

⑥ 生活能力の状態（成人では保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判定してください。児童では年齢相応の能力で判断してください。）

1 現在の生活環境・養育環境
入院・入所（施設名 _____）・在宅・その他（ _____ ）

2 日常生活能力の判定（該当するものを○で囲んでください。）

- (1) 適切な食事摂取
自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
- (2) 身辺の清潔保持
自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない
- (3) 金銭管理と買い物、持ち物の管理
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
- (4) 通院及び服薬（要・不要）
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
- (5) 対人関係・他人との意思伝達
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
- (6) 身辺の安全保持・危機対応、状況に合わせた対応
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
- (7) 社会的手続きや公共施設・交通の利用
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
- (8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動、学習機会への参加
適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

3 日常生活能力の程度

（該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。）

- (1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活（学校・職場等）は普通にできる。
- (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活（学校・職場等）に一定の制限を受ける。
- (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
- (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ 現在の障害者自立支援法のサービスの利用状況

⑧ 備考（今後2年間における手帳の必要性について特に説明を要する場合当欄に記載）

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療科担当科名

医師氏名

（自筆又は記名捺印）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

発達障害の診断の妥当性を検証し、臨床家向けガイドライン提案

主任研究者	奥山真紀子	国立成育医療センター こころの診療部
分担研究者	泉 真由子	横浜国立大学 教育人間科学部
	加我 牧子	国立精神・神経センター精神保健研究所長
	神尾 陽子	国立精神・神経センター精神保健研究所
	杉山 登志郎	あいち小児保健医療総合センター
	小枝 達也	鳥取大学地域学部
	田中 康雄	北海道大学大学院教育学研究院附属 子ども発達臨床研究センター
	山下 裕史朗	久留米大学医学部 准教授
	稲垣 真澄	国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

昨年度、本研究班で作成した精神障害者保健福祉手帳改訂案に関して精神保健福祉センター長会とすり合わせを行い、最終改定案を作成した。また、実際の記入例の分析から、誤解を生じるところなどを補助するための記入要領を作成する必要性が明らかになり、記入要領を作成するとともに、模擬症例を作成して、記入例を提示した。

A. 研究目的

近年、発達障害と診断される子どもおよび成人が増加している。更に、発達障害者支援法も施行され、発達障害者へのライフサイクルを通じた支援が求められているが、社会資源の適切な配分の見地からも、支援を必要としている障害児者の診断が必要となる。しかも、全国どこにいても支援が受けられるためには、特殊な専門家による診断ではなく、一般の医師が診断できる必要がある。

しかしながら、これまで発達障害児者支援のための診断ツールがなく、その基準を策定することが困難であった。そこで、どのような医師でも、発達障害者および児童青年でも診断できるように精神障害者保健福祉手帳を改訂することを目的とした。

B. 研究方法

①昨年度本研究班で作成した精神障害者保健福祉手帳改訂案に関して、判定を

行う精神保健福祉センターの所長会議のご意見を伺い、調整を行って最終案を提示した。

②本年度に行った30名の医師の記載の分析結果から必要と考えられた点に関しての記入要領を作成した。

(倫理面への配慮)

該当なし

C. 研究結果

添付の改訂案および記入要領を作成できた。

D. 考察

今回の改訂は短期間に記入者側と判定側がある程度の基準で診断できるような体制をとるための提案である。早期に普及して発達障害の支援に結び付ける必要がある。

一方で、今回の研究の過程で、精神障害者保健福祉手帳には矛盾点が多く、大改訂が必要であるという声が大きかった。早晩、新たなコンセプトの基に根底から考えた改訂が必要であると考えられた。

E. 結論

発達障害者および児童青年に対して全ての医師が使用でき、かつ判定側も同意できる精神障害者保健福祉手帳の改訂案を提示することができ、それに関する記入要領を提示することが出来た。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

別紙

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態 (保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では、年齢相応の能力と比較の上で判断する)

1 現在の生活環境

入院・入所(施設名)・在宅(ア 単身・イ 家族等と同居)・その他()

2 日常生活能力の判定 (該当するものを○で囲む)

(1) 適切な食事摂取

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2) 身の清潔保持、規則正しい生活

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買い物

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4) 通院と服薬(要・不要)

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身の安全保持・危機対応、

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的手続きや公共施設の利用

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度

(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。

(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。

(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。

(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。

(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ 備考 ⑥の(日常)生活能力の詳細な状況

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名

(自署又は記名捺印)

発達障害者診断および児童青年期の精神障害診断のための精神障害者保健福祉手帳用診断書記入の要領（研究班案）

1. はじめに

精神障害者保健福祉手帳の診断書は単なる病気に関する診断書ではなく、生活上の困難に対して支援を行うための診断書である。従って、治療に必要な情報のみならず、生活の状況を把握して記入しなければならない。カルテからだけではそのような情報が欠けていることも多い。そのような場合には本人もしくは保護者に改めて質問して記載する。

精神障害者保健福祉手帳は本診断書に基づき、判定を行い、手帳が交付される。本診断書は記載を一律にするために、項目を並べて該当するものに○をする方式となっている。しかし、児童青年の場合や発達障害者の場合には項目に○をするだけでは判定者に困難さが伝わらないことが少なくない。手帳交付を行って支援が必要な場合には、その必要性が判定者に理解できるように記入項目をしっかりと記載する必要がある。

