研究 3　Table 1

Table 母親の抑うつと子どものSDQ(スタッフ評定・母親評定)との関連

スタッフ評定					
行動	多動	情緒	仲間	向社	総得点
0.118	0.137	0.097	0.077	0.130	0.152
母親評定					
行動	多動	情緒	仲間	向社	総得点
0.259*	0.368***	0.114	0.114	−0.072	0.287**

p<.05 p<.001

Table 2

記述統計

FAS総得点

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間 下限	平均値の 95% 信頼区間 上限	最小値	最大値
極軽症	54	31.28	13.283	1.808	27.65	34.90	9	72
軽症	15	37.80	15.105	3.900	29.43	46.17	3	61
中等症	12	47.92	14.632	4.224	38.62	57.21	27	75
重症	6	55.00	25.566	10.437	28.17	81.83	21	80
合計	87	36.33	16.453	1.764	32.83	39.84	3	80

Table 3

Table 発達障害児を持つ母親の抑うつと自閉傾向(AQ)との相関

社会的スキル	注意の切り替え	細部への注意
−0.239*	−0.226*	−0.165
コミュニケーション	**想像力**	**AQ総得点**
−0.380***	−0.226*	−0.381***

研究 4　Table 1

Table 1 PQSQIJの総得点・7つの下位尺度別平均値と標準偏差　Doi et al (2001)との比較

		本研究 PDD児母親155名 平均値	本研究 PDD児母親155名 SD	Doi et al (2001) 40−49歳女性 139名 平均値	Doi et al (2001) 40−49歳女性 139名 SD	メタ分析 t値
C1 睡眠の質	自分の睡眠の質についての主観的な評価	1.11	0.64	0.87	0.74	2.94**
C2 入眠困難	入眠に30分以上かかる頻度	0.66	0.77	0.64	0.85	0.87 *n.s.*
C3 睡眠時間	実際の睡眠時間	1.52	0.87	1.34	0.75	0.77 n.s.
C4 睡眠効率	実睡眠時間÷床にいた時間	0.19	0.57	0.07	0.34	1.34 n.s.
C5 睡眠困難	早朝や夜中に起きるなど朝までに継続した眠りが得られない頻度	0.73	0.51	0.69	0.54	4.23***
C6 眠剤の使用	眠るために薬を服用する頻度	0.28	0.85	0.13	0.59	1.74 †
C7 日中覚醒困難	日中の過眠や意欲の持続の困難さ	0.98	0.81	0.64	0.7	3.16 **
PSQI総合得点	C1〜C7までの合計	5.41	2.71	4.30	2.3	3.68***
睡眠障害率	PSQI ＞ 5.5	36.1%		25.9%		

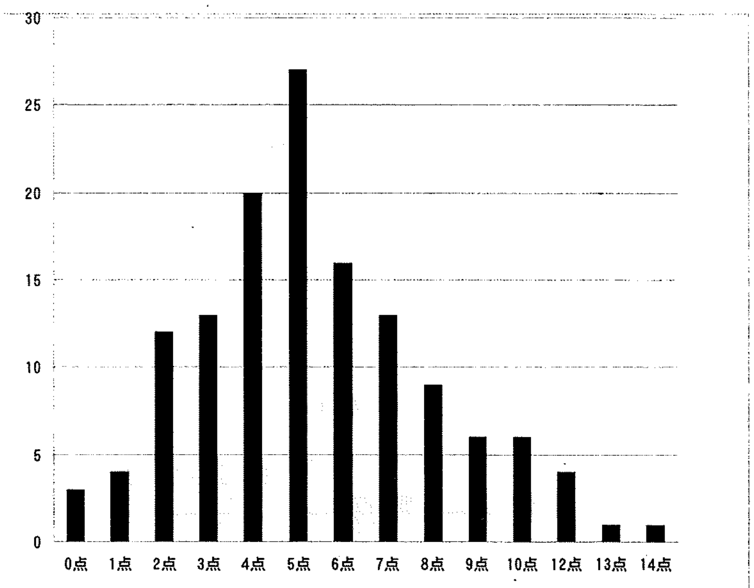


Figure 1 PDD児の母親における
PSQIJ総得点の度数分布

医療ケアにおける診断と告知に関する実態調査

分担研究者：宮地泰士　浜松医科大学　子どもの心の発達研究センター　特任助教

研究要旨

広汎性発達障害の当事者自助団体であるアスペ・エルデの会会員家族（母親）と日本小児精神神経学会の医師会員を対象に，親への診断説明に関する状況とそれぞれの意識調査ならびに広汎性発達障害児本人への診断説明に関する状況とそれぞれの意識調査を行った。親への診断説明に関する調査では，発達障害の早期発見早期支援体制の確立の重要性と，診断を告げる前の段階において早期から親が子どもの特徴や傾向を整理して考え理解し，具体的な関わり方を工夫（試行錯誤）することを支援する子育て支援の充実が必要であると考えられた。本人への診断説明に関する調査では，基本的にはそのメリットを認め肯定的な意見が多いがデメリットを懸念する声も少なくなく，説明の方法や時期，内容についても個々のケースに応じて様々な考え方があった。今後も対象を広げより広範囲な実態把握や，多くの関係者の知見や意見を集積し，それらを踏まえてより良い自己理解支援を模索していく必要があると思われた。またどちらの内容においても共通して見られた課題として，診断説明後の支援体制の充実，当事者とその周囲の者にとどまらず社会全体の発達障害についての理解と認識を深めていくことが大変重要であると思われた。

A．研究目的

広汎性発達障害児自身の支援において，家族が子どもをどのように受けとめているのかは大変重要な課題である。また特に知的障害を伴わない，いわゆる高機能タイプの児では，将来本人が自分自身について悩み，最初に自分の発達特性について相談するのは家族（親）であることが多いため，児の将来予後に重要な自己理解支援においても，家族（親）が子どもの発達障害特性をどのように理解しているのかは大切なポイントであると考えられる。また発達障害児を持つ親はそうでない親に比べ，育児における困難感やストレスが高く，精神的にも不健康になりやすいことが多くの研究によって指摘されている。いずれの場合においても家族，特に親がどのように子どもの障害特性の診断説明を受け，自分自身どのように理解し，また専門機関や支援者からどのような対応を受けているのかということが大変重要なことであり，その実態と当事者の気持ちを聴取し，より良い診断説明の方法を模索することは，今後家族支援を考えるうえで大切なことと考えられる。そこで本研究では，特に高機能広汎性発達障害児の親や家族，本人への発達障害診断の説明に関する状況の実態と，それに関する親と支援者（医師）それぞれの意識調査を目的とした以下の４つの調査研究を実施した。

(1) 広汎性発達障害児の家族の診断受容状況調

査：　親が子どもの発達の問題に最初に気づいた状況から，専門機関への相談，診断にいたるまでの経緯を調査した。またこの調査では併せて広汎性発達障害の早期発見早期支援に関する知見を得ることができた。

(2) 保護者への診断説明についての現状と医師の意識調査：　全国の発達障害児臨床を行う医師を対象に，高機能広汎性発達障害児の親への診断説明の実態と親への診断説明に対する意識調査を行った。

(3) 広汎性発達障害児本人への診断告知状況調査：　わが国では広汎性発達障害児本人への診断説明（告知）の大規模な実態把握を行った報告はほとんどない。そこで広汎性発達障害児本人への障害診断説明の実態調査を親に対する質問紙にて行った。

(4) 医師を対象とした広汎性発達障害児本人への診断説明状況調査：　全国の発達障害児臨床を行う医師を対象に，広汎性発達障害児本人への診断説明（告知）の実態把握調査を実施した。

