

# ADHDにおける診断の実際



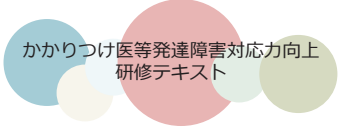
北海道大学大学院医学研究院

児童思春期精神医学分野

齊藤 卓弥




スライド 1



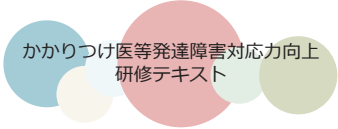
かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## ADHDの診断と治療

- DSM体系の中でのADHD診断の変化
- 成人期のADHDの臨床像と診断・評価
- DSM-5 の改訂後の診断へのインパクト
- 成人の慢性疾患としてのADHD  
併存障害：精神疾患および身体疾患
- 治療
- 症例




スライド 2



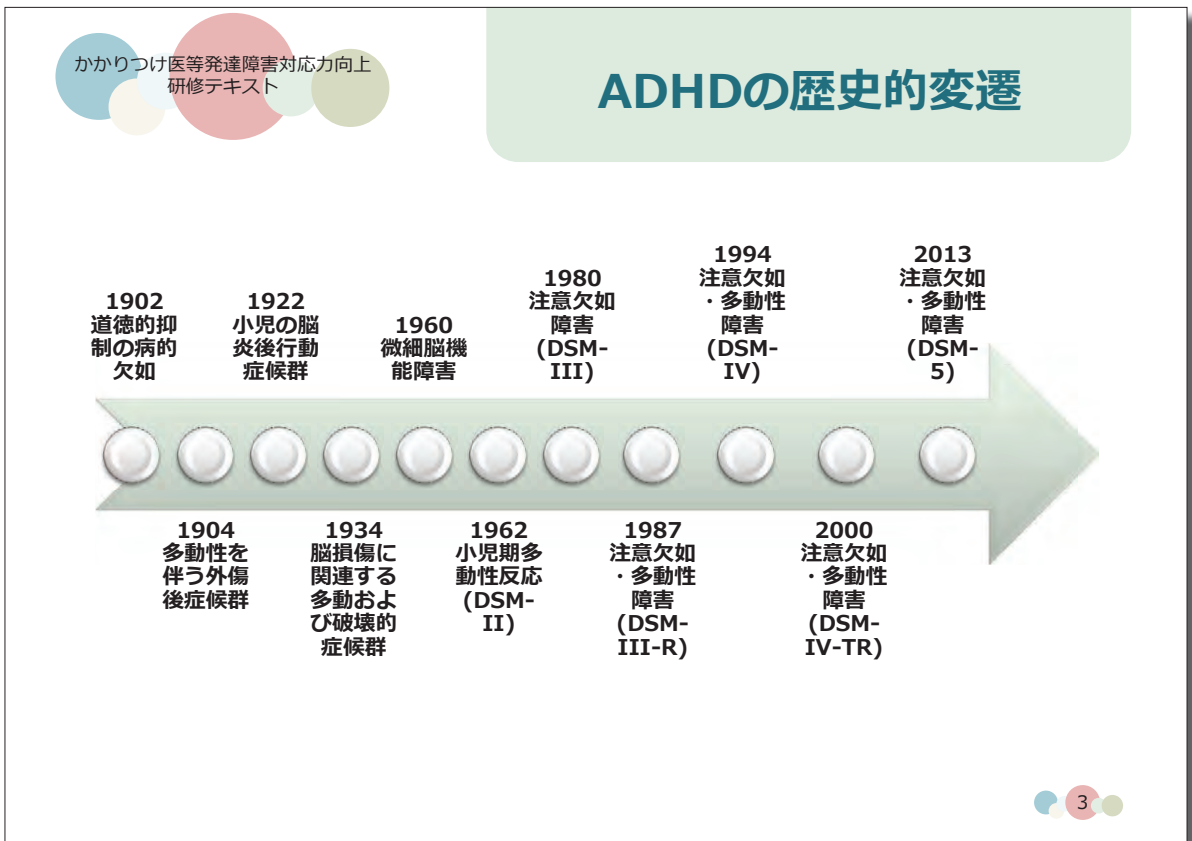
かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

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

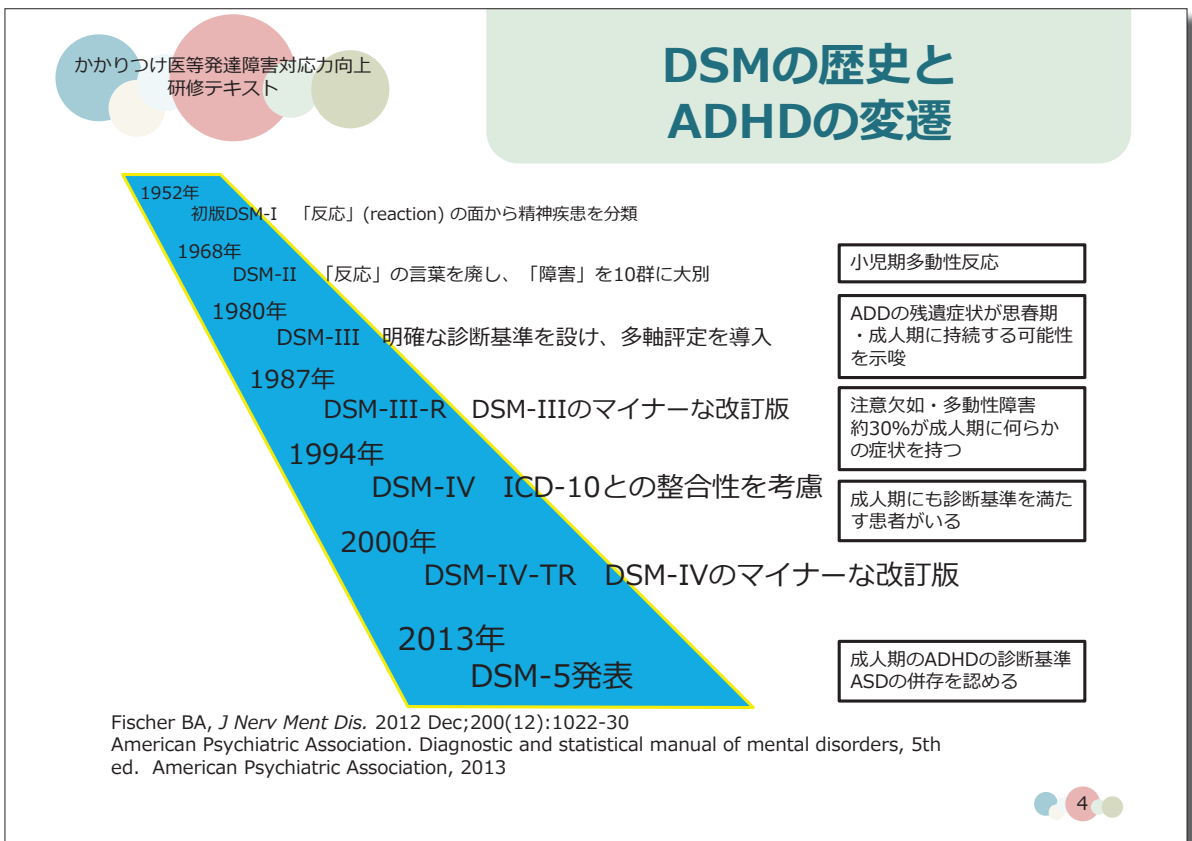
1. 中核の症状：不注意・多動性と衝動性
2. 主な周辺の症状：対人関係の問題、学業上の問題、学習障害、低い自己評価
3. 頻度：子どもの精神疾患の中で最も多いもの：ADHDの頻度に関しては、学齢期のおよそ3-5%が診断基準を満たす。ほとんどの研究は、男/女が約3:1の比率を示している。興味深いことに、大人の場合には、女性の比率が子供のときよりも高くなる。これは、子供のときには、多動性と衝動性が問題となるために男の子が全体として多く事例化するが、大人になると不注意が問題の中心となるために男女比が狭まってくると考えられている。
4. 症状が大人になっても続くこと：およそ70%の症例が思春期以降も症状を持っていることが知られている。また、30-50%が日常生活に影響するような症状を持っていると考えられている。



スライド 3



スライド 4



A. (1)か(2)のどちらか:	
(1) 以下の不注意の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6カ月持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの:	(2) 以下の多動性-衝動性の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6カ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない。
<p>&lt;不注意&gt;</p> <p>(a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な間違いをする。</p> <p>(b) 課題または遊びの活動で注意を集中し続けることがしばしば困難である。</p> <p>(c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。</p> <p>(d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない (反抗的な行動、または指示を理解できないためではなく)。</p> <p>(e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。</p> <p>(f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。</p> <p>(g) 課題や活動に必要なもの (例: おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具) をしばしばなくしてしまう。</p> <p>(h) しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。</p> <p>(i) しばしば日々の活動を怠ける。</p>	<p>&lt;多動性&gt;</p> <p>(a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。</p> <p>(b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。</p> <p>(c) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする。(青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)</p> <p>(d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。</p> <p>(e) しばしば“じっとしていない”、またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。</p> <p>(f) しばしばしゃべりすぎる。</p> <p>&lt;衝動性&gt;</p> <p>(g) しばしば質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまう。</p> <p>(h) しばしば順番を待つことが困難である。</p> <p>(i) しばしば他人を妨害し、邪魔する (例: 会話やゲームに干渉する)。</p>
B: 多動性-衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳以前に存在し、障害を引き起こしている。	
C: これらの症状による障害が2つ以上の状況 (例: 学校 (または職場) と家庭) において存在する。	
D: 社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。	
E: その症状は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、他の精神疾患 (例: 気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害) ではうまく説明されない。	

	項目数	診断に必要な項目数	
		不注意	多動・衝動性
混合型	18	6	6
不注意優勢型	9	6	0-5
多動優勢型	9	0-5	6



かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## DSM-IV-TR 診断基準への批判

1. 下位分類が経過とともに変化する。
2. 成人のADHDの症状が含まれていない。成人と子どもの診断に必要な閾値が同じである。成人では症状の項目が減っても impairment 障害が軽くなっていない。
3. 発症年齢の設定が操作的。

## スライド7

DSM-IV-TR	DSM-5
A. (1)か(2)のどちらか：	A. (1)および/または(2)によって特徴づけられる、不注意および/または多動性-衝動性の持続的な様式で、機能または発達への妨げになっているもの
(1) 以下の不注意の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヵ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの：	(1) 不注意：以下の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月以上持続したことがあり、その程度は発達水準に不相应で社会的・学業的・職業的な活動に直接、悪影響を及ぼすほどである。 注：それらの症状は単なる反抗的行動、挑戦、敵意の表れではなく、課題や指示を理解ができないことでもない。青年期後期および成人（17歳以上）では、少なくとも5つ以上の症状が必要である。
(a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意をすることができない、または不注意な間違いをする。	(a) 学業、仕事、またはその他の活動中に、しばしば綿密に注意をすることができない、または不注意な間違いをする。（例：細部を見過ぎたり、見逃してしまう、作業が不正確である）
(b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。	(b) 課題または遊びの活動中に、しばしば注意を持続することが困難である。（例：講義、会話、または長時間の読書に集中し続けることが難しい）
(c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。	(c) 直接話しかけられたときに、しばしば聞いていないように見える。（例：明らかな注意を逸らすものがない状態でさえ、心がどこか他所にあるように見える）
(d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない（反抗的な行動、または指示を理解できないためではなく）。	(d) しばしば指示に従えず、学業、用事、職場での義務をやり遂げることができない。（例：課題を始めるがすぐに集中できなくなる、また容易に脱線する）
(e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。	(e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。（例：一連の課題を遂行することが難しい、資料や持ち物を整理しておくことが難しい、作業が乱雑でまとまりがない、時間の管理が苦手、締め切りを守れない）
(f)（学業や宿題のような）精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。	(f) 精神的努力の持続を要する課題（例：学業や宿題、青年期後期および成人では報告書の作成、書類に漏れなく記入すること、長い文章を見直すこと）に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
(g) 課題や活動に必要なもの（たとえばおもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など）をしばしばなくしてしまう。	(g) 課題や活動に必要なもの（例：学校教材、鉛筆、本、道具、財布、鍵、書類、眼鏡、携帯電話）をしばしばなくしてしまう。
(h) しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。	(h) しばしば外からの刺激（青年期後期および成人では無関係な考えも含まれる）によってすぐに気が散ってしまう。
(i) しばしば日々の活動を忘れっぽい。	(i) しばしば日々の活動（例：用事を足すこと、お使いをすること、青年期後期および成人では、電話を折り返しかけること、お金の支払い、会合の約束を守ること）を忘れっぽい。

7

## スライド8

(2) 以下の多動性-衝動性の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヵ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの：	(2) 多動性および衝動性：以下の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヶ月以上持続したことがあり、その程度は発達水準に不相应で社会的・学業的・職業的な活動に直接、悪影響を及ぼすほどである。 注：それらの症状は、単なる反抗的行動、挑戦、敵意の表れではなく、課題や指示を理解ができないことでもない。青年期後期および成人（17歳以上）では、少なくとも5つ以上の症状が必要である。
(a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。	(a) しばしば手足をそわそわと動かしたりトントン叩いたりする、またはいすの上でもじもじする。
(b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。	(b) 席についていることが求められる場面でしばしば席を離れる。（例：教室、職場、その他の作業場所で、またはそこにとどまることを要求される他の場面で、自分の場所を離れる）
(c) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上がったたりする（青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない）。	(c) 不適切な状況でしばしば走り回ったり高い所へ登ったりする。（注：青年または成人では、落ち着かない感じのみに限られるかもしれない）
(d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。	(d) 静かに遊んだり余暇活動につくことがしばしばできない。
(e) しばしば“じっとしていない”、またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。	(e) しばしば“じっとしていない”または、まるで“エンジンで動かされるように”行動する。（例：レストランや会議に長時間とどまることができないかまたは不快に感じる；他の人達には落ち着かないとか、一緒にいることが困難と感じられるかもしれない）
(f) しばしばしゃべりすぎる	(f) しばしばしゃべりすぎる。
<衝動性>	
(g) しばしば質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまう	(g) しばしば質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまう。（例：他の人たちの言葉の続きを言ってしまふ；会話で自分の番を待つことができない）
(h) しばしば順番を待つことが困難である。	(h) しばしば自分の順番を待つことが困難である。（例：列に並んでいるとき）
(i) しばしば他人を妨害し、邪魔する（たとえば会話やゲームに干渉する）。	(i) しばしば他人を妨害し、邪魔する。（例：会話、ゲーム、または活動に干渉する；相手に聞かずにまたは許可を得ずに他人の物を使い始めるかもしれない；青年または成人では、他人のしていることに口出したり、横取りすることがあるかもしれない）

8

## スライド 9

- B. 多動性・衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こしている。
- C. これらの症状による障害が2つ以上の状況において（たとえば学校[または仕事]と家庭）存在する。
- D. 社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するといふ明確な証拠が存在しなければならない。
- E. その症状は広汎性発達障害、統合失調症、またはその他の精神性障害の経過中のみ起こるものではなく、他の精神疾患（例えば気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害）ではうまく説明されない。

- B. 不注意または多動性・衝動性の症状のうちいくつかが12歳になる前から存在していた。
- C. 不注意または多動性・衝動性の症状のうちいくつかが2つ以上の状況（例：家庭、学校、職場；友人や親戚といるとき；その他の活動中）において存在する。
- D. これらの症状が、社会的、学業的、または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といふ明確な証拠がある。
- E. その症状は、統合失調症、またはその他の精神障害の経過中のみ起こるものではなく、他の精神障害（例えば、気分障害、不安症、解離症、パーソナリティ障害、物質中毒または離脱）ではうまく説明されない。



## スライド 10

## 病型

**混合型**：過去6ヶ月間、A1とA2の基準をともに満たしている場合。

**不注意優勢型**：過去6ヶ月間、基準A1を満たすが基準A2を満たさない場合。

**多動性－衝動性優勢型**：過去6ヶ月間、基準A2を満たすが基準A1を満たさない場合。

- \*（特に青年期および成人で）現在、基準を完全に満たさない症状をもつ者には“部分緩解”と特定すべきである。

## 以下のいずれかを特定せよ：

314.01 (F90.2) **混合型存在**：過去6ヶ月間、基準A1（不注意）と基準A2（多動性－衝動性）をともに満たしている場合

314.00 (F90.0) **不注意が優勢に存在**：過去6ヶ月間、基準A1（不注意）を満たしているが、基準A2（多動性－衝動性）を満たさない場合

314.01 (F90.1) **多動性－衝動性が優勢に存在**：過去6ヶ月間、基準A2を満たしているが、基準A1を満たさない場合

## 該当すれば特定せよ：

**部分緩解**：以前はすべての基準を満たしていたが、過去6カ月間はより少ない基準数を満たしており、かつその症状が、社会的、学業的、または職業的機能に現在も障害を及ぼしている場合

## 現在の重症度を特定せよ：

**軽度**：診断を下すのに必要な項目数以上の症状が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。

**中等度**：症状または機能障害は、「軽度」と「重度」の間にある。

**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。



## ADHDの診断：DSM-IV-TR からDSM-5の主な変更点

	DSM-IV-TR	DSM-5
症状確認が必要な 発症年齢と症状数	7歳以前 いくつか (Some)	12歳以前 いくつか (Several)
発症確認時の障害	必要	必要なし
診断に必要な項目数	6項目	17歳未満 6項目 17歳以上 5項目
診断に必要な場	学校 (又は職場) と家庭	家庭、学校、職場、 友人や親戚と一緒にのとき、 あるいはその他の活動中
広汎性発達障害との併存	認められなかった	ASDとの併存が認められた

1. <http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>

人口統計的特性別にみる12-15歳までの過去12か月間のADHD有病率 (米国全国健康・栄養調査[NHANES]2001-2004)

人口統計	調査協力者人数	DSM-5 ADHD								
		全体 (n=163)		発症年齢 7歳以下 (n=99)		発症年齢 7-12歳 (n=64)		発症年齢 7-12歳までの 回答者における 比率		発症年齢 7歳以下と7-12歳 までの比較 Waldカイ二乗検定 (df) [p値]
		%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	
全体	1,894	10.84	(1.25)	7.38	(0.96)	3.46	(0.58)	31.95	(3.96)	-
性別										
男性	925	14.10	(1.62)	9.89	(1.15)	4.21	(0.87)	29.86	(4.39)	0.3 (1) [.567]
女性	966	7.57	(1.36)	4.86	(1.06)	2.71	(0.87)	35.86	(8.98)	
年齢 (歳)										
12	466	15.53	(2.81)	10.82	(2.29)	4.70	(1.17)	30.29	(6.05)	0.3 (3) [.804]
13	500	12.13	(2.42)	8.37	(2.11)	3.76	(1.11)	31.02	(8.18)	
14	487	9.66	(1.62)	6.74	(1.31)	2.91	(0.90)	30.16	(7.52)	
15	441	5.53	(1.38)	3.15	(1.05)	2.38	(0.92)	43.08	(12.59)	
人種 / 民族 <sup>○</sup>										
メキシカン・アメリカン	589	6.12	(1.09)	3.26	(0.71)	2.86	(0.54)	46.79	(5.04)	3.3 (3) [.035]
その他のラテンアメリカン	74	7.11	(2.83)	4.39	(1.05)	2.71	(2.41)	38.19	(20.46)	
ラテン系以外の白色人種	550	12.65	(1.98)	8.89	(1.55)	3.75	(0.80)	29.69	(4.66)	
ラテン系以外の黒色人種	622	7.69	(1.33)	3.76	(0.75)	3.93	(0.92)	51.07	(6.73)	
家計収入 <sup>ⓑ</sup>										
PIR ≥3	498	11.66	(2.72)	9.57	(2.57)	2.09	(0.78)	17.89	(6.61)	4.5 (2) [.020]
PIR 1-2	787	11.73	(1.97)	8.79	(1.61)	2.94	(0.97)	25.08	(6.75)	
PIR <1 (貧困層)	540	10.00	(1.71)	5.63	(1.17)	4.37	(0.99)	43.68	(6.55)	

注: df=degrees of freedom (自由度); PIR=poverty index ratio (貧困率指数); SE=standard error (標準誤差)  
<sup>○</sup> その他の人種はこの表には含まない  
<sup>ⓑ</sup> 収入が不明なサンプル数は表記しない

JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY  
 VOLUME 53 NUMBER 7 JULY 2014

人口統計的特性別にみる12-15歳までの過去12か月間のADHD有病率 (米国全国健康・栄養調査[NHANES]2001-2004)

人口統計	調査協力者人数	DSM-5 ADHD								
		全体 (n=163)		発症年齢 7歳以下 (n=99)		発症年齢 7-12歳 (n=64)		発症年齢 7-12歳までの 回答者における 比率		発症年齢 7歳以下と7-12歳 までの比較 Waldカイ二乗検定 (df) [p値]
		%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	
全体	1,894	10.84	(1.25)	7.38	(0.96)	3.46	(0.58)	31.95	(3.96)	-
性別										
男性	925	14.10	(1.62)	9.89	(1.15)	4.21	(0.87)	29.86	(4.39)	0.3 (1) [.567]
女性	966	7.57	(1.36)	4.86	(1.06)	2.71	(0.87)	35.86	(8.98)	
年齢 (歳)										
12	466	15.53	(2.81)	10.82	(2.29)	4.70	(1.17)	30.29	(6.05)	0.3 (3) [.804]
13	500	12.13	(2.42)	8.37	(2.11)	3.76	(1.11)	31.02	(8.18)	
14	487	9.66	(1.62)	6.74	(1.31)	2.91	(0.90)	30.16	(7.52)	
15	441	5.53	(1.38)	3.15	(1.05)	2.38	(0.92)	43.08	(12.59)	
人種 / 民族 <sup>○</sup>										
メキシカン・アメリカン	589	6.12	(1.09)	3.26	(0.71)	2.86	(0.54)	46.79	(5.04)	3.3 (3) [.035]
その他のラテンアメリカン	74	7.11	(2.83)	4.39	(1.05)	2.71	(2.41)	38.19	(20.46)	
ラテン系以外の白色人種	550	12.65	(1.98)	8.89	(1.55)	3.75	(0.80)	29.69	(4.66)	
ラテン系以外の黒色人種	622	7.69	(1.33)	3.76	(0.75)	3.93	(0.92)	51.07	(6.73)	
家計収入 <sup>ⓑ</sup>										
PIR ≥3	498	11.66	(2.72)	9.57	(2.57)	2.09	(0.78)	17.89	(6.61)	4.5 (2) [.020]
PIR 1-2	787	11.73	(1.97)	8.79	(1.61)	2.94	(0.97)	25.08	(6.75)	
PIR <1 (貧困層)	540	10.00	(1.71)	5.63	(1.17)	4.37	(0.99)	43.68	(6.55)	

注: df=degrees of freedom (自由度); PIR=poverty index ratio (貧困率指数); SE=standard error (標準誤差)  
<sup>○</sup> その他の人種はこの表には含まない  
<sup>ⓑ</sup> 収入が不明なサンプル数は表記しない

発症年齢によって症状の  
 重症度、併存症の出現パ  
 ターンには差がなかった

JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY  
 VOLUME 53 NUMBER 7 JULY 2014



スライド 13

早期 (7 歳以下)、後期 (7~12 歳以下)、晩期 (12~18 歳以下) の  
発症年齢別 a にみる DSM- IV ADHD 症状の出現率の違い

DSM-IV 基準症状	早期発症	後期発症	晩期発症	χ <sup>2</sup>	P値 <sup>b</sup>
	(n=364)、%	(n=252)、%	(n=148)、%		
<b>不注意</b>					
物をなくす	47.79	48.61	47.59	0.05	.974
集中し続ける事が困難	84.62	77.38	79.05	5.62	.060
忘れっぽい	69.78	65.87	67.12	1.11	.576
話を聞けない	86.54	79.76	77.70	7.81	.020
課題に対する興味の喪失	75.00	71.83	66.22	4.08	.130
すぐ気が散ってしまう	89.84	86.11	83.11	4.78	.092
集中力を必要とするものを避ける	84.89	83.73	77.70	3.97	.137
物事の順序立てが困難	58.40	60.96	59.46	0.40	.818
課題をやりとげることが出来ない	81.04	84.92	79.05	2.54	.280
<b>多動性および衝動性</b>					
非常に活動的で落ち着きがない	85.67	79.76	80.41	4.31	.116
じっとしていられない	74.52	74.90	74.83	0.01	.993
静かな活動に従事する事が困難	60.22	59.00	59.00	0.95	.622
そわそわする、もじもじする	81.94	75.40	74.32	5.44	.066
<b>すぐに席を離れる</b>	<b>63.81</b>	<b>59.76</b>	<b>47.30</b>	<b>11.91</b>	<b>&lt;.003</b>
しゃべりすぎる	63.54	63.75	55.41	3.42	.181
質問が終わる前に答え始める	58.29	58.40	55.78	0.32	.853
他人の言動を遮る	63.74	30.71	50.00	8.34	.015
順番を待つ事が困難	52.49	45.24	41.89	5.90	.052
<b>病型</b>					
不注意型	34.58	34.43	42.25	5.18 <sup>c</sup>	.27
多動性および衝動性型	21.04	23.36	23.94		
混合型	44.38	42.21	33.80		

a 各グループの割合は単純値であり、加重計算は用いていない

b 有意なP値(制御にはBH法を使用)は太字で表示

c df(自由度)=4

ADHD = attention-deficit/hyperactivity disorder. 注意欠如・多動性障害

Peyre et al, J clinical Psychiatry 2014

DSM-5における成人ADHD診断基準の必要症状項目数の減数と新規追加条件に伴う有病率の変化 n = 4000 (信頼区間95%)

