

それまで未診断であった症例に医療に関わることによって、障害受容や適切な支援に結びつく症例もある。しかし、本人の動機付けが低く家族機能が脆弱な場合など、医療的な関わりだけでは、支援の継続や状態の改善が困難な症例もあるため、司法側との役割分担を明確にするとともに、他の関連領域との連携が必要になる場合もある。

一方司法側から、さまざまな犯罪被害者についての精神医学的評価を求められることもある。この場合は、治療的立場とは別の、司法の場に耐えうる専門家としての意見が求められる。

#### 6) 有機的な他機関連携のために

複数の機関が機能的に連携するためには、「子どもの利益」という共通目標のために、各機関が情報を共有し役割を分担することが重要である。この際、「顔の見える」関係作りが望ましいといわれている。時には、医療機関から呼びかけて関連機関会議を持つことも必要である。多忙な診療活動の中で会議の時間を捻出することは、一見非採算に思えるかもしれないが、地域で活動する他の職種と信頼関係を地道に構築しておくことは、将来の診療活動の効率化につながることもある。また、医療機関の適切な評価が支援の具体的方針決定に役立つことも多い。

(亀岡智美)

## Ⅶ. 子どもの問題に関係する社会資源

### 1. 医療

他機関に比べて専門性の高い部分を含む「医療」の関わりは、親や教育機関を始めとする本来の対処システムを無力化する危険を内包する。常に治療構造における自らの位置づけを考え、医療的関わりでの副作用を省みつつ関わる必要がある。医療の役割を例示する。

①精神発達の遅れ：原因となる、しかも治療で経過の左右される身体医学的状态の検索が最優先となる。甲状腺機能障害、各種の代謝異常（鉄欠乏や鉛中毒なども含めて）など早期診断を要する小児科疾患は数多く存在する。また、始語の遅れに対して難聴の除外は必須である。更に、特に一旦獲得された言語の消失など、退行を含む問題の場合には、上記の疾患や、症状が目立たないてんかんなどの除外が緊急に必要である。それらの後に、愛着障害を始めとした精神科的疾患や特発性の発達障害について検討し、環境調整や療育や教育場面での工夫の方向付けのオリエンテーションを行なう。つまり、身体疾患 ⇒ 内因性疾患 ⇒ 心理的要因という診断学の順序を守る必要がある。したがって、発達の遅れに際して保健機関が当初から児童精神科への受診を勧めようとするのは危険な傾向である。

②虐待：医療は各種の虐待を早期発見し易い場面の一つであるので、常に念頭に置いて診療に当たり、疑いのあるケースは児童相談所などの担当機関に通報する。担当機関主導で安全が確保されている状況下で、身体もしくは精神的に治療が必要な場合に医療が関わる。

③行動の乱れ：身体症状を伴う場合や、通常の枠組みでの対応（指導や環境調整）への反応が奇異（了解不可能、情緒的反応の過剰など）な場合は、情動や行動を左右する身体疾

患の除外を要する。本章の他項のような社会資源の関与下に精神医学的側面を検討する。  
④ 主訴が精神症状の場合：小児科を経由する例も多く、精神科は相談に乗ったり紹介を受けたりする役割を担う。病院内ではリエゾンやコンサルテーションも重要である。

(小石誠二)

## 2. 福祉

児童精神の臨床では、子どもの養育について、さまざまな機関と連携をしなければならない場面が多い。

子どもや家族への援助は、医療だけでなく、福祉、教育の分野も重要である。

発達にアンバランスのある子どもへの療育的対応、その家族への援助は、積極的に早期に行われるように医師は地域の支援体制をよく知っていて、なお、それに援助する必要がある。

また、家族が子どもの養育についての十分な機能が果たせないときは、児童相談所をはじめ多くの援助を求めなければならない。

特別な子どもの状況や家族の状態であると考えられないときも、以前は機能していた地域社会からの援助は多くは期待できない。家族は独自に機能することができないときに、早期の社会的援助が必要である。家族や地域の形態は明らかに以前とは大きく変化している。増加している両親の離婚や別居、母親の就労などの家族の形態の変化と地域社会からの家族の孤立化が同時におこっている。

そして、おとなの男女の役割が変化し、結婚すること、子どもを持つことが、必ずしも選択されるライフ・スタイルではない。

家族の中に起こる身体的虐待については、社会的認識がたかまってきている。しかし、家族からの心理的虐待については、臨床では経験することが多いが、福祉的援助を求めることに家族も積極的でないことが多い。父親から母親へのドメスティック・バイオレンスにさらされていることは、子どもの心を傷つけるだけでなく、子どもの対人関係や社会性の発達を障害してしまう。孤立した家族の中での人間関係に強い者から弱い者への暴力が日常的であると、子どもには強烈な暴力による支配という人間関係しか学ぶことができない。家族への福祉的な援助が必要であるということを積極的に施設や施設の行政機関にはたらしめていく必要がある。

児童福祉施設の概要については、児童相談所、子育て支援センター、児童福祉施設の項で具体的に記述される。地域によって大きく差があるのが現状であるが、地域の状態を把握し有効に社会資源を活用するとともに、社会資源の必要性を社会や行政に理解を求めていくことも重要である。

(猪子香代)

## 3. 司法

### 1) 司法福祉とは

わが国の家庭裁判所は、司法的機能にとどまらず、福祉・臨床的機能を併せ持っている。

このため、家庭裁判所および関連する諸機関の実践は、司法福祉と呼ばれる。

## 2) 司法福祉の対象

司法福祉の直接の対象は、非行少年である。非行少年には、①犯罪少年（14歳以上20歳未満で犯罪行為をした少年）、②触法少年（14歳未満で刑罰法令に触れる行為をした少年）、③虞犯少年（20歳未満で将来、罪を犯し、または刑罰法令に触れる行為をする虞がある少年）が含まれる。

## 3) 司法福祉の場

非行少年はすべて、警察から（あるいは検察庁を経て）家庭裁判所へ送られる。これを全件送致主義という。その他に、児童相談所所長や一般人から、家庭裁判所へ通告されることもある。

家庭裁判所では調査官が調査を行い、一部は少年鑑別所で鑑別が行われる。その結果、審判不開始・不処分・児童相談所送致・保護処分（保護観察・児童自立支援施設送致・医療少年院を含む少年院送致）・検察官送致のいずれかが、決定される。保護観察の対象者には、上記の保護観察処分少年のほかに、少年院仮退院者、検察官送致から刑事処分を経て仮出獄した者、あるいは保護観察付執行猶予者が含まれる。

