

がる。多く存在していれば気づくのも早いですが、少なければ見逃される可能性もある。筆者の経験では、大多数の人に何らかの発達障害的要素は存在しており、その種類と程度が違うように思える。このことは、「発達障害が存在してはいけない」わけではないことにつながる。発達障害が存在していても支援が不要な場合もあるが、社会生活上の困難さを感じていれば、支援の対象と考えるべきである。

4) 外見上は症状が改善したようにみえることもある

発達障害の経過をみていくと、落ち着いている時期もあるし、不安定になる時期もある。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、落ち着いて過ごすこともある。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、安定することもある。このことは、置かれる環境や対応の仕方によって、示す症状は大きく変わるということを示す。

5) 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る。このことは、発達障害への対応が良くないことで家族を責めても仕方がないことにつながる。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づくのが遅れる。

6) いくつかの発達障害が同時に存在していることは珍しくない

発達障害は単独で存在することは珍しく、多くが重複して存在する。ASD の症状で来院されても、ADHD や LD が重なっていることは珍しくない。逆に、臨床場面で単一の発達障害を認めることは珍しい。発達性協調運動障害やチック障害が併存していることもある。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る。目の前にいる発達障害児者は、これらの疾病の総和として存在している。

2. 生涯を通じての発達障害

発達障害は全人生的に存在しているものであり、大人になっても存在している。社会生活上困

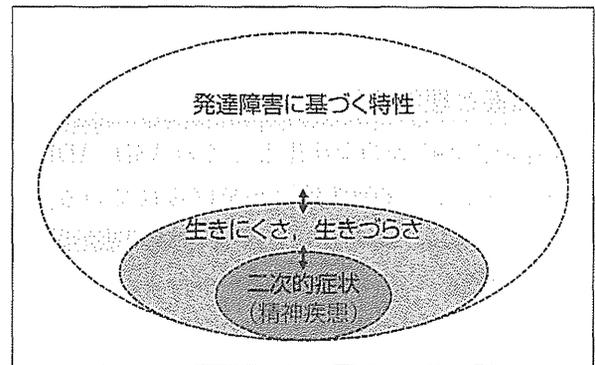


図 発達障害と治療

発達障害に基づく特性：忘れ物、段取りができない、片付けられない。

生きにくさ、生きづらさ：社会生活のなかで感じる。
二次的の症状：抑うつ、不安、依存など。

難を来していることもあるし、課題を抱えていないこともある。低年齢から発達障害の存在に気づいていろいろと対応してきたが、社会的困難を成人に持ち越している場合もある。一方で、発達障害の存在に気づかないままに成人になって、社会生活や家庭生活での困難に直面する場合もある。発達障害による多少の困難を抱えていても、学校教育では成績が良ければ、見逃されていると思われる。例えば、不注意が優勢の ADHD においては、成人してから職場などの社会生活や、夫婦・親子関係などの家庭生活で困難を来す。成人の発達障害については、これまであまり取り上げてこられなかった分野であり、これから支援が行われるべきところである。

社会生活においては、就労に際して困難を感じる例は多い。会社への連絡のとり方、履歴書の書き方、面接の仕方などで戸惑う。就労しても職場の人間関係で苦勞することは多く、ジョブ・コーチなどに入ってもらったほうがよい場合もある。人間関係の破綻が契機となり就労持続困難な場合もある。会社における労務管理や職場環境が十分でなければ、退職に追い込まれることもある。この場合に本来機能すべき産業医も、発達障害については、現状ではまだ十分に機能を発揮しているとは言えない。仮に退職したとしても、発達障害者にとって、再就労の道は険しいのが現実であり、

非正規雇用を繰り返す例も珍しくない。

発達障害と理学療法

発達障害の代表的な疾患としての ASD, ADHD, SLD に加えて、運動性障害が挙げられている。前述したように、このなかには発達性協調運動障害、常同運動障害、チック障害などが含まれている。これらは、発達障害そのものの困難に直接的にはつながらないとしても、学齢期においては、“からかい”、“いじめ”の原因になり、社会生活上の困難につながることもある。多くは発達性であり、年齢により目立たなくなることもある。逆に、これらが契機で不登校、“引きこもり”が始まることもある。また理学療法の対象となる者のなかに、同時に発達障害を併存しており、対応が十分に進まないこともある。この場合には、発達障害者の特性を十分に理解して、働きかけを行う必要がある。発達障害の支援には、現在、心理士、言語聴覚士、作業療法士、特別支援教育士などの職能団体が関与している。今後理学療法士の参加も期待される。

おわりに

臨床現場で発達障害児者と接していて感じるのは、発達障害は「境界の明確でない連続体」ということである。2012 年の文部科学省の調査結果から出た数字は、“教育上の配慮を必要とする児童・生徒”として約 8% であり、多少の傾向を持つ人まで入れればかなりの数になると思われる。もちろん全員が支援を必要としているわけではないが、置かれる環境や対応が適切でないために“生きにくさ”や“生きづらさ”を感じていれば、支援の対象になる。またこのような状態がさらに続けば、二次的な精神症状を来すこともある。学校場面や職場で“生きにくさ”や“生きづらさ”を呈しているならば、環境調整や対応改善が必要になる。就学前、学齢期では、発達障害が存在していることで、保護者が心配して相談や治療に結び付ける。本人の多くは、何も訴えないことが多い。一定の年齢になると、自ら“生きにくさ”や“生

きづらさ”を訴えるようになる。成人になって医療機関を受診する場合には、発達の一定の時期から困難を抱えている場合と、学齢期にはほとんど困難を感じず、社会生活を送るようになって困難を感じるようになった場合がある。二次的な症状が出現し、初めて医療現場を訪れるようになった際に、呈している症状への対応だけでなく、背景にある発達障害に着目することが重要である。そのためには生育歴を詳しく聞くことが必要である。もちろん“生きにくさ”や“生きづらさ”を呈してくる背景にある発達障害に対して直接的な働きかけができれば、それに越したことはない。「発達障害は早く気づいて、早く環境調整や対応をすることが必要である」ということについては、否定する人はいない。しかし保護者の気持ちを考えれば、低年齢の子供が“障害”とされることへの抵抗は強く、その負担を軽減するためには、なるべく育児の延長として行われることが受け入れやすそうである。

就学前からの“早期の気づき”、“早期の対応”をめざして、“児童発達支援センター”の設置が具現化しつつある。これらの支援が進む反面、40 歳台以降の発達障害者は生育過程で発達障害が知られておらず、本人も保護者も誤解され非難を受けており、現在も社会から孤立している実情がある。これらに対しては、アウトリーチも含めて積極的な支援が必要である。いずれにせよ、発達障害のさらなる理解・普及が進み、本人・保護者の理解だけでなく、社会の受け入れ改善が進むことが期待される。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, Amer Psychiatric Publishing, Arlington, 2013
- 2) Wing L, et al: Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV? Res Dev Disabil 32: 768-773, 2011
- 3) 文部科学省:「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」調査結果, 2003
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/

018/toushin/030301i.htm (2013年12月10日閲覧)
 4) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について、2012
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/

material/_icsFiles/afiedfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (2013年12月10日閲覧)
 (Hironobu Ichikawa 東京都立小児総合医療センター：☎183-8561 東京都府中市武蔵台 2-8-29)

次 号 予 告 第 48 卷 第 3 号 (2014 年 3 月号)
 (内容は変わることがあります)

特集/地域における理学療法のパラダイムシフト

- 地域における理学療法士の活動の現状と展望
 医療法人社団輝生会本部 (執筆は船橋市立リハビリテーション病院) 森本 榮
 高齢者に対する自助・互助支援体制構築における理学療法士の活動
 医療法人いつき会守山いつき病院リハビリテーション部 有賀裕記, 他
 東日本大震災復興特別区域法における訪問リハビリテーション事業所での理学療法士の活動
 ほっとリハビリシステムズ 松井一人
 少年野球を通じた少年期の健康づくりに対する理学療法士の活動..... スポーツ障害予防治療センター 青木啓成
 特別支援学校での障がい児・家族と学校教員・養護教員に対する理学療法士の活動
 神奈川県立麻生養護学校 小玉美津子, 他

- 入門講座 拘縮・3
 股・膝関節の拘縮..... 大阪厚生年金病院リハビリテーション科 立山真治, 他
 講座 低侵襲手術の今・3
 低侵襲人工股関節置換術と理学療法..... 帝京大学医学部附属溝口病院整形外科 出沢 明
 1 ページ講座
 理学療法関連用語～正しい意味がわかりますか？
 日本版膝関節症機能評価尺度 (JKOM)..... 金沢医科大学病院リハビリテーション科 神戸晃男
 最近の患者会・家族会の活動
 一般社団法人日本 ALS 協会..... 日本 ALS 協会
 臨床実習サブノート 理学療法をもっと深めよう・12
 認知症患者の生活を理解する..... 社会医療法人博愛会菅間記念病院在宅総合ケアセンター 金谷さとみ

