

発達障害(自閉スペクトラム症, 注意欠如・多動症)を有する生徒への支援

第15回城南ティーンこころのメンテ研究会

東邦大学医学部精神神経医学講座

助教 船渡川智之

総論

発達障害とは

- 発達障害 (developmental disabilities) は, 1963年アメリカの第35代大統領J.F.Kennedyの福祉政策の中で誕生
 - 第88回連邦議会公法164号; PL88-164
 - 「知的障害と同様の支援が必要な状態」であることが強調
- 知的障害をモデルにして確立された概念 (竹下, 1999)
 - 知的障害は発達障害に包含されるとするのが妥当
 - 両者を区別することによって生じる, 知的障害でもなく「発達障害」でもない境界域の児・者への支援が成り立たなくなる

わが国の発達障害概念

- 1979年日本精神薄弱研究協会(当時)は誌名を「発達障害研究」として機関誌の発刊を開始
- 1992年日本精神薄弱研究協会は日本発達障害学会と改称
(原, 2007)
 - 「世界的に精神薄弱という用語を避ける機運があり, それに替わる種々の名称が提案されてまいりましたが, 研究対象をより広く関連領域まで包括するという意義を重視して, 機関誌名と同じ名称を採用することになりました」
- 2006年社団法人日本知的障害福祉連盟は日本発達障害福祉連盟に改称
 - 発達障害を「発達期に起こる障害の総称」と位置づけ

医学領域での発達障害

- 大部分の発達障害は、精神障害の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM) に基づいて診断できる
 - 症状の出現時期, その強弱など, 発達障害としての経過に習熟しなければ, 診断に至らない場合もある
 - 症状は似ているが, 病態はまったく異なった状態像もある
 - いつもDSMの診断に必要な症状がそろっていない
 - 発達障害児も発達するので, 経過を無視して診断はできない
- 発達障害の診断のためには, DSMのような横断的診断では不十分で, 経過を重視した縦断的診断が求められる

「発達障害」に関連する障害者福祉関連法規

- 児童福祉法：
 - 「障害児」を「身体に障害のある児童又は知的障害のある児童」
- 知的障害者福祉法：
 - 「知的障害」「知的障害者」のいずれの定義もない
 - 「発達障害」をどう認識しているのかについての記載がない
- 身体障害者福祉法：
 - 「発達障害」を位置づけることに困難
- 精神保健福祉法：
 - 「知的障害」を対象から除く

「発達障害」に関連する障害者福祉関連法規

- 障害者自立支援法：
 - 児童福祉法, 知的障害者福祉法, 身体障害者福祉法, 精神保健福祉法の四つの法律の定義を踏襲
 - 実際にはこの法律の定める「障害程度区分」が重要な役割
 - 「発達障害」に強く関連する項目としては, コミュニケーション, 行動, 社会生活に関する項目があるが, 発達障害者(児)のこれらの行動は環境の影響を受けやすい中で, 環境による影響を勘案することが非常に困難
- 発達障害者支援法(2005年施行):
 - 「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」
 - 中心的な施策: 「発達障害の早期発見, 早期発達支援」「保育」「教育」「放課後対策」「就労支援」「地域での生活支援」「権利擁護」「家族への支援」「専門的な相談支援拠点(発達障害者支援センター)の設置」
 - 最大の特徴: 児童期から成人期を視野に入れたライフステージに対応
- 障害者差別解消法:
 - 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(「合理的配慮」の義務化)

社会福祉学的視点からみた発達障害

- 社会福祉学の基本的な援助視点の2つの柱
 - ① クライアントの生活ニーズの把握
 - ② 生活ニーズに対する支援(ソーシャルワーク実践)
- 現実の実践:
 - 生活ニーズのアセスメント
 - フォーマルなサービス(制度に基づいたサービス)およびインフォーマルなサービス(制度以外のさまざまな資源と諸活動)の提供
 - 提供機関への結びつけ(リンキング)

社会福祉学的アプローチ (生活ニーズの把握)

- 生活をQOL (quality of life: 生活の質, 人生の質, 生命の質) として考え, 健康, 労働, 経済生活, 家庭生活, 社会参加, 趣味, 文化活動, レクリエーション活動といった諸側面にとらえる
 - 相互の関連から生活の支障が生じているとして, 生活を全体的にとらえる考え方
- 「生活ニーズ」=
 - 「生活をするうえで困っている状態」+「その状態を解決するために福祉サービスなどの支援を必要としている状況」
 - 「健康」「日常生活動作」「介護負担」「家事」「経済」「家族関係」「社会交流」「ストレス」の8側面から評価
 - 「身体機能的な状況」「精神心理的な状況」「社会環境的な状況」から, 「生活するうえで困っている状態」の生じる理由を分析

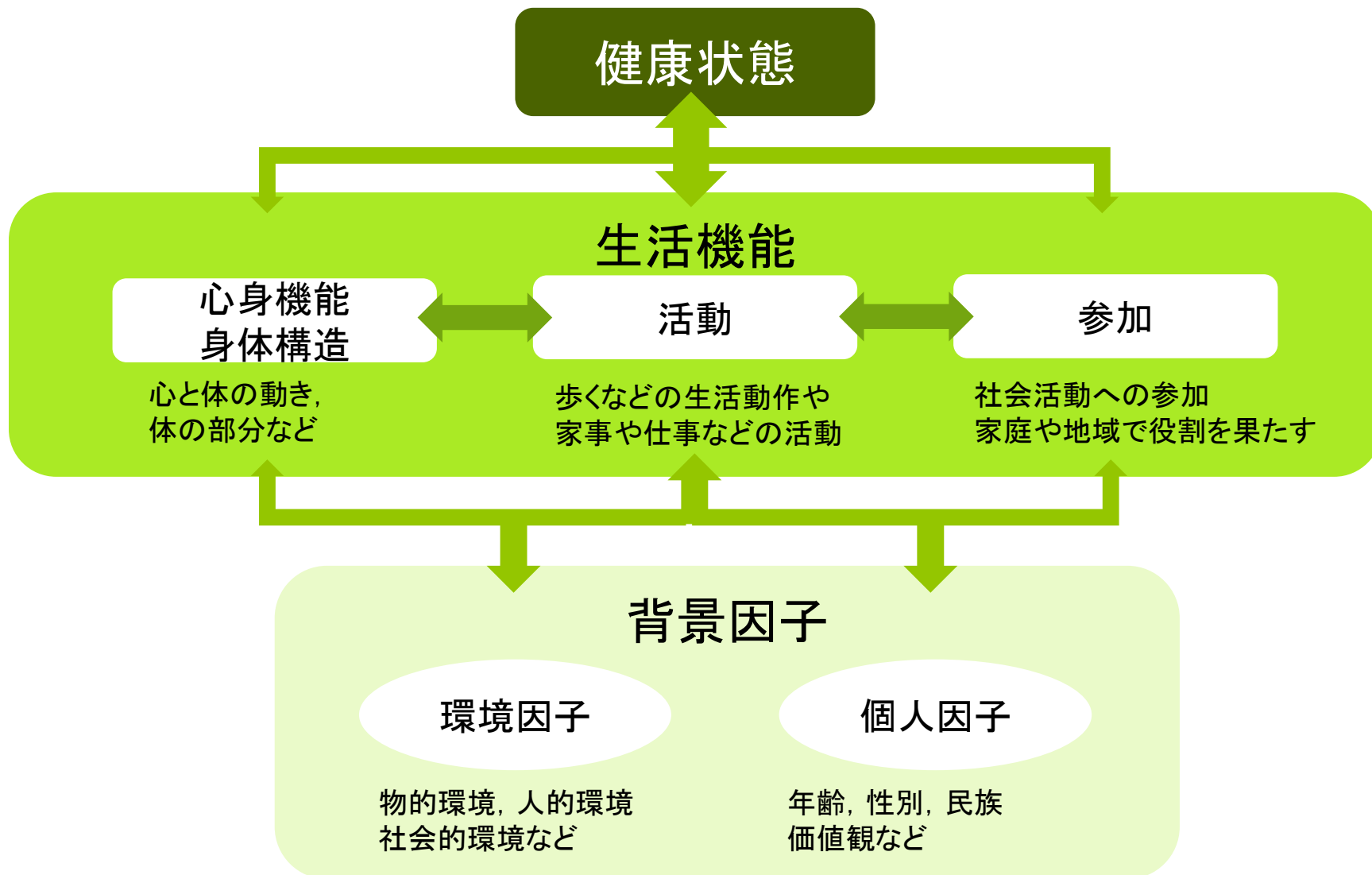
国際生活機能分類 (WHO, 2001)

(international classification of functioning, disability and health: ICF)

- 社会環境要因をより重視
- 「身体機能・構造」「活動」「参加」という三つの次元から提案
- 「健康の構成要素に関する分類」であり, 新しい健康観を提起
- 生活機能上の問題は誰にでも起りうるもの
 - 特定の人々のためのものではなく, 「全ての人に関する分類」
- 「医学モデル」, 「社会モデル」総合し, それによって生物学的, 個人的, 社会的観点を総合した首尾一貫した見方を提供
- 生活ニーズの解明とその発生要因の分析の際に重要な考え方
(中野, 2003)

国際生活機能分類 (WHO, 2001)

(international classification of functioning, disability and health: ICF)



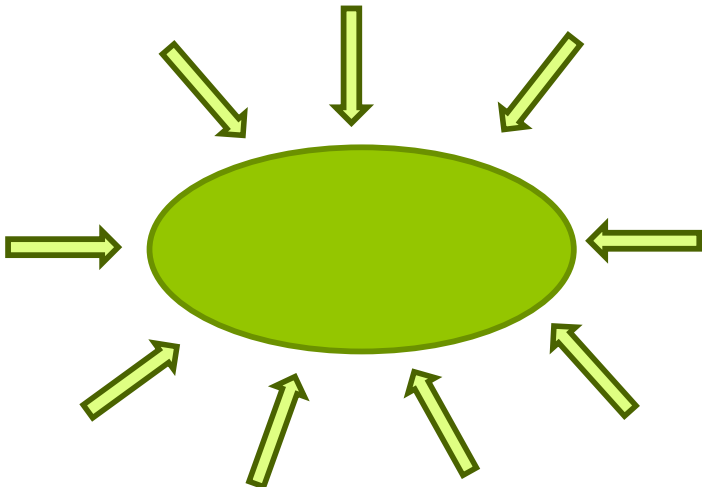
生活支援

- 「生活モデル」: 生活のさまざまな側面が相互に影響し合って生み出される相互作用としてとらえる見方
 - 障害者を必要な知識を経験的に理解し, 自ら主体的にニーズの解決に向かう潜在力のある存在としてみる
- ⇔ 「医学モデル」: ニーズの発生する原因を病気や身体機能の障害といった医学的な原因へ還元してとらえる見方
- 「発達障害」の特徴: 「認知」「学習能力」「言語能力」「社会性」「運動」「手先の細やかな動き」「注意や行動のコントロール」の7側面の発達に障害がある (杉山, 2007)

発達障害に対する社会学的視点

- 社会学的視点：(Davis, 2006; 石川, 1999; 杉野, 2007)
 - 障害を社会的現象として取り扱おうとするアプローチ
- Disability studies :
 - 近代社会における障害は、産業社会が求める望ましい労働者像との関連で構築されてきた
 - 「働けない」身体への名づけとして「障害」というカテゴリーが生み出されていった
 - 「発達障害」の社会問題化が、コミュニケーション・スキルや社会関係の構築の能力を労働者に要求する、産業構造や労働市場の変化と深く結びついている
(本田, 2005; 高岡, 2007)
 - 社会そのものが、「発達障害」という新たな逸脱カテゴリーを生み出した

発達障害における診断の意味

医学モデル	原因→症状→診断→経過→治療→転帰
心理・社会・教育モデル	<ul style="list-style-type: none">• さまざまな要因が一つの布置をつくる• 心の病気に影響を与えるものは、本人の素因, 成育史, 家族状況, 教育状況, 家族外の人間との状況, 本人の気質およびパーソナリティなど多岐にわたる 

