

精神疾患併存時の療育手帳と精神障害者保健福祉手帳の制度の抱える課題

研究分担者 岡田 俊 奈良県立医科大学精神医学講座 教授

研究要旨

知的発達症に統合失調症やうつ病などの精神疾患が併存すると、認知機能や適応行動はさらに低下するが、その低下が知的発達症そのものによるのか、精神疾患による二次的な変化なのかを区別することは難しい。そのため、現在の状態だけではなく、発達歴や学校記録などを用いて病前の知的機能や適応行動を推定し、経時的に評価することが重要である。特に適応行動は精神症状や生活環境によって変動しやすいため、一時点のみでの評価は適切ではない。また、知的発達症を伴わない神経発達症に対する手帳制度には、年少児へ成人基準を準用している課題がある。さらに、現行の身体・知的・精神という障害区分だけでは複合的障害を十分に反映できず、診断名にとらわれず、適応行動や生活上の困難さを基盤として支援ニーズを評価する視点が重要である。

A. 研究目的

精神症症状を伴う精神疾患は、児童思春期における非特異的な認知・行動変化が先行し、潜在的の進行を経て、顕在発症に至る。この過程では、児童期より進行性の神経学的変化を伴い、認知機能の低下を伴うこと、精神症エピソードの際に非可逆的な神経ネットワークの障害を伴うことが少なくない。このような変化は、適切な抗精神病薬治療によって最小限にとどめうるが、精神症未治療期間が長いほど、日常生活機能の低下も著しいことから、ハイリスク児を中心に早期症候に対する早期の予防的介入を行うとともに、顕在発症後には早期介入を行うことが重要であることと示唆されてきた。

近年のコホート研究の結果では、精神疾患に罹患した患者の80%は、18歳までに診断を受けており、低年齢ほどに複数の診断に該当することが報告されている(Caspi et al., 2020)。そこには自閉

スペクトラム症や注意欠如多動症、知的発達症などの神経発達症が含まれるのであり、神経発達症と各種の精神疾患の病態上の近接性も報告されている。

このように精神疾患を伴う神経発達症は決して少なくないが、知的発達症に伴う認知機能低下は、精神疾患の併存によって増悪しうる。この場合に、療育手帳の判定をどのように考えるかという課題があり、本研究課題では論点を整理する。

B. 各検討点の整理

1. 精神疾患発症例の知的機能

知的発達症は、「発達期に出現する行動と認知の障害であり、特定の知的、運動、言語、対人機能の獲得と遂行に有意な困難を伴う。これらの行動と認知の障害は、発達期に出現しうる多くの精神及び行動の疾患（例えば、統合失調症や双極症）においても認められ、その中核的な症状が神

経発達的である障害のみをこの群に含める」とされる。この意味するところは、発達期に精神疾患が発症した場合には知的能力の低下や適応行動の障害は、精神疾患のみによって生じた場合には知的発達症に含めないということであるが、知的発達症に併存する場合には発症以前の知的機能や適応行動から推測するほかはなく、横断的評価における知的機能や適応行動は障害程度の評価に用いられないことになる。しかし、支援必要度の観点から見れば、横断像における評価こそが有用であり、その場合、変動する精神疾患の症状の殿時点を評価の対象にするかという課題が残る。

知的発達症には、統合失調症やうつ病などの精神疾患を高率に併存する。最も顕著な例でいえば、22q11.2欠失症候群が挙げられる。22q11.2欠失症候群は、知的発達症に加え、先天性疾患、特徴的顔貌、胸腺低形成・無形成による免疫低下、口蓋裂・軟口蓋閉鎖不全、低カルシウム血症などを伴う症候群であるが、青年期以降に高率に統合失調症を併存する。統合失調症を併存すると、認知機能の低下だけではなく、その症状のために適応行動を大きく損なうことになる。また、ダウン症(21トリソミー)では、高率にうつ病を合併するが、さらに50代でおよそ4割、60代でおよそ7割の頻度で認知症を発症する(Holland et al., 1998)。多くはアルツハイマー型認知症とされるが、認知機能低下に加えて、歩行障害や尿失禁がある場合には、正常圧水頭症の可能性を考える必要があるが、この場合、早期のシャント術で認知機能が回復する可能性がある。このような場合には、知的発達症による知的機能の低下を、精神疾患に伴う認知機能障害と区別して評価することは困難である。

最善の方法は精神疾患発症以前の知的機能から予測される知的機能と、現在の知的機能を比較することである。そのためには発症がいつであるのかを明確にする必要があるが、発症以前に非特異的な認知機能低下を伴っている場合には、それ以

前の知的機能を参照する必要がある、発達歴に加え、就学前、小学生時、特に発症している可能性の低い小学校中学年までの未発症時の情報を収集する、発症以降の病歴聴取では、バイアスがかかりやすいことを考慮し、できる限り活状況の記録、学校の通知表、特に教育状況・達成度の記載、あるいはアルバムやビデオなどの客観的な情報を参照することが望まれる。

