

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に

資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究

令和7年度総括・分担研究報告書

研究代表者 辻井 正次

令和8年（2026年）5月

目 次

I. 総括研究報告

- 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究----- 1
辻井 正次 中京大学現代社会学部

II. 分担研究報告

1. 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—— ----- 14
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
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
2. 知的発達症における ICD-10 と ICD-11 の IQ 判定基準の差異について——歴史的背景と ICD-11 の構造の理解—— ----- 28
内山 登紀夫 福島学院大学福祉学部
3. 療育手帳が交付されない事例における行政サービスへのアクセスに関する考察——IQ が基準を上回る事例の年代別検討—— ----- 34
内山 登紀夫 福島学院大学福祉学部
4. 子どもに対する精神障害者保健福祉手帳用診断書の運用上の課題 ----- 43
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
5. 精神疾患併存時の療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の制度の抱える課題 ----- 49
岡田 俊 奈良県立医科大学精神医学講座
6. 就労場面における療育手帳および精神障害者保健福祉手帳の運用上の課題 ----- 53
榎屋 二郎 東京医科大学医学部

7. 自治体における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果の比較検証 ----- 57

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
高柳 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 中京大学理学部

<研究協力者>

足立 匡基 明治学院大学心理学部心理学科
増山 晃大 愛知教育大学教育学部心理講座
野沢 朋美 なかやま心理支援オフィス

8. ABIT-CV 検査の内容と特徴、判定機関職員等への説明や見学の試行的実施 ----- 70

高柳 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
小林 真理子 山梨英和大学人間文化学部人間文化学科
山根 隆宏 神戸大学人間発達環境学研究科
浜田 恵 中京大学心理学部
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
増山 晃大 愛知教育大学心理講座

9. 刊行に関する一覧 ----- 78

10. 調査実施者等研究協力者一覧 ----- 79

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

総括研究報告書

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

研究代表者 辻井 正次 中京大学現代社会学部 教授

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や実施する検査のバラつきなどが課題として指摘されていたことから、我々は知的機能と適応行動の簡便な評定を可能としたノルム化検査（ABIT-CV）を開発した。一方で、現場職員への研修や二軸評定の導入による課題と懸念、各地域における判定結果との照合など、ABIT-CVの実装には課題も残っている。そのため、本研究では全国各地におけるABIT-CV説明会の実施や希望する機関でABIT-CVの訓練、既存の判定結果との比較から療育手帳の判定交付基準の統一に向けた基礎資料および判定ガイドラインの作成を目的とする。

本年度は3か年計画の初年度にあたり、主に以下の三点に取り組んだ。第一に、全国各地でABIT-CV説明会を実施し、児童相談所や知的障害者更生相談所等の現場職員からのフィードバックを得た。第二に、療育手帳の判定基準の統一化や知的機能と適応行動の二軸判定の導入などを進めることで生じうる課題や懸念について、児童精神科医らによる検討を行った。最後に、ABIT-CVと全国各地の児童相談所や知的障害者更生相談所等における療育手帳判定の結果について、一部自治体における調査から比較を行った。合わせて、希望する自治体職員を対象にABIT-CVの見学や訓練を行った。

研究分担者

内山 登紀夫 福島学院大学福祉学部福祉
心理学教授

日詰 正文 国立重度知的障害者総合施設
のぞみの園研究部研究部長

小林 真理子 山梨英和大学人間文化部人
間文化学教授

岡田 俊 奈良県立医科大学精神医学講座
教授

本田 秀夫 信州大学医学部子どものこ
ろの発達医学教室教授（特定雇用）

岩永 竜一郎 長崎大学生命医科学域教授

榎屋 二郎 東京医科大学医学部主任教授

伊藤 大幸 お茶の水女子大学基幹研究院
人間科学系准教授

浜田 恵 中京大学心理学部准教授

高柳 伸哉 愛知教育大学心理講座准教授

明翫 光直 中京大学心理学部教授

山根 隆宏 神戸大学人間発達環境学研究
科准教授

村山 恭朗 金沢大学人間社会研究域人文
学系准教授

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）。このような療育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となる。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。なお、現在わが国にて採用されている「疾病、傷害及び死因の統計分類」（ICD-10 準拠）（厚生労働省、2015）は、令和8年12月31日をもって廃止されることが決定されており（「統計法第28条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類を定める件（総務省告示第11号）」、総務省、2026）、令和9年1月1日よりICD-11（2023年版）に準拠した統計分類を用いることが明記されている。

こうした背景を踏まえ、本研究班では厚生労働科学研究（20GC1011）として、令和4年度から令和6年度の3か年にわたる研究を通じて、ICD-11の知的障害の診断基準に準拠し療育手帳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（以下、ABIT-CV）を開発した（伊藤他、2025）。しかしながら ABIT-CV に関して判定機関職員等への周知や活用に向けた具体的な理解はまだ不十分であり、療育手帳判定に知的機能と適応行動の二軸評価が導入された際に使用するツールの第一選択（35.6%）として挙げられているものの（三菱UFJリサーチ & コンサルティング、2026）、「わからない・検討中」が63.9%と約3分の2を占めており、普及のための取り組みが求められる。また、対象児者が所持している療育手帳の記載事項と ABIT-CV の結果について検証がなされているものの、判定現場で用いるためには自治体における療育手帳の最終的な交付判定結果だけでなく、知的機能や適応行動を含めた判定結果との照合も必要である。また、地域によって用いる検査や尺度が大きく異なる現状がみられることから、知能検査の手続きに親和性の高い判定機関職員も

いるが、戸惑う職員もいることが推察される。

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。これらの課題を解決しうるツールとして ABIT-CV を開発した一方、実際の療育手帳判定における知的機能や適応行動の評定、最終的な判定結果との照合や、判定機関職員への周知が求められる。

そこで本研究では、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療育手帳判定ツールである ABIT-CV による結果と、療育手帳判定機関による知的機能や適応行動、最終的な判定結果との照合を行い、臨床的妥当性の検証や現行判定との差異を検証することを目的とする。また、ABIT-CV 調査を通じて、判定機関職員を対象とした ABIT-CV の説明や研修、調査時の見学等の機会を提供することによる判定機関職員のトレーニングに取り組む。並行して、児童精神科医らによる会議を重ね、制度移行により生じうる影響や対応策について検討を行う。

本研究により、国際的な診断基準に準拠した療育手帳判定ツールの普及や、現状の判定制度との比較による実用性の検証、現状の ICD-10 に準拠した判定基準から ICD-11 に準拠した判定基準に移行するにあたっての課題などの明確化が期待される。最終的には、当該ツールの社会実装に取り組みつつ、療育手帳制度に対する政策的提言を行うことを目指す。

本年度の研究目的

本年度は、本研究 3 カ年計画の初年度にあたり、以下の三点を主たる目的とする。第一に、全国各地で ABIT-CV 説明会を実施し、児童相談所や知的障害者更生相談所等の現場職員からのフィードバックを得る。第二に、療育手帳の判定基準の統一化や知的機能と適応行動の二軸判定の導入などを進めることで生じうる課題や懸念について、児童精神科医らによる検討を行う。最後に、ABIT-CV と全国各地の児童相談所や知的障害者更生相談所等における療育手帳判定の結果について、一部自治体における調査から比較検証を行う。また、ABIT-CV 調査においては、希望する自治体職員を対象に ABIT-CV の見学や訓練を行う。

B. 各分担研究の研究方法及び研究結果

1. 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・高柳伸哉・明翫光宜)

本研究では、ABIT-CV の社会実装を促進するため、療育手帳の判定・交付を担う機関の職員を対象とした説明会を開催し、その事後アンケートの内容を分析することを目的とする。

1-1. 方法

説明会の参加者(調査対象者) 本研究班が開発した ABIT-CV (2022 年度報告書参照) に関する説明会は、全国 7 地区(北海道、東北、関東、東海、近畿、中国、九州)において 2025 年 7 月から 8 月に実施された。全体で、療育手帳の判定・交付機関に勤務する職員等 283 名が参加した。

説明会の概要 本研究班が開発した ABIT-CV に関する説明会は、以下の内容で構成された。

- (1) ICD-11 における知的発達症の診断基準

(2) 研究班が提案する療育手帳の判定・交付に関するガイドライン

(3) ABIT-CV 開発の概要

(ア) 開発の背景および目的

(イ) 項目の説明

(ウ) 開発研究の結果

① 検査項目

② ノルム設定手続き

③ 信頼性・妥当性

④ 識別精度

(4) 動画による ABIT-CV (知的機能評価パート) の実施場面の視聴

(5) 質疑応答

すべての地区において同一内容で実施され、所要時間は質疑応答を含めて約 120 分であった。

事後アンケート 説明会終了後、参加者に対して 7 項目による事後アンケートを実施した。

質問① 「判定業務の経験 (合計年数)」 - 5 件法

質問② 「本説明会の情報量について」 - 3 件法

質問③ 「ABIT-CV の説明の分かりやすさ」 - 3 件法

質問④ (自由記述) ABIT-CV を療育手帳判定に活用するために必要な取組

質問⑤ (自由記述) 全国展開に必要な研修

質問⑥ 「勤務機関における療育手帳判定基準の提案するガイドラインとの一致度」 - 4 件法

質問⑦ (自由記述) 提案するガイドラインを活用するために必要な取組

1-2. 主要な結果と考察

質問②は全参加者 283 名のうち 280 名 (98.9%) が回答し、「適切」が 268 名 (95.7%) と最も多く、説明会で提供された情報量は概ね適切であったと評価された。

質問③は 274 名が回答し (96.8%)、そのうち大多数が「分かりやすかった」と回答した。また、「まったく分からなかった」と回答した者はいなかった。この結果から、ABIT-CV の基本的な概念

や特徴については、説明会を通じて十分に理解可能であったと考えられる。

質問④は 120 名から自由記述による回答が得られた。内容分析の結果、「制度整備・法整備」「研修・人材育成」など、大別して 7 つのカテゴリ (大分類) に分けられた。最も多く挙げられたのは「制度整備・法整備」に関する記述 (53.3%) であり、特に、療育手帳制度の法制化や全国的な基準統一、精神保健福祉手帳や障害年金制度など他制度との整合性の確保が重要な課題として指摘された。大分類において、「制度整備・法整備」に次いで多かったのは「研修・人材育成」(23.3%) であり、ABIT-CV の実施や採点に係る研修の必要性に関する回答が最も多く寄せられ、検査の実施方法や採点手続きに関する実務的な研修、および継続的なフォロー体制の整備の必要性があることが示唆される。以上の結果から、ABIT-CV の社会実装を進めるためには、単に評価ツールの開発・普及を図るだけでは不十分であり、制度整備、研修体制の構築、関係機関への周知といった多面的な取組が必要であることが明らかとなった。

質問⑤は 120 名から自由記述による回答が得られた。これらの回答を内容分析した結果、「実施・採点に関する研修」「実践型・体験型研修」など、大別して 7 つのカテゴリ (大分類) に分類された。最も多く挙げられたのは、「実施・採点に関する研修」(65.0%) であり、ABIT-CV を適切に運用するための基本的技能の習得に関するニーズが含まれていた。次いで多かったのは、「実践型・体験型研修」(45.0%) であり、知的発達症を有する児者およびその保護者への対応を含めた実施過程を体験的に学ぶことへのニーズが顕著であった。標準化された手順の習得と、実践的状況への適用能力の双方を涵養する研修体制の構築が求められる。

質問⑥は 280 名から回答が得られ、全体として、完全な一致よりも部分的または不一致と評価する回答が大半を占めることが示された。

「あまり一致していない」または「ほとんど一致していない」と回答した者 134 名に対して、研究班が提案する交付判定ガイドラインと一致しない点について自由記述を求めた結果、最も多く挙げられたのは、「知的機能の評価手法の不一致」であり、97 名 (69.3%) が該当した。これらの結果は、ICD-11 における知的発達症の診断基準に必ずしも整合しない評価方法や判定基準が広く用いられている実態を示している。療育手帳の判定基準の標準化を図り、ABIT-CV の実装および実用化を推進するためには、評価ツールの整備のみならず、制度的枠組みの見直しおよび法的整備を含めた包括的な対応が不可欠であると考えられる。

質問⑦は、194 名から回答が得られた。最も多く挙げられたニーズは、行政的および法的な制度整備 (49.5%)、次いで教育や福祉サービスなど関連制度との整合に関する指摘が多く (62 名、32.0%)、さらに、研修の実施 (54 名、27.8%) や再判定制度の見直し (48 名、24.7%) に関する回答も多くみられた。これらの結果から、研究班が提案するガイドラインの実装にあたっては、ABIT-CV を含む評価ツール自体の改良にとどまらず、現行の療育手帳制度の見直しや再構築、ならびに教育・福祉等の関連制度との整合性の確保といった、政策的・制度的レベルでの対応が不可欠であることが示唆される。とりわけ、制度整備および制度間の整合に関する指摘が上位を占めたことは、ガイドラインの実装における主要な障壁が技術的課題ではなく、制度的枠組みにあることを示している。

1-3. 結論 本研究の結果から、療育手帳の交付・判定に関する現行の運用は、研究班が提案するガイドラインと十分に一致しておらず、その主たる要因は評価ツールの問題ではなく、制度的・運用的な枠組みにあることが明らかとなった。特に、知的機能評価における標準化手法の不統一、適応行動評価の未整備、および二軸評価の未実施といった課題が広く存在しており、ICD-11 に基づく評

価体系との乖離が認められた。

また、ABIT-CV の導入・活用に関するニーズとして、制度整備・法整備、関連制度との整合、研修体制の構築が繰り返し指摘されており、特に制度的枠組みの見直しが最も重要な課題として位置づけられた。これらの結果は、評価ツールの開発・普及のみでは実装は達成されず、制度改革を含む包括的な対応が不可欠であることを示している。

以上を踏まえ、今後の政策的課題として、以下の取組が求められる。第一に、療育手帳制度の法制化および判定基準の全国的統一を含む制度整備の推進である。第二に、精神保健福祉手帳や障害年金等の関連制度との整合性を確保し、評価結果が一貫して活用される仕組みの構築である。第三に、ABIT-CV を含む評価手法の適切な運用を担保するため、実施・採点・解釈に関する体系的かつ継続的な研修体制の整備である。第四に、既存の療育手帳所持者に不利益が生じないように、段階的導入や経過措置を含む移行支援の検討である。

これらの多面的な取組を統合的に推進することにより、療育手帳の判定・交付の標準化と公平性の向上が図られ、知的発達症を有する児者に対する適切な支援の提供に資するものと考えられる。

2. 知的発達症における ICD-10 と ICD-11 の IQ 判定基準の差異について——歴史的背景と ICD-11 の構造的理解—— (内山 登記夫)

日本で ICD-11 が普及・採用された場合、ICD-10 の重症度分類との差異により、臨床現場や福祉行政の実務に混乱が生じる可能性がある。本分担報告では、こうした混乱を最小化するための基礎資料として、ICD-10 と ICD-11 の重症度分類の差異とその歴史的背景を文献検討に基づいて整理することを目的とする。あわせて、ICD-11 の重症度基準を日本で従来用いられてきた IQ 値に換算した場合の関係を示し、療育手帳制度における判定枠組みへの含意を考察する。

ICD-10 から ICD-11 への改訂は、IQ 数値による硬直的な分類からの脱却を意味している。IQ スコアは、用いる検査の技術的特性や測定環境によって大きく変動し得るため、ICD-11 は適応行動の包括的な評価を含めることを必須要件とし、重度と最重度の鑑別においては検査自体の限界を認めて適応行動評価のみに依拠する設計となった。これは比率 IQ から偏差 IQ、そして二軸評価へという、知的障害の分類基準の歴史的潮流の到達点である。ICD-11 の導入は日本における療育手帳制度の基準に大きなパラダイムシフトを迫ることになる。能力の「欠如」を数値で測って線引きする制度から、地域社会で生活するために「どのような支援を必要としているか」というプロフィールの作成に重点を置く制度へと、手帳交付の理念そのものが変化する可能性もある。実務上の混乱を避けるためには、ICD-11 の重症度基準と従来の IQ 値との対応関係を明示しつつ、適応行動評価の標準化された手法を判定実務に組み込んでいく段階的な移行が必要であろう。

3. 療育手帳が交付されない事例における行政サービスへのアクセスに関する考察——IQ が基準を上回る事例の年代別検討——（内山 登紀夫）

本分担報告では、IQ が各自治体の基準を上回るために療育手帳が交付されない事例に焦点を当て、療育手帳が交付されない理由と、手帳を持たない場合に行政サービスを利用するための方法を、幼児期・学童青年期（小学校から高校まで）・成人期の3年代に分けて、公的資料および学術文献に基づいて整理する。学童期と青年期を一括するのは、義務教育・後期中等教育を通じて特別支援教育という共通の制度的枠組みのもとで考察できることに加え、後述する特別支援学校高等部および高等特別支援学校への入学において療育手帳の有無が直接的に問題となるためである。

IQ が各自治体の基準を上回るために療育手帳

が交付されない事例は、IQ 上限による判定と適応行動評価の不徹底という制度的要因を背景に、幼児期・学童青年期・成人期のそれぞれに固有の課題を伴って存在する。幼児期は IQ 値そのものの信頼性、学童青年期は特別支援学校入学における療育手帳の事実上の必要性、成人期は発達期の知的障害の証明困難が、それぞれ重要な論点である。行政サービスへのアクセスについては、幼児期・学童青年期は手帳を要件としない障害児通所支援および特別支援教育、成人期は発達障害を理由とする精神障害者保健福祉手帳がそれぞれ手帳不交付を補う経路となりうるが、いずれも療育手帳に代わる一貫した支援を担保しうるかは未解明である。療育手帳の判定基準の在り方をめぐる制度的検討の進展と、代替経路の有効性に関する実態調査の双方が今後の課題である。

4. 子どもに対する精神障害者保健福祉手帳用診断書の運用上の課題（本田秀夫）

精神障害者保健福祉手帳の申請時に医師が作成する診断書の様式は自治体によって多少の違いはあるものの、基本項目はほぼ同じである。しかし、もともと成人期における精神障害の判定を想定して作成された様式であるため、子どもへの対応が十分とはいえない箇所もある。そこで本研究では、子どもに関して現行の精神障害者保健福祉手帳用診断書を用いる際に生じる課題について整理するとともに、児童用の診断書様式の必要性について検討する。

精神障害者保健福祉手帳用診断書が現状では子どもについて記載が困難であることを述べた。さらに、特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）改定案作成の経験を参考に、精神障害者保健福祉手帳用診断書（児童用）の様式作成の必要性と、作成に際して留意すべき事項について述べた。

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。

5. 精神疾患併存時の療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の制度の抱える課題（岡田 俊）

精神症症状を伴う精神疾患は、児童思春期における非特異的な認知・行動変化が先行し、潜在的性の進行を経て、顕在発症に至る。この過程では、児童期より進行性の神経学的変化を伴い、認知機能の低下を伴うこと、精神症エピソードの際に不可逆的な神経ネットワークの障害を伴うことが少なくない。このような変化は、適切な抗精神病薬治療によって最小限にとどめうるが、精神症未治療期間が長いほど、日常生活機能の低下も著しいことから、ハイリスク児を中心に早期症候に対する早期の予防的介入を行うとともに、顕在発症後には早期介入を行うことが重要であることと示唆されてきた。

精神疾患を伴う神経発達症は決して少なくないが、知的発達症に伴う認知機能低下は、精神疾患の併存によって増悪しうる。この場合に、療育手帳の判定をどのように考えるかという課題があり、本研究課題では論点を整理する。

精神疾患は児童思春期から非特異的な認知・行動変化を伴って進行し、認知機能低下や適応行動障害を引き起こす。知的発達症に精神疾患が併存すると、認知機能や適応行動はさらに悪化しうる。しかし、現在の低下がもともとの知的発達症によるものか、精神疾患による二次的変化」なのかを区別することは難しい。

このため、評価では横断的な現在の状態だけで

なく、発症以前の知的機能や適応行動を推定することが重要となる。発達歴や学校記録、通知表、生活記録などの客観的資料を活用し、病前機能を推定する必要がある。

適応行動については、精神疾患の影響を強く受け、病状や生活環境によって変動しやすい。したがって、一時点のみで評価することは適切でなく、経時的評価が必要である。精神障害者保健福祉手帳制度でも、一定期間において複数時点で評価する仕組みが採用されている。

さらに、知的発達症を伴わない神経発達症では精神障害者保健福祉手帳が利用されることが多いが、年少児に成人基準を準用している現状には課題がある。特に「将来の生活能力」を前提とした評価は、発達途上にある子どもには適合しにくく、現在の適応行動を重視した評価が望まれる。

最後に、現行の身体・知的・精神という障害区分では、複合的障害の実態を十分に反映できない場合があると指摘している。医学的診断と支援ニーズの評価は区別して考える必要があり、障害種別にとらわれず、適応行動や生活上の困難さを共通基盤として評価する視点が重要である。

6. 就労場面における療育手帳および精神障害者保健福祉手帳の運用上の課題（梶屋 二郎）

療育手帳は知的障害（知的発達症）が、精神保健福祉手帳は発達障害（神経発達症）を含む精神障害が対象であるが、世界保健機関（World Health Organization）の国際疾病分類（International Classification of Diseases）においては知的発達症も精神障害に分類されるため、知的発達が境界域である場合、両方の手帳が取得できるケースと精神障害者福祉手帳のみを取得できるケース、両方取得できないケースが出てくる。一方で障害者雇用促進法により、企業には従業員数に応じた障害者の雇用が義務付けられており、現状では企業側が法定雇用率を維持させるために障害者雇用枠を

増枠する方向に動いている。しかし、個々の採用可否の裁量権は企業側が持っているため、今後、ICD-11の正式導入に伴って療育手帳の取得要件が変わり療育手帳が取得できなかった場合、従前では障害者雇用に応募できていた人が応募できなくなる、もしくは応募できても不採用になることも考えられる。

そこで本研究では、現行の療育手帳・精神障害者福祉手帳の取得者の障害者雇用の現状を整理し、就労や雇用の観点から両手帳の今後あるべき姿を検討する。

現在、障害者にとって障害者雇用促進法に基づく障害者雇用制度は就労・社会での共生と自立・自己実現などにとって重要な制度となっており、障害者手帳の要件変更によって、一般就労が困難な障害者が手帳を取得できなくなり、結果として就労困難となる事態は避けるべきと考える。つまり一般就労が難しい就労希望の障害者にはいずれかの手帳が発給される制度設計をすべきであろう。現在は法定雇用率の拡大基調が続いているため、各企業にとっては障害者雇用を促進せねばならず、就労希望の障害者にとっては比較的有利な状況が続いているが、この状況は永続するわけではなく、どこかで転換点を迎え、企業側の採用基準の厳格化が起こってくると予想される。その際に、各障害者がどのような業務に適性があり、どのような業務に向いておらず、どのようなサポートが必要であるか、といった情報が盛り込まれるような手帳であるべきであるし、そういった情報が盛り込まれるような手帳取得用診断書の設計が望ましい。今後、そういった項目の選定を実態調査と研究にて模索していくべきと考える。

7. 自治体における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果の比較検証 (伊藤大幸・村山恭朗・浜田 恵・高柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜、研究協力者：足立匡基・増山晃大・野沢朋美)

療育手帳の交付判定における課題を解決するための有力な手段として ABIT-CV が開発されたが、その社会実装にあたっては、現行の判定方法との整合性を検証することが不可欠である。すなわち、各自治体における療育手帳の交付判定結果と、ABIT-CV に基づく判定結果との間にどの程度の一致あるいは不一致が生じるのかを明らかにする必要がある。さらに、両者に不一致が認められた場合には、その要因が自治体ごとの判定手続きや基準の不統一に起因するのか、あるいは ABIT-CV 自体の測定上の特性に起因するのかを検討することが求められる。そこで本研究では、療育手帳の判定実務における既存の評価方法と ABIT-CV による評価結果を比較検討し、両者の対応関係および差異の要因を明らかにすることを目的とする。

7-1. 方法

参加者 本研究の対象者は、療育手帳の交付判定のために全国の児童相談所および知的障害者更生相談所 (9 自治体 18 機関) を訪れた児者のうち、本研究への参加に同意が得られた者 83 名 (男性 47 名, 女性 36 名: 幼児 14 名, 小学生 15 名, 中学生 28 名, 高校生 6 名, 成人 20 名) であった。調査は、各判定機関の協力のもと、判定手続きの過程において研究参加の案内を行い、同意を得た対象者に対して実施された。知能指数 (判定機関における知能検査の結果に基づく) の範囲は 20-94 であり、幅広い知能水準の参加者が含まれた。また、診断については知的障害を中心としつつ、自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症などの神経発達症を併存する者も含まれており、実際の判定現場を反映した多様な臨床像が含まれていた。

調査内容

療育手帳の交付判定に関する情報 判定に用いられた知能検査および適応行動検査の名称、各検査の結果、これらに基づく知的機能および適応行動の判定結果、ならびに最終的な療育手帳の交付の有無および重症度の判定結果を収集した。

ABIT-CV ABIT-CV は、本研究班において開発された、知的機能および適応行動を包括的に評価するノルム化検査である（村山他，印刷中；高柳他，印刷中）。知的機能検査は複数の下位課題から構成され、視覚処理、言語理解、記憶、推理などの側面を幅広く評価する。一方、適応行動尺度は概念的スキル、社会的スキル、実用的スキルを中心とした複数領域から構成され、保護者等による他者評定によって測定される。これらの結果は同年齢の一般母集団に基づく標準得点（平均 100、標準偏差 15、得点範囲 20-140）として算出され、知的障害の判定および重症度評価に用いられる。

ABIT-CV では、知的障害の国際的な診断基準に準拠して、知的機能および適応行動の両方が 75（測定誤差を考慮して 70+5 を閾値としている）を下回る場合に、知的障害の診断基準（および療育手帳の判定基準）を満たすと判定する。また、重症度に関しては、知的機能および適応行動の平均値を「総合点」とし、これが 55-69 であれば「軽度」、40-54 であれば「中等度」、25-39 であれば「重度」、20-24 であれば「最重度」と判定する。

分析方法 量的分析として、判定機関において用いられた知能検査および適応行動検査の得点と、ABIT-CV によって得られた知的機能および適応行動の標準得点との一致度を検討した。次に、判定結果レベルでの一致度を検討するため、判定機関における知的機能および適応行動の判定結果、ならびに療育手帳の最終判定（非該当、軽度、中等度、重度、最重度）と、ABIT-CV に基づく判定結果との対応関係を重みづけ κ 係数（二次重みづけ）により検証した。さらに、判定結果に不一致が認められた事例については、その要因を検討するため質的分析を行った。具体的には、各事例における評価過程を精査し、①使用された検査方法の差異、②検査結果そのものの差異、③判定基準や運用上の判断の差異といった観点から分類・整理を行い、不一致の背景要因を探索的に検討した。

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、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 2025-119 号）。

