

特別講演

発達障害についての理解と支援

東京都立梅ヶ丘病院 院長

市 川 宏 伸

発達障害についての理解と支援

東京都立梅ヶ丘病院 院長 市川 宏伸

発達障害についての理解と支援

2006. 12. 5.
第14回職業リハビリテーション研究発表会

東京都立梅ヶ丘病院 市川宏伸

発症年齢と精神疾患

精神疾患	発症年齢
精神遅滞(知的障害)	重症度による
広汎性発達障害	3才までには
注意欠陥多動性障害	7才までには
チック障害	就学前から
選択性緘黙	就学前後から
強迫性障害	就学後から
解離性障害	就学後から
摂食障害	小学校高学年から
統合失調症	小学校高学年から
気分障害	中学校年齢

児童青年精神科と発達障害

- ・精神遅滞(軽度、中度、重度、最重度)
- ・広汎性発達障害(自閉症、非定型自閉症、レット障害、アスペルガー障害)
- ・学習障害(読字障害、書字表出障害、算数障害)
- ・運動能力障害(発達性協調運動障害)
- ・コミュニケーション障害(表出性言語障害、受容-表出混合性言語障害、音韻障害、吃音症)
- ・(注意欠陥多動性障害)

発達障害から軽度発達障害へ

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

発達障害から軽度発達障害へ

軽度の発達障害とは？

- ・知的障害はほとんどないか、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。

精神遅滞の診断基準(DSM-IV)

- A 明らかに平均以下の知的機能
(個別施行による知能検査で、およそ70またはそれ以下のIQ)
- B 同時に、現在の適応機能の欠陥または不全が、以下の2つ以上の領域で存在：
意思伝達、自己管理、家庭生活、社会的/対人的技能、地域社会資源の利用、自律性、発揮される学習能力、仕事、余暇、健康、安全
- C 発症は18才未満である

* AAMRの定義もほぼ同じ

原因別統計(DSM-IV)

- 1 遺伝要因(約5%):
先天性代謝異常、他の単一遺伝子異常、染色体異常(転座型Down症候群、脆弱X症候群など)など
- 2 早期胚発達異常(約30%):
染色体異常(トリソミー Down症候群など)、毒物による出生前障害(親のアルコール摂取)、感染症など
- 3 妊娠中および周産期の問題(約10%):
胎児期の低栄養、未熟児、低酸素、ウイルスなどの感染症、外傷など
- 4 幼児期、小児期の身体疾患(約5%):
感染症、外傷、毒物摂取など
- 5 環境の影響、精神疾患(約15~20%):
養育・社会的接触・言語・その他の刺激の剥奪、または重度の精神疾患

精神遅滞と身体的問題

- 1 てんかん:
精神遅滞が重症だと合併率が高い
行動障害を伴うことが多い
- 2 運動障害:
乳幼児期の筋緊張低下、協調運動障害
- 3 感覚障害:
視覚障害、聴覚障害(先天的、後天的)
- 4 重症心身障害:
重度精神遅滞と重度肢体不自由の合併

精神遅滞と統合失調症

- 1 概念:
接枝性分裂病
最早期発症痴呆
約3%に合併
- 2 臨床症状:
混乱状態(困惑状態に近い?)
奇異な行動や運動
幻覚(幻聴以外に幻視、幻触もある)
妄想(幻想的、願望充足的なものもある)
- 3 治療:
薬物への反応性が一定しない

精神遅滞と気分障害

- 1 概念:
周期性精神病
双極性の場合、短周期が多い
- 2 臨床症状:
知的水準により臨床症状は異なる(うつ、双極、神経症)
気分変動(不機嫌、悲しみ、自殺願望など)
活動性(元気がない、作業能率、退行など)
生活リズム(睡眠パターン、食事量など)
不適応行動(強迫行動、自傷、攻撃性など)
身体症状(緊張、恐怖、発汗、身体愁訴など)
- 3 薬物への反応性は一定しない

精神遅滞と老化

- 1 一般人口よりも余命は短い
- 2 合併疾患により異なる
例:ダウン症による老化
- 3 知的水準と生活能力による
- 4 医療行為への受療体制による
本人および医療機関

