

I. 総合研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

総合研究報告書

療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する

知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究

研究代表者 辻井 正次 中京大学 現代社会学部
研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科
大塚 晃 上智大学 総合人間科学部／一般社団法人 日本発達障害ネットワーク
日詰 正文 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 研究部
小林 真理子 山梨英和大学 人間文化部 人間文化学科
岡田 俊 奈良県立医科大学 精神医学講座
中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科
本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室
上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科
伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系
浜田 恵 中京大学 心理学部
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
山根 隆宏 神戸大学 人間発達環境学研究科
村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人文学系

【研究要旨】

療育手帳制度は、知的発達症（知的障害）を示す児者への福祉の増進を目的として、昭和 48 年（1973 年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第 156 号）に基づき、現在まで運用されている。先行研究において、都道府県・指定市間に認められる基準のバラつきは当事者やその家族への負担、知的発達症を持たない児者への手帳交付、都道府県・指定市間の不公平を引き起こしていることが示されている。そのため、本研究は療育手帳の判定・交付基準の全国統一化を図るため、国際的な診断基準に準拠する療育手帳の判定・判定基準を開発・提案することを目的とする。

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

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

療育手帳判定暫定ガイドライン（案）抜粋 令和7年3月（厚労科研辻井班）

- A. 療育手帳の判定にあたっては、偏差指数が算出できる知能検査と適応行動尺度を用いる。具体的には、ウェクスラー式知能検査と Vineland-II 適応行動尺度、もしくは知的機能と適応行動を簡易に評価できる ABIT-CV の使用が推奨される。
- B. 療育手帳の交付判定に際しては、原則として、知的機能および適応行動それぞれの標準得点とともに 70 未満である場合に交付の対象とする。ただし、±5 ポイント程度の測定誤差を考慮するものとする。
- C. 療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の4段階とする。判定には知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55－69 を軽度、40－54 を中度、25－39 を重度、25 未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。
- D. 療育手帳の交付年齢（取得年齢）については、知的機能の実施可能年齢を考慮し、1歳以上とする。0歳台における先天性疾患などに基づく判定については、「暫定判定」として対応し、更新時に再判定を行う。
- E. 再判定の間隔については、就学前年齢の場合は2～3年ごと、就学以降18歳までは3年ごと、18歳以上ではおおむね5年程度ごとの再判定を推奨する。ただし、18歳以上かつ重度・最重度の判定については、再判定の必要性は低いため、原則として実施しない。ただし、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。
- F. 18歳以上で初めて療育手帳の交付を申請する場合は、「医師の意見書」の形式での書式の提出を要件とする。その際、学校の成績、教育状況・達成度の記録、発達歴に関連する情報などの提出を求める。ただし、被虐待などの知的発達や適応行動に関連しうる経過がある場合にはより慎重に判断し、知的障害があったことが臨床的に認められる場合は加味するべきである。一方で、精神疾患（統合失調症など）の併存があり、知的機能や適応行動の低下が精神疾患に起因するものであると判断される場合には、除外診断として扱う。

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

A. 研究目的

療育手帳制度は知的発達症（Disorders of Intellectual Development；つまり、知的障害）を呈する児者への福祉の増進を目的として、昭和48年（1973年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第156号）に基づき、現在まで運用されている。この制度は未だ法制化されていないため、療育手帳の判定方法、交付基準および障害等級の種類やその認定基準は都道府県及び指定市の裁量で定められている。

これまでの調査研究において、都道府県／指定市間に療育手帳の判定方法および交付基準にバラつきがあることが報告されている（例えば、三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2025；村山・浜田，2022）。このような領域手帳に関する判定手続きおよび交付基準のバラつきは申請／交付児者やその家族への負担（転居に伴う療育手帳の交付再判定など）を引き起こしていることがこれまでに報告されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023，2025；櫻井，2000）。しかし、未だ療育手帳の判定方法、交付基準、手帳等級の種類（知的障害の程度）に関する統一化はなされていない。

