

2018/01/19 第3回社会生活に困難を有する子ども・若者支援セミナー～発達障害（ASD,ADHD）について考える～
@アイーナ 岩手県青少年育成県民会議

医療の現場から見る発達障害 その課題と対応 学童期～青年期



岩手医科大学神経精神科学講座
いわてこどもケアセンター
八木 淳子



岩手医科大学附属病院（盛岡市 内丸）

岩手医科大学矢巾キャンパス



いわてこどもケアセンター
（児童精神科クリニック）



本日お話すること

1. 発達障害（神経発達症）とは
2. 発達障害介入・支援における医療的立場の特徴
3. 発達障害診療におけるアセスメント
4. 発達障害と併存症
5. 発達障害介入・支援でのがんばりどころ



1. 発達障害（神経発達症）とは



神経発達症群／神経発達障害群 (neurodevelopmental disorders)

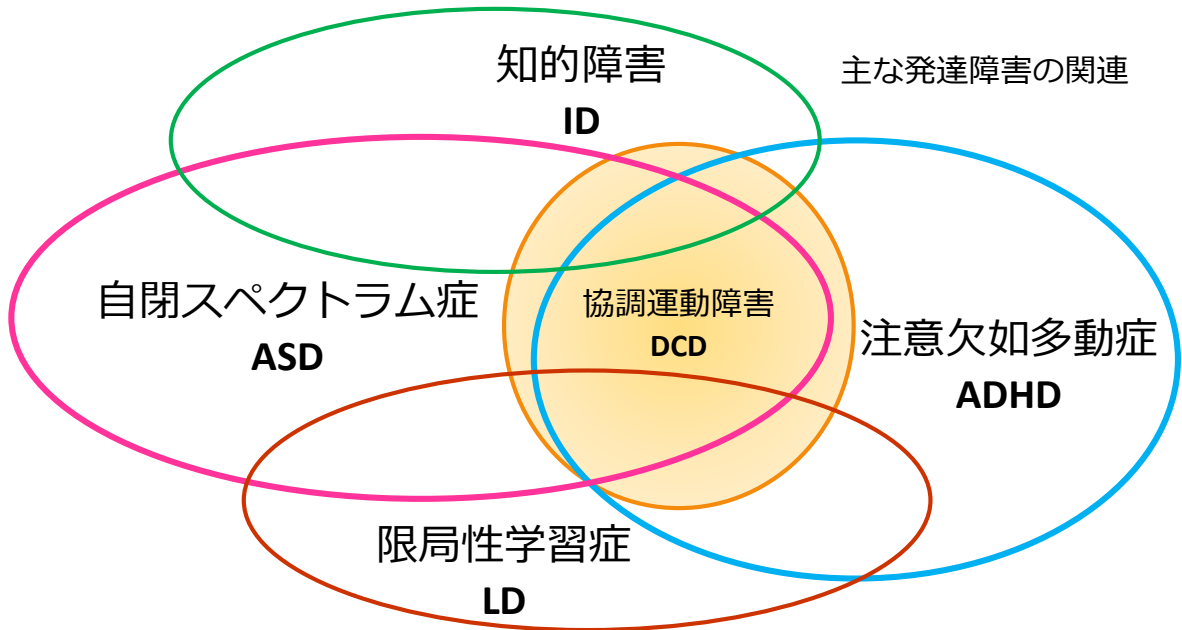
『DSM-5』（『精神疾患の診断・統計マニュアル』第5版）

- 神経発達症（neurodevelopmental disorder）は、情動・学習能力・自己コントロール・記憶といった様々な知的活動に影響する、脳機能の障害である。
- 神経の発達障害という共通の原因を持つ連続的な障害であるという考え方に基づいている。

神経発達症に含まれる障害

- 知的能力障害群（知的障害）
- コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群（吃音など）
- 自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害
- 注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害
- 限局性学習症／限局性学習障害（ディスレクシアなど、いわゆる「学習障害」）
- 運動症群／運動障害群（発達性協調運動障害、チックなど）
- 他の神経発達症群／他の神経発達障害群

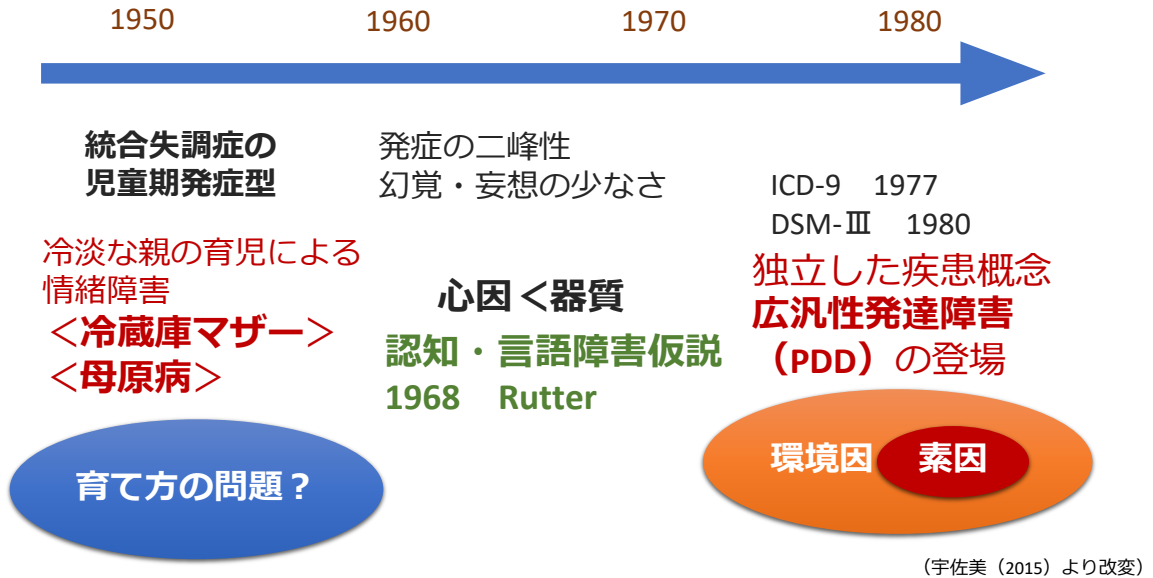
発達障害（神経発達症）の概観



「親の育て方」が原因ではない

- 自閉症をはじめとする障害の原因は、親子の情緒的関係にあるのではなく、子どもの神経発達のありかた（さらには、その発達を方向づける遺伝学的性質）にある。
- DSM-5でも、おおむねこの考え方が採用されている。
- 「冷蔵庫マザー」論（＝育て方のせい）は、およそ1970年代までは一世を風靡した。

自閉症概念の変遷



発達障害とは 生まれつきの特性で、「病気」とは異なる

- ◆発達障害は、生まれつき脳の発達が通常と違っているために、幼児のうちから症状が現れ、通常の育児ではうまくいかないことがあります。成長するにつれ、自分自身のもつ不得手な部分に気づき、**生きにくさを感じる**ことがあるかもしれません。
- ◆ですが、発達障害は「先天的なハンディキャップ」ではなく、「一生発達しない」のでもありません。**発達の仕方が通常の子どもと異なっていますが**、支援のあり方によって、それがハンディキャップとなるのかどうかが決まるといえます。

