

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6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 辻井 正次

令和7年（2025年）5月

目 次

I. 総括研究報告

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. 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----- 15

大塚 晃 上智大学 総合人間科学部／一般社団法人 日本発達障害ネットワーク

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部 人間文化学科

日詰 正文 国立のぞみの園 研究部

2. 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----- 35

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. 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-- 39

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

浜田 恵 中京大学 心理学部

明翫 光宜 中京大学 心理学部

山根 隆宏 神戸大学 人間発達環境学研究科

4. 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
ー2 軸診断についてー----- 47

内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部

5. 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
ー評価指標のカットオフ値についてー----- 52

上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科

〈研究協力者〉

河邊 憲太郎 愛媛大学大学院 医学系研究科

6. 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
ー障害等級の区分についてー----- 55

内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部

7. 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 ー療育手帳の交付年齢についてー-----	60
本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室	
8. 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 ー各年齢帯における再判定期間についてー-----	63
中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科 〈研究協力者〉 坂本 由唯 弘前大学大学院 医学研究科	
9. 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 ー18 歳以上の申請者における初判定についてー-----	69
岡田 俊 奈良県立医科大学 精神医学講座	
10. 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-----	73
村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人文学系 伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系 高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座 浜田 恵 中京大学 心理学部 明翫 光宜 中京大学 心理学部 山根 隆宏 神戸大学 人間発達環境学研究科	
11. 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 -----	78
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 心理学部 〈研究協力者〉 足立 匡基 明治学院大学 心理学部 野沢 朋美 座間市こども未来部こども育成課 増山 晃大 愛知教育大学教育系心理講座 中島 卓裕 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部 久保 尊洋 横浜国立大学教育学部学校教員養成課程学校教育	

1 2. 刊行に関する一覧-----	127
1 3. 調査実施者等協力者一覧-----	128

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 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。

本年度は、本研究の最終年度にあたる。したがって、本年度の研究目的は、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。

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 ($IQ 70-75$ 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いえず、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、自治体間における不公平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

に対する支援と福祉の充実に図るためには、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。

本年度の研究目的

本年度は、本研究の最終年度にあたる。したがって、本年度の研究目的は、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することである。

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することである。

B. 各分担研究の研究方法及び研究結果

1. 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。

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

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

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

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

3. 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。

4. 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。

5. 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

クラス式検査がある。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。

6. 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。

7. 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。

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

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

レビューの結果、知的機能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された。療育手帳交付の再判定期間について、①就学前年齢：2～3 年ごとの再判定とすること、②就学後～18 歳ま

で：3年ごとの再判定とすること、③18歳以上：おおむね5年程度ごとの再判定とすること、が科学的見地からも妥当であると考えられた。ただし、18歳以上かつ重度・最重度の判定の方は変動が少ないという先行研究知見から、再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましいことを明記した。また、本稿では上記の再判定期間を推奨したが、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

9. 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）。

10. 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の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

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す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。

※ この考え方を元に、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。

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。

1 1. 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。

11-1. 方法

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

調査材料

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

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

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

降のみで実施される。全体の実施時間は平均して 20～30 分程度である。

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

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

教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名（教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者 3 名）による検討および協議のうえ、ICD-11 の概念区分や Vineland-II 適応行動尺度 (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014) の構成に基づき、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーするよう、また、項目の想定通過月齢の配分に偏りが生じないように、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 ヶ月から高校 1 年生までの子ども・青年は WISC を、高校 2 年生以上の青年・成人は WAIS を実施することとした（検査者が誤ったウェクスラー式知能検査を実施することを防ぐため、年齢ではなく学年段階（高校 1 年生など）を基準とした）。

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。

11-2. 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、発話の未発達や緘黙のある幼児にもABIT-CVを適用可能であることが確認された。

C. 健康危険情報

該当なし

D. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。

「精神科治療学」第39巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド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・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.

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

2. 学会発表

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）.

岡田 俊：知的能力障害あるいは知的発達症の
診断概念の変遷とこれから（シンポジウム 1
ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学
の診断の近未来を考える） 第 119 回日本精
神神経学会学術総会(札幌) 2023 年 6 月 22 日

E. 知的財産権の出願・登録状況

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

療育手帳の判定基準の全国統一化の意義と課題及び行政上の課題

研究分担者 大塚 晃 上智大学 総合人間科学部／日本発達障害ネットワーク

小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部 人間文化学科

日詰 正文 国立のぞみの園 研究部

【研究要旨】

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

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

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

療育手帳の判定基準や運用の統一は、他の障害と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えられる。

A. 研究目的

「療育手帳は、現時点で法的な位置づけはなく、各自治体が自治事務として運用しており、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、IQの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあ

り、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じる可能性が指摘されている」（「療育手帳の在り方について」社会保障審議会障害者部会、第128回(R4.4.25)、資料4、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）。この状況を

療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用の統一によって解決すべきであるとする意見は根強い。療育手帳の運用の統一に関連して、令和2年度から3年度にかけて厚生労働科学研究「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」（研究代表者：辻井正次）が行われている。療育手帳制度の判定方法及び認定基準など運用を統一することは、従来曖昧であった「知的障害の範囲・枠組み」を明確にすることであり、現行において手帳を取得できていた者ができなくなる可能性、その結果としての手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が懸念される。

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

B. 研究結果

1. 療育手帳制度の位置づけ

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

(1) 児童福祉法の時代における手帳制度

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

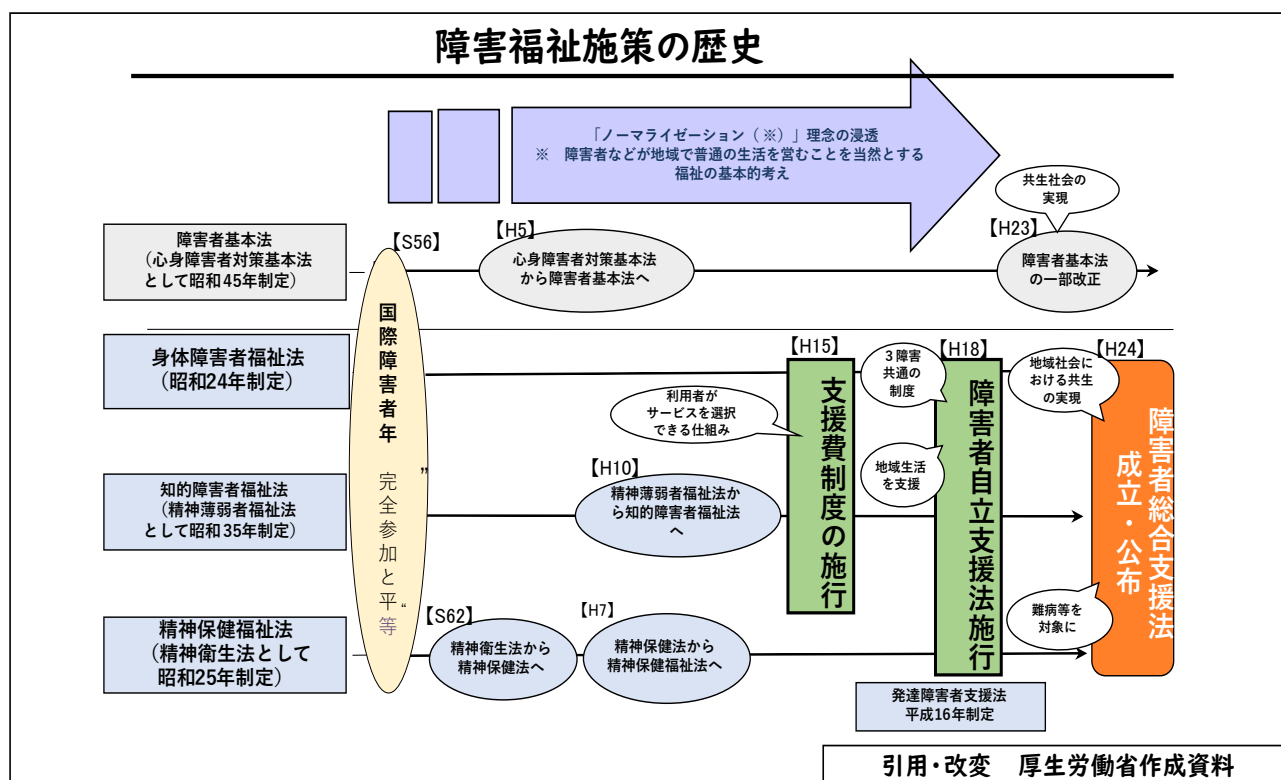
る。法に知的障害そのものに関する定義はなく、障害者手帳も制度に位置づけられなかった。

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

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

(2) 知的障害者福祉法の時代における手帳制度

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



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

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

1973年、療育手帳制度要綱（厚生省発児第156号事務次官通知）が出された。この制度の目的は、知的障害児（者）に対して一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対する各種の援助措置を受けやすくするため、知的障害児（者）に手帳を交付し、もって知的障害児（者）の福祉の増進に資することを目的とされている。療育手帳のねらいの一つは、知的障害児及び知的障害者に対して、一貫した指導・相談等が行われ

るようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があった。

療育手帳制度は、知的障害者福祉法にその対象規定がないために、各地方自治体の判定業務にまかされ、各自治体が用いる検査ツールも異なれば、重度以外のどこまでを認めるかの基準も異なることとなった。転居の際に、療育手帳の新規発行が求められ、療育手帳制度の目指す一貫したサービ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よう。

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

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

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

(3)障害者総合支援法の時代における手帳制度

2000年の身体障害者福祉法及び知的障害者福祉法の改正により、2003年より支援費制度がスタートした。支援費制度は、利用者が施設やサービスを選択して利用するという従来の措置制度から利用契約制度に移行するものである。在宅サービスを中心実施主体としての市町村の役割がますます大きくなってきた。そのような状況の中で療育手帳の目指された一貫した指導・援助の機能は形だけ

のものとなった。措置から契約の時代における知的障害者更生相談所は、市町村の更生援護の実施に関し、市町村相互間の連絡及び調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うこととされた。

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

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

は、幾つかの課題が残っている。

2006年に障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス等について、三障害共通の制度の下で一元的に提供し、地域生活や就労支援を推進する障害者自立支援法が施行された。2010年のつなぎ法により、障害児施設・事業の一元化が行われ、児童発達支援や放課後等デイサービスが法律に位置づけられた。その後、2012年4月に

「地域生活における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について（障害者総合支援法）」が成立し、2013年に施行された。障害者総合支援法の諸サービスについては療育手帳制度の要件や区分を活用せず、市町村に申請して障害支援区分の判定を受けることがサービス利用の前提となっている。「障害支援区分」は、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとされ、必要とされる支援の度合に応じて区分1から区分6までとなっている。障害支援区分の認定による障害者総合支援のサービス利用と手帳制度が分離されているために、国レベルでは手帳制度は不要であるが、地方レベルではサービス利用には療育手帳を取得する必要性が依然として続いており、混乱の一つと考えられる。

2. 療育手帳の判定基準の統一化の意義

(1) 全国の療育手帳制度の現状と「統一化」への期待

療育手帳制度には現時点では法的な位置づけはなく、都道府県や指定都市によって、手帳の名称、検査および判定の方法、等級の基準、知能指数の上限値などの認定基準にばらつきがあり、療育手帳所持者がほかの自治体に転居した際に判定

に変更が生じ、障害者自身や家族に混乱を生じさせていると言われている。令和4年度の障害者総合福祉推進事業の調査では、令和3年度において、「行政不服審査請求はなかった」が76.5%、「行政不服審査請求があった」が23.5%となっている。（厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」報告書、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社：以下、「令和4年度総合福祉推進事業報告書」）行政不服審査のあった件数は、全国で12件（交付件数の全体は51,917件）と報告されており、各都道府県の福祉現場において、どの程度に混乱が生じているかは明らかでない。

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

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

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

知的発達症の国際的診断基準

・ ICD-11 (WHO, 2018)

- ✓2019年WHO世界保健総会にて採択
- ✓2022年発効

6A00 Disorders of Intellectual development

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

➤つまり、知的障害の診断には…

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

※ 我が国には、知的障害（知的発達症）の法的定義がない

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

(2)療育手帳の統一化に向けた3つの主要課題

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

え方（再判定の考え方、医学的所見等の取扱い、その他等統一が望ましく検討が必要と考えられる事項）である。以上の挙げられた3つの課題は、制度が統一化されていないために生じていることであり、これらの課題が検討されることにより、統一化の「意義」が明確になるとも言える。

① 対象（者）

●知的障害の定義・判定基準

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

う。」（平成 30 年度障害者総合福祉推進事業、「知的障害の認定基準に関する調査研究」報告書、平成 31 年 3 月、東京都手をつなぐ育成会）などを規定することが考えられる。

また、本研究班（2022）においては、知的障害の定義について、国際診断基準である ICD-11（WHO, 2018）〔2019 年 WHO 世界保健総会にて採択 2022 年発効〕を用いていくことが最も適切であろうという見解を得た。ICD-11 の「知的発達症」の診断基準を用いると、「発達期にさまざまな要因により発症した一群であり、平均よりも明らかに低い知的機能と適応行動、すなわち適切に標準化された個別テストに基づき約 2 標準偏差かそれよりも平均より低い（約 2.3 パーセントイル以下）ことによって特徴づけられる。」とされており、知的機能と適応行動の評価（二軸評価）は必須となる。

●判定ツール

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

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

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

●発症時期

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

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

●知能の上限

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

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

いる。

●等級

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

●手帳取得の年齢

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

●知的障害以外の障害・精神疾患等

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

② 支援（サービス）の考え方

●療育手帳の目的

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

療育手帳のねらいの一つは、知的障害児者に対して、一貫した指導・相談等が行われるようにすることにある。また、指導・相談等を行った場合は、療育に参考となる事項を手帳に記録するよう指導されたいとし、「一貫性」保持のための「記録」の機能があることが窺える。これは、療育手帳を導入に際しては、すでに広く行き渡っていた母子健康手帳を参考に導入したものと考えられる。母子の健康手帳は、妊産婦手帳（昭和17～23年）、母子手帳（昭和23年～昭和40年）、母子健康手帳（昭和40年～）と名称を変えながら発

展してきた。療育手帳に本人の（生活・医療）などの情報について、どのような内容の相談があり、どのような解決をはかってきたかという児童相談所や知的障害者更生相談所の業務の記録としても期待されたものである。知的障害児者とその家族のメリットとなるだけでなく、行制手続きを一貫してスムーズに行うという意味も大きい。行政手続としては、その人がサービスを受けるか（サービス利用対象者としての知的障害の認定の意味あい）を明らかにする装置（サービスや支援のための「パスポート」）となってきた。当時のサービスは、主に施設サービスであるが、通所・入所を含めて、行政手続きをスムーズに行う上で必要であったものと理解できる。各自治体（都道府県及び政令市に限られるが）の独自サービスが整備されてきた時期であり、国のサービスが不十分のこともあり、手帳の区分が各地方自治体の独自サービスを供与する装置としても機能していったものと推測される。これらを療育手帳制度の「管理的メリット」とすることができる。

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

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

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

療育手帳取得した当事者による療育手帳についての「令和6年度総合福祉推進事業報告書」によると、療育手帳を取得しようと思った理由（家族回答）として、「手帳や税免除を受けるため（46.3%）」「医療費助成をうけるため（24.3%）」「その他、障害福祉サービスを利用するため（63.4%）」「入園や入学の際に必要となったため（31.5%）」が高い割合の回答となった。また療育手帳の活用状況（家族回答）として、「税の控除・免除（69.3%）」「公共交通機関の旅客運賃の割引（62.8%）」「その他、高速道路や公共施設等の割引サービス（59.

9%）」「手当の受給（56.0%）」が高い割合の回答であった。更に、当事者本人の回答については「バス、電車に乗る時」「水族館などの割引や映画館の割引等」「高速道路を使う時、入場券を買う時」「身分証明が必要だと言われた時」など具体的な回答もあった。これらの回答結果をみても、「功利的メリット」が大きいことがわかる。

●再判定時の非該当の場合の支援のあり方

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

●福祉サービス等の利用援助

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

害者枠）」への回答が多く見られた。相談支援事業所に対しての療育手帳の取得を本人・家族に勧めるタイミングの質問では、きっかけと同様、

「障害福祉サービス利用申請」「手当や年金の申請」「就労時（障害者枠）」への回答が多かった。

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

●地方自治体の独自サービス

地方自治体独自の判定基準が1から7となっているのは、自治体独自のサービスの発展と関係が深い。調査研究事業のアンケート調査結果から、各都道府県・市区町村において、重度障害者を対象とした医療費助成制度や、各市区町村で提供される地域生活支援事業等、その施策や取組の目的

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

●相談支援への療育手帳の活用

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

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

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

③統一化の意義の再考

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

●本人・家族の観点から

知的障害のある本人やその家族にとって、障害福祉サービス等の利用に関して、その制度が信頼できるものであることは重要である。制度が誰にとっても同じ基準や規則で提供されることは最低条件である。この意味からも、サービス等利用のスタート時点における、療育手帳の判定基準の客

観性・普遍性はその制度・施策、さらにはそれを実行する行政への信頼を担保するものとなる。特に、療育手帳制度においては、自治体ごとに検査方法等の判定方法や、IQの上限値や発達障害の取扱い等の認定基準にばらつきあり、手帳所持者が他の自治体に転居した際に判定に変更が生じることが、制度施策への信頼感を感じえないものとなっている。今回、療育手帳の判定基準及び運用の統一化は、制度施策及びそれを実行する行政への信頼感を高めるものとなり、本人や家族が安心して障害福祉サービス等を使うことを可能にする。

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

●行政施策の観点から

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

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

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

●国民の観点から

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

●学術研究の観点から

知的障害あるいは知的障害児者に関する学術研究の数は、多いとはいえない。特に、近年の発達

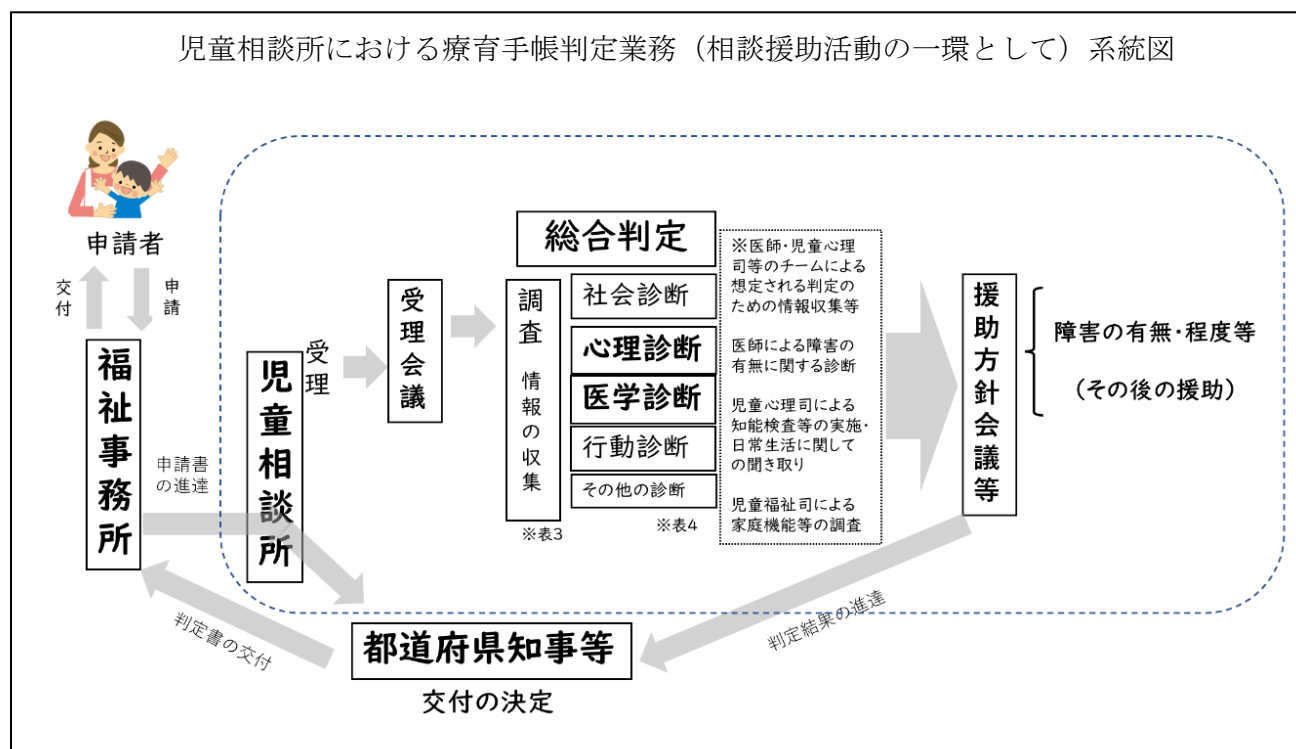
障害及び発達障害児者に関する学術研究と比較すると、その差は明らかである。障害サービスの提供に関して、三障害が統一され、個々の障害に関する研究が少なくなったことも要因の一つと考えられるが、そもそも知的障害の法的定義や知的障害判定の客観的基準がなかったことにも要因もあるのではなかろうか。知的障害に関してノルム(標準)化されたツールによって知的障害を判定してこなかったわが国の歴史は、知的障害を科学的根拠なく判定してきたと言えないだろうか。今回、ノルム化されたツールによって知的障害を判定する試みは、遅ればせながら知的障害判定の世界標準に近づくものである。これにより知的障害の対象範囲が明確化され、疫学調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

④その他、運用の統一可能性の考え方

●再判定の考え方

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

(48.9%) がもっと多い。定めている知能指数の上限は「50～60 以下」で設定している場合が最も多く 29.6%となっている。再判定・更新による本



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

●医学的所見の取り扱い

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

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

●判定業務に関わる児童心理司等への研修

判定ツールのところでも述べたが、「令和6年度総合福祉推進事業報告書」によると、相談業務の体制や環境に関する課題として「判定業務を行う職員（医師以外）が不足している（48.2%）」、「診断等を行う医師が不足している、確保が難しい（29.3%）」「判定業務を行う職員は兼務者が多く、判定業務の時間確保が難しい（31.4%）」「療育手帳の相談・申請件数が増加している（56.5%）」であり、さらに、「判定を行うための部屋の不足（31.4%）」「判定を行うための検査具の不足（4.7%）」「判定を行うための予算の不足（9.9%）」となっており、判定業務の体制やその環境に関する課題は山積しているようである。検査具の不足・判定を行う部屋の不足などの予算に関与することに加えて、療育手帳の判定業務において、各自治体で地域での格差が生じる可能性が考えられる。このことを解消すべく、療育手帳判定業務における相談・支援のノウハウを含め、統一化された判定ツールについての研修会を開催する必要がある。この取組みを行うことで、療育手帳の利用者に混乱が生じなくなるものと思われる。

●その他

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

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

3. 療育手帳の判定基準の統一化後の課題（行政上の課題）について

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

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

実際の運用においては、以下の行政上の課題が想定される。

(1)療育手帳が取得できない、あるいは判定において非該当が想定される対象

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

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

されている。

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

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

(2)統一後、受けられなくなると想定されるサービス

統一という「枠組み」を作ることにより、療育手帳と紐付いていないとされる現在受けている障害福祉サービス（障害者総合支援法や児童福祉法に基づく介護給付や自立給付などのサービス、特別児童扶養手当、障害者基礎年金など）も受けられなくなる可能性は依然としてある。地方自治体の現場では、手帳制度がサービス利用のパスポート的役割を果たし、重要な機能を維持し続けている。最大の課題は、現行の知能指数70～75以上の知的障害者が療育手帳を取得し、さまざまなサービスや手当等を受給している場合には、知能指数の

上限を 69 以下とすれば手帳の取得そのものが困難になり、サービスを受けることも困難になる。サービスや手当を受けてきた人の取り扱いと、新規に手帳を取得しようとする人との間に、差異が生じないように配慮していく必要がある。場合によれば、差別的取り扱いの課題が生じる可能性がある。

(3)影響・懸念への対応

「令和 6 年度総合福祉推進事業報告書」によると、移行する場合に療育手帳の対象への影響として、「現在の交付対象者の区分が変わる（「交付対象外になる」を除く）（49.7%）」、「現在の交付対象者が交付対象外になる（34.6%）」、「わからない 232（34.0%）」であった。特に、IQ70-75 以上で発達障害を理由とした交付があるとした判定機関の場合、想定される影響として、「現在の交付対象者が交付対象外になる」が 48.0%となっていた。

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

2011 年のつなぎ法において、及び 2012 年の障害者基本法の改正において、障害の定義が「精神障害（発達障害）」を含むとされたことにより、発達障害が精神障害に含まれることが明記された。それ以後、発達障害児者が精神障害者保健福祉手帳を取得していくことは、成人期の就職の場

面においては一般的になりつつある。しかし、今後、療育手帳制度の運用や判定の統一により、非該当となる人たちに、療育手帳制度の取得でなく、精神障害者保健福祉手帳の取得を積極的に進めていくためにはハードルを低くしていく必要がある。現行の精神保健福祉法の制度施策が、統合失調症などの大人を前提としたものとなっていて、大人の発達障害者を対象としたサービスや支援などは想定されていない。また、精神障害のある児童への取り組みは極めて限定されたものとなっている。精神障害に対するスティグマは減じられてきたが、児童が精神障害者保健福祉手帳を取得するのが一般的になるためには、精神障害そのものへの理解と子どもの時期の精神障害への対応が充実したものにならないといけない。家族が、発達障害のある子どもに精神障害者保健福祉手帳を積極的に取っていく動機をもつ仕掛けが必要である。精神保健福祉法に発達障害者に対応するサービス等を充実させ、児童期にも開かれたものとしていく必要がある。具体的には以下の事項が考えられる。

- ① 精神保健福祉法に現行の第五条「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者をいう」に「発達障害」を入れること。
- ② 現行のひきこもり対策などを通して。発達障害児者の精神保健福祉対策を拡充していくこと。
- ③ 児童福祉における「こどものメンタルヘルス」対策の充実及び母子保健の早期発見・早期対応を行い、必要に応じて精神障害者保健福祉手帳の取得を受け易くし、児童の多様なサービスに結びつける。

児童福祉は、2024 年度からこども家庭庁の管轄となった。子どものメンタルヘルスの観点から子どもの精神障害に取り組んでいくことが重要であ

る。その際、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準」も児童期に対応した内容にする必要がある。

(4)今後の施策の方向性

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

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の85%が軽度、10%が中度、3～4%が重度、1～2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016年の発達障害者支援法改正法衆参附帯決議における、

「これら調査研究の成果や国際的動向等も踏まえ、常に施策の見直しに努めること。その際、発達障害の定義の見直しにも留意すること。」とは、発達障害の定義の中に知的障害を入れることを求めた決議と理解できる。知的障害を発達障害支援法の対象として、同じようなニーズを持つ群として制度・施策を構築していくことである。障害者基本法第二条（定義）において、障害者を身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）と規定している。この定義からすれば、身体障害と精神障害（発達障害（知的障害））とい

う構図となろう。これらの障害をもつ者に共通しているのは、判断能力に困難性を抱えていることである。あるいは、意思決定支援の必要は人たちとも言えるだろう。今後は、知的障害者の意思が尊重された地域生活に役立つ、新たな療育手帳制度が創設されることが望まれる。

C. 結論

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

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

要がある。

このように、「療育手帳の統一化」を求める声は共通しているが、統一化は、知的障害児者とその家族に利益・不利益の両方が生じる可能性が想定される。統一化の実現の際には、本人、家族、関係者のコンセンサスを得ながら不利益に対応していく視点が重要である。令和6年度総合福祉推進事業報告書の当事者調査結果からは、療育手帳の全国的な運用の統一への要望とともに、判定に伴う本人・家族等の負担があるとする意見や、手帳の名称や様式等への希望が見られた。今後の検討に向けては、療育手帳の判定・交付における当事者や家族の負担を軽減できるよう判定・交付プロセスや検査方法等の見直しや、判定方法だけでなく、手帳の名称や様式等の当事者やその家族の関心事項についても議論に含めていくべきとされている。

相談支援事業者からは、「そもそも、医療モデルでの判定基準を進めていくことは、国際的にみたとときに異質であるという認識。判定方法が医療モデルを脱し、少なくとも生活モデルや社会モデルに変えていくのであれば統一する意味がある。しかし、現行の医療モデルのままでの統一は、現場の混乱を招くのみだと思う。(令和4年度総合福祉推進事業報告書)」という意見は、統一のあり方に関する根本的課題を提起している。障害の捉え方が、医学モデルから社会モデルに変化するなか、医学モデルに基づいた知的障害の理解は時代に逆行するものである。アメリカ精神遅滞学会は、第9版定義(AAMR, 1992)において、知的障害の定義は変更しなかったが、その程度分類(軽度～最重度)が変更された。すなわち、従来の知能水準の低下と適応スキルの障害に基づいた判別ではなく、知能水準の低下と適応スキルの障害に加えて、社会的サポートを必要とする程度や内容により、①一時的サポート、②限定的サポー

ト、③長期的サポート、④永続的サポートのいずれかを要する状態に分類されることになった。この変更は、より社会モデルに近づいたものであったが、その後は維持されなかった。このように、知的障害の判断に社会モデルの考え方を取り入れていくことは相当な困難を伴うことで、時間を要することである。

障害の理解に社会モデルの観点から捉えなおしていくことは、既存の手帳制度を廃止していくことかもしれない。療育手帳の判定基準や運用の統一化は、知的障害を社会モデルから捉えなおす、その途上の作業であるといえるだろう。その過程では、療育手帳制度のみならず現行の身体障害者手帳制度や精神障害者保健福祉手帳制度の見直しを含む、障害の捉え方そのものの根本的な見直しが必要となるだろう。その全体的な見直しのためには、知的障害分野が他の障害分野と比較して、法的定義がなくその判定について標準化されていないという遅れた状況から、他の障害と同じスタートラインに着くことが必要である。今回の、療育手帳の判定基準や運用の統一は、その遅れを取り戻し、他の障害と同じスタートラインに着き、将来の障害の社会モデルを構築するための出発点と捉えたい。

文献

「療育手帳制度の実施について」昭和48年9月27日児発第725号、各都道府県知事・指定都市市長宛て、厚生省児童家庭局長
パール・バック：著、伊藤 隆二：訳、「母よ、嘆くなかれ、法政大学出版局、1993年
「療育手帳制度について」(昭和48年9月27日)(厚生省発児第156号)(各都道府県知事・各指定都市市長あて厚生事務次官通知)
「療育手帳制度についての一部改正について」厚生労働省発障0401第4号、令和2年4月1

日、各都道府県知事、指定都市市長 中核市市長宛て、厚生労働事務次官

「転居に伴う療育手帳の取扱いの留意事項について」(平成五年六月二二日)(児障第四二号)(各都道府県・各指定都市民生主管部(局)長あて厚生省児童家庭局障害福祉課長通知)

「精神保健法の一部を改正する法律の施行について」平成7年6月16日、健医発783号、各都道府県知事あて、厚生省保健医療局長通知)

平成30年度障害者総合福祉推進事業「知的障害の認定に関する調査研究」報告書平成31年3月、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会

令和元年度障害者総合福祉推進事業 「療育手帳の判定基準及び判定業務のあり方に関する調査研究」 P c Wコンサルティング合同会社

令和2年～3年厚生労働科学研究「療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究」

令和4年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

令和5年度厚生労働省障害者総合福祉推進事「療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究」三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

令和6年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療育手帳その他関連諸施策との影響や課題についての調査」三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

令和4年～5年厚生労働科学研究『療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究』

「児童相談所運営指針」令和6年3月30日 こ支
 虐第164号 都道府県知事各 指定都市市長
 児童相談所設置市市長あて、こども家庭庁支
 援局長

DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、
 米国精神医学会【編】高橋三郎・大 裕・染
 俊幸【訳】、2002 医学書院

DSM-V 精神疾患の診断・統計マニュアル、米国
 精神医学会【編】、日本精神神経学会(監
 修)、高橋三郎、大野 裕 【訳】、2014、
 医学書院

令和4年5月、発達障害者支援法の一部を改正す
 る法律附帯決議(平成二八年五月二四日)

アメリカ精神遅滞学会(AAMR) 篇、茂木俊彦監
 訳、「精神遅滞【第9版】一定義・分類・サ
 ポートシステムー」、1999、学苑社

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

F. 知的財産権の出願・登録情報

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

特別児童手当、障害年金等、他の制度との関連の中で今後整理すべき課題

研究分担者 本田 秀夫 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室

【研究要旨】

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

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

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

A. 研究目的

本研究では、療育手帳と関連の深い他の制度について整理し、知的障害をめぐるわが国の法制度において今後整理すべき課題の抽出を試みた。

B. 各検討点の整理

1. 知的障害と精神障害の福祉制度には複数の判定業務がある

知的障害は、医学的には精神疾患の下位分類である「神経発達症群」のさらに下位分類である

「知的発達症」に該当する。したがって、医学的観点から言えば精神障害者の法制度で知的発達症を対象としてもよいはずである。しかしわが国で

は知的障害を他の精神障害から分離して法制度を制定し運用してきた歴史がある。

さらに、統合失調症や抑うつ症などの主な精神疾患の人たちが精神障害の認定を受けるのは成人期であることが多いのに対して、知的発達症の人たちが知的障害の認定を受けるのは児童期であることが多い。このことから、知的障害に対する療育手帳の交付と精神障害に対する精神障害者保健福祉手帳の交付の業務における重なりは、かつてはそれほど話題に上らなかった。

しかし近年では、自閉スペクトラム症や注意欠如多動症をはじめとする神経発達症の早期発見・早期支援が全国的に広がってきた。これらは知的発達症を併存することが少なくないため、知的障

害の認定を受けるべきか精神障害の認定を受けるべきか判断に迷うケースや、両方に該当するために児童期から療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の判定を受けるケースが増加している。一方、成人期の精神科医の間でも発達に関する知識と関心が高まったことにより、児童期に見過ごされていた軽度知的発達症のケースが成人期にはじめて診断されることも増えてきた。

