

療育手帳制度における諸課題における検討

—特別児童扶養手当との関連、判定に必要な成育歴情報、再判定期間に関するレビュー—

研究分担者 内山 登紀夫 福島学院大学 福祉学部 福祉心理学科

上野 修一 愛媛大学大学院 医学系研究科

岡田 俊 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

中村 和彦 弘前大学大学院 医学研究科

本田 秀夫 信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室

研究要旨

本研究では療育手帳制度における諸課題について、特別児童扶養手当との関連や療育手帳判定時に必要な成育歴情報、療育手帳の再判定期間を取り上げ、医学的な観点や先行研究のレビューから検討を行った。その結果、療育手帳や特別児童扶養手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと考えられた。療育手帳判定で把握すべき成育歴の情報に関しては、養育状況などの生育環境、精神症状や学業成績などの子どもの状態、発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動、妊娠中の母胎の健康状態、染色体異常等の本人に係る医学的状态に関する情報の把握が必要と考えられた。療育手帳の再判定に関して、海外における知能や適応行動の安定性や変化に関するレビューから、概ね18歳未満では3年程度、18歳以上では5年程度と年齢によって適切な再判定期間が異なるとともに、知的障害のある者でも程度によって安定性が異なることや、精神疾患への罹患等による後天的な機能低下が起りうることから、申請制による再判定の機会を設けることも必要であることが示された。

A. 研究目的

知的障害に関しては、ICD-11に則った診断基準や判定の設定とともに、従来の療育手帳制度に

おける諸々の課題をどのように扱うかということも不可避である。本研究ではこのうち、療育手帳判定に用いる情報と多くが重複している特別児童

扶養手当との関連や、療育手帳判定時に必要な除外診断のための育成歴情報、療育手帳の再判定期間、の3点についての検討を行う。

B. 各検討点の整理

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

1-1 知的障害・発達障害のある子どもに対する経済的支援

障害児者への経済的支援は所得保障と出費の軽減に大別され、前者では成人を対象とした障害年金および特別障害者手当、児童を対象とした特別児童扶養手当および障害児福祉手当が、後者では自立支援医療や自治体による医療費助成、障害児者を対象とした福祉サービス利用の自治体負担、交通運賃やテーマパーク入場料の割引などが挙げられる（青木，2022）。知的障害・発達障害のある子どもがいる家庭では、所得保障のために特別児童扶養手当および／または障害児福祉手当の受給を検討し、出費の軽減を含む障害児向け福祉サービス利用のために療育手帳および／または精神障害者保健福祉手帳の取得を検討することになる。

1-2 特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定手続き適正化に向けた取り組み

現行の特別児童扶養手当の認定手続きでは、認定率が自治体間で大きく異なる可能性が指摘されてきた（齋藤，2019；本田，2022；本田，2024）。平成29年度～平成30年度厚生労働行政推進調査事業「特別児童扶養手当等（精神の障害）の課題分析と充実を図るための調査研究」（齋藤，2019）、令和2年度～令和3年度厚生労働科学研究「特別児童扶養手当（精神の障害）の認定事務の適正化に向けた調査研究」（本田，2023）、令和4年度～令和5年度厚生労働科学研究「特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）

に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究」（本田，2024）では、これらの課題の分析を行い、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害用）および障害児福祉手当（精神の障害用）の認定診断書の改定案および等級判定ガイドラインの作成を行ってきた。

認定の地域差に関して令和2年度に行った全国調査では、40の自治体から得られた特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の認定結果のデータ4,419件の分析で、認定率（1級または2級と判定される比率）は33.6%から100%の範囲であり、自治体間で大きなばらつきがあった（本田，2023）。認定診断書の改定案作成では、様々な診断と重症度の模擬症例11例に対して日本児童青年精神医学会の医師会員に診断書の記入を依頼し、626名より回答を得た。認定診断書案の記入内容を統計解析した結果、「障害のため要する援助の程度」の判定において、妥当性と評価者間信頼性のいずれもが一定の基準を満たしていることを確認した（本田，2023）。さらに、模擬症例に対する認定診断書について、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）の判定業務を実際に行っている認定医71名に等級判定ガイドライン素案を用いて判定するよう依頼し、得られた判定結果の妥当性と評価者間信頼性を調査した。44名（62.0%）から回答があり、一定の妥当性と評価者間信頼性が得られた。（本田，2024）。この研究班で作成した認定診断書改定案に診断医が記入し、等級判定ガイドライン素案に沿って認定医が判定するという手続きを導入することによって、特別児童扶養手当（知的障害・精神の障害）における認定の地域差の解消が期待される。