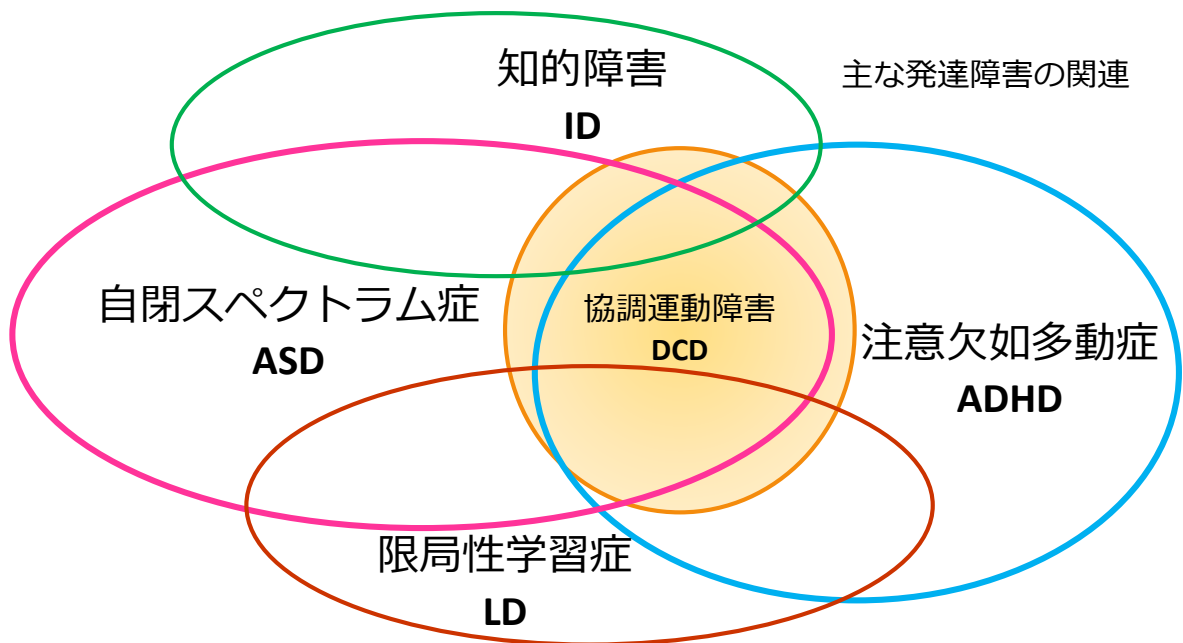
厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_develop.html

発達障害とは 「治す」ものではなく、「対応」するもの

◆人は、家庭環境や教育環境など、様々な外的要因に影響を受けながら一生を通して発達していく存在であり、発達障害の人も同様です。つまり、**発達障害の人にも成長とともに改善されていく課題が多くあります**。幼い頃には配慮が受けられず困難な環境の中で成長してきた発達障害の人も、周囲からの理解と適切なサポートが得られれば、**ライフステージのどの時点にあっても改善への道は見つかる**でしょう。

厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease_develop.html

発達障害（神経発達症）の概観



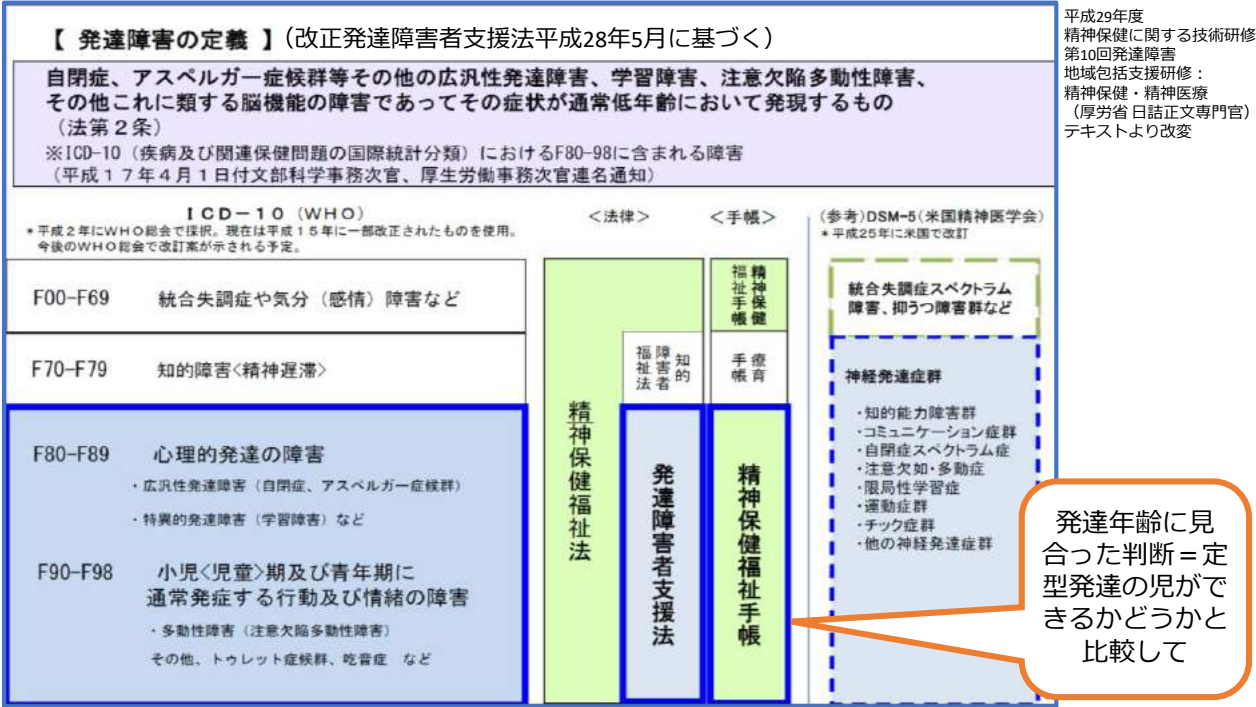
「障害者自立支援法」上の障害者・障害児の定義概念図

18歳

身体障害者	児童福祉法	身体障害者福祉法
知的障害者		知的障害者福祉法
精神障害者	精神障害者福祉法	精神障害者福祉法
障害児		障害者

発達障害はどの区分に入るのか？

発達障害のうち、知的障害に該当する場合には知的障害者として、知的障害に該当しない場合には精神障害者として、障害者自立支援法の対象となりうるが、このことが明確にされていない。



発達障害を理解する

- 平成17年4月～「**発達障害者支援法**」に基づいたとりくみがスタート。
- 「**発達障害者**」とは発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「**発達障害児**」とは、発達障害者のうち十八歳未満のものをいう。

発達障害を理解する

- それまでは**制度の谷間におかれ、必要な支援が受けにくかった「発達障害」**を新たに定義し、支援の対象に。〈発達障害者支援法〉第2条

「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害（いずれも当時の呼称）その他これに類する脳機能障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」

発達障害を理解する

＜改正発達障害者支援法＞ 平成28年5月～

●この法律の目指すもの

- ① 「発達障害」のある人が、生まれてから年をとるまで、それぞれの**ライフステージ（年齢）にあった適切な支援**を受けられる体制を整備すること⇒**切れ目のない支援**
- ② 家族も含めた、きめ細かな支援（教育・就労支援、司法手続での配慮、家族支援）
- ③ この障害が広く**国民全体に理解されること**⇒地域で課題を共有、**地域での支援体制を構築する**

知的障害(ID: Intellectual Disability)

=医学領域における精神遅滞(MR: Mental Retardation)

1. 全般的な**知的機能**が同年齢の子どもと比べて明らかに遅滞
2. **適応機能**の明らかな制限
3. 18歳未満

- 知能検査で**知能指数(IQ)概ね70以下**を低下と判断。
- 一般に、軽度(IQ51-70)・中等度(36-50)・重度(21-35)・最重度(～20) と分類。

😊 自閉スペクトラム症（ASD）

ASDのひとに共通する特徴：「三つ組」の特徴（ローナ・ウィング）

- ① **社会性**（人とのかかわりかた）の特徴
- ② **コミュニケーション**の特徴
- ③ **想像力**（切り替え・応用力）の特徴

社会性の障害

- ・人よりもものに関心がある
- ・ジョイント・アテンションの発達の遅れ
- ・こだわり行動（ものを並べる、特定のものを集める、変化を嫌う）

コミュニケーションの障害

- 言葉の遅れ
(高機能児では、言葉そのものは遅れない場合も多い)
- 言葉の使用の偏り (独り言、エコラリア)
- 視点によって違う言葉の使用の混乱
(「行く／来る」「わたし／あなた」「ここ／そこ」)