また、さまざまな福祉サービスが保障される障害者手帳制度とは別に、障害のある人たちや障害児を育てる養育者を対象とした経済的支援が制度化されている。このうち知的発達症の人たちに関連が深い障害年金と特別児童扶養手当は所得保障を目的としており、受給するためには医師が作成した認定診断書などをもとに判定が行われる仕組みになっている。

児童期に知的発達症を含む精神疾患があることがわかった場合、福祉サービスや経済的支援を受けるためには、児童期に療育手帳および特別児童扶養手当の判定を受け、希望に応じて精神障害者保健福祉手帳の判定も受け、20歳になるところで障害年金の判定を受けることになる。つまり、福祉制度を十分に利用するためには、最大で4種類の判定を受けなければならない。

2. 障害年金と特別児童扶養手当における地域較差是正の取り組み

障害年金および特別児童扶養手当においても療育手帳と同様に地域較差が問題となった。この問題の改善にまず取り組んだのは日本年金機構であった。同機構は2010年度および2012年度に都道府県の事務センターで決定を行った障害基礎年金のサンプル事例11,968件を対象として調査を行った結果、各都道府県における不支給決定の割合に較差が見られた[1]。これを受けて2016年に「精

神の障害に係る等級判定ガイドライン」[2]が出されている。

特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）についても認定率の自治体間較差が存在する可能性が指摘され、2017年度以降4回にわたって厚生労働科学研究等で研究班が立ち上げられ、検討されてきた[3][4][5][6]。この中で、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）認定診断書認定の改定案の作成を行うとともに、地域差に関して2020年度に全国調査を行った。40の自治体から得られた特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定結果のデータ4,419件の分析で、認定率（1級または2級と判定される比率）は33.6%から100%の範囲であり、自治体間で大きなばらつきがあった[4]。

認定診断書の改定案については、様々な診断と重症度の模擬症例11例に対して日本児童青年精神医学会の医師会員に診断書の記入を依頼し、626名より回答を得た。認定診断書案の記入内容を統計解析した結果、「障害のため要する援助の程度」の判定において、妥当性と評価者間信頼性のいずれもが一定の基準を満たしていることを確認した[4]。

さらに、模擬症例に対する認定診断書について、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医71名に等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。44名（62.0%）から回答があり、一定の妥当性と評価者間信頼性が得られた[5]。

障害基礎年金の判定との一致度も調査し、19～20歳の模擬症例11例について特別児童扶養手当の認定診断書案を用いた判定と障害基礎年金の認定診断書を用いた判定とが概ね一致した[6]。

これらをふまえて、特別児童扶養手当の認定診断書改定案が作成され、それに対する等級判定ガイドライン案が作成されたところである[6]。

現行の特別児童扶養手当の認定診断書の項目や設問内容は、幼児および重度～最重度の知的発達症を主として想定しており、他の精神疾患では記載しにくいという問題があった。今回の認定診断書改定案は多くの精神疾患に対して作成しやすい構成となっている。

3. 精神障害者保健福祉手帳における課題

精神障害者保健福祉手帳については、いまのところ障害年金や特別児童扶養手当のような改定やガイドラインを作る動きはない。ただし、本研究班における医師研究者の会議においては、精神障害者保健福祉手帳の制度設計が児童も対象になることがあまり想定されていないとの指摘があった。認定診断書の項目構成や設問の記述が児童では記入しにくい箇所が見られる。経済的支援を目的とする特別児童扶養手当と障害年金は年齢による境界が明確であり、今回の改定案で児童でも幅広い精神疾患に対応しやすくなった。精神障害者保健福祉手帳においても、児童期用の認定診断書の書式について検討する必要があると思われる。

4. 受給者および診断医の視点から見た課題

本研究班も含めると、療育手帳、障害年金、特別児童扶養手当については地域較差の問題が指摘され、その是正に向けた研究が行われていることは、適正な福祉サービス保障のために望ましいことである。しかし、受給者の立場から見ても、そして認定診断書を作成する診断医の立場から見ても、福祉制度を利用するための手続きが煩雑であることは重大な課題である。

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別

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

C. 結論

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

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

知的発達症と他の精神疾患が併存する児童では、ライフステージを通じて何度も異なる制度利用のための判定を受けなければならない、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。

文献

- [1]障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査結果。 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyokanrika/0000075359.pdf> (2025.5.6 閲覧)
- [2]国民年金・厚生年金保険：精神の障害に係る等級判定ガイドライン。2016。 [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyokanrika/0000130045.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12512000-Nenkinkyoku-Jigyokanrika/0000130045.pdf) (2025.5.6 閲覧)
- [3]平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）（研究代表者：齊藤万比古）：特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究 平成 30 年度 総括・分担研究報告書, 2019。
- [4]令和 2 年度～令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究 令和 2 年度～3 年度 総合研究報告書, 2022。
- [5]令和 4 年度～令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）（研究代表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究 令和 4 年度～5 年度 総合研究報告書, 2024。
- [6]令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）（研究代

表者：本田秀夫）：特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の等級判定を補助するための情報ツール作成のための研究 令和 6 年度 総括・分担研究報告書, 2025。

D. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

- 1. 特許取得
なし
- 2. 実用新案登録
なし
- 3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案

研究分担者 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
浜田 恵 中京大学 心理学部
明翫 光宜 中京大学 心理学部
山根 隆宏 神戸大学 人間発達環境学研究科

【研究要旨】

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

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

A. 研究目的

「療育手帳判定暫定ガイドライン（案）」を作成、解説するにあたり、現行の知的障害（知的発達症）の国際的診断基準を把握しておくことは必要不可欠である。

本プロジェクトに関する令和6年度報告書では、研究分担者らが本ガイドライン（案）の各パートについての解説を担当している。本稿では、ガイドライン（案）の解説に先立ち、知的発達症の国際的診断基準として ICD-11（World Health Organization, 2022）をあらためて取り上げ、概観することを目的とする。

なお、知的発達症の医学的概念や診断方法、診断をめぐる近年の議論の整理については、本プロジェクトの令和4年度報告書において研究分担者である内山他（2023）が報告しているため、ICD-11の改定に向けた議論や ICD-11 以外における知的発達症の定義などについては本稿では扱わないこととする。また、各項目の詳細については研究分担者らによるガイドライン（案）の各解説を確認されたい。

B. ICD-11 における知的発達症の概要

ICD-11 は本稿の執筆時点（2025 年 5 月）ではまだ日本語版が発行されていないため、内山他（2023）による日本語訳（一部改変）を基に紹介するとともに、要点を解説する。

内山他（2023）による日本語訳（一部改変）はイタリックで示す。

1. ICD-11 における知的発達症の定義

・知的発達症 (*Disorders of intellectual development*) 親カテゴリー：神経発達症

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

（約2.3パーセンタイルより低い）で特徴づけられる。それは適切にノルム化・標準化された個別検査により測定される。ノルム化・標準化された個別検査の実施が不可能な状況では、相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを行い高度の臨床的判断が求められる。

除外：認知症は除外する。

重要なポイントは、知的機能と適応行動の2軸診断と、ノルム化・標準化された個別検査を用いた標準偏差による基準が明記されていることである。一方で、ノルム化・標準化された個別検査が利用できない場合の代替案についても提示されている。わが国の療育手帳判定の状況を踏まえると、対象児者全員に知的機能と適応行動を評価するためにそれぞれ個別検査を実施することは現実的ではないため、代替案の検討が重要となる。

2. 診断のための必要事項

・必須（必要）の特性

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

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

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

知的発達症診断のための必須特性として、知己機能と適応行動の2軸診断であることがあらためて記載されている。中略した個所には定義と同様に、適切にノルム化・標準化された個別検査を用いることや、標準偏差による判定、困難な場合の代替案が記載されている。また、神経発達症に属することから成人期以降での状態のみで診断することはできず、発症時期の特定が求められる。

3. 重症度の特定因子

知的障害の重症度は知的能力のレベルと適応行動のレベルの両方を考慮して決定される。（中略）

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

知的機能については、幼児期、児童思春期、青年期に3分類され、さらに軽度、中度、重度、最重度の4段階について、言葉の発達や数の概念など知的機能の行動特徴について例示されている。

適応行動については6歳まで、6歳から18歳、18歳以上の3年代に分類され、概念的、社

会的、実用的の3領域について行動指標が例示されている。

臨床家はテストが使えない場合はこの表を参考にして臨床的判断をくだす。

ここでは、知的機能と適応行動のドメイン単位での重症度判定について記載されているが、先述の通りわが国の療育手帳判定を想定すると、ドメイン単位で各標準偏差から詳細な検討を行うことは現実的とは思われない。一方で、あくまで記載された診断方法は例示であり、評価の性質や目的などによって改変することも可能であることが記載されている。

なお、ICD-11の原文には知的機能と適応行動について年代別の重症度判定の参考となる具体的な行動のリスト（表）が提示されているが、本稿では省略している。

4. 他の臨床的特徴

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

知的発達症は、高い割合で合併する精神・行動・神経発達障害と関連がある。しかし、臨床的な表現は、個人の年齢、知的障害の程度、コミュニケーションスキル、症状の複合によって異なるだろう。自閉症スペクトラム障害、うつ病、双極性障害や関連する障害、統合失調症、認知症、注意欠如多動性障害などの障害は、一般人口より高頻度に合併する。知的発達症と他の精神障害、行動障害、神経発達障害が合併する場合は、知的発達症のない精神障害を持つ人と同様の自殺リスクがある。（中略）

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

異なるが、一般的には知的発達症のある人々は、ルーチン、構造、教育や生活環境の変化に適応するためには、より多くのサポートが必要である。

知的発達症を引き起こす多くの医学的病態があり、それらはさらに特定の医学的問題と関連している。さまざまな出生前（例：有毒物質や有害な薬物への曝露）、周産期（例：分娩時の問題）、および出生後（例：感染性脳症）の要因が知的発達症の要因になる可能性があり、さらに複数の要因が関係することもある。知的発達症の病因の早期診断が可能な場合には、関連する医学的問題

（例：ダウン症候群の個人には頻繁な甲状腺疾患のスクリーニングが推奨される）の予防および管理に役立つ。特定の個人の知的発達症の病因が明らかでない場合には、その病因に対応する診断も追加されるべきである。

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

知的発達症と併存障害・疾患について触れられており、発達障害からメンタルヘルス、精神障害と広い範囲にわたる懸念が提示されている。また、ダウン症を例とした遺伝子疾患の合併症に関する予防・管理の推奨もなされている。

このように知的発達症は発達期におけるサポートが重要であるとともに、併存障害によるリスクを踏まえた経過の把握が必要であると考えられる。一方、遺伝子疾患に関しては早期診断により包括的な予防・支援につなげられるメリットも示されている。

5. 正常との境界（閾値）

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

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

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

知的発達症と知的に正常な状態の鑑別に特別に注意する必要があるのはコミュニケーション、感覚、運動障害を持つ人、行動の問題がある人、移民、識字能力の低い人、精神障害の人、医療的治療を受けている人々（例えば、薬物療法）、そして重度の社会的または感覚的剥奪の経験がある人々たちである。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々の中では、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、このような人々は、知的発達症を持つ人々と同様の支

援や介入が必要な多くのニーズを持つことがある。

知的発達症における2軸診断の重要性についてあらためて述べられるとともに、テストの信頼性や当時の状況、発達の経過などによるIQや適応行動の変動にも触れられている。このため、各自治体でみられるように、再判定期間を設けられている。また、変動の要因も多様であることが記されており、特に発達期（未成年期間）における把握がなされていない、成人で初めて療育手帳の交付判定を受ける方のような場合には、判定時の状態だけでなく、これまでの発達経過などを把握した上で鑑別診断を行うことが求められている。

境界知能については支援の必要性が記されている一方、診断基準に該当しないことが明記されている。

6. 経過の特徴 (Course Features):

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

知的発達症の人は、一般的に、生涯を通じて特別な支援が必要とされるが、必要とされる支援の種類や強度は、年齢、発達、環境要因、生活状況によって時間の経過とともに変化することが多い。知的発達症のほとんどの人々は、時間の経過とともにスキルや能力を獲得し続ける。介入や教育を服含む支援を提供することで、スキルや能力の向上が強化される。発達期に支援が提供されることで、成人期における支援ニーズが低下することがある。

ここでも知的発達症における発達期からの知的機能と適応行動の変動について触れられ、支援の必要性が述べられている。特に、発達期における支援が成人期における支援ニーズを低下させる、すなわち早期の支援が予後を良好にすることが記されている。

7. 重症度分類

ICD-11において知的発達症の重症度は、主に4段階に分類される。

- ・軽度 6A00.0 Disorder of intellectual development, mild
- ・中度 6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate
- ・重度 6A00.2 Disorder of intellectual development, severe
- ・最重度 6A00.3 Disorder of intellectual development, profound
- ・知的発達症, 暫定的 6A00.4 Disorder of intellectual development, provisional

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

重症度分類が記されているが、ここでは詳しく紹介しないため、研究分担者による報告書を参照されたい。

「知的発達症、暫定的」については次項で紹介する。

8. 知的発達症（暫定的）

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

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

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

先述のように知的機能と適応行動の変動が見込まれているため、4歳未満の子どもについては知的発達症の確定診断ではなく「暫定的」となっている。感覚障害や身体障害などによる影響の可能性も示されているが、ダウン症などのような遺伝子疾患も含めて知的発達症との識別が困難な場合であっても、暫定的に診断をつけるという対応が可能となっている。当然ながら、知的発達症の診断はその後の再判定によって確認される必要がある。

C. 結論

本稿では、各研究分担者らによるガイドライン (案) の解説に先立ち、知的発達症の国際的診断基準として ICD-11 を取り上げ、概観することを目的とした。その結果、ICD-11 における知的発達症の要点として以下のものが示された。

- ・2軸診断：知的機能と適応行動の2軸診断であること。
- ・用いる検査の条件とカットオフ：適切にノルム化・標準化された個別検査による標準偏差の基準を用いること。それが困難な場合には相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを用いた臨床的判断が求められる。
- ・18歳以上における判定：成人で初めて診断を行う場合は、発達期の発症を確認することが必要であること。
- ・重症度 (等級) の判定：知的機能と適応行動のドメイン単位での評価を用いた重症度判定が望まれる一方、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能であること。
- ・併存障害や疾患の合併によるリスク：早期発見による支援が重要であることに加え、生涯にわたる様々なリスクを考慮し、経時的な把握が重要であること。
- ・知的発達症 (暫定)：4歳未満の子どもの場合、他の障害や疾患などによる影響から知的機能と適応行動の有効な評価が行えない場合でも、暫定的な診断が適用されること。遺伝子疾患や先天性障害なども含め、確定診断までに支援につなげることが可能である。

以上の点を踏まえ、本プロジェクトにおける療育手帳判定暫定ガイドライン (案) では、該当するポイントを各研究分担者が担当し、解説を行う。

次ページには、本研究班が提案する療育手帳の交付判定におけるガイドラインを示す。

なお、ICD-11 に記載されているように、わが国の療育手帳判定の現状を鑑みると知的機能・適応行動双方をノルム化・標準化された個別検査で評価することは現実的ではない。そのため、その

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

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

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

ため、本プロジェクトではノルム化・標準化された個別検査による知的機能検査（ABIT-CV-I：Adaptive Behavior and Intelligence Test - Clinical Version - Intelligence）を開発するとともに、保護者・支援者らが回答する質問紙形式の適応行動評価尺度（ABIT-CV-AB：Adaptive Behavior and Intelligence Test - Clinical Version – Adaptive Behavior）を開発した（伊藤他、2025）。

知的機能の個別検査とともに、療育手帳判定において簡便な実施を可能にするとともに、知的発達症の鑑別に有用なツールであるが、一方で重症度判定の評価方法が複雑になると運用面での問題につながりかねない。そのため、評価の性質や目的などに応じて改変することも可能という ICD-11 の記述を基に、ABIT-CV を用いた知的発達症の重症度判定においては、知的機能と適応行動の評価を合算して算出することが療育手帳判定の運用においても重要であると考えられる。

詳しくは、各研究分担者らによる分担研究報告書を参照されたい。

文献

伊藤大幸・村山恭朗・浜田 恵・高柳伸哉・山根隆宏・明翫光宜・足立匡基・野沢朋美・増山晃大・中島卓裕・久保尊洋（2025）．療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度——Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version の開発——．令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）分担研究報告書, pp.78-126.

内山登紀夫・上野修一・岡田 俊・中村和彦・本田秀夫・河邊憲太郎・坂本由唯（2023）．知的障害（知的発達症）診断の診断概念．令和 4 年度厚生労働科学研究

費補助金（障害者政策総合研究事業）分担研究報告書, 37-92.

World Health Organization (2022). 6A00 Disorders of intellectual development. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.
<http://id.who.int/icd/entity/605267007>

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく

療育手帳判定のガイドラインの提案

－2 軸診断について－

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部

【研究要旨】

本報告書は、ICD-11 に準拠した知的発達症の診断枠組みを整理し、日本の制度への導入可能性を検討したものである。ICD-11 では、従来の IQ 偏重から転換し、知的能力と適応行動という 2 軸による包括的な評価を重視している。診断には、①知的能力の著しい制限、②適応行動の重大な制限、③発達期の発症、の 3 要件が必要とされ、両者ともに標準化された検査により平均より 2SD 以上低いことが求められる。重症度分類も IQ のみに依存せず、適応行動を含む機能評価が必須である。特に重度・最重度の症例では知能検査の限界があり、適応行動による区別が重視される。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）の併用が前提となる。これにより、対象者の知的機能および日常生活における具体的な困難を客観的に把握し、重症度の特定や支援ニーズの評価が可能となる。また、標準化検査が利用困難な場合には、ICD-11 に記載された行動指標を用いた臨床的判断が重要となる。

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

A. 研究目的

知的障害（知的発達症）の診断概念は、近年、国際的な潮流として大きな変化を遂げてきている。特に、世界保健機関（WHO）が改訂した国際疾病分類第 11 版（ICD-11）では、従来の知能指数（IQ）偏重の診断から、知的能力と適応行動

の両側面を重視する方向へとシフトしている。当事者と家族への敬意を保ちつつ、必要な支援を適切に提供できるための診断基準や重症度分類が議論されてきた。ICD-11 では、知的機能と適応行動の両方に重点を置き、知的障害の重症度を診断し分類するための包括的な枠組みとなっている。

本文分担報告では、ICD-11において、適応行動の評価が重視されていることを指摘し、その背景を概説する。さらに、ICD-11に準拠しつつ日本の臨床現場で実施可能な知的発達症の診断方法を提案する。

B. 各検討点の整理

ICD-11 知的発達症の診断基準

ICD-11において、知的発達症（Disorders of intellectual development; 6A00）は、神経発達症（Neurodevelopmental disorders; 06）の下位カテゴリーに位置付けられている。これは、知的発達症が発達期に生じる中枢神経系の障害の結果であるという理解を反映している。

ICD-11における知的発達症の診断は、主に以下の3つの必要事項に基づいている。

1. 知的能力における明らかな制限：

知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域での知的機能に制限があることとされる。可能な限り、適切に標準化された個別の知的機能検査で測定し、平均値より約2標準偏差以上低い（すなわち、2.3パーセンタイル以下）ことを確認する必要がある。テストが利用できない状況では、知的機能の行動的指標に基づいた適切なアセスメントと高度な臨床的判断が求められる。

2. 適応行動における重大な制限：

日常生活で学習・実践する概念的、社会的、実践的なスキルのセットに適応行動に重大な制限があることとされる。概念的スキルには知識の適用やコミュニケーション、社会的スキルには人間関係の管理や社会的責任、実践的スキルにはセルフケアや職業スキルなどが含まれる。可能な場合は、適切に標準化された適応行動のテストを用い

て測定し、合計スコアが平均よりも2標準偏差以上低い（つまり、約2.3パーセンタイル未満）ことが求められる。適切に標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と同様に行動指標に基づいた臨床的判断に大きく依存することになる。

3. 発症時期：

これらの制限が発達期に生じることとされる。成人期に初めて診断される場合でも、発達歴の把握により発症時期を特定する、すなわち後ろ向き診断が可能である。

重症度分類における評価方法の変更点

ICD-11における知的発達症の重症度は、従来のICD-10のようにIQスコアのみに主に依存するのではなく、知的能力のレベルと適応行動のレベルの両方を考慮して決定される点が大きな変更点である。重症度レベルは、知的能力と適応行動スキルの主要な部分（概念的、社会的、実践的スキルの3つのドメイン）が属するレベルに基づいて決定されるべきであるとされている。

ICD-10では軽度、中度、重度、最重度の分類にIQが主な指標とされていた。ICD-11では重症度特定因子（Severity specifiers）が明記され、知的能力と適応行動のいずれも標準化された検査に基づき標準偏差の何倍平均より下かによって重症度が特定される。これは、重症度がIQスコアのみに依存するのではなく、個人の機能と支援ニーズの把握が重視されるというICD-11の考え方を反映したものである。

重度および最重度の知的発達障害については、既存の知能の標準化テストが低い知能レベルを信頼性・妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別されることになっている。この点からも、診断や重症度分類において

適応行動評価が極めて重要であることが示唆される。

知的能力評価と適応行動評価の必要性

ICD-11 の診断基準が知的能力と適応行動の両者を必須の特性としていることから明らかなように、知的発達症の診断にはこの二軸でのアセスメントが最低限求められる。IQ スコアは知的発達症を部分的に特徴づける指標であり、「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなすべきであり、診断は IQ スコアだけに基づいて行われるべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならないとされている。

知能テストの IQ 値は、使用されるテスト、テストの熟練度、被験者の体調など様々な要因で変動する可能性があり、また発達やライフコースの段階によっても変動することがある。特にフルスケール IQ のみを指標とすることや、下位検査のばらつきが大きい場合の妥当性の乏しさなどが指摘されており、IQ のみで知的障害の診断や重症度分類を行うことは不適切であるとされる。

適応行動評価は、個人の日常生活における機能や、概念的、社会的、実践的なスキルのレベルを直接的に把握するために重要である。特に、重症度分類の目的は、どの程度の支援が必要かの把握にあるとされており、適応行動の評価は個人の支援ニーズを把握する上で中心的な役割を果たす。近年、軽度知的障害（mild intellectual disability, MID）の人々の支援ニーズが高いことが多くの研究で議論されており、Nouwens ら (2017) の報告等がこの点を強調している。IQ が高めであっても適応行動に困難があるために高い支援ニーズを抱える人々が存在するため、適応行動の評価は、IQ

のみでは見逃されがちなこれらの人々のニーズを把握するために不可欠である。

適応行動の評価が必要とされる理由

診断の必須要件であること：ICD-11 の診断基準では、知的機能の制限と並んで、適応行動における重大な制限が診断に不可欠な要素であると明確に位置づけられている

重症度分類に不可欠であること：ICD-11 では、知的発達症の重症度は知的能力のレベルと適応行動のレベルの両方を考慮して決定される。特に重度および最重度の知的発達障害では、既存の知能テストが特定の低い IQ レベルの個人を信頼性および妥当性をもって区別できないため、適応行動の違いに基づいてのみ区別されることが明記されている。つまり、これらの重症度レベルの診断には、適応行動の評価が不可欠である。

標準化テストが利用できない状況での診断を可能にすること：世界中の多くの国や地域では、標準化された知能検査や適応行動尺度が使用できない状況や、テストを施行できる専門家が不足している状況が想定されている。そのため、ICD-11 では、標準化されたテストが利用できない場合でも診断や重症度評価が行えるように、知的機能と適応行動の行動指標が包括的な表として準備されている。これらの行動指標は、知的能力や適応行動の臨床的判断を適切に行うための配慮として作成されたものである。

支援ニーズの把握に不可欠であること：重症度を分類する主な目的は、どの程度の支援が必要かの把握にあるとされる。近年の議論では、知能の重度さと支援ニーズの強さが必ずしも一致せず、軽度知的障害や境界知能の人々でも高い支援ニ

ズがみられることが明らかになっており、行政サービスの質や量の決定にも重要であるとされる。ICD-11 と大きく乖離しない日本独自の診断基準を検討する上でも、最低限、知能水準、適応行動尺度、発症年齢の3つの要素についての情報が必要であろう。

診断の妥当性と信頼性を高めること：知能指数

(IQ) の数値は単独の診断要件ではなく、「知的機能の顕著な制限」の代理指標とみなされるべきであり、様々な要因で変動する可能性があるため、IQ スコアだけに基づいて診断を行うべきではなく、適応行動の包括的な評価も含めなければならないとされる。また、評価の過程で、文化的な背景や言語能力、併存する障害などが適切に考慮されない場合、知的能力や適応行動のスコアの妥当性が低下する可能性があるため、適切な評価方法の選択が必要とされる。

これらの点から、ICD-11 が知的発達症の診断において、単に知能検査の結果だけでなく、個人の実際の日常生活における機能や社会的な側面を反映する適応行動の評価を必須とし、重症度分類や支援ニーズの把握においても中心的な要素として位置づけていることが示されている。これは、ICD-11 の診断概念が、より包括的で、個人の機能と支援ニーズを重視する方向へ変化したことを反映していると考えられる。

診断評価における具体的な推奨

ICD-11 における知的発達症の診断概念は、知的能力と適応行動の両側面を重視する二軸評価への移行を明確に示している。この診断基準を日本において適切に適用し、個々の支援ニーズを正確に把握するためには、偏差 IQ を算定可能な標準化された知能テストと、偏差指数がわかる標準化

された適応行動尺度を使用することが前提となる。IQ のみによる診断の限界が指摘される中、適応行動評価を包括的に行うことは、特に軽度知的障害や境界知能といった、IQ だけでは捉えきれない高い支援ニーズを持つ人々への適切な支援提供のために極めて重要である。標準化された評価が困難な状況においては、ICD-11 の行動指標を参照した臨床的判断が補完的に必要とされる。

行動指標の活用と臨床的判断

標準化されたテストが利用できない場合や、評価が困難な状況（例えば、対象者が幼い、感覚・運動障害がある、重度の問題行動があるなど）においては、ICD-11 に示されている詳細な行動指標を参考にし、経験を積んだ臨床家による臨床的判断を行うことが求められる。これらの行動指標は、ブラジル、インド、イタリア、スリランカ、英国の専門家が作成に参加し、信頼性が高いとされている。

C. 結論

標準化された知能テストの使用

知的能力のレベルを客観的に把握するため、適切に標準化された個別の知能テストを使用する。ICD-11 の重症度分類の指標としてパーセントイルが用いられていることから明らかなように、診断や分類の前提として偏差 IQ が算定可能な知能テストを用いることが重要である。具体的には偏差指数が算出できるウェクスラー式のテストが推奨される。日本で普及しているビネー式検査等に関しては、偏差指数が算出できないものは推奨できない。

標準化された適応行動尺度の使用

適応行動のレベルを概念的、社会的、実践的なスキルの各領域で評価するために、標準化された

適応行動尺度を使用することが推奨される。これにより、個人の適応行動のレベルを同年代の集団と比較した偏差指数として客観的に把握することが可能となる。日本で使用可能なテストとしては偏差指数が算出できる Vineland-IIが推奨される。

ABIT-CV

知的機能と適応行動を簡易に評価できる指標として ABIT-CV があり、ICD-11 に準拠した診断が可能である。

日本における知的障害の定義や診断、及びそれに基づく療育手帳制度や支援施策についても、国際的な診断基準の潮流を踏まえ、知的能力と適応行動の二軸評価に基づいた包括的なアプローチをより一層推進していくことが求められる。

文献

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

内山 登紀夫 上野 修一 岡田 俊 中村 和彦 本田 秀夫 河邊憲太郎 坂本由唯 (2023). 「令和 4 (2022) 年度 手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究報告書 知的障害（知的発達症）診断の診断概念」. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163975#report_summary_1.

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく
療育手帳判定のガイドラインの提案
－評価指標のカットオフ値について－

研究分担者 上野 修一 愛媛大学大学院医学系研究科

研究協力者 河邊 憲太郎 愛媛大学大学院医学系研究科

【研究要旨】

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

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

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

A. 研究目的

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

知的発達症はその他の神経発達症を有する場合が多いことや、育児困難から虐待などの不適切養育を受けるリスクが高く、それが知的発達症の診

断に影響を与えることもある。この場合に、知的発達症をどのように診断し、重症度をいかに判断するのかという課題がある。一方で、現在国際的に使用されている診断基準として ICD-11 があり、本邦においても広く浸透していることから、この定義に準じて診断の不一致を減らす必要もある。

本研究課題では、ICD-11 に準拠してその診断のカットオフについて概説し、そこで明らかになる課題について述べることとする。

B. 各検討点の整理

ICD-11 では 06 Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders の親カテゴリーのもとに神経発達症 (Neurodevelopmental disorders) があり、さらにその下位カテゴリーに 6A00 Disorders of intellectual development がある。

知的発達症 (Disorders of intellectual development) は多様な原因により発達期に生じる一群であり、平均より明らかに低い知的機能と適応機能、すなわち平均より約 2 標準偏差以上低い (約 2.3 パーセンタイルより低い) ことで特徴づけられる。この知的機能は適切に標準化された個別のテストにより測定される。テストが不可能な状況では相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントを行い高度の臨床的判断が求められる。行動指標は、知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など、様々な領域で知的機能に明らかな制限があることとされている。個人によって、これらの領域のどれが影響を受けるかには大きなばらつきがある。可能な限り、知的能力は適切な標準化された知的機能検査で測定し、平均値より約 2 標準偏差以上低い (すなわち、2.3 パーセンタイル以下) ことを確認する必要がある。

また、ICD-11 においては、適切に標準化された検査が利用できない状況において知的機能の評価するためには、知的機能の行動的指標を参考にするように記載がある。日常生活で人々が学習し実践する概念的、社会的、実践的なスキルのセットである適応行動に重大な制限がある。概念的スキルには、知識の適用 (例：読み書き、計算、問題解決、意思決定) とコミュニケーションが含まれ、社会的スキルには、人間関係の管理、社会的

責任、規則と法律の遵守、被害を回避すること、実践的スキルは、セルフケア、健康と安全、職業スキル、レクリエーション、お金の使い方、移動と交通、家庭用電化製品やハイテクデバイスの使用などの領域をさす。適応機能の要求水準は、年齢とともに変化する環境に応じて変化する場合がある。

重症度の特定因子 (Severity Specifiers) として、知的障害の重症度は知的能力のレベルと適応行動のレベルの両方を考慮して決定され、適切に標準化された個別に実施されたテストを用いて決定されることが理想的であるとされる。知的機能については、幼児期、児童思春期、青年期に 3 分類され、さらに軽度、中度、重度、最重度の 4 段階について、言葉の発達や数の概念など知的機能の行動特徴について ICD-11 には例示されている。これらは、テストが使えない場合は参考にして臨床的判断をくだすとされる。

知的発達症において、知能指数 (IQ) の数値は知的障害と正常と区別するために用いられる独立した診断要件ではなく、知的発達症を部分的に特徴付ける代理指標とみなすべきであると考えられる。IQ は、使用される特定のテストを実施する技術や、テスト状況、その他さまざまな変数の影響で変動することがあり、また発達やライフコースの段階によって大幅に変動することがある。

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

以上が ICD-11 に記載された知的発達症に関する記載内容である。本研究班でも、療育手帳の判定の等級に関しては、ICD-11 に準拠し、軽度、

中度、重度、最重度の4段階とした。判定には知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55-69を軽度、40-54を中度、25-39を重度、25未満を最重度とし、重度・最重度の判定に際して、知的機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定することとした。

具体的なICD-11の枠組みで知的発達症を判定する場合には、2軸判定で行う。知的機能については、偏差指数が算出できるものを推奨する。偏差知能指数とは、知能テストの成績をより一般的な相対評価の形で表現しようとしたものである。それぞれの年齢集団における知能テストの成績分布を、平均100、標準偏差15の正規分布となるように得点換算したものである。偏差知能指数であれば、同年齢集団での相対的位置を示すことが可能になる。代表的な検査としてウェクスラー式検査やABIT-CV等がある。一方で、精神年齢を用いて算出される知能検査もある。精神年齢とは、知能レベルが何歳ぐらいの人の平均に相当するかを表わすものであり、相対的な関係を示すものである。具体的には、 $\text{知能指数} = \text{精神年齢} / \text{実際の年齢} \times 100$ という式で求められ、精神年齢が実際の年齢と等しい人は知能指数が100となる。ビネー式検査等に関しては、偏差知能指数が算出できず推奨しない。ただし、田中ビネーVIでは従来の精神年齢指標だけではなく、生活年齢2歳0か月から13歳11か月において、偏差知能指数が採用されている。一方、適応行動に関して、偏差指数が算定できるものとして、Vineland-II等がある。

判定区分については、上記に示したように、軽度・中度・重度・最重度とするが、測定誤差を超えた高い数値でのIQでの取得は、発達障害があったとしても対象外とするのが良いと考えられる。すなわち、知的機能および適応行動それぞ

れで、測定誤差5と考え、75までを知的発達症と考え、各自治体で統一することが望ましいと思われる。

C. 結論

知的発達症における知能指数の把握には、偏差指数が算出できるもの（知的機能では推奨；ウェクスラー式、ABIT-CV等、適応行動ではVineland-II）が推奨され、偏差指数が算出できないものは推奨しない。カットオフポイントとしては、知的機能および適応障害それぞれ偏差指数を75とし、さらに合成指数で重症度を示すことが望ましい。

文献

京林由季子、田中ビネー知能検査V. 小児内科 50(9): 1374-1376, 2018.