これに加えて、近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification of Diseases：ICD）が変更された（2022年1月から発効）。これに伴い、療育手帳の判定基準の再検討が自ずと必要になる（2019年のWHOの総会において、我が国を含めたWHO加盟国の全会一致でICD-11は承認されている）。前版（ICD-10；World Health Organization, 1993）からの変更点として強調すべきは、知的発達症の診断には、①知的機能だけではなく適応行動の評価が必須であること、②基本的に知的機能／適応行動の評価はノルムが設定された標準化検査（以降、ノルム化検査）によって行う必要があることの2点である（World

Health Organization, 2022）。ノルム化検査とは、開発段階で得られた母集団に準拠する基準集団（例えば、被検査児者と同一年齢にある児者）のデータに基づき、基準となる平均得点や偏差指数（標準偏差）が設定されている検査である。

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

手帳判定での知的機能／適応行動の評価の現状

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

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

とりわけ、適応行動の評価に関しては、実施していない自治体／機関がある。例えば、児童相談所等の療育手帳の交付判定を行う機関（ $n=210$ ）を対象とした調査（2023 年度に実施）では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たない（49.0%）（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2024）。これと合致する知見はこれまでも複数報告されている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2023；社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会、2019）。これらの調査結果を踏まえると、都道府県及び指定市等で行われている療育手帳の交付判定のあり方は、ICD-11 など、国際的に信用性が高い知的発達症の診断基準とは合致していないことが理解される。

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

11 等の知的発達症の診断基準に準拠することが望ましいと考えられる。

手帳判定におけるノルム化検査の利用の現状

ICD-10 とは異なり、ICD-11 の知的／適応行動の評価には、基本的にノルム化検査を使用することが求められる。国内で利用できる知的検査としては、ウェクスラー式知能検査や K ABC-II がノルム化検査に該当する。

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

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

類似する結果は他の調査でも確認されている。都道府県・指定市等を対象とした調査（ $n=59$ 、

有効回答率：85.5%）では、療育手帳の判定・交付に係る要項または要領に定められている検査として、8割以上の自治体がビネー式知能検査と回答し、ウェクスラー式知能検査は2割程度に留まることが報告されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2023）。児童相談所等の療育手帳の交付判定を実施する機関（ $n=210$ ）を対象とした別の調査でも、9割以上（94.8%）の機関がビネー式知能検査（田中ビネーVなど）を、6-7割の機関が発達検査（新版K式発達検査など）を判定で使用している一方で、ノルム化検査であるウェクスラー式知能検査の利用は全体の4割強に留まることが示されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2024）。自治体および児童相談所等の判定機関を対象とした別の調査では、療育手帳の判定で利用される知能検査として、ビネー式知能検査と回答する機関はおよそ6割、新版K式発達検査などの発達検査と回答する機関は3割であるのに対して、ウェクスラー式知能検査と回答した機関は僅か6.5%に留まることが示されている（吉村他、2019）。これらのことから、療育手帳の交付判定を行う多くの機関では、知的機能の評価は主に非ノルム化検査により実施されていると考えられる。

適応行動を評価するノルム化検査の利用率はさらに低い。国内で開発された適応行動を評価する尺度は複数（Vineland-II 適応行動尺度、S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適合スキル）あるが、ノルム化検査は Vineland-II 適応行動尺度のみである。前述した直近の調査（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2025）では、適応行動の評価に利用するツールとして、Vineland-II 適応行動尺度を「最も利用する」と回答した機関は一つもなかった。一方で、およそ半数

（49.7%）の機関は「最も使用する検査」を自治体や判定機関が独自に作成・開発した検査と回答し、1割弱（8.4%）の機関は適応行動の評価自体

を行っていないと回答している。この調査結果と合致するように、療育手帳の判定・交付に係る要項／要領で Vineland-II 適応行動尺度を定めている都道府県・指定市は1割にも満たないことが示されている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2023）。これらの結果を踏まえると、療育手帳の交付判定では、申請児者の適応行動は適切に評価されていない現状が見て取れる。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