精神遅滞の治療

- ・個々の症例について、分析・検討し対策をたてる
- ・生物学的要因:
元からある行動障害
ある時点から生じる精神症状
- ・心理・社会的要因:
個人的側面
家族的側面
- ・対応
根本的対応(少ない)
療育的対応(中心になる)

自閉症は幅が広い

- ・最近、自閉症を広汎性発達障害の一部としてとらえることが多い
- ・広汎性発達障害の中に自閉性障害、アスペルガー障害などがある
- ・以前は、知的障害を伴う自閉症が代表的と考えられていた
- ・最近、知的障害がない高機能自閉症やアスペルガー障害が注目されている

自閉症の本態をどうみるか

自閉性障害の本態に関する考え方の変化

- ・19世紀末より:「小児精神病」と分類(モズレーら)
- ・1940年代:情緒的障害とする(カナーら)
- ・1960年代:親の育て方とは関係ない(ラターら)
- ・1970年代:自閉症と小児期分裂病の分離(コルヴィンら)
- ・1970年代以降:カナー型自閉症はスペクトルの一部分(ギルバーグラ)
- ・1980年代以降:操作的診断基準の一般化
- ・自閉症スペクトラムとしての位置づけ(ウイングラ)

自閉症の診断

- 1 操作的診断基準
DSM-IV(米国精神医学会)
ICD-10(世界保健機構)
 - ・広汎性発達障害の中に分類する
- 2 自閉症スペクトラム
 - ・連続したものとして考える

広汎性発達障害(DSM-IV)

- ・発達のいくつかの面における重症で広範な障害によって特徴づけられる
- ①相互的対人関係技能、意思伝達能力、常同的な行動・興味・活動の存在
- ②これらの質的障害は、発達水準・精神年齢に比べて明らかに偏っている
 - ・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
 - ・特定不能の広汎性発達障害(非定型自閉症含む)

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	頭圍成長、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	手掻み、過呼吸	常同反復、排泄	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

自閉性障害の診断基準(DSM)

- 1)、2)、3)から合計6つ以上。うち、少なくとも1)から2つ、2)と3)から一つずつの項目を含む。
 - 3才以前に始まる以下のうちの、少なくとも一つの機能の遅れまたは異常:
 - ①対人的相互作用、②対人的意思伝達のための言語③象徴的または創造的遊び
 - レット障害、小児期崩壊性障害ではない
- 1) 対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる
 - a)目と目で見詰め合う、顔の表情、体の姿勢、身振りなど、対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害
 - b)発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗
 - c)楽しみ、興味、成し遂げたものを他人と共有することを自発的に求めることの失敗
 - d)対人的または情緒的相互性の欠如

- 2) 以下のうち、少なくとも1つによって示される意思伝達の質的な障害:
- a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如
 - b) 十分な会話のある者では、他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害
 - c) 常同的で反復的な言語の使用または独特の言語
 - d) 発達水準に相応した、変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性をもった物まね遊びの欠如
- 3) 行動、興味および活動が限定され、反復的で常同的な様式で、以下の少なくとも1つによって明らかになる。
 - a) 強度または対象において、異常なほど、常同的で、限定された型の、1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。
 - b) 特定の、機能的でない習慣や儀式に、頑なにこだわるのが明らかである。
 - c) 常同的で反復的な衝動的運動
 - d) 物体の一部に、持続的に熱中する

- ## 広汎性発達障害の増加
- ・知的障害ある群の微増
 - ・知的障害ない群の明らかな増加
 - ・初診年齢の違い
 - ・男女比は同じ

- ## 機能による分類(ド・マイヤーを改変)
- ① 高機能: 正常の知的水準
コミュニケーション可能
通常教育可能
 - ② 中機能: 軽度精神遅滞
単語と簡単なやりとり言語
社会的認知の障害
 - ③ 低機能: 重度精神遅滞
言語交流困難
低水準の社会生活機能

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」 不適応による精神病理状 (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) 関心想起現象(記憶力) 不適応による精神病理状 (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		心身障害児教育が多い 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・横目遣い・過敏性・集団参加困難		養護学校教育が多い 時に強度行動障害の出現 (激しい「こだわり」・自傷・「パニック」) (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)

