

## 発達障害

### なぜ発達障害<sup>註1)</sup>について知っておく必要があるのか

- 発達障害は今では数%から 10%もの人々が抱えるありふれた問題です。発達障害と診断される人々と、そうでない人々の 2 タイプがあるのではなく、発達障害の特性は、あまりないから、ややあり、強い、そして日常生活に困難が生じる診断レベルまで、その程度は連続します。診断レベル未満だが特性が強いために、環境とうまく折り合いがつかずに本人が悩んだり、あるいは周囲が負担に思うケースも多くあります。解決の難しい対人トラブルの背景に発達障害/発達障害特性が隠れていることに気づけば、適切な対応ができ、必要な支援サービスを紹介することができます。
- 発達障害は、乳幼児期にすでに発達や行動に通常とは異なる早期兆候があり、その長期経過についてもエビデンスがあります。そして早期支援が当人や家族、また社会にとってもメリットが大きいこともわかっています。早期支援とは、問題が深刻になって事例化したケースに対する事後対応とは別物です。そうなる前に、高リスク者を見つけて早期支援につながるように対応をすることを意味します。たとえば、乳幼児健診（1.6 健診～）、保育所や幼稚園での健診などは早期発見の良い機会となります。もちろん、こうした地域保健活動は教育、福祉、医療などの多領域との連携が大前提です。支援を必要とする親子に地域の社会資源が届くためには、これまでのように専門機関に集中する体制ではなく、地域保健がトリアージ機能を発揮することが重要となります。
- 現実には、子どもや家族の様々な要因のために気づかれるのが遅い未診断、未支援のケースは少なくありません。家庭、学校、職場でさまざまなトラブルを抱え、精神保健上の問題が慢性化、長期化、深刻化しているケースの中には、本人または家族に発達障害/発達障害特性が関係しているにもかかわらず、それ以外の解釈のもとで支援や治療を受け解決の糸口が見つかっていないケースもしばしばあります。たとえば、長くうつ病の治療を受けている成人で、寛解、再発を繰り返す、あるいは慢性化している患者のなかに、発達障害/発達障害特性が高率にみられるという報告があります。
- 児童期には特別な支援がなくても学校生活を大きな問題なく過ごせた人でも、社会に出てから職場や家庭生活で対処しなくてはならない日々の出来事の積み重ねが大きなストレスにつながることはよくあります。成人の相談事例に対応する場合には、児童期の診断の有無に関係なく、発達障害/発達特性をアセスメントすることが大切です。

### 参考資料

「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修テキスト」(国立精神・神経医療研究センター作成)

[https://www.ncnp.go.jp/nimh/dd\\_taioryokukojo\\_H29.html](https://www.ncnp.go.jp/nimh/dd_taioryokukojo_H29.html) でダウンロード可

## 乳幼児の自閉スペクトラム症(ASD: autism spectrum disorder)

- 育てにくさを感じる親に寄り添う支援は、厚生労働省の「健やか親子 21」第 2 次計画（平成 27～36 年度）<sup>注 2)</sup> で重点課題とされています。その具体的な目標の一つには、子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合が 95%に達することが挙げられています<sup>注 3)</sup>。保健師など地域保健の専門家は当然、知っておかなくてはなりません。2 歳までの定型発達児の社会性の発達過程で現れる行動を知っていれば、自閉スペクトラム症の早期兆候に敏感になります。

### **通常は 1 歳になるまでに出現している社会性に関する行動**

- アイコンタクト
- 他児（きょうだい以外）への関心
- 微笑み返し
- 呼名反応
- 人見知り

これらが 1 歳を過ぎても「ほとんどみられない」ことを問題とみなす

### **通常は 1 歳 6 ヶ月までに出現している社会性に関する行動**

- 興味の指さし
- 指さし追従（大人の指さしを目で追い対象物を見る、その後、大人の顔を見る）
- 視線追従（大人の視線を目で追って対象物を見る、その後、大人の顔を見る）
- 興味のあるものを見てほしい大人に見せに持ってくる
- 身ぶりがなくても言われた指示を言語だけで理解する
- 身近な大人の動作や言語の模倣