本記入要領では、全体の記入要領に加えて、疑似症例に関して実際の記入例を提示したので参考にしてほしい。

2. 各項目の記入の仕方

以下は各項目の記入上の注意である。長いものは別紙にまとめたので、別紙1～3を参照しながら読んでほしい。

① 病名（別紙1参照）

・ICDによる診断名を付ける。ただし、どうしても合わないときやDSMの診断名が適当と考えられるときにはそちらを利用することも可能であるが、その場合はそれに相当するICDコードを入れる。ICDコードは別表を参照

・合併する障害をしっかりと記載することが重要である。発達障害で生活の困難さが強くなる症例は合併障害が多いからである。合併障害が複数ある場合にも全てを記載する。また、③の病歴欄にその診断根拠を明確に記載する。

- ・身体合併症は一過性の病態ではなく、引き続く病態を入れる。
（甲状腺機能低下症、ダウン症など）

② 初診年月日

・最初にその病態で受診した日を指す。年もしくは月までしかわからない場合にはその後は空欄でもよい。

例：「平成13年7月頃」「平成13年、月日不明」など

③ 発病から現在までの病歴

- ・最初に問題が気付かれたときからの状況を記載する
- ・推定発病時期：発達障害の場合は最初に症状に気付かれた時期を記載することを原則とするが、明らかに出生直後からの問題に付随した場合は出生時を推定発病時期と出来る。
- ・症状に気付かれる前の発達歴を全て記載する必要はない。例えば「初期の発達に異状なし」でもよい。

例：運動発達には問題はなかったが、1歳6カ月健診で言葉の遅れを指摘された。視線が合わないなどの症状もあり、自閉症が疑われ、保健所での親子教室に通うも3歳まで発語はなかった。

- ・診断名を支持する症状をしっかりと記載する。
- ・手帳の判定に必要な状況、つまり生活への影響や困難さに関しては注意して記載する。
- ・医療機関や相談機関への受診歴も本項目に記載する。

④ 現在の病状、状態像等（別紙2参照）

- ・過去2年間の病状や状態像を記載する。
- ・（1）～（5）はうつや統合失調症をイメージして設定された項目である。従って、例えば（5）に自閉という項目があるが、広汎性発達障害で自閉の症状があっても（5）につけるのではなく、（11）の広汎性発達障害関連症状に記載する。
- ・ただし、うつ、双極性障害、解離症状などが存在する場合にはそれぞれの項目に○をつけその内容を⑤で詳しく記載する。児童期のそれぞれの特徴と記載に関しては別紙2を参照
- ・ない項目に関しては、その他（ ）の中に記載する。

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

- ・④で○をつけた項目やその他に記載した項目についての現在の状況を分かりやすく記載する。この部分が症状を明らかにする上で非常に重要な部分である。特に、生活上の困難に結びついている状況に関してはしっかりと記載する。
- ・その病状を支持する検査に関しては検査名、検査結果、およびその時期を記載する。概ね過去2年間に行った検査を記載する。

例：WISCⅢ：TIQ=76、VIQ=60、PIQ=85（2009年12月10日 児童相談所にて施行）

- ・なお、病状等で検査施行が不可能な場合にはそれも記載する。
- ・検査に関しては知能検査等の複雑な検査のみならず、チェックリストも診断に有用であり、ここに記載を行う。発達障害ではCBCL（Child Behavior Checklist）、PARS（Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale）、ADHD-RS（Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Rating Scale）、ASSQ（Autism

Spectrum Screening Questionnaire)、AQ (Autism-Spectrum Quotient) などが用いられることが多い。その他、合併症に関して、うつには CDI (Child Depression Inventory)、解離には CDC (Child Depression Checklist) などが有用である。更に、DN-CAS (Das-Naglieri Cognitive Assessment System) などの遂行機能を判断する検査などを行っている場合は記載する。ただし、チェックリストや特殊な検査の評価に関しては判定者になじみがないものもある。従って、児童青年期症例および発達障害例の診断を支持するための検査に関しては、その結果を記載するのみならずその判定と根拠 (カットオフ値等) を記載する。

⑥ 生活能力の状態

1 現在の生活環境

児童福祉施設等に入所中の子どもに関しては入所している施設の種類 (「児童養護施設」「児童自立支援施設」など) を記入する。里親の場合はその他に記載する。

2 日常生活能力の判定 (別紙 3 を参照)

児童では、保護者の援助はある程度、必要であるが、親の援助がなかった場合、各項目の困難さは年齢相応の児童と比べて著しいかどうかを年齢相応の水準と比べて判断する。別紙 3 を参照

3 日常生活能力の程度

全体的な日常生活に関する判断である。児童青年の場合には日常生活は家庭生活を意味し、社会生活は主として学校の生活である。しかし、学校生活での著しい制限は日常生活にも影響する。また、児童青年の場合、影響を受けているのは家族であることが多い。その特殊性も考える必要がある。例えば、不登校で学校に行っていない場合、家庭生活が影響を受けており、親が仕事を辞めて家庭にいなければならないなどの制限が加わることになる。そのような影響も加味して該当する番号を選ぶ。

