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

社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会

はじめに

障害者基本法の第二条 第一項（定義）においては、「障害者とは、身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、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」とされている。わが国において三障害とは、身体障害、知的障害、精神障害となっているが、身体障害は身体障害者福祉法において、精神障害は精神保健福祉法にそれぞれ定義があるが、知的障害は知的障害福祉法に位置づけられていない。法的定義がない中で、知的障害の認定については、児童相談所や更生相談所において行われているが、認定基準や判定方法はそれぞれの自治体において異なっており、統一した認定基準や認定方法を策定する必要があるという意見が以前からなされている。

全日本手をつなぐ育成会は、「社会福祉基礎構造改革への意見」（1998 年 2 月 13 日）において、「定義（概念）や認定基準はどのようにするのか」を提出している。そこにおいては、「サービスの評価の前に、知的障害の場合は、その定義（概念）が曖昧であり、法には記載が欠落しています。それゆえ、サービスの受給の前提となる「手帳」も法制化されておらず、都道府県に任されており、認定に著しい格差があると関係者から指摘されています。将来の「障害者（総合）福祉法」を展望しつつ、この点での早急な解決が求められます。」との意見を出している。

その後、支援費制度、障害者自立支援法、障害者総合支援法と制度施策が整う中で、知的障害の定義、認定基準の全国的統一は、知的障害福祉関係者の悲願となっている。本研究が今後の知的障害の法的定義、認定基準の全国的統一に道筋をつけるものであることに期待するものである。

平成 31 年 3 月 31 日

社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会
理事長　　佐々木　桃子

目　　次

I. 調査研究の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

II. 文献調査（知的障害認定基準に関して）
　分野別調査　（１）法律分野・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
　　（１）医学分野・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
　　（２）心理分野・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
　　（３）社会福祉分野・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
　　（４）教育分野・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
　　（５）労働分野・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45

III. 実態調査
　（１）調査内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 49
　　①背景
　　②目的
　　③方法
　　④日程
　（２）調査結果
　　①選択式回答項目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 50
　　②記述式回答項目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 55
Ⅳ. 結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 58

Ⅴ. 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 58

Ⅵ. 提言（今後の方向性）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 59

資料：療育手帳の区分名称及びその基準となる IQ 値（総括表）

Ⅶ. 付録
　知的障害の認定基準に関する児童相談所・更生相談所アンケート

平成 30 年度障害者総合福祉推進事業

指定課題 1「知的障害の認定基準に関する調査研究」

検討委員会名簿

主任研究者

大塚　晃（上智大学教授）

研究委員（五十音順）

伊藤　大幸　（中部大学現代教養学部講師）
内山　登紀夫（大正大学教授）
大髙　祐一　（東京都心身障害者福祉センター障害認定課長）
菅野　敦　　（東京学芸大学教授）
坂爪　一幸　（早稲田大学教授）
佐藤　彰一　（国学院大学教授）
辻井　正次　（中京大学現代社会学部教授）
湯汲　英史　（公益社団法人発達協会　常務理事）

I. 研究の概要

１．知的障害と制度・施策について

（１）戦前の知的障害施策

わが国の精神薄弱児の施設体系は、石井亮一の滝乃川学園から始まった．石井は、1891（明治 24）年に濃尾震災で孤児となった十数名を引き受け、東京に孤女学園を設立し養育をはじめた．孤児のなかに二人の「白痴」児がおり、知的障害児への教育へと進んでいった．石井は、孤女教育の実践を通して、孤女のなかに能力の差のある子ども（普通児、「魯鈍」、「白痴」）のいることを述べている。すでに、知的障害の中にも、異なる類型を見ていた。石井は、1896（明治 29）年、知的障害児教育の状況を調査研究するため渡米し、知的障害児の治療教育理論で有名なセガンの考え方を持ち帰り、本格的に知的障害児教育をはじめた．セガンの理論は、フランスのイタールが「アヴェロンの野生児」に対して生理学に基礎をおいた教育を行って、感覚・知力および感応力の発達を目ざしたものを参考に、生理学的教育法と言われる実践を通じて「治療教育」を体系化したものである．1897（明治 30）年に孤女学園は、滝乃川学園と名称を変え、知的障害児のための教育施設となっていく．当時の知的障害児教育の実践において、「白痴」の発達を促すためには、治療と教育の二つが必要で、両者を同時に実施することが重要であること．白痴教育には、①医学的な治療、②教育としての訓練、③生活を通しての生活指導の三つが必要であることを、石井は当時すでに体得していたとされている．（菊池 1987：182）石井の治療教育は、実践の場としての精神薄弱施設と深く結びつくものであった．白痴教育施設としての滝乃川学園は、家族主義的共同体としての性格を残していたが、生活年齢・性別・障害程度などを考慮した分類処遇の確立、セガンの生理学的教育を取り入れた治療教育の実践をはじめ、生活・教育・労働・医療等を統一的に保障しようとする総合支援施設（その後のコロニー）というべきものを目指していたと言えよう．（国立コロニーのぞみの園 田中資料センター　1982：54）

（２）戦後の知的障害施策

児童福祉法は、敗戦後の災禍がまだ残る 1947（昭和 22）年、戦災孤児、引き揚げ孤児等の街頭浮浪児の対策・処遇が急務とされていたなか、すべての児童を視野に入れ、時代のわが国を担う児童を心身ともに健やかに育んでいくことを目的として制定されたものである．この法律は一般の児童はもちろん保育に欠ける児童、養護を必要とする児童その他非行児童の福祉を図ることを目的としている．精神薄弱児施設が、わが国で初めて法に規定されたことの意味は大きいものがある．精神薄弱児施設の形態は、既に全国的に展開されていた養護施設（現在の児童養護施設）を模範とし、その機能は、児童を施設に収容して保護することが中心であった．

昭和 24 年の児童福祉法の制定の際、精神薄弱児施設が法律に位置づけられた。精神薄弱児施設の対象として、「精神薄弱児とは、先天的な原因により、また生後わりあい早い時期に脳に障害を受けたため、精神的機能の発育が停滞している児童をいうが、精神薄弱児は、

たんに知能的欠陥だけでなく身体的面においても、また感情面意思面においても種々の障害をともなっている場合が多い。精神薄弱児はその程度により、軽度、中度、重度の三種類に分類される。」とされている。(『新版増補　児童福祉法、母子福祉法、母子保健法の解説』厚生省児童家庭局長竹内嘉巳、時事通信社、昭和 53 年度版)

昭和 28 年に、厚生省から「知精神薄弱児施設運営要領」が出されている。当要領において、「精神薄弱というものは、単に知的欠陥のみならず身体的方面においても又感情的、或いは意志的方面においても通常種々の障害を伴っている場合が多いので、精神薄弱児の定義においても、心理学的、医学的（精神医学を含む)、或いは教育学的、社会学的な立場により、又それぞれの学者により異なっており、一定した定義は下されていない。」とされている。また、精神薄弱児 (Feeble Minded Child)は一般に知能的欠陥の程度によって、a：白痴(Idiot)、b：痴愚（Imbecile)、c：魯鈍(Moron)に分類されている。

昭和 35 年 3 月に知的障害者福祉法が制定された。同法においては、「知的障害」の定義がなされないまま制定され、知的障害者への福祉サービスが提供されていた。対象となる知的障害者の判定については、昭和 37 年度の厚生科学研究において精神薄弱者判定基準作成のための研究（主任研究者：菅修秩父学園長）が行われた。昭和３９年２月に、知的障害者更生相所における判定の参考資料として「精神薄弱者判定要領」が社会局厚生課から通知された。その後、昭和 48 年（1972 年）の「療育手帳制度要綱」（昭和 48.9.27、児発 156　厚生事務次官通知）により、都道府県・市がそれぞれに手帳を発行するようになったが、手帳制度については、法定化されないまま現在に至っている。

「この法律においても、精神薄弱者の定義を（法に）規定すべく検討したが、結局次にかかげる二つの理由から特別の定義をおかないものとし、「精神薄弱者」の解釈ないしその範囲については、社会通念によることとしたのである」

①精神薄弱者の定義については、医師の立場から、あるいは心理学者、教育者の立場から種々の定義が行われてきており、また、知能検査を中心とした精神薄弱の判定方法および判定基準にも確立されたものがなく、知能指数による分類も各省庁によって異なっている。実際問題としても、身体障害者のように各眼の視力０．１以下とか、上肢または下肢の切断者とか明確な一線を画することが困難であるばかりでなく、同一の者を検査しても、使用する知能検査器具の種類が異なると結果として異なった知能指数が産出される場合もまれではない。したがって、権威ある判定機関が整備され、判定方法および基準が統一確立されるまでは、とくに定義を設けないこととしたのである。

②この法律は、いわゆるサービス行政のためのもの、すなわち精神薄弱者の福祉を図るためのサービスを提供するものであって、強制収容等の強制措置を行ったり、年金その他の給付金の支給を定めて経済的な恩典を与えたりするものではない。

したがって、定義を欠くことによってその対象が多少不明確であるため、もし仮に精神薄弱者でないものが一時的に法の適用を受けたとしても、そのほうが逆に対象を明確にすることにより、精神薄弱者が法の適用を受けられなくなるよりは、より立法の趣旨に合致するものと考えられたのである。そのことがただちにいちじるしい不利益を及ぼしたり、または権利を侵害したりするものではない。すなわち、この法律の趣旨からして、一人でも多くの人

がその福祉を増進するための援護措置を受けることがのぞましいわけで、濫救よりも漏救を警戒し、なるべく幅広く援護措置の網をかぶせることがのぞましいのである。

このように、精神薄弱者の解釈は、社会通念によるが、最近では、精神薄弱者とは、『心身の発達期（おおむね十八歳まで）にあらわれ、生活上の適応障害を伴っている知的障害の障害を示す状態にあるもの』というとらえ方が一般的になりつつある。」（『7 改定児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、母子保健法、精神薄弱者福祉法の解説』厚生省児童家庭局編、時事通信社、1991 年）

（３）近年の知的障害施策

一般的に、わが国の知的障害の定義は、2005年の知的障害児（者）基礎調査における「知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」とされてきた。

平成28年に成立した発達障害者支援法改正法においては、衆参附帯決議において、知的障害を発達障害の定義の中に入れることを含めて、今後、国際的動向を含めて検討していくものとされた。これは、アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断マニュアル第5番・ＤＳM-5（2013年5月）』は、神経発達障害を、知的障害、コミュニケーション障害、自閉症スペクトラム障害、注意欠如・多動性障害、限局性学習障害、運動障害群の５つに分類し、知的障害も発達障害の一つとして明記されたからである。今後、ICD-10（『国際疾病分類第10版』）が、11版に変更されることを契機として、発達障害者支援法の定義も変えていくことを想定している。

（４）知的障害研究の経過

昭和 37 年度厚生科学研究（主任研究者菅修）がなされ、知的障害の定義、判定基準作成の要領などが提言された。これが、厚生省社会局援護課の「精神薄弱者判定要領」となる。判定要領によれば、知的障害の認定は、社会診断、心理診断および医学的診断それぞれ細目にわたって実施したうえで各担当者の合議にもとづき、総合的に判断することが望ましい。しかも、診断は単にテストの結果によって決めるべきではなく、専門家の臨床所見や判断を重視しておこなわれるべきである。また、知的障がいの概念については、１．精神機能全般に発達障害があること、2. 知的障害と適応行動をあわせもつこと、3. 精神遅滞状態の可変性に注目すること、4. 発達期における障害であること、などをよく理解するとともに、できるだけ医学的診断名を明らかにすることが心身の健康管理をおこなううえに必要である。さらに、診断や判定に必要な情報の種類と記録のしかた、障害認定のための手続きなどについても、詳細に述べられている。

昭和６１年度厚生省心身障害研究「心身障害の判定指標の開発に関する研究（最終報告）」主任研究者　櫻井芳郎において、知能指数と適応技能の水準は平行していない（両者の関係は０．４～０．５）ため、日常生活の状況を実際的、具体的に把握する評価尺度として「社会生活能力の評価表」が作成された。

「精神薄弱とは、生まれる以前あるいは生後の何らかの原因によって、発達期に知的機能

障害が現われ、能力的や社会的不利が生じ、生活、学習、労働などの人間生活の営みに支障をきたす可能性があるもので、医療、福祉、教育、職業などの面で特別な援助を必要とする状態を指す」

平成 11 年度厚生科学研究「知的障害児・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　岡田喜篤において、「知的障害の定義および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　櫻井芳郎）において、知的障害の定義（案）と障害等級（案）が報告された。

「知的発達に遅滞が認められ、日常生活に支障をきたしているために、支援を必要とする状態を指す」

「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
> 知的障害著しい遅滞が認められ、日常生活に常時、支援を必要とする程度のもの。
> 2 級
> 知的発達に遅滞が認められ、日常生活に困難な程度のもの。

平成 17・18 年厚生労働科学研究「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」主任研究者　勝又幸子において、「知的障害者の定義に関する国際的状況について」が本田達郎により行われている。当該研究においては、アメリカ、イギリス、ドイツ、スウェーデン等における知的障害の定義の状況について有識識者からのヒヤリング等によって得られた情報を整理したものである。本研究は、障害者自立支援法の制定にあたって、記育成会の意見を受けて、障害の定義について一定の整理が必要ということから研究されたものである。

（参考）　知的障害児（者）基礎調査について

1．知的障害

「知的機能の障害が発達期（おおむね 18 歳まで）にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」と定義した。

なお、知的障害であるかどうかの判断基準は、以下によった。

次の (a) 及び (b) のいずれにも該当するものを知的障害とする。

(a)「知的機能の障害」について

標準化された知能検査（ウェクスラーによるもの、ビネーによるものなど）によって測定された結果、知能指数がおおむね 70 までのもの。

(b)「日常生活能力」について

日常生活能力（自立機能、運動機能、意思交換、探索操作、移動、生活文化、職業等）の到達水準が総合的に同年齢の日常生活能力水準（別記 1）の a, b,c, d のいずれかに該当するもの。

（※別記 1 省略）

２．知的障害の程度

以下のものを、基準として用いた。

＊知能水準が I～IV のいずれに該当するかを判断するとともに、日常生活能力水準が a ～ d のいずれに該当するかを判断して、程度別判定を行うものとする。その仕組みは下図のとおりである。

表１　程度別判定の導き方

生活能力 / IQ	a	b	c	d
I （IQ　～20）	最重度知的障害			
II （IQ　21～35）	重度知的障害			
III （IQ　36～50）	中度知的障害			
IV （IQ　51～70）	軽度知的障害			

＊知能水準の区分

I ・・・ おおむね 20 以下

II ・・・ おおむね 21～35

III ・・・ おおむね 36～50

IV ・・・ おおむね 51～70

＊身体障害者福祉法に基づく障害等級が 1 級、2 級又は 3 級に該当する場合は、一次判定を次のとおりに修正する。

最重度 → 最重度

重度　→　最重度

中度　→　重度

※程度判定においては日常生活能力の程度が優先される。
例えば知能水準が「I （IQ　～20）」であっても、日常生活能力水準が「d」の場合の障害の程度は「重度」となる。

３．保健面・行動面について

保健面・行動面について「保健面・行動面の判断」によって、それぞれの程度を判定し、程度判定に付記するものとした。

保健面・行動面の判断

程度 / 領域	1　度	2　度	3　度	4　度	5　度
保健面	身体的健康に厳重な看護が必要。生命維持の危険が常にある	身体的健康に常に注意、看護が必要。発作頻発傾向	発作が時々あり、あるいは周期的に変調がある等のため一時的又は時々看護の必要がある	服薬等に対する配慮程度	特に配慮は必要ない
行動面	行動上の障害が顕著で、常時付添い注意が必要	行動上の障害があり、常時注意が必要	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	行動面での問題に多少注意する程度	特に配慮は必要ない

（注）行動上の障害とは、多動、自分を傷つける、物をこわす、拒食の問題等、本人が安定した生活を続けることを困難にしている行動をさします。

II. 知的障害の認定基準に関する文献調査

１．法律分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題・・・・・・・・・・・p7-14
佐藤　彰一（国学院大学法学部教授・弁護士）

２．医学分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題・・・・・・・・・・p15-21
内山　登紀夫（大正大学教授・医師）

３．心理学分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題・・・・・・・・・p22-30
中島　卓裕・辻井　正次（中京大学）

４．社会福祉分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題・・・・・・・・p31-35
湯汲　英史（公益社団法人発達協会・社会福祉士／精神保健福祉士／公認心理士）

５．教育分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題・・・・・・・・・・p36-44
菅野　敦（東京学芸大学教授）

６．労働分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題・・・・・・・・・・p45-48
西村周治（社福東京都手をつなぐ育成会　世田谷区立障害者就労支援センターすきっぷ）

１．法律分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題

佐藤　彰一（国学院大学法学部教授・弁護士）

知的障害者の定義について法的な側面での先行文献は、残念ながら国内については、ほとんど存在しない。海外では、障害者の手帳や証明書を発行している国と、個別サービスごとに障害者認定をしている国の二通りがあるようであるが、本稿では、時間的制約から海外との比較は、できていない[1]。また国内についても、医学的な文献や福祉・教育関係の文献は多数存在するが、それらの検討は他の委員の方々が行われると思われるため、以下の記述では現行法制度のなかで、どのような規定がされているかを中心に記述することにする。

（１）障害をめぐる法制の中で

①障害者関連法制

障害者基本法は、その第 2 条 1 号で『身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、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」と規定している。そして、身体障害、知的障害、精神障害のいわゆる 3 障害については、そのそれぞれに応じた障害者手帳が交付されている。しかし、周知のように、身体障害者手帳と精神障害者保健福祉手帳は、それぞれ法律上の根拠（身体障害者福祉法 15 条、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 45 条、以下精神保健福祉法と呼ぶ）があるにもかかわらず、知的障害については手帳交付の根拠となる法律が存在していない。

また、身体障害については、法律上、その定義規定がおかれ（身体障害者福祉法 4 条による別表）、手帳交付の対象者が明確となっているが、精神障害については、精神保健福祉法の第 5 条が、「「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、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と規定し、知的障害を、精神障害者の中に入れており、両者の区別が不明瞭になっている。第 5 条が知的障害を含む理由と経緯については、精神保健福祉法の前進である昭和 25 年（1950）制定の精神衛生法制定の当初から含められており、「知的障害者は、知能の障害により周囲との意思疎通や感情表現等の障害がみられ、中には、突発的な衝動行動等のため、精神医療を受けることが必要となる者もあるため、当初から精神衛生法の対象として規定されてきた」との解説が見られる[2]。しかし、精神障害者の手帳の交付対象からは知的障害者は除外されており（精神保

---

[1] 海外に関するものでは、勝俣幸子「国際比較からみた日本の障害者施策の位置づけ」季刊社会保障研究 44 巻 2 号 pp138-149(2008)、中でも 143 ページ以下で海外での障害定義を紹介するが、知的障害の法的定義に関するものではない。また同書には、ＪＤが 2006 年に「障害の法的定義・認定に関する国際比較、障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究、平成 17 年度総括研究報告書、pp.137-225、を出版していることが記載されているが未見である。

その他、植村英晴「諸外国における障害認定の状況―身体障害の認定を中心に―」「ノーマライゼーション　障害者の福祉」2004 年 12 月号がインターネット上で確認できる。
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n281/n281014.html
2019 年 4 月 1 日確認

[2] 多少古い文献であるが、改訂第二版精神保健福祉法詳解 58ｐ・精神保健福祉研究会監修・

健福祉法 45 条括弧書き)、同じ法律のなかで趣旨が不明瞭になっている。精神手帳の交付対象から知的障害者が排除されている理由は、精神の手帳が平成 7 年に始まった段階ですでに療育手帳の制度が定着しており、「知的障害者については、知的障害者福祉法に基づく福祉の措置が講じられていることから、対象から除外した」との解説がある[3]。

知的障害者福祉法は、そもそも知的障害者の定義規定を置いていない。そのため、精神保健福祉法の上記のような解釈では、同法が手帳の交付対象から「誰を除外」したのか、法律上、明確ではないことになる。

このように知的障害者の手帳ついては、法律上、知的障害の定義規定も手帳交付の根拠規定も存在していないところが、これまで随所で問題視されてきた[4]。

（２）立法目的と二つの通知

①立法目的

知的障害者福祉法は、その立法目的を次のように規定している。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号、以下総合支援法）と相まって、「知的障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、知的障害者を援助するとともに必要な保護を行い、もつて知的障害者の福祉を図ることを目的とする。」そして、知的障害者自身が社会参加と自立に向けた努力義務と権利があることを前提に（知的障害者福祉法 1 条の 2)、国をはじめとする関係者がその目的の実現に協力することが求められている。

しかし、関係者が協力・努力すると言っても、対象者が明確でなければ、外延を欠く立法であることになり、人によって立法目的である知的障害者の福祉を図る相手がばらばらになる余地があることを否定できない。

②ふたつの通知について

これまで、法律上の規定の概要と問題点を指摘したが、知的障害者の手帳制度は、この課題を解消することを目的としていると思われる。

知的障害者の手帳の交付は、次の二つの通知を根拠に行われている。昭和４８年（１９７３年）厚生事務次官通知「療育手帳制度について(療育手帳制度要綱)」と同じ日に出された児童家庭局長通知「療育手帳制度の実施について」である。

中央法規　平成 14 年・2001 年。なお、念のために最新版である 4 訂版（2016）も確認してみたが、説明に変化はなかった（4 訂版 76ｐ）

3　前掲 374ｐ。第 45 条についても 4 訂版でも説明は変っていない（4 訂版 498）ｐ。

4　問題点を指摘する文献としてインターネット上に下記の文献を確認している。
いずれも 2019 年 3 月 30 日確認
「ノーマライゼーション　障害者の福祉」　2007 年 8 月号
北沢清司　「知的障害者における障害の定義をめぐる問題と課題」
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n313/n313005.html
ＲＥＡＤ「療育手帳について」
http://www.rease.e.u-tokyo.ac.jp/read/jp/archive/statistics/statistics_criterion.html
小澤温　知的障害の認定に関する最近の話題
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n388/n388005.html

事務次官通知に添付されている別紙「療育手帳制度要綱」は、第 1 条に手帳の目的規定を置き次のように規定する[5]

○「療育手帳制度について」（昭和 48 年 9 月 27 日発児第 156 号厚生事務次官通知）
(別紙)　療育手帳制度要綱
第 1　目的
この制度は、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易くするため、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。

そして要綱第 2 条に交付対象者として、次の規定を置いている。

第二 交付対象者
手帳は、児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害であると判定された者(以下「知的障害者」という)に対して交付する。

