

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
分担研究報告書

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

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

### 研究要旨

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

## A. 研究目的

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

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

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

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

こうした課題を踏まえ、本研究班では、療育手帳の

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

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

## B. 方法

### 1. 参加者

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

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

### 2. 調査内容

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

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

Table 1 参加者の基本属性

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

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

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

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

### 3. 分析方法

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

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

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

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

た。

### 4. 倫理面への配慮

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を踏まえ、中京大学研究倫理委員会の審査および承認を得た上で調査が実施された（中京研倫第 2025-119 号）。調査実施前に、参加者および保護者等に対して、本調査の目的および調査内容と共に、本調査への参加は自由意志に基づくこと、本調査への参加を辞退した場合であっても不利益は被らないこと、一旦本調査への参加に同意した後であっても本調査への参加を辞退することができることなどが口頭で説明された。本調査の実施に関する不明な点がないことを確認した上で、参加者本人および保護者等から本研究の参加について書面での同意を得た。

### C. 結果

#### 1. 知能・適応行動得点の一致

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

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

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

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

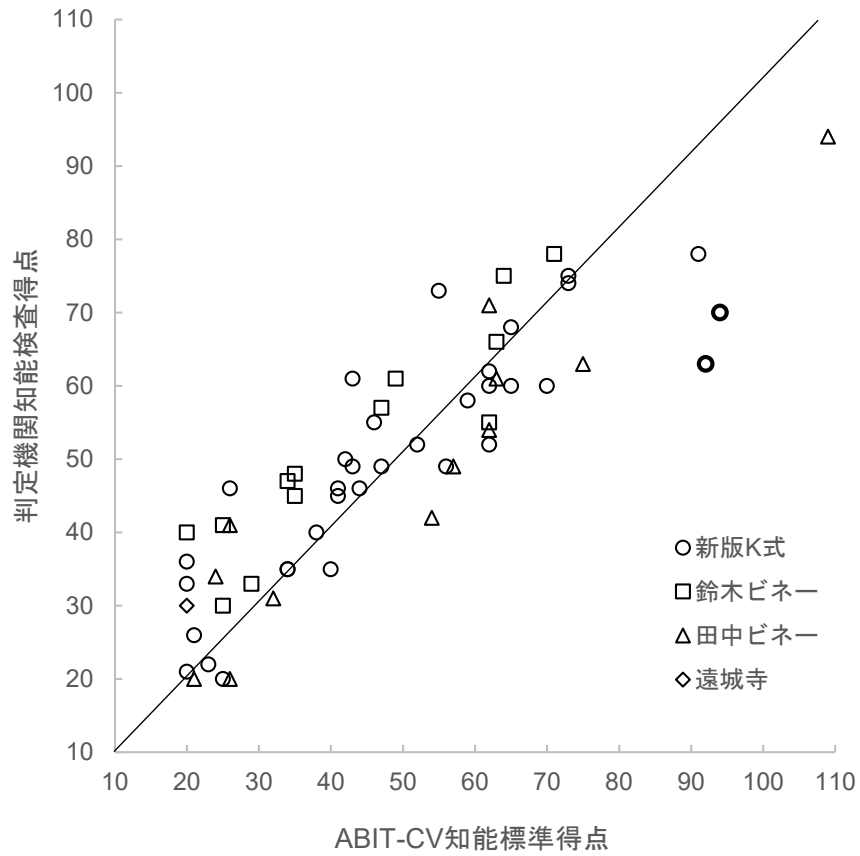


Figure 2 判定機関の検査およびABIT-CVにおける適応行動得点の散布図

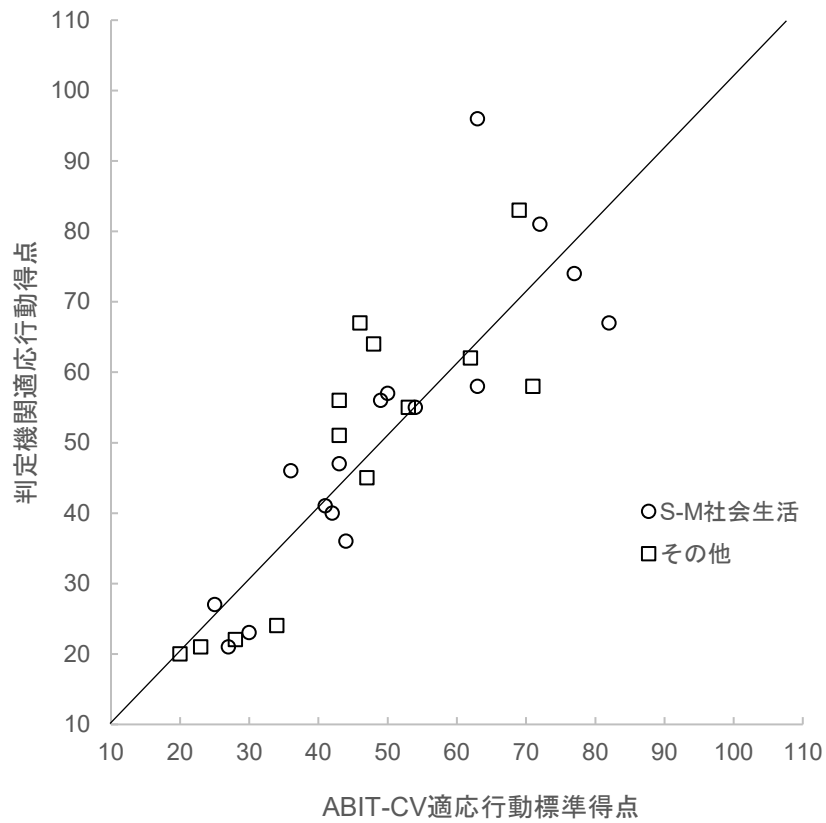
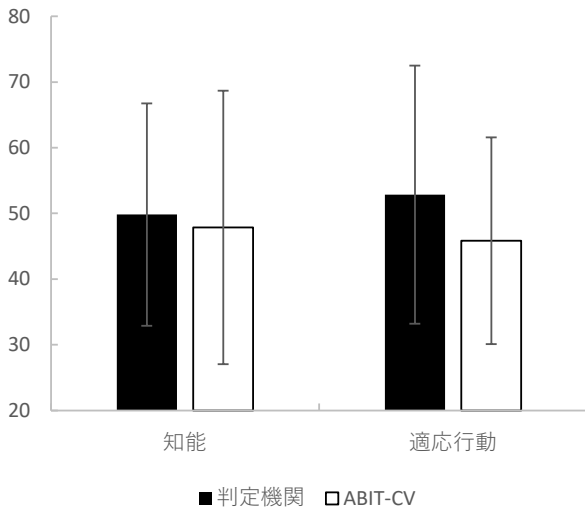


Figure 3 判定機関の検査と ABIT-CV における得点の平均値 (エラーバーは標準偏差)



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

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

## 2. 判定結果の一致

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

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

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

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

## 3. 判定の不一致に関する原因分析

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

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

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

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

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

Table 4 総合判定に関する判定機関と ABIT-CV のクロス集計表

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

準の差異」の3つの観点から分類した。分類結果を Table 5 に示した。

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

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

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

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

第二に、知能の測定に際して、知能検査の代替とし

Table 5 判定結果の不一致の原因に関する分類結果（複数該当あり）

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

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

第三に、適応行動の評価として、十分な信頼性・妥

