

## 109.00 内分泌系

### A. 障害の原因

1つか、それ以上のホルモンの分泌あるいは、代謝の制御が障害され、それが、治療によって十分にコントロールできないために障害が起こる。そういう異常や障害は、通常は、治療に反応する。これらの異常や障害が障害として認定されるためには、治療にも関わらず12ヶ月以上継続すること、あるいは、継続すると予想されることを示さなければならない。

### B. 成長

子供においては、通常正常な成長が、健康を示すバロメーターであるとともに、治療がうまくいっているかどうかを示す指標でもある。成長の障害は、それ自体、障害になりうるものでもあるし、内分泌系、あるいはその他の身体系も巻き込む重大な疾患の存在を示す指標ともなりうる。最初は、内分泌の疾患であったものが、他の器官系を巻き込む結果になった場合、これらのインペアメントは、該当するセクションの基準に従って、評価されなければならない。

### C. 証明

病歴、診察、診断のための検査データに関する記述が含まれていなければならない。検査の結果は、正常範囲をはずれているときあるいは、平均値より、2標準偏差以上大きいときに異常とみなされる。ファイルの中の報告書には、そのテストに対する正常値に関する情報を、載せておかなければならない。

### D. 副腎皮質の過剰機能

成長遅滞の証拠は、100.00に記述されているように、証明されなければならない。血中あるいは尿中のコルチゾールのレベルの上昇は、尿中に排泄される17-ヒドロキシコルチコステロイドの代わりに、副腎皮質の過剰機能の診断を証明するものとして、受け入れることはできない。

### E. 副腎皮質の機能不全

血漿コルチゾールと、尿中の17-ヒドロキシコルチコステロイドあるいは、17-ケトジニックスステロイドの低下が続いていること、およびACTH刺激に対して反応しないことが証明されていないといけない。

## 109.01 インペアメントのカテゴリー：内分泌系

### 109.02 甲状腺の異常

以下を伴う。

A. 甲状腺機能亢進症（109.00Cに証明されているとおり）

処方された治療にも関わらず、臨床的症状が認められ以下のうち1つを伴う。

1. 血清チロキシン（ $T_4$ ）の上昇、および、遊離 $T_4$ あるいは、レジン $T_3$ 摂取率が上昇する。
2. 甲状腺の放射性ヨウ素の取り込みが、上昇する。
3. 血清トリヨードチロニン（ $T_3$ ）の上昇。

B. 甲状腺機能低下症

処方された治療にも関わらず、以下のうち、1つを伴う。

1. IQ70以下。
2. 100.02AおよびBの基準のもとに記述されているような成長障害。
3. 早発青春期。

### 109.03 上皮小体機能亢進症（109.00Cに証明されているもの）

以下を伴う。

A. 血清カルシウム、イオン化血清カルシウムが上昇している。

B. 血清上皮小体ホルモンの上昇。

### 109.04 上皮小体機能低下症、あるいは偽性上皮小体機能低下症。

以下を伴う。

A. 処方された治療に反応しない重篤なテタニーあるいは、痙攣が再発する。

B. 100.02Aおよび、Bの基準のもとに記述されているような成長障害。

### 109.05 尿崩症

高張食塩水負荷テスト、水制限テストによって証明されており、以下を伴う。

A. 手術の前または後に、頭蓋骨内に広範囲の病変が見られる。

B. ピトレッシンに反応しないこと。

C. 100.02AおよびBの基準のもとに記述されているような、成長遅滞。

D. 慢性あるいは反復性の高ナトリウム血症を伴う。視床下部渇中枢の不応性。

E. 下垂体の病変のために、視野が狭くなる。

### 109.06 副腎皮質の機能亢進（原発性あるいは、二次性）

以下を伴う。

A. 109.00CおよびDに証明されているように、尿中の17-ヒドロキシコルチコステロイド（あるいは、17-ケトジェニックスステロイド）が上昇している。

および、

B. 低量のデキサメタゾンに反応しない。

**109.07 副腎皮質の機能不全 (109.00Cに証明されているとおり)**

最近反復性の循環性ショックが発症している。

**109.08 若年性真性糖尿病 (109.00Cに証明されているとおり)**

非経口的インシュリン投与を必要とする。処方されている治療にも関わらず以下を伴う。

A. アシドージスのため最近、何回も入院している。

B. 最近、低血糖症が再発している。

C. 100.02Aあるいは、Bの基準のもとに記述されているような、成長遅滞。

D. 106.00の基準のもとに記述されているような、腎機能の障害。

**109.09 医原性の過剰コルチノイド状態**

慢性的なグルココルチノイドによる治療の結果、以下のうち1つの状態になったもの。

A. 骨粗鬆症。

B. 100.02Aまたは、Bの基準のもとに記述されているような成長遅滞。

C. 109.08の基準のもとに記述されているような、真性糖尿病。

D. 111.06の基準のもとに記述されているような、筋疾患。

E. 112.00の基準のもとに記述されているような、情動障害。

**109.10 下垂体性侏儒 (成長ホルモン欠乏が証明されているもの)**

および、100.2Bの基準のもとに記述されているような、成長障害。

**109.11 副腎性器症候群**

以下を伴う。

A. 処方された治療にも関わらず、塩分が失われていく症状が、最近再発している。

B. 骨年齢の老化が進むこと、および男性化が進むことによって明らかな、代替治療の不充分性。

C. 100.02Aあるいは、Bの基準のもとに記述されているような成長障害。

**109.12 低血糖症 (109.00Cに証明されているように)**

最近、痙攣や昏睡を生ずるような、低血糖症の症状が、再発している。

**109.13 生殖腺奇形 (ターナー症候群)、染色体検査で証明されているもの。**

結果としてのインペアメントは、該当する身体系の基準のもとで、評価すること。

## 110.00 身体多系統

**A.** このセクションでは、生命を脅かすような、先天性の異常および、その他の遺伝性先天性、後天性の重大な疾患で、2つ以上の身体系に影響するものを扱っている。

1. 110.8の基準に記述されているような、早い死や、2才以下の発達しか、望めないような結果になるもの。(例えば、無脳症、テイ・ザックス病)
2. 一生でないにしても、長期にわたり、110.06 および、110.07の項に記述されているような、主な日常生活および、身の回りの活動が年齢にふさわしい程度にできない。(「年齢にふさわしい活動が、著しく障害される」というのは、発達上の目標年齢が、実際の歴上の年齢の2/3を越えないとき、そして、それが、12ヶ月以上続くか、続くと予想されることを意味する。) 発達上の目標年齢とは何かということや、年齢にふさわしい活動ということについては、112.00Cを参照のこと。

