

一症候群を含む)と比べ非常に少ないことである。それはわが国の文部行政の歴史が就学指導においては医師の診断を根底にしてきた伝統でもある。

米国などでは、教育用語であるLDの診断は、主として心理士(学校心理士)の仕事であるのに対して、わが国では民間資格の心理士しか存在しておらず、その役割は医師に委ねられている。そのため医学用語であるADHDや自閉症の診断はあってもLDという診断は極めて少ない理由なのではないだろうか。

IV. LDの臨床的経過と発達課題

LDの教育支援を考えると大切なのは、①知的な発達・認知レベルの推定、②自閉症・ADHD等の行動的特性の重複性、③環境・後天的な二次障害の存在である。臨床像としては音韻理解などの聴覚認知やオプトメトリック(視機能)面の視覚認知の困難が学習困難の直接的要因となっているかどうかを確認した後に、認知的な情報処理の特徴と具体的な学習困難との関連性を見ていく必要がある。少なくとも認知機能については各種の知能検査や認知検査によって明らかにすることができる(上野, 2005)。ここにも医療と教育のあるべき姿が提示されている。

またLDについては他の発達障害との関連性についても発達のていねいに追って行く必要がある。なかでもLDとADHDとの併存性の高いことは知られている。LDだけでなく発達障害全体に言えることだがその状態像は発達に伴って変化しやすい。幼児期には多動性が目立ちやすく、就学とともに学習の困難が発達課題としても前面に出てきやすい。社会性と学習の関係についてもどちらを重視するかはその時点での発達課題との関連性によって決まってくる。繰り返しになるが、LDだけでなく、すべての発達障害は何らかの学習困難を持ちやすく、また不適切な理解と対応のなかで2次障害も引き起こしやすい。

LDを特徴づける特異な学習能力の困難は、

適切な回復支援がないと、自尊感情の低下や学習全体への動機づけの低減をまねき、広範囲な学習能力の困難へと広がりやすい。また、不登校や引きこもり、衝動性や暴力、非行などの非社会性や反社会性などのさまざまな不適応行動の表出や二次障害にもつながりやすい。

発達の観点からみると、幼児期は、保護者の障害への正確な理解と受容、家庭環境の調整がマネジメントの基本である。学童期は、学習困難に対する認知の特性理解と具体的支援へのプログラム作成と実施。思春期は、本人への告知と進路などに関連した長期的な見通しへの具体的選択力の育成が重要となる。性への関心なども、ストーカー的行為に類似した行動と受け取られやすいので社会性のトレーニングは欠かせない。

青年期のマネジメント課題は、就労支援や進学などの進路選択を通して、自立と社会参加に向けた生活準備である。成人期においては本人自身の深い障害理解と安定した社会参加、さらには結婚などの家庭生活の準備と必要時の支援の求め方などの高度なソーシャルスキル能力の育成が必要となる。

一貫して必要と思われる対応姿勢は、1)子どものプライドと自信が成長の鍵となる、2)できないのではなくできるようになるのに工夫と時間がかかる、3)学習能力の前提として対人関係能力への配慮を重視する、4)直接的指導だけでなく環境の調整等への配慮をする、などであり、これらが基本的特性理解といえるのではないだろうか。

V. 残された課題

法制上、LDとその近隣の障害概念は「発達障害」と括られることとなった。教育と医療の連携のなかでLD等の子どもや青年の社会参加と自立の道をどのようにマネジメントしていくかは、近年の急激な教育環境と社会環境の変化の実態を理解していかなければならない。

今世紀に入って特殊教育から特別支援教育への大きな転換期を迎えた。LDは、知的な遅れのない「発達障害」であり、いわば包括的な障

害概念としての役割ももつ。元来、教育用語としてのLDは、学習困難 (learning difficulties) という広範な「傘概念」として登場してきた経緯がある。LDだけでなく「発達障害」全般に、何らかの学習困難のもちやすさがある。LDを学び方の相異という捉え直しの中で、learning differencesという観点から「発達障害」全体として再考し、その支援ニーズの経年的変化を理解していくべきであろう。

またLDとADHDの重複性の高さを考える時、とくにADHDに対しては医師の手による薬物の投与による行動変化が期待できることから、教育と医療の連携がどうしても必要となることは多くの専門家の認めるところである。

文 献

文部省 (1999) : 学習障害児に対する指導について (報告). 学習障害及びこれに類似する学習上の困

難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議.

上野一彦 (2002) : これからのLD教育はどうなるのか—一次の10年を展望する—. LD研究, 11, 220-226.

上野一彦 (2003) : LD (学習障害) とADHD (注意欠陥多動性障害). 東京, 講談社.

上野一彦 (2005) : 今あらためてLDを考える—軽度発達障害と特別支援教育—. LD研究, 14, 244-251.

上野一彦 (2006) : LD (学習障害) とディスレクシア (読み書き障害). 東京, 講談社.

上野一彦 (2010a) : 論説「発達障害」学生を取り巻く課題と今後の展望について. 大学と学生, 6, 2-8.

上野一彦 (2010b) : 高等学校における特別支援教育の動向—大学入試と「発達障害」の特別措置について—. LD研究, 19, 253-258.

上野一彦 (2012) : 第20回大会理事長講演 センター入試の改革は日本の教育をどう変えるか. LD研究, 21, 9-14.

上野一彦, 立脇洋介 (2012) 発達障害者の大学入試をめぐって. 大学入試研究ジャーナル, 22, 187-192.

発達障害の概念と捉え方

宮本信也*

はじめに

発達障害という用語および概念は、福祉領域から始まったものとされる。福祉とは、「公的扶助やサービスによる生活の安定、充足」(広辞苑第五版)と説明されるように、公的な支援が中心となるものである。公的支援においては、誰にでも無条件に支援をするわけにはいかず、その支援を受ける対象を規定する必要がある。そこで、支援を受ける対象を規定する法律をつくり、その法律に基づいて公的サービスが行われることになる。そのような必要性を背景として、用語とその意味するところが法律によって定められたのが、発達障害の概念の始まりといえることができるであろう。ここでは、そうした発達障害の概念の経緯について概観する。

I. 発達障害とは

1. 米国における流れ

発達障害が公に論じられたのは、米国からであったといわれている。1961年、米国のケネディ大統領により設置された諮問機関「精神遅滞に関する大統領委員会」(President's Panel on Mental Retardation)は、知的障害の実態調査と処遇に関する検討を行った^{1,2)}。この活動の背景には、親の会などの活動のほか、ケネディ大統領の妹が知的障害であったことが影響していたと考え

られている。「発達障害」(developmental disabilities)が公的用語として初めて用いられたのが、この委員会の報告を受けて1963年に出された法律(PL88-164)においてであったといわれている。発達障害の用語は、当初、知的障害と類似する意味で用いられていたが、その後、米国連邦議会が1970年に制定した法律(Developmental Disabilities Services and Construction Act, PL91-517)においてこの用語が定義されることとなる。この法律では、発達障害は「18歳以前に精神遅滞に近い神経学的状態にあり、その障害は恒久的あるいは長期に継続するものと思われ、そのためその個人にとって重大な不利益をこうむるもの」とされた。具体的には、精神遅滞のほか、脳性麻痺、視聴覚障害、てんかんなど、多彩な状態を包含する概念として、支援を必要とする子ども達を特定するための行政用語として提唱された。この法律は、その後数回にわたり改訂され、1975年(PL94-103)には自閉症と読字障害が追加され、1978年の改訂(PL95-602)では個々の疾患名ではなく、「精神もしくは身体の機能障害、あるいはその合併に起因するもので22歳までに障害が現れたもの」で「身辺自立、受容・表出言語、学習、移動、自己統制、生活自立、経済的自立の中で3領域以上に機能的制約があるもの」と状態像による規定に変更され、定義や支援内容が拡大されてきている^{1,3)}。

