

自閉スペクトラム症の併存症 の評価と治療

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
石飛信

1

本講義のねらいと到達目標

ねらい

ASDを有する人にみられる身体的・精神科的併存症への理解を深め、ASDの人への多職種連携支援においてかかりつけ医の果たす役割を理解する。

到達目標

1. ASDの人がどのような身体的問題を抱えやすいかを理解する（障害特性によりどのような診療上の配慮が必要となるのかを理解する）
2. ASDの人にみられる精神科的併存症の評価・治療の基本的原則を理解する。
3. ASDの人に対する薬物療法（主に精神科的併存症に対する）についてその基本原則を理解する。

(解説) 本講義では、ASDを有する人にみられる身体的・精神科的併存症への理解を深め、ASDの人への多職種連携支援においてかかりつけ医の果たす役割を理解することをねらいとし、下記を到達目標とする。

到達目標

1. ASDの人がどのような身体的問題を抱えやすいかを理解する（障害特性によりどのような診療上の配慮が必要となるのかを理解する）
2. ASDの人にみられる精神科的併存症の評価・治療の基本的原則を理解する。
3. ASDの人に対する薬物療法（主に精神科的併存症に対する）についてその基本原則を理解する。

ASDの併存症について理解を深める意義

- ASDの人には併存症(身体・精神)が多い
- 併存症が顕在化した時に、多職種連携の必要性が高まる
- (ASDの)未診断の人が併存症を主訴に医療機関を受診する場合がある
- “Diagnostic overshadowing (=診断の過剰投影)”を防ぐことに繋がる
- DSM-5では、併存症を“specifier(=特定子)”として明示し、支援ニーズを明確することを重視

3

(解説)本講義で、ASDの併存症についてとりあげるのは、医療機関に発達障害の人もしくはその疑いの人を受診する場合、なんらかの医療的ニーズ(併存症)に対する対応を求めている受診である場合が多いからです。

1) ASDの人にはそもそも後述するように併存症(身体・精神)が高率に認められます。ASDの有病率が高いことを考えると、日常臨床の場で併存症(身体・精神)を主訴にした発達障害の方を、小児科医をはじめとする様々な科の医師が診療するということになります。従いまして、代表的な併存症に関する基礎知識や評価の原則について一定の知識を持つことがその医療ニーズに応えるために必要になります。診療上、障害特性を考慮した適切な対応が求められるので、ASDの基本特性”について最低限の知識も備えて置く必要もあります。

2) ASDと関連する併存症が顕在化した時に、多職種連携の必要性が高まります。ASDの方への支援は、基本的に“機能特化と相互補完”に基づく多職種連携が基本となります。各ライフステージで遅れのない有意義な多職種連携に繋げるために、“連携が必要とされる状況”の一つとして併存症についての理解の共有が重要になります。この理解の共有は、医師だけでなく、支援に携わる職種全てに重要になります。

3) (ASDの)未診断の方が併存症を主訴に受診する場合がある→主訴である併存症への対応を行う中で、発達障害の評価・診断の必要性に気付く場合があります。つまり、併存症への対応を契機に発達障害を念頭においた支援が始まる可能性があるということです。従って、よく起きうる併存的問題を把握しておくことが大事になってきます。

4) ASDの人に併存しやすい問題を知ることで、“Diagnostic overshadowing(=診断の過剰投影)”を防ぐことが出来ます。聞きなれない言葉と思われそうですが、Diagnostic overshadowingとは、“ある発達障害の診断名がいったんつくと、その人に生じるその他様々な問題が生じた場合に、その背後にある諸要因を深く探ることなくその診断に基づく問題(障害の一部)と考えられてしまい、必要な対応が取られかねない事態”を指します。発達障害の人に併存しやすい併存症とその捉え方を知ることによってこれをある程度防ぐことが出来、誤診断や対応の遅れを防ぐことが可能になります。

5) ご存知の方も多いかと思いますが、近年、精神障害の診断基準が、DSMIV→DSM5に変更になりました。これに伴う大きな変更点の一つに、“併存する問題を“specifier(=特定子)”として明記し、支援ニーズを明確化することが求められるようになりました。これは、“ASDなのか?”というカテゴリーカルな評価から、“どのような支援ニーズを有するASD個人なのか?”というディメンショナルな評価が臨床現場で益々重視されるということを意味します。以上の理由から、ASDの人への支援においてかかりつけ医にその役割を果たして頂くためには、ASDの主要徴候に加え、ASDに併存しやすい併存症についてもある程度基本的知識・対応の原則について知って頂く必要があります。

DSM 5 におけるASDの併存症評価

下記の“特定子(specifier)”を記述し、「どんな特徴や支援ニーズを有するASDの人であるか」を明記すること

1. 知的障害の有無とその程度
2. 言語障害の有無とその程度
3. 既知の医学的または遺伝的病態、環境的要因の関与
 - ✓ 遺伝的病態(例 ; Rett障害、脆弱X症候群、ダウン症候群)
 - ✓ 医学的疾患(例 ; てんかん)
 - ✓ 環境的要因の既往(例 ; バルプロ酸、胎児性アルコール症候群、超低出生体重児)
4. **他の神経発達障害、精神医学的障害あるいは行動障害**

(American Psychiatric Association, 2013) ⁴

(解説)DSM5では、ASDで特定すべき特定子として以下の4点が記述されています。

単に「ASDかどうか?」だけでなく、「**どういう特徴や支援ニーズを有したASDか?**」を注意深く考えることが求められています。ASDを有する方への介入方針を検討する際に不可欠であり、現実の診療実態にも則した診断基準の改定であると思われます。

(参考文献) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Washington, DC, 2013

ASDの児童・青年の対応とサポートに 関するガイドライン

英国のNational Institute for Health and Clinical
Excellence Guideline 170 (2013)

ASDの臨床に関わるあらゆる専門家が、ASDにみられる**身体的・精神的併存症**の評価、マネージメントに関する**トレーニング**を受け、**併存症に対する適切な心理社会的治療または薬物治療**が行われるべきである

5

(解説) DSM5では、ASDで特定すべき特定子として以下の4点が記述されています。単に「ASDかどうか?」だけでなく、「**どういう特徴や支援ニーズを有したASDか?**」を注意深く考えることが求められています。ASDを有する方への介入方針を検討する際に不可欠であり、現実の診療実態にも則した診断基準の改定であると思われます。

参考文献) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Washington, DC,2013

ASDの身体的併存症について理解する

6

ASDに伴う身体的併存症

- **てんかん** (Amiet C et al. 2008)
 - ✓ 知的障害を有するASDでは21.4 %、知的障害のないASDで8%の合併率
 - ✓ ASDに特有の発作型は特定されていない
 - ✓ 好発年齢は、幼少期と青年期に二峰性のピークがある
- **胃腸障害** (Buie T et al. 2010)
 - ✓ 慢性便秘、機能性腹痛、逆流性食道炎、過敏性腸症候群
 - ✓ 9-70%と合併率は報告により様々
 - ✓ 併存する胃腸障害のために問題行動が生じることがある
(⇔胃腸障害の治療が問題行動を軽減しうることも)

7

(解説) ASDの人では、様々な身体的併存症の合併が定型発達児より高いことが報告されており、医療支援ニーズの高い一群と言えます。これらの身体的併存症の中には、時にいろいろや多動などの一見精神科的な症状として顕在化するものもあるので、普段の(好調な)様子との違いに特に注意していただき、状態像の変化の背景に身体的問題がないかを常に考えることが重要になってきます。(ここは普段の落ち着いている時の様子と比較が可能なかかりつけ医にしかできない部分でもあるかと思えます)

てんかんは、近年のメタアナリシスによると、知的障害を有するASDでは21.4 %、知的障害のないASDで8%の合併率が報告されている。ASDに特有の発作型は特定されておらず、好発年齢は、幼少期と青年期に二峰性のピークがあるとされています。

胃腸障害も頻度が高いとされ、慢性便秘、機能性腹痛、逆流性食道炎、過敏性腸症候群などが合併しやすいと報告されています。ASDでは、偏食などの食習慣の問題も一部影響すると考えられていますが明確な機序は明らかになっておりません。併存するこれらの胃腸障害による身体的不調が、いろいろ・自傷行為などの問題行動として表出する場合がありますので注意が必要です。ASDの胃腸障害に対するエキスパートコンセンサスパネルによる提言として、1) 胃腸障害の症状を呈するASD者では、ASDがない人の場合と同様な包括的評価をすべきである (ASD特有の胃腸障害の症状は指摘されていない) 2) 併存するこれらの胃腸障害による身体的不調が、いろいろ・自傷行為などの問題行動として表出する場合がありますため十分注意することが述べられています。

参考文献)

Amiet C, et al. [Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: evidence from a meta-analysis.](#) Biol Psychiatry; 2008 ;64: 577-82.

Buie T , et al. [Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report.](#) Pediatrics. 2010 Jan;125 Suppl 1:S1-

18

ASDに伴う身体的併存症

- **睡眠障害** (Malow et al. 2012)
 - ✓ ASD児の53-78%で認められる(vs 定型発達児:26-32%)
 - ✓ 入眠困難や睡眠維持の困難が主体だが、過眠症状もあり
 - ✓ 常同行為の増加や社会的スキルの低下など日常生活機能にも多大な影響を及ぼす
 - ✓ 何らかの身体的・精神科的併存症との関連で出現しうる
- **肥満** (Hill et al. 2015)
 - ✓ ASD児(5053人, 2-17歳)
 - ✓ 33.6%が“overweight” 18%が“obesity”
⇒一般集団に比して高い肥満率(ほぼ全ての年齢帯)
 - ✓ 危険因子：高年齢・気分障害・睡眠障害

8

(解説)

睡眠障害は、他の発達障害に比しても**高率に合併 (40-80%)**することが報告されています。睡眠障害のタイプとしては、**入眠困難や睡眠維持の困難**が主に報告されていますが、**過眠傾向**が問題になる例もあります。要因は様々で、うつや不安障害などの精神科的併存症やRLS (レストレスレッグス症候群)、薬物治療に伴う睡眠障害など多岐に渡ります。メラトニン系の異常が生物学的要因として想定されています。

睡眠障害の影響が、**常同行為の増加や社会的スキルの低下、イライラ**などとして表面化することがあり、**日常生活機能にも多大な影響を及ぼすことがあるので、睡眠状況の評価は非常に重要です。**

(興奮や衝動性の増強として現れた場合、治療目的で投与された抗精神病薬やADHD治療薬によりさらに睡眠覚醒リズムの悪化をきたし症状がさらに増悪する場合があります) 何らかの併存症との関連で出現することも多く、睡眠状況が普段とどう違うのかという視点が精神科的な問題を客観的に評価する際にも重要になってきます。

肥満

ASDでは、肥満の問題についてもよく報告されており、Hillらの大規模研究では、ほぼ全ての年齢帯で肥満率が一般母集団より高いとされています(5053人の2-17歳のASD児を対象にした大規模調査では、年齢・性別を考慮した各年齢での85%タイル以上を“overweight”、95%タイル以上を“obesity”とした仮定した場合、それぞれ33.6%、18%が“overweight”“obesity”という結果)

)。また、高年齢であること(年齢が上がるほど)、また睡眠障害や気分の問題がある場合にそのリスクが上がるとされています。ASDの人全員が肥満であるわけではなく、また肥満の要因も服薬の影響や食生活の違いなど人によって様々ですが、かかりつけ医の先生には、普段の健康管理を行って頂くうえで、肥満傾向を示しやすい一群がいること、それに伴う生活習慣病のリスクを考慮頂ければと思います。

参考文献)

[A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders.](#) (Malow BA, Byars K, Johnson K, Weiss S, Bernal P, Goldman SE, Panzer R, Coury DL, Glaze DG; Sleep Committee of the Autism Treatment Network.

Pediatrics. 2012 Nov;130 Suppl 2:S106-24. doi: 10.1542/peds.2012-0900I. Review.)

参考文献)

Hill AP, Zuckerman KE, Fombonne E. [Obesity and Autism.](#) Pediatrics. 2015 Dec;136(6):1051-61. doi: 10.1542/peds.2015-1437. Epub 2015 Nov 2

健康管理上の問題点

- 感覚過敏/鈍麻
- コミュニケーションの問題
- 非典型的な症状表出
- 医療従事者の発達障害特性を考慮した対応が十分とは言えない現状



- 医療支援ニーズの把握が困難(重症化の可能性)
- 疾病の診断や治療が遅れる(医療受診の困難さ)

(大屋 滋, 2009) 9

(解説) 以上にあげた以外にも、ASDの人にはcommon diseaseも含め様々な身体的併存症を有するケースが多く、健康を維持するための医療支援ニーズがとても高い一群です。従いまして、医療機関で必要な検査、治療が適切に施される必要が高いと考えられます。一方で、ASDの人ではその発達障害特性も影響して、身体的併存症に対する評価・診断・治療が遅れる場合が高く、ASDの人における大きな健康管理上の問題となっています。

例えば、

感覚鈍麻のために、疾患に本人自身が気づかないことがあり重症化することがあります。

感覚過敏のために、注射や聴診、MRI検査などの医療行為を受けることが難しい場合があります。

想像力の障害（予期する能力の低さ）やコミュニケーション能力の問題のために、様々な医療行為をスムーズに受けられないことも多いです。

知的障害を伴う場合は特に、症状の言葉による表出が難しいために、疾患とは直接関係なさそうな行動上の問題として表出する場合もあり（非典型的な症状表出）、diagnostic overshadowingがどうしても起きやすいことも挙げられます。

医療機関において、発達障害特性を考慮した対応が十分とは言えない現状がやはりまだあり、当事者（養育者）と医療者との連携がまだうまくいっていない現状もあります。

参考文献)

大屋滋：自閉症や知的障害のある人の医療受診の問題点.医療受診セミナー報告書 自閉症や知的障害のある人のバリアフリー.東京、NPO法人 PandA-J,2009,p2-7.

かかりつけ医での対応の留意点

● 診察前の準備

当事者の特性や困りごとについての資料を保護者と共有する(→診療の障壁を極力取り除いておく)

● 診察時の留意点

静かな環境を極力準備する
待ち時間が生じない工夫(予約は最初か最後)
診療時間は余裕をもって設定しておく
必要な情報は視覚化して伝える(絵カードの利用)
プレパレーションを試みる など

(大屋 滋, 2009)

10

(解説) 以上を踏まえ、**かかりつけ医でどのような点に留意してASDのあるひとの身体的な問題に対応すればいいか**をまとめてみます。

診察前の準備としては、「障害特性から予想される診察上の困難を事前に把握し、その対応法の検討を前もって行うために、当事者の特性や困りごとについての情報を保護者と共有する(→すなわち、診療上の障壁を極力取り除いておく) ことが重要になります。」

診察時の留意点として、

(聴覚過敏や普段と違う場所で緊張してしまうのを避けるために) 静かな環境を極力準備する。

待ち時間が生じない工夫をすることも有用です。ASDの人は見通しのつかない行為である「待つこと」が苦手ですので、タイムスケジュールを出来るだけ明確に伝えることが安心につながります。

(色々と予測不能な事態も起きますし、コミュニケーションに時間もかかりますので、伝えたいことがきちんと伝わるように少し余裕をもって診察を行うために) 診療時間は余裕をもって設定しておくのが望ましいです。

必要な情報は視覚化して伝える(絵カードの利用) ことも有用です。特に知的障害合併例では言葉での理解が困難な方が多いですので、一目でわかる資料が有効です。

診療行為とは初めての場合誰でも怖いものです。疑似体験などで不安を軽減できるように工夫することも有用です。(「プレパレーション」という、わかりやすい形で診療行為を視覚化して理解してもらい恐怖感を下げる試みも有用とされています) 時間がない中、全てを行うことは難しいかもしれませんが、何か一つからでも取り組んでい頂けるとASDの人の医療受診がスムーズに進むと思います。

参考文献)

大屋滋：自閉症や知的障害のある人の医療受診の問題点.医療受診セミナー報告書 自閉症や知的障害のある人のバリアフリー.東京、NPO法人 PandA-J,2009,p2-7)

実際に使用できるツール



医療用絵カード
京都府自閉症協会



プレパレーションの実践に向けて
「医療を受ける子どもへの関わり方」
子どもと親へのプレパレーションの
実践普及 研究班¹⁾

詳細は割愛いたしますが、ASDの方に限らず発達障害の人の医療受診をスムーズに行うためのツールがこれまで多く作成されております。HPからダウンロード可能な資料も数多くありますし、自治体が提供しているものも数多くあります。今後、かかりつけ医での利用促進が期待されています。

自治体での取り組み①(千葉県市川市)

知的障害やASDの人のスムーズな医療機関への受診に向けて

「説明カード」

- ✓ 親の会を通して障害児者に配布
- ✓ 診療前に必要事項（障害の特徴や特性と、簡単な対応方法）を記入
- 診察がスムーズに受けられるように作成

「待合室ポスター」

- ✓ 親の会が作成し、医師会を通して市内の病院・診療所の待合室に掲示
- 待合室の他の患者さんに、待つことが苦手な人がいることを知ってもらうために作成

「医療セミナー」開催

- ✓ 親の会・医師会のリーダーシップのもと、障害のある患者側、そして医師側の苦労・悩みを双方に意見交換

(大屋 滋. 2009)

コミュニケーションボード



12

自治体での取り組みを2つご紹介します。

千葉県市川市では、「知的障害やASDの人のスムーズな医療機関への受診に向けた取り組み」として、説明カード・待合室ポスターの普及利用、医療セミナー開催などが行われています。

参考文献)

大屋滋：自閉症や知的障害のある人の医療受診の問題点.医療受診セミナー報告書(2009)

自治体での取り組み②(東京都杉並区)

障害者人間ドック事業

2005年より総合病院健診センターとの協力の下、NPO法人すぎなみ障害者生活支援コーディネートセンターが中心に実施



- 障害特性に関する学習会
- 障害特性に応じた特別問診票
- 事前調整や事前練習



失敗しない!
失敗させない!

13

東京都杉並区では、障害者人間ドック事業として、スタンプラリー形式で視覚的にわかりやすいツールを用いての「失敗しない、失敗させない」人間ドックに向けた取り組みがなされています。先ほどお伝えしましたように、健康管理は重要な問題である一方、ASDの障害特性から多くの困難が付きまといます。

一度、嫌な思いをすとなかなかその後の受診が難しくなるという声を当事者家族からよく聞きますので、このような取り組みが今後さらに重要になると思われます。

かかりつけ医へのメッセージ

-ASDの人の健康管理にむけて-

- ASDの人には様々な身体的併存症がみられ医療支援ニーズが高い
- 発達障害特性(コミュニケーションや感覚の問題) のために身体疾患の診断や治療が遅れやすい
- 個々の障害特性を考慮した対応が医療機関でまだ十分浸透しておらず、当事者・家族が医療機関受診に対する不安を抱えておられます
- 発達障害特性を考慮した具体的な対応を出来る範囲で取り組むことがかかりつけ医に期待されています
- かかりつけ医による身体的併存症への対応は、発達障害の人のQOL向上や発達障害と鑑別を要する疾病の除外にも重要となります

14

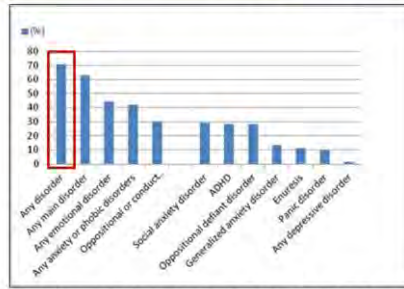
この項のまとめです。

- ASDの人は様々な身体的併存症がみられ医療支援ニーズが高い方々です。身体的問題がいらいらや興奮などで表現されることもありますので、一見身体的問題でなさそうな場合も、背景に身体的問題が存在する可能性に十分配慮ください。
- 発達障害特性(コミュニケーションや感覚の問題) のために疾病の診断や治療が遅れやすい ことが問題となっています。
- 個々の障害特性を考慮した対応がまだ医療機関でまちまちであり、当事者・家族が医療機関受診に対する不安を抱えておられますので、発達障害特性を考慮した医療機関での対応を出来ることから取り組むことが期待されています
- かかりつけ医による(特に小児科医や内科医) 身体的併存症への対応は、発達障害の人のQOL向上だけでなく、発達障害と鑑別を要する疾病の除外にも重要となります。

ASDの精神科的併存症について理解する

15

ASDと精神科的併存症の合併



56946人の一般母集団から抽出された112名のASD(10歳-14歳；平均12歳)に対し精神科的併存症の有無を包括的に評価(Simonoff et al. 2012)

ASDの児の約70%がなんらかの精神科的併存症の診断に合致する(41%の児が2つ以上の診断基準に合致)

→ASDの人では、精神科的併存症の評価はルーチンで行い、介入すべき併存症がないかを明確にする必要がある。

16

ASDにおける精神科的併存症の調査研究で最もよく引用されるSimonoffらの論文をご紹介します。

この研究は、このテーマに関して行われた数少ないpopulation based studyで、約5万7000人の一般集団から抽出された平均年齢12歳のASD診断を受けた112名に半構造化面接を用い、精神科的併存症を包括的に評価してものです。(ある特定の精神疾患や発達障害の合併を見に行ったstudyはいくつもありますが、このように包括的に評価を試みた大規模研究は少ないです。)

結果は「ASD児の70%の児で、なんらかの精神疾患の合併を認め、また41%では複数の診断がついたという内容です」。SAD(社交不安障害)やADHD、反抗挑戦性障害が主たる合併症としてあげられており、その他にも多様な精神科的併存が認められることを報告しています。

結論として、よく起こり得る精神科的併存症に関しては、ASDの診断とともにルーチンで行うべきであると主張されています。

参考文献)

[Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample.](#)

Simonoff E, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 Aug;47(8):921-9.

なぜ精神科的併存症が重要か？

- ✓ 精神科的併存症は、ASDの主要徴候と複合的に関与しながら多彩な臨床像を形成する
- ✓ 精神科的併存症は、成長発達や本人を取り巻く状況（発達障害特性を考慮した支援体制の有無など）によって変化する
- ✓ 閾下の自閉症特性を有する人においても、精神科的併存症がみられる
- ✓ 併存する精神科的問題を主訴に医療機関を初診するケースの増加(閾下の自閉症特性を有する人や未診断例)
- ✓ DSM5では、AD/HDの並記が可能になるなど、精神科的併存症を考慮したディメンジョナルな評価が重要視されるようになった

(石飛, 2015)

17

頻度が高いことをご理解いただけたかと思いますが、それではなぜ精神科的併存症が重要なのでしょうか？
以下のような理由があげられます。

精神科的併存症は、ASDの主要徴候と複合的に関与しながら多彩な臨床像を形成します→つまり、個々人が抱えておられる困りごとや元々のASDとしての特徴も人それぞれですので、臨床像も十人十色になるということです。精神科的併存症は、成長発達や本人を取り巻く状況（発達障害特性を考慮した支援体制の有無など）によって変化します→個々人の困りごとが周囲の状況やライフステージにより変化し、そのQOLに与える影響も変化するということです。ASDの診断がある人だけでなく、診断閾値下の自閉症特性を有する人においても、精神科的併存症がみられます→ASDの特性は連続的に存在するので、診断の明らかにつく方だけの問題ではないということです。精神科的併存症を主訴に医療機関を初診するケース（特に成人例）の増加しています。DSM5では、AD/HDの並記が可能になるなど、診断の有無というカテゴリカルな評価から、精神科的併存症を考慮したディメンジョナルな評価が重要視されるようになっていきます。

以上より、精神科的併存症はその併存率の高さや臨床像に与える影響からも重要と考えられます。

参考文献)

臨床精神医学第44巻1号（2015年1月号：特集/ 今日の自閉スペクトラム症、子どもから大人まで）
「自閉スペクトラム症と精神科的併存症」 石飛ら）

4. 他の神経発達障害、精神医学的障害 あるいは行動障害

- 関連する他の神経発達症
 - ✓ 注意欠如多動症
 - ✓ 限局性学習症
 - ✓ 運動症 (発達性協調運動障害・常同運動障害、チック障害群)
- 精神疾患
 - ✓ 強迫性障害・睡眠障害・気分障害・精神病性障害・フラッシュバック・不安障害 (限局性恐怖症、全般性不安障害、社会不安障害) など
- 行動障害(パニック・痙攣・自傷行為)
- カトニア

(American Psychiatric Association, 2013) 18

(解説) DSM 5でASDの特定子としてあげられる精神科的併存症には下記のようなものがあげられます。

ここでは、ADHDや学習障害などの他の神経発達症に加え、多様な精神疾患、行動障害、カトニアがあげられており、検討すべき精神科的問題として多くのものが挙げられています。

ASDの人では、各ライフステージで様々な精神科的併存症が起きえます。例えば、対人コミュニケーションがうまくいわずにうつ病に罹患する方もおられますし、様々な不安障害を合併する方も多いです。これらは、明確に診断できるレベルからそうでないレベルまで様々であり、また知的障害やコミュニケーションの障害がある場合は特に専門医でも診断や評価に迷うことは多いです。従いまして、かかりつけ医にあらゆる精神科的併存症を知って頂いたうえで、なおかつ評価、診断、治療を全て担っていただくことは正直困難であるかもしれません。ですので、なんらかの精神的不調に関わる相談があった場合に、精神的不調をおおまかに評価するために「どのようなポイントに着目して頂けばよいか」を述べたいと思います。

参考文献)

American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Washington, DC, 2013