公平性の観点からも療育手帳の判定・交付基準の見直しと統一化が必要である。2022年度に我々が行った調査では、療育手帳の交付を受けている児者（ $n=83$ ）の1割前後が75よりも高いIQを示し、その一部の児者のIQは100よりも高かったことが明らかにされている（村山・浜田、2022）。この結果と合致するように、別の調査では、一部の療育手帳の判定・交付機関はIQが85よりも高い児者に対しても療育手帳の交付を認めること（IQの上限を定めていない機関もあった）が報告されている（村山・浜田、2021）。このように、一部の都道府県・指定市は知的発達症の特性を呈さない児者に対しても療育手帳を交付している一方で、知的発達症の知的特性（ $IQ<70$ ）と合致する交付基準を堅持する都道府県・指定市等があることも事実である（三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2025；村山・浜田、2021）。

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

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

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

本研究の目的

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

こうした状況を改善し、知的発達症をもつ児者、延いては神経発達症を持つ児者に対する支援と福祉の充実を図るためには、療育手帳の判定方

法および交付基準の統一化が喫緊の課題である。特に、判定方法の統一化を進めるには、児童相談所などの実務現場で利用しやすい、信頼性・妥当性の高い知的機能および適応行動の評価ツールの整備が求められる。

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

B. 各分担研究の研究方法および研究結果

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

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

第二次世界大戦前の知的障害児の施策

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

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

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

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、障害の定義及びその基となる判定方法をオーソライズするには至らなかった経緯がある。その際、厚生省児童家庭局（1978）は、「精神薄弱者

の定義については、医師の立場から、あるいは心理学者、教育者から種々の定義が行われてきており、また、知能検査を中心とした精神薄弱の判定方法および判定基準にも確立されたものがなく、知能指数による分類も各省庁によって異なっている」としており。それにより、知的障害の定義が統一化できなかったとする。

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

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。これまでも知的障害施策の歴史を概観し、知的障害の定義が明記されてこなかったいくつかの理由を理解したところである。しかしながら、統一的判定業務のためには、判定す

るべき事項（ここでは「知的障害」）について、明確な定義が必要となる。

(2) 療育手帳判定時の情報の取り扱い方を検討する必要がある。

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

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

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

2. 知的障害（知的発達症）診断の診断概念（内山登紀夫・上野修一・岡田俊・中村和彦・本田秀夫）

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

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

ICD-11 (Version:01/2023) の定義と解説

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

● 知的発達症 (Disorders of intellectual development)

➤ 親カテゴリー 神経発達症

説明 (Description)

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

除外：認知症は除外する

診断のための必要事項

知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域で知的機能に明らかな制限があること。個人によって、これらの領域のどれが影響を受けるかには大きなばらつきがある。可能な限り、知的能力は適切な標準化された知的機能検査で測定し、平均値より約 2 標準偏差以上低い (す

なわち、2.3 パーセンタイル以下) ことを確認する必要がある。適切に標準化された検査が利用できない状況において知的機能の評価するためには、知的機能の行動的指標も参考にした適切なエビデンスとアセスメントに基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

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

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

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

知的発達障害において、知能指数 (IQ) の数値は、知的障害と正常と区別するために用いられる独立した診断要件ではなく、知的発達症を部分的

に特徴付ける指標である「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなすべきであると考えられる。IQ スコアは、使用される特定のテストを実施する技術や、テスト状況、その他さまざまな変数の影響で変動することがあり、また発達やライフコースの段階によって大幅に変動することがある。知的発達症の診断は、IQ スコアだけに基づいて行われるべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならない。

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

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

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

DSM-5 との相違

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

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

一方、ICD-11 における重症度評価は前述のように知能と適応機能の両方が含まれる。いずれの標準化された評価尺度の使用が推奨されるが、それが困難な場合には、行動指標が提供されている。DSM-5 で提供される行動指標は適応行動のみである。すなわち概念的、社会的、実用的領域の行動例が表 1 に例示されている。適応行動について標準化されたテストが使用できない場合には表 1 に基づいて適応行動の程度を臨床的に判断することが求められる。