◎PT ジャーナル/バックナンバーと特集テーマのご案内

過去2年分のバックナンバーは当社に在庫がございますので、ご入用の際は弊社販売部(☎ 03-3817-5660 FAX 03-3815-7804)までお申し込みください。それ以前の号については東亜ブック(☎171-0014 東京都豊島区池袋 4-13-4 ☎ 03-3985-4701 FAX 03-3985-4703 e-mail:st@toabook.com URL: <http://www.toabook.com/>)にお問い合わせください。
 [第46巻(2012年)]
 第3号 東日本大震災と理学療法
 第4号 理学療法技能の評価と学習支援
 第5号 理学療法士のキャリアデザイン
 第6号 脳卒中理学療法のクリニカルリーズニング
 第7号 スポーツと理学療法
 第8号 外来理学療法
 第9号 心疾患に対する理学療法の新たな展開
 第10号 地域包括ケアシステムと訪問理学療法
 第11号 はたらく理学療法士の動機づけ
 第12号 高齢下肢切断の理学療法

[第47巻(2013年)]
 第1号 脳のシステム障害と理学療法
 第2号 心理・精神領域の理学療法
 第3号 関節リウマチの最新治療と理学療法
 第4号 予防と理学療法
 第5号 医療系教育における臨床実習の現状と展望
 第6号 脳卒中理学療法のシームレス化にむけて
 第7号 頸肩腕障害と理学療法
 第8号 物理療法の再興
 第9号 在宅理学療法の可能性を探る
 第10号 ウィメンズ・ヘルスと理学療法士のかかわり
 第11号 呼吸理学療法の進歩
 第12号 神経筋疾患の治療と理学療法
 [第48巻(2014年)]
 第1号 バランス update—実用的な動作・活動の獲得のために

発達障害へのアプローチ——最新の知見から

最近の発達障害概念

連載 第1回

市川宏伸*

I はじめに

発達障害者支援法が施行されてから約8年が経過した。この法律が存在する前は、知的障害のある自閉症児者には公的支援があっても、知的障害のない自閉症児者には支援がない状況であった。発達障害の支援を求めて役所の窓口へ行っても、法律施行以後は門前払いを受けることはなくなった。この点では大きな進歩であるが、「“発達障害”という言葉は知られるようになって、その本質が適切に知られているとは言えない」というのが現状である。発達障害概念についての現在の考え方、これまでの経過を中心に考えてみたい。

II 発達障害とは何か

1. 最近の社会的話題

教育場面では、“からかい”、“いじめ”が話題になっている。これらに関連して“不登校”、“自殺”なども取り上げられている。部活においては“しごき”が取り上げられ、スポーツの世界でも改革が叫ばれている。“不登校”を契機に“ひきこもり”、“ニート”などに至る場合も見受けられ、若者の就労における一つのテーマとなっている。また家庭においては、“虐待”が取り上げられ、青少年の健全な生育との関連

で話題になっている。司法関連では、“了解できない犯罪”への対応がこれからの課題である。これらの問題は、十分に支援が及んでいなかったところに生じている、という共通点がある。そして、「直接的ではないかもしれないが、発達障害が関与している」点を見逃さないように思われる。

2. 発達障害のいくつかの特徴

発達障害は低年齢から存在しており、発達障害が濃い場合は、その特徴は就学前には見られることが多い。児童・青年期を中心に、いくつかの例を挙げてみる。

①相手の気持ちが分からないし、自分の気持ちをうまく伝えられない。

このことは、いわゆる“仲良し”を作れないことに繋がる。このことは本人の真意が伝わりにくく、誤解をうけやすい。結果として理解してくれる友人が乏しく、孤立しやすい。そのために、学校では「変わっている」と考えられ、“からかい”や“いじめ”の対象になりやすい。大人になってからも、同僚や上司からも「おかしな人」と思われ、職場で誤解を受けやすい。

②物事の考え方が、“全か無か”であり、条件付きの考え方が難しい。

物事を考えるときに、“当然の前提”を考えられないため、“暗黙の了解”が存在しない。

考え方に柔軟性がないため、“杓子定規である”、“融通がきかない”などと評される。人を見るときも、“良い人”か“悪い人”かで考

Current Concept of Developmental Disorders

*東京都立小児総合医療センター、Hironobu Ichikawa : Tokyo Metropolitan Children's Medical Center

えてしまうため、「言っていることをすべて信じる」か「言っていることに全く耳を傾けない」の極端な対応になりやすい。このことは「騙されやすい」ことにも繋がる。

③会話において、意味を取り違えやすい

二つ以上の意味を持つ言葉は、使用される状況でその意味を判断する必要がある。特に、大勢で話し合っている際に、「誰と誰の会話かを判断する」のが苦手である。具体的な指示には従いやすいが、自己判断を要求される指示には混乱しやすい。相手の考え方や、現在の状況が呑み込めていないため、挨拶、自己紹介、面接などは苦手である。

④独特の考え方や行動様式を持っている

特定のことにのみ興味を持ちやすく、特定の分野で波はずれた才能を発揮することもある。特定の分野において、他人が真似できないような素晴らしい仕事をする可能性がある。一方で、広い視野に立った判断が難しいため、周囲の予測と異なった行動をとり、誤解を生みやすい。他人も自分と同じ考えであると思ひ込み、一方的な行動をとる可能性がある。

⑤科目によって大きなバラツキがある。

知的水準は高くとも、学校の成績に反映されないことがある。特定の科目では素晴らしい成績を残しても、別の科目では成績が悪い。短期記憶や聴覚認知などに課題を抱え、本人の努力と関係なく、勉強の成果が得られない。学習上の困難を抱えており、困っているにも関わらず、「頭は悪くないのに努力の足りない子ども」と思われやすい。

⑥感覚の感受性が特別である。

聴覚過敏など、特定の感覚が過敏あるいは鈍感なために、生活上の困難を抱えることが多い。自分では調節できない感覚上の問題であり、思春期以降も続くことが多い。このことにより、「火傷をしやすい」、「凍傷を作りやすい」こともある。ほとんどすべての感覚において生じる可能性があり、一人でいくつかの特別性を有する場合もある。

⑦物事への注意がうまくできない

注意をする際の方向性、持続性、配分などに

課題を抱えており、十分な注意を払えない。特定のことにのみ注意を払ってしまい、全体としての注意が行き届かない。自分の興味あることだけにのめり込みやすい。

⑧衝動性が高い

物事の本質を理解することが苦手であり、目の前の出来事に対して一方的な判断をして衝動的な行動に陥りやすい。自己抑制が苦手なため、注意された際に、周囲が理解できないような怒り方をすることもある。注意されても、その意味が適切に理解できないため、納得したように見えても、しばらくすると同じような行動をとり、注意される。このようなことを反復しているうちに、一段と衝動性が充進し、何回も注意を受ける。何回も叱責されているうちに、自己評価が低下し、自暴自棄的になることもある。

Ⅲ 発達障害支援の経過

1. 国内での経過

東海地区の発達障害児者団体が中心になり、国会議員に対して知的障害のない発達障害児者も公的支援が必要であることを訴えていた。これらの動きに答えて、国会議員が中心になり、平成16年2月～12月まで厚生労働省において検討会が約10回開かれた。これに並行して、平成16年12月に発達障害者支援法が国会を通過し、平成17年度から施行された。この法律の成立は国会議員に加え、医療、教育、福祉、心理などの関係者が10カ月にわたって検討してきた結果であった。文部科学大臣と厚生労働大臣が連名で署名しており、議員立法でありいわゆる理念法である。この法律施行の結果として、平成22年12月の障害者自立支援法の改定、平成23年7月の障害者基本法の改定の中で、対象は身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）と明記され、発達障害が法案上も障害の仲間入りをした。障害者自立支援法が審議の中で替わった総合支援法、および差別解消法などでも、その対象となっている。

教育では平成19年度から特別支援教育が正式に始まり、その対象は発達障害児などであり、「学習障害、高機能自閉症、注意欠陥（欠如）

多動性障害など」とされた。平成14年の文科省調査では、教育上の配慮を要する児童生徒は、平成14年度通常教育に6.3%、平成24年度調査で6.5%いるとされた。同様に、特別支援教育に在籍する生徒は平成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%となる。この調査では、学習障害、注意欠陥多動性障害、自閉症などの社会性を調べる、3質問紙を用いている。特別支援教育を開始する背景には、平成4年から11年まで開かれた、「学習障害に関する協力者会議」の結論があった。通常学級に在籍し、知的障害はないが学力に極端な遅れを示す生徒への対応が問題となっていた。現在の就学相談では、知的障害がない場合は通常学級に在籍すべきだが、学力に加え、行動上の問題や対人関係面で課題を抱える“発達障害”のある子どもたちでは、知的水準は高い場合もある。これらの知的障害のない生徒に対しては、通常学級に在籍して特別支援学級に通級、あるいは固定の通常学級への転籍などが正式に可能となった。

