

- 7) 笠原麻里：虐待傾向のある親の理解と対応．虐待を受けた子どものケア・治療，奥山真紀子、西澤哲、森田展彰編集；診断と治療社 2012
- 8) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告) 2012
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/index_8.html

推薦図書

1. ピーター・フォナギー：愛着理論と精神分析．北山修、遠藤利彦監訳，誠信書房 2008
2. 笠原麻里、齊藤万比古責任編集：子どもの心の診療シリーズ6 子どもの人格発達の障害，中山書店 2011
3. 渡辺久子：母子臨床と世代間伝達，金剛出版 2000
4. L・バンクロフト、J・G・シルバーマン：DV にさらされる子どもたち 加害者としての親が家族機能に及ぼす影響，幾島幸子訳，金剛出版 2004

I-v) 児童青年精神科臨床におけるエビデンスの用い方

児童青年精神科臨床におけるエビデンスの用い方の要約

医学的な評価に基づき治療が選択されるわけであるが、その際、医療者は根拠を持って治療を選択する。その根拠となるものがエビデンスである。エビデンスのなかには、過去の治療経験や上司の意見のエビデンスはきわめて弱い、症例報告や非盲検試験もバイアスがかかりやすく弱いエビデンスである。強いエビデンスは二重盲検比較試験、あるいは複数の二重盲検試験に基づくメタ解析によって得られると考えてよい。

二重盲検試験は、対象患者をプラセボ（偽薬）群と実薬群の二群に無作為に分け、医師も患者も自分がどちらの群に割り付けられたかわからない条件（二重の盲検性）で、効果と有害事象を比較するものである。こうすることで効果や副作用の判断にかかるバイアスを防ぐことができる。

医療者は、常日頃からエビデンスに精通し、それらを可能な限り参照して医療的判断を下さなければならない。そのためには、PubMed や医学中央雑誌などから抄録を検索し、論文をオンライン上、または紙ベースの資料を取り寄せて情報を入手しなければならない。

しかし、エビデンスに基づく医療（EBM）には、いくつかの限界があることも知らねばならない。第一に、二重盲検試験などの臨床試験は、病状が安定しており、頻繁に評価のための通院できるなど、実臨床とは異なる患者層を対象に実施されていること、臨床効果の評価も重症度評価に偏り、その患者の抱える問題のすべてに基づき検討が行われているわけではない。したがって、実臨床とのギャップを常に意識しながらエビデンスを適用し、実際の治療の結果に基づいてフィードバックしながら検証しなければならない。

第二に、二重盲検にもエビデンスにもバイアスがある。つまり、二つの薬剤を比較するとき、どのような用量にするのか、試験実施期間をどの程度にするのかによって結果は変わり得る。臨床依頼者が製薬企業である場合には、そこにスポンサー・バイアスが存在しうる。また、ポジティブな結果が出た臨床試験のほうが公表されやすいというポジティブ・バイアスも存在する。

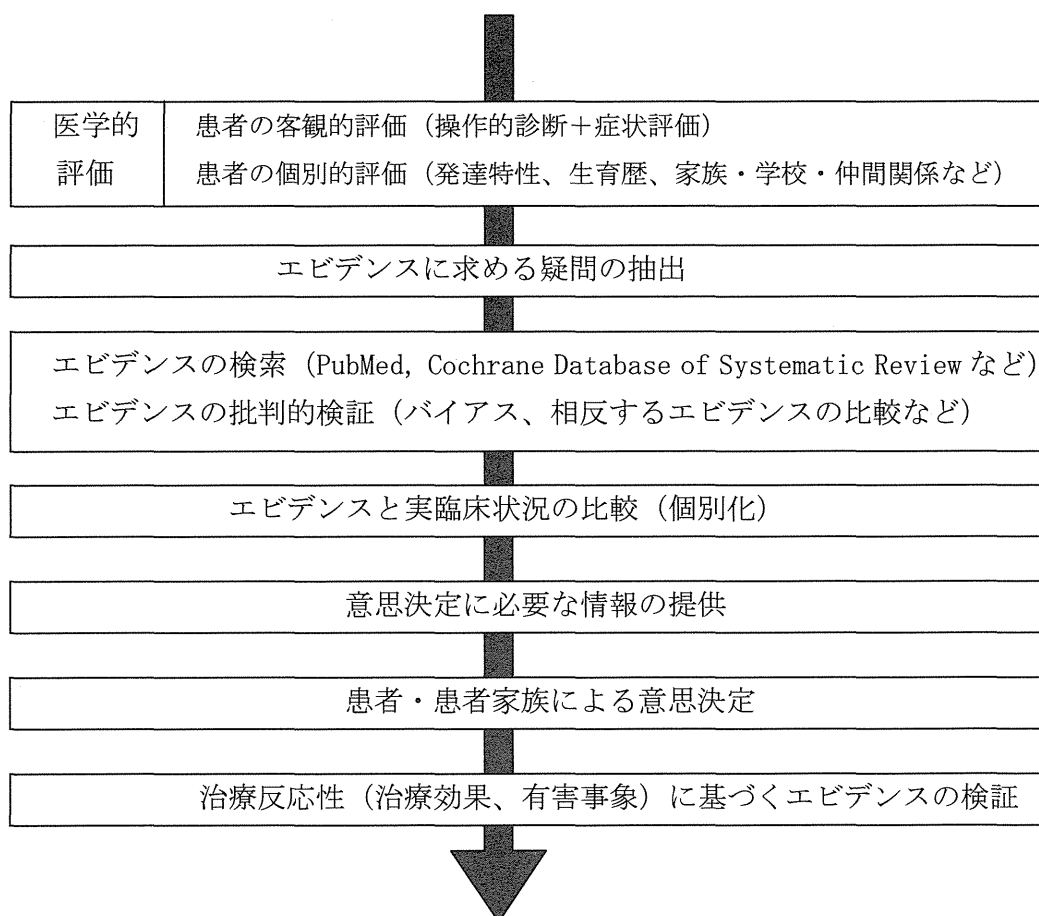
第三に、エビデンスの適用に当たっては、治療の対象となる患者とエビデンスの患者群の間に相同性がなければならない。操作的診断基準で同一の疾患カテゴリーにあったとしても、操作的診断はまだ議論のあるものであって、そのなかには一定の異質性があるし、併存障害のパターンも異なっている。年齢、性別、人種の違い、特に児童青年精神科臨床では、発育歴や認知特性の相違、家庭・学校・仲間関係などの要素を考慮しなければならない。