イマジネーションの障害

- ふり遊びの出現の遅れ
- ごっこ遊びの出現の遅れ
- 見通しが立たない = 不安 ➡ こだわり

感覚特異性

●感覚過敏

●感覚鈍麻

●感覚回避

●感覚探求

《感覚プロフィール（SP）で見る4タイプ》

◆低登録（感覚鈍麻・気づくことが少ない） 受動的 鈍感 反応が弱い 鈍い 気づかない 無関心・引きこもっている・無気力・自己中心的 対応の工夫： 作業や課題の特徴づけと場面におけるきっかけ 感覚を強めにする	◆感覚探求（感覚入力を求めて楽しむ） 能動的 鈍感 反応が弱く刺激を追い求める 活発 動きながら音を立てる・常に関わり続ける・物を噛む・家具や人にまとわりつく・落ち着きがない・興奮しやすい・くるくる回り続ける・閾値に達しようとする衝動 対応の工夫： 日常習慣に必要な感覚入力を組み込む
◆感覚過敏（感覚を発見することが多い） 受動的 過敏 反応が強い 敏感 注意散漫 多動 一番新しい刺激に注意・注意をそらす間にやっていたことを見失う・過剰反応してすべての刺激に気づく 対応の工夫 脳に気づかせるではなく情報パターンを体系化 識別および自己と環境の位置づけの支援	◆感覚回避（感覚入力を苦にする） 能動的 過敏 反応が強く刺激から遠ざかるうとする 不快 恐怖 脅威を感じる状況から抜け出せるように引きこもる or 感情爆発・変化を嫌がる・儀式的生活になりがち 対応の工夫： 感覚入力を減らす 自己防衛的な反抗的な反応と争うことは避ける 慎重な環境構築

成長発達と症状の変遷

- 感覚過敏は年齢とともに変化（軽減）することが多い
- エコラリアは成長とともに減ることが多い
- ジョイントアテンションは遅れて発達することが多い
- 言葉が発達すると、自閉症特性が強くなることもある
- 言葉は増えるが、同世代との対等なコミュニケーションが難し
- 皮肉・不文律がわからない、言葉の裏の意味が解らない
- 対人交流のありかたは、基本的に「追いつかない」

◆認知は発達する（伸びる）が、社会的な意味づけやコミュニケーション能力の伸びはさらにゆっくり

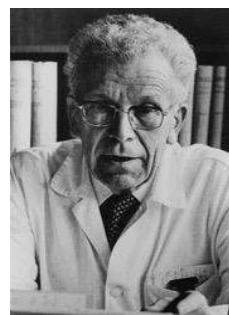
レオ・カナー Leo Kanner
(1894 - 1981)



自閉症

1943年
「情動的交流の自閉的障害」

ハンス・アスペルガー Hans Asperger
(1906 - 1980)



アスペルガー症候群
(ローナ・ウィング)

1944年
「自閉的精神病質」



アメリカ精神医学会
American
Psychiatric
Association
; APA



Diagnostic and
Statistical
Manual of Mental Disorders:
Fifth Edition.

“ASD”自閉スペクトラム症という言い方が一般的に (DSM-5)

- PDD（広汎性発達障害）
- PDD-NOS（特定不能の広汎性発達障害）
- AS（アスペルガー障害）
- Autism（自閉症）
- 小児崩壊性障害
- ・ASDは約100人に1～2人存在する？

Autism Spectrum Disorder
自閉スペクトラム症

ASD

スペクトラム（多様性をもった連続体）

「スペクトラム」とは 多様でありながら かつ同類であるという概念である

(本田 秀夫)

ICD-10 とDSM-IV/DSM-5での「自閉症」概念の比較

ICD-10 (国際疾病分類第10版)

疾病及び関連保健問題の国際統計分類

(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

•ICD-10 (1992)	DSM-IV (1994)	DSM-5 (2013)
—広汎性発達障害— •小児自閉症 •アスペルガー症候群 •他の小児期崩壊性障害 •非定型自閉症 •他の広汎性発達障害 •広汎性発達障害, 特定 •不能のもの	- 自閉性障害 - アスペルガー障害 - 小児期崩壊性障害 - 特定不能の広汎性発達障害	自閉スペクトラム症/ 自閉症スペクトラム障害 (ASD)
•精神遅滞および常同運動 •に関連した過動性障害 •レット症候群	レット障害	「こだわり」「常同性」のないものは コミュニケーション障害(DSM-5) として別立てに

Autism Spectrum Disorder

自閉スペクトラム症

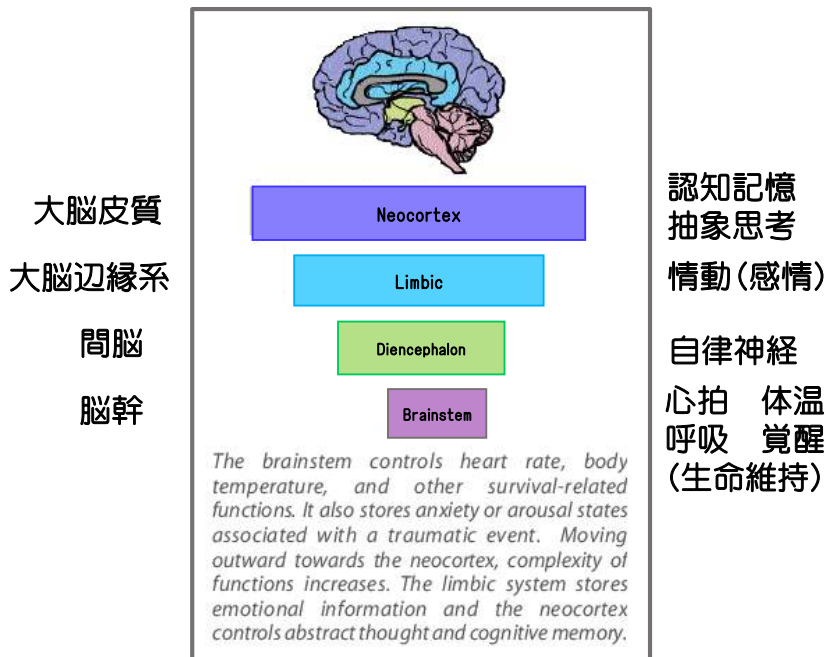
生後早期から中核的特性

●非定型的な行動と発達特性の存在・・・ほかの人には「ない」ものが「ある」

- 融通がきかない（硬直性）
- 文字どおりに受け止める（字義通り性）
- 細部への注意
- 感覚の特異性

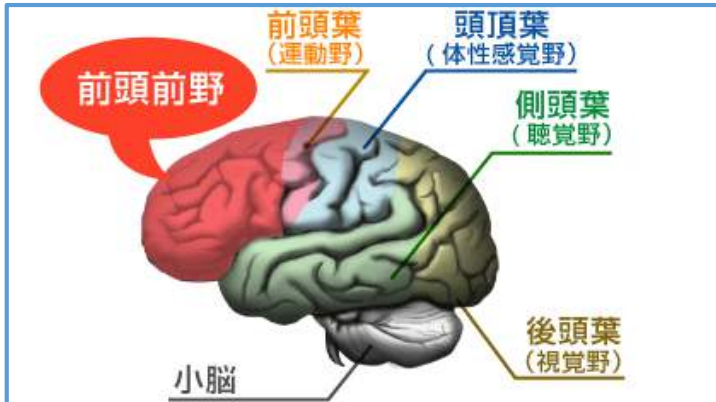
●定型的な行動と本能的な社会的発達特性の不在・・・「ある」ものが「ない」

- 社会的文脈がわからない
- 他人の感情の理解が苦手
- 直感の乏しさ（自己モニターできない）
- 中枢性統合が困難（木をみて森をみない）



前頭前野のはたらき

脳のネットワークの情報をまとめて、どう処理すればよいかを決めるはたらきをする



- 「思考」「学習」「注意」「意欲」「情動」「創造」など高いレベルの精神機能の調節
- ① 新しいものを創造する。
- ② 新しい知識を取り入れる。
- ③ 蓄積した知識と新しい知識を関連付ける。
- ④ TPOに合わせた行動をとるため①～③をコントロールする。
- ⑤ 心の理論、実行機能、作業記憶、模倣動作に関連する。

