

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



監修者まえがき

すでに診断を受けている発達障害児は、2014年の米国の疾病予防管理センター (CDC) の全国調査によれば5.76%と報告されており、未だ診断を受けていない発達障害児を含めると、少なくとも約1割に上ると見積もられている。研究の進歩による発達障害概念の変化や、啓発の結果と思われる社会の気づきの高まりを背景として、わが国においても発達障害の患者数は増加しつづけ、数少ない専門機関のキャパシティをすでに超えてしまっている。専門機関に集中せざるをえない現行体制では、診断を受けるまでの待機時間は長くなり、その結果、支援や治療の遅れが生じ、子ども本人や家族の生活に与える影響は長期に及ぶ。また職場不適応から抜け出せずうつ病を発症する人々のなかに、初めて発達障害を疑われるケースが増えていることも、あらためて発達障害の早期発見、早期支援の重要性が認識されるきっかけとなった。

人生の早期からライフステージを通して発達障害支援が身近にある環境づくりが発達障害者本人にとっても社会全体にとっても重要であることがわかっている。そのためには、保健（乳幼児健診など）、福祉（障害児者福祉サービスや就労支援など）、教育（特別支援教育など）、そして医療といった多領域の連携がとれた地域の支援体制の整備が必要不可欠となる。現在、自治体は各領域での充実とともに、領域内外の縦横の連携体制の整備をすすめているところである。こうした流れを受けて医療においても、専門機関だけでなく、地域医療を担う「かかりつけ医」（注1）が医療・保健・福祉・教育の地域ネットワークにゆるやかなゲートオープナーとして参画することが、多領域連携の調和のとれた発達障害支援には欠かせないと考えられるようになってきた。平成28年度には、都道府県・指定都市において厚生労働省の「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」事業がスタートし、現時点ですでに多数の自治体が地域の医師会の協力のもと、本研修（以下、かかりつけ医研修）を継続的に実施している。地域での研修事業実施主体は国の研修（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター実施）を行政担当と医師など医療関係者がペアとなって受講し、その内容を踏まえて研修を実施する旨が事業要綱に記載されている。『かかりつけ医等発達障害対応力向上研修用テキスト』は、各地域でかかりつけ医研修を企画し、また研修の講師となる方に向けて、厚生労働省の障害者対策総合研究事業（「国、都道府県等において実施する発達障害者診療関係者研修のあり方に関する研究」主任研究者 神尾陽子（平成28-29年度））として作成された。

本テキストは、国立精神・神経医療研究センターで実施している発達障害関連研修の講義内容の一部をもとに、地域の研修実施者が講義をすすめやすいようにスライドごとに解説文や資料を追加した。発達障害支援の原則はどの地域にも共通する普遍的な性質を持つ一方で、実際の制度設計や運用上の工夫は地域特性によってバリエーションが想定される。各地域でその地域に合った支援システムを創造し発展させていく際の参考になるよう、自治体の好事例も複数紹介した。地域での研修を実施するには、研修受講者（かかりつけ医）が地域における発達支援のあり方を理解し、さらに「その地域」の支援ネットワークの全体を把握できるように、

それぞれの地域にカスタマイズされた講義を追加していただきたい。そこではかかりつけ医等が発達障害児の家族に対して助言できるように、適切な紹介先や相談先、そしてその後の支援のフローに関する情報提供をしていただければ、その地域での多領域連携がすすむものと期待する。