EBM が重視されるようになった背景には、臨床判断の均てん化へのニードとともに、医療判断における患者の自己決定が重視されるようになったことが上げられる。臨床判断はすべて個別性を有するものであるが、エビデンスを個人に適用する際にどのような変更を行ったのか、その根拠は何か、これらが医師の中で明確に意識され、また患者に適切に開示されなければならない。

エビデンスを用いるためのチェックリスト

- 操作的診断や評価尺度を用いた症状評価の重要性と問題点について理解する
- 併存障害や併存する身体的状態によって治療への反応性は変化することを理解する
- 発達特性、発育歴、家庭・学校・仲間関係などの評価の重要性を理解する
- さまざまなエビデンスについて、エビデンスの強弱を意識しておく
- データベースを使ってエビデンスを検索できる
- エビデンスを批判的に検証できる
- エビデンスに含まれるバイアスを理解する
- エビデンスを臨床例に適用する際に考慮すべき状況を理解している
- 治療選択にかかわる患者の意思決定のために必要なエビデンスが提示できる
- 治療への反応性をエビデンスに照らして検証することができる

エビデンスを用いるための自由ノート



研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

患者の医学的評価に基づき、エビデンスに求める疑問点を抽出できる。良質な総説論文をもとに患者の治療に活用していくことができるが、個別的な治療選択には指導医の助言が必要である。個々の患者について、事例検討会や学会で発表することができ、その際、指導医の助言のもと、データベースを検索したり、総説論文をもとに発表することができる。

研修中級（研修 proper）：

エビデンスを実臨床に反映させる際、個別的な要素を十分に考慮することができる。エビデンスも基づく治療説明をおこない、患者が納得のいく意思決定を行うことができる。エビデンスを検索し、その批判的検証を行うことができる。エビデンスと異なる治療反応性を見出した際、その理由を検証し、症例報告にまとめることができる。

研修上級（研修 master）：

臨床的な治療選択において、どのようなエビデンスがあるのかについて一定の知識があり、その知識で対応できない場合には自らエビデンスを検索し対応することができる。エビデンスのないものについては、どのような試験を組めばエビデンスを生み出すことができるのか、簡潔な研究のデザインがイメージできる。

参考文献・推薦図書

1. 古川 壽亮（2000）エビデンス精神医療—EBP の基礎から臨床まで 医学書院（東京）

Ⅱ-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

1) 自閉症スペクトラム障害 (広汎性発達障害)

障害の要約

通常の社会生活に必要な対人機能 (対人相互的反応)、すなわち人や集団に対する応答、注意と関心、意思疎通などの低発達を中心的特徴とする。第2の特徴は、特定のものと (使用道具やおもちゃ、順番、ルールなど) に関する強いこだわり、過度の没頭、反復傾向であり、それと関連して、普段の状況に変化や変更が生じると強い抵抗 (時に混乱に至る) を示しやすい。これらの症状は幼少期より現れ、基本的に生涯にわたり持続するが、適切な治療的介入 (特に早期療育) があると社会適応は改善する。本障害は遺伝要因が強く、血縁者にも本障害が見出される割合は半数以上に及ぶと考えられ、それを念頭に置くことが臨床上重要である。

対人相互的反応の障害は年齢や精神発達により表れ方が変化する。例えば、乳児期での親とのアイコンタクトやあやしへの反応の少なさ、幼児期の人見知りの過剰または欠如、児童期での状況に合わせた振る舞いの苦手さ、思春期以降にみられる異性やプライバシーへの配慮の困難さがそれに当たる。一方、“自分の気に入ったものを呈示する/指さしする”、“相手の視線を追う”などの「共同注意 joint attention」と呼ばれる行動が少ないこと、会話における一方向性や内面を表出するような動作の乏しさなどは、子どもから大人まで年齢を通じて認められる。

対人相互的反応の障害と独自のこだわりは診断基準を形成する所見であるが、診断基準には含まれないが高い頻度で随伴する特徴 (随伴特性) もある。それらは診断を補助する所見であるとともに、しばしば受診動機となることがある。そのうち代表的な5項目を以下に列記する。

- ① 緊張や情動の調節の苦手さ (パニック的混乱への陥りやすさ)
- ② 協調運動の低発達、手指の巧緻性の乏しさ (いわゆる不器用さ)
- ③ 感覚 (五感)・温痛覚の特殊性 (過敏さ、鈍麻、共感覚など)
- ④ 高次認知機能のアンバランス (記憶、図形や顔の認知など能力間のギャップ)
- ⑤ 自律神経系の不安定 (失調や交感緊張状態、気圧や湿度への過敏さなど)