「不注意」または「多動性および衝動性」 いずれかのカテゴリーの診断基準症状 9項目中の自覚症状数	項目数のみ	項目数+ 2か所以上の状況 での症状の有無(A)	項目数+ 発症年齢12歳以下 (B)	項目数+ 中等度の症状または 機能障害 <sup>a</sup> (C)	項目数+ A + B + C
2	33.2 (31.74-34.66)	25.2 (23.85-26.55)	6.7 (5.93-7.47)	18.7 (17.49-19.91)	3.9 (3.3-4.5)
3	32.3 (30.85-33.75)	24.5 (23.17-25.83)	6.5 (5.74-7.26)	18.4 (17.2-19.6)	3.9 (3.3-4.5)
4	29.4 (27.99-30.81)	22.8 (21.5-24.1)	6.3 (5.55-7.05)	17.6 (16.42-18.78)	3.8 (3.21-4.39)
5	23.7 (22.38-25.02)	18.6 (17.39-19.81)	5.4 (4.7-6.1)	15.1 (13.99-16.21)	3.55 (2.98-4.12)
6	17.6 (16.42-18.78)	14.1 (13.02-15.18)	4.2 (3.58-4.82)	12.0 (10.99-13.01)	2.9 (2.38-3.42)
7	10.9 (9.93-11.87)	9.0 (8.11-9.89)	2.6 (2.11-3.09)	7.9 (7.06-8.74)	1.9 (1.48-2.32)

<sup>a</sup> ADHDに付随する症状で社会的及び学業的/職業的活動に直接悪影響を及ぼすもの (0-3段階で2以上)  
不注意または多動性および衝動性の症状が5項目以上ある参加者の情報は希望により開示される

*Psychological Medicine, Page 1 of 13. ©  
doi: 10.1017/S0033291714001470*

DSM-5における成人ADHD診断基準の必要症状項目数の減数と新規追加条件に伴う有病率の変化 n = 4000 (信頼区間95%)

「不注意」または「多動性および衝動性」 いずれかのカテゴリーの診断基準症状 9項目中の自覚症状数	項目数のみ	項目数+ 2か所以上の状況 での症状の有無(A)	項目数+ 発症年齢12歳以下 (B)	項目数+ 中等度の症状または 機能障害 <sup>a</sup> (C)	項目数+ A + B + C
2	33.2 (31.74-34.66)	25.2 (23.85-26.55)	6.7 (5.93-7.47)	18.7 (17.49-19.91)	3.9 (3.3-4.5)
3	32.3 (30.85-33.75)	24.5 (23.17-25.83)	6.5 (5.74-7.26)	18.4 (17.2-19.6)	3.9 (3.3-4.5)
4	29.4 (27.99-30.81)	22.8 (21.5-24.1)	6.3 (5.55-7.05)	17.6 (16.42-18.78)	3.8 (3.21-4.39)
5	23.7 (22.38-25.02)	18.6 (17.39-19.81)	5.4 (4.7-6.1)	15.1 (13.99-16.21)	3.55 (2.98-4.12)
6	17.6 (16.42-18.78)	14.1 (13.02-15.18)	4.2 (3.58-4.82)	12.0 (10.99-13.01)	2.9 (2.38-3.42)
7	10.9 (9.93-11.87)	9.0 (8.11-9.89)	2.6 (2.11-3.09)	7.9 (7.06-8.74)	1.9 (1.48-2.32)

診断に必要な項目数を  
6項目から5項目に減少  
させたことで有病率が  
27%増加。

<sup>a</sup> ADHDに付随する症状で社会的及び学業的/職業的活動に直接悪影響を及ぼすもの (0-3段階で2以上)  
不注意または多動性および衝動性の症状が5項目以上ある参加者の情報は希望により開示される

*Psychological Medicine, Page 1 of 13. ©  
doi: 10.1017/S0033291714001470*

DSM-5におけるADHD診断基準の個々の症状と機能障害の関連性

DSM-5 診断基準症状	自覚症状 (%)		中等度以上(0-3段階で2以上)の症状または機能障害との関連			
	スクリーニング陽性回答者 <sup>a</sup> (n = 1329)	ADHD患者 (n = 142)	未調整オッズ比 (OR) (信頼区間95%)	未調整オッズ比 ランキング	調整済みオッズ比 (信頼区間95%)	全回答者 (APS)
01. 細密に注意することが出来ない	67.2	75.4	1.73 (1.37-2.18)	6	1.36 (1.07-1.75)	6
02. 注意を維持することが困難である	64.9	83.1	2.06 (1.63-2.59)	2	1.52 (1.18-1.94)	10
03. 聞いていないように見える	49.1	60.6	1.82 (1.46-2.27)	5	N.S.	3
04. 指示に従えない	46	56.3	1.73 (1.39-2.16)	6	N.S.	4
05. 課題や活動を順序立てることが困難	49.8	64.8	1.83 (1.47-2.28)	4	1.66 (1.31-2.09)	10
06. 精神的努力の持続を要する課題に従事することを避ける	75.3	81.7	1.30 (1.01-1.66)	14	N.S.	0
07. 物をなくしてしまう	30.2	43	1.61 (1.26-2.04)	9	1.41 (1.09-1.82)	8
08. すく気が散ってしまう	81.7	90.1	2.51 (1.89-3.35)	1	2.13 (1.58-2.87)	10
09. 忘れっぽい	61.1	68.3	1.37 (1.09-1.71)	11	N.S.	0
10. もじもじする	83.1	86.6	0.90 (0.67-1.20)	N.S.	N.S.	1
11. 席を離れる	34.4	52.8	1.88 (1.49-2.38)	3	1.43 (1.11-1.84)	6
12. 走り回る	56.5	73.9	1.64 (1.32-2.04)	8	N.S.	2
13. 静に遊んだりできない	38.8	48.6	1.28 (1.02-1.60)	15	N.S.	0
14. “じっとしていない”	31.6	53.5	1.57 (1.24-1.99)	10	1.47 (1.14-1.89)	10
15. しゃべりすぎる	30.5	36.6	1.35 (1.07-1.72)	12	N.S.	0
16. 質問が終わる前に答え始めてしまう	31.6	43.7	1.28 (1.01-1.62)	15	N.S.	0
17. 自分の順番を待つことが困難	39.4	45.1	1.31 (1.06-1.64)	13	N.S.	0
18. 他人を妨害し、邪魔する	9.2	12.7	1.31 (0.89-1.92)	N.S.	N.S.	0

<sup>a</sup> 事前調査の成人ADHD自己報告式尺度(adult ADHD self-report scale: ASRS)にて症状に関する6項目の質問中、2問以上に自覚症状ありと回答した者

Matte et al Psychol Med 2014

DSM-5におけるADHD診断基準の個々の症状と機能障害の関連性

DSM-5 診断基準症状	自覚症状 (%)		中等度以上(0-3段階で2以上)の症状または機能障害との関連			
	スクリーニング陽性回答者 <sup>a</sup> (n = 1329)	ADHD患者 (n = 142)	未調整オッズ比 (OR) (信頼区間95%)	未調整オッズ比 ランキング	調整済みオッズ比 (信頼区間95%)	全回答者 (APS)
01. 細密に注意することが出来ない	67.2	75.4	1.73 (1.37-2.18)	6	1.36 (1.07-1.75)	6
02. 注意を維持することが困難である	64.9	83.1	2.06 (1.63-2.59)	2	1.52 (1.18-1.94)	10
03. 聞いていないように見える	49.1	60.6	1.82 (1.46-2.27)	5	N.S.	3
04. 指示に従えない	46	56.3	1.73 (1.39-2.16)	6	N.S.	4
05. 課題や活動を順序立てることが困難	49.8	64.8	1.83 (1.47-2.28)	4	1.66 (1.31-2.09)	10
06. 精神的努力の持続を要する課題に従事することを避ける	75.3	81.7	1.30 (1.01-1.66)	14	N.S.	0
07. 物をなくしてしまう	30.2	43	1.61 (1.26-2.04)	9	1.41 (1.09-1.82)	8
08. すく気が散ってしまう	81.7	90.1	2.51 (1.89-3.35)	1	2.13 (1.58-2.87)	10
09. 忘れっぽい	61.1	68.3	1.37 (1.09-1.71)	11	N.S.	0
10. もじもじする	83.1	86.6	0.90 (0.67-1.20)	N.S.	N.S.	1
11. 席を離れる	34.4	52.8	1.88 (1.49-2.38)	3	1.43 (1.11-1.84)	6
12. 走り回る	56.5	73.9	1.64 (1.32-2.04)	8	N.S.	2
13. 静に遊んだりできない	38.8	48.6	1.28 (1.02-1.60)	15	N.S.	0
14. “じっとしていない”	31.6	53.5	1.57 (1.24-1.99)	10	1.47 (1.14-1.89)	10
15. しゃべりすぎる	30.5	36.6	1.35 (1.07-1.72)	12	N.S.	0
16. 質問が終わる前に答え始めてしまう	31.6	43.7	1.28 (1.01-1.62)	15	N.S.	0
17. 自分の順番を待つことが困難	39.4	45.1	1.31 (1.06-1.64)	13	N.S.	0
18. 他人を妨害し、邪魔する	9.2	12.7	1.31 (0.89-1.92)	N.S.	N.S.	0

<sup>a</sup> 事前調査の成人ADHD自己報告式尺度(adult ADHD self-report scale: ASRS)にて症状に関する6項目の質問中、2問以上に自覚症状ありと回答した者

不注意症状と診断および機能障害との相関が高い

Matte et al Psychol Med 2014

スライド 16 DSM-IV-TR と DSM-5 における有病率の違い  
成人物質関連障害の国際比較から

DSM-IVとDSM-5の各診断基準による成人とその小児期のADHDの有病率 (%)

診断 (CI:信頼区間 %)	フランス (n = 157)	ハンガリー (n = 226)	オランダ (n = 129)	ノルウェー (n = 220)	スペイン (n = 222)	スウェーデン (n = 168)	スイス (n = 154)	範囲(全体) (N = 1276)
小児ADHD DSM-IV (CI 95%)	21.3 (14.9-27.7)	12.9 (8.6-17.7)	15.0 (8.9-21.2)	41.0 (34.5-47.5)	10.6 (6.5-14.6)	27.7 (20.9-34.5)	15.1 (9.4-20.8)	10.6-41.0
小児ADHD DSM-5 発症年齢12歳以下 (CI 95%)	23.2 (16.6-29.8)	12.9 (8.6-17.3)	15.0 (8.9-21.2)	42.3 (35.7-48.8)	13.0 (8.5-17.4)	29.1 (22.2-36.0)	15.6 (9.8-21.3)	12.9-42.3
成人ADHD DSM-IV (CI 95%) <sup>†</sup>	11.2 (6.3-16.2)	5.4 (2.4-8.3)	10.1 (4.9-15.3)	31.3 (25.2-37.5)	9.2 (5.4-13.0)	19.7 (13.7-25.7)	6.1 (2.3-9.9)	5.4-31.3
成人ADHD DSM-5 発症年齢12歳以下および 症状5/9項目に合致 (CI 95%)	16.2 (10.5-22.0)	7.6 (4.1-11.1)	11.8 (6.2-17.3)	32.6 (26.4-38.8)	10.6 (6.6-14.7)	22.4 (16.1-28.7)	7.7 (3.5-12.0)	7.6-32.6
成人ADHD・ADHD-NOS (合算) DSM-IV 発症年齢12歳以下 および症状4/9項目に合致(CI95%)	16.9 (11.0-22.7)	8.9 (5.2-12.7)	12.3 (6.7-18.0)	34.5 (28.2-40.7)	10.6 (6.6-14.7)	22.4 (16.1-28.7)	8.2 (3.9-12.5)	8.2-34.5

†前提条件: DSM-IVの小児ADHDの診断基準に従い、後ろ向きのCAADIDによる小児ADHD診断をされている者  
‡前提条件: DSM-5の小児ADHDの診断基準(発症年齢12歳以下に調整)に従い、後ろ向きのCAADIDによる小児ADHD診断をされている者

G. van de Glind et al. / Drug and Alcohol Dependence 134(2014) 158-166

スライド 17 DSM-5 における例の追加による症状出現率の変化

DSM-5での不注意症状の改正におけるDSM-IV-TRとの有症率の比較

	DSM-5 (%)	DSM-IV-TR (%)	$\chi^2$	OR
学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意をすることができない、または不注意な過ちをおかす。(例: 細部を見逃したり、見逃してしまう、作業が不正確である)	76.6	73.2	1.39	1.42
課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。(例: 講義、会話、または長時間の読書に集中し続けることが難しい)	79.9	60.7	33.06*	6.11
直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。(例: 明らかな注意を逸らすものがない状態でさえ、心がどこか他所にあるように見える)	58.2	49.4	7.74 <sup>†</sup>	2.17
しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない。(例: 課題を始めるがすぐに集中できなくなる、また容易に脱線する)	77.7	70.2	7.71 <sup>†</sup>	2.50
課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。(例: 一連の課題を遂行することが難しい、資料や持ち物を整理しておくことが難しい、作業が乱雑でまとまりがない、時間の管理が苦手、締め切りを守れない)	73.9	73.1	0.11	1.11
精神的努力の持続を要する課題 (例: 学業や宿題、青年期後期および成人では報告書の作成、書類に漏れなく記入すること、長い文章を見直すこと) に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。	71.5	64.0	9.00*	3.00
課題や活動に必要なもの (例: 学校教材、鉛筆、本、道具、財布、鍵、書類、眼鏡、携帯電話) をしばしばなくしてしまう。	63.6	58.2	5.83	2.63
しばしば外からの刺激 (青年期後期および成人では無関係な考えも含まれる) によって容易に注意をそらされる。	70.0	67.9	0.61	1.28
しばしば日々の活動 (例: 用事を足すこと、お使いをすること、青年期後期および成人では、電話を折り返しかけること、お金の支払い、会合の約束を守ること) を忘れっぽい。	67.2	65.1	0.64	1.29

注. DSM-5 = 精神疾患の診断・統計マニュアル (第5版) DSM-IV-TR = 精神疾患の診断・統計マニュアル (第4版 改訂版)  
OR = オッズ比 †p<.05 \*p<.003

DSM-5での多動性・衝動性症状の改正におけるDSM-IV-TRとの有症率の比較

	DSM-5 (%)	DSM-IV-TR (%)	$\chi^2$	OR
しばしば手足をそわそわと動かしたりトントン叩いたりする、またはいすの上でもじもじする。	46.9	48.5	0.76	0.96
席についていることが求められる場面でしばしば席を離れる。(例：教室、職場、その他の作業場所で、またはそこにとどまることを要求される他の場面で、自分の場所を離れる)	38.4	29.1	11.26*	2.92
不適切な状況でしばしば走り回ったり高い所へ登ったりする。(注：青年または成人では、落ち着かない感じのみに限られるかもしれない)	18.4	15.1	2.13	1.73
静かに遊んだり余暇活動につくことがしばしばできない。	28.5	21.8	4.92 †	1.89
しばしば“じっとしていない”または、まるで“エンジンで動かされるように”行動する。(例：レストランや会議に長時間とどまることができないかまたは不快に感じる；他の人達には落ち着かないとか、一緒にいることが困難と感じられるかもしれない)	27.8	27.8	0.00	1.00
しばしばしゃべりすぎる。	42.1	44.2	0.71	0.75
しばしば質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまう。(例：青年期後期および成人では <sup>a</sup> 、他の人たちの言葉の続きを言ってしまう；会話で自分の番を待つことができない)	40.6	40.6	0.00	1.00
しばしば順番を待つことが困難である。(例：列に並んでいるとき)	30.3	30.7	0.03	0.94
しばしば他人を妨害し、邪魔する。(例：会話、ゲーム、または活動に干渉する；相手に聞かずにまたは許可を得ずに他人の物を使い始めるかもしれない；青年または成人では、他人のしていることに口出ししたり、横取りすることがあるかもしれない)	46.2	50.0	1.80	0.67

注. DSM-5 = 精神疾患の診断・統計マニュアル (第5版)    DSM-IV-TR = 精神疾患の診断・統計マニュアル (第4版 改訂版)  
 OR = オッズ比    † p<.05    \* p<.003  
 a DSM-5 最終版とは異なる

DSM-5での多動性・衝動性症状の改正におけるDSM-IV-TRとの有症率の比較

	DSM-5 (%)	DSM-IV-TR (%)	$\chi^2$	OR
しばしば手足をそわそわと動かしたりトントン叩いたりする、またはいすの上でもじもじする。	46.9	48.5	0.76	0.96
席についていることが求められる場面でしばしば席を離れる。(例：教室、職場、その他の作業場所で、またはそこにとどまることを要求される他の場面で、自分の場所を離れる)	38.4	29.1	11.26*	2.92
不適切な状況でしばしば走り回ったり高い所へ登ったりする。(注：青年または成人では、落ち着かない感じのみに限られるかもしれない)	18.4	15.1	2.13	1.73
静かに遊んだり余暇活動につくことがしばしばできない。	28.5	21.8	4.92 †	1.89
しばしば“じっとしていない”または、まるで“エンジンで動かされるように”行動する。(例：レストランや会議に長時間とどまることができないかまたは不快に感じる；他の人達には落ち着かないとか、一緒にいることが困難と感じられるかもしれない)	27.8	27.8	0.00	1.00
しばしばしゃべりすぎる。	42.1	44.2	0.71	0.75
しばしば質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまう。(例：青年期後期および成人では <sup>a</sup> 、他の人たちの言葉の続きを言ってしまう；会話で自分の番を待つことができない)	40.6	40.6	0.00	1.00
しばしば順番を待つことが困難である。(例：列に並んでいるとき)	30.3	30.7	0.03	0.94
しばしば他人を妨害し、邪魔する。(例：会話、ゲーム、または活動に干渉する；相手に聞かずにまたは許可を得ずに他人の物を使い始めるかもしれない；青年または成人では、他人のしていることに口出ししたり、横取りすることがあるかもしれない)	46.2	50.0	1.80	0.67

例の追加によって僅かであるが  
 臨床的に影響があるような  
 症状出現の認められる。

注. DSM-5 = 精神疾患の診断・統計マニュアル (第5版)    DSM-IV-TR = 精神疾患の診断・統計マニュアル (第4版 改訂版)  
 OR = オッズ比    † p<.05    \* p<.003  
 a DSM-5 最終版とは異なる

スライド 19

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 幼児期のADHDの症状

1. 睡眠障害：過度の眠気・無反応あるいは落ち着きのなさによる不眠
2. 食事の問題：好き嫌いが激しい、ミルクの飲みが悪い、食事に影響があるくらい泣いてしまう

\* ADHDは幼児期には正式には診断できない。しかし、ADHDの子を持つ親のおよそ1/3は、何らかの問題があったことを覚えている。しばしば記憶されていることは、しばしば泣いて、なだめるのが難しいということである。

19

スライド 20

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 診断的特徴 (DSM-5, 医学書院、2014)

注意欠如・多動症は小児期に発症する。いくつもの症状が12歳になる前に出現するという要件は、小児期に相当な臨床症状があることの重要性を示している。小児期の症状を成人になってから想起することは信頼性が低い傾向があり、補助的な情報を得ることが有益である。

この障害の症状は複数の状況で存在する必要がある。通常、複数の状況における実質的な症状の確認は、その状況でその人を見ていた人に情報を求めることなしには正確に行えない。通常は、与えられた状況における背景によって症状は異なる。この障害の徴候は、適切な行動に対してそのたびに報酬が与えられる場合、厳密な管理下にある場合、新奇な状況、特に興味のある活動に従事している場合、一貫した外的な刺激がある場合（例：電子画面を介して）、または一対一での状況で対応している場合（例：診察室）、最小限かまたは存在しないかもしれない。

20

## 学齢前のADHDの症状

1. 落ち着きの無さ（常に何かしようと準備している。いろいろなものに触ったり、登ったりする）
2. 飽くことを知らない好奇心
3. 遊びが乱暴（しばしばおもちゃを壊したり、他の子供に怪我をさせたりする）
4. 親の注意を引こうとする
5. 言うことを聞かない（特に男の子）
6. ひどい癇癩を起こす（多くの子供より、頻度、強度そして継続時間の点で異なる）
7. 発達上段階を完了するのに困難（トイレの訓練）
8. 短い睡眠時間あるいは不安定な睡眠のパターン
9. 運動機能や言語の発達の遅れ
10. 家庭内の問題（ベビーシッターを雇ったりすること）

\* 正常の3-4歳の子供は、しばしばADHDと無関係のinattentionやoverreactionを示すことがある。従って、ADHDの症状をすべて持つ3歳児が正常か問題を持っているかの区別をすることは難しいことがある。しかし、学齢期前より重症のhyperactivityを示す子供は、思春期になっても学習障害、発達障害や行動面での問題を持ち続けることが知られている。従って、この時期のhyperactivityは、ADHDの最初の兆候で、臨床家にADHDの診断を疑わせるものとなる。また、ADHDの兆候としてこの時期に見られるものに身体症状がある。ADHDを持つ子供には、胃腸症状、呼吸器症状、そして皮膚科的な問題が高率に見つかるという報告がある。この時期にADHDの診断を行うときには、DSM-IVが要求している症状の継続期間よりも長く観察することをお勧めする。時として、子供たちが成長につれて行動が改善していくかを確かめる必要がある。

## 児童期（6-12歳）のADHDの症状

1. 気が散りやすい
2. 与えられたものとは関係ないことをしてしまう
3. 集中力を持続できない
4. 衝動的である
5. 攻撃的な行動をする
6. おちゃらけてしまう
7. 友達とうまくやっっていけない

\* この時期は、もっとも典型的なADHDの症状が認められる時期である。精神科のクリニックでは、9歳前後の子供が最も頻りにADHDと診断されるグループである。子供たちは、新しい環境や要求に直面する。学校で、授業中に座っていること、先生の指示に従い、先生の注意を他の多くの子供たちと共有することが求められる。これらの行動は、授業内容が型にはまったものであると助長される傾向にある。子供たちにとって課題が難しすぎたり、簡単すぎたり、退屈だと起きやすくなる。この結果、子供たちが学習への一貫した“強化”を受けることが阻害される。また、この時期のADHDを持つ子供たちは、学業や対人関係の問題がうまくいかなことから、Low self esteemや抑うつをきたすこともある。この時期のADHDを持つ子供たちは、様々の衝動性を示す。これらは、目にみえての落ち着きのなさに代表される行動上の衝動性（behavioral impulsivity）と、書き損じなどの認知上の衝動性（cognitive impulsivity）に分けられる。社会上の技能（social skill）の障害はこの時期に明らかになってくる。しかし、ADHDの子供たちは、Social skillを学習できないのではなく、Social Skillを必要とされる場面でそれを使うことができないというに過ぎない。したがって、治療の場面で重要になるのだが、皆さんのオフィスでSocial skillをトレーニングするよりも、学校やグループの中でトレーニングをすることに意味がある。

## スライド 23

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 思春期のADHDの症状

1. 身体的な面での多動性・衝動性の減少する一方で、内的な多動性・衝動性の持続
2. 学業や課題への取り組み・成績の一貫性のないこと
3. 非行や家庭内での問題
4. 怒りや情緒的な不安定さ
5. 権威者との間の問題
6. 友人関係の問題
7. 低い自己評価
8. 抑うつ
9. 無気力

\* 思春期になると外からみた多動性は減るものの、内的な落ち着きのなさがむしろ中心になっていく。また、行動面での衝動性も減少するが、認知面と言葉の面での衝動性は継続してみられる。注意力のなさもそのまま残る。思春期では特に様々な課題への取り組みに対しての凸凹が見られることがしばしばある。たとえば、一つのクラスでは非常に創造的な面を見せるが、他のクラスでは簡単な宿題を忘れてしまうこともある。また対人関係上の問題もしばしば認められるようになる。さらに、自己評価の低さ、無気力感、抑うつ感はいしばうつ病との鑑別上問題となる。権威者との間の問題や怒り等の症状は、行為障害や反抗挑戦性障害との鑑別が必要となっていく。

23

## スライド 24

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 多面的評価の必要性

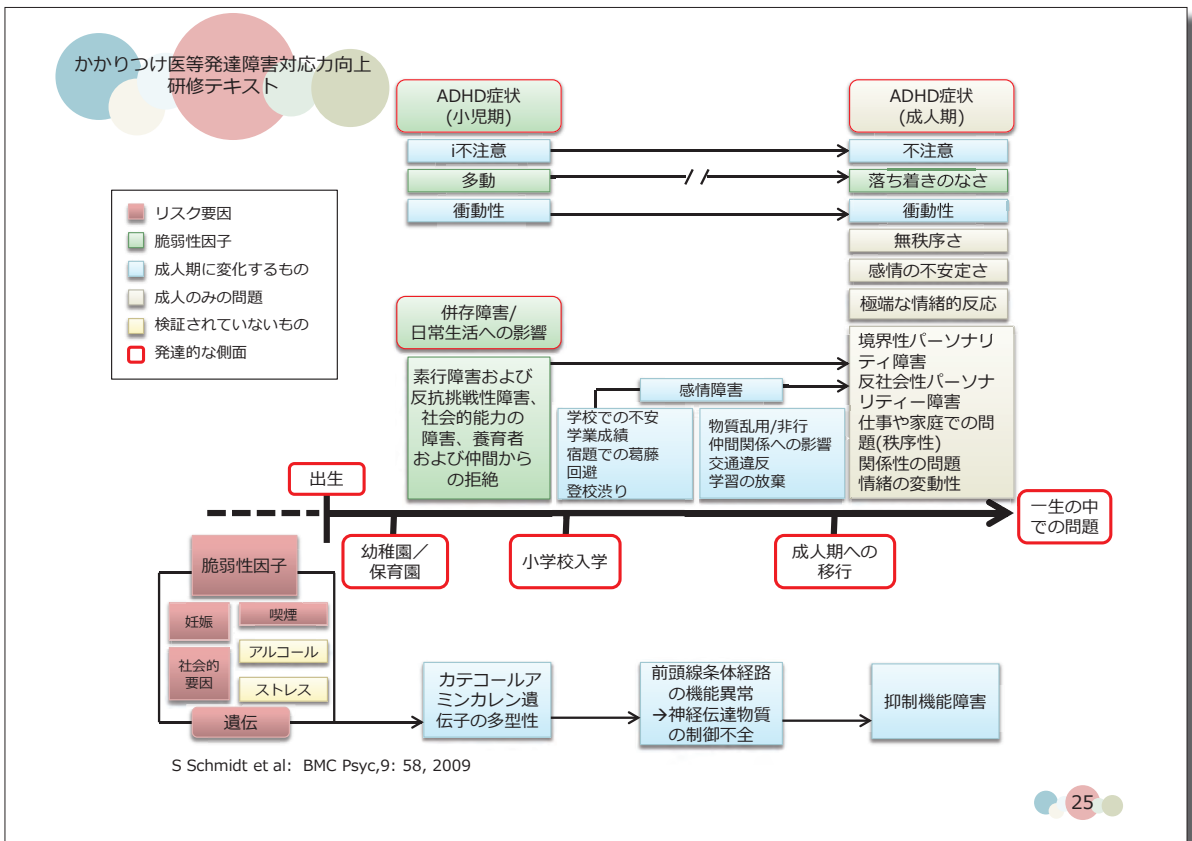
- 治療計画立案時の診断・評価の観点
  - ・ 不注意、多動性、衝動性の症状と出現の仕方
  - ・ 破壊的行動障害（反抗挑戦性障害、行為障害など）、不安障害や排泄障害などの併存の有無
  - ・ 知的能力、学習能力や運動能力、言語能力、友人関係の評価、学校の教育環境や家庭の養育能力などの評価
- 多面的な評価の必要性
  - ✓ 確定診断に利用できる生物学的マーカーが特定されていない
  - ✓ 類似疾患との鑑別が必要である
  - ✓ 親の診断面接、親や教師による評価、患者への問診、行動評価などを実施

