行動72		1.86	0.49	1.17	1.00	1.17 ***	0.70
適応行動73		1.82	0.56	0.89	0.97	1.45 ***	0.75
適応行動74		1.82	0.55	1.04	0.99	1.23 ***	0.75
適応行動75		1.74	0.63	0.89	0.95	1.24 ***	0.82
適応行動76		1.82	0.55	0.96	0.97	1.38 ***	0.77
適応行動77		1.77	0.60	0.87	0.93	1.38 ***	0.82
適応行動78		1.86	0.50	0.93	0.98	1.58 ***	0.74
適応行動79		1.78	0.55	1.02	0.95	1.22 ***	0.77
適応行動80		1.82	0.53	1.02	0.95	1.32 ***	0.75
適応行動81		1.79	0.59	1.07	0.98	1.10 ***	0.75
適応行動82		1.75	0.60	1.00	0.94	1.13 ***	0.80
適応行動83		1.75	0.63	0.85	0.99	1.31 ***	0.78
適応行動84		1.79	0.58	1.02	0.95	1.18 ***	0.79
適応行動85		1.72	0.66	1.02	0.98	0.98 ***	0.81
適応行動86		1.79	0.57	0.98	0.98	1.27 ***	0.79
適応行動87		1.77	0.60	0.83	0.93	1.44 ***	0.78
適応行動88		1.80	0.57	1.07	0.98	1.14 ***	0.78
適応行動89		1.78	0.61	0.89	0.90	1.35 ***	0.80
適応行動90		1.76	0.63	0.70	0.89	1.59 ***	0.82

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動91		1.74	0.64	0.85	0.94	1.29 ***	0.82
適応行動92		1.77	0.59	0.98	0.93	1.22 ***	0.81
適応行動93		1.76	0.62	0.67	0.90	1.63 ***	0.82
適応行動94		1.72	0.62	0.89	0.95	1.23 ***	0.83
適応行動95		1.74	0.66	0.83	0.90	1.30 ***	0.81
適応行動96		1.67	0.69	0.74	0.91	1.30 ***	0.86
適応行動97		1.73	0.63	0.96	0.99	1.12 ***	0.82
適応行動98		1.74	0.65	0.76	0.85	1.44 ***	0.82
適応行動99		1.66	0.72	0.61	0.88	1.42 ***	0.87
適応行動100		1.63	0.74	0.76	0.92	1.13 ***	0.87
適応行動101		1.74	0.67	1.11	0.99	0.87 ***	0.77
適応行動102		1.72	0.69	1.09	0.98	0.85 ***	0.78
適応行動103		1.62	0.74	0.85	0.94	1.00 ***	0.87
適応行動104		1.66	0.71	0.74	0.91	1.24 ***	0.84
適応行動105		1.67	0.72	0.72	0.93	1.26 ***	0.85
適応行動106		1.61	0.75	0.70	0.84	1.20 ***	0.86
適応行動107		1.68	0.72	0.93	1.00	0.97 ***	0.80
適応行動108		1.68	0.71	0.80	0.98	1.16 ***	0.85
適応行動109		1.66	0.72	0.78	0.96	1.16 ***	0.84
適応行動110		1.62	0.76	0.80	0.96	1.03 ***	0.88
適応行動111		1.59	0.78	0.61	0.91	1.23 ***	0.84
適応行動112		1.61	0.76	0.61	0.86	1.29 ***	0.87
適応行動113		1.57	0.78	0.61	0.88	1.22 ***	0.85
適応行動114		1.52	0.80	0.70	0.92	1.01 ***	0.85
適応行動115		1.58	0.81	0.89	0.99	0.82 ***	0.86
適応行動116		1.64	0.74	0.74	0.93	1.16 ***	0.86
適応行動117		1.59	0.77	0.76	0.95	1.04 ***	0.90
適応行動118		1.57	0.77	0.74	0.91	1.05 ***	0.89
適応行動119		1.60	0.77	0.67	0.90	1.17 ***	0.88
適応行動120		1.52	0.82	0.74	0.91	0.94 ***	0.87

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動121		1.48	0.80	0.70	0.96	0.95 ***	0.85
適応行動122		1.57	0.81	0.78	0.96	0.94 ***	0.86
適応行動123		1.56	0.81	0.74	0.95	0.99 ***	0.87
適応行動124		1.45	0.82	0.72	0.96	0.87 ***	0.86
適応行動125		1.55	0.80	0.63	0.88	1.12 ***	0.90
適応行動126		1.45	0.85	0.78	0.96	0.77 ***	0.89
適応行動127		1.53	0.84	0.83	0.97	0.81 ***	0.87
適応行動128		1.54	0.83	0.80	0.98	0.86 ***	0.87
適応行動129		1.56	0.82	0.87	0.98	0.81 ***	0.87
適応行動130		1.49	0.83	0.63	0.83	1.04 ***	0.90
適応行動131		1.42	0.87	0.57	0.83	0.98 ***	0.89
適応行動132		1.53	0.83	0.67	0.92	1.01 ***	0.87
適応行動133		1.56	0.82	0.76	0.92	0.96 ***	0.88
適応行動134		1.48	0.85	0.70	0.92	0.91 ***	0.89
適応行動135		1.36	0.84	0.72	0.96	0.75 ***	0.88
適応行動136		1.50	0.86	0.72	0.93	0.91 ***	0.87
適応行動137		1.50	0.83	0.65	0.90	1.01 ***	0.89
適応行動138		1.31	0.91	0.65	0.92	0.71 ***	0.85
適応行動139		1.43	0.84	0.63	0.88	0.94 ***	0.89
適応行動140		1.38	0.85	0.63	0.90	0.87 ***	0.87
適応行動141		1.44	0.87	0.70	0.94	0.85 ***	0.88
適応行動142		1.36	0.89	0.61	0.88	0.85 ***	0.89
適応行動143		1.37	0.85	0.61	0.88	0.89 ***	0.91
適応行動144		1.39	0.87	0.61	0.91	0.89 ***	0.90
適応行動145		1.47	0.87	0.67	0.92	0.91 ***	0.89
適応行動146		1.45	0.86	0.67	0.92	0.89 ***	0.89
適応行動147		1.46	0.85	0.61	0.91	0.99 ***	0.90
適応行動148		1.36	0.93	0.50	0.84	0.94 ***	0.83
適応行動149		1.42	0.89	0.61	0.86	0.92 ***	0.89
適応行動150		1.42	0.88	0.57	0.86	0.98 ***	0.89

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動151		1.38	0.90	0.63	0.93	0.83 ***	0.88
適応行動152		1.39	0.89	0.61	0.91	0.88 ***	0.89
適応行動153		1.40	0.88	0.54	0.81	0.99 ***	0.88
適応行動154		1.45	0.88	0.61	0.91	0.95 ***	0.89
適応行動155		1.39	0.89	0.59	0.86	0.91 ***	0.90
適応行動156		1.27	0.89	0.57	0.83	0.81 ***	0.88
適応行動157		1.39	0.89	0.59	0.91	0.90 ***	0.90
適応行動158		1.36	0.88	0.57	0.83	0.91 ***	0.89
適応行動159		1.41	0.90	0.48	0.84	1.05 ***	0.88
適応行動160		1.43	0.88	0.65	0.92	0.88 ***	0.89
適応行動161		1.38	0.89	0.41	0.69	1.12 ***	0.87
適応行動162		1.43	0.88	0.54	0.81	1.01 ***	0.88
適応行動163		1.46	1.50	0.59	0.86	0.61 ***	0.58
適応行動164		1.32	0.94	0.50	0.81	0.89 ***	0.86
適応行動165		1.30	0.89	0.59	0.86	0.81 ***	0.87
適応行動166		1.18	0.94	0.59	0.86	0.64 ***	0.83
適応行動167		1.38	0.89	0.63	0.90	0.84 ***	0.90
適応行動168		1.39	0.91	0.50	0.81	1.00 ***	0.89
適応行動169		1.41	0.90	0.52	0.84	1.00 ***	0.89
適応行動170		1.28	0.92	0.46	0.75	0.91 ***	0.86
適応行動171		1.31	0.91	0.57	0.89	0.82 ***	0.88
適応行動172		1.14	0.90	0.48	0.75	0.75 ***	0.84
適応行動173		1.25	0.90	0.54	0.81	0.79 ***	0.86
適応行動174		1.20	0.89	0.54	0.81	0.75 ***	0.85
適応行動175		1.32	0.89	0.57	0.86	0.85 ***	0.89
適応行動176		1.30	0.93	0.46	0.78	0.93 ***	0.88
適応行動177		1.36	0.90	0.39	0.71	1.11 ***	0.89
適応行動178		1.05	0.95	0.52	0.84	0.56 ***	0.78
適応行動179		0.90	0.95	0.43	0.78	0.50 **	0.71
適応行動180		1.11	0.95	0.35	0.67	0.82 ***	0.81

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動181		1.19	0.95	0.54	0.84	0.70 ***	0.86
適応行動182		1.12	0.92	0.50	0.78	0.68 ***	0.82
適応行動183		1.17	0.94	0.33	0.60	0.94 ***	0.81
適応行動184		1.09	0.97	0.35	0.71	0.79 ***	0.80
適応行動185		1.16	0.94	0.50	0.81	0.71 ***	0.84
適応行動186		1.19	0.95	0.48	0.81	0.77 ***	0.86
適応行動187		1.20	0.95	0.48	0.78	0.78 ***	0.85
適応行動188		1.20	0.96	0.30	0.63	0.97 ***	0.84
適応行動189		1.13	0.93	0.41	0.65	0.80 ***	0.83
適応行動190		1.17	0.95	0.54	0.86	0.67 ***	0.85
適応行動191		0.95	0.92	0.43	0.75	0.57 ***	0.77
適応行動192		1.11	0.96	0.39	0.74	0.77 ***	0.82
適応行動193		0.90	0.94	0.43	0.78	0.50 **	0.72
適応行動194		1.04	0.95	0.46	0.75	0.63 ***	0.80
適応行動195		0.97	0.92	0.28	0.62	0.78 ***	0.77
適応行動196		0.91	0.91	0.33	0.63	0.67 ***	0.75
適応行動197		1.00	0.96	0.28	0.58	0.79 ***	0.78
適応行動198		0.94	0.94	0.43	0.78	0.56 ***	0.76
適応行動199		1.09	0.96	0.43	0.75	0.70 ***	0.81
適応行動200		1.04	0.95	0.26	0.49	0.87 ***	0.79
適応行動201		1.08	0.97	0.46	0.75	0.67 ***	0.80
適応行動202		1.02	0.93	0.48	0.78	0.59 ***	0.80
適応行動203		0.96	0.95	0.24	0.52	0.80 ***	0.75
適応行動204		1.00	0.98	0.20	0.45	0.87 ***	0.77
適応行動205		1.01	0.95	0.26	0.61	0.82 ***	0.76
適応行動206		1.05	0.96	0.30	0.63	0.81 ***	0.78
適応行動207		0.87	0.94	0.28	0.54	0.65 ***	0.71
適応行動208		0.87	0.92	0.17	0.44	0.80 ***	0.71
適応行動209		1.08	0.97	0.35	0.67	0.78 ***	0.80
適応行動210		0.99	0.97	0.22	0.51	0.84 ***	0.76

付録 1　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動211		0.89	0.91	0.30	0.55	0.68 ***	0.74
適応行動212		0.84	0.90	0.22	0.59	0.72 ***	0.70
適応行動213		0.94	0.94	0.26	0.53	0.76 ***	0.75
適応行動214		0.76	0.90	0.11	0.31	0.77 ***	0.66
適応行動215		0.82	0.93	0.24	0.48	0.66 ***	0.70
適応行動216		0.78	0.93	0.13	0.34	0.74 ***	0.66
適応行動217		0.70	0.86	0.26	0.57	0.54 ***	0.65
適応行動218		0.66	0.84	0.30	0.59	0.45 **	0.63
適応行動219		0.72	0.88	0.09	0.28	0.76 ***	0.64
適応行動220		0.55	0.81	0.22	0.59	0.43 **	0.55

付録 2　トドラー課題の項目分析

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
トドラー 1	○	1.00	0.00	0.58	0.51	1.32 ***	0.69
トドラー 2-1	○	1.00	0.00	0.67	0.39	1.40 ***	0.69
トドラー 2-2	○	1.00	0.00	0.75	0.40	1.02 **	0.59
トドラー 3-1	○	1.00	0.00	0.92	0.19	0.70	0.28
トドラー 3-2	○	0.90	0.26	0.75	0.34	0.51	0.29
トドラー 4-1	○	0.88	0.28	0.58	0.36	0.94 *	0.75
トドラー 4-2	○	1.00	0.00	0.63	0.43	1.41 ***	0.69
トドラー 4-3	○	0.88	0.22	0.50	0.43	1.19 **	0.70
トドラー 4-4	○	0.75	0.44	0.42	0.51	0.71	0.38
トドラー 5-1	○	0.83	0.24	0.75	0.34	0.27	0.26
トドラー 5-2	○	0.88	0.22	0.88	0.23	0.00	0.28

付録 3　視覚①②③課題の項目分析

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
視覚①1	○	0.91	0.29	0.59	0.50	0.89 ***	0.65
視覚①2	○	0.91	0.29	0.56	0.51	0.99 ***	0.65
視覚①3	○	0.88	0.32	0.41	0.50	1.28 ***	0.75
視覚①4	○	0.88	0.32	0.33	0.48	1.50 ***	0.77
視覚①5		0.84	0.37	0.44	0.51	0.97 ***	0.74
視覚①6		0.84	0.37	0.30	0.47	1.37 ***	0.82
視覚①7		0.73	0.44	0.33	0.48	0.89 ***	0.76
視覚①8		0.76	0.43	0.22	0.42	1.24 ***	0.72
視覚②1		0.83	0.38	0.30	0.47	1.32 ***	0.82
視覚②2		0.74	0.44	0.26	0.45	1.10 ***	0.77
視覚②3		0.77	0.43	0.33	0.48	0.99 ***	0.77
視覚②4		0.74	0.44	0.30	0.47	1.01 ***	0.74
視覚②5		0.77	0.43	0.30	0.47	1.08 ***	0.82
視覚②6		0.42	0.50	0.19	0.40	0.49 *	0.45
視覚③1		0.63	0.48	0.22	0.42	0.87 ***	0.71
視覚③2		0.45	0.50	0.11	0.32	0.72 **	0.40
視覚③3		0.66	0.48	0.11	0.32	1.24 ***	0.69
視覚③4		0.69	0.46	0.19	0.40	1.13 ***	0.72
視覚③5		0.28	0.45	0.04	0.19	0.59 **	0.42
視覚③6		0.11	0.32	0.00	0.00	0.40	0.30

付録 4　視覚④課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
視覚④1	0.84	0.37	0.22	0.42	1.60 ***	0.67
視覚④2	0.70	0.46	0.11	0.32	1.37 ***	0.66
視覚④3	0.73	0.44	0.11	0.32	1.48 ***	0.71
視覚④4	0.64	0.48	0.04	0.19	1.39 ***	0.72
視覚④5	0.68	0.47	0.19	0.40	1.10 ***	0.71
視覚④6	0.54	0.50	0.00	0.00	1.22 ***	0.62
視覚④7	0.41	0.49	0.07	0.27	0.73 ***	0.66
視覚④8	0.13	0.34	0.00	0.00	0.44 *	0.39
視覚④9	0.38	0.49	0.04	0.19	0.77 ***	0.67
視覚④10	0.11	0.32	0.00	0.00	0.40	0.31
視覚④11	0.13	0.34	0.00	0.00	0.44 *	0.37
視覚④12	0.18	0.39	0.04	0.19	0.41	0.52
視覚④13	0.01	0.10	0.00	0.00	0.11	0.13
視覚④14	0.05	0.22	0.00	0.00	0.26	0.27
視覚④15	0.07	0.26	0.00	0.00	0.31	0.30

付録 5　視覚⑤課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
視覚⑤1a	0.86	0.35	0.40	0.50	1.22 ***	0.73
視覚⑤1b	0.73	0.45	0.30	0.46	0.95 ***	0.70
視覚⑤2a	0.84	0.37	0.40	0.50	1.10 ***	0.71
視覚⑤2b	0.49	0.50	0.11	0.31	0.80 ***	0.61
視覚⑤3a	0.79	0.41	0.32	0.47	1.14 ***	0.74
視覚⑤3b	0.53	0.50	0.11	0.31	0.89 ***	0.66
視覚⑤4a	0.71	0.46	0.19	0.40	1.15 ***	0.74
視覚⑤4b	0.51	0.50	0.04	0.20	1.00 ***	0.74
視覚⑤5a	0.67	0.47	0.11	0.31	1.25 ***	0.73
視覚⑤5b	0.51	0.50	0.04	0.20	0.99 ***	0.73
視覚⑤6a	0.69	0.46	0.19	0.40	1.10 ***	0.75
視覚⑤6b	0.51	0.50	0.02	0.15	1.03 ***	0.76

付録６　言葉①課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
言葉①1	0.92	0.26	0.53	0.50	1.27 ***	0.70
言葉①2	0.92	0.27	0.57	0.50	1.11 ***	0.70
言葉①3	0.92	0.28	0.43	0.50	1.56 ***	0.73
言葉①4	0.90	0.30	0.43	0.50	1.42 ***	0.75
言葉①5	0.90	0.30	0.40	0.50	1.51 ***	0.76
言葉①6	0.91	0.29	0.49	0.51	1.30 ***	0.74
言葉①7	0.86	0.35	0.36	0.49	1.32 ***	0.79
言葉①8	0.82	0.38	0.28	0.45	1.38 ***	0.81
言葉①9	0.83	0.37	0.28	0.45	1.44 ***	0.77
言葉①10	0.59	0.49	0.21	0.41	0.78 ***	0.77
言葉①11	0.64	0.48	0.20	0.40	0.93 ***	0.81
言葉①12	0.64	0.48	0.13	0.34	1.10 ***	0.73
言葉①13	0.66	0.47	0.17	0.38	1.05 ***	0.79
言葉①14	0.40	0.49	0.09	0.28	0.66 ***	0.57
言葉①15	0.25	0.43	0.02	0.15	0.56 ***	0.46
言葉①16	0.37	0.48	0.04	0.21	0.72 ***	0.61
言葉①17	0.27	0.45	0.13	0.34	0.33 *	0.51

付録７　言葉②課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
言葉②1	0.88	0.33	0.35	0.49	1.52 ***	0.62
言葉②2	0.87	0.33	0.25	0.44	1.80 ***	0.61
言葉②3	0.73	0.44	0.30	0.47	0.98 ***	0.66
言葉②4	0.87	0.33	0.35	0.49	1.49 ***	0.60
言葉②5	0.81	0.40	0.25	0.44	1.39 ***	0.60
言葉②6	0.65	0.48	0.20	0.41	0.96 ***	0.53
言葉②7	0.71	0.45	0.20	0.41	1.15 ***	0.70
言葉②8	0.82	0.38	0.30	0.47	1.33 ***	0.61
言葉②9	0.50	0.50	0.10	0.31	0.82 ***	0.57
言葉②10	0.66	0.47	0.15	0.37	1.10 ***	0.62
言葉②11	0.41	0.49	0.10	0.31	0.65 **	0.47
言葉②12	0.71	0.45	0.05	0.22	1.52 ***	0.66
言葉②13	0.42	0.50	0.05	0.22	0.78 **	0.50
言葉②14	0.34	0.47	0.00	0.00	0.75 **	0.43
言葉②15	0.40	0.49	0.00	0.00	0.86 ***	0.52

付録８　記憶課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
記憶1a	0.92	0.26	0.55	0.50	1.20 ***	0.69
記憶1b	0.92	0.27	0.55	0.50	1.17 ***	0.72
記憶2a	0.89	0.31	0.45	0.50	1.30 ***	0.82
記憶2b	0.88	0.32	0.43	0.50	1.30 ***	0.84
記憶3a	0.85	0.36	0.40	0.50	1.18 ***	0.83
記憶3b	0.86	0.34	0.40	0.50	1.24 ***	0.86
記憶4a	0.84	0.37	0.28	0.45	1.49 ***	0.87
記憶4b	0.86	0.35	0.32	0.47	1.45 ***	0.87
記憶5a	0.65	0.48	0.11	0.31	1.18 ***	0.74
記憶5b	0.75	0.43	0.17	0.38	1.37 ***	0.84
記憶6a	0.66	0.48	0.15	0.36	1.10 ***	0.80
記憶6b	0.64	0.48	0.13	0.34	1.09 ***	0.76
記憶7a	0.52	0.50	0.09	0.28	0.92 ***	0.67
記憶7b	0.60	0.49	0.13	0.34	1.01 ***	0.76
記憶8a	0.27	0.44	0.04	0.20	0.54 ***	0.43
記憶8b	0.04	0.21	0.02	0.15	0.12	0.18

付録９　算数課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
算数1	0.93	0.25	0.57	0.50	1.25 ***	0.49
算数2	0.92	0.26	0.50	0.51	1.37 ***	0.54
算数3	0.87	0.33	0.45	0.50	1.18 ***	0.63
算数4	0.86	0.35	0.38	0.49	1.26 ***	0.68
算数5	0.80	0.40	0.30	0.46	1.24 ***	0.74
算数6	0.85	0.36	0.36	0.49	1.30 ***	0.71
算数7	0.68	0.47	0.19	0.40	1.08 ***	0.86
算数8	0.78	0.41	0.28	0.45	1.20 ***	0.78
算数9	0.77	0.42	0.26	0.44	1.20 ***	0.79
算数10	0.70	0.46	0.17	0.38	1.19 ***	0.83
算数11	0.76	0.43	0.23	0.43	1.21 ***	0.79
算数12	0.71	0.46	0.17	0.38	1.21 ***	0.85
算数13	0.66	0.47	0.13	0.34	1.16 ***	0.82
算数14	0.68	0.47	0.17	0.38	1.12 ***	0.85
算数15	0.66	0.47	0.13	0.34	1.16 ***	0.86
算数16	0.68	0.47	0.11	0.31	1.27 ***	0.84
算数17	0.55	0.50	0.09	0.28	0.97 ***	0.84
算数18	0.53	0.50	0.09	0.28	0.93 ***	0.83
算数19	0.54	0.50	0.06	0.25	1.01 ***	0.87
算数20	0.41	0.49	0.02	0.15	0.85 ***	0.77
算数21	0.52	0.50	0.04	0.20	1.01 ***	0.85
算数22	0.49	0.50	0.02	0.15	1.01 ***	0.85
算数23	0.37	0.48	0.02	0.15	0.77 ***	0.72
算数24	0.34	0.48	0.04	0.20	0.67 ***	0.70
算数25	0.37	0.48	0.00	0.00	0.83 ***	0.72
算数26	0.47	0.50	0.04	0.20	0.91 ***	0.84
算数27	0.41	0.49	0.02	0.15	0.85 ***	0.78
算数28	0.32	0.47	0.00	0.00	0.74 ***	0.67
算数29	0.22	0.41	0.02	0.15	0.51 **	0.54
算数30	0.38	0.49	0.02	0.15	0.79 ***	0.75
算数31	0.09	0.28	0.00	0.00	0.33 *	0.32
算数32	0.25	0.44	0.00	0.00	0.63 ***	0.59

厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応

研究分担者　大塚　晃　日本発達障害ネットワーク／上智大学　総合人間科学部
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
日詰　正文　国立のぞみの園　研究部

【研究要旨】
療育手帳制度の運用に関する検討に向けた議論が本格化してきている。知的障害の判定に向けた新たなツールの開発も進められている。このような状況の中、再度、療育手帳制度の統一とは何かについて検討することは喫緊の課題である。本研究は、療育手帳制度の判定方法及び認定基準等運用の統一に向けて、療育手帳制度の制度政策的な位置づけ、療育手帳の判定や認定基準等運用の統一の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある対象や支援の内容等について福祉サービスの観点から明らかにすることを目的とする。
結果として、療育手帳制度の判定方法及び認定基準等の統一による影響は、障害者総合支援法や児童福祉法などの福祉サービス、障害基礎年金や特別児童扶養手当などの年金・手当、雇用・就労支援や特別支援教育に影響を与えることが示唆された。療育手帳制度運用の統一は、従来曖昧であった「知的障害の範囲・枠組み」を明確にすることであり、現行において手帳を取得できている者ができなくなる可能性、その結果としての手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が明らかとなった。療育手帳制度運用の統一においては、生ずる可能性のある課題について、その対応をあらかじめ検討しておく必要があること。対応の一つとして精神障害者保健福祉手帳制度を利用しやすくする必要性が示唆された。

A．研究目的

「療育手帳は、現時点で法的な位置づけはなく、各自治体が自治事務として運用しており、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる可能性が指摘されている」（「療育手帳の在り方について」社会保障審議会障害者部会、第 128 回(R4.4.25)、資料 4、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）。この状況を療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用の統一によって解決すべきであるとする意見は根強い。療育手帳の運用の統一に関連して、令和２年度から３年度にかけて厚生労働科学研究「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」（研究代表者：辻井正次）が行われている。療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運

用を統一することは、従来曖昧であった「知的障害の範囲・枠組み」を明確にすることであり、現行において手帳を取得できていた者ができなくなる可能性、その結果としての手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が懸念される。

本研究は、療育手帳の制度政策における位置づけ、療育手帳の判定方法・基準等の統一時の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある支援対象や内容、及びその対応について明らかにすることを目的とする。

B．研究結果

1．療育手帳制度の位置づけ

療育手帳制度の位置づけを明らかにする場合、障害分野全体の制度施策の観点から、特に、知的障害福祉の今までの流れの中から考えることが必要である。その際は、身体障害や精神障害も含めた障害福祉の制度施策の歴史の中で考察していくことが重要である。

(1)児童福祉法の時代における手帳制度

1947 年に児童福祉法が制定され、障害福祉サービスとしての精神薄弱児施設が法律に位置づけられた。戦後の知的障害の制度・施策は児童から始まった。知的障害そのものが発達期に生じ、その状態が続くことから、知的障害児者は『永遠のこども』とする思想が続くことなる。大人になった知的障害者にも「療育」手帳を支給する理由である。法に知的障害そのものに関する定義はなく、障害者手帳も制度に位置づけられなかった。

1949 年に身体障害者福祉法が制定された。その第 2 条に身体障害の定義として「別表に掲げる者」とされ、法の第 15 条には、身体障害者手帳とは、「身体上の障害がある者に対して、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長が交付するもの」と規定された。知的障害も法の対象とすることが検討されたが、能力損傷の基準設定の困難性などにより見送られた。

1950 年に精神衛生法が制定され、その第三条（定義）において「この法律で『精神障害者』とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）精神薄弱者及び精神病質者をいう」とされ，精神薄弱が法に規定された．児童福祉法との関係については、児童である精神障害者については、先ず児童福祉法が適用され、これらの児童についても医療を加えて精神的健康を恢復又は保持向上すべきであるので精神衛生法に基づき精神病院への入院医療が加えられなければならないとされた。（「精神衛生法の施行について」(昭和二五年五月一九日、発衛第一一八号、各都道府県知事あて厚生事務次官通達)。この状況は、現在でも知的障害者の精神科病院への長期入院の課題となっている。精神障害者保健福祉手帳は規定されず、1995 年の精神保健福祉法の制定を待つという長い期間が必要であった。精神障害者保健福祉手帳そのものが比較的新しい制度であり、精神疾患の診断が優先されており、その利用も始まったばかりであることを認識しておく必要がある。

(2)知的障害者福祉法の時代における手帳制度

1960 年に精神薄弱者害福祉法が制定されたが、法の対象は明記されず(知的障害の定義はなされず)、療育手帳も法律に規定されなかった。精神薄弱者福祉法は、成人の知的障害者への課題への対応としてはじまったが、その内容は施設に入所する手続きが主なものであった。施設入所は都道府県の措置権限の範囲なので、手帳制度の必要性はそれほど認識されていなかったと推測する。

1970 年に障害者施策の一貫性・総合性の必要性から心身障害者対策基本法が成立した。法の対象者は身体障害と知的障害であった。その後、1993 年には心身障害者対策基本法に代わり障害者基本法が制定された。法に精神障害が位置づけ

られ、障害とは身体障害、知的障害、精神障害が３類型とされた。

1973 年、療育手帳制度要綱（厚生省発児第 156 号事務次官通知）が出された。この制度の目的は、知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とするとされている。療育手帳のねらいの一つは、知的障害児及び知的障害者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があった。

療育手帳制度は、知的障害者福祉法にその対象規定がないために、各地方自治体の判定業務にまかされ、各自治体が用いる検査ツールも異なれば、重度以外のどこまでを認めるかの基準も異なることとなった。転居の際に、療育手帳の新規発行が求められ、療育手帳制度の目指す一貫したサービ利用に支障が出ることになり、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」（平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。一貫した支援のために発案された手帳制度そのものが、一貫したサービス利用を困難にしてきたと言えよう。

1987 年に精神衛生法は精神保健法に、1995 年には精神保健福祉法と名称を変える。精神保健福祉法は、（定義）第五条において「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう。」とされた。精神薄弱者については、本法では、精神医療に関する規定ついては、精神薄弱者を精神障害者に含めて適用しているが、第 6 章（保健及び福祉）の規定においては精神障害者から精神薄弱者を除くものとされている（「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」、平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知）。法第四十五条には精神障害者保健福祉手帳が規定されたが、知的障害者は除くとされていた。

1990 年に社会福祉関係八法の改正があり、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの在宅のサービスが法に規定され、実施主体も都道府県から市町村に移った。児童相談所や知的障害者相談所という都道府県等の行政機関により出される療育手帳は、施設サービスから在宅サービスにその重点がシフトし、市町村が実施主体となる中で、次第にその意味に変化が生じていった。療育手帳制度の機能も、一貫した指導・相談から手帳取得によるサービスや手当の支給など各種のメリットを求めるようなってきたと言えないだろうか。

(3)障害者総合支援法の時代における手帳制度

2000 年の身体障害者福祉法及び知的障害者福祉の改正により、2003 年より支援費制度がスタートした。支援費制度は、利用者が施設やサービスを選択して利用するという従来の措置制度から利用契約制度に移行するものである。在宅サービスを中心実施主体としての市町村の役割がますます大きくなってきた。そのような状況の中で療育手帳の目指された一貫した指導・援助の機能は形だけのものとなった。措置から契約の時代における知的障害者更生相談所は、市町村の更生援護の実施に関し、市町村相互間の連絡及び調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うこととされた。

2005 年に発達障害者支援法が成立した。法における「発達障害」とは，「自閉症、アスペルガ

ー症候群その他の広汎性発達障害，学習障害，注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」とされている。発達障害者支援手帳（仮称）はつくられなかった状況においては，知的障害のある自閉症は療育手帳でカバーされ、一部知的障害のない自閉症(高機能自閉症)も療育手帳の対象となっている状況がクローズアップされ、発達障害者支援手帳（仮称）の創設を含めた、手帳制度の検討が課題となった。また、それ以後、知的障害のない（高機能）発達障害者については，精神障害者保健福祉手帳の取得の可能性の認識が広がっていった。

2010 年に成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(つなぎ法)」により、発達障害も精神障害の一部として障害者自立支援法の対象と規定された。2011 年 8 月の障害者基本法の改正により、第 2 条の「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害(発達障害を含む。)」とされ、発達障害が精神障害に含まれることがより明確となった。これにより、発達障害者は精神障害者保健福祉手帳の対象とされたというのが関係者の共通の認識となった。しかし、行政は積極的に推し進めることなく、発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳も取選択肢の一つというスタンスが続いている。発達障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象であると言い切るには、幾つかの課題が残っている。

2006 年に障害者の地域生活と就労を進め，自立を支援する観点から，これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス等について、三障害共通の制度の下で一元的に提供し、地域生活や就労支援を推進する障害者自立支援法が施行された。2010 年のつなぎ法により、障害児施設・事業の一元化が行われ、児童発達支援や放課後等デイサービスが法律に位置づけられた。その後、2012 年 4 月に「地域生活における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について（障害者総合支援法）」が成立し、2013 年に施行された。障害者総合支援法の諸サービスについては手帳制度の要件や区分を活用せず、市町村に申請して障害支援区分の判定を受けることがサービス利用の前提となっている。「障害支援区分」は、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとされ、必要とされる支援の度合に応じて区分 1 から区分 6 までとなっている。障害支援区分の認定による障害者総合支援のサービス利用と手帳制度が分離されているために、国レベルでは手帳制度は不要であるが、地方レベルではサービス利用には療育手帳を取得する必要性が依然として続いており、混乱の一つと考えられる。

２．療育手帳判定方法統一時の主要な課題（福祉サービスからの観点など）

（１）療育手帳制度の統一とは

療育手帳制度には現時点では法的な位置づけはなく、都道府県や指定都市によって、手帳の名称、検査および判定の方法、等級の基準、知能指数の上限値などの認定基準にばらつきがあり、療育手帳所持者がほかの自治体に転居した際に判定に変更が生じ、障害者自身や家族に混乱を生じさせていると言われている。令和 4 年度の障害者総合福祉推進事業の調査では、令和 3 年度において、「行政不服審査請求はなかった」が 76.5%、「行政不服審査請求があった」が 23.5%となっている。（厚生労働省令和 4 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、「令和 4 年度総合

福祉推進事業報告書」）行政不服審査のあった件数は、全国で 12 件（交付件数の全体は 51，917 件）と報告されており、各都道府県の福祉現場において、どの程度に混乱が生じているかは明らかでない。

しかし、判定・交付に関して、令和 4 年度障害者総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果では、交付主体である地方自治体、児童相談所・知的障害者更生相談所、市町村、及び相談支援事業所からは、交付対象、程度の区分、判定方法等の統一化を含めた「療育手帳の統一化」がなされていない状況からさまざまな課題が生じている報告がなされ、療育手帳の統一化を求める意見は共通していた。

このように、療育手帳の認定基準を統一することについては、知的障害の統一的な定義（法的な定義を含む）に基づく交付対象者の統一、等級の統一とそれに報じた認定基準の統一など区分の統一、認定のためのツールなど判定方法の統一などが幅広い事項が考えられる。全国共通の判定基準等の統一の前提として、ICD-11 のような世界標準の定義に基づき知的障害を法律に位置づけることが重要であるという意見が出されている。

(2)主要な課題

厚生労働省、令和 5 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、（「令和 5 年度総合福祉推進事業報告書」）によれば、療育手帳制度の運用の統一には、主要な 3 つの課題があるとされている。①対象（知的障害の定義・判定基準、判定ツール、等級(障害の区分)の考え方、年齢の考え方、重複障害等の勘案事項の考え方）、②支援(療育手帳の目的、その他(非該当の場合の支援のあり方))、③その他運用の統一可能性の考え方(再判定の考え方、医学的所見等の取扱い、その他等統一が望ましく検討が必要と考えられる事項)である。

① 対象（者）

●知的障害の定義・判定基準

サービスの対象（者）は、知的障害の定義と密接な関係がある。しかし、知的障害の定義は法に規定がないため、サービスの対象が規定されず、課題となっている。知的障害者福祉法に知的障害の法的定義を規定することは喫緊の課題である。例えば、知的障害者福祉法の（定義）第四条に、「この法律において、『知的障害者』とは、知的機能の障害がある十八歳以上の者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」（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、平成 31 年 3 月、東京都手をつなぐ育成会）などを規定することが考えられる。

●判定ツール

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象として知的障害を主としつつも、その定義と判定方法は各自治体に裁量がある実態が見えてきてた。例えば、IQ の上限値について、IQ80 を超えて設定している地域、発達障害を勘案して療育手帳を交付している地域があること、適応行動のアセスメントについては、9 割以上の判定機関で実施されていたが、全判定ケースで実施している判定機関は 6 割ほど、適応行動のアセスメント時に標準化されたツール以外を用いるケースがほとんどであった。ICD-11 等の国際的な基準に基づいた判定ツール・基準が必要であること、ICD-11 に即した判定基準に統一された場合には，現在のばらつきのある区分においても統一が容易になること等が指摘されている。

使用されている判定ツールは、各地域・判定機

関によって様々であり、今後の支援方針の検討に活用できるようなアセスメント（例：ウェクスラー式知能検査、標準化された適応行動のアセスメント）が行われていない地域も見られた。当該判定におけるアセスメントは相談支援の一部と考えれば、検査結果がその後の支援にも役立てられることが目指されるべきである。しかし、相談業務における人員体制などの理由により実態としては療育手帳の対象かどうかを判断するための判定となっており、その後の支援に繋げるところまで必ずしも至っていないのは、相談機関の専門性をいかに関係者が共有していくかの課題を投げかけている。

現在、厚生労働科学研究費補助金による調査研究において、判定ツール統一に向けた検討が別途進められており、今後は、前述の国際的な基準に基づいた知的障害の定義を踏まえ、当該定義に沿った適切な判定ツールの普及が急がれる。

●発症時期

令和4年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、発症時期については、概ね18歳までで設定している都道府県・政令市が8割超であったが、設定していない都道府県・政令市も一部あった。こうした定義の違いにより、転居時の対応における課題等が生じており、今後は、療育手帳制度の対象の整理と、国際的な基準に基づき、早急に知的障害を定義することが必要と考える。発症時期との関連においては、18歳以降への（特に高齢期も含めて）対応をどのように行っていくかという課題が生じている。

●知能の上限

令和4年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象は知的障害児者であることは、共通な認識となっているが、知能境界域の知的障児者を対象としている自治体もあり、それぞれの自治体によって取り扱いの異なりが報告されている。これについては、療育手帳がサービスの必要な知的障害児者を幅広く捉えるという療育手帳の柔軟な運用という点においては機能している。一方、転居等によって異なる自治体に移動した場合には、非該当になるなど混乱が生じている状況が報告されている。IQ70～75以上の者に対して、発達障害を勘案し療育手帳を交付することについて、交付主体は要綱等で定めているか問いに、「定めていない」の割合が最も高、66.1%となっている。次いで、「定めている（要綱又は要領）（18.9%）」、「定めている（要綱又は要領以外）（13.7%）」となっている。

療育手帳を申請したが手帳の取得には至らなかったケース（判定結果が非該当になるケース）に対するフォローアップは、「特に行っていない」の割合が最も高く62.6%となっている。次いで、「フォローアップを行っている（37.1%）」となっている。フォローアップの内容は、「精神障害者保健福祉手帳を案内している」の割合が最も高く65.4%となっている。次いで、「療育手帳の所持によらない行政サービスや福祉サービスを案内・調整している（60.1%）」、「関係する所管課への相談を案内している（41.0%）」となっている。

●等級

療育手帳の等級は、厚生労働省が出している指針においては「重度」と「その他」の2つに分かれている。それ以外にも自治体独自にA1（最重度）、A2（重度）、B1（中度）、B2（軽度）のように自治体独自の判定基準を設けている場合がある。各都道府県により1～7までの等級にわかれている。（平成30年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書、平成31年3月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会）ここまで地方自治体において取り扱いが異なっている背景には、国が提示した療育手帳制度の等級が大雑把で、各地方自治体独自のサ

ービス提供の実情に応じて複雑化してきたことが考えられる。しかし、上記の報告書によれば54.3%の自治体が世界標準の4段階となっており、これを統一したときの混乱は想定されるものであるが、その程度は定かではない。近年の地方自治体独自のサービスを見直していく方向性を踏まえ、その影響の程度を見ていく必要がある。

●年齢

療育手帳の対象について、年齢と発症時期の設定状況は、各都道府県市で概ね共通していた。上限を設定している自治体は1か所で、設定している上限の年齢は、「64歳」であった。一方、下限を設定している自治体は9か所で、設定している下限の年齢は、平均値「1.6」であった。年齢との関係に関しては、児童相談所・知的障害者更生相談所への調査から、乳幼児期や18歳以降の新規交付等、知的障害の判定が難しいケースに苦慮している様子が窺えた。

●重複障害

今後の判定方法の検討にあたっては、ツールの作成の他に、ツールの使用が難しいケースや、他の障害等（いわゆる重複障害の取り扱いを含む）の勘案方法等をあわせて整理することが求められる。令和4年度総合福祉推進事業のアンケート調査では、判定に苦慮するケース像として、低年齢のために知的能力の判断が難しいケースや、知的障害を伴うと考えられる疾患・障害の医学的診断がある乳幼児のケース、緘黙や外国籍、聴覚障害や視覚障害等の重複障害のあるケースといったように、判定機関として判定ツールの使用が困難なケースと、発達障害や加齢による認知機能の低下等の他の影響の勘案に迷うケースについての課題意識が寄せられていた。こうしたケースへの対応は、各地域の様々な方針の下で行われており、今後の判定ツールの検討に伴い、科学的な根拠に基づき、判定が難しいケースの判定方法・基準についても整理し、一定の方向性を示すことが望ましい。

② 支援（サービス）の考え方

●療育手帳の目的

療育手帳の本来の目的には、指導・援助の一貫性と援助措置を受けやすくするという2つの側面があると考える。

療育手帳のねらいの一つは、知的障害児者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があることが覗える。これは、療育手帳を導入に際しては、すでに広く行き渡っていた母子健康手帳を参考に導入したものと考えられる。母子の健康手帳は、妊産婦手帳（昭和17～23年）、母子手帳（昭和23年～昭和40年）、母子健康手帳（昭和40年～）と名称を変えながら発展してきた。手帳制度に本人の（生活・医療）などの情報について、どのような内容の相談があり、どのような解決をはかってきたかという児童相談所や知的障害者更生相談所の業務の記録としても期待されたものである。知的障害児者とその家族のメリットとなるだけでなく、行制手続きを一貫してスムーズに行うという意味も大きい。行政手続としては、その人がサービスをあるいは支援を受ける資格があるか（サービス利用対象者としての知的障害の認定の意味あい）を明らかにする装置（サービスや支援のための「パスポート」）となってきた。当時のサービスは、主に施設サービスであるが、通所・入所を含めて、行政手続きをスムーズに行う上で必要であったものと理解できる。各自治体（都道府県及び政令市に限られるが）の独自サービスが整備されてきた時期であり、国のサービスが不十分のこともあり、手帳の区分が各地方自治体の独自サービスを供与する装置としても機能していったものと推測され

る。これらを手帳制度の「管理的メリット」と言うことができる。

療育手帳のもう一つのねらいとされているのが、さまざまな援助措置を受け易くするというものである。援助措置を受ける場合には必ず療育手帳を提示するよう保護者等を指導するとともに、関係機関と十分協議のうえ療育手帳の提示があった時は、療育手帳により資格の確認等を行いすみやかにこれらの援助措置がとられるよう措置されたいとされている。具体的な事例は、特別児童扶養手当、心身障害者扶養共済、国税・地方税の諸控除及減免、公営住宅の優先入居、NHK 受信料の免除、旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引等が記述されている。これらを療育手帳の「功利的メリット」と言うことができる。

療育手帳制度の歴史においては、手帳制度の「管理的メリット」と「功利的メリット」が意図されて創設されてが、本来の指導援助の一貫性の機能は、令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳の検査結果については、全ての行政種別で「特に取得していない」が多く、判定結果については、多くの自治体では「全てのケースの判定結果について情報を取得している」、相談支援事業所では、「一部の判定結果について情報取得している」がそれぞれ最も多くなっている。しかし、関係機関間での検査結果や判定結果等の共有・活用は、限定的となっている実態が窺える。「希望があれば」という判定機関の態度の背後には、判定機関自体が療育手帳を，支援の「スタート」ではなく、「ゴール」として捉えていることが推察される。このような市町村や相談支援事業者へのアンケート調査結果から、療育手帳に関する情報を適切に提供し、それを関係機関で協働して活用して一貫した支援を行っているという状況には乏しいという結果が出ている。療育手帳制度の「管理的メリット」が、その十全な目的が達せられず、むしろ「功利的メリット」が大きくなってきたと言えないだろうか。当事者は療育手帳を「功利的メリット」から取得することを強く要望し、行政はともかくそれに応じることで手一杯である状況が覗える。

●非該当の場合の支援のあり方

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳が取得できるかどうかの境界域の方の中で、何らかの支援が必要と思われるが、制度の狭間に落ちてしまうケースがあり、療育手帳が非該当となった後のフォローも十分届いてない可能性や、そうした方々について、支援が受けられるよう療育手帳の取得を目指すケースがあることが明らかとなっている。発達障害児者に対し、知的障害が認められる等の場合に、療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の両方を交付するケースが見られた。精神保健福祉センターにおいては、療育手帳の判定方法等の統一により、これまで療育手帳に該当していた方が非該当となり、精神障害者保健福祉手帳の申請増加に繋がることを懸念する意見があった。非該当の場合の支援のあり方や知能指数の上限を超えた取り扱いについては、最後の章におい取り上げる。

●福祉サービス等の利用援助

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、交付主体・市区町村・相談支援事業所に対して、本人・家族が療育手帳を申請するきっかけについて、年齢階級ごとに尋ねたところ、どの年齢階級においても、「障害福祉サービス利用申請」や「手当や年金の申請」が多い傾向が見られた。また、18 歳未満の場合は、「特別支援学校入学申請」、18 歳以上 65 歳未満の場合は「就労時（障害者枠）」への回答が多く見られた。相談支援事業所に対しての療育手帳の取得を本人・家族に勧めるタイミングの質問では、きっかけと同様、「障害福祉サービス利用申請」「手当や年金の申請」「就労時（障害者枠）」への回答が多かった。

障害者総合支援法のサービス利用に関して、障害支援区分の判定に関しては、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者精神保健福祉手帳は不要になっている。この意味では、障害福祉サービス利用に関して手帳制度の重要性は低下している。このように一見、障害者総合支援法のサービスの利用に関しては療育手帳を必要ないかのごとく見えるが、実際は、上記の療育手帳を申請するきっかけについて「障害福祉サービス利用申請」が大半を占めている。各市区町村が支給決定する際には、療育手帳の取得を条件としている実態が根強いことが覗える。児童福祉法におけるサービス利用においても必ずしも手帳を前提とせず、「気になる子ども」もサービスの必要性の観点から、市町村が支給決定を行えばサービスが利用できるとされているが、知的障害の判定機能をもたない市町村にとって療育手帳はサービス利用のパスポートとして依然として重要な機能をもっている。また、療育手帳制度を前提としていない言われている「手当や年金の申請」、分野の異なる「特別支援学校入学申請」にも必要とされている実態が明らかとなっている。

●地方自治体の独自サービス

地方自治体独自の判定基準が 1 から 7 となっているのは、自治体独自のサービスの発展と関係が深い。調査研究事業のアンケート調査結果から、各都道府県・市区町村において、重度障害者を対象とした医療費助成制度や、各市区町村で提供される地域生活支援事業等、その施策や取組の目的に応じた対象に自治体独自のサービスを提供するために、療育手帳が活用されている実態が報告されている。また、療育手帳の取得は制度上の要件ではないものの、特別支援学校入学時や就労時等に、関連する支援を受けやすくする、対象者の特性等を理解してもらうといった目的のために療育手帳の取得を目指すケースがあること等が報告されている。令和 4 年の総合推進事業によれば、都道府県や市町村が実施している「障害者医療費助成制度」をはじめとして、その他各種サービスの利用のために、療育手帳制度が利用され続けている大きな理由となっていると報告されている。療育手帳は各種の援助措置、母子保健、教育、就労、各種手当を受けるときのパスポートのような機能を果たしているのではないか。特に、療育手帳創設時の障害福祉サービスの絶対量が不足している状況においては、自治体独自の多様なサービスを提供していくた装置となった。それに応じて、地方自治体の独自サービスと療育手帳との関係性は深くなっている。

●相談支援への療育手帳の活用

制度の目的と実態を踏まえると、これまでの療育手帳は、「各種援助措置を受けやすくする」という機能は発揮してきたと考えられる一方、「知的障害児者への一貫した指導・相談」という機能が十分に発揮できてきたかは疑問が残る。

具体的には、療育手帳交付のため、専門的な職員により知能能力や適応行動等の評価が行われているが、その検査結果は他の関係機関とほとんど共有されておらず、本人・家族との共有も約 7 割の判定機関で希望があれば提供しているという状況であった(令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書)。実際に情報が提供されている例は少なく、その内容も個人情報保護等の理由により、知能指数の数値や障害の程度の数値の情報等に限定していると報告されている。療育手帳の判定プロセスにおける検査結果（判定結果以外）に関しては、申請者の居住自治体（交付主体除く）には 7 割が提供していない状況であった。一方、市町村における判定結果の必要性は、「すべてのケース」が 45.8%、「一部のケース」は 24.1%で、総計 70%が必要としていると回答している。相談支援事業者に関して、情報を取得していないが 50.9%であるが、相談支援事業者自身の必要性は、「すべてのケース」が 48.6%、「一部のケース」は 34.7%

で、総計 80%以上が必要としていると回答している。ZZ 判定プロセスにおける貴重なアセスメントなどの情報が、本人のサービス等利用計画の作成に必ずしも活かされていないことも報告されている。

●統一化を再度考える

療育手帳制度が始まってから 50 年ほどが経過しており、療育手帳が国の障害福祉のサービスが乏しい時代に、自治体独自のサービスを発展させてきた意味は大きいものがある。それが、全国の判定区分（等級）が全国で 2 から 7 までと多様なものとなってきた背景にあるのでないかと推定される。また、それぞれの自治体固有のサービスの異なりを生み、新たな自治体に転居したときにサービスが使えなという事態を引き起こしている一因とも考えられる。近年では、障害福祉サービス・障害児支援サービス等の整備が進み、手帳制度を利用せずとも必要な支援を受けることができる基盤整備が進められている背景も含め、あらためて、療育手帳制度の目的、その利用方法を整理し、「福祉の増進に資する」という目的を実現させる制度運用が求められる。

一方、判定基準の統一化により、知的障害児者が従来受けられていたサービスが受け入れられない状況になることの危惧が指摘されている。特に、市町村独自のサービスについては、等級を含めて現状と大きくかけ離れた場合、これまで利用できていた制度、サービスを利用できなること可能性があることが報告されている。また、アセスメントツールの統一により、検査時間や費用負担の増加、乳幼児の取り扱い、重度・最重度の取り扱い、申請から手帳発行までの長期化など判定業務に混乱が生じる可能性があることも考慮する必要がある。

このように、「療育手帳の統一化」を求める声は共通しているが、統一化は、知的障害児者とその家族に利益・不利益が生じる可能性が想定される。統一化の実現の際には、本人、家族、関係者のコンセンサスを得ながら不利益に対応していく視点が重要である。

相談支援事業者からは、「そもそも、医療モデルでの判定基準を進めていくことは、国際的にみたときに異質であるという認識。判定方法がそもそも医療モデルを脱し、少なくとも生活モデルや社会モデルに変えていくのであれば統一する意味がある。しかし、現行の医療モデルのままでの統一は、現場の混乱を招くのみだと思う。(令和 4 年度総合福祉推進事業報告書)」という意見は、統一のあり方に関する根本的課題を提起している。近年の障害福祉が目指すものから言えば、療育手帳は、知的障害児者が主体として自らの決定によってどこの地域でも豊かな生活していくために、関係者が共有すべき不可欠な情報である。このような情報を共有していくことが、知的障害者の意思決定支援を含めた地域おける権利擁護支援の体制を構築していくことにつながっていくという認識が必要になっている。

③　その他運用の統一可能性に考え方(再判定の考え方、医学的所見等の取扱い、その他等統一が望ましく検討が必要と考えられる事項)

●再判定の考え方

定期的な見直しは、既存調査においても指摘されているところである。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。例えば、再判定・更新については、厚生労働省の通知において、交付後も障害の程度の確認が必要であるとの考えの下、原則 2 年後、ただし障害の状況から見て 2 年を超える期間を指定してもさしつかえないものとされて、各都道府県・政令市では、年齢や状態に応じて再判定の時期を定めている。令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書においても再判定期間の

設定方法として「年齢と区分に応じて設定（48.9%）がもっと多い。定めている知能指数の上限は「50～60 以下」で設定している場合が最も多く 29.6%となっている。再判定・更新による本人・家族の負荷と判定機関の業務負荷も報告されている。検討委員会委員からは、最重度・重度の場合は程度が変わらないと考えられ、知的能力の重篤さで再判定の有無や時期を検討してはどうかといった意見もあった。判定機関からは、判定ケースの増加、職員不足等の課題が寄せられており、実際に令和 3 年度の全判定件数の約 4 分の 3 は再判定で交付した件数であった。業務負荷を軽減する方策は複数考えられる（例：再判定の件数を減らす、判定以外の業務を軽減させる、判定機関以外での判定を可能とする等）が、いずれにせよ、現状の判定体制・状況を考慮した統一の検討が必要である。

●医学的所見の取り扱い

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書によれば、判定における医師の診断書や医学的所見の確認の有無「確認している」が 85.5%、「確認しない」が 14.5%となっている。医学的所見の確認方法「自施設の医師の診断」の割合が最も高く 72.2%となっている。次いで、「診断書の提出（57.7%）」、「主治医への照会（20.1%）」となっている。判定機関として医学的所見を確認する医師の条件「精神科医」の割合が最も高く 69.6%となっている。次いで、「児童精神科医（41.8%）」、「小児科医（30.4%）」となっている。医師の診断書や医学的所見を確認する対象者は、「その他」の割合が最も高く 36.6%となっている。次いで、「全員が対象（27.8%）」、「知能指数が境界域の者（26.8%）」となっている。医学的所見を一度はとっておくことは必要であると考えるが、地方自治体には、医師の確保と業務に組み込むことよる過大の負担が生ずる課題がある。

●その他

療育手帳の判定・運用に係る統一化に向けたプロセスに関することの課題が報告されている。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。調査研究事業では、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を保持する方が非該当となる可能性への懸念、手帳等級に基づく福祉サービスや各都道府県・市区町村の事務に関する経過措置が必要であると報告がされている。判定基準等の統一の方向性に関する懸念も見られており、統一化のプロセスにおいては、本人・家族、関係機関のコンセンサスを得ながら、不利益が生じる場合にはその不利益への対応を丁寧に行っていくことが重要である。

３．療育手帳判定方法統一時に受けられなくなる支援対象や内容と対応

(1)受けられなくなると想定される対象

交付主体・市区町村・相談支援事業所への各調査において、療育手帳の判定方法や基準等を統一することで、本人や家族への支援に影響があると懸念されると報告されている(令和 4 年度総合福祉推進事業報告書)。判定方法や基準等の統一により、これまでのサービスが利用できなくなる可能性等の懸念があった一方で、統一化を求める意見も見られた。既存の調査でも指摘されているように、調査研究事業においても、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を受けている方が非該当となる可能性、手帳等に紐づく国の福祉サービスや各都道府県・市区町村独自のサービス利用への懸念がある。

療育手帳判定方法・等級（上限等を含む）などの認定基準の全国的な統一を図ったとき、従前のサービスが受けられるかどうかは、認定基準をどのように設定するかによるので、どのサービスが

受けられなくなるかを明確に措定することは困難である。あくまで、その可能性についての想定の域は出ることはできない。知能指数 70〜75 を超えている者、知能境界域の障害児者、あるいはそれらに相当する発達障害児者が対象となると想定されている。

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書では、知能指数が 70〜75 を超えて療育手帳を出しているのも、地方自治体がその人にとってサービスの必要性を認識して、他の手帳ではニーズが満たされない理由等その特殊性を理解して対応している場合があることが報告されている。一般的な知能指数の上限値を超えて手帳の支給を行っているのは、それぞれの理由があることであり、地方自治体の運用への是正だけでなく、現行制度の運用等の改善を引き続き検討していく必要がある。

(2)受けられなくなる想定されるサービス

統一という「枠組み」を作ることにより、療育手帳と紐付いていないとされる現在受けている障害福祉サービス(障害者総合支援法や児童福祉法に基づく介護給付や自立給付などのサービス、特別児童扶養手当、障害者基礎年金など)も受けられなく可能性は依然としてある。地方自治体の現場では、手帳制度がサービス利用のパスポート的役割を果たし、重要な機能を維持し続けている。最大の課題は、現行の知能指数 70〜75 以上の知的障害者が療育手帳を取得し、さまざまなサービスや手当等を受給している場合には、知能指数の上限を 69 以下とすれば手帳の取得そのものが困難になり、サービスを受けることも困難になる。サービスや手当を受けてきた人の取り扱いと、新規に手帳を取得しようとする人との間に、差異が生じないように配慮していく必要がある。場合によれば、差別的取り扱いの課題が生じる可能性がある。

(3)影響・懸念への対応

従来は知的障児者として療育手帳の対象となっていた者が、今後、療育手帳が統一され、知的障害の範囲や判定基準がかわることにより影響を受けると想定される対象に発達障害児者が想定される現在は各地方自治体の裁量により手帳制度を取得しているグループである。発達障害者支援法成立時には、知的障害のある自閉症などの発達障害児者には引き続き療育手帳を、知的障害のない発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳の利用を前提として、発達障害者支援手帳（仮称）制度の創設は見送られた。

2011 年のつなぎ法において、及び 2012 年の障害者基本法の改正において，障害の定義が「精神障害（発達障害）」を含むとされたことにより、発達障害が精神障害に含まれることが明記された。それ以後、発達障害児者が精神障害者保健福祉手帳を取得していくことは、成人期の就職の場面においては一般的になりつつある。しかし、今後、療育手帳制度の運用や判定の統一により、非該当となる人たちに、療育手帳制度の取得でなく、精神障害者保健福祉手帳の取得を積極的に進めていくためにはハードルを低くしていく必要がある。現行の精神保健福祉法の制度施策が、統合失調症などの大人を前提したものとなっていて、大人の発達障害者を対象としたサービスや支援などは想定されていない。また、精神障害のある児童への取り組みは極めて限定されたものとなっている。精神障害に対するスティグマは減じられてきたが、児童が精神障害者保健福祉手帳を取得するのが一般的になるためには、精神障害そのものへの理解と子どもの時期の精神障害への対応が充実したものにならなければならない。家族が、発達障害のある子どもに精神障害者保健福祉手帳を積極的に取っていく動機をもつ仕掛けが必要である。精神保健福祉法に発達障害者に対応するサービス等を充実させ、児童期にも開かれたものとし

ていく必要がある。具体的には以下の事項が考えられる。

① 精神保健福祉法に現行の第五条「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう」に「発達障害」を入れること。

② 現行のひきこもり対策などを通して。発達障害侍者の精神保健福祉対策を拡充していくこと。

③ 児童福祉における「こどものメンタルヘルス」対策の充実は及び母子保健の早期発見・早期対応を行い、必要に応じて精神障害者保健福祉手帳の取得を受け易くし、児童の多様なサービスに結びつける。

児童福祉は、2024 年度から子ども家庭庁の管轄となった。子どものメンタルヘルスの観点から子どもの精神障害に取り組んでいくことが重要である。その際、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準」も児童期に対応した内容にする必要がある。

C. 結論

アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第 5 版・DSM-5』は神経発達症群を、知的能力障害群、コミュニケーション症群、限局性学習症、運動症群、自閉症スペクトラム症、注意欠如・多動症に分類している。知的障害が発達障害の一群として明記された形となっている。その後、ICD-10（『国際疾病分類第-0 版』）が第 11 版に変更された。概ね、DSM-5 と同じ方向であり、今後は、発達障害支援法の対象に、知的障害を含めることを念頭に知的障害と発達障害の関係を法的に整理していくことが必要である。

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の 85%が軽度、10%が中度、3～4%が重度、1～2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016 年の発達障害者支援法改正法衆参附帯決議における、「これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること。」とは、発達障害の定義の中に知的障害を入れることを求めた決議と理解できる。知的障害を発達障害支援法の対象として、同じようなニーズを持つ群として制度・施策を構築していくことである。障害者基本法第二条（定義）において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）と規定している。この定義からすれば、身体障害と精神障害（発達障害（知的障害））という構図となろう。これらの障害をもつ者に共通しているのは、判断能力に困難性を抱えていることである。あるいは、意思決定支援の必要は人たちとも言えるだろう。今後は、知的障害者の意思が尊重された地域生活に役立つ、新たな療育手帳制度が創設されることが望まれる。

文献

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

パール・バック：著, 伊藤　隆二：訳、「母よ、嘆くなかれ、法政大学出版局､1993 年

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

「療育手帳制度についての一部改正について」厚生労働省発障 0401 第 4 号、令和 2 年 4 月 1 日、各都道府県知事、指定都市市長　中核市

市長宛て、厚生労働事務次官
「転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について」(平成五年六月二二日)(児障第四二号)(各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長あて厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)
「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知)
平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書平成 31 年 3 月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会
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
令和 2 年～3 年厚生労働科学研究「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」
令和 4 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 5 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 4 年～5 年厚生労働科学研究『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」
DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】高橋三郎・大 裕・染 俊幸【訳】、2002　医学書院
DSM-V 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】、日本精神神経学会（監修)，高橋三郎 ，大野 裕 【訳】、2014、医学書院
令和 4 年 5 月、発達障害者支援法の一部を改正する法律附帯決議（平成二八年五月二四日）

D.. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

F. 知的財産権の出願・登録情報

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）
研究分担報告書

療育手帳制度における諸課題における検討

―特別児童扶養手当との関連，判定に必要な成育歴情報，再判定期間に関するレビュー―

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

【研究要旨】

本研究では療育手帳制度における諸課題について、特別児童扶養手当との関連や療育手帳判定時に必要な成育歴情報、療育手帳の再判定期間を取り上げ、医学的な観点や先行研究のレビューから検討を行った。その結果、療育手帳や特別児童扶養手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと考えられた。療育手帳判定で把握すべき成育歴の情報に関しては、養育状況などの生育環境、精神症状や学業成績などの子どもの状態、発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動、妊娠中の母胎の健康状態、染色体異常等の本人に係る医学的状態に関する情報の把握が必要と考えられた。療育手帳の再判定に関して、海外における知能や適応行動の安定性や変化に関するレビューから、概ね 18 歳未満では 3 年程度、18 歳以上では 5 年程度と年齢によって適切な再判定期間が異なるとともに、知的障害のある者でも程度によって安定性が異なることや、精神疾患への罹患等による後天的な機能低下が起こりうることから、申請制による再判定の機会を設けることも必要であることが示された。

A. 研究目的

知的障害に関しては、ICD-11 に則った診断基準や判定の設定とともに、従来の療育手帳制度における諸々の課題をどのように扱うかということも不可避である。本研究ではこのうち、療育手帳判定に用いる情報と多くが重複している特別児童扶養手当との関連や、療育手帳判定時に必要な除外診断のための成育歴情報、療育手帳の再判定期間、の 3 点についての検討を行う。

B. 各検討点の整理

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

1－1 知的障害・発達障害のある子どもに対する経済的支援

障害児者への経済的支援は所得保障と出費の軽減に大別され、前者では成人を対象とした障害年金および特別障害者手当、児童を対象とした特別児童扶養手当および障害児福祉手当が、後者では自立支援医療や自治体による医療費助成、障害児者を対象とした福祉サービス利用の自治体負担、交通運賃やテーマパーク入場料の割引などが挙げられる（青木，2022）。知的障害・発達障害のある子どもがいる家庭では、所得保障のために特別児童扶養手当および／または障害児福祉手当の受給を検討し、出費の軽減を含む障害児向け福祉サービス利用のために療育手帳および／または精神障害者保健福祉手帳の取得を検討することになる。

1－2 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定手続き適正化に向けた取り組み

現行の特別児童扶養手当の認定手続きでは、認定率が自治体間で大きく異なる可能性が指摘されてきた（齋藤，2019；本田，2022；本田，2024）。平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業「特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究」（齋藤，2019）、令和 2 年度～令和 3 年度厚生労働科学研究「特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究」（本田，2023）、令和 4 年度～令和 5 年度厚生労働科学研究「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究」（本田，2024）では、これらの課題の分析を行い、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）および障害児福祉手当（精神の障害用）の認定診断書の改定案および等級判定ガイドラインの作成を行ってきた。

認定の地域差に関して令和 2 年度に行った全国調査では、40 の自治体から得られた特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定結果のデータ 4,419 件の分析で、認定率（1 級または 2 級と判定される比率）は 33.6%から 100%の範囲であり、自治体間で大きなばらつきがあった（本田，2023）。認定診断書の改定案作成では、様々な診断と重症度の模擬症例 11 例に対して日本児童青年精神医学会の医師会員に診断書の記入を依頼し、626 名より回答を得た。認定診断書案の記入内容を統計解析した結果、「障害のため要する援助の程度」の判定において、妥当性と評価者間信頼性のいずれもが一定の基準を満たしていることを確認した（本田，2023）。さらに、模擬症例に対する認定診断書について、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医 71 名に等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。44 名（62.0%）から回答があり、一定の妥当性と評価者間信頼性が得られた。（本田，2024）。この研究班で作成した認定診断書改定案に診断医が記入し、等級判定ガイドライン素案に沿って認定医が判定するという手続きを導入することによって、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）における認定の地域差の解消が期待される。

1－3 障害者手帳と年金／手当の関係に関する課題

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害児福祉手当は医療機関で診断書を作成することが多い。手帳や手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイ

ミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、精神障害者保健福祉手帳や手当の申請に際しては、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。

日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報

2－1　環境要因

知的障害は発達期に生じる障害で、知的機能と適応機能の両者が制限されることで定義される。重度の知的障害の場合は 2、3 歳の低年齢で気づかれるが、軽度の人は学業の困難がある学齢期にまで確認できるようにならないことがある。重症度が発達とともに変化することはありうるが、一般的には障害が生涯にわたる。知的障害であれば、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。

知的障害を判断する時期は幼児期から成人期まで多岐にわたる。幼児期において注意すべきは、子どもの養育環境である。特に乳幼児期における極端な心理社会的剥奪は言語発達や対人交流などの特定の精神機能にネガティブな影響を与える。社会的剥奪による子どもの状態は、子どもがより好ましい環境に移った後に大幅に改善することがある。したがって、養育環境に明らかな問題がある場合には知的障害の診断は慎重にすべきであり、まず養育環境の改善をはかる必要がある。しかし、発達に十分な刺激が得られる好ましい環境に一定期間過ごした後でも、診断要件を満たす場合には知的障害と診断する。

学童期以降に知的障害を診断する場合には、生育歴を聴取する際に精神疾患の可能性も考慮する必要がある。精神疾患を発症した場合には、少なくとも一時的には適応行動能力・知能テストで測定される数値のどちらも低下する可能性がある。

多くの精神疾患は児童期にも発症する。知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。

一方、知的障害のある人に精神疾患が合併することも珍しくない。その場合は併存診断がなされるべきである。子どもの精神疾患を評価する際には、発達レベルおよび知的機能に適した方法を用いて精神症状や知的能力を評価することが必要であり、過去の発達歴と現在の状態をよく知る人の情報が不可欠である。

統合失調症、気分障害などの精神疾患は乳幼児期に発症することは通常なく、発達期のある時点から行動の変化や精神症状が出現する。精神症状が出現した後に知的機能・適応行動のアセスメントを行えば知的障害と誤診する可能性がある。

知的障害の場合には、発達早期から対人交流、コミュニケーション能力、行動コントール、社会的状況における危険の判断、集団適応能力の課題があり、学齢期では学校適応や学業成績に課題があることが多い。一方、知的障害のない精神疾患では精神疾患の発症までは、知的機能・適応行動の障害は通常ないと考えられる。

精神疾患のために知能テストの結果が低下することがあるので注意が必要である。代表的な状況を下記にあげる。

・抑うつ症候群・うつ病

うつ病・うつ状態では興味の消失、不眠、制止（思考や動作が通常より緩慢になる）などの症状のために本来の能力を発揮できない。

・統合失調症

統合失調症では思考障害、発話の統合不全（話が脱線する、話していても意味を成さない)、行動が緩慢になる（カタトニア）などの症状があり、精神状態によっては極めて低得点になる。一方、薬物療法などにより精神状態が改善すると高得点をとることがある。

・不安症

不安や緊張のためにテスト場面で設問に答えられず、低得点になることがある。

・強迫症

こだわりのために確認などを繰り返し、時間制限のある課題では低得点になることがある。

このような精神疾患があるとテスト場面での成績は低下しやすい。また適応行動についても精神疾患の症状が存在すると、通常の状態よりも低下する。従って、テストの実施者は単にマニュアルにそって数値を出すだけでなく、子どもの現在と過去の状態を把握することが必要である。

生育歴・現在の状態について聴取すべき環境要因・本人の状態について下記のような情報が含まれる。

・生育環境

社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待

・子どもの状態

発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動

2－2　身体面

妊娠中の母胎へのアルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素などへの曝露は胎児の神経系の発達に悪影響をもたらし、知的障害の原因となり得る。ただし、妊娠がわかる前に飲酒をしていること、妊娠中の身体不調などに対して、医師の指示のもとで鎮痛剤などの服用をしていることは極めて一般的である。妊娠中の飲酒や薬物服用の有無について直接的に問うのではなく、妊娠中の健康状態をざっくりと聞いて、参考にするのが良い。

新生児仮死、極度の低出生体重、West 症候群などのてんかん、ダウン症などの染色体異常、未治療のクレチン症などのような代謝異常も高率に知的障害を併存する。さらに出生後の発達は正常であっても、発達の過程で、脳炎、脳腫瘍(術後を含む)、低酸素脳症、頭部外傷などのような脳器質的障害によって、知的能力が低下する場合も、18 歳未満にその低下が起こった場合には、知的障害の定義に含まれる。このような場合には、正常発達の後に、これらの中枢神経系への障害を伴い、知的能力が低下したという明確な時間関係を把握する必要がある。

知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目を考慮に入れ、単にはじき出された数字だけで、知的障害に含めてしまう可能性は排除しなければならない。具体的には、運動障害、聴力障害、視覚障害が含まれる。

従って、生育歴において聴取すべき身体面の情報は下記の通りである。

・母胎の問題

妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

・その他

1）知的障害と関連しうる本人の医学的状態

・新生児仮死
・極度の低出生体重
・脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
・染色体異常
・先天代謝異常

２）検査結果の判断時に考慮すべき項目
・運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

療育手帳の再判定期間については自治体によって異なり、また成人を境に再判定の有無など実態は様々となっており、具体的な再判定期間が明示されていない自治体もある（東京都，2023；埼玉県，n.d.；香川県，2024：兵庫県，2022）。では、科学的な視点からは知能や適応行動の再判定にはどの程度の期間を置くことが妥当なのか。知能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューから、療育手帳の再判定期間について検討する。

3－1　知能の安定性

はじめに、一般人口における知能の安定性に関する研究を概観する。Lothian Birth Cohort 1921 の参加者を対象とした研究では、Moray House Test No. 12 を用いて 106 名を対象に 11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、r = .54 の強い正の相関が見られたことを報告している（Deary et al., 2013）。また、同様に Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、Moray House Test No. 12 を用いて 11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11－70 歳間で r = .67、11－79 歳間で.66、11－87 歳間で.51 と加齢とともに減少していく傾向が報告されている（Gow et al., 2011）。これらから、年数が経つほど変化が見られるものの、人間の知能は一生涯を通じて一定の安定性を有していることがうかがえる。また、成人以降での知能の安定性について、262 名を対象とした縦断研究で 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳の知能との標準化回帰係数の変化を調べた研究では、.95 から.94、.86 と高い値が維持されている一方、特にワーキングメモリーが強く関連していることが示唆されている（Rönnlund et al., 2015）。

これまでは児童青年期から壮年期・老年期における知能の安定性の報告であったが、より短期間での安定性についてはどうであろうか。Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies のデータを用いた 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施し、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況（SES）と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された（Schneider et al., 2014）。また、この研究では知能によるサブグループ解析も行っており、IQ で三分位に分けた下位の平均 IQ93（SD = 6.0）の低 IQ 児群、平均 IQ108（SD＝3.6）の平均 IQ 児群、平均 IQ121（SD＝4.3）の高 IQ 児群を比較すると、IQ の経時的安定性は高 IQ 児よりも低 IQ 児の方が高いことが示されている（Schneider et al., 2014）。また、知能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の対象者において、年齢ごとでの知能の安定性を検証した結果、知能の自己相関係数は 7 歳未満では r_{tt}＜0.7 である一方、7 歳以上では r_{tt}＝0.7–0.8 とやや安定し、成人では r_{tt}＞0.8 と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている（Breit et al., 2024）。このように知能は一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期といった発達段階でも安定性の変動が見られることが示されている。

3－2　知能検査の再検査信頼性

知能の安定性とともに、検査ツールの再検査信頼性の点からの検証も行われている。児童青年 344 名（男子 66%、初回検査年齢平均 8.74 歳（6.1–14.3 歳）、再検査年齢平均 11.6 歳（7.5–16.6 歳））を対象に WISC-IV の安定性を検証した研究では、平均検査間隔 2.84 年で言語理解（VCI）と知覚推理（PRI）、ワーキングメモリー（WMI）、処理速度（PSI）、全検査 IQ（FSIQ）の再検査信頼性（相関係数）はそれぞれ、r = .722、.756、.655、.649、.815 であり、FSIQ が比較的高い一方、4 つの指標得点は若干低い結果となった（Watkins & Smith, 2013）。また、児童青年 225 名（男性 160 名、女性 65 名、初回検査年齢平均 9.1 歳（6.1–14.8 歳）、再検査年齢平均 11.7 歳（7.4–14.8 歳））を対象に WISC-V の安定性を検証した研究では、平均 2.6 年の間隔を空けた再検査信頼性（相関係数）は FSIQ で.86、VCI で.84、視空間（VSI）で.82 と比較的高い一方、流動性推理（FRI）で.69、WMI で.74、PSI で.77 と若干低いことが報告されている（Watkins et al., 2022）。このように児童青年期においては 2〜3 年ほどで、知能検査の結果に変動が起こりうることが示唆されている。

3－3　適応行動の軌跡と変動

知能の安定性や変動性がみられる一方、知的障害の診断基準のもう一つの柱となる適応行動の安定性はどうであろうか。Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study) の参加者 994 名とその母親 893 名を対象に、一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告しており、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた（Nishimura et al., 2022）。中でも、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ（平均 78.4）や社会性の問題（SRS-2 平均得点 54.8）が見られ、適応行動と知能や社会性の問題との関連が示されている（Nishimura et al., 2022）。軽度の知的障害のある児童青年 40 名（男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9）を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測したことが報告されている（Gravråkmo et al., 2023）。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能の獲得に介入支援が効果的であることが示されている（Burns et al., 2019）。支援による適応行動の改善もみられるものの、知的障害児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behaviour Checklist による把握で 38%、Child Behaviour Checklist で 49%が問題を有することが示され、注意欠陥・多動性障害（39%）、不安障害（7–34%）、行為障害（3–21%）、うつ病（3–5%）がみられた（Buckley et al., 2020）。このように、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

3－4　精神疾患による影響

先述のとおり、知的障害者が精神疾患になりうるリスクも懸念される。成人の知的障害者 16–64 歳に Psychiatric Assessment Schedule for adults with Developmental Disability (PAS-ADD) による面接を行って検証した研究では、精神疾患全体の有病率は一般人口とほぼ同じである一方、統合失調症と恐怖症がそれぞれ 0.4%と 1.1%高いことが報告されており、知的障害が後天的な精神疾患のリスク因子であることが示されている（Deb et al., 2001）。

特に統合失調症に関しては、認知機能へのネガティブな影響が示されており、自閉スペクトラム症（ASD）と統合失調症の知能検査結果に関する 6 つの研究についてメタ分析を行った研究では、16–41 歳の年齢範囲で ASD190 名（平均 IQ98.0）、統合失調症 260 名（平均 IQ90.8）における WAIS の結果を比較したところ、統合失調症の者が ASD 者より有意に低い得点であったことが報告されている（Kuo & Eack, 2020）。また、統合失調症患者 223 名（平均 30.8 歳）と双極性障害患者 175 名（平均 34.0 歳）の知能の軌跡を検証した研究では、Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence により測定した IQ の程度で 3 つのクラスターが得られ、知能に影響が見られない群（平均 IQ118.3、*SD* = 6.5）や軽度の認知障害を伴う群（平均 IQ103.1、*SD* = 4.5）では同程度の割合であったものの、全般的な認知機能の障害がみられる群（平均 IQ85.0、*SD* = 7.2）では 73%が統合失調症患者であったことが報告されている（Vaskinn et al., 2020）。本稿の 2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報で記したように、療育手帳判定の際には成育歴等の情報から先天的な知的障害と後天的な知能低下を識別する必要があるが、知的障害者が統合失調症に罹患する併存疾患による一層の機能低下も懸念される。

C. 結論

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

療育手帳や特別児童扶養手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。そのため、日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な除外診断のための成育歴情報

知的障害は発達期に生じる障害である。重症度が発達とともに変化することはありうるが、一般的には障害が生涯にわたり、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。しかし、養育環境に明らかな問題がある場合には、知的障害の診断は慎重にすべきである。さらに、知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。判定の際、検査の実施者は単にマニュアルにそって数値を出すだけでなく、子どもの現在と過去の状態を把握することが必要である。

妊娠中の母胎へのアルコール等は知的障害の原因となり得るため、妊娠中の健康状態を聴取して参考にするのが良い。正常発達の後であっても、中枢神経系への障害により知的能力が低下したという明確なケースの場合、時間関係を把握する必要がある。知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目は検査の結果に影響を及ぼすため、運動障害、聴力障害、視覚障害の有無を把握する必要がある。

まとめると、療育手帳の判定の際、以下の申請児者の成育歴の情報を把握することが必要である。

（1） 生育環境
　　社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待
（2） 子どもの状態

発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動

(3) 母胎の問題

妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

(4) その他

(ア) 知的障害と関連しうる本人の医学的状態

・新生児仮死
・極度の低出生体重
・脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
・染色体異常
・先天代謝異常

(イ) 検査結果の判断時に考慮すべき項目

・運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

先行研究のレビューから、知能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された（Deary et al., 2013; Rönnlund et al., 2015）。また、一般的に再検査の間隔が短期間であるほど相関係数は高いものの（Schneider et al., 2014）、幼児では変動が比較的大きく、7 歳以上でやや安定し、成人以上では 5–6 年は安定する傾向が示された（Breit et al., 2024）。知能検査の再検査信頼性の検証結果から概ね 3 年ほどで FSIQ や各指標の相関係数が.70–.80 程度になることを踏まえると（Watkins & Smith, 2013; Watkins et al., 2022）、知能の再判定については 18 歳未満では 3 年程度、18 歳以上では 5 年程度の間隔を空けることが妥当であると思われる。ただし、低 IQ 群では知能の安定性が高いことや（Schneider et al., 2014）、成人以降では高い安定性が示されているため（Breit et al., 2024）、すでに重度・最重度の 18 歳以上の知的障害者については、再判定の必要性は低いものと考えられる。

適応行動に関しては、発達段階による変動とともに、IQ や社会性の程度との関連で軌跡のパターンが異なることが示された（Nishimura et al., 2022）。また、日常生活技能は獲得可能で介入支援の効果がみられること（Burns et al., 2019）、一方で知的障害児者では健常者よりメンタルヘルスの問題や精神疾患のリスクが高いことから（Buckley et al., 2020）、一定期間での改善・悪化の可能性が示唆される。

さらに、精神疾患による認知機能と適応行動の低下のリスクや（Deb et al., 2001; Kuo & Eack, 2020; Vaskinn et al., 2020）、実行機能が適応行動を予測することを踏まえると（Gravråkmo et al., 2023）、知能と同様に一定期間での再判定を行うとともに、著しい環境変化や状態の悪化に応じた再判定を可能とするために、知的障害者本人や家族などからの申請による再判定の機会の設定も必要と考えられる。

ただし、実際には各自治体の再判定期間や実施体制は様々であるため、今回提示した間隔での再判定を実施することが現実的に困難であることも想定される。全国での統一や現場への導入にあたっては、各自治体・機関の実態を把握して共に検討することで、実現可能な方策を見出すことが重要と思われる。

文献

青木聖久.（2022）. 経済的支援を受けたいとき－精神障害がある人の所得保障と出費の軽減へのアプローチ－. 精神科治療学, 37(12), 1305-1310.

Breit, M., Scherrer, V., & Preckel, F. (2024). The stability of cognitive abilities: A meta-analytic review of longitudinal studies. Psychological

Bulletin, 150(4), 399–439.

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 review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 54(19), 970–984.

Burns, C. O., Lemon, J., Granpeesheh, D., & Dixon, D. R. (2019). Interventions for Daily Living Skills in Individuals with Intellectual Disability: a 50-Year Systematic Review. Advances in Neurodevelopmental Disorders, 3, 234–245.

Deary, I. J., Pattie, A., & Starr, J. M. (2013). The stability of intelligence from age 11 to age 90 years: the Lothian birth cohort of 1921. Psychological Science, 24(12), 2361-2368.

Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. Journal of Intellectual Disability Research, 45(6), 495-505.

Gow, A. J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C. E., Roberts, B., Starr, B. J., & Deary, I. J. (2011). Stability and Change in Intelligence from Age 11 to Ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. Psychology and Aging, 26(1), 232–240.

Gravråkmo, S., Olsen, A., Lydersen, S., Ingul, J. M., Henry, L., & Øie, M. G. (2023). Associations between executive functions, intelligence and adaptive behaviour in children and adolescents with mild intellectual disability. Journal of Intellectual Disabillities, 27(3), 715-727.

本田秀夫（研究代表者）.（2022）. 令和 2 年度～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）：特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究　令和 2 年度～3 年度 総合研究報告書.

本田秀夫（研究代表者）.（2024）. 令和 4 年度～令和 5 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）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究 令和 4 年度～ 5 年度 総合研究報告書.

兵庫県.（2022）. 療育手帳について Q&A. 県立知的障害者更生相談所とは.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf20/documents/titekishougaishakouseisoudanshoryouikutechouqanda.pdf

香川県.（2024）. 療育手帳. 香川県障害福祉相談所.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://www.pref.kagawa.lg.jp/shousou/syousou/ryouikutechou/kfvn.html

Nishimura, T., Kato, T., Okumura, A., Harada, T., Iwabuchi, T., Rahman, M. S., Hirota, T., Takahashi, M., Adachi, M., Kuwabara, H., Takagai, S., Nomura, Y., Takahashi, N., Senju, A., Tsuchiya, K. J. (2022). Trajectories of Adaptive Behaviors During Childhood in Females and Males in the General Population. Frontiers in Psychiatry, 13, 817383.

Rönnlund, M., Sundström, A., & Nilsson, L. (2015). Interindividual differences in general cognitive ability fromage 18 to age 65 years are extremely stable and strongly associated with working memory capacity. Intelligence, 53, 59–64.

埼玉県.（n.d.）. 療育手帳. 障害者手帳.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/ryouiku/ry

ouikutecho.html
齊藤万比古（研究代表者）.（2019）. 平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）：特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究 平成 30 年度 総括・分担研究報告書.
Sajewicz-Radtke, U., Jurek, P., Olech, M., Łada-Ma´sko, A. B., Jankowska, A. M., & Radtke, B. M. (2022). Heterogeneity of Cognitive Profiles in Children and Adolescents with Mild Intellectual Disability (MID). International Journal of Environmental Research and Public Health, 19, 7230.
Schneider, W., Niklas, F., & Schmiedeler, S. (2014). Intellectual Development from Early Childhood to Early Adulthood: The Impact of Early IQ Differences on Stability and Change over Time. Learning and Individual Differences, 32, 156–162.
東京都福祉局.（2023）. 愛の手帳. 東京都心身障害者福祉センター.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/jicen/ji_annai/a_techou.html
Vaskinn, A, Haatveit, B., Melle, I., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2020). Cognitive Heterogeneity across Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cluster Analysis of Intellectual Trajectories. Journal of the International Neuropsychological Society, 26, 860–872.
Watkins, M. W., Canivez, G. L., McGill, R. J., Pritchard, A. E., Holingue, C. B., & Jacobson, L. A. (2022). Long-term stability of Wechsler Intelligence Scale for Children–fifth edition scores in a clinical sample. Appl Neuropsychol Child, 11(3), 422–428.
Watkins, M. W., & Smith, L. G. (2013). Long-Term Stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition. Psychological Assessment, 25(2), 477–483.

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　2 件

岡田　俊（2023）. 知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから. 日本精神神経学会総会プログラム・抄録集, 119, S279.

本田秀夫：障害児のいる家庭への経済的支援に関する制度の課題. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会，弘前，11.16, 2023.

F. 知的財産権の出願・登録情報

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

ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－

研究分担者　村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系

小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科

髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

【研究要旨】

本障害者政策研究事業では、療育手帳の判定に用いる知的機能および適応行動を簡便に評価できるツールを作成することを目的としている。しかし、現行の療育手帳の交付・判定状況を踏まえると、本研究事業において、知的発達症の国際的な診断基準に準拠するツール（ABIT-CV：Adaptive Behavior and Intelligence Test for Clinical Version）を開発するだけでは、各判定機関において ABIT-CV を利用する環境が整わず、療育手帳の判定のあり方の統一は図れない。したがって、本研究班が開発・標準化する ABIT-CV の社会実装を促進するため、本研究は療育手帳の判定・交付を行う機関の職員を対象とする ABIT-CV の説明会を開催し、当該説明会に関するアンケートを精査することを目的とした。2023 年度に ABIT-CV に関する説明会を全国 6 地区、7 か所／地域で実施し、療育手帳の判定交付機関で勤務する職員等 366 名が本説明会に参加した。説明会後のアンケートの結果、参加者の 9 割以上が説明会の内容を「わかりやすかった」と評価すると共に、提示した情報量を「適当」と評価した。ABIT-CV の社会実装（療育手帳の判定に ABIT-CV を利用する）に向けた質問の回答から、ABIT-CV の実施に関する継続的な研修が必要であると共に、その研修の一部として、より実践的な研修が含まれることが望ましいことが示唆された。

A.　研究目的

知的発達症（Disorders of Intellectual Development；つまり、知的障害）を呈する児者への福祉の増進を目的とする療育手帳制度は、昭和 48 年（1973 年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第 156 号）に基づき、現在まで運用されている。先行研究において、療育手帳の判定方法および交付基準にバラつきがあり（例えば、村山・浜田, 2022）、それによって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）、知的発達症を含む神経発達症の特性を呈する児者へ

の支援に関する地域間の不公平を引き起こしていることが報告されている（本報告書研究分担報告「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」を参照）。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。

本障害者政策研究事業では、療育手帳の判定・交付に関する現状の解決（療育手帳の判定・交付基準の統一化）を促進するため、療育手帳の判定に用いる知的機能および適応行動を簡便に評価できるツールを作成することを目的としている。しかし、療育手帳制度に関する通知がなされて以降、長年に渡り各療育手帳の判定機関では多種多様なアセスメントツールが使用されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング, 2024）。このような状況を勘案すると、本研究事業において、知的発達症の国際的な診断基準に準拠するツール（ABIT-CV：Adaptive Behavior and Intelligence Test for Clinical Version）を開発するだけでは、各判定機関において ABIT-CV を利用する環境が整わず、療育手帳の判定のあり方の統一は図れない。

したがって、我々が開発・標準化する ABIT-CV の社会実装を促進するため、本研究は療育手帳の判定・交付を行う機関の職員を対象とする ABIT-CV の説明会を開催し、当該説明会に関するアンケートを精査することを目的とする。

B. 方法

１．説明会の参加者（調査対象者）

本研究班が開発した ABIT-CV（2022 年度報告書を参照）に関する説明会は全国 6 地区、 7 か所／地域で実施された。具体的には、関東地区（神奈川県川崎市および東京都で実施）、九州地区（福岡県で実施）、東海地区（岐阜県で実施）、東北地区（宮城県仙台市で実施）、中国地区（広島県で実施）、関西地区（奈良県で実施）、北海道地区で説明会を実施した。本説明会は 2023 年 12 月から 2024 年 3 月に実施された。

全体で、療育手帳の判定交付機関で勤務する職員等 366 名が本説明会に参加した。各地区での説明会の参加者数の内訳は関東地区が 114 名（神奈川県 38 名、東京都 76 名）、九州地区 46 名、東海地区 53 名、東北地区 29 名、中国地区 34 名、関西地区 62 名、北海道地区 28 名であった（Table 1）。

Table 1 ABIT－CVに関する説明会の参加者

地区	参加者数(人)	割合(%)	開催日
北海道	28	7.7	2024年3月15日
東北	29	7.9	2024年2月7日
関東			
東京都	76	20.8	2024年1月26日
神奈川県	38	10.4	2023年12月8日
東海	53	14.5	2024年3月5日
関西	62	16.9	2024年3月12日
中国	34	9.3	2024年2月20日
九州	46	12.6	2023年12月26日
合計	366	100	

参加した職員のうち、療育手帳の判定業務に 10 年以上携わる者が最も多かった（127 名、34.7%、Table 2）。それ以外の職員の判定業務歴はほぼ同程度であった（3 年未満：76 名、20.8%、6－9 年：72 名、19.7%、3－5 年：57 名、15.6%）。開催地区ごとの参加者の判定業務の経験年数について、他地区と比べて、関西地区では 10 年以上の判定業務歴がある職員が多く参加していた（Table 3）。一方、九州地区では、他

地区よりも、判定業務経験が 3 年未満の職員が多かった。

Table 2 参加者の療育手帳の判定歴

判定業務歴	人数	割合（%）
3年未満	76	20.8
3－5年	57	15.6
6－9年	72	19.7
10年以上	127	34.7
その他	14	3.8
無回答	20	5.5
合計	366	100

Table 3 各会場における参加者の判定業務歴の内訳

地区	判定業務歴					合計
	3年未満	3－5年	6－9年	10年以上	その他	
北海道	3 (12.5%)	2 (8.3%)	7 (29.2%)	8 (33.3%)	4 (16.7%)	24
東北	8 (30.8%)	8 (30.8%)	10 (38.5%)	10 (38.5%)	0 (0.0%)	26
関東						
東京	13 (18.8%)	13 (18.8%)	13 (18.8%)	25 (36.2%)	5 (7.2%)	69
神奈川	5 (13.2%)	11 (28.9%)	4 (10.5%)	14 (36.8%)	4 (10.5%)	38
東海	13 (25.5%)	7 (13.7%)	17 (33.3%)	14 (27.5%)	0 (0.0%)	51
関西	10 (17.2%)	6 (10.3%)	7 (12.1%)	35 (60.3%)	0 (0.0%)	58
中国	6 (17.6%)	8 (23.5%)	10 (29.4%)	10 (29.4%)	0 (0.0%)	34
九州	18 (39.1%)	7 (15.2%)	7 (15.2%)	13 (28.3%)	1 (2.2%)	46

2．説明会の概要

本研究班で開発した ABIT-CV に関する説明会は以下の内容で行った。

(1)　ICD-11 おける知的発達症の診断基準
(2)　療育手帳の判定に使用されるアセスメントツールの現状
(3)　ABIT-CV 開発の概要
　(ア) 開発の背景および意図
　(イ) 項目の開発
　(ウ) 予備調査（昨年度に実施した調査）の結果
　　① ABIT-CV の項目選定
　　② 信頼性・妥当性の検証
　　③ 知的発達症の識別精度
(4)　ABIT-CV の実施
　(ア) 乳児・幼児版
　(イ) 児童青年・成人版
(5)　質疑応答

いずれの地区でも同一の内容が説明され、説明会の時間は質疑応答を含めて 90 分であった。「（４）ABIT-CV の実施」では、参加者は研究班が作成した ABIT-CV の実施・採点マニュアルを参照しながら、就学前幼児および児童に対して ABIT-CV を実施した様子の動画を視聴した。

3．事後アンケート

説明会後に、参加者に事後アンケートを実施した。事後アンケートは 5 項目で構成され、内容および回答形式は以下であった。実際のアンケート票は巻末資料（Appendix 1）に示されている。

質問①　「判定業務の経験（これまでの合計年数)」－5 件法（1：3 年未満、２：3－5 年、３：6－9 年、４：10 年以上、５：その他）

質問②　「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」－3 件法（１：分かりやすかった、２：やや分かりにくかった、３：まったく分からなかった）

質問③　「本説明会での情報量は如何でしたか？」－3 件法（１：多すぎる、２：適当、

３：少ない）

質問④　「あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？」－自由記述

質問⑤　「全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？」－自由記述

なお、質問②および質問③において、特定の回答を選択した場合（②では「２」または「３」、③では「３」）に、以下の質問について自由記述で回答を求めた。

質問②「ABIT-CV の理解を促進するためには、どのような情報が必要と思われますか？」

質問③「更にどのような情報を本説明会で提示すべきと思われますか？」

C.　結果と考察

質問②（「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」）に対する回答の全体および開催地区ごとの結果は Table 4 に示されている。29 名の参加者が質問②に回答しなかった。回答した参加者（337 名）のうち、9 割以上（90.2%、304 名）が「わかりやすかった」と回答した。「まったくわからなかった」と回答する参加者はいなかった。

「ややわからなかった」または「まったくわからなかった」と回答した者に対する ABIT-CV の理解を促進するための情報に関する意見（自由記述）についての結果は Table 5 に示されている。質問②の回答で「ややわからなかった」と回答した者は 33 名であったが、本質問には 59 名が回答した。

Table 4 質問②の結果

	わかりやすかった		ややわからなかった		まったくわからなかった		合計(名)
	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	304	90.2%	33	9.8%	0	0.0%	337
北海道	22	95.7%	1	4.3%	0	0.0%	23
東北	24	92.3%	2	7.7%	0	0.0%	26
関東/東京	64	92.8%	5	7.2%	0	0.0%	69
関東/神奈川	26	76.5%	8	23.5%	0	0.0%	34
東海	43	86.0%	7	14.0%	0	0.0%	50
関西	52	91.2%	5	8.8%	0	0.0%	57
中国	28	87.5%	4	12.5%	0	0.0%	32
九州	45	97.8%	1	2.2%	0	0.0%	46

Note. 質問②：ABIT-CVの概要および特長の説明は分かりやすかったですか？　29名が質問②の回答を示さなかった。

グルーピングが可能であった記述のうち、ABIT-CV の理解を促進するために説明会で提示すべき情報として、ABIT-CV の標準化に関する情報が最も多かった（17 名、4.6%）。具体的には、ABIT-CV が評価する知的機能と適応行動の標準得点がどのように算出されるか、示されるのかに関する記述であった。

ABIT-CV のマニュアルの整備（11 名、3.0%）や実施方法等（10 名、2.7%）に関する記述も比較的多かった。マニュアルの整備に関しては、「共通点」や「知識」など、複数の正解が存在し得る課題や正解と不正解の境界が曖昧になり得る課題の正答基準や正答例を求める意見が主であった。実施方法に関しては、乳幼児やテスト場面に適応できない被検査児などのテスト実施困難ケースへの対応方法、適応行動の評価パートの実施方法についての意見が多かった。なお、適応行動評価パートに関して意見を示した者のほとんどは、ABIT-CV が半構造化面接を行うと誤解していた（本 ABIT-CV の説明会および昨年度の報告書でも説明をしているが、ABIT-CV での適応行動の評価は、保護

Table 5　ABIT-CVの理解促進に必要な情報に関する回答（自由記述）

概要	度数	%*	具体的な回答（抜粋）
標準化データ	17	4.6%	結果の算出が具体的にどのようにされるのかが分かりにくいため，明示されないと不安
			IQと適応行動に大きな差が見られた場合，どのような基準でどのように判定するかが明確でないように感じた
			開発目的と必要性については理解できたが，知的能力と適応行動で算出される数値についてもう少し説明がほしい
			各検査の採点までの流れのイメージはできたが，その後どのようにIQを算出していくのかが分からなかった
			知能指数の算出方法
マニュアル整備	11	3.0%	マニュアル，評価のポイント例集
			知的機能や適応行動の評価基準のマニュアル
			「類似」に似たような検査の正答例がほしい
実施方法等	10	2.7%	実際の検査イメージを共有できる実施の様子をまとめた映像資料
			できるだろうけどしていない場合と，その発達段階ではないためにもうやらなくなった行動との区別が難しい
			適応行動の判定のスコアリング方法についてもう少し詳しい説明
項目の理論的背景	6	1.6%	項目選定の理由など作成の手続きについて詳しく知りたい
			相談・助言の中でも使いやすくなるように，理論背景も含めて，検査の成り立ちの説明
情報の周知	5	1.4%	児相や知更相以外との機関に対して，ABIT-CVを実施した際の理解を得てもらうためにどうしていくか
			教育現場や特別支援領域への支援者への説明や周知，成人の障害者支援機関や就労現場への説明や周知
既存尺度との相関等	6	1.6%	もう少し相関等を詳しく知りたい
			既存の検査との一致率等の開発データをレビューすること
変更後の対応等	3	0.8%	実際に療育手帳を所持し，支援を受ける当事者や家族に対する国レベルでの説明や支援からあぶれてしまうケースへの対応策・支援策の実施
その他	21	5.7%	事前zoom説明会など繰り返し聞く機会があって良かった
			ビデオがあって分かりやすかった
			実際のマニュアル，記録用紙を見ながら実際の検査実施の様子を見れたことで理解がすすんだ
			説明会参加者の現在のやり方がバラバラであることが考慮された全体の説明であったため，現在のどの部分がどう変わっていく必要があってこの検査に置き換わっていくのかが分かりにくかった

Note. 59名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（59名）を超える。
* 全参加者（366名）に対する割合

者等の被検査児者の日常生活をよく知る成人が回答する質問紙形式である)。

全体では、「その他」にグルーピングされる記述が多かった。本説明会に関する感想と受け取れる意見が多かったが、一部、本研究班の研究の範疇を越える課題（療育手帳制度の今後の方針等）に関する意見があった。

質問③（「本説明会での情報量は如何でしたか？」）に対する回答の全体および開催地区ごとの結果は Table 6 に示されている。参加者の

うち 27 名が質問③に回答しなかった。回答した者（339 名）のうち、9 割以上（91.4%、310 名）が説明会で提示した情報量を「適当」と評価した。説明会での情報が「少ない」と回答した者は 6%程度（5.9%、20 名)、「多すぎる」と回答した者は僅か（2.7%、9 名）であった。

質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容を提示していたと評価できる。

Table 6 質問③の結果

	多すぎる		適当		少ない		合計（名）
	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	9	2.7%	310	91.4%	20	5.9%	339
北海道	0	0.0%	23	100.0%	0	0.0%	23
東北	0	0.0%	22	84.6%	4	15.4%	26
関東/東京	2	2.9%	62	91.2%	4	5.9%	68
関東/神奈川	1	2.9%	29	82.9%	5	14.3%	35
東海	2	3.9%	47	92.2%	2	3.9%	51
関西	3	5.4%	50	89.3%	3	5.4%	56
中国	0	0.0%	33	97.1%	1	2.9%	34
九州	1	2.2%	44	95.7%	1	2.2%	46

Note. 質問③：本説明会での情報量は如何でしたか？　27名が質問③に回答を示さなかった。

説明会での情報量が「少ない」と評価した者に、今後、ABIT-CV の説明会でどのような情報を追加すべきかに関する意見（自由記述）を尋ねた結果は Table 7 に示されている。質問③で、「少ない」と回答した者は 20 名であったが、本質問に 33 名が回答した。

グルーピングが可能であった記述のうち、説明会に追加すべき情報として、ABIT-CV の標準化に関する記述が最も多かった（14 名)。主に、知的機能や適応行動の標準得点の算出方法に関するコメントであった。次に、ABIT-CV の実施方法に関する記述（8 名)、療育手帳制度に対する国／厚生労働省の対応（6 名）に関するコメントが多かった。

質問④（あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？）に関する回答（自由記述）は Table 8 に示されている。参加者のうち、223 名が質問④に回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施について説明会の開催に関する回答が最も多かった（97 名、26.5%)。次に、実際に ABIT-CV を実施する演習・実習型の研修に関する回答が多かった（62 名、16.9%)。これらの回答を含み、ABIT-CV の操作／実施に関する研修の必要性を回答した者（「実施に関する説明会」、「実習等」、「動画視聴」を回答した者）はおよそ全体の半数であった（179 名、48.9%)。全体の 1 割に当たる参加者（37 名、10.1%）は、ABIT-CV の結果の解釈や結果を踏まえた支援策定等の回答を示した。

これらの結果から、ABIT-CV の社会実装の促進を図る上で、今後の説明会では、より具体的、実践的に ABIT-CV の実施についての研修を図っていく必要がある。

質問⑤（全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？）に関する回答（自由記述）は Table 9 に示されている。参加者のうち、99 名が質問⑤に回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施に関する研修についての回答が最も多かった（37 名、10.1%)。この回答を含み、ABIT-CV の実施に関連する研修についての回答（「実施研修」、「実技研修」、「動画研修」）を示した参加者は全体の 1 割強（53 名、14.5%）であった。

質問④および質問⑤の結果から、ABIT-CV の社会実装の促進を図る上で、今後も継続的に ABIT-CV の概要および実施方法についての研修を図る必要があると考えられる。

Table 7 質問③ 説明会で追加すべき情報／内容

概要	度数	%*	具体的な記述（抜粋）
標準化データ	14	3.8%	IQの算出の仕方(換算ソフトの使用の場合，不使用の場合)
			指数の算出の方法
			1回の説明会では適当な情報量，実用するには知的能力と適応行動の妥当性の検証結果についても知りたい
			標準化の手続きについての情報が必要
			検査場面の映像からやり方は分かったが，どうやってDIQが出るのかに至っていない
実施方法等	8	2.2%	大人への実施例
			課題実施の際に指で数えて良いのか等，どこまで検査の教示手順を標準化するのか
			知的な遅れのある児童の実施状況
国の対応等	6	1.6%	国の療育手帳判定基準統一化の進捗について
			具体的な制度設計がどうなっていくのか気になった
適応行動の評価法等	3	0.8%	行動に関する質問票をどう判定(評価)するか
その他	10	2.7%	どのくらいの地域差があるのかを示してほしい
			現状の段階では適当
			歴史ある知能検査の代替として使用することができるのか判断することが難しいと感じた

Note. 33名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（33名）を超える。
* 全参加者（366名）に対する割合

D. 結論

本年度実施した ABIT-CV の説明会に関する質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容であったと評価される。加えて、今後の ABIT-CV の社会実装に向けた研修に関する質問④および質問⑤の回答結果から、今後も ABIT-CV の概要および実施方法に関する研修が必要であること、研修の一部には、実際に ABIT-CV を実施する等より実践的な研修が含まれることが望ましいと考えられる。さらに、児童相談所等の療育手帳の判定・交付業務を行う職員のうち、正規職員には数年ごとの部署異動があることを踏まえると、今後、定期的に ABIT-CV の研修が実行されるシステムの構築が必要であるとともに、ABIT-CV が未経験の職員でも、ある程度安定的に ABIT-CV の実施を行える環境を整備するため、研究班として ABIT-CV に関する精緻なマニュアルの作成も進める必要であると考えられる。

Table 8 ABIT-CVの判定業務での利用に向けた研修内容

概要	度数	%*	具体的な記述（抜粋）
実施に関する説明会	97	26.5%	検査パート，適応行動パートそれぞれの実施の仕方・注意点についての研修
			検査の実施と解釈の研修，または検査者を指示すべき立場にある者のSV研修
			実施手順や採点についての研修会は必要
			課題の誤答や正答の事例などを具体的に教えてもらえる研修
			実施，結果，よくある反応/困る反応など，現場が対応できるような研修
実習等	62	16.9%	具体的にどう実施していくかの研修
			実際のツールをweb上で演習できる研修
			実際に検査者役として検査を体験する研修
			実際に検査や数値入力やってみる
			実践研修
解釈／支援への助言	37	10.1%	ABIT-CVの結果から得られる見立て，保護者へのフィードバックのポイント，適応行動面で保護者の回答をどう判断するかなどを統一して学べると良い
			スコアの見方，解釈について
			実施方法と算出方法に加え，解釈についての研修
			検査を受ける子どもの状態をどのように見立て，どのように関わり方等の助言をするかについて，検査結果をどう活かしていくか
			スコアリングが難しい場合の考え方やスコアリングの仕方の基準についての研修
保護者へのフィードバック方法	22	6.0%	採点，保護者へのフィードバック方法に関すること
			判定だけでなく保護者や関係機関へのフィードバック等も求められてくるため，この検査を用いてどのようにアセスメントするのか
			保護者への導入や終了後の説明に関する研修
			検査手法，結果の判定と解釈の仕方，フィードバックの仕方について
困難事例への対応	22	6.0%	視聴覚障害や緘黙や発達障害等，検査の実施が難しい人々への対応を共通的なものにできる研修
			保護者が重くつけた場合の対応
			実施方法についてと教示の不理解等の実施中に起こるトラブルへの対処方法について
動画視聴	20	5.5%	オンライン研修，オンデマンド研修
			実施イメージが持てる視聴動画
			実施しているところの映像を見る
移行後のフォローアップ等	8	2.2%	実施研修と運用していた際に判定に迷った回答などの検討できる機会
			よく出る迷う回答の共有会
周囲への情報周知	3	0.8%	ABIT-CVの情報の取り扱いについて，病院や所属から保護者の同意を得て結果を教えて欲しいという問い合わせがあった際，どこまで伝えて良いのかの明示
国の対応	2	0.5%	国としての判定基準をまず明らかにしてほしい
その他	17	4.6%	保護者が質問紙をスマホで撮りSNSで拡散する可能性があるため，同意書をとるか
			AI判定ではなく心理職としての専門性を担保するならば状態像とプロフィールの連合をより高度に分析できるような臨床例を検討することになるかと思われる(WAIS/WISCのように)
			障害手帳へのハードルが低い地域では潜在的に多様なニーズを抱えた方が「普通に」手帳申請されるため

Note. 223名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（223名）を超える。
* 全参加者（366名）に対する割合

Table 9 ABIT-CVの社会実装に向けた研修内容についての意見

概要	度数	%*	具体的な記述（抜粋）
実施研修	37	10.1%	ツールの使い方について
			対面で実施する研修は国で事業化し，適当な公的機関が継続的に受託し，定期的に開催する体制
			実施方法について，採点基準について
			オンラインで定期的に研修，また研修証明書を発行し，研修を受けた判定員が検査する
			実施者と実施者への教習ができるレベルに分けての研修/育成体制
導入後のフォローアップ	14	3.8%	正誤判定について，イレギュラーな答えが来たときの正誤
			各自治体で集まった実態や課題を検討する会
			判定機関における実施のしやすさを向上させるための意見を聞く機会
実技研修	11	3.0%	共通ツールを用いても検査者によって実施にばらつきが出てしまうことを防ぐための実技研修
			研修の中で実際にテスターをやってみたり採点する機会
			研修全体で足並みをそろえて基礎を身につけていくことが実用に繋がると考えるため，全国統一での基礎研修
応用的研修	9	2.5%	重度の児童などを対象としたケースの対応
			ABIT-CVからどのようなことが理解できるのか，アセスメントに結び付けるための研修
心理職以外への研修	5	1.4%	判定・交付に関わる機関の職員全体で研修をうけ，理解できるようにするために，心理職以外にも分かる内容であることが重要
動画研修	5	1.4%	実際の検査場面の動画視聴
トレーナー養成	3	0.8%	トレーナーの育成研修(職場において新採職員等へ指導するにあたり)
理論的/学術的説明	3	0.8%	検査を初めて実施する心理職において，各設問が知能のどの側面を捉えようとしているのか等の解説
制度に関する研修	2	0.5%	法制度化の動きと連動した説明
その他 （研修以外のコメント）	26	7.1%	別で検査をとる/受けるのは双方にとって負担であるため，児相への研修というよりは特児手当，障害児福祉手当，障害年金など各種手続きに利用できることが重要
			研修以前に法改正や児童相談所運営指針等の改正が必要
			研修の前に法律で知的障害の定義・基準の統一化が必要

Note. 99名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（99名）を超える。
＊ 全参加者（366名）に対する割合

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング.（2024）．厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 報告書.

村山 恭朗・浜田 恵（2022）．療育手帳交付対能検査と他の知能／発達検査の関連、象象児者等を対象としたウェクスラー式知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

E. 健康危険情報

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

なし

Appendix 1　事後アンケート調査票

No.