自閉症スペクトラム障害は、障害の顕著さの違いより、「自閉性障害 (自閉症)」、「アスペルガー障害 (アスペルガー症候群)」、それ以外 (DSM-IV-TR では「特定不能の広汎性発達障害 (PDD. NOS)」) という下位診断に分けられている。このうち、自閉性障害は2大特徴 (対人相互性の障害、こだわり) に加え、言語発達に遅れや異常がみられる場合を指し、その半数程度が知的障害を合併する。それに対して、アスペルガー障害の診断は2大特徴のみ認められる (知的障害もない) 場合に用いられる。

両者にうまく合致しない場合は PDD. NOS と診断するが、その中には丁寧に診察しないと障害が見過ごされるようなケースが含まれる。しかし、障害が目立たないことは臨床的問題が軽いことを意味しておらず、その反対のケースが少なくない。重要な点は、対人相互

的反応の障害を、操作的なチェック項目のみに頼らず、臨床感覚で捉え、多様な姿をとる自閉症スペクトラム障害を鋭敏かつ的確に診断することである。

本障害は他の疾患や精神症状を併存しやすい。その例として、てんかん、睡眠障害、双極性障害、チック障害、学習障害、注意の障害や多動のように生来併存していたと考えられるものと、成長過程での不適応が様々な程度で影響したと考えられるものがある。その例として、うつ病、各種の不安障害、依存、被害念慮・妄想・幻覚、解離のほか、摂食障害、緘黙などがある。

基本的治療技法

- ✓ 包括的介入プログラム
 - 応用行動分析（ABA）、TEACCH、発達論的プログラム
- ✓ 作業療法的プログラム
 - 感覚統合
- ✓ プレイセラピー
 - 遊戯療法（各種）
- ✓ 補助的支援技法
 - PECS、スクリプト学習、SST（社会技能訓練）
- ✓ 支持的な精神療法・心理教育
- ✓ 薬物療法
 - 抗精神病薬、抗うつ薬（選択的セロトニン再取り込阻害薬など）、AD/HD 治療薬、オキシトシン（未認可）

障害理解へのチェックリスト

- 対人相互的反応の障害をみるにはどのような所見に注目すればよいか
- 共同注意とはどのような現象を指すか、またその臨床的意味は何か
- 本障害にみられる“こだわり”とはどのようなものか
- 本障害における遺伝負因の強さはどの程度か
- 幼児期から治療的介入を行うことにはどのような意義があるか
- 診断基準にある所見以外によくみられる特徴としてどのようなものがあるか
- 自閉性障害（自閉症）とアスペルガー障害にはどのような臨床像の違いがあるか
- 障害の顕著さと臨床的問題の深刻さの関係はどうか
- 本障害に多い併存障害にはどのようなものがあるか
- 薬物療法の標的となる症状にはどのようなものがあるか

研修レベルを評価するために

研修初級（研修beginner）：

子どもから大人の年齢にかけて、自閉性障害（自閉症）とアスペルガー障害の典型的臨床像のイメージが頭に入っている。年齢、知的発達（知能）、性別によって臨床的問題やニーズが異なり、保護者や学校（教員）との協力体制が必要なことを実感できている。関係者が本障害の特性を理解し、それを踏まえて対応するようになるだけで、本人の適応が大きく改善することを知っている。

パニックや感覚過敏など随伴特性がしばしば中心の問題となることを知っており、かつそれらの問題の背景に対人相互性の障害とこだわりが関与することを理解している。保護者自身も自閉症スペクトラム（あるいはその傾向）を有することが多いため、本人のみならず保護者の特性にも十分配慮した説明や面接法、介入方針が必要となることを理解している。

薬物療法のうち、抗精神病薬と選択的セロトニン再取り込阻害薬が一部の症状の改善に役立つ場合があること、および本障害を持つ人はこれらの薬剤に過敏であることが少なくないことを知っている。

研修中級（研修 proper）：目安：外来主治医経験 5 例程度、入院主治医経験 1～3 例程度

少なくとも自閉性障害とアスペルガー障害それぞれにつき、児童症例および思春期症例、およびアスペルガー障害の成人症例の外来を担当した経験を有し、自閉症スペクトラム障害の多様性に対応した診療ができる。臨床像の評価にあたり、本障害と関連した特殊性だけでなく、一般的発達の見点（特定の領域の発達の遅れ、思春期にともなう不安定さ等）からもケースの特徴を分析することができる。

療育や支援については、ケースの状態像に合った方法論（行動療法、作業療法、増補的代替言語など）について助言することができる。学校関係者あるいは地域の支援機関と連携した経験を持ち、家族や医療機関以外からみた問題の現れ方を理解することができる。入院ケースについては、患者が自閉症スペクトラム障害の中のどのようなタイプであるかを看護スタッフに伝え、入院の必要性、目的、意義を具体的に説明し、明確なケアの方針を示すことができる。

薬物療法が奏功する可能性のある症状が頭に入っており、処方が明らかに有効であったケースを経験している。

研修上級（研修 master）：目安：外来主治医経験 10 例程度、入院主治医経験 3 例以上

幼児期、学童期、青年期、成人初期、成人後期の各ライフステージにおいて、男性および女性の自閉症スペクトラム障害の人が抱えやすい臨床的問題を理解している（例えば、青年期の社会的問題行動、成人期の就労、結婚、出産、育児にかかわる問題など）。また、それらの問題が、本障害の特性および程度、知的発達、心理社会的要因（家族・関係者・

地域の状況を含む)などの複合的要因から成り立っていることが分析できる。ケースが現在抱える臨床的問題を、長期的な発達・成長過程の中に位置づけたうえで対応方針を考える視点を持ち、あるライフステージにおける発達課題の克服状況が次のライフステージに与えている影響を把握することができる。