⑦ 備考 ⑥の (日常) 生活能力の詳細な状況

⑥に関して、詳細な状況の記載を行う。児童青年の場合や発達障害の場合には、⑥を診ただけでは困難さが伝わらないことも少なくない。例をあげながら、困難さが伝わるような説明が必要である。また、(1) ~ (8) に該当しない項目で日常生活の困難さがある場合にはそれも記載する。例えば、ある発達障害の成人では、家庭で器具や電化製品を購入しても、説明書を読むのに非常に強い困難を伴い、新しいものが購入できないという困難さを抱えていた。そのような問題は (1) ~ (8) には該当しないが、この欄にその困難さを記載することで、判定をする人が理解しやすいように工夫することが求められる。

F00-F09 症状性を含む器質性精神障害

- F04 器質性健忘症候群, アルコールその他の精神作用物質によらないもの
- F05 せん妄, アルコールその他の精神作用物質によらないもの
- F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害
- F07 脳の疾患, 損傷及び機能不全による人格及び行動の障害
- F09 詳細不明の器質性又は症状性精神障害

F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害

- F10 アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害
- F11 アヘン類使用による精神及び行動の障害
- F12 大麻類使用による精神及び行動の障害
- F13 鎮静薬又は催眠薬使用による精神及び行動の障害
- F14 コカイン使用による精神及び行動の障害
- F15 カフェイン・アンフェタミンを含むその他の精神刺激薬使用による精神及び行動の障害
- F16 幻覚薬使用による精神及び行動の障害
- F17 タバコ使用<喫煙>による精神及び行動の障害
- F18 揮発性溶剤使用による精神及び行動の障害
- F19 多剤使用及びその他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害

F20-F29 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害

- F20 統合失調症
- F21 統合失調症型障害
- F22 持続性妄想性障害
- F23 急性一過性精神病性障害
- F24 感応性妄想性障害

- F25 統合失調感情障害
- F28 その他の非器質性精神病性障害

F30-F39 気分[感情]障害

- F30 躁病エピソード
- F31 双極性感情障害<躁うつ病>
- F32 うつ病エピソード
- F33 反復性うつ病性障害
- F34 持続性気分[感情]障害
- F34.0 気分循環症
- F34.1 気分変調症
- F34.8 その他の持続性気分[感情]障害
- F38 その他の気分[感情]障害

F40-F48 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害

- F40 恐怖症性不安障害
- F40.0 広場恐怖(症)
- F40.1 社会恐怖(症)
- F40.2 特定の[個別的]恐怖(症)
- F40.8 その他の恐怖症性不安障害
- F41 その他の不安障害
- F41.0 恐慌性<パニック>障害[挿間性発作性不安]
- F41.1 全般性不安障害
- F42 強迫性障害<強迫神経症>
- F43 重度ストレスへの反応及び適応障害
- F43.0 急性ストレス反応
- F43.1 外傷後ストレス障害
- F43.2 適応障害
- F43.8 その他の重度ストレス反応
- F43.9 重度ストレス反応, 詳細不明
- F44 解離性[転換性]障害
- F45 身体表現性障害
- F45.0 身体化障害
- F45.1 分類困難な身体表現性障害
- F45.2 心気障害
- F45.3 身体表現性自律神経機能不全
- F45.4 持続性身体表現性疼痛障害
- F45.8 その他の身体表現性障害
- F45.9 身体表現性障害, 詳細不明
- F48 その他の神経症性障害
- F48.1 離人・現実感喪失症候群

F50-F59 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群

- F50 摂食障害
- F50.0 神経性無食欲症
- F50.1 非定型神経性無食欲症
- F50.2 神経性大食症
- F50.3 非定型神経性大食症
- F50.8 その他の摂食障害
- F50.9 摂食障害, 詳細不明
- F51 非器質性睡眠障害
- F51.0 非器質性不眠症
- F51.1 非器質性過眠症
- F51.2 非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害
- F51.3 睡眠時遊行症[夢遊病]
- F51.4 睡眠時驚愕症[夜驚症]
- F51.5 悪夢
- F51.8 その他の非器質性睡眠障害
- F51.9 非器質性睡眠障害, 詳細不明
- F52 性功能不全, 器質性障害又は疾病によらないもの

F60-F69 成人の人格及び行動の障害

- F60 特定的人格障害
- F60.0 妄想性人格障害
- F60.1 統合失調症質性人格障害
- F60.2 非社会性人格障害
- F60.3 情緒不安定性人格障害
- F60.3a 衝動型人格障害
- F60.3b 境界型人格障害
- F60.3c その他の情緒不安定性人格障害
- F60.3d 情緒不安定性人格障害, 詳細不明
- F60.4 演技性人格障害
- F60.5 強迫性人格障害
- F60.6 不安性[回避性]人格障害
- F60.7 依存性人格障害
- F60.8 その他の特定的人格障害
- F60.9 人格障害, 詳細不明
- F61 混合性及びその他の人格障害
- F62 持続的人格変化, 脳損傷及び脳疾患によらないもの
- F62.0 破局体験後の持続的人格変化
- F62.1 精神科疾患り患体験後の持続的人格変化
- F62.8 その他の持続的人格変化
- F62.9 持続的人格変化, 詳細不明

F63 習慣及び衝動の障害

F63.0 病的賭博

F63.1 病的放火[放火癖]

F63.2 病的窃盗[盗癖]