発達障害における診断の意味

- 既知の発達障害における高い素因という問題を考慮すれば、発達障害の患者の親の側も、未診断、未治療の成人であるという場合がまれならず認められる (浅井 他, 2005)
 - 健常な親の場合とは異なった「診断」における対応が求められる
- 高機能広汎性発達障害患者の非発達障害である親においても、気分障害が非常に多く認められる (並木ら, 2006)
 - 療育に向けて一方的に励ますことは禁忌の可能性すらあり、慎重な対応を要する
- 評価尺度は診断における有用な情報を提供してくれることが少なくないが、尺度のみによって診断を行うことは無理がある
 - 問診こそ最も鋭敏な指標 (Brown, 2005)

発達障害と愛着との関係

- 発達障害を愛着との関連でとらえる動きが少しずつ生まれつつある
(滝川, 2006)
- 愛着の問題を考える際には, 子どもの愛着の問題の有無のみを検討すればよいのではない
 - 乳幼児を彼らのみ独自の存在としてとらえることは困難で, 彼らとその養育者を一つのペアとしてとらえることによって初めて理解される存在
- <子どもー養育者>関係の質が人生の最早期に顕在化する問題と関連する
 - 人生の最早期段階の愛着形成の質は, その後の人間のこころの発達の基盤となるきわめて重要なもので, その成否はその生涯発達に甚大な影響を及ぼしていく

発達障害における「発達」の意味

- 発達障害にみられる現在の症状(障害)の大半は、過去から現在に至る過程つまりは発達の過程で形成されてきたもの
(小林, 2000, 2001, 2004, 2008)
- 症状(障害)は将来にわたって改善したり増悪したりする, つまりは変容していく可能性がある
(小林, 2000, 2001, 2005, 2008)
- 発達障害においては, 土台が育ってその上に上部が組み立てられるという一般の発達の動きが阻害される
(小林, 2005)

発達障害における「障害」の意味

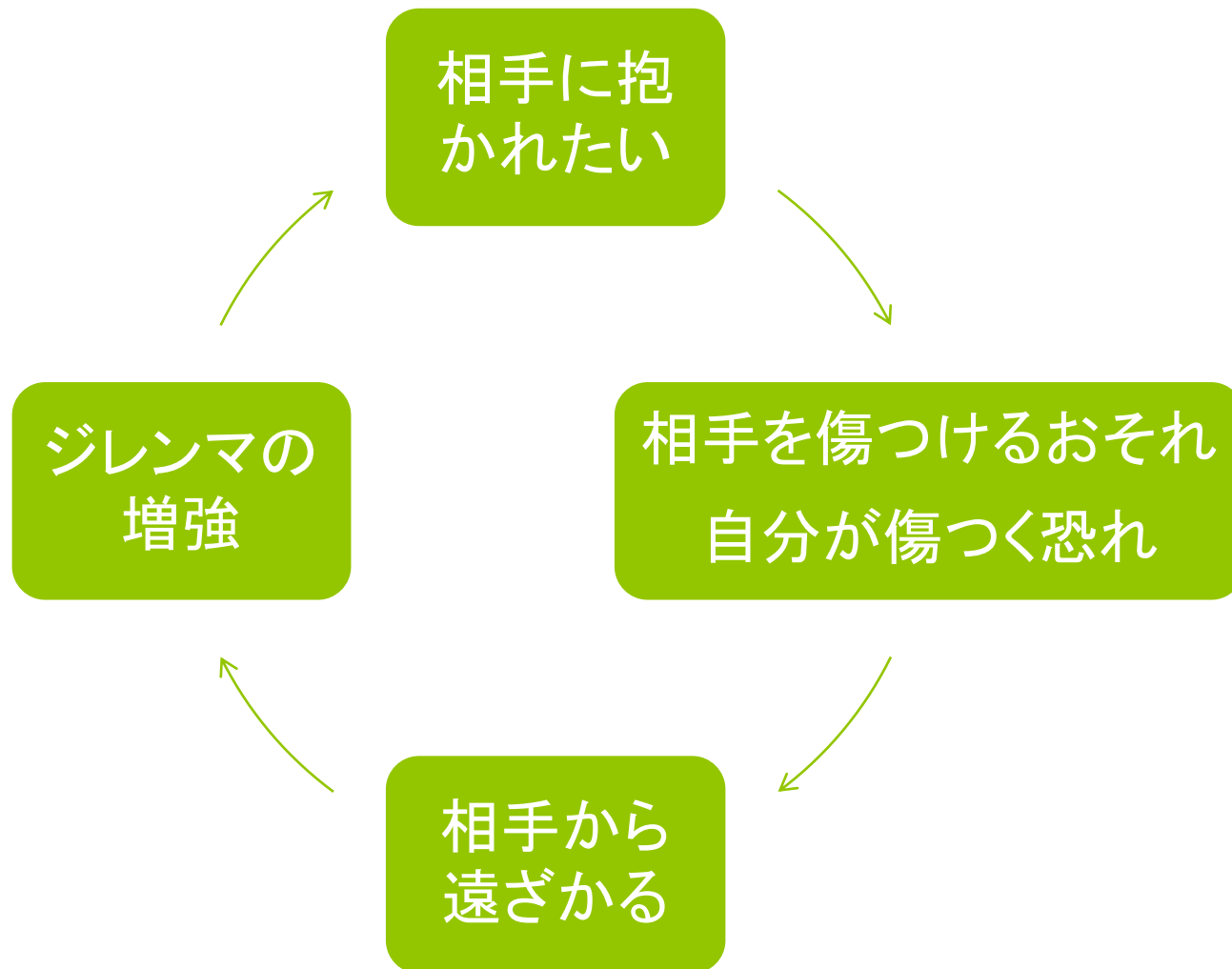
- 障害は、下記3つの要素の分けて考えられる
 - 基礎障害 (impairment) : なんらかの中枢神経系の機能に起因する基礎障害
 - 一次障害ないし特異的障害 (診断を特定化するうえでの重要な障害) (disorder/disability) : 診断基準における行動特徴の出現
 - 二次障害 : 学童期から思春期にかけて呈する多彩な行動面や精神面の障害や症状
- 発達障害の場合、一次障害も二次障害と同様に、個体と環境との相互作用の結果の産物として理解する必要がある

(小林, 2008)

発達の実台としての愛着の問題

- 発達現象とは、実台が育ち、それに積み重ねるようにして展開していくもの
- 生誕後、素質と環境が不断に交互に影響を及ぼし合いながら展開していくということが発達の本質
- 発達障害の問題に取り組むにあたり、対人関係そのものがなぜ成立困難なのか、再度原点に戻って対人関係の質的検討を行う必要がある
- 把握された関係の問題(関係障害)に対して支援を重ねながら、関係の変容過程を通して、こころの育ちを検討していくことが最も現実的で、実践的な営み (小林, 2005, 2008)

関係欲求をめぐるアンビバレンス



関係障害が続くと

- 関係障害という渦に巻き込まれた子どもと養育者はともに、容易に抜け出すことができなくなる
- 関係障害の中で、養育者も子どもの関心や興味をつかむことが困難となり、その結果として、一方的に子どもに何かをさせたり教える関わりとなっていく
- 子どもの主体性を損ない、後々、深刻な自我障害をもたらす危険性が高くなる (小林, 2005)

愛着と情動

- 情動
 - 愛着において中心的役割を果たす
 - 本能に根ざした生物学的色彩の強いもの
 - 人と人とをつなぐうえできわめて重要な役割
- 情動的コミュニケーション(emotional communication)は、乳幼児と養育者とのあいだで愛着形成を基盤にして初めて積極的な役割を果たすことができるようになる
- 愛着形成不全をもたらす虐待をはじめとしたさまざまな病態において、情動的コミュニケーションの破綻により、脳の成熟過程にも深刻な影響が生じる

発達障害への医学的対応

- 薬物療法，作業療法などのリハビリテーション，精神療法など
 - 年少児期に中心となるのは薬物療法
 - 年長児期では薬物療法と精神療法が中心
- 多動や注意力障害などの基本特性のコントロールや，攻撃的行動や不安・強迫症状，さらにはてんかんなど，心身の併存症・合併症の治療を目的
 - 多動に対して薬物を使用するのも，周りが困るからではなく，離席をせずにみんなと一緒に学習を続けられることが本人の利益となるため

特性と障害を分けて考える

- 発達障害は、特有の基本特性があるだけでは発達障害とは
いわない
 - 自閉症特性だけでは、自閉性障害という必要はなく、生活上の問題（適
応行動の問題）があつて初めて自閉性障害と診断
- 非定型の発達特性に気づいたときには、「障害」を引き起こさ
ないような配慮・支援が必要とされ、発達障害の状態で見
つけたときには、特性を改善するのではなく、その「障害」の
状態を改善する働きかけが必要

発達障害に対する精神療法的視点

- 「治癒をもたらすことを唯一の目的としない」
- 「症状の除去は必ずしも治療の成功を指すものではない」「子どもの治療は、緊張や不安や歪められた自己概念によって引き起こされた不快や、快適かつ円滑に機能することを妨げているすべての内的外的な力を緩和して寛ぐように仕向けることにある」「精神科医はすべてを俯瞰して患児の福祉を図る中核的存在であらねばならない」

(Kanner L et al., 1972)

- 「精神療法というのはまずは患者がそこで息をつけるような場所を提供する」
(土居, 1989)
- 治癒という目的に向けて患者を導くということではなく、個々に(仮に)設定した目標に向かい、ともに歩むという共同作業

発達障害への薬物療法

- 知的障害(精神遅滞), 自閉症スペクトラム障害, コミュニケーション障害, 発達性協調運動障害に対する薬物療法は, 根治的療法ではなく, その部分症状や二次的・副次的症状, 併存障害に対して用いられる.
- 注意欠如・多動(性)障害(ADHD)に対しては最近の研究成果から病因論的なアプローチが考えられている

薬物療法の七つの原則

1. その子どもは薬物療法に対して反応することがわかっている
標的症状があるか
2. その症状はどれだけ重度であるのか、またその子の治療目
標は何なのか
3. どの症状が薬物によって改善されそうなのか、またどの症状
が改善されそうにないか
4. 治療への反応の見込みはどうか(これまでの治療実績とその
症例についての判断から)
5. 薬物療法の利益と危険性(副作用)のバランスはどうか、短
期使用と長期使用でどうか
6. 治療への反応と治療成績はどのように評価されているのか
7. 薬物の危険性(副作用)のモニター(血液検査など)は必要か

障害告知・説明

- 「障害名を伝える」といった単純なものではなく、必要に応じて繰り返し本人へ説明するという「教育」
- 障害を告知することで、本人が自分の得意な分野、あるいは不得意な分野を知り、不得意な分野をどのように修正していけばよいか工夫したり、必要に応じて支援を求めることができることを目的とする
- 障害告知を本人にすべきであるという考え方は、発達障害児・者の支援者に広く受け入れられているが、障害告知の具体的方法については、統一したものではなく、子ども側の要因と周囲の状況をよく検討したうえ、ケースバイケースで行っているのが現状

保護者への支援

- 親の養育態度や精神病理が子どもの障害の原因であると誤解された時代があった
 - 1943年L.Kanner: どの症例の親にも冷淡な養育態度が共通しており、それが子どもの心を閉ざさせる原因と考えられた。生物学的な障害と考えるよりも環境要因による心因性の反応と考えるほうが、当時の精神医学および心理学の常識に即していた
- M.Rutterらの言語認知障害説などによって否定
- 「問題の親」あるいは「治療の対象としての親」から、子どもの「療育の協力者」あるいは「治療者としての親」へと急速に転換

(久保, 2004)