国際的診断基準（ICD-10、DSM-V）の趣旨には該当するが、本障害のスクリーニング質問紙や診断補助ツールの項目では捉えられないような所見（主にアスペルガー症候群よりも障害の程度が軽くみえるケース）があることを知っており、そのようなケースでも診断を見落とさず、障害をもたらす影響を適切に評価できる。

本障害に見いだされる認知特性について、基礎知識（ボトムアップ型処理、視覚優位、単一焦点型の注意など）の範囲に収まらない特殊な認知・思考様式があり、それらが臨床的問題の背景となる場合があることを理解できる。

介入にあたり、幼児から成人までのケースに対して必要に応じて薬物療法を行う、あるいは併用することができ、少なくとも抗精神病薬、抗うつ薬、AD/HD治療薬、気分安定剤の使用経験がある。

本障害に併存しやすい精神疾患を知っており、本障害からくる症状と併存障害によるものを鑑別できる。さらに、併存障害のうち二次障害的要因（反応性・ストレス性を含む）のあるものとそうでないものを区別し、それに応じた介入方針をたてることができる。

Ⅱ-ⅰ) 子どもの心の診療にみられる各病態

2) 注意欠如多動性障害(Attention -Deficit / Hyperactivity Disorder:ADHD)

障害の要約

ADHD とは不注意、多動、衝動性を特徴とする行動上の障害で、本邦では発達障害の中の一つとして分類されている。DSM-IV-TR¹⁾によると小学校低学年での有病率は 3~7%程度とされ、5%とすると 40 人の通常学級に 2 人程度の ADHD 児が在籍していることになる。男女比は男子に多いという報告が多いが、最近の成人の研究では男女差のない報告が多く、子どもの男女比の差については、女兒は男児に比べ学童期では発見されにくい、衝動性が低い場合が多いので医療につながりにくい等の理由が考えられている。

子どもは元来落ち着きがなく、多動で衝動的な面を持っているし、それらが普段は目立たなくても、緊張する場面や初めて訪れる場所では落ち着きのない行動をとる場合もある。よってその子どもが本当に ADHD なのかどうかを判断するには、その子どもの発達段階、同年齢の子どもたちとの比較、そして場面が変わってもそのような様子を示すのかなどを的確に評価しなければならない。

ADHD には生物学的な要因が強く示唆されており、それらは遺伝学や画像研究、神経科学、神経生理学等で多くの報告がなされていて、「ADHD は遺伝の影響を強く受ける脳機能障害である」という一定のコンセンサスが得られている。しかしそれら生来の原因から生じた不注意、多動、衝動性は年齢により変化し、また不適切な対応により二次障害が強く生じることなども知られており、それらを考慮すると、時間軸に沿って ADHD の横断面を捉えるだけでは不十分で、縦断面をも捉える必要性がガイドラインでも述べられている²⁾。

基本的治療技法

子どもとの面接 **C** 親ガイダンス **C** 学校との連携 **C** 薬物療法 **A⁺**

心理社会的療法 [親へのペアレント・トレーニング及び本人へのソーシャル・スキル・トレーニング (Social Skill Training:SST)] **B**

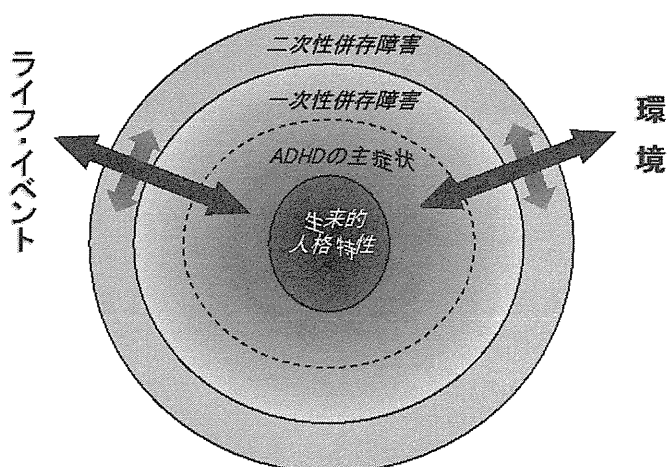
障害理解へのチェックリスト

- どのような症状が不注意、多動、衝動性に当てはまるかを知っている
- 児が示す不注意、多動、衝動性がその年齢では不相応かどうかを判断できる
- DSM-IV-TR では不注意優勢型、多動性—衝動性優勢型、混合型に分類されることを知っている
- 必要に応じて ADHD-RS³⁾などで症状の重症評価ができる
- 併存障害や二次障害が多いことを理解していて、主なものを説明できる
- ADHD には生物学的背景が強く影響するが、それらの症状の経過には環境要因が関係することを理解している
- 本邦での適応が取れている薬物療法としては、メチルフェニデート徐放剤と選択的ノル

- アドレナリン再取り込み阻害薬（アトモキセチン）があることを知っている
- 薬物療法の主な副作用である食欲低下を理解し、対応策について説明できる
 - 心理社会的療法（ペアレント・トレーニング及び SST）に一定の効果があることを知っている
 - 甲状腺機能亢進症など身体的疾患やてんかんなど神経疾患との鑑別が大切であることを理解している
 - 治療目標は、中核症状を完全になくなることに置くのではないことを理解している
 - 横断面を捉えるだけでは不十分で、時間軸に沿って、縦断面をも捉える必要性を理解している

