

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

総合研究報告書

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
	内山 登紀夫	福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科
	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
	小林 真理子	山梨英和大学 人間文化学部
	伊藤 大幸	お茶の水女子大学 機関研究院 人間科学系
	浜田 恵	名古屋学芸大学 ヒューマンケア学部
	村山 恭朗	金沢大学 人間社会研究域 人間科学系

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 10 の研究を通じて、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、①現在、療育手帳制度は適切に運用されているとは言い難い現状にあり、早急に統一的な療育手帳の判定基準を設けるべきであること、②療育手帳の判定は知的水準および適応行動水準の 2 側面から行うべきであること、③療育手帳の判定においてノルム化尺度／検査の利用を推奨するが、非ノルム化尺度／検査を利用する場合には、他の検査を並行して実施するなど、慎重な判定業務が必要であること、④知的発達症（知的障害）の定義を明確し、法制化するべきであること、⑤統一的な療育手帳の判定基準の

構築を図る際、児童相談所等の業務負担軽減も考慮すべきであり、今後、簡便に知的および適応行動水準の評価が可能なノルム化検査を開発する必要があることとともに、⑥療育手帳の判定に関する全国統一的基準（案）を示した。

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. 研究方法

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題

文献研究により、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。

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①

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。

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

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した。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した。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検証を行った。

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

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)

本研究は中京大学研究倫理審査委員会の承認を受けて、実施された。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。

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

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。

6. 国の通知等から見る療育手帳の制度面での活用状況

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。

7. 療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言

2021年5月～2022年3月までの月1回（計11回）、研究者3人（大塚・日詰・小林）によって「療育手帳制度の在り方」をテーマとしてオンライン会議を行い、そこでの討議内容を整理したものである。本報告書は、まず討議内容を3側面（1：知的障害支援施策の歴史と療育手帳制度、2：療育手帳制度を巡る課題と研究レビュー、3：発達障害支援施策と関連する諸課題）から整理し、4において「今後の療育手帳制度の在り方」を提案した。

8. 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②

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 第12版、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。さらに我が国の知的障害支援の現場における課題について若干の検討を加えた。

9. 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

療育手帳の交付を受けている児者、既に療育手帳の判定は受け療育手帳の交付認定を受けた幼児、療育手帳の判定は受けていないが知的水準の発達に問題があり現在地域の児童発達支援を受ける幼児の98名（男性73名、女性25名、 19.09 ± 16.14 歳）が本調査に参加した。本研究では、知的水準を評価する非ノルム化検査として、田中ビネー知能検査と新版K式発達検査、知的水準を評価するノルム化検査として、本検査ではウェクスラー式知能検査を取り上げた。適応行動水準を評価する尺度として、S-M 社会生活能力検査（非ノルム化尺度）と Vineland-II 適応行動尺度（ノルム化尺度）を取り上げた。本研究では、上記した知的水準を評価する3検査の関連、適応行動水準を評価する2検査の関連を検証した。

（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た中京大学研究倫理委員会の審査および承認を受けたうえで、本調査は実施された。本調査実施前に、参加協力児者および保護者または施設職員（グループホーム等での支援を受け生活をしていた一部の協力者については、施設職員が本調査の実施に同行した）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うえで、文書にて、協力児者本人および保護者／施設職員から本研究の参加についての同意を得た。

10. 知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理測定学的検証

研究1の対象は本研究班の村山・浜田(2022)の分担研究報告と同じ対象から、研究2では、厚生労働省令和2年度社会福祉推進事業「日常生活支援住居施設の対象者選定のためのシステムに関する調査研究事業」(代表者：辻井正次)における調査により、一般サンプル418名(男性208名、女性211名；平均年齢49.8歳)および知的障害者33名(男性20名、女性13名；平均年齢49.1歳)から得られたものであった。

B. 研究結果

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題

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

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)、実地的 (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。

実地的スキル (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、実地的領域において、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。AAIDD 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。

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 知的発達の障害、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 知的発達の障害、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パーセント以下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パーセント以下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的検証

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)

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)

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 (日詰 正文)

