

第 1 章

発達障害を 理解しよう

発達障害とはなんだろう？

1 法律の定義

発達障害の定義は、発達障害者支援法（平成17年度施行）にあります。

- ・法律の中には、「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り、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ません。また、②通常低年齢に生じるものであり、成人になってから生じることはありませんが、成人になってからその存在に気付くことがあります。
- ・支援法施行令では、「脳機能の障害であって、その障害が通常低年齢に発症するもののうち、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発症するもののうち、ICDの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、行為障害、チック障害など）に含まれるものとされています。

2 ICDによる定義

ICD（International Classification of Diseases）は、WHOによる国際疾病分類で、国際的に使われている医学の診断基準であり、日本国内でも使用されています。現在は第10版が使用されています。ICDは診療各科のものがあり、精神科はFコードとされています。発達障害として代表的なものには、以下のようなものが挙げられます。

- 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）

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（注意欠如多動性障害）

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）

3 福祉サービスとの関係

発達障害者支援法の施行により、これまで公的支援の対象から外れることもあった発達障害にも支援が拡大しました。

発達障害者支援法が出来るまでは、知的障害のある場合だけが支援の対象になっていました。精神遅滞（知的障害）（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、知的障害療育手帳の交付、障害基礎年金の支給が可能となっています。

一方、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になっています。

また、特別支援学校への入学には知的障害療育手帳が、就労に際しては、知的障害療育手帳や精神保健福祉手帳が有用です。

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

患のいずれにもあ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

文部科学省の統計では、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14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、通常教育に6.3%、平成24年度調査では6.5%とされました。同様に、特別支援教育に在籍する発達障害の生徒は平成14年度で1.2%、24年度に1.4%とされており、合わせて平成14年度で7.5%、24年度で7.9%となります。日本の人口が1億2千万人とすると約1千万人となりますが、これらのうち支援を必要とするのは、これらの数分の1と考えられます。それでも他の障害と呼ばれるものと比べて、極めて数が多いことになります。

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時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場合があります。「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利点がある一方で、「怠けている」、「困ったものだ」、「反抗的である」などの誤解を受けやすく、支援の開始が遅くなることもあります。

iii) 発達障害の存在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（グラデュエーション）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。「発達障害は存在してはいけない」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」としてとらえています。自分が他者と違っているという認識は持たないまま、「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) 外見上は課題が改善したように見えることもある

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

学校で担任が交代すると落ち着かなくなることもあるし、落ち着くこともあります。社会人でも、職場が変わり、上司や同僚が変わると不安定になることもあるし、安定することもあります。置かれる環境や、対応の仕方によって、外見上の課題は大きく変化します。つまり受け入れる側の状況により変化する側面を持っています。

v) 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。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罹患者は多いのではないかと考えられています。このことは、一人発達障害がいれば、その兄弟姉妹、両親、祖父母にも発達障害存在の可能性があるということです。家族の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。臨床場面でも、保護者に発達障害が存在していると、子供の発達障害の存在に気付くのが遅くなります。

vi) 幾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、一つが単独で存在するのではなく、程度の差はあっても、多くは重複して存在します。ASDの症状で来院されても、ADHD、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難しいことも多いです。

5 新たな診断基準

世界的に使用している診断基準に、米国精神医学会によるDSM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（ASD）、学力の特異的発達障害（学習障害）は限局性学習症（SLD）で呼ばれるようになっており、診断基準も変更があります。厚生労働省は基本的にICDを使用しているため、行政サービスなどへの影響は現時点では少ないと考えられています。

（都立小児総合医療センター 顧問 市川 宏伸）

診断名参照表

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の診断名は、下記の「診断名参照表」を御参照ください。

ICD-10	DSM-5
<p>F7 精神遅滞 F70：軽度 F71：中等度 F72：重度 F73：最重度</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>F82：運動能力の特異的発達障害</p>	<p>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</p>
<p>F83：混合性特異的発達障害</p>	<p>自閉スペクトラム症</p>
<p>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</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>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>	
<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 F90：多動性障害 90.0：活動性および注意の障害 90.1：多動性行為障害 90.8：他の多動性障害 90.9：多動性障害、特定不能のもの</p>	

<p>F91：行為障害 91.0：家庭内に限られる行為障害 91.1：非社会性行為障害 91.2：社会性行為障害 91.3：反抗挑戦性障害 91.8：他の行為障害 91.9：行為障害、特定不能のもの</p>	<p>⇒ 他の分類へ（秩序破壊的・衝動制御・素行症群）</p>
<p>F92：行為および情緒の混合性障害 92.0：抑うつ性行為障害 92.8：他の行為および情緒の混合性障害 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 93.0：小児期の分離不安障害 93.1：小児期の恐怖性不安障害 93.2：小児期の社会性不安障害 93.3：同胞葛藤性障害 93.8：他の小児期の情緒障害 93.9：小児期の情緒障害、特定不能のもの</p>	<p>⇒ 他の分類へ（不安症群）</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 94.0：選択性緘黙 94.1：小児期の反応性愛着障害 94.2：小児期の脱抑制性愛着障害 94.8：他の小児期の社会的機能の障害 94.9：小児期の社会的機能の障害、特定不能のもの</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>F95：チック障害 95.0：一過性チック障害 95.1：慢性運動性あるいは音声チック障害 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） 95.8：他のチック障害 95.9：チック障害、特定不能のもの</p>	<p>⇒運動症へ</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 98.0：非器質性遺尿症 98.1：非器質性遺糞症 98.2：幼児期および小児期の哺育障害 98.3：幼児期および小児期の異食症 98.4：常同性運動障害 98.5：吃音 98.6：早口言語症 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 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>⇒他の分類へ（排泄症候群） ⇒他の分類へ（食行動障害および摂食症候群） ⇒運動症へ ⇒コミュニケーション症へ</p>
<p>F99：特定不能の精神障害</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