療育手帳判定・交付機関対象　ABIT-CV 説明会　事後アンケート

本日は、「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（22GC1014）」の一環である ABIT-CV に関する説明会にご参加いただきまして、ありがとうございました。本説明会のあり方の検討、ABIT-CV の利便性の更なる向上のため、以下にご回答いただけますと幸いです。

1．判定業務の経験（これまでの合計年数）（該当する選択肢一つに○をつけてください）

1：3 年未満　　2：3−5 年　　3：6−9 年　　4：10 年以上　　5：その他

2．ABIT-CV の概要および特長の説明はわかりやすかったですか？（該当する選択肢一つに○をつけてください）

1：わかりやすかった　　2：ややわかりにくかった　　3：まったくわからなかった

- **上記で「2」または「3」と回答された方**

ABIT-CV の理解を促進するためには、どのような情報が必要と思われますか？

3．本説明会での情報量は如何でしたか？（該当する選択肢一つに○をつけてください）

1：多すぎる　　2：適当　　3：少ない

- **上記で「3」と回答された方**

更にどのような情報を本説明会で提示すべきと思われますか？

4．あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？（自由記述）

裏へ続く

5．全国の判定･交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？
（自由記述）

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題

研究分担者　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
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
日詰　正文　国立のぞみの園　研究部

【研究要旨】
本研究は、療育手帳制度の判定基準の全国統一化に向けて、療育手帳制度の制度政策的な位置づけとして、児童福祉法・知的障害者福祉法・療育手帳の判定や認定基準等運用の統一の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある対象や支援の内容等について福祉サービスの観点から明らかにすることを目的とする。
療育手帳の判定基準や運用の統一化の意義を改めて考えると、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる等の混乱への解決が期待されるだけでなく、療育手帳を通して障害福祉サービス等の利用が促進され、制度政策やそれを実行する行政への信頼度が増すこと、知的障害(者)への国民の理解、及び知的障害研究への動機が高まることが想定される。
療育手帳の判定基準及び運用の統一に関しては、全国的に統一することは望ましいことである一方、家族からは「これまでに療育手帳で支援に繋がっていた方が支援を受けられなくなる事態は避けてほしい」、「療育手帳の交付対象から外れるケースが出る場合に精神障害者保健福祉手帳制度と連動した議論が必要」といった意見が出されている。今後の検討に向けては、療育手帳の判定・交付における当事者や家族の負担を軽減できるよう判定・交付プロセスや検査方法等の見直し、判定方法だけでなく、手帳の名称や様式等の当事者やその家族の関心事項についても議論に含めていくべきことが示唆された。また、療育手帳の運用を統一する範囲や、運用統一までのプロセス・スケジュールといった絵姿の議論が必要と考えられる。
療育手帳の判定基準や運用の統一は、他の障害と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えられる。

A．研究目的

「療育手帳は、現時点で法的な位置づけはなく、各自治体が自治事務として運用しており、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる可能性が指摘されている」（「療育手帳の在り方について」社会保障審議会障害者部会、第 128 回(R4.4.25)、資料 4、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）。この状況を

療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用の統一によって解決すべきであるとする意見は根強い。療育手帳の運用の統一に関連して、令和２年度から３年度にかけて厚生労働科学研究「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」（研究代表者：辻井正次）が行われている。療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用を統一することは、従来曖昧であった「知的障害の範囲・枠組み」を明確にすることであり、現行において手帳を取得できていた者ができなくなる可能性、その結果としての手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が懸念される。

本研究では、療育手帳の制度政策における位置づけについて確認し、療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題、及び児童相談所及び知的障害者更生相談所での業務などを含めた行政上の課題について明らかにすることを目的とする。

B．研究結果

１．療育手帳制度の位置づけ

療育手帳制度の位置づけを明らかにする場合、障害分野全体の制度施策の観点から、特に、知的障害福祉の今までの流れの中から考えることが必要である。その際は、身体障害や精神障害も含めた障害福祉の制度施策の歴史の中で考察していくことが重要である。

(1)児童福祉法の時代における手帳制度

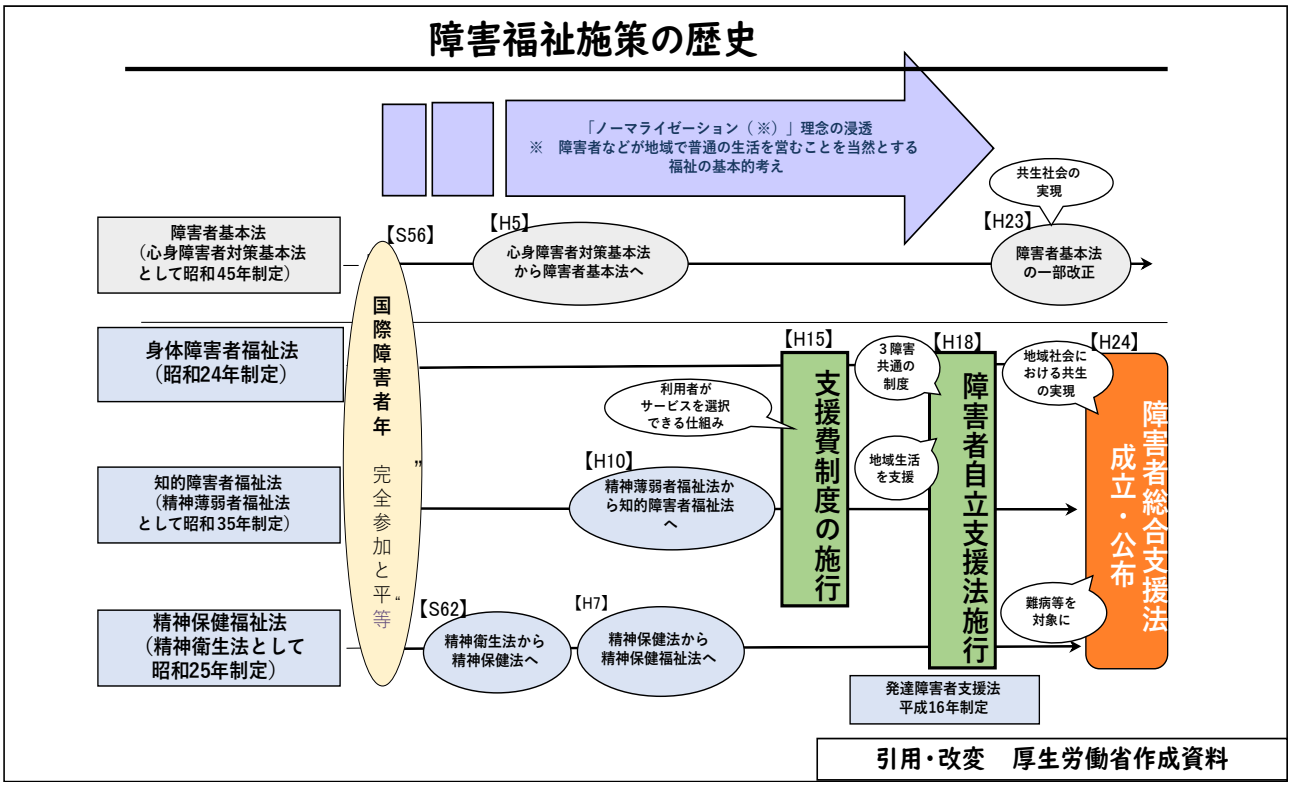
1947 年に児童福祉法が制定され、障害福祉サービスとしての精神薄弱児施設が法律に位置づけられた。戦後の知的障害の制度・施策は児童から始まった。知的障害そのものが発達期に生じ、その状態が続くことから、知的障害児者は『永遠のこども』とする思想が続くことなる。大人になった知的障害者にも「療育」手帳を支給する理由である。法に知的障害そのものに関する定義はなく、障害者手帳も制度に位置づけられなかった。

1949 年に身体障害者福祉法が制定された。その第２条に身体障害の定義として「別表に掲げる者」とされ、法の第 15 条には、身体障害者手帳とは、「身体上の障害がある者に対して、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長が交付するもの」と規定された。知的障害も法の対象とすることが検討されたが、能力損傷の基準設定の困難性などにより見送られた。

1950 年に精神衛生法が制定され、その第三条（定義）において「この法律で『精神障害者』とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）精神薄弱者及び精神病質者をいう」とされ，精神薄弱が法に規定された．児童福祉法との関係については、児童である精神障害者については、先ず児童福祉法が適用され、これらの児童についても医療を加えて精神的健康を恢復又は保持向上すべきであるので精神衛生法に基づき精神病院への入院医療が加えられなければならないとされた。（「精神衛生法の施行について」(昭和二五年五月一九日、発衛第一一八号、各都道府県知事あて厚生事務次官通達)。この状況は、現在でも知的障害者の精神科病院への長期入院の課題となっている。精神障害者保健福祉手帳は規定されず、1995 年の精神保健福祉法の制定を待つという長い期間が必要であった。精神障害者保健福祉手帳そのものが比較的新しい制度であり、精神疾患の診断が優先されており、その利用も始まったばかりであることを認識しておく必要がある。

(2)知的障害者福祉法の時代における手帳制度

1960 年に精神薄弱者害福祉法が制定されたが、法の対象は明記されず(知的障害の定義はなされず)、療育手帳も法律に規定されなかった。精神薄弱者福祉法は、成人の知的障害者への課題への対



応としてはじまったが、その内容は施設に入所する手続きが主なものであった。施設入所は都道府県の措置権限の範囲なので、手帳制度の必要性はそれほど認識されていなかったと推測する。

1970 年に障害者施策の一貫性・総合性の必要性から心身障害者対策基本法が成立した。法の対象者は身体障害と知的障害であった。その後、1993 年には心身障害者対策基本法に代わり障害者基本法が制定された。法に精神障害が位置づけられ、障害とは身体障害、知的障害、精神障害が 3 類型とされた。

1973 年、療育手帳制度要綱（厚生省発児第 156 号事務次官通知）が出された。この制度の目的は、知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とするとされている。療育手帳のねらいの一つは、知的障害児及び知的障害者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があった。

療育手帳制度は、知的障害者福祉法にその対象規定がないために、各地方自治体の判定業務にまかされ、各自治体が用いる検査ツールも異なれば、重度以外のどこまでを認めるかの基準も異なることとなった。転居の際に、療育手帳の新規発行が求められ、療育手帳制度の目指す一貫したサービ利用に支障が出ることになり、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」（平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。一貫した支援のために発案された手帳制度そのものが、一貫したサービス利用を困難にしてきたと言えよう。

1987 年に精神衛生法は精神保健法に、1995 年には精神保健福祉法と名称を変える。精神保健福

祉法は、（定義）第五条において「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう。」とされた。精神薄弱者については、本法では、精神医療に関する規定ついては、精神薄弱者を精神障害者に含めて適用しているが、第 6 章（保健及び福祉）の規定においては精神障害者から精神薄弱者を除くものとされている（「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」、平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知）。法第四十五条には精神障害者保健福祉手帳が規定されたが、知的障害者は除くとされていた。

1990 年に社会福祉関係八法の改正があり、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの在宅のサービスが法に規定され、実施主体も都道府県から市町村に移った。児童相談所や知的障害者更生相談所という都道府県等の行政機関により出される療育手帳は、施設サービスから在宅サービスにその重点がシフトし、市町村が実施主体となる中で、次第にその意味に変化が生じていった。療育手帳制度の機能も、一貫した指導・相談から手帳取得によるサービスや手当の支給など各種のメリットを求めるようなってきたと言えないだろうか。

(3)障害者総合支援法の時代における手帳制度

2000 年の身体障害者福祉法及び知的障害者福祉の改正により、2003 年より支援費制度がスタートした。支援費制度は、利用者が施設やサービスを選択して利用するという従来の措置制度から利用契約制度に移行するものである。在宅サービスを中心実施主体としての市町村の役割がますます大きくなってきた。そのような状況の中で療育手帳の目指された一貫した指導・援助の機能は形だけのものとなった。措置から契約の時代における知的障害者更生相談所は、市町村の更生援護の実施に関し、市町村相互間の連絡及び調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うこととされた。

2005 年に発達障害者支援法が成立した。法における「発達障害」とは，「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害，学習障害，注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」とされている。発達障害者支援手帳（仮称）はつくられなかった状況においては，知的障害のある自閉症は療育手帳でカバーされ、一部知的障害のない自閉症(高機能自閉症)も療育手帳の対象となっている状況がクローズアップされ、発達障害者支援手帳（仮称）の創設を含めた、手帳制度の検討が課題となった。また、それ以後、知的障害のない（高機能）発達障害者については，精神障害者保健福祉手帳の取得の可能性の認識が広がっていった。

2010 年に成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(つなぎ法)」により、発達障害も精神障害の一部として障害者自立支援法の対象と規定された。2011 年 8 月の障害者基本法の改正により、第 2 条の「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害(発達障害を含む。)」とされ、発達障害が精神障害に含まれることがより明確となった。これにより、発達障害者は精神障害者保健福祉手帳の対象とされたというのが関係者の共通の認識となった。しかし、行政は積極的に推し進めることなく、発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳も選択肢の一つというスタンスが続いている。発達障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象であると言い切るに

は、幾つかの課題が残っている。

2006 年に障害者の地域生活と就労を進め，自立を支援する観点から，これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス等について、三障害共通の制度の下で一元的に提供し、地域生活や就労支援を推進する障害者自立支援法が施行された。2010 年のつなぎ法により、障害児施設・事業の一元化が行われ、児童発達支援や放課後等デイサービスが法律に位置づけられた。その後、2012 年 4 月に「地域生活における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について（障害者総合支援法）」が成立し、2013 年に施行された。障害者総合支援法の諸サービスについては療育手帳制度の要件や区分を活用せず、市町村に申請して障害支援区分の判定を受けることがサービス利用の前提となっている。「障害支援区分」は、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとされ、必要とされる支援の度合に応じて区分 1 から区分 6 までとなっている。障害支援区分の認定による障害者総合支援のサービス利用と手帳制度が分離されているために、国レベルでは手帳制度は不要であるが、地方レベルではサービス利用には療育手帳を取得する必要性が依然として続いており、混乱の一つと考えられる。

２．療育手帳の判定基準の統一化の意義

(1)全国の療育手帳制度の現状と「統一化」への期待

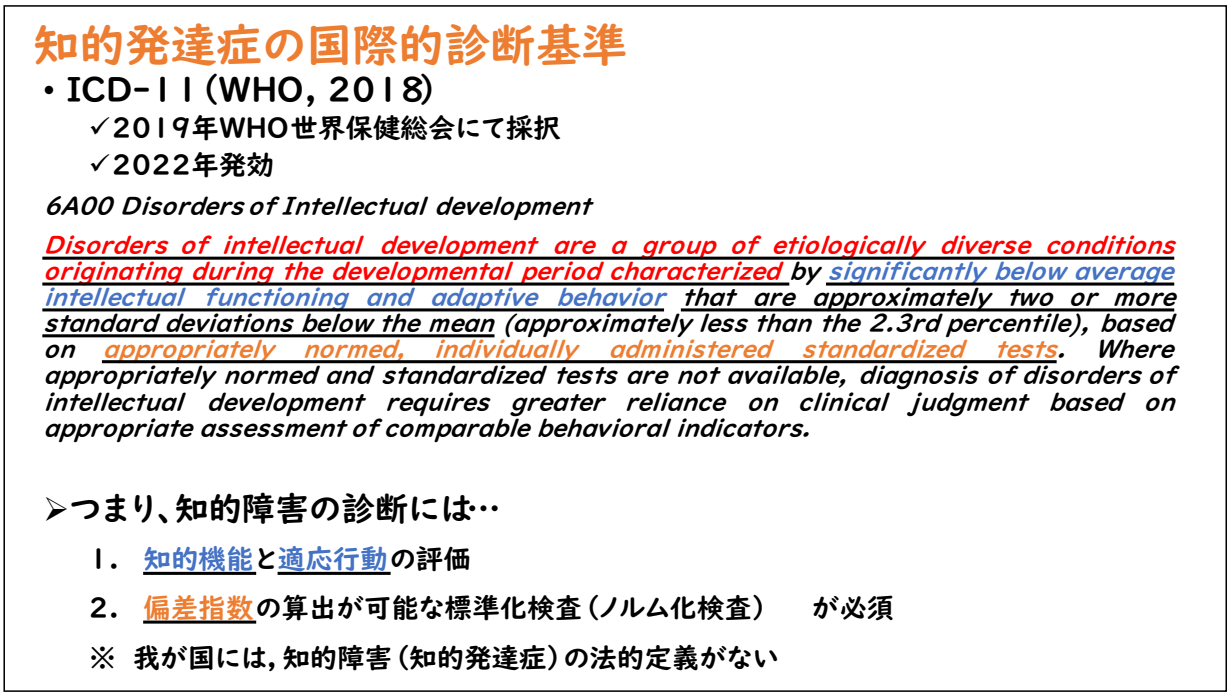
療育手帳制度には現時点では法的な位置づけはなく、都道府県や指定都市によって、手帳の名称、検査および判定の方法、等級の基準、知能指数の上限値などの認定基準にばらつきがあり、療育手帳所持者がほかの自治体に転居した際に判定に変更が生じ、障害者自身や家族に混乱を生じさせていると言われている。令和 4 年度の障害者総合福祉推進事業の調査では、令和 3 年度において、「行政不服審査請求はなかった」が 76.5%、「行政不服審査請求があった」が 23.5%となっている。（厚生労働省令和 4 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、「令和 4 年度総合福祉推進事業報告書」）行政不服審査のあった件数は、全国で 12 件（交付件数の全体は 51，917 件）と報告されており、各都道府県の福祉現場において、どの程度に混乱が生じているかは明らかでない。

しかし、判定・交付に関して、令和 4 年度障害者総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果では、交付主体である地方自治体、児童相談所・知的障害者更生相談所、市町村、及び相談支援事業所からは、交付対象、程度の区分、判定方法等の統一化を含めた「療育手帳の統一化」がなされていない状況からさまざまな課題が生じている報告がなされ、療育手帳の統一化を求める意見は共通していた。

また、厚生労働省、令和 6 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との影響や課題についての調査」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、（「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」）の家族等調査結果によれば、療育手帳に関する要望等として、「療育手帳の運用を統一してほしい」「療育手帳の名称を統一してほしい」「他県でも利用できるようにしてほしい」「療育手帳の形(アプリやカード型等)を利便性の高いものにしてほしい」等の回答があった。

このように療育手帳の認定基準を統一することについては、**①知的障害の統一的な定義（法的な**

ICD-11 における知的発達症の定義（村山，2022：班会議資料 1）



定義を含む）に基づく交付対象者の統一、②等級の統一とそれに報じた認定基準の統一など区分の統一、③認定のためのツールなど判定方法の統一などが幅広い事項が考えられる。全国共通の判定基準等の統一の前提として、ICD-11 のような世界標準の定義に基づき知的障害を法律に位置づけることが重要であるという意見が出されている。

(2)療育手帳の統一化に向けた 3 つの主要課題

厚生労働省、令和 5 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、（「令和 5 年度総合福祉推進事業報告書」）によれば、療育手帳制度の運用の統一には、主要な 3 つの課題があるとされている。**①対象（知的障害の定義・判定基準、判定ツール、等級(障害の区分)の考え方、年齢の考え方、重複障害等の勘案事項の考え方）、②支援(療育手帳の目的、その他(非該当の場合の支援のあり方))、③その他運用の統一可能性の考え方(再判定の考え方、医学的所見等の取扱い、その他等統一が望ましく検討が必要と考えられる事項)**である。以上の挙げられた 3 つの課題は、制度が統一化されていないために生じていることであり、これらの課題が検討されることにより、統一化の「意義」が明確になるとも言える。

① 対象（者）

●知的障害の定義・判定基準

サービスの対象（者）は、知的障害の定義と密接な関係がある。しかし、知的障害の定義は法に規定がないため、サービスの対象が規定されず、課題となっている。知的障害者福祉法に知的障害の法的定義を規定することは喫緊の課題である。例えば、知的障害者福祉法の（定義）第四条に、「この法律において、『知的障害者』とは、知的機能の障害がある十八歳以上の者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをい

う。」（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、平成 31 年 3 月、東京都手をつなぐ育成会）などを規定することが考えられる。

また、本研究班（2022）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見解を得た。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（二軸評価）は必須となる。

●判定ツール

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象として知的障害を主としつつも、その定義と判定方法は各自治体に裁量がある実態が見えてきてた。例えば、IQ の上限値について、IQ80 を超えて設定している地域、発達障害を勘案して療育手帳を交付している地域があること、適応行動のアセスメントについては、9 割以上の判定機関で実施されていたが、全判定ケースで実施している判定機関は 6 割ほど、適応行動のアセスメント時に標準化されたツール以外を用いるケースがほとんどであった。ICD-11 等の国際的な基準に基づいた判定ツール・基準が必要であること、ICD-11 に即した判定基準に統一された場合には，現在のばらつきのある区分においても統一が容易になること等が指摘されている。

使用されている判定ツールは、各地域・判定機関によって様々であり、今後の支援方針の検討に活用できるようなアセスメントが行われていない地域も見られた。「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」によると、療育手帳の判定方法等に関する調査結果において、知的機能の判定で使用しているツールと適応行動のアセスメントツールの組み合わせで、割合の高いものは、田中ビネー知能検査×各自指標　48 件（25．9%）、田中ビネー知能検査×S-M 社会生活能力検査 37 件（20．0%）、鈴木ビネー知能検査×独自指標 30 件（16．2%）であった。

療育手帳の判定におけるアセスメントは相談支援の一部と考えれば、検査結果がその後の支援にも役立てられることが目指されるべきである。しかし、「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」によると、相談業務の体制や環境に関する課題として「判定業務を行う職員（医師以外）が不足している（48．2%）」、「診断等を行う医師が不足している、確保が難しい（29．3%）」「判定業務を行う職員は兼務者が多く、判定業務の時間確保が難しい（31．4%）」「療育手帳の相談・申請件数が増加している（56．5%）」となっており、実態としては療育手帳の対象かどうかを判断するための判定となり、その後の支援に繋げるところまで必ずしも至っていないのは、相談機関の専門性をいかに関係者が共有していくかの課題を投げかけている。

●発症時期

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、発症時期については、概ね 18 歳までで設定している都道府県・政令市が 8 割超であったが、設定していない都道府県・政令市も一部あった。こうした定義の違いにより、転居時の対応における課題等が生じており、今後

は、療育手帳制度の対象の整理と、国際的な基準に基づき、早急に知的障害を定義することが必要と考える。発症時期との関連においては、18 歳以降への（特に高齢期も含めて）対応をどのように行っていくかという課題が生じている。

●知能の上限

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象は知的障害児者であることは、共通な認識となっているが、知能境界域の知的障児者を対象としている自治体もあり、それぞれの自治体によって取り扱いの異なりが報告されている。これについては、療育手帳がサービスの必要な知的障害児者を幅広く捉えるという療育手帳の柔軟な運用という点においては機能している。一方、転居等によって異なる自治体に移動した場合には、非該当になるなど混乱が生じている状況が報告されている。IQ70～75 以上の者に対して、発達障害を勘案し療育手帳を交付することについて、交付主体は要綱等で定めているか問いに、「定めていない」の割合が最も高い、66.1%となっている。次いで、「定めている（要綱又は要領）（18.9%）」、「定めている（要綱又は要領以外）（13.7%）」となっている。

療育手帳を申請したが手帳の取得には至らなかったケース（判定結果が非該当になるケース）に対するフォローアップは、「特に行っていない」の割合が最も高く 62.6%となっている。次いで、「フォローアップを行っている（37.1%）」となっている。フォローアップの内容は、「精神障害者保健福祉手帳を案内している」の割合が最も高く 65.4%となっている。次いで、「療育手帳の所持によらない行政サービスや福祉サービスを案内・調整している（60.1%）」、「関係する所管課への相談を案内している（41.0%）」となっている。

●等級

療育手帳の等級は、厚生労働省が出している指針においては「重度」と「その他」の 2 つに分かれている。それ以外にも自治体独自にＡ1（最重度）、Ａ2（重度）、Ｂ1（中度）、Ｂ2（軽度）のように自治体独自の判定基準を設けている場合がある。各都道府県により 1～7 までの等級にわかれている。（平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書、平成 31 年 3 月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会）ここまで地方自治体において取り扱いが異なっている背景には、国が提示した療育手帳制度の等級が大まかで、各地方自治体独自のサービス提供の実情に応じて複雑化してきたことが考えられる。しかし、上記の報告書によれば 54.3%の自治体が世界標準の 4 段階となっており、これを統一したときの混乱は想定されるものであるが、その程度は定かではない。近年の地方自治体独自のサービスを見直していく方向性を踏まえ、その影響の程度を見ていく必要がある。

●手帳取得の年齢

療育手帳の対象について、年齢と発症時期の設定状況は、各都道府県（政令市）で概ね共通していた。上限を設定している自治体は 1 か所で、設定している上限の年齢は「64 歳」であった。一方、下限を設定している自治体は 9 か所で、設定している下限の年齢は、平均値「1.6」であった。年齢との関係に関しては、児童相談所・知的障害者更生相談所への調査から、乳幼児期や 18 歳以降の新規交付等、知的障害の判定が難しいケースに苦慮している様子が窺えた。

●知的障害以外の障害・精神疾患等

今後の判定方法の検討にあたっては、ツールの作成の他に、ツールの使用が難しいケースや、他の障害等（いわゆる重複障害の取り扱いを含む）の勘案方法等をあわせて整理することが求められる。令和 4 年度総合福祉推進事業のアンケート調査では、判定に苦慮するケース像として、低年齢のために知的能力の判断が難しいケースや、知的障害を伴うと考えられる疾患・障害の医学的診断がある乳幼児のケース、緘黙や外国籍、聴覚障害や視覚障害等の重複障害のあるケースといったように、判定機関として判定ツールの使用が困難なケースと、発達障害や加齢による認知機能の低下等の他の影響の勘案に迷うケースについての課題意識が寄せられていた。こうしたケースへの対応は、各地域の様々な方針の下で行われており、今後の判定ツールの検討に伴い、科学的な根拠に基づき、判定が難しいケースの判定方法・基準についても整理し、一定の方向性を示すことが望ましい。

② 支援（サービス）の考え方

●療育手帳の目的

療育手帳の本来の目的には、指導・援助の一貫性と援助措置を受けやすくするという 2 つの側面があると考える。

療育手帳のねらいの一つは、知的障害児者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があることが覗える。これは、療育手帳を導入に際しては、すでに広く行き渡っていた母子健康手帳を参考に導入したものと考えられる。母子の健康手帳は、妊産婦手帳（昭和 17～23 年）、母子手帳（昭和 23 年～昭和 40 年）、母子健康手帳（昭和 40 年～）と名称を変えながら発展してきた。療育手帳に本人の（生活・医療）などの情報について、どのような内容の相談があり、どのような解決をはかってきたかという児童相談所や知的障害者更生相談所の業務の記録としても期待されたものである。知的障害児者とその家族のメリットとなるだけでなく、行制手続きを一貫してスムーズに行うという意味も大きい。行政手続としては、その人がサービスをあるいは支援を受ける資格があるか（サービス利用対象者としての知的障害の認定の意味あい）を明らかにする装置（サービスや支援のための「パスポート」）となってきた。当時のサービスは、主に施設サービスであるが、通所・入所を含めて、行政手続きをスムーズに行う上で必要であったものと理解できる。各自治体（都道府県及び政令市に限られるが）の独自サービスが整備されてきた時期であり、国のサービスが不十分のこともあり、手帳の区分が各地方自治体の独自サービスを供与する装置としても機能していったものと推測される。これらを療育手帳制度の「管理的メリット」と言うことができる。

療育手帳のもう一つのねらいとされているのが、さまざまな援助措置を受け易くするというものである。援助措置を受ける場合には必ず療育手帳を提示するよう保護者等を指導するとともに、関係機関と十分協議のうえ療育手帳の提示があった時は、療育手帳により資格の確認等を行いすみやかにこれらの援助措置がとられるよう措置されたいとされている。具体的な事例は、特別児童扶養手当、心身障害者扶養共済、国税・地方税の諸控除及減免、公営住宅の優先入居、NHK 受信料の免除、旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引等が記述されている。これらを療育手帳の「功利的メリット」と言うことができる。

療育手帳制度の歴史においては、手帳制度の「管理的メリット」と「功利的メリット」が意図

されて創設されていたが、本来の指導援助の一貫性の機能は、令和４年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳の検査結果については、全ての行政種別で「特に取得していない」が多く、判定結果については、多くの自治体では「全てのケースの判定結果について情報を取得している」、相談支援事業所では、「一部の判定結果について情報取得している」がそれぞれ最も多くなっている。しかし、関係機関間での検査結果や判定結果等の共有・活用は、限定的となっている実態が窺える。「希望があれば」という判定機関の態度の背後には、判定機関自体が療育手帳を，支援の「スタート」ではなく、「ゴール」として捉えていることが推察される。このような市町村や相談支援事業者へのアンケート調査結果から、療育手帳に関する情報を適切に提供し、それを関係機関で協働して活用して一貫した支援を行っているという状況には乏しいという結果が出ている。療育手帳制度の「管理的メリット」が、その十全な目的が達せられず、むしろ「功利的メリット」が大きくなってきたと言えないだろうか。当事者は療育手帳を「功利的メリット」から取得することを強く要望し、行政はともかくそれに応じることで手一杯である状況が覗える。

療育手帳取得した当事者による療育手帳についての「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、療育手帳を取得しようと思った理由（家族回答）として、「手帳や税免除を受けるため（46．3%）」「医療費助成をうけるため（24．3%）」「その他、障害福祉サービスを利用するため（63．4%）」「入園や入学の際に必要となったため（31．5%）」が高い割合の回答となった。また療育手帳の活用状況（家族回答）として、「税の控除・免除（69．3%）」「公共交通機関の旅客運賃の割引（62．8%）」「その他、高速道路や公共施設等の割引サービス（59．9%）」「手当の受給（56．0%）が高い割合の回答であった。更に、当事者本人の回答については「バス、電車に乗る時」「水族館などの割引や映画館の割引等」「高速道路を使う時、入場券を買う時」「身分証明が必要だと言われた時」など具体的な回答もあった。これらの回答結果をみても、「功利的メリット」が大きいことがわかる。

●再判定時の非該当の場合の支援のあり方

令和４年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳が取得できるかどうかの境界域の方の中で、何らかの支援が必要と思われるが、制度の狭間に落ちてしまうケースがあり、療育手帳が非該当となった後のフォローも十分届いてない可能性や、そうした方々について、支援が受けられるよう療育手帳の取得を目指すケースがあることが明らかとなっている。発達障害児者に対し、知的障害が認められる等の場合に、療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の両方を交付するケースが見られた。精神保健福祉センターにおいては、療育手帳の判定方法等の統一により、これまで療育手帳に該当していた方が非該当となり、精神障害者保健福祉手帳の申請増加に繋がることを懸念する意見があった。非該当の場合の支援のあり方や知能指数の上限を超えた取り扱いについては、最後の章において取り上げる。

●福祉サービス等の利用援助

令和４年度総合福祉推進事業報告書において、交付主体・市区町村・相談支援事業所に対して、本人・家族が療育手帳を申請するきっかけについて、年齢階級ごとに尋ねたところ、どの年齢階級においても、「障害福祉サービス利用申請」や「手当や年金の申請」が多い傾向が見られた。また、18 歳未満の場合は、「特別支援学校入学申請」、18 歳以上 65 歳未満の場合は「就労時（障

害者枠）」への回答が多く見られた。相談支援事業所に対しての療育手帳の取得を本人・家族に勧めるタイミングの質問では、きっかけと同様、「障害福祉サービス利用申請」「手当や年金の申請」「就労時（障害者枠）」への回答が多かった。

障害者総合支援法のサービス利用時において、障害支援区分の判定に関しては、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者精神保健福祉手帳は不要になっている。この意味では、障害福祉サービス利用に関して手帳制度の重要性は低下している。このように一見、障害者総合支援法のサービスの利用に関しては療育手帳を必要ないかのごとく見えるが、実際は、上記の療育手帳を申請するきっかけについて「障害福祉サービス利用申請」が大半を占めている。各市区町村が支給決定する際には、療育手帳の取得を条件としている実態が根強いことが覗える。児童福祉法におけるサービス利用においても必ずしも手帳を前提とせず、「気になる子ども」もサービスの必要性の観点から、市町村が支給決定を行えばサービスが利用できるとされているが、知的障害の判定機能をもたない市町村にとって療育手帳はサービス利用のパスポートとして依然として重要な機能をもっている。また、療育手帳制度を前提としていないと言われている「手当や年金の申請」、分野の異なる「特別支援学校入学申請」にも必要とされている実態が明らかとなっている。

●地方自治体の独自サービス

地方自治体独自の判定基準が 1 から 7 となっているのは、自治体独自のサービスの発展と関係が深い。調査研究事業のアンケート調査結果から、各都道府県・市区町村において、重度障害者を対象とした医療費助成制度や、各市区町村で提供される地域生活支援事業等、その施策や取組の目的に応じた対象に自治体独自のサービスを提供するために、療育手帳が活用されている実態が報告されている。また、療育手帳の取得は制度上の要件ではないものの、特別支援学校入学時や就労時等に、関連する支援を受けやすくする、対象者の特性等を理解してもらうといった目的のために療育手帳の取得を目指すケースがあること等が報告されている。令和 4 年の総合推進事業によれば、都道府県や市町村が実施している「障害者医療費助成制度」をはじめとして、その他各種サービスの利用のために、療育手帳制度が利用され続けている大きな理由となっていると報告されている。療育手帳は各種の援助措置、母子保健、教育、就労、各種手当を受けるときのパスポートのような機能を果たしているのではないか。特に、療育手帳創設時の障害福祉サービスの絶対量が不足している状況においては、自治体独自の多様なサービスを提供していくた装置となった。それに応じて、地方自治体の独自サービスと療育手帳との関係性は深くなっている。

●相談支援への療育手帳の活用

制度の目的と実態を踏まえると、これまでの療育手帳は、「各種援助措置を受けやすくする」という機能は発揮してきたと考えられる一方、「知的障害児者への一貫した指導・相談」という機能が十分に発揮できてきたかは疑問が残る。

具体的には、療育手帳交付のため、専門的な職員により知能能力や適応行動等の評価が行われているが、その検査結果は他の関係機関とほとんど共有されておらず、本人・家族との共有も約 7 割の判定機関で希望があれば提供しているという状況であった(令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書)。実際に情報が提供されている例は少なく、その内容も個人情報保護等の理由により、知能指数の数値や障害の程度の数値の情報等に限定してい

ると報告されている。療育手帳の判定プロセスにおける検査結果（判定結果以外）に関しては、申請者の居住自治体（交付主体除く）には 7 割が提供していない状況であった。一方、市町村における判定結果の必要性は、「すべてのケース」が 45.8%、「一部のケース」は 24.1%で、総計 70%が必要としていると回答している。相談支援事業者に関して、情報を取得していないが 50.9%であるが、相談支援事業者自身の必要性は、「すべてのケース」が 48.6%、「一部のケース」は 34.7%で、総計 80%以上が必要としていると回答している。判定プロセスにおける貴重なアセスメントなどの情報が、本人のサービス等利用計画の作成に必ずしも活かされていないことも報告されている。

③統一化の意義の再考

療育手帳は、現時点で法的な位置づけはなく、各自治体が自治事務として運用しており、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる可能性や、正確な疫学統計が作成できない状況等が指摘されている。この課題を解決するために、療育手帳の判定基準や運用の統一化の必要性が叫ばれてきた。統一化の意義についていくつかの観点から再考する。

●本人・家族の観点から

知的障害のある本人やその家族にとって、障害福祉サービス等の利用に関して、その制度が信頼できるものであることは重要である。制度が誰にとっても同じ基準や規則で提供されることは最低条件である。この意味からも、サービス等利用のスタート時点における、療育手帳の判定基準の客観性・普遍性はその制度・施策、さらにはそれを実行する行政への信頼を担保するものとなる。特に、療育手帳制度においては、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じることが、制度施策への信頼感を感じえないものとなっている。今回、療育手帳の判定基準及び運用の統一化は、制度施策及びそれを実行する行政への信頼感を高めるものとなり、本人や家族が安心して障害福祉サービス等を使うことを可能にする。

特に、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じることによる、制度・施策への不信感が払拭されることが期待される。これに関しては、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」(平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。この通知は、転居における混乱に関して、「従前の手帳を支障なく使用できる場合は、その継続使用を行う」ことによる対応であった。しかし、判定基準や判定方法の異なりによる混乱への根本的解決を意図したものではなかった。今回の療育手帳の判定基準・運用の統一化により、その解決が図られることが期待される。

●行政施策の観点から

国民に対する行政の説明責任を徹底することによって、行政と国民との間に見られる行政活動に関する情報の偏在（いわゆる「情報の非対称性」）が改善されるとともに、行政の透明性が確保されることは喫緊の課題である。このような状況が実現されることによって、行政に対する国民の信頼性の向上が図られる。特に、知的障害の判定という専門的な行政行為は、行政と知的障害者本人と家族の間には、大きな「情報の非対称性」が存在

することを示唆する事例となっている。この非対称性を埋め、客観的で透明性のある制度施策を実現していくことは重要である。この意味で、療育手帳の判定基準や運用の統一化は、「情報の非対称性」を克服し、行政への信頼を得る絶好の機会となるものと理解できる。

そもそも療育手帳制度の目的が、知的障害児(者)に対して一貫した指導・相談を意図したものであれば、療育手帳の判定基準や運用の統一後においても、療育手帳とその判定に関して得られた情報は、知的障害者本人や家族の支援のために依然として重要なものである。児童虐待防止おいて、都道府県等を超えた情報の共有の重要性が認識されている。療育手帳の判定基準や運用の統一化は、都道府県等を超えてかかわる行政職員や相談支援専門員による情報の共有を可能とし、連携して支援するツールとなるだろう。

●国民の観点から

障害のある者と障害のない者が、お互いに、障害の有無にとらわれることなく、支え合いながら社会で共に暮らしていくことが日常となるように、国民の理解促進に努めること、また、障害者基本計画の実施を通じて実現を目指す「共生社会」の理念や、いわゆる「社会モデル」の考え方について、必要な広報啓発を推進することとされている。知的障害という、理解されづらい障害に対する国民の理解の促進は喫緊の課題である。療育手帳の判定基準や運用の統一化と、その前提としての知的障害の定義及び療育手帳制度の法制化への動きにより、知的障害及び知的障害者への国民的理解が更に進むものと推測される。

●学術研究の観点から

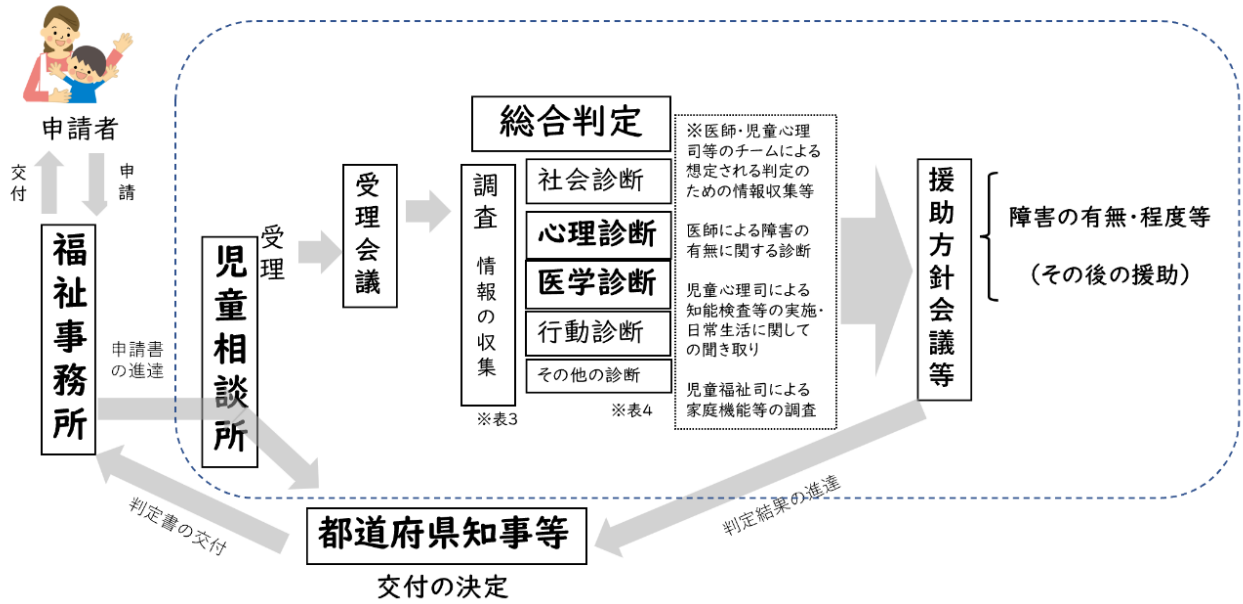
知的障害あるいは知的障害児者に関する学術研究の数は、多いとは言い難い。特に、近年の発達障害及び発達障害児者に関する学術研究と比較すると、その差は明らかである。障害サービスの提供に関して、三障害が統一され、個々の障害に関する研究が少なくなったことも要因の一つと考えられるが、そもそも知的障害の法的定義や知的障害判定の客観的基準がなかったことにも要因もあるのではなかろうか。知的障害に関してノルム(標準)化されたツールによって知的障害を判定してこなかったわが国の歴史は、知的障害を科学的根拠なく判定してきたと言えないだろうか。今回、ノルム化されたツールによって知的障害を判定する試みは、遅ればせながら知的障害判定の世界標準に近づくものである。これにより知的障害の対象範囲が明確化され、疫学調査を含む学術研究も可能となり、それに基づく制度政策の構築も可能となるであろう。

④その他、運用の統一可能性の考え方

●再判定の考え方

定期的な見直しは、既存調査においても指摘されているところである。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。例えば、再判定・更新については、厚生労働省の通知において、交付後も障害の程度の確認が必要であるとの考えの下、原則 2 年後、ただし障害の状況から見て 2 年を超える期間を指定してもさしつかえないものとされて、各都道府県・政令市では、年齢や状態に応じて再判定の時期を定めている。令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書においても再判定期間の設定方法として「年齢と区分に応じて設定（48.9%）がもっと多い。定めている知能指数の上限は「50～60 以下」で設定している場合が最も多く 29.6%となっている。再判定・更新による本

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



人・家族の負荷と判定機関の業務負荷も報告されている。令和４年度の総合福祉推進事業の検討委員会委員からは、「最重度・重度の場合は程度が変わらないと考えられ、知的能力の重篤さで再判定の有無や時期を検討してはどうか」といった意見もあった。

判定機関からは、判定ケースの増加、職員不足等の課題が寄せられており、実際に令和３年度の全判定件数の約４分の３は再判定で交付した件数であった。業務負荷を軽減する方策は複数考えられる（例：再判定の件数を減らす、判定以外の業務を軽減させる、判定機関以外での判定を可能とする等）が、いずれにせよ、現状の判定体制・状況を考慮した統一の検討が必要である。

●医学的所見の取り扱い

令和４年度総合福祉推進事業報告書によれば、判定における医師の診断書や医学的所見の確認の有無「確認している」が 85.5%、「確認しない」が 14.5%となっている。医学的所見の確認方法「自施設の医師の診断」の割合が最も高く 72.2%となっている。次いで、「診断書の提出（57.7%）」、「主治医への照会（20.1%）」となっている。判定機関として医学的所見を確認する医師の条件は「精神科医」の割合が最も高く 69.6%となっている。次いで、「児童精神科医（41.8%）」、「小児科医（30.4%）」となっている。医師の診断書や医学的所見を確認する対象者は、「その他」の割合が最も高く 36.6%となっている。次いで、「全員が対象（27.8%）」、「知能指数が境界域の者（26.8%）」となっている。

児童相談所に限ると、「児童相談における療育手帳判定業務（相談援助活動に一環として）系統図」のように、社会診断・心理診断・医学診断・行動診断・その他の診断などの総合判定を経て、援助方針会議等を行い、都道府県知事等に判定結果について進達を行うという流れがある。

一方で、児童相談所運営指針（こ支虐第 164 号令和６年３月 30 日）によると「療育手帳の判定

は、原則として医師、児童心理司等のチームにより行い、障害の有無、程度等について援助方針会議等で検討する。場合によっては、その後の援助についても検討する」とされており、原則として医師や児童心理司等でのチームによって判定業務を行うことが明記されているが、医学的所見を作成することについては不明確である。

以上のことから、医学的所見を一度はとっておくことは必要であると考えるが、地方自治体には、医師の確保と業務に組み込むことよる過大の負担が生ずる課題がある。

●判定業務に関わる児童心理司等への研修

判定ツールのところでも述べたが、「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、相談業務の体制や環境に関する課題として「判定業務を行う職員（医師以外）が不足している（48.2%）」、「診断等を行う医師が不足している、確保が難しい（29．3%）」「判定業務を行う職員は兼務者が多く、判定業務の時間確保が難しい（31．4%）」「療育手帳の相談・申請件数が増加している（56．5%）」であり、さらに、「判定を行うための部屋の不足（31.4%）」「判定を行うための検査具の不足（4.7%）」「判定を行うための予算の不足（9.9%）」となっており、判定業務の体制やその環境に関する課題は山積しているようである。検査具の不足・判定を行う部屋の不足などの予算に関与することに加えて、療育手帳の判定業務において、各自治体で地域での格差が生じる可能性が考えられる。このことを解消すべく、療育手帳判定業務における相談・支援のノウハウを含め、統一化された判定ツールについての研修会を開催する必要がある。この取組みを行うことで、療育手帳の利用者に混乱が生じなくなるものと思われる。

●その他

療育手帳の判定・運用に係る統一化に向けたプロセスに関することの課題が報告されている。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。調査研究事業では、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を保持する方が非該当となる可能性への懸念、手帳等級に基づく福祉サービスや各都道府県・市区町村の事務に関する経過措置が必要であると報告がされている。判定基準等の統一の方向性に関する懸念も見られており、統一化のプロセスにおいては、本人・家族、関係機関のコンセンサスを得ながら、不利益が生じる場合にはその不利益への対応を丁寧に行っていくことが重要である。

また、令和６年度総合福祉推進事業報告書」の調査結果によれば、運用が多様化している事項があること等を踏まえ、今後の検討においては、運用を統一する範囲や、運用統一までのプロセス・スケジュールといった絵姿の議論が必要と考えられるとされている。

３．療育手帳の判定基準の統一化後の課題（行政上の課題）について

「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、判定機関調査を通じて、ノルム化された標準検査を用いた２軸評価への移行を尋ねたところ、具体的に移行を想定できていない機関が多いことが推察された。特に移行の選択肢として提示した、現在厚生労働科学研究費事業で開発が進められている ABIT-CV への理解を深める機会の提供等が必要と考えられた。今後の検討に向けては、IQ40 以下で区分の設定がある地域等、ノルム化された標準検査を使用することで区分の判断が難しい場合や、標準検査による２軸評価の実施が難し

い場合の対応方法についても方向性を示しながら、実際の運用に向けての判定体制等への影響や課題等を整理することが必要とされた。移行に向けて必要な準備（MA）を尋ねたところ、「判定に係る内規・マニュアル等の修正（93.2%）」、「職員向けの研修、勉強会（91.1%）」、「評価ツール、総合評価の方法の検討（89.0%）」 への回答が最も多く、その他の選択肢についてもまんべんなく回答が見られた。

実際の運用においては、以下の行政上の課題が想定される。

(1)療育手帳が取得できない、あるいは判定において非該当が想定される対象

交付主体・市区町村・相談支援事業所への各調査において、療育手帳の判定方法や基準等を統一することで、本人や家族への支援に影響があると懸念されると報告されている(令和４年度総合福祉推進事業報告書)。判定方法や基準等の統一により、これまでのサービスが利用できなくなる可能性等の懸念があった一方で、統一化を求める意見も見られた。既存の調査でも指摘されているように、調査研究事業においても、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を受けている方が非該当となる可能性、手帳等に紐づく国の福祉サービスや各都道府県・市区町村独自のサービス利用への懸念がある。

療育手帳判定方法・等級（上限等を含む）などの認定基準の全国的な統一を図ったとき、従前のサービスが受けられるかどうかは、認定基準をどのように設定するかによるので、どのサービスが受けられなくなるかを明確に措定することは困難である。あくまで、その可能性についての想定の域は出ることはできない。知能指数 70～75 を超えている者、知能境界域の障害児者、あるいはそれらに相当する発達障害児者が対象となると想定されている。

令和４年度総合福祉推進事業報告書では、知能指数が 70～75 を超えて療育手帳を出しているのも、地方自治体がその人にとってサービスの必要性を認識して、他の障害者手帳ではニーズが満たされない理由等その特殊性を理解して対応している場合があることが報告されている。一般的な知能指数の上限値を超えて手帳の発行を行っているのは、それぞれの理由があることであり、地方自治体の運用への是正だけでなく、現行制度の運用等の改善を引き続き検討していく必要がある。

「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、ノルム化された標準検査による２軸評価へ移行するとした場合、移行に伴い判定結果への影響が想定されるケース、特に非該当の可能性のあるケースへの対応として、精神障害者保健福祉手帳制度と連動した議論や、療育手帳によらない、非該当となる可能性のある方への支援の在り方の議論等の必要性が確認された。移行に向けては、経過措置やその方法は様々考えられることから、国の方針や考え方を示す必要性とともに、各地域で影響や課題等の整理と対応方法の検討のための十分な準備期間が必要であるとされている。

(2)統一後、受けられなくなると想定されるサービス

統一という「枠組み」を作ることにより、療育手帳と紐付いていないとされる現在受けている障害福祉サービス(障害者総合支援法や児童福祉法に基づく介護給付や自立給付などのサービス、特別児童扶養手当、障害者基礎年金など)も受けられなく可能性は依然としてある。地方自治体の現場では、手帳制度がサービス利用のパスポート的役割を果たし、重要な機能を維持し続けている。

最大の課題は、現行の知能指数 70～75 以上の知的障害者が療育手帳を取得し、さまざまなサービスや手当等を受給している場合には、知能指数の

上限を 69 以下とすれば手帳の取得そのものが困難になり、サービスを受けることも困難になる。サービスや手当を受けてきた人の取り扱いと、新規に手帳を取得しようとする人との間に、差異が生じないように配慮していく必要がある。場合によれば、差別的取り扱いの課題が生じる可能性がある。

(3)影響・懸念への対応

「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」によると、移行する場合に療育手帳の対象への影響として、「現在の交付対象者の区分が変わる（「交付対象外になる」を除く）（49.7%）」、「現在の交付対象者が交付対象外になる（34.6%）」、「わからない 232 （34.0%）」 であった。特に、IQ70-75 以上で発達障害を理由とした交付があるとした判定機関の場合、想定される影響として、「現在の交付対象者が交付対象外になる」が 48.0%となっていた。

従来は知的障害児者として療育手帳の対象となっていた者が、今後、療育手帳が統一され、知的障害の範囲や判定基準がかわることにより影響を受けると想定される対象に発達障害児者が想定される。現在は各地方自治体の裁量により手帳制度を取得しているグループである。発達障害者支援法成立時には、知的障害のある自閉症などの発達障害児者には引き続き療育手帳を、知的障害のない発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳の利用を前提として、発達障害者支援手帳（仮称）制度の創設は見送られた。

2011 年のつなぎ法において、及び 2012 年の障害者基本法の改正において，障害の定義が「精神障害（発達障害）」を含むとされたことにより、発達障害が精神障害に含まれることが明記された。それ以後、発達障害児者が精神障害者保健福祉手帳を取得していくことは、成人期の就職の場面においては一般的になりつつある。しかし、今後、療育手帳制度の運用や判定の統一により、非該当となる人たちに、療育手帳制度の取得でなく、精神障害者保健福祉手帳の取得を積極的に進めていくためにはハードルを低くしていく必要がある。現行の精神保健福祉法の制度施策が、統合失調症などの大人を前提としたものとなっていて、大人の発達障害者を対象としたサービスや支援などは想定されていない。また、精神障害のある児童への取り組みは極めて限定されたものとなっている。精神障害に対するスティグマは減じられてきたが、児童が精神障害者保健福祉手帳を取得するのが一般的になるためには、精神障害そのものへの理解と子どもの時期の精神障害への対応が充実したものにならなければならない。家族が、発達障害のある子どもに精神障害者保健福祉手帳を積極的に取っていく動機をもつ仕掛けが必要である。精神保健福祉法に発達障害者に対応するサービス等を充実させ、児童期にも開かれたものとしていく必要がある。具体的には以下の事項が考えられる。

① 精神保健福祉法に現行の第五条「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう」に「発達障害」を入れること。

② 現行のひきこもり対策などを通して。発達障害児者の精神保健福祉対策を拡充していくこと。

③ 児童福祉における「こどものメンタルヘルス」対策の充実及び母子保健の早期発見・早期対応を行い、必要に応じて精神障害者保健福祉手帳の取得を受け易くし、児童の多様なサービスに結びつける。

児童福祉は、2024 年度からこども家庭庁の管轄となった。子どものメンタルヘルスの観点から子どもの精神障害に取り組んでいくことが重要であ

る。その際、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準」も児童期に対応した内容にする必要がある。

(4)今後の施策の方向性

アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第 5 版・DSM-5』は神経発達症群を、知的能力障害群、コミュニケーション症群、限局性学習症、運動症群、自閉症スペクトラム症、注意欠如・多動症に分類している。知的障害が発達障害の一群として明記された形となっている。その後、ICD-10（『国際疾病分類第-0 版』）が第 11 版に変更された。概ね、DSM-5 と同じ方向であり、今後は、発達障害支援法の対象に、知的障害を含めることを念頭に知的障害と発達障害の関係を法的に整理していくことが必要である。

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の 85%が軽度、10%が中度、3～4%が重度、1～2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016 年の発達障害者支援法改正法衆参附帯決議における、「これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること。」とは、発達障害の定義の中に知的障害を入れることを求めた決議と理解できる。知的障害を発達障害支援法の対象として、同じようなニーズを持つ群として制度・施策を構築していくことである。障害者基本法第二条（定義）において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）と規定している。この定義からすれば、身体障害と精神障害（発達障害（知的障害））という構図となろう。これらの障害をもつ者に共通しているのは、判断能力に困難性を抱えていることである。あるいは、意思決定支援の必要は人たちとも言えるだろう。今後は、知的障害者の意思が尊重された地域生活に役立つ、新たな療育手帳制度が創設されることが望まれる。

C. 結論

療育手帳制度が始まってから 50 年ほどが経過しており、療育手帳が国の障害福祉のサービスが乏しい時代に、自治体独自のサービスを発展させてきた意味は大きいものがある。それが、全国の判定区分（等級）が全国で 2 から 7 までと多様なものとなってきた背景にあるのでないかと推定される。また、それぞれの自治体固有のサービスの異なりを生み、新たな自治体に転居したときにサービスが使えなという事態を引き起こしている一因とも考えられる。近年では、障害福祉サービス・障害児支援サービス等の整備が進み、手帳制度を利用せずとも必要な支援を受けることができる基盤整備が進められている背景も含め、あらためて、療育手帳制度の目的、その利用方法を整理し、「福祉の増進に資する」という目的を実現させる制度運用が求められる。

一方、判定基準や運用の統一化により、知的障害児者が従来受けられていたサービスが受けられない状況になることの危惧が指摘されている。特に、市町村独自のサービスについては、等級を含めて現状と大きくかけ離れた場合、これまで利用できていた制度、サービスを利用できなくなる可能性があることが報告されている。また、アセスメントツールの統一により、検査時間や費用負担の増加、乳幼児の取り扱い、重度・最重度の取り扱い、申請から手帳発行までの長期化など判定業務に混乱が生じる可能性があることも考慮する必

要がある。

このように、「療育手帳の統一化」を求める声は共通しているが、統一化は、知的障害児者とその家族に利益・不利益の両方が生じる可能性が想定される。統一化の実現の際には、本人、家族、関係者のコンセンサスを得ながら不利益に対応していく視点が重要である。令和６年度総合福祉推進事業報告書の当事者調査結果からは、療育手帳の全国的な運用の統一への要望とともに、判定に伴う本人・家族等の負担があるとする意見や、手帳の名称や様式等への希望が見られた。今後の検討に向けては、療育手帳の判定・交付における当事者や家族の負担を軽減できるよう判定・交付プロセスや検査方法等の見直しや、判定方法だけでなく、手帳の名称や様式等の当事者やその家族の関心事項についても議論に含めていくべきとされている。

相談支援事業者からは、「そもそも、医療モデルでの判定基準を進めていくことは、国際的にみたときに異質であるという認識。判定方法が医療モデルを脱し、少なくとも生活モデルや社会モデルに変えていくのであれば統一する意味がある。しかし、現行の医療モデルのままでの統一は、現場の混乱を招くのみだと思う。(令和４年度総合福祉推進事業報告書)」という意見は、統一のあり方に関する根本的課題を提起している。障害の捉え方が、医学モデルから社会モデルに変化するなか、医学モデルに基づいた知的障害の理解は時代に逆行するものである。アメリカ精神遅滞学会は、第９版定義（AAMR, 1992）において、知的障害の定義は変更しなかったが、その程度分類（軽度～最重度）が変更された。すなわち、従来の知能水準の低下と適応スキルの障害に基づいた判別ではなく、知能水準の低下と適応スキルの障害に加えて、社会的サポートを必要とする程度や内容により、①一時的サポート、②限定的サポート、③長期的サポート、④永続的サポートのいずれかを要する状態に分類されることになった。この変更は、より社会モデルに近づいたものであったが、その後は維持されなかった。このように、知的障害の判断に社会モデルの考え方を取り入れていくことは相当な困難を伴うことで、時間を要することである。

障害の理解に社会モデルの観点から捉えなおしていくことは、既存の手帳制度を廃止していくことかもしれない。療育手帳の判定基準や運用の統一化は、知的障害を社会モデルから捉えなおす、その途上の作業であるといえるだろう。その過程では、療育手帳制度のみならず現行の身体障害者手帳制度や精神障害者保健福祉手帳制度の見直しを含む、障害の捉え方そのものの根本的な見直しが必要となるだろう。その全体的な見直しのためには、知的障害分野が他の障害分野と比較して、法的定義がなくその判定について標準化されていないという遅れた状況から、他の障害と同じスタートラインに着くことが必要である。今回の、療育手帳の判定基準や運用の統一は、その遅れを取り戻し、他の障害と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えたい。

文献

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

パール・バック：著, 伊藤　隆二：訳、「母よ、嘆くなかれ、法政大学出版局､1993 年

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

「療育手帳制度についての一部改正について」厚生労働省発障 0401 第 4 号、令和 2 年 4 月 1

日、各都道府県知事、指定都市市長　中核市市長宛て、厚生労働事務次官
「転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について」(平成五年六月二二日)(児障第四二号)(各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長あて厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)
「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知)
平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書平成 31 年 3 月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会
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
令和 2 年～3 年厚生労働科学研究「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」
令和 4 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 5 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 6 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との影響や課題についての調査」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 4 年～5 年厚生労働科学研究『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」
「児童相談所運営指針」令和 6 年 3 月 30 日　こ支虐第 164 号 都道府県知事各 指定都市市長 児童相談所設置市市長あて、こども家庭庁支援局長
DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】高橋三郎・大 裕・染 俊幸【訳】、2002　医学書院
DSM-V 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】、日本精神神経学会（監修), 高橋三郎 , 大野 裕 【訳】、2014、医学書院
令和 4 年 5 月、発達障害者支援法の一部を改正する法律附帯決議（平成二八年五月二四日）
アメリカ精神遅滞学会（AAMR）篇、茂木俊彦監訳、「精神遅滞【第 9 版】—定義・分類・サポートシステム—」、1999、学苑社

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

F. 知的財産権の出願・登録情報

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

特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題

研究分担者　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

【研究要旨】

障害年金、特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳を中心に、療育手帳に関わりの深い法制度の手続きにおける課題を整理した。

障害年金はすでに地域較差是正の取り組みがなされ、等級判定のガイドラインも出されている。特別児童扶養手当も障害年金と同様の手法を想定した認定診断書改定案と等級判定ガイドライン案が提案された。精神障害者保健福祉手帳は、児童を対象にすることがあまり想定されていないという課題がある。

知的発達症と他の精神疾患が併存する児童では、ライフステージを通じて何度も異なる制度利用のための判定を受けなければならず、受給者の立場からも主治医の立場からも煩雑である。日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

A.　研究目的

本研究では、療育手帳と関連の深い他の制度について整理し、知的障害をめぐるわが国の法制度において今後整理すべき課題の抽出を試みた。

B.　各検討点の整理

1. 知的障害と精神障害の福祉制度には複数の判定業務がある

知的障害は、医学的には精神疾患の下位分類である「神経発達症群」のさらに下位分類である「知的発達症」に該当する。したがって、医学的観点から言えば精神障害者の法制度で知的発達症を対象としてもよいはずである。しかしわが国では知的障害を他の精神障害から分離して法制度を制定し運用してきた歴史がある。

さらに、統合失調症や抑うつ症などの主な精神疾患の人たちが精神障害の認定を受けるのは成人期であることが多いのに対して、知的発達症の人たちが知的障害の認定を受けるのは児童期であることが多い。このことから、知的障害に対する療育手帳の交付と精神障害に対する精神障害者保健福祉手帳の交付の業務における重なりは、かつてはそれほど話題に上らなかった。

しかし近年では、自閉スペクトラム症や注意欠如多動症をはじめとする神経発達症の早期発見・早期支援が全国的に広がってきた。これらは知的発達症を併存することが少なくないため、知的障

害の認定を受けるべきか精神障害の認定を受けるべきか判断に迷うケースや、両方に該当するために児童期から療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の判定を受けるケースが増加している。一方、成人期の精神科医の間でも発達に関する知識と関心が高まったことにより、児童期に見過ごされていた軽度知的発達症のケースが成人期にはじめて診断されることも増えてきた。

また、さまざまな福祉サービスが保障される障害者手帳制度とは別に、障害のある人たちや障害児を育てる養育者を対象とした経済的支援が制度化されている。このうち知的発達症の人たちに関連が深い障害年金と特別児童扶養手当は所得保障を目的としており、受給するためには医師が作成した認定診断書などをもとに判定が行われる仕組みになっている。

児童期に知的発達症を含む精神疾患があることがわかった場合、福祉サービスや経済的支援を受けるためには、児童期に療育手帳および特別児童扶養手当の判定を受け、希望に応じて精神障害者保健福祉手帳の判定も受け、20 歳になるところで障害年金の判定を受けることになる。つまり、福祉制度を十分に利用するためには、最大で 4 種類の判定を受けなければならない。

２．障害年金と特別児童扶養手当における地域較差是正の取り組み

障害年金および特別児童扶養手当においても療育手帳と同様に地域較差が問題となった。この問題の改善にまず取り組んだのは日本年金機構であった。同機構は 2010 年度および 2012 年度に都道府県の事務センターで決定を行った障害基礎年金のサンプル事例 11,968 件を対象として調査を行った結果、各都道府県における不支給決定の割合に較差が見られた[1]。これを受けて 2016 年に「精神の障害に係る等級判定ガイドライン」[2]が出されている。

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）についても認定率の自治体間較差が存在する可能性が指摘され、2017 年度以降 4 回にわたって厚生労働科学研究等で研究班が立ち上げられ、検討されてきた[3][4][5][6]。この中で、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）認定診断書認定の改定案の作成を行うとともに、地域差に関して 2020 年度に全国調査を行った。40 の自治体から得られた特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定結果のデータ 4,419 件の分析で、認定率（1 級または 2 級と判定される比率）は 33.6%から 100%の範囲であり、自治体間で大きなばらつきがあった[4]。

認定診断書の改定案については、様々な診断と重症度の模擬症例 11 例に対して日本児童青年精神医学会の医師会員に診断書の記入を依頼し、626 名より回答を得た。認定診断書案の記入内容を統計解析した結果、「障害のため要する援助の程度」の判定において、妥当性と評価者間信頼性のいずれもが一定の基準を満たしていることを確認した[4]。

さらに、模擬症例に対する認定診断書について、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医 71 名に等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。44 名（62.0%）から回答があり、一定の妥当性と評価者間信頼性が得られた[5]。

障害基礎年金の判定との一致度も調査し、19〜20 歳の模擬症例 11 例について特別児童扶養手当の認定診断書案を用いた判定と障害基礎年金の認定診断書を用いた判定とが概ね一致した[6]。

これらをふまえて、特別児童扶養手当の認定診断書改定案が作成され、それに対する等級判定ガイドライン案が作成されたところである[6]。

現行の特別児童扶養手当の認定診断書の項目や設問内容は、幼児および重度～最重度の知的発達症を主として想定しており、他の精神疾患では記載しにくいという問題があった。今回の認定診断書改定案は多くの精神疾患に対して作成しやすい構成となっている。

３．精神障害者保健福祉手帳における課題

精神障害者保健福祉手帳については、いまのところ障害年金や特別児童扶養手当のような改定やガイドラインを作る動きはない。ただし、本研究班における医師研究者の会議においては、精神障害者保健福祉手帳の制度設計が児童も対象になることがあまり想定されていないとの指摘があった。認定診断書の項目構成や設問の記述が児童では記入しにくい箇所が見られる。経済的支援を目的とする特別児童扶養手当と障害年金は年齢による境界が明確であり、今回の改定案で児童でも幅広い精神疾患に対応しやすくなった。精神障害者保健福祉手帳においても、児童期用の認定診断書の書式について検討する必要があると思われる。

４．受給者および診断医の視点から見た課題

本研究班も含めると、療育手帳、障害年金、特別児童扶養手当については地域較差の問題が指摘され、その是正に向けた研究が行われていることは、適正な福祉サービス保障のために望ましいことである。しかし、受給者の立場から見ても、そして認定診断書を作成する診断医の立場から見ても、福祉制度を利用するための手続きが煩雑であることは重大な課題である。

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害児福祉手当は医療機関で診断書を作成することが多い。手帳や手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、精神障害者保健福祉手帳や手当の申請に際しては、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。

C. 結論

障害年金、特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳を中心に、療育手帳に関わりの深い法制度の手続きにおける課題を整理した。

障害年金はすでに地域較差是正の取り組みがなされ、等級判定のガイドラインも出されている。特別児童扶養手当も障害年金と同様の手法を想定した認定診断書改定案と等級判定ガイドライン案が提案された。精神障害者保健福祉手帳は、児童を対象にすることがあまり想定されていないという課題がある。

知的発達症と他の精神疾患が併存する児童では、ライフステージを通じて何度も異なる制度利用のための判定を受けなければならず、受給者の立場からも主治医の立場からも煩雑である。日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治

医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

文献

[1]障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査結果。https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyoukanrika/0000075359.pdf（2025.5.6 閲覧）

[2]国民年金・厚生年金保険：精神の障害に係る等級判定ガイドライン。2016。chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyoukanrika/0000130045.pdf（2025.5.6 閲覧）

[3]平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）（研究代表者：齊藤万比古）：特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究 平成 30 年度 総括・分担研究報告書, 2019。

[4]令和 2 年度～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）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究　令和 2 年度～3 年度 総合研究報告書, 2022。

[5]令和 4 年度～令和 5 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）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究 令和 4 年度～ 5 年度 総合研究報告書, 2024。

[6]令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を補助するための情報ツール作成のための研究 令和 6 年度 総括・分担研究報告書, 2025。

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案

研究分担者　髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
浜田　恵　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

【研究要旨】

本稿では、本プロジェクトで作成した「療育手帳判定暫定ガイドライン（案)」のベースとした知的発達症の国際的診断基準である ICD-11 を取り上げ、概観することを目的とした。ICD-11 における知的発達症の要点として以下のものが示された。①2 軸診断：知的機能と適応行動の 2 軸診断であること。②用いる検査の条件とカットオフ：適切にノルム化・標準化された個別検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。③18 歳以上における判定：成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。④重症度（等級）の判定：知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。⑤併存障害や疾患の合併によるリスク：早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。⑥知的発達症（暫定）：4 歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

以上の点を踏まえ、本プロジェクトで開発した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（ABIT-CV）を用いた知的発達症の重症度判定においては、知的機能と適応行動の評価を合算して算出することが療育手帳判定の運用においても重要であると考えられる。

A. 研究目的

「療育手帳判定暫定ガイドライン（案)」を作成、解説するにあたり、現行の知的障害（知的発達症）の国際的診断基準を把握しておくことは必要不可欠である。

本プロジェクトに関する令和 6 年度報告書では、研究分担者らが本ガイドライン（案）の各パートについての解説を担当している。本稿では、ガイドライン（案）の解説に先立ち、知的発達症の国際的診断基準として ICD-11（World Health Organization, 2022）をあらためて取り上げ、概観することを目的とする。

なお、知的発達症の医学的概念や診断方法、診断をめぐる近年の議論の整理については、本プロジェクトの令和 4 年度報告書において研究分担者である内山他（2023）が報告しているため、ICD-11 の改定に向けた議論や ICD-11 以外における知的発達症の定義などについては本稿では扱わないこととする。また、各項目の詳細については研究分担者らによるガイドライン（案）の各解説を確認されたい。

B. ICD-11 における知的発達症の概要

ICD-11 は本稿の執筆時点（2025 年 5 月）ではまだ日本語版が発行されていないため、内山他（2023）による日本語訳（一部改変）を基に紹介するとともに、要点を解説する。

内山他（2023）による日本語訳（一部改変）はイタリックで示す。

1. ICD-11 における知的発達症の定義

・*知的発達症 (Disorders of intellectual development)　親カテゴリー：神経発達症*

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。それは適切にノルム化・標準化された個別検査により測定される。ノルム化・標準化された個別検査の実施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。

重要なポイントは、知的機能と適応行動の 2 軸診断と、ノルム化・標準化された個別検査を用いた標準偏差による基準が明記されていることである。一方で、ノルム化・標準化された個別検査が利用できない場合の代替案についても提示されている。わが国の療育手帳判定の状況を踏まえると、対象児者全員に知的機能と適応行動を評価するためにそれぞれ個別検査を実施することは現実的ではないため、代替案の検討が重要となる。

2. 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。（中略）

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場合がある。（中略）

発症は発達期である。過去に診断されていない知的発達症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。

知的発達症診断のための必須特性として、知己機能と適応行動の 2 軸診断であることがあらためて記載されている。中略した個所には定義と同様に、適切にノルム化・標準化された個別検査を用いることや、標準偏差による判定、困難な場合の代替案が記載されている。また、神経発達症に属することから成人期以降での状態のみで診断することはできず、発症時期の特定が求められる。

3. 重症度の特定因子

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。（中略）

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、中等度の知的発達症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。（中略）

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。

適応行動については 6 歳まで、6 歳から 18 歳、18 歳以上の 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。

ここでは、知的機能と適応行動のドメイン単位での重症度判定について記載されているが、先述の通りわが国の療育手帳判定を想定すると、ドメイン単位で各標準偏差から詳細な検討を行うことは現実的とは思われない。一方で、あくまで記載された診断方法は例示であり、評価の性質や目的などによって改変することも可能であることが記載されている。

なお、ICD-11 の原文には知的機能と適応行動について年代別の重症度判定の参考となる具体的な行動のリスト（表）が提示されているが、本稿では省略している。

4. 他の臨床的特徴

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。

知的発達症は、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。知的発達症と他の精神障害、行動障害、神経発達障害が合併する場合は、知的発達症のない精神障害を持つ人と同様の自殺リスクがある。（中略）

人生における重大な変化やトラウマ体験は、知的発達症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症のある人々は、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。

知的発達症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）の要因が知的発達症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。知的発達症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症の病因が明らかな場合には、その病因に対応する診断も追加されるべきである。

知的発達症のある人は、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。

知的発達症と併存障害・疾患について触れられており、発達障害からメンタルヘルス、精神障害と広い範囲にわたる懸念が提示されている。また、ダウン症を例とした遺伝子疾患の合併症に関する予防・管理の推奨もなされている。

このように知的発達症は発達期におけるサポートが重要であるとともに、併存障害によるリスクを踏まえた経過の把握が必要であると考えられる。一方、遺伝子疾患に関しては早期診断により包括的な予防・支援につなげられるメリットも示されている。

5. 正常との境界（閾値）

知的発達症において、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症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、知的発達症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。

知的発達症における 2 軸診断の重要性についてあらためて述べられるとともに、テストの信頼性や当時の状況、発達の経過などによる IQ や適応行動の変動にも触れられている。このため、各自治体でみられるように、再判定期間を設けられている。また、変動の要因も多様であることが記されており、特に発達期（未成年期間）における把握がなされてない、成人で初めて療育手帳の交付判定を受ける方のような場合には、判定時の状態だけでなく、これまでの発達経過などを把握した上で鑑別診断を行うことが求められている。

境界知能については支援の必要性が記されている一方、診断基準に該当しないことが明記されている。

6. 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。（中略）

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。

ここでも知的発達症における発達期からの知的機能と適応行動の変動について触れられ、支援の必要性が述べられている。特に、発達期における支援が成人期における支援ニーズを低下させる、すなわち早期の支援が予後を良好にすることが記されている。

7. 重症度分類

ICD-11 において知的発達症の重症度は、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*
- *知的発達症,暫定的 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。（中略）

重症度分類が記されているが、ここでは詳しく紹介しないため、研究分担者による報告書を参照されたい。

「知的発達症、暫定的」については次項で紹介する。

8. 知的発達症（暫定的）

知的発達症,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、「知的発達症、暫定的」の診断がなされる。この文脈での知的発達症、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、知的発達症が示唆されるが、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。

先述のように知的機能と適応行動の変動が見込まれているため、4歳未満の子どもについては知的発達症の確定診断ではなく「暫定的」となっている。感覚障害や身体障害などによる影響の可能性も示されているが、ダウン症などのような遺伝子疾患も含めて知的発達症との識別が困難な場合であっても、暫定的に診断をつけるという対応が可能となっている。当然ながら、知的発達症の診断はその後の再判定によって確認される必要がある。

C.　結論

本稿では、各研究分担者らによるガイドライン（案）の解説に先立ち、知的発達症の国際的診断基準としてICD-11を取り上げ、概観することを目的とした。その結果、ICD-11における知的発達症の要点として以下のものが示された。

・2軸診断：　知的機能と適応行動の2軸診断であること。
・用いる検査の条件とカットオフ：　適切にノルム化・標準化された個別検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。
・18歳以上における判定：　成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。
・重症度（等級）の判定：　知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。
・併存障害や疾患の合併によるリスク：　早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。
・知的発達症（暫定)：　4歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

以上の点を踏まえ、本プロジェクトにおける療育手帳判定暫定ガイドライン（案）では、該当するポイントを各研究分担者が担当し、解説を行う。

次ページには、本研究班が提案する療育手帳の交付判定におけるガイドラインを示す。

なお、ICD-11に記載されているように、わが国の療育手帳判定の現状を鑑みると知的機能・適応行動双方をノルム化・標準化された個別検査で評価することは現実的ではない。そのため、その

療育手帳判定暫定ガイドライン（案）抜粋　令和 7 年 3 月（厚労科研辻井班）

A. 療育手帳の判定にあたっては、**偏差指数が算出できる知能検査と適応行動尺度**を用いる。具体的には、ウェクスラー式知能検査と Vineland-Ⅱ適応行動尺度、もしくは知的機能と適応行動を簡易に評価できる ABIT-CV の使用が推奨される。

B. 療育手帳の交付判定に際しては、原則として、**知的機能および適応行動それぞれの標準得点がともに 70 未満である場合に交付の対象**とする。ただし、±5 ポイント程度の測定誤差を考慮するものとする。

C. 療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とする。判定には**知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55－69 を軽度、40－54 を中度、25－39 を重度**、**25 未満を最重度とする**。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。

D. 療育手帳の交付年齢（取得年齢）については、知的機能の実施可能年齢を考慮し、**1 歳以上**とする。0 歳台における先天性疾患などに基づく判定については、「暫定判定」として対応し、更新時に再判定を行う。

E. 再判定の間隔については、**就学前年齢の場合は 2～3 年ごと、就学以降 18 歳までは 3 年ごと**、**18 歳以上ではおおむね 5 年程度ごと**の再判定を推奨する。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定については、再判定の必要性は低いため、原則として実施しない。ただし、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。

F. 18 歳以上で初めて療育手帳の交付を申請する場合は、**「医師の意見書」**の形式での書式の提出を要件とする。その際、学校の成績、教育状況・達成度の記録、発達歴に関連する情報などの提出を求める。ただし、**被虐待などの知的発達や適応行動に関連しうる経過がある場合**にはより慎重に判断し、知的障害があったことが臨床的に認められる場合は加味するべきである。一方で、精神疾患（統合失調症など）の併存があり、知的機能や適応行動の低下が精神疾患に起因するものであると判断される場合には、除外診断として扱う。

※この考えを元に、実際に自治体での実施を通して現在の判定基準との相関を、引き続き調査研究を行っていく。

ため、本プロジェクトではノルム化・標準化された個別検査による知的機能検査（ABIT-CV-I：Adaptive Behavior and Intelligence Test - Clinical Version - Intelligence）を開発するとともに、保護者・支援者らが回答する質問紙形式の適応行動評価尺度（ABIT-CV-AB：Adaptive Behavior and Intelligence Test - Clinical Version – Adaptive Behavior）を開発した（伊藤他、2025）。

知的機能の個別検査とともに、療育手帳判定において簡便な実施を可能にするとともに、知的発達症の鑑別に有用なツールであるが、一方で重症度判定の評価方法が複雑になると運用面での問題につながりかねない。そのため、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能という ICD-11 の記述を基に、ABIT-CV を用いた知的発達症の重症度判定においては、知的機能と適応行動の評価を合算して算出することが療育手帳判定の運用においても重要であると考えられる。

詳しくは、各研究分担者らによる分担研究報告書を参照されたい。

文献

伊藤大幸・村山恭朗・浜田　恵・髙柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜・足立匡基・野沢朋美・増山晃大・中島卓裕・久保尊洋（2025）．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――．令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）分担研究報告書, pp.78-126.

内山登紀夫・上野修一・岡田 俊・中村和彦・本田秀夫・河邉憲太郎・坂本由唯（2023）．知的障害（知的発達症）診断の診断概念．令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）分担研究報告書, 37–92.

World Health Organization (2022). 6A00 Disorders of intellectual development. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. http://id.who.int/icd/entity/605267007

D.　研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E.　知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得　なし
2. 実用新案登録　なし
3. その他　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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－2 軸診断について－

研究分担者　内山 登紀夫　福島学院大学 福祉学部

【研究要旨】

本報告書は、ICD-11 に準拠した知的発達症の診断枠組みを整理し、日本の制度への導入可能性を検討したものである。ICD-11 では、従来の IQ 偏重から転換し、知的能力と適応行動という 2 軸による包括的な評価を重視している。診断には、①知的能力の著しい制限、②適応行動の重大な制限、③発達期の発症、の 3 要件が必要とされ、両者ともに標準化された検査により平均より 2SD 以上低いことが求められる。重症度分類も IQ のみに依存せず、適応行動を含む機能評価が必須である。特に重度・最重度の症例では知能検査の限界があり、適応行動による区別が重視される。I Q が 50-70 前後の場合も適応行動に困難を抱える者は支援ニーズが高いことが報告されており、軽度知的障害の人々への適切な支援のためには、適応行動評価が不可欠である。このため、ICD-11 に準拠した診断を行うには、偏差 IQ が算出可能な標準化された知能検査（例：ウェクスラー式）と、偏差指数が算出できる標準化された適応行動尺度（例：Vineland- Ⅱ）の併用が前提となる。これにより、対象者の知的機能および日常生活における具体的な困難を客観的に把握し、重症度の特定や支援ニーズの評価が可能となる。また、標準化検査が利用困難な場合には、ICD-11 に記載された行動指標を用いた臨床的判断が重要となる。

日本における診断や療育手帳制度においても、国際的な潮流を踏まえた二軸評価を導入し、個々の機能と支援ニーズに即した支援体制の構築が求められる。

A. 研究目的

知的障害（知的発達症）の診断概念は、近年、国際的な潮流として大きな変化を遂げてきている。特に、世界保健機関（WHO）が改訂した国際疾病分類第 11 版（ICD-11）では、従来の知能指数（IQ）偏重の診断から、知的能力と適応行動の両側面を重視する方向へとシフトしている。当事者と家族への敬意を保ちつつ、必要な支援を適切に提供できるための診断基準や重症度分類が議論されてきた。I C D -11 では、知的機能と適応行動の両方に重点を置き、知的障害の重症度を診断し分類するための包括的な枠組みとなっている。

本文分担報告では、ICD-11 において、適応行動の評価が重視されていることを指摘し、その背景を概説する。さらに、ＩＣＤ-11 に準拠しつつ日本の臨床現場で実施可能な知的発達症の診断方法を提案する。

B.　各検討点の整理

ICD-11 知的発達症の診断基準

ICD-11 において、知的発達症（Disorders of intellectual development; 6A00）は、神経発達症（Neurodevelopmental disorders; 06）の下位カテゴリーに位置付けられている。これは、知的発達症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。

ICD-11 における知的発達症の診断は、主に以下の 3 つの必要事項に基づいている。

1.　知的能力における明らかな制限：

知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域での知的機能に制限があることとされる。可能な限り、適切に標準化された個別の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。テストが利用できない状況では、知的機能の行動的指標に基づいた適切なアセスメントと高度な臨床的判断が求められる。

2.　適応行動における重大な制限：

日常生活で学習・実践する概念的、社会的、実践的なスキルのセットに適応行動に重大な制限があることとされる。概念的スキルには知識の適用やコミュニケーション、社会的スキルには人間関係の管理や社会的責任、実践的スキルにはセルフケアや職業スキルなどが含まれる。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測定し、合計スコアが平均よりも 2 標準偏差以上低い（つまり、約 2.3 パーセンタイル未満）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、知的機能と同様に行動指標に基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

3.　発症時期：

これらの制限が発達期に生じることとされる。成人期に初めて診断される場合でも、発達歴の把握により発症時期を特定する、すなわち後ろ向き診断が可能である。

重症度分類における評価方法の変更点

ICD-11 における知的発達症の重症度は、従来の ICD-10 のように IQ スコアのみに主に依存するのではなく、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点が大きな変更点である。重症度レベルは、知的能力と適応行動スキルの主要な部分（概念的、社会的、実践的スキルの 3 つのドメイン）が属するレベルに基づいて決定されるべきであるとされている。

ICD-10 では軽度、中度、重度、最重度の分類に IQ が主な指標とされていた。ICD-11 では重症度特定因子（Severity specifiers）が明記され、知的能力と適応行動のいずれも標準化された検査に基づき標準偏差の何倍平均より下かによって重症度が特定される。これは、重症度が IQ スコアのみに依存するのではなく、個人の機能と支援ニーズの把握が重視されるという ICD-11 の考え方を反映したものである。

重度および最重度の知的発達障害については、既存の知能の標準化テストが低い知能レベルを信頼性・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とになっている。この点からも、診断や重症度分類において

適応行動評価が極めて重要であることが示唆される。

知的能力評価と適応行動評価の必要性

ICD-11 の診断基準が知的能力と適応行動の両者を必須の特性としていることからも明らかなように、知的発達症の診断にはこの二軸でのアセスメントが最低限求められる。IQ スコアは知的発達症を部分的に特徴づける指標であり、「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなすべきであり、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とされている。

知能テストの IQ 値は、使用されるテスト、テスターの熟練度、被験者の体調など様々な要因で変動する可能性があり、また発達やライフコースの段階によっても変動することがある。特にフルスケール IQ のみを指標とすることや、下位検査のばらつきが大きい場合の妥当性の乏しさなどが指摘されており、IQ のみで知的障害の診断や重症度分類を行うことは不適切であるとされる。

適応行動評価は、個人の日常生活における機能や、概念的、社会的、実践的なスキルのレベルを直接的に把握するために重要である。特に、重症度分類の目的は、どの程度の支援が必要かの把握にあるとされており、適応行動の評価は個人の支援ニーズを把握する上で中心的な役割を果たす。近年、軽度知的障害（mild intellectual disability, MID）の人々の支援ニーズが高いことが多くの研究で議論されており、Nouwens ら (2017) の報告等がこの点を強調している。IQ が高めであっても適応行動に困難があるために高い支援ニーズを抱える人々が存在するため、適応行動の評価は、IQ のみでは見逃されがちなこれらの人々のニーズを把握するために不可欠である。

適応行動の評価が必要とされる理由

診断の必須要件であること：ICD-11 の診断基準では、知的機能の制限と並んで、適応行動における重大な制限が診断に不可欠な要素であると明確に位置づけられている

重症度分類に不可欠であること：ICD-11 では、知的発達症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。特に重度および最重度の知的発達障害では、既存の知能テストが特定の低い IQ レベルの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とが明記されている。つまり、これらの重症度レベルの診断には、適応行動の評価が不可欠である。

標準化テストが利用できない状況での診断を可能にすること：世界中の多くの国や地域では、標準化された知能検査や適応行動尺度が使用できない状況や、テストを施行できる専門家が不足している状況が想定されている。そのため、ICD-11 では、標準化されたテストが利用できない場合でも診断や重症度評価が行えるように、知的機能と適応行動の行動指標が包括的な表として準備されている。これらの行動指標は、知的能力や適応行動の臨床的判断を適切に行うための配慮として作成されたものである。

支援ニーズの把握に不可欠であること：重症度を分類する主な目的は、どの程度の支援が必要かの把握にあるとされる。近年の議論では、知能の重度さと支援ニーズの強さが必ずしも一致せず、軽度知的障害や境界知能の人々でも高い支援ニー

ズがみられることが明らかになっており、行政サービスの質や量の決定にも重要であるとされる。ICD-11 と大きく乖離しない日本独自の診断基準を検討する上でも、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ろう。

診断の妥当性と信頼性を高めること：知能指数（IQ）の数値は単独の診断要件ではなく、「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなされるべきであり、様々な要因で変動する可能性があるため、IQ スコアだけに基づいて診断を行うべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならないとされる。また、評価の過程で、文化的な背景や言語能力、併存する障害などが適切に考慮されない場合、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ため、適切な評価方法の選択が必要とされる。

これらの点から、ICD-11 が知的発達症の診断において、単に知能検査の結果だけでなく、個人の実際の日常生活における機能や社会的な側面を反映する適応行動の評価を必須とし、重症度分類や支援ニーズの把握においても中心的な要素として位置づけていることが示されている。これは、ICD-11 の診断概念が、より包括的で、個人の機能と支援ニーズを重視する方向へ変化したことを反映していると考えられる。

診断評価における具体的な推奨

ICD-11 における知的発達症の診断概念は、知的能力と適応行動の両側面を重視する二軸評価への移行を明確に示している。この診断基準を日本において適切に適用し、個々の支援ニーズを正確に把握するためには、偏差 IQ を算定可能な標準化された知能テストと、偏差指数がわかる標準化された適応行動尺度を使用することが前提となる。IQ のみによる診断の限界が指摘される中、適応行動評価を包括的に行うことは、特に軽度知的障害や境界知能といった、IQ だけでは捉えきれない高い支援ニーズを持つ人々への適切な支援提供のために極めて重要である。標準化された評価が困難な状況においては、ICD-11 の行動指標を参照した臨床的判断が補完的に必要とされる。

行動指標の活用と臨床的判断

標準化されたテストが利用できない場合や、評価が困難な状況（例えば、対象者が幼い、感覚・運動障害がある、重度の問題行動があるなど）においては、ICD-11 に示されている詳細な行動指標を参考にし、経験を積んだ臨床家による臨床的判断を行うことが求められる。これらの行動指標は、ブラジル、インド、イタリア、スリランカ、英国の専門家が作成に参加し、信頼性が高いとされている。

C. 結論

標準化された知能テストの使用

知的能力のレベルを客観的に把握するため、適切に標準化された個別の知能テストを使用する。ICD-11 の重症度分類の指標としてパーセンタイルが用いられていることからも明らかなように、診断や分類の前提として偏差 IQ が算定可能な知能テストを用いることが重要である。具体的には偏差指数が算出できるウェクスラー式のテストが推奨される。日本で普及しているビネー式検査等に関しては，偏差指数が算出できないものは推奨できない。

標準化された適応行動尺度の使用

適応行動のレベルを概念的、社会的、実践的なスキルの各領域で評価するために、標準化された

適応行動尺度を使用することが推奨される。これにより、個人の適応行動のレベルを同年代の集団と比較した偏差指数として客観的に把握することが可能となる。日本で使用可能なテストとしては偏差指数が算出できる Vineland-IIが推奨される。

ABIT-CV

知的機能と適応行動を簡易に評価できる指標として ABIT-CV があり、ICD-11 に準拠した診断が可能である。

日本における知的障害の定義や診断、及びそれに基づく療育手帳制度や支援施策についても、国際的な診断基準の潮流を踏まえ、知的能力と適応行動の二軸評価に基づいた包括的なアプローチをより一層推進していくことが求められる。

文献

Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Smulders, N. B. M., Embregts, P., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis. BMC Psychiatry, 17(1), 257.

内山 登紀夫 上野 修一 岡田 俊 中村 和彦 本田 秀夫 河邉憲太郎 坂本由唯 (2023). 「令和 4 (2022) 年度 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報告書 知的障害（知的発達症）診断の診断概念」. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163975#report_summary_1.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得　なし
2. 実用新案登録　　なし
3. その他　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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案
－評価指標のカットオフ値について－

研究分担者　上野　修一　愛媛大学大学院医学系研究科

研究協力者　河邉　憲太郎　愛媛大学大学院医学系研究科

【研究要旨】

療育手帳は知的発達症に対して交付されるものであり、知的発達症の診断基準を満たすことが必要となる。知的発達症の診断においては、18 歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としている。

知的発達症に関して、現在国際的に使用されている診断基準として ICD-11 があり、本邦においても広く浸透していることからも、この定義に準じて診断を行うことが推奨される。ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とすると、判定は知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用いる必要があるが、55-69 を軽度、40-54 を中度、25-39 を重度、25 未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際しては、知能検査は必須ではない。

知的機能の検査に関しては、偏差指数が算出できるものを推奨する。偏差知能指数とは、知能テストの成績をより一般的な相対評価の形で表現しようとしたものである。代表的な検査としてウェクスラー式検査がある。また、適応行動については、Vineland-II を用いれば、偏差指数が算定できる。知的機能のカットオフとしては、現在のところ誤差を含め、知的機能および適応行動それぞれで、75 までとし、合成指数で重症度を判定する。

A.　研究目的

療育手帳は知的発達症に対して交付されるものであり、知的発達症の診断基準を満たすことが必要となる。知的発達症の診断においては、18 歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としている。

知的発達症はその他の神経発達症を有する場合が多いことや、育児困難から虐待などの不適切養育を受けるリスクが高く、それが知的発達症の診断に影響を与えることもある。この場合に、知的発達症をどのように診断し、重症度をいかに判断するのかという課題がある。一方で、現在国際的に使用されている診断基準として ICD-11 があり、本邦においても広く浸透していることからも、この定義に準じて診断の不一致を減らす必要もある。

本研究課題では、ICD-11 に準拠してその診断のカットオフについて概説し、そこで明らかになる課題について述べることとする。

B. 各検討点の整理

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症（Neurodevelopmental disorders）があり、さらにその下位カテゴリーに 6A00 Disorders of intellectual development がある。

知的発達症 (Disorders of intellectual development)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）ことで特徴づけられる。この知的機能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。行動指標は、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とされている。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。

また、ICD-11 においては、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を参考にするように記載がある。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場合がある。

重症度の特定因子（Severity Specifiers)として、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、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とされる。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 ICD-11 には例示されている。これらは、テストが使えない場合は参考にして臨床的判断をくだすとされる。

知的発達症において、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代理指標とみなすべきであると考えられる。IQ 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。

BID, Borderline Intellectual Functioning, 境界知的機能と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。

以上が ICD-11 に記載された知的発達症に関する記載内容である。本研究班でも、療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、

中度、重度、最重度の 4 段階とした。判定には知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55-69 を軽度、40-54 を中度、25-39 を重度、25 未満を最重度とし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定することとした。

具体的な ICD-11 の枠組みで知的発達症を判定する場合には、2 軸判定で行う。知的機能については、偏差指数が算出できるものを推奨する。偏差知能指数とは、知能テストの成績をより一般的な相対評価の形で表現しようとしたものである。それぞれの年齢集団における知能テストの成績分布を、平均 100、標準偏差 15 の正規分布となるように得点換算したものである。偏差知能指数であれば、同年齢集団での相対的位置を示すことが可能になる。代表的な検査としてウェクスラー式検査や ABIT-CV 等がある。一方で、精神年齢を用いて算出される知能検査もある。精神年齢とは、知能レベルが何歳ぐらいの人の平均に相当するかを表わすものであり、相対的な関係を示すものである。具体的には、知能指数 ＝ 精神年齢／実際の年齢 ×100　という式で求められ、精神年齢が実際の年齢と等しい人は知能指数が 100 となる。ビネー式検査等に関しては、偏差知能指数が算出できず推奨しない。ただし、田中ビネーVI では従来の精神年齢指標だけではなく、生活年齢 2 歳 0 か月から 13 歳 11 か月において、偏差知能指数が採用されている。一方、適応行動に関して、偏差指数が算定できるものとして、Vineland-II 等がある。

判定区分については、上記に示したように、軽度・中度・重度・最重度とするが、測定誤差を超えた高い数値での IQ での取得は、発達障害があったとしても対象外するとするのが良いと考えられる。すなわち、知的機能および適応行動それぞれで、測定誤差 5 と考え、75 までを知的発達症と考え、各自治体で統一することが望ましいと思われる。

C. 結論

知的発達症における知能指数の把握には、偏差指数が算出できるもの（知的機能では推奨；ウェクスラー式，ABIT-CV 等、適応行動では Vineland-II）が推奨され、偏差指数が算出できないものは推奨しない。カットオフポイントとしては、知的機能および適応障害それぞれ偏差指数を 75 とし、さらに合成指数で重症度を示すことが望ましい。

文献

京林由季子．田中ビネー知能検査 V．小児内科 50(9): 1374-1376, 2018.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案

－障害等級の区分について－

研究分担者　内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

【研究要旨】

本報告書は、知的発達症（ID: Intellectual Developmental Disorders）の重症度分類に関する国際的な潮流を踏まえ、日本において適用可能な分類指標の提案を目的としている。近年、「精神遅滞」という表現が不適切とされ、ICD-11 では「知的発達症」という用語が導入された。ICD-11 は、知的機能と適応行動の双方を評価し、軽度・中度・重度・最重度の 4 段階で重症度を分類する枠組みである。ICD-11 では、平均より 2 標準偏差以上低い知的機能および適応行動が診断基準となる。標準化されたテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標と臨床判断に依存する。重症度は、知的機能および適応行動の 3 領域（概念的、社会的、実践的）に基づいて決定される。ICD-10 や DSM-5 との比較では、IQ スコアへの依存から脱却し、実生活における支援ニーズを重視する点が特徴である。日本における療育手帳の等級判定に ICD-11 に準拠した重症度分類を導入することを提案する。具体的には、知的機能と適応行動の標準得点を合算平均し、55–69 を軽度、40–54 を中度、25–39 を重度、25 未満を最重度とする。特に重度・最重度において知的機能の評価が困難な場合、適応行動に基づく判断を許容する柔軟な方針が示されている。

A. 研究目的

知的発達症の概念や分類は近年大きく変化してきた。「精神遅滞、Mental Retardation」のような従来の用語は不適切とされ、当事者と家族への敬意を保ちつつ、必要な支援を適切に提供できるための診断基準や重症度分類が議論されてきた。「国際疾病分類（ICD）の第 11 次改訂では、この変化を反映して「知的発達障害」という用語が導入された。この分類体系は、知的機能と適応行動の両方に重点を置き、知的障害の重症度を診断し分類するための包括的な枠組みとなっている。本文分担報告では、ICD-11 における知的障害の重症度分類の概要を紹介し、文献調査と研究班での検討踏まえて、日本で適用可能な知的発達症の重症度分類を提案する。

B. 各検討点の整理

ICD-11 の診断基準に準拠した重度分類の概念紹介を行い、日本の関係者が理解しておくべき診断概念を確認する。現在広く使用されている ICD-10 や DSM-5 との異同について解説し知的発達症と、その重症度分類に関する国際的な議論を概観する。

ICD-11 における知的発達症の診断概念

ICD-11 において、知的発達症（Disorders of intellectual development）は、06 Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders の親カテゴリーの下にある神経発達症（Neurodevelopmental disorders）のさらに下位カテゴリーとして位置づけられている。ICD-11 では、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で特徴づけられる**。これは、適切に標準化された個別のテストにより測定されるべきだが、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と高度の臨床的判断が求められる。

診断のための必要事項（必須の特性）として、以下の点が挙げられている。

- **知的機能に明らかな制限があること**: 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の制限を指し、標準化された検査で平均値より約 2 標準偏差以上低い（約 2.3 パーセンタイルより低い）ことを確認することが理想である。標準化された検査が利用できない場合は、知的機能の行動指標（表 6.1 を参照）に基づいた適切なエビデンスとアセスメント、臨床的判断に大きく依存することになる。
- **適応行動に重大な制限があること**: 日常生活で学習・実践される概念的、社会的、実践的なスキルのセットにおける制限を指す。適応行動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場合がある。標準化された適応行動のテストを用いて測定し、合計スコアが平均よりも 2 標準偏差以上低い（約 2.3 パーセンタイル未満）ことが求められる。標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と同様に行動指標（表 6.2～6.4 を参照）を含んだ臨床的判断に大きく依存することになる。

重症度の特定因子（Severity Specifiers）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。理想的には標準化された個別のテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標に基づいた臨床的判断が重要となる。一般的に、重症度レベルは知的能力と適応行動スキルの主要な部分（概念的、社会的、実践的スキルの 3 つのドメイン）が属するレベルに基づいて決定されるべきである。例えば、知的機能と 3 つのドメインのうち 2 つが平均より 3～4 標準偏差以下であれば、中等度の知的発達障害が適切な診断となる。

重症度分類

ICD-11 における知的発達障害の重症度分類は主に以下の 4 段階である。

- 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）

また、暫定的な診断（6A00.4 Provisional）や、特定できない場合のカテゴリー（6A00.Z unspecified）も存在する。

- **軽度の知的発達障害**: 標準化されたテストで平均値から約 3〜4 標準偏差下回る知的機能と適応行動を特徴とする。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が、基本的なセルフケアや日常生活に必要な実際的なスキルは習得することが多い。多くの人が成人期に比較的自立した生活や仕事をできるが、適切なサポートが必要なことが多い。
- **中度の知的発達障害**: 標準化されたテストで平均値から約 3〜4 標準偏差下回る知的機能と適応行動を特徴とする。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. 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ことが多い.
- **重度知的発達障害**: 標準化されたテストで平均から 4 以上の標準偏差以下（およそ 0.003 パーセンタイル以下）の著しく低い知的機能と適応行動を特徴とする. 言語と学習能力の達成は極めて限定され、運動能力に困難があることも多い. 適切にケアされるためには支援者がいる環境で日常的なサポートが必要となることが一般的である. 重度および最重度の知的発達障害は、既存の知能テストでは低いレベルを信頼性・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**.
- **最重度の知的発達障害**: 標準化されたテストで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）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. 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.

ICD-11 と他の診断基準との異同

≪ICD-10 との相違≫

- **用語**: ICD-10 の「精神遅滞」は、ICD-11 では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 が知能の障害の程度（IQ スコア）と適応機能の乏しさに焦点を当て、特に重症度分類に IQ を主な指標として明記していたのに対し、ICD-11 では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 では重症度決定に知的能力と適応行動の両方を考慮し、標準化された検査や行動指標を用いる. ICD-11 は IQ スコアのみに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 で精神遅滞、ASD、学習障害、ADHD が異なるカテゴリーに分かれていたのに対し、ICD-11 では知的発達症の親カテゴリーが神経発達症とされ、ASD、ADHD、LD などと同じカテゴリーに位置付けられた. これは知的発達症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 はともに知的機能と適応機能の評価を重視しているが、定義方法に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方法である. DSM-5 では重症度レベルが IQ ではなく、適応機能（概念的、社会的、実用的領域）に基づいて定義される. 一方、ICD-11 では重症度評価に知能と適応機能の両方が含まれる.
- DSM-5 の行動指標は適応行動に関する記載に限定されるのに対し、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. ICD-11 は標準化されたテストがない臨床現場において、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.

日本の現状と課題:

我が国では知的障害が正式に定義されていない. 知的障害を定義し、必要な下位分類をすることが必要である. 国際的な潮流と大きくずれない定義が必要である. 我が国において、知的障害の診断にあたっては知能指数が求められることが多いが、フルスケール IQ のみを指標にすることは不適切である. IQ スコアは、様々な要因で変動し、実生活における思考力や問題解決能力の評価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が指摘されている. IQ のみで知的障害の診断も、重症度分類も、支援ニーズの把握もできないことが、DSM-5, ICD-11 の両者で反映されているにも関わらず、療育手帳制度をはじめとする公的支援において「知能指数」が重要な役割を果たしており、関係者の無理解が指摘されている. 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おり、福祉サービスの提供にあたっても、支援ニーズが「重症度」に比例するとは限らない点に留意する必要がある. ICD-11 用いて正しく診断するために、臨床経験のある専門家と知能指数と適応行動を適切に評価するツールが必要である。国際的な診断基準、特に ICD-11 に基づいた知的発達症の診断と重症度分類を行うためには偏差 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.

ICD-11 の枠組みでの重症度分類について

ICD-11 に準拠した診断をするためには軽度・中度・重度・最重度の 4 区分を設定するべきである。ICD-11 では，知的能力も適応行動も平均より 2 標準偏差以上低いことが診断の基準になることを踏まえれば、知的発達症と診断するためには知的機能と適応行動それぞれで，75 までとしておき，さらに合成指数で重症度を示すという枠組みが考えられる。

C. 結論

療育手帳の判定の等級に関しては、ICD11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とする。判定には知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55–69 を軽度、40–54 を中度、25–39 を重度、25 未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的

機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。

文献

内山 登紀夫 上野 修一 岡田 俊 中村 和彦 本田 秀夫 河邉憲太郎 坂本由唯.(2023). 令和4(2022)年度 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報告書 知的障害（知的発達症）診断の診断概念. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163975#report_summary_1.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし

2. 学会発表　1 件

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－療育手帳の交付年齢について－

研究分担者　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

【研究要旨】

近年、乳幼児健診を起点とした神経発達症の早期発見の浸透に伴い、幼児期のうちから療育手帳の交付を希望するケースが増加している。一方、乳幼児期の知的発達症の診断には技術的限界があるため、療育手帳の交付にあたっては慎重な判断が求められる。本研究では、療育手帳を交付することが可能となる年齢について課題を整理した。

ICD-11 に準拠すれば、4 歳未満においては知的発達症の診断は原則として「知的発達症、暫定」となる。近年の早期発見、早期支援のニーズの高まりを鑑みても、療育手帳の交付は原則として 1 歳以降とすべきである。2 歳未満では知的機能の検査が十分には行えないため、判定は暫定的なものとなる。2 歳以降は知的発達症の程度まで診断が可能となるため、療育手帳においても等級の判断は可能であるが、4 歳以降にあらためて等級について再判定することが望ましい。

高率で知的発達症が見られる先天性疾患（ダウン症候群など)、周生期や出生後の脳障害が明らかで 1 歳未満の段階ですでに知的発達症が明らかであるケースなどについては、例外的に 1 歳未満でも療育手帳の交付を検討してもよい。その場合も判定はあくまで暫定的なものであり、4 歳以降にあらためて再判定する必要がある。

A.　研究目的

近年、乳幼児健診を起点とした神経発達症の早期発見が浸透している。中等度～最重度の知的発達症では 1 歳前後で運動発達の遅れに気づかれることが多い。自閉スペクトラム症で知的発達の遅れを伴うケースでは、1 歳前半で言語や非言語的コミュニケーションの遅れが目立ち始める。これらのケースの多くが 1 歳 6 カ月児健康診査でスクリーニングされ、発達支援につながるようになっている。また、先天性疾患や脳性麻痺の子どもたちは乳児期から医療につながり、知的発達症がある場合には 1 歳前からそのことが養育者に伝えられることも稀ではない。

これらの状況のもと、幼児期のうちから療育手帳の交付を希望するケースが近年では増加している。一方で、乳幼児期の知的発達症の診断には技

術的限界があるため、療育手帳の交付にあたっては慎重な判断が求められる。

本研究では、療育手帳を交付することが可能となる年齢について課題を整理する。

B. 各検討点の整理

１．ICD-11 の診断要件から見た診断年齢

ICD-11[1]では、知覚推理、ワーキングメモリー、処理速度、言語理解などの領域にわたる知的機能の有意な制限が存在することと、日常生活において示される概念的、社会的、実践的スキルのセットからなる適応行動の有意な制限が存在することが知的発達症の診断要件に含められている。知的機能および適応行動の制限については、適切にノルム化され標準化された知能検査を可能な限り行い、平均より 2 標準偏差以上低い（約 2.3 パーセンタイル未満）ことを確認することが望ましいとされている。

適応行動を評価するノルム化された検査である Vineland-Ⅱ適応行動尺度は 0 歳から使用できるが、知的機能を評価するノルム化された検査であるウェクスラー式検査は、最も低年齢の子どもを対象としている WPPSI-Ⅲ知能検査でも対象年齢は 2 歳 6 カ月以上となっている。このため、ICD-11 の診断要件を十分に満たしていることを検査によって確認できるのは、早くても 2 歳ということになる。

ノルム化された知能検査は難しい場合でも、1 歳以降では言語理解や適応行動の様子から知的発達の遅れの検出はある程度可能である。知的発達症の程度までは確定できなくても、知的発達症の有無についての判断だけであれば、1 歳以降は可能と考えられる。

ICD-11 では、「知的発達症、暫定 (intellectual developmental disorder, provisional)」という下位分類が設けられている。知的発達症の証拠があるものの、子どもが乳児または 4 歳未満、または感覚や身体機能の異常（視覚障害や言語習得前の難聴など)、運動やコミュニケーション機能の異常、重篤な問題行動や併存する精神疾患などのために知的機能や適応行動の適切な評価が難しい場合にこの診断で対応することになっている。

このように、ICD-11 では日常生活の様子などから明らかに知的発達症と考えられても、可能な限りノルム化、標準化された検査を用いるべきという立場をとっている。乳児期から幼児期早期の子どもに対して ICD-11 に準拠して知的発達症の診断を検討する場合、「知的発達症、暫定」とせざるを得ないことになる。

２．乳児期から知的発達症が疑われるケース

先天性疾患、周生期のリスク、出生後の脳障害、一部のてんかんなどがある子どもでは、乳児期のうちから医療の対象となり、1 歳未満の段階ですでに将来知的発達症と診断されることが明らかであることがある。

たとえば、先天性疾患の中でも比較的頻度が高いダウン症候群（21 トリソミー）は出生直後に診断されることが多く、高頻度で知的発達症が見られる。モザイク型の一部で知的機能の遅れが見られないこともあるが、例外的である。したがって、乳児期にダウン症候群と診断され、将来にわたって知的発達の遅れが予想される場合、子どもが 0 歳のうちから知的発達症と診断され、知的障害児を対象とした福祉サービスを受けることを養育者が希望することが近年では増加している。

C. 結論

以上をふまえて、幼児期までの年齢で療育手帳の交付を検討する際の留意点についてまとめる。

まず、ICD-11 に準拠すれば、4 歳未満においては知的発達症の診断は原則として「知的発達症、

暫定」となる。近年の早期発見、早期支援のニーズの高まりを鑑みても、療育手帳の交付は原則として 1 歳以降とすべきである。ただし、2 歳未満では知的機能の検査が十分には行えないため、判定は暫定的なものとなる。ノルム化された検査が可能となる 2 歳以降は知的発達症の程度まで診断が可能となるため、療育手帳においても等級の判断は可能である。それでもなお、4 歳以降にあらためて等級について再判定することが望ましい。

高率で知的発達症が見られる先天性疾患（ダウン症候群など)、周生期や出生後の脳障害が明らかで 1 歳未満の段階ですでに知的発達症が明らかであるケースなどについては、例外的に 1 歳未満でも療育手帳の交付を検討してもよい。その場合も判定はあくまで暫定的なものであり、4 歳以降にあらためて再判定する必要がある。

文献

[1] World Health Organization（2024） Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. WHO.

D. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－。星和書店，東京，pp.188-189, 2024。

本田秀夫：知的発達症（知的能力障害)。日本医事新報 No.5243: 52-53, 2024。

2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－各年齢帯における再判定期間について－

研究分担者　中村　和彦　弘前大学大学院医学研究科

研究協力者　坂本　由唯　弘前大学大学院医学研究科

【研究要旨】

本稿では、知的機能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューによる経時的変化を踏まえ、科学的に妥当な再判定期間について提案した。レビューの結果，知的機能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された。療育手帳交付の再判定期間について、①就学前年齢：2〜3 年ごとの再判定とすること、②就学後〜18 歳まで：3 年ごとの再判定とすること、③18 歳以上：おおむね 5 年程度ごとの再判定とすること、が科学的見地からも妥当であると考えられた。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定の方は変動が少ないという先行研究知見から、再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましいことを明記した。また、本稿では上記の再判定期間を推奨したが、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

A.　研究目的

療育手帳の再判定期間は自治体によって異なり、また成人を境に再判定の有無など実態は様々となっており、具体的な再判定期間が明示されていない自治体もある。一例として、Table 1 にいくつかの自治体における再判定期間の例を挙げる（東京都，2023；埼玉県，n.d.；静岡県，2016；香川県，2024；兵庫県，2022）。なお、障害程度の変更が見込まれる場合などには再判定を受けられるとする記載もみられる（東京都，2023；静岡県，2016；兵庫県，2022）。

自治体ごとの差異については、本プロジェクトにおいて行政施策に関わってきた専門家や児童精神科医、心理士などをメンバーとした班会議の中

で、自治体ごとの人口規模や予算規模、療育手帳判定に携わる専門家の多寡などにより運営上の課題が異なることも挙げられており、共通の要因によるものではないことが推察される。

Table 1
各自治体における療育手帳再判定期間の例

自治体名	療育手帳の再判定期間
東京都	3 歳、6 歳、12 歳、18 歳の時点
静岡県	3 歳未満：1〜2 年に 1 回
	3〜6 歳：2〜3 年に 1 回
	7〜20 歳：3〜5 年に 1 回
	20 歳以上：5〜10 年に 1 回
埼玉県	再判定は諸条件を勘案して決定
香川県	療育手帳に次の判定時期を記載
兵庫県	県立知的障害者更生相談所で判定を受けた人は原則再判定は不要

現状では、療育手帳制度の設計・運用は各自治体に委ねられているものの、知的発達症における研究知見においては、知的機能や適応行動についてどのような経年変化が示されているだろうか。本稿では、知的機能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューによって経時的変化を踏まえ、科学的に妥当な再判定期間について提案する。

B. 各検討点の整理

1. 知的機能の安定性

一般人口における知的機能の安定性に関して、Lothian Birth Cohort における 1921 年の参加者 106 名を対象に Moray House Test No. 12 を実施し、11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、$r = .54$ の強い正の相関が見られたことが報告されている（Deary et al., 2013）。同様に、Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知的機能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11－70 歳間で $r = .67$、11－79 歳間で.66、11－87 歳間で.51 となり、加齢とともに減少していく傾向がみられた（Gow et al., 2011）。これらから、年数が経つほど変化が大きくなるものの、人間の知的機能は生涯一定程度の安定性を有していることがうかがえる。

成人以降での知的機能の安定性について、262 名を 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳まで追跡した縦断研究では、知的機能との標準化回帰係数の変化が.95 から.94、.86 と高い値が維持され、特にワーキングメモリが強く関連していることが示唆された（Rönnlund et al., 2015）。

より短期間での安定性については、Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies の 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況（SES）と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された（Schneider et al., 2014）。この研究では知的機能によるサブグループ解析も行っており、IQ の経時的安定性は高 IQ 児（平均 IQ 121, $SD = 4.3$）よりも低 IQ 児（平均 IQ 93, $SD = 6.0$）の方が高いことが示されている（Schneider et al., 2014）。また、知的機能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の年齢ごとでの知的機能の安定性を検証した結果、知的機能の自己相関係数は 7 歳未満では $r_{tt} < 0.7$ である一方、7 歳以上では $r_{tt} = 0.7$–0.8 とやや安定し、成人では $r_{tt} > 0.8$ と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている（Breit et al., 2024）。このように知的機能には一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期

といった発達段階でも安定性の差異が見られることが示されている。

2. 知能検査の再検査信頼性

知的機能の安定性とともに、検査ツールの再検査信頼性の点からの検証も行われている。児童青年 344 名（男子 66%、初回検査年齢平均 8.74 歳（6.1–14.3 歳）、再検査年齢平均 11.6 歳（7.5–16.6 歳））を対象に WISC-IV の安定性を検証した研究では、平均検査間隔 2.84 年で言語理解（VCI）と知覚推理（PRI）、ワーキングメモリ（WMI）、処理速度（PSI）、全検査 IQ（FSIQ）の再検査信頼性はそれぞれ、r = .722, .756, .655, .649, .815 であり、FSIQ の安定性が比較的高い一方、4 つの合成指標得点は若干低い結果となった（Watkins & Smith, 2013）。また、児童青年 225 名（男性 160 名、女性 65 名、初回検査年齢平均 9.1 歳（6.1–14.8 歳）、再検査年齢平均 11.7 歳（7.4–14.8 歳））を対象に WISC-V の安定性を検証した研究では、平均 2.6 年の間隔を空けた再検査信頼性（相関係数）は FSIQ で.86、VCI で.84、視空間（VSI）で.82 と比較的高い一方、流動性推理（FRI）で.69、WMI で.74、PSI で.77 と類似した傾向が報告されている（Watkins et al., 2022）。このように児童青年期においては 2〜3 年ほどで、知的機能検査の結果に変動が起こりうることが示唆されている。

3. 適応行動の軌跡と変動

ICD-11 における知的発達症の診断基準において、もう一つの軸となる適応行動の安定性についてレビューする。一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study) の参加者 994 名とその母親 893 名を対象とした研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告し、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた（Nishimura et al., 2022）。特に、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ（平均 78.4）や社会性の問題（SRS-2 平均得点 54.8）が見られ、適応行動と知的機能や社会性の問題との関連が示されている（Nishimura et al., 2022）。軽度の知的発達症のある児童青年 40 名（男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9）を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測した（Gravråkmo et al., 2023）。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能獲得に介入支援が効果的であることが示されている（Burns et al., 2019）。

このように支援による適応行動の安定性や介入支援による改善もみられるものの、知的発達症児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behaviour Checklist による把握で 38%、Child Behaviour Checklist で 49%が問題を有することが示され、注意欠陥・多動症（39%）、不安症（7–34%）、素行症（3–21%）、うつ病（3–5%）がみられた（Buckley et al., 2020）。このように、後天的な罹患や二次障害の発症などによって、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

4. 精神疾患による知的機能への影響

成人の知的発達症者 16–64 歳に Psychiatric Assessment Schedule for adults with Developmental Disability (PAS-ADD) による面接を行って検証した研究では、精神疾患全体の有病率は一般人口とほぼ同じである一方、統合失調症と恐怖症がそれぞれ 0.4%と 1.1%高いことが報告されており、知的発達症が後天的な精神疾患のリスク因子であることが示されている（Deb et al., 2001）。

特に統合失調症に関しては、認知機能へのネガティブな影響が示されており、自閉スペクトラム症（ASD）と統合失調症の知能検査結果に関する 6 つの研究についてメタ分析を行った研究では、16–41 歳の年齢範囲で ASD190 名（平均 IQ 98.0）、統合失調症 260 名（平均 IQ 90.8）における WAIS の結果を比較したところ、統合失調症の者が ASD 者より有意に低い得点であったことが報告されている（Kuo & Eack, 2020）。また、統合失調症患者 223 名（平均 30.8 歳）と双極症患者 175 名（平均 34.0 歳）の知的機能の軌跡を検証した研究では、Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence により測定した IQ の程度で 3 つのクラスターが得られ、知的機能に影響が見られない群（平均 IQ 118.3, *SD* = 6.5）や軽度の認知障害を伴う群（平均 IQ 103.1, *SD* = 4.5）では同程度の割合であったものの、全般的な認知機能の障害がみられる群（平均 IQ 85.0, *SD* = 7.2）では 73%が統合失調症患者であったことが報告されている（Vaskinn et al., 2020）。療育手帳判定の際には成育歴等の情報から先天的な知的発達症と後天的な知的機能低下を鑑別診断する必要があるが、知的発達症児者が統合失調症に罹患する併存疾患による一層の機能低下も懸念される。

C. 結論

本稿では知的機能と適応行動の安定性に関する先行研究のレビューから、知的機能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された（Deary et al., 2013; Rönnlund et al., 2015）。また、一般的に再検査の間隔が短期間であるほど相関係数は高いものの（Schneider et al., 2014）、幼児では変動が比較的大きく、7 歳以上でやや安定し、成人以上では 5–6 年は安定する傾向が示された（Breit et al., 2024）。知能検査の再検査信頼性の検証結果からは、概ね 3 年ほどで FSIQ や各指標の相関係数が.70–.80 程度になることを踏まえると（Watkins & Smith, 2013; Watkins et al., 2022）、知的機能の再判定については 18 歳未満では 3 年程度、18 歳以上では 5 年程度の間隔を空けることが妥当であると思われる。ただし、低 IQ 群では知的機能の安定性が高いことや（Schneider et al., 2014）、成人以降では高い安定性が示されていることから（Breit et al., 2024）、すでに重度・最重度の判定を受けている 18 歳以上の知的発達症者は、再判定の必要性は低いものと考えられる。

適応行動に関しては、発達段階による変動とともに、IQ や社会性の程度との関連で軌跡のパターンが異なることが示された（Nishimura et al., 2022）。また、日常生活技能は獲得可能で介入支援の効果がみられること（Burns et al., 2019）、一方で知的発達症児者では定型発達児者よりメンタルヘルスの問題や精神疾患のリスクが高いことから（Buckley et al., 2020）、一定期間での改善・悪化の可能性も懸念される。

さらに、精神疾患による認知機能と適応行動の低下のリスクや（Deb et al., 2001; Kuo & Eack, 2020; Vaskinn et al., 2020）、実行機能が適応行動を予測することを踏まえると（Gravråkmo et al., 2023）、知的機能と同様に適応行動についても一定期間での再判定を行うとともに、著しい環境変化や状態の悪化に応じた再判定を可能とするため

に、知的障害者本人や家族などからの申請による再判定の機会の設定も必要と考えられる。

療育手帳判定における再判定期間について、以下に本稿の要点をまとめる。

・就学前年齢：　2〜3 年ごとの再判定
・就学後〜18 歳まで：　3 年ごとの再判定
・18 歳以上：　おおむね 5 年程度ごとの再判定
・ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定を受けた方は再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。

本稿では上記の再判定期間を推奨するが、研究目的で記したように、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

文献

Breit, M., Scherrer, V., & Preckel, F. (2024). The stability of cognitive abilities: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 150 (4), 399–439.

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 review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54 (19), 970–984.

Burns, C. O., Lemon, J., Granpeesheh, D., & Dixon, D. R. (2019). Interventions for Daily Living Skills in Individuals with Intellectual Disability: a 50-Year Systematic Review. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 3, 234–245.

Deary, I. J., Pattie, A., & Starr, J. M. (2013). The stability of intelligence from age 11 to age 90 years:　the Lothian birth cohort of 1921. *Psychological Science*, 24 (12), 2361-2368.

Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (6), 495-505.

Gow, A. J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C. E., Roberts, B., Starr, B. J., & Deary, I. J. (2011). Stability and Change in Intelligence from Age 11 to Ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. *Psychology and Aging*, 26 (1), 232–240.

Gravråkmo, S., Olsen, A., Lydersen, S., Ingul, J. M., Henry, L., & Øie, M. G. (2023). Associations between executive functions, intelligence and adaptive behaviour in children and adolescents with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabillities*, 27 (3), 715-727.

兵庫県．（2022）．療育手帳について Q&A．県立知的障害者更生相談所とは．（2025 年 4 月 23 日閲覧）https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf20/documents/titekishougaishakouseisoudanshoryouikutechouqanda.pdf

香川県．（2024）．療育手帳．香川県障害福祉相談所．（2025 年 4 月 23 日閲覧）https://www.pref.kagawa.lg.jp/shousou/syousou/

ryouikutechou/kfvn.html
Kuo, S. S., & Eack, S. M. (2020). Meta-Analysis of Cognitive Performance in Neurodevelopmental Disorders during Adulthood: Comparisons between Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia on the Wechsler Adult Intelligence Scales. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 187.
Nishimura, T., Kato, T., Okumura, A., Harada, T., Iwabuchi, T., Rahman, M. S., Hirota, T., Takahashi, M., Adachi, M., Kuwabara, H., Takagai, S., Nomura, Y., Takahashi, N., Senju, A., Tsuchiya, K. J. (2022). Trajectories of Adaptive Behaviors During Childhood in Females and Males in the General Population. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 817383.
Rönnlund, M., Sundström, A., & Nilsson, L. (2015). Interindividual differences in general cognitive ability fromage 18 to age 65 years are extremely stable and strongly associated with working memory capacity. *Intelligence*, 53, 59–64.
埼玉県.（n.d.）. 療育手帳. 障害者手帳.（2025 年 4 月 23 日閲覧）
https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/ryouiku/ryouikutecho.html
Schneider, W., Niklas, F., & Schmiedeler, S. (2014). Intellectual Development from Early Childhood to Early Adulthood: The Impact of Early IQ Differences on Stability and Change over Time. *Learning and Individual Differences*, 32, 156–162.
静岡県.（2016）. 静岡県療育手帳判定要（2025 年 4 月 23 日閲覧）
領. https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/697/r7.3hantei.pdf
東京都福祉局.（2023）. 愛の手帳. 東京都心身障害者福祉センター.（2025 年 4 月 23 日閲覧）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/jicen/ji_annai/a_techou.html
Vaskinn, A, Haatveit, B., Melle, I., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2020). Cognitive Heterogeneity across Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cluster Analysis of Intellectual Trajectories. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26, 860–872.
Watkins, M. W., Canivez, G. L., McGill, R. J., Pritchard, A. E., Holingue, C. B., & Jacobson, L. A. (2022). Long-term stability of Wechsler Intelligence Scale for Children–fifth edition scores in a clinical sample. *Appl Neuropsychol Child*, 11 (3), 422–428.
Watkins, M. W., & Smith, L. G. (2013). Long-Term Stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition. *Psychological Assessment*, 25 (2), 477–483.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－18 歳以上の申請者における初判定について－

研究分担者　岡田　俊　奈良県立医科大学 精神医学講座

【研究要旨】

療育手帳は、多くの場合に小児期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も少なくない現状がある。18 歳以上における初めて判定を受ける場合、18 歳以前から知的発達症が存在したか、被虐待や精神疾患が存在する場合に、その影響で生じた知的機能や適応行動の課題をどのように扱うのかが問題になる。検討の結果、①18 歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18 歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。③青年期以降に発症した精神疾患を併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである、ことを提案する。療育手帳の対象者が、身体障害や精神障害を併せ持つことも少なくない。これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

A. 研究目的

療育手帳は、多くの場合に児童期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も少なくない。療育手帳は、知的発達症に対して交付されるものであるから、知的発達症の診断基準を満たすことが必要になる。知的発達症の診断に

おいては、18 歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としていることから、18 歳以前からこれらの困難を有していたことをどのように把握すべきかが問題となる。

また、知的発達症やその他の神経発達症を有する場合、育児困難から虐待などの不適切養育を受けるリスクが高い。被虐待などの発達歴は、知的発達や適応を阻害することが知られていることから、これらを伴う場合に、知的発達症をどのように診断しうるのかという課題もある。

加えて、知的発達症に、統合失調症やうつ病、双極症、認知症などの精神疾患を併存することも少なくない。これらの精神疾患を併存する場合には、これらの精神疾患に伴う知的能力や適応行動の低下が併存することになる。この場合に、知的発達症をどのように診断し、重症度をいかに判断するのかという課題がある。

本研究課題では、18 歳以上の初めての療育手帳申請時の知的発達症の評価について、検討すべき点をまとめ、判定時の指針（案）を提案するとともに、そこで明らかになる課題について述べることとする。

B. 各検討点の整理

①18 歳以前の知的能力と適応行動をどのように評価するか。

知的発達症を有しながら、療育手帳の申請が 18 歳以降になる場合には、養育者や周囲の気づきが乏しかったり、周囲の気づきはあっても養育者の申請とつながらなかった何らかの要因がある。他方、申請時には何らかの困難に直面していたり、支援を受けるという明確な目的があるので、後方視的に語られる生活歴のエピソードもバイアスを含みやすい。そのようなバイアスの可能性を踏まえつつも、できるだけ客観的エピソードをもとに、発達歴、生活状況を明確に聞き取ることが重要である。

加えて、そのような生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。

②被虐待などの不適切養育の結果として生じている知的発達や適応行動への影響をどう評価するか。

被虐待などの不適切養育、その他の困難な生育環境の影響は、アタッチメントの形成不全に代表されるように、対人行動や情緒面の発達に多大な影響をもたらし、ひいては適応行動にも影響をもたらす。また、近年の脳科学の知見によれば、これらの生育環境の影響は知的発達にも及びうる。

そもそも知的発達症の診断は、原因を特定していない。明確な基礎疾患がない生理的要因による知的発達症、遺伝子疾患や染色体異常などの遺伝的要因による知的発達症、胎児性アルコール症候群や母胎の鉛曝露、低栄養などの出生前の要因、低酸素や外傷などの周産期異常を含む。また、正常知能で出生したが脳炎への罹患や脳腫瘍の手術などによって急激な知能低下を来す場合も、知能低下が 18 歳以前に認められる場合には診断基準からみて知的発達症に含まれる。

このように考えると、人生早期より知的障害が存在すると考えられ、被虐待等によって知的発達への影響が重なっている場合には、これらを総括して知的発達症に含めることは差し支えない。ただし、極端な生育環境（たとえば、言語的環境の欠如）の直接的な影響や適応行動のうち、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。

③青年期以降に発症した精神疾患の併存の影響をどのように評価するか。

知的発達症には、統合失調症やうつ病などの精神疾患を高率に併存する。最も顕著な例でいえば、22q11.2 欠失症候群が挙げられる。22q11.2 欠失症候群は、知的発達症に加え、先天性疾患、特徴的顔貌、胸腺低形成・無形成による免疫低下、口蓋裂・軟口蓋閉鎖不全、低カルシウム血症などを伴う症候群であるが、青年期以降に高率に統合失調症を併存する。統合失調症を併存すると、認知機能の低下だけではなく、その症状のために適応行動を大きく損なうことになる。また、ダウン症（21 トリソミー）では、高率にうつ病を合併するが、さらに 50 代でおよそ 4 割、60 代でおよそ 7 割の頻度で認知症を発症する（Holland et al., 1998）。多くはアルツハイマー型認知症とされるが、認知機能低下に加えて、歩行障害や尿失禁がある場合には、正常圧水頭症の可能性を考える必要があるが、この場合、早期のシャント術で認知機能が回復する可能性がある。このような場合には、18 歳以降の評価では、知的発達症による知的機能と適応行動を、精神疾患による影響と区別して評価することは困難である。特に症状の増悪しているときには判断が困難であり、寛解時に再評価を行う必要がある。

精神疾患の併存がある場合には、発症以前の知的発達症の重症度を参考にすることが大切である。しかし、統合失調症などでは顕在発症以前の前思春期頃から非特異的な認知行動変化が見られることもある（潜在期）。このような発症の時点は、聞き取りのみでは判断が困難であることが多く、医師の意見書によって補うことが妥当である。

C. 結論

①18 歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。

②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18 歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。

③青年期以降に発症した精神疾患が併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである。

④３手帳の重複をめぐって

障害者手帳として身体障害者手帳、精神障害者手帳、療育手帳の３つが交付されているが、複数、さらにはすべての領域にまたがる障害を有していることが少なくない。しかし、これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

文献

Holland AJ, Hon J, Huppert FA et al. (1998) Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome. Br J Psychiatry. 172:493-498.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　1 件

岡田　俊：知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから（シンポジウム 1 ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学の診断の近未来を考える） 第 119 回日本精神神経学会学術総会(札幌) 2023 年 6 月 22 日

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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

療育手帳の交付判定において
ABIT-CV を利用する際の留意事項

研究分担者　村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系
伊藤　大幸　お茶の水女子大学　基幹研究院　人間科学系
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学　心理学部
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科

【研究要旨】

本稿では、療育手帳の交付判定において、本研究班が開発した知的機能および適応行動を評価する標準化検査である ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）を使用する際の留意事項について整理した。

具体的には、1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すべきである。2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能を評価することが推奨される。視覚系課題は、言語的な応答を伴わない指さし等によって反応可能であり、検査者と被検査者との言語的コミュニケーションに大きく依存しない評価が可能である。3. ABIT-CV の利用目的は、あくまで療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判断）に限定されるべきである。また、検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。4. ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の対象年齢は 2 歳以上とするのが適当である。やむを得ず 1 歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4 歳以上で実施することが適当である。やむを得ず 4 歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

以上の留意事項を踏まえ、療育手帳の交付判定においては、標準化された検査ツールとして ABIT-CV を活用することが推奨される。

A. 研究目的

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Development、すなわち知的障害）を有する児者の福祉の増進を目的として、昭和 48 年（1973 年）に厚生省発児第 156 号（厚生事務次官通知）に基づいて創設され、現在に至るまで運用されている。本制度の運用－すなわち、療育手帳の判定方法、交付基準、障害等級の種類およびその認定基準など―は、各都道府県および指定都市の裁量に委ねられており、そのため、自治体ごとに運用基準には顕著なばらつきが見られる。加えて、知的発達症の診断基準に合致しない児者に対して療育手帳が交付されるといった、制度本来の目的と整合しない事例も報告されている（村山・浜田, 2022 など)。こうした現状を踏まえると、療育手帳制度の運用に関する統一的な基準の整備は、喫緊の課題であるといえる。

このような制度運用の統一を図る一助として、本研究班では、療育手帳の交付判定を目的とし、知的機能および適応行動を簡便に評価できるノルムが設定された標準化検査、Adaptive Behavior and Intelligence Test－Clinical Version（ABIT-CV）の開発を行った（詳細は、令和 6 年度報告書『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』を参照)。本稿では、今後の ABIT-CV の実装を見据え、療育手帳の交付判定において ABIT-CV を活用する際の留意事項を整理することを目的とする。

B. ABIT-CV を利用する際の留意事項

1．ABIT-CV 実施マニュアル

ABIT-CV の開発および標準化と並行して、研究班ではその実施マニュアルの整備も進めている。令和 5 年度に全国 7 か所で開催した ABIT-CV の説明会(詳細は、令和 5 年度研究分担報告書『ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－』(村山他, 2024）を参照）では、参加者に対して実施マニュアルを配布した（ただし、検査内容の漏洩を防ぐため、マニュアルは回収資料として配布された)。

また、ABIT-CV では、被検査児者の年齢に応じて実施すべき下位尺度が異なっている。そのため、対象年齢に合致しない下位検査を実施した場合、正確な知的機能水準を推定することはできない。したがって、療育手帳の交付判定において ABIT-CV を用いる際には、必ず実施マニュアルを熟読し、年齢に応じた適切な手順に則って検査を実施することが強く推奨される。

なお、ABIT-CV は、知的機能および適応行動を簡便かつ短時間で評価できることを目的として開発されている。開発段階の調査では、知的機能評価パートの所要時間は約 20～30 分、適応行動評価パートは約 20 分であり、いずれも比較的短時間での実施が可能である。また、当該調査では、公認心理師資格の取得を目指す大学院生や、実務経験の浅い公認心理師／臨床心理士が主に ABIT-CV の実施を担っていた。これらの点からも、ABIT-CV は当初の開発目的に沿った、簡便かつ効率的に実施可能な検査であるといえる。

2．知的機能評価パート（視覚系課題）について

療育手帳の交付判定においては、過剰な不安や緊張といった心理的要因により発話が制限される幼児・児童や、日本語スキルが十分でない外国籍の児者が、既存の知能検査に適応できないケースが報告されている（村山他, 2024)。こうした状況を踏まえ、研究班では、ABIT-CV の知的機能評価パートにおいて、視覚系課題のみによって知的機能の水準を推定できるサブカテゴリを追加した。

視覚系課題では、被検査児者は指さしなどの非言語的な方法で回答することができるため、検査

結果は検査者と被検査児者とのコミュニケーションの質に大きく依存しない。したがって、前述のような発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみの実施によって知的機能を評価することが推奨される。

一方で、ABIT-CV 知的機能評価パート（全下位尺度実施時）と比較すると、視覚系課題に基づく結果（標準得点）の知的障害に対する鑑別精度は相対的に劣る（伊藤他，2025；令和 6 年度報告書『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』を参照）。このため、ABIT-CV を実施するにあたっては、申請児者の日本語能力や、円滑な会話を可能にする心理的安定性などを事前に適切にアセスメントしたうえで、全体版と視覚系課題版のいずれを実施するかを慎重に判断する必要がある。

3．療育手帳の交付判定のみの利用

本研究班の報告書および本稿においても繰り返し述べているとおり、ABIT-CV は「療育手帳の交付判定での利用」を目的として開発された検査である。この目的に沿い、ABIT-CV は知的機能および適応行動の評価に特化しており、各検査項目の難易度も比較的低く設定されている（伊藤他，2025）。

また、ウェクスラー式知能検査などの既存の知能検査は広く市販されており、療育手帳の申請前に他機関でこれらの検査が実施されている場合、判定に影響を与える可能性（いわゆる練習効果）がある。さらに、判定時に別の検査を追加で実施することによる業務負担の増大も課題とされている（村山・浜田，2021）。

こうした検査精度の低下や業務負担の増加といった問題を回避するためにも、ABIT-CV の利用は療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判定）に限定すること、および ABIT-CV の検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。

4．ABIT-CV の適用年齢

≪交付判定について≫

ABIT-CV の開発・標準化に関する研究では、被検査児が 1 歳代の場合には、知的機能評価パート（で得られる結果）は知的発達症の鑑別としての有効性を示さないことが報告されている（伊藤他，2025）。この結果を踏まえ、ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の適用年齢は 2 歳以上とするのが妥当であると考えられる。

なお、この点は ABIT-CV に特有の限界というよりも、知能検査全般の限界として理解すべきである。実際、主要な知能検査における適用年齢も以下のとおり、いずれも 2 歳以降に設定されている。

- WPPSI（Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence）：2 歳 6 か月～
- 田中ビネー知能検査：2 歳 0 か月～
- KABC-II（Kaufman Assessment Battery for Children, Second Edition）：2 歳 6 か月～

一方で、一部の自治体では、知的発達症との併存が強く疑われる障害（例：先天性の染色体異常や脳性まひ等）を有する場合、1 歳代でも療育手帳の交付を行っている現状がある。そのため、療育手帳の交付開始年齢に関する制度的判断は今後の行政的検討課題である。ただし、現時点では、（療育手帳の交付が必要と見なされる）1 歳代の申請児に対しては、ABIT-CV の適応行動評価パートの結果に基づいて暫定的な判定を行うことが適切である。

≪重症度の判定について≫

開発段階の研究では、対象が 4 歳未満の場合、重症度（障害等級）の確定的な判定は困難である

ことが示されている(伊藤他, 2025)。したがって、重症度に関する確定的な判定は 4 歳以上で行うべきであり、4 歳未満での重症度評価は適応行動評価パートの結果に基づく「暫定的判定」とすることが望ましい。

この基準は、国際的な診断基準とも整合的である。たとえば、ICD-11(World Health Organization, 2025) では、4 歳未満の子どもについては、知的発達症は「暫定診断 (Provisional)」とし、「知的発達症」ではなく「全般的発達遅延 (Global Developmental Delay)」とすることが明示されている。また、知的機能の評価が適切に実施できない場合についても、同様に「暫定診断(Provisional)」として扱うべきことが記載されている。

さらに、DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision; American Psychiatric Association, 2022) でも、5 歳未満の児童において重症度が妥当に評価できない場合は、「全般的発達遅延」として診断し、後の再評価を必要とすることが記されている。

このように、国際的に認められている精神医学的基準に照らしても、ABIT-CV を用いた療育手帳の交付および重症度の確定的判定は、4 歳以降に実施されることが学術的にも妥当といえる。

C．結論

結論として、以下に ABIT-CV を療育手帳の交付判定で利用する際の留意事項をまとめる。

1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すること。

2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能を評価することが推奨される。

   視覚系課題は、言語的な応答を伴わない指さし等によって反応可能であり、検査者と被検査者との言語的コミュニケーションに大きく依存しない評価が可能である。

3. ABIT-CV の利用目的は、あくまで療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判断）に限定されるべきである。

   また、検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。

   検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。

4. ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の対象年齢は 2 歳以上とするのが適当である。

   やむを得ず 1 歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。

5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4 歳以上で実施することが適当である。

   やむを得ず 4 歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

文献

American Psychiatric Association, ed. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing.