要するに児相と更生相談所において知的障害があると判定されたものが知的障害者であることになるが、その判定の基準として、児童家庭局長通知は、重度の場合をＡ、それ以外の場合をＢと表示すると定めるとともに、それ以外の障害区分を自治体が定めることも認めており、療育手帳以外の呼称を併記することを認めていることとあいまって、全国各地で手帳の区分がばらばらになる原因となっている。

児童家庭局長通知に言う、重度Ａは、18 歳未満と 18 歳以上の者とに分けた上、次のように規定されている。

---

18 歳未満の者
平成 24 年 8 月 20 日障発 0820 第 3 号(「重度障害児支援加算費について」)の 2 対象となる措置児童等についての(1)又は(2)に該当する程度の障害であって、日常生活において常時介護を要する程度のもの

ここに引用されている、「重度障害児支援加算費について」の記載は、次の通りである[6]。

---

a：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。

---

[5] この通知については、下記で参照できる。2019 年 3 月 30 日確認
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta9476&dataType=1&pageNo=1

[6] 次のサイトを参照した。2019 年 3 月 30 日
https://www.pref.oita.jp/uploaded/attachment/177831.pdf

ア 食事、洗面、排泄、衣服の着脱等の日常生活動作の介助を必要とし、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、食べられないものを口に入れる、興奮、寡動その他の問題行動を有し、監護を必要とするものであること。
b：盲児（強度の弱視を含む。以下同じ。）若しくはろうあ児（強度の難聴を含む。
以下同じ。）又は肢体不自由児であって、知能指数がおおむね５０以下と判定されたもの。

---
18 歳以上の者
昭和 43 年 7 月 3 日児発第 422 号児童家庭局長通知(「重度知的障害者収容棟の設備及び運営について」)の 1 の(1)に該当する程度の障害であって、日常生活において常時介護を要する程度のもの

上記に引用されている「重度知的障害者収容棟の設備及び運営について」の記載は次の通りである[7]。

対象者は、知的障害者更生施設に入所することが適当な者のうち、標準化された知能検査によって測定された知能指数がおおむね三五以下(肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有する者については五〇以下)と判定された知的障害者であって、次のいずれかに該当するもの(以下「重度者」という。)であること。
ア　日常生活における基本的な動作(食事、排泄、入浴、洗面、着脱衣等)が困難であって、個別的指導及び介助を必要とする者
イ　失禁、異食、興奮、多寡動その他の問題行為を有し、常時注意と指導を必要とする者

（３）認定の課題

前節で説明した手帳交付の対象者の判定基準の中で、はじめて知的障害の定義らしきものが出てくるのであるが、それが、法律でも省令でも規則でもなく、通知という形態をとっており、しかも、最終的には、入所施設の報酬基準を引用する形で規定されているのが、現在の知的障害者の定義の現実である。

そこには次のような点が指摘できる。

①重度だけが記述されていて、その他の区分についての記述がない。このことは、異なる区分設定を認めていることと相まって、通知の目的にある「一貫した指導」が全国で確保される方途が、制度上担保されていないことを意味している。

②障害法の世界では、障害と障害者の定義は、機能障害だけで定義する立法と、機能障害に、生活の制限を加えた定義をする立法と二種類のものがあると言われており、精神保健福祉法第 5 条の定義は前者の例であり、発達障害者支援法の第 2 条は、後者の例であると

7　次のサイトを参照した。2019 年 3 月 30 日
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta9474&dataType=1&pageNo=1

言われているが[8]、通知の中の記述とは言え、定義のアプローチとしては、後者の例のアプローチである。すなわち知能指数と生活制限の両方を入れている記述となっている。

③しかし、知能指数の検査は各種のものがあるところ、検査結果にも揺れがあるとことは周知の通りであり、生活制限の記述も主観的な評価が入りやすいものである。とくに、生活制限の原因を本人の素因にもとめる医学モデルではなく、社会環境や社会的障壁との相互関係に求める社会モデルの観点からは、定義としては、あいまいなばかりか不十分な定義である。なによりも入所施設利用を前提とした「重度」についてしか記載がないことが、定義としては不明確なものとなっていることは否めない。

（４）通知に基づく手帳交付は処分か

①ある事件

法律や政令・省令などは、法である。行政機関相互の連絡事項を超えて国民生活に直接影響を与える効力をもっている。そのような効力を発生させる行政の行為を「処分」と呼ぶ。

では、通知で定められている療育手帳や知的障害の定義などは、法的な効力をもっているのであろうか。これについて参考になる裁判例が存在する。東京高等裁判所平成 13 年 6 月 26 日判決である。紙媒体の判例集には未搭載であるが、最高裁のＷＥＢサイトで見ることができる[9]。

②事件の概要

この事件は、知的障害をもつ子供のために両親が埼玉県知事に療育手帳（みどりの手帳）の交付を申請したところ、1999 年 2 月 1 日に知的障害の程度をＣ（軽度）とする手帳を交付された。埼玉県の場合は、重度の場合をＡ、中度の場合をＢとする三段階区分である。なお、埼玉県では、Ａ、Ｂ、Ｃ以外に最重度を示すⒶという区分があるが、この事件の判決では言及されていない。両親は、この判定を不服とし、3 月 18 日に審査請求をしたが、5 月 13 日に県知事は、手帳の判定は行政不服審査上の処分にあたらないとして、当該審査請求を却下した。そこで 2000 年 4 月 4 日に子供を原告として、県知事相手に行政訴訟を提起し、1）療育手帳の交付処分のうち「Ｃという認定の取消し」、2）本件認定の無効確認（取消しが認められない場合の予備的主張）、3）審査請求却下裁決の無効確認を求めた。第一審の浦和地裁は、療育手帳の認定は、行政不服審査法・行政事件訴訟法上の「処分」にあたらない、として原告の請求をすべて却下した。

これに対して原告側が東京高裁に控訴したところ、高裁は、基本的に療育手帳の判定の「行政処分性」を認め、出訴期間（処分があってから訴訟を起こせる期間の制限・行政事件訴訟法 14 条）の規定を適用して、1）と 2）は却下したものの、3）の請求を認めて県知事の却下裁決の無効を確認したものである。その中心となる理由は次の文章である。読みやすくするために少しだけ訂正している。

③判決の理由の骨子

「一　本件認定の行政処分性

8　菊池馨実・中川純・川島聡編「障害法」（成文堂・2015）10ｐ

9 http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail5?id=15570　2019 年 4 月 1 日確認

１　行政事件訴訟法３条２項にいう「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為」とは、公権力の主体たる国又は公共団体が行う行為のうち、その行為によって、直接国民の権利義務を形成しまたはその範囲を確定することが法律上認められているものをいうと解されるところ、療育手帳については、同手帳制度自体を定める法令がなく、上記のとおり、療育手帳を交付するための手続は、埼玉県知事が定めた要綱に定められているに過ぎないが、行政庁の行為が要綱に根拠を置いているとの理由だけでは行政処分性は否定されるものではなく、本件療育手帳の交付対象者とされている知的障害者について定める法律の趣旨、他の類似制度との関係、本件認定を含む本件療育手帳の交付決定の性質とその法的効果を検討して判断されるべきである。

２　略

３　ところで、身体障害者福祉法１５条は、身体に障害のある者が都道府県知事に対して申請する身体障害者手帳の交付手続を、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律４５条は、知的障害者を除く精神障害者が都道府県知事に対して申請する精神障害者保健福祉手帳の交付手続を定めており、これによって、障害者は、障害の程度に応じた各種の福祉措置を受けることができる。

一方で、知的障害者福祉法は、このような手帳制度を法定していないため、厚生事務次官は、昭和４８年９月２７日、「療育手帳制度について」（厚生省発児第１５６号）と題する通知（以下「厚生事務次官通知」という。）を都道府県知事等に発出し、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ことを目的とする「療育手帳制度要綱」を定め、その中において、交付対象者、実施主体、手帳の名称及び記載事項、手帳の交付手続、交付後の障害の程度の確認、記載事項の変更の届出、国の補助について明らかにし、さらに、厚生省児童家庭局長は、同日、「療育手帳制度の実施について」（児発第７２５号）と題する通知を都道府県知事等に出し、療育手帳の活用方法、名称及び記載事項、障害の程度の判定方法、交付手続、交付後の手続、交付台帳の作成等制度内容の詳細を明らかにしている。これに基づいて、全国の地方自治体において療育手帳制度が創設され、埼玉県においても、療育手帳制度要綱、療育手帳（みどりの手帳）制度事務取扱要領が作成されたものである。

４　療育手帳の交付自体は、知的障害者福祉法に基づく各種の福祉措置、所得税法等各種税法に基づく公租公課についての優遇措置、特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく特別児童扶養手当の支給措置を受けるための直接の要件とはされておらず、療育手帳の交付を受けない者であっても知的障害者と判定されることによって各種の援助措置を受けることができる余地がある。しかしながら、療育手帳の交付を受けた者が、同援助措置を受けられないということは通常ないのであり、一旦療育手帳の交付を受ければ、個々の援助措置ごとに知的障害者である旨の認定を受ける必要がなく、知的障害者福祉法に基づく知的障害者としての地位、障害の程度が公証されるとともに、障害の程度に応じた統一的な援助措置を受けることができるという地位を付与されるもので、その意味で、療育手帳の交付は、諸々の福祉措置を知的障害者に付与するために必要な一連の手続のいわば要というべきものである。このような知的障害者としての地位の付与は、殊にそれによって各種税法上の優

遇措置が障害の程度に応じて統一的に与えられることに鑑みると、補助金の交付等の例とは異なり、行政庁が優越的地位に基づき公権力の行使として行う行為であり、新たに国民の権利義務を形成し、又はその範囲を確定する法的効果を有すると解して差し支えないというべきである。

確かに、知的障害者を対象とする療育手帳制度は、埼玉県が設けた要綱に定められているに過ぎないが、そもそも、障害者基本法４条は、すべての障害者の福祉を増進する責務を国及び地方公共団体に負わせ、知的障害者福祉法２条も、国及び地方公共団体に、知的障害者に対する援助と必要な保護の実施に努める責務を負わせているにもかかわらず、知的障害者福祉法は、知的障害者の定義規定すら置いていないのであり、知的障害者に対して、その障害の程度に応じた合理的な援助措置を講じるためには、知的障害者の認定手続制度の存在は不可欠であるというべきであること、身体障害者及び精神障害者については、いずれも法律に手帳制度が規定されているが、知的障害者の場合には、これを不要とする合理的な理由もないことに鑑みても、知的障害者福祉法は、知的障害者の認定手続の創設を行政機関に委ねたものと解すべきであり、要綱に基づく療育手帳制度は、知的障害者福祉法が予定している知的障害者の認定制度であるというべきである。

そうすると、障害の程度に係る認定を含め、被控訴人による療育手帳の交付決定は、直接新たに国民の権利義務を形成しまたはその範囲を確定することが法律上認められた行政処分であると解するのが相当である。」

（５）コメントと課題

この判決を評釈した山本隆司教授は、処分性を認めた点は最近の最高裁判決の動向にそっていると評価しつつも、身体の手帳のように法律の中に明確な不服の手続きが規定されているわけではなく、その意味で処分の法的性格に違いが見られるため、出訴期間の規定を療育手帳の処分の取消し訴訟に適用することに批判的である[10]。

山本教授も指摘するように、処分性を認めた点は妥当な判決であるが、身体障害者福祉法が、手帳の返還命令を「処分」と明言し（16 条 3 項、17 条）、同法施行令 5 条が障害の認定を否定する場合の手続を定めているのに対して、知的障害者についてはそのような規定がない。また、精神保健福祉法にも同様に規定がないが、平成 8 年 3 月 7 日付け厚生省保健医療局精神保健課社会復帰指導係長通知「精神障害者保健福祉手帳に係る不服審査について」は手帳の「交付事務」が処分であることを前提にして不服審査のあり方を通知している[11]。このように、同じく手帳の交付事務が処分であるとしても療育手帳の場合は、不服の手続きなどが法律はもとより通知や要項に定められておらず、出訴期間の規定を適用することには問題がある。また、この事件でもそうであるが、療育手帳の交付が都道府県と政令市に委ねられている以上、厚生労働大臣の裁決を受けることができない制度上の欠陥がある。こうした点の解消のためにも、通知によって運用されている現状は、改正が必要であろう。

---

10 山本隆司「療育手帳の交付」社会保障判例百選第 4 版 220ｐ（2008 年有斐閣）

11 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4636&dataType=1&pageNo=1
2019 年 3 月 30 日確認

（6）おわりに

知的障害者の定義規定が施設の報酬加算に関する基準を引用する形で厚労省の通知規定の中に置かれ、しかも手帳区分や名称などが都道府県や指定自治体の裁量で決めることができるという仕組みは、他の手帳と比べて異様である。本稿では、その問題点をいくつか指摘したが、なぜそのようになっているのか、なったのかとの点については、明らかにすることが出来なかった。

また法律に規定を置く場合であっても、精神障害者福祉法との間の概念整理も立法的な課題である。精神障害者福祉法は医療を受けることを念頭に置かれている法律であるが、知的障害者福祉法は、そのような法律ではない。立法目的が違うのである。

障害者手帳制度は、各種優遇措置を受け易くすることに、その一番のメリットがあるが、同時に障害があることを公的に証明する身分証明としても機能も期待される。ところが、有名な女性歌手のライブコンサートで療育手帳を本人証明として提示した人が入場を拒否される例があるように、法律に根拠がないことを理由に身分証明とし手の機能を否定する人がいたりして、その機能が阻害される社会現象が起きている[12]。

また平成 13 年の東京高裁判決の事例に見られるように、処分性を認めたとしても不服申立手続きの不整備なままである。これも通知で運用されていることが、過半の原因である。

知的障害の定義と手帳制度については、早急に法的整備が行われる必要がある。ただ、その際、定義や制度の整備に伴って谷間の障害を作ってしまっては、改悪となるので、社会参加の支援が必要なすべての知的障害者に行き届くような配慮が必要であろう。

12　「安室奈美恵さんライブで入場拒否騒動　「療育手帳」提示も入場認められず…」
https://www.zakzak.co.jp/ent/news/180920/ent1809208475-n1.html
2019 年 4 月 1 日確認

２．医学分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題

内山登紀夫（大正大学教授・医師）

本稿では知的障害の国際的な定義について解説し、その基準と我が国の診断基準の差異について概観する。特に医学的診断基準である ICD、 DSM 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解説し、我が国において知的障害をどのように定義するかの一助にしたい。

（１）医学領域と精神遅滞

医学領域において精神遅滞への関心はどの程度あるだろうか？日本語で医学論文を検索するときに最も頻用さえる医学中央雑誌 Web で知的障害/精神遅滞で検索すると 15、168 件もの論文がヒットされる（会議録は除いている）。最近 5 年間に限定しても 6、506 件であり、決して少ないわけではない。ちなみに自閉症で検索すると、それぞれ 9、164 件、2、998 件であり知的障害/精神遅滞よりも研究論文が多い。一方統合失調症では、それぞれ 27、348 件、5、500 件であり、精神科医の関心は統合失調症よりはかなり低いようだ。

知的障害/精神遅滞で検索すると 15、168 件中、診断に関するものは 5、344 件で約 3 分の 1 が診断についての言及がある。主なテーマは行動問題、健康問題（精神科的、小児科的合併症の治療や健康維持）、診断検査（遺伝学的検査や出生前診断）などに分類される。

知的障害の診断や治療、サポートへの医学的研究は少なくなく、医学的な観点からの検討の必要性が医師の間では認識されていることを示しているように思える。

（２）知的障害をめぐる用語の問題

我が国の医学領域では精神遅滞の用語が長く用いられてきた。これは Mental Retardation（MR）の訳語である。MR の診断基準は 1968 年に WHO が組織した ICD−8 で採用され現行の ICD-10 でも MR の用語が使用されている。アメリカ精神医学会の診断基準である DSM では DSM-IV-TR まで精神遅滞の用語が用いられた。

ICD の第 10 版から第 11 版への改訂にむけて、WHO は 2009 年に MR の診断基準や分類のためのワーキンググループを立ち上げた(WHO WG-MR) (Bertelli、Munir、Harris、& Salvador-Carulla、 2016)。WHO WG-MR は専門家と当時者団体からなり、アメリカ精神医学会、the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)、The International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities (IASSIDD)から構成された。 WG-MR は WHO Advisory Group に議論の結果を報告した(Salvador-Carulla et al.、2011)。

ICD-11 の改定に向けての議論は、DSM-5 の改訂にも影響を与えた。

主な論点は、A : MR という用語を残すか、他の用語を採用するか、B:診断基準、C:重症度分類、D:問題行動や、原因、経過や合併症などの関連する特性である。

ワーキンググループでは知的障害は健康状態(health condition)なのか障害（disability）なのかという観点で多くの議論があった。知的障害を disability の概念で位置づければ、ICD に入れる必要はなくなり、ICF にのみコードすれば良いことになる。その場合、知的障害の人は、

それだけでは医学的支援の対象にならず、ヘルスケア、特にメンタルヘルスケアへのアクセスが難しくなる可能性がある。逆に知的障害を健康状態とのみ定義すれば、福祉や教育ニーズが軽視されることにつながる懸念がある。このような議論を経て WHO WG-MR は知的障害を神経発達障害という上位カテゴリーに位置づけることで意見が一致した。WHO WG-MR の提唱する知的障害(IDD)は認知機能上明らかな障害が特徴の発達状態を占めるグループで、学習、適応行動と適応スキルに制約がある。知識、推論、抽象能力などの認知発達の遅れだけでなく、それらに関連した機能の制約があることが重要である。ここでいう制約は ICF で分類されることも可能である。そのため ICF-CY(WHO、 2007)を、機能の制約を記述するために使用することも推奨された。しかしながら、機能の制約があるだけでなく、知的障害と診断するためには神経発達障害に共通する認知機能の障害(disorder)があることが必須になる。つまり、ワーキンググループは知的障害を自閉スペクトラム症や ADHD と同様に医学的問題が基底にあり、医学的支援が必要な障害であると規定したのである。

①AAIDD の知的障害の定義

AAIDD (American Association on、 Developmental Disabilities. Ad Hoc Committee on、 Classification、 American Association on、 & Developmental、 2010)による定義は知的障害の定義として代表的なものであり、国際的にも使用されている。AAIDD は 1876 年に設立された知的障害の人に焦点をあてた最初の多職種による団体である。2007 年 AAMR (the American Association on Mental Retardation)から AAIDD に改称された。最初の公式の定義や分類が記載されたマニュアルは 1910 年に出版された。

AAIDD はこれまで改訂を加え、第 11 版のマニュアルは 2010 年に発表された。 (Schalock et al.、 2010). AAIDD は Mental Retardation の用語を廃止し、Intellectual Disability の用語を使用している。その定義は以下の通りである。なお本翻訳は AAIDD の現在のウエッブサイトより訳出した(AAIDD、 2019)。

②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)の両方に明らかな限界(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 18 歳以前から始まる。

a：知的機能とは、知的機能（Intellectual Functioning）は、知能（intelligence）とも言ってもいいが、学習、推論、問題解決などの一般的な精神機能のことである。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、知的機能に限界があることを意味している。

b：適応行動（Adaptive Behavior）は概念的、社会的、実際的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。

・実際的スキル

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。

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。

③明らかになる年齢

この状態は発達の障害の一つである、つまり、発達期に障害があるという証拠がある、このことはれはアメリカにおいては 18 歳以前の始まると定義される。

④考慮すべき事柄

知的障害(intellectual disability)を評価する際には、AAIDD は、その人の仲間や文化において典型的なコミュニティ環境などの付加的要素を考慮すべきであることを強調したい。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。

最後に、その人の限界点は長所と共存することが多いこと、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は改善することを想定してアセスメントしなければならない。

その人は知的障害を持つかどうか、そして、個別のサポートプランはいかなるものかは専門家が多様な側面から評価することによってはじめて決定できる。

以上が AAIDD の定義である。

（3）DSM による定義

①DSM の歴史

DSM はアメリカ精神医学会が規定する診断と統計のためのマニュアルであるが、アメリカのみでなく日本を始め多くの国で使用されている影響力の強い基準である。DSM-IV(1994)、DSM-IV-TR(2000)で精神遅滞を「通常乳幼児期や児童期、思春期に初めて診断される」カテゴリーに分類し、このカテゴリーには広汎性発達障害、分離不安障害などが含まれた。しかし、精神遅滞は第 2 軸に分類された。第 2 軸はパーソナリティ障害や精神遅滞を除いたすべての診断が含まれた。このことにより、精神遅滞は発達期に発症するものの、精神医学的治療や研究の主な対象から除外される傾向が出現した。WHO WG-MR は IDD (Intellectual Developmental Disorder)の用語を推奨したが、それが DSM5 に採用された。WHO WG-MR は知的障害を disability ではなく脳機能を反映した健康状態（brain based health condition）であることを強調した。DSM-5 とは対照的に AAIDD は知的障害を”disability”であり“health condition”ではないと規定し、個人の機能や適応行動、サポートニードを重視する立場をとった(Bertelli et al.、 2016)。

②DSM-5 による知的障害の診断基準

DSM-5 において、MR の用語は使用されなくなり、ID (Intellectual Disability)あるいは

IDD (Intellectual Developmental Disorder) が使用されるようになった。

DSM-5 において知的障害は神経発達症群に分類される。神経発達症群は、発達期に生じる障害群であり、発達早期や就学前に明らかになる。神経発達症群には自閉スペクトラム症や注意欠如多動症、発達性協調運動症、チック症群などが含まれる。

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。

DSM-5 では神経発達障害(Neuro developmental disorder)、つまり disorder の下位カテゴリーに disability の用語を採用している。他の下位カテゴリーの障害は自閉スペクトラム症などのように disorder の用いており、例外的な扱いになっている。APA はこの理由について特に明らかにしていない。

③ICD の基準

国際疾病分類（ICD）は 1900 年に第一回国際疾病分類（ICD-11 の基準）が発表された後、改訂を重ねてきた。現行の ICD-10 は 1994 年から日本をはじめ WHO 加盟国で使用されている。ICD-11 への改訂は予定より非常に遅れた。

④ICD-11 の基準

ICD-11 では ICD-10 で採用されていた Mental Retardation の用語を Disorders of intellectual development に改変した。ここでは知的発達障害と仮に訳しておく。DSM-5 では Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (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。

知的発達障害も知的機能の障害と適応行動に制約があることで定義される。いずれも標準化された検査によって把握されることが必要である。

多くの国や地域では標準化されたテストがないことや、テストを施行できる専門家が不足していることと、支援プランをたてるためには重症度を評価することが必要なことから、ICD-11CDDG では行動で判断するための包括的な表を準備している。

この表では 3 つの年齢グループ（早期児童期/ 児童期/ 青年期・成人期）と 4 段階の重症度（軽度、中度、重度、最重度）にわけて知的機能と適応行動が説明されている。それぞれのカテゴリーで典型的に観察される行動指標が記載されている。これらの行動指標を用いる

ことで重症度分類の信頼性を高め、知的障害から生じる不利益に関連した公衆衛生データの質を高めることが期待されている。(Reed et al.、 2019)

ICD-11 では神経発達障害（Neurodevelopmental disorders）に分類され、用語としては Disorders of intellectual development が採用された。軽度、中度、重度、最重度に 4 分類される。なお下記は WHO のサイトからの拙訳である(WHO、 2018)。

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 パーセンタイル）。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こと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 パーセンタイル）。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 パーセンタイルより低い）。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よって基本的な自立能力をもつこともある。い。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 パーセンタ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 知的発達の障害、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 パーセンタイルより低い）。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 パーセンタ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。

6A00.4 知的発達の障害、暫定的　Disorder of intellectual development、 provisional

「知的発達の障害、暫定的」は知的発達の障害がある根拠はあるが、乳児や 4 歳以下の場合や、感覚器や身体の障害（例：盲、言語発達開始前の聾）、運動障害、重度の問題行動や精神や行動障害の合併のために知的機能や適応行動を妥当な方法で測定できない場合に用いられる診断である。

上記の基準と我が国の診断（認定）基準の差異（表.1）

一般に我が国の知的障害に定義は、2005 年の知的障害時（者）基礎調査における「知的機能の障害が発達期（おおむね 18 歳まで）にあらわれ、日常生活の支障が生じるため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」とされてきた。

この定義は知的機能の障害が発達期に出現するという点では DSM-5、ICD-11、AAIDD の定義と大筋では一致していると言えよう。

しかしながら「日常生活の支障」の意味するところは曖昧である。DSM-5、 ICD-11 とも個別化・標準化されたテストの施行を原則としていることと比較すると、テストの記述がないことが大きく違う。ICD-11 では発展途上国などの状況も加味してテストが使えないときには、「相応した指標」を使うべきとの記載がある。

このようにみていくと、日本の定義は国際的な基準と比較すると曖昧な点が多く、より明確な記載が必要と思われる。

表. 1

	発行年	**診断基準（必須）**	**発症年齢**	**親カテゴリー**
日本	2005 年 基礎調査	知的機能の障害 日常生活の支障 何からの特別の援助が必要	発達期（おおむね 18 歳）	なし
AAIDD	2010	知的機能と適応行動の両者に明らかな限界がある	18 歳以前	なし

DSM-5	2013 年	知的機能と適応機能の両者の限界（臨床的評価と個別化・標準化された知能検査が、複数の日常生活環境における限界	発達期	神経発達障害
ICD-11	2018 年	知的機能と適応行動の両者が有意に低い、標準化・個別化されたテストか、相応した行動指標が必要	発達期	神経発達障害

（4）文献

AAIDD. (2019). Difnitiion.