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 件

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく

療育手帳判定のガイドラインの提案

－障害等級の区分について－

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部

【研究要旨】

本報告書は、知的発達症（ID: Intellectual Developmental Disorders）の重症度分類に関する国際的な潮流を踏まえ、日本において適用可能な分類指標の提案を目的としている。近年、「精神遅滞」という表現が不適切とされ、ICD-11 では「知的発達症」という用語が導入された。ICD-11 は、知的機能と適応行動の双方を評価し、軽度・中度・重度・最重度の 4 段階で重症度を分類する枠組みである。ICD-11 では、平均より 2 標準偏差以上低い知的機能および適応行動が診断基準となる。標準化されたテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標と臨床判断に依存する。重症度は、知的機能および適応行動の 3 領域（概念的、社会的、実践的）に基づいて決定される。ICD-10 や DSM-5 との比較では、IQ スコアへの依存から脱却し、実生活における支援ニーズを重視する点が特徴である。日本における療育手帳の等級判定に ICD-11 に準拠した重症度分類を導入することを提案する。具体的には、知的機能と適応行動の標準得点を合算平均し、55-69 を軽度、40-54 を中度、25-39 を重度、25 未満を最重度とする。特に重度・最重度において知的機能の評価が困難な場合、適応行動に基づく判断を許容する柔軟な方針が示されている。

A. 研究目的

知的発達症の概念や分類は近年大きく変化してきた。「精神遅滞、Mental Retardation」のような従来の用語は不適切とされ、当事者と家族への敬意を保ちつつ、必要な支援を適切に提供できるための診断基準や重症度分類が議論されてきた。

「国際疾病分類（ICD）の第 11 次改訂では、こ

の変化を反映して「知的発達障害」という用語が導入された。この分類体系は、知的機能と適応行動の両方に重点を置き、知的障害の重症度を診断し分類するための包括的な枠組みとなっている。本文分担報告では、ICD-11 における知的障害の重症度分類の概要を紹介し、文献調査と研究班での検討踏まえて、日本で適用可能な知的発達症の重症度分類を提案する。

B. 各検討点の整理

ICD-11 の診断基準に準拠した重度分類の概念紹介を行い、日本の関係者が理解しておくべき診断概念を確認する。現在広く使用されている ICD-10 や DSM-5 との異同について解説し知的発達症と、その重症度分類に関する国際的な議論を概観する。

ICD-11 における知的発達症の診断概念

ICD-11 において、知的発達症 (Disorders of intellectual development) は、06 Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders の親カテゴリーの下にある神経発達症 (Neurodevelopmental disorders) のさらに下位カテゴリーとして位置づけられている。ICD-11 では、知的発達症は多様な原因により発達期に生じる一群であり、**平均より明らかに低い知的機能と適応機能で特徴づけられる**。これは、適切に標準化された個別のテストにより測定されるべきだが、テストが不可能な状況では相応の行動指標に基づいた適切なアセスメントと高度の臨床的判断が求められる。

診断のための必要事項 (必須の特性) として、以下の点が挙げられている。

- **知的機能に明らかな制限があること**：知覚的推論、作業記憶、処理速度、言語理解など様々な領域での制限を指し、標準化された検査で平均値より約 2 標準偏差以上低い (約 2.3 パーセントイルより低い) ことを確認することが理想である。標準化された検査が利用できない場合は、知的機能の行動指標 (表 6.1 を参照) に基づいた適切なエビデンスとアセスメント、臨床的判断に大きく依存することになる。

- **適応行動に重大な制限があること**：日常生活で学習・実践される概念的、社会的、実践的なスキルのセットにおける制限を指す。適応行動の要求水準は年齢とともに変化する環境に応じて変化する場合がある。標準化された適応行動のテストを用いて測定し、合計スコアが平均よりも 2 標準偏差以上低い (約 2.3 パーセントイル未満) ことが求められる。標準化されたテストが利用できない場合、知的機能と同様に行動指標 (表 6.2~6.4 を参照) を含んだ臨床的判断に大きく依存することになる。

重症度の特定因子 (Severity Specifiers) は、知的能力のレベルと適応行動のレベルの両方を考慮して決定される。理想的には標準化された個別のテストが用いられるが、利用できない場合は行動指標に基づいた臨床的判断が重要となる。一般的に、重症度レベルは知的能力と適応行動スキルの主要な部分 (概念的、社会的、実践的スキルの 3 つのドメイン) が属するレベルに基づいて決定されるべきである。例えば、知的機能と 3 つのドメインのうち 2 つが平均より 3~4 標準偏差以下であれば、中等度の知的発達障害が適切な診断となる。

重症度分類

ICD-11 における知的発達障害の重症度分類は主に以下の 4 段階である。

- 軽度 (6A00.0 Disorder of intellectual development, mild)
- 中度 (6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate)
- 重度 (6A00.2 Disorder of intellectual development, severe)

- 最重度 (6A00.3 Disorder of intellectual development, profound)

また、暫定的な診断 (6A00.4 Provisional) や、特定できない場合のカテゴリー (6A00.Z unspecified) も存在する。

- **軽度の知的発達障害:** 標準化されたテストで平均値から約 3~4 標準偏差下回る知的機能と適応行動を特徴とする。複雑な言語能力や学術スキルの習得が困難なことが多いが、基本的なセルフケアや日常生活に必要な実践的なスキルは習得することが多い。多くの人が成人期に比較的自立した生活や仕事をできるが、適切なサポートが必要なことが多い。
- **中度の知的発達障害:** 標準化されたテストで平均値から約 3~4 標準偏差下回る知的機能と適応行動を特徴とする。言語能力と学力の習得能力は個人差があるが、一般的には基本的なスキルに限定される。成人として独立した生活や就労を実現するために、かなりの密度の一貫した支援が必要であることが多い。
- **重度知的発達障害:** 標準化されたテストで平均から 4 以上の標準偏差以下 (およそ 0.003 パーセント以下) の著しく低い知的機能と適応行動を特徴とする。言語と学習能力の達成は極めて限定され、運動能力に困難があることも多い。適切にケアされるためには支援者がいる環境で日常的なサポートが必要となることが一般的である。重度および最重度の知的発達障害は、既存の知能テストでは低いレベルを信頼性・妥当性をもって区別できないため、**適応行動の違いに基づいてのみ区別される。**

- **最重度の知的発達障害:** 標準化されたテストで平均値からおおよそ 4 標準偏差以上下回る (おおよそ 0.003 パーセント以下) 著しく低い知的機能と適応行動が特徴である。コミュニケーション能力は非常に限定的で、学力の習得能力は基本的な具体的スキルに制限される。運動および感覚障害が同時に存在する 경우가あり、適切なケアのために監督環境での日常的なサポートが通常必要である。

ICD-11 と他の診断基準との異同

《ICD-10 との相違》

- **用語:** ICD-10 の「精神遅滞」は、ICD-11 では障害の性質をより正確に反映するために「知的発達症」に置き換えられた。
- **診断基準:** ICD-10 が知能の障害の程度 (IQ スコア) と適応機能の乏しさに焦点を当て、特に重症度分類に IQ を主な指標として明記していたのに対し、ICD-11 では適応機能に重点を置くように改変され、重症度レベルの説明が明確になった。ICD-11 では重症度決定に知的能力と適応行動の両方を考慮し、標準化された検査や行動指標を用いる。ICD-11 は IQ スコアのみに依存するのではなく、個人の機能と支援ニーズの評価に重点を置いている。
- **神経発達障害との関連:** ICD-10 で精神遅滞、ASD、学習障害、ADHD が異なるカテゴリーに分かれていたのに対し、ICD-11 では知的発達症の親カテゴリーが神経発達症とされ、ASD、ADHD、LD などと同じカテゴリーに位置付けられた。これは知的発達症が発達期に生じる中枢神経

系の障害の結果であるという理解を反映している。

《DSM-5 との相違》

- ICD-11 と DSM-5 はともに知的機能と適応機能の評価を重視しているが、定義方法にいくつかの違いがある。
- **重症度評価:** 大きな違いは重症度の評価方法である。DSM-5 では重症度レベルが IQ ではなく、適応機能（概念的、社会的、実用的領域）に基づいて定義される。一方、ICD-11 では重症度評価に知能と適応機能の両方が含まれる。
- DSM-5 の行動指標は適応行動に関する記載に限定されるのに対し、ICD-11 の行動指標は適応行動に加えて知的機能の行動指標も詳細に記載されている。ICD-11 は標準化されたテストがない臨床現場において、知能と適応行動の臨床的判断をより適切に下せるように配慮されている。

日本の現状と課題:

我が国では知的障害が正式に定義されていない。知的障害を定義し、必要な下位分類をすることが必要である。国際的な潮流と大きくずれない定義が必要である。我が国において、知的障害の診断にあたっては知能指数が求められることが多いが、フルスケール IQ のみを指標にすることは不適切である。IQ スコアは、様々な要因で変動し、実生活における思考力や問題解決能力の評価には不十分であること、下位検査のばらつきが大きいときの妥当性が乏しいことなどが指摘されている。IQ のみで知的障害の診断も、重症度分類も、支援ニーズの把握もできないことが、DSM-5, ICD-11 の両方で反映されているにも関わら

ず、療育手帳制度をはじめとする公的支援において「知能指数」が重要な役割を果たしており、関係者の無理解が指摘されている。軽度知的障害を見逃さないための診断方法が求められており、福祉サービスの提供にあたっても、支援ニーズが「重症度」に比例するとは限らない点に留意する必要がある。ICD-11 用いて正しく診断するために、臨床経験のある専門家と知能指数と適応行動を適切に評価するツールが必要である。国際的な診断基準、特に ICD-11 に基づいた知的発達症の診断と重症度分類を行うためには偏差 IQ を算定可能な知能テスト、標準化された適応行動尺度を使用することが前提になる。また、支援ニーズの高い、軽度知的障害を見逃さないための診断方法が求められている。

ICD-11 の枠組みでの重症度分類について

ICD-11 に準拠した診断をするためには軽度・中度・重度・最重度の 4 区分を設定するべきである。ICD-11 では、知的能力も適応行動も平均より 2 標準偏差以上低いことが診断の基準になることを踏まえれば、知的発達症と診断するためには知的機能と適応行動それぞれで、75 までとしておき、さらに合成指数で重症度を示すという枠組みが考えられる。

C. 結論

療育手帳の判定の等級に関しては、ICD11 に準拠し、軽度、中度、重度、最重度の 4 段階とする。判定には知的機能と適応行動の標準得点を加算平均した総合得点を用い、55-69 を軽度、40-54 を中度、25-39 を重度、25 未満を最重度とする。ただし、重度・最重度の判定に際して、知的

機能の標準得点の算出が困難な場合は適応行動のみをもとに判定する。

文献

内山 登紀夫 上野 修一 岡田 俊 中村 和彦 本田 秀夫 河邊憲太郎 坂本由唯. (2023). 令和4(2022)年度 手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究報告書 知的障害（知的発達症）診断の診断概念. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/163975#report_summary_1.

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 1 件

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく

療育手帳判定のガイドラインの提案

－療育手帳の交付年齢について－

研究分担者 本田 秀夫 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室

【研究要旨】

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

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

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

A. 研究目的

近年、乳幼児健診を起点とした神経発達症の早期発見が浸透している。中等度～最重度の知的発達症では 1 歳前後で運動発達の遅れに気づかれることが多い。自閉スペクトラム症で知的発達の遅れを伴うケースでは、1 歳前半で言語や非言語的コミュニケーションの遅れが目立ち始める。これらのケースの多くが 1 歳 6 カ月児健康診査でスク

リーニングされ、発達支援につながるようになっている。また、先天性疾患や脳性麻痺の子どもたちは乳児期から医療につながり、知的発達症がある場合には 1 歳前からそのことが養育者に伝えられることも稀ではない。

これらの状況のもと、幼児期のうちから療育手帳の交付を希望するケースが近年では増加している。一方で、乳幼児期の知的発達症の診断には技

術的限界があるため、療育手帳の交付にあたっては慎重な判断が求められる。

本研究では、療育手帳を交付することが可能となる年齢について課題を整理する。

B. 各検討点の整理

1. ICD-11 の診断要件から見た診断年齢

ICD-11[1]では、知覚推理、ワーキングメモリ、処理速度、言語理解などの領域にわたる知的機能の有意な制限が存在することと、日常生活において示される概念的、社会的、実践的スキルのセットからなる適応行動の有意な制限が存在することが知的発達症の診断要件に含まれている。知的機能および適応行動の制限については、適切にノルム化され標準化された知能検査を可能な限り行い、平均より2標準偏差以上低い（約2.3パーセンタイル未満）ことを確認することが望ましいとされている。

適応行動を評価するノルム化された検査である Vineland- II 適応行動尺度は0歳から使用できるが、知的機能の評価するノルム化された検査であるウェクスラー式検査は、最も低年齢の子どもを対象としている WPPSI-III 知能検査でも対象年齢は2歳6か月以上となっている。このため、ICD-11 の診断要件を十分に満たしていることを検査によって確認できるのは、早くても2歳ということになる。

ノルム化された知能検査は難しい場合でも、1歳以降では言語理解や適応行動の様子から知的発達の遅れの検出はある程度可能である。知的発達症の程度までは確定できなくても、知的発達症の有無についての判断だけであれば、1歳以降は可能と考えられる。

ICD-11 では、「知的発達症、暫定 (intellectual developmental disorder, provisional)」という下位分類が設けられている。知的発達症の証拠があるも

の、子どもが乳児または4歳未満、または感覚や身体機能の異常（視覚障害や言語習得前の難聴など）、運動やコミュニケーション機能の異常、重篤な問題行動や併存する精神疾患などのために知的機能や適応行動の適切な評価が難しい場合にこの診断で対応することになっている。

このように、ICD-11 では日常生活の様子などから明らかに知的発達症と考えられても、可能な限りノルム化、標準化された検査を用いるべきという立場をとっている。乳児期から幼児期早期の子どもに対して ICD-11 に準拠して知的発達症の診断を検討する場合、「知的発達症、暫定」とせざるを得ないことになる。

2. 乳児期から知的発達症が疑われるケース

先天性疾患、周生期のリスク、出生後の脳障害、一部のてんかんなどがある子どもでは、乳児期のうちから医療の対象となり、1歳未満の段階ですでに将来知的発達症と診断されることが明らかであることがある。

たとえば、先天性疾患の中でも比較的頻度が高いダウン症候群（21トリソミー）は出生直後に診断されることが多く、高頻度で知的発達症が見られる。モザイク型の一部で知的機能の遅れが見られないこともあるが、例外的である。したがって、乳児期にダウン症候群と診断され、将来にわたって知的発達の遅れが予想される場合、子どもが0歳のうちから知的発達症と診断され、知的障害児を対象とした福祉サービスを受けることを養育者が希望することが近年では増加している。

C. 結論

以上をふまえて、幼児期までの年齢で療育手帳の交付を検討する際の留意点についてまとめる。

まず、ICD-11 に準拠すれば、4歳未満においては知的発達症の診断は原則として「知的発達症、

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

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

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

文献

[1] World Health Organization (2024) Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. WHO.

D. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患。

「精神科治療学」第39巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド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。

2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく

療育手帳判定のガイドラインの提案

－各年齢帯における再判定期間について－

研究分担者 中村 和彦 弘前大学大学院医学研究科

研究協力者 坂本 由唯 弘前大学大学院医学研究科

【研究要旨】

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

A. 研究目的

療育手帳の再判定期間は自治体によって異なり、また成人を境に再判定の有無など実態は様々となっており、具体的な再判定期間が明示されていない自治体もある。一例として、Table 1 いくつかの自治体における再判定期間の例を挙げる（東京都，2023；埼玉県，n.d.；静岡県，2016；

香川県，2024；兵庫県，2022）。なお、障害程度の変更が見込まれる場合などには再判定を受けられるとする記載もみられる（東京都，2023；静岡県，2016；兵庫県，2022）。

自治体ごとの差異については、本プロジェクトにおいて行政施策に関わってきた専門家や児童精神科医、心理士などをメンバーとした班会議の中

で、自治体ごとの人口規模や予算規模、療育手帳判定に携わる専門家の多寡などにより運営上の課題が異なることも挙げられており、共通の要因によるものではないことが推察される。

Table 1
各自治体における療育手帳再判定期間の例

自治体名	療育手帳の再判定期間
東京都	3 歳、6 歳、12 歳、18 歳の時点
静岡県	3 歳未満：1～2 年に 1 回 3～6 歳：2～3 年に 1 回 7～20 歳：3～5 年に 1 回 20 歳以上：5～10 年に 1 回
埼玉県	再判定は諸条件を勘案して決定
香川県	療育手帳に次の判定時期を記載
兵庫県	県立知的障害者更生相談所で判定を受けた人は原則再判定は不要

現状では、療育手帳制度の設計・運用は各自治体に委ねられているものの、知的発達症における研究知見においては、知的機能や適応行動についてどのような経年変化が示されているだろうか。本稿では、知的機能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューによって経時的変化を踏まえ、科学的に妥当な再判定期間について提案する。

B. 各検討点の整理

1. 知的機能の安定性

一般人口における知的機能の安定性に関して、Lothian Birth Cohort における 1921 年の参加者 106 名を対象に Moray House Test No. 12 を実施し、11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、 $r = .54$ の強い正の相関が見られたことが報告されている (Deary et al., 2013)。同様に、Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、

11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知的機能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11–70 歳間で $r = .67$ 、11–79 歳間で $.66$ 、11–87 歳間で $.51$ となり、加齢とともに減少していく傾向がみられた (Gow et al., 2011)。これらから、年数が経つほど変化が大きくなるものの、人間の知的機能は生涯一定程度の安定性を有していることがうかがえる。

成人以降での知的機能の安定性について、262 名を 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳まで追跡した縦断研究では、知的機能との標準化回帰係数の変化が $.95$ から $.94$ 、 $.86$ と高い値が維持され、特にワーキングメモリが強く関連していることが示唆された (Rönnlund et al., 2015)。

より短期間での安定性については、Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies の 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況 (SES) と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された

(Schneider et al., 2014)。この研究では知的機能によるサブグループ解析も行っており、IQ の経時的安定性は高 IQ 児 (平均 IQ 121, $SD = 4.3$) よりも低 IQ 児 (平均 IQ 93, $SD = 6.0$) の方が高いことが示されている (Schneider et al., 2014)。また、知的機能の安定性を検証した 205 の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の年齢ごとでの知的機能の安定性を検証した結果、知的機能の自己相関係数は 7 歳未満では $r_{tt} < 0.7$ である一方、7 歳以上では $r_{tt} = 0.7\text{--}0.8$ とやや安定し、成人では $r_{tt} > 0.8$ と高い自己相関の安定期間が 5–6 年続くことが報告されている (Breit et al., 2024)。このように知的機能には一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期

といった発達段階でも安定性の差異が見られることが示されている。

2. 知能検査の再検査信頼性

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

3. 適応行動の軌跡と変動

ICD-11 における知的発達症の診断基準において、もう一つの軸となる適応行動の安定性についてレビューする。一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study) の参加者 994 名とその母親 893 名を対象とした研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動

を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告し、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた（Nishimura et al., 2022）。特に、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ（平均 78.4）や社会性の問題（SRS-2 平均得点 54.8）が見られ、適応行動と知的機能や社会性の問題との関連が示されている（Nishimura et al., 2022）。軽度の知的発達症のある児童青年 40 名（男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9）を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測した（Gravråkmo et al., 2023）。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能獲得に介入支援が効果的であることが示されている（Burns et al., 2019）。

このように支援による適応行動の安定性や介入支援による改善もみられるものの、知的発達症児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behaviour Checklist による把握で 38%、Child Behaviour Checklist で 49% が問題を有することが示され、注意欠陥・多動症（39%）、不安症（7–34%）、素行症（3–21%）、うつ病（3–5%）がみられた（Buckley et al., 2020）。このように、後天的な罹患や二次障害の発症などによって、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

4. 精神疾患による知的機能への影響

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

特に統合失調症に関しては、認知機能へのネガティブな影響が示されており、自閉スペクトラム症 (ASD) と統合失調症の知能検査結果に関する 6 つの研究についてメタ分析を行った研究では、16–41 歳の年齢範囲で ASD190 名 (平均 IQ 98.0)、統合失調症 260 名 (平均 IQ 90.8) における WAIS の結果を比較したところ、統合失調症の者が ASD 者より有意に低い得点であったことが報告されている (Kuo & Eack, 2020)。また、統合失調症患者 223 名 (平均 30.8 歳) と双極症患者 175 名 (平均 34.0 歳) の知的機能の軌跡を検証した研究では、Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence により測定した IQ の程度で 3 つのクラスターが得られ、知的機能に影響が見られない群 (平均 IQ 118.3, $SD = 6.5$) や軽度の認知障害を伴う群 (平均 IQ 103.1, $SD = 4.5$) では同程度の割合であったものの、全般的な認知機能の障害がみられる群 (平均 IQ 85.0, $SD = 7.2$) では 73%が統合失調症患者であったことが報告されている (Vaskinn et al., 2020)。療育手帳判定の際には成育歴等の情報から先天的な知的発達症と後天的な知的機能低下を鑑別診断する必要があるが、知的発達症児者が統合失調症に罹患する併存疾患による一層の機能低下も懸念される。

C. 結論

本稿では知的機能と適応行動の安定性に関する先行研究のレビューから、知的機能は生涯を通じ

て一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された

(Deary et al., 2013; Rönnlund et al., 2015)。また、一般的に再検査の間隔が短期間であるほど相関係数は高いものの (Schneider et al., 2014)、幼児では変動が比較的大きく、7 歳以上でやや安定し、成人以上では 5–6 年は安定する傾向が示された

(Breit et al., 2024)。知能検査の再検査信頼性の検証結果からは、概ね 3 年ほどで FSIQ や各指標の相関係数が .70–.80 程度になることを踏まえると

(Watkins & Smith, 2013; Watkins et al., 2022)、知的機能の再判定については 18 歳未満では 3 年程度、18 歳以上では 5 年程度の間隔を空けることが妥当であると思われる。ただし、低 IQ 群では知的機能の安定性が高いことや (Schneider et al., 2014)、成人以降では高い安定性が示されていることから (Breit et al., 2024)、すでに重度・最重度の判定を受けている 18 歳以上の知的発達症者は、再判定の必要性は低いものと考えられる。

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

さらに、精神疾患による認知機能と適応行動の低下のリスクや (Deb et al., 2001; Kuo & Eack, 2020; Vaskinn et al., 2020)、実行機能が適応行動を予測することを踏まえると (Gravrákmo et al., 2023)、知的機能と同様に適応行動についても一定期間での再判定を行うとともに、著しい環境変化や状態の悪化に応じた再判定を可能とするため

に、知的障害者本人や家族などからの申請による再判定の機会の設定も必要と考えられる。

療育手帳判定における再判定期間について、以下に本稿の要点をまとめる。

- ・就学前年齢： 2～3 年ごとの再判定
- ・就学後～18 歳まで： 3 年ごとの再判定
- ・18 歳以上： おおむね 5 年程度ごとの再判定
- ・ただし、18 歳以上かつ重度・最重度の判定を受けた方は再判定の必要性は低いため、原則として再判定は実施しない。一方で、状態像の変化が疑われる場合などは、本人や家族からの希望に応じて再判定の機会を設けることが望ましい。

本稿では上記の再判定期間を推奨するが、研究目的で記したように、各自治体を取り巻く環境や運営上の課題は多様であることを鑑み、今回提示した各年齢帯での再判定期間を目安として、実際の運用については各自治体で現実的に検討することが重要と考えられる。

文献

- Breit, M., Scherrer, V., & Preckel, F. (2024). The stability of cognitive abilities: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 150 (4), 399–439.
- Buckley, N., Glasson, E. J., Chen, W., Epstein, A., Leonard, H., Skoss, R., Jacoby, P., Blackmore, A. M., Srinivasjois, R., Bourke, J., Sanders, R. J., & Downs, J. (2020). Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54 (19), 970–984.
- Burns, C. O., Lemon, J., Granpeesheh, D., & Dixon, D. R. (2019). Interventions for Daily Living Skills in Individuals with Intellectual Disability: a 50-Year Systematic Review. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 3, 234–245.
- Deary, I. J., Pattie, A., & Starr, J. M. (2013). The stability of intelligence from age 11 to age 90 years: the Lothian birth cohort of 1921. *Psychological Science*, 24 (12), 2361–2368.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (6), 495–505.
- Gow, A. J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C. E., Roberts, B., Starr, B. J., & Deary, I. J. (2011). Stability and Change in Intelligence from Age 11 to Ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. *Psychology and Aging*, 26 (1), 232–240.
- Gravråkmo, S., Olsen, A., Lydersen, S., Ingul, J. M., Henry, L., & Øie, M. G. (2023). Associations between executive functions, intelligence and adaptive behaviour in children and adolescents with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 27 (3), 715–727.
- 兵庫県. (2022). 療育手帳について Q&A. 県立知的障害者更生相談所とは. (2025 年 4 月 23 日閲覧)
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf20/documents/tite_kishougaishakouseisoudanshoryouikutechouqanda.pdf
- 香川県. (2024). 療育手帳. 香川県障害福祉相談所. (2025 年 4 月 23 日閲覧)
<https://www.pref.kagawa.lg.jp/shousou/syousou/>

ryouikutechou/kfvn.html

Kuo, S. S., & Eack, S. M. (2020). Meta-Analysis of Cognitive Performance in Neurodevelopmental Disorders during Adulthood: Comparisons between Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia on the Wechsler Adult Intelligence Scales. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 187.

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

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

埼玉県. (n.d.). 療育手帳. 障害者手帳. (2025年4月23日閲覧)
<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/ryouiku/ryouikutecho.html>

Schneider, W., Niklas, F., & Schmiedeler, S. (2014). Intellectual Development from Early Childhood to Early Adulthood: The Impact of Early IQ Differences on Stability and Change over Time. *Learning and Individual Differences*, 32, 156–162.

静岡県. (2016). 静岡県療育手帳判定要 (2025年4月23日閲覧)
領. https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/023/697/r7.3hantei.pdf

東京都福祉局. (2023). 愛の手帳. 東京都心身障害者福祉センター. (2025年4月23日閲覧)

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/jicen/ji_nnai/a_techou.html

Vaskinn, A., Haatveit, B., Melle, I., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2020). Cognitive Heterogeneity across Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cluster Analysis of Intellectual Trajectories. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26, 860–872.

Watkins, M. W., Canivez, G. L., McGill, R. J., Pritchard, A. E., Holingue, C. B., & Jacobson, L. A. (2022). Long-term stability of Wechsler Intelligence Scale for Children—fifth edition scores in a clinical sample. *Appl Neuropsychol Child*, 11 (3), 422–428.

Watkins, M. W., & Smith, L. G. (2013). Long-Term Stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition. *Psychological Assessment*, 25 (2), 477–483.

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

ICD-11 における知的発達症の診断基準に基づく

療育手帳判定のガイドラインの提案

－18 歳以上の申請者における初判定について－

研究分担者 岡田 俊 奈良県立医科大学 精神医学講座

【研究要旨】

療育手帳は、多くの場合に小児期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も少なくない現状がある。18 歳以上における初めて判定を受ける場合、18 歳以前から知的発達症が存在したか、被虐待や精神疾患が存在する場合に、その影響で生じた知的機能や適応行動の課題をどのように扱うのが問題になる。検討の結果、①18 歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載、発達に関連する情報などである。②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18 歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。③青年期以降に発症した精神疾患を併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである、ことを提案する。療育手帳の対象者が、身体障害や精神障害を併せ持つことも少なくない。これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

A. 研究目的

療育手帳は、多くの場合に児童期に初めて交付されているが、18 歳以上になってからの申請も

少なくない。療育手帳は、知的発達症に対して交付されるものであるから、知的発達症の診断基準を満たすことが必要になる。知的発達症の診断に

においては、18歳以前からの知的能力の低下とそれに伴う適応行動の不全を要件としていることから、18歳以前からこれらの困難を有していたことをどのように把握すべきかが問題となる。

また、知的発達症やその他の神経発達症を有する場合、育児困難から虐待などの不適切養育を受けるリスクが高い。被虐待などの発達歴は、知的発達や適応を阻害することが知られていることから、これらを伴う場合に、知的発達症をどのように診断しうるのかという課題もある。

加えて、知的発達症に、統合失調症やうつ病、双極症、認知症などの精神疾患を併存することも少なくない。これらの精神疾患を併存する場合には、これらの精神疾患に伴う知的能力や適応行動の低下が併存することになる。この場合に、知的発達症をどのように診断し、重症度をいかに判断するのかという課題がある。

本研究課題では、18歳以上の初めての療育手帳申請時の知的発達症の評価について、検討すべき点をまとめ、判定時の指針（案）を提案するとともに、そこで明らかになる課題について述べることとする。

B. 各検討点の整理

①18歳以前の知的能力と適応行動をどのように評価するか。

知的発達症を有しながら、療育手帳の申請が18歳以降になる場合には、養育者や周囲の気づきが乏しかったり、周囲の気づきはあっても養育者の申請とつながらなかった何らかの要因がある。他方、申請時には何らかの困難に直面していたり、支援を受けるという明確な目的があるので、後方視的に語られる生活歴のエピソードもバイアスを含みやすい。そのようなバイアスの可能性を踏まえつつも、できるだけ客観的エピソード

をもとに、発達歴、生活状況を明確に聞き取ることが重要である。

加えて、そのような生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載、発達に関連する情報などである。

②被虐待などの不適切養育の結果として生じている知的発達や適応行動への影響をどう評価するか。

被虐待などの不適切養育、その他の困難な生育環境の影響は、アタッチメントの形成不全に代表されるように、対人行動や情緒面の発達に多大な影響をもたらし、ひいては適応行動にも影響をもたらす。また、近年の脳科学の知見によれば、これらの生育環境の影響は知的発達にも及びうる。

そもそも知的発達症の診断は、原因を特定していない。明確な基礎疾患がない生理的要因による知的発達症、遺伝子疾患や染色体異常などの遺伝的要因による知的発達症、胎児性アルコール症候群や母胎の鉛曝露、低栄養などの出生前の要因、低酸素や外傷などの周産期異常を含む。また、正常知能で出生したが脳炎への罹患や脳腫瘍の手術などによって急激な知能低下を来す場合も、知能低下が18歳以前に認められる場合には診断基準からみて知的発達症に含まれる。

このように考えると、人生早期より知的障害が存在すると考えられ、被虐待等によって知的発達への影響が重なっている場合には、これらを総括して知的発達症に含めることは差し支えない。ただし、極端な生育環境（たとえば、言語的環境の欠如）の直接的な影響や適応行動のうち、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。

③青年期以降に発症した精神疾患の併存の影響をどのように評価するか。

知的発達症には、統合失調症やうつ病などの精神疾患を高率に併存する。最も顕著な例でいえば、22q11.2 欠失症候群が挙げられる。22q11.2 欠失症候群は、知的発達症に加え、先天性疾患、特徴的顔貌、胸腺低形成・無形成による免疫低下、口蓋裂・軟口蓋閉鎖不全、低カルシウム血症などを伴う症候群であるが、青年期以降に高率に統合失調症を併存する。統合失調症を併存すると、認知機能の低下だけではなく、その症状のために適応行動を大きく損なうことになる。また、ダウン症（21トリソミー）では、高率にうつ病を合併するが、さらに50代でおよそ4割、60代でおよそ7割の頻度で認知症を発症する（Holland et al., 1998）。多くはアルツハイマー型認知症とされるが、認知機能低下に加えて、歩行障害や尿失禁がある場合には、正常圧水頭症の可能性を考える必要があるが、この場合、早期のシャント術で認知機能が回復する可能性がある。このような場合には、18歳以降の評価では、知的発達症による知的機能と適応行動を、精神疾患による影響と区別して評価することは困難である。特に症状の増悪しているときには判断が困難であり、寛解時に再評価を行う必要がある。

精神疾患の併存がある場合には、発症以前の知的発達症の重症度を参考にすることが大切である。しかし、統合失調症などでは顕在発症以前の前思春期頃から非特異的な認知行動変化が見られることもある（潜在期）。このような発症の時点は、聞き取りのみでは判断が困難であることが多く、医師の意見書によって補うことが妥当である。

C. 結論

①18歳以前の知的能力と適応行動は、発達歴、生活状況を聞き取りだけではなく、生活状況を客観的な根拠資料で確認することを必須とする必要がある。具体的には、園での生活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載、発達に関連する情報などである。

②被虐待などの不適切養育が知的発達や適応行動に影響していると考えられる場合には、18歳以前および知的能力と適応行動の両方を評価し、療育手帳を交付することで差し支えない。ただし、極端な生育環境の直接的影響や適応行動、虐待の影響と考えられる対人行動や情緒面の障害に由来すると思われる適応行動の障害は差し引いて重症度を見積もる必要がある。

③青年期以降に発症した精神疾患が併存したと考えられる場合には、可能な限り寛解期での評価を実施する。加えて、発症以前の知的発達症の重症度を評価し、知的発達症の重症度として用いる。しかし、顕在発症以前から非特異的な認知行動変化が認められるなど、発症の時点が明確でなく判断が困難であると考えられる場合には、医師の意見書を求めて補うべきである。

④3手帳の重複をめぐって

障害者手帳として身体障害者手帳、精神障害者手帳、療育手帳の3つが交付されているが、複数、さらにはすべての領域にまたがる障害を有していることが少なくない。しかし、これらの障害に伴う日常生活の困難は、それぞれ分けて評価することが難しく、同時に、その当事者の抱える困難も単なる並列や総和で表現されないものである。今後、手帳を併せ持つ場合の評価について、さらなる検討が求められる。

文献

Holland AJ, Hon J, Huppert FA et al. (1998)

Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome. Br J Psychiatry. 172:493-498.