B．研究方法

親への調査は広汎性発達障害の当事者自助団体であるアスペ・エルデの会（NPO 法人：会員約 250 家族）の会員家族（母親）を対象に，また医師への調査は，日本小児精神神経学会の医師会員（現在 653 名）を対象とし，それぞれに郵送による質問紙調査を行った。また高機能とは知能発達検査において IQ が 70 以上の者とした。以下にそれぞれの調査における研究方法を調査ごとに分けてまとめる。

(1) 広汎性発達障害児の家族の診断受容状況調査：　質問内容は子どもの発達の問題についての最初の気づきから専門機関にて診断を受けるまでの経緯や発達障害の診断説明についての意見を求める項目と，現在の家族の診断に対する受容状況についての自己評価によって構成されている。自己評価は，1 子どもの言動や反応が発達障害に起因していることへの理解について（理解），2 子どもの発達障害に起因する言動や反応への感情的な受け止めについて（感情），3 子どもの発達特性や個性に合わせた養育や対応の知識の習得度について（知識），4 子どもの発達特性や個性に合わせた養育や対応の実践について（実践），5 子どもをありのままに受容できているかどうかについての 5 つの項目に分けて，それぞれを 5 段階で評価してもらった。

回答後郵送にて質問紙を回収し，120 名（男児 104 名，女児 16 名）から回答を得た。子どもの調査時平均年齢は 12.3 歳（小学生 69 名，中学生 25 名，高校生 13 名，大学・専門学校生 5 名，社会人 5 名）であった。小学生のうち 66.7%は通常学級に在籍し，特別支援学級に在籍している児は 23.2%だった。養護学校に在籍している児は 0 名だった。中学生のうち 48.0%は通常学級に在籍し，特別支援学級に在籍してる児は 40.0%，養護学校に在籍している児は 12.0%だった。高校生で養護学校に在籍している児は 46.2%だった。

(2) 保護者への診断説明についての現状と医師の意識調査：　質問内容は (1) 回答者の専門科名や診療状況全体に関する質問，(2) 各医師が診療した高機能広汎性発達障害児について，その親に診断名を伝える時の状況と，親に診断名を伝えなかった時の理由についての質問，(3) 親に診断説明を行う際のポイントや親への診断説明に関する現在の思いなどを聴取する質問項目によって構成されている。基本的にほとんどの質問に選択枝を用意し，その場合には最後に「その他」の選択枝を設けて，選択枝以外の回答も記入できるようにした。(1) の項目に

ついては回答者の専門科名，発達障害臨床の経験年数について尋ねた。(2)の項目についてはまず，調査対象期間中の診療経験において，親にまだ診断名について伝えていない場合の症例数を尋ね，1 人以上と回答した場合はその理由について尋ねた。また既に親に診断名を伝えている例について，どのような点に留意して伝えたのか，どのような方法で伝えたのかを尋ねた。(3)の項目については親への診断名を告げるタイミング，伝えた後のフォローにおいて重要だと思われる点を尋ね，親への診断説明に関する現在の意見を尋ねた。

回答後郵送にて質問紙を回収し，264 名（40.4%）から返答を得た。しかしそのうち 34 名は高機能広汎性発達障害児の診療経験がない，あるいは臨床現場から離れて久しいなどの理由で質問への回答が困難であったため，230 名(35.2%)の回答を有効回答とし,それぞれの質問項目ごとに結果をまとめた。

(3) 広汎性発達障害児本人への診断告知状況調査：　質問内容は子ども本人への診断説明（告知）が初めてされた時の状況を選択枝から選ぶ質問項目および本人への障害診断説明（告知）についての意見を自由記述式で求める項目とによって構成されている。

回答後郵送にて質問紙を回収し，119 名（男児 103 名，女児 16 名）から回答を得た。子どもの調査時平均年齢は 12.4 歳（小学生 67 名，中学生 26 名，高校生 15 名，大学・専門学校生 6名,社会人5名)であった。小学生のうち 71.6%は通常学級に在籍し，特別支援学級に在籍している児は 20.8%だった。養護学校に在籍している児は 0 名だった。中学生のうち 46.2%は通常学級に在籍し，特別支援学級に在籍してる児は 42.3%，養護学校に在籍している児は 11.5%だった。高校生で養護学校に在籍している児は 33.3％だった。また大学や専門学校に通っている者が 6 名，既に就職を果たしている者が 5 名いた。

(4) 医師を対象とした高機能広汎性発達障害児本人への診断説明状況調査：　質問内容は（1）回答者の専門科名や診療状況全体に関する質問，（2）調査対象期間中の診療および広汎性発達障害児本人への診断説明状況に関する質問，（3）本人への診断説明そのものについての考えに関する質問項目とによって構成されている。（1）の項目については回答者の専門科名，発達障害臨床の経験年数，調査対象期間中に診療した広汎性発達障害児の人数とその年代について選択式の質問にて尋ねた。（2）の項目についてはまず調査対象期間中に広汎性発達障害児本人に診断説明を行った症例数を尋ね，1 人以上と回答した場合は，診断説明は最初から診療計画の中に入れた計画的なものであったのか，あるいは診療過程において説明せざるを得ない（説明した方が良い）状況となったため行ったものなのか，それら以外の経緯によるものなのかどうかについて選択式の質問を行った。またまだ本人に診断説明をしていない症例についてはその理由として多いものを①本人への心理的影響（悲観，自己否定など）への配慮，②理解力や年齢が不十分，③きっかけが得られない，④家族の同意が得られない，⑤周囲の理解や支援体制が整っていない，⑥適切な説明方法が見つからない，⑦自分自身障害診断名の説明に積極的ではない，⑧その他の計８つの選択枝から３つ選ぶ（「その他」の場合は内容を記載）方式で質問を行った。（3）の項目についてはまず，本人への診断説明そのものの是非についての考えを，「できるだけした方がよいと思う。」から「できるだけしない方がよいと思う。」までの 5 段階の選択枝から選び，その

理由を記載してもらった。また今後本人への診断説明を積極的に行っていこうと考えているかどうかを，「積極的に行っていこうと思う。」から「積極的に行っていこうとは思わない。」までの5段階の選択枝から選ぶ方式で質問した。

回答後郵送にて質問紙を回収し，204名から返答を得た。しかしそのうち3名は臨床現場から離れて久しいなどの理由で全ての質問への回答が空欄だったため201名(31.1%)の回答をそれぞれの質問項目ごとにまとめた。

倫理面への配慮

親への調査については，対象となった当事者自助団体の倫理委員会に今回の調査研究の目的と方法を文書により説明し承認を得たうえで，さらに実際の調査の際にもどうようにそれぞれの調査対象者に調査研究の目的を文書により説明し同意を得たうえで質問紙への記入を求めた。

医師への調査については，対象となった学会の役員会にて研究調査の承認を受け，調査研究の目的を文書により説明したうえで質問紙への記入を求めた。

またそれぞれのデータの集計管理においては個人情報の保護に努めた。

C．研究結果

（親への診断説明に関する調査結果）

親が最初に子どもの発達の問題に気づいた時期は，対象者全体においては平均して子どもが26.1ヶ月の時で，最初に専門機関に相談に行ったのは45.9ヶ月時，診断が告げられたのは67.0ヶ月時だった。また最初の気づきから最初の相談までは平均して20.1ヶ月，最初の相談から診断までは21.0ヶ月，最初の気づきから診断までは41.0ヶ月経過していた。これらの傾向はアスペルガー障害や知的障害を伴わない自閉症児ほど遅くなる傾向があったため，それら高機能タイプの広汎性発達障害児103名：平均年齢11.8±3.8歳（アスペルガー障害：男児37名，女児8名，高機能自閉症：男児29名，女児1名，そのほかの高機能広汎性発達障害：男児26名，女児3名）に絞って再検討したところ，最初の親の気づきの平均は子どもが27.8ヶ月時，最初に専門機関に相談に行ったのは47.5ヶ月時，診断は80.5ヶ月時であり，特にアスペルガー障害児においてそれらの時期は有意に遅れる傾向にあった（表1)。

