

発達障害支援プロジェクト

発達障害ライフステージ 支援ハンドブック

～ 小児期後半～

平成22年3月



徳 島 県 保 健 福 祉 部
徳 島 県 教 育 委 員 会
鳴門教育大学大学院特別支援教育専攻

～ は じ め に ～

平成17年4月に施行された発達障害者支援法では、第2条第1項において、「発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。」と定義されています。さらに、第23条では「国及び地方公共団体は、発達障害者に対する支援を適切に行うことができるよう、医療、保健、福祉、教育等に関する業務に従事する職員について、発達障害に関する専門的知識を有する人材を確保するよう努めるとともに、発達障害に対する理解を深め、及び専門性を高めるため研修等必要な措置を講じるものとする。」とし、国及び地方公共団体の責務を述べています。

徳島県では、平成17年度から発達障害者の支援体制の整備を図るために、親の会などの関係団体の代表者や保健・福祉・医療・教育・労働・大学など各分野の専門家による発達障害者支援体制整備検討委員会を立ちあげ、現状の把握・分析を行い、各委員の専門の立場や体験から今後の対応についての意見を頂き検討・集約し、行政に提言し、また、調査研究や啓発活動も進めてきました。教育、保健・医療・福祉においては、発達障害者支援、特別支援教育のシステムは、ほぼ出来上がってきつつあります。しかしながら、ソフトの面における充実はまだまだの状態と考えられます。特に、専門家の育成、一般市民の方々への啓発、就労の問題などがあります。本小冊子は県と鳴門教育大学との主催で行った発達障害シンポジウム2009での基調講演、シンポジストのご講演をまとめたものと専門家育成のためのご講演を収録したものであります。専門家だけでなく広く一般の方にもお読みいただき、発達障害の各ライフステージの課題について知識を広げ、適切な対応についてご理解を深めてくださることが早期の支援や引いては就労に繋がるものと思います。わかりやすく纏めていただいておりますので、できるだけ多くの方々にお読みいただければ幸いです。

本小冊子が発達障害者の早期発見、早期支援、対応の方策の充実になり、発達障害児者およびご家族の生活の質の向上及び支援の向上に繋がり、社会の一員として自律した生活が可能になることを切に希望するものであります。

平成22年3月

発達障害支援プロジェクトチーム代表

徳島赤十字ひのみね総合療育センター

橋本俊顕

目次

第1章 発達障害の理解と支援

- 1 『広汎性発達障害における2次障害』
十一 元三（京都大学大学院医学研究科 教授）

第2章 発達障害へのライフステージ支援

- 1 3 『成人期の発達障害から考えるライフステージ支援』
市川 宏伸（東京都立梅ヶ丘病院 院長）

- 2 0  知っておきたい情報ツール その1 

第3章 支援モデル事例

- 2 1 ① 『成人発達障害と精神科受診』
住谷 さつき（徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス
研究部精神医学分野 准教授）
- 2 5 ② 『子育てにおける親の思い』
保 護 者（オーティの会）
- 2 7 ③ 『中学校からの報告』
服部 英昭（徳島市南部中学校 校長）
- 3 1 ④ 『高校からの報告』
濱 紀子（徳島県立徳島北高等学校 特別支援教育
コーディネーター）
- 3 7 ⑤ 『教室における支援』
松浦 直己（東京福祉大学・大学院教育学部 教授）
- 4 1 ⑥ 『学習障害への支援』
島田 恭仁（鳴門教育大学大学院特別支援教育専攻 教授）
- 4 3 ⑦ 『特別な支援を必要とする幼児の就学移行支援の在り方』
福田 康（鳴門教育大学大学院特別支援教育専攻）

- 4 7  知っておきたい情報ツール その2 
 世界自閉症啓発デー 2010

第1章 発達障害の理解と支援

議事録「発達障害支援従事者養成研修会（平成22年2月14日（日）」

『広汎性発達障害における2次障害』

京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 教授 十一 元三

はじめに

京都大学の十一と申します。私の本業は児童精神科医ですので、子供さんやご家族の診察、診療あるいは相談という形が多いのですが、学校医として特別支援学校に入っていたり、家庭裁判所のケースの少年の面接をしたり、少年のいろんな姿・かたちで発達障害のお子さんとおふれることが多いので、自分の経験した範囲内で気付いた点をまとめさせていただきました。

発達障害は、児童精神疾患、児童精神障害と呼ばれている中の一つですが、WHOが採用している診断基準ですと、精神疾患というのはF0からF9までの10ブロックに分けられています。

その中に、例えば、統合失調症はF2のカテゴリー、躁うつ病やうつ病はF3のカテゴリー、PTSDはF4のカテゴリーという分類に分けられており、F7、F8、F9というのが児童精神疾患、児童精神科医が主な診療対象としている部分です。

ところが、F8の広汎性発達障害というのは、他の障害を合併している場合もあり、その合併する障害を見落とした結果、非常に問題行動の多い自閉症のお子さんだというふうにつえられていたりすることもある。これも2次障害の一因になってますので、他の併存することのある障害も意識しながらお話しさせていただきます。

F7、F8について詳しく見ますと、F7はいわゆる知的障害で分かり易いんですが、F8の中に広汎性発達障害及び特異的発達障害（アメリカの判断基準でいうLDに該当する概念）が入っています。特異的発達障害というのは、“specific”すなわち人間の精神活動の中で漢字を読むとか、数字を操るといふ、ある部分がピンポイントで発達上の問題を持っている場合が「特異性」であるのに対して、自閉症、アスペルガー障害はピンポイントではないということの意味する「広汎性」、すなわち精神発達の広い領域で、対人関係も含めて影響していますよ、という意味合いで使われています。

医学的に厳密に言いますと、(米)児童精神医学では発達障害というのはF7、F8を指しまして、多動性障害は、実は発達障害でないということですが、教育現場では非常に子供さんに多く、自閉症、アスペルガー障害のお子さんにも多動傾向がよく見られますので、それも含めて発達障害と呼んでいるということから始まったということでもあります。

現在起きている2次障害の非常に大きな原因は、「診断がよく見落とされている」、「過剰診断」とか言われていますが、実際は「診断の見落とし」が非常に多く、特にアスペルガー障害ほども目立たないが、しっかりと広汎性発達障害があるというお子さんがよく気付かれないということが多くあります。

精神医療の対象

精神医療の対象は、「心理的な問題」、「脳機能の問題」、「身体疾患をベースにした問題」とあります。それぞれ色々な疾患名がありますが、以前は自閉症というのは、お母さんの育て方の問題ではないか、心理社会的要因の結果だと言われた時期がありましたが、現在ではそうではなく、脳発達上の大脳辺縁系を中心とした組織に発達の問題があること、小脳に異常が高頻度で見つかっているということが分かってきており、その意味では、脳発達上の障害であるという認識に変わっております。

広汎性発達障害の概念（Leo Kanner(1943)の報告）

さて、現場において「広汎性発達障害の概念と下位診断」が重要なことになりつつあります。下位診断を理解するためには、広汎性発達障害という概念が出来上がる歴史を振り返ると非常に分かり易いと思います。