F63.3 抜毛癖

F63.8 その他の習慣及び衝動の障害

F63.9 習慣及び衝動の障害、詳細不明

F64 性同一性障害

F64.0 性転換症

F64.1 両性役割服装倒錯症

F64.2 小児<児童>期の性同一性障害

F64.8 その他の性同一性障害

F64.9 性同一性障害、詳細不明

F65 性嗜好の障害

F65.0 フェティシズム

F65.1 フェティシズム的服装倒錯症

F65.2 露出症

F65.3 窃視症

F65.4 小児性愛

F65.5 サドマゾヒズム

F65.6 性嗜好の多重障害

F65.8 その他の性嗜好の障害

F65.9 性嗜好の障害、詳細不明

F66 性発達及び方向づけに関連する心理及び行動の障害

F66.0 性成熟障害

F66.1 自我異和的性の方向づけ

F66.2 性関係障害

F66.8 その他の心理的性発達障害

F66.9 心理的性発達障害、詳細不明

F68 その他の成人の人格及び行動の障害

F68.0 心理的理由による身体症状の発展

F68.1 身体的、心理的症状又は障害の意図的表現又は偽装[虚偽性障害]

F68.8 その他の明示された成人の人格及び行動の障害

F69 詳細不明の成人の人格及び行動の障害

F70-F79 知的障害〈精神遅滞〉

F70 軽度知的障害〈精神遅滞〉

F71 中等度知的障害〈精神遅滞〉

F72 重度知的障害〈精神遅滞〉

F73 最重度知的障害〈精神遅滞〉

F78 その他の知的障害〈精神遅滞〉

F80-F89 心理的発達の障害

F80 会話及び言語の特異的発達障害

F80.0 特異的会話構音障害

F80.1 表出性言語障害

F80.2 受容性言語障害

F80.3 てんかんを伴う後天性失語(症)[ランドウ・クレフナー症候群]

F80.8 その他の会話及び言語の発達障害

F81 学習能力の特異的発達障害

F81.0 特異的読字障害

F81.1 特異的書字障害

F81.2 算数能力の特異的障害

F81.3 学習能力の混合性障害

F81.8 その他の学習能力発達障害

F82 運動機能の特異的発達障害

F83 混合性特異的発達障害

F84 広汎性発達障害

F84.0 自閉症

F84.1 非定型自閉症

F84.2 レット症候群

F84.3 その他の小児<児童>期崩壊性障害

F84.4 知的障害〈精神遅滞〉と常同運動に関連した過動性障害

F84.5 アスペルガー症候群

F84.8 その他の広汎性発達障害

F88 その他の心理的発達障害

F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

F90 多動性障害

F90.0 活動性及び注意の障害

F90.1 多動性行為障害

F90.8 その他の多動性障害

F91 行為障害

F91.0 家庭限局性行為障害

F91.1 非社会化型<グループ化されない>行為障害

F91.2 社会化型<グループ化された>行為障害

F91.3 反抗挑戦性障害

F91.8 その他の行為障害

F92 行為及び情緒の混合性障害

F92.0 抑うつ性行為障害

F92.8 その他の行為及び情緒の混合性

障害

F93 小児<児童>期に特異的に発症する情緒障害

F93.0 小児<児童>期の分離不安障害

F93.1 小児<児童>期の恐怖症性不安障害

F93.2 小児<児童>期の社交不安障害

F93.3 同胞抗争障害

F93.8 その他の小児<児童>期の情緒障害

F94 小児<児童>期及び青年期に特異的に発症する社会的機能の障害

F94.0 選択(性)かん<緘>黙

F94.1 小児<児童>期の反応性愛着障害

F94.2 小児<児童>期の脱抑制性愛着障害

F94.8 その他の小児<児童>期の社会的機能の障害

F95 チック障害

F95.0 一過性チック障害

F95.1 慢性運動性又は音声性チック障害

F95.2 音声性及び多発運動性の両者を含むチック障害[ドゥラトゥーレット症候群]

F95.8 その他のチック障害

F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症するその他の行動及び情緒の障害

F98.0 非器質性遺尿(症)

F98.1 非器質性遺糞(症)

F98.2 乳幼児期及び小児<児童>期の哺育障害

F98.3 乳幼児期及び小児<児童>期の異食(症)

F98.4 常同性運動障害

F98.5 吃音症

F98.6 早口<乱雑>言語症

F98.8 小児<児童>期及び青年期に通常発症するその他の明示された行動及び情緒の障害

F98.9 小児<児童>期及び青年期に通常発症する詳細不明の行動及び情緒の障害

別紙2 「現在の病状、状態像等」記載の要領（研究班案）

④ 現在の病状、状態像等

（1）抑うつ状態

児童青年の場合には抑うつが苛々感となって現れることがある。また早朝覚醒を特徴とする不眠や、食欲不振と体重減少、便秘などの身体症状は成人の場合にはしばしば随伴するが、児童の場合には、過眠、過食を呈することがある。

（2）躁状態

前青年期では、非常に早いサイクルで躁うつを繰り返す児童が存在する。また特に女兒において、いわゆる非定型精神病像を周期的に生じる前思春期周期性精神病と呼ばれるグループがあり、ここに記載する。またこの場合に、幻覚などの精神病症状を呈する場合には、（3）幻覚妄想状態にも記載を行う。

（3）幻覚妄想状態

児童の場合には、解離性障害において「お化けの音が聞こえる」「お化けの姿が見える」など解離性幻覚がしばしば認められる。また青年期において、自分が嫌な臭いを出しているという自己臭妄想、自分が醜い容貌で周囲から避けられているという醜貌妄想などが認められる。