一方、2007年、米国精神遅滞協会(the American Association on Mental Retardation)が⁴⁾、自身の名称を米国知的・発達障害協会(仮訳)(the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: AAIDD)と変更している。変更の理由は、「精神薄弱」を「知的障害」と変更した際のわが国があげた理由と同様、「mental

Miyamoto Shinya

* 筑波大学人間系

〒305-8577 つくば市天王台1-1-1 総合研究棟D)

TEL/FAX 029-853-3977

E-mail: smiyamot@human.tsukuba.ac.jp

retardation」という表現が、誤解されやすく侮蔑的な印象を与えるというものである。さらに、「developmental disability」が併記されることになった背景については、知的障害が他のさまざまな発達障害を併存することが少なくないからだと説明している。また、知的障害と発達障害の関係については、「Developmental Disabilities is an umbrella term that includes Intellectual Disability but also includes other disabilities that are acknowledged during early childhood. Some developmental disabilities are largely physical issues, such as cerebral palsy or epilepsy. Some individuals may have a condition that includes a physical and Intellectual Disability, for example Down syndrome or fetal alcohol syndrome.」と説明している。この発達障害の捉えかたは、合衆国公法の定義に基づくものといえる⁴⁾。

2. 医学領域における流れ

医学領域では、1987年に米国精神医学会の診断分類である DSM-ⅢR により「発達障害」(developmental disorders) の概念が導入され、DSM における 5 つの多軸診断の中の第 2 軸 (Axis II) に該当するカテゴリーとして位置づけられた⁵⁾。第 2 軸には発達障害のほかにも人格障害も位置づけられている。第 2 軸の特徴は、通常小児期または青年期に発症し、寛解や増悪を示すことなく固定した形で成人期以降も持続するものとされた。DSM-ⅢR における発達障害の考え方をまとめたのが表 1 である。発達障害に含まれる状態としては、精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害があげられた。ただし、DSM-ⅢR の改訂版である DSM-Ⅳ (1994) では、これらの状態を包括する概念としての発達障害という表現は使用されなくなり、個々の診断名が、「通常、幼児期、小児期、青年期に診断される障害」という、子どもにみられるさまざまな精神障害の一つひとつとして位置づけられるようになっていく⁶⁾。

一方、世界保健機構 (WHO) の国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) では、発達障害は、「F8 心理的発達の障害」として分類され、会話および言語の

表 1 DSM-ⅢR における発達障害の説明

- 1) 認知、言語、運動、社会的技能 (social skills) の獲得の障害
- 2) 全般的な遅れ、特定技能の獲得や習熟の遅れ、発達の質的歪み (distortion) として現れる。
- 3) 慢性的な経過をたどる。
- 4) いくつかの徴候は、寛解や増悪の時期がない固定した状態で成人期まで持続しやすい。
- 5) 軽症例では、適応や完全な回復を認めることも多い。

(DSM-ⅢR, 1987 を参照して作成)

表 2 ICD-10 における「F8 心理的発達の障害」に関する説明

- 1) 発症は常に乳幼児期あるいは小児期である。
- 2) 中枢神経系の生物学的成熟に深く関係した機能発達の障害あるいは遅延である。
- 3) 精神障害の多くを特徴づけている、寛解や再発がみられない安定した経過である。
- 4) 障害される機能には、言語、視空間技能、協調運動が含まれることが多い。
- 5) 成長につれて、障害は次第に軽快するのが特徴である。ただし、成人になっても軽度の障害が残存することは多い。
- 6) 通常、正常な発達が先行することはない。
- 7) 同様の障害あるいは類似した障害が家族歴に認められるのが普通である。

(ICD-10, 1992 を参照して作成)

特異的発達障害、学力 (学習能力) の特異的発達障害、運動機能の特異的発達障害、広汎性発達障害などがその主なものとしてあげられている⁷⁾。「心理的発達の障害」つまりは ICD-10 における「発達障害」の捉えかたを表 2 にまとめた。なお、ICD-10 では、DSM-Ⅳ以降で使われなくなった特異的発達障害の用語が使用されているが、ICD-10 の発行は 1992 年と DSM-Ⅳの 1994 年より前であり、DSM-Ⅳにおける議論が反映されていないだけなのかもしれない。2015 年までに改訂される予定の ICD-11 でどのようなものかはまだ定まっていないが、ICD-11 Alpha draft には特異的発達障害の用語はあげられていない⁸⁾。

3. わが国における流れ

わが国においても、発達障害の公的定義は福祉政策のための法令によって定められている。それらの法令は、発達障害者支援法、発達障害者支援

法施行令、発達障害者支援法施行規則の3つであり⁹⁾、いずれも2005年(平成17年4月1日)に施行されている。この3つの法令による発達障害の概念をまとめたのが図である。このまとめからわかるように、わが国の法令で定める支援の対象となる「発達障害」は、ICD-10に記載されている「F8 心理的発達の障害」および「F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に該当する状態がそのまま含まれる非常に幅広いものとなっている。ただし、これら法令による定めは、行政が支援をする対象を規定する必要性のためにつくられたもので、医学における発達障害の概念とは異なる視点のものである。したがって、たとえば、ICD-10のF9カテゴリーには分離不安障害、反応性愛着障害、チック障害、遺尿・遺糞なども含まれるが、これらの状態もすべて発達障害なのかという議論はあまり意味がないように思われる。

なお、知的障害者に対する支援のための法律が発達障害者支援法成立以前から存在していたこともあり、発達障害者支援法で規定する発達障害には知的障害は含まれないこととなっている。発達障害者支援法でいう「発達障害」は、「developmental disabilities」にも「developmental disorders」にも該当しない、わが国独特の行政的概念となっているといえるであろう。

ところで、わが国において、知能障害のない発達障害を意味する用語として「軽度発達障害」という用語が使われていた一時期がある。この用語については、DSMやICDでは用いられていないこと、その意味するところが曖昧であることなどから、現在では使用されなくなっている。文部科学省も、原則として使用しないという方針を出している¹⁰⁾。

II. 医学領域における発達障害概念と課題

発達障害の概念は、それを規定する目的、立場により多様であるのが現状である。医学領域において発達障害を考える場合、生来的に、あるいは成長発達期に脳機能に影響を与える問題があり、そのために発達の問題をもち、かつ生活上に支障

【発達障害者支援法】
 第二条 この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。
 2 この法律において「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち十八歳未満のものをいう。



【政令で定めるもの】
 → **【発達障害者支援法施行令】**
 第一条 発達障害者支援法(以下「法」という)
 第二条第一項の政令で定める障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものうち、言語の障害、協調運動の障害その他厚生労働省令で定める障害とする。



【厚生労働省令で定める障害】
 → **【発達障害者支援法施行規則】**
 発達障害者支援法施行令第一条の厚生労働省令で定める障害は、心理的発達の障害並びに行動及び情緒の障害(自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、言語の障害及び協調運動の障害を除く。)とする。



【法令が定める発達障害】
 1. 自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害
 2. 脳機能の障害による言語の障害と協調運動の障害で症状が低年齢で発現するもの
 3. 1と2以外の心理的発達の障害と行動及び情緒の障害で症状が低年齢で発現するもの
【法令が定める発達障害者】
 上記1～3のどれかのために、日常生活又は社会生活に制限を受ける者

図 発達障害者支援法による発達障害(支援対象)の規定

をきたしている状態があった場合、それを発達障害とすることには異論はないと思われる。

この範囲で医学領域で発達障害に分類されるものを、わが国でもよく用いられているDSMの用語で示すと、知的障害、広汎性発達障害、学習障害、コミュニケーション障害、運動能力障害、注意欠陥多動性障害(ADHD)が相当するであろう。ADHDについては、DSMでもICDでも発達障