発達障害者支援法の中では、「対象者（児）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とされ、次官通達では、ICDのF8（学習能力の特異的発達障害、広汎性発達障害など）およびF9（多動性障害、行為障害、チック障害など）に含まれるもの」とされた。この法律の対象者は、ICD（International Classification of Diseases：WHOが使用している、医療の国際疾病分類）を使って定義されており、Fコード（精神科）の大カテゴリーのうち、F8、F9を支援対象としている。学習障害、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害などをまとめて“発達障害”として支援しようとする点がその特徴である。実際に臨床場面で会う子どもたちは広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、協調運動障害、コミュニケーション障害などが単独で存在するのではなく、重複して存在することが珍しくない。世界的には、異なる定義を行っている国もあるが、まとめて発達障害として支援する、我が国の定義を臨床面から合理的とする考え方もある。

2. 海外での経過

米国では1960年代から発達障害（Developmental Disabilities）という公衆衛生学に基づく概念があり、重度の精神遅滞や脳性麻痺などが支援の対象となってきた。日本での発達障害（Developmental Disorders）概念に近いものについては、クリントン大統領時代にNIMH（国立精神保健研究所）を中心にADHDの大規模研究が行われ、薬物治療を中心とする治療法がその中心におかれた。またブッシュ大統領時代に、我が国と比較すると約100倍の予算が自閉症に計上され、生物学的な研究が積極的に行われている。米国の場合は、これらの研究を国家的プロジェクトとして行い、診断や治療についての先進な方策を見出していこうとする方向性が見られる。

英国では2009年に自閉症法（Autism Act）が作られ、さまざまな支援が可能になっている。日本ではWHOによるICDに基づく診断基準が使用され、広汎性発達障害（PDD）、多動性障害（HD）、学力の特異的発達障害（SDD）が使用されるが、英国では自閉症スペクトラム障害（ASD）、注意欠陥（多動性）障害（ADHD/ADD）、特異的学習障害（SLD）が使用されている。国内で使われる精神遅滞（MR）が英国では学習障害（LD=Learning Disability）とされている。国内のSDDは英国ではDyslexia（読字障害）、Dyscalculia（計算障害）、Dysgraphia（書字障害）にあたる。このあたりの用語、疾病概念については、国によって異なっており混乱を来しやすい。

IV 発達障害と医療

国内の医療現場では、世界保健機関によるICDと米国精神医学会によるDSM（Diagnostic and Statistical Manual）が診断基準として使用されている。精神科の症状は客観的な数字による評価が難しいため、これら診断基準は「表面に出てくる症状をいくつ満たすか」を診断根拠にしている。発達障害者支援法の中には、学習障害、注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害などが例としてあがっているが、臨床場面ではこ

れらに加えて、発達性協調運動障害、コミュニケーション障害等も含まれている。

1. 広汎性発達障害

対人関係、コミュニケーションの障害、独特の考え方や行動のし方を持つ自閉性障害や、対人関係の障害と独特の考え方・行動様式を持つアスペルガー障害がその中心である。予後調査からは、精神遅滞（知的障害）の重い者、軽い者、ない者に分ける分類が知られている。本年5月に公表された新たな診断基準であるDSM-5では、自閉スペクトラム障害（自閉スペクトラム症）（ASD）として一括りにされており、下位診断はなくなっている。一方で、知的障害、言語障害、他の疾患背景などを特定する必要がある。

その特徴がよく見られる、就学前のエピソードには以下のようなものが知られている。

「1歳までは手がかからなかった」、あるいは「這い這いの頃から大変だった」、と記憶が両極端に分かれる。2歳まででは、刺激に対する極端な反応、人見知りがない、呼名回避、言語遅滞などが目立つ。就学までには、多動で迷子になる、玩具に興味を示さない、玩具を本来の目的に使わない、一人遊びを好む、形式的な遊びに留まる、こだわりが目立つ、「グルグル回っても目が回らない」、「乗り物酔いがひどい」、視線回避、呼名回避、睡眠覚醒リズムの障害などがある。また視聴覚・触覚などの感覚過敏/鈍麻があり、騒々しい環境や特定の音（運動会のピストル、トイレの流水音等）を嫌がる、味覚や触感・色に基づく偏食等もみられることがある。就学後は一旦安定期になることが多いが、知的水準や言語遅滞の重い場合を中心に、いわゆる“パニック”（不穏）が生じたり、睡眠障害がみられることがある。小学校高学年以上になると、男子では母親より体力が強くなるため、“パニック”様の興奮や自傷・他害がある際には、家庭対応が困難となる。

2. 注意欠陥多動性障害

不注意、多動・衝動性が三徴とされるが、不注意だけ、多動・衝動性だけの場合もある。注意の持続が特定の事柄にばかり集中しており、

全体に対する注意の配分ができない。周囲からは、なぜ興味を示すか分からない。騒々しい環境などでは、情報処理が難しいためか、自己コントロールが苦手で、不安定となる。注意・叱責を中心とする通常の注意の仕方よりは、クールダウンやカームダウンが有効である。成長につれて多動は目立たなくなるが、不注意は成人になっても持続している。衝動性は周囲の環境因が強く影響し、静かな少人数の環境では安定している。DSM-5では、いくつかの項目について変更があったが、名称含め大きな変更はなかった。これまで広汎性発達障害との併記は認められていなかったが、今回の改定で併記可能となった。児童・青年期に出現する症状については、下記のようなものが知られている。

「多動性」については、「（座っていても）手足や身体を動かす」「離席する」「余暇活動などに落ち着いて参加できない（はしゃぎ回ってしまう）」「多弁」など6項目が含まれる。但し幼児期にはどの子どもも多動の傾向があり、小学校低学年迄は離席は時にみられるなど、年齢によって変化しやすい項目であり注意を要する。クラスで多くの生徒が離席するようであれば、学級運営のし方にも目を向ける必要がある。また小学校高学年以降には、明らかな多動は目立たなくなり、“落ち着かない感じの自覚”“多弁”に注目して問診する必要がある。

「衝動性」については、「質問が終わらないうちに出し抜けに答える」「順番を待てない」「他者の行動を中断させたり割り込んだりする（会話やゲーム等）」の3項目が挙げられている。

3. 学習障害

医学におけるLDでは、読字障害、書字障害、算数能力障害などが知られている。読字障害としては、教科書を読むのが苦手で、「文節を切れない」、「形の似た字を取り違える」、「行を飛ばしたり再読する」、「文字は読めても、内容を理解できない」などがある。書字障害としては、「文章を読んで理解する力はあるが、文字が書けない」、「文字をなかなか覚えられず、字が不正確である」、「原稿用紙のマスの中に書けない」、「鏡文字（左右が逆になる）になる」、「へ

んとつくりが逆になる」などが見られる。算数能力障害としては、「算数用語や符号の理解にかける」、「数字を認識しない」、「数字を正しく並べることができない」、「物が何個あるか言えない」などが挙げられる。これらの背景には、視覚・聴覚からの情報の受容、統合、表出のどこかに遅れや偏りが生じる、一種の認知障害が存在し、その結果として学習面の課題を抱えると思われる。DSM-5では、特異的学習障害となりそうだが、内容に大きな変化はなさそうである。

4. その他

これ以外にも、極端に不器用である発達性協調運動障害、「言葉がうまく表出できない」、加えて理解がうまくできない、「音韻に問題がある」、「吃音がある」などのコミュニケーション障害なども発達障害に含まれる。DSM-5では、発達性協調運動障害は、チック障害などとともに運動障害の分類に入っている。

V 発達障害をどうとらえるか

発達障害は支援法が成立してから約8年の間に、国、都道府県、市区町村が中心となって、発達障害の啓発・普及が行われてきた。発達障害がいくつかの法律上も明記され、障害の一つとして認められつつある。発達障害者支援センターは都道府県、政令都市60カ所以上に設置され、相談業務や支援体制の整備が行われてきている。ハローワークにおける特別枠を利用した就労も行われ、ジョブコーチなどの導入も行われている。教育においても特別支援教育が始まり、校内にはコーディネーターが任命され、専門家チームも導入され、個別支援計画も作られ始めている。いくつかの分野で発達障害への支援は進みつつある。この結果として国民の間に「発達障害」という言葉は知られるようになってきているが、内容について適切に理解されているかについては疑問な点もある。