## 4) 児童精神科医の関与

上記3のすべてにおいて、児童精神科医の意見や関与が求められる。とくに、少年鑑別所における鑑別に際しての医学的意見、家庭裁判所から囑託される精神鑑定、保護観察期間中に保護監察官から求められる連携といった依頼には、積極的に応じる必要がある。

（高岡 健）

# 4. 児童相談所

## 1) 概要

児童相談所は児童福祉法第12条の規定により設置されている児童福祉機関であり、すべての都道府県と政令指定都市、一部の中核市が開設している。児童相談所は18歳未満の子どもの福祉を増進するために子どもに関する相談に応じ、必要な援助を行っているが、法改正に伴い平成17年度からは児童家庭相談を市町村が担うようになり、児童相談所は専門的な知識及び技術を必要とする事例への対応や市町村の後方支援が主たる役割になった。

## 2) 組織と職員

児童相談所の組織は、総務部門、相談・判定・措置部門、一時保護部門の三部門を持つことが標準的で、所長の他に児童福祉司、児童心理司、精神科医、児童指導員・保育士などの専門職によって構成されている。精神科医は児童相談所に必須の職員として位置づけられているが、常勤医は全体の約一割でほとんどは囑託であるのが現状。

## 3) 業務内容

受け付けた相談は内容によって養護相談、保健相談、障害相談、非行相談、育成相談、その他に分類される。養護相談は保護者が養育できない子どもや虐待を受けた子どもに関する相談で、特に児童虐待に関する相談は近年急増し、児童相談所のもっとも中心的な業務になってきている。相談件数としては障害相談が最多で、心身障害児の判定や援助に関

する業務を行っている。また、育成相談には不登校やさまざまな情緒・行動上の問題が含まれ、子どもの精神保健に関する内容が多い。これらの相談事例に対して、多職種チームにより調査、診断、判定、援助が行われる。児童虐待などで子どもを保護する必要がある場合には一時保護所に子どもを保護することも行っている。

#### 4) 精神科医療との関連

児童相談所が関与する子どもたちだけでなく、特に児童虐待事例においては保護者にもさまざまな精神保健上の問題が認められることが多く、精神科医療との関連が深い領域であり、児童精神医学の重要な臨床フィールドでもある。

(小野善郎)

## 5. 子育て支援センター

子育て支援センターは、主として乳幼児とその親に対して子育てを支援する活動を行う施設である。市町村が運営または委託して運営を行っている。保育園に併設されている所もある。スタッフは保育士が中心であるが、看護師・保健師や栄養士、心理発達相談員などが配置されている所もある。

内容は施設・地域によりさまざまであるが、概ね下記の事業が行われている。

- ① 育てに関する講演会
- ② 育て相談（来所、電話、訪問）
- ③ 子育てをしている親子の集まる場の提供（子育て広場など）
- ④ 子育てサークルの運営の援助
- ⑤ 子育てに関する情報提供
- ⑥ 託児や保育のボランティア養成のための講座

乳幼児の養育者は、外出もおっくうになりがちで、外との交流が限られ、孤立しがちな状態で一日の大半を子どもと向かい合っている。育児は思っている通りには進まないことも多く、孤立した状態で養育に不安を抱えると切迫した心情になりがちである。

子育て支援センターの事業では、子育てについての情報の提供や講演会、子育て相談により、育児についての正しい情報を提供し、不安の軽減を図る。また、子育てをしている親子の集まる場の提供や子育てサークルの支援を通じて、子育てをしている似た状況の仲間との交流ができ、孤立を防ぐことができる。

児童虐待のリスクファクターとして、養育者の養育能力の問題、サポートの不足、養育の難しい児が挙げられるが、養育の指導・サポートと孤立を防ぐことが、虐待予防にもなることは間違いない。

(野邑健二)

## 6. 児童福祉施設

児童福祉施設とは、児童福祉法〔第7条〕に定められた

- (1)助産施設
- (2)乳児院

- (3)母子生活支援施設
- (4)保育所
- (5)児童厚生施設
- (6)児童養護施設
- (7)知的障害児施設
- (8)知的障害児通園施設
- (9)盲ろうあ児施設
- (10)肢体不自由児施設
- (11)重度心身障害児施設
- (12)情緒障害児短期治療施設
- (13)児童自立支援施設
- (14)児童家庭支援センター

の計 14 種類の施設である。

そのうち(2)、(6)、(7)、(8)、(9)、(10)、(11)、(12)、(13)の施設への入所には、措置の手続きが必要となるため、児童相談所との連携が大切である。

施設名は地域に周知であっても、施設概要が誤解されている場合が意外に多く、一般精神科医も地域の児童福祉施設の所在とその特質を改めて確認しておく必要がある。

上記(2)、(6)の対象は、保護者の死亡、失踪、離婚、病気、虐待などのため養育・養護を必要とする児童〔18 歳未満〕である。(7)、(8)、(9)、(10)、(11)では、それぞれの障害のある児童を保護し、日常生活に必要な指導・援助を行うことを目的としている。これらの施設は、一般精神科医にとっては保護者の診療に携わりつつ、その子どものための環境整備として入所の検討を要する場合が多いかと思われるが、逆に、施設入所中の児童が精神科診療を必要とするケースも少なからず存在する。

上記(12)は軽度の情緒障害を有する児童を、(13)は不良行為をなし、又はなすおそれのある児童及び家庭環境その他の環境上の理由により生活指導等を要する児童を、それぞれ入所、又は保護者の下から通わせて、個々の児童の状況に応じて治療や必要な指導を行い、その自立を支援することを目的としている。(12)、(13)ともに、退所した者について相談その他の援助もあわせて行うことが定められている。〔児童福祉法第 43 条の 5、第 44 条〕しかし、これらの施設は地域に偏在しているのが現状なので、地域に根ざした一般精神科医と児童福祉施設との連携が必要となってくるケースも案外多いのではないかと思われる。

(水野智之)

