

200935006B

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究

平成19-21年度 総合研究報告書
(総括・分担)

主任研究者 奥山 真紀子

平成22 (2010) 年3月

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究

平成19-21年度 総合研究報告書
(総括・分担)

主任研究者 奥山 眞紀子

平成22 (2010) 年 3 月

目次

I. 総括研究報告	
発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究 (奥山眞紀子)	1
II. 分担研究報告	
1) 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 (奥山眞紀子)	11
2) 自閉症の超早期診断法および未診断成人症例の簡便な診断法の開発に関する研究 (神尾陽子)	43
3) 広汎性発達障害に対する早期治療法の開発 研究 早期療育の成果に関する全方向視的研究(杉山登志郎)	61
4) 発達障害に対する他覚的診断法の開発(加我牧子)	71
5) ADHD の客観的診断法と総合的治療法の開発に関する研究(山下裕史朗)	85
6) ADHD への総合的治療法の開発に関する研究 3年間の報告 (田中康雄・久蔵孝幸・川俣智路・金井優実子・内田雅志・福間麻紀・伊藤真理)	91
7) LD（とくにディスレクシア：dyslexia）の早期診断法と治療教育法の開発 19-21年度のみまとめ(小枝達也)	99
8) LD（ディスレクシア）および付随した障害に対する PC（シリアスゲームなど） を使った治療法の開発(宮尾益知)	105
9) 広汎性発達障害者を対象とするスキル・トレーニング・プログラムの開発 (辻井正次)	115
10) 通常学級に在籍する児童の書字能力に関する縦断的研究(辻井正次)	119
11) 教育現場で可能な発達障害の評価法および治療法の開発(井上雅彦)	129
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	137

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

（主任研究者 奥山眞紀子）

総括研究報告書

発達障害者の新しい診断・治療法の開発に関する研究

主任研究者 奥山 眞紀子 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
井上 雅彦 鳥取大学大学院 医学系研究科
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
小枝 達也 鳥取大学地域学部
杉山 登志郎 あいち小児保健医療総合センター
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
辻井 正次 中京大学現代社会学部
宮尾 益知 国立成育医療センター 発達心理科
山下 裕史朗 久留米大学医学部 准教授

研究要旨

【目的】 各種のそれぞれの発達障害児のライフサイクルを見据えて、医療のみならず、教育や保育を始めとした Multidisciplinary な連携のもとに、クリティカルパスとなり得るような気づき、スクリーニング、リスク診断、診断、早期療育、多角的治療、社会機能の訓練、などを総合的に組み立てることを目的に研究を開始した。【方法】 それぞれの発達障害に対しては分担研究がおこなわれ（図1）、全体として全ての医師が発達障害の診断が出来るため、精神保健福祉手帳の改訂に取り組んだ。【結果】 妥当性・信頼性が証明された診断ツールが提示されたり、他覚的な診断の可能性が示されたり、有効なスクリーニングが示され診断法を提示した。また、治療法に関しても、広範性発達障害児への早期療育プログラムの効果に関する客観的な比較、ADHD の治療の方向性の提示とパンフレットの作成および夏季治療プログラムの効果の提示、ディスレキシアへの早期介入方法およびPCを用いた治療方法などが開発された。【考察】 各年齢に応じた発達障害の診断・治療法を開発でき（図2）、精神保健福祉手帳の改訂とそのマニュアル作成によって多くの医師が診断できるようになったと考えられる。