害ではなく行動障害に位置づけられているが、医療や教育などの実践の場では発達障害として対応されているのがほとんどである状況を考えると、ADHD を発達障害の一つとして位置づけるのが臨床医学の立場では現実的な対応と思われ、並列してある。

一方、成長発達期に認知や情動に影響を与えるような体験を反復した場合、その状況が小児の発達に与える影響を発達障害の範疇で捉えるかどうかについては議論のあるところと思われる。そうした体験の代表的なものが被虐待体験である。被虐待体験の反復が、小児の人格形成に影響を与えないはずはない。人格は、思考様式、価値観、道徳観、意志力、情緒安定感などさまざまな脳機能に基づいて複合的に生じているその人の行動様式ともいえる。被虐待体験などの成育環境要因によって人格形成に影響を受けたとすれば、それは、人格の基となるこうした脳機能要素が影響を受けたとも考えられ、その状態は発達障害と異なるのかという疑問が出てくるであろう。今後、検討が必要なことと思われる。

Ⅲ. 何が「障害」なのか

発達障害でみられる状態像は、基本特性、適応行動の問題、併存症・合併症と整理することができるであろう。基本特性とは、その発達障害を規定している特徴である。たとえば、知的障害であれば知能の低下、ADHD であれば多動性などが相当する。適応行動とは、「日常生活において機能するために人々が学習した、概念的、社会的および実用的なスキルの集合」とされる (AAMR, 2002)。適応行動の問題とは、発達障害の基本特性のために適応行動の習得や習熟に困難があり、実際の生活において支障・不利益をきたしている状態といえる。

大事なことは、基本特性自体が「障害」なのではなく、適応行動の問題を生じている状態こそが障害の状態であるという視点のように思われる。この視点は、医学の診断基準においても法律においても触れられている。DSM では、診断基準の多くにおいて「clinically significant impairment」

が「social, academic, or occupational functioning」あるいは「other important areas of functioning」において認められることが診断のための条件とされているし、発達障害者支援法では「生活上に制限がある」ことが明記されている。

このように考えると、発達障害とは、特定の基本特性の組み合わせと適応行動の問題の両方があり、そのために生活上に困難を生じている状態を指す用語と捉えることも可能なように思われる。そして、DSM でも ICD でも発達障害に関する説明において、「固定して持続する」とあるのは基本特性が持続するということであり、「障害は改善する」とあるのは適応行動の問題が改善することと考えるならば、こうした説明が理解されるのではないだろうか。

おわりに

医学領域では、発達障害を医学モデルで捉える見方がこれまでは一般的であった。医学モデルでは、障害の原因は個人に存在する生物学的な要因にあるとし、対応の方法論はそうした生物学的要因への介入とするものである。しかし一方で、特性があっても生活上の困難がなければ障害とはしない、あるいは少なくとも支援の対象とはしないという福祉の視点があり、さらには社会・生活の中のさまざまな要因の相互作用によってその人にとっての支援の必要性が生じてくるとする生活モデルあるいは社会モデルの考え方がある。発達障害への対応を考えるとき、医療においても医学モデルと生活モデルの両方の視点が必要とされるように思われるのである。

文 献

- 1) 稲垣真澄：発達障害の最近の考え方と課題。小児科臨床 61：2237-2341, 2008
- 2) 原 仁：医学的視点からみた発達障害。宮本信也、田中康雄編：発達障害とその周辺の問題、中山書店、東京、pp2-12, 2008
- 3) 小嶋英夫：障害全般の用語の概念・定義 一障害児の教育を中心に。リハビリテーション研究 83 号：22-28, 1995
- 4) The American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) <http://>

Key Points

- ① 発達障害の概念は福祉領域から始まったものである。
- ② 発達障害には、医学領域と福祉領域の概念がある。
- ③ 医学領域の発達障害概念は、原因を個人の生物学的要因の視点から捉える医学モデルが基本となっている。
- ④ 福祉領域の発達障害概念は、支援の対象を規定するためのものであり、その性質上、医学領域の概念よりも幅広い状態が含まれている。
- ⑤ 発達障害への対応を考えるうえで、医学領域においても医学モデルにとどまらず生活・社会モデルの視点が重要となってきた。

www.aamr.org/content_104.cfm?navID=22

- 5) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. revised (DSM- III R), American Psychiatric Association, 1987
- 6) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical description and diagnostic guidelines, WHO, Geneva, 1992 (F8 心理的発達の障害, 融道男, 中根允文, 小見山実監訳 : ICD-10 精神および行動の障害—診療記述と診断ガイドライン, 医学書院, 東京, pp239-264, 1993)
- 7) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. test revision (IV -TR), American Psychiatric Association, 2000
- 8) ICD11 Alpha <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>
- 9) 厚生労働省 : 発達障害者支援施策について <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1.html>
- 10) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 : 「発達障害」の用語の使用について, 平成 19 年 3 月 15 日 http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main/002.htm

周産期医学

第 42 巻 5 号 (5 月号) 本体 2,700 円

特集 超低出生体重児—最新の管理・治療と予後

超低出生体重児の最新の管理・治療のトピックス

超早産児の出生が予想される際の

- 産科管理……………松村英祥
- 出生時管理と蘇生……………金子孝之
- 呼吸障害と呼吸管理……………鈴木悟
- PDA の最新の管理……………豊島勝昭
- プロバイオティクスによる合併症の
予防……………戸津五月
- エリスロポエチンと虚血性脳障害……………杉浦時雄
- 真菌感染症の予防と治療……………大城誠
- 未熟児網膜症に対する抗 VEGF 治療
……………日下俊次
- 慢性肺疾患……………南宏尚
- 臍帯血ミルキング……………細野茂春
- 晩期循環不全……………高見剛
- 栄養管理—個別化した母乳強化法の
重要性……………三浦文宏

超低出生体重児の予後

- 短期予後の変遷……………村瀬正彦
- 中・長期予後の変遷……………上谷良行
- 生育・成育限界……………大木茂
- ディベロップメンタルケアと予後……………木原秀樹
- 身体発育……………河野由美
- 運動発達とその評価……………平澤恭子
- 超低出生体重児の幼児期から学齢期
までの精神発達—発達指数の
縦断的变化……………北村真知子
- 発達障害……………原仁
- 未熟児網膜症の視覚予後—療育……………佐島毅
- 周産期異常と聴覚予後……………坂田英明
- 重症感染症の予後……………鈴木由芽
- 頭蓋内病変と予後……………杉山裕一朗
- 慢性肺疾患の予後……………中村友彦
- 外科疾患合併児の予後……………山田恭聖

早期発見・早期療育における 小児科医と児童精神科医の視点の違い —役割の違いから見た場合—

はじめに

小児科医と児童精神科医は、その立場の違いが子どもの診療において見られることは少なくない。発達障害の早期発見・早期療育に関しても同様のことがあり得るであろう。しかし、そうした小児科医と児童精神科医の見方の違いは、もしあったとしても、それは、小児科と児童精神科、それぞれの役割の違いが反映されたものと考えられるものが多いのではないだろうか。ここでは、発達障害の早期発見・早期療育における小児科医と児童精神科医の視点の違いを、両者の役割分担という観点から考える。

早期発見・早期療育について

一般に、早期発見・早期対応とは、問題を

早い段階で見つけ出し、適切な対応を行うことである。その背景には、早い段階で介入することで、問題の発生・重篤化の予防、生じている問題の早期の改善、早期対応しなかった場合の介入コストの軽減化（経済的・時間的・物理的・精神的負担の軽減化）が期待できるといえる考えがある。

早期発見には、ある問題を予兆の段階で見つける場合と問題発生後の早い段階で見つける場合がある。前者は、糖尿病の症状は出ていないが定期健診の検査で血糖の高値が見つかったなど、症状は出ていないが検査値の異常で見つかるものである。後者は、とにかく喉が渴いて水をよく飲むようになったなど糖尿病の初期の症状に気がつかれて糖尿病が見つかったなど、その病気の初期症状に気がつかれることで見つかるものである。どちらの