本テキストを通してかかりつけ医研修の受講者に伝えたい点として、発達障害の早期発見・早期対応の意義、発達障害児・者が抱えやすい身体的・精神的な問題、治療・支援の基本原則、そして地域の包括的な多領域連携ネットワークのあり方などを重視した。今日、発達障害の診療に関するエビデンスはまだ限られており、わが国には発達障害の診療ガイドラインといったものはまだ存在しない。そのような段階でテキストを作る意味は何なのか、については研究班内外のできる限り多くの関係者と議論を重ねた。確かに、発達障害ケースの個人差がきわめて大きいことを考慮すると、かかりつけ医の診療を標準化するには十分とは言えない。包括的アセスメントと診断を実施するには専門的訓練を受けた多職種チームが配置されている専門機関でないといけないのは事実である。しかしながら、発達障害児・者の医療ニーズは多様であり、日常的な診療と切り離すことが不自然なもの事実である。かかりつけ医と専門機関は相互の役割をバランスよく分担して双方向的な連携を密接にする必要があると考える。そのためにはかかりつけ医に地域の発達障害支援ネットワーク、そしてスクリーニングやトリアージの適切な使い方を知らせていただく、診療で出会うケースに発達障害支援への道筋をつける手助けとなるだろう。このような目標に向けて、本テキストではエビデンスに則った、あるいはコンセンサスのある内容を誤解なく伝えることを重視して内容を取捨選択することとなった。そうした事情から、本テキストは診療ガイドライン、あるいは臨床上すぐに役立つ具体的な Q & A テキストといった性質のものとは異なる。かかりつけ医個人のスキルアップを目標とするのではなく（それは別の形で計画される必要がある）、地域包括ケアシステムを担っていく地域社会の一員として共有しておく必要のある、現時点での発達障害の診断と支援に関する標準的な理解についてのガイダンスとして活用されることを目指した。

本テキストを執筆してくださった先生方には、ご多忙にもかかわらず、何度も訂正の求めに応じてご対応いただいたことに感謝申し上げます。当事者の立場からいつも貴重な講義をしてくださる片岡氏には本テキストにも尽力いただき、深謝する。次にこの大部のテキストを細部にわたって査読していただき、多くの貴重なコメントをくださった先生方に深謝する。査読の際には、幅広い専門性（小児科、精神科、児童精神科、耳鼻咽喉科）の観点から本テキストがかかりつけ医など発達障害を専門としない医療従事者にとって診療の有益なガイダンスとなりうるか、トピックは適切に取り上げられているか、トピックはエビデンスにもとづいて書かれているか、といった視点で評価していただいた。大筋で支持していただき、正直、胸をなでおろしている。いただいたコメントを参考にできる限り修正を行ったが、残念ながら今回対応できなかった点については今後の宿題とさせていただきたい。かかりつけ医研修実施者だけでなく、かかりつけ医の方にも本テキストやテキストで紹介した参考資料をぜひ読んでほしいというご意見も多数いただいた。研修実施の際には受講者に配布するなど、広く情報を共有していただ

けるとありがたい。

本テキストが、一人でも多くのかかりつけ医等医療関係者の関心を広げるきっかけとなれば幸いである。そして地域での多職種連携がすすみ、福祉や教育などの領域を超えた地域のネットワーク支援が定着し、発達障害のある人々が当たり前にもどこでも必要な時に医療サービスを受けられる地域包括ケア社会が実現する日が近いことを心から願っている。

最後に、精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部の鈴木利佳さん、櫻井めぐみさん、そして株式会社フェムテックの神保紀子さんには編集から製本まで忍耐強くサポートしていただき感謝を申し上げたい。そしてテキスト作成に際して貴重なご助言をいただいた日本医師会の皆様やお名前を挙げられなかった多くの全国で発達障害支援に奮闘している皆さんにも感謝を申し上げる。

2018年3月

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
児童・思春期精神保健研究部部长
神尾 陽子

註1 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」について、「医療提供体制のあり方」（日本医師会・四病院団体協議会合同提言、平成25年8月8日）では次のように定義されている。

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

「かかりつけ医」の定義：「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。」

「かかりつけ医機能」：

- ・ かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・ かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・ かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- ・ 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

目 次

1. かかりつけ医の役割

発達障害のある児の早期発見と早期支援の意義……………国立精神・神経医療研究センター 神尾 陽子	1-3
発達障害児・者の発達の道筋：子どもから大人へ……………国立精神・神経医療研究センター 神尾 陽子	1-41
地域における発達支援のあり方……………豊田市福祉事業団 高橋 脩	1-89
発達障害のある人のネットワーク支援について……………大正大学 近藤 直司	1-105

