

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

著者	辻井 正次, 大塚 晃, 内山 登紀夫, 日詰 正文, 小林 真理子, 伊藤 大幸, 浜田 恵, 村山 恭朗
著者別表示	Tsuji Masatsugu, Ohtsuka Akira, Uchiyama Tokio, Kobayashi Mariko, Ito Hiroyuki, Ito Hiroyuki, Murayama Yasuo
雑誌名	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) 総括研究報告書
発行年	2021-04
URL	http://doi.org/10.24517/00067057



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）

総括研究報告書

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	中京大学 現代社会学部 教授
分担研究者	大塚 晃	一般社団法人日本発達障害ネットワーク 副理事長
	内山 登紀夫	大正大学 心理社会学部 教授
	日詰 正文	独立行政法人 国立重度知的障害者総合施設 のぞみの園 研究部長
	小林 真理子	山梨英和大学 人間文化学部 教授
	伊藤 大幸	中部大学 現代教育学部 講師
	浜田 恵	名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部 講師
	村山 恭朗	神戸学院大学 心理学部 准教授

研究要旨

療育手帳制度は、昭和48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に基づき開始され、その判定基準は都道府県及び指定都市ごとに定められている。これまで、療育手帳の判定基準のばらつきによる弊害が多く指摘されてきたが、未だ療育手帳の判定方法や重症度に関する統一基準は確立されていない。このような療育手帳の弊害の是正を図るため、本研究は6つの分担研究を通じて、療育手帳の判定業務および障害等級の基準の統一化に向けた基礎資料を作成することを目的とした。本研究の結果から、療育手帳の判定の基準の統一化を図るためには、1：知的障害者福祉法における知的障害の定義の明確化、2：ICD-11の知的障害の診断基準に沿った判定を行うため、偏差IQおよび標準指数の算出が可能な知能検査および適応行動の評価尺度を実施できるなど、知的障害の診断・評価ができるトレーニングを受けた専門家の養成、3：知能、適応行動双方の合成値を用いることが知的障害者の判別の精度を高め、知能検査としてはウェクスラー式検査、適応行動尺度としてはVineland-IIが療育手帳判定に推奨されること、4：ICD-11に基づいた療育手帳の判定の方法・基準・重症度（障害区分）の整備、5：現在の療育手帳の業務のあり方に関する全国規模での再検討が必要であることが示唆

A. 研究目的

療育手帳制度は、昭和 48 年（1973 年）に都道府県知事および指定都市長宛になされた厚生事務次官通知（厚生省発児第 156 号）に基づき開始され、現在に至るまで運用されている。この通達のため、療育手帳の判定方法および障害等級の基準は全国で統一された基準はなく、その基準は都道府県及び指定都市ごとに定められている。このような療育手帳に関する基準のばらつきによる弊害（転居に伴う療育手帳の交付再判定など）は、複数の研究調査において、度々指摘されている（例えば、櫻井，2000）。しかし、未だ療育手帳の判定方法や知的障害の程度に関する統一基準は確立されていない。

これに加えて、近年、児童相談所が対応する業務の一つである児童虐待の相談対応件数が問題となっている。令和元年における児童相談所での児童虐待の相談対応件数は 193,780 件であり、この件数は 10 年前（平成 21 年度：44,211 件）のおよそ 4.4 倍、20 年前（平成 11 年度：11,631 件）のおよそ 17 倍にあたる（厚生労働省，2020）。このような児童虐待の増加は、児童相談所の業務を圧迫している（PwC コンサルティング合同会社，2020）。そのため、政府は平成 31 年に児童虐待防止対策に関する関係閣僚会議において、「児童虐待防止対策の抜本的強化について」を決定している。その中で、児童相談所における児童虐待への体制強化を図るために、児童相談所が担う療育手帳の判定に係る業務に関して、「療育手帳の判定業務について、その一部等を児童相談所以外の機関が実施している事例等を把握した上で、障害児者施策との整合性にも留意しつつ、事務負担の軽減につながる方策を検討する」との方針が示されている。このことから、知的障

害児者およびその家族の負担の軽減、児童相談所における児童虐待への対応強化を図るうえで、療育手帳の判定や障害の程度に係る基準の統一化は喫緊の課題といえよう。そこで、本研究は、6 つの分研究を通じて、療育手帳の判定業務および障害等級の基準の統一化に向けた基礎資料を作成することを目的とする。

B. 各分担研究の研究方法及び研究結果

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題（大塚 晃）

療育手帳制度については、さまざまな課題があると言われて久しい。しかし、療育手帳制度を廃止して新たな制度を作れという議論は少ない。現行の療育手帳制度の活用のメリットを感じているところもあるであろう。療育手帳制度を時代のニーズに応えるものに本当に変えられるのであろうか？その際、時代のニーズに応える療育手帳制度とはどのようなものであろうか？本分担研究では、現行の療育手帳制度成立の背景とともに、現状の課題について明らかにすることを目的とした。