(米)ジョーンズ・ポップキッズ大学病院のLeo Kanner(レオ・カナー)児童精神科医が、初めて11人の自閉症のお子さんについて報告しました。これが出発点になっている訳ですが、カナー医師の報告した11名というのは、男子8名、女子3名で、年齢、タイプ、家庭環境等も様々ですが、一つ目の特徴として、全員に共通していたことは、生まれた直後から対人的な孤立(あまり大人に構ってもらおうとしない、人にあやしてもらいよりも壁のデザインを見て一人で嬉しそうにしている)という独特の特徴がみられた。二つ目の特徴として、おもちゃの置き場所、並べ方など一日の手順が同じでないと混乱するといった身の回りを同じ状態に保とうとする「同一性保持」がみられた。三つ目の特徴として、言語発達が非常に遅れたり、オウム返しであったり、コミュニケーションとして使わないボキャブラリーばかり増えていく、といったことがみられた。

カナー医師は、自閉症というのは、「対人的孤立」と「こだわり」の2つの特徴でよいと考えており、「言語」の特徴は全員にみられたにも関わらず、あえて必須の診断項目を入れませんでした。ところがその後、世界中で自閉症という診断をどういうふうにして固めていこうかという議論の過程で、やはり「言語発達の問題」は含めようということとなり、「対人的問題」、「こだわりの問題」、「言語の問題」の3つが世界共通の必須項目となって今日に至っているということです。

この意味から、3つの特徴があれば、医療関係者でなくても自閉症のお子さんで気付くのはそれほど難しい問題ではなかったですし、福祉領域では早くから取り組んでおられたという状況かと思えます。

広汎性発達障害の概念（Hans Asperger (1944)の報告）

それに対して、ウィーン大学のHans Asperger(ハンス・アスペルガー)小児科医が、ほぼ同年に執筆された博士論文の中で4人の少年について報告しました。

子供の特徴がカナー症例とそっくりで、瞳に対するレスポンスが非常に独特(視線の使い方も上目遣いをしたり、少し視線をそらしたりする)である。遊び方も独特で、文字よりも数を先に覚えたり、こだわりがあったりと。しかし、行いは独創的だとアスペルガー医師は解釈しています。

しかし、カナー症例との相違点として、アスペルガー医師の診た4人の少年たちは「人によく向かう・社会的である」という自閉的でない自閉症のお子さんを4人報告したわけです。

もう1点正反対にみえたのが、言語発達がみんな良好であったこと、これはカナー医師は言語発達はみんな問題があったと書いてありますので、一見真逆のことを書いてあります。

明らかな共通点と一見正反対に見える点をどのように整理していこうかということから、自閉症とアスペルガー障害を含めたより大きな広汎性発達障害“PDD”という概念が必要になってきた訳です。

広汎性発達障害（PDD）

広汎性発達障害の概念について、(米)DSM- の診断基準で説明しますと、自閉性障害、アスペルガー障害の共通部分は、二つの特徴(A)(B)により規定しようという考え方です。

第一の特徴(A)は「対人相互的反応」という今まで無かった概念を精神医学に持ち込んで、広汎性発達障害の考え方を作ったのですが、視線、表情、身振りなどの非言語的な対人疎通性の障害、年齢相応の仲間関係ができない、「昨日オリンピックの開会式があったね」とか「地震があったね」とか、こういう傾向がどうも乏しく保護者や友達も、最近本人が何に夢中であるかが分からなかったなんてことがよくありますけど、楽しみや興味について他人との共有を求めないことや「共感性」という新たな概念を持ち込んだ訳です。従来の精神科の概念というのは、幻覚であるとか妄想であるとか、躁うつであるとかいう場合だったのですが、発達障害の登場によって、非常に身近なあたりまえの部分の観察が診断のために必要になったと言えると思います。

第二の特徴(B)は「限定され反復する行動や興味の情動的様式」ということですが、ある限られたことに没頭・反復して繰り返しやすいということを指しています。

この二つの特徴があれば、自閉症かアスペルガー障害のどちらかです。

広汎性発達障害（PDD）それぞれのみに設定された基準

この(A)(B)に加え、明らかな社会的参加を前提としたごっこ遊び(“兄弟ごっこ”でも“ウルトラマンごっこ”でも何でもいいんですが)を全然しないなどの「(C)コミュニケーションの質的障害」がある場合には、自閉症と診断しましょう、というふうになっています。

このA、Bだけであり、Cが無かつ知的にも明らかな問題がない場合は、アスペルガー障害としましょうというのが現在の診断基準です。ただ、アスペルガー障害においてだけIQの発達に条件が付いています。

PDDの下位診断

現在の診断体系では縦軸に「対人相互性の重さの軸(上に行くほど重度)」、横軸に「知能発達の軸(右に行くほど知能が高い)」という形に示しますと、最も対人性の問題が重いのが、(A)、(B)、(C)の基準を満たしているとIQは問わないとされている自閉性障害であり、知的には高い人も低い人もいます。

アスペルガー障害は(A)と(B)があって、かつ“mental retardation(知的障害)”がない場合かつ(C)もない場合はアスペルガー障害としましょうということです。それ以外の領域は特定不能の広汎性発達障害(PDD - NOS)としましょうということです。

これは、単なる学術上の議論ではなく、現場の混乱に非常に関係しているということが最近の現状です。どういふ問題が今起きているかと言いますと、一つは、いわゆるアスペルガー障害の方より、もっと目立たなく知的には問題のない方で広汎性発達障害の方が、結構な人数います。ひょっとすると人口数は1%で全然留まってないのではないかと、2%はいるというデータもあり、もっと多いと報告をする臨床医もいます。

まずは、気がつかないと支援がそもそも始まりませんし、広汎性発達障害なのにそうでないと思っただけで対応を受けていること自体、2次障害を生むということがよくあります。現在、アスペルガー障害に対してキャッチする力が社会全体で増えておりますので、アスペルガー障害に気付くこと及び障害に気付かれない広汎性発達障害の方まで気付くことが大事だと思います。

その際に起きている誤解が、「医療というのは何でも診断してしまう」「こういう方たちは言わばグレーゾーンではないか、だから無理に診断とか支援をしなくてもいいのではないか」という意見もありますが、診断基準に示されているように、PDD - NOSであれアスペルガー障害であれ、「診断するということ」は、「明らかにその障害が臨床域に達している」すなわち、生活上著しい障害を生じているという場合に医師は初めて診断を行います。つまり、PDD - NOSはグレーゾーンでは決してありません。アスペルガー障害と同じく立派に障害等困難を持っていると言っていると思います。

もう1点は、知的障害を持つPDDの子ども達について、特別支援学校の先生方は、典型的な自閉症のお子さんに対してはキャッチするのが非常に上手く、すぐそれなりの対応をされておられますが、典型的な自閉症のような自閉性は目立たないが、実はPDDの診断が成り立つというお子さんの場合に、まさか自閉性障害とは思わず知的障害からくる問題だろうと現場の先生は解釈される場合があり、それを基に生徒指導をしますと、それがたまたま裏目に出てしまって子供さんがパニックを誘発してしまう、あるいは、何気なく行動療法的なことを行ったことがトラウマになってしまって、学校から無断で帰ってしまうようになり、フェンスを乗り越えたり、2階の窓から降りようとしたりとか、そういう2次障害が起きてしまいます。やはり未診断で問題を抱えているお子さんは非常に多いですので、まずPDDと気が付くことが最初のスタートになるかと思ひます。