2. 発達障害の診断、治療・支援、連携に関する基本的知識

自閉症スペクトラムの早期徴候のアセスメント……………国立精神・神経医療研究センター 原口 英之	2-3
発達障害のある児の親支援と早期支援……………鳥取大学大学院 井上 雅彦	2-25
自閉スペクトラム症の併存症の評価と治療 ……………東京愛成会 高月病院／国立精神・神経医療研究センター 石飛 信	2-59
ADHD における診断の実際……………北海道大学大学院 齊藤 卓弥	2-115
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……………関西学院大学 丹羽 登	2-159
発達障害者の就労支援……………早稲田大学 梅永 雄二	2-199
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 永田 昌子	2-213

3. 行政的支援に関する基本的知識

発達障害者の支援について……………厚生労働省 日詰 正文	3-3
------------------------------	-----

4. 好事例（自治体の取り組み等）紹介

鹿児島県の地域支援体制づくり……………鹿児島県こども総合療育センター 外岡 資朗	4-3
「ふくいっ子 みんなちがって みんないい」 応援プロジェクト…福井県こども療育センター 津田 明美	4-85
石川県内灘町における発達障害児支援の取り組み……………内灘町町民福祉部保険年金課 中井 七美子	4-119
札幌市での児童思春期精神科医療の地域医療向上への取り組み……………北海道大学大学院 齊藤 卓弥	4-141

5. 当事者の体験から

精神医療が ASD 者の人生に及ぼす影響について

.....NPO 法人 東京都自閉症協会 / NPO 法人 リトルプロフェッサーズ 片岡 聡 5-3

巻末資料

発達障害の診療に関係する診療報酬体系とよく使う検査一覧..... iii

本文中に引用された参考資料..... vi

索引..... ix

1.

かかりつけ医の役割

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

発達障害のある児の 早期発見と早期支援の意義

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部

神尾 陽子



スライド 1

「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業」(平成28年度～)について

① 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から都道府県・指定都市長への通知
平成28年3月30日発令
日本医師会から都道府県医師会への周知
平成28年4月6日付

② 発達障害のある子どもや家族への支援(医療を含む)は
✓ 地域でアクセスできる
✓ できるかぎり早期から受けられる
✓ ライフステージを通して途切れなく受けられる

③ 専門機関への過集中
心身の健康ニーズへの不十分な対応
⇒ 地域で支える「かかりつけ医等の医療従事者」に期待される
貢献は大きい

① 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」のスタート

平成28年4月1日から「発達障害の早期発見・早期支援の重要性に鑑み、発達障害児等が日頃より受診する診療所の主治医等の医療従事者等に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた研修を実施し、どの地域においても一定水準の発達障害への対応を可能とすることを目的として」かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業の実施が始まった。研修受講者は各都道府県および指定都市管内で勤務(開業を含む)する医療従事者等であり、募集にあたっては、各都道府県医師会および指定都市医師会を通じ、群市区医師会の協力を得て行うこととなっている。

② かかりつけ医の積極的関与によって期待されること

地域での発達障害者支援において、地域医療には、地域でアクセスできる、できるだけ早期から受けられる、ライフステージを通して途切れなく受けられることによって、発達障害者本人や家族の心身の健康の向上を身近で支える役割が期待される。

③ 地域のさまざまな医療ニーズの充実による問題解決

地域の「かかりつけ医等の医療従事者」の役割が充実することによって、これまで受診先が限られ、専門機関に過集中していたために受診が遅れるなど、紹介の流れが遅滞することによって支援が遅れていた状況が改善されることが期待できる。またかかりつけ医等の医療従事者が発達障害者本人や家族の心身の健康ニーズをより理解することによって、より適切な医療サービスの提供につながることも期待される。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

本研修の目的

- ① 地方公共団体の責務という観点から
 - 専門機関、かかりつけ医双方の役割の明確化
 - 専門機関、かかりつけ医を繋ぐ有機的連携の構築
- ② かかりつけ医に知っておいてほしいこと
 - 幼児期の特別な意義：早期の気づきと早期支援の重要性
 - 発達障害が当人と家族に与える影響についての一般的な事柄
 - 専門機関への時宜を得た適切な紹介に必要な知識（診断、治療・支援、地域連携など）

① 地方公共団体の責務という観点から

地域内での医療連携のみならず、多領域連携（ヨコの連携）と切れ目のない支援（タテの連携）は、発達障害者支援法の一部を改正する法律（改正法；平成28年8月1日施行）に新設された「基本理念」に謳われている（第2条の2）。第3条には、「国及び地方公共団体の責務」として、就学前から学校での支援、さらに就労、地域での支援というタテの連携と、医療、保健、福祉、教育、労働などのヨコの連携の措置を講じることが謳われている。

これらのタテ、ヨコの有機的連携を活用するには、地域の実情に応じて、それぞれの役割を明確化し、互いに補完しあって地域全体として発達障害についての対応力をアップすることが望ましい。

発達障害に関連する症状の診療にあたって、それぞれの役割は診療科や地域内の医療資源等の状況によって変わることが予想される。個々のかかりつけ医の役割の明確化は、地域内ネットワーク間での話し合い、コンセンサスを得て共有しておくことが重要である。

② かかりつけ医に知っておいてほしいこと

● 早期の気づきの重要性

発達早期での医療の役割は気づき、そして早期診断にある。そのためには1歳前後から1歳半までの社会的発達（ことばを話す前のコミュニケーションの土台）を丁寧に見ることが大切である。

● 早期支援の重要性

支援の開始年齢が早いほど効果が大きいことは多くの研究から明らかになっている。いたずらに「様子を見る」べきではない。

発達障害を持つということ、発達障害のある子どもを育てるということ、について正しい理解が定着しておらず、誤った情報が氾濫している。そうした中で、家族は不安を感じている。かかりつけ医はできるだけ正しい情報に基づいて助言を行い、健康ニーズを丁寧に拾い上げて対応する必要がある。

● 適切な紹介

医療従事者等は、ケースに応じ、必要に応じて保

護者と相談して適切な紹介先を選び、必要な情報提供を行うことが期待される。改正法では、児童に発達障害の疑いがある場合の支援に関して、「市町村は、児童に発達障害の疑いがある場合には、当該児童の保護者に対し、継続的な相談、情報の提供および助言を行うよう努めるもの」としている（第5条第3項関係）。かかりつけ医は紹介できる相談機関、支援機関について市町村から情報を収集しておくことが必要である。こうした紹介先と紹介元の関係は双方向的であることが望ましく、できる限り継続的に情報共有できる体制が準備される必要がある。

<医療受診の際の問題に対して>

待合室で長く待つことを避ける工夫としてスマホで呼び出す、検査の不安を軽くするために事前にビジュアルな素材を使って検査の説明を行うなど、医師だけでなく、受付係も含めてすべての診療スタッフが取り組んで解決できることは多い。工夫の具体例は、「自閉スペクトラム症の併存症の評価と治療（石飛信）」のスライド8～11を参照されたい。

文献

「発達障害のある人の診療ハンドブック 医療のバリアフリー」（監修：自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究会、平成21年7月）

「発達障害の人たちをよろしく願います（パンフレット）」（監修：自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究会、平成21年7月）

診療場面でできる具体的な対応の工夫が写真や絵でビジュアル的に紹介されている。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

かかりつけ医に求められる 発達障害の診療

- ① 発達障害の（早期）症状に**気づく**
- ② 発達障害の人を**受け入れる**
- ③ 発達障害の人の**家族の心身の健康を気遣い支える**
地域ネットワークに積極的に関与する

3

① 発達障害の（早期）症状に気づく

発達障害は通常、幼児期に明らかとなるので、近年は就学前に支援が開始されるケースが増えている。実際にはさまざまな事情で気づかれないうまま、あるいは支援を受けないうまま、就学したり、就労しているケースも多数存在する。こうしたケースの多くは、学校や職場で適応上、なにかしら困難を抱え、本人も周囲も問題を認識しているけれども、発達障害と結び付かないで誤解している場合もあるかもしれない。そのような場合には患者の年齢にかかわらず、かかりつけ医が最初に疑いを持つ可能性がある。