図 1

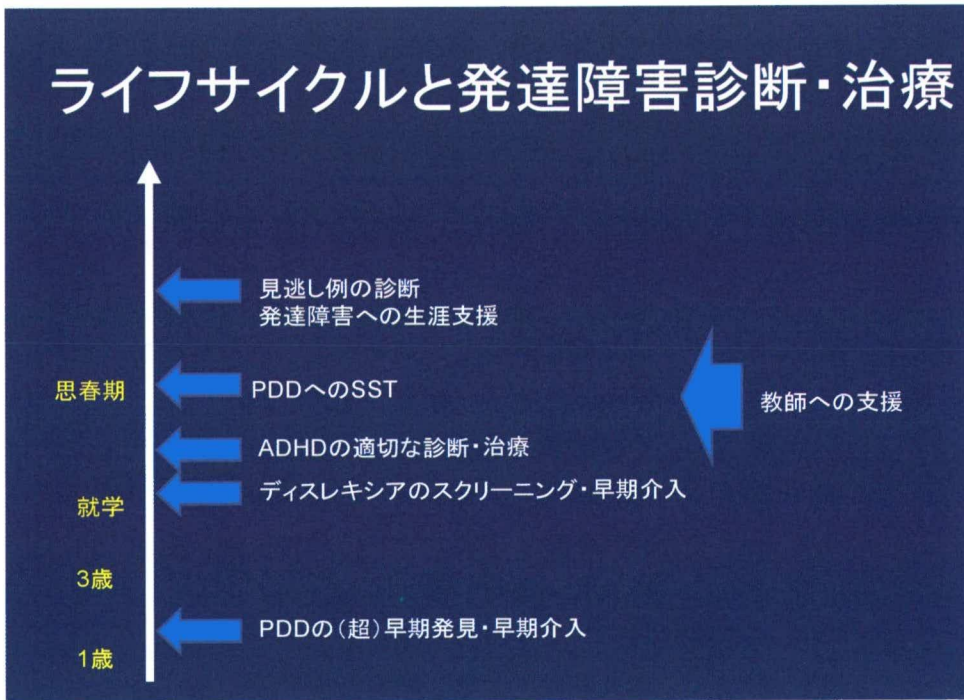
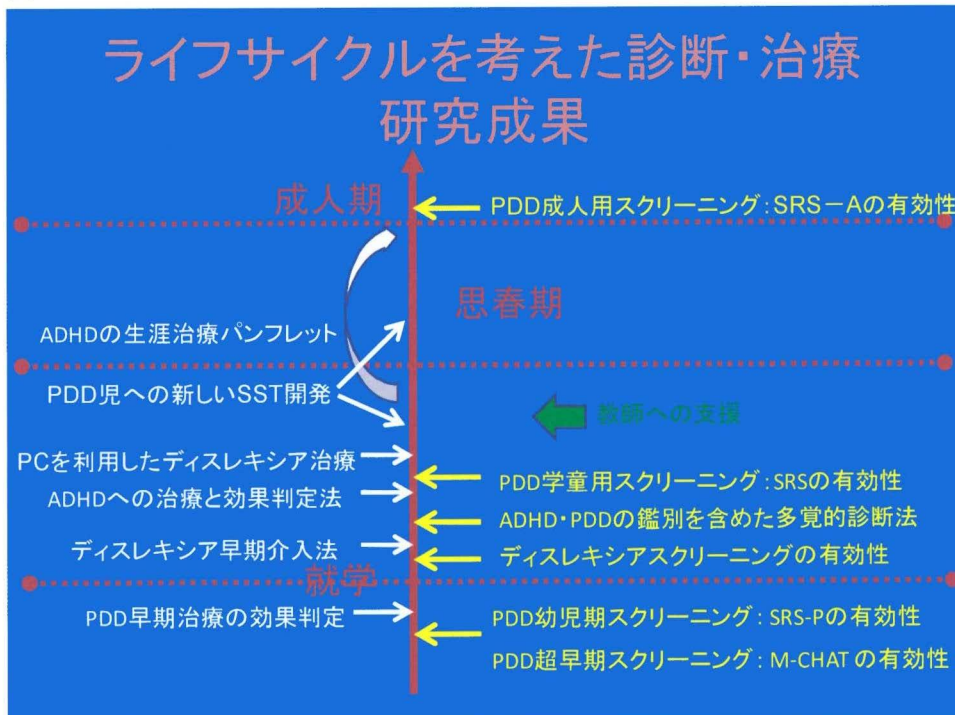