「コンサータ®錠 18mg, 27mg 適正使用ガイド」より作成

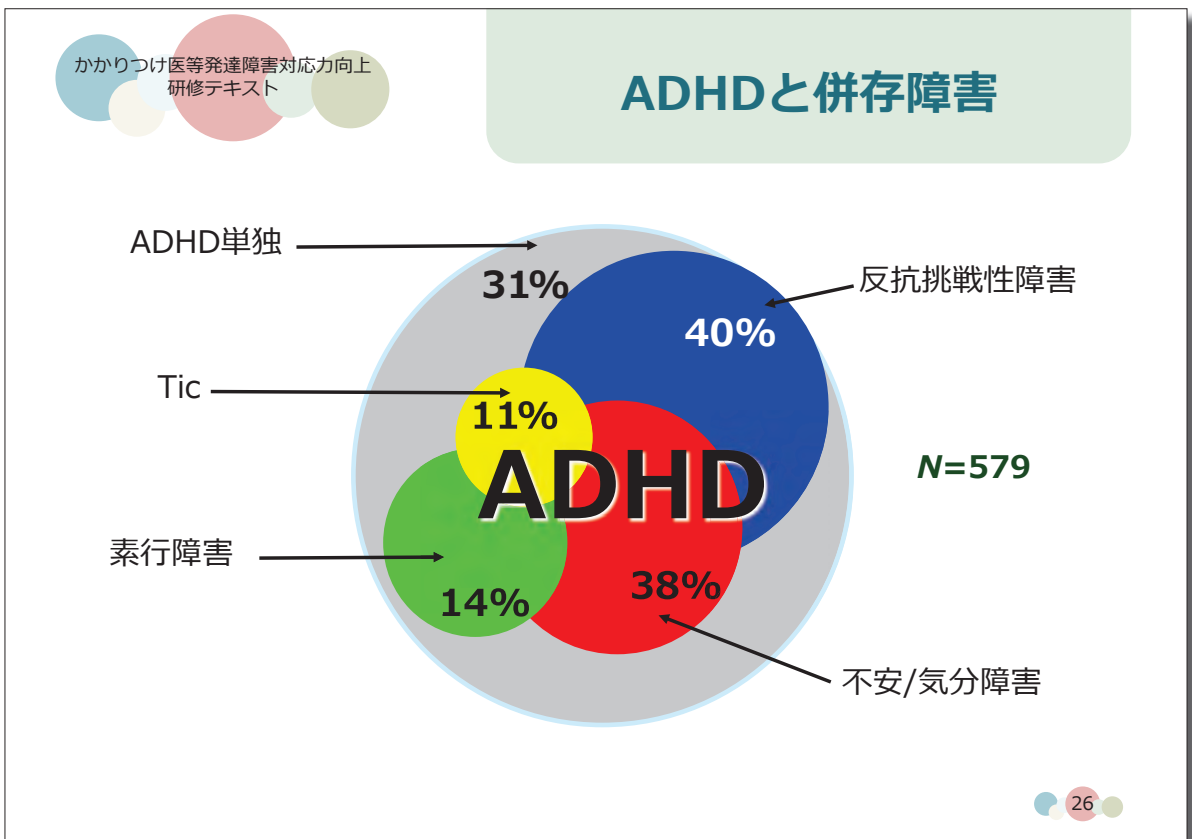
24



スライド 25



スライド 26



スライド 27

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## ADHDとQuality of Life (QOL)

- Quality of life 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
- Functional impairmentの定義 : 日常生活に関連する活動を行う能力の制限

27

スライド 28

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 未治療・不十分な治療によるADHDの二次症状

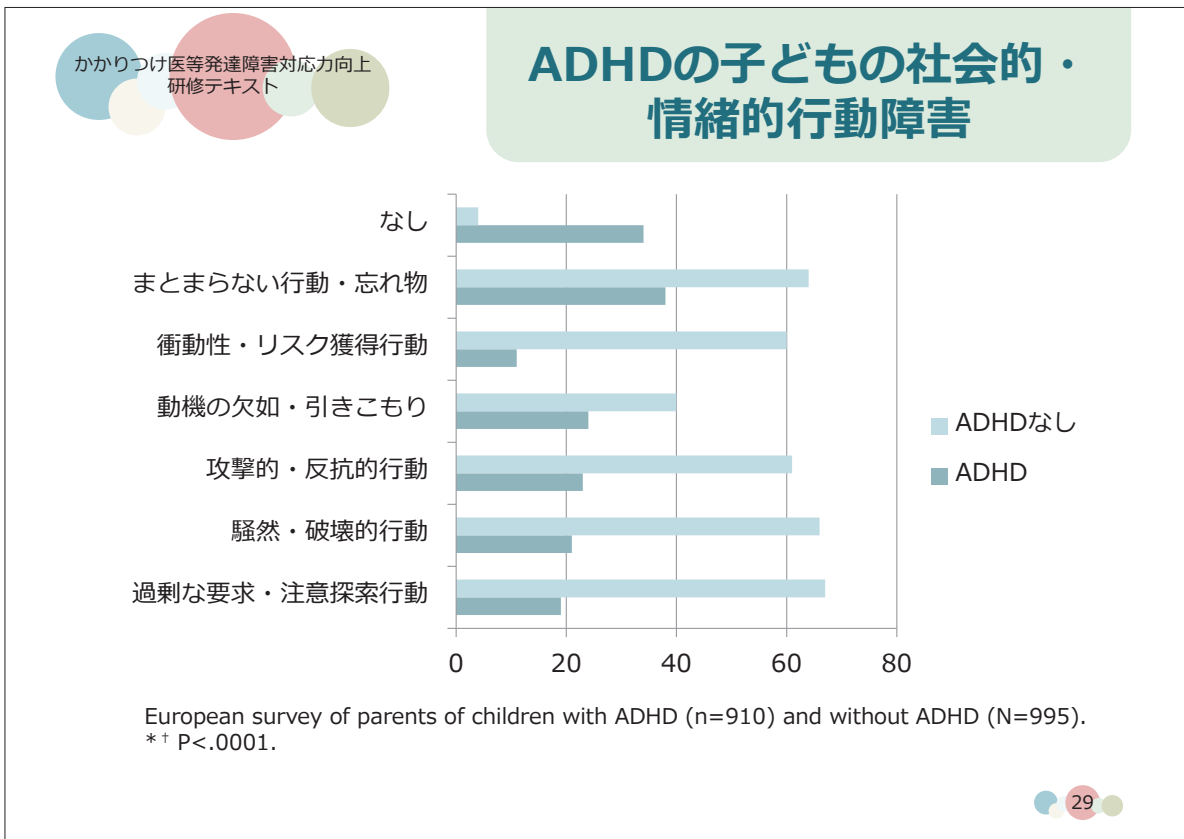
**患者**

- 医療上の問題**  
50% ↑ 自転車事故<sup>1</sup>  
33% ↑ 救急外来受診<sup>2</sup>  
2-4 x 自動車事故<sup>3-5</sup>
- 家族の問題**  
3-5x ↑ 両親の離婚あるいは別居<sup>11,12</sup>  
2-4 x ↑ 兄弟間の喧嘩<sup>13</sup>
- 学校や職業上の問題**  
46% 退学処分<sup>6</sup>  
35% 退学<sup>6</sup>  
低い職業的地位<sup>7</sup>
- 社会上の問題**  
薬物関連障害:  
2 x リスク<sup>8</sup>  
早期発症<sup>9</sup>  
薬物の中止の困難<sup>10</sup>
- 雇用**  
↑ 両親の休み<sup>14</sup>  
および  
↓ 生産性<sup>14</sup>

1. DiScala et al., 1998; 2. Liebson et al., 2001; 3. NHTSA, 1997; 4-5. Barkley et al.,1993; 1996;  
6. Barkley, et al., 1990; 7. Manuzza et al.,1997; 8. Biederman et al., 1997; 9. Pomerleau et al.,1995  
10. Wilens et al.,1995; 11. Barkley, Fischer et al.,1991; 12. Brown & Pacini, 1989; 13. Mash & Johnston, 1983;  
14. Noe et al.,1999.

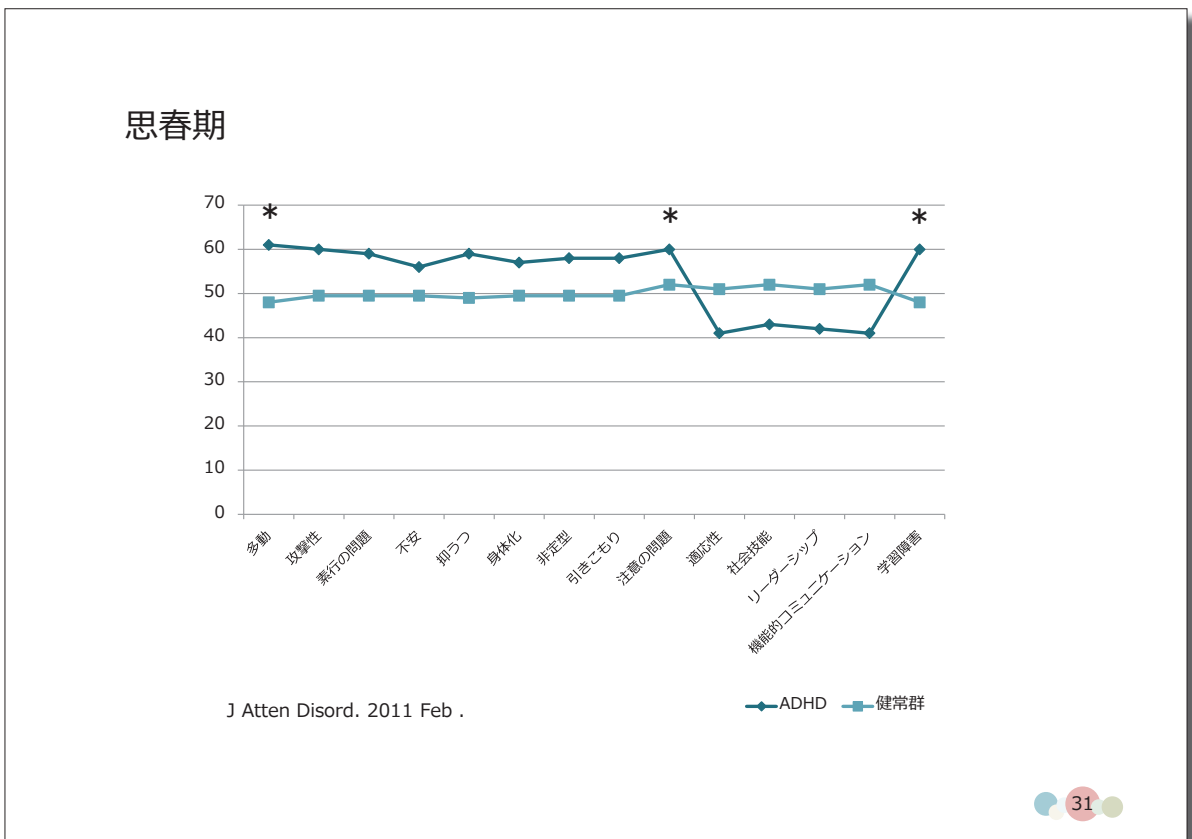
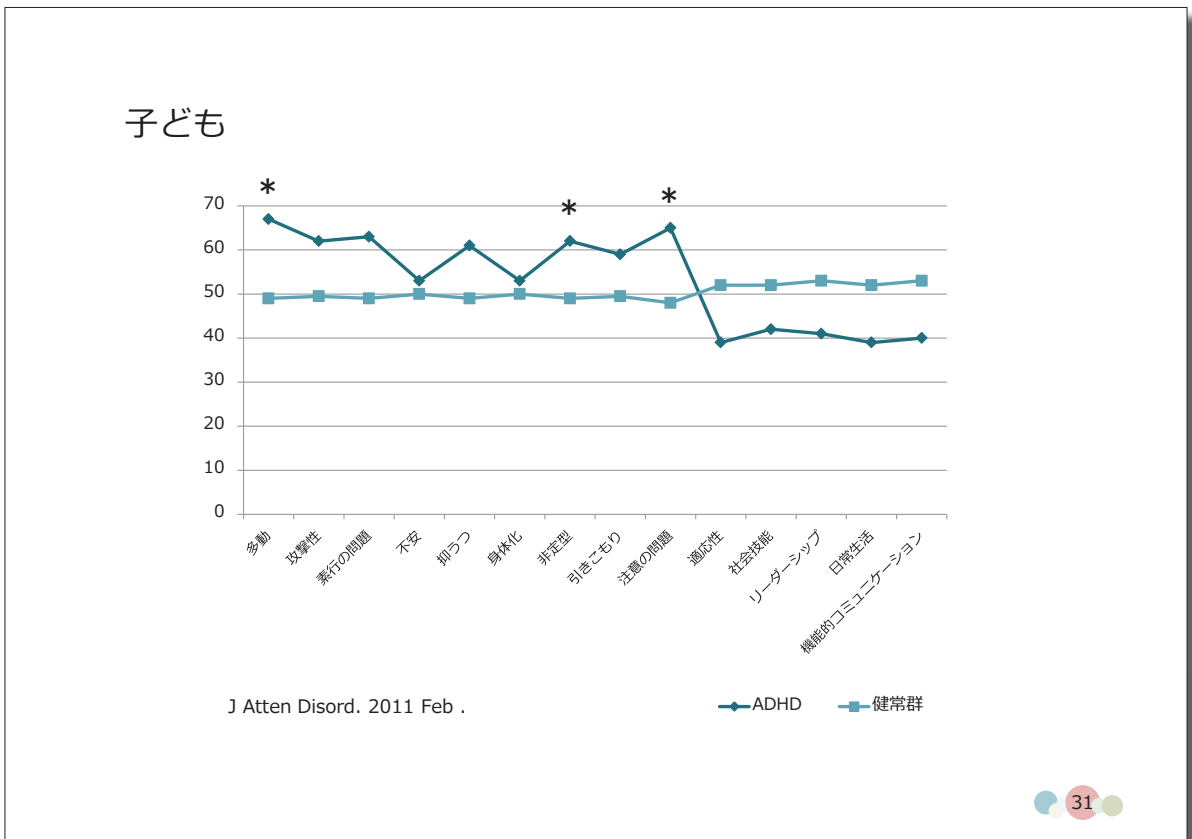
28

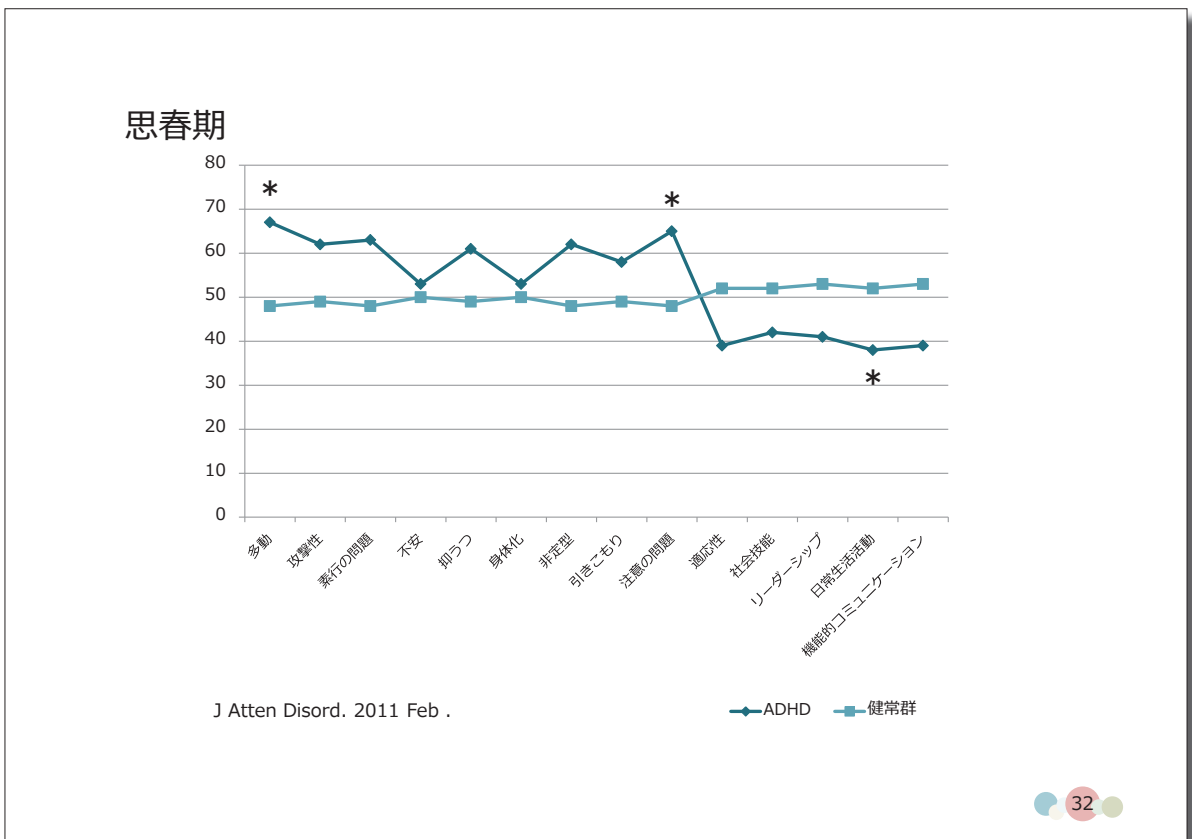
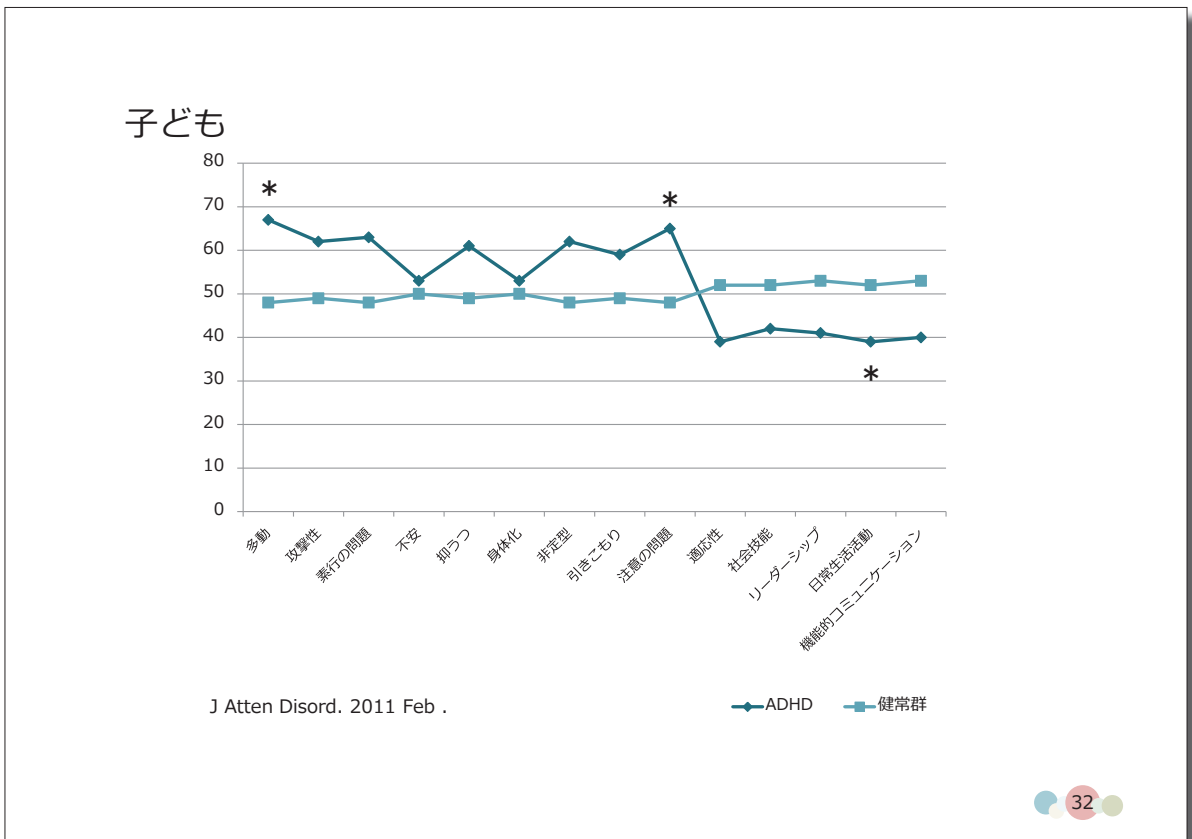
スライド 29

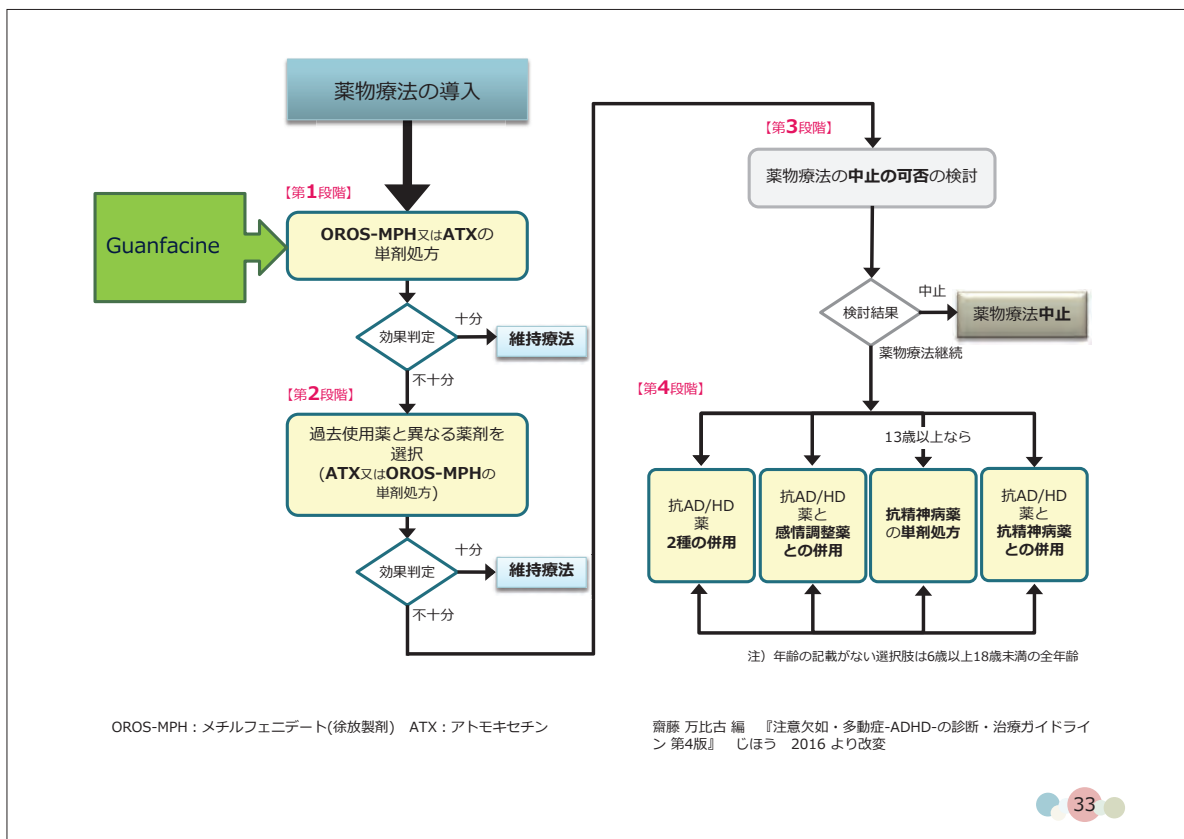


スライド 30 評価スケール

	対象年齢	教師・親用	自己評価	日本語版
AD/HD中核症状を含む広範な症状評価のための評価尺度				
VADTRS <sup>a</sup> , VADPRS <sup>b</sup> (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale; Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale)	6-12	Yes	No	No
SNAP-IV (Swanson, Nolan, and Pelham-IV Questionnaire)	5-11	Yes	No	No
AD/HD中核症状の評価尺度				
ACTeRS <sup>c</sup> (Attention Rating Scale)	5-13	Yes	Yes	No
Conners 3 (Conners 3rd Edition)	6-18	Yes	Yes	No
DSM-based symptom inventories, ECI <sup>d</sup> (Early Child Symptom Inventory), CSI <sup>e</sup> (Child Symptom Inventory), ASI <sup>f</sup> (Adolescent Symptom Inventory)	3-17	Yes	Yes	No
ADDES-3 <sup>g</sup> (Attention Deficit Disorder Evaluation Scale-Third Edition)	4-18	Yes	No	No
ADHD-SRS <sup>h</sup> (ADHD Symptoms Rating Scale)	5-18	Yes	No	No
ADHD RS-IV (ADHD Rating Scale-IV)	5-18	Yes	Yes	Yes
AD/HDの特定時間における行動尺度				
DPREMB-R (Daily Parent Rating of Evening and Morning Behavior-Revised)	6-12	Yes	No	
AD/HDの機能評価				
WFIRS <sup>i</sup> (Weiss Functional Impairment Rating Scale)	6-18	Yes	Yes	No







かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 説明モデル →意思決定共有モデル (SDM)

- ❑ 当事者自身の好みと、治療者の経験・好みといった双方の意見を意思決定に取り入れ、当事者と治療者が同等に治療方針を決定していくモデル
- ❑ 治療者は、個々の当事者の特性を考慮に入れて適切な治療を推奨
- ❑ 治療者はその場の状況に応じて臨機応変にふるまい、当事者の提案に関するやり取りのなかから意思決定を行う
- ❑ アドヒアランスが重要な疾患で適している
- ❑ 当事者は治療者から尊重されていると感じ、自信が回復し、治療へのモチベーションが高くなる可能性
- ❑ 実臨床の中ではすでに使われている場合が多いが、違いについて意識することが重要

カプラン. 臨床精神医学テキスト, 2004を一部改変

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 治療方針決定のパターン (児童思春期)

	従来型 パターナリスティック	SDM	インフォームドタイプ
流れ	一方向 (ほとんど)	双方向性	一方向 (ほとんど)
方向	医師→保護者	医師⇔保護者 子ども その他	医師→保護者
タイプ	医学的	医学的、個人的	医学的
情報量	少ない	十分	十分
審議	医師単独か 医師+他の医師	医師+当事者 (有力な 他者が加わることも)	当事者 (有力な他者が 加わることも)
最終的治療決定	医師	医師+当事者	当事者

Charles C. et al. Soc Sci Med, 1999を一部改変

35

### SDM 強化のための質問リストの効果： AD/HD 患児の保護者を対象とした調査 (海外データ)

- SDM強化のための質問リストを用いた診察の前後における保護者の不安症状 (状態不安) の変化

時期	平均値 (n=17)
診察前	32.4
診察後	28.2

\* : p < 0.05 vs 診察前 (paired-samples t test)

**【対象】**  
AD/HD患児の保護者17例

**【方法】**  
SDMを効果的に実施するため、小児科受診日の7日前にquestion prompt list (QPL)を送付して内容を把握してもらった。その後、小児科受診日の診察の前後でSTAIにより不安症状 (状態不安) の評価を行った。

QPL : 疾患およびその疾患の治療に特有の質問を含んだリスト。診断、成因、予後、治療法などに関する質問リスト。患者から医師への質問を容易にし、医師とのコミュニケーションとSDMを強化するために設計されたもの。

STAI : 自己評価により不安症状を評価する尺度で、スコアが高いほど不安症状が強いことを示す。

Ahmed R, et al. : Res Social Adm Pharm 2016 Mar 3. pii: S1551-7411(16)00047-4. doi: 10.1016/j.sapharm.2016.01.009. [Epub ahead of print] より作成

36

## スライド 37

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## ガイドラインにおける ADHDの治療目標

### ADHDの治療目標

(注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドラインより)

本ガイドラインは、ADHDの治療目標を以下のように捉えることを推奨する。治療目標は決してADHDの3主症状が完全になくなることに置くのではなく、それらの症状の改善に伴い学校や家庭における悪循環的な不適応状態が好転し、ADHD症状を自己のパーソナリティ特性（「自分らしさ」と呼んでもよい）として折り合えるようになることに置くべきである。結果としてADHD治療の最終的な目標は、第一に障害受容を通じたほどほどの自尊心の形成、第二にADHD特性を踏まえた適応性の高いパーソナリティの形成の2点となる。

ADHDの診断・治療指針に関する研究会 齊藤万比古 編：  
注意欠如・多動症—ADHD—の診断・治療ガイドライン 第4版, p (35), じほう, 2016. より転載

37

## スライド 38

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## SDM (Shared Decision Making)

医師と患者双方が参加して情報(evidence)を共有し、好みの治療について両者が同意を形成するステップを経て、実施する治療について両者が合意に達すること<sup>1), 2)</sup>

### SDMにより

- 患者が治療者から尊重されていると感じる
- 患者の自信が回復し、治療へのモチベーションが高くなる
- 患者も治療者も積極的に会話するようになることが期待される



コンコーダンスが重要な疾患で適している

3) より作成

- 1) Charles C, et al. : Soc Sci Med 49 : 651-661, 1999.
- 2) Charles C, et al. : Soc Sci Med 44 : 681-692, 1997.
- 3) 渡邊衡一郎ほか：臨床精神薬理 15 : 161-169, 2012.