## 7. 障害者手帳

「精神障害者保健福祉手帳」制度は、1995 年 10 月に制定された (cf.精神保健福祉法第 45 条)。

### 1) 対象

精神疾患を有する者のうち、精神障害のために長期にわたり日常生活または社会生活の制約がある者が対象である。

統合失調症、躁うつ病、てんかん、器質性精神病、神経症およびその他の精神疾患の全てが対象となるが、知的障害は含まれない (cf.愛護手帳：知的機能の障害が発達期 (おお

むね 18 歳未満) にあられ、日常生活に支障が生じているため、何らかの援助を必要とする状態にある者に交付される)。

申請に際して年齢制限、所得制限はない。

初診から 6 ヶ月を経た時点で交付の手続きを取ることが出来る。

## 2) 福祉サービスの内容

手帳の等級は、障害の程度により 1 級から 3 級の区分がある。大枠は全国都道府県で同じだが、地方自治体により福祉サービスの内容は異なる。全国共通の福祉サービスとしては、①税制上の優遇措置、②通院医療費公費負担制度の手続きの簡素化、③生活保護の障害者加算の手続きの簡素化、④定料三種郵便物（政府に認められた障害者の会誌や新聞等の定期刊行物）の承認、⑤NTT 電話番号無料案内等がある。地方自治体が独自に提供する福祉サービスとしては、公共施設の割引利用等がある。

身体障害者手帳で受けられる JR 運賃の半額免除、高速道路料金の 50%割引、国内航空運賃割引、水道料金や NHK 受信料の減免等は受けられない。

## 3) 手続き方法

役所等で申請書、診断書を受け取り、医師に診断書への記入を求めた上で申請書とともに役所へ提出する。都道府県で判定を行うために、発行までに 2 ヶ月程度かかる。

## 4) 有効期間

2 年間であり、有効期間が切れる 3 ヶ月前から申請が可能である。

(村瀬聡美)

# 8. 療育手帳

療育手帳制度は、各都道府県知事・各指定都市市長宛の厚生事務次官通知「療育手帳制度について」「療育手帳制度の実施について」(昭和 48 年 9 月 27 日) にもとづき、各自治体が定める実施要綱によって実施されている。そのため、身体障害者福祉法で定められている身体障害者手帳とは、その根拠や運用の面でかなり異なっている。

事務次官通知では、手帳制度の目的は「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やすくする」こととされている。また、交付の申請は、福祉事務所の長に対して行うものとされ、原則として 2 年ごとの判定をするものとされている。また、手帳が交付されている場合は特別児童扶養手当の受給資格のための診断書の提出が省略できることや、公営住宅の優先入居、NHK 受信料の免除(所得制限あり)、鉄道旅客運賃などの割引などを措置するよう記されている。

障害の程度については「実施について」の中で、重度を A、それ以外を B とするものの、他の区分を定めてもかまわないとされている。そのため、各自治体が定める区分には違いがあり、例えば北海道では重度を A、中軽度を B の 2 区分、大阪府では重度を A、中度を B1、軽度を B2 の 3 区分、東京都では最重度を A1、重度を A2、中度を B1、軽度を B2 の 4 区分、埼玉県では最重度を④、重度を A、中度を B、軽度を C の 4 区分、山梨県では A-1、A-2a、A-2b、A-3、B-1、B-2 の 6 区分、といった具合である。さらには例外的だが、横浜市のように、IQ が 76 から 91 の本来なら手帳非該当の範囲にある高機能自閉症児に対して軽度(B2)と認定できるとしている自治体もある。また、手帳の名称についても、東

京都では「愛の手帳」埼玉県では「みどりの手帳」といったように療育手帳とは別の名称を用いている自治体もある。

判定は、身体障害者手帳では知事による指定医師が申請診断書を作成するのに対して、療育手帳では自治体による運用の差が大きいためか、所定の書式の診断書用紙が主治医に渡されることはまずない。そのため、判定に際して現場の医師が関与する機会は事実上ない。

(橋本大彦)

## 9. 特別児童手当

児童に関する公的な手当には、小学生以下の児童のいる家庭を対象とした「児童手当」や、母子家庭や保護者に障害がある家庭を対象とした「児童扶養手当」などがある。これらとは別に支給される、障害児のいる家庭を対象とした手当に「特別児童扶養手当」がある。(ほかに障害が重度の場合にのみ支給される障害児福祉手当がある。)これは「20歳未満の精神又は身体に障害を有する児童について支給し福祉の増進をはかるもの」として児童福祉法(特別児童扶養手当等の支給に関する法律：昭和39年)に規定されている。

ここでいう精神の障害とは、定義的には児童期統合失調症なども指し示すはずであるが(認定診断書上の状態項目には、妄想や幻覚が選択肢としてある)、一般的には中等度以上の知的障害児を主に念頭において市町村の窓口や広報などでは紹介されており、療育手帳の申請を機に手当での認定請求をする場合が多い。

障害の程度によって1級(知的障害の場合、概ねIQ35以下、療育手帳A判定程度が目安となる)、2級(同50以下B判定程度)と等級が異なり、支給額もそれぞれ月額49900円、33230円と規定されているが、消費者物価指数などにより若干変更がある。また、本人や保護者の所得が一定以上である、国外にいる、ほかの年金を受給している、養護施設などに入所しているなどの場合には支給対象から除外される。

認定請求時に必要となる「児童扶養手当認定診断書」(障害内容により手帳提示で省略することもある)は一定の書式があり、障害により様式が異なる。知的障害では「知的障害・精神疾患用」の用紙を使用するが、知能指数の記入欄があり、療育手帳の判定を行った児童相談センターの囑託医に作成してもらうと便利である。障害のために医療機関にかかっている場合では、主治医である精神科医が作成を依頼されることが多い。

(若子理恵)

## B. 各 論



# I. 発達障害

## 1. F7 精神遅滞

### 1) 概要

かつては精神薄弱といわれていた知的発達の遅れを主症状とする発達障害である。医学の分野では合併症などを含めた学術的見地から「精神遅滞」という用語を用い、教育や法律の領域では知的機能障害による社会的不利益に焦点をあて「知的障害」と呼んでいる。

### 2) 疫学

発生率はおよそ2%といわれている。療育手帳や知的障害施設の利用などから、確認されている知的障害児・者は約46万人、全人口の0.33%である。そのうち、軽度知的障害が全体の85%を占めている。軽度知的障害が存在しても教育などにより適応機能が向上し生活上支障がなければ精神遅滞と診断しない。