- ## 原因と症状
- ① 言語認知障害
 - ・知的レベルに一致しない言語発達の遅滞と逸脱がある
 - ・その結果として自閉などの他の症状が出現する
 - ・その根底に脳の障害を考える
 - ・その後、言語・認知の障害と自閉の諸症状はともに脳の障害から生じるとされた

- ② 感覚の過敏
 - ・脳のシステムの障害
 - ・情報の処理・操作の困難
 - ・視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚など
 - ・感覚刺激から意味を取り出すのが困難

③集中力の欠如

- ・目的のない多動
- ・情報処理の困難
- ・指向性注意の障害
(大切なものとそうでないものを区別する)
(刺激への注意の配分を決める集中過程)
(注意の持続過程)

④視覚と聴覚理解の乖離

- ・ITPAによる認知のバラツキ
- ・知覚入力過程の障害
- ・自閉的視覚行動・・・立体視の欠如
(横目遣い、指間凝視、点滅凝視、照準現象など)
- ・自閉的聴覚行動
(耳ふさぎ、爪掻き音など)

二次的症狀

- ① 変化への抵抗
- ② スケジュールの障害
- ③ コミュニケーションの障害
- ④ 瞬間想起現象

随伴症狀

- ① 睡眠の異常
- ② てんかん発作
- ③ ひきこもり
- ④ 統合失調症様症状
- ⑤ 気分障害様症状

統合失調症様症状

- ・幻覚・妄想の出現
- ・高機能での顕在化
- ・思春期以降の発症
- ・内容の非拡散化
- ・願望充足的内容の混在

気分障害様症状

- ・思春期以降の発症
- ・双極性感情障害との類似
- ・不眠、全能感、逸脱行動など
- ・幻覚・妄想の混在

ADHDは増えているのか？

- ・医師が診断するようになった
- ・受診者がADHDの存在を知っている
- ・社会の受け入れ態勢が変わった
- ・本当に増加している
国内の系統的統計がない
統計をとることが偏見につながる？

ADHDの診断基準(DSM)

- ・ A: 1か2のどちらか:
- ・ A1: 不注意(9項目より6項目)
- ・ 2: 多動・衝動性(9項目より6項目)
- ・ B: 症状のいくつかは7歳未満に存在
- ・ C: 症状による障害は二つ以上の状況で存在
- ・ D: 臨床的に著しい障害が存在する明確な証拠
- ・ E: 他の精神障害の経過中に起こるものでなく、他の障害では説明できない

Aの(1):六つ以上が6ヶ月以上

不注意

- ・綿密に注意できない
- ・注意の持続困難
- ・話かけられても聞いていないかのよう
- ・指示に従えず、義務を果たせない
- ・課題や活動を順序立てられない
- ・精神的努力の持続を避けたり嫌う
- ・課題や活動に必要なものをしばしばなくす
- ・外からの刺激で注意をそらされる
- ・毎日の活動を忘れてしまう

Aの(2):六つ以上が6ヶ月以上

多動性と衝動性

- ・手足をそわそわと動かし、もじもじする
- ・座っている状況で席を離れる
- ・不適切な状況で走り回ったり高い所へ登る
- ・静かに遊んだり余暇活動につけない
- ・しばしば“じっとしていない”
- ・しばしばしゃべり過ぎる
- ・質問の終わる前に答え始める
- ・順番を待つことが困難である
- ・他人を妨害し、邪魔する

注意欠陥多動性障害の病型

- ・混合型(50~60%):
過去六ヶ月間、不注意、多動・衝動性両方の診断基準を満たす
- ・不注意優勢型(25~30%):
過去六ヶ月間、不注意の診断基準のみを満たす
- ・多動性—衝動性優勢型(15~20%):
過去六ヶ月間、多動・衝動性の診断基準のみを満たす

合併しやすい障害はあるだろうか

- 1 学習上の障害
- 2 協調運動障害
- 3 チック障害
- 4 強迫性障害

間違えやすい障害はないだろうか？

- 1 正常範囲の多動
- 2 不適切な環境因による多動
- 3 広範性発達障害の一部
- 4 精神遅滞による多動
- 5 行為障害の一部

学習障害について(DSM-IV)