ダウン症候群(モザイク型ダウン症を除く。これについては、110.07のもとで、評価される)は、110.06の要件を充たすものとみなされる。特有な、身体的な特徴、検査による証明を含む臨床的な所見によって、証明されなければならない。110.07のもとで、評価される疾患の例としては、モザイク型ダウン症、ダウン症以外の染色体異常で、精神遅滞を含め、重複障害を起こすことが知られているもの、フェニルケトン尿症、胎児性アルコール症候群、および、トキソプラズマ症、風疹、巨大細胞封入体病、ヘルペス脳炎などの、重大で、慢性の新生児の感染症が含まれる。

**B.** 証明書類には、診察に基づく、身体異常に関する臨床的記述、および、場合によっては、(例えば、ダウン症)染色体分析も含む、確定検査の結果によって確立された診断が、含まれていなければならない。評価にさきだって行われた適切な検査によって、診断が確立されたことを示す医学的証拠は、実施の検査報告書のコピーの代わりとして、受け入れられる。

**C.** 重複した身体系の症状が、1つの一覧表の基準のうちのどれにも適合しない場合、複数のインペアメントは一緒にまとめて、重症度において記載されているインペアメントと同等であるかどうか、評価されなければならない。

### 110.01 インペアメントのカテゴリー：身体多系統

#### 110.06 ダウン症(モザイク型ダウンは除く)

110.00Bに確定されているように、臨床所見、検査所見によって確定されているも

の。生まれたときから、障害があるものとみなす。

**110.07 何らかの遺伝的、先天的、後天的条件による（110.00B参照）複数の身体系の不全。**以下のうち1つを伴う。

- A. 持続性の運動機能障害。低血圧および／あるいは、筋肉骨格系の衰弱、姿勢反応の欠乏、原始反射の異常、あるいは、111.00Cに記述されているような、その他の神経的なインペアメントの結果起こるもの。年齢にふさわしい、日常生活あるいは、身の回りの世話などの活動が、著しく阻害される。乳児や幼児の場合、頭のコントロール、飲み込むこと、追いかけること、手を伸ばすこと、掴むこと、振り返ること、座ること、這うこと、歩くこと、固体をとること、食事をする事ことなどの活動が含まれる。
- B. 112.05 あるいは、112.12 に記載されているような精神的障害。
- C. 100.02A あるいは、Bの基準のもとに記述されているような成長障害。
- D. 102.00 および、111.09 の基準のもとに記述されているような、言語、聴覚、視覚のインペアメントによって、コミュニケーションが著しく阻害されている。
- E. 104.00 の基準のもとに記述されているような、心血管系のインペアメント。
- F. 栄養失調、甲状腺機能低下症、てんかんなどのその他のインペアメントは、105.08, 109.02, 111.02, 111.03 その他、関係のある身体系の基準のもとで、評価されなければならない。

**110.08 カタストロフィー的な、先天異常および疾患**

以下を伴う。

- A. 陽性の診断（無脳症、トリソミーD、あるいはE、単眼症など）一般的に子宮外で生きていくのは、無理だと考えられている。
- B. 陽性の診断（猫鳴き症候群、テイ・サックス病など）2オレベルの成長と発達は望めない。

## 111.00 神経

**A. てんかん性疾患**は、少なくとも1つの典型的な、てんかん発作について詳細に記述したものによって、証明されなければならない。証明書類には、脳電図（EEG）と神経学的検査が、含まれていなければならない。睡眠時EEGの方が、特に側頭葉性てんかんについては好ましい。発作の頻度と、発作に関わる全ての現象についても記述しなければならない。

小さな子供たちは、発熱疾患でも、痙攣を起こすことがある。111.02 および 111.03 を適切に使用し、てんかん性疾患を確定することが必要である。このことは、発熱疾患の時に起きるてんかん発作を排除するものではなく、てんかん性疾患を証明するためには発熱のない時のてんかんについて証明することが必要であるということの意味する。

治療がスタートしたとき、特に治療法の変更が必要な場合には、てんかんのコントロールが遅れることが予想される。それ故、処方された治療が始まっても、3ヶ月以上てんかんが続いた、ということが示されなければ、111.02 か 111.03 の要件を充たしているとはみなされない。

### B. 小さな発作

てんかんの小発作は、特徴的なEEGのパターンに、発症の年齢、および臨床的なてんかんの頻度などの情報をプラスして、証明されなければならない。幼児期に典型的、間代性てんかんあるいは、幼児期の後のレノックス-ガスタウト型亜型の間代性てんかんも、EEGの特徴的なパターンに、発症の年齢および、発作の頻度に関する情報をプラスして証明されなければならない。

### C. 運動機能障害

111.06 に記述されているように、運動機能障害は、何らかの神経系の疾患によって起こる。それは、神経系のいずれかの分野を巻き込む、静的あるいは、進行性の状態によるもので、様々なタイプの神経の障害を引き起こす。その中には、筋力低下、筋痙縮、協調運動障害、運動失調性、振せん、アテトーゼ、あるいは、感覚の喪失などが含まれる。運動機能障害の証明には、神経学的所見、および、異常のタイプ（例えば、痙縮、筋力低下など）の記述、および、その子供の機能的障害（異常のために、その子供はどんなことができないのかということ）についての記述が含まれていなければならない。診断が確立しているときには、その診断の証拠となる証明（例えば、血液検査、筋肉の生検の報告など）が、もし手に入れば、添付すること。