精神科的併存症の評価のポイント

- ① 頻度の高い精神科的併存症について知っておく
- ② 当事者のASDの特徴を把握する
- ③ 具体的にどんな困りごとがあるのか？
- ④ 困りごとに関与しうる要因は？
 - ・環境変化（季節、学期の切り替わり）・不適切な対応
 - ・体調変化や身体疾患（睡眠障害、胃腸障害、アレルギー）
 - ・精神疾患の有無
- ⑤ “不調時”に現れやすい特徴的の症状や行動はないか？
- ⑥ 睡眠状況や食欲、活動性など日常生活上の変化がないか？

(NICE guideline 2013)

(Adams D et al. 2011)

19

(解説)

① (前提として) 頻度の比較的高い併存症についてある程度知っておいて頂く必要があるかと思ひます。(知らないことで介入可能なまたはすべき併存症が、「ASDではよくあること！？」として放置され続ける危険性が増します。(→Diagnostic overshadowingを防ぐ意味でも最低限のことは知識として知って頂く必要があるかと思ひます)(また、主訴が精神科的の症状のいずれかである場合に、その併存症から逆に背後にあるASD (または特性) に気付くきっかけになることもあります)

② 当事者のASD特性の把握、すなわち“どんな特徴を元々持った人であるか？”ということ把握することが重要になります。具体的には「どのような感覚刺激に過敏か？」「どのようなことに強いこだわりを有しているのか？」などです。これは、困りごとのetiologyを考える際、このASD特性が症状出現にどう関与しているかを考えることが必須だからです。

③ 主訴や病歴から、どんな困りごとが本人、家族にあるのかを具体的に明確にすることが重要です。診断を行うということにこだわりの必要はありません。

④ 困りごとの出現に影響しうる要因やきっかけが何かないか？を探ることも大事です。多くのメンタル面の不調は、発達障害特性に対する配慮の少なさや環境変化から生じることが多いからです。ASDの人への介入は、多くはこの“関与しうる要因”への対応になりますので、どういふ対応がまずfirstになるかの重要な情報源になります。

⑤ 併存症 (困りごと) があるということは「不調である」ということだと思ひますが、個々人での不調の表出のされ方をこれまでの生活歴から探ることも重要です。不調な時はどんな様子になり、どんな行動が増えるか？ということですから。親御さんは、実際に経験していることなのでお答え頂けることが多いかと思ひます。

例えば、確認行為が増える、動作緩慢になる、一定の部位をしきりに触るようになる 等。これは、特に、言語表出の難しい知的障害合併例において本人の調子を探るうえで重要になります。調子が比較的よかった「いつもの様子」との比較が重要となります。(→これは “いつもの調子”を知っているかかりつけ医にしか出来ないことでもあります)

⑥ メンタル的な不調の際は、睡眠・食欲・活動性などの日常生活に影響が出ることが多いですので、客観的事実としてこれらを把握することもとても重要です。

以上のポイントに注意して問診頂くと、診断に至らないまでも大まかに何が問題になっているかが見えてくると思ひます。これらのポイントを把握しておいて頂けると、色々な相談を受けた時に「いったいどんな困りごとがあるのか？」という大まかなアセスメントは可能になると思ひますし、かかりつけ医で対応可能な精神科的の問題にあたりをつける場合も、専門医へのコンサルトをする上でも重要な点かと思ひます。

参考文献)

American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. Washington, DC,2013

Adams D, Oliver C. The expression and assessment of emotions and internal states in individuals with severe or profound intellectual disabilities. Clin Psychol Rev31: 293-306, 2011

対応を要する行動上の問題 (= Challenging behavior)

● Challenging behavior

- ✓ (定義)本人自身や周囲の人間に悪影響を及ぼし、著しく生活の質を低下させ、社会生活への参画を阻害する行動
- ✓ 癇癢、攻撃性、パニック、自傷行為、興奮、破壊的行動など
- ✓ 知的障害を有する者にとっては目的ある行動として表出するものであり、個々の要因と本人を取り巻く諸要因との相互作用のもとでしばしば生じる行動



(当事者の障害特性やニーズ、本人を取り巻く諸要因を総合的に考えた上で周囲の人による)
“対応を要する行動上の問題”

(NICE guideline 2015)²⁰

(解説) (頻度の高い精神科的併存症) について、ひとつひとつ細かく理解を深めるのは難しいことですので、本日は、ASDでよく問題になり、かつ薬物療法とも関わってくることの多い“Challenging behavior (対応を要する行動上の問題)” (癇癢、パニック、自傷行為など) について概要を知っていただきたいと思います。

英国のNICEガイドラインでは、“Challenging behavior”という言い方がされています。研修ではこれからご説明させていただくChallenging behaviorの定義や解釈を考慮し、“対応を要する行動上の問題”という用語で統一してお話しさせて頂こうと思います。

“対応を要する行動上の問題”は、かかりつけ医の先生方にもご相談されることが多い問題かと思われますし、この後お話しさせて頂くASDにおいて薬物療法の主な対象症状であり、その評価の考え方が重要になります。

まず、“対応を要する行動上の問題”の定義ですが、特定の症状や行動、診断名を示すものではなく、「本人自身や周囲の人間に悪影響を及ぼし、著しく生活の質を低下させ、社会生活への参画を阻害する行動」とされています。

具体的には、癇癢、攻撃性、パニック、自傷行為、興奮、破壊的行動などがこれにあたります。

上記の行動上の特徴に加え、「家族、ケアを提供する者にとっては障壁となる行動である一方で、当事者(知的障害を有する者)にとっては目的ある行動として表出するものであり、個々が持つ要因と本人を取り巻く諸要因との相互作用のもとでしばしば生じる行動である」と述べられており、行動上の問題を呈している当事者のニーズや周囲の状況との関わりの重要性についても言及されています。

上記を考慮すると、challenging behaviorとは、“(当事者の障害特性やニーズ、本人を取り巻く諸要因を総合的に考えた上で) 周囲からの対応を要する行動上の問題”と言え、知的レベルによらずASDのある人に起きる可能性がある行動と考えられます。

参考文献)

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). [Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges](#). NICE guideline Published: 29 May 2015

(参考) 強度行動障害

(定義)

- ✓ 精神科的な診断として定義されるものではなく、直接的他害（噛みつき、頭突き等）や、間接的 he 害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難な行動である。
- ✓ 家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても著しい処遇困難が持続している状態。

（行動障害児（者）研究会（1989）：「強度行動障害児（者）の行動改善および処遇のあり方に関する研究」の報告書）

21

Challenging behaviorという用語をきいて、「強度行動障害」を連想された先生もおられると思います。「強度行動障害」は行動障害児（者）研究会により1989年に初めて定義された、「行動面の状態像」に付けられた呼称であり、主に、重度・最重度の知的障害を伴う自閉症者に対する支援の在り方を検討する中で生まれた概念です。

定義に記載されている症状を見ると「強度行動障害」はChallenging behaviorとoverlapする部分が多く、また対応の考え方も類似する部分も多いので、同じ意味として考えることもできますが、ASDでは知的障害が軽度の方でもこのような行動が出現することもあり、ASDでのChallenging behaviorを考える際に、重度の知的障害を有する方への支援の考え方から生まれた「強度行動障害」という用語をそのまま当てはめると誤解が生じかねないこと、またNICEでのChallenging behaviorの捉え方が「強度行動障害」と全く同一ではないことから、本研修では「**対応を要する行動上の問題**」として解説したいと思います。

(強度行動障害の定義)

- 精神科的な診断として定義されるものではなく、直接的他害（噛みつき、頭突き等）や、間接的 he 害（睡眠の乱れ、同一性の保持等）、自傷行為等が通常考えられない頻度と形式で出現し、その養育環境では著しく処遇の困難な行動である。
- 家庭にあって通常の育て方をし、かなりの養育努力があっても著しい処遇困難が持続している状態。

参考文献

行動障害児（者）研究会（1989）：「強度行動障害児（者）の行動改善および処遇のあり方に関する研究」の報告書）

対応を要する行動上の問題の評価と介入 (NICE guideline 2013)

1. 対応を要する行動上の問題の**程度の評価**
(重症度、持続時間、日常生活機能への影響、症状の推移など)
→「**どのような状況で具体的にどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのか**」
2. 対応を要する行動上の問題を**増悪、助長する可能性のある要因の評価**
 - ✓ コミュニケーション障害、感覚の問題
 - ✓ 併存する身体的問題(疼痛・生理周期 など)
 - ✓ 精神科的併存症
 - ✓ 物理的環境 (光や雑音)
 - ✓ 環境変化
 - ✓ 認知機能にそぐわない教育面または行動面での周囲の期待
 - ✓ 予測可能性や構造化のなさ など

「対応を要する行動上の問題」の評価の原則についてお話しします。

「対応を要する行動上の問題」に関する相談を受けた場合、まず 1) その程度を評価します。→具体的には「**どのような状況で具体的にどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのか**」ということです。特に専門的知識がなくても聴取できる内容です。

これを聴取することで、

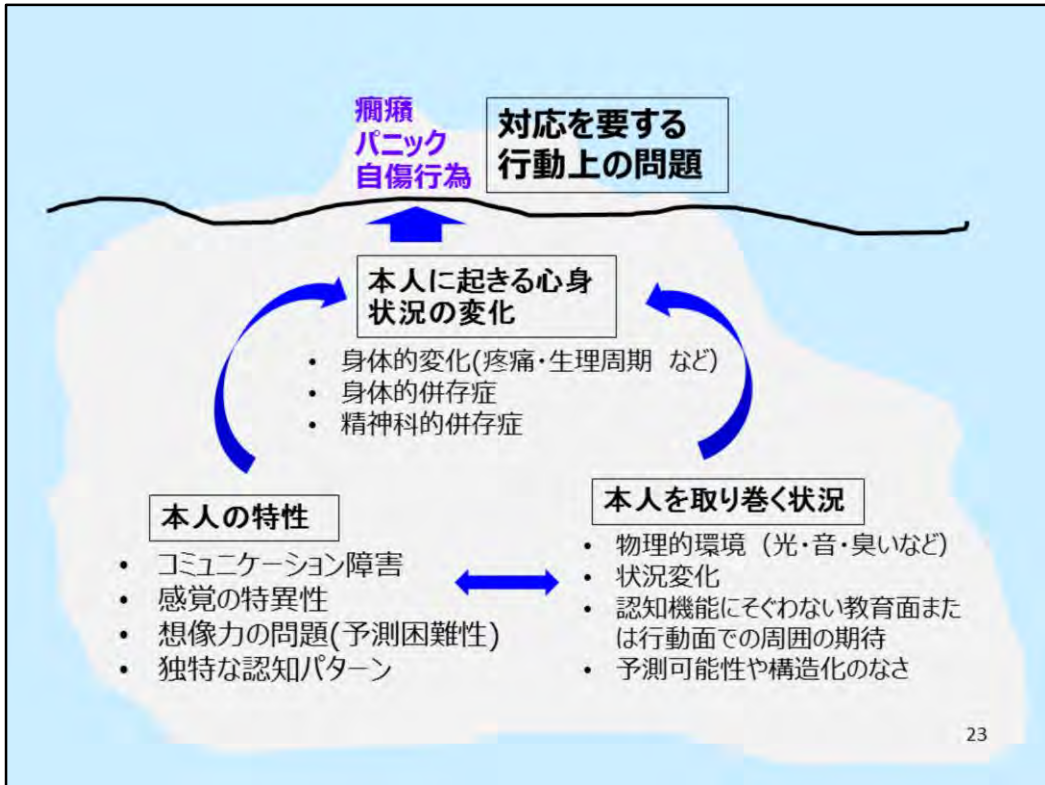
- ・行動上の問題がどんなパターンで起きているのか
 - ・行動上の問題を行うことでASDの人が示そうとしているニーズや要望が何かあるのか (ASDの人がCBを行う理由の推測)
 - ・行動上の問題を行うことでどのような結果が本人にもたらされているのか? (行動をとることで達成される強化子がないか?)
 - ・行動上の問題の引き金となっていると思われる要因が何か?
- を推測することが出来ます。

✓ 次に、2) 行動上の問題を**増悪、助長する可能性のある要因がないか**を評価します。これらの要因としては**下記のようなものがあげられています。**

- ・コミュニケーション障害 (状況の理解や自身のニーズや希望を表現することの困難さに結びつく)
- ・併存する身体的障害: (急激な興奮、自傷行為の発症がみられた場合には、疼痛や不快の原因が同定される場合があり、例として中耳炎、外耳炎、咽頭炎、副鼻腔炎、歯槽膿漏、便秘、尿路感染、骨折、頭痛、食道炎、胃炎、腸炎、アレルギー性鼻炎などがあげられる。また、女性のASD者において、生理周期に一致して一時的に行動上の問題が出現する場合には、生理周期の影響を検討する (→鎮痛薬や経口避妊薬などが効果的である可能性がある)。閉塞性睡眠時無呼吸症候群は、行動上の問題の悪化をもたらしますので、睡眠状況に関する問診が必要となる (→減量や咽頭切除術、持続陽圧呼吸などが有用である可能性がある。))
- ・併存する精神科的問題・物理的環境 (光や雑音) ・社会的環境 (自宅、学校、レジャー活動場所) ・ルーチンや個々を取り巻く状況の変化・思春期などの発達の変化・虐待の有無・問題行動の強化要因・予測可能性や構造化のなさ・児の認知機能にそぐわない教育面または行動面での周囲の期待

参考文献)

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). [Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges](#). NICE guideline Published: 29 May 2015



(対応を要する行動上の問題) は氷山の一角として目に見える形で表出する症状で、(冰山モデル) としてよく論じられます。

つまり、症状として出現している痙攣やパニック、自傷行為は最終的に目に見えるものとして出現しているものであり、背景要因には、本人のもつ障害特性や本人をとりまく状況から受ける影響、心身的異常など多くのものが考えられ、かつ互いに関連しあっているということです。実際に行動上の問題に関する相談があった場合は、問題行動そのものだけに目を向けるのではなく、これまでお伝えした評価の原則に則ってその背景要因を出来るだけ探るという姿勢が治療戦略を考えるうえで重要になります。

対応を要する行動上の問題の評価と介入
(NICE guideline 2013)

3. 対応を要する行動上の問題への介入

→「1・2の評価によりどのような環境調整、心理社会的介入、身体的治療が必要かを検討」

〈介入を行う際の留意点〉

- ✓ 標的行動を具体的に明確にする
- ✓ 標的行動を系統的に評価する
- ✓ QOL向上に結びつく結果に焦点を当てる
- ✓ 効果判定をするのに十分な観察期間の設定
- ✓ あらゆる環境下で一貫した介入が行われること
- ✓ 介入方針についての養育者、専門家の間での同意

24

3) 以上の評価によりどのような環境調整、心理社会的介入、身体的治療が必要かを検討します。まずは、CBの助長・増悪要因への介入を考えるとということです。明らかに誘因がわかり明確になる場合もありますが、なかなか原因がわかりにくい場合もあります。

介入を実際に行う際には、以下の点に留意する必要があります。このことは次の薬物療法を行う時も全く同じになります。

標的行動を具体的に明確にする→まずは“何に対して行うか”を明確にすることが何より大事です。これがはっきりしないままだと、多職種間でのPDCAサイクルが機能しません。

標的行動を系統的に評価する→どう評価するかの一定のコンセンサスをつけていないと有効、無効の判断すらできません。

QOL向上に結びつく結果に焦点を当てる→介入により何かが変わってもそれが本人、家族のQOL向上に寄与していないと意味がありません。

- ✓ 効果判定をするのに十分な観察期間の設定→**介入の種類によっては時間がかかるものもありますので、それに見合う観察期間が必要になります。**
- ✓ あらゆる環境下で一貫した介入が行われること→**これは非常に重要で、意思共有が出来ていないことが現場では目立ち、一貫性のなさからASD児が混乱することが多いです。**(誰かが火に油を注いでいることもあります)
- ✓ 介入方針についての養育者、専門家の間での同意→**治療者、治療を受ける側の双方が納得していないとうまく進みません。**

参考文献)

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). [Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behaviour Challenges](#). NICE guideline Published: 29 May 2015

困りごとに関する相談を受けたら…

困りごとの具体的な評価
に基づく支援ニーズの明確化

←助言や対応可能な
治療があればかかりつけ
医が行う



支援ニーズに対応可能な地域資源
(多職種)へのコンサルテーション

- ✓ 各自治体で、どんなニーズに対応可能な地域資源があるかを明確にしておき、かかりつけ医に周知しておく
- ✓ かかりつけ医の評価を基に適切な紹介先に繋げるシステム

25

精神科的な困りごとに関する相談を受けた場合、具体的に何が困りごとであり、何がその増悪要因・助長要因となっているかを出来る範囲で評価し手頂ければと思います。専門的知識がなくても評価できる部分も実は多いですので、親御さんのお話しを通してどんな支援ニーズがあるのかを分かる範囲、出来る範囲で明確にすることが重要になります。

もし、かかりつけ医で対応可能な支援があれば行い、対応出来ない場合には支援ニーズに対応可能な地域資源(多職種)へのコンサルテーションを行うという流れになるかと思います。

せっかくかかりつけ医で支援ニーズをある程度評価していただいても、その後地域内の適切な支援に繋がらなければ意味がありません。そのためには、かかりつけ医の仕事というより、体制整備を行う側の課題になりますが、各自治体で、地域資源としてどのようなものがあるのかをあらかじめ明確にしておく必要がありますし、かかりつけ医から適切な紹介先に繋がられるためのシステムを各自治体で構築する必要があります。

どのような場合にコンサルテーションが必要かの判断はケースバイケースのことも多いですし、医療資源も自治体により異なるので、画一的に明記することは困難ですが、各自治体でコンサルテーションの仕組みを明確化することが大事かと思います。

対応を要する行動上の問題を呈した一例 (6歳男児)

- 主訴 : パニック、他の子に手を挙げる、興奮し出すと止まらない
- 家族歴 : なし
- 既往歴 : 3歳時に自閉症の診断
- 現病歴 : 3歳時健診で言葉の遅れを指摘され、近くの専門医療機関を受診し、自閉症の診断を受けた。その後、言葉もよく出るようになった。幼稚園では一人遊びが多く、集団場面では泣き出したりすることが多かった。小学校進学後まもなく、他の子に手を挙げる、興奮し出すと止まらないなどの指摘を担任から受けるようになり、担任から受診をすすめられ、かかりつけの小児科医に相談することとなった。

26

一般論的な話が続いてしまったので、かかりつけ医に行動上の問題を主訴に来院したASDの一例を考えてみたいと思います。

お話しさせて頂いた「**精神科的併存症の評価のポイント**」、「**対応を要する行動上の問題の評価の考え方**」を基にかかりつけ医で親御さんから相談を受けた時にどう初期対応するかについて考えたいと思います。

- ✓ 主訴 : パニック、他の子に手を挙げる、興奮し出すと止まらないなどで、**学校から医療機関の受診を勧められて**相談受診。(学校から受診を促されるというのもよくあるパターンの一つです。かかりつけの小児科には、普段風邪や下痢の時に受診しており、自閉症の診断を受けたことも伝えてあるとのこと)
- ✓ 家族歴 : なし (一人っ子)
- ✓ 既往歴 : 3歳時に自閉症の診断 (近くの療育センターにて) →言葉の教室にしばらく通った。
- ✓ 現病歴 : 3歳時健診で言葉の遅れを指摘され、近くの専門医療機関を受診し、自閉症の診断を受けた。その後、言葉の教室に通い言葉もよく出るようになった。幼稚園では一人遊びが多く、集団場面では泣き出したりすることは多かった。小学校進学後まもなく、他の子に手を挙げる、興奮し出すと止まらないなどの指摘を担任から度々受けるようになり、担任から受診をすすめられ、かかりつけ医に相談することとなった。

「具体的にどのような状況でどのような行動として出現し、日常生活にどのような影響が出ていますか？」

- 授業の予定が急に変更になると大騒ぎして興奮し出すんです
- ゲームや発表で一番になれないとパニックになって他の子に手をあげるんです
- 学校で大きな声で注意されると耳をふさいで大声で泣き出します
- 最近、朝になると学校に行きたくないと言い出すようになりました
- 目を何度もぱちくりすることが増えてきました。ストレスがかかっているなというときはよく出るんです。



- ✓ 困りごとが起きやすいのはどうも学校場面が中心？
- ✓ 一番になることのごだわりが強いのかも？
- ✓ 大きな声が苦手なのかな？(聴覚過敏?)
- ✓ チックが出てきた？ 登校しぶり？

27

まず大事になるのが、「③具体的にどんな困りごとがあるのか？」という点を明らかにすることです。

どんな心配を抱き、どんな治療を望んでいるかを明らかにするためにも具体的なエピソードを聴くようにします。

親御さんによっては、色々お伝えしたいという思いから、パニックや自傷行為 と症状名だけおっしゃられる場合もありますが、それでは評価が難しいので、「**具体的にどのような状況でどのような行動として出現し、日常生活にどのような影響をもたらしていますか？**」と聞くことで、行動名（症状名）だけで表現されている主訴がどのような場面で起き、そのことでどんな支障が出ていることがあるかを具体的に明らかにすることが出来ます。

こう聞かれると、

- 授業の予定が急に変更になると大騒ぎして興奮し出すんです
- ゲームや発表で一番になれないとパニックになって他の子に手をあげるんです
- 大きな声で注意されると耳をふさいで大声で泣き出します
- 最近、学校に行きたくないと言い出すようになりました
- 目をぱちくりすることが増えてきました（→心配なことがあったり、不安定なときは前からこうなる傾向にあるんです）

など、様々な具体的なエピソードを聴取することが出来ます。

ここから、

- ✓ 困りごとが起きやすいのはどうも学校場面が中心？
- ✓ 一番になることのごだわりが強いのかも？
- ✓ 大きな声が苦手なのかな？
- ✓ チックが不調時やストレス不可時にしやすいのかな？（⑤不調時に現れやすい特徴的行動）

などは推測できると思います。

「お子さんはどんなお子さんですか?得意なことや苦手なことはありますか?」

- こだわりが強く、予定はきちんと伝えていないと怒ります。急に予定が変更になった時はいつも納得させるのが大変ですが、理由をきちんと説明すれば大丈夫な場合が増えてきました。
- 一番になることがとても好きで、ゲームでも勝つまでやり続けます。負けるとカードとか投げ散らかしたり…。
- 甲高い大きな声(赤ちゃんの泣き声など)が昔から苦手です。耳をよくふさいでいました。今も苦手です。
- 勉強は好きみたいです。やり始めると一心不乱にやっています。成績はクラスでもトップクラスみたいです。

28

次に、3歳児に自閉症と診断をされていますので、その「②**ASDの特徴を把握する**」ということが現在問題になっている行動を理解するうえにおいて大事になります。

例えば、「**お子さんはどんなお子さんですか?得意なことや苦手なことはありますか?**」とお聞きすることで、ASDとしてどのような特徴があるのか、相談事項(困りごと)に影響する本人の認知特性などが大まかに把握できます。

- こだわりが強く、予定はきちんと伝えていないと怒ります。急に予定が変更になった時はいつも納得させるのが大変ですが、理由をきちんと説明すれば大丈夫なことが増えてきました。
- 一番になることがとても好きで、ゲームでも勝つまでやり続けます。
- 甲高い大きな声(赤ちゃんの泣き声など)が昔から苦手です。耳をよくふさいでいました。今も苦手です。
- 勉強は好きみたいです。やり始めると一心不乱にやっています。成績はクラスでもトップクラスみたいです。

✓ これらのことから、予定の変更が苦手、一番になることへのこだわり、ある感覚刺激(甲高い声)への過敏がベースの特徴としてあり、学校で主に起きている困りごとに大きくかかわっていることがわかります。

「今回調子が悪くなった原因で思い当たることはありますか？」

- 小学校に入ってからなので、やっぱり学校生活のパターンに慣れていないというのが一番の要因だと思います。こだわりに基づく行動を起こした時に学校でどんな対応をいただいているのかが気になっています。家では機嫌はいいんですけどね…。
- 担任からは、「とても優秀ですが、わがままなところもあるのか一番になれないと急に泣き出したりで大変です…」と言われてまして、一度子どもの障害について担任にわかりやすくお伝えしたいと思っています。

29

つぎにやはり大事になるのは、「④困りごとの出現に関与しうる要因は何か？」ということです。

✓ 「今回調子が悪くなった原因で思い当たることはありますか？」とお聞きすることで、親御さんが考えている要因がわかりますし、親御さんの障害の理解度も推測可能です。

- 「小学校に入ってからなので、やっぱり学校生活のパターンに慣れていないというのが一番の要因だと思います。こだわりに基づく行動を起こした時に学校でどんな対応をいただいているのかが気になっています。家では機嫌はいいんですけどね…」
- 「担任からは、「とても優秀ですが、わがままなところもあるのか一番になれないと急に泣き出したりで大変です。」と言われてまして、一度子どもの障害についてもわかりやすくお伝えしたいと思っています。」

と母親が述べており、**ASD特性に配慮した学校での対応がまだ不十分であることが要因ではないか**と考えています。ただ、本人の特性に対する配慮がどの程度なされているのかまだ把握しきれていない段階であることがわかりますし、障害特性について学校にまだお伝えできていない状況もわかります（障害特性を考慮した配慮が行き届かない理由かもしれません）。

また、このケースでは、睡眠や食欲、活動性の変化はなく、自宅では非常に穏やかに過ごしているとのことでした。

- ✓ 短時間の問診ですが、大まかにですが、困りごとを具体的に聴取することが出来、現状について把握することが出来たかと思います。
- ✓ この段階では、母親は投薬や専門医療機関への受診は希望はされず、障害特性に対する配慮に繋がるための学校との面談を持つという方針になり、1か月後にかかりつけ医にその後の状況報告をするということになりました。初回のかかりつけ医での相談としては、十分な情報が得られたと思いますし、当面の支援ニーズ（障害特性に応じた配慮を学校に検討していただく）を明確化できたケースだと思われます。
- ✓ このように、困りごとの相談を受ける際、診断にこだわらなくてもプライマリーレベルで支援ニーズの大まかな把握は可能と考えられます。専門機関への紹介を保護者が今後希望された際も、困りごとの概要、保護者の感じている不安や障害への理解度、受診の動機などを明確に専門医に伝えることができます。専門医側の意見として、紹介を受ける際に親の受け止め方や紹介の目的が曖昧な場合が多いという声も聴きますので、いい連携のためにも重要な点かと思います。