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。

7. 療育手帳制度の過去・現在の再考と未

来の提言

1の「知的障害支援施策の歴史」では、療育手帳制度の前提となる、知的障害の定義が不在の理由を身体障害者福祉法の定義に求めたこと、また、2の「療育手帳制度の課題」では、改革のメリットが少ないことが制度の改革を遅らせたことを明らかにした。3の「療育手帳制度の課題と研究レビュー」では、全国的な判定方法の統一に向けての課題やポイントを明らかにした。4の「今後の療育手帳制度の方向性(未来)」では、療育手帳制度の大きな課題である高機能(発達障害)の方々の取り扱いは、知的障害の定義と判定に直接かかわることを示し、今後は、知的障害と発達障害(精神障害を含めて)の整理が喫緊の課題であることを明らかにした。最後に、療育手帳制度を巡る課題について論考し、知的障害の定義を法に位置けていく必要性と、その際、知的障害の判定方法がセットで必要であることを明らかにした。

8. 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②

AAIDD第12版の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にも掲載されている(AAIDD、2022)。

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)の両方に有意な制限(significant limitations)がある状態であり、21歳以下

の年齢から始まる。

1. 知的機能

知的機能 (Intellectual Functioning) – いわゆる知能 (intelligence) は学習 (learning)、推論 (reasoning)、問題解決 (problem solving) などの一般的な精神能力 (mental capacity) 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、知的機能に有意な制限があることを意味している。

2. 適応行動 (Adaptive Behavior)

適応行動は概念的 (conceptual)、社会的 (social)、実用的 (practical) なスキルの集合体であり、人々が日常生活で学習し実際に行う行動である。

3. 概念的スキル (Conceptual skills)

言語や読み書きの能力、お金、時間、数の概念を理解して主体的に行動できる能力 (self-direction)。

4. 社会的スキル (Social skills)

対人スキル、社会的責任、自尊心、騙されやすさ、経験の乏しさ (例：警戒心)、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

5. 実用的スキル (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、お金の使用、電話の使用などのスキルである。

6. 標準化されたテストによっても適応行動の困難を把握することができる。

7. 明らかになる年齢

この状態は発達期、つまり 21 歳以下に始まる。知的障害は発達障害と総称される複数の障害の一つである。

8. 他に考慮すべき事柄

知的障害を評価するには、AAIDD は知的機能と適応行動以外の要素も重視している。例えばその人が属する集団や文化において、どのようなコミュニティ環境が通常の状態なのかを考慮する。

専門家は人がコミュニケーションをとったり、移動したり、行動する際の言語の多様性や文化の差も考慮すべきである。

当事者の限界点はしばしば長所と共存すること、適切な個別のサポートが長期にわたって得られれば個人の生活機能レベルが改善することを想定した上で最終的なアセスメントを実施しなければならない。

臨床家が包括的な評価を行うことによって始めて、知的障害があるかどうかを判断し、その人にとって価値のある個別のサポートプランを作成することができる。

以上が AAIDD 第 12 版の定義である。前述のように AAIDD は 1921 年より用語解説やマニュアルを発表してきており、長い歴史があり、DSM や ICD の基準にも強い影響を与えてきた。第 12 版では診断をするための体系的な方法の記載と、適切な知的障害の分類 (支援に有用なサブグループの作成)、そして知的障害の人のサポートのプランニングが重視された。

9. 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

ウェクスラー式知能検査（ノルム化検査）と田中ビネー知能検査／新版 K 式発達検査（非ノルム化検査）の関連を検証したところ、中程度から強い相関が認められた。その一方で、これらの尺度で評価される重症度の一致率は乏しかった。

Vineland-II 適応行動尺度（ノルム化尺度）と S-M 社会生活能力検査（非ノルム化尺度）の関連を検証したところ、強い正の相関が認められたが、これらの尺度で評価される重症度の一致率は乏しかった。さらに、療育手帳の交付を受ける協力児者のうち、10%程度が知的発達症の診断基準に該当しない知的水準、適応行動水準を示した。

10. 知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理測定学的検証

幼児期から成人期までの療育手帳保有者を対象として3つの知能検査と2つの適応行動尺度を実施し、得点差や相関の観点から検査結果の整合性を検証結果、検査間での測定結果の系統的な乖離とランダムなブレは無視できないほど大きいことが明らかとなった。こうした検査結果のバラつきは、知能検査と適応行動尺度の結果を合成（単純平均）することによって、3分の2程度にまで低減されることが明らかとなった。