- ・個別施行されたその人の標準的検査成績が年齢、就学、知的水準から期待されるより十分に低い場合に診断する。
- ・学業機会の欠如、下手な教育方法、文化的要因による学業困難によらない。
- ・視力または聴力の障害の程度よりも過剰な場合に診断する。
- ・公立学校の生徒の5%(米国)
- ・LDの約40%にADHD、ADHDの約90%にLD

神経心理学による学習障害

・マイケルバストによる考え方(森永良子氏による)

音や映像など外部の刺激を、耳や目で受け入れて、意味ある情報として理解するまでの過程は、感覚、知覚、表象、象徴化に分けられ、これらの過程に何らかの障害があるのが学習障害である。

- ・言語性の障害:
読み、書き、算数の障害
- ・非言語性の障害:
習慣、常識、規範などの障害
 - ①認知能力の障害
 - ②発達過程での非言語的学習の欠如

ADHDの治療とは

- ・治療とは
低下していた自己評価の改善
根強い劣等感の払拭
存在感の獲得
- ・薬物治療は
上記のための対症療法的手段

ADHD児のかかえる問題とは？

- 1 社会からの孤立:
社会的ルールの理解不足、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

臨床的に使用される薬物

- 中枢刺激薬：リタリン
- ・感情安定薬：リーマス、テグレートルなど
 - ・抗てんかん薬：テグレートル、デパケンなど
 - ・抗精神病薬：セレネース、リスパダールなど
 - ・抗うつ薬：アナフラニール、ルボックスなど
 - ・抗不安薬：コンスタン、デパスなど

注意欠陥多動性障害と薬物

- 1) 多動、注意持続障害には主として中枢刺激薬が使われる
- 2) 衝動性の亢進には、感情安定薬や抗精神病薬が使われる
- 3) 二次的な抑うつや不安には、抗うつ薬や抗不安薬が使われる
- 4) 中枢刺激薬の効果は対症的なものであり、薬物が有効な間に、周囲から働きかけを行うことが大切である

予後はどうか？

- ・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

軽度発達障害と不登校・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
- ・ 軽度発達障害のため、対人関係が苦手

軽度発達障害と虐待

- ・ 軽度発達障害があると虐待の対象になり易い
 - 保護者からみると、可愛くない子ども
 - 注意しても、同じ失敗を繰り返す
- ・ 虐待の対象になると、症状が顕在化する
 - AD/HDでは、多動、集中力の低下、衝動性の亢進が一段と目立つ

発達障害と医療（1）

- 1) 精神科医療
中心は“精神病”の治療
子どもの精神医療は少数
児童青年（小児）精神科
- 2) 小児科医療
中心は“身体”の治療
発達障害に重点を置く小児医療は少数
小児神経科、アレルギー科など
成人に達しても、診療を続けることが多い

発達障害と医療（2）

- ・行動・精神症状が悪化した際の一時的医療
治療に積極的でない場合の対応
精神科での対応：
ほとんどの精神科は、統合失調症などが専門
一部の精神科でのみ対応が可能
発達障害の治療は対応が複雑
専門とする医師の圧倒的不足
他分野からの要求が必要

障害者の医療の位置付け

- ・精神科的治療
広汎性発達障害を含む知的障害者に医療は不要か？
福祉内の医療だけでは十分ではない！
 - * 医療への不信感（専門家の不足）
 - * 医療側の及び腰（根本治療の困難さ、医療保険上の問題など）積極的に治療に協力できなくても、短期の医療が必要な場合はある！
- ・合併症治療
広汎性発達障害を含む知的障害が知られていない
一部医師の奮闘・疲労！

福祉と発達障害

- ・ 自閉症の様々な様態（75%は知的障害を并存）
- ・ 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

発達障害は社会的に無用なのか？

そんなことはない！
発達障害と考えられている人の中には、特定の分野で素晴らしい業績を残した人がいる
社会を積極的に動かしている人には、発達障害的な人が少なくない
対応によっては、思春期になって、社会的に逸脱する人もいる
子どもの頃の対応こそ重要である！