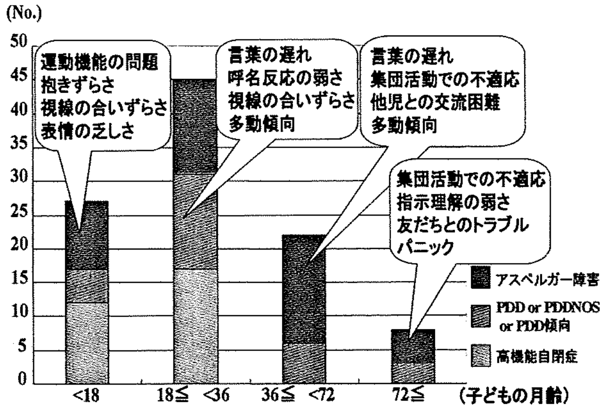
<表1>

(高機能群 N=103)	最初の気づき (子月齢)	最初の相談 (子月齢)	診断の時期 (子月齢)
全 体	27.8±21.2	47.5±34.6	80.5±37.1
アスペルガー障害	33.7±24.0 ┐**	56.9±40.0 ┐**	81.3±39.2 ┐***
高機能自閉症	16.6±8.6 ┘┐*	32.0±17.6 ┘┐*	54.6±24.7 ┘
PDD or PDDNOS or PDD傾向	29.9±20.4 ┘	48.9±32.3 ┘	68.0±38.0

(***: $P<0.001$, **: $0.001<P<0.01$, * : $0.01<P<0.05$)
using Mann-Whitney U test

また高機能広汎性発達障害群を対象に，親が最初に気がついた子どもの問題について調べたところ，70.6%の親が，子どもが3歳未満の時期から，92.25の親が6歳未満から子どもに問題があることに気づいていたと回答していた。一方20.6%の親が子どもが1歳未満から気づいていたと回答していた（図1)。

<図1>



具体的に親がどのようなことを問題ととらえていたのかを，気づいた時の子どもの年代別に調べると，まず1歳未満の時期に気づいたと回答した親では，「視線が合わない。」，「あやしや呼びかけなど，こちらが関わろうとしても反応が乏しい。」，「人見知りや親の後追いをしない。」などの対人相互反応や社会性の発達の問題と思われる内容が最も多くみられた。次に多くみられたのは「体が柔らかく，ぐにゃぐにゃしていた。」などの体の安定性の問題，「物を持ちたがらない。」「物を取ったり操作する時の手の使い方が奇妙だった。」，「動けるはずなのに同じ姿勢でじっとしていることが多かった。」といった運動機能に関係すると思われる問題だった。また「一日中とにかく泣いてばかりいた。」というものや「人見知りや場所見知りが非常に強く親に泣いてしがみついてばかりいた。」，「抱こうとするとのけぞって嫌がる。」といった気質や過敏性に関係すると思われる問題があった。その他，「昼も夜も寝ない。」といった睡眠の問題や，興味の偏りや奇妙さなどのほかに，哺乳や離乳食を食べる時の問題を挙げた答えもあった。

1歳から2歳未満での気づきとしては，言語発達の遅れや対人相互反応や社会性の発達の問題を挙げる回答が多く，それに続いて「歩き始めが遅い。」，「手をほとんど使おうとしない。」などの運動機能に関係する問題を挙げるものがあった。また多動傾向やかんしゃくの激しさといった，なかなか感情が収められない様子を述べるものもみられた。

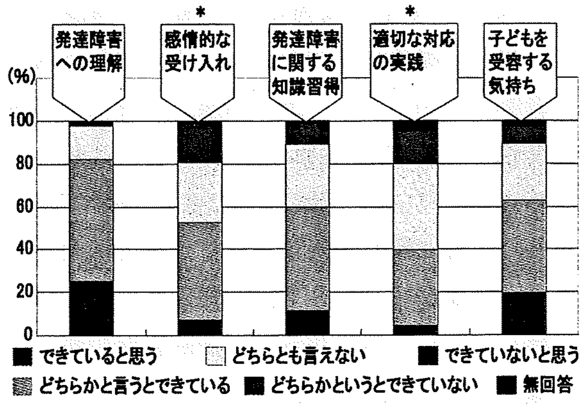
2歳から3歳未満での気づきとしては，広汎性発達障害の診断基準でもある，対人相互反応や社会性の発達の問題，言語発達の問題，興味の偏りや奇妙さ，強いこだわりに回答が集中し，これらの問題がこの時期によく目立つ傾向にあることが伺われた。

3歳から6歳未満の時期は，保育園や幼稚園で集団生活をする時期であるため，親が気づいた内容としては診断基準の3主徴に加えて，集団活動場面や他児とのトラブルが目立つ様子だった。

6歳以上の時期は，診断基準の3主徴よりも集団生活でのトラブルが多く挙げられていた。

次にこれらの親は現在子どもの発達障害特性をどのように受け止めているのかを調べたところ，発達障害に関する知識や理解の程度と比較し，子どもの言動に対する感情的な受け止めや，適切な対応の実践に自信がない親の割合が多かった（図2）。

<図2>

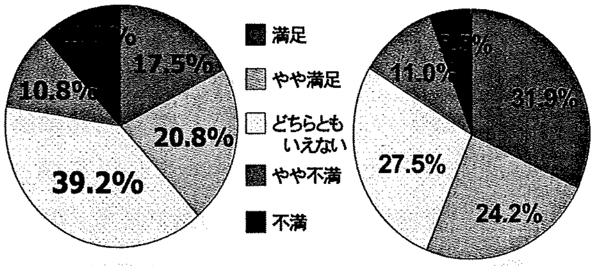


(*: P≦0.01 using Wilcoxon signed-ranks test)

また，これらの親の受容状況と親の最初の気づきから診断にいたるまでのそれぞれの時期との相関を調べたところ，弱いながらも，「感情的な受け入れ」の自己評価が「最初の気づきから調査時現在までの期間」が短いほど低くなる傾向にあった（スピアマンの順位相関係数検定にて P=0.03, 相関係数: 0.22)。また「感情的な受け入れ」の自己評価は「最初の気づきから最初に専門機関に相談に行った時期までの期間」が短いほど低くなる傾向にあった（スピアマンの順位相関係数検定にて P=0.02, 相関係数: 0.24)。

次に最初に相談に行った専門機関での対応や診断説明に対しての親の満足度を調査したところ，図３に示すような結果になった。

<図3>

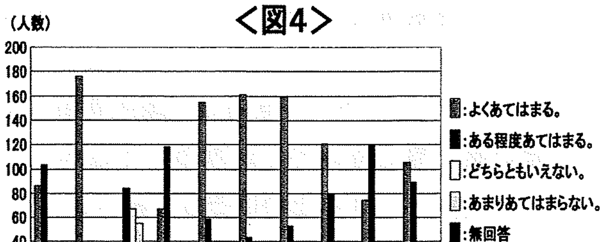


<最初の相談機関の対応についての評価>　<診断説明についての評価>

相談の時に訴えを否定されたり，自分自身やそれまでの育児を批判された親は不満度が高く，説明に曖昧さや分かりにくさを感じた親も不満度が高かった。一方，相談した時にその後の見通しをたてた説明や具体的な子どもへの対応方法について伝授された親は満足度が高かった。親に診断説明における意見を尋ねたところ，診断がついたらできるだけ早く親に伝えて欲しいという意見が多く，診断説明の際には明確さとその後の子育てに前向きになれるような話し方が求められ，療育や相談機関，利用できる社会制度や社会資源などの情報提供を求める声も多かった。