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 1件

岡田 俊：知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから（シンポジウム 1 ICD-11/DSM-5-TR から児童青年期精神医学の診断の近未来を考える） 第 119 回日本精神神経学会学術総会(札幌) 2023 年 6 月 22 日

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

療育手帳の交付判定において
ABIT-CV を利用する際の留意事項

研究分担者 村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人文学系
伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系
高柳 伸哉 愛知教育大学 心理講座
浜田 恵 中京大学 心理学部
明翫 光宜 中京大学 心理学部
山根 隆宏 神戸大学 人間発達環境学研究科

【研究要旨】

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

具体的には、1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すべきである。2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能の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の開示しないことが強く推奨される。検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。4. ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の対象年齢は2歳以上とするのが適当である。やむを得ず1歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4歳以上で実施することが適当である。やむを得ず4歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

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

A. 研究目的

療育手帳制度は、知的発達症（Disorders of Intellectual Development、すなわち知的障害）を有する児者の福祉の増進を目的として、昭和 48 年（1973 年）に厚生省発児第 156 号（厚生事務次官通知）に基づいて創設され、現在に至るまで運用されている。本制度の運用一すなわち、療育手帳の判定方法、交付基準、障害等級の種類およびその認定基準などは、各都道府県および指定都市の裁量に委ねられており、そのため、自治体ごとに運用基準には顕著なばらつきが見られる。加えて、知的発達症の診断基準に合致しない児者に対して療育手帳が交付されるといった、制度本来の目的と整合しない事例も報告されている（村山・浜田, 2022 など）。こうした現状を踏まえると、療育手帳制度の運用に関する統一的な基準の整備は、喫緊の課題であるといえる。

このような制度運用の統一を図る一助として、本研究班では、療育手帳の交付判定を目的とし、知的機能および適応行動を簡便に評価できるノルムが設定された標準化検査、Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version (ABIT-CV) の開発を行った（詳細は、令和 6 年度報告書『療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度 Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version の開発』を参照）。本稿では、今後の ABIT-CV の実装を見据え、療育手帳の交付判定において ABIT-CV を活用する際の留意事項を整理することを目的とする。

B. ABIT-CV を利用する際の留意事項

1. ABIT-CV 実施マニュアル

ABIT-CV の開発および標準化と並行して、研究班ではその実施マニュアルの整備も進めている。令和 5 年度に全国 7 か所で開催した ABIT-CV の説明会（詳細は、令和 5 年度研究分担報告書『ABIT-CV の社会実装に向けた取組みー児童相談所等療

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ー』（村山他, 2024）を参照）では、参加者に対して実施マニュアルを配布した（ただし、検査内容の漏洩を防ぐため、マニュアルは回収資料として配布された）。

また、ABIT-CV では、被検査児者の年齢に応じて実施すべき下位尺度が異なっている。そのため、対象年齢に合致しない下位検査を実施した場合、正確な知的機能水準を推定することはできない。したがって、療育手帳の交付判定において ABIT-CV を用いる際には、必ず実施マニュアルを熟読し、年齢に応じた適切な手順に則って検査を実施することが強く推奨される。

なお、ABIT-CV は、知的機能および適応行動を簡便かつ短時間で評価できることを目的として開発されている。開発段階の調査では、知的機能評価パートの所要時間は約 20～30 分、適応行動評価パートは約 20 分であり、いずれも比較的短時間での実施が可能である。また、当該調査では、公認心理師資格の取得を目指す大学院生や、実務経験の浅い公認心理師／臨床心理士が主に ABIT-CV の実施を担っていた。これらの点からも、ABIT-CV は当初の開発目的に沿った、簡便かつ効率的に実施可能な検査であるといえる。

2. 知的機能評価パート（視覚系課題）について

療育手帳の交付判定においては、過剰な不安や緊張といった心理的要因により発話が制限される幼児・児童や、日本語スキルが十分でない外国籍の児者が、既存の知能検査に適応できないケースが報告されている（村山他, 2024）。こうした状況を踏まえ、研究班では、ABIT-CV の知的機能評価パートにおいて、視覚系課題のみによって知的機能の水準を推定できるサブカテゴリを追加した。

視覚系課題では、被検査児者は指さしなどの非言語的な方法で回答することができるため、検査

結果は検査者と被検査児者とのコミュニケーションの質に大きく依存しない。したがって、前述のような発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみの実施によって知的機能の評価することが推奨される。

一方で、ABIT-CV 知的機能評価パート（全下位尺度実施時）と比較すると、視覚系課題に基づく結果（標準得点）の知的障害に対する鑑別精度は相対的に劣る（伊藤他，2025；令和6年度報告書『療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度 Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version の開発』を参照）。このため、ABIT-CV を実施するにあたっては、申請児者の日本語能力や、円滑な会話を可能にする心理的安定性などを事前に適切にアセスメントしたうえで、全体版と視覚系課題版のいずれを実施するかを慎重に判断する必要がある。

3. 療育手帳の交付判定のみの利用

本研究班の報告書および本稿においても繰り返し述べているとおり、ABIT-CV は「療育手帳の交付判定での利用」を目的として開発された検査である。この目的に沿い、ABIT-CV は知的機能および適応行動の評価に特化しており、各検査項目の難易度も比較的低く設定されている（伊藤他，2025）。

また、ウェクスラー式知能検査などの既存の知能検査は広く市販されており、療育手帳の申請前に他機関でこれらの検査が実施されている場合、判定に影響を与える可能性（いわゆる練習効果）がある。さらに、判定時に別の検査を追加で実施することによる業務負担の増大も課題とされている（村山・浜田，2021）。

こうした検査精度の低下や業務負担の増加といった問題を回避するためにも、ABIT-CV の利用は療育手帳の交付判定（知的発達症の有無の判定）に限定すること、および ABIT-CV の検査項目を

外部機関等に開示しないことが強く推奨される。

4. ABIT-CV の適用年齢

《交付判定について》

ABIT-CV の開発・標準化に関する研究では、被検査児が1歳代の場合には、知的機能評価パート（で得られる結果）は知的発達症の鑑別としての有効性を示さないことが報告されている（伊藤他，2025）。この結果を踏まえ、ABIT-CV（知的機能および適応行動評価）の適用年齢は2歳以上とするのが妥当であると考えられる。

なお、この点は ABIT-CV に特有の限界というよりも、知能検査全般の限界として理解すべきである。実際、主要な知能検査における適用年齢も以下のとおり、いずれも2歳以降に設定されている。

- ・ WPPSI（Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence）：2歳6か月～
- ・ 田中ビネー知能検査：2歳0か月～
- ・ KABC-II（Kaufman Assessment Battery for Children, Second Edition）：2歳6か月～

一方で、一部の自治体では、知的発達症との併存が強く疑われる障害（例：先天性の染色体異常や脳性まひ等）を有する場合、1歳代でも療育手帳の交付を行っている現状がある。そのため、療育手帳の交付開始年齢に関する制度的判断は今後の行政的検討課題である。ただし、現時点では、（療育手帳の交付が必要と見なされる）1歳代の申請児に対しては、ABIT-CV の適応行動評価パートの結果に基づいて暫定的な判定を行うことが適切である。

《重症度の判定について》

開発段階の研究では、対象が4歳未満の場合、重症度（障害等級）の確定的な判定は困難である

ことが示されている(伊藤他, 2025)。したがって、重症度に関する確定的な判定は4歳以上で行うべきであり、4歳未満での重症度評価は適応行動評価パートの結果に基づく「暫定的判定」とすることが望ましい。

この基準は、国際的な診断基準とも整合的である。たとえば、ICD-11 (World Health Organization, 2025) では、4歳未満の子どもについては、知的発達症は「暫定診断 (Provisional)」とし、「知的発達症」ではなく「全般的発達遅延 (Global Developmental Delay)」とすることが明示されている。また、知的機能の評価が適切に実施できない場合についても、同様に「暫定診断 (Provisional)」として扱うべきことが記載されている。

さらに、DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision; American Psychiatric Association, 2022) でも、5歳未満の児童において重症度が妥当に評価できない場合は、「全般的発達遅延」として診断し、後の再評価を必要とすることが記されている。

このように、国際的に認められている精神医学の基準に照らしても、ABIT-CV を用いた療育手帳の交付および重症度の確定的判定は、4歳以降に実施されることが学術的にも妥当といえる。

C. 結論

結論として、以下に ABIT-CV を療育手帳の交付判定で利用する際の留意事項をまとめる。

1. ABIT-CV を実施する前には、必ず実施マニュアルを熟読し、検査の目的や方法について十分に理解したうえで実施すること。
2. 発話や言語能力に制限がある児者に対しては、視覚系課題のみを用いて知的機能の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関示しないことが強く推奨される。

検査精度の維持および検査内容の不適切な利用を防ぐ観点からも、この点は特に重要である。

4. ABIT-CV (知的機能および適応行動評価) の対象年齢は2歳以上とするのが適当である。

やむを得ず1歳代の子どもに実施する場合には、適応行動評価パートの結果に基づいて「暫定的な判定」を行うことが妥当である。

5. 療育手帳の重症度（障害等級）の確定的な判定は、4歳以上で実施することが適当である。

やむを得ず4歳未満の児に対して重症度の評価を行う場合には、適応行動評価パートの結果に基づいた「暫定的判定」とすることが望ましい。

文献

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

伊藤 大幸・村山恭朗・浜田恵・高柳伸哉・山根隆宏・明翫光宣. (2025). 療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度

Adaptive Behavior and Intelligence Test -

Clinical Version の開発. 令和 6 年度 令和 2 年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究 分担報告書.

3. その他
なし

村山 恭朗・浜田 恵 (2021). 児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とした療育手帳の交付判定方法に関する研究. 令和 2 年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに

児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究 分担報告書.

村山恭朗・小林真理子・高柳伸哉. (2024).

ABIT-CV の社会実装に向けた取組み－児童相談所等療育手帳の判定交付機関の職員等を対象とした ABIT-CV に関する説明会における事後アンケート調査－. 令和 5 年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 療育手帳の交付判定及び知的障害に関する専門的な支援等に資する知的能力・適応行動の評価手法の開発のための研究 分担報告書.

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

D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

分担研究報告書

療育手帳の交付判定のための知的機能／適応行動の評価尺度

Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version の開発

研究分担者 伊藤 大幸 お茶の水女子大学 基幹研究院 人間科学系

村山 恭朗 金沢大学 人間社会研究域 人文学系

浜田 恵 中京大学 心理学部

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 心理学部

研究協力者 足立 匡基 明治学院大学 心理学部

野沢 朋美 座間市こども未来部こども育成課

増山 晃大 愛知教育大学 心理講座

中島 卓裕 名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部

久保 尊洋 横浜国立大学 教育学部

研究要旨 本研究は、療育手帳の判定における評価方法の地域差や国際的診断基準との乖離の問題を受け、知的発達症の診断基準（ICD-11）に準拠した、簡便かつノルム化された知的機能・適応行動の評価ツール「ABIT-CV（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version）」を開発し、その標準化と妥当性検証を実施した。知的機能検査は、CHC 理論に基づく 7 つの下位検査（視覚、言語、記憶、算数）から構成され、適応行動尺度は ICD-11 および Vineland-II に基づき主要領域をカバーする 220 項目を作成した。1 歳～69 歳の定型発達者や知的障害者（計 741 名）を対象に標準化調査を実施し、項目の妥当性、発達的变化、ノルム設定、適用開始年齢、信頼性、構造的妥当性、併存的妥当性、臨床的妥当性の諸点について包括的に検証した。結果、ABIT-CV は知的機能や適応行動の発達的变化を適格に捉えていること、 α 係数にして .984～.990 という高い信頼性を有すること、外在基準であるウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度と高い相関（ $r=.767$ および .748）を示すこと、知的障害の判定において感度・特異度ともに .95 を上回るきわめて高い精度を有すること（2 歳以降の適用）、重症度の判定においても現行の療育手帳の等級判定とおおむね一致した結果をもたらすこと（4 歳以降の適用）、発話を必要としない視覚課題のみを用いた場合でも測定性能はおおむね維持され、発話のない幼児への適用も可能であることなどが確認された。今後、現場での導入を進めることで、療育手帳交付の公平性と科学的妥当性の向上に寄与することが期待される。

A. 研究目的

療育手帳制度は知的発達症（Disorders of Intellectual Development；つまり、知的障害）を呈する児者の福祉の増進を目的として、昭和48年（1973年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第156号）に基づき創設され、現在まで運用されている。法制化がなされていないため、療育手帳の判定方法、交付基準および障害等級の種類やその認定基準は、各都道府県・指定都市の裁量に委ねられているのが現状である。

これまでの調査研究では、療育手帳の判定手続きや交付基準において、都道府県／指定都市間に著しいばらつきが存在することが報告されている（例えば、三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2025；村山・浜田，2022）。こうした基準の不統一は、転居に伴う再判定の必要性など、申請者やその家族への実質的な負担を引き起こしている（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2023，2025；櫻井，2000）。しかし、療育手帳の判定方法、交付基準、等級区分の統一化は、いまだ実現されていない。

加えて、現行の療育手帳判定のあり方は、国際的な知的障害の診断基準と乖離しているという問題もある。科学的エビデンスに裏付けられた国際的な診断基準に準拠した判定を行うことは、当事者の実情に合った適切な支援や行政サービスを提供する上でも重要な意味を持つ。

療育手帳の交付に関する公平性の問題

療育手帳の判定・交付基準の見直しと統一化は、公平性の観点から喫緊の課題である。2022年度に我々が実施した調査では、療育手帳の交付を受けている児者（ $n=83$ ）のうち1割前後が75よりも高いIQを示し、中にはIQ100以上の児者も確認された（村山・浜田，2022）。別の調査では、一部の療育手帳の判定・交付機関がIQ85を超える児者に対しても療育手帳を交付しており、そもそもIQの上限基準を設けていない機関が存在することが報告されている（村

山・浜田，2021）。

このように、一部の自治体では、知的発達症の基準（IQ70未満）を満たさない児者に対しても療育手帳を交付している一方で、当該基準を厳密に適用し、IQ70未満に限定して交付している自治体もある（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2025；村山・浜田，2021）。この点において、地域によって判定の運用が大きく異なっている実態がある。

加えて、一部の自治体では、知的発達症以外の神経発達症（例：自閉スペクトラム症）の特性を勘案し、知的機能に問題のない児者にも療育手帳の交付を認めている。例えば、判定機関（ $n=191$ ）を対象とした調査では、IQ70-75以上であっても、神経発達症の特性を呈していれば療育手帳を交付すると回答した機関が約4割（39.3%）に上った（三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2025）。また、同調査では、年間500件以上にわたり、知的発達症の特性を呈さない児者に療育手帳を交付していると回答した機関も存在していた。さらに、同調査に協力した療育手帳の交付児者（ $n=872$ ）の約6%（5.7%）が知的発達症の特性を有さず、他の神経発達症を有していると報告している（家族・親族等による回答；三菱UFJリサーチ&コンサルティング，2025）。これらの調査結果は、現行の療育手帳制度の通知や本来の目的とは合致しない対象に対しても、一部自治体が療育手帳を交付している現状を示している。

このような実態を踏まえると、療育手帳の交付が申請児者の居住地によって左右されている可能性が高く、結果として、知的発達症や他の神経発達症の特性を有する児者が受けられる福祉・教育的支援において、地域間で不公平な状況が生じていると考えられる。療育手帳の交付判定における基準の統一化は、こうした問題を解消し、自治体における支援の平等性・公平性を確保する上で、きわめて重要な課題である。

国際的な診断基準との乖離

知的障害の国際的な診断基準 近年、知的発達症に関する国際的診断基準（International Classification

of Diseases : ICD) が変更され、2022 年 1 月より ICD-11 が発効した。これは 2019 年の WHO の総会において、我が国を含めた加盟国の全会一致で承認されたものである。前版 (ICD-10 ; World Health Organization, 1993) からの変更点として特筆すべきは、①知的発達症の診断において、知的機能だけではなく適応行動の評価が必須となったこと、②その評価には、基本的にノルム化された知的機能／適応行動の標準化検査 (以下、ノルム化検査) の使用が求められることである (World Health Organization, 2022)。ノルム化検査とは、開発時に得られた基準集団のデータに基づき、「偏差指数」(同一の年齢段階の集団における相対的位置を示す指標) を算出するための基準が設定されている検査である。

ノルム化検査を用いた知的機能と適応行動の評価は、ICD-11 に特有の要件ではなく、他の主要な診断基準にも共通する。例えば、アメリカ精神医学会の診断マニュアルである DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022) においても、知的発達症は知的機能と適応行動の両者における欠陥を伴う障害として定義されており、知的機能に関しては「母平均よりも約 2 標準偏差またはそれ以下」(p.35)、適応行動に関しては「同じ年齢および社会文化的な背景をもつ人々と比較して評価する」(p.36) と明記されている。これらの記述は、知的機能および適応行動がノルム化検査によって評価されるべきであることを明確に示している。同様に、米国知的障害発達障害学会 (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; AAIDD) の診断マニュアル (Schalock, Luckasson, & Tasse, 2021) においても、知的発達症の診断には、ノルム化された標準化検査による知的機能と適応行動の評価が必須であることが明示されている。

しかし、現行の療育手帳の交付判定では、主にノルム化検査の使用と適応行動の評価という 2 点で、こうした国際的な診断基準とは大きく乖離した評価方法が採用されているのが実情である。

ノルム化検査の使用 「偏差指数」に基づくノル

ム化検査としては、知的機能の評価ではウェクスラー式知能検査や K ABC-II、適応行動の評価では Vineland-II 適応行動尺度が該当する。現在の療育手帳の交付不判定では、こうしたノルム化検査の使用が限られており、代わりに比率指数 (精神年齢や発達年齢と生活年齢との比率によって求められる指標) やカテゴリカル評価 (IQ などの連続的な指標を算出せず、複数の段階に分類するのみの評価) などの簡便な評価方式を採用する非ノルム化検査が広く利用されている。このような非ノルム化検査には、知能検査・発達検査ではビネー式知能検査 (例えば、田中ビネー式知能検査 V など) や新版 K 式発達検査、適応行動の検査では S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適応スキル検査がある。

近年、療育手帳の交付判定を行う機関 ($n=191$) を対象として、知的機能の評価する際に頻繁に利用されるツールに関する調査が行われている (2024 年に実施 ; 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング, 2025)。調査の結果、ビネー式知能検査 (鈴木ビネー知能検査および田中ビネー知能検査) の使用頻度が最も高く、田中ビネー式知能検査については 6 割 (61.3%)、鈴木ビネー式知能検査については 2 割 (23.0%) の機関が「最も使用頻度が高い検査」と回答した。新版 K 式発達検査を「最も使用頻度が高い」と回答した機関は 10% 強 (13.6%) であった。一方、ウェクスラー式知能検査を「最も使用する知能検査」と回答した機関は僅か 1% に過ぎなかった (WISC : 0.5%, WAIS : 1.0%)。類似する結果は他の複数の調査でも確認されている (三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング, 2023, 2024; 吉村他, 2019)。

適応行動の評価 療育手帳の交付判定において、大部分の自治体／機関では、ノルム化検査であれ非ノルム化検査であれ、何らかの定量的なアセスメントツールに基づいて知的機能の評価を行っているが、適応行動に関しては、こうした定量的な評価自体を行っていない自治体／機関も少なくない。2023 年度に実施された調査 ($n=210$) では、適応行動の評価を「全件で実施している」と回答した機関は半数にも満たなか

った（49.0%）（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2024）。こうした傾向は、これまでも複数の調査で繰り返し報告されている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2023；社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会、2019）。

また、適応行動の評価にはノルム化検査がほとんど利用されていない。国内で開発された適応行動を評価する尺度は複数（Vineland-II 適応行動尺度、S-M 社会生活能力検査、ASA 旭出式社会適合スキル）あるが、ノルム化検査は Vineland-II 適応行動尺度のみである。前述した直近の調査（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2025）では、適応行動の評価に利用するツールとして、Vineland-II 適応行動尺度を「最も利用する」と回答した機関は一つもなかった。一方で、およそ半数（49.7%）の機関は「最も使用する検査」を自治体や判定機関が独自に作成・開発した検査と回答している。この調査結果と合致するように、療育手帳の判定・交付に係る要項／要領で Vineland-II 適応行動尺度を定めている都道府県・指定市は 1 割にも満たないことが示されている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、2023）。

課題の整理 これらの知見を総合すると、現行の都道府県・指定都市における療育手帳の交付判定のあり方は、ノルム化検査の使用および適応行動の定量的評価という 2 つの点で、ICD-11 などの国際的に信用性の高い知的発達症の診断基準と整合していない状況にあると言える。

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

に交付されるものであり、その判定基準は科学的妥当性を有すること、すなわち ICD-11 等の国際的な診断基準に準拠することが強く求められる。

本研究の目的

療育手帳の判定・交付に関する先行知見からは、現行の判定方法が必ずしも科学的エビデンスに基づいた適切な手続きとは言えないことが示唆されている。都道府県・指定市間で交付判定基準の大きなばらつきがあることにより、知的発達症の診断基準と合致しない児者に対しても療育手帳が交付されており、自治体間での不公平が生じている。こうした状況を是正し、知的発達児者へ公正かつ的確な福祉的支援を実現するためには、児童相談所などの療育手帳判定の現場で利用しやすい知的機能および適応行動の評価ツールを整備することが急務である。

そこで、本研究は ICD-11 の知的発達症の診断基準に準拠する療育手帳の判定ツール、すなわち、知的機能と適応行動を評価可能なノルム化検査の開発を目的とする。3 か年にわたる研究を通じて、判定の実務に適した、簡便かつ短時間で実施可能な評価ツール

（Adaptive Behavior and Intelligence Test – Clinical Version: ABIT-CV）の開発と、その標準化および信頼性・妥当性の検証を行った。

先行研究（村山・浜田、2021）では、児童相談所や知的障害者更生相談所の実務者が、既存のノルム化検査（ウェクスラー式知能検査や Vineland-II 適応行動尺度）を療育手帳判定で利用しない／できない主要な理由として、「検査時間の長さ」、「専門的な技術／知識の必要性」、「研修時間の確保困難」、「人的資源の不足」、「検査用具等の費用負担」が挙げられている。

こうした現場の意見を踏まえると、開発すべき判定ツールには以下の 3 点が求められる。すなわち、①知的機能および適応行動が短時間で評価できること、②専門的な知識や訓練を受けていない職員でも扱える簡便さを有すること、③療育手帳の交付判定を目的とし、知的発達症の判別に特化したツールであること（例：平均以上の知的機能／適応行動の測定ではな

く、交付対象者の識別に焦点を当てた項目構成)である。以上を踏まえ、本研究では、療育手帳の交付判定の現場で実用的かつ標準的に使用できる知的機能および適応行動の検査ツール ABIT-CV を開発し、その標準化と信頼性・妥当性の検証を行うことを目的とする。

今年度の研究目的

事業1年目の2022年度は定型発達児者および知的発達症児者を対象としたパイロット調査を実施し、幼児版および児童青年/成人版 ABIT-CV のプロトタイプ版を開発した。2-3年目にあたる2023年度および今年度は、2022年度調査をもとに項目の追加・修正を施した ABIT-CV の正式版を作成し、標準化(標準得点のノルムの設定)および信頼性・妥当性の検証のための本調査を実施した。

具体的には、以下の諸点について包括的に検証を行った。第1に、ABIT-CV の知的機能検査および適応行動尺度を構成する各項目が有効に機能しているか否かを確認するため、I-R 相関および群間比較に基づく項目分析を行った。第2に、各検査・尺度が知的機能や適応行動の発達的变化を適切に捉えられているかを確認するため、得点の年齢推移を検証した。第3に、各年齢群における定型発達群の得点分布に基づいて、粗点を標準得点(偏差指数)に変換するためのノルムを設定した。第4に、ABIT-CV の適用開始年齢を検証するため、定型発達群および知的障害群における標準得点の年齢推移を検証した。第5に、内的整合性に基づく信頼性の検証のため、各検査・尺度および総合点の α 係数および測定標準誤差を評価した。第6に、性別および居住地域による得点バイアスの可能性を検証した。第7に、尺度間の相互相関に基づき、各検査・尺度の構造的妥当性を検証した。第8に、外在基準であるウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度との相関に基づいて、各検査・尺度の併存的妥当性を検証した。第9に、知的障害の診断および療育手帳の等級の判別精度の観点から、ABIT-CV の臨床的妥当性を検証した。

B. 方法

1. 参加者

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

定型発達群 定型発達群の調査参加者の募集は民間リサーチ会社に委託した。Table 1 のように年齢群ごとにサンプルの目標数を設定して参加者を募集した。調査にあたっては、適応行動尺度の評定のため、参加者の普段の生活をよく知る保護者または同居者とともに参加することを求めた。得点の発達的变化のスピードが速い低年齢ほど多くのサンプルを割り当てた。520名が調査に参加したが、そのうち知的障害や発達障害の診断や疑いを受けたことのない476名(男性235名、女性241名)を定型発達群に割り当てた。当初のサンプリング目標をおおむね満たしており、性別の偏りも見られなかった。なお、残り44名の参加者は、過去に知的障害や発達障害の診断や疑いの指摘を受けていることが確認されたため、その他群に割り当てた。

定型発達群の参加者の居住地域の割合を Table 2 に示す。人口分布(総務省統計局, 2024)と比較すると、東北、中部、中国・四国、九州の比率がやや低く、関東、近畿の比率がやや高いなどの傾向が見られるが、全体として顕著な乖離はなく、おおむね代表性の高いサンプルが得られたと言える。

知的障害群 知的障害群については、関東・東海・関西地域に在住し、知的障害の診断を受けている児者とその保護者・同居者または介護者(以下、保護者等と記す)に調査協力を依頼した。知的発達症を持つ児者の支援団体(全国手をつなぐ育成会連合会など)や

民間の児童発達支援施設を通じて募集を行うとともに、SNS を通じて調査協力児者の募集を行った。221 名が調査に参加したが、そのうち知的障害の診断を有することが確認された 192 名（男性 126 名、女性 66 名）を知的障害群に割り当てた。ただし、低年齢段階では知的障害の疑いが濃厚であっても確定診断を受けていないケースも少なくないことから、ダウン症など通常

知的障害をともし先天性の障害を有する場合は、知的障害の確定診断を受けていなくても知的障害群に含めた。なお、残り 29 名の参加者は、知的障害の診断や知的障害をともし先天性の障害を確認できなかったため、その他群に割り当てた。

その他群 上述の通り、定型発達群および知的障害群の条件を満たさなかった参加者 73 名（男性 57 名、

Table 1 調査参加者の群・年齢の構成

年齢	定型発達群				知的障害群				その他			合計
	男性	女性	小計	目標数	男性	女性	小計	目標数	男性	女性	小計	
幼児												
1:0-1:5	10	10	20	20	3	1	4	10	1	1	2	26
1:6-1:11	12	11	23	20	4	7	11	10	0	0	0	34
2:0-2:5	10	14	24	20	6	3	9	10	4	1	5	38
2:6-2:11	12	9	21	20	7	2	9	10	4	0	4	34
3:0-3:5	10	8	18	20	4	4	8	10	5	1	6	32
3:6-3:11	11	8	19	20	6	4	10	10	1	1	2	31
4:0-4:5	7	11	18	20	6	5	11	10	4	2	6	35
4:6-4:11	14	6	20	20	8	2	10	10	3	0	3	33
5:0-5:5	7	11	18	20	8	1	9	10	2	0	2	29
5:6-5:11	8	10	18	20	8	5	13	10	5	1	6	37
6:0-6:5	11	9	20	20	6	6	12	10	4	0	4	36
6:6-6:11	8	11	19	20	7	3	10	10	3	0	3	32
児童												
7	14	9	23	20	4	0	4	5	2	1	3	30
8	9	11	20	20	3	1	4	5	1	0	1	25
9	8	12	20	20	5	1	6	5	2	1	3	29
10	9	10	19	20	5	2	7	5	6	1	7	33
11	11	8	19	20	2	3	5	5	1	2	3	27
12	10	11	21	20	3	1	4	5	2	1	3	28
青年・成人												
13-14	8	7	15	20	3	1	4	5	2	1	3	22
15-16	9	7	16	20	5	4	9	5	2	1	3	28
17-18	8	15	23	20	7	1	8	5	1	1	2	33
19-39	10	13	23	20	11	4	15	5	2	0	2	40
40-59	9	10	19	20	3	2	5	5	0	0	0	24
60-69	10	10	20	20	2	3	5	5	0	0	0	25
合計	235	241	476	480	126	66	192	180	57	16	73	741

Table 2 調査参加者の性別・居住地域の構成

	男性	女性	合計	%	人口分布
北海道	12	6	18	3.78%	4.07%
東北	7	9	16	3.36%	6.63%
関東	92	104	196	41.18%	35.19%
中部	30	19	49	10.29%	18.03%
近畿	80	83	161	33.82%	16.30%
中国・四国	5	3	8	1.68%	8.51%
九州	11	17	28	5.88%	11.26%
合計	237	241	476		

女性 16 名) をその他群に割り当てた。大部分の分析は定型発達群および知的障害群のデータに基づいて行われたが、信頼性および併存的妥当性の検証にあたっては、その他群のデータを分析に含めた。

2. ABIT-CV

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

知的機能検査 ICD-11 では、知的発達症の特徴としては「知覚推理、ワーキングメモリー、処理速度、言語理解などの多様な領域に渡る知的機能の重篤な障害」が明記されている (World Health Organization, 2022)。したがって、開発する ABIT-CV の知的機能検査には、これら多様な下位領域を含むことが求められる。

知能に関する数ある理論モデルの中でも、CHC (Cattell-Horn-Carroll) モデルは実証的根拠に基づく構造モデルとして広く認識されている (Flanagan & Alfonso, 2013)。CHC モデルは知能を 3 階層で構成し、第 3 階層が一般知能 (g)、第 2 階層が広範的知能 (短期記憶、処理速度、流動性推理など)、第 1 階層がより限定的な認知能力である。第 2 階層の広範的知能は因子分析により導出された実証的な下位概念であるため、ABIT-CV においても、この階層に対応する指標を含めることが合理的である。

実際、世界的に利用されているウェクスラー式知能

検査や K ABC-II も CHC モデルの第 2 階層に基づいて下位検査が設計されている。例えば、WISC-V

(Wechsler Intelligence Scale for Children – fifth edition) では、FSIQ (Full Scale IQ) を構成する下位検査は、結晶性知能、視覚処理、流動性推理、短期記憶、処理速度の各領域に対応している (Flanagan & Alfonso, 2013)。K ABC-II では、これに加えて、量的知識、読み書き能力なども含まれる (Kaufman & Kaufman, 2004)。これらを踏まえ、ABIT-CV (知的機能の評価) においては、両者に共通する構成概念、つまり結晶性知能、視覚処理、流動性推理、短期記憶に関連する下位検査を含めることとした。

課題の開発は、教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名 (教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者 3 名) による検討および協議を通じて行われた。CHC モデルや既存の知能検査の構成を踏まえ、結晶性知能に関連する「言葉」の課題、視覚処理に関連する「視覚」の課題、短期記憶に関連する「記憶」、流動性知能に関連する「算数」の課題を独自に作成した。

ABIT-CV の利便性 (実施時間の短さ) を確保するため、大部分の下位検査において、中止条件を設定した。「記憶」では、同一セクション (各セクションは数字の数や文節数が同一である 2 問で構成) の双方の問題が誤答である場合に、当該検査を中止した。それ以外の下位検査では、参加者が連続 4 問で誤答した場合に当該検査を終了した。

当初 15 種の課題が作成されたが、2022 年度のパイロット調査における検証に基づき、知的障害の判別に寄与していることが確認された 7 課題を最終版に採用した (Table 3)。ただし、「視覚①比較・展開」は当初独立した 3 課題であったものを 1 つに統合したものである。7 課題のうち、4 課題は全年齢対象、2 課題 (視覚①、視覚②) は幼児期のみ、1 課題 (言葉②) は児童期以降でのみ実施される。全体の実施時間は平均して 20~30 分程度である。

なお、パイロット調査では、乳幼児期の対象者において発話能力の未発達や緘黙症状などにより、発話を必要とする課題に取り組むことが困難な事例が複数確認された。そこで、幼児期の対象者に対しては、発話を必要としない「視覚」の 3 課題のみを使用した場合の結果も併せて報告する。

また、パイロット調査の中で、低年齢層 (1-2 歳) において定型発達児であっても課題場面への適応が難しいケースが一定数存在することが確認されたため、日常的なやり取りや遊びの文脈の中で反応を観察する「トドラー課題」を新たに作成した。ただし、本調査を通して、当該課題の知的障害の判別精度が十分でないことが明らかとなったため、ABIT-CV の最終版には含めず、参考的に一部の結果のみを報告する。

適応行動尺度 ICD-11 では、知的発達症の特徴として適応行動の重篤な障害が明記されている (World Health Organization, 2022)。適応行動は、日常生活

において学習・遂行可能な行動スキルであり、概念スキル (知識の応用 (例: 読み書き、計算、問題解決、意思決定) およびコミュニケーションに係るスキル)、社会的スキル (対人関係、規則/法律の順守、犯罪被害の抑止に係るスキル)、実用的スキル (セルフケア、健康と安全、娯楽、金銭の管理、移動、製品/機器の使用などの領域に関するスキル) を包含する概念と定義づけられている (World Health Organization, 2022)。この定義に基づき、ABIT-CV の適応行動尺度は、概念的・社会的・実用的スキルに関する項目が偏りなく含まれるように作成された。

また、先行研究では、知能検査の適用が難しい低年齢段階であっても療育手帳の申請対象とする自治体があることが報告されている (社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019)。こうした状況を踏まえ、ABIT-CV の適応行動尺度には、知的機能を把握できる項目を多く含めることにした。

尺度の項目作成は、教育心理学、臨床心理学、発達臨床心理学を専門とする心理学者 7 名 (教育心理学者 1 名、臨床心理学者 3 名、発達臨床心理学者 3 名) による検討および協議を通じて行われた。ICD-11 の領域分類や Vineland-II 適応行動尺度 (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005; 辻井・村上, 2014) の構成を参考に、コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキルの 4 領域を偏りなくカバーすること、また、項目の想定通過月齢の配分に偏りがいないことを

Table 3 ABIT-CV 知的機能検査の構成

課題	概要	問題数	実施順		ウェクスラー式 検査の対応指標	CHCモデル の対応因子
			幼児	児童-成人		
視覚					視空間	視覚処理
①比較・展開	大きさ・長さの比較、部分から全体の推測	20	1	-		
②仲間選び	同じ概念に属する絵を選択	15	3	-		
③数と見え方	積み木の数と特定方向からの見えを推測	12	6	4		
言葉					言語理解	結晶性知能
①知識	一般的な知識に関する質問に解答	17	5	3		
②共通点	2つの言葉の共通点を答える	15	-	5		
記憶	短い文章を復唱	16	2	1	ワーキングメモリ	短期記憶
算数	算数の文章題に暗算で解答	32	4	2	流動性推理	流動性知能
合計		127	112	92		