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

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

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

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

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

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

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

## D. 考察

### 1. 得点および判定の一致

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

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

帳判定の実務における有用性が高いツールであると考えられる。

## 2. 判定の不一致の原因

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

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

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

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

きが存在することを示唆している。

## 3. 次年度以降の課題

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

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

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

## E. 結論

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

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

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

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

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

## F. 文献

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

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

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

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. (2023). 厚生労働省 令和4年度障害者総合福祉推進事業費 療育手帳その他関連諸施策の実態等に関する調査研究報告書.

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

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. (2025). 厚生労働省 令和6年度障害者総合福祉推進事業 療育手帳その他関連諸施策との関係性と影響についての調査 報告書.

村山 恭朗・浜田 恵 (2021). 児童相談所および知的障害者更生相談所を対象とした療育手帳の交付判定方法に関する研究. 令和2年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 分担報告書.

村山 恭朗・浜田 恵 (2022). 療育手帳交付対象児者等を対象としたウェクスラー式知能検査と他の知能/発達検査の関連、Vineland-II 適応行動尺度と S-M 社会生活能力検査の関連に関する研究. 令和3年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 分担報告書.

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

櫻井 芳郎 (2000). 精神薄弱の定義および障害認定の基準に関する研究 (療育手帳制度を含む).

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tasse, M. J. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports*, 12<sup>th</sup> Edition. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005).

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

社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会(2019). 平成30年度障害者総合福祉推進事業 「知的障害の認定基準に関する調査研究」報告書.

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

辻井正次・村上隆 (監修) . (2011) . Vineland-II 適応行動尺度 日本版. 日本文化科学社.

Wechsler, D. (2017). 日本版 WPPSI-III 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.

Wechsler, D. (2018). 日本版 WAIS-IV 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.

Wechsler, D. (2021). 日本版 WISC-V 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社.

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

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

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

## G. 健康危険情報

特になし

## H. 研究発表

### 1. 論文発表

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

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

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

## 2. 学会発表

該当なし

## I. 知的財産権の出願・登録情報

該当なし