### 3) 成因

発生時期別に原因をみると、①出生前要因（21トリソミーなど染色体異常、結節性硬化症や神経線維腫などの症候群、フェニルケトン尿症などの代謝異常、神経管閉鎖不全や孔脳症など脳形成異常、胎児アルコール症候群など胎内環境の異常）②周生期要因（未熟児出生などの子宮内異常、頭蓋内出血や髄膜炎などの新生児期の異常）③出生後要因（頭部外傷、感染、痙攣性疾患、中毒、栄養障害、環境など）に大別される。しかし実際には、成因を検索しても、発生時期や原因が不明のものが多い。

### 4) 基本症状

精神遅滞の定義は、AAMR（アメリカ精神遅滞協会）では、①18歳以前の発症、②平均よりも有意に低い知的機能（個別検査による知能検査の値が、IQ70以下）③文化的、年齢的に期待される適応機能に欠陥または不全が存在する。の三つの条件を満たす場合である。ICD-10、DSM-IVの定義も同様で、精神遅滞は第2軸にコードする。

適応機能の障害について、AAMRでは、意思伝達、身辺処理、家庭内の生活、社会生活技能、地域資源の利用、自己決定、健康と安全、実用的学業、余暇、仕事・勤労の10領域のうち、2つ以上の領域で支援が必要な状態としている。

重症度について、軽度（IQ50～70）、中度（IQ35～49）、重度（IQ20～34）、最重度（IQ20未満）と分類する。重症度分類は、成人になった時のおよその状態像のゴールを示す手がかりであり、発達期に将来の見通しをもつことに役立つ。

軽度では、9～12才水準、身辺の自己管理や複雑な考えの言語伝達が可能、単純技能職に従事し、おつりを支払える。中度では、6～9才水準、身辺は自立、簡単な会話を理解し楽しみ、簡単な家庭内雑用や簡単な買い物もできる。重度では、3～6才水準、食事は自立しても入浴に監視が必要、簡単な言葉を理解し、家庭内の簡単な手伝いができる。最重度では、3歳以下の水準、食事にも支援が必要、言語の理解は限定的。といった状態である。

### 5) 合併症・併存症

精神遅滞の一般的な併存症は、その脳機能障害と何らかの関係がある運動障害、慢性脳疾患、情緒行動障害である。しかし何か特別な基礎疾患があるなど、成因によっては合併

症や併存疾患は異なる。その疾患特有の合併症に対して、ライフサイクルに沿った予防的な健康管理が可能で QOL 向上に役立てうる。

① 運動障害：不器用から各種の姿勢異常や脳性麻痺まで広がりがある。重度知的障害と

重度運動障害が重複した状態を重症心身障害と呼び、わが国独自の支援システムがある。

② 慢性脳疾患（てんかん）：知的障害の程度が重度化するほど、てんかんの合併率が高くなる。中・軽度で 20～30%、重度では 30～40%、最重度では 60%前後と報告が多い。

③ 情緒・行動障害

ADHD や自閉症関連障害である広汎性発達障害（PDD）がよく合併している。これらの行動症候群が合併すると行動障害に発展しやすい。

## 6) 診断

生育歴・発達歴の整理、現在の適応機能の評価、知能検査の実施により、定義に該当すれば診断する。そのうえで各種の合併症について検索し、治療ニーズを評価する。

## 7) 経過

基本症状である知的障害そのものは変化しない。しかし、発達期からの教育や経験の蓄積により適応機能は向上する。適応機能は環境に左右されやすく、獲得した能力も使わなければ早くに機能的退行を示す。一般的に老化はやや早いとされているが、ダウン症候群など一部の精神遅滞では顕著な早期退行を示す。

## 8) 対応

早期から一貫した発達教育を行うことで、適応機能の改善が期待される。早期療育、特別支援教育、就労前教育などにより、能力の開発を行う。中・軽度の障害では社会参加や就労など自立的生活を、また重度の障害では能力内自立をめざす。

行動障害に対しては、その要因分析を行い、適応的行動を強化学習する。また衝動性や興奮、強迫性、睡眠障害、気分変動などには精神科薬物療法を併用する。

## 9) 専門機関への紹介

発達期には、PT、OT、ST、心理職などがいて、発達のリハビリテーションを行っている療育センターに紹介する。てんかんは小児神経科医に、また学童期後半から思春期に多い情緒・行動障害は児童精神科医に紹介する。一般的発達相談や児童福祉相談は児童相談所に、18歳以降の福祉相談は更生相談所に、就労支援を求める場合は障害者職業センターに紹介する。

(中島洋子)

## 2. F 80～82 学習障害

### 1) 概要

1999年に文部省（現、文部科学省）によって学習障害は以下のように定義されている。「学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因

が直接の原因となるものではない」。1981年の学習障害に関する全米合同委員会の同様の定義もしばしば用いられる。これらの学習障害の定義では、DSM-IVとは異なり、知的障害は含まないこと、環境要因による学業不振は含まないことに留意する必要がある。DSM-IVでは、読字障害、算数障害、書字表出障害、特定不能の学習障害に分類される。

## 2) 疫学

### (1) 有病率

米国における読字障害の有病率は2~10%、しかし、日本では、表音文字と表意文字を併用することから、欧米よりも読字障害の頻度は低い。算数障害は1~6%、書字表出障害は2~8%とされる。

### (2) 性差

読字障害の80%は男児との報告があるが、近年の報告ではもっと性差は小さいと言われている。算数障害は女児、書字表出障害は男児に多い。

### (3) 好発年齢

学習障害の症状は、学習機会の増える学童期に明らかになりやすい。

## 3) 成因

学習障害の遺伝的要因として、第6、7、15染色体とのほか、他にも多くの遺伝子が関与していると考えられている。一方、環境因子も重要であり、低出生体重、周産期異常などの要因に基づく脳機能障害のために、視覚、聴覚からの情報の受容、統合、表出に障害があると考えられる。

## 4) 基本症状

聞く、話す、読む、書く、計算する、または、推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す。

## 5) 合併症・併存症

学習障害のために、自己肯定感の低下、不安・抑うつを増強などの二次障害を来しやすい。米国では、注意欠陥/多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害を含めた破壊的行動障害との併存は10~25%、物質使用障害との併存は24%とされる。