PDDの臨床像

広汎性発達障害の臨床像を考える上では、欠かせない項目が4つあります。

1つ目のA項目は、「診断基準」であり、「対人相互性」「強迫的なこだわり」がある。

2つ目のB項目は、パニックや知覚過敏とか、従来から指摘されている「随伴特性」です。

このB項目には、自律神経系の問題を抱えている方も多し、認知機能が優れた部分と苦手な部分が極端な方も多く、何れかは必ず持っている、若しくは全部持っているというケースの方も非常に多いと思ひます。このA、B項目が言わば広汎性発達障害に固有の特徴と申し上げていいんですが、それ以外に忘れてはいけないのが、3つ目のC項目として「てんかん」に代表されます幼児期からの「早期併存障害」の多さです。4つ目のD項目は、これも同じ併存障害なんですが、子供の時から併せ持っているというより、大人になる過程で合併症を生じてしまったと、例えばうつになったとか、激しく追い詰められると幻覚とか幻聴を生じるお子さんも稀ではありません。Cと区別して「精神科合併症」とさせていただきます。

2次障害は、いろんな問題・背景が引き金となり生じる訳ですが、単に広汎性発達障害の特徴だけでも十分複雑であるにも関わらず、加えてC、Dの問題(医療的な視点を要する問題)がある場合も少なくないと思います。

PDDの臨床像(A-1.対人相互反応の障害)

広汎性発達障害は医療だけでなく、教育、心理学、神経科学、司法精神科学と幅広い領域に絶大な影響を与えているというのは、やはり『A-1.対人相互的反応の障害』であるからだと思います。

従来、精神障害というのは統合失調症、躁うつ病、パニック障害とかありますが、何れも対人相互性に関しては問題ないということが前提です。そういう基本的な人と人との自然に共鳴しあって精神発達していくという部分の根幹部分に特殊な特徴がみられるというのは、広汎性発達障害の登場によって初めて明らかになりました。A-1を正しく理解することが、当事者の方が何で苦労しているかということをも掴む軸でもありますし、支援する時には、どういう支援をしなければならないかという根幹にある部分になると思います。

実際、どういう形で現れるかということ、ご本人さんの方の注意・関心の持ちどころがどうも周囲とずれてしまう、意思疎通が出来ているようで出来ていない、言語は巧みに使えますし作文すると立派な作文を書くのに自分の意志が伝えられていなかったり、ストレスにより「助けて」というHELPサインを出すのが苦手な方が多いです。感情面においても、非常に無頓着のようにみえることがありますし、社会的行動がピンとこなかったり、知識としてはあっても皮膚感覚としてココは静かにしておいた方がいいとか、そういうことがなかなか分かりづらいという面と言ってもいいかもしれません。

問題として、対人相互性の特徴が年齢によって現れ方が違うことから、なかなかチェックリストでは、かかりにくいことがあります。

例えば、0歳児から特徴が出ているというのが世界中の研究の結果です。大体4、5ヶ月の赤ちゃんになってきますと人の方をよく見ますが、人の視線方向を追いかけたり、「いないいないばあ」をすると一瞬目が合う、お母さんの舌出しを真似るといった点において頻度が少ないということで気付かれるきっかけとなったり、幼児になりますと、指さしとか差し出し(お母さんに自分の大好きな膨らませた風船をぱっと手渡す)といった行為が自閉症、アスペルガー圏の子どもには非常に少ないです。

「共同注意」、「ジョイント・アテンション」と呼ばれている児童精神医学で非常に重要な概念で、広汎性発達障害の最も鋭敏な指標の1つで、早期兆候の1つであると言われています。

また、人見知りが適当にできる(慣れた人にはしない、慣れていない人にする)というのは子供なりの対人関係の距離の取り方の現れです。ところが、アスペルガー障害のお子さんを見ますと、全く人見知りをしないか、いつまで経っても人を怖がるという、両極に分かれやすいです。ですので、保育園、幼稚園や小学校への新入園(学)時に大泣きしてしまうお子さんが多いです。

学童期では、状況に応じた行動制御(授業中に自分ばかり手を挙げたらちょっとマズイだろうとか、シーンとしている中で、大声で質問したらちょっとマズイかなということ)がちょっとピンときづらいということがあったりします。さらに学年が進みますと、相手の感情、立場の理解(クラブの先輩には敬語を使うなど)の感覚が持ちづらい。社会人では、知識として社会規範は入っていますが、行動に反映されないということで事件化してしまった時には非常に不利になることがあります。

つまり、対人相互性は年齢と共に変わりますが、そこに注目して診るということが診断の上で重要で、すし、気づき支援する上で一番の“key”になると言っています。異性とかプライバシーの配慮も社会生活には欠かせません。ところが、異性にどう接したらいいか分からなく、会社の同僚である女の人からメールが入った場合に、「個人から個人にメールが来たので自分は相手と交際している」と勝手に定義してしまい、相手に対してメールや手紙を送りつけたり、問題が起きることもあります。この感覚もやはり自然に分かるという人が少ないので、何らかの対応が必要です。

■ P D D の臨床像 (A - 2. 強迫的傾向)

第2番目の診断基準的特徴(臨床像)は、『A - 2. 強迫的傾向(こだわり)』です。

年齢や下位診断により、自閉症、特定不能の広汎性発達障害の人によって現れ方は変わります。

例えば、「決まった手順しか受け付けられない(同順)」、「同じレストランに行くと同じ物しか食べない」とか、「変更・例外があると混乱しやすい」、「過度に几帳面」特にアスペルガー圏の人に多いですが、学校の先生の言ったことを真面目に守ろうとしすぎて、逆にそれが喧嘩を生んだとかいう相談が非常に多いです。壁に書いてある張り紙に「1日1個はゴミを拾いましょう」と書いてあると、ゴミがない場合にパニックになってしまうとか、「授業中に携帯をさわった人はバツです」と担任の先生が言ったので、隣の子が携帯をさわっていたのを見て髪の毛を引っ張った。そうすると、その引っ張った子の方(当事者)が暴力を振ったということで怒られてしまいますが、当事者にすれば、先生の言いつけを守ったのにどうして自分は怒られ罰則を受けるのかということから、2次障害が始まっていくことがあります。

当事者の行動を間違わずに解釈する必要がありますし、前提として当事者が広汎性発達障害を持っているという認識がこちらにないと正確な解釈ができませんので、まず診断が大事だろうというふうを考えます。

また、「マニア的な熱中とか追求」として、専門家顔負けの知識を身につける人もいますし、インターネットのオークションにハマってしまって、ご両親のカードから何十万も引き落とされていたというトラブルが起きることもあります。

このことから、第2の特徴に関しましては、良く言えば、専門家のプロの道を歩むというプラスの面になることもありますが、下手をするとこだわりにより生活が展開しなくなることがあります。

非常にこだわりが激しい場合、自閉症のお子さんで何時間も同じ動作から離れられないという時は、薬物療法で緩和して支援に入る場合もよくあります。

臨床像のうち診断基準の特徴「対人性の問題」と「こだわりの問題」についてお話ししました。

■ P D D の臨床像 (B . 随伴特性)