（都立小児総合医療センター 顧問 市川 宏伸）

発達障害って増えているの？

都立小児総合医療センター

副院長 田 中 哲

発達障害のことを聞いたことがない人が珍しくなるほど、それは普遍性のある問題になりました。そして、関わる多くの人が、発達障害の子供が増えていると感じています。しかし実態はどのようなのでしょうか？

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。このような対応により、見つか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。開拓途上の分野のため、医師による診断の基準や常識が、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るだけだ」とする議論もあります。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、乳幼児健診での陽性率の上昇や、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、環境が何らかの影響をしているような状況です。そこで母体環境、出生体重、有害物質、栄養環境、養育態度など様々な要因と発達障害の発生

についての分析がされていますが、まだ明瞭な結論は得られていません。環境によって素因として存在する遺伝情報にスイッチが入り、それが伝達されるというエピ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、例えば知的な障害を伴うような自閉症の重症例の発生に関しては、(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になります。

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、子供人口の減少とは拮抗するように、その対象児の数が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、この10年あまりでそれほど増加していないというデータも出ています。

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。

しかし結論が出なければ対策ができないわけではありません。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るように思われます。

自閉症とは

自閉症は、発達障害の中核をなす発達上の特徴を持ったグループです。

20年以上、自閉的な発達特性のある子供たちについて、広汎性発達障害（PDD）という呼び方がされてきました。これは典型的な自閉症とその特徴を部分的にもった子供たちの総称です。

近年、自閉症スペクトラム（ASD）という呼び名が使われることが多くなりました。新版の米国の診断基準（DSM-5）もこの診断名を採用していますが、従来のASDと全く同一というわけではありません。いずれにしてもこの呼称は、自閉症がその特徴をわずかにもつ者から多くを複合してもつ者まで、うまく社会に適応できる者からなかなか難しい者まで、知的に一般人より高い者から低い者までの多様なパターンを、連続的に含んだ複合体であることを意味しています（スペクトラムというのは、虹のように部分を取ればそれぞれの特色が際立っているのに、境界線がなく移ろっていく様子を指しています。）。

従来の診断基準どおりの自閉症は、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・情動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2つの項目は、他の人とのやり取りが年齢に従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。（そのためかDSM5では2項目がまとめられています。）

3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様式がまとめられています。社会的に孤立してしまい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敏さや、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。

前半の2つの項目が、周囲の人たちとの関係の取りにくさに関係するもので、自閉症の本質に近い特徴と考えられることが多いようです。それに対して「こだわり」に関する項目は、独りでする行動の奇異さに関連していて、多くの自閉症の子供たちがそのうちのいくつかだけを持っているために、付随的な特徴と考えられています。

しかし、「こだわり」に関する項目に感覚や記憶といった脳機能に直接関連した項目が含まれていることから、あながち付随的とは言えません。むしろ、独特の感覚や記憶の様式が特徴的な対人関係のあり方を生み、それがまた独自の世界を作らせて感覚や記憶の偏りを増強するという、ニワトリと卵のような関係にある2つの要因なのかもしれません。

自閉症の医学的な原因はまだほとんど解明されていません。医学だけでは解消できないものも含めて、いくつかの要因が関連し合っていると考える人もいますし、同様の外見を備えたいくつかの疾患の集まりだと考える人もいます。

自閉症がこの世界に登場してまだ70年そこそこの歴史しかありませんが、その原因と言われてきたものはおびただしい数に上ります。それは新しい特効薬であると名乗るものが次々と登場する歴史でもあったわけですが、そのどれひとつとして現在まで生き延びたものはありません。真実も初めはそのようなものの一つとして登場するのかもしれないので、新しいものを頭から否定することはできませんが、幻影を追うことで子供たちをこれ以上の不幸に晒すことは許されません。

こうした自閉的な一連の特性をもつ子供たち、あるいはその一部を持つ子供たちの数が増えてきていると言われます（実数が増加しているのかについてはまだ議論があるところです（➡ コラム『発達障害って増えているの？』）。このため、原因は分からなくても、早くから何らかの対応を取ることが考えられてきました。少しでも早期に介入した方が、子供たちの生きや

すさにつながるものが、経験的に分かってきたからです。

発達の早期から子供たちに関わることによって分かってきた最大の収穫は、彼らもまた発達を続けているという、当たり前的事实ではないでしょうか。他人に関心を持たないとか、他人の気持ちが読めないとか言われてきたわけですが、実はそうではなくて、他人に関心をいただくようになるタイミングが他の子供とは違っていたり、表現の仕方が違っていたり、皆と気持ちを合わせる必要を感じていなかったりするのです。直接的なやり取りに耐えられないほど繊細なのと言うこともできるかもしれません。こうしたことを修正できるような発達をしていければ、他の子供たちの中で生活する上での摩擦は少なくなるはずです。

枠の作り方にも特徴があると考えられます。枠というのは自分の行動や発想を逸脱しない範囲に制限する限界ラインのことです。

子供たちは生まれながら様々な枠を持っていますが、共同生活をするうちに枠を共有していた方がうまくいくことを学び、他の子の影響を受けるという意味では柔軟性のある、共通の枠組みを身につけるようになります。社会性と呼ばれるものです。この共通の枠組みを獲得するプロセスは大人になるまで続いていて、やがて社会という巨大な枠組みに参加することができるようになるわけです。

自閉的な特性をもつ子供たちは、この枠組みを他の人と共有するというのに時間がかかってしまいます。あるいは、一度できた枠組みを、状況に応じて変化させることが上手ではありません。そうすると、独自のいくぶん硬い枠組みができあがります。