C. 考察

1. 療育手帳制度成立の背景と現状の課題

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云わざるを得ない。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得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。

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

3つの国際的診断基準に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の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。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)。

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的検証

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

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 日児発第 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

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。

7. 療育手帳制度の過去・現在の再考と未来の提言

療育手帳制度の改革のためには、知的障害の定義が必要である。知的障害の定義が、知的障害者福祉法に規定されず何十年もたってしまったのは、関係者にとって痛恨の極みであろう。知的障害者福祉法に知的障害の定義を規定することは、関係者にとって長年切望してきたことである。

知的障害の定義の必要性は、そもそも発達障害者支援法の改正の経過において出現してきた課題である。発達障害者支援法の改正において、発達障害者と同じニーズをもちながら、ほとんど注目されてこなかった「軽度知的障害」の存在の課題である。これら「軽度知的障害」の存在を考えれば、発達障害者支援法の対象に知的障害を加えることは極めて合理的なことである。特に、知的障害者福祉法に規定されていないライフステージを通した一貫した支援が、知的障害が発達障害者支援法に加わることで実現するとすれば、知的障害者と家族にとって大きなメリットである。

知的障害の定義を知的障害に、社会モデルで位置付ける案を以下に示す。

○知的障害者支援法改正（案） （定義）

第四条 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。

○知的障害の判定（案）

知能指数及び適応行動（いずれも標準化されたもの）において判定

○知的障害の区分（案）

軽度・中度・重度・最重度の4区分とする

8. 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②

ICD-11 では知能障害の分類にパーセント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パーセントイル）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; 吉村他, 2020）。また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。

療育手帳が知的障害を対象とするなら知的障害を定義する必要がある。IQ だけでは知的障害の診断もできないし、重症度分類も支援ニーズの把握もできない。近年の障害学の進歩を踏まえれば、DSM-5、ICD-11 や AAIDD の基準と大きな乖離がない診断基準が必要であろう。そのためには最低限、知能水準、適応行動尺度、発症年齢の 3 つの要素についての情報が必要である。

9. 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

本研究の結果から、以下のことが示唆された。

以上の結果から、以下が示唆された。

1. 田中ビネー知能検査を使用しその結果に基づき療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきである（特に、青年・成人）が、検査結果（比例 IQ<70）に基づく交付判定は一定の信頼性がある。
2. 新版 K 式発達検査を使用しその結果に基づき、就学前幼児における療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして重症度の評価は慎重に行うべきである。DQ が軽度域（55-75）と評価される場合には、他の知能検査を実施し、療育手帳の交付の適切性を慎重に判断する必要がある。

3. 幼児・児童・青年に対して、S-M 社会生活能力検査を使用しその結果に基づき療育手帳の判定を行う場合、他の検査を並行して実施するなどして、重症度の評価は慎重に行うべきであるが、検査結果（SQ<76）に基づく交付判定は一定の信頼性がある。
4. 現状では、知的発達症の特徴が認められない児者に対しても療育手帳が交付されており、現行の療育手帳制度は適正に運用されているとは言えない。
5. 現行の療育手帳制度は、地域間の不公平・不平等を引き起こしている。
6. 今後、療育手帳の交付の統一的基準を整備すると共に、知的水準は健常域にあるが適応行動水準の問題を示す児者への支援システムの整備を図る必要がある。

10. 知能および適応行動の標準化検査の整合性に関する心理測定学的検証

いずれの検査も単独で療育手帳の交付や重症度の判定に用いることは適切でなく、少なくとも知能検査と適応行動尺度の結果を組み合わせることで評価を行うことの重要性が示された。しかし、療育手帳判定にあたる児童相談所の職員が虐待対応など多くの業務を抱える現状で、検査の負担を増やす方向の提言が受け入れられる可能性は高くない。この問題の根本的な解決には、知的障害の有無と重症度の判定という用途に関して十分な心理測定学的性質を持ちつつも、所要時間を大幅に抑えられ、かつ、実施に高度な

専門知識が求められないアセスメントツールの開発が必要であると考えられる。我々が並行して進めてきた社会推進福祉事業「日常生活支援住居施設の対象者選定のためのシステムに関する調査研究事業」(代表者:辻井正次)では、成人を対象とした簡便かつ高精度の包括的アセスメントツールである ABIT を開発しており、今後、こうしたツールを全年齢に適用できるよう拡張を図る必要がある。