7-2. 結果

知能・適応行動得点の一致 判定機関における知能検査の得点と ABIT-CV の知的機能得点の間には非常に強い正の相関が認められ ($r = .882$)、得点範囲全体にわたって一貫した対応関係が確認された。判定機関で用いられている既存の知能検査と ABIT-CV が、知的機能の水準を概ね同様に評価していることを示唆している。判定機関における適応行動の評価結果と ABIT-CV の適応行動得点と間には強い正の相関が認められ ($r = .839$)、知能得点と同様に高い一致が確認された。また、対応のある t 検定の結果からも、知能得点 ($t(59) = 1.52, p = .133$) および適応行動得点 ($t(25) = 1.52, p = .141$) のいずれにおいても有意差は認められず、全体として同程度の水準を反映していることが示された。ABIT-CV は、既存の判定機関における評価方法と高い相関を示すとともに、評価水準そのものにおいても既存の評価と整合的であることが示唆された。

判定結果の一致 知的機能に関する判定について、判定機関の結果と ABIT-CV の結果との一致度を重みづけ κ 係数により検討したところ、 $\kappa = .793$ と高い一致が認められた。さらにクロス集計の結果から、不一致が認められる場合においても、その多くは隣接するカテゴリ間（例：軽度と中等度）のずれにとどまっており、2 段階の乖離は 1 ケースに留まった。適応行動に関する判定についても同様に検討した結果、 $\kappa = .765$ と高い一致が認められた。知的機能に比べてやや低い値ではあるものの、依然として高い一致水準を示しており、ABIT-CV による適応行動評価は既存の判定と概ね整合的であることが示唆された。また、不一致がみられる場合でも、その大部分は 1 段階以内の

差に収まっており、2段階の差が見られたのは1ケースのみであった。療育手帳の最終的な判定についての一致度を検討した結果、 $\kappa = .753$ であった。この結果も高い一致を示すものであり、知的機能および適応行動の評価を総合した最終判定においても、ABIT-CVは既存の判定結果を良好に再現していることが確認された。さらに、最終判定における不一致も主として隣接する重症度間に限られており、2段階の乖離は2ケースに留まった。

判定の不一致に関する原因分析 判定機関における判定結果と ABIT-CV による判定結果との間に不一致が認められた事例について、その要因を「検査方法の差異」「検査結果の差異」「判定基準の差異」の3つの観点から分類した。

検査方法の差異 検査方法の差異としては、適応行動の判定に不一致が見られた24例のうち、判定機関において適応行動の定量的評価が実施されておらず、標準化されていない質的な評価に依拠しているケースが9例認められた。こうしたケースでは、質的評価の妥当性の問題により判定結果に不一致が生じた可能性が示唆される。

検査結果の差異 次に、検査結果そのものの差異に起因するケースが最も多く認められた。そのうち、11例では、判定機関側の検査得点の妥当性に疑義が認められた。一方で、判定機関と ABIT-CV の得点に一定の不一致があるものの、いずれかに明確な原因を特定できないケースも8例認められた。これらの事例における得点差は全体として比較的小さく、おおむねランダムな測定誤差によって説明可能であると考えられる。

判定基準の差異 最終的な判定基準における差異によって判定の違いが生じたと考えられる事例も認められた。3例では、判定機関において適応行動の測定自体は実施されているにもかかわらず、その結果が最終的な判定に十分反映されておらず、知的機能の水準が主たる判断根拠として用いられていた。また、2例では、判定機関において、現行

の ICD-11 (World Health Organization, 2022) ではなく、従前の ICD-10 (World Health Organization, 1993) に基づく重症度判定基準 (50-74:軽度、35-49:中等度、20-34:重度、20未満:最重度) が適用された結果、現行の判定基準 (55-74:軽度、40-54:中等度、25-39:重度、25未満:最重度) に基づく ABIT-CV の判定と不一致が生じていた。これらの結果は、一部の判定実務において、知的機能を中心とした従前の ICD-10 に基づく運用が依然として継続していることを示している。現行の ICD-11 では、知的障害の診断および重症度判定において、知的機能と適応行動の双方を総合的に評価することが重視されていることから、こうした運用は現在の国際的診断基準とは必ずしも整合的ではない。したがって、今後は適応行動評価を実質的に判定へ反映させる仕組みを整備するとともに、重症度判定基準についても国際的基準に基づく統一的な運用を進める必要があると考えられる。また、判定機関における知能や適応行動の測定値が75を上回るにもかかわらず、療育手帳の交付対象となっているケースが1例認められた。

7-3. 考察

得点および判定の一致 本研究では、判定機関における評価結果と ABIT-CV による評価結果との一致度を検討した結果、知能 ($r = .882$) および適応行動 ($r = .839$) のいずれにおいても高い相関が認められた。また、平均値においても有意差は認められず、両者は単に順位づけの一致にとどまらず、評価水準そのものにおいても整合的であることが示された。判定カテゴリレベルにおいても、知能 ($\kappa = .793$)、適応行動 ($\kappa = .765$)、総合判定 ($\kappa = .753$) といずれも高い一致が認められた。さらに、不一致が認められる場合でも、その多くは隣接する重症度間にとどまっており、2段階以上の大きな乖離はほとんど認められなかった。ABIT-CV は既存の判定体系との連続性を保ちながら導

入可能であるだけでなく、評価の標準化と効率化を同時に実現しうる点において、療育手帳判定の実務における有用性が高いツールであると考えられる。

判定の不一致の原因 本研究においては、全体として高い一致が確認された一方で、一部の事例において判定の乖離が認められた。これらの乖離について質的に検討した結果、その要因は大きく「検査方法の差異」「検査結果の差異」「判定基準の差異」の3つに整理された。検査方法の差異として、適応行動の評価が標準化された定量的尺度に基づかず、質的な観察や非標準化ツールに依拠しているケースや、知能評価において標準的な知能検査ではなく発達検査が用いられているケースが多くみられた。特に自閉スペクトラム症の特性を有する対象者においては、検査場面での行動特性が得点に影響し、実際の知的機能水準よりも低く評価される可能性が示唆された。

次に、検査結果そのものの差異に起因するケースが最も多く認められた。特定の検査における系統的な得点バイアスや、検査実施条件の違いに伴う測定誤差が影響していると考えられる事例が含まれていた。ABIT-CVにおいても、適応行動の評価が保護者による他者評価に依存することから、評価バイアスにより得点が過大評価される可能性が示唆された。このように、測定手法の違いに加えて、情報提供者の特性や評価状況も乖離の一因となり得ることが明らかとなった。

さらに、判定基準の差異に起因する乖離も確認された。具体的には、適応行動の評価が実施されているにもかかわらず、その結果が最終判定に十分に反映されていないケースや、知的障害の国際的診断基準を満たさないにもかかわらず療育手帳が交付されているケースが認められた。これらは、知的機能と適応行動を同等に重視する国際的診断基準 (ICD-11、DSM-5 等) との乖離を示すものであり、判定基準の運用のばらつきが存在すること

を示唆している。

7-4. 結論

本研究では、自治体における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果との一致度および不一致の要因を検討した。その結果、知能および適応行動の得点レベル、ならびに判定カテゴリーのいずれにおいても高い一致が認められ、ABIT-CV は現行の判定実務と統合的な評価を提供しうることが示された。さらに、不一致が生じる場合であっても、その多くは隣接する重症度間にとどまった。

判定の不一致が認められた事例について分析した結果、その大半は ABIT-CV 自体の問題ではなく、判定機関における既存の検査手法や判定過程に起因するものであることが明らかとなった。特に、標準化されていない評価方法の使用、特定の検査における系統的な得点バイアス、ならびに判定基準の運用のばらつきが主要な要因として確認された。これらの知見は、現行の判定実務において評価手法および判定基準の統一が十分に図られていない現状を示すもので、標準化された評価ツールの導入の必要性を強く支持するものである。

他方で、少数ではあるものの、ABIT-CV における適応行動の評価で、保護者評価に由来する評価バイアスの影響が示唆されるケースも認められた。こうした事例では、知的機能と適応行動の間に大きな乖離が生じる可能性があるため、その解釈には慎重さが求められる。今後は、このような乖離が顕著なケースに対する対応方針を検討するとともに、補助的指標の活用や再評価の手続きの整備など、実務的な運用の高度化が求められる。

以上の結果から、ABIT-CV は療育手帳判定における客観性および公平性の向上に資する有効な評価ツールであることが示された。今後は、その適用範囲の拡張および運用上の課題の整理を進めることで、判定基準の標準化に向けた基盤の構築が期待される。

8. ABIT-CV 検査の内容と特徴、判定機関職員等への説明や見学の試行的実施（高柳伸哉・村山恭朗・小林真理子・山根隆宏・浜田 恵・明翫光宜、研究協力者：足立匡基・増山 晃大）

本研究では、ABIT-CV の内容や特徴をあらためて整理するとともに、児相・知更相等の判定機関職員からの反応や課題等を整理することを目的とし、希望の挙げられた一部の自治体において ABIT-CV 調査における研修や見学等の取り組みを試行的に実施する。

8-1. 方法

ABIT-CV 説明・研修、見学の参加者 自治体における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果の比較検証を行った全国の児相・知更相等 18 機関に対して、各機関の希望に応じて ABIT-CV の説明や研修、調査時の見学が可能であることを周知し、判定機関等の職員 34 名が参加した。また、ABIT-CV 調査実施地域の近隣にて心理学を専攻する大学院生や心理職を募集し、ABIT-CV 知的機能検査の説明や研修会を実施した。最終的に 37 名の大学院生・心理職が ABIT-CV 知的機能検査の検査者として雇用され、調査に参画した。

実施時期、手続き 2025 年 10 月～2026 年 1 月に、ABIT-CV の説明や研修、調査実施時の見学が可能であることを伝達し、自治体や判定機関の希望に応じて実施した。また、2026 年 1～2 月に大学院生・心理職対象の研修会を行い、2026 年 2～3 月には主に土日・祝日において ABIT-CV 調査が実施され、希望した自治体や児相・知更相等の職員が調査当日に見学に訪れた。

ABIT-CV の構成・内容

知的機能検査 ABIT-CV 知的機能検査は「視覚（①比較・展開、②仲間選び、数と見え方）」「言葉（①知識、②共通点）」「記憶」「算数」で構成されており、対象児者の年齢により「幼児版（就学前まで）」か「児童・成人版（就学以降）」のいずれかを

用いる。なお、各項目の採点は「正答（1）」か「誤答（0）」での評定とし、検査実施者が得点の範囲に迷うことのないよう、簡便な形式となっている。実施時間は 20～30 分程度と短時間での実施が可能である。また、検査者が用いる「ABIT-CV 実施マニュアル」が作成されており、検査実施において対象児者への説明や正答例・誤答例の確認など、具体的に参照できるようになっている。

適応行動尺度 既存の適応行動の評価尺度と同様に、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、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全 220 項目に及ぶ尺度であるが、実施時の利便性を考慮して、年齢に応じた開始項目および中止条件が設定されている。回答の所要時間は平均して 10～15 分程度である。ABIT-CV 適応行動尺度の回答方法や開始年齢、手順については、表紙に明記されているとともに、調査実施を統括する責任者が回答者から質問に返答したり、回答終了後にチェックを行うことで、回答の誤りや漏れに対応する。

ABIT-CV 標準得点の算出 各下位尺度の粗点を入力することで、それぞれの標準得点（平均 100、標準偏差 15）が算出できる換算ソフトを作成した。将来的には療育手帳の判定で ABIT-CV を用いる児相・知更相等の職員が実施後に標準得点を即座に算出できることを目指して開発している。

8-2. 結果と考察

ABIT-CV 説明・研修、見学の実施形態 ABIT-CV の説明・研修や調査実施時の見学を行った判定機関職員の人数について、事前の説明・研修は中国・四国が 20 名と突出して多く、北海道・東北から関西地域では 3～7 名の一定数がみられたものの、九州は 0 名であった。また調査当日に見学を行った判定機関職員は、関西の 7 名が最も多く、北海道・東北では 4 名が参加したものの、その他の地域では 0 名であった。特に見学参加がみられなかった

地域が複数みられた理由について、ABIT-CV 調査が主に土日祝日に実施された日程の影響によることが一因であると推察される。本研究は3か年計画の初年度であり、判定機関職員の調査当日の見学を促進するための環境整備を行う十分な時間がなかったことも影響したものと考えられる。

ABIT-CV の特徴 ABIT-CV は療育手帳の判定ツールとして国際的診断基準に準拠し、科学的に高い信頼性・妥当性を有しているだけでなく、療育手帳の判定を行う判定機関職員や対象児者や保護者等の負担軽減の効果も期待される実用性の高いツールとなっている。

ABIT-CV に関する判定機関職員の反応など 各地域・自治体における判定機関職員等を対象とした ABIT-CV 説明・研修や ABIT-CV 調査当日の見学において、参加した判定機関職員らに ABIT-CV に関する感想や質問を求めた。その結果、ABIT-CV 知的機能検査について、既存の検査ツールと比較して実施時間の短さや、詳細なマニュアルが準備され実施・評定が容易であることについて、想定より導入のハードルが低いなどの肯定的な評価が得られた。一方で、ABIT-CV 知的機能検査への質問や指摘、要望などがいくつか挙げられた。質問・指摘については、ABIT-CV 知的機能検査の実施マニュアルをさらにわかりやすくすることや、ABIT-CV 導入前に判定機関職員向けの ABIT-CV 検証結果の提示や実践的なワークショップを行うことなどにより対応可能な課題であると考えられる。

8-3. 結論

本研究の結果から、ABIT-CV 知的機能検査・適応行動尺度は国際的な診断基準に準拠し、科学的な手続きにより高い信頼性・妥当性が実証されている検査ツールであるだけでなく、療育手帳判定を行う判定機関職員等による実施も既存の検査ツールより容易であり、負担軽減も期待できることが示された。本研究の3か年計画初年度となる令和7年度では、個別の自治体・判定機関を対象と

した ABIT-CV の説明・研修、見学等の取り組みは試行的な実施にとどまったが、本研究の実績を基に令和8・9年度における調査と並行してさらなる自治体・判定機関において実際の検査ツールや調査用紙を用いた説明・研修、調査当日の見学の機会を提供することにより、判定機関職員等に ABIT-CV を周知して理解を促進し、療育手帳判定現場における実施について具体的な見通しや自信を高め、導入の実現可能性を高めていくことが期待される。

C. 健康危険情報

該当なし

D. 研究発表

1. 論文発表

岡田 俊：中等度～最重度知的発達症の人たちへの精神科薬物療法。「精神科治療学」、40(12), 1325-1329, 2025.

内山登紀夫：知的発達症についての新しい考え方。「精神医学」、67(12), 1539-1544, 2025.

2. 学会発表

該当なし

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）
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 准教授
小林 真理子 山梨英和大学人間文化学部人間文化学科 教授
高柳 伸哉 愛知教育大学心理講座 准教授
明翫 光宜 中京大学心理学部 教授

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（ABIT-CV）の開発を進めている。しかし、現行の判定・交付状況を踏まえると、ツールの開発のみでは各判定機関における活用環境が整わず、判定基準の統一は困難である。そこで本研究では、ABIT-CV の社会実装に向けた方策を検討するため、全国 7 地区で実施した説明会参加者を対象にアンケート調査を行った。

その結果、説明会の理解度は概ね良好であった一方、実務的理解を深めるための具体的情報や実践的研修へのニーズが示された。自由記述の分析から、導入における最大の課題はツール自体ではなく、制度的・運用的枠組みにあることが明らかとなった。特に、制度整備や関連制度との整合、研修体制の構築が重要であると認識されていた。また、現行の判定実務は研究班ガイドラインと十分に一致しておらず、知的機能評価の標準化の不統一や適応行動評価の未整備などの課題が確認された。

以上より、ABIT-CV の社会実装には、評価ツールの普及に加え、制度整備、制度間連携、研修体制の構築を含む包括的な政策対応が不可欠である。本研究の成果は、療育手帳制度の標準化および公平性の向上に資する基礎資料となることが期待される。

A. 研究目的

知的発達症（Disorders of Intellectual Development；以下、知的障害）を有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発出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。

しかし、先行研究においては、療育手帳の判定方法および交付基準に地域間のばらつきが存在することが指摘されている（例えば、村山・浜田、

2022）。こうしたばらつきは、転居に伴う再判定の必要性など、交付対象となる児者およびその家族に負担を生じさせるとともに、知的発達症を含む神経発達症の特性を有する児者に対する支援の地域間格差を引き起こしている（伊藤他，2025）。にもかかわらず、療育手帳の判定方法、交付基準、ならびに手帳等級の区分については、いまだ全国的な統一はなされていない。

本障害者政策研究事業では、このような現状の課題を踏まえ、療育手帳の判定・交付基準の統一

化を促進することを目的として、知的機能および適応行動を簡便に評価可能なツールの開発を進めている。しかしながら、療育手帳制度の運用開始以降、各判定機関においては多様なアセスメントツールが長年にわたり使用されてきている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2024）。このような状況を鑑みると、知的発達症の国際的診断基準に準拠した評価ツールである ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test - Clinical Version）を開発するのみでは、各判定機関における運用環境の整備が不十分なままとなり、療育手帳判定の統一化には直結しない可能性が高い。

以上を踏まえ、本研究では、ABIT-CVの社会実装を促進するため、療育手帳の判定・交付を担う機関の職員を対象とした説明会を開催し、その事後アンケートの内容を分析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 年度報告書参照）に関する説明会は、全国 7 地区（北海道、東北、関東、東海、近畿、中国、九州）において実

施された。具体的には、札幌市、仙台市、東京都、名古屋市、大阪市、広島市、福岡市にて開催された。説明会の実施期間は 2025 年 7 月から 8 月であった。

全体で、療育手帳の判定・交付機関に勤務する職員等 283 名が参加した。地区別の参加者数は、北海道 20 名 (7.1%)、東北 22 名 (7.8%)、関東 81 名 (28.6%)、東海 42 名 (14.8%)、近畿 52 名 (18.4%)、中国 27 名 (9.5%)、九州 39 名 (13.8%) であった (Table 1)。

参加者の療育手帳判定・交付業務の経験年数については、4 名が無回答であり、9 名 (3.2%) が「その他」と回答した。経験年数別では、10 年以上の経験を有する者が最も多く (123 名、44.1%)、次いで 6～9 年 (52 名、18.6%)、3～5 年 (50 名、17.9%)、3 年未満 (45 名、16.1%) であった。

地区別にみると、北海道地区を除き、すべての地区において 10 年以上の経験を有する職員が最も多かった。一方、北海道地区では「3～5 年」および「10 年以上」がそれぞれ 5 名 (26.3%) と同数であった。

2. 説明会の概要

本研究班が開発した ABIT-CV に関する説明会

Table 1 各会場の参加者数と判定業務の経験

	3年未満		3-5年		6-9年		10年以上		その他		合計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全体	45	16.1%	50	17.9%	52	18.6%	123	44.1%	9	3.2%	279
地域別											
札幌	1	5.3%	5	26.3%	4	21.1%	5	26.3%	4	21.1%	19
仙台	5	22.7%	3	13.6%	6	27.3%	8	36.4%	0	0.0%	22
広島	5	18.5%	4	14.8%	4	14.8%	13	48.1%	1	3.7%	27
東京	12	15.0%	14	17.5%	14	17.5%	38	47.5%	2	2.5%	80
名古屋	6	14.3%	8	19.0%	6	14.3%	22	52.4%	0	0.0%	42
大阪	7	14.0%	7	14.0%	11	22.0%	23	46.0%	2	4.0%	50
福岡	9	23.1%	9	23.1%	7	17.9%	14	35.9%	0	0.0%	39

は、以下の内容で構成された。

- (1) ICD-11 における知的発達症の診断基準
- (2) 研究班が提案する療育手帳の判定・交付に関するガイドライン
- (3) ABIT-CV 開発の概要
 - (ア) 開発の背景および目的
 - (イ) 項目の説明
 - (ウ) 開発研究の結果
 - ① 検査項目
 - ② ノルム設定手続き
 - ③ 信頼性・妥当性
 - ④ 識別精度
- (4) 動画による ABIT-CV (知的機能評価パート) の実施場面の視聴
- (5) 質疑応答

すべての地区において同一内容で実施され、所要時間は質疑応答を含めて約 120 分であった。特に (4) では、参加者は研究班が作成した実施・採点マニュアルおよび検査項目資料を参照しながら、知的発達症の診断を有し療育手帳の交付を受けている児童に対する ABIT-CV (知的機能評価パート) の実施場面を収録した動画を視聴した。

3. 事後アンケート

説明会終了後、参加者に対して事後アンケートを実施した。アンケートは 7 項目で構成され、内容および回答形式は以下の通りである。実際の質問票は巻末資料 (Appendix 1) に示した。

質問① 「判定業務の経験 (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 「本説明会の情報量について」 - 3 件法 (1: 多すぎる、2: 適当、3: 少ない)

※「少ない」と回答した場合、追加で自由記述を求めた。

質問③ 「ABIT-CV の説明の分かりやすさ」 - 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④ (自由記述)

ABIT-CV を療育手帳判定に活用するために必要な取組

質問⑤ (自由記述)

全国展開に向けて必要な研修

質問⑥ 「勤務機関における療育手帳判定基準の提案するガイドラインとの一致度」 - 4 件法 (1: 概ね一致、2: 部分的に一致、3: あまり一致していない、4: ほとんど一致していない)

質問⑦ (自由記述)

提案するガイドラインを活用するために必要な取組

なお、質問③において「やや分かりにくかった」または「まったく分からなかった」と回答した者には、理解促進のために必要な情報について追加の自由記述を求めた。

C. 結果と考察

質問② (「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 2 に示した。全参加者 283 名のうち、280 名が本質問に回答しており、回答率は 98.9% と最も多く、「少ない」が 8 名 (2.9%)、「多すぎる」が 4 名 (1.4%) であった。したがって、説明会で提供された情報量は、概ね適切であったと評価された。であった。回答の内訳は、「適切」が 268 名 (95.7%) と最も多く、「少ない」が 8 名 (2.9%)、「多すぎる」が 4 名 (1.4%) であった。したがって、説明会で提供された情報量は、概ね適切であったと評価された。

Table 2 説明会での情報量

	<i>n</i>	割合
多すぎる	4	1.4%
適当	268	95.7%
少ない	0	0.0%
合計	280	

「少ない」と回答した者に対して、「更にどのような情報を提示すべきか」を自由記述で求めたところ、「数値の算出方法の詳細」や「ABIT-CV の実施場面の動画をより多く提示してほしい」といった意見がみられた (Table 4)。これらの結果から、説明会の内容自体は概ね適切であるものの、実務的な理解を深めるための具体的情報に対するニーズが一定程度存在することが示唆される。

質問③ (「ABIT-CV の概要や特長に関する説明は、分かりやすかったと感じましたか?」) については、274 名が回答し (回答率 96.8%)、そのうち大多数が「分かりやすかった」と回答した。また、「まったく分からなかった」と回答した者はいなかった (Table 3)。この結果から、ABIT-CV の基本的な概念や特徴については、説明会を通じて十分に理解可能であったと考えられる。

質問④ (「療育手帳の判定において、知的機能および適応行動を評価するツールとして ABIT-CV を活用していくためには、どのような取組が必要か」) に対しては、120 名から自由記述による回答が得られた。これらの回答を内容分析した結果、「制度整備・法整備」「研修・人材育成」など、大別して 7 つのカテゴリ (大分類) に分けられた (Table 4)。

最も多く挙げられたのは「制度整備・法整備」に関する記述であり、回答者の 53.3% が該当した。この結果は、参加者の多くが、ABIT-CV の導入・

Table 3 説明会の分かりやすさ

	<i>n</i>	割合
分かりやすかった	246	89.8%
やや分かりにくかった	28	10.2%
まったく分からなかった	0	0.0%
合計	274	

活用における最大の課題を、現行の療育手帳制度の構造的問題、すなわち判定基準の地域差や制度的根拠の不十分さにあると認識していることを示している。特に、療育手帳制度の法制化や全国的な基準統一、さらには精神保健福祉手帳や障害年金制度など他制度との整合性の確保が重要な課題として指摘された。

「制度整備・法整備」の回答に関して、さらに分類したところ、療育手帳の判定・交付基準や制度そのものの全国統一や法制化に関する回答が最も多く、このカテゴリのおよそ 3 割 ($n=37, 30.8\%$; Table 5) を占めた。次に、精神保健福祉手帳や障害年金等の他の制度との連携や整合に関する回答が多く、このカテゴリのおよそ 2 割を占めた ($n=26, 21.7\%$)。

大分類において、「制度整備・法整備」に次いで多かったのは「研修・人材育成」であり、回答者の 23.3% がこのカテゴリに該当する回答を示した。さらに、このカテゴリの回答を分類したところ、ABIT-CV の実施や採点に係る研修の必要性に関する回答が最も多く寄せられ、当該カテゴリの 16% を占めた。

Table 4 質問④の回答に関するカテゴリ

カテゴリ	n	%
制度整備・法整備	64	53.3
研修・人材育成	28	23.3
周知・説明	19	15.8
マニュアル整備	12	10.0
ABIT-CVの改善	9	7.5
研究・エビデンス	5	4.2
実務運用課題	5	4.2

注) 本質問への回答者は120名だったが、複数のカテゴリに渡る回答をした者がいたため、回答数の合計は120を上回る。

この結果から、ABIT-CV の実装にあたっては、ツールの開発そのものに加えて、それを適切に運用できる人材の育成が不可欠であることが示唆される。特に、検査の実施方法や採点手続きに関する実務的な研修、および継続的なフォロー体制の整備の必要性があることが示唆される。

一方で、大分類において、「ABIT-CV の改善」に関する記述は9名(7.5%)にとどまった。この結果は、現場の実務者が ABIT-CV の基本的な構成や操作性について概ね肯定的に評価していることを示唆するとともに、ツール自体の改良よりも、制度的・運用的な環境整備の方が、導入の成否を左右する要因として強く認識されていることを示している。

以上の結果から、ABIT-CV の社会実装を進めるためには、単に評価ツールの開発・普及を図るだけでは不十分であり、制度整備、研修体制の構築、関係機関への周知といった多面的な取組が必要であることが明らかとなった。

質問⑤(「全国の判定機関において ABIT-CV を実用化していくためには、どのような研修が必要・有益であるとお考えですか?」)に対しては、120

名から自由記述による回答が得られた。これらの回答を内容分析した結果、「実施・採点に関する研修」「実践型・体験型研修」など、大別して7つのカテゴリ(大分類)に分類された(Table 6、Table 7)。

最も多く挙げられたのは、「実施・採点に関する研修」であり、回答者の65.0%が該当した。このカテゴリには、検査の実施手順、教示方法、採点基準の統一など、ABIT-CV を適切に運用するための基本的技能の習得に関するニーズが含まれていた。これは、評価の信頼性および判定の一貫性を担保する上で、実施者間のばらつきを最小化する必要性が強く認識されていることを示している。

次いで多かったのは、「実践型・体験型研修」であり、54名(45.0%)が該当した。このカテゴリには、ロールプレイや実技演習、実際の検査場面の動画視聴、事例検討など、実際の判定場面を想定した体験的な学習機会に関する要望が含まれていた。特に、知的発達症を有する児者およびその保護者への対応を含めた実施過程を体験的に学ぶことへのニーズが顕著であった。

Table 6 質問⑤の回答に関するカテゴリ

カテゴリ(大分類)	n	%
実施・採点に関する研修	78	65
実践型・体験型研修	54	45
解釈・フィードバック研修	36	30
適応行動評価に関する研修	29	24.2
研修体制・提供方法 (オンライン等)	27	22.5
組織・制度理解のための研修	21	17.5
継続的・段階的研修 (フォローアップ)	18	15

