

中枢神経刺激薬の atomoxetine (ストラテラ®) が発売され、ともに使用されている。欧米では、これ以外に何種類かの中枢刺激薬が発売されており、国内でも小児を対象とした dextroamphetamine, α -agonist (NA) の治験が予定されている。

VI. 今後の展望

現状として、児童・青年精神科で使用されている薬物のほとんどは、いわゆる off-label use であり、医師が多くの責任のもとに使用している。他の小児科薬と同じく、このような現況を正すべくいくつかの試みが行われてきた。この延長として、小児用の向精神薬も少しずつ治験が行われるようになってきた現状がある。しかし、海外と比

べると治験内容の水準、施設の規模、治験スタッフの質などまだ改善を必要とする点も多い。医師主導の治験も含めて、今後さらに改善されるべき点が多い。

文 献

- 1) 市川宏伸：児童・思春期の精神科薬物治療の現状と課題. 臨床精神薬理, 7: 1259-1268, 2004.
- 2) 中村秀文：EBM と治験・臨床試験を通じた適応外使用の解決と小児医療の改善. 日本小児臨床薬理学雑誌, 18: 1-7, 2005.
- 3) 中村秀文, 土田 尚：小児薬物治療適正化のための方向性. 医薬品研究, 36: 258-270, 2005.
- 4) 中村秀文：医師主導治験の推進. 薬の知識, 57: 10-12, 2006.

■ 会 告 ■

Shokyu-Ishu 記念シンポジウム

「捨身飼虎—ホーナイ・近藤章久からアクティブカウンセリングへ」

会期：2013年12月1日（日）17：00～19：30

会場：香川大学医学部 臨床講義棟 1階講堂

参加費：無料

講演：1) 石川 元（香川大学附属病院教授）

「発達障害の「発達」を促す心理療法—釈迦前世物語と近藤章久」

2) 角山富雄（湘南心理カウンセリング研究所所長, 元目白大学教授）

「言語臨床から捉えた Kondoism」

3) 富田英司（愛媛大学教育学部准教授）

「臨床と教育の接点—アクティブ・カウンセリングとアクティブ・ラーニング」

4) Ishu Ishiyama（カナダブリティッシュコロンビア大学教授）

「Shokyu 先生の教えと温もり」

指定討論（予定）：Dr. Natalia Semenova（モスクワ精神医学研究所：臨床心理の長）

Prof. Dave Richards（イギリスエクセター大学：うつ病治療実証研究で高名）

南 昌廣・野上山美子（UBC カウンセリング心理学講座）

伊藤洋子（バンクーバーカレッジカウンセラー）

問い合わせ先：香川大学医学部附属病院子どもと家族・こころの診療部

e-mail：kokokoro@kms.ac.jp FAX：087-843-7195

おとなの ADHD 臨床の動向

市川 宏伸*

抄録：成人を対象とする精神医療において、ADHD の存在が話題になっている。ADHD そのものは年少時から存在しているはずであり、年少時から受診している場合と、その存在に気づかれないままに成人となって受診する場合の両方がある。後者については、二次的に生じた症状の存在で、他の精神疾患の治療を受けている場合と、全く初めて受診する場合に分けられる。初めて受診する場合は、不注意優勢型 ADHD が多く、職場での不適応感、生きにくさを訴えて来院するケースが多い。診断を受けることで自分の現状が理解できて、納得できる場合もある。児童青年期と同じく、ADHD 治療薬が治療の導入に有効な場合や、職場の変更など環境の調整などにより安定する場合も存在する。今後成人期になってから ADHD 症状を訴えて精神科を受診する患者はさらに増加すると推測され、成人を対象としている精神科医が積極的に診療する必要があると思われる。