一方親に診断を説明し対応する側の医師を対象に，実際に親に診断を説明する際の留意点について調査したところ，図４に示すように多くの項目で，「よくあてはまる。」，「ある程度あてはまる。」という回答が得られた。また「その他」の回答の中には，「発達障害は病気ではないこと，スペクトラムであること（境界が不明瞭であること），その基準や特徴は様々な要因によって変化することを伝える。」といった，発達障害そのものの捉え方，考え方について誤解や偏見などを抱かないようにする工夫や，「子ども自身の個性をバランスよく捉えることや苦手や困難さだけでなく長所についても言及する。」といった回答がみられた。また「親の状況やニーズに合わせて説明の仕方やタイミングを工夫するようにしている。」や「一度で全て伝えようとしない（段階的に理解を進める)。」など親にとって明確で分かりやすく，落ち着いて理解を進められるような配慮を回答したものもあり，実際の臨床現場では，多くの医師が親への診断説明に様々な配慮を行っている様子だった。

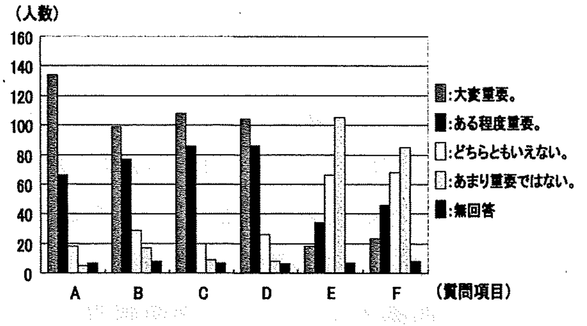
<図4>



A: 診断名を明確に伝える。
B: 障害特性について詳しく述べる。
C: 学術的な知見を詳しく述べる。
D: 予後や今後の見通しを詳しく述べる。
E: 実際の子どもの行動特徴について詳しく述べる。
F: 具体的な対応方法について詳しく述べる。
G: 保護者の訴えや質問にできるだけ多く答える。
H: できるだけ専門用語を使わないように気をつける。
I: 社会資源や療育などの支援の情報について詳しく述べる。
J: 保護者の精神的ケアとしての言葉がけを多く述べる。
K: その他。

しかし親に診断の説明を行うタイミングとして，どのようなことを重視しているかを尋ねたところ，特に「親に子どもの障害への気づきや実際に困っている時」の質問項目に「大変重要。」の回答が集中した（図５）。それとは対象に「初診時」や「診断がついたら直ちに」ということについては「あまり重要ではない。」という回答の割合が多く，対応の工夫や支援は開始しつつも，診断説明については医師自身や周囲の者が十分子どもの特徴を理解し，納得がいくのを待つためあえて「直ぐに言うことはしない。」と述べる意見もあり，臨床現場における医師側の傾向としては，あくまで親と子どもの状況やその後のフォローを考慮に入れながら，診断説明のタイミングを計っている様子が伺えた。

<図5>

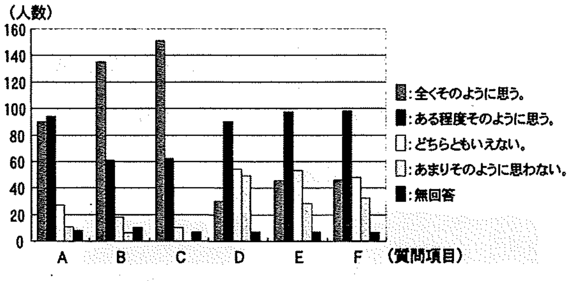


A: 親に子どもの障害への気づきがある。または実際に困っている時。
B: 子どもの障害(問題)の程度が重いと判断した時。
C: 療育など診断説明後の支援の具体的な提案がある時。
D: 保護者との関係が十分できあがった時。
E: 初診時。
F: 該当する診断名が判明したら直ちに。

また，親への診断説明に関する現在の状況や医師の気持ちを尋ねたところ，診断説明後の子どもや親に対する支援体制をもっと充実させたいという希望が大変強いことが分かった（図６）。また親が子どものもつ発達障害を正しく理解し，前向きに子育てができるような説明に苦心している様子が伺えた。実際の伝え方を調べたところ，「市販の本や資料を用いた説明」，あるいは「医師自身が文章や図示したものを用いた説明」を「よく行う。」と回答したのはそれぞれ，23.0%，32.6%であり，「あまり行わない。」と回答したのはそれぞれ 30.0%，27.0%であるのに対し，口頭のみの説明について「よく行う。」と回答したのは 48.3%，「あまり行わない。」と回答したのは 23.0%と，実際の臨床現場では口頭のみの説明を行っている例が比較的多い傾向にある様子だった。

そのような状況を反映してか，「診断説明におけるガイドブックがあるとよい。」という項目に対し，「全くそのように思う。」(90 名：39.1%)，「ある程度どのように思う。」(94 名：40.9%)と多くの医師がその必要性を支持していることが分かった。

<図6>



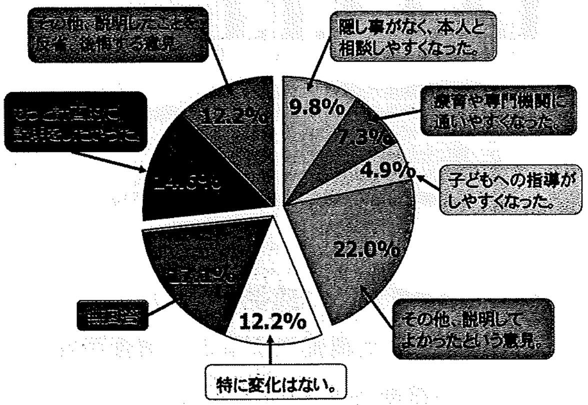
A: 診断説明用ガイドブックがあるとよい。
B: 診断説明後の子どもへの具体的手立てが欲しい。
C: 親のサポートシステムをもっと充実させたい。
D: 親に分かりやすく説明するのに苦労している。
E: 親が前向きになれるような説明に苦労している。
F: 発達障害に対する偏見を減らすことに苦労している。

（本人への診断説明に関する調査）

親を対象とした調査によると，調査時既に子ども本人が診断名を知っていると答えたのは 37 名と全体（119 名）の 31.1%で，診断名は伝えずその特徴や傾向のみ伝わっていると回答したものが 33 名（27.7%），まだ何も話されていないと答えたのが 42 名（35.3%）だった。また子どもが診断名を既に知っていると答えた 37 名以外のうち 62.2%が今後子どもに診断

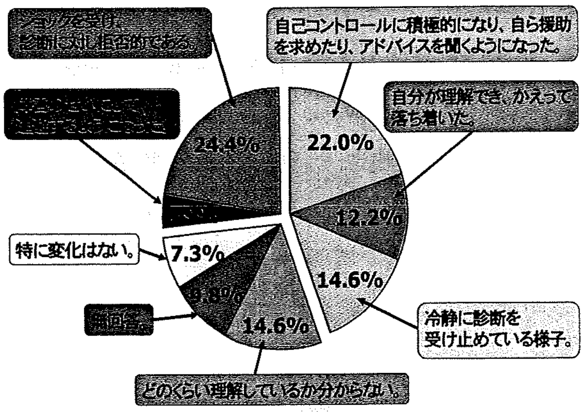
名を伝えるつもりであると回答した。本人が診断名を知った時期については小学校高学年以上の時期との答えが多かった。本人に診断名を伝えるきっかけとなったことについては子ども自身が自分について気にするようになったことや集団生活でのトラブルなどがきっかけになったという回答もあったが，親が読んでいた本を見て「僕はこれなの？」と尋ねてきたり，テレビなどを見て自分もそうなのかと尋ねきたことがきっかけとなったという答えもあった。既に子どもが診断名を知っていると答えた者に実際に診断名が伝えられたことについてどう評価するかを尋ねたところ，親としては「隠し事がなく，本人への指導や話がしやすくなった。」などの肯定的な感想が 44.0%に聞かれたが，「もっと計画的に説明をしてあげたかった。」など親自身の心の準備や十分な体制が整う前に本人が診断名を知るところとなり，そのことを悔やむ意見など，後悔や反省が残るという回答が 26.8%%に見られた（図7）。