伊藤 大幸・村山恭朗・浜田恵・髙柳伸哉・山根隆宏・明翫光宣. (2025). 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. 令和 6 年度　令和 2 年度　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業　療育手帳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　分担報告書.

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　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　分担報告書.

村山恭朗・小林真理子・髙柳伸哉. (2024). ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－. 令和 5 年度　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業　療育手帳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　分担報告書.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*.

D.　研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E.　知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

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

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　人文学系

浜田　恵　　中京大学 心理学部

髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科

明翫　光宜　中京大学　心理学部

研究協力者　足立　匡基　明治学院大学　心理学部

野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課

増山　晃大　愛知教育大学　心理講座

中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部

久保　尊洋　横浜国立大学　教育学部

研究要旨　本研究は、療育手帳の判定における評価方法の地域差や国際的診断基準との乖離の問題を受け、知的発達症の診断基準（ICD-11）に準拠した、簡便かつノルム化された知的機能・適応行動の評価ツール「ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）」を開発し、その標準化と妥当性検証を実施した。知的機能検査は、CHC 理論に基づく 7 つの下位検査（視覚、言語、記憶、算数）から構成され、適応行動尺度は ICD-11 および Vineland-II に基づき主要領域をカバーする 220 項目を作成した。1 歳～69 歳の定型発達者や知的障害者（計 741 名）を対象に標準化調査を実施し、項目の妥当性、発達的変化、ノルム設定、適用開始年齢、信頼性、構造的妥当性、併存的妥当性、臨床的妥当性の諸点について包括的に検証した。結果、ABIT-CV は知的機能や適応行動の発達的変化を適格に捉えていること、α係数にして.984～.990 という高い信頼性を有すること、外在基準であるウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度と高い相関（r=.767 および.748）を示すこと、知的障害の判定において感度・特異度ともに.95 を上回るきわめて高い精度を有すること（2 歳以降の適用）、重症度の判定においても現行の療育手帳の等級判定とおおむね一致した結果をもたらすこと（4 歳以降の適用）、発話を必要としない視覚課題のみを用いた場合でも測定性能はおおむね維持され、発話のない幼児への適用も可能であることなどが確認された。今後、現場での導入を進めることで、療育手帳交付の公平性と科学的妥当性の向上に寄与することが期待される。

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）を呈する児者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）に基づき創設され、現在まで運用されている。法制化がなされていないため、療育手帳の判定方法、交付基準および障害等級の種類やその認定基準は、各都道府県・指定都市の裁量に委ねられているのが現状である。

これまでの調査研究では、療育手帳の判定手続きや交付基準において、都道府県／指定都市間に著しいばらつきが存在することが報告されている（例えば、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2022）。こうした基準の不統一は、転居に伴う再判定の必要性など、申請者やその家族への実質的な負担を引き起こしている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023，2025；櫻井，2000）。しかし、療育手帳の判定方法、交付基準、等級区分の統一化は、いまだ実現されていない。

加えて、現行の療育手帳判定のあり方は、国際的な知的障害の診断基準と乖離しているという問題もある。科学的エビデンスに裏付けられた国際的な診断基準に準拠した判定を行うことは、当事者の実情に合った適切な支援や行政サービスを提供する上でも重要な意味を持つ。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

療育手帳の判定・交付基準の見直しと統一化は、公平性の観点から喫緊の課題である。2022 年度に我々が実施した調査では、療育手帳の交付を受けている児者（$n = 83$）のうち 1 割前後が 75 よりも高い IQ を示し、中には IQ100 以上の児者も確認された（村山・浜田，2022）。別の調査では、一部の療育手帳の判定・交付機関が IQ85 を超える児者に対しても療育手帳を交付しており、そもそも IQ の上限基準を設けていない機関が存在することが報告されている（村山・浜田，2021）。

このように、一部の自治体では、知的発達症の基準（IQ70 未満）を満たさない児者に対しても療育手帳を交付している一方で、当該基準を厳密に適用し、IQ70 未満に限定して交付している自治体もある（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2021）。この点において、地域によって判定の運用が大きく異なっている実態がある。

加えて、一部の自治体では、知的発達症以外の神経発達症（例：自閉スペクトラム症）の特性を勘案し、知的機能に問題のない児者にも療育手帳の交付を認めている。例えば、判定機関（$n = 191$）を対象とした調査では、IQ70-75 以上であっても、神経発達症の特性を呈していれば療育手帳を交付すると回答した機関が約 4 割(39.3%)に上った（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。また、同調査では、年間 500 件以上にわたり、知的発達症の特性を呈さない児者に療育手帳を交付していると回答した機関も存在していた。さらに、同調査に協力した療育手帳の交付児者（$n = 872$）の約 6％（5.7%）が知的発達症の特性を有さず、他の神経発達症を有していると報告している（家族・親族等による回答；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。これらの調査結果は、現行の療育手帳制度の通知や本来の目的とは合致しない対象に対しても、一部自治体が療育手帳を交付している現状を示している。

このような実態を踏まえると、療育手帳の交付が申請児者の居住地によって左右されている可能性が高く、結果として、知的発達症や他の神経発達症の特性を有する児者が受けられる福祉・教育的支援において、地域間で不公平な状況が生じていると考えられる。療育手帳の交付判定における基準の統一化は、こうした問題を解消し、自治体における支援の平等性・公平性を確保する上で、きわめて重要な課題である。

国際的な診断基準との乖離

知的障害の国際的な診断基準　近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification

of Diseases：ICD）が変更され、2022 年 1 月より ICD-11 が発効した。これは 2019 年の WHO の総会において、我が国を含めた加盟国の全会一致で承認されたものである。前版（ICD-10；World Health Organization, 1993）からの変更点として特筆すべきは、①知的発達症の診断において、知的機能だけではなく適応行動の評価が必須となったこと、②その評価には、基本的にノルム化された知的機能／適応行動の標準化検査（以下、ノルム化検査）の使用が求められることである（World Health Organization, 2022）。ノルム化検査とは、開発時に得られた基準集団のデータに基づき、「偏差指数」（同一の年齢段階の集団における相対的位置を示す指標）を算出するための基準が設定されている検査である。

ノルム化検査を用いた知的機能と適応行動の評価は、ICD-11 に特有の要件ではなく、他の主要な診断基準にも共通する。例えば、アメリカ精神医学会の診断マニュアルである DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022)においても、知的発達症は知的機能と適応行動の両者における欠陥を伴う障害として定義されており、知的機能に関しては「母平均よりも約 2 標準偏差またはそれ以下」(p.35)、適応行動に関しては「同じ年齢および社会文化的な背景をもつ人々と比較して評価する」(p.36）と明記されている。これらの記述は、知的機能および適応行動がノルム化検査によって評価されるべきであることを明確に示している。同様に、米国知的障害発達障害学会（American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AAIDD）の診断マニュアル（Schalock, Luckasson, & Tasse, 2021）においても、知的発達症の診断には、ノルム化された標準化検査による知的機能と適応行動の評価が必須であることが明示されている。

しかし、現行の療育手帳の交付判定では、主にノルム化検査の使用と適応行動の評価という 2 点で、こうした国際的な診断基準とは大きく乖離した評価方法が採用されているのが実情である。

ノルム化検査の使用　「偏差指数」に基づくノルム化検査としては、知的機能の評価ではウェクスラー式知能検査や K ABC-II、適応行動の評価では Vineland-II 適応行動尺度が該当する。現在の療育手帳の交付不判定では、こうしたノルム化検査の使用が限られており、代わりに比率指数（精神年齢や発達年齢と生活年齢との比率によって求められる指標）やカテゴリカル評価（IQ などの連続的な指標を算出せず、複数の段階に分類するのみの評価）などの簡便な評価方式を採用す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・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、適応行動の検査では S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適応スキル検査がある。

近年、療育手帳の交付判定を行う機関（*n*=191）を対象として、知的機能を評価する際に頻繁に利用されるツールに関する調査が行われている（2024 年に実施；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。調査の結果、ビネー式知能検査（鈴木ビネー知能検査および田中ビネー知能検査）の使用頻度が最も高く、田中ビネー式知能検査については 6 割（61.3%）、鈴木ビネー式知能検査については 2 割（23.0%）の機関が「最も使用頻度が高い検査」と回答した。新版 K 式発達検査を「最も使用頻度が高い」と回答した機関は 10%強（13.6%）であった。一方、ウェクスラー式知能検査を「最も使用する知能検査」と回答した機関は僅か 1%に過ぎなかった（WISC：0.5%, WAIS：1.0%）。類似する結果は他の複数の調査でも確認されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング, 2023, 2024; 吉村他，2019）。

適応行動の評価　療育手帳の交付判定において、大部分の自治体／機関では、ノルム化検査であれ非ノルム化検査であれ、何らかの定量的なアセスメントツールに基づいて知的機能の評価を行っているが、適応行動に関しては、こうした定量的な評価自体を行っていない自治体／機関も少なくない。2023 年度に実施された調査（*n*=210）では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たなか

った（49.0%）（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024）。こうした傾向は、これまでにも複数の調査で繰り返し報告されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023；社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。

また、適応行動の評価にはノルム化検査がほとんど利用されていない。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。前述した直近の調査（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）では、適応行動の評価に利用するツールとして、Vineland-II 適応行動尺度を「最も利用する」と回答した機関は一つもなかった。一方で、およそ半数（49.7%）の機関は「最も使用する検査」を自治体や判定機関が独自に作成・開発した検査と回答している。この調査結果と合致するように、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（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023）。

課題の整理　これらの知見を総合すると、現行の都道府県・指定都市における療育手帳の交付判定のあり方は、ノルム化検査の使用および適応行動の定量的評価という 2 つの点で、ICD-11 などの国際的に信用性の高い知的発達症の診断基準と整合していない状況にあると言える。

無論、「療育手帳の判定は知的発達症の診断とは異なる目的をもつ」という主張もあるだろう。しかし、療育手帳制度の要綱には、「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」と明記されている。さらに、交付対象については「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」と定められている。つまり、公的制度として、療育手帳は知的発達症（知的障害）を有する者に交付されるものであり、その判定基準は科学的妥当性を有すること、すなわち ICD-11 等の国際的な診断基準に準拠することが強く求められる。

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は、現行の判定方法が必ずしも科学的エビデンスに基づいた適切な手続きとは言えないことが示唆されている。都道府県・指定市間で交付判定基準の大きなばらつきがあることにより、知的発達症の診断基準と合致しない児者に対しても療育手帳が交付されており、自治体間での不公平が生じている。こうした状況を是正し、知的発達児者へ公正かつ的確な福祉的支援を実現するためには、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急務である。

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、すなわち、知的機能と適応行動を評価可能なノルム化検査の開発を目的とする。3 か年にわたる研究を通じて、判定の実務に適した、簡便かつ短時間で実施可能な評価ツール（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version: ABIT-CV）の開発と、その標準化および信頼性・妥当性の検証を行った。

先行研究（村山・浜田，2021）では、児童相談所や知的障害者更生相談所の実務者が、既存のノルム化検査（ウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度）を療育手帳判定で利用しない／できない主要な理由として、「検査時間の長さ」、「専門的な技術／知識の必要性」、「研修時間の確保困難」、「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。

こうした現場の意見を踏まえると、開発すべき判定ツールには以下の 3 点が求められる。すなわち、①知的機能および適応行動が短時間で評価できること、②専門的な知識や訓練を受けていない職員でも扱える簡便さを有すること、③療育手帳の交付判定を目的とし、知的発達症の判別に特化したツールであること（例：平均以上の知的機能／適応行動の測定ではな

く、交付対象者の識別に焦点を当てた項目構成）である。以上を踏まえ、本研究では、療育手帳の交付判定の現場で実用的かつ標準的に使用できる知的機能および適応行動の検査ツールABIT-CVを開発し、その標準化と信頼性・妥当性の検証を行うことを目的とする。

今年度の研究目的

事業1年目の2022年度は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、幼児版および児童青年／成人版ABIT-CVのプロトタイプ版を開発した。2−3年目にあたる2023年度および今年度は、2022年度調査をもとに項目の追加・修正を施したABIT-CVの正式版を作成し、標準化（標準得点のノルムの設定）および信頼性・妥当性の検証のための本調査を実施した。

具体的には、以下の諸点について包括的に検証を行った。第1に、ABIT-CVの知的機能検査および適応行動尺度を構成する各項目が有効に機能しているか否かを確認するため、I-R相関および群間比較に基づく項目分析を行った。第2に、各検査・尺度が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えられているかを確認するため、得点の年齢推移を検証した。第3に、各年齢群における定型発達群の得点分布に基づいて、粗点を標準得点（偏差指数）に変換するためのノルムを設定した。第4に、ABIT-CVの適用開始年齢を検証するため、定型発達群および知的障害群における標準得点の年齢推移を検証した。第5に、内的整合性に基づく信頼性の検証のため、各検査・尺度および総合点のα係数および測定標準誤差を評価した。第6に、性別および居住地域による得点バイアスの可能性を検証した。第7に、尺度間の相互相関に基づき、各検査・尺度の構造的妥当性を検証した。第8に、外在基準であるウェクスラー式知能検査およびVineland-II適応行動尺度との相関に基づいて、各検査・尺度の併存的妥当性を検証した。第9に、知的障害の診断および療育手帳の等級の判別精度の観点から、ABIT-CVの臨床的妥当性を検証した。

B. 方法

1. 参加者

ABIT-CVの標準化および信頼性・妥当性の検証のため、2023年度から2024年度にかけて、1歳から69歳までの計741名を対象とした調査を実施した。調査参加者は、知的障害や発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのない「定型発達群」（476名）、知的障害の診断を有する「知的障害群」（192名）、知的障害の診断を持たないものの、知的障害の疑いを指摘された、もしくは、知的障害以外の発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのある「その他群」（73名）の3群から構成された。

定型発達群　定型発達群の調査参加者の募集は民間リサーチ会社に委託した。Table 1のように年齢群ごとにサンプルの目標数を設定して参加者を募集した。調査にあたっては、適応行動尺度の評定のため、参加者の普段の生活をよく知る保護者または同居者とともに参加することを求めた。得点の発達的変化のスピードが速い低年齢ほど多くのサンプルを割り当てた。520名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の診断や疑いを受けたことのない476名（男性235名、女性241名）を定型発達群に割り当てた。当初のサンプリング目標をおおむね満たしており、性別の偏りも見られなかった。なお、残り44名の参加者は、過去に知的障害や発達障害の診断や疑いの指摘を受けていることが確認されたため、その他群に割り当てた。

定型発達群の参加者の居住地域の割合をTable 2に示す。人口分布（総務省統計局, 2024）と比較すると、東北、中部、中国・四国、九州の比率がやや低く、関東、近畿の比率がやや高いなどの傾向が見られるが、全体として顕著な乖離はなく、おおむね代表性の高いサンプルが得られたと言える。

知的障害群　知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者（以下、保護者等と記す）に調査協力を依頼した。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。221 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を有することが確認された 192 名（男性 126 名、女性 66 名）を知的障害群に割り当てた。ただし、低年齢段階では知的障害の疑いが濃厚であっても確定診断を受けていないケースも少なくないことから、ダウン症など通常知的障害をともなう先天性の障害を有する場合は、知的障害の確定診断を受けていなくても知的障害群に含めた。なお、残り 29 名の参加者は、知的障害の診断や知的障害をともなう先天性の障害を確認できなかったため、その他群に割り当てた。

その他群　上述の通り、定型発達群および知的障害群の条件を満たさなかった参加者 73 名（男性 57 名、

Table 1　調査参加者の群・年齢の構成

年齢	定型発達群				知的障害群				その他			合計
	男性	女性	小計	目標数	男性	女性	小計	目標数	男性	女性	小計	
幼児												
1:0-1:5	10	10	20	20	3	1	4	10	1	1	2	26
1:6-1:11	12	11	23	20	4	7	11	10	0	0	0	34
2:0-2:5	10	14	24	20	6	3	9	10	4	1	5	38
2:6-2:11	12	9	21	20	7	2	9	10	4	0	4	34
3:0-3:5	10	8	18	20	4	4	8	10	5	1	6	32
3:6-3:11	11	8	19	20	6	4	10	10	1	1	2	31
4:0-4:5	7	11	18	20	6	5	11	10	4	2	6	35
4:6-4:11	14	6	20	20	8	2	10	10	3	0	3	33
5:0-5:5	7	11	18	20	8	1	9	10	2	0	2	29
5:6-5:11	8	10	18	20	8	5	13	10	5	1	6	37
6:0-6:5	11	9	20	20	6	6	12	10	4	0	4	36
6:6-6:11	8	11	19	20	7	3	10	10	3	0	3	32
児童												
7	14	9	23	20	4	0	4	5	2	1	3	30
8	9	11	20	20	3	1	4	5	1	0	1	25
9	8	12	20	20	5	1	6	5	2	1	3	29
10	9	10	19	20	5	2	7	5	6	1	7	33
11	11	8	19	20	2	3	5	5	1	2	3	27
12	10	11	21	20	3	1	4	5	2	1	3	28
青年・成人												
13-14	8	7	15	20	3	1	4	5	2	1	3	22
15-16	9	7	16	20	5	4	9	5	2	1	3	28
17-18	8	15	23	20	7	1	8	5	1	1	2	33
19-39	10	13	23	20	11	4	15	5	2	0	2	40
40-59	9	10	19	20	3	2	5	5	0	0	0	24
60-69	10	10	20	20	2	3	5	5	0	0	0	25
合計	235	241	476	480	126	66	192	180	57	16	73	741

Table 2　調査参加者の性別・居住地域の構成

	男性	女性	合計	%	人口分布
北海道	12	6	18	3.78%	4.07%
東北	7	9	16	3.36%	6.63%
関東	92	104	196	41.18%	35.19%
中部	30	19	49	10.29%	18.03%
近畿	80	83	161	33.82%	16.30%
中国・四国	5	3	8	1.68%	8.51%
九州	11	17	28	5.88%	11.26%
合計	237	241	476		

女性 16 名）をその他群に割り当てた。大部分の分析は定型発達群および知的障害群のデータに基づいて行われたが、信頼性および併存的妥当性の検証にあたっては、その他群のデータを分析に含めた。

2．ABIT-CV

ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。

知的機能検査　ICD-11 では、知的発達症の特徴としては「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渡る知的機能の重篤な障害」が明記されている（World Health Organization, 2022）。したがって、開発する ABIT-CV の知的機能検査には、これら多様な下位領域を含むことが求められる。

知能に関する数ある理論モデルの中でも、CHC（Cattell-Horn-Carroll）モデルは実証的根拠に基づく構造モデルとして広く認識されている（Flanagan & Alfonso, 2013）。CHC モデルは知能を 3 階層で構成し、第 3 階層が一般知能（g）、第 2 階層が広範的知能（短期記憶、処理速度、流動性推理など）、第 1 階層がより限定的な認知能力である。第 2 階層の広範的知能は因子分析により導出された実証的な下位概念であるため、ABIT-CV においても、この階層に対応する指標を含めることが合理的である。

実際、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 も CHC モデルの第 2 階層に基づいて下位検査が設計されている。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、処理速度の各領域に対応している（Flanagan & Alfonso, 2013）。K ABC-II では、これに加えて、量的知識、読み書き能力なども含まれる（Kaufman & Kaufman, 2004）。これらを踏まえ、ABIT-CV（知的機能の評価）においては、両者に共通する構成概念、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を含めることとした。

課題の開発は、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を通じて行われた。CHC モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、結晶性知能に関連する「言葉」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」、流動性知能に関連する「算数」の課題を独自に作成した。

ABIT-CV の利便性（実施時間の短さ）を確保するため、大部分の下位検査において、中止条件を設定した。「記憶」では、同一セクション（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、当該検査を中止した。それ以外の下位検査では、参加者が連続 4 問で誤答した場合に当該検査を終了した。

当初15種の課題が作成されたが、2022年度のパイロット調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された7課題を最終版に採用した（Table 3）。ただし、「視覚①比較・展開」は当初独立した3課題であったものを1つに統合したものである。7課題のうち、4課題は全年齢対象、2課題（視覚①、視覚②）は幼児期のみ、1課題（言葉②）は児童期以降でのみ実施される。全体の実施時間は平均して20〜30分程度である。

なお、パイロット調査では、乳幼児期の対象者において発話能力の未発達や緘黙症状などにより、発話を必要とする課題に取り組むことが困難な事例が複数確認された。そこで、幼児期の対象者に対しては、発話を必要としない「視覚」の3課題のみを使用した場合の結果も併せて報告する。

また、パイロット調査の中で、低年齢層（1-2歳）において定型発達児であっても課題場面への適応が難しいケースが一定数存在することが確認されたため、日常的なやり取りや遊びの文脈の中で反応を観察する「トドラー課題」を新たに作成した。ただし、本調査を通して、当該課題の知的障害の判別精度が十分でないことが明らかとなったため、ABIT-CVの最終版には含めず、参考的に一部の結果のみを報告する。

適応行動尺度　ICD-11では、知的発達症の特徴として適応行動の重篤な障害が明記されている（World Health Organization, 2022）。適応行動は、日常生活において学習・遂行可能な行動スキルであり、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）。この定義に基づき、ABIT-CVの適応行動尺度は、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された。

また、先行研究では、知能検査の適用が難しい低年齢段階であっても療育手帳の申請対象とする自治体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）。こうした状況を踏まえ、ABIT-CVの適応行動尺度には、知的機能を把握できる項目を多く含めることにした。

尺度の項目作成は、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を通じて行われた。ICD-11の領域分類やVineland-II適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成を参考に、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの4領域を偏りなくカバーすること、また、項目の想定通過月齢の配分に偏りがないことを

Table 3　ABIT-CV知的機能検査の構成

課題	概要	問題数	実施順		ウェクスラー式検査の対応指標	CHCモデルの対応因子
			幼児	児童-成人		
視覚					視空間	視覚処理
①比較・展開	大きさ・長さの比較、部分から全体の推測	20	1	-		
②仲間選び	同じ概念に属する絵を選択	15	3	-		
③数と見え方	積み木の数と特定方向からの見えを推測	12	6	4		
言葉					言語理解	結晶性知能
①知識	一般的な知識に関する質問に解答	17	5	3		
②共通点	２つの言葉の共通点を答える	15	-	5		
記憶	短い文章を復唱	16	2	1	ワーキングメモリ	短期記憶
算数	算数の文章題に暗算で解答	32	4	2	流動性推理	流動性知能
合計		127	112	92		

要件とし、220 項目が作成された（Table 4）。

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）と同様に、対象児者をよく知る成人（保護者、同居者など）による他者評価式とし、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－わからない／機会がない）を採用した。ただし、Vineland-II と同様に、「N」の回答は「1」として処理する方法を取った。

実施時の利便性を考慮し、年齢に応じた開始項目および中止条件を設定した。開始項目については、対象児者の実年齢に該当する年齢段階の項目から回答を開始することとした。ただし、最初の 4 項目のいずれかにおいて、「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まで遡って回答することを求めた。中止条件については、4 問連続で「0」の回答が続いた場合には回答を中止することとした。回答の所要時間は平均して 10〜15 分程度である。

Table 4　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	79
日常生活スキル	59
社会性	52
運動スキル	30
想定通過月齢	
0歳	27
1歳	23
2歳	28
3歳	25
4歳	27
5歳	18
6歳	30
7歳	18
8-9歳	16
10歳以上	8
合計	220

3. 外在基準

ABIT-CV の併存的妥当性の検証のために、知的障害群の参加者に対しては、ABIT-CV と併せて、ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度を実施した。

ウェクスラー式知能検査　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（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。

Vineland-II　日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）を用いて適応行動（自立した社会生活を営む上で必要となる一群の行動）を測定した。Vineland-II は国際的に最も広く利用されている適応行動尺度の一つであり、日本版についても、内的整合性、再検査信頼性、評価者間信頼性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性、臨床群（発達障害者、視覚・聴覚障害者）の得点パターンなどに基づいて、包括的に信頼性・妥当性が確認されている。

Vineland-II は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接（聴取する項目はあらかじめ決められているが、面接の流れや質問の表現は状況に応じて調整できるタイプの面接）の形式で実施される。Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれているが、本研究では適応行動尺度のみを使用した。適応行動尺度は、4 領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）、11 下位領域（受容言語、表出言語、読み書き、身辺自立、家事、地域生活、対人関係、遊びと余暇、コーピングスキル、粗大運動、微細運動）から構成され、それぞれの下位領域には 20〜50 程度の調査項目が含まれる。各項目は、具体的な適応行動を記述したものであり（例：事務的な手紙を書く、必要に応じて衣類を洗う、自分のお金を管理する等）、それぞれについて 2（具体的な援助や指示がなくとも、通常または習慣的に実施している）、1（具体的な援助や指示がなくとも、時々または部分的に実施している）、0（まったくまたはほとんど実施しない、または援助や指示がなければまったく実施しない）の 3 段階で評定が行われた。

4. 手続き

調査は臨床心理士／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 の開発に携わった分担研究者が検査者に ABIT-CV の実施方法を教授した。ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 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 の知的機能検査およびウェクスラー式知能検査は参加者本人、ABIT-CV の適応行動尺度および Vineland-II は参加者の保護者等を対象に実施した。参加者が子どもの場合、参加者および保護者の希望を尊重したうえで、保護者は参加者と同室もしくは別室で尺度に回答した。

定型発達群の参加者については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。知的障害群の参加者については、検査終了後に謝礼（2023 年度は

10,000 円／組、2024 年度は 8,000 円／組）が手渡された。

5. 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、中京大学研究倫理委員会の審査および承認を得た上で調査が実施された（中京研倫第 2022-112 号）。調査実施前に、参加者および保護者等に対して、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上で、参加者本人および保護者等から本研究の参加について書面での同意を得た。

C. 結果と考察

1. 項目分析

各下位検査・尺度を構成する項目が有効に機能しているかを２つの観点から評価した。第１に、定型発達群と知的障害群の記述統計量と平均値差の効果量 d を算出した。効果量 d が大きいほど、当該項目が定型発達群と知的障害群の判別に有効な項目であり、尺度の妥当性に貢献することを示唆する。第２に、各項目の得点と同尺度を構成する他の項目の合計得点の相関である I-R 相関を求めた。I-R 相関が大きいほど、尺度の内的整合性を高め、信頼性に貢献する項目であることを意味する。

結果を付録 1〜付録 8 に示した。知的機能の各下位検査については、大部分の項目が.50 程度以上の d と.30 程度以上の I-R 相関を示し、おおむね有効に機能していることが確認された。ただし、比較的難易度の高い視覚①比較・展開 20、記憶 16、視覚②仲間選び 13〜15 などの項目では、フロア効果のために d や I-R 相関の値が低くなっている。これらの項目は、知的障害の有無や重症度を判定するという ABIT-CV の利用目的に照らして、必ずしも必要性の高い項目ではないため、実施コスト軽減のため、除外を検討してもよいと考えられる。

適応行動尺度についても、大部分の項目で.50 程度以上の d と.30 程度以上の I-R 相関が確認されたが、難易度の低い 1〜19 などの項目では、天井効果のためにやや低い値が見られた。ただし、これらの項目も値は小さいながらも一貫して正の値を示しており、低年齢域における適応行動の発達の遅れを評価する上では重要な役割を果たしていると考えられる。

2. 発達的変化

各下位検査・尺度について、定型発達群および知的障害群に分けて、年齢を横軸、粗点を縦軸とする散布図および局所重みづけ平滑化（LOESS）による平滑化曲線を Figure 1〜8 に示す。ただし、発達にともなう得点変化の様相を見やすくするため、得点変化がほぼ見られなくなる 18 歳以降は図示を省略した。

定型発達群では、いずれの下位検査・尺度でも、年齢とともに得点が滑らかに単調増加している。知的障害群でも、一部でサンプル変動によるものと考えられる不規則な推移が見られるものの、全体としてはおおむね年齢とともに得点が上昇する傾向が見られる。また、散布図を年齢ごとに「縦」に割って見ると、いずれの下位検査・尺度においても、２歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られる。以上より、ABIT-CV の各下位検査・尺度が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えられていることが示唆された。

ただし、大部分の下位検査では２歳未満の低年齢域で定型発達群と知的障害群の間の分布の差が不明瞭となっており、この年齢域では知的障害の判定精度が低くなる可能性がある。この点については、「4. 適用開始年齢の検証」で改めて検証を行う。

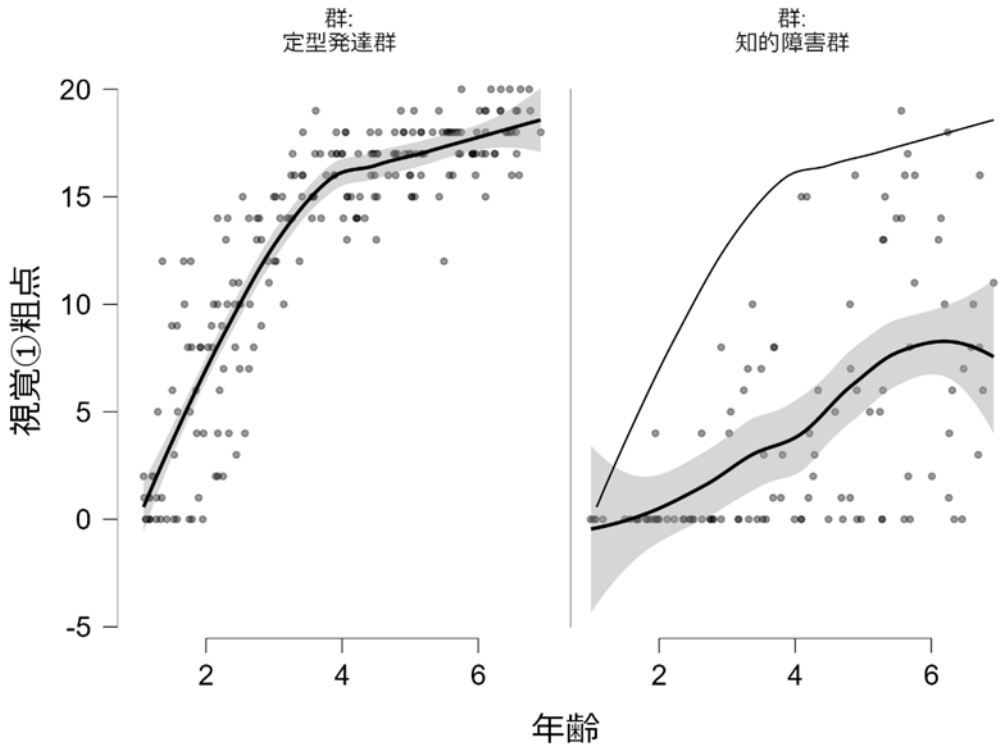


Figure 1　視覚①粗点の年齢推移

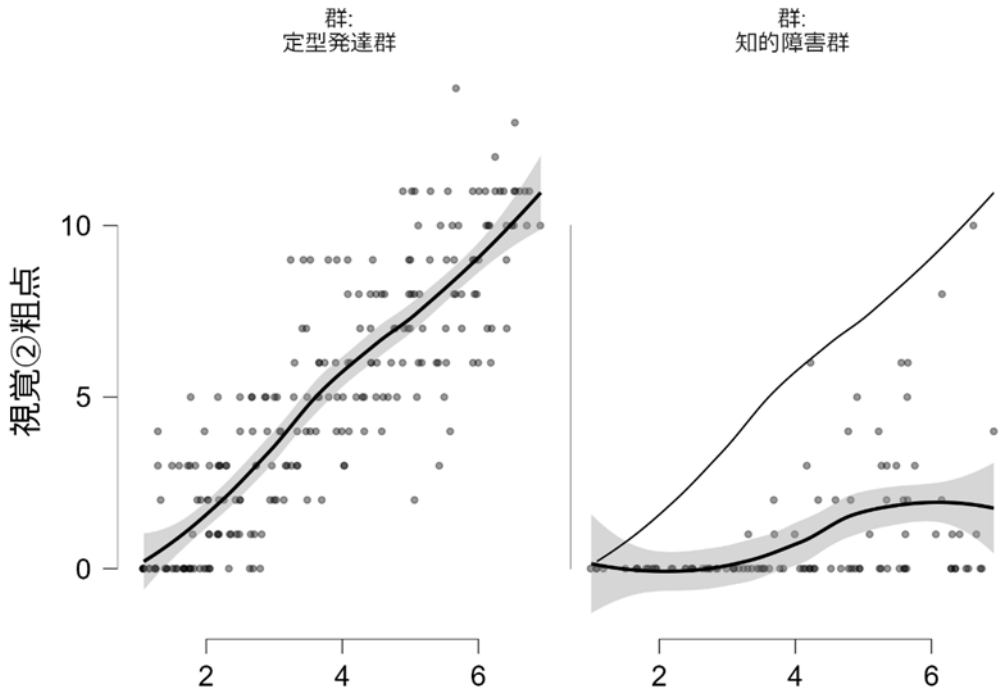


Figure 2　視覚②粗点の年齢推移

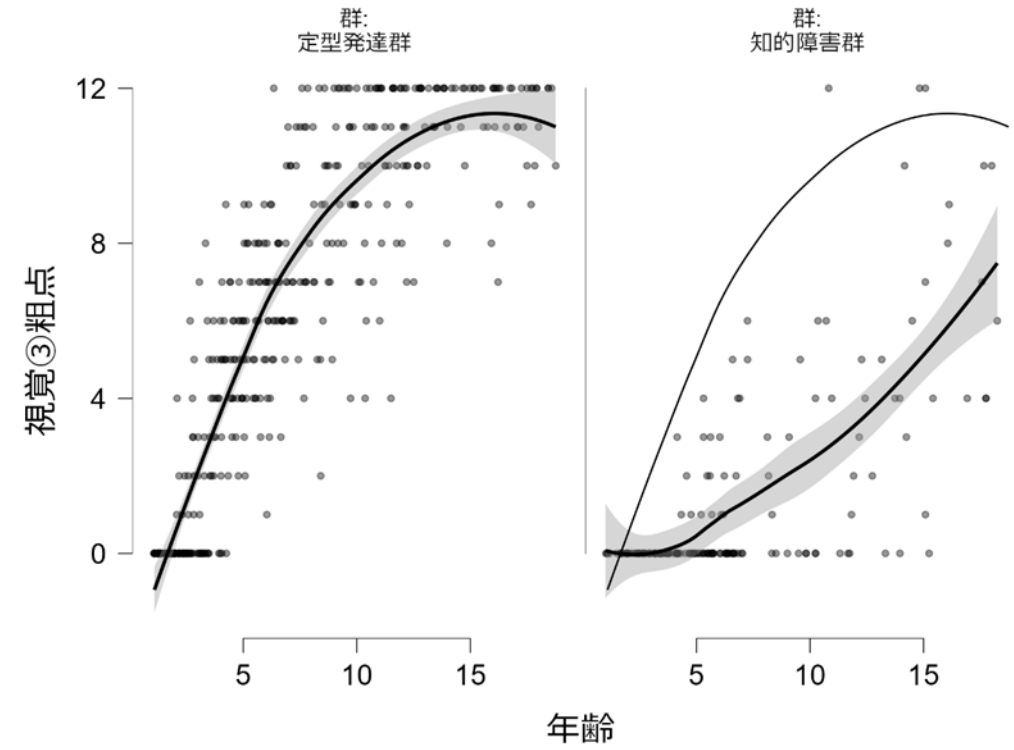


Figure 3　視覚③粗点の年齢推移

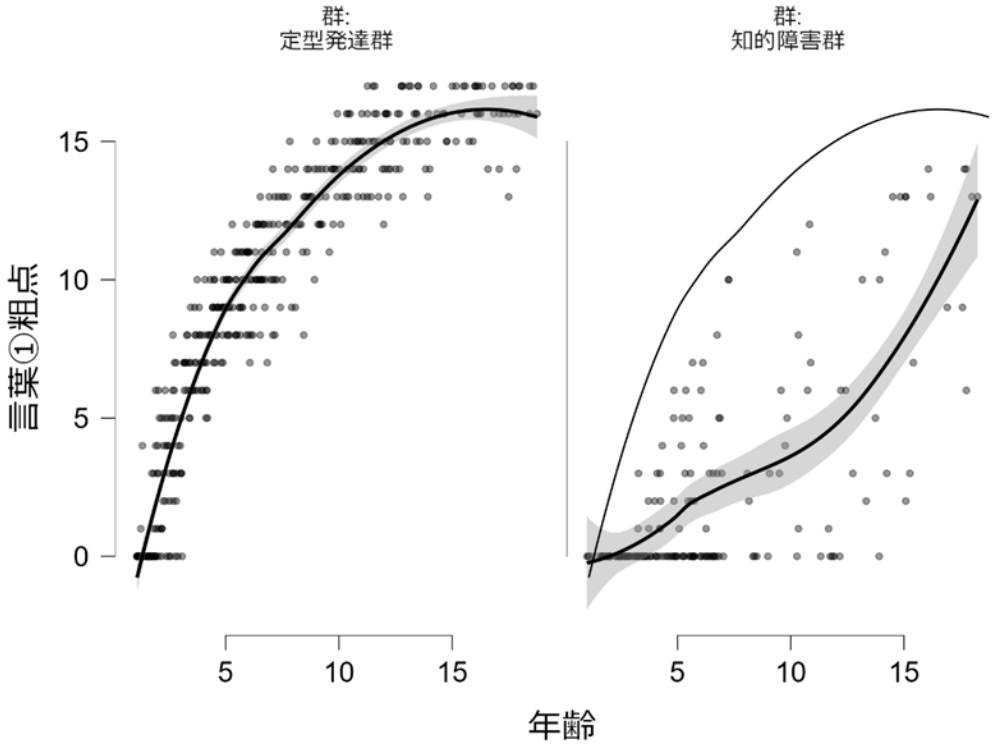


Figure 4　言葉①粗点の年齢推移

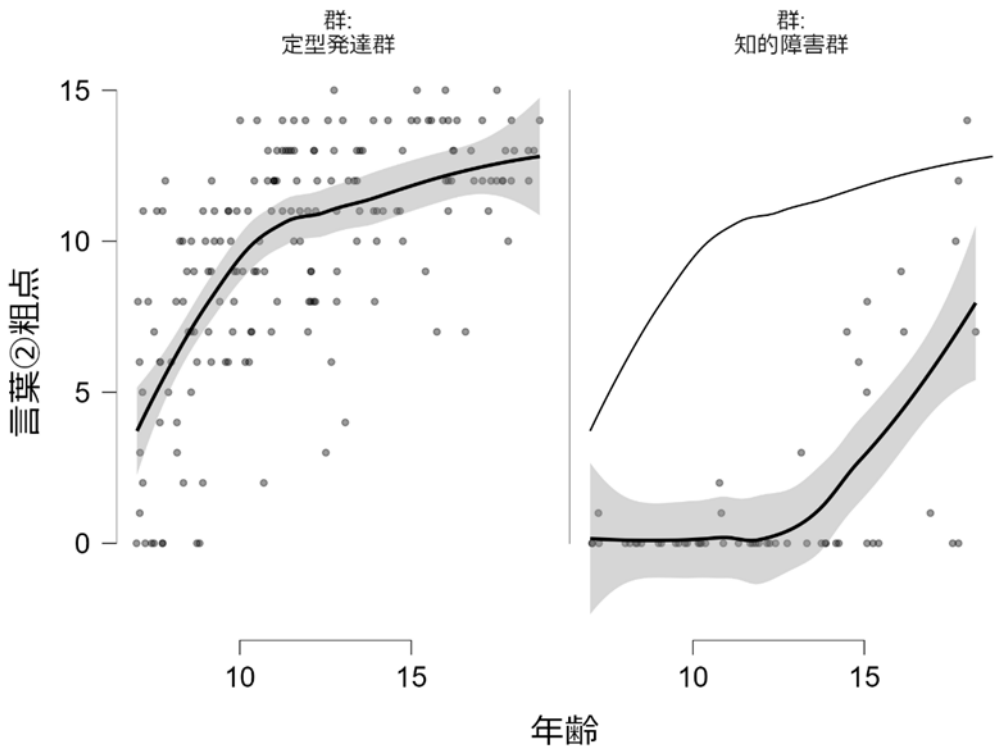


Figure 5　言葉②粗点の年齢推移

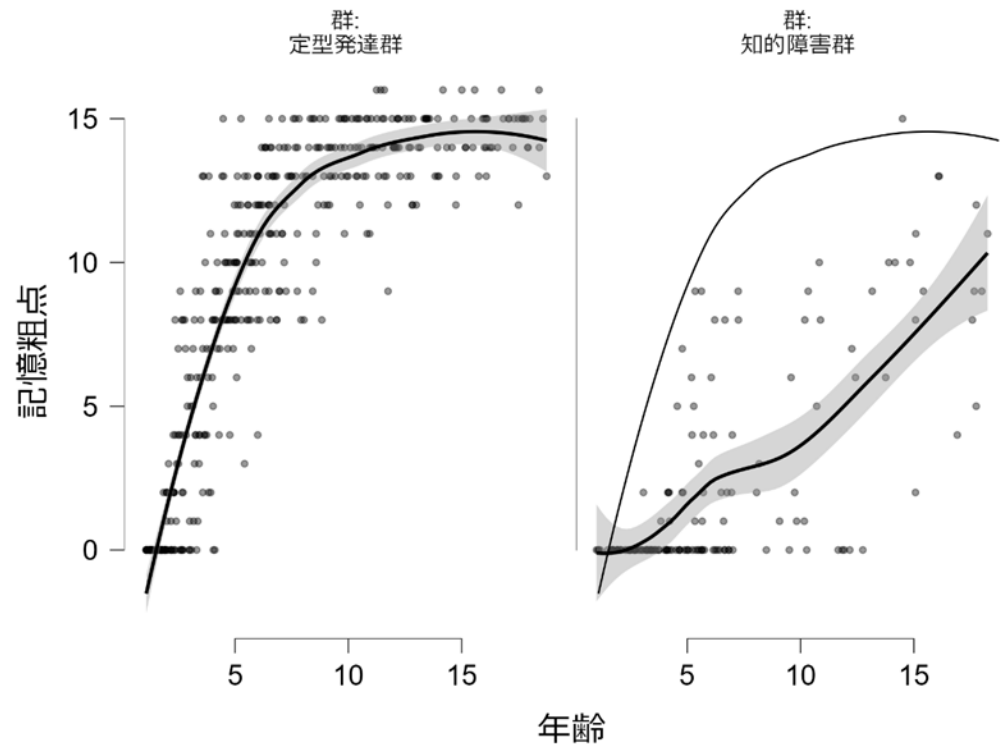


Figure 6　記憶粗点の年齢推移

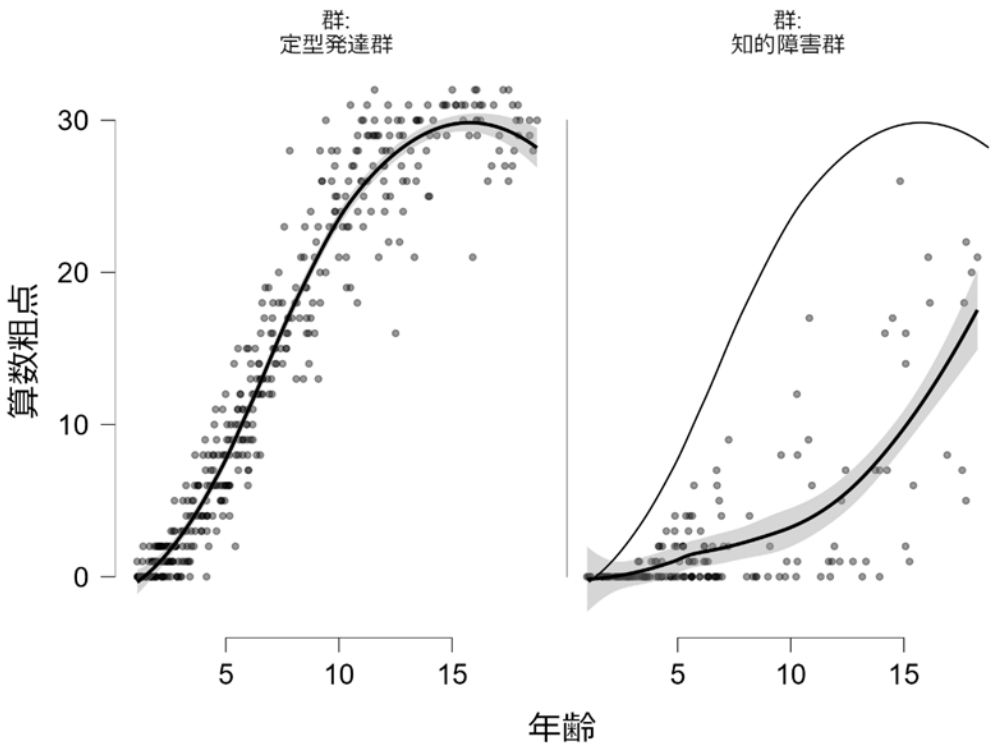


Figure 7　算数粗点の年齢推移

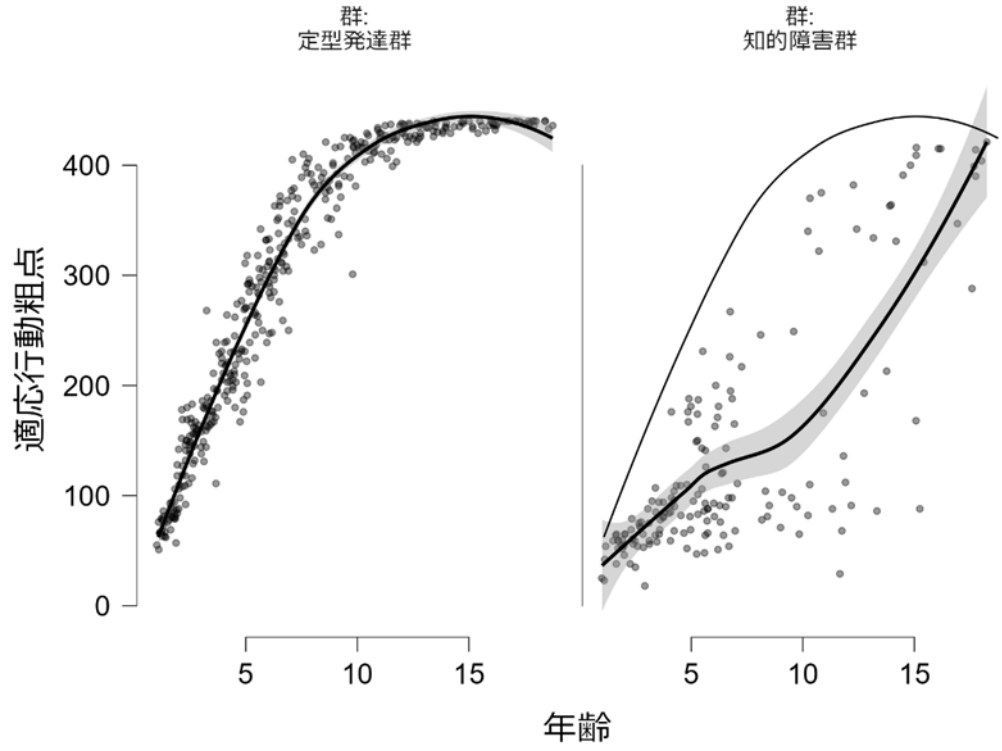


Figure 8　適応行動粗点の年齢推移

3. ノルムの設定

粗点を標準得点に変換するためのノルムを設定するために、定型発達群のデータに基づき、下位検査・尺度ごとに、以下の手順で作業を行った。第1に、定型発達群を月齢順におおむね均等の人数比になるよう20区分に分割した。ただし、18歳以降は得点変化がほぼ見られなくなるため、分析から除外した。第2に、月齢区分ごとに粗点の1次から4次のモーメント（平均値、標準偏差、歪度、尖度）を算出した。第3に、各区分の月齢の平均値を横軸、粗点の4つのモーメントをそれぞれ縦軸とする散布図を作成し、LOESSによる平滑化曲線を得た。平滑化のウィンドウは、適度に滑らかな曲線が得られるよう、適宜調整した。

一例として、適応行動尺度における散布図をFigure 9に示した。平均値については、前項で見たように、月齢とともに単調に増加し、徐々に変化のスピードが低下している。標準偏差は、1歳から6歳頃にかけて上昇し、その後は減少に転じている。これは適応行動尺度の得点の散らばりが6歳頃に最も大きくなることを意味する。歪度は月齢とともに、ほぼ単調に減少している。発達初期には得点が低得点域に偏りやすく、正の歪度を持った分布を形成する一方、青年期以降は得点が高得点域に偏りやすく、歪度が負の値を示すようになることを示唆している。尖度は月齢区分によってばらつきが大きいが、おおむね0付近で推移している。

第4に、これらの平滑化曲線から得た月齢ごとのモーメントの値をJohnson SU分布（Hill, Hill & Holder,

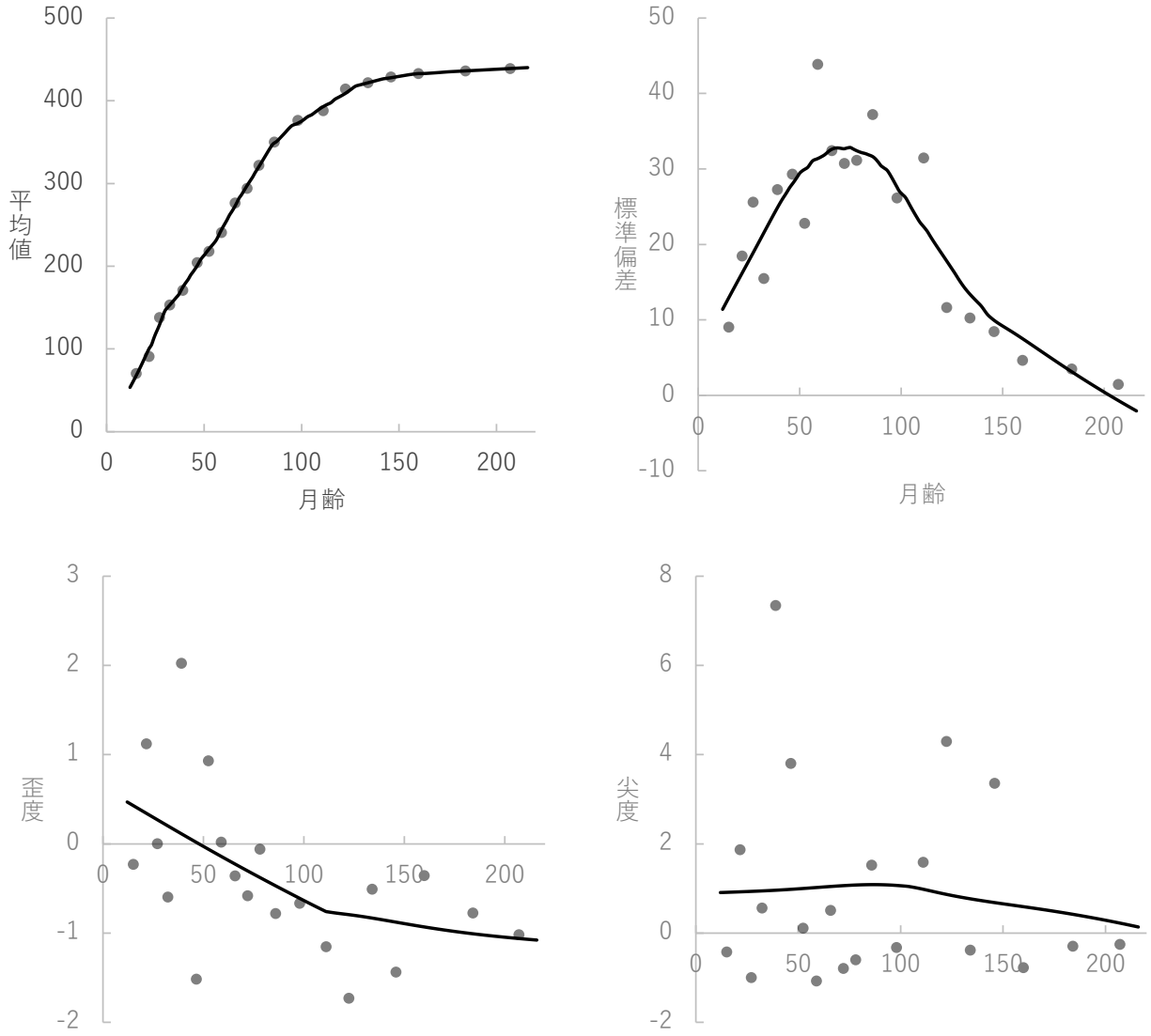


Figure 9　適応行動尺度における月齢区分ごとのモーメントと平滑化曲線

1976）にあてはめ、個々の粗点の各月齢におけるパーセンタイル順位を得た。正規分布は平均値および標準偏差という２つのモーメントによってのみ規定されるが、Johnson SU 分布ではこれらに加え、歪度および尖度を与えることで、非正規の分布を生成することができる。これを利用することで、４つのモーメントの値を入力として、粗点の各点（取り得る得点範囲の下限から上限まで）の分布上の位置（パーセンタイル順位）を得ることができる。最後に、こうして得られた粗点の各点ごとのパーセンタイル順位を標準正規分布上の z 得点に変換し、これを標準得点とした。

ただし、定型発達群には、本来、一般母集団に含まれているはずの知的障害児者が含まれないため、定型発達群のデータにのみ基づいてノルムを設定した場合、知的障害児者の知的機能や適応行動の水準を過剰に低く評価する可能性がある。この問題に対処するため、知的障害群の参加者にノルムを適用したときの標準得点が、各参加者の知的障害の重症度に関する情報（診断時の知能検査の結果や療育手帳の等級）とできる限り一致するように、Johnson SU 分布に代入するモーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を適宜調整した。

以上の手順を全ての下位検査・尺度に適用し、標準得点のノルムを設定した。また、知的機能検査については、全ての下位検査の標準得点を加算平均し、それを再び上記の手順により標準得点に変換し、知的機能検査全体の標準得点を求めた。さらに、知的機能検査と適応行動尺度の標準得点を単純平均した値を ABIT-CV の総合点とした。

Figure 10〜Figure 17 に、定型発達群における各下位検査・尺度の粗点および標準得点のヒストグラムを示した。幅広い年齢層の参加者が含まれることから、いずれの下位検査・尺度でも粗点の分布は正規分布から逸脱していることが確認できる。一方、上記の手順により算出された標準得点では、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、各年齢群における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 をもつ標準正規分布に近い分布が得られている。

Figure 18 には、知的機能検査全体の標準得点および知的機能検査と適応行動尺度の標準得点を平均した総合点のヒストグラムを示した。併せて、知的機能検査において視覚課題のみを用いた場合の標準得点と総合点の分布も示した。いずれの指標においても、分布はおおむね標準正規分布に近似しており、標準得点化による補正の有効性が確認された。

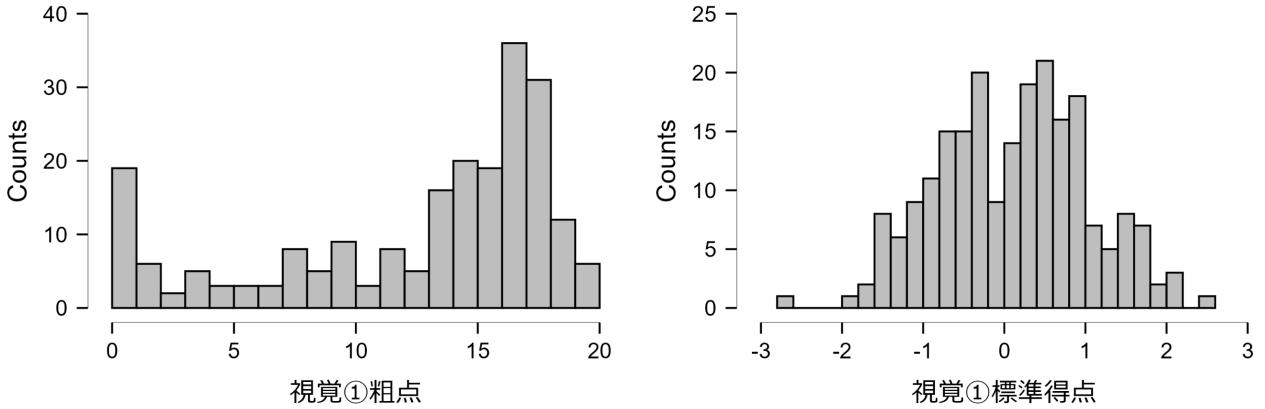


Figure 10　視覚①の粗点および標準得点のヒストグラム

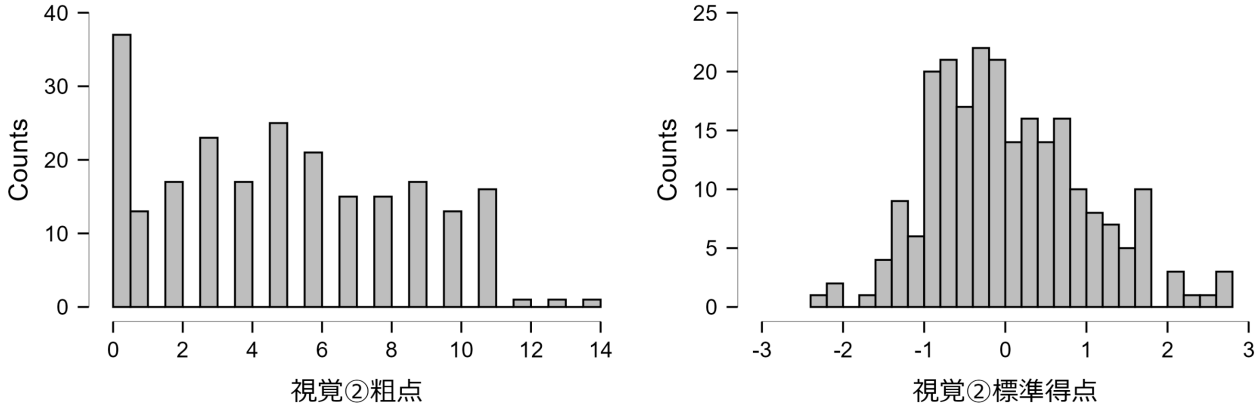


Figure 11　視覚②の粗点および標準得点のヒストグラム

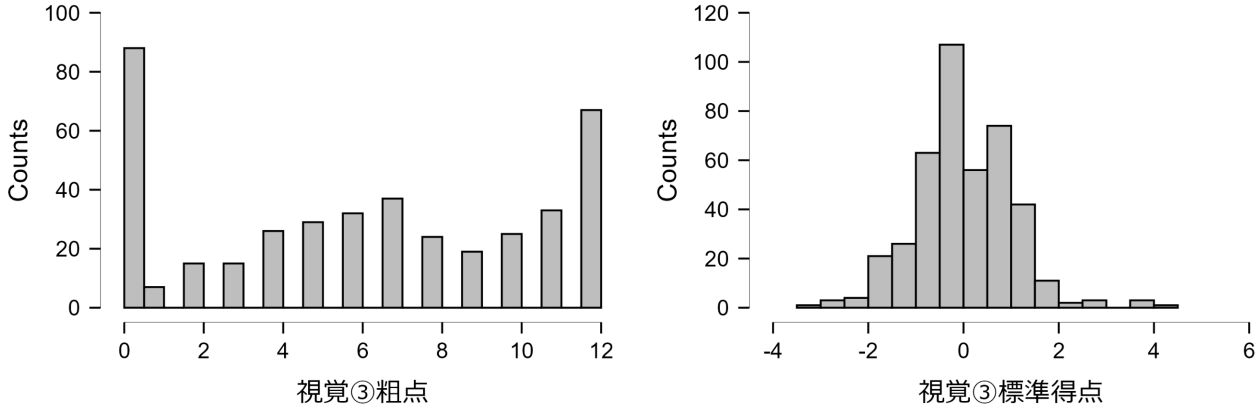


Figure 12　視覚③の粗点および標準得点のヒストグラム

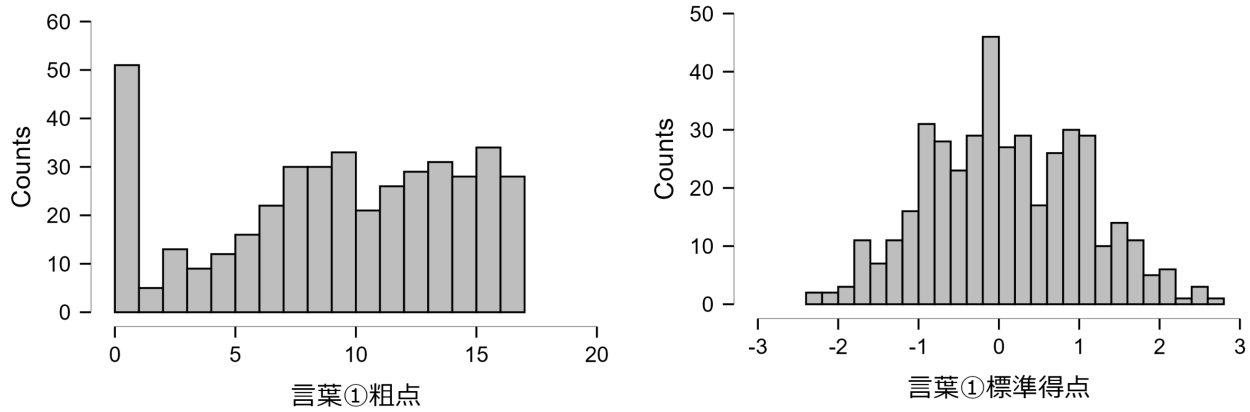


Figure 13　言葉①の粗点および標準得点のヒストグラム

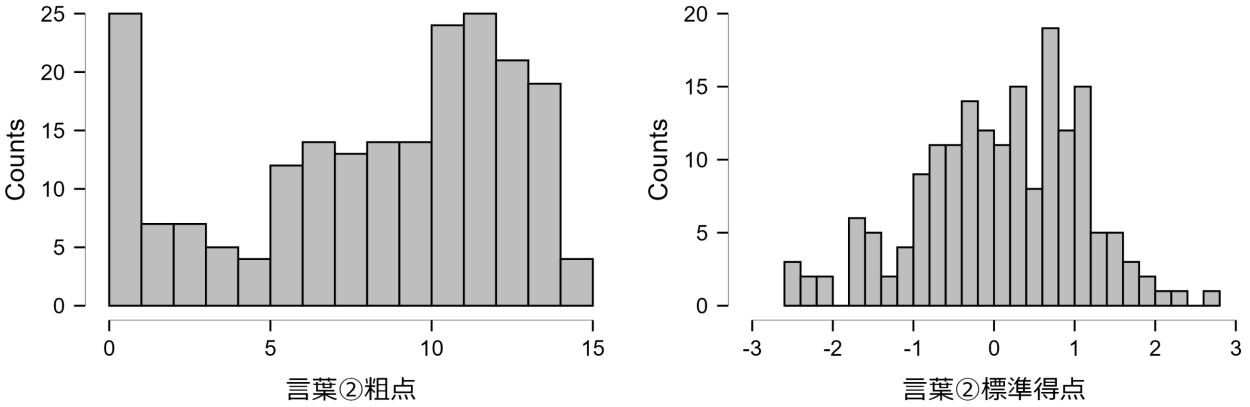


Figure 14　言葉②の粗点および標準得点のヒストグラム

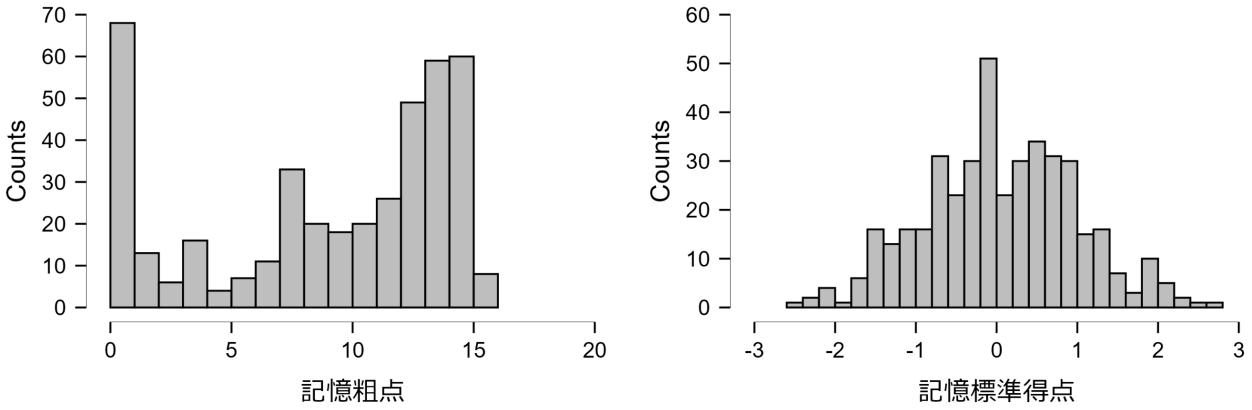


Figure 15　記憶の粗点および標準得点のヒストグラム

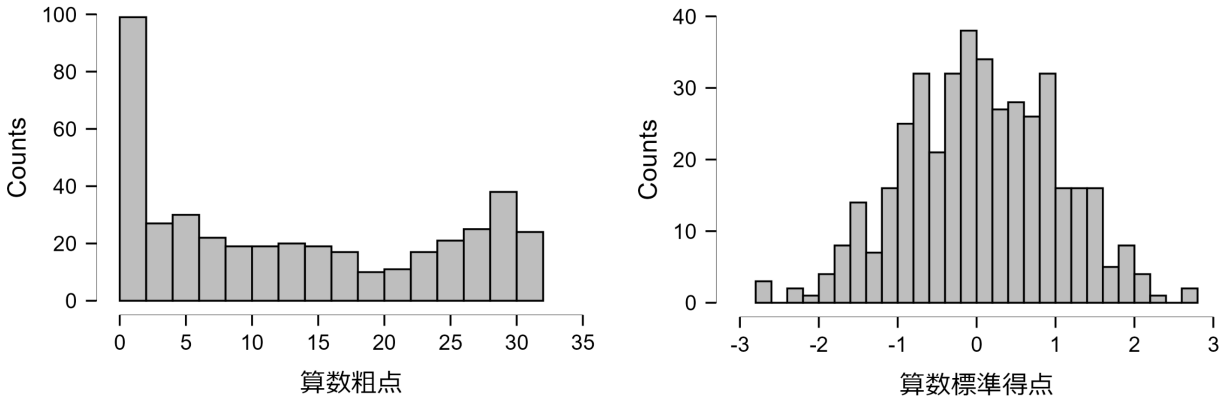


Figure 16　算数の粗点および標準得点のヒストグラム

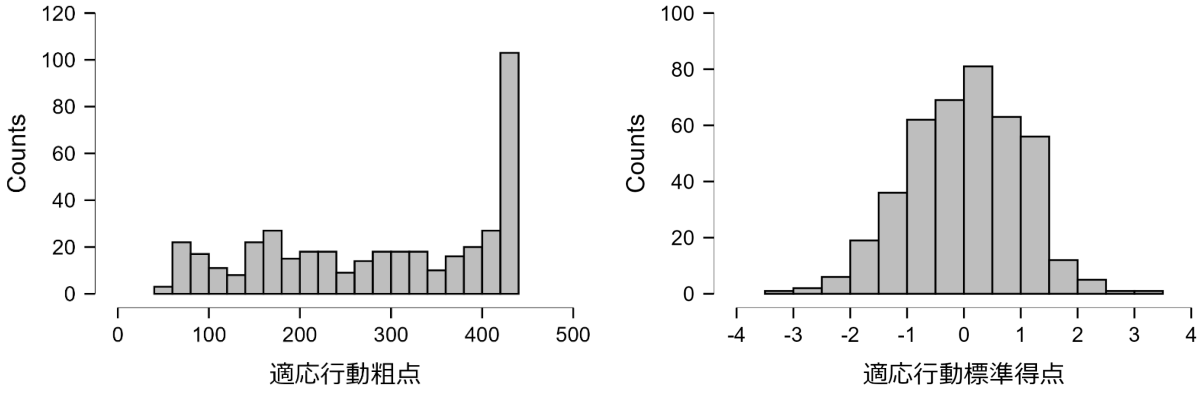


Figure 17　適応行動尺度の粗点および標準得点のヒストグラム

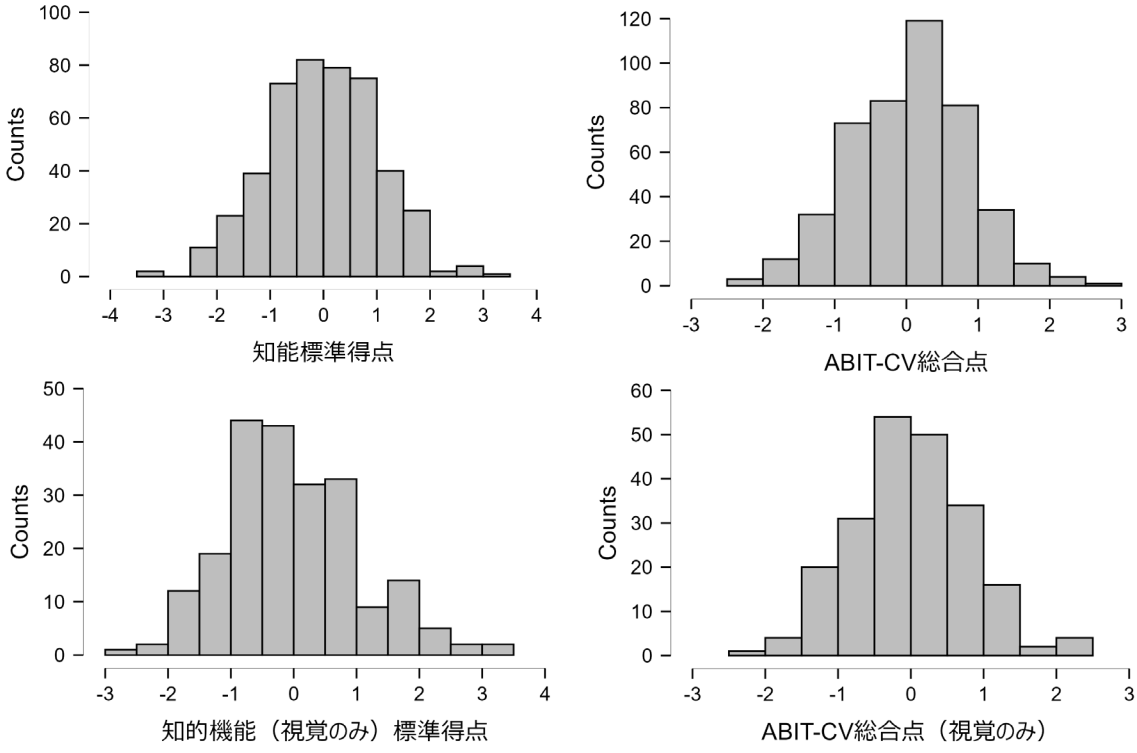


Figure 18　知的機能検査および総合点の標準得点のヒストグラム

4. 適用開始年齢の検証

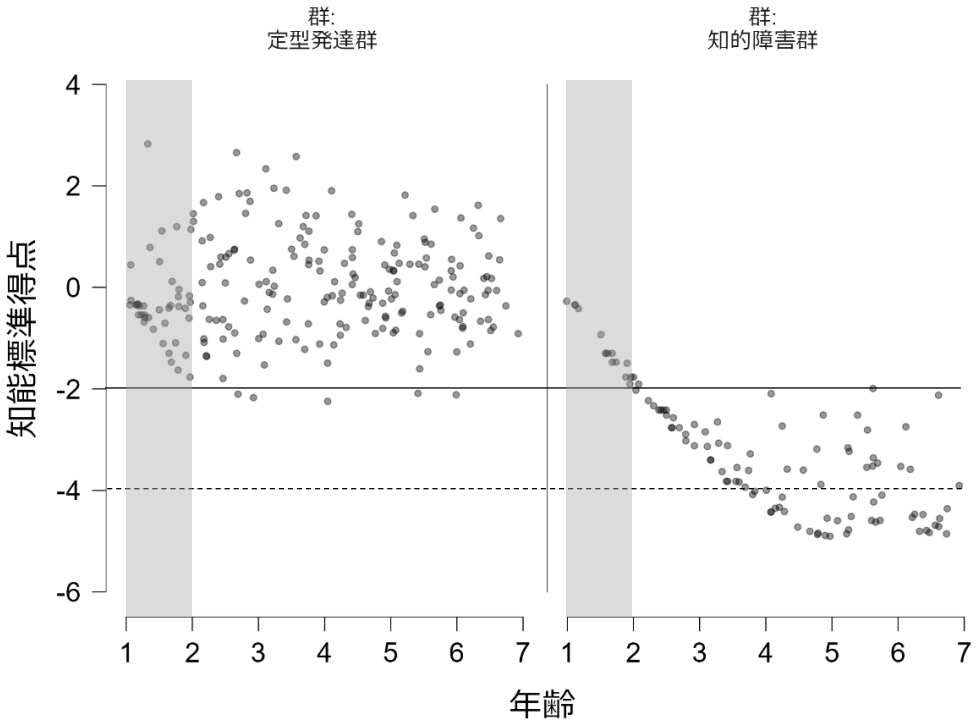
「2. 発達的変化」において、低年齢域で定型発達群と知的障害群の分布の差異が小さくなる傾向が確認された。この点についてより詳細な検証を行うため、知的機能検査および適応行動尺度の各標準得点と両者を平均した総合点について、1〜6 歳における年齢を横軸とした群ごとの散布図を Figure 19〜Figure 21 に示した。以下、知的障害の有無の判定と重症度の判定のそれぞれについて、順に考察する。

知的障害の判定　ICD-11 の基準に従えば、知的障害の判定におけるカットオフ値は一般母集団における「平均値-2 標準偏差」であり、これは ABIT-CV の標準得点における-2 に対応する（Figure 19〜Figure 21 に実線で示した）。

知的機能検査については、2 歳以降の段階では知的障害群の大部分の参加者（98.0%）が知的障害判定のカットオフ値である-2 を下回る標準得点を示しているのに対し、定型発達群では大部分の参加者（97.3%）が-2 以上の標準得点を示しており、分布の差異が明確である。一方、1 歳時点（図のグレーで示した領域）では、知的障害群のうち-2 を下回る得点を示す参加者はごく一部（6.7%）に留まり、全参加者が-2 以上の得点を示す定型発達群との間に明瞭な分布の差異が見られない。これは、フロア効果により両群の本来の知的発達の差異を明確に捉えることができていないためと考えられる。

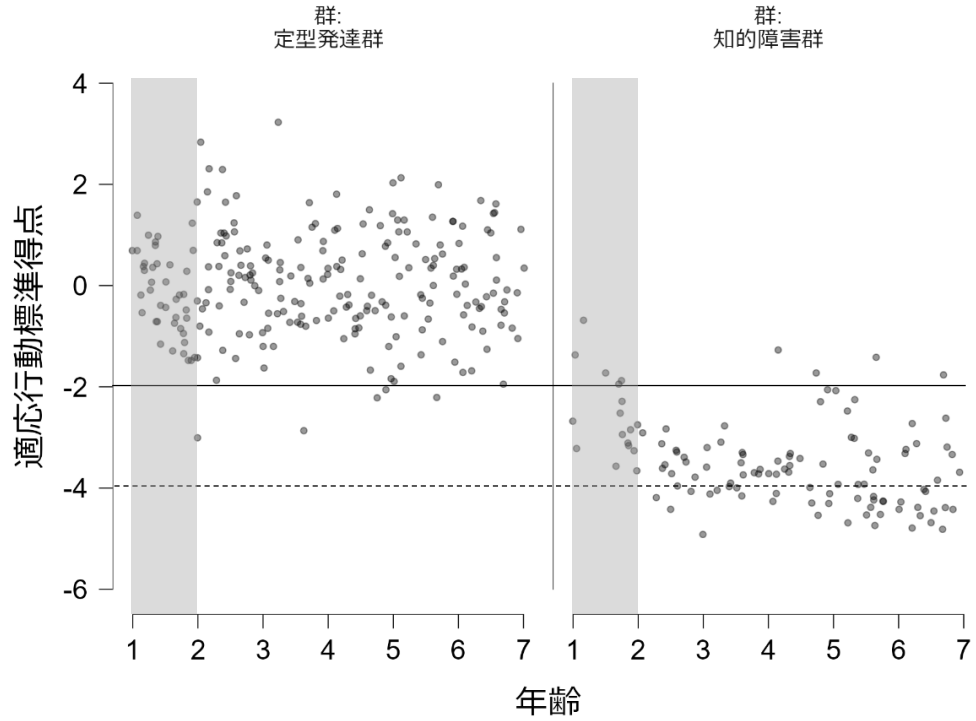
適応行動尺度については、2 歳以降の段階では知的障害群の大部分の参加者（96.0%）がカットオフ値である-2 を下回る標準得点を示しているのに対し、定型発達群では大部分の参加者（97.3%）が-2 以上の標準得点を示しており、分布の差異が明確である。1 歳時点でも、知的障害群の 73.3%が-2 を下回る得点を示しており、97.4%が-2 を上回る得点を示している定型発達群との間で、やや重なりはあるものの、一定の分布の差異が見られる。

知的機能と適応行動の標準得点を平均した総合点については、2 歳以降では知的障害群の 99.0%が-2 を下回る得点、定型発達群の 99.3%が-2 以上の得点を示し



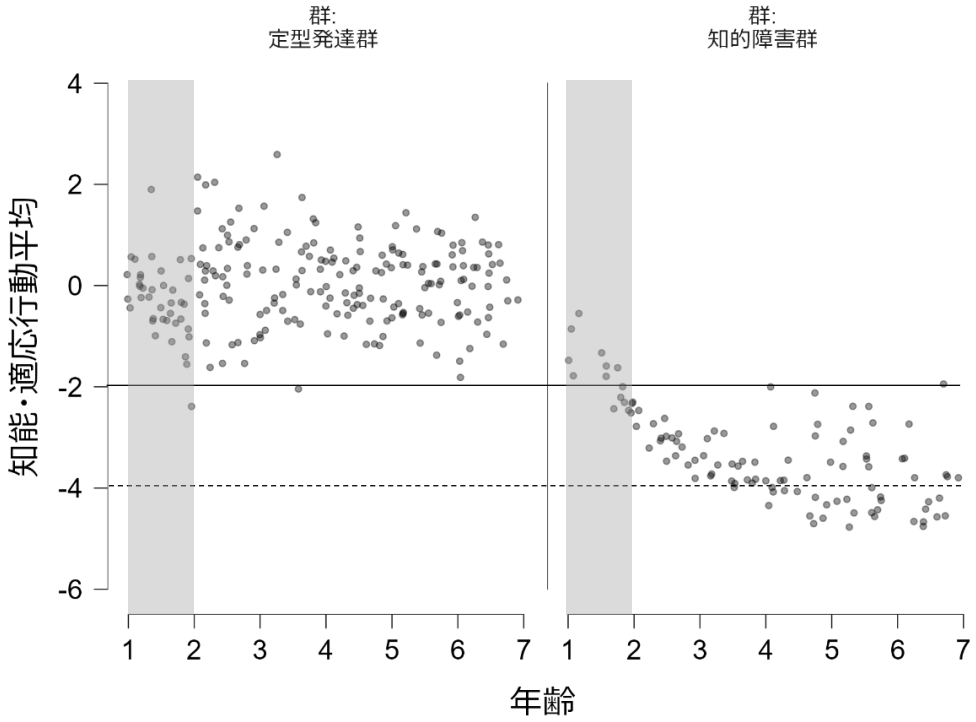
注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 19　知的機能検査の標準得点と年齢の散布図



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 20　適応行動尺度の標準得点と年齢の散布図



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 21　ABIT-CV 総合点と年齢の散布図

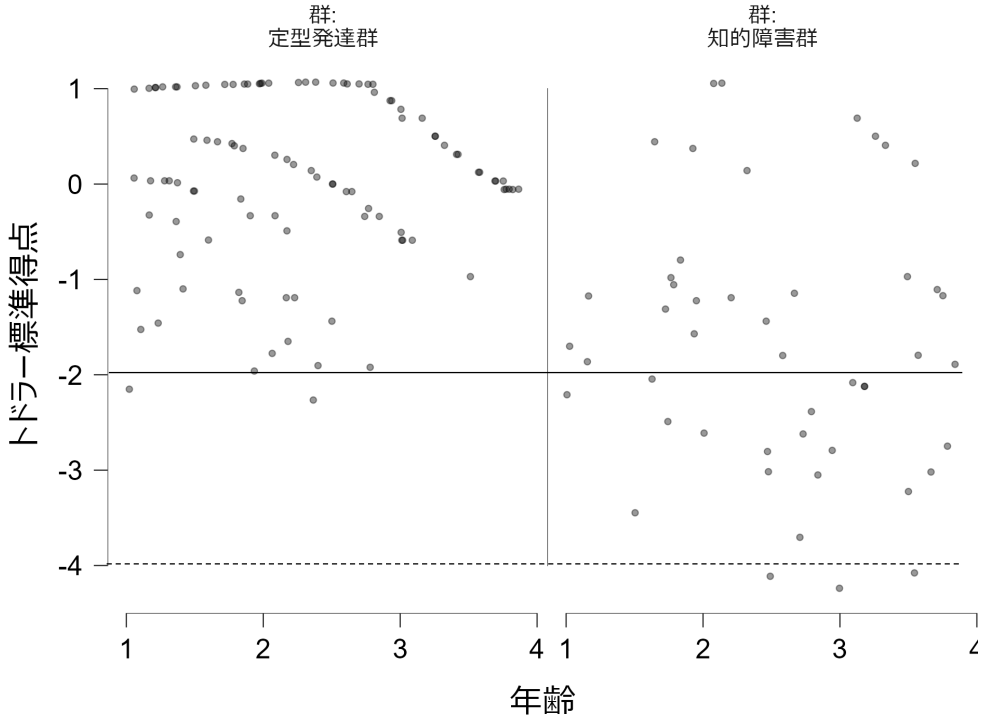
ており、分布の差異が明瞭である。1歳時点では、知的障害群のうち、-2 を下回る参加者の割合は半数弱（46.7%）に留まり、大部分（97.4%）が-2 以上の得点を示す定型発達群との分布の差異は不明瞭である。

以上の結果から、1歳時点では知的機能検査を知的障害の判定に利用するのは困難であると言える。この段階では、定型発達児であっても課題場面への適応が難しい場合が多く、定型的な課題によって知的発達の程度を正確に評価することは容易でない。こうした問題への対応として、より日常場面に近い非定型的なやり取りの中で知的発達を評価する「トドラー課題」を試行したものの、Figure 22 に示すように、知的障害群の参加者の得点のばらつきが大きく、カットオフ値（-2）はおろか、定型発達群の平均値（0）を上回るケースも複数見られたことから、知的障害の判定精度は高くないことが確認された。非定型的なやり取りでは、知的障害そのものよりも、知的障害と併存することの多い自閉症スペクトラム障害などの発達障害の症状が反映されやすく、こうした大きな得点のばらつきが生じたものと推察される。

一方で、適応行動尺度については、1歳時点でも知的障害群と定型発達群に一定の分布の差異が見られた。知的機能と適応行動を平均した総合点よりも高い判別精度が見られたことから、1歳時点では適応行動尺度を単独で使用することが望ましいと考えられる。ただし、知的障害群のうち、1歳時点でカットオフ値を下回ったケースは約3分の2に留まり、約3分の1の見過ごし（miss）が見られたため、この時点での利用はスクリーニング的な目的に留め、確定的な判定は知的機能検査も含め、2歳以降の段階で行うことが望ましいと言える。

重症度の判定　療育手帳の等級の設定は自治体によって異なるものの、多くの自治体では軽度・中等度と重度・最重度という少なくとも2つの区分を設定している。ICD-11 の基準に従えば、両者を分けるカットオフ値は一般母集団における「平均値-4 標準偏差」であり、これは ABIT-CV の標準得点における-4 に対応する（Figure 23 に破線で示した）。

知的機能検査では、知的障害群の参加者が初めて-4 を下回る得点を示すようになるのは 4 歳以降であり、



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 22　トドラー課題の標準得点と年齢の散布図

3歳以前の段階では最も低い得点でも-4 を上回っている。一方、適応行動尺度では、2歳時点から-4 を下回る得点を示す参加者が見られるが、年齢が上昇するほど-4 以下の得点を示す参加者の割合が増えている。知的機能と適応行動の総合点では、知的機能と同様に、-4 を下回る参加者が現れるのは4歳以降である。

以上の結果を総合すると、知的機能検査を知的障害の重症度判定に利用できるようになるのは4歳以降であり、それ以前の段階では適応行動尺度単体で重症度判定を行うことが望ましいと考えられる。ただし、4歳以前の段階では、適応行動尺度でもカットオフ値である-4 を下回るのは特に症状が重い一部のケースに限定されるため、確定的な判定は知的機能検査も含め4歳以降に行うことが望ましいと言える。

以上の結果を踏まえ、以降は知的障害判定には2歳以降、重症度判定には4歳以降のデータを用いた分析の結果を報告する。

5. 信頼性

知的機能検査（下位検査含む）および適応行動尺度と両者の総合点について、内的整合性に基づく信頼性の指標である α 係数と 95%誤差範囲を算出した（Table 5）。

知的機能検査全体では幼児で.976、児童で.983、青年・成人で.981、適応行動尺度では幼児で.990、児童および青年・成人で.996 という高い内的整合性が示され、知的機能の下位検査単位でも全ての課題が全ての年齢区分で.85 を超える十分な値を示した。総合点も幼児で.984、児童で.990、青年・成人で.988 という高い内的整合性を示した。

誤差範囲は、信頼区間の片側の幅であり、信頼性係数をρ、得点の標準偏差をs_x、正規分布の両側 5%臨界値を$z_{.05/2}$（≒1.96）としたとき、以下により求められる。

$$MoE = \sqrt{1-\rho} \cdot s_x \cdot z_{.05/2}$$

ここでは信頼性係数として α 係数を使用した。また、各検査・尺度の標準得点は標準偏差が 1 となるように標準化しているため、標準偏差はいずれも 1 とした。上式より、尺度の信頼性係数が高いほど、誤差範囲は縮小する関係にある。仮に同一の対象者に測定を繰り返した場合、測定値±誤差範囲（95%信頼区間）の中に 95%の頻度で対象者の真の得点が含まれる。信頼性

Table 5　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の α 係数と 95%誤差範囲

	α 係数			95%誤差範囲		
	幼児	児童	青年・成人	幼児	児童	青年・成人
知的機能	.976	.983	.981	.306	.255	.270
知的機能（視覚系のみ）	.954	-	-	.421	-	-
視覚①比較・展開	.870	-	-	.706	-	-
視覚②仲間選び	.931	-	-	.514	-	-
視覚③数と見え方	.856	.905	.906	.744	.605	.601
言葉①知識	.902	.936	.928	.614	.496	.527
言葉②共通点	-	.924	.932	-	.539	.513
記憶	.955	.942	.906	.414	.472	.601
算数	.874	.965	.972	.697	.369	.325
適応行動	.990	.996	.996	.197	.118	.130
総合点	.984	.990	.988	.251	.195	.217
総合点（視覚系のみ）	.961	-	-	.387	-	-

係数が尺度のスケールに依存しない信頼性の指標であるのに対し、誤差範囲は尺度の実測値上でどの程度の測定誤差があるかを直接的に示すため、実践上はより有用性が高い。

ABIT-CV 総合点の誤差範囲は.195〜.251 であることから、ABIT-CV によって得られた総合点には±0.2 程度の測定誤差があることが示唆される。これは実用上、十分に小さい値であるが、測定値がカットオフ値付近にある場合には注意が必要である。例えば、ある個人の総合点が 71 であった場合、その個人の真の得点は約 69〜73 の範囲にある可能性が高い。測定値そのものは知的障害判定のカットオフ値である 70 を上回っているが、誤差範囲を考慮すると、真の得点が 70 を下回る可能性が残されているため、他の様々な臨床的情報も考慮して、慎重な判断を行う必要がある。

なお、知的機能検査において視覚課題のみを用いた場合も、総合点のα係数は.961 と高い値を維持するが、誤差範囲は.387 であり、全ての下位検査を用いた場合に比べて 1.5 倍程度に拡大する。

6. 性別・地域によるバイアス

ABIT-CV の得点に性別や居住地域による評価バイアスが存在するか否かを検証した。まず、知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および総合点について、性別および年齢群（幼児、児童、青年・成人）を独立変数とする 2 要因分散分析を行った（Table 6）。知的機能検査については、全課題を用いた場合と視覚課題のみを用いた場合のいずれについても、性別の主効果や年齢群との交互作用は有意でなかった。一方、適応行動尺度については、性別の主効果が有意であり、男性よりも女性において得点の平均値が高いことが示された。その差はいずれの年齢群でも 0.25SD 程度であった。先行研究では、適応行動の中でも、コミュニケーション、社会性、日常生活スキルの領域では男性よりも女性の得点が高いことが示されており（Sparrow, Cicchetti & Saulnier, 2016）、本研究の結果はこうした知見に整合的である。したがって、ここで見られた適応行動尺度の得点の性差は、対象者の性別による評価

Table 6　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点における性別による標準得点の差異

	男性		女性		分散分析
	M	SD	M	SD	
知的機能					
幼児	0.012	0.937	0.123	1.031	性別：F(1,411)=0.151, p=.698
児童	-0.035	1.081	0.04	1.189	年齢群：F(2,411)=0.257, p=.773
青年・成人	0.14	0.88	-0.167	1.117	性別×年齢群：F(2,411)=1.605, p=.202
知的機能（視覚系のみ）					
幼児	-0.068	0.982	0.119	1.101	性別：F(1,177)=1.439, p=.232
適応行動					
幼児	-0.102	1.038	0.161	1.008	性別：F(1,426)=7.466, p=.007
児童	-0.037	0.952	0.216	1.037	年齢群：F(2,426)=0.189, p=.828
青年・成人	-0.11	0.939	0.153	0.656	性別×年齢群：F(2,426)=0.001, p=.999
総合点					
幼児	-0.037	0.79	0.184	0.841	性別：F(1,408)=2.409, p=.121
児童	0.017	0.816	0.194	0.902	年齢群：F(2,408)=0.212, p=.809
青年・成人	0.048	0.8	0.027	0.683	性別×年齢群：F(2,408)=0.843, p=.431
総合点（視覚系のみ）					
幼児	-0.076	0.769	0.182	0.815	性別：F(1,176)=4.712, p=.031

バイアスというよりも、生物学的要因または社会的要因によって生じた適応行動の実際の性差を反映していると考えられる。

続いて、知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および総合点について、居住地域（西日本、東日本）および年齢群（幼児、児童、青年・成人）を独立変数とする2要因分散分析を行った（Table 7）。いずれの得点についても居住地域の主効果や年齢群との交互作用は有意でなく、居住地域による評価バイアスは見出されなかった。

7. 構造的妥当性

年齢段階ごとの ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を Table 8 および Table 9 に示した。

知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は幼児で.808、児童・青年・成人で.807 であった。対象者自身が回答する知的機能検査と保護者や同居者が回答する適応行動尺度の間でこうした高い相関が見出だされたことは、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することを示唆する。

知的機能の各下位検査は、知的機能全体に対して、幼児で.784～.917、児童・青年・成人で.855～.926 という高い相関を示した。また、適応行動尺度に対しても、幼児期で.612～780、児童・青年・成人で.693～.793 の相関を示した。こうした結果から、いずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。

幼児において知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合も、全ての下位検査を用いた場合の得点に対して、知的機能単体で.954、総合点では.987 という高い相関が示され、大幅な得点の変動はないことが確認された。

Table 7　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点における居住地域による標準得点の差異

	西日本		東日本		分散分析
	M	SD	M	SD	
知的機能					
幼児	0.163	0.947	0.022	1.004	地域：F(1,411)=1.124, p=.290
児童	-0.025	1.170	0.047	1.079	年齢群：F(2,411)=0.355, p=.701
青年・成人	0.130	1.015	-0.140	1.013	地域×年齢群：F(2,411)=0.795, p=.452
知的機能（視覚系のみ）					
幼児	0.075	1.042	0.003	1.051	地域：F(1,177)=0.187, p=.666
適応行動					
幼児	-0.045	1.041	0.070	1.025	地域：F(1,426)=1.174, p=.279
児童	0.007	1.041	0.221	0.925	年齢群：F(2,426)=0.409, p=.664
青年・成人	0.034	0.949	0.023	0.689	地域×年齢群：F(2,426)=0.391, p=.677
総合点					
幼児	0.072	0.839	0.078	0.817	地域：F(1,408)=0.001, p=.971
児童	0.050	0.934	0.199	0.723	年齢群：F(2,408)=0.276, p=.759
青年・成人	0.119	0.753	-0.028	0.725	地域×年齢群：F(2,408)=0.942, p=.391
総合点（視覚系のみ）					
幼児	0.028	0.811	0.070	0.799	地域：F(1,176)=0.111, p=.739

Table 8　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の相互相関（幼児）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 知的機能	—										
2. 知的機能（視覚のみ）	.954	—									
3. 視覚①	.874	.914	—								
4. 視覚②	.851	.892	.770	—							
5. 視覚③	.784	.806	.613	.593	—						
6. 言葉①	.917	.815	.767	.731	.699	—					
7. 記憶	.844	.727	.675	.692	.605	.787	—				
8. 算数	.869	.762	.719	.681	.670	.807	.710	—			
9. 適応行動	.808	.759	.722	.683	.612	.780	.683	.733	—		
10. 総合点	.950	.900	.835	.804	.724	.888	.795	.836	.951	—	
11. 総合点（視覚のみ）	.939	.938	.869	.838	.747	.846	.744	.790	.938	.987	—

Table 9　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の相互相関（児童・青年・成人）

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 知的機能	—							
2. 視覚③	.865	—						
3. 言葉①	.915	.792	—					
4. 言葉②	.886	.754	.792	—				
5. 記憶	.855	.715	.794	.717	—			
6. 算数	.926	.805	.855	.805	.778	—		
7. 適応行動	.807	.729	.789	.693	.740	.793	—	
8. 総合点	.952	.838	.895	.832	.837	.905	.948	—

8. 併存的妥当性

併存的妥当性の検証として、外在基準であるウェクスラー式知能検査の全検査IQおよびVineland-IIの適応行動総合点との相関をTable 10に示した。より高い相関が期待される係数（同一の構成概念に関する得点の対）を太字で示した。

ABIT-CV の知的機能検査全体の標準得点は、ウェクスラー式知能検査の全検査IQに対して、幼児で.786、児童・青年・成人で.811、全年齢で.767の相関を示した。いずれも Vineland-II に対する相関よりも高い値を示しており、収束的・弁別的妥当性が支持された。

知的機能の各下位検査は、ウェクスラー式知能検査に対して幼児で.444～.790、児童・青年・成人で.497～.782、全年齢で.485～.766の相関を示し、いずれも知的機能の下位検査として有効に機能していることが示唆された。

一方、ABIT-CV の適応行動尺度は、Vineland-II の適応行動総合点に対して、幼児で.804、児童・青年・

Table 10　ウェクスラー式知能検査およびVineland-II 適応行動尺度との相関

ABIT-CV	全体		幼児		児童・青年・成人	
	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合点	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合点	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合点
知的機能	**.767**	.645	**.786**	.572	**.811**	.688
知的機能（視覚系のみ）	**.796**	.564	**.796**	.564	-	-
視覚①比較・展開	**.766**	.557	**.790**	.558	-	-
視覚②仲間選び	**.636**	.667	**.672**	.642	-	-
視覚③数と見え方	**.609**	.674	**.575**	.560	**.663**	.558
言葉①知識	**.647**	.720	**.611**	.607	**.701**	.666
言葉②共通点	**.497**	.468	-	-	**.497**	.468
記憶	**.485**	.663	**.444**	.496	**.514**	.587
算数	**.667**	.719	**.611**	.562	**.782**	.653
適応行動	.519	**.748**	.396	**.804**	.581	**.759**
総合点	**.718**	**.743**	**.718**	**.760**	**.766**	**.753**
総合点（視覚のみ）	**.724**	**.719**	**.724**	**.719**	-	-

成人で.759、全年齢で.748 の相関を示した。いずれもウェクスラー式知能検査に対する相関よりも高い値を示しており、収束的・弁別的妥当性が確認された。

なお、知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合も、全ての下位検査を用いた場合と同様の結果を示しており、おおむね同等の併存的妥当性を有することが示唆された。

9. 臨床的妥当性

ABIT-CV の臨床的妥当性について、知的障害の有無および重症度の判定精度という 2 つの観点から検証する。この検証においては、「4. 適用開始年齢」の結果を踏まえて、知的障害の判定については 2 歳 0 ヵ月以降、重症度の判定については 4 歳 0 ヵ月以降を対象とする。

知的障害の判定精度　Figure 23～Figure 26 に、定型発達群および知的障害群における年齢段階ごとの知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および両者を平均した総合点の得点分布を示した。また、ICD-11 に基づき、一般母集団の平均値-2SD にあたる-2 をカットオフ値とした場合の感度・特異度を Table 11 に示した。感度とは、疾患を持っている人を正しく「陽性」と判定する能力であり、ここでは知的障害群の参加者のうち、カットオフ値である-2 を下回る得点を示した参加者の割合を意味する。一方、特異度とは、疾患を持っていない人を正しく「陰性」と判定する能力であり、ここでは定型発達群の参加者のうち、カットオフ値である-2 以上の得点を示した参加者の割合を意味している。感度・特異度の評価基準は、検査の性質や利用目的によって異なるものの、診断的評価に利用する場合、感度・特異度ともに.90 以上で「良好（good）」、.80 以上で「ほどよい（fair）」とする経験的基準が示されている（Plante & Vance, 1995）。

併せて ROC 分析（受信者操作特性分析）に基づく AUC（Area Under the Curve）を Table 11 に示した。ROC 分析は、カットオフ値を連続的に変化させた場合の感度・特異度の推移によって判別精度を評価する手法である。このとき感度（真陽性率）と 1－特異度（偽陽性率）を用いて描かれる曲線が ROC 曲線であり、その曲線下の面積である AUC を判別精度の指標とする。AUC が 1.0 に近いほど高精度であり、0.5 はランダムと同等の精度を示す。経験的基準として、.50～.60 で「失敗（fail）」、.60～.70 で「不良（poor）」、.70～.80 で「ほどよい（fair）」、.80～.90 で「良好（good）」、.90～1.0 で「優良（excellent）」とされる（Swets, 1998）。

知的機能検査と適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階において.95 を上回る感度・特異度および AUC を示している。また、両者を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示しており、100%に近

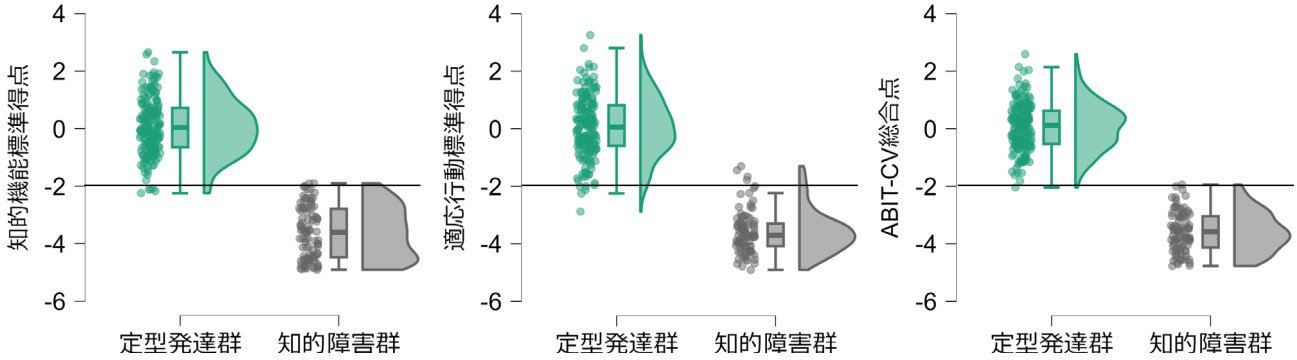


Figure 23　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（幼児）

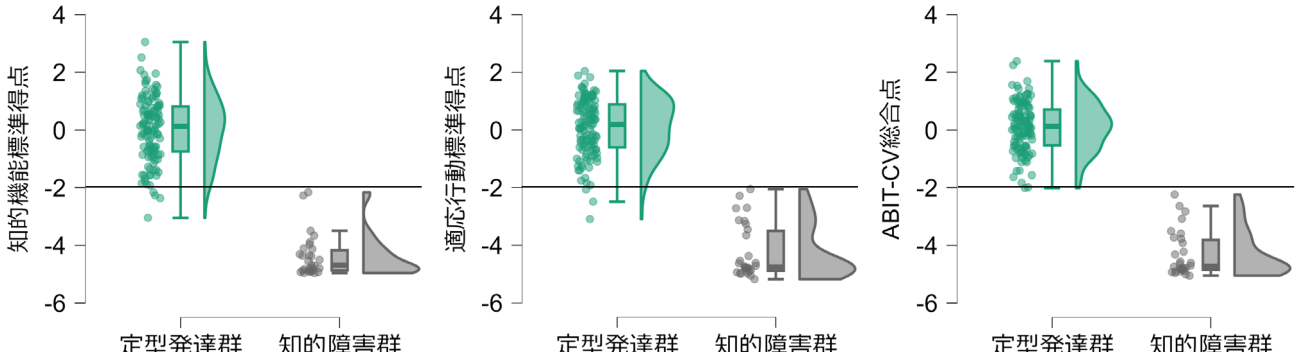


Figure 24　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（児童）

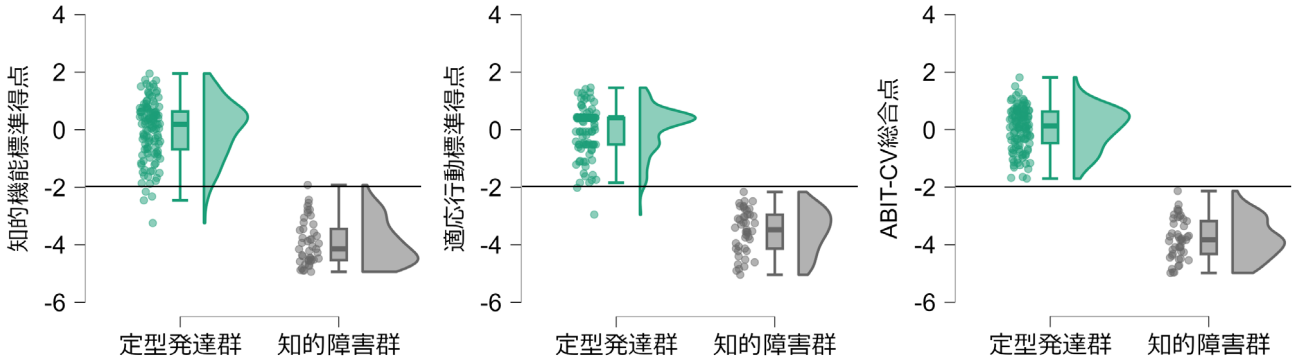


Figure 25　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（青年・成人）

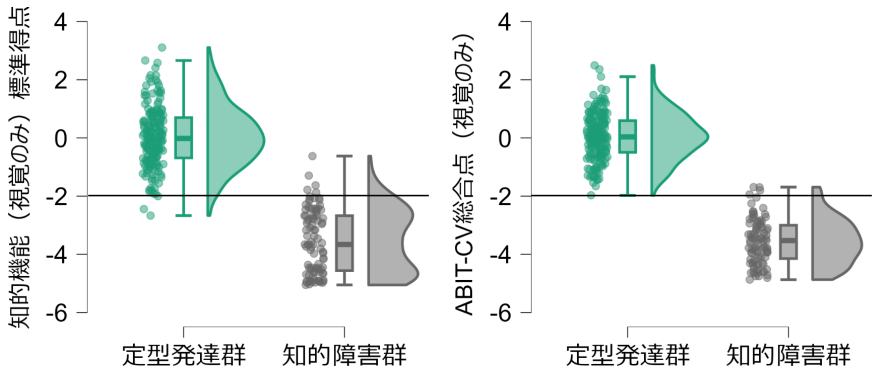


Figure 26　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（幼児；視覚課題のみ）

Table 11　ABIT-CV による知的障害の判別精度

	幼児			児童			青年・成人		
	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC
知的機能	.967	.972	.998	1.000	.967	.998	.979	.966	.997
知的機能（視覚のみ）	.946	.983	.993	-	-	-	-	-	-
適応行動	.960	.979	.996	.967	.975	.998	1.000	.966	.998
総合点	.989	.994	1.000	1.000	.992	1.000	1.000	1.000	1.000
総合点（視覚のみ）	.956	1.000	1.000	-	-	-	-	-	-

い判別精度を示している。Figure 23～Figure 26 でも、知的機能や適応行動の単体の標準得点に比べ、総合点において定型発達群と知的障害群の分布の差異がより顕著になっていることが確認できる。知的機能と適応行動という２つの領域の情報を統合したことに加え、参加者自身が回答する課題形式と保護者・同居者が回答する質問紙形式という異なる実施形態の情報を統合したことで、よりバイアスの小さい正確な測定値が得られたものと考えられる。

比較のために、ウェクスラー式知能検査と Vineland-II 適応行動尺度についても、感度（知的障害群におけるカットオフ値を下回る参加者の割合）を求めたところ、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であった。ABIT-CV の知的機能検査はいずれの年齢域でもこれより高い感度（.967～1.00）を示しており、適応行動尺度も同等以上の感度（.960～1.00）を示している。検査項目のコンパクト化にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、むしろ測定の精度が向上したものと考えられる。項目数の縮減により精度が向上するという知見は、他の尺度においても報告されている（Balboni et al., 2022）。

なお、知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合、感度がわずかに低下するものの、実用上は十分な判別精度が維持されることが確認された。

以上の結果から、ABIT-CV は知的障害の判定において、きわめて高い判別精度を有しており、その精度はウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度と同等か、それ以上の水準にあることが確認された。

重症度の判定精度　知的障害群のうち、療育手帳を保有している参加者について、療育手帳の等級を軽度・中等度と重度・最重度に分類し、この等級の分類を ABIT-CV によってどの程度の精度で判別しうるかを検証した。Figure 27～Figure 30 に、年齢段階ごとの知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および両者を平均した総合点の得点分布を示した。また、ICD-11 では一般母集団の平均値-4SD が中等度と重度の境界値とされているため、これに対応する-4 をカットオフ値とした場合の感度・特異度を Table 12 に示した。併せて ROC 分析に基づく AUC も Table 12 に示した。

幼児では、知的機能の AUC が.703 とやや低い値を示したが、適応行動や総合点の AUC は.825 および.809 と、比較的良好な判別精度を示した。児童および青年・成人では、知的機能検査・適応行動尺度および総合点のいずれも、.90 前後かそれ以上の優良な AUC を示した。

いずれの年齢段階でも、知的機能検査や総合点では、感度に比べ、特異度がやや低い値を示した。この結果は、療育手帳の等級が重度・最重度の参加者を正しく重度・最重度と判定する割合が高い一方で、療育手帳の等級が軽度・中等度の参加者も重度・最重度と判定されるケースが多いことを意味する。その原因として、２つの可能性が考えられる。

１つは、ABIT-CV の知的機能検査の標準得点が過度に低く算出されているという可能性である。しかし、Figure 27～Figure 30 において手帳等級が重度・最重度の参加者の総合点の分布を見ると、カットオフ値の-4 付近から-5 付近まで連続的に分布しており、得点が過度に低く表れているとは考えにくい。こうした状況

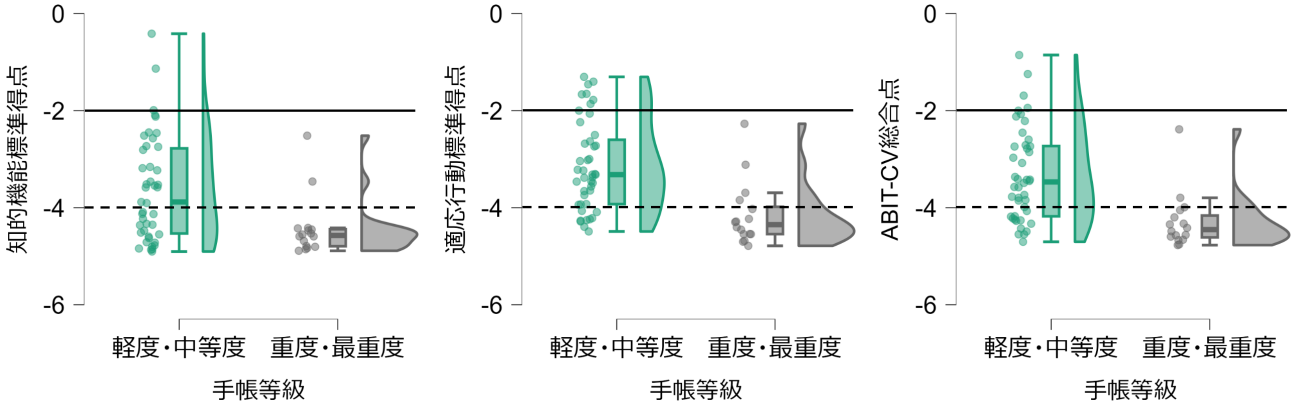


Figure 27　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（幼児）

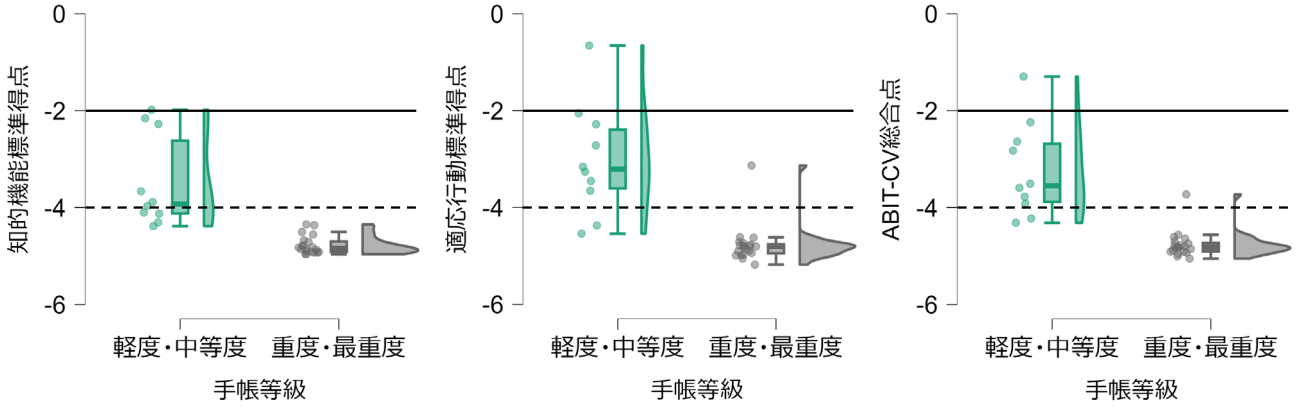


Figure 28　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（児童）

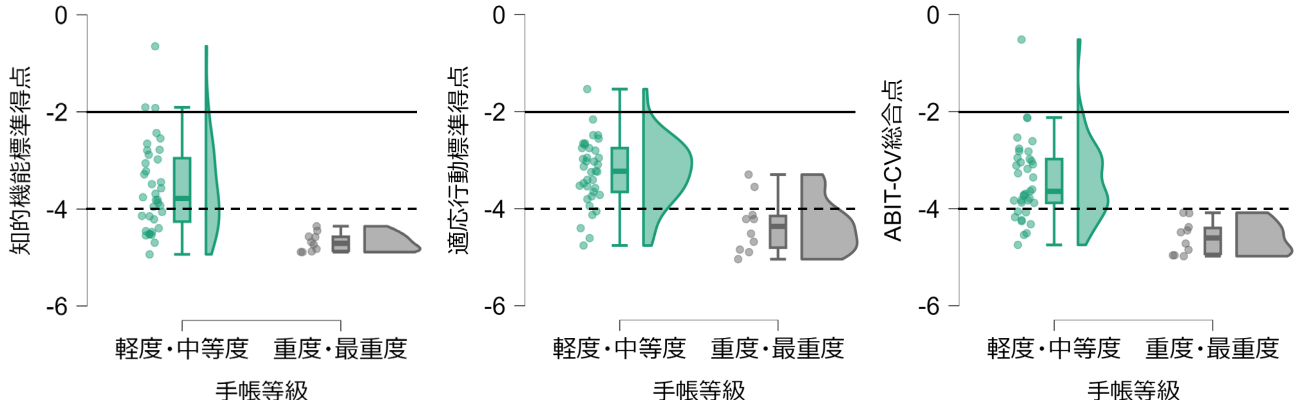


Figure 29　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（青年・成人）

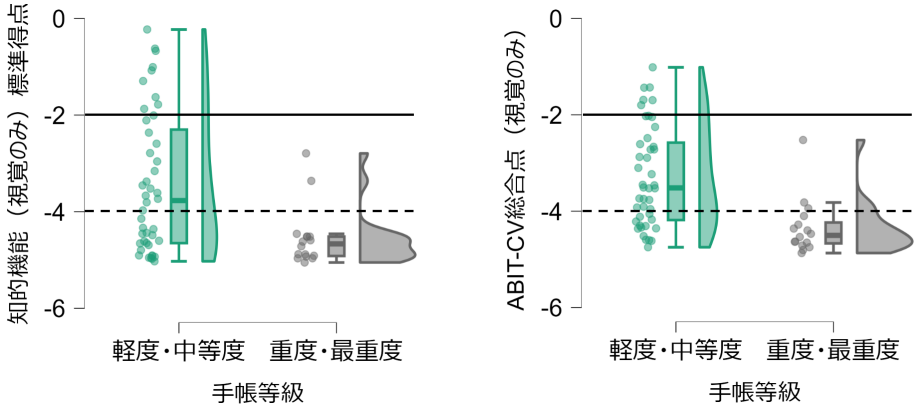


Figure 30　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（幼児；視覚課題のみ）

Table 12　ABIT-CV による重度判定の判別精度

	幼児			児童			青年・成人		
	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC
知的機能	.867	.459	.703	1.000	.625	.987	1.000	.618	.918
知的機能（視覚のみ）	.867	.459	.703	-	-	-	-	-	-
適応行動	.733	.757	.825	.947	.875	.967	.800	.853	.887
総合点	.867	.649	.809	.947	.875	.980	1.000	.735	.929
総合点（視覚のみ）	.800	.622	.807	-	-	-	-	-	-

で仮に標準得点が高くなるようにノルムを補正すれば、今度は重度・最重度の参加者を誤って軽度・中等度と判定する割合が増え、感度が低下することになる。

もう１つは、療育手帳の等級判定において、本来は重度・最重度と判定されるべき児者が誤って軽度・中等度と判定されているという可能性である。実際、本報告書の他の分担研究も示しているように、療育手帳の等級判定の方法は自治体によって大きく異なっており、必ずしも十分に妥当性の確認された定量的なアセスメントツールによる評価が行われていないケースも少なくないと考えられることから、その判定に一定のばらつきがあることは十分に想定されうる。

こうした可能性は考えられるものの、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。

D. 結論

本稿では、療育手帳判定において必要となる知的機能および適応行動の評価を簡便かつ短時間に実施することのできる ABIT-CV の信頼性・妥当性の検証および標準化のための本調査の結果について報告した。主な知見は以下の通りである。

- 項目分析の結果、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、知的機能検査の一部項目については、高難度のために知的障害判定の目的には適していない可能性があり、削減を検討する余地がある。
- いずれの下位検査・尺度についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、２歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られたことから、ABIT-CV が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えうることが示唆された。
- 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（１次から４次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを設定した。ただし、本来、一般母集団に含まれるはずの知的障害児者の情報が適切にノルムに反映されるよう、知的障害群のデータに基づいて一部モーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を調整した。以上により、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、それぞれの年齢域における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 の標準正規分布に近い標準得点の分布を得ることができた。
- 1～6 歳における標準得点の年齢推移に基づいて、知的障害の判定および重症度の判定における ABIT-CV の適用開始年齢を検証した。知的障害の判定においては、２歳未満の段階では知的機能検査が有効に機能していないため、適応行動尺度のみをスクリーニング目的で使用するに留め、確定的な判定は 2 歳以降に実施すべきであることが示唆された。重症度判定においては、4 歳未満では知的機能検査を判定に利用することが困難であり、適応行動尺度単体で参考値を得るに留め、確定的な判定は 4 歳以降に実施すべきであることが示された。

- いずれの検査・尺度および総合点についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。また、ABIT-CV の総合点における 95%誤差範囲は.20 前後であり、実用上、きわめて精度の高い測定を実現できることが示されたが、カットオフ値に近い得点が得られた場合には慎重な解釈を要する。
- 性別・地域によるバイアスを検証した結果、適応行動尺度において女性の得点が男性よりも.25SD 程度高いことが示されたが、先行研究の知見と一致していることから、ABIT-CV の評価バイアスというよりも、適応行動の実際の性差を反映しているものと考えられる。地域によるバイアスは見られなかった。
- ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を検証したところ、知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は.80 程度と高い値を示し、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することが示唆された。また、知的機能検査のいずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。
- 併存的妥当性の検証として、外在基準との相関を検証したところ、知的機能検査はウェクスラー式知能検査の全検査 IQ と r=.767、適応行動尺度は Vineland-II 適応行動総合点と r=.748 の相関を示し、十分な収束的・弁別的妥当性が確認された。
- 臨床的妥当性の検証として、知的障害の有無および重症度の判定精度を検証した。知的障害の判定においては、知的機能検査および適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階で感度・特異度・AUC が.95 を上回る高い精度を示した。また、両者の標準得点を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示し、知的障害の有無をほぼ 100%の精度で判別可能であることが示された。比較のために算出した外在基準の感度は、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であり、ABIT-CV はこれらの標準的指標と同等あるいはそれ以上の判別精度を有することが示唆された。構成項目のコンパクトな設計にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、結果として測定精度の向上が得られたと考えられる。
- 重症度の判定においては、総合点が幼児で.809、児童で.980、青年・成人で.929 の AUC を示した。知的機能検査や総合点では、特異度がやや低い値を示したが、ABIT-CV の精度の問題というよりも、基準とした療育手帳の等級判定の方法が自治体によって大きく異なっており、妥当性の確認された定量的アセスメントが用いられていない場合があるなど、判定にばらつきがあることによるものと考えられた。ただし、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。
- 幼児において知的機能検査として発語を必要としない視覚課題のみを用いた場合、信頼性、併存的妥当性、臨床的妥当性がやや低下するものの、実用上は十分な測定性能が保たれることが示されたことから、発話の未発達や緘黙のある幼児にも ABIT-CV を適用可能であることが確認された。

E. 文献

American Psychiatric Association, ed. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing.

Carr, J. (1995). Down's syndrome Children grouping up. Cambridge University Press.

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.

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング. (2024). 厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 報告書.

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング. (2025). 厚生労働省 令和 6 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 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.

Plante, E., & Vance, R. (1995). Diagnostic accuracy of two tests of preschool language. American Journal of Speech-Language Pathology, 4(2), 70–76.

斎藤 繁. (2002). ダウン症児の知能の経年的変化について. 弘前学院大学社会福祉学部研究紀要, 2, 42-50.

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). 平成 11 年度厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業 分担報告書.

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tasse, M. J. (2021). Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, 12th Edition. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II). Pearson Assessments.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Vineland-3)*. San Antonio, TX: Pearson.

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.

辻井正次・村上隆（監修）. (2011). Vineland-II 適応行動尺度 日本版. 日本文化科学社.

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・惠良 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. 田研出版.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表 2 件

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次. (2024). 療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連. 児童青年精神医学とその近接領域, 65, 147-161.

村山恭朗. (2025). 療育手帳の交付判定を目的とした知的機能と適応行動の評価検査の開発. 小児の精神と神経, 65, 19-26.

2. 学会発表 1 件

村山恭朗. (2024). 教育セミナー 療育手帳の交付判定を目的とした知的機能／適応行動の評価検査の開発. 第 132 回日本小児精神神経学会学術集会 (名古屋市).