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

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

行動指標（ICD-11）について

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

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

DSM-5 の行動指標が適応行動に関する記載(概念的領域、社会的領域、実用的領域)に限定され知的能力障害全体の住所嘘を把握するために使用される。一方 ICD-11 の行動指標は適応行動に加えて知的機能の行動指標も詳細に記載されていることが特徴である。この行動指標の作成にはブラジル、インド、イタリア、スリランカ、英国の専門家が参加し、知的障害の診断を持つ個人のサンプルに適応行動のナショナルデータセットが使用された。適応行動データは、年齢層別に異なる重症度グループを定義するクラスター分析手法を使用して分析されており、信頼性が高い(Tassé et al., 2019)。

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

知能テストの無理解と IQ の偏重

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

療育手帳はもとより、特別児童扶養手当などの公的支援、幼稚園などの加配判定、就学相談などの特別支援教育領域において「知能指数」が重要な役割を果たしている現状がある。それにも関わらず、関係者の知能指数についての無理解が目にする状況がある。一例が前述の教育支援資料(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, 2013)であ

り、単に知能指数としか記載されていない。少なくとも一部の就学相談の現場では知能指数がクラス選択などの重要な指標として使用されている。知能指数のみで知的障害の診断も、重症度分類は不可能であることは、これまで多くの関係者が指摘しており、それが、DSM-5、ICD-11、AAIDD 第 12 版に反映されてきた。

適応行動の評価と発症年齢の確認の必要性

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

診断評価が可能な人材の育成

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

定義の必要性

最後に定義の必要性について確認しておこう。我が国では知的障害が正式に定義されていない。

知的障害を定義すること、必要な下位分類をすることが必要である。

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

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

児童相談所における療育手帳制度の位置づけ

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

1) 児童相談所の業務

児童相談所は、児童福祉法 第四節 実施機関第十二条において、「都道府県は、児童相談所を設置しなければならない」とされ、「② 児童相談所

は、児童の福祉に関し、主として、前条第一項第一号に掲げる業務（市町村職員の研修を除く。）並びに同項第二号（イを除く。）及び第三号に掲げる業務並びに障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律第二十二条第二項及び第三項並びに第二十六条第一項に規定する業務を行うものとする。」として児童相談所の業務を定めている。法に規定された業務から、療育手帳判定業務は、第11条1項2号ハ、（場合によっては、第11条1項3号）に基づいて行われていると読み取ることができる。

2) 児童相談所における相談援助活動による療育手帳判定業務の位置づけ

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

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

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

児童相談所の相談時の調査内容と療育手帳判定時の必要情報

1) 児童相談所における相談援助活動の際の情報・調査について

前項で、児童相談所における相談援助活動の流れとその際に行われる療育手帳判定業務の概要の作

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

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

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

2) 児童相談所で実際に収集される情報

それでは、実際の児童相談所の療育手帳判定業務においては、どのような情報が収集・利用さ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 ケ所に対して、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 ケ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。

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の業務であるともいえる。

これらのことから、統一的な判定業務について少なくとも一定の基準を明記する必要があるのではないとか考え、その後、各児童相談所でどのような判定の手続きにするかは、療育手帳の申請者の公平性が失われないように配慮しながら、児童

相談所が設置されている地域性を考慮して、判定業務の具体的な進め方を検討していく必要がある

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

調査協力者

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

臨床群には、関東・東海・関西地域に在住し、療育手帳の交付を受けている児者およびその保護者に調査協力を依頼した。協力児者の募集は知的発達症を持つ児者の支援団体（全国手をつなぐ育成会連合会など）や民間の児童発達支援施設を通じて募集を行うとともに、SNS を通じて調査協力児者の募集を行った。最終的に、132名（男子96名、女子36名、 112.61 ± 53.97 か月）が本研究に参加した。

ABIT-CV の開発

知的機能の評価項目の開発 教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者7名（教育心理学者1名、臨床心理学者3名、発達臨床心理学者3名）による検討および協議のうえ、