この枠組みが他の子供たちと重なっていれば、「学校は絶対に休まない」など問題は起こらないのですが、少しずれているとなかなかやっかいです。「学校に行くときに必ずポストにタッチする」と心に決めてしまった場合のように、それが何かの事情で可能でない場合にも、その枠組みを崩すことがなかなかできないからです。

この枠組みがそれを阻むものと衝突する感覚はかなり強烈なものなので、感情のコントロールも難しくなり、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(➡『薬物療法』)。しかしこれが原因への対処でないことは、常に留意をしなければなりません。

幼児期の問題がそれほど小さくなく、学校にあがってから様々な問題に出会う子供たちが目につくようになってきました。

周囲の子供たちとの関係も含め、自分が周囲と違うことに気付くこと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(➡『発達障害と関連性がある「虐待」「からかい・いじめ」「不登校」「ひきこもり』)。

それとともに、自閉的な特徴を持っていることが、大人になってから明らかになる人たちも予想外に多いことが分かってきました。そのような人たちが幼児の頃には、まだ自閉症に関する知識の蓄積も少なく、診断されることへの抵抗感も強かったのかもしれませんが。同時に幼児期に見られた小さな特徴が、大人になってからの問題を引き起こすとは、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になります。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らないと思います。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を持ちながらも、社会的には問題なく適応している人もいます。一般の人々と何ら区別をする必要はありませんが、スペクトラムであると考えればそれは当然のことです。

彼らの特徴は「自分の気が済む」ことがその人の中で占める価値でとても高いことです。他の人であればより価値が高そうな自分の利害、他人への顧慮、他人の評価、社会的制約などよりも「自分の気が済む」ことの方が、よりウエイトが高くなりがちです。このため「気が済まない」こととはなかなか折り合いがつきません。

でも、その人が「気が済むまでやる」ことが価値を生み出すような、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。

私たちの時代が、自閉症というものと正面から取り組まなければならない時を迎えていることは間違いありません。できることなら誰もがこの問題に誠実に向き合い、誰にとっても実りのある結果を出していきたいものです。

(都立小児総合医療センター 副院長 田中 哲)

アスペルガー症候群

昭和大学附属烏山病院

院長 加藤進昌

アスペルガー症候群の名前はすっかり有名になりました。私の発達障害外来では、大部分の方が「アスペルガーでは？」と、その診断名を求めてきます。多くの一般書では「歴史上のアスペルガーの人たち」といったアスペ天才論が幅を利かせています。そういう意味では、たいていの精神疾患が声を潜めて語られるのとは対照的です。

こういった論調の多くは十分な根拠に基づいていませんし、無視してもいいのですが、そういう誤解を生む背景がないわけではありません。私たちの専門外来受診者の統計では、アスペルガー症候群と診断した人たちの言語性知能は平均110と高い結果でした。また、彼らの家系には高知能者（有名大学卒や研究者など）が多く、おそらく平均年収も高いと思います。これは、たとえば統合失調症などの家族背景とは様相が違うのではないかという印象を持っています。自閉症が関心を惹く理由の一つは、彼らの子供時代は容貌がノーブルで、しかし社会性が乏しいという mismatch があるからと私は思っていますが、それに通ずるものがあります。

アスペルガー症候群という名称は、イギリスの自閉症研究者であるローナ・ウイングの命名によります（1981）。ウイーン大学の小児科教授に戦後就いたハンス・アスペルガーが1944年に記載した4人の「天才肌」の子供たちから始まっています。レオ・カナーによる早期幼児自閉症の発表（1943）が世界中で注目されたのに比べ、その世界での認知には長い時間がかかりました。戦争中

のドイツ語文献であったことに加え、カナー型に比べて奇異さが目立たない軽症例と見られたためのように思えます。

しかし、その再発見は成人例が多いことの見直しにつながり、今日では注目度において完全に逆転しています。それには上記のような「カッコよさ」が気づかっていますが、機能的脳画像の進歩によって高機能者の研究が進んだことも大きいと思います。その流れが高じて自閉症との境目がはっきりしなくなり、今では自閉スペクトラム症（ASD）と一つの連続体の中に納まり、DSM-5では名称も消えてしまいました。妙な付加価値がついたこともあるので、頭を冷やすにはよかったですかもしれません。

私は成人例を多く診てきて、古典的自閉症よりもアスペルガー症候群の方がむしろ均一性が高いような印象をもつようになりました。彼らの家系は集積性が高く、「変わり者の男性」が複数いることは珍しくありません。それは病気自体の遺伝性が高いという意味ではありません。アスペルガーが最初に喝破したように、一種の気質が、特に男性に受け継がれていくのです。

自閉症は知的に低い例も多く、その精神内界は謎です。わからないまま「理解の難しい知的障害」が「特定不能」として混じりやすいことも研究には足かせです。社会性という人間性の根源を探る最適なターゲットは、実はアスペルガー症候群なのではないでしょうか。

ADHD(注意欠陥多動性障害)とは

発達障害の中核が自閉症であるとするならば、様々な点でそれと対称的な性格を持つグループが、ADHDの子供たちです。

歴史的に見るとADHDの起源は神経学の進歩にあります。20世紀に入って、人間の中枢である脳が医学の未開分野として集中的に研究された結果、脳に加えられた損傷が人の精神や行動に影響を与えることが分かってきたのです。自閉症の発見と前後して、子供の行動障害にも神経学的な背景があると考えられるようになりました。ADHDという考え方が提案されたのは1980年代ですが、それはこうした発見を背景にしています。

典型的なADHDには次のような特徴があります。

1 多動性

エンジンが一つ余計に付いているようだと言われ形容されるような、とてつもない活動性の高さです。子供によっては歩き始めて間もなくから明らかになるこの動きの多さですが、移動する動きの活発さだけでなく、身体や手の動き、時には言葉や考えの活発さも多動さの表れと考えられることもあります。