H. 知的財産権の出願・登録情報

該当なし

付録１　視覚①の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚①比較・展開1	0.84	0.37	0.50	0.50	0.83	0.73
視覚①比較・展開2	0.84	0.37	0.39	0.49	1.09	0.77
視覚①比較・展開3	0.82	0.39	0.33	0.47	1.15	0.79
視覚①比較・展開4	0.78	0.41	0.28	0.45	1.17	0.80
視覚①比較・展開5	0.82	0.38	0.36	0.48	1.11	0.82
視覚①比較・展開6	0.81	0.39	0.26	0.44	1.35	0.83
視覚①比較・展開7	0.73	0.44	0.34	0.48	0.86	0.77
視覚①比較・展開8	0.75	0.43	0.26	0.44	1.13	0.78
視覚①比較・展開9	0.79	0.40	0.29	0.46	1.19	0.84
視覚①比較・展開10	0.70	0.46	0.26	0.44	0.99	0.80
視覚①比較・展開11	0.73	0.45	0.26	0.44	1.06	0.80
視覚①比較・展開12	0.72	0.45	0.25	0.43	1.05	0.78
視覚①比較・展開13	0.72	0.45	0.26	0.44	1.05	0.82
視覚①比較・展開14	0.36	0.48	0.10	0.30	0.61	0.46
視覚①比較・展開15	0.59	0.49	0.16	0.37	0.93	0.71
視覚①比較・展開16	0.42	0.50	0.09	0.28	0.77	0.51
視覚①比較・展開17	0.56	0.50	0.13	0.34	0.97	0.72
視覚①比較・展開18	0.67	0.47	0.18	0.39	1.08	0.75
視覚①比較・展開19	0.25	0.43	0.06	0.24	0.50	0.45
視覚①比較・展開20	0.12	0.32	0.05	0.22	0.22	0.29

付録２　視覚②の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚②仲間選び1	0.79	0.41	0.23	0.42	1.36	0.68
視覚②仲間選び2	0.68	0.47	0.19	0.40	1.09	0.66
視覚②仲間選び3	0.59	0.49	0.13	0.34	1.02	0.71
視覚②仲間選び4	0.57	0.50	0.11	0.32	1.02	0.72
視覚②仲間選び5	0.62	0.49	0.14	0.35	1.07	0.74
視覚②仲間選び6	0.46	0.50	0.04	0.20	0.98	0.67
視覚②仲間選び7	0.36	0.48	0.05	0.22	0.75	0.70
視覚②仲間選び8	0.14	0.35	0.01	0.09	0.46	0.49
視覚②仲間選び9	0.31	0.46	0.02	0.13	0.76	0.71
視覚②仲間選び10	0.11	0.32	0.02	0.13	0.36	0.41
視覚②仲間選び11	0.13	0.33	0.01	0.09	0.42	0.48
視覚②仲間選び12	0.20	0.40	0.01	0.09	0.57	0.63
視覚②仲間選び13	0.04	0.20	0.00	0.00	0.26	0.36
視覚②仲間選び14	0.07	0.25	0.00	0.00	0.33	0.39
視覚②仲間選び15	0.07	0.25	0.00	0.00	0.33	0.39

付録３　視覚③の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚③数と見え方1	0.77	0.42	0.34	0.47	1.01	0.76
視覚③数と見え方2	0.68	0.47	0.30	0.46	0.83	0.73
視覚③数と見え方3	0.76	0.43	0.30	0.46	1.04	0.77
視覚③数と見え方4	0.43	0.50	0.10	0.30	0.73	0.60
視覚③数と見え方5	0.70	0.46	0.25	0.44	1.00	0.81
視覚③数と見え方6	0.43	0.50	0.07	0.26	0.82	0.65
視覚③数と見え方7	0.60	0.49	0.12	0.33	1.06	0.80
視覚③数と見え方8	0.45	0.50	0.06	0.23	0.91	0.76
視覚③数と見え方9	0.55	0.50	0.11	0.32	0.97	0.79
視覚③数と見え方10	0.40	0.49	0.06	0.23	0.80	0.74
視覚③数と見え方11	0.58	0.49	0.14	0.35	0.96	0.80
視覚③数と見え方12	0.41	0.49	0.05	0.21	0.85	0.77

付録４　言葉①の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
言葉①知識1	0.86	0.34	0.42	0.49	1.14	0.73
言葉①知識2	0.88	0.32	0.46	0.50	1.10	0.72
言葉①知識3	0.85	0.36	0.31	0.46	1.36	0.78
言葉①知識4	0.85	0.36	0.35	0.48	1.25	0.78
言葉①知識5	0.84	0.37	0.33	0.47	1.26	0.80
言葉①知識6	0.85	0.36	0.36	0.48	1.24	0.79
言葉①知識7	0.77	0.42	0.23	0.42	1.28	0.84
言葉①知識8	0.73	0.45	0.20	0.40	1.22	0.84
言葉①知識9	0.71	0.46	0.21	0.41	1.13	0.83
言葉①知識10	0.48	0.50	0.12	0.33	0.78	0.79
言葉①知識11	0.50	0.50	0.12	0.33	0.82	0.80
言葉①知識12	0.52	0.50	0.10	0.30	0.93	0.75
言葉①知識13	0.55	0.50	0.13	0.34	0.92	0.81
言葉①知識14	0.32	0.47	0.05	0.22	0.66	0.60
言葉①知識15	0.22	0.41	0.01	0.10	0.59	0.53
言葉①知識16	0.31	0.46	0.02	0.14	0.73	0.64
言葉①知識17	0.26	0.44	0.03	0.17	0.59	0.58

付録５　言葉②の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
言葉②共通点1	0.83	0.37	0.16	0.37	1.80	0.78
言葉②共通点2	0.82	0.39	0.14	0.35	1.82	0.79
言葉②共通点3	0.71	0.46	0.11	0.32	1.42	0.81
言葉②共通点4	0.84	0.37	0.15	0.36	1.87	0.81
言葉②共通点5	0.73	0.45	0.15	0.35	1.38	0.77
言葉②共通点6	0.61	0.49	0.07	0.25	1.26	0.70
言葉②共通点7	0.69	0.46	0.11	0.31	1.40	0.82
言葉②共通点8	0.77	0.42	0.14	0.35	1.58	0.79
言葉②共通点9	0.47	0.50	0.07	0.25	0.93	0.67
言葉②共通点10	0.64	0.48	0.09	0.29	1.26	0.78
言葉②共通点11	0.41	0.49	0.05	0.22	0.84	0.58
言葉②共通点12	0.69	0.46	0.05	0.22	1.59	0.81
言葉②共通点13	0.43	0.50	0.02	0.15	0.96	0.61
言葉②共通点14	0.34	0.48	0.02	0.13	0.81	0.55
言葉②共通点15	0.39	0.49	0.02	0.15	0.87	0.59

付録６　記憶の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
記憶1	0.86	0.35	0.48	0.50	0.97	0.74
記憶2	0.86	0.35	0.41	0.49	1.16	0.77
記憶3	0.82	0.39	0.33	0.47	1.17	0.84
記憶4	0.81	0.39	0.32	0.47	1.16	0.85
記憶5	0.77	0.42	0.26	0.44	1.18	0.86
記憶6	0.76	0.43	0.28	0.45	1.12	0.88
記憶7	0.76	0.43	0.21	0.41	1.30	0.89
記憶8	0.77	0.42	0.23	0.42	1.28	0.89
記憶9	0.56	0.50	0.09	0.29	1.05	0.78
記憶10	0.64	0.48	0.14	0.35	1.13	0.85
記憶11	0.57	0.50	0.08	0.28	1.10	0.82
記憶12	0.54	0.50	0.07	0.25	1.06	0.78
記憶13	0.43	0.50	0.05	0.21	0.89	0.68
記憶14	0.51	0.50	0.05	0.22	1.06	0.77
記憶15	0.23	0.42	0.02	0.14	0.58	0.48
記憶16	0.04	0.21	0.01	0.07	0.22	0.20

付録７　算数の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
算数1	0.87	0.34	0.46	0.51	1.04	0.56
算数2	0.86	0.35	0.40	0.49	1.16	0.60
算数3	0.79	0.41	0.34	0.48	1.05	0.69
算数4	0.74	0.44	0.30	0.46	0.99	0.74
算数5	0.69	0.46	0.26	0.44	0.96	0.78
算数6	0.74	0.44	0.26	0.44	1.11	0.76
算数7	0.56	0.50	0.12	0.32	0.97	0.89
算数8	0.66	0.48	0.19	0.39	1.03	0.83
算数9	0.64	0.48	0.18	0.38	1.03	0.84
算数10	0.58	0.49	0.13	0.34	0.98	0.87
算数11	0.64	0.48	0.15	0.36	1.07	0.84
算数12	0.58	0.49	0.13	0.34	1.00	0.88
算数13	0.53	0.50	0.10	0.30	0.95	0.86
算数14	0.54	0.50	0.12	0.32	0.93	0.89
算数15	0.52	0.50	0.10	0.30	0.91	0.90
算数16	0.54	0.50	0.09	0.29	0.99	0.88
算数17	0.44	0.50	0.07	0.26	0.83	0.87
算数18	0.42	0.49	0.07	0.25	0.82	0.87
算数19	0.43	0.50	0.05	0.22	0.88	0.88
算数20	0.33	0.47	0.02	0.14	0.77	0.79
算数21	0.42	0.49	0.03	0.17	0.91	0.87
算数22	0.40	0.49	0.05	0.21	0.83	0.87
算数23	0.32	0.47	0.02	0.12	0.76	0.77
算数24	0.30	0.46	0.02	0.14	0.70	0.75
算数25	0.31	0.46	0.01	0.07	0.77	0.75
算数26	0.39	0.49	0.04	0.20	0.81	0.86
算数27	0.33	0.47	0.01	0.10	0.80	0.79
算数28	0.27	0.44	0.01	0.07	0.70	0.71
算数29	0.19	0.40	0.01	0.07	0.56	0.60
算数30	0.31	0.46	0.02	0.12	0.75	0.77
算数31	0.09	0.28	0.00	0.00	0.36	0.39
算数32	0.21	0.41	0.00	0.00	0.61	0.62

付録８　適応行動尺度の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動1	2.00	0.05	1.96	0.20	0.35	0.15
適応行動2	1.99	0.10	1.94	0.29	0.29	0.15
適応行動3	2.00	0.00	1.92	0.32	0.40	0.18
適応行動4	2.00	0.05	1.99	0.14	0.10	0.00
適応行動5	2.00	0.00	1.93	0.32	0.39	0.15
適応行動6	1.99	0.10	1.87	0.42	0.52	0.21
適応行動7	1.99	0.12	1.68	0.72	0.78	0.32
適応行動8	2.00	0.00	1.98	0.20	0.17	0.10
適応行動9	2.00	0.00	1.95	0.28	0.28	0.14
適応行動10	2.00	0.00	1.98	0.12	0.21	0.08
適応行動11	2.00	0.05	1.93	0.35	0.37	0.16
適応行動12	2.00	0.00	1.98	0.12	0.21	0.08
適応行動13	2.00	0.05	1.91	0.36	0.43	0.16
適応行動14	2.00	0.00	1.92	0.36	0.39	0.14
適応行動15	2.00	0.00	1.97	0.23	0.23	0.11
適応行動16	1.99	0.12	1.94	0.31	0.23	0.16
適応行動17	1.99	0.10	1.86	0.47	0.50	0.22
適応行動18	2.00	0.00	1.97	0.22	0.20	0.11
適応行動19	2.00	0.05	1.92	0.34	0.41	0.16
適応行動20	2.00	0.06	1.73	0.59	0.85	0.33
適応行動21	2.00	0.06	1.60	0.75	0.97	0.37
適応行動22	1.99	0.10	1.79	0.52	0.69	0.30
適応行動23	1.99	0.14	1.77	0.60	0.58	0.32
適応行動24	1.99	0.13	1.80	0.57	0.52	0.27
適応行動25	2.00	0.05	1.89	0.42	0.43	0.21
適応行動26	1.99	0.11	1.82	0.53	0.52	0.24
適応行動27	1.97	0.19	1.71	0.61	0.72	0.40
適応行動28	1.98	0.16	1.74	0.59	0.72	0.36
適応行動29	1.95	0.24	1.73	0.62	0.54	0.38
適応行動30	1.98	0.19	1.78	0.61	0.50	0.28
適応行動31	1.99	0.14	1.78	0.52	0.70	0.36
適応行動32	1.97	0.24	1.57	0.77	0.87	0.44
適応行動33	1.92	0.38	1.54	0.75	0.69	0.48
適応行動34	1.95	0.30	1.48	0.85	0.90	0.48
適応行動35	1.95	0.29	1.27	0.93	1.24	0.56

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動36	1.94	0.32	1.53	0.79	0.81	0.49
適応行動37	1.94	0.31	1.70	0.64	0.56	0.44
適応行動38	1.90	0.40	1.28	0.89	1.07	0.60
適応行動39	1.90	0.42	1.26	0.94	1.04	0.58
適応行動40	1.86	0.48	1.43	0.88	0.69	0.54
適応行動41	1.93	0.34	1.58	0.79	0.69	0.48
適応行動42	1.85	0.51	1.07	0.95	1.17	0.69
適応行動43	1.83	0.55	1.06	0.98	1.10	0.69
適応行動44	1.90	0.44	1.43	0.90	0.76	0.52
適応行動45	1.70	0.67	1.20	0.90	0.67	0.72
適応行動46	1.93	1.02	1.54	0.82	0.41	0.24
適応行動47	1.84	0.50	1.07	0.93	1.18	0.67
適応行動48	1.86	0.49	1.15	0.96	1.09	0.65
適応行動49	1.81	0.58	0.93	0.96	1.25	0.74
適応行動50	1.80	0.57	0.97	0.92	1.20	0.74
適応行動51	1.81	0.56	1.10	0.95	1.02	0.70
適応行動52	1.79	0.56	1.33	0.90	0.68	0.66
適応行動53	1.74	0.62	0.91	0.92	1.16	0.79
適応行動54	1.82	0.57	0.82	0.97	1.39	0.77
適応行動55	1.80	0.59	0.84	0.96	1.34	0.76
適応行動56	1.79	0.61	0.75	0.95	1.44	0.79
適応行動57	1.74	0.65	0.72	0.90	1.39	0.82
適応行動58	1.75	0.65	0.81	0.95	1.26	0.76
適応行動59	1.80	0.59	0.78	0.97	1.42	0.78
適応行動60	1.78	0.61	0.73	0.91	1.47	0.80
適応行動61	1.75	0.64	0.72	0.93	1.40	0.82
適応行動62	1.67	0.71	0.75	0.94	1.17	0.84
適応行動63	1.51	0.80	0.72	0.93	0.94	0.89
適応行動64	1.64	0.73	0.69	0.93	1.20	0.86
適応行動65	1.72	0.68	0.81	0.97	1.18	0.80
適応行動66	1.72	0.68	0.68	0.93	1.36	0.82
適応行動67	1.69	0.67	0.80	0.96	1.16	0.81
適応行動68	1.75	0.64	0.82	0.97	1.24	0.79
適応行動69	1.69	0.67	0.81	0.96	1.15	0.82
適応行動70	1.67	0.72	0.81	0.97	1.07	0.82

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動71	1.66	0.72	0.70	0.92	1.22	0.85
適応行動72	1.74	0.66	0.85	0.99	1.16	0.78
適応行動73	1.67	0.73	0.63	0.92	1.31	0.85
適応行動74	1.71	0.69	0.74	0.94	1.26	0.82
適応行動75	1.61	0.75	0.63	0.89	1.24	0.86
適応行動76	1.69	0.70	0.63	0.90	1.39	0.84
適応行動77	1.63	0.73	0.64	0.91	1.25	0.86
適応行動78	1.75	0.65	0.70	0.93	1.41	0.82
適応行動79	1.65	0.69	0.71	0.90	1.25	0.85
適応行動80	1.72	0.66	0.75	0.94	1.29	0.82
適応行動81	1.64	0.73	0.73	0.95	1.14	0.84
適応行動82	1.57	0.76	0.75	0.93	1.01	0.86
適応行動83	1.57	0.80	0.65	0.93	1.10	0.86
適応行動84	1.60	0.76	0.69	0.92	1.12	0.87
適応行動85	1.53	0.80	0.65	0.91	1.06	0.89
適応行動86	1.62	0.74	0.72	0.94	1.12	0.86
適応行動87	1.63	0.73	0.61	0.88	1.31	0.86
適応行動88	1.65	0.72	0.77	0.95	1.11	0.84
適応行動89	1.63	0.74	0.61	0.86	1.31	0.88
適応行動90	1.55	0.80	0.56	0.87	1.21	0.88
適応行動91	1.57	0.77	0.63	0.87	1.17	0.88
適応行動92	1.62	0.73	0.64	0.88	1.26	0.89
適応行動93	1.58	0.80	0.54	0.86	1.27	0.88
適応行動94	1.55	0.76	0.65	0.90	1.13	0.89
適応行動95	1.53	0.83	0.61	0.89	1.09	0.89
適応行動96	1.49	0.82	0.56	0.86	1.12	0.91
適応行動97	1.53	0.81	0.65	0.92	1.04	0.88
適応行動98	1.52	0.82	0.57	0.86	1.15	0.89
適応行動99	1.43	0.88	0.50	0.84	1.07	0.91
適応行動100	1.39	0.88	0.52	0.85	1.01	0.92
適応行動101	1.54	0.84	0.69	0.94	0.98	0.86
適応行動102	1.52	0.85	0.68	0.95	0.95	0.88
適応行動103	1.38	0.88	0.54	0.86	0.96	0.92
適応行動104	1.44	0.86	0.53	0.84	1.07	0.92
適応行動105	1.42	0.89	0.48	0.83	1.07	0.91

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動106	1.40	0.88	0.49	0.79	1.07	0.91
適応行動107	1.44	0.88	0.63	0.92	0.91	0.89
適応行動108	1.45	0.88	0.54	0.86	1.05	0.91
適応行動109	1.44	0.88	0.54	0.87	1.04	0.91
適応行動110	1.36	0.91	0.54	0.86	0.91	0.92
適応行動111	1.33	0.93	0.46	0.84	0.96	0.91
適応行動112	1.36	0.90	0.45	0.79	1.05	0.93
適応行動113	1.35	0.90	0.47	0.81	1.01	0.92
適応行動114	1.30	0.92	0.47	0.83	0.94	0.92
適応行動115	1.32	0.93	0.59	0.90	0.80	0.92
適応行動116	1.42	0.88	0.54	0.86	0.99	0.91
適応行動117	1.34	0.91	0.52	0.86	0.92	0.93
適応行動118	1.33	0.89	0.50	0.83	0.96	0.93
適応行動119	1.34	0.91	0.48	0.84	0.96	0.93
適応行動120	1.28	0.93	0.49	0.84	0.87	0.92
適応行動121	1.27	0.91	0.46	0.83	0.92	0.92
適応行動122	1.29	0.94	0.55	0.89	0.81	0.92
適応行動123	1.31	0.93	0.50	0.86	0.89	0.91
適応行動124	1.22	0.93	0.44	0.81	0.87	0.92
適応行動125	1.27	0.93	0.43	0.79	0.94	0.93
適応行動126	1.20	0.95	0.49	0.83	0.78	0.93
適応行動127	1.27	0.95	0.54	0.88	0.79	0.92
適応行動128	1.29	0.94	0.53	0.87	0.82	0.92
適応行動129	1.30	0.95	0.56	0.88	0.79	0.92
適応行動130	1.24	0.94	0.43	0.80	0.90	0.93
適応行動131	1.16	0.96	0.38	0.74	0.86	0.92
適応行動132	1.28	0.95	0.53	0.86	0.82	0.92
適応行動133	1.31	0.94	0.54	0.86	0.83	0.92
適応行動134	1.22	0.95	0.49	0.84	0.79	0.93
適応行動135	1.14	0.92	0.47	0.82	0.74	0.94
適応行動136	1.23	0.97	0.52	0.87	0.76	0.91
適応行動137	1.24	0.94	0.47	0.83	0.84	0.93
適応行動138	1.07	0.96	0.43	0.81	0.70	0.90
適応行動139	1.18	0.93	0.43	0.77	0.84	0.94
適応行動140	1.15	0.93	0.41	0.77	0.83	0.92

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動141	1.17	0.96	0.46	0.82	0.77	0.93
適応行動142	1.09	0.96	0.41	0.78	0.74	0.91
適応行動143	1.12	0.93	0.41	0.78	0.80	0.93
適応行動144	1.12	0.95	0.43	0.80	0.76	0.92
適応行動145	1.19	0.96	0.47	0.84	0.78	0.93
適応行動146	1.18	0.95	0.45	0.81	0.80	0.93
適応行動147	1.21	0.95	0.47	0.83	0.81	0.93
適応行動148	1.10	0.99	0.35	0.75	0.80	0.88
適応行動149	1.14	0.97	0.42	0.78	0.78	0.92
適応行動150	1.17	0.96	0.40	0.77	0.84	0.92
適応行動151	1.13	0.97	0.44	0.82	0.75	0.92
適応行動152	1.12	0.97	0.39	0.76	0.80	0.91
適応行動153	1.14	0.96	0.39	0.76	0.83	0.93
適応行動154	1.19	0.97	0.43	0.80	0.83	0.92
適応行動155	1.13	0.96	0.40	0.75	0.81	0.92
適応行動156	1.03	0.95	0.40	0.76	0.70	0.91
適応行動157	1.12	0.96	0.38	0.77	0.82	0.92
適応行動158	1.10	0.96	0.35	0.70	0.84	0.92
適応行動159	1.14	0.97	0.33	0.70	0.89	0.91
適応行動160	1.17	0.96	0.44	0.80	0.80	0.93
適応行動161	1.13	0.96	0.29	0.65	0.95	0.90
適応行動162	1.17	0.97	0.34	0.68	0.93	0.92
適応行動163	1.19	1.35	0.41	0.77	0.64	0.93
適応行動164	1.03	0.99	0.35	0.72	0.74	0.89
適応行動165	1.09	0.95	0.41	0.76	0.76	0.92
適応行動166	0.96	0.97	0.38	0.74	0.64	0.90
適応行動167	1.13	0.96	0.42	0.78	0.77	0.92
適応行動168	1.13	0.98	0.36	0.73	0.84	0.92
適応行動169	1.13	0.98	0.41	0.79	0.78	0.92
適応行動170	1.05	0.97	0.34	0.69	0.79	0.91
適応行動171	1.06	0.97	0.35	0.71	0.78	0.91
適応行動172	0.92	0.93	0.31	0.65	0.71	0.90
適応行動173	1.01	0.95	0.35	0.69	0.75	0.91
適応行動174	0.99	0.94	0.38	0.72	0.69	0.90
適応行動175	1.07	0.95	0.41	0.77	0.73	0.91

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動176	1.03	0.98	0.32	0.69	0.78	0.90
適応行動177	1.08	0.97	0.29	0.65	0.89	0.92
適応行動178	0.85	0.95	0.34	0.73	0.57	0.87
適応行動179	0.75	0.95	0.23	0.60	0.61	0.83
適応行動180	0.90	0.98	0.26	0.62	0.71	0.87
適応行動181	0.96	0.97	0.34	0.71	0.68	0.89
適応行動182	0.91	0.95	0.34	0.70	0.64	0.88
適応行動183	0.94	0.97	0.26	0.61	0.77	0.87
適応行動184	0.88	0.98	0.19	0.55	0.78	0.84
適応行動185	0.92	0.97	0.28	0.65	0.73	0.88
適応行動186	0.95	0.98	0.31	0.68	0.72	0.89
適応行動187	0.96	0.98	0.32	0.69	0.70	0.88
適応行動188	0.95	0.99	0.26	0.61	0.78	0.87
適応行動189	0.91	0.95	0.31	0.65	0.68	0.88
適応行動190	0.94	0.97	0.35	0.72	0.65	0.89
適応行動191	0.79	0.94	0.23	0.58	0.65	0.85
適応行動192	0.90	0.98	0.24	0.59	0.75	0.87
適応行動193	0.75	0.94	0.23	0.61	0.61	0.82
適応行動194	0.85	0.95	0.32	0.67	0.61	0.87
適応行動195	0.79	0.93	0.15	0.46	0.78	0.84
適応行動196	0.76	0.91	0.23	0.55	0.65	0.84
適応行動197	0.82	0.95	0.20	0.51	0.73	0.84
適応行動198	0.77	0.93	0.23	0.57	0.65	0.82
適応行動199	0.89	0.97	0.25	0.62	0.72	0.85
適応行動200	0.84	0.95	0.15	0.42	0.83	0.84
適応行動201	0.88	0.97	0.30	0.67	0.65	0.86
適応行動202	0.84	0.94	0.30	0.65	0.62	0.87
適応行動203	0.78	0.95	0.13	0.41	0.79	0.83
適応行動204	0.82	0.98	0.13	0.45	0.79	0.82
適応行動205	0.83	0.96	0.15	0.45	0.80	0.84
適応行動206	0.86	0.97	0.20	0.52	0.77	0.84
適応行動207	0.72	0.92	0.19	0.51	0.64	0.81
適応行動208	0.73	0.92	0.10	0.36	0.78	0.79
適応行動209	0.88	0.97	0.25	0.60	0.72	0.87
適応行動210	0.80	0.96	0.15	0.47	0.77	0.82

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動211	0.75	0.91	0.19	0.51	0.68	0.83
適応行動212	0.69	0.90	0.15	0.47	0.68	0.79
適応行動213	0.78	0.94	0.14	0.39	0.79	0.83
適応行動214	0.67	0.90	0.11	0.37	0.72	0.76
適応行動215	0.68	0.91	0.13	0.39	0.70	0.80
適応行動216	0.65	0.92	0.05	0.24	0.77	0.74
適応行動217	0.61	0.86	0.12	0.43	0.64	0.76
適応行動218	0.59	0.84	0.17	0.51	0.56	0.76
適応行動219	0.61	0.87	0.08	0.32	0.70	0.74
適応行動220	0.49	0.83	0.08	0.37	0.56	0.67

研究成果の刊行に関する一覧表

１．書籍

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患. 「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－. 星和書店. 東京. pp.188-189, 2024.

２．雑誌

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－。星和書店，東京，pp.188-189, 2024。

本田秀夫：知的発達症（知的能力障害)。日本医事新報 No.5243: 52-53, 2024。

村山恭朗（2023）. 厚生労働省研究班報告　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.

村山恭朗.（2025）. 療育手帳の交付判定を目的とした知的機能と適応行動の評価検査の開発. 小児の精神と神経，65, 19-26.

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次.（2024）. 療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連. 児童青年精神医学とその近接領域, 65, 147-161.

以上

研究協力者一覧

≪2023 年度≫

【北海道・東北】

鎌田　真実	北翔大学大学院人間福祉学研究科
黒澤　祐莉	北海学園大学学生カウンセリング室
澤　　貴子	第２ことのは発達相談室
高村　壮介	しんかメンタルクリニック
能渡　綾菜	一般社団法人福島県精神保健福祉協会ふくしま子どもの心のケアセンター
田中　勝則	北海学園大学経営学部

【関東】

野沢　朋美	座間市こども未来部こども育成課
足立　匡基	明治学院大学心理学部心理学科
久保　尊洋	横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育
木﨑　裕美	順天堂大学医学部附属順天堂医院
星野　　進	明治大学大学院文学研究科臨床人間学専攻臨床心理学専修博士後期課程
持丸　結真	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
横田　奈々子	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
佐藤　辰哉	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
村上　智生	明治学院大学心理学部心理学科
岩城　尚子	大正大学大学院人間学研究科臨床心理学専攻 修士課程
木村　　加奈恵	大正大学大学院人間学研究科臨床心理学専攻 修士課程
永田　尚輝	ひだまりこころクリニック
大塚　萌笑	金沢大学人間社会環境研究科人文学専攻
東　　利奈	株式会社 LITALICO

【中部】

中島　卓裕	名古屋学芸大学ヒューマンケア学部
加藤　千夏	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
林　　星河	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
三田村　彩音	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
宮田　真衣	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
森　　愛花	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
櫻井　涼菜	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
大江　涼夏	中京大学心理学研究科
桑山　友里	大島医院
柴田　彩乃	株式会社クラ・ゼミ

【関西】

井澗　未稀　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
金子　美優歩　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
髙梨　莉沙　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
山下　千織　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
宇田　千尋　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
鈴木田　英里　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
竹林　明日香　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
西　　恭平　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
野上　慶子　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
劉　　娟　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
江口　美樹　　株式会社 CLAN しごと CLAN 天王寺
春名　帝亮　　杉本医院　からすまメンタルクリニック
藤田　詠美　　大阪市北部こども相談センター・西神戸医療センター
宮内　恭平　　吹田市こども発達支援センター
室山　由貴　　神戸市こども家庭センター
吉田　絵海　　箕面自由学園-心のほっとルーム-心理臨床相談室

【中国・四国】

天満　沙紀　　医療法人社団宏知会青山病院
石島　大　　児童発達支援事業所ぷちぱ
廣瀬　翔平　　児童発達支援事業所あるこ・中京大学現代社会学部

【九州】

小澤　永治　　九州大学大学院人間環境学研究院
新納　あんり　　特定非営利活動法人九州大学こころとそだちの相談室
林　和歌子　　福岡療育支援センターいちばん星
丸山　明子　　九州大学大学院
安川　愛理　　九州大学こころとそだちの相談室
脇浜　幸則　　九州大学人間環境学研究院
金子　周平　　九州大学大学院人間環境学研究院／教育学部
金子　光代　　特定非営利活動法人九州大学こころとそだちの相談室

【データ整理】

犬飼　惟沙　　中京大学心理学研究科
大江　涼夏　　中京大学心理学研究科
可児　那桜花　　中京大学心理学研究科
兼松　明日美　　中京大学心理学研究科
原　千紗都　　中京大学心理学研究科

松下　幸平　　中京大学心理学研究科
水野　樹美　　中京大学心理学研究科
山田　陽日　　中京大学心理学研究科
小池　里奈　　中京大学心理学部
瀧下　夏乃　　中京大学心理学部
森　菜摘　　中京大学心理学部
大井川　翔子　　金沢大学人間社会学域人文学類

【事務補助】
金枝　あや　　中京大学現代社会学部辻井研究室
松岡　羽衣子　　中京大学現代社会学部辻井研究室

≪2024 年度≫
【研究協力者・検査実施者】
野沢　朋美　　NPO 法人自立支援センターふるさとの会
増山　晃大　　愛知教育大学教育科学系心理講座 講師
足立　匡基　　明治学院大学心理学部心理学科　准教授
久保　尊洋　　横浜国立大学・教育学部学校教員養成課程学校教育　　講師
中島　卓裕　　名古屋学芸大学ヒューマンケア学部児童発達教育専攻　講師

【検査実施者】
東　利奈　　株式会社 LITALICO 児童指導員
井澗　未稀　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科博士課程前期課程臨床心理学コース
稲村　実柚　　横浜国立大学大学院教育学研究科教育支援専攻 心理支援コース 修士
稲永　龍一　　いっといっぽ下落合教室（児童発達支援・放課後等デイサービス）・さいたま福祉保育医療製菓調理専門学校（学生相談）
井上　早苗　　地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センターリハ・育療支援部門
打和　望実　　明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
大江　涼夏　　中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学専攻博士前期課程（修士課程）
大塚　萌笑　　金沢大学大学院人間社会環境研究科人文学専攻公認心理師養成プログラム 博士前期課程
大森　若葉　　横須賀市療育相談センター　心理士
奥田　菜央　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程　教育支援高度化専攻臨床心理学コース
奥田　奈菜　　明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
蒲　みのり　　明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
木村　　愛　　横浜国立大学教育学研究科 心理支援専攻修士
木村　さつき　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
香取　みずほ　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所あるこ

斎藤　杏　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程教育支援高度化専攻臨床心理学コース
最林寺　悠　　愛知教育大学大学院 教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
佐藤　辰哉　　明治学院大学心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
柴山　枝里佳　　金沢大学大学院人間社会環境研究科人文学専攻公認心理師養成プログラム 博士前期課程
下手　花音　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所ぷちぱ
鈴木　のどか　　愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
鈴木田 英里　　同志社大学心理学部心理学科　助教
須藤　野々花　　愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
竹林　明日香　　神戸大学人間発達環境学研究科博士課程前期課程臨床心理学コース
竹峰　泰成　　愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース修士
田中　美遥　　愛知教育大学教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
天満　沙紀　　医療法人社団宏知会青山病院　心理職
豊泉　慶佳　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程前期課程臨床心理学コース
中林　桜子　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程　教育支援高度化専攻臨床心理学コース
中山　桜希　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程　教育支援高度化専攻臨床心理学コース
仁科　遼太郎　　一般社団法人福島県子どもの発達支援協会　親と子のサポートセンターふくしま
能渡　綾菜　　一般社団法人福島県子どもの発達支援協会　親と子のサポートセンターふくしま
濱里　真弓子　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所ぷちぱ
廣瀬　翔平　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所あるこ
星野　進　　株式会社 Kaien
松下　幸平　　中京大学大学院 心理学研究科 臨床・発達心理学専攻　博士前期課程
向島　千遥　　愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻　臨床心理学コース 修士
目代　理桜　　愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
持丸　結真　　明治学院大学心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース 博士前期課程
森　　菜摘　　中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学専攻修士課程
安川　愛理　　九州大学こころとそだちの相談室　専従相談員
山口　　翔　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会児童発達支援事業所ぷちぱ・児童指導員
山下　千織　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程前期課程臨床心理学コース
横田　奈々子　　明治学院大学心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
劉　娟　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程

【データ入力・整理】
犬飼　惟沙　　中京大学大学院　心理学研究科
大江　涼夏　　中京大学大学院　心理学研究科
原　千紗都　　中京大学大学院　心理学研究科
水野　樹美　　中京大学大学院　心理学研究科

上野　瑞佳　　中京大学大学院　心理学研究科
大森　彩加　　中京大学大学院　心理学研究科
小池　里奈　　中京大学大学院　心理学研究科
志賀　勇心　　中京大学大学院　心理学研究科
鈴木　香音　　中京大学大学院　心理学研究科
瀧下　夏乃　　中京大学大学院　心理学研究科
森　　菜摘　　中京大学大学院　心理学研究科
インズージェ　中京大学　心理学部
早川　尚志　　中京大学　心理学部
纐纈　温人　　中京大学　心理学部
後藤　彩名　　中京大学　心理学部

【事務補助】
金枝　あや　　中京大学現代社会学部辻井研究室
松岡　羽衣子　中京大学現代社会学部辻井研究室
加藤　芽愛　　中京大学現代社会学部辻井研究室
松本　若葉　　中京大学現代社会学部辻井研究室
無雁　萌果　　中京大学現代社会学部辻井研究室

以上

Ⅱ. 分担研究報告

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、東京に狐女学園を設立し、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）年に狐女学園は、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。

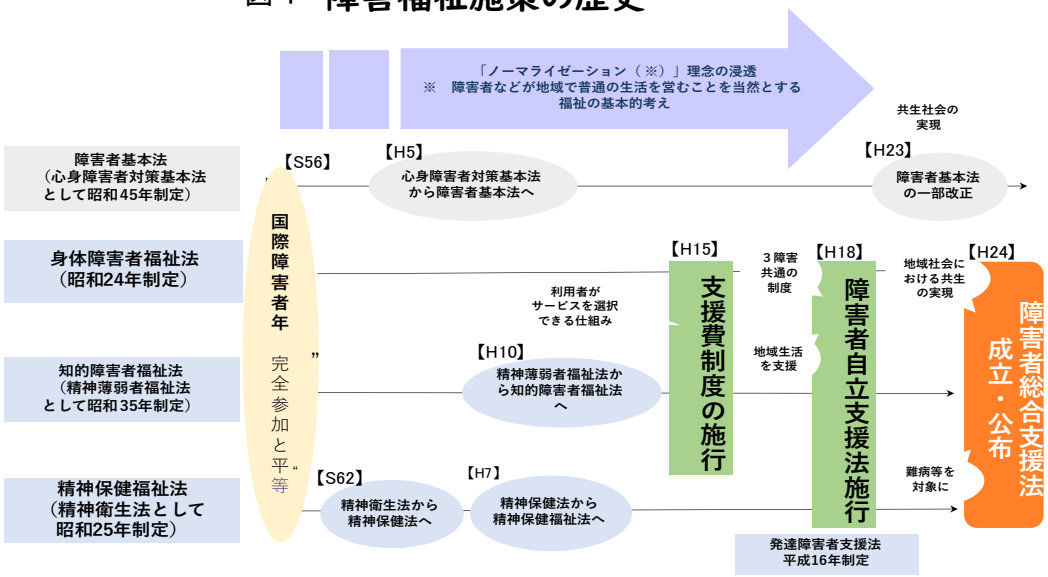
2　戦後の知的障害施策の歴史

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。

図１　障害福祉施策の歴史



引用・改変　厚生労働省作成資料

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

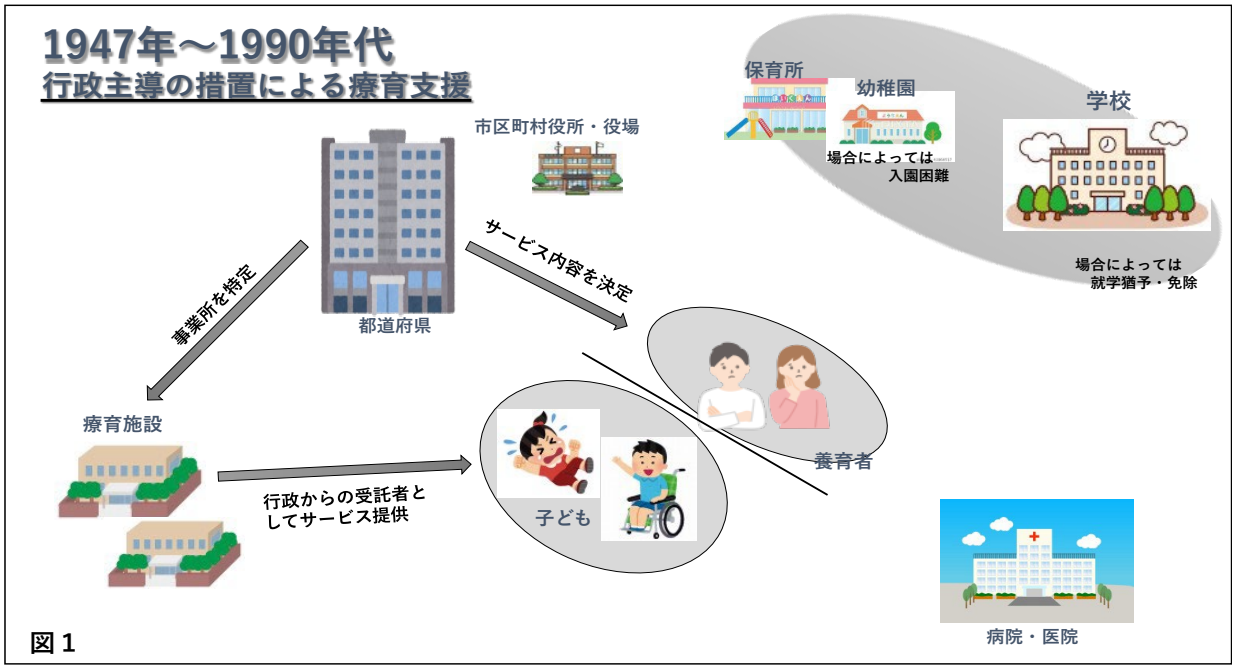


図 1

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

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

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 図2 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

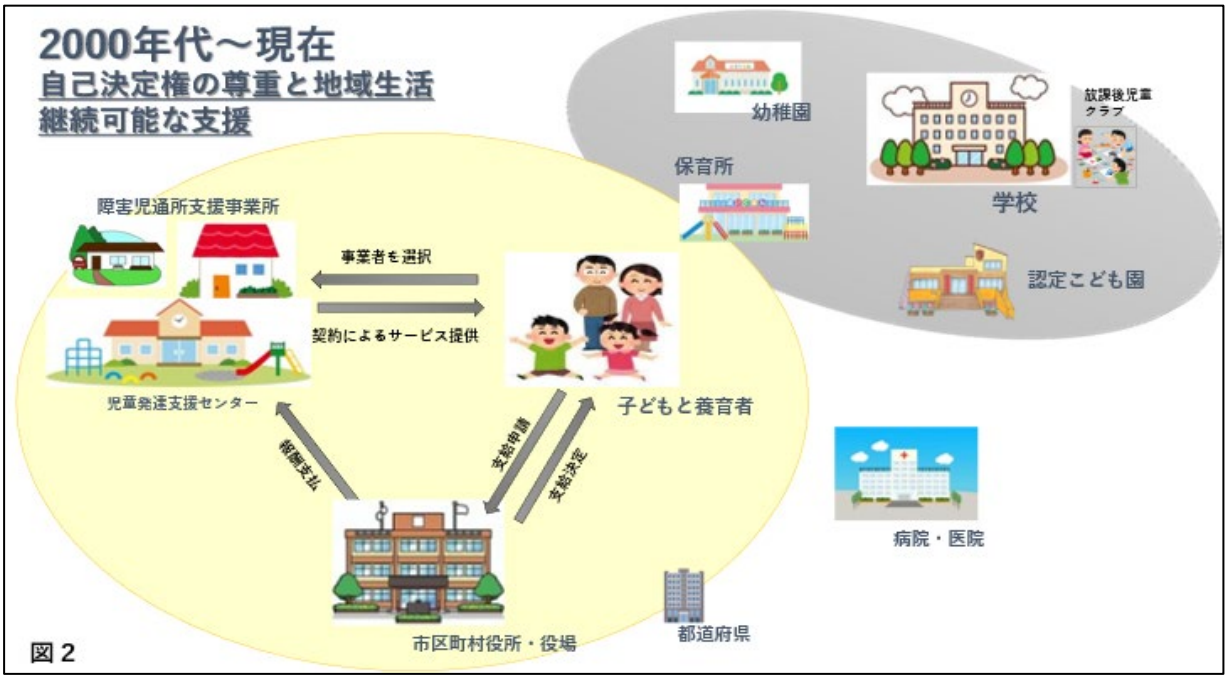


図2

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。

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[illegible]あるとされることや、入園拒否をされる[illegible]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

図３

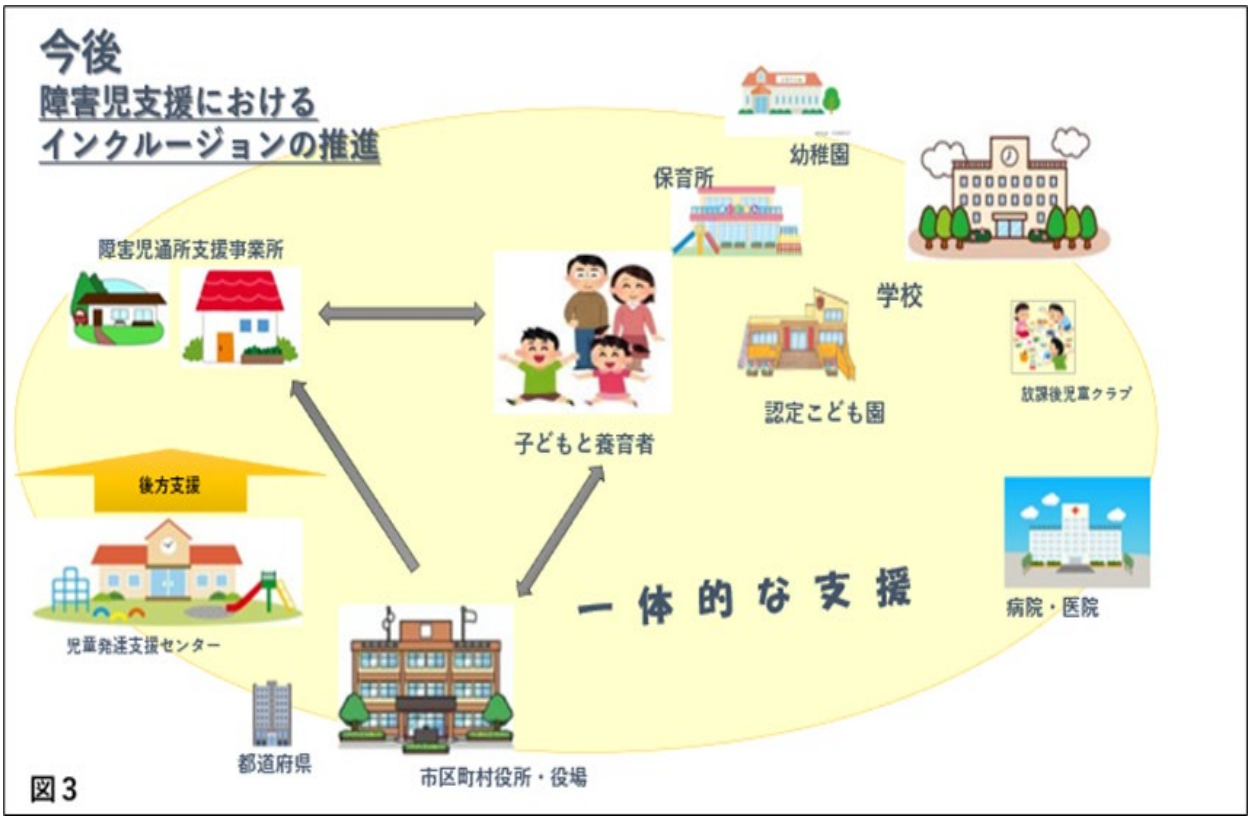


図３

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

2　図４　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っ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ろうと思われる。

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、家族と一緒の生活をしながら、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考える。

（3）多様な相談支援の機能（地域生活の持続可能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（「知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理側的学的検証（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

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」	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

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）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

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。

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ることができるとされた。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

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。

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。これでま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、判定するべき事項（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（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―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・槻舘尚武・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・槻舘尚武・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（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（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（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
髙野聡子（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、し体不自由児施設」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（児童福祉司は児相長の指揮監督下に）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・教育及び懲戒に関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	し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「調査又は判定を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次に、「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・施設庁の権限の明記（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3 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	児童福祉	司法
						子育て支援	児童養護 虐待対応	
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(市町村への事案送致、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

表４　児童福祉法成立・改正の経緯（2022～　　）

門	夙　網	誇桃	僞　誇　桃　皆　誤　嘴	捗瑚丶曾	郷塋	喪鱒丶曾	喪鱒丶曾	舛僞睦
						銭驚拐然形	喪鱒喋照　皿溌畑詣	
2022	壻嫺４		銭驚拐怒鉢海畑介劃做港歩械然形皆廻該皆幡刀紫剣惨階双滋皆喉沢 （芽晦鎧権頁括漢葛緯皆胴桧皆鵬塊桜匕）			維		
			銭驚拐怒鉢海畑介劃做港歩械然形皆廻該皆幡刀紫剣惨階双滋皆喉沢 （儕咏権双然形鞍喪鱒皆刺墜団戒我鈎皆然形睦双滋皆弟胴）			維	維	
			銭驚拐怒鉢海畑介劃做港歩械然形皆廻該皆幡刀紫剣惨階双滋皆喉沢 （喪鱒裸匪然形括漢葛緯皆菱饗海過画劃廟好歩哇江皆準宏剣鞍喪鱒裸匪然形皆尭渚剣）	維				
			尭層倨照団惨階喪鱒把髭団海柿劃喪鱒咳皆誤社浬然形、須緬核僉貨劃杢栓浪睦咳皆然形皆鎗皆裳朕				維	
			測庫歩噤驚終暑速鞍捗瑚喪蒙団繕胴皆蒙団喪鱒睦海畑介劃巣址然形皆紫剣	維			維	
			喪鱒皆強純譜詑睦皆箭尿蓋皆鳴倫				維	維
			尭層倨照吾践層皆藍鼻海魂介劃舛僞帝崇皆幕蒙				維	維
			銭晦鎧権頁丶曾皆霜匕速皆篤呟套皆裳朕				維	
			喪鱒核拡菓解懐信恭霞蛎唾劃骨糸鳴倫睦					維

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（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　河邉　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ーで典型的に観察される行動指標が記載されている。これらの行動指標を用いることで重症度分類の信頼性を高め、知的障害から生じる不利益に関連した公衆衛生データの質を高めることが期待されている(Reed et al., 2019)。

ICD-11(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症（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）。
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、一般の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な場合には、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が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際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、日常生活の実際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、家事や日々の実際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、家庭内での活動や実践的な活動を習得することができる。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り、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、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、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った。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、人へのレスペクト、臨床トレーニングと経験、対象者とその環境について十分に知ることと、それらの情報の分析と批判的思考ができることである。

知能テストと IQ をめぐって

我が国において知的障害の診断にあたっては、必ず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、テスターの熟練度、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、今後本当に必要なの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、IQ５０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余る状況がある。一例が前述の教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, 2013)であり、単に知能指数としか記載されていない。少なくとも一部の就学相談の現場では知能指数がクラスの選択などの重要な指標として使用されている。知能指数のみで知的障害の診断も、重症度分類は不可能であることは、これまで多くの関係者が指摘しており、それが、DSM-5、ICD-11、AAIDD 第 12 版に反映されてきた。

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。

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も、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、ほんのわずかしか受けていないことが明らかになった。また家庭医の多くが、教育や福祉の分野の支援者との連携が取れていず情報もない中で、「地図もなく」診療に従事している(Wilkinson et al., 2012)。このような状況は我が国でも同様、あるいはもっと深刻かもしれない。知能テストを正しく理解している医師は多くない。知的障害や発達障害を正しく診断できる医師の要請も望まれる。

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 review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *54*(10), 970–984.

Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(10), 1224–1231.

Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *36*(2), 137–143.

Greenspan, S., & Woods, G. W. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(2), 110–116.

Hall, I., Strydom, A., Richards, M., Hardy, R., Bernal, J., & Wadsworth, M. (2005). Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, *49*(Pt 3), 171–182.

Hassiotis, A., Emerson, E., Wieland, J., & Bertelli, M. O. (2022). Borderline Intellectual Functioning. In M. O. Bertelli, S. (shoumi) Deb, K. Munir, A. Hassiotis, & L. Salvador-Carulla (Eds.), *Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder* (pp. 95–106). Springer International Publishing.

Kataria, K., & Philip, S. (2022). Reorienting to mild and borderline intellectual disability: an appeal from south Asia. *The Lancet. Psychiatry*, *9*(6), e26.

Martínez-Leal, R., Folch, A., Munir, K., Novell, R., Salvador-Carulla, L., & Borderline Intellectual Functioning Consensus Group. (2020). The Girona declaration on borderline intellectual functioning. *The Lancet. Psychiatry*, *7*(3), e8.

Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Embregts, P. J. C. M., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). In plain sight but still invisible: A structured case analysis of people with mild intellectual

disability or borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *42*(1), 36–44.

Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Smulders, N. B. M., Embregts, P., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 257.

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., … Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* , *18*(1), 3–19.

Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., de Vries, Y. A., Roest, A. M., de Jonge, P., Maercker, A., Brewin, C. R., Pike, K. M., Grilo, C. M., Fineberg, N. A., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*, *18*(1), 21.

Tassé, M. J., Balboni, G., Navas, P., Luckasson, R., Nygren, M. A., Belacchi, C., Bonichini, S., Reed, G. M., & Kogan, C. S. (2019). Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, *63*(5), 386–407.

WHO. (01/2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023)*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023). https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f605267007、2023 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 with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *50*(3), 243–250.

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

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）児童相談所の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。

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
	〔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
障害者総合支援法	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そ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

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も、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。

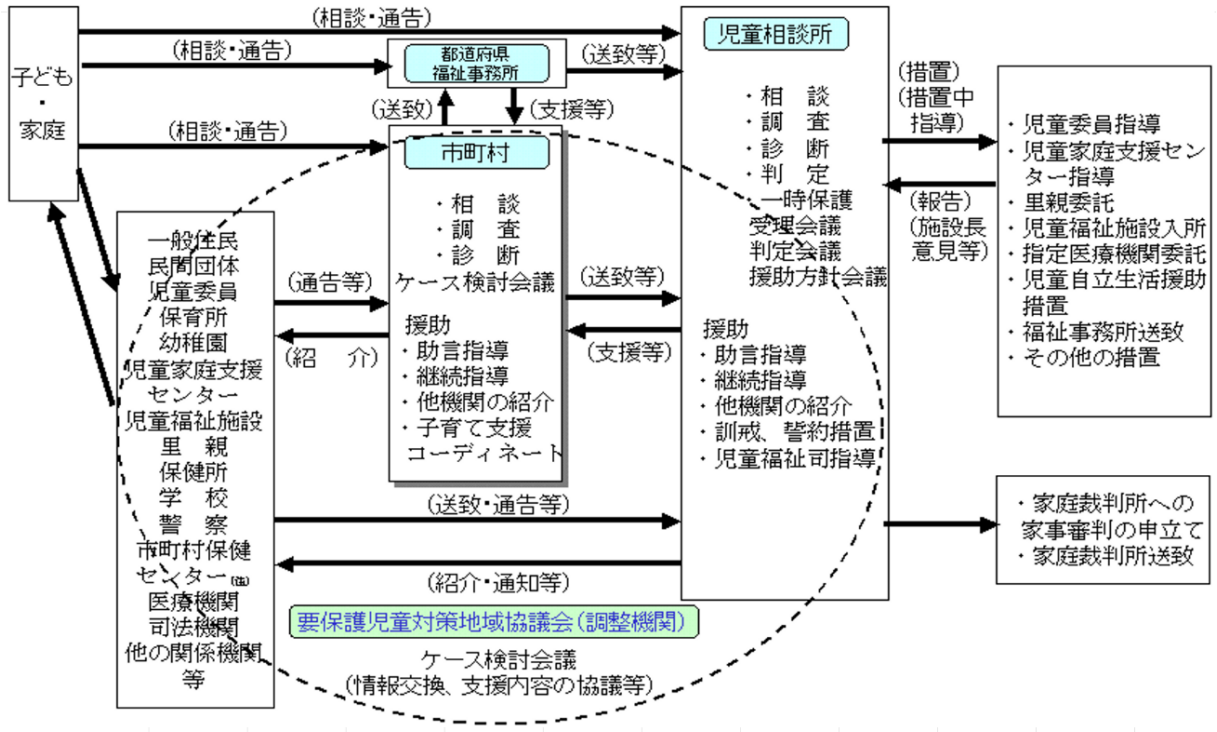
児童相談所における調査は「子どもや保護者等の状況等を知り、それによって子どもや保護者等にどのような援助が必要であるか判断するため

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。

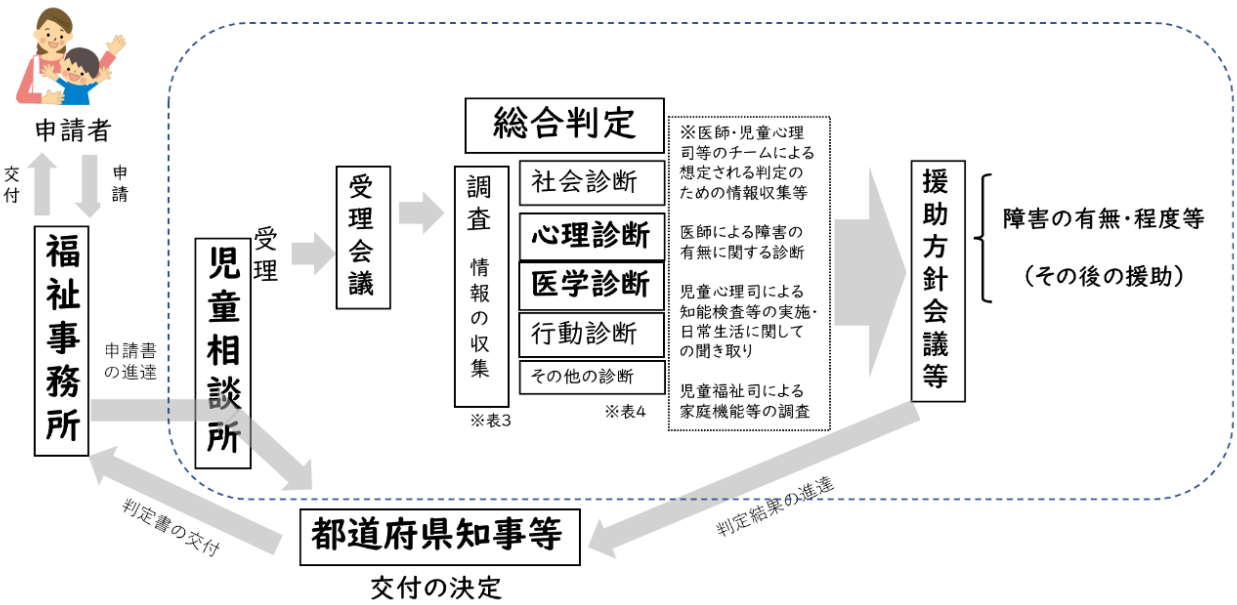
引用：厚生労働省雇用均等・児童家庭局　市町村児童家庭相談援助運営指針（平成17年2月14日　雇児発第0214002号）

図１　市町村・児童相談所における相談援助活動系統図



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



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。

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

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)

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ない調査票が 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。

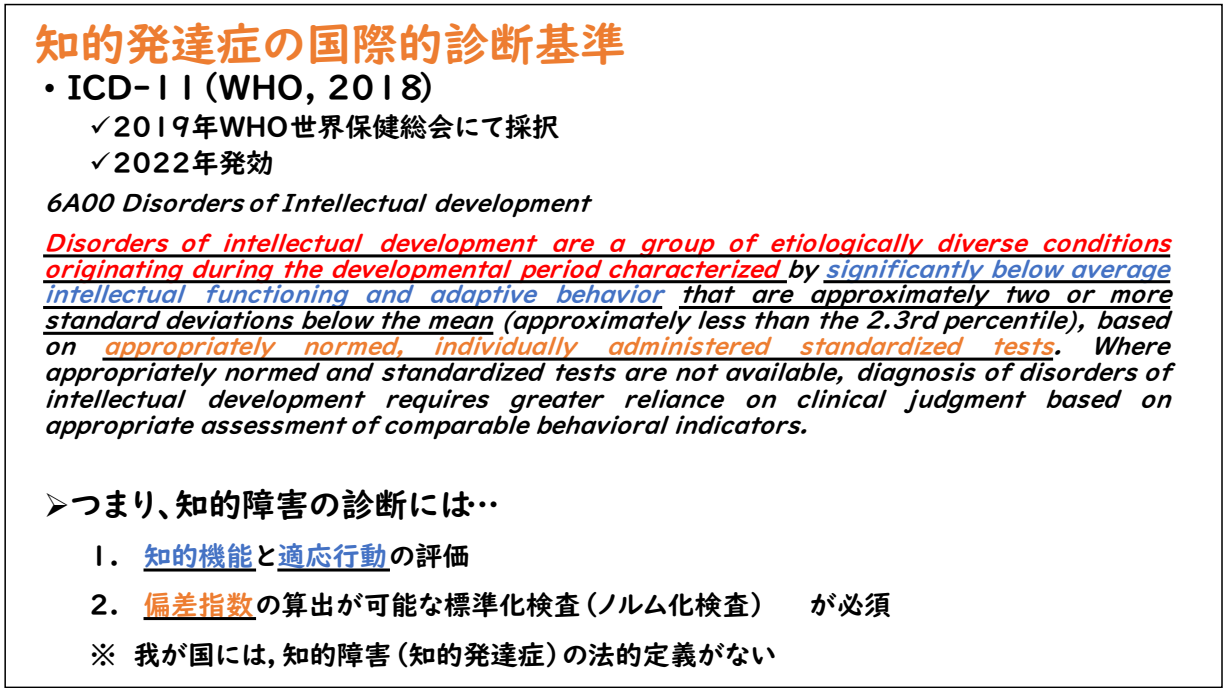
行動面に関する検査　調査票上ではさまざまな項目で行動に関する情報収集がなされており、大きく 2 つに分けることができる。1 つは、「生活習慣」や「身辺自立」、「身辺処理」といった項目で、「食事」「排泄」「更衣」「入浴」等の内容について、自由記述式の記載、ならびに／あるいは、「全介助・半介助・自立」のような選択式で介助の必要性を記載する形となっているものである。もう 1 つは、S-M 社会生活能力検査あるいは日常生活能力水準評価表によって、日常の行動面に関して社会生活年齢や日常生活能力の評価を 4 段階等の一定の基準に沿って算出する形のものである。療育手帳に関する調査を行った、平成 30 年度障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。

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)

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

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）



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をなった。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．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

■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

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）

☞　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よる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とか考え、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、判定に必要となる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　（閲覧 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・惠良美津子・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）
髙柳　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

男子	124人	49.8%
女子	123人	49.4%
不明	2人	0.8%

神経発達症の有無

無	241人	96.8%
可能性の指摘	6人	2.4%
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。

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

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, & 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、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。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-合計相関は測定の信頼性（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

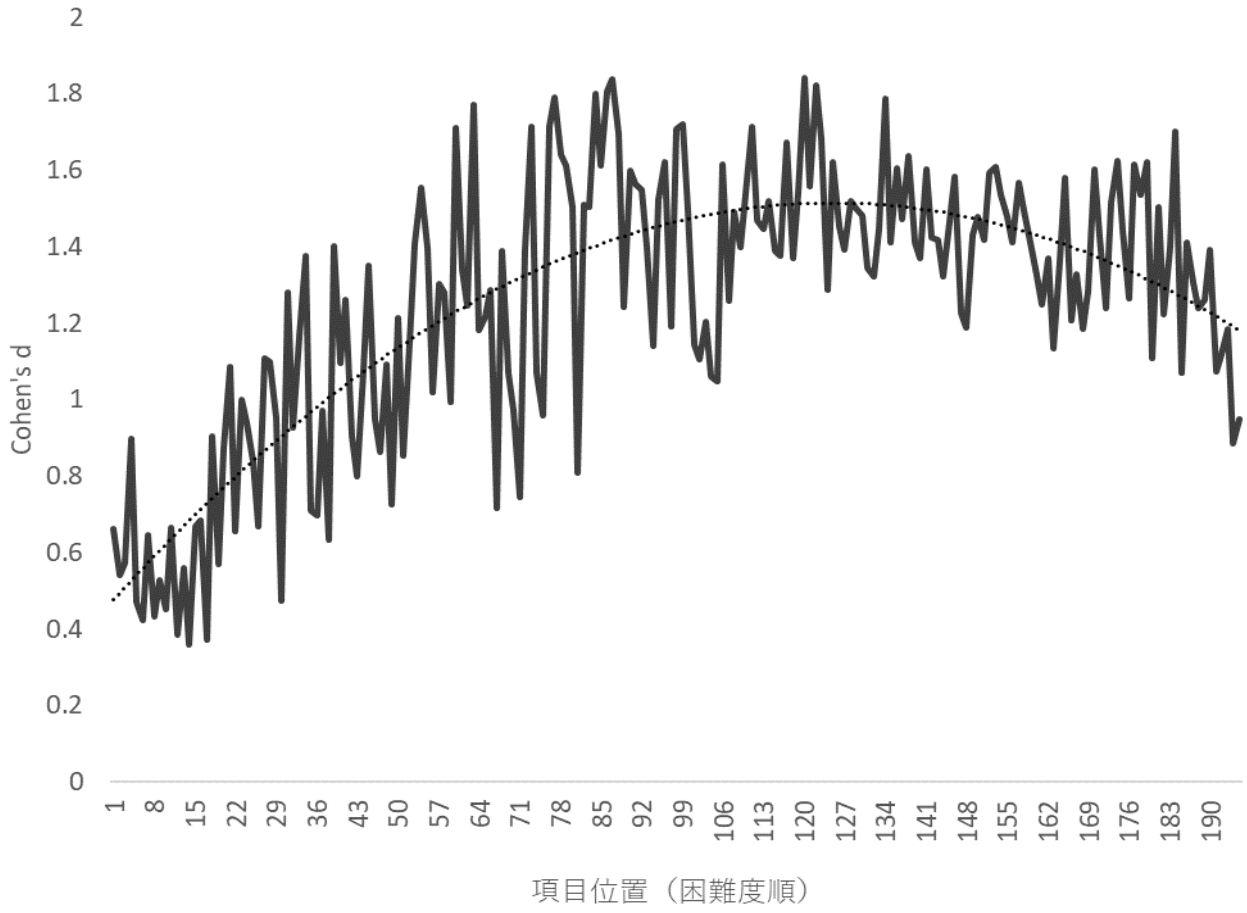


Figure 1　定型発達群と知的障害群の差の効果量 *d* と項目難易度の関連

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変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定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。

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

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れば、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

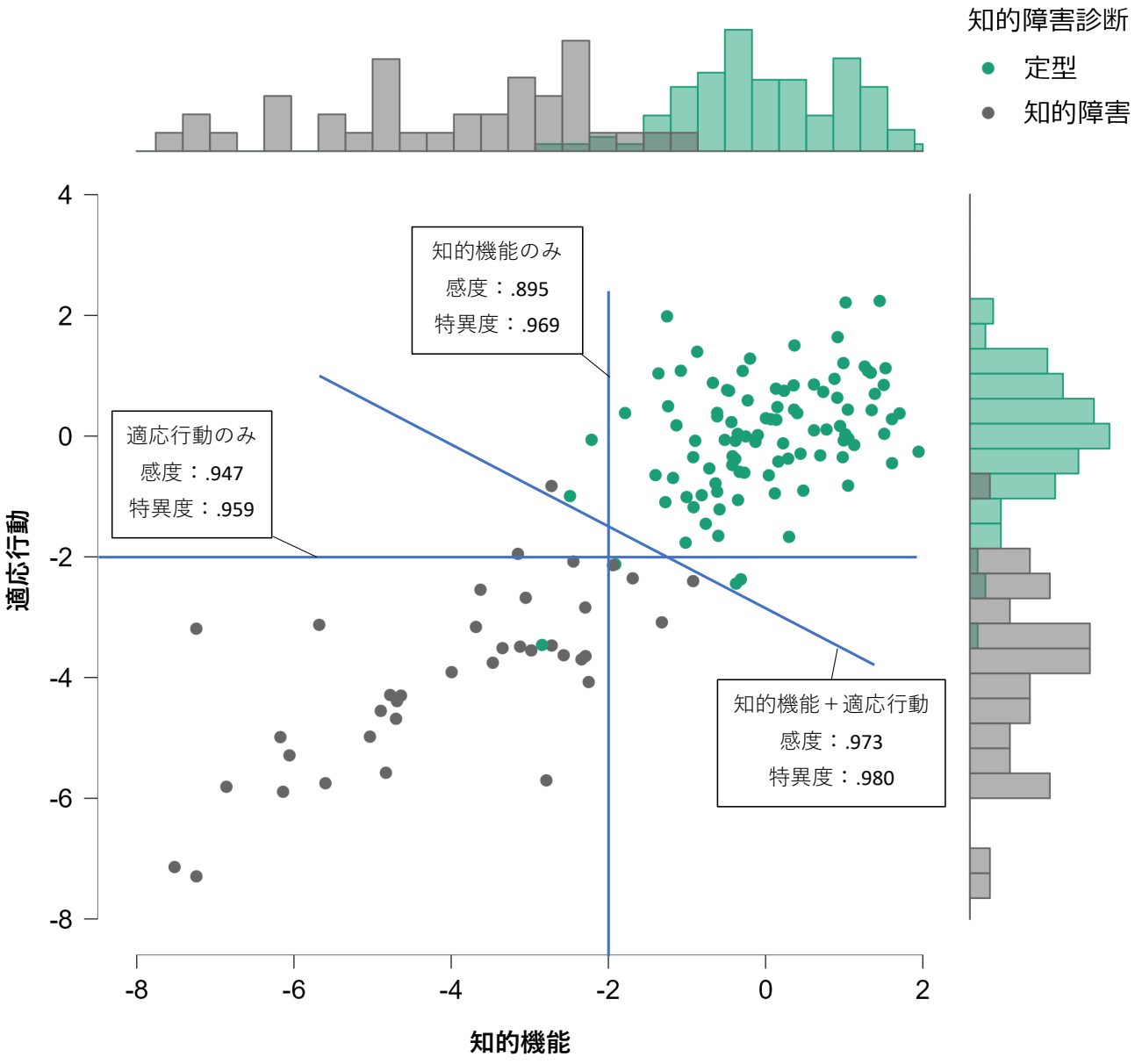


Figure 2　ABIT-CV による知的障害の診断の判別精度（幼児）

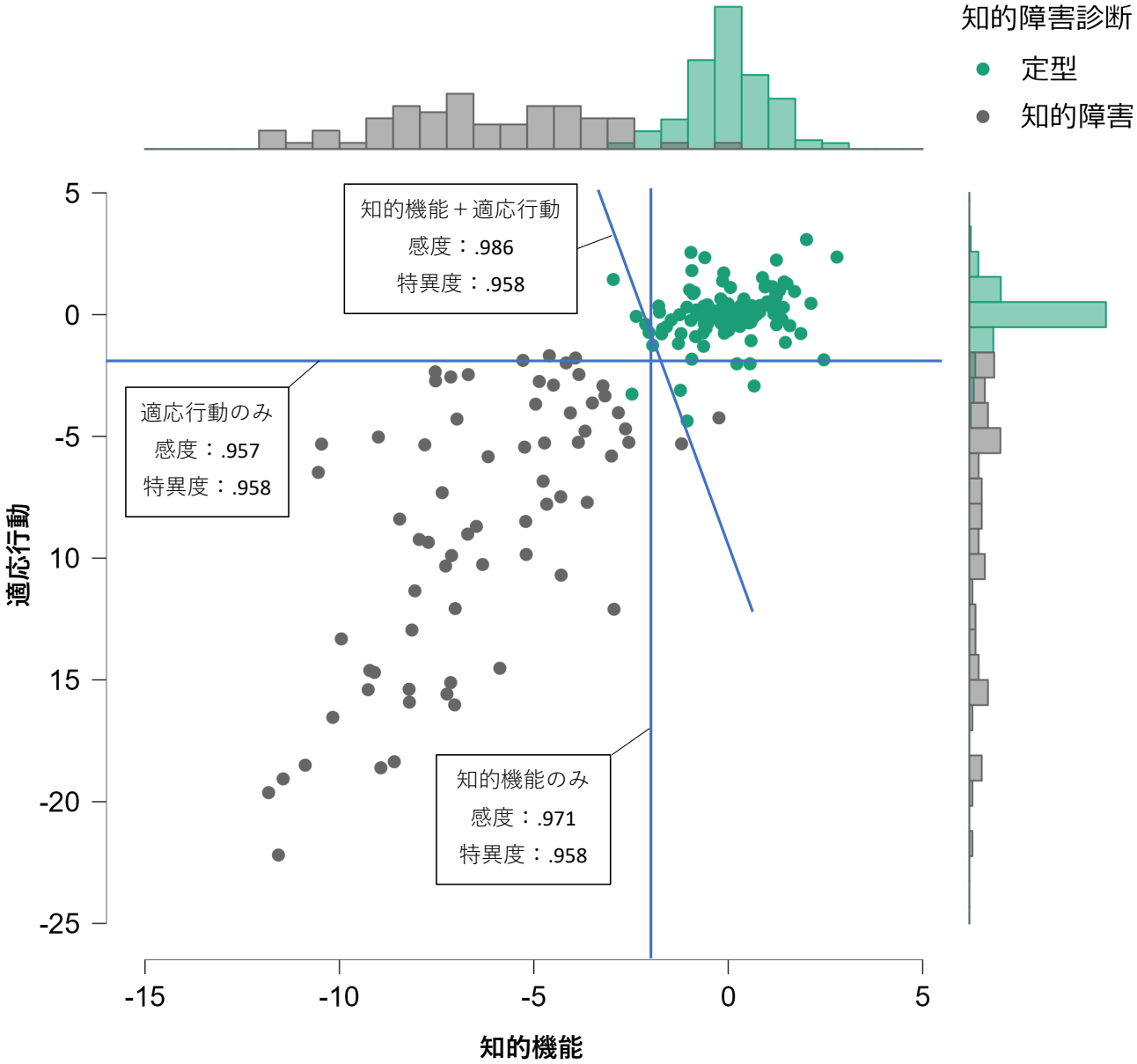


Figure 3　ABIT-CV による知的障害の診断の判別精度（児童青年）

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

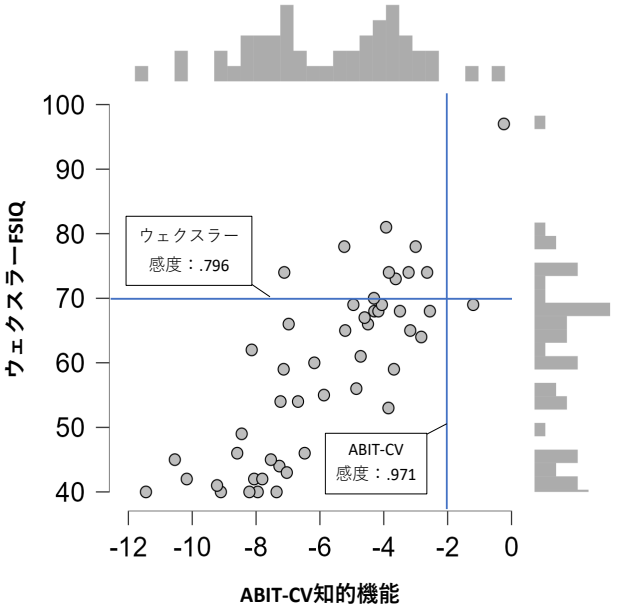


Figure 4　知的障害群における ABIT-CV 知的機能得点とウェクスラー式知能検査 FSIQ

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。

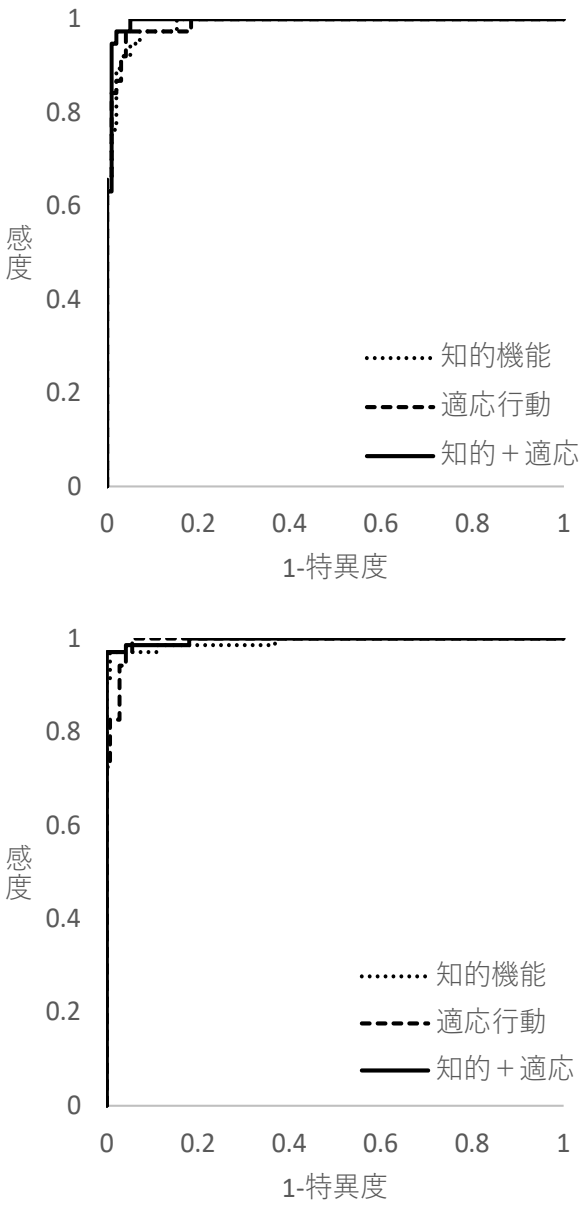


Figure 5　知的障害の診断に対する ROC 曲線
（上段が幼児、下段が児童青年）

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・惠良 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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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		修正済み項目-合計相関	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*		
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	

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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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	ジッパーを開け閉め	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	足を交互に使って階段を降りる	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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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」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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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 *d*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
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	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*	項目-合計相関	
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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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		修正済み項目-合計相関	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*		
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
	M	*SD*	*M*	*SD*	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		修正済み項目-合計相関	Cohen's d
	M	*SD*	*M*	*SD*		
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 ***

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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
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 ***	

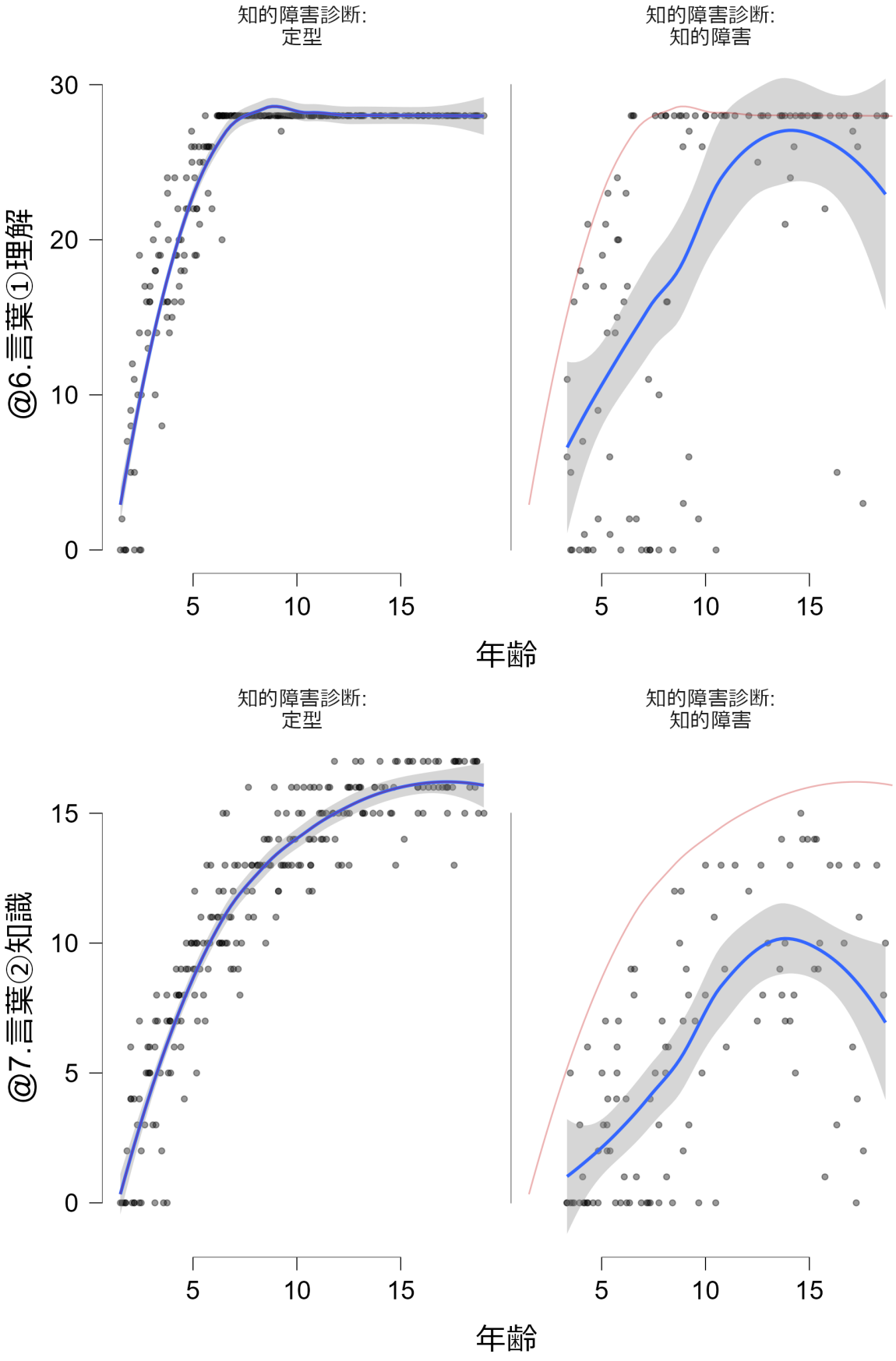
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
適応行動121	今日の曜日を答える	0.24	0.44	-0.51	0.72	.783	1.37 ***	
適応行動122	体温計を使って体温を測る	0.24	0.47	-0.52	0.70	.788	1.39 ***	
適応行動123	補助輪なしの自転車に乗る	0.25	0.52	-0.55	0.71	.672	1.37 ***	
適応行動124	すべてのひらがなを書く	0.23	0.49	-0.51	0.72	.753	1.29 ***	
適応行動125	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	自分や他人のプライバシーを理解	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 ***	

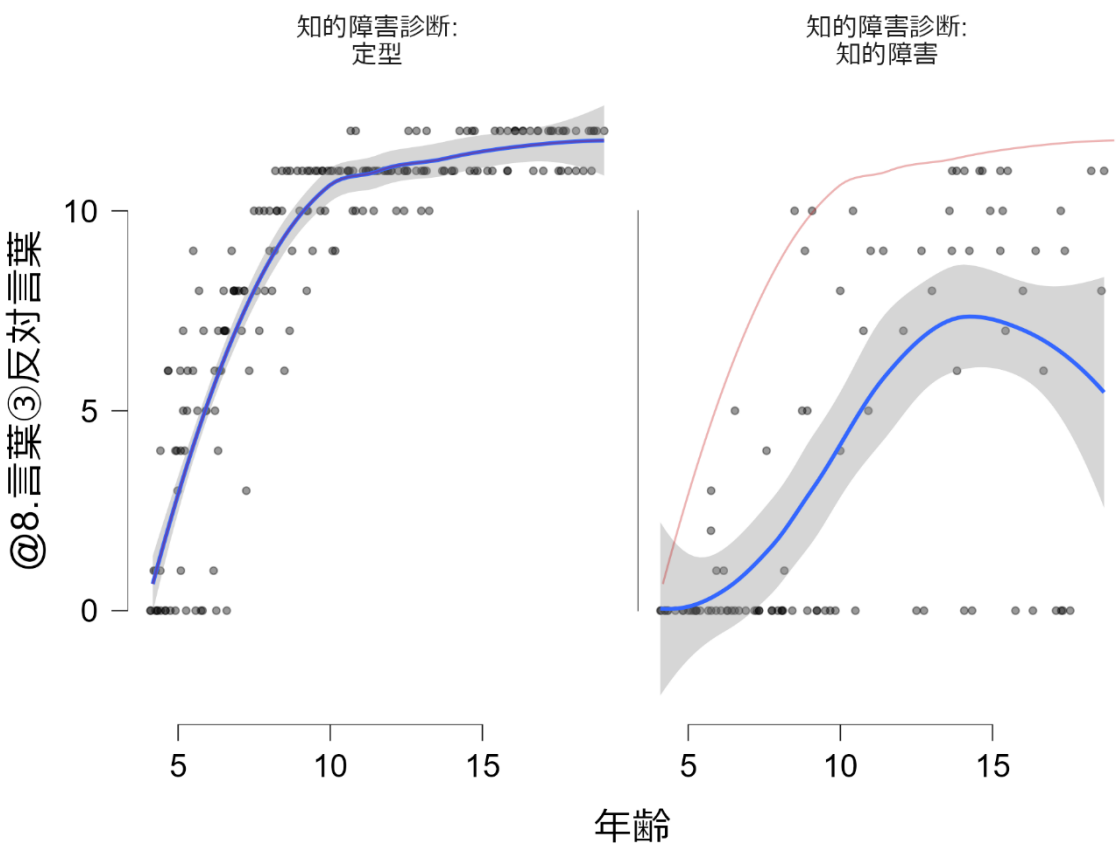
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
適応行動141	自分で電話をかける	0.27	0.47	-0.59	0.66	.701	1.59 ***	○
適応行動142	危険な活動を避ける	0.25	0.46	-0.56	0.74	.798	1.45 ***	
適応行動143	10以下の数の引き算	0.23	0.45	-0.51	0.75	.773	1.32 ***	
適応行動144	あいうえお順に単語を並べる	0.29	0.47	-0.63	0.69	.794	1.68 ***	○
適応行動145	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 ***	

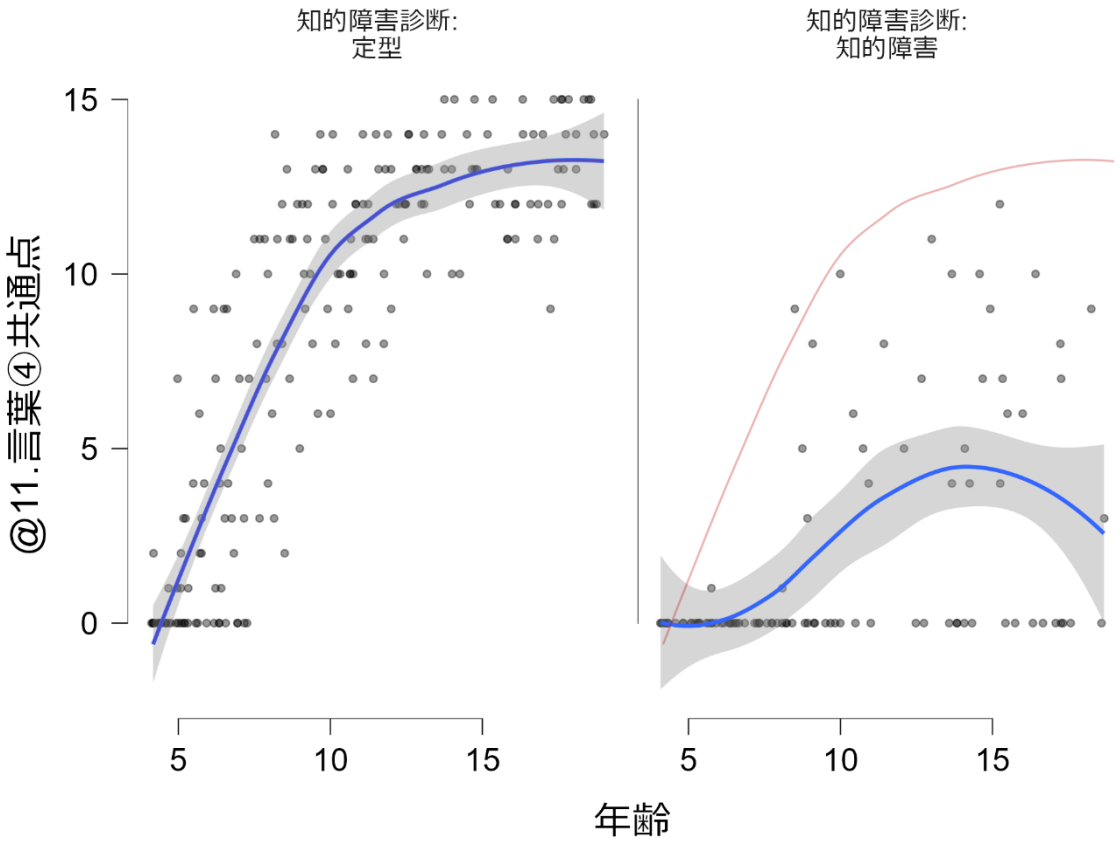
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's *d*	採用候補
		M	*SD*	*M*	*SD*			
適応行動161	硬貨の価値を正確に理解	0.25	0.43	-0.55	0.65	.695	1.57 ***	○
適応行動162	保護者に予定を話す	0.27	0.48	-0.60	0.65	.707	1.61 ***	○
適応行動163	小学２年生レベルの教材を理解	0.24	0.44	-0.53	0.67	.713	1.48 ***	○
適応行動164	床拭き、掃除機	0.22	0.49	-0.49	0.61	.662	1.33 ***	
適応行動165	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 ***	○

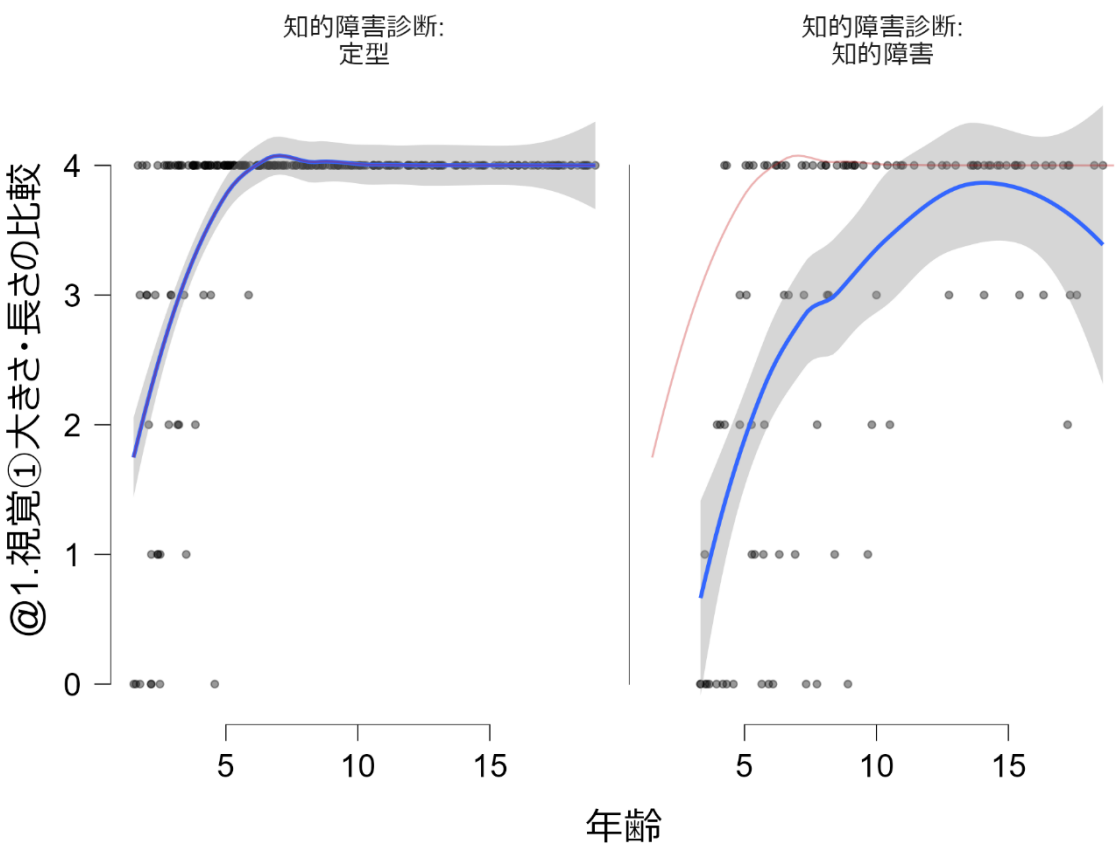
項目	概要	定型発達群		知的障害群		修正済み項目-合計相関	Cohen's d	採用候補
		M	SD	M	SD			
適応行動181	長期的な目標を述べる	0.23	0.49	-0.54	0.66	.600	1.43 ***	○
適応行動182	コンロやオーブンを使う	0.19	0.47	-0.43	0.55	.514	1.26 ***	○
適応行動183	原稿用紙２～３枚以上の文章を書く	0.26	0.44	-0.57	0.58	.516	1.70 ***	○
適応行動184	仲間に気遣いができる	0.27	0.51	-0.61	0.65	.631	1.58 ***	○
適応行動185	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 ***	

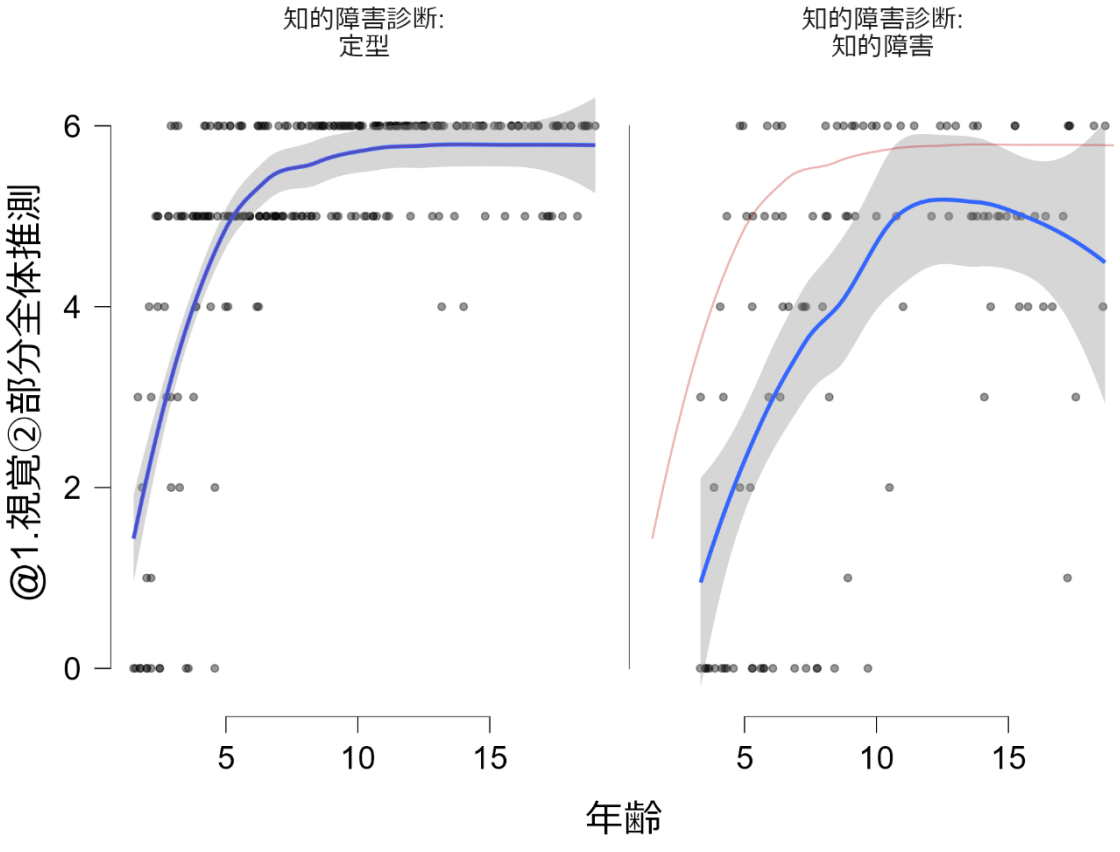
付録５　年齢による各課題・尺度得点の推移

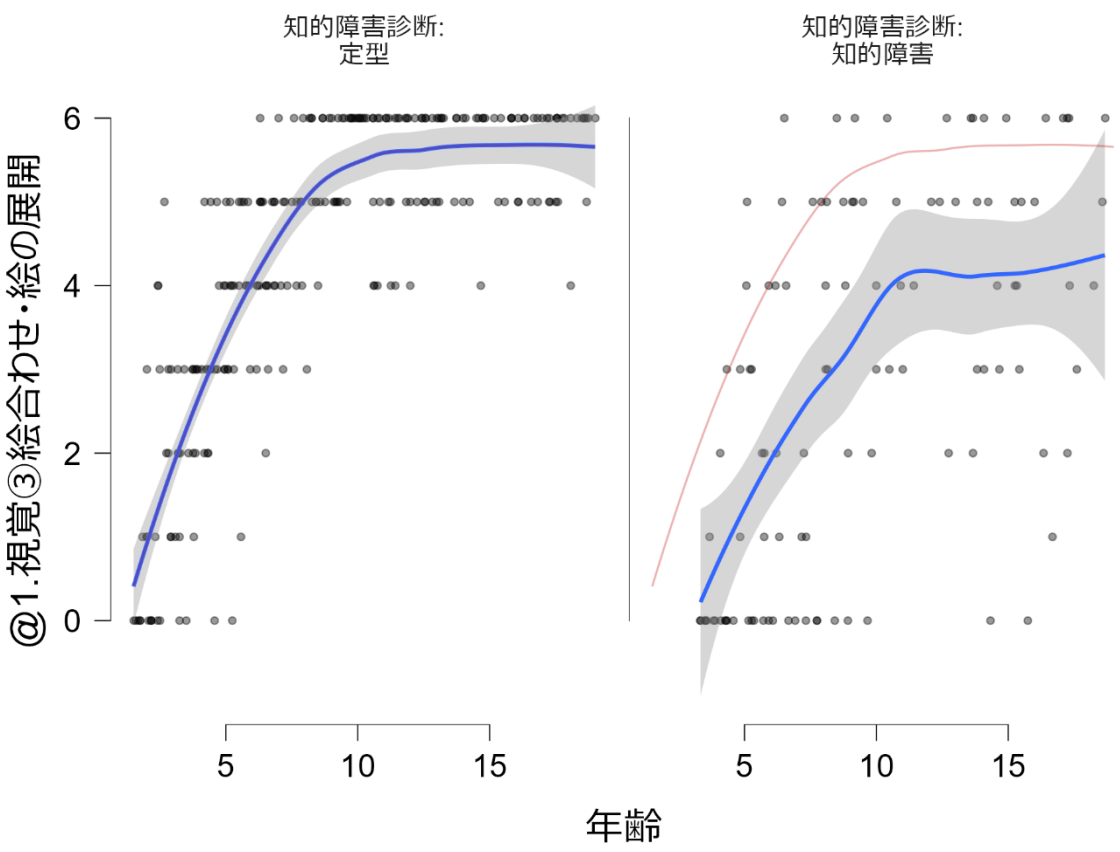


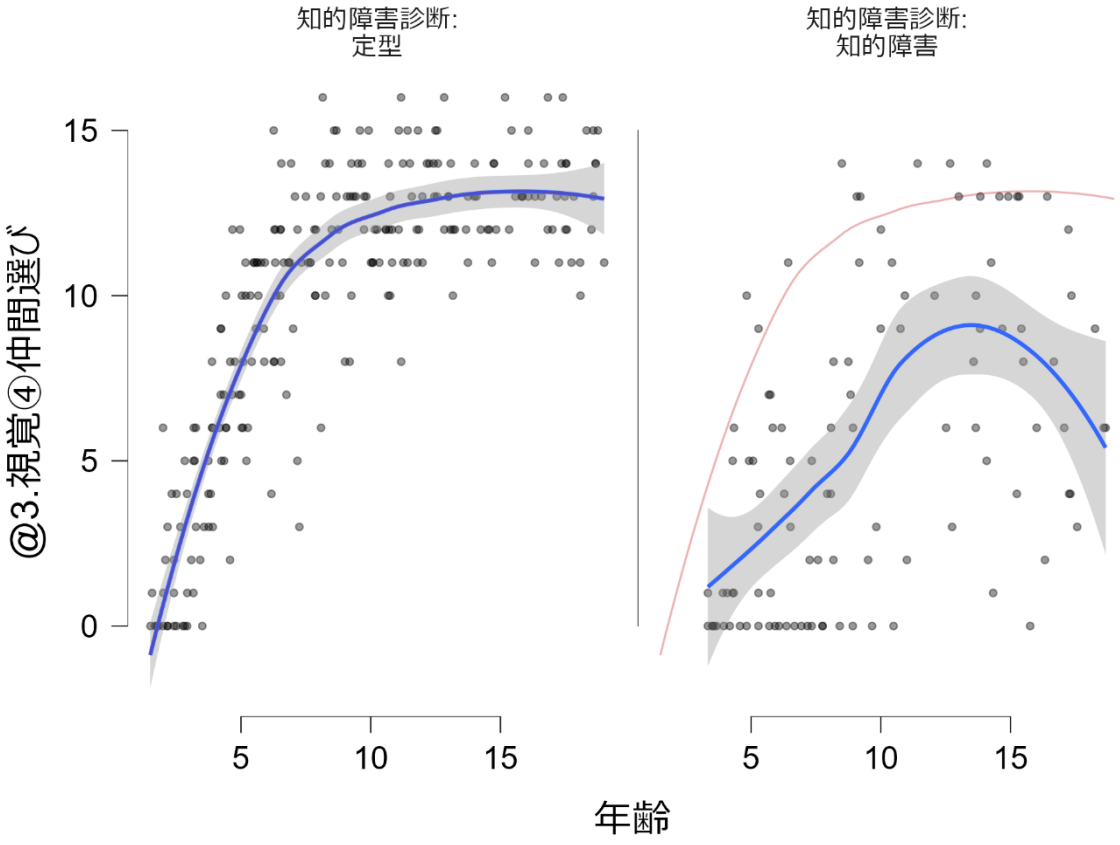

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@8.言葉③反対言葉
10
5
0
5
10
15
年齢

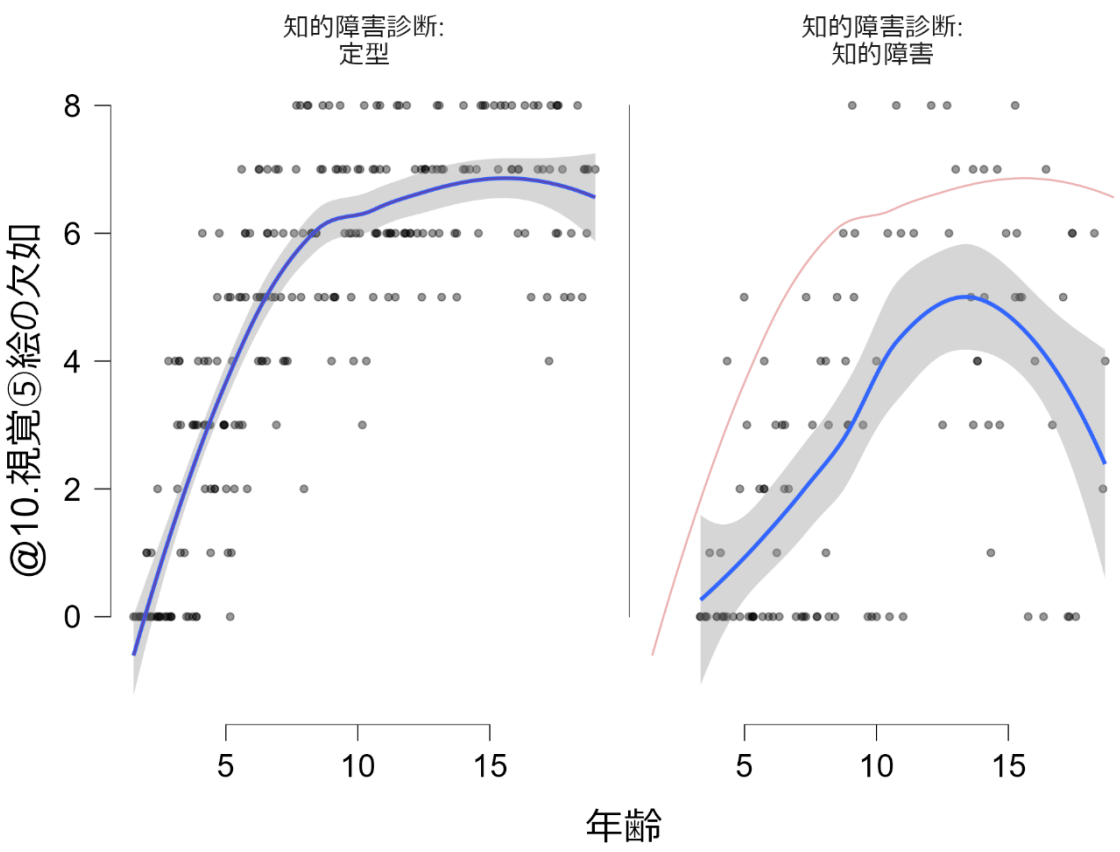

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@11.言葉④共通点
15
10
5
0
5
10
15
年齢

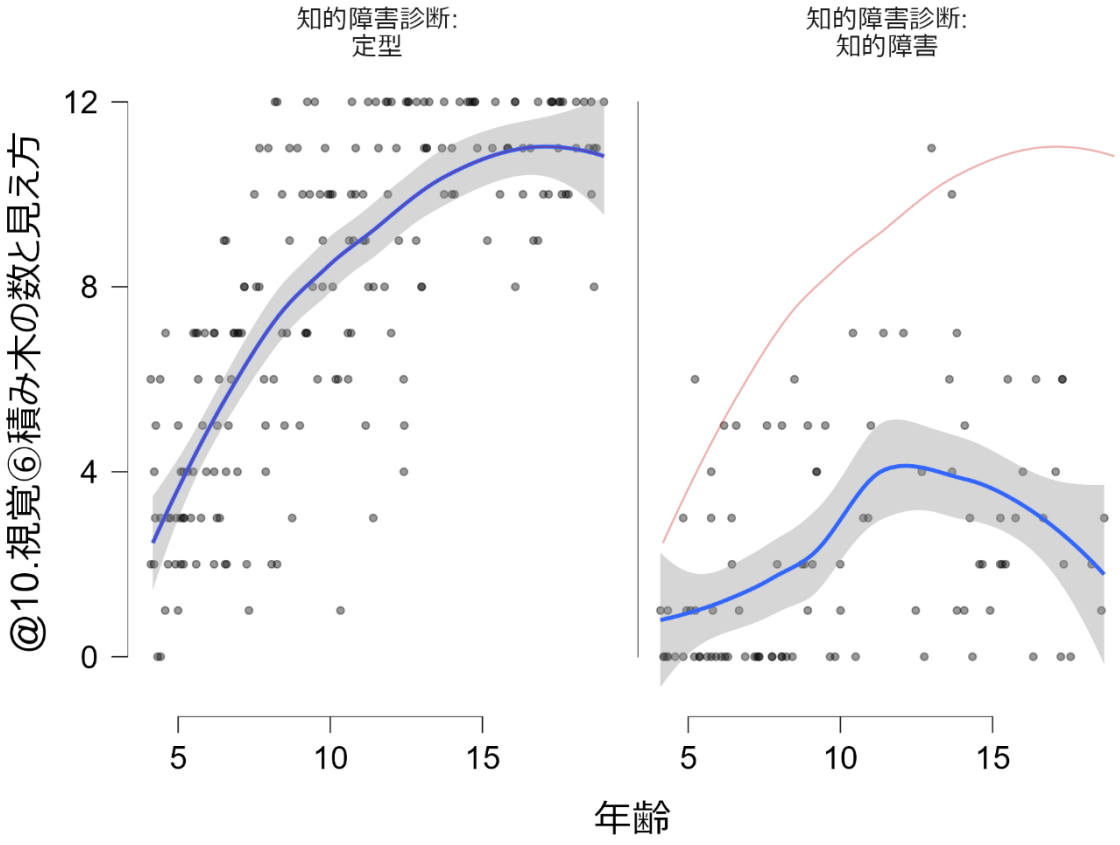

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@1.視覚①大きさ・長さの比較
0
1
2
3
4
5
10
15
年齢

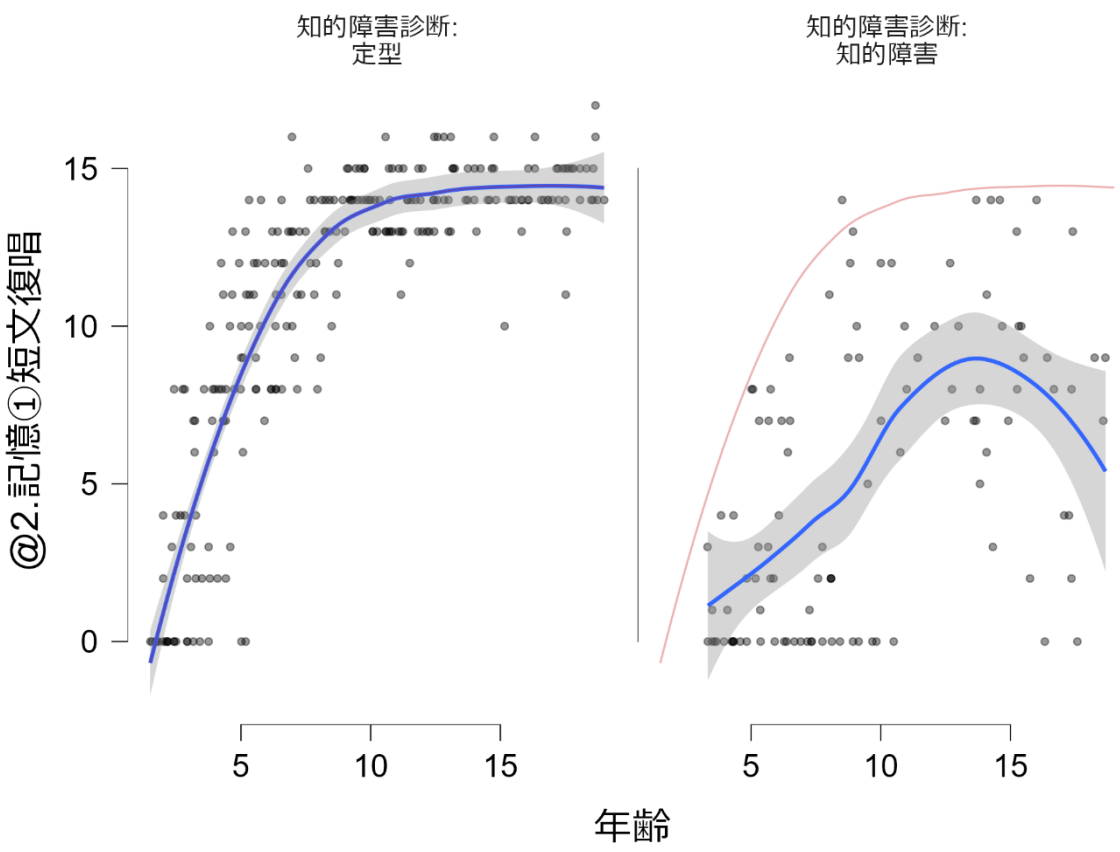

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@1.視覚②部分全体推測
0
2
4
6
5
10
15
年齢

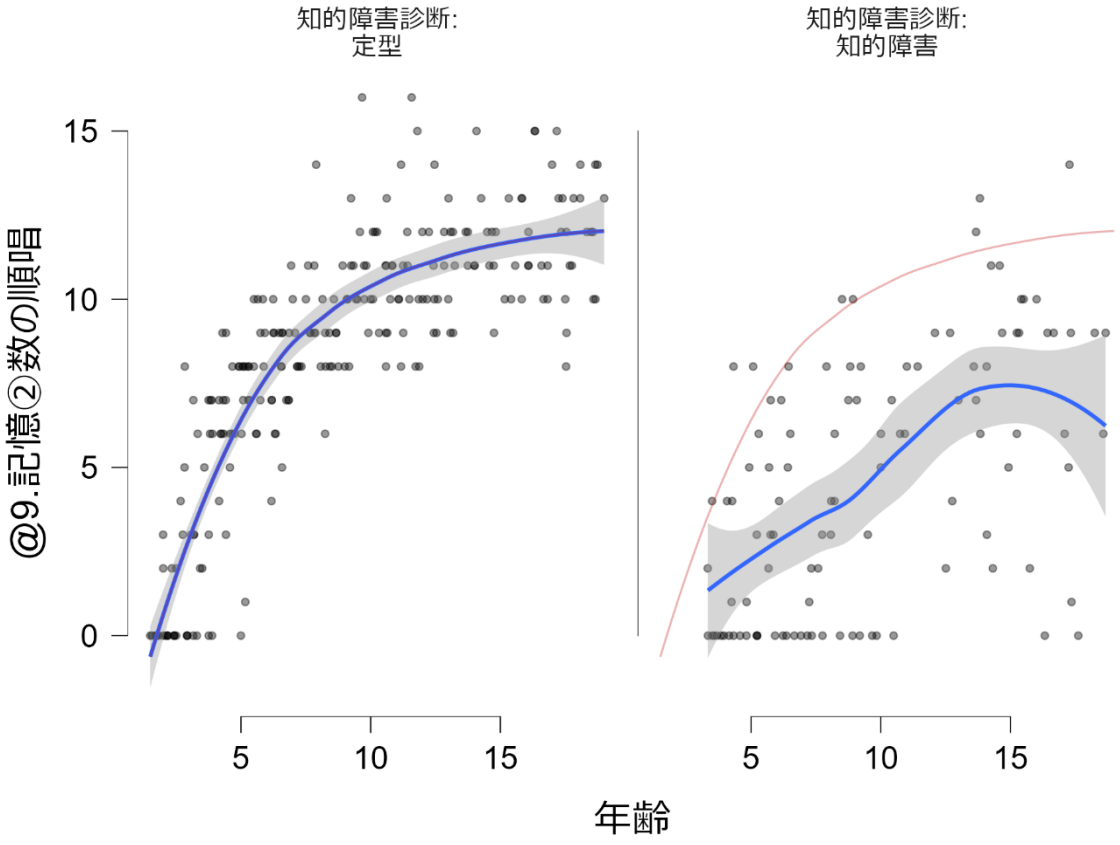

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@1.視覚③絵合わせ・絵の展開
0
2
4
6
5
10
15
年齢

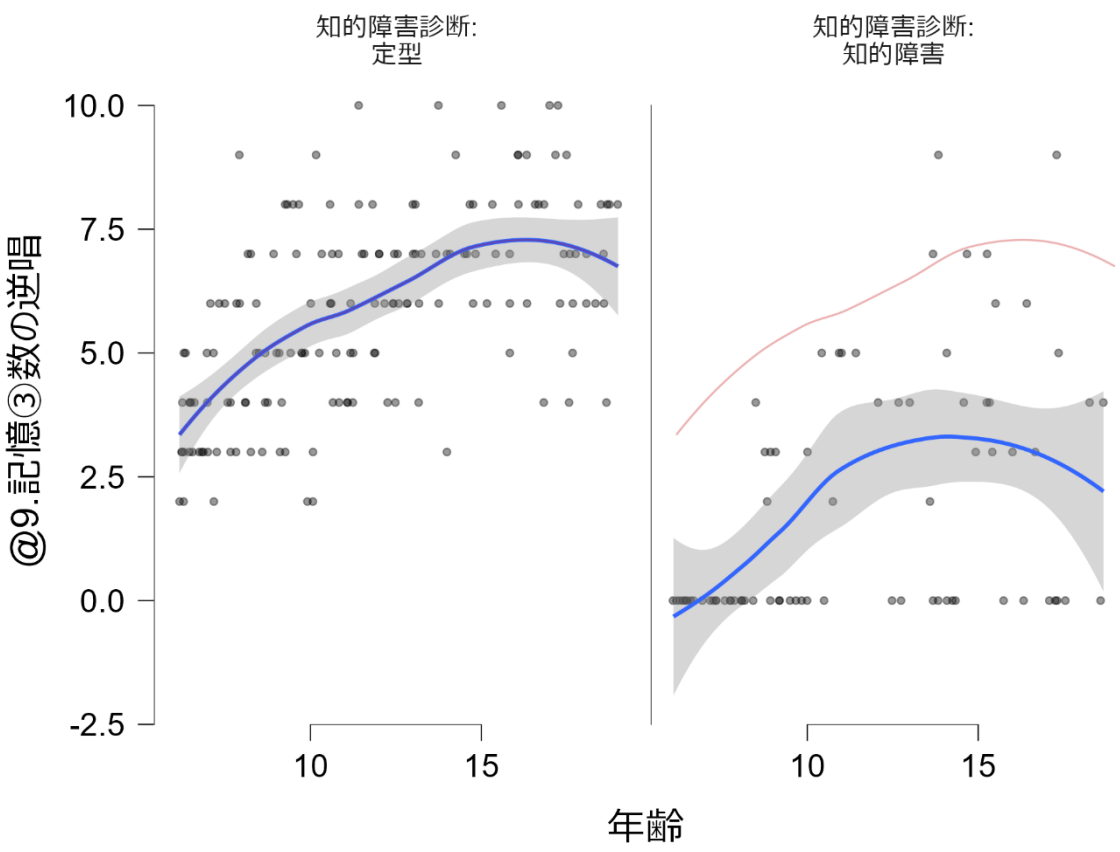

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@3.視覚④仲間選び
0
5
10
15
5
10
15
年齢

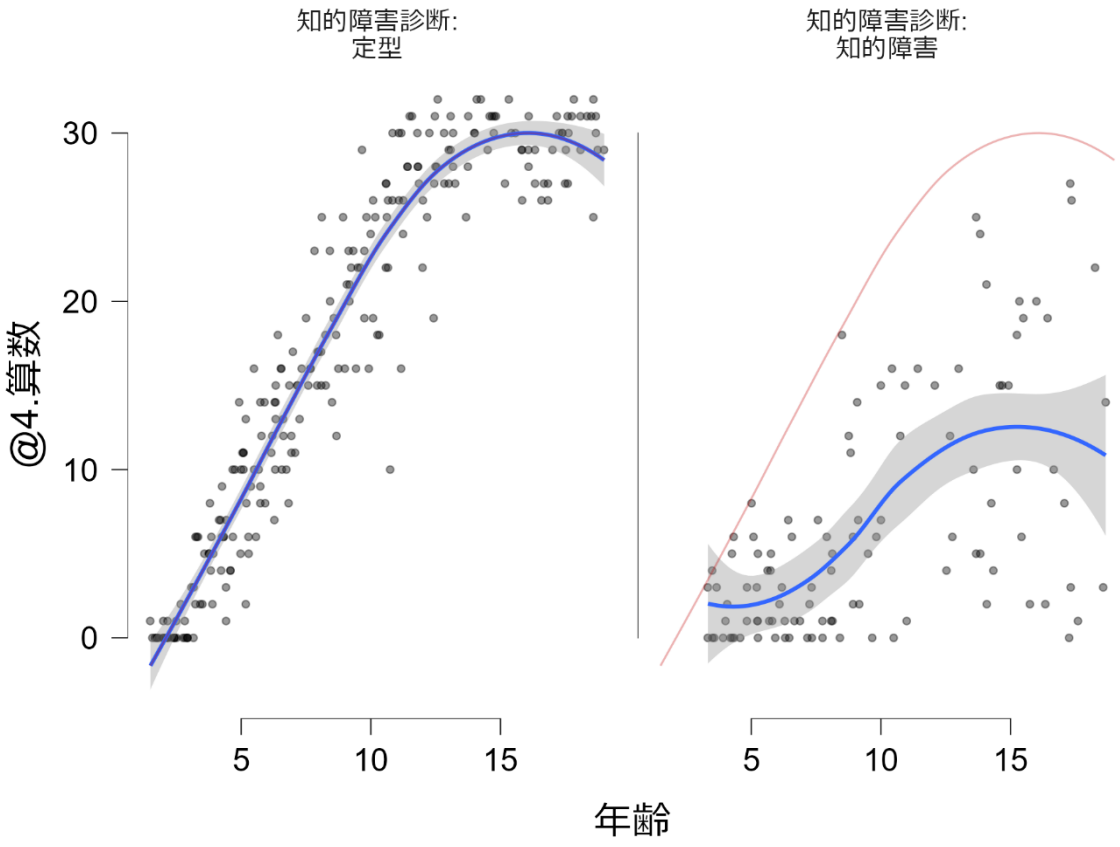

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@10.視覚⑤絵の欠如
0
2
4
6
8
5
10
15
年齢

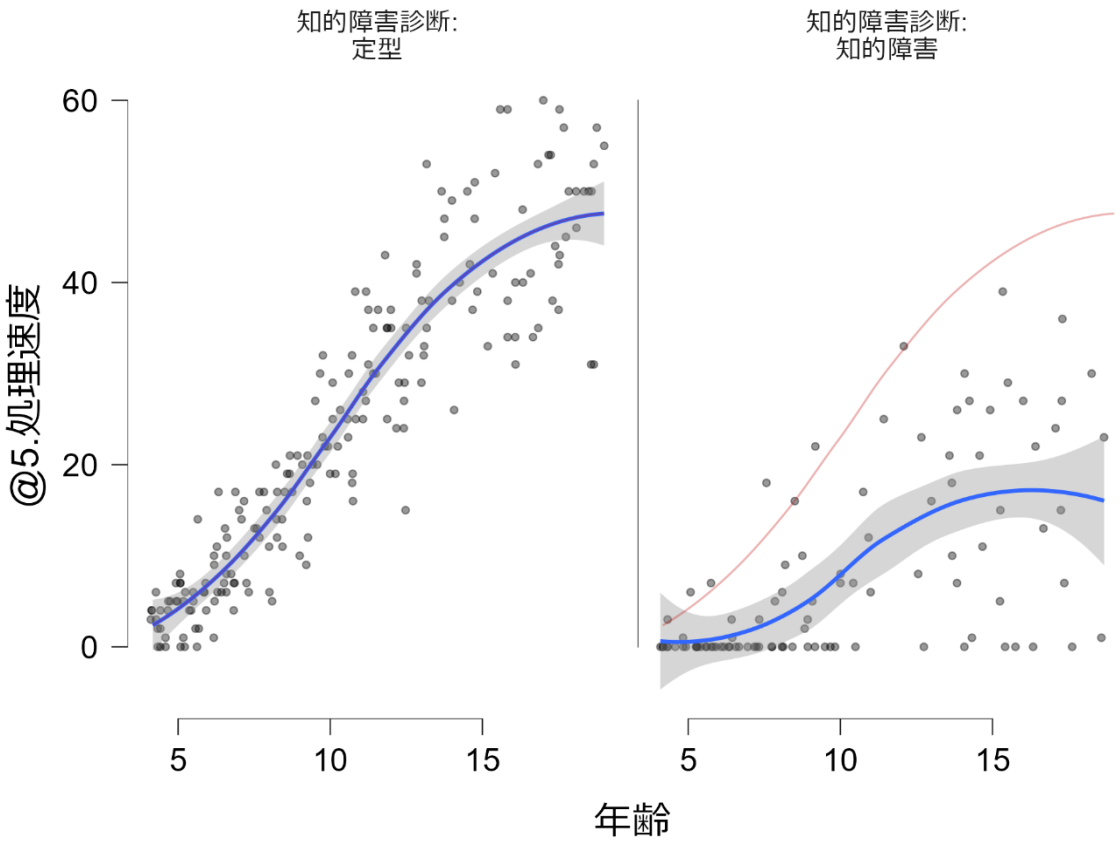

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@10.視覚⑥積み木の数と見え方
0
4
8
12
5
10
15
年齢