国内外で利用されている知能検査や発達検査の項目を参考に、結晶性知能に関連する「ことば」の課題、視覚処理に関連する「視覚」の課題、短期記憶に関連する「記憶」の課題を作成した。具体的には、「ことば」の課題は4下位検査（「理解」、「知識」、「共通点」、「反対言葉」）、「視覚」の課題は6下位検査（「大きさ／長さの比較」、「部分全体推測」、「絵合わせ／絵の展開」、「絵の欠如」、「積木の数と見え方」、「仲間選び」）、「記憶」の課題は3下位検査（「短文復唱」、「数の順唱」、「数の逆唱」）で構成される。

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

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

うに作成した。

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

ウェクスラー式知能検査

ABIT-CV の基準関連妥当性の検証のため、臨床群に対して、ABIT-CV の実施と共に、偏差IQが算出できるウェクスラー式知能検査を実施した。本研究では、便宜的に2歳6ヵ月から5歳11ヵ月までの幼児は WPPSI を、6歳0ヵ月から高校1年生までの子ども・青年は WISC を、高校2年生以上の青年・成人は WAIS を実施することとした（検査者が誤ったウェクスラー式知能検査を実施することを防ぐため、年齢ではなく学年段階（高校1年生など）を基準とした）。

（倫理面への配慮）

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

文書にて、協力児者本人および保護者から本研究の参加についての同意を得た。

結果

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

検査パッケージとしての信頼性・判別精度

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

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

度は.980 まで向上し、適応行動や知的機能を単独で用いるよりも、判別精度が向上することが示された。

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

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

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

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

選定した。

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

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

こうした結果を踏まえた次年度以降の課題として、以下の点が挙げられる。

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

5. 療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度 Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version の開発（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・高柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜）

5-1 方法

研究協力児者

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

定型発達群の調査対象者の募集は民間リサーチ会社に委託した。具体的には、民間リサーチ会社のモニターに登録している関東・東海・関西地域に在住し、知的障害や発達障害の診断を受けていない児者とその保護者または同居者（配偶者など）に対して調査協力を依頼した。317名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の疑

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

知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者（以下、保護者等と記す）に調査協力を依頼した。知的発達症を持つ児者の支援団体（全国手をつなぐ育成会連合会など）や民間の児童発達支援施設を通じて募集を行うとともに、SNS を通じて調査協力児者の募集を行った。56 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を受けていないことが確認された 9 名を分析から除外し、47 名（男性 11 名、女性 36 名）を分析対象とした。

ABIT-CV の改訂

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

知的機能検査

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

の 3 課題については、課題内容や難易度の点で類似性が高く、得点の相関も高いことから、分析上は 1 つの課題として統合して処理する。

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

5-2 結果

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

し、いずれも十分な収束的・弁別的妥当性を有することが確認された。

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

5-3 考察

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

- ・ 知的障害群について、トドラーを中心とする低年齢サンプルを拡充することで、低年齢向けの項目の有効性を検証するとともに、ABIT-CV がどの月齢時点から知的障害の判別精度を発揮するかを特定し、ABIT-CV の適用開始月齢を決定する。
- ・ 定型発達群の低年齢サンプルも拡充し、ノルムの設定に必要な要約統計量の推定精度を向上させる。
- ・ 知的障害群の児童期・青年期サンプルを収集し、児童期・青年期における知的障害の判別精度を検証するとともに、発話を必要としない視覚系課題のみを用いた場合の精度も併せて検証する。
- ・ ABIT-CV の信頼性をより多面的に検証するため、内的整合性に加え、再検査信頼性および評価者間信頼性を調査する。これらの結果に基づいて、測定標準誤差および信頼区間の

幅（Margin of Error: MoE）を推定する。

- ・ 知的障害の有無の判別に加え、軽度から最重度までの重症度の判定の方法を整備する。これにあたっては、知的機能と適応行動の重みづけをどのように設定するか、また、得点と重症度の判定をどのように対応づけるかが重要な論点となる。とりわけ後者の観点は重要度が高い。一般に、年齢が上がるにつれて定型発達児者と知的障害児者の発達の差異は拡大するため、年齢上昇とともに知的障害群の標準得点が低下する傾向がある。したがって、今年度調査のように定型発達児者のデータに基づいてノルムを設定した場合、同一個人であっても、年齢が上昇するほど重症度が高く判定されるという問題が生じる懸念がある。こうした問題を回避するには、年齢によって重症度判定の基準を変化させるか、ノルムの設定の段階で定型発達児者だけでなく知的障害児者や発達障害児者のサンプルを母集団比率に沿った形で含めるなどの工夫が必要となる。