### D. コミュニケーションのインペアメント

証明書類には、専門家によるコミュニケーションのあらゆる分野を包括的に評価する検査の結果が含まれていないといけない。

## 111.01 インペアメントのカテゴリー；神経

### 111.02 てんかんの大発作

- A. 子供においては、てんかんの大発作が、処方された治療にも関わらず、1ヶ月に1回以上起こること。以下を伴う。
1. 日中の発症。(意識を失う、てんかん性痙攣)
  2. 夜間の発作の残存したものが、日中活動の妨げになる。
- B. てんかんの大発作。てんかん性疾患を持っていると確定された子供が、少なくとも、3ヶ月以上治療を加えたにもかかわらず、請求に先立つ1年間に少なくとも1回の大発作を起こしている。以下を伴う。
1. IQ70以下。
  2. 言語、聴覚、視覚の欠陥により、コミュニケーションが著しく阻害されている。
  3. 著しい感情的な混乱。
  4. 著しい薬の副作用が、日中の主要な活動を阻害する。

### 111.03 てんかんの小発作

てんかん性疾患を持つことが確立された子供においては、3ヶ月以上の処方された治療にも関わらず、1週間に1度以上、小発作が起こり、注意力の散漫、あるいは、意識の喪失を伴う。

### 111.05 脳腫瘍

- A. **悪性神経膠腫** (星状神経膠腫－Ⅲ度およびⅣ度、多形性神経膠芽細胞腫) 髄芽細胞腫、上衣芽細胞腫、原発性の肉腫あるいは脳幹神経膠腫。
- B. その他の脳腫瘍については、結果としての神経のインペアメントの基準のもとで、評価すること。

### 111.06 運動機能障害 (何らかの神経系の疾患による)

上下肢を含む運動機能の欠如や不調和が続き、年齢にふさわしい主要な日常生活の活動が妨げられ、以下のことができなくなる。

- A. 巧緻運動および粗大運動。あるいは
- B. 歩行と直立姿勢。

### 111.07 脳性麻痺

以下を伴う。

- A. 101.03, 111.06 の要件を充たすような運動機能障害。
- B. それよりは、重篤でない運動機能障害 (しかし、軽度ではない) 以下のうち1つを伴う。
  1. IQ70以下。

2. てんかん性疾患；請求時に先立つ1年間のうちに少なくとも1回、大発作が起こっている。
3. 言語、聴覚、視覚の欠如のため、コミュニケーションに重大な障害がある。
4. 重大な感情的な疾患。

#### **111.08 髄膜脊髄瘤（および、関連する疾患）**

処方された治療にも関わらず、以下のうちの1つを伴う。

- A. 101.03 あるいは、111.06 の要件を充たす運動機能障害。
- B. より重篤ではない、運動機能障害（しかし軽度ではない）および
  1. 尿あるいは、大便の失禁。年齢にふさわしくないとき。
  2. IQ70 以下。
- C. 四肢に障害をきたしている。
- D. 非代償性の水頭症。精神的あるいは、運動的な発達を阻害するもの。

#### **111.09 証明された、神経系の疾患に関連のある、コミュニケーション障害**

以下のうち1つを伴う。

- A. 言語の明瞭性と、内容に大きく影響する。
- B. 年齢相応の言語的コミュニケーションがうまくいかないような結果を生じさせる、理解力の欠陥が、証明されている。
- C. 102.08 の基準のもとに記述されている様な聴覚のインペアメント。



## 112.00 精神障害

### A. 序論

18才以下の子供の精神障害の一覧表の構成は、大人用の一覧表と、平行している。ただし、子供の精神障害を反映するように、変更されている。子供の精神障害には、診断のカテゴリーに従って、11の項目の中に記載されている。：即ち、器質的精神障害(112.02)；分裂症性、妄想性の(偏執病性の)、分裂情動性、および、その他の精神病的障害(112.03)；気分の障害(112.04)；精神遅滞(112.05)；不安障害(112.06)；心身型、摂食、および、チック障害(112.07)；人格障害(112.08)；精神活動物質依存症(112.09)；自閉症的障害および、その他の倒錯的な発達障害(112.10)；注意力欠如性過剰活動性障害(112.11)；そして、新生児および、小さな乳児の発達障害と情動障害。(112.12)

大人用の一覧表と、子供用の一覧表の間には、かなりの違いがある。子供に見られる障害の中には、大人では、類似のものが見られないというものもある。それ故、子供用の診断のカテゴリーは、異なっているのである。子供に、精神障害があることを証明するのは、とりわけ、とても幼い子供の場合、微妙で、大人とは症状や、徴候の特徴も違っている。例えば子供における分離不安、両親との絆を作れない、引きこもり、などは大人の場合の精神障害とも比較できるぐらい重大な所見であるといえよう。子供にとって適切な活動、例えば、覚える、育つ、遊ぶ、成熟する、学校に適應する、などは、大人にとって適切な活動とは違っているし、また、子供の様々な発達段階においても非常に違っているのである。

それぞれの項目は、その項目ではどんな所見について記述してあるのか、の紹介から始まっている。これに続いて、(112.05 および 112.12 は除外) 医学的所見(パラグラフAの基準)が記述され、そして、それが満たされた場合は、インペアメントに結びついた機能的制限に関する調査(パラグラフBの基準)へと、導かれる。パラグラフAと、パラグラフBの両方の基準が満たされた場合、その人は一覧表に記載されているレベルのインペアメントを持っているということになる。

パラグラフAの基準の目的は、特定の精神障害の存在を医学的に立証することである。112.02 から 112.12 間での項目のもとに記載された特定の症状や徴候は、それぞれカテゴリーの冒頭の精神障害の記述と切り離しては考慮されない。インペアメントは、医学的所見によって示唆される精神的カテゴリーのもとで分析され、吟味されなければならない。

パラグラフAには、障害の存在を立証するのに使われる医学的所見が、記載されているが、それらは、子供のある特定の発達段階について見ると適切なこともあるし、適切でないこともある。しかしながら、広い範囲の所見が含まれているので、全ての子供の年齢層をカバーすることができるようになってきている。例えば、112.02A 7にのっている、情動不安定、泣くことという基準は、1才から3才までの乳幼児に当てはめるには不適切であろう。一方、112.02A 1の中、発達の停止、遅滞、退行などの基準は、年長の乳幼児(1才～3才)に当てはまるのに適切と言えるだろう。