多動性は、加齢とともに自然な経過の中で低下していく傾向があります。このため小学校に入り学年が進むにつれて次第に改善していくように見えます。

2 衝動性

子供の生活は、多くの場面で待つことを求められますが、衝動的である場合、待つことが難しくなります。そのため、衝動性の高い子供たちは、定められた時まで待つことができなかつたり、順番を待てなかつたり、刺激に対しての反射的な反応を待てなかつたりします。このため、様々なトラブルを引き起こす原因となります。

いつまでも衝動性が高いままであると仲間との生活はなかなかうまく行きませんので、周囲との関係を大切にしなければならぬ時期にさしかかると、子供たちは、次第に衝動を抑制することを覚えていきます。

つまり衝動性に関しては、学習による改善を期待できますが、改善の度合いはその子供の社会性によって差があります。

3 不注意

不注意は、多動性や衝動性に比べて目立ちにくいですが、ADHD症状の中心にあると考えられています。必要な注意が払えないことや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。

この症状は、ルーチンを身につけることの難しさ、同時にいくつかのことに気を配ることの難しさなどとして現れることもあります。

不注意症状は多動性や衝動性に比べて年齢によって影響されにくいので、成人期のADHD症状は不注意が中心になります。また、ADHDの女性では、この不注意症状が目立ちやすいとも言われています。

自閉症との関係については、DSM5が刊行されることで大きく流れが変わりました。従来の診断基準では、この両者を併記することが認められていませんでしたので、ASDがADHDに優先することになっていましたが、新しい基準では両者を同時に診断することが認められています。自閉症とADHDそれぞれの典型例では診断に迷うことはないのですが、軽症例ほどこの両者が微妙に混じり合うことが多いため、この規制緩和は臨床家としては有り難いところです。そして近年、急増していると言われる発達障害児の多くがこの軽症例ですので、合併例が多くなったように見えるのかもしれない。

そこで、両者の症状を比較してみますと、自閉症状の中心である社会的な相互交流の問題とADHD症状の中心である衝動性との間には、深い関係があることがわかります。周囲から突発的に見える行動は、社会性の不足による規範獲得の遅れにも見えますし、衝動抑制がうまくいっていないためであることもあります。何

かをやり始めると止められないことが、その子供のこだわりであることもありますし、過集中のためであることもあります。それらを厳密に区別する必要がある場合もありますし、両者が関連し合っていると考えた方がよい場合もあります。その関係を柔軟に判断して、対策を考えていく時代になっているのだと思われます。

ADHDの人ならではの発想の仕方があるように見えます。既成の枠にとらわれることが少なく、他人が思いつかないようなことを思いつくと、黙っていらなくなります。それが発想の奇抜さなのかもしれませんし、状況に制約されない注意力のなせるわざなのかもしれません。

しかしこの発想が問題を引き起こす元になることもあれば、ユニークさの元になることもあるようです。

就学してからのADHDには薬物療法の可能性があり、薬物に関しては別の章（➡ 『薬物療法』）がありますので、詳しくはそちらに譲りますが、ADHDの生物学的な要因に焦点を当てて開発され、有効性が証明されているのがADHD治療薬と呼ばれるグループの薬物です。ADHDの三つの特徴のうち「不注意」を最も基本的な症状であるにとらえ、脳内の伝達物質に働きかけて「注意」維持の低下を防ぐことで症状全体を改善しようというものです。

実際、このタイプの薬物が有効な子供たちは、注意力が改善するだけでなく、多動性も衝動性も改善するので、やはり問題の中心は注意力の問題だったことが分かるのです。ADHD（注意欠陥多動性障害）という名前そのものが、このようなメカニズムで成り立つ病態であることを意味しています。中枢神経を刺激する作用があることのリスクを考えて、使用は学童期以降に限定されています。また、不注意症状は大人になっても続きますので、このタイプの薬物は近年になって、成人に対しても適用が拡大されています。

心に留める必要があるのはこのタイプの薬が、糖尿病に対するインスリンと同じように、必要なものを補充して症状を改善しているのであって、病気としてのADHDを治しているわけではないことです。しかも糖尿病とは違って、ADHDは発達に関連した問題ですから、その後の発達の仕方如何では問題を自分で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。薬を使う場合には、このあたりをよく考えて、子供自身の気持ちも十分に尊重しながら判断していくことが必要です。

社会的な現象と関連した問題に関しては別の章（➡

『発達障害と関連性がある「虐待」「からかい・いじめ」「不登校」「ひきこもり』）でやや詳しく扱いますが、ADHDの場合、しばしばこの二次的な問題の方が大きいことがあります。

二次的な問題の多くは、その子供の心の成長と関連しています。成長して自分というものを自分で考えようとしたときに、ADHDを持っている自分になど希望がないように思えてきてしまいます。自分には良いところなど何もないような気がしてきます。これが自尊心の低下と呼ばれる状態です。「どうせ自分は…」と思うようになってしまった子供たちは、せっかく身につけ始めた自分の抑制を止めてしまいます。抑制する理由が自分の中に見つからなくなってしまうためです。このため、周囲からは問題視される行動が増え、適応そのものが悪化してしまうのです。

こうした問題が起こらないためには、自分であることに傷つかなくて済むような育ちをしていくことが必要です。問題が起きてしまったら、その子が自分であることに傷ついてしまっていることを、周囲が理解することが必要なのです。

大人になってからADHDの存在に気付く人がいます。子供の時代に多動性や衝動性があまり顕著ではない場合が多いようです。また症状があっても、その人の幼児期には発達障害という考え方そのものがなかったのかもしれません。

しかし大人になってから気付いたということは、何らかの問題が残っていて、その人の生き方の一部として組み込まれており、それが生きにくさの元になっているということの意味しています。大人になってから、子供時代にさかのぼる問題に向き合い直すことはなかなか難しいものです。発達障害であるという理解が、新しい生きにくさにつながらないために、支援の方策も同時に提供していきたいものです。