身体障害者手帳制度については「法令」で規定しているのに対し、療育手帳だけは「療育手帳制度について(療育手帳制度要綱)」と「療育手帳制度の実施について」の二つの「通知」で規定している。精神薄弱者福祉法等に精神薄弱の法的定義がないのであるから、いたしかたのないことであるが、通知自体は「重度」と「それ以外（中・軽度）」という 2 つの区分でしかない。これについては、前述したように精神薄弱児者重度等の設置において、精神薄弱者の区分をこの 2 つにおいて規定してきたことから、その時点における選択肢はなかったと推測する。昭和 42 年には東京都が、すでに「愛の手帳」

制度を施行しており、4 区分を採用していた。にもかかわらず療育手帳に関する「通知」では、知的障害が「重度」の場合は「A」、「その他」の場合は「B」とされた。都道府県知事や政令指定都市の市長に必要な事項を手帳に記載することができる事や、手帳の別名を併記する事、A・B の他に中度等の区分を定めることも認め、各自治体は自身の裁量で手帳の交付基準を設定する裁量を与えた。その結果、各自治体は療育手帳の詳細に関して自治体の必要に応じて独自に対応していった。そして、関東だけを取ってみても同じ区分表記のものは茨城県と埼玉県だけしか存在せず、加えて、この 2 県ですら手帳の名称が異なるという、非常に複雑な制度になり、全国的にはバラバラな制度となっていった。「通知」は一定の拘束力を持つが、罰則措置が規定されていない“緩い”法律である。そのため、通知の解釈および施行に関して、各自治体の裁量の幅が大きくなる傾向がある。特に、地方自治体の単独のサービスや支援と連関して、その区分は多様なものになっていった。知的障害の定義上の知能指数の範囲を超えて、療育手帳を出す実態があること等自治体の裁量が利用者や家族のメリットになる側面はあるが、他の県への移動などにより手帳が出ないなど混乱も生じている。

2. 現在の知的障害に関する国際的な診断基準と、最近の知的障害概念の検討（内山 登紀夫）

本分担研究報告では知的障害に関する最近の国際的な定義を概観し、その基準を我が国の臨床現場で応用する際の問題点や療育手帳制度に国際的診断基準を適用する際の検討点を抽出する。特に AAIDD(American Association on

Intellectual and Developmental Disabilities, Ad Hoc Committee on Terminology and Classification, 2010)の定義と、医学的診断基準である現行の ICD-11, DSM-5 において知的障害をどのように定義しているか、定義にいたる背景を文献的に検討し我が国において知的障害をどのように診断評価するかの方法を提案する基礎的資料を提供する。

研究方法

現在国際的に使用されている知的障害の診断基準である AAIDD, DSM-5, ICD-11 の定義や概念を整理し、現行の診断基準にはどのような研究成果が反映されているのかを英語文献を中心に検討した。

研究結果

AAIDD の Intellectual Disability の定義は以下の通りである。なお本翻訳は AAIDD の現在のウェブサイトより訳出した (AAIDD, 2021)。

知的障害(Intellectual Disability)の定義

知的障害とは知的機能 (intellectual functioning) と適応行動 (adaptive behavior) の両方に明らかな制限 (significant limitations) があり、それは日常の社会生活の多くの場面や実用的スキルの範囲に及ぶ。この障害は 22 歳以前から始まる。

知的機能は以下のように定義される。

知的機能 (Intellectual Functioning) は、知能 (intelligence) と言い換えることもできる。学習 (learning)、推論 (reasoning)、問題解決 (problem solving) などの一般的な精神能力のことである。

知的機能を測定する方法の一つに IQ テストがある。一般的に、IQ テストのスコアで 70 前後あるいは、75 までが、知的機能

に制限があることを意味している。

適応行動 (Adaptive Behavior) は以下のよう
に定義される。

適応行動は概念的 (conceptual)、社会的 (social)、
実際の (practical) なスキルの集合体であり、
人々が日常生活で身につけ実行するものである。

概念的スキル (Conceptual skills)

言語や読み書きの能力であり、お金、時間、
数の概念と自発的に行動できる (self-direction)
ことをさす。

社会的スキル (Social skills)

対人スキル、対人反応、社会的責任、自尊心、
騙されやすさ、素朴さ (例：心配しやすい)、
対人問題の解決、ルールに従う能力/法を守り、
被害にあうことを避けるなどの能力をさす。

実際のスキル (practical skills)