American Association on、I.、Developmental Disabilities. Ad Hoc Committee on、T.、Classification、American Association on、 I.、 & Developmental、 D. (2010). *Intellectual disability : definition*、 *classification*、 *and systems of supports* (11th ed ed.): American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Bertelli、 M. O.、 Munir、 K.、 Harris、 J.、 & Salvador-Carulla、 L. (2016). "Intellectual developmental disorders": reflections on the international consensus document for redefining "mental retardation-intellectual disability" in ICD-11. *Adv Ment Health Intellect Disabil*、 *10*(1)、 36-58. doi:10.1108/AMHID-10-2015-0050

Reed、 G. M.、 First、 M. B.、 Kogan、 C. S.、 Hyman、 S. E.、 Gureje、 O.、 Gaebel、 W.、 . . . Saxena、 S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental、 behavioural and neurodevelopmental disorders. *18*(1)、 3-19. doi:doi:10.1002/wps.20611

Salvador-Carulla、 L.、 Reed、 G. M.、 Vaez-Azizi、 L. M.、 Cooper、 S. A.、 Martinez-Leal、 R.、 Bertelli、 M.、 . . . Saxena、 S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name、 definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry*、 *10*(3)、 175-180.

WHO. (2018). 6A00 Disorders of intellectual development.

３．心理学分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題

中島卓裕・辻井正次（中京大学）

（１）知的障害の名称の変遷

知的障害者の存在は有史以前より確認されていたが、近代に入るまで一部の先覚者の実践を除けば、医学や教育の対象となることはなかった。19 世紀後半頃に、平等思想の影響を受けてヨーロッパやアメリカの各地に学校や施設が設立され始めたが、まもなく過酷な社会情勢や優生思想の影響を受けて、しだいに知的障害者の隔離へと方向が転換し、知的障害者に対する劣悪な対応がとられるようになっていった(中村・荒川、2003)。当時は差別的な意味も含められた、「白痴」ということばが使われていた。第二次世界大戦後、初めて本格的に特殊教育が取り組まれるようになり、1959 年にアメリカ精神薄弱学会(the American Association on Mental Deficiency；AAMD)が「精神薄弱(Mental Deficiency)」に代わって「精神遅滞(Mental Retardation)」という用語を提案し、医学用語としては精神遅滞という用語がよく使用されるようになっていったが、医学的な疾患としての範囲を超えて、広く生活の困難(handicaps)の意味を含む用語として、「知的障害」という用語が一般的にはよく用いられるようになっていった(田中・栗原・市川、2005)。その後、遅滞(retardation)という単語のもつ差別的な印象を避けるために、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders、 Fifth Edition（DSM-5; American Psychiatric Association、 2013）では「知的能力障害(Intellectual Disabilities)／知的発達障害(Intellectual Developmental Disorder)」という用語が示され、現在では知的障害という名称が広く使用されるようになった。

（２）知的障害の定義の歴史的変遷

歴史的にみると、知的障害の定義には、大きく 2 つの流れがあった(田中・栗原・市川、2005)。1 つは 1905 年 A.Binet と T.Simon が知能検査を開発して以来、知能検査の結果のみによって判断を行おうとする考え方である。一方、知能指数による定義を否定し、社会生活能力によってのみ知的障害を定義しようとする立場もあったが、「臨床的判断」よりも知能検査結果の数値で鑑別ができるという簡便さもあり、「精神遅滞」鑑別は、知能検査での「低知能」判定で可能であると考えられるのが主流であった（清水・玉村、2016）。1921 年に、アメリカ精神薄弱研究学会はアメリカ精神衛生委員会と連携して精神薄弱の定義マニュアルを作成した。これを第 1 版とすれば、1933 年に第 2 版、1941 年に第 3 版、1957 年に病因論に基づいた分類システムとしての第 4 版が発行された。1959 年に定義と分類に係る総合的なマニュアルである第 5 版、1961 年に第 6 版、1973 年に第 7 版、1983 年に第 8 版、1992 年に第 9 版、2002 年に第 10 版、2010 年に第 11 版が発行され、定義が示された（田巻・堀田・宮地・加藤、2018)。中でも大きな転換点であったのは、1959 年に発行された第 5 版の定義である。第 5 版の定義では、ヘバー(Heber)が提唱した考えをもとに、「“精神遅滞”は平均以下の知的機能状態であり、発達期に発現し、(1) 成熟、(2) 学習、(3) 社会適応の一つ以上の欠損／障害が結びついていることをいう」という定義が示された。1959 年のヘバーの定義では、「適応行動」という用語は定義には存在しないが、1961 年版におけるヘバーの定義では、「(1) 成熟、(2) 学習、(3) 社会適応の一つ以上」の部分が「適応行動」の用語で括られ、「適応行動」が「精神遅滞」定

義の要件の一つとして位置づけられたのである。「適応行動」の用語が a：成熟、b：学習、c：社会適応を総括する用語として使用されたのは 1961 年のヘバーの定義が初めてであり、1961 年のヘバーの定義は「適応行動」を「精神遅滞」鑑別の一要件にした歴史上最初の定義であった（清水・玉村、2016）。現在、アメリカ知的発達障害学会(the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities；AAIDD)が提唱した第 11 版定義（AAIDD、 2010）における定義は、「知的発達障害は、知能機能及び適応行動（観念的、社会的、実用的な適応スキルによって表される）の双方の明らかな制約によって特徴づけられる能力障害である。この能力障害は 18 歳までに発症する」とされている。知能機能の障害とは、知能検査によって測定される知能指数（Intelligence Quotient；IQ）が－2SD 以下にあたる 70 以下のことである。また、適応行動の障害は、操作的な定義として、①適応行動の三領域（概念的スキル、社会的スキル、実用的スキル）の内、一つの領域が障害されていること、②三領域の調査項目を含む評価尺度の総合得点が－2SD 以下であることのどちらかと定められている。適応行動の三領域とは、それぞれ概念的スキル、社会的スキル、実用的スキルの 3 つの領域から成り立つものである。概念的スキルとは、言語（需要言語、表出言語）、読み書き、コミュニケーション、金銭管理などに代表される、認知・コミュニケーション・学業スキルに関わる領域である。社会的スキルとは、対人関係、集団のルールや生活習慣といった社会的技能や余暇に関わる領域である。実用的スキルとは、食事、移動、排せつ、着衣などの日常生活動作や家事、服薬といった生活関連動作、職業スキルなど、自立的な生活に関わる領域である。したがって、AAIDD による知的発達障害の定義では、知能水準と適応行動のどちらかではなく双方が一般と比較して明らかに障害されており、それが 18 歳以下の発達段階で現れることで認められるのである。

AAIDD の方針を受けて、DSM-5（APA、2013）でも適応行動の重要性が見直されている。知的障害の程度分類において、DSM-IVまでは、標準化された個別式知能検査を用いて算出された IQ の低下の程度に基づいて、軽度～最重度に分類されていた。しかし、DSM-5 の程度分類からは、IQ の程度範囲という基準が削除され、その代わりに、軽度から最重度の程度ごとに DSM-5 に表示された概念的領域、社会的領域、実用的領域のそれぞれで達成されるべき課題などを参考して知的障害の程度（軽度～最重度）が判定されることになったのである。

このように、国際的に従来の IQ に偏重していた診断と評価の見直しが行われてきたのである。その結果、現在では個別式知能検査から得られる IQ の程度だけでなく、実際の適応行動における問題の深刻度の両側面からの知的障害者理解が国際的なスタンダードとなっているのである。次項からは、認知機能障害及び適応行動問題の測定方法について述べる。

（３）認知機能障害の測定方法

知能検査の始まりは、1905 年にフランスの A.Binet とその弟子である T.Simon が開発したビネー式知能検査までさかのぼる。その最初の目的は、パリの公立学校での義務教育の開始にあたって、知的発達に大きな遅れのある児童を判別するための知能測定であった。こうした目的による知能検査は、初等教育の普及とともに、全世界へと広がっていったのである。ビネー式検査はその後、日本においても 1947 年に田中寛一が田中ビネー知能検査を発刊し、改定を重ね現在では田中ビネー知能検査Vが広く用いられている。

田中ビネー知能検査Vの特徴として、「年齢尺度」が導入されており、1 歳級から 13 歳級までの問題（96 問）、成人の問題（17 問）が難易度別に並べられている。各年齢級の問題は、言語、動作、記憶、数量、知覚、推理、構成など様々な内容からなり、1 歳～3 歳級は 12 問ずつ、4 歳～13 歳級は 6 問ずつ、成人は 17 問が配置されている（辻井監、2014）。ビネーの知能観を基に作成されており、知的発達の進み具合、あるいは遅れ具合をトータルに捉えることができる。1 つの統一体としての「一般知能」を測定しているため、基礎的な能力を把握することに優れており、福祉領域においては、療育手帳の判定のために使用されることも多い知能検査である。

田中ビネー知能検査Vと並び、国内で広く使用されている知能検査のひとつとして、ウェクスラー式知能検査が挙げられる。ウェクスラー式知能検査は、1938 年刊行のウェクスラー・ベルビュー知能検査（Wechsler-Bellevue intelligence scale；WB）がはじまりであり、70 年以上の歴史をもつ。D.Wechsler は、これまでビネー式検査に代表される一般知能を測定する検査とは違った視点である個人内差（個人の中の得意な能力と苦手な能力の差）を測定する観点を知能検査に取り入れ、児童版の Wechsler Intelligence Scale for Children（1949；WISC）や成人用の Wechsler Adult Intelligence Scale（1955；WAIS）、幼児用の Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence（1967；WPPSI）が Bellevue をもとに開発された。それ以降、知能研究の進歩や時代要請、現代の臨床的ニーズを反映するために、何度か改定がなされている（辻井監、2014）。臨床場面では、知的発達の変動や個人差が大きい幼児期には、ウェクスラー式知能検査が用いられることはそれほど多くはないが、児童期や成人期においては、ウェクスラー式知能検査は心理検査として最も頻繁に使用されるもののひとつである。今回は、日本版ウェクスラー成人知能検査第三版（Wechsler Adult Intelligence Scale-III: WAIS-III; Wechsler、1997; 日本版 WAIS-III 刊行委員会、 2006）を取り上げて説明する。

WAIS-III の心理測定学的性質は、国内外において、再検査信頼性、内容的妥当性、基準関連妥当性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性などの観点から多面的に実証されている。WAIS-III は 14 の下位検査に基づいて多面的に知能を測定することができる。WAIS-III では、下位検査の結果を総合して得られる全体的な知能の水準を表す数値として全検査 IQ が得られる。また全検査 IQ の下位要素として、言語を媒介した知的能力の程度を表す言語性 IQ（「単語」、「類似」、「算数」、「数唱」、「知識」、「理解」の合成得点）と言語を媒介しない知的能力の程度を表す動作性 IQ（「絵画完成」、「符号」、「積木模様」、「行列推理」、「絵画配列」の合成得点）を算出できる。加えて、因子分析に基づく下位要素の分類として、群指数という数値も算出できる。群指数は、言語理解（全般的な言語的スキル）、知覚統合（非言語的で瞬間的な推論能力）、作動記憶（短期的に情報を保持し、操作する能力）、処理速度（注意、走査、識別、並べ替えなどの処理の速度）の 4 つからなる。

これらの IQ および群指数は、一般母集団において平均が 100、標準偏差が 15 の正規分布を成すように標準化されており、得点の範囲は 40 から 160 である。図 1 に一般母集団における IQ の理論的分布と知能段階の分類を示す。精神疾患の操作的診断基準を示した DSM-5（APA、 2013）や ICD-10（WHO、 1992）では、IQ が 70 を下回ることが知的障害の診断要件の一つとなっている。理論的に、一般母集団において IQ が 70 を下回るケースの割合は約

2.3%である。また、知的障害の重症度を評価する基準として、ICD-10 では、50 以上 70 未満が軽度知的障害、35 以上 50 未満が中等度知的障害、20 以上 35 未満が重度知的障害、20 未満が最重度知的障害と分類されている。ただし、WAIS-III では IQ の下限が 40 となっているため、40 未満の IQ については評価することができない。なお、70 以上 80 未満の IQ は、知的障害の診断基準を満たさないが、生活上の困難を経験する割合が高いことから、境界知能と呼ばれることがある（Groth-Marnat & Gary、 2009）。

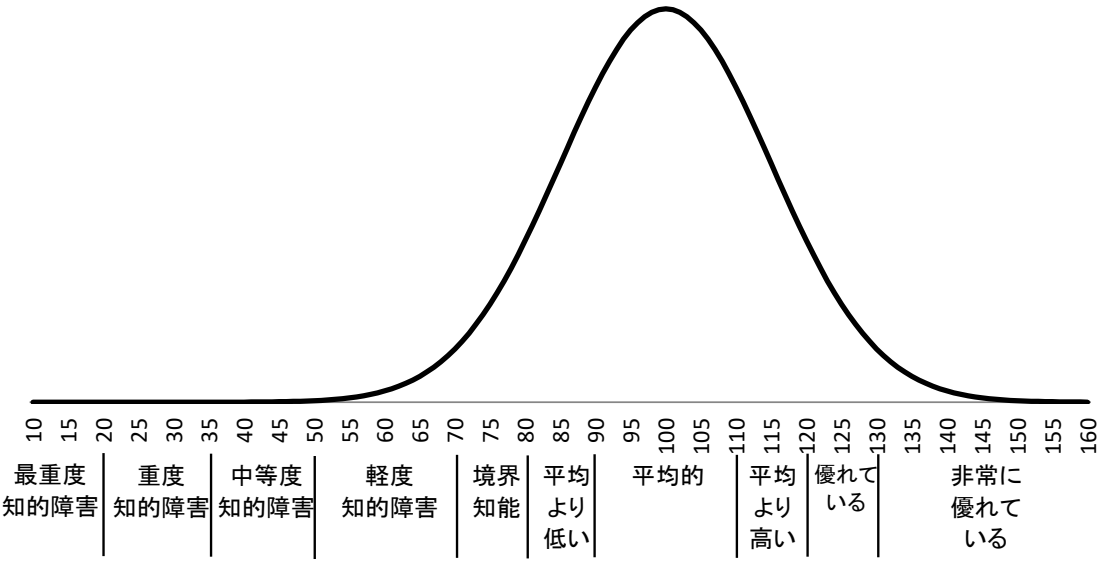


図 1　一般母集団における IQ の理論的分布と知能段階の分類

注：70 未満の分類は ICD-10（WHO、 1993）、70 以上の分類は Groth-Marnat & Gary (2009)に基づいている

先に述べたように、2013 年に改訂された DSM-5 では、IQ による知的障害の重症度分類は撤廃されており、代わりに適応機能（適応行動）に基づく分類が導入されている。そこで、認知機能障害の程度だけでなく、以下に述べるような適応行動のアセスメントが重要になる。

（4）適応行動問題の測定方法

適応機能とは、意思伝達、自己管理、家庭生活、社会的・対人的技能、地域社会資源の利用、仕事、余暇、健康、安全などを含む包括的な概念で、社会の中で日常生活をおくるのに必要な幅広い能力のことを指す。適応行動を測定するメリットとして、障害者本人の生活状況や支援（サービス）の必要性が明らかになることが挙げられる（辻井(監)、2014）。現在、日本で入手可能な適応機能（行動）尺度はいくつかあるが、代表的なものとして日本版 Vineland-II 適応行動尺度（以下、Vineland-II; Sparrow、 Cicchetti & Balla、 2005; 辻井・村上、 2014）がある。そもそも、適応行動の研究は古く、Edgar Doll は 1917 年には知的なハンディ(Feeble-

Mindedness)を生じさせる要因として社会的な機能不全を位置付けている。Doll は、適応行動の重要性を早くから認識し、1935 年には The Vineland Social Maturity Scale (Vineland SMS)を開発している。Vineland SMS を基に、Sara Sparrow らが 1984 年に The Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland ABS)を開発しており、その改訂版が Vineland-II である。Vineland-II は国際的に最も広く利用されている適応行動尺度の一つであり、日本版についても、内的整合性、再検査信頼性、評価者間信頼性、因子的妥当性、収束的・弁別的妥当性、臨床群（発達障害者、視覚・聴覚障害者）の得点パターンなどに基づいて、包括的に信頼性・妥当性が確認されている。

Vineland-II は、対象者の普段の様子をよく知る保護者や介護者に対して、半構造化面接（聴取する項目はあらかじめ決められているが、面接の流れや質問の表現は状況に応じて調整できるタイプの面接）の形式で実施される。表 4 に示すように Vineland-II は、大きく適応行動尺度と不適応行動尺度に分かれている。適応行動尺度は、4 領域（コミュニケーション、日常生活スキル、社会性、運動スキル）、11 下位領域（受容言語、表出言語、読み書き、身辺自立、家事、地域生活、対人関係、遊びと余暇、コーピングスキル、粗大運動、微細運動）から構成され、それぞれの下位領域には 20～50 程度の調査項目が含まれる。各項目は、具体的な適応行動を記述したものであり（例：事務的な手紙を書く、必要に応じて衣類を洗う、自分のお金を管理する等）、それぞれについて 2（具体的な援助や指示がなくとも、通常または習慣的に実施している）、1（具体的な援助や指示がなくとも、時々または部分的に実施している）、0（まったくまたはほとんど実施しない、または援助や指示がなければまったく実施しない）の 3 段階で評定を行う。評定に際しては、その行動が「できる」かどうかではなく、実際に「している」かどうかを評価する。例えば、「必要に応じて衣類を洗う」という項目では、対象者が洗濯の仕方を知っているとしても、実際の生活の中で洗濯をしていないのであれば、2 点ではなく 0 点と評定されることになる。

一方、不適応行動尺度は、個人的・社会的充足を阻害する不適応行動を測定するための尺度であり、4 つの下位尺度から構成されるが、このうち「内在化問題」、「外在化問題」、「その他」の 3 下位尺度のみが数量的評価に使用され（ただし、「その他」は単独では評価しない）、「重要事項」は項目ごとの臨床的評価にのみ使用される。各項目は具体的な不適応行動を記述したものであり（例 : 睡眠に困難がある、身体的な攻撃をする等）、それぞれについて 2（対象者が通常または習慣的に行う）、1（対象者が時々行う）、0（対象者がまったく行わない、またはほとんど行わない）の 3 段階で評定を行う。

表 4　Vineland-II の構成

領域および下位領域	内容
適応行動尺度	
コミュニケーション領域	
受容言語	他者の話に注意を向ける、聞く、理解する
表出言語	話し言葉で意思を伝える
読み書き	文字や文章を読む、書く（3歳～）
日常生活スキル領域	
身辺自立	食事、衣服の着脱、衛生に関する行動
家事	手伝い、家事（1歳～）
地域生活	時間、お金、電話、コンピュータなどの管理と使用（1歳～）
社会性領域	
対人関係	他者との関わり方
遊びと余暇	遊び、余暇の過ごし方
コーピングスキル	他者に対する責任感や気配り（1歳～）
運動スキル領域	
粗大運動	腕や脚を使った大きい運動（0～6歳、50歳～）
微細運動	手や指を使った細かい運動（0～6歳、50歳～）
不適応行動尺度	
内在化問題	ストレスを自分自身に向ける不適切な行動（3歳～）
外在化問題	ストレスを他者に向ける不適切な行動（3歳～）
その他	その他の不適切な行動（3歳～）
重要事項	臨床的に重要で深刻な不適応行動（3歳～）