そして自閉症の場合と同様、ADHDの特性をもちながら全く問題なく社会に適応している人もいます。エネルギーで社交性もあり、他人が思いもつかないようなアイデアを次々と出しては局面を切り開いていくようなタイプの人たちです。こうした特徴が、ADHDが持つ特性のバリエーションであることはもうお気づきでしょう。このような人々によって、この世界が豊かなものになっているのかもしれないのです。

（都立小児総合医療センター 副院長 田中 哲）

LD（学習障害）とは

教育界では長らくLD（Learning Disabilities）と言う言葉が使われ、一方医学ではLD（Learning Disorder）と言う概念が使われて、混乱を来してきました。

日本では1950年代に、神経心理学を中心に「落ち着きがない」、「多動である」、「不器用である」などの特徴を持つ子供を微細脳障害と呼びました。背景に何らかの微細脳損傷があると考えられましたが、これが証明されないため、微細脳機能不全と呼ばれるようになりました。しかしこの本質はなかなか解明されず、この診断名も使われなくなりました。この状態を説明するために考えられたのが学習障害という概念であり、日本にはマイケルバーストらの考え方が1960年代に教育界を中心に入ってきました。この概念は、言語性の学習障害、非言語性の学習障害に分かれており、言語性のみを学習障害とする医学の概念より広くとられていました。

米国では1980年代になり、すべての障害児に対して教育的な支援対策をすることが目的で、なにがしかの臨床的な困難性（disability）がアセスメントできれば適用できるように考えられたLD概念が出てきました。これは、特定の疾患や疾患群を意味していません。この考え方は1990年代に日本にも入ってきて、教育を中心に発達支援に携わる人たちに広まりました。

国内では1988年から、文部科学省内に「学習障害に関する協力者会議」が開かれ、1999年に「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」という最終答申が出ました。これを機会に言語性の学習障害を中心とする医学の学習障害と幅広い教育の学習概念のすり合わせが諮られ、教育界にもADHDと言う概念が入ってきました。

最近公表されたDSM5では、神経発達症群という新たな大カテゴリーを設けて、その中に子供たちの発達に関連した疾患をすべて収める方針をとりました。その神経発達症群に含まれることになったものを概観してみますと、結果的にそれは国内で「発達障害」と呼んでいるものになりに近いカテゴリーになっています。

医学での学習障害（DSM5では限局性学習症という訳語になります）は、ある特定の課題の習得だけが、他に比べてうまく行かない状態を指しています。目安としては、学校での学習到達度に遅れが1～2学年相当、あるいは1.5標準偏差以下というのが一般的です。

この学習障害は、課題の種類によって次のように分類されています。

1 読字障害

ディスレクシアという呼び名がそのまま使われることもあります。文字や文章を読むことに困難があることを意味しています。この中には、音読が流ちょうにできないもの、漢字の識別が難しいもの、文章の意味の読み取りが難しいものなどが含まれています。長文を読もうとすると、目で行を追っていくことが難しい子供たちもいます。

2 書字障害

文字を書いたり文章を綴ったりすることに困難があることを意味します。この中には、バランスのとれた文字を書くことに問題があるもの、書字に際して誤りが多いもの、助詞などがうまく使いこなせないもの、板書など書き写しの速度が極端に遅いもの、考えた内容を書字で表現することが難しいものなどが含まれています。日本語に特有の問題として、漢字の習得（書き取り）だけが難しい書字障害というものもあります。

3 算数障害

算数問題を解くことに困難があることを意味します。この中には、数概念をあやつることそのものが難しいもの、数学的な思えの組み立てが難しいものなどが含まれています。

そしてこれらが混合した学習の障害が存在するとされています。読みの障害は、当然書字の障害にも影響することになります。

またこれ以外の科目に関する学習障害については、障害単位としては認められていませんが、国語には問題はないのに英語は全く入らない子供たち、代数は解けるのに幾何になると全く分からない子供たち、地図が全く読めない子供たちなどが、現実には存在するようです。

要するに、全体的な知能には大きな遅れがないのに、他の教科に比べて不自然に習得が遅れる状態があれば、学習障害を想定できることになります。推論が難しいとか、聴いたことを覚えていられない等、いくつかの教科にまたがる問題も存在します。

また、現在もなお位置付けの微妙な「発達性協調運動障害」を加えることもあります。いわば体育という教科の学習障害です。

医学的なLD概念では、何らかの脳機能の障害が想定されていますが、脳の部位や原因が特定できないために、現在のところ有効な医学的治療は見つかっていません。

そのため、習得困難のパターンが見分けられれば、その部分に負担をかけないような適応の形を見つけていくことが、現実的な解決策になります。学習障害なのだから勉強はできなくて仕方がないのだとの結論だけでは、その子が自立して生きていくための何の助けにもなりません。

不得意な学習のモードを、それほど不得意ではない他のモードで補えるようにする努力が有効な場合があります。書字の障害が漢字に限られている場合、漢字を絵描き歌のように文章にして覚えていくことなどです。子供自身でこの方法を編み出すのはなかなか難しく、周囲からの支援を必要とします。

不得意なモードに頼らなくてもすむための配慮も可能です。読字障害のある子供に対して、試験問題を音読することなどです。

また配慮の一環として、ある種の道具の使用を認めてもらうことができる場合があります。とくに近年はIT機器の発達がめざましく、書字や計算の苦手さは、かなりの度合いで機器に肩代わりしてもらうことができるようになりました。ただ、習得の支援になるためには、子供が自分の一部になるくらいまで機器を使いこなすことが必要だとも言われています。