状態も、もし見つからなかった場合には、ある時期には発病するかはっきりした症状が出たものと考えられる。そして、このように、早期発見されなければ遅かれ早かれ発症すると考えられることが、早期対応を行うことの重要性の裏付けとなっている。

では、発達障害に対する早期発見・早期療育も、この一般的な考え方と同じに考えることができるであろうか。これは、実は、発達障害をどのようにとらえるかということ考え方が決まってくる問題ともいえる。

発達障害とは

発達障害でみられる状態像は、基本特性、適応行動の問題、併存症・合併症と整理することができるとであろう（表1）。

表1 発達障害の状態像

1. 基本特性	もって生まれた特徴（脳機能特性） 表現型：発達の遅れ、発達の偏り、発達の歪み
2. 適応行動の問題	日常生活・社会生活上における困難状態 表現型：概念的スキル、社会的スキル、実用的スキル、それぞれの問題
3. 併存症	発達障害とは独立した問題・疾患 表現型：他の発達障害、身体疾患、精神障害など
4. 合併症	発達障害があることで生じている問題・疾患 表現型：不安定な情緒、心身症、行動障害、精神障害など

基本特性とは、その発達障害を規定している特徴である。たとえば、知的障害であれば知能の低下、ADHDであれば多動性などが相当する。医学の視点からすると、いわゆる症状とされるものに相当するともいえる。これらの基本特性は、成人になっても基本的には残存する。ただし、試行錯誤的あるいは訓練により基本特性から生じるトラブルをカバーするスキルを習得することで、その特性が一見表面化しない状態になっていることはあり得る。重要なことは、基本特性自体を障害と見なす必要はないということであろう。適応行動の問題としていうところの適応行

動とは、「日常生活において機能するため人々が学習した、概念的、社会的および実用的なスキルの集合」とされる (AAWMR, 2002)。概念的スキルとは、認知・コミュニケーション・学業に関するスキルであり、ことばの理解や使用、文字の読み書き、計算などがかかわるスキルであり、対人関係の構築や維持、約束や規則を守る、騙されない・被害者になることを避けるなどである。実用的スキルは、自立して生活を送るスキルであり、食事・衣服着脱・排泄・清潔行動などの日常生活活動、買い物や交通の利用などの個人生活を送るうえで必要な活動、職業に必要なスキルなどが含まれる。適応行動の問題とは、発達障害の基本特性のため適応行動の習得や習熟に困難があり、実際の生活において支障・不利益をきたしている状態のことである。そして、発達障害において「障害」といわれる状態は、この適応行動の問題がある状態といえることができるように思われる。

この点については、医学の診断基準においても法律においても別の表現で触れられている。DSMでは、診断基準の多くにおいて「clinically significant impairment」が「social, academic, or occupational functioning」あるいは「other important areas of fun-

ctioning」において認められることが診断のための条件とされている。発達障害者支援法でも「生活上に制限がある」ことが明記されている。つまり、個人の生活上において何らかの機能障害があることが、発達障害と判断する要件とされているのである。

いずれにしても、このように考えると、発達障害とは、基本特性の特定の組合せと適応行動の問題の両方があり、そのために生活上に困難を生じている状態を意味する用語と捉えることができるであろう。発達障害の診断とは、基本特性と適応行動の問題の両方が存在している状態を示す状態診断と考えてよいように思われる。

発達障害の早期発見・早期対応に関する考え方

発達障害の状態像を基本特性と適応行動の問題を分けて考えると、発達障害の早期発見、早期対応も二段階に分けて考えることができるように思われる。

早期発見は、まだ生活上の大きな困難（障害）が生じる前に発達障害に見られる特性に気づかれる場合と、生活上の困難（障害）が生じている状態に気づかれる場合との二つがあると考えられることができる。そして、この二

表2 予防医学的視点からみた発達障害への支援

1. 2つの早期発見・早期対応
・非定型発達特性への支援（一次予防）
・非定型な発達特性への気づき
・適応行動の問題（障害の状態）へ発展しないように予防する配慮・対応
2. 発達障害の状態への支援（二次予防）
・適応行動の問題つまりは発達障害の状態の発見
・適応行動の問題（発達障害の状態）を改善する対応
3. 適応行動の問題（発達障害状態）再燃の予防（三次予防）
・適応行動の習得と自己理解の促進
・ライフ・スキル教育・キャリア教育

つの早期発見に対して、早期対応も二種類あることになる。前者の場合に必要なことは、生活上の困難を生じないような、つまり適応行動の問題を生じないような、あるいは適応行動の問題が少しでも軽くなるような予防的なかかわりであろう。一方、後者の場合は、生じている適応行動の問題つまりは障害の状態への直接的な介入により問題の改善を図る対応が求められることになる。なお、この場合、障害の状態が改善されたならば、今度は障害の状態が再燃しないような予防的に対応が必要とされることになる。

ところで、予防医学では、一次予防、二次

予防、三次予防という考え方がある。一次予防とは、健康状態の維持・増進と疾病予防、つまりは病気になるようにする予防である。二次予防とは、病気の状態の早期発見と早期治療のことであり、病気の早期回復とともに重症化を予防することである。三次予防とは、リハビリテーションや生活指導により社会復帰を目指すとともに再発を予防することである。

発達障害に対する二段階の早期発見と早期対応も、この一次予防と二次予防に相当すると考えることができると思われる（表2）。

発達障害に対する一次予防とは、適応行動の問題を生じていないか、生じていても周囲からの通常の配慮や注意で対応できていて特別に大きな問題とされていない状態のときに行われるもので、発達障害の基本特性に気づかれることで、その後、適応行動の問題を生じないように、あるいは適応行動の問題が重篤化しないような対応を行うものといえる。また、発達障害に対する二次予防とは、通常の配慮や注意では対応困難となっている適応行動の問題が生じている状態において行われるもので、適応行動の問題に気づかれることで、生じている適応行動の問題を軽減するための対応を行うものとなる。

早期発見・早期療育における小児科医と児童精神科医の役割

発達障害の早期発見・早期療育を前述のように予防医学と同様の枠組みで考えると、小児科医・児童精神科医の役割（表3）がわかりやすくなる。

(1) 一次予防としての早期発見・早期療育における役割

一次予防としての早期発見・早期療育では、早期発見の目安となるのは発達障害の基本特性が中心となる。広汎性発達障害であれば、人見知りのなさ、マイペースな言動、かみ合いにくい会話、融通性のなさなどが相当する。ADHDであれば、多動、待てない、うっかりミス、気の散りやすさなどとなる。また、LDであれば、文字の読み書きが覚えられない、文章の読みがたどたどしい、計算ができない、などがあげられる。子どもたちのこうした特性は、乳幼児健康診査（以下、健診）や保育所・幼稚園で保健師、健診医師、保育士、幼稚園教諭によって気づかれることが多い。最近では、発達障害に関する知識が広まったこともあり、家庭で保護者によって気づかれ、乳幼児健診の場などで相談さ

