

第**1**章

発達障害を理解しよう

発達障害とは何だろうか？

日本発達障害ネットワーク 理事長

社会福祉法人 正夢の会 理事長

市川 宏伸

1 法律の定義

発達障害の定義は、文部科学大臣と厚生労働大臣が署名した、発達障害者支援法（平成17年施行、以下「法」という。）にあります。

- ・ 法には、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能障害であってその症状が通常低年齢で発現するもの」とされています。①何らかの脳機能障害が存在していることが前提であり、保護者の育て方だけでは生じない②通常低年齢に生じるものであり、大人になってから生じることはないが、大人になってからその存在に気付くことがある、と考えられます。
- ・ 法施行令では、「脳機能の障害であってその症状が通常低年齢に発現するもののうち、言語の障害、協調運動の障害その他厚生労働省令で定める障害とする」とされています。
- ・ 法施行の際に出された、両省事務次官通達の中では、脳機能の障害であって、その障害が通常低年齢において発現するもののうち、ICD-10におけるF8（学習能力の特異的発達障害、広汎性発達障害など）及びF9（多動性障害、チック障害など）に含まれるもの、とされています。
- ・ 法は平成28年に改正され、この結果「発達障害の当事者だけでなく、家族その他の関係者」も支援の対象に加えられました。また施策の中に、「司法手続きにおける配慮」が加えられました。「発達障害者支援地域協議会」の設置が明確化され、支援における、さらなる連携が明記されました。

2 ICD による定義

ICD (International Classification of Diseases) とは、WHO (世界保健機関) による国際疾病分類で、現在は第11版が発表されており、日本語に訳されているところです。日本国内では米国精神医学会のDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders) (第5版) とともに医療現場で使用されています。ICD 第10版 (ICD-10) によれば、代表的な発達障害には、以下のようなものがあります。

- F8 : 会話および言語の特異的発達障害 (言語障害)
学力の特異的発達障害 (学習障害)
運動機能の特異的発達障害 (発達性協調運動障害)
広汎性発達障害 (自閉症、アスペルガー症候群など) 他
- F9 : 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
多動性障害 (注意欠陥多動性障害)
素行 (行為) 障害 (反抗挑戦性障害など)
小児期に特異的に発症する情緒障害 (分離不安障害など)
小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害 (選択緘黙、愛着障害など)
チック障害 (トゥレット症候群など)
小児期および青年期に特異的に発症する他の行動および情緒の障害 (吃音など) 他
※下線部は、今後国として正式に使用を始める予定のICD第11版 (ICD-11) では削除される可能性がある内容です。

3 福祉サービスとの関係

法の施行により、それまで公的支援の対象から外れていた発達障害にも支援が拡大しました。

知的障害 (精神遅滞) (F7) は昭和35年制定の「知的障害者福祉法」によって福祉サービスの対象となっており、療育手帳の交付、障害基礎年金の支給が可能です。

発達障害 (F8、F9) は、発達障害者支援法の対象となっており、他の精神疾患と同じく精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付が可能であり、障害基礎年金の支給も可能です。

また、知的障害特別支援学校への入学には療育手帳が、就労に際しては、療育手帳、精神障害者保健福祉

手帳どちらでも有用です。

4 発達障害の特徴

他の障害とされるものと比べると、発達障害にはいくつかの特徴があります。これらについては個性と疾患のいずれにも当てはまらない特性と考えられるように思われます。

i) その数の多さ

文部科学省の統計によると、通常教育及び特別支援教育を受けている児童・生徒では、盲・聾と肢体不自由を合わせたものの3倍近い知的障害を含む発達障害児がいます。平成24年の文部科学省調査では、教育上の配慮を要する児童・生徒は、通常教育を受けている児童・生徒の6.5%とされました。これ以外に、特別支援教育に在籍する発達障害の生徒を加え、更に文部科学省調査に反映されていない他の発達障害者を加えともう少し多い（約10%）のではないかと考えられます。仮に10%とし、日本の人口が1億3千万人とすると約1千3百万人となります。これらのうち支援を必要とするのは数分の1と考えられますが、それでも他の障害と呼ばれるものと比べ、数が極めて多いと言えるでしょう。

ii) 外見からの課題の分かりにくさ

発達障害の場合、その程度が重い場合や他の障害を併せ持っているときは早く気付きますが、軽い場合は、本人も周囲も気付くのが遅くなることがあります。「外見からの課題の見えにくさ」は、「一見問題ない」ように見える一方で、「怠けている」、「困ったものだ」、「反抗的である」などとの誤解を受けやすい傾向があります。このことは、他の障害と呼ばれるものに比べて、障害と考えられず、支援の開始が遅くなった原因と考えられます。

発達障害の経過を見ていくと、落ち着いている時期もあるし、不安定になる時期もあります。例えば、小学校の通常学級では、担任により落ち着くことも、落ち着かなくなることもあります。社会人でも、職場が変わり、上司や同僚により、安定することも、不安定になることもあります。発達障害の場合、置かれる環境や、対応の仕方が非常に重要となります。

iii) 発達障害の境界は明確ではない

発達障害が存在するか否かを明確に示すことは困難です。このことは発達障害が連続体（スペクトラム）であり、濃淡さ（グラデーション）があることにつながります。その程度が濃ければ気付くのも早いですが、薄ければ成長するまで見逃される可能性もあります。「発達障害はあってはいけない」わけではなく、その存在で社会的に困難さを持つなら支援の対象となります。発達障害児者は生まれて以来特性を持ってお

り、自分では「その状態が当たり前」として捉えています。自分が他者と違うという認識は持たないまま成長し、「要領が悪い」、「努力が足りない」などの非難を受けます。この結果として、「自分は皆と同じように出来ない」と自信を失い、心理的に追い込まれることもあります。

iv) 家族的背景を持つことがある

最近、欧米を中心に発達障害の遺伝的背景が指摘されています。注意欠陥多動性障害（Attention Deficit-Hyperactivity Disorder : ADHD）を例にとれば、精神疾患の代表である統合失調症やてんかんよりも遺伝率は高いのではないかと考えられています。このことは、一人発達障害児者がいれば、その兄弟姉妹、両親、祖父母にも発達障害が存在する可能性があるということです。家族が発達障害への理解が不十分であっても、「自分と似ており問題はない」と考えていれば、家族を責めても仕方ありません。

v) いくつかの発達障害が同時に存在していることは珍しくない

発達障害は、一つが単独ではなく、程度の差はあっても、多くは重複して存在します。自閉スペクトラム症（ASD）の症状で来院されても、ADHD、学習障害（LD）などが重なっていることは珍しくありません。知的障害、発達性協調運動障害、チック障害などが併存していることもあります。もちろん、発達障害以外の二次的な障害が併発していることもあります。一人一人の発達障害児者はこれらが重なり合った存在であり、特定の特性や疾患にのみ結びつけるのは困難です。

5 新たな診断基準

世界的に使用している診断基準に、米国精神医学学会によるDSM-5（第5版：2013年発刊）があります。この中では、広汎性発達障害は自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder : ASD）、学力の特異的発達障害（学習障害）は限局性学習症（Specific Learning Disorder : SLD）と呼ばれています。現在邦訳中のICD-11（第11版：2019年発刊）は内容的にDSM-5に近く、日本語版が出た時点で、発達障害の定義の一部変更が考えられています。

診断名参照表

日本発達障害ネットワーク 理事長

社会福祉法人 正夢の会 理事長 市川 宏伸

発達障害者支援法では、ICD-10に基づいて発達障害を定義しています(第4章 WHOの国際疾病分類(ICD-10)参照)。

このハンドブックではICDとDSMの診断名が使われていますので、ICD-10に対応するDSM-5の診断名については、下記の「診断名参照表」を御参照ください。

ICD-10	DSM-5
F7 精神遅滞 F70:軽度 F71:中等度 F72:重度 F73:最重度	神経発達症群 知的能力障害群 軽度 中等度 重度 最重度 全般的発達遅延 特定不能の知的能力障害
F8 心理的発達の障害 F80:会話および言語の特異的発達障害 80.0:特異的会話構音障害 80.1:表出性言語障害 80.2:受容性言語障害 80.3:てんかんに伴う獲得性失語(ランドウ・クレフナー症候群) 80.3:他の会話および言語の発達障害 80.4:会話および言語の発達障害、特定不能のもの	コミュニケーション症群 言語症 語音症 小児期発症流暢症(吃音) 社会的コミュニケーション症 特定不能のコミュニケーション症
F81:学力の特異的発達障害 81.0:特異的読字障害 81.1:特異的綴字障害 81.2:特異的算数能力障害 81.3:学力の混合性障害 81.8:他の学力の発達障害 81.9:学力の発達障害、特定不能のもの	限局性学習症 読字の障害を伴う 書字表出の障害を伴う 算数の障害を伴う
F82:運動能力の特異的発達障害	運動症群 発達性協調運動症 常同運動症 チック症群 トゥレット症 持続性運動または音声チック障害 暫定的チック症 他の特定されるチック症 特定不能のチック症
F83:混合性特異的発達障害	自閉スペクトラム症
F84:広汎性発達障害 84.0:小児自閉症 84.1:非定型自閉症 84.2:レット症候群 84.3:他の小児期崩壊性障害 84.4:精神遅滞および常同運動に関連した過動性障害 84.5:アスペルガー症候群 84.8:他の広汎性発達障害 84.9:広汎性発達障害、特定不能なもの	
F88:他の心理的発達の障害 F89:特定不能の心理的発達障害	