日常生活能力 (身辺自立能力)、職業能力、
健康管理、旅行/移動、スケジュールや習慣
に従う、お金の使用、電話の使用などのスキル
である。

DSM-5 では Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (日本語の訳語は知的能力障害 ((知的発達症/知的発達障害)) であり、新たに類似の用語が採用されたことは混乱の一因になるだろう。

知的能力障害 (知的発達症) は神経発達症群の代表的な障害であり、発達期に発症する。概念的、社会的、実用的領域において、知的機能と適応機能の両方が不十分な障害である。診断には次の A,B,C の3つの条件を満たす必要がある (拙訳)。

A. 推論、問題解決、プランニング、抽象的思考、判断、教科学習、経験から学ぶこ

となどの知的機能が不十分であり、臨床的アセスメントと個別の標準化された知能検査によって確認される。

B. 個人の自立と社会的責任について発達水準と社会文化的水準を満たすことができない適応機能の不足がある。継続的な支援なしには、適応機能の不足はコミュニケーション、社会参加、生活の自立などの日常生活の一つ以上の機能を制限する。それは、家庭、学校、職場、コミュニティなどの多様な環境で生じる。

C. 知的機能と適応行動の不十分さは発達期に生じる。

ICD-11 では上位カテゴリーの神経発達障害 (Neurodevelopmental disorders) の下位カテゴリーに分類され、用語としては Disorders of intellectual development が採用された。AAI DD の定義とは異なり disability ではなく disorder を採用したことは医学領域に位置付けることを明確に意図している。軽度、中度、重度、最重度に4分類される。下記は執筆時点 (2021年4月) における WHO のサイトからの拙訳である (WHO, 2020)。

知的障害の定義： 認知機能の有意な障害によって特徴づけられる発達の状態を示すグループで、学習、適応行動、スキルが限定的であることによって定義される。

A00.0 知的発達の障害、軽度 Disorder of intellectual development, mild

軽度知的発達障害は発達期に生じ、知的機能と適応行動が有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より2から3標準偏差低い(およそ、

0.1-2.3 パーセントイル)。複雑な言語獲得や理解と学習の達成に困難があることが多いが、ほとんどの人は基本的な身辺自立や家事、実生活に必要な能力を獲得する。比較的自立した生活と仕事をする事ができるが適切なサポートが必要になることがある。

6A00.1 知的発達障害、中度 Disorder of intellectual development, moderate

中度知的発達障害は発達期に生じ、知的機能と適応行動が平均より有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より3から4標準偏差低い（およそ、0.003-0.1パーセントイル）。言語と学習能力の達成度は多様だが、基本的なスキルに限定されることが一般的である。基本的な身辺自立や家事、実生活に必要な能力を獲得する人もいるが、ほとんどの人は自立した生活をおくり成人期に仕事を得るためにはかなりの程度の継続したサポートが必要になる。

6A00.2 知的発達障害、重度 Disorder of intellectual development, severe

重度知的発達障害は発達期に生じ、知的機能と適応行動が平均より有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より4標準偏差以上低い（およそ、0.003パーセントイルより低い）。言語と学習能力の達成は極めて限定される。運動能力にも困難があることが多く、適切にケアされるためには支援者がいる環境で日常的にサポートが必要になることが一般的である。集中的なトレーニングによって基

本的な自立能力をもつこともある。基本的な身辺自立や家事、実生活に必要な能力を獲得する人もいるが、ほとんどの人は自立した生活をおくり成人期に仕事を得るためにはかなりの程度の継続したサポートが必要になる。最重度との違いは適応行動の違いにのみ基づく。現存の知能テストでは0.003パーセントイル以下の知的機能の差を信頼性と妥当性を担保して測定することができないからである。

6A00.3 知的発達障害、最重度 Disorder of intellectual development, profound

最重度知的障害は発達期に生じ、知的機能と適応行動が平均より有意に低い状態である。それは適切に標準化された個別のテストにより測定されるか、テストが不可能なときは相応の行動指標によって判断される。平均水準より4標準偏差以上低い（およそ、0.003パーセントイルより低い）。コミュニケーション能力は極めて限定され、学習スキルを獲得する能力は基本的な具体的スキルに限定される。運動機能障害や感覚障害を合併することが多く、適切にケアされるためには支援者がいる環境で日常的にサポートが必要になることが一般的である。重度と最重度との違いは適応行動の違いにのみ基づく。現存の知能テストでは0.003パーセントイル以下の知的機能の差を信頼性と妥当性を担保して測定することができないからである。