適応行動尺度の各下位領域および不適応行動尺度の各下位尺度ごとに評定値を合計し、それを v 評価点と呼ばれる標準得点に換算する。v 評価点は一般母集団の平均値が 15、標準偏差が 3 となるように標準化された得点であり、得点範囲は 1 から 18 である。不適応行動尺度については、全ての下位尺度得点の合計値についても、v 評価点への換算を行う。適応行動尺度については、次に、各下位領域の v 評価点を 4 つの領域ごとに合計し、それを領域標準得点に換算する。領域標準得点は、一般母集団の平均値が 100、標準偏差が 15 となるように標準化されており、得点範囲は 20 から 160 である。さらに、領域標準得点を合計した値を適応行動総合点に換算する。適応行動総合点は、領域標準得点と同じく、一般母集団の平均値が 100、標準偏差が 15 となるように標準化されており、得点範囲は 20 から 160 である。精神疾患の操作的診断基準を示した DSM-5（APA、 2013）や ICD-10（WHO、 1992）では、知能の遅れに加えて、それにともなう適応行動の障害（適応行動総合点が 70 未満）が知的障害の診断要件となっている。また、前述のように、DSM-5（APA、 2013）では、IQ の代わりに適応行動の水準によって知的障害の重症度が評価されるようになった。DSM-5 には具体的な数値基準は記載されていないが、一般的には図 3 に示したような基準が用いられている（例えば Weis、 2013）。すなわち、適応行動総合点が 55 以上 70 未満のとき軽度知的障害、40 以上 55 未満のとき中等度知的障害、25 以上 40 未満のとき重度知的障害、25 未満のとき最重度知的障害と判定される。なお、下位領域ごとの評価に用いられる v 評価点については、図 4 に示

した基準で適応水準が分類される。

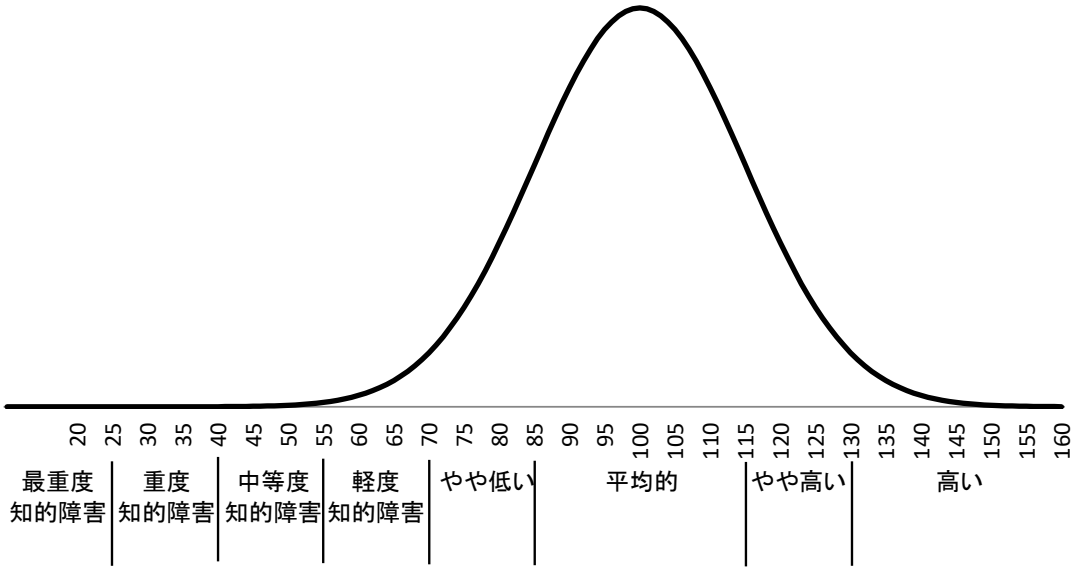


図 3　Vineland-II の領域標準得点・適応行動総合点の適応水準の分類
注：70 未満の分類は Weis（2013）、70 以上の分類は Sparrow et al. (2005)に基づく

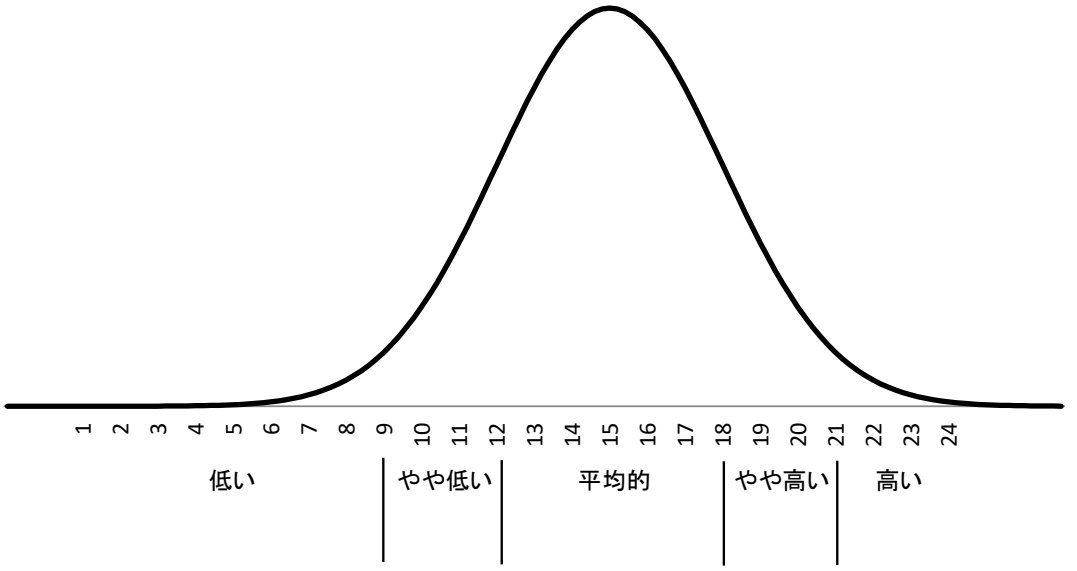


図 4　Vineland-II の v 評価点の適応水準の分類
注：Sparrow et al. (2005)に基づく

（5）おわりに

知的障害はたしかに認知機能の障害の側面をもつが、その臨床像はその個人が所属する環境や資源によって大きく異なる。また、同一の個人であっても、場面や状況によって障害の程度は変化するものである。従来は認知機能の障害の程度によってのみ行われてきた診断も、歴史的な変遷の中で変わり、現在では国際的なスタンダードとしては、認知機能の障害と適応行動の障害の両側面からの診断が求められるようになった。特に、近年は適応行動の重要性がより強調されるようになり、知的障害の診断において最も重要なものであるとみなされるようになってきている。そうした意味では、わが国の知的障害の判定は認知機能の評価に偏重していると言わざるを得ない。適応行動を客観的に把握したうえで、知的障害のある人たちのための、より適切な支援の制度を検討していくことが今後求められる。

（６）参考文献

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2010) Intellectual disabilities: definition、 classification、 and systems of support、 11th ed. own.(太田俊己、 金子健、 原仁、 湯汲英史、 沼田千好子共訳 2012 知的障害：定義、分類および支援体系、第 11 版. 日本発達障害福祉連盟.)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington、 VA: American Psychiatric Publishing.

Groth-Marnat、 G. (2009). Handbook of Psychological Assessment (Fifth ed.). Hoboken (NJ): Wiley.

中村満貴男・荒川智(編).(2003). 障害児教育の歴史. 明石書店.

清水貞夫・玉村公二彦（2016）.「精神遅滞」定義における「適応行動」―適応行動尺度の開発とその帰結―. 奈良教育大学紀要. **65(1)**. *p.151-162.*

Sparrow、 S. S.、 Cicchetti、 D. V.、 Balla、 D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales*、 *second edition. Survey forms manual*. NCS Pearson Inc.、 Minneapolis、 MN.

田巻義孝・堀田千絵・宮地弘一郎・加藤美朗（2018）. 知的障害の理解についての新しい方向性(1) : 知的障害概念に影響を及ぼした福祉制度を中心に. 信州大学教育学部研究論集. **12**. *p.187-211.*

田中千穂子・栗原はるみ・市川奈緒子(編).(2005). 発達障害の心理臨床―子どもと家族を支える療育支援と心理的援助―. 有斐閣アルマ.

辻井正次（監修）明翫光宜・松本かおり・染木史緒・伊藤大幸（編）.(2014).発達障害児支援とアセスメントのガイドライン. 金子書房.

辻井正次・村上　隆（監修）黒田美保・伊藤大幸・萩原　拓・染木史緒 (著). (2014). Vineland-II 適応行動尺度. 東京: 日本文化科学社.

Wechsler、 D. (1997). WAIS-III Administration and scoring manual. San Antonio、 TX: The Psychological Association.

Weis、 R. (2013). Introduction to Abnormal Child and Adolescent Psychology、 2nd Edition. SAGE Publications.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

４．社会福祉分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題

湯汲英史（公益社団法人発達協会　社会福祉士／精神保健福祉士／公認心理士）

（１）パラリンピックでの不正出場

2000 年に開催されたシドニー・パラリンピック競技大会で、男子バスケットボールで知的障害ではない選手が出場し、金メダルを獲得した。国際パラリンピック委員会（ＩＰＣ）は、確かな障害認定システムができるまで知的障害をパラリンピック競技大会から除外することとした。

世界知的障害者スポーツ連盟（ＩＮＡＳ－ＦMH）はＩＰＣと協議を重ね、一定の了解が得られた。結果的に、2012 年のロンドン大会で、陸上、水泳、卓球において知的障害者の競技種目が開催された。また 2016 年のリオ大会にも、それが引き継がれた。なお、バスケットボールなどは復活していない。

現在、パラリンピックでの知的障害の認定基準では、

a：ＩＱが 75 以下

b：専門家の診断

c：生活上の困難を抱えていることがあげられている。

このＩＱ値だが、すべての国で適切な数値が得られかといえば、統計的処理の問題があり難しいのが現状である。また、知的障害に詳しい専門家がいる国ばかりではない。生活上の困難さは、暮らしている環境の違いに影響を受ける。ＩＰＣなどで、10 年余の検討を経ながら、知的障害の定義は医学モデルから脱皮していないと言える。

（２）わが国の定義とその歴史

わが国では、「知的障害」を使う以前は「精神薄弱」という言葉が使われていた。この「精神薄弱」は大正時代から使われていたとされる。日本の法令で最初に使用されたのは 1941 年の文部省の「国民学校令施行規則」である。

その後、1953 年の文部事務次官通達「教育上特別な取扱いを要する児童生徒の判断基準（試案）」の中で行政上の「精神薄弱」の定義が初めて示された。それによると、種々の原因により精神発育が恒久的に停滞し、このために知的能力が劣り、自己の身辺の事がらの処理および社会生活への適応が著しく困難なもの」が「精神薄弱」とされた。

一方で 1959 年、米国精神遅滞協会（ＡＡMR）は第 5 版目の「精神遅滞」の定義を発表した。ＡＡMRの考え方と比較して、文部省（現文部科学省）の「恒久的遅滞」という理解は、状態の永続不変性をしめし、教育可能性の否定にもつながると批判された。

その後、文部省は「判断基準」を失効させ、1966 年新たに「精神薄弱児とは先天性、または出産時ないし、出産後早期に、脳髄に何らかの障害（脳細胞器質的疾患か機能不全）を受けているために、知能が未発達の状態にとどまり、そのため精神活動が劣弱で、社会への適応が著しく困難な状態を示しているもの」とした。

しかし、この定義には、脳障害を原因としない「生理型」の知的障害が含まれておらず、不十分との指摘を受けた。（知的障害の原因として、個人差の範疇で脳に病理はない「生理型」、

脳の形成異常や損傷などによって起こる「病理型」、学習刺激の少なさなど環境因子による「社会・心理型」の 3 種があげられている）

この後、1996 年に文部省は、精神薄弱を「発達の過程において起こり、知的機能の発達に遅れがみられ、適応行動の困難性を伴う状態」と説明した。

（3）用語の変更；精神薄弱から知的障害に

1990 年代に、知的障害がある本人から、「精神薄弱」や「知恵遅れ」は不快なことばとされた。また障害の内容を適切に示していないということで検討が行われ、「知的発達障害」または「知的障害」が採択された。1999 年から法律も改正され、「知的障害」が使われている。

（4）知的障害の定義と現実の福祉サービス

①統一された定義がない

わが国には、知的障害について確定した定義が無い。知的障害には社会的支援が必要とされる。医療、教育、福祉、労働など様々な領域で支援を欠かせない存在である。ところが定義が無いために対象が明確ではなく、このために社会的支援が受けられない子どもや人がいる。この状態に対して、親の会である全日本手をつなぐ育成会は、社会福祉基礎構造改革への意見」（1998 年）で、知的障害の定義が無いために、都道府県によって認定に著しい格差があると指摘している。

②複数の制度

都道府県が発行するのが、療育手帳である。療育手帳は保育所の入所や、特別支援教育の利用、また障害者として就職する際には必要となる。交通費の割引や、税の減免などにも使える。

一方で、たとえば放課後等デイサービスなどの福祉サービスは、市区町村が発行する「受給者票」があれば受けることができる。このほかに、医療で使える「受給者票」もある。

成人期の福祉サービスにおいても、原則として受給者票があれば利用できる。なお受給者票は、知的障害の診断ではなく、必要な社会的支援の度合いをはかり、提供するものである。

福祉サービスは、国、都道府県、市区町村の三層構造になっている。特に、市区町村の福祉サービスは、生活と密着したものになっている。受給者票は、直接に福祉サービスを受ける際の制度として、おおむね受容されている。

（5）ＡＡＩＤＤと知的障害の定義とその変化

①ＡＡＭＲの歴史と定義の変化

米国知的・発達障害協会（ＡＡＩＤＤ）は、米国精神遅滞協会（ＡＡＭＲ）が名称を変更したものである。ＡＡＭＲは、1876 年に設立され知的障害の構成概念の理解、定義および分類においてこの領域をリードしてきた協会である。2009 年に第 11 版が発行されたが、精神遅滞を知的障害にあらためたほかは、第 10 版の定義を踏襲している。これまでの、ＡＡＭＲの歴史のなかで、10 回も知的障害の定義が変化してきたのは、知的障害と社会環境の

関係が変わってきたことを示すといえよう。知的障害の判定では、社会的、文化的影響が切り離せない。

②知的機能と社会環境の関係

高度な社会では、読み書き計算は必須の能力になる。一方で、農耕社会ではそのような能力はあまり必要が無いかもしれない。居住する社会によって、期待される知的能力には差がみられる。

③米国知的・発達障害協会と４つのアプローチ

ＡＡＩＤＤは知的障害を定義する際に、4 つのアプローチをあげている。

（社会的アプローチ）知的障害と社会環境の関係を考察する

（臨床的アプローチ）医学モデルによるアプロー

（知的アプローチ）知的アプローチでは、主に知能検査を使い分類する

（二重基準アプローチ）知的機能と適応行動の両方で知的障害定義づける

④その他の診断基準などに与える影響

ＡＡＩＤＤの知的障害への定義や理解は、ＤＳＭ－Vに影響を与えたとされる。またＩＣＤ－11 にも定義などの反映が予想されている。なお、ＡＡＩＤＤでは、「知的障害」という用語の使用では、障害のある人の不快感を軽減することも目的の一つとしている。重要な視点である。

ＡＡＭＲの一番新しい第 10 版（第 11 版も同じ内容）では、「支援」という考え方を定義に織り込むとともに、「その人と同年齢の仲間や文化に典型的な地域社会の情況のなかで考えられなければならない」とされている。

知的障害は、知的能力ばかりではなく、身体機能、社会性、年齢、所属する社会などにより、支援の内容が一人ひとり変わる面がある。障害として、多様性を持つと言える。実際に、知的障害への社会的支援は、きめ細かく多様なものとなっている。

このような特性から、明確な定義がないことで対象を広げることができ、本人や家族のニーズにあわせた支援ができるという肯定的な意見もある。

表.1　AAMR（現AAIDD）における「精神遅滞」の定義の変化（一部抜粋）

	定義	IQカットオフ（※基準IQ）	診断	発症時期	適応行動
第5版 1959年	精神遅滞は、平均以下の全般的知能機能であり、発達期に生じ（1）成熟（2）学習（3）社会適応の１つ以上の領域で障害を有する	同じ年齢帯の一般人口から１標準偏差低い	IQ値と1つ以上の適応行動の障害	生後から16歳頃まで	人が環境からの自然および社会的な要求に対応できる能力をさす。それには（a）人が機能でき、自立でき

					る程度および （b）人が文化的に課せられた個人的および社会的責任を満足に果たせる程度、という2つの主要な側面がある
第8版 1983年	精神遅滞は、明らかに平均以下の全般的知的機能であり、併存する適応行動の障害を生じたり、それと関連し、発達期に生じる	標準化された知能検査でIQ70以下：上限は75まで引きあげられうる	標準化されたIQと適応行動検査	妊娠から18歳の誕生日までの間	その人の年齢と文化から期待される成熟、学習、個人的自立、または社会的責任の基準に適合する能力の明らかな制約
第10版 2002年 ※第11版も定義を踏襲	知的障害は、知的機能および適応行動の双方の明らかな制約によって特徴づけられる能力障害である。この能力障害は18歳までに生じる。 5つの前提：（a）現在の機能の制約は、その人と同年齢の仲間や文化に典型的な地域社会の情況の中で考えられなければならない。 （b）妥当な評価は、コミュニケーション、感覚、運動および行動の要因の差異はもちろんのこと、文化的および言語的多様性を考慮しなければならない。 （c）個人の中には制約がしばしば強さと共存している。	適切な知能検査で平均から少なくとも2標準偏差より低い能力	標準化された知能検査と適応行動スキル検査が、チームによる観察と臨床的判断とが組み合わされ、妥当性のある評価尺度と方法が使用される	妊娠から18歳の誕生日までの間	適応行動は、日常生活において機能するために人々が学習した、概念的、社会的、および実用的スキルの集合である。適応行動の制約は、日常生活および生活上の変化と環境からの要求に対応する能力の双方に影響し、他の4つの次元（知的能力、参加・対人関係・社会的役割、健康、情況）に照らして考慮されるべきである。

	（d）制約を記述することの重要な目的は、支援のプロフィールを作り出すことである。 （e）長期にわたる適切な個別的支援によって、知的障害（精神遅滞）を有する人の生活機能は全般的に改善するであろう。				

出典：栗田広・渡辺勘持（共訳）知的障害ＡＡＭＲ第 10 版（2002）日本発達障害福祉連盟

（参考文献）ＡＡＩＤＤ　「知的障害第 11 版」
原仁・太田俊己・金子健・湯汲英史・沼田千妤子（共訳）　日本発達障害福祉連盟．2012
☆ＩＮＡＳ－ＦＭＨ；
International　Sports　Federation for Persons with Mental Handicap
☆AAIDD ;
American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

５．教育分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題

菅野敦（東京学芸大学教授）

教育分野において、知的障害の定義として統一的に示されたものはない。しかし、知的障害（精神薄弱）教育の対象とするものの判別及び、その知的障害の程度に関しては、昭和 28 年 6 月 1 日に文部省次官通達として「教育上特別な取り扱いを要する児童生徒の判別基準」に示された。その後、「判別基準」は「就学基準」に変わり、学校教育法第 71 条の 2 において、特殊教育諸学校に通学する「盲者、聾者又は精神薄弱者、肢体不自由若しくは病弱者の心身の故障の程度は、政令で、これを定める」として、学校教育法施行令第 22 条の 2（表１）で示されるようになった。現在の「就学基準」は、学校教育法施行令 22 条の 3 として平成 14 年に「学校教育法施行令による就学基準の改正」に規定されたものである（表２）。平成 19 年に、特殊教育が特別支援教育に変わる過程で、学校教育法第 71 条も「特別支援学校は、視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者（身体虚弱者を含む。以下同じ。）に対して、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を施すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けることを目的とする」と改正され、学校教育法第 71 条の 2 も、特別支援学校に通学する「視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者（身体虚弱者を含む）の心身の故障の程度は、政令で、これを定める・・・略」と改正されたが、学校教育法施行令 22 条の 3 の変更はなかった。

本稿では教育分野における知的障害者の認定基準に関して、知的障害（精神薄弱）教育の対象をどのように規定してきたのかと、さらにその障害の程度に関して以下の５つの資料からたどることにする。

（１）昭和 28 年 6 月 1 日文部省次官通達「教育上特別な取り扱いを要する児童生徒の判別基準」

（２）昭和 37 年度版　養護学校小学部・中学部学習指導要領　精神薄弱教育編解説　昭和 41 年 3 月

（３）軽度心身障害児に対する学校教育の在り方（報告）　昭和 53 年 8 月 12 日

（付）精神薄弱児のための発達診断表について

（４）学校教育法施行令 22 条の 2 と 22 条の 3

（５）特別支援学校学習指導要領解説 各教科等編(小学部・中学部) 平成 30 年 3 月

（１）昭和 28 年 6 月 1 日文部省次官通達「教育上特別な取り扱いを要する児童生徒の判別基準」

精神薄弱児の定義として、「種々の原因により精神発育が恒久的に遅滞し、このため知的能力が劣り、自己の身辺の事がらの処理および社会生活への適応が著しく困難なものを精神薄弱児とし、これをその程度により、白痴、痴愚、魯鈍の三者に分ける。」とされている。

三者の基準は、

①白痴：言語をほとんど有せず、自他の意思の交換および環境への適応が困難であって、

衣食の上に絶えず保護を必要とし、成人になってもまったく自立困難と考えられるもの（知能指数（I・Q）による分類を参考とすれば、25 ないし 20 以下のもの）

②痴愚 : 新しい事態に適応する能力が乏しく、他人の助けによりようやく自己の身辺の事がらを処理し得るが、成人になっても知的年令 6、7 才に達しないと考えられるもの。（I・Q20 ないし 25 から 50 の程度）。

③魯鈍 : 日常生活にはさしつかえない程度に自ら身辺の事がらを処理することができるが、抽象的な思考推理は困難であって、成人に達しても知能年齢 10 才ないし 12 才程度にしか達しないと考えられるもの。（I・Q50 から 75 の程度）。

付１．境界線児 : 前項と正常児との中間にあるもの。（I・Q75 から 85 の程度）

付２．現在、精神疾患、脳疾患を有する精神遅滞。

以上のように基準として障害程度の重い順に、白痴、痴愚、魯鈍と分けたうえで、その程度を具体的に示している。この程度に基づいてさらに、学校教育でどのように扱うか、教育的措置について示している。

教育的措置

・基準 1（白痴）に規定した程度に該当するものに対しては、就学免除を考慮する。

・基準 2（痴愚）に規定した程度に該当するもののうち、遅滞の高度のものは就学猶予を考慮し、軽度のものに対しては、養護学校に就学させ、または特殊学級に入れて指導するのが望ましい。