精神科治療学 28(2) : 133-137, 2013

Key words : adult ADHD, DSM, comorbidity, ADHD drugs, inattention type

I. これまでの動向

「おとなの ADHD」といっても大人になってから発症するものではなく、低年齢児から何らかの症状があったはずである。大人になってから来院するケースについては、「低年齢では周囲からは目立たなかった」、「学力が優秀であるため問題視されなかった」、「保護者も似た側面があり、違和感を持たなかった」などの可能性がある。児童青年期で話題になり、最近では注目を浴びている大人の ADHD について考えてみる。

1. ADHD 概念以前

注意欠如多動性障害 (attention deficit/hyperactivity disorder : ADHD) 概念をたどると、小児神経学の“MBD (minimal brain damage, minimal brain dysfunction)”概念にたどりつく。多動・活動性亢進 (hyperactivity)、不器用さ (clumsy)、学習能力の障害 (learning disability) がその中心的症状とされ、その背景に脳の器質的障害を仮定していたが、積極的な診断基準の確立は難しく、神経学的徴兆候 (soft neurological signs)、脳波検査などが実際には行われていた³⁾。その後も画像検査などが試みられたが、積極的な原因が特定できなかったために、MBD という診断そのものが使用されなくなった。この MBD 概念の学習上の困難さの背景を説明するために、神経心理学を中心に生まれてきた概念が学習障害 (learning disability : LD) 概念であり、国内では1960年代以降教育関係者を中心に広まった。一方で医療では学

Clinical topics in adult ADHD.

*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, M.D., Ph.D. : Tokyo Metropolitan Children's Hospital, 2-8-29, Musashidai, Fuchu-shi, Tokyo, 183-8561 Japan.

習障害 (learning disorder : LD) 概念が使用され、より狭い内容になっている。

さらに遡ると、系統立って注目されたのは、1920年代に世界的に蔓延したエコノモ脳炎であった。この後遺症として、落ち着きのなさ、易刺激性、注意転導などの症状が見られた。1930年代になり、このような症状を持つ小児について“多動症候群”という報告がなされ、エコノモ脳炎の脳幹部障害が仮定された。また1930年代後半には、現在のアンフェタミンに近い覚醒作用を持つ薬物を使用することによって、この多動が減少することが知られるようになった。覚醒作用を持つ薬物で多動が減少することから、この事実は“逆説的効果”とされ、覚醒水準と症状の関連に着目された。このような事実を背景に、“多動症候群”の本質として脳の器質的障害を前提とした考え方が存在していた。

2. ADHD 概念以降

明確な診断基準が確立できなかった MBD 概念に代わって登場したのが、生じてきた症状を中心に置いている、精神医学の操作的診断基準であった。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) による国際疾病分類 (International Classification of Diseases : ICD) と米国精神医学会の精神疾患の診断統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) があり、ADHD という診断は DSM の中で使われている。DSM-II では小児期多動性反応 (1968年)、DSM-III では注意欠如障害 (1980年)、DSM-III-R では崩壊性行動障害の中の注意欠如・多動性障害とされ、DSM-IV (1994年) 以降は注意欠陥及び多動性障害の中の注意欠如・多動性障害とされている。DSM-IV の下位項目としては不注意優勢型、多動・衝動性優勢型、混合型の三つの病型が挙げられている。

2013年5月には DSM-5 が発表される予定で、いくつかの変更点があるとされている。草稿を参考にすれば、現在の下位分類の不注意優勢型は二つに分けられて四つになる。下位分類間の移行も認められることから、病型から“現在の状態”と変更される予定である。現在は、「症状のいくつ

かは7歳未満に存在している」とされているが、12歳に引き上げられる予定である。また除外診断とされている広汎性発達障害は自閉症スペクトラム障害となり、ADHD との併存が認められる予定である。不注意および多動・衝動性の9項目については、それぞれ青年・成人項目が追加される予定である。