図2



(黄色字は診断法、白字は治療法)

A 研究目的

近年、いわゆる発達障害と考えられる子どもたちが増加した。それを受けて、発達障害者支援法が施行され、有効な診断・治療方法が求められている。同時に、発達障害は残念ながら完治を求める障害ではない。従って、気づき、早期のリスク診断、早期療育、診断、治療、親への対応、その他の支援を各年齢に応じて行っていく必要がある。また、その障害児は地域で生活していくものであり、一機関だけがそれを担っていくものでもない。つまり、発達障害児・者を診断・治療・支援するためには、ライフサイクルを視野に入れた地域連携クリティカルパスが必要となる。

本研究では、発達障害者支援法で対象とされている代表的な発達障害として、広汎性発達障害 (PDD)、注意欠陥／多動性障害 (ADHD)、学習障害 (LD) を取り上げ、それぞれの早期診断、早期介入を中心に、診断・治療法およびソーシャルスキルトレーニング (SST) や教育支援に関しての研究を行い、その成果を社会的に還元することを目的として研究を行った。

(倫理面への配慮)

対象が発達障害児もしくはその親である場合は個人情報特定されないよう配慮し、同意を得ることを原則とし、それぞれの施設の倫理委員会での承認を得た。対象が医師などの専門家である場合も、個人情報特定されないよう配慮し

た上で、その専門家の団体の同意を得た。

B. それぞれの研究の概要

1. 発達障害の新しいアセスメントツールの開発に関する研究 (泉真由子、奥山真紀子)

昨年までに提示した本研究班案に関して、症例を提示して、さまざまなレベルの医師に記入してもらい、その一致度を判定した。またそこで意見を聴取し、その結果をもとに精神保健福祉センター長会と議論を重ね、最終的な会提案を作成した。

2. アセスメントツール記入マニュアル作成に関する研究 (奥山真紀子他)

上記改訂された精神保健福祉手帳を記入する際のマニュアルを本研究班のメンバーで作成した。

3. 自閉症の超早期診断法および未診断成人症例の簡便な診断法の開発に関する研究 (神尾陽子)

明らかな言語や知能の発達に遅れがある自閉症児は就学前の幼児期に診断され、適切な治療的介入への道が用意されているが、そうした一部の自閉症を除く、高機能自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害、あるいは対人関係やコミュニケーションに関する同様の問題を持っているが診断閾下にある子どもや大人は、情緒・行動の問題そしてうつや不安など種々な精神疾患の併発まで、診断、そして支援を受けないまま過ごす者も少なくない。本研究は、そうした子

どもや成人のニーズを見逃さないために、多様なニーズを簡便に把握しうるスクリーニング用の尺度を検討した。実施した研究課題は、①小児科臨床現場における高機能 PDD 児の早期診断と親への説明を巡る臨床的問題について、医療側のニーズの把握、②幼児用自閉症スクリーニング尺度の検討: M-CHAT および SRS-P、③PDD 未診断児童青年のスクリーニング尺度の検討: SRS、④PDD 未診断青年成人のスクリーニング尺度の検討: SRS-A、である。年齢帯ごとにスクリーニングの目的が異なり、対象の行動特徴が変化することを踏まえて、M-CHAT (乳幼児用)、SRS (幼児版、児童版、成人版) などの複数の日本語版尺度を検証した。3 年間の研究の結果、それらの有用性を確認した。

4. 広汎性発達障害に対する早期治療法の開発 (杉山登志郎)