<p>F9：小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害</p> <p>F90：多動性障害</p> <p>90.0：活動性および注意の障害</p> <p>90.1：多動性行為障害</p> <p>90.8：他の多動性障害</p> <p>90.9：多動性障害、特定不能のもの</p> <p>F91：行為障害</p> <p>91.0：家庭内に限られる行為障害</p> <p>91.1：非社会性行為障害</p> <p>91.2：社会性行為障害</p> <p>91.3：反抗挑戦性障害</p> <p>91.8：他の行為障害</p> <p>91.9：行為障害、特定不能のもの</p> <p>F92：行為および情緒の混合性障害</p> <p>92.0：抑うつ性行為障害</p> <p>92.8：他の行為および情緒の混合性障害</p> <p>92.9：行為および情緒の混合性障害、特定不能のもの</p> <p>F93：小児期に特異的に発症する情緒障害</p> <p>93.0：小児期の分離不安障害</p> <p>93.1：小児期の恐怖性不安障害</p> <p>93.2：小児期の社会性不安障害</p> <p>93.3：同胞葛藤性障害</p> <p>93.8：他の小児期の情緒障害</p> <p>93.9：小児期の情緒障害、特定不能のもの</p> <p>F94：小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害</p> <p>94.0：選択性緘黙</p> <p>94.1：小児期の反応性愛着障害</p> <p>94.2：小児期の脱抑制性愛着障害</p> <p>94.8：他の小児期の社会的機能の障害</p> <p>94.9：小児期の社会的機能の障害、特定不能のもの</p> <p>F95：チック障害</p> <p>95.0：一過性チック障害</p> <p>95.1：慢性運動性あるいは音声チック障害</p> <p>95.2：音声および多発運動性の合併したチック障害（ド・ラ・トゥーレット症候群）</p> <p>95.8：他のチック障害</p> <p>95.9：チック障害、特定不能のもの</p> <p>F98：通常小児期および青年期に発症する他の行動および情緒の障害</p> <p>98.0：非器質性遺尿症</p> <p>98.1：非器質性遺糞症</p> <p>98.2：幼児期および小児期の哺育障害</p> <p>98.3：幼児期および小児期の異食症</p> <p>98.4：常同性運動障害</p> <p>98.5：吃音</p> <p>98.6：早口言語症</p> <p>98.8：他の小児期および青年期に通常発症する特定の行動および情緒の障害</p> <p>98.9：小児期および青年期に通常発症する特定の行動および情緒の障害</p> <p>F99：特定不能の精神障害</p>	<p>注意欠如・多動症 混合して存在 不注意優勢に存在 多動・衝動優勢に存在 他の特定される注意欠如・多動症 特定不能の注意欠如・多動症</p> <p>⇒ 他の分類へ（秩序破壊的・衝動制御・素行症群）</p> <p>⇒ 他の分類へ（不安症群）</p> <p>⇒他の分類へ（不安症群） ⇒他の分類へ（心的外傷およびストレス障害）</p> <p>⇒運動症へ</p> <p>⇒他の分類へ（排泄症候群）</p> <p>⇒他の分類へ（食行動障害および摂食症候群）</p> <p>⇒運動症へ ⇒コミュニケーション症へ</p>
---	--

参考文献：

- ・ ICD-10 精神および行動の障害DCR研究用診断基準（中根允文、岡崎祐士、藤原妙子訳）医学書院（東京）1994
- ・ DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引（高橋三郎、大野裕監訳）医学書院（東京）2014

発達障害って増えているの？

前 都立小児総合医療センター 副院長
子どもと家族のメンタルクリニックやまねこ 院長
田中 哲

発達障害は増加しているというのは、子供に関わる人たちの間で常識になりつつあります。確かに発達障害はよく知られた問題にはなりませんが、増加しているように見える実態はどうなのでしょうか？

問題が普遍的になるということは、それだけ見つけられやすくなるということでもあります。対策が講じられ、サービスが充実するということは、発達障害であることのデメリットがそれだけ減るということでもあります。このような増加への対応が、発達障害ありとみなされる子供の数をさらに押し上げているという現象があるように思われます。また発達障害は、開拓途上の分野ですので、医師による診断の基準や常識が、時と共に変化してきたということもあるかもしれません。

こうしたことの総和として、発達障害が「増えているように見えているだけだ」とする意見もあります。つまり、発達障害の増加は、一種の社会現象なのだとする見解です。確かに、こうした側面があることを否定はできませんが、しかしそれだけで、乳幼児健診での要フォロー率の上昇や、幼児教育での「気になる子供たち」の増加を説明しきれないのでしょうか？

医学的な常識から言うと、特定の疾患や障害の発生が10年内外という短期間に急増することは、流行のある感染症などを別にすればあまり考えられません。あるとすれば、その疾患や障害の発生に、周囲の環境が何らかの影響をしている場合です。そこで発達障害に関しても、母体環境、出生体重、有害物質、栄養環境、養育態度など様々な要因との関連が分析されていますが、まだ明瞭な結論は得られていません。素因として存在する遺

伝情報に環境によってスイッチが入り、それが伝達されるというエビジェネティックなモデルというものも提案されています。

医学的な統計の推移からいうと、例えば重い知的障害を伴う自閉症の発生に関しては、(相対的に減っているように見えますが)実際にはあまり変わっていません。つまり増えている分は、知的な障害のほとんどない軽症例であることとなります。

教育的な施策は、医学的な判断とはある程度独立した基準で、教育的なニーズを把握していますが、発達障害のある子供たちも対象に含む特別支援教育は、その対象児の数が(子供人口の減少とは拮抗するように)増加の一途をたどり、いくら教室を増設しても追いつかない状態が続いています。ただ、特別な配慮を必要とする子供の割合は、それほど増加していないのではないかと考える人たちもいます。

このような、様々な状況を包括して下せるような結論は、残念ながら現在のところまだありませんが、この問題をどのように考えて、どのような対応をしていくのか、これは私たちの時代に与えられた大きな宿題であり続けています。私たちはこの宿題に真摯に取り組みながら、発達障害を持つことが社会的不利にならないような時代を作っていかななくてはならないのです。

発達障害の診断をめぐって

昭和大学発達障害医療研究所 所長

加藤 進昌

診断については、子供と大人の場合ではかなり事情が違うと思われれます。子供で発達障害が疑われる場合は、主に母親に伝えることになりすし、慎重な配慮が求められます。大人の場合は、すでにそういった段階は越えていますし、当人が診断を求めてくる場合も多いので、私の外来では、発達障害と思った場合も違うと思った時でも、ほぼすべてお伝えしています。また子供時代には何の疑いも持たずにいきなり受診する例の方が多いいということもあります。

大人では、「発達障害では無い」と申し上げる場合の方が、納得してもらえません。根拠は何かなどと厳しく追及されることもしばしばです。診断基準は、子供では国際的に認められた基準が複数あり、英語による訓練・試験を受けて資格を取得する基準もあり、かなり厳格です。これは子供では個々の行動も一定しないし、意味も不明であるために診断が難しいという事情の裏返しでもあります。大人の場合は、「子供にも使える」基準はあっても「大人にしか使えない」基準はありません。

精神疾患の分類ではDSMやICDといった操作的国際基準が広く使われています。そこに自閉スペクトラム症（ASD）もADHDも記載されているので、基準は存在すると言われるかもしれません。実際に論文ではそういった基準を使ったという記載も普通にあります。しかし、その記述を読んでもどういう病態を表すのかよく分かりません。コミュニケーションの障害といっても、原因は様々です。社会性の障害は統合失調症でも、社交不安障害でも見られますが、その成り立ちは疾患によって違うはずで、それぞれの精神内界は独自のものがあるはずで、したがって、特

にASDでは幼児期の生育歴を慎重に聞き取って、いじめや養育環境から来るものではないということを見極めることが必須です。

ASDでよく使われるAQテストというものがあります。ネットでも自己採点できるので、興味のある方はやってみてください。しかし、この得点でASDの診断はできません。ASDではないかと悩んでいる不安障害の人でも高得点を取る例が多いからです。知能テスト（子供ではWISC、大人ではWAIS）のプロフィールは、AQ以上に参考になりますが、この場合でもあくまで「参考」です。