・基準 3（魯鈍）に規定した程度に該当するものに対しては、養護学校に就学させ、または特殊学級に入れて指導することが望ましい。

・基準付 1 に規定した程度に該当するものに対しては、状況に応じ、養護学校または特殊学級または普通学級に入れるかを決定することが望ましい。

・基準付 2 に示すものに対しては、就学猶予を考慮し、医療にゆだね、その結果により適宜な措置が望ましい。

（２）昭和 37 年度版　養護学校小学部・中学部学習指導要領　精神薄弱教育編解説　昭和 41 年 3 月

①精神薄弱養護学校教育の対象

精神薄弱者とは何かということにはいろいろな考え方がある。もともと精神薄弱者というものが注目されたのは、ものわかりが悪い、教えてもおぼえない、何をやらしても一人前にはできない、年齢が進んでもそれだけ進歩しない…などのために社会一般の人とは一緒にできないということからであったろう。そして、これを知恵の働きとか、行動上の特性とか、発生の原因とか、医学的治療とか、教育とか、社会的生活能力とかのいろいろな面からみて各種の定義がなされてきたわけである。

つまり、それは知能の働きが弱いという状態にあるものであるが、その原因はいろいろのところからきているし、また、その働きの弱さの程度や特色も種々であり、さらに社会生活に適応できるかどうかにも相違があるので、まず病理学的には、「先天性、出生時または出生後の精神発達の途中に、何らかの原因が働いて、知能の発達が持続的に遅滞ない

し停止した状態」というように定義し、教育心理学的には、これに「知的能力が劣るために、自己の身辺のことがらの処理および社会生活への適応が著しく困難なもの」というようなことをつけ加えていくわけである。このようないき方で、司法的な立場からは「生来の理解力の欠如から法によっては何者も規制しえないと考えられるもの」というようにもいえるであろうし、教育的には「精神薄弱者とは普通の教育によっては教育効果を期待することのできないもの」と定義してもよいであろう。

さて、精神薄弱教育は普通教育によっては適切な教育ができないものを対象とする教育であるが、それではどの程度のものから精神薄弱教育の対象とするかということが問題になる。

人間の能力には個人差があって、それは特別に優秀なものから白痴といわれるようなものまでならんでいるのであるから、どこまでを普通教育でやり、どこからを精神薄弱教育とするかということは、絶対的な一線を画せるものではない。教育がさらに進歩し、普通教育でも一学級の定員が 30 名前後になり、教師の資質が非常に高くなり、教育方法が進歩してくれば、現在、特殊学級に入級しているものも一部は普通学級で指導したほうがよいとされる時代もくるであろう。しかし、そういう時代がきても、脳の発育遅滞、あるいは脳に障害をうけたために、普通教育では適当でないというものは必ず残るはずである。

つまり、教育的には、どの程度のものまでを精神薄弱教育の対象とするかは、その時代の社会の文化水準や教育の進歩の度合いなどによって決められるわけである。

さて、現行法では、精神薄弱者のための養護学校の対象となるものは、

・精神発達の遅滞の程度が中度以上のもの。

・精神発達の遅滞の程度が軽度のもののうち、社会的適応性が特に乏しいもの。

とされている（表１）。（学校教育法施行令（昭和 28 年政令第 340 号）第 22 条の 2）

このことについては、さらに「学校教育法および同法施行令の一部改正に伴う教育上特別な取り扱いを要する児童・生徒の教育的措置について」という昭和 37 年 10 月 18 日付、文部省初等中等教育局長通達によって、次のように示されている。」

表１　学校教育法施行令第２２条の２

区分	心身の故障の程度
盲者	1　両眼の視力が0.1未満のもの 2　両眼の視力が0.1以上0.3未満のもの又は視力以外の視機能障害が高度のもののうち、点字による教育を必要とするもの又は将来点字による教育を必要とすることとなると認められるもの
聾者	1　両耳の聴力損失が90デシベル以上のもの 2　両耳の聴力損失が90デシベル未満50デシベル以上のもののうち、補聴器の使用によつても通常の話声を解することが不可能又は著しく困難な程度のもの
精神薄弱者	1　精神発育の遅滞の程度が中度以上のもの 2　精神発育の遅滞の程度が軽度のもののうち、社会的適応性が特に乏しいもの
肢体不自由者	1　体幹の機能の障害が体幹を支持することが不可能又は困難な程度のもの 2　上肢の機能の障害が筆記をすることが不可能又は困難な程度のもの 3　下肢の機能の障害が歩行をすることが不可能又は困難な程度のもの 4　前3号に掲げるもののほか、肢体の機能の障害がこれらと同程度以上のもの 5　肢体の機能の障害が前各号に掲げる程度に達しないもののうち、6月以上の医学的観察指導を必要とする程度のもの
病弱者	1　慢性の胸部疾患、心臓疾患、腎臓疾患等の状態が6月以上の医療又は生活規制を必要とする程度のもの 2　身体虚弱の状態が6月以上の生活規制を必要とする程度のもの

備考　1　視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈曲異常のあるものについては、矯正視力によつて測定する。

2　聴力の測定は、日本工業規格によるオージオメータによる。

表２　学校教育法施行令第２２条の３

区分	障害の程度
視覚障害者	両眼の視力がおおむね〇・三未満のもの又は視力以外の視機能障害が高度のもののうち、拡大鏡等の使用によつても通常の文字、図形等の視覚による認識が不可能又は著しく困難な程度のもの
聴覚障害者	両耳の聴力レベルがおおむね六〇デシベル以上のもののうち、補聴器等の使用によつても通常の話声を解することが不可能又は著しく困難な程度のもの
知的障害者	１　知的発達の遅滞があり、他人との意思疎通が困難で日常生活を営むのに頻繁に援助を必要とする程度のもの ２　知的発達の遅滞の程度が前号に掲げる程度に達しないもののうち、社会生活への適応が著しく困難なもの
肢体不自由者	１　肢体不自由の状態が補装具の使用によつても歩行、筆記等日常生活における基本的な動作が不可能又は困難な程度のもの ２　肢体不自由の状態が前号に掲げる程度に達しないもののうち、常時の医学的観察指導を必要とする程度のもの
病弱者	１　慢性の呼吸器疾患、腎臓疾患及び神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの ２　身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とする程度のもの

備考　１　視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によつて測定する。
　　２　聴力の測定は、日本工業規格によるオージオメータによる。

②教育的措置

「（ア）施行令の表精神薄弱者の項に規定する程度の精神薄弱者は、養護学校において教育すること。ただし、就学する養護学校がないところにあっては、養護学校が設置されるまでの間、特殊学級において教育してもさしつかえないこと。施行令の表精神薄弱者の項において「精神発達の遅滞の程度が中度以上のもの」とは、痴愚、白痴程度の精神薄弱をそれぞれ指すものであること。ここでいう「白痴」とは、言語をほとんど有せず自他の意志の交換および環境への適応が困難であって、移植の上に絶えず保護を必要とし、成人になってもまったく自立困難と考えられるもの（知能指数（I・Q）による分類を参考とすれば（以下 I・Q とよぶ）25 ないし 20 以下のもの）、「痴愚」とは、新しい事態の変化に適応する能力が乏しく、他人の助けによりようやく自己の身辺の事柄を処理しうるが、成人になっても知能年齢 6～7 才に達しないと考えられるもの（I・Q　20 ないし 25 から 50 の程度）「魯鈍」とは日常生活にさしつかえない程度に自らの身辺のことがらを処理することができるが抽象的な思考推理が困難であって、成人に達しても知能年齢 10 才ないし 12 才にしか達しないと考えられるもの（I・Q50 から 75 の程度）をそれぞれ指すものであること。」

すなわち、養護学校の対象とする精神薄弱者は精神発達の遅滞の程度が比較的重いものであるが、白痴程度のものになると現在のような学校教育の形態では教育対象としては適当でないので、就学の猶予または免除ということが考えられており、また同じ通達の中に、「白痴、重症痴愚、重症の脳性小児まひ、現在進行中の精神疾患、脳疾患その他これらと同程度の高度の障害を有するかまたは二つ以上の障害を有し総合するとその程度が高度になるものなど盲学校、ろう学校または養護学校における教育にたえることができないと認められるものについては、その障害の性質および程度に応じて就学の猶予または免除を考慮すること。」としてある。これらの者に対しては、児童福祉法による精神薄弱施設、あるいは精神薄弱通園施設または重症心身障害児施設に入れるよう指導するのが適切な措置である。

また、養護学校の対象とするものの第二項すなわち、遅滞の程度は軽度であるが、社会適応性が特に乏しいものというのは、これを判定するための尺度ではないが、例えば社会生活

能力検査の結果が著しく劣るとか、興奮性がはげしく、はなはだしく落ち着きがないとか、対人関係の発達が悪く、自閉的傾向が強いとかいうようなものを指しており、小学校、中学校にある特殊学級では指導がむずかしいものを指しているのである。そこで、精神発達の遅滞の程度が軽度で、特に社会的適応性にも著しい問題がないというのが特殊学級の対象ということになり、上記の通達には、「施行令の表精神薄弱者の項に規定する程度に達しない精神薄弱者は特殊学級を設けて教育すること。」とある。

しかし、現実には、養護学校にも特殊学級にも重度のものから境界線級のものまでが混在しているというのが実態である。このことは精神薄弱教育がまだ発達の途上にあるためであって、将来は養護学校、特殊学級の拡充整備とともに、その対象を通達に示されたような方向に向けていかなければ、精神薄弱教育の効果を十分にあげることはできない。

また、精神薄弱者と正常者の中間にあるもの、すなわち境界線児童、生徒といわれるものについては、同じ通達に、「普通学級において留意して指導するか、または学級編成について特別の考慮を払うことが望ましいこと。なお状況によって精神薄弱者を対象とする特殊学級において教育してもさしつかえないこと。」とされている。

なお、精神薄弱教育の対象とするものの判別に当っては、その結果が本人の将来に深い影響があるので慎重に対処しなければならない。経験の豊かでない者が単に知能検査の結果だけで、児童、生徒に精神薄弱というレッテルを張るようなことはおこなってはならない。

このことについては通達にも判別に当っての留意事項として、「上記（1）（ア）および（イ）に掲げるものの判別に当っては、精神発育の遅滞の程度を明確にするため標準化された知能検査の厳密な実施と、成育歴および現在の心身の状態についての調査ならびに家族、友人、学校等本人の発達に影響をもつ環境の分析などをおこなった上で総合的見地から慎重におこなうこと。なお、その際には、児童相談所、教育研究所などとの連絡を密にするとともに、必要に応じ精神薄弱者の診断に経験を有する精神科医、その他の専門家の協力をうること、また、なるべくこれら専門家を含む判別のための委員会を設けることが望ましいこと。」とあるが、精神薄弱教育の今後の発展のためには、判別や指導のための専門家の養成および配置と判別委員会のような機関の拡充がぜひとも必要である。

（3）軽度心身障害児に対する学校教育の在り方（報告）　昭和 53 年 8 月 12 日

（付）精神薄弱児のための発達診断表について

「精神薄弱者の判定については、学校教育法施行令第二十二条の二の規定及び「学校教育法および同法か施行令の一部改正に伴う教育上特別な取り扱いを要する児童・生徒の教育的措置について（昭和三十七年十月十八日付け文初特第三百八十号初等中等教育局長通知）により事務処理されているところであるが、養護学校教育の義務制の実施を目前に控え、本研究調査会（特殊教育に関する研究調査会）において、就学予定者（翌年の始めから学齢児童となるものをいう。以下同じ）のうち精神薄弱養護学校の教育対象者であるか、小学校（精神薄弱特殊学級）の教育対象者である疑いのある者について判定する際の一つの資料として別添「発達診断表」（表３）をとりまとめたので、報告する。なお、発達診断表を利用するに当たっては、下記の点に留意されたい。

一　本表は、次のような三つの基本領域および八つの下位領域から成る発達領域を設定し

ている。身辺自立（A 食事、B 排泄、C 衣服）、運動機能（D 全身運動、E 手の運動）、社会生活（F 言語理解、G 言語表現、H 対人関係・集団参加）

二　本表は、健常児の生活年齢水準に対応して次のような五つの発達段階に分けられており、この発達段階の各項目は、該当生活年齢に達した健常児の場合おおむね通過すると考えられるものである。I（十八か月）、II（二十四か月）、III（三十六か月）、IV（四十八か月）、V（六十か月）

三　本表を、精神薄弱者で精神薄弱以外の障害を持たない満六歳児及び満七歳児に対して調整した結果によると（図１．２）、各発達段階の項目について精神年齢の別によりおおむね上図の太線を通過するという平均的プロフィールを描くことができる。なお、知的側面については、標準化された知能検査によった。

四　三で述べた調査結果から本表について、次のようなことが言える。

（一）精神発達に遅滞のみられる子供の場合、その発達段階は生活年齢とは必ずしも対応しない。一般的に精神発達の遅滞の程度が重くなるに従い、発達段階が一様に低くなるだけでなく各発達領域間の不均衡も大きくなる傾向がみられる。このような発達の遅れや偏りを客観的かつ多面的にとらえることは、子供一人一人について必要な教育的取扱いを考えていく場合に重要であろう。

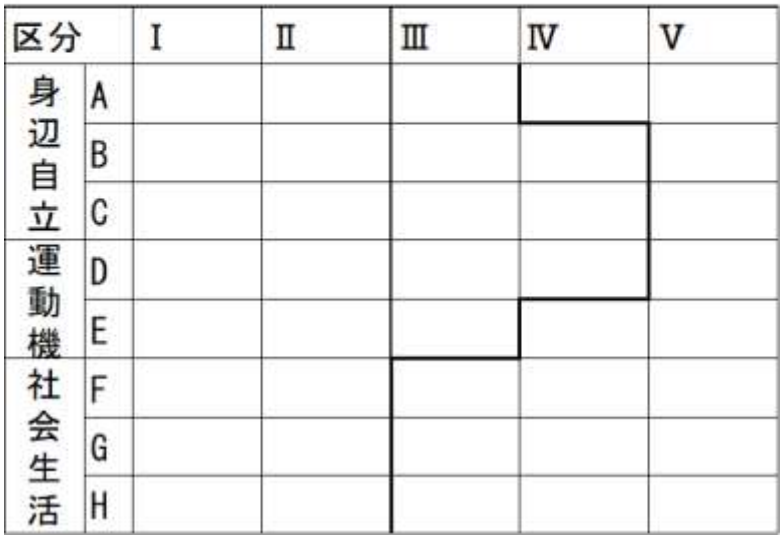
（二）就学予定者のうち精神薄弱養護学校の教育対象者であるか小学校（精神薄弱特殊学級）の教育対象者であるか疑いのある者については、第２図の平均的プロフィールと比較して、例えば、同程度以上の発達段階のプロフィールを描く場合には後者であると判定するなどして、本表を利用することができる。

（三）子供一人一人のプロフィールが、必ずしも平均的プロフィールと合致しない場合であっても、（二）のほか、それぞれの学校の担当教員がその子供の教育的取り扱いを考えていく場合においても大いに参考となるものである。

図１　精神年齢36か月未満の者の平均的プロフィール（調査対象者116名）

区分		I	II	III	IV	V
身辺自立	A					
	B					
	C					
運動機	D					
	E					
社会生活	F					
	G					
	H					

図２　精神年齢36～47か月の者の平均的プロフィール（調査対象者64名）



区分		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
身辺自立	A					
	B					
	C					
運動機	D					
	E					
社会生活	F					
	G					
	H					

表３　発達診断表

発達診断表

発達領域＼発達段階		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
身辺自立	A 食事	・スプーンを握って食べようとする ・コップを持って飲む	・ストローで飲む ・食卓でほかの人のものと自分の物と区別できる	・スプーンやはしを使って一人で食べる	・ほとんどこぼさないで一人で食べる	・はしを使って上手に食べる ・後片付けを手伝う
	B 排泄	・連れて行けば便器で大小便をする	・大小便で粗相をしたとき教える	・パンツを脱がせれば一人でトイレに行く ・トイレに行く必要があるときには教える	・トイレに行きたくなったら一人でパンツを脱いで用を足す ・日中の排泄は自分で注意する	・衣服を脱いで、便器に座り排泄をし、衣服を直す ・排泄後一人でトイレットペーパーを使える
	C 衣服	・衣服を着せてもらうとき必要に応じて腕と足を差し出す	・ファスナーを開けてもらうと（ボタンを外してもらうと）上衣を脱ぐ ・靴を脱ぐ	・助けてもらって自分で衣服を着る ・下着（靴下、パンツ、シャツ）を一人で脱ぐ ・簡単な靴なら一人ではく	・上衣のボタンをはめたり、外したりする ・衣服のファスナーを開ける	・各種の衣服を一人で着る ・上衣類を一人で着たり脱いだりする ・左右をわきまえて靴を履く
運動機能	D 全身運動	・２～３ｍ一人で歩く	・手すり、片手に支えられて階段を上り下りする ・すべり台に上り、すべる	・両足跳びをする ・支えなしに階段を上り下りする	・三輪車のペダルをこぐ ・片足跳びをする ・でんぐり返しをする	・ブランコに立ち乗りこぐ ・スキップをする
	E 手の運動	・親指と人差し指でものをつかむ ・おもちゃを一方の手からもう一方の手へ持ち換える	・なぐり書きをする ・コップからコップへ水を移す	・直線を真似て書く ・円を真似て書く	・四角を真似して書く ・紙を折りたたむ	・三角を真似て書く ・はさみで円や四角を切り抜く
社会生活	F 言語理解	・「おいで」「ちょうだい」「いけません」などの要求が分かる ・自分の名前を呼ばれると分かる	・自分の体の部分（頭目耳鼻口頭手足）がたいてい分かる ・「一を持っていらっしゃい」などの簡単な命令を実行する	・「あした」「あとで」が分かる ・「もう一つ」「もう少し」が分かる ・男女の区別が分かる	・上・下、前・後が分かる ・「さかな」「野菜」「果物」「動物」などの抽象名詞が分かる ・「二つ」ということが分かる	・色の名が五つ以上分かる ・数字、ひらがなを拾い読む ・簡単な命令ならば同時に三つ言いつけても覚えて実行する
	G 言語表現	・「パパ」「ママ」「ブーブー」「ワンワン」「バイバイ」などの単語を２，３語話す ・「イヤイヤ」「イタイ」などの感情を表す言葉を使う	・欲しい物があると「ちょうだい」ともらいに来る ・二語文（「オンモイク」「パパイッタ」など）を話す	・「ここ」「こっち」「あっち」「これ」「あれ」などの代名詞を使う ・人の言った言葉を真似る ・「なあに」といろいろ尋ねる	・自分の姓と名が言える ・自分のことを代名詞で言う ・「なぜ」「どうして」を文章として使う	・日常の会話に事欠かない ・「でも」「だって」「それから」などの接続詞を使う
	H 対人関係 集団参加	・単純な動作を真似る	・ほかの子どもと一緒に遊ぶ ・友達と手をつなぐ	・親がそばにいなくても友だちと遊ぶ ・友だちとけんかをすると言いつけに来る	・友だちと順番に物を使う ・友だちと互いに役割を演じながら遊ぶ	・他人の物を使う場合承諾を得てから使う ・電話で十分受け答えができる

（４）学校教育法施行令 22 条の 2 と 22 条の 3

特別支援学校への就学基準は現在、学校教育法施行令 22 条の 3（表２）として平成 14 年に「学校教育法施行令による就学基準の改正」によって規定され、示されている。この改正は、医学や科学技術の進歩等を踏まえた内容の見直しであった。改正前の規定（表１）と比較すると、項目数が２項目であることに変化はないが、第１項は.「知的発達の遅滞の程度が中度以上」の具体として、「他人との意思疎通が困難で日常生活を営むのに頻繁に援助を

必要とする程度」と示されるようになった。また、第２項は、「社会的適応性が特に乏しいもの」を、「社会生活への適応が著しく困難なもの」と改正された。第１項と第２項の違いは、昭和 37 年度版　養護学校小学部・中学部学習指導要領　精神薄弱教育編解説（昭和 41 年 3 月）にあるように、知的発達の遅滞の程度は軽度であるが、例えば、社会生活能力検査の結果が著しく劣るとか、興奮性がはげしく、はなはだしく落ち着きがないとか、対人関係の発達が悪く、自閉的傾向が強いとかいうようなものを指しており、小学校、中学校にある特別支援学級では指導がむずかしいものを指していると考えられる。

平成 24 年 7 月に公表された中央教育審議会初等中等教育分科会報告「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」において、「就学基準に該当する障害のある子どもは特別支援学校に原則就学するという従来の就学先決定の仕組みを改め、障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、教育学、医学、心理学等専門的見地からの意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する仕組みとすることが適当である。」との提言がなされたこと等を踏まえ、学校教育法施行令の一部を改正する政令（平成 25 年 8 月 26 日政令第 244 号）が公布された。具体的には、「就学基準に該当する障害のある子どもは特別支援学校に原則就学するという従来の就学先決定の仕組みを改め、障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、教育学、医学、心理学等専門的見地からの意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する」というものである。これによって、学校教育法施行令 22 条の 3 の存在意義とその使われ方が、今後、議論となることが考えられる。注目する必要があろう。

（５）特別支援学校学習指導要領解説 各教科等編(小学部・中学部) 平成 30 年 3 月

知的障害について

知的障害とは、知的機能の発達に明らかな遅れと、適応行動の困難性を伴う状態が、発達期に起こるものを言う。

「知的機能の発達に明らかな遅れ」がある状態とは、認知や言語などに関わる精神機能のうち、情緒面とは区別される知的面に、同年齢の児童生徒と比較して平均的水準より有意な遅れが明らかな状態である。

「適応行動の困難性」とは、他人との意思の疎通、日常生活や社会生活、安全、仕事、余暇利用などについて、その年齢段階に標準的に要求されるまでには至っていないことであり、適応行動の習得や習熟に困難があるために、実際の生活において支障をきたしている状態である。

「伴う状態」とは、「知的機能の発達に明らかな遅れ」と「適応行動の困難性」の両方が同時に存在する状態を意味している。知的機能の発達の遅れの原因は、概括的に言えば、中枢神経系の機能障害であり、適応行動の困難性の背景は、周囲の要求水準の問題などの心理的、社会的、環境的要因等が関係している。

「発達期に起こる」とは、この障害の多くは、胎児期、出生時及び出生後の比較的早期に起こることを表している。発達期の規定の仕方は必ずしも一定しないが、成長期（おおむね 18 歳）までとすることが一般的である。

適応行動の面では、次のような困難さが生じやすい。

①概念的スキルの困難性　言語発達：言語理解、言語表出能力など
学習技能：読字、書字、計算、推論など

②社会的スキルの困難性　対人スキル：友達関係など
社会的行動：社会的ルールの理解、集団行動など

③実用的スキルの困難性　日常生活習慣行動：食事、排せつ、衣服の着脱、清潔行動など
ライフスキル：買い物、乗り物の利用、公共機関の利用など
運動機能：協調運動、運動動作技能、持久力など