例えば、大阪で行われた裁判員裁判で、アスペルガー症候群と鑑定された被告に求刑を上回る判決が出た件である。40代の男性が小学校の頃から「いじめ」の対象になり、不登校が始

まり約30年間「ひきこもり」を続けていた。母親や姉が中心になって支援を行っていたが、「自分がうまくいかないのは、家人のせいである」と誤解して、姉を殺害してしまった事件である。この件は現在控訴中であり、まだ裁判が続いている状況であるが、裁判員裁判での判決については理解できない点は何点かある。この方が就学したのは、今から35年ほど前であり、「発達障害」は社会的に認知されていなかった。おそらく、周囲からは、本人は「努力の足りない、困った子ども」とされ、保護者は「躰のできない親」と非難されてきた可能性がある。「発達障害」への支援も行われないうちに成人に達してしまい、孤立していったと思われる。社会から孤立したことについては、彼に責任があるというよりは、適切な支援を行ってこなかった社会の方に問題があると思われる。

VI 発達障害の特徴

発達障害は人生を通じて存在している。初めは学童年齢で話題になったが、やがて中学生に成長し、高校性になり、社会人になっていく。現在は成人になった発達障害者への対応が遅れている。また、発達障害は早目に気づいて、適切な対応がなされれば、社会不適応を感じることは少なくなると思われる。このことは発達障害者が変わってもらいだけでなく、社会そのものの、発達障害者の受け入れが改善されることが重要である。

1. 発達障害の特徴

i) その数の多さ

医療の現場から出てくる数字は、特定の母集団によるものだが、教育から出てくる数字は一般人口に近いものと考えられている。文部科学省からの統計では、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ても、その3倍近い発達障害を含む知的障害がいる。前述した文部科学省の統計によれば、全児童・生徒の約8%の発達障害がいることになり、日本の人口を1億2千万人とすれば、約1千万人となる。このすべてが支援を必要としないとしても、支援を必要とする者は数百万

- 連続性のある障害
- 外見上の変動もある障害



気づくのは遅い 気づくのは早い

*まったく発達障害的要素を持たない人はいるのか？

図1 発達障害の特徴

人と考えられる。

ii) 外見上の問題点の分かりにくさ

発達障害の場合、知的障害を抱えていれば、早く気づきやすいが、そうでない場合は本人も周囲も気づくのが遅くなることもある。このことは、「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いし、支援の開始が遅くなることにつながる。

iii) 発達障害の存在の境界は明確ではない (図1)

発達障害があるかないかを明確にしめすことは難しい。このことは発達障害の存在は連続体(スペクトラム)であり、グラデュエーションであることにつながる。多く存在していれば、気づくのも早いですが、少なければ見逃される可能性もある。筆者の経験では、大多数の人に多かれ少なかれ、発達障害的要素は存在しており、程度が違うように思える。このことは、「発達障害が存在しているとはいけない」わけではないことにつながる。存在していても支援が不要な人もいるが、社会生活に困難さを感じているのであれば、支援の対象になるであろう。

iv) 外見上は症状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る。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、落ち着いて過ごすこともある。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、安定することもある。このことは置かれる環境や、対応の仕方によって大きく変わることを示している。

v) 家族的背景を持つことがある。

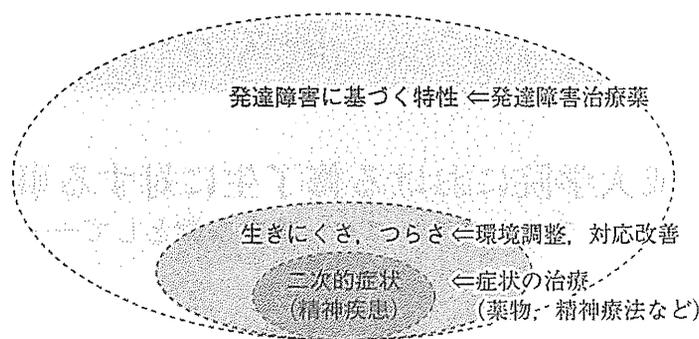
最近欧米を中心に発達障害の遺伝的背景が指摘されており、メタ解析によると、ADHDでは統合失調症よりも遺伝的背景が強いことが示唆されている。このことは、発達障害への対応がよくないことで、家族を責めても仕方がないことにつながる。臨床場面でも、保護者に発達障害が存在していると、子どもの発達障害の存在に気づくのが遅れることはよく経験する。

vi) いくつかの発達障害が同時に存在していることは珍しくない

発達障害は、単独で存在することは珍しく、多くが重複して存在する。ASDの存在で来院されても、ADHDやLDが重なっていることは珍しくないし、発達性協同運動障害やチック障害が併存していることもある。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る。

2. 大人になった発達障害者

発達障害は全人生的に存在しているものであり、大人になっても存在している。社会生活上困難を来している場合もあるし、課題を抱えていないこともある。低年齢から発達障害の存在に気づいて、いろいろと対応してきたが、社会的困難を成人に持ち越している場合もある。一方で発達障害の存在に気づかないままに大人になって、社会生活や家庭生活での困難に直面する場合もある。発達障害による多少の困難さを抱えていても、学校教育では成績が良ければ、見逃されていると思われる。例えば、不注意が優勢のADHDにおいては、成人してから職場などの社会生活や、夫婦・親子関係などの家庭生活で困難を来す。これまで、大きく取り上げてこられなかった分野であり、これから支援が行われるべきところである。社会生活においては、就労に際して困難を感じる例は多い。会社への連絡の取り方、履歴書の書き方、面接の仕方などで戸惑う。就労しても職場の人間関係で苦勞することは多く、ジョブ・コーチなどに入ってもらった方がよい場合もある。人間関係の破綻が契機で就労持続困難な場合もある。会社における労務管理や職場環境の適正化が十分で



発達障害に基づく特性：忘れ物，段取りができない，片付けられない
 生きにくさ，生きづらさ：社会生活の中で感じる
 二次的症狀：抑うつ，不安，依存など

図2 発達障害と治療

なければ，退職に追い込まれることもある。この場合に本来機能を果たすべき，産業医もまだ十分に機能を発揮しているとは言えない。仮に退職しても，再就労の道は険しいのが現実であり，パート職を繰り返す例も珍しくない。

Ⅶ おわりに (図2)

臨床現場で，発達障害児者と接していて感じるのは，発達障害は「境界の明確でない連続体」と考えられる。昨年の文部科学省から出た数字は，“教育上の配慮を必要とする児童・生徒”として約8%であり，多少の傾向を持つ人まで入れれば，かなりの数になると思われる。もちろん全員が支援を必要としているわけではないが，置かれる環境や対応が適切でないために“生きずらさ”や“生きにくさ”を感じていれば支援の対象になる。またこのような状態がさらに続けば，二次的な精神症状を来すこともある。学校場面や職場で“生きずらさ”や“生きにくさ”を呈しているならば，環境調整や対応改善が必要になる。二次的な症状が存在し，

医療現場を訪れるようになった際に，呈している症状への対応だけでなく，背景にある発達障害に着目できることが重要である。もちろん“生きずらさ”や“生きにくさ”を呈してくる背景にある発達障害に対して，直接的な働きかけができれば，それに越したことはない。就学前からの“早期の気づき”，“早期の対応”を目指して，“児童発達支援センター”の設置が具現化しつつある。これらの支援が進む反面，40歳代以降の発達障害者は生育過程で発達障害が知られておらず，本人も保護者も誤解され非難を受けている実情がある。発達障害の更なる理解・普及が進み，本人・保護者の理解だけでなく，社会の受け入れ改善が進むことが期待される。

文 献

- 市川宏伸 (2012) 医療における発達障害の支援. LD 研究 21 ; 143-151.
 市川宏伸 (2013) 現状と課題—国内外の動向. 総合リハビリテーション 41(1) ; 7-11.