＜図7＞



一方「子どもにとってはどうだったか。」との問いには，「自分なりに社会適応のためのスキル習得に意欲的になった。」，「それまで自分自身のことや社会生活の困難さにとても悩んでいたので，その答えが見つかって，かえってすっきりしたようだった。」などの肯定的な感想が 48.8%にみられたが，「ショックを受けかえって拒否的になってしまった。」，「障害のせいにして自分の嫌なことから逃避するようになった。」などの問題を述べる回答が 29.3%にみられ，よく分からないという回答が 14.6%にみられた（図8）。

＜図8＞



子ども本人に診断名を伝えることにおいて大切だと思うことを尋ねたところ，表2に示すように，「苦手なことだけでなく長所についても話をすることが大切だと思う。」，「否定的な言葉使いは避け自分の特性を前向きに考えられるように配慮する。」など，診断説明によって子どもが自己肯定感を下げないように工夫することをあげる回答が多かった。「同じ特性を持つ仲間や先人達がいることを伝え一人ではないと知らせたい。」であるとか「たとえ障害があっても家族にとって大切な存在であることは分かっていて欲しい。」など仲間や味方の存在が本人の心理的な支えになることを願う声も，子どもの自己肯定感を守ることに通じるものと思われる。また本人への診断説明にあたっては親と専門家が協力して行うことを望む声が多く，子どもの理解度や状況をよく検討し，診断説明の必要性や妥当性の評価を行うこ

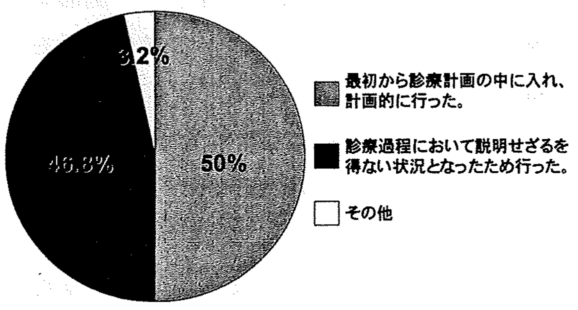
とや，特性の説明だけでなくトラブル時などでの具体的な対応方法についても分かりやすく説明したいという声や，説明後も反復して自己理解を深めることができるよう継続した支援を望む声も聞かれた。また「診断名を伝えることにはあまりこだわらず，あくまで自分の特徴理解を優先した方がよい。」との意見も多く聞かれた。

＜表2＞

- 子どもの自己肯定感を下げないようにする工夫が大切。（38人）
  否定的に話さない。
  苦手なことや短所だけでなく長所についても話をすること。
- 専門家と親との協力が必要。（19人）
  根拠に基づく説明を信頼できる第三者にしてもらい正しい知識を身につけること。
- 障害であるということよりも、個性（特性）のひとつとして伝えたい。（14人）
- 同じ特性を持つ仲間や先人達がいることを知らせることが大事。（13人）
  たとえ障害があっても大切な存在で、家族は味方であるということを伝えたい。
- 子どもの理解力に合わせて、特性を分かりやすく説明し対応についても具体的に説明することが大事。（12人）
- 周囲の人達の理解を深め、告知後のフォロー体制を確立することが大切。（11人）
- 告知の必要性（適正）の判断をしっかり行うことが大切。（5人）
- 診断について自ら周囲の人みんなへ話さなくてもよいということを教えることも大切。（1人）

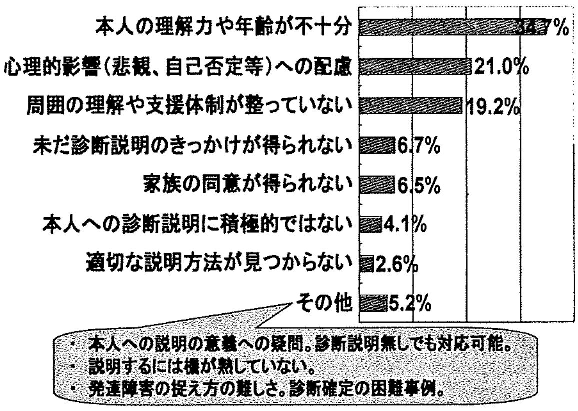
一方医師を対象とした調査によると，全体の62.7%の医師が広汎性発達障害児本人に診断説明を行ったことがあると回答し，診断説明の経緯としては「診断説明は最初から診療計画の中に入れた計画的に行った。」との回答が 50%であり，「診療過程において説明せざるを得ない（説明した方が良い）状況となったため行った」との回答は 46.8% と，ほぼ二分する結果となった（図９）。

＜図9＞



本人にまだ診断の説明をしていない場合の理由を尋ねたところ，「本人の理解力や年齢が不十分」，「本人への心理的影響（悲観，自己否定など）への配慮」，「周囲の理解や支援体制が整っていない」が 74.9%を占めた（図１０）。

＜図10＞



広汎性発達障害児本人への診断説明そのものについては，「できるだけした方が良いと思う。」や「どちらかというとした方が良いと思う。」といった肯定的な意見が 69.9%あったが，23.9%が「どちらともいえない。」と答え，6.1%が「できるだけしない方が良いと思う。」や「どちらかというとしない方が良いと思う。」といった否定的な意見だった。肯定的な意見の理由としては，「本人への診断説明によって将来予後や支援の展開において有益な結果が得られると思う。」という意見が多く，「診断の説明は本人にとっては権利であり，医師にとっては義務である。」という意見もあった。しかし本人への診断説明には肯定的ではあるものの，あくまでケースバイケースであるとの意見も多かった。また「どちらともいえない。」や否定的な意見の理由としては，「診断名よりも特徴や傾向，個性として伝えることを主とする。」といった意見や，「支援方法や体制の確立，社会啓発，診断技術の向上など診断説明の前にやる

べき課題が多い。」といった意見があがり，「本人がどこまで正確に理解できるのか不安がある。」や「診断説明によるリスクやデメリットへの懸念がある。」と本人への診断説明に慎重さを要するという意見もあった。本人への診断説明によるリスクやデメリットが目立った症例の経験を持つ医師からはこのような慎重さを訴える意見が多く，「診断説明が必要な場合もあるがどちらかというと控えたい。」という意見も少なくなかった。他にも「発達障害そのものがどのように捉えるか難しい概念である。」ことを指摘し，人の多様性を診断カテゴライズしようとする現代の風潮への警告を促す意見もあった。

D．考察

（親への診断説明に関する考察）

今回の調査では親が最初に子どもの問題に気づいてから診断にいたるまでに平均して４年近くもの歳月が過ぎている実態が明らかとなった。この期間は親の心情としては不安が高く最もつらい時期であると推察され，子ども本人への支援のみならず親をはじめとする家族への速やかな支援が開始されるように，早期発見早期支援体制の確立が重要であると思われた。近年発達障害の早期発見早期支援の重要性が認められつつも，知的障害を伴わない高機能広汎性発達児は早期発見が難しいという意見もある。しかし今回の調査で約７割の母親が子どもが３歳未満の頃から発達の問題に気づいていたと回答しており，高機能広汎性発達障害児であっても，今後早期徴候研究を進めることで，乳幼児期早期での発見の可能性は十分ありうるのではないかと思われた。また子どもが低年齢の頃に親が気づいた子どもの問題としては，広汎性発達障害の３主徴の他に「運動機能に関係する問題。」が目立った。以前よりアスペルガー障害をはじめ広汎性発達障害児には不器用さや姿勢保持など，協調運動の問題が並存しやすいことが指摘されており，近年でも乳児期における反射や運動機能における様々な特徴が，広汎性発達障害の早期発見の手がかりになりうることを指摘する専門家もいる。その他親が抱こうとすると嫌がることや睡眠の問題など，ここで得られた知見は，今後の早期徴候研究において参考になる重要な情報であり，詳細をさらに検討していく必要があると思われた。