以上、年代別に５つの資料から教育分野における知的障害者の認定基準に関してみてきた。教育分野では、知的障害の定義として統一的に示されたものはないものの、知的障害（精神薄弱）教育の対象の規定として知的障害が説明され、その障害の程度による分類から教育的措置が行われていた。

21 世紀に入り、知的障害児の教育も特殊教育から特別支援教育となり、インクルーシブ教育が急速に進み、「場の教育」から「個々のニーズに合わせた教育」へと変わるなかで、このような規定や程度による分類の考え方が今後どのように使われていくのか、「個々のニーズに合わせた教育」のために、どのような認定基準が求められるのか、さらに、その使われ方に関して、今後さらに議論される必要があろう。

６．労働分野における知的障害の認定基準に関する現状と課題

西村周治（社福東京都手をつなぐ育成会　世田谷区立障害者就労支援センターすきっぷ）

（１）障害者雇用促進法の変遷

障害者雇用を推進していくための主要な公的制度として、割当雇用制度、障害による差別を禁制する制度などがある。世界的には割当雇用制度から差別禁止法に移行する流れとなっている[3)]が、我が国はドイツやフランス等と並び割当雇用制度を採用する代表的な国と言える。現在、EU では加盟国中 22 か国が同様のシステムを導入している[2)]。

割当雇用制度の中核をなす法定雇用率制度は、その枠組みなしでは障害者が働く機会を得られないことを前提とした障害者雇用促進の手段である。我が国では、1960 年の身体障害者の雇用の促進等に関する法律によって法定雇用率制度が制定され、法改正によってその法的拘束力や法定雇用率は変遷してきた。

表１　障害者雇用促進法の主な改正点

改正年	主な内容	法定雇用率
1960 年	身体障害者雇用促進法施行	1.1%
1968 年	雇用率引き上げ	1.3%
1976 年	障害者雇用促進法へ名称変更。身体障害者の雇用義務化。 雇用納付金制度導入。	1.5%
1987 年	対象を全ての障害者へ拡大。 制度上の知的障害者の取り扱い（みなし雇用）	1.6%
1997 年	知的障害者の雇用義務化	1.8%
2004 年	障害者雇用除外率一律 10%引き下げ	同上
2006 年	制度上の精神障害者の取り扱い（みなし雇用）	同上
2010 年	障害者雇用除外率一律 10%引き下げ	同上
2013 年	雇用率引き上げ　差別禁止、合理的配慮の提供義務化	2.0%
2018 年	精神障害者の雇用義務化	2.2%

1987 年の改正では、障害者雇用促進法（以下、雇用促進法）上の障害者として、身体障害者、知的障害者、精神障害者まで範囲を広げたが、雇用率算定には身体障害者手帳、療育手帳を有するか、地域障害者職業センター（以下、職業センター）における職業上の知的障害の判定を受けた者とされた。1987 年当時は精神障害者やその他障害者手帳を持たない障害者は雇用率算定の対象とはなっていない。

2013 年の雇用促進法改正では、障害者の範囲がより明確化された。すなわち障害者とは「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）、その他の心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう」とされた。この改正により、雇用促進法上の障害者の定義としては明確となったが、雇用率算定に当たっては、障害者手帳の所持及び職業上の知的障害の判定を持つ者に限定され

ている。

（２）障害者雇用納付金制度とダブルカウントの課題

雇用促進法の中で企業の関心が高い制度として障害者雇用納付金制度がある。現行の重度障害者のダブルカウントや短時間労働者のハーフカウントは、重度障害者や精神障害者などの職業上の困難が見込まれる障害者の雇用促進策と言える[1)]。しかし、労働者である障害者の人数には変わりはないため、法定雇用率のカウント上の取り扱いは職業上の困難が見込まれる重度障害者の雇用促進策というだけでなく、雇用納付金の減額策という性質を合わせ持っている。企業にとっては雇用率を達成しやすい側面がある一方、雇用される障害当事者にとっては労働の質や労働条件の面から有利となることはなく、2 人分としてカウントされることに疑問を持つ者も少なくない。EU 諸国ではドイツやフランスもダブルカウント方式をとっていたが、フランスでは 2005 年、差別禁止規定を組み込むことでダブルカウント方式を廃止している[2)]。

我が国におけるダブルカウント方式は 1976 年の雇用促進法改正時に導入された。当時は重度身体障害者の雇用促進のため、重度障害者の採用時の特例としてダブルカウント方式が設定された。当時は身体障害者の就業率 60%に比べ、重度障害者の就業率は 45.1%と低かったため、重度障害者の雇用促進策として有効であったと言える。知的障害については 1992 年の労働事務次官通達により、重度知的障害者をダブルカウントの対象とすることとされた。

ダブルカウント方式において問題となるのは、ダブルカウントとなるのは重度障害者であり、重度障害者の障害認定が医学モデルに基づく認定方式を採用している点である。身体障害の場合、身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号）に基づき、その機能制限（状況）によって障害認定される。知的障害の場合は後述するが、多くの自治体が知能検査による IQ 値を認定基準としている。いずれもその人の障害状況を医学、心理学的見地から測ったものであり、労働能力による認定とは異なるため、職務遂行上に重度の障害があるか否かといった実態を反映しているとは言い難い。つまり、ダブルカウント方式を継続するのであれば、医学モデルで判定した重度障害者ではなく、職業上の困難度や労働能力を考慮した方式を採用していくことが望ましい。

（３）知的障害の障害認定と等級名称の違いに関する課題

重度障害者の範囲は、身体障害者の場合、1~2 等級及び 3 等級程度の障害と重複障害のある障害者であり、身体障害者手帳をもって確認ができる。知的障害者の場合、療育手帳上の重度の等級の他に、職業センターによる職業上の重度知的障害者の判定（以下、重度判定）があり、療育手帳の等級または重度判定書を確認することが必要となる。その際、療育手帳の等級名称が都道府県等発行自治体によって異なるため、その等級が重度障害者にあたるのか否かの混乱が企業の人事担当者等の間で起こっている。例として、療育手帳等級区分を 2 区分とし、重度を A、軽度を B とする自治体から、4 区分として重度を A1・A2、中～軽度を B1・B2 とする自治体等がある。また、A、B という等級を用いず、重度を 1 度・2 度、中～軽度を 3 度・4 度とする自治体や、重度を A、中～軽度を B・C とする自治体など、その区分

から等級の名称まで様々である。そのため、企業所在地と同じ自治体在住の障害者を採用した場合、過去に採用経験があれば療育手帳の等級については把握できているが、他の自治体在住者を採用した場合に等級区分からでは重度障害者にあたるのか否かが判断できないといった事態が生じている。

表２雇用促進法上の重度障害者の範囲

障害種	重度障害とされる等級の例
身体障害	1 級、2 級、3 級と重複障害がある場合
知的障害	「A」「A1・A2」「A・A」「1 度・2 度」「最重度・重度」 雇用促進法第 2 条第 5 号の重度知的障害者（職業センターによる判定）
精神障害	重度障害の規定はなし

表 2 からも分かるように、重度知的障害とする等級名称には様々あり、重度であるか否かを判断することは容易ではない。

また、知的障害の場合、障害認定の際の基準が自治体ごとに異なる点も課題となっている。知的障害の判定を行う際、多くの自治体がその指標として採用しているものに IQ 値がある。障害認定を行う際の IQ 値も等級同様自治体ごとに違いがあるため、同じ IQ 値でも判定される自治体によっては等級が異なることが考えられる。

前述のダブルカウント方式との関連でみると、知的障害の等級においては重度知的障害か否かが重要な区分けとなる。重度知的障害の判定を行う際の IQ 値は多くの自治体が IQ35 以下としているが、自治体によっては IQ50 以下に身体障害等級 1~3 級を加えて重度とする自治体や、IQ と SQ（Social Intelligence Quotient、社会能力指数）を合わせて 70 以下とする自治体などもあり、その判定基準は様々である。

（４）重度判定による職業上の重度知的障害者の判定基準の課題

重度判定に際しては、その基準は以下のように、より個別的な状況が勘案される。

①知能検査によって測定された IQ 50 未満の知的障害者であって、厚生労働省編一般職業適性検査(事業所用(GATB-II)) の手腕作業検査盤を使用し、その器具検査１、器具検査２の評価のいずれかが中以下である者。

②IQ50 以上 60 未満の知的障害者（50 未満で上記器具検査１、器具検査２の評価がいずれも上であるものを含む）であって、知的障害者社会生活能力調査票によって調査された「意思の表示と交換能力」、「移動能力」及び「日常生活の能力」のうちいずれか２つの能力の評価が中以下である者。

よって、知的障害者が雇用促進法上の重度知的障害者と認定されるにあたっては、3 で述べた通り自治体判断によって異なる療育手帳上の重度知的障害者の判定と、療育手帳の基準とは異なる基準が設けられた重度判定による職業上の重度知的障害者の判定とがあり、その判定基準が多岐にわたる点が課題となっている。また、療育手帳上では重度と認定されていない中度または軽度の知的障害者であっても、職業上の重度知的障害者と判定され得ること

から、障害者当事者及び家族にとって重度障害者とされることへの拒否感などの心情的な課題もある。

以上、雇用促進法からみた知的障害の認定基準の影響、重度知的障害の認定と雇用率制度の課題について論じた。障害等級と職務遂行能力は必ずしも一致しておらず、特に知的障害の場合は知的能力、認知機能の障害という点からもその能力の幅は大きく、障害等級から職務遂行能力を推し量ることが困難な障害と言える。

雇用率の点からみれば、企業にとって重度知的障害者を雇い入れることに対し、職務遂行上必要な合理的配慮を提供する際により職場内に与える負荷が大きくなることが予想されるため、ダブルカウントというインセンティブをもってしても重度知的障害者が雇入れられることに有利であるとは言い切れない。

障害程度の分かりやすさという点、障害程度に応じた合理的配慮の提供を円滑に行うという点から鑑みても、療育手帳と雇用促進法上の障害程度の一致が望ましいと言える。

引用文献

1) 朝日雅也（2018）障害者雇用率制度の展望、職業リハビリテーション、31(2)、pp30-34.

2) 杉原努（2009）障害者雇用率制度における「ダブルカウント方式」の考察、Core Ethics Vol.5、pp217-228

松井亮輔（2017）障害者権利条約から見た日本の障害者の「働き方改革」のあり方、福祉労働、NO.158、pp33-41

3) 峰岸厚・岡本裕子（2012）障害者雇用の推進方策のあり方、立命館産業社会論集 48-1、pp197-210

Ⅲ．実態調査

（1）調査内容

①背景

現在、身体障害と精神障害は法律上定義され福祉サービスの対象として位置づけられているが、知的障害については定義がなされていない。知的障害の認定については、各更生相談所・児童相談所において行われているが、国の通知に基づく都道府県・市の実施要綱により実施されており認定基準、判定方法は、基本的には全国的に同じとなっているが、実態としては都道府県・市により判定方法は異なっており、統一した認定基準作成の要望がある。

②目的

本事業は、知的障害の定義に関する国際的動向及び自治体の判定基準等に関する現状と課題について明らかにし、主な論点を整理することにより、知的障害の認定及び判定基準に関する今後の検討に資することを目的とする。

③方　法

○調査対象先名・数

	対象数
児童相談所	59
知的障害者更生相談所	61
児童・更生相談所併設	7
都道府県・指定都市	67
計	221

○調査方法

郵送配布−郵送回収法

○調査結果（回答者名・数）・回答率

	対象数	有効回収数	有効回収率
児童相談所	67	59	88.1%
知的障害者更生相談所	87	61	70.1%
児童相談所・更生相談所併設（併記）		16	
都道府県・指定都市	67	4	6.0%
計	221	140	63.3%

○　日程：平成 30 年 11 月～12 月

（2）調査結果

①選択式回答項目

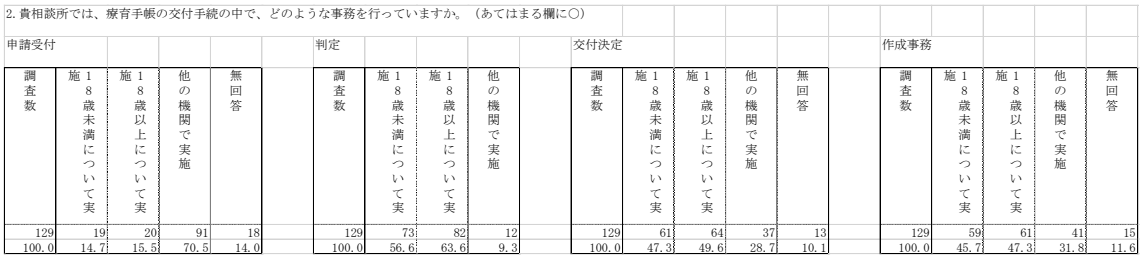
●機関の種類

施設種類	調査数	児童相談所	更生相談所	児童相談所・更生相談所併設（一併配）	都道府県・政令市（一本庁）
	140	59	61	16	4
	100.0	42.1	43.6	11.4	2.9

1.貴相談所が管轄する区域の総人口について、総数と性別の人数をご記入ください。	総数				男性				女性			
	調査数	平均（人）	最小値	最大値	調査数	平均（人）	最小値	最大値	調査数	平均（人）	最小値	最大値
	133	1,345,942.2	63,494	13,754,059	133	659,150.7	30,239	6,774,226	133	690,731.2	33,255	6,979,833
	100.0				100.0				100.0			

調査対象の機関は、児童相談所 52 か所、更生相談所 55 か所、児童相談所・更生相談所併設が 7 か所、都道府県・政令市本庁が 4 か所となっている。相談所が管轄する人口は、平均 130 万人であるが、各地域において大きな隔たりがあり、療育手帳の判定や交付などの業務にも影響を与えていると推測される。

●療育手帳につて



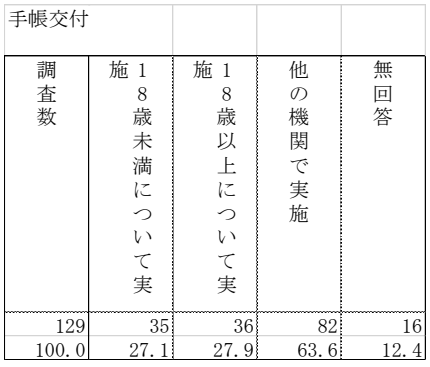
2. 貴相談所では、療育手帳の交付手続の中で、どのような事務を行っていますか。（あてはまる欄に○）

申請受付	調査数	施18歳未満について実	施18歳以上について実	他の機関で実施	無回答
	129	19	20	91	18
	100.0	14.7	15.5	70.5	14.0

判定	調査数	施18歳未満について実	施18歳以上について実	他の機関で実施
	129	73	82	12
	100.0	56.6	63.6	9.3

交付決定	調査数	施18歳未満について実	施18歳以上について実	他の機関で実施	無回答
	129	61	64	37	13
	100.0	47.3	49.6	28.7	10.1

作成事務	調査数	施18歳未満について実	施18歳以上について実	他の機関で実施	無回答
	129	59	61	41	15
	100.0	45.7	47.3	31.8	11.6



手帳交付	調査数	施18歳未満について実	施18歳以上について実	他の機関で実施	無回答
	129	35	36	82	16
	100.0	27.1	27.9	63.6	12.4

相談所における事務は、療育手帳の交付手続き中では、判定・交付決定・作成事務と比較して、申請受付・手帳交付は他の機関で多くが実施されている。判定も他の機関で行われている例が 12 件報告されているが、民間の機関を含め、今後の課題となっていくだろう。

●療育手帳の判定・交付件数

3-1. 貴相談所が行った過去５年間の療育手帳の判定件数をご記入ください。

平成25（2013）年度				平成26（2014）年度				平成27（2015）年度				平成28（2016）年度				平成29（2017）年度			
調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値
125	826.3	74	5733	125	839.1	61	5812	125	855.7	60	5904	125	888.2	58	7082	124	884.8	67	6147
100.0				100.0				100.0				100.0				100.0			

3-2. 貴相談所が判定したケースで過去５年間に療育手帳を新規に交付した数をご記入ください。

平成25（2013）年度				平成26（2014）年度				平成27（2015）年度				平成28（2016）年度				平成29（2017）年度			
調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値	調査数	平均（件）	最小値	最大値
118	185.1	10	1392	118	190.7	9	1594	118	194	12	1544	119	194.3	4	1681	118	196.3	4	1648
100.0				100.0				100.0				100.0				100.0			

全国の相談所における療育手帳判定件数は、平均 800 件台半ばで、わずかに増加している。一方、新規交付件数も平均 190 件台で増加している。新規の交付が少しずつ伸びているが、出生率の減少の中において増加する理由として、潜在的な人たちが療育手帳を受けるメリットを認識することにより増加しているのか。

●判定について

4-1．判定にかかる要件としてどのようなものを対象としていますか。（○はいくつでも）

調査数	心理学的所見	医学的所見	社会診断所見	成育歴	その他
128	127	103	87	96	10
100.0	99.2	80.5	68.0	75.0	7.8

4-2．判定はどのような方法で行っていますか。（○はいくつでも）

調査数	来所による直接判定	書類判定（医師診断書等）	直接判定と書類判定の併用	判定会議	その他
128	104	48	46	128	37
100.0	81.3	37.5	35.9	100.0	28.9

4-3．判定の際にかかわる職種は何ですか。（○はいくつでも）

調査数	心理職	医師	ケースワーカー	その他
128	127	94	60	34
100.0	99.2	73.4	46.9	26.6

4-4．判定会議を行うケースはどのようなものですか。（○はいくつでも）

調査数	全ケース	判断が困難なケース	実施していない	その他	無回答
128	38	59	20	37	1
100.0	29.7	46.1	15.6	28.9	0.9

4-5．判定会議への参加者はどのような職種ですか。（○はいくつでも）

調査数	心理職	医師	ケースワーカー	その他	無回答
128	105	28	58	68	21
100.0	82.0	21.9	45.3	53.1	16.4

療育手帳に関する判定は、心理学的な判定が大きなウェートを占め、判定や判定会議においても心理職の役割が多くなっている。医師については、判定にはかかわるが、判定会議への参加は、少なくなっている。

●療育手帳について

5. 貴相談所で交付されている手帳の名称を選んでください。
その他の場合は具体的な名称を記入してください。（○は１つ）

調査数	療育手帳	その他	無回答
129	122	6	1
100.0	94.6	4.7	0.8

6. 手帳を取得可能な年齢を選んでください。一律に年齢の定めがない場合は、その他の欄に具体的に記入してください。（○は１つ）

調査数	1歳未満	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	その他
70	9	8	－	4	－	－	49
100.0	12.9	11.4	－	5.7	－	－	70.0

7. 手帳取得者に対する更新判定を行っていますか。（○は１つ）

調査数	行っている	行っていない	無回答
129	118	4	7
100.0	91.5	3.1	5.4

更新判定にかかる要件はなんですか。

調査数	記入あり	無回答
118	112	6
100.0	94.9	5.1

更新の期限はどのように定められていますか。具体的に○年間や年齢更新の時期を記入してください。

調査数	記入あり	無回答
118	115	3
100.0	97.5	2.5

手帳の取得可能な年齢については、1 歳以下の例があるが、大部分は一律の年齢を定めていない場合が 70%となっている。更新の判定についての取り決めは、ほとんどの機関が定めている。

●知的障害の判定について

8. 知的障害の判定基準はありますか。（○は１つ）

調査数	ある	ない	無回答
129	128	－	1
100.0	99.2	－	0.8

8. 判定基準は何に示されていますか。（○はいくつでも）

調査数	要綱	要領	規則	内規	細目	その他
128	58	64	7	35	1	17
100.0	45.3	50.0	5.5	27.3	0.8	13.3

9. 知的障害の判定のためのマニュアルがありますか。（○は１つ）

調査数	ある	ない	無回答
129	59	69	1
100.0	45.7	53.5	0.8

※判断基準や要綱、マニュアル等が「ある」とお答えの場合、全国の事例を集約するため、可能な範囲でご提供いただくことは可能ですか。（○は１つ）

調査数	はい	いいえ	無回答
128	61	46	21
100.0	47.7	35.9	16.4

知的障害の判定基準を、各機関はもっており、要綱・要領等で定めている。判定のためのマニュアルは、半数以上が無い現状がある。判定基準に関しては、内規も 30%近くある。要綱、要領、内規、マニュアルなどの整理が必要である。

●判定のツール

10. 知的障害の判定に使用されるツールをお答えください。（○はいくつでも）

調査数	ビネー系知能検査	ウェクスラー系	その他	無回答
129	124	66	64	1
100.0	96.1	51.2	49.6	0.8

ビネー系知能検査__内容

調査数	改訂版鈴木ビネー	全訂版田中ビネー	田中ビネー知能検査Ⅴ	無回答
124	49	41	91	1
100.0	39.5	33.1	73.4	0.8

知的障害の判定に使用されるツールは、ビネー系知能検査を、ほとんどの機関が使用している。その内容は田中ビネー知能検査Ⅴとなっている。判定ツールと、その使いこなすノウハウについては課題となっている。

●適応行動について

11. 適応行動（生活能力）の尺度としているものをお答えください。（○はいくつでも）

調査数	Vineland-Ⅱ適応行動尺度	S-M社会生活能力検査	ASA旭出式社会適応スキル検査	その他	無回答
129	6	62	1	71	18
100.0	4.7	48.1	0.8	55.0	14.0

12. 知的障害の判定を行う際の手順や判定の尺度となるものについて、上記以外にありましたらご記入ください。

調査数	記入あり	無回答
129	45	84
100.0	34.9	65.1

13. 知的障害の程度区分と区分の基準となる知能指数（IQ）を記入してください。

調査数	2区分	3区分	4区分	5区分	6区分	無回答
129	16	9	70	12	16	6
100.0	12.4	7.0	54.3	9.3	12.4	4.7

14. 知的障害の程度を決定する際に、知的障害以外（身体障害等）の障害程度等を勘案して決定していますか。（○は１つ）

調査数	している	していない	無回答
129	110	18	1
100.0	85.3	14.0	0.8

適応行動の尺度としては、S-M 社会生活能力検査を半数の機関が使用している。知的障害の程度区分に関しては、2 区分から 6 区分となっており、7 区分が 1 か所となっている。半数以上が 4 区分としている。（詳細、資料１参照）