## 6) 診断 (DSM-IV)

### 【読字障害】

A. 読みの正確さと理解力についての個別施行による標準化検査で測定された読みの到達度が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。

B. 規準Aの障害が読字能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。

C. 感覚器の欠陥が存在する場合、読みの困難は通常それに伴うものより過剰である。

### 【算数障害】

A. 個別施行による標準化検査で測定された算数の能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。

B. 規準Aの障害が算数能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。

C. 感覚器の欠陥が存在する場合、算数能力の困難は通常それに伴うものより過剰である。

### 【書字表出障害】

A. 個別施行による標準化検査（あるいは書字能力の機能的評価）で測定された書字能力

が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。

B. 規準Aの障害が文章を書くことを必要とする学業成績や日常の活動（例：文法的に正しい文や構成された短い記事を書くこと）を著明に妨害している。

C. 感覚器の欠陥が存在する場合、書字能力の困難は通常それに伴うものより過剰である。

#### 【特定不能の学習障害】

このカテゴリーは、どの特定の学習障害の基準も満たさない学習障害のためのものである。このカテゴリーは、3つの領域（読字、算数、書字表出）のすべてにおける問題を含む場合があり、個々の技能を測定する検査での成績は、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低いわけでないが、一緒になって、学業成績を著明に妨害している。

#### 7) 対応

- (1) 聞く：話し始める前に注意を促す、はじめに主題を明確にして、短く端的な言葉で逐語的に説明する、視覚処理の優位な子どもでは、視覚的な手がかりも併用する
- (2) 話す：子どもが話し終わるのをゆっくりと待つ、子どもの関心のある話題を選ぶ
- (3) 読み：文字を終えない子どもでは理解しやすい文章で用いたり、物体や図形の追視を用いて文字を追う練習をする、行を飛ばす場合には定規や紙をあてる
- (4) 書き：ひらがなを指や鉛筆でなぞりながら学習させる、漢字をいくつかに分割したり、語呂合わせを利用して学習させる、ワープロやパソコンを利用する
- (5) 算数：具体的な物体を手にとって数や演算の概念を教える

#### 8) 専門機関への紹介

ウェクスラー知能検査、イリノイ言語学習能力検査 (ITPA)、K-ABC のプロフィールで、特定の領域の成績に落ち込みのある場合に学習障害を疑うが、これらでの正確な診断は困難なことが多い。むしろ、教育場面で児童の遭遇している困難さを詳細に聴取したり、診察室のなかで簡単な課題をさせることの方が有益である。診断には、各々の能力を評価する個別施行の検査バッテリーを用いることが必要になるが、日本では標準化検査そのものが極めて限られている上に、非専門医療機関には検査バッテリーそのものがないのが実状である。学習障害を疑った場合には、専門の機関に紹介し、診断と評価、教育との連携も含めた支援を依頼する。

(岡田 俊)

### 3. F84 広汎性発達障害

#### 1) 概要

広汎性発達障害は現行の国際的診断基準である DSM-IV-TR(2000)、ICD-10 (1993)において用いられている概念であり、相互的な社会関係とコミュニケーションのパターンにおける質的障害、および限局した常同的で反復的な興味と活動の幅によって特徴づけられる一群の障害と定義される。自閉症やアスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害・非定型自閉症、小児期崩壊性障害、レット症候群などが広汎性発達障害のサブカテゴリーとして位置づけられる。国際的診断基準ではコミュニケーション障害が明白ではなく3歳ま

での認知発達などの臨床的に明らかな遅れがない場合にアスペルガー症候群と診断する。2歳までの正常発達後に、有意味語の消失や対人関心の喪失がみられるタイプを小児期崩壊性障害という。一般に知的障害を合併しない場合を高機能自閉症と呼ぶことがある。

## 2) 疫学

(1) 有病率 100人に1人程度

(2) 性差 男：女＝3：1

(3) 好発年齢 ほとんどが生来性、3歳以前に行動特徴が明らかになる

(4) 遺伝・家族性 多因子性遺伝が想定される。家族集積性が比較的高い。

## 3) 成因

親の育て方ではなく、脳機能障害が原因である。遺伝要因が関与することは明らかであるが、周産期要因や環境要因の関与についても議論されている。

## 4) 基本症状

社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イメージーションの3領域の障害が基本症状である。社会的交流に関しては対人接触を避ける孤立タイプに限らず、受け身的には交流が可能だが自発性は乏しいが受け身タイプや積極的に対人接触をするが交流のあり方が一方的で奇妙な積極奇異タイプが存在する。

社会的コミュニケーションの異常は言語発達の遅れ、オウム返しや独語、年齢に不釣り合いな大人びた会話、字義通りに解釈する傾向などがある。言語理解能力の乏しさや、指さしなどのジェスチャーの発達の遅れなどの非言語性コミュニケーションの異常も通常みられる。社会的イメージーションの異常としては幼児期に「ごっこ遊び」や「見立て遊び」が乏しいこと、変化への抵抗、同一性への固執、特定の関心事への没頭などがある。音刺激などに対する過敏さなどの感覚刺激に対する偏った反応もみられる。

## 5) 合併症・併存症

精神遅滞や脳波異常・てんかんの合併がしばしばみられる。多動性、不注意、情動不安定、睡眠障害、自傷・他害などの攻撃行動などの症状が併存することが少なくない。思春期以降は抑うつ状態、不安状態、強迫症状などが出現しやすい。

## 6) 診断

広汎性発達障害の中核である自閉性障害（自閉症）の診断基準（DSM-IV-TR, 2000）の要点は下記のとおり。

A. (1)対人相互反応における質的障害

A. (2)コミュニケーションにおける質的障害

A. (3)行動、興味、および活動の限定された反復的常同的な様式

B. 3歳以前に始まる、以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常：

(1)対人的相互反応、(2)対人的コミュニケーションに用いられる言語、または(3)象徴的または想像的遊び

C.レット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない

## 7) 経過

典型例は1歳半検診で疑うことが可能。3歳前後から特性が明らかになる。生涯にわたる発達障害である。

## 8) 対応

正確な診断と発達に関する評価から支援が始まる。個別の評価に基づく、注意深い支援が長期にわたって必要。広汎性発達障害そのものを治療する薬物はない。てんかんなどの合併症に対する薬物療法を必要に応じて行う。