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

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

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

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

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

療育手帳制度の歴史においては、手帳制度の「管理的メリット」と「功利的メリット」が意図されて創設されてが、本来の指導援助の一貫性の機能は、令和4年度総合福祉推進事業報告書において、療育手帳の検査結果については、全ての行政種別で「特に取得していない」が多く、判定結果については、多くの自治体では「全てのケースの判定結果について情報を取得している」、相談支援事業所では、「一部の判定結果について情報取得している」がそれぞれ最も多くなっている。しかし、関係機関間での検査結果や判定結果等の

共有・活用は、限定的となっている実態が窺える。「希望があれば」という判定機関の態度の背後には、判定機関自体が療育手帳を、支援の「スタート」ではなく、「ゴール」として捉えていることが推察される。このような市町村や相談支援事業者へのアンケート調査結果から、療育手帳に関する情報を適切に提供し、それを関係機関で協働して活用して一貫した支援を行っているという状況には乏しいという結果が出ている。療育手帳制度の「管理的メリット」が、その十全な目的が達せられず、むしろ「功利的メリット」が大きくなってきたと言えないだろうか。当事者は療育手帳を「功利的メリット」から取得することを強く要望し、行政はともかくそれに応じることで手一杯である状況が覗える。

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

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

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

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

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

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

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生

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

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

2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報

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

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

り、まず養育環境の改善をはかる必要がある。

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

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

精神疾患のために知能テストの結果が低下することがあるので注意が必要である。

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

- ・生育環境

- 社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待

- ・子どもの状態

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

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

新生児仮死、極度の低出生体重、West 症候群などのてんかん、ダウン症などの染色体異常、未治療のクレチン症などのような代謝異常も高率に知的障害を併存する。さらに出生後の発達は正常であっても、発達の過程で、脳炎、脳腫瘍（術後

を含む）、低酸素脳症、頭部外傷などのような脳器質的障害によって、知的能力が低下する場合も、18歳未満にその低下が起こった場合には、知的障害の定義に含まれる。このような場合には、正常発達の後に、これらの中枢神経系への障害を伴い、知的能力が低下したという明確な時間関係を把握する必要がある。

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

従って、生育歴において聴取すべき身体面の情報は下記の通りである。

- ・母胎の問題

- 妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

- ・その他

- 1) 知的障害と関連しうる本人の医学的状态

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

- 2) 検査結果の判断時に考慮すべき項目

- ・運動障害、聴力障害、視覚障害

- 3. 療育手帳の再判定期間

- 3-1 知能の安定性

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

al., 2013)。また、同様に Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、Moray House Test No. 12 を用いて 11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11–70 歳間で $r = .67$ 、11–79 歳間で $.66$ 、11–87 歳間で $.51$ と加齢とともに減少していく傾向が報告されている

(Gow et al., 2011)。これらから、年数が経つほど変化が見られるものの、人間の知能は一生涯を通じて一定の安定性を有していることがうかがえる。また、成人以降での知能の安定性について、262 名を対象とした縦断研究で 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳の知能との標準化回帰係数の変化を調べた研究では、 $.95$ から $.94$ 、 $.86$ と高い値が維持されている一方、特にワーキングメモリーが強く関連していることが示唆されている (Rönnlund et al., 2015)。

これまでは児童青年期から壮年期・老年期における知能の安定性の報告であったが、より短期間での安定性についてはどうであろうか。Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies のデータを用いた 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施し、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況 (SES) と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された (Schneider et al., 2014)。また、この研究では知能によるサブグループ解析も行っており、IQ で三分位に分けた下位の平均 IQ93 ($SD = 6.0$) の低 IQ 児群、平均 IQ108 ($SD = 3.6$) の平均 IQ 児群、平均 IQ121 ($SD = 4.3$) の高 IQ 児群を比較すると、IQ の経時的安定性は高 IQ 児よりも低 IQ 児の方が高いことが示されている (Schneider et al., 2014)。また、知能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名