『B. 随伴特性』については、「パニック傾向」、「感覚過敏(特に聴覚過敏が多い)」が考えられます。

例えば、「女の先生の甲高い声は聞き取れない」、「男の先生が大きい声を出すと耳を塞いでしまう」、「香水を付けた人がいると耐えられない」、「痛い・熱い・寒いが全く平気で、冬でも短パン・裸足」というお子さんや、混じっているケースも多くあります。

また、「自立神経系の問題」では、「下痢便を繰り返す」、「学校から外に出ると頻尿が起きる」、「低気圧や湿度に弱い」、「筋緊張過多」などのお子さんもいらっしゃいます。

「認知機能のアンバランス」では、「IQが50程度であるのに対し、非常に記憶力があり積木を並べることが得意である」とかいうお子さんがいらっしゃいます。

これまで述べました「パニック傾向」「感覚過敏」「自律神経系の問題」に対しては、薬物療法が劇的に効く場合(普通に電車に乗れるようになったなど)もあります。

発達障害の生徒が安心してクラスで過ごせることは、周りの生徒が落ち着いているという状態のことですので、まず「安定したクラス作り」が基本です。授業中に立ち歩いたり、おしゃべりしている生徒がいると、そのクラスの発達障害の生徒は非常に嫌がりますし、それが不登校のきっかけとなったりします。

学級運営をきっちりとしていただき、出来ればマンツーマンの時間を週に1,2回、保健室で養護教諭の先生に対応してもらう時間を作り、午前中のことを「どうだった」と聞くことにより、集団場面で担任と生徒という関係では言いにくい状況・部分を、静かな部屋で個別に聞くという機会を作ると学校に対する信頼感が高まります。担任の先生ひとりが孤軍奮闘するのではなく、同じ学年や全校で組織的に取り組むということが非常に大事だと思います。孤軍奮闘では限界がありますし、担任の先生自身のメンタルヘルスにも良くありません。

学級で過ごすことへの安心感が生まれてくると、その他の子供に対する被害感も減ってきます。

問題が起きたときに、学校側から相談(特徴として多いのは、すぐに解決したいため行動療法などの案がほしいとの相談)がありますが、私たち、特に児童精神科医(学校保健の立場から)は、行動を修正するのではなくて、正しい行動を目指していると問題行動はひとりでの減ってくるというふうな考えで取り組む場合が多いです。ですので「生徒指導的な発想」と「学校保健の発想」を上手にお互い良いところを取り入れながらやっていく必要があるかと思います。

治療に用いられる主な薬剤

薬物療法は、上手く合うと本人さんにとっても非常に良いですし、単に症状を抑えるのではなくて、良い精神発達を遂げる地盤を造る上で大事になると思います。ただ、使う以上は、ターゲットをしっかり決めて効果がなければすぐに止めるのが原則であると思います。

治療に用いられる主な薬剤は、大きく分けて3種類(抗精神病薬・メジャーランキライザー、抗うつ薬)です。その他に抗不安薬(マイナーランキライザー)、睡眠薬、抗けいれん薬、ADHD治療薬などです。メジャーランキライザーが合うだろうと思っていたら、全然効かずにむしろ抗うつ薬を使ったことで過敏さが減ったりと、使ってみないと本当に解らないです。メリットを得る方は2~3割はいるのではないかと思います。

臨床像の多様性(診断の見過ごしやすさ)

臨床像の多様性(診断の見過ごしやすさ)では、自閉性障害、アスペルガー障害、PDD - NOSとひとつの下位診断の流れがあると申しましたが、下位診断の違いにより、どのように特徴が変わって見えるかということがわかります。例えば、自閉性障害の方に比べると、PDD - NOSと診断された方は視線、仕草、会話などがより自然に見えます。

自閉症のお子さんですと割と気がつきやすいですが、背広とスーツを着て働いているPDD - NOSの大人の方は、一見してこの方が広汎性発達障害と気付かない場合があります。

また、パニックの起こし方も自閉症のお子さんの「癩癩のようなパニック」から、頭をフリーズしてしまう「思考停止程度のパニック」に留まるケースもあります。

何よりも、対人スキルを学習により身に付けている方が増えていますので、視線も合い、挨拶もでき、対人相互性に見え問題がないように見える場合でも、学習で身につけた部分でない部分の動きを見ますと、やはり対人相互性の問題が一番診断の決め手になるかと思います。

臨床像の多様性（診断の見過され易さ）

診断の見過ごしに非常に繋がる多様性の問題は、個人差・性差からくる問題かもしれません。

例えば、女性は非常に診断が見過されやすいです。昔は男女比は10対1程度と言われていましたが、現在は3ないし4対1と言われており、アスペルガー障害の女性の方では、一人を好むタイプではなく、すごく仲間志向“つるみたがる”方もよくいます。

友達が携帯を買ったから自分も携帯を買う、友達に彼氏できたから自分も好きな子はいないけど、とにかく彼氏が欲しい、と形から入って真似をしようとする方もいます。

一見、社会的にも見え、よくしゃべる子がいますので、PDDの診断が見過されやすいです。マイペース過ぎる人は解りやすいですが、非常に対人的に過敏に見える人は、相手の顔色ばかり気にしたり、ちょっとした言い方により「先生、もう私と面談することがしんどいと思っています」と言うような場合は、発達障害と気づかれにくい場合が多いです。人に対する態度でも、相手によらず同じ態度を取り、上司から言葉の使い方の指導を受ける方もいれば、上司と部下により極端に態度を変えるなど極端な場合もあります。

このことから、外見上の特徴では正反対に見えるため、チェックリスト的な発想で診断するのではなく、動きを自然に見て「何か対人的な動きが違うな」と感じる事が一番大事なきっかけであると思います。目の前で面接していると広汎性発達障害と気が付かないような方でも、描画をすると出てくる場合もあります。自分と他者が関わっていく中で、自分のイメージを膨らましていくというのは一般の精神発達ですので、そこに苦手さがあると描画も非常に幼いもの、あるいはちょっと奇妙な形になってしまうということです。この描画で一番驚かれるのが大抵、保護者の方です。

例えば、学校から「お宅の娘さん、アスペルガーの特徴をお持ちだと思うので一度、専門家の所に行ってください」と言った場合、お母さんは「本屋に売っている解説書を見てもどこも当てはまりません。」と最初はおっしゃるんですが、目の前で、例えば絵を描きますと、お母さんが「まさか、うちの子がこういう幼い絵を描くとは」とびっくりされ、それがきっかけでお母さんもその障害の特徴に気が付くようになったということもあります。

本当に外的な特徴は多種であり、典型的な自閉症に見えるお子さんから、全然発達障害があるように見えない方までいらっしゃいますが、やはり診断を受けるだけの特徴を持っていると、描画などにも非常に反映されやすいと考えられます。

早期併存障害（例）

併存障害の問題については、自閉症の方に「てんかん」が多いのは大昔から言われておりますが、実際、非常に多いと思います。「てんかん」も「全般てんかん（大発作を小学校から二十歳くらいまで1回か2

回起こして、後は薬を全然飲まなくていい)」と、「部分てんかん・側頭葉てんかん(発作が持続して、薬を飲んでもなかなかコントロールできない)」タイプがあり、「部分てんかん」の方が問題になります。