#### 9) 専門機関への紹介

一般の精神科外来では障害特性の説明と、それを踏まえた接し方のアドバイスが中心になる。高機能例やアスペルガー症候群は「正常」と見なされたり統合失調症や強迫性障害などと誤診されたりする場合があるので注意が必要。幼児期には地域の療育センターなどに紹介する。学童期には教育機関、成人期には就労支援機関との連携が必要になる。各地に設置されつつある公的機関である発達障害者支援センターを紹介することも考慮する。

(内山登紀夫)

## 4. F90 多動性障害

### 1) 概要

ICD-10 で採用されている診断名。不注意、過活動、衝動性が年齢不相応の顕著なレベルでさまざまな生活状況において、広汎かつ持続的に認められる。発症は7歳以前である。

現在は注意欠陥多動性障害 (Attention-Deficit / Hyperactivity disorder : AD/HD) という DSM-IV-TR の診断名のほうが多用される。両者の診断基準に若干の違いがある。一般に DSM-IV-TR の基準のほうが穏やかで適合範囲が広く、ICD-10 は、DSM-IV-TR と比較してより重症例に適合する。

### 2) 疫学

DSM-IV-TR による AD/HD の疫学データでは、学齢期の子どもで3-7%、男女比は2-9 : 1で男性優位。青年期以降のデータはあまりないが、2-7%で男女比が1 : 1に限りなく近づく。症状の在り方とその判断により、有病率には多少の食い違いがあり、ICD-10 ではこの数値を下回る

### 3) 成因

特定困難。気質、中枢神経系の機能障害、特に実行機能の障害などの生物学的要因と環境要因による複合的モデルが検討されている。

### 4) 基本症状

①不注意、②過活動、③衝動性の3つの基本症状が、一過性に消えることなく、複数の場面で広汎に持続して認められる。

### 5) 合併症

(1) 行動障害群 : 大人への反抗的態度や反社会的行為として認められる、反抗挑戦性障害、行為障害など。

(2) 情緒障害群 : 3つの基本症状により、他者評価、自己評価が貶められ、抑うつ、不安症状を訴えることが少なくない。強迫性障害、不安障害、適応障害、気分障害などが合併しやすいといわれている。

(3) 神経性習癖群 : 夜尿や昼間遺尿症、遺糞症といった排泄障害の合併や、一過性のチック障害が認められることがある。薬物療法として使用されるメチルフェニデートの副作用

用か、合併症かの区分けが難しいが不眠やむずむず足症候群などの睡眠障害を認めることがある。

(4) 発達障害群：他の発達障害が重なりやすい。特に学習障害、運動能力障害、広汎性発達障害が議論されている。

## 6) 診断

ICD・10による診断基準を記す。

G 1. 不注意：次の症状のうち少なくとも6項が、6ヶ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

(1) 学校の勉強・仕事・その他の活動において、細かく注意を払えないことが多く、うっかりミスが多い。

(2) 作業や遊戯の活動に注意集中を維持できないことが多い。

(3) 自分に言われたことを聴いていないように見えることが多い。

(4) しばしば指示に従えない、あるいは学業・雑用・作業場での仕事を完遂することができない(反抗のつもり、または指示を理解できないためでなく)

(5) 課題や作業をとりまとめることが下手なことが多い。

(6) 宿題のように精神的な集中力を必要とする課題を避けたり、ひどく嫌う。

(7) 学校の宿題・鉛筆・本・玩具・道具など、勉強や活動に必要な特定のものをなくすことが多い。

(8) 外部からの刺激で容易に注意がそれてしまうことがある。

(9) 日常の活動で物忘れをしがちである。

G 2. 過活動：次の症状のうち少なくとも3項が、6ヶ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

(1) 座っていて手足をモゾモゾさせたり、身体をクネクネさせることがしばしばある。

(2) 教室内で、または着席しておくべき他の状況で席を離れる。

(3) おとなしくしているべき状況で、ひどく走り回ったりよじ登ったりする(青年期の者や成人ならば、落ち着かない気分がするだけだが)。

(4) 遊んでいて時に過度に騒々しかったり、レジャー活動に参加できないことが多い。

(5) 過剰な動きすぎのパターンが特徴的で、社会的な状況や要請によっても実質的に変わることはない。

G 3. 衝動性：次の症状のうち少なくとも1項が、6ヶ月以上持続し、その程度は不適応を起こすほどで、その子どもの発達段階と不釣り合いであること。

(1) 質問が終わらないうちに、出し抜けて答えてしまうことがよくある。

(2) 列に並んで待ったり、ゲームや集団の場で順番を待てないことがよくある。

(3) 他人を阻止したり邪魔したりすることがよくある(例：他人の会話やゲームに割り込む)。

(4) 社会的に遠慮すべきところで、不適切なほどに過剰に喋る。

G 4. 発症は7歳以前であること。

## 7) 経過

30%は青年期以降に症状が消失、40%はそのまま持続、30%が深刻な合併症などを併せ持つ。

## 8) 対応

(1) 一般精神科医の対応としては、常に7歳以前からの様子を詳しく聞く必要がある。成人においては、子ども時代の様子を客観的に語れる人や資料が必須。抑うつ状態や他の精神疾患との鑑別に留意する。

(2) 治療は、①生活改善の工夫(メモや他者からの指摘)、②周囲の人へのガイダンス(保護者、配偶者への心理教育)、③薬物療法(日本ではまだ正式に認可されている薬物はない。メチルフェニデートを使用する際は、6歳以上を原則に、保険適応外の薬物であることを十分に説明して使用する必要がある。投与は1日1朝食後あるいは2回で朝・昼食後、1回投与量は0.3~0.6mg/kgで30mgを上限にする。服用後40分前後で効果が認められ、4時間ほどで消失する。効果判定を明確に行い無効例であれば、速やかに中止する。よく認められる副作用としては、食欲不振、頭痛、腹痛、動悸、不安、不眠、チックなどで、軽度であれば薬物量の調整で消失できるが、重度の場合は処方を中断する。

## 9) 専門機関への紹介

小児の場合は、小児(児童)精神科医に紹介する。成人の場合も、時に小児(児童)精神科医と協議することが有用な場合がある。

(田中康雄)