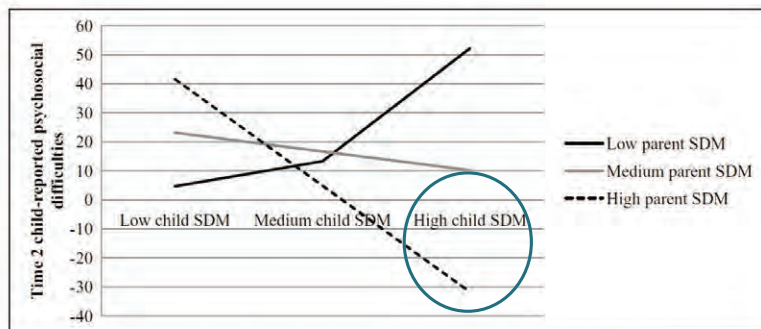
38



**The relationship between child- and parent-reported shared decision making and child-, parent-, and clinician-reported treatment outcome in routinely collected child mental health services data**

Clinical Child Psychology and Psychiatry  
 2016, Vol. 21(2) 324-338  
 © The Author(s) 2015  
 Reprints and permissions:  
 sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav  
 DOI: 10.1177/1359104515591226  
 ccp.sagepub.com  
 SAGE

児童思春期精神医療への親と子供のSDMの治療への影響  
 治療の効果には、子どもと親のSDMの高さが必要



**Figure 1.** Three-way interaction effect of time × child-reported SDM × parent-reported SDM predicting child-reported psychosocial difficulties at Time 2.  
 Note. SDM = shared decision making.

身体疾患に比べて神経発達症ではSDMの実践は困難  
 神経発達症が併存する場合にさらに困難

Table 3 Unadjusted and adjusted odds ratios for consistent SDM among CSHCN with asthma and/or ADHD age 3–17 years

	OR (95 % CI)	AOR (95 % CI)
Asthma without ADHD	1.00	1.00
ADHD without asthma	0.81 (0.72–0.91)	0.73 (0.64–0.83)
ADHD + asthma	0.74 (0.62–0.88)	0.79 (0.65–0.95)

Table 5 Unadjusted and adjusted odds ratios for consistent SDM among CSHCN with ADHD and ASD age 3–17 years

	OR (95 % CI)	AOR (95 % CI)
ADHD without ASD	1.00	1.00
ASD without ADHD	0.59 (0.49–0.70)	0.54 (0.44–0.66)
ASD + ADHD	0.57 (0.45–0.72)	0.51 (0.41–0.65)

Table 4 Unadjusted frequency of shared decision-making subcomponents among CSHCN age 3–17 years, by ASD and ADHD status

	Consistent shared decision making (composite measure) (n = 11,744)	SDM subcomponent 1: child's doctors discussed range of health care/ treatment options (n = 11,808)	SDM subcomponent 2: child's doctors encouraged parents to raise concerns (n = 11,788)	SDM subcomponent 3: child's doctors made it easy for parents to ask questions (n = 11,796)	SDM subcomponent 4: child's doctor respected parents' treatment choices (n = 11,780)
ADHD without ASD	69.6 % (67.9–71.3 %)	81.7 % (80.2–83.0 %)	80.9 % (79.4–82.3 %)	85.8 % (84.4–87.1 %)	84.4 % (83.0–85.6 %)
ASD without ADHD	57.4 % (53.5–61.2 %)	68.0 % (64.2–71.6 %)	73.0 % (69.4–76.4 %)	78.4 % (74.8–81.5 %)	78.4 % (74.8–81.6 %)
ASD + ADHD	56.6 % (51.0–62.1 %)	69.4 % (63.5–74.7 %)	70.2 % (64.2–75.6 %)	74.9 % (68.8–80.2 %)	75.3 % (69.3–80.4 %)
P value ASD versus ADHD	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001
P value ASD + ADHD versus ADHD	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001
P value ASD + ADHD versus ASD	<i>P</i> = .823	<i>P</i> = .693	<i>P</i> = .407	<i>P</i> = .299	<i>P</i> = .335

CSHCN Children with special health, SDM shared decision making, ADHD attention deficit/hyperactivity disorder, ASD autism spectrum disorder

Matern Child Health J (2016) 20:665–673

身体疾患に比べて神経発達症ではSDMの実践は困難  
 神経発達症が併存する場合にさらに困難

Table 3 Unadjusted and adjusted odds ratios for consistent SDM among CSHCN with asthma and/or ADHD age 3–17 years

	OR (95 % CI)	AOR (95 % CI)
Asthma without ADHD	1.00	1.00
ADHD without asthma	0.81 (0.72–0.91)	0.73 (0.64–0.83)
ADHD + asthma	0.74 (0.62–0.88)	0.79 (0.65–0.95)

Table 5 Unadjusted and adjusted odds ratios for consistent SDM among CSHCN with ADHD and ASD age 3–17 years

	OR (95 % CI)	AOR (95 % CI)
ADHD without ASD	1.00	1.00
ASD without ADHD	0.59 (0.49–0.70)	0.54 (0.44–0.66)
ASD + ADHD	0.57 (0.45–0.72)	0.51 (0.41–0.65)

Table 4 Unadjusted frequency of shared decision-making subcomponents among CSHCN age 3–17 years, by ASD and ADHD status

	Consistent shared decision making (composite measure) (n = 11,744)	SDM subcomponent 1: child's doctors discussed range of health care/ treatment options (n = 11,808)	SDM subcomponent 2: child's doctors encouraged parents to raise concerns (n = 11,788)	SDM subcomponent 3: child's doctors made it easy for parents to ask questions (n = 11,796)	SDM subcomponent 4: child's doctor respected parents' treatment choices (n = 11,780)
ADHD without ASD	69.6 % (67.9–71.3 %)	81.7 % (80.2–83.0 %)	80.9 % (79.4–82.3 %)	85.8 % (84.4–87.1 %)	84.4 % (83.0–85.6 %)
ASD without ADHD	57.4 % (53.5–61.2 %)	68.0 % (64.2–71.6 %)	73.0 % (69.4–76.4 %)	78.4 % (74.8–81.5 %)	78.4 % (74.8–81.6 %)
ASD + ADHD	56.6 % (51.0–62.1 %)	69.4 % (63.5–74.7 %)	70.2 % (64.2–75.6 %)	74.9 % (68.8–80.2 %)	75.3 % (69.3–80.4 %)
P value ASD versus ADHD	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001
P value ASD + ADHD versus ADHD	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001	<i>P</i> < .001
P value ASD + ADHD versus ASD	<i>P</i> = .823	<i>P</i> = .693	<i>P</i> = .407	<i>P</i> = .299	<i>P</i> = .335

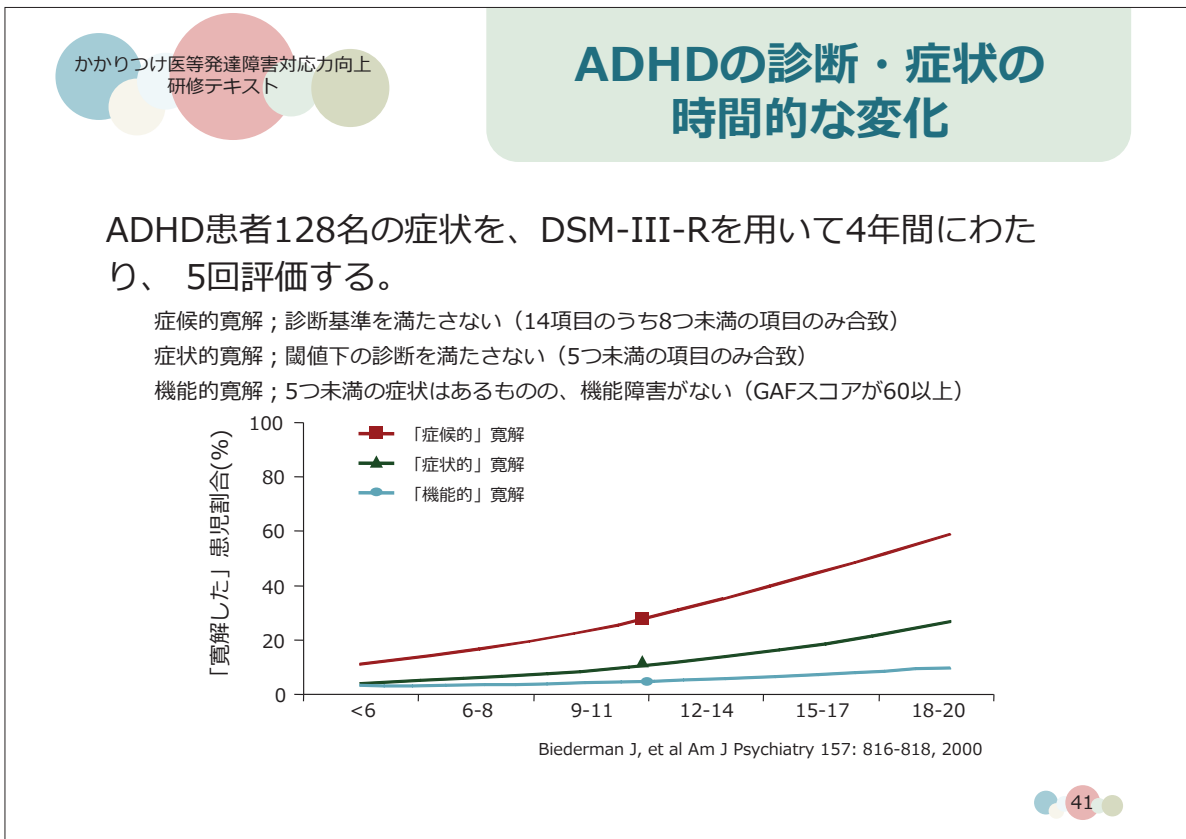
CSHCN Children with special health, SDM shared decision making, ADHD attention deficit/hyperactivity disorder, ASD autism spectrum disorder

Matern Child Health J (2016) 20:665–673

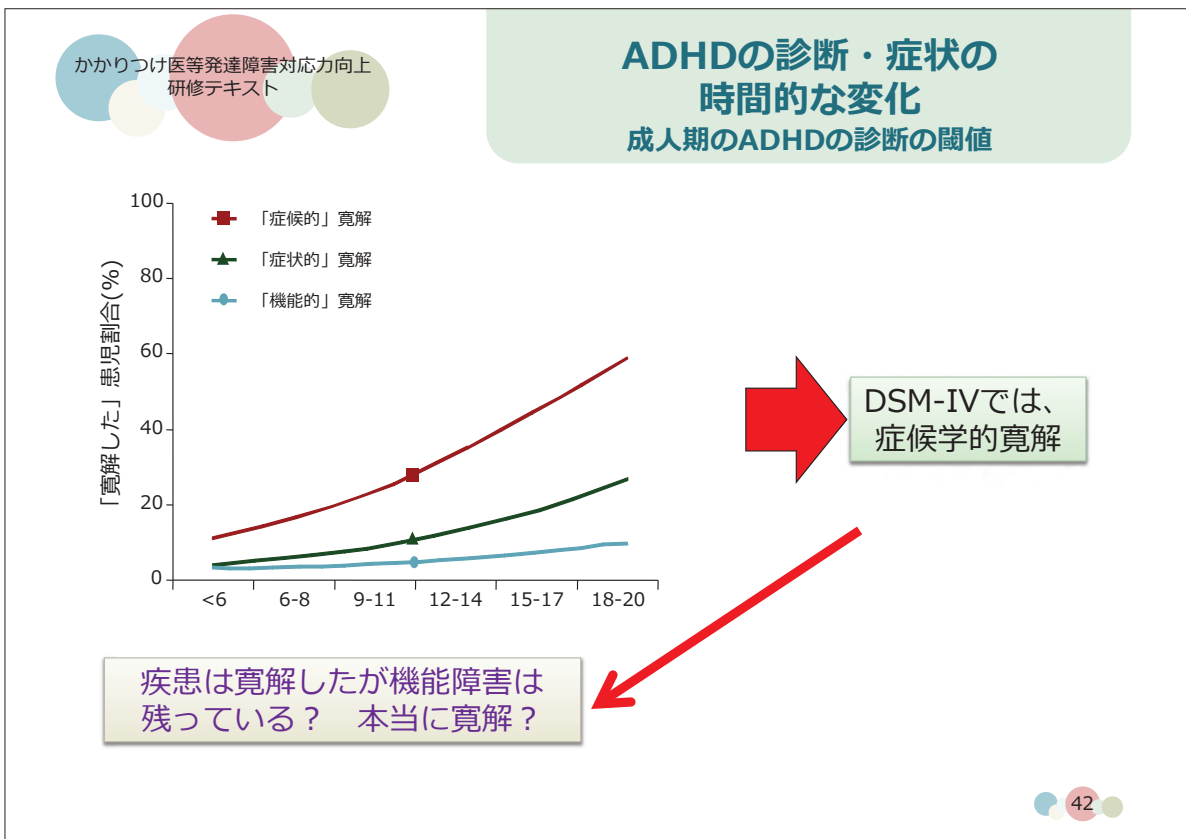
喘息（身体疾患）と比較してADHDではSDMの実践が困難

さらにADHDにASDが併存する場合はより困難になる

## スライド 41



## スライド 42



スライド 43

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

成人ADHDの認知  
1976

Diagnosis and Treatment  
of Minimal Brain Dysfunction in Adults

A Preliminary Report

David R. Wood, MD; Frederik W. Reimherr, MD; Paul H. Wender, MD; Glen E. Johnson, MD

• Minimal brain dysfunction (MBD) has long been considered a disorder limited to childhood. A number of longitudinal and adoption studies suggest that MBD may persist into adult life where its existence is concealed by the application of a variety of diagnostic labels. In order to test the hypothesis that MBD does persist into adulthood, 15 putative MBD adults were identified on the basis of current MBD-like complaints, self-description of MBD characteristics in childhood, and a parental rating (on a standardized form) of "hyperactivity" in childhood. Eleven of the 15 subjects were given a double-blind trial of methylphenidate hydrochloride, and all 15 were given an open trial of pemoline, imipramine hydrochloride, or amitriptyline hydrochloride. Eight of the 11 showed a significant response to the double-blind trial of methylphenidate. Of the 15, eight showed a good response to stimulants or tricyclic antidepressants, two showed a moderately favorable response, and five were unresponsive to drug therapy. (*Arch Gen Psychiatry* 33:1453-1460, 1976)

children and who would probably today be given the diagnosis of MBD. They had an increased incidence of psychosis and sociopathy in adulthood. Michaels<sup>1</sup> reported an association between persistent enuresis and immature character disorders, while Healy and Brunner<sup>2</sup> noted that symptoms suggestive of MBD were more common in delinquents than in their nondelinquent siblings. Hammar,<sup>3</sup> while evaluating adolescent underachievers, found that when reactivation was eliminated, two thirds of the group constituted MBD children grown up. Hecox<sup>4</sup> and Quirk and Klein<sup>5</sup> reported an association between soft neurological signs, the history of MBD in childhood, and adult impulsive character disorders. The response to drugs also suggests the persistence of MBD into adulthood. Hill<sup>6</sup> reported the treatment of adult psychopaths with amphetamines. He described the group as aggressive, ill tempered, hostile, alcoholic, and antisocial. In addition, fear and the interesting associated distur-

Hyperactives as young adults: preliminary report

L. HECHTMAN, MD; G. WEISS, MD; J. FINKLESTEIN, MA; A. WERNER, PH D; R. BENN, BA

Thirty-five individuals aged 17 to 24 in whom severe chronic hyperactivity had been diagnosed 10 years before were studied together with 25 matched controls. There were no significant differences in mean height or weight or in electroencephalographic findings, but the mean pulse rate was significantly higher in the hyperactive group. Cognitive style tests indicated continued difficulty in reflection (resulting in more errors) but less impulsivity (longer reaction time) in the hyperactive individuals. Compared with controls, hyperactive subjects were continuing to have more scholastic difficulty, although this difference seemed to be less pronounced than 5 years before. Their adjustment in work situations and living arrangements did not differ significantly from that of the controls. Restlessness, both reported and observed, continued to be a problem for the hyperactive individuals, and socialization skills and sense of well-being continued to be poorer than in the controls. The hyperactive individuals did not show significantly more antisocial behaviour, intentional use of drugs or serious psychiatric disturbances.

at leur mode de vie n'étaient pas significativement différents des témoins. L'agitation, signalée et observée, a continué d'être un problème pour les sujets hyperactifs, et la "capacité de socialiser" ainsi que le "sentiment de bien-être" ont continué d'être moins bons que chez les témoins. Les sujets hyperactifs n'ont pas fait significativement plus preuve de comportement antisocial ou d'usage non-intentionnel des drogues et ils n'avaient pas plus de troubles psychiatriques sérieux.

Methods

Subjects

The sample with which this report deals consisted of 35 hyperactive individuals (24 male, 1 female) and 25 controls (24 male, 1 female) aged from 17 to 24 years; the mean age of the hyperactive group was 19 years, 6 months and of the control group, 18 years, 8 months.

Subjects in the hyperactive group had been referred to our clinic 10 years before with a major problem of sustained chronic hyperactivity both at school and at home. They were then 6 to 12 years of age, all of normal intelligence, free of epilepsy, cerebral palsy and psychosis, and living at home with at least one parent. Shortly after their initial evaluation the group took part in a short-term drug study to determine the effect of chlorpromazine and dextroamphetamine on behaviour and learning.<sup>7,8</sup> All subjects were re-evaluated in a 5-year follow-up study.<sup>9,10</sup>

A control group was selected during the 5-year follow-up study. Subjects were matched for intelligence quotient (IQ), sex and socioeconomic class. They had never failed a grade in school and

スライド 44

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

生物学的な  
成人期ADHDの認知

The New England  
Journal of Medicine

©Copyright, 1990, by the Massachusetts Medical Society

Volume 323

NOVEMBER 15, 1990

Number 20

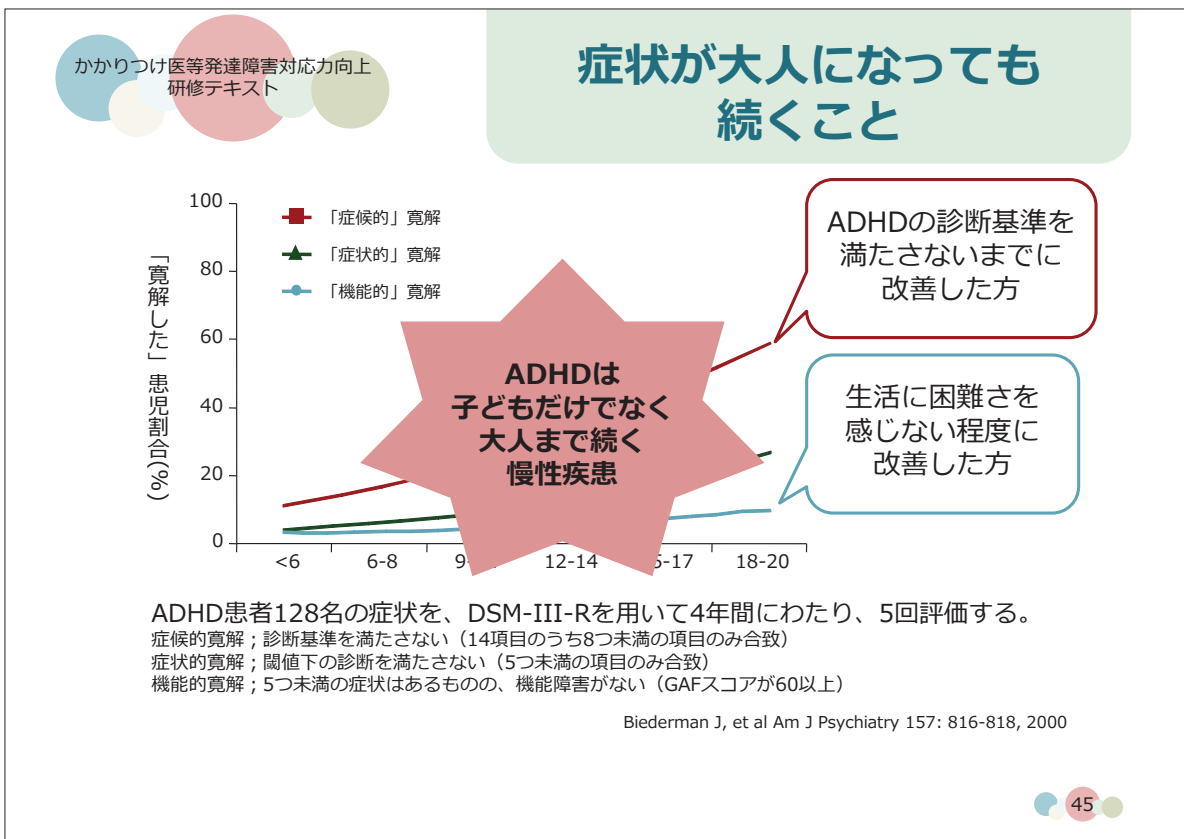
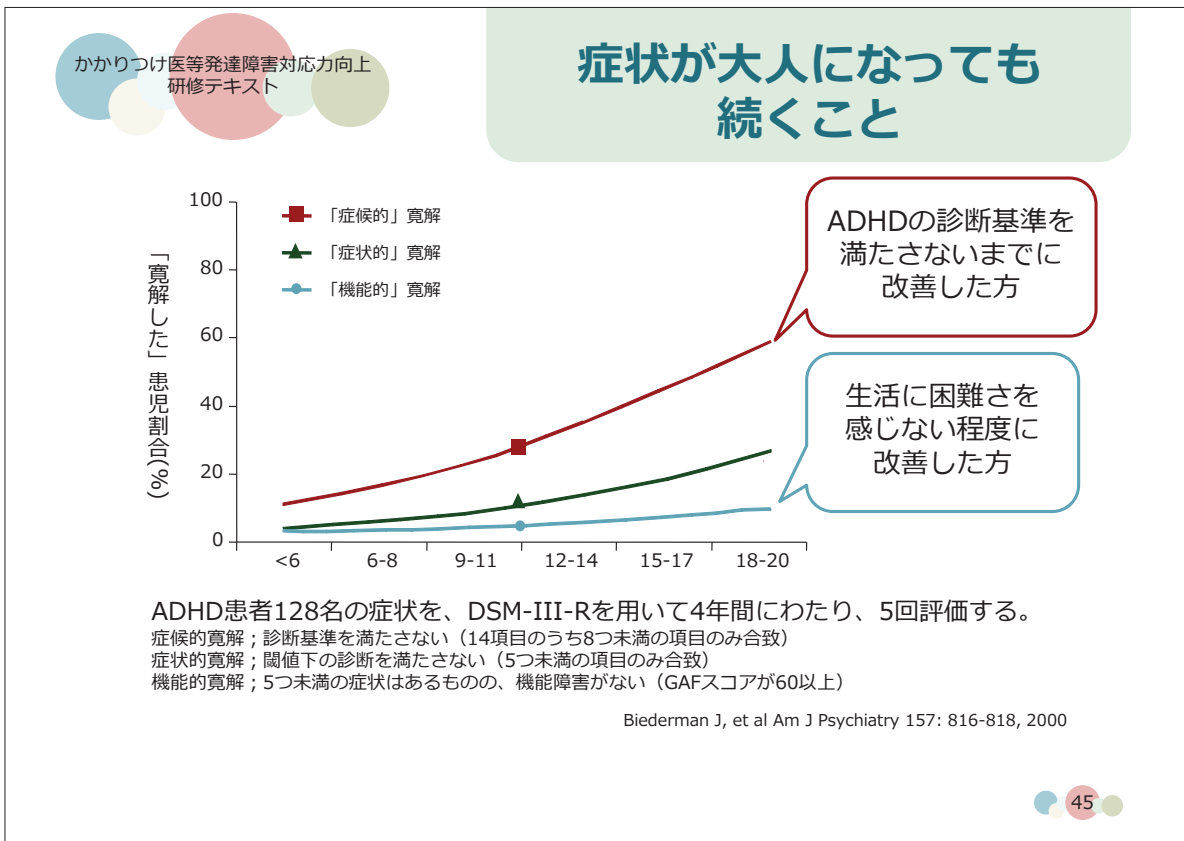
CEREBRAL GLUCOSE METABOLISM IN ADULTS WITH HYPERACTIVITY OF CHILDHOOD ONSET

ALAN J. ZAMETKIN, M.D., THOMAS E. NORDAHL, PH.D., M.D., MICHAEL GROSS, M.D., A. CATHERINE KING, WILLIAM E. SEMPLE, PH.D., JUDITH RUMSEY, PH.D., SUSAN HAMBURGER, M.S., AND ROBERT M. COHEN, PH.D., M.D.