3. 療育手帳判定におけるアセスメント手法に関する心理測定学的検証（伊藤 大幸）

本稿では、心理アセスメント検査の質を評価するための体系的な枠組みである欧州心理学者連合会（European Federation of

Psychologists' Associations: EFPA) 検査評価モデル (Evers, Hagemester, & Hostmaelingen, 2013) について概観した上で、療育手帳判定に用いられている各種検査の心理測定学的性質を包括的に評価し、判定業務での使用に関する推奨の程度を判定する。加えて、知的障害のアセスメントに用いられる知能検査と適応行動尺度の結果をどのように組み合わせる総合的な判定を行うことが望ましいのかについて、統計学的観点から予備的な検証を行う。

研究方法

第一に、心理アセスメント検査の体系的な評価の枠組みである EFPA 検査評価モデルについて概観する。第二に、療育手帳判定に用いられている各種検査の心理測定学的性質を EFPA 評価モデルに基づいて評価し、判定業務の使用における推奨の程度を判定する。第三に、定型発達者と知的障害者の知能および適応行動のデータを使用して、知的障害の判定の方法について統計学的観点からの予備的な検証を行う。

研究結果

EFPA 検査評価モデルの枠組みに沿って、療育手帳判定に用いられているアセスメント検査の心理測定学的性質について検証した。知能検査に関しては、ウェクスラー式の 2 検査 (WPPSI-III、WISC-IV) がいずれの観点にも「適格」(2) 以上の評定を得た。一方で、ビネー式の 2 検査 (田中ビネーV、鈴木ビネー) は、比率 IQ による評価を基本としていること、サンプリングの方法が適切でなく、代表性に関する記載も見られないことから、基準値について「不適格」と判断した。

発達検査については、ビネー式検査と同様に、いずれの検査も偏差指数の基準値が示されておらず、サンプルの代表性も保証

されていないことから、基準値は「不適格」と判断された。津守式のみ信頼性に関する部分的な根拠が示されていたが、妥当性に関する根拠の提示はいずれも不十分であった。

また、一般母集団と知的障害者から得られた知能検査および適応行動尺度のデータを用いて、知能と適応行動をどのように組み合わせる判断を行うことが適切なのか、統計学的観点から検証を行った。療育手帳の判定を知能だけで行う場合、知的障害群の大部分が手帳交付の対象となるが、一般群の一部も対象となってしまうことが示された。一方、適応行動だけで判定を行う場合、一般群の大部分は交付の対象とならないが、知的障害群の多くも交付の対象から外れてしまう形になることが示された。これに対し、知能と適応行動の合成値で判定を行う場合、知能もしくは適応行動のみで判定する場合よりも、一般群と知的障害群を精度よく判別できていることが示された。

4. 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 (村山 恭朗・浜田 恵)

本研究では、国際的に使用されている診断基準に基づき、療育手帳の判定および障害等級の想定され得る統一基準を提示し、その案に対する全国の児童相談所および知的障害者更生相談所の意見を聴取することを目的とした。

研究方法

調査対象 厚生労働省が示す全国の児童相談所 (234 箇所) および知的障害者更生相談所 (86 箇所) に調査票を送付した。調査票の回答および返送があった児童相談所 136 箇所、知的障害者更生相談所 57 箇所、両方の機能を備える機関 16 箇所の計 209

箇所（回収率 65.3%）を分析対象とした。

調査項目 まず、ICD-11 における知的障害の診断基準に基づき、療育手帳の判定に係るアセスメントのあり方を提案した。その提案に関する 10 の質問を作成し、選択式および自由記述により意見を求めた。

（倫理面への配慮）

自由意志に基づき本研究への参加の可否を決めてよいことを調査票のフェイスシートに明記した。さらに、本研究結果を公開する際、自治体名を公表しないこと、本研究に参加しない場合であっても何ら不利益が生じることがないことを明記した。

研究結果

療育手帳の判定における知的機能のアセスメントツールとして、ウェクスラー式知能検査を標準とすることに対して、3 割弱（28.2%）の機関が「問題はない」と回答した。半数弱（45.9%）の機関は「その他」と回答した。ウェクスラー式知能検査を標準とすることに対する懸念で最も多く指摘された内容はウェクスラー式知能検査が算出可能な IQ の下限についてであった（54.7%）。次に、検査時間の長さに関する内容が多かった（148 機関、41.2%）。

療育手帳の判定における適応行動のアセスメントとして、Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに対して、およそ 3 割の機関は「問題ない」と回答した。半数の機関（49.8%）は「その他」と回答した。Vineland-II 適応行動尺度を標準とすることに対する意見には、「検査時間の長さ」が最も多く（82 機関、39.2%）、次いで費用面の負担（30 機関、14.4%）や人材育成などの「人員／人材問題」（23 機関、11.0%）に関する意見が多かった。