注) 本質問への回答者は120名だったが、複数のカテゴリに渡る回答をした者がいたため、回答数の合計は120を上回る。

Table 5 質問④への回答に関する大分類と中分類のカテゴリ

大分類	中分類	n	%	凡例
① 制度整備・法整備	基準・制度の全国統一 (法制化含む)	37	30.8	「各自治体で判定基準が異なるため、国レベルでの法整備と基準統一が必要」 「療育手帳制度を法制化し、全国で統一的に運用される仕組みが必要」
	他制度との整合（精神手帳・年金・教育等）	26	21.7	「精神保健福祉手帳や障害年金との関係を整理しないと活用は難しい」 「教育や医療機関でも結果が使えるよう制度間の連携が必要」
	移行期対応・不利益回避	23	19.2	「これまで該当だった人が非該当になる場合のフォローが必要」 「サービスが受けられなくなるケースへの制度的な補償が必要」
	運用ルール・要綱整備	18	15.0	「要綱や判定基準の明確化がないと現場で使いにくい」 「判定の流れや再判定の扱いを統一する必要がある」
② 研修・人材育成	実施研修（教示・採点）	19	15.8	「検査の実施方法や採点についての研修が必須」 「実際の用具を使ったトレーニングが必要」
	継続研修・フォロー体制	12	10.0	「人事異動があるため定期的な研修が必要」 「実施後の疑問に答えるフォロー体制が必要」
	見学・実践機会の確保	7	5.8	「実施の見学機会があると理解しやすい」 「実際に試行できる場があるとよい」
	対象拡張（心理職以外等）	5	4.2	「心理職以外でも実施できる体制が望ましい」 「多職種で共有できる研修が必要」
③ 周知・説明	関係機関への周知	11	9.2	「医療機関や学校への周知が不可欠」 「関係機関と情報共有できる仕組みが必要」
	保護者・当事者への説明	8	6.7	「判定基準が変わることを丁寧に説明する必要がある」 「非該当となる場合の理解を得るための説明が重要」
	導入メリットの説明	5	4.2	「ABIT-CVを導入する意義を現場に示す必要がある」 「既存検査との違いと利点を明確にする必要がある」
④ マニュアル整備	実施・採点マニュアル	7	5.8	「教示や採点基準を詳細に示したマニュアルが必要」 「再質問の扱いなども明確にしてほしい」
	適応行動評価の標準化	6	5.0	「保護者の回答によるばらつきを減らす工夫が必要」 「評価方法の統一が求められる」
	ケース対応ガイド	4	3.3	「検査に乗れないケースの対応指針が必要」 「途中終了時の扱いを明確にしてほしい」
⑤ ABIT-CVの改善	出力・レポート改善	4	3.3	「得意不得意が分かる結果表示がほしい」 「所見やコメントが出力できるとよい」
	多言語・障害対応	3	2.5	「外国籍児への対応として多言語版が必要」 「視覚・聴覚障害への配慮が必要」
	測定仕様（IQ範囲等）	3	2.5	「IQの下限・上限の扱いを見直してほしい」 「既存検査との比較可能性が必要」

Table 5 質問④への回答に関する大分類と中分類のカテゴリ（続き）

⑥ 研究・エビデンス	他検査との比較	3	2.5	「WISCやビネーとの結果の違いを検証してほしい」 「既存検査との整合性を示す必要がある」
	判定一致・影響検証	2	1.7	「判定がどの程度変わるのかデータがほしい」 「導入による影響を事前に示してほしい」
⑦ 実務運用課題	現場負担・人員問題	3	2.5	「人力的に実施が難しい可能性がある」 「業務負担とのバランスが課題」
	特殊ケース対応	2	1.7	「自閉症などで検査に乗れない場合の対応が必要」 「外国籍児の評価が難しい」
	システム・運用環境	2	1.7	「セキュリティの問題で導入が難しい場合がある」 「システムとの連携が課題」

注) 各カテゴリにおける中分類の割合(%)は大カテゴリの回答者数を母数としている。

これらの結果を踏まえると、ABIT-CVの実装および実用化を推進するためには、単なる講義形式の研修にとどまらず、実施手続きの習得と臨床的判断力の向上を同時に支援するワークショップ形式の研修が重要であると考えられる。すなわち、標準化された手順の習得と、実践的状況への適用能力の双方を涵養する研修体制の構築が求められる。

質問⑥（「現在、あなたが勤務されている機関における療育手帳の判定基準は、研究班が提案するガイドラインとどの程度一致していますか？」）には、280名から回答が得られた。その内訳は、「部分的に一致」が最も多く（124名、44.3%）、次いで「あまり一致していない」（108名、38.6%）、「ほとんど一致していない」（26名、9.3%）、「概ね一致」（22名、7.9%）であった。これらの結果から、全体として、完全な一致よりも部分的または不一致と評価する回答が大半を占めることが示された。

「あまり一致していない」または「ほとんど一致していない」と回答した者134名に対して、研究班が提案する交付判定ガイドラインと一致しない点について自由記述を求めた（「どのような点が、

研究班のガイドラインと一致していないと感じますか？）。その結果、当該設問に対しては延べ140件の回答が得られた。これらの回答は複数の観点を含むものが多く、内容分析の結果、主な不一致点としていくつかのカテゴリに整理された（Table 8）。

そのうち、最も多く挙げられたのは、「知的機能の評価手法の不一致」であり、97名（69.3%）が該当した。このカテゴリには、ノルム化された知能検査が用いられていない点や、比率IQを用いる検査が使用されている点などが含まれていた。

次いで多かったのは、適応行動に関する評価の問題であり、「適応行動評価の未整備」（71名、50.7%）および「二軸評価（知的機能と適応行動）の未実施」（63名、45.0%）に関する回答が多くみられた。

これらの結果は、療育手帳の交付判定を行う機関を対象とした先行調査（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2024）の知見とも一致しており、現行の判定実務においては、ICD-11における知的発達症の診断基準に必ずしも整合しない評価方法や判定基準が広く用いられている実態を示している。

Table 7 質問⑤の回答に関するカテゴリ（大分類と中分類）とその割合

大分類	中分類	n	%	凡例
① 実施・採点に関する研修	実施手順・採点基準	68	87.2	実施方法や採点基準の詳細な研修が必要 正答・誤答例を明確にしてほしい
	マニュアル理解	41	52.6	マニュアルに基づく実施研修が必要 教示の統一ができる研修が望ましい
② 実践型・体験型研修	ロールプレイ・実技演習	39	72.2	ロールプレイを含めた研修が有益 実際に検査を体験できる機会が必要
	動画・デモンストレーション	36	66.7	実施場面の動画を見られる研修が良い デモ映像を配布してほしい
	事例検討	28	51.9	ケーススタディを用いた研修が必要 判断に迷う事例を共有したい
③ 解釈・フィードバック研修	結果解釈	31	86.1	検査結果の解釈に関する研修が必要 判定へのつながりを理解したい
	フィードバック方法	24	66.7	保護者への説明方法を学びたい 助言の仕方についての研修が必要
④ 適応行動評価に関する研修	評価方法	26	89.7	保護者回答のばらつきをどう扱うか学びたい 聞き取り方法の研修が必要
	判断のばらつき対策	22	75.9	評価者による差が出ない工夫が必要 基準統一の研修が必要
⑤ 研修体制・提供方法	オンライン研修	21	77.8	オンラインで受講できる形がよい Zoomで定期開催してほしい
	教材・配布物	19	70.4	DVDや動画教材があるとよい オンデマンド教材が必要
	地域アクセス	14	51.9	各地域で研修を実施してほしい 交通負担の少ない形が望ましい
⑥ 組織・制度理解	制度理解	17	81	制度との関係を含めた研修が必要 他制度との整合を説明したい
	管理職向け	12	57.1	管理職への説明機会も必要 組織全体で理解を共有
⑦ 継続的研修	継続研修	16	88.9	定期的な研修が必要 導入後フォローが必要
	質疑・相談体制	13	72.2	疑問を解消できる場が必要 現場相談の仕組みが必要

注) 割合は各大分類に該当した回答者数を母数として算出した。各大分類内において複数の中分類に該当する回答が含まれるため、割合の合計は100%にならない。

Table 8 研究班のガイドラインと一致していない点に関するカテゴリとその割合

カテゴリ	n	%	凡例
① 知的機能の評価手法の不一致	97	69.3%	「ノルム化された知能検査ではなく、田中ビネーやK式などを用いて判定している」 「比率IQを用いる検査を使用しており、偏差IQに基づく評価とは一致していない」
② 適応行動評価の未整備（測定自体および判定結果への反映）	71	50.7%	「適応行動は聞き取りで把握しているが、標準化された検査で数値化していない」 「適応行動の情報は収集しているものの、判定にはほとんど反映されていない」
③ 二軸評価の未実施	63	45.0%	「知的機能のみで判定しており、適応行動を含めた二軸評価は実施していない」 「発達検査の結果を中心に判定しており、二軸での評価体系にはなっていない」
④ 再判定時期・運用の不一致	51	36.4%	「成人以降は原則として再判定を行っておらず、ガイドラインと一致していない」 「再判定の間隔が自治体独自で設定されており、ガイドラインより長い」
⑤ 判定基準・等級区分の不一致	39	27.9%	「IQの区分や等級の境界値がガイドラインと異なっている」 「IQの上限値や軽度・中度の区分基準が一致していない」
⑥ 発達障害等の特例運用	28	20.0%	「発達障害の診断があればIQが高くても療育手帳を交付している」 「ASDの特例により、一般基準とは異なる判定を行っている」
⑦ 評価軸の追加（3軸など）	18	12.9%	「知的機能と適応行動に加えて、介護度を含めた三軸で評価している」 「問題行動や医療的ケアの必要性を判定に加味している」
⑧ その他	15	10.7%	

注) 参加者のうち、140名が回答した。各カテゴリのnは、当該内容に言及した回答者数を示す。1人の回答者が複数のカテゴリに該当する場合があるため、合計は回答者数と一致しない。

以上を踏まえると、療育手帳の判定基準の標準化や ABIT-CV の実装および実用化を推進するためには、評価ツールの整備のみならず、制度的枠組みの見直しおよび法的整備を含めた包括的な対応が不可欠であると考えられる。

質問⑦（「療育手帳の交付・判定において、研究班が提案するガイドラインを現場で活用していくためには、どのような取組が必要だとお考えですか？」）については、194名から自由記述による回答が得られた。これらの回答を内容分析した結果、

複数のカテゴリに整理された（Table 9）。

最も多く挙げられたニーズは、行政的および法的な制度整備であり、96名（49.5%）が該当した。次いで、教育や福祉サービスなど関連制度との整合に関する指摘が多く（62名、32.0%）、さらに、研修の実施（54名、27.8%）や再判定制度の見直し（48名、24.7%）に関する回答も多くみられた。

これらの結果から、研究班が提案するガイドラインの実装にあたっては、ABIT-CV を含む評価ツール自体の改良にとどまらず、現行の療育手帳制度の見直しや再構築、ならびに教育・福祉等の関

Table 9 研究班のガイドラインの実装に向けた取組

カテゴリ	n	割合	凡例
① 行政的制度整備・法整備（全国統一含む）	96	49.5%	「療育手帳制度を法制化し、全国で統一的な判定基準を整備する必要がある」 「自治体ごとの運用差を是正するため、国レベルでの制度設計が求められる」
② 他制度との整合・連携（教育・福祉・手当・年金等）	62	32.0%	「障害年金や精神保健福祉手帳との基準の整合を図る必要がある」 「教育機関や福祉サービスと評価結果を共有できる仕組みが必要」
③ 研修・人材育成（実施・解釈・周知）	54	27.8%	「検査の実施方法や採点基準に関する体系的な研修が必要である」 「結果の解釈や保護者へのフィードバック方法を学ぶ機会が求められる」
④ 再判定制度・運用の見直し（時期・負担・基準）	48	24.7%	「再判定の時期を年齢発達に応じて柔軟に設定する必要がある」 「再判定に伴う利用者負担を軽減する制度設計が求められる」
⑤ 既存利用者への配慮・移行措置（不利益回避）	45	23.2%	「新基準の導入により既存の手帳所持者が不利益を受けないよう配慮が必要」 「段階的な移行措置や経過措置を設けることが重要である」
⑥ 実施体制・人員・業務負担（マンパワー問題）	41	21.1%	「現行の人員体制では新たな検査の導入が困難であり、増員が必要である」 「業務負担を考慮した実施体制の見直しが求められる」
⑦ 検査・評価手法の改善（アウトプット・指標・妥当性）	38	19.6%	「結果の出力形式を分かりやすくし、判定に活用しやすくする必要がある」 「既存検査との比較可能性や妥当性の検証が求められる」
⑧ 多言語対応・特別ニーズ対応（外国籍・障害特性）	33	17.0%	「外国籍の児童にも対応できる多言語版の整備が必要である」 「自閉スペクトラム症など特性に応じた実施方法の工夫が求められる」
⑨ 情報提供・周知・理解促進（保護者・自治体・関係機関）	31	16.0%	「保護者や関係機関に対して制度変更の意義を丁寧に説明する必要がある」 「現場職員への周知を徹底し、理解を共有することが重要である」
⑩ 運用柔軟性・段階的導入（併用・試行・裁量）	26	13.4%	「既存の検査と併用しながら段階的に導入することが望ましい」 「地域の実情に応じた柔軟な運用ができる余地を残す必要がある」
⑪ その他（技術的・個別課題）	18	9.3%	「検査実施に必要な環境整備（機器やスペース）が課題である」 「個別ケースに応じた例外的対応の指針が必要である」

注）総回答者は194名であったが、各カテゴリのnは、当該内容に言及した回答者数を示す。1人の回答者が複数のカテゴリに該当する場合があるため、合計は回答者数と一致しない。

連制度との整合性の確保といった、政策的・制度的レベルでの対応が不可欠であることが示唆される。とりわけ、制度整備および制度間の整合に関する指摘が上位を占めたことは、ガイドラインの実装における主要な障壁が技術的課題ではなく、制度的枠組みにあることを示している。

D. 結論

本研究の結果から、療育手帳の交付・判定に関する現行の運用は、研究班が提案するガイドラインと十分に一致しておらず、その主たる要因は評価ツールの問題ではなく、制度的・運用的な枠組みにあることが明らかとなった。特に、知的機能

評価における標準化手法の不統一、適応行動評価の未整備、および二軸評価の未実施といった課題が広く存在しており、ICD-11に基づく評価体系との乖離が認められた。

また、ABIT-CVの導入・活用に関するニーズとして、制度整備・法整備、関連制度との整合、研修体制の構築が繰り返し指摘されており、特に制度的枠組みの見直しが最も重要な課題として位置づけられた。これらの結果は、評価ツールの開発・普及のみでは実装は達成されず、制度改革を含む包括的な対応が不可欠であることを示している。

以上を踏まえ、今後の政策的課題として、以下の取組が求められる。第一に、療育手帳制度の法制化および判定基準の全国的統一を含む制度整備の推進である。第二に、精神保健福祉手帳や障害年金等の関連制度との整合性を確保し、評価結果が一貫して活用される仕組みの構築である。第三に、ABIT-CVを含む評価手法の適切な運用を担保するため、実施・採点・解釈に関する体系的かつ継続的な研修体制の整備である。第四に、既存の療育手帳所持者に不利益が生じないよう、段階的導入や経過措置を含む移行支援の検討である。

これらの多面的な取組を統合的に推進することにより、療育手帳の判定・交付の標準化と公平性の向上が図られ、知的発達症を有する児者に対する適切な支援の提供に資するものと考えられる。

文献

伊藤大幸, 村山恭朗, 浜田 恵ら (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 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 (2022). 療育手帳交付対能検査と他の知能/発達検査の関連、象徴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

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(25GC1009)」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、以下の項目 1-7 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. 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」と回答された方にお伺いします。
更にどのような情報を本説明会で提示すべきでしょうか?

ABIT-CV について

3. ABIT-CV の概要や特長に関する説明は、わかりやすかったと感じましたか?(該当するものを一つお選びください)

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」と回答された方にお伺いします。
ABIT-CV への理解を深めるためには、どのような情報や説明があるとよいとお考えですか?

4. 療育手帳の判定において、知的機能および適応行動を評価するツールとして ABIT-CV を活用していくためには、どのような取組（例：行政的な制度整備、ABIT-CV の改善、研修の実施など）が必要だとお考えですか？

5. 全国の判定機関において ABIT-CV を実用化していくためには、どのような研修が必要・有益であるとお考えですか？

交付・判定に関するガイドラインについて

6. 現在、あなたが勤務されている機関における療育手帳の判定基準は、研究班が提案するガイドライン（例：ノルム化検査に基づく二軸評価、再判定の時期設定など）と、どの程度一致していますか？（該当するものを一つお選びください）

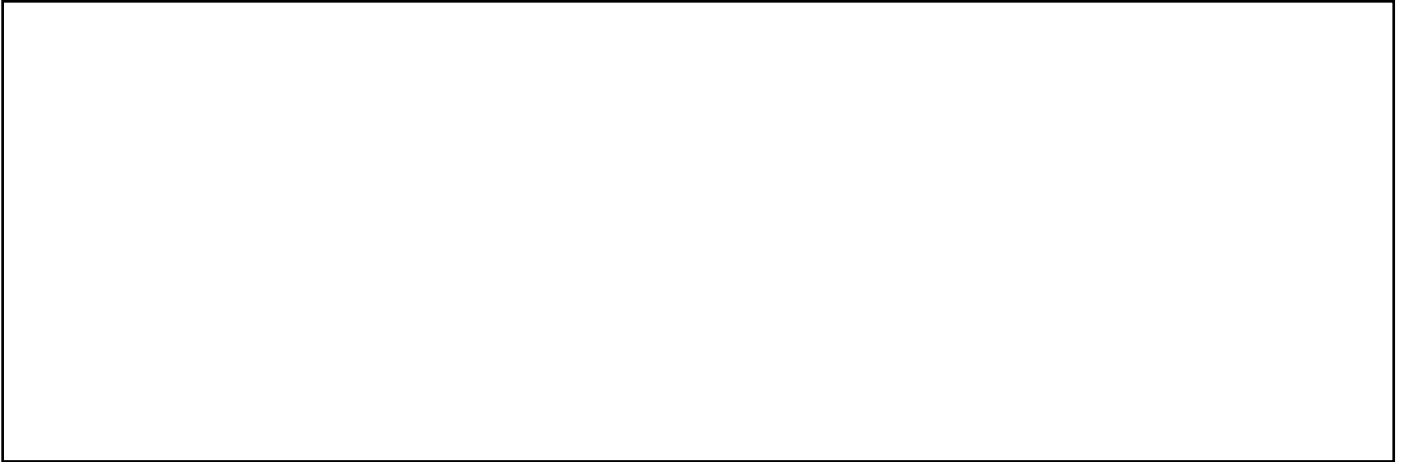
1：概ね一致 2：部分的に一致（例：知能検査のみノルム化検査を使用） 3：あまり一致していない

4：ほとんど一致していない

➤ 上記で「3」または「4」と回答された方にお伺いします。

どのような点（判定基準や運用方法など）が、研究班のガイドラインと一致していないと感じます

7. 療育手帳の交付・判定において、研究班が提案するガイドライン（例：ノルム化検査に基づく2軸評価、再判定の時期設定など）を現場で活用していくためには、どのような取組（例：行政的な制度整備、研修の実施など）が必要だとお考えですか？



アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

知的発達症における ICD-10 と ICD-11 の

IQ 判定基準の差異について

——歴史的背景と ICD-11 の構造の理解——

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学福祉学部 教授

研究要旨

世界保健機関（WHO）が定める国際疾病分類において、第 10 版（ICD-10）の「精神遅滞（Mental retardation）」は、第 11 版（ICD-11）で「知的発達症（Disorders of intellectual development）」へと名称および概念が改訂された。ICD-10 では IQ の絶対値が重症度分類の直接的基準であったのに対し、ICD-11 では平均からの標準偏差（SD）に基づく評価と適応行動評価との二軸評価へ移行している。日本の療育手帳制度は長らく ICD-10 に準拠した IQ 中心の運用がなされてきたため、ICD-11 の導入は判定枠組みに大きな影響を及ぼしうる。本稿では、両分類の重症度基準とその歴史的背景を整理した上で、ICD-11 が IQ 値を明示しない理由と、ICD-11 準拠への移行が日本の療育手帳制度にもたらしうる変化を考察した。

キーワード：知的発達症，ICD-11，ICD-10，AAMD，知能指数，適応行動，療育手帳

A. 研究目的

世界保健機関（WHO）が定める国際疾病分類において、第 10 版（ICD-10）の「精神遅滞（Mental retardation）」は、第 11 版（ICD-11）で「知的発達症（Disorders of intellectual development）」へと名称および概念が改訂された。ICD-10 では IQ（知能指数）の数値そのものが重症度分類の直接的な基準として用いられていたが、ICD-11 では平均からの標準偏差（Standard Deviation: SD）に基づく評価および適応行動評価との二軸評価へと移行している。

日本で ICD-11 が普及・採用された場合、ICD-10 の重症度分類との差異により、臨床現場や福祉行政の実務に混乱が生じる可能性がある。本分担報告では、こうした混乱を最小化するための基礎資料として、ICD-10 と ICD-11 の重症度分類の差異とその歴史的背景を文献検討に基づいて整理することを目的とする。あわ

せて、ICD-11 の重症度基準を日本で従来用いられてきた IQ 値に換算した場合の関係を示し、療育手帳制度における判定枠組みへの含意を考察する。

B. 各検討点の整理

1. ICD-11 における知的発達症の位置づけと診断構造

ICD-11 において、「知的発達症（Disorders of intellectual development）」は神経発達症（Neurodevelopmental disorders）群に位置づけられ、発達期に生じる中枢神経系の障害の結果として生じる認知および行動の障害と定義されている。ICD-11 における知的発達症の診断および重症度分類は、従来の IQ 偏重から脱却し、知的能力と適応行動の両側面を同等に重視する方向へとパラダイムシフトを遂げた。

診断および重症度の評価には、可能な限り適切に標準化され、個別に実施される知能検査および適応行動検査を用いることが求められる。重症度は特定の IQ

スコアの閾値ではなく、検査結果が同年齢の定型発達
の「平均値から何標準偏差（SD）低いか」という相
対的な逸脱度に基づいて分類される。通常、重症度の
レベルは、知的機能と3つの適応行動領域（概念的・
社会的・実用的）の大部分が該当する水準に基づいて
総合的に割り当てられる。適応行動とは、個人が日常
生活を送る上で習得し、実践している概念的、社会的、
および実用的スキルの集合を指す。

2. ICD-11の重症度分類の基準

ICD-11で規定されている具体的な重症度分類とその
基準は以下のとおりである。

2.1 軽度（Mild）

知的機能および適応行動が、平均から約2~3 SD 低
い範囲（約0.1~2.3パーセンタイル）にある。複雑な
言語概念や学業スキルの習得に困難を示すことが多い
が、基本的な身辺自立や家事などは習得可能である。
多くの場合、適切な支援があれば成人として独立した
生活や就労が可能である。

2.2 中等度（Moderate）

知的機能および適応行動が、平均から約3~4 SD 低
い範囲（約0.003~0.1パーセンタイル）にある。言語
や学業スキルの習得能力は基本的なものに限定される。
成人として自立した生活や就労を達成するためには、
相当かつ継続的な支援が必要となる。

2.3 重度（Severe）

知的機能および適応行動が、平均から約4 SD 以上
低い範囲（約0.003パーセンタイル未満）にある。言
語や学業スキルの習得能力は非常に限られている。運
動機能障害を伴うこともあり、適切なケアのためには
監視された環境での日常的な支援を要する。

2.4 最重度（Profound）

知的機能および適応行動が、重度と同様に平均から
約4 SD 以上低い範囲にある。コミュニケーション能
力は非常に限定的であり、運動および感覚の障害を併

発することもある。生活のあらゆる面で日常的な支援
と監視下でのケアが必要である。

2.5 重度と最重度の鑑別における留意点

既存の標準化された知能検査では、0.003パーセン
タイル未満（約4 SD 以上低い範囲）の知的機能を高
い信頼性および妥当性をもって正確に区別することは
不可能である。そのため、ICD-11においては、重度と
最重度の鑑別は知能検査の数値に依らず、専ら「適応
行動の違い」に基づいて行われると明記されている。
これは、検査の限界を率直に認めたいという、実生活上
の支援ニーズに即した区分を行うという、ICD-11の基
本理念を端的に示すものである。

3. その他の分類カテゴリー

上記の4段階の重症度分類に加え、以下の診断カテ
ゴリーが用意されている。

3.1 暫定的な知的発達症（Provisional）

障害の証拠はあるものの、対象者が4歳未満の乳幼
児であり、観察された障害が一時的な遅れであるかど
うかの確認が困難な場合（全般的発達遅滞とも呼ばれ
る）に適用される。また、4歳以上であっても、感覚
障害（盲や聾など）や重度の身体・運動機能障害、重
篤な行動上の問題などにより、知的機能および適応行
動の適切な評価を実施できない場合にも用いられる。

3.2 詳細不明の知的発達症（Unspecified）

知的発達症の診断要件を満たすと思われるが、特定
の重症度を決定するための十分な情報が得られない場
合などに適用される。

4. ICD-11の重症度基準とIQ値との関係

ICD-11では重症度分類にIQの絶対値が明示されて
いない。これはIQ単独での重症度判定がもつ問題を
回避し、適応行動評価との二軸評価を促すための制度
設計である。しかし、日本ではICD-10に準拠した重
症度区分（IQによる4段階分類）が長年用いられてき
たため、ICD-11との接続を考えるうえでは、SDによ

る規定を従来の IQ 値に換算して整理することに一定の意義がある。

一般的な知能検査の算出基準である「平均 100、標準偏差 15」を前提とすれば、ICD-11 で規定されている各重症度の IQ 値は次のように推計される。軽度 (Mild) は平均より約 2~3 SD 低下に相当し、 $100 - (15 \times 2) = 70$ 、 $100 - (15 \times 3) = 55$ であるから算出 IQ は 55~70 となる。中等度 (Moderate) は平均より約 3~4 SD 低下に相当し、算出 IQ は 40~55 となる。重度 (Severe) および最重度 (Profound) はいずれも平均より約 4 SD 以上低下であり、算出 IQ は 40 未満となる (両者の区別は適応行動による)。

上記の換算に基づき、ICD-10 の IQ 基準と ICD-11 の SD・パーセンタイル基準を比較した結果を文末の表 1 に示す。両者の重症度区分の境界は、軽度と中等度の境 (ICD-10 では IQ 50、ICD-11 では算出 IQ 55)、中等度と重度の境 (ICD-10 では IQ 35、ICD-11 では算出 IQ 40) であり、数値として 5 のずれがあり、ICD-11 の方が重症度を一段重く割り当てる方向に作用する範囲が存在することがわかる。

5. 重症度分類の歴史的変遷—比率 IQ から偏差 IQ へ

ICD-10 と ICD-11 の差異を理解するためには、知的障害 (精神遅滞) の分類基準が歴史的にどのように変遷してきたかを把握することが有用である。以下では、米国精神遅滞協会 (AAMD: American Association on Mental Deficiency) の分類マニュアルの展開を中心に、比率 IQ から偏差 IQ への移行、および臨床的判断の重視という変化を概観する。