**Abstract Background and Methods.** The cause of childhood hyperactivity (attention deficit-hyperactivity disorder) is unknown. We investigated the hypothesis that cerebral glucose metabolism might differ between normal adults (controls) and adults with histories of hyperactivity in childhood who continued to have symptoms. Each patient was also the biologic parent of a hyperactive child. None of the adults had ever been treated with stimulant medication. To measure cerebral glucose metabolism, we administered 148 to 185 MBq (4 to 5 mCi) of [<sup>18</sup>F]fluoro-2-deoxy-D-glucose intravenously to 50 normal adults and 25 hyperactive adults while they performed an auditory-attention task. Images were obtained for 30 minutes with a Scanditronix positron-emission tomograph with a resolution of 5 to 6 mm. Whole-brain and regional rates of glucose metabolism were measured with computer assistance by two trained research assistants, working independently, who were blinded to the subjects' status (control or hyperactive).

**Results.** Global cerebral glucose metabolism was 8.1 percent lower in the adults with hyperactivity than in the normal controls (mean  $\pm$  SD,  $9.05 \pm 1.20$  mg per minute per 100 g vs.  $9.85 \pm 1.68$  mg per minute per 100 g;  $P = 0.034$ ). In the adults with hyperactivity, glucose metabolism was significantly reduced, as compared with the values for the controls, in 30 of 60 specific regions of the brain ( $P < 0.05$ ). Among the regions of the brain with the greatest reductions in glucose metabolism were the premotor cortex and the superior prefrontal cortex. When the seven women with hyperactivity or the six patients with learning disabilities were omitted from the analysis, the results were similar.

**Conclusions.** Glucose metabolism, both global and regional, was reduced in adults who had been hyperactive since childhood. The largest reductions were in the premotor cortex and the superior prefrontal cortex — areas earlier shown to be involved in the control of attention and motor activity. (*N Engl J Med* 1990; 323:1361-6.)



スライド 46

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 大人のADHDが医療につながる — 2つのパターン —

- 子どものころから診断されていた方
- 大人になってADHDと診断された方

46

スライド 47

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### どうして大人になって ADHDが明らかになるのか

大人になってからADHDを発症するのではない

小児期 ↓

- (子どもの時から症状があっても)  
「しっかりとした家庭および学校などの環境構造」、  
「限られた負担と責任」により、障害に至らなかった

成人期 ↓

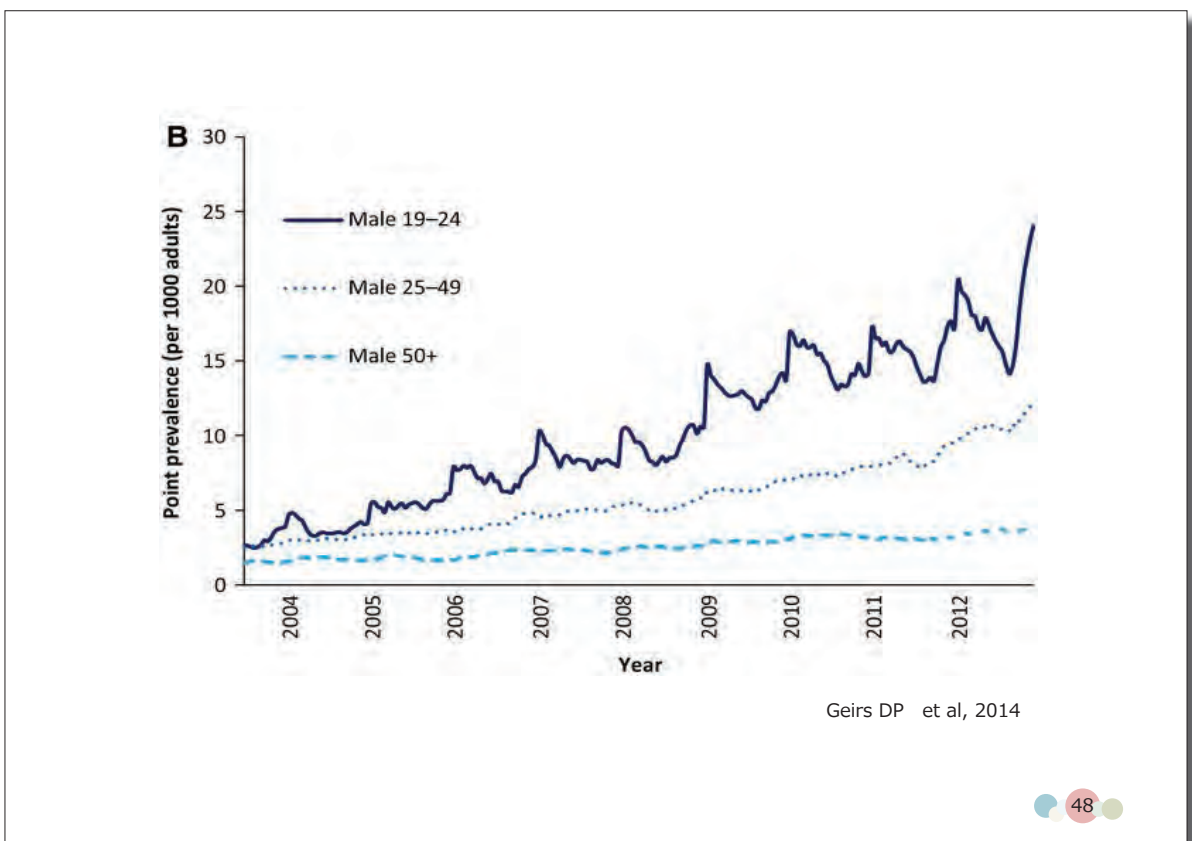
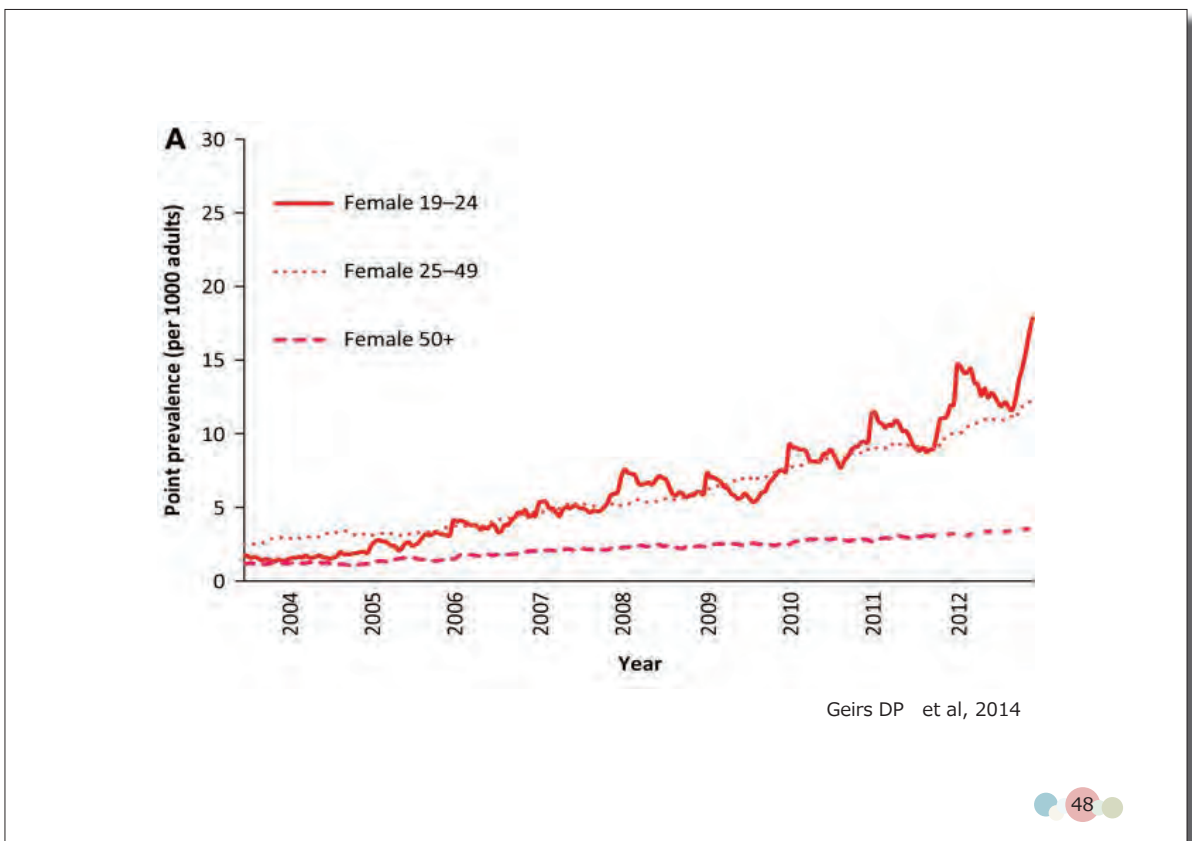
- より複雑な環境と緩やかな構造
- 家族からの独立、就職、結婚、出産

対処能力を  
超える

ADHD症状による機能の低下

事例化

47



スライド 49

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 成人期の臨床像の特徴

- 実行機能障害
  - 仕事・学業上の困難（情報を適切に処理し整理できない、仕事を完結できない、同僚と仕事ができない、ストレスが低い）
- 気分の調整障害
- 関係性の問題

49

スライド 50

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## ADHDの中核症状が 成人に及ぼす影響

**医療制度**

17% ↑ 自転車事故<sup>1</sup>  
 33% ↑ 救命救急<sup>2</sup>  
 外来受診 10倍増<sup>3</sup>  
 外来患者の処方箋の請求 5倍増<sup>3</sup>  
 入院 3倍増<sup>3</sup>  
 自動車事故 2-4倍増<sup>4,5</sup>

**家族・家庭**

情緒的な感情の突出の傾向<sup>6,11</sup>  
 失敗による自尊心の喪失<sup>6,11</sup>  
 自尊心が低い<sup>6,11</sup>  
 家庭の慣習における個人の無秩序な行動<sup>11</sup>  
 親の離婚や離別が高い<sup>12,13</sup>  
 兄弟喧嘩 2-4倍増<sup>14</sup>

**ADHD  
患者**

**教育と雇用**

10.6% 除籍<sup>7</sup>  
 9.8% 退学<sup>7</sup>  
 低い職業地位<sup>8</sup>  
 ↑常習的欠勤<sup>9</sup>  
 ↑労働損失費用<sup>9,10</sup>  
 乏しい学業成績<sup>6,11</sup>  
 しばしば期限に間に合わない<sup>6,11</sup>  
 しばしば物事を間違える<sup>6,11</sup>  
 しばしば会社/アポイントに遅れる<sup>6,11</sup>

**社会**

人間関係の構築および維持の困難<sup>6</sup>  
 乏しい傾聴スキル<sup>6</sup>  
 すぐに“かつ”となる<sup>6</sup>  
 “かつ”となった時に口頭で罵倒する<sup>6</sup>  
 不十分な社会スキル<sup>6</sup>  
 乏しい金銭管理<sup>11</sup>  
 過剰債務<sup>11</sup>  
 物質使用障害：2倍のリスク<sup>15</sup>  
 成人期での低い禁煙率<sup>16</sup>  
 物質使用の低年齢での開始<sup>17</sup>

1.DiScala et al. 1998. 2.Liebson et al. 2001. 3.Hodgkins et al. 2011. 4.Barkley et al. 1993. 5.Barkley et al. 1996. 6.Searight et al. 2000. 7.Barkley et al. 1990. 8.Manuzza et al.1997. 9.Secnik et al. 2005. 10.Birnbaum et al. 2005. 11.Barkley et al. 1991. 12.Weiss et al. 1999. 13.Brown and Pacini. 1989. 14.Mash and Johnson. 1983. 15.Biederman et al. 1997. 16.Pomerleau et al.1995. 17.Milberger et al. 1997.

50



## 成人期のADHDを疑うサイン

疑われるサインは多様

- 低い自己価値
- 集中の困難
- 日常生活の決まりを作ったり維持するのが困難
- 忘れっぽさ
- 記憶できない
- 眠い
- 意欲のなさ
- 気分の易変性
- 権威者との葛藤
- 夫婦やその他の対人関係
- 頻回の転職
- おしゃべり
- じーっとしてられない
- 長時間の仕事を選ぶ

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 成人期ADHDの世界的有病率

- ◆ 2007年の世界保健機関世界精神保健調査（WMH）によれば、成人期ADHDの世界的有病率は3.4%と推定されている<sup>1</sup>

国	有病率、% (SE)	n
ベルギー	4.1 (1.5)	486
コロンビア	1.9* (0.5)	1731
フランス	7.3** (1.8)	727
ドイツ	3.1 (0.8)	621
イタリア	2.8 (0.6)	853
レバノン	1.8* (0.7)	595
メキシコ	1.9* (0.4)	1736
オランダ	5.0 (1.6)	516
スペイン	1.2* (0.6)	960
米国	5.2 (0.6)	3197
合計	3.4 (0.4)	11422

\* 95%CIの上限はサンプル全体の推定有病率を下回っている

\*\* 95%CIの下限はサンプル全体の推定有病率を上回っている

**日本<sup>2)</sup>**                      **1.65(0.4)**                      **3961**                      • SE=標準誤差

1. Fayyad et al. *Br J Psychiatry* 2007;190:402-409.

2. 中村ら 2012 厚労省班研究

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 成人期ADHDの世界的有病率

- ◆ 2007年の世界保健機関世界精神保健調査（WMH）によれば、成人期ADHDの世界的有病率は3.4%と推定されている<sup>1</sup>

国	有病率、% (SE)	n
ベルギー	4.1 (1.5)	486
コロンビア	1.9* (0.5)	1731
フランス	7.3** (1.8)	727
ドイツ	3.1 (0.8)	621
イタリア	2.8 (0.6)	853
レバノン	1.8* (0.7)	595
メキシコ	1.9* (0.4)	1736
オランダ	5.0 (1.6)	516
スペイン	1.2* (0.6)	960
米国	5.2 (0.6)	3197
合計	3.4 (0.4)	11422

**日本 : 6000万 x 1.6% = 96万人 ?**

\* 95%CIの上限はサンプル全体の推定有病率を下回っている

\*\* 95%CIの下限はサンプル全体の推定有病率を上回っている

**日本<sup>2)</sup>**                      **1.65(0.4)**                      **3961**                      • SE=標準誤差

1. Fayyad et al. *Br J Psychiatry* 2007;190:402-409.

2. 中村ら 2012 厚労省班研究

## どのようにして成人のADHDの 診断を適切に行うか？

Assessment starts with self-reported symptoms

1. 医師は、慎重な診断インタビューを行うべきである。
  1. 現在の症状
  2. 幼少期の症状
  3. 障害の領域
  4. 重症度
  5. 持続期間
2. 機能障害の評価
  1. 心理検査
  2. 評価尺度
3. 鑑別診断

## 評価のプロセス

慎重でかつ系統だった現在の症状の評価

成育歴と幼少時からの症状の評価

機能障害の評価

併存する問題の評価：気分変動性、かんしゃく、併存障害

スライド 55

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 成人のADHDの評価の問題

成人になると不注意・衝動性・多動へ代償あるいは自分なりの対処法を見つけるようになる

現在と過去の症状の自己申告は、患者が自分の問題に内省があれば信頼ができる。

55

スライド 56

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 成人のADHDの診断に有用な項目

UMASS study


<b>不注意症状(現在)</b>	<b>すべての症状(現在)</b>
綿密に注意することができない	綿密に注意することができない
活動を順序立てることが困難	活動を順序立てることが困難
活動に必要なものをなくす	活動に必要なものをなくす
気が散りやすい	気が散りやすい
<b>多動衝動性(現在)</b>	<b>すべての小児期の症状</b>
そわそわする	活動を順序立てることが困難
遊んだり余暇活動につくことができない	活動に必要なものをなくす
しゃべりすぎる	気が散りやすい
順番を待つことができない	

56

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

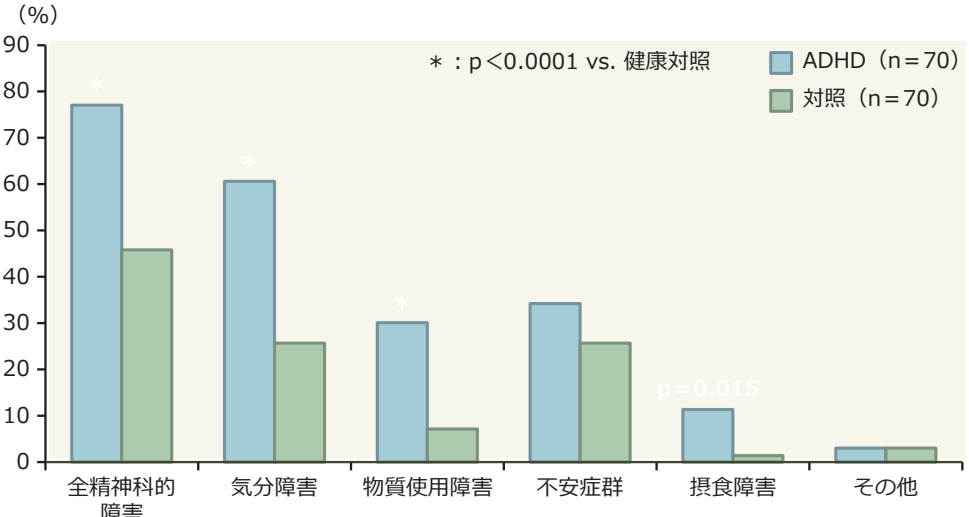
## 鑑別診断

- 気分障害
- 不安障害
- 精神病症状
- 薬物関連障害
- パーソナリティー障害
- その他の発達障害
- 器質的障害



かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 成人ADHDにおける 精神科的障害の併存 —生涯罹病率—




障害の種類	ADHD (n=70) (%)	対照 (n=70) (%)
全精神科的障害	~78*	~45
気分障害	~60*	~25
物質使用障害	~30*	~7
不安症群	~34	~25
摂食障害	~11	~1
その他	~3	~3

\* : p<0.0001 vs. 健康対照

p=0.015

Sobanski E, et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007



## スライド 59

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 大人のADHDの適切な診断 をどのようにして行うか

### 1. 医師による面接

- ・ 現在の症状
- ・ 幼少期の症状
- ・ 領域
- ・ 重症度
- ・ 持続期間
- ・ 鑑別診断

### 2. 機能障害の評価

- ・ 心理検査
- ・ 評価尺度

### 3. 必要に応じて身体的な評価

- ・ MRI、血液検査など

#### <上手な受診の仕方>

1. 子どもの頃の情報を持っていく  
母子手帳  
成績表  
\* 家族の同伴
2. 現在の症状について第三者からの意見を聞いてくる

59

## スライド 60

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## スクリーニングのために

ASRS Screener : ADHD Self Report Scale-  
Screener <簡易版>

	全く ない	めったに ない	時々	頻繁	非常に 頻繁
(1) 物事を行うにあたって、難関は乗り越えたのに、最後の詳細をまとめて仕上げるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1	2	3	4	5
(2) 計画性を要する仕事を行う際に、作業を順序立てるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1	2	3	4	5
(3) 約束や用事を忘れたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1	2	3	4	5
(4) じっくり考えなければならない作業がある際に、その作業に取りかかるのを避けたり遅らせようとしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1	2	3	4	5
(5) 長時間座っていなければならない時に、手足を揺すったり身もだえしたりしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1	2	3	4	5
(6) まるでモーターに動かされているように、異常に活動的だったり、何かしなればという衝動に駆られたりしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。	1	2	3	4	5

アミガケの部分にチェックされると1点。

4点以上であれば、大人のADHDの可能性があり、詳細な検討を行う必要があると示唆される。

WHOホームページ <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ahd/6Q-Japanese.pdf>

60

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## ASRSによるスクリーニング DSM-IV-TRとDSM-5での違い

ASRSの特徴 (n=1138、ASRS t1、t2、CAADIDを全ての有効回答者) ;  
外部基準 : CAADID-DSM-IVならびにDSM-5新規基準

	DSM-IVに順ずるCAADID基準		DSM-5新規基準に順ずるCAADID基準-ASRS t1	
	ASRS t1 回答1度目	ASRS t2 回答2度目	発症年齢12歳以下 への引き上げ	発症年齢12歳以下 への引き上げ、及び 自覚症状数の減少 (9項目中5つ)
敏感度 (95% CI)	0.84 (0.78-0.90)	0.88 (0.83-0.93)	0.85 (0.79-0.91)	0.83 (0.78-0.89)
特異度 (95% CI)	0.66 (0.63-0.69)	0.67 (0.64-0.70)	0.67 (0.64-0.70)	0.68 (0.65-0.71)
NPV	0.97 (0.96-0.98)	0.98 (0.97-0.99)	0.97 (0.96-0.98)	0.96 (0.94-0.97)
PPV	0.26 (0.22-0.30)	0.28 (0.24-0.32)	0.29 (0.25-0.33)	0.31 (0.27-0.36)
LR+	2.47	2.67	2.58	2.59
LR-	0.24	0.18	0.22	0.25
FPR	0.34	0.33	0.33	0.32
FNR	0.16	0.12	0.15	0.17
有病率 (95% CI)	0.13 (0.11-0.15)	0.13 (0.11-0.15)	0.13 (0.11-0.15)	0.15 (0.11-0.17)

ASRS = 自己記入式症状チェックリスト、 CAADID = 成人にみられるADHD関連の症状を診断するための面接ツール

敏感度	有病者が検査で正しく陽性と診断される割合 = 真陽性率
特異度	無病者が検査で正しく陰性と診断される割合 = 真陰性率
PPV 陽性正診断率	症状が正しくその病気のものだと診断される割合
NPV 陰性正診断率	症状がない状態が正しく無病と診断される割合
FNR 偽陰性率	1 - 敏感度
FPR 偽陽性率	1 - 特異度
LR+ 陽性尤度比	真陽性率/FPR (敏感度/(1-特異度))
LR- 陰性尤度比	FNR/真陰性率 ((1-敏感度)/特異度)

スライド 62

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 半構造面接

CAADID  
パート I : 既往歴

開発者 :  
Jeff Epstein, Ph.D.  
Diane E. Johnson, Ph.D.  
C. Keith Conners, Ph.D.

CAADID  
パート II : 診断基準

開発者 :  
Jeff Epstein, Ph.D.  
Diane E. Johnson, Ph.D.  
C. Keith Conners, Ph.D.