保護者への支援

- 発達障害がある子どもの親への支援へも福祉・教育・医療、また地域活動などが連携し、役割を分担しながら継続的に行われる必要がある
- 市町村の乳幼児健診で障害を発見された場合、子どもの障害への介入と同時に親の精神的健康の維持と向上を目的として、医師や保健師、心理士や言語聴覚士など多くの職種が協働して支援し、その後は診断のための医療機関への紹介や、療育のための施設への紹介など
- 知的障害がある場合には療育手帳の利用によって保護者の経済的負担を軽減する援助が提供される

発達障害児の福祉的支援

- 障害者自立支援法(2006年4月施行):
 - 発達障害についても, 他の障害における障害の重篤度を鑑みて, 各自治体等の判断で障害児・者支援サービスを活用することは可能
- 療育を必要とする発達障害児を対象とした児童デイサービスや放課後対策, 保護者のレスパイトケアとしての地域生活支援事業(タイムケア)などの福祉サービスが存在
- 就労支援:
 - 地域障害者職業センターによる職場適応援助者(ジョブコーチ)支援事業や障害者試行雇用事業(トライアル雇用事業)など就労支援サービスが提供される

発達障害への対応で目指すもの

- 子どもへの支援：
 - 発達障害特性があることで子ども自身が体験しているさまざまな困難状況を改善すること
- 家族への支援：
 - 発達障害特性のある子どもを養育することに関する困難さへの支援
- 子どもが所属している社会（学校が中心）への支援：
 - 集団内において対処することの困難さへの支援

発達障害のある子どもへの対応の概要

(宮本, 2006)

1. 目的	1) 子どもの健全な人格形成 2) 保護者の養育支援	
2. 目標 (目的達成のための)	1) 子どもに対して	(1) 行動問題のコントロール (2) 心理面の安定化 (3) 発達問題への対応 (4) 併存症・合併症への対応 (5) 教科学習面の問題への対応
	2) 保護者に対して	(1) 発達障害への理解促進 (2) 患児への理解促進 (3) 養育上の困難への助言 (4) 関係機関に関する情報提供や仲介
	3) 関係機関に対して	(1) 関係機関への情報提供 (2) 関係機関での対応に関する助言 (3) 関係機関間のコーディネート

各論① (自閉スペクトラム症)

DSM-5 神経発達症群／神経発達障害群 (Neurodevelopmental Disorders)

- 知的能力障害群
- 自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害
- コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群
- 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
- チック症群／チック障害群
- 運動症群／運動障害群
- 他の神経発達症群／他の神経発達障害群

自閉スペクトラム症

(autistic spectrum disorders, autism spectrum disorders: ASD)

- 3つ組(社会性, 社会的コミュニケーション, 社会的イマジネーション)の障害の存在で定義される概念

(Wing L. 2005)

- スペクトラム概念:
 - 連続体という概念を提唱したことは自閉症の範疇を一気に広げることになった
 - 同時に正常, 人格障害との境界, 学習障害 (learning disability: LD) や注意欠如・多動(性)障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) などの他の発達障害との関連について多くの議論を生じるきっかけとなった

自閉症概念の変遷

- 1943年 Leo Kanner 11人の“自閉的孤立”の子ども
- 1944年 Hans Asperger「子どもの“自閉的精神病質”」
- 1960年代 Bruno Bettelheim「自閉症は母親との愛着関係の弱さの影響」
- 1970年代 Michael Rutter「言語－認知障害仮説」
- 1980年代 DSM-Ⅲ「広汎性発達障害」
- 1981年 Lorna Wingが論文の中でAspergerの研究成果について言及
→「アスペルガー症候群」
- 1993年 Christopher Gillberg「アスペルガー症候群は330人に1人」
- 2006年 Gillian Baird「自閉症スペクトラム症状の診断と一致するのは人口の1%」

約40年前は自閉症はまれ(1万人に4人)であったが、
現在では珍しいものではなくなった(100人に1人)

自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder, ASD)

DSM-IV-TR

- 広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorder)
 - 自閉性障害 (自閉症)
 - アスペルガー障害 など



DSM-5

- 自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder)
 - 定型発達から典型的な自閉症までを、特性の強弱でひと続き (スペクトラム) であるとみなし、サブカテゴリーはない

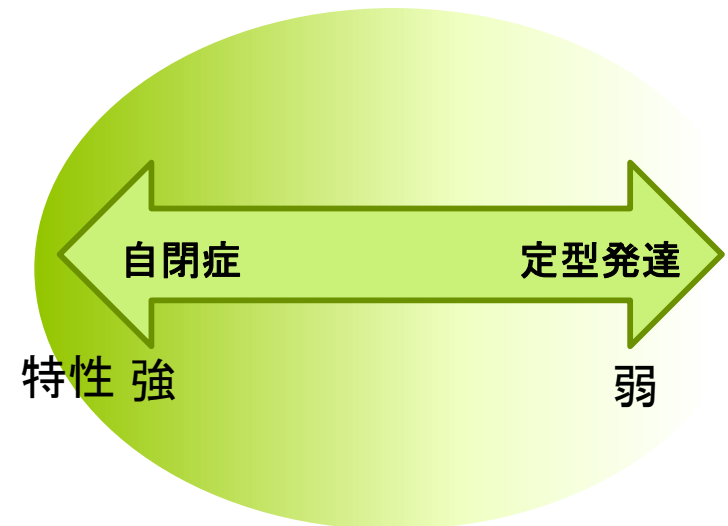
診断基準の変化

～カテゴリーからスペクトラムへ～

DSM-IV TR
広汎性発達障害



DSM-5
自閉症スペクトラム障害



疫学

- 1966年イギリス 推計値1万人あたり4.5人(0.045%)
(Victor and Lotter, 1966)
 - DSM-IV - TR有病率 中央値1万人に対して5人(0.05%)
(American Psychiatric Association, 2000)
- 2006年イギリス 1.16% (Baird et al., 2006)
- 2008年日本 1.81% (Kawamura et al., 2008)
- 2011年韓国 2.64% (Kim et al., 2011)
 - 疾患概念や社会的な認知が拡大した結果
(Elsabbagh et al., 2012) (King, 2009)
 - 女性よりも男性に多いことが一貫して報告(Lai et al., 2014)
 - 女性特有の保護因子, もしくは男性特有のリスク因子が想定
 - 自閉スペクトラム症の7割以上が併存症を有する(Selten et al., 2015)
 - 知的能力障害, 注意欠如多動症, てんかん, 双極性障害や精神病性障害に加え, 睡眠障害, 消化器症状や免疫系の異常が多い(Lai et al., 2014)

病因

- 一卵性双生児の一致率47～96%，同胞再発率1.5～19.4%
(Kim et al., 2015)
- 既知の遺伝学的診断や精神障害の併存のない自閉症者の49%は、健全な親から継承した頻度の高い変異の集積で説明可能
(Gaugler et al., 2014)
- グリア細胞の機能異常と炎症や免疫の関与: グリア細胞はシナプス形成、シナプス刈り込みや可塑性に重要な機能を果たし、その機能障害は自閉スペクトラム症のみならず、統合失調症、アルツハイマー病の病態にも関連する
(Chung et al., 2015)
- 神経病理や脳画像の知見では、自閉スペクトラム症者の脳に活性型ミクログリアとアストロサイトの増加が観察され、死後脳では、慢性的の神経炎症所見、免疫やグリア関連遺伝子の過剰発現が認められている
(Voineagu et al., 2011)

病態

- 実行機能(遂行機能)の障害
- 中枢性統合の弱さ
- 心の理論(theory of mind)の障害
- 共感化の障害ーシステム化の強さ
- ごく特定の分野に限り優れた能力を発揮することがある(サヴァン症候群)
- 苦痛な体験をいつまでも忘れずに覚えていることがあり、突然その体験を鮮やかに思い出して苦痛を再体験することもある(タイムスリップ現象)

診断と臨床像

- 主徴候

- 1) 社会性の障害

- 2) 言語・コミュニケーションの障害

- 3) 興味の限局と常同的・反復的行動

- 上記の3つの領域における早期発症によって定義されてきた.

- DSM-5で1)と2)がまとめられた

社会性の障害

- 他者との相互反応の質的な障害
 - 幼少時から1人遊びを好み、視線が合いにくく、すぐに目をそらす傾向がある。
 - 人に対して関心がなく、人や状況に対して自然にかかわれない
 - 対人的疏通性に欠け、感情的接触がとりにくい、傷ついたときに慰めを求めない
 - 人見知りや遠慮がない
 - 社会的文脈に応じて自分の行動を調整することが困難で、他者の感情を察して適切に反応することが苦手
 - 同年齢の仲間との相互関係が限定され、親密な友情関係を築くことが困難

言語・コミュニケーションの障害

- 言語表出においても言語理解, 話し言葉, ジェスチャーにおいても発達の遅れ
- コミュニケーションの目的としての言語使用が困難
 - 自閉症の約30%は有意味語を獲得しない
- 反響言語, 代名詞の逆転, 単語や語句の独特な使い方, 言葉の創作, 反復的な語句など
- 他者とやりとりする形ではなく, 他者に一方的に話すなど相互的な言葉のやりとりが困難
- 言葉を実際に使用するうえではユーモアを理解したり, 皮肉や暗示された意味のような言葉の文字以外の側面を理解することが困難

興味に限局と常同的・反復的行動

- 特定の行動や活動への異常なこだわり
- 変化に対する抵抗
- 同じことを繰り返す常同行動
- 特異なものへの執着
- 限られたテーマに没頭
- 物体の一部に対する持続的な熱中や動くものに対する強い興味
 - サヴァン症候群といわれる特別な能力が存在することがある

併存する精神症状・疾患

- さまざまな精神症状あるいは精神疾患が併存
(Levy et al., 2009)
 - 不安障害 (43～84%)
 - うつ病 (2～30%)
 - 強迫性障害 (37%)
 - 注意欠如・多動症ADHD (59%)
 - 反抗挑戦症 (7%)
 - チック障害 (8～10%)
 - てんかん発作 (5～49%)
 - 睡眠障害 (52～73%)
 - 興奮性, 攻撃的行動などの非特異的な異常行動 (8～34%)
 - 自傷行動 (34%)

治療

- 自閉症スペクトラム障害の治療の基本は「治療教育(療育)」
- 治療目標
 - ① 基本的障害の代償と克服
 - ② 個々の適応行動の発達を促すこと
 - ③ 行動の異常や偏奇を減弱・予防すること
- 現時点では自閉症スペクトラムの治療薬は存在しないが、対症療法的に薬物療法を用いることもある
 - 易刺激性の改善→リスペリドン, アリピプラゾール
 - 対人コミュニケーションの改善→オキシトシン?