1-3 障害者手帳と年金／手当の関係に関する課題

療育手帳の判定は児童相談所または障害者更生相談所で行われ、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害児福祉手当は医療機関で診断書を作成することが多い。手帳や手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、精神障害者保健福祉手帳や手当の申請に際しては、それぞれに別個の診断書への記載を主治医に依頼し、手続きをしなければならない。すべての手帳や手当について、取得／受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。

日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報

2-1 環境要因

知的障害は発達期に生じる障害で、知的機能と適応機能の両者が制限されることで定義される。重度の知的障害の場合は2、3歳の低年齢で気づかれるが、軽度の人には学業の困難がある学齢期にまで確認できるようにならないことがある。重症度が発達とともに変化することはありうるが、一般的には障害が生涯にわたる。知的障害であれば、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。

知的障害を判断する時期は幼児期から成人期まで多岐にわたる。幼児期において注意すべきは、子どもの養育環境である。特に乳幼児期における極端な心理社会的剥奪は言語発達や対人交流などの特定の精神機能にネガティブな影響を与える。社会的剥奪による子どもの状態は、子どもがより好ましい環境に移った後に大幅に改善することがある。したがって、養育環境に明らかな問題がある場合には知的障害の診断は慎重にすべきであり、まず養育環境の改善をはかる必要がある。しかし、発達に十分な刺激が得られる好ましい環境に一定期間過ごした後でも、診断要件を満たす場合には知的障害と診断する。

学童期以降に知的障害を診断する場合には、生育歴を聴取する際に精神疾患の可能性も考慮する必要がある。精神疾患を発症した場合には、少なくとも一時的には適応行動能力・知能テストで測定される数値のどちらも低下する可能性がある。

多くの精神疾患は児童期にも発症する。知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。

一方、知的障害のある人に精神疾患が合併することも珍しくない。その場合は併存診断がなされるべきである。子どもの精神疾患を評価する際には、発達レベルおよび知的機能に適した方法を用いて精神症状や知的能力を評価することが必要であり、過去の発達歴と現在の状態をよく知る人の情報が不可欠である。

統合失調症、気分障害などの精神疾患は乳幼児期に発症することは通常なく、発達期のある時点から行動の変化や精神症状が出現する。精神症状が出現した後に知的機能・適応行動のアセスメントを行えば知的障害と誤診する可能性がある。

知的障害の場合には、発達早期から対人交流、コミュニケーション能力、行動コントロール、社会的状況における危険の判断、集団適応能力の課題があり、学齢期では学校適応や学業成績に課題があることが多い。一方、知的障害のない精神疾患では精神疾患の発症までは、知的機能・適応行動の障害は通常ないと考えられる。

精神疾患のために知能テストの結果が低下することがあるので注意が必要である。代表的な状況を下記にあげる。

・抑うつ症候群・うつ病

うつ病・うつ状態では興味の消失、不眠、制止（思考や動作が通常より緩慢になる）などの症状のために本来の能力を発揮できない。

・統合失調症

統合失調症では思考障害、発話の統合不全（話が脱線する、話していても意味を成さない）、行動が緩慢になる（カタトニア）などの症状があり、精神状態によっては極めて低得点になる。一方、薬物療法などにより精神状態が改善すると高得点をとることがある。

・不安症

不安や緊張のためにテスト場面で設問に答えられず、低得点になることがある。

・強迫症

こだわりのために確認などを繰り返し、時間制限のある課題では低得点になることがある。

このような精神疾患があるとテスト場面での成績は低下しやすい。また適応行動についても精神疾患の症状が存在すると、通常の状態よりも低下する。従って、テストの実施者は単にマニュアルにそって数値を出すだけでなく、子どもの現在と過去の状態を把握することが必要である。

生育歴・現在の状態について聴取すべき環境要因・本人の状態について下記のような情報が含まれる。

・生育環境

社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待

・子どもの状態

発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動

2-2 身体面

妊娠中の母胎へのアルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素などへの曝露は胎児の神経系の発達に悪影響をもたらし、知的障害の原因となり得る。ただし、妊娠がわかる前に飲酒をしていること、妊娠中の身体不調などに対して、医師の指示のもとで鎮痛剤などの服用をしていることは極めて一般的である。妊娠中の飲酒や薬物服用の有無について直接的に問うのではなく、妊娠中の健康状態をざっくりと聞いて、参考にするのが良い。

新生児仮死、極度の低出生体重、West 症候群などのてんかん、ダウン症などの染色体異常、未治療のクレチン症などのような代謝異常も高率に知的障害を併存する。さらに出生後の発達は正常であっても、発達の過程で、脳炎、脳腫瘍（術後を含む）、低酸素脳症、頭部外傷などのような脳器質的障害によって、知的能力が低下する場合も、18歳未満にその低下が起こった場合には、知的障害の定義に含まれる。このような場合には、正常発達の後に、これらの中枢神経系への障害を伴い、知的能力が低下したという明確な時間関係を把握する必要がある。

知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目を考慮に入れ、単にはじき出された数字だけで、知的

障害に含めてしまう可能性は排除しなければならない。具体的には、運動障害、聴力障害、視覚障害が含まれる。

従って、生育歴において聴取すべき身体面の情報は下記の通りである。

- ・母胎の問題

- 妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）

- ・その他

- 1) 知的障害と関連しうる本人の医学的状態

- ・新生児仮死
- ・極度の低出生体重
- ・脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
- ・染色体異常
- ・先天代謝異常

- 2) 検査結果の判断時に考慮すべき項目

- ・運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

療育手帳の再判定期間については自治体によって異なり、また成人を境に再判定の有無など実態は様々となっており、具体的な再判定期間が明示されていない自治体もある（東京都，2023；埼玉県，n.d；香川県，2024；兵庫県，2022）。では、科学的な視点からは知能や適応行動の再判定にはどの程度の期間を置くことが妥当なのか。知能や適応行動の安定性に関する先行研究のレビューから、療育手帳の再判定期間について検討する。

3-1 知能の安定性

はじめに、一般人口における知能の安定性に関する研究を概観する。Lothian Birth Cohort 1921 の参加者を対象とした研究では、Moray House Test No. 12 を用いて 106 名を対象に 11 歳時点と 90 歳時点での精神機能を評価した結果、 $r = .54$ の強い

正の相関が見られたことを報告している（Deary et al., 2013）。また、同様に Lothian Birth Cohort の 1921 年と 1936 年の対象者から、Moray House Test No. 12 を用いて 11 歳から 70 歳、79 歳、87 歳までの知能の安定と変化を追跡した研究では、MHT 得点の相関はそれぞれ 11-70 歳間で $r = .67$ 、11-79 歳間で $.66$ 、11-87 歳間で $.51$ と加齢とともに減少していく傾向が報告されている（Gow et al., 2011）。これらから、年数が経つほど変化が見られるものの、人間の知能は一生を通じて一定の安定性を有していることがうかがえる。また、成人以降での知能の安定性について、262 名を対象とした縦断研究で 18 歳から 50 歳、55 歳、60 歳、65 歳の知能との標準化回帰係数の変化を調べた研究では、 $.95$ から $.94$ 、 $.86$ と高い値が維持されている一方、特にワーキングメモリーが強く関連していることが示唆されている（Rönnlund et al., 2015）。

これまでは児童青年期から壮年期・老年期における知能の安定性の報告であったが、より短期間での安定性についてはどうであろうか。Munich Longitudinal Study on the Ontogenesis of Individual Competencies のデータを用いた 215 名について、アセスメントを 4 歳、5 歳、7 歳、9 歳、12 歳に実施し、その後 17 歳、23 歳と追跡調査を行った研究では、社会経済状況（SES）と年齢を統制した一般知能の測定値について、年齢が高い時点の結果ほど、また検査間隔が短いほど相関が高い傾向が示された（Schneider et al., 2014）。また、この研究では知能によるサブグループ解析も行っており、IQ で三分位に分けた下位の平均 IQ93（ $SD = 6.0$ ）の低 IQ 児群、平均 IQ108（ $SD = 3.6$ ）の平均 IQ 児群、平均 IQ121（ $SD = 4.3$ ）の高 IQ 児群を比較すると、IQ の経時的安定性は高 IQ 児よりも低 IQ 児の方が高いことが示されている（Schneider et al., 2014）。また、知能の安定性を検証した 205

