

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）
分担研究報告書

療育手帳制度成立の背景と現状の課題

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

研究要旨

療育手帳制度には、さまざまな課題があると言われて久しいが、療育手帳制度を廃止して新たな制度に関する議論は少ない。本研究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。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わがざるを得ず、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あることが示唆された。さらに、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ため、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と考えられる。

A. 研究目的

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？

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したい。

B. 研究結果

1. 療育手帳制度について

療育手帳制度要綱は、昭和48年9月27日の厚生省発児第156号事務次官通知によるものである。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。そこには、当時において、知的障害児及び知的障害者の指導・相談機関の間に「一貫性」がなかった課題が浮かび上がってくる。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」の機能が読み取れる。このように、手帳制度により本人の（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情報の共有を図るものであり、両機関間の情報伝達に関する課題があったと推測される。また、当時は

知的障害者に関する相談機関は、公的機関のみであり、現在の福祉分野の障害者相談支援事業所をはじめ、医療、保健、教育、労働などの分野に多様な機関が準備されてきた時代とは状況が大きく異なるゆえに、両機関間の情報伝達は切実な課題であったのであろう。

一方、次に例示するよう事項の援助措置を受け易くすることも療育手帳のもう一つのねらいとされている。これらの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ま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している。具体的事例は以下のものが記述されている。

- (1) 特別児童扶養手当
- (2) 心身障害者扶養共済
- (3) 国税、地方税の諸控除及減免
- (4) 公営住宅の優先入居
- (5) NHK 受信料の免除
- (6) 旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引

(6)の旅客鉄道株式会社等の旅客運賃の割引は、知的障害者の入所施設を利用している家族にとっては、帰省時の運賃の負担は切実な問題であった。家族からの要望も、大きくなっていったと推測する。それ以外の事項は、むしろ在宅で生活している本人と家族に関するものであり、在宅生活への方向性が見えはじめたことと関係していると推測する。この他、都道府県や市町村が実施している「障害者医療費助成制度」その他各種サービスの割引についてのメリットが、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。

各種の援助措置については、母子保健、教

育、就労、各種手当を受けるとき、必須のものではないが、受けやすくなるという通行手形のような意味合いが手帳制度にはある。一方、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。

療育手帳制度が創設された時代のサービスが施設サービス中心であり、実施主体も都道府県や政令市であった。近年、実施主体が市町村に移ってきている状況においては、指導・相談及び各種の援助措置について、児童相談所や知的障害者更生相談所は、知的障害者や家族にとって遠いものとなっている。サービス実施主体や相談支援が市町村になっていること、および支援区分は手帳制度を前提していないことは、療育手帳を見直す際の重要な事柄である。この制度は、都道府県知事及び指定都市の長が市町村その他の関係機関の協力を得て実施するものであり。さまざまサービス提供主体が市町村になっている状況において、都道府県が指導・相談の実施主体としてさまざまな指導・相談を実施するのは時代に合わないものとなっている。また、相談支援機関も市町村に移っている時代において児童相談所又は知的障害者更生相談所における相談支援の在り方も根本的な整理が必要である。

2. 療育手帳制度の時代的背景

療育手帳が必要とされた背景について、児者一貫の課題、重度の課題、在宅生活への志向から明らかにしたい。

(1) 児者一貫の課題

わが国の知的障害福祉は、戦後児童福祉法の制定により知的障害児施設が規定され、施入所サービスから始まった。その後、在宅

の知的障害児については知的障害児通園施設でサービスが提供されてきた。しかし、年次を経るに従って、児童も18歳を超えて入所施設に留まる傾向が大きくなってきた。昭和35年、知的障害児施設の年齢超過者の問題を解決するために知的障害者福祉法が制定された。

この法案成立にあたって、衆・参両院において精神薄弱児（当時）は「精神年齢を考えてみると余りちがいが無いから1本の法律で一貫性を保って福祉を図るべきである」との附帯決議がつけられている。精神薄弱児・者の福祉サービスを児童福祉法と精神薄弱者福祉法の2つの法律のもとで実施することは、判定・措置・指導の一貫性を阻害しやすく、必然的に福祉サービスの低下を招かざるを得ないという認識が広く行きわたっていたと推測する。このような児・者対策一元化は、親の会や施設の関係者の切実な願いであった。

1965（昭和40）年、厚生省（当時）では児童家庭局の設置に伴う法改正で、精神薄弱者福祉法の施行に関する事務を社会局から児童家庭局に移管し、両法の運営の円滑化をはかった。しかし、判定や相談の現場においても、児童相談所と精神薄弱者更生相談所とに管轄が分かれ、その連携が必ずしもスムーズに行かず、その措置は結果として成人精神薄弱者対策の遅れをもたらしたと言われている。昭和39年には、厚生省社会局援護課から「精神薄弱者判定要領」が出されている。これは、知的障害の定義に関する先進国の情報を提供し、現在でも通用する知的障害の定義や判定方法を紹介しており、知的障害者福祉法によって新たに設置された知的障害者更生相談所での活用のために準備されたものである。しかし、この定義や判定方法を活用して知的障害の法的定