## 5. 発達障害関連：てんかん

てんかんとは、大脳の神経細胞群の突然で過剰な興奮による反復性発作(てんかん発作)を主徴とする慢性脳疾患を指す。その原因はさまざまであるが、頻度は100-200人に1人と考えられ、その7-8割は小児期に発症する。

てんかんの診断と治療にあたり、まず詳細な発作症状の問診により「てんかん発作型」を特定する必要がある。てんかん発作型の国際分類では、脳全体から始まる「全般発作」と、脳の一部から始まる「部分発作」の二つに大別される。全般発作では、発作活動が左右の大脳半球から一斉に始まり、発作開始時より意識を失い、けいれんする場合には始めから左右対称性となる。全般発作には、“欠神発作”、“ミオクロニー発作”、“間代発作”、“強直発作”、“強直間代発作”、“脱力発作”、“スパズム”(乳児)という発作型がある。部分発作では、発作活動が左右どちらかの大脳半球内の限局した部位から始まり、発作の開始を自覚することができるが、発作の進展によっては意識障害に至る。発作中に意識の曇りがない場合を「単純部分発作」、意識の曇りがある場合を「複雑部分発作」、全身のけいれんに至る場合を「二次性全般化発作」と呼ぶ。単純部分発作は、運動発作、感覚発作、自律神経発作、精神発作の4つに大きく分類され、さらに細かい分類がなされるが、その特定は発作の始まる脳部位の推定に役立つ。

てんかん発作型を確定した後、年齢・画像所見・脳波所見等を考慮して、てんかん診断を行なう。てんかんおよびてんかん症候群の国際分類では、部分発作を持つ「部分てんかん」と全般発作を持つ「全般てんかん」に分け、両者はさらに推定病因の有無から「特発性」(基礎疾患が見当たらないもの)と「症候性」(何らかの中枢神経の病態が先行すると考えられるもの)の計4群(特発性部分てんかん、症候性部分てんかん、特発性全般てんかん、症候性全般てんかん)に分けられる。



てんかんを診断するために行われる検査のうち、脳波検査は最も重要で不可欠である。発作時の脳波記録において、部分発作では部分性（焦点性）の棘波や鋭波、全般発作では両側広汎性の棘・徐波が観察される。発作の起こっていない時（発作間欠期）の脳波にも、発作症状と符合する脳波所見を見い出せるかどうかが発断のポイントとなる。そのため、過呼吸、光刺激、睡眠賦活を行い、時間をかけて脳波を記録することが重要である。近年では、脳波とともに脳磁図の測定が行われることもある。脳内の発作活動により生じた頭蓋付近の微小な磁場変化を検出し、数学的に発作活動の部位を推定できることがある。てんかん発作およびてんかんの診断をもとに適切な治療薬を選択し、およその予後や経過を予測したうえで、必要とされるケアや支援を検討する。特発性てんかんでは、多くの場合、ある年齢から抗てんかん薬が減量・中止でき、障害が残らない。一方、症候性てんかんでは、発作が持続する場合は稀ではなく、運動麻痺や知的障害などを合併することもある。小児てんかんのうち、てんかん性脳症とされているウエスト症候群やレンノックス症候群、発作重延状態を繰り返す乳児重症ミオクロニーてんかんなどでは精神遅滞を合併しやすい。一方、成人難治てんかんでは、統合失調症様状態、気分障害、性格変化をはじめとする精神症状が現れる場合がある。

薬物療法の原則として、部分発作にはカルバマゼピン、フェニトイン、ゾニサミドなどを用いる。一方、全般発作のうち、欠神発作にはバルプロ酸、エトサクシミドなど、ミオクロニー発作にはバルプロ酸、クロナゼパムなど、全身性強直間代痙攣にはバルプロ酸、フェノバルビタールなど、スパズムにはビタミンB6、バルプロ酸、ACTHなどを用いる。薬物療法抵抗性（難治性）の部分てんかんの場合、外科治療が適応となることがあり、手術例の60-80%において発作が消失するといわれている。治療に際して、発作のコントロールとともに、社会的能力の維持への配慮が求められる。

(十一元三)

## II. 発達障害以外

### 1. F 1～F 5

#### 1) F 1：精神作用物質使用による精神行動障害

##### (1) 概要

この診断カテゴリーは、精神作用物質（アルコール、市販薬・処方薬、様々な規制薬物など）の使用様態の異常、および、それによって惹起された精神状態の異常を含むものである。

##### (2) 疫学

精神作用物質使用は反社会的行動と密接な関係にある。一般中学生・高校生における問題飲酒者は2.9%および13.7%であるのに対し、少年鑑別所入所者では約半数以上にのぼり、さらに、それらの問題飲酒者の多くに規制薬物の使用経験が認められる。また、一般の10代における規制薬物の生涯経験率は約0.5%程度であるのに対し、少年鑑別所入所者では約20%～40%に達する。なお、10代において最も多く見られる規制薬物である有機溶剤は、

近年、乱用者が減少傾向にあり、代わって大麻や MDMA の乱用者が増加傾向を見せている。

### (3) 成因

以下の要因が複合的に影響している。

#### i) 環境要因:

(a) 社会的要素: 薬物を入手しやすい環境、反社会的集団や下位文化との接触。

(b) 家庭的要素: 未成年の飲酒や夜遊びに寛容な家庭文化。

#### ii) 個体要因

(a) 自己破壊的傾向: 虐待などの不適切な養育や学校でのいじめ体験、あるいは、多動性障害に関連する不適応体験などによる、否定的な自己評価の影響。

(b) 自己治療: 原発性の気分変動、対人緊張・不安、睡眠障害、あるいは外傷後ストレス障害関連症状への対処。摂食障害にもとづく食行動や体重コントロール。

### (4) 基本症状

典型的な乱用者では、反社会的集団内での機会的使用からはじまり、やがて単独による習慣的使用へ発展する。多くは、「友達とのつきあいで使っているだけ。その気になれば止められる」と事態を否認し、居場所のない家庭を避けて仲間との絆に固執している。

青年期乱用者では、他の精神障害(重複障害)の併発が高率であり、特に精神障害の家族歴を有する者では、比較的短期間の物質使用でも残遺性・遅発性精神病性障害を呈することがある。また、自傷行為などの自己破壊的行動や多剤乱用を呈する者も少なくない。