その一方で，親の障害受容の状況と気づきから診断にいたるまでの時期の関連を調べたところ，「感情的な受け入れ」の自己評価が「最初の気づきから調査時現在までの期間」や「最初の気づきから最初に専門機関に相談に行った時期までの期間」が短いほど低くなる傾向にあった。「最初の気づきから調査時現在までの期間」はその期間が長いほど親が子どもと長く付き合うことで感情的な受け入れに良い影響を与えるということが想像できるが，「最初の気づきから最初に専門機関に相談に行った時期までの期間」と親の感情的な受け入れとの関係はどのように解釈すればよいだろうか。これまでの多くの他の研究や臨床経験からも，親と子どもとの間の葛藤の時期が慢性化すると，親子関係がこじれ問題がより複雑化してしまうことが知られている。しかし逆に親が自分の子どものことをあれこれと考え，試行錯誤する機会が少なすぎるのも，親の受容という側面からは弊害があるのかもしれない。つまり子どもの行動特性に診断が告げられることで親は，その診断に従った子どもへの理解と対応を要求されることになる。ある程度子どもについて試行錯誤をした後の親はそのことについて納得し，その後の育児を始めていけるのに対し，まだ何

の問題意識もない状態や子どもに対する関わりが不十分な段階で診断を告げらた親は，半信半疑の状態で自らのやり方ではなく他者から教えられたやり方で子どもに対応せざるを得ないため，子どもの発達特性について自分なりに納得（受容）するのがかえって遅延してしまうのかもしれない。このような観点から考えると，親に診断を告げる時期は遅くてはいけないものの，ステレオタイプに「早ければよい。」というのでもなく，それぞれの親の子どもに対する理解や心理状態を確認しながら適切なタイミングを計る必要があるのではないだろうか。そしてその一方で，診断を告げる前の段階における支援体制を検討する必要があると考えられる。つまり一般的な子育て支援をより充実させ，診断の有無に関わらず，早期から親が子どもの特徴や傾向を整理して考え理解し，具体的な関わり方を工夫（試行錯誤）することを支援する仕組みが必要であると考えられる。

また親に診断説明を行う医師達は，そのタイミングや説明の仕方などに様々な配慮と工夫をしながら日々の診療にあたっている様子が明らかとなった。しかしながら実際の伝え方としては，口頭のみで伝えているケースも少なくなく，実際に親に分かりやすく説明するのに苦労していると回答する医師も多い現状が明らかとなった。特に近年，発達障害はあくまで境界不明瞭なスペクトラムの一部であり，不全状態というより非定型的であり，その特性は成長や学習，環境要因などによって変化するものと捉える考え方が深まり，発達障害そのものに対する認識が大きく変化してきている。また知的障害を伴わない高機能タイプや特性が軽度で境界域の発達障害児の存在など，従来の障害概念では理解が不十分になりつつある現在，このような発達障害概念の変遷にあわせて我々は，より良い診断説明についてこれからも創意工夫を続けていくことが求められる。このような現状を踏まえて我々は，医師が親に近年の発達障害についての認識と最新の科学的知見を踏まえながら正しい障害特性理解を深められるようなガイドブックの作成に既に取り掛かっている。

（本人への診断説明に関する考察）

本人にとって正しく自己理解を深めることは自分の社会生活での困難さの原因を整理し適切な支援を自発的に求めたり積極的に対応の工夫を模索することになるだけでなく，誤った自己評価の低下を防ぎ前向きな気持ちでの自立を促すなどメリットが大きいことを指摘する専門家の意見も多い。しかしその一方で自分の障害診断を知ることによる心理的負荷などの様々なリスクや，本人への診断説明が不適正な条件下や不適切な方法によって行われることによる弊害についての注意を促す意見もあり，それらへの配慮がなされなければ診断説明によって本人自身が悲観し二次的な問題を引き起こすことや，障害という言葉に甘え必要な努力を放棄するようになったり，逆に極端に「普通」を意識し支援をかたくなに拒否するようになることもありうる。また同様に差別や偏見を増長してしまう危険性も伴っている。これまで，わが国において本人への診断説明は個別的に行われており，個々の実践報告はあっても全体的な状況報告やガイドラインがないのが現状である。そのため今回の調査で得られたような，現状の把握や多くの関係者の知見や意見を集積し，それらを踏まえて広汎性発達障害児者本人が前向きにより良い人生を歩んでいくことができるような自己理解支援を模索していく必要があると思われる。

また多くの医師が診断説明の際に重要視し

ていることとして，本人や周囲の理解度や支援体制の確立などを挙げている。本人への診断説明においてこれらの諸条件がどの程度そろっているのかは大変重要な検討事項であると思われる。特に地域によっては社会への啓発や支援体制の不備を挙げる声もあり，今後の重要な課題のひとつであると思われた。

本人への診断説明そのものに対しては，親においても医師においても，基本的にはそのメリットを認め肯定的な意見が多い反面，デメリットを懸念する声も少なくなく，今後どのような条件の場合にどのような対応が適しているのか議論を重ねていく必要があると思われた。

また親への診断説明においても本人への診断説明においても共通してみられる根本的な課題として，「発達障害とは何か。」といった，人の多様性に対する社会の姿勢について議論を重ねていくことが重要であると思われた。

そしてこれらの知見を踏まえて，本人への診断説明を含む自己理解支援プログラムの開発やガイドラインの作成を行っていく必要があると思われた。

今回の親を対象とした調査では，当事者の自助団体の会員家族の協力を得て行ったが，そのような団体組織に属さない家族では違った意見も聞かれる可能性もあるので，今後もより詳細な実態把握を行うためには，さらに広範囲に調査を続ける必要があると思われた。

E. 結論

広汎性発達障害の当事者自助団体であるアスペ・エルデの会会員家族（母親）と日本小児精神神経学会の医師会員を対象に，親への診断説明に関する状況とそれぞれの意識調査ならびに広汎性発達障害児本人への診断説明に関する状況とそれぞれの意識調査を行った。

親への診断説明に関する調査では，発達障害の早期発見早期支援体制の確立の重要性と，診断を告げる前の段階において早期から親が子どもの特徴や傾向を整理して考え理解し，具体的な関わり方を工夫（試行錯誤）することを支援する子育て支援の充実が必要であると考えられた。

本人への診断説明に関する調査では，説明の方法や時期，内容についても個々のケースに応じて様々な考え方があり，今後も実態把握や多くの関係者の知見や意見を集積し，それらを踏まえてより良い自己理解支援を模索していく必要があると思われた。

またどちらの内容においても診断説明後の支援体制の充実，当事者とその周囲の者にとどまらず社会全体の発達障害についての理解と認識を深めていくことが大変重要であると思われた。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

論文発表

(1)宮地泰士，辻井正次.自閉症スペクトラムの早期診断. 脳 21 10(3): 228-231. 2007

(2)宮地泰士，辻井正次.協調運動の発達と発達性協調運動障害.総合リハビリテーション 36(2): 141-145. 2008

(3)宮地泰士，辻井正次. アスペルガー症候群の支援の実際. 小児科臨床 61(12): 2426-2430. 2008

(4)宮地泰士，神谷美里，吉橋由香，野村香代，辻井正次. 高機能広汎性発達障害児を対象とした感情理解プログラム作成の試み. 小児の精神

と神経 48(4): 367-372. 2008
(5)宮地泰士. 学齢期の広汎性発達障害 小児科診療 73(4): 2010 in press
(6)宮地泰士, 石川道子, 井口敏行, 今枝正行, 浅井朋子. 広汎性発達障害児における不登校の発生状況とその対応について. 小児科臨床: 2010 in press