かかりつけ医へのメッセージ

-ASDの人の精神面のケアにむけて-

- ASDの人は様々な精神科的併存症がみられ医療支援ニーズが高い
- 併存する精神科的問題を主訴に医療機関を初診する未診例が増えています
- 具体的にどんなことに困っているかを聞き出し、出来る範囲で“困りごと”に関する評価を行うことが支援の第一歩です
- 日常生活の様子の変化は重要なこころのサインです。
(睡眠パターン・食欲（食事量や体重）・排泄状況・活動性・動作緩慢化・こだわり行動・身辺自立行動 etc)

30

この項のまとめです。

- ✓ ASDの人は様々な精神科的併存症がみられ、身体的問題が背景に隠れている場合もあります。→医療支援ニーズが高いですので、ASDの方が呈しやすい代表的な精神科的併存症について理解を深めて頂きますようよろしくお願いします。
- ✓ 併存する精神科的問題を主訴に医療機関を初診する未診例が増えています。
- ✓ 精神科的問題の厳密な診断は難しいですが、具体的にどんなことに困っているかを聞き出し、出来る範囲で“困りごと”に関する評価を行っていただくことが重要になります。専門医へ紹介するケースも出てくるかと思いますが、かかりつけ医である程度問題点を明確にして頂いたうえで紹介頂くと、親御さんも納得したうえで受診されるでしょうし、専門医側も非常に助かるかと思えます。
- ✓ 日常生活の様子に変化がないかどうかは 精神的な問題の評価に重要ですので、併せてお願いいたします。

ASDの人への薬物療法について理解する

31

この項ではこれまでお話しした基本的知識をベースに、ASDの人に対する薬物療法がどのような目的でどのような原則のもと行われるかを知って頂きたいと思います。

近年本邦でも従来から保険適応を有していたピモジド：「小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状」に加え、risperidoneとaripiprazoleが「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」に対する保険適応を有するようになりました。

従って、今後かかりつけ医での投薬が求められる場面も増えてくる可能性もありますので、発達障害における薬物療法が多職種連携の中でどう位置付けられ、その中でかかりつけ医がどういう役割を果たしていけばよいか、そしてその際にどのようなことに留意していただきたいかについての理解を深めて頂きたいと思います。

ASDの人に対する薬物療法の原則

英国のNational Institute for Health and Clinical Excellence Guideline 170 (2013)

- ASDの中核症状は薬物療法の標的症状ではない
- 薬物療法の主な標的症状は、“対応を要する行動上の問題”であり、「心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、もしくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合」にのみ考慮する
- 標的症状の原因を適正な手続きを経て極力明確にし、適切な環境調整や行動面からのアプローチの有用性を十分検討した上で、包括的支援の中での“補助的な治療手段”と位置付ける

32

【解説】

まず、「ASDの人に対する薬物療法の原則」を確認したいと思います。ASDの薬物療法に特化したguidelineというものは存在ませんが、包括的なASD診療ガイドラインである、NICE clinical guideline 170では、ASDの薬物療法の原則について 以下のように明記されています。

ASDの中核症状は薬物療法の標的症状ではない（ASDそのものに対するものではないということです）。RPDやAPZも ASDに対してではなく、ASDに伴う易刺激性に対する適応があるというだけです）→すなわちASDにおける薬物療法は対症療法（補助的治療）と位置付けられます。

薬物療法の主な標的症状は、“（対応を要する行動上の問題）Challenging behavior”であり、「心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、もしくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合」にのみ考慮すべきである

標的症状の原因を適正な手続きを経て極力明確にし、適切な環境調整や行動面からのアプローチの有用性を十分検討した上で、包括的支援の中での“補助的な治療手段”と位置付ける

また、Challenging behavior（対応を要する行動上の問題）以外にも、薬物療法による対応が妥当と考えられる併存疾患（睡眠障害、注意欠陥多動性障害、強迫性障害等）で説明される症状がある場合は、病態に応じて薬物療法の標的症状となりうる。とも記載されています。

（同様のことが、NICE以外にも米国のASD診療ガイドラインにも共通して共通して記載されています）

従いまして、先ほどお話しさせていただきました“対応を要する行動上の問題”をどのような一連の手続きで評価するかが薬物療法を適正に行う上で非常に必要になります。

参考文献）

Kendall T, Megnin-Viggars O, Gould N., et al. Management of autism in children and young people: summary of NICE and SCIE guidance. BMJ 347: f4865, 2013

Myers SM, Johnson CP (2007) Management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics 120:1162–1182

Fred Volkmar, Matthew Siegel, Marc Woodbury-Smith, Bryan King, James McCracken, Matthew State, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY VOLUME 53 NUMBER 2 FEBRUARY 2014

ASDの薬物療法を巡る本邦の現状

- 併存症に対する介入手段の一つとして、本邦でも様々な向精神薬による薬物治療が従来から行われてきた
- エビデンスに基づいたASD診療ガイドラインがない
- ほとんどの向精神薬が「適応外使用」のもと、各医師の判断と自己責任のうえで使用されている
- 本邦での保険適応の状況（2017年1月現在）
ピモジド → 「小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状」
リスペリドン } → 「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」
アリピプラゾール }

ASDの人に対する薬物療法が一定の適正なプロセスを経て行われることが重要

33

【解説】

「ASDの薬物療法を巡る本邦の現状」を確認してみます。

- ✓ 様々な精神科的併存症に対する介入手段の一つとして、本邦でも様々な向精神薬による薬物治療が従来から行われてきました。
- ✓ ただ、エビデンスに基づいたASD診療ガイドラインが本邦にはなく、薬物療法を行う上での手順などが特に示されているわけではありません。
- ✓ ですので、ほとんどの向精神薬が「適応外使用」のもと、各医師の判断と自己責任のうえで使用されているというのが現状です。→もちろん最終的にはケースバイケースで検討すべき問題ではありますが、日本のどこにいても一定の水準で薬物療法がASDの人に対して行われるためには、一定の手続きを最低限経るというコンセンサスを共有する必要があると思います。
- ✓ 本邦での保険適応の状況（2016年9月現在）ですが、ピモジドが以前から「小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状」に対して保険適応を有しておりますが、近年、リスペリドンとアリピプラゾールが「小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」に対する保険適応を取得しました。ここで、注意してほしいのは、「自閉症」そのものに対してではなく、あくまで「自閉スペクトラム症に伴う易刺激性」に対してであるということです。
- ✓ 保険適応を有したことで、これまでよりリスペリドンが使用される症例が増えることが予想されます。ですので、これまで以上に、薬物療法を検討・実施する際の基本的な考え方や注意点を留意し、薬物療法が出来るだけ適正な手続きを経て行われる必要があります。

ASDの薬物療法ガイドライン作成に向けて

● ガイドラインの目指すもの(重要臨床課題)

包括的支援の枠組の中で、ASDの人への薬物療法が適正かつ共通した手順を経て行われるための基本的なプロセスの呈示



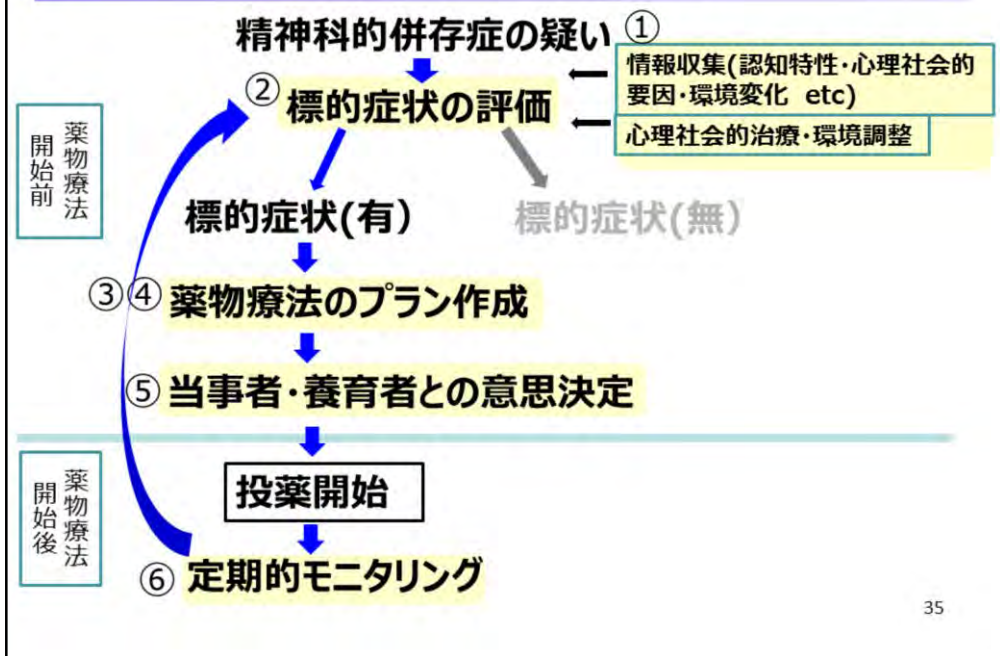
一定の手順を経た薬物療法のアプローチがなされることで、薬物療法を受けるASD当事者やその家族のQOLを向上すること

平成26-28年度 日本医療研究開発機構研究費（障害者対策総合研究開発事業）
発達障害を含む児童・思春期 精神疾患の薬物治療ガイドライン作成
(主任研究者：中村和彦)
分担研究課題：自閉症スペクトラム障害(ASD)の薬物療法ガイドライン作成に向けた研究
(神尾陽子、石飛信)

34

- ✓ このような背景から、現在、平成26-28年度の3か年で、「発達障害を含む児童・思春期 精神疾患の薬物治療ガイドライン作成および普及に関する研究」という厚労科研が発足し、分担研究課題として、「ASDの薬物療法ガイドライン作成に向けた研究」に取り組んでいます（神尾、石飛）。
- ✓ 英米のASD診療ガイドラインでの薬物療法に関する記載事項や本邦におけるASDに対する薬物療法の現状を鑑み、ガイドラインの目指すもの(重要臨床課題)を、「包括的支援の枠組の中で、ASD児・者への薬物療法が適正かつ共通した手順を経て行われるための基本的なプロセスの呈示」とし、これにより、「一定の標準的手順を経た薬物療法のアプローチがなされることで、薬物療法を受けるASD当事者やその家族のQOLを向上すること」をガイドラインが目指す全体的アウトカムと位置づけました。
- ✓ この重要臨床課題を達するために、いくつかのCQを設定し、各々のCQに対して文献的考察に基づいた推奨文案を作成するという作業を分担研究班で行いました。本日は、まだエキスパートコンセンサスを取得する前の“推奨案”の段階ではありますが、ASDの人に薬物療法を行う上において何がポイントになるかを知って頂きたいと思います。
- ✓ あらかじめ誤解のないようにお伝えしますが、「現状、本邦ではエビデンスの不足もあり、薬物治療に関してのみでなくASD者に対する包括的な診療ガイドラインも制定されておりません。薬物療法は、ASDへの介入手段としてあくまで補助的なものであり、包括的な診療ガイドラインの中で位置づけられるべきものです。従いまして、英米では、薬物療法に特化したguidelineは存在しません。将来的に、本邦でも薬物療法も含めた「(包括的) ASD診療ガイドライン」が本邦で作成されていくことを視野にいれ、暫定的に現時点でどのような“薬物療法に関する指針”を呈示すべきかという観点でこの研究課題に取り組んだという背景をご理解頂ければと思います。

薬物療法の実施手順



35

薬物療法を検討する段階から終了までを想定した「薬物療法の実施手順」を図示すると以下のようになります。この実施手順を6段階に分けて簡単に説明します。

① ASDの人に関わる人達からの情報収集

● 情報源

- ✓ ASDの人とその家族に加え、ASDの人に関わる**多職種**（教師、臨床心理士など）と出来るだけ**連携**を行うことが望ましい。→**様々な場面での行動評価**が可能。

● 収集する情報

- ✓ 問題となっている**症状**(具体的行動)
- ✓ 行動の背景にある**要因**（児の認知特性・心理社会的要因・生活環境など）



状態像の理解共有
標的**症状**の詳細な評価

36

(解説)

- ✓ ある**困りごと**（精神科的併存症の疑い）を主訴にASDの人が来院されたとします。まずは、その**困りごとが薬物療法の標的**症状**となり得るかという判断が必要**です。その判断を行うためには本人に関する情報が必要ですが、そのための「**情報収集はどのように行うのがよいか？**」ということが重要になります
- ✓ 薬物療法を検討する上で、問題となっている行動や困りごとの具体的内容やその背景要因（児の認知特性・心理社会的要因・生活環境など）を多方面から評価し、環境調整や行動アプローチが適切になされているのか、試みられたことがないのか、などを明らかにして治療の優先順位を決める必要があります。
- ✓ そのためには、医師は診察室内でのASDの人の観察や養育者から得られた情報だけを判断材料とせず、可能な限り、**ASDの人にかかわる多職種の人たち（教師、臨床心理士など）から広くASDの人の様子について情報を収集するように努めることが重要**になります。なぜなら、**行動は場面によって変わることもしばしばであるため**です。
- ✓ これにより、ASDの人の状態や対応すべき問題について関係者の間で**共通理解を**図ることが出来ますし、薬物治療の標的となりうる症状をより詳細に特定することや、その対応方法について多方面から検討することができます。

②薬物療法の標的症候を評価する

● 標的症候は？

- ✓ 対応を要する行動上の問題
- ✓ 併存疾患（睡眠障害、気分障害、注意欠陥多動性障害、強迫性障害等）で説明される症候

● 評価のポイントは？

- ✓ どのような状況でどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのかを具体的に把握する
- ✓ 標的症候を増悪、助長する可能性のある要因を評価する
- ✓ 環境調整や心理社会的介入が有効かどうかを確認する
- ✓ 「普段の行動」との相違点がないか？
<睡眠パターン・食欲（食事量や体重）・排泄状況・活動性・動作緩慢化・こだわり行動・身辺自立行動 etc>

37

(解説)

- ✓ 得られた情報を基に、まず行うべき非薬物療法（心理社会的介入）を当事者を取り囲む関係者で考え実行するわけですが、同時に起きている問題・困りごとが、果たして“薬物療法の標的症候として妥当か？”という判断が次に重要になります。
- ✓ ですので、当たりまえですが、「ASDの人において薬物療法の標的症候がいったい何なのか？」、そして「標的症候はどう評価すればよいか？」という原則を知っておく必要があります。ここがあまりにバラバラだとなんでもありになってしまいます。
- ✓ 薬物療法の標的症候は、既にお伝えさせていただきました。（ASDの中核症候は原則薬物療法の標的症候とはなりません。薬物療法の主な標的症候は、“Challenging behavior（周囲からの対応が不可欠な行動上の問題）”であり、「心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、もしくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合」にのみ考慮すべきであるとされています。Challenging behavior以外にも、薬物療法による対応が妥当と考えられる併存疾患（睡眠障害、注意欠陥多動性障害、強迫性障害等）で説明される症候がある場合は、病態に応じて薬物療法の標的症候となりえます。ASDの人、他の精神疾患を合併するのでケースバイケースで対応する必要があります。）
- ✓ 標的症候の評価方法に関しては、先ほど概ねご説明しましたが、どのような状況でどのような行動として出現し、日常生活にどのような悪影響をもたらしているのかを具体的に把握するために、1日を通しての当事者の状況を聴取していただくのがよいと思います
 - 標的症候を増悪、助長する可能性のある要因を評価する→例えば、CBが引き起こされる頻度が高い場面や状況について聴取します。これにより、まず行うべき環境調整や心理社会的介入を考えるきっかけにもなります。
 - 当事者の特性や置かれている状況に合わせた環境調整や心理社会的介入が既に行われているのかわかるか？ 行われていればそれが果たして有効かどうかを確認します。
 - ASDの人の中には重度の知的障害のある方もおられますし、知的に問題がなくても自身の不調を言語化するのが困難な方もいらっしゃいます。ですので、「普段の（調子がまずまずだった時の）行動」との相違点がないか？ ということを意識することが、支援ニーズを見逃さないためにも重要です。例えば、睡眠パターン・食欲（食事量や体重）・排泄状況・活動性・動作緩慢化・こだわり行動・身辺自立行動etcです。

③薬物療法に関するエビデンスを知る

-保険適応を有する主要薬剤とその対象症状(2017年1月現在)-

	リスパリドン	アリピプラゾール	
米国	保険適応	2006年承認	2009年承認
	対象症状	小児の自閉性障害にみられる易刺激性	
	添付文書上の用量に関する記載	0.25-0.5 mg(初期用量) 0.5-1 mg(目標用量) 0.5-3 mg(有効量)	2 mg(初期用量) 5-10 mg(推奨用量) 15 mg(最大用量)
		リスパリドン	アリピプラゾール
日本	保険適応	2016年承認	2016年承認
	対象症状	小児の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性	
	添付文書上の用量に関する記載	・体重15kg以上20kg未満の場合： 0.25mg(初期用量) 1mg(最大用量) ・体重20kg以上45kg未満の場合： 0.5mg(初期用量) 2.5mg(最大用量) ・45kg以上の場合：0.5mg(初期用量) 3mg(最大用量)	通常、アリピプラゾールとして1日1mgを開始用量、1日1~15mgを維持用量とし、1日1回経口投与する。なお、症状により適宜増減するが、増量幅は1日量として最大3mgとし、1日量は15mgを超えないこと。
		リスパリドン	アリピプラゾール

(解説)

- ✓ 薬物療法の標的症状が“有り”と判断した場合、次に薬物療法のプランを考えることになります。どのようなお薬をどう使用していくかを決める必要がありますし、そのためには**薬剤選択の根拠となる現時点でのエビデンスを正しく知る必要があります。**
- ✓ まず、(2016年9月現在)のASDにおける**保険適応薬**とその対象症状について表にまとめてみます。米国では、FDAからリスパリドン、アリピプラゾールの2剤が、ASDに伴う易刺激性に対して認可されています。
- ✓ 本邦では、RPDが「**小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性**」に対する保険適応を有していますが、APZはまだ認可されていません。本邦でのRPDの使用用量は、体重で細かく分けられていますが、概ね米国の添付文書上の使用用量と大きく変わりはありません。本邦ではほかにも**ピモジド**が「**小児の自閉性障害に伴う不安、焦燥、興奮、多動、常同行為などの症状**」に対して保険適応を有しています。

英米のASD診療ガイドラインにおける使用薬剤の推奨状況
(2017年1月現在)

英国のNational Institute for Health and Clinical Excellence Guideline 170 (2013)

⇒「Challenging behaviorに対して抗精神病薬による加療を考慮する」とあるが、使用薬剤については具体的に明記されていない。

米国小児科学会のASD診療ガイドライン：Management of children with autism spectrum disorders(2007)

⇒具体的な推奨薬剤名について特に明記なし

米国児童青年精神医学会のASD診療ガイドライン：Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder (2014)

⇒特定の標的症状に対する特定の薬剤名は明記されていない

39

(解説)

つぎに、英米のASD診療ガイドラインにおける使用薬剤の推奨状況についてご説明します。

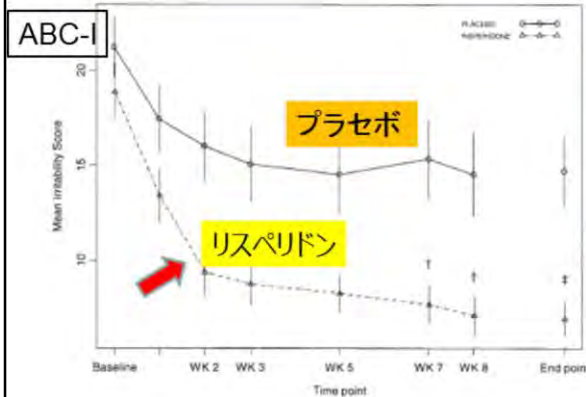
RPD,APZは主に米国で易刺激性に対する**保険適応を取得している**とお伝えしましたが、これらの薬剤が英米のASD診療ガイドラインでどのように位置付けられているかという、意外に思われるかもしれませんが、米英のいずれのASD診療ガイドラインでも易刺激性に対する**推奨薬とされているわけではない**という現状があります。保険適応“有”≠推奨治療薬（ガイドラインでの）ということです。（これは、エビデンスが海外でもまだ不足していること・ASDでの病態の個人差が大きいこと などが要因としてあげられるかと思えます）

1) 「The management and support of children and young people on the autism spectrum: NICE clinical guideline 170」¹⁾では、「Challenging behaviorに対する心理社会的介入やその他の行動介入が効果不十分な場合、もしくは問題行動の重症度が高すぎてこれらの介入が行えない場合に抗精神病薬による加療を考慮する」としており、薬物療法としては、(Challenging behaviorに対する)抗精神病薬以外には特に言及しておらず、抗精神病薬に関しても具体的な薬剤名について特に明記されていない。

2) 「Management of Children With Autism Spectrum Disorders」においても、「薬物療法は、攻撃性・自傷行為・反復行動、睡眠障害、気分変動、イライラ、不安、多動、不注意、破壊的行動、などのmaladaptive behaviorがある際に検討される。」としているのみで、具体的な薬剤名について特に明記していない。この背景として、「近年、ASD児においてたいいての向精神薬が用いられてきたが、エビデンスに基づいた薬物療法のコンセンサスを確立するだけの文献情報が十分ではない」と記述がなされており、Practice Parameterと同様、様々な標的症状とその候補となる薬物療法に関する臨床試験情報が参考資料として呈示されている。

3) 「Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder (以下、Practice Parameter)」では、「薬物療法は、特定の標的症状や併存症が存在するときに考慮し、重篤な問題行動の対処を通してASD児・者の適応改善させうる可能性がある。薬物療法の対象になりやすい標的症状や併存症としては、不安・抑うつ、攻撃性、自傷行為、多動、不注意、強迫様行動、反復常同行為、睡眠障害 である」と記述されており、特定の標的症状に対する特定の薬剤名は明記されていない。米国において、小児の自閉性障害でみられるイライラ(irritability)に対してaripiprazoleとrisperidoneの使用が米国食品医薬品局(FDA)より認可されている事実が記されてはいるが、特に推奨用量や使用上の注意点などについては記載されておらず、これまでにASD児・者を対象として行われたプラセボ対照二重盲検比較試験(aripiprazole、risperidoneを含む)の概要が参考資料として示されているのみである。

ASD児の行動障害に対するリスペリドンの有効性の検証 (8週間のランダム化二重盲検比較試験)



・平均用量 (8週目時点)

1.17 mg/day

・効果 (8週目時点)

易刺激性に対する反応率

54%(vs プラセボ18%)

- 1) ABC-Iは、2週目には既に大幅に低下 (初期用量から易刺激性の改善がみられている)
- 2) 易刺激性以外にも、多動や常同行為のscoreも有意に低下

・ 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial (79 children who were aged 5 to 12 years and had PDD.)
 ・ Risperidone/placebo solution (0.01-0.06 mg/kg/day) was administered
 ・ main outcome; ABC-I, CGI-I

(Shea et al. 2015⁴⁰)

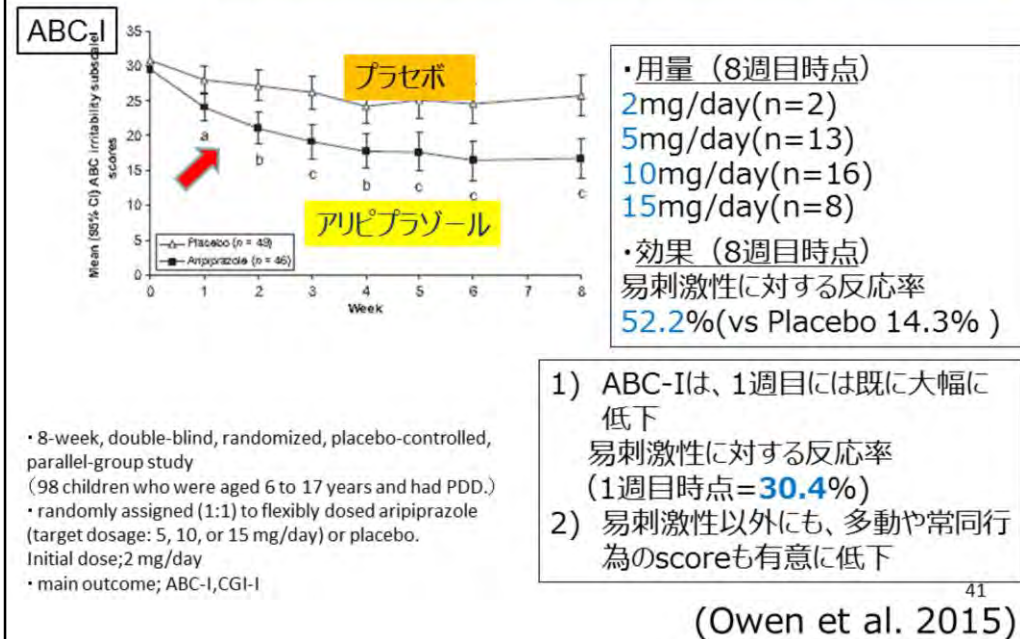
- ✓ FDAでの認可の前に行われたリスペリドンによるASDの易刺激性への効果を検証した代表的RCTの概要をご紹介します。
- ✓ 5-12歳の79名のASD児を対象にした8週間のRCTであり、RPDの8週目時点での平均投与量は1.17mg/日です。Primary outcomeは、ABC-Iで評価されています。ある一定の基準 (ほとんどの臨床研究でABC-Iで低下率25%以下、CGI-Iで2以下という基準がある) をresponderとして設定されるのが一般的で、54%の対象がこの定義でのresponderとなっています。リスペリドンがASDにおける行動障害に効果があることが示される一方、約半数がnon responderであることも事実です。
- ✓ もう少し細かくみると、
 - 1) ABC-Iは、2週目には既に大幅に低下しており、低用量である初期用量から症状の改善がみられていることがわかります。(個人内での明らかな用量依存性は検証されていません)
 - 2) 易刺激性以外にも、Secondary outcomeとして評価された多動や常同行為のscoreも有意に低下するという報告がなされています。
- ✓ RPDがASDの易刺激性にどのような機序を介して効果を示すのかは、症例によってさまざまでありかと思いますが、問題行動の程度や頻度のみならず、様々な角度から効果を見に行くという姿勢が必要であることを示しています。

参考文献

[Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders.](#)

Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, Dunbar F. Pediatrics. 2004 Nov;114(5):e634-41. Epub 2004 Oct 18

ASD児の行動障害に対するアリピプラゾールの有効性の検証 (8週間のランダム化二重盲検比較試験)



- ✓ アリピプラゾールに関しても、リスパリドンと類似した結果となっており、やはり約半数がresponderですが、残る半数がnon responderとなっており、初期用量で比較的早期から改善がみられているケースが1/3あるという結果です。

参考文献)

[Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder.](#)

Owen R, Sikich L, Marcus RN, Corey-Lisle P, Manos G, McQuade RD, Carson WH, Findling RL. *Pediatrics*. 2009 Dec;124(6):1533-40. doi: 10.1542/peds.2008-3782.