●発達障害者に対する手帳交付について

15. 知能指数（IQ）が知的障害判定基準より高い発達障害者に対して療育手帳を交付していますか。（○は１つ）

調査数	している	していない	無回答
129	41	86	2
100.0	31.8	66.7	1.6

16. 設定しているIQの上限値を上回った場合でも療育手帳を交付している場合、交付の要件としているものはどのようなことですか。（○はいくつでも）

調査数	社会的適応能力	専門医の診断結果	その他
41	26	26	21
100.0	63.4	63.4	51.2

17. 知的障害判定基準より高い発達障害者に対して交付している療育手帳以外の手帳はありますか。（○はいくつでも）

調査数	精神保健福祉手帳	身体障害者手帳	な	設定している上限値を超えている者をIQの対象としている手帳は交付	その他	無回答
129	81	－	24	22	5	
100.0	62.8	－	18.6	17.1	3.9	

18. 問17で答えた手帳を発行する要件はなんですか。（○はいくつでも）

調査数	社会的適応能力	専門医の診断結果	その他	無回答
124	10	57	28	41
100.0	8.1	46.0	22.6	33.1

19. 強度行動障害等のある発達障害者に対し、設定しているIQの上限値を上回った場合でも療育手帳を交付することがありますか。（○は１つ）

調査数	交付することがある	交付することはない	無回答
129	22	103	4
100.0	17.1	79.8	3.1

その場合の要件をご記入ください

調査数	記入あり
22	22
100.0	100.0

知能指数が知的障害判定基準より高い発達障害者に対して、31.8%の機関が療育手帳を交付している。その際、社会適応能力と専門医の診断結果を要件としている。また、知能指数が知的障害判定基準より高い強度行動障害者に対しては、80%近くの機関が療育手帳を交付していない。

●行政不服審査等への対応

20. 貴相談所では、療育手帳の交付決定を行政不服審査請求の対象としていますか。（○は１つ）

調査数	対象としている	対象としていない	行政不服審査請求に対応していない	無回答
129	110	13	4	2
100.0	85.3	10.1	3.1	1.6

21. 問20で「対象としている」と答えた方にお聞きします。貴相談所が判定したケースで、平成29年度に行政不服審査請求を受けたものがあれば、その件数を記入してください。

調査数	平均（件）	最小値	最大値
109	0.1	0	5
100.0			

22. 貴相談所が判定したケースで行政不服審査請求を受けたものについて、その内容をご記入いただける範囲で具体的に記入してください。

調査数	記入あり	無回答
129	24	105
100.0	18.6	81.4

ほとんど（85.3%）の機関が療育手帳の交付決定を行政不服審査の対象としている。その件数は 5 件と少なくなっている。5 件については、全体としての機関の業務に大きな影響を与えていないとみるべきか。

●その他

23. 知的障害の判定基準に的根拠がないために生じている不具合がありましたら、具体的に記入してください。		
調査数	記入あり	無回答
129	95	34
100.0	73.6	26.4

24. 療育手帳制度に関して、ご意見がありましたら自由に記入してください。		
調査数	記入あり	無回答
129	66	63
100.0	51.2	48.8

25. 知的障害の判定基準や対象について、ご意見がありましたら自由に記入してください。		
調査数	記入あり	無回答
129	52	77
100.0	40.3	59.7

知的障害の判定基準に法的根拠がないために生じている不都合については多くの機関が（73、6%）が、何らかの不都合を指摘している。

②記述式回答項目

●手帳を取得可能な年齢　その他の記述内容（一覧）（Q6）

・障害固定の目途をおおむね３歳程度としているが、援助上必要と認められ、①標準化された発達検査で知的障害の状態に該当する、②精神発達遅滞や精神発達遅滞の原因となる疾患の診断がある、のいずれかに該当する場合に交付することができる、としている。

●更新判定にかかる要件・時期（Q7）

・幼児：２年　小学生：３年　中学生以上：５年
・１～１０年に１回設定することを原則としているが、判定による障害の程度が長期的に固定されることが予測される場合には、再判定不要を認めることができる。
・概ね５年後、更新の要なしと判定されれば無期

●区分の名称と基準となるＩＱ（Q13）

最重度知的障害	おおむね 20 以下	重度知的障害	おおむね 21～35	中度知的障害	おおむね 35～50	軽度知的障害	おおむね 50～704

●行政不服審査の内容（Q22）、

・１８才を超えて療育手帳の新規取得を希望したケース。知能検査・医学判定から知的能力は正常域と判定し手帳非該当としたが、自らの抱えるアスペルガー症候群及び書字障害等の生きにくさに特化した判定を行うべきとの主張。再度判定を行ったが非該当の判定。異議申立てを受理、審査の結果棄却された。
・平成２４年に療育手帳の障害程度確認において、Ａ判定からＢ判定に変更したところＢ判

定は不当であるとして、異議申し立てが行われました。同年、内容を審査した結果、本件判定は要綱、要領に基づき適正に判定されたものとして、異議申し立ては棄却されました。
・療育手帳の判定結果が軽い（もっと重いはず）と保護者から不服申し立てのあったケース。児童精神科で「多動性障害」と診断されており、日常生活における支援度は高めであったが、ＩＱ値が高く、保護者が希望する等級にはならなかった。→審査の結果は「棄却」。

●知的障害の判定基準に法的根拠がないために生じている不具合（Q23）
・転入によって非該当となるケースが生じること。他市での判定基準が本市と異なっており、転入後の新規申請で非該当となるケースが増えている。※ＩＱが境界域以上であっても発達障がいが認められる場合、軽度で交付。交付対象（１８歳までの発達期中の障がいであること）が定義づけられていないことにかかわって、近年認知症が疑われる高齢者、高学歴、国家資格等を有する成人の申請が増えており、対応に苦慮している。
・再判定時の等級変更（特に該当から非該当、又はＡ判定からＢ判定）による不利益処分については、保護者からの不満が生じやすく、不服申し立てや次期再判定を待たずに申請を受ける場合がある。判定基準や次期判定年月日に法的根拠がない為、対応に苦慮している。
・主に改訂版鈴木ビネー知能検査を実施しているものの、標準化された年齢は１８歳１１ヶ月（旧版で１８歳７ヶ月）までのため、対象者の多くにとっては準用での使用となる。また、高齢になるほど知能指数が低下していく主な要因の一つとなっている。国際的には知的障害の定義が変遷している現状があるものの、国内ではコンセンサスすら得られていない。様々な分野でエビデンスに基づいた実践が求められている時代であり、可能な限りエビデンスに基づいて説明責任を果たす必要があるが、十分に出来ていない。

●療育手帳制度に関する意見（Q24）と
・療育手帳の法制化に向けた国への要望活動については、手をつなぐ育成会等の当事者団体からの要望に基づきなされるよう協調が必要と考える。これまで各県市の制度として実施してきた弊害を踏まえ、全国統一の制度となるよう国がリーダーシップをとって積極的な対応を行うよう望む。
・療育手帳は、厚労省通知に基づき、都道府県及び政令市がそれぞれ要綱で定めた上で交付しており、自治体間で交付基準が異なる。当県としては、住所移動等の際の利便性や、交付基準が異なることによって受けられるサービス等に差異が生じることは望ましくないという観点から、全国統一基準の設定及び法制化が必要と考える。発達障害者は精神障害者保健福祉手帳の対象とされているが、関東近県では、境界知能であって発達障害を有する者に療育手帳を交付している自治体があり、実態は様々であるため、発達障害の特性が反映されるような制度の検討が必要と考える。
・療育手帳制度における国の通知には、知的障害の判定基準が示されておらず、都道府県等がそれぞれ基準を定めて対応している。他都道府県との転出入により非該当等となる可能性があり統一基準が必要と考えます。
・本来は、専門性を持った行政処分として療育手帳判定をすべきところが、児童相談所は、

昨今の児童虐待対応増加の中で、療育手帳判定に充分なエネルギーを使えなくなっていることを懸念している。・全国で統一されていないため、県外への転居時や県外での使用で当事者に不便を生じさせていると感じている。

・全国児童相談所長会及び全国知更相所長協議会から、療育手帳の法制化を求める要望書が厚労省宛に提出されているが、根本的な発想の転換も必要ではないか。知能検査の数値を重視する判定法を改め、生活能力や発達障害の影響を加味する方法へ変えるのであれば、診断書方式にし、療育手帳制度を精神保健福祉手帳制度や、特別児童扶養手当制度に吸収するなども一案では。（児相・知更相は、ＩＱ算出の部分のみ協力）

・知的障害者については「知的障害者福祉法」により知的障害者の福祉を図るとしているが、知的障害者の定義や基準が「法」により示されないまま、自治体事務としていることに違和感がある。（知的障害者に地域差があるのであれば別だが、法があるにもかかわらず受けられるサービスが異なるのは、すべて国民を対象とする法としてのあり方を考え直すべきではないのか。）

●知的障害の判定基準や対象についての意見（Q25）

・法制化を含め、判定基準の統一化に向け、検査等の判定方法に関する研究や制度について検討を行う必要がある。

・知的障害の定義、ＩＱ値の上限と検査方法及び社会生活能力の判断基準（簡素化したもの）の統一化

・障害程度区分の統一化、全国的な基準の統一化があれば、他都市からの転入による知的障害者程度の差異が生じなくなる。

・発達障害にもＩＱに関係なく療育手帳を！」との要望が強まっており、対応しているところとしてないところがあるので、利用者からすれば納得できないだろう。しかし、今の児相の体制で、発達障害の方まで療育手帳対象とするのは無理があり対象者について統一的基準を明示していただき、必要な体制を整備してほしい。

・現在は主に、知能検査の結果（ＩＱ）をもとに判定を行っているが、今後、発達障害等での生活上の困難さ等を含めて判断していくことになると、明確な基準を定めることが難しいように感じる。大人の方の判定の場合、精神疾患や加齢によるもの等様々な要因が考えられ、医師の診断書など、医学的な見立ても必要と感じる。

・ＤＳＭ－５では、診断基準からＩＱ値が削除された。それでも、判定現場では、客観的な基準としてＩＱ値を判定の寄りどころにしている。今後、ＩＱ値を基準とすべきでない、となるなら、例えば、高齢者介護のような程度判定のための基準が必要になると考える。・知的障害を伴わない発達障害者に対する福祉的・教育的施策が不充分であるため、当県としては知的障害の対象を拡大しているが、本来は別の制度で発達障害者をカバーする、あるいは障害種別で区別しないで、「障害者手帳」一本にするといった整理が必要と考える

Ⅳ．結　論

・知的障害の等級（障害の程度区分・障害の基準）については、全国で 2 から 7 段階となっていること。
・知的障害の判定に使用されるツールは、ビネー系知能検がをほとんどの機関で使用されている。その内容は田中ビネー知能検査Ｖとなっている。適応行動尺度については、Ｓ－Ｍ社会生活能力調査であること。知能指数のみならずそのたの要件（身体障碍等等も）考慮している。
・知的障害の障害程度区分の統一化が必要であること。その際知的障害の定義も行う必要がある。特に、ＩＱ値の上限と検査方法及び社会生活能力の判断基準（簡素化したもの）の統一化が必要となっている。
・その理由は、居住地の移動によって、各都道府県の取り扱いが異なっているので大きな混乱が生じていること。特に、区分の統一化と発達障害者のＩＱの上限値の異なりが二つの大きな混乱原因となっている。

Ⅴ．考察

（1）知的障害の等級については、全国で 2 から 7 段階となっていること。

全国的には半数以上が 4 等級であり、全国的な統一の要望が強い。一方、統一した場合の現行（過去も含めて）の取り扱いをどうするかという混乱やデメリットも考慮する必要がある。特に、判定における方法やツールも含めて統一ということも検討していく必要がある。特に、年齢に相応しない検査方法や標準化されていない検査方法の使用については是正していくことが必要である。また、判定における差異の解消など、全国的に統一のための研修制度の構築なども必要とされる。

（2）新たな障害への対応

現在は、主に、知能検査の結果（ＩＱ）をもとに判定を行っているが、今後、発達障害等での生活上の困難さ等を含めて判断していくことになると、明確な基準を定めるこはますます難しくなる。特に、ＤＳＭ－５では、診断基準からＩＱ値が削除されている。ＩＱ値が、判定の基準とならないなら、程度判定のための新たな基準が必要になると考えられる。その際、発達障害の取り扱いが課題となり、知的障害者福祉法か精神保健福祉法で行うか、あるいは発達障害者支援法で行うのかの整理は避けて通れない。

（3）判定業務のあり方

「新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会」報告書（平成 28 年３月。以下「平成 28 年報告書」という。）が出された。特に、「市町村・都道府県における子ども家庭相談支援体制の強化等に向けたワーキンググルー プとりまとめ」においては、障害相談、育成相談等のうち、療育手帳の判定など虐待対応や要保護児童以外の相談 機能は、市町村や民間機関を含め児童相談所以外の機関でも担うことができるような制度を整備すべきとされている。判定業務をどこが、専門的におこなっていくかという課題が生じ

ている。

VI. 提言（今後の方向性）

知的障害定義（案）を以下のように、知的障害者福祉法に規定する。また、知的障害の判定及び知的障害の区分について通知し、全国的統一を図る。

○知的障害者福祉法（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

（参考）

身体障害者福祉法

第一節　定義

（身体障害者）

第四条　この法律において、「身体障害者」とは、別表に掲げる身体上の障害がある十八歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。

精神保健福祉法

（定義）

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、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

発達障害者支援法

（定義）

第二条　この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー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をいう。

資料1　療育手帳の区分名称及びその基準となるIQ値（総括表）

No.		区分名称1	基準IQ-1	区分名称2	基準IQ-2	区分名称3	基準IQ-3	区分名称4	基準IQ-4	区分名称5	基準IQ-5	区分名称6	基準IQ-6	区分名称7	基準IQ-7
1	2区分	最重度（A－2a）	おおむね19以下	重度（A－2b）	おおむね20～34	中度（B－1）	おおむね35～49	軽度（B－2）	おおむね50～75						
2	6区分	最重度（A1）	おおむねIQ20以下	重度（A2）	おおむねIQ21～35	重度（A3）	おおむねIQ36～50で身体手帳1～3級該当またはてんかんその他で介護度が高い場合	中度（B1）	おおむねIQ36～50	軽度（B2）	おおむねIQ51～70上限をIQ79とする。著しい知的バランスの崩れ社会生活能力の遅れ等により社会適応が困難であり手帳に該当させることが適当と認められる場合に限る。	発達障害B3	IQ80～89でPDD、AD／HD、LD等の発達障害と診断された場合		
3	6区分	最重度	20以下	重度	21－35	中度	36－50	軽度	51－75	境界線	76－85	正常	86以上		
4	4区分	最重度（愛護1	IQおおむね20以下	重度（愛護2度）	IQおおむね21～35	中度（愛護3度）	IQおおむね36～50	軽度（愛護4度）	IQおおむね51～75						
5	2区分	A	おおむね35以下	B	おおむね35～70										
6	4区分	A1	おおむね19以下	A2	おおむね20～35以	B1	おおむね36～50以	B2	おおむね51～75						
7	6区分	最重度	20以下	重度	21～35＋身障1、2級	重度	21～35	重度	36～50　身障1、2、3級	中度	36～50	軽度	51～75もしくは76～89＋社会適応能力の		
8	6区分	Ⓐの1	おおむね20以下	Ⓐの2	おおむね20以下	Aの1	おおむね21以上35以下	Aの2	おおむね36以上50以下	Bの1	おおむね36以上50以下	Bの2	おおむね51以上75程度		
9	4区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね21～35	B1（中度）	おおむね36～50	B2（軽度）	おおむね51～75						
10	4区分	A1（最重度）	1項　概ね20以下　2項　21～35かつ身障手帳1～3級	A2（重度）	1．概ね21～35　2．36～50かつ身障手帳1～3級	B1（中度）	概ね36～50	B2（軽度）	1．概ね51～75　2．境界線かつ自閉症の診断あり						
11	4区分	最重度（A1）	おおむね20以下	重度（A2）	おおむね21以上35以下	中度（B1）	おおむね36以上50以下	軽度（B2）	おおむね51以上75以下						
12	5区分	ＡⅠ（最重度）	おおむね20以下	ＡⅡ（重度）	おおむね21～35	A身（中度）	おおむね36～50で身体障害との併合でA	ＢⅠ（中度）	おおむね36～50	ＢⅡ（軽度）	おおむね51～79				
13	5区分	最重度（A1）	概ね、20以下	重度（A2）	概ね、21～35	重度（合併）（A3）	概ね、36～50＋身障手帳1～3級所持	中度（B1）	概ね、36～50	軽度（B2）	概ね、51～75				
14	4区分	A1（最重度）	0～20	A2（重度）	21～35	B1（中度）	36～50	B2（軽度）	51～70						
15	4区分	A（最重度）	おおむね20以下	A（重度）	おおむね35以下	B（中度）	おおむね50以下	B（軽度）	おおむね75以下						
16	5区分	最重度（A）	0～20	重度（A）	21～35	中度（B（1））	36～50	軽度（B（2））	51～75	知的障害を伴わない（B（2））	発達障害				
17	4区分	最重度	～20	重度	～35	中度	～50	軽度	～70						
18	4区分	A1（最重度）	概ね20以下	A2（重度）	概ね21～35	B1（中度）	概ね36～50	B2（軽度）	概ね51～70						
19	2区分	A（最重度、重	概ねIQ35以下	B（中度、軽度）	概ねIQ36～70										
20	4区分	Ⓐ（最重度）	おおむね20以下	A（重度）	おおむね21～35	B（中度）	おおむね36～50	C（軽度）	おおむね51～70						
21	5区分	A1（最重度）	20以下	A2（重度）	21～35	A3（重度合併）	36～50＋身障1～3	B1（中度）	36～50	B2（軽度）	51～概ね75（上限8				
22	4区分	Ⓐ最重度	おおむね20以下	A重度	おおむね35以下	Ⓑ中度	おおむね50以下	B軽度	75以下						
23	5区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね21～35	A3（重度・合併）	おおむね36～50身障手帳1～3級	B1（中度）	おおむね36～50	B2（軽度）	おおむね51～75				
24	5区分	A1（最重度）	概ね20以下	A2（重度）	概ね21～35	A3（重度合併）	概ね36～50身体障害者手帳1～3級	B1（中度）	概ね36～50	B2（軽度）	概ね51～75				
25	4区分	A1（総合最重度）	IQ・SQの合計がおおむね40以下	A2（総合重度）	IQ・SQの合計がおおむね41～70	B1（総合中等度）	IQ・SQの合計がおおむね71～100	B2（総合軽度）	IQ・SQの合計がおおむね101～140						
26	4区分	A（最重度）	おおむね20以下	A（重度）	おおむね35以下	B（中度）	おおむね50以下	B（軽度）	おおむね75以下						
27	4区分	A1	①概ね20以下②概ね21以上35以下で身障手帳1～3級	A2	①概ね21以上35以下②概ね36以上50以下で身障手帳1～3級	B1	概ね36以上50以下	B2	①概ね51以上75以下②境界線級で自閉症等の診断あり						
28	4区分	最重度（A1）	概ね20以下	重度（A2）	概ね21～35	中度（B1）	概ね36～50	軽度（B2）	概ね51～70						
29	6区分	Ⓐの1	おおむね20以下	Ⓐの2	おおむね20以下	Aの1	おおむね20～35	Aの2	おおむね36～50	Bの1	おおむね36～50	Bの2	おおむね51～75		
30	6区分	A1	おおむねIQ20以下	A2	おおむねIQ21～35以下	A3	おおむねIQ36～50以下＋身障3級以上	B1	おおむねIQ36～50以下	B2	おおむねIQ51～70以下　社会適応困難な場合は79まで	B3	IQ80～89で発達障害の診断を受けた者		
31	6区分	A－2a（最重度）	20以下	A－2b（重度）	21～35	B－1（中度）	36～50	B－2（軽度）	51～75	A－1（重度＋身障重度）	35以下	A－3（中度＋身障1～3級）	36～50		
32	3区分	A（最重度、重	おおむね0～35	B－1（中度）	おおむね36～50	B－2（軽度）	おおむね51～70								
33	3区分	A（最重度、重	おおむね0～35	B－1（中度）	おおむね36～50	B－2（軽度）	おおむね51～70								
34	5区分	Ⓐ（18才以上はさらにⒶの1、Ⓐ	20以下	Aの1	21～35	Aの2	36～50（重複して肢体不自由、盲、ろう　3	Bの1	36～50	Bの2	51～75				
35	4区分	最重度	概ね0～20	重度	概ね21～35	中度	概ね36～50	軽度	概ね51～75						