早期療育の効果に関して、全国の 4 つの療育グループを選び、平均月齢 33.1 (± 6.2) ヶ月 (18~47 ヶ月) の幼児 50 名に対し、前方向視的に追跡を行い、新版 K 式、KIDS、CBCL、PARS および養育者の GHQ を事前事後 (平均月齢 43.4 ± 5.9 ヶ月 (30~58 ヶ月)) で測定をした。対象児全体において新版 K 式の全 DQ、運動、認知は有意差はなく、言語 DQ のみ高い有意差で伸びが認められた。また CBCL の総点 (T 得点) もまた有意な改善が認められた。一方、PARS の現在点は、10%水準の有意傾向で改善が認められたが、回顧点はむしろ点数が有意傾向の増加という所見が認められた。グループ別では、個別訪問とインターネットを介して ABA を基本と

する個別指導を行ったグループがほぼ全ての項目において有意な改善が認められ、この時期の介入において、個別の親指導の有効性が示された。

5. 発達障害に対する他覚的診断法の開発 (加我牧子)

発達障害では中枢神経系の病態が想定されているが、実際の診断において障害・症状の基盤となる脳活動や行動の特徴を定量化できる手法が生かされる機会は少ない。そこで本研究では、種々の行動学的・神経生理学的指標を用いて発達障害児の行動・脳活動を定量化し、発達障害の他覚的診断・評価法につながる所見を特定することを目的とした。持続遂行課題 (CPT) の新規解析法を応用することで AD/HD の新しい行動学的指標を抽出し、同じ課題を施行中の脳波を用いて反応抑制機能に関連する事象関連電位 (ERP) の解析を行い、AD/HD に特異的な脳活動の異常を抽出した。さらに、近赤外線スペクトロスコピー (NIRS) を用いて、メチルフェニデート徐放錠投与前後の治療効果に関連した脳血流動態の解析を行い、多動・衝動性に対する治療効果が良好な群に特徴的な脳血流変化を見出した。これらの所見から AD/HD を含む発達障害の診断・評価における補助的ツールとして有用である可能性が示された。

6. ADHD の客観的診断法と総合的治療法の開発に関する研究 (山下裕史朗)

注意欠陥多動性障害 (ADHD) の客観的診断のツールとして、SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire)、Brown

ADD Scale、Impairment Rating Scale (IRS)、DN-CAS 等の有用性を検討した。また小児の簡単な認知機能評価法としての CogHealth[®] を健常小学生 144 名、平成 20、21 年度 ADHD くるめサマー・トリートメントプログラム(STP)参加児 42 名を対象に STP 前後で検討し、CogHealth[®] の認知機能評価法としての有用性を確認した。総合的治療法開発に関しては、2 週間と 3 週間の STP の効果を比較検討した結果、両者の短期的効果に差がないことを確認し、平成 19~21 年に 2 週間 STP を 3 回実施、修正し、わが国でのモデル STP を完成した。平成 21 年には NPO 法人くるめ STP を立ち上げ、website、パンフレット、DVD を作成し、実践マニュアルを出版、全国 4 か所出張セミナーを開催し STP の全国への普及を図った。薬物治療と並ぶ心理社会的治療法として、わが国でも今後 STP が複数の地域で実施され、包括的治療法として普及することが望まれる。

7. ADHD への総合的治療法の開発に関する研究 (田中康雄)

注意欠如・多動性障害(ADHD)への総合的治療法の開発に関する研究の3年間の結果は以下の通りであった。

平成 19 年度は①医療機関における ADHD の治療に関する状況調査、②治療的対応に関する親のニーズ調査、③久留米市サマー・トリートメント・プログラム(STP)の視察を行った。

平成 20 年度は①医療機関における ADHD の治療に関する状況調査、②治療的対応に関する親のニーズ調査をより詳細に

検討し、学会報告を実施し、③発達支援センターにおけるペアレント・サポート・トレーニングを実施した。

平成 21 年度は①治療的対応に関する親のニーズ調査と、②医療機関における ADHD の治療に関する状況調査を基礎に、総合的治療についての啓発冊子を作成発行し、③教育関係のセンターにおけるペアレント・トレーニングを実施した。