大人では、子供の時期には見られない問題に着目することも重要です。一番問題になるのは異性関係で、思春期の心性を理解するには「異性との関わり」は何よりも重要です。ASDの場合には、ジェンダーの意識にも目を向ける必要があります。性同一性障害の人たちが「自分は発達障害じゃないか」と受診することも少なくありません。おそらくメンタルの深いところで両者に共通するものがあるのでしょう。やはり、彼らに特徴的な精神病理を抽出すること、脳画像などの客観的なマーカーの研究が求められます。

自閉症とは

自閉症とは、発達障害の大きな枠組みの中で、特に、自閉的な特性が強く、そのために社会生活上の困難をきたしているグループです。自閉症、広汎性発達障害、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラム障害など、自閉症に関する用語は歴史的に変遷してきました。

歴史を振り返ると

最初に自閉症の概念を提唱したのはオーストリア生まれの児童精神科医Kanner（1943年）です。彼の定義は、以下の5点です。

- ①人との情緒的接触の乏しさ
- ②コミュニケーションのために言語を使用しない
- ③同一性保持への強い強迫的欲求
- ④物には惹かれ、巧みな動作で器用に扱う
- ⑤潜在的な認知能力は高い

②の定義から分かるように、提唱された当初の自閉症は、言葉を持たず、知的障害を伴ったケースを指し、非常に珍しい疾患と捉えられていました。

1980年代になるとイギリスのWingが、知的障害を伴わないアスペルガー症候群を取り上げ、Kannerタイプの中核的な自閉症と、アスペルガー症候群まで、連続性があることを提唱しました（1981年）。自閉症スペクトラムという名称を提唱し、広く受け入れられました。

その後には制定された国際的な診断基準であるICD-10（1992年）では、典型的な自閉症の子供たちと、その特徴を部分的に持った子供たちを総称して、広汎性発達障害（PDD）という名称が使われていました。アスペルガー症候群についても、一つの疾患単位として取り上げられていました。

近年、自閉スペクトラム症（ASD）という呼び名が使われることが多くなりました。最新版の米国の診断基準（DSM-5：2013年発刊）もこの診断名を採用しています。スペクトラムは、虹のように、部分を取れば、それぞれの特徴が際立っているのに、それぞ

東京都立小児総合医療センター

児童・思春期精神科医長 島内 智子

れの色の間は、連続していて、境界線がなくなる様子を指しています。自閉症の特性についても、そのような捉え方をして行こう、という考え方です。スペクトラムという捉え方をすると、「自閉症としての特性が強い」子供から、「特性を部分的に持っているが、診断基準は満たさない」子供まで、連続的な分布を示します。この過程で、アスペルガー症候群という疾患単位は、自閉スペクトラム症の中に吸収されました。アスペルガー症候群がDSM-5では、どのような診断名になるのかについては、後述します。

診断基準

従来の診断基準通りの自閉症は、①他人と社会的な場面で相互関係を持つことの障害、②言葉の表面的な意味にとらわれやすいといったコミュニケーションの質的な障害、そして③反復的・常同的な行動パターンがあること、が条件とされています。この3項目は長い間、自閉症であることを判断する上での黄金律のように考えられてきました。

はじめの二つの項目は、他の人とのやりとりが年齢にしたがって発達していくことの、非言語的な側面での問題と、言語的な側面での問題を指していると考えられるので、この両者にまたがるような特性も当然見られます。そのため、DSM-5では、2項目が「持続する相互的な社会的コミュニケーションや対人的相互反応の障害」として、一つにまとめられています。そして、その項目について、どの程度の支援が必要かを記述することになっています。

三番目の項目は、いわゆる「こだわり」に関する部分、つまり対人的な相互関係以外の部分で、独特な考え方や行動の方式がまとめられています。社会的に孤立しがちな彼らが、独自の空想世界を作り、その中で起こることに執着するために、関心の偏りや、独特の繰り返しや、自分のやり方への固執が起こるのだと考えられてきたわけですが、近年はさらに、聴覚や皮膚感覚といった特定感覚の過激さや、記憶やその想起の仕方の独特さなども、ここに加えて考えられます。

「こだわり」に家族を巻き込んで、自分の思い通り

に動かそうとし、家族がそれに従わないと、激しいパニックを起こす子供もいます。学校で周囲の子供たちに、「こだわり」を妨害されたと感じると、感情を爆発させる子供もいます。これが頻回に起こるような場合には、薬物を使用することも考慮せざるを得なくなります。(➡P17 コラム④「薬物療法」)しかし、薬物はあくまで対処療法である事に留意して、漫然と継続することは避けなければなりません。

DSM-5では、この「こだわり」を「限局された反復的な行動」と記載し、どの程度、援助が必要かを記載する事になっています。

例えば、ICD-10で「アスペルガー症候群」と診断された子供は、DSM-5では「自閉スペクトラム症、社会的コミュニケーションの欠陥に対して非常に十分な支援を要する、限定され反復的な行動について、十分な支援を要する、知的障害を伴わない」という診断名になります。長々とした診断名になりますが、色とりどりのスペクトラム(虹)の中のどの位置(何色)にいるのかを説明した、と考えると理解しやすくなります。

三つ組の障害

三つ組の障害、という言葉聞いたことのある方も多いでしょう。Wingが、自閉症スペクトルの心理的機能の側面として①社会的相互交渉の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害を挙げたものです。Wing本人は、自閉症の子供の行動パターンの、硬さ、狭さ、反復の原因となる因子としてこの3点を取り上げたのですが、時に「三つ組があれば、広汎性発達障害である」という誤解をされることがあります。それぞれの子供の「三つ組」の背景が、Wingの意図していた生来的な発達の障害であるのか、それとも、後天的な要因(例：虐待の影響)、あるいは、他の障害(例：知的障害、ADHD、うつ状態など)によるものであるのか、についてきちんと検証して、診断をしていく必要があります。

周囲の子供たちとの関係も含め、自分が周囲と違ってしている事に気付く事による一連の問題があります。これは、他のタイプの発達障害とも共通する問題です。(➡P18 『発達障害と関連性がある「虐待」「いじめ・からかい」「不登校」「ひきこもり」』)

これまで自閉スペクトラム症の原因について、「親の育て方の問題ではないか」「ワクチン接種の副作用ではないか」など様々な仮説が出されてきました。遺伝性が高いことから、何らかの遺伝子変異があるので

はないかとも言われています。しかし、まだ、はっきりとした原因は分かっていません。

原因は分からなくても、少しでも早くから介入した方が、子供たちの生きやすさにつながるというのが経験的に分かってきました。コラムに取り上げられているTEACCHプログラムやABA(応用行動分析)などがその代表的な方法論です。

幼少期に診断がつき、それに対して適切な対応が取られていれば、その後の学校生活、成人してからの生活に大きな支障を来さず、ほとんど医療機関の介入なく過ごしている人たちが多数います。その一方で、自閉スペクトラム症であることに気付かれずに成長し、大学での友人関係や、職場での人間関係などにつまずく人たちが予想以上に多いことが分かってきました。幼少期に見られた特性が、後々になってからの問題を引き起こすことは誰も予想しなかったのです。幼少期からの支援が受けられなかった分、そうした人々は人生の新たな困難への直面を迫られることとなります。そのような人々も含めた成人期の支援にこれまで以上の力が注がなければなりません。このハンドブックで成人期の支援に多くの章が割かれているのは、そのような理由によるものです。

自閉的な特性の一部も持ちながらも、社会的には問題なく適応している人もいます。「こだわり」が価値を生み出すような仕事、例えば、研究のような仕事や、緻密さを要求される作業に従事すると、普通の人ではまねのできないような成果を残すことができるのです。

Kannerが初めて自閉症を記述してから、70年以上の年月が流れました。その間に、自閉スペクトラム症の概念は、発展を遂げ、今や、広く認知されるようになりました。それぞれの自閉スペクトラム症の子供が、適切な評価を受け、自らの能力を伸ばし、生き生きと生活できる社会が実現されることを、願って止みません。

ADHD（注意欠陥多動性障害）とは

東京都立小児総合医療センター

児童・思春期精神科医長 島内 智子

著しい多動、衝動性の高さ、不注意症状を示す子供たちがいることは昔から知られていました。彼らをどう捉えて、どのような名称で呼ぶか、という事については、様々な変遷がありました。ADHD（注意欠陥多動性障害）という診断名が正式に登場したのは、1994年、アメリカ精神医学会が定める診断基準DSM-4の中です。当時は、まだ、一部の専門家しか知らない名称でした。

それが、平成14年の全国の小中学校生徒約4万人を対象にした文部科学省の調査によって、普通学級に通う子の約3%にADHDに特徴的な行動が見られたことが分かり、関心を集めるようになりました。さらに、平成17年4月には、「発達障害者支援法」が施行され、平成19年4月から「特別支援教育」が開始されたことで、教育関係者や保護者まで、広く知られるようになりました。

典型的なADHDには、次のような特徴があります。

1 多動性

もっとも目立ちやすい症状です。小さい頃から、目が覚めている間は絶えず動いて、じっとしていることがありません。「まるでエンジンが付いているかのように」走り回ってあちこちにぶつかったり転んだりなどで、しょっちゅう怪我をするかもしれません。小学校に入学すると、授業中にじっと座っているのが難しく、教室の中をウロウロしたり、教室の外にまで出て行ったりするので、担任の先生一人では、対処しきれません。

2 衝動性

友達との関係に悪影響を与えやすいのが、「衝動性」による症状です。そもそも子供の生活では、年齢とともに社会的なルールを覚えて、そのルールを守ることを求められます。ところがADHDの子供は、年齢相応に感情や欲求をコントロールできず、頭では守るべきルールが分かっているにもかかわらず、衝動に駆られて破ってしまうことがあります。友達との遊びの中でそれが起こると周囲から責められて、今度はカッとなって、手が出てしまう、という悪循環に陥りがちです。衝動をコントロールする力の発達が周囲の子供よりもゆっくりである、という見方もで

きます。成長とともに、ゆっくりながらも、少しずつコントロール力がついてきて、中学生、高校生と徐々に衝動性が目立たなくなるケースもあります。

3 不注意

3つの基本症状の中で、もっとも目立ちにくいのですが、ADHD症状の中心にあると考えられています。多動性・衝動性は成長とともに自然に改善して行くことが多いのですが、成長しても最後まで残る症状です。成人期のADHD症状は不注意が中心になります。必要な注意を払えないことや、注意が持続しないことだけでなく、不必要な注意を止められないこと、つまり、注意力をうまくコントロールできないことであると考えられます。

部屋が片付けられなかったり、忘れ物やなくし物が多かったりします。話を最後まで聞いていられなかったり、すぐに気が散ってしまったり、ぼーっとしていたり。周囲からは、怠けている、と誤解されることがあります。

これらの3つの基本症状が組み合わさって、様々なトラブルを引き起こされます。周囲の状況を確認せずに、いきなり行動を起こしてしまうために、怪我をしやすいかったり、興味を惹かれるものの方に衝動的に駆け寄ってしまい、迷子になることもあります。ADHDの子供は、友達と良い関係を作るのも苦手です。「不注意」によって注意力に欠けると、他人がどう感じているかなど場の空気に気づかず、はたから見れば、自分勝手な行動を取りがちになります。「不注意」に「衝動性」が加わると、ルールを無視して行動することで、友達から非難される機会も多くなります。友達関係がうまくいかないイライラに加え、「衝動性」から、カッとなってつい手を出すことも多くなります。すると、ますます友達との関係が悪化してしまっていて、孤立することがあります。

しつけや育て方のせいではない

ADHDの子供は、じっとしていられなかったり、我慢できなかったり、友達とのトラブルが絶えなかった

りするため、「親のしつけが悪い」「育て方に問題がある」など周囲から誤解されがちです。また、親自身も「何度も言い聞かせているのに、なぜ分かってくれないのだろう?」「育て方が間違っているの?」と子育てに自信を失うことも多いでしょう。でも、ADHDの子供がじっとしてられない、我慢できないのは、脳の機能障害が原因で、その障害は生まれつきのものです。親のしつけや育て方のせいでADHDになるわけではありません。しかし、親の接し方が原因で、症状がさらにひどくなることがあります。また、周囲から理解されず、非難や叱責ばかり受けて育つことで、深刻な二次障害を引き起こすおそれがあります。逆に、親や先生など周囲の大人が、早い時期から、その子の特性を理解し、苦手な部分を支援し、強いところを伸ばしてあげれば自尊心を損なうことなく、才能を開花させ、社会で活躍する大人に育っていくことが期待できます。

ADHDの三つのタイプ

- ①**注意欠陥優位型**：男の子よりも女の子に多く見られます。ぼーっとしていて、学校では先生の話の聞いていないことが多いため、勉強が遅れがちになります。片付けが苦手で、忘れ物が多い、物を無くしやすいという特徴があります。
- ②**多動・衝動性優位型**：男の子に多く見られます。落ち着きがなく、じっとしてられずに動き回ります。感情のコントロールが苦手で、考える前に行動するため、衝動的な行動が多く、友達との関係に問題が生じます。
- ③**混合型**：不注意、多動性、衝動性の全ての特徴を合わせているタイプです。ADHDの約8割を占めていると言われています。

二次障害について

ある障害が原因で、自尊感情が傷つけられるなどして二次的に起きる障害を二次障害といいます。ADHDの二次障害として、よく知られているのが「反抗挑戦性障害」です。大人に対して、わざと怒らせるような態度をとったり、何かにつけ反抗したり、悪いと分かっていることをわざとしたりといった行動が見られます。反抗挑戦性障害を放置すると、反抗的な行動などがエスカレートし、「行為障害」へと移行しやすくなります。人や動物に対する攻撃性や、窃盗、他人の所有物の破壊、社会的なルールの違反などが見られ、家族の力だけでは修正が困難になります。

また、不安障害やうつ病になる子供もいます。

二次障害への発展を予防するには、本人の特徴をよく理解し、特徴にあった援助をしていくことが大切です。

す。

本章内の後段の解説(➡P18『発達障害と関連性がある「虐待」「いじめ・からかい」「不登校」「ひきこもり』)でも詳しく扱っています。

相談先

発達障害について相談できる窓口は、増えてきています。身近な窓口としては、学校の特別支援教育コーディネーターや、自治体の相談窓口(➡P108 第4章「相談・支援機関一覧」)があります。子供の環境を整える方法、子供の好ましい行動に着目して、それを増やしていく方法などについてアドバイスがもらえることでしょう。一部の自治体では、ペアレント・トレーニングの講座を実施しているところもあります。

診断と治療

身近な相談機関でアドバイスを受けても子供の困難が続く場合には、専門医を受診することをお勧めします。医師は、本人との面談を行い、また保護者や学校の先生などに普段の様子を尋ねたり、質問紙に回答してもらったりして、診断をします。特に困難が大きい子供に対しては、就学以降であれば、薬物療法の可能性があります。ADHD治療薬は3つの基本症状のうちの「不注意」を改善する薬です。脳内の伝達物質に働きかけて、「注意」維持の低下を防ぐ(=覚醒を保つ)作用があります。注意力が改善すると、多動性も衝動性も改善するので、やはり問題の中心は、不注意症状であることが分かります。不注意症状は成人になっても続きますので、このタイプの薬は、成人に対しても適応が拡大されました。

ADHDは発達に関連した問題ですので、その後の発達の仕方いかんで、自分で問題をコントロールできるようになっていく可能性もあります。薬物療法を受けていた子供でも、「そろそろ自分の力でコントロールできそう」と本人が思えるようになったら、薬を終了できるかもしれません。

終わりに

ADHDの子供たちは、エネルギーが豊富で、発想がユニークです。自分の好きなことに熱中すると、周囲の大人を驚かせるような成果を上げることがあります。彼らが自分に自信を持って、社会に参加できるようになるためには、彼らを理解し、特性に合わせた支援をしていくことが大切です。

LD（学習障害）とは

国立研究開発法人国立成育医療研究センター

副院長 心の診療部統括部長 小枝 達也

1 はじめに

学習障害は、発達障害者支援法の中で、発達障害の一つとして位置付けられています。一般的には、「学習障害とは、知的発達に明らかな遅れはないのに、読み書き計算などの学習の習得が持続的に明らかに遅れている状態を指し、その原因は本人の努力不足でも教育環境の問題でもなく、脳の働きに問題があって起きるもの」と考えられます。ここでは教育、医療、福祉分野の視点で学習障害を概説します。

2 教育分野における学習障害

教育分野における学習障害は1963年にKirk SAが、認知機能の問題で学習困難を呈する子供たちに対する総称として用いたことに始まると言われています。知的な遅れはなく、教育も受けているのに学業不振が顕著であるという小児の一群に対して適切な教育を提供しようという意図があったものと思われま

す。1980年代になってこの考え方が日本に導入されました。平成11年には文部科学省から表1に示した学習障害の定義が出されています。この定義によりますと、「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」という6つの限局した能力が不十分なために学習の困難が生じているということになります。つまり学習困難という状態像が先にあって、その原因をどこに求めるかという手順で考え方の整理が進められたと思われま