（4）精神運動興奮および混迷の状態、および（5）統合失調症等残遺状態

いずれも統合失調症の症状を記載し、例えば（5）1、自閉は、慢性統合失調症において認められる自閉症状を示す。自閉症の諸症状は全て（11）広汎性発達障害関連症状に記載する。

（6）情動及び行動の障害

1 爆発性

児童青年の場合には、頻回の喧嘩、人に怪我をさせる可能性のある道具や武器の使用、他者に（動物を含む）への残虐な行為、暴力的な噴出などが含まれる。

2 暴力・衝動行為

家庭内暴力における暴力的噴出、また注意欠陥多動性障害における、順番が待てない、質問が終わる前に答える、結果を考えず衝動的に行動する、さらに反抗挑戦性障害における、ルール違反を繰り返す、故意に他者を苛つかせる、大人と良く口論をするなどの症状が該当する。

3 多動

児童における多動性障害で典型的に認められるが、広汎性発達障害でもしばしば併存があり、その場合には記載を行う。それ以外の症状としては、不注意、うっかりミス、集中を必要とする課題を避ける、着席困難、過剰に動き回るなどの症状が該当する。注意欠陥多動性障害に用いられる検査尺度としては、ADHD-RSがある。

4 食行動の異常

摂食障害に認められる症状である。拒食、やせ、肥満恐怖、短時間に大量の食物を食べ、

自己誘発嘔吐をする、下剤の乱用など、また交代制の絶食などの症状を各々記載する。

5 チック・汚言

軽症の瞬目、咳払い等の一般的なチックではなく、より重症な汚言を伴った多発性チックであるトーレット障害が該当する。

(7) 不安及び不穏

1 強度の不安・恐怖感

幼児から学童の重症の分離不安はここに該当する。

2 強迫体験

児童の場合では非合理的なこだわりという自覚を欠如する場合が多い。時にはチックとの境界が不鮮明なものも存在することに注意が必要である。臨床的な判断によっていずれかに記載を行う。

3 心的外傷に関連する症状

フラッシュバック、トラウマに関連する事象への回避、不眠、抑うつ、トラウマ想起の障害、集中困難、解離症状など外傷後ストレス障害の症状が該当する。児童青年の場合には、性的虐待やいじめなどにおいてもしばしば生じる。抑うつの併存は一般的であり、その場合には(1)抑うつ状態にも記載を行う。

4 解離・転換症状

児童青年において成人ほど明確な症状の形成に至らず、例えば多重人格ではなく人格のスイッチングなどの症状として現れることが少なくない。トラウマ関連症状と共に生じる場合が多い。また、手が動かない、声が出ないなどの、身体の一部の機能を失う転換症状がある場合にはここにチェックを入れる。

5 その他

その他の不安症状はここに記載する。過去の行為への不安が極度に強くなる過剰不安障害

(8) てんかん発作(けいれんおよび意識障害)

てんかん発作を伴う時にはこの項目を埋める。

(9) 精神作用物質の乱用及び依存等

アルコールや薬物等の乱用や依存が存在している場合にはこの項目を埋める。引きこもりに伴う買い物依存なども含まれる。詳しい内容は⑤に記載する。

(10) 知能・記憶・学習・注意の障害

この項目では、「知的障害、認知症、記憶障害、学習障害、多動性障害(注意欠陥多動性障害)」に関する病状や状態を記載する。

1 知的障害

一つの目安として知能指数が70未満を軽度、50未満を中等度、35未満を重度とする。

3 その他の記憶障害

精神遅滞や認知症、意識障害における記憶障害以外のものが該当する。

4 学習の困難

知的障害や認知症、意識障害およびその他の記憶障害を原因としない読みや書き、算数の障害が該当する。過去の学習の機会や意欲が保たれていたかを確認する必要がある。

エ その他

時間や空間の把握あるいは順序性の把握、因果関係の把握などの困難が著しい場合などが該当する。

5 遂行機能障害

計画を立てること、見通しを持つこと、実行すること、変更ができる柔軟性を持つなどの障害を指す。いずれも知的障害、認知症、意識障害およびその他の記憶障害によらないものが該当する。

6 注意障害

注意持続が困難だったり、注意対象が転導しやすかったりといった内容を指す。知的障害、認知症、意識障害そのほかの記憶障害によらない注意機能の障害が該当する。

(1 1) 広汎性発達障害関連症状

1 相互的な社会関係の質的障害

対人的に孤立していることに限らず、社会的場面でその文化や発達水準にふさわしいやり方で人とかかわれない、あるいは本人は意図していないが人に気まずい思いをさせるなどの不適切な社会的行動をする問題もチェックする。児童期に幼稚園や学校集団で同年齢の仲間関係（きょうだい以外）が持てないということで顕著である。これまでに常に家族以外に親しい人がいないという点もチェックする。

2 コミュニケーションにおける質的障害

コミュニケーションは言語水準もそうであるが、持てる言語を他者とのメッセージのやりとりとして利用できるかどうか、で判断する。通常の会話では必ずしも感情や意図を言葉で表現するわけではないので、言外の意味を汲み取って皮肉や冗談などを理解できるか、特に要求や伝達とかかわらないおしゃべりができるかどうか、もチェックする。診察場面での応答が適切かどうかだけで判断しない。