5.1 初期分類における IQ 50 という閾値

初期の知能検査が開発された 19 世紀末から 20 世紀初頭にかけては、精神遅滞は「idiot (白痴)」「imbecile (痴愚)」「moron (魯鈍)」の 3 段階に分類されており、おおよそのカットオフスコアとして 25、50、75 という数値が用いられていた。当時の IQ は「精神年齢 (MA) ÷ 生活年齢 (CA) × 100」という比

率 IQ として計算されていた。この枠組みにおいて「IQ 50」という数値は、精神年齢の発達速度が生活年齢の半分であることを意味しており、成長速度を説明するための目安としての歴史的価値を持っていた。発達の比率に基づくこの概念は直感的にわかりやすかったものの、標準偏差に基づく統計的なアプローチは用いられていなかった。

5.2 偏差 IQ の導入と臨床的判断の重視

比率 IQ には、15 歳頃を過ぎると精神年齢の成長が横ばいになるため成人の知能を正しく評価できないという致命的な限界があった。これに対し、1940 年代以降に Wechsler らが標準偏差に基づく偏差 IQ (標準スコア IQ) を導入したことで、年齢による影響を受けずに同年代における相対的な位置を評価することが可能となった。偏差 IQ の導入は、異なる検査間での公平な比較を可能にただけでなく、「測定誤差 (Standard error of measurement)」という概念を診断システムに明確に組み込む契機となった。

AAMD の分類マニュアルの変遷もこの流れを反映している。1959 年のマニュアルでは、測定された知能水準と適応行動の双方から評価する二元的分類が導入され、知能検査の基準値は伝統的な「IQ 約 70」から、平均より 1 SD 下 (IQ 約 85) へと一旦引き上げられた。しかし、この基準では人口の多くが該当してしまうという懸念から、1973 年の改訂では再び従来の平均より約 2 SD 下 (IQ 約 70 以下) に戻された。同時に、適応行動と知能機能の遅滞が同時に存在しなければならぬことが明確化された。1983 年のマニュアル (Grossman, 1983) では「適応行動の欠陥を伴い、発達期 (18 歳の誕生日前まで) に現れる、有意に平均以下の一般的な知的機能」という定義が維持されている。

Grossman (1983) は、IQ 70 という数値は絶対的なカットオフポイントではなく、「66~74」あるいは「62~78」といった「不確実性の帯 (Zone of Uncertainty)」として捉えるべきであると強く警告し

ている。また、軽度（Mild）と中等度（Moderate）の境界も厳密な「50」ではなく、テスト間の SD の差異や測定誤差を考慮し「50～55」という幅を持たせて捉えている。IQ 値による分類は統計的かつ科学的な基盤を得た一方で、スコアの数値のみに依存した機械的な診断の危険性も浮き彫りになった。最終的な診断やレベル判定は、適応行動の評価や個人の生活状況といった情報を統合した、専門家による総合的な臨床判断に委ねられなければならない、という考え方が以降の国際基準に継承されていく。

ICD-11 が IQ の絶対値を明示せず、SD による規定と適応行動評価との二軸評価を採用したことは、こうした歴史的潮流の到達点と位置づけることができる。

6. 日本の療育手帳制度への含意

現在、日本の知的障害者への福祉サービス受給要件となる「療育手帳」の交付基準は、ICD-10 の診断基準に強く依存している。厚生労働省が示す ICD-10（2013 年版）準拠の内容例示表においても、軽度は IQ 50～69、中等度は IQ 35～49、重度は IQ 20～34、最重度は IQ 20 未満と、IQ の絶対値による区分がなされている。これを反映し、例えば福岡県の療育手帳交付基準では、最重度（A1）を IQ 20 以下、重度（A2）を IQ 21～35、中度（B1）を IQ 36～50、軽度（B2）を IQ 51～概ね 75 と、明示的な IQ スコアによる閾値を設定している。

ICD-11 が日本で採用され、その診断要件が療育手帳の判定に反映された場合、交付対象および判定枠組みに以下のような根本的な変化が生じる可能性がある。

6.1 適応行動評価の必須化と IQ 単独判定からの脱却

ICD-11 では、「知的発達症において、知能指数（IQ）の測定値は、障害と正常を区別するための単独の診断要件ではなく、知的発達症を部分的に特徴づける『知的機能における重大な制限』の代理指標（proxy measure）として考慮されるべきである。」とされる。したがって、現行の「概ね IQ 75 以下」といった数値基準のみによる交付判定から、概念的・社会

的・実用的領域における「適応行動の重大な制限」を標準化テスト等により包括的に評価するシステムへの転換が求められる。これにより、IQ が境界域（例えば IQ 70 強）であっても適応行動の制限が著しい者が手帳の対象となる可能性がある一方、IQ が低くても生活適応が良好な場合は対象外となる可能性も生じる。すなわち、より「個人の支援ニーズ」に即した交付へと変化する可能性がある。

6.2 重度と最重度の区分方法の変化

現行の療育手帳では IQ 20 を境界として重度（A2）と最重度（A1）を区分しているが、ICD-11 では、標準化された知能検査では 0.003 パーセントイル未満（算出 IQ 40 未満相当）の知的能力を高い信頼性をもって測定・鑑別できないと指摘し、重度と最重度の区別は「専ら適応行動の違い」に基づいて行うと規定している。これにより、療育手帳における重度区分の判定においても、IQ スコアの厳密な適用は事実上不可能となり、日常的な支援の必要度や身辺自立の可否といった質的な適応行動評価に基づく判定基準への移行が不可避となる。

C. 結論

ICD-10 から ICD-11 への改訂は、IQ 数値による硬直的な分類からの脱却を意味している。IQ スコアは、用いる検査の技術的特性や測定環境によって大きく変動し得るため、ICD-11 は適応行動の包括的な評価を含めることを必須要件とし、重度と最重度の鑑別においては検査自体の限界を認めて適応行動評価のみに依拠する設計となった。これは比率 IQ から偏差 IQ、そして二軸評価へという、知的障害の分類基準の歴史的潮流の到達点である。

日本における療育手帳制度の基準は、長らく ICD-10 に準拠した IQ 中心の運用が行われてきたが、ICD-11 の導入はこれに大きなパラダイムシフトを迫ることになる。能力の「欠如」を数値で測って線引きする制度から、地域社会で生活するために「どのような支援を

必要としているか」というプロファイルの作成に重点を置く制度へと、手帳交付の理念そのものが変化する可能性もある。実務上の混乱を避けるためには、ICD-11の重症度基準と従来のIQ値との対応関係を明示しつつ、適応行動評価の標準化された手法を判定実務に組み込んでいく段階的な移行が必要であろう。

3. その他 なし

文献

Grossman, H. J. (Ed.). (1983). Classification in mental retardation. American Association on Mental Deficiency.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.

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

World Health Organization. (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Health Organization.

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 ふくふくネット

<https://www.fukushakyo.jp/wp/wpcontent/uploads/2021/10/fukujyoho-service-4-1-2.pdf>

厚生労働省 「疾病、傷害及び死因の統計分類 (ICD-10 準拠)

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/>
(2013) . ICD-10 (2013年版) (n.d.)

D. 研究発表

1. 論文発表

内山登紀夫 (2025) . 知的発達症についての新しい考え方. 精神医学, 67(12), 1539-1544.

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

表1 ICD-10とICD-11の重症度分類基準の比較

重症度分類	ICD-10の診断基準	ICD-11の診断基準
軽度	IQ 50～69（精神年齢9～12歳未満）	平均より約2～3 SD低下（算出IQ：55～70／約0.1～2.3パーセントイル）
中等度	IQ 35～49（精神年齢6～9歳未満）	平均より約3～4 SD低下（算出IQ：40～55／約0.003～0.1パーセントイル）
重度	IQ 20～34（精神年齢3～6歳未満）	平均より約4 SD以上低下（算出IQ：40未満／約0.003パーセントイル未満）。最重度との区別は適応行動による。
最重度	IQ 20未満（精神年齢3歳以下）	平均より約4 SD以上低下（算出IQ：40未満／約0.003パーセントイル未満）。重度との区別は適応行動による。

注：ICD-11の算出IQは、平均100、標準偏差15の標準的な知能検査を前提とした理論値である。実際の運用ではIQの絶対値ではなく、SDによる相対的逸脱度および適応行動評価に基づく総合判定が求められる。重度と最重度はIQ上は区別できず、両者の鑑別は適応行動の違いによる。

療育手帳が交付されない事例における
行政サービスへのアクセスに関する考察
——IQ が基準を上回る事例の年代別検討——

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学福祉学部 教授

研究要旨

療育手帳の判定機関の約 8 割は知能指数（IQ）の上限を 70 または 75 に設定しており、IQ がこれを上回ると適応上の困難があっても「非該当」とされる事例がある。本研究は、こうした事例について療育手帳が交付されない理由と、代替的な行政サービス利用の方法を、幼児期・学童青年期・成人期の 3 年代別に整理した。年代に固有の課題として、幼児期は IQ 値の信頼性の乏しさ、学童青年期は特別支援学校高等部入学における療育手帳の事実上の必要性、成人期は発達期の知的障害の証明困難が、それぞれ重要な論点となる。代替経路としては、幼児期・学童青年期は障害児通所支援および特別支援教育、成人期は精神障害者保健福祉手帳が挙げられる。18 歳未満の同手帳所持者は平成 28 年から令和 4 年の 6 年間で約 4 倍に急増しており、若年層への拡大が進んでいる。制度的検討の進展と代替経路の有効性に関する実態調査が今後の課題である。

キーワード：療育手帳，知的障害，適応行動，発達障害，精神障害者保健福祉手帳，障害児通所支援，特別支援学校

A. 研究目的

療育手帳は知的障害があると判定された者に交付され、各種福祉サービスへのアクセスにおいて重要な役割を果たす。しかし療育手帳の判定機関の約 8 割は知能指数（以下 IQ）の上限をおおむね 70 または 75 に設定しており（厚生労働省，2025）、IQ がこれを上回ると適応上の困難があっても「非該当」とされる事例が存在する（厚生労働省，2023）。総務省行政評価局には、知能指数が基準を 1 だけ上回る 76 であったために療育手帳の交付申請が却下されたという行政相談事例も寄せられている（総務省行政評価局，2011）。

本分担報告では、IQ が各自治体の基準を上回るために療育手帳が交付されない事例に焦点を当て、療育手帳が交付されない理由と、手帳を持たない場合に行政

サービスを利用するための方法を、幼児期・学童青年期（小学校から高校まで）・成人期の 3 年代に分けて、公的資料および学術文献に基づいて整理する。学童期と青年期を一括するのは、義務教育・後期中等教育を通じて特別支援教育という共通の制度的枠組みのもとで考察できることに加え、後述する特別支援学校高等部および高等特別支援学校への入学において療育手帳の有無が直接的に問題となるためである。

B. 各検討点の整理

1. 背景 — 知能指数と適応行動

知的障害（ICD-11 では「知的発達症」）の診断は、知的機能と適応行動の両面の欠陥を含むものとされる。DSM-5（米国精神医学会，2013）においても、知的能力障害は発達期における知的機能と適応機能の双方の

欠陥を含む障害と定義され、IQのみによる診断ではなくなった（内山，2025；内山ほか，2023）。

知能水準と適応行動はおおむね関連するが、発達障害のある人ではその関係が一致しないことが複数の研究で示されている。稲田（2024）は、発達障害のある人では知的水準が平均域であっても適応水準が低いことが少なくないと述べ、IQと適応水準のギャップを把握することの重要性を指摘している。療育手帳の判定においても、IQに加えて適応行動尺度等を含めて総合的に判断するものとされている（厚生労働省，2025）が、令和4年度調査では適応行動の評価尺度として日本版 Vineland-II 適応行動尺度を用いる判定機関は6.4%にとどまり、S-M式社会生活能力検査を用いる機関が48.1%であった（こども家庭庁，2024）。すなわち、適応行動の標準化された評価が判定実務に十分には浸透していない。

以上より、「IQは基準を上回るが適応行動に困難がある」という事例は、診断概念上は知的障害に該当しなくても、発達障害や精神障害などの合併により支援が必要である可能性が高いが、IQ上限を主たる判定軸とする現行の療育手帳運用では交付対象から外れる構造にある。令和4年度調査の判定機関の自由記述には「境界線級以上の知能を有するが ASD 圏の発達障害由来の適応の困難さが激しい児童の取扱い」が課題として挙げられており（こども家庭庁，2024）、自閉スペクトラム症（ASD）を含む発達障害がこの問題と関連の深い事例群であることがうかがえる。

2. 年代別にみた療育手帳が交付されない理由

各年代に共通する基盤的な理由として、第一に前述した IQ 上限による判定（厚生労働省，2025）、第二に適応行動評価の不徹底（こども家庭庁，2024）がある。以下ではこれに加えて、各年代に固有の事情を述べる。

2.1 幼児期

幼児期における第一の固有の事情は、IQ値そのもの

の信頼性が学童期以降と比べて乏しいことである。幼児期に用いられる代表的な検査である田中ビネー知能検査では、生活年齢2歳0か月から13歳11か月までの対象者については従来「精神年齢=生活年齢×100」で算出される比例IQが用いられてきたが、第V版（2003年）以降は同年齢集団の中での相対的位置を示す偏差知能指数（DIQ）を主要な指標とする方式に変更された。これは比例IQの限界が認識された結果である。また、幼児期に用いられる新版K式発達検査は知能指数ではなく発達指数（DQ）を算出する検査であり、認知面に加えて姿勢・運動、言語・社会の領域を含むため、知能テストとは本質的に異なる。姿勢・運動まで含めた発達指数を知能指数で代替すると本来のIQより高く算出される可能性がある。ウェクスラー式のIQについても、検査時の体調・情緒・検査者との関係性等の要因の影響を受けやすく、単一の測定値から知的水準を確定することには一定の制約がある。

幼児期に測定されたIQ値は、後年の知的機能を確定的に示す指標とはみなしがたい。Eichelberger et al.（2023）はチューリッヒ縦断研究において対象者を11時点で生後6か月から65歳まで追跡し、4歳時点のIQと44歳時点のIQの相関が $r=0.50$ （説明率約25%）にとどまることを報告した。一方、9歳時点と44歳時点の相関は $r=0.61$ まで上昇しており、学童期以降に測定精度が大きく改善することが示されている。知的発達症が疑われる幼児においても同様あるいはより大きな変動が認められる。Hou et al.（2011）は、発達遅滞のある未就学児313名を平均38.6か月追跡した結果、平均IQが65.8（SD 15.4）から73.2（SD 17.9）へと約7.4点上昇したことを報告した。相関係数は $r^2=0.43\sim 0.50$ にとどまっており、就学前IQが後年のIQを完全には予測しないことが示された。Hou et al.（2011）の対象児童のうちASD群は73名（23.3%）を占めており、ASD児においても他の発達遅滞群と同様の上方変

動が認められた。

第二に、診断と判定が確定しにくい時期であることが挙げられる。療育手帳は知的障害があると判定されることを交付の前提とするが、幼児期は発達の経過が定まっておらず、判定そのものが先送りされうる。医師も幼児期に知的障害があると断定して保護者に伝えることは難しい場合がある。

2.2 学童青年期（小学校から高校まで）

学童青年期における固有の事情は、特別支援教育の枠組みと手帳の有無の関係が複雑な点にある。第一に、特別支援学級や通級指導教室の利用と特別支援学校の利用とで療育手帳の扱いが異なる。通常の学級に在籍する児童生徒のうち学習面または行動面で著しい困難を示す者が一定割合存在することが文部科学省の調査で示されており、特別支援教育は手帳の有無を要件とせずに提供される（文部科学省，2022）。このため、就学後は教育の枠組みの中で一定の対応が行われ、療育手帳取得の必要性が相対的に低く認識されることがある。これは支援の入口が確保される利点である一方、手帳を前提とする福祉サービスへの接続が後回しになる側面も持つ。

第二に、特別支援学校への入学にあたり療育手帳が事実上必要とされる場合が多い。例えば東京都教育委員会の入学相談実施要項では、知的障害特別支援学校高等部普通科の出願時に提出する書類として「愛の手帳（療育手帳）の写し（愛の手帳（療育手帳）の写しを提出できない者は、医師診察記録）」が定められている（東京都教育委員会，2022）。いわゆる「高等特別支援学校」に相当する知的障害特別支援学校高等部就業技術科および職能開発科の入学者選考でも、出願時に同様の書類提出が求められる（東京都教育委員会，2023a，2025）。療育手帳がなくても医師診察記録による代替は制度上認められているものの、療育手帳の取得が原則である。IQが各自治体の基準を上回るために療育手帳が交付されない事例は、特別支援学校高等

部や高等特別支援学校への入学を希望する場合に困難を抱えうる。比較的IQが高い軽度知的障害域あるいは境界知能域のASD等の事例で、就労につながる手厚い職業教育を提供する就業技術科・職能開発科を進路として希望しても、療育手帳がないことが障壁となる場合があるという点は、本年代に固有の重要な課題である。

2.3 成人期

成人期に固有の事情として、発達期の知的障害を後から証明することの困難がある。療育手帳は「発達期（おおむね18歳まで）における知的機能の障害」を要件とするが、令和4年度調査では、申請時に知的能力の低さがうかがえても18歳以前の知的障害の状況を示す根拠がない場合に「非該当」と判定される運用が報告されている（厚生労働省，2023）。同調査ではまた、再判定でIQが非該当となった場合に既存の障害者雇用の継続・維持に影響が生じうることも指摘されている。

3. 療育手帳が交付されない場合の行政サービス利用の方法

適応行動の困難があるがIQが高いために療育手帳が交付されない場合の代替パスウェイを検討する。最も中核的な代替手帳である精神障害者保健福祉手帳との関係を年代横断的に整理した上で、年代別の具体策を述べる。

3.1 全年代を通じた代替経路 — 精神障害者保健福祉手帳

療育手帳が取得できない場合の代替手帳として、精神障害者保健福祉手帳の取得が選択肢となる。同手帳は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく手帳であり、その対象には発達障害（自閉症、アスペルガー症候群、学習障害、注意欠如・多動症等）が含まれる（厚生労働省，2025b）。両手帳の制度的位置づけとサービスの異同を文末の表1に整理する。

両手帳のサービスは多くが重複する一方、いくつか

の重要な差異がある。第一に、特別支援学校（知的障害）への入学要件としては療育手帳が事実上必要であり、精神障害者保健福祉手帳では代替されない（東京都教育委員会，2022，2023a）。第二に、自立支援医療（精神通院医療）は精神疾患に伴う通院医療の助成制度であり、療育手帳の領域ではない。第三に、有効期限の運用が異なる。療育手帳は自治体運用で原則更新ありとされるのに対し、精神障害者保健福祉手帳は2年ごとの更新が義務付けられており、更新ごとに診断書または年金証書の写しの提出が必要となる。一方、近年は両手帳のサービスの差が縮小する方向の制度改正も進んでおり、とくに2025年4月1日からのJR旅客運賃割引の精神障害者保健福祉手帳への適用拡大（JR東日本，2025）は、長年の懸案であった移動コストの格差を是正する大きな改正である。

3.2 幼児期 — 障害児通所支援（児童発達支援）

もっとも多く多くの障害児が利用しているサービスは児童発達支援である。未就学児を対象とする児童発達支援は、児童福祉法に基づく障害児通所支援であり、利用には市町村が交付する通所受給者証が必要である。この受給者証は療育手帳とは別の制度であり、療育の必要性が認められれば、障害者手帳や医学的診断がなくても申請できる。もっとも、この受給者証の発行をめぐる運用には課題も多い。障害児通所支援に係る受給者証発行の実態についての全国調査（内山ほか，2025）では、受給決定におけるアセスメントの質の不足、相談支援体制の脆弱性、医療との連携不全といった課題があること、多くの自治体で専門性の乏しい職員による判断や保護者の希望がそのまま反映される実態があることが明らかになった。同研究は、診断書取得の遅れが早期支援を妨げている実態を踏まえ、初回の受給者証発行において医師の診断書を必須としない柔軟な運用が求められる（更新時には専門的アセスメントを推奨する）と提言するとともに、生物・心理・社会モデルに基づく「こどもの状態と環境のサマリー

シート」と「手引き」を開発した。この知見は、療育手帳が交付されない事例にとって受給者証が重要な代替経路であると同時に、その運用の質の確保が課題であることを示している。

3.3 学童青年期 — 放課後等デイサービス・特別支援教育・進路選択

就学児を主な対象とする放課後等デイサービスも児童福祉法に基づく障害児通所支援であり、利用に療育手帳や身体障害者手帳は必須ではない。利用には通所受給者証が必要であり、受給者証発行についての課題は幼児期と同様である（内山ほか，2025）。また前述のとおり、特別支援教育（通級による指導や特別支援学級等）は手帳の有無を要件とせずに提供される（文部科学省，2022）。療育手帳が交付されない事例でも、教育上の困難に応じてこれらの教育的支援を受けることができる。一方、特別支援学校高等部および高等特別支援学校への入学を希望する事例については、前述のとおり療育手帳の写しが原則として求められる（東京都教育委員会，2022，2023a，2025）。代替手段としては要項上「医師診察記録」の提出により出願できる扱いとなっているが（東京都教育委員会，2023b）、医師診察記録による出願の場合には別途発達検査のプロフィールの写しの提出を求められることがあり、本人および家族にとって、また主治医にとっても手続き上の負担が増す可能性がある。進路選択を控えた早期からの相談支援が重要となる。

3.4 成人期 — 障害福祉サービスへの接続

成人期において療育手帳が取得できない場合、3.1で論じた精神障害者保健福祉手帳が代替の選択肢となる。発達障害により日常生活または社会生活に制限がある場合は同手帳の対象となりうる。申請には、その精神疾患による初診日から6か月以上経過した時点で作成された診断書が必要である（厚生省，1995）。同手帳の取得により、障害者雇用や障害福祉サービスの利用に向けた要件の一つを満たすことができる。

また、障害福祉サービス（就労移行支援、就労継続支援等）の利用は障害者手帳の所持が唯一の要件ではなく、対象には発達障害を含む障害のある者が含まれる。手帳がない場合でも、まず市町村の障害福祉担当窓口にご相談し、必要な手続きと書類を確認することが現実的な第一歩となる。なお、療育手帳を持たない成人事例が実際にどの程度これらのサービスへ接続できているかを定量的に示す資料は確認できなかった。手帳がないことによる接続上の困難の程度については、今後の実態調査が必要である。

4. 療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の年齢階級別比較

療育手帳が発行されない場合の代替手段として精神障害者保健福祉手帳が検討されることを述べたが、こどもの場合にも精神障害者保健福祉手帳はどの程度取得されているのだろうか。令和4年生活のしづらさ調査（厚生労働省，2024b）における両手帳の年齢階級別所持者数（推計値）を文末の表2に示す。

第一に、18歳未満の所持者数は療育手帳が約282,000人（全所持者の24.8%）であるのに対し、精神障害者保健福祉手帳は約45,000人（全所持者の3.8%）である。すなわち、精神障害者保健福祉手帳の18歳未満所持者は、療育手帳の同年代所持者の約6分の1にとどまる。第二に、両手帳の年齢分布のピークは大きく異なる。療育手帳は20～29歳がピーク（20.1%）で若年層に分布が偏る一方、精神障害者保健福祉手帳は40～49歳および50～59歳がピーク（それぞれ19.3%・20.3%）であり、中高年に分布が偏る。これは、療育手帳が発達期の知的障害を対象とするのに対し、精神障害者保健福祉手帳が成人期発症の精神疾患を含むことを反映している。

一方、生活のしづらさ調査の前回（平成28年）との比較によれば、18歳未満の精神障害者保健福祉手帳所持者数は急増している（文末の表3）。0～9歳・10～17歳・18・19歳のいずれの年齢階級でも、平成28

年から令和4年の6年間で3～4倍に急増している。これは、精神障害者保健福祉手帳全体の同期間の増加率（143.0%）を大幅に上回る。児童期の発達障害の認知・診断の広がりが、青少年期における精神障害者保健福祉手帳取得増加の主要な要因と考えられる。

5. 考察

療育手帳が交付されない理由は、IQ上限による判定と適応行動評価の不徹底という制度的要因（厚生労働省，2025；こども家庭庁，2024）に、各年代に固有の事情が重なって生じていることが示された。とりわけ幼児期においてはIQ値そのものの信頼性の問題、学童青年期においては特別支援学校への入学要件としての療育手帳の事実上の必要性、成人期においては発達期の知的障害の証明困難という、それぞれに固有の課題が存在する。

療育手帳取得のパスウェイにおいて、子ども（18歳未満）の判定機関は児童相談所（地域により「こども相談センター」等）、成人の場合は知的障害者更生相談所であり、判定では発達検査・行動観察・保護者からの聞き取りが行われる。成人パスウェイと子どものパスウェイの最大の違いは、「発達期（おおむね18歳まで）における知的機能の障害」を立証する追加資料が成人申請では必要となる点にある。一方、精神障害者保健福祉手帳の取得には、精神科などの医療機関を受診し、主治医による診断書を得る必要がある。療育手帳が交付されない発達障害事例の幼児・学童の主治医は小児科医（小児神経科医・発達外来担当医）であることも少なくないだろう。診断書作成医の規定上、精神保健指定医および精神科医を中心としつつ、精神障害の診断又は治療に従事する医師であれば他科の医師も含まれる（厚生省，1995）。すなわちこれらの小児科医も精神障害者保健福祉手帳の診断書を作成できる。

ただし、発達障害のある人やその家族が精神障害者保健福祉手帳の取得に消極的になる場合があることは、

行政の調査資料でも指摘されている。総務省行政評価局（2011）が地方公共団体等に対して行った調査では、発達障害者に精神障害者保健福祉手帳を交付することの限界として、「精神障がい」という言葉への抵抗感が強いこと、同手帳では所持者が発達障害であることが周囲に伝わらないこと、発達障害の特性は生涯にわたるにもかかわらず同手帳は更新間隔が短く更新の都度手数料がかかること、などが地方公共団体等の意見として挙げられた。同調査では、地方公共団体に発達障害者独自の手帳を創設すべきとの意見が多いことも報告されている。なお、「精神障害者」という記載に対する当事者等の心理的負担への配慮として、同手帳の表紙には「精神障害者」ではなく単に「障害者手帳」と記載されている（国立障害者リハビリテーションセンター, n.d.）。

行政サービスへのアクセスについては、幼児期・学童青年期は障害児通所支援が手帳を要件とせずに利用できる点、特別支援教育が手帳の有無と独立して提供される点（文部科学省, 2022）、成人期は発達障害を理由とする精神障害者保健福祉手帳が選択肢となる点（厚生労働省, 2025b；厚生省, 1995）が、手帳の不交付を補う実務的なパスウェイとして整理できる。学童青年期の特別支援学校高等部・高等特別支援学校への入学についても、医師診察記録による出願という代替経路が制度上は用意されている（東京都教育委員会, 2022, 2023a, 2025）。ただし、これらの代替手段は療育手帳と完全に等価ではない。代替経路が存在することと、それが当事者・家族に受け入れられ実際に活用されることは区別して考える必要がある。また、幼児期・学童青年期の代替経路である障害児通所支援についても、受給者証発行をめぐるアセスメントの質や相談支援体制に課題があることが指摘されており（内山ほか, 2025）、代替経路の「量的な利用可能性」と「支援の質」は別の論点である。