5. 児童相談所および知的障害者更生相談

所における療育手帳の判定基準の統一化に向けての課題の整理（小林 真理子）

本分担研究では、全国の児童相談所及び知的障害者更生相談所から提供された実際の心理診断及び心理判定に係る調査票から、両機関で行われている判定業務の実態を明確にし、統一化がなかなか進まない現状とその課題などを整理する。その上で、今後、統一的な判定基準を検討する際の考慮すべき課題について明確化することが目的となる。

研究方法

全国の児童相談所（23 カ所）および知的障害者更生相談所（86 カ所）に、心理診断または心理判定に係る調査票（以下、調査票）の提供を文書にて依頼した。その結果、児童相談所 21 カ所、知的障害者更生相談所 16 カ所から、調査票の提供があった。そのため、37 カ所における調査票（欠損データ＜依頼目的と相違したデータも含む＞2 件）を分析対象とした。

（倫理面への配慮）

本調査にあたり、各施設に対して、調査票の提出は自由意志に基づくものとし、提出を拒否した場合であっても不利益が生じることがないこと、本研究結果を公開する際、自治体名を公表しないことを文書にて伝えた。

研究結果

児童相談所において、療育手帳判定時に必要情報として利用するのは、「心身の健康状態」18 カ所（85.7%）、「日常生活能力」16 カ所（76.2%）、「適応行動」16 カ所（76.2%）、「知能検査」15 カ所（71.4%）、「社会生活能力」15 カ所（71.4%）であり、この 5 項目が過半数の機関で使用されていた。

知的障害者更生相談所において、療育手

帳判定時に必要情報として利用するのは、「日常生活能力」12カ所(75%)、「知能検査」12カ所(75%)、「適応行動」11カ所(68.8%)、「心身の健康状態」11カ所(68.8%)、「社会生活能力」11カ所(68.8%)の5項目が、過半数の機関で使用されていた。これら5項目は児童相談所・知的障害者更生相談所とも共通して利用される情報であることがわかる。

児童相談所においては、18歳未満の対象者であることから、「生育歴情報」8カ所(38.1%)、「発達検査」8カ所(38.1%)を次に多く使用している。

一方、知的障害者更生相談所においては、18歳以上の対象であることから、「職業能力」8カ所(50%)で多く利用しており、各機関の対象者のライフステージを考えると、それぞれにおいて必要な情報となっていることがわかる。

また児童相談所における必要情報として、「当日の行動観察」5カ所(23.8%)、「家庭及び養育環境」4カ所(19.4%)が必要情報とされており、児童福祉の最前線の機関として、療育手帳の判定時において、家庭環境や子どもと養育者との関係性などの確認を同時におこなっていることが推察される。

知能検査については、ビネー式が多く用いられ、その他、ウェクスラー式が用いられている。発達検査においては、遠城寺式、津守式、K式などが多く用いられていることがわかるが、知能検査や発達検査の使用状況や種類については、本研究の別の分担研究により詳細に報告されるので、そちらに譲りたい。

この調査票から、知能検査が難しい対象者に対しては、おそらく発達検査を代用する、もしくは厚労省での研究事業などで開発されたチェックリストを使用しているこ

とがわかる。また、数値化される検査を行い、知能指数(IQ)や発達指数(DQ)を算出して判定時の必要情報としていることがわかる。

各機関とも、日常生活の状況の聴取として、「日常生活能力」「適応行動」「職業能力」「運動能力」などさまざまな基準と名称を用いている。また、日常生活の状況の聴取の一環として、社会生活能力検査として、新版S-M社会生活能力検査が使用されている。

6. 国の通知等から見る療育手帳の制度面での活用状況(日誌 正文)

療育手帳は、知的障害者が①一貫した指導・相談、②援助・措置を受けやすくするための制度として既に50年近く運用されてきた。本研究では、この②について、現在の療育手帳が制度上どのように活用されているのか厚生労働省のホームページから確認できる資料をもとに確認した。

研究方法

厚生労働省ホームページ、中央法規出版の「障害者総合支援六法令和2年度」から“療育手帳”をキーワードとして通知等を抽出し、活用の用途ごとに整理した。

研究結果

■申請時の対象者要件の確認

(1) 障害福祉サービス、障害児支援の対象者となる知的障害者かどうかは、市町村が行う認定調査や市町村保健センターや児童相談所、保健所等の意見書の活用などの方法で判断しており、療育手帳の所持は必ずしも求められていない。例えば、

- ・訓練等給付費の支給や地域相談支援、障害児入所施設での支援の対象者かどうかは、療育手帳に記載されている障害の状況又は疾病名のみに着目するのではなく、障害があるが故に日常生活を営むのに支