日本国内では、2005年に発達障害者支援法が成立し、ADHD もその対象に入っている。この法律の中で、対象は ICD-10 の F8, F9 とされており、多動性障害が含まれているため、ADHD も実質的に含まれることになる。2007年に施行された特別支援教育においてもその対象とされており、通級の特別支援学級に ADHD 学級も設定されている。2002年に文部科学省が行った「通常学級に在籍する教育上の配慮を必要とする生徒の調査」では、行動面で著しい困難をきたす生徒数が2.5%を占めていた。2012年の再調査では3.1%となっているが、これらの調査は教員が ADHD の評価尺度を使用しており、疫学調査ではないが、一般人口における ADHD の割合に近いとされている。今回の調査では、10年前と比較して、ADHD の症状では、不注意項目が高く、多動・衝動性項目が低くなっている²⁴⁾。

II. おとなの ADHD の動向

歴史的には、子どもの「落ち着きのなさ」、「学習上の困難」、「手先の不器用さ」などに目が向けられてきた。予後についても、「学齢期後半までに及ぶ多動は注意が必要である」などの記述が、小児科領域などにも見られるが、精神科領域における系統的な報告は少なかったように思われる。この背景には、診断的に他の疾患との鑑別が難しかった点や、他の診断への移行や併存があったためではないかと思われる。30数年前は「MBD は放っておけば落ち着く」というのが多くの精神科医の考え方であった。また「薬物により治る」という考え方も根底にあったように思われる。

DSM-III-R では、発達障害 (developmental disorders) として精神遅滞 (mental retardation)、広汎性発達障害 (pervasive developmental disorder)

ders : PDD), 特異的発達障害 (specific developmental disorders) が挙げられており, これらはII軸に分類されている。この診断基準の中では ADHD は崩壊性行動障害 (disruptive behavior disorders) に分類されている。このことは歴史的経過から器質的障害としての側面が考慮されていたと思われる。

DSM で典型的な小児の ADHD と診断された子どもの経過を4~5年診ていくと, PDD の症状が目立ち始めることがある。あるいは診断をする際に, ADHD と PDD が併存していると考えた方が良い例も見られる⁹⁾。低年齢において, より ADHD 由来症状が目立つという報告もあり, DSM-5 では併存が考慮されると聞かす, 現在の操作的診断基準における問題点の一つでもある。

ADHD の予後がいろいろと報告されるようになってから, 併存症状, 症状の移行が知られるようになってきている。経過を見ていると, 多動は思春期以降に目立たなくなるが, 不注意は大人になっても続くと考えられる。衝動性の亢進は環境依存的であり, 個別に大きく異なるが, 社会適応と大きな関連を持つ。下位分類を考慮すれば, 多動・衝動性優勢型と混合型では, 素行障害, 反社会性パーソナリティ, 物質依存性障害などの二次障害への移行が目立つ。一方不注意優勢型では二次的な不安性障害, 気分障害などが見られる。このことは下位分類によって, 大人になってからの状況が異なる可能性を示している。

Ⅲ. 成人の精神科臨床における ADHD

二次的症候で臨床現場を訪れ, 臨床的診断を受けている症例の中には, 統合失調症, 気分障害, パーソナリティ障害とされている例がある。典型例ではないため, 「発達障害があるのではないか?」とセカンドオピニオンを求められる場合もある。多くは PDD などが併存しており, 様々な向精神薬が処方されているが, 効果はあまりない例である。この場合は, 周囲の環境や対応による影響が大きく, ADHD 的側面そのものの治療が中心にならないことが多い。ADHD の薬物治療は児童青年期と同じく, 本質的な治療というより

も, 治療の導入に意義を持つと思われる。成人では本人が薬物治療を希望して来院する場合もあり, 自覚的に薬物の効果を実感する場合も少なくない。薬物治療以外の対応や環境調整が可能な場合は, 職場の環境を変えたり, 生きがいを獲得できて自信を回復すれば治療的展開が期待される。また ADHD と診断されることで, 自分の置かれている状況に本人なりの納得ができて落ち着きを取り戻す場合もある。しかし, 診断を受けたとしても, 社会の理解や受け入れはまだ不十分であり, 必ずしも社会適応が良好になるとは限らない。