それ以外に「睡眠障害」もさまざまな形態がありますが、非常に多いです。「一歳の時から睡眠障害がありました」と言うお母さんや、アスペルガー障害の方で、昼寝をすると叩いても起きないという形で睡眠リズムが上手く出来ていないお子さんもいます。

「発達性強調運動障害」では、運動の学習障害だというふうに考えていただいたらいいんですが、箸・ハサミが上手く使えない、スキップが踏めない、三輪車が漕げないことなどが通常の苦手さの範囲を超えている場合にこの診断がつきます。

「学習障害」の頻度も高く、ADHDに似た症状を持っている方、チック障害も一定の割合でいらっしゃいます。

「てんかん」は、ひきつけとか意識消失であると、すぐに「てんかん」と気が付きますが、発作というのは、一瞬、ボーっとなるだけの発作もあれば、意味不明の行動を20秒くらいする、急にもじもじしてしばらくするとハッと我に返ったりとか、実にタイプが様々です。

例えば、「てんかん」を併存している場合と併存していない場合を比べますと、IQが86と102という形で15(1標準偏差)以上大きく離れます。

つまり、学力の面に非常に影響が出ます。さらに同じ発作を持っているアスペルガー障害の方に限定した場合に、発作がうまく薬で抑制された人と抑制されていない人を比べると、やはりIQが90と78という形で、12も差が生じます。

「てんかん」を持っている人で比べると上手くコントロールされていない方の方がさらに知的にも影響を受けるということなので、やはりきちんと併存に気がついて、薬物療法を開始することが必要であろうかと思えます。

精神科合併症(例)

幼少期から持っている併存障害ではなく、大人になる過程でいろんな問題が合併します。

「被害関係念慮」は、不適応が起きると「学校からの帰り道にいつもおじさんが僕を睨む」「僕を殴ろうとしている」というような被害感という形で言い始めることもあります。更には、統合失調症と間違われやすい被害妄想のようになる場合は、介入を開始しないといけない時期だと判断しています。

不適応になると「うつ状態」に突然なる場合があります。PDDの方のうつ状態の特徴なんですが、一般的うつ状態は、仕事の面でも、遊びの面でも、家庭の面でも、趣味の面でも、一様に元気がなくなりますが、アスペルガー障害の方がうつ状態になると、日課としてやらないといけないことは、絶対やり通すという人が多いです。1日3キロ走るといのはちゃんと走り、それ以外は、意欲低下が起きているということなので、ある人から見ると「いや、いつも通り元気ですよ。ちゃんとやっています。」というふうに見えたりします。(非定型うつ状態)

「(躁うつのある)双極性障害」は、現在、児童精神学会で大問題になりつつあります。というのは、子どもにうつ病がないというふうで大昔言われておりました、最近そんなことを言う人はいなくなりましたが、「でも5歳、6歳の子どもには、躁うつ病はありませんよ」と児童精神科医でも思っておりましたが、実際はたくさんあります。躁うつ、躁状態にやはり激しい問題が起きます。それが、躁うつと気が付かないと、例えば、「自閉症のお子さんが、最近行動が悪化した」というふうに関係づけられてし

まいます。更に、よりきつい行動療法をやるうとしてますますお互い火に油を注ぎ合っていると、それこそ2次障害のいい温床になります。ということからもし躁うつ状態がある場合は、気がつき躁うつの治療をするということが非常に大事になってまいります。

「解離症状」では、多重人格化したり、意識が飛んでしまうという無意識の内に行動を起してしまうという症状、「強迫性障害」では、何時間も手洗いをする、扉の確認を何十回もするという症状を合併することもあります。

「接触性障害、場面緘黙」は、摂食障害、拒食や緘黙になった場合は、メカニズムをPDDを踏まえて解釈しないと、治療が上手くいきません。

「幻覚・妄想」も追い詰められ、ストレスがかかると多いです。幻聴は、2～3%ぐらいで、統合失調症と違って薬が効きにくいことが多いです。しかし、その反面、統合失調症と違って周辺が落ち着くと薬を飲まなくても幻聴が消えていくことがあります。

双極性障害：診断に用いる要素概念

子どもの躁うつ病である双極性障害について、「双極性障害」と診断するためには、診断に用いる要素概念というものがあります。要素概念とは、「躁病群」、「うつ病群」、両者が交じり合った「混合群」があり、「躁病群」のうち強い躁状態が1週間以上あった場合は「躁病エピソード」、それ以外の場合は「軽躁病エピソード」、そのパターンがみえづらな場合は、「特定不能の躁病エピソード」と整理されています。

双極性障害の4病型（DSM - ）

躁症状がはっきりとあり、弱くてもいいからうつ症状がみられた場合は「双極 型障害」。「大うつ病エピソード」が何回も繰り返す、時々ややハイになる時期があれば「双極 型障害」ですが、うつ病と非常によく間違えられます。うつ病と診断されて抗うつ剤を飲むと、今度躁病の症状が引っ張り出されてしまう場合がありますので、単なるうつ病と間違えないようにすることが非常に大事だということが言われています。

PDDの方は、 型、 型ともよくあります。 型は、幻覚・妄想も非常に合併しやすく、統合失調症とも間違われやすいですが、大人の方の場合、躁状態だとすぐ上機嫌になります。子どもの躁状態は、概してイライラして不機嫌で問題行動が増えると、あるいは、性的逸脱行動が増えるというふうなことになります。

子どもの躁を判断するのは、精神発達水準をちゃんと見極めるということで、例えば、「6歳の子が落ち着きがない」というのは別に不思議ではありません。ところが「16歳の子が急に落ち着き無くなった」ということは年齢不相応です。双極 型の躁状態ではこういうことが起きやすいです。幻覚・妄想も出やすいですが、統合失調症と違うのは、気分一致性の幻覚が多いです。

医療的な視点からの整理を背景にしますと、結局、現場で起きている問題というのはこういうふうに分けていいかと思えます。一つは「基本障害」から来る問題です。社会性の獲得、理解しづらさ、こだわりから支障が生じている場合です。次に「随伴特性」です。パニックとか過敏さとか自律神経系の問題が生活を障害している場合です。「併存障害」の問題は、だいたい病院の外来に来る方は、結局、障害に気付かれずに周囲が良かれと思って働きかけたことが、裏目に出て問題行動が増えたという場合です。

結局、一般のお子さんにとってトラウマにならないことがトラウマになってしまって、パニックが増したり、人や場면을回避してしまったり、あるいは、被害観を持って攻撃的になってしまったというケースもあります。学習障害に気付かれずに、学業の遂行困難によっていわゆるコンプレックス的な状況に陥ってしまっているなど。大人になる過程で、幻覚・妄想や精神医療を必要とする様々な2次障害が出て来ているというケースもあります。

2 次障害の原因・背景

広汎性発達障害のまず下位診断の問題から入り、気付くためには、多様性を理解する必要があります。2次障害の背景を考えますと、一つは診断の見落としがある。それによって良かれと思ってした対応が逆に裏目にでていているということもありますし、PDDだと診断がついていても、広汎性発達障害とついたら絵カードを使って個別指導をしたら良いなどその特性を本当に理解していない、支援者側の常識とか自分がたまたま身につけた方法論とか治療プログラムにとらわれると、2次障害が逆に起きてしまいます。