障を来している状況等を含めて勘案して判断する。

- ・重度障害者等包括支援や障害児通所支援での支援の対象児童かどうかは、療育手帳の交付を受けている必要はない。としている。

(2) 障害者雇用促進法の平成 25 年度改正時に障害者の範囲、令和元年度改正時に障害者雇用率の算定対象者となる障害者の確認方法の明確化を行っている。知的障害者の場合は、

- ・知的障害者判定機関(児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は地域障害者職業センター)が交付した判定書(知能指数、障害の程度及び身辺処理能力に関する意見を記入)
- ・その他これに準ずる書類(療育手帳)のいずれかの方法で確認することとなっている。

としている。

(3) 各種、経済的な支援を受ける際の利便性が進められている。例えば、

- ・生活福祉資金、障害者住宅整備費等の貸付、自動車税・軽自動車税又は自動車取得税の減免等の申請
- ・鉄道旅客運賃、航空旅客運賃、有料道路通行料金の割引を受ける対象者(知的障害者の障害の程度、同行者の取扱)等(NHK受診料など)について、療育手帳の確認を行うことを関係省庁や企業、団体向けに周知している。

(4) デジタル社会の推進に併せて、療育手帳の提示をせずマイナンバーの利用によって各種支援が受けやすくなる環境整備も進められている。

■等級判定の参考

(5) 障害者年金の支給対象における障害の程度の認定に地域差による不公平感が生じないように、平成 28 年に等級判定ガイドラインが策定されている。知的障害者の場合の考慮すべき要素に、療育手帳の判定区分を参考にすることが記載され、

- ・療育手帳の判定区分が中度以上(知能指数がおおむね 50 以下)の場合は、1 級または 2 級の可能性を検討する。それより(療育手帳の判定が)軽度の判定区分になる場合は、不適応行動等により日常生活に著しい制限が認められる場合は、2 級の可能性を検討する。

としている。

(6) 特別児童扶養手当の支給対象の認定についても障害年金と同様に等級に着目し、療育手帳の交付を受けている時の取り扱いについては、障害の程度が「A」と記載されているものは 1 級に該当するものとして認定して差し支えない。

としている。

■緊急対応が必要な者の把握

(7) 災害時の避難支援を必要とする要援護者について、日頃から自治体の関係局が把握を行う必要があることから、個人情報取り扱いに留意しつつ、情報共有が模索されており、障害支援(程度)区分の認定調査や療育手帳所持者を要援護者の範囲としている場合があることを周知している。

(8) 英国の研究において(重度の)知的障害が新型コロナウイルス感染症の死亡及び入院リスクを上昇させる報告があることを受け、ワクチンの接種順位の上位(基礎疾患を有する範囲)に知的障害(療育手帳を所持している場合)を位置づけている。

C. 考察

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題 (大塚 晃)

わが国は、2006年(平成18年)の国連の「障害者の権利に関する障害の捉え方条約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)」を批准し、障害者基本法(平成23年8月改正法施行)、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差別解消法)」(平成28年4月施行)等の法律の整備を図ってきた。「医学モデル」が、「障害を個人の心身機能によるものとし、個人的な問題として捉えるのに対して、「社会モデル」の考え方に基づいて、「障害」は社会(モノ、環境、人的環境等)と個人の心身機能の障がいがいまわって作りだされているものであり、その障壁を取り除くのは社会の責務であるとし、社会全体の問題として捉える考え方である。

このような、障害を「社会モデル」で考える時代において、知的障害の定義や判定方法をどのように考えれば良いのであろうか? 現行の知的障害の定義や判定方法は、「医学モデル」により成り立っていると言わざるを得ない。療育手帳制度のみならず「手帳制度」そのものを根本から考えざるをえない状況に来ているのではないだろうか。

障害者総合支援法のサービスを利用するにあたって、手帳所持は必須とされていない。障害支援区分も手帳制度を前提とされていない。障害種別を超えて普遍的なサービス体系になってきたからだと考える。このような時代に、療育手帳が都道府県によって障害区分が異なり、他県への移動に伴って、実質的な混乱が生じている実態がある。普遍的な制度への移行の前に、知的障害者福祉法に「知的障害」の定義を規定するという個別の課題の解決を図っておくことが重

要である。

2. 現在の知的障害に関する国際的な診断基準と、最近の知的障害概念の検討(内山 登紀夫)

3つの国際的診断基準の改訂について概観してきた。共通することは知能指数の限界についての認識と、適応行動を含めた多様な要素を含めた支援ニーズを把握することが支援や分類のために重要であることの認識である。一方、我が国において知的障害の診断にあたっては、必ずこのように知能指数が求められる。それも多くの場合FSIQの一つのIQのみで判断される。知的障害の分類においてはIQを基準にすること一般になされており、むしろ、IQのみが指標とされる傾向がある。例えば療育手帳の診断書において、子どもの行動や家庭背景から明らかに支援ニーズが高い場合でも、IQの数値が基準を超えていると手帳が発行されないこともありうる。療育手帳発行の「現場」ではIQが個人の能力や適応行動の指標であるようにみなされてきた。同じIQでも神経心理学や遺伝学、画像研究などからは個人差が大きいことが明らかになり、現在のようにIQを指標にすることに疑問が持たれている。特にFSIQを指標にすることは多くの研究者や臨床家が不適切とみなしており、より意味のある指標を使うべきだとしている(Greenspan & Woods, 2014)。