判定者が、パラグラフAの要件が満たされたと決定するときは、子供の年齢とは無関係に適用されなければならない。

パラグラフBの基準の目的は、子供に適用できるインペアメントに結びついた、機能的な制限を記述することである。社会的、認知的機能および、適応行動に関する標準的なテストは、手に入りやすく子供の評価に適している。それ故、パラグラフBには、それらのテストが、機能的な指針として記載されている。パラグラフBの機能的制限は、パラグラフAの医学的所見によって、立証された精神障害の結果でなければならない。

112.03, 112.06には、大人の場合のような独立した基準Cは、含まれていない。なぜなら、広場恐怖症が、分裂症の残存として残るなどのカテゴリーが、子供に広く当てはまるとは考えられないからである。しかしながら、これらの障害が子供にも見られる場合で、重症度と持続時間が大人のそれと比肩しうるような場合には、大人用の12.03Cと12.06Cの基準に従って評価してもよい。

精神遅滞(112.05)、そして、新生児と小さな乳幼児の発達および、情動障害(112.12)の構成は、他の精神障害とは異なっている。112.05(精神遅滞)の項には、6つの基準が含まれており、そのうちの1つでも適合すれば、その子は一覧表に記載されているレベルのインペアメントを持っているということになる。112.12(新生児と小さな乳幼児の発達および情動異常)の項には、5つの基準が含まれており、そのうちどれか1つでも適合すれば、その子は、一覧表に記載されているレベルのインペアメントを持っているということになる。

これらの一覧表は、子供の障害の原因となる、よくある精神障害の例に過ぎないということを記憶しておかなければならない。このリストにはのっていないが、医学的に証明できるインペアメントを持っているという場合、あるいは、一覧表に記載されている要件に適合していないインペアメントを持っているという場合、また、一覧表に記載されている要件に含まれないような、いくつかのインペアメントの組み合わせを持っているという場合は、その子のインペアメントが重症度において医学的、機能的に一覧表に記載されている基準に同等であるかどうかを決定しなければならない。(§ 404.1526, 416.926 および 416.926a 参照のこと)

## **B. 医学的証拠の必要性**

要件を満たすくらい長く続く医学的に証明可能なインペアメントの存在は、症状、徴候、検査所見(心理テスト、発達テストを含む)から成る、医学的証拠によって立証されなければならない。症状は、子供によって示される不具合である。精神科的な徴候とは、医学的に証明可能な現象で、行動や情動、思考、記憶、方向感覚、発達、現実との接触などの異常性を示唆するものをいう。一般的に、症状と徴候は、一緒になってパラグラフAに記述されているような、精神障害を成り立たせている。これらの所見は、障害の本質により、間欠的であったり、継続的であったりする。

## C. 重症度の評価

子供の事例においては、大人の場合と同様、重症度の評価は、精神的なインペアメントによって引き起こされた、機能的な制限によってなされる。しかしながら、子供の成熟度の様々な段階に従って、インペアメントの重症度の評価の対象となる。機能の範囲も様々に異なっている。考慮の対象となる機能の分野としては、以下のものが含まれる。即ち；運動機能；認知／コミュニケーション機能；社会的機能；個人的機能；そして、集中力、持続力、あるいは、ペース（速度）である。たいていの機能の分野の場合、要求される重症度のレベルの証明には、つぎの2つのやり方がある。(1)適切なテスト道具が手に入る場合は、標準化されたテストだけを使う。(2)他の医学的所見を使う。(これらの証明に必要なことについては、112.00Dを参照のこと。)標準化されたテストを使う証明のやり方が、もしそういうテストが手にはいるのであれば望ましい。

新生児および小さな乳児（誕生から、1才になるまで）は、適切な診断を下せるほど充分には、人格的な発達を見せていない。それ故、そういう小さな子供たちの精神障害を評価するために、112.12 新生児と年少の乳児の発達および情緒障害の一覧表を認定した。これらの障害の重症度は、運動、認知／コミュニケーション、および、社会的機能の発達を認定することに基づいて決定される。年長の乳児および幼児（1才から3才）が、人格発達の未熟故に、パラグラフAの基準をはっきりとは満足させない場合は、同等性のルールのもとで、評価しなければならない。そういう子供たちのインペアメントの重症度を評価するためには以下のパラグラフに記述されているような基本方針を採用しなければならない。

機能的制限の重症度を定義する際には、パラグラフBの基準は、2つの年齢群に呼応するように2つのセットになっている。ただし、112.12 は、1才にならない子供たちのためのものである。2つの年齢群とは、年長の乳児と幼児（1才～3才まで）、子供たち（3才から18才まで）である。しかしながら、112.00C 1、2、3、4の年齢にふさわしい、機能の分野というところでは、4つの年齢群にさらに細かく分類されている。即ち；年長の乳児と幼児（1才～3才まで）、就学前の子供たち（3才から6才まで）、小学生（6才から12才まで）そして、青少年（12才から18才まで）である。これは、疾患の診断と評価の方法が、年齢層によって多様なので、特定の年齢層にあった、手引きを供給するためである。

「著しい」という言葉が、制限の程度の水準として使われる場合、「普通」より大きく「極端な」より小さいことを意味する。著しい制限は、いくつかの活動や、機能が阻害されたとき、あるいは、たった1つの行動や機能が阻害されたときでさえ、起きることがある。即ち、（年齢にふさわしいと期待される程度に）独立的に、適切に、効率的に、持続的に、機能する能力が大きく阻害される場合を意味する。標準化されたテストを、機能を測る指針として使用する場合、得点が2偏差下の場合を、著しい制限とみなす。