の縦断研究を対象にメタ分析を行った研究では、合計 87,408 名の対象者において、年齢ごとの知能の安定性を検証した結果、知能の自己相関係数は 7 歳未満では $r_{tt} < 0.7$ である一方、7 歳以上では $r_{tt} = 0.7-0.8$ とやや安定し、成人では $r_{tt} > 0.8$ と高い自己相関の安定期間が 5-6 年続くことが報告されている (Breit et al., 2024)。このように知能は一定の安定性がみられる一方で、幼児期や児童・青年期、成人期といった発達段階でも安定性の変動が見られることが示されている。

3-2 知能検査の再検査信頼性

知能の安定性ととも、検査ツールの再検査信頼性の点からの検証も行われている。児童青年 344 名 (男子 66%、初回検査年齢平均 8.74 歳 (6.1-14.3 歳)、再検査年齢平均 11.6 歳 (7.5-16.6 歳)) を対象に WISC-IV の安定性を検証した研究では、平均検査間隔 2.84 年で言語理解 (VCI) と知覚推理 (PRI)、ワーキングメモリー (WMI)、処理速度 (PSI)、全検査 IQ (FSIQ) の再検査信頼性 (相関係数) はそれぞれ、 $r = .722, .756, .655, .649, .815$ であり、FSIQ が比較的高い一方、4 つの指標得点は若干低い結果となった (Watkins & Smith, 2013)。また、児童青年 225 名 (男性 160 名、女性 65 名、初回検査年齢平均 9.1 歳 (6.1-14.8 歳)、再検査年齢平均 11.7 歳 (7.4-14.8 歳)) を対象に WISC-V の安定性を検証した研究では、平均 2.6 年の間隔を空けた再検査信頼性 (相関係数) は FSIQ で .86、VCI で .84、視空間 (VSI) で .82 と比較的高い一方、流動性推理 (FRI) で .69、WMI で .74、PSI で .77 と若干低いことが報告されている (Watkins et al., 2022)。このように児童青年期においては 2-3 年ほどで、知能検査の結果に変動が起こりうることを示唆されている。

3-3 適応行動の軌跡と変動

知能の安定性や変動性がみられる一方、知的障害の診断基準のもう一つの柱となる適応行動の安定性はどうであろうか。Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study) の参加者 994 名とその母親 893 名を対象に、一般人口における適応行動の軌跡のパターンを検証した研究では、2.7 歳や 3.5 歳、4.5 歳、6 歳、9 歳時点での適応行動を評価した結果、適応行動の軌跡で 4 つの class を報告しており、いずれも経過によって多少の変動が見られながらも class 順位の逆転はなく、一定の安定性がみられた (Nishimura et al., 2022)。中でも、適応行動が他の群より全般的に低い群では、IQ の低さ (平均 78.4) や社会性の問題 (SRS-2 平均得点 54.8) が見られ、適応行動と知能や社会性の問題との関連が示されている (Nishimura et al., 2022)。軽度の知的障害のある児童青年 40 名 (男子 24 名、女子 16 名、IQ 平均 56.9) を対象とした研究では、知能検査による IQ では適応行動の予測が有意でなかった一方、実行機能の得点が将来の適応行動の得点を有意に予測したことが報告されている (Gravråkmo et al., 2023)。

適応行動の変動について、1968 年から 2018 年までの 50 年間に発表された論文のシステマティックレビューを行った研究では、日常生活技能の獲得に介入支援が効果的であることが示されている (Burns et al., 2019)。支援による適応行動の改善もみられるものの、知的障害児者においては、メンタルヘルスや精神疾患等の問題も多くの研究で指摘されている。MEDLINE と PsycINFO における 2018 年までの 19 の研究、知的障害のある児童青年 6,151 名を対象としたレビューでは、Developmental Behaviour Checklist による把握で 38%、Child Behaviour Checklist で 49% が問題を有することが示され、注意欠陥・多動性障害 (39%)、不安障害 (7-34%)、行為障害 (3-