経過と予後

- 自閉症状のすべてをもつ子どものうち、約70%が有意な言語を獲得
(Goodman et al., 2005)
 - 5歳までに言語を獲得しなかった子どもは、その後獲得する可能性は低い
 - IQが70以上で5～7歳までに適切な言語を使用することができる自閉症児は予後が良好
- 高機能自閉症児5歳時点と13歳時点での症状を比較した追跡研究
(Sadock, 2007)
 - 若干の自閉症的特徴を残してはいるものの、もはや自閉症の診断基準に適合しない事例もみられ言語能力と社会関係の改善が最も多く報告
 - 自閉的孤立は全症例の半数強で改善し、積極奇異的な社会的関心に置き換わる

経過と予後（青年期）

- 青年期における変化（Goodman et al., 2005）
 - てんかん発作の発症のピークは11～14歳
 - 早期の多動は不活発や無気力に置き換わる
 - 約10%の自閉症の子どもは青年期に言葉を失い、ときに知能低下をも伴う時期を経験する。この機能低下は進行性ではないが、失った言語能力は一般に回復しない。
 - 興奮はよく起こり、ときに深刻な激越状態に至る
 - 扱いにくい不適切な性的行動が起きることがある

経過と予後（成人期）

- 成人期における変化 (Goodman et al., 2005)
 - 自閉症状をもつ者の約10%は就労でき、自立できる
 - 友人をもち、結婚し、親になる割合が低い
 - 長期的な社会的独立を最も予測する因子は児のIQと、5歳までに話し言葉を獲得したかどうか非言語性IQが60未満の子どもはほぼ確実に、成人期になっても重度の社会的障害が残り、独立して生活することはできない
 - IQが高い子どもは、特に5歳までに有意味語を獲得していれば、おそらく独立して生活することができる
 - IQと言語に恵まれても、典型的な自閉症の子どもが成人期に良好な社会的転帰をとる可能性は50%しかない
 - 軽症の自閉症スペクトラム障害の予後は一般により良好

各論②

(注意欠如・多動症)

注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害 (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD)

12歳以前に、2つ以上の状況(学校と家庭など)で

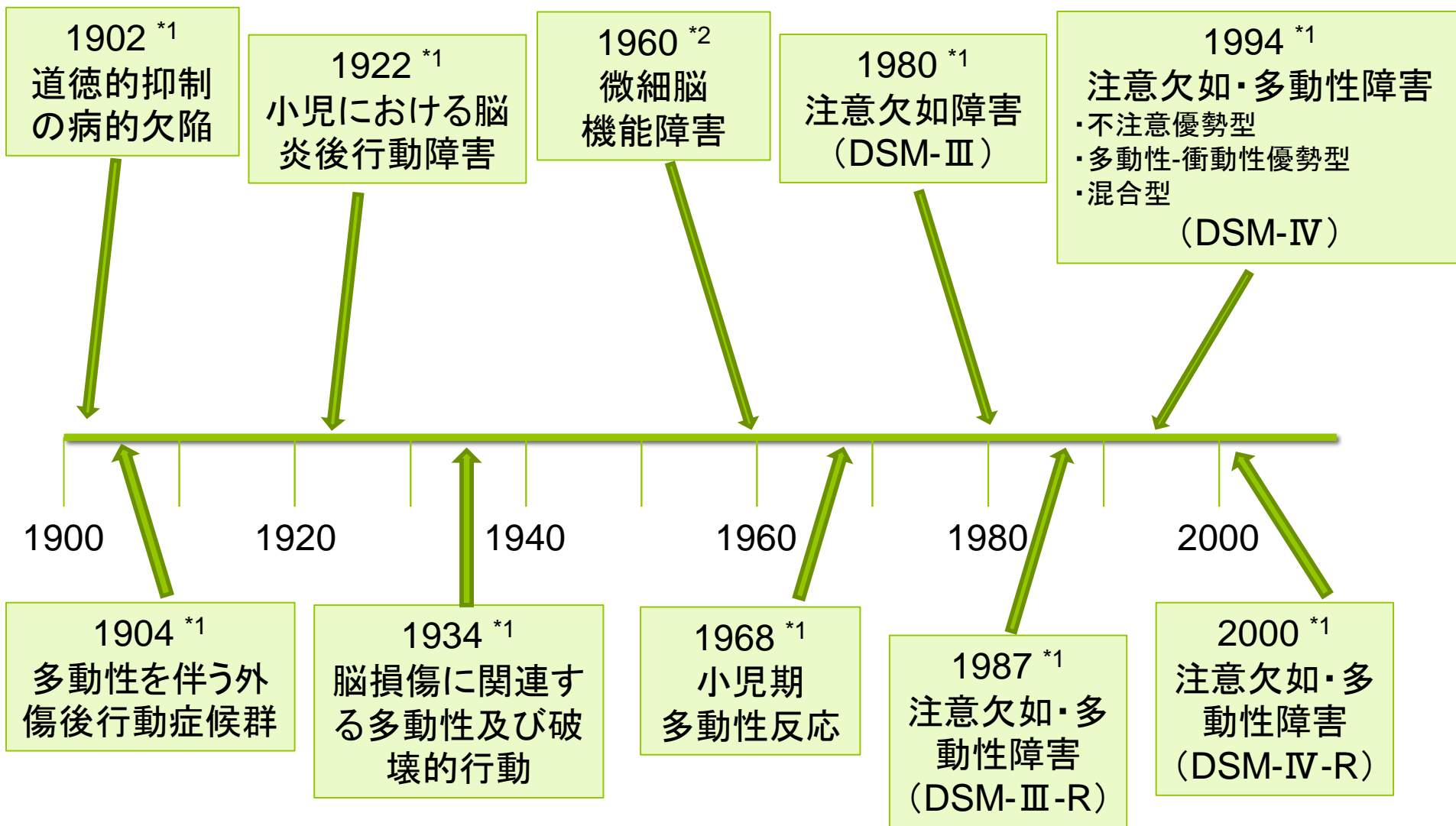
- (1) 不注意
- (2) 多動性
- (3) 衝動性

が少なくとも6ヶ月以上持続したことがある。

その程度は不適応的で、発達の水準に相応しない。

社会的、学業的または職業的機能において、質の低下または影響をもたらす。

ADHDの歴史的変遷



* 1. Attention-deficit/Hyperactivity disorder –historical development and overview (editorial). J Atten Disord 2000;3 : 173-191

* 2. Stubbe DE : Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2000;9 : 469-479

ADHDの有病率・男女比・病因

- 学齢期の子ども約5%にみられる
- 男子に多い(男子:女子=約2:1)
※不注意状態は女子・成人に多い
- 双生児研究での発病一致率は、一卵性で50~80%、二卵性で30~40%
- 家族内集積性があり、遺伝率が高い
- ドパミン神経系の神経機能不全がADHD発症の危険因子と考えられている

症状①(不注意)

- 学業, 仕事などにおいて不注意な間違いをする.
- 課題や遊びの間, 注意を持続することが困難.
- 話や指示を集中して聞けない.
- 順序立ててやることが困難.
- 努力の持続を要する課題を避ける.
- 物をしばしばなくす, 忘れる.
- 外からの刺激によってすぐ気が散る.
- 言われたこと, 約束したことなどをすぐに忘れる.

症状②(多動性・衝動性)

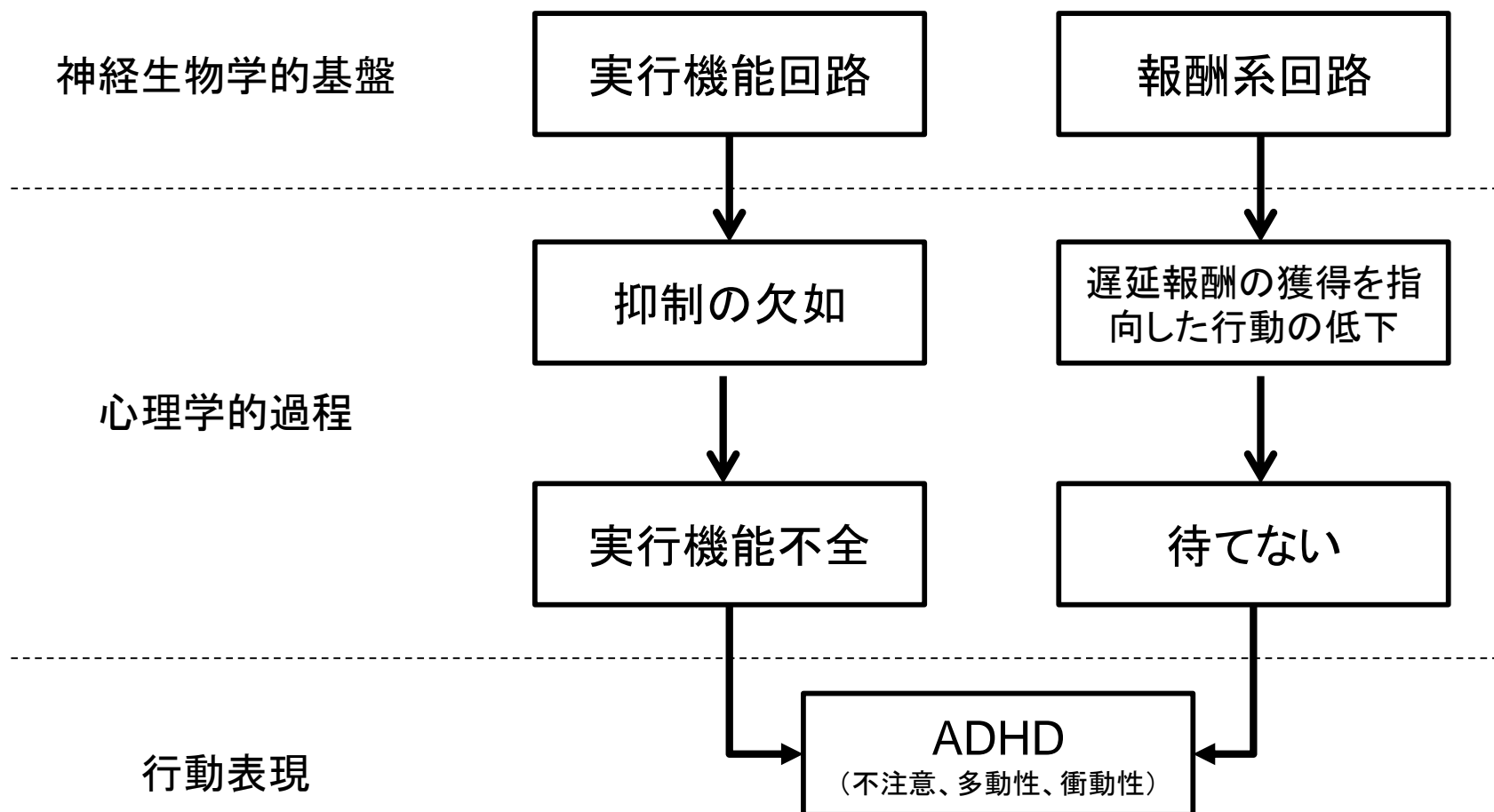
<多動性>

- 手足をそわそわと動かしたり椅子の上でもじもじしたりする。
- 着席していることが求められる場面で席を離れる。
- 不適切な状況で走り回ったり高いところへ上ったりする。
- 静かに遊んだり活動したりできない。
- じっとしてられない。
- しゃべりすぎる。