学会発表
(1)宮地泰士, 神谷美里, 吉橋由香, 辻井正次. 「感情理解プログラム」作成の試み. 第 97 回日本小児精神神経学会. 小児の精神と神経 2007; 47(3): 191-192. 2007 年 6 月 30 日―7 月 1 日 東京
(2)宮地泰士, 石川道子, 井口敏之, 今枝正行, 浅井朋子, 水嶋一恵, 今橋寿代, 作田織江, 片岡尚子. 不登校を呈した広汎性発達障害児への対応について. 第 98 回日本小児精神神経学会. 小児の精神と神経 2008; 48(1): 96-97. 2007 年 10 月 26-27 日 栃木
(3)宮地泰士, 石川道子, 井口敏之, 今枝正行, 浅井朋子. 不登校を主訴に受診した広汎性発達障害児の調査および具体的対応について. 第 50 回日本小児神経学会. 2008 年 5 月 29-31 日 東京
(4)Taishi Miyachi, Misato Kamiya, Yuka Yoshihashi, Masatsugu Tsujii. How do the families face the disclosure of an autism diagnosis? 8th IMFAR(International meeting for autism research). 2008 5.15-17 London
(5)宮地泰士, 神谷美里, 野村香代, 吉橋由香, 辻井正次. 広汎性発達障害児とその周囲への診断告知状況調査. 第 99 回日本小児精神神経学会. 小児の精神と神経 2008; 48(3): 281-282. 2008 年 6 月 1 3 - 1 4 日 米子
(6)宮地泰士. 広汎性発達障害の早期徴候と早期診断に対する親の意識調査. 第 30 回日本小児神経学会東海地方会. 2009 年 1 月 24 日 名古屋
(7)宮地泰士, 神谷美里, 野村香代, 吉橋由香, 辻井正次. 医師を対象とした広汎性発達障害児本人への診断説明状況調査. 第 101 回日本小児精神神経学会 東京

G. 知的財産権の出願
登録状況, 登録ともになし。

業績一覧（2007年～2010年）

辻井正次

2007年

<学術論文・学術雑誌>

海外

1. Miyahara M, Bray A, Tsujii,M, Fujita C, Sugiyama T. Reaction Time of Facial Affect Recognition in Asperger's Disorder for Cartoon and Real, Static and Moving Faces. Child Psychiatry and Human Development,38(2):121-34. 2007
2. Nishimura K, Nakamura K, Anitha A, Yamada K, Tsujii,M, Iwayama Y, Hattori E, Toyota T, Takei N, Miyachi T, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Kawai M, Sekine Y, Tsuchiya K, Sugihara G, Suda S, Ouchi Y, Sugiyama T, Yoshikawa T, Mori N. Genetic analyses of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene in autism. Biochem Biophys Res Commun. 2007 Apr 27;356(1):200-6.
3. Sugihara G, Hashimoto K, Iwata Y, Nakamura K, Tsujii,M, Tsuchiya KJ, Sekine Y, Suzuki K, Suda S, Matsuzaki H, Kawai M, Minabe Y, Yagi A, Takei N, Sugiyama T, Mori N. Decreased serum levels of hepatocyte growth factor in male adults with high-functioning autism. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2007;31(2): 412-5.
4. Toyoda T, Nakamura K, Yamada K, Thanseem I, Anitha A, Suda S, Tsujii,M, Iwayama Y, Hattori E, Toyota T, Miyachi T, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Kawai M, Sekine Y, Tsuchiya K, Sugihara G, Ouchi Y, Sugiyama T, Takei N, Yoshikawa T, Mori N. SNP analyses of growth factor genes EGF, TGFbeta-1, and HGF reveal haplotypic association of EGF with autism. Biochem Biophys Res Commun.;360(4):715-20. 2007
5. Tsuchiya KJ, Hashimoto K, Iwata Y, Tsujii,M, Sekine Y, Sugihara G, Matsuzaki H, Suda S, Kawai M, Nakamura K, Minabe Y, Yagi A, Iyo M, Takei N, Mori N. Decreased serum levels of PECAM-1 in subjects with high-functioning autism: a negative correlation with head circumference at birth. Biol Psychiatry, 62(9):1056-8. 2007

国内

1. 神谷美里・辻井正次・石川道子　高機能広汎性発達障害女子のグループ活動の試み. 小児の精神と神経 47, 115-122. 2007
2. 神谷美里・吉橋由香・宮地泰士・辻井正次　広汎性発達障害の行動・情緒的特性の性

差－Child Behavior Checklist/4-18 による検討、精神医学:49(10), 1021-1026. 2007

3. 明翫光宜・辻井正次 高機能広汎性発達障害と統合失調症におけるロールシャッハ反応の特徴　ロールシャッハ法研究, 11, 1-12. 2007
4. 明翫光宜、辻井正次　思春期・成人期のアスペルガー症候群. 精神療法　第 33 巻 4 号, 435-440.　2007.
5. 宮地泰士, 辻井正次　自閉症スペクトラムの早期診断.: 脳 21 10(3): 228-231 (2007)
6. 豊田佳子、辻井正次　　高機能広汎性発達障害をもつ子どもたちへのグループ・アプローチ　　臨床精神医学　第 36 巻 5 号, 607-610. 2007
1. 土屋賢治, 稲田尚子, 神尾陽子, 黒田美保, 八木敦子, 松本かおり, 宮地泰士, 河合正好, 中村和彦, 武井教使, 辻井正次, 森則夫　自閉症とその関連疾患の診断尺度-ADI-R と ADOS-G について-.: 脳 21 10(3): 223-227. 2007

＜書籍＞

1. 辻井正次(単著)　特別支援教育で始まる楽しい学校生活の創り方—軽度発達障害の子どもたちのために.　河出書房新社. 2007.

2008 年

1. Anitha A, Nakamura K, Yamada K, Suda S, Thanseem I, Tsujii,M, Iwayama Y, Hattori E, Toyota T, Miyachi T, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Kawai M, Sekine Y, Tsuchiya K, Sugihara G, Ouchi Y, Sugiyama T, Koizumi K, Higashida H, Takei N,Yoshikawa T, Mori N.　Genetic analyses of roundabout (ROBO) axon guidance receptors in autism.　Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.;147B(7):1019-27. 2008
2. Nakamura K, Anitha A, Yamada K, Tsujii,M, Iwayama Y, Hattori E, Toyota T, Suda S, Takei N, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Kawai M, Sekine Y, Tsuchiya KJ, Sugihara G, Ouchi Y, Sugiyama T, Yoshikawa T, Mori N.　Genetic and expression analyses reveal elevated expression of syntaxin 1A (STX1A) in high functioning autism.　Int J Neuropsychopharmacol.;11(8):1073-84. 2008
3. Takura, S and Tsujii,M. Informational and psychological support for siblings of children with Asperger's disorder in Japan: The sibling's self intensity and their understanding of the disorder. New Zealand Journal of Disability Studies, 13,106-116. 2008
4. Tsuchiya, K., Matsumoto, K., Miyachi,T., Tsujii,M., Nakamura,K., Takagai.S., Kawai,M., Yagi,A., Iwaki,K., Suda,S., Sugihara,G., Iwata Y, Matsuzaki,H., Sekine.Y, Suzuki,K., Sugiyama,T, Mori,N and Takei,N.　Paternal age at birth and

high-functioning autistic-spectrum disorder in offspring. British Journal of Psychiatry 193: 316-321. 2008