資料1　療育手帳の区分名称及びその基準となるIQ値（総括表）

No.		区分名称1	基準IQ-1	区分名称2	基準IQ-2	区分名称3	基準IQ-3	区分名称4	基準IQ-4	区分名称5	基準IQ-5	区分名称6	基準IQ-6	区分名称7	基準IQ-7
36	6区分	最重度（A1）	おおむねIQ20以下	重度（A2）	おおむねIQ21以上35以下	重度（A3）	おおむねIQ36以上50以下で、重複障害を有する者（重複障害は身体障害者手帳3級相当以上の障害を有し、日常に著しく介護度が高い場合、又はてんかんその他により日常的に著しく介護度が高い場合）	中度（B1）	おおむねIQ36～50	軽度（B2）	おおむねIQ51～70。上限を79とする（知的能力の上限を79とするのは著しい知的バランスの崩れ、社会生活能力の遅れ等により、社会適応が困難であり、手帳に該当させることが適当と認められる場合に限る。）	発達障害（B3）	IQ80以上89以下で発達障害の診断を受けた者		
37	4区分	最重度	概ね0～20	重度	概ね21～35	中度	概ね36～50	軽度	概ね51～75						
38	4区分	最重度	（おおむね）0～20	重度	（おおむね）21～35	中度	（おおむね）36～50	軽度	（おおむね）51～70						
39	2区分	A（重度）	IQ35以下又はIQ50以下かつ身障1～3級所持者	B（軽度）	概ねIQ70以下または他の障害により社会適応能力が低いと認められる場合はIQ79以下またはIQ80～89で発達障害の診断を受けた者										
40	4区分	A1	概ね20以下	A2	概ね21～35	B1	概ね36～50	B2	概ね51～70						
41	2区分	A	IQ35以下又はIQ50以下＋身障1～3級	B	IQ36～75										
42	6区分	A－1	IQ35以下　身障手帳1、2級	A－2a	IQ20以下	A－2b	IQ21～35	A－3	IQ36～50　身障手帳1～3級	B－1	IQ36～50	B－2	IQ51～75		
43	5区分	A Ⅰ	おおむね20以下	A Ⅱ	おおむね21～35	A身	おおむね36～50（身体障害1～3級合併）	B Ⅰ	おおむね36～50	B Ⅱ	おおむね51～75（上限79）				
44	5区分	A Ⅰ	おおむね20以下	A Ⅱ	おおむね21～35	A身	おおむね36～50（身体障害1～3級合併）	B Ⅰ	おおむね36～50	B Ⅱ	おおむね51～75（上限79）				
45	4区分	最重度	20以下	重度	21～35	中度	36～50	軽度	57～70						
46	6区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね21～35	A3（重度）	おおむね36～50（＋身体障害1～3級所持）	B1（中度）	おおむね36～50	B2（軽度）	おおむね51～70＋79以下で知的バランスや社会適応に課題をもつもの	B3（軽度）	89以下であって発達障害の診断を受けたもの		
47	4区分	最重度	IQ20以下	重度	IQ21～35	中度	IQ36～50	軽度	51～75						
48	4区分	A1	①概ね20以下②概ね21以上35以下で身障手帳1～3級	A2	①概ね21以上35以下②概ね36以上50以下で身障手帳1～3級	B1	概ね36以上50以下	B2	①概ね51以上75以下②境界線級で自閉症等の診断あり						
49	4区分	A1（最重度）	概ね20以下	A2（重度）	概ね21～35	B1（中度）	概ね36～50	B2（軽度）	概ね51～70						
50	4区分	A1	おおむね20以下	A2	おおむね21～35	B1	おおむね36～50	B2	おおむね51～70						
51	4区分	A1（最重度）	概ね20以下	A2（重度）	概ね21～35	B1（中度）	概ね36～50	B2（軽度）	概ね51～75（最上限79）						
52	4区分	A（最重度）	おおむね20以下	A（重度）	おおむね21～35	B（中度）	おおむね36～50	B（軽度）	おおむね51～70						
53	4区分	Ⓐ（最重度）	概ね35以下	A（重度）	概ね35以下	Ⓑ（中度）	概ね36以上50以下	B（軽度）	概ね51以上75以下						
54	4区分	Ⓐ（最重度）	概ね35以下	A（重度）	概ね35以下	Ⓑ（中度）	概ね36以上50以下	B（軽度）	概ね51以上75以下						
55	4区分	Ⓐ（最重度）	35以下で常時特別介助	A（重度）	35以下	Ⓑ（中度）	36～50	B（軽度）	51～75						
56	4区分	A1（最重度）	20以下	A2（重度）	21～35	B1（中度）	36～50	B2（軽度）	51～75						
57	2区分	A（重度）	概ね35以下	B（その他）	36～70										
58	4区分	A1（重度）	おおむねIQ35以下	A2（重度）	おおむねIQ36～50＋身体障害者手帳1～3級	B1（中度）	おおむねIQ36～50	B2（軽度）	おおむねIQ51～75						
59	4区分	A1（重度）	概ねIQ35以下	A2（重度）	概ねIQ36～50＋身体障害1～3級	B1（中度）	概ねIQ36～50	B2（軽度）	概ねIQ51～75						
60	4区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね35以下	身障A2（重度）	おおむね50以下　身障3級以上	B1（中度）	おおむね50以下	B2（その他）	おおむね70以下	特例B2（その他）	85以下		
61	4区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね21～35	B1（中度）	おおむね36～50	B2（軽度）	おおむね51～75						
62	4区分	A1	概ね20以下	A2	概ね21～35	B1	概ね36～50	B2	概ね51～70						
63	4区分	1度（最重度）	おおむね20以下	2度（重度）	おおむね21～35	3度（中度）	おおむね36～50	4度（軽度）	おおむね51～75						
64	4区分	A1	20以下	A2	21～35	B1	36～50	B2	51～75						
65	4区分	Ⓐ	～20	A	21－35	B	36－50	C	51－70						
66	4区分	A1	20以下	A2	21－35	B1	36～50	B2	51～70（74）						
67		最重度	おおむねIQ20以下	重度	おおむねIQ20～35	中度	おおむねIQ35～50	軽度	おおむねIQ50～70ないし75						
68	4区分	Ⓐ最重度	概ね20以下	A重度	概ね21～35以下	B中度	概ね36～50以下	C軽度	概ね51～70以下（測定誤差を考慮し、79までに交付）						
69	4区分	最重度	20以下	重度	21～35	中度	36～50	軽度	51～75						

資料1　療育手帳の区分名称及びその基準となるIQ値（総括表）

No.		区分名称1	基準IQ-1	区分名称2	基準IQ-2	区分名称3	基準IQ-3	区分名称4	基準IQ-4	区分名称5	基準IQ-5	区分名称6	基準IQ-6	区分名称7	基準IQ-7
70	4区分	A（最重度）	20以下　最×最	A（重度）	50以下　最×重～中 重×最～重　中×最	B（中度）	21～75　重×中～軽 中×重～中　軽×最	B（軽度）	36～75　中×軽　軽 ×中～軽						
71	4区分	最重度知的障害	おおむね20以下	重度知的障害	おおむね21～35	中度知的障害	おおむね35～50	軽度知的障害	おおむね50～70						
72	4区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね21～35	B1（中度）	おおむね36～50	B2（軽度）	おおむね51～75						
73	4区分	最重度	おおむね20以下	重度	おおむね21～35	中度	おおむね36～50	軽度	おおむね51～70（ないし75）						
74	4区分	A1（総合最重度）	IQ・SOの合計が概ね40以下	A2（総合重度）	IQ・SOの合計が概ね41～70	B1（総合中等度）	IQ・SOの合計が概ね71～100	B2（総合軽度）	IQ・SOの合計が概ね101～140						
75	4区分	A1	おおむね19以下	A2	おおむね34以下	B1	おおむね49以下	B2	おおむね70以下						
76	4区分	最重度（A1）	おおむね20以下	重度（A2）	おおむね21～35	中度（B1）	おおむね36～50	軽度（B2）	おおむね51～75＋ 自閉症の診断があれば76～91						
77	2区分	A	35以下	B	75以下										
78	4区分	最重度	おおむね20以下	重度	おおむね21～35	中度	おおむね36～50	軽度	51～70						
79	5区分	A1	20以下	A2	21～35以下	A3	36～50以下（身障1～3級）	B1	36～50以下	B2	51～70以下				
80	6区分	A1（最重度）	おおむねIQ20以下	A2（重度）	おおむねIQ21～35	A3（重度）	おおむねIQ36～50であって重複障害を有する	B1（中度）	おおむねIQ36～50（A3に該当する場合を除く）	B2（軽度）	おおむねIQ51～70又はIQ79以下であって一定の要件に該当	B3（軽度）	IQ89以下で発達障害の診断を受けている。		
81	4区分	最重度知的障害	おおむね20以下	重度知的障害	おおむね21～35	中度知的障害	おおむね35～50	軽度知的障害	おおむね50～70						
82	4区分	最重度	おおむね20以下	重度	おおむね21～35	中度	おおむね36～50	軽度	おおむね51～70						
83	3区分	A（重度）	手帳程度の決定には、知能指数、発達指数と社会生活能力、行動及び医療保健面の評価の組み合わせにより決定している。	B1（中度）	手帳程度の決定には、知能指数、発達指数と社会生活能力、行動及び医療保健面の評価の組み合わせにより決定している。	B2（軽度）	手帳程度の決定には、知能指数、発達指数と社会生活能力、行動及び医療保健面の評価の組み合わせにより決定している。								
84	4区分	A（最重度）	～20以下	A（重度）	21～35	B（中度）	36～50	C（軽度）	51～75						
85	4区分	最重度	概ね20以下	重度	概ね21～35	中度	概ね36～50	軽度	概ね51～75						
86	4区分	Ⓐ（最重度）	35以下で常時特別の介助を要する	A（重度）	35以下	Ⓑ（中度）	36以上50以下	B（軽度）	51以上75以下						
87	3区分	重度（A）	～35	中度（B1）	36～50	軽度（B2）	51～75								
88	3区分	A（重度）		B1（中度）		B2（軽度）									
89	2区分	A（重度）	おおむね35以下	B（その他）	A以外										
90		A（最重度）	おおむね20以下	A（重度）	おおむね35以下	B（中度）	おおむね50以下	B（軽度）	おおむね75以下						
91	2区分	A（重度）	35以下	B（重度以外）	70未満　発達障害あれば75以下										
92	2区分	A（重度）	35以下	B（重度以外）	70未満　発達障がいあれば75以下										
93	2区分	A（重度）	おおむね35以下	B（軽度・中度）	おおむね35－75										
94	6区分	最重度A1	概ね20以下	重度A2	概ね21～35	重度（合併）A3	概ね36～50	中度B1	概ね36～50	軽度B2	概ね51～75	非該当	概ね76以上		
95	2区分	A	おおむね35以下	B	おおむね70以下										
96	4区分	A1	おおむね20以下	A2	おおむね21～35（または50以下で身体障害者手帳1、2、3級）	B1	おおむね36～50	B2	おおむね51～70またはおおむね71～79で、14才以上、自閉性障害等診断、かつ判定機関の長が必要と認めた場合						
97	3区分	A（最重度・重度）	おおむね0～35	B－1（中度）	おおむね36～50	B－2（軽度）	おおむね51～70								
98	3区分	A（最重度・重度）	おおむね0～35	B－1（中度）	おおむね36～50	B－2（軽度）	おおむね51～70								
99	4区分	A1（最重度）	IQ20以下	A2（重度）	21～35	B1（中度）	36～50	B2（軽度）	51～75						
100		A1（最重度）	概ね～20	A2（重度）	概ね21～35	B1（中度）	概ね36～50	B2（軽度）	概ね51～75						
101	2区分	A（重度）	おおむね35以下	B（中～軽度）	おおむね70以下										
102	4区分	A1（最重度）	20以下	A2（重度）	21～35	B1（中度）	36～50	B2（軽度）	51～75　76～85の特例あり						
103	4区分	最重度	20以下	重度	21～35	中度	36～50	軽度	51～75	軽度（発達障害の診断がある者）	76～91				
104	4区分	最重度	20以下	重度	21～35	中度	36～50	軽度	51～75	軽度（発達障害の診断がある者）	76～91				
105	4区分	最重度	20以下	重度	21～35	中度	36～50	軽度	51～75	軽度（※発達障害）	76～91				

資料1　療育手帳の区分名称及びその基準となるIQ値（総括表）

No.		区分名称1	基準IQ-1	区分名称2	基準IQ-2	区分名称3	基準IQ-3	区分名称4	基準IQ-4	区分名称5	基準IQ-5	区分名称6	基準IQ-6	区分名称7	基準IQ-7
106	4区分	1度（最重度）	おおむね19以下	2度（重度）	おおむね20～34	3度（中度）	おおむね35～49	4度（軽度）	おおむね50～75						
107	4区分	A（最重度）	おおむね20以下	A（重度）	おおむね21～35	B1（中度）	おおむね36～50	B2（軽度）	おおむね51～75						
108	4区分	最重度	概ね0～20	重度	概ね21～35	中度	概ね36～50	軽度	概ね51～75						
109	6区分	A1（最重度）	おおむねIQ20以下	A2（重度）	おおむねIQ21以上35以下	A3（重度）	おおむねIQ36以上50以下（重複障害）	B1（中度）	おおむねIQ36以上50以下	B2（軽度）	おおむねIQ51以上70以下（上限IQ79）	B3（発達障害）	IQ80以上89以下		
110	4区分	A1	おおむね20以下	A2	おおむね21～35	B1	おおむね36～50	B2	おおむね51～75						
111	4区分	Ⓐの2　Ⓐの1（最重度）	おおむね20以下	Aの1（重度）	おおむね21以上35以下	Bの1（中度）	おおむね36以上50以下	Bの2（軽度）	おおむね51以上75程度						
112		最重度域	おおむね0～20	重度域	おおむね21～35	中度域	おおむね36～50	軽度域	おおむね51～75						
113	5区分	A1（最重度）	概ね20以下	A2（重度）	概ね21～35	A3（重度合併）	概ね36～50かつ身障手帳1～3級	B1（中度）	概ね36～50	B2（軽度）	概ね51～75				
114	2区分	A（重度）	おおむね35以下	B（その他）	おおむね36～70										
115	2区分	A（重度）	おおむね35以下	B（その他）	おおむね36～70										
116	6区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね36以上50以下で重複障害を有するもの	B1（中度）	おおむね36以上50以下	B2（軽度）	おおむね51以上70以下、ただし社会適応が困難であり、手帳該当が適当と認められる場合79を上限とする	B3（発達障害）	80以上89以下で発達障害の診断を受けた者				
117	2区分	A（重度）	おおむね35以下	B（重度以外）	おおむね36～75										
118	4区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね21～35	B1（中度）	おおむね36～50	B2（軽度）	おおむね51～75						
119	4区分	Ⓐ（最重度）	35以下で常時特別な介護を要する	A（重度）	35以下	Ⓑ（中度）	36以上50以下	B（軽度）	51以上75以下						
120		A1（最重度）	20以下	A2（重度）	21～35	B1（中度）	36～50	B2（第1項）	51～75	B2（第2項）	76～92				
121	7区分	a1	20以下	a2	21～35＋身障1・2	a3	21～35	a4	36～50＋身障1～3	b1	36～50	b2	51～75	b2	76～89＋判定会議
122	4区分	最重度	20以下	重度	21～35	中度	36～50	軽度	51～75						
123	4区分	最重度	おおむね20以下	重度	おおむね35以下	中度	おおむね50以下	軽度	おおむね75以下						
124	4区分	Ⓐ（最重度）	おおむね20以下	Aの1（重度）	おおむね21～35	Bの1（中度）	おおむね36～50	軽度（Bの2）	おおむね51～75						
125	5区分	最重度	おおむね20以下 ※障害児福祉手当に該当する重複障害はおおむね35以下	重度	おおむね21～35 ※身体障害者手帳1～3級相当はおおむね36～50	中度	おおむね36～50	軽度	おおむね51～75						
126	3区分	A（最重度、重度）	おおむね0～35	B-1（中度）	おおむね36～50	B-2（軽度）	おおむね51～70								
127	3区分	A（最重度、重度）	おおむね0～35	B-1（中度）	おおむね36～50	B-2（軽度）	おおむね51～70								
128	6区分	A1（最重度）	おおむね20以下	A2（重度）	おおむね36以上50以下で重複障害を有するもの	B1（中度）	おおむね36以上50以下	B2（軽度）	おおむね51以上70以下、ただし社会適応が困難であり、手帳該当が適当と認められる場合79を上限とする	B3（発達障害）	80以上89以下で発達障害の診断を受けた者				

平成 30 年 10 月

知的障害の認定基準に関する児童相談所・更生相談所アンケート

日頃より、障害者福祉行政の推進にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

今般、「平成 30 年度障害者総合福祉推進事業」の一環として、「知的障害の認定基準に関する調査研究」を、社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会が受託し、調査・研究を実施しているところです。当該調査研究は、各都道府県及び指定都市の更生相談所・児童相談所において行われている知的障害の認定基準・判定方法の現状と課題を明らかにすることにより、今後の在り方について提言を行うものです。各都道府県及び指定都市におかれましては、ご協力くださいますようよろしくお願いいたします。

主任研究者：上智大学総合人間科学部社会福祉学科
大塚　晃

＊調査の内容について、ご不明な点は、（社福）東京都手をつなぐ育成会下記担当者宛にご連絡ください。

調査担当者：世田谷区立障害者就労支援センターすきっぷ　西村周治
電話：０３－３３０２－７９１１　E-Mail:skip@ikuseikai-tky.or.jp

＊ご記入いただいた調査票は、11月15日（木）までに同封の返信用封筒（切手貼付済み）に入れてご返送ください。

貴相談所についてご記入ください。

施　設　名	
電 話 番 号	

アンケートにご記入いただくご担当者様についてご記入ください。

回答いただく方	氏名： 役職： メールアドレス：

1. 貴相談所が管轄する区域の総人口について、総数と性別の人数をご記入ください。

総数	男性	女性
人	人	人

＊平成 30 年 1 月 1 日現在の人口

【療育手帳について】

2. 貴相談所では、療育手帳の交付手続の中で、どのような事務を行っていますか。（あてはまる欄に○）

	申請受付	判定	交付決定	作成事務	手帳交付
18 歳未満について実施	1	1	1	1	1
18 歳以上について実施	2	2	2	2	2
他の機関で実施 （○の場合は機関名を記入してください。）	3 実施している機関名	3 実施している機関名	3 実施している機関名	3 実施している機関名	3 実施している機関名

2. で「判定」を行っていると答えた方にお聞きします。

3-1. 貴相談所が行った過去５年間の療育手帳の判定件数をご記入ください。

平成 25（2013）年度	平成 26（2014）年度	平成 27（2015）年度	平成 28（2016）年度	平成 29（2017）年度
件	件	件	件	件

2. で「判定」「交付決定」「作成事務」「手帳交付」のいずれかを行っていると答えた方にお聞きします。

3-2. 貴相談所が判定したケースで過去５年間に療育手帳を新規に交付した数をご記入ください。

平成 25（2013）年度	平成 26（2014）年度	平成 27（2015）年度	平成 28（2016）年度	平成 29（2017）年度
件	件	件	件	件

4. 貴相談所における判定はどのように行われていますか。

4-1. 判定にかかる要件としてどのようなものを対象としていますか。（○はいくつでも）

1. 心理学的所見	2. 医学的所見	3. 社会診断所見
4. 成育歴	5. その他（	）

4-2. 判定はどのような方法で行っていますか。（○はいくつでも）

1. 来所による直接判定	2. 書類（医師診断書等）判定	3. 1. と 2. の併用
4. 判定会議	5. その他（	）

4-3. 判定の際にかかわる職種は何ですか。（○はいくつでも）

1. 心理職	2. 医師	3. ケースワーカー
4. その他（		）

4-4. 判定会議を行うケースはどのようなものですか。（○はいくつでも）

1. 全ケース	2. 判断が困難なケース	3. 実施していない
4. その他（		）

4-5. 判定会議への参加者はどのような職種ですか。（○はいくつでも）

1. 心理職	2. 医師	3. ケースワーカー
4. その他（		）

5. 貴相談所で交付されている手帳の名称を選んでください。その他の場合は具体的な名称を記入してください。（○は１つ）

1. 療育手帳	2. その他（具体的に： ）

※児童相談所のみ

6. 手帳を取得可能な年齢を選んでください。一律に年齢の定めがない場合は、その他の欄に具体的に記入してください。（○は１つ）

1. １歳未満	2. １歳	3. ２歳	4. ３歳	5. ４歳	6. ５歳以上
7. その他（ ）					

7. 手帳取得者に対する更新判定を行っていますか。

1. 行っている →	更新判定にかかる要件はなんですか。 （ ） 更新の期限はどのように定められていますか。 具体的に○年間や年齢更新の時期を記入してください。 （ ）
2. 行っていない	

（○は１つ）

【知的障害の判定について】

8. 知的障害の判定基準はありますか。また、何に示されていますか。

判定基準（○は１つ）	1. ある　2. ない
判定基準は何に示されていますか（○はいくつでも）	1. 要綱　2. 要領　3. 規則　4. 内規　5. 細目 6. その他（ ）

9. 知的障害の判定のためのマニュアルがありますか。（○は１つ）

1. ある	2. ない

※判断基準や要綱、マニュアル等が「ある」とお答えの場合、全国の事例を集約するため、可能な範囲でご提供いただくことは可能ですか。（○は１つ）

1. はい	2. いいえ

※提供可能とお答えいただいた場合、後日事務局よりご連絡させていただく場合があります。

知的障害の判定を行う際に用いるツールについてうかがいます。

【知能検査】

10. 知的障害の判定に使用されるツールをお答えください。（○はいくつでも）

1. ビネー系知能検査　→（□1.改訂版鈴木ビネー　□2.全訂版田中ビネー　□3.田中ビネー知能検査Ⅴ）	
2. ウェクスラー系	3. その他（　　）

【適応行動尺度】

11. 適応行動（生活能力）の尺度としているものをお答えください。（○はいくつでも）

1. Vineland-II 適応行動尺度	2. S-M 社会生活能力検査
3. ASA 旭出式社会適応スキル検査	4. その他（　　）

12. 知的障害の判定を行う際の手順や判定の尺度となるものについて、上記以外にありましたらご記入ください。

13. 知的障害の程度区分と区分の基準となる知能指数（IQ）を記入してください。

【区分の数を選択してください（○は1つ）】　区分の名称と基準となる IQ を具体的に記入してください。

1. ２区分
2. ３区分
3. ４区分
4. ５区分
5. ６区分

（記入例）３区分の場合

区分の名称	1 1度（重度）	2 2度（中度）	3 3度（軽度）
基準となる IQ	おおむね 19 以下	おおむね 20～49	おおむね 50～75

【区分の名称と基準となる IQ を記入してください】

区分の名称	1	2	3	4	5	6
基準となる IQ						

14. 知的障害の程度を決定する際に、知的障害以外（身体障害等）の障害程度等を勘案して決定していますか。（○は１つ）

1. している	2. していない

【発達障害者に対する手帳交付等について】

15. 知能指数（IQ）が知的障害判定基準より高い発達障害者に対して療育手帳を交付していますか。（○は１つ）

1. している	2. していない　→ 問 17 へ

↓

16. 問 15 で「している」と答えた方にお聞きします。設定している IQ の上限値を上回った場合でも療育手帳を交付している場合、交付の要件としているものはどのようなことですか。（○はいくつでも）

1. 社会的適応能力	2. 専門医の診断結果
3. その他（　　）	

17. 知的障害判定基準より高い発達障害者に対して交付している療育手帳以外の手帳はありますか。（○はいくつでも）

1. 精神保健福祉手帳	2. 身体障害者手帳

3. 設定している IQ の上限値を超える者を交付対象としている手帳はない
4. その他（　　）

18. 問 17 で答えた手帳を発行する要件はなんですか。（○はいくつでも）

1. 社会的適応能力　　2. 専門医の診断結果
3. その他（　　）

19. 強度行動障害等のある発達障害者に対し、設定している IQ の上限値を上回った場合でも療育手帳を交付することがありますか。（○は１つ）

1. 交付することがある → その場合の要件をご記入ください（　　）
2. 交付することはない

【行政不服審査等への対応について】

20. 貴相談所では、療育手帳の交付決定を行政不服審査請求の対象としていますか。（○は１つ）

1. 対象としている　　2. 対象としていない　　3. 行政不服審査請求に対応していない

↓

21. 問 20 で「対象としている」と答えた方にお聞きします。貴相談所が判定したケースで、平成 29 年度に行政不服審査請求を受けたものがあれば、その件数を記入してください。

件

22. 貴相談所が判定したケースで行政不服審査請求を受けたものについて、その内容をご記入いただける範囲で具体的に記入してください。

【その他】

23. 知的障害の判定基準に法的根拠がないために生じている不具合がありましたら、具体的に記入してください。

24. 療育手帳制度に関して、ご意見がありましたら自由に記入してください。

25. 知的障害の判定基準や対象について、ご意見がありましたら自由に記入してください。

質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。