二次的症候はほとんどなく, ADHD が治療の中心になる例では, 児童期や小児期から ADHD の存在に気づかれている場合と, 大人になって気づいて, 初めて臨床場面に登場する場合で対応が異なる。一般に二次的診断がつかない場合は, 対人関係の問題は少なく, 周囲からもそれなりに受け入れられている場合が多い。ここではこのような臨床例を2例呈示してみる。

1. 児童期, 青年期から気づかれている場合

〔症例1〕初診時9歳3月, 男子

家族歴: 特になし。

発育歴: 定頭6月, 始語17月, 幼稚園ではおとなしく手がかからず, 集団参加は苦手で, 友人も1人だけであった。

病歴: 通常級に就学するが, 小1から孤立し, 状況判断は苦手であった。

小2: 担任に叱られたのが契機で強迫的行動が見られた。

小3: LD を疑われ, 専門病院に検査入院し, ADHD を示唆された。集中力は欠如し, 少人数環境で安定し, 瞬目チックを認め, 不器用さが目立った。

小4: 小児科より carbamazepine, methylphenidate を投与されるが効果はなかった。

治療歴: この頃筆者のもとを受診し, いくつか検査を行った。

ITPA: 言葉や動作で自己表現する力が弱い。

K-ABC: 先の予測, 方向づけした行動が苦手。

WISC-III: FIQ 111 (VIQ 118, PIQ 101)

EEG：境界域脳波（てんかん性脳波の混入）

薬物の調整をしても大きな変化なく、授業中は座ってボーとしており、黒板を見ていない。保護者が心配して訪ねた居住地の教育相談室で、夏休みに検討会を行った。母、通常級担任、情緒障害学級（通級）教員、相談室担当者、筆者（相談室スーパーバイザー）で話し合い、「少人数学級が望ましい」との方向性が出る。母は反対であったが、見学した本児は気に入って、2学期より情緒障害児学級（通級）へ喜んで通う。夏休みに、不器用さを改善するために通っていた運動教室で、車椅子を使用していた身体障害児の世話をよくみるため、周囲の大人から誉められる。情緒障害児学級、運動教室に通い続け、自信を回復し、翌年4月から通常級へ戻って登校する。ほとんど休まず登校し、「僕は馬鹿にされているが、いいところもある」と語り、ADHDのTVを見て、「僕はドーパミン不足なんだね」と母に話す。

保護者は悩んだが、中学は通常学級を選択する。成績は真ん中より低めだが、休むことなく通って卒業した。高校は難しくない私立の普通高校に単願で合格し、成績はよくなかったが、なんとか卒業した。大学は夜間部に入学し、文化系の部活にも参加した。

22歳時に卒業するが、保護者の心配をよそに一般就職を希望し、面接を受ける。約30カ所目に合格し、なんとか入社はしたが、指示への反応が鈍く、もの忘れも多いため、上司から常に注意を受けている

考察：不注意優勢型のADHDと診断した男子である。PDDは除外できており、受身型の友人関係で、特定の友人が1名だけいた。知的障害はないが、きわめて要領悪く、学校の成績も悪い。自分が不注意優勢型ADHDと自覚しており、マイペースながら「困っている人には優しくできる」など自分の良い点も自覚している。児童青年期から課題を抱えており、ADHDに基づく症状を抱えている。治療過程で、二種類のADHD治療薬を処方してみたが、ともに効果はなかった。なんとか社会適応を続けているが、まだまだ越えなくてはならない課題がある。

2. 大人になってから気づかれた場合

〔症例2〕初診時29歳3月、男性

家族歴：家人は否定。

発育歴：発達指標に大きな問題なかった。就学前にも大きな問題は指摘されていない。

就学後、忘れ物は多かったが、先生から特に指摘されることはなかった。

学校の成績は中くらいで、対人関係で苦勞することもなかった。

全日制普通高校に進学し、中の下の成績で高校を卒業した。

その後医療関係の専門学校に通い卒業した。

友人はあまりいなかったが、特に苦勞することもなかった。

卒業後、医療機関でワーカーとして働き始めるが、勤め先で同僚や上司に言われたことをすぐに忘れ、仕事にミスが多いため注意をよく受ける。片付けが苦手で、机の上は乱雑である。

