

障害程度 年齢段階	A (最重度)	B (重 度)	C (中 度)	D (軽 度)
18 ～ 19 歳	A 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。 C 単純な意志表示しかできない。 S 集団行動は散歩程度しかできない。 L 文字の読み書きや数量処理はできない。 V 単純作業も難しい。	A 身のまわりの始末はどうかにかできる。 C 簡単な日常会話しかできない。 S 指示されても集団行動は充分にはできない。(体操、ボールけりなど) L やさしい文字の読み書きはできるが数量処理は難しい。 V 断続的な単純作業はどうかにかできるが長続きせず、共同の作業はできない。	A 身のまわりの始末はできるが、状況(時・所・場所・T. P. O)に応じた配慮ができない。例えば服装など。 C 限られた範囲内ならば日常会話はどうかに通じる。 S 簡単な社会生活のきまりは、ある程度理解できる。 L 平仮名程度はなんとか読んだり書いたり、また簡単な買物ができる。 V 単純作業ならばできる。	A 身のまわりの始末はできるが、状況(時・所・場所・T. P. O)に応じた配慮ができない。例えば服装など。 C 日常会話はできるが、こみ入った話は難しい。 S 簡単な社会生活のきまりに従って行動できるが、事態の変化には適応できない。 L 簡単な読み書きや金銭の計算ならばできる。 V 単純作業を中心とする職業に就労できるが監督が必要である。
30 ～ 49 歳	A 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。 C 簡単な指示には従うことができる。 C 単純な意志表示しかできない。 S 集団行動は散歩程度しかできない。 V 単純作業も難しい。	A 身のまわりの始末はどうかにかできる。 C 簡単な日常会話はどうかにかできる。 S 監督のもとでなら、ある程度集団行動はとれる。(体操、ボール投げなど) L やさしい文字は、どうかにか読んだり書いたりできる。 V 短時間なら、ある程度単純作業はできる。	A 身のまわりの始末はできるが、状況(時・所・場所・T. P. O)に応じた配慮ができない。例えば服装など。 C 日常会話はある程度できる。 S 簡単な社会生活のきまりは、ある程度理解できる。 L 平仮名程度はなんとか読んだり書いたり、また簡単な買物ができる。 V 単純作業ならばできる。	A 身のまわりの始末はできるが、状況(時・所・場所・T. P. O)に応じた配慮ができない。例えば服装など。 C 簡単な日常会話はどうかにか通じる。 S 簡単な社会生活のきまりは理解できる。 L 簡単な読み書きや金銭の計算はどうかにかできる。 V 監督のもとでなら単純作業の職業に従事できる。
50 ～ 59 歳	A 他人の助けを借りなければ身のまわりの始末ができない。 C 簡単な指示には、ある程度従えるがムラが多い。 C 単純な意志表示しかできない。 S 集団行動は散歩程度しかできない。(他の人についていける程度) O 簡単な手伝い位しかできない。(新聞をもってくる、茶碗の出し入れなど)	A 身のまわりの始末はどうかにかできる。 C 日常会話はある程度できるが、語いが少ない。 L やさしい文字はどうかにか読んだり書いたりできる。 S 短時間なら監督のもとで、ある程度集団行動がとれる。(散歩、ボール遊びなど) V 監督のもとでなら簡単な作業ができるが長続きしない。(草むしり、雑巾がけなど)	A 身のまわりの始末はできるが、状況(時・所・場所・T. P. O)に応じた配慮ができない。例えば服装など。 C 日常会話は、たどたどしいがある程度できる。 L 2～3の漢字を使って簡単な文章が書ける。また100円位の買物なら計算ができる。 S 簡単な社会生活のきまりはある程度理解できる。 V 単純作業はできるが自発性に乏しい。	A 身のまわりの始末はできるが、状況(時・所・場所・T. P. O)に応じた配慮ができない。例えば服装など。 L 新聞が読めるが内容は不十分にしか理解できない。 L いくつかの買物の計算ができる。 S 乗物の利用、他人との協力などは、ある程度できる。 V 単純作業はできるが、監督が必要である。
60 ～ 69 歳	A 身のまわりの始末は介助が必要である。 C 簡単な指示しか分からない。(座りなさい、食べなさい) C 単語は5～6いえるが、会話にはならない。 S ひとりであることが多く、集団行動はできない。 O 簡単な手伝い位しかできない。(新聞をもってくる、茶碗の出し入れなど)	A 身のまわりの始末はどうかにかできるが点検が必要である。 C 簡単な指示なら、ある程度従える。 C 単語を並べる程度の会話はできる。 S 短時間なら監督のもとで、ある程度集団行動がとれる。(散歩、ボール遊びなど) V 監督のもとでなら簡単な作業ができるが長続きしない。(草むしり、雑巾がけなど)	A 身のまわりの始末はできるが、汚れや身だしなみには気を配れない。 C 日常会話は意志が通じるが、たどたどしい。 L 具体的なことがらの日記を2～3行なら書ける。また、100円位までの買物なら計算できる。 S 集団行動はとれるがはずれやすい。 V 簡単な作業はできるが、時々注意が必要である。	A 身のまわりの始末はできるが、汚れや身だしなみには気を配れない。 L 簡単な漢字を使った文章の読み書きはできるが、抽象的な内容の理解は難しい。 L 簡単な買物の計算ができる。 S 慣れた所なら乗り物を利用して外出できる。 V 単純作業はかなり持続、集中できるが責任はあまり果せない。
70 歳以上	A 身のまわりの始末は介助が必要である。 C 言葉での意志表示はできないが、身ぶりなどで要求を伝えることはできる。 C 簡単な指示しか分からない。(座りなさい、食べなさい) C 数語の単語はいえるが、慣れないと分からない。 S 他人との交渉を自分から求めることがなく、ひとりであることが多い。	A 身のまわりの始末は、ある程度介助が必要である。 C 簡単な応答はできるが、単語を並べる程度。 C 簡単な指示や禁止は理解し、それに従う。 L 読み書きは困難だが、いくつかの文字の形態弁別はできる。 S 外出には付き添いが必要である。	A 身のまわりの始末はどうかにかできる。 C 日常会話はある程度できるが語いが少ない。 L ごく簡単な文(2語文程度)が書ける。 S 一品程度の買物しかできない。 S 慣れた経路なら、どうかにか電車やバスを利用して外出できる。	A 身のまわりの始末はできるが、汚れや身だしなみには気を配れない。 C 簡単な日常会話はできる。 L 2、3の漢字を使った文の読み書きはできる。 S 簡単な買物(2、3品程度)はできる。 S どうかにか乗り物を利用して外出できる。

各年齢段階の評価の視点

2歳以下	3歳～5歳
自立機能 (A) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 探索・操作 (I)	自立機能 (A) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 描図表現 (D) 社会的行動 (S)
6歳～47歳	18歳以上
自立機能 (A) 運動機能 (M) 意志の交換 (C) 読み、書き、計算 (L) 社会的行動 (S) 作業 (O)	自立機能 (A) 意志の交換 (C) 読み、書き、計算 (L) 社会的行動 (S) 職業技能 (V) 作業 (O)