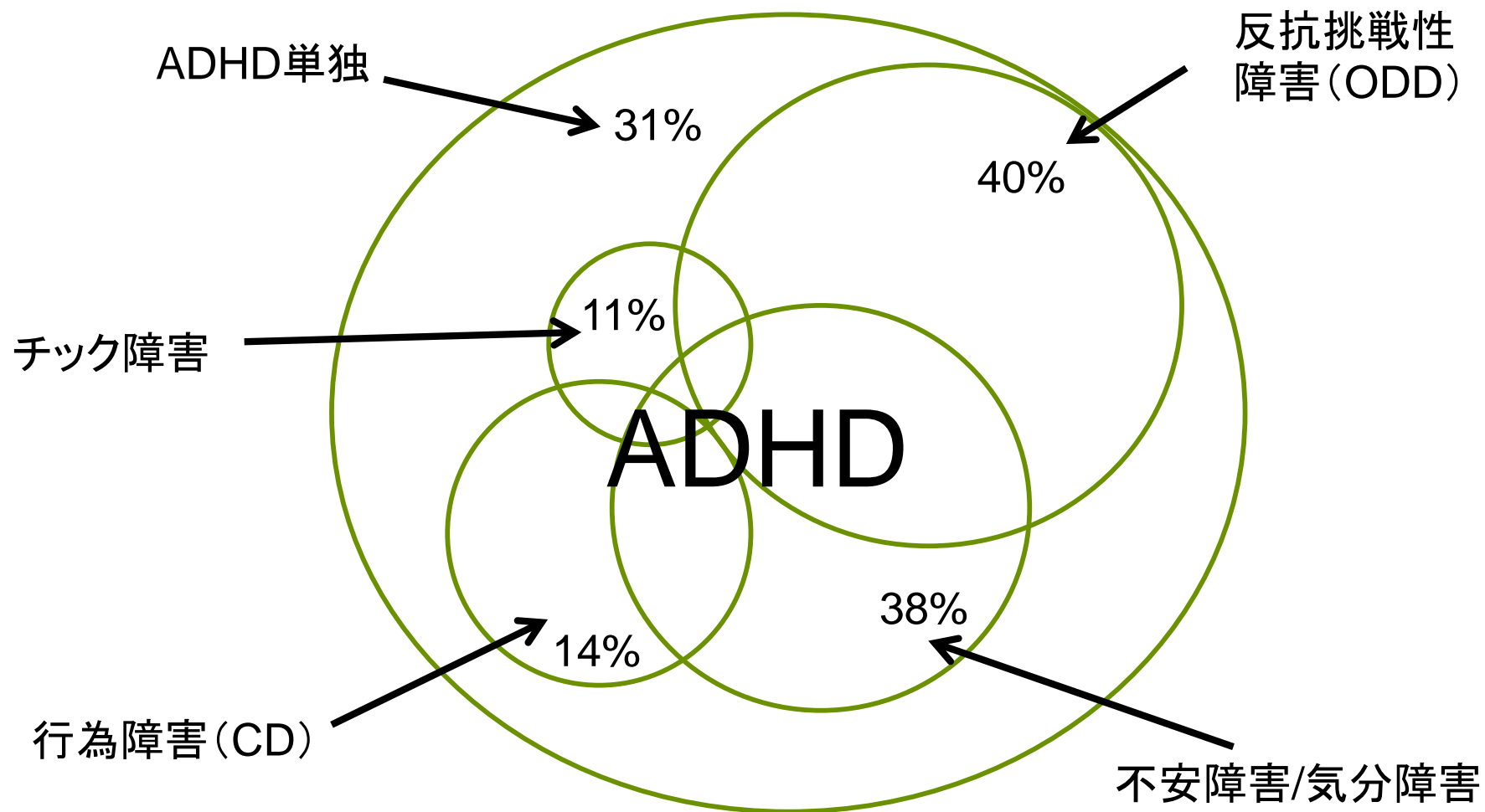
<衝動性>

- 質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。
- 自分の順番を待つことができない。
- 他人を妨害し邪魔する。

生物学的基盤とADHD症状の相関



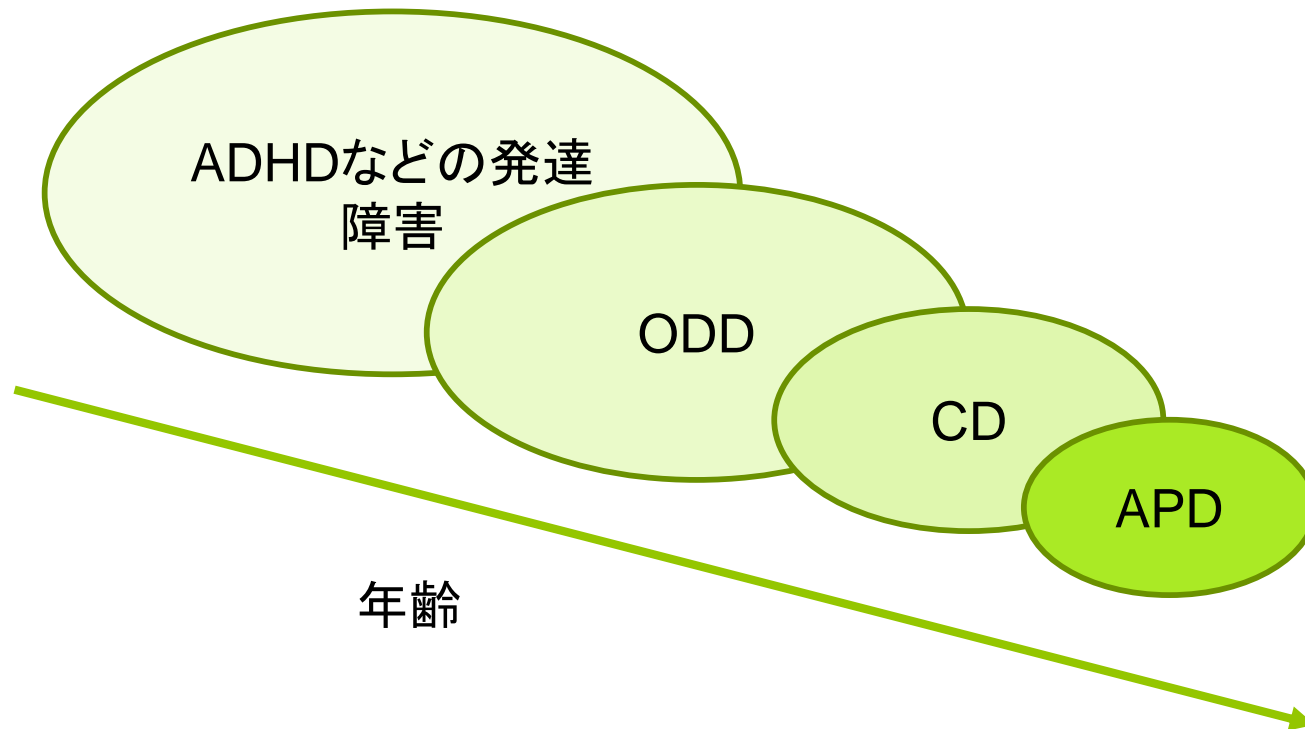
ADHDと併存障害



(Jensen et al., 1999)

DBD (Disruptive Behavioral Disorder) マーチ

破壊的行動障害マーチ (齊藤と原田, 1999)



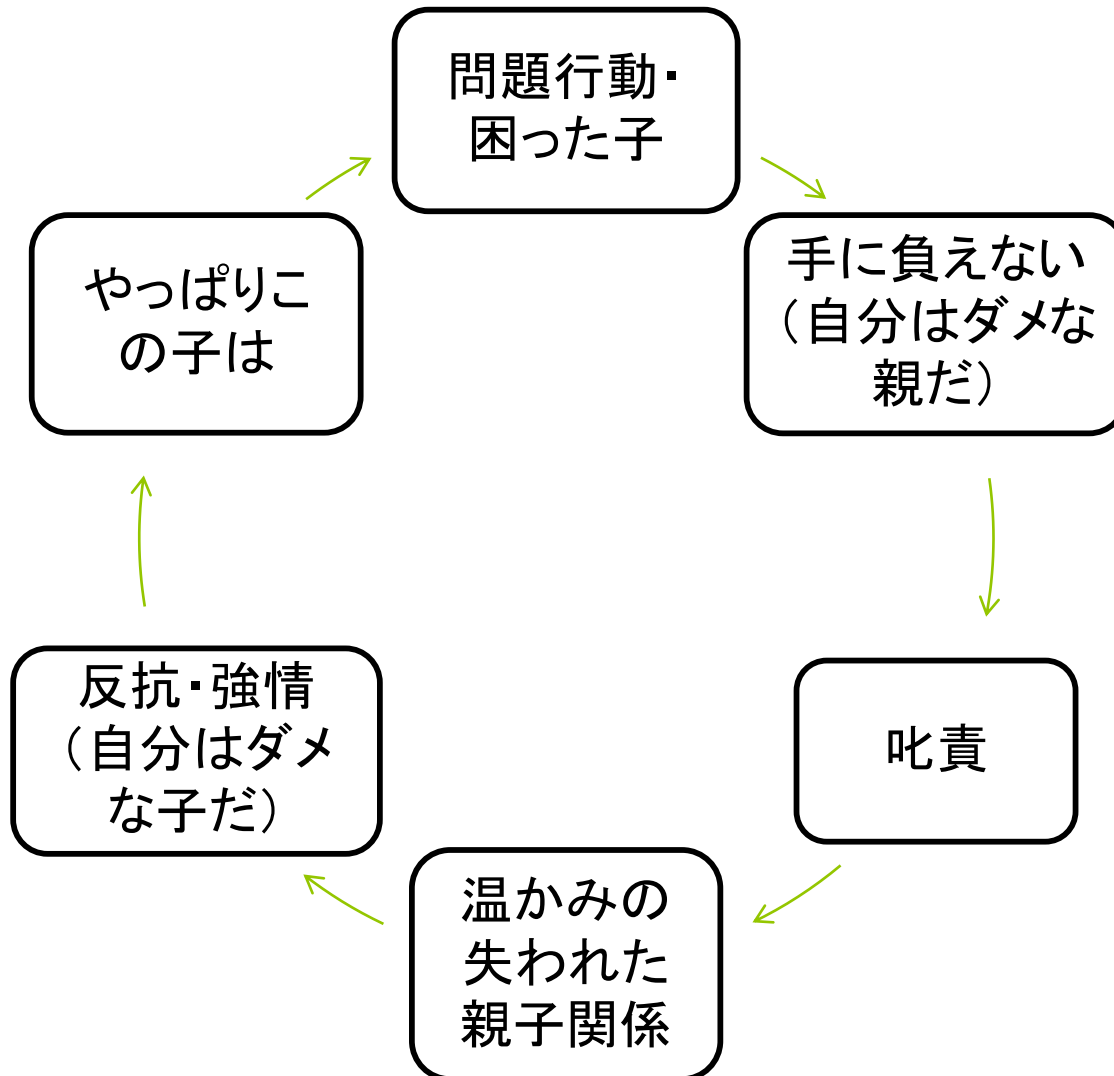
ADHD: Attention deficit Hyperactivity disorder 注意力欠如多動性障害

ODD: Oppositional defiant disorder 反抗挑戦性障害

CD: Conduct disorder 素行障害

APD: Antisocial personality disorder 反社会性人格障害

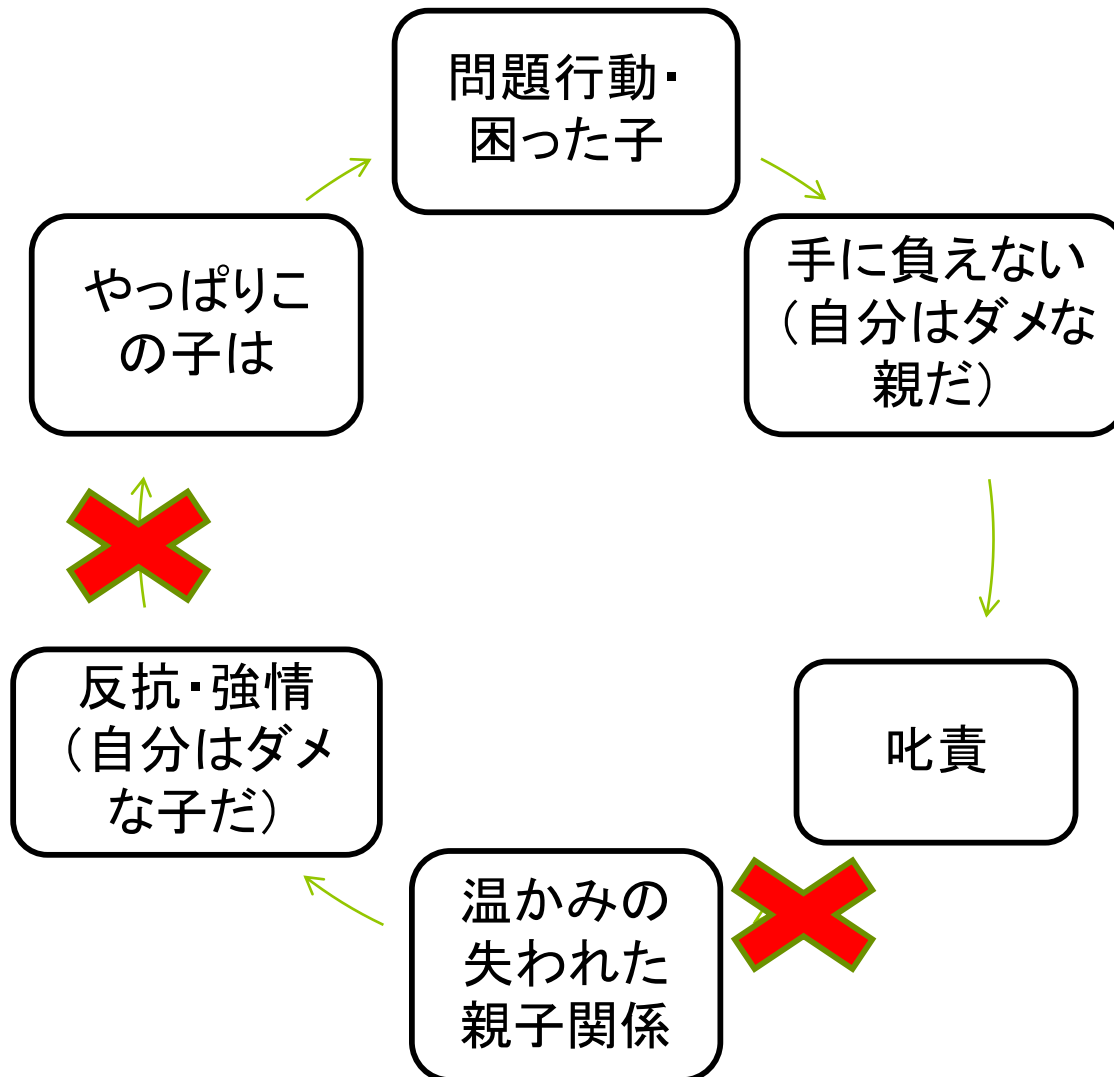
親子関係の悪循環



行動療法（行動の3つの類型分け）

好ましい行動 （増やしたい行動）	好ましくない、嫌いな行動 （減らしたい行動）	破壊的、他人を傷つける可能性のある行動 （すぐに止めるべき行動）
褒める 良い注目を与える 時にご褒美	無視 余計な注目をしない 冷静に、中立的	リミットセッティング 警告→タイムアウト きっぱりと 身体的罰はだめ