② 発達障害の人を受け入れる

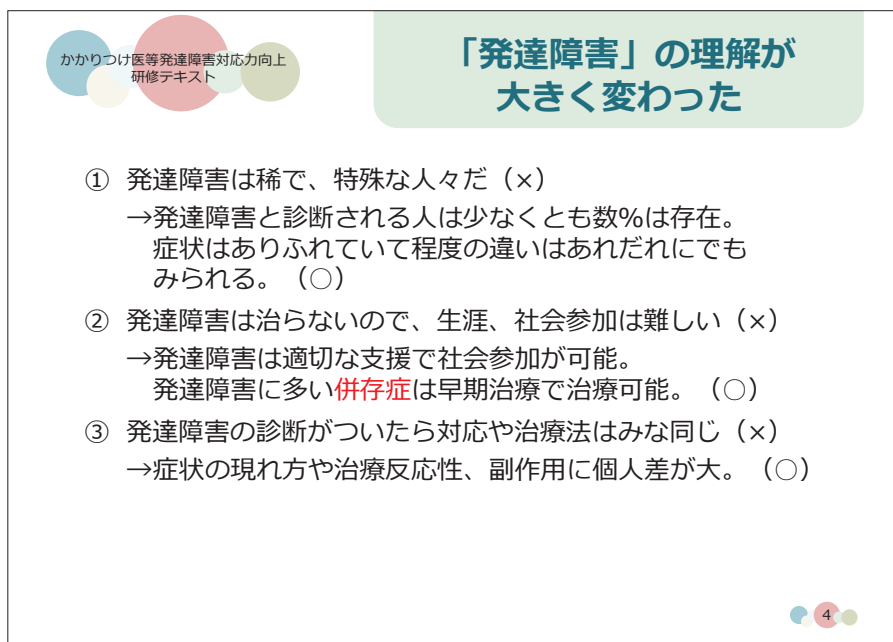
発達障害の特性によって、待ち時間が長いと耐えられなかったり、短時間の診療時間内では本人とのコミュニケーションに齟齬が生まれる可能性が高い。医師の説明がきちんと伝わっているかどうか、また患者の伝えたいことをきちんと理解できているかどうか、確かめることを忘れずにいたい。絵や写真などで視覚化したり、わかりやすい表現に言い換えたり、あるいは箇条書きに文章化する

などの工夫は助けになる。こうした小さな積み重ねによって医師—患者の信頼関係ができ、安心して診療を受けることができる。

③ 発達障害の人の家族の心身の健康を気遣い支える／地域ネットワークに積極的に関与する

発達障害の子どもを育てる養育者の苦労は多く、ストレスは極めて大きい。適切な育児支援がない中で、育児困難に陥ってしまい、抜け出せないでいる養育者も少なくない。不適切な養育が原因で発達障害となることはないことを念頭において、親の育児を支援するという姿勢が重要である。安易に親の不適切な養育を責めてはならない。一般的な育児支援ではなく、発達障害特性を踏まえた専門的な育児支援が必要となるので、児への発達支援と親への育児支援が連携して進められるよう、適切な紹介先を確保し、適宜、情報を共有しておくことが望ましい。

スライド 4



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」の理解が 大きく変わった

- ① 発達障害は稀で、特殊な人々だ (×)
→発達障害と診断される人は少なくとも数%は存在。
症状はありふれていて程度の違いはあれだれにでも
みられる。(○)
- ② 発達障害は治らないので、生涯、社会参加は難しい (×)
→発達障害は適切な支援で社会参加が可能。
発達障害に多い**併存症**は早期治療で治療可能。(○)
- ③ 発達障害の診断がついたら対応や治療法はみな同じ (×)
→症状の現れ方や治療反応性、副作用に個人差が大。(○)

4

① 発達障害はありふれた問題

発達障害は人口の数%が抱えるありふれた問題であることが、国内外の最新の調査からわかっている(5.8% 米国 National Health Statistics Reports, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2015, 厚生労働省障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価」(代表: 本田秀夫)(H25-27))。