リスペリドンとアリピプラゾールのRCTから示唆されること

- ✓ 易刺激性への効果は、初期用量（少量投与）であっても、1-2週間以内の比較的早期から出現する可能性がある
➔ 必要最小量を模索する
- ✓ 易刺激性以外にも、多動や常同行為のスコアの有意な低下が報告されている。
➔ 易刺激性以外の併存症への影響を合わせて評価することも必要かもしれない
- ✓ 約半数が「non responder」である。
➔ 定期的な効果判定や服薬継続の判断が重要。
- ✓ 体重増加・鎮静（眠気）・錐体外路症状・高プロラクチン血症などが代表的な副作用

42

リスペリドンとアリピプラゾールのRCTから示唆されることをまとめてみます。

易刺激性は、Risperidone/aripiprazole双方とも、初期用量（少量投与）であっても、1-2週間以内の比較的早期から効果が出現する可能性がある。

➔ 現在、抗精神病薬による治療を行う上で、明確な初期用量や維持用量がガイドラインでは規定されていませんが、NICEガイドラインでは、「少量より開始し、必要最小量を使用する」という原則が述べられており、6週間後に明確な改善がない場合は中止を検討するとされています。ASDでは抗精神病薬の副作用が出現しやすいという報告もなされているので、少量投与で一定の効果があれば、その量で維持するというのも選択肢に考えてもいいかもしれません。（実際に初期用量（添付文書上の）より少量で効果がある例もあります）また、短いスパンでの増量が効果的とも限らないので、NICEガイドラインにあるように、少量の薬剤で症状の改善がみられれば、心理社会的介入や行動介入をまず試みても重要です。（実際これに当てはまることが多い）

- ✓ 易刺激性以外にも、多動や常同行為のscoreの有意な低下が報告されている。➔易刺激性が標的 symptom の中心でありますが、エビデンスレベルは低いものの抗精神病薬によりチックやADHD、感覚過敏への効果の報告もあることから、それ以外の症状の変化がないかも同時に評価することが必要だと考えられます。（易刺激性が軽快する機序の推測にも役立つ）
- ✓ 約半数で、「non responder」である。➔ responderをどう定義するかによりこのパーセンテージは変わってくるのは当然ですが、non responderもいることを十分意識したうえで、定期的な効果判定や服薬継続の判断が必要と考えられます。（漫然と使用しないことが重要になってきます）
- ✓ 体重増加・鎮静（眠気）・錐体外路症状・高プロラクチン血症などが代表的な副作用として報告されています。リスクとベネフィットを考慮した使用が望まれます。

④薬物療法実施前に留意すべきこと

- 薬物療法の実施が妥当かどうかを再確認する
- 薬物療法に対する当事者（家族）の意向を聞く
- 過去の薬物療法の経験について聴取する
 - ✓ 薬物療法が行われた経緯(どんな状態像だった?)
 - ✓ 薬物療法の効果・副作用がいつ頃、どのようにみられたかを具体的にきく
- 使用を検討している薬剤について必要な情報を整理する
 - ✓ 標的症状に対する期待される効果
 - ✓ 想定される副作用
 - ✓ 服薬にかかるコスト
 - ✓ 服薬プラン(必要な検査、効果判定に要する期間、投与量の調整方法 etc)

(NICE guideline 2013³⁾)

(解説)

- ✓ 次に、薬物療法に関するエビデンスを抑えた上で、実際に投薬を開始する前にどのような点に留意すべきかについてです。
- ✓ 1)薬物療法の実施が妥当な状態像であるか（つまり薬物療法が本当に必要な状態か）を再確認します。
- ✓ 2) 薬物療法に対する患者（または家族）の意向、例えば薬物療法に対して患者（または家族）が抱いている期待、希望、不安を事前に把握しておくことが重要です。なぜなら、これまでに薬物療法を受けたことがある場合、副作用が強く出てしまった経験などがあると不安感を抱きやすいですし、患者さん側が求めているものと医師側が考えていることが乖離していることもあるからです。意義のある治療に繋げるためにも重要なSTEPだと考えます。
- ✓ 3) 過去に薬物療法を受けたことがある場合、薬物療法が行われた経緯、実際に薬物療法が行われた時の患者の状態像（標的症状が何であったか？）、薬物療法の効果や副作用が実際にどのように、いつ頃みとめられたかについて把握することで、患者さん側も安心しますし、医師側も治療法を選択する重要な情報になります。（特に過鎮静がみられたことがあるか？ 急激な体重増加があったか？などは重要な情報になります）
- ✓ 4) エビデンスの有無を参考にしたうえで選択した薬剤に関し、標的症状に対して期待される効果とその評価法、想定される副作用、服薬プラン、服薬にかかるコスト、必要と考えられる検査（血液検査や心電図検査など）を実際に投薬を開始する前に整理しておく必要があります。これにより初めて、本人・家族への明確な説明が可能になるからです。

⑤当事者・養育者との意思決定

● 意思決定の原則(NICE guideline 2013)

薬物療法に関する説明は、ASD当事者および家族の理解力やニーズを十分考慮したうえでわかりやすく行い、そのうえで双方向の話し合いの時間を持ち、家族と可能であれば患者の意思決定をサポートし、得られた同意に基づいて薬物療法を実施するようにする

● 双方向の意志決定に向けて共有したい内容

- ✓ 薬物療法に対する患者・家族の意向
- ✓ 過去に受けた薬物療法に関する情報
- ✓ 薬物療法の必要性とその根拠(標的症状は何か?)
- ✓ 薬物療法と並行して行う心理社会的介入
- ✓ 薬剤選択の根拠(保険適応の有無、参考にしたエビデンス)
- ✓ 期待される効果・想定される副作用
- ✓ 服薬プラン など

44

(解説)

- ✓ 薬物療法のプランがある程度固まった後は、そのプランについて当事者・養育者との意思決定を行う必要があります。ですので、どのような点に留意して説明、意思決定を行うかについて整理しておく必要があります。
- ✓ 意思決定の原則ですが、「薬物療法に関する説明は、ASD当事者および家族の理解力やニーズを十分考慮したうえでわかりやすく行います。これは、医師と患者（家族）では当たり前ですが、知識量の違いが大きいからです。そのうえで双方向の話し合いの時間を持ち、家族と可能であれば患者の意思決定をサポートし、得られた同意に基づいて薬物療法を実施するようにすることが重要になります。養育者が納得していない場合や不安を感じたまま処方された場合、コンプライアンスも悪くなりがちになります。」
- ✓ 双方向の意志決定に向けて共有したい内容としては以下のような情報があげられます。
 - 薬物療法に対する患者・家族の意向
 - 過去に受けた薬物療法に関する情報
 - 薬物療法の必要性とその根拠(標的症状は何か?)
 - 薬物療法と並行して行う心理社会的介入
 - 薬剤選択の根拠(保険適応の有無、参考にしたエビデンス)
 - 期待される効果・想定される副作用
 - 服薬プラン(コスト、必要な医学的検査、服薬用量の調整法など)

⑥ 定期的モニタリング

● 効果判定

- ✓ 標的症狀が具体的にどう変化したかを定期的に確認し、漫然と薬物療法が継続されることのないように注意する
- ✓ 出来るだけ複数の情報源(養育者、教師など)から標的症狀だけでなく、症状と密接に関連する行動変化(感覚過敏、こだわり、睡眠状況など)や本人を取り巻く状況の変化についての情報も可能な限り収集し、評価の参考とする
- ✓ 標準化された評価スケールの使用を検討する
例) 異常行動チェックリスト日本語版
(Aberrant Behavior Checklist-J:ABC-J)

45

(解説)

- ✓ 実際に投薬が開始されたら、効果・副作用のモニタリングが当然必要になりますので、どのような点に留意してモニタリングを行うべきかについても整理しておく必要があります。
- ✓ 効果判定に際しては、事前に決定しておいた治療プランに基づき、個別に明確化された標的症狀が具体的にどう変化したかを定期的に確認します。主に養育者の方から状態の報告を受ける機会が多いと思いますので、「どういことを伝えればよいか」について医師-当事者間であらかじめ協議しておく必要があります。効果を定期的に判定し、漫然と薬物療法が継続されることのないように留意することが望まれます。
- ✓ この際、出来るだけ複数の情報源(養育者、教師など)から標的症狀だけでなく、症状と密接に関連する行動変化(感覚過敏、こだわり、睡眠状況など)についての情報も可能な限り収集し、評価の参考とすることも大事です。
- ✓ また、標準化された評価スケールの使用も有用です。ABC-Jが一般的によく使用されます。
- ✓ このように効果のモニタリングを繰り返し、定期的に薬物療法の必要性や将来のプランについて再評価を繰り返していきます。

⑥ 定期的モニタリング

● 副作用評価

- ✓ 過去に薬物療法が試みられた時にみられた副作用情報やこれから使用する薬剤で想定される副作用を考慮し、副作用評価に必要と考えられる問診、身体診察および医学的検査を定期的に行う
- ✓ 薬剤性の睡眠覚醒リズムの乱れ(傾眠や不眠)や錐体外路症状(特にアカシジア)は、一見標的症状が増悪したようにみえることがあるので、注意が必要である。
- ✓ 抗精神病薬を使用する際に評価すべき主な副作用項目として、体重増加、無月経・希発月経、乳汁分泌、眠気、過鎮静、錐体外路症状などがあげられる。

46

(解説)

- ✓ 副作用の評価に際しては、過去に薬物療法が試みられた時にみられた副作用情報やこれから使用する薬剤で想定される副作用を考慮し、副作用評価に必要と考えられる問診、身体診察および医学的検査を定期的に行います。特に抗精神病薬では、少量投与でも体重増加をきたしやすい方や過鎮静が起きやすい方がおられるので投与初期は特に注意が必要になります。
- ✓ 薬剤性の睡眠覚醒リズムの乱れ(傾眠や不眠)や錐体外路症状(特にアカシジア)は、一見標的症状が増悪したようにみえることがあります。効果不十分と判断され、さらに薬剤が増量されることもあり、この場合状態像がさらに悪化する場合がありますので、注意が必要になります。
- ✓ 抗精神病薬を使用する際に評価すべき主な副作用項目として、体重増加、無月経・希発月経、乳汁分泌、眠気、過鎮静、錐体外路症状などがあげられる。

薬物療法を実施する際のチェック項目

薬物療法開始前

情報収集の方法	<input type="checkbox"/> どの場面の情報? (例; 学校・自宅) <input type="checkbox"/> 誰からの情報? (例; 両親・教師)
標的症状	<input type="checkbox"/> 具体的にどのような症状か?(起きやすい状況や日常生活への影響の程度) <input type="checkbox"/> 増悪、助長要因 <input type="checkbox"/> 非薬物療法の効果 (環境調整、心理社会的介入) ⇒ <input type="checkbox"/> 薬物療法が妥当な状態像か?
使用薬剤に関するエビデンスの収集	<input type="checkbox"/> 保険適応の有無 <input type="checkbox"/> 標的症状に対する期待される効果(過去の報告例) <input type="checkbox"/> 想定される副作用 <input type="checkbox"/> 服薬にかかるコスト <input type="checkbox"/> 薬物療法のプラン作成(必要な検査・効果判定に要する期間・投与量の調整方法 など)
当事者・養育者との双方向の意思決定	<input type="checkbox"/> 薬物療法に対する患者・家族の意向の確認 <input type="checkbox"/> 過去に受けた薬物療法に関する情報共有 <input type="checkbox"/> 薬物療法の必要性とその根拠の説明 <input type="checkbox"/> 薬物療法のプランの説明 ⇒ <input type="checkbox"/> 当事者および家族の理解力やニーズを十分考慮したうえで治療方針について納得が得られたか?

47

(解説)

ASDの人に対して薬物療法を実施する際のチェック項目を薬物療法開始前と開始後に分けてまとめてみました。

ご覧頂いたように、**大半を投薬開始前の作業が占める**ことがご理解頂けるかと思います。そしてこの“開始前”の準備作業をきちんと行うことで初めて当事者側が納得したshared decision makingに基づいた薬物療法を行うことが出来ると思います。保険適応のある薬剤を添付文書通りに開始することは簡単ですが、その前に“本当に薬物療法を実施する必要性が高い状態か?”を手順に沿って確認するという作業を怠らないことが一番大事かと思います。

この手順のうち、どこまでをかかりつけ医が行い、どこから専門医が行うかはそれぞれの地域の医療資源やかかりつけ医の経験値にもよるかと思います。ある程度共通した最大公約数的な手順を踏むことで当事者・養育者が治療を系統的に理解できることにも繋がりますし、当事者・家族に関わる医療者全員のコンセンサス形成やスムーズな連携にも役立つと思います。

薬物療法を実施する際のチェック項目

薬物療法開始後

定期的モニタリング
(効果)

□ 標的症候の変化(標的症候の程度に影響する生活状況の変化・症候と密接に関連する症候の変化)

↓

□ **投薬継続の必要性を繰り返し検証する**
(漫然と使用を継続しない)

定期的モニタリング
(副作用)

□ 身体診察・血液検査(想定される副作用に応じて)

- ・睡眠覚醒リズムの乱れ・過鎮静
- ・錐体外路症候(アカシジア、振戦など)
- ・体重増加
- ・月経異常

など

専門医からかかりつけ医に薬物療法のフォローを依頼されたら

- 専門医からかかりつけ医に伝えるべき情報
 - ✓ 薬物療法が開始された経緯(標的症状はどう評価されたか?)
 - ✓ 標的症状と並行して行われた心理社会的介入
 - ✓ 薬物療法がもたらした効果と副作用およびその評価方法
 - ✓ 将来的な見通し(予想される治療継続期間、投薬を中止する場合の方法 etc)

専門医への定期的なコンサルテーションを
継続することも有用

49

(解説)

- ✓ 専門医へ受診が集中することが発達障害臨床において一つの問題となっております。専門医である程度薬物療法の方向性が決まった後に、かかりつけ医の先生にフォローをお願いされるケースも今後出てくるかと思えます。
- ✓ かかりつけ医の先生にフォローをお願いするうえで必要と考える情報をあげてみました。薬物療法の実施を専門医からかかりつけ医に依頼する際は、原則ある程度安定した状態になってから行うことが重要だと思えます。この際、「薬物療法が開始になった経緯とこれまでの行ってきた治療状況」を詳細に伝えることが重要となります。
- ✓ 具体的には、先ほど手順でお示した内容です。情報が不足している場合は逆に専門医に再度問い合わせることも必要かと思えますし、フォローの際に疑問点なども出てくるかと思えますので、フォロー依頼を受けた専門医へのコンサルテーションを適宜行うことも有用な方法かと思えます。

- ・薬物療法が開始された経緯（薬物療法の標的症状が何であり、どのような手順で薬物療法開始の判断がなされたのかを明確に示すべきである。）
- ・心理社会的介入を並行して行うことが原則なので、薬物療法とともにどのような関わりをしてきたかの情報（→薬物療法よりこちらが効果的であったということもあり得るので）
- ・実際に選択された薬剤が、標的症状に対して実際にどのような治療効果と副作用をもたらしたのか、治療効果と副作用の評価は具体的にどのような方法で行ってきたのかを明記する。
- ・患者の成長発達や周囲の対応方法の改善などにより、薬物療法の必要性が変化することもしばしばなので（衝動性の抑制能力の向上など）、より少ない用量で治療を行える可能性がないかや薬物療法が必要と想定される期間についての見通しについても伝える。将来的に、どのような場合に投薬の中止を検討するかについての見通しも伝える。

かかりつけ医へのメッセージ

-ASDの人に対する薬物療法が一定の適正な手順で行われるために-

- ASDの人に対する薬物療法の原則と手順について理解を深めていただくことが重要です
- 薬物療法に関する相談を受けた際は、聴取可能な範囲で“困りごと”に関する情報収集を行い、専門医へのコンサルトなど状況に応じた対応が望まれます。
- (薬物療法の方向性がある程度決まった後に)専門医から治療継続の依頼があった場合は、出来る範囲でフォローアップをお願いします。

50

(解説)

- ✓ 1) ASDの人に対する薬物療法の原則と手順について理解をお願いします。ASDの人が示す「対応を要する行動上の問題」に対してリスパリドンをはじめ保険適応を有する薬剤が出てきましたので、今後処方求められる機会も増えるかと思います。一定の手順で評価・治療にあたることで患者・家族が納得して医療を受けられることに繋がりますし、専門医との連携に向けてこれから益々重要になると思います。
- ✓ 2) 薬物療法に関する相談を受けた際は、聴取可能な範囲で“困りごと”に関する情報収集を行っていただけるようお願いします。専門的知識がなくても聴取できる内容は沢山ありますので、当事者・親御さんの悩み、不安を受け止め、出来る範囲での情報収集を行い、専門医へのコンサルトなど状況に応じた対応をお願いします。専門医が紹介を受ける際もこれらの項目に関する情報を紹介状に記述頂けるととても連携がスムーズになります。
- ✓ 3) (薬物療法の方向性がある程度決まった後に)専門医からフォローアップの依頼があった場合は、状況に応じフォローアップを出来る範囲でお願いします。フォローアップに必要な情報が不足している場合は専門医への呈示を依頼したりすることもご検討頂ければと思います。

**発達障害のある人の
安定就労に向けて
産業医に期待されること**

産業医科大学 産業医実務研修センター
永田昌子

目次

求められる役割とねらい

産業医とは

合理的配慮について

未診断例への対応について

職場で生じやすい問題について

産業医に求められる役割

発達障害の人を受け入れる

**働き続けるために配慮が必要な場合、
合理的配慮の提供について、ともに検討する**

**職場の支援を得て継続的に働いていくために
発達障害の人、ならびに上司や同僚を支援する**

3

産業医に求められる役割です。

発達障害の人は職場で時に、誤解されたり、孤立していることもあります。産業医は、発達障害の人を受け入れ、理解し、本人が困っていることを一緒に解決するようとする姿勢が求められます。

本講義のねらい

- ねらい
- 到達目標

- ・ 発達障害のある人の安定就労に向けた産業医の期待される役割について理解する
- ・ 発達障害のある人に起きる就労上の問題について理解する

産業医とは

労働安全衛生法令で規定され、一定規模以上の事業所は産業医を選任することが義務付けられている。

- 1000人以上 … 常勤の産業医
- 50人以上 …… 非常勤の産業医



かかりつけ医として診療をしている場合は、連携相手の理解として、産業医を担当されている場合は、自身の役割を理解いただく。

5

産業医とは、労働安全衛生法令で定められ、一定規模以上の事業所は産業医を選任することが義務付けられている。

受講者の中には、産業医として活動をしている医師もそうでない医師もいる。

産業医として活動をしている医師は、自身の役割を理解すること

産業医として活動をしていない医師は、連携相手に求めることとして理解することを目的としている

継続して働いていくために

<配慮がなく働きにくい状態>



求められている仕事ができない。不適合な状態

継続的に働くことが難しくなる

<目指す姿>



配慮によって求められる仕事ができる。本人と仕事が適合した状態

継続的に働くことができる

6

発達障害の人が配慮がなく働くと、その障害特性により本人の能力では求められている仕事を達成できない場合がある。求められている仕事ができないことは、職場が見過ごすなどして一時的に働けたとしても、長い職業人生から考えて、継続的に働くことは難しくなる。

配慮によって不得意な部分を補ったり、不得意な部分を求めない仕事に調整するなどの配慮で、仕事と本人が適合した状態であれば、継続的に働くことができる

雇用の分野における合理的配慮（1）

2016年4月1日に施行される「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（通称「障害者差別解消法」）により、事業者には、障害のある人に対する合理的配慮を可能な限り提供することが求められるようになりました。

雇用の分野における合理的配慮とは、障害者と障害者でない者との均等な機会と待遇の確保、及び障害者の能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善することである。

雇用する障害者である労働者の障害の特性に配慮した職務の円滑な遂行に必要な施設の整備、援助を行う者の配置その他の必要な措置を講じなければならない。

例）肢体不自由の労働者が自力で移動できるように、スロープを設置する

7

平成28年4月1日から施行された障害者差別解消法は、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向け、障害を理由とする差別の解消を推進することを目的としています。

配慮される障害としては、発達障害も含まれる

障害の中でも目に見えない障害であり、自己認知が苦手な障害であることなどより、制度の運用では本人・関係者の工夫が求められる。

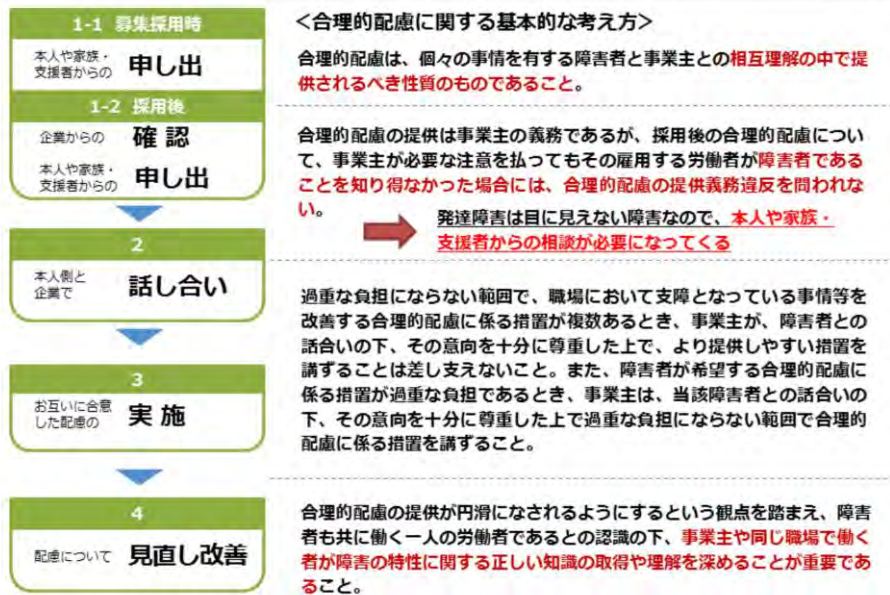
下記調査の結果よりは、卒業直後に一般雇用で就職した発達障害者の1年以内の離職率は37.5%と高い。「教育から就業への移行実態調査報告書」（全国LD親の会・会員調査）2005年1月

（参考）新規学卒者の離職状況 厚生労働省 調査

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137940.html>

平成15年	高校	1年以内	離職率	25.1%
	短大等	1年以内	離職率	19.1%
	大学	1年以内	離職率	15.0%

雇用の分野における合理的配慮について（2）



8

合理的配慮実施までのプロセスは、本人からの相談「必要な配慮の申し出」から始まり、本人と企業が話し合いを行い、お互い合意した配慮について実施、実施後も見直し改善が行われるというものです。

過重な負担の考慮要素

- ① **事業活動への影響の程度**
(事務・事業の目的・内容・機能を損なうか否か)
- ② **実現困難度**
(物理的・技術的制約、人的・体制上の制約)
- ③ **費用・負担の程度**
- ④ **企業の規模**
- ⑤ **企業の財務状況**
- ⑥ **公的支援の有無**

9

基本的には本人の求めに応じて合理的配慮が行なわなければなりません、しかしながらその実施に伴う負担が過重である場合は除くとされています。

ここで、負担が過重であるか否かを判断するに当たっては、次に掲げる要素を総合的に勘案しながら、個別に判断することとされています

示しているのは、厚生労働省の合理的配慮指針より過重な負担の考慮要素とされているものです。

(1) 実務・事業活動への影響の程度

当該措置を講ずることによる事業所における生産活動やサービス提供への影響その他の事業活動への影響の程度をいう。

(2) 実現困難度

事業所の立地状況や施設の所有形態等による当該措置を講ずるための機器や人材の確保、設備の整備等の困難度をいう。

(3) 費用・負担の程度

当該措置を講ずることによる費用・負担の程度をいう。ただし、複数の障害者から合理的配慮に関する要望があった場合、それらの複数の障害者に係る措置に要する費用・負担も勘案して判断することとなること。