さらに問題なのは、使用される知能テストに規定がないことである。ICD-11では知能障害の分類にパーセンタイルが指標とされている。軽度知的障害を例に挙げると平均水準より2から3標準偏差低い(およそ、0.1-2.3パーセンタイル)ことが指標になっており、偏差IQを用いることが前提になることは明らかである。我が国で療育手帳

の判定に、最も頻用されているのは田中ビネーテストである(社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会, 2019; 吉村ら, 2020)が、現在の最新版である田中ビネー検査 V では、2歳から 13 歳までは精神年齢と実年齢の比で IQ を算定することになっている。田中ビネーテストと比較されることの多い、米国版のスタンフォード・ビネーテストでは 1960 年版から偏差知能指数を算定することに変更しており、日本のビネーテストを諸外国のビネーテストとは大きく異なる立場をとっており、我が国では 13 歳以下の子どもに対して田中ビネーテストの指数を参考に我が国の知的障害の判定を ICD-11 に準拠して行うことは原理的に不可能である。

筆者の経験では田中ビネーテストを使用するのはウェクスラー式が使えないような重度の子どもや成人に対することが多い。それは療育手帳などの公式の診断書を作成される際に行政から求められることが一つの理由である。特に重度、最重度の判定の際には知能指数を求められる。ICD-11 では重度、最重度の判定には IQ を用いず、適応行動で判断することになっている。ウェクスラー検査ができないような重度の知的障害の子どもに田中ビネー検査を用いて精神年齢を算定し IQ 値を算定することは可能であるが、それは偏差 IQ ではないという意味でも、ICD-11 の診断に必要なという意味でも無駄であり、子どもと家族の負担を増やすだけであるので、今後の検討が望まれる。

国際的診断基準を用いて正しく診断するために臨床経験のある専門家が必要である。知的障害の診断について経験のある医師は多くない。これは特に成人においてあてはまる、アメリカの家庭医を対象にした調査では知的障害を診断するためのトレーニン

グを、全く、あるいは、ほんのわずかしか受けていないことが明らかになった。また家庭医の多くが、教育や福祉の分野の支援者との連携が取れていず情報もない中で、「地図もなく」診療に従事している(Wilkinson, Dreyfus, Cerreto, & Bokhour, 2012)。このような状況は我が国でも同様、あるいはもっと深刻かもしれない。知能テストを正しく理解している医師は多くない。知的障害や発達障害を正しく診断できる医師の要請も望まれる。

3. 療育手帳判定におけるアセスメント手法に関する心理測定学的検証 (伊藤 大幸)

療育手帳判定においては、知能検査としてウェクスラー式の 2 検査 (WPPSI-III、WISC-IV)、適応行動尺度として Vineland-II 適応行動尺度の利用が推奨される。一方、ビネー式の 2 検査 (田中ビネー V、鈴木ビネー)、3 つの発達検査 (新版 K 式、遠城寺式、津守式) および S-M については、知的障害の有無と重症度を判断する必要がある療育手帳判定における利用は推奨されない。

知的障害の診断において、知能や適応行動を単独で用いるよりも、知能と適応行動の合成値を用いることが判定の精度を高めることが示唆された。知能と適応行動は相互に独立した構成概念であることに加え、その測定の方法にも違いがある。つまり、知能検査では課題に対する対象者の反応を記録するのに対し、適応行動尺度では同居者・介護者に普段の対象者の様子について評定を求める。このように、内容と測定方法の両面において異なる指標を組み合わせて用いることで、対象者の実像をより正確に捉え、知的障害者の判別の精度を高めることが可能になっていると考えられる。

4. 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 (村山 恭朗・浜田 恵)

我が国が承認している ICD-11 における知的障害の診断基準に基づき、本研究ではウェクスラー式知能検査を療育手帳の判定に係る知的機能の標準的アセスメントツールとすることを提案した。この提案に対し、全体の 28.2%の機関は「問題ない」と回答した。その一方で、ウェクスラー式知能検査を標準的検査とすることに対する懸念も示された。最も多く示された懸念は、算出可能な IQ の下限であった。