病前の知的機能を推定する方法として、JART (Japanese Adult Reading Test)がある。JARTは、漢字の音読テストを通じて認知症や統合失調症などの疾患による発症前の知的水準を比較するために行われる検査である。しかし、JARTが使用可能であるのは、通常学級での学習経験を積み重ねた境界線知能前後までの場合であって、それ以上の知的発達症を伴う場合には、課題の難易度としても、過去の学習経験が多様であることから考えても使用できないことに留意する必要がある。また、知的発達症のない自閉スペクトラム症の場合のように発達の偏りが大きい場合には、一つのモダリティの検査で知的機能を推定することは適切でない。

2. 精神疾患発症例の適応行動

精神疾患発症例においては、知的機能以上に適応行動は大きく損なわれ、また、病状の変化によって変動しやすい。逆に言えば、知的機能と適応行動の大きな乖離や適応行動の変動は精神疾患の影響が大きいことを示唆することになる。

精神障害者保健福祉手帳の取得においては、初診日(障害認定日)から1年半後と現在の2通の病歴、臨床症状、適応行動を評価する。この意味は、適応行動の障害が精神症状に伴うものであって、その障害が変動こそあれ、一定以上の障害が持続していることを確認する必要があるからである。精神疾患発症例においては、適応行動を1時点で把握することは適切でなく、生活環境も外来、入院などと変動しうる。さらに精神症状悪化

時には積極的な薬物療法の結果として、生活機能が損なわれている可能性も考慮されなければならない。

3. 知的発達症のない神経発達症を対象とした手帳をめぐる問題

知的発達症のない神経発達症の場合には、精神障害者保健福祉手帳が使用されているのが実態であろう。その場合、年少例において精神障害者保健福祉手帳を必要とするケースが存在するが、能力障害(活動制限)の状態の判定では困難が生じる。記入の際の留意事項として、保護的な環境ではなく、例えば、アパート等で单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定するものとし、おおむね今後2年間に予想される状態も考慮するとあるが、年少児は、保護的環境に置かれるのが通常であって、2年間のなかでは発達していくべき存在である。年少児では同年齢と比べたときにその能力があるかで推測して記入することが推奨されているが、それであれば将来の適応行動ではなく、現在の適応行動を適切に評価し、判定に用いる方が適切である。この点において、幼少期における精神障害者手帳を成人のものを援用して使用する現状は適切でない。

4. 手帳種別をめぐる課題

我が国の障害者手帳制度は、身体、知的、精神の3領域における障害のある当事者が福祉的支援やサービスを受けるために発行され、その判定にはそれぞれの障害の重症度を評価することが求められる。しかしながら、知的発達症に身体疾患、知的発達症と精神疾患を併存する場合には、知的能力に精神疾患や作業の巧緻性の影響を受けるだけでなく、適応行動は知的能力以外の障害によって大きく損なわれる。

そもそも医学的診断を正確に下すことと、それに伴う障害ニーズを特定することとは異なる

面もある。また、神経発達症や精神疾患の関連では、高次脳機能障害のように従来の障害支援に十分に乗り切れていない障害もある。医学的診断については適切に診断し、それに伴う適応の障害を、疾患種別を問わず共通して評価することが大切であると思われる。

C. 結論

知的発達症に精神疾患(統合失調症、うつ病など)が併存した場合に、知的機能や適応行動をどのように評価すべきかを整理した。

精神疾患は児童思春期から非特異的な認知・行動変化を伴って進行し、認知機能低下や適応行動障害を引き起こす。知的発達症に精神疾患が併存すると、認知機能や適応行動はさらに悪化する。しかし、現在の低下がもともとの知的発達症によるものか、精神疾患による二次的変化」なのかを区別することは難しい。

このため、評価では横断的な現在の状態だけでなく、発症以前の知的機能や適応行動を推定することが重要となる。発達歴や学校記録、通知表、生活記録などの客観的資料を活用し、病前機能を推定する必要がある。

適応行動については、精神疾患の影響を強く受け、病状や生活環境によって変動しやすい。したがって、一時点のみで評価することは適切でなく、経時的評価が必要である。精神障害者保健福祉手帳制度でも、一定期間において複数時点で評価する仕組みが採用されている。

さらに、知的発達症を伴わない神経発達症では精神障害者保健福祉手帳が利用されることが多いが、年少児に成人基準を準用している現状には課題がある。特に「将来の生活能力」を前提とした評価は、発達途上にある子どもには適合しにくく、現在の適応行動を重視した評価が望まれる。

最後に、現行の身体・知的・精神という障害区分では、複合的障害の実態を十分に反映できない場合があると指摘している。医学的診断と支援ニ

ーズの評価は区別して考える必要があり、障害種別にとらわれず、適応行動や生活上の困難さを共通基盤として評価する視点が重要である。

文献

- Caspi A, ;Houts RM, Ambler A et al. (2020)
Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study JAMA Network Open 3(4) e 203221
- Holland AJ, Hon J, Huppert FA et al. (1998)
Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome. Br J Psychiatry. 172:493-498.

D. 研究発表

1. 論文発表

岡田俊 中等度～最重度知的発達症の人たちへの
精神科薬物療法 精神科治療学 40(12) 1325-
1329 2025 年 12 月

2. 学会発表 なし

E. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし