

発達障害の人たちの支援に関わる 専門家のための研修テキスト

総論編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者の人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、幼児期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識をもつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出版された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思っています。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター
本田秀夫

目 次

神経系の発達.....	1
心理的発達.....	5
発達障害とは.....	6
精神遅滞.....	9
広汎性発達障害.....	13
注意欠如／多動性障害（ADHD）.....	18
学習障害（LD）.....	22
発達性協調運動障害.....	24
コミュニケーション障害.....	27
発達障害を伴うことの多い身体疾患.....	29
てんかん.....	32
地域ケア・システム.....	34
医療の役割.....	37
法制度.....	39
特別支援教育.....	43
障害と支援に関する考え方.....	48
執筆者一覧.....	54

神経系の発達

子どもの発達の評価は、多面的に行わなければならない。多面的とは、量的(成長的)評価と質的(発達の)評価を行うことであり、このような量的・質的発達がバランスよく行われている状態を健全発達と理解する。そのためには、運動発達、言語発達、社会性の発達、愛着の発達を分けて評価する能力が求められる。しかし、各発達、とくに後者の3項目の発達は互いに関係して発達していくことも事実である。このことは重要なことであり、発達の評価に多面的解釈が必要となる理由である。

<運動発達>

粗大運動は、筋力、自己感覚(ボディ・イメージ)や周囲に関する理解と関連し、微細運動は不器用あるいは知的発達と関連している。

(1)粗大運動の発達

① 背臥位の発達

1~2 か月: 非対称(非対称性緊張性頸反射)の姿勢をとることが多い。頸の向きは自由に換えられる。指を口に持っていく。

3~4 か月: 顔は左右対称の位置に保持可能。上下肢とも挙上していることが多く、胸の前で手を合わせ、手に触れた物をつかむ。

5~6 か月: 両手で足を持ち、口に持って行く。寝返りが可能になり腹臥位も可能になる。

② 腹臥位の発達

1~2 か月: 顔面は、側方あるいは正面を向き挙上する。股関節は屈曲臀部は挙上。

3~4 か月: 股関節伸展、臀部は低くなる前腕で支持して体を支える。

5~6 か月: 両肘を伸展、手掌で体を支える。下肢は、股関節伸展、膝関節を屈曲するなど多様になる。

6~7 か月: 両手掌と両膝で体を支える。

8 か月: はいはい可能、両手と両足が蛙跳びのように動かす。その後、交互性が出現し、高ばいとなり、歩行可能となる。

③ 座位の発達

4~5 か月: 腰を支えると座ることができる。

6 か月: 上肢で支えると座ることができる。

7~8 か月: 体幹が伸展し、上肢の支えなしに座る。

9 か月: 座って、後方の物がとれる。

④ 歩行の発達

歩行は、10~18 か月の間に可能となる。最初、上肢は挙上し、足は大きく開き、膝はあまり屈曲しない。その後、上肢は下におりてくる。続いて、前腕を振るようになり、体側の下肢と反

対の動きをするようになる。片足立ちは3歳、片足跳びは4歳、経験していれば5歳でスキップができる。

(2)微細運動の発達

- 0～4か月： 把握反射
- 4か月： 手を合わせる
- 4～6か月： 手掌把握、物の持ち替え
- 6～7か月： 全手(三指)把握
- 7～8か月： 橈側把握
- 8か月～： 鉗状把握

<言語発達>

親や養育者や自分を認知できる情意的諸機能、働きかけを通して外界を認知する動作性諸機能、言語音声の表現としての言語的諸機能に分けて考える。

(1)乳幼児期における言語発達

- 0～1か月： 親子の情動的関わりの始まり。泣く、親子の情動的一体感。
- 1～4か月： 親子の情動的関わりの発達。喃語として発声・調音・聴覚機能の始まり(発声遊び：独語的な喃語)、親子の情動的関わりの発達、意図的動作を発達させる。
- 4～8か月： 親の認知の始まり。喃語として発声・調音・聴覚機能の体制化(社会的喃語)、親の認知の始まり、外界への働きかけ(自分と外界)の発達。
- 8か月～1歳： 親のすることの取り込みと自分の世界の広がり。喃語として発声・調音・聴覚機能を近しい人の関わりのために使い始める。親のすることを取り込み(身振り語：指さし、だっこせがみ、あいさつ)、自分の世界を広げ始める、時間的・空間的(自分と外界)なもの関係の認知の始まり(三項関係：自分と人と物の関係)。指さしの発達は原則的に、驚嘆や自己確認(驚き)の指さし、供応(応答)の指さし、要求の指さしと進む。
- 1歳～1歳6か月： 自分の世界の表現。喃語として発声・調音・聴覚機能を近しい人の関わりのために再体系化自分の世界を表現する、いろいろな試みとして新しい手段を発見する。
- 1歳6か月～2歳： 象徴機能と言語機能の形成。象徴機能の形成、言語機能の形成、音声の体制化・記号化過程。
- 2歳～3歳： 会話の成立。ターンテイキング(自分が反応する件相手が反応する)や共鳴動作などの無意識的な相互交渉。ほほえみや見つめ合いによる意図的な相互交渉。会話が成立する条件：音声の意味を担う意図的に使用される音声の意味は自分と他人が同じ意味として共有しうる。

4歳～6歳： 構音・プロソディー(話しことばにおける抑揚、強弱、リズムなどの音の調子のこと)の完成、語彙の獲得は6歳にて3,000になる。文法、会話内容とテーマの発達(眼前の話題、時間的・空間的に隔たった話題、架空の話題)。

<社会性の発達>

社会性は、対人関係あるいは対人理解が基礎となる。また、人間は社会的存在であり、さまざまな領域の発達は、他者との関係の中で意味を持つことからきわめて重要な発達基盤である。

このような対人関係の構築や集団参加には、他者を理解する能力(こころの理論から感情移入)と社会的技能の獲得が必要である。すなわち、外見的には表情の変化、視線の理解、他者の身体・言語的働きかけの理解などの対人理解として認められる。これらが、他者との間で細かく調節され、交流間と接触感が得られる。

(1)社会性形成のための他者理解

1歳半児：「大丈夫？」と慰める行為。嫌いな物を置くなどのいたずら。

(2)友達関係の発達

3～7歳：一時的で、物理的な遊び仲間。

6～12歳：都合の良い時だけの共同関係。

(3)社会的スキル

個人と個人の、あるいは個人と集団との相互作用に関係した適切性と効果性のある技能
子どもの社会的スキルであり、こころの理論の発達と主に関連している。4歳頃始まる。

(4)社会性の発達

2か月：あやすと微笑する。視線が合う。

3か月：あやすと声を出して応える。人の顔を見て笑う。

4か月：大きな声で笑う。

5か月：鏡の中の自分に笑いかける。抱かれることを喜ぶ。部屋に誰もいなくなると泣く。

6か月：母親の区別がつく。イナイイナイパアを喜ぶ

7か月：人見知りをする。おもちゃを引っばると抵抗する。

9か月：自分の名前がわかる。「だめ」という禁止に反応する。テレビの人の顔に笑いかける。

10か月：母親のあとを追う。「バイバイ」の手振りのまねをする。

11か月：おもちゃをくれるしぐさをするが手放さない。

1歳～：おもちゃをさし出し手放す。安心感のより所として母親を使う。鏡の中の自分を相手に遊ぶ(おじぎをする、など)。着衣の時、着せやすいように身体を動かす。大人の動作のまねをする。

2歳～：子ども同士でふざけあう。外の子どもの近くで遊びたがる。性器に興味を示す。ごっこ遊びをする。

3歳～：友だちと役割りの決ったままごとをできる。テレビの主人公のまねをして遊ぶ。友達

に好き嫌いができる。

4歳～： かくれんぼでの役割を理解する。

5歳～： 友達と競争する。

<愛着の発達>

愛着は、人開発達の基礎をなしている。愛着とは、何か危機があった時、潜在的危機に備えて他の特定個体との近接関係を求めたり、維持したり回復したりしようとする生体の傾向であり、すなわち人は安全だという感覚、誰かから護ってもらえるという確信が心理的安定に重要である。すなわち、感情的絆の形成と言い換えることもできる。

形成が行われるためには、一次的欲求としての栄養を求める欲求と人との関係を求める欲求から、二次的欲求として成立するという考えと人には、生得的に人とくっついていたい、人との関係を持っていたいという欲求が備わっているらしいと考えられるようになった。

しかし、人の愛着形成は本質的に他者依存的(他者に近付いてもらえて初めて成立)するために、周りの大人が重要な役割を持つ。

0-3 か月： 不安定な社会的反応

3-8 か月： 特定の社会的

発達課題とその帰結(EH Erikson)

段階	肯定的解決	否定的解決
乳幼児	基本的信頼 他者は信頼でき自分には価値がある	基本的不信 この世界は居心地がよくない
幼児期(早期)	自立性 排泄を中心に保持、要求増大	疑惑 他者の目を気にする
幼児期(後期)	積極性 親のようにになりたい、世界を知りたい 成し遂げることの楽しさを知る	罪悪感 好奇心を持つことはよくない
学童期	生産性 ものを生産することで認められる	劣等感 認められず集団の中では劣等感が発達
青年期	同一性 再統合による自我同一性の獲得	拡散 自分がかめず、なくなったような状態

(出典)

厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト」,
P84-87

心理的発達

人間は、生まれたときからさまざまな刺激に触れ、新しいスキルを獲得し、自分の取り巻く環境へよりうまく反応し、行動するようになる。心理的発達とは、生物的な成熟・衰退のみを基礎としたものではない。発達の基礎には、生物的な成熟の過程と、もう一方では、年齢の時期に応じて、社会文化からの要求が異なることによる適応の過程とがあり、それらの間の関係を検討すべきであると考えられている。つまり、大人になってからの変化として、単に生物的な下降的变化をとらえるのではなく、心理的には成長し続ける存在であるということが考えられている。誕生から死まで、人間が生涯かけて発達する存在であることを前提として、子どもから大人、老人に至るまでの発達を包括的に見ていく視点が必要となる。

このような考え方の中で、人間の一生をライフサイクルという視点で統一的に理解しようという試みが行なわれてきた。よく知られているのは、エリクソン(Erikson,E.H.)の考え方である。エリクソンは、フロイト(Freud,S.)の心理学的発達の考え方を、対人関係や社会性の方向に拡張することによって、心理・社会的発達を考えた。人間の生涯を 8 つの段階に区切り、それぞれの段階での発達のありようを記述した。それぞれの時期は個人がライフサイクルの中で順調に発達を続けるかそうでないかという、心理・社会的危機として記述されている。それぞれの段階の危機を克服し、肯定的な側面を獲得することによって、次の段階での危機への対処が円滑に行われると考えられている。

(参考文献)

鈴木隆男:ライフサイクルからみた発達心理学。平山諭, 鈴木隆男編者:「発達心理学の基礎と臨床 第1巻 ライフサイクルからみた発達の基礎」, ミネルヴァ書房, pp14-17, 2008。

発達障害とは

発達障害は、神経発達異常を基盤として早期児童期から行動を通して明らかとなる障害を総称する。代表的なものに、精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHDがある。WHOによる国際疾病分類ICD-10では、精神遅滞はF70-79に、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害はF80-89「心理的発達の障害」に、ADHDは「児童期および、青年期に通常発症する行動および情緒の障害」のうちF90に該当する。米国精神医学会によるDSM-IV-TRでは、いずれもF90-98「通常、幼児期、児童期、または青年期に初めて診断される障害」に分類されるが、DSM-IV-TRの多軸評定システムでは、精神遅滞だけ第Ⅱ軸（通常は発症後の寛解や増悪がなく、大人になっても持続する障害）に残して、その他の発達障害は第Ⅱ軸から第Ⅰ軸（原則的には寛解や増悪を伴う治療介入の対象となる障害）へと変更された^注。このことは、広義の発達障害のうち、広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHDと診断された子どもの症状は固定しておらず変化しうるということを合意しており、「発達障害は治らない」という従来の考え方が変わったことのあらわれと言える。これはこれまでの治療法の開発や自然経過などに関する臨床データの蓄積の反映と考えられる。

近年、発達障害についての研究はますます活発に行われるようになり、特異的言語障害や一部の精神遅滞では病因遺伝子が特定され、病態発現のメカニズムの理解がすすんできた。一方、広汎性発達障害やADHDでは複数の遺伝子が関与すると考えられ病態発現のメカニズムはあまりに複雑で、解明までまだ時間がかかるだろう。発達障害の行動や脳の発達を調べてきた研究からわかってきたことで、臨床をしていくうえで重要なことが二つある。第一に、発達障害として括られている個々の障害（広汎性発達障害、特異的発達障害・学習障害、ADHD）は普通、教科書にはそれぞれ症状も治療法も異なると書かれているが、実際には厳密な診断評価を行っても鑑別が難しいことは稀ではない。脳の機能や構造も、それぞれ障害に特異的な特徴とともに、障害間で共通する特徴もあることがわかってきた。第二に、一つの障害をとってもみても、同じ診断名の人々は行動特徴が似ているが、症状プロフィールや認知特性、知能水準は人により実にさまざまである。つまり、発達障害という強い遺伝的な制約のもとにおいてもなお、子どもたちは環境から影響を受けたり逆に与えたりしながら多様な個性を形成するポテンシャルを秘めていることを意味している。したがって治療の基本とも言える診断行為において、診断名のみを決定してもその子どもに役立つ情報はまったく充分ではなく、発達検査や家庭機能の評価など包括的に調べはじめ、ひとりひとりの子どものニーズを把握し治療計画を立てることができるということを再確認しておきたい。

<発達障害の子どもを支える医療という柱>

発達障害の症状の多くは、人生の早くから子どもの様々な生活場面で顕在化し、子ども自身だけでなく、家族や学校や地域で出会う人々との関係にも間接、直接に影響する。さらに児童期という限定された時間枠を越えて生涯にわたって、普通ならたいしたことがないと思うような状況でも

困難を感じて問題に立ち向かっていかななくてはならないであろう。現在のところ、そうした問題をすべてクリアできる医学的治療法はない。子どもの長所短所を含めた特性をよく理解し、子どもが暮らす環境をよく知ったうえで「敵を知り己を知らば百戦危うからず」ではないが、その子どもに最適な対処法を子どもや家族と一緒に探していくことが大切だろう。

これまで精神遅滞は児童福祉法や知的障害者福祉法の対象とされていたが、その他の発達障害(DSM-IVの第I軸)については未診断ケースが多かったという事情に加えて、診断を受けても法律上は障害と認定されずに福祉との連携がスムーズに運ばないことが少なくなかった。平成16年12月に発達障害者支援法が公布され、はじめて広汎性発達障害、学習障害、ADHDなどの早期発見・早期支援と、就学前、学校生活、就労などライフステージを通して一貫した発達支援の確保が明確に法的に植われた。これからは、医療を含む保健、福祉、教育、労働などの領域が相互に連携して支援体制を構築しようという段階にようやく来たと言えるだろう。

たとえばクリニックでの健診で発達障害が疑われる子どもをフォローするなかで、次第に感覚過敏や睡眠・偏食の問題など日常生活に影響する問題が明らかになったとする。これらは母親の主訴ではなかったかもしれないが、時間をかけて母親と信頼関係を築くことで得られた貴重な情報なので、家族の同意を得て地域の保育園・幼稚園やデイサービスとの間で共有することが大切である。就学後は進級時はもちろん進学時にも引き継ぎがスムーズに行われ就労支援へも引き継がれる、そのような他職種との連携を前提にしてはじめて医療が力を発揮するのだと言える。発達障害児の医療は、生涯に及ぶマルチディシプリナリーな発達支援の連携の中で、一本の丈夫な縦糸となる必要がある。医療に求められる支援の第1歩は、発達異常の兆候を見逃さないこと、可能な限り早期に精度の高い診断を行うことである。

早期介入の際の医師の重要な役割に、親への説明がある。多くの親は漠然とですが児の発達や育児に不安を抱いているので、可能な範囲で情報を共有したうえで発達支援の方向づけを行い、具体的な育児の助言を行う。その際、親指導という視点の他に、親もまた支援を必要としていることを心に留め、子どもの障害と向き合おうとしている今ある親の姿をありのままに見つめる謙虚さが医師にも求められる。親が児の障害をありのままに受容するには、'大変な心の作業と時間を必要とする。発達障害はわかりにくい障害だということ、親の性格、家庭背景、ソーシャルサポートなどの要因に加えて、医師の説明の仕方などの医療側の要因も親の心理に大きく影響する。思春期になると、精神障害の併発、特に衝動性の高まりが攻撃的行動や自傷行為としてあらわれることがあるため、抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬などを処方する機会が増える。常に何を治療目標とするかを明確にして薬物治療を始めないと、成人になったときに量や種類が増えてしまうケースが少なくない。

発達障害という非定型発達のライフステージを一段一段進みながら、各段階で様々な問題と出会い、取り組もうとする子どもたちとその家族に対して、医療が果たしうる役割は診断や医学的治療にとどまらず、generalistとして、そして包括的な発達支援のチームの一員として医師ならではの助言などが求められており、そうした役割を積極的に果たすことが期待されている。

注) DSM-IV-TR では、「II 軸の疾患に対する治療も I 軸の疾患に対する治療と基本的に異なると意味すると決して考えてはならない」という但し書きがある。

(出典)

神尾陽子:厚生労働省雇用均等・児童家庭局編:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」,
P46-P48

精神遅滞

<概要>

精神遅滞は英語 mental retardation の訳である。発達期(おおむね 18 歳まで)に発症し、知的機能障害 (IQ70 以下)があり、日常生活において年齢から期待される状況に比して何らかの適応に困難がある状態をいう。

<疫学>

①発症率

平均 IQ の標準偏差以下と考えると概算で人口の 1% (~2%) となる。

②性差

軽度精神遅滞では男:女=2:1、重度精神遅滞では男:女=1.5:1

③好発年齢

生来性の場合が多いが、重度精神遅滞では乳児期までに明らかになる。軽度の場合でも3歳までには何からの形で明らかになる場合が多い。脳外傷や脳炎髄膜炎など後天性脳障害によるものは年齢を問わず疾患の好発年齢による。

④遺伝性・家族性

家族性の精神遅滞は多因子遺伝の場合が多い。染色体異常症は精神遅滞を起こしやすく、メンデル遺伝による遺伝形式は X 連鎖性、常染色体優性、常染色体劣性いずれも存在する。

<成因>

①出生前に成因があるもの

染色体異常、遺伝子異常、奇形症候群、子宮内発育環境によるもの

②出生後に成因があるもの

周産期脳障害、中枢神経感染症、内分泌代謝疾患、社会的・環境的なものによるもの

③成因が不明のもの

自閉症を含む広汎性発達障害、特発性、家族性

【重症度による成因の違い】

軽度精神遅滞は多因子遺伝が推測される家族性の場合や社会的環境的なものが推測されるが成因の明らかでない場合が半数近くを占め、その他に脳障害、染色体異常、奇形症候群、内分泌代謝疾患などが成因となる。一方重度精神遅滞は染色体異常(ダウン症候群など)遺伝子疾患(脆弱 X 症候群など)、中心神経系奇形、周産期や発達期での脳傷害など成因が明らかなものが多い。

<診断基準(DSM-IV)>

以下の 3 項目を満たすこと

- A. 知的機能障害:知能検査において 70 以下のIQ。IQの測定が困難な幼児では知的機能が明らかに平均以下である臨床的判断による。
- B. 適応機能の欠落または不全がつぎの 2 つ以上の生活面で認められる。すなわち意思伝達・自己管理・家庭生活・対人技能・地域社会資源の利用・自律性・学習能力・仕事・余暇・健康・安全。
- C. 発症が 18 歳未満。

【重症度の分類】

軽度精神遅滞:IQ55-70

中程度精神遅滞:IQ40-55

重度精神遅滞:IQ 25-40

最重度精神遅滞:IQ<25

<鑑別診断>

- 1) 妊娠歴、既往歴、家族歴の聴取:妊娠中の嗜好品(酒など)や薬物(抗てんかん剤など)摂取歴、妊娠中の母親の健康状態・合併症(糖尿病、感染症、発熱など)。家族歴では同胞、両親その他親族の学業成績、職業、可能なら IQ の聴取。親族の流産、不妊、原因不明の乳児死亡の有無などは遺伝的疾患による精神遅滞の可能性を示唆する。
- 2) 理学的所見:頭囲測定とその成長曲線。脳形成異常を示唆する頭部顔面の奇形の有無。大奇形(場合によっては内臓器の超音波検査を行う)、小奇形、皮膚所見(白斑、カフェオレ班、血管腫の有無など)。
- 3) 検査:臨床的に有用と考えられた場合、十分な保護義務者の同意を得た後、以下の検査を施行する。

①染色体検査

一般的なG染色法などのほかに場合によっては高精度分染法も考慮する。分染法技術の進歩により異常検出率は高くなってきており、過去の染色体検査が正常であったり、奇形症候群など染色体異常を示唆する臨床的所見に乏しかったりしても、異常が認められる場合がある。

②染色体モザイク

胎生期に皮膚へ分化するクローンの拡張方向を示す Blaschko 線に沿った皮膚色素異常を呈する精神遅滞の場合などでは、白血球による染色体検査が正常でも、色素異常を示す皮膚の線維芽細胞では異常染色体を示す場合がある。

③FISH(fluorescent in situ hybridization)

いくつかの精神遅滞を示す症候群では FISH によって診断を確定できるものがある。例として、Williams 症候群(7q11.23)、Prader-Willi 症候群(15q11-13)、Angelman 症候群(15q11-13)、22q11.2 欠失症候群(22q11.2)、Smith-Magenis 症候群(17q11.2)、Miller-Dieker 症候群(17q13.3)、Wolf-Hirschhorn 症候群(4p16.3)など。また、原因不明の中程度以上の精神遅滞の 7~8%にテロメア領域の異常が FISH 解析などによって示される。

④遺伝子検査

脆弱 X 症候群:典型的な兆候(長い顔・大きな耳・肩平な足、巨大睾丸、手指の過伸展など)がなくても、原因不明の精神遅滞で FMR1 遺伝子の CGC コドンの繰り返し配列の異常増加を認める場合がある。男児に多いが、比較的軽度の女児の精神遅滞にも遺伝子異常を認める場合がある。また家族歴のある女性は保因者である可能性のあることを考慮してカウンセリングを行う。

Rett 症候群:原因不明の中程度以上の精神遅滞女児には Rett 症候群を鑑別するため、MECP2 遺伝子の検索が考慮される。

⑤内分泌代謝検査

内分泌代謝異常を成因とする精神遅滞は 3-7%である。

甲状腺ホルモン検査は新生児期に施行され正常であれば、あらたに施行する必要性に乏しい。

臨床的に代謝疾患を示唆する所見がない場合、原因不明の精神遅滞の検査として代謝スクリーニング検査を施行しても陰性となる場合がほとんどである。代謝スクリーニング検査として血中アミノ酸分析、尿中有機酸分析、ムコ多糖類分析、乳酸、ピルピン酸、尿酸、アンモニア、極長鎖脂肪酸、アシルカルニチン分析などがある。

体重増加不良、失調、小脳症状、網膜色素異常、低緊張、臓器腫大などがみられれば CDG (carbohydrate-deficient glycoprotein)異常症を疑い、antithrombin III 活性、トランスフェリン糖鎖分析を施行する。

鉛中毒は軽度の精神遅滞を来す。

⑥画像検査

CT よりも MRI を施行することが推奨される。

⑦脳波

てんかんの既往のない精神遅滞には診断的意義はない。

⑧聴力検査

言語遅滞を示す精神遅滞の評価としてまず施行されるべき検査である。

⑨視覚検査

斜視、近視、白内障など眼科的所見のある場合に施行すべき検査である。

<よくみられる合併症・併存症>

- 1) 社会的・対人関係の障害を認める。
- 2) 行動異常:多動、寡動、攻撃的行為、自傷行為、異食症、反すう異常、常同運動。
- 3) 精神異常:抑うつ状態を伴い、睡眠障害、食欲異常となる。
- 4) てんかん:約 20%に認められる。

<経過>

成因によるが、乳児期では健診で運動発達の遅れを指摘されていることが多い。幼児期となると言葉の遅れが明らかとなる。学童期となり、学習上の困難さで判明する場合もある。学校生活での適応障害から不登校となることが少なくない。中程度以上の精神遅滞では半介助ないし全介助が必要である。軽度精神遅滞では訓練により自立生活ができる場合もある。

<治療、介入>

- 1) 成因に対する治療
- 2) 合併症に対する治療
- 3) 教育:1 歳までは主に家庭内での両親からの遊びを通じた教育が中心となる。2 歳以上となれば障害児集団療育のための通園施設に参加し、可能であれば保育所に通所することにより社会的適応性を早期から訓練することが望ましい。就学期では普通学級、特殊学級、そして特別支援学校の選択があるが、本人、両親そして指導する側で充分議論した上で、その程度に合わせた選択をすべきである。

(出典)

山内秀雄:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」,
P48-P50

広汎性発達障害

<概要>

社会的相互交渉の質的異常、コミュニケーションの質的異常、および興味の限局と反復的行動のパターンを特徴とする発達障害群。DSM-IV(1994)では、最も典型的な「自閉性障害」、言語発達の良好な「アスペルガー障害」、女兒にみられる「レット障害」、特徴的な経過の「小児期崩壊性障害」、および「特定不能の広汎性発達障害(非定型自閉症を含む)」の下位分類が設定されている。必ずしも広汎な領域に発達の異常がみられるとは限らないことから、「広汎性」の呼称は適切ではないとの批判がある。また、現行の下位分類設定はその妥当性に十分な根拠がないとの指摘がある。これらの理由により、最近ではこの障害群を総称して「自閉症スペクトラム障害」と呼ぶ研究者が増えている。

<疫学>

- 1) 発生率: 自閉性障害が 0.3~0.5%、広汎性発達障害全体で 1%以上。
- 2) 性比: 男:女=2~3:1、レット障害は女兒のみ
- 3) 好発年齢: 発達の異常に気づかれるのは乳幼児期
- 4) 遺伝性: なんらかの遺伝因子の関与が推定される

<成因>

レット障害がメチル化 CpG 結合蛋白 2 遺伝子(MeCP2)の変異に起因することが近年報告された。他の下位分類の成因については不明であるが、不適切な養育などによる心因ではなくなんらかの脳機能障害が根底にあると考えられている。

<診断基準(DSM-IV)>

1) 自閉性障害

A. (1)、(2)、(3)から合計 6 つ以上、うち(1)から 2 つ、(2)と(3)から 1 つずつ以上を含む

(1) 社会的相互交渉の質的異常

- (a) 社会的相互交渉を調節する非言語的行動の異常
- (b) 発達水準相応の仲間関係を形成できない
- (c) 楽しみ、興味、達成感を他者と分かち合おうとする行動の欠如
- (d) 社会的、情緒的相互性の欠如

(2) コミュニケーションの質的異常

- (a) 話し言葉の発達が遅れるか欠如し、身振りなど他の手段で補おうともしない
- (b) 言葉を話せても、会話を開始し維持できない
- (c) 言葉使いが常同的で反復的、または独特である
- (d) 発達水準相応の変化に富み自発的なごっこ遊びや社会的な模倣遊びの欠如

- (3)限定され反復的で常同的な行動、興味、活動のパターン
 - (a) 常間的で、限られたパターンに興味に極度に没頭する
 - (b) 特定の機能的でない決まりごとや儀式にかたくなにこだわる
 - (c) 常同的で反復的な衝動的運動
 - (d) 物の一部分に持続的に没頭する
- B. 3歳前から、社会的相互交渉、コミュニケーション、象徴あそび・想像的あそびのいずれかに発達の異常がある
- C. レット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない

2) アスペルガー障害

- A. 社会的相互交渉の質的異常
自閉性障害の A(1)の(a)~(d) と同じ 4 項目中 2 つ以上
- B. 行動、興味および活動の、限定的、反復的、常間的な様式
自閉性障害の A(3)の(a)~(d)と同じ 4 項目中 1 つ以上
- C. 社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の臨床的に著しい障害を引き起こしている
- D. 臨床的に著しい言語の遅れがない(例:2歳までに単語を用い、3歳までにコミュニケーション的な句を用いる)
- E. 認知の発達、年齢に相応した自己管理能力、(社会的相互交渉以外の)適応行動、および小児期における環境への好奇心について臨床的に明らかな遅れがない
- F. 他の特定の広汎性発達障害または統合失調症の基準を満たさない

3) レット障害

- A. 以下のすべて
 - (1) 明らかに正常な胎生期および周産期の発達
 - (2) 明らかに正常な生後 5 ヶ月間の精神運動発達
 - (3) 出生時の正常な頭囲
- B. 正常な発達の期間の後に、以下のすべてが発症する
 - (1) 生後 5~48 ヶ月の間の頭部の成長の減速
 - (2) 生後 5~30 ヶ月の間に、それまでに獲得した合目的な手の技能を喪失し、その後常同的な手の動きが発現する
 - (3) 経過の早期に社会的関与の消失(社会的相互交渉は後に発達することがしばしばある)
 - (4) 歩行と体幹の動きの協調不良
 - (5) 重症の精神運動制止を伴う重篤な表出性および受容性の言語発達障害

4) 小児期崩壊性障害

- A. 生後少なくとも2年間は正常に発達する
- B. 以下の少なくとも2つの領域における、以前(10歳以前)獲得された技能の臨床的に著しい喪失
 - (1) 表出性または受容性言語
 - (2) 対人的技能または適応行動
 - (3) 排便または排尿の機能
 - (4) 遊び
 - (5) 運動能力
- C. 以下の少なくとも2つの領域における機能の異常
 - (1) 社会的相互交渉の質的異常
 - (2) コミュニケーションの質的異常
 - (3) 運動性の常同症や街奇症を含む、限定的、反復的、常同的な行動、興味、活動のパターン
- D. 他の特定の広汎性発達障害または統合失調症ではうまく説明されない

5) 特定不能の広汎性発達障害(非定型自閉症を含む)

社会的相互交渉の発達の異常コミュニケーションの異常、常同的な行動、興味、活動のパターンが存在するが、特定の広汎性発達障害、統合失調症、分裂病型人格障害、回避性人格障害の基準を満たさない

<鑑別診断>

1) 選択性緘黙

選択性緘黙では、社会的状況によっては適切なコミュニケーション能力を示すことができる。広汎性発達障害におけるコミュニケーションは社会的状況によらずあらゆる場面で異常である。

2) 注意欠陥/多動性障害

注意欠陥/多動性障害では不注意、多動、衝動性が持続性にみとめられる。実際の臨床においては広汎性発達障害と注意欠陥/多動性障害の両者の特徴がみとめられる場合が少なくない。

3) 統合失調症

小児期発症の統合失調症では、数年間の正常な発達を遂げた後に幻覚、妄想、解体した思考などの特徴的な状態を発症する。ただし、広汎性発達障害に統合失調症を併記してもよい。

4) 発達性言語障害

表出性言語障害および受容-表出混合性言語障害では、言語の障害はあるものの社会的相

互交渉および常間的な行動、興味、活動のパターンがみられない。

<よくみられる合併症・併存症>

1) 知的障害

標準化された知能検査では、広汎性発達障害全体の半数弱において遅滞が認められる。

2) てんかん

自閉性障害では、約 3 分の 1 の症例において成人するまでにてんかん発作が認められる。知的障害を伴う症例に多い。

<経過>

1) 乳幼児期

3 歳より前の状態については、研究者が直接確かめることのできる情報が限られている。近年のホームビデオを用いた研究では、乳児期より呼名への反応などの社会的相互交渉が出現しにくいとの報告が多いが、それが広汎性発達障害に特異的な所見であるとは証明されていない。1 歳半頃になると、他者と関心ごとを共有しようとする前言語的コミュニケーションである「合同注意」の欠如などによって早期発見が可能であることが示唆されている。2 歳代までは限定され反復的で常同的な行動、興味、活動のパターンが十分には出現しないため、広汎性発達障害に特徴的な行動所見がすべて揃うのは 3 歳前後であることが多い。いったんは順調に獲得した発話などの機能が 1 歳代後半に消失する現象（「折れ線現象」「セットバック」「退行」などと呼ばれる）が、約 2 割の症例にみられる。

基本症状（社会的相互交渉の質的異常、コミュニケーションの質的異常、限定され反復的で常同的な行動、興味、活動のパターン）が最も顕著となるのは 4 歳～6 歳頃である。

2) 学童期

基本症状は、青年期～成人期に至るまでなんらかの形で持続する。しかし、適切な治療的介入を受ければ学童期にある程度改善することは可能である。一方、知的障害の程度は幼児期後期以降には変動のない場合が多い。知的な遅れのない症例では、微妙なニュアンスを含むコミュニケーションや通常は暗黙裡に獲得する社会的ルールをうまく獲得できないため、学童期以降にむしろ社会的行動における奇妙さが顕著となる場合がある。

3) 青年期以降

知的障害を伴う例では福祉的支援を生涯にわたって受け続けることが多く、職業をもち自立した生活が可能となる例は少ない。しかし、本人の特性（とくに限定され反復的な行動や興味のパターン）を日課、作業、余暇活動においてうまく活用することにより、福祉的支援を受けながらも安定した生活を送る例が増加している。知的な遅れのない場合、かつては予後良好と考えられ

ていたが近年では青年期以降にいじめの対象となる例や反社会的行動を示す例などが報告され、必ずしも予後良好とは限らない。

<治療・介入>

1) 教育的アプローチ

原因と脳機能障害のメカニズムが解明されていない現在、最も確実な治療法とされる。わが国では、医療や福祉の領域では「療育(治療教育)」、学校教育の領域では「特別支援教育(特殊教育)」と呼ばれる。

2) 早期介入

早期発見技術が近年向上し、世界各地で早期介入が試みられている。臨床の現場では早期介入により転帰が改善するとの感触が得られており、今後は科学的エビデンスの蓄積が求められる。

3) 薬物療法

広汎性発達障害特有の社会的相互交渉の異常、コミュニケーションの異常、固執などの基本症状が改善する薬は、今のところない。しかし、併発しやすい症状(パニック、興奮、不眠)などに対しては、抗精神病薬や抗不安薬、睡眠導入薬が補助的に用いられる。

(出典)

本田秀夫:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」, P51-P54

注意欠如／多動性障害（ADHD）

<概要>

これまで、微細脳機能障害(Minimal Brain Dysfunction; MBD)の一部として知られてきた障害である。MBD の子どもたちの中には、ADHD も含まれていたと考えられるが、他にも、学習障害や高機能広汎性発達障害(知的障害を伴わない自閉症)の子どもたちも含まれていたことが容易に想像される。これからは DSM-IV-TR などの診断基準を基本として、客観的に診断していくことが大切である。

ADHD といえはすぐに多動と結びつけてしまいがちだが、後述する DSM-IV-TR の診断基準によると、不注意が中心のタイプと多動性衝動性が中心のタイプ、さらにこれらを混合するタイプに分けられている。不注意タイプの子どもは見過ごされていることが多いので注意が必要である。

一方、多動に関しては、就学前の児童においては、生理的範囲での多動と見分けがつきにくいことが多く、判断する際に注意が必要であり、典型的な症例を除くと、多くの場合は小学校入学後に診断されることが多い。

<疫学>

全体では 3～5%の有病率で、男女比は 4～7 対 1 程度で男性に多く、世界中のさまざまな地域および人種においても、大きな差はないといわれている。一方、上記の型別では、多動性衝動性優勢型で男女比は 10 対 1 と、男性優位であるのに対して、不注意優勢型では男女比は 1 対 1 と考えられるので、不注意優勢型の女性の存在を見逃さないように。

<成因>

前頭前野における神経伝達物質としてのドパミンが、年齢にあった働きをしていないためではないかと推定されています。確定はされていませんが、シナプスにおけるドパミントランスポーターの機能亢進のため、ドパミンの作用が低下することが原因と考えられている。

一般に考えられてきたような、親のしつけの悪さや本人のわがママが原因ではないことは強調すべきである。

<診断基準(表参照)>

診断基準として、不注意および多動性衝動性に関するそれぞれ 9 項目のうち、6 項目以上で、チェックがつくと ADHD を疑う。しかしながら、外来診療では、4 項目以上チェックがついた場合に ADHD を疑い、保護者から家庭や学校での様子を詳しく聞くようにしている。さらに、C の除外項目にもあるように、保護者だけの結果から診断することはせず、必ず学校の担当教員にもアンケートに記入してもらい、両者の意見が合致した場合に ADHD の診断を進めていくことである。ただし、不注意優勢型の場合、集団では気づきにくく担任が見過ごすことも多いため、この限りではない。

除外項目 E を見ると、広汎性発達障害があれば ADHD の診断はできない。しかしながら、知的

障害を伴わない高機能広汎性発達障害の場合は、実際に合併している子どもたちをよく経験するので、両者の診断を同時に下している専門家も多い。

<鑑別診断>

難聴、知的障害、アトピー性皮膚炎、自閉症(広汎性発達障害)、被虐待児では、ADHD 類似の多動症状を示す。

<よくみられる併存症ならびに二次障害>

併存症として、学習障害、高機能広汎性発達障害、トゥレット障害、発達性協調運動障害、軽度知的障害などがある。それぞれの項を参照のこと。

指導が適切に行われなかった結果としての二次障害がある。それらには、反抗挑戦性障害、行為障害、自尊感情の低下、学業成績低下などがある。二次障害に関しては、適切な指導で軽減する可能性のあるものは、教育・医療・福祉・保健が連携して協力する必要がある。

<経過>

就学後に多動症状に気づかれやすくなる。多動に関しては、学年が上がるにつれて次第に減少していくのが一般的で、成人で目立つほどの多動で困る人はほとんどいない。

不注意に関しては、成人期まで続くことも多く、思春期あたりに、薬物治療の中止を考慮する場合、不注意症状がどれくらい残存しているのかを確認することが求められる。

<治療・介入>

指導の中心は、子どもが自信を持てるように支えることで、そのためにはほめる回数をできるだけ増やすことである。その際、できた結果をほめるよりも、努力した過程をほめることが大切。そして叱るときには、「どうしてこんなことをしてしまうの、ダメな子ね」と、人格を否定するのではなく、「あなたのことは大好きだけど、この行動は嫌いです」と、行動を否定する叱り方を心がけることである。

基本的な治療には、薬物治療と非薬物治療がある。薬物治療はあくまでも補助であり、非薬物治療(言い換えれば、家庭や学校での指導)が中心的な治療になる。

薬物治療として、中枢神経刺激剤であるメチルフェニデート徐放錠(商品名:コンサータ、1錠18mg、27mg)が使用されている。ADHD の子どもの7~8割で効果が認められ、非薬物療法だけでは十分な効果が得られない場合には、試す価値がある。ただし、講習を受けて登録された医師のみが処方できる体制となっているので、使用を希望する医師は登録する必要があるし、そうでない場合は登録医師に治療を依頼することになる。効果には個人差がある。学齢期には、朝1回18mg 錠1錠から開始し、副作用がないことを確かめながら、必要に応じて、27mg 1錠、18mg 2錠と増量する。徐放錠のため、朝1回の服用でよいが、錠剤のため服用可能な年齢が制限される。2008年1月より徐放錠ではないメチルフェニデートはナルコレプシーのみ適応となり、許可された

医師のみしか処方許されなため散剤の使用はできない。副作用は、食欲不振、嘔気、腹痛などの消化器症状が約 1 割で認められ、チック症状が誘発されることもある。長期使用による成長障害の報告もある。メチルフェニデート以外には、クロニジン、ベモリンなどが使用されることも稀にある。

非薬物療法には、行動療法と環境調整法がある。行動療法には、トークンエコノミー法(良い行いができたときに点数をもらい、悪い行いでは点数が取り上げられるというもので、最終的に獲得した点数をご褒美と交換できる)やタイムアウト法(はじめに決めておいた行動が規定回数守られない時に、タイムアウトが宣告され、退屈な場所で一定時間過ごす罰則のこと)がある。またアメリカで開発されたペアレントトレーニング(ADHD の子どもを持つ親に指導方法を訓練すること)もある。これら行動療法の最終目的の一つは、ほめられる回数を増やして、子どもたちの自尊心(自分に自信もつ、あるいは自分を大切に思う心)を高めることである。環境調整法とは、基本的に気が散りやすい子どもたちですので、学業など集中が必要な状況では、周囲にはできるだけ気が散るものをおかないように心がけることを指す。

【DSM-IV-TR の診断基準】

A. 1)か 2)のどちらか:

- 1) 以下の不注意の症状のうち 6 つ(またはそれ以上)が少なくとも 6 か月以上続いたことがあり、その程度は不適応で、発達の水準に相応しないもの:

不注意

- a) 学業、仕事、またはその活動において、しばしば綿密に注意することが、できない、または不注意な過ちをおかす。
- b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
- c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。
- d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない(反抗的な行動または指示を理解できないためではなく)
- e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
- f) (学業や宿題のような)精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
- g) (例えば、おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など)課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
- h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
- i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。

- 2) 以下の多動性-衝動性の症状のうち 6 つ(またはそれ以上)が少なくとも 6 か月以上持続したことがあり、その程度は不適応で、発達水準に達しない:

多動性

- a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。

- b) しばしば教室や、そのほかの、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- c) しばしば不適切な状況で、よけいに走り回ったり高いところへ上がったたりする(青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)
- d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- e) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。
- f) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

- g) しばしば質問が終わる前にだし抜けに答えてしまう。
 - h) しばしば順番を待つことが困難である。
 - i) しばしば他人を妨害し、邪魔する(例えば、会話やゲームに干渉する)。
- B. 多動性—衝動性または不注意の症状のいくつかは 7 歳未満に存在し、障害を引き起こしている。
- C. これらの症状による障害が 2 つ以上の状況において(例えば、学校【または仕事】と家庭)が存在する。
- D. 社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。
- E. その症状は広汎性発達障害、精神分裂病、またはその他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患(たとえば、気分障害、不安障害、解離性障害、または人格障害)ではうまく説明されない。

(出典)

小野次郎：厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」,
P57-P60

学習障害（LD）

<概要>

学習障害としては、医学的に明確な定義がない。疾患単位として読字障害(発達性読み書き障害)、算数障害があげられる。教育学的に学習障害は、全般的な知的発達に遅れがないものの、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し(文部科学省の定義)、中枢神経系の何らかの機能障害が推定され、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。また、学習意欲が充分あることが前提であるが、不成功体験が多くなると二次的に意欲低下を来すこともある。

<疫学>

文部科学省の全国小中学校調査により、通常学級で読字、書字、計算の困難のため支援を要する児童・生徒は4.5%存在するとされる。医学的な学習障害の有病率は分かっていないが、サブタイプでは読字障害(発達性読み書き障害)がもっとも多い。

<成因>

明らかな原因は分かっていない。海外では読字障害の家系例が報告されており、遺伝的要因が疑われる。

<診断基準(DSM-IV-TR, 2000年)>

【読字障害】

- A. 読みの正確さと理解力についての個別施行による標準化検査で測定された読みの到達度が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。
- B. 基準 A の障害が読字能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。
- C. 感覚器の欠陥が存在する場合、読みの困難は通常それに伴うものより過剰である。

【算数障害】

- A. 個別施行による標準化検査で測定された算数の能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢に相応の教育の程度に応じて期待されるものよりも十分に低い。
- B. 基準 A の障害が算数能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。
- C. 感覚器の欠陥が存在する場合、算数能力の困難は通常それに伴うものより過剰である。

読み書き能力や計算力について 2 学年以上の遅滞であること、全般的な知能検査で IQ70 以上(正常範囲)であることを確認する。標準学力検査を行い、読み書きについては、文字別(ひらがな、カタカナ、漢字)の 1 文字や単語の音読、書取りの検査を行い、それぞれ到達度や誤りを評価する。

医学的検査では、末梢視・聴覚機能、脳波検査、画像検査(頭部 MRI)を行う。心理検査では、ウェクスラー系知能検査、K-ABC、ITPA、Rey の複雑図形、Rey の AVLT、Frostig 視知覚発達検査、標準失語症検査や音韻操作課題等が有用。

<鑑別診断>

知的障害(精神遅滞)に伴う学習困難や学習不振。緩徐進行性の脳変性疾患や代謝異常症(副腎白質ジストロフィ、Niemann-Pick 病など)。

<合併症・併存症>

注意欠如/多動性障害を伴うことがある。また、特異的言語障害、発達性協調運動障害の児童に学習障害を生じることもある。

<経過>

自然に軽快することはない、何らかの介入が必要。読字障害(発達性読み書き障害)の機能的障害部位は個人差が大きい。本人にもっとも適した指導法を開発していく必要がある。

<治療・介入>

学校での具体的支援と言語学的なアプローチが重要。その際、各個人の認知機能すなわち、視覚認知機能、聴覚認知機能や音韻操作機能等の特徴を把握する必要がある。読み書き障害や計算障害に対する医学的介入法はまだ確立していない。併存する注意欠陥/多動性障害、とくに不注意優勢型に対して中枢刺激薬(メチルフェニデート)を使用すると、読字・書字(とくに後者)の改善が得られる場合がある。学習障害児は、心身症や不登校などの適応障害をきたす場合がある。学校(担任教諭、校長、特別支援教育コーディネーター等)と連携をとりながら、予防・対処していくことも必要。

(出典)

稲垣真澄:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」, P56-P57

発達性協調運動障害

発達性協調運動障害 (Developmental Coordination Disorder; DCD; DSM-IV-TR) とは、運動機能が他の発達領域に比べて特異的に障害されており、それが脳性麻痺など明らかな神経学的異常や全般的な発達の遅れによる二次的なものとはいえないものを指す。

日常生活の中でわれわれは、意識的／無意識的を問わず常に身体のどこかを動かし、あるいは動きを止めている。体幹、頭部、四肢、手指それぞれの筋群が協調して、目的のある運動を生起させる。知能などと同様、こうした協調運動も子どもの成長とともにより精緻なものへと発達していく。ところが DCD の子どもたちは、個々の筋の動きに麻痺などの神経学的異常がないにもかかわらず、協調運動がうまくいかない。協調運動には、歩く、走る、姿勢を変えるなどの粗大運動と、スプーンですくって食べる、ボタンをはめる、鉛筆で字を書くなどの微細運動がある。DCD では、これらが全体的にうまく発達しない場合もあれば、一部のみ障害され、他は問題ない場合もある。いずれにせよ、協調運動がうまく行えないために日常生活や学業に著しく支障をきたす場合に DCD と診断される。

1 診断

粗大あるいは微細な運動の協調が、その人の知能から期待される水準よりも遅れているか稚拙である場合に診断される。DCD と診断するためには、一般身体疾患、特に脳性麻痺や筋ジストロフィーなどの神経疾患や筋疾患を除外する必要がある。逆に DCD と併存しやすいものとして、学習障害、ADHD、表出性言語障害、構音障害、吃音、チックなどがある。

2 臨床的意義

協調運動がうまくできないという主訴だけで精神科の外来を訪れる子どもは、ほとんどいない。通常は、運動以外の主訴で精神科外来を受診したケースで、運動の評価を要すると判断されたときに、はじめて DCD が検討されることになる。たとえば、書字が苦手という主訴で受診した子どもでは、精神遅滞や学習障害(書字表出障害)の他に、DCD のために字がうまく書けないという可能性も検討する必要がある。また、学習障害や ADHD の子どもでは、DCD を併存する例が少なくない。さらに、診断基準には含まれていないものの、アスペルガー症候群の人たちの中には協調運動が苦手である人が多いことも知られている。

DCD の子どもたちは、日常生活のあらゆる活動場面において他児に遅れをとり、あるいは上手に活動を遂行することができず、達成感を得にくく自信を失いやすい。したがって、DCD の子どもたちへの対応ではきわめて精神医学的な配慮が求められる。学習障害やアスペルガー症候群など他の発達障害と DCD が併存する場合はさらに一層の配慮が必要である。

3 評価

発達に凸凹のある発達障害全般にいえることであるが、個々のケースについて得意なスキル、

平均的なスキル、苦手なスキルを特定することが、治療／支援の第一歩である。とはいえ、DCDに照準を合わせた標準化された評価尺度は今のところ開発されていない。そこで、言語、構音、知覚機能、認知機能、神経学的評価などとの対比による協調運動の評価と、さまざまな協調運動間の乖離の有無に関する評価を行う。単に診察室や検査室で標準化された検査を行うだけではなく、その人の現在の生活、および将来の生活をイメージしながら、協調運動の異常が学業や日常生活にどの程度の支障を及ぼすのか、総合的に評価を進めていく必要がある。

DCDを含む発達障害の評価で比較的良好に用いられる心理検査としては、田中ビネーやウェクスラー式(WISC-IV、WAIS-III)などの知能検査、ITPA、K-ABC、DN-CAS、ベンダー・ゲシュタルト検査、人物画検査などがある。これらの検査では、副次的ながら手指操作の評価も可能である。運動機能そのものは、実際に粗大運動(歩行、自転車乗り、ボール投げなど)や微細運動(ボタンはめ、紐結び、書字など)を子どもに行わせて評価する。DCDの子どもでは、神経学的徴候をしばしば認める。これは、片足立ちがうまくできない、顔を固定した状態で動く物の追視ができないなど、神経系の機能分化の発達の未熟さを示唆するものと考えられる。

4 治療／支援

1) スキル獲得の促進

評価によって苦手な領域が特定されたら、そのスキル獲得についてどのような方針をとるのかを検討する。苦手な協調運動の練習を行う場合、できる限りスモール・ステップで、本人と親が焦らずに取り組めるよう配慮する。少しの努力で達成できる短期目標をこまめに設定し、目標達成時に達成感が得られることと次のステップへ進む意欲が保持できるよう配慮する。

DCDの多くのケースでは、苦手な協調運動の困難さが成人期までを通じて一貫して持続する。したがって、集中的な訓練を過度に行うことは、かえって本人の苦手意識を増大させ、生活全般に関する意欲と自信の低下の要因となってしまう可能性が高まる。苦手な領域に対しては、むしろ本人の得意なスキルやそれほど苦手としないスキルを活用して苦手さを補完するやり方を身につける、という支援方略の方が実用的である。幼児期のうちは、本人が苦手さをあまり感じることなく自発的に生活動作を繰り返すことができるように、他児とスピードを競わせる場面を極力少なくし、用いる道具を工夫する。たとえば食事の場面では、スプーンのグリップが太くてすべりにくいものを用いる、平皿ではなく縁のついた皿を用いて掬いやすくする、などの工夫が可能である。教科学習の場面では、筆圧が弱く細かい字が書けない子どもの場合には太くて濃い鉛筆と罫線の間隔の広いノートを用いるなどの工夫ができる。重要なことは、成人期までの支援のプロセスにおいて、いずれは自分でこのような工夫を行えるようにしていくことである。

2) 本人への心理・社会的支援

協調運動が苦手な子どもの多くは、生活の中で他児より動作が遅い、不器用などの理由で他児と対等な関係で遊べないなどの支障が生じる。そのような状況を放置していると、遊びを通して得る同世代の子ども同士の体験の共有の輪に入れず、徐々に孤立感、疎外感を増幅させて

しまう。したがって、ことは運動だけに済まされない。さまざまな社会場面で自信が持てず、全般的な社会参加への意欲の低下を招いてしまう。このような状況に陥ることを回避するためには、本人のできていることを認め、誉めるという接し方を日頃から心がけておく。

3) 親への心理教育

子どもの人格形成に最も大きな影響を及ぼすのは親である。その親が自分の子どものことをどのように感じているのかは、子どもの自尊感情の形成を大きく左右する。DCD のように発達に部分的に苦手なところがある子どもに対して、親は、集中的な訓練によって苦手なところを克服させて、バランスの良く育てたいと考えるものである。しかし、そのような考えが過剰となり、焦りを生むことによって親の視野が狭くなり、子どもの苦手克服を生活の中で最優先してしまうと、子どもは自信を持ってない。親が過剰な期待をかけたか負担の強すぎる課題を設定したりすることを防ぐためには、親が子どもの特徴についてだけでなく、将来の見通しや目標の立て方についても知っておく必要がある。同時に、これらの知識を身に着けるプロセスで必ず生じる親の心理的葛藤に対するカウンセリングを行うことがきわめて重要である。

4) 多領域チーム・アプローチ

DCD の子どもたちに対しては、感覚統合の知識と技術をもつ作業療法士(OT)が関わる人が多い。さまざまな日常生活動作の中で、得意あるいは平均的な運動能力の部分を最大限に活用し、苦手な運動は道具の工夫等で補っていく。その中で、少しずつ苦手な運動の上達を図っていく。精神科を訪れる DCD のケースの大半は他の発達障害も有しているため、OT 以外にも臨床心理士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなどの職種が関わることになる。精神科医は、診断と評価の結果をもとに総合的な治療／支援プランを立て、関わる職種と役割分担についての大きな方針を立てる必要がある。

(参考文献)

本田秀夫:運動機能の特異的発達障害,発達性強調運動障害。山崎晃資,牛島定信,栗田広,青木省三:「現代児童青年精神医学改訂第2版」,永井書店,pp.113-117,2012。

コミュニケーション障害

<概要>

小児における特異的言語障害は、特異的言語発達遅滞と言い換えることもでき、表出性言語遅滞と受容性言語遅滞に大別する。

<疫学>

言語遅滞は以前より、学童の 3～5%にみられるとされてきたが、特異的言語障害の有病率は分かっていない。男児に比較的多い。第 2 子に多いことも指摘される。

<成因>

あきらかな原因は不明。表出性言語遅滞は男児に多い点から、言語発達の性差や遺伝的な要因が示唆される。

<診断基準(DSM-IV-TR, 2000 年)>

【表出性言語障害】

- A. 表出性言語発達についての個別施行による標準化された検査で得られた得点が、非言語的知的能力および受容性言語の発達の得点に比して十分に低い。この障害は、著しく限定された語彙、時制の誤りをおかすこと、または単語を思い出すことや発達の適切な長さや複雑さを持つ文章を作ることの困難などの症状により臨床的に明らかになるかもしれない。
- B. 表出性言語の障害が、学業的または職業的成績、または対人的コミュニケーションを妨害している。
- C. 受容－表出混合性言語障害または広汎性発達障害の基準を満たさない。
- D. 精神遅滞、言語－運動または感覚器の欠陥、または環境的不備が存在する場合、言語の困難は通常それに伴うものより過剰である。

【受容－表出混合性言語障害】

- A. 受容性および表出性言語発達についての、個別施行による標準化された検査で得られた得点が、非言語性知的能力の標準化法で得られたものに比して十分に低い。症状は、表出性言語障害の症状および単語、文章、特定の型の単語、例えば、空間に関する用語の理解の困難を含む。
- B. 受容性および表出性言語の障害が、学業的または職業的成績、または対人的コミュニケーションを著しく妨害している。
- C. 広汎性発達障害の基準を満たさない。
- D. 精神遅滞や言語－運動または感覚器の欠陥、または環境的不備が存在する場合、言語の困難がこれらの問題に通常伴うより過剰である。

基本症状：非言語的な知的発達に正常であるが言葉の表出の遅れ、すなわち 2 歳過ぎでも有意語のないもの、3 歳時点で 2 語文のないものは言語遅滞と考える。表出性言語遅滞では言葉の理解は良好である。2 歳までに簡単な指示に従えないときに受容性言語遅滞と考える。3 歳以上の児童における言葉の理解力は、絵画語い発達検査法(PVT)や ITPA 言語学習能力診断検査の聴覚言語項目(ことばの理解、類推、表現)で測ることができる。なお、DSM-IV-TR で受容性言語遅滞は受容-表出混合性言語障害と表されており、言語の意味理解の悪いもの、言語音や環境音の認知の悪いものに分けられる。

<鑑別診断>

難聴、知的障害や広汎性発達障害(自閉症)による言語遅滞。環境要因による言語遅滞。

<合併症・併存症>

幼児期には言語発達遅滞のみであっても、年長になり学習障害、注意欠陥/多動性障害を伴う場合がある。

<経過>

表出性言語遅滞は比較的予後良好であるが、受容性言語遅滞は言語理解の発達について就学後まで経過を追う必要がある。知能検査が必要となる場合もある。学習面での適応状態や友だち関係が保てるか、遊びのルールや状況の理解に困難さがないか尋ねる。学童期以降、学習障害、高機能広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害の要素がみられないか、注目する。

<治療・介入>

個別的な言語訓練を行い、言語理解と表出の発達を確認していく。定期的な診察を行い、社会性や対人関係の問題がないか、集団での適応障害をきたしていないかどうかを評価する。

(出典)

稲垣真澄：厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」、P54-P56

発達障害を伴うことの多い身体疾患

精神疾患は、中枢神経の器質的、機能的障害によって生じ、原因疾患としては、胎生期、周産期、出生後のさまざまな身体疾患が原因となる。この項目では、精神障害を引き起こす身体疾患を挙げ、鑑別のための検査を記述する。精神症状から身体疾患を診断することは、特異的治療法が存在すること、遺伝カウンセリングの実施が可能になることなどの利点がある。

<精神症状を引き起こす代表的な身体疾患>

先天性代謝異常症、染色体異常、奇型症候群、脳形成異常、胎内環境の影響、脳内循環障害、頭部外傷、内分泌疾患、炎症性疾患、脱髄疾患、脳腫瘍、てんかん、自己免疫疾患、血液疾患、眼・耳鼻咽喉疾患、社会的要因などが挙げられる(表)。精神遅滞を引き起こす疾患を中心に挙げているが、自閉症様の症状、注意障害、衝動性、学習障害、転換性症状を呈し診断上気をつけなければならない身体疾患に各々ルビを付している。各症例により障害部位、重症度は異なるため、あくまで参考として記述している。

<診断のための臨床検査>

先天代謝異常症であるアミノ酸代謝異常症は血(尿)中アミノ酸分析、ミトコンドリア病は血(髄液)中乳酸・ピルビン酸の測定、有機酸代謝異常症はガスクロマトグラフ質量分析計を用いた尿有機酸分析をまず行う。性格変化、学業低下、視・聴覚障害で発症する副腎白質ジストロフィーは血中極長鎖脂肪酸分析で診断され、女性保因者の約 80%が同定される。MRI で中枢神経系の脱髄が左右対称性に後頭・頭頂葉に認められることが多いが、前頭葉から始まる場合は ADHD と間違われることがある。脳神経型 Wilson 病では錐体外路症状のほかに易刺激性、情緒不安定などの精神症状を認めるが、血清セルロプラスミン、血清(尿)銅の測定を行う。学童期発症の Niemann-Pick 病 C 型では学業成績の低下、問題行動を認めるが、骨髄穿刺により泡沫細胞の検索をまず行う。

染色体異常のうち Williams 症候群は、注意障害、多動、特異な視空間認知障害を認め、FISH で 96%に 7q11.23 領域の欠失を証明できる。自閉症様の症状を呈する脆弱 X 症候群は G-band による脆弱 X 染色体の検出を試みる。精神遅滞、難治てんかん、多動を呈する Angelman 症候群は FISH で約 70%に 15q11-13 領域に欠失が存在する。

奇型症候群では、さまざまな原因遺伝子のクローニング、や連鎖解析がなされているが作用は不明のことが多く、診断は症候論的に進める。他の染色体異常を除外するために通常の染色体分析を行う。

脳形成異常は、非侵襲的脳画像の進歩で診断が飛躍的に向上したが、とくに MRI が検出に優れており難治てんかんや片麻痺の責任病巣の同定に臨床応用されている。しかし、学習障害とくに dyslexia で認められている左大脳半球のきわめて限局した皮質形成異常は MRI でも描出は困難である。心の理論や動機に関わりのある帯状回は、脳梁欠損症で構造異常が存在することが

多いため MRI で確認する。

胎内感染による脳障害として、TORCH(toxoplasma, others, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex virus)が知られている。遅発性の症状として精神・行動障害が後年明らかになる場合がある。神経画像では脳形成障害、頭蓋内石灰化、脳室拡大、透光体・眼底検査、血清学的抗体検査を行う。

緩徐に頭蓋内圧が進行した学童期の水頭症では、行動異常、学力低下をきたすこともある。虚血発症によるけいれん、急性片麻痺、高次脳機能障害を認めるもやもや病や脳動静脈奇形は、MRI、MR angiography が適応となる。もやもや病のスクリーニングとして行われた過呼吸負荷を用いた脳波検査は、虚血発作のリスクを伴う。

頭部外傷における脳挫傷や硬膜外(内)血腫は、良好な回復となっても認知、行動障害のため社会的適応障害が認められることがある。脳損傷部は MRI、機能低下部位の病巣検索には脳血流シンチが有効である。

落ち着きがない、学業成績の低下を認める甲状腺機能亢進症は、血中遊離T4、遊離T3の高値、測定感度以下の血中TSHで診断される。ADHDと誤診される偽性副甲状腺機能低下症は、低Ca血症、高P血症、血清Mgと腎機能正常で低Ca血症時に血清副甲状腺ホルモンが高値であれば本症を疑う。

脳炎、脳症では、経過、病変分布により急性期を脱した後の神経学的後遺症が異なるため、神経画像、視覚・聴覚・体性感覚誘発電位を行う必要がある。亜急性硬化性全脳炎(SSPE)は、2歳以下で麻疹感染後2-10年の潜伏期を経て亜急性に性格変化、無関心、学業低下で発症するため、ADHD、心因反応と誤って診断される。脳波上典型的な周期性放電が認められ、血清(髄液)麻疹ウイルス抗体価やPCR法による髄液中の麻疹ウイルスDNAの証明で診断される。

多発性硬化症は、視力障害、運動障害、感覚障害が多発するが、時に短発する場合は転換性障害と診断されるため、MRI、髄液オリゴクローナルバンド、各種誘発電位が診断に有用である。脳腫瘍では、うつ症状や心身症との鑑別が必要になることが多いが、視床下部腫瘍であれば、「精神疾患」へ変更において異常に活発な行動や多幸を認めADHDと誤って診断されることがあるため、MRIで本症を否定しておく必要がある。

てんかんは陽性症状としてけいれんを認めるが、陰性症状として高次脳機能障害があり、注意障害、記憶障害、聴覚認知障害、失語等が認められる。このような症状を認めたときは、覚醒時と睡眠時脳波を記録する。なお、てんかん発作を認めない例もあるため、脳波所見は得ておきたい。さらに、てんかん患者の約30%に転換性症状としてpseudoseizureを認めるので、脳波所見との事象を確認する必要がある。

全身性エリテマトーデス(SLE)の初発症状が、けいれん、精神症状、意識障害、頭痛などのCNSループスとして発症することがある。SLEの診断には、髄液所見、各種自己抗体、補体測定があるが、CNSループスの診断に髄液抗ニューロナル抗体や血清抗リボソーム抗体が有用である。高リン脂質抗体症候群は抗カルジオリピン抗体やループスアンチコアグラントなどの抗リン脂質抗体を有し、脳動静脈血栓を繰り返し起こして頭痛、精神障害、舞踏病等を合併する。

鉄欠乏は脳内のカテコールアミンの合成、分解異常を起こすといわれ、集中力障害、情緒障害と関係することが推定されている。さらに、異食症(pica)や異臭症は鉄欠乏性貧血特有の症状である。小球性低色素性貧血、血清フェリチンと血清鉄低下を確認する。長期のビタミンB12欠乏は深部感覚障害、手足のしびれ感、痲痺などの知覚障害、筋力低下、精神症状が出現する。大球性貧血、血清ビタミンB12の低下が認められ、MRIで脱髄性変化を認める例もある。

軽度から中度の視・聴覚障害児は、発達障害が疑われることが多く、眼・耳鼻科的診断が必要である。アデノイド口蓋扁桃肥大で睡眠時無呼吸を合併する児は集中力低下、学業不振、多動を伴い易い。耳鼻咽喉科的診断と終夜睡眠ポリグラフィが必要である。

先天性代謝異常症	アミノ酸代謝異常症 1,2)、副腎白質ジストロフィー 2,4)、ミトコンドリア病 4) など
染色体異常	Williams 症候群 1,2,3)、脆弱 X 症候群 1)、Angelman 症候群 2) など
奇形症候群	Sotos 症候群、Cornelia de Lange 症候群 1,2) など
脳形成異常	神経細胞遊走障害 1,2,3)、脳梁欠損 1,2)、クモ膜嚢胞 2,4) など
胎内環境	ウイルス感染症 1,2)、薬物、環境ホルモン、放射線被曝など
脳内循環障害	水頭症 1,2)、もやもや病 2,3,4)、脳動静脈奇形など
頭部外傷	脳挫傷 2,3)、硬膜外(内)血腫など
内分泌疾患	甲状腺機能亢進症 2)、偽性副甲状腺機能低下症 2) など
炎症性疾患	ヘルペス脳炎 1,2,3)、脳症 1,2,3)、SSPE 2,4) など
脱髄疾患	多発性硬化症 2,3,4)、ADEM 2) など
脳腫瘍	視床下部腫瘍 2)、結節性硬化症 1)、神経線維腫症 3) など
てんかん	前(側)頭葉てんかん 1,2,3,4)、CSWS 1,2,3)、Landau-Kleffner 症候群 1,2,3) など
自己免疫疾患	CNS ループス 2,4)、抗リン脂質抗体症候群 2,4)、Sydenham 舞蹈病 2) など
血液疾患	鉄欠乏性貧血 2)、巨赤芽球性貧血 4)、好酸球増加症候群 2) など
眼・耳鼻咽喉疾患	視・聴覚障害 1,2,3,4)、アデノイド口蓋扁桃肥大 2) など

1) 自閉症状を呈する疾患、2) 注意障害、衝動性を呈する疾患、3) 学習障害を呈する疾患、4) 転換性症状を呈する疾患

SSPE: subacute sclerosing panencephalitis; ADEM: acute disseminated encephalomyelitis;

CSWS: epilepsy with continuous spike-waves discharges during slow sleep

(出典)

相原正男: 厚生労働省雇用均等・児童家庭局: 「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」, P23-P26

てんかん

てんかんとは、大脳の神経細胞群の突然で過剰な興奮による反復性発作(てんかん発作)を主徴とする慢性脳疾患を指す。その原因はさまざまであるが、頻度は100~200人に1人と考えられ、その7~8割は小児期に発症する。

てんかんの診断と治療にあたり、まず詳細な発作症状の問診により「てんかん発作型」を特定する必要がある。てんかん発作型の国際分類では、脳全体から始まる「全般発作」と、脳の一部分から始まる「部分発作」の二つに大別される。全般発作では、発作活動が左右の大脳半球から一斉に始まり、発作開始時より意識を失い、けいれんする場合には始めから左右対称性となる。全般発作には、“欠神発作”、“ミオクロニー発作”、“間代発作”、“強直発作”、“強直間代発作”、“脱力発作”、“スパズム”(乳児)という発作型がある。部分発作では、発作活動が左右どちらかの大脳半球内の限局した部位から始まり、発作の開始を自覚することができるが、発作の進展によっては意識障害に至る。発作中に意識の曇りがない場合を「単純部分発作」、意識の曇りがある場合を「複雑部分発作」、全身のけいれんに至る場合を「二次性全般化発作」と呼ぶ。単純部分発作は、運動発作、感覚発作、自律神経発作、精神発作の4つに大きく分類され、さらに細かい分類がなされるが、その特定は発作の始まる脳部位の推定に役立つ。

てんかん発作型を確定した後、年齢・画像所見・脳波所見等を考慮して、てんかん診断を行なう。てんかんおよびてんかん症候群の国際分類では、部分発作を持つ「部分てんかん」と全般発作を持つ「全般てんかん」に分け、両者はさらに推定病因の有無から「特発性」(基礎疾患が見当たらないもの)と「症候性」(何らかの中枢神経の病態が先行すると考えられるもの)の計4群(特発性部分てんかん、症候性部分てんかん、特発性全般てんかん、症候性全般てんかん)に分けられる。

てんかんを診断するために行われる検査のうち、脳波検査は最も重要で不可欠である。発作時の脳波記録において、部分発作では部分性(焦点性)の棘波や鋭波、全般発作では両側広汎性の棘・徐波が観察される。発作の起こっていない時(発作間欠期)の脳波にも、発作症状と符合する脳波所見を見い出せるかどうかが発症のポイントとなる。そのため、過呼吸、光刺激、睡眠賦活を行い、時間をかけて脳波を記録することが重要である。近年では、脳波とともに脳磁図の測定が行われることもある。脳内の発作活動により生じた頭蓋付近の微小な磁場変化を検出し、数学的に発作活動の部位を推定できることがある。てんかん発作およびてんかんの診断をもとに適切な治療薬を選択し、およそその予後や経過を予測したうえ、必要とされるケアや支援を検討する。特発性てんかんでは、多くの場合、ある年齢から抗てんかん薬が減量・中止でき、障害が残らない。一方、症候性てんかんでは、発作が持続する場合は稀ではなく、運動麻痺や知的障害などを合併することもある。小児てんかんのうち、てんかん性脳症とされているウエスト症候群やレンノックス症候群、発作重延状態を繰り返す乳児重症ミオクロニーてんかんなどでは精神遅滞を合併しやすい。一方、成人難治てんかんでは、統合失調症様状態、気分障害、性格変化をはじめとする精神症状が現れる場合がある。

薬物療法の原則として、部分発作にはカルパマゼピン、フェニトイン、ゾニサミドなどを用いる。一方、全般発作のうち、欠神発作にはバルプロ酸、エトサキシミドなど、ミオクロニー発作にはバルプロ酸、クロナゼパムなど、全身性强直間代痙攣にはバルプロ酸、フェノバルビタールなど、スパズムにはビタミン B6、バルプロ酸、ACTH などを用いる。薬物療法抵抗性(難治性)の部分てんかんの場合、外科治療が適応となることがあり、手術例の60-80%において発作が消失するといわれている。治療に際して、発作のコントロールとともに、社会的能力の維持への配慮が求められる。

(出典)

十一元三:厚生労働省雇用均等・児童家庭局:「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」, P60-61

地域ケア・システム

子どもの心の診療にあたっては、本人を取り巻く環境への働きかけが不可欠であり、医療機関のみで解決できることはその一部でしかなく、他機関との連携は必須となる。特に医療システムは家庭への介入や経済的な問題に対する対応力が弱いことを認識しておく必要があり、そのような問題については積極的に他機関との連携を図るべきである。医療機関以外との連携にあたっては、それぞれの立場の違いやお互いの役割について理解・尊重することが必要となる。立場や役割の違う領域の者が並行して子どもに関わることで、よりよい支援を行うことができ、それぞれの負担を減らすことになるということをまず理解しなくてはならない。批判や押し付け合いからは何も良いことは生じてこない。

連携先となる地域の社会資源について知っておくことはとても大切である。普段からの関係(ネットワーク)が重要であることは言うまでもなく、他機関との交流がもてる機会があれば積極的に出かけて行ったり、あるいは地域での情報交換ができるような組織(研究会、勉強会など)を自ら立ち上げたりし、ネットワークを作る努力が必要になる。連携する機関について知らないことが多く、面識のある人も全くない場合などには、その機関とつながりのある医師に連絡をとり、導入部分を手伝ってもらっても良いであろうし、ソーシャルワーカーのいる医療機関であれば橋渡し役を担ってもらえる。

病院の診察室内での子どもの社会的な側面の観察には限界がある。特に発達や行動の問題をもつ場合は、同年代とのやりとりの情報を教育機関などから得ることができなければ、正確な診断はできないと言っても過言ではない。また、集団のなかでの子どもへの対応が治療的な意味合いをもつことが少なくなく、教育機関との連携が不可欠となる場合も多い。教育機関は基本的には集団教育の場であり、一般の医療機関での1対1の関係とは根本的に異なるのであるが、それぞれの子どもの状態に合わせて、個別に目標が設定されるという部分では同じであり、それぞれの機関での目標についてお互いに認識しておくことが大切である。

児童福祉法の改正に伴い、虐待通告の窓口は市町村になり、虐待対応はまずは市町村レベルではじまることになってはいるが、医療現場において急を要すると判断される場合などについては、児童相談所へ連絡をとり、担当者と直接話すことが必要であろう。

医療機関以外との連携にあたっては、個人情報の保護に留意し、虐待の場合を除いては守秘義務が優先されるという認識を常にもち、保護者の承諾をとってから連絡をとるのが基本である。保護者と連携先との関係がすでにうまくいっていない場合など、連携の承諾を得るにあたって保護者の抵抗や躊躇が考えられる時には、まず、関係機関あての文書を作成し、その内容について保護者に目を通してもらい、渡すかどうかは保護者にゆだねるのが良いであろう。その際、文書のなかに、「ご不明の点などがあればご連絡下さい。」などと連携についての一文(「連携」という言葉はあえて用いない。)を添えておくと、保護者がその文書を関係機関側に渡した時には、その時点で連携の承諾が得られたと考えて差し支えない。

以下に連携先の種類と主な特徴について記載しておくが、連携先となる社会資源は地域によっ

で大きく事情が異なり、名称についても異なることも多く、おおまかな記載にとどめておく。

<保健機関>

主に乳幼児をもつ家庭への訪問や電話相談、健診・育児支援などを担当している。慢性疾患や発達の問題をもつ場合などにおいては地域の保健師との連携は重要である。医療機関とは近い存在で、病院と地域との橋渡し役として大きな役割を担ってくれる。

<療育機関>

主に就学までの時期における発達の問題をもつ場合などの連携先として重要である。一般の医療機関ではできない総合的な支援・指導が可能な場合も多く、集団指導の場は保護者同士の横のつながりへと発展する。

<福祉機関>

地域の福祉事務所は生活保護や医療扶助などの経済的な補助関係や保育所などの施設利用に関する相談などを担当しており、背景に経済的な問題がある場合など生活基盤に関することで連携することになる。また、家庭児童相談室(員)なども入っており、家庭にドメスティック・バイオレンスの要素がある時にも連携先として重要である。

<保育所・幼稚園・学校>

子どもが通常その大半の時間を過ごす場所であり、また、子どもの症状の原因が生じる場所としても重要で、前述の様に連携先として不可欠である。担任や養護教諭、スクールカウンセラーなどが窓口となるが、それぞれの力量・理解度や施設内での力関係もあり、どの程度まで連携できるかについては個々に検討しなくてはならない。連携にあたっては医療と教育での用語や定義の違い(知的障害、学習障害など)にも注意する必要がある。

<学校関連機関>

地域の教育委員会が設置している教育相談所(センター)などは、教員経験者が多く、学校との連携が良い場合もある。また、心理学や教育学を専攻する学生のいる大学が開設している心理相談室などについては、ほとんどが有料ではあるが、発達相談・心理療法などを大学院生や学生が教員の指導のもとに行ってくれる。

<児童相談所(こども家庭センター)>

医学・心理学・社会学に基づき 18 歳までの子どもとその家庭を総合的に支援することができる専門機関である。虐待の通告についての窓口は市町村におりたものの、一時保護や施設への入所措置の権限をもつ機関として唯一無二であり、特に被虐待の場合に連携する機会が多く、医療機関は一時保護を委託されることもある。通常、児童福祉司(ソーシャルワーカー)と心理判定員

がペアを組み子どもや家庭の評価にあたるため、子ども 1 人に対し、担当者が 2 人いることが多い。医師は専門的な立場からの子どもの処遇についての助言を求められたり、診断書の作成を依頼されたりする。

<警察・司法>

非行や犯罪だけではなく、子どもの安全確保が必要なあらゆる場合に警察と連携することになる。また、担当していた子どもが非行や犯罪などで補導や逮捕に至った場合などには、医師は医学的な意見を求められ、特に発達の問題が背景にある場合などでの医師の意見は重要である。

<市町村の育児相談事業>

このところ、地域サービスとしての育児相談事業は充実してきており、これには医師も協力していく必要がある。

<NPO や民間の心理相談・発達支援など>

地域により事情は様々ではあるが、現状においては公的なシステムのみでは子どもの心のケアや発達障害児の支援には限界があり、NPO や民間機関との連携も必要になる。ほとんどの場合、それに伴う料金も発生するため、医療機関が積極的に推奨するのには抵抗があるが、保護者からの依頼があれば連携はとりやすい。

(出典)

北山真次：厚生労働省雇用均等・児童家庭局：「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」,
P197-P199

医療の役割

発達障害の人たちへの支援の中での医療の役割は、直接の医学的支援と、保健、福祉、教育、労働に対する医学の立場からの間接的支援である。診察では、本人の診断と評価に関する検索を進めると同時に家族への啓発および心理的支援を行う。さらに、ライフステージの節目ごとの方針立案およびモニタリングを行う。一般の医療においてもチーム・アプローチは重要であるが、チームの編成における医師の位置づけをみると一般の医療と発達障害のケアの間には共通点と相違点がある。医師がチーム・リーダーとして方針立案およびスタッフへのスーパービジョンとフィードバックを担う点は共通である。しかし、一般の医療に比して発達障害のケアにおける医師の役割は、とくに治療のプロセスにかんして専ら脇役となるという点が大きく異なる。この「医師がリーダーでありながら脇役を担う」という逆説的なチーム編成が、学際的チーム・アプローチを可能とするためのおそらく唯一の戦略であり、ここに発達障害に関するチームの特異性がある。

<診断>

診断は、医師がチーム・リーダーと主役の両方を担う数少ない機能のひとつである。とはいえ、ここでもチーム・アプローチは必要である。発達障害の多くは行動の特徴を指標として診断する必要があり、高機能自閉症やアスペルガー症候群などの場合、特徴的な行動は個別の診察場面では検出が難しいことが少なくない。そのようなときに、日頃通っている場所などにおける集団活動への参加の様子などの情報が診断確定にきわめて重要な役割を担う。また、臨床心理士や言語聴覚士による詳細な評価も診断を進めるために不可欠である。

<支援>

診断確定後の本格的な支援のプログラムでは、ケースごとの個別の支援ニーズに対応したチーム編成が求められる。キーパーソンをどの職種に定めるのかも個別のニーズに応じて細やかに行う必要がある。身近な支援者だけでは評価が不十分と思われる場合には、医療機関へコンサルテーションを依頼し、医師は診察を行うとともに必要に応じて臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士などによる詳細な評価を依頼する。個別の支援ニーズの比重が家族へのカウンセリングに置かれる場合は臨床心理士がキーパーソンに、言語訓練に置かれる場合は言語聴覚士がキーパーソンになる。他の関係機関との密な連携に最大の比重が置かれるケースでは、ソーシャルワーカーをキーパーソンとする。

学齢期以降の支援において、医療はほとんどの場合において他の領域を下支えする脇役である。学齢期であれば教育が主役であり、就労後は労働が主役である。わが国では、これらの領域に対して医療が脇役として関わることが難しい。一方、現場の学校教師は、自分たちが担当する子どもたちに関する情報やスーパービジョンを医療に求めているとの報告がある。今後、学校教育と医療とがより密な連携をとれるようなシステムづくりを行っていくことが、重要な課題である。

(参考文献)

本田秀夫：ASD の子どもの支援におけるチーム・アプローチ。「Monthly Book Medical Rehabilitation」 No.125: 43-47, 2010。

法制度

<福祉の役割>

発達障害者支援法第2条に定義される発達障害者とは、発達障害を有するために日常生活または社会生活に制限を受ける者のことである。福祉は、日常生活または社会生活の制限をできるだけ軽減するための支援をおこなうことが役割であり、具体的に本人が困っていることに対し、訪問、通所などの具体的な手段を用い、解決を図ることが最も重要である。

福祉による支援は、公的な支援と公的ではない支援の組み合わせでおこなわれている。公的な支援は制度化されており、「どのような支援を、どの程度おこなうか」という法令等(法律、政省令、条例、要綱等)に定められた基準に従い実施される。しかし、公的な支援は最大多数に最も効率的に成果があがることを目標として制度設計されるため、少数の限られたニーズに対しては限界があるのが実情である。従って、公的な支援を代替する、もしくは補完する形で、当事者自らや、民間の個人・団体による公的ではない支援がおこなわれている。これをインフォーマル・サービスと呼ぶ。福祉による支援を供給する主体は、おおむね、行政、当事者、民間の3つに分けることが出来るが、これを「公助・自助・共助」(こうじょ・じじょ・きょうじょ)と整理して呼ぶこともある。

福祉による支援を行う場合には、発達障害を次のようにとらえる必要がある。

「発達障害は、完全に治療することが不可能であり、本人の努力では解決できない特性であって、そのことにより本人が生きづらさを感じたり、生きていくための手段や情報が部分的に阻害されることで生じるものであると共に、本人の特性が生活していく環境に適応しないことで生じるものである。」

こうした特性から、本人に合った環境では障害がないように見えることもあるが、本人が苦手な環境では障害がより重くなるように、場面や環境によって「出来ること」と「出来ないこと」が変化することがある。このため、本人が「怠けている」「生意気」「甘えている」などと思われ、誤解が生まれたり、発達障害は難しい、理解できない等の受容的ではない姿勢を喚起しがちである。このため、福祉による支援は、①本人が生きにくさを感じていること、②生きていくための手段や情報が部分的に阻害されていること、③生活していく環境に適応できないことで生じること、の3点を的確に評価する(アセスメントと呼ぶ)ことから始まる。この評価に基づき、必要な支援を見極め、様々な支援の手段、方法、技法を、公助・自助・共助といった多様な供給主体によりおこなうようにする。この評価の中で、福祉による支援でできないことがある場合や、他の領域でおこなうことがより適切である場合には、他の領域、すなわち、医療、保健、教育、労働などの他領域の支援を検討しなければならない。安易に福祉による支援のみを行うことは、避けなければならない。

また、発達障害は、身体障害、知的障害、精神障害と重複する場合や、障害として認定できなくても、発達障害の傾向が併存している場合がある。「身体障害であり、発達障害である」、「知的障害であり、発達障害の傾向もある」といったことも現場では、よく経験できることである。単に1つの障害の認定があるからといって、特定の障害に対する支援だけを検討するのではなく、本人としっかり向き合い、全体像を検討し評価しなければならない。

したがって、福祉による支援には、適切に評価をし、多様な手段を検討するための相談機関の利用が不可欠である。相談機関は、医療、保健、教育、労働、福祉などの各領域に存在しており、それぞれの領域に所属する相談機関もまた、福祉による支援と無関係ではない。

<福祉制度の利用について>

制度は、法令に基づき運用されており、支援の対象者、支援の内容、給付の範囲及び量などについて基準に基づき運用されている。制度の利用には「制度を使うという意思を示す」申請行為が必要となる。

また、制度は、それぞれの法令に基づき、発達障害の認定をしているため、発達障害者としてその制度を利用できるかどうかの判断は制度毎に異なっている。

① 申請行為

制度を利用する際には、18歳未満はその保護者、18歳以上は本人の申請が必要になる。申請をしなければ、制度を利用する意思があるとはみなされない(申請主義)。制度の利用は、申請を受け付けた後、法令に照らし制度の対象者になるかどうかの審査、判定、判断などが必要であるため、通常、申請後直ちに制度を利用することはできない。また法令自体は要件等の定義のため、複雑な構成となっており、制度に関する周知は分かりやすく省略された形で行われる。このため、発達障害の特性に対し、制度の利用のために配慮が必要となってくる。具体的には(1)本人の認知、認識に基づく制度の説明、(2)申請から結果が判明するまでの手順と期間の明示、(3)制度の適用が可能かどうかの事前協議、などである。申請は、本人の利用する意思を示す行為であるから、「周囲が必要であると思う」「本人には理解できない」などの理由で、簡単に代理や代行を行うべきではない。

② 障害の認定

制度の利用には、発達障害であることの認定が必要である。発達障害は、発達障害者支援法により定義をされているが、それぞれの制度は独自の認定を行っており、発達障害の評価が一律ではないことに注意が必要である。発達障害の認定のためには多くの場合、医師の診断書が必要とされる。

障害を証する制度である障害者手帳では、医師の診断書により認定がなされるし、特別児童扶養手当や各年金制度に基づく障害年金の審査のほとんどは、医師の診断書で行われる。また、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスや、生活保護制度、労働関係の制度についても医師の診断書が必要になることが多い。医師の診断書の様式は制度ごとに異なり、審査の基準も異なっている。例えば障害者手帳を取得しても、障害年金が確実に受給できるとはいえない。

発達障害の認定は、まず第1に精神保健福祉法に基づく障害者手帳の取得がなされることが適当である。障害者手帳の取得は、何らかの福祉的な支援が必要であることを前提としているため、発達障害により日常生活または社会生活に支障があることが証明される。単なる診断書では、発達障害であることは証明できるが、何らかの福祉的な支援が必要かどうかを制度上の

基準により証明することはできないからである。

現在は身体障害、知的障害や、統合失調症等の他の精神障害であれば、積極的に発達障害であることの認定は要求されない。制度が利用出来れば、他の障害があることを証明しなければならない必然性は少ないからである。しかし、障害年金や特別児童扶養手当などの現金を給付する制度ではなく、福祉的支援をおこなう障害福祉サービスでは、本人の障害に合わせた支援を行う制度であるから、他の障害と同様に、支援を検討する上で、発達障害であるかどうかは重要な情報である。障害をどのように、どこまで認定するかは、利用する制度ごとに本人の意思に基づき判断すべきことであるので、支援者側は障害の認定がないから発達障害がないと判断するのではなく、発達障害の傾向が認められる場合には、発達障害と同様の配慮や支援を検討する必要がある。

<福祉の支援と相談の進め方>

福祉による支援には、適切に評価をし、多様な手段を検討するための相談機関の利用が不可欠である。相談機関は、医療、保健、教育、労働、福祉など、それぞれの領域に即した専門性に基づき設置されている。こうした相談機関の機能は、おおまかに主訴に基づく評価と、支援方針の立案の2つに分けることができる。

① 評価の構成

相談機関で行う評価は、制度の利用に必要な評価と、主訴の正確な把握に必要な評価に分けられる。前者は、法令に定められた基準に従い、決められた項目を決められた手順により行う評価であり、基準に基づき判断できるよう、画一化・様式化したものである。例えば、障害福祉サービス利用のための認定調査がこれにあたる。後者は、本人の主訴を明確化し、本人要望や意向、課題や状況などを正確に把握することを目的とする。本人の認知に即し、本人との協働作業により論点を共有し、当面取り組むべき課題を明らかにするためには、評価に必要な手順や項目は、本人に即したものを使用する。本人が納得できる形に主訴を分析、評価し共有しなければならない。言い換えれば、前者は基準と比較する直線的な「対比」が手段であるが、後者は円環的な「コミュニケーション」が手段となる。前者は、制度上の基準について、正確な理解が必要とされるが、後者は、本人の認知機能や発達の特性に合わせた創意工夫が必要とされる。

② 支援方針の立案

支援方針は、当面取り組むことができる現実的なものでなければならない。支援方針は、制度を利用するために、前提となるものではあるが、必ず制度の利用を図らなければ主訴が解決できないこともない。現状の理解が進むことで、本人の力で主訴が解決できる場合などは、相談そのものが必要な支援となる。発達障害においては、経験に頼らず、論理の規則から結論を導く演繹法よりも、個々の具体的な事実を提示し、それらの事実に通ずる一般的な法則を引き出す帰納法式の手法を用いる方が有効である。また、特定の理論に基づき、方法に本人を合わせるよりも、複数の理論を組み合わせる、もしくは選択することで、方法を本人に合わせるべきである。定説は確立していないが、問題解決理論、エンパワメント理論、システムズ・アプローチ、ナ

ラティブ理論などが経験上、有効であるとされている。

③ 障壁の軽減

相談機関は、本人が困った時にすぐに対応が可能でなければならない。発達障害の特性により、面接の予約をしても時間どおりにはいかないし、困った時に、すぐ飛び込んでくる場合もある。また、本人のための支援会議を開催しても、緊張のあまり何を話したか理解していない場合や、出席が困難になる場合もある。その一方で、相談機関の役割を理解しない相談や、適切でない相談が寄せられる場合もある。これは、多くの場合、相談機関自体が、機能や役割等の枠組みを本人の発達障害の特性に応じ、適切に説明できていないことから生じている。本人にとっては、目の前の相談員の役割は理解できても、相談機関という組織は抽象的な存在であるためわかりにくい。つまり、相談機関は枠組みをはっきりと示しながら、柔軟な対応をしなければならない。一言で言えば、「気軽に何でもします」ではなく、「しっかりと出来ることをします」という姿勢である。物理的な障壁を低くするために、来所する面接以外の訪問、電話、文書等の手段を検討することは発達障害に限らず必要なことであるが、同時に発達障害の特性に応じ、心理的な障壁を低くする工夫も必要である。

特別支援教育

＜特別支援教育とは＞

平成 18 年 6 月に学校教育法の一部改正がなされ、平成 19 年 4 月、それまでの「特殊教育 (special education)」から「特別支援教育 (special needs education または special support education)」が実施されることになった。

特別支援教育とは、「障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行う教育(平成 19 年 4 月 1 日付、文部科学省 125 号通知)」であり、特別支援学校や特別支援学級に在籍している子どもたちに加えて、通常の学級に在籍する発達障害等のある子どもたちへの支援も行うというものである。

文部科学省では、平成 14 年に「特別な教育的支援の必要な児童・生徒について」の調査を行い、その割合は、6.3%、1 学級に2～3人の割合で、発達障害の可能性のある子どもたちが在籍していることを明らかにした。また、10 年後の平成 24 年にも同様な調査を行い、6.5%の割合で在籍しているなどの調査結果をまとめ公表している。調査分析を行った協力者会議では、その考察として「学習面又は行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒(推定値6.5%)以外にも、何らかの困難を示していると教員が捉えている児童生徒がいることが伺える。学習面又は行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒以外にも、困難があり、教育的支援を必要とする児童生徒がいる可能性がある」としている。つまり、今回の調査結果の「著しい困難」には該当していないが、それに近い困難を示す児童生徒が通常の学級に在籍していることを示唆している。

「特別支援教育」が、大きな教育改革であると言われている所以は、これまでの「特殊教育」の対象とした障害に加えて、このような発達障害(LD、ADHD、高機能自閉症等)のある幼児児童生徒に対する適切な支援を求めていることにある。つまり、これまで教育的な支援が十分とは言えなかった通常の学級に在籍している発達障害のある幼児児童生徒に対しても、適切な支援を行おうとする新しい方向性を示したのである。また、ここで留意すべきは、支援の対象となるのは、発達障害の判断・診断がある子どもに限定するのではなく、その周辺の子どもも含めて、特別な教育的ニーズのある子ども(children with special needs)全てを対象にしている点にある。

＜発達障害のある子どもたちへの支援＞

発達障害を含む特別な教育的ニーズのある子どもたちへの支援は、その障害の状態や困難さから一概には言えないが、対象の子どもが在籍している幼稚園、小・中学校、高等学校(通常の学級)内での支援、特別支援学校のセンター的機能による支援、特別支援学級の教員による支援、通級指導教室の活用、外部専門家や専門機関及び特別支援教育支援員の活用等が考えられる。

① 校内(通常の学級)での支援

まず幼稚園、小・中学校、高等学校内での支援は、校内委員会と特別支援教育コーディネーターの有効活用が考えられる。全国的に見てもほぼ全ての小・中学校、高等学校には、特別支援教育に係る校内委員会が設置されており、特別支援教育コーディネーターも指名されている。校内委員会とは、発達障害を含む障害のある児童生徒の実態把握や支援方策の検討等を行うために設置される校内の委員会組織である。また特別支援教育コーディネーターの役割は、学校によっても異なるが、特別な教育的ニーズのある子どもたちに関係して、学校内の関係者や外部の関係機関との連絡調整役、保護者に対する相談窓口、担任への支援、校内委員会の運営や推進役を担っている場合が多い。この校内委員会と特別支援教育コーディネーターが有機的に機能すれば、課題解決のための糸口が見いだされることも想定されるが、実際には機能していないケースや学校間で格差が生じている現状がある。先の調査分析でも発達障害の可能性のある6.5%の児童生徒のうち、何ら支援を受けていない子どもが、38%を上回ることも指摘されている。つまり通常の学級に在籍して、特別な支援が必要な子どもたちも、まず、自校内で適切な実態の把握が成され、支援対象として意識化されなければ、何ら具体的な方策や支援も講じられない可能性が高い。したがって、発達障害のある子どもたちへの支援とダイレクトに関係する校内支援体制の強化は、今後も継続して取り組まなければならない重要な課題となっている。

② 特別支援学校のセンター的機能の活用

平成17年12月8日中央教育審議会から示された「特別支援教育を推進するための制度の在り方について(答申)」では、特別支援学校に、①小・中学校等の教員への支援機能、②特別支援教育等に関する相談・情報提供機能、③障害のある幼児児童生徒への指導・支援機能、④福祉、医療、労働などの関係機関等との連絡・調整機能、⑤小・中学校等の教員に対する研修協力機能、⑥障害のある幼児児童生徒への施設設備等の提供機能など、所謂、地域における特別支援教育のセンター的機能を発揮することが求められている。また、改正された学校教育法には、「特別支援学校においては、地域の幼稚園、小・中学校、高等学校等の要請に応じて、障害のある幼児児童生徒の教育に関して助言又は援助を行うよう努めるものとする」と規定されている(学校教育法第74条)。つまり、特別支援学校では、各校(園)の要請に応じて、発達障害等のある子どもたちの支援を行う必要がある。そのために、多くの特別支援学校では、センター的機能を発揮するため、校務分掌上に「地域支援部、特別支援教育部(学校により名称は様々である。)」などを位置付け、特別支援教育コーディネーターを育成し、その業務遂行に努めている。文部科学省では、「これまで蓄積してきた専門的な知識や技能を生かし、地域における特別支援教育のセンターとしての機能の充実を図ること(文部科学省125号通知)」としている。確かに、障害がある子どもたちへのアセスメント、指導内容・方法の研究及び実践、「個別の指導計画」及び「個別の教育支援計画」の作成などのノウハウを生かすことは可能であるが、知的障害を伴わない発達障害のある児童生徒の多くは、特別支援学校には在籍していないため、発達障害に特化して支援を行うためには、新たな研究・研修が必要であったことも事実である。し

かし、多くの特別支援学校では、専門機関とも連携しながら、先に示した教員への支援機能、相談・情報提供機能、指導・支援機能等の発揮のため自助努力している。自治体によっては、特別支援学校の通学区を支援地域として、幼稚園、小・中学校、高等学校及び関係諸機関との連携体制をとりながら支援体制を強化し(地区特別支援連携協議会等の設置)、その中核に特別支援学校のセンター的機能を位置付けているところも多く見られる。

③ 特別支援学級との連携

学校教育法の改正により従来の「特殊学級」は、「特別支援学級」と改称された。特別支援学級とは、比較的軽度な障害がある児童生徒(障害の程度については平成14年5月27日付、文部科学省291号通知で規定)のための学級であり、障害種別は、「知的障害者」「肢体不自由者」「身体虚弱者」「弱視者」「難聴者」「その他障害のある者で、特別支援学級において教育を行うことが適当なもの」と学校教育法第81条に規定されている。平成23年度の小・中学校における学級設置状況は、全国23,110校に45,807学級設置されており、49,248人の教員が配当されている。所謂、LD、ADHD等はその在籍対象にはなっていない。しかし、支援の対象であり、先に述べた特別支援学校のセンター的機能と同様に、特別支援学級の持つ専門性を十分に活用し、同一学校内にあるという利点を最大限生かしながら、できる限り弾力的な運用を試みる事が重要であろう。

④ 通級指導教室における指導

「通級による指導」とは、小・中学校等の通常の学級に在籍する軽度の障害のある児童生徒に対して、その障害の状態に応じて、通級指導教室において行われる特別な指導をいう。学校教育法施行規則第140条では、LDやADHDの児童生徒もその指導の対象に位置付けている。LD及びADHDの児童生徒については、月1単位時間程度の指導でも効果が期待できる場合があることから、指導時間の標準を年間10単位時間(月当たり1単位時間程度)の指導を下限とし、上限は年間280単位時間(週当たり8単位時間程度)の指導ができるようになっている。平成23年度の全国状況は、3,001校の小・中学校に設置され、5,240人の教員が配当されている。因みに、通級による指導を受けている児童生徒のうち、LD対象者が12%、ADHD対象者が10.7%となっている。設置数が、特別支援学級と比較し極端に少ない理由は、その設置形態が、市町村内で或いは、近隣の市町村との共同設置という形態で運営されている場合が多いためである。そのことに付随する課題として、広域的な設置形態であるため、通級指導を受けるまでに時間を要すること、そのために通常の学級での指導に影響するなどが挙げられる。課題解決策の一つとして、例えば言語発達の遅れの要因には発達障害等が含まれている可能性もあるため、「言語障害」と「発達障害・情緒障害」など複数の障害に対応できる機能を有した通級指導教室の設置を進めている自治体もある。

⑤ 外部専門機関の活用

幼稚園、小・中学校、高等学校の実際の指導現場では、「あの子は、もしかしたら発達障害かも知れない」「特別な教育的な支援が必要な子どもかも知れない」と悩む場面がよく見られる。しかし、アセスメントの方法が分からない、またアセスメントの結果から指導方策が導けない等の

悩みは多いはずである。その様な時、より適切な支援方を構築し具現化するために、外部専門家や専門機関を活用することが望ましい。勿論、特別支援学校も連携機関の一つであるが、各自治体に設置されている教育センター、専門家チームや巡回相談、医療機関や福祉機関等の外部専門家や専門機関と連携することも重要である。各自治体により、発達障害のある子どもたちへの支援のために用意されたリソースは様々であり、格差が生じていることも事実である。しかし、外部専門機関の活用方法や連携の在り方については、これまでも多くの自治体において、教育や医療、福祉・保健の各分野の専門機関を介したモデル事業等が実施されているため、参考にすることが可能である。

⑥ 特別支援教育支援員の活用

文部科学省では、公立幼稚園、小・中学校及び高等学校において、発達障害を含む様々な障害のある児童生徒に対する学校生活上の介助や学習活動上の支援などを行う「特別支援教育支援員」の配置が可能になるよう地方財政措置を講じている。参考までに平成24年度の予算措置は、およそ476億円程度であり、「特別支援教育支援員」の予算措置の内訳は、公立小・中学校(市町村費)36,500人相当、公立幼稚園(市町村費)4,500人相当、公立高等学校(都道府県費)500人相当となっている。特別支援教育支援員の活用は、個別的な支援が可能になるため、発達障害のある子どもたちへの支援として有効であるが、交付金として盛り込まれているため、各自治体が、その必要性に鑑み積極的に配置する必要がある。

<連携ツールとしての「個別の教育支援計画」>

これまで、発達障害のある子どもたちへの支援のために活用可能な制度等について説明してきた。どの制度を使うにしても、キーワードは、「連携」であろう。その連携のためのツールとして期待されるものが「個別の教育支援計画」である。「個別の教育支援計画」とは、障害のある幼児児童生徒の一人一人のニーズを正確に把握し、教育の視点から適切に対応していくという考えの下、長期的な視点、且つ一貫した的確な支援を行うことを目的として策定される計画であり、教育のみならず、医療、保健・福祉、労働等の関係諸機関による連携協力体制で、支援していくための重要なツールとなるものである。「個別の教育支援計画」作成については、特別支援学校学習指導要領にも示され、その作成が義務づけられている。そして、このツールは、通常の学級に在籍している特別な教育的ニーズのある子どもたちにも活用可能である。この計画の様式や作成までの手続き等は、各都道府県及び市町村に設置されている教育委員会等に任されているため、様々である。しかし、共通していることは、校内は勿論、関係諸機関との「連携のためのツール」としての機能を重要視している点にある。つまり、「個別の教育支援計画」は、計画の作成が最終目的ではなく、作成した計画を児童生徒の実態に応じた支援のために、教育、医療、福祉・保健等の各関係機関の連携ツールとして活用すること、そのことが最も重要なのである。

<発達障害に係る教員の資質の向上>

特別支援教育は、通常の学級に在籍する特別な支援を必要とする児童生徒も対象となることか

ら、全ての教職員の共通理解の中で、学校全体で推進する必要がある。そのため、教員一人一人の専門性の向上を図ることが重要である。とりわけ、校長を初めとする管理職や発達障害のある児童生徒を直接担当する教員の専門性は言うまでもなく、その担当教員(担任)を支援することが可能な環境にある教員、更には、特別支援教育コーディネーターの専門性の向上を図ることは、最も重要な課題ともいえる。そのため、各都道府県教育委員会では、専門機関とも連携しながら、様々な研修会や講習会を設定している。また教員免許という観点から言えば、文部科学省は、平成19年に学校教育法の一部改正し、従来の盲学校・聾学校・養護学校教員免許から特別支援学校の教員免許に一本化した。この特別支援学校教員免許取得のためには、「特別支援教育に係る基礎理論」や「発達障害関係」等も履修が義務づけられている。従って、特別支援教育に係る教員の資質及び専門性向上のためには、研修等の自校の努力だけでなく免許取得率の向上にも努めなければならない。特別支援学校教員免許を取得していない現職教員の救済措置として、免許認定講習や通信教育による取得の道が開かれている。因みに平成23年度現在の特別支援学校教諭等の免許状の保有率は、特別支援学校において約70%、特別支援学級約31%である。

特別支援教育の本格実施から6年が経過し、冒頭で述べた特別支援教育の理念も特別支援学校のみならず、ほぼ全ての学校に周知されていると言って良いだろう。「発達障害」の意味を知らない教員も皆無になりつつある。また特別支援学校におけるセンター的機能が担うべき役割も明確になり、その機能の定着及び拡大が図られつつある。地域格差はあるものの発達障害等に係る専門機関の設置も進んでいる。そして、関係諸機関を有機的に結ぶ連携支援システムも構築され、有効に機能されつつある。

しかし、全ての教育関係者は、今後も特別支援教育の推進をより一層図りながらも、校内での支援を最小単位とした各地区・地域で展開されている支援システムが、その結果として、発達障害等を含めた教育的ニーズのある子どもたち一人一人の支援に有効に機能しなければ、形骸化した支援システムと言わざるを得ないことに、留意すべきである。

障害と支援に関する考え方

国際生活機能分類(ICF)

障害に関する国際的な分類としては、これまで、世界保健機関(以下「WHO」)が1980年に「国際疾病分類(ICD)」の補助として発表した「WHO国際障害分類(ICIDH)」が用いられてきたが、WHOでは、2001年5月の第54回総会において、その改訂版として「ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)」を採択した。

ICFは、人間の生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約1,500項目に分類されている(ホームページ上では、第2レベルまでの分類を掲載)。

これまでの「ICIDH」が身体機能の障害による生活機能の障害(社会的不利を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFはこれらの環境因子という観点を加え、例えば、バリアフリー等の環境を評価できるように構成されている。このような考え方は、今後、障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆しているものと考えられる。

ICFは医学モデルと社会モデルという2つの対立モデルの統合に基づいている。生活機能のさまざまな観点の統合をはかる上で、「生物・心理・社会的」アプローチを用いる。

(参考文献)

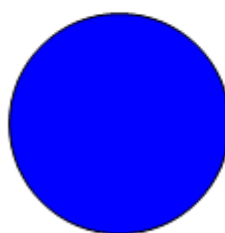
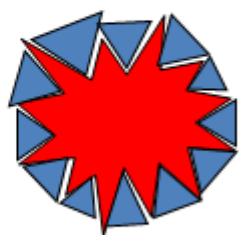
厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>

「ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版」, 中央法規出版, 2002。

障害の医学モデル

障害という現象を個人の問題としてとらえ、病気・外傷やその他の健康状態から直接的に生じるものであり、専門職による個別的な治療というかたちでの医療を必要とするものとみる。主な課題は医療であり、政治的なレベルでは、保健ケア政策の修正や改革が主要な対応となる。

医学モデルとしての障害への対応



医学はトゲの細かな特徴を緻密に分析し、一つ一つの凸凹を埋める各論的な解決を目指す

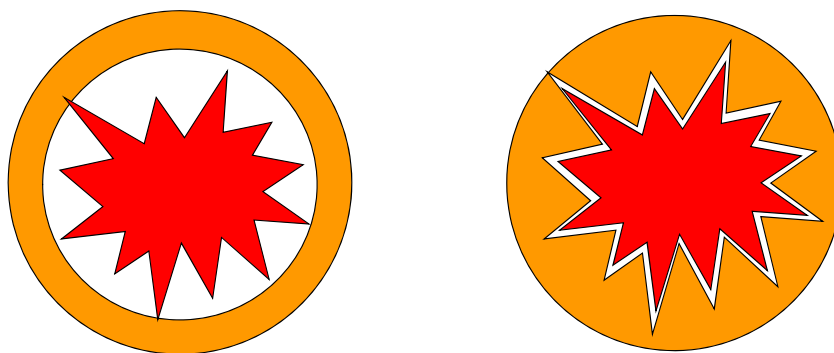
(参考文献)

「ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版」, 中央法規出版, 2002。

障害の社会モデル

障害を主として社会によって作られた問題とみなし、基本的に障害のある人の社会への完全な統合の問題としてみる。障害は個人に帰属するものではなく、諸状態の集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されたものであるとされる。したがって、この問題に取り組むには社会的行動が求められ、障害のある人の社会生活の全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする。したがって、問題なのは社会変化を求める態度上または思想上の課題であり、政治的なレベルにおいては人権問題とされる。このモデルでは障害は政治的問題となる。

社会モデルとしての障害への対応



周囲の環境(人)がトゲの特徴を包括的な理解(解釈と納得)による環境の変容

(参考文献)

「ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版」, 中央法規出版, 2002。

支援

一般的には力を貸して助けることを指し、元気づけて精神的に助ける「応援」と異なり、労力や金銭など具体的は方略を使って助けることである。『支援学』によると、「支援」の定義では、「支援とは、何らかの意図を持った他者の行為に対する働きかけであり、その意図を理解しつつ、行為の質を維持・改善する一連のアクションのことをいい、最終的に他者のエンパワメントをはかる(ことがらをなす力をつける)ことである」とされている。支援とは他者への働きかけが前提となっており、支援者と被支援者というセットで意味をなす行為である。そして支援される人(被支援者)の意図を理解すること、行為の質の維持・改善、及びことがらをなす力をつけること(エンパワメントすること)がポイントである。支援行為がどう受け止められているかを常にフィードバックして、被支援者の意図に沿うように自分の行為を変える必要がある。支援される人がどういう状況に置かれており、支援行為がどのように受け止められているかをフィードバック(自省)して、支援される人の意図に沿うように自分の行為を変える必要がある。支援したい、助けたいということを自己目的化してはならず、相手のニーズをきちんと汲み取る必要がある

(参考文献)

支援基礎論研究会「支援学—管理社会をこえて」, 2000。

脇田 愉司:支援とは何か—その背後にあるものから。「社会臨床雑誌」11, 2003。

療育

「療育とは現代の科学を総動員して不自由な肢体をできるだけ克服し、それによって幸いにも回復したる回復能力と残存せる能力と代償能力の三者の総和(これを復活能力と呼称したい)であるところの復活能力をできるだけ有効に活用させ、以て自活の途の立つように育成することである」
(昭和 17 年 高木憲次)

一方、すでに 19 世紀、ヨーロッパには「治療教育」という言葉が存在していた。児童臨床心理学事典(岩崎学術出版社)には、ドイツのゲオルゲンズが 1861 年に「治療教育学(Heilpaedagogik)」という本を著したこと、それ以後「治療教育とは心身に発達障害のある児童に対する教育であり、医学的な治療によって治すことができず、また教育しても限界のある児童に対して、医学と教育との連携によって、その児童の教育の目的を達しようとするもの」と定義されてきたと書かれている。

教育界の方々は、ヨーロッパに始まったこの治療教育という概念を「療育」という言葉から感じられると思う。即ち「治療教育—短縮して療育」とする考えである。

(参考文献)

高松鶴吉:療育と教育の接点を考える。「リハビリテーション研究」, 55: 18-22, 1987。

自立

辞書的には、他の助けや支配なしに自分一人の力だけで物事を行うこと。ひとりだち。独立とされる。自立とは、依存・受け身から脱し、主体的に自分の足で立つことで、経済的・健康的(生活面)・精神的自立の三本柱があるとされる。これは概念的な定義である。一般的に「自立」の反対語は「依存」だと勘違いされているが、現実的には人間は物であったり人であったり、さまざまなものに依存しないと生きていけないのが真実である。

自立という視点で障害を考えると、“障害者”というのは、「依存先が限られてしまっている人たち」のこと。健常者は何にも頼らずに自立していて、障害者はいろいろなものに頼らないと生きていけない人だと勘違いされている。けれども真実は逆で、健常者はさまざまなものに依存できていて、障害者は限られたものにしか依存できていない。実は膨大なものに依存しているのに、「私は何にも依存していない」と感じられる状態こそが、“自立”といわれる状態なのだろうと思います。だから、依存できる資源が少ない障害のある当事者はにとって、目指すべき自立とは、むしろ依存先を増やすことなのである。

(参考文献)

「大辞林」

熊谷晋一郎「TOKYO 人権」第 56 号(平成 24 年 11 月 27 日発行)

執筆者一覧

神経系の発達.....	(出典1)
心理的発達.....	久保律子
発達障害とは.....	神尾陽子(出典2)
精神遅滞.....	山内秀雄(出典2)
自閉症スペクトラム.....	本田秀夫(出典2)
ADHD.....	小野次郎(出典2)
学習障害(LD).....	稲垣真澄(出典2)
協調運動障害.....	本田秀夫
コミュニケーション障害.....	稲垣真澄(出典2)
発達障害を伴うことの多い身体疾患.....	相原正男(出典2)
てんかん.....	十一元三(出典3)
地域ケア・システム.....	北山真次(出典2)
医療の役割.....	本田秀夫
法制度.....	服部森彦
特別支援教育.....	山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
障害と支援に関する考え方.....	林 隆

(出典)

1. 「一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト」
2. 「子どものこころの診療医の専門研修テキスト」
3. 「一般精神科医のための子ども心の診療テキスト」