しかしながら、今後、ICD-11 における知的障害の診断基準が国内で施行されていく場合には、この懸念は払拭される。現在、多くの自治体が運用している知的障害の障害区分 (重症度) は、前版の ICD-10 や国内で提案されてきた基準 (厚生労働省, 2007) に準じていると思われる。しかしながら、2022 年から施行される国際的基準である ICD-11 では、前版 (ICD-10) とは異なり、知的障害の重症度に係る IQ の下限は 40 に設定されている (World Health Organization, 2020)。この IQ の下限の変更の背景には、ICD-11 では、知的機能の評価指標として、精神年齢が削除され、偏差 IQ のみが表記されたことがある。今後、国連において、我が国が承認した ICD-11 における知的障害の診断基準を履行し、国が知的障害の重症度の基準を変更する場合、知的障害の重症度に係る IQ の下限値は 40 になることが推測される。つまり、国が ICD-11 の基準に準拠する知的障害の重症度を国内基準として整備することで、児童相談所および知的障害者更生相談所が療育手帳の判定においてウェクスラー式知能検査を標

準的検査とすることに対して抱く最も大きな懸念は解消される。

その一方で、我が国において、ICD-11 が示す知的障害の診断基準とは異なる基準が 2022 年以降も継続される場合、療育手帳を交付される申請児者の一部は知的障害の診断基準を満たさないことが強く懸念される。このような状況下では、児童相談所および知的障害者更生相談所が示す療育手帳の判定結果の科学性は保証できないと考えざるを得ない。療育手帳制度の科学性および正当性を確立するためにも、国は早急に ICD-11 の知的障害の診断基準に準拠する形で、知的障害の重症度の基準を整備する必要がある。

5. 児童相談所および知的障害者更生相談所における療育手帳の判定基準の統一化に向けての課題の整理 (小林 真理子)

本研究において、実際に使用されている調査票等から、児童相談所・知的障害者更生相談所とも、相談受理時に使用する「フェースシート」として児童記録票、療育手帳判定書、障害現況調査記録、相談判定記録票など、さまざまな名称及び内容が表記されていることがわかった。

また、療育手帳判定時に必要とされる情報は、19 項目となった。その中で、①知的機能・発達状況、②日常生活の状況、③心身の健康状態を含む医学的根拠が過半数の機関で必要情報をされていることがわかり、この 3 つの項目を重要情報としていくことが妥当であろうと考える。また療育手帳の等級の統一化の際、調査票の書式についても同様に検討していく必要があるのは当然のことと言えよう。

このことから、療育手帳制度要綱である「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) にかかる制度の実効ある運用について記された「療育手帳制度の実施について」(昭和 48 年 9 月 27 日発児第 725 号) の第 3 障害の程度の判定などについて、現状に見合った具体的な表記の見直し(具体的には国際的な疾病の診断基準である ICD-11 に基づいて整備するなど)がまずは統一化にむけた第一歩になるのではないかと考える。

本研究の結果から、療育手帳の判定基準の統一化について、大多数が重要であるとする見解ではあるのだが、調査票の分析から検討できることとして、判定基準だけでなく、それに基づく必要な情報についてもさまざまであることが分かってきた。そのため、一つには、「療育手帳制度の実施について」の判定の基準を国際的な疾病の診断基準である ICD-11 に基づき整備することが望ましい。二つには、統一化に向けて、判定機関として位置付けられている児童相談所と知的障害者更生相談所が合同で、現在の療育手帳の業務のあり方を全国規模で再検討することが必要である。

6. 国の通知等から見る療育手帳の制度面での活用状況(日詰 正文)

療育手帳は、交付を受けた者が知的障害者であることを証明するために使う利便性の用途の他、行政機関が適切に経済的支援や災害時支援、健康支援などに活用する事例があること、今後のデジタル社会に向けた環境整備も進められているなど、制度運用の歴史と共に活用が変化していることが把握できた。

D. 結論

本研究が行った 6 つの分担研究の結果から、療育手帳の判定の基準の統一化を図る

ためには、1: 知的障害者福祉法における知的障害の定義の明確化に関する整備、2: 国際的な診断基準である ICD-11 の知的障害の診断基準に沿った判定を行うため、偏差 IQ および標準指数の算出が可能な知能検査および適応行動の評価尺度を実施できるなど、知的障害の診断・評価ができるトレーニングを受けた専門家の養成、3: 知能、適応行動双方の合成値を用いることが知的障害者の判別の精度を高め、知能検査としてはウェクスラー式検査、適応行動尺度としては Vineland-II 適応行動尺度が療育手帳判定に推奨されること、4: ICD-11 に基づいた療育手帳の判定の方法・基準・重症度(障害区分)の整備、5: 現在の療育手帳の業務のあり方に関する全国規模での再検討が必要であることが示唆される。

E. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 該当せず