3 限局した常同的で反復的な関心と活動

関心が限局しているかどうかは、幼児期では決まったおもちゃでしか遊ばない、あるいはおもちゃではない特殊なものに過剰な関心を持つなどがある。年長になると、関心対象についての知識習得の努力と没頭は過剰となるが、他人と共有する趣味に発展することが少なく、個人の収集にとどまることが多い。反復的な活動は、積木やおもちゃを一列に並べる、照明のスイッチのオンオフを繰り返す、ビデオの同じ場面だけを繰り返し見る、など幼児期に顕著にみられる。年長となっても、新しいやり方を嫌い、いつも通りにしたが、予測と違うとひどく混乱することがあるかどうか、をチェックする。

4 その他

知覚過敏や知覚鈍磨がみられることもある。知覚過敏は触覚、聴覚、味覚、視覚などに関して様々な程度にみられるが、周囲からはわからないことも多く、本人に尋ねる必要がある。不器用が日常生活に支障をきたす場合もあるのでチェックする。

(1 2) その他

子ども虐待やネグレクトに関連する反応性愛着障害の諸症状、重症の不登校状態、さらには睡眠障害や排泄障害の症状など、上記に含まれない症状はここに記載する。

別紙3 「日常生活の判定」記載の要領（研究班案）

（1）適切な食事摂取

適切な食事摂取とは、食事を準備し、摂食の開始から終了までの一連の活動が、自発的な行動によって遂行されることを指す。1歳までにはある程度の時間、食卓に座って食事に専念することが出来るようになるが、親が与えないと一人ですべてを食することは困難な子どもも多い。発達障害などで、2歳になっても全く食卓に座っていることが出来ず、親が追いかけて食べさせているようであれば、「援助があればできる」に当たる。3歳までには誰かが横に着いていれば、自ら全ての食事を摂取することが出来る。一人で食卓に向かわせても、適切に食事をとれるようになるのは6歳頃である。それを過ぎても誰かが必ず横についていなければ食事をとれない、もしくは食べてはいけないものを食べる（異食）の危険があって監視しなければならないなどの場合には「援助があればできる」となる。発達障害で偏食が強く、特別な食事でない食べられない時も「援助があればできる」にあたる。

（2）身辺の清潔保持

身辺の清潔保持のための発達は徐々に出来るようになっていく。一人でトイレにおいて排泄ができるのは3歳頃、排便後の処理ができるようになるのはおよそ4歳である。5歳頃までには夜尿も消失する。歯磨き、洗面などは6歳頃には自立するようになる。入浴や洗髪を一人でできるようになるのは個人差が大きい、少なくとも10歳を過ぎても一人でできないことは「援助が必要」にあたる。引きこもりの場合、親が何回も言わないと下着を取り換ええない、入浴しないなどの清潔保持の問題が生じることも少なくない。ADHDで注意集中が困難で、親や教師が何回も言わないと歯磨きや洗面を行わない場合は、その症状の重症度に応じて「自発的にできるが援助が必要」もしくは「援助があればできる」となる。また、広汎性発達障害でこだわりが強いため清潔保持の行動がとれない時には、その状況によって「自発的にできるが援助が必要」もしくは「援助があればできる」となる。しかし、まったくできない場合は「できない」につける。清潔保持の場合には部分的にできるものとできないものが存在する可能性があるが、一部の清潔保持が出来ないことは清潔が保てないことであり、ここにチェックを入れて、⑦に詳細に記載する。

（3）金銭管理と買い物、持ち物の管理

完全な金銭管理ができるようになるのは社会的に自立してからであるが、小遣いの管理や買い物は10歳頃にはある程度可能になる。学習障害等で、中学生になっても、小遣いを渡しても管理ができない場合には「できない」もしくは「援助があればできる」に記載する。

持ち物の管理はそれより早い段階で可能となる。自分の物と他人の物を区別して決めら

れた場所におくことは3～4歳頃に可能となる。しかし、多くは親に名前や目印を付けてもらって可能になるのであって、自分で名前を書くなどして、自立した管理が出来るようになるのは7～9歳頃である。幼稚園でも自分のものと他人のものの区別がつかない場合、全くできない時には「できない」にある程度教えれば区別がつく場合は「援助があればできる」にあたる。ADHDの子どもなどで、10歳を過ぎても自分のものと他人の物を混同したり、親が確認しないと毎日のように忘れ物をする等の場合には、「援助があればできる」に当てはまる。

(4) 通院及び服薬

通院または服薬が必要な場合は「要」に丸をする。一人で通院できるようになるのは概ね高校生になってからである。低年齢の児童は受診に抵抗することもあるが、多くは親が説明すれば受診し、注射などの医療的手技を受けることもできる。また、服薬に関しては3歳ぐらいまでは親が相当に工夫しないと薬を飲まないことが多いが、4歳ぐらいになると服薬可能な剤型と味であれば自分から飲むことが出来る。6歳になれば自主的に服薬することが出来、多くは錠剤も服薬できる。ただし、すべて自分で薬の管理を行うことは早くても15歳を過ぎてからである。発達障害などで、受診や採血を極端に嫌がり場合や、投薬に対しての拒否が強いために、年齢不相応に親がそうとうの工夫や強制をしないと飲まない時などは「援助があればできる」にあたり、全く薬が飲めない場合や受診が出来ない場合は「できない」とする。