仕事の上で、発達障害の患者さんに接しているうちに、「自分もそうではないか」と考えるようになり、専門機関の受診を考えた。

29歳時に専門機関を受診し、詳しく発達歴を聴かれる。年少時の状況を説明してもらうために実家の母親にも受診に同伴してもらう。年少時のエピソードについては、母親は問題と覚えてなかったが、本人なりに困っていたことが確認された。

WAIS-R：FIQ 98 (VIQ 105, PIQ 88)

ADHD-RS：21+3（不注意項目+多動・衝動性項目）

診断基準から、不注意優勢型のADHDとの診断を受ける。

広汎性発達障害の診断基準を満たしていないことを確認する。

本人の希望もあり、ADHD治療薬であるatomoxetine（ストラテラ[®]）の処方を開始する。40mg（1日2回、朝夕食後）で副作用がないことを確認し、60→80mgと増量してみる。

80mg処方時のASHD-RS：10+3

主観的な変化としては、「集中力が高まり、自覚的に落ち着いている」、「仕事に取り組む態度に自信を感じている」、「机の上が少しきれいになる」、「食欲はやや低下するが、睡眠は問題ない」

とのことであった。

考察：不注意優勢型のADHDと診断した例である。年少時は、あまり大きなエピソードなくすごしてきたと推察される。成人しても社会生活に多少の困難を抱えていたが、そのようなものと本人は考えていたようである。医療現場で働くうちに、発達障害の患者さんの訴えを聞いて、自分も共通点があることに気づいた。発達障害について調べるうちに、対応策があることを知り専門機関への受診を決心した。ADHD治療薬が効果を示し、自覚的に気分が楽になり、仕事に意欲的に取り組めるようになった。

IV. 今後の動向について

近年、「発達障害ではないか？」と精神科の医療現場を訪れる成人の患者さんは増えている。発達障害者支援法が施行されて約7年経過し、様々な啓発行動が行われ、「発達障害の存在は知られるようになってきている」というのが実感である。一方で、「発達に問題があれば“発達障害”である」という安易な考え方もある。「ADHDを含めて発達障害は連続体（スペクトラム）であり、明確な診断の境界がわかりにくい」と思われる。ADHDそのものが十分に理解されていないため、「病気だから病院へ行って診断してもらってください」、「障害ですから、きちんと治してください」などという話を聞くことになる。ADHDそのものが問題なのではなく、その存在によりもたらされる“社会不適応”や“生きにくさ”が問題なのであり、これらへの対応が重要である。

精神科の臨床現場でも、発達障害の存在は理解されつつあるが、“過剰診断”の声も聞く。成人になってから、医療現場を訪れる場合は、低年齢時の情報が重要となるが、一番情報を持っている

はずの母親から情報を得られない場合は診断が難しくなる。このような例は他の精神疾患として診断されているが、定型例ではなく、治療もはかばかしくない場合にみられ、専門医療機関におけるセカンドオピニオンの対象になることもある。これまでは低年齢で発症することから、専ら児童青年精神医療の医師が対応していたが、成人例の受診者が増加するとすれば、大人を対象としている精神科医が中心となって診断治療する必要があると思われる。

大人の精神科医療の現場に、「自分はADHDではないでしょうか？」と姿を現す患者さんは、経験的には年少時に不注意優勢型のADHDが見逃されている場合が多い。これらの中には職場での配慮がなされたり、ADHD治療薬が有効である場合なども見られる。ウェクスラー式のIQ検査、ロールシャハ、PF、SCT、描画などの性格検査および、ADHD-RSやコナーズなどの質問紙を用いて情報を十分に得た上で、国際的な疾病分類を用いて診断を行う必要がある。