セオリー・オブ・マインド (TOM, 心の理論)

サリー・アン課題



心の理論 vs 共感

- 感じる事、思いやり、認識することに関して：
サイコパス傾向とASDでは異なったタイプの共感性障害がある
(Alice Jones)

- 冷淡／情緒の乏しさのある子どもは十分なToMがある
ASDの子どもはToMは不十分だが、十分な同情心がある

Jones、Happe et al.(2010)JCPP

- ・多くのASD児は保護者（多くは母親）をととても慕っている
- ・他者の苦悩に十分反応する

⇒**社交性の問題ではなく、ある特定の社会的能力＝認知の問題である**

😊 注意欠如多動症（ADHD）

発達年齢に見合わない以下の症状が、**12歳までに**現れる。

- **不注意**：注意の持続の困難、精神的努力の持続の困難、順序立てた思考の困難、日常の生活習慣の習得と実行の困難
- **多動性**：落ち着きがない、まるでエンジンで動かされるような行動をする、じっとしていない、よくしゃべる
- **衝動性**：考える前に行動する、全体的な状況を判断せずに部分的な情報に対して即座に行動する

症状は**持続性**で、**複数の場面**で観察され、**年齢不相応**で、かつ**日常生活に支障**を来たしている。

ADHDの特徴

●中核症状：

不注意、多動性と衝動性

●主な症状：

対人関係の問題、学業上の問題、学習障害、低い自己評価

●頻度：

子どもの精神疾患の中で最も多いもの（学齢期：3-5%）

男女比は3:1（子ども）➡ 成人では女性の割合が増加

●症状は大人になっても続く

70%の症例が思春期以降も症状を持っている。

30-50%は日常生活に影響する症状がある。

大人になってからADHDと診断される例

◆大人になってからADHDが発症するのではない！

子ども時代：

- ・仮に中核症状があっても、臨床的に問題にならない
- ・しっかりとした家庭、学校などの環境構造に守られている
- ・限られた負担と責任により、障害（社会不適応）に至らない

成人期：

- ・より複雑な環境と、緩やかな社会構造（小中学校 vs 大学）
- ・家族からの独立、就職、結婚、出産、育児

対処能力を超えるタスクの増大、ADHD中核症状による機能低下

➡不適応➡事例化

😊 学習障害（限局性学習症）LDとは

- 全般的な知的発達には問題がなく、目も見え、耳も聞こえているのに、「読む」、「書く」、「計算する」といった学習技能についていずれか1つ以上が上手くできない。
- 読む、書く、計算するなど特定の事柄のみがとりわけ難しい状態。
- 有病率は、確認の方法にもよるが2～10%。
- 読みの困難については、男性が女性より数倍多いとの報告あり。
- 教育的な立場ではLD(Learning Disabilities)。
- 医学的な立場ではLD (Learning Disorders)。
- 健常児とは異なった学習アプローチをとるという点からLearning Differences（学びかたの違い）と呼ぶことも。

☆ 発達性ディスレクシア

- 小児期に生じる特異的な読み書き障害。知的な遅れや視聴覚障害がなく、十分な教育歴と本人の努力があるにもかかわらず、知的能力から期待される読字能力を獲得することに困難がある状態と定義される。読み能力だけでなく書字能力も通常劣っていることが多い。
- 発達性ディスレクシアの発生頻度はアルファベット語圏で3～12%と報告されている。日本では2002年に小中学校教師を対象とした大がかりな調査で、学習面単独で著しい困難を示す児童生徒は3.3%存在することが示された。
- 日本語は、ひらがな・カタカナ・漢字の3つの文字表記があり、文字別も含めた発生率の詳細なデータはない。ディスレクシアの診断は、標準化された読字・書字検査に基づいてなされることになっているが、現状では確定されたものはない。

発達性ディスレクシアの有名人

トム・クルーズ

トーマス・エジソン

キアヌ・リーブス

レオナルド・ダ・ヴィンチ

ウーピー・ゴールドバーグ

アルベルト・アインシュタイン

ジェニファー・アニストン

ジョージ・パットン

キーラ・ナイトレイ

ルパート・ギネス

オーランド・ブルーム

パブロ・ピカソ

ミッツ・マングローブ

スティーブン・スピルバーグ

☆トウレット症候群とは

- トウレット症候群（TS：Tourette's Syndrome）は、**多種類の運動チックと1つ以上の音声チックが1年以上にわたり続く**重症なチック障害。通常は幼児・児童・思春期に発症する。多くの場合は成人するまでに軽快する方向に向かう。
- **運動チック**：突然に起こる素早い不随意運動の繰り返し。目をパチパチさせる、顔をクシャッとしかめる、首を振る、肩をすくめる、時には全身をビクンとさせたり飛び跳ねたりすることもある。
- **音声チック**：運動チックと同様の特徴を持つ発声です。コンコン咳をする、咳払い、鼻鳴らし、うんうんという、時には奇声を発する、さらには不適切な言葉を口走る（**汚言症：コプロラリア**）ことも。
- このような運動や発声を行いたいと思っているわけではないのに行ってしまう（**不随意**）ということがチックの特徴。

☆吃音【症】とは

- 吃音（Stuttering）とは、一般的には「どもる」ともいわれる話し方の障害。なめらかに話すことが、年齢や言語能力に比して不相応に困難な状態。下に示すような特徴的な症状（中核症状）の一つ以上があるものをいう。
 - 1) **反復**（単音や単語の一部を繰り返す）（「あ、あ、あ、あした・・・」）
 - 2) **引き伸ばし**（単語の一部を長くのばす）（「あーーーしたね、」）
 - 3) **ブロック**（単語の出始めなどでつまる）（「・・・・・・っきのう」）
- 症状は幼児期に出始めることがほとんど。思春期頃から目立つようになる人も。
- 幼児期発症の吃音の過半数は、学童期あるいは成人するまでに症状が消失・軽減。思春期から症状が目立ち始める人は、器質的な原因の有無を医療機関などで相談する必要がある。
- 世界保健機関（WHO）による国際疾病分類第10改訂版（ICD-10）では「通常小児期および青年期に発症する**行動および情緒の障害**」に分類。DSM-5では**神経発達症**に。

2. 発達障害介入・支援における医療的立場の特徴



診断・臨床の場面における神経発達症

●医学的治療：根本的な治療法はない

●症状を軽くするには：環境調整、療育（介入）とトレーニング、薬物療法

➤環境調整

- 本人の能力や特性に合わせて、接し方・環境・ルール・課題を変えることができれば、障害のある子どもが感じる困難は軽減。
- 合理的配慮は、神経発達症のある子どもにも有効。
- 神経発達症には様々な障害が含まれているため、合理的配慮を考える上では、一人ひとりの特性に合わせるということが一層重要。

➤薬物療法

神経発達症に関連するいくつかの症状は、投薬によって症状を緩和できる。

薬物療法の目的は、神経発達症そのものを治す（取り去る）ことではなく、症状を緩和することと、症状によって生じる不利益を避けること。

◆発達障害は「病気」ではない

◆「治す」のではなく、自立をめざして「対応する」もの

◆大切なことは、「理解」と「支援」

- ・ **自己理解**
- ・ **家族の理解**
- ・ **周囲（社会）の理解**
- ・ **自己対処能力の向上**
- ・ **家族の支援（養育・療育）**
- ・ **社会的支援＝福祉的支援、医療的介入**

発達障害は生まれつきの特性×適応レベル

- ◆「病気ではない」ので、本来「治す」ものではない
どのような対応・支援をするか
- ◆特性は形を変えて一生続く
定型発達に近づけることが目標ではない
- ◆障害の程度は、本人の成長や環境によってさまざまに変化する
「治らないなら、何もしない」は大きな間違い
「個性を認める」は「放任」や「放置」とは異なる