要件とし、220 項目が作成された (Table 4)。

既存の適応行動の評価尺度 (Vineland-II 適応行動尺度や S-M 社会生活能力検査) と同様に、対象児者をよく知る成人 (保護者、同居者など) による他者評価式とし、回答形式は 4 件法 (0-できない、1-助けがあればできる、2-一人でできる、N-わからない/機会がない) を採用した。ただし、Vineland-II と同様に、「N」の回答は「1」として処理する方法を取った。

実施時の利便性を考慮し、年齢に応じた開始項目および中止条件を設定した。開始項目については、対象児者の実年齢に該当する年齢段階の項目から回答を開始することとした。ただし、最初の 4 項目のいずれかにおいて、「0」または「1」の回答がある場合には、最初の 4 項目がすべて「2」の回答となる年齢段階まで遡って回答することを求めた。中止条件については、4 問連続で「0」の回答が続いた場合には回答を中止することとした。回答の所要時間は平均して

10～15 分程度である。

3. 外在基準

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

ウェクスラー式知能検査 ウェクスラー式知能検査には、年齢が異なる被検査児者を対象とするために 3 種類がある。WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) は 2 歳 6 ヶ月から 7 歳 3 ヶ月の幼児を (Wechsler, 2017)、WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) は 5 歳 0 ヶ月から 16 歳 11 ヶ月の子ども・青年を (Wechsler, 2010)、WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) は 16 歳 0 ヶ月から 90 歳 11 ヶ月の青年・成人 (Wechsler, 2018) を対象としている。各ウェクスラー式知能検査の対象年齢の基準では、特定の年齢段階にある児者 (例えば、5 歳) に対して複数のウェクスラー式知能検査の実施が可能となってしまう。そのため、本研究では、便宜的に 2 歳 6 ヶ月から 5 歳 11 ヶ月までの幼児は WPPSI を、6 歳 0 ヶ月から高校 1 年生までの子ども・青年は WISC を、高校 2 年生以上の青年・成人は WAIS を実施することとした (検査者が誤ったウェクスラー式知能検査を実施することを防ぐため、年齢ではなく学年段階 (高校 1 年生など) を基準とした)。

WPPSI に関しては、検査実施時において、最新版であった日本版 WPPSI-III (Wechsler, 2017) を使用した。本調査では、FSIQ の算出に必要な下位検査のみを実施した。具体的には、2 歳 6 ヶ月から 3 歳 11 ヶ月の幼児には「ことばの理解」「知識」「積木模様」「組合せ」を、4 歳 0 ヶ月から 5 歳 11 ヶ月の幼児には「知識」「単語」「語の推理」「積木模様」「行列推理」「絵の概念」「符号」を実施した。

WISC に関しては、検査実施時において、最新版であった日本版 WISC-V (Wechsler, 2021) を使用した。本調査では、FSIQ の算出に必要な基本検査のみを実施した。具体的には、7 下位検査 (「類似」「単語」「積

Table 4 ABIT-CV 適応行動尺度の構成

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

木模様」「行列推理」「バランス」「数唱」「符号」を実施した。

WAIS に関しては、検査実施時において、最新版であった日本版 WAIS-IV (Wechsler, 2018) を使用した。本調査では、FSIQ の算出に必要な基本検査のみを実施した。具体的には、10 下位検査（「類似」「単語」「知識」「積木模様」「行列推理」「パズル」「数唱」「算数」「符号」「記号探し」）を実施した。

本調査では、知的水準に困難を示す協力児者が参加するため、課題の教示が理解できないなど検査実施に関する問題が生じる可能性がある。加えて、ウェクスラー式知能検査では、言語理解指標などの主要な合成指標を構成する下位検査のうち、2つの下位検査の粗点が0点の場合、FSIQ が算出されない (Wechsler, 2010, 2017, 2018) ため、多くの協力児者では FSIQ が算出できない恐れが想定された。そのため、協力児者の最大の知的能力を評価するため、本調査では、課題における得点（粗点）が0点の場合には、基本検査の代替として認められる補助検査を実施した。例えば、WAIS-IV において、「類似」が0点（粗点）であった場合、代替検査として認められる「理解」を実施した。なお、ウェクスラー式知能検査の実施マニュアル (Wechsler, 2010, 2017, 2018) に則り、代替検査は2つまで (WISC-V は1つまで) 認めた。

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

Vineland-II は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接（聴取する項目はあらかじめ決められているが、面接の流れや質問の表現は状況に応じて調整できるタイプの面接）の形式

で実施される。Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれているが、本研究では適応行動尺度のみを使用した。適応行動尺度は、4 領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）、11 下位領域（受容言語、表出言語、読み書き、身辺自立、家事、地域生活、対人関係、遊びと余暇、コーピングスキル、粗大運動、微細運動）から構成され、それぞれの下位領域には 20～50 程度の調査項目が含まれる。各項目は、具体的な適応行動を記述したものであり（例：事務的な手紙を書く、必要に応じて衣類を洗う、自分のお金を管理する等）、それぞれについて 2（具体的な援助や指示がなくとも、通常または習慣的に実施している）、1（具体的な援助や指示がなくとも、時々または部分的に実施している）、0（まったくまたはほとんど実施しない、または援助や指示がなければまったく実施しない）の 3 段階で評価が行われた。

4. 手続き

調査は臨床心理士／公認心理師を養成する大学院の学生、または心理臨床に関する専門資格（臨床心理士・公認心理師）を有し心理職に従事する者によって行われた。調査に際し、ABIT-CV のマニュアルを作成し、各検査者はそのマニュアルに則り ABIT-CV を実施した。さらに、検査者が初めて ABIT-CV を実施する前には、ABIT-CV の開発に携わった分担研究者が検査者に ABIT-CV の実施方法を教授した。ウェクスラー式知能検査および Vineland-II の実施に関しては、当該検査に付属する実施マニュアルに則して実施された。

ABIT-CV の知的機能検査およびウェクスラー式知能検査は参加者本人、ABIT-CV の適応行動尺度および Vineland-II は参加者の保護者等を対象に実施した。参加者が子どもの場合、参加者および保護者の希望を尊重したうえで、保護者は参加者と同室もしくは別室で尺度に回答した。

定型発達群の参加者については募集を委託した民間リサーチ会社から謝礼が支払われた。知的障害群の参加者については、検査終了後に謝礼（2023 年度は

10,000 円／組、2024 年度は 8,000 円／組）が手渡された。

5. 倫理面への配慮

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を踏まえ、中京大学研究倫理委員会の審査および承認を得た上で調査が実施された（中京研倫第 2022-112 号）。調査実施前に、参加者および保護者等に対して、本調査の目的および調査内容と共に、本調査への参加は自由意志に基づくこと、本調査への参加を辞退した場合であっても不利益は被らないこと、一旦本調査への参加に同意した後であっても本調査への参加を辞退することができることなどが口頭で説明された。本調査の実施に関する不明な点がないことを確認した上で、参加者本人および保護者等から本研究の参加について書面での同意を得た。

C. 結果と考察

1. 項目分析

各下位検査・尺度を構成する項目が有効に機能しているかを 2 つの観点から評価した。第 1 に、定型発達群と知的障害群の記述統計量と平均値差の効果量 d を算出した。効果量 d が大きいほど、当該項目が定型発達群と知的障害群の判別に有効な項目であり、尺度の妥当性に貢献することを示唆する。第 2 に、各項目の得点と同尺度を構成する他の項目の合計得点の相関である I-R 相関を求めた。I-R 相関が大きいほど、尺度の内的整合性を高め、信頼性に貢献する項目であることを意味する。

結果を付録 1～付録 8 に示した。知的機能の各下位検査については、大部分の項目が .50 程度以上の d と .30 程度以上の I-R 相関を示し、おおむね有効に機能していることが確認された。ただし、比較的難易度の高い視覚①比較・展開 20、記憶 16、視覚②仲間選び 13～15 などの項目では、フロア効果のために d や I-R 相関の値が低くなっている。これらの項目は、知的障害の有無や重症度を判定するという ABIT-CV の利用目的に照らして、必ずしも必要性の高い項目ではない

ため、実施コスト軽減のため、除外を検討してもよいと考えられる。

適応行動尺度についても、大部分の項目で .50 程度以上の d と .30 程度以上の I-R 相関が確認されたが、難易度の低い 1～19 などの項目では、天井効果のためにやや低い値が見られた。ただし、これらの項目も値は小さいながらも一貫して正の値を示しており、低年齢域における適応行動の発達の遅れを評価する上では重要な役割を果たしていると考えられる。

2. 発達的变化

各下位検査・尺度について、定型発達群および知的障害群に分けて、年齢を横軸、粗点を縦軸とする散布図および局所重みづけ平滑化 (LOESS) による平滑化曲線を Figure 1～8 に示す。ただし、発達にともなう得点変化の様相を見やすくするため、得点変化がほぼ見られなくなる 18 歳以降は図示を省略した。

定型発達群では、いずれの下位検査・尺度でも、年齢とともに得点が滑らかに単調増加している。知的障害群でも、一部でサンプル変動によるものと考えられる不規則な推移が見られるものの、全体としてはおおむね年齢とともに得点が上昇する傾向が見られる。また、散布図を年齢ごとに「縦」に割って見ると、いずれの下位検査・尺度においても、2 歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られる。以上より、ABIT-CV の各下位検査・尺度が知的機能や適応行動の発達的变化を適切に捉えられていることが示唆された。

ただし、大部分の下位検査では 2 歳未満の低年齢域で定型発達群と知的障害群の間の分布の差が不明瞭となっており、この年齢域では知的障害の判定精度が低くなる可能性がある。この点については、「4. 適用開始年齢の検証」で改めて検証を行う。

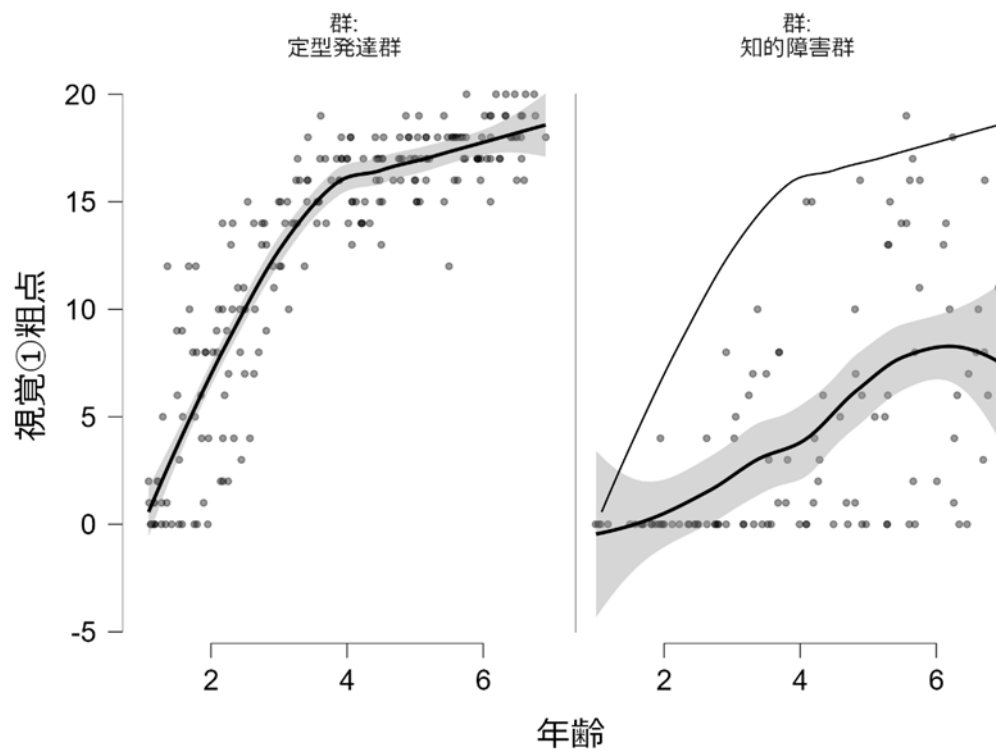


Figure 1 視覚①粗点の年齢推移

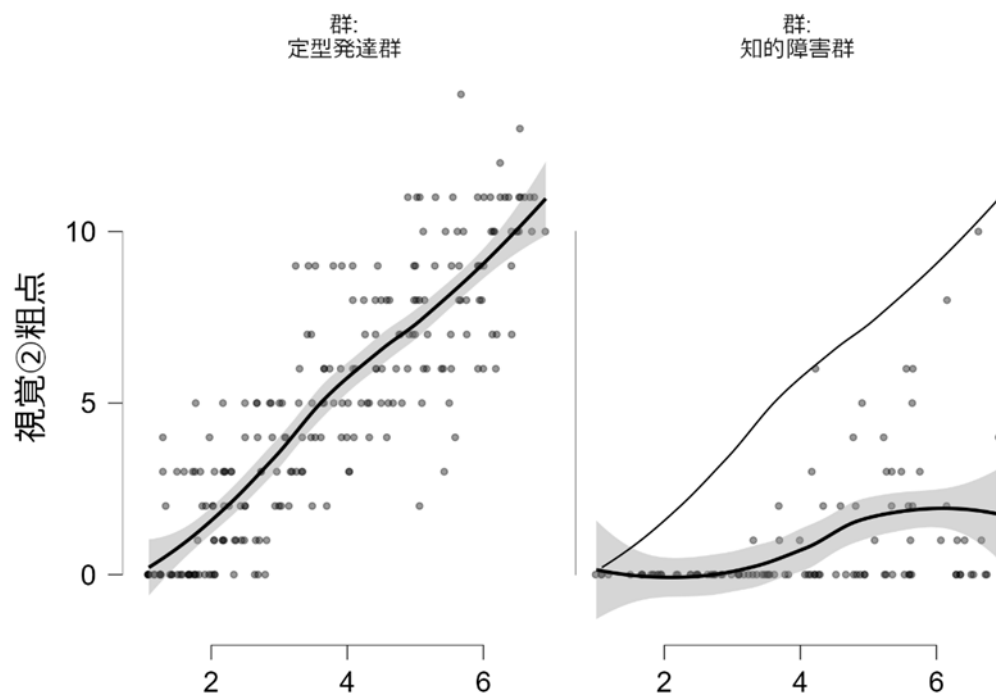


Figure 2 視覚②粗点の年齢推移

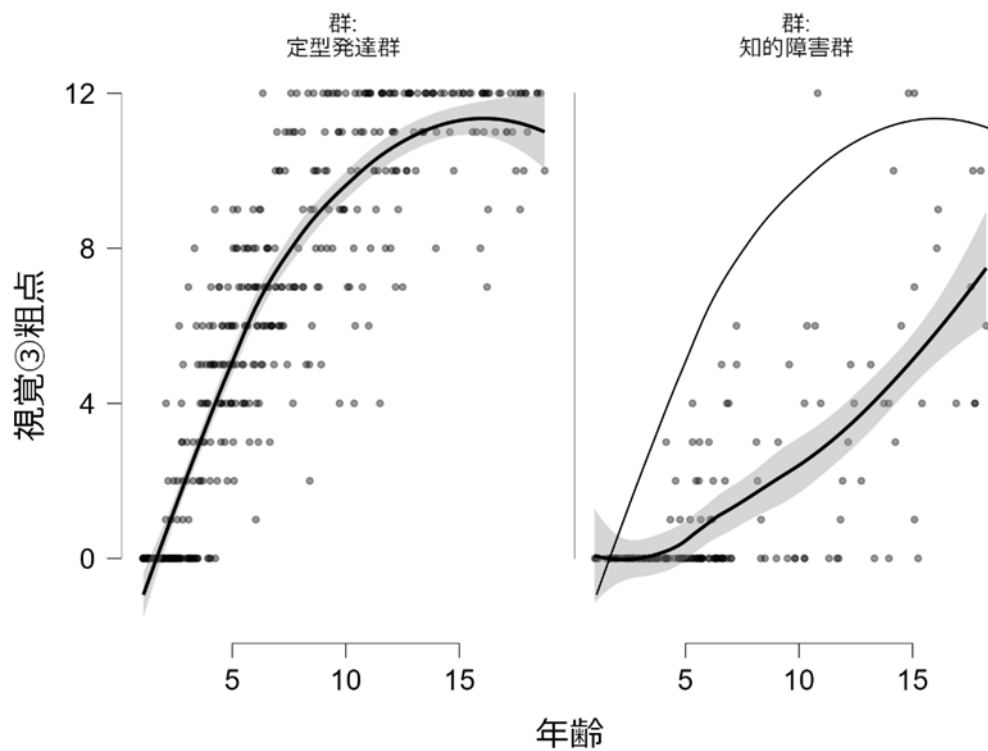


Figure 3 視覚③粗点の年齢推移

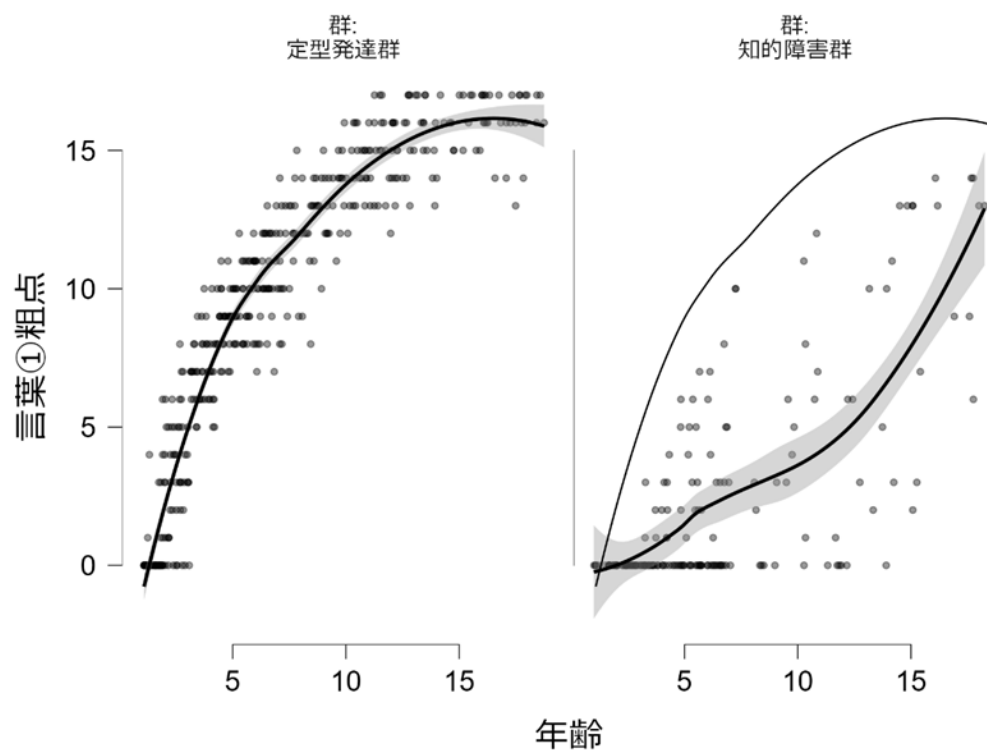


Figure 4 言葉①粗点の年齢推移

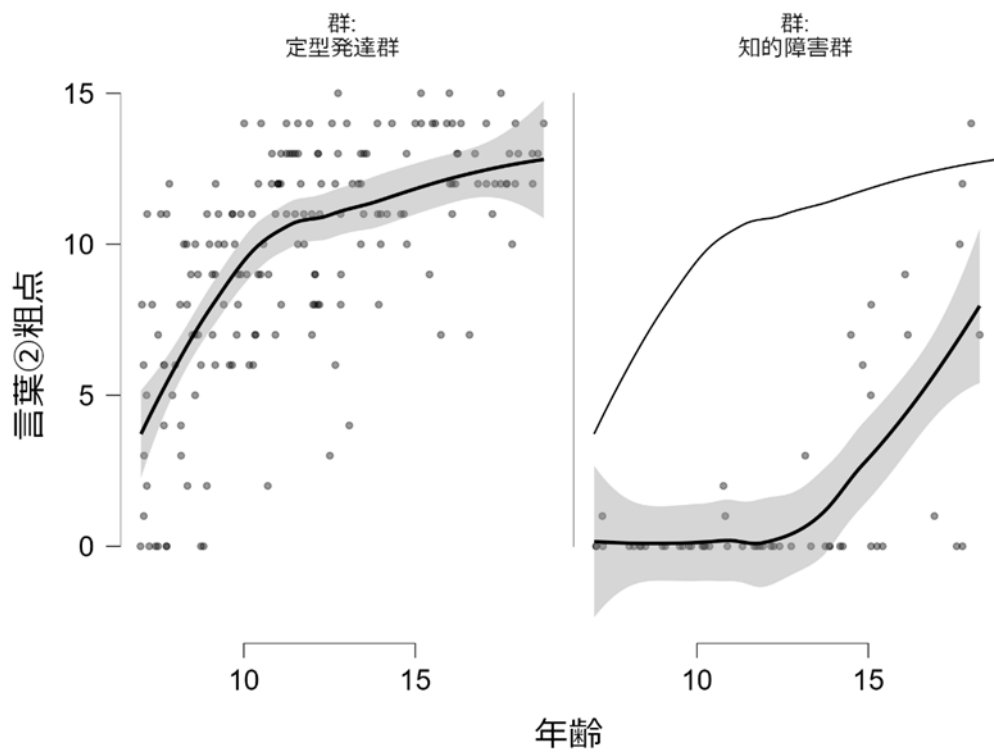


Figure 5 言葉②粗点の年齢推移

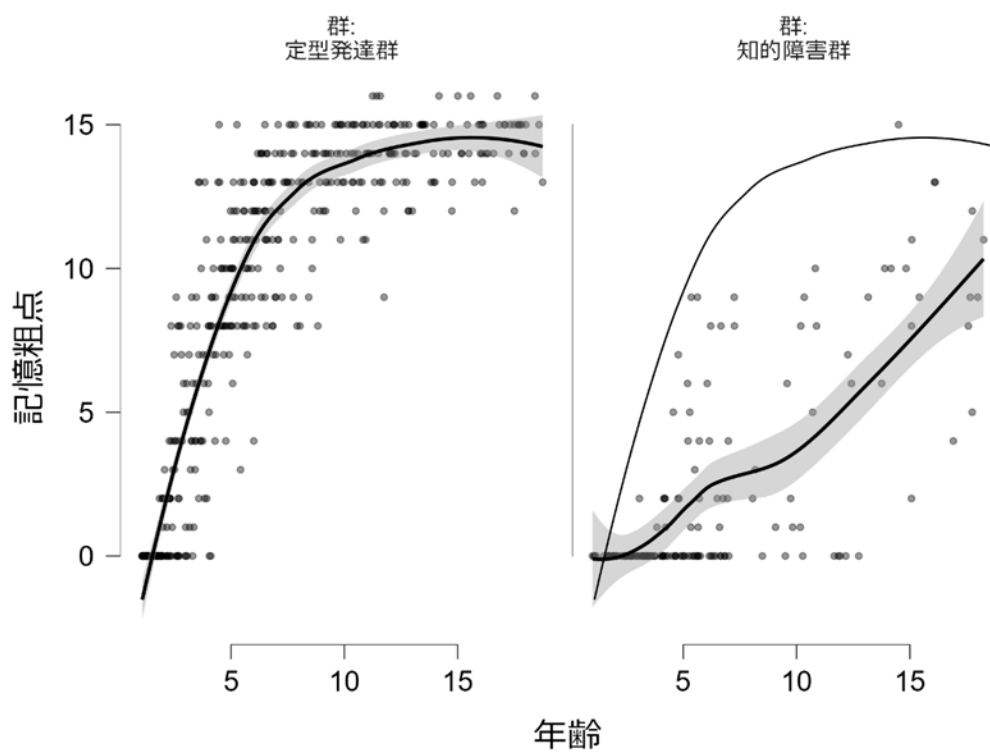


Figure 6 記憶粗点の年齢推移

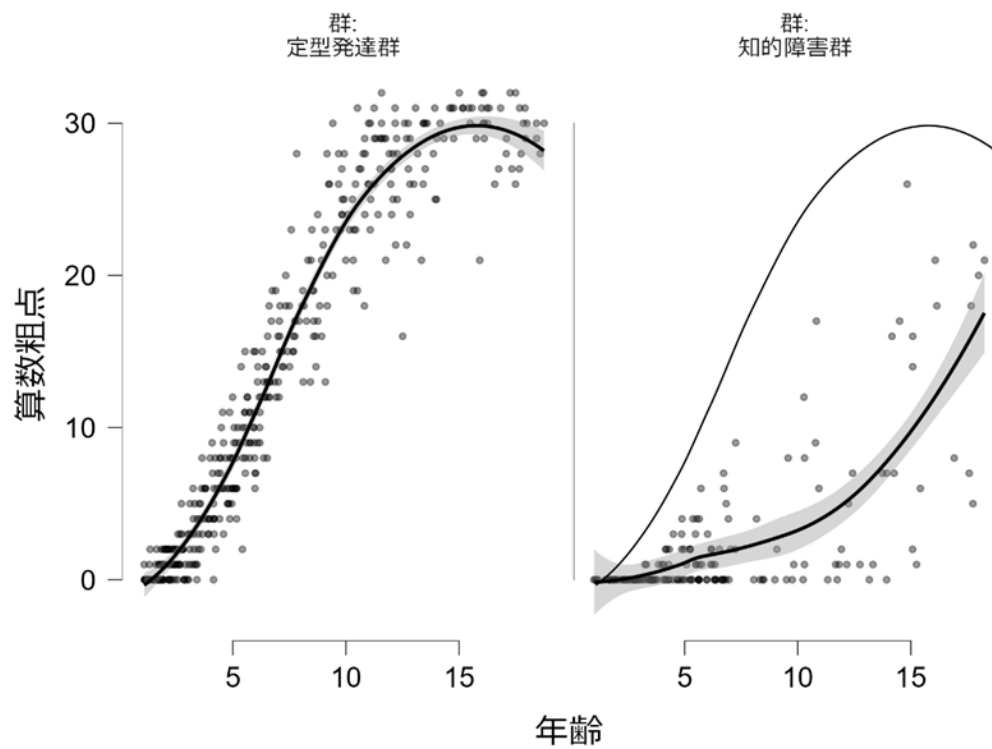


Figure 7 算数粗点の年齢推移

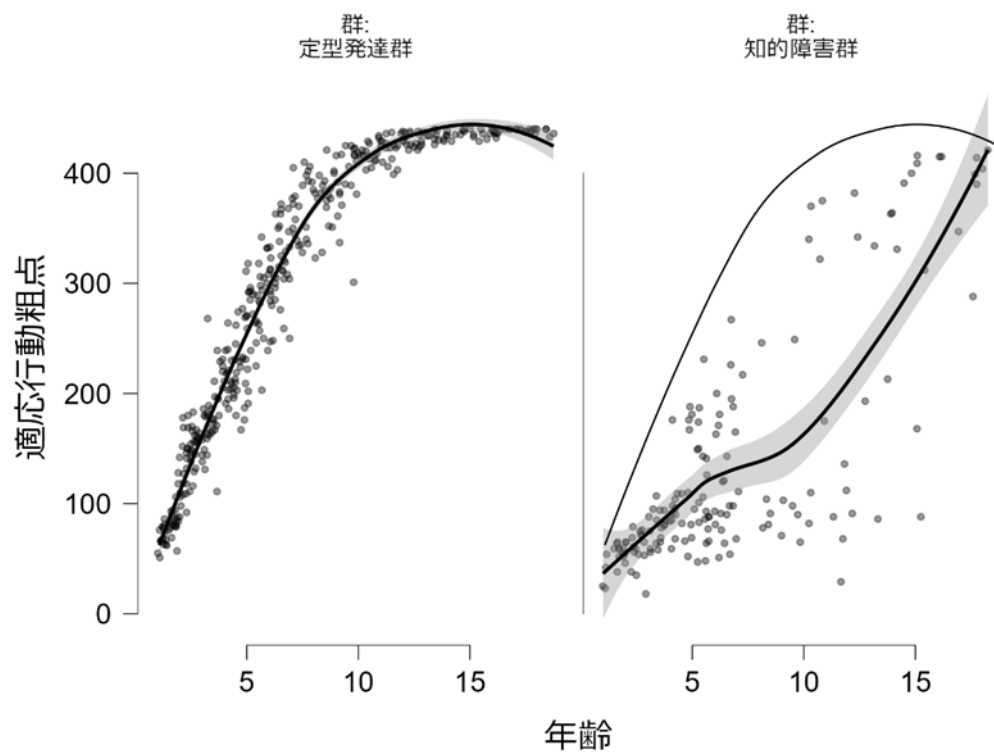


Figure 8 適応行動粗点の年齢推移

3. ノルムの設定

粗点を標準得点に変換するためのノルムを設定するために、定型発達群のデータに基づき、下位検査・尺度ごとに、以下の手順で作業を行った。第1に、定型発達群を月齢順におおむね均等の人数比になるよう20区分に分割した。ただし、18歳以降は得点変化がほぼ見られなくなるため、分析から除外した。第2に、月齢区分ごとに粗点の1次から4次のモーメント（平均値、標準偏差、歪度、尖度）を算出した。第3に、各区分の月齢の平均値を横軸、粗点の4つのモーメントをそれぞれ縦軸とする散布図を作成し、LOESS による平滑化曲線を得た。平滑化のウィンドウは、適度に滑らかな曲線が得られるよう、適宜調整した。

一例として、適応行動尺度における散布図を Figure

9 に示した。平均値については、前項で見たように、月齢とともに単調に増加し、徐々に変化のスピードが低下している。標準偏差は、1歳から6歳頃にかけて上昇し、その後は減少に転じている。これは適応行動尺度の得点の散らばりが6歳頃に最も大きくなることを意味する。歪度は月齢とともに、ほぼ単調に減少している。発達初期には得点が低得点域に偏りやすく、正の歪度を持った分布を形成する一方、青年期以降は得点が高得点域に偏りやすく、歪度が負の値を示すようになることを示唆している。尖度は月齢区分によってばらつきが大きいが、おおむね0付近で推移している。

第4に、これらの平滑化曲線から得た月齢ごとのモーメントの値を Johnson SU 分布（Hill, Hill & Holder,

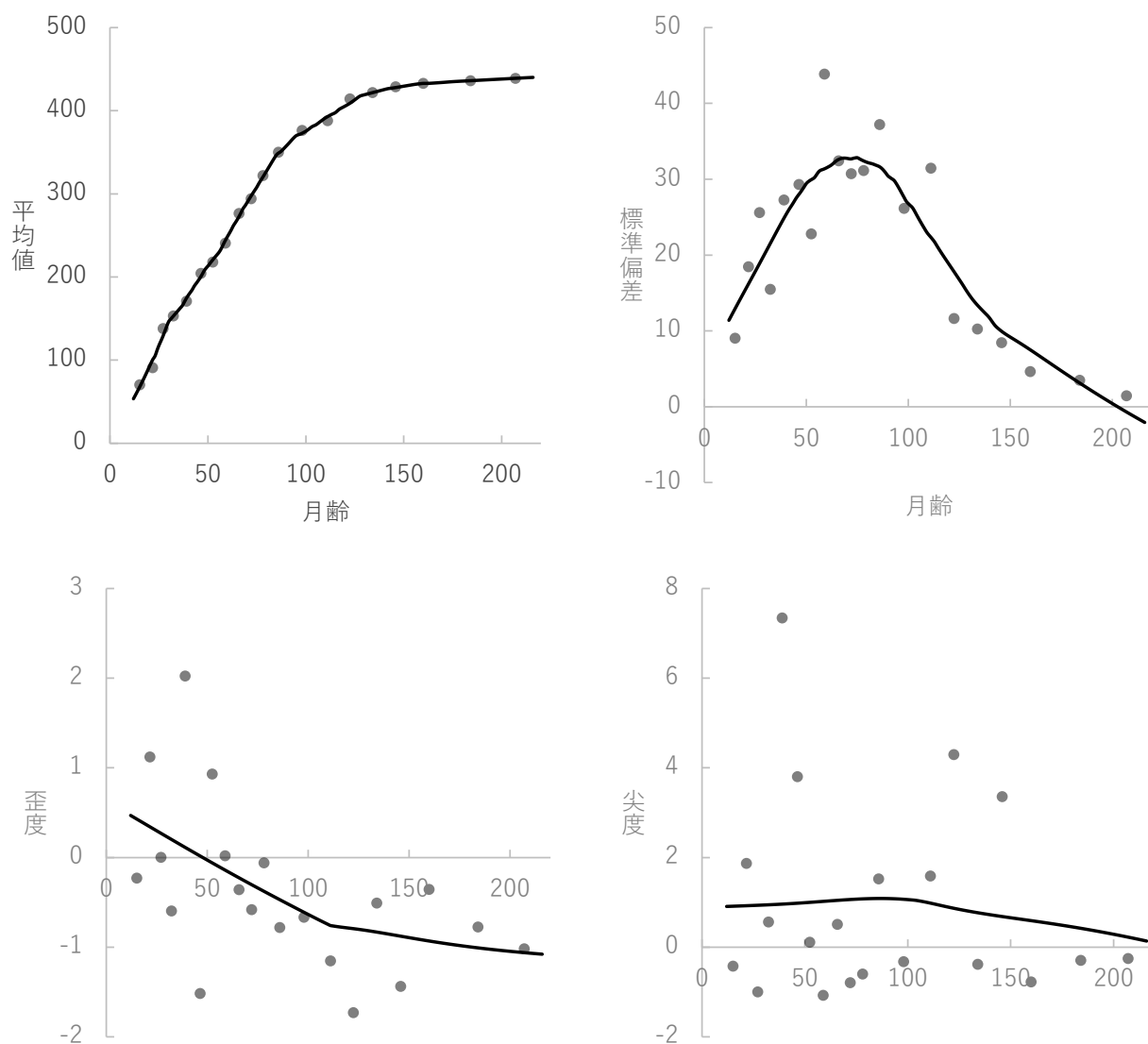


Figure 9 適応行動尺度における月齢区分ごとのモーメントと平滑化曲線

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

ただし、定型発達群には、本来、一般母集団に含まれているはずの知的障害児者が含まれないため、定型発達群のデータにのみ基づいてノルムを設定した場合、知的障害児者の知的機能や適応行動の水準を過剰に低く評価する可能性がある。この問題に対処するため、知的障害群の参加者にノルムを適用したときの標準得点が、各参加者の知的障害の重症度に関する情報（診断時の知能検査の結果や療育手帳の等級）とできる限り一致するように、Johnson SU 分布に代入するモーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を適宜調整した。