精神障害者保健福祉手帳に関しては、現在のフォー

マットは成人や老年期を主な対象としており、幼児や学童を想定していないことは明らかである。前述のように平成 28 年から令和 4 年の 6 年間で 0~9 歳の年齢階級で 4 倍・10~17 歳で 2.9 倍に急増していることを鑑みれば、精神障害者保健福祉手帳のフォーマットの改変も必要であろう。

C. 結論

IQ が各自治体の基準を上回るために療育手帳が交付されない事例は、IQ 上限による判定と適応行動評価の不徹底という制度的要因を背景に、幼児期・学童青年期・成人期のそれぞれに固有の課題を伴って存在する。幼児期は IQ 値そのものの信頼性、学童青年期は特別支援学校入学における療育手帳の事実上の必要性、成人期は発達期の知的障害の証明困難が、それぞれ重要な論点である。行政サービスへのアクセスについては、幼児期・学童青年期は手帳を要件としない障害児通所支援および特別支援教育、成人期は発達障害を理由とする精神障害者保健福祉手帳がそれぞれ手帳不交付を補う経路となりうるが、いずれも療育手帳に代わる一貫した支援を担保しうるかは未解明である。療育手帳の判定基準の在り方をめぐる制度的検討の進展と、代替経路の有効性に関する実態調査の双方が今後の課題である。

文献

インターネット資料の URL はいずれも 2026 年 5 月 24 日に閲覧した。

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. (高橋 三郎・大野 裕 (監訳) (2014). *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 医学書院.)
- Eichelberger, D. A., Latal, B., Kakebeeke, T. H., Cafilisch, J. A., Jenni, O. G., & Wehrle, F. M. (2023). The influence of preschool IQ on the individual-order stability of intelligence into adulthood. *Acta Paediatrica*, 112(10), 2161–2163.
- Hou, Y. M., Stewart, L., Iao, L. S., & Wu, C. C. (2011). Role of assessment tests in the stability of intelligence scoring of preschool children with uneven/delayed cognitive profile. *Journal*

- of Intellectual Disability Research, 55(7), 691–698.
- JR 東日本 (2025) . JR グループ精神障害者割引制度の導入について .
https://www.jreast.co.jp/press/2024/20240411_ho04.pdf
- 稲田尚子 (2024) . 臨床心理検査の現在 (6) 発達障害関連
③ Vineland-II 適応行動尺度 . シンリンラボ .
<https://shinrinlab.com/shinrikensa06/>
- 厚生省 (1995) . 精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について (平成 7 年 9 月 12 日 健 医 精 発 第 45 号) .
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4617&dataType=1&pageNo=1
- 厚生労働省 (2023) . 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 (令和 4 年度, 令和 5 年 3 月) .
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001113283.pdf>
- 厚生労働省 (2024b) . 令和 4 年生活のしづらさなどに関する調査結果の概要 .
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/001271100.pdf>
- 厚生労働省 (2025) . 療育手帳の在り方の検討状況について (社会保障審議会障害者部会第 147 回, 令和 7 年 6 月 26 日 , 資料 2) .
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/001509397.pdf>
- 厚生労働省 (2025b) . 障害者雇用率制度等の在り方について (事務局説明資料) .
<https://www.mhlw.go.jp/content/11704000/001587546.pdf>
- 子ども家庭庁 (2024) . 療育手帳に係る判定基準統一化の検討進捗報告 (令和 6 年 9 月 11 日) .
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0f4a703f-3401-41d8-a066-f6359f892b8d/b878c00c/20240911_councils_jisou-kaigi_r06_41.pdf
- 国立障害者リハビリテーションセンター (n.d.) . 障害者手帳 (発達障害情報・支援センター) .
<https://www.rehab.go.jp/ddis/system/supportact/handycapped/>
- 総務省行政評価局 (2011) . 発達障がい者支援に関する行政評価・監視 (障害者施策に関する行政相談案件) .
https://www.soumu.go.jp/main_content/000088917.pdf
- 東京都教育委員会 (2022) . 令和 5 年度入学者東京都立特別支援学校高等部普通科入学相談実施要項 .
https://www.kyoiku.metro.tokyo.lg.jp/admission/special_needs_school/exam/guidance/guidance_02_r5
- 東京都教育委員会 (2023a) . 令和 6 年度入学者東京都立知的障害特別支援学校高等部就業技術科及び職能開発科入学者選考実施要項 .
https://www.kyoiku.metro.tokyo.lg.jp/admission/special_needs_school/exam/guidance/guidance_08_r6
- 東京都教育委員会 (2023b) . 令和 5 年度入学者東京都立特別支援学校高等部普通科入学相談実施要項 (補足説明) .
https://www.kyoiku.metro.tokyo.lg.jp/admission/special_needs_school/exam/guidance/guidance_02_r5
- 東京都教育委員会 (2025) . 令和 8 年度入学者東京都立知的障害特別支援学校高等部就業技術科及び職能開発科入学者選考について .
<https://www.shugaku.metro.tokyo.lg.jp/>
- 内山登紀夫 (2025) . 知的発達症についての新しい考え方 . 精神医学, 67(12), 1539-1544.
- 内山登紀夫・上野修一・岡田俊・中村和彦・本田秀夫・河邊憲太郎・坂本由唯 (2023) . 知的障害 (知的発達症) 診断の診断概念 (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, 令和 4 年度) .
- 内山登紀夫 (研究代表者) ほか (2025) . 発達障害児の障害児サービス利用に係る医療受診の現状把握及び発達支援の必要性の判定のためのアセスメント方法の確立に向けた研究 (こども家庭科学研究費補助金, 令和 6 年度 総括研究報告書, 課題番号 23DA1701) .
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/178392>
- 文部科学省 (2022) . 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について (令和 4 年 12 月) .
https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/2022/1421569_00005.htm

D. 研究発表

1. 論文発表

内山登紀夫 (2025) . 知的発達症についての新しい考え方 . 精神医学, 67 (12), 1539-1544.

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

表1 療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の比較

項目	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳
制度の根拠	厚生省通知（昭和48年児発第156号）。法律ではない	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条
対象	知的障害があると判定された者	発達障害を含む精神障害により日常生活・社会生活に制約がある者
等級	重度（A）／その他（B）。自治体により細分化	1級／2級／3級（全国共通）
申請要件	児童相談所または知的障害者更生相談所による判定。発達期（おおむね18歳まで）の知的機能の障害があること	初診日から6か月以上経過した時点の精神保健指定医等による診断書が必要
有効期限・更新	原則更新あり（自治体により異なる）	2年ごとに更新。診断書または年金証書の写しが必要
特別児童扶養手当（20歳未満）	対象。重度（A）の場合は診断書省略可	対象となりうる（手帳所持は直接の要件ではなく所定診断書による）
障害者雇用率制度	対象。重度（A）はダブルカウント	対象（2018年4月から法定雇用率の算定基礎に追加）
障害福祉サービス（就労支援・GH等）	対象	対象（精神障害者は手帳の有無にかかわらず利用可能）
自立支援医療（精神通院医療）	対象外	対象（手帳の有無にかかわらず利用可能）
税制上の優遇	障害者控除（重度（A）は特別障害者控除）	障害者控除（1級は特別障害者控除）
JR旅客運賃の割引	対象	2025年4月1日からJRグループでも導入
特別支援学校（知的障害）入学	入学要件として実質的に必要（医師診察記録による代替可）	直接の入学要件とはならない

出典：制度根拠は厚生省発児第156号通知（療育手帳）および精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神障害者保健福祉手帳）。JR運賃割引については2025年4月の制度改正を反映。

表 2 両手帳所持者の年齢階級別推計値（令和 4 年生活のしづらさ調査，単位：人）

年齢階級	療育手帳所持者	(%)	精神障害者保健福祉手帳所持者	(%)
0～9 歳	124,000	10.9	16,000	1.3
10～17 歳	158,000	13.9	29,000	2.5
18・19 歳	37,000	3.2	12,000	1.0
20～29 歳	229,000	20.1	117,000	9.6
30～39 歳	148,000	13.0	158,000	13.1
40～49 歳	132,000	11.6	232,000	19.3
50～59 歳	96,000	8.4	245,000	20.3
60～64 歳	27,000	2.4	90,000	7.5
65～69 歳	27,000	2.4	63,000	5.3
70 歳以上	139,000	12.3	208,000	17.2
不詳	24,000	2.1	34,000	2.8
総数	1,140,000	100.0	1,203,000	100.0
(18 歳未満)	282,000	24.8	45,000	3.8

出典：厚生労働省（2024b）令和 4 年生活のしづらさなどに関する調査結果の概要より作成。表中の値は推計値であり、100 の位を四捨五入。構成割合は小数点以下第 2 位を四捨五入しているため、必ずしも総数と一致しない。

表 3 18 歳未満および青年期の精神障害者保健福祉手帳所持者の推移

年齢階級	平成 28 年（2016）	令和 4 年（2022）	対前回比
0～9 歳	4,000	16,000	400.0%
10～17 歳	10,000	29,000	290.0%
18・19 歳	4,000	12,000	300.0%
(参考) 総数	841,000	1,203,000	143.0%

出典：厚生労働省（2024b）令和 4 年生活のしづらさなどに関する調査結果の概要より作成。

子どもに対する精神障害者保健福祉手帳用診断書の運用上の課題

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 教授（特定雇用）

研究要旨

本研究では、子どもに関して現行の精神障害者保健福祉手帳用診断書を用いる際に生じる課題について整理するとともに、児童用の診断書様式の必要性について検討した。

精神障害と知的障害との区分および子どもと成人との区分という視点で整理すると、手帳制度は障害種別の区分で手続きが大きく異なる一方で年齢による手続きの違いがないのに対して、手当および障害年期の制度は障害種別の区分がなく年齢によって手続きが異なる。精神障害者保健福祉手帳用診断書は、現状では子どもについて記載が困難な項目が含まれる。筆者は特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）改定案作成の経験があり、その経験から精神障害者保健福祉手帳用診断書（児童用）の様式作成の必要性と、作成に際して留意すべき事項について述べた。

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

かつて、子どもに障害福祉サービスや特別支援教育を検討するケースの大半は、精神薄弱者福祉法（現在の知的障害者福祉法）の対象と考えられ、障害者手帳を検討する場合には療育手帳が選択されていた。精神障害者保健福祉手帳は成人の精神障害者が対象として想定されており、子どもに対して精神障害者保健福祉手帳の交付を検討することは例外的であった。

しかし、1990年代から知的発達症以外の神経発達症の診断例が徐々に増加し、2000年頃までにはそのようなケースに対する障害福祉サービスや特別支援教育をどのように保障するかが課題となった。発達障害者支援法（2004年）におい

て、発達障害は精神障害に含まれることが明示されたことから、現在では療育手帳の対象とならない神経発達症の子どもたちには精神障害者保健福祉手帳の交付が検討されている。

精神障害者保健福祉手帳の申請時に医師が作成する診断書の様式は自治体によって多少の違いはあるものの、基本項目はほぼ同じである。しかし、もともと成人期における精神障害の判定を想定して作成された様式であるため、子どもへの対応が十分とはいえない箇所もある。

そこで本研究では、子どもに関して現行の精神障害者保健福祉手帳用診断書を用いる際に生じる課題について整理するとともに、児童用の診断書様式の必要性について検討する。

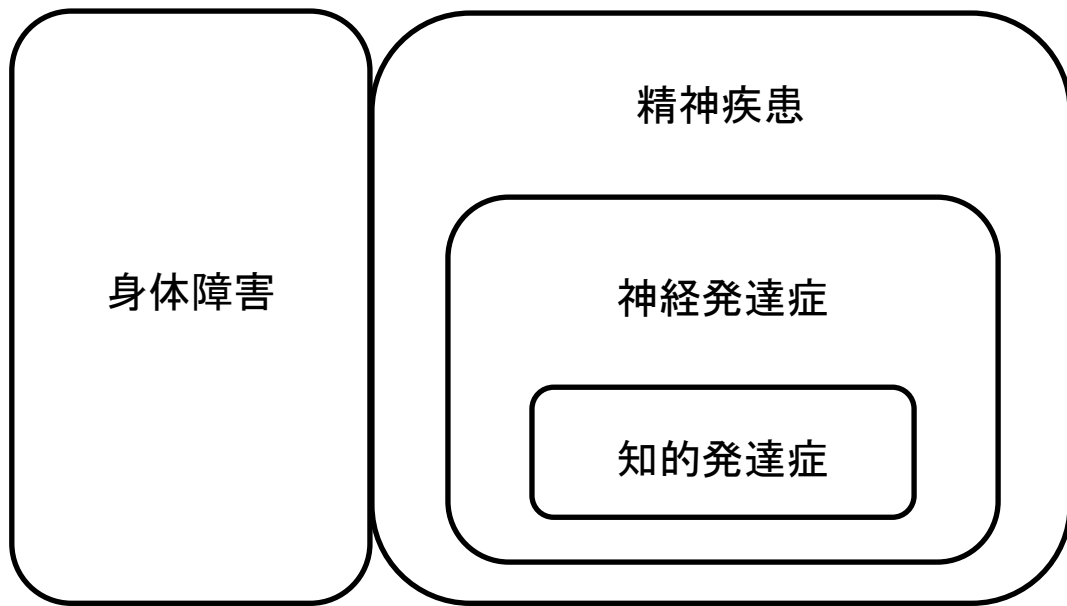


図1 医学概念における神経発達症および知的発達症の位置づけ

B. 課題の整理

1. 知的障害と精神障害に対する手帳、手当、障害年金の制度と手続きの関係

精神医学の分類（DSM-5-TR および ICD-11）では精神疾患の下位分類に神経発達症があり、その下位分類に知的発達症があるという関係にある（図1）。一方わが国では、知的障害と精神障害が別の法制度で扱われ、手帳制度が別々に運用されている。知的発達症以外の神経発達症は「発達障害」として精神障害の下位分類に位置づけられている（図2）。知的発達症以外の神経発達症や思春期以前に発症するその他の精神疾患のある子どもに対しては、精神障害者保健福祉手帳が検討される。知的発達症とその他の神経発達症を含む精神疾患が併存している場合、療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の両方の交付も可能である。

療育手帳と精神障害者保健福祉手帳は、手続きのプロセスが全く異なる。前者では児童相談所および障害者更生相談所で判定が行われ、医師が作成する診断書は不要である。後者では精神保健福祉センターで判定が行われ、所定の様式の診断書を医師が作成する必要がある。

これとは独立に、経済的支援のための手当および障害年金の制度がある。手当および障害年金の認定においては、手続きのプロセスや必要な認定用診断書の書式は精神障害と知的障害で同じである。ただし、子どもは特別児童扶養手当および障害児福祉手当、成人は障害年金および特別障害者手当が検討されるため、年齢によって受給できる手当や年金の種類が異なる。

以上より、精神障害と知的障害との区分および子どもと成人との区分という視点で整理すると、手帳制度は障害種別の区分で手続きが大きく異なる一方で年齢による手続きの違いがないのに対して、手当および障害年金の制度は障害種別の区分がなく年齢によって手続きが異なる。

2. 精神障害者保健福祉手帳用診断書様式の課題

精神障害者保健福祉手帳は子ども、成人を問わず同じ様式の診断書を用いて診断書が作成される。基本的には成人を想定して作成された様式であるため、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。以下に主要な課題を整理する。

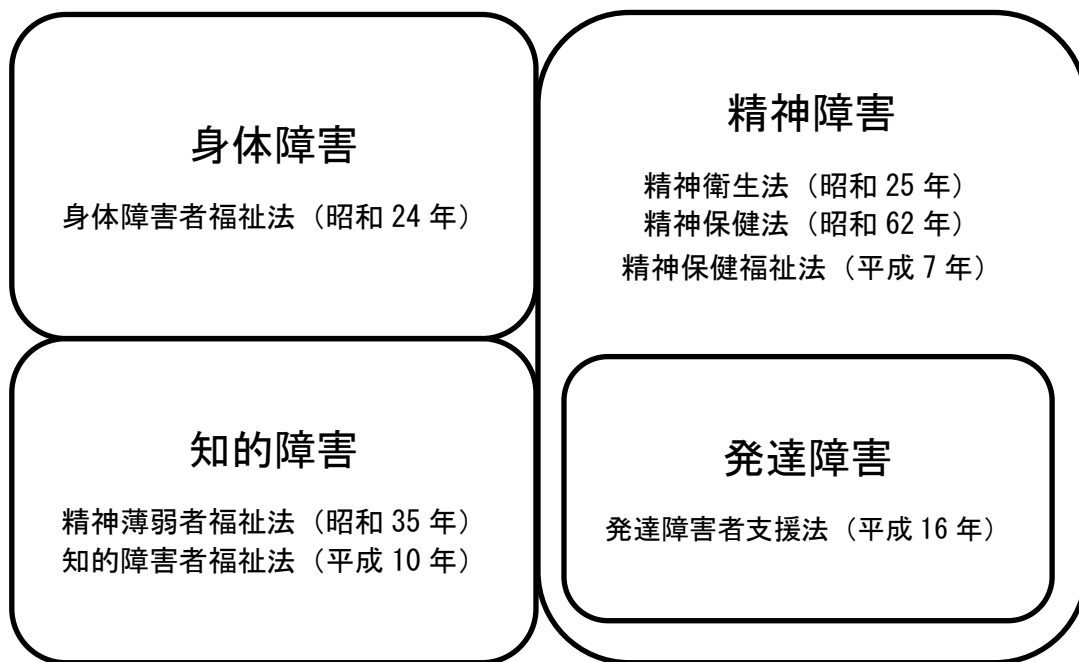


図 2 わが国の法制度における発達障害および知的障害の位置づけ

まず、病状や状態像等の記載欄が成人の精神病症状を前提としていることが挙げられる。この欄は、抑うつ状態、躁状態、幻覚妄想状態など成人の内因性精神疾患を想定した項目が上位を占めている。子どもで記載されることの多い神経発達症関連の項目は、「知能・記憶・学習・注意の障害」および「広汎性発達障害関連症状」に分散されており、前者の中には認知症が含まれている。注意欠如多動症でしばしば見られる多動・衝動性は、「情動及び行動の障害」の下位項目にある「暴力・衝動行為」および「多動」を○で囲むようになっているが、不注意症状は「知能・記憶・学習・注意の障害」の下位にある「注意障害」を○で囲むことになる。

次に、日常生活能力の判定において発達段階への考慮が行いにくいことが挙げられる。精神障害者保健福祉手帳における日常生活能力の評価項目は、もともと成人が保護的でない環境で自立して生活する場合を想定して、それとの比較で判定するように作られた。記載にあたって、「児童では

年齢相応の能力と比較の上で判断する」とのコメントが付記されているものの、基本的な枠組みが変わっていないため、子どもでは判定しにくい項目が一部に残っている。子どもは発達段階に応じて保護者に依存することが通常であるため、障害による生活能力の問題と年齢相応の未自立とを区別して判断することが難しい。また、子どもの日常生活能力は保護者の支援の程度に大きく左右される。手厚い支援を受けている子どもは表面上の適応が高く見える一方、支援が減ると途端に機能が低下する場合も多い。

C. 特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）改定案作成の経過

手当および障害年金の制度は、20歳を境界として子どもと成人で分けられている。このため、認定に必要な診断書も児童用と成人用で異なる様式が用意されている。

障害年金の精神障害用診断書の様式は、病状または状態像、日常生活能力の判定に関する項目の

構成など、精神障害者保健福祉手帳用診断書の様式と類似しているところが多い。このことは、障害年金と精神障害者保健福祉手帳の判定における整合性を保障する上で良い条件にあると言える。

一方、障害のある子どもの保護者に支給される特別児童扶養手当の知的障害・精神障害用認定診断書は、病状または状態像や日常生活能力の判定に関する項目が子どもに特化して設定されているのが特徴である。ただし、かつて子どもで特別児童扶養手当の対象となっていた子どもの多くが中等度～最重度の知的発達症であったため、日常生活能力の項目設定が中等度～最重度知的発達症以外の子どもでは学童期以降には概ね「自立」になってしまうなど、改善の余地がある。

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定診断書については、2017年度以降5回にわたって厚生労働科学研究等で検討されてきた[1][2][3][4][5]。筆者はこの中で、特別児童扶養手当の認定診断書改定案および等級判定ガイドライン案の作成に関わった。

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。

精神障害の子どもに対する障害福祉サービスの検討に用いる診断書であるという点で、特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）の改定案作成の経験は参考になると思われる。以下では、特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）改定案を作成した際に留意した点について述べる。

診断名については、障害の原因となった傷病名（認定を申請する主な傷病名）、傷病が発生したか明らかになったときの年月日、主な傷病のため初めて医師の診断を受けた日を分けて記載するという流れで主たる傷病の名称と時系列をまず明確

にし、続いて合併症およびそれが明らかとなった時期を明確にするという形式に修正した。

病歴および経過については、発育・養育歴及び発病以来の症状と経過としてまとめて、理念的には出生直後から傷病が現れる神経発達症でも一連の流れとして出生から診断書作成時までの経過を記載できるように修正した。

子どもでは教育および児童福祉法に基づく福祉サービス等の利用に関する情報が必要となる。そこで、「教育歴」および「福祉サービス等の利用状況」の欄で特別支援教育その他の教育形態に関する情報を記載できるようにした。

病状または状態像については、「知的障害」「発達障害」「高次脳機能障害」「意識障害・てんかん」「精神症状」「問題行動」の6種類の欄に再編した。その上で、「発達障害」の欄には自閉スペクトラム症関連症状にとどまらず、不注意性、多動・衝動性、読み書き障害、算数障害、チックなどを加えることで広く発達障害の症状を浮かび上がらせるようにした。精神症状では、新たに「解離・トラウマ症状」「睡眠障害」「身体化」などを加えた上で項目を整理した。「問題行動」においても現行様式の用語をいくつか修正し、「ひきこもり」「家出・放浪」「脅迫」を新たに追加した。

日常生活能力の判定については、「1 食事」「2 用便の始末」「3 衣服の着脱」「4 買い物や交通機関の利用」「5 家族との会話」「6 家族以外の者との会話」「7 危険物の理解（火、刃物、交通、高所等）」「8 集団生活への適応」の8項目とし、1～4の4項目には「1人でできる、部分的な介助を要する、全面的な介助を要する」の3水準を設定し、5、6、8の3項目には「できる、少しはできる、全くできない」の3水準、「7 危険物の理解」は「わかる、少しはわかる、全くわからない」の3水準とした。さらに、項目ごとに「年齢相応」かどうかの判断を記載することにした。

また、障害基礎年金における精神障害の等級判定との一貫性を保障することを目的として、等級判定ガイドライン[6]を参考に「要注意度」を廃止して新たに「障害のため要する援助の程度」という項目を新設した。

D. 精神障害者保健福祉手帳用診断書（児童用）の必要性

現在の精神障害者保健福祉手帳用診断書様式を用いて子どもの判定を行う際の課題を解消するためには、子どもの精神障害の特徴に留意した精神障害者保健福祉手帳の診断書様式を作成する必要がある。子どもに特化した評価基準の整備、発達段階を考慮した日常生活能力評価の改訂、学校機能に関する記載欄の新設など、様式そのものの見直しが求められる。特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）の改定案作成の経験から、精神障害者保健福祉手帳用診断書（児童用）様式を検討する際には、以下の点に留意した項目設定をするとよいと思われる。

- 1) 神経発達症の占める割合が多いことを想定した傷病名記載の工夫
- 2) 出生直後からの発育・養育歴と病歴が多く重なり合うことを想定した経過の記載の工夫
- 3) 教育歴や児童福祉法に基づく福祉サービス等の利用に関する記載欄の設置
- 4) 児童期に多く見られる病状または状態像の記載に重点を置いた項目の工夫
- 5) 児童期を想定した日常生活能力判定の項目の工夫

これらに留意した診断書が作成できれば、特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）との整合性も保障されることが期待できる。

E. 結論

精神障害者保健福祉手帳用診断書が現状では子どもについて記載が困難であることを述べた。さ

らに、特別児童扶養手当認定診断書（精神障害用）改定案作成の経験を参考に、精神障害者保健福祉手帳用診断書（児童用）の様式作成の必要性と、作成に際して留意すべき事項について述べた。

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ない、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。

F. 文献

- [1]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。
- [2]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。
- [3]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。
- [4]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。

[5]厚生労働省令和7年度障害者総合福祉推進事業（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）：特別児童扶養手当（精神の障害）の等級判定ガイドラインの運用上の課題等に関する調査研究報告書, 2026。

[6]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。

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyoukanrika/0000130045.pdf>（2025.5.6 閲覧）

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・登録情報

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

精神疾患併存時の療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の制度の抱える課題

研究分担者 岡田 俊 奈良県立医科大学精神医学講座 教授

研究要旨

知的発達症に統合失調症やうつ病などの精神疾患が併存すると、認知機能や適応行動はさらに低下するが、その低下が知的発達症そのものによるのか、精神疾患による二次的な変化なのかを区別することは難しい。そのため、現在の状態だけではなく、発達歴や学校記録などを用いて病前の知的機能や適応行動を推定し、経時的に評価することが重要である。特に適応行動は精神症状や生活環境によって変動しやすいため、一時点のみでの評価は適切ではない。また、知的発達症を伴わない神経発達症に対する手帳制度には、年少児へ成人基準を準用している課題がある。さらに、現行の身体・知的・精神という障害区分だけでは複合的障害を十分に反映できず、診断名にとらわれず、適応行動や生活上の困難さを基盤として支援ニーズを評価する視点が重要である。

A. 研究目的

精神症症状を伴う精神疾患は、児童思春期における非特異的な認知・行動変化が先行し、潜在的の進行を経て、顕在発症に至る。この過程では、児童期より進行性の神経学的変化を伴い、認知機能の低下を伴うこと、精神症エピソードの際に非可逆的な神経ネットワークの障害を伴うことが少なくない。このような変化は、適切な抗精神病薬治療によって最小限にとどめうるが、精神症未治療期間が長いほど、日常生活機能の低下も著しいことから、ハイリスク児を中心に早期症候に対する早期の予防的介入を行うとともに、顕在発症後には早期介入を行うことが重要であることと示唆されてきた。

近年のコホート研究の結果では、精神疾患に罹患した患者の80%は、18歳までに診断を受けており、低年齢ほどに複数の診断に該当することが報告されている(Caspi et al., 2020)。そこには自閉

スペクトラム症や注意欠如多動症、知的発達症などの神経発達症が含まれるのであり、神経発達症と各種の精神疾患の病態上の近接性も報告されている。

このように精神疾患を伴う神経発達症は決して少なくないが、知的発達症に伴う認知機能低下は、精神疾患の併存によって増悪しうる。この場合に、療育手帳の判定をどのように考えるかという課題があり、本研究課題では論点を整理する。

B. 各検討点の整理

1. 精神疾患発症例の知的機能

知的発達症は、「発達期に出現する行動と認知の障害であり、特定の知的、運動、言語、対人機能の獲得と遂行に有意な困難を伴う。これらの行動と認知の障害は、発達期に出現しうる多くの精神及び行動の疾患（例えば、統合失調症や双極症）においても認められ、その中核的な症状が神