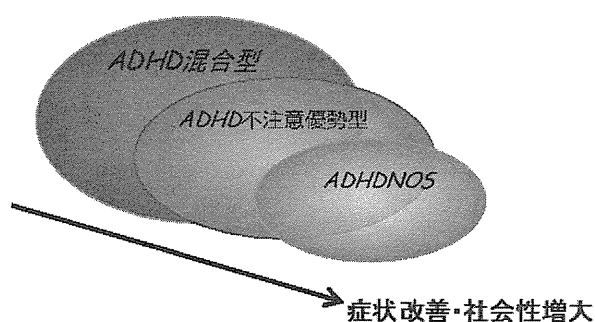
障害理解のための自由ノート

ADHD の障害構造（横断面）



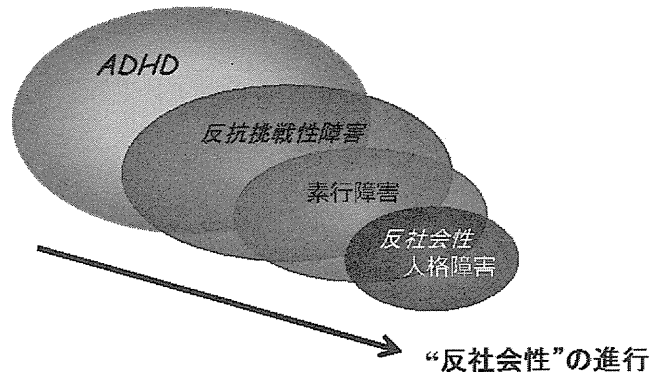
ADHD の時間的経過（縦断面）

① 症状改善・社会性増大

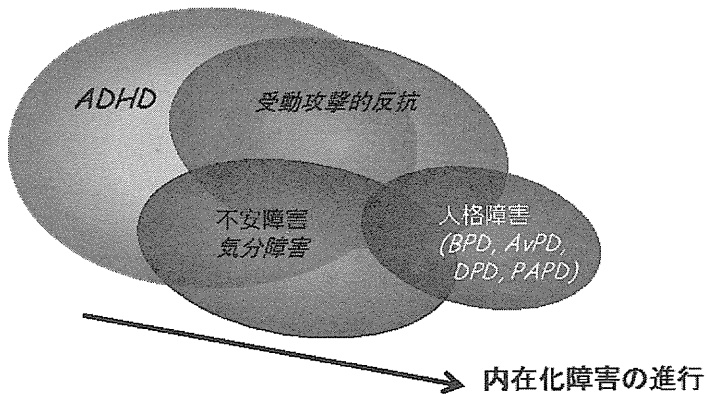


ADHDNOS: 特定不能の注意欠如・多動性障害

ADHD の時間経過 (縦断面)
② 反社会性の進行 (DBD マーチ)



ADHD の時間経過 (縦断面)
③ 内在化障害の進行



BPD: 境界性パーソナリティ障害, AvPD: 回避性パーソナリティ障害,
DD: 依存性パーソナリティ障害, PAPD: 受動攻撃性パーソナリティ障害

研修レベルを評価するために

研修初級（研修 beginner）：

ADHD という障害が概念的には理解できている。頻繁に忘れ物をしたり、物をなくすことが不注意に当てはまる可能性、暴力だけではなく順番が待てないことも衝動性として捉える可能性について理解はできている。しかし患児が診療場面でみせる不注意、多動、衝動性を観察できるが、それらが年齢に不相応かどうかの判断はまだつかない。

薬物療法の有効性は正書などでは理解しているが、食欲低下の副作用への対応や増量の仕方等で臨床経験がないため自分で処方する自信がない。

薬物療法以外に心理社会的対応や環境調整などが重要であるという知識は持っているが、実際にどのように連携をしたり、親や担任教師にアドバイスしたらよいかどうかはわからない。

研修中級（研修 proper）： 目安：外来主治医経験 7 例程度、入院治療主治医 1 例程度

患児の不注意、多動、衝動性が年齢に不相応かどうかの判断が概ねつくようになってきた。自身で薬物療法を行った経験を持っており、薬物療法の効果を実感したことがある。同時に学校や自宅での環境調整の大切さも理解しており、親だけではなく担任の教師との連携をするべきだと考え、教師に外来診療場面に何度か来てもらっている。

薬物療法における副作用である食欲低下について親にあらかじめ説明することができ、適切に対処できる。

研修上級（研修 master）： 目安：外来主治医経験 15 例程度、入院治療主治医 3 例程度

併存障害や二次障害への理解も深まっており、主治医として年単位で関わってきている症例も持っており、横断面だけでなく、時間軸に沿って、縦断面をも捉える必要性を理解している。また家族にもそれらを説明することができている。

ペアレント・トレーニングで使うようなテクニックを簡単にではあるが、親や教師にアドバイスできる。

薬物療法について中止のタイミングについて親にいくつかの選択肢を説明することができる。

ADHD を含む発達障害の正書を数冊読破しており、ADHD と広汎性発達障害のグレーゾーンの捉え方にも悩むことも多くなってきた。

激しい行動障害を伴う入院治療も経験し退院後の生活を見据えた治療ができるようになってきている。

参考文献

- 1) 高橋三郎、染矢俊幸、大野裕訳(2003)：注意欠陥/多動性障害. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 東京 医学書院：
- 2) ADHDの診断・治療指針に関する研究会(2008)：子どもの注意欠如・多動性障害(ADHD)の診断・治療ガイドライン. 東京、株式会社じほう：1-27
- 3) 市川宏伸、田中康雄監修、坂本律訳：診断・対応のためのADHD評価スケール ADHD-RS【DSM準拠】 東京 明石書店