以上の手順を全ての下位検査・尺度に適用し、標準得点のノルムを設定した。また、知的機能検査については、全ての下位検査の標準得点を加算平均し、それを再び上記の手順により標準得点に変換し、知的機能検査全体の標準得点を求めた。さらに、知的機能検査と適応行動尺度の標準得点を単純平均した値を ABIT-CV の総合点とした。

Figure 10～Figure 17 に、定型発達群における各下位検査・尺度の粗点および標準得点のヒストグラムを示した。幅広い年齢層の参加者が含まれることから、いずれの下位検査・尺度でも粗点の分布は正規分布から逸脱していることが確認できる。一方、上記の手順により算出された標準得点では、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、各年齢群における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均0、標準偏差1をもつ標準正規分布に近い分布が得られて

いる。

Figure 18 には、知的機能検査全体の標準得点および知的機能検査と適応行動尺度の標準得点を平均した総合点のヒストグラムを示した。併せて、知的機能検査において視覚課題のみを用いた場合の標準得点と総合点の分布も示した。いずれの指標においても、分布はおおむね標準正規分布に近似しており、標準得点化による補正の有効性が確認された。

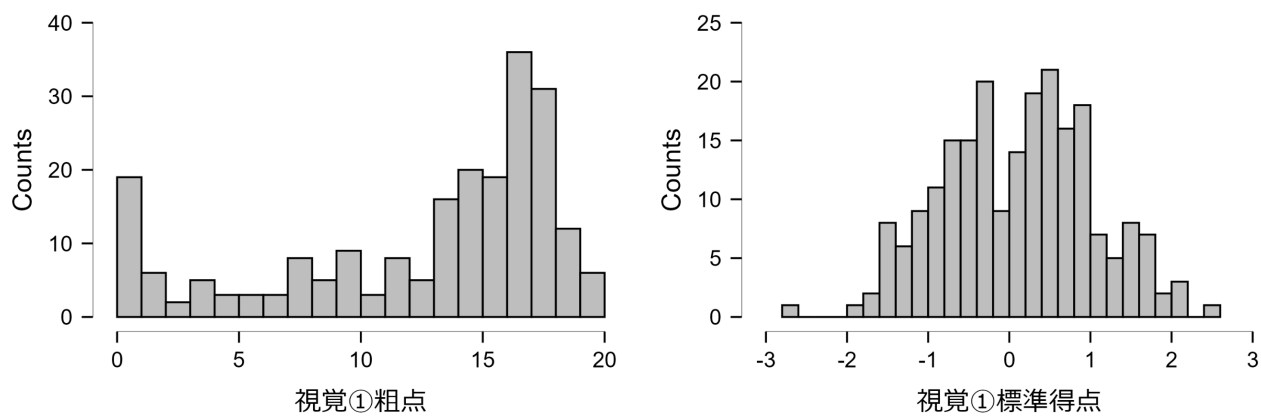


Figure 10 視覚①の粗点および標準得点のヒストグラム

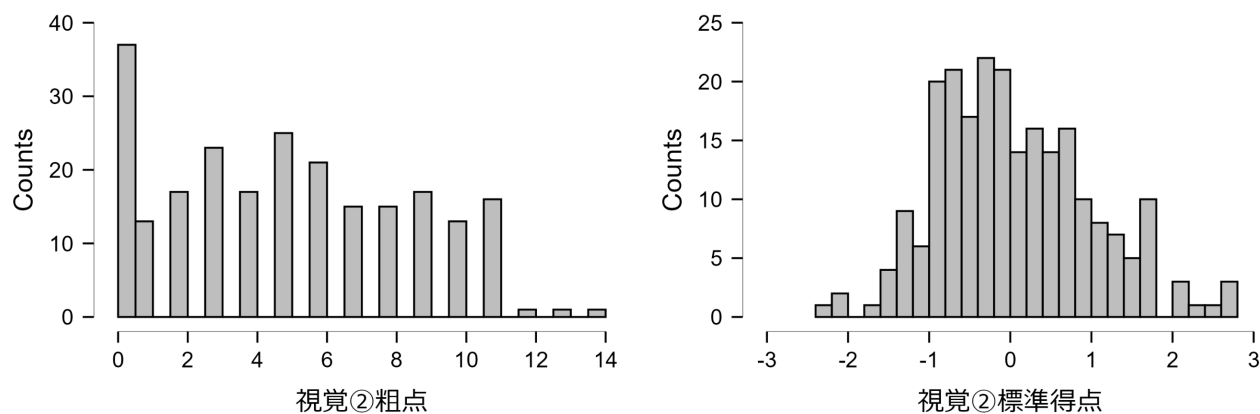


Figure 11 視覚②の粗点および標準得点のヒストグラム

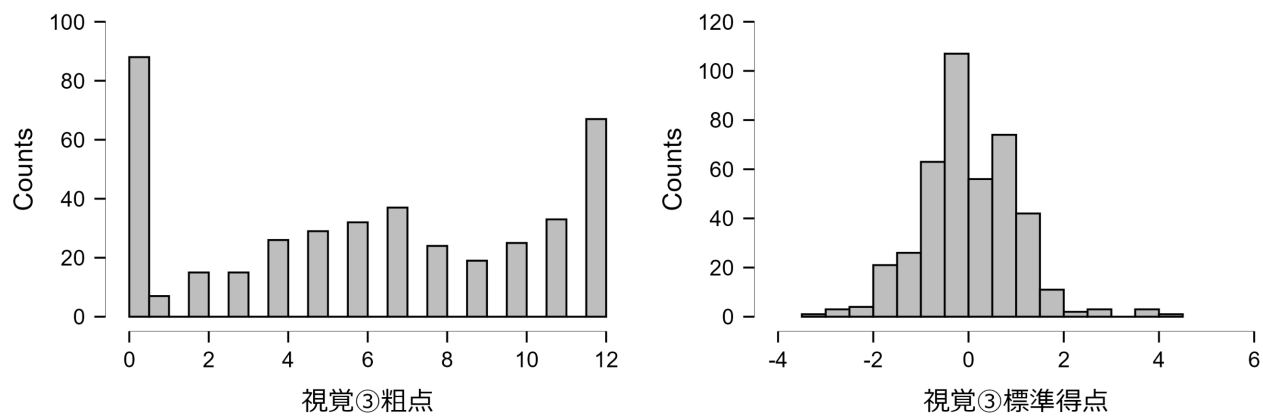


Figure 12 視覚③の粗点および標準得点のヒストグラム

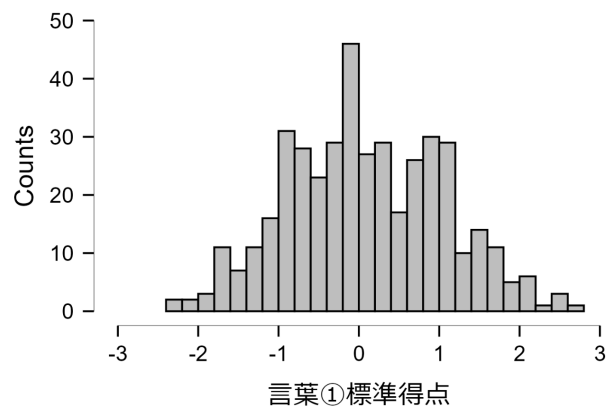
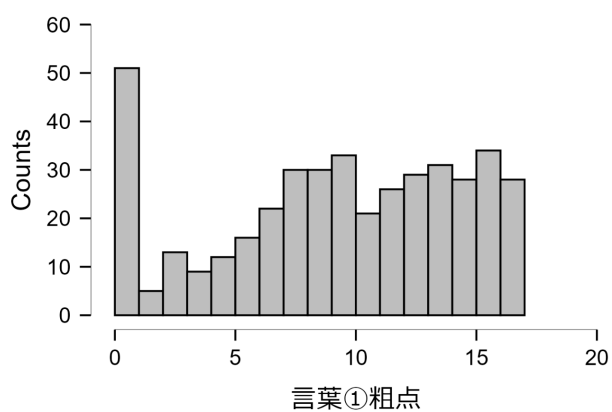


Figure 13 言葉①の粗点および標準得点のヒストグラム

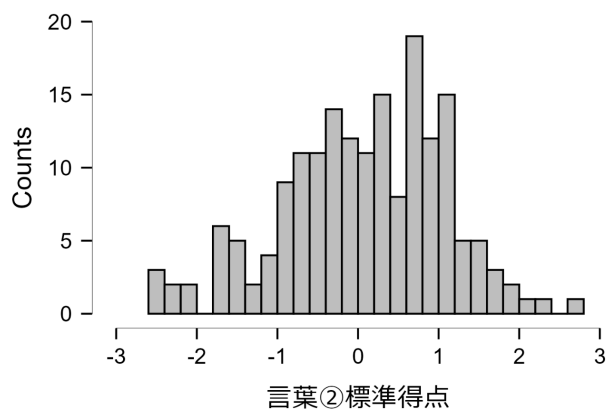
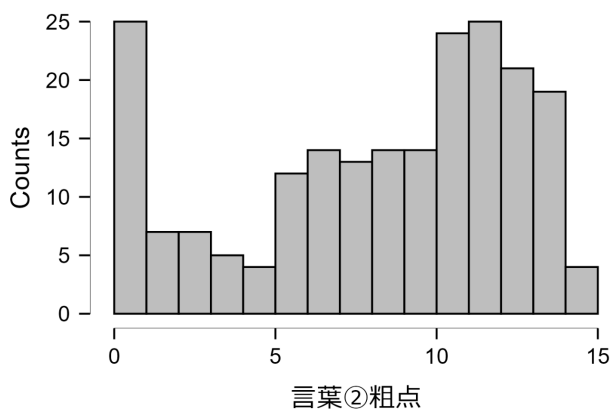


Figure 14 言葉②の粗点および標準得点のヒストグラム

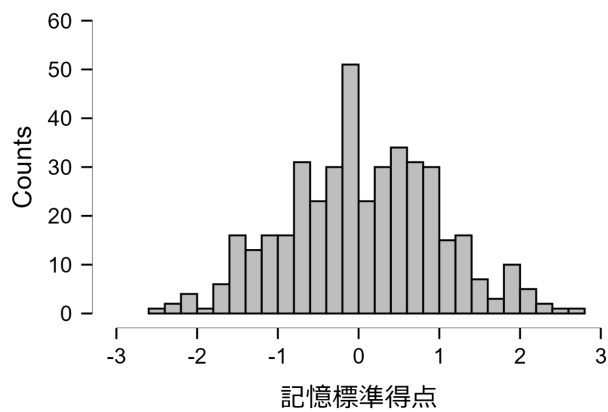
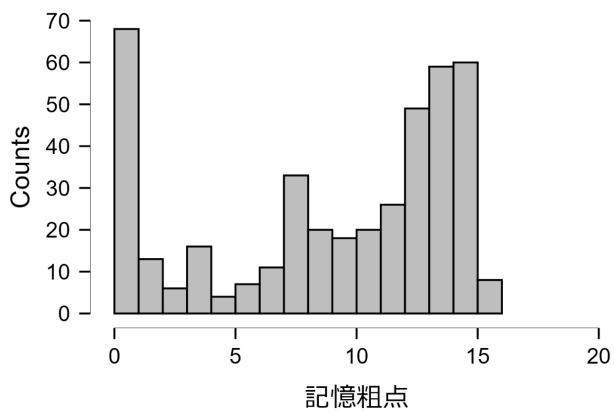


Figure 15 記憶の粗点および標準得点のヒストグラム

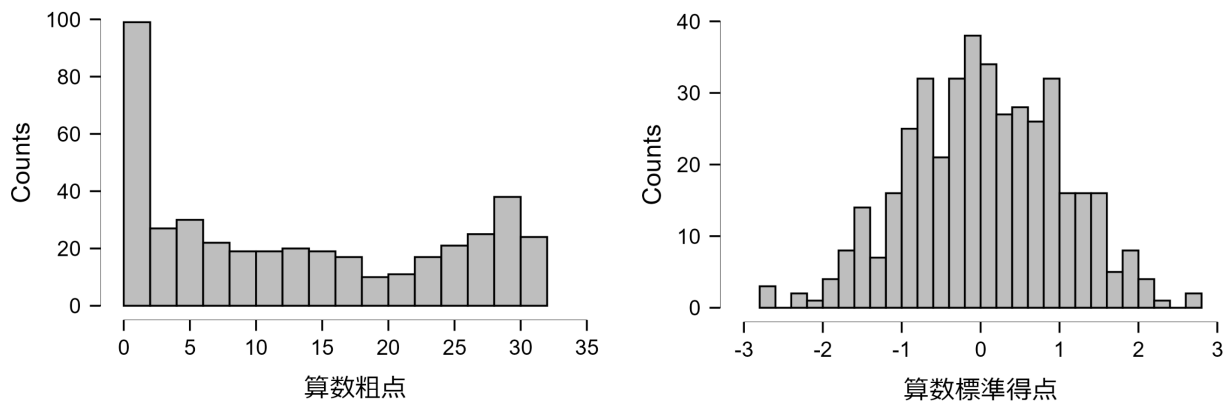


Figure 16 算数の粗点および標準得点のヒストグラム

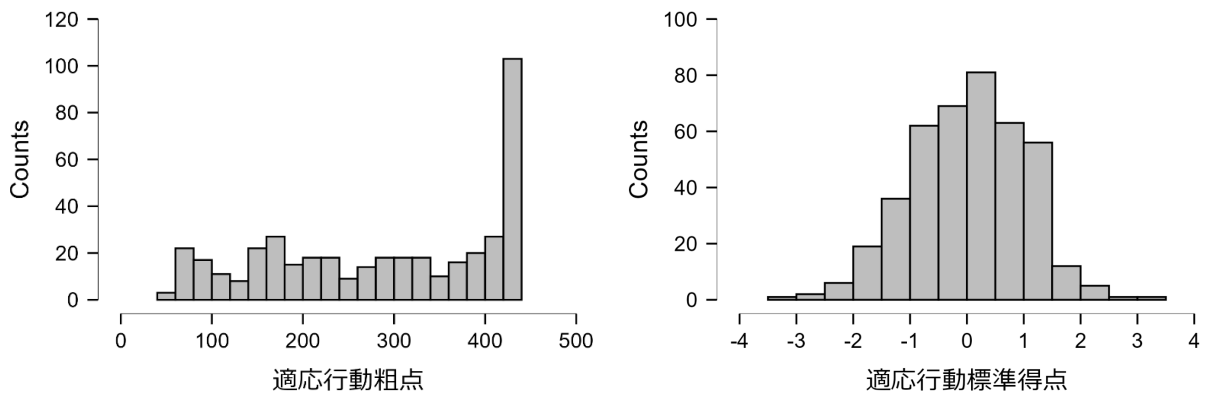


Figure 17 適応行動尺度の粗点および標準得点のヒストグラム

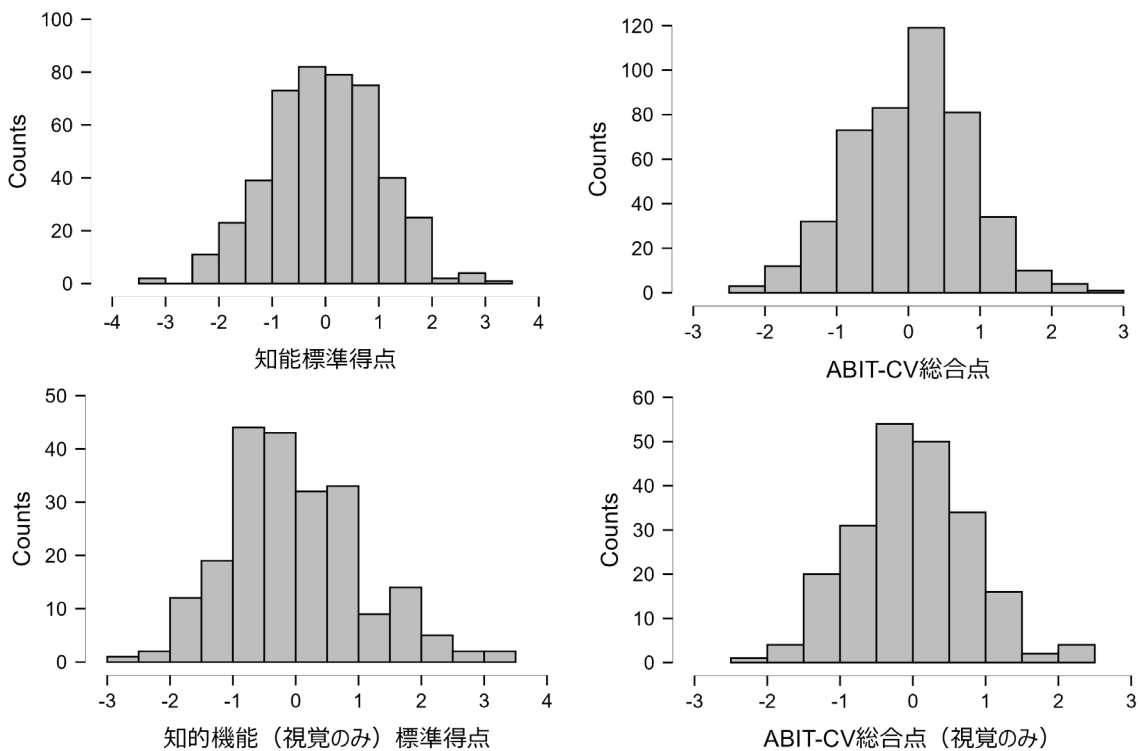


Figure 18 知的機能検査および総合点の標準得点のヒストグラム

4. 適用開始年齢の検証

「2. 発達的变化」において、低年齢域で定型発達群と知的障害群の分布の差異が小さくなる傾向が確認された。この点についてより詳細な検証を行うため、知的機能検査および適応行動尺度の各標準得点と両者を平均した総合点について、1～6歳における年齢を横軸とした群ごとの散布図を Figure 19～Figure 21 に示した。以下、知的障害の有無の判定と重症度の判定のそれぞれについて、順に考察する。

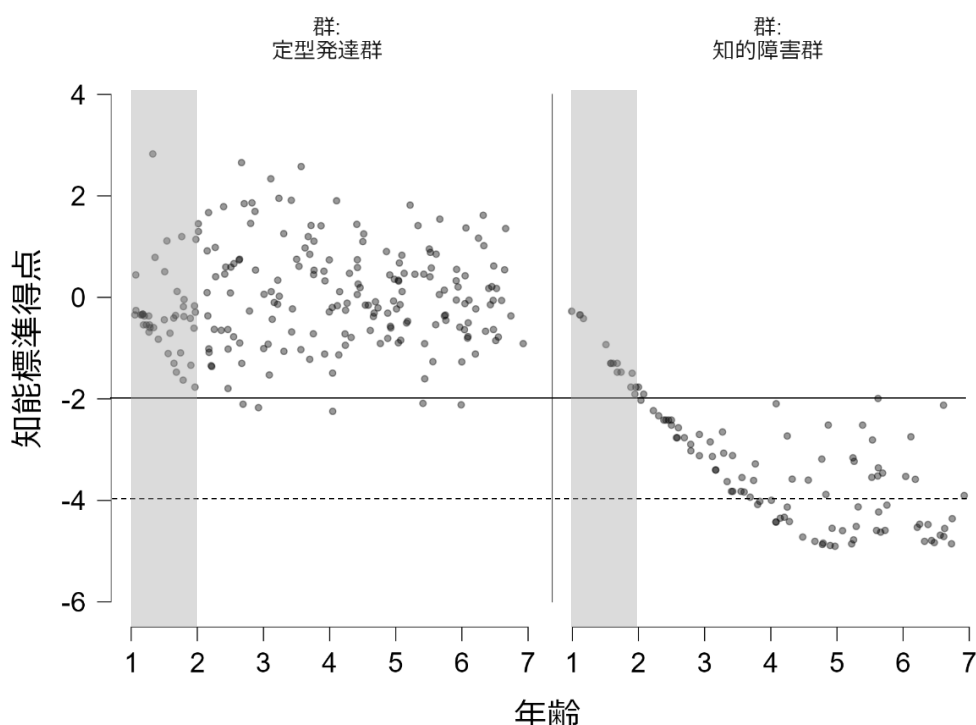
知的障害の判定 ICD-11 の基準に従えば、知的障害の判定におけるカットオフ値は一般母集団における「平均値-2 標準偏差」であり、これは ABIT-CV の標準得点における-2 に対応する (Figure 19～Figure 21 に実線で示した)。

知的機能検査については、2 歳以降の段階では知的障害群の大部分の参加者 (98.0%) が知的障害判定のカットオフ値である-2 を下回る標準得点を示しているのに対し、定型発達群では大部分の参加者 (97.3%) が-2 以上の標準得点を示しており、分布の差異が明確

である。一方、1 歳時点 (図のグレーで示した領域) では、知的障害群のうち-2 を下回る得点を示す参加者はごく一部 (6.7%) に留まり、全参加者が-2 以上の得点を示す定型発達群との間に明瞭な分布の差異が見られない。これは、フロア効果により両群の本来の知的発達の差異を明確に捉えることができていないためと考えられる。

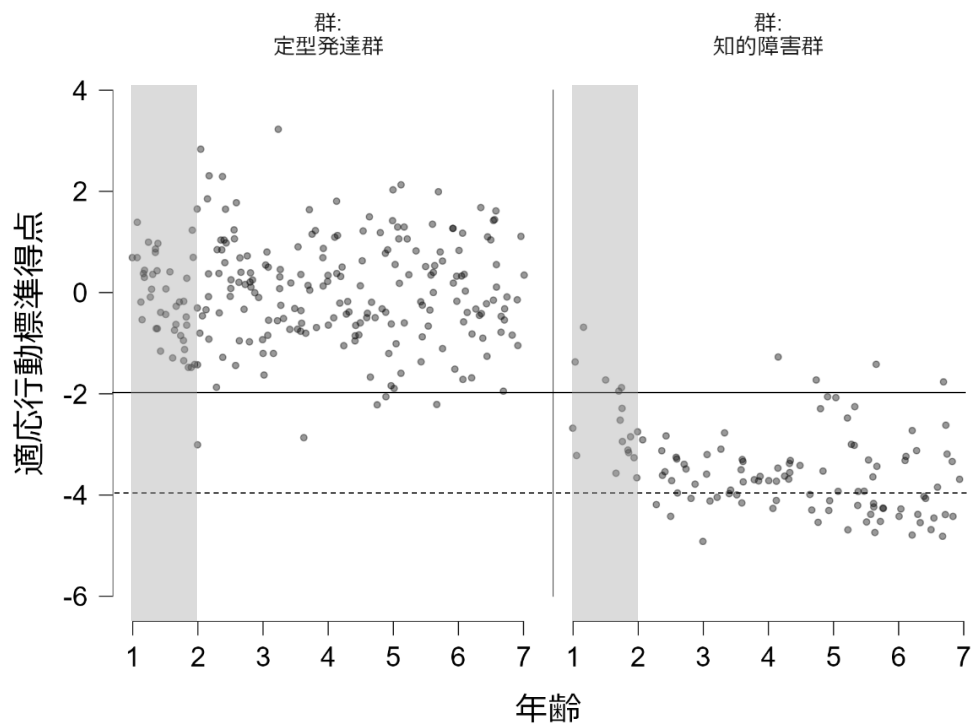
適応行動尺度については、2 歳以降の段階では知的障害群の大部分の参加者 (96.0%) がカットオフ値である-2 を下回る標準得点を示しているのに対し、定型発達群では大部分の参加者 (97.3%) が-2 以上の標準得点を示しており、分布の差異が明確である。1 歳時点でも、知的障害群の 73.3% が-2 を下回る得点を示しており、97.4% が-2 を上回る得点を示している定型発達群との間で、やや重なりはあるものの、一定の分布の差異が見られる。

知的機能と適応行動の標準得点を平均した総合点については、2 歳以降では知的障害群の 99.0% が-2 を下回る得点、定型発達群の 99.3% が-2 以上の得点を示し



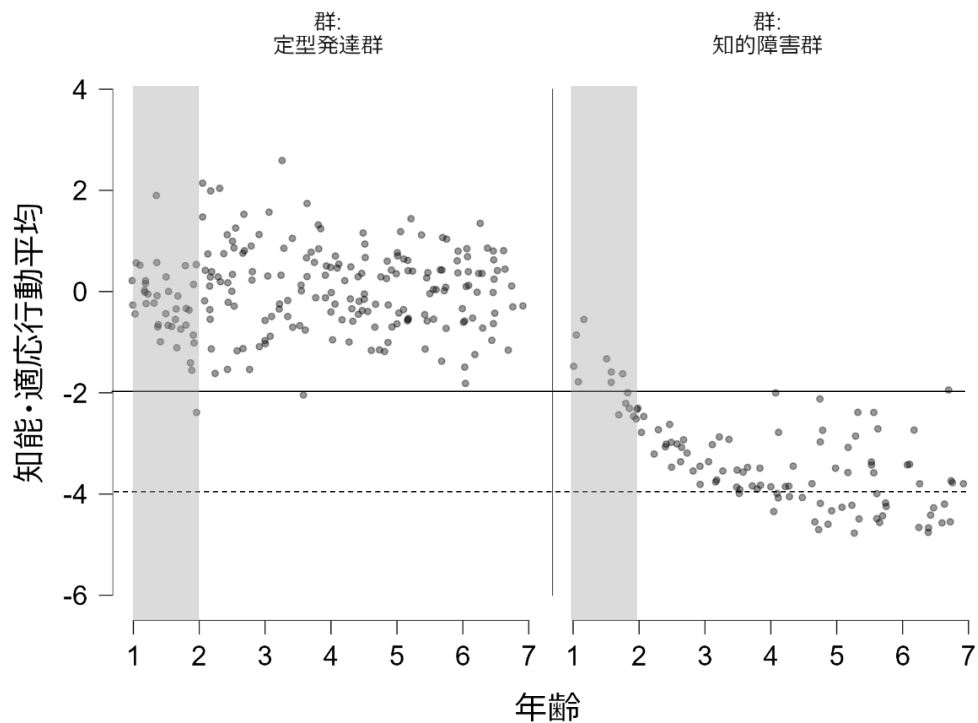
注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SD を示す。

Figure 19 知的機能検査の標準得点と年齢の散布図



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SDを示す。

Figure 20 適応行動尺度の標準得点と年齢の散布図



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SDを示す。

Figure 21 ABIT-CV 総合点と年齢の散布図

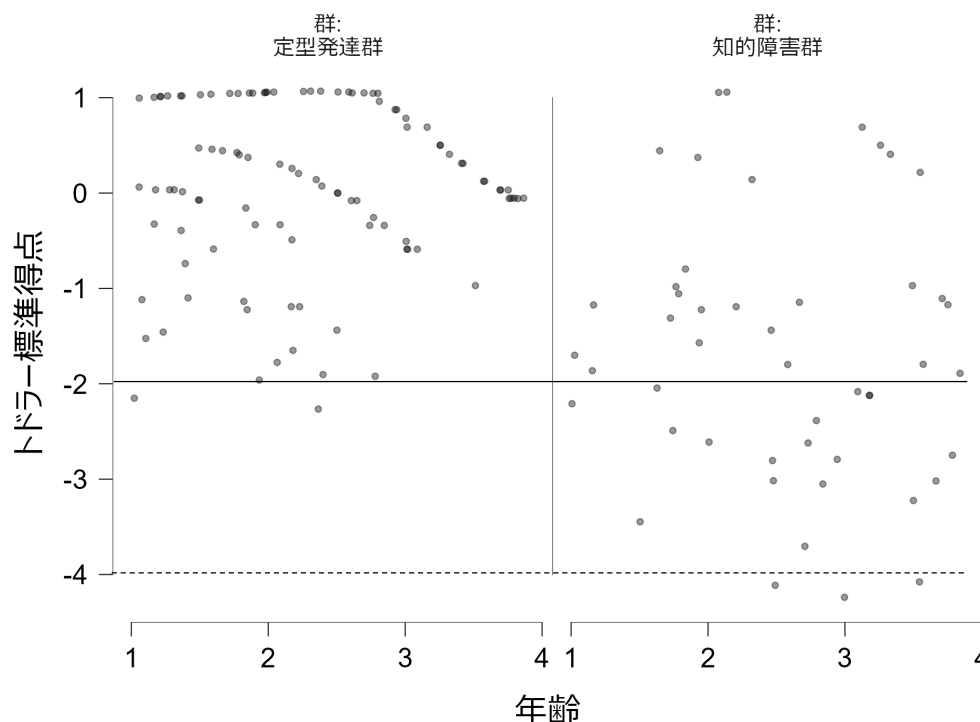
ており、分布の差異が明瞭である。1歳時点では、知的障害群のうち、-2を下回る参加者の割合は半数弱（46.7%）に留まり、大部分（97.4%）が-2以上の得点を示す定型発達群との分布の差異は不明瞭である。

以上の結果から、1歳時点では知的機能検査を知的障害の判定に利用するのは困難であると言える。この段階では、定型発達児であっても課題場面への適応が難しい場合が多く、定型的な課題によって知的発達の程度を正確に評価することは容易でない。こうした問題への対応として、より日常場面に近い非定型的なやり取りの中で知的発達を評価する「トドラー課題」を試行したものの、Figure 22 に示すように、知的障害群の参加者の得点のばらつきが大きく、カットオフ値（-2）はおろか、定型発達群の平均値（0）を上回るケースも複数見られたことから、知的障害の判定精度は高くないことが確認された。非定型的なやり取りでは、知的障害そのものよりも、知的障害と併存することの多い自閉症スペクトラム障害などの発達障害の症状が反映されやすく、こうした大きな得点のばらつきが生じたものと推察される。

一方で、適応行動尺度については、1歳時点でも知的障害群と定型発達群に一定の分布の差異が見られた。知的機能と適応行動を平均した総合点よりも高い判別精度が見られたことから、1歳時点では適応行動尺度を単独で使用することが望ましいと考えられる。ただし、知的障害群のうち、1歳時点でカットオフ値を下回ったケースは約3分の2に留まり、約3分の1の見過ごし（miss）が見られたため、この時点での利用はスクリーニング的な目的に留め、確定的な判定は知的機能検査も含め、2歳以降の段階で行うことが望ましいと言える。

重症度の判定 療育手帳の等級の設定は自治体によって異なるものの、多くの自治体では軽度・中等度と重度・最重度という少なくとも2つの区分を設定している。ICD-11の基準に従えば、両者を分けるカットオフ値は一般母集団における「平均値-4標準偏差」であり、これはABIT-CVの標準得点における-4に対応する（Figure 23に破線で示した）。

知的機能検査では、知的障害群の参加者が初めて-4を下回る得点を示すようになるのは4歳以降であり、



注：実線は知的障害判定のカットオフ値である平均値-2SD、破線は重度判定のカットオフ値である平均値-4SDを示す。

Figure 22 トドラー課題の標準得点と年齢の散布図

3歳以前の段階では最も低い得点でも-4を上回っている。一方、適応行動尺度では、2歳時点から-4を下回る得点を示す参加者が見られるが、年齢が上昇するほど-4以下の得点を示す参加者の割合が増えている。知的機能と適応行動の総合点では、知的機能と同様に、-4を下回る参加者が現れるのは4歳以降である。

以上の結果を総合すると、知的機能検査を知的障害の重症度判定に利用できるようになるのは4歳以降であり、それ以前の段階では適応行動尺度単体で重症度判定を行うことが望ましいと考えられる。ただし、4歳以前の段階では、適応行動尺度でもカットオフ値である-4を下回るのは特に症状が重い一部のケースに限定されるため、確定的な判定は知的機能検査も含め4歳以降に行うことが望ましいと言える。

以上の結果を踏まえ、以降は知的障害判定には2歳以降、重症度判定には4歳以降のデータを用いた分析の結果を報告する。

5. 信頼性

知的機能検査（下位検査含む）および適応行動尺度と両者の総合点について、内的整合性に基づく信頼性の指標である α 係数と95%誤差範囲を算出した

(Table 5)。

知的機能検査全体では幼児で.976、児童で.983、青年・成人で.981、適応行動尺度では幼児で.990、児童および青年・成人で.996という高い内的整合性が示され、知的機能の下位検査単位でも全ての課題が全ての年齢区分で.85を超える十分な値を示した。総合点も幼児で.984、児童で.990、青年・成人で.988という高い内的整合性を示した。

誤差範囲は、信頼区間の片側の幅であり、信頼性係数を ρ 、得点の標準偏差を s_x 、正規分布の両側5%臨界値を $z_{.05/2}$ （ ≈ 1.96 ）としたとき、以下により求められる。

$$MoE = \sqrt{1 - \rho} \cdot s_x \cdot z_{.05/2}$$

ここでは信頼性係数として α 係数を使用した。また、各検査・尺度の標準得点は標準偏差が1となるように標準化しているため、標準偏差はいずれも1とした。上式より、尺度の信頼性係数が高いほど、誤差範囲は縮小する関係にある。仮に同一の対象者に測定を繰り返した場合、測定値 $\pm$ 誤差範囲（95%信頼区間）の中に95%の頻度で対象者の真の得点が含まれる。信頼性

Table 5 ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の α 係数と95%誤差範囲

	α 係数			95%誤差範囲		
	幼児	児童	青年・成人	幼児	児童	青年・成人
知的機能	.976	.983	.981	.306	.255	.270
知的機能（視覚系のみ）	.954	-	-	.421	-	-
視覚①比較・展開	.870	-	-	.706	-	-
視覚②仲間選び	.931	-	-	.514	-	-
視覚③数と見え方	.856	.905	.906	.744	.605	.601
言葉①知識	.902	.936	.928	.614	.496	.527
言葉②共通点	-	.924	.932	-	.539	.513
記憶	.955	.942	.906	.414	.472	.601
算数	.874	.965	.972	.697	.369	.325
適応行動	.990	.996	.996	.197	.118	.130
総合点	.984	.990	.988	.251	.195	.217
総合点（視覚系のみ）	.961	-	-	.387	-	-

