

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

今年4度 総括・分担研究報告書

研究代表者 辻井 正次

令和5年（2023年）5月

目 次

I. 総括研究報告

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

II. 分担研究報告

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度 ----- 19
- 小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部
大塚 晃 一般社団法人日本発達障害ネットワーク／上智大学 総合人間科学部
日詰 正文 国立のぞみの園 研究部
2. 知的障害（知的発達症）診断の診断概念----- 37
- 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部
上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科
岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科
本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室
3. 児童相談所における療育手帳判定業務の位置づけと判定時の情報収集の在り方----- 66
- 小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部
浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部
高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座
明翫 光宜 中京大学 心理学部
4. 療育手帳の判定・交付のための知的機能および適応行動の評価尺度（Adaptive Behavior and Intelligence Test-Clinical Version）の開発 -予備的調査- ----- 80
- 伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系
村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人間科学系
浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部
高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座
明翫 光宜 中京大学 心理学部

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

総括研究報告書

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

研究代表者 辻井 正次 中京大学 現代社会学部
研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科
大塚 晃 一般社団法人 日本発達障害ネットワーク
日詰 正文 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 研究部
小林 真理子 山梨英和大学 人間文化部
岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科
本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室
上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科
伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系
浜田 恵 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部（令和5年度より、中京大
学 心理学部）
高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座
明翫 光宜 中京大学 心理学部
村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人間科学系

研究要旨

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Development；つまり、知的障害）を示す児者への福祉の増進を目的として、昭和48年（1973年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第156号）に基づき、現在まで運用されている。療育手帳の判定方法および障害等級の基準は都道府県及び指定市等ごとに定められている。先行研究において、都道府県・指定市間に認められる基準のバラつきは当事者やその家族への負担、知的発達症を持たない児者への手帳交付、都道府県・指定市間の不公平を引き起こしていることが示されている。そのため、本研究は療育手帳の判定・交付基準の全国統一化を図るために、国際的な診断基準に準拠する療育手帳の判定・判定基準を開発・提案することを目的とする。本年度は、本年度は①現行の療育手帳制度の背景を理解することを目的として、我が国における知的障害児支援施策から療育手帳制度に至る変遷の検討、②精神医学的観点から知的発達症の理解を目的として、ICD-11（International Classification of Diseases 11th）における知的発達症の診断概念の把握、③現行の療育手帳の判定業務の実態を把握することを目的として、児童相談所で行われている療育手帳の判定における情報収集の在り方の検討、④ICD-11の知的発達症の診断基準に準拠する療育手帳の判定を目的としたアセスメントツールの開発を目的とした。

A. 研究目的

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Development；つまり、知的障害）を示す児者への福祉の増進を目的として、昭和48年（1973年）に都道府県知事および指定都市市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第156号）に基づき、現在まで運用されている。この制度は法制化されておらず、療育手帳の判定方法および障害等級の基準は都道府県及び指定市等ごとに定められている。このような基準のバラつきは申請／交付児者やその家族への負担（転居に伴う療育手帳の交付再判定など）を引き起こしている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023；櫻井，2000）。さらに、国内における療育手帳の判定・交付に係る不統一は、都道府県及び指定市間の知的発達症児者に対する教育・福祉的支援の不公平を助長している（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023；村山・浜田，2022）。しかし、未だ療育手帳の判定方法、交付基準、手帳等級の種類（知的障害の程度）に関する統一化はなされていない。それゆえ、療育手帳の判定・交付に係る基準の早急な検討が必要である。

療育手帳の判定・交付に係る基準等の不統一に伴う弊害だけではなく、知的発達症に関する国際的診断基準であるICD（International Classification of Diseases）の変更（2022年1月から発効）に伴い、国内の療育手帳の判定基準の再検討が自ずと必要になる（2019年のWHOの総会において、我が国を含めたWHO加盟国の全会一致でICD-11は承認されている）。前版（ICD-10；World Health Organization，2004）からの変更点として強調すべき点は、ICD-11に基づく知的発達症の診断には、①知的機能だけではなく適応行動機能の評価が必