これらが 1 歳 6 ヶ月になっても「ほとんどみられない」ことを問題とみなす

- 社会性だけでなく、睡眠、食事、情緒、親子関係など多面的に育児支援ニーズを確認することが大事です。いたずらに「様子をみましょう」といった対応で支援を遅らせることのないように、エビデンスに基づいたスクリーニング体制を整備することが望ましいです。発達だけでなく、日常生活全般での育児の難しさや親の戸惑いを丁寧に拾い上げていくことが、一人一人に合った支援には大変意味のあることで、後の子どもの問題行動や適応の困難を未然に防ぐのに効果もあります。
- 親子関係（アタッチメント）がうまく機能しないのには多くの要因が関係します。一般に、母親側の責任とされることがまだ多いことは、母親を追い詰めることになり、戒めるべきです。子どもの問題が育児行動に与える影響を考慮に入れ、母親のメンタルヘルスにも気を配り、有用な育児支援と発達支援を組み合わせることが大切です。

## 児童・青年期の発達障害

- この時期に情緒や行動などの精神保健の問題を経験していると、成人後における健康、職業、対人関係、地域生活などさまざまな面において大きな影響を受けることがわかってきました。そして、発達障害/発達障害特性が高い子どもは、精神保健の問題を持つリスクが特に高いのです。逆に精神症状が前面に出ているケースのなかには発達障害/発達障害特性が高いケースはきわめて多いと言えます。困った事に、家庭や学校では精神症状と関連した行動変化は「問題行動」として一括りにとられていることが多いです。つまり、発達障害の診断のある子どもは児童思春期に精神症状を併発しても発達障害で説明されやすく、精神症状が目立つ子どもでは発達障害がマスクされていることが少なくありません。
- 子どもの心の健康は家族のそれに強く影響を受けますので、親子関係に関連した相談事例では、子どもや親の発達障害/発達障害特性を含む多面的な情報を収集して、子どものさまざまな支援ニーズを見逃さないことが大切です。子どもの包括的評価に加えて、育児相談ケースで親の話だけを傾聴し、子どもの発達アセスメントが一度もされていないといったことのないよう、家族全体の支援ニーズを評価する姿勢も重要です。学童の精神保健は必ずしも学校保健機能で対応しきれていないので、地域保健福祉から学校へのアウトリーチはもっと望まれます。とりわけ、ひきこもりがちな不登校児や、後押しの弱い家庭に対しては、地域ぐるみの支援ネットワークを活用し、家族全体を孤立させないことが大事です。
- 発達障害の診断がつく子どもは複数の精神科的診断に合致することがほとんどである。たとえば、ASDとADHD、ASDと知的障害、ADHDと学習障害など発達障害同士の合併や、不安症、うつ病、摂食障害、依存症、非行や反社会的行動につながるような行動上の問題など、発達障害以外の精神疾患との合併も高頻度です。
- 女子では児童期には発達障害の特徴が一見したところ目立たないケースが多いことも注意を要します。思春期以降にみられる精神症状、摂食障害といった身体化症状、不登校や触法行為など行動化へのリスクは男性と変わらない程度、あるいはそれ以上に高いので、発達特性は見逃されやすいことに留意する必要があります。成人女子では、異性関係、結婚や育児といった女性が抱えやすい対人ストレスに加えて、性被害やDV被害のリスクは高い人々です。

## 成人期の発達障害

- いわゆる「大人の発達障害」は、必ずしも子どもの時に受けられたはずの診断や早期支援の機会をなんらかの理由で逃した人々とは限りません。むしろ、幼児期には対人コミュニケーション症状が比較的軽かった、あるいは多動を伴わない不注意症状が主だったなどのために周囲に気づかれぬまま大人になり、社会人として求められる高度な処理水準に対応できず、その結果、職場でのトラブルやうつ、ひきこもりになることが少なくありません。
- たとえ発達障害の診断を受けていなくても、不定愁訴や職場での不適応からうつとなった成人の方の中に、社会的な不器用さや思考パターンの硬さ、感覚過敏の特性がみられることはしばしばあります。ところが、親にどんな子どもだったか、と訊くと、まったく問題はなかったと答える場合がほとんどです。実際に、親も学校も問題のない子どもとして対応してきているのです。では本人は子ども時代をどう感じて過ごしていたのでしょうか。大人にとって「問題のない子ども」の場合でも、子ども自身は不安が強く、特に失敗や叱られることを恐れ、苦手な場面や失敗が予測される場面は回避してきたことが本人の口から語られることがあります。苦手なことを本人が一番よく知っているからこそ、周囲にそれと気づかれぬようにうまくカモフラージュする術を身につけて、これまでなんとかやり過ごしてきたのでしょうか。たとえば、不安に周囲が気づいていても、思春期の一時的なものだろう、と軽く考えていたのかもしれない。
- 多動や衝動的な行動が迷惑、言語理解や会話が困難、学習不振、といった学校で明らかに問題とされるような表面的な問題がないケースでは、成人後も同様に波風を起こさずに生活していきけるかという点必ずしもそうではありません。逆に、学校時代に問題が多くあったとしても、その時に問題の対応方法を学び、本人の特性を本人や家族がきちんと理解できるようになれば、成人後は問題にぶつかっても前向きに対応しながら生活していける人はたくさんいます。こうした両極端な学校時代を送った発達障害の人に決定的に違うのは、前者の方（表面化しない子ども時代を過ごした方）は問題回避はうまくても、大きな問題を乗り越える経験がないために自己効力感が小さいということです。
- 周りの大多数と「何か」が違うことに気づき、そうした自分自身を否定したり、自信を失ったまま、社会に出てしまうと、なんでもないような小さな躓きが、深い挫折感のきっかけとなってしまいます。こうした人と相談場面で出会ったときには、具体的な手助けをする前に、まずしていただきたいのは、「その人が本当はどんな子どもで、周囲は彼/彼女をどういう子どもと理解していたのか、あるいは周囲に理解されないなかで、どうやって自分自身と向き合ってきたのか」というその人のヒストリーをまるごと、無批判に（これは大事です。批判にはとても脆い人が多いからです）理解し、今、ここに相談にきてくれた勇気を賞賛してあげてください。