文 献

- 1) American Psychiatric Association (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳): DSM-Ⅲ-R 精神障害の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 1982.
- 2) 市川宏伸: 発達障害—医療を中心に—. Jpn. J. Rehabil. Med., 49: 421-427, 2012.
- 3) 上村菊朗, 森永良子共著: 小児のMBD—微細脳機能症候群の臨床—. 医歯薬出版, 東京, 1980.
- 4) 文部科学省報道発表: 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年12月
- 5) Yoshida, Y. and Uchiyama, T.: The clinical necessity for assessing attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning pervasive developmental disorder (PDD). Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 13: 307-314, 2004.

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.

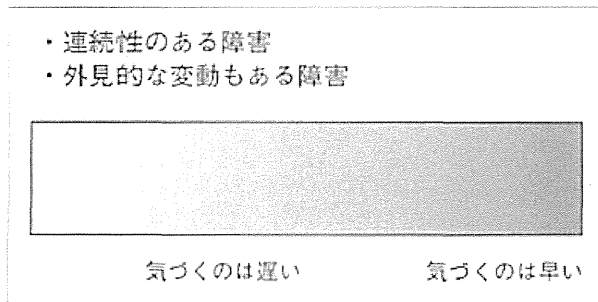


図1 発達障害の特徴

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、発達障害と括弧す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密になるようになった。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

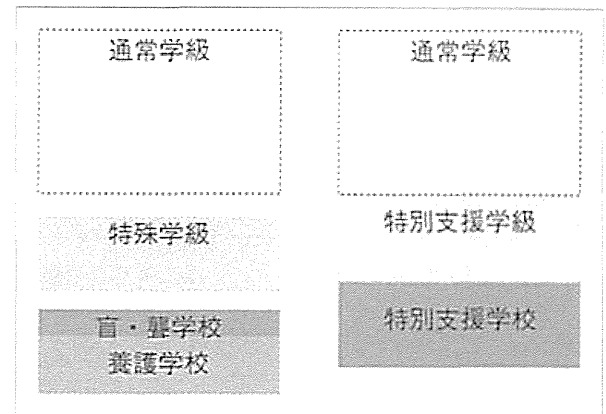


図2 特別支援教育の導入

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、成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、不注意は成人になっても続き、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 (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、自分かきがをする、他の子どもに危害を加える、物を壊す 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

(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、癇癢や爆発性、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

づくとなっている。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

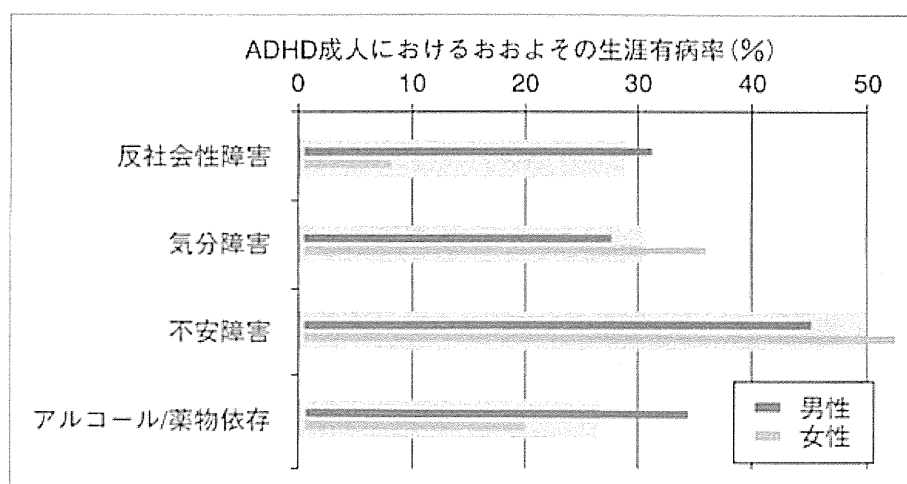


図3 ADHD成人期によくみられる合併診断

(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、最近で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：怪我をしやすいく。

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勤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) 斉藤万比古, 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.