他の発達障害についても言えることですが、不得意なモードを必要としない職業選択をすることで、LDが問題ではなくなる場合もあります。どんな職業であっても、あらゆる学習モードをフルに活用しているわけではありませんから。ただし、進路選択の途中の過程で不得意のために脱落してしまうことがないようにしてあげる必要があるでしょう。社会適応までのロードマップが描ければ、LDのある子供たちも目の課題に意欲を持つことができるようになります。

問題はこれらの状態が、単に「勉強ができない」として片付けられ、発達障害つまり支援が必要であると認知されにくいことです。しかしたとえ1つの科目であっても、勉強において他の子供に後れを取るとは、現代の学校の中では子供の自己価値感（自尊心）を大きく傷つけます。そのことを理由にいじめの対象となったり、不登校になったりすることも大いにあり得ます。それがさらにその子供の人格形成や進路選択にまで影響を与えうることを考えると、あながち軽視できない問題であると言えるでしょう。

そしてもうひとつの問題は、これらの状態が、他の発達障害に合併することが非常に多いという点です。ADHDの子供たちは衝動性や集中困難のために学習に「乗る」ことそのものに困難がありますが、それとは別に併発する学習困難とを識別することがなかなか難しい場合があります。自閉症の子供たちは行動が周囲から見ると奇異だったり、他児と一緒に行動をとろうとしなかったりするために分かりにくいのですが、深刻な協調運動障害（DCD）を合併していて、そのために動作がぎこちなかったり不器用だったりする場合があることも知られています。

（都立小児総合医療センター 副院長 田中 哲）

発達障害の診断をめぐって

昭和大学附属烏山病院

院長 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ふと思われまふ。子供で発達障害が疑われる場合は、主に母親をはじめとした保護者に伝えることになりまふし、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、発達障害と思つた場合も違ふと思つた時でも、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、大人になっていきなり受診する方が多いということもあります。

大人では、「発達障害ではない」と申し上げる場合の方が、納得してもらえまふせん。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が一定しないし、その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。大人の診断基準で「子供にも使える」基準はあつても、「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ふ病態を表すのかよくわかりませ

ん。コミュニケーションの障害といつても、原因はさまざまです。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ふはずで、それぞれの精神内界は独自のものがあるはずです。したがつて、特にASDでは幼児期の生育歴を慎重に聞き取つて、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テストといふものがあります。インターネットでも自己採点できるので、興味のある方はやつてみてください。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ないです。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か。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。

その他の脳機能の障害と二次障害

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いいます。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、トゥレット症候群と診断されます。

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、会話及び言語の特異的発達障害の一つです。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、」）、話はじめに口ごもる（例：「……っあした」）、話のリズムが乱れる（例：「あーあした、」）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りますが、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、運動能力の特異的発達障害の一つで、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きたす障害です。縄跳びができない、自転車に乗れないなどいわゆる「運動音痴」や、はさみがうまく使えない、ボタンかけに時間がかかるなどいわゆる「不器用」といった、年齢や知的な能力と比べて運動が下手な状態を呈します。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%に併存すると言われています。

・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（疾病及び関連保険問題の国際統計分類）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）』にふくまれる障害」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。

・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で脳の器質的病変

がおこり認知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。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、何歳ごろまでの発症か、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」、いったん獲得された能力を脳の疾病や外傷で喪失する場合が「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つようになり、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、併存して他の症状や疾患が生じたりします。

発達障害の本来の特性が強く表われる例としては、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きたすようになります。

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、反社会的な行動、反抗挑戦性障害などの素行（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の症状、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。

（森之宮病院 小児神経科 小倉加恵子）

薬物療法

都立小児総合医療センター

顧問 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が、正式に認められているのは、下記の3種類だけであり、多くは適用外使用（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。適切な治療が行われ、有用な薬物が増加することが期待されます。

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、うまくいきませんでした。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、ピモジッド（®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」に適用を持っています。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。現在小児

自閉症の乱暴、興奮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）の臨床治験が行われています。米国の食品医薬品局（FDA）はこの二種類の薬を上記症状の適用薬として認可しています。

2 注意欠如多動症（ADHD）

平成19年以降、二種類のADHD治療薬が適用を獲得しています。一つはメチルフェニデート徐放錠（®コンサータ）で、6才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。メチルフェニデートは弱い覚醒作用があり、うつ病者を中心に不適切な服薬が行われた歴史があるため、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。もう一つはアトモキセチン（®ストラテラ）であり、やはり6才以上に使用できます。朝夕2回（成人では1回でも可）服用し、効果は服用後3～4週で現われ、24時間効果があります。覚せい作用はないため、医師であれば処方できる一般薬です。ともにADHDの不注意、多動、衝動性に効果があります。副作用としては、消化器症状、頭痛、不眠などがありますが、一過性であることが多いようです。現在、2種類の小児のADHD治療薬の臨床治験が行われています。d-アンフェタミンとグアンファシンであり、米国ではADHD治療薬としての認可を受けています。

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」

ここで取り上げる子供をめぐる社会現象には共通する特徴があります。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、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ように思われます。

発達障害の関連に焦点を当てて考えてみます。

1 子供の虐待

一見無関係にも見える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、養育をする人々の気持ちをいらだたせませす。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場合もあります。このような行動特徴は、発達障害のある子供たちに特徴的なことであるため、虐待を受けやすくなります。

また、虐待を受けた子供は発達障害のリスクが高くなります。発達障害の原因が先天的なものであるという前提に反するよう見えるかもしれませんが、自分の持つ特性（発達の偏り）が生きてくさにつながらなければ障害とよぶ必要はないので、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。

また近年では、虐待の被害により脳の特定の部位に萎縮が起こり、その後のケアによっては回復しないという調査が公表されています。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可能性があるのです。

このこととも関連があるかもしれない現象として、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きたすことがあります。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あう要因となります。

発達障害のある養育者（つまり虐待被害の後遺症がある養育者も同じこととなります）の子育てに、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。またこのような養育者の養育を積極的に支援することは、虐待の発生を予防するかなり強力な対策になり得ます。