次に、随伴特性とか併存障害が見落とされている場合、例えば、「てんかん」の発作の症状がでていたのですが、不注意とか授業中の居眠りだと間違われてしまっているケースがあります。また、不適応が続くと被害関係念慮や解離症状が出てきたりすることがあります。最後に、広汎性発達障害が世界が目ざされだしてまだ10年ちょっとしか経っていないので、その意味ではまだまだ未知の部分がいっぱいあり、こちらが知っていることで決めつけて解釈せずに分からない部分は分からないとして取り上げてしっかりと究明していくべき問題だと思えます。

医学的分類と司法事例化の背景

司法事例化も2次障害の最たる例ですが、医療的な問題と突き合わせますと、社会性の感覚やマニエラ的な行動のエスカレートがたまたま社会規範に触れたケース、パニックを起こしてしまい他害行動になってしまったケース、逆境とかトラウマ体験から条件づけられていたことが不穏化したケース、被害関係念慮が強まり他害行動が促進したケース、うつ状態で破壊的な行動の着想が沸きやすいケース、といった背景があります。

「高次対人状況」型

最後に、司法ケースを見ておまして“高次対人状況型”と私たちも研究で勝手に名付けたのですが、このパターンが非常に大事件に数が多い事がわかりました。

まず、「高次対人状況」というのは、発達障害に気付かれにくい方が、診断や理解が得られないまま、通常の対人関係に巻き込まれてしまっている状態を指します。例えば、アスペルガー障害の男性と結婚した女性は、当然ご主人に対して期待し、色んな働きかけをするわけです。するとご主人は自分はこんなに真面目にやっているのになんで嫁はこんなことを言うのだろうということで、ご主人自身がちょっと奇妙な行動をとりはじめたりすることがあります。どうなるかと言うと、ややこしい状況の混乱の中で「もう家出してやろう」と、家出するときに白紙からスタートをきるために家に火をつけて家出しようとする。

また、「理科実験型」と呼んでいるんですけど、炎が燃える様子を見たいとか、ある薬物を飲むと動物がどんな反応をするのだろうという関心をそのまま人に対して実行してしまうという普段ならやらない行動をとってしまう。メディアやインターネットに影響されて、やはり通常では行わない行動を混乱に陥ったら、そういう発想が何故か湧いてしまう。その混乱は、決して激しいストレスではなく、人間関係の中に巻き込まれている場合によくおきます。被害感を持っていると余計に他害行動になりやすいです。

結語：基本的な考え方

何をもって2次障害というか様々だと思うのですが、結局、根本は広汎性発達障害であることを見過ごさないこと。随伴特性とか併存障害についても十分チェックすること。お母さんの接し方が悪かっただとか、お父さんが強権的だったからこうなったとかいう心理ストーリーが出来上がる前に、きちっと生物学的な要因を押さえたうえで、心理的社会的要因を分析することが確実かと思います。

良かれと思って障害特性に反する事をやっちゃっているケースがあります。家族・関係者についても発達障害についても、支援の体制が変わりますのでアセスメントしましょうということ。

最後に、目の前のトラブルを解決するだけではなく、社会でなるべく自立して暮らしていけるように長期的な支援を行うということが本人さんにとって一番プラスではないかと思います。

以上です。ご静聴ありがとうございました。



講師のご紹介（平成21年度徳島県発達障害支援従事者養成研修会）

十一 元三 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 教授

我が国では数少ない児童・青年精神医学の第一人者であり、精神神経科領域における広汎性発達障害の研究など、国内外を問わず多岐に御活躍中です。

著書：『TEXT精神医学』、『Memory in Autism』ほか。



第2章 発達障害へのライフステージ支援

基調講演資料「発達障害シンポジウム2009（平成21年11月8日（日）」

『成人期の発達障害から考えるライフステージ支援』

東京都立梅ヶ丘病院院長 市川 宏伸

はじめに（シンポジウムの趣旨）

アスペルガー症候群を含む自閉症スペクトラム、注意欠陥／多動性障害、学習障害などの発達障害は、コミュニケーション、社会性及び行動や学習上の困難を抱え、家庭や学校、地域社会での生活に困り感を持つことが多く、また、脳の機能障害であるため、早期からの診断・介入を進め、適切な支援を始めることがその人の将来に大きく影響するとされております。

今回『発達障害シンポジウム2009』では、「発達障害へのライフステージ支援；小児期後半」～将来のためにいまなにを～を題しまして、基調講演いただきました市川 宏伸 東京都立梅ヶ丘病院院長の御講演資料を、ここにご紹介させていただきます。

成人期の発達障害から考える ライフステージ支援

2009.11.8.
発達障害シンポジウム2009
徳島東急イン
東京都立梅ヶ丘病院 市川宏伸

発達障害とは

医学的な定義は見当たらない
行政的定義がある
・米国：Developmental Disabilities
一生涯の支援が必要（1963年）
・日本：Developmental Disorders
必要に応じた支援が必要（2005年）
発達障害者支援法による

2

発達障害者支援法の「発達障害」とは？

- ・(法)：自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能障害であり、その症状が通常低年齢で発現するもの
- ・(細目)：脳機能の障害であって、その障害が通常低年齢に発症するもののうち、ICDのF8(学習能力の特異的発達障害、広汎性発達障害など)およびF9(多動性障害、行為障害、チック障害など)に含まれるもの

3

精神科とICD-10

- F0: 症状性を含む器質性精神障害
- F1: 精神作用物質による精神および行動の障害
- F2: 統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害
- F3: 気分障害
- F4: 神経症障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5: 生理的および身体的要因に関連した行動症候群
- F6: 成人の人格および行動の障害
- F7: 精神遅滞
- F8: 心理的発達の障害
- F9: 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

4

代表的発達障害

- ・広汎性発達障害:
人相互反応障害、意思伝達障害、独特の行動・興味
- ・ADHD:
不注意、多動、衝動性
- ・学習障害
読みと理解の障害、書字の障害、算数能力の障害
- ・協調運動障害
運動発達の極端な遅れ
- ・コミュニケーション障害
言語の表出、言語の理解、イントネーション、吃音

5

発達障害の変化

従来の発達障害とは？

- ・永続的な心身の機能不全がある。
- ・発達期に生じ、一生持続する。
- ・日常生活に制限があり、治療やケアを受ける必要がある。

肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、知的障害など

6

発達障害の変化

最近の発達障害とは？

- ・知的障害はほとんどないが、あっても軽微である。
- ・発達期に明らかになるが、対応によっては、援助が必要になることもある。
- ・経過によっては、思春期以降に、社会生活が困難になることもある。
- ・学習障害、高機能広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害がある

7

子どもが変わってきている？(1)

- ・ 友達を作るのが難しい
相手の気持ちが分からない
自分の気持ちを伝えられない
- ・ 思考の柔軟性に欠ける
周囲の出来事の意味を読み取れない
自分が嫌なことは他人も嫌と考えられない

8

子どもが変わってきている？(2)