発達障害支援における医療的立場の特徴

1. その人の状態に「診断名」を与える
2. ライフスパンで長く関わる
3. 併存症の治療が重要な役割

自閉スペクトラムと臨床診断するのはどんなとき？

(本田、2014)

1. その人が社会不適応の状態にあり、その主たる要因が**自閉スペクトラムの特性**によるとき
2. **社会不適応の主たる要因**が複数あり、その1つが自閉スペクトラムの特性であるとき
3. 社会不適応の主たる要因は他にあるものの、**自閉スペクトラムの特性に配慮することによって問題の改善が促進される**とき

ASDの治療の考え方（1）

- 自閉症を**根本的に**治す薬や手術などの医療的な治療法は開発も確立もされていない

⇒**対症療法**

- 療育や環境調整を通して接し方や伝え方を工夫することで**発達を促進**

⇒**支援を中心とした対応**

ASDの治療の考え方（2）

- 日常生活における本人の生きづらさを解消するための工夫（**スキルの獲得と環境調整**）
- 二次障害や合併症の症状を**緩和**させるための治療（**薬物療法**の意義と役割）

ASDの治療の考え方（3）

周囲の理解と協力が必要不可欠

- 療育（介入）**：医療、訓練、教育、福祉などの知見を総動員して障害を克服し、その児童が持つ発達能力をできるだけ有効に育て上げ、自立に向かって育成すること⇒A S Dの場合はとくに「コミュニケーション」
- 薬物療法**：自閉症そのものを「治す」のではなく、症状を「緩和する」ためのもの（パニックや興奮性、過敏性）

ADHDは脳機能の障害

◆実行機能の障害

実行機能：目標を定め、その目標の為に自己を管理し処理をしていく能力（取りかかる力、焦点化する力、努力する力、感情を抑制する、記憶する力、行動する力）

ADHDでは、「優先順位が上手くつけられずに手当たり次第に取り掛かってしまい、結局一つも終わらない」「何かをしている最中に、それを終わらせないまま違うことをしてしまう」

◆報酬系の障害

報酬系機能：「実入り」を予測し、より大きな報酬を得るために我慢したり待つ力

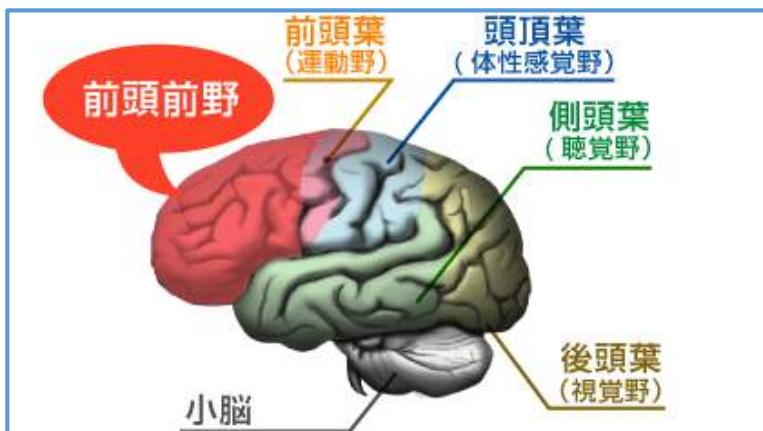
ADHDでは、目先の刺激を無視して待つことが難しい

◆時間感覚の障害

ADHDでは、作業にかかる時間を把握したりする感覚が弱い 例：いつも遅刻・中途半端

前頭前野のはたらき

脳のネットワークの情報をまとめて、どう処理すればよいかを決めるはたらきをする



- 「思考」「学習」「注意」「意欲」「情動」「創造」など高いレベルの精神機能の調節
- ① 新しいものを創造する。
- ② 新しい知識を取り入れる。
- ③ 蓄積した知識と新しい知識を関連付ける。
- ④ TPOに合わせた行動をとるため①～③をコントロールする。
- ⑤ 心の理論、**実行機能**、**作業記憶**、模倣動作に関連する。

ADHDの神経生物学

- ◆ADHDは、前頭前皮質および頭頂葉・側頭葉のノルアドレナリン神経系やドパミン神経系に機能障害があると考えられている。
- ◆前頭前野の実行機能（計画する、まとめる、反応を開始する／遅延する）はドパミンとノルアドレナリンによって調整される。
- ◆注意障害、実行機能障害、衝動抑制障害に関連して以下のようなことが報告されている
 - ① 前頭-線条体経路の神経回路網の変化
 - ② 前頭、特に前帯状回、皮質下領域及び頭頂領域の代謝低下
 - ③ ADHDの重症度と相関する脳容量の低下

ADHDの支援・治療

- ◆学校での支援
 - 担任団のサポート（情報提供・共有）、特別支援計画の立案と実践、教室の構造化・通級教室の利用など・・・**環境調整**が必須
- ◆子どもへの心理社会的治療
 - 精神療法、SST、集団療法等
- ◆家族支援
 - 養育支援：保護者面接（**特性理解**）、ペアレント・トレーニングなど
- ◆薬物療法
 - ADHD治療薬：メチルフェニデート（コンサータ®）、アトモキセチン（ストラテラ®）、guanfacine（インチュニブ®）
 - その他：抗精神病薬、気分安定薬など
 - *「薬で何とかする」「薬だけ飲ませれば」という考えはNG！

要注意！ASDの併存の有無

ADHDの診断名で治療を受けている子どもの中には、

ASDの併存を認める場合も少なくない。

その場合、**ASD特性を加味した支援・治療が必要**。

落ち着きのなさや不注意症状が、**ADHD特性によるものばかりとは**

限らないことを知っておくこと。

対症療法としての薬物療法

□発達障害特有の行動の問題があるとき

多動、衝動、不注意（ADHDの併存がなくても、中枢性統合の苦手さや、過集中による不注意さがみられることに注意）

□二次的な精神的変調があるとき

興奮・パニック・自傷・攻撃性（易刺激性）、感情易変性、うつ、不安、強迫

□睡眠の障害があるとき

入眠困難、中途覚醒、睡眠リズムの不整

□てんかんを合併したとき

医療サイドの立場でできること

支援システムの中で役割を果たす

- 早期発見
- 適切な診断
- 精神医学的介入と伴走（発達に応じた見守り）
- 適切な薬物療法の提案

すべての基本は保護者を孤立させない「理解と支援の輪」！

保護者支援の有無が、ASD児の人生の質に影響する

3. 発達障害診療におけるアセスメント



発達障害とQuality of Life (QOL)