(4) 企業の規模

当該企業の規模に応じた負担の程度をいう。

(5) 企業の財務状況

当該企業の財務状況に応じた負担の程度をいう。

(6) 公的支援の有無

当該措置に係る公的支援を利用できる場合は、その利用を前提とした上で判断することとなること

発達障害に対する合理的配慮の実例

業務指導や相談に関し、担当者を定めること

業務指示やスケジュールを明確にし、指示を一つずつ出す、
作業手順について図等を活用した
マニュアルを作成する等の対応を行うこと

出退勤時刻・休暇・休憩に関し、通院・体調に配慮すること

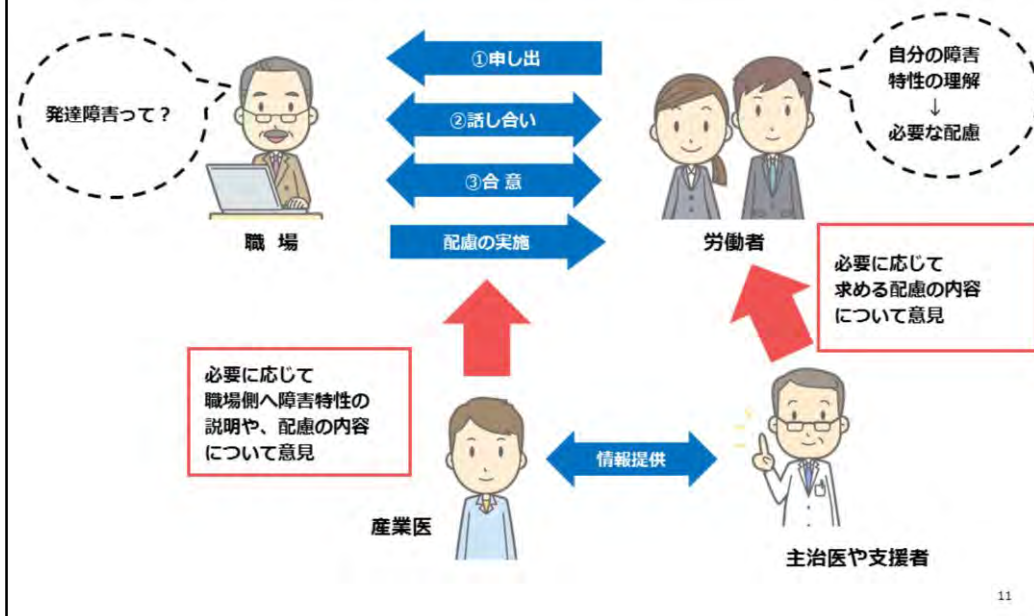
感覚過敏を緩和するため、サングラスの着用や
耳栓の使用を認める等の対応を行うこと

本人のプライバシーに配慮した上で、他の労働者に対し、
障害の内容や必要な配慮等を説明すること

10

発達障害に対する合理的配慮の実例です。

継続して働いていくために



産業医として、主治医として、先ほどのプロセスにどのように関わるかを説明します。

はじめに、発達障害の労働者が、見えない障害であること、自分の障害特性を理解し、必要な配慮について適切に評価出来ていない場合があることと、職場側も発達障害の知識を十分有していることは少ないことを理解してもらい、関わる必要性について説明する。

職場で**適応して**働いていくために必要な要素

1	本人が自分自身の障害特性について理解していること
2	障害の特性に合った業務であること
3	上司が本人の障害の特性を理解していること
4	同僚が本人の障害の特性を理解していること
5	休憩時間の過ごし方や業務外の人間関係などで問題が生じないような工夫がされていること
6	上司や同僚の中に本人の特性を理解し、支援する人が複数いること
7	本人に業務を指示するもしくは指導する場合は、本人が理解しやすい方法で実施されること
8	職場での不適応が起こった際に早期に対応されること
9	職場での配慮は周囲が納得できる配慮であること
10	多様性を許容する職場であること
11	本人の仕事の成果が適切に評価される職場であること
12	継続した支援があること
13	必要に応じて、主治医や障害者職業センター、発達障害者支援センターなどの専門機関の支援があること
14	必要に応じて、産業保健スタッフの支援があること

12

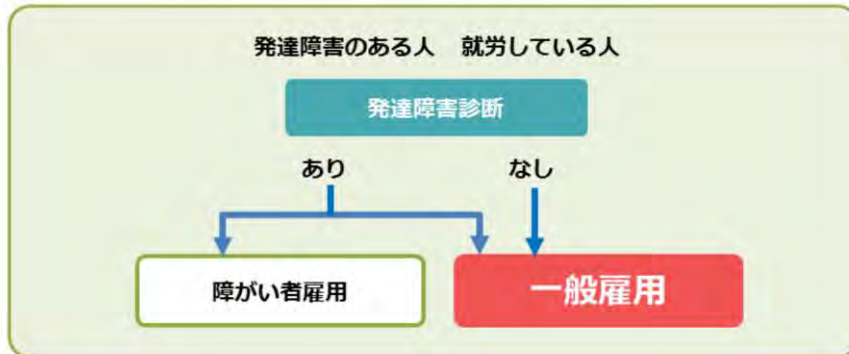
職場で適応して働いていくために必要な要素14要素

職場での配慮は周囲が納得できる配慮であることについて強調します。

周囲が納得できない配慮であれば、配慮の継続性がなく、

1日の長い時間を過ごし、働き続ける職場で、上司、同僚に暖かく受け入れてもらうことが難しくなることを想像してもらう

産業医が遭遇する発達障害者



(参考) 調査結果

- ・発達障害と診断を受けた労働者への対応経験ある産業医の割合 **62.0%**
- ・発達障害と診断はされていないが産業医が疑った労働者への対応経験がある産業医の割合 **82.7%**

13

産業医が遭遇する発達障害者は、診断の有無、雇用形態は、障害者雇用かつ一般雇用もありうる。

調査結果は、日本産業衛生学会専門医を対象としたH25の質問紙調査結果を示している。診断はされておらず、一般雇用で働いているケースが、まれではなく、産業医の8割はそのような事例に遭遇していた。

産業医の支援対象は、支援開始当初は、一般雇用され、発達障害の診断をまだ受けていない人もありうることを理解し、これから説明する、職場で生じやすい問題を知る必要性について言及する。

一般雇用で継続して働いていくために

<目指す姿>



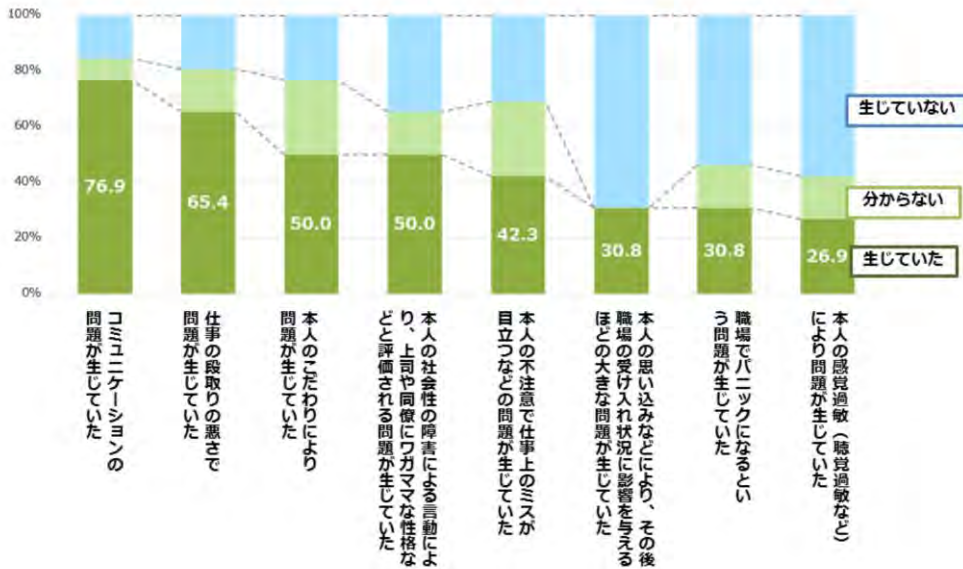
配慮だけでなく、能力を生かすことにより、求められている仕事に加え、周囲より貢献している部分があると周囲の納得感が出る

14

「配慮をする」、「配慮をしてもらう」という一方的な関係で、周囲に求められる配慮が大きい場合などは、本人と上司・同僚に軋轢を生じることがあったり、本人も能力を生かせていない可能性がある。

そのため、目指す姿としては、簡単なことではないが、本人の能力に合わせた仕事を用意できることが望ましい。

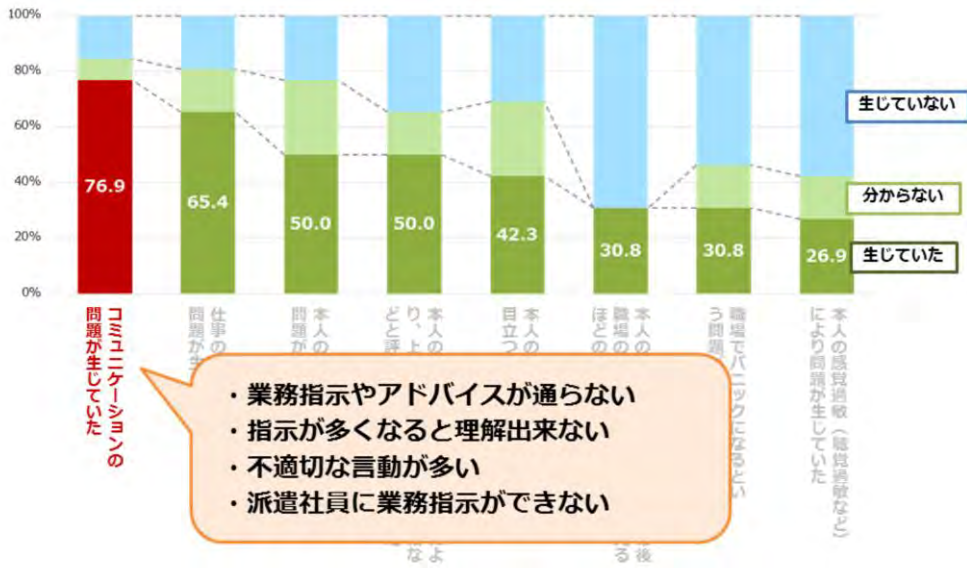
発達障害のある人（強く疑われる人も含む）に起きる就労上の問題



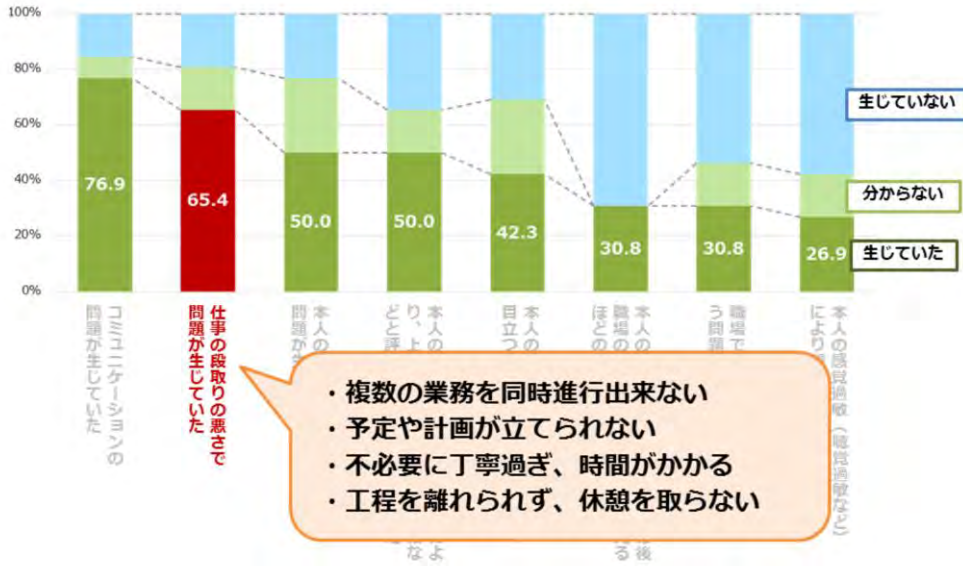
一般雇用で就職し、その後、発達障害の診断を受けた26例の事例調査の結果のうち、職場で生じていた就労上の問題の割合を示します。

コミュニケーションの問題が最も多く生じていますが、逆にコミュニケーションの問題が生じていないケースもあることも注目すべきです。

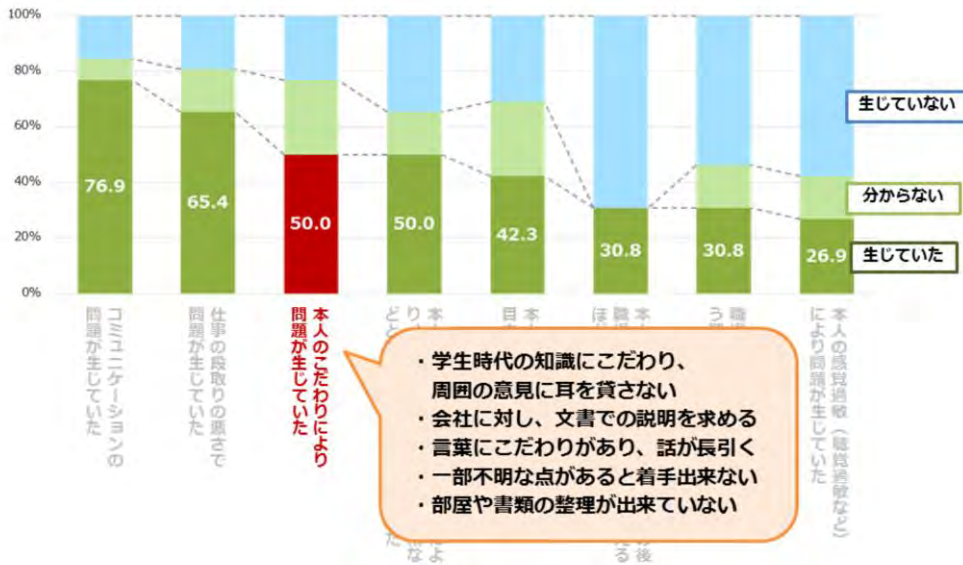
コミュニケーション上の問題



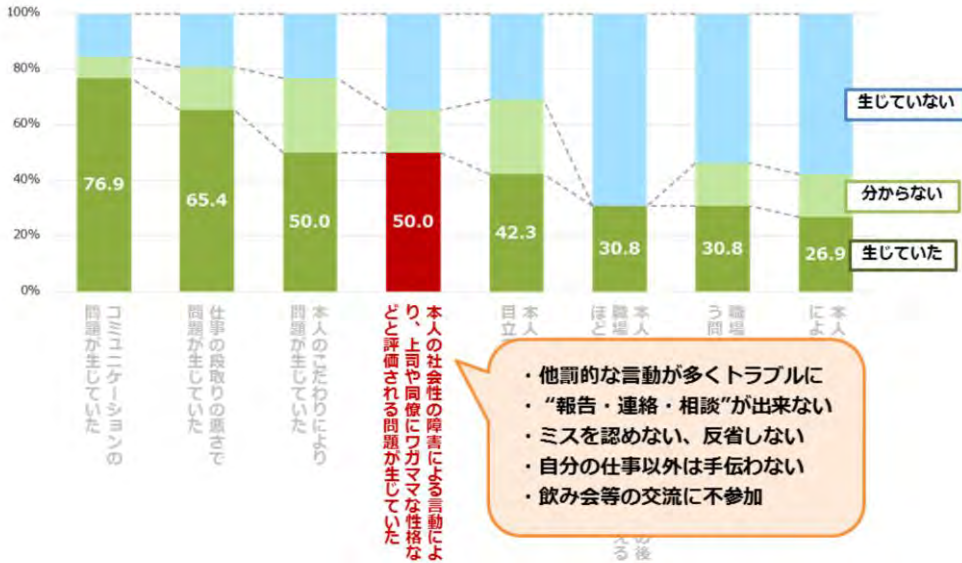
仕事の段取りの悪さ



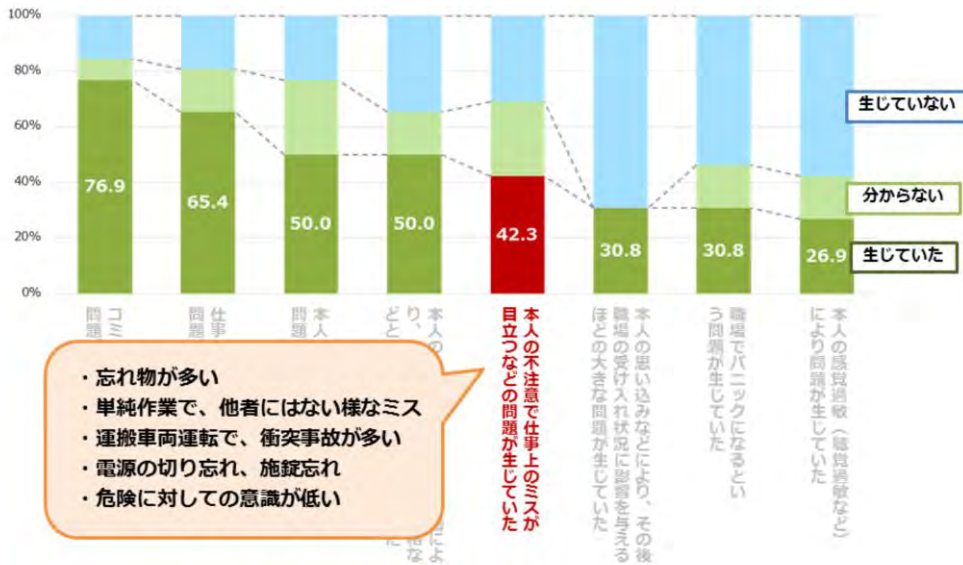
本人のこだわりによる問題



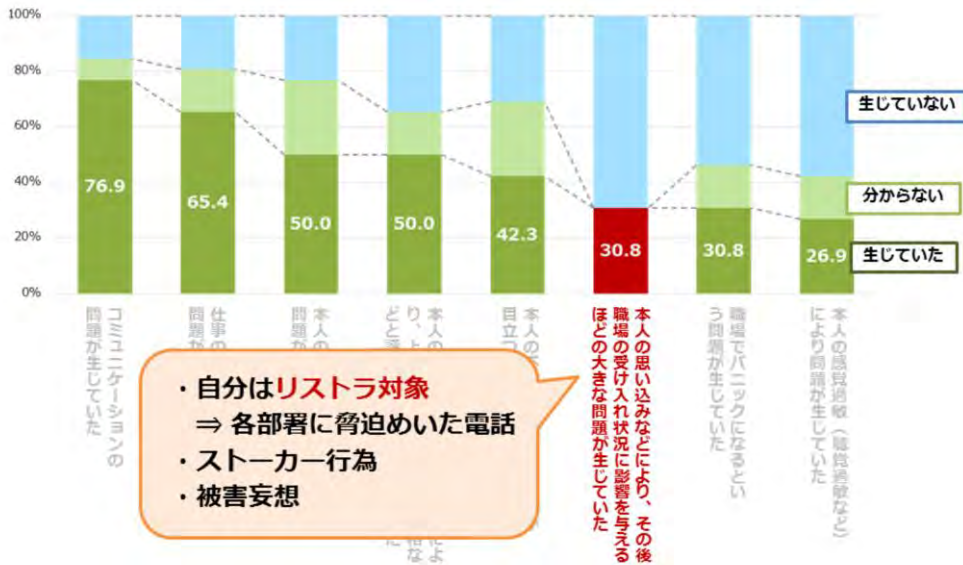
ワガママと評価される



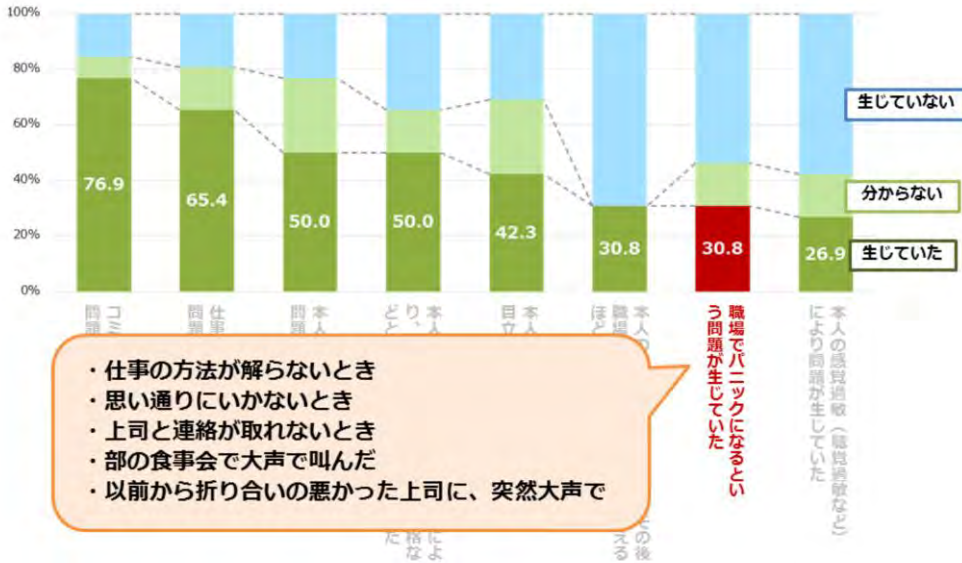
不注意による問題



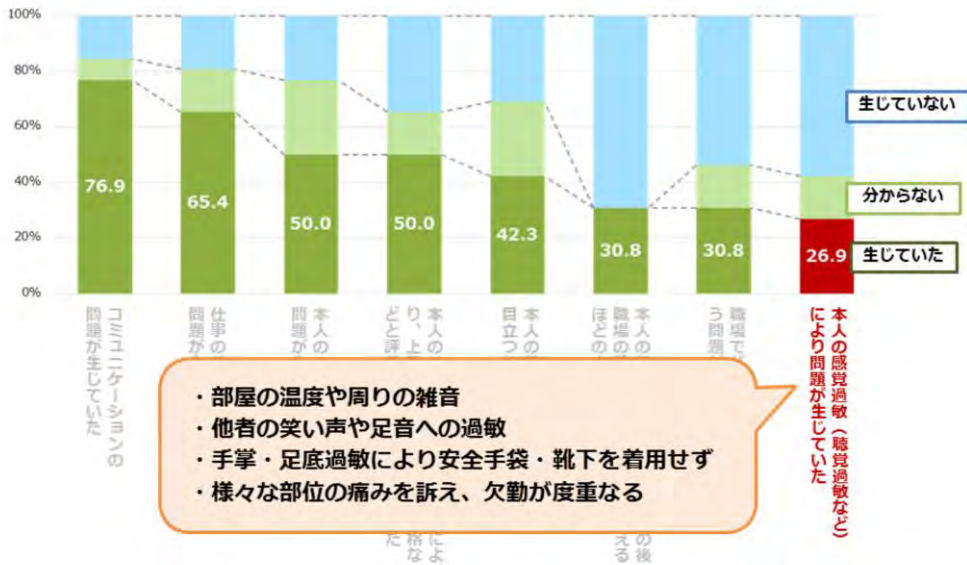
職場の受け入れに影響を与えるほどの問題



職場でパニックになる



感覚過敏による問題



産業医につながるケース

うつ病にかかり休業

本人の行動が職場で問題になり職場が相談

診断書をもって相談

ふと気づくケース

生活習慣病の自己管理が出来ない

ストレスチェック制度によって面談を申し出てきた

24

産業医が、発達障害の人につながるキッカケとして考えられるものを列挙する。発達障害の人を支援するためには、タイミングが重要なので、様々なキッカケを通じて、発達障害の人に気づき、タイミングを逃さないことを強調する。

産業医として

- **継続的に働いていけるか？**（持続可能性があるか）

着眼点

- 仕事ができるか
- 本人が困っていないか
- 周囲の負担が大きい

- **診断はあるか？ 障害を受容しているか？**

25

産業医としての視点は、継続的に働いていけるか、診断をすでに受けていて、本人が障害を受容しているか？

継続的に働いていけるかの着眼点は、示した通りである。

継続的に働いていける状態であれば、産業医として介入をする必要性はない。継続的に見守り、問題が生じた時点で介入をすればよいと考えられる。

しかし、継続的に働いていける状態でなければ、診断を受けることを促したり、本人が障害を受容し、合理的配慮を本人より申し出るまでのステップを支援する必要がある。

地域のかかりつけ医として

- 職場で問題なく働けているか？

着眼点

- 本人が困っていないか

- 問題があるのであれば、
障害の開示をして必要な配慮を申し出る
よう本人に伝える

26

地域のかかりつけ医としての視点は、発達障害の患者が働いている場合、職場で問題なく働けているか？ 着眼点としては、本人が困っていないか？である。

留意する点

- ・発達障害の人に過度な期待をもたせないように留意する。

⇒ 合理的配慮の提供は、「過重な負担」であった場合、事業者は断ることができる。

- ・介入する時点で、職場と労働者が、「申し出」や「話し合い」、「配慮の実施」に必要な信頼関係がないケースもある。

27

合理的配慮の提供は、事業者側の理由により断られることもあるために、配慮の提供は当たり前という認識で伝えることは適切ではない。

また、産業医の先生が介入する時点で、本人のこれまでの言動などにより、必要な信頼関係がないケースもあるため、言動の背景として考えられる障害特性の説明を丁寧にするなど、関係性づくりが必要な場合もある