特集 成人のADHD

成人におけるADHDの概念*

● 市川宏伸**

Key Words : adult ADHD, lifespan of ADHD, diagnosis and treatment

はじめに

注意欠陥/多動性障害(attention deficit/hyperactivity disorders ; ADHD)は, 米国精神医学会の診断基準であるDSM (Diagnostic and Statistical Manual)の中に記載されている診断名であり, DSM-IV-TRでは注意欠陥および破壊的行動障害の中に, 特定不能の注意欠如/多動性障害とともに記載されている。その概念の歴史を紐解くと, 多動症候群, MBD概念などに行きつく。行政的には, 発達障害者支援法に基づく発達障害の一つとしてADHDが取り上げられている。日本精神神経学会は注意欠如多動性障害という用語を使用しているが, 市販されている成書や発達障害者支援法では注意欠陥多動性障害が用いられている。

1. 多動症候群(hyperkinetic behavior syndrome ; HBS)

脳損傷と関連して, 多動, 衝動性, 注意転動, 易興奮性を示すことが報告され, 多動を示す一群が多動症候群とされていた。1920年頃になり, 世界的に蔓延したエコンモ脳炎の後遺症として, 脳損傷行動症候群(brain damage behavioral syndrome)が報告された。この中で, 落ち着きのなさ, 不眠, 易刺激性, 注意転動などの症状が

注目された。1930年代になり, 多動, 注意集中困難な子どもの報告がなされ, その原因をエコンモ脳炎の脳幹部障害と結びつけ, 脳器質障害と考えられた。しかし, 多動症候群における脳障害の同定は難しく, 周産期の出来事に原因が求められることもあった。その後, 教育を中心に, これらの子どもへの育児, 教育の困難さに対して治療教育技法の開発が試みられ, これは学習障害概念(learning disability)と結びつき, 国内の教育界に広まった。

2. 微細脳機能不全(minimal brain dysfunction ; MBD)¹⁾

粗大な脳損傷は認めないのに, 活動性亢進, 感情易変性, 衝動性, 注意転動, 知覚障害を示す子どもは微細脳損傷(minimal brain damage ; MBD)とされた。一方で, 「脳の器質的損傷が確認されていないのに, 治療不能との印象を与える脳損傷概念は適切でない」とされ, 機能障害(minimal brain dysfunction ; MBD)が使われるようになった。これらには類義語も多く, 用語の混乱もあったが, 学童の約5%, 男子で女子の4倍などとされ, 現在のADHDの疫学と近い数字も出ていた。MBDの症状は多様で, 診断と結びつけるのは難しい点もあったが, 多動・活動性の亢進, 協調運動の障害(不器用さ), 学習能力の障害が中心症状と考えられた。

3. 注意欠陥/多動性障害(ADHD)

「微細であるという証明ができていないのに

* The outline of adult ADHD.

** Hironobu ICHIKAWA, M.D., Ph.D.: 東京都立小児総合医療センター(☎183-8561 東京都府中市武蔵台2-8-29); Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Fuchu, Tokyo 183-8561, Japan.

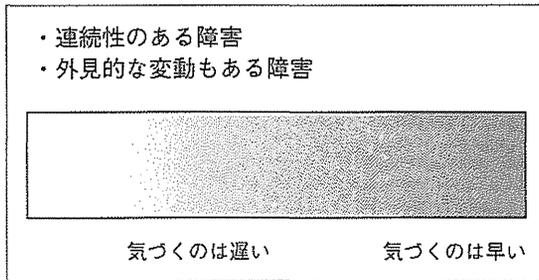


図1 発達障害の特徴

minimalという言葉を使うのはおかしい」という考えから、ADD (attention deficit disorder) という概念が出てきた。それまでは、脳器質疾患の範疇で追究されてきたが、その本質の解明が難しく、症状が重視されるようになっていった。医学の場では、小児神経学から精神医学の場で診断が行われるようになった。DSMはWHOによる国際疾病分類 (International Classification of Diseases ; ICD) とともに、精神医学で使用されている操作的診断基準であり、約10年ごとに改定が行われている。診断項目を用意して、いくつ満たすかで診断するが、診断項目には、多動症候群、微細脳機能不全などの器質的な原因に直接結びつく生物学的な診断項目はない。同時に症状として、多動、衝動性、不器用に代わって不注意 (注意集中困難)、多動、衝動性が重視されるようになった。DSM-IIの小児期多動性反応は、DSM-IIIでは、注意欠如障害となり、多動を伴うもの、伴わないもの、残遺型、の下位分類ができた。DSM-III-Rでは注意欠陥・多動障害、DSM-IV, DSM-IV-TRでは注意欠陥/多動性障害、特定不能の注意欠陥/多動性障害とされた。また、下位分類として混合型、不注意優勢型、多動-衝動性優勢型がある。近々出版される予定のDSM-5では、不注意優勢型が2型に分けられる予定である。

4. 発達障害としてのADHD (図1)

国内では、これまで身体障害、知的障害、精神障害に対しては、公的扶助が行われていたが、それ以外は支援の対象外であった。2005年度に発達障害者支援法が施行され、広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders ; PDD)、学習障害 (learning disorders ; LD) などと並んで、ADHDも支援対象とされた。この法律では、支

援対象疾患をICD-10のF8とF9を中心に規定しており、医療とまったく無関係ではない。現在臨床現場で診察していると、ADHD, PDD, LD, 発達性協調運動障害など単独での診断よりも、合併している例が多く、発達障害と括ることも支援上は有効な場合が少なくない。低年齢でADHDの症状を示していた典型症例が、数年の経過を追っていくうちに、PDDなどに診断の変更あるいは追加をする必要が生じることは珍しくない。診断上の異同の問題を考慮しても、このような例を無視することはできない。

発達障害であるADHDの特徴を考えると、「境界がわかりにくくその数が多い」といえる。このことは、「ADHDと診断されれば治療が必要」ということではなく、「支援を必要としない場合から、積極的支援が必要な場合まで幅広く、時間の経過とともに外見上は変化する可能性もある」ということになる。

ライフスパンとADHD

他の発達障害と同様に、ADHDは生涯を通じて存在しており、社会適応がうまくいかない場合は、なんらかの支援が必要になる。

1. 就学前

低年齢でその存在に気づき、適切な対応ができるようになれば、その後のライフスパンで不都合を感じることは少ないとされる。現在の操作的診断基準では7歳までに症状が出ることになっていることから、これまでの1.5歳、3歳の健康診断に加え、就学前の5歳時診断が提唱された。鳥取県をはじめ、いくつかの行政単位で5歳時健診が行われたが、年少児童の保護者からは診断に対する抵抗感も強かった。一方で、愛知県の豊田市では、幼稚園や保育園の児童を対象に、こども発達支援センターによる対応が行われている。このように、早期診断・早期治療という考えから、早期の気づき・早期の対応に変わり始めている。厚労省では、保護者の心理的負担の軽減を考慮して、「なんらかの気づきがあった段階で、その対応が相談できるシステムの構築」を考えた。子ども発達支援センター (仮称) を作り、専門性あるスタッフを集め、幼稚園や保育園段階での紹介相談、巡回相談などが考

慮されている。

2. 就学後(図2)

就学後はADHD児に対する対応は教育現場が中心となる。教育では、1992年から1999年まで「学習障害に関する協力者会議」が文部省で開催され、学習障害(learning disability)への対応が検討された。それまでは“学習障害”と括られていたが、1999年夏から、この会議の答申を受け、教育界でもADHD概念が使用されるようになった。2007年度から特別支援教育が開始され、ADHDを含む発達障害児への支援が充実した。2008年には、学校教育法上の通級学級の中にADHD学級の設置も認められている。この結果、集団参加重視の方針から“個を重視する教育”が提唱されるようになった。特別支援教育の開始により、これまでの通常学級、特殊学級、盲聾養護学校という厳密な学級分けから、通常学級、特別支援学級、特別支援学校に代わり、通級などによる学級間の連携がより諮られるようになった。2012年12月に文科省から発表された「通常学級において特別な配慮が必要な生徒」は6.5%とされており、2002年度と比較して多少の増加となっている。そのうちADHD評価尺度を使用して調査した「行動面で著しい困難」な生徒は3.1%とされ、0.6%増加している。これ以外に特別支援教育対象者の中に知的障害を伴わない発達障害が1.4%とされており、これらも含むと3~4%と考えられる。教育現場では、多動な生徒、衝動性の高い生徒については気づかれやすい反面、不注意だけを抱えている生徒は見逃されやすい。言い換えると、不注意優勢型ADHDの生徒や保護者の抱える困難さが、学校では理解されていない可能性がある。

ADHDを含む発達障害は、初期は学童年齢で話題になり、その後成長につれ中学、高校、大学などで話題になっている。ADHD生徒の症状は置かれる環境や対応に依存することが多い。たとえば、小学校では担任の交代により落ち着く子どもや不安定になる子どもがいる。学校場面で重視される多動や衝動性は、環境に大きく依存しており、静かな環境であると目立たない。一般的には家庭よりは学校の教室内で目立つ可能性があり、この点は担任と保護者の関係に反