62

スライド 63

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 半構造面接

日本語

DIVA 2.0

成人 ADHD 診断面接

DIVA  
Foundation  
成人用 ADHD 診断面接

J.J.S. Kooij & M.H. Francken, 2010 • DIVA Foundation, ハーグ, オランダ

Language

DIVA 2.0

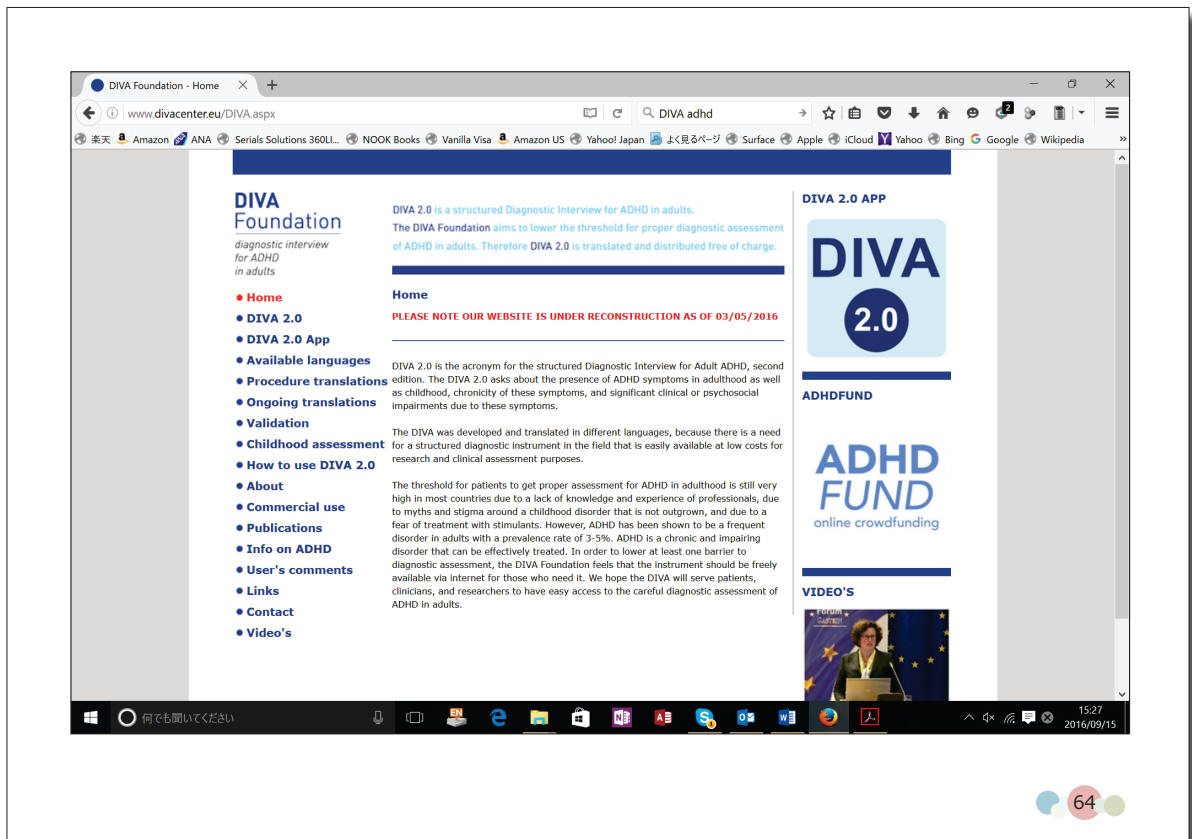
Please select your language

- Dansk
- English
- Nederlands
- Norsk
- Deutsch
- Français
- Español
- Svenska

63



## スライド 64



## スライド 65

<h3>この刊行物について</h3> <p>成人用 ADHD 診断面接 (DIVA) は、オランダ・デンハーグにある DIVA Foundation から 2010 年 8 月に出版された刊行物である。</p> <p>精神障害の診療及び統計マニュアル、改訂第 4 版 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, Fourth Edition) (Copyright 2000). American Psychiatric Association から許可を得て採用している。</p> <p>この刊行物は注意深く構成されているが、時間の経過と共に一部修正されることもありうる。そのため、この刊行物からは何らの権利も派生しない。DIVA に関する情報、今後のアップデートは、www.divacenter.eu. で確認できる。</p>	<h3>はじめに</h3> <p>DSM-IV (精神障害の診断と統計の手引き第四版) によると、成人の ADHD (注意欠陥・多動性障害) の診断を確定するには、小児期と成人期の双方で ADHD 症状の存在を同定することが必要である。</p> <p>診断に際して最も重要な要件は、小児期に ADHD の症状が始まり、そうした特徴的症狀が現在の診察時点に至るまで継続的に認められることである。加えて、症状は二つ以上の生活状況で、臨床的、または心理社会的に顕著な機能障害となっていなければならない<sup>1</sup>。成人の ADHD は小児期に始まり生涯にわたって続くものであるため、小児期の行動に関する後方視的な情報聴取を行い、小児期における症状、経過、そして付随する機能障害の程度を評価することが不可欠である。可能であれば、患者の幼少期を知る者(大抵の場合、両親や親族)の情報で患者の情報を補充しなければならぬ<sup>2</sup>。</p> <p>成人用 ADHD 診断面接 (DIVA) は DSM-IV の診断基準に基づいており、成人の ADHD に対するオランダ語の構造化面接として初めてのものである。DIVA は J.J.S. Kooij と M.H. Francken により開発され、前版の成人用 ADHD 半構造化面接 (Semi-Gestructureerde Interview voor ADHD bij volwassenen<sup>2,3</sup>) に代わるものである。小児期および成人期における ADHD の診断基準 18 項目それぞれの評価を簡易に行うため、本面接には具体的かつ実際の例が現在と小児期の行動について用意されている。例は、デンハーグにある PsyQ、成人 ADHD チームの臨床場面において成人の ADHD 患者によく見られる状況を描写したものを基にしている。また、日常生活における 5 つの領域 (仕事/教育、恋愛関係/家族関係、社会的交流、余暇/趣味、そして自信/自己イメージ) で見られる症状と通常関連付けられる機能障害として典型的なものを例として示している。</p>
--	---

スライド 66

第一部：注意欠陥の症状（DSM-IV 基準 A1）

始める前に：成人期の症状は少なくとも六ヶ月以上続く必要があります。小児期の症状は5歳から12歳までのものとし、ある期間だけでなく、慢性的な経過のものを ADHD の症状とみなします。

A1

細かいことに十分な注意を向けることができない、または、仕事や他の活動でうっかりミスをするのがしばしばありますか。それは、小児期においてはどうか。

**成人期の例**

- うっかりミスをする
- ミスを避けるために仕事に時間がかかる
- 指示にきちんと目を通さない
- 細かい作業が苦手
- 細かい作業をするのに長時間を要する
- 細かいことに行き詰まりやすい
- 急ぎすぎて仕事でミスをする
- その他:

症状はありますか？  はい /  いいえ

**小児期の例**

- 学校でうっかりミスをする
- 問題をよく読まずに間違える
- 問題をよく読まずに答えをとぼしてしまう
- テスト用紙の裏にも問題があるのにそれに気付かず、問題に答えない
- 周りの人に作業がいい加減だと言われる
- 宿題の答えを見直さない
- 細かい作業にかなりの時間が必要
- その他:

症状はありますか？  はい /  いいえ

スライド 67

スコア表

<b>DSM-IV 基準 A</b>	小児期 Aの数6以上ですか？ HIの数は6以上ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	成人期 Aの数6以上ですか？ HIの数は6以上ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>DSM-IV 基準 B</b>	一生継続する症状や障害の兆候は認められましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>DSM-IV 基準 C 及び D</b>	少なくとも2領域で症状や障害が現れている。	
	成人期 小児期	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<b>DSM-IV 基準 E</b>	他の精神疾患が存在するため、症状をうまく診断できない。	<input type="checkbox"/> はい、できません。 <input type="checkbox"/> いいえ、できます。 他疾患名: <input style="width: 100%;" type="text"/>
	家族の経験談が診断をより強く裏付けることになりましたか？ 両親、兄弟姉妹、その他 <input style="width: 50%;" type="text"/> .. パートナー、親友、その他 <input style="width: 50%;" type="text"/> .. 通知表 0 = 全く / あまり裏付けにならなかった 1 = 少しだけ裏付けになった 2 = 明らかに裏付けになった	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 説明 <div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
	ADHDの診断***	<input type="checkbox"/> いいえ はい、下位分類 <input type="checkbox"/> 314.01 混合型 <input type="checkbox"/> 314.00 不注意優勢型 <input type="checkbox"/> 314.01 多動性・衝動性優勢型

\* 成人期のADHD診断については、注意欠陥及び（または）多動性・衝動性の中の1基準以上で診断できるという研究による指示がある。  
 Kooij等：成人集団ベースのADHDの内部及び外部の妥当性 (Internal and external validity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults). Psychological Medicine 2005; 35(6):817-827. Barkley RA. 年齢によって減少するADHD 本質の回復が部分的な回復か (Age dependent decline in ADHD: True recovery or statistical illusion?) The ADHD Report 1997; 5:1-5.

\*\* 家族や近い者のうち誰と面接したかを確認すること。  
 \*\*\* 小児期と成人期で確定した下位分類が異なる場合、現在の成人期の下位分類を診断として優先させること。

## スライド 68

**BARKLEY'S Quick-Check for Adult ADHD Diagnosis**

患者氏名：  
日付：

**はじめに**  
この面接は成人（18歳以上）でADHDが疑われる者に対して簡易な面接によるスクリーニングを実施する際に用いられることを意図しています。  
患者に対して以下の項目について尋ねることで面接を進めていきます。もし回答が「はい」であった場合は口にてチェックをしてください。

**注意事項**：この評価尺度はADHDの正式な診断基準ではなく、患者がADHDを有しているかどうかを簡易に判断するための手段にすぎません。もし患者がADHDを有しているようであれば、更なる精密な評価が必要となるでしょう。

**現在のADHDの症状**  
面接者の教示：  
『これから過去6ヶ月間におけるあなたの行動について質問したいと思います。私が質問するそれぞれの行動について、そうしたことが「しばしば」あるかどうかを知ることが目的です。「しばしば」といえるかどうかは、実際の回数が多いか、または同年代の人と比べてよくあるかで判断してください。私が指示しない限りは質問に対して詳しい内容答える必要はなく、困っていることがしばしばあるかどうかについて「はい」か「いいえ」で答えてください。』

あなたにはこのようなことが「しばしば」ありますか？

- 衝動的に物事を決めてしまう。
- そうしなければとわかっていないのに活動や行動を止められない。
- 指示をしっかりと聞き取りたりせずに課題や作業にとりかかってしまう。
- 約束したことを最後までやりきれない。
- 適切な順序で物事をこなせない。
- 車の運転でスピードを出しすぎてしまう。
- 自分とは関係のない刺激によって容易に注意がそれてしまう。
- 作業や余暇活動に集中し続けることが難しい。
- 作業や活動の計画を立てることが難しい。

チェック数合計（現在）

**機能障害がみられる場面**  
面接者の教示：  
『今私が質問した事柄の中であなたがお困りのことは、次のような場面で他の人ができるようなことをこなす上での明らかな妨げとなっていませんか？』

このような場面ではいかがですか？

- 仕事
- 社会生活
- 学習

チェック数合計（場面）

**子どもの頃の振り返り**  
面接者の教示：  
『今度は子どもの頃のあなたの行動について質問したいと思います。5歳から12歳、大体小学生くらいだと思いますが、その頃のことを思い出してください。私が質問するそれぞれの行動について、そうしたことが子どもの頃「しばしば」あったかどうかを知ることが目的です。「しばしば」といえるかどうかは、実際の回数が多かったか、または同級生と比べてよくあったかで判断してください。繰り返しになりますが、私が指示しない限りは質問に対して詳しい内容答える必要はなく、困っていることが子どもの頃しばしばあったかどうかについてただ「はい」か「いいえ」で答えてください。』

子どもの頃あなたにはこのようなことが「しばしば」ありましたか？

- 作業で細かいところで注意がしっかり行き届かなかったり、うっかりミスが多かったりした。
- やらなければならないことや楽しみなどで集中し続けるのが難しかった。
- 落ち着かない感じがしていた。
- 精神的な努力を続けなければならないような作業は避けたり、嫌だったり、気が進まなかったりした。
- 普段の活動の中でも忘れっぽかった。
- 他の人の邪魔になることをした。

チェック数合計（子どもの頃）

得点

患者は現在のADHD症状が6個以上当てはまりましたか？  
患者は子どもの頃のADHD症状が4個以上当てはまりましたか？  
患者には機能障害が2場面以上で認められましたか？

上記のすべてが「はい」である場合、ADHDである割合が87%、全く障害がなく正常である割合が0%、ADHD以外の精神障害である割合が13%です。

68

## スライド 69

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 患者さんのプロフィール

- 30歳代女性。大学院博士課程に在学中。
- 既婚で、3児の母。
- 幼少期より落ち着きのなさや不注意を指摘されていたが自分の性格と考えあきらめていた。
- 結婚、子育てと大人になるにつれ、生活上の困難が著しくなってきた。
- ストラテラの治験に参加。その際にADHDの不注意優勢型と診断された。
- 現在、ストラテラ継続服用中。

69

## スライド 70

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 海外のADHDのガイドライン

ガイドライン	作成国	ガイドライン作成の方法	更新日	対象	子ども	成人
NZ	ニュージーランド	文献レビュー EBM エキスパート・コンセンサス	2001	精神医療従事者	X	
ESCAP	ヨーロッパ	コンセンサス・アルゴリズム	2004、2006	精神医療従事者	X	
TCMAP	テキサス州、アメリカ	コンセンサス・アルゴリズム	2006	精神医療従事者	X	
AACAP	アメリカ	文献レビュー エキスパート・コンセンサス	2007	精神医療従事者	X	
NICE	イギリス	文献レビュー EBM	2008	精神医療従事者	X	X
Scottish intercollegiate Guidelines Network	スコットランド、イギリス	文献レビュー EBM エキスパート・コンセンサス・アルゴリズム	2009	精神医療従事者	X	
AAP	アメリカ	文献レビュー コンセンサス	2011	小児科医	X	
CADDRA	カナダ	EBM エキスパート・コンセンサス	2011	精神医療従事者	X	X
AMS	シンガポール	EMB	2014		X	
British Association of psychopharmacology	イギリス	文献レビュー EBM	2006、2014	精神医療従事者	X	X

70

## スライド 71

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 最後に


ADHD治療前



ADHD治療開始後



71



かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

# 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



スライド 1

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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できる
- ・ 保護者や学校と連携した子ども支援ができる

1

スライド 2

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

2

## 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

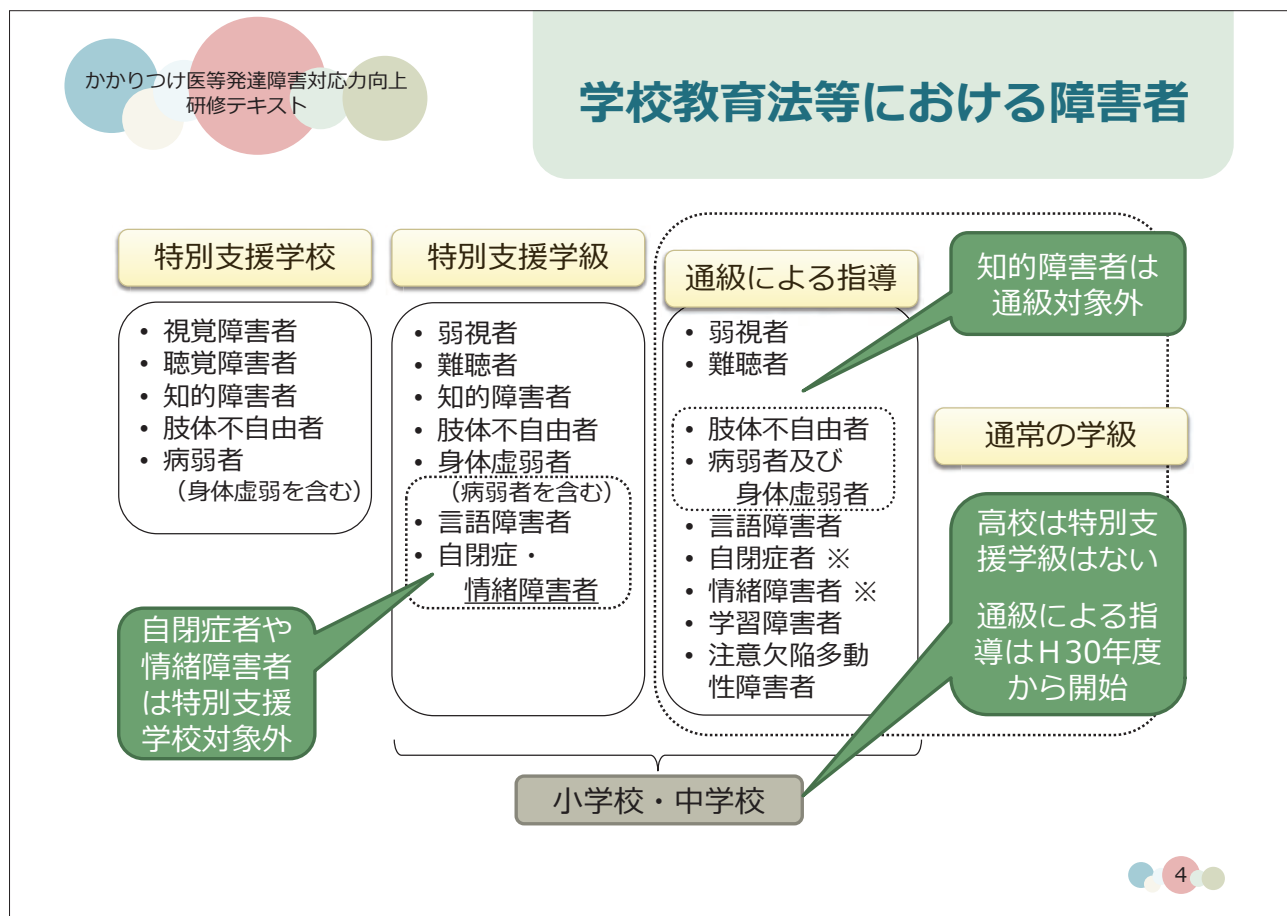
H27年1月  
56疾患→110疾患に増

### ● 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。

スライド 4



● 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、高等学校には設置できない（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。

通級による指導とは、小・中学校等の通常の学級に在籍している子どもが、学級を離れて自校または他校にある専門的な指導を行う教室（場）に通って、必要な指導や支援を受けることである。

なお、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つの障害種だけである。



## 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できるが、受けないこともできる。

合理的な配慮は、本人または保護者からの要請を受けて検討されるもので、押しつけられるものではない。

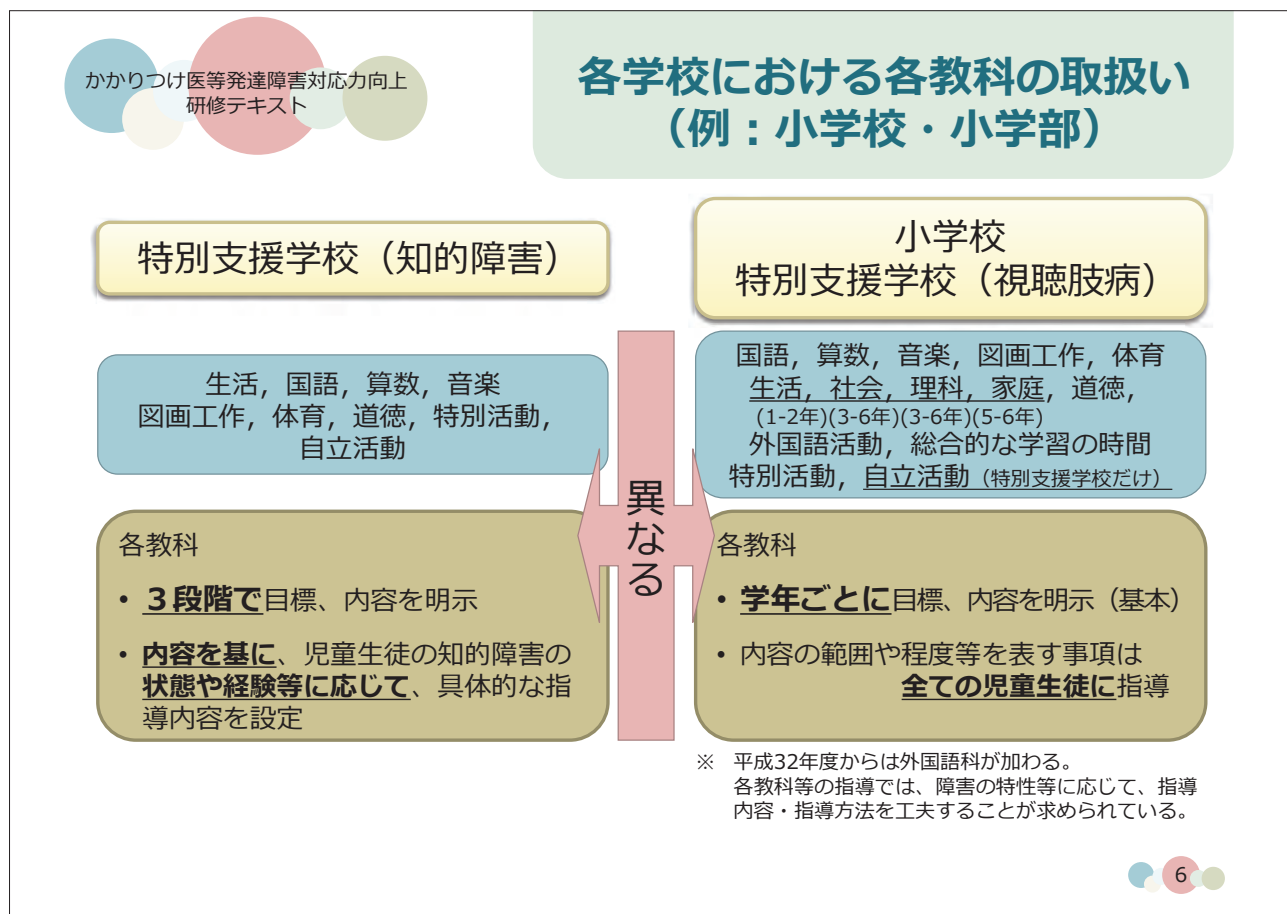
福祉サービスについては、法令等では障害者手帳等の所有を求めているが、自治体によっては福祉サービスを受ける際の妥当性を担保するため、所有を条件にしている所がある。

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。また、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。障害の状態の改善・克服ではなく、困難を改善・克服することに留意してほしい。

スライド6



● 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り、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）で行うことができる。

知的障害のある子どもが小・中学校等や特別支援学校に多いためこのような独自の教科や指導形態しか取れないと考えている人がいるがそれは違う。

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）を編成することができる。

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できるが、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。当該学年の教科また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ぬ点などがあつてを指す。

### 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・身体虚弱とは

発達障害のある子どもの多くは、小・中学校等の通常の学級で必要な支援を受けながら学習するが、特に手厚い指導や支援を必要とする場合には、特別支援教育支援員（または介護員）等を配置してもらったり、通級による指導を受けたり、特別支援学級や特別支援学校で学習することも検討する必要があるが、スライド4で説明したようにそれぞれの対象とする障害種が決まっているので留意してほしい。

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、上記に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。

スライド 8

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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変わってきた。

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、小児がん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、また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、すべての在校生が施設の入所者という所もある。

## 病弱教育の対象

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

### ● 病弱教育の対象

病弱教育の対象となる疾患については、すべ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。これらの子どもの中には、自閉症や注意欠陥多動性障害等の診断を受けている子どもも多い。

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ほしい。

なお、学習障害や注意欠陥多動性障害、自閉症等の発達障害の子どもについては、スライド4にあるように、通級による指導や自閉症・情緒障害特別支援学級の対象となることはあるが、発達障害だけでは病弱教育の対象となるわけではないことに留意してほしい。

スライド 10

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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（88%）

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

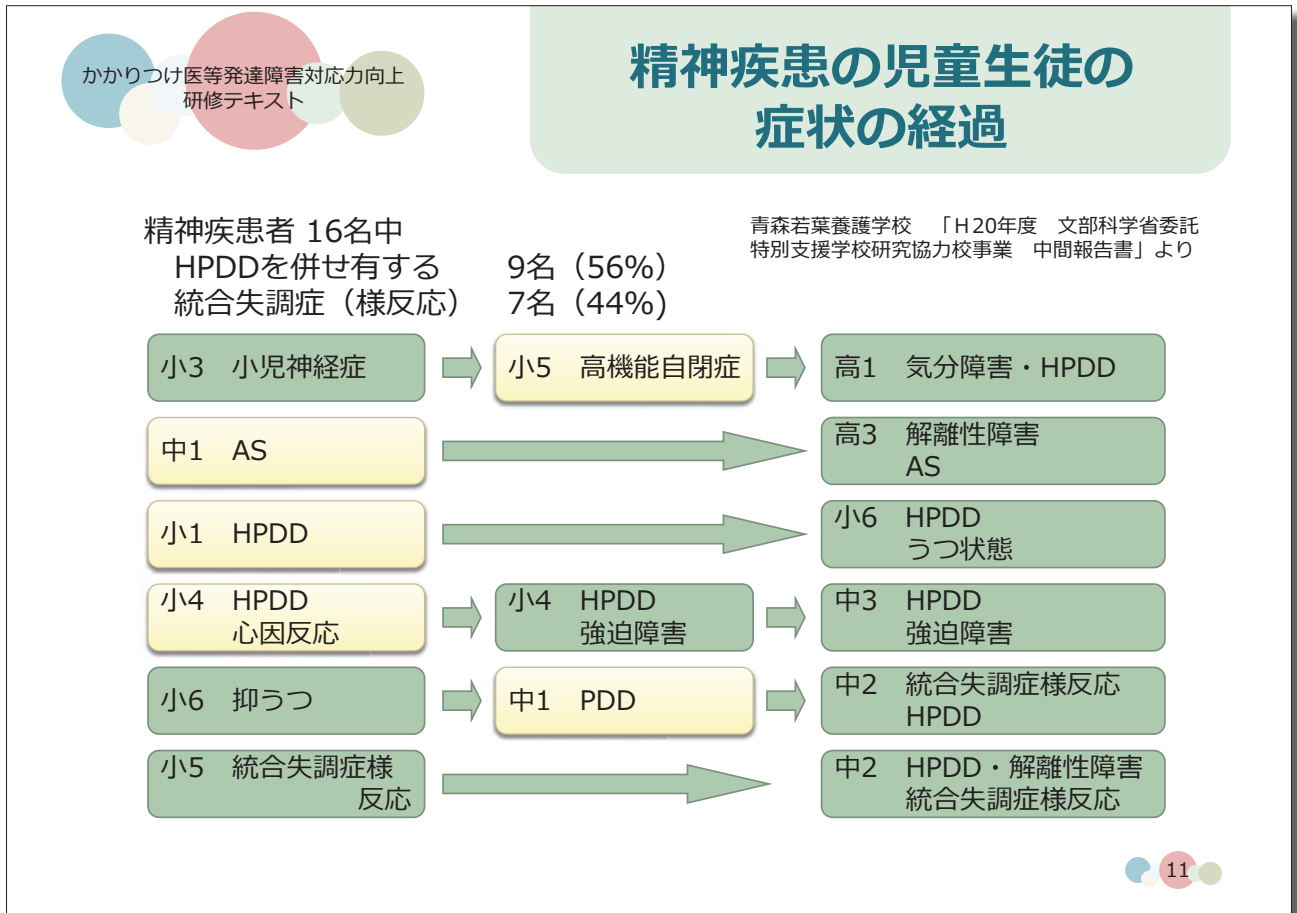


### ● 特別支援学校（病弱）における精神疾患の児童生徒の例

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88%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