義をつくり、全国統一された判定方法を普及させようとする動きは見えず、そこには厚生労働省内におけるセクショナリズムが見え隠れする。

（2）重度の課題

昭和39年3月13日、厚生省児童家庭局から「重度知的障害児収容棟の設備及び運営の基準について」が通知されている。この通知において、重度知的障害児収容棟に入所させる児童は、

- ① 知能指数がおおむね35以下の児童であって、次のいずれかに該当するもの。
 - ア 食事、着脱衣、排便及び洗面等日常生活の介助を必要とし、社会生活への適応が著しく困難であること。
 - イ 頻繁なてんかん様発作又は失禁、異食、興奮、寡動その他の問題行為を有し、監護を必要とするものであること。
- ② 盲（強度の弱視を含む。）若しくはろうあ（強度の難聴を含む。）又はし体不自由を有する児童であって知能指数がおおむね50以下の知的障害児

とされている。その後、昭和43年7月3日の「知的障害者更生施設における重度知的障害者の処遇について」においても、重度の規定は同じものとして引用された。

上記で述べたように、昭和39年には、厚生省社会局援護課から「精神薄弱者判定要領」が出されている。「精神薄弱者判定要領」については、当時のAAMR等の世界的水準の知的障害の定義や区分であり、特に、知能指数だけに偏ることのないよう知的障害の判定の際の重要性を指摘し、環境を考慮した「総合的判断」の必要性を説いている。このような世界標準の最新の知的障害に関する情報があったにもかかわらず、「重度知的障害児収容棟の設備及び運営の基準につ

いて」も用いられた「重度」概念が、知的障害の区分を強く規定していく。

当時は、児者一貫の背景もあり、知的障害児施設における加齢児の（重度であるから自立困難という判断）課題から、知的障害者福祉法によりその解決を図ることの取り組みを始めていた。また、児童・成人に共通する「重度」者の課題がますます大きくなってきた時代であった。その課題は、その後の重症心身障害児施設の設置やコロニー施策へと引き継がれていく。このように知的障害分野における「重度」の課題が、療育手帳成立にも大きく影響していたと考える。これが、療育手帳制度においても、知的障害者区分を「重度」と「それ以外」の2区分とした背景と推測する。療育手帳制度施行の数年前から、東京都においては4区分からなる手帳制度が先行して制度化されていたが、療育手帳制度において2区分としたのも、この「重度」概念が大きく影響していたと考える。療育手帳制度が2区分で、後は地方自治体の裁量に任せたことは、現在の全国各地自治体の多様な区分につながっている。

（3）在宅生活の志向

昭和49年中央児童福祉審議会は「今後推進すべき児童福祉対策について」を答申し、その中では、①障害の発生予防、早期発見、早期療育施策、②在宅福祉施策、③施設施策という3本柱で福祉施策を推進しようとした。心身障害者対策基本法以後、施設サービスだけでなく、在宅サービスの必要性などさまざまな施策の必要性が認識されるようになってきた。このような在宅サービスについては、家族のニーズが大きく影響するものであるから、その対策として手帳制度を活用することにより諸サービスを受けやす

くすることには意味があると判断されたと考える。精神薄弱者福祉法の制定以降は、施設福祉が推進されたということはあるが、全国的には依然として圧倒的に家族の支援に頼っている状況があった。それまでのサービス提供が、施設入所という形において、児童相談所等の公的機関が判定して入所の手続きをとるという措置形態である。「重度」についても児童相談所や知的障害者更生相談所の機関が判定を行い、その後の指導を行うというパラダイムであった。しかし、在宅福祉施策については、従来のパラダイムでは不十分で、サービスの実施主体とその必要性の判断する機関についても変えていくことが必要になってきた。このような在宅生活の志向の中で、特別児童扶養手当、国税、地方税の諸控除及減免税、公営住宅の優先入居などのサービスを受けやすくするために手帳制度が導入された背景があるのではないかと考える。

3. 他の手帳制度との関係

身体障害者手帳は、身体の機能に一定以上の障害があると認められた方に交付される手帳である。原則、更新はないが、障害の状態が軽減されるなどの変化が予想される場合には、手帳の交付から一定期間を置いた後、再認定を実施する。身体障害者手帳制度は、身体障害者福祉法に基づき、都道府県、指定都市又は中核市において障害の認定や交付の事務が行われている。法的な制度的位置づけられているのは療育手帳制度との異なる点である。一般的には、身体障害と知的障害の重複もありうる（重症心身障害児はまさにそれであるが）ので、療育手帳については、身体障害の度合いすなわち介護の状況を組みあわせる規定を設けている（国の2000年の実態調査要領においては、