表 3 予防医学の枠組みから考える発達障害の発見と対応

	発見の対象	発見の場	対応目標	対応	対応機関	医師の役割		
						小児科医	児童精神科医	
早期発見 早期対応	一次予防としての早期発見・早期療育	基本特性を示している子ども	乳幼児健診、保育所・幼稚園(学校、家庭、医療機関)	適応行動の問題の発生・重篤化の予防	特性へ配慮した対応(環境調整と集団指導が中心)	保育所・幼稚園、保健機関、療育機関、家庭(学校)	健診時での発見、受診した子どもの診断、保護者・関係機関への助言	受診した子どもの診断、保護者・関係機関への助言
	二次予防としての早期発見・早期療育	適応行動の問題を生じている子ども	学校、保育所・幼稚園、家庭、医療機関(幼児健診)	適応行動の問題の改善と重篤化予防、二次障害の予防	特性へ配慮した対応(個別の訓練や教育と環境調整が中心)、心理的対応、必要に応じて医学的治療	学校、療育・訓練専門機関、相談機関、家庭、保育所・幼稚園、医療機関	受診した子どもの診療、保護者・関係機関への助言	受診した子どもの診療、保護者・関係機関への助言
早期対応後	三次予防としての発見・対応	二次予防の対象となった子ども	学校、家庭	適応行動の問題の再燃の予防、二次障害の予防	特性へ配慮した対応(個別の訓練や教育と環境調整が中心)、心理的対応	学校、家庭、相談機関、療育・訓練専門機関、医療機関(保育所・幼稚園)	受診した子どもの経過観察、必要に応じて医学的治療の継続、保護者・関係機関への助言	必要に応じて医学的治療の継続、保護者・関係機関への助言
	併存症への対応	併存症のある子ども	家庭、学校、保育所・幼稚園、医療機関(幼児健診)	併存症の改善と再発の予防	必要に応じて医学的治療、必要に応じて適応行動の問題への対応	医療機関、相談機関、家庭(学校、訓練機関)	必要に応じて医学的治療、保護者・関係機関への助言	必要に応じて医学的治療、保護者・関係機関への助言
併存症合併症	二次障害への対応	二次障害のある子ども	家庭、学校、保育所・幼稚園、医療機関(幼児健診)	二次障害の改善と再発の予防	必要に応じて医学的治療、心理的対応、環境調整	医療機関、相談機関、家庭(学校、訓練機関)	必要に応じて可能な範囲での医学的治療、保護者・関係機関への助言、精神科への紹介	必要に応じて医学的治療、保護者・関係機関への助言

わが国の乳幼児健診は、世界に誇るシステムであるが、もともとは乳幼児の死亡率の減少を目的に始められたものであり、そのため身体的健康のチェックが当初は中心となったことで、医師としては小児科医あるいは身体を診る医師が中心となってきた体制となってきたという経緯がある。こうした経緯から、子どもの行動や精神面の発達の評価が重視されるようになってきた現在においても、乳幼児健診にかかわる児童精神科医はきわめて少ない。このため、発達障害に関する第一段階の早期発見において児童精神科医が関与することは、現時点では稀といってもよい状況にある。一方、小児科医は、乳幼児健診医として健診の場での診察・観察を通して、あるいは保育所嘱託医や幼稚園園医・学校校医として相談を受けることで、結果として、この段階の発達障害特性の早期発見にかかわる機会が多くなっている。適応行動の問題を生じていない段階は幼児期が多く、この年代の子どもが他の問題にせよ児童精神科を受診す

れることも増えてきている。なお、LDに関しては、学校や家庭で学習の問題として気づかれることもある。ときに、風邪や夜驚など、まったく別の問題で医療機関を受診した際に、発達障害特性に気づかれることもある。

ることは稀であり、結果、医療機関の受診の際に偶然気がつかれるという状況も、ほとんどが小児科の場であることになる。

発達障害の基本特性で気がつかれた子どもたちへの介入は、適応行動の問題が中心でないため、今、生じている問題の改善ではなく、将来生じる可能性の高い問題の予防が主な目標となる。方法論としては、子どもの特性に配慮した対応を行うことになる。そうした対応を直接行うのは、保育所・幼稚園が中心となり、必要に応じて保健機関・療育機関がかかわることとなる。子どもにかかわる人たちの子どもへの対処スキルを向上させるために行われるのが環境調整であり、保健機関、療育機関、医療機関などで行われる。具体的には、子どもの特性への理解を深め、特性に配慮した対応スキルについての助言、指導が行われる。ここにおいても、医師の中で中心となるのは小児科医であり、健診の場での相談、その後の医療機関を受診した際の診察と相談などを行う。保護者や保健師等の相談を受ける児童精神科医がいる健診の場は稀であり、児童精神科医が早期療育にかかわるのは、子どもが受診した場合に限られることが多い。ただし、児童精神科医がいる医療機関に療育機関が併設されているところや、療育機関に児童精神科医が配置されているところ

るでは、この段階の早期療育に児童精神科医が深くかかわれることは日常なこととなる。しかし、残念ながらそうした療育機関は多くはないのが現状である。

(2) 二次予防としての早期発見・早期療育における役割

この段階では、適応行動の問題が気づきの目安となる。広汎性発達障害では、マイペースな行動のため友達仲間でのトラブルが絶えないとか、固執傾向を背景としてパニックが生じているなどである。ADHDでは、多動・衝動性のため授業中の離席が頻回で注意・叱責ばかりされているとか、注意力障害のため学校で必要な物や宿題を忘れてたりなくしてしまったりして怒られることが多いなどである。LDでは、文字の読み書きができないため級友からかわれたり教師からやる気の問題として注意されたりとか、計算がわからないことから算数の宿題に時間がかかり毎晩遅くまで怒られながらとりかかっているなどである。

適応行動の問題は、就学後の学校場で気づかれることが多い。就学後は、学校での要求水準があがり、それにうまく応えられない状況が気づかれやすくなるからである。適応行動の問題が生じていない段階では、家庭で

は単なる個性と見られていた基本特性も、適応行動の問題が表面化することで、家庭においても問題視されるようになり、家庭で問題に気づかれることも増えてくる。ときには、チックとか夜尿などの他の問題で医療機関を受診した際に、発達障害特性や適応行動の問題に気づかれることもある。適応行動の問題が中心となるのは小学生時期が多く、この年代の子どもも他の行動面の問題等があってもやはり児童精神科を受診することは少なく、受診する医療機関は小児科が中心となる。学校で気づかれることが多いということから、この段階での早期発見に医療機関が主体的にかかわれることは少ないが、かかわるとすれば、校医としての相談を通してか、他の問題での受診のときの診察を通して、ということから、医師としては、小児科医のかかわりが多くなる。

適応行動の問題で気づかれた子どもへの対応は、適応行動の問題の改善が中心となる。適応行動の問題の改善は、うまくできていない事柄に関する適切な知識とスキルを習得させることで行われる。知識とスキルの習得は、療育訓練や教育の方法論で個別の指導で行われるのが普通であり、当然、療育訓練機関や学校で行われることになる。ただし、適応行動の問題の改善に関しては、医療機関が

積極的にかかわれる余地がある。それは、そうした訓練・特別支援教育やその他の心理社会的対応では望まれる結果が十分には得られない状況において、発達障害の特徴と必要性に応じた薬物療法を行うことであり、ADHDに対する薬物療法がその代表的なものとなる。発達障害に対する薬物療法に関しては、発達障害を診ている小児科医と児童精神科医であれば、どちらもその関与の割合には違いはないように思われる。違いがあるとすれば、当然のことではあるが、児童精神科医のほうがより多様な向精神薬の使用を行っているという点であろう。

(3) その他の発見・対応における役割

早期対応・早期療育後、比較的安定した子どもに対しては、適応行動の問題の再燃と二次障害など新たな問題が生じないような配慮・対応が継続されることになり、これは三次予防といえることができる。三次予防の対象となつている子どもは、その時点では問題がある程度落ち着いている子どもたちであるため、医療機関の受診も終了になっていることも多い。したがって、再燃した問題や新たな問題は、学校や家庭で気づかれるのが普通であり、この発見に医療機関が関与するの継続的に経過観察を行っている場合に限られるで

あろう。問題がない状態で経過観察を長期間続けるという対応は、児童精神科よりは小児科で行われることが多いように感じている。それは、小児科は、乳幼児健診がそうであるように、病気でないあるいは問題のない状態の子どもを診ることが本来の業務となつている唯一の臨床科であることが関係しているように思われる。こうしたことから、三次予防においては、小児科医の関与のほうが児童精神科よりも大きくなつていくことが推測される。