産業医に求められる役割

発達障害の人を受け入れる

働き続けるために配慮が必要な場合、
合理的配慮の提供について、ともに検討する

職場の支援を得て継続的に働いていくために
発達障害の人、ならびに上司や同僚を支援する

発達障害者の就労支援

早稲田大学 教育・総合科学学術院

梅永雄二



発達障害児の課題 子どものときの問題

虐待
いじめ
孤立
不登校
引きこもり
非行

発達障害の人の課題 大人になると

ニート
フリーター
職場でのいじめ
うつ
休職
離職・退職
大人のひきこもり
子どもへの虐待
犯罪
ホームレス

《P1-2》

発達障害の子どもと成人が学校や就職の現場でどのようなトラブルに巻き込まれているかについてまとめたものです。

米国の特別支援教育

発達障害児童生徒への教育内容

米国での特別支援教育におけるITP（個別移行計画）

- 移動能力
- 身辺自立
- 医療・保健
- 居住
- 余暇
- 対人関係
- 地域参加
- 教育、就労
- お金の管理
- 法的な問題
- 毎日の生活

それぞれの項目における様々な課題

- 移動
 - 方向音痴のため待合せ場所に行くことができない
 - 時間概念が不十分なため遅刻する
 - 音や匂い、人の多さに敏感なため電車やバスに乗れない
- 身辺自立
 - 髪の毛やひげが伸びっぱなし、化粧ができない、入浴をしない(髪の毛にふけがついている)、歯を磨かない
 - 衣服の選択が不適切(季節に合った服装ではない、デザインが常識外れ)
- 医療・保健
 - 健康管理ができていない
 - 病気の症状をうまく説明できない

- 地域参加
 - 不登校、引きこもり
- 教育
 - 学校の勉強についていけない、集団行動が取れない
- 居住
 - 掃除、ごみ出し、部屋代の入金
- 余暇
 - 人と一緒に行動できない
 - 奇妙な余暇の過ごし方をする

- お金の管理
 - 無駄遣いが多い、貯金をしない、計画性なく高額な物を購入する、サラ金で借金をする
- 法的な問題
 - 犯罪に巻き込まれる
 - 犯罪に手を染める(万引き、無銭飲食、ストーカー)
- 毎日の生活
 - 偏った食生活
 - 新聞や宗教団体の勧誘
 - 訪問販売

《P3~5》

発達障害と診断された子どもが学校教育で指導されるべき内容を説明しました。これらの11項目は、発達障害の人たちが大人になってトラブルになるような項目だからです。

職場改善好事例集 (発達障害者版)

高齢・障害・求職者雇用支援機構主催(75社が応募)

就労上の課題

一対人関係(コミュニケーション)スキル

- 上司や同僚が言ったことが理解できない
- 相手にうまく伝えることができない
- 好ましくない言語表現を表し、相手を不快な思いにさせてしまう
- 曖昧な言動は理解できない
- 相手の気持ちを無視して自分の好きなことだけをしゃべり続ける
- 自分勝手な行動をしてしまって、周りから嫌がられる

- 感情的になりやすく、かんしゃくを起こす
- 数に興味があるためエレベーターの階数が示されたナンバーを押してしまう
- ナンバーボタンの前に立っていた女性の真後ろにくっついて立ってしまう
- 音や光が気になるため、勝手にパソコンのモニターや電気を切ってしまう
- 場の空気が読めない人たちが多いため、人間関係に支障を来してしまう

《P6～7》

発達障害者を雇用した経験のある企業から提言された、発達障害者の課題は仕事そのものがないというよりも対人関係や職場のマナーに関するものが中心でした。

職業適性とは

- 能力
- 興味関心
- 性格傾向
- 行動傾向
- 価値観

《P8》

発達障害者の就労支援では、その仕事ができるかどうかの狭い意味での職業能力のみの把握ではなく、その仕事に興味があるか、その仕事にマッチした性格特性や行動特性、その仕事に対する価値観などが大切です。

発達障害の人の退職理由

ハードスキルとソフトスキル

- 仕事がつまらなかった
- 人間関係で問題を抱えた
- 雇用主に自分の障害を理解してもらえなかった
- 普通の人の感覚を身につけさせようとされ精神的なダメージを受けた
- 「障害など関係ない、努力してなおせ」と言われ重圧になった
- 会社でいじめを受けた
- 会社の業務、人間関係が出来なかった
- 仕事をするのが遅いので向かなかった
- 自分に合わない仕事だった
- 仕事の技術面で追いつかなかった
- 人より時間がかかった
- 簡単な作業が出来なかった
- 期待に応えようと頑張ったが疲れた
- 人間関係のややこしさ、指示の多さにパニックを引き起こした
- 自分の能力では手に負えなかった
- 自分のペースで働けなかった
- リストラにあった
- ストレスと体力的に続かなかった
- 仕事のレベルアップができなかった
- いじめにあたり、無視されたりした

- 簡単な作業が出来なかった
- 自分の能力では手に負えなかった
- 仕事の技術面で追いつかなかった
- 仕事をするのが遅いので向かなかった
- 人より時間がかかった
- 仕事のレベルアップができなかった
- 自分に合わない仕事だった

ハードスキル

- 自分のペースで働けなかった
- 仕事がつまらなかった
- ストレスと体力的に続かなかった
- 期待に応えようと頑張ったが疲れた

- 人間関係で問題を抱えた
- 雇用主に自分の障害を理解してもらえなかった
- 普通の人の感覚を身につけさせようとされ精神的なダメージを受けた
- 「障害など関係ない、努力してなおせ」と言われ重圧になった
- 会社でいじめを受けた
- 人間関係のややこしさにパニックを引き起こした
- いじめにあったり、無視されたりした

ソフトスキル

ハードスキルとソフトスキル

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ハードスキルとは • 仕事そのものの能力 | <ul style="list-style-type: none"> • ソフトスキルとは • 仕事以外の能力 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 作業能力 • スーパーでは <ul style="list-style-type: none"> →パッキング →値札付け →清掃 →品出し →カートの片づけ →レジうち | <ul style="list-style-type: none"> • 日常生活能力 • 対人関係能力 <ul style="list-style-type: none"> →挨拶、協調性、表情（明るさ）など • コミュニケーション能力 • 余暇活動 • 職場での行動 <ul style="list-style-type: none"> →休憩時間の過ごし方 |

《P9～10》

発達障害者の離職理由は仕事そのものであるハードスキルよりも、対人関係や仕事に対するモチベーションなど仕事そのものではないソフトスキルの課題が大きいことが示されました。

それでは
どのような支援が必要か

社会性の指導？

社会性とは？？？
日常生活能力のすべてが対人関係？

思春期・青年期から成人期へつなげていくために

- ソーシャルスキルの再検討
- ライフスキルを中心に
 - ASDの人に対人関係スキルを強要しない
 - 友だち100人できなくてもいい
 - 人に頼るスキルも場合によっては必要

ソーシャル・スキルとは（ウィキペディア）

- その場の雰囲気がわかること
- 自分の発した言動を相手がどのように受け取るかを想像すること
- 自分の考えを上手に相手に伝えることができること
- ASD(自閉スペクトラム症)の人が学習することに限界がある

ソーシャルスキルトレーニングにより 指導したトラブル

化粧品を買わされた

宗教団体に入らされた

万引きの仲間になされた

さら金に連れて行かれて判子を押された、訪問販売で自己破産をした

原因は、何をどのようにしたらいいかわからなかった、見通しがもてなかった

自立とは何でも一人でできることか？

本人のニーズと適切なサポートで自立

人に頼ることも必要

《P12～14》

職業生活上ソーシャルスキルは大変大切ですが、わが国では対人関係スキルが強調されすぎているため、対人関係が不得手なASDの人たちは苦しい思いをしています。よって、地域で生きていく術（すべ）のような生活のスキル、すなわちライフスキルが重要だと考えます。

SSTからLSTへ

LSTとは、ライフスキルトレーニングのこと

ライフスキルの目的

- ライフスキルの目的は、個人の人権を擁護し、健康問題と社会問題を積極的に予防することによって幸福な生活を営む点にある (WHO, 1998)。

- ただ. . .

WHOが定義している 10のライフスキル

- 1.自己認識スキル
- 2.共感性のスキル
- 3.効果的コミュニケーションスキル
- 4.対人関係スキル
- 5.意志決定スキル
- 6.問題解決スキル
- 7.創造的思考ができるスキル
- 8.批判的思考スキル
- 9.感情対処スキル
- 10.ストレス対処スキル

発達障害の人における ライフスキルとは

大人が日常的に行う活動

個別のライフスキルチェックリストを作成
ILSP (Individualized Life Skills Plan)

ライフスキルのチェック

日々のライフスキルチェック①

1. 朝決まった時間に自分で起きることができる
2. 顔を洗うことができる
3. 朝食を(作り)取ることができる
4. 歯を磨くことができる
5. (男性の場合)髭を剃ることができる
6. (女性の場合)化粧をすることができる
7. 髪をセットすることができる
8. 適切な服に着替えることができる(靴、靴下も含む)
9. 家に鍵をかけることができる
10. 乗り物を利用することができる(車の場合は運転ができる)

日々のライフスキルチェック②

- 11.遅刻をせずに適切に職場(学校)に着くことができる
- 12.タイムカードを押すことができる
- 13.(場合によっては)適切な職場の衣服に着替えることができる
- 14.上司、同僚に「おはようございます」の挨拶ができる
- 15.昼食を取ることができる
- 16.お昼休みに適切な余暇(タバコをすう、コーヒーを飲むなど)を取ることができる
- 17.仕事が終わった後にタイムカードを押すことができる
- 18.時に応じて残業をすることができる
- 19.仕事が終わった後に「失礼します」の挨拶をすることができる
- 20.スーパーやコンビニで買い物をすることができる

日々のライフスキルチェック③

- 21.ATMの利用ができる
- 22.帰宅すると手を洗うことができる
- 23.夕食をとることができる(自炊の場合は食器を洗うことができる)
- 24.入浴が出きる(洗髪も含む)
- 25.パジャマなどの部屋着に着替えることができる
- 26.テレビを見たりCDを聞いたり(ゲームや読書)余暇を楽しむことができる
- 27.寝る前に歯を磨くことができる
- 28.適切な時間に就寝することができる

一週間のライフスキル

1. 土、日に適切な余暇を楽しむことができる
2. 爪を切ることができる
3. 必要なものをまとめて買うことができる
4. 洗濯ができる(コインランドリーを使うことができる)
5. ゴミを出すことができる
6. 掃除ができる

一ヶ月のライフスキル

1. 散髪や美容院に行くことができる
2. 部屋代、携帯・電気・ガス・水道代を支払う
3. (旅行など)の余暇を楽しむことができる

一年のライフスキル

1. 歯医者に行くことができる
2. 健康診断を受けることができる
3. 車を利用している場合は点検を受けることができる
4. 大学生の場合は履修申告ができる

その他のライフスキル

1. 必要に応じて病院にかかることができる
2. 給与を適切に分けて使用できる
3. 貯金ができる
4. 高額なもの(テレビ、冷蔵庫、エアコンなど)を計画的に購入することができる
5. 新聞の勧誘や宗教団体、他の商品の勧誘などを適切に断ることができる
6. 近所の人に挨拶ができる
7. 必要に応じた買い物(メガネやコンタクト、医薬品など)ができる
8. 何か問題が生じたときに保護者等の支援者に連絡することができる
9. ストレスや嫌なことが生じたときに自分で気分を落ち着かせることができる
10. その他必要に応じたライフスキル(緊急時の対応など)ができる

《P15-20》

国連が示しているライフスキルは発達障害の人たちには難しい内容が多いため、発達障害者に特化したライフスキルを検討すべきであり、それは彼らが大人になって、住んでいる地域で日常的に行う可能性のあるスキルだといえます。

最も適した就労アセスメントとは

実際の現場で行われる アセスメント

なぜ実際の現場でのアセスメントが重要か

【学校内のアセスメント】

- 作業種目と実際の職種が異なる
→より複雑な職務、作業スピード
- 作業種だけではなく、環境そのものが異なる
→目に入る物、聞こえる音、匂い、室温
→発達障害を知っているスタッフはほぼ皆無
- 学習したスキルを実際の職場で般化できない

【実際の現場でのアセスメント】

- 様々な職種の体験が可能
- 課題と支援が具体的に示される
- 構造化のアイデアを提供できる
- ソフトスキルの課題が明確になる
- **同僚・上司にどのように説明するかをまとめることができる**
- 般化の困難性が軽減できる

《P22》

ライフスキルとはソフトスキルのベースとなっているものであり、小さい時から積み重ねておくべきスキルです。そのようなソフトスキルの課題と支援を把握するためには、従来の狭い意味での職業能力の把握しかされなかった支援機関や学校内でのアセスメントではなく、実際の企業での実習の中で行うことによって把握できるのだと考えます。

**発達障害、精神疾患の児童生徒等
に対する今日の教育支援の現状と課題
～教育と医療の連携に向けて**

**関西学院大学教育学部
教授 丹羽 登**

- 1. 本講義のねらいと到達目標**
- 2. 発達障害（精神疾患を含む）のある児童生徒等の教育の現状と課題**
- 3. 学校教育法等における発達障害（精神疾患を含む）のある児童生徒等の対応**
- 4. 医療と教育の連携において、かかりつけ医にお願いしたいこと**

【1. 本講義のねらいと到達目標】

ねらい

- 医療と教育における障害の捉え方の違いを知る
- 学校教育制度と学校での今日的な課題を知る
- 特別支援教育制度と多様な学びの場を知る
- インクルーシブ教育システムについて知る
- 発達障害や精神疾患に対する学校での現状と課題を知る

到達目標

- 個々の学校の実情に応じた支援や助言が出来る
- 保護者や学校と連携した子ども支援が出来る

2 発達障害(精神疾患を含む)のある児童生徒等の教育の現状と課題

- 学校教育法や関連法令では、「発達障害」という障害種は定義されていない
- 診断名 ≠ 学校での障害種
- 「学習障害」「自閉症」「注意欠陥多動性障害」は定義されている
- 上記疾患だけが発達障害と勘違いしている人がいる
- 発達障害の対象＝発達障害者支援法の対象（通知）
- DSMではなくICDに基づいて通知 等

児童福祉法・障害者総合支援法等 における障害児・者

身体障害者

(肢体不自由・内部障害・視覚障害・聴覚障害)

知的障害者

精神障害者

(発達障害とてんかん、高次脳機能障害を含む)

難病者等

(H29年4月に358疾患に増、難病医療法の対象は330疾患)

【参考】小児慢性特定疾病H29年4月に 514→722疾患に増

H27年1月
56疾患→110疾患に増

【障害者総合支援法等での障害者】

障害者総合支援法（18歳未満は児童福祉法で規定）では、対象者として身体障害者、知的障害者、精神障害者、難病者等の4つが示されている。

発達障害者は精神障害者に含まれることが法律上で示されており、高次脳機能障害者は、障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針（閣議決定された政府方針）において、精神障害者に含まれることが示されている。



【学校での障害種との違い】

学校教育法等の法令や通知では、特別支援学校や特別支援学級、通級による指導の対象となる障害種が示されている。

これらは診断名と同じではない。例えば、ダウン症は診断名だが、知的な遅れへの対応が主な課題の場合は知的障害者として、運動機能への対応が主な課題の場合は肢体不自由者として、心臓疾患等への対応が主な課題の場合は病弱者として対応することになる。

特別支援学級は小・中学校には設置できるが、高等学校には設置出来ない（学校教育法では設置可能だが、必要な関連法令が未整備）。それに対し通級による指導は、平成30年度から高等学校でも実施できることになる。

自閉症だけの子どもや情緒障害だけの子どもは、特別支援学校の対象ではない。特別支援学校の対象は、「視覚障害者」「聴覚障害者」「知的障害者」「肢体不自由者」「病弱者（身体虚弱を含む）」の5つの障害種だけ。

特別支援教育の理念

特別支援教育は、障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うものである。

また、特別支援教育は、これまでの特殊教育の対象の障害だけでなく、知的な遅れのない発達障害も含めて、特別な支援を必要とする幼児児童生徒が在籍する全ての学校において実施されるものである。

さらに、特別支援教育は、障害のある幼児児童生徒への教育にとどまらず、障害の有無やその他の個々の違いを認識しつつ様々な人々が生き生きと活躍できる共生社会の形成の基礎となるものであり、我が国の現在及び将来の社会にとって重要な意味を持っている。

(平成19年4月文部科学省通知より)

【特別支援教育とは】

障害者基本法や児童福祉法（障害者差別解消法）の対象となる障害者は、障害の状態に応じて合理的配慮の提供や福祉サービスを受けることが出来るが、受けないことも出来る。

福祉サービスについては、法令等では障害者手帳等の所有は求めていないが、自治体によっては福祉サービスを受ける際の妥当性を担保するため、所有を条件にしている所がある。

合理的配慮の対象は障害者基本法に示されている障害者と同じであるため、障害者手帳の所有の有無は関係ない。

学校でも同様に、障害者手帳の所有の有無に関係なく、障害により特別な教育的支援を必要とする場合には、特別支援教育の対象となる。なお、支援を必要としない場合には、特別な指導や支援を強制させられるものではない。

特別支援教育とは、個々の教育的ニーズを把握した上で、生活や学習上の困難を改善・克服するために指導や支援を行うものである。

各学校における 各教科の取扱い（例：小学校・小学部）

特別支援学校（知的障害）

生活、国語、算数、音楽
図画工作、体育、道徳、特別活動、
自立活動

各教科

- ・3段階で目標、内容を明示
- ・内容を基に、児童生徒の知的障害の状態や経験等に応じて、具体的な指導内容を設定

異なる

小学校

特別支援学校（視聴肢病）

国語、算数、音楽、図画工作、体育
生活、社会、理科、家庭、道徳、
(1-2年)(3-6年)(3-6年)(5-6年)
外国語活動、総合的な学習の時間
特別活動、自立活動(特別支援学校だけ)

各教科

- ・学年ごとに目標、内容を明示(基本)
- ・内容の範囲や程度等を表す事項は
全ての児童生徒に指導

※平成32年度からは外国語科が加わる
各教科等の指導では、障害の特性等に応じて、指導
内容・指導方法を工夫することが求められている。

【各教科の目標や内容等】

特別支援学校や特別支援学級での学習については、多くの人は経験したことがないため、誤解していることがある。

特別支援学校は、小・中学校等に準じた指導を行うことになっている。準じたとは、原則同一ということ。

ただし、知的障害の特別支援学校については、知的な遅れの状態が個々に異なるため、知的な遅れの状態に応じた指導が必要なため、独自の知的障害の教科が設定され、独自の指導形態（各教科等を合わせた指導等）を行うことが出来る。

小・中学校の特別支援学級は、小・中学校の学級なので、原則は小・中学校の教科と指導形態であるが、必要に応じて特別なカリキュラム（教育課程）を編成することが出来る。

その際、特別支援学校の学習指導要領を参考にすることが出来るが、知的障害がない子どもについては、知的障害の教科や各教科等を合わせた指導を行うことは適切ではない。当該学年の教科又は下学年の教科を指導することも考慮する必要がある。

病弱、身体虚弱とは

- ◆ 病弱とは
 - ◆ 病弱とは、学校教育においては、心身の病気のため継続的又は繰り返し医療又は生活規制（生活の管理）を必要とする状態を表す際に用いられている。
 - ◆ ここでいう生活規制とは、入院生活上又は学校生活、日常生活上で留意すべきこと等であり、例えば健康の維持や回復・改善のために必要な服薬や、学校生活上での安静、食事、運動等に関して留意しなければならない点などがあることを指す。
- ◆ 身体虚弱とは
 - ◆ 身体虚弱とは、学校教育においては、病気ではないが不調な状態が続く、病気にかかりやすいなどのため、継続して生活規制（生活の管理）を必要とする状態を表す際に用いられている。
 - ◆ 身体虚弱という概念は一定したものではなく、時代により使われる用語も変化してきた。

【病弱・身体虚弱】

近年は、病弱の特別支援学校の在籍者に、心身症や精神疾患の診断を受けた子どもや小児がんの子どもが多くなり、学校によっては、全員が心身症や精神疾患の子どもという所もある。

学校や教育委員会によっては、病気の子どもは特別支援教育の対象ではないと考えていたり、病院内で行われている教育が特別支援教育として実施されていることを知らなかったりする。

入院や治療のために特別な教育的支援を必要とする場合には、病弱者（身体虚弱者を含む）として特別支援教育の対象になる。

病弱や身体虚弱は、上記のあるように医学用語ではない。

また、入院中だけに限定しているものでもない。

医療の進歩や生活環境の変化等により、病弱や身体虚弱の子どもの実態は大きく変わってきた。

病弱教育の現状と課題

- ◆ 身体疾患で入院する子どもは少なくなり、うつ病等の精神疾患や心身症等が増加
- ◆ 全国病弱虚弱教育研究連盟の調査では、対象の子どもの1/4以上が精神疾患や心身症
- ◆ 病弱の特別支援学校に限定すると、半数以上又は多くが精神疾患等という学校が多い

【病弱教育の現状と課題】

病弱者や身体虚弱者を対象とする教育（病弱教育）は、子どもの実態（疾患の種類等）の変化や学習環境の変化に伴い大きくかわってきた。

昭和50年頃は、腎炎・ネフローゼによる入院中の子どもが多かったが、医療の進歩、社会環境や学習環境等の変化により、身体疾患で入院する子どもが少なくなり、精神疾患や心身症等の子どもが多くなってきている。

全国病弱虚弱教育研究連盟が隔年で実施している全国病類別調査（対象は病弱特別支援学級や病弱の特別支援学校）では、対象となる子どもの1/4以上が精神疾患や心身症である。

病弱の特別支援学校だけならば、半分以上、又はほとんどが精神疾患や心身症だという学校が多い。

情緒障害短期治療施設から通学する子どもも多く、特別支援学校によっては、全ての在校生が施設の入所者という所もある。

うつ病等の**精神疾患（心の病気）**も対象
（ただし、発達障害だけでは対象としていない）

精神又は身体の病気が対象です。子どもの場合、心の状態が身体に影響しやすかったり、身体の状態が心に影響しやすかったりしますので、分けて考えることはできません。

「精神疾患の診断と治療のマニュアル」により、うつ病に該当する子どもがいることが分かってきました。また、就学前にADHDなどの診断を受けていた子どもが、うつ病や双極性障害と診断名が変わることもあります。

教育支援資料（文部科学省）より

【うつ病等の精神疾患も対象】

病弱教育の対象となる疾患については、全てを列挙することはできないが、比較的多い疾患については、特別支援学校の学習指導要領解説や教育支援資料等に例示されている。

近年は、身体疾患としては小児がんや喘息等のアレルギー疾患が多く、摂食障害等の心身症、うつ病等の精神疾患が多い。

子どもの場合、身体疾患が心に影響を及ぼしたり、逆にストレス等が身体に影響を及ぼしたりすることも多い。睡眠障害や慢性疲労症候群、起立性調節障害などの診断を受けている者も多いが、近年は、うつ病や双極性障害、統合失調症等の診断を受けている子どもが多くなってきている。

しかし、学校や教育委員会によっては、精神障害は特別支援教育の対象でないと言うことがあるので、そのような時は文部科学省が公表している特別支援学校の学習指導要領解説や教育支援資料で示されていることを伝えて欲しい。

特別支援学校（病弱）における 精神疾患の児童生徒の例

発表41事例中36事例が精神疾患(89%)

統合失調症	7
不安神経症	6
強迫神経症	4
うつ状態	10
躁状態	9

H20・21年度 文部科学省特別支援教育研究協力校
研究成果報告書(青森県立青森若葉養護学校)より

【研究報告書より】

教育支援資料で記述されているように、病弱の特別支援学校では、うつ病や双極性障害等の精神疾患の診断を受けた子どもが多くなってきている。

平成20年・21年に文部科学省の研究指定を受けていた青森県立青森若葉養護学校の研究報告書では、41の発表事例の約86%に当たる36事例が精神疾患であった。

うつ状態の子どもが多いのは予想できたが、統合失調が7事例あり、統合失調症の子どもも比較的多い。

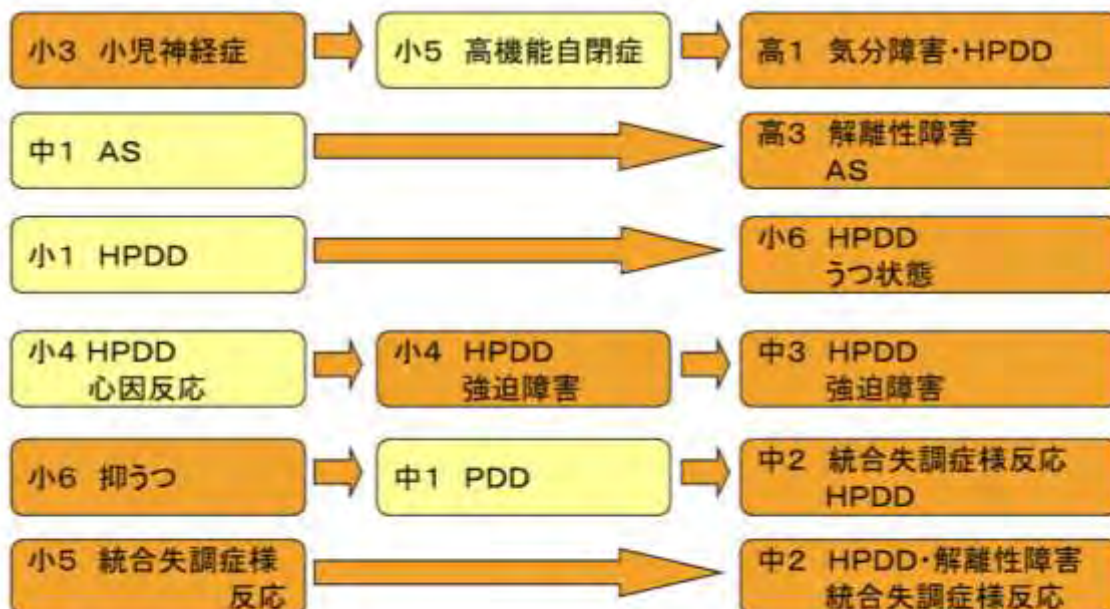
精神疾患の児童生徒の症状の経過

精神疾患者 16名中

HPDDを併せ有する 9名(56%)