2. 生活の困難度の指標

生活困難の程度 領域	1 度 (常時全ての面で介護が必要)	2 度 (常時多くの面で介護が必要)	3 度 (時々又は一時的に、あるいは一部介護が必要)	4 度 (点検、注意又は配慮が必要)
日常生活面の介助	基本的な生活習慣が形成されていないため、常時全ての面で介助が必要。それがないと生命維持も危ぶまれる。	基本的な生活習慣がほとんど形成されていないため、常時多くの面で介護が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分なため、一部介助が必要。	基本的な生活習慣の形成が不十分ではあるが点検や助言が必要。
行動面の保護	多動、自他傷、拒食などの行動が顕著で常時付添い保護が必要。	多動、自閉などの行動があり、常時保護が必要。	行動面での問題に対し注意したり、時々指導したりすることが必要。	行動面での問題に対し点検や配慮が必要。
保健面の看護	心身の健康に嚴重な看護が必要。生命維持の危険が常にある。	心身の健康について注意。看護が必要。発作頻発傾向。	発作が時々あり、あるいは周期的精神変調がある等のため一時的又は時々看護の必要がある。	服薬等の保健面の配慮が必要。

◇ 所見欄

障 害 等 級 (案)

障害等級は障害の程度に応じて重度のものから1級、2級とし、各級の障害の状態は次の通りとする。

1 級

知的発達に著しい遅滞が認められ、日常生活に著しい支障をきたす程度のもの。

2 級

知的発達に遅滞が認められ、日常生活に支障をきたす程度のもの。

注1) 1級は、発達障害の程度がA、BおよびCであり、生活の困難度が1度および2度のものが該当する。

注2) 2級は、発達障害の程度がAからDであり、生活の困難度が1度から4度のものであって1級以外のものが該当する。

注3) 障害等級の後に()書きで発達障害の程度と生活の困難度を明記する。

生活の困難度 発達障害の程度	1 度	2 度	3 度	4 度
A (最 重 度)	○	○		
B (重 度)	○	1級 ○		
C (中 等 度)	○	○		2級
D (軽 度)				

児童相談所長 殿
精神薄弱者更生相談所長 殿

調査依頼について

冠省

私どもでは療育手帳の法制化にそなえて、知的障害の定義、障害認定の基準および指針の作成に関する調査研究を、平成10年度厚生科学研究費（障害保健福祉研究事業）の交付を受けて実施しております。

この度、別紙の通りの試案がまとまりましたので、業務ご多忙中まことに恐縮ですが、貴相談所のご意見をできるだけ速やかに頂ければ幸いに存じます。

よろしくお願いいたします。

平成10年10月 日

平成10年度厚生科学研究

精神薄弱児・者の障害認定の基準と入所判定に関する
総合研究（主任研究者 岡田喜篤）

「精神薄弱の定義と障害認定の基準に
関する研究（療育手帳制度を含む）」

分担研究者 淑徳短期大学教授 櫻井芳郎

定義、障害認定指針、障害等級等の素案に関する解説

今回の素案につきまして二・三の解説をさせていただきます。

(1) 名称問題

このたび、関連する法律のすべてが改正され、精神薄弱という名称は「知的障害」と改められました。しかし、わが国の場合には、精神薄弱に関する法律上の定義がないままに今日に至っており、しかも、多くの行政機関においては、「精神薄弱」という名称を使いながら、実際には「精神遅滞」の概念を適用しているという実情にあります。

このような事情の中で、法律・行政用語が「精神薄弱」から「知的障害」に改正されたのは、学術用語および医学的診断名としての「精神遅滞」を否定するという趣旨ではなく、むしろ、差別的であるとされていた精神薄弱という用語を実態に沿って改正しようというものであったと理解しております。

他方、平成5年の障害者基本法によって、従来は別々の体系として位置付けられていた三障害（身体・精神・知的の各障害）が統合的に扱われるようになりました。すでに、身体障害および精神障害につきましては、その定義および障害者手帳について法律上の定めがありますが、知的障害につきましてはありません。

以上のような事情から、知的障害につきましては、名称変更の作業とは別に、障害の定義ならびに認定基準を法律上明らかにする必要があります。

なお、法律用語・行政用語としては「知的障害」が統一的に採用されますが、学術用語ならびに医学的診断名としては、今後ともに「精神遅滞」が用いられることとなります。

(2) 定義に関する基本的認識

精神薄弱者福祉法およびその他の法律でいう「知的障害」とは、注1)にあるように、ICD-10およびAAMRの第9次改訂に示される「精神遅滞」を意味する用語であって、それは発達期・知的機能の水準・適応技能の制約という三つの条件によって定められる概念です。

したがって、知能検査の結果のみで規定される概念ではありません。この点は、今日、世界各国が従来の知的機能重視の傾向について強く批判的になっていることと無関係ではありません。

(3) 障害程度について

まず、第1の問題は手帳や年金・手当等の障害認定に関する判定の区分の問題です。現行の手帳や年金・手当等の障害認定の区分、また、他の障害、つまり、身体障害と精神障害との関係、とくに精神障害との整合性に配慮いたしました。

第2の問題は障害を緩和し、軽減するための援助やサービスの手がかりとしての障害程度区分についてです。AAMRは、従来のIQによる障害程度の区分は単なるレッテル貼りに過ぎなかったという反省のうえに、これを廃止しました。IQ偏重の是正は世界のすう勢です。国連は従来と異なる新しい障害の概念を提唱し、個人の心身機能の損傷に対応する人的、物的な環境条件の整備如何が、障害の発生および解消に重大な影響を与えるとい考え方に立っており、それがいまや世界各国共通の認識となっております。したがって、私どもは援助やサービスの手がかりはIQ中心に考

えるのではなく、身体的、精神のおよび社会的側面について多面的、総合的に判断して必要とされる援助やサービスの種類と程度および期間を明らかにすることにあると考えております。

以上3点について私どもの考え方を述べさせていただきました。

主任研究者

北星学園大学教授 岡田喜篤

分担研究者

淑徳短期大学教授 櫻井芳郎

精神薄弱児・者の障害認定の基準と入所判定に関する総合研究

(児童相談所における障害認定と入所判定基準のあり方に関する研究)

分担研究者

宮城県中央児童相談所

本 間 博 彰

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

児童相談所における障害認定と入所判定基準のあり方に関する研究

分担研究者	本 間 博 彰	(宮城県中央児童相談所)
研究協力者	細 川 徹	(東北大学教育学部)
	杉 山 登志郎	(静岡大学教育学部)
	近 藤 弘 子	(侑愛会おしまコロニー)
	安 部 計 彦	(北九州市児童相談所)
	辰 野 洋 子	(大阪府中央子ども家庭センター)
	鳴 海 明 敏	(青森県中央児童相談所)
	安 井 由 紀	(宮城県中央児童相談所)
	佐 竹 嘉 裕	(宮城県古川児童相談所)

研究要旨 児童相談所が障害児相談に関わるようになった経緯と児童相談所に求められた障害児援助のニーズの時代的推移を検討した。それをもとに、本研究テーマに取り組むために、障害認定と判定が児童相談所における障害児相談全体の中にどのような位置を占めるのか、援助や支援業務に対して障害認定とその判定がどのような役割を果たしているのかを検討した。次いで、全国の児童相談所が障害認定と判定にどのような取り組みをしているのかについて包括的なアンケート調査をして検討した。また、こののち知的障害児の援助支援に対して取り組まなければならない課題についても触れた。

1. 知的障害と児童相談所の関わりの概要

児童相談所の知的障害に関する相談業務が、どのような経過で展開してきたのかについてその概略を簡単に記す。また、児童相談所における障害児の援助と判定という課題がどのような時代的背景を受けて変遷してきたのか、また、将来的に児童相談所が障害児関係の業務をどのように取り組むことができるかという点についても検討を加える目的で概略をはじめに述べておくこととする。

(1) 児童相談所と知的障害の関わりの時代的推移

障害児、特に知的障害児に対する児童相談所の取り組みは、児童相談所開設当初の本来的業務とされていた養護問題と非行問題に、時代的

要請として付け足されて展開してきたものと理解される。1947年に児童福祉法が設置され、主に戦災によって親や家を失った児童の保護と育成を目的に児童相談所が全国的に作られた。その13年後の1960年に精神薄弱者福祉法が制定されて精神薄弱児の保護と指導を目的に精神薄弱児入所施設が作られ、精神薄弱児に援助の手がさしのべられるようになってきた。そして、1973年には精神薄弱児・者の援助をより効率的かつ包括的に行うために、療育手帳制度が定められた。この時代は精神薄弱児の就学についてはまだ整備されておらず、軽度の精神薄弱児は特殊学級に進学できても、多くの精神薄弱児、特に中度や重度の精神薄弱児の就学の場合は不備であったため、精神薄弱児施設は学業から遠ざかっていた児童に対しての学園としての役割をも担っていた。こうして生活の場と学園的な活動の場の、両者を併せ持った生活空間として精

神薄弱児施設が機能していたと理解される。こうした時代背景の中で、様々な程度の知的障害の児童が種々の理由で施設を利用していた。

1979年に養護学校義務教育法が制定されたことによって、彼らを取り巻く環境が大きく変わることとなった。重い障害を持った精神薄弱児についても就学猶予がなされることができなく、ほとんどすべての精神薄弱児が学校に通うことができるようになったのである。彼らの活動や指導の場が施設から学校へ移っていったのである。このようにして、施設入所を必要とする児童の入所理由が変わり、主たる理由は養護的な問題や、より手厚いケアを必要とする問題や状態についての入所理由に様変わりしていった。また、この頃は高度成長期の時代で多くの労働力を必要とする時代であったことに加え、家庭の養育力の低下の声も聞かれ始めた頃でもあった。20年以上も前から施設入所児童の重度化が指摘されていたが、この傾向も社会的状況が大きく変化してきたことや上述のように施設の役割が変化してきたことが背景の一つになっていたものと考えられる。一方、養護学校が住宅地域から遠く離れたところに設立されている地区では、入所施設が養護学校の寄宿舎のような役割を担っている場合もある。

(2) 児童相談所に求められた課題と変化

児童相談所の障害児の相談業務は、児童相談所が施設入所のための入り口にあたることから、当初は入所手続きを円滑に進める役割に重きがおかれていたものと考えられる。そして、療育手帳制度が始まるとともに、手帳交付に関わる判定の業務が増加し、心理判定業務に大きな比重を占めるようになってきた。療育手帳制度が発足した頃と同じ頃、精神薄弱児通園施設が作られるようになり、障害に関する判定業務はさらに膨れ上がって、児童相談所の業務の半分近くあるいは半分以上を占めるようになってきた。同時に、精神薄弱児通園施設に熱い関心が向けられることによって、児童相談所の障害

児の判定業務と通園施設の巡回訪問事業などがますます大きな役割を占めるようになったのである。その一方、措置の受け手であったこれら施設サイドが充実するにつれ、児童相談所には新たなニーズが寄せられることになった。特に、上述したような精神薄弱児入所施設を取り巻く状況の変化とともに、様々な問題を抱える精神薄弱児に対するより具体的な指導のノウハウや、彼らの心理面など全人的な理解に対する支援までもが求められてきた。判定業務を中心にしてきた児童相談所の心理判定員の限られた経験ではこうしたニーズに応えられなくなり、施設側の児童相談所に対する失望や不満感がよせられるようになってきた。こうして、児童相談所の専門的知識や技術が厳しく問われる時代に入ってきたものと理解される。

2. 本研究のテーマ

本研究は、「精神薄弱児・者の障害認定と入所判定に関する総合的研究」の一部門であって、「児童相談所における障害認定と入所判定基準のあり方」をテーマとするものである。このテーマに取り組むに当たっては、以下のような問題と課題を検討し、まずもって児童相談所の知的障害に対する取り組みの現状を把握し、次いで障害認定の現状とそのための判定について検討する。つまり、

(1) 児童相談所における知的障害に関する業務の概要について

障害児の指導や支援のプロセス全体の中で、児童相談所における障害認定とその作業である判定が占める位置はどのようなものであるのか、そしてどのような役割を果たしているのか。

(2) 児童相談所における障害認定と判定における問題点と課題

児童相談所のこの業務に関わるスタッフが、このことについてどのような理解と知識を有しているか。知的障害というカテゴリーの中には種々の障害が含まれている。それらをどのよう

な知的障害として位置づけるかそしてその障害をどのように、どのような尺度で計るのか、といった2点について検討することとした。

研究の方法は、研究協力者と検討会を計4回開催し、事前に検討課題を郵送し、資料などを準備した上で、討議を行うことにより児童相談所における障害認定と判定上の問題点と今後の課題について検討した。また、討議を進めながら、全国の児童相談所における現状を把握するためのアンケート調査を行った。

3. 研究結果

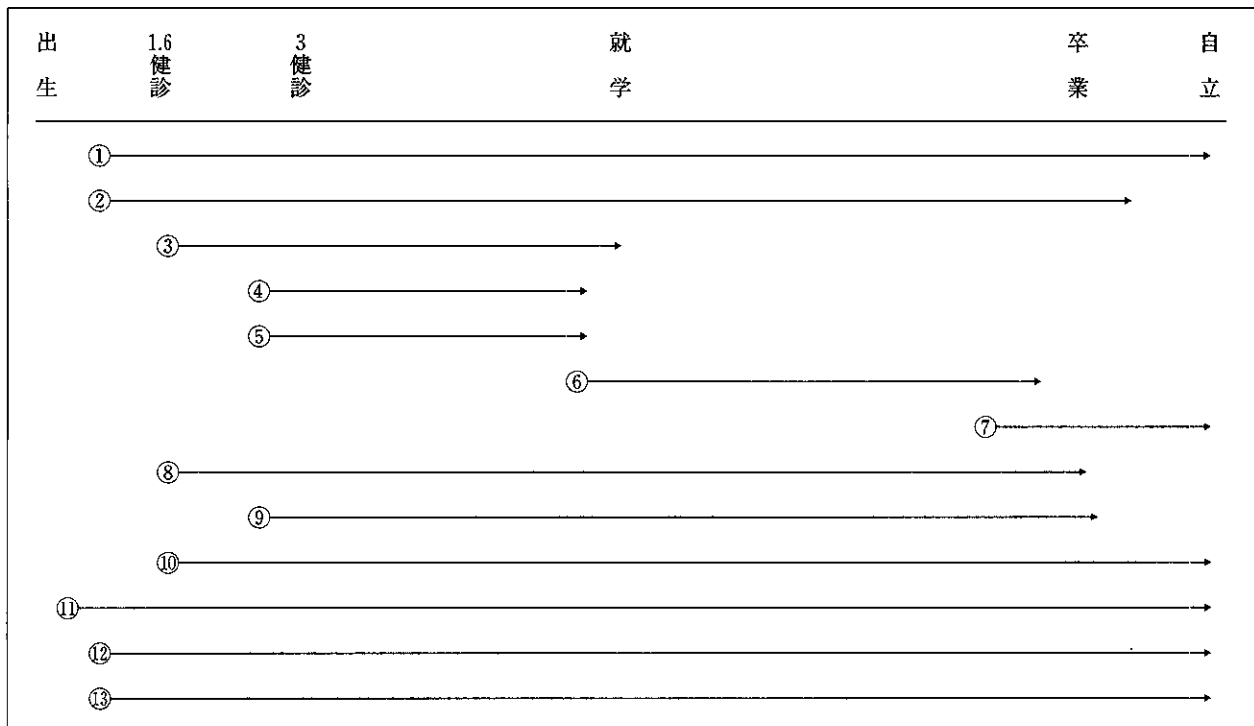
(1) 児童相談所における知的障害に関する業務の概要について

イ. 児童相談所の援助のメニュー

現在、児童相談所が担当している知的障害に関する業務や事業は表1のようになる。図はそ

れぞれの業務や事業が18歳までのライフステージのどの時点から関わるのかについて現したものである。図から、指導と援助を目的にして多くの業務や事業が乳幼児期から組み込まれてきたことが一望できる。早期発見と早期対応そして親に対する支援などのメニューが設けられてきたのである。後にかさねて触れるが、これらの中で、障害認定とその判定だけを目的にした業務は一部にすぎず、基本的な関わりは指導と援助を中心にして、その中に障害認定と判定のプロセスを組み込んでいるのが障害児の相談業務の実状である。さらに言えば、障害児対策としての行政的整合性と公平性を確保するためには、こうした障害児支援の実際の援助を実施しながら、障害認定の作業が行われていることを確認しておきたい。

表1 児童相談所の関わるライフステージと各種援助の関係について



なお、表1の①から⑬で示したものは以下のような援助や支援のための内容となっている。年齢、つまりライフステージで、これらの組み

合わせによってしかるべき援助と支援がなされることになる。

①療育手帳 新規作成依頼 再判依頼	⑦就労支援 判定書依頼・判定内容の紹介
②特別児童扶養手当診断書	⑧家族援助のための要請 諸レスパイトケア制度
③精神発達精密健康診査	⑨施設入所依頼
④障害児保育（一般保育所、障害児保育所利用） 障害児保育事業補助に関する判定書作成依頼	⑩重症心身障害児施設入所依頼 障害認定および判定 在宅訪問指導
⑤精神薄弱児通園施設利用 措置 巡回施設指導	⑪肢体不自由療育相談
⑥就学指導委員会 判定依頼 協議参加（就学指導委員の委嘱）	⑫言語相談
	⑬聴覚相談

□. 知的障害の援助・支援と障害認定・判定の関係について

障害認定とそのために行う判定業務は、児童相談所における障害児に対する通常の業務の中でどのような位置を占めるのか、および、その分量の程度について検討する。ともすれば障害認定やそのための判定が児童相談所の障害児に対する業務そのもののように受け取られがちであり、また児童相談所における障害児に対する相談業務が十分に理解されていない点もあり、多少の議論を要する。

児童相談所が障害認定とその判定に対して当てている事務量は、個々の児童相談所の障害児支援に取り組む姿勢を反映している。どのようなプリンシプルをもって障害の相談に当たるかを反映するものと考えられる。一般的に言われるような、利用者からの申請に対する障害認定とその判定を業務とするのか、児童福祉法にうたわれている児童相談所のプリンシプルを掲げて取り組むかの違いがそこに反映されることになろう。

また、発達障害の相談の実際は、単純に障害

認定から始まることは少なく、育児の相談としてであったり、発達に対する親の不安からであったり、様々な理由でスタートし、次第に発達障害児の療育支援という形をなしてゆくのが一般的である。そのため、障害認定を目的にした判定業務は、発達相談全体の中の一部でしかなく、また、発達相談の中で障害程度を判定する場合においても、その前後に多くの面接や観察のための時間と支援のメニューを用意して業務に当たらなければならないのである。こうした発達障害の相談に対応するための適切なコンセプトと支援のメニューを持っているかどうかそれぞれの児童相談所の問題の一つになる。

障害認定業務がこの相談の流れ全体に占める位置は以下の表のようになる。また、同時に以下の①～④の組み合わせによって、指導や支援がより適切なものになってゆくと考えられる。表の中で斜めの文字で強調した部分が一般的な意味で判定とされている業務である。業務全体の中に障害認定とその判定業務がどのような位置を占めるかが明らかになってくる。

表2 知的障害児相談業務の全体と障害認定とその判定業務の関係

相談・支援➡	① 乳幼児健診と事後措置 1歳6ヶ月精神発達精密健康診査 3歳児精神発達精密健康診査	➡ <u>判定 (発達評価)</u> (心理学的・医学的アセスメント)
	② <u>障害認定の依頼</u> 療育手帳 特別児童扶養手当 施設入所 (入所・通所) 手続き	➡ <u>判定</u> <u>障害程度判定</u> <u>医学診察</u>
	③ 家族支援 適切な障害受容援助 レスパイト等の支援システム セルフヘルプグループ	➡ <u>判定 (発達評価)</u> 発達評価 親のガイダンス カウンセリング
	④ 関係機関支援 障害児保育所支援 通所施設支援 (母子通園事業) 入所施設支援	

八. 障害児としての援助の開始について

児童相談所における障害児とその家族に対する支援に関するシステムの中で、措置事務が占める位置は一部にすぎない。先に述べたように、措置事務に至る前の作業が重要であって、それを適切に行うことが援助には欠かせられない。また、措置事務が一部にすぎなくなってきたのは、障害児とその親から求められるニーズが時代とともに変化しているからでもある。かつてのような家に替わる生活の場の確保としての施設入所や経済的支援以上に、生活の質を高めることや親子のメンタルヘルスの向上そして、より全人的な発達に向けた援助を希望しての相談がなされてくるようになってきたのである。

障害児という存在は身体的機能や知的能力に問題や遅れが示されて察知されることになるが、実際的には親が子どもの障害を受け入れ、理解したときから、障害児の存在が認知され、障害児の援助や指導がスタートされるのである。だから、親が順調でない発達に心配したり、

保健婦や保母などの専門職から指摘されて、児童相談所や療育機関での相談が開始されて、半年とか1年たった後に、親の障害認知もすすみ、その時点でようやく障害児としての指導がなされる場合も少なくない。それまでは、親は我が子に障害児としての指導を求めないことが多いのである。普通の子どもとして、普通の子どもの発達を歩むことを求めて、相談や指導を受けるのである。よって、児童相談所は障害児の相談に対して、二つの局面で関わらなければならないのである。一つは、初期の頃の親の育児に対する相談であったり、親の驚きや混乱に対するケアである。次は、障害をどのように受け入れてもらうか、親子が障害に対してどのように取り組むかということの相談になる。このことの説明にあらためてDrotorらの研究を紹介するまでもないであろう。

(2) アンケート調査の結果（児童相談所における障害認定と判定における問題点と課題）

障害認定と判定に関わる児童相談所の現状を調査した。発達障害の判定をする際にどのような診断基準を持ち、どのような方法で判定をしているか、判定に係わる心理判定員の障害相談に対する経験などを調査した。また、自閉症など他の発達障害あるいは近縁の障害についての関わり方の現状を調査した。調査内容は、児童相談所における知的機能の判定の現状について、精神遅滞以外の発達障害に対しての取り組みについてであって、それをアンケート調査によって調査をした。アンケートの内容は資料編の箇所に掲載した。

児童相談所は支所と分室を含めると、全国に183カ所設置されており、153カ所から回収された。そして、県によっては数カ所の児童相談所がまとめて応えてくれたものもあり、これを一カ所として扱くと、アンケートの回収率は86.9%に達していた。

イ. 児童相談所における知的機能の判定について

① 判定や診断に関して

精神遅滞の診断や判定については、桜井試案とDSM-Ⅲ、Ⅲ-RあるいはⅣの順で重視されており、AAMR（米国精神遅滞学会）を重視している児童相談所は少なかった。知能検査としては田中ビネー法の使用頻度が高く、鈴木ビネー法そしてWISC-Rといった順で使用されていた。発達検査は、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、そして津守式乳幼児精神発達検査、新版K式発達検査の順で用いられていた。障害程度の判定においては、こうした知能テストが重視されており、「非常に重視している」と「重視している」の両方をあわせると、99.3%に達していた。こうした障害の診断や障害程度の認定のプロセスは、判定セクションの判定となされている場合が最も多く、次いで医師がそのプロセスに関与しているという結果であった（図1-1、1-2、表1-1、1-2、図1-3、1-4）。

乳幼児期の精神遅滞の診断については様々な

議論を要するにしても、年齢下限をもうけているところは42.8%で、その場合概ねの年齢として「1歳」を挙げていた。しかし下限を設けていない児童相談所は57.2%であった。療育手帳に関する質問では、手帳判定において年齢の下限を52.2%が設けてあると答え、概ねの年齢は「1歳」と回答をしており、こうしたことから、1歳くらいの年齢で精神遅滞の診断が可能とされているようであった（図1-5、1-6）。

さて、障害認定という、一見事務的に見えそうな作業でも、多くの児童相談所はその後の援助や指導を考慮に入れながら、その整合性を保とうとしている旨の回答がなされていたが、3(1)で述べたことと関連することであるが、児童相談所にとって障害認定という業務は援助や指導と連動した作業であることが示されていた（図1-7）。

精神遅滞の診断では知能指数（IQ）は重要な判断材料とされてきたが、知能指数が70を超えるような場合に、どのような対応がされているのであろうか。回答によれば71%の児童相談所で知能指数が70～75を超えた場合でも精神遅滞の判定をすることがあるということであった。（図1-8）。職業適性検査については、実施しないという回答が84.8%に達していた（図1-9）。

② 心理判定員の経験など

障害認定や判定においては、心理判定員が障害に関してどのような経験や技術などをもとに作業をしているかが重要になる。その一つの指標として知的障害関係の施設の勤務経験を調査したが、46.6%が「無し」という回答であった。施設勤務経験を持つ心理判定員の平均割合は23±32.2%で、結果として知的障害関係の施設勤務経験は少ないということになる。それでは、措置先である施設の現状についてはどのような理解がされているのであろうか。「充分把握した上で判定している」が5.8%、「ある程度把握した上で判定している」が59.89%、そして「把握は必ずしも充分でない」としているが29.0%であった。この結果については多少の議論を要

するところである（図1-10、1-11）。

③ 障害認定を巡る他機関との関わり

教育分野でも就学をめぐる障害認定や障害程度の判定については児童相談所と種々のやりとりのなされることがあるが、両者の違いが問題になったことはなかったと回答しているところが65.9%であった。教育分野や労働分野からの協力要請については、「多い」以上が47.8%に対して「少ない」以下が29.7%であり、多くの児童相談所は教育分野や労働分野からの協力要請がなされているとされる（図1-12、1-13）。

④ 療育手帳と特別児童扶養手当診断書について

療育手帳の判定でも桜井試案は活用されているようである。「常に」が28.3%、「時々」が34.1%に対して、「あまり活用していない」が13%であったが、一方、「全く活用していない」が23.9%に達していた。特別児童扶養手当診断書発行の業務は73.2%の児童相談所で行っており、療育手帳との関連を図っている児童相談所が44.9%で、完全に一致させているとの回答は、16.7%であった。この際にどちらを基準にするかという項目に、「療育手帳を基準にする」のが64.7%であり、経済的支援の手段となるこの二つの制度については包括的な統一性を図る必要があるものと伺えた（図1-14、1-15、1-16、1-17、1-18）。

ロ. 精神遅滞以外の発達障害に対する取り組みについて

① 精神遅滞以外の発達障害に対する診断と障害程度判定について

精神遅滞以外の発達障害について、その診断に関しては、自閉症、注意欠陥多動障害、学習障害のいずれもDMS-Ⅲ、Ⅲ-R、Ⅳを最も参考にしているという回答であった（図2-1、2-2、2-3）。

② 自閉症について

60%の児童相談所から自閉症を知的障害の範疇に含めるという回答が寄せられていたが、30%の児童相談所では含めないという回答であった。たぶんいずれの児童相談所も高機能自

閉症児の相談に苦慮していると考えられるが、この場合の相談内容は療育手帳所持の相談と彼らの適応不全に関する相談がそれぞれ34.3%、42.1%に達していた（図2-4、2-5）。

③ 注意欠陥多動障害について

児童相談所の注意欠陥多動障害の相談に対する関わりを知る目的で調査をし、平成9年度の時点で、59.4%の児童相談所でこの障害に関わりを持っていることが掴める。診断ケース数についても平均で10±14.9ということであった。そして、相談の対応は、「服薬治療のために医療機関に紹介（68.8%）」、「親のガイダンス（67.4%）」、「通所指導（44.9%）」、「その他（30.4%）」といった、様々なやり方をしているという回答が得られた（図2-6、2-7）。

④ 学習障害について

学習障害についての回答は注意欠陥多動障害のほぼ同じ数値の結果が得られていた。すなわち59.4%の児童相談所が学習障害の診断をしてケースに取り組んでいるようであり、26.1%はまだその経験に至っていないということなのだろう。注意欠陥多動障害としての相談に取り組んでいる児童相談所は、学習障害についても取り組んでいるということでもあるようだ。さて。相談として係わったときの指導方法は「親のガイダンス（73.2%）」、「服薬治療のために医療機関に紹介（44.2%）」、「通所指導（40.6%）」、「その他（37.0%）」の順であって、親のガイダンスに力点が向けられている様子が伺われる（図2-8、2-9）。

⑤ 重症心身障害について

重症心身障害児の判定や障害程度の認定もまた児童相談所にとって重要な業務であるが、これについての回答は以下ようになる。まず関わり年齢では3歳未満の児童でその取り組みが開始されている。そして、6歳未満ですでに95%に達している。つまり就学以前の段階から重症心身障害児との関わりがなされているということになる。ところで、判定すべき機関としては、「児童年齢については児童相談所（49.3%）」、「現行通りすべての年齢について

児童相談所(18.8%)」「療育センター(13.8%)、「医療機関(17.4%)」という回答が得られていた。重症心身障害児を持つ家族にとっては、障害児の施設入所相談以上に在宅指導に関する相談ニーズを有するが、このことに対する児童相談所の現状を調査した。51.4%の児童相談所が在宅訪問指導を行っていた。そして、その際に協力を得ている機関としては、「国立療養所(39.4%)」、「重症心身障害施設(29.6%)」、「肢体不自由施設(25.4%)」が挙げられていた。14.1%で児童相談所職員のみで対応するという回答もみられていた(図2-10、2-11、2-12、2-13)。

4. 考 察

児童相談所は障害児の判定機関であると同時に親子ともどもの相談支援を行う機関であって、その役割と使命は重大であろう。政令市や大きな都市においては療育センターが作られ、心身両面の障害児に対して包括的指導援助を行うことができている状況にあるが、全国的には今なお児童相談所が中心的役割を担っている。しかし、時代の変化や利用者のニーズは児童相談所の機能や心理判定員の能力を上回るようになり、不満を買うことも少なくない。また、児童相談所も最近では虐待や非行など、家族の養育機能の低下により発生してくる問題や不登校などの対策を求められて、障害児対策の勢力を裂かれているのが現状である。

本研究では、まず、研究協力者による検討会議を重ねることで、児童相談所における障害児関係の業務の時代的な変遷と、障害児に関する相談と判定の関係を改めて現実に即して整理することとした。とかく判定という言葉が心理検査による評価のみを意味しがちであるが、実際の業務は相談業務の中の一こまに心理テストがなされ、他の様々な面接や観察そして相談をこなした上でなされることを改めて明らかにした。これについては、3の(1)児童相談所における知的障害に関する業務の概要についての節で論じた。

次に、アンケート調査法により、実際の障害

認定とその判定における現状についての結果などから考察する。判定や診断に関しては、AAMRは汎用されておらず、むしろ精神医学の診断マニュアルとして発達してきたDSM-III、III-RあるいはIVが活用されていたこと、そして児童相談所と施設間のコミュニケーションがけっして十分でない、例えば心理判定を行う職種の知的障害関係施設での経験が少ないことや施設の現状を十分に把握して判定がされていないこと、などを考え併せたとき、知的障害児の入所判定のあり方についての基本的な考え方を検討する必要があると思われる。自閉症の場合さらに問題点となるのが、障害か疾患かという議論であって、障害が医学的なモデルから生活モデルに転換されつつある障害福祉の動向の中にあっては、「日常生活上の制約」にもっと注目して判定することが要求されている。本研究の一方法として、ある県で、一つの試みとして、本研究班の議論について施設職員から意見を聞き、その意見に対する児童相談所のスタッフの感想を求めたところ、留意すべき事柄がいくつか出された。養護施設に入所させた児童に知的障害があった場合の児童相談所の把握能力の問題や、児童相談所が施設から持ち込まれる相談にどれだけ応えられるか大変疑問であるといった意見には見逃すことのできない判定する側の問題点が示されていた。

現在、諸外国で1980年にWHOから試案として発行されたICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps;機能障害、能力低下、社会的不利の国際分類)の修正された新版としてICIDH-2(International Classification of Impairments, Activities, and Participation:国際障害分類第2版、略称はICIAPとなるが1980年のICIDHのまま使用)の準備がされているが、DisabilityやHandicapがAbilityやParticipationに変更され、従来のような障害の否定的記述からより操作的に健康状態を描くものにされようとする動きがある。また、諸制度が変わりつつあるが、そのなかでも障害者が援

助を受ける人から利用者という立場に変わる方向に進むことは、ICIDH-2のことも含めて児童相談所の判定のあり方にも今後大きく影響を与えるものであろう。知的障害の援助や判定に関係して重要と思われるところを於保の論文から引用する“ICIDH-2”では、健康に関連した問題状況を医学モデルと社会モデルとにわけ、次のように見解を述べて、その統合を図ることを今回の修正の流れとして確認している。医学モデルでは、障害を直接、疾病、損傷もしくは健康状態により生まれた「個人的な」問題としてとらえ、それは専門家による個別の治療という形で提供される医学的なケアを必要とするものとみる。障害への対処は、個人のよりよい適応と行動の変化を目標になされる。一方、社会モデルではその事象を、障害を持つ人の社会への統合という視点から、主として「社会的な」問題として見ている。障害は個人に帰属するものではなく、その多くが社会環境によって創り出されるたくさんの状態の複雑な集合体である。よって、人々の態度を含めた社会環境を変える事が課題とされる。ICIDH-2は、この両方のモデルをとおして健康に関連した個人の状況を、首尾一貫した見方で統合しようとするものである”。こうした推移をシェーマで示すと図1、図2にしめしたような変化をなすのである。

こうした新たな考え方の登場によって障害の援助のコンセプトが変わりつつあるが、児童相談所の判定のあり方もさらに検討されなければならないであろう。

療育手帳と特別児童扶養手当診断書の取り扱いもまた児童相談所の判定や障害程度認定について大きな問題となろう。両者が障害程度認定(内的状況)

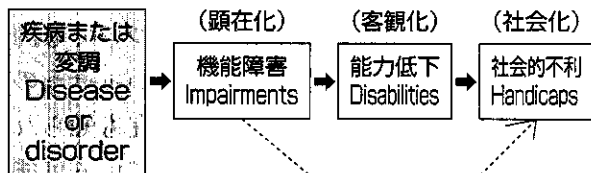


図1. ICIDH (1980) 版で示された諸概念の統合

を大きな業務としながら、別々に扱われており、業務上も煩雑になっているのであろう。療育手帳の判定でも桜井試案について「常に」活用するが28.3%で、「全く活用していない」が23.9%であって、その基準の不明確さを拭いきれない。特別児童扶養手当診断書発行の業務は73.2%の児童相談所で行っており、44.9%の児童相談所は療育手帳との関連を図っており、その際どちらを基準にするかということ意見が分かれる。経済的支援の手段となるこの二つの制度については包括的な統一性を図る必要があるものと伺えた。

精神遅滞以外の発達障害に対する取り組みは重要な問題の一つである。多くの児童相談所が自閉症、注意欠陥多動障害、学習障害に取り組みつつあるのが現状である。自閉症については、自閉症を障害に含めるかで30%の児童相談所が含めないとしており、前述したように、疾病か障害かという視点以上に、彼らの日常生活の制約をどのように判定するか、生活支援をどのように柔軟に図るかという点で具体的な検討を要するであろう。

注意欠陥多動障害、学習障害については、いずれかの障害に取り組んでいる児童相談所はもう一方についても取り組んでいるようである。そして、学習障害や注意欠陥多動障害の診断については軽度の精神遅滞との関連で注意を要することになる。両者に対しては、児童相談所は親のガイダンスに力を注ぐことが現実的方法となる。

重症心身障害児は、児童相談所が関わる彼ら

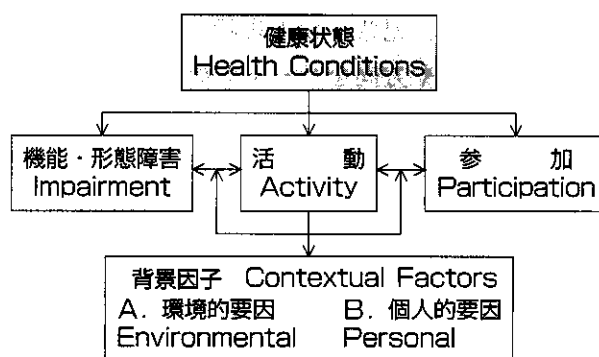


図2. ICIDH-2 (1997) 版における障害と機能(動き)の現象の理解

の95%が6歳までに何らかの取り組みが開始されている。そして半数の児童相談所が在宅訪問指導を行っているものの専門の療育機関の協力を必要とする状況にある。親の多くの希望は在宅で育ててゆくことにあり、また現在では重症心身障害児の通園事業の促進が叫ばれているが、こうした重症心身障害児と児童相談所の現状を考えると、援助と障害判定が密接に関わることから判定すべき機関については児童相談所のみならず療育センターや医療機関といったように大きく分かれた回答になっているのであろう。

5. 障害認定とその判定に関する今後の課題

今回は児童相談所の障害相談の現状や判定の実態に焦点をおいた研究を行ったが、親のニーズや知的障害児が示す社会的発達における問題などにも検討を加えることによって、障害認定や判定の問題と今後の課題がさらに明確になるものと考えられる。そこで知的障害児の援助や判定に対して関心を向けなければならないテーマや今後さらに検討すべきテーマについて述べることとする。

(1) 親の期待の高まり

また近年は親の意向が尊重され、また、明確な療育観を持つ親も多くなり、知的障害児の療育や保育の場がそれまでの入所施設や通園施設の場を越え、多様化してきた。こうした動向はすべての年齢の児童におよび、療育や特殊教育の質の保証や向上に対する願望が寄せられてきた。まさしく、児童や親の現状とニーズが障害福祉のあり方や方向をリードし始めてきたのである。

幼児期においては、通園施設が療育の中心的な役割を求められているとはいえ、親の保育所に対する期待は大きく、保育所に進む知的障害児の数は増え続けている。小中学校の時期には、親はより統合的な教育を望み、養護学校へ進学する児童は減少の一途をたどっている。また、高等養護学校および養護学校高等部に進む児童

の数も増え、前者は就職率の高さ故に入学競争は厳しい。一方、重度の障害やより医療的な対応を必要とする問題を持つ児童の社会参加が不十分で、こうした児童の施設への沈殿化も大きな問題の一つとなっている。

(2) 現在の入所施設利用者の状況

こうした変動の中で入所施設を利用する児童の問題は大別して3つに分かれる。一つは家族機能の低下や崩壊を理由にした入所である。つまり、親の離婚や生活苦のために入所を依頼されるものである。第二は、児童の問題行動に困りあぐねて入所を求めてくる場合である。その問題行動も突き詰めてゆけば、養育や教育のあり方の問題がこの行動の中に反映されているのである。もう一つは、医療的な問題を持つものと障害の極めて重い児童の場合である。こうした現実に取り組むには、指導員の技術力とより高度な専門的知識、そうして生きるということへのより柔軟な発想や姿勢をどれだけ持ち合わせているかということが不可欠になろう。療護施設や重症心身障害児施設あるいは医学的に高度の機能を有する肢体不自由施設を含めた入所のあり方についても検討を要する。

以上のような時代的社会的ニーズを、施設やそこで働く職員がどのように受け止めてゆくか、そのための力をどのように確保してゆくかということが、大きな問題となっている。

(3) 知的障害児の心の問題

知的障害児のメンタルヘルスはどのように対応されているのであろうか。精神遅滞児ということで、行動上の問題を持っていても知的障害の結果あるいはその一部として捉えられてしまうこともある。精神障害の存在を過小に評価されてしまう可能性がある。また、非行などの反社会的行動をとる精神遅滞児も見かける。

一方、知的障害児に対する虐待についても関心を向けなければならない。育児のいっそうの大変さに苦悩し、虐待に陥る親の存在も知られているし、施設の中でも虐待が起きている可能性もある。児童相談所や精神薄弱者更生相談所はこうした問題にも取り組むべきであるし、判

定はその機会でもあろう。

(4) 知的障害児に対する今後の取り組みについて

これからの知的障害児に対する相談と援助は、個々の児童に対してより個別的でかつライフサイクルの各ステージに相応した対応を図るべきであり、個々の障害児について早期から母親の育児支援の立場に立ち、より全人的な成長発達を進めることができるように関わるべきである。具体的には、①知的障害児の多くは母子保健活動をとおして発見され、また育児相談として親から援助を求められることから、この母子保健活動と密接に連携して行うことが必要である。②知的障害児も、むしろ知的障害児ゆえに対人的関わりや、もろもろの発達課題に悩み時に躓くものと考えられる。彼らもまた自らの人生を、日々の生活をとおして、自己の発達を展開しつつ、世界とどのように関わり、自己と世界をどのように橋渡しをしてゆくかという課題に取り組むのであるから、それをどのようにサポートするかということが親や保育所そして学校のテーマとなるのである。ここに時々問題が発生してくる。知的障害児においては、今後ますます生活が多様化してくるであろうし、そのためにメンタルヘルス上の困難に遭遇する機会も多くなるであろう。そのことによって、様々な問題行動が出現し、質の高い援助を必要とするであろう。保育所などの施設においては、これら児童の問題などに対する職員の当惑や悩みが浮上してくる。

こうした問題や課題に対して、就学前の児童であれば乳幼児精神発達精密健康診査制度をとおして介入や通所指導そして母子治療を提供しうるし、保育所に対してもコンサルテーションやスーパービジョンを提供しうる。こうした高度の専門的な知識や技術を持ち合わせる機関が望まれるが、児童相談所がどこまでがその役割を果たすことができるのであろうか。

また、学齢期においても障害児のメンタルヘルスをめぐる問題や課題は決して少なくない。問題が持ち上がった場合、強い枠組みの中で対

応されることが多いし、厳しい管理の中で彼らは自らの迷いや疑問の表現を放棄してゆくことになりかねない。障害児のメンタルヘルスの理解や取り組みはまだまだ先のこととなるかもしれないが、当分は多くは管理的扱いによって対応されてゆく可能性が高い。障害児の心や心を巡る問題に十分な関心が向かないのは、まだまだ彼らに対する偏見があるからであろう。彼らはまだまだ援助する対象であり、訓練を必要とする対象に止まるからであろう。彼らの有する様々な力を今以上に尊重する視点を拡大してゆく必要がある。そして、もしも乳幼児の頃の彼らと関わり合いがあればこそ、連続して彼らの心模様やその成り立ちの理解が進むことになろう。母子保健の要である乳幼児健診とその事後措置である乳幼児精神発達精密健康診査制度の重要性が協調されなくてはならない。知的障害児のために用意されている諸制度が有機的にかつ統合的に組まれるべきで、そのつなぎ手としての児童相談所の障害相談のあり方はまだまだ工夫される必要がある。

6. 文 献

- 1) 細川徹：AAMR（米国精神遅滞学会）による精神遅滞の新しい定義、厚生省心身障害研究「心身障害児（者）の医療療育に関する研究」、平成6年度研究報告書
- 2) 於保真理（1997）：ICIDH（国際障害分類）修正の動向、－発達障害への適用の可能性を探る－、児童青年精神医学とその近接領域 39.
- 3) Klaus, M.H. & Kennell, J.H. (1982) : Parent-Infant Bonding. The C.V. Mosby Company.
竹内徹、柏木哲夫、横尾京子 訳（1985）：親と子のきずな、医学書院。
- 4) Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. et. all (1994) : Synopsis of Psychiatry 7th edition.
井上令一、四宮滋子 監訳（1996）：臨床精神医学テキスト、DSM-IV診断基準の臨床への展開、医学書院。

資料 1. 児童相談所における知的障害の判定と指導に関するアンケート調査の結果

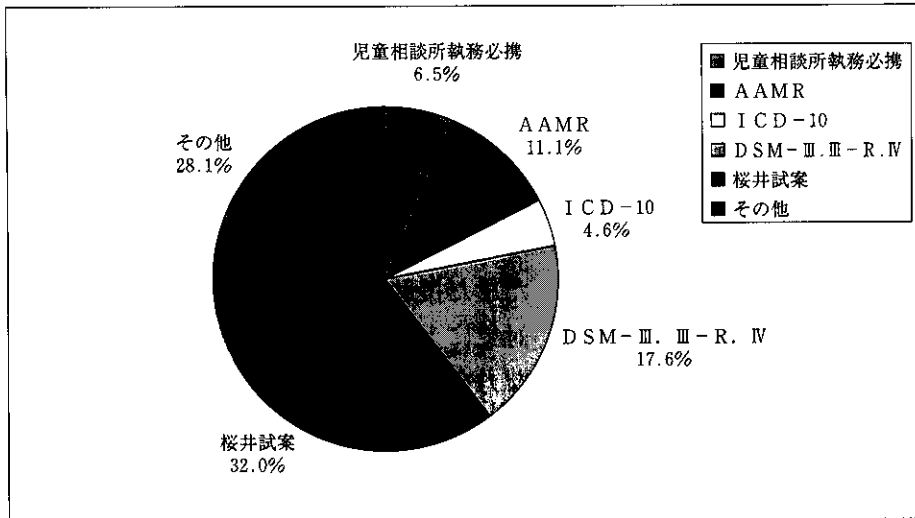


図 1-1. 診断の際の基準

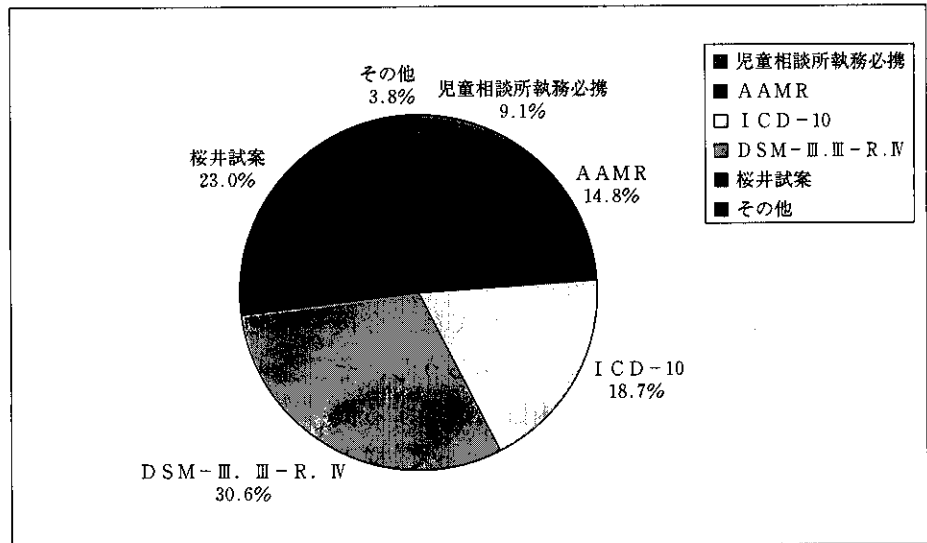


図 1-2. 診断の際参考にするもの

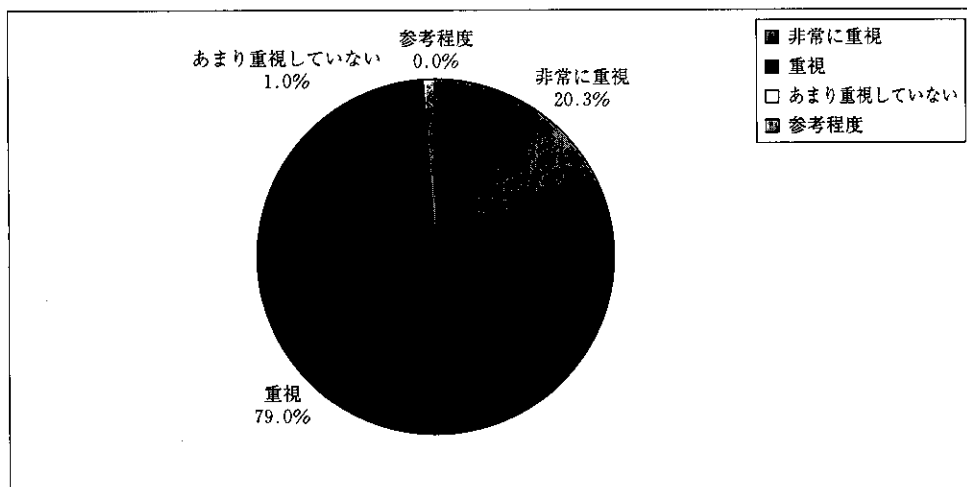


図 1-3. 知能検査の重視度

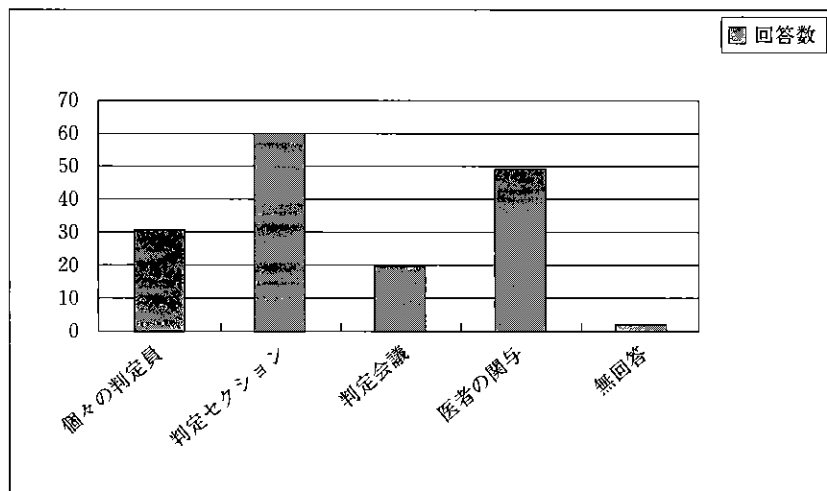


図1-4. 診断のプロミス

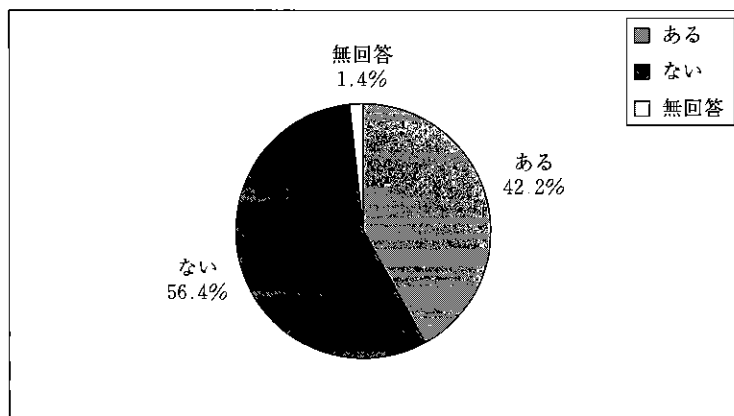


図1-5. 年齢下限の有無

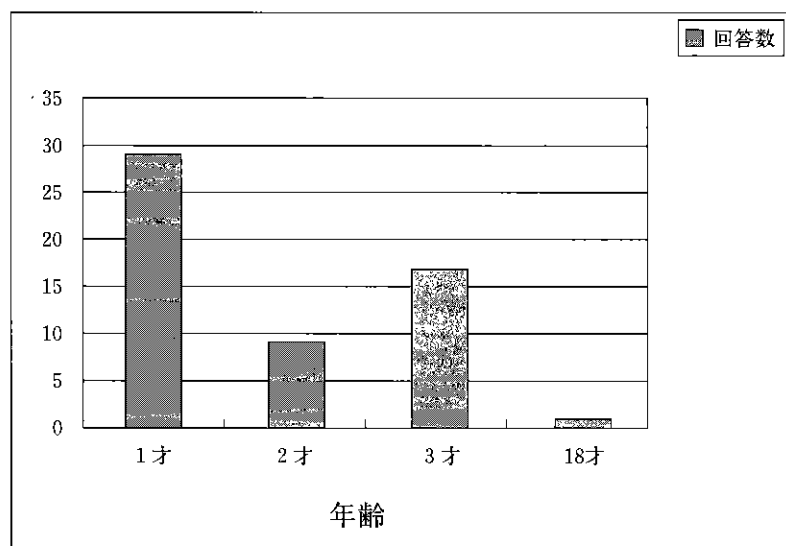


図1-6. 年齢下限