係数が尺度のスケールに依存しない信頼性の指標であるのに対し、誤差範囲は尺度の実測値上でどの程度の測定誤差があるかを直接的に示すため、実践上はより有用性が高い。

ABIT-CV 総合点の誤差範囲は.195～.251 であることから、ABIT-CV によって得られた総合点には±0.2 程度の測定誤差があることが示唆される。これは実用上、十分に小さい値であるが、測定値がカットオフ値付近にある場合には注意が必要である。例えば、ある個人の総合点が 71 であった場合、その個人の真の得点は約 69～73 の範囲にある可能性が高い。測定値そのものは知的障害判定のカットオフ値である 70 を上回っているが、誤差範囲を考慮すると、真の得点が 70 を下回る可能性が残されているため、他の様々な臨床的情報も考慮して、慎重な判断を行う必要がある。

なお、知的機能検査において視覚課題のみを用いた場合も、総合点の α 係数は.961 と高い値を維持するが、誤差範囲は.387 であり、全ての下位検査を用いた場合に比べて 1.5 倍程度に拡大する。

6. 性別・地域によるバイアス

ABIT-CV の得点に性別や居住地域による評価バイアスが存在するか否かを検証した。まず、知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および総合点について、性別および年齢群（幼児、児童、青年・成人）を独立変数とする 2 要因分散分析を行った（Table 6）。知的機能検査については、全課題を用いた場合と視覚課題のみを用いた場合のいずれについても、性別の主効果や年齢群との交互作用は有意でなかった。一方、適応行動尺度については、性別の主効果が有意であり、男性よりも女性において得点の平均値が高いことが示された。その差はいずれの年齢群でも 0.25SD 程度であった。先行研究では、適応行動の中でも、コミュニケーション、社会性、日常生活スキルの領域では男性よりも女性の得点が高いことが示されており（Sparrow, Cicchetti & Saulnier, 2016）、本研究の結果はこうした知見に整合的である。したがって、ここで見られた適応行動尺度の得点の性差は、対象者の性別による評価

Table 6 ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点における性別による標準得点の差異

	男性		女性		分散分析
	M	SD	M	SD	
知的機能					
幼児	0.012	0.937	0.123	1.031	性別：F(1,411)=0.151, p=.698
児童	-0.035	1.081	0.04	1.189	年齢群：F(2,411)=0.257, p=.773
青年・成人	0.14	0.88	-0.167	1.117	性別×年齢群：F(2,411)=1.605, p=.202
知的機能（視覚系のみ）					
幼児	-0.068	0.982	0.119	1.101	性別：F(1,177)=1.439, p=.232
適応行動					
幼児	-0.102	1.038	0.161	1.008	性別：F(1,426)=7.466, p=.007
児童	-0.037	0.952	0.216	1.037	年齢群：F(2,426)=0.189, p=.828
青年・成人	-0.11	0.939	0.153	0.656	性別×年齢群：F(2,426)=0.001, p=.999
総合点					
幼児	-0.037	0.79	0.184	0.841	性別：F(1,408)=2.409, p=.121
児童	0.017	0.816	0.194	0.902	年齢群：F(2,408)=0.212, p=.809
青年・成人	0.048	0.8	0.027	0.683	性別×年齢群：F(2,408)=0.843, p=.431
総合点（視覚系のみ）					
幼児	-0.076	0.769	0.182	0.815	性別：F(1,176)=4.712, p=.031

バイアスというよりも、生物学的要因または社会的要因によって生じた適応行動の実際の性差を反映していると考えられる。

続いて、知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および総合点について、居住地域（西日本、東日本）および年齢群（幼児、児童、青年・成人）を独立変数とする2要因分散分析を行った（Table 7）。いずれの得点についても居住地域の主効果や年齢群との交互作用は有意でなく、居住地域による評価バイアスは見出されなかった。

7. 構造的妥当性

年齢段階ごとの ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を Table 8 および Table 9 に示した。

知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は幼児で.808、児童・青年・成人で.807 であった。対象者自身が回答する知的機能検査と保護者や同居者が回答する適応行動尺度の間でこうした高い相関が見出され

たことは、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することを示唆する。

知的機能の各下位検査は、知的機能全体に対して、幼児で.784～.917、児童・青年・成人で.855～.926 という高い相関を示した。また、適応行動尺度に対しても、幼児期で.612～.780、児童・青年・成人で.693～.793 の相関を示した。こうした結果から、いずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。

幼児において知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合も、全ての下位検査を用いた場合の得点に対して、知的機能単体で.954、総合点では.987 という高い相関が示され、大幅な得点の変動はないことが確認された。

Table 7 ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点における居住地域による標準得点の差異

	西日本		東日本		分散分析
	M	SD	M	SD	
知的機能					
幼児	0.163	0.947	0.022	1.004	地域：F(1,411)=1.124, p=.290
児童	-0.025	1.170	0.047	1.079	年齢群：F(2,411)=0.355, p=.701
青年・成人	0.130	1.015	-0.140	1.013	地域×年齢群：F(2,411)=0.795, p=.452
知的機能（視覚系のみ）					
幼児	0.075	1.042	0.003	1.051	地域：F(1,177)=0.187, p=.666
適応行動					
幼児	-0.045	1.041	0.070	1.025	地域：F(1,426)=1.174, p=.279
児童	0.007	1.041	0.221	0.925	年齢群：F(2,426)=0.409, p=.664
青年・成人	0.034	0.949	0.023	0.689	地域×年齢群：F(2,426)=0.391, p=.677
総合点					
幼児	0.072	0.839	0.078	0.817	地域：F(1,408)=0.001, p=.971
児童	0.050	0.934	0.199	0.723	年齢群：F(2,408)=0.276, p=.759
青年・成人	0.119	0.753	-0.028	0.725	地域×年齢群：F(2,408)=0.942, p=.391
総合点（視覚系のみ）					
幼児	0.028	0.811	0.070	0.799	地域：F(1,176)=0.111, p=.739

Table 8 ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の相互相関（幼児）

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 知的機能	—										
2. 知的機能（視覚のみ）	.954	—									
3. 視覚①	.874	.914	—								
4. 視覚②	.851	.892	.770	—							
5. 視覚③	.784	.806	.613	.593	—						
6. 言葉①	.917	.815	.767	.731	.699	—					
7. 記憶	.844	.727	.675	.692	.605	.787	—				
8. 算数	.869	.762	.719	.681	.670	.807	.710	—			
9. 適応行動	.808	.759	.722	.683	.612	.780	.683	.733	—		
10. 総合点	.950	.900	.835	.804	.724	.888	.795	.836	.951	—	
11. 総合点（視覚のみ）	.939	.938	.869	.838	.747	.846	.744	.790	.938	.987	—

Table 9 ABIT-CV の各下位検査・尺度および総合点の相互相関（児童・青年・成人）

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 知的機能	—							
2. 視覚③	.865	—						
3. 言葉①	.915	.792	—					
4. 言葉②	.886	.754	.792	—				
5. 記憶	.855	.715	.794	.717	—			
6. 算数	.926	.805	.855	.805	.778	—		
7. 適応行動	.807	.729	.789	.693	.740	.793	—	
8. 総合点	.952	.838	.895	.832	.837	.905	.948	—

8. 併存的妥当性

併存的妥当性の検証として、外在基準であるウェクスラー式知能検査の全検査IQおよびVineland-IIの適応行動総合点との相関をTable 10に示した。より高い相関が期待される係数（同一の構成概念に関する得点の対）を太字で示した。

ABIT-CVの知的機能検査全体の標準得点は、ウェクスラー式知能検査の全検査IQに対して、幼児で.786、児童・青年・成人で.811、全年齢で.767の相関を示し

た。いずれもVineland-IIに対する相関よりも高い値を示しており、収束的・弁別的妥当性が支持された。

知的機能の各下位検査は、ウェクスラー式知能検査に対して幼児で.444～.790、児童・青年・成人で.497～.782、全年齢で.485～.766の相関を示し、いずれも知的機能の下位検査として有効に機能していることが示唆された。

一方、ABIT-CVの適応行動尺度は、Vineland-IIの適応行動総合点に対して、幼児で.804、児童・青年・

Table 10 ウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度との相関

ABIT-CV	全体		幼児		児童・青年・成人	
	ウェクスラー	Vineland-II	ウェクスラー	Vineland-II	ウェクスラー	Vineland-II
	全検査IQ	適応行動総合点	全検査IQ	適応行動総合点	全検査IQ	適応行動総合点
知的機能	.767	.645	.786	.572	.811	.688
知的機能（視覚系のみ）	.796	.564	.796	.564	-	-
視覚①比較・展開	.766	.557	.790	.558	-	-
視覚②仲間選り	.636	.667	.672	.642	-	-
視覚③数と見え方	.609	.674	.575	.560	.663	.558
言葉①知識	.647	.720	.611	.607	.701	.666
言葉②共通点	.497	.468	-	-	.497	.468
記憶	.485	.663	.444	.496	.514	.587
算数	.667	.719	.611	.562	.782	.653
適応行動	.519	.748	.396	.804	.581	.759
総合点	.718	.743	.718	.760	.766	.753
総合点（視覚のみ）	.724	.719	.724	.719	-	-

成人で.759、全年齢で.748 の相関を示した。いずれもウェクスラー式知能検査に対する相関よりも高い値を示しており、収束的・弁別的妥当性が確認された。

なお、知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合も、全ての下位検査を用いた場合と同様の結果を示しており、おおむね同等の併存的妥当性を有することが示唆された。

9. 臨床的妥当性

ABIT-CV の臨床的妥当性について、知的障害の有無および重症度の判定精度という 2 つの観点から検証する。この検証においては、「4. 適用開始年齢」の結果を踏まえて、知的障害の判定については 2 歳 0 ヶ月以降、重症度の判定については 4 歳 0 ヶ月以降を対象とする。

知的障害の判定精度 Figure 23～Figure 26 に、定型発達群および知的障害群における年齢段階ごとの知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および両者を平均した総合点の得点分布を示した。また、ICD-11 に基づき、一般母集団の平均値-2SD にあたる-2 をカットオフ値とした場合の感度・特異度を Table 11 に示した。感度とは、疾患を持っている人を正しく「陽性」と判定する能力であり、ここでは知的障害群の参加者のうち、カットオフ値である-2 を下回る得点を示した参加者の割合を意味する。一方、特異度とは、疾患を

持っていない人を正しく「陰性」と判定する能力であり、ここでは定型発達群の参加者のうち、カットオフ値である-2 以上の得点を示した参加者の割合を意味している。感度・特異度の評価基準は、検査の性質や利用目的によって異なるものの、診断的評価に利用する場合、感度・特異度ともに .90 以上で「良好 (good)」、.80 以上で「ほどよい (fair)」とする経験的基準が示されている (Plante & Vance, 1995)。

併せて ROC 分析（受信者操作特性分析）に基づく AUC (Area Under the Curve) を Table 11 に示した。ROC 分析は、カットオフ値を連続的に変化させた場合の感度・特異度の推移によって判別精度を評価する手法である。このとき感度（真陽性率）と 1-特異度（偽陽性率）を用いて描かれる曲線が ROC 曲線であり、その曲線下の面積である AUC を判別精度の指標とする。AUC が 1.0 に近いほど高精度であり、0.5 はランダムと同等の精度を示す。経験的基準として、.50～.60 で「失敗 (fail)」、.60～.70 で「不良 (poor)」、.70～.80 で「ほどよい (fair)」、.80～.90 で「良好 (good)」、.90～1.0 で「優良 (excellent)」とされる (Swets, 1998)。

知的機能検査と適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階において .95 を上回る感度・特異度および AUC を示している。また、両者を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示しており、100% に近

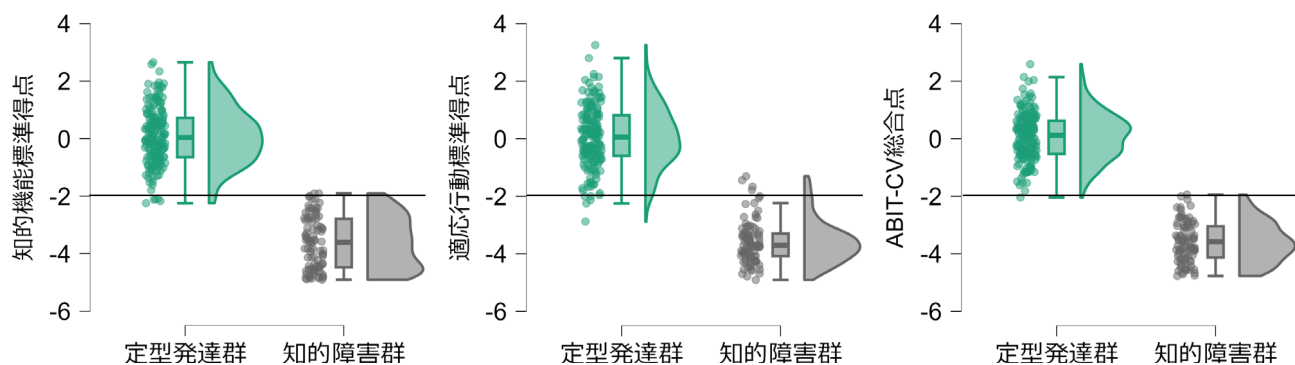


Figure 23 定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（幼児）

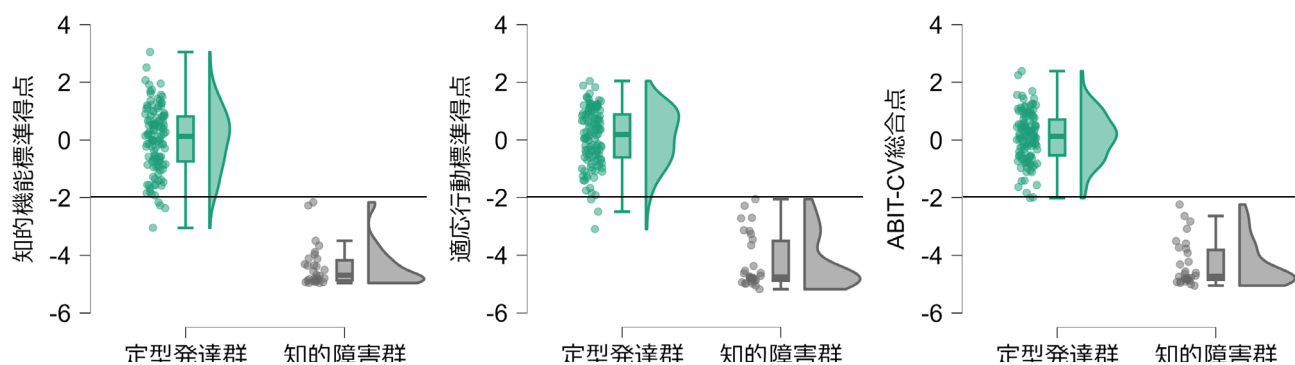


Figure 24 定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（児童）

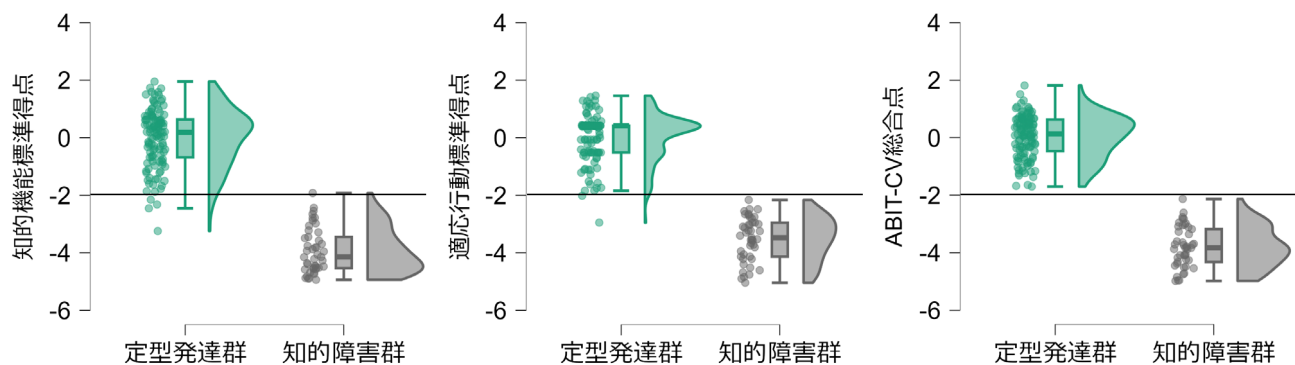


Figure 25 定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（青年・成人）

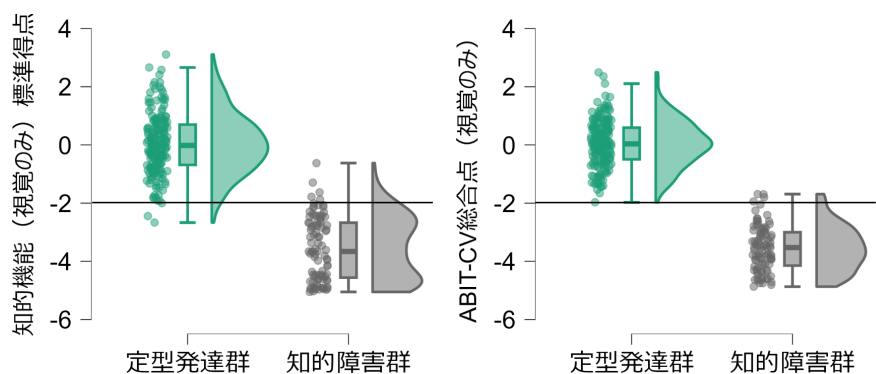


Figure 26 定型発達群および知的障害群における ABIT-CV の標準得点の分布（幼児；視覚課題のみ）

Table 11 ABIT-CV による知的障害の判別精度

	幼児			児童			青年・成人		
	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC
知的機能	.967	.972	.998	1.000	.967	.998	.979	.966	.997
知的機能（視覚のみ）	.946	.983	.993	-	-	-	-	-	-
適応行動	.960	.979	.996	.967	.975	.998	1.000	.966	.998
総合点	.989	.994	1.000	1.000	.992	1.000	1.000	1.000	1.000
総合点（視覚のみ）	.956	1.000	1.000	-	-	-	-	-	-

い判別精度を示している。Figure 23～Figure 26 でも、知的機能や適応行動の単体の標準得点に比べ、総合点において定型発達群と知的障害群の分布の差異がより顕著になっていることが確認できる。知的機能と適応行動という2つの領域の情報を統合したことに加え、参加者自身が回答する課題形式と保護者・同居者が回答する質問紙形式という異なる実施形態の情報を統合したことで、よりバイアスの小さい正確な測定値が得られたものと考えられる。

比較のために、ウェクスラー式知能検査と Vineland-II 適応行動尺度についても、感度（知的障害群におけるカットオフ値を下回る参加者の割合）を求めたところ、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であった。ABIT-CV の知的機能検査はいずれの年齢域でもこれより高い感度（.967～1.00）を示しており、適応行動尺度も同等以上の感度（.960～1.00）を示している。検査項目のコンパクト化にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、むしろ測定の精度が向上したものと考えられる。項目数の縮減により精度が向上するという知見は、他の尺度においても報告されている（Balboni et al., 2022）。

なお、知的機能検査に視覚課題のみを用いた場合、感度がわずかに低下するものの、実用上は十分な判別精度が維持されることが確認された。

以上の結果から、ABIT-CV は知的障害の判定において、きわめて高い判別精度を有しており、その精度はウェクスラー式知能検査および Vineland-II 適応行動尺度と同等か、それ以上の水準にあることが確認された。

重症度の判定精度 知的障害群のうち、療育手帳を保有している参加者について、療育手帳の等級を軽度・中等度と重度・最重度に分類し、この等級の分類を ABIT-CV によってどの程度の精度で判別しうるかを検証した。Figure 27～Figure 30 に、年齢段階ごとの知的機能検査・適応行動尺度の標準得点および両者を平均した総合点の得点分布を示した。また、ICD-11 では一般母集団の平均値-4SD が中等度と重度の境界値とされているため、これに対応する-4 をカットオフ値とした場合の感度・特異度を Table 12 に示した。併せて ROC 分析に基づく AUC も Table 12 に示した。

幼児では、知的機能の AUC が.703 とやや低い値を示したが、適応行動や総合点の AUC は.825 および.809 と、比較的良好な判別精度を示した。児童および青年・成人では、知的機能検査・適応行動尺度および総合点のいずれも、.90 前後かそれ以上の優良な AUC を示した。

いずれの年齢段階でも、知的機能検査や総合点では、感度に比べ、特異度がやや低い値を示した。この結果は、療育手帳の等級が重度・最重度の参加者を正しく重度・最重度と判定する割合が高い一方で、療育手帳の等級が軽度・中等度の参加者も重度・最重度と判定されるケースが多いことを意味する。その原因として、2つの可能性が考えられる。

1つは、ABIT-CV の知的機能検査の標準得点が過度に低く算出されているという可能性である。しかし、Figure 27～Figure 30 において手帳等級が重度・最重度の参加者の総合点の分布を見ると、カットオフ値の-4 付近から-5 付近まで連続的に分布しており、得点が過度に低く表れているとは考えにくい。こうした状況

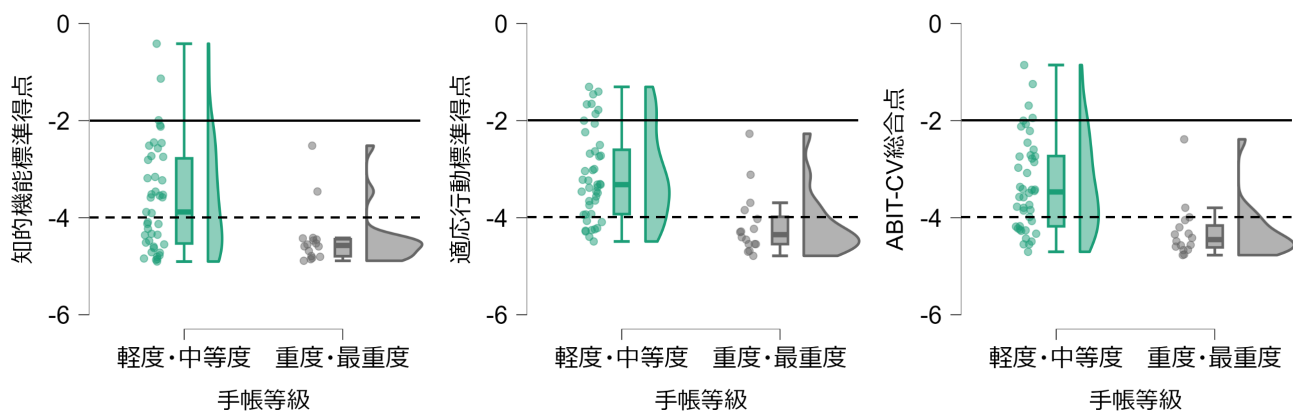


Figure 27 療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（幼児）

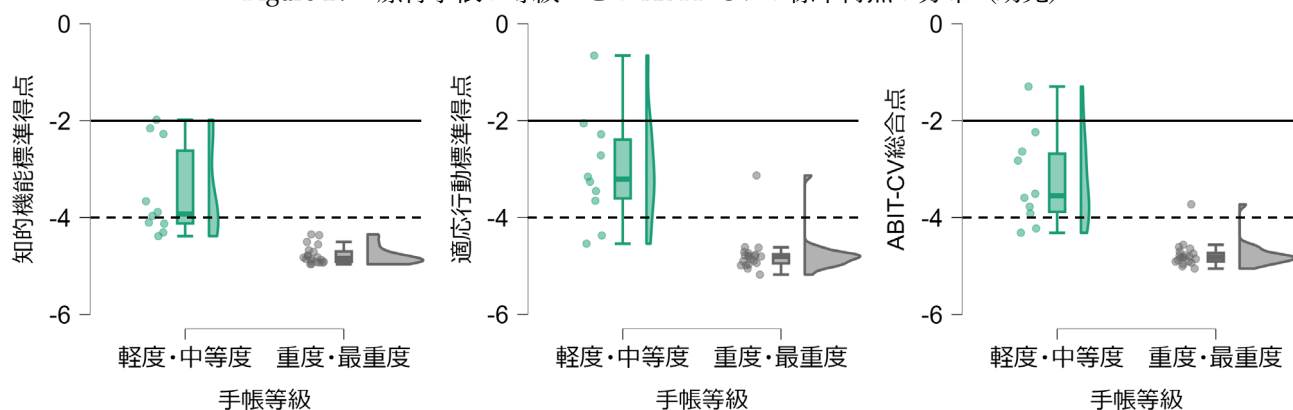


Figure 28 療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（児童）

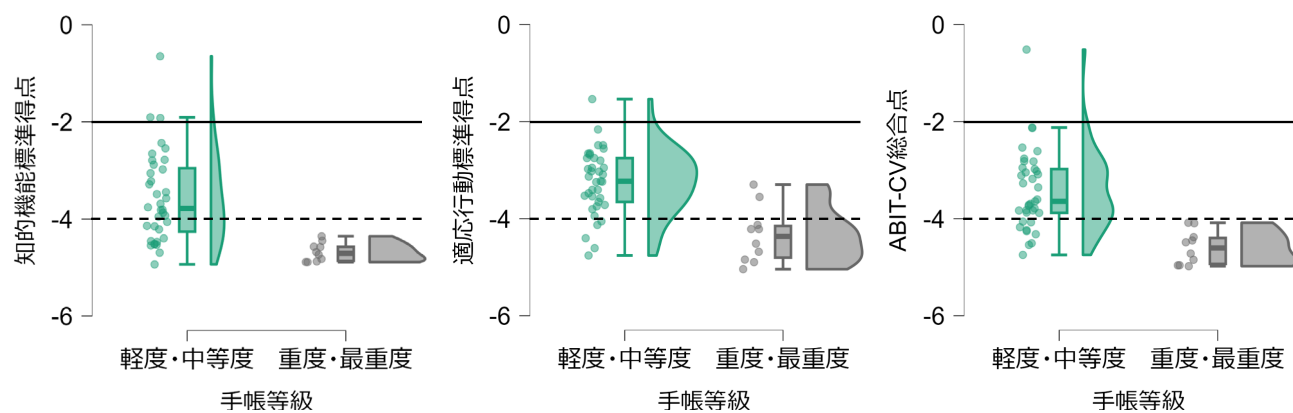


Figure 29 療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（青年・成人）

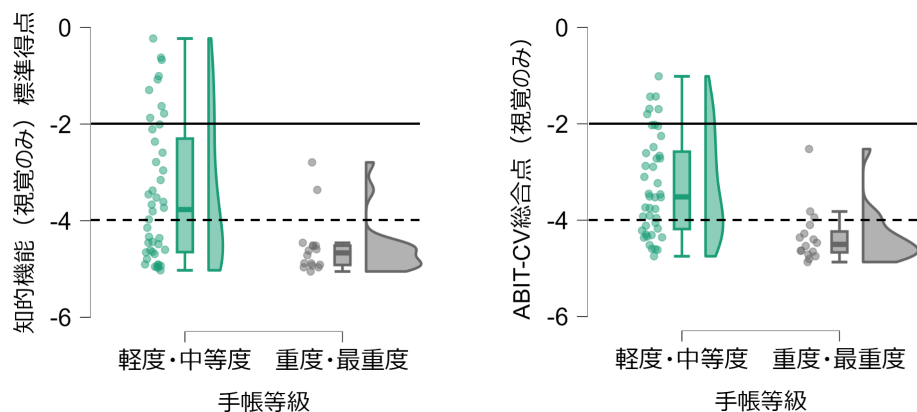


Figure 30 療育手帳の等級ごとの ABIT-CV の標準得点の分布（幼児；視覚課題のみ）

Table 12 ABIT-CV による重度判定の判別精度

	幼児			児童			青年・成人		
	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC	感度	特異度	AUC
知的機能	.867	.459	.703	1.000	.625	.987	1.000	.618	.918
知的機能（視覚のみ）	.867	.459	.703	-	-	-	-	-	-
適応行動	.733	.757	.825	.947	.875	.967	.800	.853	.887
総合点	.867	.649	.809	.947	.875	.980	1.000	.735	.929
総合点（視覚のみ）	.800	.622	.807	-	-	-	-	-	-

で仮に標準得点が高くなるようにノルムを補正すれば、今度は重度・最重度の参加者を誤って軽度・中等度と判定する割合が増え、感度が低下することになる。

もう1つは、療育手帳の等級判定において、本来は重度・最重度と判定されるべき児者が誤って軽度・中等度と判定されているという可能性である。実際、本報告書の他の分担研究も示しているように、療育手帳の等級判定の方法は自治体によって大きく異なっており、必ずしも十分に妥当性の確認された定量的なアセスメントツールによる評価が行われていないケースも少なくないと考えられることから、その判定に一定のばらつきがあることは十分に想定されうる。

こうした可能性は考えられるものの、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。

D. 結論

本稿では、療育手帳判定において必要となる知的機能および適応行動の評価を簡便かつ短時間に実施することのできる ABIT-CV の信頼性・妥当性の検証および標準化のための本調査の結果について報告した。主な知見は以下の通りである。

- ・ 項目分析の結果、大部分の項目が有効に機能していることが確認された。ただし、知的機能検査の一部項目については、高難度のために知的障害判定の目的には適していない可能性があり、削減を検討する余地がある。
- ・ いずれの下位検査・尺度についても、月齢にともなう滑らかな得点の上昇が見られ、2歳以下の低年齢域を除いては、定型発達群と知的障害群の間で明確な分布の違いが見られたことから、ABIT-CV が知的機能や適応行動の発達の变化を適切に捉えうることが示唆された。
- ・ 定型発達群における月齢区分ごとの要約統計量（1次から4次のモーメント）の推移に基づいて、月齢を調整した標準得点のノルムを設定した。ただし、本来、一般母集団に含まれるはずの知的障害児者の情報が適切にノルムに反映されるよう、知的障害群のデータに基づいて一部モーメント（特に分布の裾の厚みを規定する尖度）の値を調整した。以上により、月齢にともなう得点変化が調整されるとともに、それぞれの年齢域における分布の非正規性（歪度、尖度）も補正され、おおむね平均 0、標準偏差 1 の標準正規分布に近い標準得点の分布を得ることができた。
- ・ 1～6 歳における標準得点の年齢推移に基づいて、知的障害の判定および重症度の判定における ABIT-CV の適用開始年齢を検証した。知的障害の判定においては、2歳未満の段階では知的機能検査が有効に機能していないため、適応行動尺度のみをスクリーニング目的で使用するに留め、確定的な判定は2歳以降に実施すべきであることが示唆された。重症度判定においては、4歳未満では知的機能検査を判定に利用することが困難であり、適応行動尺度単体で参考値を得るに留め、確定的な判定は4歳以降に実施すべきであることが示された。

- ・ いずれの検査・尺度および総合点についても、内的整合性の観点から十分な水準の信頼性が確認された。また、ABIT-CV の総合点における 95%誤差範囲は.20 前後であり、実用上、きわめて精度の高い測定を実現できることが示されたが、カットオフ値に近い得点が得られた場合には慎重な解釈を要する。
- ・ 性別・地域によるバイアスを検証した結果、適応行動尺度において女性の得点が男性よりも.25SD 程度高いことが示されたが、先行研究の知見と一致していることから、ABIT-CV の評価バイアスというよりも、適応行動の実際の性差を反映しているものと考えられる。地域によるバイアスは見られなかった。
- ・ ABIT-CV の各検査・尺度の標準得点間の相互相関を検証したところ、知的機能検査全体と適応行動尺度の相関は.80 程度と高い値を示し、両者が実施形態や回答者によるバイアスを受けにくい優れた測定性能を有することが示唆された。また、知的機能検査のいずれの下位検査も十分な収束的妥当性を有することが確認された。
- ・ 併存的妥当性の検証として、外在基準との相関を検証したところ、知的機能検査はウェクスラー式知能検査の全検査 IQ と $r=.767$ 、適応行動尺度は Vineland-II 適応行動総合点と $r=.748$ の相関を示し、十分な収束的・弁別的妥当性が確認された。
- ・ 臨床的妥当性の検証として、知的障害の有無および重症度の判定精度を検証した。知的障害の判定においては、知的機能検査および適応行動尺度のいずれも、全ての年齢段階で感度・特異度・AUC が.95 を上回る高い精度を示した。また、両者の標準得点を平均した総合点は、さらに高い感度・特異度・AUC を示し、知的障害の有無をほぼ 100% の精度で判別可能であることが示された。比較のために算出した外在基準の感度は、ウェクスラー式知能検査で.909、Vineland-II 適応行動尺度で.965 であり、ABIT-CV はこれらの標準的指標と同等あるいはそれ以上の判別精度を有すること

が示唆された。構成項目のコンパクトな設計にもかかわらず、所要時間の短縮と参加者への実施負担の軽減により、結果として測定精度の向上が得られたと考えられる。

- ・ 重症度の判定においては、総合点が幼児で.809、児童で.980、青年・成人で.929 の AUC を示した。知的機能検査や総合点では、特異度がやや低い値を示したが、ABIT-CV の精度の問題というよりも、基準とした療育手帳の等級判定の方法が自治体によって大きく異なっており、妥当性の確認された定量的アセスメントが用いられていない場合があるなど、判定にばらつきがあることによるものと考えられた。ただし、現行の療育手帳の等級判定と ABIT-CV の判定の間に全体として大きな不一致はなく、今後、ABIT-CV を全国の自治体で運用することとなった場合にも、混乱が生じるリスクは小さいと考えられる。
- ・ 幼児において知的機能検査として発話を必要としない視覚課題のみを用いた場合、信頼性、併存的妥当性、臨床的妥当性がやや低下するものの、実用上は十分な測定性能が保たれることが示されたことから、発話の未発達や緘黙のある幼児にも ABIT-CV を適用可能であることが確認された。

E. 文献

American Psychiatric Association, ed. (2022).