ここでは、

- ①医療機関における ADHD の治療に関する状況調査
- ②治療的対応に関する親のニーズ調査
- ③久留米市サマー・トリートメント・プログラム(STP)の視察
- ④ペアレント・サポート・トレーニングについて
- ⑤総合的治療についての啓発冊子について述べる。

ADHD は bio-psycho-socio-ecological disorder(田中)と捉えたうえで、ADHD の総合的治療は、Smith や Barkley ら (2007) の「症状の優先度に従って実施するのが現実的である」という指摘と、ライフステージや状態にあわせた支援方法の構築が必須であると思われる。

さらに、ADHD のある子どもへの治療手技は決して少なくないが、その効果についての検討が少ないため、治療手順についてエビデンスベースの主張が求められる。Smith や Barkley ら (2007) も、現在実施されている治療法のなかにも、有効でないものがあると指摘する。

Smith や Barkley ら (2007) が推奨する 3 つの治療的視点は、①親への関わり (育児助言やペアレント・トレーニング)、

- ②教師の関わり（学校・教室での工夫）
- ③薬物療法で、この3つの合わせ技が良い結果を生むと強調している。

今後の課題としては、治療手法の比較研究から、より有効な治療法を採択する検討が求められる。

8. LD(とくにディスレクシア:dyslexia)の早期診断法と治療教育法の開発(小枝達也)

平成19年度では、通常学級に在籍する小学1年生70名(男/女=33/37)を対象に文章の音読検査を実施した。5月と7月の2回実施し、音読時間、間の回数、誤読数を指標として、平均と標準偏差を得た。これらの指標が5月と7月の2回ともに平均よりも2標準偏差以上、不良であったのは1名であり、この児をdyslexia疑いとした。実際にdyslexiaとしての症状を示すかについて、平成20年度に追跡調査と指導を実施した。このdyslexia疑い児は、一年後(小学校2年生)に確定診断することができ、入学後早期の音読検査の有用性を検証することができた。治療教育効果として、decodingに力点を置いた解読指導は誤読の減少に、chunkingに力点を置いた単語のモジュール形成指導は音読時間の短縮に効果があることが示された。

平成21年度は、コホート調査を実施した。すなわち平成19年度の小学校1年生と同一集団(70名のうち68名 男/女=34/34)を対象として、平成21年度3年生の時点で音読検査を実施した。また、学校の担任教師から3年生時点での音読に関する困難の有無と学業不振の有無に

ついて聞き取り調査を行った。その結果、平成19年度に音読検査にてdyslexiaが疑われ、2年生でdyslexiaと確定診断された1名は、3年生時点においても音読検査の結果がもつとも不良であった。平成21年度の音読検査にて平均よりも2SD以上の音読時間を要したのは4名であったが、新たにdyslexiaに該当する児はいなかった。以上より、平成19年度の文章音読検査は、dyslexia症例の検出と予測において有用な検査であることが示された。

9. LD(ディスレキシア)および付随した障害に対するPC(シリアスゲームなど)を使った治療法の開発(宮尾益知)

本研究では、LD児の視覚的な認知特性に着目し、コンピュータ上での視覚的訓練方法を提案した。本手法は、漢字1文字を字画に分解し、再構成させる方法である。2007年度は、本手法を用いて、LD児の漢字学習に適用しその効果について調べた。その結果、コンピュータ上での漢字訓練が書字能力を向上させる可能性が示唆された。2008年度は、LD児と一般の児童の漢字学習において、本手法と既存の手法を適用し、その効果について比較した。その結果、LD児は、本手法において短時間の訓練で習得した漢字の記憶を長期的に保持することが可能であった(山添ら2008)。一般の児童は、本手法と既存の手法では、漢字の記憶に有意差はなかった。2009年度は、漢字学習のためのe-learningシステムを構築するにあたり、本手法を取り入れた学習コンテンツの有効性について、LD児を対象とし自