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。

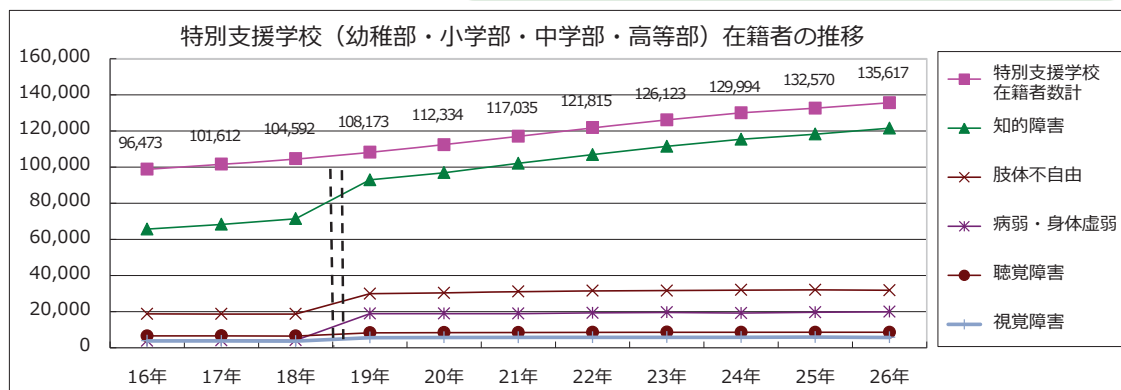
小学部や小学校の就学する頃は、発達障害の診断を受けていた子どもが、気分障害や解離性障害、うつ状態等の診断を受けている。

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。

スライド 12

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

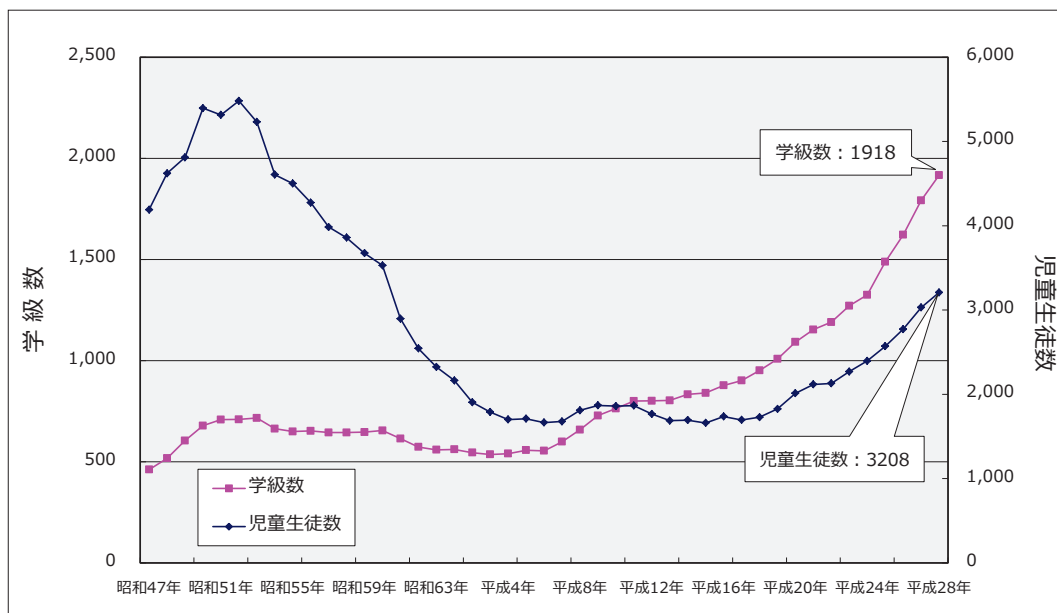
平成28年5月1日現在

### ● 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、一方、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いなくなったため、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数と 児童生徒数の推移 (S47~H28年)



### ● 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、主として身体疾患または心身症の子どもが対象である。

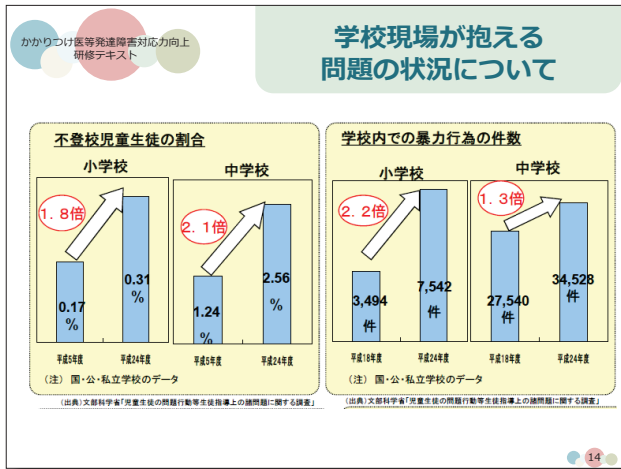
病弱・身体虚弱特別支援学級の数は、この10年間で倍増しており、その多くは、退院後も治療のために学習する時間が限られていたり、生活管理等が必要であったりするため、特別支援学級での手厚い指導を求めているからだと思われる。

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。

スライド 14



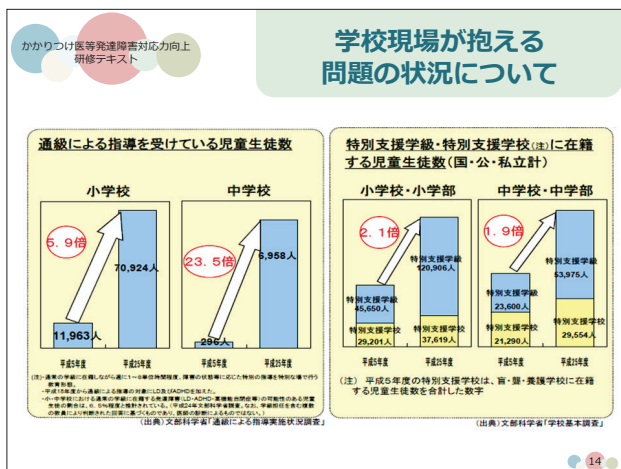
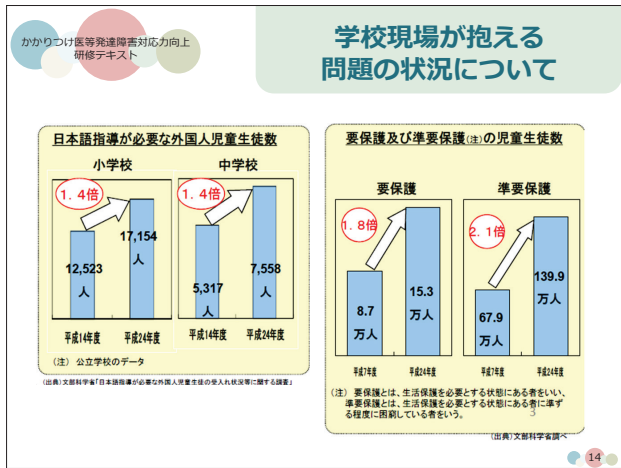
● 学校が抱える課題等の状況

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SNS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、さまざまな課題がある。

これらの課題の中には、例えば発達障害のある子どもがいじめに合い不登校になったり、校内暴力の被害者または加害者となったりするなど、関連することも多い。

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できなくて、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、新しい学習指導要領等が公示されたことに伴い、平成30年度以降は、小・中学校等の通常の学級でも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。(本格的な実施は小学校は平成32年度、中学校は平成33年度)



## 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%

※ 小学校1年～中学校3年生までの平均値  
小学校1～6年生に限定すると7.7%  
(小学校1年生は9.8%)

「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)

### ● 発達障害の可能性のある子どもの割合

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、学習面また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、概ね変化はないと言える。

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。

スライド 16

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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	学校総数	該当学校数 (学校総数に対する割合)	幼児児童生徒総数 ①	人数 (①に対する割合)
公立特別支援学校	14	9 64.3%	785	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

16

### ● 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%、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どもが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への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保健で、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の移行により、学校教育関係者には発達障害に関する理解が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。

学校教育における発達障害は、学校教育法等で示されている障害種とは異なる。文部科学省では、平成 19 年に通知を出し、発達障害は発達障害者支援法で対象となるものと同一であることを示している。発達障害者支援法および同法施行令等では、疾病名については、身体疾患を含めた ICD-10 によるものが示されているので、本章においても ICD-10 に基づいた表記に統一している。ICD-10 の 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、ナショナル・カリキュラムとして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。

最近では、発達障害等の通常の学級に在籍する子どもを含めて、多くの子どもが分かりやすい授業を行うために、子どもの障害特性を踏まえた取組みが行われ始めている。このような多様な子どもを前提とした分かりやすい授業方法は「ユニバーサルデザインの考え方を踏まえた指導」「授業のユニバーサルデザイン化」「授業のユニバーサルデザイン」と呼ばれている。

スライド 18

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 現行の学習指導要領等

幼稚園教育要領

小学校学習指導要領

中学校学習指導要領

高等学校学習指導要領

特別支援学校学習指導要領

特別な支援を必要とする子どもへの指導について記述が少ない

発達障害を併せ有する子どもについての記述はあるが、比較的少ない。  
心身症や精神疾患は病弱の箇所で記述

18

### ● 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である。現行の特別支援学校指導要領の解説（自立活動編）では、発達障害のある子どもへの指導についても言及している。

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ている。

例えば、小学校の国語科の配慮事項の一つとして、文字を読むことが困難な子どもに対し、文字を指でなぞって読むことをうながしたり、拡大コピーし行間を拡げたり、スリットを用いて読む行だけを見ることが出来るようにしたりすることなどが例示されている。

平成 29 年度は、各教育委員会を通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。（小学校での本格実施は平成 32 年度、中学校での本格実施は平成 33 年度）

## 学習指導要領解説 (精神疾患関係の記述-1)

### 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、留意してほしい。

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。

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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。

20

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、障害による学習上また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つ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①

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）転入してくることが増えており、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」と応えてほしいのと思うが、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 [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/1340250.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1340250.htm) からダウンロード可）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②

### 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は診断は難しい場合が多い。

### ● うつ病等の子ども

さまざま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、同様に、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、今では変わってき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されている。

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③

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。

特に子どものうつ病は、大人の症状と異なることがあるので注意してほしい。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。」と記述されている。

スライド 24

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 教育支援資料から④

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。

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だけでなく、10歳前後で統合失調症を発症することがあ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、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こと、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できることや、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。

## 教育支援資料から⑥

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。

## 教育支援資料から⑦

### ・ 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。

## 教育支援資料から⑧

### ・ 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。

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 全国病弱虚弱教育研究連盟 の事例集

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	不安障害の影響を受けているAの社会参加へ向けての支援
事例	Aは不安障害の影響を受けている。寂しいが帰れない日が多く、特に不安な行事場が定ついてくると、全く居られない日もある。高等部に入学後も、講義形式の一言授業や全校集会的なものに不安感があり、活動によっては嫌と周りに言い入れたこともあった。講師や周囲の状況を捉えながら行動ができるが、自分の内面について考えたり話したりすることが苦手である。他者とのかかわりや自分から、かかわりを進めようとしたり、自分の課題と向き合うことから逃げたままの傾向があり、社会参加のためには改善すべき課題が多い。
経過	<p>＜転入後の経過＞</p> <p>中学2年2学期より不登校傾向となる。通院を始めた不安薬を使って3年時には短時間の保健室登校ができるようになった。しかし、その後勉強の遅れに対する不安もあってか、教室には入れず、午後1時間の保健室登校から退席しなかった。本校高等部を受験し入学した。</p> <p>＜転入後の経過＞</p> <p>高等部に入学した後は、座る機会に難化した。4月当初はほとんどの授業に参加していたが、6月頃から教室にはほとんど入れず、一人でパソコンを遊んで過ごしていた。そこで、支援教員(個別のな配慮があれば小集団での活動が可能な児童生徒を対象とした指導グループ)での活動を通して、友達や教師とのかかわりが建てるような事立てをとるようにした(1年時)。</p> <p>支援教員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てきた。支援教員の母や教師が本生徒にとって信頼や安心のできる場・存在となり、心情的にも安定してきたと書かれる。しかし、支援教室外の場面では、まだ言葉不慣れや不安感を感じており、活動に参加できず、欠席してしまうこともあった(2年2学期頃)。またその他、自己表現、他者とのかかわり、講義形式の一言授業、全校集会等に不安感があり、苦手としていた。</p> <p>高等部3年になり、社会に出て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就職を受け、合宿した。現在は、4月からの生活に向けて準備をしているところである。</p>
指導	<p>＜具体的な指導・支援＞</p> <p>2年2学期までは、Aの「人との関係作り」、「安心して過ごせる心理的な土作り」、「アビリティで受け入れられる授業、学習風作り」を主として取り組む。それまで不安と自覚のなさからできなかった「積極的参加」にも3学期に挑戦することができた。</p> <p>さらに員の外部専門家活用事業を活用して、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、①安心して居る人物、講師を確保する。②関係作りには○○に相談する、○○へ行くなどのマニュアルを作成し、Aに提示して不安感の軽減や自信に繋がっていく。というアドバイスをいただいた。</p> <p>そこで、本例では以下を主として、重点的に取り組んだ。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>※自己分析や他者とのコミュニケーションの仕方を練習する。(例：コミュニケーションスキル、レクレ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)</li> <li>※Aの苦手、不安感のある課題を把握し、解決する方法を見つけ、取り組む。(例：定期的な面談、レクレーション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)</li> <li>※支援教室外の活動参加や入学のきっかけが自然に増えるような機会をつくる。(例：教師が仲介役になって一緒に活動参加、支援教室から発展した活動の企画、外部講師による活動等)</li> <li>※進学先へのスムーズな移行に向けた具体的な支援を行う。(例：講義形式授業への参加、通学練習、マニュアル作成等)</li> </ul> <p>＜考 察＞ 臨床心理士からのアドバイスに対して、①については、教師がAにとって信頼や安心ができる、または何でも話せるキャラクターとなるように、努力をしてきた。また、在籍した教室が、本人にとって安心しリラックスできる場所、常識的な場となった。②については、進学に向けてマニュアルを作成し、卒業後の場面で安心できる人物、講師を紹介するという意味でも必要なことと思われる。③については、自分たちが制作したものを校内で販売するなど、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自覚も芽生え、活動参加への前向きな態度へと繋がっていったと思われる。社会経験をさせる場所としては、学校は小さな場所ではあるが、今後いける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。</p>

## ● 全国病弱虚弱教育研究連盟の事例集

病弱の特別支援学校では、以前から児童思春期病棟にて入院する子どもや情緒障害児短期治療施設（現在の児童心理治療施設）に入所する子どもも対象に指導を行ってきた所もあったが、今は通学生として心身症や精神疾患の診断を受けた子どもが学ぶ所も多くなってきている。

全国病弱虚弱教育研究連盟では、これらの学校での事例をとりまとめて Web サイト上で公開しているので、参考にしていただきたい。



## 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

### ● 病弱を伴う情緒障害者や自閉症者

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。

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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日文部科学省より)

31

### ● 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場合、認知特性のために文字の認識や言葉での伝達がうまくいかないことがある。その際、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ある。

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、特異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日文部科学省より)

### ● 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・教材については、障害の状態や特性等に応じたさまざま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。」と明記されている。

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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が求められている。

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ので、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「渉外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、さまざまな観点から検討し、必要な配慮を進めていく必要がある。文部科学省では合理的配慮の観点を示し、過不足なく検討し、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、教員が始動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、教員一人一人が普段の指導の中で意識しておく必要がある。

スライド 35

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 心の健康問題の多様化、深刻化①

### 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

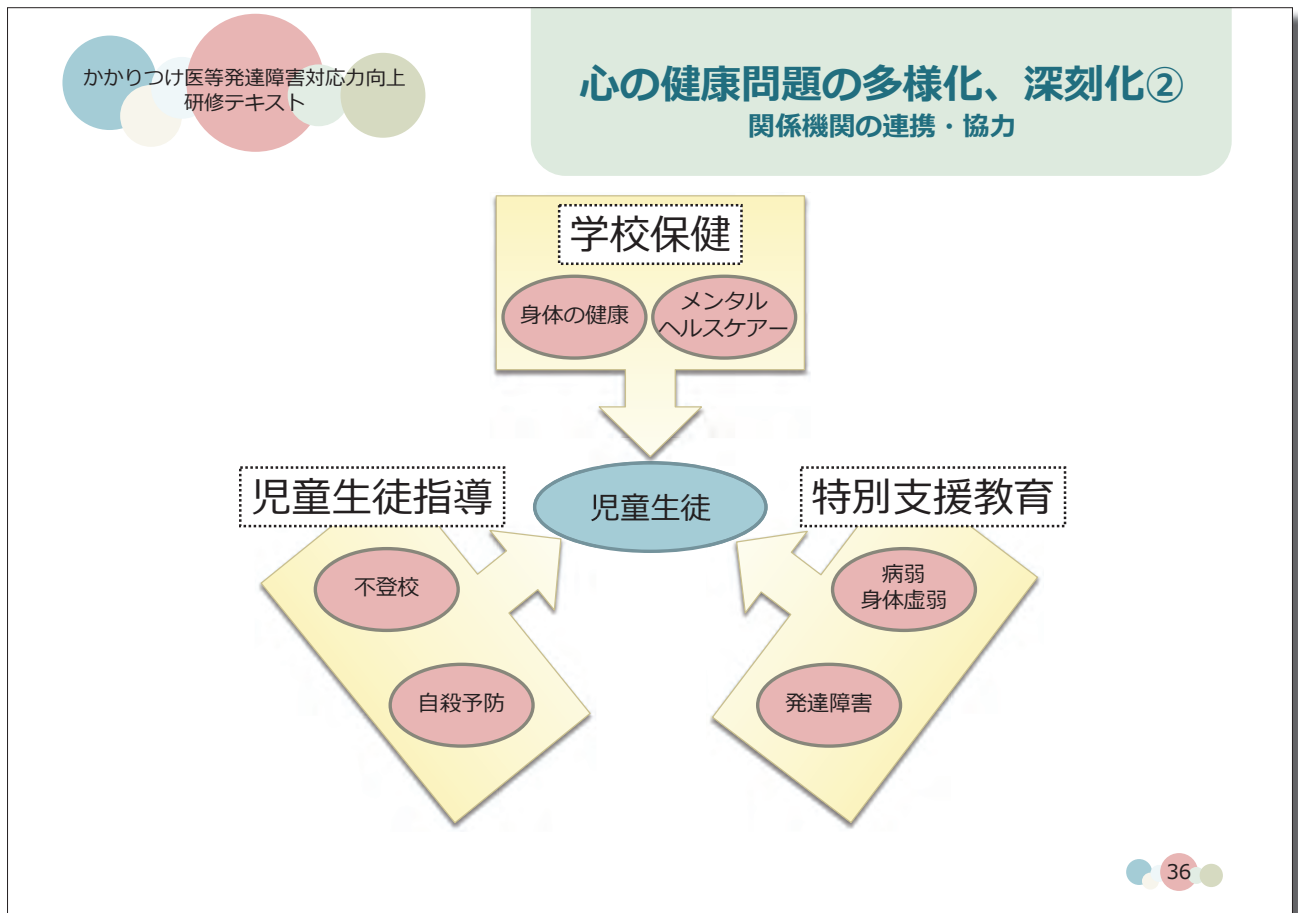


● 心の健康問題の多様化、深刻化①

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増えてきている。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②

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、発達障害者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。

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 心の健康問題の多様化、深刻化③

知的障害・発達障害の子供の特徴と災害後の個別対応

元々の特徴

障害特性

- 環境や日常パターンの変化に強いストレスや不安を感じる
- コミュニケーションが難しい
- 集団行動に参加しにくい
- 状況がすぐに理解できない
- 生活のリズムを乱しやすい
- 感覚（音、臭いなど）の過敏

➔

ストレス症状

身体面への現れ

- 発熱、おう吐、けいれんなど体調不良を起こしやすい
- 食欲の低下、偏食のため食事量、体重が減少
- 過食等により体重が増加する

心理・行動面への影響

- 生活リズムが乱れて、不眠・興奮などが出現する
- パニックを起こしやすい
- 大声・奇声・独り言などが増加する
- こだわり、確認行為がひどくなる
- 自傷行為、他害行為が増加する
- 活動性の低下、無気力、ひきこもり

対応

- 基本的な生活の安定が最優先
- もとの習慣・活動の早期再開を目指す
- 当面のスケジュールをあらかじめ明示する
- 視覚的に分かりやすく情報を提示する
- 屋間の安定した活動場所を確保する
- ※子供の特性により、様々な工夫が考えられる

- 情報は、余計な不安をあおらないように吟味して伝える
- 災害の映像は避ける
- 大声で注意したり、強く手を引いて誘導したりするなどの対応は避ける

37

### ● 心の健康問題の多様化、深刻化③

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できる手段で、必要なことを伝えとともに、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、必要な助言等を行う
- 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、労働等の関係機関とが連携して指導や支援に当たる
- 課題を知る

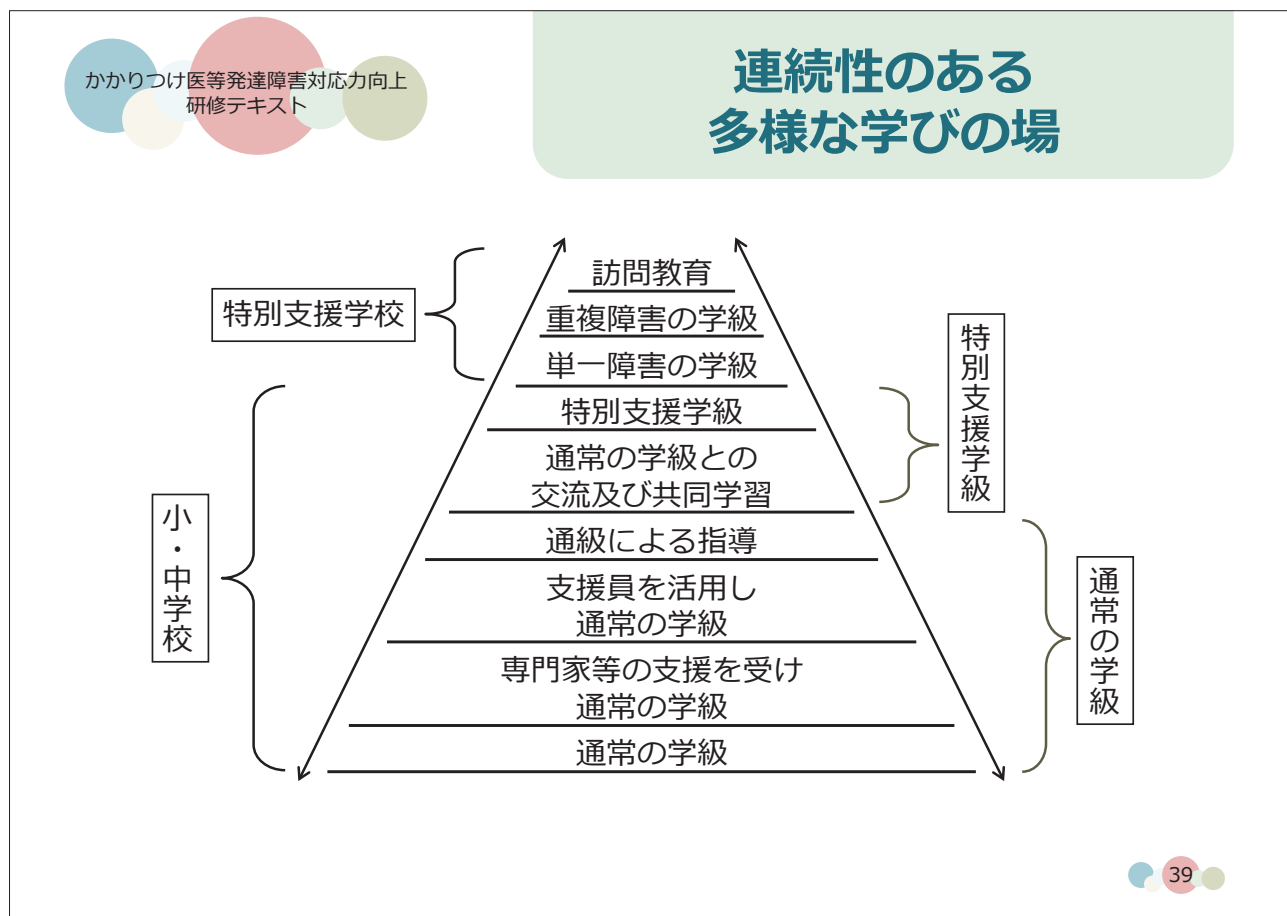
### ● かかりつけ医にお願いしたいこと

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ある。子どもが困ることがないようにする。

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勧める人もいるが、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ほしい。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いただきたい。

スライド 39



● 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勧める人もいるが、慎重に検討してほしい。

今後は、可能な限り障害のある人と障害のない人が共に学び、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、学ぶ場を変え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する。

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ほしい。

## 病気の子どもの 理解のために

- 病弱教育支援冊子（病気の子どもの教育的支援）
  - ・ 実践編
  - ・ 制度編
- 病気の子どもの学校生活を支える  
白血病、脳腫瘍、筋ジス、腎疾患、糖尿病、  
XP、もやもや病、ペルテス  
の子どもの理解のために
- 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。

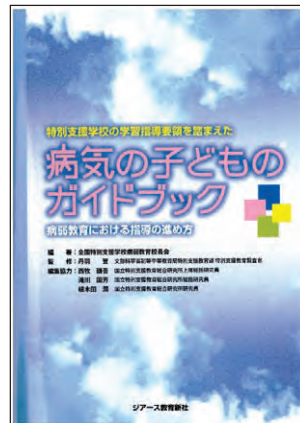
身体疾患については、希少疾患も含めて疾患別に作成しているが、精神疾患については、疾患別ではなく、「こころの病編」としてまとめられているので参考にするとともに、学校関係者と話をする際には紹介しながら話をしてほしい。

スライド 41

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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：シアース教育新社

41

### ● 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活用していただきたい。

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

# 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



スライド 1

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 発達障害児の課題 子どもどものときの問題

- 虐待
- いじめ
- 孤立
- 不登校
- 引きこもり
- 非行

1

スライド 2

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

2

## 米国での特別支援教育における ITP（個別移行計画）

### 発達障害児童生徒への教育内容

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

## それぞれの項目における 様々な課題①

- 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

スライド5

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## それぞれの項目における 様々な課題②

- 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

5

スライド6

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## それぞれの項目における 様々な課題③

- 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

6



## スライド7

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 就労上の課題

－対人関係（コミュニケーション）スキル①

- ・ 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

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）

7

## スライド8

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 就労上の課題

－対人関係（コミュニケーション）スキル②

- ・ 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

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）

8

スライド 9

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 職業適性とは

- 能力
- **興味関心**
- **性格傾向**
- **行動傾向**
- **価値観**

9

スライド 10

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 発達障害の人の退職理由①

- 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けなかった
- 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
- いじめにあったり、無視されたりした