行為障害は精神作用物質使用のリスク要因であるが、こうした物質使用が暴力犯罪や財産犯罪のリスクを高め、行為障害の予後を悪化させる。両者は相互に悪影響を及ぼしあう関係にあるといえよう。

### (5) 合併症・併存症

i) 行為障害

ii) 多動性障害

iii) 気分障害

iv) 神経症性障害

v) 摂食障害

vi) 外傷後ストレス障害

### (6) 診断

精神作用物質が心身の健康や生活機能に悪影響を及ぼしていれば、「有害な使用」と診断しうる。そのなかで、そうした弊害を顧みない物質使用継続、物質中心の生活パターンへの変化、あるいは耐性上昇や使用コントロールの喪失が認められる者については、「依存症候群」と診断する。

### (7) 経過

集団・機会的な乱用者は、反社会的集団からの離脱など、適切な環境調整がなされれば、その転帰は比較的良好である。一方、単独・習慣的使用に達した者では慢性化しやすく、ことに反社会的集団と関係が持続する場合、覚せい剤などのより依存性の強い物質の使用へと進展し、司法的処遇を受ける事態ともなる。なお、精神作用物質使用が持続するかぎり、重複する精神障害の予後も不良となる。

## (8) 対応

軽度の依存症候群の場合には生活指導・環境調整が有効であるが、中等度以上の場合には、専門医療機関やダルクなどの民間薬物依存更生施設における継続的な援助が必要である。重複障害を持つ乱用者には、同時に併発する精神障害に対する治療を行う必要がある。

本人の治療意欲がない場合には、司法的介入も選択肢の一つである。ただし、この介入が功を奏するためには、これに併行して、家族が、精神保健福祉センター主催の家族会やダルク家族会などに継続的に参加し、本人を治療につなげる努力が必要となる。

## (9) 専門医療機関への紹介

単独・習慣性使用を呈し、再使用を繰り返す者では、専門医療機関での治療、もしくはダルクなどへの通所・入所が必要である。

(松本俊彦)

## 2) F2：統合失調症

### (1) 概要

知覚、思考、感情、自我意識、意志など多彩な精神機能が障害され、陽性症状（幻覚、妄想、連合弛緩など）や陰性症状（感情鈍麻、思考の貧困、意欲低下など）、認知機能障害がみとめられる。

### (2) 疫学

i) 有病率・好発年齢：児童期発症は極めて稀だが、5歳頃から発症しうると言われている。13～14歳頃から急増し、年齢が上がるにつれて成人有病率の約1%に近づく。

ii) 性差：児童期では男：女＝約2：1、年齢が上がるにつれて性差は無くなっていく。

iii) 遺伝・家族性：発症が早期であるほど遺伝負因が濃厚であるとされ、児童青年期症例の統合失調症の遺伝歴は15～40%と報告されているが、実証的研究は少ない。

### (3) 成因

明らかな成因はわかっていないが、遺伝子異常や神経発達障害などの生物学的要因と心理社会的要因が関連しあって発症すると考えられている。

### (4) 基本症状

下記診断基準の「A」項目の症状。成人期発症例と基本的には同じであると言われているが、成人期発症例と比較して幻視が多く、妄想は体系化されていないものが多い。前駆期の症状や行動（不登校、成績低下、強迫症状など）は早期介入のためにも重要である。

### (5) 合併症・併存症

あらゆる精神障害が前駆期や慢性期に併存症として出現しうる。うつ病、強迫性障害、パニック障害、解離性障害、社会恐怖、身体表現性障害、摂食障害など。

### (6) 診断

診断基準（DSM-IV、1994）（成人期と同じ診断基準）

A. 以下のうち2つ以上、各々1カ月の期間ほとんどいつも存在。

- (1)妄想 (2)幻覚 (3)解体した会話 (4)ひどく解体したまたは緊張病性の滅裂  
(5)陰性症状(感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如)

B. 社会的または職業的機能の低下 C. 障害の持続的な徴候が6カ月間以上存在。

D. 失調感情障害と気分障害の除外 E. 物質や一般身体疾患の除外

F. 広汎性発達障害の既往がある場合、顕著な幻覚や妄想が1ヵ月間以上存在。

病型：妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型、残遺型

#### (7) 経過

早期発症ほど予後不良と言われてきたが、成人期発症例と同様にその経過や転帰は多様であり、児童青年期に経過不良であっても、その後良好な社会適応を示す場合もある。

#### (8) 対応

i) 薬物療法：抗精神病薬が主体だが、種類や用量についての見解は一定していない。

ii) 精神療法：支持的精神療法、本人・家族への心理教育は必須である。

iii) リハビリテーション：作業療法、デイケアなど。

疾患を抱えつつ、発達課題を乗り越え、自立へ向けて歩んでいけるよう、周囲の濃厚な支援が必要である。進学や就職などのライフイベントによる心理的負荷は避けられないため、再発や自殺のリスクには常に注意すべきである。家族へのサポート、学校との連携も重要である。

(賀古勇輝)

### 3) F 3 : 気分障害 (うつ病性障害)

#### (1) 概要

気分障害はうつ病性障害と双極性障害に大別される。うつ病性障害では、抑うつだけでなく、全般的な活動性減退、興味喜びの喪失、食欲障害・睡眠障害などの身体症状を伴い、双極性障害ではうつ病エピソードと軽躁あるいは躁病エピソードの交替が認められる。

#### (2) 疫学

i) 有病率：うつ病の有病率は、児童期で0.5～2.5%、青年期は2.0～8.0%である。

ii) 性差：児童期には性差はほとんど見られないが、青年期になると女性が増えていく。

iii) 遺伝・家族性：気分障害は多因子遺伝疾患であり、遺伝的要因は存在する。

#### (3) 成因

いまだにうつ病性障害の明らかな成因はわかっていない。1) 生物学的要因、2) 心理的要因、3) 社会文化的要因が相互に関連しあって発症すると考えられている。

#### (4) 診断

##### 大うつ病性障害の診断基準 (DSM-IV, 1994)

以下の9項目のうち5つ以上が2週間以上持続する。少なくとも1つは、(1)抑うつ気分か(2)興味・喜びの喪失である。

##### ①抑うつ気分

注イライラした気分でもよい

##### ②興味・喜びの減退

##### ③体重減少、食欲減退

注期待される体重増加がない場合でもよい

##### ④不眠 (または過眠)

##### ⑤精神運動性の焦燥または制止