表1 学習障害の定義（文部科学省）

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。

3 医療分野における学習障害

医療分野では、学習障害という概念ができる前から、ディスレクシアという疾患が知られています。ディスは障害、レクシアは読むという意味ですので、ディスレクシアは読字障害となります。文字は読めないと書けませんので、必然的に書字障害が併存します。そのためディスレクシアは、発達性読み書き障害とも呼ばれています。

最初の報告は19世紀末に遡り、知的な遅れはなく、視力・聴力にも問題はなく、また本人の努力不足や教育環境の問題でもないのに、文字の読み書きに極端な困難があるというものです。

もう一つ、微細脳機能障害（Minimal brain dysfunction：MBD）と称される症状群がありました。20世紀の中頃より神経学的診察では検出されない微細な脳機能障害により、衝動的で落ち着きがなかったり、手先が不器用だったりする小児をまとめてMBDと呼ぶようになったのです。そしてMBDのうち認知能力の障害に着目して、学業に影響を及ぼす状態像を学習障害と呼ぶようになり、現在の米国精神医学会の診断の手引きであるDSM-5や国際的な疾病分類であるICD-11の中に記載されるに至りました。

4 福祉分野における学習障害

福祉分野における学習障害については、精神障害者保健福祉手帳の交付時に、診断書の中に学習の困難と言う項目が設置され、その症状として読み、書き、算数、その他という項目が設置されています。現時点では福祉分野における学習障害は医療における概念と同一であると考えてよいでしょう。

5 主な学習障害のタイプ

文部科学省の学習障害の定義では「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」という6つの限局した能力について言及してありますが、医療で取り扱っているのは、「読む」「書く」「計算する」「推論する」という4つである点が異なっています。

ここではWHO（世界保健機関）が出しているICD-11に基づいて解説します。

1) 読字障害

ICD-11によれば、読字障害とは、文字を読む際の正確さや流暢さ、意味理解に困難さがあり、それらが持続することで学習に著しい困難が生じている状態のことを指します。学習の困難は年齢や知的能力から期待されるよりも著しく低い状態です。

読字障害は、知的発達が遅いことや視力や聴力の障害、神経疾患が原因ではありませんし、十分な教育が行われなかったり、外国人や帰国子女などのように学習に必要な言語能力が不足していたり、社会心理的な逆境の状態があるといったことがないことも確認することが必要です。

ICD-11には、ディスレクシアは、この中に含まれると記載されています。

2) 書字障害

書字障害とは、文字のつづり方の正確さ、文法や句読点の正確さ、文を書く際に思い浮かぶことをまとめたり、つなげたりすることに困難があり、それらが持続することで学習に著しい困難が生じている状態のことを指します。学習の困難は年齢や知的能力から期待されるよりも著しく低い状態です。

書字障害は、知的発達が遅いことや視力や聴力の障害、神経疾患が原因ではありませんし、十分な教育が行われなかったり、外国人や帰国子女などのように学習に必要な言語能力が不足していたり、社会心理的な逆境の状態があるといったことがないことも確認することが必要です。

自閉スペクトラム症のお子さんでは、漢字の書字困難が高頻度に見られます。これをよく学習障害の書字障害であるとされることがありますが、多くは書き順が自己流で、同じ漢字でも書くたびに書き順が異なることが原因です。自己流にやりたいという価値観の問題であり、学習障害とは少し違うようです。書き順を丁寧に指導することで解決することがあります。

3) 算数障害

算数障害とは、数の感覚や数的事実の記憶、計算の正確さと流暢さ、数学的な推論に困難さがあり、それらの困難さが持続することで学習に著しい困難が生じている状態のことを指します。学習の困難は年齢や知的能力から期待されるよりも著しく低い状態です。

数の感覚とは、数の順序や大小関係、量的な感覚のことを指します。数的事実とはわざわざ計算するまでもなく事実として覚えてしまっているごく簡単な足し算や引き算のことを指します。

算数障害は、知的発達が遅いことや視力や聴力の障害、神経疾患が原因ではありませんし、十分な教育が行われなかったり、外国人や帰国子女などのように学習に必要な言語能力が不足していたり、社会心理的な逆境の状態があるといったことがないことも確認することが必要です。

6 併存症と二次的な不適応

1) 他の発達障害の併存

学習障害のお子さんでは注意欠陥多動性障害や自閉スペクトラム症を合併することがあります。落ち着きがなかったり、友達とトラブルを起こすタイプの注意欠陥多動性障害や自閉スペクトラム症であれば目立ちますから、学校の先生も保護者も気が付きます。しかし不注意が主な症状のお子さんだったり、友達と葛藤があっても言動に出さないタイプのお子さんですと、学習障害だけに目が行ってしまうことがあります。学習障害は学校教育の問題と捉えられがちですが、診断と治療が必要な場合があります。当面の困り感だけで判断するのではなく、専門家に子供の全体像を評価してもらうことも大切でしょう。

2) 二次的な不適応

学習障害のあるおさんは、いくら頑張ってもうまく読めるようにならない、書けるようにならない、計算が上達しないことが自分でわかります。そのためイライラしたり、学習への意欲をなくしがちです。宿題を終えることができないものですから、中には登校しづりや不登校になることもあります。

学習障害のタイプに応じた学び方を工夫して、二次的な不適応を未然に防ぐことが何よりも大切なことだと思われれます。

7 学習障害のある子への支援

1) 教育からの支援

学習障害がある子は学校教育においては特別支援教育の対象となっています。通級指導教室での個別的な学習による支援や合理的配慮による支援を得ながら、通常の学級で学ぶことが基本線です。デージー教科書といって、教科書の内容をパソコンに取り込んで、読み上げ機能を使って聞いて理解するという方法や、黒板に書かれている文字を写す代わりに、デジタル写真に撮るなどの方法があります。

2) 医療的な支援

学習障害に対する診断と治療は進んできています。特にディスレクシアについては、診断と治療が行われるようになって、症状が緩和されることが期待できます。書字障害や算数障害については、まだ明確な診断基準がありません。

3) 福祉からの支援

学習障害は精神障害者保健福祉手帳交付の対象となっています。また自立支援医療（精神通院医療）の対象にもなっています。

4) 保護者からの支援

保護者はやればできるのになぜやらないのかと思って、過大な負荷をかけてしまいがちです。やみくもに頑張ればよいというものではありません。専門家の意見を参考にしながら、家族みんなで「明るく、楽しく、元気よく」、その子に合った工夫を考えるとよいでしょう。

その他の脳機能の障害と二次障害

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

児童・思春期メンタルヘルス診療科 診療部長 小倉 加恵子

1 その他の発達障害

ここまでで説明してきたほかにも、チック障害、吃音、発達性協調運動障害などが発達障害者支援法に基づく発達障害の定義に含まれています。

・チック障害

チック障害とは、何らかの形のチックが反復して見られる症候群のことを言います。チックとは素早い反復性の運動や発声のことで、意図せずに突発的に起こります。運動チックと音声チックがあり、運動チックでは、まばたき、顔をしかめる、首を急速に振る、肩をすくめるなどが比較的良好に見られます。音声チックでは、咳をする、鼻鳴らしなどが比較的良好に見られ、時には奇声を発する、さらには不適切な言葉を口走る(汚言症：コプロラリア) こともあります。

多種類の運動チックと1つ以上の音声チックが1年以上にわたり続く重篤なチック障害は、トゥレット症と診断されます。

チック障害は、通常は幼児・児童・思春期に発症します。重症度には幅があり、小児の5～10人に1人が一時的にチックを呈すると言われています。チック障害と診断される場合でも、多くの場合は成人するまでに軽快する方向に向かうと言われています。

・吃音

吃音とは、一般的には「どもる」ともいわれる話し方の障害です。なめらかに話すことが年齢や言語能力に比べて不相応に困難な状態で、単音や単語の一部を繰り返す(例：「あ、あ、あ、あした、あした、」)、話し始めに口ごもる(例：「・・・っあした」)、話のリズムが乱れる(「あーした、」)などの症状がみられます。

こうした症状は幼児期に出始めることがほとんどですが、中には思春期頃から目立つようになる人もいます。幼児期から症状が出た人の過半数は学童期あるいは成人するまでに症状が消失したり軽くなったりしますが、成人後も持続する場合があります。

・発達性協調運動障害

発達性協調運動障害とは、手足に麻痺がないにもかかわらず動きがぎくしゃくして様々な運動や日常生活動作に困難さを来す状態です。物をつかむ、はさみや刃物を使う、書字、自転車に乗るなどの「運動技能」に拙劣さがあったり、物を落とす、または物にぶつかるなどいわゆる「不器用」さがあったりするなど、年齢や知的な能力と比べて運動が苦手な状態を呈します。この苦手さのために、日常生活活動、学業や就労活動、余暇・遊びなどが妨げられます。やる気の問題、練習不足などと誤解されることもあります。