- ・ コミュニケーションが苦手である
言葉の意味を取り違える
情報が錯綜すると混乱する
- ・ 興味の偏りがある
特定のことにのみ興味を持つ
自分が興味のあることは他人もあると思う

9

子どもが変わってきている？(3)

- ・ 学習上の困難を抱える(知的障害と無関係)
特定の科目にのみ興味を持つ
科目の中でもバラツキがある
- ・ 感覚の感受性が特別である
過敏な場合と鈍感な場合がある
自分で調節できない

10

子どもが変わってきている？(4)

- ・ 注意が続かない
特定なものにだけ注意が向かう
目的性も持続性もない
- ・ 自己抑制が苦手である
衝動性が高い
自己評価が低下しやすい

11

広汎性発達障害と特徴

	自閉性障害	レット障害	小児期崩壊性障害	アスペルガー障害
発症年齢	ほぼ3才までに	4才以前(5月は正常)	10才前(2年は正常)	就学前に気付く
有病率	1~2人 / 100人	0.5~1人 / 10000人	自閉症の1/15~1/40?	報告が少ない
男女比	3~5:1	女子のみ	男子に多い	8:1
精神遅滞	正常~重度	重度	中度~重度	ほぼ正常
身体面の障害	特にはない	頭面成長、歩行	特にはない	不器用が多い
言語面の障害	軽度~重度	重度、持続	重度、持続	ほぼ正常
対人面の障害	ほぼ全例、持続	経過の早期に発症	重度、持続	相互的社会性、持続
行動面の障害	常同、多動、衝動的	手揉み、過呼吸	常同反復、排世	常同反復、衝動的
情緒面の障害	狭い興味、音に過敏	周囲への反応低下	狭い興味、執着傾向	思春期に精神症状
脳波	約20%にてんかん	脳波異常・けいれん	脳波異常・けいれん	時に脳波異常
予後	全体としてよくない	よくない	持続してよくない	症状は一生続く

12

自閉症と診断

ICD 10	DSM TR	スペクトラム
F84 広汎性発達障害 F84.0 小児自閉症 F84.1 非定型自閉症 F84.2 レット症候群 F84.3 他の小児崩壊性障害 F84.4 精神遅滞および常同運動に関連した過動性障害 F84.5 アスペルガー症候群 F84.8 他の広汎性発達障害 F84.9 広汎性発達障害、特定不能なもの	広汎性発達障害 299.80 自閉性障害 299.80 レット障害 299.10 小児期崩壊性障害 299.80 アスペルガー障害 299.80 特定不能の広汎性発達障害(非定型自閉症を含む)	自閉症スペクトラム障害

13

自閉症とアスペルガー障害の経過

	乳幼児期	就学前	学童期	思春期	成人期
アスペルガー障害	知的には正常 言語面は通常? 情緒的相互性の欠如 特定の物への興味		学力は普通以上(高校・大学へ進学) 友人関係の困難 特別な興味・能力 いわゆる「おたく」 不適応による精神障害状(被害関係意識・気分障害)		協調性の欠如 社会性の欠如 特殊な才能
高機能自閉症	知的には正常 意思疎通可能な言語 情緒の未熟性 特定の物への興味		通常教育可能(高校・大学へ進学) 論理的思考の困難 友人関係の困難(無視・いじめ) 興起現象(記憶力) 不適応による精神障害状(被害関係意識・気分障害)		社会的自立に困難(対人関係の障害) 要求水準と現実能力
中機能自閉症	軽度精神遅滞 やりとり可能な言語 極端な過敏性 呼名回避 視線回避		特別支援学校教育が多い 部分的に突出した知能 認知構造・情報処理過程の障害 不適応に基づく心身症・神経症様症状(時に医療が必要)		社会生活に援助必要 要求水準と現実能力 一部は知的障害施設
低機能自閉症	中・重度精神遅滞 言語ほとんどなし 「人見知り」の欠如 ・常同反復行動 多動・横目・通い 過敏性・集団参加困難		特別支援学校教育が多い 時に強度行動障害の出現(激しい「こだわり」、自傷、「バニック」) (時に医療が必要) 性的問題(自慰行為・一方的興味)		精神遅滞が前面 社会生活困難 知的障害施設(入所・通所・GH・CH)

14

アスペルガー障害の特徴と対応

- 社会性の欠如
- 言語の問題
- 特定の興味とこだわり
- 不器用な運動機能
- 認知の問題
- 感覚の過敏

15

AD/HDと分類	
ICD 10	DSM TR
F90 多動性障害 Hyperkinetic Disorders F90.0 活動性および注意の障害 F90.1 多動性行為障害 F90.8 他の多動性障害 F90.9 多動性障害、特定不能のもの	注意欠陥/多動性障害 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 314.01 注意欠陥/多動性障害、混合型 314.00 不注意優勢型 314.01 多動性-衝動性優勢型 314.9 特定不能の注意欠陥/多動

操作的診断基準の功罪

PDDはAD/HDに優先するか
 AD/HDの症状は**広汎性発達障害** 精神分裂病……の経過中にのみ起こるものでなく……

AD/HDと診断した子どもの経過を追試しているとPDDの診断基準を満たすことがある

PDD NOSもAD/HDに優先するのだろうか

ADHD児のかかえる問題とは？

- 1 社会からの孤立：
社会的ルール理解不足、他者からは特異な存在
- 2 思い通りにならないことへの不満：
我慢の難しさ、衝動性の亢進、(不登校)
- 3 他児との関係の難しさ：
他児の考えが分からない、無意識に他児を傷つける可能性
- 4 簡単に諦めてしまう：
自己評価の低下、自棄的行動、反社会的集団との結びつき

心がける対応とはなんだろうか？

- 1 自信がつくような対応を考える：
・失敗、叱責の積み重ねから生じる自己評価の低さを軽減する
・誉めることの工夫を忘れない
・自棄的行動、反社会的行動に至らないよう注意する
・無理に矯正するよりは、良い点を伸ばしていく
- 2 対人関係で孤立しないように心掛ける：
・周囲が感心するようなことを考える
・社会性を積極的に教える必要がある

- 3 表現も理解も苦手なことを忘れない：
・”からかい”や軽蔑ととられることは避ける
・分かりやすく、はっきりとした言い方を心掛ける
・意味の解釈が異なっていることがあるので注意する
・誤解を招くような皮肉や冗談は控える
・社会的な常識が欠如していることを考慮する
- 4 状況に依存しやすい事を忘れない
・周囲の刺激が少ない時は安定できる
・本人の状態を考慮して働きかける

AD/HDと予後

- ・以前は楽観視されていた
- ・対応がよくなないと、行為障害などへの移行や併発がみられる
- ・症状により、予後は大きく異なる
多動はほぼ改善される
注意集中困難は続く
衝動性の亢進は、個別に大きく異なる

発達障害の治療

根本的な原因は分かっていない
 ? 根本的な治療法はない

- 1 環境調整や対応改善が第一選択
- 2 薬物治療は対症療法

22

これからの健診システム1

- ・1.5才時健診:
身体的発達など
- ・3才時健診
3才までに…広汎性発達障害
- ・(5才時健診)…鳥取県、世田谷区など
7才までに…注意欠陥多動性障害

23

これからの健診システム2

- ・1.5才時健診:
身体的発達など
- ・3才時健診
3才までに…広汎性発達障害
長期フォローアップ…横浜市、豊田市など
- ・保育所、幼稚園での気づき
専門家による助言、紹介

24

診断、治療? 気づきと対応

- ・診断、治療の専門医は十分か?
- ・誰が診断、治療して欲しいのか?
- 早期診断、早期治療? 適宜診断、適宜治療
- ・気づきへの対応が第一歩
本人・保護者の依頼に基づく診断、治療
- * 保護者同士の結びつき

25

発達障害は社会変化の一環か?