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

手帳判定での知的機能／適応行動の評価

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

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

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

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

手帳判定におけるノルム化検査の利用の現状

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

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

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

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

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

療育手帳の交付に伴う不公平

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

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

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

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

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

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

本研究の目的

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

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

B. 各分担研究の研究方法／研究結果

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度 (小林・大塚・日詰)

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

第二次世界大戦前の知的障害児の施策

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

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

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

行政主導の措置による療育支援

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

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

療育手帳制度の概括と今後の在り方

1) 療育手帳制度の研究の経緯

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

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

2) 療育手帳制度と知的障害児施策

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

(1) 療育手帳制度の導入時の課題－知的障害の定義と判定方法の不在

療育手帳制度は、知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の措置援助を受け易くするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的として、1973（昭和48）年厚生事務次官通知「療育手帳制度について」「療育手帳制度の実施について」という2つの通知から運用されている。

1949（昭和45）年に身体障害者福祉法が導入され、この法により第4条（身体障害者の定義）において「この法律において、身体障害者とは、別表に掲げる身体上の障害のある十八歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう」とされ、身体障害者とは「別表」の障害名が記述された手帳をもっている人であり、身体障害は、機能障害に基づく医学モデルを反映しているといえる。一方、知的障害者については、以下のような課題が生じていた。

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

の導入への意見とともに判定の困難についても議論されていたが、障害の定義及びそれを基礎づける判定方法をオーソライズするには至らなかった経緯がある。その際、厚生省児童家庭局（1978）は、「精神薄弱者の定義については、医師の立場から、あるいは心理学者、教育者から種々の定義が行われてきており、また、知能検査を中心とした精神薄弱の判定方法および判定基準にも確立されたものがなく、知能指数による分類も各省庁によって異なっている」としており。それにより、知的障害の定義が統一化できなかったとする。

以上のことについて、報告書「療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言」のなかで大塚は、その当時から「知的障害の定義や判定方法に関する世界標準知識」はあり、むしろ「身体障害者福祉法の規定する『別表』を作成できないという理由で、知的障害の定義や判定方法が断念」され、「知的障害の法的定義や統一された判定方法の不在という現在の状況に影響を与えて」いると考察している。更に大塚は、身体障害者へのサービスの提供や支援の必要性と違い、知的障害の判定は、サービスや支援と直接結び付きにくく、「知的障害の定義や等級が規定できないのは、単なる知的障害の判定の技術的課題というより、知的障害の本質からきている」とも示唆している。

2. 知的障害（知的発達症）診断の診断概念（内山・上野・岡田・中村・本田）

現在、国際的に使用されている知的障害の診断基準である ICD-11 の定義と概念を整理し、現行の診断基準にはどのような研究成果が反映されているのかを英語文献を中心に検討した。その結果をもとに我が国の知的障害を定義

する際の留意点について提案を行う。

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

ICD-11(Version:01/2023)の定義と解説

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

- 知的発達症 (Disorders of intellectual development)

- 親カテゴリー 神経発達症

説明 (Description)

知的発達症は多様な原因により発達期に生じる一群であり、平均より明らかに低い知的機能と適応機能、すなわち平均より約2標準偏差以上低い(約2.3パーセンタイルより低い)で特徴づけられる。それは適切に標準化された個別のテストにより測定される。テストが不可能な状況では相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを行い高度の臨床的判断が求められる。

除外：認知症は除外する

診断のための必要事項

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

児童相談所における療育手帳制度の位置づけ

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

1) 児童相談所の業務

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

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

2) 児童相談所における相談援助活動による療育手帳判定業務の位置づけ

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

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

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

児童相談所の相談時の調査内容と療育手帳判定時の必要情報

1) 児童相談所における相談援助活動の際の情報・調査について

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

児童相談所における調査は「子どもや保護者

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

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

2) 児童相談所で実際に収集される情報

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

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

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

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

(1) 療育手帳判定時の「調査」による情報

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

(2) 知的機能・適応行動に関する情報

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

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

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

調査協力者

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

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

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

ABIT-CV の開発

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

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

た。

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

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

ウェクスラー式知能検査

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

実施した。本研究では、便宜的に2歳6ヵ月から5歳11ヵ月までの幼児はWPPSIを、6歳0ヵ月から高校1年生までの子ども・青年はWISCを、高校2年生以上の青年・成人はWAISを実施することとした(検査者が誤ったウェクスラー式知能検査を実施することを防ぐため、年齢ではなく学年段階(高校1年生など)を基準とした)。