発達性協調運動障害はADHDの約30～50%、学習障害の約50%に併存するとされています。

・その他の発達障害

発達障害者支援法の対象となる障害は、「脳機能障害であってその症状が通常低年齢において発現するもののうちICD-10における『心理発達の障害(F80-F89)』および『小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F90-F98)』に含まれる障害」とされています。

例えば、「話音にひずみや誤りがあって、話し言葉が伝わりにくい」、「言語理解はよいが、話せる語彙が著しく限られている」などのコミュニケーションの障害や、「特定の場面では話せなくなる(選択性緘黙)」、「他者と愛着関係を築けない、あるいは、過度の愛着を示す」などの社会性の障害、情緒の障害も発達障害の定義に含まれます。

平成30年6月にICD-11が公表されました。日本での国内適応について、令和元年12月現在において準備が進められているところです。この改定が発達障害者支援法の定義に与える影響については研究班によって検討されています。

・発達障害と高次脳機能障害

疾病の発症や事故で受傷するなどにより脳の器質的病変が起こり、認知や行動の障害を呈する場合は、「高次脳機能障害」として行政サービスを受けることができます。物の置き場所を忘れていたり、新しい出来事を覚えられない「記憶障害」、ぼんやりしてミスが多

い、二つのことを同時に行うと混乱するなどの「注意障害」、自分で計画を立てて物事を実行できない、人に指示してもらわないと何もできないなどの「遂行機能障害」、興奮し過ぎたり暴力を振るう、自己中心的になるなどの「社会的行動障害」などが症状として現れます。時に、発達障害と混同される場合があります。

発達障害に含まれるそれぞれの障害については、何歳頃までの発症か、どのような経過をたどるのかといった診断基準があり、高次脳機能障害に含まれる障害とは区別されています。大まかには、発達過程で獲得されるべき能力を獲得できない場合が「発達障害」、一方で一旦獲得された能力を脳の疾病や外傷により喪失する場合が「高次脳機能障害」と捉えられるでしょう。

2 二次障害について

発達障害のある人たちは、その特性について周囲に正しく理解されず不適切な対応を受けることがあります。否定的な評価や叱責を受けた場合、自尊心が低下したり否定的な自己イメージを持ったりするようになり、その結果、二次障害と呼ばれる状態を呈することがあります。二次障害は発達障害の本来の特性が強く表れたり、他の症状や疾患が併発したりします。

発達障害の本来の特性が強く表れる例としては、自閉症の方であればこだわりやパニック、ADHDの方であれば不注意や衝動性などが著しくなり、日常生活や社会生活に強い支障を来すようになります。

併存して他の症状や疾患を生じる例としては、反抗や暴力、反社会的な犯罪行動、反抗挑戦性障害などの行為障害に至る場合があります。また、心身症として身体的な問題が現れる場合や、不安や気分の落ち込みなどの情緒障害、強迫症状、対人恐怖などを呈し、引きこもりに至る場合もあります。

二次障害を防ぐためには、発達障害について周囲が正しく理解し、それぞれの人に合った環境を整え、適切な対応をしていくことが重要です。

発達障害と高次脳機能障害

公益財団法人 神経研究所附属晴和病院 精神科 医師

丹治 和世・加藤 進昌

高次脳機能障害とは

交通事故や脳梗塞等による脳損傷の後、手足は普通に動き、外見上何も変わらないように見えても、社会・家庭での生活で、様々な支障を来したり、人が変わったようになってしまうことがあります。このような患者さんで、以下のような条件：

- ・客観的に確認できる脳の病変がある。
- ・現在日常生活、社会生活に制約がある。
- ・その原因が、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの障害である。
- ・先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患（認知症）に該当しない。

などを満たす場合、このような障害を行政では狭義の「高次脳機能障害」と呼びます。この用語が一般的になったのは平成18年に高次脳機能障害支援普及事業が開始されてからで、それ以降「高次脳機能障害」が公的支援の対象となりました。

発達障害と高次脳機能障害

発達障害の基本型は、自閉スペクトラム症（ASD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）の3つです。スペクトラムという言葉は、ASDのみならず、発達障害全般の特徴です。ASD、ADHD、LDに該当する患者さんが呈する症状の度合いには個人差が大きく、しかもこの3つの障害の特性はしばしば併存するので、発達障害の症状には大きな個人差があります。また、発達障害の診断を受けた方には、記憶の問題、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害など、質的には異なるものの高次脳機能障害と似た問題を呈し、認知機能の面で定型発達とは大きく異なる方が多いのです。そして、ASD、ADHD、LDには

該当しなくても、発達上の問題で、特定の認知機能に障害を有する方が多くいることが分かっています。例えば、知っている人の顔が分からないという相貌失認、何度も通っているはずの道においても道順が分からないという道順障害、知能検査において言語性課題はよくできるのに、非言語性のパズルのような問題で大きく失点するような認知の問題（一時期、非言語性学習障害と総称された。）などです。言語機能の発達に問題が見られる方もいます。発達障害は行政でいう高次脳機能障害には含まれないのですが、広義の高次脳機能の問題として理解できる面が多いのです。DSM-5などの診断基準では、発達障害の診断は、専ら行動上の特徴を基準になされることになっています。しかし、見方を変えると、その背後には認知機能の問題が隠れていることが多いのです。個々人の行動をよく知ることから出発し、高次脳機能障害の診断に準じた手法で、原因となる認知機能の働きを詳しく評価することによって、発達障害の診断、発達特性の理解に新たな目を向けることができるのではないかと感じています。

薬物療法

日本発達障害ネットワーク 理事長

社会福祉法人 正夢の会 理事長

市川 宏伸

発達障害の生物学的背景は明らかになっていないため、現在も薬物治療が中心的治療法にはなりにくい状況が続いています。実際には、様々な症状に薬剤の使用が必要になることもあります。正式に認められているのは、下記の7種類（ピモジト、リスペリドン、アリピプラゾール、メチルフェニデート徐放錠、アトモキセチン、グアンファシン塩酸塩徐放錠、d-アンフェタミン）だけであり、多くは適応外使用（Off-Label use）であり、医師の責任の下で使用されています。発達障害では、環境調整、対応改善などが第一選択になり、薬物はその重要な補助手段となります。

1 自閉スペクトラム症（ASD）

この約30年間に多くの自閉症治療薬の開発が試みられましたが、うまく行きませんでした。自閉スペクトラム症の生物学的背景は現時点で十分に解明されていないため、発達障害を根本的に治療する薬物は存在していません。本来は統合失調症の治療薬ですが、ピモジト（オーラップ®）は「小児の自閉性障害、精神遅滞に伴う以下の症状：動き、情動、意欲、対人関係等にみられる異常行動、睡眠、食事、排泄、言語等にみられる病的症状、常同症等がみられる精神症状」に適応を持っています。この薬は40年近く以前に治験が行われており、現在の基準を満たしていない可能性があります。また、循環器への影響、代謝酵素への影響で、慎重な投与が望まれています。6～17歳の自閉スペクトラム症の易刺激性に対してリスペリドン（リスパダール®）、アリピプラゾール（エビリファイ®）の適応が認められています。効果があっても、長期投与に伴う体重の増加には気を付ける必要があります。

2 注意欠陥多動性障害（ADHD）

平成19年にメチルフェニデート徐放錠（コンサータ®）がADHDに適応を認められ、6歳以上に使用可能です。朝1回服用後1.5時間ほどで効果が現われ、12時間続きます。多動、衝動性を中心に効果がありますが、処方できる医師は登録されており、流通適正化委員会が設けられています。平成21年にアトモキセチン（ストラテラ®）が認可されており、6歳以上に使用できます。効果は服用後3～4週で現われ、朝夕2回（成人では1回）服用することで24時間効果があり、医師であれば処方できます。二つとも副作用としては、消化器症状、頭痛、不眠などが出ることがあります。平成29年に適応が認められたグアンファシン塩酸塩徐放錠（インチュニブ®）は6歳以上に適応があり、効果は服用後5～7日で現れ、1日1回服用します。副作用としては不眠、血圧低下などが見られることがあります。令和元年12月にd-アンフェタミン（ピバンセ®）が覚醒剤前薬として、6～17歳のADHD者に使用が開始されました。臨床的效果についてはメチルフェニデート徐放錠より強力であると、米国では報告されています。副作用については、覚醒作用があるため、流通適正化委員会が設置され、医師、服用者ともに登録制になります。現在4種類のADHD治療薬が適応を持ち、これらがうまく使い分けられることが期待されます。

発達障害と関連性がある「虐待」「いじめ・からかい」「不登校」「ひきこもり」

前 都立小児総合医療センター 副院長

子どもと家族のメンタルクリニックやまねこ 院長 田中 哲

ここで取り上げる子供をめぐる社会現象にはある共通した特徴があります。それは、多くの人がそれを食い止める努力をしているにも関わらず、その数が減少していないということ、そしていずれも子供の心の発達に深刻な影響を残すことです。そしてそれらは独立して存在するのではなく、発達障害も含めて見えない根の部分でつながっていると思われます。