経発達的である障害のみをこの群に含める」とされる。この意味するところは、発達期に精神疾患が発症した場合には知的能力の低下や適応行動の障害は、精神疾患のみによって生じた場合には知的発達症に含めないということであるが、知的発達症に併存する場合には発症以前の知的機能や適応行動から推測するほかはなく、横断的評価における知的機能や適応行動は障害程度の評価に用いられないことになる。しかし、支援必要度の観点から見れば、横断像における評価こそが有用であり、その場合、変動する精神疾患の症状の殿時点を評価の対象にするかという課題が残る。

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、知的発達症による知的機能の低下を、精神疾患に伴う認知機能障害と区別して評価することは困難である。

最善の方法は精神疾患発症以前の知的機能から予測される知的機能と、現在の知的機能を比較することである。そのためには発症がいつであるのかを明確にする必要があるが、発症以前に非特異的な認知機能低下を伴っている場合には、それ以

前の知的機能を参照する必要がある、発達歴に加え、就学前、小学生時、特に発症している可能性の低い小学校中学年までの未発症時の情報を収集する、発症以降の病歴聴取では、バイアスがかかりやすいことを考慮し、できる限り活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載、あるいはアルバムやビデオなどの客観的な情報を参照することが望まれる。

病前の知的機能を推定する方法として、JART (Japanese Adult Reading Test)がある。JARTは、漢字の音読テストを通じて認知症や統合失調症などの疾患による発症前の知的水準を比較するために行われる検査である。しかし、JARTが使用可能であるのは、通常学級での学習経験を積み重ねた境界線知能前後までの場合であって、それ以上の知的発達症を伴う場合には、課題の難易度としても、過去の学習経験が多様であることから考えても使用できないことに留意する必要がある。また、知的発達症のない自閉スペクトラム症の場合のように発達の偏りが大きい場合には、一つのモダリティの検査で知的機能を推定することは適切でない。

2. 精神疾患発症例の適応行動

精神疾患発症例においては、知的機能以上に適応行動は大きく損なわれ、また、病状の変化によって変動しやすい。逆に言えば、知的機能と適応行動の大きな乖離や適応行動の変動は精神疾患の影響が大きいことを示唆することになる。

精神障害者保健福祉手帳の取得においては、初診日(障害認定日)から1年半後と現在の2通の病歴、臨床症状、適応行動を評価する。この意味は、適応行動の障害が精神症状に伴うものであって、その障害が変動こそあれ、一定以上の障害が持続していることを確認する必要があるからである。精神疾患発症例においては、適応行動を1時点で把握することは適切でなく、生活環境も外来、入院などと変動しうる。さらに精神症状悪化

時には積極的な薬物療法の結果として、生活機能が損なわれている可能性も考慮されなければならない。

3. 知的発達症のない神経発達症を対象とした手帳をめぐる問題

知的発達症のない神経発達症の場合には、精神障害者保健福祉手帳が使用されているのが実態であろう。その場合、年少例において精神障害者保健福祉手帳を必要とするケースが存在するが、能力障害(活動制限)の状態の判定では困難が生じる。記入の際の留意事項として、保護的な環境ではなく、例えば、アパート等で单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定するものとし、おおむね今後2年間に予想される状態も考慮するとあるが、年少児は、保護的環境に置かれるのが通常であって、2年間のなかでは発達していくべき存在である。年少児では同年齢と比べたときにその能力があるかで推測して記入することが推奨されているが、それであれば将来の適応行動ではなく、現在の適応行動を適切に評価し、判定に用いる方が適切である。この点において、幼少期における精神障害者手帳を成人のものを援用して使用する現状は適切でない。

4. 手帳種別をめぐる課題

我が国の障害者手帳制度は、身体、知的、精神の3領域における障害のある当事者が福祉的支援やサービスを受けるために発行され、その判定にはそれぞれの障害の重症度を評価することが求められる。しかしながら、知的発達症に身体疾患、知的発達症と精神疾患を併存する場合には、知的能力に精神疾患や作業の巧緻性の影響を受けるだけでなく、適応行動は知的能力以外の障害によって大きく損なわれる。

そもそも医学的診断を正確に下すことと、それに伴う障害ニーズを特定することとは異なる

面もある。また、神経発達症や精神疾患の関連では、高次脳機能障害のように従来の障害支援に十分に乗り切れていない障害もある。医学的診断については適切に診断し、それに伴う適応の障害を、疾患種別を問わず共通して評価することが大切であると思われる。

C. 結論

知的発達症に精神疾患(統合失調症、うつ病など)が併存した場合に、知的機能や適応行動をどのように評価すべきかを整理した。

精神疾患は児童思春期から非特異的な認知・行動変化を伴って進行し、認知機能低下や適応行動障害を引き起こす。知的発達症に精神疾患が併存すると、認知機能や適応行動はさらに悪化する。しかし、現在の低下がもともとの知的発達症によるものか、精神疾患による二次的変化」なのかを区別することは難しい。

このため、評価では横断的な現在の状態だけでなく、発症以前の知的機能や適応行動を推定することが重要となる。発達歴や学校記録、通知表、生活記録などの客観的資料を活用し、病前機能を推定する必要がある。

適応行動については、精神疾患の影響を強く受け、病状や生活環境によって変動しやすい。したがって、一時点のみで評価することは適切でなく、経時的評価が必要である。精神障害者保健福祉手帳制度でも、一定期間において複数時点で評価する仕組みが採用されている。

さらに、知的発達症を伴わない神経発達症では精神障害者保健福祉手帳が利用されることが多いが、年少児に成人基準を準用している現状には課題がある。特に「将来の生活能力」を前提とした評価は、発達途上にある子どもには適合しにくく、現在の適応行動を重視した評価が望まれる。

最後に、現行の身体・知的・精神という障害区分では、複合的障害の実態を十分に反映できない場合があると指摘している。医学的診断と支援ニ

ーズの評価は区別して考える必要があり、障害種別にとらわれず、適応行動や生活上の困難さを共通基盤として評価する視点が重要である。

文献

- Caspi A, ;Houts RM, Ambler A et al. (2020)
Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study JAMA Network Open 3(4) e 203221
- 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

岡田俊 中等度～最重度知的発達症の人たちへの
精神科薬物療法 精神科治療学 40(12) 1325-
1329 2025 年 12 月

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

就労場面における療育手帳および精神障害者保健福祉手帳の運用上の課題

研究分担者 榎屋 二郎 東京医科大学精神医学分野 主任教授

研究要旨

本研究では、現行の療育手帳・精神障害者福祉手帳の取得者の障害者雇用の現状を整理し、就労や雇用の観点から両手帳の今後あるべき姿を検討した。

現在、障害者にとって障害者雇用促進法に基づく障害者雇用制度は就労・社会での共生と自立・自己実現などにとって重要な制度となっており、障害者手帳の要件変更によって、一般就労が困難な障害者が手帳を取得できなくなり、結果として就労困難となる事態は避けるべきと考える。つまり一般就労が難しい就労希望の障害者にはいずれかの手帳が発給される制度設計をすべきであろう。現在は法定雇用率の拡大基調が続いているため、各企業にとっては障害者雇用を促進せねばならず、就労希望の障害者にとっては比較的有利な状況が続いているが、この状況は持続するわけではなく、どこかで転換点を迎え、企業側の採用基準の厳格化が起こってくると予想される。その際に、各障害者がどのような業務に適性があり、どのような業務に向いておらず、どのようなサポートが必要であるか、といった情報が盛り込まれるような手帳であるべきであるし、そういった情報が盛り込めるような手帳取得用診断書の設計が望ましい。今後、そういった項目の選定を実態調査と研究にて模索していくべきと考える。

A. 研究目的

療育手帳は知的障害（知的発達症）が、精神保健福祉手帳は発達障害（神経発達症）を含む精神障害が対象であるが、世界保健機関（World Health Organization：以下 WHO）の国際疾病分類（International Classification of Diseases：以下 ICD）においては知的発達症も精神障害に分類されるため、知的発達が境界域である場合、両方の手帳が取得できるケースと精神障害者福祉手帳のみを取得できるケース、両方取得できないケースが出てくる。一方で障害者雇用促進法により、企業には従業員数に応じた障害者の雇用に義務付けられており、令和8年7月より法定雇用率が民

間企業は2.7%へ引き上げられるとともに、対象となる企業規模が「従業員37.5人以上」に拡大される予定となっている。現状では企業側が法定雇用率を維持させるために障害者雇用枠を増枠する方向に動いているが、個々の採用可否の裁量権は企業側が持っているため、今後、ICD-11の正式導入に伴って療育手帳の取得要件が変わり療育手帳が取得できなかった場合、従前では障害者雇用に応募できていた人が応募できなくなる、もしくは応募できても不採用になることも考えられる。

そこで本研究では、現行の療育手帳・精神障害者福祉手帳の取得者の障害者雇用の現状を整理

し、就労や雇用の観点から両手帳の今後あるべき姿を検討する。

B. 課題の整理

1. 障害者雇用の現状

障害者雇用とは、障害者雇用促進法に基づき、共生社会の実現を目的とした制度であり、最新の厚生労働省の調査（令和7年集計結果）によると、民間企業（雇用義務のある40人以上規模）で雇用されている障害者の実数は704,610.0人で、23年連続で過去最高を更新している。実雇用率は2.41%で、国の目標である民間企業の障害者に係る法定雇用率2.5%には達していない。厚生労働省が公表した障害種別ごとの雇用実数の内訳は

- ・身体障害者: 373,914.5人
(対前年比1.3%増)
- ・精神障害者: 168,542.0人
(対前年比11.8%増)
- ・知的障害者: 162,153.5人
(対前年比2.8%増)

となっており、近年は特に精神障害者の雇用数が大幅に増加しており、実数において知的障害者を上回る伸びを見せている。

実雇用率を企業規模別にみると、40.0人～100人未満については1.94%（前年は1.96%）、100人～300人未満が2.18%（同2.19%）、300人～500人未満が2.27%（同2.29%）、500人～1,000人未満が2.41%（同2.48%）、1,000人以上が2.69%（同2.64%）となっており、1,000人未満の企業において前年より実雇用率が低下している。

2. 企業の障害者雇用についての法的義務

国は、障害者雇用促進法に基づき、一定規模以上の従業員を雇用している民間企業に対して、障害者を常用雇用する義務を課している。これを「法定雇用率制度」と呼び、令和7年4月から令和8年6月までは、常用労働者40.0人以上の民間企業に対して、2.5%の障害者雇用義務が課せられている。これは例えば常時雇用する労働者が40.0人であれば、1人以上の障害者を雇用しなければならないことを意味する。なお、国・地方公共団体は2.8%、都道府県等教育委員会は2.7%が適用される。法定雇用率は段階的に引き上げられており、令和8年7月からは、常用労働者37.5人以上の民間企業に対して2.7%の雇用義務が課せられる予定となっている。雇用障害者数のカウント方法は図1の通りとなる。

週所定労働時間	30H以上	20H以上30H未満	10H以上20H未満
身体障害者	1	0.5	—
重度	2	1	0.5
知的障害者	1	0.5	—
重度	2	1	0.5
精神障害者	1	1 (※)	0.5

※ 当分の間の措置として、精神障害者である短時間労働者は、雇入れの日からの期間等にかかわらず、1人をもって1人とみなすこととしている。

図1 法定雇用率制度における雇用障害者数のカウント方法（厚生労働省発表資料）

令和6年4月より、週の所定労働時間が「10時間以上20時間未満」の精神障害者、重度身体障害者、重度知的障害者についても、新たに雇用率上「0.5カウント」として算定できるようになった。これまでは週20時間以上の勤務が必須だったが、この改正にて体調管理等の理由で長時間労働が難しい層の雇用も促進されている。また、週20時間以上30時間未満で働く精神障害者に関する「算定特例」も延長され、短時間労働者は0.5カウントが原則ですが、精神障害者の場合は「当分の間」、雇い入れからの期間等に関係なく「1カウント」として算定可能となっている。これより短時間からのスモールステップ雇用が法定雇用率の達成に向けた現実的な選択肢となった。

法定雇用率を超えて障害者を雇用している事業主には、調整金や報奨金が支払われる。令和6年4月1日以降、調整金は超過1人あたり月額2万9,000円（支給対象10人を超えた分は1人あたり月額2万3,000円）、報奨金は超過1人あたり月額2万1,000円（支給対象35人を超えた分は1人あたり月額1万6,000円）に支給額が調整されている。一方、雇用義務を達成していない従業員100人超の会社は、不足1人あたり月額5万円の障害者雇用納付金を納める義務が発生する。法定雇用率達成企業の割合は46.0%にとどまっており、半数以上の会社がいまだ基準を満たしていない。厚生労働省では、雇用状況に改善が見られない企業等に対して「障害者雇入れ計画作成命令」から「適正実施勧告」「特別指導」を経て、最終的には社名の公表という段階的な指導を行っている。令和6年度は企業名の公表対象となった会社は無かった。

3. 障害者雇用における両手帳の課題

療育手帳（知的障害）と精神障害者保健福祉手帳（精神障害・発達障害）は、どちらも障害者雇用枠での就労が可能で、ハローワークなどでの障害者雇用枠の求人では、どちらの手帳であっても

応募条件としては同等に扱われる。ただし、「企業の採用・受け入れやすさ」や「長期的な定着のしやすさ」、「手帳の更新頻度」という実務的な視点でいくつかの違いがある。

知的発達症においてはマニュアルや手順が固定された定型業務（軽作業、データ入力、ピッキング、清掃など）において強みを発揮することが多く、企業としては、指示をシンプルにする、視覚的なマニュアル（写真や図解）を用意するなど、「環境や作業手順の構造化」を行うことで長期的に安定して働けることも多い。一方で精神障害者保健福祉手帳の保持者は病状・能力・適性等の差異が大きい傾向があり、本人の職歴や得意分野に応じた業務の準備が求められる。企業側の対応としては業務内容そのものよりも、「体調への配慮」（疲れやすい時間帯の休憩、通院のための休暇、デスクの配置など）や、メンタル面のサポート（定期的な面談、指示出しの工夫）がより重視される。

就労支援機関の活用と定着支援の観点では、長く働き続けるためのサポート体制が重要となるが、療育手帳保持者は学校卒業後から地域生活支援センターや障害者就業・生活支援センターなどの支援機関とつながっているケースが多く、就職後も企業・本人・支援機関の「3者連携」による長期的な定着支援がスムーズに進みやすい傾向がある。一方で精神障害者保健福祉手帳保持者に関しては医療機関（主治医）との連携が必須になる。また、就労移行支援事業所や障害者職業センターなどを経て就職するケースが多く、体調の波（バイオリズム）に合わせたセルフケアと、企業側の配慮のすり合わせが定着のカギとなる。

企業側からの障害者雇用の維持という観点では手帳の有効期限も大切な要素となっている。雇用後に手帳が失効してしまうと雇用障害者数に算定できなくなり、障害者雇用率が下がり、結果として法定雇用率の達成・維持が困難となる。この観

点では2年ごとに更新が必要な精神障害者福祉手帳は、症状の回復によって「非該当（手帳が更新できない）」となったり、等級が変わったりする可能性があり、企業側のリスクとなりうる。易峰で療育手帳は地域差はあるものの更新頻度は少なく、一度取得すれば就労中に「手帳を失う（障害者雇用枠の対象外になる）リスク」が非常に低い。企業側も長期的な雇用計画を立てやすいメリットがある。

C. 結論

現在、障害者にとって障害者雇用促進法に基づく障害者雇用制度は就労・社会での共生と自立・自己実現などにとって重要な制度となっており、障害者手帳の要件変更によって、一般就労が困難な障害者が手帳を取得できなくなり、結果として就労困難となる事態は避けるべきと考える。つまり一般就労が難しい就労希望の障害者にはいずれかの手帳が発給される制度設計をすべきであろう。現在は法定雇用率の拡大基調が続いているため、各企業にとっては障害者雇用を促進せねばならず、就労希望の障害者にとっては比較的有利な状況が続いているが、この状況は永続するわけではなく、どこかで転換点を迎え、企業側の採用基準の厳格化が起こってくると予想される。その際に、各障害者がどのような業務に適性があり、どのような業務に向いておらず、どのようなサポートが必要であるか、といった情報が盛り込まれるような手帳であるべきであるし、そういった情報が盛り込めるような手帳取得用診断書の設計が望ましい。今後、そういった項目の選定を実態調査と研究にて模索していくべきと考える。

D. 文献

[1]厚生労働省：令和7年 障害者雇用状況の集計結果（2025.12）
(<https://www.mhlw.go.jp/content/11704000/0013>

57856.pdf) 2026.5.10

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyoukanrika/0000130045.pdf>（2025.5.6 閲覧）

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

柘屋二郎. 成人のエビデンスを用いた思春期うつ病の非薬物療法. 第22回 日本うつ病学会総会(2025/7) シンポジウム

H. 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

自治体における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果の比較検証

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 准教授
	村山 恭朗	金沢大学人間社会研究域人文学系 准教授
	浜田 恵	中京大学心理学部 准教授
	高柳 伸哉	愛知教育大学心理講座 准教授
	山根 隆宏	神戸大学人間発達環境学研究科 准教授
	明翫 光宜	中京大学心理学部 教授
研究協力者	足立 匡基	明治学院大学心理学部 准教授
	増山 晃大	愛知教育大学心理講座 准教授
	野沢 朋美	なかやま心理支援オフィス 臨床心理士・公認心理師

研究要旨

本研究は、自治体における療育手帳の交付判定と、国際的診断基準に準拠して開発された評価ツールである Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version (ABIT-CV) による判定結果との一致度および乖離要因を検証した。全国の児童相談所および知的障害者更生相談所 18 機関を訪れた 83 名を対象に、判定機関における知能検査・適応行動評価の結果と、ABIT-CV による評価結果との対応関係を分析した。得点レベルでは、知能 ($r = .882$) および適応行動 ($r = .839$) のいずれにおいても高い相関が認められ、平均値にも有意差は認められなかった。判定レベルでも、知能 ($\kappa = .793$)、適応行動 ($\kappa = .765$)、総合判定 ($\kappa = .753$) と高い一致が示された。判定の不一致事例を質的に分析した結果、その要因は主に①検査方法の差異、②検査結果の差異、③判定基準の差異に分類された。特に、判定機関における標準化されていない評価方法の使用や、特定の検査における系統的な得点バイアスなどが主たる要因として確認された。また、適応行動評価が十分に判定へ反映されていないケースや、国際的診断基準を満たさないにもかかわらず交付が行われているケースも認められ、判定基準の運用のばらつきが示唆された。以上の結果から、ABIT-CV は現行の判定実務と高い整合性を有し、標準化された評価を可能とする有効なツールであることが示された。一方で、現行の判定実務には評価方法および判定基準の不統一が存在しており、判定の客観性・公平性の向上に向けて、評価手法および判定基準の標準化が重要であると考えられる。

A. 研究目的

療育手帳制度は、知的障害児者に対する福祉的支援を円滑に提供することを目的として運用されているが、その交付判定基準は法的に統一されておらず、都道府県・指定都市ごとに大きく異なるのが現状である。実際、判定方法や交付基準、等級区分の設定は各自治体の裁量に委ねられており、その結果、地域間で判定の運用に著しいばらつきが生じていることが指摘されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2025；村山・浜田, 2021, 2022）。こうした不統一は、同一の障害特性を有する児者であっても、居住地域によって療育手帳の交付可否や等級が異なる可能性を生じさせ、制度の公平性を損なう要因となっている。また、転居に伴う再判定の必要性や、それに伴う心理的・実務的負担など、申請者およびその家族に対して具体的な不利益をもたらすことも報告されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2023, 2025；櫻井, 2000）。さらに、一部の自治体では知的障害の基準を満たさない児者に対しても交付が行われている一方で、基準を厳格に適用する自治体も存在するなど、運用の差異は支援対象の範囲そのものにも影響を及ぼしている。このような状況は、本来支援を必要とする児者に適切な支援が行き届かない、あるいは逆に制度の対象外とされるべきケースが含まれるといった問題を引き起こし得る。したがって、療育手帳の交付判定基準の不統一は、制度の公平性・妥当性の双方に関わる根本的な課題である。

さらに、現行の療育手帳の交付判定は、ICD-11（World Health Organization, 2022）、DSM-5（American Psychiatric Association, 2022）、AAIDD（Schalock, Luckasson, & Tasse, 2021）などの国際的な知的障害の診断基準との整合性を欠いているという問題も指摘されている。これらの診断基準では、知的障害は知的機能と適応行動の双方における有意な制約によって定義され、いずれについても同年齢の一般母集団に基づく標準化された評価（偏差指数）によって測定されることが求められている。しかし、実際の判定現場では、知的機能の評価において、精神年齢に基

づく比率IQや発達検査が用いられることが多い（三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2023, 2025）。比率IQは、年齢の上昇に伴い偏差IQとの乖離が拡大することが知られており、特に青年期以降の評価において精度上の問題が生じる可能性がある。また、発達検査は知的機能のみならず自閉スペクトラム症などの発達障害特性を反映しやすく、純粋な知的機能の評価としての妥当性に課題がある。さらに、適応行動については評価自体が行われていない、あるいは標準化された定量的指標に基づかない評価に依拠している自治体も少なくない。このように、知的機能および適応行動のいずれにおいても、一般母集団に照らした客観的評価が十分に担保されていない現状は、判定の正確性を損ない、結果として本来支援を必要とする対象に適切な支援が届かない可能性を内包している。

このような判定基準の不統一や国際的診断基準との乖離が指摘されているにもかかわらず、統一化が進まない背景には、判定現場における実務上の制約が存在する。国際的診断基準に準拠した評価を行うためには、ウェクスラー式知能検査（Wechsler, 2017, 2018, 2021）のように偏差IQを算出可能な標準化検査や、Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005；辻井・村上, 2011）のように適応行動の偏差指数を評価できる検査の活用が求められる。しかし、これらの検査はいずれも実施に長時間を要し、人的・時間的コストが大きいという課題がある。例えば、ウェクスラー式知能検査は実施に相当の時間を要するだけでなく、重度の知的障害が疑われるケースではIQが算出できない場合もある。また、Vineland-II 適応行動尺度は半構造化面接形式で実施されるため、一定の専門的訓練を受けた評価者が必要となり、現場での導入には高いハードルが伴う。こうした事情から、多くの判定機関では、実施負担の比較的小さい検査や独自の評価基準に依拠せざるを得ない状況にある。このように、専門的知識を有しない職員でも利用可能で、かつ短時間で実施できる評価ツールが十分に整備されていないことが、判定基準の統一化を阻む一因となっている。

こうした課題を踏まえ、本研究班では、療育手帳の

交付判定における実用性と科学的妥当性を両立させる評価ツールとして、Adaptive Behavior and Intelligence Test–Clinical Version (ABIT-CV) の開発を行ってきた(村山他, 印刷中; 高柳他, 印刷中)。ABIT-CV は、ICD-11 をはじめとする国際的診断基準に準拠し、知的機能および適応行動の双方を、同年齢の一般母集団に基づく偏差指数として評価することを可能とするノルム化検査である。さらに、従来の標準化検査が抱えていた実施負担の問題に対応するため、専門的な訓練を受けていない職員でも実施可能な簡便さを備えつつ、検査時間をおおむね 30 分程度に抑えるなど、現場での運用を強く意識した設計となっている。加えて、標準化調査および妥当性検証の結果から、ABIT-CV は知的障害の判定において極めて高い精度を示すことが確認されている。具体的には、知的障害の有無の判別において感度・特異度はいずれも .95 を上回り、誤判別の少ない信頼性の高い評価が可能であることが示されている。このように、ABIT-CV は、国際的基準への適合と実務上の制約の双方を踏まえた、新たな判定基盤として位置づけられる。

以上のように、療育手帳の交付判定における課題を解決するための有力な手段として ABIT-CV が開発されたが、その社会実装にあたっては、現行の判定方法との整合性を検証することが不可欠である。すなわち、各自治体における療育手帳の交付判定結果と、ABIT-CV に基づく判定結果との間にどの程度の一致あるいは不一致が生じるのかを明らかにする必要がある。さらに、両者に不一致が認められた場合には、その要因が自治体ごとの判定手続きや基準の不統一に起因するのか、あるいは ABIT-CV 自体の測定上の特性に起因するのかを検討することが求められる。そこで本研究では、療育手帳の判定実務における既存の評価方法と ABIT-CV による評価結果を比較検討し、両者の対応関係および差異の要因を明らかにすることを目的とする。これにより、療育手帳の交付判定基準の統一化と、その科学的妥当性の向上に資する基礎的知見を提供することを目指す。本稿では、3 年間の事業のうち、1 年目の中間成果を報告する。

B. 方法

1. 参加者

本研究の対象者は、療育手帳の交付判定のために全国の児童相談所および知的障害者更生相談所(9 自治体 18 機関)を訪れた児者のうち、本研究への参加に同意が得られた者であった。調査は、各判定機関の協力のもと、判定手続きの過程において研究参加の案内を行い、同意を得た対象者に対して実施された。

参加者の属性を Table 1 に示した。サンプルとしての代表性を可能な限り確保するため、年齢、知能水準、居住地域などの観点において多様な参加者が含まれるよう配慮した。その結果、参加者は幼児期から成人期までの幅広い年齢層を含み、性別および地域分布においても一定の広がりをもっていた。知能指数(判定機関における知能検査の結果に基づく)の範囲は 20-94 であり、幅広い知能水準の参加者が含まれた。また、診断については知的障害を中心としつつ、自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症などの神経発達症を併存する者も含まれており、実際の判定現場を反映した多様な臨床像が含まれていた。適応行動の評価にあたっては、対象者の日常生活の様子をよく知る保護者(主に母親)が情報提供者として回答を行った。

2. 調査内容

療育手帳の交付判定に関する情報 本研究では、療育手帳の交付判定に関する情報および複数の心理・行動評価尺度を用いてデータを収集した。まず、各判定機関における療育手帳の交付判定に関する情報として、判定に用いられた知能検査および適応行動検査の名称、各検査の結果、これらに基づく知的機能および適応行動の判定結果、ならびに最終的な療育手帳の交付の有無および重症度の判定結果を収集した。

ABIT-CV ABIT-CV は、本研究班において開発された、知的機能および適応行動を包括的に評価するノルム化検査である(村山他, 印刷中; 高柳他, 印刷中)。知的機能検査は複数の下位課題から構成され、視覚処理、言語理解、記憶、推理などの側面を幅広く評価す

Table 1 参加者の基本属性

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	%
年齢	12.89	5.44		
知能指数	47.86	20.84		
年代				
幼児			14	16.9%
小学生			15	18.1%
中学生			28	33.7%
高校生			6	7.2%
成人			20	24.1%
性別				
男性			47	56.6%
女性			36	43.4%
地方				
東北・北海道			5	6.0%
関東			11	13.3%
中部			12	14.5%
近畿			32	38.6%
中国・四国			17	20.5%
九州			6	7.2%
診断（複数該当あり）				
知的障害			65	78.3%
ASD			49	59.0%
ADHD			15	18.1%
LD			4	4.8%
染色体異常			14	16.9%
なし			3	3.6%
情報提供者				
母親			69	83.1%
父親			12	14.5%
両親			2	2.4%
			83	