宅でも同様の効果が得られるか検証した。その結果、自宅での訓練においても、訓練現場と同様の効果が得られる可能性が示唆された。

10. 新しいソーシャルスキル・トレーニングを含んだ治療法の開発（辻井正次）

広汎性発達障害児者を対象に、本人支援のためのスキル・トレーニングにおける、エビデンスのあるプログラムの開発のために、5つのプログラムの開発に取り組んだ。①感情理解、②完全主義への対応、③困った時の対応、④気分の切り替え、⑤双方向コミュニケーションの5つについて、プログラム作成と、実際の介入プログラムを実施し、有用なプログラムを作成した。広汎性発達障害の場合、家族支援と並んで、本人に対する障害特性にあった支援プログラムの具体的なメニューが必要だと考えられ、今回開発した支援プログラムはその一環として、普及可能なものであると考えられる。

加えて、LDの研究として、X市立小学校に在籍する1、2年児童を対象とし、就学後初期の段階での書字能力の推移を、2007年度から2009年度にかけて縦断的に検討した。加えて、2008年度の時点でX市立保育園に在籍した幼児に対して行った、ことばの発達調査の結果と、2009年度の就学後に実施された書字達成度検査の成績との関連を検討した。本研究の目的は、小学校低学年次の書字能力の把握と、幼児期の言語発達の程度から小学校入学後の書字成績を予測することが可能か否かを明らかとすることであった。本研究の結果から、小学校1年次の9月

下旬には、約80%の平仮名書字が習得されること、小学校2年次の7月には約90%の平仮名書字の習得がなされることが示された。また、小学校1年次の平仮名書字成績から、2年次の漢字習得の程度が予測可能であることも明らかとなった。加えて、その調査の参加者の就学後の平仮名書字成績および平仮名選択課題成績を追跡調査した。また、幼児期から1年次にかけての縦断的調査によって、音韻認識は平仮名書字成績および字形選択成績に影響を及ぼしていることが示された。

11. 教育現場で可能な発達障害の評価法および治療法の開発（井上雅彦）

通常学級を含めた特別支援教育に携わる教師を対象にした行動問題に対応力を高める効果的なトレーニングプログラムの開発を目的とし、地域的制限のないインターネットを利用したe-learningによる研修とコンサルテーションの効果を検証しようとするものである。研究1では複数の本邦学会誌を対象に通常学級を含めた特別支援教育における行動問題に関する4年間の実践研究のレビューと分析を行い環境調整・および機能分析をベースにした応用行動分析学に基づくアプローチの有効性が示された。研究2では、特別支援教育に携わる教師を対象にしたe-learningによる研修ニーズやアクセスするためのスキルについての調査研究を行った。研究3では教師を対象にした問題行動に関するe-learningによる研修プログラムを開発し、その効果を検討した。結果、事前・事後に行った効力感尺度およびCBCL等の得点の改善がみられた。

D. 考察

年齢に応じた診断・治療を考える上で、以下の結果が示された。

<就学前>

発達障害をスクリーニングし、診断・治療するために、当研究での結果をまとめると図2のごとく、1歳半頃にはM-CHATでPDDに関する早期スクリーニングが可能となり、PDDの危険が高い子どもへの2歳頃からの早期療育がなされる。その効果に関しては4つの介入法の比較がなされたが、客観的にはABAを基礎とした親への支援以外は1年間の療育に関して、発達、行動、PDD症状の改善に関する有効性は確認できなかった。しかし、今回は数も少なく、また、年齢的に育てにくさが増す年齢であることを考えると、長期のフォローが必要であり、今後の研究に繋げていく必要があると考えられた。その後の診断に関しては、幼児期にはSRS-P、学童期にはSRSのスクリーニングツールとしての有用性が確認できた。

<就学時および小学校低学年>

就学時は学習障害のスクリーニングと早期介入に重要な時期であることが示された。

読字障害のスクリーニングに適した時期であり、そのスクリーニング法とそこで発見された子どもへの早期介入法が提示され、その有効性が示された。今後、この方法を広く普及し、改善を加え、ディスレキシアによって子ども達が苦痛を感じる前の介入が求められる。