2 いじめ・からかい

不適切な関わりや暴力が繰り返されるという意味で、いじめやからかいは虐待とよく似た側面があります。

発達障害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、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。不本意ながら「いじめられキャラ」を演じることで集団から排除されないことを選んでしまうかもしれません。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。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」という記憶をもって大人になっていくという考え方もあります。

暴力に対する衝動を社会的に抑制することができないと、発達障害のある子供たちはいじめの加害者側に

なるリスクもあります。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しょうがない」という雰囲気が共有されていると、それは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あり、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ちがいません。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ことを認めてあげることができて初めて、すべての子供たちのためのシステムであると言えることができます。

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、通常の学級の場合がストレスとなる度合いが、定型発達の子供よりかなり高くなる可能性があります。

このようなかたちで学校の場合が高ストレスであることに対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ていきます。例えば、学童期に「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学校という、現実的な状況理解ができていなかったり、現実の自分に即した自尊感情が育っていなかったりするように見えます。

このような問題は、発達障害の特性が表現されたものとして見られることがありますし、望ましくない育ちの環境からの影響で身につけてしまう場合もあります。

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。

実際にひきこもる青年たちの支援に当たる人々は、発達障害のある青年たちと、精神疾患のある青年たちと、そのどちらでもないが社会に出られなくなってしまっている青年たちが、ほぼ同数くらいずついるとしています。

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。

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し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。

(都立小児総合医療センター 副院長 田中 哲)

発達障害と依存症

都立小児総合医療センター

顧問 市川 宏 伸

近年、嗜癖や依存の背景に発達障害の存在が注目されています。子どもの場合は、インターネットやゲームへの依存が話題になっています。不登校になり自宅でゲームをして、1日中テレビを見ており、生活リズムが乱れていることも珍しくありません。成人の場合は、インターネットやゲームに加え、ギャンブル（パチンコ、競馬など）、買い物、アルコール、薬物などへの嗜癖・依存の背景にも発達障害が存在しているとの報告もあります。

サラ金からお金を借り、仕事をさぼってパチンコに打ち込んでいるため、配偶者から離婚を迫られていた男性が、背景にあるADHDを治療することにより、パチンコから離脱できた例があります。アルコール嗜癖で悩んでいる男性に、ADHD治療薬を使用することで、背後のADHDが改善して、アルコール嗜癖が良くなった例もあります。

この分野が着目されるようになったのは、最近のことでもまだまだ未解明の部分がありますが、いくつかの考え方があります。ASDで言えば、特定のものごとへ執着、こだわりの延長上に嗜癖や依存が存在していると考えられています。ADHDでは報酬系の弱さが指摘されています。「目の前の小さな報酬（依存対象）に飛びつき、背後の大きな報酬（本来の対象）を得ることが難しい」と考えられています。発達障害として括れば、現

状がうまく行っていないことに起因する自己不全感が嗜癖や依存を促進している可能性があります。ASDの本来の症状治療薬は認可されていませんが、ADHD治療薬は2種類認可され使用されています。アルコール嗜癖、二次的症狀（うつ症狀など）などで精神科クリニックを受診する人の中に、根底にある発達障害の治療により改善される例の報告が出始めています。これらの方々の場合、アルコールやうつ症狀の治療をしても、十分な改善が見られないのが特徴です。しかし、発達障害に詳しくない医師の場合、受診してもその存在を見逃してしまうこともあります。自分の年少時を思い出したり、その頃のことをよく知っている家人らに確かめたりして、発達障害の存在が考えられる場合は、専門医を受診することで改善の結びつく場合があります。

発達障害と嗜癖、依存などの関係については、まだ未解明な点も多くありますが、今後この分野については、さらに知見や治療実績が積み重ねられれば、新たな治療システムが確立される可能性があります。

*WHOから出されている診断基準（ICD-10）では、依存、中毒という言葉が使用されていますが、最近米国精神医学会から発表された新たな診断基準（DSM-5）では、嗜癖、依存は診断用語としては使われていません。

ライフステージを通じた支援の必要性

発達障害は、脳機能の偏りがあるために生じる生まれつきの障害ですが、その詳しい生物学的背景については、まだ明らかになっていません。

発達障害のうち、自閉スペクトラム症（ASD）は、コミュニケーションの質的問題やこだわり、社会的想像力の乏しさなどによって社会生活上の適応等に困難が生じる社会性の障害です。ASDの存在は比較的低年齢から気づかれますが、知的機能が高く行動上の問題がない場合などは、成人に至るまで気づかれないこともあります。ASDの中核的な特徴は、生涯を通して継続します。しかしながら、置かれている状況や環境によって症状の程度が変化しますので、時機に応じた、家族を含めた周囲の理解や支援、環境調整が必要になります。

学習障害（LD）は、学齢期になって明らかになりますが、苦手さに応じた配慮が示されたり、自身で苦手さをカバーする戦略を身につけることによって、成長するにつれ問題が軽減したり解消したりすることが多いです。

注意欠陥多動性障害（ADHD）は、12歳未満に発現する落ち着きのなさや衝動性、不注意といった症状をいいます。多動は思春期頃になると目立たなくなりますが、不注意の症状は、成人になっても持続することが多く、衝動性は周囲の状況で大きく変化するとされています。

チック障害は、その多くは成人するまでに軽快します。吃音についても成人するまでに解消していきやすいのですが、成人後も持続する場合は社会適応に困難を感じます。

上記の発達障害は重複して存在することも珍しくなく、加えて感覚刺激の問題や、その他の精神疾患が合併することもあります。また、外見上は分かりづらく、症状や環境によって引き起こされる言動に対して「怠けている」、「困ったものだ」、「反抗的だ」といった誤解に基づく評価を受けることがあります。そのため、発達障害に関する啓発を促進するとともに、ライフステージごとに変化する生活環境において、彼らが