- 発達障害の診断が意味があるのは、当人の自己理解が深まる、治療によって現在の困難が改善される、生活の質が上がる、といったメリットがある場合です。職場、学校、地域や家族、そしてその影響を受けて育った本人自身に偏見やスティグマ、誤った思い込みがある場合には、診断を受けるデメリットについても検討する必要があります。ただし、専門家はケースに合わせて、用語の選び方（やたら専門用語を使わない）、説明の仕方（強みを十分に強調する、役立つ情報や助言が加えられている）を工夫することで、相談者が将来、もっと生きやすくなるような手助けをする必要があります。現状では、診断を受けて満足したという人と、不満足と感じる人は約半々です。
- 成人期に初めて診断を伝えることは当人のアイデンティティにかかわる大事なことなので、これからのサポートについて一緒に考える時間をとって行うことが重要です<sup>注7</sup>。

本人に告知することのメリットは、

- ✓ 職場、学校などで合理的配慮や必要なサポートを求める根拠となる
  - ✓ 必要な福祉サービスを得る根拠となる
  - ✓ 誤診を防ぎ、適切な治療が得られる
  - ✓ 自己理解を助ける（ポジティブな意味づけ、自分に合った対処方法の見直し）
  - ✓ 仲間や理解者を見つけるのに役立つ
- 一方、次のことに気をつけてください
- ✓ これまでに会った専門家たちの助言内容の不一致からくる専門家不信
  - ✓ 専門用語を多用しない（それぞれのことばに偏見がある可能性あり）
  - ✓ 告知と同時に、役立つ助言やサポートにつなげないと意味がない
  - ✓ 家族や周囲の理解が得られるのには時間がかかる

- 家族に診断を伝える際も、これまでの養育を否定される体験となりうるので、配慮が必要です。以下の情報を提供して、これからの希望につながる助言をしてください。
  - ✓ 発達障害は、育児の失敗が原因ではない（親もねぎらう）。
  - ✓ 年齢とともに、発達障害それ自体の症状は少しずつ改善していく。
  - ✓ 発達障害の人々の情緒や行動の部分は、周囲の人々の対応に影響される。
  - ✓ うつや不安など併存リスクの高い精神症状は治療で良くなる。（家族のほとんどはどこまでが発達障害の症状で、どこからが治療可能なそれ以外の症状か区別がついていない。治療可能な症状があることを知っておくことは治療への希望につながる。過剰な期待は持たせないよう）
  - ✓ 発達障害についての情報提供（たとえば、もっと詳しい情報は、●●で入手可能など）。地域の専門機関を紹介。