併存症や合併症がある場合は、小児科と児童精神科の役割分担が最も明確になつてくる。てんかんや夜尿などの身体的併存症がある場合は、小児科医の診療対象となつていくことが多いと思われる。一方、チック障害や攻撃的言動さらには神経症性障害や気分障害など、行動・精神面の併存症・合併症がある場合は、児童精神科医が診療していることが多いであろう。この傾向は、少量の薬物療法に反応しないつまり重症あるいは難治性の場合や、精神的診断名がつく精神障害がある場合には、特に大きくなる。

小児科医と児童精神科医の視点の違い

(1) 視点の違いの背景

小児科医は、身体疾患の診療を中心としてトレーニングを受けている。発達障害の診療に携わる小児科医は、小児内科医としてのキヤリアと専門性を土台として、その上に発達障害や行動問題の診療の専門性を築いている。したがって、行動問題や精神問題が重篤な場合、基本的に小児科医は自分たちの対象外と見なす傾向が強い。もちろん、小児科医の中にも、児童精神科医と同等に近い診療を行っている人たちもいるが、そうした状況は、通常の小児科医の診療ではなく、小児科の診療の他に児童精神科の診療も行っている小児科医の診療と考えるべきであろう。

小児科医の最も大きな特徴は、繰り返しになるが、病気も問題もない子どももの診察や子育てに関する相談を本来の業務として受け入れていることであり、また、乳幼児健診や保育所・幼稚園・学校にかかわる医師として、医療機関を受診しない子どもたちに関する相談を受ける機会も多いという点であると思われる。したがって、小児科医は、今ある病的な状態を改善するということに留まらず、今ある状態が病的でなくとも、よりよくしようとする姿勢を持ちがちなのにも感じられる。

一方、児童精神科医は、精神疾患の診療を

中心としたトレーニングを受けており、精神科医としての専門性が土台となる。発達障害を診療している児童精神科医は、この専門性の上に児童精神科医としてのサブスペシャリティを積み上げ、さらにその上に発達障害の診療の専門性を重ねていることになる。一般に、日常生活における機能障害がない限り、精神科医は診療の対象とはしないことが少なくないように感じている。したがって、小児科医のように、今ある状態をよりよくしようとする視点は持ちにくいこともあるように思われるのである。もちろん、児童精神科医は、親子の関係を大事にし、子育て支援の視点をもってはいるが、多くの場合、そうした視点は臨床的問題を理解し解決するための見方として用いられ、日常の子育て支援に積極的にかかわる視点とは異なっているように思われる。

それでは、児童精神科医がもつと乳幼児健診にかかわるようになれば、そうした視点は変化するであろうか。これは微妙な命題のよう

に思われる。乳幼児健診に参加した児童精神科医は、子育て相談の中で発達障害や愛着障害あるいは広い意味での臨床的問題の有無、極端にいうならば、何らかの診断名がつく状態がないかに気をつける姿勢が中心になることが多いのではないだろうか。そして、

そうした問題性が見出されないうちに、心配しないでよい旨を保護者に返答するのではないだろうか。

(2) 視点の違いのまとめ

小児科医には、発達障害に対する早期発見・早期療育に関して、早期発見は自分たちがかわるべきもの、あるいはかわられるものという意識があるように思われる。そして、早期療育の対象となる子どもたちが通常は低年齢であることが多いこと、低年齢の発達障害児においては子育てに関する保護者の悩みや訴えが多いことなどから、早期療育に関して、自分たちがかわられる余地があると考えているように思われる。

児童精神科医は、発達障害の早期発見に関しては、かわる機会があればかわるというスタンスと、発見の場においては発達障害だけでなくそれ以外の臨床的な問題についても常にアンテナを張るという姿勢をとっているように思われる。そして、生活上の機能障害が生じている、つまり臨床的に問題が生じている状態を自分たちの主たる対象と考え、子どもの年代はあまり問題にしていけないように思われる。

臨床的な問題の有無、さらには病的問題の有無を重視するかしないかの視点の違いは、

小児科医と児童精神科医の違いの大きなもののように思われる。このことは、発達障害の中で行動問題が一義的には存在しないLDに関して、LDに対する診療や研究を積極的に行っている小児科医はある程度の数いるが、そうした児童精神科医をみることはほとんどない、という状況からも理解されるのではないだろうか。

おわりに

発達障害の診療にかかわっている小児科医と児童精神科医の違いは、早期発見・早期療育における役割分担の整理から見えてきたように、結局は、その出自の違いからくる役割意識あるいは役割分担の違いが背景にあるように思われる。こうした視点の違いは、よい悪いの問題ではなく、それぞれの役割を上手に振り分けることで限りある資源を有効に活用し、発達障害の早期発見・早期対応を進めていくことが大切な「視点」のように思われるのである。

発達障害の二次障害を どのように捉えるか； その予防と治療をめぐる

筑波大学人間系 宮本 信也

KEY WORDS

- 発達障害
- 二次障害
- 合併症
- 問題行動

I. 二次障害とは

「二次障害」とは、もともとは、脳性麻痺において使用されていた用語である。その意味するところは2つあり、何らかの理由により、①本来ある障害が悪化した状態、あるいは、②新たに生じた別の障害、のどちらかを指して使われていた。①の例としては、麻痺により関節が固くなり（関節拘縮）、運動がさらに障害された状態が代表的なものである。②の例としては、脳性麻痺により胸郭変形が生じ、そのために呼吸障害という本来の麻痺とは違う障害が生じたという身体面の問題と、不安や抑うつ状態などの精神面の問題の2つがあげられる。これに対して、発達障害の領域で使われる「二次障害」という用語は、発達障害と関連した心理的ストレス状況を背景として、情緒面・行動面・精神面の問題が生じている状態を意味している。

II. 二次障害の背景

発達障害における二次障害は、小学校高学年つまりは思春期年代から顕著になりやすいという特徴がある。二次障害にみられるこの年齢特徴には意味がある。

思春期とは第二性徴が出現し完成するまでの時期をいい、だいたいわが国の中学生から高校生の年代に相当する。この思春期における発達課題の第一は集団同一性、あるいは集団同一視といわれるものであろう。自分が同年代の子ども達からはずれていない、自分は同年代の子ども達と同じである、という意識のことである。みんなと同じ自分を自覚できることで、この年代の子ども達は安心感を得ることができる。

一方、発達障害児達も多くは、思春期前後になると自分がみんなと違うことに気が付き出す。しかしながら、彼らは、生まれながらに発達障害特性を

Psychological and behavioral complications of developmental disorders ; treatment and prevention.
Shinya Miyamoto (教授)

もって生きてきているので、そうでない状態を自ら意識することがうまくできない。つまり、みんなと違うということはわかっても、何がどう違うのかを自分だけで理解することが困難な状況にある。この状況は、みんなと同じであることで安心感が得られる状態と正反対のものであり、安心感が揺らぐことになる。さらに、思春期までの失敗体験の積み重ねや頻回の叱責体験から自信や自尊心が低下し、心理的な不安定感が増大していくことになるのである。このことは、発達障害児においては、思春期になって何か特別なストレスが外から新たに加わって、子ども達が不安定になるのではないということを意味する。思春期になること自体が自己に向き合う状況につながり、彼らに大きなストレス状況を生み出すのである。

結局、通常の子ども以上に発達障害のある子どもは思春期に心理面が不安定になりやすくなっており、それまで我慢してきたストレス状況に対する耐性もゆらぎ、二次障害が思春期に生じやすくなると考えられる。

Ⅲ. 二次障害としてみられる問題

1. 不安定な情緒

二次障害をきたしている発達障害のある子ども達では、気分のむらが大きい、かんしゃくを起こしやすいなど、情緒的な不安定さが訴えられることが少なくない。しかし、こうした特徴は、思春期の定型発達児においてもよく認められるものでもある。発達障害児と定型発達児の思春期の心の特徴を表1に示した。自尊心の低下や性衝動を抑