21%)、うつ病 (3–5%) がみられた (Buckley et al., 2020)。このように、適応行動は改善のみならず悪化する可能性も示されている。

3-4 精神疾患による影響

先述のとおり、知的障害者が精神疾患になりうるリスクも懸念される。成人の知的障害者 16–64 歳に Psychiatric Assessment Schedule for adults with Developmental Disability (PAS-ADD) による面接を行って検証した研究では、精神疾患全体の有病率は一般人口とほぼ同じである一方、統合失調症と恐怖症がそれぞれ 0.4% と 1.1% 高いことが報告されており、知的障害が後天的な精神疾患のリスク因子であることが示されている (Deb et al., 2001)。

特に統合失調症に関しては、認知機能へのネガティブな影響が示されており、自閉スペクトラム症 (ASD) と統合失調症の知能検査結果に関する 6 つの研究についてメタ分析を行った研究では、16–41 歳の年齢範囲で ASD190 名 (平均 IQ98.0)、統合失調症 260 名 (平均 IQ90.8) における WAIS の結果を比較したところ、統合失調症の者が ASD 者より有意に低い得点であったことが報告されている (Kuo & Eack, 2020)。また、統合失調症患者 223 名 (平均 30.8 歳) と双極性障害患者 175 名 (平均 34.0 歳) の知能の軌跡を検証した研究では、Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence により測定した IQ の程度で 3 つのクラスターが得られ、知能に影響が見られない群 (平均 IQ118.3、 $SD = 6.5$) や軽度の認知障害を伴う群 (平均 IQ103.1、 $SD = 4.5$) では同程度の割合であったものの、全般的な認知機能の障害がみられる群 (平均 IQ85.0、 $SD = 7.2$) では 73% が統合失調症患者であったことが報告されている

(Vaskinn et al., 2020)。本稿の 2. 療育手帳判定時に必要な成育歴情報で記したように、療育手帳判定の際には成育歴等の情報から先天的な知的障害

と後天的な知能低下を識別する必要があるが、知的障害者が統合失調症に罹患する併存疾患による一層の機能低下も懸念される。

C. 結論

1. 療育手帳と特別児童扶養手当の関連

療育手帳や特別児童扶養手当の認定では知能検査をはじめとする心理検査による所見が大きな比重を占めるが、心理検査を短い間隔で繰り返すわけにいかないため、検査をどこでどのタイミングで受けるのか、検査データをどのように共有するのかなど、現場で混乱が見られることも多い。また、すべての手帳や手当について、取得/受給開始後もそれぞれに求められた期間に応じて別々に更新していく必要がある。本人や家族にとって煩雑であるだけでなく、主治医の業務をもしばしば圧迫している。そのため、日常生活の支障の程度に応じた福祉サービスを提供するという共通の目的で行われる手帳や手当の認定手続きについては、少なくとも診断書作成や心理検査に関する部分は一元化し、本人、家族、主治医の負担の軽減と行政の業務の効率化を図ることが望ましいと思われる。

2. 療育手帳判定時に必要な除外診断のための成育歴情報

知的障害は発達期に生じる障害である。重症度が発達とともに変化することはありうるが、一般的には障害が生涯にわたり、その症状・特性が幼少時から継続してみられる。しかし、養育環境に明らかな問題がある場合には、知的障害の診断は慎重にすべきである。さらに、知的機能や適応機能の制限が知的障害以外の精神疾患の存在で説明できる場合は、知的障害と診断されるべきではない。判定の際、検査の実施者は単にマニュアルに

そして数値を出すだけでなく、子どもの現在と過去の状態を把握することが必要である。

妊娠中の母胎へのアルコール等は知的障害の原因となり得るため、妊娠中の健康状態を聴取して参考にするのが良い。正常発達の後であっても、中枢神経系への障害により知的能力が低下したという明確なケースの場合、時間関係を把握する必要がある。知的機能や適応行動の評価結果の解釈においては、検査実施や日常生活機能に関連する項目は検査の結果に影響を及ぼすため、運動障害、聴力障害、視覚障害の有無を把握する必要がある。