●QOLの定義：

患者の身体、心理、社会的な側面および治療の満足度を含んだすべての健康（well-being）に関する認知

➡これを軽んじてはいけない

●機能障害（Functional Impairment）の定義：

日常生活に関連する活動を行う能力の制限

日常生活を円滑に
送るための
包括的支援が必要

◆未治療・不十分な介入による二次症状の出現：

例えばADHDの場合・・・

医療上の問題（事故による怪我）、家族の問題（離婚、兄弟間の喧嘩）、学業・職業上の問題（退学、低い地位・生産性）、社会適応上の問題（薬物関連障害、反社会的行動）

➡well-beingは得られない

発達障害診療のポイント

適切な治療（介入・支援）の方針決定のためには・・・

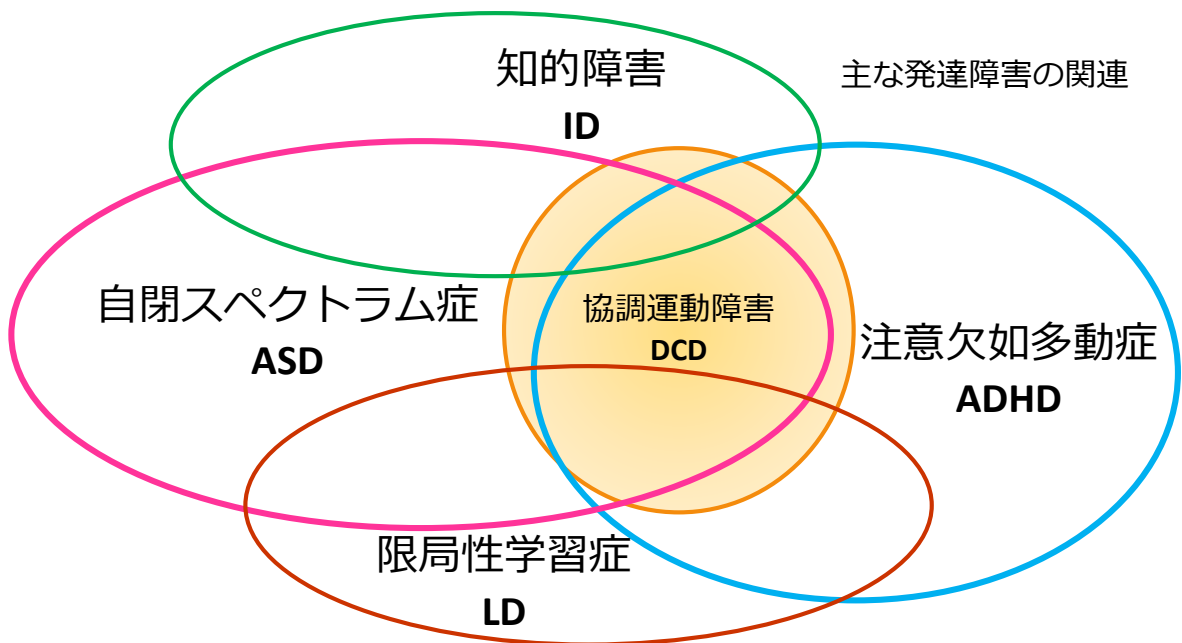
- 目の前の子どものニーズをきちんと「みたてる」こと
- 多角的・包括的なアセスメント

発達障害診療におけるアセスメント

1. 併存する精神症状・疾患
2. 発達障害
3. 知的水準
4. 身体疾患
5. 心理社会的・環境的問題
6. 現在の適応状態

目の前の子どもを、
dimensional な視点で
みたてる習慣を！

発達障害（神経発達症）の併存



発達障害と併存症

	ASD	ADHD	LD
発達障害	ADHD		ADHD
	LD	LD	
		ASD	ASD
	発達性協調運動障害	(発達性協調運動障害)	発達性協調運動障害
		チック障害	
精神症状・疾患	抑うつ障害	抑うつ障害	抑うつ障害
	不安障害	不安障害	不安障害
	睡眠障害	強迫性障害	双極性障害
		チック障害	
行動障害・身体疾患	回避・制限性食物摂取障害	反抗挑戦性障害	
	てんかん	素行障害	
	胃腸障害	重篤気分調節障害	
	肥満	間欠性爆発性障害	
	睡眠障害	反社会的人格障害	
		物質使用障害	

知的障害の併存

- 知的障害のケースで、本人・家族が「ASD」「ADHD」だと考えて受診するケースも多い。
- DSM-5では知的障害の診断はIQ値を目安にせず、適応機能が重視される。現実に応じた福祉サービスや特別支援教育が保障されるべきことに着目した結果。
- ASDに関してはIQ70 以下、境界域、IQ85以上では対応が異なる。
- ASDで知的水準が境界域のケースは、実社会における適応機能としてはASDを併存しないIQ70以下の知的障害と同等と考えるのが妥当。

心理社会的・環境的問題

以下のそれぞれにおいて、問題を把握することが肝要

- 本人（困り感、自己評価、アイデンティティ、相談者など）
- 家庭（母子・父子関係、兄弟関係、配偶者、子ども、祖父母）
- 幼稚園・保育園・学校（担任／同級生との関係、孤立？）
- 職場（上司・指導者との関係、同僚との関係、孤立？）
- 余暇（単独？仲間関係あり？）
- 専門機関（医療機関、療育施設、就労支援、キーマンは誰か？）

適応状態

- ・本人のADL

食事、排泄、整容、移動、金銭管理、公共機関の利用

経済的自立、収入

- ・家庭内での役割と家族メンバーとの関係性
- ・学校・職場での課題（職務）遂行能力
- ・知的水準・発達障害特性の程度によって、望まれる適応状態は異なる
- ・適応状態の不適合は、心理社会的・環境問題的、精神科併存症に関する問題の出現・増悪と連動することに注意が必要！

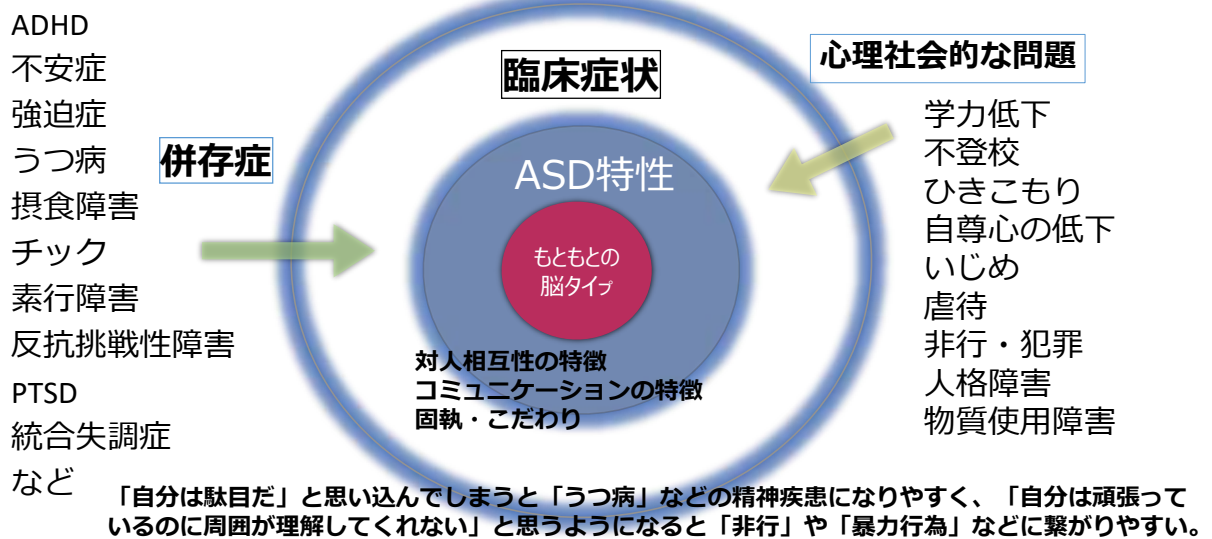
包括的な検査バッテリーを組む

- 知能検査：WISC-Ⅳ 生活年齢が8歳程度～
5歳未満なら新版K式、田中ビネー、WPPSI
16歳以上ならWAIS-Ⅲ
- 認知検査：KABC-Ⅱ（学習機能の測定を重視：習得度）
DN-CAS（手際・注意・動機付け等：能力の統括機能）
- 適応行動：Vineland-Ⅱ（コミュニケーション、日常生活スキル、
社会性、運動スキル）
- 感覚：感覚プロファイル（SP）
- ASD：M-CHAT、AQ、PARS-TR、SRS、ADI-R、ADOS-2、DISCO-11 etc.
- ADHD：ADHD-RS、CAARS（成人）、ASRS（自記式スクリーニング）
- LD：STRAW（音読、書字）、PVT-R（絵画語彙）、LDI-R etc.