知的障害の判定に介護度も反映されるようになってきている)。

身体障害者手帳及び精神障害者保健福祉手帳ともに、法律に障害が規定されているが、療育手帳はその点、知的障害の法的定義もないことから、根拠が弱いものとなっている。精神薄弱者福祉法制定時の「精神薄弱者手帳」の構想においては、精神薄弱者に手帳を交付して福祉措置を図るということは、きわめて便利であり将来経済的な福祉の措置を考量する場合には必要であるとも考えられていた。しかし、手帳制度そのものの制度が精神薄弱者になじみがたいことおよび手帳を交付する以上は、精神薄弱者か否かの判定基準が明確である必要があり、現状においては統一的な権威のある判定基準がないことなどの理由により精神薄弱者に対して手帳を交付するというたてまをとらないこととされている。統一的な判定基準がないという技術的なものについては、前述の知的障害の定義や判定方法の情報があったことと矛盾することになる。行政としては信頼できるものではないという判断があったであろうか？

身体障害者に対しては、その福祉施策の基礎となる身体障害者手帳が交付され、これに基づき更生の援助や必要な保護をおこなうとともに生活の安定や福祉の増進を図ることが法律に規定されていた。精神薄弱者については、法律にこうした規定がなかった。例えば、施設入所者の帰省の場合でも運賃割引がなされず、同じ障害者であっても福祉的な恩典が受けられないことが多く、そのため精神薄弱者に対する手帳制度の要望は、親の会や施設関係者の切望するものであった。このように、他障害者施策の対比において精神薄弱者手帳制度への要望が強まっていった経緯があった。

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棟の設置において、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。それ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と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。

4. 「療育」ということば

「療育」という言葉と概念は、昭和17年、高木憲次が初めて提唱したものとされている。高木は、東京大学の整形外科教授であり、わが国最初の肢体不自由児施設を創ると共に、肢体不自由児療育の体系を築き上げた。高木は、「療育とは現代の科学を総動員して不自由な肢体をできるだけ克服し、それによって幸いにも回復したる回復能力と残存せる能力と代償能力の三者の総和（これを復活能力と呼称したい）であるところの復活能力をできるだけ有効に活用させ、以て自活の途の立つように育成することである」としている。

一方、すでに19世紀、ヨーロッパには「治療教育」という言葉が存在していた。ドイツのゲオルゲンスが1861年に「治療教育学（Heilpaedagogik）」という本を著し、それ以後「治療教育とは心身に発達障害のある児童に対する教育であり、医学的な治療によって治すことができず、また教育しても限界のある児童に対して、医学と教育との連携によって、その児童の教育の目的を達しようとするもの」と定義されてきた。「治療教育—短縮して療育」とする考えは、肢体不自由分野から来ている言葉であるが、知的障害分野においても治療教育という言葉が広く用いられることになる。

児童福祉法においては、保健所における身体障害児に対する支援として「療育」という言葉が使われ、知的障害児においても戦前からの流れで「治療教育」とともに療育が使われてきた。特に知的障害児通園施設の

支援として「療育」という言葉が使われ、その後、知的障害者施設においても「治療教育」が使われ、もっぱら精神薄弱児分野における児者の支援を表す言葉となっていた。

その後の重症心身障害児の創設においては、児者一貫施策がとられた。わが国における最初の重症心身障害児施設は「しまだ療育園」である。そこにも「療育」という言葉が使われた。このように「療育」という言葉は、児童期のみならず、児童期から成人期まで幅広く知的障害者の支援に使われてきた用語であり、特に、児者一貫を考えれば「療育手帳」は適切な言葉であったと推測する。重症心身障害児施策の展開は、精神薄弱児者に対する「療育」を強化していくものであった。重度の方々の存在が、「精神薄弱者手帳」ではなく「療育手帳」という言葉をつくっていったのではないかと推測する。

また、身体障害者手帳が身体障害者自身の要望から生まれたことと比して、療育手帳は主に家族の必要性から手帳制度が要望されたところに、「精神薄弱者手帳」ではなく、「療育手帳」となった理由があるのではないかと考える。

5. 障害の捉え方の変革期において

1980年、世界保健機関（WHO）は、国際障害分類（International Classification of Impairment, Disability, Handicap; ICDHI）を提示した。それは、機能・形態障害（Impairment）、能力障害（Disability）と連鎖し、結果として社会的不利（Handicap）を引き起こすという考え方である。この考えは、病気、若しくはその他の健康状態により直接生じた「個人的な」問題として捉え、専門職による個別治療といった形での医療を必要とするものとみなされてきた。このような「医学モデル：medical model」に対し、

2001年のWHOにおける国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health :ICF）においては、障害は人間の個性の一つであると捉え、社会的不利（handicap）軽減の手段を、原因となった疾患や傷害ではなく、社会の側の環境の改善に求めるいわゆる「社会モデル（social model）」の考え方を取り入れ、医学モデルとの統合を目指したものである。障害は、人の生活機能を健康状態と背景因子（環境因子と個人因子）の相互作用の相対的な関係性の中で捉える点に特徴がある。この考え方は、以後の世界における障害者政策の主流となり、人の健康状態をこのように関係する様々な個人因子や環境因子の結果として捉えることで、社会において「障害」や「障害者」と一括りにはできない多様な状況があることが認識できるようになった。

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ったく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一言わざるを得ない。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。

C. 結論／おわりに

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していない。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。

D. 健康危険情報 該当なし

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・登録状況 該当なし