(倫理面への配慮)

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を踏まえた中京大学研究倫理委員会の審査および承認を受けたうえで(受付番号:202208)、本調査は実施された。本調査実施前に、参加協力児者および保護者に対して、本調査の目的および調査内容と共に、本調査への参加は自由意志に基づくこと、本調査への参加を辞退した場合であっても不利益は被らないこと、一旦本調査への参加に同意した後であっても本調査への参加を辞退することができることなどが口頭で説明された。本調査の実施に関する不明な点がないことを確認したうえで、文書にて、協力児者本人および保護者から本研究の参加についての同意を得た。

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

検査パッケージとしての信頼性・判別精度

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

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

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

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

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

C. 各分担研究の考察

1. 知的障害児支援施策の経緯と療育手帳制度 (小林・大塚・日詰)

今後の療育手帳の在り方

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

(1) 知的障害の定義を法に明記する必要がある。

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

(2) 療育手帳判定時の情報の取り扱い方を検

討する必要がある。

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

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

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

2. 知的障害(知的発達症)診断の診断概念(内山・上野・岡田・中村・本田)

DSM-5との相違

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

大きな違いは重症度の評価である。DSM-5

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

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

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

一方、ICD-11では行動指標がDSM-5より非常に詳細に記載されている。

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

行動指標（ICD-11）について

ICD-11は世界中の多くの国で使用されることが想定されており、標準的な知能検査や適応行動尺度が使用できない国や地域、状況があることも想定されている。そのために作成されたのが重症度の指標になる行動指標である。ICD-11では標準化されたテストができない場合、知的障害の診断を行う際に、より高度の臨床的判断がもとめられ適切な行動指標をアセスメントする必要があるとされている。

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

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

これらの表は専門家が個人の知的機能および適応行動のレベルに関する情報に基づいた臨床的決定を行い、知的障害の存在および重症度に関する決定を行うための支援を提供することを目的としている。臨床に適用するために強調されているのは経験を積んだ臨床家による臨床的判断である。これらの指標の使用は、それぞれの年齢帯の定型発達の子どもや成人についての十分な経験が必要である。

知能テストの無理解とIQの偏重

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

療育手帳はもとより、特別児童扶養手当などの公的支援、幼稚園などの加配判定、就学相談などの特別支援教育領域において「知能指数」が重要な役割を果たしている現状がある。それにも関わらず、関係者の知能指数についての無理解が目に見える状況がある。一例が前述の教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, 2013)であり、単に知能指数としか記載されていない。少なくとも一部の就学相談の現場では知能指数がクラスの選択などの重要な指標として使用されている。知能指数のみで知

的障害の診断も、重症度分類は不可能であることは、これまで多くの関係者が指摘しており、それが、DSM-5、ICD-11、AAIDD 第 12 版に反映されてきた。

適応行動の評価と発症年齢の確認の必要性

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

診断評価が可能な人材の育成

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

定義の必要性

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

臨床現場において具体的な支援方略を考案

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

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

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

現在生じている問題として、以下のようなことがある。

■判定の対象と再判定の期間

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

■検査施行に関して検討を要する事項

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

■判定時に検討を要する事項

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

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

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

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

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

2) 評価ツールの統一化とともに、判定業務に関してのガイドラインの作成

療育手帳の判定業務において、医学診断においては、

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

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

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

する。今回の療育手帳の統一化については、「児童虐待防止対策の抜本的強化について」（平成31年3月19日 児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議）において、児童相談所が児童虐待発生時に迅速・的確な対応ができるよう、児童相談所の体制強化の一つとして「療育手帳の判定業務について、その一部等を児童相談所以外の機関が実施している事例等を把握した上で、障害児・者施策との整合性にも留意しつつ、事務負担の軽減につながる方策を検討する」とされている。

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

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

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

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

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

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

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

こうした結果を踏まえた次年度以降の課題として、以下の点が挙げられる。

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

D. 健康危険情報 該当なし

E. 研究発表

1. 論文発表

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

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

2. 学会発表

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

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

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

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

F. 知的財産権の出願・登録状況 該当なし