また書字障害に関しても就学後初期の段階での書字能力の推移に関する研究から、小学校1年次の平仮名書字成績から、2年次の漢字習得の程度が予測可能であることが明らかとなり、幼児期から1年次にかけての縦断的調査によって、音韻認識は平仮名書字成績および字形選択成績に影響を及ぼしていることが示された。今後、書字障害のスクリーニングと早期介入に関しての足がかりが示された。

<小学校年代>

ADHDの学童期の子どもへの客観的な指標として、CRT課題施行中の子どもへの事象関連電位の解析を行い、PDDとは異なるADHDの特徴が明らかとなり、鑑別に有用となる可能性が示され、同様にCRT課題施行中の子どもへのNIRSの解析から、投薬の効果を推定できる可能性が示された。今後、ADHDの客観的な診断および投薬の適応の判断に有用と考えられた。

また、簡便な診断ツールとして、SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire)、Brown ADD Scale、Impairment Rating Scale (IRS)、DN-CAS、CogHealth^Rの有用性が確認できた。

ADHDの治療としては夏季治療プログラム(STP)の有効性が示されたが、その持続の問題も指摘された。STPの普及も図られた。

実際に困難を感じているディスレキシアの子ども達にはPCを用いて治療を行い、持続する効果も確認できた。

<小学校から中学校>

PDDの子ども達にとって思春期は大き

な躓きとなる危険がある。新しい SST プログラムが開発された。小学校低学年を対象とした「感情理解促進プログラム」、小学校高学年を対象とした「困ったときの対処法プログラム」、小学生から中学生を対象とした「完璧主義に対するプログラム」、「気分は変えられるプログラム」、「双方向コミュニケーションプログラム」、「相互交渉プログラム」である。いずれも、キャンプにおいてプログラムが実行され、その有用性が確認できている。しかし、今後、長期効果の測定が必要となると考えられた。

<成人期>

診断されずに成人になった PDD が大きな注目を浴びている。診断が遅くなったために、多くの苦痛が理解されずに成人となり、さまざまな精神障害に結びつく危険があるからである。今回の研究で、PDD 成人用スクリーニングツールである SRS-A の有用性が確認され、成人期初期のスクリーニングの可能性が示された。

<全年齢を通しての診断>

発達障害のある子どもから成人までに支援をするための診断ツールとして、精神保健福祉手帳の改訂を行い、マニュアルを作成した。精神保健福祉センター長会とのすり合わせも行っており、今後実際に使われることで、就労支援等に役立つことが期待される。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

別紙参照

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

（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

子どもの心の診療に関する専門医は少ないが支援を必要としている発達障害者は数が多い。そこで、専門でない医師でも診断を行うことが出来るようなツールを作ることを目的に研究を行った。研究班全員で議論を重ね、精神障害者保健福祉手帳の改訂を行うこととした。すでに支援のための構造が出来ており、判定者の大きな変更を伴わずに対応できるからである。方法としては専門家である本研究班研究者があつまり、WHO の国際生活機能分類を参考に検討を加えた。その上で、発達障害者の診断に必要な項目を入れて改訂案を作成し、研究者が持ち帰って記載に関しての検討を加え、平成 20 年度末に研究班改定案を作成した。平成 21 年度には 7 例の模擬症例に関して様々なレベルの小児科医、内科医、精神科医合計 30 名に記入してもらい、泉分担研究者がその検討を行ったところ、比較的一致しており、発達障害の診断に有用であると考えられた。しかし、記入に際しては、マニュアルもしくは記入要領が必要であることも明らかとなった。

それを基に、判定を行う精神保健福祉センターの所長会議において検討をしていたが、最終案が決定された。その最終案に対して、発達障害者および児童青年に関しても記入をしやすくするための記入要領を作成した。

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) 身の辺の清潔保持、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) 身の辺の安全保持・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 特定の人格障害
- 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 その他の特定の人格障害
- 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