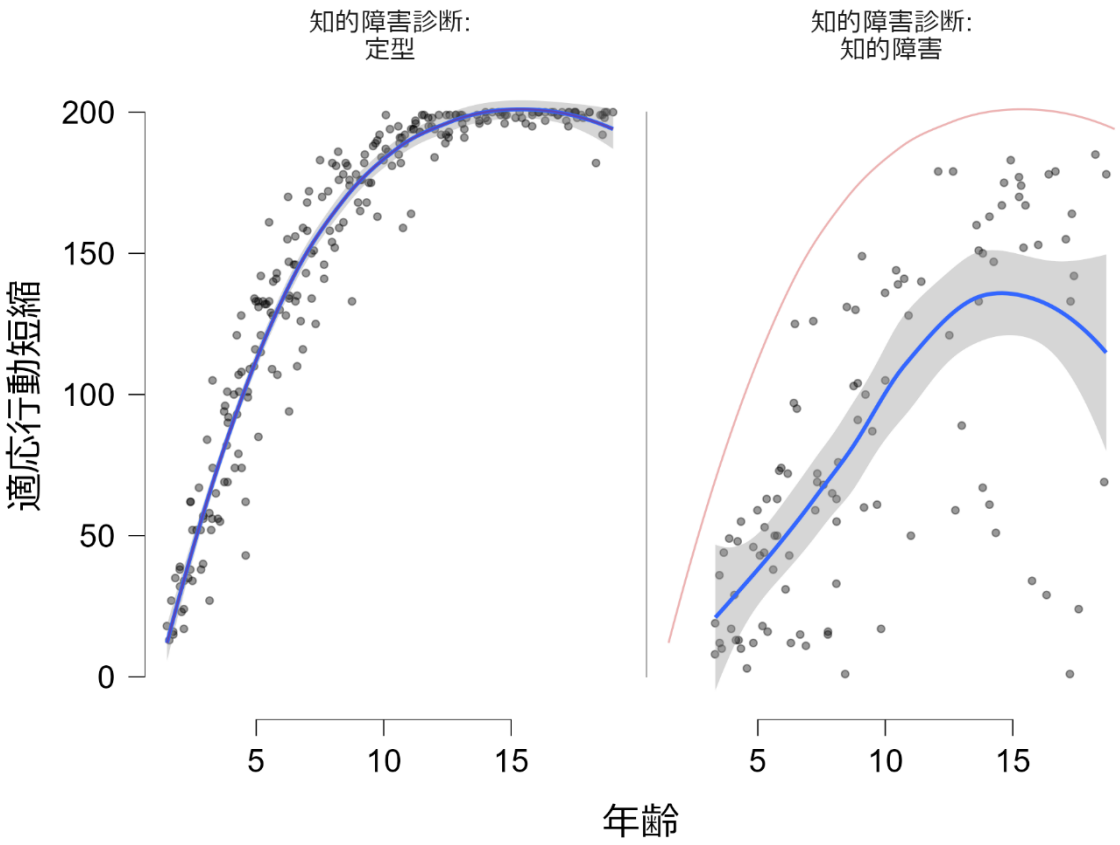

知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@2.記憶①短文復唱
0
5
10
15
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@9.記憶②数の順唱
0
5
10
15
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@9.記憶③数の逆唱
10.0
7.5
5.0
2.5
0.0
-2.5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@4.算数
30
20
10
0
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
@5.処理速度
60
40
20
0
5
10
15
年齢


知的障害診断:
定型
知的障害診断:
知的障害
適応行動短縮
200
150
100
50
0
5
10
15
年齢

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

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　人文学系

浜田　恵　中京大学 心理学部

髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科

明翫　光宜　中京大学　心理学部

研究協力者　足立　匡基　明治学院大学　心理学部

野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課

増山　晃大　愛知教育大学　心理講座

中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部

久保　尊洋　横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育

【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）について、昨年度のパイロット調査に基づいて改訂を行い、信頼性・妥当性の検証および標準化のための本調査を開始した。本調査の 1 年目にあたる今年度は、定型発達児者 291 名、知的障害児者 47 名を対象に調査を実施した。適応行動尺度と知的機能検査のいずれの尺度・課題についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。知的機能検査がウェクスラー式知能検査と高い相関（.787）を示した一方、適応行動尺度は Vineland-II と高い相関（.886）を示し、いずれも十分な収束的・弁別的妥当性を有することが確認された。定型発達群の平均- 2 標準偏差をカットオフとして、いずれの年齢群でもきわめて高い精度で知的障害の有無を判別しうることが示された（感度：.875～1.00、特異度：.979～1.00）。緘黙などにより発話が困難な幼児への対処として、発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合でも、知的障害の判別精度はおおむね維持されることが確認された。次年度調査では、低年齢サンプルを拡充し、どの月齢時点から ABIT-CV による知的障害の判定が可能となるかを検証する必要がある。

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）を呈する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。この制度は未だ法制化されていないため、療育手帳の判定方法および障害等級の基準は都道府県及び指定市の裁量で定められており、これまでの調査研究において、都道府県／指定市間に療育手帳の判定方法および交付基準にバラつきがあることが報告されている（例えば、村山・浜田，2022）。しかし、このような領域手帳に関する判定手続きおよび交付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ことがこれまでに報告されている（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2023；櫻井，2000）。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。

これに加えて、近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification of Diseases：ICD）が変更され、2022年1月から発効している。これに伴い、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の2点である（World Health Organization, 2022）。

手帳判定での知的機能／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。一方、今回改定された新版（ICD-11）では、知的発達症の診断には知的機能および適応行動の評価が必須となっている（World Health Organization, 2022）。

しかし、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、児童相談所等の療育手帳の交付判定を行う機関（$n = 210$）を対象とした近年の調査（2023年度に実施）では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たない（49.0%）（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2024）。これと合致する知見はこれまでにも複数報告されている（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング，2023；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。

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。

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。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。国内で利用できる知能検査で言えば、ウェクスラー式知能検査や K ABC-II などがノルム化検査に該当する。

現在、療育手帳の判定では、このノルム化検査ではなく、非ノルム化検査（検査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）。これと合致するように、児童相談所等の療育手帳の交付判定を実施する機関（$n = 210$）を対象とした調査では、9 割以上（94.8%）の機関がビネー式知能検査（田中ビネーV など）を、6－7 割の機関が発達検査（新版 K 式発達検査など）を判定で使用している一方で、ノルム化検査であるウェクスラー式知能検査の利用は全体の 4 割強に留まる（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024）。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）。これらのことから、療育手帳の交付判定を行う多くの機関では、知的機能の評価は主に非ノルム化検査により実施されていると考えられる。

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複数の調査において、Vineland-II 適応行動尺度を利用する機関／自治体は 5－6%に留まっている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024；社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

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。2022 年度に我々が行った調査では、療育手帳の交付受けている児者（$n = 83$）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）。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）。

加えて、一部の都道府県や指定市では、知的発達症以外の神経発達症の特性に基づき療育手帳の交付が認められている。ある自治体では、知的発達症以外の神経発達症（例えば、自閉スペクトラム症）の診断を持つ子ども（18 歳未満）に対して、知的発達症の特性を呈する児者とは異なる手帳区分が策定されている。さらに、当該自治体において、療育手帳の新規交付児（18 歳未満）のおよそ 3 割がこの区分に該当することも報告されている（以上、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング, 2024）。これと合致するように、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）。これらの結果は、療育手帳制度の通知に従い、知的発達症の特性を呈する児者のみに対して療育手帳の交付を認める自治体がある一方で、療育手帳制度に関する通知とは合致しない対象にまで療育手帳の交付を公然と認める自治体もあることを示すものである。

これらの結果を勘案すると、療育手帳の交付は申請児者の居住地により左右されている恐れがある。言い換えれば、知的発達症に留まらず、他の神経発達症（自閉スペクトラム症など）の特性を呈する児者が受けられる福祉・教育的支援は、地域間で不平等・不公平な状況にあると考えられる。そのため、療育手帳の判定・交付に係る統一化は、都道府県及び指定市間の知的発達症および他の神経発達症の特性を呈する児者に対する教育・福祉的支援の公平性を図ることにもつながり得る。

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、3 か年に渡る本研究は 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。

本年度の研究目的

事業 1 年目であった昨年度は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、幼児版および児童青年／成人版 ABIT-CV のプロトタイプ版を開発した。2－3 年目にあたる本年度（2023 年度）および 2024 年度は、昨年度調査をもとに項目の追加・修正を施した ABIT-CV の正式版を作成し、標準化（標準得点のノルムの設定）および信頼性・妥当性の検証を行う。今年度の報告書では、現時点で収集されたデータに基づく中間報告として、項目分析、信頼性（内的整合性）、得点の月齢推移、ノルムの設定、併存的妥当性、知的障害の判別精度（判別分析および感度・特異度の検証）について報告する。とりわけ、以下の 2 点について重点的に検証した。

第 1 に、低年齢（特に 1-2 歳）向けの検査項目を拡充し、その有効性を検証した。昨年度の調査では、ABIT-CV が知的障害を高い精度で判別しうることが確認されたが、低年齢層における精度については課題が見られた。これを踏まえ、今年度調査では、適応行動と知的能力の双方について低年齢向けの検査項目を拡充し、低年齢層での判別精度の改善について検証した。

第 2 に、発語がない子どもへの対応として、言語表出を必要としない課題のみでの判別精度を検証した。本年度実施した療育手帳の判定・交付機関の職員を対象とし複数回開催した ABIT-CV の説明会の事後アンケートや、一部の自治体からの ABIT-CV に関する質問には、表出言語スキル（発話スキル）があるにも関わらず緘黙等の精神症状によって、知能検査の実施が不可能であるケースにおける検査実施のあり方に関する質問が挙げられている（本年度の研究分担報告「ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－」を参照）。これを踏まえ、本年度の報告書では、検査児者の発話を必要としない下位検査群における知的発達症の判別精度を検証する。

B. 方法

1. 参加者

ABIT-CV の標準化および信頼性・妥当性の検証のため、定型発達児者および知的障害児者を対象とした調査を実施した。

定型発達群　定型発達群の調査対象者の募集は民間リサーチ会社に委託した。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、知的障害や発達障害の診断を受けていない児者とその保護者または同居者（配偶者など）に対して調査協力を依頼した。317 名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の疑いを指摘されている、もしくは、検査に不備があった 26 名を分析から除外し、291 名（男性 150 名、女性 141 名）を分析対象とした（Table 1）。

知的障害群　知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者（以下、保護者等と記す）に調査協力を依頼した。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。56 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を受けていないことが確認された 9 名を分析から除外し、47 名（男性 11 名、女性 36 名）を分析対象とした（Table 1）。ただし、低年齢段階では知的障害の疑いが濃厚であっても確定診断を受けていないケースが多いこと

Table 1　参加者の内訳

年齢	定型発達群	知的障害群	その他	合計
幼児				
1	15	1	0	16
2	14	4	2	20
3	13	3	2	18
4	21	6	2	29
5	21	7	2	30
6	12	6	5	23
小計	96	27	13	136
児童・青年				
6	8	0	0	8
7	23	0	2	25
8	19	0	0	19
9	18	0	2	20
10	15	0	4	19
11	17	0	3	20
12	14	0	3	17
13	13	0	2	15
14	7	0	2	9
15	8	0	1	9
16	12	0	1	13
17	10	0	0	10
18	5	0	0	5
小計	169	0	20	189
成人				
20-29	4	7	1	12
30-39	7	6	1	14
40-49	3	2	0	5
50-59	5	1	0	6
60-69	7	4	0	11
小計	26	20	2	48
合計	291	47	35	373

から、ダウン症など通常知的障害をともなう疾患を有する場合は、正式な診断を受けていなくても対象に含めた。また、外在基準との相関に基づく併存的妥当性の検証にあたっては、上記の 9 名も分析に含めた。なお、年齢層ごとに重点的に妥当性の検証を行うため、今年度調査では幼児と成人のみを募集対象とした。

2．ABIT-CV の改訂

ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。開発経緯や実施手順の詳細については昨年度の報告書を参照されたいが、今年度調査では昨年度調査の結果を踏まえ、各パートの一部改訂を行った上で実施した。

知的機能検査　知的機能検査は、CHC（Cattell-Horn-Carroll）モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、当初 15 種の課題が作成されたが、昨年度調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された 9 課題を選定して使用した（Table 2）。このうち、4 課題は全年齢で実施され、4 課題は幼児期、1 課題は児童期以降でのみ実施される。一方、昨年度調査では、低年齢層（1-2 歳）において定型発達児であっても課題場面への適応が難しいケースが少なくないことが確認されたため、日常的なやり取りや遊びの文脈の中で反応を観察する「トドラー課題」を新たに作成し、1-2 歳児（以下、トドラーと記す）のみを対象に実施した。また、「視覚① 大きさ・長さの比較」についても、より難易度の低い 4 つの問題を追加した。なお、視覚①、視覚②、視覚③の 3 課題については、課題内容や難易度の点で類似性が高く、得点の相関も高いことから、分析上は 1 つの課題として統合して処理する。

適応行動尺度　適応行動尺度は、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、当初 195 項目が作成された。しかし、昨年度調査において、1 歳時点で定型発達児の粗点合計の平均値が下限の 0 に近づくことが示され、十分な精度で知的障害の判別を行うのが困難であることが示唆されたため、新たに想定通過月齢が 0 歳および 1 歳の計 25 項目を追加した（Table 3）。

Table 2　ABIT-CV 知的機能検査の構成

課題	概要	問題数			実施順			ウェクスラー式検査の対応指標	CHCモデルの対応因子
		旧版	追加	合計	トドラー	幼児	児童-成人		
トドラー課題	簡単なやり取りや遊びの中で反応を観察		11	11	1	-	-		
視覚								視空間	視覚処理
①大きさ・長さの比較	複数の図形の大きさや長さを比較	4	4	8	2	1	-		
②部分全体推測	絵の一部から全体を推測	6		6	3	2	-		
③絵合わせ・絵の展開	形の合う図形・絵の展開図を選択	6		6	4	3	-		
④仲間選び	同じ概念に属する絵を選択	15		15	6	5	-		
⑤積み木の数と見え方	積み木の数と特定方向からの見えを推測	12		12	9	8	4		
言葉								言語理解	結晶性知能
①知識	一般的な知識に関する質問に解答	17		17	8	7	3		
②共通点	２つの言葉の共通点を答える	15		15	-	-	5		
記憶	短い文章を復唱	16		16	5	4	1	ワーキングメモリ	短期記憶
算数	算数の文章題に暗算で解答	32		32	7	6	2	流動性推理	流動性知能
合計		123	15	138	123	112	92		

Table 3　ABIT-CV 適応行動尺度の構成

	項目数		
	旧版	追加	合計
領域			
コミュニケーション	72	7	79
日常生活スキル	55	4	59
社会性	46	6	52
運動スキル	22	8	30
想定通過月齢			
0歳	5	22	27
1歳	20	3	23
2歳	28		28
3歳	25		25
4歳	27		27
5歳	18		18
6歳	30		30
7歳	18		18
8-9歳	16		16
10歳以上	8		8
合計	195	25	220

3. 外在基準

ABIT-CV の併存的妥当性の検証のために、知的障害群の参加者に対しては、ABIT-CV と併せて、ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度を実施した。

ウェクスラー式知能検査　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（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。

Vineland-II　日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）を用いて適応行動（自立した社会生活を営む上で必要となる一群の行動）を測定した。Vineland-II は国際的に最も広く利用されている適応行動尺度の一つであり、日本版についても、内的整合性、再検査信頼性、評価者間信頼性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性、臨床群（発達障害者、視覚・聴覚障害者）の得点パターンなどに基づいて、包括的に信頼性・妥当性が確認されている。

Vineland-II は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接（聴取する項目はあらかじめ決められているが、面接の流れや質問の表現は状況に応じて調整できるタイプの面接）の形式で実施される。Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれているが、本研究では適応行動尺度のみを使用した。適応行動尺度は、4 領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）、11 下位領域（受容言語、表出言語、読み書き、身辺自立、家事、地域生活、対人関係、遊びと余暇、コーピングスキル、粗大運動、微細運動）から構成され、それぞれの下位領域には 20〜50 程度の調査項目が含まれる。各項目は、具体的な適応行動を記述したものであり（例：事務的な手紙を書く、必要に応じて衣類を洗う、自分のお金を管理する等）、それぞれについて 2（具体的な援助や指示がなくとも、通常または習慣的に実施している）、1（具体的な援助や指示がなくとも、時々または部分的に実施している）、0（まったくまたはほとんど実施しない、または援助や指示がなければまったく実施しない）の 3 段階で評定が行われた。

4. 手続き

調査の実施前に、参加者および保護者等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）。

調査は臨床心理士／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 の開発に携わった分担研究者が検査者に ABIT-CV の実施方法を教授した。ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 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 の知的機能検査およびウェクスラー式知能検査は参加者本人、ABIT-CV の適応行動尺度および Vineland-II は参加者の保護者等を対象に実施した。参加者が子どもの場合、参加者および保護者の希望を尊重したうえで、保護者は参加者と同室もしくは別室で尺度に回答した。

定型発達群については参加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。知的障害群については、検査終了後に謝礼（10,000 円／組）が手渡された。

5. 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得た上で調査が実施された（受付番号：202208）。調査実施前に、参加者および保護者等に対して、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上で、参加者本人および保護者等から本研究の参加について書面での同意を得た。

6. 分析の方針

以下の 6 つの手順でデータ分析を進めた。第 1 に、ABIT-CV の各検査項目（知的機能検査 10 課題の 138 項目および適応機能尺度の 220 項目）、とりわけ新たに追加された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った。第 2 に、ABIT-CV の信頼性を検証するため、内的整合性の指標である α 係数を算出した。第 3 に、ABIT-CV によって知的機能・適応機能の発達的変化を的確に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 4 に、各課題・尺度について、発達的変化を考慮した標準得点を算出するための暫定的なノルムを設定した。第 5 に、ABIT-CV の併存的妥当性の評価のため、各課題・尺度の標準得点とウェクスラー式知能検査および Vineland-II との相関を検証した。第 6 に、ABIT-CV による知的障害の判別精度を検証するため、各課題・尺度の標準得点を説明変数、知的障害の診断を目的変数とする判別分析を行うとともに、定型発達群における平均値－2 標準偏差をカットオフとする感度・特異度を算出した。

C. 結果と考察

1. 項目分析

各尺度・課題を構成する項目が有効に機能しているかを 2 つの観点から評価した。第一に、定型発達群と知的障害群の記述統計量と平均値差の効果量 d を算出した。効果量 d が大きいほど、当該項目が定型発達群と知的障害群の判別に有効な項目であり、尺度の妥当性に貢献することを示唆する。第二に、各項目の得点と同尺度を構成する他の項目の合計得点の相関である I-R 相関を求めた。I-R 相関が大きいほど、尺度の内的整合性を高め、信頼性に貢献する項目であることを意味する。

結果を付録 1〜9 に示す。大部分の項目では効果量 d や I-R 相関が十分に高い値を示しているが、適応行動尺度の低年齢向けの項目や知的機能検査の高難易度の項目では、得点分布の偏りによる床効果や天井効果の影響もあり、値が低い傾向が見

られる。このうち、知的機能検査の高難易度の項目については、尺度の信頼性・妥当性に貢献しないことに加え、(一般人口における知能の個人差の評価ではなく)知的障害の判別というABIT-CVの利用目的にも適しておらず、項目の修正または削除を検討する必要がある。一方、適応行動尺度の低年齢向け項目については、現時点で低年齢サンプルを十分に収集できておらず、得点の分散が得られていないことから、数値が過小推定されている可能性があるため、現時点で項目の有効性を判断することは困難である。次年度調査で低年齢サンプルを拡充した上で改めて検証を行う必要がある。

2. 信頼性

適応行動尺度および知的機能検査の各課題について、内的整合性に基づく信頼性の指標であるα係数を算出した(Table 4)。適応行動尺度では幼児が.992、児童-成人が.986、知的機能検査全体では幼児が.977、児童-成人が.986という高い内的整合性が示され、下位検査単位でも全ての課題が.80を超える十分な値を示した。

3. 発達的変化

各尺度・課題について、年齢を横軸、粗点を縦軸とする散布図および局所重みづけ平滑化(LOESS)による平滑化曲線をFigure 1〜10に示す。ただし、年齢にともなう得点変化の様相を見やすくするため、変化がほぼ見られなくなる18歳以降は図示を省略した。

一定のサンプルサイズが得られた定型発達群では、いずれの尺度・課題でも、年齢とともに得点が滑らかに単調増加しており、適応行動や知的機能の発達的変化を適切に捉えられていることが示唆された。知的障害群でも、サンプルサイズの不足から年齢推移にやや凹凸が見られるものの、おおむね年齢とともに得点が上昇する傾向が見られる。

全般的に、年齢が上昇するほど、定型発達群と知的障害群の得点差が拡大していく傾向が見られるが、本調査の対象月齢の下限である1歳時点では2群の差が明瞭でない。ただし、今年度の調査では低年齢サンプルの収集が十分でなく、特に知的障害群では1歳の参加者が1名しかいなかったため、この傾向がサンプルの特殊性によるものか、尺度の限界によるものかを判断することができない。次年度調査では低年齢サンプルを拡充し、ABIT-CV がどの月齢時点から知的障害の判別に有効性を発揮するかを検証する必要がある。

適応行動尺度については、項目を追加する前の旧版の構成での得点の推移も示した(Figure 2)。旧版の構成では、1歳0ヵ月時点で定型発達群の期待値が下限である0付近に達していることから、平均値-2標準偏差をカットオフとする知的障害の判別を行うことが原理的に不可能な状態になっていることがわかる。一方、項目追加後の適応行動尺度(Figure 1)では、1歳0ヵ月時点の期待値が50程度まで上昇しており、知的障害の判別のための得点の余地が生じている。ただし、得点の余地があることと、実際に知的障害を判別する精度があるか否かは異なる問題であり、上にも述べた通り、1歳時点での判別精度については次年度調査での検証を待つ必要がある。

Table 4　各尺度・課題のα係数

	幼児	児童-成人
適応行動	.992	.986
知的機能	.977	.971
トドラー	.827	-
視覚①②③	.948	-
視覚④仲間選び	.878	-
視覚⑤積み木の数と見え方	.863	.835
言葉①知識	.908	.835
言葉②共通点	-	.899
記憶	.934	.843
算数	.896	.944

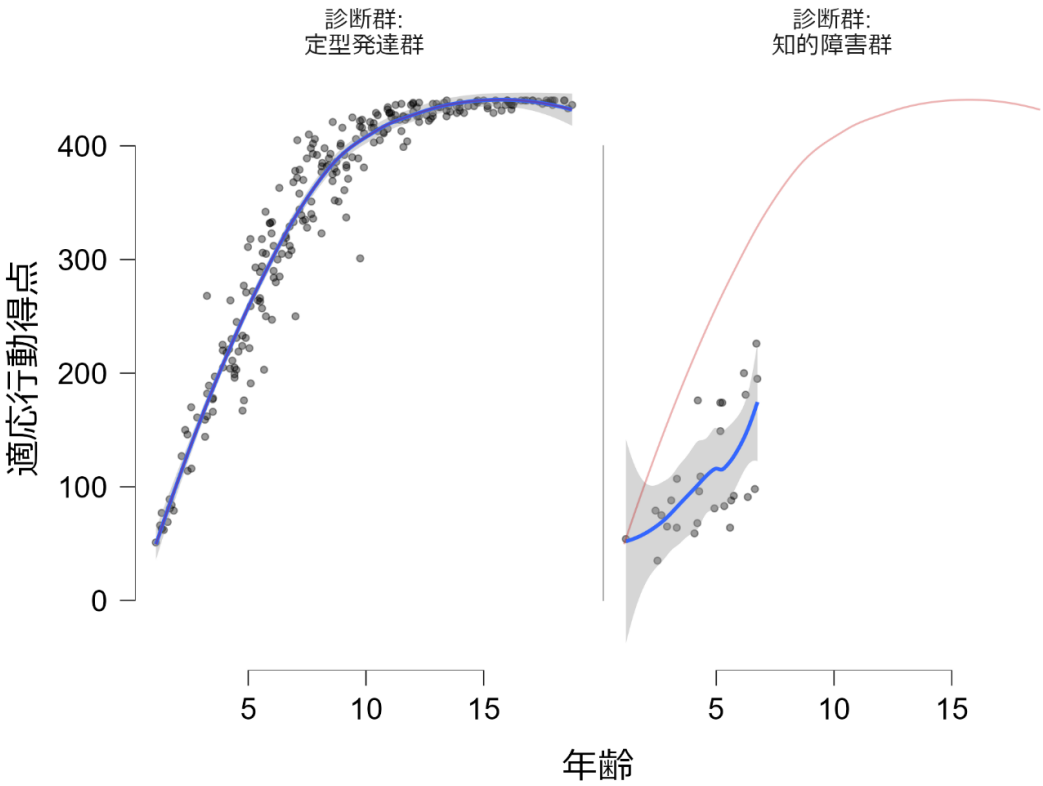


Figure 1　適応行動尺度（新版）の粗点の年齢推移

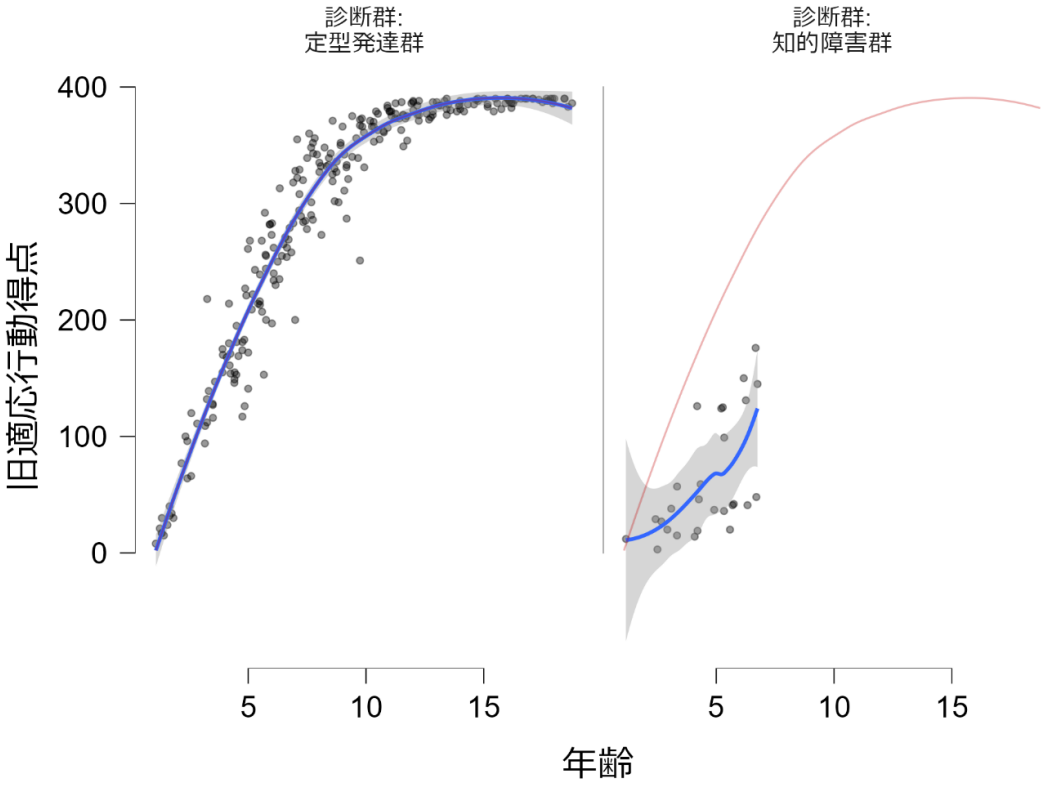


Figure 2　適応行動尺度（旧版）の粗点の年齢推移

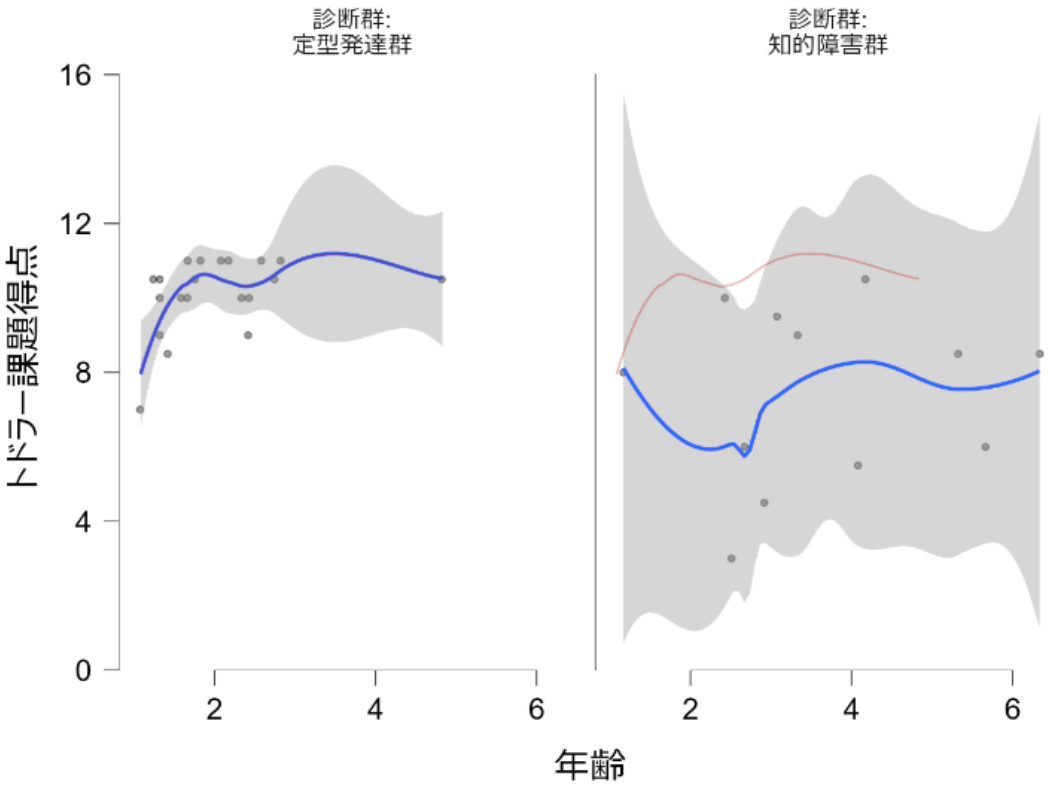


Figure 3　トドラー課題の粗点の年齢推移

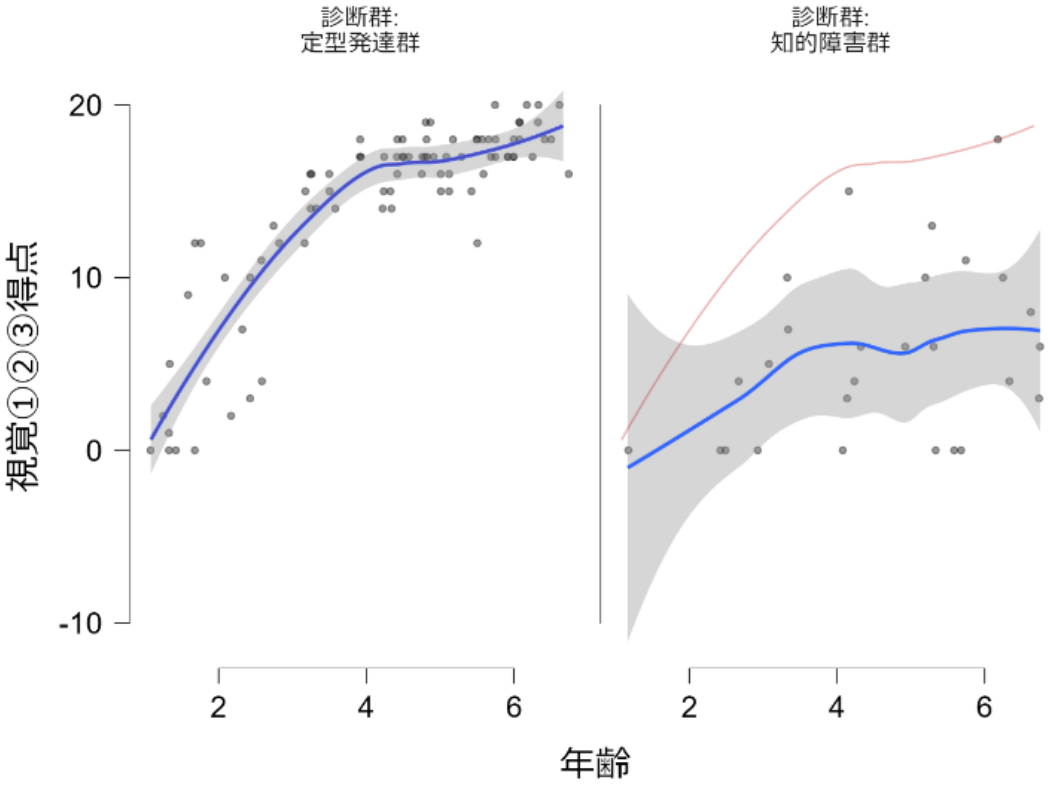


Figure 4　視覚①②③課題の粗点の年齢推移

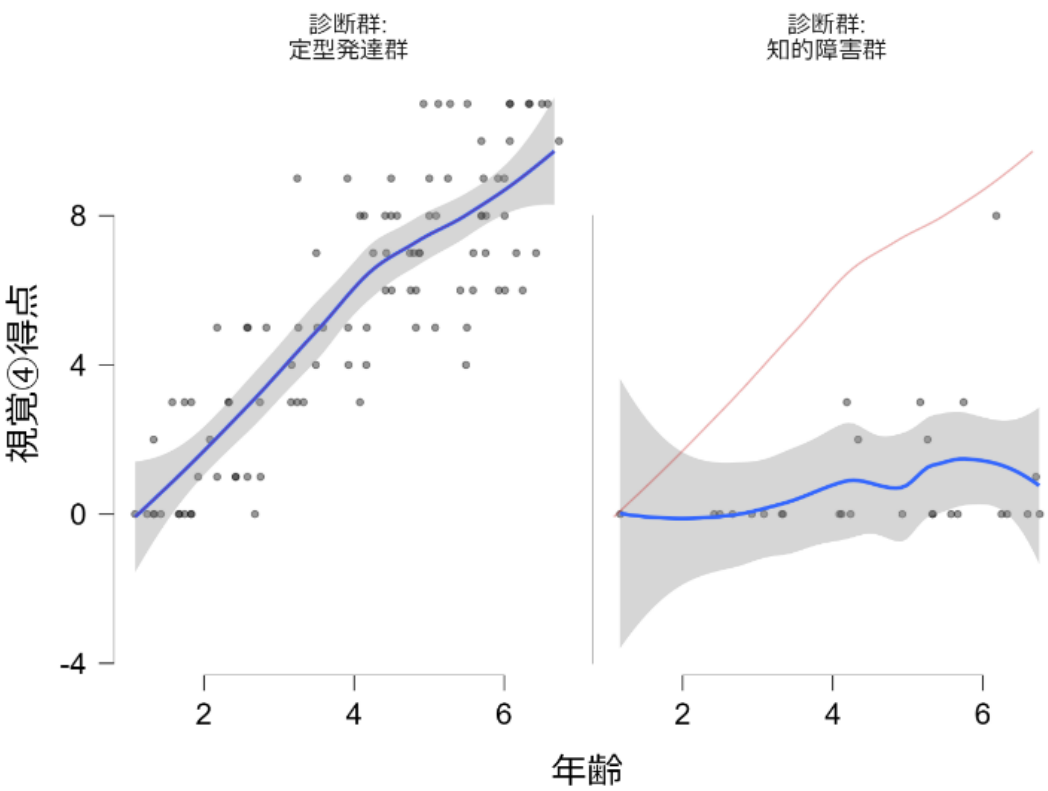


Figure 5　視覚④課題の粗点の年齢推移

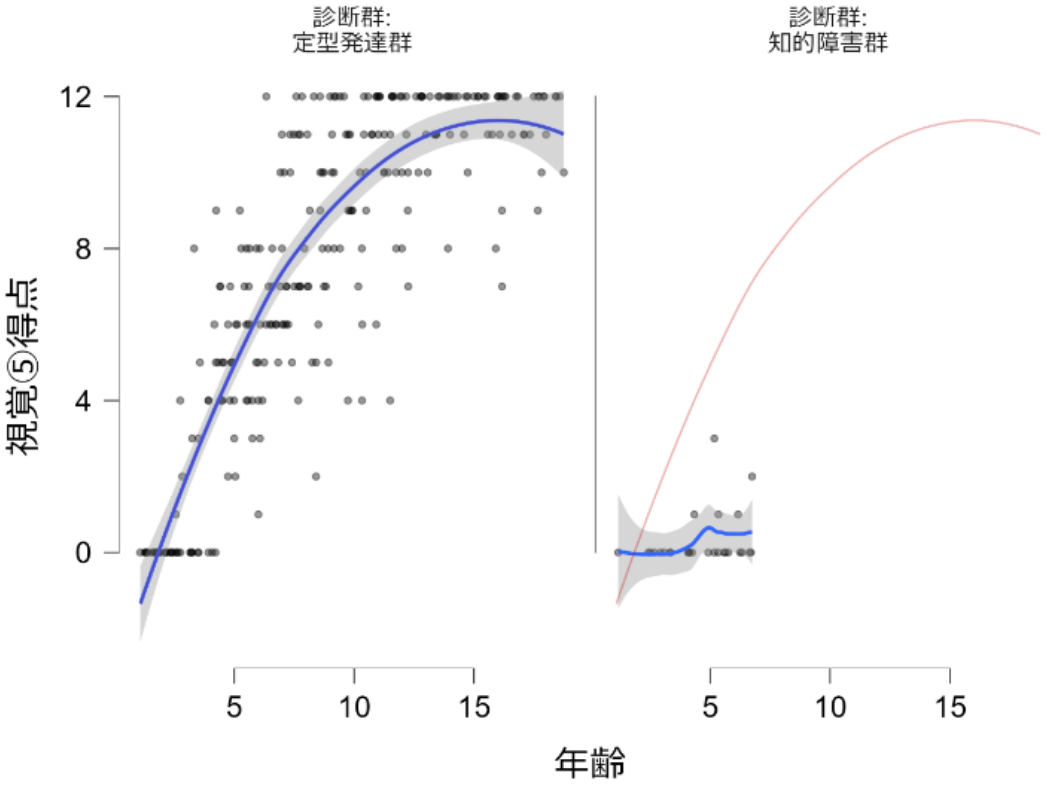


Figure 6　視覚⑤課題の粗点の年齢推移

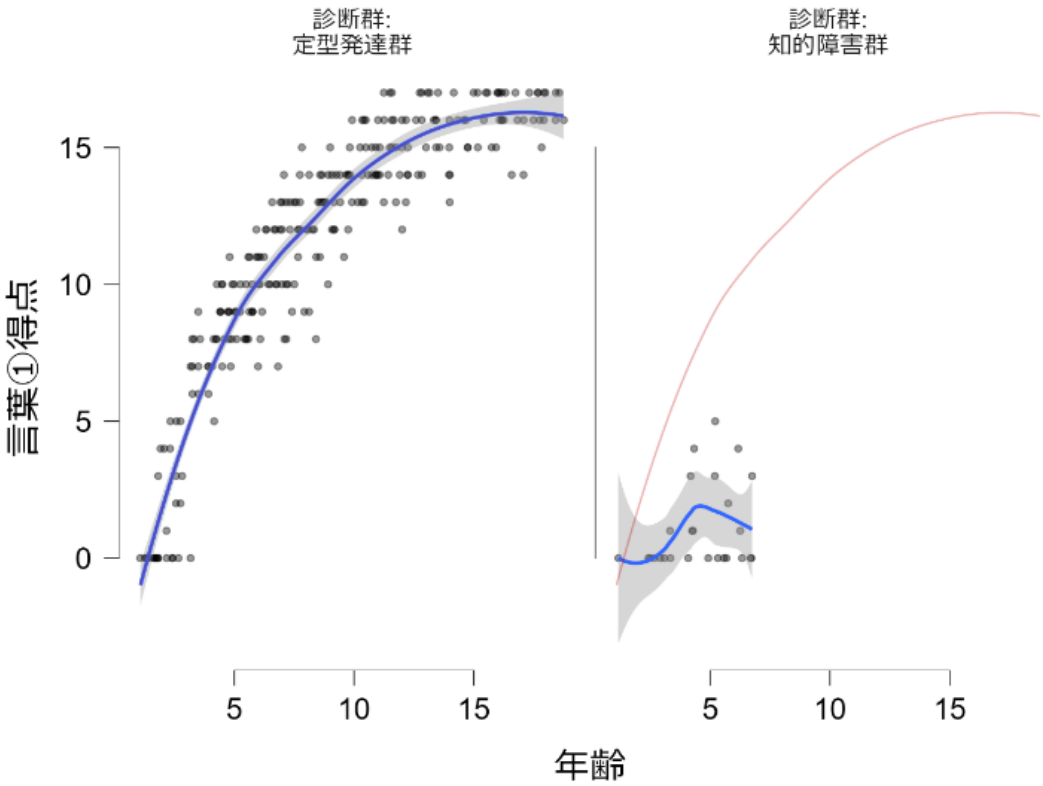


Figure 7　言葉①課題の粗点の年齢推移

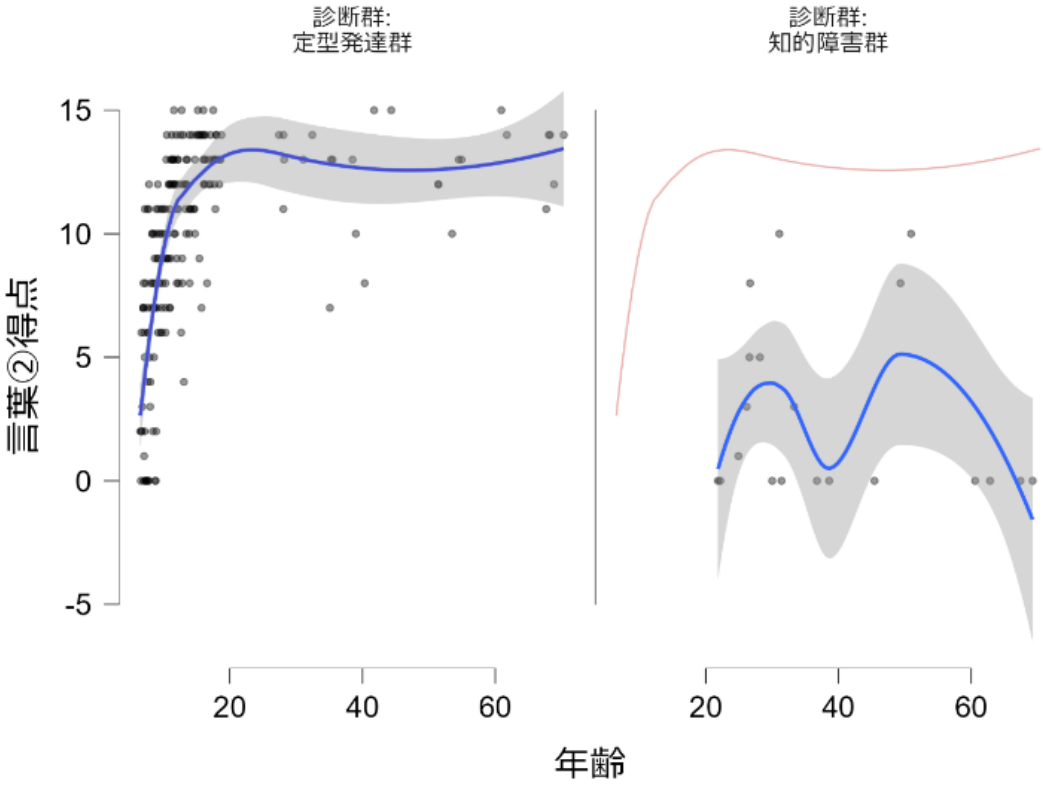


Figure 8　言葉②課題の粗点の年齢推移

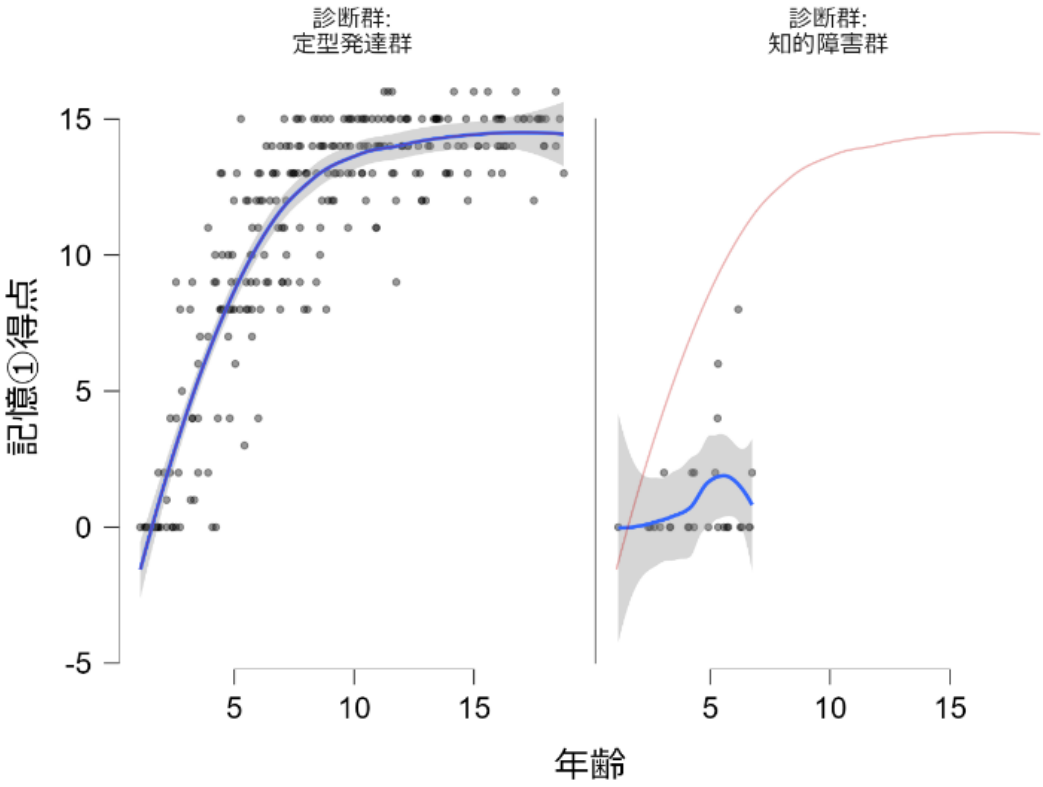


Figure 9　記憶課題の粗点の年齢推移

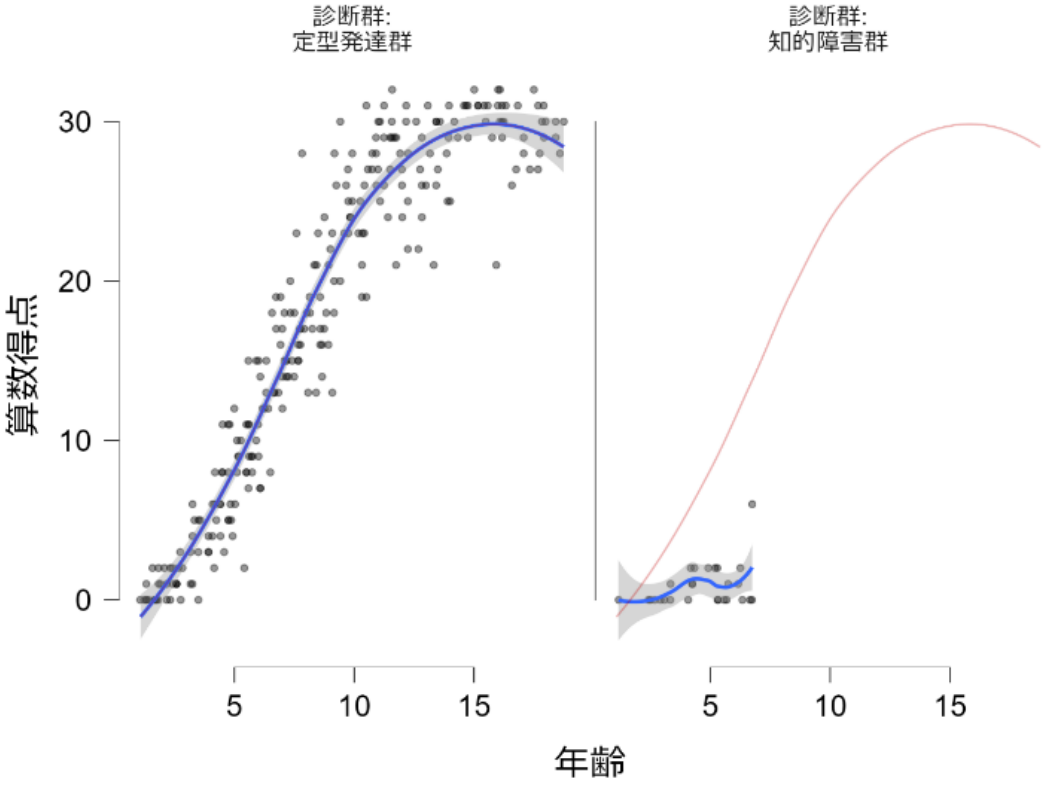


Figure 10　算数課題の粗点の年齢推移

4. ノルムの設定

粗点を標準得点に変換するためのノルムを設定するために、各尺度・課題について、以下の手順で作業を行った。第一に、定型発達群を月齢順に 9 名ずつ 29 の月齢区分に分割した。ただし、18 歳以降は得点変化がほぼ見られなくなるため、 1 つの区分にまとめた（n=39)。第二に、各区分ごとに粗点の 1 次から 4 次のモーメント（平均値、標準偏差、歪度、尖度）を算出した。第三に、各区分の月齢の平均値を横軸、粗点の 4 つのモーメントをそれぞれ縦軸とする散布図を作成し、LOESS による平滑化曲線を得た。平滑化のウィンドウは、適度に滑らかな曲線が得られるよう、適宜調整した。

一例として、適応行動尺度における散布図を Figure 11 に示した。平均値については、前項で見たように、月齢とともに単調に増加し、徐々に変化のスピードが低下している。標準偏差は、1 歳から 6 歳頃にかけて上昇し、その後は減少に転じている。これは適応行動尺度の得点の散らばりが 6 歳頃に最も大きくなることを意味する。歪度は月齢とともに、ほぼ単調に減少している。発達初期には得点が低得点域に偏りやすく、正の歪度を持った分布を形成する一方、青年期以降は得点が高得点域に偏りやすく、歪度が負の値を示すように

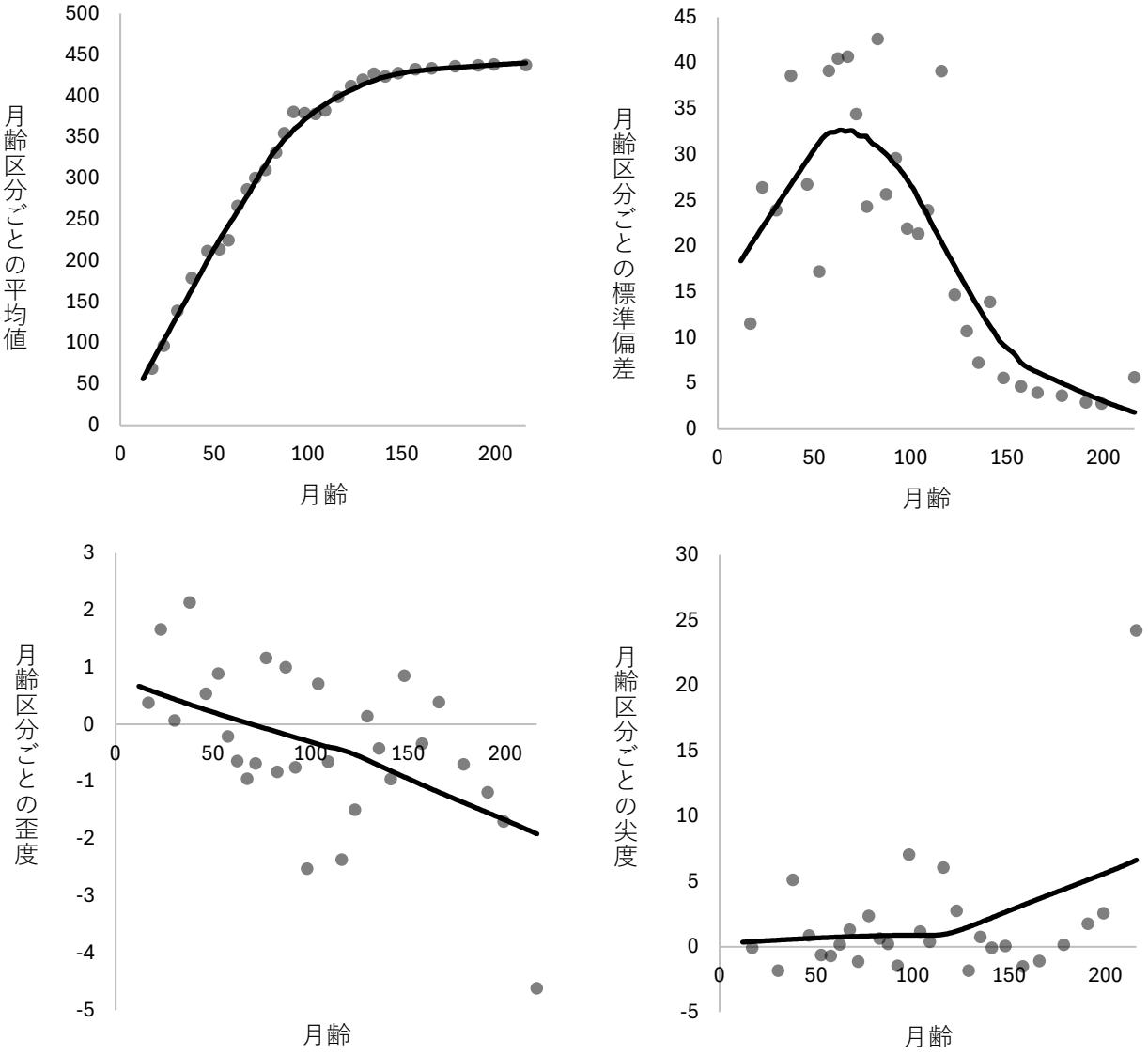


Figure 11　定型発達群における月齢区分ごとの適応行動尺度の粗点の平均値（左上)、標準偏差（右上)、歪度（左下)、尖度（右下）

なることを示唆している。尖度はおおむね 0 付近で推移しているが、図の右端にある成人期サンプルでは、高得点域への分布の集中を反映して、非常に高い値を示している。

第四に、これらの平滑化曲線から得た月齢ごとのモーメントを Johnson SU 分布（Hill, Hill, Holder, 1976）にあてはめ、個々の粗点のパーセンタイル順位を得た。正規分布は平均値および標準偏差という 2 つのモーメントによってのみ規定されるが、Johnson SU 分布ではこれらに加え、歪度および尖度を与えることで、非正規の分布を生成することができる。これを利用することで、4 つのモーメントの値を入力として、粗点の各点（取り得る得点範囲の下限から上限まで）の分布上の位置（パーセンタイル順位）を得ることができる。最後に、こうして得られた粗点の各点ごとのパーセンタイル順位を標準正規分布上の z 得点に変換し、これを標準得点とした。

以上の手順を全ての尺度・課題に適用し、各尺度・課題ごとの標準得点を算出した。また、知的機能検査の全ての課題の標準得点を加算平均し、それを再び上記の手順により標準得点に変換し、知的機能検査全体の標準得点とした。さらに、適応行動尺度と知的機能検査の標準得点を加算平均し、上記手順により標準得点に変換し、ABIT-CV の総合標準得点とした。

Figure 12 に、定型発達群における適応行動尺度の粗点および標準得点のヒストグラムと Q-Q プ

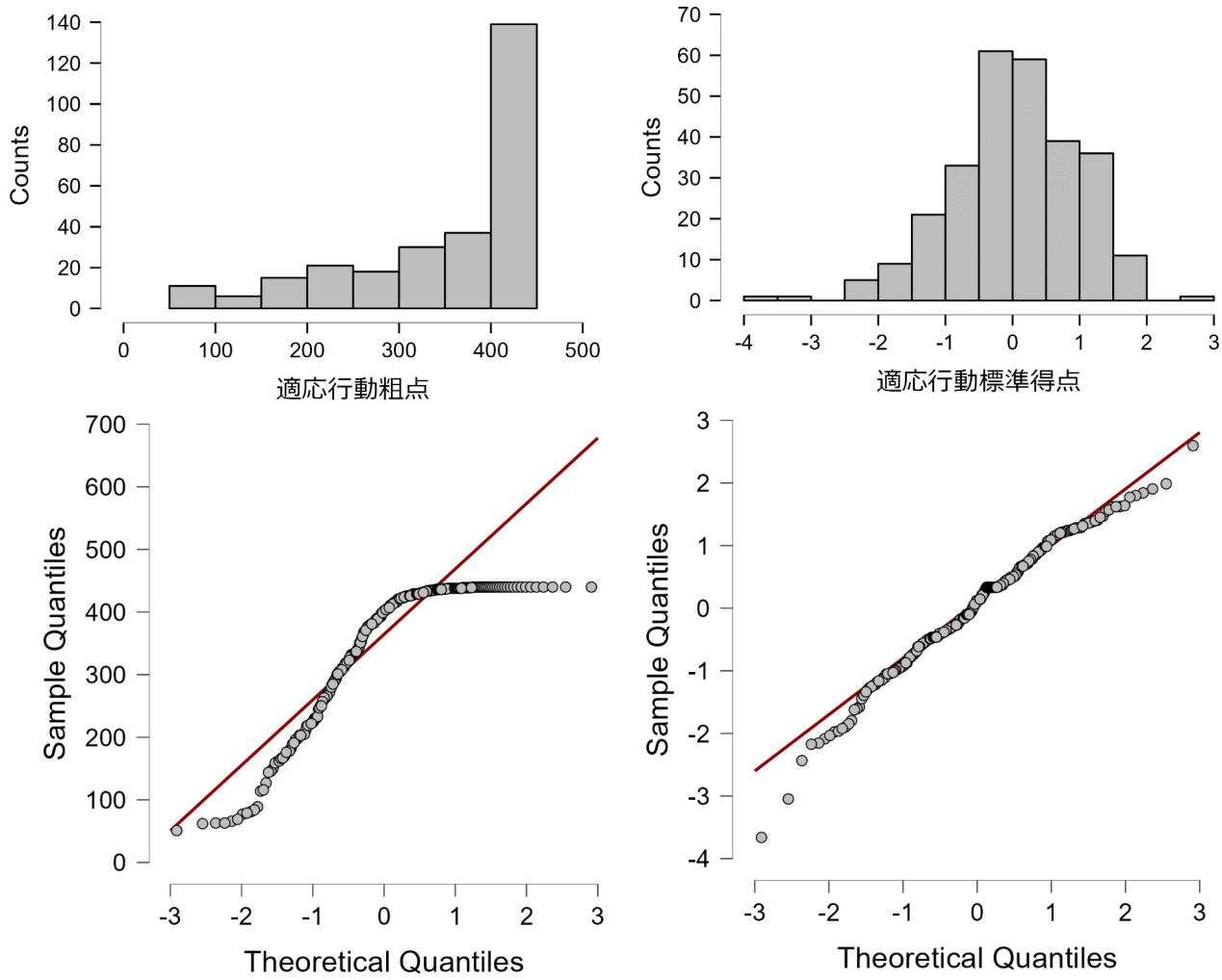


Figure 12　定型発達群における適応行動の粗点（左列）および標準得点（右列）のヒストグラム（上段）および Q-Q プロット（下段）

Table 5　ABIT-CV の各尺度・課題の標準得点とウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度の相関

	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合
適応行動標準得点	.376	.886 ***
知的機能標準得点	.787 ***	.669 ***
トドラー課題標準得点		.746 **
視覚①②③標準得点	.786 **	.733 ***
視覚④標準得点	.795 **	.653 ***
視覚⑤標準得点	.495 **	.519 ***
言葉①標準得点	.700 **	.532 *
言葉②標準得点	.558 **	.694 ***
記憶標準得点	.702 ***	.527 ***
算数標準得点	.708 ***	.560 ***
総合標準得点	.717 ***	.795 ***

ロットを示した。今年度調査では比較的高年齢の参加者の割合が多かったことを反映して、粗点の分布は上限付近に集中しており、Q-Q プロットでも正規分布から大きく逸脱していることが確認できる。一方、上記の手順で生成された標準得点は 0 を中心とする左右対称の分布を形成しており、Q-Q プロットからも、低得点域の 2 つの外れ値を除いて、おおむね正規性が保たれていることが見て取れる。

5. 併存的妥当性

ABIT-CV の併存的妥当性の検証のため、前項により得られた各尺度・課題の標準得点について、外在基準であるウェクスラー式知能検査の全検査 IQ および Vineland-II の適応行動総合点との相関係数を算出した（Table 5）。適応行動尺度は、Vineland-II と.886 の相関を示した。また、知的機能検査の各課題はウェクスラー式知能検査と.495～.795 の相関を示し、検査全体では.787 の相関を示した。これらの結果は各尺度・課題の収束的妥当性を支持している。一方で、適応行動尺度とウェクスラー式知能検査の相関、知的機能検査と Vineland-II の相関は、一部課題（視覚⑤、言葉②）を除いて相対的に低く、各尺度・課題の弁別的妥当性が示された。

6. 知的障害の判別精度

判別分析　各課題・尺度が知的障害の判別に貢献するか否かを検証するため、各課題・尺度の標準得点を説明変数（判別変数）、知的障害の診断を目的変数とする判別分析を行った。3 つの年齢群（トドラー、幼児、成人）ごとに分析を実施した。ただし、トドラーについては知的障害群のサンプルサイズが n=5 と小さかったため、3 歳児までを含めて検証した。また、今年度調査で知的障害群のサンプルが収集されていない児童・青年については検証を行わない。

結果を Table 6 に示した。いずれの年齢群でも、各課題・尺度と正準判別関数の間には.30 を上回る相関が見られた。判別係数を見ると、トドラーでは適応行動尺度、トドラー課題、視覚①②③課題、幼児では適応行動尺度、視覚①②③課題、視覚⑤課題、言葉①課題、成人では適応行動尺度、視覚⑤課題、算数課題が、知的障害の判別に相対的に大きく貢献していることが示された。ただし、小サンプルに基づく検証であるため、標本誤差の影響を受けやすい判別係数の解釈には注意が必要である。

正準相関はトドラーで.827、幼児で.919、成人で.947 であり、年齢が上昇するほど知的障害の判別精度が向上することが示唆された。

感度・特異度　Figure 13 に年齢群・診断群ごとの標準得点の分布と、-2（定型発達群における平均値－2 標準偏差）をカットオフとしたときの知的障害の判別精度（感度・特異度）を示した。ただし、トドラーについては知的障害群のサンプルサイズが n=5 と小さかったため、3 歳児までを含めて検証した。

適応行動尺度と知的機能検査はいずれも単体で十分な感度・特異度を示しているが、両者を合成した総合標準得点はより高い感度・特異度を示し

Table 6　知的障害の診断に対する判別分析の結果

	トドラー		幼児		成人	
	相関	判別係数	相関	判別係数	相関	判別係数
適応行動標準得点	.798	.670	.580	.445	.729	.510
トドラー課題標準得点	.691	.573	-	-	-	-
視覚①②③標準得点	.498	.295	.554	.346	-	-
視覚④標準得点	.516	-.249	.555	.214	-	-
視覚⑤標準得点	.497	.011	.382	.343	.629	.318
言葉①標準得点	.420	-.102	.679	.349	.509	-.050
言葉②標準得点	-	-	-	-	.522	.103
記憶標準得点	.467	.076	.450	.110	.315	.029
算数標準得点	.384	.137	.459	.031	.718	.544
正準相関		.827		.919		.947

ている。年齢群ごとでは、幼児や児童-成人に比べ、トドラーではやや感度が低くなっているが、依然として.875 という高い水準の感度を示している。

ただし、トドラーでは、知的障害群の 1 名が適応行動と知的機能のいずれにおいても顕著に高い得点（定型発達群の平均値と同程度）を示している。本児は、今年度調査の知的障害群で唯一の 1 歳児（1 歳 2 ヵ月）であり、知的障害の診断は受けていないものの、ダウン症を有することから調査対象に含めた。ダウン症児の大部分は知的障害を併存することが知られているが、知能水準は個人差が大きく、定型発達児との差異が比較的小さい幼少期や児童期の段階では IQ が 70 を大きく上回るケースもあることが報告されている（Carr, 1995; 斎藤, 2002）。こうした知見を踏まえると、一つの可能性としては、本児が調査時点で知的障害に該当するほどの知的発達の遅れを有していなかったことが考えられる。一方で、本児が知的障害群で唯一の 1 歳児であったことから、ABIT-CV が 1 歳 2 ヵ月時点での知的障害の判別能力を持たないという可能性も考えられる。この点については、次年度調査で 1 歳児を含む低年齢の知的障害群サンプルを拡充し、ABIT-CV がどの月齢時点から有効な判別精度を発揮するようになるかを重点的に検証する必要がある。

視覚系課題のみを用いた場合の感度・特異度

乳幼児期の対象者では、発話能力が十分に発達していないか、緘黙症状があることにより、発話をともなう課題に取り組むことが難しいケースも少なくない。こうした問題に対処するため、知的機能検査のうち、発話を必要としない視覚系課題のみを使用した場合に、知的障害の判別精度がどの程度維持されるかを検証した結果を Figure 14 に示した。トドラーにおいては、全課題を実施した時と同様の感度・特異度が確認された。幼児においては、知的機能検査単体ではやや感度が低下したが、適応行動尺度と合成した場合には全課題実施時と遜色のない感度・特異度を示した。サンプルサイズを拡充した上で再度の検証が必要であるが、現時点のデータでは、視覚系課題のみでもおおむね十分な判別精度を維持することが可能であることが示唆された。

D. 結論

今年度は、昨年度のパイロット調査を踏まえ ABIT-CV を一部改訂した上で、信頼性・妥当性の検証と標準化のための本調査を開始した。中間

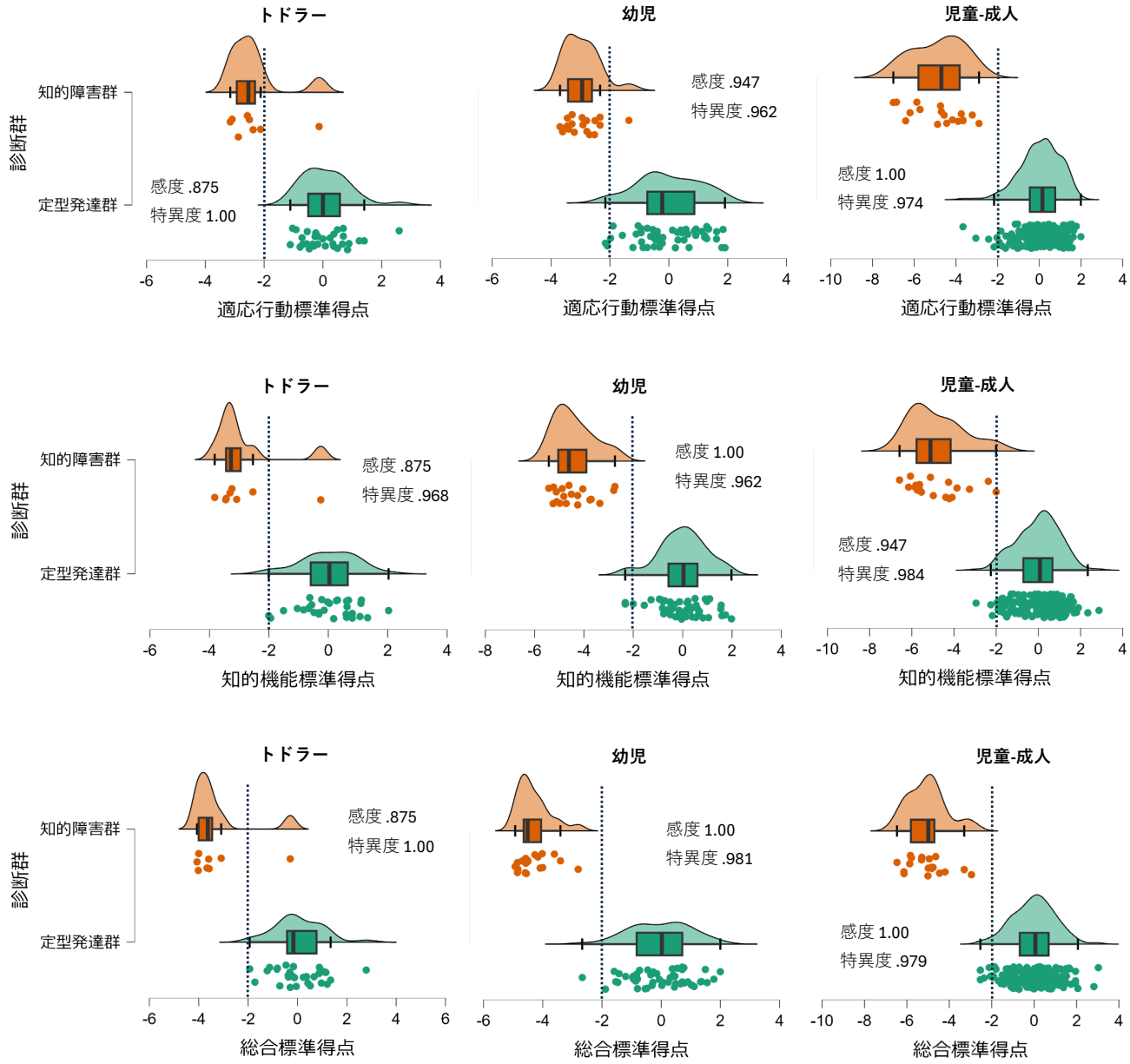


Figure 13　年齢群および診断群ごとの標準得点の分布と知的障害の判別の感度・特異度

報告として以下の諸点を報告した。

- 項目分析の結果、新規追加項目も含めて、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、適応行動尺度の一部項目では、低年齢のサンプルの不足により、十分な得点の分散が得られず、項目機能の検証が困難であった。
- 適応行動尺度と知的機能検査のいずれの尺度・課題についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。
- いずれの尺度・課題についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、ABIT-CV が適応行動や知的機能の発達的変化を適切に捉えうることが示された。また、知的機能検査の各課題間で、得点の上昇が生じる時期に差異が見られ、それぞれが異なる時期の発達に感受性を有することが確認された。新たに低年齢向けの項目を拡充した適応行動尺度では、定型発達群における生後 12 ヵ月時点での粗点の予測値が、下限である 0 付近から 50 程度にまで上昇しており、早期の適応

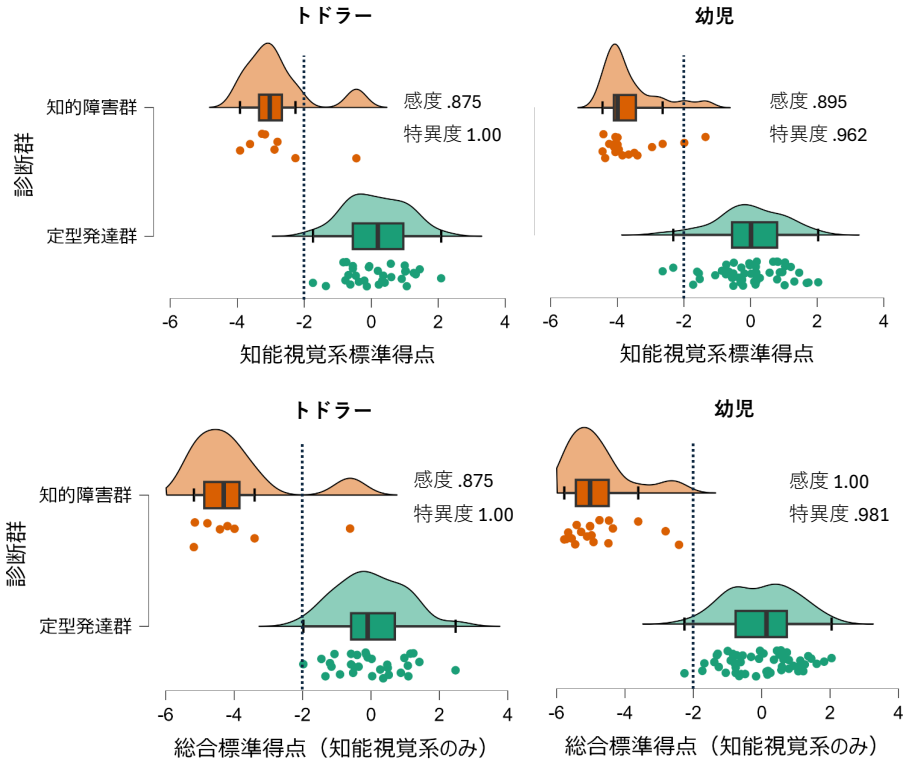


Figure 14　年齢群および診断群ごとの標準得点の分布と知的障害の判別の感度・特異度
（知的機能検査で発話を必要としない視覚系検査のみ使用した場合）

行動の発達の遅れを評価しうる可能性が示唆された。

- 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（1次から4次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを暫定的に設定した。平均を0、標準偏差を1とする標準正規分布に近い標準得点の分布を得ることができたが、モーメントの推定には大きな標本誤差が含まれており、特に月齢変化が大きい低年齢層では、さらなるサンプルサイズの拡充によって推定の精度を高める必要性が示唆された。
- ウェクスラー式知能検査およびVineland-IIを外在基準とする併存的妥当性の検証により、知的機能検査がウェクスラー式知能検査と高い相関（.787）を示した一方、適応行動尺度はVineland-IIと高い相関（.886）を示し、いずれも十分な収束的・弁別的妥当性を有することが確認された。
- トドラー、幼児、成人という3つの年齢群ごとに判別分析を行い、いずれの尺度・課題も知的障害の診断の有無と相関することが示され、パッケージ全体としても十分な正準相関が確認された。また、定型発達群の平均-2標準偏差をカットオフとして、いずれの年齢群でも高い精度で知的障害の有無を判別しうることが示された（感度：.875～1.00、特異度：.979～1.00）。ただし、現時点では知的障害群の低年齢サンプルが不足しており、どの月齢時点からABIT-CVが知的障害の十分な判別精度を示すかは不明瞭である。
- トドラーおよび幼児において、知的機能検査で発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合でも、知的障害の判別精度はおおむね保たれることが確認された。ただし、今年度調査では、児童期の知的障害群サンプルを収集していないため、児童期において視覚系課題のみを用いた場合の判別精度の検証は今後

の課題である。

次年度の課題　以上の結果を踏まえ、本事業の最終年度にあたる次年度の課題として以下が挙げられる。

- 知的障害群について、トドラーを中心とする低年齢サンプルを拡充することで、低年齢向けの項目の有効性を検証するとともに、ABIT-CV がどの月齢時点から知的障害の判別精度を発揮するかを特定し、ABIT-CV の適用開始月齢を決定する。
- 定型発達群の低年齢サンプルも拡充し、ノルムの設定に必要な要約統計量の推定精度を向上させる。
- 知的障害群の児童期・青年期サンプルを収集し、児童期・青年期における知的障害の判別精度を検証するとともに、発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合の精度も併せて検証する。
- ABIT-CV の信頼性をより多面的に検証するため、内的整合性に加え、再検査信頼性および評価者間信頼性を調査する。これらの結果に基づいて、測定標準誤差および信頼区間の幅（Margin of Error: MoE）を推定する。
- 知的障害の有無の判別に加え、軽度から最重度までの重症度の判定の方法を整備する。これにあたっては、知的機能と適応行動の重みづけをどのように設定するか、また、得点と重症度の判定をどのように対応づけるかが重要な論点となる。とりわけ後者の観点は重要度が高い。一般に、年齢が上がるにつれて定型発達児者と知的障害児者の発達の差異は拡大するため、年齢上昇とともに知的障害群の標準得点が低下する傾向がある。したがって、今年度調査のように定型発達児者のデータに基づいてノルムを設定した場合、同一個人であっても、年齢が上昇するほど重症度が高く判定されるという問題が生じる懸念がある。こうした問題を回避するには、年齢によって重症度判定の基準を変化させるか、ノルムの設定の段階で定型発達児者だけでなく知的障害児者や発達障害児者のサンプルを母集団比率に沿った形で含めるなどの工夫が必要となる。

以上の課題を検証する上で最低限必要となるサンプルサイズと現時点での充足数および不足数を Table 7 に示した。次年度調査では、ABIT-CV の実装のために、このサンプルサイズを充足するとともに、一部サンプルでは再検査信頼性および評価者間信頼性の検証を行うことが求められる（それぞれ $n > 50$）。

文献

Carr, J. (1995). Down's syndrome Children grouping up. Cambridge University Press.

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

Table 7　標準化調査の必要サンプルサイズと充足数および不足数

年齢	定型発達群			知的障害群		
	必要数	充足数	不足数	必要数	充足数	不足数
トドラー						
1:0-1:5	20	6	14	10	1	9
1:6-1:11	20	5	15	10	0	10
2:0-2:5	20	4	16	10	1	9
2:6-2:11	20	3	17	10	3	7
3:0-3:5	20	6	14	10	3	7
3:6-3:11	20	7	13	10	0	10
小計	120	31	89	60	8	52
幼児						
4:0-4:5	20	9	11	10	5	5
4:6-4:11	20	11	9	10	1	9
5:0-5:5	20	8	12	10	4	6
5:6-5:11	20	13	7	10	3	7
6:0-6:5	20	11	9	10	3	7
6:6-6:11	20	9	11	10	3	7
小計	120	61	59	60	19	41
児童						
7	20	22	0	5	0	5
8	20	19	1	5	0	5
9	20	18	2	5	0	5
10	20	14	6	5	0	5
11	20	17	3	5	0	5
12	20	14	6	5	0	5
小計	120	104	18	30	0	30
青年・成人						
13-14	20	20	0	5	0	5
15-16	20	20	0	5	0	5
17-19	20	15	5	5	0	5
20-39	20	11	9	5	12	0
40-59	20	8	12	5	3	2
60-69	20	7	13	5	4	1
小計	120	81	39	30	19	18
合計	480	277	205	180	46	141

に関する調査研究 報告書.

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング. (2024). 厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 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.
斎藤 繁. (2002). ダウン症児の知能の経年的変化について. 弘前学院大学社会福祉学部研究紀要, 2, 42-50.
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・惠良 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

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次.（印刷中）. 療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連. 児童青年精神医学とその近接領域.

2. 学会発表

村山恭朗・髙柳伸哉・辻井正次.（2023）. 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. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

高柳伸哉・村山恭朗・伊藤大幸・浜田恵・明翫光宜・辻井正次.（2023）. 療育手帳の交付判定に用いる知的能力・適応行動評価ツール ABIT-CB の開発. 第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）.

辻井正次.（2023）. わが国における「知的障害」の定義をめぐる課題. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会（弘前市）.

G. 知的財産権の出願・登録情報

該当なし

付録１　適応行動尺度の項目分析

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動1	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.40 *	0.13
適応行動2	○	1.99	0.13	1.93	0.25	0.36 *	0.22
適応行動3	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.19
適応行動4	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.40 *	0.08
適応行動5	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.15
適応行動6	○	2.00	0.06	1.89	0.38	0.70 ***	0.24
適応行動7	○	1.99	0.08	1.70	0.73	1.06 ***	0.34
適応行動8	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動9	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動10	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.15
適応行動11	○	2.00	0.00	1.93	0.25	0.71 ***	0.19
適応行動12	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動13	○	2.00	0.00	1.96	0.29	0.40 *	0.13
適応行動14	○	2.00	0.00	1.93	0.33	0.53 ***	0.15
適応行動15	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.39 *	0.08
適応行動16	○	2.00	0.00	1.98	0.15	0.39 *	0.08
適応行動17	○	2.00	0.00	1.89	0.43	0.68 ***	0.21
適応行動18	○	2.00	0.00	2.00	0.00		0.00
適応行動19		2.00	0.00	1.91	0.28	0.82 ***	0.23
適応行動20		2.00	0.06	1.85	0.47	0.82 ***	0.27
適応行動21		2.00	0.06	1.70	0.70	1.14 ***	0.34
適応行動22		1.99	0.12	1.85	0.47	0.71 ***	0.27
適応行動23	○	1.99	0.13	1.85	0.47	0.66 ***	0.29
適応行動24	○	2.00	0.00	1.93	0.33	0.53 ***	0.13
適応行動25	○	1.99	0.10	1.91	0.35	0.46 **	0.25
適応行動26	○	2.00	0.00	1.96	0.21	0.56 ***	0.14
適応行動27		1.97	0.18	1.76	0.57	0.78 ***	0.41
適応行動28		1.98	0.19	1.74	0.61	0.84 ***	0.37
適応行動29	○	1.97	0.18	1.89	0.38	0.38 *	0.36
適応行動30	○	1.99	0.12	1.93	0.33	0.35 *	0.19

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動31		1.99	0.08	1.87	0.34	0.84 ***	0.32
適応行動32		1.96	0.25	1.76	0.57	0.64 ***	0.42
適応行動33	○	1.95	0.30	1.76	0.60	0.54 ***	0.44
適応行動34		1.96	0.27	1.61	0.80	0.89 ***	0.47
適応行動35		1.96	0.26	1.46	0.86	1.25 ***	0.53
適応行動36		1.95	0.30	1.70	0.70	0.68 ***	0.45
適応行動37		1.97	0.23	1.87	0.50	0.35 *	0.34
適応行動38		1.94	0.31	1.52	0.81	1.00 ***	0.55
適応行動39		1.93	0.34	1.41	0.91	1.12 ***	0.56
適応行動40		1.92	0.39	1.63	0.77	0.62 ***	0.50
適応行動41		1.95	0.28	1.72	0.69	0.65 ***	0.44
適応行動42		1.90	0.41	1.28	0.89	1.24 ***	0.65
適応行動43		1.91	0.41	1.26	0.98	1.24 ***	0.65
適応行動44		1.95	0.31	1.63	0.77	0.79 ***	0.44
適応行動45		1.85	0.49	1.41	0.83	0.80 ***	0.66
適応行動46		1.95	0.30	1.78	0.59	0.48 **	0.41
適応行動47		1.91	0.36	1.22	0.92	1.45 ***	0.65
適応行動48		1.93	0.36	1.41	0.86	1.11 ***	0.56
適応行動49		1.91	0.41	1.24	0.97	1.28 ***	0.64
適応行動50		1.89	0.43	1.20	0.91	1.33 ***	0.69
適応行動51		1.89	0.44	1.33	0.92	1.06 ***	0.65
適応行動52		1.89	0.42	1.59	0.78	0.62 ***	0.58
適応行動53		1.87	0.45	1.22	0.94	1.20 ***	0.70
適応行動54		1.91	0.41	1.17	1.00	1.39 ***	0.67
適応行動55		1.89	0.45	1.09	0.94	1.46 ***	0.68
適応行動56		1.88	0.47	1.00	0.94	1.56 ***	0.72
適応行動57		1.87	0.47	0.96	0.97	1.61 ***	0.72
適応行動58		1.87	0.46	0.96	0.94	1.65 ***	0.73
適応行動59		1.90	0.42	1.13	1.00	1.43 ***	0.68
適応行動60		1.89	0.43	0.87	0.93	1.93 ***	0.72

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動61		1.87	0.48	1.00	0.99	1.50 ***	0.73
適応行動62		1.81	0.55	1.09	0.98	1.16 ***	0.76
適応行動63		1.73	0.63	1.04	0.99	1.00 ***	0.83
適応行動64		1.78	0.57	1.02	1.00	1.18 ***	0.80
適応行動65		1.83	0.53	1.11	0.97	1.18 ***	0.73
適応行動66		1.84	0.53	0.96	0.97	1.45 ***	0.74
適応行動67		1.83	0.51	1.09	0.96	1.26 ***	0.76
適応行動68		1.86	0.50	1.09	0.98	1.32 ***	0.71
適応行動69		1.83	0.53	1.11	0.97	1.18 ***	0.74
適応行動70		1.84	0.54	1.13	0.98	1.14 ***	0.72
適応行動71		1.80	0.56	0.98	0.95	1.31 ***	0.77
適応行動72		1.86	0.49	1.17	1.00	1.17 ***	0.70
適応行動73		1.82	0.56	0.89	0.97	1.45 ***	0.75
適応行動74		1.82	0.55	1.04	0.99	1.23 ***	0.75
適応行動75		1.74	0.63	0.89	0.95	1.24 ***	0.82
適応行動76		1.82	0.55	0.96	0.97	1.38 ***	0.77
適応行動77		1.77	0.60	0.87	0.93	1.38 ***	0.82
適応行動78		1.86	0.50	0.93	0.98	1.58 ***	0.74
適応行動79		1.78	0.55	1.02	0.95	1.22 ***	0.77
適応行動80		1.82	0.53	1.02	0.95	1.32 ***	0.75
適応行動81		1.79	0.59	1.07	0.98	1.10 ***	0.75
適応行動82		1.75	0.60	1.00	0.94	1.13 ***	0.80
適応行動83		1.75	0.63	0.85	0.99	1.31 ***	0.78
適応行動84		1.79	0.58	1.02	0.95	1.18 ***	0.79
適応行動85		1.72	0.66	1.02	0.98	0.98 ***	0.81
適応行動86		1.79	0.57	0.98	0.98	1.27 ***	0.79
適応行動87		1.77	0.60	0.83	0.93	1.44 ***	0.78
適応行動88		1.80	0.57	1.07	0.98	1.14 ***	0.78
適応行動89		1.78	0.61	0.89	0.90	1.35 ***	0.80
適応行動90		1.76	0.63	0.70	0.89	1.59 ***	0.82

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動91		1.74	0.64	0.85	0.94	1.29 ***	0.82
適応行動92		1.77	0.59	0.98	0.93	1.22 ***	0.81
適応行動93		1.76	0.62	0.67	0.90	1.63 ***	0.82
適応行動94		1.72	0.62	0.89	0.95	1.23 ***	0.83
適応行動95		1.74	0.66	0.83	0.90	1.30 ***	0.81
適応行動96		1.67	0.69	0.74	0.91	1.30 ***	0.86
適応行動97		1.73	0.63	0.96	0.99	1.12 ***	0.82
適応行動98		1.74	0.65	0.76	0.85	1.44 ***	0.82
適応行動99		1.66	0.72	0.61	0.88	1.42 ***	0.87
適応行動100		1.63	0.74	0.76	0.92	1.13 ***	0.87
適応行動101		1.74	0.67	1.11	0.99	0.87 ***	0.77
適応行動102		1.72	0.69	1.09	0.98	0.85 ***	0.78
適応行動103		1.62	0.74	0.85	0.94	1.00 ***	0.87
適応行動104		1.66	0.71	0.74	0.91	1.24 ***	0.84
適応行動105		1.67	0.72	0.72	0.93	1.26 ***	0.85
適応行動106		1.61	0.75	0.70	0.84	1.20 ***	0.86
適応行動107		1.68	0.72	0.93	1.00	0.97 ***	0.80
適応行動108		1.68	0.71	0.80	0.98	1.16 ***	0.85
適応行動109		1.66	0.72	0.78	0.96	1.16 ***	0.84
適応行動110		1.62	0.76	0.80	0.96	1.03 ***	0.88
適応行動111		1.59	0.78	0.61	0.91	1.23 ***	0.84
適応行動112		1.61	0.76	0.61	0.86	1.29 ***	0.87
適応行動113		1.57	0.78	0.61	0.88	1.22 ***	0.85
適応行動114		1.52	0.80	0.70	0.92	1.01 ***	0.85
適応行動115		1.58	0.81	0.89	0.99	0.82 ***	0.86
適応行動116		1.64	0.74	0.74	0.93	1.16 ***	0.86
適応行動117		1.59	0.77	0.76	0.95	1.04 ***	0.90
適応行動118		1.57	0.77	0.74	0.91	1.05 ***	0.89
適応行動119		1.60	0.77	0.67	0.90	1.17 ***	0.88
適応行動120		1.52	0.82	0.74	0.91	0.94 ***	0.87

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動121		1.48	0.80	0.70	0.96	0.95 ***	0.85
適応行動122		1.57	0.81	0.78	0.96	0.94 ***	0.86
適応行動123		1.56	0.81	0.74	0.95	0.99 ***	0.87
適応行動124		1.45	0.82	0.72	0.96	0.87 ***	0.86
適応行動125		1.55	0.80	0.63	0.88	1.12 ***	0.90
適応行動126		1.45	0.85	0.78	0.96	0.77 ***	0.89
適応行動127		1.53	0.84	0.83	0.97	0.81 ***	0.87
適応行動128		1.54	0.83	0.80	0.98	0.86 ***	0.87
適応行動129		1.56	0.82	0.87	0.98	0.81 ***	0.87
適応行動130		1.49	0.83	0.63	0.83	1.04 ***	0.90
適応行動131		1.42	0.87	0.57	0.83	0.98 ***	0.89
適応行動132		1.53	0.83	0.67	0.92	1.01 ***	0.87
適応行動133		1.56	0.82	0.76	0.92	0.96 ***	0.88
適応行動134		1.48	0.85	0.70	0.92	0.91 ***	0.89
適応行動135		1.36	0.84	0.72	0.96	0.75 ***	0.88
適応行動136		1.50	0.86	0.72	0.93	0.91 ***	0.87
適応行動137		1.50	0.83	0.65	0.90	1.01 ***	0.89
適応行動138		1.31	0.91	0.65	0.92	0.71 ***	0.85
適応行動139		1.43	0.84	0.63	0.88	0.94 ***	0.89
適応行動140		1.38	0.85	0.63	0.90	0.87 ***	0.87
適応行動141		1.44	0.87	0.70	0.94	0.85 ***	0.88
適応行動142		1.36	0.89	0.61	0.88	0.85 ***	0.89
適応行動143		1.37	0.85	0.61	0.88	0.89 ***	0.91
適応行動144		1.39	0.87	0.61	0.91	0.89 ***	0.90
適応行動145		1.47	0.87	0.67	0.92	0.91 ***	0.89
適応行動146		1.45	0.86	0.67	0.92	0.89 ***	0.89
適応行動147		1.46	0.85	0.61	0.91	0.99 ***	0.90
適応行動148		1.36	0.93	0.50	0.84	0.94 ***	0.83
適応行動149		1.42	0.89	0.61	0.86	0.92 ***	0.89
適応行動150		1.42	0.88	0.57	0.86	0.98 ***	0.89

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動151		1.38	0.90	0.63	0.93	0.83 ***	0.88
適応行動152		1.39	0.89	0.61	0.91	0.88 ***	0.89
適応行動153		1.40	0.88	0.54	0.81	0.99 ***	0.88
適応行動154		1.45	0.88	0.61	0.91	0.95 ***	0.89
適応行動155		1.39	0.89	0.59	0.86	0.91 ***	0.90
適応行動156		1.27	0.89	0.57	0.83	0.81 ***	0.88
適応行動157		1.39	0.89	0.59	0.91	0.90 ***	0.90
適応行動158		1.36	0.88	0.57	0.83	0.91 ***	0.89
適応行動159		1.41	0.90	0.48	0.84	1.05 ***	0.88
適応行動160		1.43	0.88	0.65	0.92	0.88 ***	0.89
適応行動161		1.38	0.89	0.41	0.69	1.12 ***	0.87
適応行動162		1.43	0.88	0.54	0.81	1.01 ***	0.88
適応行動163		1.46	1.50	0.59	0.86	0.61 ***	0.58
適応行動164		1.32	0.94	0.50	0.81	0.89 ***	0.86
適応行動165		1.30	0.89	0.59	0.86	0.81 ***	0.87
適応行動166		1.18	0.94	0.59	0.86	0.64 ***	0.83
適応行動167		1.38	0.89	0.63	0.90	0.84 ***	0.90
適応行動168		1.39	0.91	0.50	0.81	1.00 ***	0.89
適応行動169		1.41	0.90	0.52	0.84	1.00 ***	0.89
適応行動170		1.28	0.92	0.46	0.75	0.91 ***	0.86
適応行動171		1.31	0.91	0.57	0.89	0.82 ***	0.88
適応行動172		1.14	0.90	0.48	0.75	0.75 ***	0.84
適応行動173		1.25	0.90	0.54	0.81	0.79 ***	0.86
適応行動174		1.20	0.89	0.54	0.81	0.75 ***	0.85
適応行動175		1.32	0.89	0.57	0.86	0.85 ***	0.89
適応行動176		1.30	0.93	0.46	0.78	0.93 ***	0.88
適応行動177		1.36	0.90	0.39	0.71	1.11 ***	0.89
適応行動178		1.05	0.95	0.52	0.84	0.56 ***	0.78
適応行動179		0.90	0.95	0.43	0.78	0.50 **	0.71
適応行動180		1.11	0.95	0.35	0.67	0.82 ***	0.81

付録１　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動181		1.19	0.95	0.54	0.84	0.70 ***	0.86
適応行動182		1.12	0.92	0.50	0.78	0.68 ***	0.82
適応行動183		1.17	0.94	0.33	0.60	0.94 ***	0.81
適応行動184		1.09	0.97	0.35	0.71	0.79 ***	0.80
適応行動185		1.16	0.94	0.50	0.81	0.71 ***	0.84
適応行動186		1.19	0.95	0.48	0.81	0.77 ***	0.86
適応行動187		1.20	0.95	0.48	0.78	0.78 ***	0.85
適応行動188		1.20	0.96	0.30	0.63	0.97 ***	0.84
適応行動189		1.13	0.93	0.41	0.65	0.80 ***	0.83
適応行動190		1.17	0.95	0.54	0.86	0.67 ***	0.85
適応行動191		0.95	0.92	0.43	0.75	0.57 ***	0.77
適応行動192		1.11	0.96	0.39	0.74	0.77 ***	0.82
適応行動193		0.90	0.94	0.43	0.78	0.50 **	0.72
適応行動194		1.04	0.95	0.46	0.75	0.63 ***	0.80
適応行動195		0.97	0.92	0.28	0.62	0.78 ***	0.77
適応行動196		0.91	0.91	0.33	0.63	0.67 ***	0.75
適応行動197		1.00	0.96	0.28	0.58	0.79 ***	0.78
適応行動198		0.94	0.94	0.43	0.78	0.56 ***	0.76
適応行動199		1.09	0.96	0.43	0.75	0.70 ***	0.81
適応行動200		1.04	0.95	0.26	0.49	0.87 ***	0.79
適応行動201		1.08	0.97	0.46	0.75	0.67 ***	0.80
適応行動202		1.02	0.93	0.48	0.78	0.59 ***	0.80
適応行動203		0.96	0.95	0.24	0.52	0.80 ***	0.75
適応行動204		1.00	0.98	0.20	0.45	0.87 ***	0.77
適応行動205		1.01	0.95	0.26	0.61	0.82 ***	0.76
適応行動206		1.05	0.96	0.30	0.63	0.81 ***	0.78
適応行動207		0.87	0.94	0.28	0.54	0.65 ***	0.71
適応行動208		0.87	0.92	0.17	0.44	0.80 ***	0.71
適応行動209		1.08	0.97	0.35	0.67	0.78 ***	0.80
適応行動210		0.99	0.97	0.22	0.51	0.84 ***	0.76

付録 1　適応行動尺度の項目分析（つづき）

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
適応行動211		0.89	0.91	0.30	0.55	0.68 ***	0.74
適応行動212		0.84	0.90	0.22	0.59	0.72 ***	0.70
適応行動213		0.94	0.94	0.26	0.53	0.76 ***	0.75
適応行動214		0.76	0.90	0.11	0.31	0.77 ***	0.66
適応行動215		0.82	0.93	0.24	0.48	0.66 ***	0.70
適応行動216		0.78	0.93	0.13	0.34	0.74 ***	0.66
適応行動217		0.70	0.86	0.26	0.57	0.54 ***	0.65
適応行動218		0.66	0.84	0.30	0.59	0.45 **	0.63
適応行動219		0.72	0.88	0.09	0.28	0.76 ***	0.64
適応行動220		0.55	0.81	0.22	0.59	0.43 **	0.55

付録 2　トドラー課題の項目分析

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
トドラー 1	○	1.00	0.00	0.58	0.51	1.32 ***	0.69
トドラー 2-1	○	1.00	0.00	0.67	0.39	1.40 ***	0.69
トドラー 2-2	○	1.00	0.00	0.75	0.40	1.02 **	0.59
トドラー 3-1	○	1.00	0.00	0.92	0.19	0.70	0.28
トドラー 3-2	○	0.90	0.26	0.75	0.34	0.51	0.29
トドラー 4-1	○	0.88	0.28	0.58	0.36	0.94 *	0.75
トドラー 4-2	○	1.00	0.00	0.63	0.43	1.41 ***	0.69
トドラー 4-3	○	0.88	0.22	0.50	0.43	1.19 **	0.70
トドラー 4-4	○	0.75	0.44	0.42	0.51	0.71	0.38
トドラー 5-1	○	0.83	0.24	0.75	0.34	0.27	0.26
トドラー 5-2	○	0.88	0.22	0.88	0.23	0.00	0.28

付録 3　視覚①②③課題の項目分析

項目	追加	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
		M	*SD*	*M*	*SD*		
視覚①1	○	0.91	0.29	0.59	0.50	0.89 ***	0.65
視覚①2	○	0.91	0.29	0.56	0.51	0.99 ***	0.65
視覚①3	○	0.88	0.32	0.41	0.50	1.28 ***	0.75
視覚①4	○	0.88	0.32	0.33	0.48	1.50 ***	0.77
視覚①5		0.84	0.37	0.44	0.51	0.97 ***	0.74
視覚①6		0.84	0.37	0.30	0.47	1.37 ***	0.82
視覚①7		0.73	0.44	0.33	0.48	0.89 ***	0.76
視覚①8		0.76	0.43	0.22	0.42	1.24 ***	0.72
視覚②1		0.83	0.38	0.30	0.47	1.32 ***	0.82
視覚②2		0.74	0.44	0.26	0.45	1.10 ***	0.77
視覚②3		0.77	0.43	0.33	0.48	0.99 ***	0.77
視覚②4		0.74	0.44	0.30	0.47	1.01 ***	0.74
視覚②5		0.77	0.43	0.30	0.47	1.08 ***	0.82
視覚②6		0.42	0.50	0.19	0.40	0.49 *	0.45
視覚③1		0.63	0.48	0.22	0.42	0.87 ***	0.71
視覚③2		0.45	0.50	0.11	0.32	0.72 **	0.40
視覚③3		0.66	0.48	0.11	0.32	1.24 ***	0.69
視覚③4		0.69	0.46	0.19	0.40	1.13 ***	0.72
視覚③5		0.28	0.45	0.04	0.19	0.59 **	0.42
視覚③6		0.11	0.32	0.00	0.00	0.40	0.30

付録 4　視覚④課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
視覚④1	0.84	0.37	0.22	0.42	1.60 ***	0.67
視覚④2	0.70	0.46	0.11	0.32	1.37 ***	0.66
視覚④3	0.73	0.44	0.11	0.32	1.48 ***	0.71
視覚④4	0.64	0.48	0.04	0.19	1.39 ***	0.72
視覚④5	0.68	0.47	0.19	0.40	1.10 ***	0.71
視覚④6	0.54	0.50	0.00	0.00	1.22 ***	0.62
視覚④7	0.41	0.49	0.07	0.27	0.73 ***	0.66
視覚④8	0.13	0.34	0.00	0.00	0.44 *	0.39
視覚④9	0.38	0.49	0.04	0.19	0.77 ***	0.67
視覚④10	0.11	0.32	0.00	0.00	0.40	0.31
視覚④11	0.13	0.34	0.00	0.00	0.44 *	0.37
視覚④12	0.18	0.39	0.04	0.19	0.41	0.52
視覚④13	0.01	0.10	0.00	0.00	0.11	0.13
視覚④14	0.05	0.22	0.00	0.00	0.26	0.27
視覚④15	0.07	0.26	0.00	0.00	0.31	0.30

付録 5　視覚⑤課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
視覚⑤1a	0.86	0.35	0.40	0.50	1.22 ***	0.73
視覚⑤1b	0.73	0.45	0.30	0.46	0.95 ***	0.70
視覚⑤2a	0.84	0.37	0.40	0.50	1.10 ***	0.71
視覚⑤2b	0.49	0.50	0.11	0.31	0.80 ***	0.61
視覚⑤3a	0.79	0.41	0.32	0.47	1.14 ***	0.74
視覚⑤3b	0.53	0.50	0.11	0.31	0.89 ***	0.66
視覚⑤4a	0.71	0.46	0.19	0.40	1.15 ***	0.74
視覚⑤4b	0.51	0.50	0.04	0.20	1.00 ***	0.74
視覚⑤5a	0.67	0.47	0.11	0.31	1.25 ***	0.73
視覚⑤5b	0.51	0.50	0.04	0.20	0.99 ***	0.73
視覚⑤6a	0.69	0.46	0.19	0.40	1.10 ***	0.75
視覚⑤6b	0.51	0.50	0.02	0.15	1.03 ***	0.76

付録６　言葉①課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
言葉①1	0.92	0.26	0.53	0.50	1.27 ***	0.70
言葉①2	0.92	0.27	0.57	0.50	1.11 ***	0.70
言葉①3	0.92	0.28	0.43	0.50	1.56 ***	0.73
言葉①4	0.90	0.30	0.43	0.50	1.42 ***	0.75
言葉①5	0.90	0.30	0.40	0.50	1.51 ***	0.76
言葉①6	0.91	0.29	0.49	0.51	1.30 ***	0.74
言葉①7	0.86	0.35	0.36	0.49	1.32 ***	0.79
言葉①8	0.82	0.38	0.28	0.45	1.38 ***	0.81
言葉①9	0.83	0.37	0.28	0.45	1.44 ***	0.77
言葉①10	0.59	0.49	0.21	0.41	0.78 ***	0.77
言葉①11	0.64	0.48	0.20	0.40	0.93 ***	0.81
言葉①12	0.64	0.48	0.13	0.34	1.10 ***	0.73
言葉①13	0.66	0.47	0.17	0.38	1.05 ***	0.79
言葉①14	0.40	0.49	0.09	0.28	0.66 ***	0.57
言葉①15	0.25	0.43	0.02	0.15	0.56 ***	0.46
言葉①16	0.37	0.48	0.04	0.21	0.72 ***	0.61
言葉①17	0.27	0.45	0.13	0.34	0.33 *	0.51

付録７　言葉②課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
言葉②1	0.88	0.33	0.35	0.49	1.52 ***	0.62
言葉②2	0.87	0.33	0.25	0.44	1.80 ***	0.61
言葉②3	0.73	0.44	0.30	0.47	0.98 ***	0.66
言葉②4	0.87	0.33	0.35	0.49	1.49 ***	0.60
言葉②5	0.81	0.40	0.25	0.44	1.39 ***	0.60
言葉②6	0.65	0.48	0.20	0.41	0.96 ***	0.53
言葉②7	0.71	0.45	0.20	0.41	1.15 ***	0.70
言葉②8	0.82	0.38	0.30	0.47	1.33 ***	0.61
言葉②9	0.50	0.50	0.10	0.31	0.82 ***	0.57
言葉②10	0.66	0.47	0.15	0.37	1.10 ***	0.62
言葉②11	0.41	0.49	0.10	0.31	0.65 **	0.47
言葉②12	0.71	0.45	0.05	0.22	1.52 ***	0.66
言葉②13	0.42	0.50	0.05	0.22	0.78 **	0.50
言葉②14	0.34	0.47	0.00	0.00	0.75 **	0.43
言葉②15	0.40	0.49	0.00	0.00	0.86 ***	0.52

付録８　記憶課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
記憶1a	0.92	0.26	0.55	0.50	1.20 ***	0.69
記憶1b	0.92	0.27	0.55	0.50	1.17 ***	0.72
記憶2a	0.89	0.31	0.45	0.50	1.30 ***	0.82
記憶2b	0.88	0.32	0.43	0.50	1.30 ***	0.84
記憶3a	0.85	0.36	0.40	0.50	1.18 ***	0.83
記憶3b	0.86	0.34	0.40	0.50	1.24 ***	0.86
記憶4a	0.84	0.37	0.28	0.45	1.49 ***	0.87
記憶4b	0.86	0.35	0.32	0.47	1.45 ***	0.87
記憶5a	0.65	0.48	0.11	0.31	1.18 ***	0.74
記憶5b	0.75	0.43	0.17	0.38	1.37 ***	0.84
記憶6a	0.66	0.48	0.15	0.36	1.10 ***	0.80
記憶6b	0.64	0.48	0.13	0.34	1.09 ***	0.76
記憶7a	0.52	0.50	0.09	0.28	0.92 ***	0.67
記憶7b	0.60	0.49	0.13	0.34	1.01 ***	0.76
記憶8a	0.27	0.44	0.04	0.20	0.54 ***	0.43
記憶8b	0.04	0.21	0.02	0.15	0.12	0.18

付録９　算数課題の項目分析

項目	定型発達群		知的障害群		*d*	I-R相関
	M	*SD*	*M*	*SD*		
算数1	0.93	0.25	0.57	0.50	1.25 ***	0.49
算数2	0.92	0.26	0.50	0.51	1.37 ***	0.54
算数3	0.87	0.33	0.45	0.50	1.18 ***	0.63
算数4	0.86	0.35	0.38	0.49	1.26 ***	0.68
算数5	0.80	0.40	0.30	0.46	1.24 ***	0.74
算数6	0.85	0.36	0.36	0.49	1.30 ***	0.71
算数7	0.68	0.47	0.19	0.40	1.08 ***	0.86
算数8	0.78	0.41	0.28	0.45	1.20 ***	0.78
算数9	0.77	0.42	0.26	0.44	1.20 ***	0.79
算数10	0.70	0.46	0.17	0.38	1.19 ***	0.83
算数11	0.76	0.43	0.23	0.43	1.21 ***	0.79
算数12	0.71	0.46	0.17	0.38	1.21 ***	0.85
算数13	0.66	0.47	0.13	0.34	1.16 ***	0.82
算数14	0.68	0.47	0.17	0.38	1.12 ***	0.85
算数15	0.66	0.47	0.13	0.34	1.16 ***	0.86
算数16	0.68	0.47	0.11	0.31	1.27 ***	0.84
算数17	0.55	0.50	0.09	0.28	0.97 ***	0.84
算数18	0.53	0.50	0.09	0.28	0.93 ***	0.83
算数19	0.54	0.50	0.06	0.25	1.01 ***	0.87
算数20	0.41	0.49	0.02	0.15	0.85 ***	0.77
算数21	0.52	0.50	0.04	0.20	1.01 ***	0.85
算数22	0.49	0.50	0.02	0.15	1.01 ***	0.85
算数23	0.37	0.48	0.02	0.15	0.77 ***	0.72
算数24	0.34	0.48	0.04	0.20	0.67 ***	0.70
算数25	0.37	0.48	0.00	0.00	0.83 ***	0.72
算数26	0.47	0.50	0.04	0.20	0.91 ***	0.84
算数27	0.41	0.49	0.02	0.15	0.85 ***	0.78
算数28	0.32	0.47	0.00	0.00	0.74 ***	0.67
算数29	0.22	0.41	0.02	0.15	0.51 **	0.54
算数30	0.38	0.49	0.02	0.15	0.79 ***	0.75
算数31	0.09	0.28	0.00	0.00	0.33 *	0.32
算数32	0.25	0.44	0.00	0.00	0.63 ***	0.59

厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応

研究分担者　大塚　晃　日本発達障害ネットワーク／上智大学　総合人間科学部
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
日詰　正文　国立のぞみの園　研究部

【研究要旨】
療育手帳制度の運用に関する検討に向けた議論が本格化してきている。知的障害の判定に向けた新たなツールの開発も進められている。このような状況の中、再度、療育手帳制度の統一とは何かについて検討することは喫緊の課題である。本研究は、療育手帳制度の判定方法及び認定基準等運用の統一に向けて、療育手帳制度の制度政策的な位置づけ、療育手帳の判定や認定基準等運用の統一の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある対象や支援の内容等について福祉サービスの観点から明らかにすることを目的とする。
結果として、療育手帳制度の判定方法及び認定基準等の統一による影響は、障害者総合支援法や児童福祉法などの福祉サービス、障害基礎年金や特別児童扶養手当などの年金・手当、雇用・就労支援や特別支援教育に影響を与えることが示唆された。療育手帳制度運用の統一は、従来曖昧であった「知的障害の範囲・枠組み」を明確にすることであり、現行において手帳を取得できている者ができなくなる可能性、その結果としての手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が明らかとなった。療育手帳制度運用の統一においては、生ずる可能性のある課題について、その対応をあらかじめ検討しておく必要があること。対応の一つとして精神障害者保健福祉手帳制度を利用しやすくする必要性が示唆された。

A．研究目的

「療育手帳は、現時点で法的な位置づけはなく、各自治体が自治事務として運用しており、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる可能性が指摘されている」（「療育手帳の在り方について」社会保障審議会障害者部会、第 128 回(R4.4.25)、資料 4、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）。この状況を療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用の統一によって解決すべきであるとする意見は根強い。療育手帳の運用の統一に関連して、令和２年度から３年度にかけて厚生労働科学研究「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」（研究代表者：辻井正次）が行われている。療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運

用を統一することは、従来曖昧であった「知的障害の範囲・枠組み」を明確にすることであり、現行において手帳を取得できていた者ができなくなる可能性、その結果としての手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が懸念される。

本研究は、療育手帳の制度政策における位置づけ、療育手帳の判定方法・基準等の統一時の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある支援対象や内容、及びその対応について明らかにすることを目的とする。

B．研究結果

1．療育手帳制度の位置づけ

療育手帳制度の位置づけを明らかにする場合、障害分野全体の制度施策の観点から、特に、知的障害福祉の今までの流れの中から考えることが必要である。その際は、身体障害や精神障害も含めた障害福祉の制度施策の歴史の中で考察していくことが重要である。

(1)児童福祉法の時代における手帳制度

1947 年に児童福祉法が制定され、障害福祉サービスとしての精神薄弱児施設が法律に位置づけられた。戦後の知的障害の制度・施策は児童から始まった。知的障害そのものが発達期に生じ、その状態が続くことから、知的障害児者は『永遠のこども』とする思想が続くことなる。大人になった知的障害者にも「療育」手帳を支給する理由である。法に知的障害そのものに関する定義はなく、障害者手帳も制度に位置づけられなかった。

1949 年に身体障害者福祉法が制定された。その第 2 条に身体障害の定義として「別表に掲げる者」とされ、法の第 15 条には、身体障害者手帳とは、「身体上の障害がある者に対して、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長が交付するもの」と規定された。知的障害も法の対象とすることが検討されたが、能力損傷の基準設定の困難性などにより見送られた。

1950 年に精神衛生法が制定され、その第三条（定義）において「この法律で『精神障害者』とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）精神薄弱者及び精神病質者をいう」とされ，精神薄弱が法に規定された．児童福祉法との関係については、児童である精神障害者については、先ず児童福祉法が適用され、これらの児童についても医療を加えて精神的健康を恢復又は保持向上すべきであるので精神衛生法に基づき精神病院への入院医療が加えられなければならないとされた。（「精神衛生法の施行について」(昭和二五年五月一九日、発衛第一一八号、各都道府県知事あて厚生事務次官通達)。この状況は、現在でも知的障害者の精神科病院への長期入院の課題となっている。精神障害者保健福祉手帳は規定されず、1995 年の精神保健福祉法の制定を待つという長い期間が必要であった。精神障害者保健福祉手帳そのものが比較的新しい制度であり、精神疾患の診断が優先されており、その利用も始まったばかりであることを認識しておく必要がある。

(2)知的障害者福祉法の時代における手帳制度

1960 年に精神薄弱者害福祉法が制定されたが、法の対象は明記されず(知的障害の定義はなされず)、療育手帳も法律に規定されなかった。精神薄弱者福祉法は、成人の知的障害者への課題への対応としてはじまったが、その内容は施設に入所する手続きが主なものであった。施設入所は都道府県の措置権限の範囲なので、手帳制度の必要性はそれほど認識されていなかったと推測する。

1970 年に障害者施策の一貫性・総合性の必要性から心身障害者対策基本法が成立した。法の対象者は身体障害と知的障害であった。その後、1993 年には心身障害者対策基本法に代わり障害者基本法が制定された。法に精神障害が位置づけ

られ、障害とは身体障害、知的障害、精神障害が３類型とされた。

1973 年、療育手帳制度要綱（厚生省発児第 156 号事務次官通知）が出された。この制度の目的は、知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とするとされている。療育手帳のねらいの一つは、知的障害児及び知的障害者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があった。

療育手帳制度は、知的障害者福祉法にその対象規定がないために、各地方自治体の判定業務にまかされ、各自治体が用いる検査ツールも異なれば、重度以外のどこまでを認めるかの基準も異なることとなった。転居の際に、療育手帳の新規発行が求められ、療育手帳制度の目指す一貫したサービ利用に支障が出ることになり、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」（平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。一貫した支援のために発案された手帳制度そのものが、一貫したサービス利用を困難にしてきたと言えよう。

1987 年に精神衛生法は精神保健法に、1995 年には精神保健福祉法と名称を変える。精神保健福祉法は、（定義）第五条において「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう。」とされた。精神薄弱者については、本法では、精神医療に関する規定ついては、精神薄弱者を精神障害者に含めて適用しているが、第 6 章（保健及び福祉）の規定においては精神障害者から精神薄弱者を除くものとされている（「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」、平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知）。法第四十五条には精神障害者保健福祉手帳が規定されたが、知的障害者は除くとされていた。

1990 年に社会福祉関係八法の改正があり、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの在宅のサービスが法に規定され、実施主体も都道府県から市町村に移った。児童相談所や知的障害者相談所という都道府県等の行政機関により出される療育手帳は、施設サービスから在宅サービスにその重点がシフトし、市町村が実施主体となる中で、次第にその意味に変化が生じていった。療育手帳制度の機能も、一貫した指導・相談から手帳取得によるサービスや手当の支給など各種のメリットを求めるようなってきたと言えないだろうか。

(3)障害者総合支援法の時代における手帳制度

2000 年の身体障害者福祉法及び知的障害者福祉の改正により、2003 年より支援費制度がスタートした。支援費制度は、利用者が施設やサービスを選択して利用するという従来の措置制度から利用契約制度に移行するものである。在宅サービスを中心実施主体としての市町村の役割がますます大きくなってきた。そのような状況の中で療育手帳の目指された一貫した指導・援助の機能は形だけのものとなった。措置から契約の時代における知的障害者更生相談所は、市町村の更生援護の実施に関し、市町村相互間の連絡及び調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うこととされた。

2005 年に発達障害者支援法が成立した。法における「発達障害」とは，「自閉症、アスペルガ

ー症候群その他の広汎性発達障害，学習障害，注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」とされている。発達障害者支援手帳（仮称）はつくられなかった状況においては，知的障害のある自閉症は療育手帳でカバーされ、一部知的障害のない自閉症(高機能自閉症)も療育手帳の対象となっている状況がクローズアップされ、発達障害者支援手帳（仮称）の創設を含めた、手帳制度の検討が課題となった。また、それ以後、知的障害のない（高機能）発達障害者については，精神障害者保健福祉手帳の取得の可能性の認識が広がっていった。

2010 年に成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(つなぎ法)」により、発達障害も精神障害の一部として障害者自立支援法の対象と規定された。2011 年 8 月の障害者基本法の改正により、第 2 条の「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害(発達障害を含む。)」とされ、発達障害が精神障害に含まれることがより明確となった。これにより、発達障害者は精神障害者保健福祉手帳の対象とされたというのが関係者の共通の認識となった。しかし、行政は積極的に推し進めることなく、発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳も取選択肢の一つというスタンスが続いている。発達障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象であると言い切るには、幾つかの課題が残っている。

2006 年に障害者の地域生活と就労を進め，自立を支援する観点から，これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス等について、三障害共通の制度の下で一元的に提供し、地域生活や就労支援を推進する障害者自立支援法が施行された。2010 年のつなぎ法により、障害児施設・事業の一元化が行われ、児童発達支援や放課後等デイサービスが法律に位置づけられた。その後、2012 年 4 月に「地域生活における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について（障害者総合支援法）」が成立し、2013 年に施行された。障害者総合支援法の諸サービスについては手帳制度の要件や区分を活用せず、市町村に申請して障害支援区分の判定を受けることがサービス利用の前提となっている。「障害支援区分」は、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとされ、必要とされる支援の度合に応じて区分 1 から区分 6 までとなっている。障害支援区分の認定による障害者総合支援のサービス利用と手帳制度が分離されているために、国レベルでは手帳制度は不要であるが、地方レベルではサービス利用には療育手帳を取得する必要性が依然として続いており、混乱の一つと考えられる。

２．療育手帳判定方法統一時の主要な課題（福祉サービスからの観点など）

（１）療育手帳制度の統一とは

療育手帳制度には現時点では法的な位置づけはなく、都道府県や指定都市によって、手帳の名称、検査および判定の方法、等級の基準、知能指数の上限値などの認定基準にばらつきがあり、療育手帳所持者がほかの自治体に転居した際に判定に変更が生じ、障害者自身や家族に混乱を生じさせていると言われている。令和 4 年度の障害者総合福祉推進事業の調査では、令和 3 年度において、「行政不服審査請求はなかった」が 76.5%、「行政不服審査請求があった」が 23.5%となっている。（厚生労働省令和 4 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、「令和 4 年度総合

福祉推進事業報告書」）行政不服審査のあった件数は、全国で 12 件（交付件数の全体は 51，917 件）と報告されており、各都道府県の福祉現場において、どの程度に混乱が生じているかは明らかでない。

しかし、判定・交付に関して、令和 4 年度障害者総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果では、交付主体である地方自治体、児童相談所・知的障害者更生相談所、市町村、及び相談支援事業所からは、交付対象、程度の区分、判定方法等の統一化を含めた「療育手帳の統一化」がなされていない状況からさまざまな課題が生じている報告がなされ、療育手帳の統一化を求める意見は共通していた。

このように、療育手帳の認定基準を統一することについては、知的障害の統一的な定義（法的な定義を含む）に基づく交付対象者の統一、等級の統一とそれに報じた認定基準の統一など区分の統一、認定のためのツールなど判定方法の統一などが幅広い事項が考えられる。全国共通の判定基準等の統一の前提として、ICD-11 のような世界標準の定義に基づき知的障害を法律に位置づけることが重要であるという意見が出されている。

(2)主要な課題

厚生労働省、令和 5 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、（「令和 5 年度総合福祉推進事業報告書」）によれば、療育手帳制度の運用の統一には、主要な 3 つの課題があるとされている。①対象（知的障害の定義・判定基準、判定ツール、等級(障害の区分)の考え方、年齢の考え方、重複障害等の勘案事項の考え方）、②支援(療育手帳の目的、その他(非該当の場合の支援のあり方))、③その他運用の統一可能性の考え方(再判定の考え方、医学的所見等の取扱い、その他等統一が望ましく検討が必要と考えられる事項)である。

① 対象（者）

●知的障害の定義・判定基準

サービスの対象（者）は、知的障害の定義と密接な関係がある。しかし、知的障害の定義は法に規定がないため、サービスの対象が規定されず、課題となっている。知的障害者福祉法に知的障害の法的定義を規定することは喫緊の課題である。例えば、知的障害者福祉法の（定義）第四条に、「この法律において、『知的障害者』とは、知的機能の障害がある十八歳以上の者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」（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、平成 31 年 3 月、東京都手をつなぐ育成会）などを規定することが考えられる。

●判定ツール

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象として知的障害を主としつつも、その定義と判定方法は各自治体に裁量がある実態が見えてきてた。例えば、IQ の上限値について、IQ80 を超えて設定している地域、発達障害を勘案して療育手帳を交付している地域があること、適応行動のアセスメントについては、9 割以上の判定機関で実施されていたが、全判定ケースで実施している判定機関は 6 割ほど、適応行動のアセスメント時に標準化されたツール以外を用いるケースがほとんどであった。ICD-11 等の国際的な基準に基づいた判定ツール・基準が必要であること、ICD-11 に即した判定基準に統一された場合には，現在のばらつきのある区分においても統一が容易になること等が指摘されている。

使用されている判定ツールは、各地域・判定機

関によって様々であり、今後の支援方針の検討に活用できるようなアセスメント（例：ウェクスラー式知能検査、標準化された適応行動のアセスメント）が行われていない地域も見られた。当該判定におけるアセスメントは相談支援の一部と考えれば、検査結果がその後の支援にも役立てられることが目指されるべきである。しかし、相談業務における人員体制などの理由により実態としては療育手帳の対象かどうかを判断するための判定となっており、その後の支援に繋げるところまで必ずしも至っていないのは、相談機関の専門性をいかに関係者が共有していくかの課題を投げかけている。

現在、厚生労働科学研究費補助金による調査研究において、判定ツール統一に向けた検討が別途進められており、今後は、前述の国際的な基準に基づいた知的障害の定義を踏まえ、当該定義に沿った適切な判定ツールの普及が急がれる。

●発症時期

令和4年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、発症時期については、概ね18歳までで設定している都道府県・政令市が8割超であったが、設定していない都道府県・政令市も一部あった。こうした定義の違いにより、転居時の対応における課題等が生じており、今後は、療育手帳制度の対象の整理と、国際的な基準に基づき、早急に知的障害を定義することが必要と考える。発症時期との関連においては、18歳以降への（特に高齢期も含めて）対応をどのように行っていくかという課題が生じている。