### 1. 年長の乳児と幼児（1才から3才になるまで）

この年齢グループでは、次の3つの分野についてインペアメントの重症度が、評

価される。即ち、(a)運動的発達、(b)認知／コミュニケーション機能、および(c)社会的機能である。

#### a. 運動的発達

この年頃の子供たちの精神的機能について見極めることのできるもののうちの大部分は、運動的機能の発達の観察から得られることが多い。医学的検査によって証明された発達指標に照らしてみた発達の遅れは決定的である。こうした情報は、子供の治療にあたっている医療機関やその他の機関、子供を日頃観察している両親など非医学的情報源からもたらされる。また、標準化されたテストを使ってもわかる。もし、実年齢の半分の年齢で普通は獲得されていなければならないような、発達に達していないような、発達の遅れは、基準を満たしているとみなされる。

#### b. 認知的／コミュニケーション機能

認知的／コミュニケーション機能は、標準化された乳幼児用テストを使って、測定される。そのような機能を測定するのに適切なテストについては、112.00 Dで、論議されている。ふるい分けテストをあまり信用しすぎないように注意を払う必要がある。そういうテストで得られるデータもあるが、一般的にはあまり信頼の置けるものとはみなされていないからである。しかしながら、そういうテストの結果、あまりにも重篤な異常が見つかり。それ以上テスト必要がないというようなケースもあるだろう。

年長の乳児と、幼児のためには、単純な言葉を使ったり、または言葉を使わないで、基本的な要求を伝える能力によって、コミュニケーションの障害を測定する基準も用意されている。

#### c. 社会的機能

年長の乳児と幼児の社会的機能は、人との関わりの発達（例えば、絆を作る、あるいは、知らない人を恐れる）と、生き物や物体に対する執着によって測られる。標準化された社会的成熟度テストを使う基準と、それに代わって、社会化における著しいインペアメントを記述する基準が用意されている。

## 2. 就学前の子供（3才から6才まで）

就学前の子供と青少年期の子どもを合わせた年齢層のためには、以下の機能的分野が重症度を測るのに使われる。即ち、(a)認知／コミュニケーション機能、(b)会的機能、(c)個人的機能、そして(d)集中力、持続力、および速度が欠けているために、作業を時間内に終わらせることがなかなかできない、である。36ヶ月を過ぎると、運動機能は、精神機能を決定する第一の要因とは、考えられなくなってくるが、もちろん運動機能に何らかの異常が見られる場合は、それを証明し評価しなければならない。

#### a. 認知／コミュニケーション機能

就学前あるいは、それ以上の年齢では、認知機能は、標準的な知能テストを使って測定することができるが、適切なテストの種類は、年齢によって異なってくる。認知機能の制限の第一の基準は、IQ70以下である（有効な言語、身振り、

あるいはフルスケールのIQによる)それに代わるものとして、言語の発達、テストや、奇妙な言語パターンなどから成る基準も記載されている。

#### **b. 社会的機能**

社会的機能とは、子供が、両親、他の大人、同じような年頃の子供たちと、関係を築き維持していく能力を意味する。社会的機能には、他人とつきあっていく能力も含まれる。(例えば、家族、近所の友達、学校の友達、先生など)社会的機能の障害は、外向的な不適切な行動(例えば、逃げ出すこと、身体的暴力など、ただし、自傷行為は除く。これは、個人機能の分野で評価される)あるいは、内向的な不適切な行動(例えば、社会的孤立、個人的なつきあいをさける、無言症など)によって引き起こされる。重症度は、程度、頻度、持続時間をもとに証明しなければならない。また、その年齢では適当と思われる程度を越えていることが示されなければならない。社会的機能の強さは、子供の受け答えの能力、他人と積極的につきあっていく能力、関係を保持する能力、また、グループ活動に参加する能力などによって証明される。年齢にふさわしい、協力的な振る舞い、他人への思いやり、他人の感情への気遣い、社会的成熟、なども考慮の対象となる。遊びの中や、学校での社会的機能には、大人とのつきあいも含まれる。また、権威のある人(例えば、先制、コーチなど)へ適切に受け答えする、他の子供たちと協力するなど含まれるだろう。社会的機能は、家の中で観察されるばかりでなく、就学前プログラムの中でも観察される。

#### **c. 個人的機能**

就学前期の子供たちの個人的機能は、自分で自分の面倒を見ることに関連している；即ち、個人的必要性、健康、および、安全に関するものである。(食事を摂る、衣服を着る、トイレ、入浴；清潔を保つ、適度な栄養をとる、睡眠、健康習慣；投薬や治療を理解する；安全のための警告に従う)自分で自分の面倒を見る技能の発達は、自分で自分のことをする能力の増大と、これらのニーズの世話をしてくれる他の人々と協力していく能力の増大の点で、測定される。そういう技能を発達させられないとき、それらの技能を使うことができないとき、あるいは、自分を傷つける行為が見られるとき、この分野の能力が、障害されていることが証明される。この機能は、適応行動に関する標準化されたテストによっても証明されるし、あるいは、自分で自分の面倒を見る行動全体を注意深く記述することによっても証明される。これらの行動は、家庭ばかりでなく、就学前プログラムにおいても、観察されることが多い。

#### **d. 集中力、持続力、速度**

この機能は、子供がテストを受けているときや、遊んでいるときの様子を観察することによって測定される。

### **3. 小学生(6才から12才まで)**

ここでの機能の測定は、就学前の子供たちのためのものと同様である。ただし、テストの種類が変わることと、学校という場における機能に関する能力が付け加わる点が違っている。学業上の達成度を測る標準テストとしては、「広範囲達成度テ

スト改訂版」(“Wide Range Achievement Test-Revised”)や、「ピーボディ個人達成度テスト」(‘Peabody Individual Achievement Test’)などが役に立つであろう。

社会的機能における問題点、特に、仲間との関係における問題点は、最初に、教師や学校の保健の先生によって観察されることが多い。112.00D、「証明」の項に記述されているように、学校記録は、機能と、標準テストについて優れた情報源であり、学齢期の子供の時は、常に、入手するようにつとめなければならない。

パラグラフB 2bに記載されている基準、即ち「集中力、持続力、速度を欠いているため、仕事を適時的に完成させることができない」を小学生の場合に当てはめると、精神的インペアメントのために、小学校の中で、十分に機能できていないということと、一致する。学年(グレード)や、特殊学級への配置は、B 2dのパラグラフのもとでの決定を導くのに関係のある要因ではあるけれども、決定的なものではない。学校のある地域によって、要求されるグレードのレベルも、また特殊学級に入れる基準も非常に異なっており、これらの要因だけに信頼をおくことはできない。

#### 4. 青少年(12才から18才まで)

小学生の場合と同じように、この年齢層についても、認知/コミュニケーション。社会的:個人的:および、集中力、持続力、速度の各機能について、重症度を測定する。必要なときは、青少年に適合するテストを使わなければならない。社会的機能の障害は、適切な、安定した、持続性のある関係を築く能力を考慮して、判定する。学校や職場での、協力して仕事をする能力に関する情報、メンバーの一員として働く能力に関する情報が手にはいるのであれば、その子供の社会的機能を判定する際の考慮の対象とする。また、著しく社会との接触が貧弱である場合、孤立、引きこもり、他人とつきあうストレスのもとで不適切な奇妙な振る舞いが見られる、などの場合も考慮の対象となる。(自傷行為は、個人的機能の分野で、評価されることに注意すること)

- a. 青少年の個人的機能は、自分で自分の面倒が見られることに関連している。それは、もっと小さな子供たちの場合と同じように評価されるが、青少年の場合援助なしで、個人的欲求、健康、安全に関して自分で自分の面倒を見る能力に焦点が当てられる。これらの分野の能力が障害されていることは、これらのニーズの面倒を見ることができない、あるいは、自傷行為によって証明される。この機能は、適応行動に関する標準化されたテストあるいは、自分で自分の面倒を見る行動を全て注意深く記述することによって証明される。
- b. 青少年においても、パラグラフB 2bに記述されている基準の目的は、小学生の場合と同じである。しかしながら、職場、あるいは、職場のようなところでの子供の行動など、機能的インペアメントを示す他の証拠も手にはいる。

#### D. 証明

子供に精神障害が存在していることは、医学的証拠の情報源からの報告書をもとに、

証明されなければならない。§ 404.1513 および、416.913 を参照のこと。機能の制限の記述は、これらの情報源から、標準化テストの結果という形か、あるいは、その情報源から供給された、その他の医学的所見という形で、あるいは、その両方の形で、入手できる（医学的所見は、症状、徴候、検査所見から成り立っている。）可能なときは、いつでも、医療機関の所見は、子供の日常生活、社会的機能、適応能力などをよく知っている両親あるいは、その他の大人からの情報を反映するものでなければならない。また、医療機関による検査や、臨床的実践の際の所見や観察も含まれていなければならない。両親など、医療機関ではない情報源からの情報も、子供の機能に関する記録を補うものとして、使用される。

新生児や年少の乳児にとって、重篤な精神障害の存在を証明するのは、難しい。それ故、先天性の疾患や、カタストロフィーを伴う先天性の異常の場合を除いて、行動や情緒を十分に観察できるように、3ヶ月の月齢に達するまで、障害の決定を延期する必要がある。110.00 の項目も参照してほしい。未熟児の場合は、未熟の程度や発達状態によって、さらに延期することもあるだろう。

乳児や幼児にとって、作業療法士、物理療法士、言語療法士、看護婦、ソーシャルワーカー、特殊教育家などを巻き込む早期介入のプログラムは、データの宝庫である。これらの子供たちの運動機能に関する記録や、発達上の指標に関する評価などの情報を提供することができる。この情報は、貴重であり、医師や心理学者による、医学的検査を補うのに使われることがある。医療機関のサインと評価を含む学際チームのレポートは、補助的なデータというよりも、受け入れられる医学的証拠とみなされる。

精神障害のある子供たちにおいては、とりわけ、特殊な配置が必要な子供たちにとっては、学校の記録は、データの宝庫である。一定の期間をおいてからもう一度再評価することにより、インペアメントが時間とともに進行した様子をたどるのに必要なデータが得られる。

治療機関が、精神障害のある子供たちの取り扱いに、経験がない場合は、子供の精神障害の治療と診断に経験と技術のある、心理学者、精神科医、小児科医など、他の情報源から証拠を手に入れることが必要になる。しかしながら、こういう場合、治療機関から記録を手に入れるためのできるだけ努力をするべきである。なぜなら、これらの記録は、1回だけの検査ではつかみきれない、長時間にわたる姿を描き出すのに役立つからである。

標準化された心理テストについては有効性、信頼性、平均点（基準）の点で、適切な特徴を持つテストを選び、心理学者、精神科医、小児科医などで、それらのテストを実施する訓練を受け、経験のある人によって、個人的に実施されることが望ましい。標準化されたやり方で、提示されたときに、特定の行動を引き出すようにデザインされた作業と、質問の組み合わせさせたテストが、最良と考えられている。

よいテストに望まれる特徴；(1)有効性：即ち、そのテストが測定したいと思うことを測定するということ。(2)信頼性：即ち、同じ個人に、同じテストを、期間をおいて実施したときに、結果に一貫性が見られるということ。(3)適切な平均値に関するデータ：即ち、個人のテスト結果を、その個人と同様な本質を持つ、他の人たちの

グループのテスト結果と、比較してみることができるということ。テスト結果の有効性を考慮するときには、テストの結果と、その子の日常活動や、習慣的な行動の間に矛盾がないかどうか注意し、解釈しなければならない。

上記の要件を充たすようなテストなら、この項に記載されている条件を決定するために、採用することができる。このテストを実施する、心理学者、精神科医、小児科医、その他の専門家は、このテストのついで、技術的、専門的に、よく理解しており、テストから得られた、調査結果を適切に評価できるような人でなければならない。

異なったテストから得られたIQは、必ずしも知的機能の同じ程度を反映するとは限らない。112.05の、IQ得点は、平均点100で、標準偏差値を15とする、例えば、ウェクスラー・シリーズや、スタンフォード・ビネーの改訂版などの一般的な知能検査の得点を反映している。それ故、IQ60以下は、一般人口の99.5%よりも下のレベルを示しており、IQ70以下は、一般の人口のうち最下部の2%に相当している。標準テストで得られたIQが、平均値の100および、標準偏差の15より大きく偏っているときは、一般人口の中のパーセンタイルになおしてみ、実際のインペアメントの程度が決定できるようにする必要がある。1つのテストで、いくつものIQが獲得される場合、例えば、ウェクスラー・シリーズのように、言語IQ、行動IQ、フルスケールIQがわかるというようなときは、それらのうち、一番低い値が、112.05の基準との照合に使用される。

112.05のもとで正確に評価するためには、IQテストの結果は、十分に新しいものでなくてはならない。一般的に、16才頃の年齢になれば、IQテストの結果は安定してくる傾向がある。それ故、16才あるいはそれ以上の年齢で獲得されたIQテストの結果は、現在のその子の行動を示すものとして有効とみなすべきである。7才から16才までの間に獲得されたIQ得点は、IQ40よりも低いときは、4年間有効、IQ40以上のときは、2年間有効とみなすべきである。7才以前に獲得されたIQ結果は、IQ40以下の場合、2年間有効、IQ49以上の場合、1年間有効である。

標準知能テストの結果は、全ての精神遅滞の判定の際に必要な。ただし、112.05A、112.05B、112.05Fは、標準知能テストの結果が手に入らない場合、例えば、子供が小さすぎたり、条件が整わなくて、テストができないなどの場合の基準となる。

臨床検査との関わりで、治療機関から、スクリーニング検査、即ち、おおざっぱに機能のレベルを決めるのに使われる検査の結果が、報告されることがある。これらのテストは、有効性と信頼性が高くないので、一般的に、障害決定の証拠として適切であるとは、みなされない。これらのスクリーニング検査は、潜在的な重いインペアメントを明らかにするのに役立つかもしれないが、障害決定には、正式な標準心理テストを使ったデータが必要である。心理テスト以外の所見によって決定がなされる場合は別であるが、一般的には、心理テストのデータが必要である。とはいえ、中には、スクリーニングテストの結果、あまりにも異常がはっきりしているもので、それ以上のテストは、必要がないという場合もあるかもしれない。

発達の目印に関しては、年齢にふさわしいレベルで、ある特定の精神的技能や、運動的技能が獲得されることと定義されている。即ち、乳幼児がある一定の期間内に連



統的に達成していく、運動や操作の分野、一般的な理解の分野、社会的行動の分野、食事、着衣、トイレの分野、言語の分野などにおける技能のことをいう。時には、発達指数 (a developmental quotient 以下DQ) とも表現され、歴上の年齢と、特定の標準テストと観察によって得られた、発達上の年齢の間の関係をあらわす。このテストには、キャトル幼児知能テスト、ベイリー幼児の発達テスト、改定版スタンフォード・ビネーなどが含まれる。正式な発達テストは、乳幼児の発達状態を決定するために、臨床の場で広く使われている。

認知機能の、正式な心理学的テストは、以下に記述する例外を除いて、就学前の子供たち、小学生、青少年にも広く使われている。

正式な標準心理学テストの例外として、そういうテストの実施に訓練と経験を積んだ、心理学者、精神科医、小児科医、その他の専門家が確保できない場合が挙げられるだろう。そういう場合は、医学的な情報、病歴、社会的情報などを吟味して決定することになる。

また、もう一つの例外として、民族的／文化的に少数派の人たちで、英語が使われていないような分化に属している場合が考えられる。そういう場合、言語に関係なく使えるレイター国際行動テスト (the Leiter International Performance Scale)、あるいは、多重文化対応テスト (the Scale of Multi-Culture Pluralistic Assessment 以下SOMPA) が、上記の標準テストに代わるものとして使うことができよう。どのテストを行うにしても、その子供の主要言語によって、実施されなければならない。それが不可能な場合は、医学的情報、病歴、社会的情報、その他の情報などを吟味して、決定に至るようにしなければならない。さらに、異文化圏の子供たちの精神的インペアメントを評価する際の、最もよい指標となるのは、適応機能のレベルと、その子が、日常生活での人との関わりにおいてどんな風に振る舞うかということである。

**神経心理学的テスト (Neuropsychological testing)** は、脳への機能のインペアメントを調べるために、信頼性と有効性のある標準テストを実施することを意味する。このテストを使うことによって、以下の機能についての評価ができるように作られている。即ち：注意力／集中力、問題解決、言語、記憶、運動、視覚－運動および、視覚感覚、左右どちらかの手の方が利き手であるか、一般的知能である。

## E. 入院入所の効果

大人の場合と同様、精神障害のある子供たちも、治療の一環として、家庭以外の様々な場所に配置されていることが多い。それらの場所としては、精神病院、発達障害者のための施設、入寮制の治療センター、学校、地域にあるグループホーム、そして、ワークショップ施設などがある。そういう場所では、ストレスを感じるものが少なくないので、症状学的、表面的には、子供の適応機能が実際よりも、よく見えることがある。それ故、そういう保護的な場所の外での、子供の適応能力を考慮して、インペアメントの重症度を評価すべきである。そのためには、保護的な場所の外で子供が自立的に、適切に、効率的に、持続的にどの程度まで機能できるかを決定する。

一方、子供を、保護的な場所に配置するのには、様々な原因があつて、インペアメ

ントの重症度や、機能的能力に直接結びつくとは限らない。保護的な場所に子供を入れること自体は、障害の発見と等しくはない。インペアメントの重症度は、該当する項目の要件を充たすかどうかによって決定されなければならない。

## F. 投薬の効果

子供の症状、徴候、機能的能力に及ぼす投薬の効果に注意しなければならない。精神活性剤の投与が、精神障害の最初の現れ、例えば、幻覚、注意力散漫、落ち着きのなさ、精神過剰などをコントロールしているので、精神障害による機能の制限に影響を与えていることもあるかもしれない。投薬によって目に見える症状が弱められているときには、それでも続いている機能的制限に、特に注意を払わなければならない。インペアメントの重症度は、これらの機能的制限によって評価されるからである。

ある種の精神病の治療に使われる向精神薬は、だるさ、情動の鈍さ、他の身体系を巻き込む副作用を引き起こすことがある。それらの副作用は、インペアメントの重症度を評価する際、考慮に入れなければならない。