親子関係の悪循環



ADHD診断アルゴリズム (DSM-5準拠)

子どもの症状や問題

ADHDの症状基準 (診断基準A) を満たしているか？

いいえ

ADHDではない

はい

症状のいくつかは12歳になる前から存在しているか？

はい

症状のいくつかが2か所以上でみられるか？

どれか
いいえ

ADHDではない

これらの症状が社会的、学業的、職業的機能を損なわせている、またはその質を低下させている明確な証拠があるか？

はい

その症状は統合失調症、他の精神病性障害の経過中にのみ生じるものではなく、抑うつ障害、不安症、解離症、パーソナリティ障害、反抗挑発症、間歇爆発症、自閉スペクトラム症、知的能力障害、反応性アタッチメント障害、脱抑制型対人交流障害など他の精神疾患ではうまく説明できないものか？

いいえ

ADHDではない

はい

ADHD

OSADHD: 他の特定される注意欠如・多動症
USADHD: 特定不能の注意欠如・多動症

OSADHDか？
USADHDか？

ADHDを有する子どもへの対応や治療

- 「環境調整」と「周囲の理解」が重要
- 指示や注意は短く簡潔に，刺激の少ない環境設定を
- ADHDの子どもは自己評価が低下しやすい
⇒完璧を求めず，スモールステップで「ほめて伸ばす」
- 中枢神経刺激薬 (methylphenidate) やノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (atomoxetine)，選択的 $\alpha 2A$ アドレナリン受容体作動薬 (guanfacine) が効果的なことがある
- 多動性や衝動性に対し少量の抗精神病薬や抗てんかん薬を使用することもある

ADHDにおける薬物療法（導入基準）

ADHDの確定診断

GAF値：61以上
散発的・限局的問題

基本的に心理社会的な治療・支援のみで対応し、薬物療法は特殊なケースに対して例外的に実施するだけとする

GAF値：51～60
中等度の症状

心理社会的な治療・支援をまず行ったうえで、不適応状態が数か月間不変あるいは悪化するような場合には、薬物療法を検討する。

GAF値：50以下
持続的で重大な問題

積極的に薬物療法を検討し、併せて心理社会的な治療・支援を組み合わせる

ADHDにおける薬物療法

- 「ADHDの症状が重篤」、「著しい自尊心の低下」、「日常生活上の困難」、「仲間関係の問題」、「(ADHD症状による)顕著な学習困難」の5要因のいくつかが存在し、DSM-5のいう現在の重症度が「重度」である場合は、治療初期から薬物治療導入の検討をすべき

(子どもの注意欠如・多動症(ADHD)の診断・治療ガイドライン第4版, 2016)

- 重症度:
 - 軽度:診断を下すのに必要な項目数以上の症状はあったとしても少なく、症状がもたらす社会的または職業的機能への障害はわずかでしかない(GAF値61以上)
 - 中等度:症状または機能障害は、「軽度」と「重度」の間にある(GAF値50～60)
 - 重度:診断を下すのに必要な項目数以上に多くの症状がある、またはいくつかの症状が特に重度である、または症状が社会的または職業的機能に著しい障害をもたらしている(GAF値50以下)

併存症を伴わないADHDの薬物療法⁶⁷

子どもの注意欠如・多動症(ADHD)の診断・治療ガイドライン第4版, 2016より引用

薬物療法の導入

OROS-MPH: メチルフェニデート徐放錠
ATX: 塩酸アトモキセチン

第1段階

OROS-MPH
の単剤処方

ATX
の単剤処方

維持療法

効果判定

効果判定

(十分)

維持療法

(不十分)

(不十分)

第2段階

ATX
の単剤処方

OROS-MPH
の単剤処方

効果判定

(十分)

維持療法

(不十分)

第3段階

薬物療法
の中止の可否の検討

検討結果

(中止)

薬物療法中止

(薬物療法継続)

第4
段階

抗ADHD薬
2種の併用

抗ADHD薬と
感情調整薬との併用

抗精神病薬
の単剤処方
(13歳以上なら)

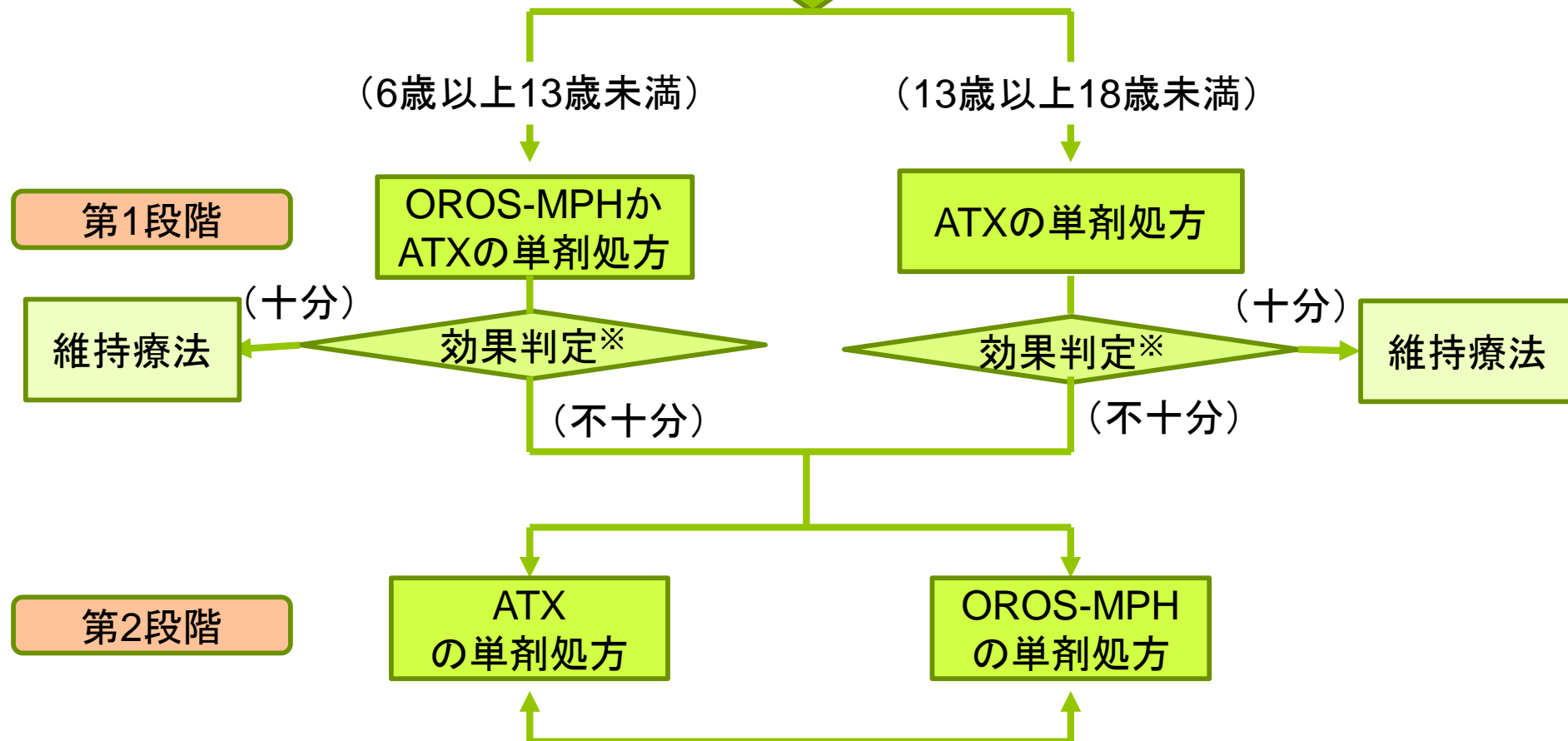
抗ADHD薬と
抗精神病薬との併用

不安障害を併存するADHDの薬物療法

子どもの注意欠如・多動症(ADHD)の診断・治療ガイドライン第4版, 2016より引用

薬物療法の導入

OROS-MPH: メチルフェニデート徐放錠
ATX: 塩酸アトモキセチン



※ADHD症状と不安症状の総合的判定

重篤な抑うつ状態を併存するADHDの薬物療法

子どもの注意欠如・多動症（ADHD）の診断・治療ガイドライン第4版，2016より引用

薬物療法の導入

OROS-MPHか
ATXの単剤処方

OROS-MPH: メチルフェニデート徐放錠
ATX: 塩酸アトモキセチン

第1段階

効果判定※

(十分)

維持療法

(不十分)

(6歳以上13歳未満)

(13歳以上18歳未満)

第2段階

- ①抗うつ薬の単剤処方
- ②OROS-MPHと抗うつ薬との併用
- ③ATXと抗うつ薬の併用

以上3選択肢から1つ選ぶ

- ①抗うつ薬の単剤処方
- ②OROS-MPHと抗うつ薬との併用
- ③ATXと抗うつ薬の併用
- ④感情調整薬の単剤処方

以上4選択肢から1つ選ぶ

※ADHD症状と抑うつ症状の総合的判定

行動障害を併存するADHDの薬物療法

子どもの注意欠如・多動症（ADHD）の診断・治療ガイドライン第4版，2016より引用

薬物療法の導入

OROS-MPH: メチルフェニデート徐放錠
ATX: 塩酸アトモキセチン

第1段階

OROS-MPHかATXの単剤処方

効果判定※

(十分)

維持療法

(不十分)