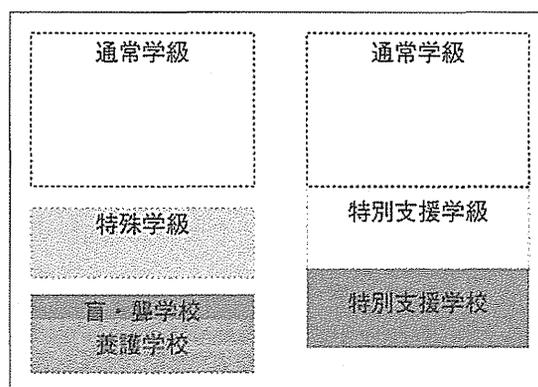


図2 特別支援教育の導入

映される可能性がある。

知的障害を伴わないADHD生徒は通常学級あるいは特別支援学級での対応が中心になるが、学級の存在は行政単位によって異なっている。高校年齢では全日制高校、定時・通信・単位制高校、特別支援学校に加え、サポート校などによる支援が行われている。大学センター試験に際しては、発達障害であることの証明ができれば、別室受験、答案上の配慮、試験時間延長などが認められることもある。センター試験で認められた受験形式は大学受験でも認められる。大学入学後も、発達障害については学生保健センターで対応していたが、最近は発達障害に特化した支援室などを設ける大学が出てきている。

成人のADHD

歴史的経過からは、ADHDは小児期に注目されてきたが、大人になっても疾患そのものは存在している。器質的背景を持つ疾患と考えられていた頃は、予後を楽観視する考えがあったが、最近は「予後は楽観できない」とする考えが支配的である。多動は成長につれて、一般的に目立たなくなるとされており、不注意は大人になっても続き、成人で社会適応している場合は、自分なりに工夫していると考えられる。衝動性は周囲の環境によって大きく異なるが、社会適応に直接関与する症状である。

1. 診断基準²⁾

現在使われているDSMの診断基準では年齢は除外項目になっておらず、成人期になっても使用できる。しかし、そのほとんどの診断項目は、

表1 ADHDの成長過程における症状および問題例

乳・幼児期	学童期	青年期	成人期
(乳児期) ・よくぐずり泣く、睡眠が不安定、発声が乏しい、抱かれるのを嫌がる、なだめにくい、あやしたりほほえみかけても喜ばない など	・先生の話の聞いたり、じっと着席したり、与えられた課題をやり終えることができない ・仲間関係で孤立 ・周りの大人との葛藤が増加し、反抗的挑戦的な関係が日常化しやすい など	・ADHD症状そのものは減少 ・学業成績の不良、自尊心が低い ・自らの行動が他の人にどう影響しているかに気づかず、仲間関係が損なわれがち ・約束を守らない、責任感がない、信頼できない など	・転職が頻繁、不注意のための仕事上の失敗、衝動的買い物、思いつきの旅行、交通事故の繰り返し、反社会的行動による拘留 ・順序立てて行動できず整理整頓ができない、忘れ物が多い、時間感覚がない、計画したことを実行できない ・うつ病、双極性障害、反社会的パーソナリティ障害、不安性障害、強迫性障害などの精神障害を併存しやすい など
(幼児期) ・はしゃぎすぎ、熱狂的、次々と対象が移る、レストランでじっとしていない ・指示に従わず、かんしゃくが激しい、反抗的行動を繰り返す ・保育園や幼稚園などの集団で、自分かげがをする、他の子どもに危害を加える、物を壊す など			

(文献³⁾より引用)

小児を対象と考えられるものであり、成人の診断には使用しにくい。DSM-IV-TRになってはじめて、すべての診断基準を満たす成人ADHDが本文に記載された。発刊予定のDSM-5では、社会生活に当てはまる診断項目を用意して、成人に使用しやすいものとするのが予定されている。1980年に出された、Wenderらによる成人ADHDのユタ大学診断基準では、両親や年長同胞から提供された情報に基づいて、小児期にADHDが存在していたことを証明したうえで、成人期にも持続する症状の確認が必要である。多動、集中困難の2項目を満たしたうえで、感情易変性、課題の達成できなさ、痾癢や爆発性、過剰な情動反応、衝動性から2項目以上満たすことが条件であり、いくつかの除外診断を設けている。成人になって受診する場合は、幼少時期の客観的状況を母親をはじめとする養育者に確認する必要があるが、情報を得難い場合もある。養育者が遺伝的背景を有していると予測される場合は、養育時の育てにくさを記憶していない場合もある。

2. 疫学

小児期ではADHDの性比は5~6倍男子に多いとされている一方で、成人では性比は1:1に近

づくと考えられている。この理由についての明確な説明はないが、ADHDが低年齢で生じることを考慮すれば、成人になって気づかれる例が多いと考えられる。以前から女子では不注意優勢型が多く、見逃されている可能性が指摘されており、成人して社会や家庭内で不都合を感じてADHDの存在に気づく例が多いのかもしれない。

3. 症状(表1, 図3)

臨床域に達していないとしても、学業・業務上の成績不振(「スケジュールが守れない」、「忘れ物が多い」、「業務が終わらない」など)、情緒不安定(「自己評価が低い」、「自信が持てない」など)、人間関係の構築が苦手(「傾聴できない」、「社会的スキルが身につかない」など)、社会適応不全(「無計画にお金を使う」、「ゲームやギャンブルにのめり込む」など)が知られている。これ以外にも、「怪我が多い」、「交通違反・事故が多い」、「家庭内問題が多い」などの報告もある³⁾。

臨床的には、ADHDについては反抗挑戦性障害(oppositional defiant disorder; ODD)、素行障害(conduct disorder; CD)の併発・移行が指摘されており、ADHDとして経過を追っていた症例で素行障害の診断を追加しなくてはならないことも珍しくはない。また、成人ADHDの合

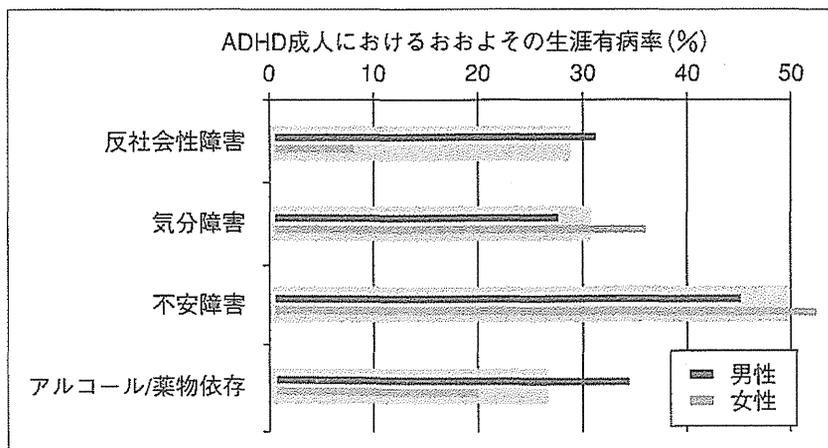


図3 ADHD成人期によくみられる合併診断
 (Biederman et al. Am J Psychiatry 1993 ; 150 : 1792, Biederman et al. Psychiatry Res 1994 ; 53 : 13, Shekim et al. Compr Psychiatry 1990 ; 31 : 416より引用)

併症として、不安障害、気分障害、薬物嗜癖・乱用、反社会的行動が多いとされている。米国では、「軽犯罪で刑務所にいる入所者の約25%は、低年齢でADHDを見逃していた」という報告もある。

4. 治療

ADHDの治療についても、小児を中心にした報告が多く、予後調査として成人の報告が多かったが、最近は成人になってからADHDの存在に気づく例もあり、成人ADHDの治療が注目されている。臨床現場の経験をもとに、自験例を記述してみる。

a. 年少時から継続しているもの

年少時にその存在に気づいていた場合は、なんらかの対応が行われているはずであるが、その予後は一定とはいえない。一般的には、環境調整や対応改善あるいは薬物治療などがうまくいって、自分に自信を持てる場合は、成人になっても社会適応がうまくいく例が多い。

逆に「注意されてもよく意味がわからず、失敗・叱責を反復するうちに、自信を喪失して、自己評価が低下してしまう」場合は、自棄的になり社会適応をあきらめ、二次的な症状が出現することがある。

b. 成人になってから気づいたもの

ADHDの存在は年少時からあったとしても、その存在に本人や周囲が気づかず、成人してから疑問を感じて来院する場合もある。この中に

は、(1)まったく気づいていなかった例、(2)発達障害の存在にうすうす気づいていた例がある。成人になってから受診する場合は、下位分類としては不注意優勢型が多い。

(1)まったく気づいていなかった23歳の男性
 初診時主訴：怪我をしやすい。

大人しい生徒で、学校では大きなエピソードはなかった。学校の成績は良くなかったが、何人かの友人はおり、周囲からも特別に指摘された記憶はない。自覚的には、忘れ物が多く、部屋の片づけができなかった。高校卒業後、食品関係の会社に勤務するが、指示がうまく理解できず注意されることが多かった。2年後に会社を辞め、家人の建築関係の仕事を手伝うようになった。足場を踏み外したり、梯子から落ちて骨折を何回かしており、家人から「どこかおかしいかもしれないから、受診してこい」と言われて来院した。これまでの経過、診断基準に照らし合わせて、不注意優勢型のADHDと診断した。ADHDRSでは不注意項目22点、多動・衝動性項目5点であった。これらの説明をして、建築関係以外の職場への転職をすることを提案した。