- ・発達障害は様々な分野で話題になっている
- ・社会制度の隙間に存在していた
教育では:通常教育と特殊教育の間
福祉では:療育支援制度の間
医療では:専門医の不足の分野
労働では:就労制度の間
司法では:存在が知られていなかった

26

教育における発達障害

生徒が変わってしまったのか
 大人も変わってしまったのか
 社会が変わってしまったか
 社会も変わらなければならない
 もちろん、教育も変わらなければならない

27

知的障害中心の発達障害概念の限界

- ・ 長らく、発達障害の中心は知的障害(精神遅滞)と考えられてきたが限界がある
- 教育では? 特別支援教育の導入
知的水準を中心とした就学相談の限界
通常学級にいる知的障害を伴わない発達障害
- 福祉では? 強度行動障害事業の展開
知的障害中心の療育手帳の限界
知的障害入所更正施設は自閉症施設?
- 医療では? 発達障害への新たな対応
理解できない行動への対応(司法精神医学) 28

特別支援教育の背景

- ・ 情緒・行動上の問題を抱える通常学級の子ども
- ・ 盲・聾・養護学校の生徒数の変化
盲(現状維持)、聾(減少)、肢体不自由(やや増加)、知的障害(増加)
- ・ 合併重複障害の存在
肢体不自由(70%が合併・重複)
- ・ 専門性ある教員の養成

29

最近の発達障害と不登校・ひきこもり

- ・ 高機能自閉症・アスペルガー障害
社会不適応が、自分では理解できない
一部が被害感や反社会的行動
- ・ 不注意優勢型のAD/HD
自己評価の低下、劣等感の増大による
中学生のAD/HDの10%が不登校
- ・ 発達障害のため、対人関係が苦手

30

最近の発達障害と虐待・いじめ(1)

発達障害があると・・・

- ・ 相手の気持ちが理解できないし、自分の気持ちをうまく表現できない
- ・ 注意されても、意味が分からず同じ失敗を繰り返す
家庭では・・・
- ・ 保護者からみると、可愛くない子ども? 虐待?
本人は・・・
- ・ どうしてよいか分からない

31

最近の発達障害と虐待・いじめ(2)

発達障害があると・・・

- ・ 相手の気持ちが理解できないし、自分の気持ちをうまく表現できない
- ・ 注意されても、意味が分からず同じ失敗を繰り返す
学校では・・・
- ・ 先生から見ると、可愛くない子ども? 反抗的?
- ・ 友だちから見ると、変わっている子ども?
“からかい”や“いじめ”?
- 本人は・・・
- ・ どうしてよいか分からない

32

発達障害と虐待・いじめ(3)

虐待やいじめが続くと・・・

- ・ 発達障害の症状が一段と顕在化する
更に、注意や叱責が続くと・・・
- ・ 自己評価が低下してくる
- ・ 劣等感が強まる
- 結果として・・・
- ・ 存在感が持てなくなり、追い込まれる
???

33

福祉と発達障害

- ・ 自閉症の様々な様態(75%は知的障害を並存)
- ・ 機能により必要性は異なる
 - 知的障害者入所施設の60 - 65%は広汎性発達障害者(行動上の問題を抱えやすい)
 - 知的水準に並行しない対人関係の問題がある
 - 一部は本人のみが悩みを抱え、社会的に認知されていない
- ・ 福祉職員の専門性向上と経済的裏付け
 - 発達障害者支援センターなどの活動

34

福祉的支援

	法	法	法	手帳	手帳
F0: 症状性を含む器質性精神障害	精神保健福祉法	知的障害者福祉法	発達障害者支援法	精神保健福祉手帳	知的障害療育手帳
F1: 精神作用物質による精神および行動の障害					
F2: 統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害					
F3: 気分障害					
F4: 神経症障害、ストレス関連障害および身体表現性障害					
F5: 生理的および身体的要因に関連した行動症候群					
F6: 成人の人格および行動の障害					
F7: 精神遅滞(知的障害)					
F8: 心理的発達障害					
F9: 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害					

35

就労の予後について

知的障害のない発達障害の方が就労持続は難しい
 多くは対人関係の中で傷つく
 要求水準と現実能力の乖離
 一度つまずくと立ち直りが遅い
 再就労のシステムが不十分
 特別就労への援助期間が限られている

36

司法と発達障害

- ・ 了解できない行動上の問題
 - 軽度の発達障害が認知されていない
 - 裁判官が理解しがたい
 - 「反省していない」と判断されやすい・・・重罰?
 - 司法精神医学の専門家が熟知していない
- ・ 家裁調査官の段階で、その存在を認知
 - 現在の矯正プログラムに乗りにくい
 - 調査官を対象とした啓発活動
 - 特定の治療システムが必要

37

発達障害とのお付き合い

- 1 援助者は腹立たしく思っていないだろうか
- 2 非援助者の気持ちを推察できるだろうか
- 3 プライドを傷つけていないだろうか
- 4 信頼を勝ち得ることができるか
- 5 援助者の論理で対応していないだろうか
- 6 その人らしく生きているだろうか
- 7 その子どもの特徴をなくしていないだろうか

38

発達障害は社会的に無用なのか？

そんなことはない！
 特定の分野で素晴らしい業績を残した人には、子どもの頃に落ち着きのなかった人がいる
 社会を動かしている人には、精力的に仕事をしている人がいる
 思春期になって、社会的に逸脱する子どももいる
 子どもの頃の対応こそ重要である！

39

知っておきたい情報ツール その1



発達障害情報センター・ウェブサイトの概要

(発達障害情報センターHPより抜粋)

● 主なコンテンツとその内容

発達障害情報センター・ウェブサイトでは、発達障害に関する情報を大きく7つに分けて紹介しています。

- ▶ **発達障害に気づく**
日常生活において、発達障害に気づくための基本的な情報についてご紹介します。
- ▶ **こんなとき、どうする？**
発達障害のある方の特性に応じた、生活場面での対応などについてご紹介します。
- ▶ **発達障害を理解する**
発達障害の特性やよくある誤解など、みなさんにわかってほしいことをまとめました。
- ▶ **発達障害者を支える、さまざまな制度・施策**
保育、教育、就労などに関する発達障害のある方が活用できる支援情報を提供します。
- ▶ **日本の取り組み・世界の動き**
発達障害に関する日本の施策や事業、各国の情勢についてご紹介します。
- ▶ **相談窓口の情報**
お住まいの地域にある、発達障害に対応する相談機関をご紹介します。
- ▶ **発達障害に関する資料**
ガイドブック・マニュアルなどの資料や最新の研究をご紹介します。
この他に、発達障害に関する「イベント情報」や関連機関の「リンク集」もご用意しています。