国内

1. 安達潤 行廣隆次 井上雅彦 辻井正次 栗田広 市川宏伸 神尾陽子 内山登紀夫 杉山登志郎. 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)短縮版の信頼性・妥当性についての検討. 精神医学 50(5), 431-438,2008
2. 林陽子 辻井正次 成人期のアスペルガー症候群者への臨床心理学的支援（特集 成人期のアスペルガー症候群(1)） 精神医学 50(7) ,661-668,2008
3. 川上ちひろ, 辻井正次 高機能広汎性発達障害を持つ子どもの保護者へのペアレント・トレーニングー日本文化のなかで子育てを楽しくしていく視点から. 精神科治療学 23（10）,1181-1186, 2008
4. 宮地泰士, 神谷美里, 吉橋由香, 野村香代, 辻井正次. 高機能広汎性発達障害児を対象とした感情理解プログラム作成の試み. 小児の精神と神経 48(4): 367～372.2008
5. 宮地泰士, 辻井正次. アスペルガー症候群の支援の実際. 小児科臨床 61(12): 2426-2430. 2008
6. 中村和彦, 土屋賢治, 八木敦子, 松本かおり, 宮地泰士, 辻井正次, 森則夫. 成人期アスペルガー症候群のADI-R（自閉症診断面接改訂版）による診断—生物学的研究との関連でー. 精神医学 50(8): 787-799. 2008
7. 辻井正次 市民として地域発達支援システムを利用する姿から考える--広汎性発達障害を中心に（第54回 日本小児保健学会(群馬)）--（シンポジウム 発達障害の子どもたちの観察からわかること）小児保健研究 67(2),283-286,2008
8. 辻井正次 高機能広汎性発達障害(その2)高機能広汎性発達障害の発達支援の今後の課題（［日本小児精神神経学会］第100回記念学術集会特集 小児精神神経学の過去・現在・未来(その1)） 小児の精神と神経 48(4),337～346,2008
9. 吉橋由香, 宮地泰士, 神谷美里, 永田雅子, 辻井正次. 高機能広汎性発達障害児を対象とした「怒りのコントロール」プログラム作成の試み. 小児の精神と神経 48(1): 59-69. 2008

＜書籍＞

1. 辻井正次（分担執筆） 子どもの問題に対する社会的支援体制の整備の課題. 森則夫監修・中村和彦（編）「子どもの精神医学」第9章 p100-106. 2008.7 金芳堂
2. 辻井正次（分担執筆） V-9 発達障害児の福祉的支援. 宮本信也・田中康雄（編））「発達障害とその周辺の問題 子どもの心の診療シリーズ 2」 p280-288. 2008.11 中山書店
3. 辻井正次・野村香代（分担執筆） 高機能広汎性発達障害の子どもへの社会性を伸ばす支援. 「こころの科学 本人・家族のためのSST実践ガイド」 p150-156. 2008.8

日本評論社

4. 辻井正次・行広隆次（分担執筆）　３章さまざまな対応　PARS の地域での臨床適応.(p98-101) および辻井正次（分担執筆）　４章患者の会　アスペ・エルデの会.(p136-137).　五十嵐　隆・平岩幹男（編）「発達障害の理解と対応　小児科臨床ピクシス　2」. 2008.10　中山書店

＜書籍の監訳＞

1. トニー・アトウッド (著), 辻井 正次 (監修), 東海 明子 (翻訳)ワークブック アトウッド博士の〈感情を見つけにいこう〉(1)怒りのコントロール.2008/12/3. 明石書店
2. トニー・アトウッド (著), 辻井 正次 (監修), 東海 明子 (翻訳)ワークブック アトウッド博士の〈感情を見つけにいこう〉(2)不安のコントロール.2008/12/3. 明石書店

2009 年

＜学術論文海外＞

1. Kajizuka M, Miyachi T, Matsuzaki H, Iwata K, Shinmura C, Suzuki K, Suda S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Iwata Y, Nakamura K, Tsujii M, Sugiyama T, Takei N, Mori N. Serum levels of platelet-derived growth factor BB homodimers are increased in male children with autism. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2010 Feb 1;34(1):154-8. Epub 2009 Oct 29.
2. Maekawa M, Iwayama Y, Nakamura K, Sato M, Toyota T, Ohnishi T, Yamada K, Miyachi T, Tsujii M, Hattori E, Maekawa N, Osumi N, Mori N, Yoshikawa T. A novel missense mutation (Leu46Val) of PAX6 found in an autistic patient. Neurosci Lett. 2009 Oct 25;462(3):267-71. Epub 2009 Jul 14.
3. Suzuki K, Nishimura K, Sugihara G, Nakamura K, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Takebayashi K, Isoda H, Sakahara H, Sugiyama T, Tsujii M, Takei N, Mori N. Metabolite alterations in the hippocampus of high-functioning adult subjects with autism. Int J Neuropsychopharmacol. 2009 Nov 9:1-6. [Epub ahead of print]

国内

1. 神谷美里・辻井正次　高機能広汎性発達障害青年の性役割観に関する一考察. 中京大学現代社会学部紀要, 2(1), 1-15, 2009
2. 川上 ちひろ・辻井 正次　思春期広汎性発達障害児の性行動の特徴と保護者のニーズの検討 小児の精神と神経 49(2), (183) 163-170, 2009/6
3. 小泉晋一・辻井正次　自閉性障害　4. 自閉症スペクトラム障害の人に対する家族の接し方と対応. 精神療法・心理社会療法ガイドライン　精神科治療学　24 号増刊号, 310－311, 2009

4. 満田 健人・明翫 光宜・辻井 正次 PFスタディ反応における広汎性発達障害児と定型発達児の比較研究 小児の精神と神経 49(3), (184) 221-230, 2009/9
5. 辻井正次　高機能広汎性発達障害の自己調節機能　－支援の方向性に関する予備的検討. 中京大学現代社会学部紀要, 2(2), 1-11, 2009
6. 辻井正次 , 伊藤 沙智子 支援システム・支援グループ--NPO法人アスペ・エルデの会の取り組みから（アスペルガー症候群の子どもの発達理解と発達援助）--（アスペルガー症候群の援助）. 別冊発達 (30) 281-288 ,2009/8
7. 吉橋由香・藤田知加子・辻井正次　広汎性発達障害児の感情の概念的理解と自己の感情体験の統合に関する研究. 中京大学現代社会学部紀要, 2(1), 17-39, 2009
8. 吉橋由香・藤田知加子・川上正浩・辻井正次　高機能広汎性発達障害の意味的ネットワーク構造の特徴--言語連想課題を用いた検討. 小児の精神と神経 49(2), (183) 149-161 ,2009/6
9. 吉橋由香・神谷美里・宮地泰士・辻井正次　高機能広汎性発達障害男児の自己の感情の認知?感情喚起状況における表情表出に関する認知の検討　小児の精神と神経 49(3), 201-211 ,2009/11

＜書籍＞

1. 小泉晋一,・辻井正次　子どもたちの「できること」を伸ばす--発達障害のある子どものスキル・トレーニング実践(3) 子どもたちが身体を知る.　こころの科学(148) ,139-144, 2009/11
2. 辻井正次　子どもたちの「できること」を伸ばす--発達障害のある子どものスキル・トレーニング実践(新連載・1)発達障害とともに生きること--スキル・トレーニングが必要なわけ. こころの科学 (146) 97-101 ,2009/7
3. 辻井正次　子どもたちの「できること」を伸ばす--発達障害のある子どものスキル・トレーニング実践(2)日常で困ることの分析と準備--子どもたちが困ったときに前向きになるために.　こころの科学 (147) 115-121 ,2009/9
4. 辻井正次　発達障害のある子どもたちの家庭と学校（１）発達障害があるということ. 子どもの心と学校臨床　1,　89-100. 2009/9,　遠見書房
5. 辻井 正次 特別支援教育で始まる、子どもの〈苦手〉を〈得意〉にする工夫の仕方--通常学級にあたり前に発達障害の子どもたちが学んでいる現実の中で（通常学級で使える 特別支援教育 実践のコツ）. 児童心理 63(18), (906) 1-10, 2009/12

2010年

＜学術論文海外＞

1. Fujita-Shimizu A, Suzuki K, Nakamura K, Miyachi T, Matsuzaki H, Kajizuka M, Shinmura C, Iwata Y, Suda S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Sugihara G, Iwata K,