(2)うすうす気づいていた25歳の男性

初診時主訴：発達障害かどうか調べてほしい。

真面目な学生であり、友人にも恵まれていた。学校の宿題を忘れることはあったが、特別に叱責された記憶はない。乗りの良いところもあり、学校ではムードメーカーになっていた。大学で

は成績は良くなかったが、友人が助けてくれて無事卒業した。出版関係の会社に勤めるが、「上司の指示にうまく従えない」、「時間がかかる」、「机が整理できない」、などの問題を抱えていた。上司からは、「発達障害ではないか?」と言われたが、素直に受け取れなかった。仕事が忙しく、「うつ状態」になり、職場のカウンセラーの勧めで来院した。これまでの経過、診断基準に照らし合わせて不注意優勢型のADHDと診断した。ADHDRSで不注意項目25点、多動・衝動性項目3点であった。ADHD治療薬の服用を開始し、3週間服用頃から、「指示にすぐに従える」、「自分に自信を持てるようになる」との実感が得られた。ADHDRSの不注意得点は8点に下がった。

おわりに

成人の注意欠陥/多動性障害(attention deficit/hyperactivity disorders ; ADHD)については、診断基準も含めてまだ十分とはいえない点も多い。年少時に、多動・衝動性優勢型、混合型ADHD

は気づかれやすく、社会適応に失敗すると、成長につれて二次的な症状を呈してくる可能性がある。不注意優勢型は学校で気づかれない場合があるのと同様に、成人ADHDでも社会生活で不都合を生じていても、本人、周囲ともに見逃している可能性がある。最近、発達障害が報道されるようになり、自分から医療現場を受診する成人も増えてきている。精神科医療の現場で、専門的な発達障害の診断、治療が行われることが期待される。

文 献

- 1) 上村菊朗, 森永良子. 小児のMBD. 東京: 医歯薬出版; 1980.
- 2) 中根 晃・編. ADHD臨床ハンドブック. 東京: 金剛出版; 2001.
- 3) 齊藤万比古, 渡部京太・編. 注意欠如多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン. 東京: じほう; 2008.

* * *

現状と課題—国内外の動向*

市川 宏伸¹⁾

Key Words: 発達障害, 発達障害者支援法, 発達障害者支援センター

国内の動向

2004年12月に発達障害者支援法が国会を通過し、2005年度から施行された。この法律は国会議員が中心となり、医療、教育、福祉、心理などの関係者が10か月にわたって検討してきた結果であった。文部科学大臣と厚生労働大臣が連名で署名した法律であり、理念法であって行政が作成したものとは異なっている。この結果として、身体障害、精神障害、知的障害に加えて発達障害が法案上も障害の仲間入りをした。この法律が施行されるまでは、例えば自閉症があっても、知的障害を伴っていないと公的扶助の対象とならなかった。知的障害を伴わなくても、対人関係面や、コミュニケーション面に課題を抱え、社会適応に困難を来す人たちが、やっと支援の対象になったわけである。役所の窓口で支援を求めれば、法律施行前と異なり、門前払いはされなくなったわけである。

教育では2007年度から特別支援教育が正式に始まり、その対象児は「学習障害、高機能自閉症、注意欠陥多動性障害など」とされた。2002年の文科省調査では、教育上の配慮を要する児童生徒は、通常教育に6.3%いるとされ、この時点で特別支援教育に1.2%おり、計7.5%がこれらの対象と考えられた。それまでは通常学級、特殊学級、盲聾養護学校と分けられていた学校制度が、通常学級、

特別支援学級、特別支援学校に代わった。この背景には、1992年から1999年まで開かれた、「学習障害に関する協力者会議」の結論があった。通常学級に在籍し、知的障害はないが学力に極端な遅れを示す生徒への対応が問題となった。知的障害がない以上通常学級に在籍すべきだが、学力に加え、行動上の問題や対人関係面で課題を抱える“発達障害”のある子どもたちが中心であった。これらの生徒に対しては、通常学級に在籍して特別支援学級に通級や、固定の通常学級への在籍などが正式に可能となった。これらを考慮して、特別支援学校、特別支援学級、通常学級の垣根を低くした。このことは明治以来の通常教育と特殊教育と言う別々に存在していた教育に接点を見出すことともなった。また盲聾養護学校在籍者のなかには重複障害者が少なくないことから、特別支援学校として異なる障害への専門性をもつ教員が在籍して、重複障害への対応を目指した。また障害児教育に一層の専門性をもたせるための教育免許状制度の変更を行った。

発達障害者支援法のなかでは、「対象者（児）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、国際疾病分類（International Classification of Diseases ; ICD）のF8（学習能力の特異的発達障害、広汎性発達障害など）およびF9（多動性障害、行為障害、チック障害など）に含まれるもの」とされた。ICDという国際

* Current topics of developmental disorders.

¹⁾ 東京都立小児総合医療センター：☎183-8561 東京都府中市武蔵台2-8-29
Hironobu Ichikawa, MD, PhD : Tokyo Metropolitan Children's Medical Center

疾病分類を使って定義しており、Fコード（精神科）の大カテゴリーのうち、F8、F9を支援対象とした。学習障害、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害などをまとめて“発達障害”としてまとめて支援しようとする点がその特徴である。実際に臨床場面でお目にかかる子どもたちは広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害などが重複して存在することが珍しくないため、合理的な捉え方とする考え方もある。

この法律のなかで、「国民には、“障害者への理解と障害者の社会参加に対する協力”を求めている」とともに、「国、都道府県および市町村に対しては、“発達障害に対する国民の理解を深めるよう”に啓発活動を行う」こととしている。これらに基づいて、国、都道府県および市町村では発達障害についての啓発活動を行ってきている。また、「医療、保健、福祉、教育、労働の業務に関する部局へは“障害者支援の連携”を求めている。いわゆる縦割り型の支援ではなく、連携の取れた支援を要望している。就労については、「就労機会の確保、学校における就労支援の準備をする」こととして、発達障害者の就労支援を目指している。全国の都道府県、政令都市に発達障害支援センターを作り、「発達障害を対象とする専門医療機関の確保および支援体制の整備、医療または保健業務に従事する者に対して知識の普及・啓発に努める」こととした。

その後の動きをみると、2010年12月には障害者自立支援法の改正が行われ、公布日付で施行された。対象者は身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）と明記された。障害者自立支援法は自民党政権時代に作られた法律であり、民主党政権下になり総合福祉法への変更が諮られた。障害者自立支援法では、障害者本人に一割負担を求めており、「障害者に負担をかけるのはおかしい」と言うのが、その理由であった。民主党政権の下で、首相を本部長に障がい者施策推進本部が作られ、障がい者制度改革推進会議が開催された。この会議には発達障害の代表を入れるようお願いしたが、実現できなかった。その後「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会」が作られ、各項目について具体的な検討が行われた。これら

の内容を踏まえて、最終的には総合支援法が国会を通過した。また、2011年7月には障害者基本法の一部改正が行われ公布日付で施行された。その対象は、身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）と明記されている。2011年6月に公布された、障害者虐待防止法は2012年10月から施行されたが、その対象は障害者基本法と同じであり、発達障害者もその対象に含まれている。2011年3月には、精神保健福祉手帳の改訂が行われ、申請のための診断書に発達障害項目の明記が行われた。知的障害を伴わない発達障害者には、厚生労働省は精神保健福祉手帳の取得を勧めているが、これにより手帳の発行が容易になった。また2011年9月からは、障害年金申請のための診断書のなかにも発達障害項目の明記が行われ、知的障害を伴わない発達障害者にも診断書の発行が容易になった。

医療分野の動きでは、off label useとして注意欠陥・多動性障害（attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD）の治療に使われていたメチルフェニデート（リタリン®）が成人のうつ病者への投与で依存・乱用という社会問題を引き起こした。この結果メチルフェニデートはナルコレプシー（睡眠発作）にのみ適用が限定され、登録された特定の医師のみ処方可能とされた。2007年の12月に6～17歳のADHDを対象に徐放性メチルフェニデート（コンサータ®）が発売された。依存・乱用できないような剤型に工夫されており、流通適正化委員会が作られている。講習会を受講した精神科または小児科の専門医、およびそれに類する医師だけが処方可能であり、管理薬剤師が講習会を受講した薬局のみが調剤可能である。現在は6～17歳で処方されている場合は18歳以降の継続使用が可能となっている。一方アトモキセチン（ストラテラ®）が、2009年6月に6～17歳のADHDを対象に発売された。こちらは、2012年8月から成人も含めて使用が可能となっており、依存・乱用の可能性が低く、一般薬とされており、医師であれば処方可能である。