統合失調症(様反応) 7名(44%)

青森若葉養護学校「H20年度 文部科学省委託
特別支援学校研究協力校事業 中間報告書」より



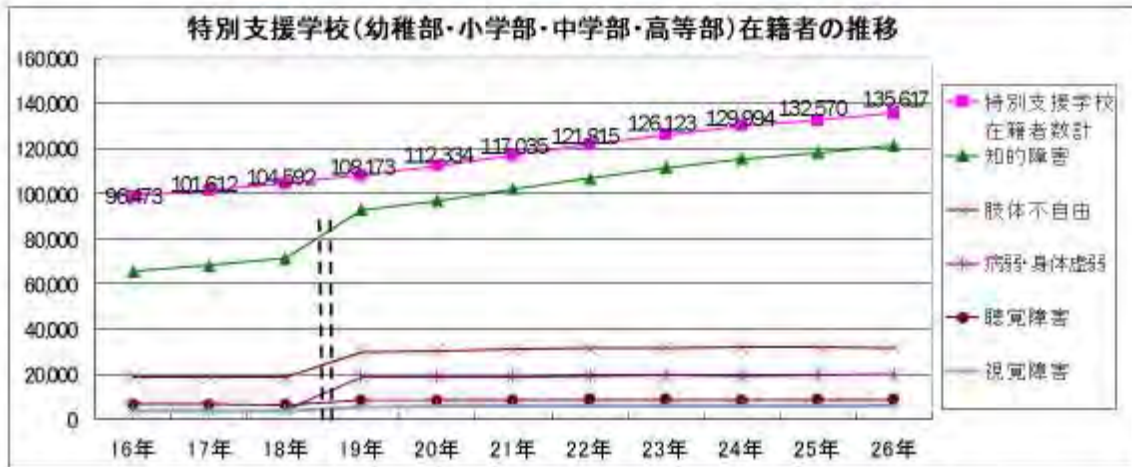
【研究報告書より】

また、この報告書では、青森若葉養護学校に在籍中に、疾患名が変わる、または追加される子どものことについても触れられている。

小学部や小学校の就学する頃は、発達障害の診断を受けていた子どもが、気分障害や解離性障害、うつ状態等の診断を受けている。

このような子どもは、青森県以外の病弱の特別支援学校でも増えており、発達障害の診断を受けていた子どもが、いじめや虐待を受けて、不登校となったり、精神疾患を発症したりするケースが多い。

特別支援学校数と在籍者数の推移



	視覚障害	聴覚障害	知的障害	肢体不自由	病弱・身体虚弱	計
学校数	84	120	761	349	149	1,125
在籍者数	5,587	8,425	126,541	31,889	19,559	139,821

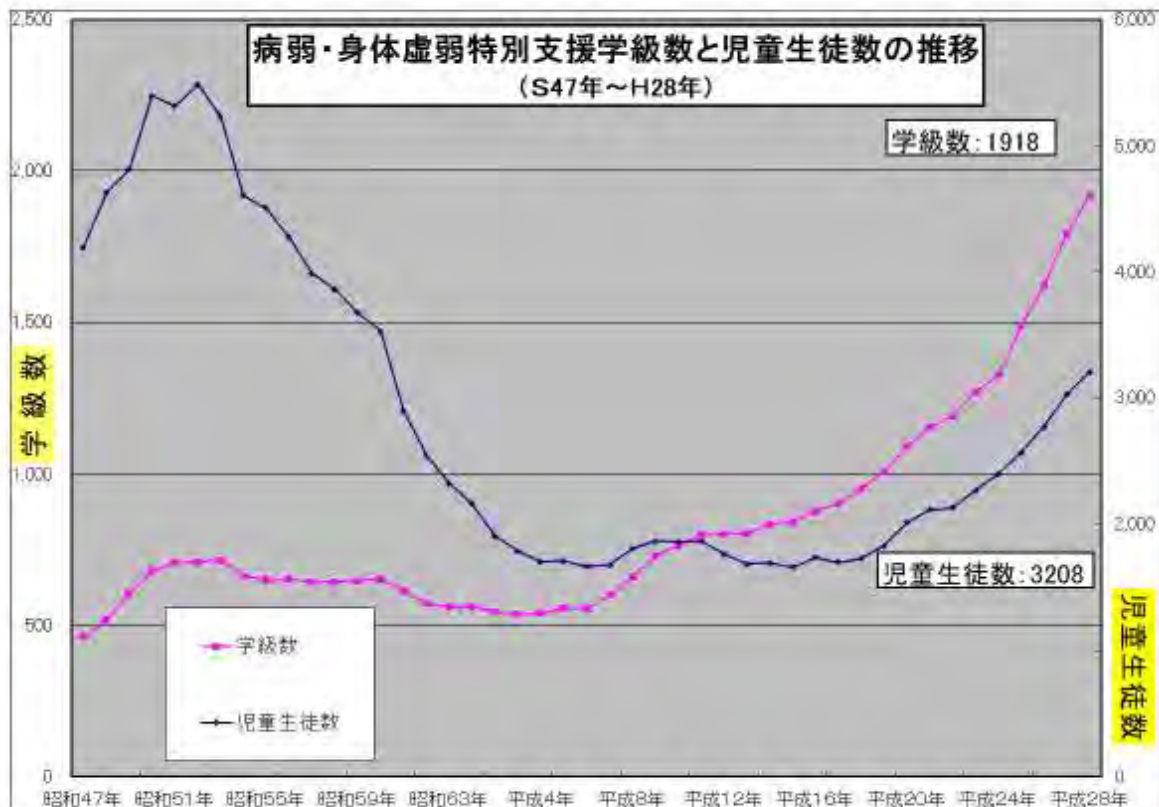
平成28年5月1日現在

【特別支援学校の学校数と児童生徒数の推移】

病弱の特別支援学校では、学齢児童の減少や入院の短期化、医療の進歩等により、在籍者数が減少している所があるが、小児がん拠点病院などに隣接している学校では増加している所もある。また、心身症や精神疾患等の通学生が通っている学校では、在籍者数が増加しているなど、学校によって大きく異なっている。

ある病弱の特別支援学校本校では、隣接する病院に入院する子どもだけが対象であったが、病院に学齢期の子どもがなくなったため、心身症や精神疾患等の通学生も対象としたところ、高等部の在籍者が増えた。

他の障害種を含めた特別支援学校全体としては、学校数も在籍者数も毎年増加している。この増加は、主として知的障害の特別支援学校によるものである。



【病弱・身体虚弱特別支援学級の学級数等の推移】

小・中学校の病弱・身体虚弱特別支援学級については、精神疾患を対象としている所は少なく、主として身体疾患又は心身症の子どもが対象である。

病弱・身体虚弱特別支援学級の数、この10年間で倍増しており、その多くは、退院後も治療のために学習する時間が限られていたり、生活管理等が必要であったりするため、特別支援学級での手厚い指導を求めているからだと思われる。

この内、病院内に設置された学級は約270学級であるため、残りの約1700学級は、小・中学校内に設置された学級である。

他の障害種を含む特別支援学級全体としても、この10年間で在籍者が倍増している。

この中には、発達障害の子どもが在籍する学級も多い。

学校現場が抱える問題の状況について



【学校が抱える課題等の状況】

小・中学校では、特別支援学級に在籍する子どもが倍増しているが、それだけでなく、不登校児童生徒の割合の増加、校内暴力件数の増加、日本語指導が必要な外国人の増加、要保護・準要保護家庭の増加、家庭の貧困化、子ども間や子どもと保護者間でのLINEトラブル、虐待により保護を受けている子どもの増加、食物アレルギーへの対応など、様々な課題がある。

平成19年度からの特別支援教育の本格的な実施以降は、教員や保護者が特別支援教育への理解を深め、積極的に取り組もうとしているが、適切に対応することが出来なくて、保護者とトラブルとなることもある。

特別支援学級だけでなく通常の学級にも特別な支援を必要とする子どもがいるので、特別支援教育コーディネーター等の専門性の向上が大きな課題の一つとなっている。なお、平成30年度以降は、障害特性に応じた指導内容や指導方法を工夫することが、教員に求められている。

発達障害の可能性のある児童生徒の割合

学習面又は行動面で著しい困難を示す	6.5%
学習面で著しい困難を示す	4.5%
行動面で著しい困難を示す	3.6%
学習面と行動面ともに著しい困難を示す	1.6%

「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」(文部科学省:平成24年)

【発達障害の可能性がある子どもの割合】

文部科学省では、平成14年度と平成24年度に発達障害の可能性のある子どもに関する調査を行った。

平成24年度の調査結果によると、学習面又は行動面で著しい困難を示す子どもの割合は6.5%であった。平成14年度の調査結果では6.3%だったので、概ね変化はないといえる。

調査結果をどう解釈するかは、研究者により異なるが、この10年間で特別支援学級に在籍する子どもが倍増していることを考慮に入れると、増加しているとも言える。

また、この調査は、担当教員の主観に基づくものであり、医師等の診断に基づくものではないことにも留意する必要がある。

なお、特別支援学級の在籍者の増加に関しては、「保護者の理解が広がったから」「特別支援学級に変わったことで入りやすくなったから」などの声を聞くことが多いが、それだけではなく、「学級全体が落ち着かなくなった」「飛び出す子どもが増えた」という声も聞くことが多い。

発達障害の診断を受けた子どもと 発達障害の可能性のある子ども

- ※ 高知県の調査では、小学校の子どものうち、発達障害の診断を受けた子どもが3.7%、発達障害の可能性のある子どもが5.7%（合計9.4%）
- ※ 特別支援学校では、診断を受けた子どもが24.5%

特別支援学校に在籍するLD、ADHD、高機能自閉症等の診断・判断がある幼児児童生徒

学校種	学校別数	該当学校数 (学校別数に対する割合)	幼児児童生徒数 (人)	人数 (人に対する割合)
公立特別支援学校	14	9 (64.3%)	780	192 (24.5%)

平成27年度高知県における特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する実態調査より

【高知県での調査結果より】

文部科学省での2回の調査結果では、学年が進行するに従って、その割合は減少している。6.5%という数値は小学校1年生～中学校3年生までの平均であって、小学校だけに限定すると、もう少し高くなる。

高知県では平成27年度に「平成27年度高知県における特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する実態調査」を実施し、その調査結果を公表している。

この調査結果によると、小学校の子どものうち、発達障害の診断を受けたのは3.7%で、発達障害の可能性があるのは5.7%で、合計9.4%となっている。

また、特別支援学校では発達障害の診断を必要としている訳ではないが、発達障害の診断を受けている子供が24.5%いる。このことから、特別支援学校でも発達障害の子ども障害特性や必要な支援等についての理解が必要と思われる。

3 学校教育法等における発達障害（精神疾患を含む）のある児童生徒等の対応

- 発達障害者支援法の施行や特別支援教育への本格的な移行に伴い、学校では発達障害に関する理解は広がっている
- 行動に特徴がある自閉症やADHDについては、障害特性を含めて知っている教員は多いが、学習障害や他の発達障害についての理解者は少ない
- 心のケアは養護教諭等の学校安全で、発達障害等は特別支援教育で、いじめや校内暴力等は生徒指導と担当が違う
- 校内連携を求めつつも、現実には連携できないことがある

【発達障害に関する理解】

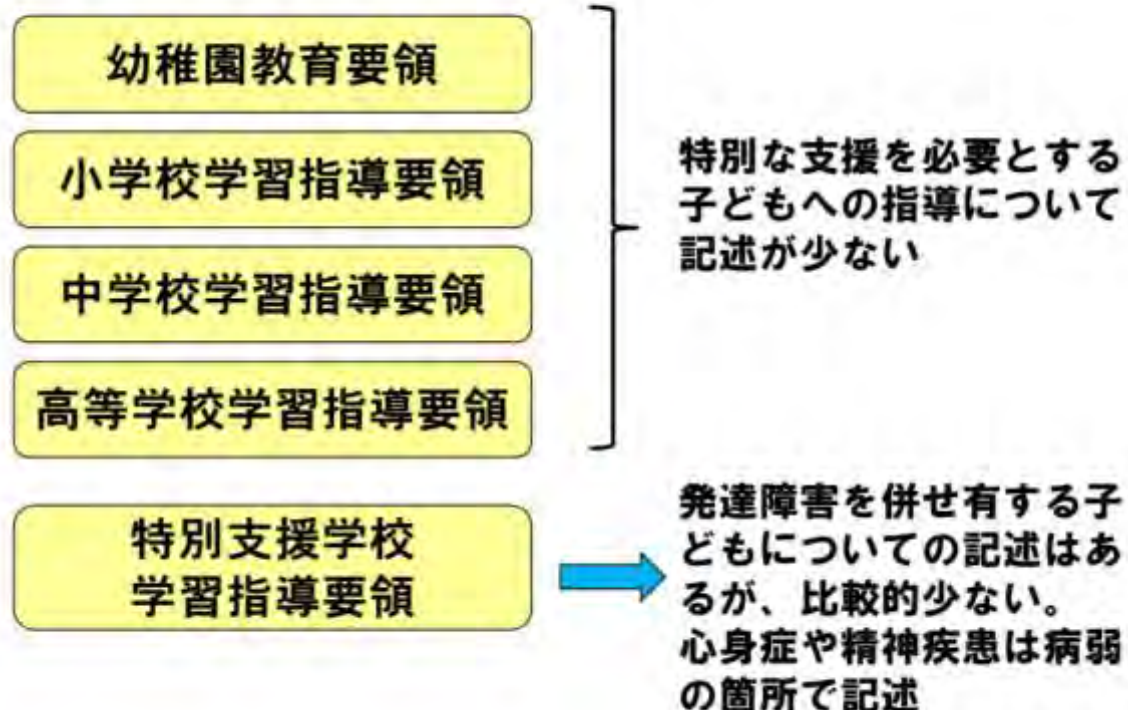
平成17年度から施行された発達障害者支援法や、平成19年度からの特別支援教育へ移行により、学校教育関係者には発達障害に関する理解は、大きく広がってきた。

しかし、学校では、飛び出す、急に怒る、攻撃的になる、物事に固執するなどの行動上の特徴に注目されることが多く、学習障害や注意散漫など、他の子どもに影響が少ないことについては、注目されにくい傾向がある。

発達障害者支援法は、ICD-10でF80～F89とF90～F98に含まれる疾患が対象であることを知らない教員も多い。

文部科学大臣は、各学校種ごとに必要な教科の目標や内容等を学習指導要領として公示している。

現行の学習指導要領等



【特別支援学校の学習指導要領解説より】

特別な教育的支援を必要とする子どもへの指導については、現行では、主として特別支援学校の学習指導要領で示されていて、小・中学校の学習指導要領での記載は少ない。

また、特別支援学校には、発達障害を併せ有する子どもはいるが、対象となる障害種ではないため記載は限定的。

しかし、平成29年に改訂された小・中学校の学習指導要領では、各教科等の指導時に発達障害等の障害のある子どもへの配慮を求めており、同解説では各教科等の指導時の配慮事例も掲載される予定である。

平成29年度は、各教育委員会をとおして、新学習指導要領が周知・徹底されていくので、平成30年度以降は、これらの配慮事例を参考にしながら、各学校で、今まで以上に子どもの障害特性に応じた指導が展開されることが期待される。

学習指導要領解説 (精神疾患関係の記述－Ⅰ)

教科の配慮事項(病弱)

児童生徒の病気の種類は、心身症、精神疾患、小児がん、筋ジストロフィー、アレルギー疾患、腎臓疾患、心臓疾患、骨・関節疾患、てんかん、肥満など多様であり、また軽い症状が現れる者から重篤な症状の者まで様々である。しかも、病気の状態の変化は病気によっても異なっている。したがって、それぞれの病気の特質や個々の病気の状態等を十分に考慮し、学習活動が負担過重になったり、児童生徒の病気の状態や健康状態の悪化を来したりすることのないようにする必要がある。

これらの点を例示すると以下のとおりである。

- ① 心身症や精神疾患の児童生徒については、心身の状態が日々変化することが多いため、常に病気の状態を把握し、例えば、うつ状態のときは、過度なストレスとなるような課題を与えないなど、個々に応じた適切な対応を行う。

【特別支援学校の学習指導要領解説より】

新しい学習指導要領や同解説の詳細は順次公表されていくので、ここでは現行の特別支援学校の学習指導要領や同解説、Webサイトで公開されている教育支援資料において、どのように記載されているのか、見ていくことにする。

最初は、特別支援学校の学習指導要領解説にある、病弱の特別支援学校での配慮事項での記述である。

ここでは、比較的多い疾患名を列挙しており、心身症や精神疾患が最初に記述されている。これらはあくまでも例示であって、これら以外の疾患も対象なので、留意して欲しい。

配慮例としては、日内変動が激しいので、「うつ状態のときは、過度なストレスとなるような課題を与えないなど、個々に応じた適切な対応を行う。」ことが例示されている。

学習指導要領解説 (精神疾患関係の記述－2)

自立活動の内容

1-(2) 病気の状態の理解と生活管理に関すること

うつ病などの精神性の疾患の児童生徒の場合、食欲の減退などの身体症状、興味・関心の低下や意欲の減退などの症状が見られるが、それらの症状が病気によるものであることを理解できないことが多い。このような場合には、医師の了解を得た上で、病気の仕組みと治療方法を理解させるとともに、ストレスがそれらの症状に影響を与えることが多いので、自らその軽減を図ることができるように指導することが大切である。例えば、日記を書くことでストレスとなった要因に気付かせたり、小集団での話し合いの中で、ストレスを避ける方法や発散する方法を考えさせたりすることも有効である。

【特別支援学校の学習指導要領解説より】

特別支援学校での特別な指導領域として「自立活動」の指導が設定されている。これは、障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服するための指導であり、個々の障害特性に応じた指導を展開している。

学習指導要領解説の自立活動編では、「うつ病などの精神性の疾患の児童生徒の場合、食欲の減退などの身体症状、興味・関心の低下や意欲の減退などの症状が見られるが、それらの症状が病気によるものであることを理解できないことが多い。」と心身症や精神疾患の子どもへの指導に付いても例示している。

これらの学習指導要領解説での例示だけでなく、平成25年10月に文部科学省が公表した教育支援資料の病弱の箇所では、精神疾患に関する記述が多くあるので、次にそれらを紹介する。

教育支援資料から

病弱教育の対象となる病気の種類は多様であり、全ての病気を記載することはできない。そのため、政令では代表的な病気を列挙しており、記載していない病気については、「その他の疾患」として示されている。この「その他の疾患」には多くの疾患が含まれている。例えば、糖尿病等の内分泌疾患、再生不良性貧血、重症のアトピー性皮膚炎等のアレルギー疾患、心身症、うつ病や適応障害等の精神疾患、高次脳機能障害などがある。近年は、自閉症や注意欠陥多動性障害と診断されていた子供が、うつ病や適応障害等の診断を受けて、年度途中で特別支援学校（病弱）転入してくるが増えており、その中には不登校の経験や、いじめ、虐待を受けた経験のある子供が多い。

最近の特別支援学校（病弱）に在籍する、うつ病や適応障害等の精神疾患の子供の中には、自閉症や注意欠陥多動性障害等の発達障害を併せ有する者、いじめや虐待を受けた経験のある者、不登校を経験した者が多くなってきている。

【病弱教育の対象となる疾患】

教育委員会などからの相談の中には、「うつ病や統合失調症は病弱教育の対象ではありませんよね」とか、「病弱教育の対象は入院している子どもだけですよね」といった質問がある。

相談してきた教育委員会としては、「そうです」と応えて欲しいのだと思うが、これらは間違っている。

精神疾患の子どもが対象であることは、先の学習指導要領解説にも記述されているし、文部科学省が平成25年に公表した「教育支援資料」（Webサイト上でも掲載）でも記載されている。

特に、病弱の特別支援学校にいる、うつ病や適応障害等の精神疾患の子どもの中には、自閉症や注意欠陥多動性障害等の発達障害を併せ有していたり、いじめや虐待を受けた経験があったり、不登校を経験していたりする子どもが多くなってきている。

教育支援資料から

⑭ うつ病等の精神疾患

様々なストレスが増加する社会の中で、うつ病や双極性障害（そううつ病）を中心とする気分障害等の精神疾患を発症する大人が多くなってきている。以前は子供に、うつ病はないと言われた時代もあるが、DSM-Ⅲが世に出てからはDSMによる操作的診断が普及する中で、うつ病や双極性障害等の診断を受ける子供は、大人と同様に、けっして珍しくなくなっている。

抑うつ症状はうつ病だけでなく、統合失調症などあらゆる子供の精神疾患によく認められる。また、自閉症や学習障害、注意欠陥多動性障害等の発達障害の診断を受けた子供がストレスの強い環境に反応して、二次的に抑うつ症状を呈することがあるため、児童精神科医などの専門家でないと診断は難しい場合が多い。

【うつ病等の子ども】

様々なストレスが増加する社会の中で、うつ病や双極性障害を中心とする気分障害等の精神疾患を発症する大人が多くなってきているが、どのように、子どもも発症することが多くなってきている。特に子どもには、うつ病はないと言われた時代もあるが、今では変わって来ているということを学校の教員に伝えるため、ここではこのように記述しています。

特に、ここでは、素人である教員が判断するのではなく、難しいケースについては専門家に相談するよう記述されている。

教育支援資料から

うつ病は、大人と基本的な症状は同じであるが、子供の場合は抑うつ気分を言葉で表現することが難しいため、ぼうつとした感じになったり、不機嫌になったり、いらいらして周囲に当たり散らしたり、大人に反抗したり、頭痛や腹痛などの身体症状を訴えたり、不登校となったり、学業成績が低下したりするなど子供特有の非定型な症状が見られるので注意が必要である。

非常に早い周期で気分の波が現れたり、そうかと思うと完全に症状が無くなる間欠期が、見られたりする場合もある。子供のうつ病や双極性障害では、このように症状が大人と異なるだけでなく、薬物療法の効果が大人のように認められないこともある。正確な診断は子供の成熟とともに、経過中に徐々に明らかになることがあるため、途中で変更を余儀なくされることも珍しくない。

【うつ病等の子ども】

特に、うつ病については、大人の症状と異なることがあるので注意して欲しいので、ここでは、「子供の場合は抑うつ気分を言葉で表現することが難しいため、ぼうつとした感じになったり、不機嫌になったり、いらいらして周囲に当たり散らしたり、大人に反抗したり、頭痛や腹痛などの身体症状を訴えたり、不登校となったり、学業成績が低下したりするなど子供特有の非定型な症状が見られるので注意が必要である。」と記述されています。

しかし、これらの子供の中には、成長とともにうつ病や強迫性障害、適応障害、統合失調症等の精神疾患の症状が顕在化し、在学中に診断名が付け加わったり変化したりすることもある。このような状態の子供の中には、特別支援学校（病弱）で学習することが必要となることもある。そのため、最近では、特別支援学校（病弱）の小学部の高学年や中学部、高等部に転校してくることも多い。

また、うつ病等の精神疾患の診断を受けた子供の中には、家庭や以前いた学校で虐待やいじめを受けた経験のある者もあり、指導する教員や他の子供に攻撃的な行動をとったり、自傷行為を繰り返したりすることがある。

また、子供によっては、他の子供と一緒に活動することが苦手で孤立しがちな者や、教員に過剰に甘えてくる者もあり、教員に求められる対応も一人一人異なることを心得ておきたい。

疾患により治療アプローチは異なるものの、学校場面では安定した関わりと病期に応じた柔軟な対応が予後に影響する。これらの対応は、学校と家庭が協力して行い、必要な場合には、速やかに児童精神科医や臨床心理士に相談すること。

特別支援学校（病弱）には、うつ病や双極性障害等の気分障害の子供もいるが、思春期以降に発症することが多い統合失調症を10歳前後で発症したという子供もいる。また、自閉症や学習障害、注意欠陥多動性障害等の発達障害の診断を受けた子供も増えている。

発達障害の子供は、それだけでは特別支援学校（病弱）の対象ではない。学習障害や注意欠陥多動性障害の子供は、小中学校の通常の学級で学習することが基本であるが（自閉症については、自閉症・情緒障害特別支援学級で学習することはできる）、必要な場合には通級による指導を受けることもできる。

子供が情動不安定になっても、病気の症状のために自己制御が困難であるとの認識に基づいて、教員が子供の行動に振り回されずに、いつも変わらず落ち着いた態度で接することが求められる。

精神疾患の子供は、上記のように適切に対応することにより症状が改善し、通常の教育で対応可能な状態になることも多いため、学校における適切な対応が求められる。なお、特に下記のような症状が現れている時には、家族の了解を得た上で、児童精神科等の専門機関に相談し、連携して取り組むことが重要である

○ 幻覚，妄想

悪口が聞こえるという幻聴や周りから嫌がらせをされるという被害妄想が多い。幻覚や妄想は、実際にはないことを信じているということが定義であり、思春期以降に発症することが多い統合失調症の主症状である。稀（まれ）に統合失調症が10歳前後で発症することもある。統合失調症では、これに加えて、辻褄（つじつま）の合わない話をしたり、引きこもることが多いが、逆に興奮したりする場合もある。