ここではそれぞれと発達障害の関連に焦点を当てて考えてみることにします。

1 子供の虐待

一見無関係にも見える子供の虐待と発達障害の関係は、実はとても複雑です。

発達障害のある子供は虐待の対象になりやすいと言われます。彼らの多くは、幼児期から養育にとても手がかかりますし、養育をする人々の気持ちをいらだたせます。また、なかなか大人との関わりが持てないために、養育者の無力感や徒労感をいたずらに刺激する子供たちもいます。こうした発達障害のある子供たちに特有の行動特徴は、養育困難や虐待が発生するリスクを高くしています。

またこれとは逆に、虐待を受けた子供は発達障害のリスクが高くなることも知られています。発達障害の原因は先天的なものというのが前提ではありますが、自分の持つ特性（発達の偏り）が生きにくさにつながらなければ障害とする必要はないのですから、逆にどんな小さな特性であっても、育ちの環境があまりに悪くてそれに対処できないと、発達障害としての問題が発生することになります。

また近年は、虐待の被害により脳の特定の部位に萎縮が起こり、これはその後のケアによっては回復しにくいという調査が公表されるようになってきました。つまり極限のストレスに晒された子供は、脳そのものにダメージを被っていることになるのです。

またこれと関連した現象として、虐待の被害にあった子供が、その後遺症として「関わりにくさ」や「聞

き分けのなさ」といった、発達障害とよく似たパターンの行動障害を来すことがあります。そうすると、虐待の被害が、虐待が反復される危険因子を生み出すことになり、虐待する親との関係が悪循環におちいる要因となるだけでなく、場面を変えても暴力の被害に遭う要因となります。

発達障害のある養育者や虐待被害の後遺症がある養育者は、子育てに周囲からの適切な援助がないと、立ち往生して虐待に近い状態になってしまうことがあります。子供に対してイライラしやすく、自分を否定されたような感覚を持ちやすいというのが、共通する特徴だからです。養育者に虐待被害がある場合には、虐待が世代を超えて反復する要因となります。

このように複雑な関係にある発達障害と子供の虐待は、時に峻別が難しい一つの問題として、統合的な社会的支援を提供することが必要と考えられます。

2 いじめ・からかい

不適切な関わりや暴力が特定の子供に繰り返されるという点で、いじめやからかいは虐待とよく似た側面があります。

彼らの悪目立ちしがちな行動特徴は、いじめの絶好の対象となります。からかい（子供たちの間では「いじり」という言い方のほうが一般的です。）は、この特徴を集団で揶揄することで成り立ちます。

いじめられてもいじられても、これに対抗する術を持たない子供たちは、不本意ながら「いじられキャラ」を演じることで集団から排除されないことを選ばうとするなど、さらに周囲との差が際立つような行動を増幅させていきます。いずれにしても彼らの心は深く傷つき、周囲に対する不信感と自分に対する失望感を強めていくことになるのです。このことが子供の将来に及ぼす悪影響は深刻なものがあります。集計の仕方にもよりますが、発達障害のある子供たちの半数以上が、「いじめられたことがある」という記憶を持って大人になっていくのです。

暴力に対する衝動を社会的に抑制しにくい特徴をもつ発達障害のある子供たちは、いじめの加害者側になってしまうリスクもあります。被害にあう不安の強さから、いじめやからかいの加害の立場に身を置こうとする子供たちもいます。加害と被害の関係は瞬時に入れ替わる可能性があることを、子供たちはよく知っているのです。社会的な視野を持ちにくい発達障害の子供たちは、容易にこの渦に巻き込まれてしまいます。

いじめにはもう一つ重要な側面があります。それは、いじめには直接加わらない子供たちの存在です。子供集団が、特定の弱者に対する攻撃に対して否定的な雰囲気を持っていれば、いじめやからかいの重要な抑止要因となります。逆に、「あいつはいじめられてもしょうがない」という雰囲気が共有されていると、それはいじめやからかいの重要な増長要因となってしまいます。周囲の子供たちの心の育ちが、いじめ問題の鍵を握っているとも言えるのです。

学級が社会の縮図であるとするならば、発達障害のある子供たちがクラスでどのように受け入れられているかは、彼らが社会でどのように受け入れられているかの表れなのです。

3 不登校

不登校は今や、一部の子供たちだけの問題ではなくなりました。

習うこと、競うことや試みられること、しかもそれを集団で行うことは、ある子供たちにとってかなりストレスの高い状況です。人が生きていくためにあるレベルのストレスは必要だとも言われていますし、学校は子供たちがやがて自立していくために必要なことを学ぶ貴重なシステムですので、うまく利用できるものであれば、利用していくのが得策であるに違いありません。しかし、そこで生じるストレスが大きすぎるような子供たちがいる事実を認めることができ初めて、全ての子供たちのためのシステムであると言えるのではないのでしょうか。

発達障害のある子供たちは、習得の仕方に特色があったり、集団行動に困難があったり、学校という場で与えられる刺激に過剰に反応してしまったりという特徴があるため、日常的な学級の間がストレスとなる度合いが、定型発達の子よりかなり高くなってしまいう可能性があります。

このような形で学校の間が高ストレスであることに對する生理的な反応が、身体症状などから始まる不登校状態です。

ところが近年は、こうした原因以外の、様々なタイプの不登校が混在するようになった状況があります。

例えば、学童期にして「学校など行っても無駄だ」と考えるようになってしまう子供たちがいます。また、乗り越えるべき課題のすべてを、「めんどうだからしない」とか「どうせやっても仕方ない」と言って回避してしまう子供たちもいます。いずれの場合も、社会に出るために必要な課題を与えてくれる場としての学校という、現実的な状況理解ができにくく、現実の自分に即した自尊感情が育ちにくいように見えます。

このような問題は、発達障害のある子供にその特性が表現されたものである場合もありますし、望ましくない育ちの環境の影響で身につけてしまう場合もあります。登校できていないという現象のみに目を奪われずに、その子供のおかれた状況を深く理解することから始める対応が必要です。

4 ひきこもり

ひきこもりは単に不登校が長期化したものではありません。社会に出ることへの不安や当惑が、社会との心理的な距離が最も遠いところから動けなくしてしまっている状態と考えることができます。彼らには、社会に参入する前にある障壁が、限りなく高く越えがたいものに見えて、不安でたまらないのです。

不安にさせる原因の一つは、不登校などによる具体的な準備の不足でしょう。小さな挫折体験の積み重ねが自信を失わせ、社会へのハードルを高くしてしまっているかもしれません。また抑うつ的になっている人の自分に対する誤った認知や、被害的になっている人の周囲に対する誤った認知が壁を越えがたいものに思わせているかもしれません。

ひきこもりの要因としては、発達障害と、精神疾患と、そのどちらでもない青年たちの三群に分けて考えるのが実際的と思われます。

このうち発達障害のある人たちへの対応としては、社会に出ていくための具体的なスキルを獲得し、自立に至る現実的な道筋を見つけていくことが重要と考えられます。

この章では子供をめぐる様々な社会現象を取り上げましたが、さらにこの他にも「ネット・ゲーム依存」「触法行動」「自傷行動」「性非行」などをそこに加えることができます。子供たちにどのような情報と環境を提供できているのかという大人たちの問題も、そこにあることが見えてはこないでしょうか。

ライフステージを通じた支援の必要性

独立行政法人 国立重度知的障害者総合施設 国立のぞみの園

研究部長 日詰 正文

「ライフステージ」全体が支援の入り口

「発達障害」の特性から自分自身や家族、同僚を理解しようという傾向は、発達障害者支援法ができてから緩やかに広がっています。「障害」という言葉に抵抗感がある人もいますが、周囲の理解と配慮（社会的障壁の除去）を促すために前向きに「発達障害」という言葉を活用する人もいます。

最近目立つのは、過去に適切な理解や配慮を受けてこなかった成人期以降の人の相談です。その内容は、育児や昇進、事故などの転機を契機に気付いたケース、出版物や放送などに触れる中で気付いたケース、ずっと以前から周囲に気付かれないように隠してきたがポジティブに考えたいと気持ちが変わったケース、加齢とともに家族だけで支えられない状況になったケースなどです。

このような人の相談を受けていると、発達障害者支援法では早期発見と対応が重要であるという視点が強調されていますが、現在でもまだ、幼児期や学齢期には、周囲（本人や家族だけでなく、医療・保健・教育現場も）の理解が得られず、困っていたのに相談できなかったという人が多いことに気がきます。