4. 発達障害と併存症

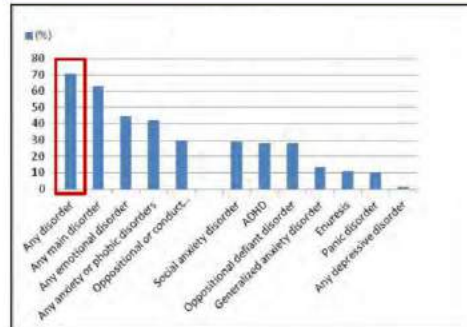


ASDで問題になるのは ASD特性そのものではなく、臨床症状



事例 1 ASD+ADHD, 抑うつ状態

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(Simonof 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。

平成29年度精神保健に関する技術研修第10回発達障害地域包括支援研修：精神保健・精神医療テキストより

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)

平成29年度精神保健に関する技術研修第10回発達障害地域包括支援研修：精神保健・精神医療テキストより

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・癇癢・自傷行為)

● カトニア

(American Psychiatric Association, 2013)

平成29年度精神保健に関する技術研修第10回発達障害地域包括支援研修：精神保健・精神医療テキストより

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はないか？

(NICE guideline 2013)

(Adams D et al. 2011)

平成29年度精神保健に関する技術研修第10回発達障害地域包括支援研修：精神保健・精神医療テキストより

発達障害と併存症

	ASD	ADHD	LD
発達障害	ADHD		ADHD
	LD	LD	
		ASD	ASD
	発達性協調運動障害	(発達性協調運動障害)	発達性協調運動障害
		チック障害	
精神症状・疾患	抑うつ障害	抑うつ障害	抑うつ障害
	不安障害	不安障害	不安障害
	睡眠障害	強迫性障害	双極性障害
		チック障害	
行動障害・身体疾患	回避・制限性食物摂取障害	反抗挑戦性障害	
	てんかん	素行障害	
	胃腸障害	重篤気分調節障害	
	肥満	間欠性爆発性障害	
	睡眠障害	反社会的人格障害	
		物質使用障害	

発達途上に起こりうるトラウマティックな出来事

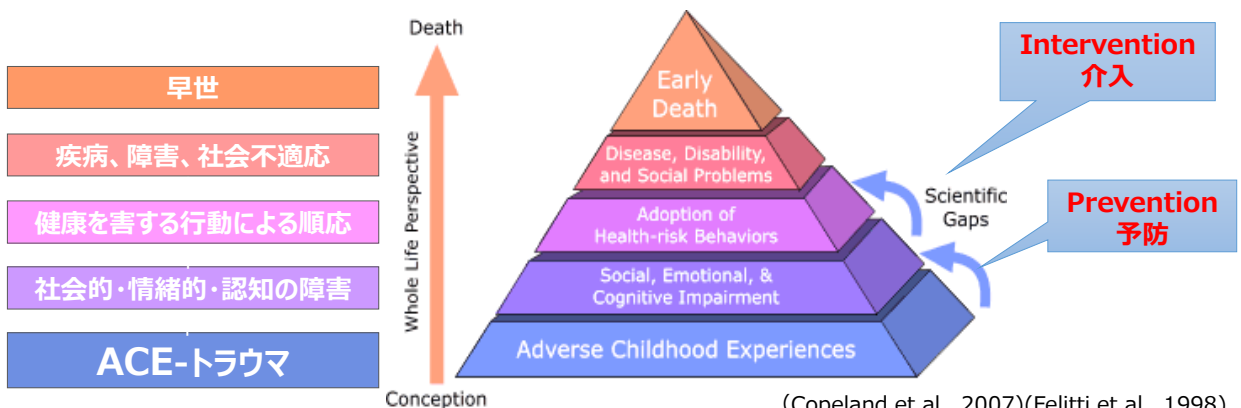
- 災害：地震、水害、火災、人的災害
- 事故：交通事故の被害者・目撃者になること
- 犯罪：誘拐、人質、レイプ、身近な目撃
- 死別：大切な人の死・死に関わること
- 離別：大切な人との離別、母性剥奪
- 疾病・外傷：病気や怪我とその治療をうけること
- 虐待：身体的虐待、心理的虐待（DV目撃）、
ネグレクト、性的虐待
- いじめ:仲間関係のトラブルを含む
- その他

ACE (Adverse Childhood Experience) 逆境的小児期体験

1. 繰り返される, ひどい身体的な暴力を受けていた
2. 繰り返される, ひどい心理的な暴力を受けていた
3. 性的な暴力を受けていた
4. 父親が母親に暴力をふるっていた
5. 家族にアルコールや薬物乱用者がいた
6. 家族に慢性的なうつ病の人や精神病の人がいた
7. 家族に服役したひとがいた
8. 実の両親が別居ないし離婚している

ACE study 逆境的小児期体験

Centers for Disease Control and Prevention: CDC
米疾病予防管理センター
and Kaiser Permanente, U.S.A. Initial phase 1995-97



(Copeland et al., 2007)(Felitti et al., 1998)
(<https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/journal.html>)

子ども期の逆境体験が及ぼす成人におけるリスク

ACEスコアが4つ以上の人はスコアが0の人と比べて（相対リスク比）

●精神的・心理社会的問題

- 慢性PTSD
- うつ（4.5倍）
- アルコールやその他の薬物使用
- 犯罪行為
- 再被害
- 仕事の業績・達成率がより低い
- 自殺傾向（12倍）……

●身体的健康の問題

- 虚血性心疾患（3.5倍）
- 慢性閉塞性肺疾患（2.5倍）
- 肝炎（2.5倍）
- 肺癌（3倍）
- 自己免疫疾患……

命を脅かすストレスに曝されると、
視床下部・下垂体・副腎系の亢進
（適応的な反応としてFight & Flight）
もし、絶えずストレスを受け続けたら……？
高頻度の過剰な反応が、発達途上の子どもの
脳機能・構造、免疫機能、ホルモン系に影響する

(Copeland et al., 2007)(Felitti et al., 1998)
(<https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/journal.html>)

トラウマによる病態

<トラウマ反応・症状>

覚醒度と反応性の変化
（過覚醒）

持続的回避

侵入症状
（再体験）

認知と気分の陰性変化
（抑うつ／否定的認知）

- これらの症状のために日常生活がたちいなくなる
- 社会適応に困難を生じる



心的外傷後ストレス障害
PTSD

トラウマに関連する症状・病態

National Institute for Clinical Excellence, 2005

□心的外傷後ストレス障害（PTSD） 症状

□その他：併存率の高い症状

- 自傷を含む抑うつ症状
- パニック症状や不安症状、恐怖症状
- 注意集中困難、多動、衝動性亢進
- 解離症状、身体化症状、転換症状、退行
- 攻撃性や破壊的行動
- 物質乱用



感情

行動

認知

学習

あらゆる領域に影響がおよぶ

年代によるトラウマの影響・症状

児童期早期

- 感情を司る脳の発達を妨害する
- IQや感情を調節するための思考の使用に影響することがある

学齢期

- 恐怖、不安、攻撃性を管理する能力の低下
- 学習のために集中を持続させることが難しい
- 衝動のコントロールの問題

青年期

- 危険／安全評価が難しい
- 行動の結果について理解不足
- 学習や問題解決のための抽象的思考を持つことが困難

Saunders, South Carolina Trauma Practice Initiative

発達障害の子どもの薬物療法

大前提

- 保護者が処方箋を薬局に持ってこないと始まらない。
- 子どもは、自分自身で薬物療法を開始も維持もできない！
- 服薬管理の出来ない保護者の場合、薬物療法継続のためにどんな工夫ができるか。

発達障害の薬物療法を通して見えるもの

- 薬剤選択・用量・用法
- 保護者の治療への態度
- 子どもの適応レベル
- 親子の関係性

薬物療法の効果と限界が
治療経過の中で見えてくる

- アドヒアランス、治療へのモチベーション
- 保護者の障害受容・特性理解の程度**、家庭状況の変化（経済、夫婦関係etc.）
- 子どもへの支援のありよう、子ども自身の変化