推薦図書

1. ADHDの診断・治療指針に関する研究会 齊藤万比古、渡部京太編(2008)：第3版 注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン 東京、株式会社じほう
2. 齋藤万比古、青木桃子(2010)：ADHDの二次障害. 精神科治療学 2010;25(6):787-792
3. 田中康雄(2006)：軽度発達障害のある子のライフサイクルに合わせた理解と対応—「仮に」理解して「実際に」支援するために—。東京、学習研究社。
4. 岩坂英巳、中田洋二郎、井濶知美(2004)：AD/HDのペアレント・トレーニングガイドブック—家庭と医療機関・学校をつなぐ架け橋— 東京、株式会社じほう
5. 齊藤万比古総編集、宮本信也、田中康雄責任編集(2008)：子どもの心の診療シリーズ 2 発達障害とその周辺の障害 東京 中山書店
6. 根来秀樹(2010)：お母さんのための児童精神医学 東京、日本評論社

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

3) 学習障害

障害の要約

我が国でよく用いられている学習障害の定義には、大きく分けて二つ存在する。一つは、文部科学省が定義した教育用語としての LD (Learning Disabilities) であり、もう一つは米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM) に基づく医学用語としての LD (Learning Disorders) である。なお、ICD-10 は、学習障害という用語ではなく、学力の特異的発達障害 F81 (Specific developmental disorders of scholastic skills) として、特異的読字障害、特異的綴字「書字」障害や特異的算数能力障害等に分けて定義している。

文部科学省の定義によると学習障害は、「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り、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。」とされる。

DSM-IV-TR による学習障害は、「読字、算数、または書字表出において、個別施行されたその人の標準化検査の成績が、年齢、就学、知的水準から期待されるより十分に低い場合に診断される (通常、成績と IQ との間の 2 標準偏差以上の解離) もので、感覚器の欠陥がある場合は、学習困難はその欠陥に通常伴う程度を超えたものでなければならない。」と定義されている。つまり、文部科学省の定義の方が、DSM-IV-TR による医学的診断基準の学習障害の定義より幅が広いと言える。

疾患概念として確立されているのは、発達性読み書き障害あるいは特異的読字障害である。これは、発達性ディスレクシア (developmental dyslexia) とも称され、知的障害や聴・視覚障害がなく、家庭環境、教育の機会にも阻害要因がないにもかかわらず、「読み書きの発達」が特異的に障害される状態と定義される。近年の研究により、大脳における機能的障害部位が判明しつつある。単語を正しく読めない、素早く読めないという特徴を示すため、単語認識における「正確性」かつ (または) 「流暢性」の困難がある、と記載され、また、英語で言うスペル (綴り) や日本語で言う仮名や漢字といった文字記号の音声化の拙劣さを特徴としている。

基本的治療技法

Decoding の指導 (特殊音節を含めた文字を自動化して読む訓練) A-

単語や文節のまとまり読み (chunking) 指導 B

視覚的イメージを媒介した読字指導 B

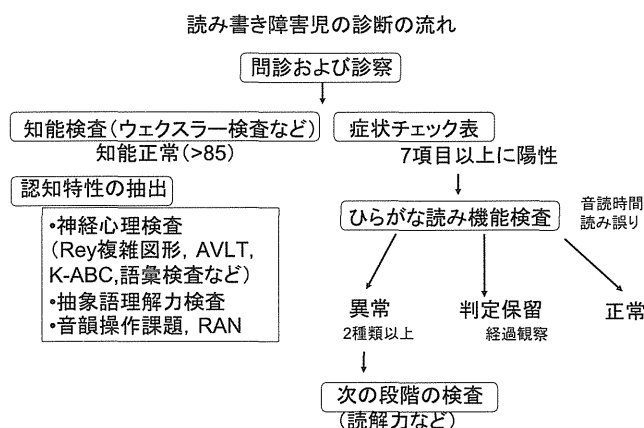
語彙力を高める指導 B

障害理解へのチェックリスト(以下理解しているか?)

- 我が国での学習障害の定義には、大きく分けて二つ存在する
- 教育用語としての LD (Learning Disabilities) と医学用語としての LD(Learning Disorders) の二つである
- 学習障害は、標準化検査の成績が、年齢、就学、知的水準から期待されるより十分に低い場合に診断される
- 学習障害とは、読字、算数、または書字表出など、ある特定の分野の習得に著しい困難を示す状態であり、しばしばそれぞれが互いに合併する
- 発達性読み書き障害(Dyslexia)は、学習障害の中で最も確立された疾患概念であり、機能的病巣が推定されている
- 発達性読み書き障害とは、読み書きの発達が特異的に障害される状態であり、単語認識における正確性かつ(または)流暢性の困難がある

障害理解のための自由ノート

学習障害の診断のためには、学習のそれぞれの分野における標準化検査バッテリーが必須であるが、日本語話者用のものは十分に確立されていないのが現状である。ここでは、学習障害の中で、発達性読み書き障害の診断手順について述べる。



1. 問診および診察

発達歴、養育歴、教育歴、家族歴、病歴等を詳細に聴取し、通常の診察を行った上、神経学的所見を確認する。

発達性読み書き障害では、聴覚障害や視覚障害がなく、家庭環境、教育の機会にも阻害要因が認められないにもかかわらず、読み書きの発達が特異的に障害される状態である。

2. 全般的知能が正常であることの確認

標準化された知能検査を用いる。

例えば、ウェクスラー系の知能検査（WISC-III）で、FIQ、VIQ、PIQのいずれかが85以上であること。

3. 判定

読みの検査課題（文献6）において、音読時間が平均+2SDを越える所見が2種類以上の課題で見られる場合には「異常」ととらえる。読み誤りの個数が平均よりあきらかに多い場合も、誤りパターンを詳細に検討し、総合的な判断をするべきである。