## 女性の発達障害の人たち

- 性差は、発達障害の症状の現れ方の個人差に影響する重要な要因の一つです。発達障害は男性に頻度が高い特徴があります。ただし、最近では、性差医療の観点から、これまで見逃されてきた女性の発達障害が注目されるようになってきました。
- 一般に男女の脳には性差があることは知られています。言語表出や社会性においては女性において男性よりも発達が良好なのは脳の性差によると考えられています。発達障害においても、同様の性差が症状レベルで見られます。幼児期に対人コミュニケーションの問題が男児ほど目立たない、あるいは言語能力で社会性の障害をカモフラージュできてしまう、また多動や衝動性は男児よりも低いといった理由で、家庭や学校場面で問題行動として顕在化しにくいことがほとんどです。
- 問題として現れる場合は、年齢相応の同性の友人を作れない、同性、異性、いずれも対人トラブルを持ちやすい、いじめの被害、不登校、摂食障害、触法行為など実にさまざまです。このため、児童期に発達障害として理解されることは少なく、発達特性に合った支援・治療の機会を得ることなく、孤立した児童・青年期を過ごしている人が多いのです。
- 一見したところ、表面的には男性の発達障害の人よりも女性の発達障害の人の方が社会的です。周囲が気づきにくい理由はここに 있습니다。その一方で、本人だけが自覚する対人関係の問題や生きづらさは男性の発達障害の人よりも強いです。言語能力でカモフラージュできている女性でも、どこかで「これは本当の私ではない」という葛藤を抱えて苦しんでいます。実際に、助けを求めて精神科を受診する発達障害女性は多いというのは、国内外で共通します。一見したところの発達障害の症状の重症度が必ずしも本人の内面の苦悩と一致しないのは意外かもしれませんが、周囲から理解されず、孤独な中での解決の見えない葛藤の苦しみは、女性において決して軽くみはいけません。
- 女性を取り巻く環境にも要因があるかもしれません。望ましくない異性関係(DVやハラスメントなど)、結婚生活のストレス、育児ストレスは、対人関係そのものですから、周囲の理解やサポートがないなかで長期化すると、著しくQOLは下がります。育児困難ケースの中に、親自身の問題へのサポートが見逃されていないかもチェックしておく必要があります。

発達障害者のアンメットニーズに対する支援についてはさらなる研究が待たれるところですが、年齢に関係なく女性ケースが適切な支援の機会を逃さないよう、既成の男性のステレオタイプな臨床像を女性に当てはめず、表面的な問題の背景をきちんと理解し、評価する姿勢を大切にしてください。

## プライマリ・ケアにおける発達障害のアセスメント

- 医療機関では、発達障害の診断、すなわち ASD、ADHD、学習障害など、どのタイプの発達障害の診断基準に合致するかどうかを評価します。しかしながら、発達障害のバイオマーカーはまだないため、行動評価に基づいて診断を行う必要があります。黄金基準とされる診断は、多職種による子どもの観察や検査に加え、系統的な親との面接で情報を集め、そして経験豊かな専門医がそれらを総合的に判断すること、とされています。ただし、プライマリ・ケアではこうした厳密な診断は、時間制約、マンパワー、いずれの点からも負担が大きすぎると言えます。
- 簡便さ、という観点からだけでなく、最近の研究からは、診断の有無とは別に、発達障害の特性の程度を定量的に測る方法（ディメンジョン方式）が重視されるようになっていきます。こうした発達障害の捉え方自体が変化しているという動向を踏まえると、プライマリ・ケアにおける発達障害のアセスメントにおいては、個々の診断の確定よりもむしろ、まずどのような発達障害の特徴をを、どの程度持っていて、発達障害以外の精神症状の有無、生活適応の程度、支援の必要性を含むその人の全体的なプロフィールを把握することが大事になると考えられます。質問票を用いた症状ベースのアセスメントは、本人や家族に特性を説明する際にも役に立ちます。

- 日本人向けに標準化が完了している質問紙でスクリーニング目的で使えるものをご紹介します。

		適用年齢	概要
<i>M-CHAT</i>		16-30 ヵ月	レベル1（健診など一般集団対象）のASDのスクリーニングおよびレベル2（クリニックなど臨床群対象）のスクリーニングのいずれにおいても強いエビデンスが示されています（詳細は、 <a href="https://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/H29_dd_2.pdf">https://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/H29_dd_2.pdf</a> 、 <a href="https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf">https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf</a> 、 <a href="https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/aboutus.html">https://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/aboutus.html</a> 参照）。18-24ヵ月で親回答23項目のM-CHATを実施し、陽性者に1, 2ヵ月間をあけてフォローアップを行ってさらに絞りこむ2段階方式の使用が推奨されています <sup>注3)</sup> 。
<i>SRS-2</i>		30ヵ月-18歳 (成人版含む)	日本版SRS-2（対人応答性尺度）には幼児版（2歳6ヵ月～4歳6ヵ月）、児童版（4～18歳）が含まれ、いずれも他者（親または教師）回答による65項目から構成されるASD症状評価用の質問紙です。成人版（19歳～）他者回答65項目も含まれます。
<i>AQ</i>		16歳以上	自己回答式の50項目です。
<i>SDQ</i>		4-17歳	日本版SDQ（子どもの強さと困難さアンケート）は、ADHD症状および情緒・行動の問題をカバーする25項目からなる全般的な心の健康アセスメントのための質問紙です。SDQ日本語版の各質問紙ならびに標準値、各年齢帯・各下位尺度のパーセンタイル表については、 <a href="http://www.sdqinfo.org">http://www.sdqinfo.org</a> より参照およびダウンロードが可能です <sup>注6)</sup> 。
PARS-TR (PARSテキスト改訂版)		3歳以上	比較的簡便な面接評価尺度。養育者との面談場面で用いる。