(5) 対人関係・他人との意思伝達

生まれた時から親との間に情緒的な交流があり、それが対人関係の最初である。6カ月ごろには共同注視が現れ、それが1歳半までには指さしという形で明確になる。その頃には目を合わせて相手との交流を楽しむことができるのが一般的であるが発達障害でその不全に気付くのは1歳を過ぎたころからである。発達障害の場合には1歳半になっても指さしが出来ずに親の手を対象に持っていく（クレーン）ことが多い。4歳ぐらいには他人の立場になって、他人がどのように考えているのかを把握することが出来るが、発達障害の場合はそれも遅れる。また、発達障害では他者との関係や他者同士の関係性を把握することが困難である。幼児期以降で、集団に入るようになると、友達が出来、適切なコミュニケーションがとれるなどが生活上更に重要になる。発達障害では本質的にそれが困難である。周囲が発達障害の特徴を理解して対応することで対人関係が何とかこなせている場合には「援助があればできる」に該当する。また、他人との距離がうまく保てない、常に相手を怒らせる行動をとってしまうなどの症状も生活に影響する。

意思伝達の大きな一つの手段として、最初に意味のある言葉を発することが出来るようになるのは1歳頃であり、2歳には二語文を発するようになり、3歳を過ぎると会話が可能となる。大人の言葉の理解は1歳ぐらいから徐々に明確になり、2歳までには「お人形

をとってください」を実行できるようになる。また、2歳までにはバイバイが可能になる。このような形で徐々に言語および非言語の意思伝達の能力が発達する。受容性もしくは表出性言語障害での言語発達の問題や広汎性発達障害でのコミュニケーション能力の問題によって生活に影響がある場合は、その程度によって、「おおむねできるが援助が必要」「援助があればできる」とする。

(6) 身の安全保持・危機対応、状況に合わせた対応

乳児期には安全は守られるものであるが、1歳を過ぎると危ない場面では親が止めるなどにより徐々に危険な行為をしなくなり、自分の安全を保持するようになっていく。幼児期までは成人の監督が必要であるが、家の中や保育園・幼稚園では急に外に飛び出すことはなく、ある程度の時間目を話したり、集団全体への目配りでも大丈夫になる。学童期になれば、公園などの比較的守られた空間であれば子どもだけで遊ぶ事が出来るようになる。留守番をさせても良いのは10歳を過ぎてからである。幼児期でもすぐに道路に飛び出すなどの危険な行動が多くて目を離せない時には「援助があればできる」にあたる。発達障害やトラウマ関連障害の場合、危険な状況になった時に動きをとることが出来ない場合もある。例えば、けがをしても人に助けを求めることが出来ないなどの場合には成人が目を離せなくなるため、「援助があればできる」に当たると考える。青年期になって危険な行動を繰り返すなどの場合には身の安全保持が出来ているとは言えない。

(7) 社会的手続きや公共施設・交通の利用

社会的手続きや公共施設の利用は成人になるまでは期待されていない。発達障害のある成人の場合、役所での手続き、銀行での口座の管理などが困難になることがある。重度のADHDで順番がとれず手続きがとれないこともあるし、広汎性発達障害で役所でのコミュニケーションが取れないこともある。また強い不安障害で手続きができないこともある。そのような場合には該当する。

交通の利用に関しては、小学校年齢になれば一人で交通機関を利用することが出来るが、それは決められた路線に乗ることが出来るだけであり、目的地に行く路線を探して、お金を払って乗ると言うことが出来るようになるのは小学校高学年を過ぎてからである。トラウマにより特定の交通機関を利用できない、発達障害で公共交通機関のルールが守れなかったり、人ごみに入れなくて利用できないときには「できない」もしくは「援助があればできる」に○をする。

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動、学習機会への参加

遊びは非常に重要な児童の活動である。2歳頃を過ぎるとやり取りをする遊びが増加し、3歳を過ぎると集団での遊びができるようになる。小学校以上では下校時に友達と遊んだり、地域のスポーツクラブを楽しむようになる。中学校になれば更に幅が広くなり、休

日には友達と遊びに出掛けることも多くなる。発達障害では興味の範囲が狭く、公園で皆と遊べない、集団で遊べないなどが存在することが多い。その程度によって、「援助があればできる」「できない」にあたる。引きこもりや不登校は学習機会への参加がないので「できない」にあたる。本人ができない場合でも親がスポーツクラブなどに入れることによって、その活動は行えている時がある。しかし、それは自発的に行うものとは異なり、「援助があればできる」にあたる。うつの子童青年の場合も生活の中のこの面での活動が困難になっていることが多い。