海外の動向

米国ではクリントン大統領時代に、ADHDにつ

いて米国精神衛生研究所 (National Institute of Mental Health ; NIMH) を中心に大規模研究が行われ、いくつかの治療法の比較研究が行われた。薬物治療を中心とする治療法の有用性が示された。またブッシュ大統領時代に、国内と比較すると約 100 倍の予算が自閉症に計上され、生物学的な研究が積極的に行われている。米国の場合は、これらの研究を国家を挙げて行い、診断や治療についての中心的な方策を見出していこうとする方向性がみられる。

英国では 2009 年に自閉症法 (Autism Act) が作られ、さまざまな支援が可能になっている。日本では世界保健機関 (World Health Organization ; WHO) による ICD に基づく診断基準が使用され、広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders ; PDD), 多動性障害 (hyperactivity disorder ; HD), 学力の特異的発達障害 (specific developmental disorders ; SDD) の用語が使用されているが、英国では自閉症スペクトラム障害 (autistic spectrum disorder ; ASD), 注意欠陥 [多動性 (attention deficit disorder ; ADD)] 障害 (ADHD/ADD), 特異的学習障害 (specific learning disabilities ; SLD) が使用されている。国内で使われる精神遅滞 (mental retardation ; MR) が英国では学習障害 (learning disability ; LD) とされている。国内の SDD は英国では Dyslexia (読字障害), Dyscalculia (計算障害), Dysgraphia (書字障害) にあたる。このあたりの用語、疾病概念については、国によって異なっており混乱する場合がある。

2007 年 12 月に国際連合において、毎年 4 月 2 日を自閉症啓発デーとする決議がなされ、自閉症を理解してもらう取り組みが行われることになった。国内でも 2008 年 4 月 2 日に第 1 回の啓発デーが行われ、その週を発達障害啓発週間としてさまざまな取り組みが行われた。世界的に著名な建物や観光地でブルーライトアップが行われ、国内でも東京タワーを中心に行われた。その後も毎年行われている。

また英国を中心に、ASD の触法行為への取り組みが行われている。彼らは周囲が理解の難しい犯罪行為を行うため、社会的に注目を浴びることが多い。相手の質問の意図を理解しにくく、自分の

主張をうまく伝えられないため、誤解を受けやすく、重い判決が出ることもある。特に殺人、傷害などの重い罪を犯した場合、対応の困難さや被害が反復される場合を考慮する必要がある。特に家庭内に長期間“ひきこもり”状態にある場合は、支援への導入が難しく、現在でも対応に苦慮している。わが国では一定の刑期を終えた後に、家庭復帰が困難な場合は、地域定着支援センターなどの福祉的対応が考慮されており、発達障害についても同様である。英国など先進的に取り組んでいる諸外国では、医療機関内に高度治療施設、中等度治療施設などが用意され、必要に応じて福祉対応と医療対応が使い分けられている。対応の難しい発達障害者の場合、わが国でも一定期間医療において濃厚な心理的アプローチなどを行った後で、地域生活定着センターなど福祉的対応ができると望ましいと考えている。

わが国では発達障害の定義は発達障害支援法のなかに定義されており、ICD によっている。医療現場で使われている診断基準は WHO による ICD と米国精神医学会が作っている精神障害の診断と統計の手引き (diagnostic and statistical manual of mental disorders ; DSM) の 2 つがある。現在は ICD が 10 版、DSM は第 4 版改訂版が使われており、ともに約 10 年ごとに改訂が行われる。2013 年 5 月に DSM 第 5 版が発表されることになっており、その草稿が公表されている。このなかで PDD は、ASD と変更され、診断基準も大きく変わる予定である。これまでの言語上の問題はあまり重視されず、新たに感覚感受性の特異性が診断基準に入ってきたそうである。また 3 歳までには何らかの特徴が確認できる点については、具体的な年齢が取り外され、相互性の欠如が重視されそうである。ADHD/ADD については、名称は変わらず、これまでの、不注意優勢、多動・衝動性優勢、混合型とする 3 つの下位分類が 4 つに分けられ、下位分類により、現在の状態を診断することとなりそうである。7 歳までには何らかの症状がみられる点については 12 歳に引き上げられる。これまで PDD と ADHD/ADD が重複した場合は、PDD を優先することになっていたが、次の改訂では併記可能になる予定である。また、現在

の診断基準は年少者を前提に作成してあると考えられるので、成人になってからの診断基準がいくつか追加されている。LDでは、これまでの読字、書字、計算の障害をほぼ踏襲している。

現状と課題

発達障害は支援法が成立してからまだ約7年しか経過していない。この間、国、都道府県、市区町村が中心となって、発達障害の啓発・普及が行われてきた。発達障害がいくつかの法律上も明記され、障害の一つとして認められつつある。発達障害者支援センターは各都道府県、政令指定都市に設置され、相談業務や支援体制の整備が行われてきている。ハローワークにおける特別枠を利用した就労支援も行われ、ジョブコーチなどの導入も行われている。教育においても特別支援教育が始まり、校内にはコーディネーターが任命され、専門家チームも導入され、個別支援計画も作られ始めている。このようにいくつかの分野で発達障害への支援は進みつつある。この結果として国民の間に“発達障害”と言う言葉は知られるようになってきているが、内容について適切に理解されているかについては疑問な点もある。

例えば、大阪で行われた裁判員裁判で、アスペルガー症候群と鑑定された被告に求刑を上回る判決が出た件である。40代の男性が小学校の頃から“いじめ”の対象になり、不登校が始まり約30年間“ひきこもり”を続けていた。母親や姉が中心になって支援を行っていたが、「自分がうまく行かないのは、家人のせいである」と誤解して、姉を殺害してしまった事件である。この件は現在控訴中であり、まだ裁判が続いている状況であるが、裁判員裁判での判決については理解できない点は何点かある。この男性が就学したのは、今から35年ほど前であり、“発達障害”は社会的に認知されていなかった。おそらく、周囲から本人は「努力の足りない、困った子ども」とされ、保護者は「躰のできない親」と非難されてきた可能性がある。“発達障害”への支援も行われないうちに成人に達してしまい、孤立して行ったと思われる。社会から孤立したことについては、彼に責任があるというよりは、その支援を行ってこなかった社会

のほうに問題があると思われる。

この判決文のなかで、裁判長は「未だ十分な反省に至っていない」としているが、アスペルガー症候群のような発達障害者の特徴として、「相手の感情や周囲の空気を読み取るのが苦手、彼らなりの内省や反省はできても、その気持ちをうまく表現することができない」ことが知られている。また「刑務所内で内省を深めさせる必要がある」との記述もあるが、現在の国内の刑務所はアスペルガー症候群の受刑者の特性に合った矯正プログラムがほとんどない。発達障害者に反省を促すためには、彼らの特性をよく理解したうえで、彼らの特性に合ったコミュニケーション方法や心理的アプローチを、時間をかけて行う必要がある。現在の医学的立場からみると、「弁護士も裁判長も発達障害について正しく理解してくれていない」と考えられる。また、判決文のなかには「アスペルガー症候群の受け皿はなく、今後もその見込みがない」、「社会に受け皿がない以上、できるだけ長く刑務所に収容して矯正させなければならない」という記述もみられる。これも被告に責任があるわけではないし、福祉のなかに地域定着センターなど受け皿がようやく作られつつあるのが現状である。この判決が「発達障害者が問題を起こした時は、厳しい罰で対応すればよい」という単純な論理だとすれば、「発達障害のある人の特性や対応方法がわからないのでどうしてよいか分からない」、「したがって社会から隔離しておけばよい」という安易な考え方であると推測される。

もう一つの疑問点は、「親学問題」など、“発達障害”の原因を親の育て方に帰そうとする考え方である。発達障害の本当の原因が分かってない現状で、世間にはいくつかの仮説とされるものが、“原因”として流布されている。一方で本当の原因が分かっていないにかかわらず、予防・防止などを論じることは誤った方向に向かう可能性がある。その例として、大阪市に維新の会が提出しようとしていた「家庭教育支援条例案」が挙げられる。この案文では、「乳幼児期の愛着形成の不足が(中略)虐待、非行、不登校、引きこもりなどに深く関与していることに鑑み、その予防・防止をはかる」(第15条)と言う記述がある。また、「わ