る。一方、適応行動尺度は概念的スキル、社会的スキル、実用的スキルを中心とした複数領域から構成され、保護者等による他者評定によって測定される。これら

の結果は同年齢の一般母集団に基づく標準得点（平均100、標準偏差15、得点範囲20-140）として算出され、知的障害の判定および重症度評価に用いられる。

ABIT-CV では、知的障害の国際的な診断基準に準拠して、知的機能および適応行動の両方が 75（測定誤差を考慮して 70+5 を閾値としている）を下回る場合に、知的障害の診断基準（および療育手帳の判定基準）を満たすと判定する。また、重症度に関しては、知的機能および適応行動の平均値を「総合点」とし、これが 55-69 であれば「軽度」、40-54 であれば「中等度」、25-39 であれば「重度」、20-24 であれば「最重度」と判定する。

3. 分析方法

本研究では、判定機関における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果との関係を検証するため、量的分析および質的分析を行った。

まず、量的分析として、判定機関において用いられた知能検査および適応行動検査の得点と、ABIT-CV によって得られた知的機能および適応行動の標準得点との一致度を検討した。具体的には、両者の対応関係を視覚的に把握するために散布図を作成するとともに、ピアソンの積率相関係数を算出した。また、両測定間の平均値の差を検討するために対応のある t 検定を実施した。

次に、判定結果レベルでの一致度を検討するため、判定機関における知的機能および適応行動の判定結果、ならびに療育手帳の最終判定（非該当、軽度、中等度、重度、最重度）と、ABIT-CV に基づく判定結果との対応関係を重みづけ κ 係数（二次重みづけ）により検証した。 κ 係数の基準として、.00-.20 を「わずかな一致」、.21-.40 を「低い一致」、.41-.60 を「中程度の一致」、.61-.80 を「十分な一致」、.81-1.00 を「ほぼ完全な一致」とする Landis & Koch (1977) の基準を用いた。

さらに、判定結果に不一致が認められた事例については、その要因を検討するため質的分析を行った。具体的には、各事例における評価過程を精査し、①使用された検査方法の差異、②検査結果そのものの差異、③判定基準や運用上の判断の差異といった観点から分類・整理を行い、不一致の背景要因を探索的に検討し

た。

4. 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 2025-119 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

1. 知能・適応行動得点の一致

判定機関における知能検査の得点と ABIT-CV の知的機能得点との関係を Figure 1 に示す。両者の間には非常に強い正の相関が認められ ($r = .882$)、得点範囲全体にわたって一貫した対応関係が確認された。散布図からは、低得点域から高得点域に至るまで大きな系統的偏りは認められず、特定の得点範囲において一致度が低下する傾向も見られなかった。これらの結果は、判定機関で用いられている既存の知能検査と ABIT-CV が、知的機能の水準を概ね同様に評価していることを示唆している。

判定機関における適応行動の評価結果と ABIT-CV の適応行動得点との関係を Figure 2 に示す。両者の間には強い正の相関が認められ ($r = .839$)、知能得点と同様に高い一致が確認された。散布図からも、全体として直線的な関係が認められ、得点範囲によらず安定した対応関係が示されている。

判定機関の評価結果と ABIT-CV の得点の平均値の差 (Figure 3) を検証するため、対応のある t 検定を実施した。検定の結果、知能得点 ($t(59) = 1.52, p = .133$)

Figure 1 判定機関の検査およびABIT-CVにおける知能得点の散布図

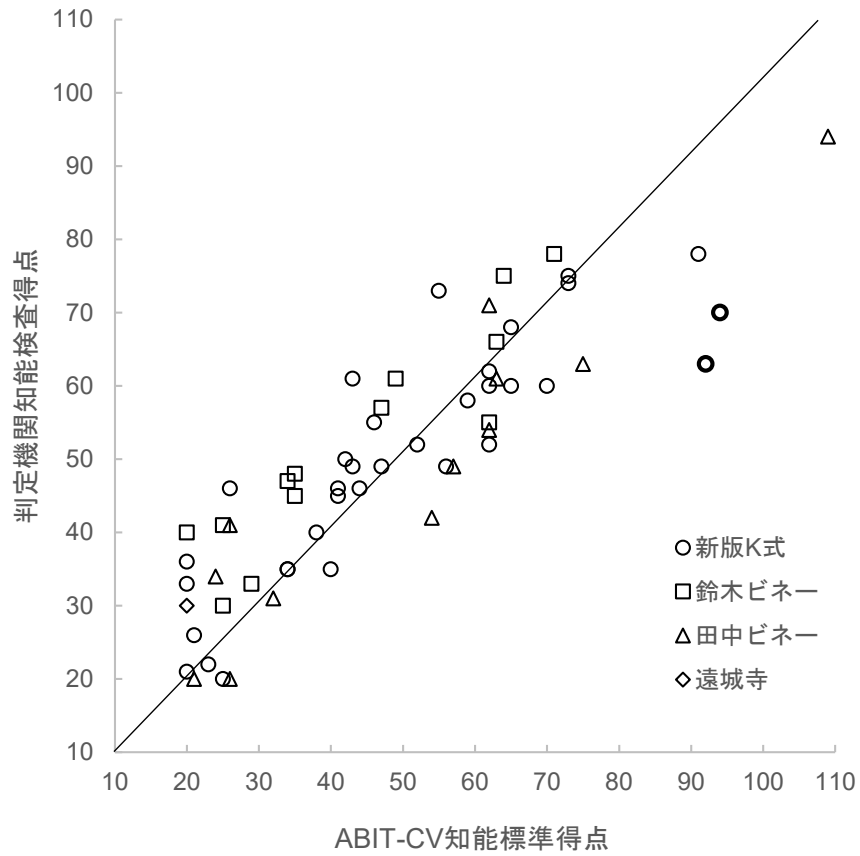


Figure 2 判定機関の検査およびABIT-CVにおける適応行動得点の散布図

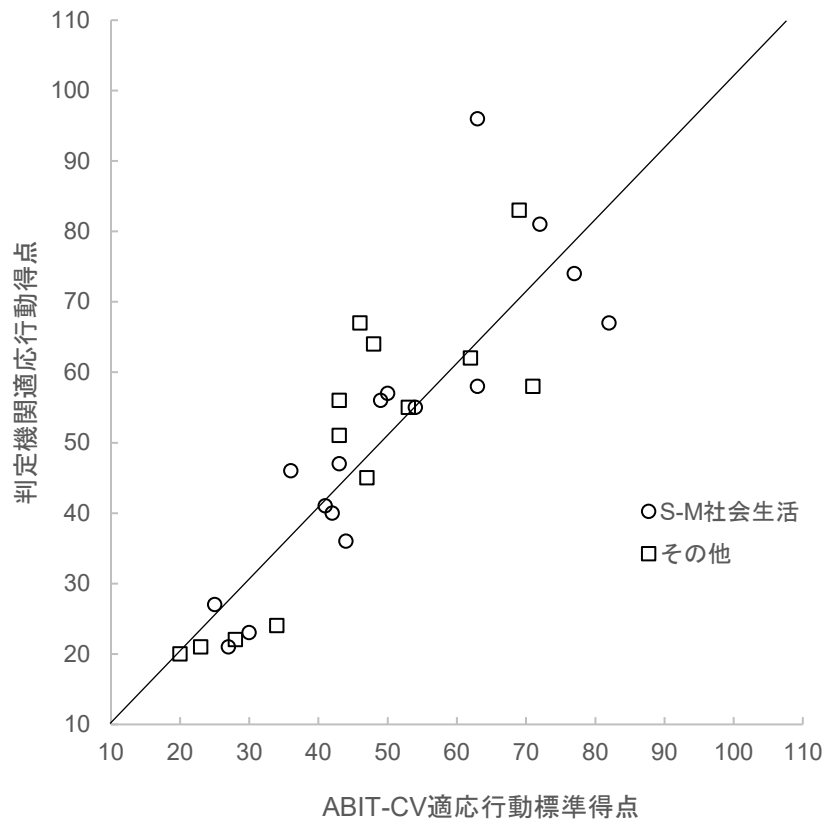
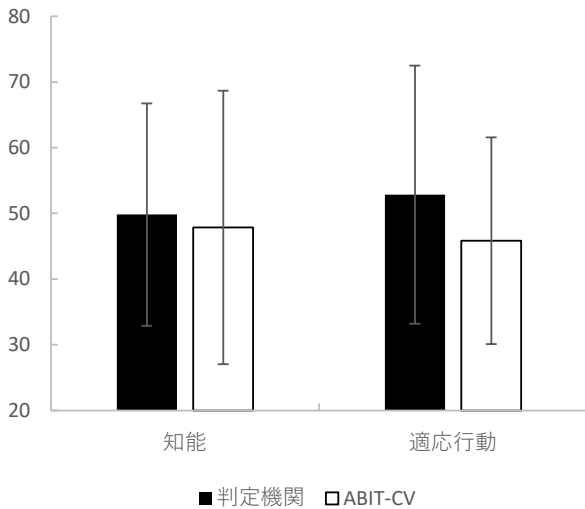


Figure 3 判定機関の検査と ABIT-CV における得点の平均値 (エラーバーは標準偏差)



および適応行動得点 ($t(25) = 1.52, p = .141$) のいずれにおいても有意差は認められなかった。すなわち、平均値の水準においても両者の評価結果は統計的に有意な差を示さず、全体として同程度の水準を反映していることが示された。

以上の結果から、ABIT-CV は、既存の判定機関における評価方法と高い相関を示すとともに、平均値の差も認められなかったことから、単に順位づけの一致にとどまらず、評価水準そのものにおいても既存の評価と整合的であることが示唆された。

2. 判定結果の一致

知的機能に関する判定 (Table 2) について、判定機関の結果と ABIT-CV の結果との一致度を重みづけ κ

係数により検討したところ、 $\kappa = .793$ と高い一致が認められた。この値は「十分な一致」(Landis & Koch, 1977) に相当し、両者の判定が概ね同様の水準で行われていることを示している。さらにクロス集計の結果から、不一致が認められる場合においても、その多くは隣接するカテゴリ間 (例：軽度と中等度) のずれにとどまっており、2 段階の乖離は 1 ケースに留まった。

適応行動に関する判定 (Table 3) についても同様に検討した結果、 $\kappa = .765$ と高い一致が認められた。知的機能に比べてやや低い値ではあるものの、依然として高い一致水準を示しており、ABIT-CV による適応行動評価は既存の判定と概ね整合的であることが示唆された。また、不一致がみられる場合でも、その大部分は 1 段階以内の差に収まっており、2 段階の差が見られたのは 1 ケースのみであった。

療育手帳の最終的な判定 (Table 4) についての一致度を検討した結果、 $\kappa = .753$ であった。この結果も高い一致を示すものであり、知的機能および適応行動の評価を総合した最終判定においても、ABIT-CV は既存の判定結果を良好に再現していることが確認された。さらに、最終判定における不一致も主として隣接する重症度間に限られており、2 段階の乖離は 2 ケースに留まった。

3. 判定の不一致に関する原因分析

判定機関における判定結果と ABIT-CV による判定結果との間に不一致が認められた事例について、その要因を「検査方法の差異」「検査結果の差異」「判定基

Table 2 知能の判定に関する判定機関と ABIT-CV のクロス集計表

ABIT-CV 知能判定	判定機関知能判定					合計
	非該当	軽度	中等度	重度	最重度	
非該当	2	3	0	0	0	5
軽度	3	12	4	0	0	19
中等度	0	4	8	1	0	20
重度	0	0	7	5	2	11
最重度	0	0	1	5	3	5
合計	5	19	13	14	9	60

Table 3 適応行動の判定に関する判定機関と ABIT-CV のクロス集計表

ABIT-CV 適応行動判定	判定機関適応行動判定					合計
	非該当	軽度	中等度	重度	最重度	
非該当	0	3	0	0	0	3
軽度	3	5	0	0	0	16
中等度	0	7	6	2	0	10
重度	0	1	4	4	4	6
最重度	0	0	0	0	4	8
合計	3	8	15	13	4	43

Table 4 総合判定に関する判定機関と ABIT-CV のクロス集計表

ABIT-CV 総合判定	判定機関総合判定					合計
	非該当	軽度	中等度	重度	最重度	
非該当	1	6	1	0	0	8
軽度	1	12	1	0	0	14
中等度	0	8	7	0	0	15
重度	0	1	7	7	1	16
最重度	0	0	0	1	3	4
合計	2	27	16	8	4	57

準の差異」の3つの観点から分類した。分類結果を Table 5 に示した。

検査方法の差異 まず、検査方法の差異としては、適応行動の判定に不一致が見られた24例のうち、判定機関において適応行動の定量的評価が実施されておらず、標準化されていない質的な評価に依拠しているケースが9例認められた。こうしたケースでは、質的評価の妥当性の問題により判定結果に不一致が生じた可能性が示唆される。

検査結果の差異 次に、検査結果そのものの差異に起因するケースが最も多く認められた。そのうち、11例では、判定機関側の検査得点の妥当性に疑義が認められた。具体的には、以下の4種類の原因が特定された。

第一に、一部の判定機関では知能の評価に「改訂版鈴木ビネー知能検査」が用いられていた。当検査は、

ビネー式知能検査でありながら、偏差IQを算定できるという利点を有する。本研究においても、ABIT-CVとの間で $r=.922$ という高い相関が見られ、収束的妥当性が確認された。しかし、Figure 1でも確認できるように、当検査では一貫して ABIT-CV よりも高得点側に得点が偏る系統的バイアスが認められた。両者の得点差の平均値は9.00に達し、対応のあるt検定の結果、有意差が検出された ($t(12)=4.78, p<.001$)。他の検査についてはこうした系統的な不一致が見られなかったことから（新版K式発達検査： $t(33)=0.41, p=.686$ ；田中ビネー知能検査V： $t(11)=0.93, p=.370$ ）、当検査に特有の得点のバイアスであることが示唆される。このバイアスにより、当検査が用いられた13例のうち、6例において、ABIT-CVとの知能判定の不一致が生じていた。

第二に、知能の測定に際して、知能検査の代替とし

Table 5 判定結果の不一致の原因に関する分類結果（複数該当あり）

	<i>n</i>	%
検査方法の差異		
適応行動の定量的評価の不使用	8	28.6%
検査結果の差異		
判定機関の検査得点の疑義	11	39.3%
新版K式発達検査	2	7.1%
改定版鈴木ビネー知能検査	6	21.4%
遠城寺式乳幼児分析的発達検査	1	3.6%
社会生活能力目安表	2	7.1%
ABIT-CVの検査得点の疑義	2	7.1%
測定誤差による得点差	8	28.6%
判定基準の差異		
適応行動の重みづけの低さ	3	10.7%
旧ICD基準での重症度判定	2	7.1%
IQ基準外（75以上）への交付	1	3.6%
	28	

て発達検査である「新版K式発達検査」が用いられているケースが多数(34例)認められた。それらのうち、大部分のケースではABIT-CVとの大きな乖離は見られず、相関係数も $r=.871$ という高い値を示した。しかし、Figure 1に太枠の丸で示した2例では、ABIT-CVで90点以上の高い得点を確認された一方、新版K式発達検査では70および63という低い得点に留まっていた。これら2例の参加者は、いずれも知的障害の診断を有していない一方、ASDの診断を有していた。発達検査は、知能検査に比べ、対人応答や課題理解、行動調整など、検査場面における行動特性の影響を受けやすいことが指摘されている。そのため、自閉スペクトラム症に特徴的な社会的コミュニケーションの困難さやこだわり行動が強い場合、実際の知的機能水準よりも低い得点が算出される可能性がある。これらの2例においても、こうした発達特性が新版K式発達検査の結果に影響し、知的機能が過小評価された可能性が考えられる。

第三に、適応行動の評価として、十分な信頼性・妥

当性の検証がなされていない「社会生活能力目安表」が用いられており、これにより得点の乖離が生じた可能性のあるケースが2例認められた。第四に、知能の評価手法として、同様に十分な信頼性・妥当性が確認されていない「遠城寺式乳幼児分析的発達検査」の利用により得点の乖離が生じている可能性のあるケースが1例認められた。

一方で、ABIT-CVの得点に疑義が認められたケースも2例あった。これらのケースでは、知的機能の得点が40程度であるにもかかわらず、適応行動では80前後の得点が得られ、結果として、総合判定が「非該当」となっていた。このような知能水準と適応行動の大きな乖離は、一般的な知的障害の臨床像に照らして整合的とは言いがたい。ABIT-CVにおける適応行動の評価は保護者による評価に基づくため、評価バイアス（特に社会的望ましきバイアスや黙従傾向など）による得点の上振れが生じた可能性がある。ABIT-CVの開発段階においては、こうした測定誤差の影響下であっても、知的障害の高い精度が確認されているが、評

定バイアスの影響を軽減する上で、不一致が特に大きいケースに関しては、適応行動の得点を補助的な扱いとし、知的機能の結果を中心に評価するなど、柔軟な運用を行う必要性が示唆された。

こうしたケースとは異なり、判定機関と ABIT-CV の得点に一定の不一致があるものの、いずれかに明確な原因を特定できないケースも 8 例認められた。これらの事例における得点差は全体として比較的小さく、おおむねランダムな測定誤差によって説明可能であると考えられる。

判定基準の差異 最終的な判定基準における差異によって判定の違いが生じたと考えられる事例も認められた。3 例では、判定機関において適応行動の測定自体は実施されているにもかかわらず、その結果が最終的な判定に十分反映されておらず、知的機能の水準が主たる判断根拠として用いられていた。また、2 例では、判定機関において、現行の ICD-11 (World Health Organization, 2022) ではなく、従前の ICD-10 (World Health Organization, 1993) に基づく重症度判定基準 (50-74 : 軽度、35-49 : 中等度、20-34 : 重度、20 未満 : 最重度) が適用された結果、現行の判定基準 (55-74 : 軽度、40-54 : 中等度、25-39 : 重度、25 未満 : 最重度) に基づく ABIT-CV の判定と不一致が生じていた。これらの結果は、一部の判定実務において、知的機能を中心とした従前の ICD-10 に基づく運用が依然として継続していることを示している。現行の ICD-11 では、知的障害の診断および重症度判定において、知的機能と適応行動の双方を総合的に評価することが重視されていることから、こうした運用は現在の国際的診断基準とは必ずしも整合的ではない。したがって、今後は適応行動評価を実質的に判定へ反映させる仕組みを整備するとともに、重症度判定基準についても国際的基準に基づく統一的な運用を進める必要があると考えられる。

また、判定機関における知能や適応行動の測定値が 75 を上回るにもかかわらず、療育手帳の交付対象となっているケースが 1 例認められた。国際的な診断基準 (ICD-11、DSM-5、AAIDD) においては、知的障害

は知的機能と適応行動の双方における有意な制約を必須要件として定義されており、本事例のように両指標が基準を上回る場合に交付が行われることは、これらの診断基準との明確な不一致を示すものである。実際の判定現場では、発達障害特性に伴う社会生活上の困難さや、支援ニーズの高さなどが考慮され、診断基準とは異なる観点から行政的判断が行われている可能性がある。このような運用は、支援の必要性に柔軟に対応するという点で一定の意義を有するものの、その判断基準が明確でない場合には、地域間での運用のばらつきや、判定の一貫性・公平性の低下を招くおそれがある。

D. 考察

1. 得点および判定の一致

本研究では、判定機関における評価結果と ABIT-CV による評価結果との一致度を検討した結果、知能 ($r = .882$) および適応行動 ($r = .839$) のいずれにおいても高い相関が認められた。また、平均値においても有意差は認められず、両者は単に順位づけの一致にとどまらず、評価水準そのものにおいても整合的であることが示された。判定カテゴリレベルにおいても、知能 ($\kappa = .793$)、適応行動 ($\kappa = .765$)、総合判定 ($\kappa = .753$) といずれも高い一致が認められた。さらに、不一致が認められる場合でも、その多くは隣接する重症度間にとどまっており、2 段階以上の大きな乖離はほとんど認められなかった。

これらの結果は、ABIT-CV が現行の判定実務と高い整合性を有し、実務的な判定水準を適切に再現していることを示している。加えて、ABIT-CV は、従来の標準化検査と比較して実施時間が短く、専門的な訓練を受けていない職員でも実施可能であるという利点を有している。すなわち、人的・時間的コストを抑えつつ、標準化された評価を提供できる点において、現場の実務的制約に適合した評価ツールであるといえる。以上を踏まえると、ABIT-CV は既存の判定体系との連続性を保ちながら導入可能であるだけでなく、評価の標準化と効率化を同時に実現しうる点において、療育手

帳判定の実務における有用性が高いツールであると考えられる。

2. 判定の不一致の原因

本研究においては、全体として高い一致が確認された一方で、一部の事例において判定の乖離が認められた。これらの乖離について質的に検討した結果、その要因は大きく「検査方法の差異」「検査結果の差異」「判定基準の差異」の3つに整理された。

まず、検査方法の差異として、適応行動の評価が標準化された定量的尺度に基づかず、質的な観察や非標準化ツールに依拠しているケースが認められた。このような場合、評価の客観性や再現性が担保されにくく、結果として ABIT-CV との乖離が生じやすかったと考えられる。また、知能評価においても、標準的な知能検査ではなく発達検査が用いられているケースが多く、特に自閉スペクトラム症の特性を有する対象者においては、検査場面での行動特性が得点に影響し、実際の知的機能水準よりも低く評価される可能性が示唆された。

次に、検査結果そのものの差異に起因するケースが最も多く認められた。具体的には、特定の検査における系統的な得点バイアスや、検査実施条件の違いに伴う測定誤差が影響していると考えられる事例が含まれていた。さらに、ABIT-CV においても、適応行動の評価が保護者による他者評定に依存することから、評定バイアスにより得点が過大評価される可能性が示唆された。このように、測定手法の違いに加えて、情報提供者の特性や評価状況も乖離の一因となり得ることが明らかとなった。

さらに、判定基準の差異に起因する乖離も確認された。具体的には、適応行動の評価が実施されているにもかかわらず、その結果が最終判定に十分に反映されていないケースや、知的障害の国際的診断基準を満たさないにもかかわらず療育手帳が交付されているケースが認められた。これらは、知的機能と適応行動を同等に重視する国際的診断基準（ICD-11、DSM-5 等）との乖離を示すものであり、判定基準の運用のばらつ

きが存在することを示唆している。

3. 次年度以降の課題

以上の結果を踏まえ、今後の課題として以下の3点が挙げられる。第一に、本研究の対象は9自治体18機関に限られているため、次年度以降、全国のより多くの自治体においてサンプルを追加収集し、結果の一般化可能性を検証する必要がある。特に、地域ごとの判定運用の差異や検査ツールごとの測定結果の一致をより精緻に把握するためには、さらなるデータの蓄積が求められる。

第二に、ABIT-CV において知能と適応行動の評価結果に顕著な乖離が認められるケースへの対応について検討する必要がある。本研究でも一部に大きな乖離が認められ、その解釈や判定への反映方法について慎重な検討の必要性が示唆された。再評価の基準や検査結果の重みづけの方法など、実務的な対応指針の整備と検証が求められる。

第三に、視覚障害や聴覚障害を有する対象者に対する ABIT-CV の適用可能性について検証する必要がある。ABIT-CV の知的機能検査には、視覚障害者にも適用可能な言語課題や、聴覚障害者にも適用可能な視覚課題など、多様なモダリティに基づく課題が含まれている。そのため、理論的にはこれらの障害を有する対象者にも適用可能であると考えられる。しかしながら、現時点では視覚障害および聴覚障害を有する対象者を対象とした実証的検証はなされていない。知的障害児者においては、視覚障害や聴覚障害を併存するケースも少なくないことから、これらの対象者に対しても適切な評価を提供できるかどうかは重要な課題である。したがって、今後は障害特性に応じた課題選択や実施方法の工夫も含め、ABIT-CV の適用可能性および測定の妥当性について実証的に検討を進めることが不可欠である。

E. 結論

本研究では、自治体における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果との一致度および不一致の

要因を検討した。その結果、知能および適応行動の得点レベル、ならびに判定カテゴリーのいずれにおいても高い一致が認められ、ABIT-CV は現行の判定実務と整合的な評価を提供しうることが示された。さらに、不一致が生じる場合であっても、その多くは隣接する重症度間にとどまった。

判定の不一致が認められた事例について分析した結果、その大半は ABIT-CV 自体の問題ではなく、判定機関における既存の検査手法や判定過程に起因するものであることが明らかとなった。特に、標準化されていない評価方法の使用、特定の検査における系統的な得点バイアス、ならびに判定基準の運用のばらつきが主要な要因として確認された。これらの知見は、現行の判定実務において評価手法および判定基準の統一が十分に図られていない現状を示すものであり、標準化された評価ツールの導入の必要性を強く支持するものである。

他方で、少数ではあるものの、ABIT-CV における適応行動の評価において、保護者評定に由来する評定バイアスの影響が示唆されるケースも認められた。こうした事例では、知的機能と適応行動の間に大きな乖離が生じる可能性があるため、その解釈には慎重さが求められる。今後は、このような乖離が顕著なケースに対する対応方針を検討するとともに、補助的指標の活用や再評価の手続きの整備など、実務的な運用の高度化が求められる。

以上の結果から、ABIT-CV は療育手帳判定における客観性および公平性の向上に資する有効な評価ツールであることが示された。今後は、その適用範囲の拡張および運用上の課題の整理を進めることで、判定基準の標準化に向けた基盤の構築が期待される。

F. 文献

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement

of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159-174.

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.

村山恭朗・伊藤大幸・高柳伸哉・明翫光宜・浜田 恵・山根隆宏・増山晃大・足立匡基・中島卓裕・辻井正次. 療育手帳の交付判定を目的としたノルムが設定された検査 ABIT-CV の開発(1):知的機能評価パートの標準化と妥当性の検証. 小児の精神と神経. 印刷中.

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).

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. (辻井正次, 村上 隆 (監修) (2014) : 日本版 Vineland-II 適応行動尺度マニュアル. 日本文化科学社)

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.

高柳伸哉・伊藤大幸・村山恭朗・明翫光宜・浜田 恵・山根隆宏・足立匡基・中島卓裕・増山晃大・辻井正次. 療育手帳の交付判定を目的としたノルムが設定された検査 ABIT-CV の開発(2):適応行動評価パートの標準化と妥当性の検証. 小児の精神と神経. 印刷中.

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. (2017). 日本版 WPPSI-III 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. (2021). 日本版 WISC-V 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.

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

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision).*

吉村 拓馬・大西 紀子・恵良 美津子・松田 裕之・小橋川 晶子・広瀬 宏之・大六 一志 (2019). 療育手帳判定における知能検査・発達検査に関する調査. LD 研究, 28, 144-153.

G. 健康危険情報

特になし

H. 研究発表

1. 論文発表

村山恭朗・伊藤大幸・高柳伸哉・明翫光宜・浜田 恵・山根隆宏・増山晃大・足立匡基・中島卓裕・辻井正

次. 療育手帳の交付判定を目的としたノルムが設定された検査 ABIT-CV の開発(1):知的機能評価パートの標準化と妥当性の検証. 小児の精神と神経. 印刷中.

高柳伸哉・伊藤大幸・村山恭朗・明翫光宜・浜田 恵・山根隆宏・足立匡基・中島卓裕・増山晃大・辻井正次. 療育手帳の交付判定を目的としたノルムが設定された検査 ABIT-CV の開発(2):適応行動評価パートの標準化と妥当性の検証. 小児の精神と神経. 印刷中.