成人期以後の支援スタートの例

現在、ハローワークの窓口では、発達障害の特性を理解した職員を配置し、適切な理解と配慮の提供につなげようという取組をしていますし、ひきこもりの状態にある方の家族が、発達障害の特性がある家族に関わるためのコツを学ぶプログラムCRAFT^(*)1)が精神保健分野で広がっています。

また、高齢期の介護保険サービス分野でも、障害者支援から引継ぎ対象者への関わり方について関心が高まっており、筆者の所属する国立のぞみの園^(*)2)（入所者の平均年齢が60歳を超える）が支援ノウハウなどの情報提供を頻繁に求められるようになっていきます。

支援関係者は、様々な年代で発達障害の特性に気付

き、理解し、相談が始められるということを知っておき、一人一人のニーズやタイミングに合わせた情報提供ができるように知識を高めておく必要があります。

ライフステージを通じた支援を必要とする場面（生活支援）

成人期以降の発達障害の特性がある人から学ぶことは多くあります。たとえば、若い頃からの学習・労働体験や趣味、健康習慣の情報は、高齢期の支援を行う上でQOLを左右する非常に大きな要素になります。

特に知的障害を伴う自閉症の人は、一般よりも早期に認知症にかかる率が高いことが海外の研究で示されています。支援には過去の楽しかった学校や職場の写真や記録が役立つ一方で、過去の不安や恐怖の体験に難渋することもあります。このようなプラス記憶を生かしマイナス記憶を避けることは、過去から引継がれた情報をもとに繊細な意識をもって行う必要があります。

ライフステージを通じた支援を必要とする場面（健康管理）

感覚の過敏さや手先や運動の不器用さがある人の場合、何かしらの事故や怪我に遭うことが多くなりますが、自分の症状をうまく説明できないことで適切な処置や治療を受けられない場合があります。また、その反対に無理矢理の検査や注射、無用な投薬等を受けている場合もあります。その結果、医療機関への受診に苦手感を持っている人も多くいます。

学校では検診や予防注射を受ける機会があっても、卒業後には当事者や家族が、基本的には自己責任で受診をすることになり、医療機関を利用する機会が少なくなりますので、成人期以降も安心して医療受診ができるように、幼児期や学齢期のうちから身近な医療機関の練習をすることを考えておかなければなりません。

ライフステージを通じた支援を必要とする場面（食事）

食事についても、幼児期や学齢期の頃から、周囲のペースに合わせたスピードで、同じ量を食べることができない、極端に苦手な触感や味覚がある、などの状態であったのに、集団のペースを優先する保育や教育、支援によって早食い、無理な飲み込みの習慣をつけてしまい、高齢期になって誤嚥性肺炎を起こしやすいという人もいます。

遡れば、幼児期から一人一人に合った食器、カトラリーの工夫なども必要だったといえるケースも少なくありません。

「大事な配慮は引継ぐ」習慣を

障害者差別解消法ができてから、幼児期・学齢期や学生時代に受けた配慮を、その後の職場にも求めることができるようになりました。雇用をする側からも、仕事をしっかりしてもらうためには、必要な配慮について当事者が希望するだけでなく、学校や家庭から引継ぎをしてほしいという声も聞きます。

引継ぎの際に、「社会は発達障害者に配慮をしないので、配慮を求めても無駄である」と情報提供をしないという人もいますが、個人ではなく組織的な取組として配慮を実施する取組が増えていることも、私たちは知っておくべきです。例えば、受験機会や交通機関、理美容室や映画館、商業施設における配慮の提供^(※3、4)などに、取り組まれるようになっていきます。

また、地域の多数の関係機関間で、きちんと支援の引継ぎができているか、自己点検を行う仕組み作りに取り組む自治体^(※5)もあります。

記録を「効率的に残す」こと

ライフステージを通じた引継ぎを円滑に行うために、サポートブックのような冊子、写真や映像を編集したものなど、様々な工夫が全国各地で行われていますが、個人情報保護の観点や情報を受け取る人の負担感や必要性を十分にクリアできた形にはなっていません。

その要因はいくつかありますが、一つには、渡す側と受け取る側の情報への関心格差があります。つまり、情報を送る側が大事だと思っていた情報が、受け取る側では不要、理解が難しすぎるなどの場合です。

このような食い違いの解消には、関係者同士が交流を地道に続けていくしかないのですが、簡便な形で網

羅的な情報をまとめるICF（国際生活機能分類）の活用は、分野や年代、地域を越えてできます。筆者の施設でも、その人のこれまでの暮らしや健康状態、得意・不得意や好みなどの全体像をまとめ、支援に必要な情報の見落としがないようにするために、ICFの枠組みでの整理を試行し始めました。皆さんの施設でも検討してみてもいいのではないでしょうか。

<参考>

- (※1) 平成25～27年度厚生労働科学研究「ひきこもり状態を伴う広汎性発達障害者の家族に対する認知行動療法の効果：CRAFTプログラムの適用」（主任研究者：境泉洋、徳島大学）
- (※2) 国立のぞみの園ホームページ
<https://www.nozomi.go.jp/>研究紀要やニュースレターに研究成果や実践報告が掲載されています。
- (※3) 発達障害情報・支援センターホームページ「日本の取り組み・世界の動き」にガイドブック等が掲載されています。<http://www.rehab.go.jp/ddis/>
- (※4) 世界自閉症啓発デー・公式ページには、海外や国内の啓発活動が紹介されています。
<http://www.worldautismawarenessday.jp/htdocs/>
- (※5) 上記3の発達障害情報・支援センターホームページ「発達障害に関係する資料」の平成29年度の発達障害支援の地域連携に係る全国合同会議（文科省と厚労省の共催）における、岡山県の「市町村での就学前後の移行期における情報連携に関するガイドライン」が紹介されています。

発達障害と依存症（嗜癖）

川越少年刑務所さいたま拘置支所 東日本少年矯正医療・教育センター

法務技官 精神科医

田淵 賀裕

1 はじめに

発達障害と依存症（嗜癖）の併存している場合では、発達障害へのアプローチと、依存症（嗜癖）へのアプローチの双方からの視点が有効である場合が多くあります。

2 発達障害とアルコール依存症

発達障害とアルコール依存症の合併は、ADHDの割合が高いことが知られています。ADHDの衝動性の高さに加えて、二次障害として、アルコール依存症が進行していくケースを多く見かけます。

ADHD特性が重篤でないケースの場合は、アルコール依存症の専門治療に乗ることで、回復が進むことが多いです。しかし、ADHD特性が強かったり、周囲の支援者との関係がこじれてしまっている場合には、ADHD特性の心理教育が必要です。周囲の支援者が特性を理解し、依存症患者への対応を実践することで、本人の動機付けを高めさせ、治療へと導くことが出来ます。またADHD治療薬の使用も検討されるべきです。ただし、一部のADHD治療薬は、依存症合併患者には慎重投与となっています。

自閉スペクトラム症（ASD）も二次障害としてアルコール依存症が進行する場合があります、依存症の治療アプローチだけでは、回復が進まないケースを多く見かけます。

回復が進まない理由の一つに、アルコール依存症の治療アプローチの柱である自助グループや回復施設での集団行動がうまくいかないことが挙げられます。このような場合には、本人にとって居心地の悪くない場所・活動を積極的に取り入れ、無理に集団での治療に組み入れない工夫が必

要です。これはTEACCHの考え方（→コラム⑦「TEACCHプログラム」参照）そのものと言えます。

3 発達障害とネット依存（嗜癖）

1990年代からインターネット依存（嗜癖）が問題として取り上げられるようになってきました。DSM-5では、IGD（internet gaming disorder）の診断基準として、過去12か月以内の①没頭②離脱症状③耐性④制御困難⑤以前の趣味・楽しみへの興味喪失⑥問題を知っているにも関わらず過剰使用⑦使用に関するうそ⑧逃避的使用⑨使用による社会的危機、とされています。アルコールや薬物依存では、断酒・断薬を目標とすることが一般的ですが、ネット依存（嗜癖）の場合は、一切の使用を断つ（「断ネット」）のではなく、節度を持った使用（「節ネット」）が選択されることが多いです。

「認知行動療法」「カウンセリング」「家族療法」「デイケア」「治療キャンプ」などの有効性が示されており、その目的は、認知のゆがみを修正すること、依存（嗜癖）を防ぐための対処方法を学ぶこと、社会参加のための訓練などです。

発達障害との合併では、発達障害のアプローチと依存（嗜癖）のアプローチの双方の視点が必要であることが多いです。具体的には、ADHD合併の場合は、ADHD患者への心理社会的治療や薬物療法、ASD合併の場合は、生活環境の構造化や、社会参加のための訓練を行うこととなります。ネット依存（嗜癖）で一般的とされる「節ネット」では、治療が進まない場合もあり、一時的に「断ネット」が必要となるケースもあります。