表1. 思春期にみられる心理の特徴

①発達障害児	②定型発達児
気分の動揺	両価性・極端性
焦燥感	自己の内面への思考
過敏性	同年代からの評価への感受性
反発性	社会の価値観への抵抗・批判
融通性のなさ	自己中心性、抽象的思考と理想主義
自信喪失	自信低下
意欲低下	自己卑下的
自己否定感	
自尊心低下	
性衝動の亢進	性衝動の亢進
性衝動抑制の葛藤少	性衝動抑制の葛藤

えようとする葛藤が乏しいなど、発達障害児にみられやすい特徴はあるものの、多くの心理特性は発達障害児と定型発達児で類似のものが多いことがわかる。発達障害児において情緒的に不安定といわれる状態は、定型発達児と質的に大きく異なるものではなく、思春期の定型発達児においても認められるマイナスの部分が発達障害児では顕著に表面化した状態になっているといえることができるように思われる。

2. 心身症

発達障害児に認められる身体症状や身体的訴えのなかには、発達障害の素因と関連した併存症としての身体的素因の側面をもちながら、思春期には心理の状態による症状の動揺が大きくなり、いわゆる心身症の状態に発展するものがある。思春期発達障害児でも認められることのある心身症状態として、単純性肥満、過敏性腸症候群、チック障害、神経性無食欲症などがある。

3. 行動・精神面の合併症

周囲や社会を困らせる破壊的行動(disruptive behaviors)から神経症性障害や気分障害などの精神障害まで多彩である。発達障害のタイプにより、認

められやすい問題にある程度の特徴がある(表2, 表3, 表4, 表5)。どの発達障害にも共通してみられるのは、破壊的行動障害、ストレス関連性障害、不安障害、気分障害である。

破壊的行動とは、その行動のために周囲に大きな迷惑や被害を与えるものをいう。知的障害では窃盗や暴力的行為、注意欠如・多動性障害(attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD)では衝動的な暴力行為が多いが、広汎性発達障害(pervasive developmental disorder; PDD)では容易に露呈する軽犯罪か了解困難な重大な事件かのどちらかという特徴が認められやすい。ただし、発達障害であることがそのまま反社会的行動につながるわけではない。発達障害があることが理解されず、不適切な対応をされ続けたことが反社会的行動に向かう心性を後押しするのであり、この点は通常の非行少年の心理と同様である。発達障害特性があることが、こうした子ども達の反社会的行動を理解しにくくする部分があり、そのためにクローズアップされているだけで、発達障害のある子ども達が反社会的行動を起こしやすいと考えるのは適切ではない。

ストレス関連性障害では、適応障害

表2. 思春期以降の知的障害(ID)で認められやすい行動・精神面の問題

- ①行動問題
 - 1) 食行動問題
反芻(通常, 中等度以上のID)
 - 2) 破壊的行動障害
反抗挑戦性障害, 行為障害
- ②精神障害
 - 1) ストレス関連性障害
急性ストレス障害, 適応障害
 - 2) 神経症性障害
不安障害
 - 3) 気分障害
うつ状態, 躁状態
 - 4) 青年期ダウン症候群の退行現象

としての不登校がどの発達障害にも認められる。わが国における調査では、発達障害における不登校の合併率は25~30%程度、不登校事例における発達障害の頻度も20~30%台とする報告が多い。知能障害のない発達障害における不登校では、小学校、しかも低学年から不登校が出現しているものが多い傾向がある。また、不登校のきっかけとして教師との関係の問題が多く指摘されるのも特徴である。不安障害は、どの発達障害においてもみられ、発達障害であることの併存特性が関係していることも考えられる。

気分障害では、うつ状態のほうが多いが、ときに躁状態や躁うつ状態を認めることもある。思春期心性としての気分の動揺や落ち着きのなさ、かんしゃく、無気力と混同され、見逃されていることが少なくないともいわれており、注意が必要である。

行動・精神面の問題は、全体としてPDDで多彩で、程度も強いものが多く認められる。PDD特性が、現在の社会で生きていくうえで他の発達障害よりもストレスを生じやすいことがうかがわれ、PDD特性のある子どもへ

表3. 思春期以降のPDDで認められやすい行動・精神面の問題

- ①心理発達上の問題
 - 1) 二次性徴発来と関連する問題
直截的な性的行動
 - 2) 特性行動の亢進
一人言, 徘徊, 固執
 - 3) 同一性の混乱(拡散)
哲学的命題や人の生死への固執
- ②行動問題
 - 1) 食行動問題
反芻, 反応性拒食, 神経性無食欲症
 - 2) 排泄行動問題
意図的失禁, 弄便
 - 3) 破壊的行動障害
反抗挑戦性障害, 行為障害
- ③精神障害
 - 1) ストレス関連性障害
急性ストレス障害, 適応障害, 心的外傷後ストレス障害
 - 2) 神経症性障害
強迫性障害, 不安障害
 - 3) 気分障害
うつ状態, 躁状態
 - 4) 精神病状態
被害念慮, 被害妄想, 幻覚(幻聴)

表4. 思春期以降のADHDで認められやすい行動・精神面の問題

- ①行動問題
 - 1) 交通事故の多発
 - 2) 活発な性行動
 - 3) 破壊的行動障害
反抗挑戦性障害, 行為障害
- ②精神障害
 - 1) ストレス関連性障害
適応障害
 - 2) 神経症性障害
不安障害
 - 3) 気分障害
うつ状態, 躁状態

表5. 思春期以降の学習障害で認められやすい行動・精神面の問題

- ①行動問題
 - 1) 破壊的行動障害
反抗挑戦性障害
- ②精神障害
 - 1) ストレス関連性障害
急性ストレス障害, 適応障害
 - 2) 神経症性障害
不安障害
 - 3) 気分障害
うつ状態

の早期からの適切な対応が望まれる。

IV. 二次障害への対応の概要

1. 不安定な情緒への対応

子どもが自身を理解し受け入れられるようになることが重要である。障害特性の説明や状況に応じて診断名告知

を行う。説明は、受容的、共感的な姿勢で行うことが大切である。発達障害特性の有無にかかわらず、子どもを丸ごと受け止めるという姿勢を保護者や教師にもってもらうことが重要となる。同年代の子どもと一緒に活動できる機会の提供も有用である。

性や進路に関する問題については、

定型発達児に対するのと同様の性教育や進路指導をすることでほとんどは大丈夫である。ただし、発達障害のある子どもに理解できるように伝えることが要点となる。この点は、特にPDDにおいて重要となる。話しても問題が変わらないというときは、こちらの説明の仕方では伝えたい内容が子どもに伝わっていない場合が多い。

2. 行動問題への対応

破壊的行動の改善は容易ではない。発達障害特性に応じた薬物療法と応用行動分析を基とした行動変容技法で対応するのが基本である。行動変容技法は、保護者や教師など、日常的に子どもと接する立場の人に学習してもらうと効果的である。

3. 心身症・精神障害への対応

心身症や症状の出ている精神障害に対しては、個々の疾患に対する通常の薬物療法や生活指導を行う。発達障害の場合、生活指導に際して、子どもに理解できる説明が必要となる。

V. 二次障害の予防

予防に向けての対応の概要は表6のようになる。ストレスの中心は対人関係の問題であるので、周囲の人からの理解を得ることが重要なこととなる。基本は、障害に関する全般的な知識とその子どもの特性の理解に対する啓発活動である。単に知識だけでなく、その子どもにどのように接したらよいのかという対応方法まで説明することが望ましい。これらの他者からの理解は、小学生までの間に実施される