まとめると、療育手帳の判定の際、以下の申請児者の成育歴の情報を把握することが必要である。

- (1) 生育環境
社会的ネグレクト、養育者の変更、虐待
- (2) 子どもの状態
発達期のある時点における子どもの行動の変化、抑うつ、不安、強迫、奇異な言動、睡眠や食欲の変化、学齢期では学業成績の変動
- (3) 母胎の問題
妊娠中の母胎の健康状態（アルコール、薬剤、鉛、一酸化炭素など）
- (4) その他
 - (ア) 知的障害と関連しうる本人の医学的状態
 - ・ 新生児仮死
 - ・ 極度の低出生体重
 - ・ 脳器質性疾患（脳炎、脳腫瘍、低酸素脳症、頭部外傷、てんかん）
 - ・ 染色体異常
 - ・ 先天代謝異常
 - (イ) 検査結果の判断時に考慮すべき項目
 - ・ 運動障害、聴力障害、視覚障害

3. 療育手帳の再判定期間

先行研究のレビューから、知能は生涯を通じて一定程度の安定性を有している一方、加齢や状態の変化によって変動しうることが確認された（Deary et al., 2013; Rönnlund et al., 2015）。また、一般的に再検査の間隔が短期間であるほど相関係数は高いものの（Schneider et al., 2014）、幼児では変動が比較的大きく、7歳以上でやや安定し、成人以上では5-6年は安定する傾向が示された（Breit et al., 2024）。知能検査の再検査信頼性の検証結果から概ね3年ほどでFSIQや各指標の相関係数が.70-.80程度になることを踏まえると（Watkins & Smith, 2013; Watkins et al., 2022）、知能の再判定については18歳未満では3年程度、18歳以上では5年程度の間隔を空けることが妥当であると思われる。ただし、低IQ群では知能の安定性が高いことや（Schneider et al., 2014）、成人以降では高い安定性が示されているため（Breit et al., 2024）、すでに重度・最重度の18歳以上の知的障害者については、再判定の必要性は低いものと考えられる。

適応行動に関しては、発達段階による変動とともに、IQや社会性の程度との関連で軌跡のパターンが異なることが示された（Nishimura et al., 2022）。また、日常生活技能は獲得可能で介入支援の効果がみられること（Burns et al., 2019）、一方で知的障害児者では健常者よりメンタルヘルスの問題や精神疾患のリスクが高いことから（Buckley et al., 2020）、一定期間での改善・悪化の可能性が示唆される。

さらに、精神疾患による認知機能と適応行動の低下のリスクや（Deb et al., 2001; Kuo & Eack, 2020; Vaskinn et al., 2020）、実行機能が適応行動を予測することを踏まえると（Gravråkmo et al., 2023）、知能と同様に一定期間での再判定を行うとともに、著しい環境変化や状態の悪化に応じた

再判定を可能とするために、知的障害者本人や家族などからの申請による再判定の機会の設定も必要と考えられる。

ただし、実際には各自治体の再判定期間や実施体制は様々であるため、今回提示した間隔での再判定を実施することが現実的に困難であることも想定される。全国での統一や現場への導入にあたっては、各自治体・機関の実態を把握して共に検討することで、実現可能な方策を見出すことが重要と思われる。

文献

青木聖久. (2022). 経済的支援を受けたいときー精神障害がある人の所得保障と出費の軽減へのアプローチー. *精神科治療学*, 37(12), 1305-1310.

Breit, M., Scherrer, V., & Preckel, F. (2024). The stability of cognitive abilities: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 150(4), 399–439.

Buckley, N., Glasson, E. J., Chen, W., Epstein, A., Leonard, H., Skoss, R., Jacoby, P., Blackmore, A. M., Srinivasjois, R., Bourke, J., Sanders, R. J., & Downs, J. (2020). Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(19), 970–984.

Burns, C. O., Lemon, J., Granpeesheh, D., & Dixon, D. R. (2019). Interventions for Daily Living Skills in Individuals with Intellectual Disability: a 50-Year Systematic Review. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 3, 234–245.

Deary, I. J., Pattie, A., & Starr, J. M. (2013). The stability of intelligence from age 11 to age 90

years: the Lothian birth cohort of 1921.

Psychological Science, 24(12), 2361-2368.

Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505.