上記に該当しない場合や、1. 5SDを越える所見が2種類以上の検査で見られる場合は、経過観察し、定期的に読字・書字の症状を確認し、読みの検査を行っていくことが望ましい。

なお、症状チェック表で、読み（書き）についての項目が7個該当し、読み課題2つに異常が見られる場合、読字障害の中で特に発達性読み書き障害の可能性が高いと考えてよい。（文献6・7参照）

4. 読み検査課題

- ① 単音連続読み検査（ひらがな50文字を連続して音読する課題：文献8参照）
- ② 単語速読検査（有意味語30個、無意味語30個それぞれの連続音読課題：文献9参照）
- ③ 単文音読検査（Token testに採用されている3つの文章の音読課題：文献10参照）を用いる。

5. 確認すべき症状

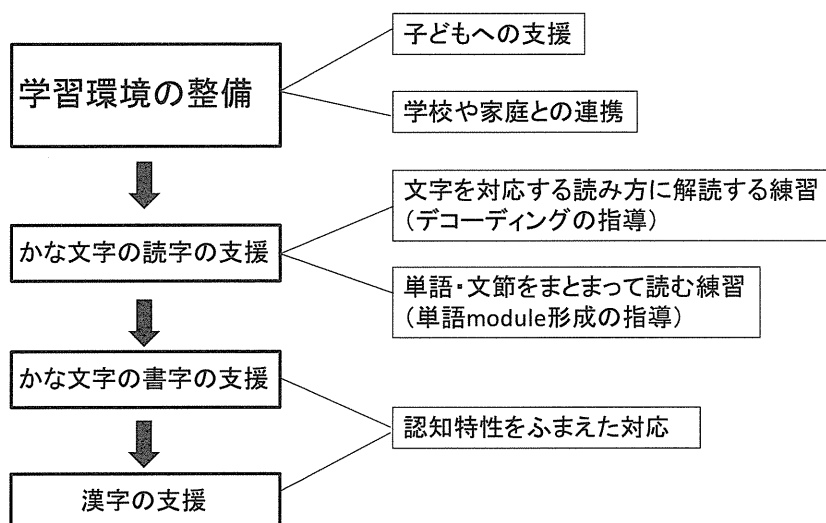
<読字>

- ・ 拾い読み（逐字読み）をしますか
- ・ 指を使って読みますか（なぞり読み）
- ・ 単語・文節を途中で区切ってしまうか（区切りの誤り）
- ・ いつも声に出して確認する読み方（黙読が困難）
- ・ 単語内の文字を省いたり、置き換えたりしますか
- ・ 単語や文の読み飛ばしをしますか
- ・ 文末を読み誤りますか（勝手読み）
- ・ 助詞の読み誤りがありますか（は、へ）
- ・ 拗音（や ゆ ょ等）に困難さがありますか
- ・ 内容が理解できると、二回目の読みは比較的スムーズになりますか
- ・ ページの終わりになると、誤りが増えますか（易疲労性）

<書字>

- 文字の想起するのに時間がかかりますか
- 促音(っ), 撥音(ん), 二重母音(おかあさん)の脱落がありますか
- 同じ音の書き誤り(「わ」「は」「を」「お)がありますか
- 拗音を書かないことがありますか
- バランスの取れない文字になりますか
- 細部が不正確な文字を書きますか
- 極端に不正確(不安定)な書き順ですか
- 音・形・意味の似ている文字や単語への書きまちがいがありますか
- 画数の多い漢字に書き誤りが多いですか

6. 支援の考え方



研修レベルを評価するために

研修初級(研修 beginner): 学習障害とは年齢、就学、知的水準から期待されるより成績が十分に低い場合に診断される点が理解できる。厳密には学習障害の定義には複数あり、DSMに基づく医学用語としてのLD(Learning Disorders)、およびICD-10の学力の特異的発達障害F81(Specific developmental disorders of scholastic skills)の存在については知っているものの、その詳しい内容については知らない。

研修中級(研修 proper): 学習障害の定義が理解できた上、DSMのLD(Learning Disorders)、およびICD-10の学力の特異的発達障害F81(Specific developmental disorders of scholastic skills)の内容についての知識がある。また、本邦における文部科学省定義によ

る学習障害の存在を知っている。

適切な問診や診察を実施でき、特に障害されている学習の領域について予想ができる。知能や認知特性の評価のために必要な検査の種類や内容について知っているが、自ら実施できなくてもよい。診断のために、適切な専門機関への紹介が可能である。診断書を記載できるレベル。

研修上級 (研修 master) : 教育用語としての LD (Learning Disabilities) と医学用語としての LD (Learning Disorders) の存在について、十分な知識があり、使い分けができる。DSM 定義に関する十分な知識がある。ICD-10 では、学習障害という用語ではなく、学力の特異的発達障害 F81 (Specific developmental disorders of scholastic skills) として、特異的読字障害、特異的綴字、「書字」障害や特異的算数能力障害等に分けて定義されるなど、それぞれの定義の詳細な内容について知識がある。1999 年の「学習障害児に対する指導について (報告)」に見ることができる文部科学省定義についても精通し、教育現場との連携を模索できる。

患者様および保護者に対し、適切な問診や診察を実施でき、環境要因等による学習の阻害因子の存在や神経疾患など身体疾患が除外できる。診断のために必要な検査について十分な知識があり、これらの検査を通じて、知能や認知特性の評価を自ら行う、あるいは、検査担当者に指示が可能で、心理検査結果を解釈できる。患者が抱えている問題点を解決するために必要な治療 (支援方法) のプランが立てられる。自ら十分に支援が提供できない場合は、適切な専門機関へ紹介が可能である。学校担当者との協議が可能なレベル。