治療法は、薬物療法が必須（ひっす）である。その他には、自閉症などの発達障害において、障害の特性から対人関係をうまく築くことができず、いじめなどの心理的なストレスを引き金に、被害妄想や幻覚が生じることもある。この場合、原因との関連が心理的に了解可能な幻覚妄想であるという性質をもち、環境調整と心理療法が有効である。児童が実際に悪口を言われたり、いじめを受けていたりしているかどうかの事実関係の確認などが必要である。

○ 希死念慮、自傷行為

希死念慮（きしねんりょ：死にたいと願うこと）や自傷行為は、子供に時に認められる症状である。希死念慮や自傷行為が認められる中で、自殺企図（自殺をくわだてること）や自殺既遂に至るものは少ないが、生命の危機であるため、家庭と連携した十分な注意と対応を必要とする。

特に自殺企図があったり、強い希死念慮が持続的に認められたりする場合は、対応法は個々のケースで異なる。子供の命を守るため、家族と相談の上、児童精神科等の専門機関に相談することが必要である。

【教育支援資料より】

精神疾患等の子どもについては、「必要な場合には、速やかに児童精神科医や臨床心理士に相談すること。」とある。

また、うつ病や双極性障害等の子どもだけでなく10歳前後で統合失調症を発症することにも言及している。

自閉症や学習障害、注意欠陥多動性障害等の発達障害の診断を受けた子どもが増えていることにも書かれているが、発達障害だけでは特別支援学校（病弱）の対象とはならない、学習障害や注意欠陥多動性障害の子どもは、小・中学校の通常の学級で学習することが基本であるとした上で、自閉症の子どもについては、自閉症・情緒障害特別支援学級で学習することが出来ることや、必要な場合には通級による指導を受けることができることも記載されている。

平成21年度

心身症・精神疾患等児童生徒の
具体的な指導・支援事例集

全国病弱虚弱教育研究連盟
心身症等教育研究推進委員会

21	事例名	不安障害の改善を受けているAの社会参加に向けての支援
事	背景	Aは不安障害の改善を受けている。病状が全くなじまなかったことが多く、特に不安な行事等が定まってくる。全く参加できない日もあった。高等部に入学後も、講義形式の1時間集中授業型の立場にも不安感があり、活動によってほぐされることがあった。最終的に病状が改善されることができたが、自分の内面について考えたり話し合ったりすることが苦手である。他者とうるさかかったらよい部分から、かかわりを受けようとしたり、自分の課題と向き合うことから逃げた。また、社会参加のために活動への参加が難しい。
事	＜転入後の状況＞	中学2年生より中等部転入となる。通学を始めた不安感を使って3年時には毎朝朝の自習室で勉強ができるようになった。しかし、その後も転校の準備に対する不安もあって、転校には入らず、午後1時間の保護施設から通学しなかった。本校高等部を受験し入学した。
事	＜転入後の経過＞	高等部に入学したAは、希望する専攻に転校した。4月当初にはほとんどの授業に参加していたが、9月頃から授業にはほとんど入らず、一人でパソコンをして過ごしていた。そこで、支援者が「個別的な配慮があれば出席での活動が可能か」を調査した結果「グループ」での活動を通して、友達や教師とのやり取りが楽しめるような場を作ることになった。(1学期)
事	経過	支援者の活動にはほとんど参加できるようになり、自分の思いを伝えることも増えた。支援者の場や教師が本生にとって居場所や安心の場となり、心情的にも安定してきたと思われる。しかし、支援者以外の場面では、まだ不安感や不安感を感じており、活動に参加できず、欠席してしまっていた。(2年は学期中)。またそのほか、自己表現、他者とのやり取り、講義形式の1時間授業、生徒委員会等にも不安感がある。苦手としていた。高等部3年になり、社会には行くための移行支援を行い、少しずつ自信をつけていった。11月には専門学校での活動を受け、自校した。現在は、4月から生活に向けて準備をしているところである。
事	＜具体的な指導・支援＞	2年3学期までは、Aの「人と話せない」「安心して過ごせる心構えの土台作り」「アビリティで受け入れられる環境、実践作り」を主として取り組む。それまで不安と自決のなさからできなかった課題挑戦にも3学期以降に挑戦することができた。 さらに別の外部専門機関等を活用して、3年時には臨床心理士による月1回のカウンセリングを行い、不安感で苦しむ人、場所を確保する。個別の時には〇〇に相談する、〇〇に行くなどのマニュアルを作成し、Aに提供して不安感を軽減させる。個人関係保持の経験、社会経験の不足から来る不安感が強い。小さな経験の積み重ねにより、不安感の軽減や自決に繋がっていき、というアドバイスをしていた。 そこで、本校では以下の4点について、具体的な取り組み。 ★自分自身や他者のコミュニケーションの力を観察する。(例)コミュニケーションスキル、コミュニケーションや授業の中でコミュニケーションの場を設定する等) ★Aの様子、不安感のある場面を把握し、解決する方向を見つけ、取り組み。(例)定期的な保護、トレーニングや授業の中で定期的に課題に取り組む機会を設定する等) ★支援者以外の活動参加や人とのやり取りが自然に増えるような機会をつくる。(例)教師が中心になって一緒に活動参加、支援者から誘った活動の参加、各級講師による活動等) ★進路先へのスムーズな移行に向けた具体的な支援を行う。(例)講義形式授業への適応、遠学練習、マテリアル作成等)
考	考察	臨床心理士からのアドバイスに対して、Aについては、教師がAにとって居場所中心ができる。また何れでも居場所や居場所となるように、努力をしてきた。また、転校した数週間、本人にとって安心な場所や居場所である場所、環境になるよう工夫した。Aについては、進路に向けてマニュアルを作成中である。卒業後の進路先での安心できる人物、場所を確保するという意味でも重要なことと思われる。Aについては、自分たちが制作したものを校内で発表するなど、様々な活動を行ってきた。その結果本人の不安感が軽減すると同時に、自分の課題と向き合う力も育ち、活動参加への関わりが自然と繋がっていったと思われる。社会経験をさせる場としては、学校は小さな場ではあるが、今後もしらぬような場面で社会生活と結びつけた具体的な支援が必要である。

【全国病弱虚弱教育研究連盟の事例集】

心身症や精神疾患の子どもへの指導事例については、ほとんどが病弱の特別支援学校での実践事例である。

検索すると、心身症については多くの指導事例があるが、精神疾患については、まだ少ない。

そこで、全国病弱虚弱教育研究連盟の心身症等教育推進委員会が中心となって、平成21年に「心身症・精神疾患等児童生徒の具体的な指導・支援事例集」を、平成23年に「精神疾患等のこころの病気のある児童生徒の指導と支援の事例集」を、平成26年に「精神疾患等のこころの病気のある児童生徒の指導と支援の事例集2」をまとめ、公表している。

病弱を伴う情緒障害者や自閉症者

知的障害や病弱・身体虚弱を伴う場合は、それぞれの状態に応じて、知的障害特別支援学級、病弱・身体虚弱特別支援学級、特別支援学校（知的障害、病弱）などにおいて教育を受けることを考慮する必要がある。

教育支援資料（H25年10月：文部科学省）の「Ⅶ. 情緒障害」及び「Ⅷ. 自閉症」より抜粋

【全国病弱虚弱教育研究連盟の事例集】

自閉症やADHDの子どもについては、基本的には小・中学校の通常の学級で学ぶが、子どもによっては通常の学級だけでは難しいために特に手厚い指導が必要なことがある。

そのような場合には、通級による指導や自閉症・情緒障害特別支援学級で学ぶことも考慮する必要がある。

しかし、知的障害や病弱、身体虚弱を伴う場合には、それらの学びの場よりも、それぞれの障害の状態に応じた学びの場についても検討することが重要である。

そのため、「知的障害や病弱・身体虚弱を伴う場合は、それぞれの状態に応じて、知的障害特別支援学級、病弱・身体虚弱特別支援学級、特別支援学校（知的障害、病弱）などにおいて教育を受けることを考慮する必要がある。」と教育支援資料の情緒障害に関するページや、自閉症に関するページに記載されている。

発達障害のある子どもの場合

発達障害のある子どもたちについては、情報機器に強く興味・関心を示す者もいる。このような子どもたちには、学習意欲を引き出したり注意集中を高めたりするために情報通信技術を活用することが考えられる。例えば、学習障害のある子どもたちの中には認知処理の偏りのため文字を読むことが困難な者がいる。そのような場合、情報通信技術によりその偏りや苦手さを補ったり、得意な処理を伸ばしたりするなどの活用も考えられる。

(教育の情報化ビジョン～21世紀にふさわしい学びと学校の創造を目指して～平成23年4月28日文科科学省より)

【発達障害のある子どもへのICT等の活用】

発達障害、特に学習障害の子どもの中には、認知特性のために文字の認識や言葉での伝達がうまく行かないことがある。その際に、その困難な点を補助するためにICT等の補助手段を活用することも有効な方法です。

そこで、小・中学校、高校、特別支援学校での今後のICTの効果的な活用の方向性を示している「教育の情報化ビジョン」では、「学習障害のある子どもたちの中には認知処理の偏りのため文字を読むことが困難な者がいる。そのような場合、情報通信技術によりその偏りや苦手さを補ったり、得意な処理を伸ばしたりするなどの活用も考えられる。」と記述されている。

デジタル教科書・教材について

デジタル教科書・教材については、障害の状態や特性等に応じた様々な機能のアプリケーションの開発が必要である。また、情報端末等については、特別な支援を必要とする子どもたちにとっての基本的なアクセシビリティを保証できることが必要である。今後、デジタル教科書・教材や情報端末等を活用した実証研究を行い、その整備を図る際には、障害の状態や特性等に応じて配慮や工夫を行うことが期待される。

教育の情報化ビジョン～21世紀にふさわしい学びと学校の創造を目指して～平成23年4月28日文科科学省より

【デジタル教科書・教材の活用】

また、ビジョンでは、障害の状態や特性に応じたICTの活用をすすめるため、「デジタル教科書・教材の整備と普及が必要なため、デジタル教科書・教材については、障害の状態や特性等に応じた様々な機能のアプリケーションの開発が必要である。また、情報端末等については、特別な支援を必要とする子どもたちにとっての基本的なアクセシビリティを保証できることが必要である。」と必要とされることが明記されている。

基礎的環境整備としての教材の整備

障害のある児童生徒の教材の充実について（報告）

- ✦ 障害の状態や特性を踏まえた教材を効果的に活用し、適切な指導を行う
- ✦ 学校における必要な教材の整備、新たな教材の開発、既存の教材を含めた教材の情報収集
- ✦ これらの教材を活用して適切な指導を行うための体制整備

【国には】

- ✦ 全国レベルでの情報データベースの作成
- ✦ 使用しやすく購入しやすい教材や支援機器の研究会等の支援
- ✦ 教材を作成するボランティア団体等への支援
- ✦ 支援機器の技術的支援を行う外部専門家による支援
- ✦ 教材や支援機器の活用方法や指導方法に関する都道府県等の指導者層の養成



【基礎的環境整備としての教材の充実】

国連が平成18年12月に採択した障害者の権利に関する条約では、障害のある人から合理的配慮の要請があり、それが合理的である場合には提供することを求めている。

学校教育における合理的配慮について検討を進める中で、個別に必要とされる配慮（合理的配慮）とその基礎となる環境整備（基礎的環境整備）に分けて対応や環境整備を検討することにした。

障害のある子どもの障害特性等に応じた教材の整備は、基礎的環境整備の一環として進める必要があるため、文部科学省では協力者会議を立ち上げ、その報告を「障害のある児童生徒の教材の充実について」として取りまとめた。

この中では「障害の状態や特性を踏まえた教材を効果的に活用し、適切な指導を行う」ことや「学校における必要な教材の整備、新たな教材の開発、既存の教材を含めた教材の情報収集」「これらの教材を活用して適切な指導を行うための体制整備」などが求められている。

合理的配慮の観点

①教育内容・方法

①-1 教育内容

①-1-1 学習上又は生活上の困難を改善・克服するための配慮

①-1-2 学習内容の変更・調整

①-2 教育方法

①-2-1 情報・コミュニケーション及び教材の配慮

①-2-2 学習機会や体験の確保

①-2-3 心理面・健康面の配慮

②支援体制

②-1 専門性のある指導体制の整備

②-2 幼児児童生徒、教職員、保護者、地域の理解啓発を図るための配慮

②-3 災害時等の支援体制の整備

③施設・設備

③-1 校内環境のバリアフリー化

③-2 発達、障害の状態及び特性等に応じた指導ができる施設・設備の配慮

③-3 災害時等への対応に必要な施設・設備の配慮

【合理的配慮の観点】

また、合理的配慮については、様々な観点から検討し、必要な配慮を進めていく必要があるため、文部科学省では合理的配慮の観点を示し、過不足無く検討し、充実させていくことを求めている。

この11項目に分類された観点の中には、教員が指導時に配慮しなければならないことが多く、特に①の指導内容・方法に関する観点は、教員一人一人に普段の指導の中で、意識しておく必要がある。

ストレス因と解消のポイント

ストレスとなること（例）

日常生活	危機発生時
●対人関係	●事件・事故
●学業・部活	●犯罪等被害
●進学・転校	●火災
●家庭生活	●自然災害
●けが・病気	

ストレスには個人差がある

個人によって、ストレスとなることが異なり、ある子供にとってストレスとならないことでも他の子供にはストレスになることがある

*本来、子供にとっては力を発揮し、安心できるはずの日常生活であるが、これらも場合によってはストレス因になることはある。

- 予期しないできごと
- 慢性的に繰り返される心理的負担

ストレス解消法の基本

ストレスになることと反対のことをするのが良い
 例) 勉強に疲れた → 運動・趣味・あそび
 人づきあいに疲れた → 自然の中に行く



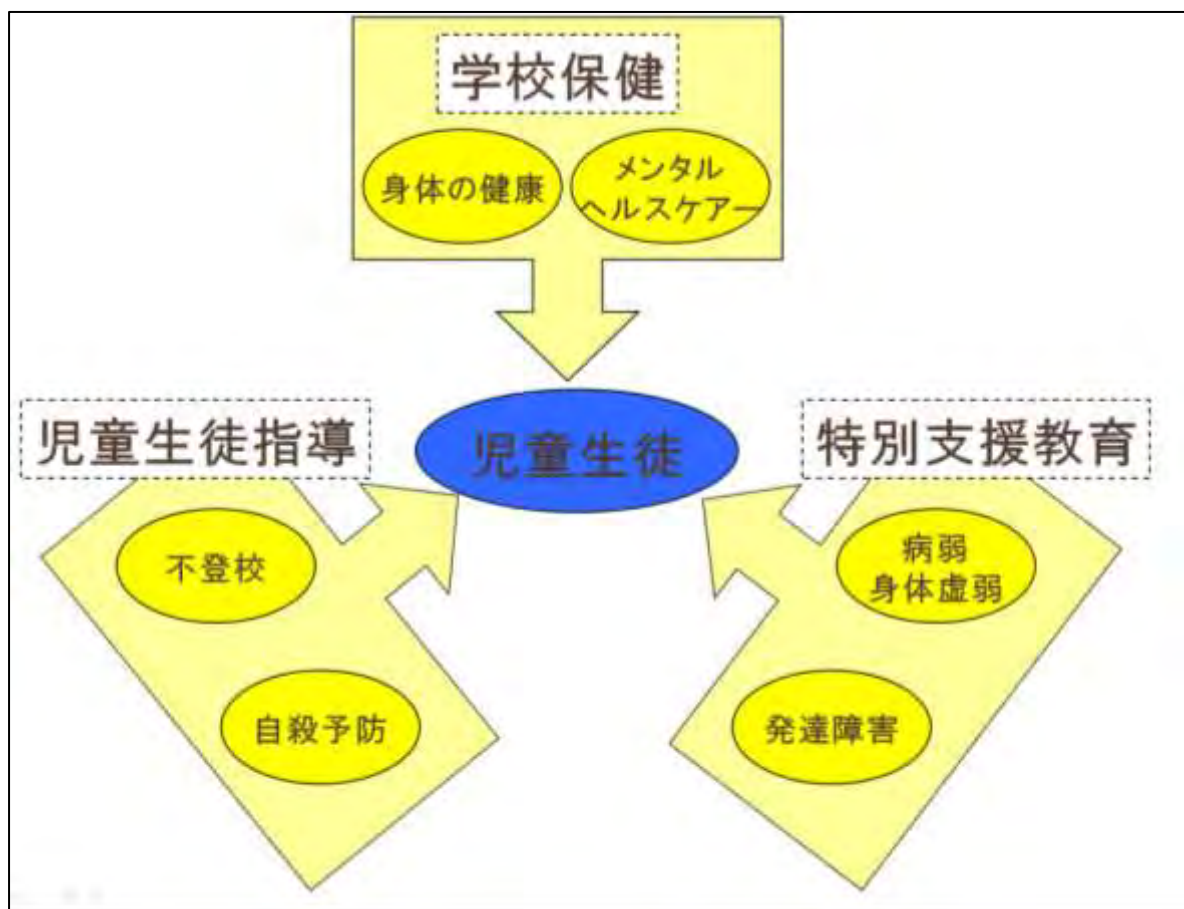
「学校における子供の心のケア」
 (文部科学省：H26.3) より

【心の健康問題の多様化、深刻化】

子どもの心の健康問題は多様化、深刻化してきていて、その健康問題を解決するには、児童精神科等の心の診療にかかる医療関係者との連携を必要とするものが増えてきている。特に子どもの場合は、心の健康問題が身体に影響したり、身体の問題が心に影響したりするなど、心と身体が相互に影響することが多いので注意が必要である。

心の健康問題は多様化、深刻化してきており、医療を必要とするケースが多くなってきている。特に学校では、不登校やいじめ、虐待、自殺願望、自傷行為、リストカット、拒食症等の摂食障害、睡眠障害、発達障害の行動特性によく似た行動など、医療と連携・協力することが必要となってきている。

そのため、学校保健、生徒指導、教育相談、特別支援教育などの担当者が連携・協力することが必要であるが、それだけでなく、医療関係者、心理の専門家等の助言等を求めながら、対応を考えていくことも必要である。

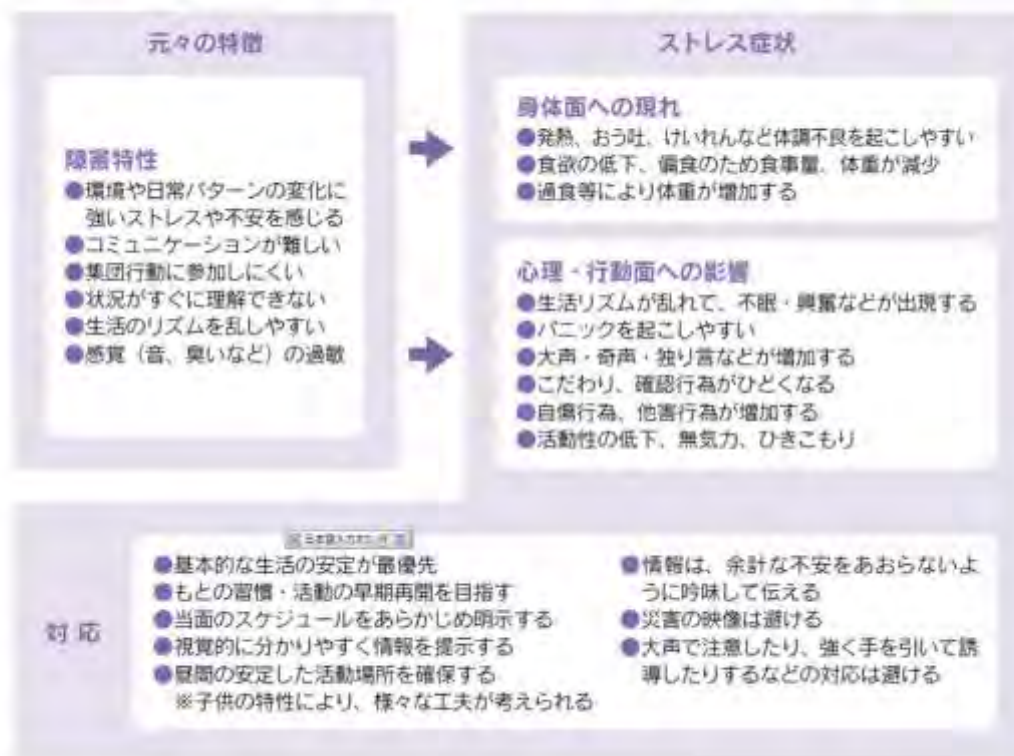


【心の健康問題の多様化、深刻化】

そのため、学校保健、生徒指導、教育相談、特別支援教育などの担当者が連携・協力することが必要であるが、それだけでなく、医療関係者、心理の専門家等の助言等を求めながら、対応を考えていくことも必要である。

学校では、うつ病等のメンタルヘルスケアについては養護教諭等の学校保健関係者が、発達障害等は特別支援教育関係者が、いじめや虐待、校内暴力等は生徒指導関係者が担当するなど担当がそれぞれ異なる。これらは校内での連携を必要とするが、学校によっては連携がとれていないことがある。

知的障害・発達障害の子供の特徴と災害後の個別対応



【心の健康問題の多様化、深刻化】

また、前述の「学校における子供の心のケア」（文部科学省：H26.3）では、障害のある子どもの特徴と災害後の個別対応についても記載されているので、参考にしてほしい。

特に、災害時や避難時に、基本的な生活や今までの習慣を保つことは難しいので、子どもの不安や今後の行動等について、子どもとコミュニケーション出来る手段で、必要なことを伝えるとともに、子どもの不安な気持ちを理解できるようにすることが大切である。

そのため個々の子どもに応じたコミュニケーション手段についても、周囲の人が知っているようにしておく必要がある。

4 医療と教育の連携において、 かかりつけ医にお願いしたいこと

- 医療と教育における障害の捉え方や制度の違いを理解した上で、必要な助言等を
- インクルーシブ教育システムの構築を進める観点から、保護者や教員と関わる
- 教育機関と医療、福祉、保健、労働等の関係期間とが連携して指導や支援に当たる課題を知る

【かかりつけ医にお願いしたいこと】

教育関係者も、他の専門家も、専門性を持って子どもに関わっているが、より良い子どもへの支援につなげるためには、医療と教育における障害の捉え方や制度の違い、専門用語等を理解した上で、必要な助言等をしていただきたい。

一方的に話を進めても相互が納得できないままでは、最終的に困るのは子どもです。子どもが困ることがないように。

また、保護者が困っていると、特別支援学級や特別支援学校に変わることを進める人もいるが、可能な限り障害のある人と障害のない人とが共に学び、共に育つというインクルーシブ教育システムの方向が重要であるという視点に立った上で、特に手厚い指導・支援が必要な場合には学校の教員と話をするようにして欲しい。

教育機関が、医療、福祉、保健、労働等の関係機関と連携して指導や支援に当たる際に、個別の教育支援計画を作成しているのので、その作成にも協力して欲しい。

連続性のある多様な学びの場



【多様な学びの場】

学校では、小・中学校の通常の学級だけでなく、特別支援学級や通級による指導、特別支援学校の小・中学部など多様な学びの場がある。

保護者が通常の学級にいる子どものことで悩んでいると、特別支援学級や特別支援学校に変わることを進める人もいますが、慎重に検討して欲しい。

今後は、可能な限り障害のある人と障害のない人とが共に学び、共に育つというインクルーシブ教育システムの方向が重要であるという視点に立った上で、特に手厚い指導・支援が必要な場合については、学ぶ場が変わる方が効果的なことがあるので、そのような際は学校と話をしよう。

教育機関が、医療、福祉、保健、労働等の関係機関と連携して指導や支援に当たる際に、個別の教育支援計画を作成しているので、その作成にも協力することにより、学校との綿密な連携、信頼関係を構築して欲しい。

病気の子どもへの理解のために

○病弱教育支援冊子(病気の子どもへの教育的支援)

- ・実践編
- ・制度編

○病気の子どもへの学校生活を支える

白血病、脳腫瘍、筋ジストロフィー、腎疾患、糖尿病、
XP、もやもや病、ペルテス

の子どもへの理解のために

○病弱教育支援冊子(こころの病編)

○その他、病弱の特別支援学校の教員や
関係者の協力の下、作成中



<http://www.nise.go.jp/portal/elearn/shiryoku/byoujyaku/supportbooklet.html>

Google等のポータルサイトで「支援冊子」又は「病気の子どもへの理解のために」で検索

【Web上での情報発信】

身体疾患や精神疾患の子どもへの理解と適切な配慮について理解を広めるために、全国特別支援学校病弱教育校長会と国立特別支援教育研究所が中心となって、支援冊子「病気の子どもへの理解のために」を関係者に配布し、そのPDF版をWebサイトに載せている。

身体疾患については、稀少疾患も含めて疾患別に作成しているが、精神疾患については、疾患別ではなく、「こころの病編」としてまとめられているので参考にするとともに、学校関係者と話をする際には紹介しながら話をして欲しい。

病気の子どものガイドブック

- ✦ 編著
全国特別支援学校病弱教育校長会
(特別支援学校・学級の教職員)
- ✦ 監修：丹羽 登 (文部科学省)
- ✦ 協力：西牧 謙吾 (特総研)
滝川 国芳 (特総研)
植木田潤 (特総研)



発行：ジース教育新社

【病気の子どものガイドブック】

また、病気の子どもの教育制度や指導方法、指導事例等については、「病気の子どものガイドブック」を現行の学習指導要領に基づいて作成している。

特別支援教育の制度、学習指導、入院時の転校や教科書などに関することとともに、特別支援学校や特別支援学級での取り組み事例も掲載しているので、病弱教育に関する制度等について理解を深める際には、活用していただきたい。