2. 学会発表

該当なし

I. 知的財産権の出願・登録情報

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ABIT-CV 検査の内容と特徴、判定機関職員等への説明や見学の試行的実施

研究分担者 高柳 伸哉 愛知教育大学心理講座 准教授
村山 恭朗 金沢大学人間社会研究域人文学系 准教授
小林 真理子 山梨英和大学人間文化学部人間文化学科 教授
山根 隆宏 神戸大学人間発達環境学研究科 准教授
浜田 恵 中京大学心理学部 准教授
明翫 光宜 中京大学心理学部 教授
研究協力者 足立 匡基 明治学院大学心理学部 准教授
増山 晃大 愛知教育大学心理講座 准教授

研究要旨

本障害者政策研究事業では、令和6年度に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（ABIT-CV）を開発した。しかし、ABIT-CVを普及するためにはABIT-CVに関する周知や実際の調査場面の見学などにより、療育手帳判定に携わる職員へ普及する取り組みも必要不可欠である。そこで本研究では、ABIT-CVの周知を目的として内容や特徴を整理するとともに、希望が挙げられた自治体でABIT-CVの説明・研修・見学を実施し、意見交換を行った。

ABIT-CVはICD-11等の国際的な診断基準に基づいた判定が可能であり、知的機能・適応行動の両面について簡便に把握ができる検査であることが示された。また、自治体におけるABIT-CVの説明・研修・見学による意見交換においても、概ね肯定的な意見が聞かれた。一方で、ABIT-CVの実施に関する質問や、判定現場の職員でもわかりやすいマニュアル作成の要望など、全国の療育手帳判定の現場に普及するにあたっての課題も提示された。

令和9年度までの3年間を通して、児童相談所や知的障害者更生相談所等の判定機関職員との意見交換を重ね、ABIT-CVの社会実装の促進を目指す。本研究を進めることにより、療育手帳判定における標準化された無料の検査・評価ツールABIT-CVの普及により、療育手帳判定における判定手法の信頼性・妥当性の向上と職員の負荷軽減の効果が期待される。

A. 研究目的

知的発達症（Disorders of Intellectual Development；以下、知的障害）を有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発出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。

一方で療育手帳の判定手続きや交付基準につい

ては、都道府県／指定都市間に著しいばらつきが生じており（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2025；村山・浜田, 2022）、これらは転居に伴う再判定の必要性や地域間での不公平などの課題につながっている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2023, 2025）。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。

加えて近年、知的障害に関する国際的診断基準（International Classification of Diseases: ICD）が変更され、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したもので、2022 年 1 月より ICD-11 が発効した。現在、わが国で用いられている「疾病、傷害及び死因の統計分類」（ICD-10（2013 年版）準拠）」（厚生労働省, 2015）からの主な変更点として、①知的障害の診断において、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が挙げられる（World Health Organization, 2022）。

しかしながら、わが国では知的障害を有する児者を対象としているはずの療育手帳について、国際的な診断基準に即した知的機能と適応行動の 2 軸評価を用いた判定が採用されていない地域も多くみられる。先行研究では、知的機能の評価では知能検査の利用率は一定程度高い結果がみられた（三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング, 2025）。一方、適応行動の評定を実施していると回答した機関は半数にも満たない結果が示されている（三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング, 2024）。こうした状況について、自治体ごとの判定基準などの差異や、知的機能や適応行動を評価するツールの特徴（実施に長時間かかるなど）に加え、療育手

帳の判定に多くの人員や時間を割くことができないの児童相談所（以下、児相）や知的障害者更生相談所（以下、知更相）等の現場における課題も見いだされている（村山・浜田, 2022）。

こうした状況を踏まえ、本研究班では令和 4 年度から令和 6 年度の 3 か年にわたる研究を通じて、ICD-11 の知的障害の診断基準に準拠し療育手帳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（以下、ABIT-CV）の開発と、その標準化および信頼性・妥当性の検証を行い、十分な信頼性と妥当性が示された（伊藤他, 2025）。一方で社会実装においては、ABIT-CV が療育手帳の判定を行う児相や知更相等の判定機関職員により実際に活用できることも求められる。なお、本研究班で提示した ICD-11 に準拠した 2 軸評価による「療育手帳判定暫定ガイドライン（案）抜粋」（辻井他, 2025）に関して、児相・知更相を対象に行った直近の調査（三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング, 2026）によれば、児相・知更相等（ $n=191$ ）が 2 軸評価となる場合に使用を検討するツールとして回答したのは、既存のノルム化検査である「ウェクスラー系知能検査と Vineland-II 適応行動尺度の両方実施」がわずか 4.7%であったのに対し、本研究班が開発した「ABIT-CV」（知的機能検査・適応行動尺度）は 35.6%と高い割合を示した。しかし、「わからない・検討中」が 63.9%と最も高い割合となっていること、令和 6 年度又は令和 7 年度の ABIT-CV 説明会に参加した機関の ABIT-CV に関する理解について「ABIT-CV について理解はしたが、検査実施のイメージはできていない／疑問点がある」の割合が 84.3%と最も高いことから（三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング, 2026）、実際の判定場面を想定した ABIT-

CV の活用について周知や理解が十分ではない現状がうかがえる。

そこで本研究では、ABIT-CV の内容や特徴をあらためて整理するとともに、児相・知更相等の判定機関職員からの反応や課題等を整理することを目的とし、希望の挙げられた一部の自治体において ABIT-CV 調査における研修や見学等の取り組みを試行的に実施する。

B. 方法

ABIT-CV 説明・研修、見学の参加者

別途分担研究報告書にて提示している、自治体における療育手帳の交付判定と ABIT-CV による評価結果の比較検証を行った全国の児相・知更相等 18 機関に対して、各機関の希望に応じて ABIT-CV の説明や研修、調査時の見学が可能であることを周知した。その結果、一部の自治体から希望が挙げられ判定機関等の職員 34 名が参加した (Table 1)。なお、今年度は調査実施と並行して試行的に取り組んだものであることから、具体的な人数の把握やアンケートを用いた意見収集などは実施できなかったこと、自治体などを明示できない状況から参加者数の概数や、挙げられた主な意見の報告に留まる。

また、対象児者への ABIT-CV 実施にあたっては、実施地域の近隣にて心理学を専攻する大学院生や公認心理師等の心理職を募集し、調査実施前に研究分担者らによる ABIT-CV 知的機能検査の説明や研修会を実施し、トレーニングを行った。参加した大学院生・心理職は ABIT-CV 知的機能検査の検査者として雇用され、最終的に 37 名が調査実施に参画した (Table 1)。

Table 1 ABIT-CV 説明・研修、見学の参加人数

地域	児相・知更相等 判定機関職員	テスタースタッフ 大学院生等
北海道・東北	4	4
関東・信越	3	17
関西	7	6
中国・四国	20	8
九州	0	2
合計	34	37

実施時期、手続き

2025 年 10 月～2026 年 1 月に、各自治体や児相・知更相等の判定機関への調査説明・協力依頼を行った際、ABIT-CV の説明や研修、調査実施時の見学が可能であることを伝達し、自治体や判定機関の希望に応じて実施した。また、ABIT-CV 調査実施に向け、2026 年 1～2 月に大学院生・心理職対象の研修会を行い、2026 年 2～3 月には主に土日・祝日において ABIT-CV 調査が実施され、希望した自治体や児相・知更相等の職員が調査当日に見学に訪れた。

ABIT-CV の構成・内容

ABIT-CV は、対象者本人に回答を求める知的機能検査と、対象者本人をよく知る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。なお、詳細な開発過程は伊藤他 (2025) を参照されたい。

知的機能検査 課題の開発は CHC モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、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) の検討および協議を通じて行われた。ABIT-CV 知的機能検査は「視覚 (①比較・展開、②仲間選び、数と見え方)」「言葉 (①知識、②共通点)」「記憶」「算数」で構成されており、対象児者の年齢により「幼児版 (就学前まで)」か「児童・成人版 (就学以降)」のいずれかを用いる (Table

2)。なお、各項目の採点は「正答 (1)」か「誤答 (0)」での評定とし、検査実施者が得点の範囲に迷うことのないよう、簡便な形式となっている。実施時間は 20～30 分程度と短時間での実施が可能である。また、検査者が用いる「ABIT-CV 実施マニュアル」が作成されており、検査実施において対象児者への説明や正答例・誤答例の確認など、具体的に参照できるようになっている。

ABIT-CV 知的機能検査は、村山他 (印刷中) に

より信頼性と妥当性が検証されており、全体の α 係数は幼児で.976、児童で.983、青年・成人で.981 と高い値が報告されている。また、ウェクスラー式知能検査 FSIQ との併存的妥当性の高さ (幼児: $r = .786$, 児童・青年・成人: $r = .811$, 全年齢: $r = .767$) や、定型発達群と知的障害群の ABIT 知的機能検査標準点の群間差の効果量から臨床的妥当性の高さも示されている (村山他, 印刷中)。

Table 2 ABIT-CV 知的機能検査の構成

課題	概要	問題数	実施順	
			幼児	児童・成人
視覚				
①比較・展開	大きさ・長さの比較, 部分から全体の推測	20	1st	—
②仲間選び	同じ概念に属する絵を選択	15	3rd	—
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	6th	4th
言葉				
①知識	一般的な知識に関する質問に解答	17	5th	3rd
②共通点	2つの言葉の共通点を答える	15	—	5th
記憶	短い文章を復唱	16	2nd	1st
算数	算数の文章題に暗算で解答	32	4th	2nd
項目数合計		127	112	92

適応行動尺度 尺度項目の作成は、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、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。

既存の適応行動の評価尺度と同様に、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」) が採用されている (「N」回答は「1」として処理)。

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全 220 項目に及ぶ尺度であるが、実施時の利便性を考慮して、年齢に応じた開始項目および中止条件が設定されている。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。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る。また、4 問連続で「0」の回答が続いた場合には回答中止となる。回答の所要時間は平均して 10～15 分程度である。ABIT-CV 適応行動尺度の回答方法や開始年齢、手順については、表紙に明記されているとともに、調査実施を統括する責任者が回答者から質問に返答したり、回答終了後

にチェックを行うことで、回答の誤りや漏れに対応する。

ABIT-CV 適応行動尺度は、高柳他（印刷中）により信頼性と妥当性が検証されており、全体の α 係数は幼児で.990、児童で.996、青年・成人で.996 と高い値が報告されている。また、Vineland-II 適応行動尺度との併存的妥当性の高さ（幼児： $r = .804$ ，児童・青年・成人： $r = .873$ ，全年齢： $r = .689$ ）や、定型発達群と知的障害群の ABIT 適応行動尺度標準得点の群間差の効果量から臨床的妥当性の高さも示されている（高柳他，印刷中）。

ABIT-CV 標準得点の算出 ABIT-CV 知的機能検査・適応行動尺度の双方について、各下位尺度の粗点を入力することで、それぞれの標準得点（平均 100、標準偏差 15）が算出できる換算ソフトを作成した。現在は本研究班のみが利用できるシステムとなっているが、将来的には療育手帳の判定で ABIT-CV を用いる児相・知更相等の職員が実施後に標準得点を即座に算出できることを目指して開発している。

C. 結果と考察

ABIT-CV 説明・研修、見学の実施形態

ABIT-CV の説明・研修や調査実施時の見学を行った判定機関職員の人数について、地域・実施形態別の参加人数を Table 3 に示す。その結果、事前の説明・研修は中国・四国が 20 名と突出して多く、北海道・東北から関西地域では 3～7 名の一定数がみられたものの、九州は 0 名であった。また調査当日に見学を行った判定機関職員は、関西の 7 名が最も多く、北海道・東北では 4 名が参加したものの、その他の地域では 0 名であった。

Table 3 ABIT-CV 説明・研修、見学における地域・実施形態別の判定機関職員の参加人数

地域	ABIT-CV	
	事前説明・研修	調査当日の見学
北海道・東北	3	4
関東・信越	3	0
関西	7	7
中国・四国	20	0
九州	0	0
合計	33	11

特に見学において参加がみられなかった地域が複数みられた理由について、ABIT-CV 調査が主に土日祝日に実施された日程の影響によることが一因であると推察される。公務員である自治体職員を土日祝日に調査会場に派遣することについて事前に決裁などの手続きを踏むための時間の確保や組織の理解・協力など、休日に見学に来るための実務上のハードルがあったことが想定される。本研究は 3 か年計画の初年度であり、年度末の期限に向けて ABIT-CV 調査の実施に関する各自治体との打ち合わせや調査日程の設定、会場の確保などの段取りで準備期間を要したこともあり、判定機関職員の調査当日の見学を促進するための環境整備を行う十分な時間がなかったことも影響したものと考えられる。

そのため、次年度以降では今年度の試行的取り組みを基に調査実施日程を年度前半から組むことができるように計画し、自治体や判定機関職員との十分な連携のもとに調査実施を行うことによって、判定機関職員が ABIT-CV 調査の見学ができる可能性を高めることが求められる。

ABIT-CV の特徴

ABIT-CV は知的機能検査と適応行動尺度で構成され、検査実施後は換算ソフトを用いて粗点を入力することで標準得点の算出が可能である。ABIT-CV の特徴について、以下に列挙する。

<ABIT-CV 全体の特徴>

- ・国際的な診断基準である ICD-11 における知的障害の定義に準拠している。
- ・知的機能と適応行動の同年齢帯での位置づけ（偏差 IQ など）が算出できる（ノルム化検査）。
- ・実施者の資格有無を問わず、マニュアルや説明に沿って実施可能である。

<ABIT-CV 知的機能検査の特徴>

- ・対象児者に個別で実施する。
- ・2歳～成人に幅広く適用できる（ただし、重症度判定は4歳以上）。
- ・約20～30分と短時間での実施が可能である。
- ・絵を用いた課題も多く、低年齢や言語が不十分な方にも実施が可能である。
- ・実施者用の詳細なマニュアルが付属している。

<ABIT-CV 適応行動尺度の特徴>

- ・対象児者をよく知る方が回答する質問紙である。
- ・0歳～成人の全年齢に適用できる（ただし、重症度判定は4歳以上）。
- ・約15分と短時間での回答が期待できる。
- ・220項目で全年齢帯の適応行動を網羅している一方、開始年齢や中断条件の設定により効率的に実施ができる。
- ・知能検査と並行して回答してもらうことで時間短縮ができる。

<ABIT-CV 換算ソフトの特徴>

- ・ABIT-CV 知的機能検査と適応行動尺度の粗点を入力することで、偏差 IQ などの数値が自動算出され、療育手帳判定の結果（該当（+重症度区分）、または非該当）を簡単に出力することができる。
- ・療育手帳判定の結果について、PDF形式で出力（印刷）も可能である。

また、ABIT-CV の導入は国際的な診断基準への準拠や判定結果の地域差の解消といった学術的・行政的なメリットだけではなく、療育手帳判定を

行う判定機関職員等の負担軽減も期待できる。

<療育手帳判定での ABIT-CV 活用メリット>

- ・国際的診断基準に準拠した知的障害の判定と精度の高さ（感度.982、特異度.998）
- ・既存のノルム化検査との高い関連性（ウェクスラー式知能検査 $r = 0.787$ 、Vineland-II 適応行動尺度 $r = 0.886$ ）
- ・短時間で実施でき、マニュアルに沿って実施可能なため、人的・時間的コストを削減できる。
- ・回答者の時間的負担も少なく、既存検査より対象児者へかける負担が軽微である。
- ・換算ソフトに結果の得点を入力するだけで判定結果が出力可能で、作業時間を短縮できる。

以上の特徴から、ABIT-CV は療育手帳の判定ツールとして国際的診断基準に準拠し、科学的に高い信頼性・妥当性を有しているだけでなく、療育手帳の判定を行う判定機関職員や対象児者や保護者等の負担軽減の効果も期待される実用性の高いツールとなっている。一方で、これまでの説明会のみでは ABIT-CV を実際に使用するイメージを判定機関職員に持ってもらったり、疑問点が残されているといった課題（三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング, 2026）に対応することが求められる。

ABIT-CV に関する判定機関職員の反応など

各地域・自治体における判定機関職員等を対象とした ABIT-CV 説明・研修や ABIT-CV 調査当日の見学において、参加した判定機関職員らに ABIT-CV に関する感想や質問を求めた。

その結果、ABIT-CV 知的機能検査について、既存の検査ツールと比較して実施時間の短さや、詳細なマニュアルが準備され実施・評価が容易であることについて、想定より導入のハードルが低いなどの肯定的な評価が得られた。一方で、ABIT-CV 知的機能検査への質問や指摘、要望などがいくつか挙げられた。質問や指摘では、0か1の二値判定

により従来よりもシビアな評価になるのではないかとこの疑問や、「言葉②共通点」において記載されている正答例・誤答例のみでは検査実施者が評定で判断が迷う可能性があるという懸念、「算数」など開始年齢項目が設定されている課題で、最初の問題が誤答であった場合に問題を遡って実施する手順について対応できるかという心配などが挙げられた。さらに要望としては、重度判定の知的障害者へのフィードバックで用いるため、精神発達年齢の算出をできるようにしてほしい、という声も聞かれた。いただいた質問・指摘については、ABIT-CV 知的機能検査の実施マニュアルをさらにわかりやすくすることや、ABIT-CV 導入前に判定機関職員向けの ABIT-CV 検証結果の提示や実践的なワークショップを行うことなどにより対応可能な課題であると考えられる。一方で要望については、現在の判定方法が各地域で大きく異なる状況を踏まえるとニーズも同様に大きな差異があることが想定されるため、3年間における ABIT-CV 判定と現状の療育手帳判定との照合を行いつつ、並行して各地域における要望を集約し、対応すべき課題の整理と地域ごとの活用の提案などを行うことも求められよう。

また、ABIT-CV 適応行動尺度に関して、調査用紙を見た印象としては項目の多さへの懸念も聞かれたものの、実際に調査実施者が対象児者の保護者に説明や回答補助を行っている場面を見た後では、判定機関職員等による対応も可能であると認識が肯定的に変わったという回答もうかがえた。ABIT-CV 適応行動尺度について、開始年齢項目から4問目までの間で、1つでも「0」または「1」回答の項目がある場合には、前の年齢帯に遡って回答を求める形式をとっているが、この点については調査用紙の表紙や該当項目にも記載する形をとっており、事前の確認や回答補助の実践的研修を行うことで、判定機関職員が実践することも容易であると見込まれる。なお、本研究（令和7～9年

度）では、保護者等の調査において ABIT-CV 適応行動尺度に加え、対象児者の発達障害特性や行動問題の程度を把握するための質問紙も実施しているが、本来の療育手帳判定における ABIT-CV 適応行動尺度実施とは異なるため、他の尺度を含めた感想や質問については、本研究の結果から除いている。

D. 結論

本研究の結果から、ABIT-CV 知的機能検査・適応行動尺度は国際的な診断基準に準拠し、科学的な手続きにより高い信頼性・妥当性が実証されている検査ツールであるだけでなく、療育手帳判定を行う判定機関職員等による実施も既存の検査ツールより容易であり、負担軽減も期待できることが示された。

本研究の3か年計画初年度となる令和7年度では、個別の自治体・判定機関を対象とした ABIT-CV の説明・研修、見学等の取り組みは試行的な実施にとどまったが、本研究の実績を基に令和8・9年度における調査と並行してさらなる自治体・判定機関において実際の検査ツールや調査用紙を用いた説明・研修、調査当日の見学の機会を提供することにより、判定機関職員等に ABIT-CV を周知して理解を促進し、療育手帳判定現場における実施について具体的な見通しや自信を高め、導入の実現可能性を高めていくことが期待される。

E. 文献

厚生労働省 (2015). 「疾病、傷害及び死因の統計分類」(ICD-10 準拠).

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/>

伊藤 大幸, 村山 恭朗, 浜田 恵ら (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 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. 分担研究
報告書, pp. 78–127.

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 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 (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.

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2026).
厚生労働省 令和 7 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運
用上の課題および発達障害の初診ニーズに
向けた取り組みに関する実態調査 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, pp. 43–70.

村山恭朗・伊藤大幸・高柳伸哉・明翫光宜・浜田
恵・山根隆宏・増山晃大・足立匡基・中島
卓裕・辻井正次 (印刷中). 療育手帳の交付
判定を目的とするノルムが設定された検査
ABIT-CV の開発 (1): 知的機能評価パー
トの標準化と妥当性の検証. 小児の精神と

神経.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A.
(2005). *Vineland adaptive behavior scales,
second edition: Survey forms manual*.
Pearson. (辻井 正次・村上 隆 (監修)
(2014): 日本版 Vineland-II 適応行動尺度
マニュアル. 日本文化科学社)

高柳伸哉・伊藤大幸・村山恭朗・明翫光宜・浜田
恵・山根隆宏・足立匡基・中島卓裕・増山
晃大・辻井正次 (印刷中). 療育手帳の交付
判定を目的とするノルムが設定された検査
ABIT-CV の開発 (2): 適応行動評価パー
トの標準化と妥当性の検証. 小児の精神と
神経.

辻井 正次・内山 登紀夫・大塚 晃ら (2025). 療
育手帳の交付判定及び知的障害に関する専
門的な支援等に資する知的能力・適応行動
の評価手法の開発のための研究. 令和 6 年
度 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. 総合研究報告書,
pp. 1–35.

World Health Organization (2022). *ICD-11:
International classification of diseases (11th
revision)*. <https://icd.who.int/en/>

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録情報

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

1. 書籍 該当なし

2. 雑誌

岡田 俊：中等度～最重度知的発達症の人たちへの精神科薬物療法. 「精神科治療学」, 40 (12), 1325–1329, 2025.

内山登紀夫：知的発達症についての新しい考え方. 「精神医学」, 67 (12), 1539–1544, 2025.

以上

研究協力者一覧

【研究協力者・検査実施者】

足立 匡基	明治学院大学心理学部心理学科 准教授
増山 晃大	愛知教育大学教育学部心理講座 講師
水間 宗幸	九州看護福祉大学 専任講師
鈴木田 英里	同志社大学心理学部 助教
野上 慶子	奈良女子大学文学部人間科学科心理学コース 特任助教
野沢 朋美	なかやま心理支援オフィス 臨床心理士・公認心理師
小田 友理恵	山梨英和大学人間文化学部 助教

【検査実施者】

安達 裕香	北海道医療大学大学院心理科学研究科臨床心理学科専攻
井澗 未稀	池田市立児童発達支援センターやまぼと学園
岩田 彩音	北海道医療大学大学院心理科学研究科臨床心理学専攻
打和 望実	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻
遠藤 廣人	福島学院大学大学院心理学研究科臨床心理学専攻
大下 純	安田女子大学大学院文学研究科博士前期課程教育学専攻臨床心理学コース
大塚 萌笑	愛媛県福祉総合支援センター障がい者支援課知的障がい者支援 G
小川 鈴華	安田女子大学大学院文学研究科
奥田 奈菜	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻
河西 まい子	山梨英和大学大学院人間文化研究科臨床心理学専攻
笠置 和代	熊本大学大学院社会文化科学教育部現代社会人間学専攻公認心理師専門職コース1年
春日 佑都	早稲田大学大学院人間科学研究科
蒲 みのり	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻
木村 さつき	神戸大学大学院人間発達環境学研究科
木村 千優	石和共立病院小児リハ
黒田 晴凧	安田女子大学大学院文学研究科
小林 北豊	鳴門教育大学大学院心理臨床コース臨床心理学領域
小森 太陽	山梨英和大学大学院
齊藤 ひかる	山梨英和大学大学院
篠原 早瑛子	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻
高野 美来	山梨英和大学大学院
竹垣 友梨香	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻
田中 湖悠	安田女子大学大学院臨床心理学コース所属
豊泉 慶佳	神戸大学大学院人間発達環境学研究科
中畑 実久	福島学院大学大学院心理学研究科臨床心理学専攻

西 まゆみ	安田女子大学心理学部現代心理学科
野口 佳子	山梨英和大学大学院
林 竜平	福島学院大学大学院心理学研究科臨床心理学専攻
瀧上 叶太	熊本大学大学院社会文化科学教育部現代社会人間学専攻公認心理師専門職 コース修士1年
三尾 一斗	鳴門教育大学大学院心理臨床コース臨床心理学領域
宮下 伽羅	山梨英和大学大学院
宮下 結衣	山梨英和大学大学院
村上 萌子	神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻臨床心理学コース
持丸 結真	明治学院大学心理臨床センター
山下 千織	株式会社 LITALICO (LITALICO ジュニア新長田教室)
横山 涼	山梨英和大学大学院
依田 真紀子	山梨英和大学大学院
劉 娟	神戸大学人間発達環境学研究科

【データ入力・整理】

小池 里奈	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
瀧下 夏乃	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
杉山 真優	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
須藤 千暁	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
吉田 萌夏	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
山中 弥春	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
上野 瑞佳	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
森 菜摘	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域
古山 快人	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学領域

【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
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

厚生労働大臣 殿

機関名 中京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 梅村 清英

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

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

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 お茶の水女子大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 佐々木 泰子

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

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 基幹研究院人間科学系・准教授
(氏名・フリガナ) 伊藤 大幸・イトウ ヒロユキ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 5月14日

厚生労働大臣 殿

機関名 福島学院大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 遠藤 克弥

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 福祉学部・教授
(氏名・フリガナ) 内山 登紀夫・ウチヤマ トキオ
- 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年2月3日

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 細井 裕司

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神医学・教授
(氏名・フリガナ) 岡田 俊・オカダ タカシ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣 殿

機関名 山梨英和大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 塚本 俊也

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

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間文化学部・教授
(氏名・フリガナ) 小林真理子・コバヤシ マリコ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 愛知教育大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 野田 敦敬

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 心理講座・准教授
(氏名・フリガナ) 高柳 伸哉・タカヤナギ ノブヤ
4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 欄外に記載※1)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 中京大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

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

※1 策定しているが、「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」II定義3 本指針の対象となる「機関」及び「研究者」の「研究者と生計を一にする配偶者及び一親等の者(両親及び子ども)」については網羅されていないため。

厚生労働大臣 殿

機関名 中京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 梅村 清英

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 心理学部・准教授
(氏名・フリガナ) 浜田 恵・ハマダ メグミ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 5月18日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立のぞみの園

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 田中正博

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

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 研究・人材養成部 部長
(氏名・フリガナ) 日詰 正文・ヒヅメ マサフミ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年5月8日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人信州大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中村 宗一郎

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授 (特定雇用)
(氏名・フリガナ) 本田 秀夫 ・ ホンダ ヒデオ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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

厚生労働大臣 殿

機関名 中京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 梅村 清英

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 心理学部・教授
(氏名・フリガナ) 明翫 光宜・ミヨウガン ミツノリ
- 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 和田 隆志

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間社会研究域人文学系 ・ 准教授
(氏名・フリガナ) 村山 恭朗 ・ ムラヤマ ヤスオ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年5月14日

厚生労働大臣 殿

機関名 神戸大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤澤 正人

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 人間発達環境学研究科・准教授
(氏名・フリガナ) 山根 隆宏・ヤマネ タカヒロ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 長崎大学

所属研究機関長 職 名 教授

氏 名 岩永竜一郎

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

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 生命医科学域 (保健学系)・教授
(氏名・フリガナ) 岩永竜一郎・イワナガリョウイチロウ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 宮澤 啓介

次の職員の(令和)8年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 精神医学分野・主任教授
(氏名・フリガナ) 榊屋 二郎・マスヤ ジロウ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。