●知能の上限

令和4年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象は知的障害児者であることは、共通な認識となっているが、知能境界域の知的障児者を対象としている自治体もあり、それぞれの自治体によって取り扱いの異なりが報告されている。これについては、療育手帳がサービスの必要な知的障害児者を幅広く捉えるという療育手帳の柔軟な運用という点においては機能している。一方、転居等によって異なる自治体に移動した場合には、非該当になるなど混乱が生じている状況が報告されている。IQ70～75以上の者に対して、発達障害を勘案し療育手帳を交付することについて、交付主体は要綱等で定めているか問いに、「定めていない」の割合が最も高、66.1%となっている。次いで、「定めている（要綱又は要領）（18.9%）」、「定めている（要綱又は要領以外）（13.7%）」となっている。

療育手帳を申請したが手帳の取得には至らなかったケース（判定結果が非該当になるケース）に対するフォローアップは、「特に行っていない」の割合が最も高く62.6%となっている。次いで、「フォローアップを行っている（37.1%）」となっている。フォローアップの内容は、「精神障害者保健福祉手帳を案内している」の割合が最も高く65.4%となっている。次いで、「療育手帳の所持によらない行政サービスや福祉サービスを案内・調整している（60.1%）」、「関係する所管課への相談を案内している（41.0%）」となっている。

●等級

療育手帳の等級は、厚生労働省が出している指針においては「重度」と「その他」の2つに分かれている。それ以外にも自治体独自にA1（最重度）、A2（重度）、B1（中度）、B2（軽度）のように自治体独自の判定基準を設けている場合がある。各都道府県により1～7までの等級にわかれている。（平成30年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書、平成31年3月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会）ここまで地方自治体において取り扱いが異なっている背景には、国が提示した療育手帳制度の等級が大雑把で、各地方自治体独自のサ

ービス提供の実情に応じて複雑化してきたことが考えられる。しかし、上記の報告書によれば54.3%の自治体が世界標準の4段階となっており、これを統一したときの混乱は想定されるものであるが、その程度は定かではない。近年の地方自治体独自のサービスを見直していく方向性を踏まえ、その影響の程度を見ていく必要がある。

●年齢

療育手帳の対象について、年齢と発症時期の設定状況は、各都道府県市で概ね共通していた。上限を設定している自治体は1か所で、設定している上限の年齢は、「64歳」であった。一方、下限を設定している自治体は9か所で、設定している下限の年齢は、平均値「1.6」であった。年齢との関係に関しては、児童相談所・知的障害者更生相談所への調査から、乳幼児期や18歳以降の新規交付等、知的障害の判定が難しいケースに苦慮している様子が窺えた。

●重複障害

今後の判定方法の検討にあたっては、ツールの作成の他に、ツールの使用が難しいケースや、他の障害等（いわゆる重複障害の取り扱いを含む）の勘案方法等をあわせて整理することが求められる。令和4年度総合福祉推進事業のアンケート調査では、判定に苦慮するケース像として、低年齢のために知的能力の判断が難しいケースや、知的障害を伴うと考えられる疾患・障害の医学的診断がある乳幼児のケース、緘黙や外国籍、聴覚障害や視覚障害等の重複障害のあるケースといったように、判定機関として判定ツールの使用が困難なケースと、発達障害や加齢による認知機能の低下等の他の影響の勘案に迷うケースについての課題意識が寄せられていた。こうしたケースへの対応は、各地域の様々な方針の下で行われており、今後の判定ツールの検討に伴い、科学的な根拠に基づき、判定が難しいケースの判定方法・基準についても整理し、一定の方向性を示すことが望ましい。

② 支援（サービス）の考え方

●療育手帳の目的

療育手帳の本来の目的には、指導・援助の一貫性と援助措置を受けやすくするという2つの側面があると考える。

療育手帳のねらいの一つは、知的障害児者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があることが覗える。これは、療育手帳を導入に際しては、すでに広く行き渡っていた母子健康手帳を参考に導入したものと考えられる。母子の健康手帳は、妊産婦手帳（昭和17～23年）、母子手帳（昭和23年～昭和40年）、母子健康手帳（昭和40年～）と名称を変えながら発展してきた。手帳制度に本人の（生活・医療）などの情報について、どのような内容の相談があり、どのような解決をはかってきたかという児童相談所や知的障害者更生相談所の業務の記録としても期待されたものである。知的障害児者とその家族のメリットとなるだけでなく、行制手続きを一貫してスムーズに行うという意味も大きい。行政手続としては、その人がサービスをあるいは支援を受ける資格があるか（サービス利用対象者としての知的障害の認定の意味あい）を明らかにする装置（サービスや支援のための「パスポート」）となってきた。当時のサービスは、主に施設サービスであるが、通所・入所を含めて、行政手続きをスムーズに行う上で必要であったものと理解できる。各自治体（都道府県及び政令市に限られるが）の独自サービスが整備されてきた時期であり、国のサービスが不十分のこともあり、手帳の区分が各地方自治体の独自サービスを供与する装置としても機能していったものと推測され

る。これらを手帳制度の「管理的メリット」と言うことができる。

療育手帳のもう一つのねらいとされているのが、さまざまな援助措置を受け易くするというものである。援助措置を受ける場合には必ず療育手帳を提示するよう保護者等を指導するとともに、関係機関と十分協議のうえ療育手帳の提示があった時は、療育手帳により資格の確認等を行いすみやかにこれらの援助措置がとられるよう措置されたいとされている。具体的な事例は、特別児童扶養手当、心身障害者扶養共済、国税・地方税の諸控除及減免、公営住宅の優先入居、NHK 受信料の免除、旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引等が記述されている。これらを療育手帳の「功利的メリット」と言うことができる。

療育手帳制度の歴史においては、手帳制度の「管理的メリット」と「功利的メリット」が意図されて創設されてが、本来の指導援助の一貫性の機能は、令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳の検査結果については、全ての行政種別で「特に取得していない」が多く、判定結果については、多くの自治体では「全てのケースの判定結果について情報を取得している」、相談支援事業所では、「一部の判定結果について情報取得している」がそれぞれ最も多くなっている。しかし、関係機関間での検査結果や判定結果等の共有・活用は、限定的となっている実態が窺える。「希望があれば」という判定機関の態度の背後には、判定機関自体が療育手帳を，支援の「スタート」ではなく、「ゴール」として捉えていることが推察される。このような市町村や相談支援事業者へのアンケート調査結果から、療育手帳に関する情報を適切に提供し、それを関係機関で協働して活用して一貫した支援を行っているという状況には乏しいという結果が出ている。療育手帳制度の「管理的メリット」が、その十全な目的が達せられず、むしろ「功利的メリット」が大きくなってきたと言えないだろうか。当事者は療育手帳を「功利的メリット」から取得することを強く要望し、行政はともかくそれに応じることで手一杯である状況が覗える。

●非該当の場合の支援のあり方

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳が取得できるかどうかの境界域の方の中で、何らかの支援が必要と思われるが、制度の狭間に落ちてしまうケースがあり、療育手帳が非該当となった後のフォローも十分届いてない可能性や、そうした方々について、支援が受けられるよう療育手帳の取得を目指すケースがあることが明らかとなっている。発達障害児者に対し、知的障害が認められる等の場合に、療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の両方を交付するケースが見られた。精神保健福祉センターにおいては、療育手帳の判定方法等の統一により、これまで療育手帳に該当していた方が非該当となり、精神障害者保健福祉手帳の申請増加に繋がることを懸念する意見があった。非該当の場合の支援のあり方や知能指数の上限を超えた取り扱いについては、最後の章におい取り上げる。

●福祉サービス等の利用援助

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書において、交付主体・市区町村・相談支援事業所に対して、本人・家族が療育手帳を申請するきっかけについて、年齢階級ごとに尋ねたところ、どの年齢階級においても、「障害福祉サービス利用申請」や「手当や年金の申請」が多い傾向が見られた。また、18 歳未満の場合は、「特別支援学校入学申請」、18 歳以上 65 歳未満の場合は「就労時（障害者枠）」への回答が多く見られた。相談支援事業所に対しての療育手帳の取得を本人・家族に勧めるタイミングの質問では、きっかけと同様、「障害福祉サービス利用申請」「手当や年金の申請」「就労時（障害者枠）」への回答が多かった。

障害者総合支援法のサービス利用に関して、障害支援区分の判定に関しては、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者精神保健福祉手帳は不要になっている。この意味では、障害福祉サービス利用に関して手帳制度の重要性は低下している。このように一見、障害者総合支援法のサービスの利用に関しては療育手帳を必要ないかのごとく見えるが、実際は、上記の療育手帳を申請するきっかけについて「障害福祉サービス利用申請」が大半を占めている。各市区町村が支給決定する際には、療育手帳の取得を条件としている実態が根強いことが覗える。児童福祉法におけるサービス利用においても必ずしも手帳を前提とせず、「気になる子ども」もサービスの必要性の観点から、市町村が支給決定を行えばサービスが利用できるとされているが、知的障害の判定機能をもたない市町村にとって療育手帳はサービス利用のパスポートとして依然として重要な機能をもっている。また、療育手帳制度を前提としていない言われている「手当や年金の申請」、分野の異なる「特別支援学校入学申請」にも必要とされている実態が明らかとなっている。

●地方自治体の独自サービス

地方自治体独自の判定基準が 1 から 7 となっているのは、自治体独自のサービスの発展と関係が深い。調査研究事業のアンケート調査結果から、各都道府県・市区町村において、重度障害者を対象とした医療費助成制度や、各市区町村で提供される地域生活支援事業等、その施策や取組の目的に応じた対象に自治体独自のサービスを提供するために、療育手帳が活用されている実態が報告されている。また、療育手帳の取得は制度上の要件ではないものの、特別支援学校入学時や就労時等に、関連する支援を受けやすくする、対象者の特性等を理解してもらうといった目的のために療育手帳の取得を目指すケースがあること等が報告されている。令和 4 年の総合推進事業によれば、都道府県や市町村が実施している「障害者医療費助成制度」をはじめとして、その他各種サービスの利用のために、療育手帳制度が利用され続けている大きな理由となっていると報告されている。療育手帳は各種の援助措置、母子保健、教育、就労、各種手当を受けるときのパスポートのような機能を果たしているのではないか。特に、療育手帳創設時の障害福祉サービスの絶対量が不足している状況においては、自治体独自の多様なサービスを提供していくた装置となった。それに応じて、地方自治体の独自サービスと療育手帳との関係性は深くなっている。

●相談支援への療育手帳の活用

制度の目的と実態を踏まえると、これまでの療育手帳は、「各種援助措置を受けやすくする」という機能は発揮してきたと考えられる一方、「知的障害児者への一貫した指導・相談」という機能が十分に発揮できてきたかは疑問が残る。

具体的には、療育手帳交付のため、専門的な職員により知能能力や適応行動等の評価が行われているが、その検査結果は他の関係機関とほとんど共有されておらず、本人・家族との共有も約 7 割の判定機関で希望があれば提供しているという状況であった(令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書)。実際に情報が提供されている例は少なく、その内容も個人情報保護等の理由により、知能指数の数値や障害の程度の数値の情報等に限定していると報告されている。療育手帳の判定プロセスにおける検査結果（判定結果以外）に関しては、申請者の居住自治体（交付主体除く）には 7 割が提供していない状況であった。一方、市町村における判定結果の必要性は、「すべてのケース」が 45.8%、「一部のケース」は 24.1%で、総計 70%が必要としていると回答している。相談支援事業者に関して、情報を取得していないが 50.9%であるが、相談支援事業者自身の必要性は、「すべてのケース」が 48.6%、「一部のケース」は 34.7%

で、総計 80%以上が必要としていると回答している。ZZ 判定プロセスにおける貴重なアセスメントなどの情報が、本人のサービス等利用計画の作成に必ずしも活かされていないことも報告されている。

●統一化を再度考える

療育手帳制度が始まってから 50 年ほどが経過しており、療育手帳が国の障害福祉のサービスが乏しい時代に、自治体独自のサービスを発展させてきた意味は大きいものがある。それが、全国の判定区分（等級）が全国で 2 から 7 までと多様なものとなってきた背景にあるのでないかと推定される。また、それぞれの自治体固有のサービスの異なりを生み、新たな自治体に転居したときにサービスが使えなという事態を引き起こしている一因とも考えられる。近年では、障害福祉サービス・障害児支援サービス等の整備が進み、手帳制度を利用せずとも必要な支援を受けることができる基盤整備が進められている背景も含め、あらためて、療育手帳制度の目的、その利用方法を整理し、「福祉の増進に資する」という目的を実現させる制度運用が求められる。

一方、判定基準の統一化により、知的障害児者が従来受けられていたサービスが受け入れられない状況になることの危惧が指摘されている。特に、市町村独自のサービスについては、等級を含めて現状と大きくかけ離れた場合、これまで利用できていた制度、サービスを利用できなること可能性があることが報告されている。また、アセスメントツールの統一により、検査時間や費用負担の増加、乳幼児の取り扱い、重度・最重度の取り扱い、申請から手帳発行までの長期化など判定業務に混乱が生じる可能性があることも考慮する必要がある。

このように、「療育手帳の統一化」を求める声は共通しているが、統一化は、知的障害児者とその家族に利益・不利益が生じる可能性が想定される。統一化の実現の際には、本人、家族、関係者のコンセンサスを得ながら不利益に対応していく視点が重要である。

相談支援事業者からは、「そもそも、医療モデルでの判定基準を進めていくことは、国際的にみたときに異質であるという認識。判定方法がそもそも医療モデルを脱し、少なくとも生活モデルや社会モデルに変えていくのであれば統一する意味がある。しかし、現行の医療モデルのままでの統一は、現場の混乱を招くのみだと思う。(令和 4 年度総合福祉推進事業報告書)」という意見は、統一のあり方に関する根本的課題を提起している。近年の障害福祉が目指すものから言えば、療育手帳は、知的障害児者が主体として自らの決定によってどこの地域でも豊かな生活していくために、関係者が共有すべき不可欠な情報である。このような情報を共有していくことが、知的障害者の意思決定支援を含めた地域おける権利擁護支援の体制を構築していくことにつながっていくという認識が必要になっている。

③　その他運用の統一可能性に考え方(再判定の考え方、医学的所見等の取扱い、その他等統一が望ましく検討が必要と考えられる事項)

●再判定の考え方

定期的な見直しは、既存調査においても指摘されているところである。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。例えば、再判定・更新については、厚生労働省の通知において、交付後も障害の程度の確認が必要であるとの考えの下、原則 2 年後、ただし障害の状況から見て 2 年を超える期間を指定してもさしつかえないものとされて、各都道府県・政令市では、年齢や状態に応じて再判定の時期を定めている。令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書においても再判定期間の

設定方法として「年齢と区分に応じて設定（48.9%）がもっと多い。定めている知能指数の上限は「50～60 以下」で設定している場合が最も多く 29.6%となっている。再判定・更新による本人・家族の負荷と判定機関の業務負荷も報告されている。検討委員会委員からは、最重度・重度の場合は程度が変わらないと考えられ、知的能力の重篤さで再判定の有無や時期を検討してはどうかといった意見もあった。判定機関からは、判定ケースの増加、職員不足等の課題が寄せられており、実際に令和 3 年度の全判定件数の約 4 分の 3 は再判定で交付した件数であった。業務負荷を軽減する方策は複数考えられる（例：再判定の件数を減らす、判定以外の業務を軽減させる、判定機関以外での判定を可能とする等）が、いずれにせよ、現状の判定体制・状況を考慮した統一の検討が必要である。

●医学的所見の取り扱い

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書によれば、判定における医師の診断書や医学的所見の確認の有無「確認している」が 85.5%、「確認しない」が 14.5%となっている。医学的所見の確認方法「自施設の医師の診断」の割合が最も高く 72.2%となっている。次いで、「診断書の提出（57.7%）」、「主治医への照会（20.1%）」となっている。判定機関として医学的所見を確認する医師の条件「精神科医」の割合が最も高く 69.6%となっている。次いで、「児童精神科医（41.8%）」、「小児科医（30.4%）」となっている。医師の診断書や医学的所見を確認する対象者は、「その他」の割合が最も高く 36.6%となっている。次いで、「全員が対象（27.8%）」、「知能指数が境界域の者（26.8%）」となっている。医学的所見を一度はとっておくことは必要であると考えるが、地方自治体には、医師の確保と業務に組み込むことよる過大の負担が生ずる課題がある。

●その他

療育手帳の判定・運用に係る統一化に向けたプロセスに関することの課題が報告されている。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。調査研究事業では、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を保持する方が非該当となる可能性への懸念、手帳等級に基づく福祉サービスや各都道府県・市区町村の事務に関する経過措置が必要であると報告がされている。判定基準等の統一の方向性に関する懸念も見られており、統一化のプロセスにおいては、本人・家族、関係機関のコンセンサスを得ながら、不利益が生じる場合にはその不利益への対応を丁寧に行っていくことが重要である。

３．療育手帳判定方法統一時に受けられなくなる支援対象や内容と対応

(1)受けられなくなると想定される対象

交付主体・市区町村・相談支援事業所への各調査において、療育手帳の判定方法や基準等を統一することで、本人や家族への支援に影響があると懸念されると報告されている(令和 4 年度総合福祉推進事業報告書)。判定方法や基準等の統一により、これまでのサービスが利用できなくなる可能性等の懸念があった一方で、統一化を求める意見も見られた。既存の調査でも指摘されているように、調査研究事業においても、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を受けている方が非該当となる可能性、手帳等に紐づく国の福祉サービスや各都道府県・市区町村独自のサービス利用への懸念がある。

療育手帳判定方法・等級（上限等を含む）などの認定基準の全国的な統一を図ったとき、従前のサービスが受けられるかどうかは、認定基準をどのように設定するかによるので、どのサービスが

受けられなくなるかを明確に措定することは困難である。あくまで、その可能性についての想定の域は出ることはできない。知能指数 70〜75 を超えている者、知能境界域の障害児者、あるいはそれらに相当する発達障害児者が対象となると想定されている。

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書では、知能指数が 70〜75 を超えて療育手帳を出しているのも、地方自治体がその人にとってサービスの必要性を認識して、他の手帳ではニーズが満たされない理由等その特殊性を理解して対応している場合があることが報告されている。一般的な知能指数の上限値を超えて手帳の支給を行っているのは、それぞれの理由があることであり、地方自治体の運用への是正だけでなく、現行制度の運用等の改善を引き続き検討していく必要がある。

(2)受けられなくなる想定されるサービス

統一という「枠組み」を作ることにより、療育手帳と紐付いていないとされる現在受けている障害福祉サービス(障害者総合支援法や児童福祉法に基づく介護給付や自立給付などのサービス、特別児童扶養手当、障害者基礎年金など)も受けられなく可能性は依然としてある。地方自治体の現場では、手帳制度がサービス利用のパスポート的役割を果たし、重要な機能を維持し続けている。最大の課題は、現行の知能指数 70〜75 以上の知的障害者が療育手帳を取得し、さまざまなサービスや手当等を受給している場合には、知能指数の上限を 69 以下とすれば手帳の取得そのものが困難になり、サービスを受けることも困難になる。サービスや手当を受けてきた人の取り扱いと、新規に手帳を取得しようとする人との間に、差異が生じないように配慮していく必要がある。場合によれば、差別的取り扱いの課題が生じる可能性がある。

(3)影響・懸念への対応

従来は知的障児者として療育手帳の対象となっていた者が、今後、療育手帳が統一され、知的障害の範囲や判定基準がかわることにより影響を受けると想定される対象に発達障害児者が想定される現在は各地方自治体の裁量により手帳制度を取得しているグループである。発達障害者支援法成立時には、知的障害のある自閉症などの発達障害児者には引き続き療育手帳を、知的障害のない発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳の利用を前提として、発達障害者支援手帳（仮称）制度の創設は見送られた。

2011 年のつなぎ法において、及び 2012 年の障害者基本法の改正において，障害の定義が「精神障害（発達障害）」を含むとされたことにより、発達障害が精神障害に含まれることが明記された。それ以後、発達障害児者が精神障害者保健福祉手帳を取得していくことは、成人期の就職の場面においては一般的になりつつある。しかし、今後、療育手帳制度の運用や判定の統一により、非該当となる人たちに、療育手帳制度の取得でなく、精神障害者保健福祉手帳の取得を積極的に進めていくためにはハードルを低くしていく必要がある。現行の精神保健福祉法の制度施策が、統合失調症などの大人を前提したものとなっていて、大人の発達障害者を対象としたサービスや支援などは想定されていない。また、精神障害のある児童への取り組みは極めて限定されたものとなっている。精神障害に対するスティグマは減じられてきたが、児童が精神障害者保健福祉手帳を取得するのが一般的になるためには、精神障害そのものへの理解と子どもの時期の精神障害への対応が充実したものにならなければならない。家族が、発達障害のある子どもに精神障害者保健福祉手帳を積極的に取っていく動機をもつ仕掛けが必要である。精神保健福祉法に発達障害者に対応するサービス等を充実させ、児童期にも開かれたものとし

ていく必要がある。具体的には以下の事項が考えられる。

① 精神保健福祉法に現行の第五条「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう」に「発達障害」を入れること。

② 現行のひきこもり対策などを通して。発達障害侍者の精神保健福祉対策を拡充していくこと。

③ 児童福祉における「こどものメンタルヘルス」対策の充実は及び母子保健の早期発見・早期対応を行い、必要に応じて精神障害者保健福祉手帳の取得を受け易くし、児童の多様なサービスに結びつける。

児童福祉は、2024 年度から子ども家庭庁の管轄となった。子どものメンタルヘルスの観点から子どもの精神障害に取り組んでいくことが重要である。その際、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準」も児童期に対応した内容にする必要がある。

C. 結論

アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第 5 版・DSM-5』は神経発達症群を、知的能力障害群、コミュニケーション症群、限局性学習症、運動症群、自閉症スペクトラム症、注意欠如・多動症に分類している。知的障害が発達障害の一群として明記された形となっている。その後、ICD-10（『国際疾病分類第-0 版』）が第 11 版に変更された。概ね、DSM-5 と同じ方向であり、今後は、発達障害支援法の対象に、知的障害を含めることを念頭に知的障害と発達障害の関係を法的に整理していくことが必要である。

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の 85%が軽度、10%が中度、3～4%が重度、1～2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016 年の発達障害者支援法改正法衆参附帯決議における、「これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること。」とは、発達障害の定義の中に知的障害を入れることを求めた決議と理解できる。知的障害を発達障害支援法の対象として、同じようなニーズを持つ群として制度・施策を構築していくことである。障害者基本法第二条（定義）において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）と規定している。この定義からすれば、身体障害と精神障害（発達障害（知的障害））という構図となろう。これらの障害をもつ者に共通しているのは、判断能力に困難性を抱えていることである。あるいは、意思決定支援の必要は人たちとも言えるだろう。今後は、知的障害者の意思が尊重された地域生活に役立つ、新たな療育手帳制度が創設されることが望まれる。

文献

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

パール・バック：著, 伊藤　隆二：訳、「母よ、嘆くなかれ、法政大学出版局､1993 年

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

「療育手帳制度についての一部改正について」厚生労働省発障 0401 第 4 号、令和 2 年 4 月 1 日、各都道府県知事、指定都市市長　中核市

市長宛て、厚生労働事務次官
「転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について」(平成五年六月二二日)(児障第四二号)(各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長あて厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)
「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知)
平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書平成 31 年 3 月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会
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
令和 2 年～3 年厚生労働科学研究「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」
令和 4 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 5 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 4 年～5 年厚生労働科学研究『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」
DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】高橋三郎・大 裕・染 俊幸【訳】、2002　医学書院
DSM-V 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】、日本精神神経学会（監修)，高橋三郎 ，大野 裕 【訳】、2014、医学書院
令和 4 年 5 月、発達障害者支援法の一部を改正する法律附帯決議（平成二八年五月二四日）

D.. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

F. 知的財産権の出願・登録情報

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）
研究分担報告書

療育手帳制度における諸課題における検討

―特別児童扶養手当との関連，判定に必要な成育歴情報，再判定期間に関するレビュー―

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

【研究要旨】

本研究では療育手帳制度における諸課題について、特別児童扶養手当との関連や療育手帳判定時に必要な成育歴情報、療育手帳の再判定期間を取り上げ、医学的な観点や先行研究のレビューから検討を行った。その結果、療育手帳や特別児童扶養手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと考えられた。療育手帳判定で把握すべき成育歴の情報に関しては、養育状況などの生育環境、精神症状や学業成績などの子どもの状態、発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動、妊娠中の母胎の健康状態、染色体異常等の本人に係る医学的状態に関する情報の把握が必要と考えられた。療育手帳の再判定に関して、海外における知能や適応行動の安定性や変化に関するレビューから、概ね 18 歳未満では 3 年程度、18 歳以上では 5 年程度と年齢によって適切な再判定期間が異なるとともに、知的障害のある者でも程度によって安定性が異なることや、精神疾患への罹患等による後天的な機能低下が起こりうることから、申請制による再判定の機会を設けることも必要であることが示された。

A. 研究目的

知的障害に関しては、ICD-11 に則った診断基準や判定の設定とともに、従来の療育手帳制度における諸々の課題をどのように扱うかということも不可避である。本研究ではこのうち、療育手帳判定に用いる情報と多くが重複している特別児童扶養手当との関連や、療育手帳判定時に必要な除外診断のための成育歴情報、療育手帳の再判定期間、の 3 点についての検討を行う。

B. 各検討点の整理

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

1－1 知的障害・発達障害のある子どもに対する経済的支援

障害児者への経済的支援は所得保障と出費の軽減に大別され、前者では成人を対象とした障害年金および特別障害者手当、児童を対象とした特別児童扶養手当および障害児福祉手当が、後者では自立支援医療や自治体による医療費助成、障害児者を対象とした福祉サービス利用の自治体負担、交通運賃やテーマパーク入場料の割引などが挙げられる（青木，2022）。知的障害・発達障害のある子どもがいる家庭では、所得保障のために特別児童扶養手当および／または障害児福祉手当の受給を検討し、出費の軽減を含む障害児向け福祉サービス利用のために療育手帳および／または精神障害者保健福祉手帳の取得を検討することになる。

1－2 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定手続き適正化に向けた取り組み

現行の特別児童扶養手当の認定手続きでは、認定率が自治体間で大きく異なる可能性が指摘されてきた（齋藤，2019；本田，2022；本田，2024）。平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業「特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究」（齋藤，2019）、令和 2 年度～令和 3 年度厚生労働科学研究「特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究」（本田，2023）、令和 4 年度～令和 5 年度厚生労働科学研究「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究」（本田，2024）では、これらの課題の分析を行い、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）および障害児福祉手当（精神の障害用）の認定診断書の改定案および等級判定ガイドラインの作成を行ってきた。

認定の地域差に関して令和 2 年度に行った全国調査では、40 の自治体から得られた特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定結果のデータ 4,419 件の分析で、認定率（1 級または 2 級と判定される比率）は 33.6%から 100%の範囲であり、自治体間で大きなばらつきがあった（本田，2023）。認定診断書の改定案作成では、様々な診断と重症度の模擬症例 11 例に対して日本児童青年精神医学会の医師会員に診断書の記入を依頼し、626 名より回答を得た。認定診断書案の記入内容を統計解析した結果、「障害のため要する援助の程度」の判定において、妥当性と評価者間信頼性のいずれもが一定の基準を満たしていることを確認した（本田，2023）。さらに、模擬症例に対する認定診断書について、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医 71 名に等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。44 名（62.0%）から回答があり、一定の妥当性と評価者間信頼性が得られた。（本田，2024）。この研究班で作成した認定診断書改定案に診断医が記入し、等級判定ガイドライン素案に沿って認定医が判定するという手続きを導入することによって、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）における認定の地域差の解消が期待される。

1－3 障害者手帳と年金／手当の関係に関する課題

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害児福祉手当は医療機関で診断書を作成することが多い。手帳や手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイ

ミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、精神障害者保健福祉手帳や手当の申請に際しては、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。

日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報

2－1　環境要因

知的障害は発達期に生じる障害で、知的機能と適応機能の両者が制限されることで定義される。重度の知的障害の場合は 2、3 歳の低年齢で気づかれるが、軽度の人は学業の困難がある学齢期にまで確認できるようにならないことがある。重症度が発達とともに変化することはありうるが、一般的には障害が生涯にわたる。知的障害であれば、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。

知的障害を判断する時期は幼児期から成人期まで多岐にわたる。幼児期において注意すべきは、子どもの養育環境である。特に乳幼児期における極端な心理社会的剥奪は言語発達や対人交流などの特定の精神機能にネガティブな影響を与える。社会的剥奪による子どもの状態は、子どもがより好ましい環境に移った後に大幅に改善することがある。したがって、養育環境に明らかな問題がある場合には知的障害の診断は慎重にすべきであり、まず養育環境の改善をはかる必要がある。しかし、発達に十分な刺激が得られる好ましい環境に一定期間過ごした後でも、診断要件を満たす場合には知的障害と診断する。

学童期以降に知的障害を診断する場合には、生育歴を聴取する際に精神疾患の可能性も考慮する必要がある。精神疾患を発症した場合には、少なくとも一時的には適応行動能力・知能テストで測定される数値のどちらも低下する可能性がある。

多くの精神疾患は児童期にも発症する。知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。

一方、知的障害のある人に精神疾患が合併することも珍しくない。その場合は併存診断がなされるべきである。子どもの精神疾患を評価する際には、発達レベルおよび知的機能に適した方法を用いて精神症状や知的能力を評価することが必要であり、過去の発達歴と現在の状態をよく知る人の情報が不可欠である。

統合失調症、気分障害などの精神疾患は乳幼児期に発症することは通常なく、発達期のある時点から行動の変化や精神症状が出現する。精神症状が出現した後に知的機能・適応行動のアセスメントを行えば知的障害と誤診する可能性がある。

知的障害の場合には、発達早期から対人交流、コミュニケーション能力、行動コントール、社会的状況における危険の判断、集団適応能力の課題があり、学齢期では学校適応や学業成績に課題があることが多い。一方、知的障害のない精神疾患では精神疾患の発症までは、知的機能・適応行動の障害は通常ないと考えられる。

精神疾患のために知能テストの結果が低下することがあるので注意が必要である。代表的な状況を下記にあげる。

・抑うつ症候群・うつ病

うつ病・うつ状態では興味の消失、不眠、制止（思考や動作が通常より緩慢になる）などの症状のために本来の能力を発揮できない。

・統合失調症

統合失調症では思考障害、発話の統合不全（話が脱線する、話していても意味を成さない)、行動が緩慢になる（カタトニア）などの症状があり、精神状態によっては極めて低得点になる。一方、薬物療法などにより精神状態が改善すると高得点をとることがある。

・不安症

不安や緊張のためにテスト場面で設問に答えられず、低得点になることがある。

・強迫症

こだわりのために確認などを繰り返し、時間制限のある課題では低得点になることがある。

このような精神疾患があるとテスト場面での成績は低下しやすい。また適応行動についても精神疾患の症状が存在すると、通常の状態よりも低下する。従って、テストの実施者は単にマニュアルにそって数値を出すだけでなく、子どもの現在と過去の状態を把握することが必要である。

生育歴・現在の状態について聴取すべき環境要因・本人の状態について下記のような情報が含まれる。

・生育環境

社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待

・子どもの状態

発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動

2－2　身体面

妊娠中の母胎へのアルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素などへの曝露は胎児の神経系の発達に悪影響をもたらし、知的障害の原因となり得る。ただし、妊娠がわかる前に飲酒をしていること、妊娠中の身体不調などに対して、医師の指示のもとで鎮痛剤などの服用をしていることは極めて一般的である。妊娠中の飲酒や薬物服用の有無について直接的に問うのではなく、妊娠中の健康状態をざっくりと聞いて、参考にするのが良い。

新生児仮死、極度の低出生体重、West 症候群などのてんかん、ダウン症などの染色体異常、未治療のクレチン症などのような代謝異常も高率に知的障害を併存する。さらに出生後の発達は正常であっても、発達の過程で、脳炎、脳腫瘍(術後を含む)、低酸素脳症、頭部外傷などのような脳器質的障害によって、知的能力が低下する場合も、18 歳未満にその低下が起こった場合には、知的障害の定義に含まれる。このような場合には、正常発達の後に、これらの中枢神経系への障害を伴い、知的能力が低下したという明確な時間関係を把握する必要がある。

知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目を考慮に入れ、単にはじき出された数字だけで、知的障害に含めてしまう可能性は排除しなければならない。具体的には、運動障害、聴力障害、視覚障害が含まれる。

従って、生育歴において聴取すべき身体面の情報は下記の通りである。

・母胎の問題

妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

・その他

1）知的障害と関連しうる本人の医学的状態

・新生児仮死
・極度の低出生体重
・脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
・染色体異常
・先天代謝異常

２）検査結果の判断時に考慮すべき項目
・運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

療育手帳の再判定期間については自治体によって異なり、また成人を境に再判定の有無など実態は様々となっており、具体的な再判定期間が明示されていない自治体もある（東京都，2023；埼玉県，n.d.；香川県，2024：兵庫県，2022）。では、科学的な視点からは知能や適応行動の再判定にはどの程度の期間を置くことが妥当なのか。知能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューから、療育手帳の再判定期間について検討する。

3－1　知能の安定性

はじめに、一般人口における知能の安定性に関する研究を概観する。Lothian Birth Cohort 1921 の参加者を対象とした研究では、Moray House Test No. 12 を用いて 106 名を対象に 11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、r = .54 の強い正の相関が見られたことを報告している（Deary et al., 2013）。また、同様に Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、Moray House Test No. 12 を用いて 11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11－70 歳間で r = .67、11－79 歳間で.66、11－87 歳間で.51 と加齢とともに減少していく傾向が報告されている（Gow et al., 2011）。これらから、年数が経つほど変化が見られるものの、人間の知能は一生涯を通じて一定の安定性を有していることがうかがえる。また、成人以降での知能の安定性について、262 名を対象とした縦断研究で 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳の知能との標準化回帰係数の変化を調べた研究では、.95 から.94、.86 と高い値が維持されている一方、特にワーキングメモリーが強く関連していることが示唆されている（Rönnlund et al., 2015）。

これまでは児童青年期から壮年期・老年期における知能の安定性の報告であったが、より短期間での安定性についてはどうであろうか。Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies のデータを用いた 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施し、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況（SES）と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された（Schneider et al., 2014）。また、この研究では知能によるサブグループ解析も行っており、IQ で三分位に分けた下位の平均 IQ93（SD = 6.0）の低 IQ 児群、平均 IQ108（SD＝3.6）の平均 IQ 児群、平均 IQ121（SD＝4.3）の高 IQ 児群を比較すると、IQ の経時的安定性は高 IQ 児よりも低 IQ 児の方が高いことが示されている（Schneider et al., 2014）。また、知能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の対象者において、年齢ごとでの知能の安定性を検証した結果、知能の自己相関係数は 7 歳未満では r_{tt}＜0.7 である一方、7 歳以上では r_{tt}＝0.7–0.8 とやや安定し、成人では r_{tt}＞0.8 と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている（Breit et al., 2024）。このように知能は一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期といった発達段階でも安定性の変動が見られることが示されている。

3－2　知能検査の再検査信頼性

知能の安定性とともに、検査ツールの再検査信頼性の点からの検証も行われている。児童青年 344 名（男子 66%、初回検査年齢平均 8.74 歳（6.1–14.3 歳）、再検査年齢平均 11.6 歳（7.5–16.6 歳））を対象に WISC-IV の安定性を検証した研究では、平均検査間隔 2.84 年で言語理解（VCI）と知覚推理（PRI）、ワーキングメモリー（WMI）、処理速度（PSI）、全検査 IQ（FSIQ）の再検査信頼性（相関係数）はそれぞれ、r = .722、.756、.655、.649、.815 であり、FSIQ が比較的高い一方、4 つの指標得点は若干低い結果となった（Watkins & Smith, 2013）。また、児童青年 225 名（男性 160 名、女性 65 名、初回検査年齢平均 9.1 歳（6.1–14.8 歳）、再検査年齢平均 11.7 歳（7.4–14.8 歳））を対象に WISC-V の安定性を検証した研究では、平均 2.6 年の間隔を空けた再検査信頼性（相関係数）は FSIQ で.86、VCI で.84、視空間（VSI）で.82 と比較的高い一方、流動性推理（FRI）で.69、WMI で.74、PSI で.77 と若干低いことが報告されている（Watkins et al., 2022）。このように児童青年期においては 2〜3 年ほどで、知能検査の結果に変動が起こりうることが示唆されている。

3－3　適応行動の軌跡と変動

知能の安定性や変動性がみられる一方、知的障害の診断基準のもう一つの柱となる適応行動の安定性はどうであろうか。Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study) の参加者 994 名とその母親 893 名を対象に、一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告しており、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた（Nishimura et al., 2022）。中でも、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ（平均 78.4）や社会性の問題（SRS-2 平均得点 54.8）が見られ、適応行動と知能や社会性の問題との関連が示されている（Nishimura et al., 2022）。軽度の知的障害のある児童青年 40 名（男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9）を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測したことが報告されている（Gravråkmo et al., 2023）。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能の獲得に介入支援が効果的であることが示されている（Burns et al., 2019）。支援による適応行動の改善もみられるものの、知的障害児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behaviour Checklist による把握で 38%、Child Behaviour Checklist で 49%が問題を有することが示され、注意欠陥・多動性障害（39%）、不安障害（7–34%）、行為障害（3–21%）、うつ病（3–5%）がみられた（Buckley et al., 2020）。このように、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

3－4　精神疾患による影響

先述のとおり、知的障害者が精神疾患になりうるリスクも懸念される。成人の知的障害者 16–64 歳に Psychiatric Assessment Schedule for adults with Developmental Disability (PAS-ADD) による面接を行って検証した研究では、精神疾患全体の有病率は一般人口とほぼ同じである一方、統合失調症と恐怖症がそれぞれ 0.4%と 1.1%高いことが報告されており、知的障害が後天的な精神疾患のリスク因子であることが示されている（Deb et al., 2001）。

特に統合失調症に関しては、認知機能へのネガティブな影響が示されており、自閉スペクトラム症（ASD）と統合失調症の知能検査結果に関する 6 つの研究についてメタ分析を行った研究では、16–41 歳の年齢範囲で ASD190 名（平均 IQ98.0）、統合失調症 260 名（平均 IQ90.8）における WAIS の結果を比較したところ、統合失調症の者が ASD 者より有意に低い得点であったことが報告されている（Kuo & Eack, 2020）。また、統合失調症患者 223 名（平均 30.8 歳）と双極性障害患者 175 名（平均 34.0 歳）の知能の軌跡を検証した研究では、Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence により測定した IQ の程度で 3 つのクラスターが得られ、知能に影響が見られない群（平均 IQ118.3、*SD* = 6.5）や軽度の認知障害を伴う群（平均 IQ103.1、*SD* = 4.5）では同程度の割合であったものの、全般的な認知機能の障害がみられる群（平均 IQ85.0、*SD* = 7.2）では 73%が統合失調症患者であったことが報告されている（Vaskinn et al., 2020）。本稿の 2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報で記したように、療育手帳判定の際には成育歴等の情報から先天的な知的障害と後天的な知能低下を識別する必要があるが、知的障害者が統合失調症に罹患する併存疾患による一層の機能低下も懸念される。

C. 結論

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

療育手帳や特別児童扶養手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。そのため、日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な除外診断のための成育歴情報

知的障害は発達期に生じる障害である。重症度が発達とともに変化することはありうるが、一般的には障害が生涯にわたり、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。しかし、養育環境に明らかな問題がある場合には、知的障害の診断は慎重にすべきである。さらに、知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。判定の際、検査の実施者は単にマニュアルにそって数値を出すだけでなく、子どもの現在と過去の状態を把握することが必要である。

妊娠中の母胎へのアルコール等は知的障害の原因となり得るため、妊娠中の健康状態を聴取して参考にするのが良い。正常発達の後であっても、中枢神経系への障害により知的能力が低下したという明確なケースの場合、時間関係を把握する必要がある。知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目は検査の結果に影響を及ぼすため、運動障害、聴力障害、視覚障害の有無を把握する必要がある。

まとめると、療育手帳の判定の際、以下の申請児者の成育歴の情報を把握することが必要である。

（1） 生育環境
　　社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待
（2） 子どもの状態

発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動

(3) 母胎の問題

妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

(4) その他

(ア) 知的障害と関連しうる本人の医学的状態

・新生児仮死
・極度の低出生体重
・脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
・染色体異常
・先天代謝異常

(イ) 検査結果の判断時に考慮すべき項目

・運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

先行研究のレビューから、知能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された（Deary et al., 2013; Rönnlund et al., 2015）。また、一般的に再検査の間隔が短期間であるほど相関係数は高いものの（Schneider et al., 2014）、幼児では変動が比較的大きく、7 歳以上でやや安定し、成人以上では 5–6 年は安定する傾向が示された（Breit et al., 2024）。知能検査の再検査信頼性の検証結果から概ね 3 年ほどで FSIQ や各指標の相関係数が.70–.80 程度になることを踏まえると（Watkins & Smith, 2013; Watkins et al., 2022）、知能の再判定については 18 歳未満では 3 年程度、18 歳以上では 5 年程度の間隔を空けることが妥当であると思われる。ただし、低 IQ 群では知能の安定性が高いことや（Schneider et al., 2014）、成人以降では高い安定性が示されているため（Breit et al., 2024）、すでに重度・最重度の 18 歳以上の知的障害者については、再判定の必要性は低いものと考えられる。

適応行動に関しては、発達段階による変動とともに、IQ や社会性の程度との関連で軌跡のパターンが異なることが示された（Nishimura et al., 2022）。また、日常生活技能は獲得可能で介入支援の効果がみられること（Burns et al., 2019）、一方で知的障害児者では健常者よりメンタルヘルスの問題や精神疾患のリスクが高いことから（Buckley et al., 2020）、一定期間での改善・悪化の可能性が示唆される。

さらに、精神疾患による認知機能と適応行動の低下のリスクや（Deb et al., 2001; Kuo & Eack, 2020; Vaskinn et al., 2020）、実行機能が適応行動を予測することを踏まえると（Gravråkmo et al., 2023）、知能と同様に一定期間での再判定を行うとともに、著しい環境変化や状態の悪化に応じた再判定を可能とするために、知的障害者本人や家族などからの申請による再判定の機会の設定も必要と考えられる。

ただし、実際には各自治体の再判定期間や実施体制は様々であるため、今回提示した間隔での再判定を実施することが現実的に困難であることも想定される。全国での統一や現場への導入にあたっては、各自治体・機関の実態を把握して共に検討することで、実現可能な方策を見出すことが重要と思われる。

文献

青木聖久.（2022）. 経済的支援を受けたいとき－精神障害がある人の所得保障と出費の軽減へのアプローチ－. 精神科治療学, 37(12), 1305-1310.

Breit, M., Scherrer, V., & Preckel, F. (2024). The stability of cognitive abilities: A meta-analytic review of longitudinal studies. Psychological

Bulletin, 150(4), 399–439.

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 review and meta-analysis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 54(19), 970–984.

Burns, C. O., Lemon, J., Granpeesheh, D., & Dixon, D. R. (2019). Interventions for Daily Living Skills in Individuals with Intellectual Disability: a 50-Year Systematic Review. Advances in Neurodevelopmental Disorders, 3, 234–245.

Deary, I. J., Pattie, A., & Starr, J. M. (2013). The stability of intelligence from age 11 to age 90 years: the Lothian birth cohort of 1921. Psychological Science, 24(12), 2361-2368.

Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. Journal of Intellectual Disability Research, 45(6), 495-505.

Gow, A. J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C. E., Roberts, B., Starr, B. J., & Deary, I. J. (2011). Stability and Change in Intelligence from Age 11 to Ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. Psychology and Aging, 26(1), 232–240.

Gravråkmo, S., Olsen, A., Lydersen, S., Ingul, J. M., Henry, L., & Øie, M. G. (2023). Associations between executive functions, intelligence and adaptive behaviour in children and adolescents with mild intellectual disability. Journal of Intellectual Disabillities, 27(3), 715-727.

本田秀夫（研究代表者）.（2022）. 令和 2 年度～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）：特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究　令和 2 年度～3 年度 総合研究報告書.

本田秀夫（研究代表者）.（2024）. 令和 4 年度～令和 5 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）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究 令和 4 年度～ 5 年度 総合研究報告書.

兵庫県.（2022）. 療育手帳について Q&A. 県立知的障害者更生相談所とは.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf20/documents/titekishougaishakouseisoudanshoryouikutechouqanda.pdf

香川県.（2024）. 療育手帳. 香川県障害福祉相談所.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://www.pref.kagawa.lg.jp/shousou/syousou/ryouikutechou/kfvn.html

Nishimura, T., Kato, T., Okumura, A., Harada, T., Iwabuchi, T., Rahman, M. S., Hirota, T., Takahashi, M., Adachi, M., Kuwabara, H., Takagai, S., Nomura, Y., Takahashi, N., Senju, A., Tsuchiya, K. J. (2022). Trajectories of Adaptive Behaviors During Childhood in Females and Males in the General Population. Frontiers in Psychiatry, 13, 817383.

Rönnlund, M., Sundström, A., & Nilsson, L. (2015). Interindividual differences in general cognitive ability fromage 18 to age 65 years are extremely stable and strongly associated with working memory capacity. Intelligence, 53, 59–64.

埼玉県.（n.d.）. 療育手帳. 障害者手帳.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/ryouiku/ry

ouikutecho.html
齊藤万比古（研究代表者）.（2019）. 平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）：特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究 平成 30 年度 総括・分担研究報告書.
Sajewicz-Radtke, U., Jurek, P., Olech, M., Łada-Ma´sko, A. B., Jankowska, A. M., & Radtke, B. M. (2022). Heterogeneity of Cognitive Profiles in Children and Adolescents with Mild Intellectual Disability (MID). International Journal of Environmental Research and Public Health, 19, 7230.
Schneider, W., Niklas, F., & Schmiedeler, S. (2014). Intellectual Development from Early Childhood to Early Adulthood: The Impact of Early IQ Differences on Stability and Change over Time. Learning and Individual Differences, 32, 156–162.
東京都福祉局.（2023）. 愛の手帳. 東京都心身障害者福祉センター.（2024 年 4 月 23 日閲覧）https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/jicen/ji_annai/a_techou.html
Vaskinn, A, Haatveit, B., Melle, I., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2020). Cognitive Heterogeneity across Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cluster Analysis of Intellectual Trajectories. Journal of the International Neuropsychological Society, 26, 860–872.
Watkins, M. W., Canivez, G. L., McGill, R. J., Pritchard, A. E., Holingue, C. B., & Jacobson, L. A. (2022). Long-term stability of Wechsler Intelligence Scale for Children–fifth edition scores in a clinical sample. Appl Neuropsychol Child, 11(3), 422–428.
Watkins, M. W., & Smith, L. G. (2013). Long-Term Stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition. Psychological Assessment, 25(2), 477–483.

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　2 件

岡田　俊（2023）. 知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから. 日本精神神経学会総会プログラム・抄録集, 119, S279.

本田秀夫：障害児のいる家庭への経済的支援に関する制度の課題. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会，弘前，11.16, 2023.

F. 知的財産権の出願・登録情報

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

ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－

研究分担者　村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系

小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科

髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

【研究要旨】

本障害者政策研究事業では、療育手帳の判定に用いる知的機能および適応行動を簡便に評価できるツールを作成することを目的としている。しかし、現行の療育手帳の交付・判定状況を踏まえると、本研究事業において、知的発達症の国際的な診断基準に準拠するツール（ABIT-CV：Adaptive Behavior and Intelligence Test for Clinical Version）を開発するだけでは、各判定機関において ABIT-CV を利用する環境が整わず、療育手帳の判定のあり方の統一は図れない。したがって、本研究班が開発・標準化する ABIT-CV の社会実装を促進するため、本研究は療育手帳の判定・交付を行う機関の職員を対象とする ABIT-CV の説明会を開催し、当該説明会に関するアンケートを精査することを目的とした。2023 年度に ABIT-CV に関する説明会を全国 6 地区、7 か所／地域で実施し、療育手帳の判定交付機関で勤務する職員等 366 名が本説明会に参加した。説明会後のアンケートの結果、参加者の 9 割以上が説明会の内容を「わかりやすかった」と評価すると共に、提示した情報量を「適当」と評価した。ABIT-CV の社会実装（療育手帳の判定に ABIT-CV を利用する）に向けた質問の回答から、ABIT-CV の実施に関する継続的な研修が必要であると共に、その研修の一部として、より実践的な研修が含まれることが望ましいことが示唆された。

A.　研究目的

知的発達症（Disorders of Intellectual Development；つまり、知的障害）を呈する児者への福祉の増進を目的とする療育手帳制度は、昭和 48 年（1973 年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第 156 号）に基づき、現在まで運用されている。先行研究において、療育手帳の判定方法および交付基準にバラつきがあり（例えば、村山・浜田, 2022）、それによって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）、知的発達症を含む神経発達症の特性を呈する児者へ

の支援に関する地域間の不公平を引き起こしていることが報告されている（本報告書研究分担報告「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」を参照）。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。

本障害者政策研究事業では、療育手帳の判定・交付に関する現状の解決（療育手帳の判定・交付基準の統一化）を促進するため、療育手帳の判定に用いる知的機能および適応行動を簡便に評価できるツールを作成することを目的としている。しかし、療育手帳制度に関する通知がなされて以降、長年に渡り各療育手帳の判定機関では多種多様なアセスメントツールが使用されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング, 2024）。このような状況を勘案すると、本研究事業において、知的発達症の国際的な診断基準に準拠するツール（ABIT-CV：Adaptive Behavior and Intelligence Test for Clinical Version）を開発するだけでは、各判定機関において ABIT-CV を利用する環境が整わず、療育手帳の判定のあり方の統一は図れない。

したがって、我々が開発・標準化する ABIT-CV の社会実装を促進するため、本研究は療育手帳の判定・交付を行う機関の職員を対象とする ABIT-CV の説明会を開催し、当該説明会に関するアンケートを精査することを目的とする。

B. 方法

１．説明会の参加者（調査対象者）

本研究班が開発した ABIT-CV（2022 年度報告書を参照）に関する説明会は全国 6 地区、 7 か所／地域で実施された。具体的には、関東地区（神奈川県川崎市および東京都で実施）、九州地区（福岡県で実施）、東海地区（岐阜県で実施）、東北地区（宮城県仙台市で実施）、中国地区（広島県で実施）、関西地区（奈良県で実施）、北海道地区で説明会を実施した。本説明会は 2023 年 12 月から 2024 年 3 月に実施された。

全体で、療育手帳の判定交付機関で勤務する職員等 366 名が本説明会に参加した。各地区での説明会の参加者数の内訳は関東地区が 114 名（神奈川県 38 名、東京都 76 名）、九州地区 46 名、東海地区 53 名、東北地区 29 名、中国地区 34 名、関西地区 62 名、北海道地区 28 名であった（Table 1）。

Table 1 ABIT－CVに関する説明会の参加者

地区	参加者数(人)	割合(%)	開催日
北海道	28	7.7	2024年3月15日
東北	29	7.9	2024年2月7日
関東			
東京都	76	20.8	2024年1月26日
神奈川県	38	10.4	2023年12月8日
東海	53	14.5	2024年3月5日
関西	62	16.9	2024年3月12日
中国	34	9.3	2024年2月20日
九州	46	12.6	2023年12月26日
合計	366	100	

参加した職員のうち、療育手帳の判定業務に 10 年以上携わる者が最も多かった（127 名、34.7%、Table 2）。それ以外の職員の判定業務歴はほぼ同程度であった（3 年未満：76 名、20.8%、6－9 年：72 名、19.7%、3－5 年：57 名、15.6%）。開催地区ごとの参加者の判定業務の経験年数について、他地区と比べて、関西地区では 10 年以上の判定業務歴がある職員が多く参加していた（Table 3）。一方、九州地区では、他

地区よりも、判定業務経験が 3 年未満の職員が多かった。

Table 2 参加者の療育手帳の判定歴

判定業務歴	人数	割合（%）
3年未満	76	20.8
3－5年	57	15.6
6－9年	72	19.7
10年以上	127	34.7
その他	14	3.8
無回答	20	5.5
合計	366	100

Table 3 各会場における参加者の判定業務歴の内訳

地区	判定業務歴					合計
	3年未満	3－5年	6－9年	10年以上	その他	
北海道	3 (12.5%)	2 (8.3%)	7 (29.2%)	8 (33.3%)	4 (16.7%)	24
東北	8 (30.8%)	8 (30.8%)	10 (38.5%)	10 (38.5%)	0 (0.0%)	26
関東						
東京	13 (18.8%)	13 (18.8%)	13 (18.8%)	25 (36.2%)	5 (7.2%)	69
神奈川	5 (13.2%)	11 (28.9%)	4 (10.5%)	14 (36.8%)	4 (10.5%)	38
東海	13 (25.5%)	7 (13.7%)	17 (33.3%)	14 (27.5%)	0 (0.0%)	51
関西	10 (17.2%)	6 (10.3%)	7 (12.1%)	35 (60.3%)	0 (0.0%)	58
中国	6 (17.6%)	8 (23.5%)	10 (29.4%)	10 (29.4%)	0 (0.0%)	34
九州	18 (39.1%)	7 (15.2%)	7 (15.2%)	13 (28.3%)	1 (2.2%)	46

2．説明会の概要

本研究班で開発した ABIT-CV に関する説明会は以下の内容で行った。

(1)　ICD-11 おける知的発達症の診断基準
(2)　療育手帳の判定に使用されるアセスメントツールの現状
(3)　ABIT-CV 開発の概要
　(ア) 開発の背景および意図
　(イ) 項目の開発
　(ウ) 予備調査（昨年度に実施した調査）の結果
　　① ABIT-CV の項目選定
　　② 信頼性・妥当性の検証
　　③ 知的発達症の識別精度
(4)　ABIT-CV の実施
　(ア) 乳児・幼児版
　(イ) 児童青年・成人版
(5)　質疑応答

いずれの地区でも同一の内容が説明され、説明会の時間は質疑応答を含めて 90 分であった。「（４）ABIT-CV の実施」では、参加者は研究班が作成した ABIT-CV の実施・採点マニュアルを参照しながら、就学前幼児および児童に対して ABIT-CV を実施した様子の動画を視聴した。

3．事後アンケート

説明会後に、参加者に事後アンケートを実施した。事後アンケートは 5 項目で構成され、内容および回答形式は以下であった。実際のアンケート票は巻末資料（Appendix 1）に示されている。

質問①　「判定業務の経験（これまでの合計年数)」－5 件法（1：3 年未満、２：3－5 年、３：6－9 年、４：10 年以上、５：その他）

質問②　「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」－3 件法（１：分かりやすかった、２：やや分かりにくかった、３：まったく分からなかった）

質問③　「本説明会での情報量は如何でしたか？」－3 件法（１：多すぎる、２：適当、

３：少ない）

質問④　「あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？」－自由記述

質問⑤　「全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？」－自由記述

なお、質問②および質問③において、特定の回答を選択した場合（②では「２」または「３」、③では「３」）に、以下の質問について自由記述で回答を求めた。

質問②「ABIT-CV の理解を促進するためには、どのような情報が必要と思われますか？」

質問③「更にどのような情報を本説明会で提示すべきと思われますか？」

C.　結果と考察

質問②（「ABIT-CV の概要および特長の説明は分かりやすかったですか？」）に対する回答の全体および開催地区ごとの結果は Table 4 に示されている。29 名の参加者が質問②に回答しなかった。回答した参加者（337 名）のうち、9 割以上（90.2%、304 名）が「わかりやすかった」と回答した。「まったくわからなかった」と回答する参加者はいなかった。

「ややわからなかった」または「まったくわからなかった」と回答した者に対する ABIT-CV の理解を促進するための情報に関する意見（自由記述）についての結果は Table 5 に示されている。質問②の回答で「ややわからなかった」と回答した者は 33 名であったが、本質問には 59 名が回答した。

Table 4 質問②の結果

	わかりやすかった		ややわからなかった		まったくわからなかった		合計(名)
	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	304	90.2%	33	9.8%	0	0.0%	337
北海道	22	95.7%	1	4.3%	0	0.0%	23
東北	24	92.3%	2	7.7%	0	0.0%	26
関東/東京	64	92.8%	5	7.2%	0	0.0%	69
関東/神奈川	26	76.5%	8	23.5%	0	0.0%	34
東海	43	86.0%	7	14.0%	0	0.0%	50
関西	52	91.2%	5	8.8%	0	0.0%	57
中国	28	87.5%	4	12.5%	0	0.0%	32
九州	45	97.8%	1	2.2%	0	0.0%	46

Note. 質問②：ABIT-CVの概要および特長の説明は分かりやすかったですか？　29名が質問②の回答を示さなかった。

グルーピングが可能であった記述のうち、ABIT-CV の理解を促進するために説明会で提示すべき情報として、ABIT-CV の標準化に関する情報が最も多かった（17 名、4.6%）。具体的には、ABIT-CV が評価する知的機能と適応行動の標準得点がどのように算出されるか、示されるのかに関する記述であった。

ABIT-CV のマニュアルの整備（11 名、3.0%）や実施方法等（10 名、2.7%）に関する記述も比較的多かった。マニュアルの整備に関しては、「共通点」や「知識」など、複数の正解が存在し得る課題や正解と不正解の境界が曖昧になり得る課題の正答基準や正答例を求める意見が主であった。実施方法に関しては、乳幼児やテスト場面に適応できない被検査児などのテスト実施困難ケースへの対応方法、適応行動の評価パートの実施方法についての意見が多かった。なお、適応行動評価パートに関して意見を示した者のほとんどは、ABIT-CV が半構造化面接を行うと誤解していた（本 ABIT-CV の説明会および昨年度の報告書でも説明をしているが、ABIT-CV での適応行動の評価は、保護

Table 5　ABIT-CVの理解促進に必要な情報に関する回答（自由記述）

概要	度数	%*	具体的な回答（抜粋）
標準化データ	17	4.6%	結果の算出が具体的にどのようにされるのかが分かりにくいため，明示されないと不安
			IQと適応行動に大きな差が見られた場合，どのような基準でどのように判定するかが明確でないように感じた
			開発目的と必要性については理解できたが，知的能力と適応行動で算出される数値についてもう少し説明がほしい
			各検査の採点までの流れのイメージはできたが，その後どのようにIQを算出していくのかが分からなかった
			知能指数の算出方法
マニュアル整備	11	3.0%	マニュアル，評価のポイント例集
			知的機能や適応行動の評価基準のマニュアル
			「類似」に似たような検査の正答例がほしい
実施方法等	10	2.7%	実際の検査イメージを共有できる実施の様子をまとめた映像資料
			できるだろうけどしていない場合と，その発達段階ではないためにもうやらなくなった行動との区別が難しい
			適応行動の判定のスコアリング方法についてもう少し詳しい説明
項目の理論的背景	6	1.6%	項目選定の理由など作成の手続きについて詳しく知りたい
			相談・助言の中でも使いやすくなるように，理論背景も含めて，検査の成り立ちの説明
情報の周知	5	1.4%	児相や知更相以外との機関に対して，ABIT-CVを実施した際の理解を得てもらうためにどうしていくか
			教育現場や特別支援領域への支援者への説明や周知，成人の障害者支援機関や就労現場への説明や周知
既存尺度との相関等	6	1.6%	もう少し相関等を詳しく知りたい
			既存の検査との一致率等の開発データをレビューすること
変更後の対応等	3	0.8%	実際に療育手帳を所持し，支援を受ける当事者や家族に対する国レベルでの説明や支援からあぶれてしまうケースへの対応策・支援策の実施
その他	21	5.7%	事前zoom説明会など繰り返し聞く機会があって良かった
			ビデオがあって分かりやすかった
			実際のマニュアル，記録用紙を見ながら実際の検査実施の様子を見れたことで理解がすすんだ
			説明会参加者の現在のやり方がバラバラであることが考慮された全体の説明であったため，現在のどの部分がどう変わっていく必要があってこの検査に置き換わっていくのかが分かりにくかった

Note. 59名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（59名）を超える。
* 全参加者（366名）に対する割合

者等の被検査児者の日常生活をよく知る成人が回答する質問紙形式である)。

全体では、「その他」にグルーピングされる記述が多かった。本説明会に関する感想と受け取れる意見が多かったが、一部、本研究班の研究の範疇を越える課題（療育手帳制度の今後の方針等）に関する意見があった。

質問③（「本説明会での情報量は如何でしたか？」）に対する回答の全体および開催地区ごとの結果は Table 6 に示されている。参加者の

うち 27 名が質問③に回答しなかった。回答した者（339 名）のうち、9 割以上（91.4%、310 名）が説明会で提示した情報量を「適当」と評価した。説明会での情報が「少ない」と回答した者は 6%程度（5.9%、20 名)、「多すぎる」と回答した者は僅か（2.7%、9 名）であった。

質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容を提示していたと評価できる。

Table 6 質問③の結果

	多すぎる		適当		少ない		合計（名）
	度数	%	度数	%	度数	%	
全体	9	2.7%	310	91.4%	20	5.9%	339
北海道	0	0.0%	23	100.0%	0	0.0%	23
東北	0	0.0%	22	84.6%	4	15.4%	26
関東/東京	2	2.9%	62	91.2%	4	5.9%	68
関東/神奈川	1	2.9%	29	82.9%	5	14.3%	35
東海	2	3.9%	47	92.2%	2	3.9%	51
関西	3	5.4%	50	89.3%	3	5.4%	56
中国	0	0.0%	33	97.1%	1	2.9%	34
九州	1	2.2%	44	95.7%	1	2.2%	46

Note. 質問③：本説明会での情報量は如何でしたか？　27名が質問③に回答を示さなかった。

説明会での情報量が「少ない」と評価した者に、今後、ABIT-CV の説明会でどのような情報を追加すべきかに関する意見（自由記述）を尋ねた結果は Table 7 に示されている。質問③で、「少ない」と回答した者は 20 名であったが、本質問に 33 名が回答した。

グルーピングが可能であった記述のうち、説明会に追加すべき情報として、ABIT-CV の標準化に関する記述が最も多かった（14 名)。主に、知的機能や適応行動の標準得点の算出方法に関するコメントであった。次に、ABIT-CV の実施方法に関する記述（8 名)、療育手帳制度に対する国／厚生労働省の対応（6 名）に関するコメントが多かった。

質問④（あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？）に関する回答（自由記述）は Table 8 に示されている。参加者のうち、223 名が質問④に回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施について説明会の開催に関する回答が最も多かった（97 名、26.5%)。次に、実際に ABIT-CV を実施する演習・実習型の研修に関する回答が多かった（62 名、16.9%)。これらの回答を含み、ABIT-CV の操作／実施に関する研修の必要性を回答した者（「実施に関する説明会」、「実習等」、「動画視聴」を回答した者）はおよそ全体の半数であった（179 名、48.9%)。全体の 1 割に当たる参加者（37 名、10.1%）は、ABIT-CV の結果の解釈や結果を踏まえた支援策定等の回答を示した。

これらの結果から、ABIT-CV の社会実装の促進を図る上で、今後の説明会では、より具体的、実践的に ABIT-CV の実施についての研修を図っていく必要がある。

質問⑤（全国の判定・交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？）に関する回答（自由記述）は Table 9 に示されている。参加者のうち、99 名が質問⑤に回答した。グループピング可能な回答のうち、ABIT-CV の実施に関する研修についての回答が最も多かった（37 名、10.1%)。この回答を含み、ABIT-CV の実施に関連する研修についての回答（「実施研修」、「実技研修」、「動画研修」）を示した参加者は全体の 1 割強（53 名、14.5%）であった。

質問④および質問⑤の結果から、ABIT-CV の社会実装の促進を図る上で、今後も継続的に ABIT-CV の概要および実施方法についての研修を図る必要があると考えられる。

Table 7 質問③ 説明会で追加すべき情報／内容

概要	度数	%*	具体的な記述（抜粋）
標準化データ	14	3.8%	IQの算出の仕方(換算ソフトの使用の場合，不使用の場合)
			指数の算出の方法
			1回の説明会では適当な情報量，実用するには知的能力と適応行動の妥当性の検証結果についても知りたい
			標準化の手続きについての情報が必要
			検査場面の映像からやり方は分かったが，どうやってDIQが出るのかに至っていない
実施方法等	8	2.2%	大人への実施例
			課題実施の際に指で数えて良いのか等，どこまで検査の教示手順を標準化するのか
			知的な遅れのある児童の実施状況
国の対応等	6	1.6%	国の療育手帳判定基準統一化の進捗について
			具体的な制度設計がどうなっていくのか気になった
適応行動の評価法等	3	0.8%	行動に関する質問票をどう判定(評価)するか
その他	10	2.7%	どのくらいの地域差があるのかを示してほしい
			現状の段階では適当
			歴史ある知能検査の代替として使用することができるのか判断することが難しいと感じた

Note. 33名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（33名）を超える。
* 全参加者（366名）に対する割合

D. 結論

本年度実施した ABIT-CV の説明会に関する質問②および質問③の回答結果を踏まえると、ABIT-CV の説明会は量的および質的に十分な内容であったと評価される。加えて、今後の ABIT-CV の社会実装に向けた研修に関する質問④および質問⑤の回答結果から、今後も ABIT-CV の概要および実施方法に関する研修が必要であること、研修の一部には、実際に ABIT-CV を実施する等より実践的な研修が含まれることが望ましいと考えられる。さらに、児童相談所等の療育手帳の判定・交付業務を行う職員のうち、正規職員には数年ごとの部署異動があることを踏まえると、今後、定期的に ABIT-CV の研修が実行されるシステムの構築が必要であるとともに、ABIT-CV が未経験の職員でも、ある程度安定的に ABIT-CV の実施を行える環境を整備するため、研究班として ABIT-CV に関する精緻なマニュアルの作成も進める必要であると考えられる。

Table 8 ABIT-CVの判定業務での利用に向けた研修内容

概要	度数	%*	具体的な記述（抜粋）
実施に関する説明会	97	26.5%	検査パート，適応行動パートそれぞれの実施の仕方・注意点についての研修
			検査の実施と解釈の研修，または検査者を指示すべき立場にある者のSV研修
			実施手順や採点についての研修会は必要
			課題の誤答や正答の事例などを具体的に教えてもらえる研修
			実施，結果，よくある反応/困る反応など，現場が対応できるような研修
実習等	62	16.9%	具体的にどう実施していくかの研修
			実際のツールをweb上で演習できる研修
			実際に検査者役として検査を体験する研修
			実際に検査や数値入力やってみる
			実践研修
解釈／支援への助言	37	10.1%	ABIT-CVの結果から得られる見立て，保護者へのフィードバックのポイント，適応行動面で保護者の回答をどう判断するかなどを統一して学べると良い
			スコアの見方，解釈について
			実施方法と算出方法に加え，解釈についての研修
			検査を受ける子どもの状態をどのように見立て，どのように関わり方等の助言をするかについて，検査結果をどう活かしていくか
			スコアリングが難しい場合の考え方やスコアリングの仕方の基準についての研修
保護者へのフィードバック方法	22	6.0%	採点，保護者へのフィードバック方法に関すること
			判定だけでなく保護者や関係機関へのフィードバック等も求められてくるため，この検査を用いてどのようにアセスメントするのか
			保護者への導入や終了後の説明に関する研修
			検査手法，結果の判定と解釈の仕方，フィードバックの仕方について
困難事例への対応	22	6.0%	視聴覚障害や緘黙や発達障害等，検査の実施が難しい人々への対応を共通的なものにできる研修
			保護者が重くつけた場合の対応
			実施方法についてと教示の不理解等の実施中に起こるトラブルへの対処方法について
動画視聴	20	5.5%	オンライン研修，オンデマンド研修
			実施イメージが持てる視聴動画
			実施しているところの映像を見る
移行後のフォローアップ等	8	2.2%	実施研修と運用していた際に判定に迷った回答などの検討できる機会
			よく出る迷う回答の共有会
周囲への情報周知	3	0.8%	ABIT-CVの情報の取り扱いについて，病院や所属から保護者の同意を得て結果を教えて欲しいという問い合わせがあった際，どこまで伝えて良いのかの明示
国の対応	2	0.5%	国としての判定基準をまず明らかにしてほしい
その他	17	4.6%	保護者が質問紙をスマホで撮りSNSで拡散する可能性があるため，同意書をとるか
			AI判定ではなく心理職としての専門性を担保するならば状態像とプロフィールの連合をより高度に分析できるような臨床例を検討することになるかと思われる(WAIS/WISCのように)
			障害手帳へのハードルが低い地域では潜在的に多様なニーズを抱えた方が「普通に」手帳申請されるため

Note. 223名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（223名）を超える。
* 全参加者（366名）に対する割合

Table 9 ABIT-CVの社会実装に向けた研修内容についての意見

概要	度数	%*	具体的な記述（抜粋）
実施研修	37	10.1%	ツールの使い方について
			対面で実施する研修は国で事業化し，適当な公的機関が継続的に受託し，定期的に開催する体制
			実施方法について，採点基準について
			オンラインで定期的に研修，また研修証明書を発行し，研修を受けた判定員が検査する
			実施者と実施者への教習ができるレベルに分けての研修/育成体制
導入後のフォローアップ	14	3.8%	正誤判定について，イレギュラーな答えが来たときの正誤
			各自治体で集まった実態や課題を検討する会
			判定機関における実施のしやすさを向上させるための意見を聞く機会
実技研修	11	3.0%	共通ツールを用いても検査者によって実施にばらつきが出てしまうことを防ぐための実技研修
			研修の中で実際にテスターをやってみたり採点する機会
			研修全体で足並みをそろえて基礎を身につけていくことが実用に繋がると考えるため，全国統一での基礎研修
応用的研修	9	2.5%	重度の児童などを対象としたケースの対応
			ABIT-CVからどのようなことが理解できるのか，アセスメントに結び付けるための研修
心理職以外への研修	5	1.4%	判定・交付に関わる機関の職員全体で研修をうけ，理解できるようにするために，心理職以外にも分かる内容であることが重要
動画研修	5	1.4%	実際の検査場面の動画視聴
トレーナー養成	3	0.8%	トレーナーの育成研修(職場において新採職員等へ指導するにあたり)
理論的/学術的説明	3	0.8%	検査を初めて実施する心理職において，各設問が知能のどの側面を捉えようとしているのか等の解説
制度に関する研修	2	0.5%	法制度化の動きと連動した説明
その他 （研修以外のコメント）	26	7.1%	別で検査をとる/受けるのは双方にとって負担であるため，児相への研修というよりは特児手当，障害児福祉手当，障害年金など各種手続きに利用できることが重要
			研修以前に法改正や児童相談所運営指針等の改正が必要
			研修の前に法律で知的障害の定義・基準の統一化が必要

Note. 99名が本設問に回答した。一部の参加者は複数のコメントを示しているため、度数の合計は回答者数（99名）を超える。
＊ 全参加者（366名）に対する割合

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング.（2024）．厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 報告書.

村山 恭朗・浜田 恵（2022）．療育手帳交付対能検査と他の知能／発達検査の関連、象象児者等を対象としたウェクスラー式知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

E. 健康危険情報

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

なし

Appendix 1　事後アンケート調査票

No.

療育手帳判定・交付機関対象　ABIT-CV 説明会　事後アンケート

本日は、「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（22GC1014）」の一環である ABIT-CV に関する説明会にご参加いただきまして、ありがとうございました。本説明会のあり方の検討、ABIT-CV の利便性の更なる向上のため、以下にご回答いただけますと幸いです。

1．判定業務の経験（これまでの合計年数）（該当する選択肢一つに○をつけてください）

1：3 年未満　　2：3−5 年　　3：6−9 年　　4：10 年以上　　5：その他

2．ABIT-CV の概要および特長の説明はわかりやすかったですか？（該当する選択肢一つに○をつけてください）

1：わかりやすかった　　2：ややわかりにくかった　　3：まったくわからなかった

- **上記で「2」または「3」と回答された方**

ABIT-CV の理解を促進するためには、どのような情報が必要と思われますか？

3．本説明会での情報量は如何でしたか？（該当する選択肢一つに○をつけてください）

1：多すぎる　　2：適当　　3：少ない

- **上記で「3」と回答された方**

更にどのような情報を本説明会で提示すべきと思われますか？

4．あなたが、ABIT-CV を判定業務に用いる場合に、どのような研修が必要だと思いますか？（自由記述）

裏へ続く

5．全国の判定･交付機関において、ABIT-CV が実用化されていく上で、どのような研修が必要であると思われますか？
（自由記述）

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

厚生労働省科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題

研究分担者　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
小林　真理子　山梨英和大学　人間文化学部　人間文化学科
日詰　正文　国立のぞみの園　研究部

【研究要旨】
本研究は、療育手帳制度の判定基準の全国統一化に向けて、療育手帳制度の制度政策的な位置づけとして、児童福祉法・知的障害者福祉法・療育手帳の判定や認定基準等運用の統一の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある対象や支援の内容等について福祉サービスの観点から明らかにすることを目的とする。
療育手帳の判定基準や運用の統一化の意義を改めて考えると、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる等の混乱への解決が期待されるだけでなく、療育手帳を通して障害福祉サービス等の利用が促進され、制度政策やそれを実行する行政への信頼度が増すこと、知的障害(者)への国民の理解、及び知的障害研究への動機が高まることが想定される。
療育手帳の判定基準及び運用の統一に関しては、全国的に統一することは望ましいことである一方、家族からは「これまでに療育手帳で支援に繋がっていた方が支援を受けられなくなる事態は避けてほしい」、「療育手帳の交付対象から外れるケースが出る場合に精神障害者保健福祉手帳制度と連動した議論が必要」といった意見が出されている。今後の検討に向けては、療育手帳の判定・交付における当事者や家族の負担を軽減できるよう判定・交付プロセスや検査方法等の見直し、判定方法だけでなく、手帳の名称や様式等の当事者やその家族の関心事項についても議論に含めていくべきことが示唆された。また、療育手帳の運用を統一する範囲や、運用統一までのプロセス・スケジュールといった絵姿の議論が必要と考えられる。
療育手帳の判定基準や運用の統一は、他の障害と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えられる。

A．研究目的

「療育手帳は、現時点で法的な位置づけはなく、各自治体が自治事務として運用しており、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる可能性が指摘されている」（「療育手帳の在り方について」社会保障審議会障害者部会、第 128 回(R4.4.25)、資料 4、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）。この状況を

療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用の統一によって解決すべきであるとする意見は根強い。療育手帳の運用の統一に関連して、令和２年度から３年度にかけて厚生労働科学研究「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」（研究代表者：辻井正次）が行われている。療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用を統一することは、従来曖昧であった「知的障害の範囲・枠組み」を明確にすることであり、現行において手帳を取得できていた者ができなくなる可能性、その結果としての手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が懸念される。

本研究では、療育手帳の制度政策における位置づけについて確認し、療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題、及び児童相談所及び知的障害者更生相談所での業務などを含めた行政上の課題について明らかにすることを目的とする。

B．研究結果

１．療育手帳制度の位置づけ

療育手帳制度の位置づけを明らかにする場合、障害分野全体の制度施策の観点から、特に、知的障害福祉の今までの流れの中から考えることが必要である。その際は、身体障害や精神障害も含めた障害福祉の制度施策の歴史の中で考察していくことが重要である。

(1)児童福祉法の時代における手帳制度

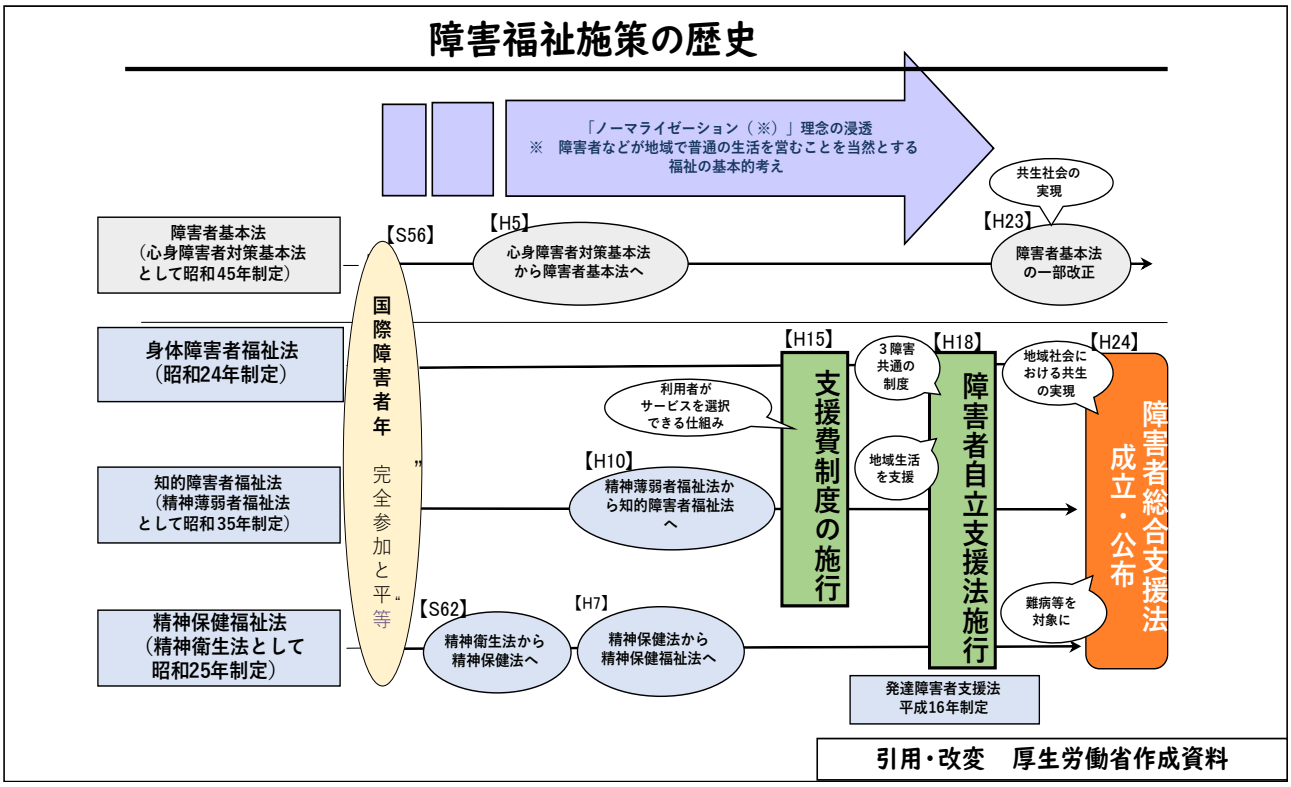
1947 年に児童福祉法が制定され、障害福祉サービスとしての精神薄弱児施設が法律に位置づけられた。戦後の知的障害の制度・施策は児童から始まった。知的障害そのものが発達期に生じ、その状態が続くことから、知的障害児者は『永遠のこども』とする思想が続くことなる。大人になった知的障害者にも「療育」手帳を支給する理由である。法に知的障害そのものに関する定義はなく、障害者手帳も制度に位置づけられなかった。

1949 年に身体障害者福祉法が制定された。その第２条に身体障害の定義として「別表に掲げる者」とされ、法の第 15 条には、身体障害者手帳とは、「身体上の障害がある者に対して、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長が交付するもの」と規定された。知的障害も法の対象とすることが検討されたが、能力損傷の基準設定の困難性などにより見送られた。

1950 年に精神衛生法が制定され、その第三条（定義）において「この法律で『精神障害者』とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）精神薄弱者及び精神病質者をいう」とされ，精神薄弱が法に規定された．児童福祉法との関係については、児童である精神障害者については、先ず児童福祉法が適用され、これらの児童についても医療を加えて精神的健康を恢復又は保持向上すべきであるので精神衛生法に基づき精神病院への入院医療が加えられなければならないとされた。（「精神衛生法の施行について」(昭和二五年五月一九日、発衛第一一八号、各都道府県知事あて厚生事務次官通達)。この状況は、現在でも知的障害者の精神科病院への長期入院の課題となっている。精神障害者保健福祉手帳は規定されず、1995 年の精神保健福祉法の制定を待つという長い期間が必要であった。精神障害者保健福祉手帳そのものが比較的新しい制度であり、精神疾患の診断が優先されており、その利用も始まったばかりであることを認識しておく必要がある。

(2)知的障害者福祉法の時代における手帳制度

1960 年に精神薄弱者害福祉法が制定されたが、法の対象は明記されず(知的障害の定義はなされず)、療育手帳も法律に規定されなかった。精神薄弱者福祉法は、成人の知的障害者への課題への対



応としてはじまったが、その内容は施設に入所する手続きが主なものであった。施設入所は都道府県の措置権限の範囲なので、手帳制度の必要性はそれほど認識されていなかったと推測する。

1970 年に障害者施策の一貫性・総合性の必要性から心身障害者対策基本法が成立した。法の対象者は身体障害と知的障害であった。その後、1993 年には心身障害者対策基本法に代わり障害者基本法が制定された。法に精神障害が位置づけられ、障害とは身体障害、知的障害、精神障害が 3 類型とされた。

1973 年、療育手帳制度要綱（厚生省発児第 156 号事務次官通知）が出された。この制度の目的は、知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とするとされている。療育手帳のねらいの一つは、知的障害児及び知的障害者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があった。

療育手帳制度は、知的障害者福祉法にその対象規定がないために、各地方自治体の判定業務にまかされ、各自治体が用いる検査ツールも異なれば、重度以外のどこまでを認めるかの基準も異なることとなった。転居の際に、療育手帳の新規発行が求められ、療育手帳制度の目指す一貫したサービ利用に支障が出ることになり、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」（平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。一貫した支援のために発案された手帳制度そのものが、一貫したサービス利用を困難にしてきたと言えよう。

1987 年に精神衛生法は精神保健法に、1995 年には精神保健福祉法と名称を変える。精神保健福

祉法は、（定義）第五条において「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう。」とされた。精神薄弱者については、本法では、精神医療に関する規定ついては、精神薄弱者を精神障害者に含めて適用しているが、第 6 章（保健及び福祉）の規定においては精神障害者から精神薄弱者を除くものとされている（「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」、平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知）。法第四十五条には精神障害者保健福祉手帳が規定されたが、知的障害者は除くとされていた。

1990 年に社会福祉関係八法の改正があり、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの在宅のサービスが法に規定され、実施主体も都道府県から市町村に移った。児童相談所や知的障害者更生相談所という都道府県等の行政機関により出される療育手帳は、施設サービスから在宅サービスにその重点がシフトし、市町村が実施主体となる中で、次第にその意味に変化が生じていった。療育手帳制度の機能も、一貫した指導・相談から手帳取得によるサービスや手当の支給など各種のメリットを求めるようなってきたと言えないだろうか。

(3)障害者総合支援法の時代における手帳制度

2000 年の身体障害者福祉法及び知的障害者福祉の改正により、2003 年より支援費制度がスタートした。支援費制度は、利用者が施設やサービスを選択して利用するという従来の措置制度から利用契約制度に移行するものである。在宅サービスを中心実施主体としての市町村の役割がますます大きくなってきた。そのような状況の中で療育手帳の目指された一貫した指導・援助の機能は形だけのものとなった。措置から契約の時代における知的障害者更生相談所は、市町村の更生援護の実施に関し、市町村相互間の連絡及び調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うこととされた。

2005 年に発達障害者支援法が成立した。法における「発達障害」とは，「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害，学習障害，注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」とされている。発達障害者支援手帳（仮称）はつくられなかった状況においては，知的障害のある自閉症は療育手帳でカバーされ、一部知的障害のない自閉症(高機能自閉症)も療育手帳の対象となっている状況がクローズアップされ、発達障害者支援手帳（仮称）の創設を含めた、手帳制度の検討が課題となった。また、それ以後、知的障害のない（高機能）発達障害者については，精神障害者保健福祉手帳の取得の可能性の認識が広がっていった。

2010 年に成立した「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(つなぎ法)」により、発達障害も精神障害の一部として障害者自立支援法の対象と規定された。2011 年 8 月の障害者基本法の改正により、第 2 条の「『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害(発達障害を含む。)」とされ、発達障害が精神障害に含まれることがより明確となった。これにより、発達障害者は精神障害者保健福祉手帳の対象とされたというのが関係者の共通の認識となった。しかし、行政は積極的に推し進めることなく、発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳も選択肢の一つというスタンスが続いている。発達障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象であると言い切るに

は、幾つかの課題が残っている。

2006 年に障害者の地域生活と就労を進め，自立を支援する観点から，これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス等について、三障害共通の制度の下で一元的に提供し、地域生活や就労支援を推進する障害者自立支援法が施行された。2010 年のつなぎ法により、障害児施設・事業の一元化が行われ、児童発達支援や放課後等デイサービスが法律に位置づけられた。その後、2012 年 4 月に「地域生活における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について（障害者総合支援法）」が成立し、2013 年に施行された。障害者総合支援法の諸サービスについては療育手帳制度の要件や区分を活用せず、市町村に申請して障害支援区分の判定を受けることがサービス利用の前提となっている。「障害支援区分」は、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとされ、必要とされる支援の度合に応じて区分 1 から区分 6 までとなっている。障害支援区分の認定による障害者総合支援のサービス利用と手帳制度が分離されているために、国レベルでは手帳制度は不要であるが、地方レベルではサービス利用には療育手帳を取得する必要性が依然として続いており、混乱の一つと考えられる。

２．療育手帳の判定基準の統一化の意義

(1)全国の療育手帳制度の現状と「統一化」への期待

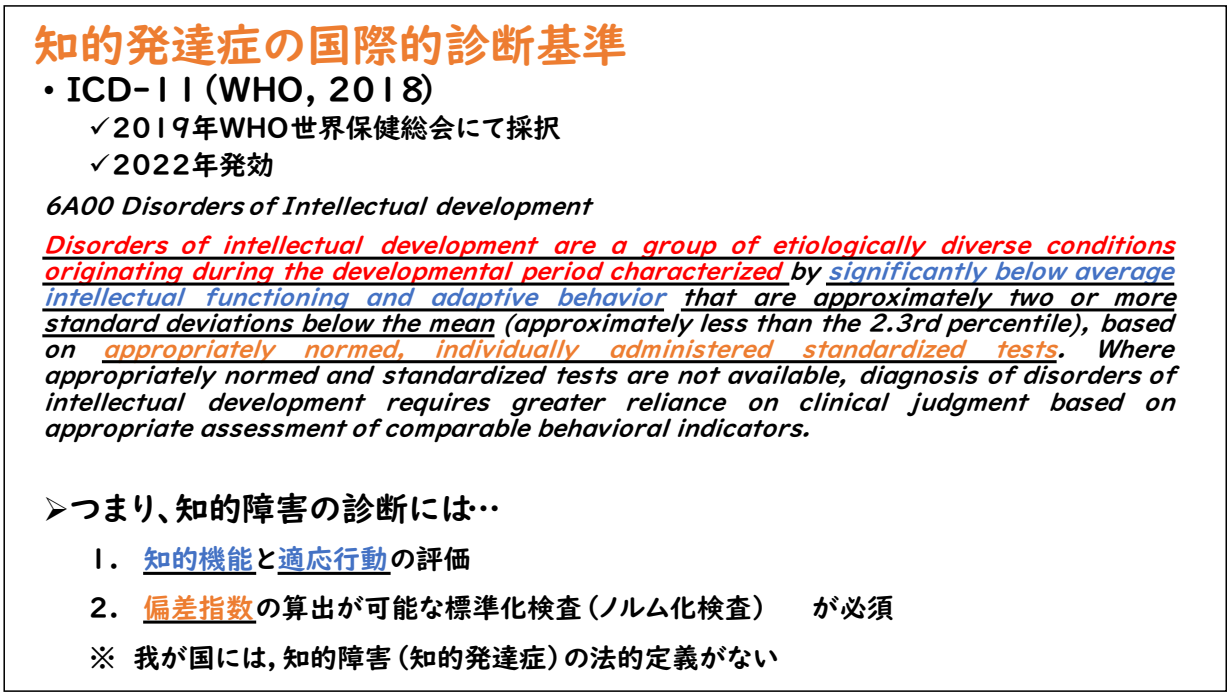
療育手帳制度には現時点では法的な位置づけはなく、都道府県や指定都市によって、手帳の名称、検査および判定の方法、等級の基準、知能指数の上限値などの認定基準にばらつきがあり、療育手帳所持者がほかの自治体に転居した際に判定に変更が生じ、障害者自身や家族に混乱を生じさせていると言われている。令和 4 年度の障害者総合福祉推進事業の調査では、令和 3 年度において、「行政不服審査請求はなかった」が 76.5%、「行政不服審査請求があった」が 23.5%となっている。（厚生労働省令和 4 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、「令和 4 年度総合福祉推進事業報告書」）行政不服審査のあった件数は、全国で 12 件（交付件数の全体は 51，917 件）と報告されており、各都道府県の福祉現場において、どの程度に混乱が生じているかは明らかでない。

しかし、判定・交付に関して、令和 4 年度障害者総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果では、交付主体である地方自治体、児童相談所・知的障害者更生相談所、市町村、及び相談支援事業所からは、交付対象、程度の区分、判定方法等の統一化を含めた「療育手帳の統一化」がなされていない状況からさまざまな課題が生じている報告がなされ、療育手帳の統一化を求める意見は共通していた。

また、厚生労働省、令和 6 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との影響や課題についての調査」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、（「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」）の家族等調査結果によれば、療育手帳に関する要望等として、「療育手帳の運用を統一してほしい」「療育手帳の名称を統一してほしい」「他県でも利用できるようにしてほしい」「療育手帳の形(アプリやカード型等)を利便性の高いものにしてほしい」等の回答があった。

このように療育手帳の認定基準を統一することについては、**①知的障害の統一的な定義（法的な**

ICD-11 における知的発達症の定義（村山，2022：班会議資料 1）



定義を含む）に基づく交付対象者の統一、②等級の統一とそれに報じた認定基準の統一など区分の統一、③認定のためのツールなど判定方法の統一などが幅広い事項が考えられる。全国共通の判定基準等の統一の前提として、ICD-11 のような世界標準の定義に基づき知的障害を法律に位置づけることが重要であるという意見が出されている。

(2)療育手帳の統一化に向けた 3 つの主要課題

厚生労働省、令和 5 年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査」報告書、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：以下、（「令和 5 年度総合福祉推進事業報告書」）によれば、療育手帳制度の運用の統一には、主要な 3 つの課題があるとされている。**①対象（知的障害の定義・判定基準、判定ツール、等級(障害の区分)の考え方、年齢の考え方、重複障害等の勘案事項の考え方）、②支援(療育手帳の目的、その他(非該当の場合の支援のあり方))、③その他運用の統一可能性の考え方(再判定の考え方、医学的所見等の取扱い、その他等統一が望ましく検討が必要と考えられる事項)**である。以上の挙げられた 3 つの課題は、制度が統一化されていないために生じていることであり、これらの課題が検討されることにより、統一化の「意義」が明確になるとも言える。

① 対象（者）

●知的障害の定義・判定基準

サービスの対象（者）は、知的障害の定義と密接な関係がある。しかし、知的障害の定義は法に規定がないため、サービスの対象が規定されず、課題となっている。知的障害者福祉法に知的障害の法的定義を規定することは喫緊の課題である。例えば、知的障害者福祉法の（定義）第四条に、「この法律において、『知的障害者』とは、知的機能の障害がある十八歳以上の者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをい

う。」（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、平成 31 年 3 月、東京都手をつなぐ育成会）などを規定することが考えられる。

また、本研究班（2022）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見解を得た。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（二軸評価）は必須となる。

●判定ツール

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象として知的障害を主としつつも、その定義と判定方法は各自治体に裁量がある実態が見えてきてた。例えば、IQ の上限値について、IQ80 を超えて設定している地域、発達障害を勘案して療育手帳を交付している地域があること、適応行動のアセスメントについては、9 割以上の判定機関で実施されていたが、全判定ケースで実施している判定機関は 6 割ほど、適応行動のアセスメント時に標準化されたツール以外を用いるケースがほとんどであった。ICD-11 等の国際的な基準に基づいた判定ツール・基準が必要であること、ICD-11 に即した判定基準に統一された場合には，現在のばらつきのある区分においても統一が容易になること等が指摘されている。

使用されている判定ツールは、各地域・判定機関によって様々であり、今後の支援方針の検討に活用できるようなアセスメントが行われていない地域も見られた。「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」によると、療育手帳の判定方法等に関する調査結果において、知的機能の判定で使用しているツールと適応行動のアセスメントツールの組み合わせで、割合の高いものは、田中ビネー知能検査×各自指標　48 件（25．9%）、田中ビネー知能検査×S-M 社会生活能力検査 37 件（20．0%）、鈴木ビネー知能検査×独自指標 30 件（16．2%）であった。

療育手帳の判定におけるアセスメントは相談支援の一部と考えれば、検査結果がその後の支援にも役立てられることが目指されるべきである。しかし、「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」によると、相談業務の体制や環境に関する課題として「判定業務を行う職員（医師以外）が不足している（48．2%）」、「診断等を行う医師が不足している、確保が難しい（29．3%）」「判定業務を行う職員は兼務者が多く、判定業務の時間確保が難しい（31．4%）」「療育手帳の相談・申請件数が増加している（56．5%）」となっており、実態としては療育手帳の対象かどうかを判断するための判定となり、その後の支援に繋げるところまで必ずしも至っていないのは、相談機関の専門性をいかに関係者が共有していくかの課題を投げかけている。

●発症時期

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、発症時期については、概ね 18 歳までで設定している都道府県・政令市が 8 割超であったが、設定していない都道府県・政令市も一部あった。こうした定義の違いにより、転居時の対応における課題等が生じており、今後

は、療育手帳制度の対象の整理と、国際的な基準に基づき、早急に知的障害を定義することが必要と考える。発症時期との関連においては、18 歳以降への（特に高齢期も含めて）対応をどのように行っていくかという課題が生じている。

●知能の上限

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書におけるアンケート調査結果から、療育手帳の対象は知的障害児者であることは、共通な認識となっているが、知能境界域の知的障児者を対象としている自治体もあり、それぞれの自治体によって取り扱いの異なりが報告されている。これについては、療育手帳がサービスの必要な知的障害児者を幅広く捉えるという療育手帳の柔軟な運用という点においては機能している。一方、転居等によって異なる自治体に移動した場合には、非該当になるなど混乱が生じている状況が報告されている。IQ70～75 以上の者に対して、発達障害を勘案し療育手帳を交付することについて、交付主体は要綱等で定めているか問いに、「定めていない」の割合が最も高い、66.1%となっている。次いで、「定めている（要綱又は要領）（18.9%）」、「定めている（要綱又は要領以外）（13.7%）」となっている。

療育手帳を申請したが手帳の取得には至らなかったケース（判定結果が非該当になるケース）に対するフォローアップは、「特に行っていない」の割合が最も高く 62.6%となっている。次いで、「フォローアップを行っている（37.1%）」となっている。フォローアップの内容は、「精神障害者保健福祉手帳を案内している」の割合が最も高く 65.4%となっている。次いで、「療育手帳の所持によらない行政サービスや福祉サービスを案内・調整している（60.1%）」、「関係する所管課への相談を案内している（41.0%）」となっている。

●等級

療育手帳の等級は、厚生労働省が出している指針においては「重度」と「その他」の 2 つに分かれている。それ以外にも自治体独自にＡ1（最重度）、Ａ2（重度）、Ｂ1（中度）、Ｂ2（軽度）のように自治体独自の判定基準を設けている場合がある。各都道府県により 1～7 までの等級にわかれている。（平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書、平成 31 年 3 月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会）ここまで地方自治体において取り扱いが異なっている背景には、国が提示した療育手帳制度の等級が大まかで、各地方自治体独自のサービス提供の実情に応じて複雑化してきたことが考えられる。しかし、上記の報告書によれば 54.3%の自治体が世界標準の 4 段階となっており、これを統一したときの混乱は想定されるものであるが、その程度は定かではない。近年の地方自治体独自のサービスを見直していく方向性を踏まえ、その影響の程度を見ていく必要がある。

●手帳取得の年齢

療育手帳の対象について、年齢と発症時期の設定状況は、各都道府県（政令市）で概ね共通していた。上限を設定している自治体は 1 か所で、設定している上限の年齢は「64 歳」であった。一方、下限を設定している自治体は 9 か所で、設定している下限の年齢は、平均値「1.6」であった。年齢との関係に関しては、児童相談所・知的障害者更生相談所への調査から、乳幼児期や 18 歳以降の新規交付等、知的障害の判定が難しいケースに苦慮している様子が窺えた。

●知的障害以外の障害・精神疾患等

今後の判定方法の検討にあたっては、ツールの作成の他に、ツールの使用が難しいケースや、他の障害等（いわゆる重複障害の取り扱いを含む）の勘案方法等をあわせて整理することが求められる。令和 4 年度総合福祉推進事業のアンケート調査では、判定に苦慮するケース像として、低年齢のために知的能力の判断が難しいケースや、知的障害を伴うと考えられる疾患・障害の医学的診断がある乳幼児のケース、緘黙や外国籍、聴覚障害や視覚障害等の重複障害のあるケースといったように、判定機関として判定ツールの使用が困難なケースと、発達障害や加齢による認知機能の低下等の他の影響の勘案に迷うケースについての課題意識が寄せられていた。こうしたケースへの対応は、各地域の様々な方針の下で行われており、今後の判定ツールの検討に伴い、科学的な根拠に基づき、判定が難しいケースの判定方法・基準についても整理し、一定の方向性を示すことが望ましい。

② 支援（サービス）の考え方

●療育手帳の目的

療育手帳の本来の目的には、指導・援助の一貫性と援助措置を受けやすくするという 2 つの側面があると考える。

療育手帳のねらいの一つは、知的障害児者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があることが覗える。これは、療育手帳を導入に際しては、すでに広く行き渡っていた母子健康手帳を参考に導入したものと考えられる。母子の健康手帳は、妊産婦手帳（昭和 17～23 年）、母子手帳（昭和 23 年～昭和 40 年）、母子健康手帳（昭和 40 年～）と名称を変えながら発展してきた。療育手帳に本人の（生活・医療）などの情報について、どのような内容の相談があり、どのような解決をはかってきたかという児童相談所や知的障害者更生相談所の業務の記録としても期待されたものである。知的障害児者とその家族のメリットとなるだけでなく、行制手続きを一貫してスムーズに行うという意味も大きい。行政手続としては、その人がサービスをあるいは支援を受ける資格があるか（サービス利用対象者としての知的障害の認定の意味あい）を明らかにする装置（サービスや支援のための「パスポート」）となってきた。当時のサービスは、主に施設サービスであるが、通所・入所を含めて、行政手続きをスムーズに行う上で必要であったものと理解できる。各自治体（都道府県及び政令市に限られるが）の独自サービスが整備されてきた時期であり、国のサービスが不十分のこともあり、手帳の区分が各地方自治体の独自サービスを供与する装置としても機能していったものと推測される。これらを療育手帳制度の「管理的メリット」と言うことができる。

療育手帳のもう一つのねらいとされているのが、さまざまな援助措置を受け易くするというものである。援助措置を受ける場合には必ず療育手帳を提示するよう保護者等を指導するとともに、関係機関と十分協議のうえ療育手帳の提示があった時は、療育手帳により資格の確認等を行いすみやかにこれらの援助措置がとられるよう措置されたいとされている。具体的な事例は、特別児童扶養手当、心身障害者扶養共済、国税・地方税の諸控除及減免、公営住宅の優先入居、NHK 受信料の免除、旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引等が記述されている。これらを療育手帳の「功利的メリット」と言うことができる。

療育手帳制度の歴史においては、手帳制度の「管理的メリット」と「功利的メリット」が意図

されて創設されていたが、本来の指導援助の一貫性の機能は、令和４年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳の検査結果については、全ての行政種別で「特に取得していない」が多く、判定結果については、多くの自治体では「全てのケースの判定結果について情報を取得している」、相談支援事業所では、「一部の判定結果について情報取得している」がそれぞれ最も多くなっている。しかし、関係機関間での検査結果や判定結果等の共有・活用は、限定的となっている実態が窺える。「希望があれば」という判定機関の態度の背後には、判定機関自体が療育手帳を，支援の「スタート」ではなく、「ゴール」として捉えていることが推察される。このような市町村や相談支援事業者へのアンケート調査結果から、療育手帳に関する情報を適切に提供し、それを関係機関で協働して活用して一貫した支援を行っているという状況には乏しいという結果が出ている。療育手帳制度の「管理的メリット」が、その十全な目的が達せられず、むしろ「功利的メリット」が大きくなってきたと言えないだろうか。当事者は療育手帳を「功利的メリット」から取得することを強く要望し、行政はともかくそれに応じることで手一杯である状況が覗える。

療育手帳取得した当事者による療育手帳についての「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、療育手帳を取得しようと思った理由（家族回答）として、「手帳や税免除を受けるため（46．3%）」「医療費助成をうけるため（24．3%）」「その他、障害福祉サービスを利用するため（63．4%）」「入園や入学の際に必要となったため（31．5%）」が高い割合の回答となった。また療育手帳の活用状況（家族回答）として、「税の控除・免除（69．3%）」「公共交通機関の旅客運賃の割引（62．8%）」「その他、高速道路や公共施設等の割引サービス（59．9%）」「手当の受給（56．0%）が高い割合の回答であった。更に、当事者本人の回答については「バス、電車に乗る時」「水族館などの割引や映画館の割引等」「高速道路を使う時、入場券を買う時」「身分証明が必要だと言われた時」など具体的な回答もあった。これらの回答結果をみても、「功利的メリット」が大きいことがわかる。

●再判定時の非該当の場合の支援のあり方

令和４年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳が取得できるかどうかの境界域の方の中で、何らかの支援が必要と思われるが、制度の狭間に落ちてしまうケースがあり、療育手帳が非該当となった後のフォローも十分届いてない可能性や、そうした方々について、支援が受けられるよう療育手帳の取得を目指すケースがあることが明らかとなっている。発達障害児者に対し、知的障害が認められる等の場合に、療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の両方を交付するケースが見られた。精神保健福祉センターにおいては、療育手帳の判定方法等の統一により、これまで療育手帳に該当していた方が非該当となり、精神障害者保健福祉手帳の申請増加に繋がることを懸念する意見があった。非該当の場合の支援のあり方や知能指数の上限を超えた取り扱いについては、最後の章において取り上げる。

●福祉サービス等の利用援助

令和４年度総合福祉推進事業報告書において、交付主体・市区町村・相談支援事業所に対して、本人・家族が療育手帳を申請するきっかけについて、年齢階級ごとに尋ねたところ、どの年齢階級においても、「障害福祉サービス利用申請」や「手当や年金の申請」が多い傾向が見られた。また、18 歳未満の場合は、「特別支援学校入学申請」、18 歳以上 65 歳未満の場合は「就労時（障

害者枠）」への回答が多く見られた。相談支援事業所に対しての療育手帳の取得を本人・家族に勧めるタイミングの質問では、きっかけと同様、「障害福祉サービス利用申請」「手当や年金の申請」「就労時（障害者枠）」への回答が多かった。

障害者総合支援法のサービス利用時において、障害支援区分の判定に関しては、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者精神保健福祉手帳は不要になっている。この意味では、障害福祉サービス利用に関して手帳制度の重要性は低下している。このように一見、障害者総合支援法のサービスの利用に関しては療育手帳を必要ないかのごとく見えるが、実際は、上記の療育手帳を申請するきっかけについて「障害福祉サービス利用申請」が大半を占めている。各市区町村が支給決定する際には、療育手帳の取得を条件としている実態が根強いことが覗える。児童福祉法におけるサービス利用においても必ずしも手帳を前提とせず、「気になる子ども」もサービスの必要性の観点から、市町村が支給決定を行えばサービスが利用できるとされているが、知的障害の判定機能をもたない市町村にとって療育手帳はサービス利用のパスポートとして依然として重要な機能をもっている。また、療育手帳制度を前提としていないと言われている「手当や年金の申請」、分野の異なる「特別支援学校入学申請」にも必要とされている実態が明らかとなっている。

●地方自治体の独自サービス

地方自治体独自の判定基準が 1 から 7 となっているのは、自治体独自のサービスの発展と関係が深い。調査研究事業のアンケート調査結果から、各都道府県・市区町村において、重度障害者を対象とした医療費助成制度や、各市区町村で提供される地域生活支援事業等、その施策や取組の目的に応じた対象に自治体独自のサービスを提供するために、療育手帳が活用されている実態が報告されている。また、療育手帳の取得は制度上の要件ではないものの、特別支援学校入学時や就労時等に、関連する支援を受けやすくする、対象者の特性等を理解してもらうといった目的のために療育手帳の取得を目指すケースがあること等が報告されている。令和 4 年の総合推進事業によれば、都道府県や市町村が実施している「障害者医療費助成制度」をはじめとして、その他各種サービスの利用のために、療育手帳制度が利用され続けている大きな理由となっていると報告されている。療育手帳は各種の援助措置、母子保健、教育、就労、各種手当を受けるときのパスポートのような機能を果たしているのではないか。特に、療育手帳創設時の障害福祉サービスの絶対量が不足している状況においては、自治体独自の多様なサービスを提供していくた装置となった。それに応じて、地方自治体の独自サービスと療育手帳との関係性は深くなっている。

●相談支援への療育手帳の活用

制度の目的と実態を踏まえると、これまでの療育手帳は、「各種援助措置を受けやすくする」という機能は発揮してきたと考えられる一方、「知的障害児者への一貫した指導・相談」という機能が十分に発揮できてきたかは疑問が残る。

具体的には、療育手帳交付のため、専門的な職員により知能能力や適応行動等の評価が行われているが、その検査結果は他の関係機関とほとんど共有されておらず、本人・家族との共有も約 7 割の判定機関で希望があれば提供しているという状況であった(令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書)。実際に情報が提供されている例は少なく、その内容も個人情報保護等の理由により、知能指数の数値や障害の程度の数値の情報等に限定してい

ると報告されている。療育手帳の判定プロセスにおける検査結果（判定結果以外）に関しては、申請者の居住自治体（交付主体除く）には 7 割が提供していない状況であった。一方、市町村における判定結果の必要性は、「すべてのケース」が 45.8%、「一部のケース」は 24.1%で、総計 70%が必要としていると回答している。相談支援事業者に関して、情報を取得していないが 50.9%であるが、相談支援事業者自身の必要性は、「すべてのケース」が 48.6%、「一部のケース」は 34.7%で、総計 80%以上が必要としていると回答している。判定プロセスにおける貴重なアセスメントなどの情報が、本人のサービス等利用計画の作成に必ずしも活かされていないことも報告されている。

③統一化の意義の再考

療育手帳は、現時点で法的な位置づけはなく、各自治体が自治事務として運用しており、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる可能性や、正確な疫学統計が作成できない状況等が指摘されている。この課題を解決するために、療育手帳の判定基準や運用の統一化の必要性が叫ばれてきた。統一化の意義についていくつかの観点から再考する。

●本人・家族の観点から

知的障害のある本人やその家族にとって、障害福祉サービス等の利用に関して、その制度が信頼できるものであることは重要である。制度が誰にとっても同じ基準や規則で提供されることは最低条件である。この意味からも、サービス等利用のスタート時点における、療育手帳の判定基準の客観性・普遍性はその制度・施策、さらにはそれを実行する行政への信頼を担保するものとなる。特に、療育手帳制度においては、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、ＩＱの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じることが、制度施策への信頼感を感じえないものとなっている。今回、療育手帳の判定基準及び運用の統一化は、制度施策及びそれを実行する行政への信頼感を高めるものとなり、本人や家族が安心して障害福祉サービス等を使うことを可能にする。

特に、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じることによる、制度・施策への不信感が払拭されることが期待される。これに関しては、1993 年に「転居に伴う療育手帳の取り扱いの留意事項について」(平成五年六月二二日、児障第四二号、各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長宛、厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)が出された。この通知は、転居における混乱に関して、「従前の手帳を支障なく使用できる場合は、その継続使用を行う」ことによる対応であった。しかし、判定基準や判定方法の異なりによる混乱への根本的解決を意図したものではなかった。今回の療育手帳の判定基準・運用の統一化により、その解決が図られることが期待される。

●行政施策の観点から

国民に対する行政の説明責任を徹底することによって、行政と国民との間に見られる行政活動に関する情報の偏在（いわゆる「情報の非対称性」）が改善されるとともに、行政の透明性が確保されることは喫緊の課題である。このような状況が実現されることによって、行政に対する国民の信頼性の向上が図られる。特に、知的障害の判定という専門的な行政行為は、行政と知的障害者本人と家族の間には、大きな「情報の非対称性」が存在

することを示唆する事例となっている。この非対称性を埋め、客観的で透明性のある制度施策を実現していくことは重要である。この意味で、療育手帳の判定基準や運用の統一化は、「情報の非対称性」を克服し、行政への信頼を得る絶好の機会となるものと理解できる。

そもそも療育手帳制度の目的が、知的障害児(者)に対して一貫した指導・相談を意図したものであれば、療育手帳の判定基準や運用の統一後においても、療育手帳とその判定に関して得られた情報は、知的障害者本人や家族の支援のために依然として重要なものである。児童虐待防止おいて、都道府県等を超えた情報の共有の重要性が認識されている。療育手帳の判定基準や運用の統一化は、都道府県等を超えてかかわる行政職員や相談支援専門員による情報の共有を可能とし、連携して支援するツールとなるだろう。

●国民の観点から

障害のある者と障害のない者が、お互いに、障害の有無にとらわれることなく、支え合いながら社会で共に暮らしていくことが日常となるように、国民の理解促進に努めること、また、障害者基本計画の実施を通じて実現を目指す「共生社会」の理念や、いわゆる「社会モデル」の考え方について、必要な広報啓発を推進することとされている。知的障害という、理解されづらい障害に対する国民の理解の促進は喫緊の課題である。療育手帳の判定基準や運用の統一化と、その前提としての知的障害の定義及び療育手帳制度の法制化への動きにより、知的障害及び知的障害者への国民的理解が更に進むものと推測される。

●学術研究の観点から

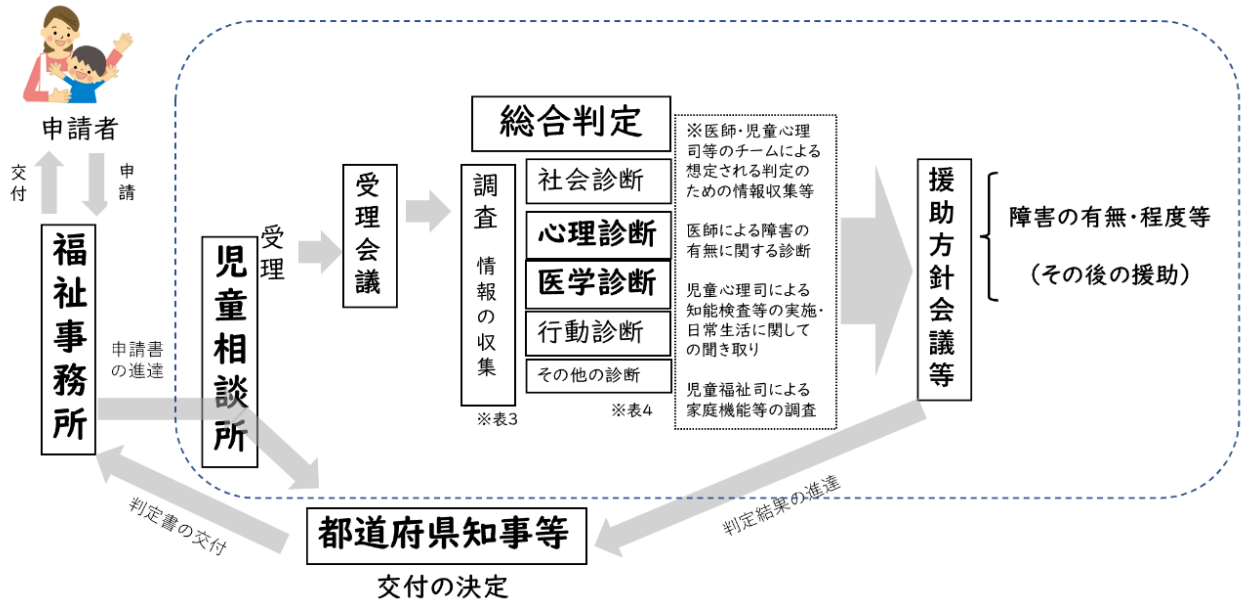
知的障害あるいは知的障害児者に関する学術研究の数は、多いとは言い難い。特に、近年の発達障害及び発達障害児者に関する学術研究と比較すると、その差は明らかである。障害サービスの提供に関して、三障害が統一され、個々の障害に関する研究が少なくなったことも要因の一つと考えられるが、そもそも知的障害の法的定義や知的障害判定の客観的基準がなかったことにも要因もあるのではなかろうか。知的障害に関してノルム(標準)化されたツールによって知的障害を判定してこなかったわが国の歴史は、知的障害を科学的根拠なく判定してきたと言えないだろうか。今回、ノルム化されたツールによって知的障害を判定する試みは、遅ればせながら知的障害判定の世界標準に近づくものである。これにより知的障害の対象範囲が明確化され、疫学調査を含む学術研究も可能となり、それに基づく制度政策の構築も可能となるであろう。

④その他、運用の統一可能性の考え方

●再判定の考え方

定期的な見直しは、既存調査においても指摘されているところである。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。例えば、再判定・更新については、厚生労働省の通知において、交付後も障害の程度の確認が必要であるとの考えの下、原則 2 年後、ただし障害の状況から見て 2 年を超える期間を指定してもさしつかえないものとされて、各都道府県・政令市では、年齢や状態に応じて再判定の時期を定めている。令和 4 年度の総合福祉推進事業報告書においても再判定期間の設定方法として「年齢と区分に応じて設定（48.9%）がもっと多い。定めている知能指数の上限は「50～60 以下」で設定している場合が最も多く 29.6%となっている。再判定・更新による本

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



人・家族の負荷と判定機関の業務負荷も報告されている。令和４年度の総合福祉推進事業の検討委員会委員からは、「最重度・重度の場合は程度が変わらないと考えられ、知的能力の重篤さで再判定の有無や時期を検討してはどうか」といった意見もあった。

判定機関からは、判定ケースの増加、職員不足等の課題が寄せられており、実際に令和３年度の全判定件数の約４分の３は再判定で交付した件数であった。業務負荷を軽減する方策は複数考えられる（例：再判定の件数を減らす、判定以外の業務を軽減させる、判定機関以外での判定を可能とする等）が、いずれにせよ、現状の判定体制・状況を考慮した統一の検討が必要である。

●医学的所見の取り扱い

令和４年度総合福祉推進事業報告書によれば、判定における医師の診断書や医学的所見の確認の有無「確認している」が 85.5%、「確認しない」が 14.5%となっている。医学的所見の確認方法「自施設の医師の診断」の割合が最も高く 72.2%となっている。次いで、「診断書の提出（57.7%）」、「主治医への照会（20.1%）」となっている。判定機関として医学的所見を確認する医師の条件は「精神科医」の割合が最も高く 69.6%となっている。次いで、「児童精神科医（41.8%）」、「小児科医（30.4%）」となっている。医師の診断書や医学的所見を確認する対象者は、「その他」の割合が最も高く 36.6%となっている。次いで、「全員が対象（27.8%）」、「知能指数が境界域の者（26.8%）」となっている。

児童相談所に限ると、「児童相談における療育手帳判定業務（相談援助活動に一環として）系統図」のように、社会診断・心理診断・医学診断・行動診断・その他の診断などの総合判定を経て、援助方針会議等を行い、都道府県知事等に判定結果について進達を行うという流れがある。

一方で、児童相談所運営指針（こ支虐第 164 号令和６年３月 30 日）によると「療育手帳の判定

は、原則として医師、児童心理司等のチームにより行い、障害の有無、程度等について援助方針会議等で検討する。場合によっては、その後の援助についても検討する」とされており、原則として医師や児童心理司等でのチームによって判定業務を行うことが明記されているが、医学的所見を作成することについては不明確である。

以上のことから、医学的所見を一度はとっておくことは必要であると考えるが、地方自治体には、医師の確保と業務に組み込むことよる過大の負担が生ずる課題がある。

●判定業務に関わる児童心理司等への研修

判定ツールのところでも述べたが、「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、相談業務の体制や環境に関する課題として「判定業務を行う職員（医師以外）が不足している（48.2%）」、「診断等を行う医師が不足している、確保が難しい（29．3%）」「判定業務を行う職員は兼務者が多く、判定業務の時間確保が難しい（31．4%）」「療育手帳の相談・申請件数が増加している（56．5%）」であり、さらに、「判定を行うための部屋の不足（31.4%）」「判定を行うための検査具の不足（4.7%）」「判定を行うための予算の不足（9.9%）」となっており、判定業務の体制やその環境に関する課題は山積しているようである。検査具の不足・判定を行う部屋の不足などの予算に関与することに加えて、療育手帳の判定業務において、各自治体で地域での格差が生じる可能性が考えられる。このことを解消すべく、療育手帳判定業務における相談・支援のノウハウを含め、統一化された判定ツールについての研修会を開催する必要がある。この取組みを行うことで、療育手帳の利用者に混乱が生じなくなるものと思われる。

●その他

療育手帳の判定・運用に係る統一化に向けたプロセスに関することの課題が報告されている。今後の統一に向けては、本人・家族や、判定機関、各都道府県・市区町村等の実態に即して過度な負担に繋がらないようなプロセスの検討が必要である。調査研究事業では、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を保持する方が非該当となる可能性への懸念、手帳等級に基づく福祉サービスや各都道府県・市区町村の事務に関する経過措置が必要であると報告がされている。判定基準等の統一の方向性に関する懸念も見られており、統一化のプロセスにおいては、本人・家族、関係機関のコンセンサスを得ながら、不利益が生じる場合にはその不利益への対応を丁寧に行っていくことが重要である。

また、令和６年度総合福祉推進事業報告書」の調査結果によれば、運用が多様化している事項があること等を踏まえ、今後の検討においては、運用を統一する範囲や、運用統一までのプロセス・スケジュールといった絵姿の議論が必要と考えられるとされている。

３．療育手帳の判定基準の統一化後の課題（行政上の課題）について

「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、判定機関調査を通じて、ノルム化された標準検査を用いた２軸評価への移行を尋ねたところ、具体的に移行を想定できていない機関が多いことが推察された。特に移行の選択肢として提示した、現在厚生労働科学研究費事業で開発が進められている ABIT-CV への理解を深める機会の提供等が必要と考えられた。今後の検討に向けては、IQ40 以下で区分の設定がある地域等、ノルム化された標準検査を使用することで区分の判断が難しい場合や、標準検査による２軸評価の実施が難し

い場合の対応方法についても方向性を示しながら、実際の運用に向けての判定体制等への影響や課題等を整理することが必要とされた。移行に向けて必要な準備（MA）を尋ねたところ、「判定に係る内規・マニュアル等の修正（93.2%）」、「職員向けの研修、勉強会（91.1%）」、「評価ツール、総合評価の方法の検討（89.0%）」 への回答が最も多く、その他の選択肢についてもまんべんなく回答が見られた。

実際の運用においては、以下の行政上の課題が想定される。

(1)療育手帳が取得できない、あるいは判定において非該当が想定される対象

交付主体・市区町村・相談支援事業所への各調査において、療育手帳の判定方法や基準等を統一することで、本人や家族への支援に影響があると懸念されると報告されている(令和４年度総合福祉推進事業報告書)。判定方法や基準等の統一により、これまでのサービスが利用できなくなる可能性等の懸念があった一方で、統一化を求める意見も見られた。既存の調査でも指摘されているように、調査研究事業においても、判定基準やツール等を統一することで、すでに療育手帳を受けている方が非該当となる可能性、手帳等に紐づく国の福祉サービスや各都道府県・市区町村独自のサービス利用への懸念がある。

療育手帳判定方法・等級（上限等を含む）などの認定基準の全国的な統一を図ったとき、従前のサービスが受けられるかどうかは、認定基準をどのように設定するかによるので、どのサービスが受けられなくなるかを明確に措定することは困難である。あくまで、その可能性についての想定の域は出ることはできない。知能指数 70～75 を超えている者、知能境界域の障害児者、あるいはそれらに相当する発達障害児者が対象となると想定されている。

令和４年度総合福祉推進事業報告書では、知能指数が 70～75 を超えて療育手帳を出しているのも、地方自治体がその人にとってサービスの必要性を認識して、他の障害者手帳ではニーズが満たされない理由等その特殊性を理解して対応している場合があることが報告されている。一般的な知能指数の上限値を超えて手帳の発行を行っているのは、それぞれの理由があることであり、地方自治体の運用への是正だけでなく、現行制度の運用等の改善を引き続き検討していく必要がある。

「令和６年度総合福祉推進事業報告書」によると、ノルム化された標準検査による２軸評価へ移行するとした場合、移行に伴い判定結果への影響が想定されるケース、特に非該当の可能性のあるケースへの対応として、精神障害者保健福祉手帳制度と連動した議論や、療育手帳によらない、非該当となる可能性のある方への支援の在り方の議論等の必要性が確認された。移行に向けては、経過措置やその方法は様々考えられることから、国の方針や考え方を示す必要性とともに、各地域で影響や課題等の整理と対応方法の検討のための十分な準備期間が必要であるとされている。

(2)統一後、受けられなくなると想定されるサービス

統一という「枠組み」を作ることにより、療育手帳と紐付いていないとされる現在受けている障害福祉サービス(障害者総合支援法や児童福祉法に基づく介護給付や自立給付などのサービス、特別児童扶養手当、障害者基礎年金など)も受けられなく可能性は依然としてある。地方自治体の現場では、手帳制度がサービス利用のパスポート的役割を果たし、重要な機能を維持し続けている。

最大の課題は、現行の知能指数 70～75 以上の知的障害者が療育手帳を取得し、さまざまなサービスや手当等を受給している場合には、知能指数の

上限を 69 以下とすれば手帳の取得そのものが困難になり、サービスを受けることも困難になる。サービスや手当を受けてきた人の取り扱いと、新規に手帳を取得しようとする人との間に、差異が生じないように配慮していく必要がある。場合によれば、差別的取り扱いの課題が生じる可能性がある。

(3)影響・懸念への対応

「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」によると、移行する場合に療育手帳の対象への影響として、「現在の交付対象者の区分が変わる（「交付対象外になる」を除く）（49.7%）」、「現在の交付対象者が交付対象外になる（34.6%）」、「わからない 232 （34.0%）」 であった。特に、IQ70-75 以上で発達障害を理由とした交付があるとした判定機関の場合、想定される影響として、「現在の交付対象者が交付対象外になる」が 48.0%となっていた。

従来は知的障害児者として療育手帳の対象となっていた者が、今後、療育手帳が統一され、知的障害の範囲や判定基準がかわることにより影響を受けると想定される対象に発達障害児者が想定される。現在は各地方自治体の裁量により手帳制度を取得しているグループである。発達障害者支援法成立時には、知的障害のある自閉症などの発達障害児者には引き続き療育手帳を、知的障害のない発達障害児者には精神障害者保健福祉手帳の利用を前提として、発達障害者支援手帳（仮称）制度の創設は見送られた。

2011 年のつなぎ法において、及び 2012 年の障害者基本法の改正において，障害の定義が「精神障害（発達障害）」を含むとされたことにより、発達障害が精神障害に含まれることが明記された。それ以後、発達障害児者が精神障害者保健福祉手帳を取得していくことは、成人期の就職の場面においては一般的になりつつある。しかし、今後、療育手帳制度の運用や判定の統一により、非該当となる人たちに、療育手帳制度の取得でなく、精神障害者保健福祉手帳の取得を積極的に進めていくためにはハードルを低くしていく必要がある。現行の精神保健福祉法の制度施策が、統合失調症などの大人を前提としたものとなっていて、大人の発達障害者を対象としたサービスや支援などは想定されていない。また、精神障害のある児童への取り組みは極めて限定されたものとなっている。精神障害に対するスティグマは減じられてきたが、児童が精神障害者保健福祉手帳を取得するのが一般的になるためには、精神障害そのものへの理解と子どもの時期の精神障害への対応が充実したものにならなければならない。家族が、発達障害のある子どもに精神障害者保健福祉手帳を積極的に取っていく動機をもつ仕掛けが必要である。精神保健福祉法に発達障害者に対応するサービス等を充実させ、児童期にも開かれたものとしていく必要がある。具体的には以下の事項が考えられる。

① 精神保健福祉法に現行の第五条「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう」に「発達障害」を入れること。

② 現行のひきこもり対策などを通して。発達障害児者の精神保健福祉対策を拡充していくこと。

③ 児童福祉における「こどものメンタルヘルス」対策の充実及び母子保健の早期発見・早期対応を行い、必要に応じて精神障害者保健福祉手帳の取得を受け易くし、児童の多様なサービスに結びつける。

児童福祉は、2024 年度からこども家庭庁の管轄となった。子どものメンタルヘルスの観点から子どもの精神障害に取り組んでいくことが重要であ

る。その際、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準」も児童期に対応した内容にする必要がある。

(4)今後の施策の方向性

アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第 5 版・DSM-5』は神経発達症群を、知的能力障害群、コミュニケーション症群、限局性学習症、運動症群、自閉症スペクトラム症、注意欠如・多動症に分類している。知的障害が発達障害の一群として明記された形となっている。その後、ICD-10（『国際疾病分類第-0 版』）が第 11 版に変更された。概ね、DSM-5 と同じ方向であり、今後は、発達障害支援法の対象に、知的障害を含めることを念頭に知的障害と発達障害の関係を法的に整理していくことが必要である。

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の 85%が軽度、10%が中度、3～4%が重度、1～2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016 年の発達障害者支援法改正法衆参附帯決議における、「これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること。」とは、発達障害の定義の中に知的障害を入れることを求めた決議と理解できる。知的障害を発達障害支援法の対象として、同じようなニーズを持つ群として制度・施策を構築していくことである。障害者基本法第二条（定義）において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）と規定している。この定義からすれば、身体障害と精神障害（発達障害（知的障害））という構図となろう。これらの障害をもつ者に共通しているのは、判断能力に困難性を抱えていることである。あるいは、意思決定支援の必要は人たちとも言えるだろう。今後は、知的障害者の意思が尊重された地域生活に役立つ、新たな療育手帳制度が創設されることが望まれる。

C. 結論

療育手帳制度が始まってから 50 年ほどが経過しており、療育手帳が国の障害福祉のサービスが乏しい時代に、自治体独自のサービスを発展させてきた意味は大きいものがある。それが、全国の判定区分（等級）が全国で 2 から 7 までと多様なものとなってきた背景にあるのでないかと推定される。また、それぞれの自治体固有のサービスの異なりを生み、新たな自治体に転居したときにサービスが使えなという事態を引き起こしている一因とも考えられる。近年では、障害福祉サービス・障害児支援サービス等の整備が進み、手帳制度を利用せずとも必要な支援を受けることができる基盤整備が進められている背景も含め、あらためて、療育手帳制度の目的、その利用方法を整理し、「福祉の増進に資する」という目的を実現させる制度運用が求められる。

一方、判定基準や運用の統一化により、知的障害児者が従来受けられていたサービスが受けられない状況になることの危惧が指摘されている。特に、市町村独自のサービスについては、等級を含めて現状と大きくかけ離れた場合、これまで利用できていた制度、サービスを利用できなくなる可能性があることが報告されている。また、アセスメントツールの統一により、検査時間や費用負担の増加、乳幼児の取り扱い、重度・最重度の取り扱い、申請から手帳発行までの長期化など判定業務に混乱が生じる可能性があることも考慮する必

要がある。

このように、「療育手帳の統一化」を求める声は共通しているが、統一化は、知的障害児者とその家族に利益・不利益の両方が生じる可能性が想定される。統一化の実現の際には、本人、家族、関係者のコンセンサスを得ながら不利益に対応していく視点が重要である。令和６年度総合福祉推進事業報告書の当事者調査結果からは、療育手帳の全国的な運用の統一への要望とともに、判定に伴う本人・家族等の負担があるとする意見や、手帳の名称や様式等への希望が見られた。今後の検討に向けては、療育手帳の判定・交付における当事者や家族の負担を軽減できるよう判定・交付プロセスや検査方法等の見直しや、判定方法だけでなく、手帳の名称や様式等の当事者やその家族の関心事項についても議論に含めていくべきとされている。

相談支援事業者からは、「そもそも、医療モデルでの判定基準を進めていくことは、国際的にみたときに異質であるという認識。判定方法が医療モデルを脱し、少なくとも生活モデルや社会モデルに変えていくのであれば統一する意味がある。しかし、現行の医療モデルのままでの統一は、現場の混乱を招くのみだと思う。(令和４年度総合福祉推進事業報告書)」という意見は、統一のあり方に関する根本的課題を提起している。障害の捉え方が、医学モデルから社会モデルに変化するなか、医学モデルに基づいた知的障害の理解は時代に逆行するものである。アメリカ精神遅滞学会は、第９版定義（AAMR, 1992）において、知的障害の定義は変更しなかったが、その程度分類（軽度～最重度）が変更された。すなわち、従来の知能水準の低下と適応スキルの障害に基づいた判別ではなく、知能水準の低下と適応スキルの障害に加えて、社会的サポートを必要とする程度や内容により、①一時的サポート、②限定的サポート、③長期的サポート、④永続的サポートのいずれかを要する状態に分類されることになった。この変更は、より社会モデルに近づいたものであったが、その後は維持されなかった。このように、知的障害の判断に社会モデルの考え方を取り入れていくことは相当な困難を伴うことで、時間を要することである。

障害の理解に社会モデルの観点から捉えなおしていくことは、既存の手帳制度を廃止していくことかもしれない。療育手帳の判定基準や運用の統一化は、知的障害を社会モデルから捉えなおす、その途上の作業であるといえるだろう。その過程では、療育手帳制度のみならず現行の身体障害者手帳制度や精神障害者保健福祉手帳制度の見直しを含む、障害の捉え方そのものの根本的な見直しが必要となるだろう。その全体的な見直しのためには、知的障害分野が他の障害分野と比較して、法的定義がなくその判定について標準化されていないという遅れた状況から、他の障害と同じスタートラインに着くことが必要である。今回の、療育手帳の判定基準や運用の統一は、その遅れを取り戻し、他の障害と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えたい。

文献

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

パール・バック：著, 伊藤　隆二：訳、「母よ、嘆くなかれ、法政大学出版局､1993 年

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

「療育手帳制度についての一部改正について」厚生労働省発障 0401 第 4 号、令和 2 年 4 月 1

日、各都道府県知事、指定都市市長　中核市市長宛て、厚生労働事務次官
「転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について」(平成五年六月二二日)(児障第四二号)(各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長あて厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)
「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」平成 7 年 6 月 16 日、健医発 783 号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知)
平成 30 年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書平成 31 年 3 月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会
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
令和 2 年～3 年厚生労働科学研究「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」
令和 4 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 5 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 6 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との影響や課題についての調査」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
令和 4 年～5 年厚生労働科学研究『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」
「児童相談所運営指針」令和 6 年 3 月 30 日　こ支虐第 164 号 都道府県知事各 指定都市市長 児童相談所設置市市長あて、こども家庭庁支援局長
DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】高橋三郎・大 裕・染 俊幸【訳】、2002　医学書院
DSM-V 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会【編】、日本精神神経学会（監修), 高橋三郎 , 大野 裕 【訳】、2014、医学書院
令和 4 年 5 月、発達障害者支援法の一部を改正する法律附帯決議（平成二八年五月二四日）
アメリカ精神遅滞学会（AAMR）篇、茂木俊彦監訳、「精神遅滞【第 9 版】—定義・分類・サポートシステム—」、1999、学苑社

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

F. 知的財産権の出願・登録情報

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

特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題

研究分担者　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

【研究要旨】

障害年金、特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳を中心に、療育手帳に関わりの深い法制度の手続きにおける課題を整理した。

障害年金はすでに地域較差是正の取り組みがなされ、等級判定のガイドラインも出されている。特別児童扶養手当も障害年金と同様の手法を想定した認定診断書改定案と等級判定ガイドライン案が提案された。精神障害者保健福祉手帳は、児童を対象にすることがあまり想定されていないという課題がある。

知的発達症と他の精神疾患が併存する児童では、ライフステージを通じて何度も異なる制度利用のための判定を受けなければならず、受給者の立場からも主治医の立場からも煩雑である。日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

A.　研究目的

本研究では、療育手帳と関連の深い他の制度について整理し、知的障害をめぐるわが国の法制度において今後整理すべき課題の抽出を試みた。

B.　各検討点の整理

1. 知的障害と精神障害の福祉制度には複数の判定業務がある

知的障害は、医学的には精神疾患の下位分類である「神経発達症群」のさらに下位分類である「知的発達症」に該当する。したがって、医学的観点から言えば精神障害者の法制度で知的発達症を対象としてもよいはずである。しかしわが国では知的障害を他の精神障害から分離して法制度を制定し運用してきた歴史がある。

さらに、統合失調症や抑うつ症などの主な精神疾患の人たちが精神障害の認定を受けるのは成人期であることが多いのに対して、知的発達症の人たちが知的障害の認定を受けるのは児童期であることが多い。このことから、知的障害に対する療育手帳の交付と精神障害に対する精神障害者保健福祉手帳の交付の業務における重なりは、かつてはそれほど話題に上らなかった。

しかし近年では、自閉スペクトラム症や注意欠如多動症をはじめとする神経発達症の早期発見・早期支援が全国的に広がってきた。これらは知的発達症を併存することが少なくないため、知的障

害の認定を受けるべきか精神障害の認定を受けるべきか判断に迷うケースや、両方に該当するために児童期から療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の判定を受けるケースが増加している。一方、成人期の精神科医の間でも発達に関する知識と関心が高まったことにより、児童期に見過ごされていた軽度知的発達症のケースが成人期にはじめて診断されることも増えてきた。

また、さまざまな福祉サービスが保障される障害者手帳制度とは別に、障害のある人たちや障害児を育てる養育者を対象とした経済的支援が制度化されている。このうち知的発達症の人たちに関連が深い障害年金と特別児童扶養手当は所得保障を目的としており、受給するためには医師が作成した認定診断書などをもとに判定が行われる仕組みになっている。

児童期に知的発達症を含む精神疾患があることがわかった場合、福祉サービスや経済的支援を受けるためには、児童期に療育手帳および特別児童扶養手当の判定を受け、希望に応じて精神障害者保健福祉手帳の判定も受け、20 歳になるところで障害年金の判定を受けることになる。つまり、福祉制度を十分に利用するためには、最大で 4 種類の判定を受けなければならない。

２．障害年金と特別児童扶養手当における地域較差是正の取り組み

障害年金および特別児童扶養手当においても療育手帳と同様に地域較差が問題となった。この問題の改善にまず取り組んだのは日本年金機構であった。同機構は 2010 年度および 2012 年度に都道府県の事務センターで決定を行った障害基礎年金のサンプル事例 11,968 件を対象として調査を行った結果、各都道府県における不支給決定の割合に較差が見られた[1]。これを受けて 2016 年に「精神の障害に係る等級判定ガイドライン」[2]が出されている。

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）についても認定率の自治体間較差が存在する可能性が指摘され、2017 年度以降 4 回にわたって厚生労働科学研究等で研究班が立ち上げられ、検討されてきた[3][4][5][6]。この中で、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）認定診断書認定の改定案の作成を行うとともに、地域差に関して 2020 年度に全国調査を行った。40 の自治体から得られた特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定結果のデータ 4,419 件の分析で、認定率（1 級または 2 級と判定される比率）は 33.6%から 100%の範囲であり、自治体間で大きなばらつきがあった[4]。

認定診断書の改定案については、様々な診断と重症度の模擬症例 11 例に対して日本児童青年精神医学会の医師会員に診断書の記入を依頼し、626 名より回答を得た。認定診断書案の記入内容を統計解析した結果、「障害のため要する援助の程度」の判定において、妥当性と評価者間信頼性のいずれもが一定の基準を満たしていることを確認した[4]。

さらに、模擬症例に対する認定診断書について、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医 71 名に等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。44 名（62.0%）から回答があり、一定の妥当性と評価者間信頼性が得られた[5]。

障害基礎年金の判定との一致度も調査し、19〜20 歳の模擬症例 11 例について特別児童扶養手当の認定診断書案を用いた判定と障害基礎年金の認定診断書を用いた判定とが概ね一致した[6]。

これらをふまえて、特別児童扶養手当の認定診断書改定案が作成され、それに対する等級判定ガイドライン案が作成されたところである[6]。

現行の特別児童扶養手当の認定診断書の項目や設問内容は、幼児および重度～最重度の知的発達症を主として想定しており、他の精神疾患では記載しにくいという問題があった。今回の認定診断書改定案は多くの精神疾患に対して作成しやすい構成となっている。

３．精神障害者保健福祉手帳における課題

精神障害者保健福祉手帳については、いまのところ障害年金や特別児童扶養手当のような改定やガイドラインを作る動きはない。ただし、本研究班における医師研究者の会議においては、精神障害者保健福祉手帳の制度設計が児童も対象になることがあまり想定されていないとの指摘があった。認定診断書の項目構成や設問の記述が児童では記入しにくい箇所が見られる。経済的支援を目的とする特別児童扶養手当と障害年金は年齢による境界が明確であり、今回の改定案で児童でも幅広い精神疾患に対応しやすくなった。精神障害者保健福祉手帳においても、児童期用の認定診断書の書式について検討する必要があると思われる。

４．受給者および診断医の視点から見た課題

本研究班も含めると、療育手帳、障害年金、特別児童扶養手当については地域較差の問題が指摘され、その是正に向けた研究が行われていることは、適正な福祉サービス保障のために望ましいことである。しかし、受給者の立場から見ても、そして認定診断書を作成する診断医の立場から見ても、福祉制度を利用するための手続きが煩雑であることは重大な課題である。

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害児福祉手当は医療機関で診断書を作成することが多い。手帳や手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、精神障害者保健福祉手帳や手当の申請に際しては、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。

C. 結論

障害年金、特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳を中心に、療育手帳に関わりの深い法制度の手続きにおける課題を整理した。

障害年金はすでに地域較差是正の取り組みがなされ、等級判定のガイドラインも出されている。特別児童扶養手当も障害年金と同様の手法を想定した認定診断書改定案と等級判定ガイドライン案が提案された。精神障害者保健福祉手帳は、児童を対象にすることがあまり想定されていないという課題がある。

知的発達症と他の精神疾患が併存する児童では、ライフステージを通じて何度も異なる制度利用のための判定を受けなければならず、受給者の立場からも主治医の立場からも煩雑である。日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治

医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

文献

[1]障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査結果。https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyoukanrika/0000075359.pdf（2025.5.6 閲覧）

[2]国民年金・厚生年金保険：精神の障害に係る等級判定ガイドライン。2016。chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyoukanrika/0000130045.pdf（2025.5.6 閲覧）

[3]平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）（研究代表者：齊藤万比古）：特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究 平成 30 年度 総括・分担研究報告書, 2019。

[4]令和 2 年度～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）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究　令和 2 年度～3 年度 総合研究報告書, 2022。

[5]令和 4 年度～令和 5 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）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究 令和 4 年度～ 5 年度 総合研究報告書, 2024。

[6]令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を補助するための情報ツール作成のための研究 令和 6 年度 総括・分担研究報告書, 2025。

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案

研究分担者　髙柳　伸哉　愛知教育大学 心理講座
村山　恭朗　金沢大学 人間社会研究域 人文学系
浜田　恵　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学 心理学部
山根　隆宏　神戸大学 人間発達環境学研究科

【研究要旨】

本稿では、本プロジェクトで作成した「療育手帳判定暫定ガイドライン（案)」のベースとした知的発達症の国際的診断基準である ICD-11 を取り上げ、概観することを目的とした。ICD-11 における知的発達症の要点として以下のものが示された。①2 軸診断：知的機能と適応行動の 2 軸診断であること。②用いる検査の条件とカットオフ：適切にノルム化・標準化された個別検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。③18 歳以上における判定：成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。④重症度（等級）の判定：知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。⑤併存障害や疾患の合併によるリスク：早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。⑥知的発達症（暫定）：4 歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

以上の点を踏まえ、本プロジェクトで開発した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（ABIT-CV）を用いた知的発達症の重症度判定においては、知的機能と適応行動の評価を合算して算出することが療育手帳判定の運用においても重要であると考えられる。

A. 研究目的

「療育手帳判定暫定ガイドライン（案)」を作成、解説するにあたり、現行の知的障害（知的発達症）の国際的診断基準を把握しておくことは必要不可欠である。

本プロジェクトに関する令和 6 年度報告書では、研究分担者らが本ガイドライン（案）の各パートについての解説を担当している。本稿では、ガイドライン（案）の解説に先立ち、知的発達症の国際的診断基準として ICD-11（World Health Organization, 2022）をあらためて取り上げ、概観することを目的とする。

なお、知的発達症の医学的概念や診断方法、診断をめぐる近年の議論の整理については、本プロジェクトの令和 4 年度報告書において研究分担者である内山他（2023）が報告しているため、ICD-11 の改定に向けた議論や ICD-11 以外における知的発達症の定義などについては本稿では扱わないこととする。また、各項目の詳細については研究分担者らによるガイドライン（案）の各解説を確認されたい。

B. ICD-11 における知的発達症の概要

ICD-11 は本稿の執筆時点（2025 年 5 月）ではまだ日本語版が発行されていないため、内山他（2023）による日本語訳（一部改変）を基に紹介するとともに、要点を解説する。

内山他（2023）による日本語訳（一部改変）はイタリックで示す。

1. ICD-11 における知的発達症の定義

・*知的発達症 (Disorders of intellectual development)　親カテゴリー：神経発達症*

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。それは適切にノルム化・標準化された個別検査により測定される。ノルム化・標準化された個別検査の実施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。

重要なポイントは、知的機能と適応行動の 2 軸診断と、ノルム化・標準化された個別検査を用いた標準偏差による基準が明記されていることである。一方で、ノルム化・標準化された個別検査が利用できない場合の代替案についても提示されている。わが国の療育手帳判定の状況を踏まえると、対象児者全員に知的機能と適応行動を評価するためにそれぞれ個別検査を実施することは現実的ではないため、代替案の検討が重要となる。

2. 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。（中略）

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場合がある。（中略）

発症は発達期である。過去に診断されていない知的発達症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。

知的発達症診断のための必須特性として、知己機能と適応行動の 2 軸診断であることがあらためて記載されている。中略した個所には定義と同様に、適切にノルム化・標準化された個別検査を用いることや、標準偏差による判定、困難な場合の代替案が記載されている。また、神経発達症に属することから成人期以降での状態のみで診断することはできず、発症時期の特定が求められる。

3. 重症度の特定因子

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。（中略）

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、中等度の知的発達症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。（中略）

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。

適応行動については 6 歳まで、6 歳から 18 歳、18 歳以上の 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。

ここでは、知的機能と適応行動のドメイン単位での重症度判定について記載されているが、先述の通りわが国の療育手帳判定を想定すると、ドメイン単位で各標準偏差から詳細な検討を行うことは現実的とは思われない。一方で、あくまで記載された診断方法は例示であり、評価の性質や目的などによって改変することも可能であることが記載されている。

なお、ICD-11 の原文には知的機能と適応行動について年代別の重症度判定の参考となる具体的な行動のリスト（表）が提示されているが、本稿では省略している。

4. 他の臨床的特徴

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。

知的発達症は、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。知的発達症と他の精神障害、行動障害、神経発達障害が合併する場合は、知的発達症のない精神障害を持つ人と同様の自殺リスクがある。（中略）

人生における重大な変化やトラウマ体験は、知的発達症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症のある人々は、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。

知的発達症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）の要因が知的発達症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。知的発達症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症の病因が明らかな場合には、その病因に対応する診断も追加されるべきである。

知的発達症のある人は、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。

知的発達症と併存障害・疾患について触れられており、発達障害からメンタルヘルス、精神障害と広い範囲にわたる懸念が提示されている。また、ダウン症を例とした遺伝子疾患の合併症に関する予防・管理の推奨もなされている。

このように知的発達症は発達期におけるサポートが重要であるとともに、併存障害によるリスクを踏まえた経過の把握が必要であると考えられる。一方、遺伝子疾患に関しては早期診断により包括的な予防・支援につなげられるメリットも示されている。

5. 正常との境界（閾値）

知的発達症において、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症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、知的発達症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。

知的発達症における 2 軸診断の重要性についてあらためて述べられるとともに、テストの信頼性や当時の状況、発達の経過などによる IQ や適応行動の変動にも触れられている。このため、各自治体でみられるように、再判定期間を設けられている。また、変動の要因も多様であることが記されており、特に発達期（未成年期間）における把握がなされてない、成人で初めて療育手帳の交付判定を受ける方のような場合には、判定時の状態だけでなく、これまでの発達経過などを把握した上で鑑別診断を行うことが求められている。

境界知能については支援の必要性が記されている一方、診断基準に該当しないことが明記されている。

6. 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。（中略）

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。

ここでも知的発達症における発達期からの知的機能と適応行動の変動について触れられ、支援の必要性が述べられている。特に、発達期における支援が成人期における支援ニーズを低下させる、すなわち早期の支援が予後を良好にすることが記されている。

7. 重症度分類

ICD-11 において知的発達症の重症度は、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*
- *知的発達症,暫定的 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。（中略）

重症度分類が記されているが、ここでは詳しく紹介しないため、研究分担者による報告書を参照されたい。

「知的発達症、暫定的」については次項で紹介する。

8. 知的発達症（暫定的）

知的発達症,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、「知的発達症、暫定的」の診断がなされる。この文脈での知的発達症、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、知的発達症が示唆されるが、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。

先述のように知的機能と適応行動の変動が見込まれているため、4歳未満の子どもについては知的発達症の確定診断ではなく「暫定的」となっている。感覚障害や身体障害などによる影響の可能性も示されているが、ダウン症などのような遺伝子疾患も含めて知的発達症との識別が困難な場合であっても、暫定的に診断をつけるという対応が可能となっている。当然ながら、知的発達症の診断はその後の再判定によって確認される必要がある。

C.　結論

本稿では、各研究分担者らによるガイドライン（案）の解説に先立ち、知的発達症の国際的診断基準としてICD-11を取り上げ、概観することを目的とした。その結果、ICD-11における知的発達症の要点として以下のものが示された。

・2軸診断：　知的機能と適応行動の2軸診断であること。
・用いる検査の条件とカットオフ：　適切にノルム化・標準化された個別検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。
・18歳以上における判定：　成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。
・重症度（等級）の判定：　知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。
・併存障害や疾患の合併によるリスク：　早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。
・知的発達症（暫定)：　4歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

以上の点を踏まえ、本プロジェクトにおける療育手帳判定暫定ガイドライン（案）では、該当するポイントを各研究分担者が担当し、解説を行う。

次ページには、本研究班が提案する療育手帳の交付判定におけるガイドラインを示す。

なお、ICD-11に記載されているように、わが国の療育手帳判定の現状を鑑みると知的機能・適応行動双方をノルム化・標準化された個別検査で評価することは現実的ではない。そのため、その

療育手帳判定暫定ガイドライン（案）抜粋　令和 7 年 3 月（厚労科研辻井班）

A. 療育手帳の判定にあたっては、**偏差指数が算出できる知能検査と適応行動尺度**を用いる。具体的には、ウェクスラー式知能検査と Vineland-Ⅱ適応行動尺度、もしくは知的機能と適応行動を簡易に評価できる ABIT-CV の使用が推奨される。

B. 療育手帳の交付判定に際しては、原則として、**知的機能および適応行動それぞれの標準得点がともに 70 未満である場合に交付の対象**とする。ただし、±5 ポイント程度の測定誤差を考慮するものとする。

C. 療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とする。判定には**知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55－69 を軽度、40－54 を中度、25－39 を重度**、**25 未満を最重度とする**。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。

D. 療育手帳の交付年齢（取得年齢）については、知的機能の実施可能年齢を考慮し、**1 歳以上**とする。0 歳台における先天性疾患などに基づく判定については、「暫定判定」として対応し、更新時に再判定を行う。

E. 再判定の間隔については、**就学前年齢の場合は 2～3 年ごと、就学以降 18 歳までは 3 年ごと**、**18 歳以上ではおおむね 5 年程度ごと**の再判定を推奨する。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定については、再判定の必要性は低いため、原則として実施しない。ただし、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。

F. 18 歳以上で初めて療育手帳の交付を申請する場合は、**「医師の意見書」**の形式での書式の提出を要件とする。その際、学校の成績、教育状況・達成度の記録、発達歴に関連する情報などの提出を求める。ただし、**被虐待などの知的発達や適応行動に関連しうる経過がある場合**にはより慎重に判断し、知的障害があったことが臨床的に認められる場合は加味するべきである。一方で、精神疾患（統合失調症など）の併存があり、知的機能や適応行動の低下が精神疾患に起因するものであると判断される場合には、除外診断として扱う。

※この考えを元に、実際に自治体での実施を通して現在の判定基準との相関を、引き続き調査研究を行っていく。

ため、本プロジェクトではノルム化・標準化された個別検査による知的機能検査（ABIT-CV-I：Adaptive Behavior and Intelligence Test - Clinical Version - Intelligence）を開発するとともに、保護者・支援者らが回答する質問紙形式の適応行動評価尺度（ABIT-CV-AB：Adaptive Behavior and Intelligence Test - Clinical Version – Adaptive Behavior）を開発した（伊藤他、2025）。

知的機能の個別検査とともに、療育手帳判定において簡便な実施を可能にするとともに、知的発達症の鑑別に有用なツールであるが、一方で重症度判定の評価方法が複雑になると運用面での問題につながりかねない。そのため、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能という ICD-11 の記述を基に、ABIT-CV を用いた知的発達症の重症度判定においては、知的機能と適応行動の評価を合算して算出することが療育手帳判定の運用においても重要であると考えられる。

詳しくは、各研究分担者らによる分担研究報告書を参照されたい。

文献

伊藤大幸・村山恭朗・浜田　恵・髙柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜・足立匡基・野沢朋美・増山晃大・中島卓裕・久保尊洋（2025）．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――．令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）分担研究報告書, pp.78-126.

内山登紀夫・上野修一・岡田 俊・中村和彦・本田秀夫・河邉憲太郎・坂本由唯（2023）．知的障害（知的発達症）診断の診断概念．令和 4 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）分担研究報告書, 37–92.

World Health Organization (2022). 6A00 Disorders of intellectual development. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. http://id.who.int/icd/entity/605267007

D.　研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E.　知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得　なし
2. 実用新案登録　なし
3. その他　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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－2 軸診断について－

研究分担者　内山 登紀夫　福島学院大学 福祉学部

【研究要旨】

本報告書は、ICD-11 に準拠した知的発達症の診断枠組みを整理し、日本の制度への導入可能性を検討したものである。ICD-11 では、従来の IQ 偏重から転換し、知的能力と適応行動という 2 軸による包括的な評価を重視している。診断には、①知的能力の著しい制限、②適応行動の重大な制限、③発達期の発症、の 3 要件が必要とされ、両者ともに標準化された検査により平均より 2SD 以上低いことが求められる。重症度分類も IQ のみに依存せず、適応行動を含む機能評価が必須である。特に重度・最重度の症例では知能検査の限界があり、適応行動による区別が重視される。I Q が 50-70 前後の場合も適応行動に困難を抱える者は支援ニーズが高いことが報告されており、軽度知的障害の人々への適切な支援のためには、適応行動評価が不可欠である。このため、ICD-11 に準拠した診断を行うには、偏差 IQ が算出可能な標準化された知能検査（例：ウェクスラー式）と、偏差指数が算出できる標準化された適応行動尺度（例：Vineland- Ⅱ）の併用が前提となる。これにより、対象者の知的機能および日常生活における具体的な困難を客観的に把握し、重症度の特定や支援ニーズの評価が可能となる。また、標準化検査が利用困難な場合には、ICD-11 に記載された行動指標を用いた臨床的判断が重要となる。

日本における診断や療育手帳制度においても、国際的な潮流を踏まえた二軸評価を導入し、個々の機能と支援ニーズに即した支援体制の構築が求められる。

A. 研究目的

知的障害（知的発達症）の診断概念は、近年、国際的な潮流として大きな変化を遂げてきている。特に、世界保健機関（WHO）が改訂した国際疾病分類第 11 版（ICD-11）では、従来の知能指数（IQ）偏重の診断から、知的能力と適応行動の両側面を重視する方向へとシフトしている。当事者と家族への敬意を保ちつつ、必要な支援を適切に提供できるための診断基準や重症度分類が議論されてきた。I C D -11 では、知的機能と適応行動の両方に重点を置き、知的障害の重症度を診断し分類するための包括的な枠組みとなっている。

本文分担報告では、ICD-11 において、適応行動の評価が重視されていることを指摘し、その背景を概説する。さらに、ＩＣＤ-11 に準拠しつつ日本の臨床現場で実施可能な知的発達症の診断方法を提案する。

B.　各検討点の整理

ICD-11 知的発達症の診断基準

ICD-11 において、知的発達症（Disorders of intellectual development; 6A00）は、神経発達症（Neurodevelopmental disorders; 06）の下位カテゴリーに位置付けられている。これは、知的発達症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。

ICD-11 における知的発達症の診断は、主に以下の 3 つの必要事項に基づいている。

1.　知的能力における明らかな制限：

知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域での知的機能に制限があることとされる。可能な限り、適切に標準化された個別の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。テストが利用できない状況では、知的機能の行動的指標に基づいた適切なアセスメントと高度な臨床的判断が求められる。

2.　適応行動における重大な制限：

日常生活で学習・実践する概念的、社会的、実践的なスキルのセットに適応行動に重大な制限があることとされる。概念的スキルには知識の適用やコミュニケーション、社会的スキルには人間関係の管理や社会的責任、実践的スキルにはセルフケアや職業スキルなどが含まれる。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測定し、合計スコアが平均よりも 2 標準偏差以上低い（つまり、約 2.3 パーセンタイル未満）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、知的機能と同様に行動指標に基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

3.　発症時期：

これらの制限が発達期に生じることとされる。成人期に初めて診断される場合でも、発達歴の把握により発症時期を特定する、すなわち後ろ向き診断が可能である。

重症度分類における評価方法の変更点

ICD-11 における知的発達症の重症度は、従来の ICD-10 のように IQ スコアのみに主に依存するのではなく、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点が大きな変更点である。重症度レベルは、知的能力と適応行動スキルの主要な部分（概念的、社会的、実践的スキルの 3 つのドメイン）が属するレベルに基づいて決定されるべきであるとされている。

ICD-10 では軽度、中度、重度、最重度の分類に IQ が主な指標とされていた。ICD-11 では重症度特定因子（Severity specifiers）が明記され、知的能力と適応行動のいずれも標準化された検査に基づき標準偏差の何倍平均より下かによって重症度が特定される。これは、重症度が IQ スコアのみに依存するのではなく、個人の機能と支援ニーズの把握が重視されるという ICD-11 の考え方を反映したものである。

重度および最重度の知的発達障害については、既存の知能の標準化テストが低い知能レベルを信頼性・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とになっている。この点からも、診断や重症度分類において

適応行動評価が極めて重要であることが示唆される。

知的能力評価と適応行動評価の必要性

ICD-11 の診断基準が知的能力と適応行動の両者を必須の特性としていることからも明らかなように、知的発達症の診断にはこの二軸でのアセスメントが最低限求められる。IQ スコアは知的発達症を部分的に特徴づける指標であり、「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなすべきであり、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とされている。

知能テストの IQ 値は、使用されるテスト、テスターの熟練度、被験者の体調など様々な要因で変動する可能性があり、また発達やライフコースの段階によっても変動することがある。特にフルスケール IQ のみを指標とすることや、下位検査のばらつきが大きい場合の妥当性の乏しさなどが指摘されており、IQ のみで知的障害の診断や重症度分類を行うことは不適切であるとされる。

適応行動評価は、個人の日常生活における機能や、概念的、社会的、実践的なスキルのレベルを直接的に把握するために重要である。特に、重症度分類の目的は、どの程度の支援が必要かの把握にあるとされており、適応行動の評価は個人の支援ニーズを把握する上で中心的な役割を果たす。近年、軽度知的障害（mild intellectual disability, MID）の人々の支援ニーズが高いことが多くの研究で議論されており、Nouwens ら (2017) の報告等がこの点を強調している。IQ が高めであっても適応行動に困難があるために高い支援ニーズを抱える人々が存在するため、適応行動の評価は、IQ のみでは見逃されがちなこれらの人々のニーズを把握するために不可欠である。

適応行動の評価が必要とされる理由

診断の必須要件であること：ICD-11 の診断基準では、知的機能の制限と並んで、適応行動における重大な制限が診断に不可欠な要素であると明確に位置づけられている

重症度分類に不可欠であること：ICD-11 では、知的発達症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。特に重度および最重度の知的発達障害では、既存の知能テストが特定の低い IQ レベルの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とが明記されている。つまり、これらの重症度レベルの診断には、適応行動の評価が不可欠である。

標準化テストが利用できない状況での診断を可能にすること：世界中の多くの国や地域では、標準化された知能検査や適応行動尺度が使用できない状況や、テストを施行できる専門家が不足している状況が想定されている。そのため、ICD-11 では、標準化されたテストが利用できない場合でも診断や重症度評価が行えるように、知的機能と適応行動の行動指標が包括的な表として準備されている。これらの行動指標は、知的能力や適応行動の臨床的判断を適切に行うための配慮として作成されたものである。

支援ニーズの把握に不可欠であること：重症度を分類する主な目的は、どの程度の支援が必要かの把握にあるとされる。近年の議論では、知能の重度さと支援ニーズの強さが必ずしも一致せず、軽度知的障害や境界知能の人々でも高い支援ニー

ズがみられることが明らかになっており、行政サービスの質や量の決定にも重要であるとされる。ICD-11 と大きく乖離しない日本独自の診断基準を検討する上でも、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ろう。

診断の妥当性と信頼性を高めること：知能指数（IQ）の数値は単独の診断要件ではなく、「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなされるべきであり、様々な要因で変動する可能性があるため、IQ スコアだけに基づいて診断を行うべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならないとされる。また、評価の過程で、文化的な背景や言語能力、併存する障害などが適切に考慮されない場合、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ため、適切な評価方法の選択が必要とされる。

これらの点から、ICD-11 が知的発達症の診断において、単に知能検査の結果だけでなく、個人の実際の日常生活における機能や社会的な側面を反映する適応行動の評価を必須とし、重症度分類や支援ニーズの把握においても中心的な要素として位置づけていることが示されている。これは、ICD-11 の診断概念が、より包括的で、個人の機能と支援ニーズを重視する方向へ変化したことを反映していると考えられる。

診断評価における具体的な推奨

ICD-11 における知的発達症の診断概念は、知的能力と適応行動の両側面を重視する二軸評価への移行を明確に示している。この診断基準を日本において適切に適用し、個々の支援ニーズを正確に把握するためには、偏差 IQ を算定可能な標準化された知能テストと、偏差指数がわかる標準化された適応行動尺度を使用することが前提となる。IQ のみによる診断の限界が指摘される中、適応行動評価を包括的に行うことは、特に軽度知的障害や境界知能といった、IQ だけでは捉えきれない高い支援ニーズを持つ人々への適切な支援提供のために極めて重要である。標準化された評価が困難な状況においては、ICD-11 の行動指標を参照した臨床的判断が補完的に必要とされる。

行動指標の活用と臨床的判断

標準化されたテストが利用できない場合や、評価が困難な状況（例えば、対象者が幼い、感覚・運動障害がある、重度の問題行動があるなど）においては、ICD-11 に示されている詳細な行動指標を参考にし、経験を積んだ臨床家による臨床的判断を行うことが求められる。これらの行動指標は、ブラジル、インド、イタリア、スリランカ、英国の専門家が作成に参加し、信頼性が高いとされている。

C. 結論

標準化された知能テストの使用

知的能力のレベルを客観的に把握するため、適切に標準化された個別の知能テストを使用する。ICD-11 の重症度分類の指標としてパーセンタイルが用いられていることからも明らかなように、診断や分類の前提として偏差 IQ が算定可能な知能テストを用いることが重要である。具体的には偏差指数が算出できるウェクスラー式のテストが推奨される。日本で普及しているビネー式検査等に関しては，偏差指数が算出できないものは推奨できない。

標準化された適応行動尺度の使用

適応行動のレベルを概念的、社会的、実践的なスキルの各領域で評価するために、標準化された

適応行動尺度を使用することが推奨される。これにより、個人の適応行動のレベルを同年代の集団と比較した偏差指数として客観的に把握することが可能となる。日本で使用可能なテストとしては偏差指数が算出できる Vineland-IIが推奨される。

ABIT-CV

知的機能と適応行動を簡易に評価できる指標として ABIT-CV があり、ICD-11 に準拠した診断が可能である。

日本における知的障害の定義や診断、及びそれに基づく療育手帳制度や支援施策についても、国際的な診断基準の潮流を踏まえ、知的能力と適応行動の二軸評価に基づいた包括的なアプローチをより一層推進していくことが求められる。

文献

Nouwens, P. J. G., Lucas, R., Smulders, N. B. M., Embregts, P., & van Nieuwenhuizen, C. (2017). Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis. BMC Psychiatry, 17(1), 257.

内山 登紀夫 上野 修一 岡田 俊 中村 和彦 本田 秀夫 河邉憲太郎 坂本由唯 (2023). 「令和 4 (2022) 年度 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報告書 知的障害（知的発達症）診断の診断概念」. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163975#report_summary_1.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得　なし
2. 実用新案登録　　なし
3. その他　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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案
－評価指標のカットオフ値について－

研究分担者　上野　修一　愛媛大学大学院医学系研究科

研究協力者　河邉　憲太郎　愛媛大学大学院医学系研究科

【研究要旨】

療育手帳は知的発達症に対して交付されるものであり、知的発達症の診断基準を満たすことが必要となる。知的発達症の診断においては、18 歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としている。

知的発達症に関して、現在国際的に使用されている診断基準として ICD-11 があり、本邦においても広く浸透していることからも、この定義に準じて診断を行うことが推奨される。ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とすると、判定は知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用いる必要があるが、55-69 を軽度、40-54 を中度、25-39 を重度、25 未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際しては、知能検査は必須ではない。

知的機能の検査に関しては、偏差指数が算出できるものを推奨する。偏差知能指数とは、知能テストの成績をより一般的な相対評価の形で表現しようとしたものである。代表的な検査としてウェクスラー式検査がある。また、適応行動については、Vineland-II を用いれば、偏差指数が算定できる。知的機能のカットオフとしては、現在のところ誤差を含め、知的機能および適応行動それぞれで、75 までとし、合成指数で重症度を判定する。

A.　研究目的

療育手帳は知的発達症に対して交付されるものであり、知的発達症の診断基準を満たすことが必要となる。知的発達症の診断においては、18 歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としている。

知的発達症はその他の神経発達症を有する場合が多いことや、育児困難から虐待などの不適切養育を受けるリスクが高く、それが知的発達症の診断に影響を与えることもある。この場合に、知的発達症をどのように診断し、重症度をいかに判断するのかという課題がある。一方で、現在国際的に使用されている診断基準として ICD-11 があり、本邦においても広く浸透していることからも、この定義に準じて診断の不一致を減らす必要もある。

本研究課題では、ICD-11 に準拠してその診断のカットオフについて概説し、そこで明らかになる課題について述べることとする。

B. 各検討点の整理

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症（Neurodevelopmental disorders）があり、さらにその下位カテゴリーに 6A00 Disorders of intellectual development がある。

知的発達症 (Disorders of intellectual development)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）ことで特徴づけられる。この知的機能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。行動指標は、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とされている。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。

また、ICD-11 においては、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を参考にするように記載がある。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場合がある。

重症度の特定因子（Severity Specifiers)として、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、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とされる。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 ICD-11 には例示されている。これらは、テストが使えない場合は参考にして臨床的判断をくだすとされる。

知的発達症において、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代理指標とみなすべきであると考えられる。IQ 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。

BID, Borderline Intellectual Functioning, 境界知的機能と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。

以上が ICD-11 に記載された知的発達症に関する記載内容である。本研究班でも、療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、

中度、重度、最重度の 4 段階とした。判定には知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55-69 を軽度、40-54 を中度、25-39 を重度、25 未満を最重度とし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定することとした。

具体的な ICD-11 の枠組みで知的発達症を判定する場合には、2 軸判定で行う。知的機能については、偏差指数が算出できるものを推奨する。偏差知能指数とは、知能テストの成績をより一般的な相対評価の形で表現しようとしたものである。それぞれの年齢集団における知能テストの成績分布を、平均 100、標準偏差 15 の正規分布となるように得点換算したものである。偏差知能指数であれば、同年齢集団での相対的位置を示すことが可能になる。代表的な検査としてウェクスラー式検査や ABIT-CV 等がある。一方で、精神年齢を用いて算出される知能検査もある。精神年齢とは、知能レベルが何歳ぐらいの人の平均に相当するかを表わすものであり、相対的な関係を示すものである。具体的には、知能指数 ＝ 精神年齢／実際の年齢 ×100　という式で求められ、精神年齢が実際の年齢と等しい人は知能指数が 100 となる。ビネー式検査等に関しては、偏差知能指数が算出できず推奨しない。ただし、田中ビネーVI では従来の精神年齢指標だけではなく、生活年齢 2 歳 0 か月から 13 歳 11 か月において、偏差知能指数が採用されている。一方、適応行動に関して、偏差指数が算定できるものとして、Vineland-II 等がある。

判定区分については、上記に示したように、軽度・中度・重度・最重度とするが、測定誤差を超えた高い数値での IQ での取得は、発達障害があったとしても対象外するとするのが良いと考えられる。すなわち、知的機能および適応行動それぞれで、測定誤差 5 と考え、75 までを知的発達症と考え、各自治体で統一することが望ましいと思われる。

C. 結論

知的発達症における知能指数の把握には、偏差指数が算出できるもの（知的機能では推奨；ウェクスラー式，ABIT-CV 等、適応行動では Vineland-II）が推奨され、偏差指数が算出できないものは推奨しない。カットオフポイントとしては、知的機能および適応障害それぞれ偏差指数を 75 とし、さらに合成指数で重症度を示すことが望ましい。

文献

京林由季子．田中ビネー知能検査 V．小児内科 50(9): 1374-1376, 2018.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく療育手帳判定のガイドラインの提案

－障害等級の区分について－

研究分担者　内山　登紀夫　福島学院大学 福祉学部

【研究要旨】

本報告書は、知的発達症（ID: Intellectual Developmental Disorders）の重症度分類に関する国際的な潮流を踏まえ、日本において適用可能な分類指標の提案を目的としている。近年、「精神遅滞」という表現が不適切とされ、ICD-11 では「知的発達症」という用語が導入された。ICD-11 は、知的機能と適応行動の双方を評価し、軽度・中度・重度・最重度の 4 段階で重症度を分類する枠組みである。ICD-11 では、平均より 2 標準偏差以上低い知的機能および適応行動が診断基準となる。標準化されたテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標と臨床判断に依存する。重症度は、知的機能および適応行動の 3 領域（概念的、社会的、実践的）に基づいて決定される。ICD-10 や DSM-5 との比較では、IQ スコアへの依存から脱却し、実生活における支援ニーズを重視する点が特徴である。日本における療育手帳の等級判定に ICD-11 に準拠した重症度分類を導入することを提案する。具体的には、知的機能と適応行動の標準得点を合算平均し、55–69 を軽度、40–54 を中度、25–39 を重度、25 未満を最重度とする。特に重度・最重度において知的機能の評価が困難な場合、適応行動に基づく判断を許容する柔軟な方針が示されている。

A. 研究目的

知的発達症の概念や分類は近年大きく変化してきた。「精神遅滞、Mental Retardation」のような従来の用語は不適切とされ、当事者と家族への敬意を保ちつつ、必要な支援を適切に提供できるための診断基準や重症度分類が議論されてきた。「国際疾病分類（ICD）の第 11 次改訂では、この変化を反映して「知的発達障害」という用語が導入された。この分類体系は、知的機能と適応行動の両方に重点を置き、知的障害の重症度を診断し分類するための包括的な枠組みとなっている。本文分担報告では、ICD-11 における知的障害の重症度分類の概要を紹介し、文献調査と研究班での検討踏まえて、日本で適用可能な知的発達症の重症度分類を提案する。

B. 各検討点の整理

ICD-11 の診断基準に準拠した重度分類の概念紹介を行い、日本の関係者が理解しておくべき診断概念を確認する。現在広く使用されている ICD-10 や DSM-5 との異同について解説し知的発達症と、その重症度分類に関する国際的な議論を概観する。

ICD-11 における知的発達症の診断概念

ICD-11 において、知的発達症（Disorders of intellectual development）は、06 Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders の親カテゴリーの下にある神経発達症（Neurodevelopmental disorders）のさらに下位カテゴリーとして位置づけられている。ICD-11 では、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で特徴づけられる**。これは、適切に標準化された個別のテストにより測定されるべきだが、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と高度の臨床的判断が求められる。

診断のための必要事項（必須の特性）として、以下の点が挙げられている。

- **知的機能に明らかな制限があること**: 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の制限を指し、標準化された検査で平均値より約 2 標準偏差以上低い（約 2.3 パーセンタイルより低い）ことを確認することが理想である。標準化された検査が利用できない場合は、知的機能の行動指標（表 6.1 を参照）に基づいた適切なエビデンスとアセスメント、臨床的判断に大きく依存することになる。
- **適応行動に重大な制限があること**: 日常生活で学習・実践される概念的、社会的、実践的なスキルのセットにおける制限を指す。適応行動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場合がある。標準化された適応行動のテストを用いて測定し、合計スコアが平均よりも 2 標準偏差以上低い（約 2.3 パーセンタイル未満）ことが求められる。標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と同様に行動指標（表 6.2～6.4 を参照）を含んだ臨床的判断に大きく依存することになる。

重症度の特定因子（Severity Specifiers）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。理想的には標準化された個別のテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標に基づいた臨床的判断が重要となる。一般的に、重症度レベルは知的能力と適応行動スキルの主要な部分（概念的、社会的、実践的スキルの 3 つのドメイン）が属するレベルに基づいて決定されるべきである。例えば、知的機能と 3 つのドメインのうち 2 つが平均より 3～4 標準偏差以下であれば、中等度の知的発達障害が適切な診断となる。

重症度分類

ICD-11 における知的発達障害の重症度分類は主に以下の 4 段階である。

- 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）

また、暫定的な診断（6A00.4 Provisional）や、特定できない場合のカテゴリー（6A00.Z unspecified）も存在する。

- **軽度の知的発達障害**: 標準化されたテストで平均値から約 3〜4 標準偏差下回る知的機能と適応行動を特徴とする。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が、基本的なセルフケアや日常生活に必要な実際的なスキルは習得することが多い。多くの人が成人期に比較的自立した生活や仕事をできるが、適切なサポートが必要なことが多い。
- **中度の知的発達障害**: 標準化されたテストで平均値から約 3〜4 標準偏差下回る知的機能と適応行動を特徴とする。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. 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ことが多い.
- **重度知的発達障害**: 標準化されたテストで平均から 4 以上の標準偏差以下（およそ 0.003 パーセンタイル以下）の著しく低い知的機能と適応行動を特徴とする. 言語と学習能力の達成は極めて限定され、運動能力に困難があることも多い. 適切にケアされるためには支援者がいる環境で日常的なサポートが必要となることが一般的である. 重度および最重度の知的発達障害は、既存の知能テストでは低いレベルを信頼性・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**.
- **最重度の知的発達障害**: 標準化されたテストで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）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. 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.

ICD-11 と他の診断基準との異同

≪ICD-10 との相違≫

- **用語**: ICD-10 の「精神遅滞」は、ICD-11 では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 が知能の障害の程度（IQ スコア）と適応機能の乏しさに焦点を当て、特に重症度分類に IQ を主な指標として明記していたのに対し、ICD-11 では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 では重症度決定に知的能力と適応行動の両方を考慮し、標準化された検査や行動指標を用いる. ICD-11 は IQ スコアのみに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 で精神遅滞、ASD、学習障害、ADHD が異なるカテゴリーに分かれていたのに対し、ICD-11 では知的発達症の親カテゴリーが神経発達症とされ、ASD、ADHD、LD などと同じカテゴリーに位置付けられた. これは知的発達症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 はともに知的機能と適応機能の評価を重視しているが、定義方法に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方法である. DSM-5 では重症度レベルが IQ ではなく、適応機能（概念的、社会的、実用的領域）に基づいて定義される. 一方、ICD-11 では重症度評価に知能と適応機能の両方が含まれる.
- DSM-5 の行動指標は適応行動に関する記載に限定されるのに対し、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. ICD-11 は標準化されたテストがない臨床現場において、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.

日本の現状と課題:

我が国では知的障害が正式に定義されていない. 知的障害を定義し、必要な下位分類をすることが必要である. 国際的な潮流と大きくずれない定義が必要である. 我が国において、知的障害の診断にあたっては知能指数が求められることが多いが、フルスケール IQ のみを指標にすることは不適切である. IQ スコアは、様々な要因で変動し、実生活における思考力や問題解決能力の評価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が指摘されている. IQ のみで知的障害の診断も、重症度分類も、支援ニーズの把握もできないことが、DSM-5, ICD-11 の両者で反映されているにも関わらず、療育手帳制度をはじめとする公的支援において「知能指数」が重要な役割を果たしており、関係者の無理解が指摘されている. 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おり、福祉サービスの提供にあたっても、支援ニーズが「重症度」に比例するとは限らない点に留意する必要がある. ICD-11 用いて正しく診断するために、臨床経験のある専門家と知能指数と適応行動を適切に評価するツールが必要である。国際的な診断基準、特に ICD-11 に基づいた知的発達症の診断と重症度分類を行うためには偏差 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.

ICD-11 の枠組みでの重症度分類について

ICD-11 に準拠した診断をするためには軽度・中度・重度・最重度の 4 区分を設定するべきである。ICD-11 では，知的能力も適応行動も平均より 2 標準偏差以上低いことが診断の基準になることを踏まえれば、知的発達症と診断するためには知的機能と適応行動それぞれで，75 までとしておき，さらに合成指数で重症度を示すという枠組みが考えられる。

C. 結論

療育手帳の判定の等級に関しては、ICD11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とする。判定には知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55–69 を軽度、40–54 を中度、25–39 を重度、25 未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的

機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。

文献

内山 登紀夫 上野 修一 岡田 俊 中村 和彦 本田 秀夫 河邉憲太郎 坂本由唯.(2023). 令和4(2022)年度 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報告書 知的障害（知的発達症）診断の診断概念. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163975#report_summary_1.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし

2. 学会発表　1 件

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－療育手帳の交付年齢について－

研究分担者　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

【研究要旨】

近年、乳幼児健診を起点とした神経発達症の早期発見の浸透に伴い、幼児期のうちから療育手帳の交付を希望するケースが増加している。一方、乳幼児期の知的発達症の診断には技術的限界があるため、療育手帳の交付にあたっては慎重な判断が求められる。本研究では、療育手帳を交付することが可能となる年齢について課題を整理した。

ICD-11 に準拠すれば、4 歳未満においては知的発達症の診断は原則として「知的発達症、暫定」となる。近年の早期発見、早期支援のニーズの高まりを鑑みても、療育手帳の交付は原則として 1 歳以降とすべきである。2 歳未満では知的機能の検査が十分には行えないため、判定は暫定的なものとなる。2 歳以降は知的発達症の程度まで診断が可能となるため、療育手帳においても等級の判断は可能であるが、4 歳以降にあらためて等級について再判定することが望ましい。

高率で知的発達症が見られる先天性疾患（ダウン症候群など)、周生期や出生後の脳障害が明らかで 1 歳未満の段階ですでに知的発達症が明らかであるケースなどについては、例外的に 1 歳未満でも療育手帳の交付を検討してもよい。その場合も判定はあくまで暫定的なものであり、4 歳以降にあらためて再判定する必要がある。

A.　研究目的

近年、乳幼児健診を起点とした神経発達症の早期発見が浸透している。中等度～最重度の知的発達症では 1 歳前後で運動発達の遅れに気づかれることが多い。自閉スペクトラム症で知的発達の遅れを伴うケースでは、1 歳前半で言語や非言語的コミュニケーションの遅れが目立ち始める。これらのケースの多くが 1 歳 6 カ月児健康診査でスクリーニングされ、発達支援につながるようになっている。また、先天性疾患や脳性麻痺の子どもたちは乳児期から医療につながり、知的発達症がある場合には 1 歳前からそのことが養育者に伝えられることも稀ではない。

これらの状況のもと、幼児期のうちから療育手帳の交付を希望するケースが近年では増加している。一方で、乳幼児期の知的発達症の診断には技

術的限界があるため、療育手帳の交付にあたっては慎重な判断が求められる。

本研究では、療育手帳を交付することが可能となる年齢について課題を整理する。

B. 各検討点の整理

１．ICD-11 の診断要件から見た診断年齢

ICD-11[1]では、知覚推理、ワーキングメモリー、処理速度、言語理解などの領域にわたる知的機能の有意な制限が存在することと、日常生活において示される概念的、社会的、実践的スキルのセットからなる適応行動の有意な制限が存在することが知的発達症の診断要件に含められている。知的機能および適応行動の制限については、適切にノルム化され標準化された知能検査を可能な限り行い、平均より 2 標準偏差以上低い（約 2.3 パーセンタイル未満）ことを確認することが望ましいとされている。

適応行動を評価するノルム化された検査である Vineland-Ⅱ適応行動尺度は 0 歳から使用できるが、知的機能を評価するノルム化された検査であるウェクスラー式検査は、最も低年齢の子どもを対象としている WPPSI-Ⅲ知能検査でも対象年齢は 2 歳 6 カ月以上となっている。このため、ICD-11 の診断要件を十分に満たしていることを検査によって確認できるのは、早くても 2 歳ということになる。

ノルム化された知能検査は難しい場合でも、1 歳以降では言語理解や適応行動の様子から知的発達の遅れの検出はある程度可能である。知的発達症の程度までは確定できなくても、知的発達症の有無についての判断だけであれば、1 歳以降は可能と考えられる。

ICD-11 では、「知的発達症、暫定 (intellectual developmental disorder, provisional)」という下位分類が設けられている。知的発達症の証拠があるものの、子どもが乳児または 4 歳未満、または感覚や身体機能の異常（視覚障害や言語習得前の難聴など)、運動やコミュニケーション機能の異常、重篤な問題行動や併存する精神疾患などのために知的機能や適応行動の適切な評価が難しい場合にこの診断で対応することになっている。

このように、ICD-11 では日常生活の様子などから明らかに知的発達症と考えられても、可能な限りノルム化、標準化された検査を用いるべきという立場をとっている。乳児期から幼児期早期の子どもに対して ICD-11 に準拠して知的発達症の診断を検討する場合、「知的発達症、暫定」とせざるを得ないことになる。

２．乳児期から知的発達症が疑われるケース

先天性疾患、周生期のリスク、出生後の脳障害、一部のてんかんなどがある子どもでは、乳児期のうちから医療の対象となり、1 歳未満の段階ですでに将来知的発達症と診断されることが明らかであることがある。

たとえば、先天性疾患の中でも比較的頻度が高いダウン症候群（21 トリソミー）は出生直後に診断されることが多く、高頻度で知的発達症が見られる。モザイク型の一部で知的機能の遅れが見られないこともあるが、例外的である。したがって、乳児期にダウン症候群と診断され、将来にわたって知的発達の遅れが予想される場合、子どもが 0 歳のうちから知的発達症と診断され、知的障害児を対象とした福祉サービスを受けることを養育者が希望することが近年では増加している。

C. 結論

以上をふまえて、幼児期までの年齢で療育手帳の交付を検討する際の留意点についてまとめる。

まず、ICD-11 に準拠すれば、4 歳未満においては知的発達症の診断は原則として「知的発達症、

暫定」となる。近年の早期発見、早期支援のニーズの高まりを鑑みても、療育手帳の交付は原則として 1 歳以降とすべきである。ただし、2 歳未満では知的機能の検査が十分には行えないため、判定は暫定的なものとなる。ノルム化された検査が可能となる 2 歳以降は知的発達症の程度まで診断が可能となるため、療育手帳においても等級の判断は可能である。それでもなお、4 歳以降にあらためて等級について再判定することが望ましい。

高率で知的発達症が見られる先天性疾患（ダウン症候群など)、周生期や出生後の脳障害が明らかで 1 歳未満の段階ですでに知的発達症が明らかであるケースなどについては、例外的に 1 歳未満でも療育手帳の交付を検討してもよい。その場合も判定はあくまで暫定的なものであり、4 歳以降にあらためて再判定する必要がある。

文献

[1] World Health Organization（2024） Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. WHO.

D. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－。星和書店，東京，pp.188-189, 2024。

本田秀夫：知的発達症（知的能力障害)。日本医事新報 No.5243: 52-53, 2024。

2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－18 歳以上の申請者における初判定について－

研究分担者　岡田　俊　奈良県立医科大学 精神医学講座

【研究要旨】

療育手帳は、多くの場合に小児期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も少なくない現状がある。18 歳以上における初めて判定を受ける場合、18 歳以前から知的発達症が存在したか、被虐待や精神疾患が存在する場合に、その影響で生じた知的機能や適応行動の課題をどのように扱うのかが問題になる。検討の結果、①18 歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18 歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。③青年期以降に発症した精神疾患を併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである、ことを提案する。療育手帳の対象者が、身体障害や精神障害を併せ持つことも少なくない。これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

A. 研究目的

療育手帳は、多くの場合に児童期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も少なくない。療育手帳は、知的発達症に対して交付されるものであるから、知的発達症の診断基準を満たすことが必要になる。知的発達症の診断に

おいては、18 歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としていることから、18 歳以前からこれらの困難を有していたことをどのように把握すべきかが問題となる。

また、知的発達症やその他の神経発達症を有する場合、育児困難から虐待などの不適切養育を受けるリスクが高い。被虐待などの発達歴は、知的発達や適応を阻害することが知られていることから、これらを伴う場合に、知的発達症をどのように診断しうるのかという課題もある。

加えて、知的発達症に、統合失調症やうつ病、双極症、認知症などの精神疾患を併存することも少なくない。これらの精神疾患を併存する場合には、これらの精神疾患に伴う知的能力や適応行動の低下が併存することになる。この場合に、知的発達症をどのように診断し、重症度をいかに判断するのかという課題がある。

本研究課題では、18 歳以上の初めての療育手帳申請時の知的発達症の評価について、検討すべき点をまとめ、判定時の指針（案）を提案するとともに、そこで明らかになる課題について述べることとする。

B. 各検討点の整理

①18 歳以前の知的能力と適応行動をどのように評価するか。

知的発達症を有しながら、療育手帳の申請が 18 歳以降になる場合には、養育者や周囲の気づきが乏しかったり、周囲の気づきはあっても養育者の申請とつながらなかった何らかの要因がある。他方、申請時には何らかの困難に直面していたり、支援を受けるという明確な目的があるので、後方視的に語られる生活歴のエピソードもバイアスを含みやすい。そのようなバイアスの可能性を踏まえつつも、できるだけ客観的エピソードをもとに、発達歴、生活状況を明確に聞き取ることが重要である。

加えて、そのような生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。

②被虐待などの不適切養育の結果として生じている知的発達や適応行動への影響をどう評価するか。

被虐待などの不適切養育、その他の困難な生育環境の影響は、アタッチメントの形成不全に代表されるように、対人行動や情緒面の発達に多大な影響をもたらし、ひいては適応行動にも影響をもたらす。また、近年の脳科学の知見によれば、これらの生育環境の影響は知的発達にも及びうる。

そもそも知的発達症の診断は、原因を特定していない。明確な基礎疾患がない生理的要因による知的発達症、遺伝子疾患や染色体異常などの遺伝的要因による知的発達症、胎児性アルコール症候群や母胎の鉛曝露、低栄養などの出生前の要因、低酸素や外傷などの周産期異常を含む。また、正常知能で出生したが脳炎への罹患や脳腫瘍の手術などによって急激な知能低下を来す場合も、知能低下が 18 歳以前に認められる場合には診断基準からみて知的発達症に含まれる。

このように考えると、人生早期より知的障害が存在すると考えられ、被虐待等によって知的発達への影響が重なっている場合には、これらを総括して知的発達症に含めることは差し支えない。ただし、極端な生育環境（たとえば、言語的環境の欠如）の直接的な影響や適応行動のうち、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。

③青年期以降に発症した精神疾患の併存の影響をどのように評価するか。

知的発達症には、統合失調症やうつ病などの精神疾患を高率に併存する。最も顕著な例でいえば、22q11.2 欠失症候群が挙げられる。22q11.2 欠失症候群は、知的発達症に加え、先天性疾患、特徴的顔貌、胸腺低形成・無形成による免疫低下、口蓋裂・軟口蓋閉鎖不全、低カルシウム血症などを伴う症候群であるが、青年期以降に高率に統合失調症を併存する。統合失調症を併存すると、認知機能の低下だけではなく、その症状のために適応行動を大きく損なうことになる。また、ダウン症（21 トリソミー）では、高率にうつ病を合併するが、さらに 50 代でおよそ 4 割、60 代でおよそ 7 割の頻度で認知症を発症する（Holland et al., 1998）。多くはアルツハイマー型認知症とされるが、認知機能低下に加えて、歩行障害や尿失禁がある場合には、正常圧水頭症の可能性を考える必要があるが、この場合、早期のシャント術で認知機能が回復する可能性がある。このような場合には、18 歳以降の評価では、知的発達症による知的機能と適応行動を、精神疾患による影響と区別して評価することは困難である。特に症状の増悪しているときには判断が困難であり、寛解時に再評価を行う必要がある。

精神疾患の併存がある場合には、発症以前の知的発達症の重症度を参考にすることが大切である。しかし、統合失調症などでは顕在発症以前の前思春期頃から非特異的な認知行動変化が見られることもある（潜在期）。このような発症の時点は、聞き取りのみでは判断が困難であることが多く、医師の意見書によって補うことが妥当である。

C. 結論

①18 歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載，発達に関連する情報などである。

②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18 歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。

③青年期以降に発症した精神疾患が併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである。

④３手帳の重複をめぐって

障害者手帳として身体障害者手帳、精神障害者手帳、療育手帳の３つが交付されているが、複数、さらにはすべての領域にまたがる障害を有していることが少なくない。しかし、これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

文献

Holland AJ, Hon J, Huppert FA et al. (1998) Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome. Br J Psychiatry. 172:493-498.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　1 件

岡田　俊：知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから（シンポジウム 1 ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学の診断の近未来を考える） 第 119 回日本精神神経学会学術総会(札幌) 2023 年 6 月 22 日

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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

療育手帳の交付判定において
ABIT-CV を利用する際の留意事項

研究分担者　村山　恭朗　金沢大学　人間社会研究域　人文学系
伊藤　大幸　お茶の水女子大学　基幹研究院　人間科学系
髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座
浜田　恵　　中京大学 心理学部
明翫　光宜　中京大学　心理学部
山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科

【研究要旨】

本稿では、療育手帳の交付判定において、本研究班が開発した知的機能および適応行動を評価する標準化検査である ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）を使用する際の留意事項について整理した。

具体的には、1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すべきである。2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能を評価することが推奨される。視覚系課題は、言語的な応答を伴わない指さし等によって反応可能であり、検査者と被検査者との言語的コミュニケーションに大きく依存しない評価が可能である。3. ABIT-CV の利用目的は、あくまで療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判断）に限定されるべきである。また、検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。4. ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の対象年齢は 2 歳以上とするのが適当である。やむを得ず 1 歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4 歳以上で実施することが適当である。やむを得ず 4 歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

以上の留意事項を踏まえ、療育手帳の交付判定においては、標準化された検査ツールとして ABIT-CV を活用することが推奨される。

A. 研究目的

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Development、すなわち知的障害）を有する児者の福祉の増進を目的として、昭和 48 年（1973 年）に厚生省発児第 156 号（厚生事務次官通知）に基づいて創設され、現在に至るまで運用されている。本制度の運用－すなわち、療育手帳の判定方法、交付基準、障害等級の種類およびその認定基準など―は、各都道府県および指定都市の裁量に委ねられており、そのため、自治体ごとに運用基準には顕著なばらつきが見られる。加えて、知的発達症の診断基準に合致しない児者に対して療育手帳が交付されるといった、制度本来の目的と整合しない事例も報告されている（村山・浜田, 2022 など)。こうした現状を踏まえると、療育手帳制度の運用に関する統一的な基準の整備は、喫緊の課題であるといえる。

このような制度運用の統一を図る一助として、本研究班では、療育手帳の交付判定を目的とし、知的機能および適応行動を簡便に評価できるノルムが設定された標準化検査、Adaptive Behavior and Intelligence Test－Clinical Version（ABIT-CV）の開発を行った（詳細は、令和 6 年度報告書『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』を参照)。本稿では、今後の ABIT-CV の実装を見据え、療育手帳の交付判定において ABIT-CV を活用する際の留意事項を整理することを目的とする。

B. ABIT-CV を利用する際の留意事項

1．ABIT-CV 実施マニュアル

ABIT-CV の開発および標準化と並行して、研究班ではその実施マニュアルの整備も進めている。令和 5 年度に全国 7 か所で開催した ABIT-CV の説明会(詳細は、令和 5 年度研究分担報告書『ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－』(村山他, 2024）を参照）では、参加者に対して実施マニュアルを配布した（ただし、検査内容の漏洩を防ぐため、マニュアルは回収資料として配布された)。

また、ABIT-CV では、被検査児者の年齢に応じて実施すべき下位尺度が異なっている。そのため、対象年齢に合致しない下位検査を実施した場合、正確な知的機能水準を推定することはできない。したがって、療育手帳の交付判定において ABIT-CV を用いる際には、必ず実施マニュアルを熟読し、年齢に応じた適切な手順に則って検査を実施することが強く推奨される。

なお、ABIT-CV は、知的機能および適応行動を簡便かつ短時間で評価できることを目的として開発されている。開発段階の調査では、知的機能評価パートの所要時間は約 20～30 分、適応行動評価パートは約 20 分であり、いずれも比較的短時間での実施が可能である。また、当該調査では、公認心理師資格の取得を目指す大学院生や、実務経験の浅い公認心理師／臨床心理士が主に ABIT-CV の実施を担っていた。これらの点からも、ABIT-CV は当初の開発目的に沿った、簡便かつ効率的に実施可能な検査であるといえる。

2．知的機能評価パート（視覚系課題）について

療育手帳の交付判定においては、過剰な不安や緊張といった心理的要因により発話が制限される幼児・児童や、日本語スキルが十分でない外国籍の児者が、既存の知能検査に適応できないケースが報告されている（村山他, 2024)。こうした状況を踏まえ、研究班では、ABIT-CV の知的機能評価パートにおいて、視覚系課題のみによって知的機能の水準を推定できるサブカテゴリを追加した。

視覚系課題では、被検査児者は指さしなどの非言語的な方法で回答することができるため、検査

結果は検査者と被検査児者とのコミュニケーションの質に大きく依存しない。したがって、前述のような発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみの実施によって知的機能を評価することが推奨される。

一方で、ABIT-CV 知的機能評価パート（全下位尺度実施時）と比較すると、視覚系課題に基づく結果（標準得点）の知的障害に対する鑑別精度は相対的に劣る（伊藤他，2025；令和 6 年度報告書『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』を参照）。このため、ABIT-CV を実施するにあたっては、申請児者の日本語能力や、円滑な会話を可能にする心理的安定性などを事前に適切にアセスメントしたうえで、全体版と視覚系課題版のいずれを実施するかを慎重に判断する必要がある。

3．療育手帳の交付判定のみの利用

本研究班の報告書および本稿においても繰り返し述べているとおり、ABIT-CV は「療育手帳の交付判定での利用」を目的として開発された検査である。この目的に沿い、ABIT-CV は知的機能および適応行動の評価に特化しており、各検査項目の難易度も比較的低く設定されている（伊藤他，2025）。

また、ウェクスラー式知能検査などの既存の知能検査は広く市販されており、療育手帳の申請前に他機関でこれらの検査が実施されている場合、判定に影響を与える可能性（いわゆる練習効果）がある。さらに、判定時に別の検査を追加で実施することによる業務負担の増大も課題とされている（村山・浜田，2021）。

こうした検査精度の低下や業務負担の増加といった問題を回避するためにも、ABIT-CV の利用は療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判定）に限定すること、および ABIT-CV の検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。

4．ABIT-CV の適用年齢

≪交付判定について≫

ABIT-CV の開発・標準化に関する研究では、被検査児が 1 歳代の場合には、知的機能評価パート（で得られる結果）は知的発達症の鑑別としての有効性を示さないことが報告されている（伊藤他，2025）。この結果を踏まえ、ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の適用年齢は 2 歳以上とするのが妥当であると考えられる。

なお、この点は ABIT-CV に特有の限界というよりも、知能検査全般の限界として理解すべきである。実際、主要な知能検査における適用年齢も以下のとおり、いずれも 2 歳以降に設定されている。

- WPPSI（Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence）：2 歳 6 か月～
- 田中ビネー知能検査：2 歳 0 か月～
- KABC-II（Kaufman Assessment Battery for Children, Second Edition）：2 歳 6 か月～

一方で、一部の自治体では、知的発達症との併存が強く疑われる障害（例：先天性の染色体異常や脳性まひ等）を有する場合、1 歳代でも療育手帳の交付を行っている現状がある。そのため、療育手帳の交付開始年齢に関する制度的判断は今後の行政的検討課題である。ただし、現時点では、（療育手帳の交付が必要と見なされる）1 歳代の申請児に対しては、ABIT-CV の適応行動評価パートの結果に基づいて暫定的な判定を行うことが適切である。

≪重症度の判定について≫

開発段階の研究では、対象が 4 歳未満の場合、重症度（障害等級）の確定的な判定は困難である

ことが示されている(伊藤他, 2025)。したがって、重症度に関する確定的な判定は 4 歳以上で行うべきであり、4 歳未満での重症度評価は適応行動評価パートの結果に基づく「暫定的判定」とすることが望ましい。

この基準は、国際的な診断基準とも整合的である。たとえば、ICD-11(World Health Organization, 2025) では、4 歳未満の子どもについては、知的発達症は「暫定診断 (Provisional)」とし、「知的発達症」ではなく「全般的発達遅延 (Global Developmental Delay)」とすることが明示されている。また、知的機能の評価が適切に実施できない場合についても、同様に「暫定診断(Provisional)」として扱うべきことが記載されている。

さらに、DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision; American Psychiatric Association, 2022) でも、5 歳未満の児童において重症度が妥当に評価できない場合は、「全般的発達遅延」として診断し、後の再評価を必要とすることが記されている。

このように、国際的に認められている精神医学的基準に照らしても、ABIT-CV を用いた療育手帳の交付および重症度の確定的判定は、4 歳以降に実施されることが学術的にも妥当といえる。

C．結論

結論として、以下に ABIT-CV を療育手帳の交付判定で利用する際の留意事項をまとめる。

1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すること。

2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能を評価することが推奨される。

   視覚系課題は、言語的な応答を伴わない指さし等によって反応可能であり、検査者と被検査者との言語的コミュニケーションに大きく依存しない評価が可能である。

3. ABIT-CV の利用目的は、あくまで療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判断）に限定されるべきである。

   また、検査項目を外部機関等に開示しないことが強く推奨される。

   検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。

4. ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の対象年齢は 2 歳以上とするのが適当である。

   やむを得ず 1 歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。

5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4 歳以上で実施することが適当である。

   やむを得ず 4 歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

文献

American Psychiatric Association, ed. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing.

伊藤 大幸・村山恭朗・浜田恵・髙柳伸哉・山根隆宏・明翫光宣. (2025). 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. 令和 6 年度　令和 2 年度　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業　療育手帳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　分担報告書.

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　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　分担報告書.

村山恭朗・小林真理子・髙柳伸哉. (2024). ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－. 令和 5 年度　厚生労働科学研究費補助金　障害者政策総合研究事業　療育手帳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　分担報告書.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*.

D.　研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E.　知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   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

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

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　人文学系

浜田　恵　　中京大学 心理学部

髙柳　伸哉　愛知教育大学　心理講座

山根　隆宏　神戸大学　人間発達環境学研究科

明翫　光宜　中京大学　心理学部

研究協力者　足立　匡基　明治学院大学　心理学部

野沢　朋美　座間市こども未来部こども育成課

増山　晃大　愛知教育大学　心理講座

中島　卓裕　名古屋学芸大学　ヒューマンケア学部

久保　尊洋　横浜国立大学　教育学部

研究要旨　本研究は、療育手帳の判定における評価方法の地域差や国際的診断基準との乖離の問題を受け、知的発達症の診断基準（ICD-11）に準拠した、簡便かつノルム化された知的機能・適応行動の評価ツール「ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）」を開発し、その標準化と妥当性検証を実施した。知的機能検査は、CHC 理論に基づく 7 つの下位検査（視覚、言語、記憶、算数）から構成され、適応行動尺度は ICD-11 および Vineland-II に基づき主要領域をカバーする 220 項目を作成した。1 歳～69 歳の定型発達者や知的障害者（計 741 名）を対象に標準化調査を実施し、項目の妥当性、発達的変化、ノルム設定、適用開始年齢、信頼性、構造的妥当性、併存的妥当性、臨床的妥当性の諸点について包括的に検証した。結果、ABIT-CV は知的機能や適応行動の発達的変化を適格に捉えていること、α係数にして.984～.990 という高い信頼性を有すること、外在基準であるウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度と高い相関（r=.767 および.748）を示すこと、知的障害の判定において感度・特異度ともに.95 を上回るきわめて高い精度を有すること（2 歳以降の適用）、重症度の判定においても現行の療育手帳の等級判定とおおむね一致した結果をもたらすこと（4 歳以降の適用）、発話を必要としない視覚課題のみを用いた場合でも測定性能はおおむね維持され、発話のない幼児への適用も可能であることなどが確認された。今後、現場での導入を進めることで、療育手帳交付の公平性と科学的妥当性の向上に寄与することが期待される。

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）を呈する児者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）に基づき創設され、現在まで運用されている。法制化がなされていないため、療育手帳の判定方法、交付基準および障害等級の種類やその認定基準は、各都道府県・指定都市の裁量に委ねられているのが現状である。

これまでの調査研究では、療育手帳の判定手続きや交付基準において、都道府県／指定都市間に著しいばらつきが存在することが報告されている（例えば、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2022）。こうした基準の不統一は、転居に伴う再判定の必要性など、申請者やその家族への実質的な負担を引き起こしている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023，2025；櫻井，2000）。しかし、療育手帳の判定方法、交付基準、等級区分の統一化は、いまだ実現されていない。

加えて、現行の療育手帳判定のあり方は、国際的な知的障害の診断基準と乖離しているという問題もある。科学的エビデンスに裏付けられた国際的な診断基準に準拠した判定を行うことは、当事者の実情に合った適切な支援や行政サービスを提供する上でも重要な意味を持つ。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

療育手帳の判定・交付基準の見直しと統一化は、公平性の観点から喫緊の課題である。2022 年度に我々が実施した調査では、療育手帳の交付を受けている児者（$n = 83$）のうち 1 割前後が 75 よりも高い IQ を示し、中には IQ100 以上の児者も確認された（村山・浜田，2022）。別の調査では、一部の療育手帳の判定・交付機関が IQ85 を超える児者に対しても療育手帳を交付しており、そもそも IQ の上限基準を設けていない機関が存在することが報告されている（村山・浜田，2021）。

このように、一部の自治体では、知的発達症の基準（IQ70 未満）を満たさない児者に対しても療育手帳を交付している一方で、当該基準を厳密に適用し、IQ70 未満に限定して交付している自治体もある（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025；村山・浜田，2021）。この点において、地域によって判定の運用が大きく異なっている実態がある。

加えて、一部の自治体では、知的発達症以外の神経発達症（例：自閉スペクトラム症）の特性を勘案し、知的機能に問題のない児者にも療育手帳の交付を認めている。例えば、判定機関（$n = 191$）を対象とした調査では、IQ70-75 以上であっても、神経発達症の特性を呈していれば療育手帳を交付すると回答した機関が約 4 割(39.3%)に上った（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。また、同調査では、年間 500 件以上にわたり、知的発達症の特性を呈さない児者に療育手帳を交付していると回答した機関も存在していた。さらに、同調査に協力した療育手帳の交付児者（$n = 872$）の約 6％（5.7%）が知的発達症の特性を有さず、他の神経発達症を有していると報告している（家族・親族等による回答；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。これらの調査結果は、現行の療育手帳制度の通知や本来の目的とは合致しない対象に対しても、一部自治体が療育手帳を交付している現状を示している。

このような実態を踏まえると、療育手帳の交付が申請児者の居住地によって左右されている可能性が高く、結果として、知的発達症や他の神経発達症の特性を有する児者が受けられる福祉・教育的支援において、地域間で不公平な状況が生じていると考えられる。療育手帳の交付判定における基準の統一化は、こうした問題を解消し、自治体における支援の平等性・公平性を確保する上で、きわめて重要な課題である。

国際的な診断基準との乖離

知的障害の国際的な診断基準　近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification

of Diseases：ICD）が変更され、2022 年 1 月より ICD-11 が発効した。これは 2019 年の WHO の総会において、我が国を含めた加盟国の全会一致で承認されたものである。前版（ICD-10；World Health Organization, 1993）からの変更点として特筆すべきは、①知的発達症の診断において、知的機能だけではなく適応行動の評価が必須となったこと、②その評価には、基本的にノルム化された知的機能／適応行動の標準化検査（以下、ノルム化検査）の使用が求められることである（World Health Organization, 2022）。ノルム化検査とは、開発時に得られた基準集団のデータに基づき、「偏差指数」（同一の年齢段階の集団における相対的位置を示す指標）を算出するための基準が設定されている検査である。

ノルム化検査を用いた知的機能と適応行動の評価は、ICD-11 に特有の要件ではなく、他の主要な診断基準にも共通する。例えば、アメリカ精神医学会の診断マニュアルである DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022)においても、知的発達症は知的機能と適応行動の両者における欠陥を伴う障害として定義されており、知的機能に関しては「母平均よりも約 2 標準偏差またはそれ以下」(p.35)、適応行動に関しては「同じ年齢および社会文化的な背景をもつ人々と比較して評価する」(p.36）と明記されている。これらの記述は、知的機能および適応行動がノルム化検査によって評価されるべきであることを明確に示している。同様に、米国知的障害発達障害学会（American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AAIDD）の診断マニュアル（Schalock, Luckasson, & Tasse, 2021）においても、知的発達症の診断には、ノルム化された標準化検査による知的機能と適応行動の評価が必須であることが明示されている。

しかし、現行の療育手帳の交付判定では、主にノルム化検査の使用と適応行動の評価という 2 点で、こうした国際的な診断基準とは大きく乖離した評価方法が採用されているのが実情である。

ノルム化検査の使用　「偏差指数」に基づくノルム化検査としては、知的機能の評価ではウェクスラー式知能検査や K ABC-II、適応行動の評価では Vineland-II 適応行動尺度が該当する。現在の療育手帳の交付不判定では、こうしたノルム化検査の使用が限られており、代わりに比率指数（精神年齢や発達年齢と生活年齢との比率によって求められる指標）やカテゴリカル評価（IQ などの連続的な指標を算出せず、複数の段階に分類するのみの評価）などの簡便な評価方式を採用す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・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、適応行動の検査では S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適応スキル検査がある。

近年、療育手帳の交付判定を行う機関（*n*=191）を対象として、知的機能を評価する際に頻繁に利用されるツールに関する調査が行われている（2024 年に実施；三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）。調査の結果、ビネー式知能検査（鈴木ビネー知能検査および田中ビネー知能検査）の使用頻度が最も高く、田中ビネー式知能検査については 6 割（61.3%）、鈴木ビネー式知能検査については 2 割（23.0%）の機関が「最も使用頻度が高い検査」と回答した。新版 K 式発達検査を「最も使用頻度が高い」と回答した機関は 10%強（13.6%）であった。一方、ウェクスラー式知能検査を「最も使用する知能検査」と回答した機関は僅か 1%に過ぎなかった（WISC：0.5%, WAIS：1.0%）。類似する結果は他の複数の調査でも確認されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング, 2023, 2024; 吉村他，2019）。

適応行動の評価　療育手帳の交付判定において、大部分の自治体／機関では、ノルム化検査であれ非ノルム化検査であれ、何らかの定量的なアセスメントツールに基づいて知的機能の評価を行っているが、適応行動に関しては、こうした定量的な評価自体を行っていない自治体／機関も少なくない。2023 年度に実施された調査（*n*=210）では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たなか

った（49.0%）（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2024）。こうした傾向は、これまでにも複数の調査で繰り返し報告されている（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023；社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会，2019）。

また、適応行動の評価にはノルム化検査がほとんど利用されていない。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。前述した直近の調査（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2025）では、適応行動の評価に利用するツールとして、Vineland-II 適応行動尺度を「最も利用する」と回答した機関は一つもなかった。一方で、およそ半数（49.7%）の機関は「最も使用する検査」を自治体や判定機関が独自に作成・開発した検査と回答している。この調査結果と合致するように、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（三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング，2023）。

課題の整理　これらの知見を総合すると、現行の都道府県・指定都市における療育手帳の交付判定のあり方は、ノルム化検査の使用および適応行動の定量的評価という 2 つの点で、ICD-11 などの国際的に信用性の高い知的発達症の診断基準と整合していない状況にあると言える。

無論、「療育手帳の判定は知的発達症の診断とは異なる目的をもつ」という主張もあるだろう。しかし、療育手帳制度の要綱には、「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」と明記されている。さらに、交付対象については「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」と定められている。つまり、公的制度として、療育手帳は知的発達症（知的障害）を有する者に交付されるものであり、その判定基準は科学的妥当性を有すること、すなわち ICD-11 等の国際的な診断基準に準拠することが強く求められる。

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は、現行の判定方法が必ずしも科学的エビデンスに基づいた適切な手続きとは言えないことが示唆されている。都道府県・指定市間で交付判定基準の大きなばらつきがあることにより、知的発達症の診断基準と合致しない児者に対しても療育手帳が交付されており、自治体間での不公平が生じている。こうした状況を是正し、知的発達児者へ公正かつ的確な福祉的支援を実現するためには、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急務である。

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、すなわち、知的機能と適応行動を評価可能なノルム化検査の開発を目的とする。3 か年にわたる研究を通じて、判定の実務に適した、簡便かつ短時間で実施可能な評価ツール（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version: ABIT-CV）の開発と、その標準化および信頼性・妥当性の検証を行った。

先行研究（村山・浜田，2021）では、児童相談所や知的障害者更生相談所の実務者が、既存のノルム化検査（ウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度）を療育手帳判定で利用しない／できない主要な理由として、「検査時間の長さ」、「専門的な技術／知識の必要性」、「研修時間の確保困難」、「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。

こうした現場の意見を踏まえると、開発すべき判定ツールには以下の 3 点が求められる。すなわち、①知的機能および適応行動が短時間で評価できること、②専門的な知識や訓練を受けていない職員でも扱える簡便さを有すること、③療育手帳の交付判定を目的とし、知的発達症の判別に特化したツールであること（例：平均以上の知的機能／適応行動の測定ではな

く、交付対象者の識別に焦点を当てた項目構成）である。以上を踏まえ、本研究では、療育手帳の交付判定の現場で実用的かつ標準的に使用できる知的機能および適応行動の検査ツールABIT-CVを開発し、その標準化と信頼性・妥当性の検証を行うことを目的とする。

今年度の研究目的

事業1年目の2022年度は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、幼児版および児童青年／成人版ABIT-CVのプロトタイプ版を開発した。2−3年目にあたる2023年度および今年度は、2022年度調査をもとに項目の追加・修正を施したABIT-CVの正式版を作成し、標準化（標準得点のノルムの設定）および信頼性・妥当性の検証のための本調査を実施した。

具体的には、以下の諸点について包括的に検証を行った。第1に、ABIT-CVの知的機能検査および適応行動尺度を構成する各項目が有効に機能しているか否かを確認するため、I-R相関および群間比較に基づく項目分析を行った。第2に、各検査・尺度が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えられているかを確認するため、得点の年齢推移を検証した。第3に、各年齢群における定型発達群の得点分布に基づいて、粗点を標準得点（偏差指数）に変換するためのノルムを設定した。第4に、ABIT-CVの適用開始年齢を検証するため、定型発達群および知的障害群における標準得点の年齢推移を検証した。第5に、内的整合性に基づく信頼性の検証のため、各検査・尺度および総合点のα係数および測定標準誤差を評価した。第6に、性別および居住地域による得点バイアスの可能性を検証した。第7に、尺度間の相互相関に基づき、各検査・尺度の構造的妥当性を検証した。第8に、外在基準であるウェクスラー式知能検査およびVineland-II適応行動尺度との相関に基づいて、各検査・尺度の併存的妥当性を検証した。第9に、知的障害の診断および療育手帳の等級の判別精度の観点から、ABIT-CVの臨床的妥当性を検証した。

B. 方法

1. 参加者

ABIT-CVの標準化および信頼性・妥当性の検証のため、2023年度から2024年度にかけて、1歳から69歳までの計741名を対象とした調査を実施した。調査参加者は、知的障害や発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのない「定型発達群」（476名）、知的障害の診断を有する「知的障害群」（192名）、知的障害の診断を持たないものの、知的障害の疑いを指摘された、もしくは、知的障害以外の発達障害の診断や疑いの指摘を受けたことのある「その他群」（73名）の3群から構成された。

定型発達群　定型発達群の調査参加者の募集は民間リサーチ会社に委託した。Table 1のように年齢群ごとにサンプルの目標数を設定して参加者を募集した。調査にあたっては、適応行動尺度の評定のため、参加者の普段の生活をよく知る保護者または同居者とともに参加することを求めた。得点の発達的変化のスピードが速い低年齢ほど多くのサンプルを割り当てた。520名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の診断や疑いを受けたことのない476名（男性235名、女性241名）を定型発達群に割り当てた。当初のサンプリング目標をおおむね満たしており、性別の偏りも見られなかった。なお、残り44名の参加者は、過去に知的障害や発達障害の診断や疑いの指摘を受けていることが確認されたため、その他群に割り当てた。

定型発達群の参加者の居住地域の割合をTable 2に示す。人口分布（総務省統計局, 2024）と比較すると、東北、中部、中国・四国、九州の比率がやや低く、関東、近畿の比率がやや高いなどの傾向が見られるが、全体として顕著な乖離はなく、おおむね代表性の高いサンプルが得られたと言える。

知的障害群　知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者（以下、保護者等と記す）に調査協力を依頼した。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。221 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を有することが確認された 192 名（男性 126 名、女性 66 名）を知的障害群に割り当てた。ただし、低年齢段階では知的障害の疑いが濃厚であっても確定診断を受けていないケースも少なくないことから、ダウン症など通常知的障害をともなう先天性の障害を有する場合は、知的障害の確定診断を受けていなくても知的障害群に含めた。なお、残り 29 名の参加者は、知的障害の診断や知的障害をともなう先天性の障害を確認できなかったため、その他群に割り当てた。

その他群　上述の通り、定型発達群および知的障害群の条件を満たさなかった参加者 73 名（男性 57 名、

Table 1　調査参加者の群・年齢の構成

年齢	定型発達群				知的障害群				その他			合計
	男性	女性	小計	目標数	男性	女性	小計	目標数	男性	女性	小計	
幼児												
1:0-1:5	10	10	20	20	3	1	4	10	1	1	2	26
1:6-1:11	12	11	23	20	4	7	11	10	0	0	0	34
2:0-2:5	10	14	24	20	6	3	9	10	4	1	5	38
2:6-2:11	12	9	21	20	7	2	9	10	4	0	4	34
3:0-3:5	10	8	18	20	4	4	8	10	5	1	6	32
3:6-3:11	11	8	19	20	6	4	10	10	1	1	2	31
4:0-4:5	7	11	18	20	6	5	11	10	4	2	6	35
4:6-4:11	14	6	20	20	8	2	10	10	3	0	3	33
5:0-5:5	7	11	18	20	8	1	9	10	2	0	2	29
5:6-5:11	8	10	18	20	8	5	13	10	5	1	6	37
6:0-6:5	11	9	20	20	6	6	12	10	4	0	4	36
6:6-6:11	8	11	19	20	7	3	10	10	3	0	3	32
児童												
7	14	9	23	20	4	0	4	5	2	1	3	30
8	9	11	20	20	3	1	4	5	1	0	1	25
9	8	12	20	20	5	1	6	5	2	1	3	29
10	9	10	19	20	5	2	7	5	6	1	7	33
11	11	8	19	20	2	3	5	5	1	2	3	27
12	10	11	21	20	3	1	4	5	2	1	3	28
青年・成人												
13-14	8	7	15	20	3	1	4	5	2	1	3	22
15-16	9	7	16	20	5	4	9	5	2	1	3	28
17-18	8	15	23	20	7	1	8	5	1	1	2	33
19-39	10	13	23	20	11	4	15	5	2	0	2	40
40-59	9	10	19	20	3	2	5	5	0	0	0	24
60-69	10	10	20	20	2	3	5	5	0	0	0	25
合計	235	241	476	480	126	66	192	180	57	16	73	741

Table 2　調査参加者の性別・居住地域の構成

	男性	女性	合計	%	人口分布
北海道	12	6	18	3.78%	4.07%
東北	7	9	16	3.36%	6.63%
関東	92	104	196	41.18%	35.19%
中部	30	19	49	10.29%	18.03%
近畿	80	83	161	33.82%	16.30%
中国・四国	5	3	8	1.68%	8.51%
九州	11	17	28	5.88%	11.26%
合計	237	241	476		

女性 16 名）をその他群に割り当てた。大部分の分析は定型発達群および知的障害群のデータに基づいて行われたが、信頼性および併存的妥当性の検証にあたっては、その他群のデータを分析に含めた。

2．ABIT-CV

ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と保護者等に回答を求める適応行動尺度の 2 つのパートから構成される。

知的機能検査　ICD-11 では、知的発達症の特徴としては「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渡る知的機能の重篤な障害」が明記されている（World Health Organization, 2022）。したがって、開発する ABIT-CV の知的機能検査には、これら多様な下位領域を含むことが求められる。

知能に関する数ある理論モデルの中でも、CHC（Cattell-Horn-Carroll）モデルは実証的根拠に基づく構造モデルとして広く認識されている（Flanagan & Alfonso, 2013）。CHC モデルは知能を 3 階層で構成し、第 3 階層が一般知能（g）、第 2 階層が広範的知能（短期記憶、処理速度、流動性推理など）、第 1 階層がより限定的な認知能力である。第 2 階層の広範的知能は因子分析により導出された実証的な下位概念であるため、ABIT-CV においても、この階層に対応する指標を含めることが合理的である。

実際、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 も CHC モデルの第 2 階層に基づいて下位検査が設計されている。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、処理速度の各領域に対応している（Flanagan & Alfonso, 2013）。K ABC-II では、これに加えて、量的知識、読み書き能力なども含まれる（Kaufman & Kaufman, 2004）。これらを踏まえ、ABIT-CV（知的機能の評価）においては、両者に共通する構成概念、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を含めることとした。

課題の開発は、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を通じて行われた。CHC モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、結晶性知能に関連する「言葉」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」、流動性知能に関連する「算数」の課題を独自に作成した。

ABIT-CV の利便性（実施時間の短さ）を確保するため、大部分の下位検査において、中止条件を設定した。「記憶」では、同一セクション（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、当該検査を中止した。それ以外の下位検査では、参加者が連続 4 問で誤答した場合に当該検査を終了した。

当初15種の課題が作成されたが、2022年度のパイロット調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された7課題を最終版に採用した（Table 3）。ただし、「視覚①比較・展開」は当初独立した3課題であったものを1つに統合したものである。7課題のうち、4課題は全年齢対象、2課題（視覚①、視覚②）は幼児期のみ、1課題（言葉②）は児童期以降でのみ実施される。全体の実施時間は平均して20〜30分程度である。

なお、パイロット調査では、乳幼児期の対象者において発話能力の未発達や緘黙症状などにより、発話を必要とする課題に取り組むことが困難な事例が複数確認された。そこで、幼児期の対象者に対しては、発話を必要としない「視覚」の3課題のみを使用した場合の結果も併せて報告する。

また、パイロット調査の中で、低年齢層（1-2歳）において定型発達児であっても課題場面への適応が難しいケースが一定数存在することが確認されたため、日常的なやり取りや遊びの文脈の中で反応を観察する「トドラー課題」を新たに作成した。ただし、本調査を通して、当該課題の知的障害の判別精度が十分でないことが明らかとなったため、ABIT-CVの最終版には含めず、参考的に一部の結果のみを報告する。

適応行動尺度　ICD-11では、知的発達症の特徴として適応行動の重篤な障害が明記されている（World Health Organization, 2022）。適応行動は、日常生活において学習・遂行可能な行動スキルであり、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）。この定義に基づき、ABIT-CVの適応行動尺度は、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された。

また、先行研究では、知能検査の適用が難しい低年齢段階であっても療育手帳の申請対象とする自治体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）。こうした状況を踏まえ、ABIT-CVの適応行動尺度には、知的機能を把握できる項目を多く含めることにした。

尺度の項目作成は、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を通じて行われた。ICD-11の領域分類やVineland-II適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成を参考に、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの4領域を偏りなくカバーすること、また、項目の想定通過月齢の配分に偏りがないことを

Table 3　ABIT-CV知的機能検査の構成

課題	概要	問題数	実施順		ウェクスラー式検査の対応指標	CHCモデルの対応因子
			幼児	児童-成人		
視覚					視空間	視覚処理
①比較・展開	大きさ・長さの比較、部分から全体の推測	20	1	-		
②仲間選び	同じ概念に属する絵を選択	15	3	-		
③数と見え方	積み木の数と特定方向からの見えを推測	12	6	4		
言葉					言語理解	結晶性知能
①知識	一般的な知識に関する質問に解答	17	5	3		
②共通点	２つの言葉の共通点を答える	15	-	5		
記憶	短い文章を復唱	16	2	1	ワーキングメモリ	短期記憶
算数	算数の文章題に暗算で解答	32	4	2	流動性推理	流動性知能
合計		127	112	92		

要件とし、220 項目が作成された（Table 4）。

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）と同様に、対象児者をよく知る成人（保護者、同居者など）による他者評価式とし、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－わからない／機会がない）を採用した。ただし、Vineland-II と同様に、「N」の回答は「1」として処理する方法を取った。

実施時の利便性を考慮し、年齢に応じた開始項目および中止条件を設定した。開始項目については、対象児者の実年齢に該当する年齢段階の項目から回答を開始することとした。ただし、最初の 4 項目のいずれかにおいて、「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まで遡って回答することを求めた。中止条件については、4 問連続で「0」の回答が続いた場合には回答を中止することとした。回答の所要時間は平均して 10〜15 分程度である。

Table 4　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	79
日常生活スキル	59
社会性	52
運動スキル	30
想定通過月齢	
0歳	27
1歳	23
2歳	28
3歳	25
4歳	27
5歳	18
6歳	30
7歳	18
8-9歳	16
10歳以上	8
合計	220

3. 外在基準

ABIT-CV の併存的妥当性の検証のために、知的障害群の参加者に対しては、ABIT-CV と併せて、ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度を実施した。

ウェクスラー式知能検査　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（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。

Vineland-II　日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）を用いて適応行動（自立した社会生活を営む上で必要となる一群の行動）を測定した。Vineland-II は国際的に最も広く利用されている適応行動尺度の一つであり、日本版についても、内的整合性、再検査信頼性、評価者間信頼性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性、臨床群（発達障害者、視覚・聴覚障害者）の得点パターンなどに基づいて、包括的に信頼性・妥当性が確認されている。

Vineland-II は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接（聴取する項目はあらかじめ決められているが、面接の流れや質問の表現は状況に応じて調整できるタイプの面接）の形式で実施される。Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれているが、本研究では適応行動尺度のみを使用した。適応行動尺度は、4 領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）、11 下位領域（受容言語、表出言語、読み書き、身辺自立、家事、地域生活、対人関係、遊びと余暇、コーピングスキル、粗大運動、微細運動）から構成され、それぞれの下位領域には 20〜50 程度の調査項目が含まれる。各項目は、具体的な適応行動を記述したものであり（例：事務的な手紙を書く、必要に応じて衣類を洗う、自分のお金を管理する等）、それぞれについて 2（具体的な援助や指示がなくとも、通常または習慣的に実施している）、1（具体的な援助や指示がなくとも、時々または部分的に実施している）、0（まったくまたはほとんど実施しない、または援助や指示がなければまったく実施しない）の 3 段階で評定が行われた。

4. 手続き

調査は臨床心理士／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 の開発に携わった分担研究者が検査者に ABIT-CV の実施方法を教授した。ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 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 の知的機能検査およびウェクスラー式知能検査は参加者本人、ABIT-CV の適応行動尺度および Vineland-II は参加者の保護者等を対象に実施した。参加者が子どもの場合、参加者および保護者の希望を尊重したうえで、保護者は参加者と同室もしくは別室で尺度に回答した。

定型発達群の参加者については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。知的障害群の参加者については、検査終了後に謝礼（2023 年度は

10,000 円／組、2024 年度は 8,000 円／組）が手渡された。

5. 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、中京大学研究倫理委員会の審査および承認を得た上で調査が実施された（中京研倫第 2022-112 号）。調査実施前に、参加者および保護者等に対して、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上で、参加者本人および保護者等から本研究の参加について書面での同意を得た。

C. 結果と考察

1. 項目分析

各下位検査・尺度を構成する項目が有効に機能しているかを２つの観点から評価した。第１に、定型発達群と知的障害群の記述統計量と平均値差の効果量 d を算出した。効果量 d が大きいほど、当該項目が定型発達群と知的障害群の判別に有効な項目であり、尺度の妥当性に貢献することを示唆する。第２に、各項目の得点と同尺度を構成する他の項目の合計得点の相関である I-R 相関を求めた。I-R 相関が大きいほど、尺度の内的整合性を高め、信頼性に貢献する項目であることを意味する。

結果を付録 1〜付録 8 に示した。知的機能の各下位検査については、大部分の項目が.50 程度以上の d と.30 程度以上の I-R 相関を示し、おおむね有効に機能していることが確認された。ただし、比較的難易度の高い視覚①比較・展開 20、記憶 16、視覚②仲間選び 13〜15 などの項目では、フロア効果のために d や I-R 相関の値が低くなっている。これらの項目は、知的障害の有無や重症度を判定するという ABIT-CV の利用目的に照らして、必ずしも必要性の高い項目ではないため、実施コスト軽減のため、除外を検討してもよいと考えられる。

適応行動尺度についても、大部分の項目で.50 程度以上の d と.30 程度以上の I-R 相関が確認されたが、難易度の低い 1〜19 などの項目では、天井効果のためにやや低い値が見られた。ただし、これらの項目も値は小さいながらも一貫して正の値を示しており、低年齢域における適応行動の発達の遅れを評価する上では重要な役割を果たしていると考えられる。

2. 発達的変化

各下位検査・尺度について、定型発達群および知的障害群に分けて、年齢を横軸、粗点を縦軸とする散布図および局所重みづけ平滑化（LOESS）による平滑化曲線を Figure 1〜8 に示す。ただし、発達にともなう得点変化の様相を見やすくするため、得点変化がほぼ見られなくなる 18 歳以降は図示を省略した。

定型発達群では、いずれの下位検査・尺度でも、年齢とともに得点が滑らかに単調増加している。知的障害群でも、一部でサンプル変動によるものと考えられる不規則な推移が見られるものの、全体としてはおおむね年齢とともに得点が上昇する傾向が見られる。また、散布図を年齢ごとに「縦」に割って見ると、いずれの下位検査・尺度においても、２歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られる。以上より、ABIT-CV の各下位検査・尺度が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えられていることが示唆された。

ただし、大部分の下位検査では２歳未満の低年齢域で定型発達群と知的障害群の間の分布の差が不明瞭となっており、この年齢域では知的障害の判定精度が低くなる可能性がある。この点については、「4. 適用開始年齢の検証」で改めて検証を行う。

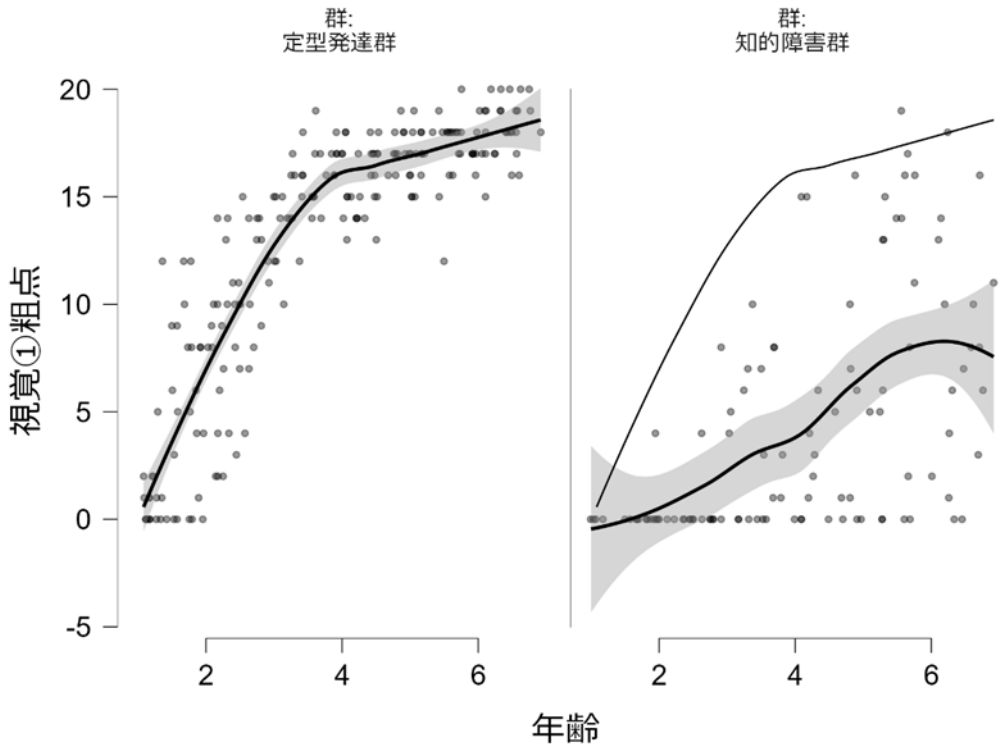


Figure 1　視覚①粗点の年齢推移

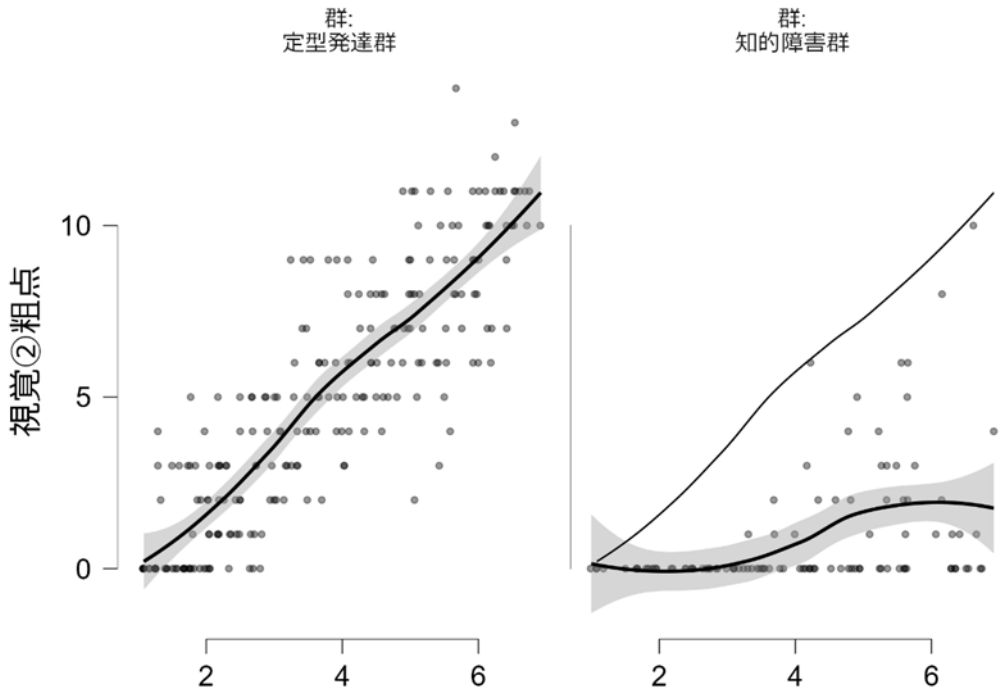


Figure 2　視覚②粗点の年齢推移

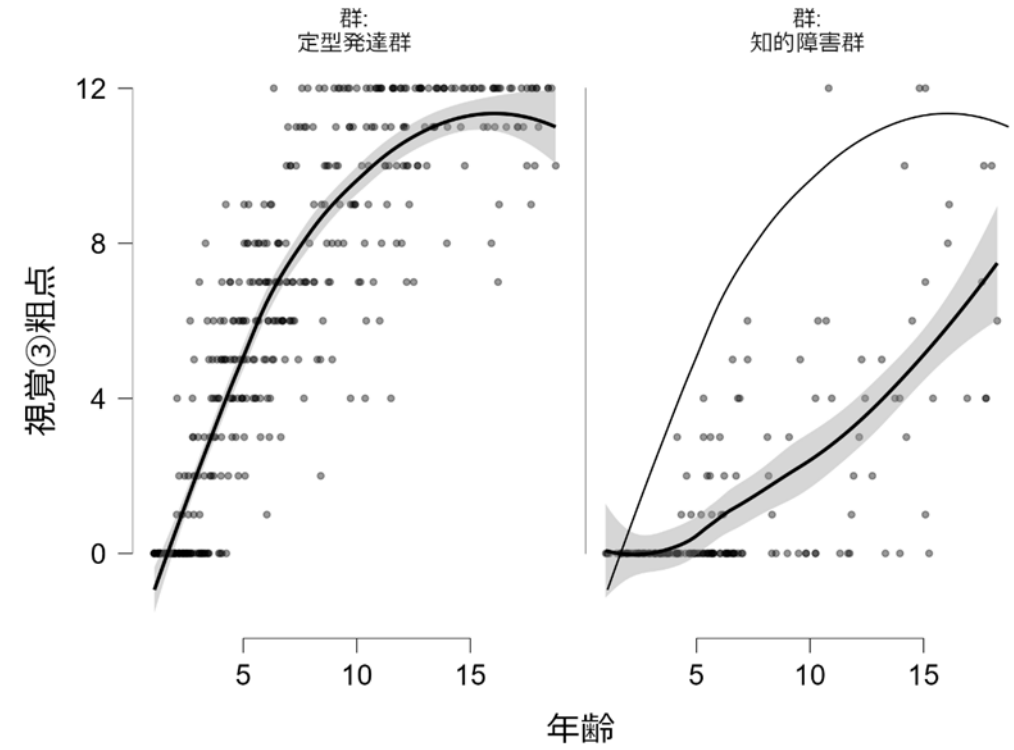


Figure 3　視覚③粗点の年齢推移

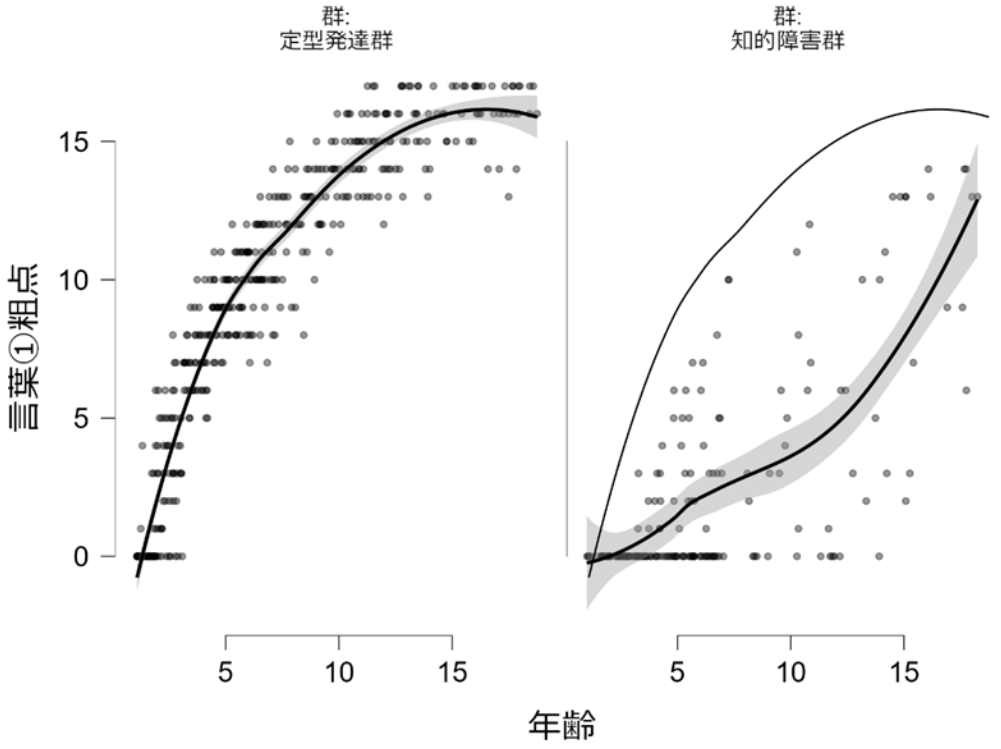


Figure 4　言葉①粗点の年齢推移

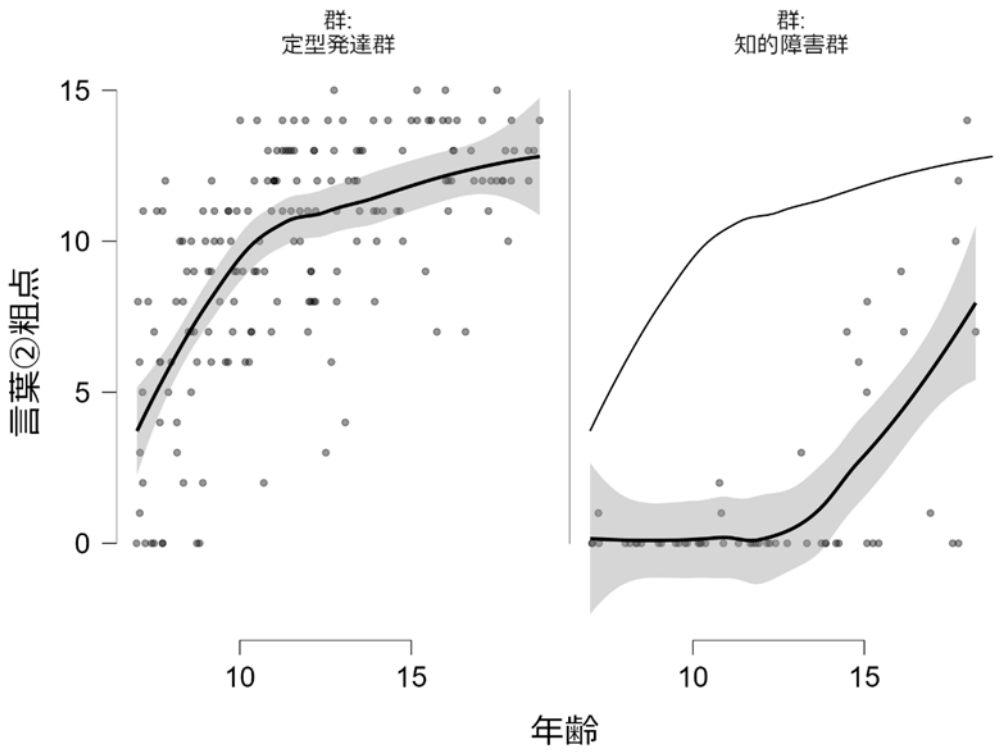


Figure 5　言葉②粗点の年齢推移

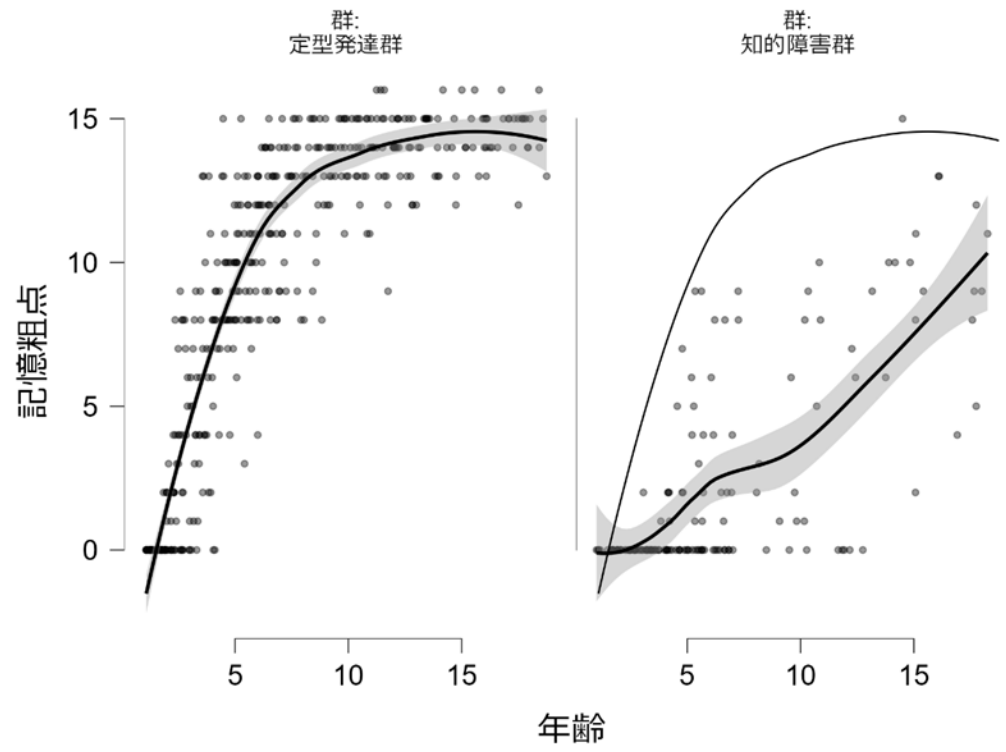


Figure 6　記憶粗点の年齢推移

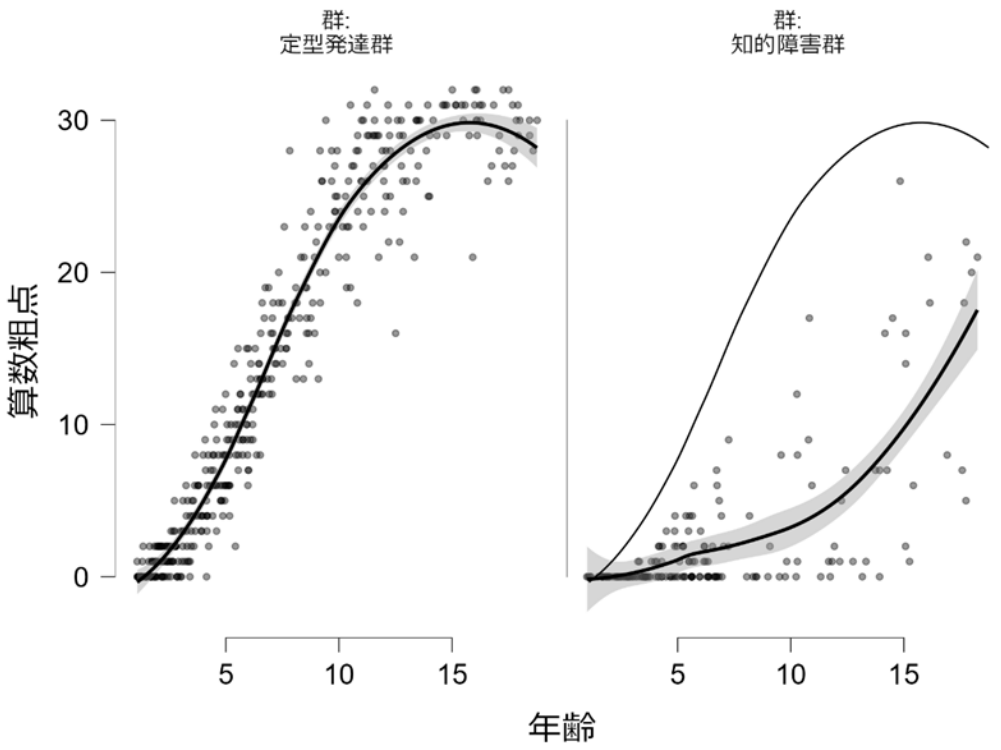


Figure 7　算数粗点の年齢推移

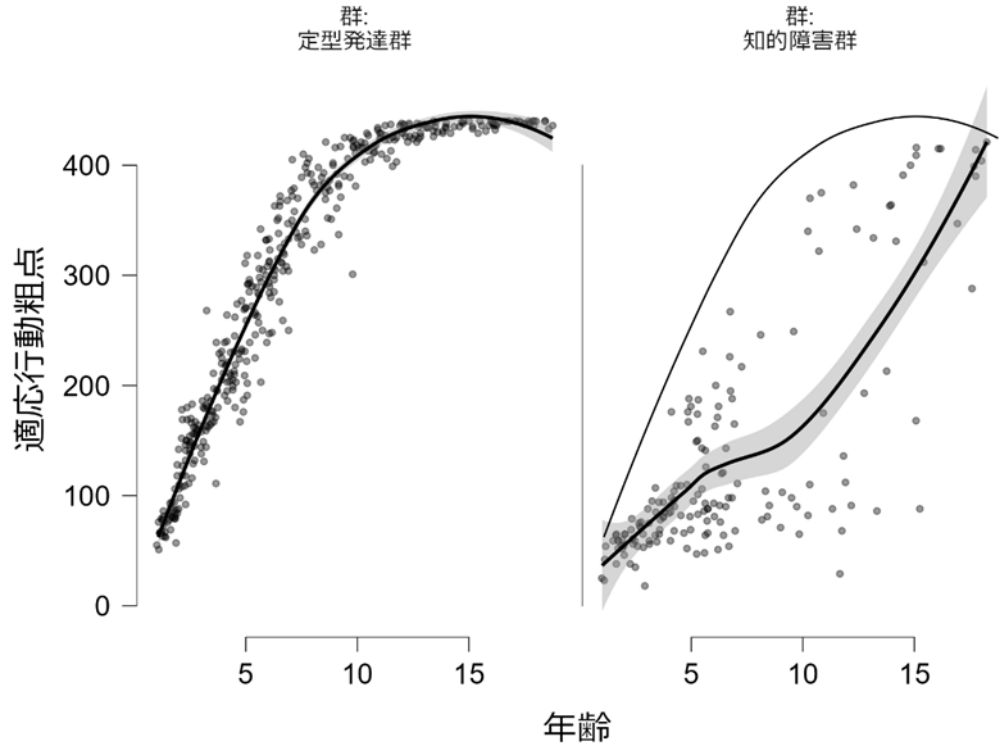


Figure 8　適応行動粗点の年齢推移

3. ノルムの設定

粗点を標準得点に変換するためのノルムを設定するために、定型発達群のデータに基づき、下位検査・尺度ごとに、以下の手順で作業を行った。第1に、定型発達群を月齢順におおむね均等の人数比になるよう20区分に分割した。ただし、18歳以降は得点変化がほぼ見られなくなるため、分析から除外した。第2に、月齢区分ごとに粗点の1次から4次のモーメント（平均値、標準偏差、歪度、尖度）を算出した。第3に、各区分の月齢の平均値を横軸、粗点の4つのモーメントをそれぞれ縦軸とする散布図を作成し、LOESSによる平滑化曲線を得た。平滑化のウィンドウは、適度に滑らかな曲線が得られるよう、適宜調整した。