保護者支援の重要性

薬を出せばすべて解決、ではない！

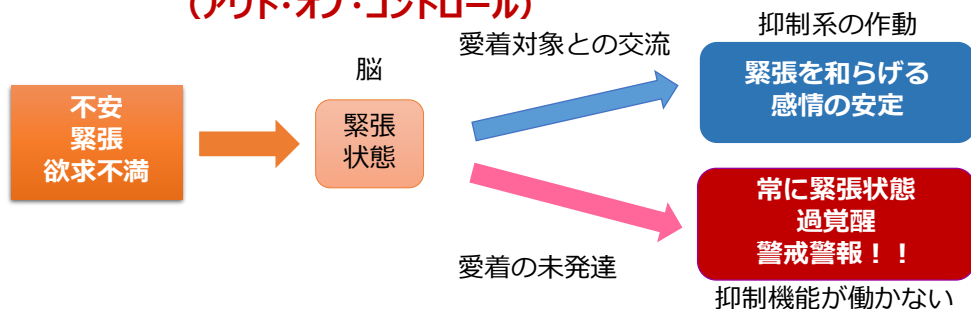
- 障害を受容していないと、薬物療法に懐疑的・拒否的になることがある。
- 障害を理解していないと、服薬管理が正しい加減になることがある。
- 家庭の経済状態によっては、服薬を自己流で調節する保護者も存在する。
- 保護者自身の特性によって、子どもの服薬を管理するのが困難な場合がある。
- 薬物療法の効果をすぐに実感できないと、治療のモチベーションが維持できない保護者も存在する。
- 保護者の初期ニーズが満たされると、治療自体が停滞してしまう場合がある。

愛着障害の視点：

安定した愛着が確立されないと・・・

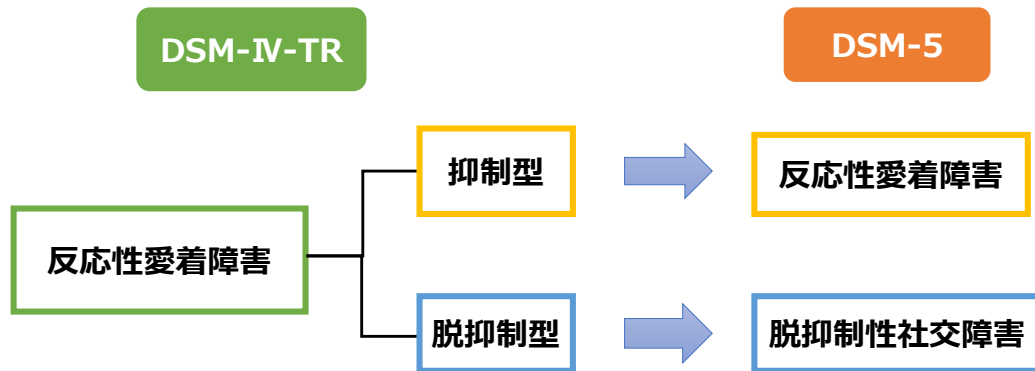
- 共感性の基盤が形成されない⇒マインドリーディングの問題
- 感情・情動の発達遅れ⇒脳の発達過程に影響
- 愛着障害⇒感情の障害、情動コントロールの障害

**前頭葉による抑制がきかず、感情中枢が暴走
(アウト・オブ・コントロール)**



アタッチメントの障害

- 安定した愛着が形成されないことにより、適切な人間関係をつくる能力や自制能力が欠如する
- 愛着の不安定さはその後の発達に大きな影響を与える



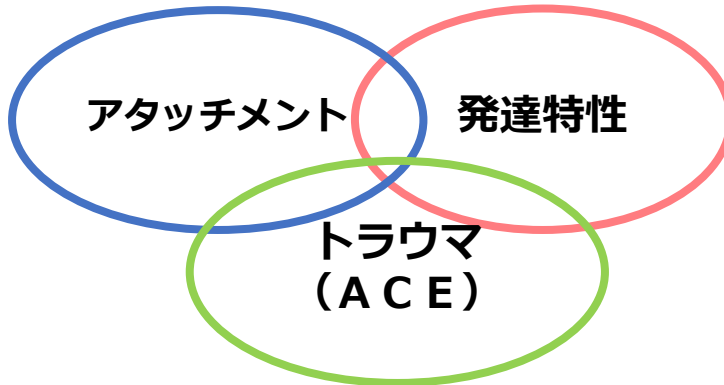
トラウマ・インフォームド・ケア（TIC）

子どもの症状の背後に、トラウマの影響がないか？という視点を持つ

- ① トラウマの蔓延と影響の理解(**Realize**)
- ② 本人、家族、職員、その他の組織関係者が、
トラウマの兆候や症状に気づく(**Recognize**)
- ③ トラウマの知識を、方針・手続き・実践に組み込み
対応すること(**Respond**)
- ④ 再受傷を防ぐ(**Resist-Retraumatization**)

「見分ける」から「みたてる」へ

子どもが呈する問題の実相をとらえる3つの観点



⇒複合的な問題を包括的・多角的にアセスメントして支援

発達障害による行動上の問題？

- 発達障害児が、トラウマを受けると、記憶形式の特徴や感覚特異性によるフラッシュバック、タイムスリップが起こりやすく、かつ、こだわりによる反芻が繰り返されると、深い抑うつ状態に陥る。
- 発達障害児が、トラウマ反応による攻撃性やパニックを呈すると、「障害特性による行動上の問題」で片付けられてしまう危険性がある。

5. 発達障害介入・支援でのがんばりどころ



児童思春期・青年期の発達障害

支援者としてのがんばりどころ

- 二次障害の予防と対応
- 自尊心の低下を防ぐ

思春期までの養育方針：ASD療育

- ◆保護的な環境を提供する（叱っても“矯正”はされない）
- ◆得意なことを十分に保障する（飛躍的に伸びる足がかり）
- ◆不得意なことに苦手意識を持たせない工夫（こだわり形成）
- ◆大人に相談してうまくいったという経験（実感）を持たせる

関わる全ての支援者が、共通認識を持つこと＝保護者支援の下地づくり

「臨床症状」は適応状態のバロメーター

- 薬物療法がfirst choiceではない！
- 臨床症状の裏に隠れている原因を探ることが重要（TIC）
 - ⇒発達障害特性ゆえのズレとストレスの蓄積に着目
 - ⇒その症状・問題行動は発達障害だけで説明できるのか？
 - ⇒「薬でおとなしくさせたい」は周囲のご都合主義
- 「症状」そのものを薬で止めるだけの治療はNG!
 - ⇒根本的な“苦悩のもと”がマスクされるおそれも
 - ex.)細菌性の肺炎に解熱剤だけで対処？
 - ex.)狭窄部位が明らかな狭心症に血管拡張薬だけで治療？

早期発見・早期支援の意義を再確認！

早期発見によって**保護者支援がはじまる＝発達障害治療の基本**

- わが子の発達目標（親の期待、人生観を反映）の転換を迫られる
- 慢性的にストレス（障害児の養育、世間体、家族力動、親の人生計画の変更・・・）を受けることへの心理的支援
- 支援は一生涯必要（形は変わっていくが、特性はなくなるしない）
- 乳幼児期、児童期、思春期だけでなく成人期にも、年齢に応じたサポートが得られる仕組みが必要

児童青年のメンタルリスクへの予防的介入

- ✓診断よりも**症状**に注目する。
- ✓複数の情報源からの情報収集（親/教師/本人）
- ✓包括的なアセスメント
（全般的な精神病理、発達特性）
- ✓定期的なアセスメント
（多くの子どもは回復、症状の持続が問題）

平成29年度
精神保健に関する技術研修
第10回発達障害
地域包括支援研修：
精神保健・精神医療
（国精研 神尾陽子）
テキストより

学校健康診断 H28年 学校保健安全法の改正
保健調査をすべての学校で実施し、学校医の健診の効率化を図る。

思春期の発達障害支援

もっとも大事なことは
二次障害の予防！

これができれば、
発達障害特性が「障害」にはならない

➡神経発達症（発達障害）を見逃さない

➡トラウマによる影響をできるだけ小さくする

包括的かつ多層的なアセスメントに基づく適切な支援！

ご清聴ありがとうございました



Haste not, Rest not.