### 112.01 インペアメントのカテゴリー：精神障害

#### 112.02 器質的精神障害

脳の機能不全に起因する感覚、認知、情動、行動などの異常。心理学テスト、神経心理学テストを含む検査、診察、病歴が、器質的要因の存在を証明あるいは、支持している。その器官的要因が、異常な精神状態に疫学的に関係していると判断され、認知能力の欠陥、喪失、情動の変化、以前に獲得された機能的能力の喪失に関与していると判断される場合。

以下のAおよびB両方の要件が充たされたとき、障害の重症度のレベルが要求に適合したことになる。

- A. 以下のうち少なくとも1つのことが続いていることが医学的に証明されていること。
1. 発達の停止、遅滞、退行。
  2. 時間や空間の感覚がおかしいこと。
  3. 記憶障害：短期記憶（新しい情報が覚えられない）中期記憶、長期記憶（過去には、知っていた情報を思い出せない）のいずれか。
  4. 感覚や、思考の阻害（例えば、幻覚、妄想、錯覚、偏執的思考）。
  5. 人格の阻害（例えば、無感情、敵意）。
  6. 気分の障害（例えば、躁病、鬱病）。
  7. 感情の不安定性（例えば、突然泣き出すこと）。
  8. 衝動をコントロールすることができない（例えば、逸脱した社会的行動、突然爆発するように機嫌が悪くなる）。

9. 臨床的に、適時的に、実施された標準心理テストによって測定された、認知機能のインペアメント。
  10. 集中力、注意力、判断力などの障害。
- B. インペアメントの重症度を評価するためには、以下から、該当する年齢群を選ぶこと。
1. 年長の乳児、および幼児（1才から3才になるまで） 以下のうち、少なくとも1つが結果としてみられる。
    - a. 運動性の発達が、暦上の実年齢の半分の年齢の子供たちの一般的レベルにも達しないことが以下によって証明されている。
      - (1)適切な標準テスト。
      - (2)その他の医学的所見（112.00C参照）
    - b. 認知／コミュニケーション機能が、歴上の実年齢の半分の年齢の子供たちが、一般的に獲得しているレベルにも達していないことが、以下によって証明されている。
      - (1)適切な標準テスト
      - (2)その他の医学的所見；例えば、単純な言葉を使ったり、身振りを使ったりして、基本的な欲求や考えなどを伝えることができない、などの認知・コミュニケーション機能の異常。
    - c. 社会的機能が、歴上の実年齢の半分の年齢の子供たちが、一般的に獲得しているレベルに達していないことが、以下によって証明されている。
      - (1)適切な標準テスト
      - (2)社会的機能の異常を示す、その他の医学的所見。例えば、その年齢にふさわしい自立性が獲得されていないことが、過剰なしがみつきや、極端な分離不安などによってわかる。
    - d. 上記、a, b, cでカバーされている領域のうち、2つ以上の領域で、歴上の実年齢の2/3の年齢の子供たちが、一般的に獲得している機能的発達に、達していないことが、標準テストあるいは、その他の医学的所見によって証明されている。
  2. 3才から、18才までの子供たちで、以下のうち少なくとも2つが結果として認められる。
    - a. 年齢にふさわしい認知・コミュニケーション機能に著しい障害があり、そのことが医学的所見（病歴および、子供のことをよく知っている両親や、その他の人々からの情報に対する考慮を含む）、および、標準的心理テストの結果によって（6才以下の子供の場合は、適切な言語、およびコミュニケーションのテストによって）証明されている。
    - b. 年齢にふさわしい社会的機能に著しい障害があり、そのことが、病歴、医学的所見（子供のことをよく知っている両親や、その他の人々からの情報に対する考慮も含む）および、適切な標準テストの結果によって、証明されている。

- c. 年齢にふさわしい個人的機能に、著しい障害があり、そのことが病歴、医学的所見（子供のことをよく知っている両親その他の一尾つからの情報に対する考慮を含む）および、必要であれば、適切な標準テストによって証明されている。
- d. 集中力、持続力、速度が欠如しているため、適時的に作業を完了できないことがしばしばある。

### 112.03 分裂病、妄想性（偏執性）、分裂情動性、およびその他の精神障害

思考、感情、行動に著しい阻害があり、以前の機能レベルからの退行、社会的機能が、期待されるレベルに達しないなど、精神病的な特徴が見られる。AとBの要件の両方を満たすとき、障害の重症度のレベルが要求に適合したことになる。

- A. 以下のうち、1つ以上の事柄が、6ヶ月以上、間欠的あるいは、継続的に、続いていることが、医学的に証明されている。
  - 1. 妄想あるいは、幻覚。
  - 2. 緊張病性の異常な行動。
  - 3. つじつまの合わない、脈絡のない、論理的でない思考、あるいは、内容の乏しい話。
  - 4. 平坦な、鈍い、あるいは、不適切な情動。
  - 5. 感情的な引きこもり、無感情、あるいは、孤立。
- B. 年長の乳児と幼児の場合は、112.02のパラグラフB1の年齢グループに当てはまる、基準のうち、少なくとも1つが結果として認められること。3才から、18才までの子供の場合は、112.02のパラグラフB2の年齢群に当てはまる基準のうち、少なくとも、2つが結果として認められること。

### 112.04 気分の障害

躁あるいは、鬱症状を、全体的または、部分的に伴う気分の障害（気分とは、精神的な生活全体を彩る長期にわたる感情で、一般的には、抑鬱か興奮のどちらかを巻き込む）

AとBの要件の両方を満たすとき、障害の重症度のレベルが、要求に適合したことになる。

- A. 以上のうち1つが継続的、間欠的に続いていることが、医学的に証明されている。
  - 1. 以下のうち少なくとも5つの特徴を持つ、鬱症候群。抑鬱的な気分か、イライラした気分が見られ、興味や喜びが著しく減少する。
    - a. 憂鬱な、あるいは、イライラした気分。
    - b. ほとんど全ての活動に対する興味と、喜びを失う。
    - c. 食欲と体重の増進あるいは減少。あるいは、体重が期待されているほど増えない。
    - d. 睡眠障害。