* * *

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、“理解できない犯罪”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、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、一段と衝動性が亢進し、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、自閉症スペクトラム障害（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「遠い遠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て答える」「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「駄目のできない親」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うだけでなく、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

*まったく発達障害の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、発達障害の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。

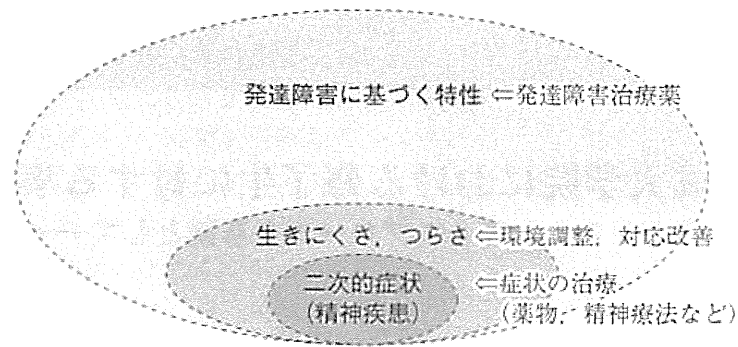
最近欧米を中心に発達障害の遺伝的背景が指摘されており、メタ解析によると、ADHDでは統合失調症よりも遺伝的背景が強いことが示唆されている。このことは、発達障害への対応がよくないことで、家族を責めても仕方がないことにつながる。臨床場面でも、保護者に発達障害が存在していると、子どもの発達障害の存在に気づくのが遅れることはよく経験する。

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
 二次的の症状：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“生きづらさ”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“生きづらさ”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“生きづらさ”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.



職場のメンタルヘルスと復職支援：その効果的な利用のために

高機能発達障害者のリワーク*

 市川宏伸^{1,2)}

Key words

Developmental disorders, High-functioning, Working system

はじめに

発達障害者支援法が成立して8年経過し、世間で“発達障害”という言葉は知られるようになったが、その内容までについて十分に理解されているとは言い難い。このような中で、発達障害者は就労・定着・リワークすべての面で苦戦を強いられていると言ってもよいと思われる。「発達障害の存在が十分に知られていない」、「発達障害について誤解がある」などがその原因と思われる。逆に上司や同僚の理解を得て、落ち着いて職場で働いている方もいる。発達障害者はその独特の特性により、他人が真似のできない素晴らしい仕事をすることもある一方、置かれる環境やなされる対応に影響を受けやすい。会社内で不適応を生じて、休んだ場合を考えると、発達障害者のリワークシステムが確立されていることは、発達障害者にとっても、会社にとっても、本来持っている能力を発揮するという観点で、意味のあることと考えられる。

発達障害とは

1. その定義(表1, 2)

発達障害が話題になってきたのは2005年の発達障害者支援法施行以降である。それまでは自閉症(広汎性発達障害, アスペルガー障害など)、注意欠陥多動性障害(ADHD)、学習障害などと別々に呼ばれていた。この法律の中に発達障害が定義されており、その定義はWHO(World Health Organization:世界保健機関)によるICD-10(International Classification of Diseases:国際疾病分類第10版)のFコードに基づいている。通達ではICDのF8, F9を中心としており、発達を背景に考慮する必要がある疾患が中心である。最近、DSM-5が公表されたが、支援法はICDをもとに作られており、数年後のICDの改訂の際に大きな変更があると思われる。

高機能という言葉を選ると、自閉症の予後を研究していたDeMayerが用いた、high-functioningという言葉に行きつく。彼女は、自閉症の予後を左右するものとして、知的水準に注目し、low~highまでの分類を行った。元の分類ではこれらの違いを厳密にしておらず、境界は曖昧であ

* Working System and High-functioning 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), ICHIKAWA Hironobu: Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Tokyo, Japan
 2) 日本発達障害ネットワーク, Japan Developmental Disorders Network(JDDNET)