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

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

Flanagan, D. F., & Alfonso, V. C. (2017). *Essentials of WISC-V Assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Flanagan, D. P., Alfonso, V. C., & Reynolds, M. R. (2013). Broad and narrow CHC abilities measured and not measured by the Wechsler

- Scales: Moving beyond within-battery factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(2), 202–223.
- Flanagan, D. P., & Kaufman, A. S. (2009). *Essentials of WISC-IV Assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2004). *Kaufman Assessment Battery for Children—second edition (K-ABC-II)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング. (2023). 厚生労働省 令和 4 年度障害者総合福祉推進事業費療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究 報告書.
- 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング. (2024). 厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 報告書.
- 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング. (2025). 厚生労働省 令和 6 年度障害者総合福祉推進事業療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 報告書.
- 村山 恭朗・浜田 恵 (2021). 児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とした療育手帳の交付判定方法に関する研究. 令和 2 年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 分担報告書.
- 村山 恭朗・浜田 恵 (2022). 療育手帳交付対象児者等を対象としたウェクスラー式知能検査と他の知能／発達検査の関連、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連に関する研究. 令和 3 年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 分担報告書.
- Ortiz, S. O., Flanagan, D. P., & Alfonso, V. C. (2017). Cross-battery Assessment Software System (X-BASS) (Version 2.0) [Computer software]. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Plante, E., & Vance, R. (1995). Diagnostic accuracy of two tests of preschool language. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 4(2), 70–76.
- 斎藤 繁. (2002). ダウン症児の知能の経年的変化について. 弘前学院大学社会福祉学部研究紀要, 2, 42-50.
- 櫻井 芳郎 (2000). 精神薄弱の定義および障害認定の基準に関する研究 (療育手帳制度を含む). 平成 11 年度厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業 分担報告書.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tasse, M. J. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports*, 12th Edition. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales*, Second Edition (Vineland-II). Pearson Assessments.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Vineland-3)*. San Antonio, TX: Pearson.
- 社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会 (2019). 平成 30 年度障害者総合福祉推進事業 「知的障害の認定基準に関する調査研究」 報告書.
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240, 1285–1293.
- 辻井正次・村上隆 (監修) . (2011) . *Vineland-II 適応行動尺度 日本版*. 日本文化科学社.
- Wechsler, D. (2021). *日本版 WISC-V 実施・採点マニュアル*. 日本文化科学社.
- Wechsler, D. (2018). *日本版 WAIS-IV 実施・採点マニュアル*. 日本文化科学社.
- Wechsler, D. (2017). *日本版 WPPSI-III 実施・採点マニュアル*. 日本文化科学社.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11*:

International classification of diseases (11th revision).

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

財団法人 田中教育研究所 (2003). 田中ビネー知能検査 V 実施マニュアル. 田研出版.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表 2 件

村山恭朗・浜田恵・明翫光宜・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.

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

2. 学会発表 1 件

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

H. 知的財産権の出願・登録情報

該当なし

付録1 視覚①の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚①比較・展開1	0.84	0.37	0.50	0.50	0.83	0.73
視覚①比較・展開2	0.84	0.37	0.39	0.49	1.09	0.77
視覚①比較・展開3	0.82	0.39	0.33	0.47	1.15	0.79
視覚①比較・展開4	0.78	0.41	0.28	0.45	1.17	0.80
視覚①比較・展開5	0.82	0.38	0.36	0.48	1.11	0.82
視覚①比較・展開6	0.81	0.39	0.26	0.44	1.35	0.83
視覚①比較・展開7	0.73	0.44	0.34	0.48	0.86	0.77
視覚①比較・展開8	0.75	0.43	0.26	0.44	1.13	0.78
視覚①比較・展開9	0.79	0.40	0.29	0.46	1.19	0.84
視覚①比較・展開10	0.70	0.46	0.26	0.44	0.99	0.80
視覚①比較・展開11	0.73	0.45	0.26	0.44	1.06	0.80
視覚①比較・展開12	0.72	0.45	0.25	0.43	1.05	0.78
視覚①比較・展開13	0.72	0.45	0.26	0.44	1.05	0.82
視覚①比較・展開14	0.36	0.48	0.10	0.30	0.61	0.46
視覚①比較・展開15	0.59	0.49	0.16	0.37	0.93	0.71
視覚①比較・展開16	0.42	0.50	0.09	0.28	0.77	0.51
視覚①比較・展開17	0.56	0.50	0.13	0.34	0.97	0.72
視覚①比較・展開18	0.67	0.47	0.18	0.39	1.08	0.75
視覚①比較・展開19	0.25	0.43	0.06	0.24	0.50	0.45
視覚①比較・展開20	0.12	0.32	0.05	0.22	0.22	0.29

付録2 視覚②の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚②仲間選び1	0.79	0.41	0.23	0.42	1.36	0.68
視覚②仲間選び2	0.68	0.47	0.19	0.40	1.09	0.66
視覚②仲間選び3	0.59	0.49	0.13	0.34	1.02	0.71
視覚②仲間選び4	0.57	0.50	0.11	0.32	1.02	0.72
視覚②仲間選び5	0.62	0.49	0.14	0.35	1.07	0.74
視覚②仲間選び6	0.46	0.50	0.04	0.20	0.98	0.67
視覚②仲間選び7	0.36	0.48	0.05	0.22	0.75	0.70
視覚②仲間選び8	0.14	0.35	0.01	0.09	0.46	0.49
視覚②仲間選び9	0.31	0.46	0.02	0.13	0.76	0.71
視覚②仲間選び10	0.11	0.32	0.02	0.13	0.36	0.41
視覚②仲間選び11	0.13	0.33	0.01	0.09	0.42	0.48
視覚②仲間選び12	0.20	0.40	0.01	0.09	0.57	0.63
視覚②仲間選び13	0.04	0.20	0.00	0.00	0.26	0.36
視覚②仲間選び14	0.07	0.25	0.00	0.00	0.33	0.39
視覚②仲間選び15	0.07	0.25	0.00	0.00	0.33	0.39

付録3 視覚③の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
視覚③数と見え方1	0.77	0.42	0.34	0.47	1.01	0.76
視覚③数と見え方2	0.68	0.47	0.30	0.46	0.83	0.73
視覚③数と見え方3	0.76	0.43	0.30	0.46	1.04	0.77
視覚③数と見え方4	0.43	0.50	0.10	0.30	0.73	0.60
視覚③数と見え方5	0.70	0.46	0.25	0.44	1.00	0.81
視覚③数と見え方6	0.43	0.50	0.07	0.26	0.82	0.65
視覚③数と見え方7	0.60	0.49	0.12	0.33	1.06	0.80
視覚③数と見え方8	0.45	0.50	0.06	0.23	0.91	0.76
視覚③数と見え方9	0.55	0.50	0.11	0.32	0.97	0.79
視覚③数と見え方10	0.40	0.49	0.06	0.23	0.80	0.74
視覚③数と見え方11	0.58	0.49	0.14	0.35	0.96	0.80
視覚③数と見え方12	0.41	0.49	0.05	0.21	0.85	0.77

付録4 言葉①の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
言葉①知識1	0.86	0.34	0.42	0.49	1.14	0.73
言葉①知識2	0.88	0.32	0.46	0.50	1.10	0.72
言葉①知識3	0.85	0.36	0.31	0.46	1.36	0.78
言葉①知識4	0.85	0.36	0.35	0.48	1.25	0.78
言葉①知識5	0.84	0.37	0.33	0.47	1.26	0.80
言葉①知識6	0.85	0.36	0.36	0.48	1.24	0.79
言葉①知識7	0.77	0.42	0.23	0.42	1.28	0.84
言葉①知識8	0.73	0.45	0.20	0.40	1.22	0.84
言葉①知識9	0.71	0.46	0.21	0.41	1.13	0.83
言葉①知識10	0.48	0.50	0.12	0.33	0.78	0.79
言葉①知識11	0.50	0.50	0.12	0.33	0.82	0.80
言葉①知識12	0.52	0.50	0.10	0.30	0.93	0.75
言葉①知識13	0.55	0.50	0.13	0.34	0.92	0.81
言葉①知識14	0.32	0.47	0.05	0.22	0.66	0.60
言葉①知識15	0.22	0.41	0.01	0.10	0.59	0.53
言葉①知識16	0.31	0.46	0.02	0.14	0.73	0.64
言葉①知識17	0.26	0.44	0.03	0.17	0.59	0.58

付録5 言葉②の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
言葉②共通点1	0.83	0.37	0.16	0.37	1.80	0.78
言葉②共通点2	0.82	0.39	0.14	0.35	1.82	0.79
言葉②共通点3	0.71	0.46	0.11	0.32	1.42	0.81
言葉②共通点4	0.84	0.37	0.15	0.36	1.87	0.81
言葉②共通点5	0.73	0.45	0.15	0.35	1.38	0.77
言葉②共通点6	0.61	0.49	0.07	0.25	1.26	0.70
言葉②共通点7	0.69	0.46	0.11	0.31	1.40	0.82
言葉②共通点8	0.77	0.42	0.14	0.35	1.58	0.79
言葉②共通点9	0.47	0.50	0.07	0.25	0.93	0.67
言葉②共通点10	0.64	0.48	0.09	0.29	1.26	0.78
言葉②共通点11	0.41	0.49	0.05	0.22	0.84	0.58
言葉②共通点12	0.69	0.46	0.05	0.22	1.59	0.81
言葉②共通点13	0.43	0.50	0.02	0.15	0.96	0.61
言葉②共通点14	0.34	0.48	0.02	0.13	0.81	0.55
言葉②共通点15	0.39	0.49	0.02	0.15	0.87	0.59

付録6 記憶の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
記憶1	0.86	0.35	0.48	0.50	0.97	0.74
記憶2	0.86	0.35	0.41	0.49	1.16	0.77
記憶3	0.82	0.39	0.33	0.47	1.17	0.84
記憶4	0.81	0.39	0.32	0.47	1.16	0.85
記憶5	0.77	0.42	0.26	0.44	1.18	0.86
記憶6	0.76	0.43	0.28	0.45	1.12	0.88
記憶7	0.76	0.43	0.21	0.41	1.30	0.89
記憶8	0.77	0.42	0.23	0.42	1.28	0.89
記憶9	0.56	0.50	0.09	0.29	1.05	0.78
記憶10	0.64	0.48	0.14	0.35	1.13	0.85
記憶11	0.57	0.50	0.08	0.28	1.10	0.82
記憶12	0.54	0.50	0.07	0.25	1.06	0.78
記憶13	0.43	0.50	0.05	0.21	0.89	0.68
記憶14	0.51	0.50	0.05	0.22	1.06	0.77
記憶15	0.23	0.42	0.02	0.14	0.58	0.48
記憶16	0.04	0.21	0.01	0.07	0.22	0.20

付録7 算数の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
算数1	0.87	0.34	0.46	0.51	1.04	0.56
算数2	0.86	0.35	0.40	0.49	1.16	0.60
算数3	0.79	0.41	0.34	0.48	1.05	0.69
算数4	0.74	0.44	0.30	0.46	0.99	0.74
算数5	0.69	0.46	0.26	0.44	0.96	0.78
算数6	0.74	0.44	0.26	0.44	1.11	0.76
算数7	0.56	0.50	0.12	0.32	0.97	0.89
算数8	0.66	0.48	0.19	0.39	1.03	0.83
算数9	0.64	0.48	0.18	0.38	1.03	0.84
算数10	0.58	0.49	0.13	0.34	0.98	0.87
算数11	0.64	0.48	0.15	0.36	1.07	0.84
算数12	0.58	0.49	0.13	0.34	1.00	0.88
算数13	0.53	0.50	0.10	0.30	0.95	0.86
算数14	0.54	0.50	0.12	0.32	0.93	0.89
算数15	0.52	0.50	0.10	0.30	0.91	0.90
算数16	0.54	0.50	0.09	0.29	0.99	0.88
算数17	0.44	0.50	0.07	0.26	0.83	0.87
算数18	0.42	0.49	0.07	0.25	0.82	0.87
算数19	0.43	0.50	0.05	0.22	0.88	0.88
算数20	0.33	0.47	0.02	0.14	0.77	0.79
算数21	0.42	0.49	0.03	0.17	0.91	0.87
算数22	0.40	0.49	0.05	0.21	0.83	0.87
算数23	0.32	0.47	0.02	0.12	0.76	0.77
算数24	0.30	0.46	0.02	0.14	0.70	0.75
算数25	0.31	0.46	0.01	0.07	0.77	0.75
算数26	0.39	0.49	0.04	0.20	0.81	0.86
算数27	0.33	0.47	0.01	0.10	0.80	0.79
算数28	0.27	0.44	0.01	0.07	0.70	0.71
算数29	0.19	0.40	0.01	0.07	0.56	0.60
算数30	0.31	0.46	0.02	0.12	0.75	0.77
算数31	0.09	0.28	0.00	0.00	0.36	0.39
算数32	0.21	0.41	0.00	0.00	0.61	0.62

付録8 適応行動尺度の項目分析の結果

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動1	2.00	0.05	1.96	0.20	0.35	0.15
適応行動2	1.99	0.10	1.94	0.29	0.29	0.15
適応行動3	2.00	0.00	1.92	0.32	0.40	0.18
適応行動4	2.00	0.05	1.99	0.14	0.10	0.00
適応行動5	2.00	0.00	1.93	0.32	0.39	0.15
適応行動6	1.99	0.10	1.87	0.42	0.52	0.21
適応行動7	1.99	0.12	1.68	0.72	0.78	0.32
適応行動8	2.00	0.00	1.98	0.20	0.17	0.10
適応行動9	2.00	0.00	1.95	0.28	0.28	0.14
適応行動10	2.00	0.00	1.98	0.12	0.21	0.08
適応行動11	2.00	0.05	1.93	0.35	0.37	0.16
適応行動12	2.00	0.00	1.98	0.12	0.21	0.08
適応行動13	2.00	0.05	1.91	0.36	0.43	0.16
適応行動14	2.00	0.00	1.92	0.36	0.39	0.14
適応行動15	2.00	0.00	1.97	0.23	0.23	0.11
適応行動16	1.99	0.12	1.94	0.31	0.23	0.16
適応行動17	1.99	0.10	1.86	0.47	0.50	0.22
適応行動18	2.00	0.00	1.97	0.22	0.20	0.11
適応行動19	2.00	0.05	1.92	0.34	0.41	0.16
適応行動20	2.00	0.06	1.73	0.59	0.85	0.33
適応行動21	2.00	0.06	1.60	0.75	0.97	0.37
適応行動22	1.99	0.10	1.79	0.52	0.69	0.30
適応行動23	1.99	0.14	1.77	0.60	0.58	0.32
適応行動24	1.99	0.13	1.80	0.57	0.52	0.27
適応行動25	2.00	0.05	1.89	0.42	0.43	0.21
適応行動26	1.99	0.11	1.82	0.53	0.52	0.24
適応行動27	1.97	0.19	1.71	0.61	0.72	0.40
適応行動28	1.98	0.16	1.74	0.59	0.72	0.36
適応行動29	1.95	0.24	1.73	0.62	0.54	0.38
適応行動30	1.98	0.19	1.78	0.61	0.50	0.28
適応行動31	1.99	0.14	1.78	0.52	0.70	0.36
適応行動32	1.97	0.24	1.57	0.77	0.87	0.44
適応行動33	1.92	0.38	1.54	0.75	0.69	0.48
適応行動34	1.95	0.30	1.48	0.85	0.90	0.48
適応行動35	1.95	0.29	1.27	0.93	1.24	0.56

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動36	1.94	0.32	1.53	0.79	0.81	0.49
適応行動37	1.94	0.31	1.70	0.64	0.56	0.44
適応行動38	1.90	0.40	1.28	0.89	1.07	0.60
適応行動39	1.90	0.42	1.26	0.94	1.04	0.58
適応行動40	1.86	0.48	1.43	0.88	0.69	0.54
適応行動41	1.93	0.34	1.58	0.79	0.69	0.48
適応行動42	1.85	0.51	1.07	0.95	1.17	0.69
適応行動43	1.83	0.55	1.06	0.98	1.10	0.69
適応行動44	1.90	0.44	1.43	0.90	0.76	0.52
適応行動45	1.70	0.67	1.20	0.90	0.67	0.72
適応行動46	1.93	1.02	1.54	0.82	0.41	0.24
適応行動47	1.84	0.50	1.07	0.93	1.18	0.67
適応行動48	1.86	0.49	1.15	0.96	1.09	0.65
適応行動49	1.81	0.58	0.93	0.96	1.25	0.74
適応行動50	1.80	0.57	0.97	0.92	1.20	0.74
適応行動51	1.81	0.56	1.10	0.95	1.02	0.70
適応行動52	1.79	0.56	1.33	0.90	0.68	0.66
適応行動53	1.74	0.62	0.91	0.92	1.16	0.79
適応行動54	1.82	0.57	0.82	0.97	1.39	0.77
適応行動55	1.80	0.59	0.84	0.96	1.34	0.76
適応行動56	1.79	0.61	0.75	0.95	1.44	0.79
適応行動57	1.74	0.65	0.72	0.90	1.39	0.82
適応行動58	1.75	0.65	0.81	0.95	1.26	0.76
適応行動59	1.80	0.59	0.78	0.97	1.42	0.78
適応行動60	1.78	0.61	0.73	0.91	1.47	0.80
適応行動61	1.75	0.64	0.72	0.93	1.40	0.82
適応行動62	1.67	0.71	0.75	0.94	1.17	0.84
適応行動63	1.51	0.80	0.72	0.93	0.94	0.89
適応行動64	1.64	0.73	0.69	0.93	1.20	0.86
適応行動65	1.72	0.68	0.81	0.97	1.18	0.80
適応行動66	1.72	0.68	0.68	0.93	1.36	0.82
適応行動67	1.69	0.67	0.80	0.96	1.16	0.81
適応行動68	1.75	0.64	0.82	0.97	1.24	0.79
適応行動69	1.69	0.67	0.81	0.96	1.15	0.82
適応行動70	1.67	0.72	0.81	0.97	1.07	0.82

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動71	1.66	0.72	0.70	0.92	1.22	0.85
適応行動72	1.74	0.66	0.85	0.99	1.16	0.78
適応行動73	1.67	0.73	0.63	0.92	1.31	0.85
適応行動74	1.71	0.69	0.74	0.94	1.26	0.82
適応行動75	1.61	0.75	0.63	0.89	1.24	0.86
適応行動76	1.69	0.70	0.63	0.90	1.39	0.84
適応行動77	1.63	0.73	0.64	0.91	1.25	0.86
適応行動78	1.75	0.65	0.70	0.93	1.41	0.82
適応行動79	1.65	0.69	0.71	0.90	1.25	0.85
適応行動80	1.72	0.66	0.75	0.94	1.29	0.82
適応行動81	1.64	0.73	0.73	0.95	1.14	0.84
適応行動82	1.57	0.76	0.75	0.93	1.01	0.86
適応行動83	1.57	0.80	0.65	0.93	1.10	0.86
適応行動84	1.60	0.76	0.69	0.92	1.12	0.87
適応行動85	1.53	0.80	0.65	0.91	1.06	0.89
適応行動86	1.62	0.74	0.72	0.94	1.12	0.86
適応行動87	1.63	0.73	0.61	0.88	1.31	0.86
適応行動88	1.65	0.72	0.77	0.95	1.11	0.84
適応行動89	1.63	0.74	0.61	0.86	1.31	0.88
適応行動90	1.55	0.80	0.56	0.87	1.21	0.88
適応行動91	1.57	0.77	0.63	0.87	1.17	0.88
適応行動92	1.62	0.73	0.64	0.88	1.26	0.89
適応行動93	1.58	0.80	0.54	0.86	1.27	0.88
適応行動94	1.55	0.76	0.65	0.90	1.13	0.89
適応行動95	1.53	0.83	0.61	0.89	1.09	0.89
適応行動96	1.49	0.82	0.56	0.86	1.12	0.91
適応行動97	1.53	0.81	0.65	0.92	1.04	0.88
適応行動98	1.52	0.82	0.57	0.86	1.15	0.89
適応行動99	1.43	0.88	0.50	0.84	1.07	0.91
適応行動100	1.39	0.88	0.52	0.85	1.01	0.92
適応行動101	1.54	0.84	0.69	0.94	0.98	0.86
適応行動102	1.52	0.85	0.68	0.95	0.95	0.88
適応行動103	1.38	0.88	0.54	0.86	0.96	0.92
適応行動104	1.44	0.86	0.53	0.84	1.07	0.92
適応行動105	1.42	0.89	0.48	0.83	1.07	0.91

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動106	1.40	0.88	0.49	0.79	1.07	0.91
適応行動107	1.44	0.88	0.63	0.92	0.91	0.89
適応行動108	1.45	0.88	0.54	0.86	1.05	0.91
適応行動109	1.44	0.88	0.54	0.87	1.04	0.91
適応行動110	1.36	0.91	0.54	0.86	0.91	0.92
適応行動111	1.33	0.93	0.46	0.84	0.96	0.91
適応行動112	1.36	0.90	0.45	0.79	1.05	0.93
適応行動113	1.35	0.90	0.47	0.81	1.01	0.92
適応行動114	1.30	0.92	0.47	0.83	0.94	0.92
適応行動115	1.32	0.93	0.59	0.90	0.80	0.92
適応行動116	1.42	0.88	0.54	0.86	0.99	0.91
適応行動117	1.34	0.91	0.52	0.86	0.92	0.93
適応行動118	1.33	0.89	0.50	0.83	0.96	0.93
適応行動119	1.34	0.91	0.48	0.84	0.96	0.93
適応行動120	1.28	0.93	0.49	0.84	0.87	0.92
適応行動121	1.27	0.91	0.46	0.83	0.92	0.92
適応行動122	1.29	0.94	0.55	0.89	0.81	0.92
適応行動123	1.31	0.93	0.50	0.86	0.89	0.91
適応行動124	1.22	0.93	0.44	0.81	0.87	0.92
適応行動125	1.27	0.93	0.43	0.79	0.94	0.93
適応行動126	1.20	0.95	0.49	0.83	0.78	0.93
適応行動127	1.27	0.95	0.54	0.88	0.79	0.92
適応行動128	1.29	0.94	0.53	0.87	0.82	0.92
適応行動129	1.30	0.95	0.56	0.88	0.79	0.92
適応行動130	1.24	0.94	0.43	0.80	0.90	0.93
適応行動131	1.16	0.96	0.38	0.74	0.86	0.92
適応行動132	1.28	0.95	0.53	0.86	0.82	0.92
適応行動133	1.31	0.94	0.54	0.86	0.83	0.92
適応行動134	1.22	0.95	0.49	0.84	0.79	0.93
適応行動135	1.14	0.92	0.47	0.82	0.74	0.94
適応行動136	1.23	0.97	0.52	0.87	0.76	0.91
適応行動137	1.24	0.94	0.47	0.83	0.84	0.93
適応行動138	1.07	0.96	0.43	0.81	0.70	0.90
適応行動139	1.18	0.93	0.43	0.77	0.84	0.94
適応行動140	1.15	0.93	0.41	0.77	0.83	0.92

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動141	1.17	0.96	0.46	0.82	0.77	0.93
適応行動142	1.09	0.96	0.41	0.78	0.74	0.91
適応行動143	1.12	0.93	0.41	0.78	0.80	0.93
適応行動144	1.12	0.95	0.43	0.80	0.76	0.92
適応行動145	1.19	0.96	0.47	0.84	0.78	0.93
適応行動146	1.18	0.95	0.45	0.81	0.80	0.93
適応行動147	1.21	0.95	0.47	0.83	0.81	0.93
適応行動148	1.10	0.99	0.35	0.75	0.80	0.88
適応行動149	1.14	0.97	0.42	0.78	0.78	0.92
適応行動150	1.17	0.96	0.40	0.77	0.84	0.92
適応行動151	1.13	0.97	0.44	0.82	0.75	0.92
適応行動152	1.12	0.97	0.39	0.76	0.80	0.91
適応行動153	1.14	0.96	0.39	0.76	0.83	0.93
適応行動154	1.19	0.97	0.43	0.80	0.83	0.92
適応行動155	1.13	0.96	0.40	0.75	0.81	0.92
適応行動156	1.03	0.95	0.40	0.76	0.70	0.91
適応行動157	1.12	0.96	0.38	0.77	0.82	0.92
適応行動158	1.10	0.96	0.35	0.70	0.84	0.92
適応行動159	1.14	0.97	0.33	0.70	0.89	0.91
適応行動160	1.17	0.96	0.44	0.80	0.80	0.93
適応行動161	1.13	0.96	0.29	0.65	0.95	0.90
適応行動162	1.17	0.97	0.34	0.68	0.93	0.92
適応行動163	1.19	1.35	0.41	0.77	0.64	0.93
適応行動164	1.03	0.99	0.35	0.72	0.74	0.89
適応行動165	1.09	0.95	0.41	0.76	0.76	0.92
適応行動166	0.96	0.97	0.38	0.74	0.64	0.90
適応行動167	1.13	0.96	0.42	0.78	0.77	0.92
適応行動168	1.13	0.98	0.36	0.73	0.84	0.92
適応行動169	1.13	0.98	0.41	0.79	0.78	0.92
適応行動170	1.05	0.97	0.34	0.69	0.79	0.91
適応行動171	1.06	0.97	0.35	0.71	0.78	0.91
適応行動172	0.92	0.93	0.31	0.65	0.71	0.90
適応行動173	1.01	0.95	0.35	0.69	0.75	0.91
適応行動174	0.99	0.94	0.38	0.72	0.69	0.90
適応行動175	1.07	0.95	0.41	0.77	0.73	0.91

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動176	1.03	0.98	0.32	0.69	0.78	0.90
適応行動177	1.08	0.97	0.29	0.65	0.89	0.92
適応行動178	0.85	0.95	0.34	0.73	0.57	0.87
適応行動179	0.75	0.95	0.23	0.60	0.61	0.83
適応行動180	0.90	0.98	0.26	0.62	0.71	0.87
適応行動181	0.96	0.97	0.34	0.71	0.68	0.89
適応行動182	0.91	0.95	0.34	0.70	0.64	0.88
適応行動183	0.94	0.97	0.26	0.61	0.77	0.87
適応行動184	0.88	0.98	0.19	0.55	0.78	0.84
適応行動185	0.92	0.97	0.28	0.65	0.73	0.88
適応行動186	0.95	0.98	0.31	0.68	0.72	0.89
適応行動187	0.96	0.98	0.32	0.69	0.70	0.88
適応行動188	0.95	0.99	0.26	0.61	0.78	0.87
適応行動189	0.91	0.95	0.31	0.65	0.68	0.88
適応行動190	0.94	0.97	0.35	0.72	0.65	0.89
適応行動191	0.79	0.94	0.23	0.58	0.65	0.85
適応行動192	0.90	0.98	0.24	0.59	0.75	0.87
適応行動193	0.75	0.94	0.23	0.61	0.61	0.82
適応行動194	0.85	0.95	0.32	0.67	0.61	0.87
適応行動195	0.79	0.93	0.15	0.46	0.78	0.84
適応行動196	0.76	0.91	0.23	0.55	0.65	0.84
適応行動197	0.82	0.95	0.20	0.51	0.73	0.84
適応行動198	0.77	0.93	0.23	0.57	0.65	0.82
適応行動199	0.89	0.97	0.25	0.62	0.72	0.85
適応行動200	0.84	0.95	0.15	0.42	0.83	0.84
適応行動201	0.88	0.97	0.30	0.67	0.65	0.86
適応行動202	0.84	0.94	0.30	0.65	0.62	0.87
適応行動203	0.78	0.95	0.13	0.41	0.79	0.83
適応行動204	0.82	0.98	0.13	0.45	0.79	0.82
適応行動205	0.83	0.96	0.15	0.45	0.80	0.84
適応行動206	0.86	0.97	0.20	0.52	0.77	0.84
適応行動207	0.72	0.92	0.19	0.51	0.64	0.81
適応行動208	0.73	0.92	0.10	0.36	0.78	0.79
適応行動209	0.88	0.97	0.25	0.60	0.72	0.87
適応行動210	0.80	0.96	0.15	0.47	0.77	0.82

	定型発達群		知的障害群		d	I-R相関
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
適応行動211	0.75	0.91	0.19	0.51	0.68	0.83
適応行動212	0.69	0.90	0.15	0.47	0.68	0.79
適応行動213	0.78	0.94	0.14	0.39	0.79	0.83
適応行動214	0.67	0.90	0.11	0.37	0.72	0.76
適応行動215	0.68	0.91	0.13	0.39	0.70	0.80
適応行動216	0.65	0.92	0.05	0.24	0.77	0.74
適応行動217	0.61	0.86	0.12	0.43	0.64	0.76
適応行動218	0.59	0.84	0.17	0.51	0.56	0.76
適応行動219	0.61	0.87	0.08	0.32	0.70	0.74
適応行動220	0.49	0.83	0.08	0.37	0.56	0.67

研究成果の刊行に関する一覧表

1. 書籍 該当なし

2. 雑誌

本田秀夫：フェニルケトン尿症および類縁疾患. 「精神科治療学」第 39 巻増刊号：症状性・器質性精神障害診療ガイド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・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.

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.

以上

研究協力者一覧

【研究協力者・検査実施者】

野沢 朋美	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
増山 晃大	愛知教育大学教育科学系心理講座 講師
足立 匡基	明治学院大学心理学部心理学科 准教授
久保 尊洋	横浜国立大学・教育学部学校教員養成課程学校教育 講師
中島 卓裕	名古屋学芸大学ヒューマンケア学部児童発達教育専攻 講師

【検査実施者】

東 利奈	株式会社 LITALICO 児童指導員
井澗 未稀	神戸大学大学院人間発達環境学研究科博士課程前期課程臨床心理学コース
稲村 実柚	横浜国立大学大学院教育学研究科教育支援専攻 心理支援コース 修士
稲永 龍一	いっといっぽ下落合教室（児童発達支援・放課後等デイサービス）・さいたま福祉保育医療製菓調理専門学校（学生相談）
井上 早苗	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センターリハ・育療支援部門
打和 望実	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
大江 涼夏	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学専攻博士前期課程（修士課程）
大塚 萌笑	金沢大学大学院人間社会環境研究科人文学専攻公認心理師養成プログラム 博士前期課程
大森 若葉	横須賀市療育相談センター 心理士
奥田 菜央	愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程 教育支援高度化専攻臨床心理学コース
奥田 奈菜	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
蒲 みのり	明治学院大学大学院心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
木村 愛	横浜国立大学教育学研究科 心理支援専攻修士
木村 さつき	神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士前期課程臨床心理学コース
香取 みずほ	特定非営利活動法人アスペ・エルデの会 児童発達支援事業所あるこ
斎藤 杏	愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程教育支援高度化専攻臨床心理学コース
最林寺 悠	愛知教育大学大学院 教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
佐藤 辰哉	明治学院大学心理学研究科心理学専攻博士前期課程臨床心理学コース
柴山 枝里佳	金沢大学大学院人間社会環境研究科人文学専攻公認心理師養成プログラム 博士前期課程
下手 花音	特定非営利活動法人アスペ・エルデの会 児童発達支援事業所ぶちば
鈴木 のどか	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース
鈴木田 英里	同志社大学心理学部心理学科 助教
須藤 野々花	愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
竹林 明日香	神戸大学人間発達環境学研究科博士課程前期課程臨床心理学コース
竹峰 泰成	愛知教育大学大学院教育学研究科教育支援高度化専攻臨床心理学コース修士
田中 美遥	愛知教育大学教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース

天満 沙紀	医療法人社団宏知会青山病院 心理職
豊泉 慶佳	神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程前期課程臨床心理学コース
中林 桜子	愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程 教育支援高度化専攻臨床心理学コース
中山 桜希	愛知教育大学大学院教育学研究科修士課程 教育支援高度化専攻臨床心理学コース
仁科 遼太郎	一般社団法人福島県子どもの発達支援協会 親と子のサポートセンターふくしま
能渡 綾菜	一般社団法人福島県子どもの発達支援協会 親と子のサポートセンターふくしま
濱里 真弓子	特定非営利活動法人アスペ・エルデの会 児童発達支援事業所ぶちば
廣瀬 翔平	特定非営利活動法人アスペ・エルデの会 児童発達支援事業所あるこ
星野 進	株式会社 Kaien
松下 幸平	中京大学大学院 心理学研究科 臨床・発達心理学専攻 博士前期課程
向島 千遥	愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース 修士
目代 理桜	愛知教育大学大学院 教育学研究科 教育支援高度化専攻 臨床心理学コース
持丸 結真	明治学院大学心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース 博士前期課程
森 菜摘	中京大学大学院心理学研究科臨床・発達心理学専攻修士課程
安川 愛理	九州大学こころとそだちの相談室 専従相談員
山口 翔	特定非営利活動法人アスペ・エルデの会児童発達支援事業所ぶちば・児童指導員
山下 千織	神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程前期課程臨床心理学コース
横田 奈々子	明治学院大学心理学研究科心理学専攻臨床心理学コース博士前期課程
劉 娟	神戸大学大学院人間発達環境学研究科人間発達専攻博士課程後期課程

【データ入力・整理】

犬飼 惟沙	中京大学大学院 心理学研究科
大江 涼夏	中京大学大学院 心理学研究科
原 千紗都	中京大学大学院 心理学研究科
水野 樹美	中京大学大学院 心理学研究科
上野 瑞佳	中京大学大学院 心理学研究科
大森 彩加	中京大学大学院 心理学研究科
小池 里奈	中京大学大学院 心理学研究科
志賀 勇心	中京大学大学院 心理学研究科
鈴木 香音	中京大学大学院 心理学研究科
瀧下 夏乃	中京大学大学院 心理学研究科
森 菜摘	中京大学大学院 心理学研究科
インズージェ	中京大学 心理学部
早川 尚志	中京大学 心理学部
瀬瀬 温人	中京大学 心理学部
後藤 彩名	中京大学 心理学部

【事務補助】

金枝 あや	中京大学現代社会学部辻井研究室
松岡 羽衣子	中京大学現代社会学部辻井研究室
加藤 芽愛	中京大学現代社会学部辻井研究室
松本 若葉	中京大学現代社会学部辻井研究室
無雁 萌果	中京大学現代社会学部辻井研究室

以上