適応できるように連続性のある支援をしていくことが大切です。

国及び地方公共団体は、発達障害者の自立と社会参加のための支援を通して彼らの福祉の増進を図るよう、発達障害者支援法においてその責務が定められています。

1 乳幼児期

乳幼児期には、保護者が子供の発達に疑問を感じたり、障害に気づいたりした時に、適切に対応できる支援体制の整備が必要です。気づきの機会としては、保護者による気づきや保育所や幼稚園、自治体の乳幼児検診、子育てひろばや子供家庭支援センター、医療機関などがあげられます。区市町村は、発達障害の疑いがある場合には、継続的な相談や経過観察が実施されること、そして、保護者が希望した際には、医学的又は心理学的判定、療育などが適切に提供されるよう保健、医療、福祉等の関係機関並びに専門的なサービスを担える機関と、保護者や保育所、幼稚園との有機的連携が取れるネットワークを整えておくことが肝要です。

また、発達障害のある子供の保育においては、健全な発達が促されるよう、他の子供たちとともに過ごせるための適切な配慮が求められます。なお、発達障害のある子供の中には、その発達の特性から育てにくく、不適切な養育や虐待の対象になりやすい子供もいます。保護者や家族の支援については、子供に関する相談はもちろんのこと、自身の悩みや不安を受け止めるピアサポートやペアレントメンターの育成、必要に応じてメンタルヘルス面のサポートができる専門的な機関に繋ぐことのできる仕組み作りが求められます。

2 就学～義務教育期

学童期・思春期に当たるこの時期は、学校などの集団で過ごす場面が増え、子供自身の生活空間が広がります。また同時に、子供同士の親密な仲間関係を構築したり、自我の芽生えによって他者を強く意識し始める時期でもあります。ASDなどの発達障害のある子

供は、環境の変化への対応が苦手で、相手の立場にたって物事を捉えることや文脈に即した考え方をすることに困難があるため、不安や対人関係上のストレス、不適応が高まることが多いようです。中には、からかいやいじめの対象にされて孤立したり、失敗体験の積み重ね等によって自尊心が著しく低下したために、不登校になったり、精神病様症状の出現などの二次的問題が表れる場合があります。

小学校、中学校では、「校内委員会」の設置や特別支援教育コーディネーターの指名、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーを活用するとともに、彼らが活動しやすい環境を整備するなどして校内における支援体制を構築し、担当が孤立することのないよう学校全体として対応をすることが求められます。また、発達障害のある子供には、必要に応じて「個別の指導計画」や「個別の教育支援計画」が作成されます。それらを活用して、就学前から高等学校までの学年間、学校間において一貫した支援が継続できるようにし、保護者や家族はもちろんのこと、医療、福祉などの地域の社会資源とも連携していくことが必要です。

放課後や夏休み等の長期休みにおいては、放課後児童健全育成事業（学童クラブ）等が利用できるよう、自治体が受け入れ体制を整えることが重要です。

3 高校・大学期

思春期年代やそれ以降になると、いわゆる高機能群（学業成績が普通もしくはそれ以上）において、不登校や中退、行動上の問題、精神疾患の合併や自律神経症状を呈することによって事例化し、発達障害の存在が明らかになることがあります。

この時期は、就職をするのか進学をするのかといった進路選択の時期であり、就職をする場合については、就労前支援が必要な場合が多く、社会的自立に向けた丁寧な支援が求められます。大学等への進学については、センター試験における特別措置が実施され、また、大学によっては入学試験上の配慮が実施されています。入学後は、必要に応じて、学生相談室や学習上必要な支援等を通して、学生生活を支える取組が求められます。

4 青年・成人期

青年・成人期になると、社会的接点はより広くなり

ます。この時期は、職業生活や結婚生活といった社会的に要求される水準が高くなることで、現実の能力との乖離が大きくなり、対応が困難になることによって、発達障害の存在に気付くことがあります。地域には、労働や福祉制度の活用を含めた職業生活や地域生活についての相談支援ができ、必要であれば社会資源に繋いでいく窓口が確保されている必要があります。

職業生活においては、発達障害のある人は、その障害特性のために、職場の人間関係に適応できずに孤立したり、離職や転職を繰り返すことがよく見られます。発達障害者にとってのつまずきは、その後の職業生活上の適応を長期にわたり難しくさせる場合が多いため、公共職業安定所の障害者向けの相談窓口や障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターなどを活用し、障害の特性に応じた職場への定着支援が必要になることもあります。また、会社では、同僚や上司など周囲の理解を醸成したり、本人の適性に合う部署に異動させるなどの工夫が必要です。産業医との連携も必要になるでしょう。

地域生活では、日常生活に最低限必要なスキルや生活習慣を身につけていないために、子育てや近所づきあいに困難を抱えていたり、求職活動に失敗をしてひきこもり状態になっている場合がみられます。居場所や生活面での支援を担えるために、地域生活支援センターや子供家庭支援センターなどの活用も考えられます。

これまで述べてきたように、発達障害児者の支援には、保健、医療、福祉、教育、労働、司法等の関係者による連携が欠かせません。その際には、「個別の支援計画」の策定・活用が役立ちます。「個別支援計画」では、発達障害のある本人が自分の人生を自分らしく過ごせるように、本人の「こうありたい」、「こう生活したい」といった希望が反映されているといいでしょう。支援会議や自立支援協議会等を通して共通の視点を養いながら、ライフステージを通じた支援が一貫して継続されることが望まれます。

第2章【ライフステージ】ライフステージを通じた縦横連携づくり～発達支援センターからのネットワーク構築の試みから～ 参照

(国立障害者リハビリテーションセンター 鈴木さとみ、市川 宏伸)