の対象者において、年齢ごとの知能の安定性を検証した結果、知能の自己相関係数は 7 歳未満では $rtt < 0.7$ である一方、7 歳以上では $rtt = 0.7$ – 0.8 とやや安定し、成人では $rtt > 0.8$ と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている (Breit et al., 2024)。このように知能は一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期といった発達段階でも安定性の変動が見られることが示されている。

3-2 知能検査の再検査信頼性

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

3-3 適応行動の軌跡と変動

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

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

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

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

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

8-1 調査対象

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

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

8-2 説明会の概要

本研究班が開発した ABIT-CV に関する説明会は以下の内容で行った。

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

果

- ① ABIT-CV の項目選定
- ② 信頼性・妥当性の検証
- ③ 知的発達症の識別精度

(4) ABIT-CV の実施

(ア) 乳児・幼児版

(イ) 児童青年・成人版

(5) 質疑応答

いずれの地区でも同一の内容が説明され、説明会の時間は質疑応答を含めて 90 分であった。

「(4) ABIT-CV の実施」では、参加者は研究班が作成した ABIT-CV の実施・採点マニュアルを参照しながら、就学前幼児および児童に対して ABIT-CV を実施した様子の動画を視聴した。

8-3 事後アンケート

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

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

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

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

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

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

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

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

質問③「更にどのような情報を本説明会で提示すべきと思われますか？」

8-4 結果

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

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

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

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

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

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

ABIT-CVに関する精緻なマニュアルの作成も進める必要であると考えられる。

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

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

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

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

療育手帳の判定基準や運用の統一は、他の障害

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

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

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

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

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

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

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

ICD-11 における知的発達症の要点として以下のものが示された。①2 軸診断：知的機能と適応行動の 2 軸診断であること。②用いる検査の条件とカットオフ：適切にノルム化・標準化された個別

検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。

③18 歳以上における判定：成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。④重症度（等級）の判定：知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。⑤併存障害や疾患の合併によるリスク：早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。⑥知的発達症（暫定）：4 歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

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

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

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

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

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

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

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

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

知的発達症に関して、現在国際的に使用されている診断基準として ICD-11 があり、本邦においても広く浸透していることから、この定義に準じて診断を行うことが推奨される。ICD-11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とすると、判定は知的機能と適応行動の標準得点を加算平均

した総合得点を用いる必要があるが、55-69 を軽度、40-54 を中度、25-39 を重度、25 未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際しては、知能検査は必須ではない。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

具体的には、1. ABIT-CV を実施する前には、必

ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すべきである。

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

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

19. 療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度 Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version の開発（伊藤大幸・村山恭朗・浜田恵・高柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜）

事業1年目の2022年度は定型発達児者および知的発達症児者を対象としたパイロット調査を実施し、幼児版および児童青年／成人版 ABIT-CV のプロトタイプ版を開発した。2-3年目にあたる2023年度および今年度は、2022年度調査をもとに項目の追加・修正を施した ABIT-CV の正式版を作成し、

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

19-1. 方法

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

調査材料

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

知的機能検査 教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名（教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者 3 名）による検討および協議のうえ、国内外の既存の知能／発達検査の構成概念や検査手法等を踏まえ、結晶性知能に関連する「言葉」の課題、視覚処理に関連する「視覚」の課題、短期記憶に関連する「記憶」、流動性知能に関連する「算数」の課題を独自に作成した。また、算数に関連する検査も ABIT-CV（知的機能の評価）に加えた。

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

なお、パイロット調査において、乳幼児期の対象者では、発話能力が十分に発達していないか、緘黙症状があることにより、発話をともなう課題に取り

組むことが難しいケースがあることがわかった。こうした問題に対処するため、幼児期の対象者については、知的機能検査のうち、発話を必要としない「視覚」の 3 課題のみを使用した場合の結果も併せて報告する。