## さいごに

発達障害は個人差が大きいことを心に留めてください。診断名にかかわるステレオタイプな理解は捨てて、その人の個別的な支援ニーズに敏感になっていただけると、地域の心の健康への支援の質は格段に上がることでしょう。発達障害は独立した特別の障害ではなく、よくある心の健康問題と隣り合わせに潜んでいることも忘れないでください。他の心の健康問題と同様、医療だけで解決できる問題ではなく、教育も福祉も地域の社会資源すべてが連携して初めてよりよい支援となります。地域の啓発や連絡体制を構築することが重要なのは言うまでもありません。地域の問題として、発達障害への対応力の向上に取り組んでいただく際に、この小冊子がお役に立つことを願っています。

注 1) 本邦で一般的に使われる「発達障害」という用語は、国際的な診断基準（米国精神医学会の定める DSM-5 や WHO の定める ICD-11（註 ICD-11 の国内導入は 2019 年 5 月の世界保健総会での承認を受けた後の予定））では、以下の発達期に始まる認知、社会性、運動などの機能不全を特徴とする複数の症候群を含む総称である。

知的障害能力障害群（いわゆる知的障害）

コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群（いわゆる言語障害）

自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害（ASD）

注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害（ADHD）

限局性学習症/限局性学習障害（いわゆる学習障害）

運動症群/運動障害群（いわゆる不器用）

その他の神経発達障害

（カッコ内は著者が説明用に追記）

注 2) 健やか親子 21（平成 13 年～）は、21 世紀の母子保健の主要な取組を、関係者、関係機関、団体が一体となってその達成に向けて取り組む「健康日本 21」の一翼を担うものとして始まった国民運動である。第 2 次計画は、第 1 次で達成できなかったもの、今後も引き続き維持していく必要があるもの、21 世紀の新たな課題として取り組む必要のあるもの、などの観点から指標を設定された。

注 3) 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班。標準的な乳幼児期の健康診査と～「健やか親子 21（第 2 次）」の達成に向けて～保健指導に関する手引き。  
[http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manyual\\_yamazaki.pdf](http://sukoyaka21.jp/pdf/H27manyual_yamazaki.pdf)

注 4) 1 歳 4 カ月から 2 歳 6 カ月までの乳幼児を対象として ASD 早期兆候を早期発見するために米国で作られた親回答の簡便な質問紙。現在、世界各国でそれぞれの文化に応じたバージョンが作成、検証され、広く用いられている。（日本語版は <http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/mchat-j.pdf> からダウンロード可能）。

注 5) 専門家（必ずしも医師でなくてもよい）がマニュアルに即して養育者に面接し、具体例を示しながら症状や問題行動の程度や頻度を 3 段階で評価する。日本で開発された数少ない診断補助尺度で、実用性が高い。（一般社団法人発達障害支援のための評

価研究会編著: PARS-TR. PARS テキスト改訂版, スペクトラム出版, 東京, 2013.)

注 6) 2～15歳の児童を対象とする全般的な精神病理についての親または教師回答の質問紙。

困難さに関する4つの下位尺度(情緒の問題、行為の問題、不注意・多動性、仲間関係の問題)と強さに関する下位尺度(向社会的行動の強さ)の計5下位尺度から構成される。(日本語版は <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Japanese> からダウンロード可能)。日本人児童における標準値は <http://www.sdqinfo.com/norms/JapaneseNorms.html> を参照のこと。

注 7) 日本うつ病リワーク境界が厚生労働科学研究で作成し有用性が確認された「自閉スペクトラムの特性がある参加者へのリワーク支援の手引き」も参考にしてください。

<http://utsu-rework.org/info/tool.html>