一例として、適応行動尺度における散布図をFigure 9に示した。平均値については、前項で見たように、月齢とともに単調に増加し、徐々に変化のスピードが低下している。標準偏差は、1歳から6歳頃にかけて上昇し、その後は減少に転じている。これは適応行動尺度の得点の散らばりが6歳頃に最も大きくなることを意味する。歪度は月齢とともに、ほぼ単調に減少している。発達初期には得点が低得点域に偏りやすく、正の歪度を持った分布を形成する一方、青年期以降は得点が高得点域に偏りやすく、歪度が負の値を示すようになることを示唆している。尖度は月齢区分によってばらつきが大きいが、おおむね0付近で推移している。

第4に、これらの平滑化曲線から得た月齢ごとのモーメントの値をJohnson SU分布（Hill, Hill & Holder,

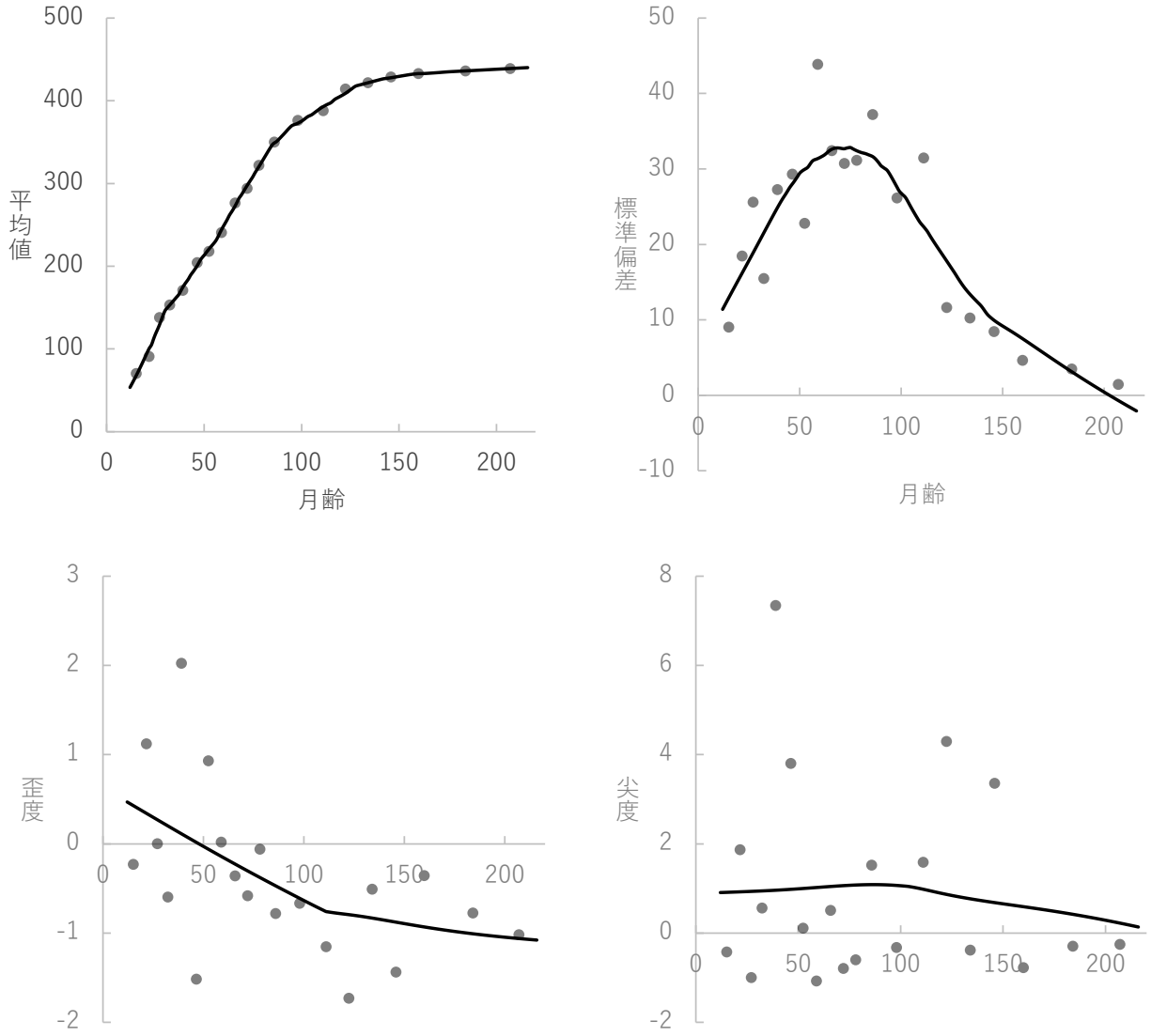


Figure 9　適応行動尺度における月齢区分ごとのモーメントと平滑化曲線

1976）にあてはめ、個々の粗点の各月齢におけるパーセンタイル順位を得た。正規分布は平均値および標準偏差という２つのモーメントによってのみ規定されるが、Johnson SU 分布ではこれらに加え、歪度および尖度を与えることで、非正規の分布を生成することができる。これを利用することで、４つのモーメントの値を入力として、粗点の各点（取り得る得点範囲の下限から上限まで）の分布上の位置（パーセンタイル順位）を得ることができる。最後に、こうして得られた粗点の各点ごとのパーセンタイル順位を標準正規分布上の z 得点に変換し、これを標準得点とした。

ただし、定型発達群には、本来、一般母集団に含まれているはずの知的障害児者が含まれないため、定型発達群のデータにのみ基づいてノルムを設定した場合、知的障害児者の知的機能や適応行動の水準を過剰に低く評価する可能性がある。この問題に対処するため、知的障害群の参加者にノルムを適用したときの標準得点が、各参加者の知的障害の重症度に関する情報（診断時の知能検査の結果や療育手帳の等級）とできる限り一致するように、Johnson SU 分布に代入するモーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を適宜調整した。

以上の手順を全ての下位検査・尺度に適用し、標準得点のノルムを設定した。また、知的機能検査については、全ての下位検査の標準得点を加算平均し、それを再び上記の手順により標準得点に変換し、知的機能検査全体の標準得点を求めた。さらに、知的機能検査と適応行動尺度の標準得点を単純平均した値を ABIT-CV の総合点とした。

Figure 10〜Figure 17 に、定型発達群における各下位検査・尺度の粗点および標準得点のヒストグラムを示した。幅広い年齢層の参加者が含まれることから、いずれの下位検査・尺度でも粗点の分布は正規分布から逸脱していることが確認できる。一方、上記の手順により算出された標準得点では、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、各年齢群における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 をもつ標準正規分布に近い分布が得られている。

Figure 18 には、知的機能検査全体の標準得点および知的機能検査と適応行動尺度の標準得点を平均した総合点のヒストグラムを示した。併せて、知的機能検査において視覚課題のみを用いた場合の標準得点と総合点の分布も示した。いずれの指標においても、分布はおおむね標準正規分布に近似しており、標準得点化による補正の有効性が確認された。

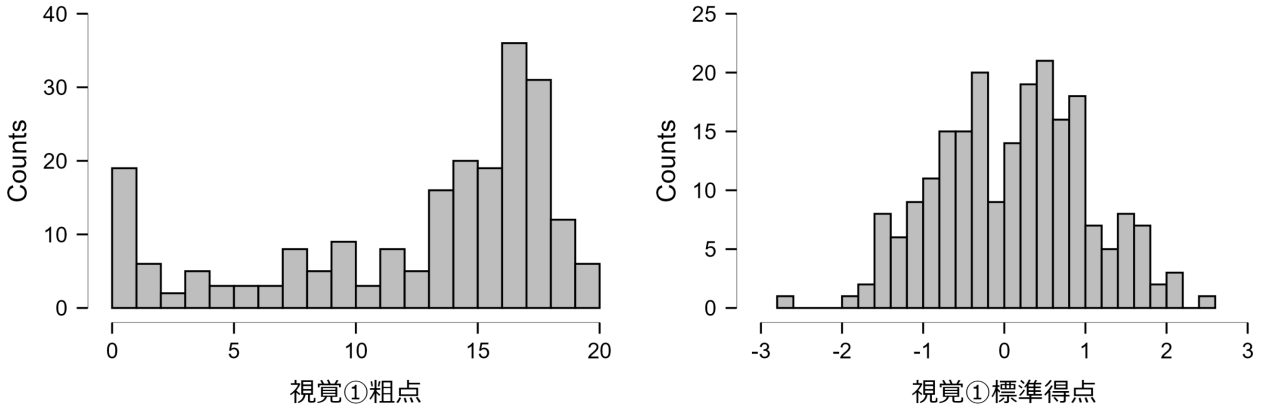


Figure 10　視覚①の粗点および標準得点のヒストグラム

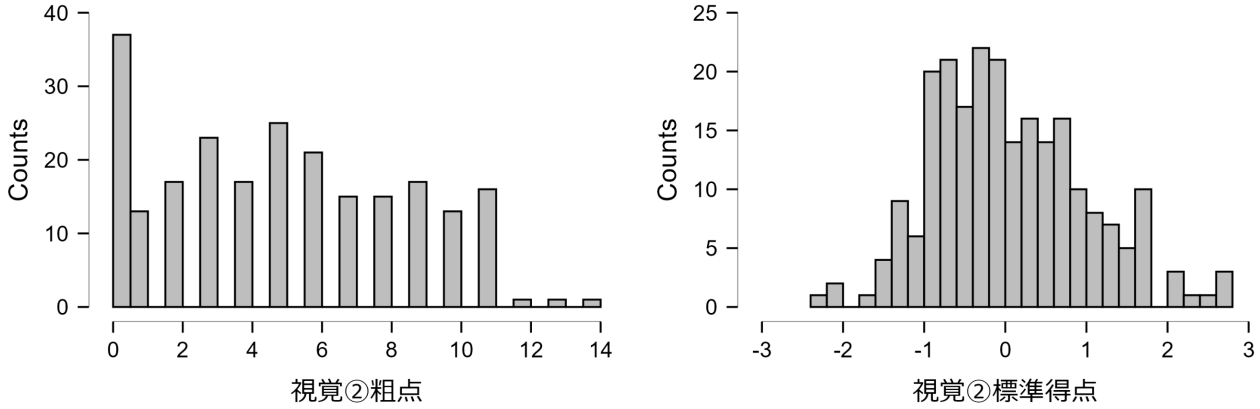


Figure 11　視覚②の粗点および標準得点のヒストグラム

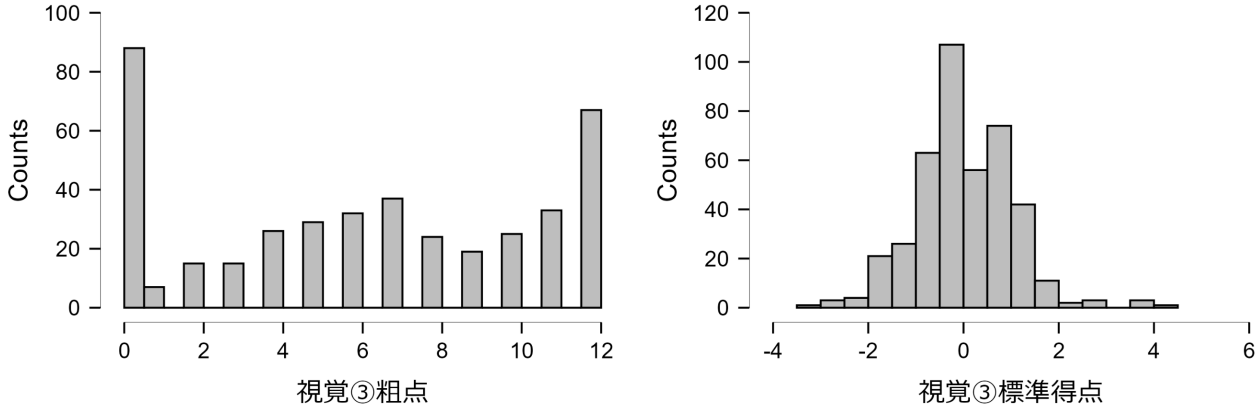


Figure 12　視覚③の粗点および標準得点のヒストグラム

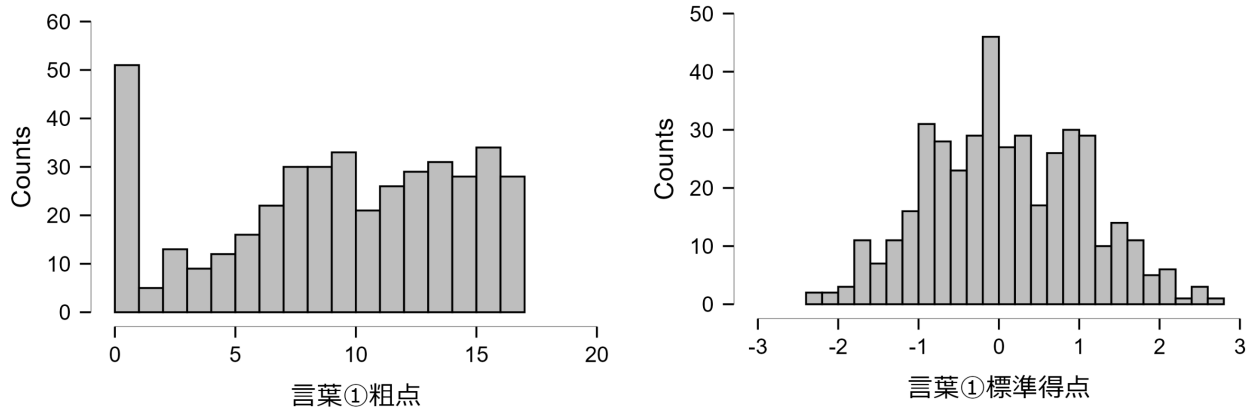


Figure 13　言葉①の粗点および標準得点のヒストグラム

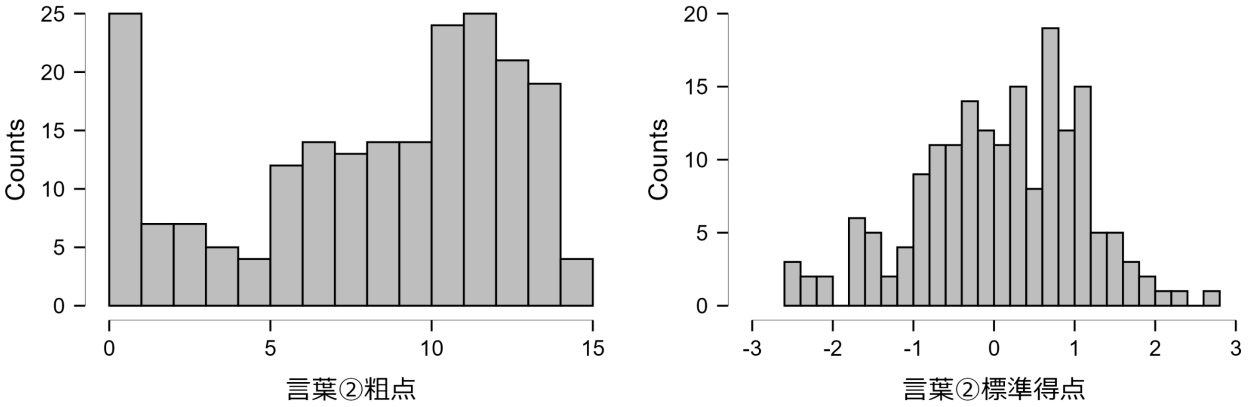


Figure 14　言葉②の粗点および標準得点のヒストグラム

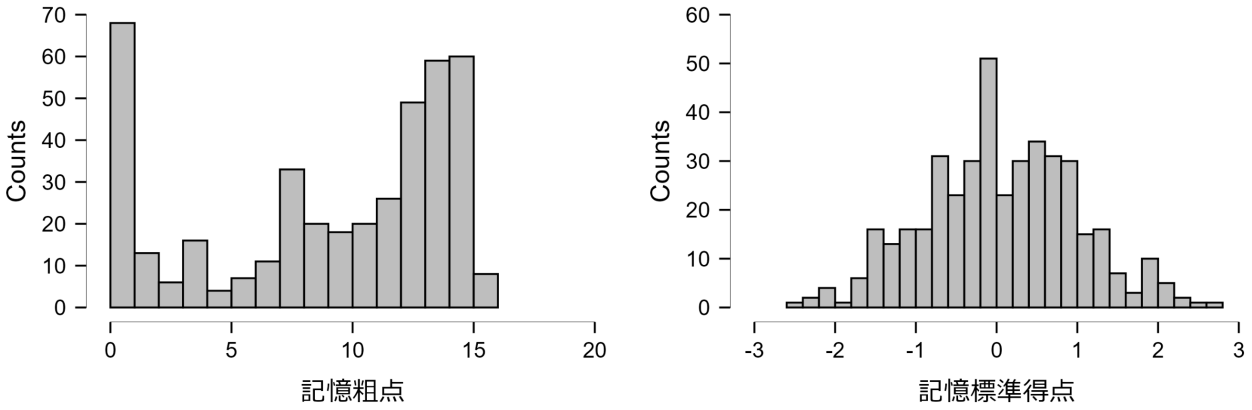


Figure 15　記憶の粗点および標準得点のヒストグラム

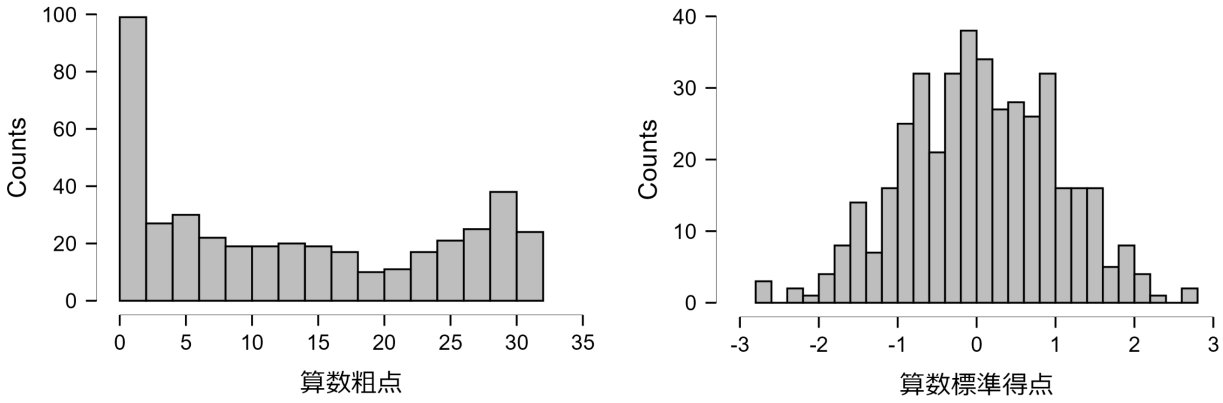


Figure 16　算数の粗点および標準得点のヒストグラム

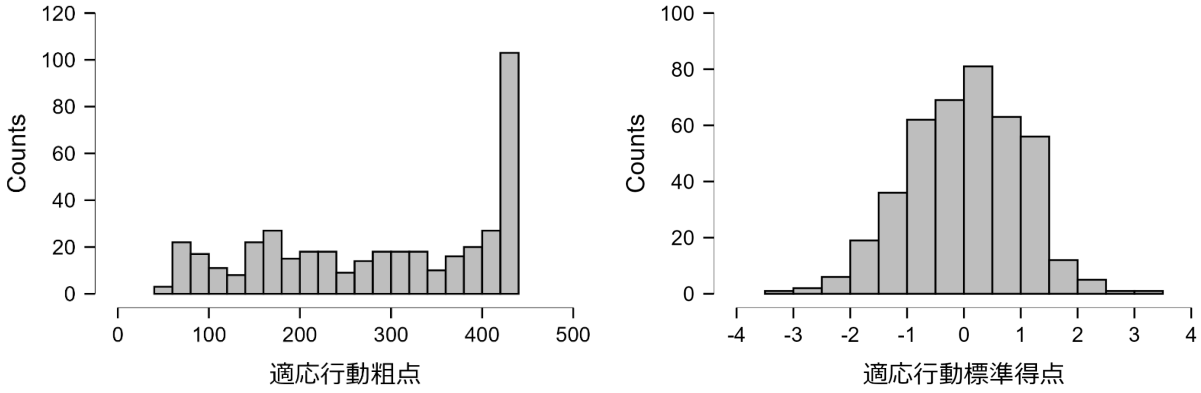


Figure 17　適応行動尺度の粗点および標準得点のヒストグラム

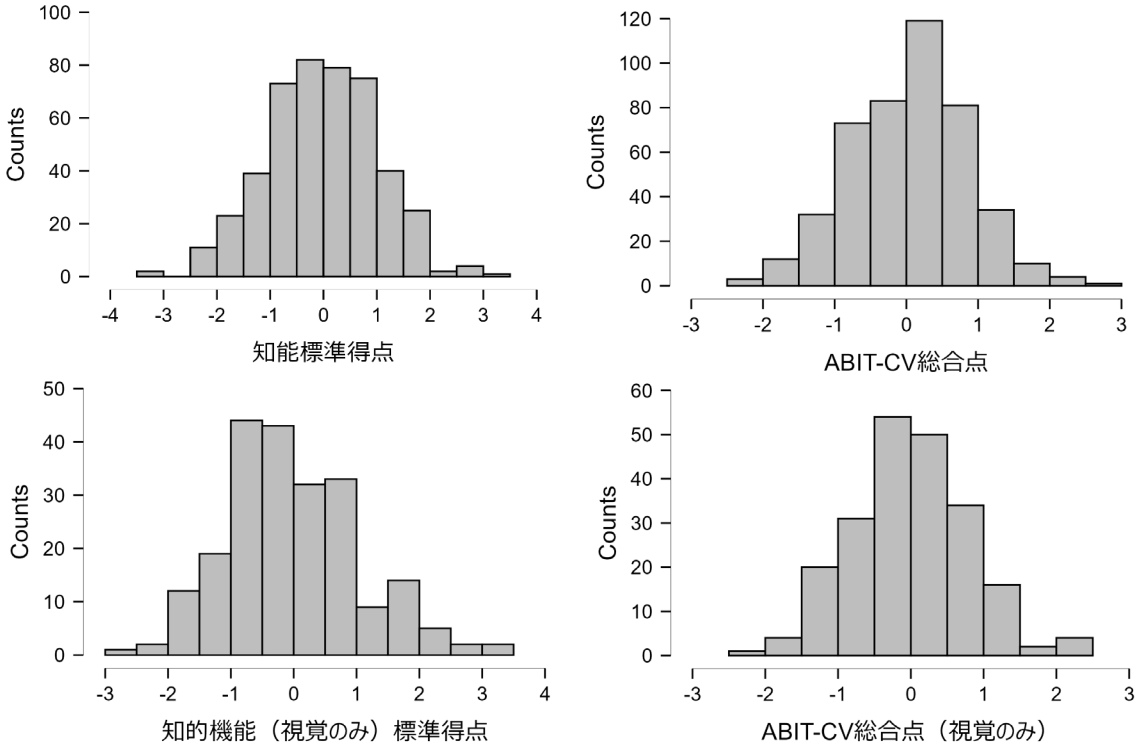


Figure 18　知的機能検査および総合点の標準得点のヒストグラム

4. 適用開始年齢の検証

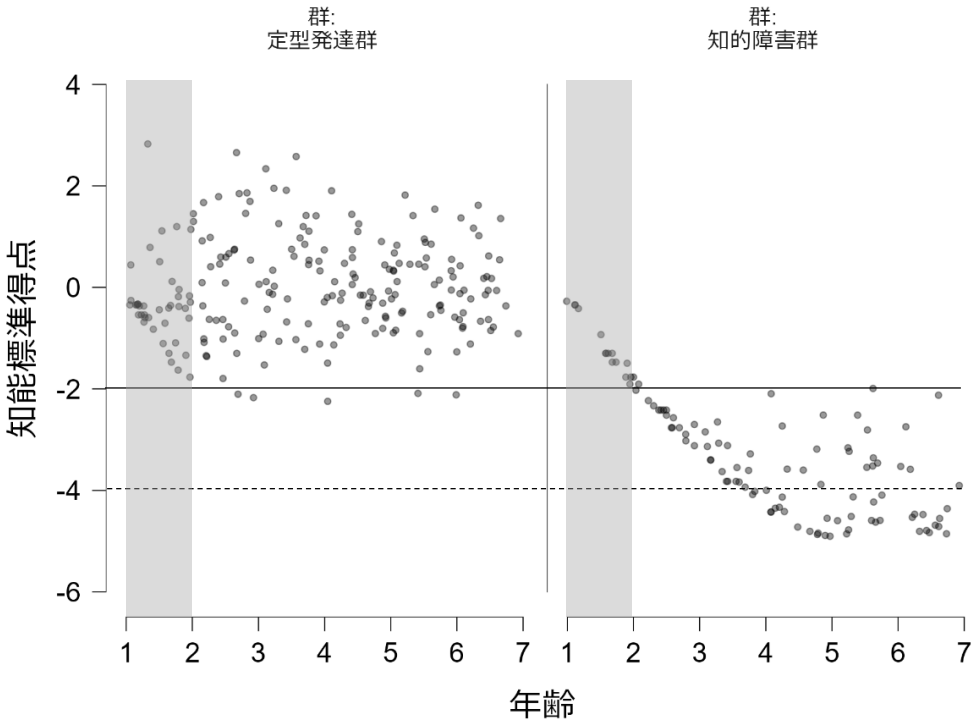
「2. 発達的変化」において、低年齢域で定型発達群と知的障害群の分布の差異が小さくなる傾向が確認された。この点についてより詳細な検証を行うため、知的機能検査および適応行動尺度の各標準得点と両者を平均した総合点について、1〜6 歳における年齢を横軸とした群ごとの散布図を Figure 19〜Figure 21 に示した。以下、知的障害の有無の判定と重症度の判定のそれぞれについて、順に考察する。

知的障害の判定　ICD-11 の基準に従えば、知的障害の判定におけるカットオフ値は一般母集団における「平均値-2 標準偏差」であり、これは ABIT-CV の標準得点における-2 に対応する（Figure 19〜Figure 21 に実線で示した）。

知的機能検査については、2 歳以降の段階では知的障害群の大部分の参加者（98.0%）が知的障害判定のカットオフ値である-2 を下回る標準得点を示しているのに対し、定型発達群では大部分の参加者（97.3%）が-2 以上の標準得点を示しており、分布の差異が明確である。一方、1 歳時点（図のグレーで示した領域）では、知的障害群のうち-2 を下回る得点を示す参加者はごく一部（6.7%）に留まり、全参加者が-2 以上の得点を示す定型発達群との間に明瞭な分布の差異が見られない。これは、フロア効果により両群の本来の知的発達の差異を明確に捉えることができていないためと考えられる。

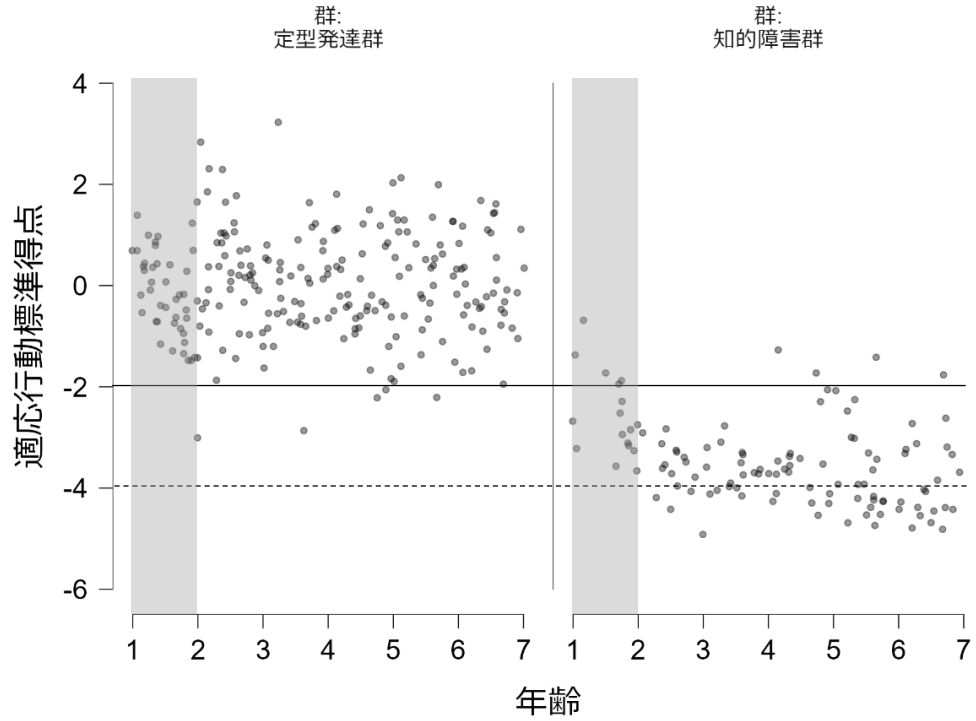
適応行動尺度については、2 歳以降の段階では知的障害群の大部分の参加者（96.0%）がカットオフ値である-2 を下回る標準得点を示しているのに対し、定型発達群では大部分の参加者（97.3%）が-2 以上の標準得点を示しており、分布の差異が明確である。1 歳時点でも、知的障害群の 73.3%が-2 を下回る得点を示しており、97.4%が-2 を上回る得点を示している定型発達群との間で、やや重なりはあるものの、一定の分布の差異が見られる。

知的機能と適応行動の標準得点を平均した総合点については、2 歳以降では知的障害群の 99.0%が-2 を下回る得点、定型発達群の 99.3%が-2 以上の得点を示し



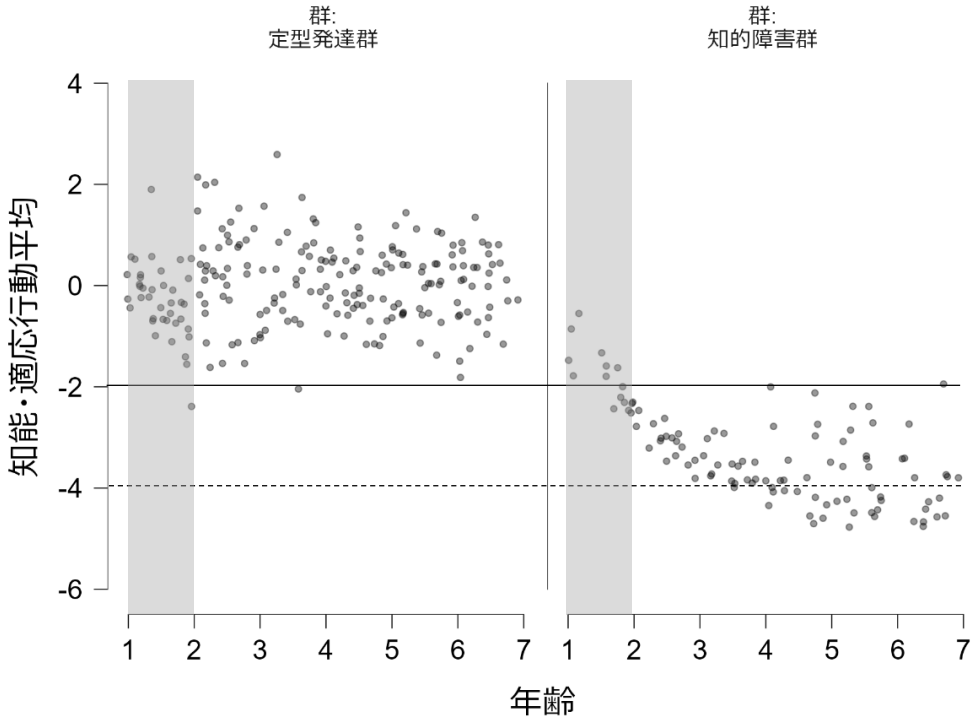
注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 19　知的機能検査の標準得点と年齢の散布図



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 20　適応行動尺度の標準得点と年齢の散布図



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 21　ABIT-CV 総合点と年齢の散布図

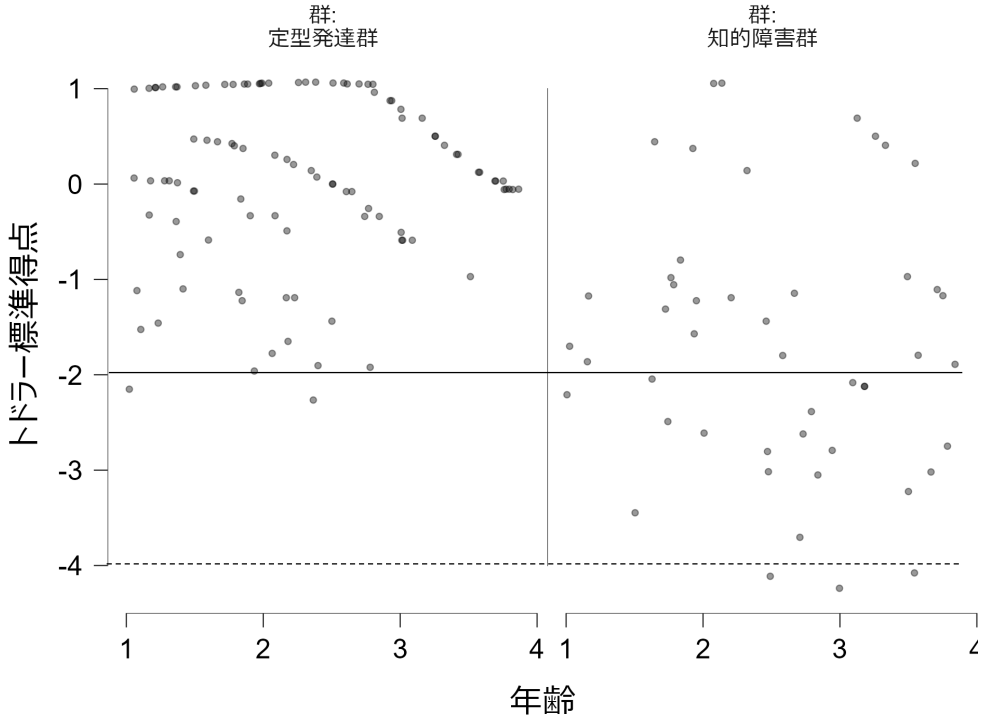
ており、分布の差異が明瞭である。1歳時点では、知的障害群のうち、-2 を下回る参加者の割合は半数弱（46.7%）に留まり、大部分（97.4%）が-2 以上の得点を示す定型発達群との分布の差異は不明瞭である。

以上の結果から、1歳時点では知的機能検査を知的障害の判定に利用するのは困難であると言える。この段階では、定型発達児であっても課題場面への適応が難しい場合が多く、定型的な課題によって知的発達の程度を正確に評価することは容易でない。こうした問題への対応として、より日常場面に近い非定型的なやり取りの中で知的発達を評価する「トドラー課題」を試行したものの、Figure 22 に示すように、知的障害群の参加者の得点のばらつきが大きく、カットオフ値（-2）はおろか、定型発達群の平均値（0）を上回るケースも複数見られたことから、知的障害の判定精度は高くないことが確認された。非定型的なやり取りでは、知的障害そのものよりも、知的障害と併存することの多い自閉症スペクトラム障害などの発達障害の症状が反映されやすく、こうした大きな得点のばらつきが生じたものと推察される。

一方で、適応行動尺度については、1歳時点でも知的障害群と定型発達群に一定の分布の差異が見られた。知的機能と適応行動を平均した総合点よりも高い判別精度が見られたことから、1歳時点では適応行動尺度を単独で使用することが望ましいと考えられる。ただし、知的障害群のうち、1歳時点でカットオフ値を下回ったケースは約3分の2に留まり、約3分の1の見過ごし（miss）が見られたため、この時点での利用はスクリーニング的な目的に留め、確定的な判定は知的機能検査も含め、2歳以降の段階で行うことが望ましいと言える。

重症度の判定　療育手帳の等級の設定は自治体によって異なるものの、多くの自治体では軽度・中等度と重度・最重度という少なくとも2つの区分を設定している。ICD-11 の基準に従えば、両者を分けるカットオフ値は一般母集団における「平均値-4 標準偏差」であり、これは ABIT-CV の標準得点における-4 に対応する（Figure 23 に破線で示した）。

知的機能検査では、知的障害群の参加者が初めて-4 を下回る得点を示すようになるのは 4 歳以降であり、



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 22　トドラー課題の標準得点と年齢の散布図

3歳以前の段階では最も低い得点でも-4 を上回っている。一方、適応行動尺度では、2歳時点から-4 を下回る得点を示す参加者が見られるが、年齢が上昇するほど-4 以下の得点を示す参加者の割合が増えている。知的機能と適応行動の総合点では、知的機能と同様に、-4 を下回る参加者が現れるのは4歳以降である。

以上の結果を総合すると、知的機能検査を知的障害の重症度判定に利用できるようになるのは4歳以降であり、それ以前の段階では適応行動尺度単体で重症度判定を行うことが望ましいと考えられる。ただし、4歳以前の段階では、適応行動尺度でもカットオフ値である-4 を下回るのは特に症状が重い一部のケースに限定されるため、確定的な判定は知的機能検査も含め4歳以降に行うことが望ましいと言える。

以上の結果を踏まえ、以降は知的障害判定には2歳以降、重症度判定には4歳以降のデータを用いた分析の結果を報告する。

5. 信頼性

知的機能検査（下位検査含む）および適応行動尺度と両者の総合点について、内的整合性に基づく信頼性の指標である α 係数と 95%誤差範囲を算出した（Table 5）。

知的機能検査全体では幼児で.976、児童で.983、青年・成人で.981、適応行動尺度では幼児で.990、児童および青年・成人で.996 という高い内的整合性が示され、知的機能の下位検査単位でも全ての課題が全ての年齢区分で.85 を超える十分な値を示した。総合点も幼児で.984、児童で.990、青年・成人で.988 という高い内的整合性を示した。

誤差範囲は、信頼区間の片側の幅であり、信頼性係数をρ、得点の標準偏差をs_x、正規分布の両側 5%臨界値を$z_{.05/2}$（≒1.96）としたとき、以下により求められる。

$$MoE = \sqrt{1-\rho} \cdot s_x \cdot z_{.05/2}$$

ここでは信頼性係数として α 係数を使用した。また、各検査・尺度の標準得点は標準偏差が 1 となるように標準化しているため、標準偏差はいずれも 1 とした。上式より、尺度の信頼性係数が高いほど、誤差範囲は縮小する関係にある。仮に同一の対象者に測定を繰り返した場合、測定値±誤差範囲（95%信頼区間）の中に 95%の頻度で対象者の真の得点が含まれる。信頼性

Table 5　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の α 係数と 95%誤差範囲

	α 係数			95%誤差範囲		
	幼児	児童	青年・成人	幼児	児童	青年・成人
知的機能	.976	.983	.981	.306	.255	.270
知的機能（視覚系のみ）	.954	-	-	.421	-	-
視覚①比較・展開	.870	-	-	.706	-	-
視覚②仲間選び	.931	-	-	.514	-	-
視覚③数と見え方	.856	.905	.906	.744	.605	.601
言葉①知識	.902	.936	.928	.614	.496	.527
言葉②共通点	-	.924	.932	-	.539	.513
記憶	.955	.942	.906	.414	.472	.601
算数	.874	.965	.972	.697	.369	.325
適応行動	.990	.996	.996	.197	.118	.130
総合点	.984	.990	.988	.251	.195	.217
総合点（視覚系のみ）	.961	-	-	.387	-	-

係数が尺度のスケールに依存しない信頼性の指標であるのに対し、誤差範囲は尺度の実測値上でどの程度の測定誤差があるかを直接的に示すため、実践上はより有用性が高い。

ABIT-CV 総合点の誤差範囲は.195〜.251 であることから、ABIT-CV によって得られた総合点には±0.2 程度の測定誤差があることが示唆される。これは実用上、十分に小さい値であるが、測定値がカットオフ値付近にある場合には注意が必要である。例えば、ある個人の総合点が 71 であった場合、その個人の真の得点は約 69〜73 の範囲にある可能性が高い。測定値そのものは知的障害判定のカットオフ値である 70 を上回っているが、誤差範囲を考慮すると、真の得点が 70 を下回る可能性が残されているため、他の様々な臨床的情報も考慮して、慎重な判断を行う必要がある。

なお、知的機能検査において視覚課題のみを用いた場合も、総合点のα係数は.961 と高い値を維持するが、誤差範囲は.387 であり、全ての下位検査を用いた場合に比べて 1.5 倍程度に拡大する。

6. 性別・地域によるバイアス

ABIT-CV の得点に性別や居住地域による評価バイアスが存在するか否かを検証した。まず、知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および総合点について、性別および年齢群（幼児、児童、青年・成人）を独立変数とする 2 要因分散分析を行った（Table 6）。知的機能検査については、全課題を用いた場合と視覚課題のみを用いた場合のいずれについても、性別の主効果や年齢群との交互作用は有意でなかった。一方、適応行動尺度については、性別の主効果が有意であり、男性よりも女性において得点の平均値が高いことが示された。その差はいずれの年齢群でも 0.25SD 程度であった。先行研究では、適応行動の中でも、コミュニケーション、社会性、日常生活スキルの領域では男性よりも女性の得点が高いことが示されており（Sparrow, Cicchetti & Saulnier, 2016）、本研究の結果はこうした知見に整合的である。したがって、ここで見られた適応行動尺度の得点の性差は、対象者の性別による評価

Table 6　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点における性別による標準得点の差異

	男性		女性		分散分析
	M	SD	M	SD	
知的機能					
幼児	0.012	0.937	0.123	1.031	性別：F(1,411)=0.151, p=.698
児童	-0.035	1.081	0.04	1.189	年齢群：F(2,411)=0.257, p=.773
青年・成人	0.14	0.88	-0.167	1.117	性別×年齢群：F(2,411)=1.605, p=.202
知的機能（視覚系のみ）					
幼児	-0.068	0.982	0.119	1.101	性別：F(1,177)=1.439, p=.232
適応行動					
幼児	-0.102	1.038	0.161	1.008	性別：F(1,426)=7.466, p=.007
児童	-0.037	0.952	0.216	1.037	年齢群：F(2,426)=0.189, p=.828
青年・成人	-0.11	0.939	0.153	0.656	性別×年齢群：F(2,426)=0.001, p=.999
総合点					
幼児	-0.037	0.79	0.184	0.841	性別：F(1,408)=2.409, p=.121
児童	0.017	0.816	0.194	0.902	年齢群：F(2,408)=0.212, p=.809
青年・成人	0.048	0.8	0.027	0.683	性別×年齢群：F(2,408)=0.843, p=.431
総合点（視覚系のみ）					
幼児	-0.076	0.769	0.182	0.815	性別：F(1,176)=4.712, p=.031

バイアスというよりも、生物学的要因または社会的要因によって生じた適応行動の実際の性差を反映していると考えられる。

続いて、知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および総合点について、居住地域（西日本、東日本）および年齢群（幼児、児童、青年・成人）を独立変数とする2要因分散分析を行った（Table 7）。いずれの得点についても居住地域の主効果や年齢群との交互作用は有意でなく、居住地域による評価バイアスは見出されなかった。

7. 構造的妥当性

年齢段階ごとの ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を Table 8 および Table 9 に示した。

知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は幼児で.808、児童・青年・成人で.807 であった。対象者自身が回答する知的機能検査と保護者や同居者が回答する適応行動尺度の間でこうした高い相関が見出だされたことは、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することを示唆する。

知的機能の各下位検査は、知的機能全体に対して、幼児で.784～.917、児童・青年・成人で.855～.926 という高い相関を示した。また、適応行動尺度に対しても、幼児期で.612～780、児童・青年・成人で.693～.793 の相関を示した。こうした結果から、いずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。

幼児において知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合も、全ての下位検査を用いた場合の得点に対して、知的機能単体で.954、総合点では.987 という高い相関が示され、大幅な得点の変動はないことが確認された。

Table 7　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点における居住地域による標準得点の差異

	西日本		東日本		分散分析
	M	SD	M	SD	
知的機能					
幼児	0.163	0.947	0.022	1.004	地域：F(1,411)=1.124, p=.290
児童	-0.025	1.170	0.047	1.079	年齢群：F(2,411)=0.355, p=.701
青年・成人	0.130	1.015	-0.140	1.013	地域×年齢群：F(2,411)=0.795, p=.452
知的機能（視覚系のみ）					
幼児	0.075	1.042	0.003	1.051	地域：F(1,177)=0.187, p=.666
適応行動					
幼児	-0.045	1.041	0.070	1.025	地域：F(1,426)=1.174, p=.279
児童	0.007	1.041	0.221	0.925	年齢群：F(2,426)=0.409, p=.664
青年・成人	0.034	0.949	0.023	0.689	地域×年齢群：F(2,426)=0.391, p=.677
総合点					
幼児	0.072	0.839	0.078	0.817	地域：F(1,408)=0.001, p=.971
児童	0.050	0.934	0.199	0.723	年齢群：F(2,408)=0.276, p=.759
青年・成人	0.119	0.753	-0.028	0.725	地域×年齢群：F(2,408)=0.942, p=.391
総合点（視覚系のみ）					
幼児	0.028	0.811	0.070	0.799	地域：F(1,176)=0.111, p=.739

Table 8　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の相互相関（幼児）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 知的機能	—										
2. 知的機能（視覚のみ）	.954	—									
3. 視覚①	.874	.914	—								
4. 視覚②	.851	.892	.770	—							
5. 視覚③	.784	.806	.613	.593	—						
6. 言葉①	.917	.815	.767	.731	.699	—					
7. 記憶	.844	.727	.675	.692	.605	.787	—				
8. 算数	.869	.762	.719	.681	.670	.807	.710	—			
9. 適応行動	.808	.759	.722	.683	.612	.780	.683	.733	—		
10. 総合点	.950	.900	.835	.804	.724	.888	.795	.836	.951	—	
11. 総合点（視覚のみ）	.939	.938	.869	.838	.747	.846	.744	.790	.938	.987	—

Table 9　ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の相互相関（児童・青年・成人）

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 知的機能	—							
2. 視覚③	.865	—						
3. 言葉①	.915	.792	—					
4. 言葉②	.886	.754	.792	—				
5. 記憶	.855	.715	.794	.717	—			
6. 算数	.926	.805	.855	.805	.778	—		
7. 適応行動	.807	.729	.789	.693	.740	.793	—	
8. 総合点	.952	.838	.895	.832	.837	.905	.948	—

8. 併存的妥当性

併存的妥当性の検証として、外在基準であるウェクスラー式知能検査の全検査IQおよびVineland-IIの適応行動総合点との相関をTable 10に示した。より高い相関が期待される係数（同一の構成概念に関する得点の対）を太字で示した。

ABIT-CV の知的機能検査全体の標準得点は、ウェクスラー式知能検査の全検査IQに対して、幼児で.786、児童・青年・成人で.811、全年齢で.767の相関を示した。いずれも Vineland-II に対する相関よりも高い値を示しており、収束的・弁別的妥当性が支持された。

知的機能の各下位検査は、ウェクスラー式知能検査に対して幼児で.444～.790、児童・青年・成人で.497～.782、全年齢で.485～.766の相関を示し、いずれも知的機能の下位検査として有効に機能していることが示唆された。

一方、ABIT-CV の適応行動尺度は、Vineland-II の適応行動総合点に対して、幼児で.804、児童・青年・

Table 10　ウェクスラー式知能検査およびVineland-II 適応行動尺度との相関

ABIT-CV	全体		幼児		児童・青年・成人	
	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合点	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合点	ウェクスラー全検査IQ	Vineland-II 適応行動総合点
知的機能	**.767**	.645	**.786**	.572	**.811**	.688
知的機能（視覚系のみ）	**.796**	.564	**.796**	.564	-	-
視覚①比較・展開	**.766**	.557	**.790**	.558	-	-
視覚②仲間選び	**.636**	.667	**.672**	.642	-	-
視覚③数と見え方	**.609**	.674	**.575**	.560	**.663**	.558
言葉①知識	**.647**	.720	**.611**	.607	**.701**	.666
言葉②共通点	**.497**	.468	-	-	**.497**	.468
記憶	**.485**	.663	**.444**	.496	**.514**	.587
算数	**.667**	.719	**.611**	.562	**.782**	.653
適応行動	.519	**.748**	.396	**.804**	.581	**.759**
総合点	**.718**	**.743**	**.718**	**.760**	**.766**	**.753**
総合点（視覚のみ）	**.724**	**.719**	**.724**	**.719**	-	-

成人で.759、全年齢で.748 の相関を示した。いずれもウェクスラー式知能検査に対する相関よりも高い値を示しており、収束的・弁別的妥当性が確認された。

なお、知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合も、全ての下位検査を用いた場合と同様の結果を示しており、おおむね同等の併存的妥当性を有することが示唆された。

9. 臨床的妥当性

ABIT-CV の臨床的妥当性について、知的障害の有無および重症度の判定精度という 2 つの観点から検証する。この検証においては、「4. 適用開始年齢」の結果を踏まえて、知的障害の判定については 2 歳 0 ヵ月以降、重症度の判定については 4 歳 0 ヵ月以降を対象とする。

知的障害の判定精度　Figure 23～Figure 26 に、定型発達群および知的障害群における年齢段階ごとの知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および両者を平均した総合点の得点分布を示した。また、ICD-11 に基づき、一般母集団の平均値-2SD にあたる-2 をカットオフ値とした場合の感度・特異度を Table 11 に示した。感度とは、疾患を持っている人を正しく「陽性」と判定する能力であり、ここでは知的障害群の参加者のうち、カットオフ値である-2 を下回る得点を示した参加者の割合を意味する。一方、特異度とは、疾患を持っていない人を正しく「陰性」と判定する能力であり、ここでは定型発達群の参加者のうち、カットオフ値である-2 以上の得点を示した参加者の割合を意味している。感度・特異度の評価基準は、検査の性質や利用目的によって異なるものの、診断的評価に利用する場合、感度・特異度ともに.90 以上で「良好（good）」、.80 以上で「ほどよい（fair）」とする経験的基準が示されている（Plante & Vance, 1995）。

併せて ROC 分析（受信者操作特性分析）に基づく AUC（Area Under the Curve）を Table 11 に示した。ROC 分析は、カットオフ値を連続的に変化させた場合の感度・特異度の推移によって判別精度を評価する手法である。このとき感度（真陽性率）と 1－特異度（偽陽性率）を用いて描かれる曲線が ROC 曲線であり、その曲線下の面積である AUC を判別精度の指標とする。AUC が 1.0 に近いほど高精度であり、0.5 はランダムと同等の精度を示す。経験的基準として、.50～.60 で「失敗（fail）」、.60～.70 で「不良（poor）」、.70～.80 で「ほどよい（fair）」、.80～.90 で「良好（good）」、.90～1.0 で「優良（excellent）」とされる（Swets, 1998）。

知的機能検査と適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階において.95 を上回る感度・特異度および AUC を示している。また、両者を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示しており、100%に近

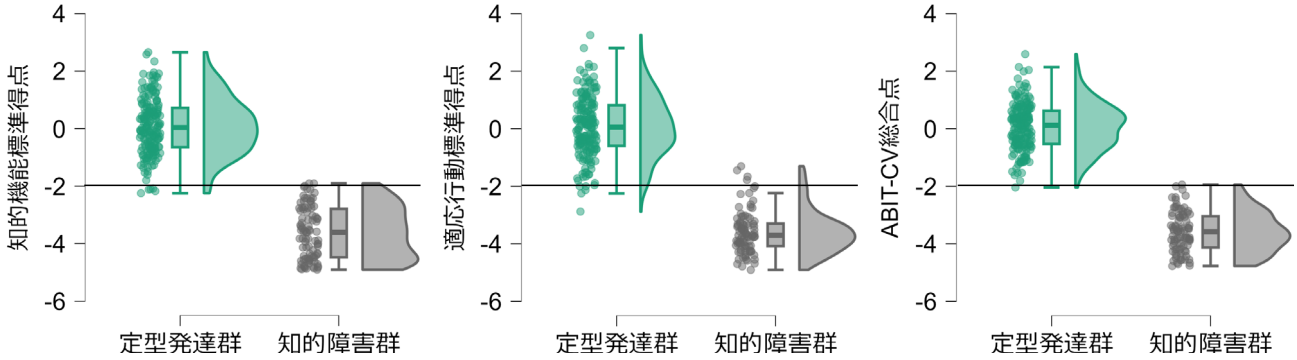


Figure 23　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（幼児）

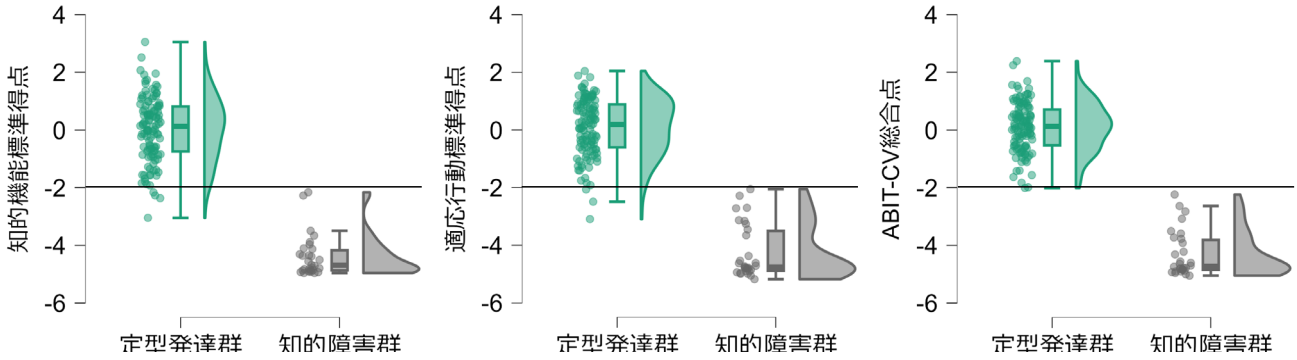


Figure 24　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（児童）

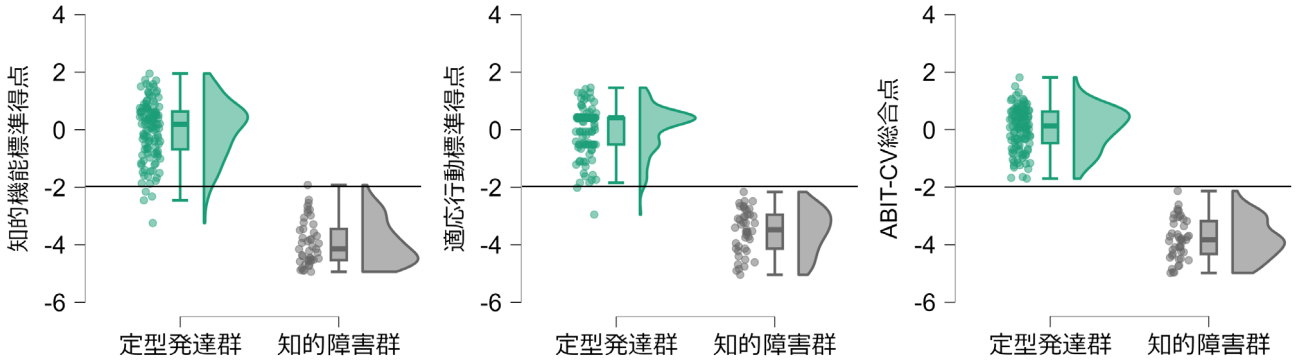


Figure 25　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（青年・成人）

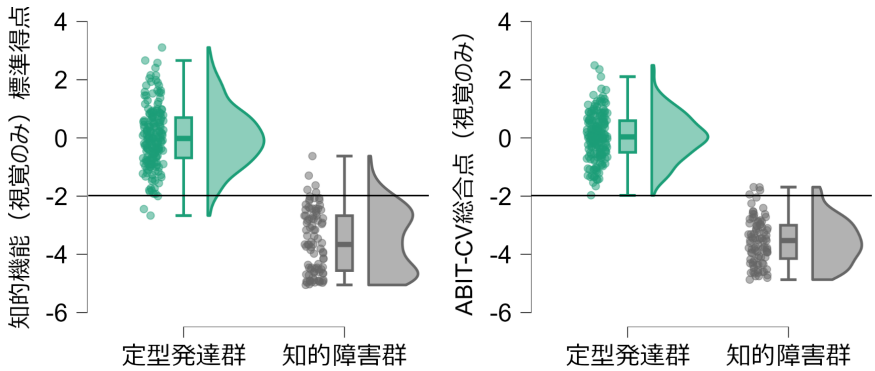


Figure 26　定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（幼児；視覚課題のみ）

Table 11　ABIT-CV による知的障害の判別精度

	幼児			児童			青年・成人		
	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC
知的機能	.967	.972	.998	1.000	.967	.998	.979	.966	.997
知的機能（視覚のみ）	.946	.983	.993	-	-	-	-	-	-
適応行動	.960	.979	.996	.967	.975	.998	1.000	.966	.998
総合点	.989	.994	1.000	1.000	.992	1.000	1.000	1.000	1.000
総合点（視覚のみ）	.956	1.000	1.000	-	-	-	-	-	-

い判別精度を示している。Figure 23～Figure 26 でも、知的機能や適応行動の単体の標準得点に比べ、総合点において定型発達群と知的障害群の分布の差異がより顕著になっていることが確認できる。知的機能と適応行動という２つの領域の情報を統合したことに加え、参加者自身が回答する課題形式と保護者・同居者が回答する質問紙形式という異なる実施形態の情報を統合したことで、よりバイアスの小さい正確な測定値が得られたものと考えられる。

比較のために、ウェクスラー式知能検査と Vineland-II 適応行動尺度についても、感度（知的障害群におけるカットオフ値を下回る参加者の割合）を求めたところ、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であった。ABIT-CV の知的機能検査はいずれの年齢域でもこれより高い感度（.967～1.00）を示しており、適応行動尺度も同等以上の感度（.960～1.00）を示している。検査項目のコンパクト化にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、むしろ測定の精度が向上したものと考えられる。項目数の縮減により精度が向上するという知見は、他の尺度においても報告されている（Balboni et al., 2022）。

なお、知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合、感度がわずかに低下するものの、実用上は十分な判別精度が維持されることが確認された。

以上の結果から、ABIT-CV は知的障害の判定において、きわめて高い判別精度を有しており、その精度はウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度と同等か、それ以上の水準にあることが確認された。

重症度の判定精度　知的障害群のうち、療育手帳を保有している参加者について、療育手帳の等級を軽度・中等度と重度・最重度に分類し、この等級の分類を ABIT-CV によってどの程度の精度で判別しうるかを検証した。Figure 27～Figure 30 に、年齢段階ごとの知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および両者を平均した総合点の得点分布を示した。また、ICD-11 では一般母集団の平均値-4SD が中等度と重度の境界値とされているため、これに対応する-4 をカットオフ値とした場合の感度・特異度を Table 12 に示した。併せて ROC 分析に基づく AUC も Table 12 に示した。

幼児では、知的機能の AUC が.703 とやや低い値を示したが、適応行動や総合点の AUC は.825 および.809 と、比較的良好な判別精度を示した。児童および青年・成人では、知的機能検査・適応行動尺度および総合点のいずれも、.90 前後かそれ以上の優良な AUC を示した。

いずれの年齢段階でも、知的機能検査や総合点では、感度に比べ、特異度がやや低い値を示した。この結果は、療育手帳の等級が重度・最重度の参加者を正しく重度・最重度と判定する割合が高い一方で、療育手帳の等級が軽度・中等度の参加者も重度・最重度と判定されるケースが多いことを意味する。その原因として、２つの可能性が考えられる。

１つは、ABIT-CV の知的機能検査の標準得点が過度に低く算出されているという可能性である。しかし、Figure 27～Figure 30 において手帳等級が重度・最重度の参加者の総合点の分布を見ると、カットオフ値の-4 付近から-5 付近まで連続的に分布しており、得点が過度に低く表れているとは考えにくい。こうした状況

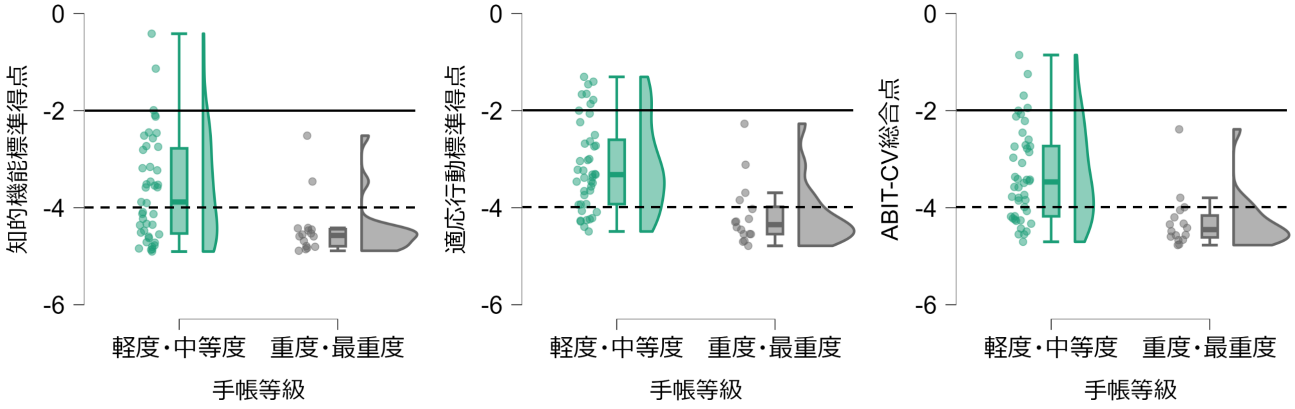


Figure 27　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（幼児）

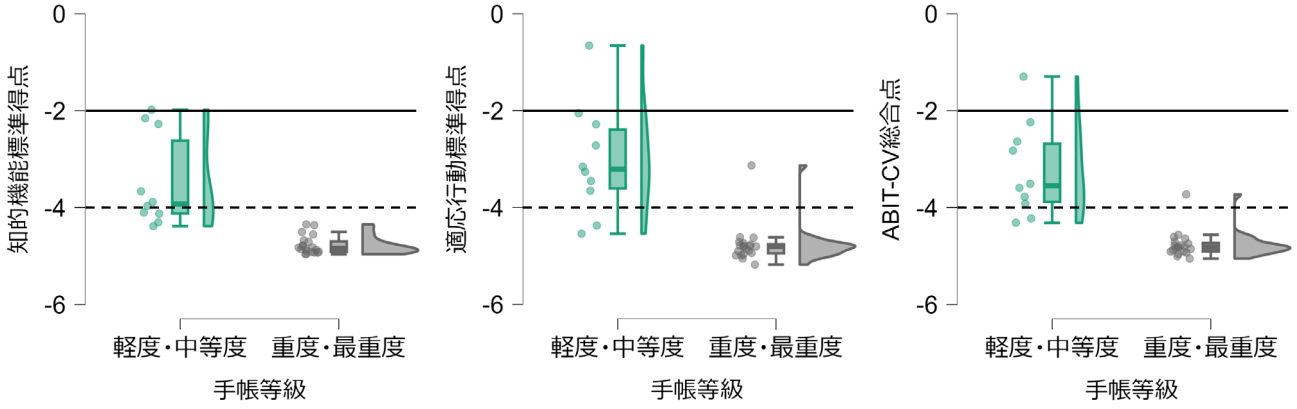


Figure 28　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（児童）

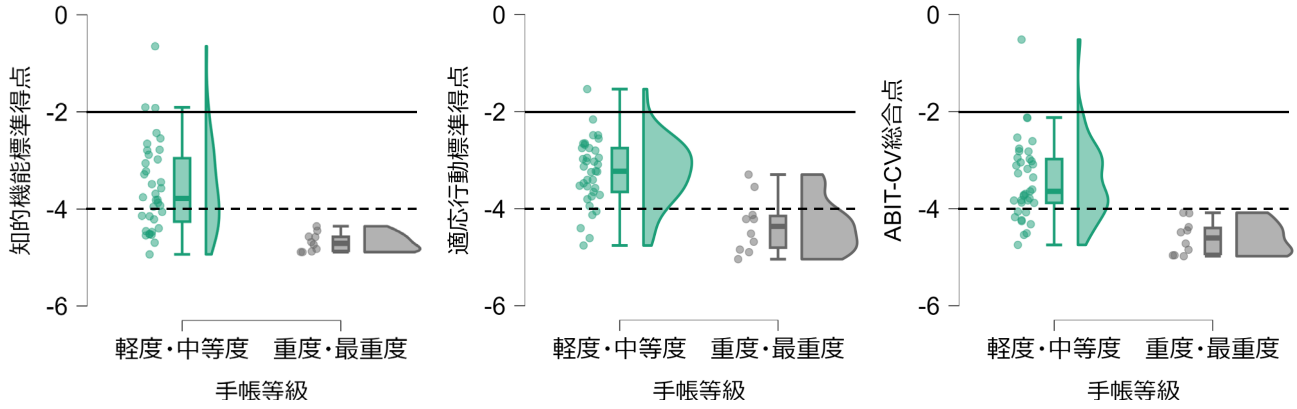


Figure 29　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（青年・成人）

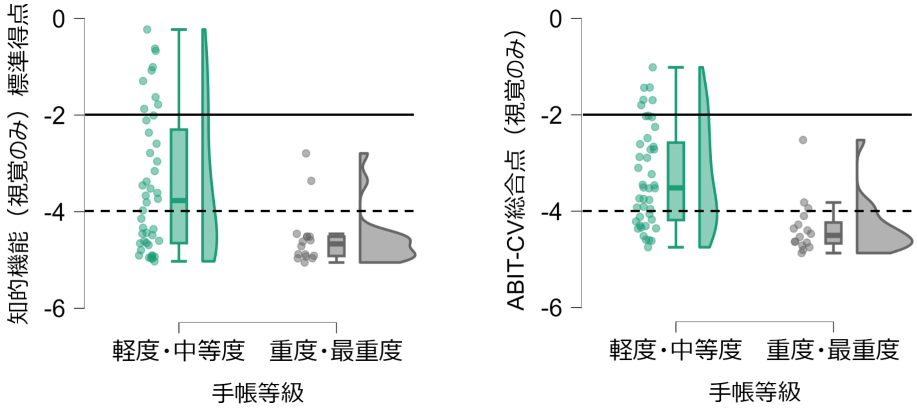


Figure 30　療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（幼児；視覚課題のみ）

Table 12　ABIT-CV による重度判定の判別精度

	幼児			児童			青年・成人		
	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC
知的機能	.867	.459	.703	1.000	.625	.987	1.000	.618	.918
知的機能（視覚のみ）	.867	.459	.703	-	-	-	-	-	-
適応行動	.733	.757	.825	.947	.875	.967	.800	.853	.887
総合点	.867	.649	.809	.947	.875	.980	1.000	.735	.929
総合点（視覚のみ）	.800	.622	.807	-	-	-	-	-	-

で仮に標準得点が高くなるようにノルムを補正すれば、今度は重度・最重度の参加者を誤って軽度・中等度と判定する割合が増え、感度が低下することになる。

もう１つは、療育手帳の等級判定において、本来は重度・最重度と判定されるべき児者が誤って軽度・中等度と判定されているという可能性である。実際、本報告書の他の分担研究も示しているように、療育手帳の等級判定の方法は自治体によって大きく異なっており、必ずしも十分に妥当性の確認された定量的なアセスメントツールによる評価が行われていないケースも少なくないと考えられることから、その判定に一定のばらつきがあることは十分に想定されうる。

こうした可能性は考えられるものの、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。

D. 結論

本稿では、療育手帳判定において必要となる知的機能および適応行動の評価を簡便かつ短時間に実施することのできる ABIT-CV の信頼性・妥当性の検証および標準化のための本調査の結果について報告した。主な知見は以下の通りである。

- 項目分析の結果、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、知的機能検査の一部項目については、高難度のために知的障害判定の目的には適していない可能性があり、削減を検討する余地がある。
- いずれの下位検査・尺度についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、２歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られたことから、ABIT-CV が知的機能や適応行動の発達的変化を適切に捉えうることが示唆された。
- 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（１次から４次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを設定した。ただし、本来、一般母集団に含まれるはずの知的障害児者の情報が適切にノルムに反映されるよう、知的障害群のデータに基づいて一部モーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を調整した。以上により、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、それぞれの年齢域における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 の標準正規分布に近い標準得点の分布を得ることができた。
- 1～6 歳における標準得点の年齢推移に基づいて、知的障害の判定および重症度の判定における ABIT-CV の適用開始年齢を検証した。知的障害の判定においては、２歳未満の段階では知的機能検査が有効に機能していないため、適応行動尺度のみをスクリーニング目的で使用するに留め、確定的な判定は 2 歳以降に実施すべきであることが示唆された。重症度判定においては、4 歳未満では知的機能検査を判定に利用することが困難であり、適応行動尺度単体で参考値を得るに留め、確定的な判定は 4 歳以降に実施すべきであることが示された。

- いずれの検査・尺度および総合点についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。また、ABIT-CV の総合点における 95%誤差範囲は.20 前後であり、実用上、きわめて精度の高い測定を実現できることが示されたが、カットオフ値に近い得点が得られた場合には慎重な解釈を要する。
- 性別・地域によるバイアスを検証した結果、適応行動尺度において女性の得点が男性よりも.25SD 程度高いことが示されたが、先行研究の知見と一致していることから、ABIT-CV の評価バイアスというよりも、適応行動の実際の性差を反映しているものと考えられる。地域によるバイアスは見られなかった。
- ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を検証したところ、知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は.80 程度と高い値を示し、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することが示唆された。また、知的機能検査のいずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。
- 併存的妥当性の検証として、外在基準との相関を検証したところ、知的機能検査はウェクスラー式知能検査の全検査 IQ と r=.767、適応行動尺度は Vineland-II 適応行動総合点と r=.748 の相関を示し、十分な収束的・弁別的妥当性が確認された。
- 臨床的妥当性の検証として、知的障害の有無および重症度の判定精度を検証した。知的障害の判定においては、知的機能検査および適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階で感度・特異度・AUC が.95 を上回る高い精度を示した。また、両者の標準得点を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示し、知的障害の有無をほぼ 100%の精度で判別可能であることが示された。比較のために算出した外在基準の感度は、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であり、ABIT-CV はこれらの標準的指標と同等あるいはそれ以上の判別精度を有することが示唆された。構成項目のコンパクトな設計にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、結果として測定精度の向上が得られたと考えられる。
- 重症度の判定においては、総合点が幼児で.809、児童で.980、青年・成人で.929 の AUC を示した。知的機能検査や総合点では、特異度がやや低い値を示したが、ABIT-CV の精度の問題というよりも、基準とした療育手帳の等級判定の方法が自治体によって大きく異なっており、妥当性の確認された定量的アセスメントが用いられていない場合があるなど、判定にばらつきがあることによるものと考えられた。ただし、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。
- 幼児において知的機能検査として発語を必要としない視覚課題のみを用いた場合、信頼性、併存的妥当性、臨床的妥当性がやや低下するものの、実用上は十分な測定性能が保たれることが示されたことから、発話の未発達や緘黙のある幼児にも ABIT-CV を適用可能であることが確認された。

E. 文献

American Psychiatric Association, ed. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing.

Carr, J. (1995). Down's syndrome Children grouping up. Cambridge University Press.

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.

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング. (2024). 厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 報告書.

三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング. (2025). 厚生労働省 令和 6 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 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.

Plante, E., & Vance, R. (1995). Diagnostic accuracy of two tests of preschool language. American Journal of Speech-Language Pathology, 4(2), 70–76.

斎藤 繁. (2002). ダウン症児の知能の経年的変化について. 弘前学院大学社会福祉学部研究紀要, 2, 42-50.

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). 平成 11 年度厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業 分担報告書.

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tasse, M. J. (2021). Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports, 12th Edition. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II). Pearson Assessments.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Vineland-3)*. San Antonio, TX: Pearson.

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.

辻井正次・村上隆（監修）. (2011). Vineland-II 適応行動尺度 日本版. 日本文化科学社.

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・惠良 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. 田研出版.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表 2 件

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次. (2024). 療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連. 児童青年精神医学とその近接領域, 65, 147-161.

村山恭朗. (2025). 療育手帳の交付判定を目的とした知的機能と適応行動の評価検査の開発. 小児の精神と神経, 65, 19-26.

2. 学会発表 1 件

村山恭朗. (2024). 教育セミナー 療育手帳の交付判定を目的とした知的機能／適応行動の評価検査の開発. 第 132 回日本小児精神神経学会学術集会 (名古屋市).

H. 知的財産権の出願・登録情報

該当なし

付録１　視覚①の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚①比較・展開1	0.84	0.37	0.50	0.50	0.83	0.73
視覚①比較・展開2	0.84	0.37	0.39	0.49	1.09	0.77
視覚①比較・展開3	0.82	0.39	0.33	0.47	1.15	0.79
視覚①比較・展開4	0.78	0.41	0.28	0.45	1.17	0.80
視覚①比較・展開5	0.82	0.38	0.36	0.48	1.11	0.82
視覚①比較・展開6	0.81	0.39	0.26	0.44	1.35	0.83
視覚①比較・展開7	0.73	0.44	0.34	0.48	0.86	0.77
視覚①比較・展開8	0.75	0.43	0.26	0.44	1.13	0.78
視覚①比較・展開9	0.79	0.40	0.29	0.46	1.19	0.84
視覚①比較・展開10	0.70	0.46	0.26	0.44	0.99	0.80
視覚①比較・展開11	0.73	0.45	0.26	0.44	1.06	0.80
視覚①比較・展開12	0.72	0.45	0.25	0.43	1.05	0.78
視覚①比較・展開13	0.72	0.45	0.26	0.44	1.05	0.82
視覚①比較・展開14	0.36	0.48	0.10	0.30	0.61	0.46
視覚①比較・展開15	0.59	0.49	0.16	0.37	0.93	0.71
視覚①比較・展開16	0.42	0.50	0.09	0.28	0.77	0.51
視覚①比較・展開17	0.56	0.50	0.13	0.34	0.97	0.72
視覚①比較・展開18	0.67	0.47	0.18	0.39	1.08	0.75
視覚①比較・展開19	0.25	0.43	0.06	0.24	0.50	0.45
視覚①比較・展開20	0.12	0.32	0.05	0.22	0.22	0.29

付録２　視覚②の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚②仲間選び1	0.79	0.41	0.23	0.42	1.36	0.68
視覚②仲間選び2	0.68	0.47	0.19	0.40	1.09	0.66
視覚②仲間選び3	0.59	0.49	0.13	0.34	1.02	0.71
視覚②仲間選び4	0.57	0.50	0.11	0.32	1.02	0.72
視覚②仲間選び5	0.62	0.49	0.14	0.35	1.07	0.74
視覚②仲間選び6	0.46	0.50	0.04	0.20	0.98	0.67
視覚②仲間選び7	0.36	0.48	0.05	0.22	0.75	0.70
視覚②仲間選び8	0.14	0.35	0.01	0.09	0.46	0.49
視覚②仲間選び9	0.31	0.46	0.02	0.13	0.76	0.71
視覚②仲間選び10	0.11	0.32	0.02	0.13	0.36	0.41
視覚②仲間選び11	0.13	0.33	0.01	0.09	0.42	0.48
視覚②仲間選び12	0.20	0.40	0.01	0.09	0.57	0.63
視覚②仲間選び13	0.04	0.20	0.00	0.00	0.26	0.36
視覚②仲間選び14	0.07	0.25	0.00	0.00	0.33	0.39
視覚②仲間選び15	0.07	0.25	0.00	0.00	0.33	0.39

付録３　視覚③の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚③数と見え方1	0.77	0.42	0.34	0.47	1.01	0.76
視覚③数と見え方2	0.68	0.47	0.30	0.46	0.83	0.73
視覚③数と見え方3	0.76	0.43	0.30	0.46	1.04	0.77
視覚③数と見え方4	0.43	0.50	0.10	0.30	0.73	0.60
視覚③数と見え方5	0.70	0.46	0.25	0.44	1.00	0.81
視覚③数と見え方6	0.43	0.50	0.07	0.26	0.82	0.65
視覚③数と見え方7	0.60	0.49	0.12	0.33	1.06	0.80
視覚③数と見え方8	0.45	0.50	0.06	0.23	0.91	0.76
視覚③数と見え方9	0.55	0.50	0.11	0.32	0.97	0.79
視覚③数と見え方10	0.40	0.49	0.06	0.23	0.80	0.74
視覚③数と見え方11	0.58	0.49	0.14	0.35	0.96	0.80
視覚③数と見え方12	0.41	0.49	0.05	0.21	0.85	0.77

付録４　言葉①の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
言葉①知識1	0.86	0.34	0.42	0.49	1.14	0.73
言葉①知識2	0.88	0.32	0.46	0.50	1.10	0.72
言葉①知識3	0.85	0.36	0.31	0.46	1.36	0.78
言葉①知識4	0.85	0.36	0.35	0.48	1.25	0.78
言葉①知識5	0.84	0.37	0.33	0.47	1.26	0.80
言葉①知識6	0.85	0.36	0.36	0.48	1.24	0.79
言葉①知識7	0.77	0.42	0.23	0.42	1.28	0.84
言葉①知識8	0.73	0.45	0.20	0.40	1.22	0.84
言葉①知識9	0.71	0.46	0.21	0.41	1.13	0.83
言葉①知識10	0.48	0.50	0.12	0.33	0.78	0.79
言葉①知識11	0.50	0.50	0.12	0.33	0.82	0.80
言葉①知識12	0.52	0.50	0.10	0.30	0.93	0.75
言葉①知識13	0.55	0.50	0.13	0.34	0.92	0.81
言葉①知識14	0.32	0.47	0.05	0.22	0.66	0.60
言葉①知識15	0.22	0.41	0.01	0.10	0.59	0.53
言葉①知識16	0.31	0.46	0.02	0.14	0.73	0.64
言葉①知識17	0.26	0.44	0.03	0.17	0.59	0.58

付録５　言葉②の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
言葉②共通点1	0.83	0.37	0.16	0.37	1.80	0.78
言葉②共通点2	0.82	0.39	0.14	0.35	1.82	0.79
言葉②共通点3	0.71	0.46	0.11	0.32	1.42	0.81
言葉②共通点4	0.84	0.37	0.15	0.36	1.87	0.81
言葉②共通点5	0.73	0.45	0.15	0.35	1.38	0.77
言葉②共通点6	0.61	0.49	0.07	0.25	1.26	0.70
言葉②共通点7	0.69	0.46	0.11	0.31	1.40	0.82
言葉②共通点8	0.77	0.42	0.14	0.35	1.58	0.79
言葉②共通点9	0.47	0.50	0.07	0.25	0.93	0.67
言葉②共通点10	0.64	0.48	0.09	0.29	1.26	0.78
言葉②共通点11	0.41	0.49	0.05	0.22	0.84	0.58
言葉②共通点12	0.69	0.46	0.05	0.22	1.59	0.81
言葉②共通点13	0.43	0.50	0.02	0.15	0.96	0.61
言葉②共通点14	0.34	0.48	0.02	0.13	0.81	0.55
言葉②共通点15	0.39	0.49	0.02	0.15	0.87	0.59

付録６　記憶の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
記憶1	0.86	0.35	0.48	0.50	0.97	0.74
記憶2	0.86	0.35	0.41	0.49	1.16	0.77
記憶3	0.82	0.39	0.33	0.47	1.17	0.84
記憶4	0.81	0.39	0.32	0.47	1.16	0.85
記憶5	0.77	0.42	0.26	0.44	1.18	0.86
記憶6	0.76	0.43	0.28	0.45	1.12	0.88
記憶7	0.76	0.43	0.21	0.41	1.30	0.89
記憶8	0.77	0.42	0.23	0.42	1.28	0.89
記憶9	0.56	0.50	0.09	0.29	1.05	0.78
記憶10	0.64	0.48	0.14	0.35	1.13	0.85
記憶11	0.57	0.50	0.08	0.28	1.10	0.82
記憶12	0.54	0.50	0.07	0.25	1.06	0.78
記憶13	0.43	0.50	0.05	0.21	0.89	0.68
記憶14	0.51	0.50	0.05	0.22	1.06	0.77
記憶15	0.23	0.42	0.02	0.14	0.58	0.48
記憶16	0.04	0.21	0.01	0.07	0.22	0.20

付録７　算数の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
算数1	0.87	0.34	0.46	0.51	1.04	0.56
算数2	0.86	0.35	0.40	0.49	1.16	0.60
算数3	0.79	0.41	0.34	0.48	1.05	0.69
算数4	0.74	0.44	0.30	0.46	0.99	0.74
算数5	0.69	0.46	0.26	0.44	0.96	0.78
算数6	0.74	0.44	0.26	0.44	1.11	0.76
算数7	0.56	0.50	0.12	0.32	0.97	0.89
算数8	0.66	0.48	0.19	0.39	1.03	0.83
算数9	0.64	0.48	0.18	0.38	1.03	0.84
算数10	0.58	0.49	0.13	0.34	0.98	0.87
算数11	0.64	0.48	0.15	0.36	1.07	0.84
算数12	0.58	0.49	0.13	0.34	1.00	0.88
算数13	0.53	0.50	0.10	0.30	0.95	0.86
算数14	0.54	0.50	0.12	0.32	0.93	0.89
算数15	0.52	0.50	0.10	0.30	0.91	0.90
算数16	0.54	0.50	0.09	0.29	0.99	0.88
算数17	0.44	0.50	0.07	0.26	0.83	0.87
算数18	0.42	0.49	0.07	0.25	0.82	0.87
算数19	0.43	0.50	0.05	0.22	0.88	0.88
算数20	0.33	0.47	0.02	0.14	0.77	0.79
算数21	0.42	0.49	0.03	0.17	0.91	0.87
算数22	0.40	0.49	0.05	0.21	0.83	0.87
算数23	0.32	0.47	0.02	0.12	0.76	0.77
算数24	0.30	0.46	0.02	0.14	0.70	0.75
算数25	0.31	0.46	0.01	0.07	0.77	0.75
算数26	0.39	0.49	0.04	0.20	0.81	0.86
算数27	0.33	0.47	0.01	0.10	0.80	0.79
算数28	0.27	0.44	0.01	0.07	0.70	0.71
算数29	0.19	0.40	0.01	0.07	0.56	0.60
算数30	0.31	0.46	0.02	0.12	0.75	0.77
算数31	0.09	0.28	0.00	0.00	0.36	0.39
算数32	0.21	0.41	0.00	0.00	0.61	0.62

付録８　適応行動尺度の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動1	2.00	0.05	1.96	0.20	0.35	0.15
適応行動2	1.99	0.10	1.94	0.29	0.29	0.15
適応行動3	2.00	0.00	1.92	0.32	0.40	0.18
適応行動4	2.00	0.05	1.99	0.14	0.10	0.00
適応行動5	2.00	0.00	1.93	0.32	0.39	0.15
適応行動6	1.99	0.10	1.87	0.42	0.52	0.21
適応行動7	1.99	0.12	1.68	0.72	0.78	0.32
適応行動8	2.00	0.00	1.98	0.20	0.17	0.10
適応行動9	2.00	0.00	1.95	0.28	0.28	0.14
適応行動10	2.00	0.00	1.98	0.12	0.21	0.08
適応行動11	2.00	0.05	1.93	0.35	0.37	0.16
適応行動12	2.00	0.00	1.98	0.12	0.21	0.08
適応行動13	2.00	0.05	1.91	0.36	0.43	0.16
適応行動14	2.00	0.00	1.92	0.36	0.39	0.14
適応行動15	2.00	0.00	1.97	0.23	0.23	0.11
適応行動16	1.99	0.12	1.94	0.31	0.23	0.16
適応行動17	1.99	0.10	1.86	0.47	0.50	0.22
適応行動18	2.00	0.00	1.97	0.22	0.20	0.11
適応行動19	2.00	0.05	1.92	0.34	0.41	0.16
適応行動20	2.00	0.06	1.73	0.59	0.85	0.33
適応行動21	2.00	0.06	1.60	0.75	0.97	0.37
適応行動22	1.99	0.10	1.79	0.52	0.69	0.30
適応行動23	1.99	0.14	1.77	0.60	0.58	0.32
適応行動24	1.99	0.13	1.80	0.57	0.52	0.27
適応行動25	2.00	0.05	1.89	0.42	0.43	0.21
適応行動26	1.99	0.11	1.82	0.53	0.52	0.24
適応行動27	1.97	0.19	1.71	0.61	0.72	0.40
適応行動28	1.98	0.16	1.74	0.59	0.72	0.36
適応行動29	1.95	0.24	1.73	0.62	0.54	0.38
適応行動30	1.98	0.19	1.78	0.61	0.50	0.28
適応行動31	1.99	0.14	1.78	0.52	0.70	0.36
適応行動32	1.97	0.24	1.57	0.77	0.87	0.44
適応行動33	1.92	0.38	1.54	0.75	0.69	0.48
適応行動34	1.95	0.30	1.48	0.85	0.90	0.48
適応行動35	1.95	0.29	1.27	0.93	1.24	0.56

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動36	1.94	0.32	1.53	0.79	0.81	0.49
適応行動37	1.94	0.31	1.70	0.64	0.56	0.44
適応行動38	1.90	0.40	1.28	0.89	1.07	0.60
適応行動39	1.90	0.42	1.26	0.94	1.04	0.58
適応行動40	1.86	0.48	1.43	0.88	0.69	0.54
適応行動41	1.93	0.34	1.58	0.79	0.69	0.48
適応行動42	1.85	0.51	1.07	0.95	1.17	0.69
適応行動43	1.83	0.55	1.06	0.98	1.10	0.69
適応行動44	1.90	0.44	1.43	0.90	0.76	0.52
適応行動45	1.70	0.67	1.20	0.90	0.67	0.72
適応行動46	1.93	1.02	1.54	0.82	0.41	0.24
適応行動47	1.84	0.50	1.07	0.93	1.18	0.67
適応行動48	1.86	0.49	1.15	0.96	1.09	0.65
適応行動49	1.81	0.58	0.93	0.96	1.25	0.74
適応行動50	1.80	0.57	0.97	0.92	1.20	0.74
適応行動51	1.81	0.56	1.10	0.95	1.02	0.70
適応行動52	1.79	0.56	1.33	0.90	0.68	0.66
適応行動53	1.74	0.62	0.91	0.92	1.16	0.79
適応行動54	1.82	0.57	0.82	0.97	1.39	0.77
適応行動55	1.80	0.59	0.84	0.96	1.34	0.76
適応行動56	1.79	0.61	0.75	0.95	1.44	0.79
適応行動57	1.74	0.65	0.72	0.90	1.39	0.82
適応行動58	1.75	0.65	0.81	0.95	1.26	0.76
適応行動59	1.80	0.59	0.78	0.97	1.42	0.78
適応行動60	1.78	0.61	0.73	0.91	1.47	0.80
適応行動61	1.75	0.64	0.72	0.93	1.40	0.82
適応行動62	1.67	0.71	0.75	0.94	1.17	0.84
適応行動63	1.51	0.80	0.72	0.93	0.94	0.89
適応行動64	1.64	0.73	0.69	0.93	1.20	0.86
適応行動65	1.72	0.68	0.81	0.97	1.18	0.80
適応行動66	1.72	0.68	0.68	0.93	1.36	0.82
適応行動67	1.69	0.67	0.80	0.96	1.16	0.81
適応行動68	1.75	0.64	0.82	0.97	1.24	0.79
適応行動69	1.69	0.67	0.81	0.96	1.15	0.82
適応行動70	1.67	0.72	0.81	0.97	1.07	0.82

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動71	1.66	0.72	0.70	0.92	1.22	0.85
適応行動72	1.74	0.66	0.85	0.99	1.16	0.78
適応行動73	1.67	0.73	0.63	0.92	1.31	0.85
適応行動74	1.71	0.69	0.74	0.94	1.26	0.82
適応行動75	1.61	0.75	0.63	0.89	1.24	0.86
適応行動76	1.69	0.70	0.63	0.90	1.39	0.84
適応行動77	1.63	0.73	0.64	0.91	1.25	0.86
適応行動78	1.75	0.65	0.70	0.93	1.41	0.82
適応行動79	1.65	0.69	0.71	0.90	1.25	0.85
適応行動80	1.72	0.66	0.75	0.94	1.29	0.82
適応行動81	1.64	0.73	0.73	0.95	1.14	0.84
適応行動82	1.57	0.76	0.75	0.93	1.01	0.86
適応行動83	1.57	0.80	0.65	0.93	1.10	0.86
適応行動84	1.60	0.76	0.69	0.92	1.12	0.87
適応行動85	1.53	0.80	0.65	0.91	1.06	0.89
適応行動86	1.62	0.74	0.72	0.94	1.12	0.86
適応行動87	1.63	0.73	0.61	0.88	1.31	0.86
適応行動88	1.65	0.72	0.77	0.95	1.11	0.84
適応行動89	1.63	0.74	0.61	0.86	1.31	0.88
適応行動90	1.55	0.80	0.56	0.87	1.21	0.88
適応行動91	1.57	0.77	0.63	0.87	1.17	0.88
適応行動92	1.62	0.73	0.64	0.88	1.26	0.89
適応行動93	1.58	0.80	0.54	0.86	1.27	0.88
適応行動94	1.55	0.76	0.65	0.90	1.13	0.89
適応行動95	1.53	0.83	0.61	0.89	1.09	0.89
適応行動96	1.49	0.82	0.56	0.86	1.12	0.91
適応行動97	1.53	0.81	0.65	0.92	1.04	0.88
適応行動98	1.52	0.82	0.57	0.86	1.15	0.89
適応行動99	1.43	0.88	0.50	0.84	1.07	0.91
適応行動100	1.39	0.88	0.52	0.85	1.01	0.92
適応行動101	1.54	0.84	0.69	0.94	0.98	0.86
適応行動102	1.52	0.85	0.68	0.95	0.95	0.88
適応行動103	1.38	0.88	0.54	0.86	0.96	0.92
適応行動104	1.44	0.86	0.53	0.84	1.07	0.92
適応行動105	1.42	0.89	0.48	0.83	1.07	0.91

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動106	1.40	0.88	0.49	0.79	1.07	0.91
適応行動107	1.44	0.88	0.63	0.92	0.91	0.89
適応行動108	1.45	0.88	0.54	0.86	1.05	0.91
適応行動109	1.44	0.88	0.54	0.87	1.04	0.91
適応行動110	1.36	0.91	0.54	0.86	0.91	0.92
適応行動111	1.33	0.93	0.46	0.84	0.96	0.91
適応行動112	1.36	0.90	0.45	0.79	1.05	0.93
適応行動113	1.35	0.90	0.47	0.81	1.01	0.92
適応行動114	1.30	0.92	0.47	0.83	0.94	0.92
適応行動115	1.32	0.93	0.59	0.90	0.80	0.92
適応行動116	1.42	0.88	0.54	0.86	0.99	0.91
適応行動117	1.34	0.91	0.52	0.86	0.92	0.93
適応行動118	1.33	0.89	0.50	0.83	0.96	0.93
適応行動119	1.34	0.91	0.48	0.84	0.96	0.93
適応行動120	1.28	0.93	0.49	0.84	0.87	0.92
適応行動121	1.27	0.91	0.46	0.83	0.92	0.92
適応行動122	1.29	0.94	0.55	0.89	0.81	0.92
適応行動123	1.31	0.93	0.50	0.86	0.89	0.91
適応行動124	1.22	0.93	0.44	0.81	0.87	0.92
適応行動125	1.27	0.93	0.43	0.79	0.94	0.93
適応行動126	1.20	0.95	0.49	0.83	0.78	0.93
適応行動127	1.27	0.95	0.54	0.88	0.79	0.92
適応行動128	1.29	0.94	0.53	0.87	0.82	0.92
適応行動129	1.30	0.95	0.56	0.88	0.79	0.92
適応行動130	1.24	0.94	0.43	0.80	0.90	0.93
適応行動131	1.16	0.96	0.38	0.74	0.86	0.92
適応行動132	1.28	0.95	0.53	0.86	0.82	0.92
適応行動133	1.31	0.94	0.54	0.86	0.83	0.92
適応行動134	1.22	0.95	0.49	0.84	0.79	0.93
適応行動135	1.14	0.92	0.47	0.82	0.74	0.94
適応行動136	1.23	0.97	0.52	0.87	0.76	0.91
適応行動137	1.24	0.94	0.47	0.83	0.84	0.93
適応行動138	1.07	0.96	0.43	0.81	0.70	0.90
適応行動139	1.18	0.93	0.43	0.77	0.84	0.94
適応行動140	1.15	0.93	0.41	0.77	0.83	0.92

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動141	1.17	0.96	0.46	0.82	0.77	0.93
適応行動142	1.09	0.96	0.41	0.78	0.74	0.91
適応行動143	1.12	0.93	0.41	0.78	0.80	0.93
適応行動144	1.12	0.95	0.43	0.80	0.76	0.92
適応行動145	1.19	0.96	0.47	0.84	0.78	0.93
適応行動146	1.18	0.95	0.45	0.81	0.80	0.93
適応行動147	1.21	0.95	0.47	0.83	0.81	0.93
適応行動148	1.10	0.99	0.35	0.75	0.80	0.88
適応行動149	1.14	0.97	0.42	0.78	0.78	0.92
適応行動150	1.17	0.96	0.40	0.77	0.84	0.92
適応行動151	1.13	0.97	0.44	0.82	0.75	0.92
適応行動152	1.12	0.97	0.39	0.76	0.80	0.91
適応行動153	1.14	0.96	0.39	0.76	0.83	0.93
適応行動154	1.19	0.97	0.43	0.80	0.83	0.92
適応行動155	1.13	0.96	0.40	0.75	0.81	0.92
適応行動156	1.03	0.95	0.40	0.76	0.70	0.91
適応行動157	1.12	0.96	0.38	0.77	0.82	0.92
適応行動158	1.10	0.96	0.35	0.70	0.84	0.92
適応行動159	1.14	0.97	0.33	0.70	0.89	0.91
適応行動160	1.17	0.96	0.44	0.80	0.80	0.93
適応行動161	1.13	0.96	0.29	0.65	0.95	0.90
適応行動162	1.17	0.97	0.34	0.68	0.93	0.92
適応行動163	1.19	1.35	0.41	0.77	0.64	0.93
適応行動164	1.03	0.99	0.35	0.72	0.74	0.89
適応行動165	1.09	0.95	0.41	0.76	0.76	0.92
適応行動166	0.96	0.97	0.38	0.74	0.64	0.90
適応行動167	1.13	0.96	0.42	0.78	0.77	0.92
適応行動168	1.13	0.98	0.36	0.73	0.84	0.92
適応行動169	1.13	0.98	0.41	0.79	0.78	0.92
適応行動170	1.05	0.97	0.34	0.69	0.79	0.91
適応行動171	1.06	0.97	0.35	0.71	0.78	0.91
適応行動172	0.92	0.93	0.31	0.65	0.71	0.90
適応行動173	1.01	0.95	0.35	0.69	0.75	0.91
適応行動174	0.99	0.94	0.38	0.72	0.69	0.90
適応行動175	1.07	0.95	0.41	0.77	0.73	0.91

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動176	1.03	0.98	0.32	0.69	0.78	0.90
適応行動177	1.08	0.97	0.29	0.65	0.89	0.92
適応行動178	0.85	0.95	0.34	0.73	0.57	0.87
適応行動179	0.75	0.95	0.23	0.60	0.61	0.83
適応行動180	0.90	0.98	0.26	0.62	0.71	0.87
適応行動181	0.96	0.97	0.34	0.71	0.68	0.89
適応行動182	0.91	0.95	0.34	0.70	0.64	0.88
適応行動183	0.94	0.97	0.26	0.61	0.77	0.87
適応行動184	0.88	0.98	0.19	0.55	0.78	0.84
適応行動185	0.92	0.97	0.28	0.65	0.73	0.88
適応行動186	0.95	0.98	0.31	0.68	0.72	0.89
適応行動187	0.96	0.98	0.32	0.69	0.70	0.88
適応行動188	0.95	0.99	0.26	0.61	0.78	0.87
適応行動189	0.91	0.95	0.31	0.65	0.68	0.88
適応行動190	0.94	0.97	0.35	0.72	0.65	0.89
適応行動191	0.79	0.94	0.23	0.58	0.65	0.85
適応行動192	0.90	0.98	0.24	0.59	0.75	0.87
適応行動193	0.75	0.94	0.23	0.61	0.61	0.82
適応行動194	0.85	0.95	0.32	0.67	0.61	0.87
適応行動195	0.79	0.93	0.15	0.46	0.78	0.84
適応行動196	0.76	0.91	0.23	0.55	0.65	0.84
適応行動197	0.82	0.95	0.20	0.51	0.73	0.84
適応行動198	0.77	0.93	0.23	0.57	0.65	0.82
適応行動199	0.89	0.97	0.25	0.62	0.72	0.85
適応行動200	0.84	0.95	0.15	0.42	0.83	0.84
適応行動201	0.88	0.97	0.30	0.67	0.65	0.86
適応行動202	0.84	0.94	0.30	0.65	0.62	0.87
適応行動203	0.78	0.95	0.13	0.41	0.79	0.83
適応行動204	0.82	0.98	0.13	0.45	0.79	0.82
適応行動205	0.83	0.96	0.15	0.45	0.80	0.84
適応行動206	0.86	0.97	0.20	0.52	0.77	0.84
適応行動207	0.72	0.92	0.19	0.51	0.64	0.81
適応行動208	0.73	0.92	0.10	0.36	0.78	0.79
適応行動209	0.88	0.97	0.25	0.60	0.72	0.87
適応行動210	0.80	0.96	0.15	0.47	0.77	0.82

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動211	0.75	0.91	0.19	0.51	0.68	0.83
適応行動212	0.69	0.90	0.15	0.47	0.68	0.79
適応行動213	0.78	0.94	0.14	0.39	0.79	0.83
適応行動214	0.67	0.90	0.11	0.37	0.72	0.76
適応行動215	0.68	0.91	0.13	0.39	0.70	0.80
適応行動216	0.65	0.92	0.05	0.24	0.77	0.74
適応行動217	0.61	0.86	0.12	0.43	0.64	0.76
適応行動218	0.59	0.84	0.17	0.51	0.56	0.76
適応行動219	0.61	0.87	0.08	0.32	0.70	0.74
適応行動220	0.49	0.83	0.08	0.37	0.56	0.67

研究成果の刊行に関する一覧表

１．書籍

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患. 「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－. 星和書店. 東京. pp.188-189, 2024.

２．雑誌

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド－精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品－。星和書店，東京，pp.188-189, 2024。

本田秀夫：知的発達症（知的能力障害)。日本医事新報 No.5243: 52-53, 2024。

村山恭朗（2023）. 厚生労働省研究班報告　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.

村山恭朗.（2025）. 療育手帳の交付判定を目的とした知的機能と適応行動の評価検査の開発. 小児の精神と神経，65, 19-26.

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・髙柳伸哉・山根隆宏・小林真理子・辻井正次.（2024）. 療育手帳の交付児者を対象としたウェクスラー式知能検査と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査の関連. 児童青年精神医学とその近接領域, 65, 147-161.

以上

研究協力者一覧

≪2023 年度≫

【北海道・東北】

鎌田　真実	北翔大学大学院人間福祉学研究科
黒澤　祐莉	北海学園大学学生カウンセリング室
澤　　貴子	第２ことのは発達相談室
高村　壮介	しんかメンタルクリニック
能渡　綾菜	一般社団法人福島県精神保健福祉協会ふくしま子どもの心のケアセンター
田中　勝則	北海学園大学経営学部

【関東】

野沢　朋美	座間市こども未来部こども育成課
足立　匡基	明治学院大学心理学部心理学科
久保　尊洋	横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育
木﨑　裕美	順天堂大学医学部附属順天堂医院
星野　　進	明治大学大学院文学研究科臨床人間学専攻臨床心理学専修博士後期課程
持丸　結真	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
横田　奈々子	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
佐藤　辰哉	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
村上　智生	明治学院大学心理学部心理学科
岩城　尚子	大正大学大学院人間学研究科臨床心理学専攻 修士課程
木村　　加奈恵	大正大学大学院人間学研究科臨床心理学専攻 修士課程
永田　尚輝	ひだまりこころクリニック
大塚　萌笑	金沢大学人間社会環境研究科人文学専攻
東　　利奈	株式会社 LITALICO

【中部】

中島　卓裕	名古屋学芸大学ヒューマンケア学部
加藤　千夏	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
林　　星河	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
三田村　彩音	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
宮田　真衣	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
森　　愛花	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
櫻井　涼菜	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
大江　涼夏	中京大学心理学研究科
桑山　友里	大島医院
柴田　彩乃	株式会社クラ・ゼミ

【関西】

井澗　未稀　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
金子　美優歩　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
髙梨　莉沙　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
山下　千織　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
宇田　千尋　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
鈴木田　英里　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
竹林　明日香　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
西　　恭平　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
野上　慶子　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
劉　　娟　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程
江口　美樹　　株式会社 CLAN しごと CLAN 天王寺
春名　帝亮　　杉本医院　からすまメンタルクリニック
藤田　詠美　　大阪市北部こども相談センター・西神戸医療センター
宮内　恭平　　吹田市こども発達支援センター
室山　由貴　　神戸市こども家庭センター
吉田　絵海　　箕面自由学園-心のほっとルーム-心理臨床相談室

【中国・四国】

天満　沙紀　　医療法人社団宏知会青山病院
石島　大　　児童発達支援事業所ぷちぱ
廣瀬　翔平　　児童発達支援事業所あるこ・中京大学現代社会学部

【九州】

小澤　永治　　九州大学大学院人間環境学研究院
新納　あんり　　特定非営利活動法人九州大学こころとそだちの相談室
林　和歌子　　福岡療育支援センターいちばん星
丸山　明子　　九州大学大学院
安川　愛理　　九州大学こころとそだちの相談室
脇浜　幸則　　九州大学人間環境学研究院
金子　周平　　九州大学大学院人間環境学研究院／教育学部
金子　光代　　特定非営利活動法人九州大学こころとそだちの相談室

【データ整理】

犬飼　惟沙　　中京大学心理学研究科
大江　涼夏　　中京大学心理学研究科
可児　那桜花　　中京大学心理学研究科
兼松　明日美　　中京大学心理学研究科
原　千紗都　　中京大学心理学研究科

松下　幸平　　中京大学心理学研究科
水野　樹美　　中京大学心理学研究科
山田　陽日　　中京大学心理学研究科
小池　里奈　　中京大学心理学部
瀧下　夏乃　　中京大学心理学部
森　菜摘　　中京大学心理学部
大井川　翔子　　金沢大学人間社会学域人文学類

【事務補助】
金枝　あや　　中京大学現代社会学部辻井研究室
松岡　羽衣子　　中京大学現代社会学部辻井研究室

≪2024 年度≫
【研究協力者・検査実施者】
野沢　朋美　　NPO 法人自立支援センターふるさとの会
増山　晃大　　愛知教育大学教育科学系心理講座 講師
足立　匡基　　明治学院大学心理学部心理学科　准教授
久保　尊洋　　横浜国立大学・教育学部学校教員養成課程学校教育　　講師
中島　卓裕　　名古屋学芸大学ヒューマンケア学部児童発達教育専攻　講師

【検査実施者】
東　利奈　　株式会社 LITALICO 児童指導員
井澗　未稀　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科博士課程前期課程臨床心理学コース
稲村　実柚　　横浜国立大学大学院教育学研究科教育支援専攻 心理支援コース 修士
稲永　龍一　　いっといっぽ下落合教室（児童発達支援・放課後等デイサービス）・さいたま福祉保育医療製菓調理専門学校（学生相談）
井上　早苗　　地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センターリハ・育療支援部門
打和　望実　　明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
大江　涼夏　　中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学専攻博士前期課程（修士課程）
大塚　萌笑　　金沢大学大学院人間社会環境研究科人文学専攻公認心理師養成プログラム 博士前期課程
大森　若葉　　横須賀市療育相談センター　心理士
奥田　菜央　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程　教育支援高度化専攻臨床心理学コース
奥田　奈菜　　明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
蒲　みのり　　明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
木村　　愛　　横浜国立大学教育学研究科 心理支援専攻修士
木村　さつき　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
香取　みずほ　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所あるこ

斎藤　杏　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程教育支援高度化専攻臨床心理学コース
最林寺　悠　　愛知教育大学大学院 教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
佐藤　辰哉　　明治学院大学心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
柴山　枝里佳　　金沢大学大学院人間社会環境研究科人文学専攻公認心理師養成プログラム 博士前期課程
下手　花音　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所ぷちぱ
鈴木　のどか　　愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
鈴木田 英里　　同志社大学心理学部心理学科　助教
須藤　野々花　　愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
竹林　明日香　　神戸大学人間発達環境学研究科博士課程前期課程臨床心理学コース
竹峰　泰成　　愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース修士
田中　美遥　　愛知教育大学教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
天満　沙紀　　医療法人社団宏知会青山病院　心理職
豊泉　慶佳　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程前期課程臨床心理学コース
中林　桜子　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程　教育支援高度化専攻臨床心理学コース
中山　桜希　　愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程　教育支援高度化専攻臨床心理学コース
仁科　遼太郎　　一般社団法人福島県子どもの発達支援協会　親と子のサポートセンターふくしま
能渡　綾菜　　一般社団法人福島県子どもの発達支援協会　親と子のサポートセンターふくしま
濱里　真弓子　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所ぷちぱ
廣瀬　翔平　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会　児童発達支援事業所あるこ
星野　進　　株式会社 Kaien
松下　幸平　　中京大学大学院 心理学研究科 臨床・発達心理学専攻　博士前期課程
向島　千遥　　愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻　臨床心理学コース 修士
目代　理桜　　愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
持丸　結真　　明治学院大学心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース 博士前期課程
森　　菜摘　　中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学専攻修士課程
安川　愛理　　九州大学こころとそだちの相談室　専従相談員
山口　　翔　　特定非営利活動法人アスペ・エルデの会児童発達支援事業所ぷちぱ・児童指導員
山下　千織　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程前期課程臨床心理学コース
横田　奈々子　　明治学院大学心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
劉　娟　　神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程

【データ入力・整理】
犬飼　惟沙　　中京大学大学院　心理学研究科
大江　涼夏　　中京大学大学院　心理学研究科
原　千紗都　　中京大学大学院　心理学研究科
水野　樹美　　中京大学大学院　心理学研究科

上野　瑞佳　　中京大学大学院　心理学研究科
大森　彩加　　中京大学大学院　心理学研究科
小池　里奈　　中京大学大学院　心理学研究科
志賀　勇心　　中京大学大学院　心理学研究科
鈴木　香音　　中京大学大学院　心理学研究科
瀧下　夏乃　　中京大学大学院　心理学研究科
森　　菜摘　　中京大学大学院　心理学研究科
インズージェ　中京大学　心理学部
早川　尚志　　中京大学　心理学部
纐纈　温人　　中京大学　心理学部
後藤　彩名　　中京大学　心理学部

【事務補助】
金枝　あや　　中京大学現代社会学部辻井研究室
松岡　羽衣子　中京大学現代社会学部辻井研究室
加藤　芽愛　　中京大学現代社会学部辻井研究室
松本　若葉　　中京大学現代社会学部辻井研究室
無雁　萌果　　中京大学現代社会学部辻井研究室

以上

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

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－各年齢帯における再判定期間について－

研究分担者　中村　和彦　弘前大学大学院医学研究科

研究協力者　坂本　由唯　弘前大学大学院医学研究科

【研究要旨】

本稿では、知的機能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューによる経時的変化を踏まえ、科学的に妥当な再判定期間について提案した。レビューの結果，知的機能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された。療育手帳交付の再判定期間について、①就学前年齢：2〜3 年ごとの再判定とすること、②就学後〜18 歳まで：3 年ごとの再判定とすること、③18 歳以上：おおむね 5 年程度ごとの再判定とすること、が科学的見地からも妥当であると考えられた。ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定の方は変動が少ないという先行研究知見から、再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましいことを明記した。また、本稿では上記の再判定期間を推奨したが、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

A.　研究目的

療育手帳の再判定期間は自治体によって異なり、また成人を境に再判定の有無など実態は様々となっており、具体的な再判定期間が明示されていない自治体もある。一例として、Table 1 にいくつかの自治体における再判定期間の例を挙げる（東京都，2023；埼玉県，n.d.；静岡県，2016；香川県，2024；兵庫県，2022）。なお、障害程度の変更が見込まれる場合などには再判定を受けられるとする記載もみられる（東京都，2023；静岡県，2016；兵庫県，2022）。

自治体ごとの差異については、本プロジェクトにおいて行政施策に関わってきた専門家や児童精神科医、心理士などをメンバーとした班会議の中

で、自治体ごとの人口規模や予算規模、療育手帳判定に携わる専門家の多寡などにより運営上の課題が異なることも挙げられており、共通の要因によるものではないことが推察される。

Table 1
各自治体における療育手帳再判定期間の例

自治体名	療育手帳の再判定期間
東京都	3 歳、6 歳、12 歳、18 歳の時点
静岡県	3 歳未満：1〜2 年に 1 回
	3〜6 歳：2〜3 年に 1 回
	7〜20 歳：3〜5 年に 1 回
	20 歳以上：5〜10 年に 1 回
埼玉県	再判定は諸条件を勘案して決定
香川県	療育手帳に次の判定時期を記載
兵庫県	県立知的障害者更生相談所で判定を受けた人は原則再判定は不要

現状では、療育手帳制度の設計・運用は各自治体に委ねられているものの、知的発達症における研究知見においては、知的機能や適応行動についてどのような経年変化が示されているだろうか。本稿では、知的機能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューによって経時的変化を踏まえ、科学的に妥当な再判定期間について提案する。

B. 各検討点の整理

1. 知的機能の安定性

一般人口における知的機能の安定性に関して、Lothian Birth Cohort における 1921 年の参加者 106 名を対象に Moray House Test No. 12 を実施し、11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、$r = .54$ の強い正の相関が見られたことが報告されている（Deary et al., 2013）。同様に、Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知的機能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11－70 歳間で $r = .67$、11－79 歳間で.66、11－87 歳間で.51 となり、加齢とともに減少していく傾向がみられた（Gow et al., 2011）。これらから、年数が経つほど変化が大きくなるものの、人間の知的機能は生涯一定程度の安定性を有していることがうかがえる。

成人以降での知的機能の安定性について、262 名を 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳まで追跡した縦断研究では、知的機能との標準化回帰係数の変化が.95 から.94、.86 と高い値が維持され、特にワーキングメモリが強く関連していることが示唆された（Rönnlund et al., 2015）。

より短期間での安定性については、Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies の 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況（SES）と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された（Schneider et al., 2014）。この研究では知的機能によるサブグループ解析も行っており、IQ の経時的安定性は高 IQ 児（平均 IQ 121, $SD = 4.3$）よりも低 IQ 児（平均 IQ 93, $SD = 6.0$）の方が高いことが示されている（Schneider et al., 2014）。また、知的機能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の年齢ごとでの知的機能の安定性を検証した結果、知的機能の自己相関係数は 7 歳未満では $r_{tt} < 0.7$ である一方、7 歳以上では $r_{tt} = 0.7$–0.8 とやや安定し、成人では $r_{tt} > 0.8$ と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている（Breit et al., 2024）。このように知的機能には一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期

といった発達段階でも安定性の差異が見られることが示されている。

2. 知能検査の再検査信頼性

知的機能の安定性とともに、検査ツールの再検査信頼性の点からの検証も行われている。児童青年 344 名（男子 66%、初回検査年齢平均 8.74 歳（6.1–14.3 歳）、再検査年齢平均 11.6 歳（7.5–16.6 歳））を対象に WISC-IV の安定性を検証した研究では、平均検査間隔 2.84 年で言語理解（VCI）と知覚推理（PRI）、ワーキングメモリ（WMI）、処理速度（PSI）、全検査 IQ（FSIQ）の再検査信頼性はそれぞれ、r = .722, .756, .655, .649, .815 であり、FSIQ の安定性が比較的高い一方、4 つの合成指標得点は若干低い結果となった（Watkins & Smith, 2013）。また、児童青年 225 名（男性 160 名、女性 65 名、初回検査年齢平均 9.1 歳（6.1–14.8 歳）、再検査年齢平均 11.7 歳（7.4–14.8 歳））を対象に WISC-V の安定性を検証した研究では、平均 2.6 年の間隔を空けた再検査信頼性（相関係数）は FSIQ で.86、VCI で.84、視空間（VSI）で.82 と比較的高い一方、流動性推理（FRI）で.69、WMI で.74、PSI で.77 と類似した傾向が報告されている（Watkins et al., 2022）。このように児童青年期においては 2〜3 年ほどで、知的機能検査の結果に変動が起こりうることが示唆されている。

3. 適応行動の軌跡と変動

ICD-11 における知的発達症の診断基準において、もう一つの軸となる適応行動の安定性についてレビューする。一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study) の参加者 994 名とその母親 893 名を対象とした研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告し、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた（Nishimura et al., 2022）。特に、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ（平均 78.4）や社会性の問題（SRS-2 平均得点 54.8）が見られ、適応行動と知的機能や社会性の問題との関連が示されている（Nishimura et al., 2022）。軽度の知的発達症のある児童青年 40 名（男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9）を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測した（Gravråkmo et al., 2023）。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能獲得に介入支援が効果的であることが示されている（Burns et al., 2019）。

このように支援による適応行動の安定性や介入支援による改善もみられるものの、知的発達症児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behaviour Checklist による把握で 38%、Child Behaviour Checklist で 49%が問題を有することが示され、注意欠陥・多動症（39%）、不安症（7–34%）、素行症（3–21%）、うつ病（3–5%）がみられた（Buckley et al., 2020）。このように、後天的な罹患や二次障害の発症などによって、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

4. 精神疾患による知的機能への影響

成人の知的発達症者 16–64 歳に Psychiatric Assessment Schedule for adults with Developmental Disability (PAS-ADD) による面接を行って検証した研究では、精神疾患全体の有病率は一般人口とほぼ同じである一方、統合失調症と恐怖症がそれぞれ 0.4%と 1.1%高いことが報告されており、知的発達症が後天的な精神疾患のリスク因子であることが示されている（Deb et al., 2001）。

特に統合失調症に関しては、認知機能へのネガティブな影響が示されており、自閉スペクトラム症（ASD）と統合失調症の知能検査結果に関する 6 つの研究についてメタ分析を行った研究では、16–41 歳の年齢範囲で ASD190 名（平均 IQ 98.0）、統合失調症 260 名（平均 IQ 90.8）における WAIS の結果を比較したところ、統合失調症の者が ASD 者より有意に低い得点であったことが報告されている（Kuo & Eack, 2020）。また、統合失調症患者 223 名（平均 30.8 歳）と双極症患者 175 名（平均 34.0 歳）の知的機能の軌跡を検証した研究では、Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence により測定した IQ の程度で 3 つのクラスターが得られ、知的機能に影響が見られない群（平均 IQ 118.3, *SD* = 6.5）や軽度の認知障害を伴う群（平均 IQ 103.1, *SD* = 4.5）では同程度の割合であったものの、全般的な認知機能の障害がみられる群（平均 IQ 85.0, *SD* = 7.2）では 73%が統合失調症患者であったことが報告されている（Vaskinn et al., 2020）。療育手帳判定の際には成育歴等の情報から先天的な知的発達症と後天的な知的機能低下を鑑別診断する必要があるが、知的発達症児者が統合失調症に罹患する併存疾患による一層の機能低下も懸念される。

C. 結論

本稿では知的機能と適応行動の安定性に関する先行研究のレビューから、知的機能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された（Deary et al., 2013; Rönnlund et al., 2015）。また、一般的に再検査の間隔が短期間であるほど相関係数は高いものの（Schneider et al., 2014）、幼児では変動が比較的大きく、7 歳以上でやや安定し、成人以上では 5–6 年は安定する傾向が示された（Breit et al., 2024）。知能検査の再検査信頼性の検証結果からは、概ね 3 年ほどで FSIQ や各指標の相関係数が.70–.80 程度になることを踏まえると（Watkins & Smith, 2013; Watkins et al., 2022）、知的機能の再判定については 18 歳未満では 3 年程度、18 歳以上では 5 年程度の間隔を空けることが妥当であると思われる。ただし、低 IQ 群では知的機能の安定性が高いことや（Schneider et al., 2014）、成人以降では高い安定性が示されていることから（Breit et al., 2024）、すでに重度・最重度の判定を受けている 18 歳以上の知的発達症者は、再判定の必要性は低いものと考えられる。

適応行動に関しては、発達段階による変動とともに、IQ や社会性の程度との関連で軌跡のパターンが異なることが示された（Nishimura et al., 2022）。また、日常生活技能は獲得可能で介入支援の効果がみられること（Burns et al., 2019）、一方で知的発達症児者では定型発達児者よりメンタルヘルスの問題や精神疾患のリスクが高いことから（Buckley et al., 2020）、一定期間での改善・悪化の可能性も懸念される。

さらに、精神疾患による認知機能と適応行動の低下のリスクや（Deb et al., 2001; Kuo & Eack, 2020; Vaskinn et al., 2020）、実行機能が適応行動を予測することを踏まえると（Gravråkmo et al., 2023）、知的機能と同様に適応行動についても一定期間での再判定を行うとともに、著しい環境変化や状態の悪化に応じた再判定を可能とするため

に、知的障害者本人や家族などからの申請による再判定の機会の設定も必要と考えられる。

療育手帳判定における再判定期間について、以下に本稿の要点をまとめる。

・就学前年齢：　2〜3 年ごとの再判定
・就学後〜18 歳まで：　3 年ごとの再判定
・18 歳以上：　おおむね 5 年程度ごとの再判定
・ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定を受けた方は再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。

本稿では上記の再判定期間を推奨するが、研究目的で記したように、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

文献

Breit, M., Scherrer, V., & Preckel, F. (2024). The stability of cognitive abilities: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 150 (4), 399–439.

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 review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54 (19), 970–984.

Burns, C. O., Lemon, J., Granpeesheh, D., & Dixon, D. R. (2019). Interventions for Daily Living Skills in Individuals with Intellectual Disability: a 50-Year Systematic Review. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 3, 234–245.

Deary, I. J., Pattie, A., & Starr, J. M. (2013). The stability of intelligence from age 11 to age 90 years:　the Lothian birth cohort of 1921. *Psychological Science*, 24 (12), 2361-2368.

Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (6), 495-505.

Gow, A. J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C. E., Roberts, B., Starr, B. J., & Deary, I. J. (2011). Stability and Change in Intelligence from Age 11 to Ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. *Psychology and Aging*, 26 (1), 232–240.

Gravråkmo, S., Olsen, A., Lydersen, S., Ingul, J. M., Henry, L., & Øie, M. G. (2023). Associations between executive functions, intelligence and adaptive behaviour in children and adolescents with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabillities*, 27 (3), 715-727.

兵庫県．（2022）．療育手帳について Q&A．県立知的障害者更生相談所とは．（2025 年 4 月 23 日閲覧）https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf20/documents/titekishougaishakouseisoudanshoryouikutechouqanda.pdf

香川県．（2024）．療育手帳．香川県障害福祉相談所．（2025 年 4 月 23 日閲覧）https://www.pref.kagawa.lg.jp/shousou/syousou/

ryouikutechou/kfvn.html
Kuo, S. S., & Eack, S. M. (2020). Meta-Analysis of Cognitive Performance in Neurodevelopmental Disorders during Adulthood: Comparisons between Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia on the Wechsler Adult Intelligence Scales. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 187.
Nishimura, T., Kato, T., Okumura, A., Harada, T., Iwabuchi, T., Rahman, M. S., Hirota, T., Takahashi, M., Adachi, M., Kuwabara, H., Takagai, S., Nomura, Y., Takahashi, N., Senju, A., Tsuchiya, K. J. (2022). Trajectories of Adaptive Behaviors During Childhood in Females and Males in the General Population. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 817383.
Rönnlund, M., Sundström, A., & Nilsson, L. (2015). Interindividual differences in general cognitive ability fromage 18 to age 65 years are extremely stable and strongly associated with working memory capacity. *Intelligence*, 53, 59–64.
埼玉県.（n.d.）. 療育手帳. 障害者手帳.（2025 年 4 月 23 日閲覧）
https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/ryouiku/ryouikutecho.html
Schneider, W., Niklas, F., & Schmiedeler, S. (2014). Intellectual Development from Early Childhood to Early Adulthood: The Impact of Early IQ Differences on Stability and Change over Time. *Learning and Individual Differences*, 32, 156–162.
静岡県.（2016）. 静岡県療育手帳判定要（2025 年 4 月 23 日閲覧）
領. https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/697/r7.3hantei.pdf
東京都福祉局.（2023）. 愛の手帳. 東京都心身障害者福祉センター.（2025 年 4 月 23 日閲覧）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/jicen/ji_annai/a_techou.html
Vaskinn, A, Haatveit, B., Melle, I., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2020). Cognitive Heterogeneity across Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cluster Analysis of Intellectual Trajectories. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26, 860–872.
Watkins, M. W., Canivez, G. L., McGill, R. J., Pritchard, A. E., Holingue, C. B., & Jacobson, L. A. (2022). Long-term stability of Wechsler Intelligence Scale for Children–fifth edition scores in a clinical sample. *Appl Neuropsychol Child*, 11 (3), 422–428.
Watkins, M. W., & Smith, L. G. (2013). Long-Term Stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition. *Psychological Assessment*, 25 (2), 477–483.

D. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   なし