参考文献

- 1) 高橋三郎, 大野 裕, 他: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院 2004 年
- 2) 融道男, 小見山実, 大久保善朗, 中根允文, 岡崎祐士: ICD - 10 精神および行動の障害 - 臨床記述と診断ガイドライン 医学書院 2005 年
- 3) Vukovic RK, Siegel LS. The Double-deficit hypothesis : a comprehensive analysis of the evidence. J Learn Disabil 2006 ; 39 : 25-47.
- 4) 大石敬子. 日本語話者の特徴. 笹沼澄子, 編, 発達期言語コミュニケーション障害の新しい視点と介入理論. 東京: 医学書院, 2007 : 113-120.
- 5) 宇野 彰, 春原則子, 金子真人, Wydell TN. 小学生の読み書きスクリーニング検査 - 発達性読み書き障害 (発達性 dyslexia) 検出のために -. 東京: インチルナ出版, 2006.
- 6) 小林朋佳, 稲垣真澄, 軍司敦子, ら. 学童におけるひらがな音読の発達の変化: ひらがな単音, 単語, 単文速読課題を用いて. 脳と発達. 2010 ; 42 : 15-22
- 7) 北 洋輔, 小林朋佳, 小池敏英, ら. 読み書きにつまずきを示す小児の臨床症状とひ

- らがな音読能力の関連－発達性読み書き障害診断における症状チェックリストの有用性－. 脳と発達. 2010 ; 42 : 437-442
- 8) 若宮英司, 奥村智人, 水田めぐみ, ら. 読字困難児のひらがな単音読字能力の検討. 小児の精神と神経 2006 ; 46 : 95-103.
- 9) 橋本竜作, 柏木 充, 鈴木周平. 小児の単語速読検査の作成の試み－小学 3 年生男児を対象とした信頼性と妥当性の検討－. 脳と発達 2008 ; 40 : 363-369.
- 10) 小枝達也, 寺川志奈子, 汐田まどか. 健常児集団における Token test の得点分布について－学障障害診断のための基礎的検討－. 脳と発達 2000 ; 32 : 25-28.

推薦図書

1. 稲垣真澄, 小林朋佳, 小池敏英, 小枝達也, 若宮英司. 特異的読字障害診断手順. 稲垣真澄, 編. 特異的発達障害診断・治療のための実践ガイドライン. 東京: 診断と治療社, 2010
2. サリー・シャイウィッツ著, 藤田あきよ訳, 加藤醇子医学監修. 読み書き障害 (ディスレクシア) のすべて. 東京, PHP 研究所, 2006
3. 村井敏宏: 読み書きが苦手な子どもへの<つまずき>支援ワーク. 竹田契一監修, 通常の学級でやさしい学び支援 2 巻. 明治図書, 2010
4. 小池敏英, 雲井未敏, 窪島 務. LD 児のためのひらがな・漢字支援. あいり出版, 2003

参考 HP

- i. <http://www.e-kokoro.ne.jp/ss/r/>
- ii. <http://www.dyslexia-koeda.jp/>

II-i) 子どもの心の診療にみられる各病態

4) 反抗挑戦性障害・素行障害

障害の要約

ある程度、他者の意思を拒絶したり大人に反抗することは、子どものこころの発達において正常でも認められる現象である。こうした反抗的行動は、特に2-3歳頃と思春期において顕著になるが、子どもが親から分離し自己同一性を獲得するために重要な役割を果たすと考えられる。一方、こうした正常の反抗とは異なる、より極端な反抗的行動の存在は、反社会的行動との関連で古くから注目されていた。統一した診断基準を模索する精神医学の流れの中で極端な反抗が障害(反抗挑戦性障害 Oppositional Defiant Disorder; ODD)として規定されたのは、1980年に発表されたDSM-IIIからである。

現在のDSM-IVによるODDの定義は、著しい「拒絶的、敵対的、挑戦的な行動」である。診断には、大人に対する頻回で激しい怒りの感情(神経過敏やいらいら、怒り、かんしゃく)、反抗的行動(大人との口論、要求や規則への反抗・拒否、故意の挑発、責任の転嫁)、意地悪や恨みに満ちた執念深さといった行動が4つ以上かつ6か月以上続くことが必要となる。

DSMによる素行障害(Conduct disorder; CD)の定義は、「他人の基本的権利を侵害し社会規範を侵す、反復し持続する反社会的行動」である。診断には、過度の喧嘩やいじめ、動物や他人への残虐行為、器物破損、放火、人を騙すこと・盗み、怠学や家出などの反社会的行動が3つ以上かつ12か月以上続くことが必要となる。発症年齢によって小児期発症型(10歳未満での発症)と青年期発症型(10歳以上での発症)に分かれている。DSMの解説によれば、「青年期発症型は比較的攻撃性が少なく正常な仲間関係を保ちやすい(ただしこの仲間とともに反社会的行動をとる)。小児期発症型に比べて反社会性人格障害に発展することは少ない」とされる。

これらの概念の導入によって反抗的心性や反社会的行動を論じる基準が明確になり、医学的検討や介入が可能となった。これまでのcommunity sampleを対象とした疫学研究によれば、ODDは男児4%女児2%、CDは男児6%女児1%程度の頻度とされる。

基本的治療技法

ペアレントトレーニング A⁺ 認知行動療法 A⁻ 薬物療法 B 力動的個人精神療法 C

障害理解へのチェックリスト

- 反抗挑戦性障害と素行障害の違いを説明できる
- 両障害の診断基準を理解し鑑別診断を説明することができる
- 発症年齢による素行障害のサブタイプの特徴と予後の違いを理解している