D. 結論

2か年に渡る本研究から、以下を結論として示す。

- ① 療育手帳は「知的障害児(者)に手帳を交付」と要綱に明記されているが、一部の自治体では、知的発達症の診断基準に合致しない知的水準 ($IQ > 76$) を示す児者に対しても療育手帳を交付し、実際、平均以上の知的水準を示す児者が療育手帳の交付を受けている。そのため、現在、療育手帳制度は適切に運用されているとは言い難い現状にある。このような不適切な運用は地域間の公平性を害する可能性があるため、早急に統一的な療育手帳の判定基準を設けるべきである。
- ② 現在、多くの自治体で行われている療育手帳の判定では、知的水準の評価が中心に行われているが、知的発達症の国際的診断基準や本研究で得られた実証的知見から、療育手帳の判定は知的

水準および適応行動水準の2側面から行うべきである。

- ③ 現在、療育手帳の判定で利用されている非ノルム化尺度/検査による判定結果はある程度信頼性があるものの、国際的な診断基準が求めるノルム化がなされていないこと、国内で行われた標準化の手続きが十分でないこと、ノルム化尺度/検査で評価される重症度との一致率が乏しいことから、療育手帳の判定において非ノルム化尺度/検査を利用する場合には、他の検査を並行して実施するなど、慎重な判定業務が必要である。
- ④ 統一的な療育手帳の判定基準の設定など、今後、療育手帳制度の改定を図るうえで、知的発達症(知的障害)の定義を明確し、法制化するべきである。
- ⑤ 統一的な療育手帳の判定基準の構築を図る際、児童相談所等の業務負担の軽減も考慮すべきである。本研究で実証されたように、多くの自治体では、業務負担の面から、ノルム化尺度/検査を療育手帳の判定に利用することを懸念している。そのため、今後、簡便に知的および適応行動水準の評価が可能なノルム化検査を開発する必要がある。
- ⑥ 療育手帳の判定の全国統一判定基準が

イドライン（案）

1. 医学的診断：
初回判定では、ICD-11 の診断基準に基づき医学的診断を必要とする。
2. 心理・社会的診断：
 - 知能検査：基本的に、偏差 IQ が算出できるノルム化尺度／検査（ウェクスラー式知能検査等）を利用する。なお、田中ビネー知能検査および新版 K 式発達検査（K 式に関しては、5 歳まで）も利用可能とする。
 - 適応行動尺度：基本的に、偏差指数が算出できるノルム化尺度（Vineland-II 適応行動尺度等）を利用する。なお、申請対象が中学生年齢以下（15 歳以下）である場合には、S-M 社会生活能力検査も利用可能とする。
 - 心理検査の実施：上記の心理検査の実施が児童相談所以外の機関で行われる場合には、公認心理師が実施することを認める。
 - 生育歴・病歴・家族歴等（発症に関わる情報の収集等）
注）申請対象が成人（18 歳以上）の場合、通常学級の所属経験があること、高校進学の実事があることをもって、知的発達症（知的障害）の存在を除外することはできないため、小・中・高等学校時の適応状態（学業成績等）を検証し、手帳交付の適切性を判断すること。
3. 重症度（等級）：ICD-11 に基づき、4

区分とする。

4. 再判定：幼児では 2 年、学齢児では 3 年、成人では 5 年を越えない範囲で再判定を実施する。
5. その他：身体障害者福祉手帳、精神障害者福祉手帳との重複は認める。

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

村山恭朗・浜田恵・内山登紀夫・辻井正

次. (2021). 療育手帳の判定業務の現状と問題－児童相談上・知的障害者更生相談所に対する調査を踏まえて－. 第 126 回小児精神神経学会.

浜田恵・内山登紀夫・村山恭朗・辻井正

次. (2021). 療育手帳の判定業務の現状と課題 調査票に基づく検討. 第 126 回小児精神神経学会.

辻井正次. (2021). 療育手帳基準の全国統一をめぐって：知的障害を施策の上でどう位置づけるのか. 第 62 回日本児童青年精神医学会総会.

H. 知的財産権の出願・登録状況 該当せず