第2段階

抗精神病薬の単剤処方

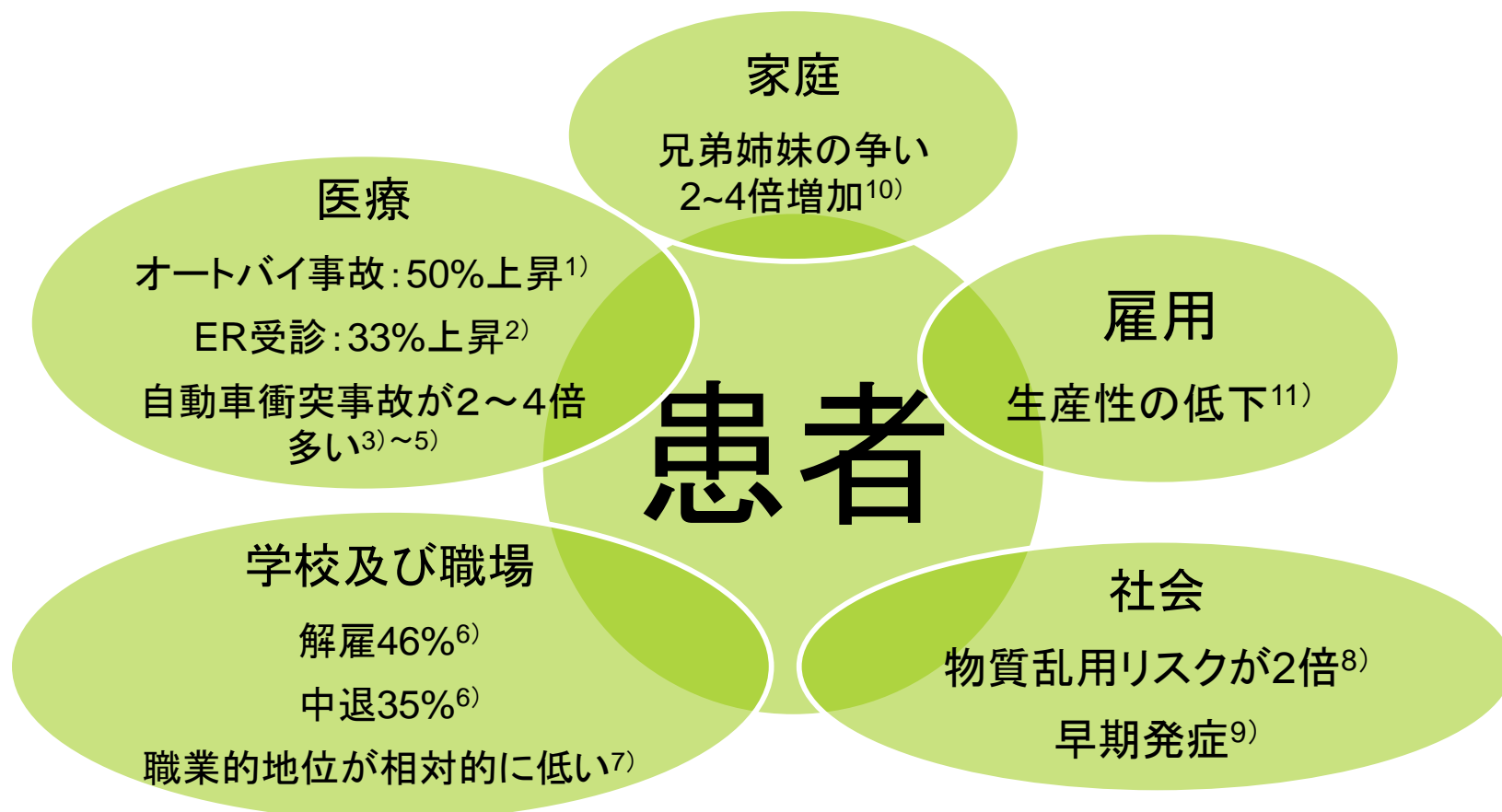
OROS-MPHかATXと抗精神病薬との併用

感情調整薬の単剤処方

OROS-MPHかATXと感情調整薬との併用

※ADHD症状と反社会性症状の総合的判定

ADHDに伴う様々な困難



1) DiScala C, et al.: Pediatrics 102 : 1415-1421, 1998

2) Liebson et al. : 2001

3) NHTSA, 1997

4) Barkley RA, et al.: Pediatrics 92 : 212-218, 1993

5) Barkley RA, et al.: Pediatrics 98 : 1089-1095, 1996

6) Barkley RA, et al.: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29 : 546-557,

7) Mannuzza S. et al.: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36 : 1222-1227, 1997

8) Biederman J. et al.: J Affect Disord 44 : 177-188, 1997

9) Pomerleau OF, et al.: J Subst Abuse 7 : 373-378, 1995

10) Mash & Johnston, 1983

11) Noe L. et al. : Value Health 4 : 140-141, 2001

限局性学習症／限局性学習障害 (DSM-5)

Specific Learning Disorder

➤ 読字障害：まとまった単語として読めない，読み間違い，飛ばし読み，拾い読み

➤ 書字表出障害：綴りの間違い，鏡文字，形態のアンバランス，書き写しができない

ディスレクシア (dyslexia)：書字・音読の正確さや流暢さの困難

➤ 算数障害

言語性能力の問題：

九九が覚えられない，暗算ができない，用語などの
概念理解ができない，文章・数式の解読ができない

視空間認知の問題：

数量概念や図形の理解・イメージが困難，筆算で桁がずれる

愛着障害 Attachment Disorder

- 養育者との異常な関係パターンに基づく社会的機能の障害
 - 虐待的な環境で養育される, 養育者が頻繁に替わるなどが要因となりうる
1. 反応性アタッチメント障害／反応性愛着障害 **Reactive Attachment Disorder**
養育者に対して抑制され情動的に引きこもった行動
最小限の対人交流や情動の反応
陽性の感情が制限され, 強い苛立たしさ, 悲しみ, または恐怖を抱く
接近と回避, 依存と拒否などの両価的態度
 2. 脱抑制型対人交流障害 **Reactive Social Engagement Disorder**
見慣れない大人に近づき交流することへのためらいが欠如
過度に馴れ馴れしい行動
特定の大人に愛着を示すことなく, その親密さは浅薄

発達障害への通常学級での支援

教育的支援からみる発達障害

- 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 (文部科学省, 2012)
 - 公立の小・中学校通常学級: 学習面または行動面において著しい困難を示す児童生徒6.5%程度
- 発達障害を含む障害のある幼児児童生徒に対する教育支援体制整備ガイドライン (文部科学省, 2017)
 - 通常の学級担任・教科担任には「気づきと理解」「個別の教育支援計画及び個別の指導計画の作成と活用・管理」「保護者との協働」「交流及び共同学習の推進」などが必要
- 2007年学校教育法等の一部改正
 - 幼稚園, 小学校, 中学校, 義務教育学校, 高等学校及び中等教育学校において, 通常の学級も含め, 障害による学習上又は生活上の困難を克服するための特別支援教育を行うこと
 - 小中学校には校内委員会を設置し, 特別支援教育コーディネーターを配置し, 障害がある児童生徒には個別の指導計画を作成すること
 - 公立小中高等学校における校内委員会設置率, コーディネーター指名率99%以上 (文部科学省, 2016)

全ての学校・全ての学級で行う特別支援教育

- 学校教育法第81条第1項：
 - 幼稚園，小学校，中学校，義務教育学校，高等学校及び中等教育学校においては，次項各号のいずれかに該当する幼児，児童及び生徒その他教育上特別の支援を必要とする幼児，児童及び生徒に対し，文部科学大臣の定めるところにより，障害による学習上又は生活上の困難を克服するための教育を行うもの。
 - 各学校において行う特別支援教育の対象は，特別支援学級はもとより，通常の学級を含む，全ての教育上特別の支援を必要とする児童等
 - 学校教育法第81条第2項各号に記載されている障害種（①知的障害者，②肢体不自由者，③身体虚弱者，④弱視者，⑤難聴者，⑥その他障害のある者）のみならず，あらゆる障害による学習上又は生活上の困難を克服するための教育を指す
- 必ずしも，医師による障害の診断がないと特別支援教育を行えないというものではなく，児童等の教育的ニーズを踏まえ，校内委員会等により「障害による困難がある」と判断された児童等に対しては，適切な指導や必要な支援を行う

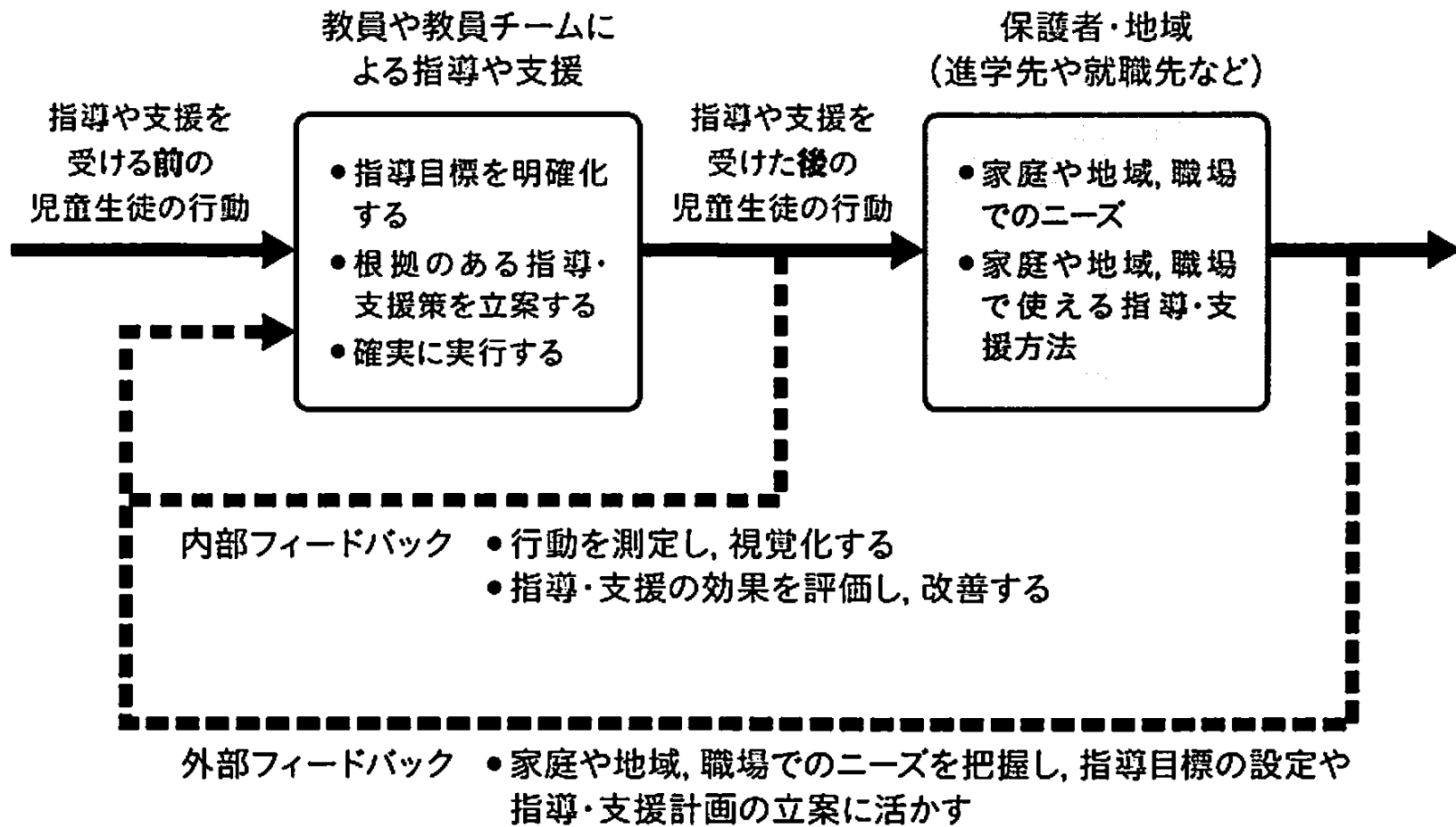
特別支援教育を巡る近年の動き

- 障害者の権利に関する条約(平成18年12月): 障害を理由とする差別の禁止など, 障害者の権利を守るための基本原則などを定めるほか, 教育の分野においては「インクルーシブ教育システム」の理念について提唱
 - 締約国は, この権利を差別なしに, かつ, 機会の均等を基礎として実現するため, 障害者を包容するあらゆる段階の教育制度及び生涯学習を確保する
 - 締約国は, 権利の実現に当たり個人に必要とされる合理的配慮が提供されること
- 障害者基本法(平成23年8月): 第16条第1項
 - 特性を踏まえた十分な教育が受けられるようにするため, 可能な限り障害者である児童及び生徒が障害者でない児童及び生徒と共に教育を受けられるよう配慮
- インクルーシブ教育システム構築に関する中央教育審議会報告(平成24年7月):
 - 障害のある子供が十分に教育を受けられるための合理的配慮の提供と, その基礎となる環境整備の充実の重要性
- 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差別解消法)(平成28年4月):
 - 「不当な差別的取扱い」が禁止され, 「合理的配慮の提供」が義務付けられる