適応行動尺度 ABIT-CV の適応行動の評価尺度には、概念的・社会的・実用的スキルに関する項目が偏りなく含まれるように作成した。また、知能検査の実施が困難な年齢にある子どもや、知的機能に著しい障害が認められる児者に対応するために、ABIT-CV（適応行動の評価尺度）に知的機能や発達状況进行评估できる項目を加えることにした。

教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名（教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者 3 名）による検討および協議のうえ、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度（Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014）の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、また、項目の想定通過月齢の配分に偏りが生じないように、220 項目が作成された。回答時間は平均して 10～15 分程度である。

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

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

ウェクスラー式知能検査 本研究では、便宜的に 2 歳 6 ヶ月から 5 歳 11 ヶ月までの幼児は WPPSI を、

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

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

19-2. 主要な結果

1. 項目分析の結果、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、知的機能検査の一部項目については、高難度のために知的障害判定の目的には適していない可能性があり、削減を検討する余地がある。
2. いずれの下位検査・尺度についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、2 歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られたことから、ABIT-CV が知的機能や適応行動の発達的变化を適切に捉えうることが示唆された。
3. 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（1 次から 4 次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを設定した。ただし、本来、一般母集団に含まれるはずの知的障害児者の情報が適切にノルムに反映されるよう、知的障害群のデータに基づいて一部モーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を調整した。以上により、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、それぞれの年齢域における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 の標準正規分布に近い

標準得点の分布を得ることができた。

4. 1~6 歳における標準得点の年齢推移に基づいて、知的障害の判定および重症度の判定における ABIT-CV の適用開始年齢を検証した。知的障害の判定においては、2 歳未満の段階では知的機能検査が有効に機能していないため、適応行動尺度のみをスクリーニング目的で使用するに留め、確定的な判定は 2 歳以降に実施すべきであることが示唆された。重症度判定においては、4 歳未満では知的機能検査を判定に利用することが困難であり、適応行動尺度単体で参考値を得るに留め、確定的な判定は 4 歳以降に実施すべきであることが示された。
5. いずれの検査・尺度および総合点についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。また、ABIT-CV の総合点における 95%誤差範囲は、20 前後であり、実用上、きわめて精度の高い測定を実現できることが示されたが、カットオフ値に近い得点が得られた場合には慎重な解釈を要する。
6. 性別・地域によるバイアスを検証した結果、適応行動尺度において女性の得点が男性よりも .25SD 程度高いことが示されたが、先行研究の知見と一致していることから、ABIT-CV の評価バイアスというよりも、適応行動の実際の性差を反映しているものと考えられる。地域によるバイアスは見られなかった。
7. ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を検証したところ、知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は .80 程度と高い値を示し、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することが示唆された。また、知的機能検査のいずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。
8. 併存的妥当性の検証として、外在基準との相

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

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

としない視覚課題のみを用いた場合、信頼性、併存的妥当性、臨床的妥当性がやや低下するものの、実用上は十分な測定性能が保たれることが示されたことから、発語の未発達や緘黙のある幼児にもABIT-CVを適用可能であることが確認された。

C. 健康危険情報

該当なし

D. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。

「精神科治療学」第39巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイドー精神症状を引き起こす身体疾患，物質・医薬品ー。星和書店，東京，pp.188-189, 2024。

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

村山恭朗（2023）. 厚生労働省研究班報告 療育手帳の判定基準の全国統一化に向けて一実態と課題ー. 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ばーと, 795, 38-43.

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

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

2. 学会発表

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

年精神医学会総会（弘前市）。

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

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

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

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

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

村山恭朗・高柳伸哉・辻井正次．（2023）．療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度 Adaptive Behavior and Intelligence Test－Clinical Version の開発－予備的調査．第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）．

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

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

高柳伸哉・村山恭朗・伊藤大幸・浜田恵・明翫光

宜・辻井正次．（2023）．療育手帳の交付判定に用いる知的能力・適応行動評価ツール ABIT-CB の開発．第 130 回日本小児精神神経学会学術集会（高松市）．

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

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

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

E. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし