

療育手帳制度の運用の統一化に関する課題と対応

研究分担者 大塚 晃 日本発達障害ネットワーク／上智大学 総合人間科学部

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】

療育手帳制度の運用に関する検討に向けた議論が本格化してきている。知的障害の判定に向けた新たなツールの開発も進められている。このような状況の中、再度、療育手帳制度の統一とは何かについて検討することは喫緊の課題である。本研究は、療育手帳制度の判定方法及び認定基準等運用の統一に向けて、療育手帳制度の制度政策的な位置づけ、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。

結果として、療育手帳制度の判定方法及び認定基準等の統一による影響は、障害者総合支援法や児童福祉法などの福祉サービス、障害基礎年金や特別児童扶養手当などの年金・手当、雇用・就労支援や特別支援教育に影響を与えることが示唆された。療育手帳制度運用の統一は、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る者ができなくなる可能性、その結果として手帳に紐付いたサービスが利用できなくなる可能性が明らかとなった。療育手帳制度運用の統一においては、生ずる可能性のある課題について、その対応をあらかじめ検討しておく必要があること。対応の一つとして精神障害者保健福祉手帳制度を利用しやすくする必要性が示唆された。

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。

本研究は、療育手帳の制度政策における位置づけ、療育手帳の判定方法・基準等の統一時の主要な課題、統一時に受けられなくなる可能性のある支援対象や内容、及びその対応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『永遠のこども』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するとされている。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

一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取選択肢の一つというスタンスが続いている。発達障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象であると言い切るには、幾つかの課題が残っている。

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. 療育手帳判定方法統一時の主要な課題（福祉サービスからの観点など）

（1）療育手帳制度の統一とは

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。

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、知的障害の統一的な定義(法的な定義を含む)に基づく交付対象者の統一、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、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) 主要な課題

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。

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。

●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（例：ウェクスラー式知能検査、標準化された適応行動のアセスメント）が行われていない地域も見られた。当該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、相談業務における人員体制などの理由によ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っており、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。

現在、厚生労働科学研究費補助金による調査研究において、判定ツール統一に向けた検討が別途進められており、今後は、前述の国際的な基準に基づいた知的障害の定義を踏まえ、当該定義に沿った適切な判定ツールの普及が急がれる。

●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、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雑把で、各地方自治体独自のサ

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。

●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。

●重複障害

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。手帳制度に本人の（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。これらを手帳制度の「管理的メリット」と言うことができる。

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。これらを手帳の「功利的メリット」と言うことができる。

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窺える。

●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に関して、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覗える。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お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った装置となった。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、市区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。ZZ 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。

●統一化を再度考える

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入れ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。

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。判定方法がそもそも医療モデルを脱し、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。近年の障害福祉が目指すものから言えば、療育手帳は、知的障害児者が主体として自らの決定によってどこの地域でも豊かな生活していくために、関係者が共有すべき不可欠な情報である。このような情報を共有していくことが、知的障害者の意思決定支援を含めた地域における権利擁護支援の体制を構築していくことにつながっていくという認識が必要になっている。

③ その他運用の統一可能性に考え方(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)

●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。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。判定機関からは、判定ケースの増加、職員不足等の課題が寄せられており、実際に令和 3 年度の全判定件数の約 4 分の 3 は再判定で交付した件数であった。業務負荷を軽減する方策は複数考えられる（例：再判定の件数を減らす、判定以外の業務を軽減させる、判定機関以外での判定を可能とする等）が、いずれにせよ、現状の判定体制・状況を考慮した統一の検討が必要である。

●医学的所見の取り扱い

令和 4 年度総合福祉推進事業報告書によれば、判定における医師の診断書や医学的所見の確認の有無「確認している」が 85.5%、「確認しない」が 14.5%となっている。医学的所見の確認方法「自施設の医師の診断」の割合が最も高く 72.2%となっている。次いで、「診断書の提出（57.7%）」、「主治医への照会（20.1%）」となっている。判定機関として医学的所見を確認する医師の条件「精神科医」の割合が最も高く 69.6%となっている。次いで、「児童精神科医（41.8%）」、「小児科医（30.4%）」となっている。医師の診断書や医学的所見を確認する対象者は、「その他」の割合が最も高く 36.6%となっている。次いで、「全員が対象（27.8%）」、「知能指数が境界域の者（26.8%）」となっている。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ますが、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な負担が生ずる課題がある。

●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。

3. 療育手帳判定方法統一時に受けられなくなる支援対象や内容と対応

(1)受けられなくなると想定される対象

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領域は出ることはできない。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支給を行っているのは、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。

(2)受けられなくなる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)も受けられなくなり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

従来は知的障害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。発達障害侍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」対策の充実は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年度から子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。

C. 結論

アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第5版・DSM-5』は神経発達症群を、知的能力障害群、コミュニケーション症群、限局性学習症、運動症群、自閉症スペクトラム症、注意欠如・多動症に分類している。知的障害が発達障害の一群として明記された形となっている。その後、ICD-10（『国際疾病分類第-0版』）が第11版に変更された。概ね、DSM-5と同じ方向であり、今後は、発達障害支援法の対象に、知的障害を含めることを念頭に知的障害と発達障害の関係を法的に整理していくことが必要である。

DSM-4-TR（精神疾患の診断・統計マニュアル）によれば、知的障害の85%が軽度、10%が

中度、3~4%が重度、1~2%が最重度となっている。わが国の障害者制度・施策の観点から言えば、知的障害については、中度から重度・最重度に焦点化されてきたことと理解できる。しかし、圧倒的な多数である軽度の知的障害者についての制度・政策は十分であっただろうか。2016年の発達障害者支援法改正法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。

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」PcW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』

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)

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