10

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 発達障害の人の退職理由②


  

- 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けなかった
- 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、努力してなかせ」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




かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## ハードスキルと ソフトスキル

- ハードスキルとは
- 仕事そのものの能力
- 作業能力
- スーパーでは
  - 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

- ソフトスキルとは
- 仕事以外の能力
- 日常生活能力
- 対人関係能力
  - 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
  - 休憩時間の過ごし方



スライド 13

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

13

スライド 14

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## ソーシャル・スキルとは (ウィキペディア)

- その場の雰囲気がかかること
- 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は限界がある

14

## スライド 15

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 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

15

## スライド 16

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 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．．．

16

スライド 17

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

17

スライド 18

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

ライフスキルのチェック

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

18

## スライド 19

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 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）

19

## スライド 20

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 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することができる

20

スライド 21

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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. 入浴ができる（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

21

スライド 22

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

22



## スライド 23

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 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

23

## スライド 24

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

### 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

24

スライド 25

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

25

スライド 26

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 実際の現場での アセスメント

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

26



かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

# 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



スライド 1

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 産業医に求められる役割

発達障害を理解し、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



### ● 産業医に求められる役割

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る。産業医には、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しようとする姿勢が求められる。

具体的には以下のような役割が求められる。

- ・ 発達障害を理解し、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

## 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

### ● 本講義のねらい

本講義は、発達障害のある人に起きる就労上の問題について理解し、発達障害のある人の安定就労に向けた、産業医に期待される役割について理解することを目標とする。

小児期を担当しているかかりつけ医等が受講者にいる場合、発達障害を抱えている児が、成人後抱える可能性がある問題として、頭に入れていただきたい旨の説明をする。

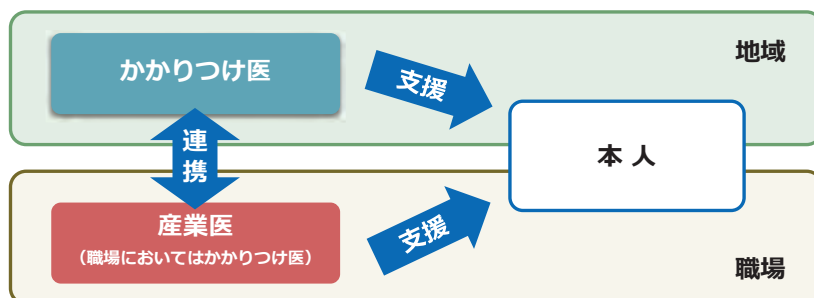
スライド 3

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 産業医とは

労働安全衛生法令の定めにより、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されている場合は連携相手について、産業医を担当されている場合は自身の役割について理解いただく。

3

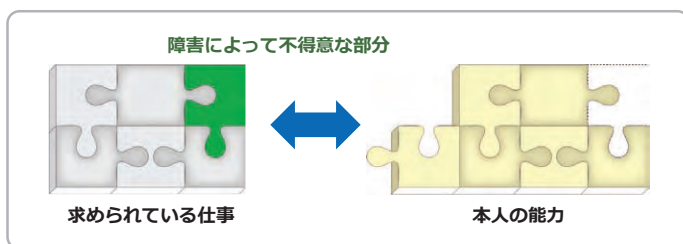
### ● 産業医とは

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づけられている。

受講者の中には、産業医として活動している医師もそうでない医師もいらっしゃると思うが、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ただきたい。

## 継続して働いていくために

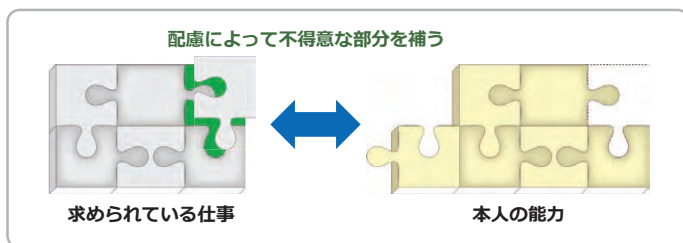
### <配慮がなく働きにくい状態>



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

### ● 継続して働いていくために

発達障害の人が配慮のない状態で働くと、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して、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。

スライド 5

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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った。

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。

5

### ● 雇用の分野における合理的配慮①

平成 28 年 4 月 1 日から施行された障害者差別解消法は、すべ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る。

配慮される障害としては、発達障害も含まれる。発達障害は、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から、制度の運用においては本人・関係者の工夫が求められる。

下記調査の結果では、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。

#### 文献

「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  
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

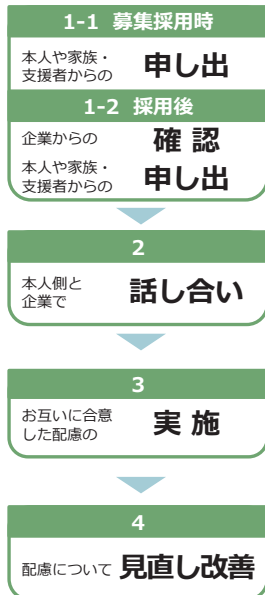
高校 1 年以内離職率 25.1%

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②



### ＜合理的配慮に関する基本的な考え方＞

合理的配慮は、個々の事情を有する障害者と事業主との相互理解の中で提供されるべき性質のものであること。

合理的配慮の提供は事業主の義務であるが、採用後の合理的配慮について、事業主が必要な注意を払ってもその雇用する労働者が障害者であることを知り得なかった場合には、合理的配慮の提供義務違反を問われない。

⇒ 発達障害は目に見えない障害なので、  
本人や家族・支援者からの相談が必要になってくる

過重な負担にならない範囲で、職場において支障となっている事情等を改善する合理的配慮に係る措置が複数あるとき、事業主が、障害者との話し合いの下、その意向を十分に尊重した上で、より提供しやすい措置を講ずることは差し支えないこと。また、障害者が希望する合理的配慮に係る措置が過重な負担であるとき、事業主は、当該障害者との話し合いの下、その意向を十分に尊重した上で過重な負担にならない範囲で合理的配慮に係る措置を講ずること。

合理的配慮の提供が円滑になされるようにするという観点を踏まえ、障害者も共に働く一人の労働者であるとの認識の下、事業主や同じ職場で働く者が障害の特性に関する正しい知識の取得や理解を深めることが重要であること。

### ● 雇用の分野における合理的配慮②

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、次に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し、実施後も見直し改善が行われるというものである。

## 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

### ● 過重な負担の考慮要素

基本的には本人の求めに応じて合理的配慮が行わなければならない。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る。

ここで、負担が過重であるか否かを判断するにあたっては、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る。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ある。

#### 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。

---

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。

スライド 8

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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

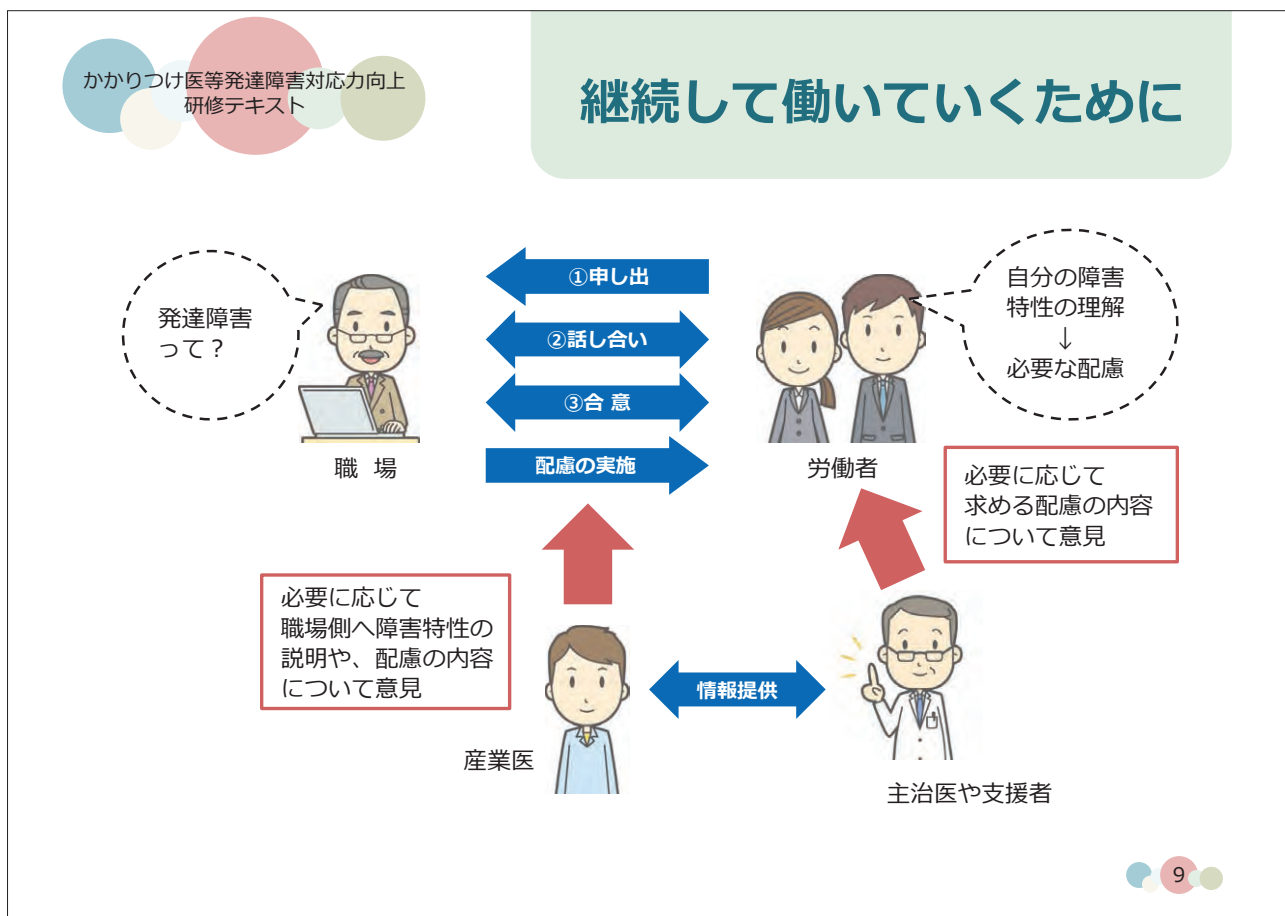
8

### ● 発達障害に対する合理的配慮の実例

上に挙げたのは、発達障害に対する合理的配慮の実例である。

口頭での業務指示が通りにくかったり、段取り良く仕事をするのが苦手な人がいるので、その場合、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などの対応が有用である。

また、障害特性として、集中しすぎて疲れやすい人や、体調を崩しやすい人がいる。そのような場合は、体調に応じて働けるよう休憩を取りやすい環境づくりが有用なこともある。



● 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する。

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でき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。

スライド 10

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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	<b>職場での配慮は周囲が納得できる配慮であること</b>
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

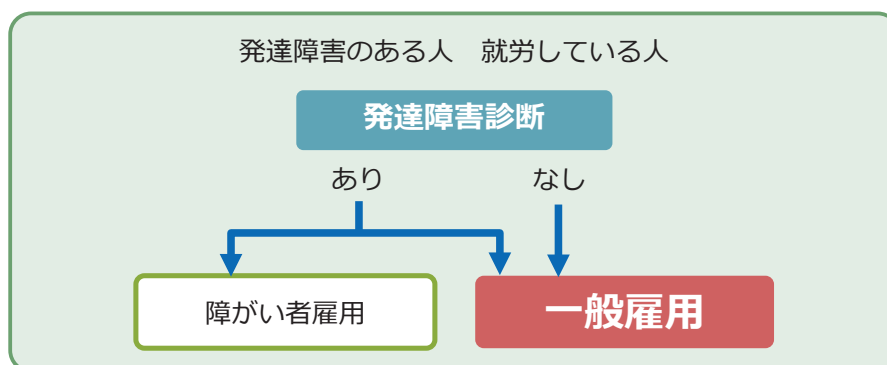
10

### ● 職場で適応して働いていくために必要な要素

発達障害者が職場で適応して働いていくために必要な 14 要素はスライドの通りである。

特に、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たい。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を想像していただきたい。

## 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%**

### ● 産業医が遭遇する発達障害者

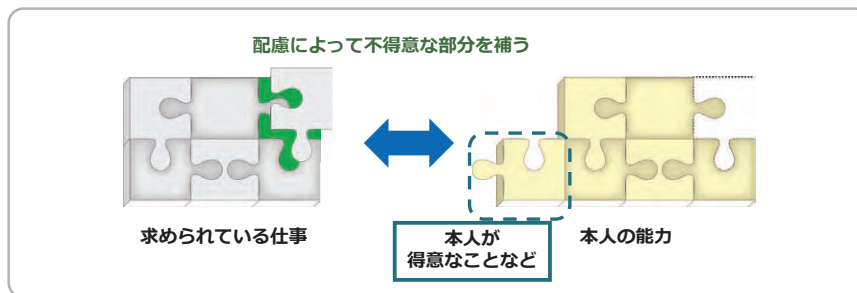
産業医が遭遇する発達障害者は、診断の有無、雇用形態については、障害者雇用かつ一般雇用もありうる。調査結果は、日本産業衛生学会専門医を対象とした H25 の質問紙調査結果を示している。診断はされておらず、一般雇用で働いているケースが、まれではなく、産業医の 8 割はそのような事例に遭遇していた。産業医の支援対象は、支援開始当初は、一般雇用され、発達障害の診断をまだ受けていない人もありうることを理解し、これから説明する、職場で生じやすい問題を知る必要性について言及する。

スライド 12

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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などすると周囲の納得感が出る

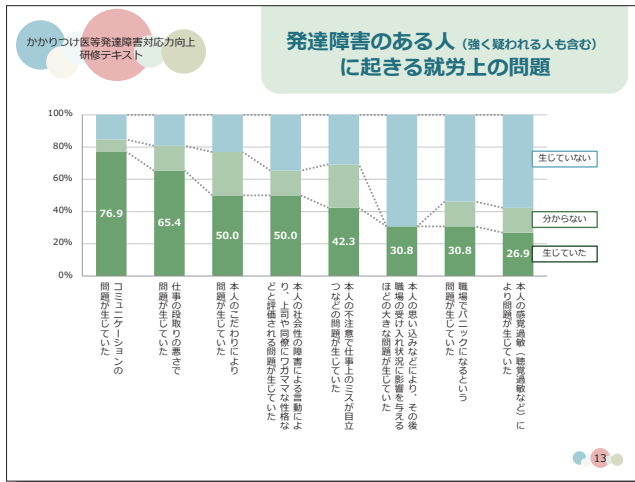
12

### ● 一般雇用で継続して働いていくために

「配慮をする」、「配慮をしてもらおう」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・同僚の間に軋轢が生じたり、本人も能力を生かし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。例えば、数字に強いという特性を持ち、人前での発表などに極度に緊張をしてしまう特性がある人は、多くの数字を取り扱う資料の作成などの業務を多く引き受け、会議での発表などは同僚に任せるなどを行うと、同僚からの納得感が得やすいことがある。

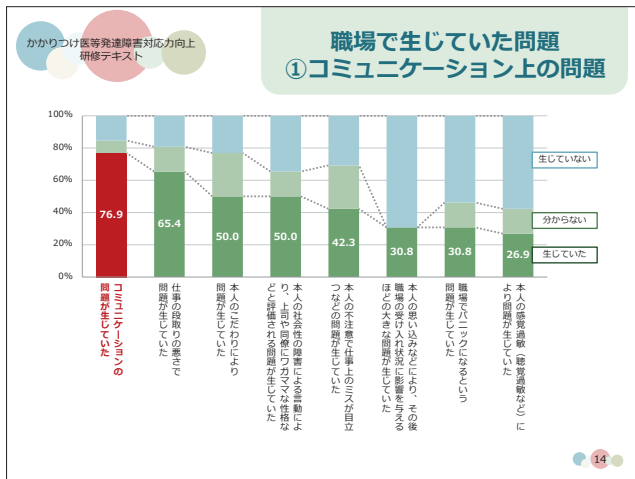




● 発達障害のある人（強く疑われる人も含む）に起きる就労上の問題

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す。

コミュニケーションの問題が最も多く生じているが、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にも注目すべきである。

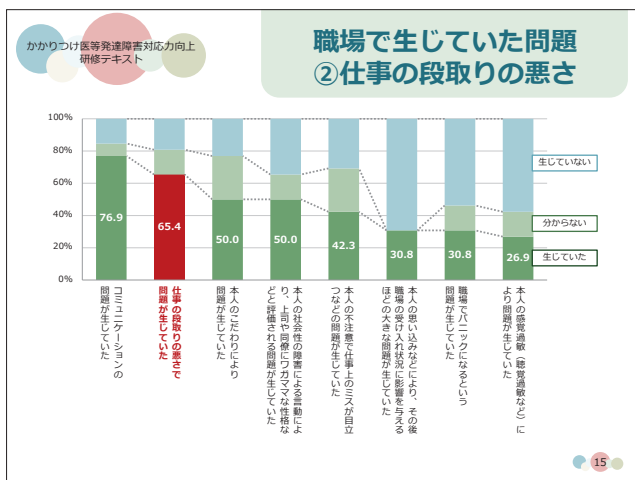


● 職場で生じていた問題

① コミュニケーション上の問題

コミュニケーション上の問題が生じていた場合の例。

- ・ 業務指示やアドバイスが通らない
- ・ 指示が多くなると理解できない
- ・ 不適切な言動が多い
- ・ 派遣社員に業務指示ができない

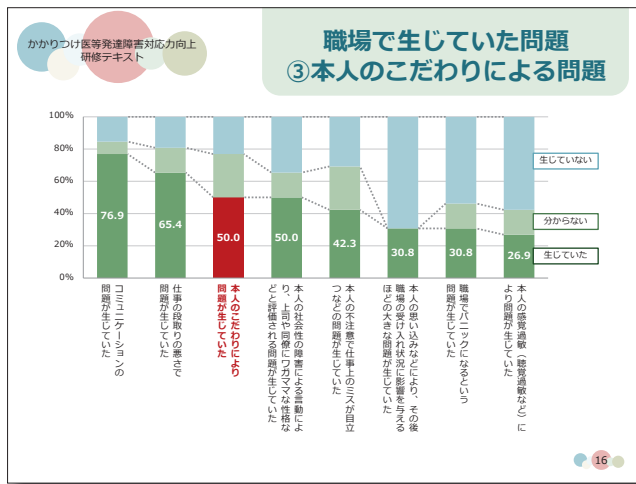


② 仕事の段取りの悪さ

仕事の段取りの悪さで問題が発生していた場合の例。

- ・ 複数の業務を同時進行できない
- ・ 予定や計画が立てられない
- ・ 不必要に丁寧すぎ、時間がかかる
- ・ 工程を離れられず、休憩を取らない

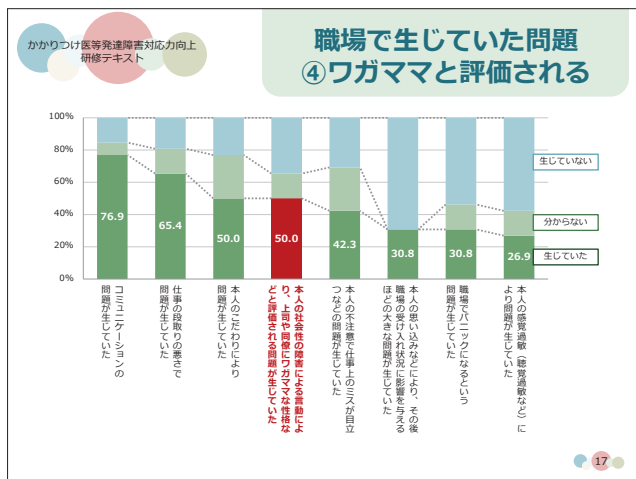
スライド 16・17・18



③ 本人のこだわりによる問題

本人のこだわりにより問題が生じていた場合の例。

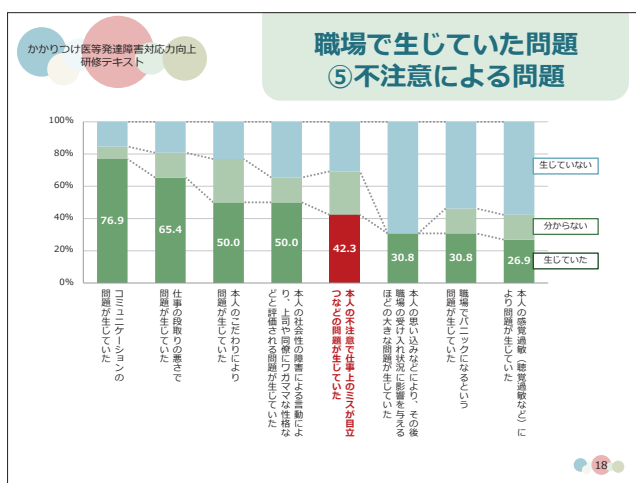
- ・ 学生時代の知識にこだわり、周囲の意見に耳を貸さない
- ・ 会社に対し文書での説明を求める
- ・ 言葉にこだわりがあり、話が長引く
- ・ 一部不明な点があると着手できない
- ・ 部屋や書類の整理ができていない



④ ワガママと評価される

本人の社会性の障害による言動により、上司や同僚にわがままな性格などと評価される問題が生じていた場合の例。

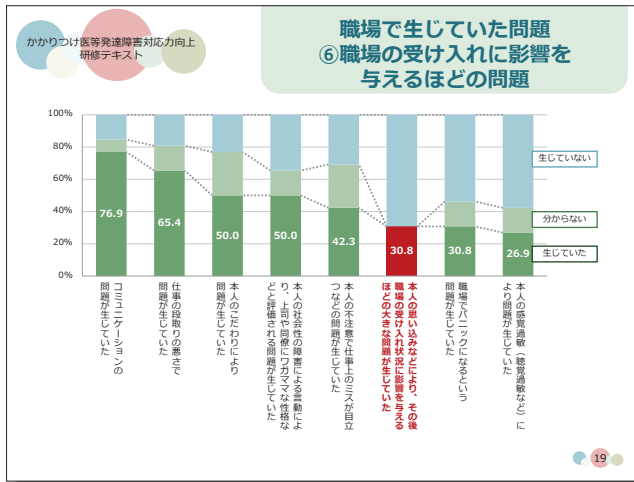
- ・ 他罰的な言動が多くトラブルに
- ・ “報告・連絡・相談” ができない
- ・ ミスを認めない、反省しない
- ・ 自分の仕事以外は手伝わない
- ・ 飲み会等の交流に不参加



⑤ 不注意による問題

本人の不注意で仕事上のミスが目立つなどの問題が生じていた場合の例。

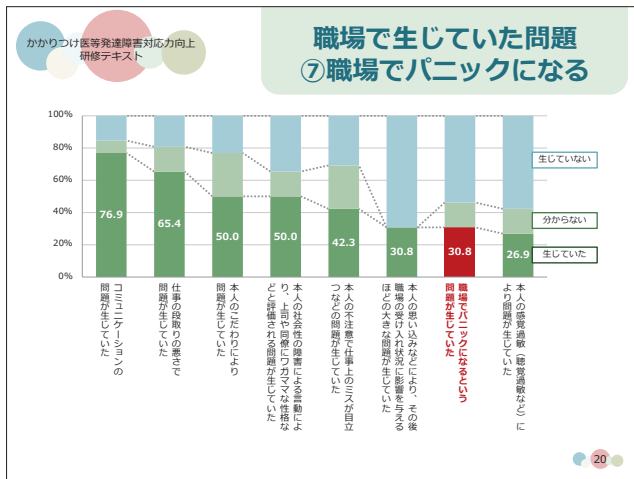
- ・ 忘れ物が多い
- ・ 単純作業で、他者にはないようなミス
- ・ 運搬車両運転で、衝突事故が多い
- ・ 電源の切り忘れ、施錠忘れ
- ・ 危険に対しての意識が低い



⑥ 職場の受け入れに影響を与えるほどの問題

本人の思い込みなどにより、その後職場の受け入れ状況に影響を与えるほどの大きな問題が生じていた場合の例。

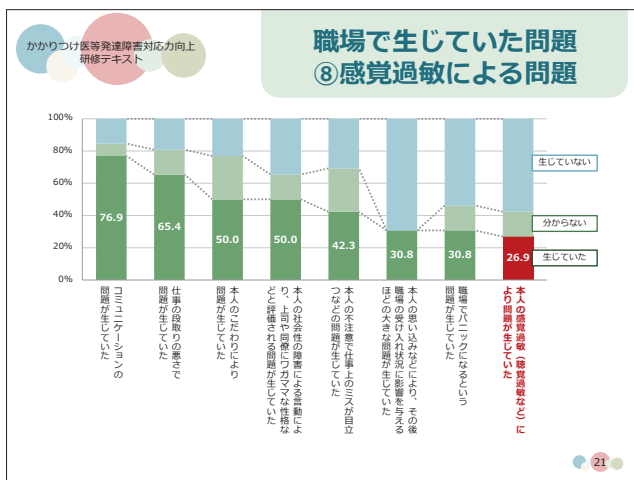
- ・ 自分はリストラ対象だと考え各部署に脅迫めいた電話をする
- ・ ストーカー行為
- ・ 被害妄想



⑦ 職場でパニックになる

職場でパニックになるという問題が生じていた場合の例。

- ・ 仕事の方法がわからないとき
- ・ 思い通りにいかないとき
- ・ 上司と連絡が取れないとき
- ・ 部の食事会のとき大声で叫んだ
- ・ 以前から折り合いが悪かった上司に、突然大声で



⑧ 感覚過敏による問題

本人の感覚過敏（聴覚過敏など）による問題が生じていた場合の例。

- ・ 部屋の温度や周りの雑音
- ・ 他者の笑い声や足音への過敏
- ・ 手掌・足底過敏により安全手袋・靴下を着用せず
- ・ さまざまな部位の痛みを訴え、欠勤が度重なる

スライド 22

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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できない

ストレスチェック制度によって面談を申し出てきた

22

### ● 産業医につながるケース

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、さまざま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？

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？という点である。

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。

スライド 24

かかりつけ医等発達障害対応力向上  
研修テキスト

## 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**

24

- **地域のかかりつけ医として**

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？という点である。

## 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。

### ● 留意する点

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、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。