Gow, A. J., Johnson, W., Pattie, A., Brett, C. E., Roberts, B., Starr, B. J., & Deary, I. J. (2011). Stability and Change in Intelligence from Age 11 to Ages 70, 79, and 87: The Lothian Birth Cohorts of 1921 and 1936. *Psychology and Aging*, 26(1), 232–240.

Gravråkmo, S., Olsen, A., Lydersen, S., Ingul, J. M., Henry, L., & Øie, M. G. (2023). Associations between executive functions, intelligence and adaptive behaviour in children and adolescents with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 27(3), 715-727.

本田秀夫 (研究代表者). (2022). 令和2年度～令和3年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業): 特別児童扶養手当(精神の障害)の認定事務の適正化に向けた調査研究 令和2年度～3年度 総合研究報告書.

本田秀夫 (研究代表者). (2024). 令和4年度～令和5年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業): 特別児童扶養手当(知的障害・精神の障害)に係る等級判定ガイドライン案の作成のための調査研究 令和4年度～5年度 総合研究報告書.

兵庫県. (2022). 療育手帳について Q&A. 県立知的障害者更生相談所とは. (2024年4月23日閲覧)

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf20/documents/titekishougaishakouseisoudanshoryouikutechouqan>

da.pdf

香川県. (2024). 療育手帳. 香川県障害福祉相談所. (2024年4月23日閲覧)

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/shousou/syousou/ryouikutechou/kfvn.html>

Nishimura, T., Kato, T., Okumura, A., Harada, T., Iwabuchi, T., Rahman, M. S., Hirota, T., Takahashi, M., Adachi, M., Kuwabara, H., Takagai, S., Nomura, Y., Takahashi, N., Senju, A., Tsuchiya, K. J. (2022). Trajectories of Adaptive Behaviors During Childhood in Females and Males in the General Population. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 817383.

Rönnlund, M., Sundström, A., & Nilsson, L. (2015). Interindividual differences in general cognitive ability from age 18 to age 65 years are extremely stable and strongly associated with working memory capacity. *Intelligence*, 53, 59–64.

埼玉県. (n.d.). 療育手帳. 障害者手帳. (2024年4月23日閲覧)

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/ryouiku/ryouikutecho.html>

齊藤万比古 (研究代表者). (2019). 平成 29 年度～平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (障害者政策総合研究事業) : 特別児童扶養手当等 (精神の障害) の課題分析と充実を図るための調査研究 平成 30 年度 総括・分担研究報告書.

Sajewicz-Radtke, U., Jurek, P., Olech, M., Łada-Ma'sko, A. B., Jankowska, A. M., & Radtke, B. M. (2022). Heterogeneity of Cognitive Profiles in Children and Adolescents with Mild Intellectual Disability (MID). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 7230.

Schneider, W., Niklas, F., & Schmiedeler, S. (2014).

Intellectual Development from Early Childhood to Early Adulthood: The Impact of Early IQ Differences on Stability and Change over Time. *Learning and Individual Differences*, 32, 156–162.

東京都福祉局. (2023). 愛の手帳. 東京都心身障害者福祉センター. (2024年4月23日閲覧)

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/jicen/ji_a_nnai/a_techou.html

Vaskinn, A., Haatveit, B., Melle, I., Andreassen, O. A., Ueland, T., & Sundet, K. (2020). Cognitive Heterogeneity across Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cluster Analysis of Intellectual Trajectories. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26, 860–872.

Watkins, M. W., Canivez, G. L., McGill, R. J., Pritchard, A. E., Hologue, C. B., & Jacobson, L. A. (2022). Long-term stability of Wechsler Intelligence Scale for Children—fifth edition scores in a clinical sample. *Appl Neuropsychol Child*, 11(3), 422–428.

Watkins, M. W., & Smith, L. G. (2013). Long-Term Stability of the Wechsler Intelligence Scale for Children—Fourth Edition. *Psychological Assessment*, 25(2), 477–483.

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 2件

岡田 俊 (2023). 知的能力障害あるいは知的発達症の診断概念の変遷とこれから. 日本精

神神経学会総会プログラム・抄録集, 119,
S279.

本田秀夫：障害児のいる家庭への経済的支援に
関する制度の課題. 第 64 回日本児童青年精
神医学会総会, 弘前, 11.16, 2023.

F. 知的財産権の出願・登録情報

なし