表6. 二次障害の予防に向けて

① ストレッサーへの対処	他者からの理解の促進 子どもの特性理解のための啓発 子どもへの対処方法の教示
② 健全な心の発達支援	自尊心の回復・維持 発達課題の体験機会の提供 自分自身の特性の理解促進 トラブルに対する対処方法の教示・訓練
③ 支援体制の整備	発達障害に関する保護者・教師の理解促進 相談機関の確保

ことで、二次障害予防につながっていくことになる。教師の影響力がまだ強い小学生までの年代を考えた場合、担任教師の十分な理解を得ることがきわめて重要な点となってくる。

しかし、どんなに熱心に対応しても、子どもにふりかかるストレスのすべてを予防することは不可能である。しかも、前述したように、思春期に自分を客観的にみつめられるようになること自体がストレスをつくることになるとすれば、思春期心性を背景とした心の動揺状況を完全に防ぐことはできないことである。このような状況に対して考えることは、危険因子をいかになくするかだけではなく、危険因子があっても心の動揺に耐えられるだけの心をいかに育てるかということであろう。心の健全性と剛性と柔軟性を育てることができれば、多少のストレスがあってもそれを乗り越えることが期待できる。心の健全な発達のためには各年代における発達課題を適切に体験することの重要性が指摘されている。思春期の問題に対処するためには、思春期前、つまり学童期までの発達課題の適切な体験が重要となる。それらは、基本的信頼感、自律感、自発

性、達成感、集団活動などである。

結局、思春期問題の予防のためには、学童期までに、①発達課題の適切な体験、②適応行動の問題への適切な支援、③自分が丸ごと受け入れられているという実感、④自分の特性に関する適切な知識の習得、がそれぞれ可能となるような周囲の配慮が必要ということになるであろう。

文 献

- 1) APA : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. text revision. American Psychiatric Association, 2000
- 2) A.A.M.R. : Mental Retardation : definition, classification, and systems of supports 10th ed. American Association on Mental Retardation, 2002 (栗田宏, 渡辺勤持 訳: 知的障害 定義, 分類および支援体系. 日本知的障害福祉連盟, 2004)
- 3) Wiener JM, Dulcan MK : Textbook of Child and Adolescent Psychiatry 3rd ed. American Psychiatric Publishing, 2004
- 4) 宮本信也 : 発達障害とその周辺への支援 思春期にみられる問題とその支援. 日本小児科医学会会報 28 : 79 - 82, 2009
- 5) 宮本信也 : ADHDと学校精神保健. 精神科治療学 25 : 771 - 777, 2010

文部科学省の実態調査結果が示すもの

宮本 信也

キーワード：実態調査，発達障害，通常学校

Key words: investigation, developmental disorders, school

LD 研究, Vol.22 No.4, 391-398, 2013

I 平成 24 年と平成 14 年の調査結果から

1. 10 年前との比較に関する留意点について

平成 24 年（2012 年）2～3 月にかけて行われた今回の調査結果（文部科学省，2012）は，報告書の考察において『今回の調査は，平成 14 年に行った調査とは対象地域，学校や児童生徒の抽出方法が異なることから，両調査について，「増えた」，「減った」という単純な比較をすることはできないことに留意する必要がある』とあるように，10 年前の平成 14 年（2002 年）2～3 月に実施された「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」（文部科学省，2002）と数字をそのままに比較して論じることは慎重でなければならない。一方，同じ調査用紙，担任教員が回答し複数の教員で確認という同じ手順，問題ありの同じ基準値など，調査自体と回答結果の処理は，2 回の調査とも同じ方法で行われている。

平成 14 年の調査は全国 5 地域の公立小中学校 370 校の児童生徒 41,579 人が対象とされたが，今

回の調査は全国（岩手・宮城・福島県を除く）の公立小中学校 1,200 校の児童生徒 53,882 人である。今回，学校は確率比例抽出，学級と対象となる児童生徒は単純無作為抽出で選定されている。このことは，今回の調査の方が，対象地域が広く，かつ，よりランダムに対象が選定されたことを意味する。つまり，対象に関していえば今回の調査対象はより母集団に近い集団と言えると思われる。今回の調査結果の方が 10 年前の結果よりも妥当性が高いと考えられる。したがって，単純な比較には留意しなければならないが，今回の調査結果がより実態を反映している可能性が高いという仮定のもとに，今回の調査結果を中心として，10 年前の結果の妥当性を推定するという論旨であるならば，2 回の調査結果を比較することはある程度は許容されるのではないだろうか。以後，このような視点で論じることとする。

2. 2 回の調査結果

今回の調査を始める前に開催された協力者会議において，今回の調査結果が平成 14 年度の調査結果と比べてどのようになるだろうかという話題が出たことがあった。この話題は推測の域を出ないものの，変わらないのでは，多くなるのではなど

Shinya Miyamoto: What Do Investigations of Children with SEN Suggest?

筑波大学人間系

表1 担任教員の回答から著しい困難を示すとされた児童生徒の割合

困難領域	平成 24 年調査	平成 14 年調査
学習面又は行動面	6.5% (6.2～6.8)	6.3%
学習面	4.5% (4.2～4.7)	4.5%
「聞く」・「話す」	1.7% (1.5～1.8)	1.1%
「読む」・「書く」	2.4% (2.3～2.6)	2.5%
「計算」・「推論」	2.3% (2.1～2.5)	2.8%
行動面	3.6% (3.4～3.9)	2.9%
不注意・多動-衝動性	3.1% (2.9～3.3)	2.5%
不注意	2.7% (2.5～2.9)	1.1%
多動-衝動性	1.4% (1.2～1.5)	2.3%
対人関係・こだわり	1.1% (1.0～1.3)	0.8%
学習面と行動面ともに	1.6% (1.5～1.7)	1.2%

平成 24 年値：推定値（95% 信頼区間）（文部科学省：平成 24 年・平成 14 年発表の調査結果より作成）

いろいろな意見が出されたが、前回よりも減少するだろうという意見は一つもなかった。特別支援教育が全国の通常学校に広まり、発達障害に関する研修の機会も増加し、通常学校の教員における発達障害に対する認識が、10年前よりは高くなっているのではないだろうか、という思いがあったからだろうと思われる。

しかし、結果は、増加しているかもしれないという推測とは異なるものであった。『担任教員が回答した内容から、知的発達に遅れはないものの学習面や行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒の割合』を、平成 14 年調査結果も含めて表 1 に示す。

1) 2 回の調査結果が同じであった領域について
 知能障害はないが学習面や行動面のいずれかに著しい困難を示すとされた児童生徒は、今回の調査では小中合わせて 6.5% であった。10 年前の調査では 6.3% であり、このことは、平成 14 年の調査が、対象地域は少なかったものの、問題全体の割合に関しては、実態をある程度正確に反映していたことを示すものと思われる。同様に、学習面の問題については、平成 24 年と 14 年、どちらも

4.5% であった。学習面の問題の内訳においても、「聞く・話す」「読む・書く」「計算・推論」のいずれにおいても、2 回の調査の値はほぼ同様と思われた。この結果は、今回の調査項目に含まれているような内容の学習面の問題に関しては、担任教師は、今も 10 年前も適切に把握していることを示していると考えられる。

2) 2 回の調査結果が異なっていた領域について
 行動面の問題について著しい困難を示すとされた児童生徒は、平成 14 年の調査では 2.9% であり、今回の調査結果の 95% 信頼区間よりも小さな値となっており、平成 14 年は今回よりも少ない結果であったということができるとと思われる。行動面の問題の内訳をみると、「不注意」と「多動-衝動性」の割合のパターンに関して、今回は「不注意」が「多動-衝動性」の約 2 倍となっているが、平成 14 年はその全く逆になっていることが大きな違いである。「対人関係・こだわり」の問題、学習面かつ行動面の問題両方、のどちらも、平成 14 年の調査では今回よりも少ない結果となっている。

平成 14 年の調査で、行動面の問題が少ない傾向となっているのは、対象選定の違いが関係してい