障害者差別解消法:学校における「合理的配慮」(文部科学省 特別支援教育の在り方に関する特別委員会報告,平成24年7月)

- 「合理的配慮」とは、「障害のある子どもが、他の子どもと平等に「教育を受ける権利」を享有・行使することを確保するために、学校の設置者及び学校が必要かつ適当な変更・調整を行うことであり、障害のある子どもに対し、その状況に応じて、学校教育を受ける場合に個別に必要とされるもの」であり、「学校の設置者及び学校に対して、体制面、財政面において、均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」
 - 障害のある子どもが通常の学級で学ぶことができるよう、可能な限り配慮していくことが重要
 - 子どもの実態に応じた適切な指導と必要な支援を受けられるようにするためには、本人及び保護者の理解を得ながら、必ずしも通常の学級ですべての教育を行うのではなく、通級による指導等多様な学びの場を活用した指導を柔軟に行うことも必要。
- 障害の状態等に応じた「合理的配慮」を決定する上で、ICF(国際生活機能分類)を活用。
 - 認知の特性、身体の動き等に応じて、具体の学習活動の内容や量、評価の方法等を工夫する。
 - 障害の状態等に応じた情報保障やコミュニケーションの方法について配慮するとともに、教材(ICT及び補助用具を含む)の活用について配慮する。
- 適切な人間関係を構築するため、集団におけるコミュニケーションについて配慮するとともに、他の幼児児童生徒が障害について理解を深めることができるようにする。

行動分析学に基づいた学校コンサルテーションモデル(教員や教員チームによる支援)

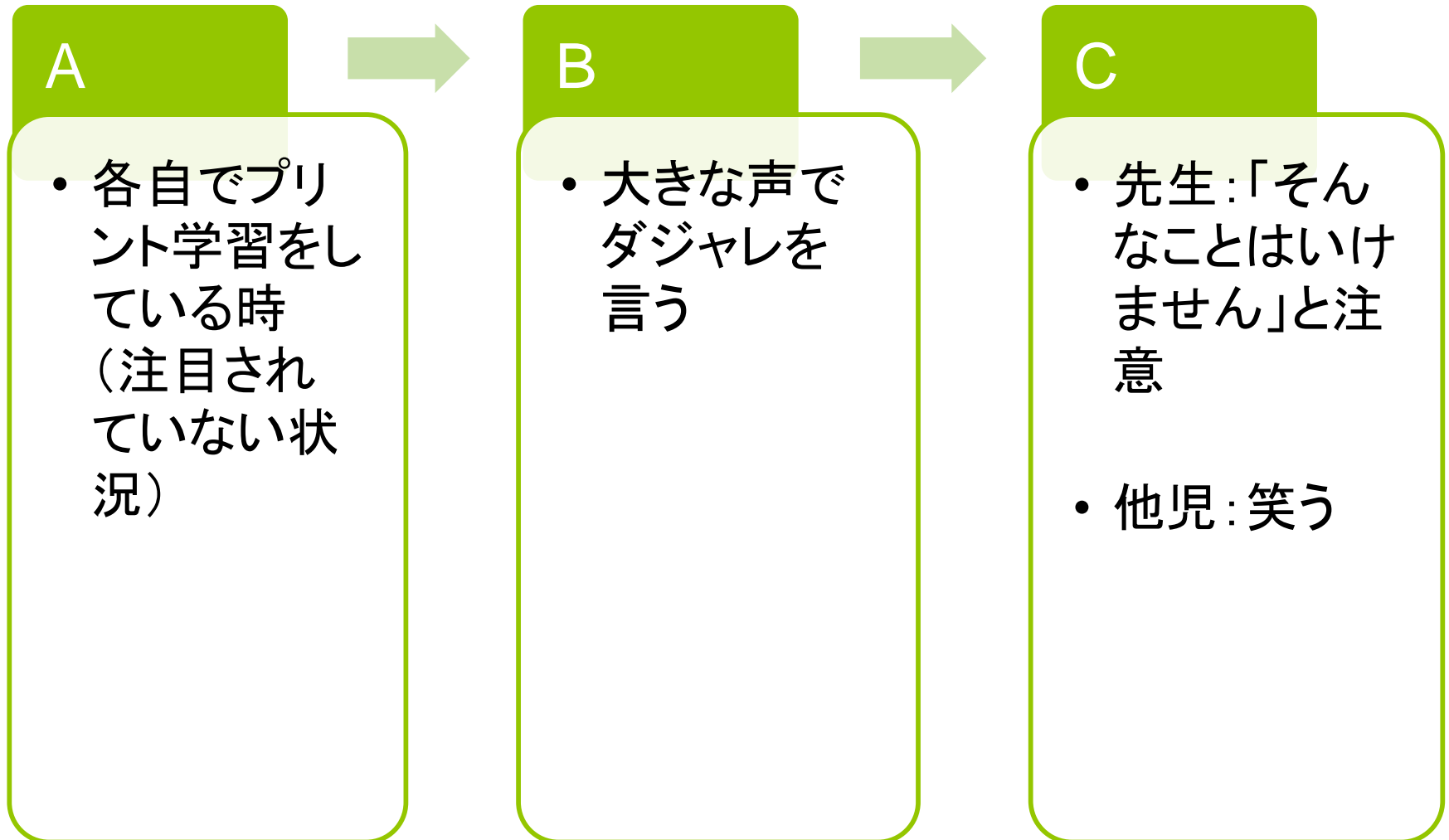


(教師と学校が変わる学校コンサルテーション, 2018より引用)

通常学級のコンサルテーションにおけるアセスメント

- 「発達障害」は児童生徒の行動問題の直接的な原因ではなく、児童生徒と環境との相互作用の履歴にある
- 応用行動分析を用いた支援(ABC分析)
 - 対象児童あるいは学級集団の問題行動(B: Behavior)
 - その行動のきっかけとなった刺激や状況(A: Antecedent)
 - その行動に続く結果事象(C: Consequence)
- 上記3つの情報を記録し整理 (Bijou, Peterson, & Ault, 1968)
 - 顕著な問題行動が見られる個別児童のアセスメントの場合, まずBとしてその行動を具体的に特定
 - Aとしてどのような場面・状況で勝手な発言が多く見られるのかを記述する
 - AとBの関係からは, 問題行動がどのような状況で起きやすいのかという予測をする
 - BとCの関係からは, 行動がどのような機能で生起しているかという仮説を立てる

応用行動分析(個別児童)



通常学級における個別の問題行動への支援方法

- Cの分析:

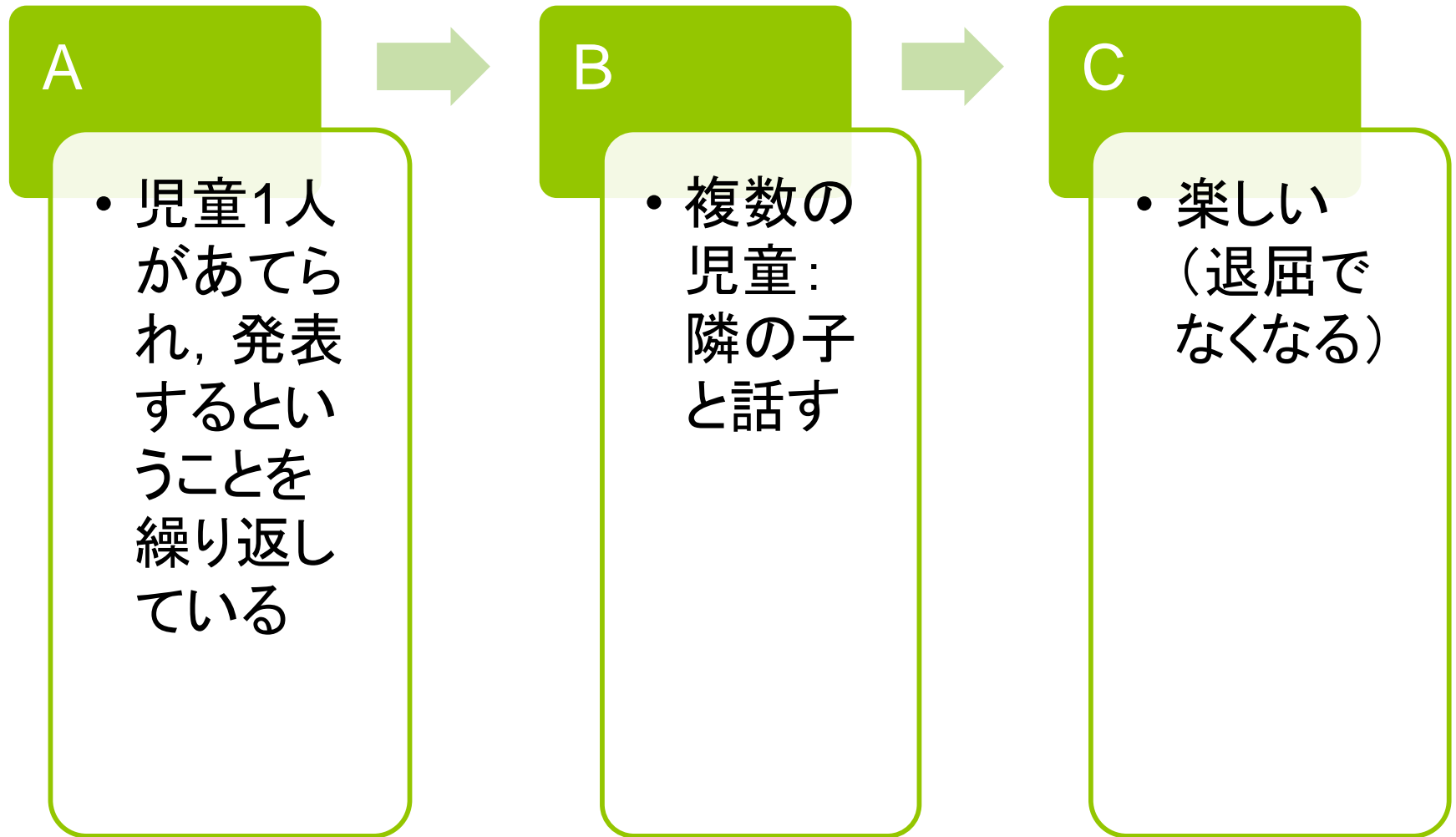
- 問題行動がどのような機能で起こっているのかを同定する
- 行動の代表的な機能は、「注目の獲得」、「物／活動の要求」、「課題などからの逃避／回避」、「感覚の獲得」の4つ

(Horner, 1994)

- より適切な形での授業参加行動(例えば, 静かに課題プリントをやる)を引き出しその行動に対して注目することで, 不適切な行動は減っていく
- 適切な行動が見られた場合にそれに対して賞賛や承認といったポジティブなフィードバックをする

応用行動分析(学級集団の問題)

(例:授業中に私語が多く見られる)



学級への支援としてのクラスルームマネジメント

- 私語がおさまらない, 子ども同士のトラブルが多発する, 授業に参加せずに関係のないことをしている児童が複数いる, といった学級集団として機能不全に陥っている場合には学級経営の立て直しが必要
 - 教師が称賛する際には「すごい!」「えらい!」といった褒め方ではなく, 「前を向いて話が聞けてすばらしい」と具体的に行動を挙げながら褒めることが効果的
 - さらに「待ち」の時間を最小限にして子どもが能動的に反応する機会を多く設定するほど授業参加が高まる
 - 教師の賞賛と叱責の比が5:1に近づくほど子どもの問題行動が減少
(Cooketa1.,2017)