症例番号	1	年齢	7 歳	性別	男
診断名	高機能広汎性発達障害 (アスペルガー症候群)		主訴	多動 パニック	
家族歴	特になし		既往歴	特になし	
生育歴	満期正常産。周生期異常なし。頸定 4 ヶ月、独歩 12 ヶ月。1 歳まで夜泣きがひどく、夜よく起きていた。人見知りせず、だっこをせがむことはなかった。有意語 10 ヶ月、二語文 2 歳。大勢の中では落ち着きなく歩き回ることが多かった。				
現病歴	二語文が出てからオウム返しが目立つようになり、視線が合いにくかった。何回も言えば指示に従えたが、尋ねても返事がないことが多かった。3 歳頃から弟や友達にかみつくようになった。幼稚園では、自分から友達の中に入っていくが、友達とは関われなかった。小学校に入学後も座ってられず教室を抜け出すことが多い。集団行動ができず、先生とも友達とも話がかみあわず、要求が通らないとパニックになって泣き出すので、教室では本人の好きなようにさせている。電車の話なら相手や所かまわず大声で話し続ける。教育センターから紹介で来院。				
現症	体格中等度。身体的な異常所見なし。部屋の中を動き回りながらよくしゃべる。しかし会話が一方的で、電車の型式と機能についての話を止められない。人なつこいが、視線はあいにくい。問われた内容は理解しているようであるが、答えないことが多い。比喻や皮肉は理解できず、文字通り受け取る。触られるのが嫌いで、診察はいやがって抵抗する。白紙をわたすと電車と線路の絵を描き続け、声をかけてもやめられない。				
検査所見	WISC-III で VIQ110, PIQ 113, FIQ112。 脳波に異常を認めず。(いずれも平成 17 年 11 月施行)				
経過	高機能広汎性発達障害特に Asperger 症候群と診断し、パニックには嵐が過ぎるのを待ち、家庭や学校で、わかりやすく、具体的な指示をするよう依頼した。相手の気持ちを読めず、電車についての講釈を続けるのをやめられず、勝手に行動することはなかなか直らない。友達のかみつかれぬよう彼をさけている。学校では支援員の派遣を要請中であり、電車に乗るとき、親が付き添えない場合は、外出ボランティアの協力をえている。				

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)研究班改定案

氏 名	症例番号1	明治・大正・昭和(平成) x-7年10月 10 日生(7歳)	男・女
住 所			
① 病名 ICDコードは、右の病名と 対応するF00~F99、G40の いずれかを、記載する	(1) 主たる精神障害 <u>アスペルガー症候群</u> ICDコード (F84.5) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード () (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳(有・無、種別 _____ 級)		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 X 年 7 月 10 日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 X 年 7 月 10 日		
③ 発病から現在までの病歴 及び治療の経過、内容 推定発病年月、発病状況、 初発症状、治療の経過、治 療内容などを記載する	(推定発病時期 X-7年10月頃) 人見知りせず、落ち着きのないこともあった。精神運動発達、言語発達に遅れはなかったがオウム返し がとれず、視線があわなかった。友達と関わらず集団行動ができない。気に入らないと弟や友達、先生に もかみついたり、パニックになって泣き出したりして手に負えない。落ち着いて座ってられず、学校の 教室などいるべき場所から飛び出していってしまう。よくしゃべるが話がかみ合わず、意志や感情の交換 が困難。電車が好きで社名、型式の他、駅名、発車サイン音にも詳しく、場所や相手にかまわず、蕩々 と説明する。 *器質精神病の(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 _____ 年 月 日)		
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)	(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他() (2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他() (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他() (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他() (5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他() (6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 ② 暴力・衝動行為 ③ 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他() (7) 不安及び不穩 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他() (8) てんかん発作(けいれんおよび意識障害) 1 発作型() 2 頻度() 3 最終発作(年 月 日) (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月 から) (10) 知能・記憶・学習・注意の障害の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他() (11) 広汎性発達障害関連症状 ① 相互的な社会関係の質的障害 ② コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ③ 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他() (12) その他(触覚過敏)		

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

多動、パニックを主訴とした症例であるが、背景に広汎性発達障害があり、アスペルガー症候群の診断を行った。多動、衝動性があり、教室を抜け出すことも多いので担任や教頭がおいかけていかなければならない。会話が成り立ちにくく、自分の意志が通らないと泣き叫んでパニックになり、友達や先生にかみつく。自分勝手な行動が多いため、友達ができずクラスで孤立している。家でも気に入らないと物を壊すこともあり、弟にもかみつく時があるので目が離せない。電車に乗っている間中、電車の型式や機能につき、馴れ馴れしく、誰彼かまわず大声で話し続けるので、苦情をいわれるため、大人が付き添って本人を制止し、周囲に謝らなければならない。

検査所見：検査名、検査結果、検査時期 平成17年10月施行

WISC-IIIでVIQ110, PIQ 113, FIQ112と正常。脳波に異常を認めない。

⑥ 生活能力の状態 (保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では、年齢相応の能力と比較の上で判断する)

1 現在の生活環境

入院・入所(施設名)・在宅(ア 単身・① 家族等と同居)・その他()

2 日常生活能力の判定 (該当するものを○で囲む)

(1) 適切な食事摂取

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2) 身の清潔保持、規則正しい生活

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買い物

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4) 通院と服薬(要・不要)

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身の安全保持・危機対応、

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的手続きや公共施設の利用

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度

(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)

- (1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
- (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
- (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- ④ (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
- (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ 備考 ⑥の(日常)生活能力の詳細な状況 弟がおり、家庭ではささいなことで、本気でとっくみあいのけんかをし、壁に向かって投げつけたりするので一時も目が離せず、母が安心して食事のしたくもできない。母が家事をしている間、弟の安全を確保しつつ本人を監督する人が必要である。乗り物が好きで、電車の話なら相手や所かまわず大声で話し続けるため、級友にもけむたがられている。また電車で偶然隣の席に座った人にも、電車についての講釈を始めるため、迷惑がられるだけではなく、相手によっては危険な状況になることもある。公共交通機関を利用する際にも援助者による指導監督が必要である。何回も言わないと指示に従えず、話がかみあわず、要求が通らないとパニックになって泣き出すので、教室では本人の好きなようにさせている。結果としてまともに学校教育が行えていない。教室での支援者が必要な状況である。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
なし

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名

(自署又は記名捺印)