しかしながら、適切に診断を受け、ニーズにあった支援を受けているのは、まだ一部にすぎない。また、未診断、未支援のまま成人になって仕事や家庭生活でトラブルを抱えている人々が多く存在する。症状自体はありふれた症状だということであり、発達障害かどうかという診断にこだわるよりも(診断自体は一定の手順が必要で、専門的な訓練と経験を要する)、発達障害の症状を量の問題として捉えることが重要である。

② 発達障害の治療の可能性


古い教科書には発達障害は治らないと記載されていたが、今日では事実と異なる。発達障害それ自体の根本的な治癒はまだ難しいが、発達障害の個々

の症状の改善についてのエビデンスは増えている。発達障害のある人々の社会参加を阻む要因の一つは、併発するうつ病などの精神疾患である(発達障害と精神疾患は密接に関連していて、必ずしも精神症状が発達障害によって2次的に生じるとは限らないため、2次障害という表現は正確さを欠く)。病因レベルで関連している可能性も示唆されている。早い場合には児童期に、また思春期以降にはなんらかの精神症状がほぼ必発と考えておく必要がある。環境調整で精神症状の併発のリスクを低くすることができ、早期対応によって速やかに改善する可能性がある。

③ 発達障害は個人差が大きい

最近の研究が教えてくれる最も大事なことの一つは、発達障害の個人差が大きいということである。診断名にかかわるステレオタイプな理解は捨てて、その子ども、その人の個別性を考慮した理解と対応が必要である。

最後に、発達障害は医療だけで解決できる問題ではなく、教育も福祉もすべてが連携して初めてよりよい支援となりうる地域全体の問題として取り組んでいただきたい。




かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

**新しい診断基準DSM-5:
神経発達症群/神経発達障害群**
Neurodevelopmental Disorders

- 本邦ですでに定着している「発達障害」とカバーされる内容は似ている。
- 発達期に始まる神経発達の病理、経過、高頻度に見られる併存症、認知-情動処理特性、脳病態、発症リスク（ゲノム、環境、気質）、男性優位な有病率など、共通点が多い障害群が、一つの診断カテゴリーに統合された。

知的障害能力障害群
コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群
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
運動症群/運動障害群
その他の神経発達障害



● 発達障害とは

米国精神医学会の定める DSM-5 では、神経発達障害は、発達期に始まる認知、社会性、運動などの機能不全を含む包括的な概念として再編されて新たに設けられた。

知的障害能力障害群
コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群
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
運動症群/運動障害群
その他の神経発達障害

このカテゴリーは、本邦ですでに定着している「発達障害」とカバーされる内容は似ている。

現在、改訂中の WHO の ICD-11 においても、新たに神経発達障害（Neurodevelopmental Disorders）が統合されて設けられ、DSM-5 とよく似た修正が行われる予定である。

具体的には、ICD-10 の F70-F79 知的障害（精神遅滞）、F80-F89 心理的発達の障害（言語障害、学習障害、広汎性発達障害が含まれていた）、そして F90-F98 児童期および青年期に通常発症する行

動および情緒の障害の一部が一括されて、新しい神経発達障害カテゴリーとして統合される予定である。

文献（発達障害の全般的な診療に関する参考文献）

「一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト」
（厚生労働省、平成 20 年 3 月）

「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」
（厚生労働省、平成 20 年 3 月）

「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」
（厚生労働省、平成 20 年 3 月）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>

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

発達障害の問題は重複しやすい

よくある例

6

① 発達障害同士の併存

発達障害は、ASD、ADHD、不器用、学習障害など、複数の問題が重複しやすい。

発達障害の診断可能年齢は診断ごとに異なり、ASD 診断は2歳前後と最も早い。したがって、幼児期早期にASDと診断されれば、成長とともに他の発達障害の問題が現れてくるかどうか、注意しておく必要がある。

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修テキスト

発達障害の問題は重複しやすい

よくある例

6

② 発達障害+精神疾患の併存

発達障害以外の精神疾患、たとえばうつ病や不安障害は最も併存率が高い。発達障害の診断のあるケースでは、できるだけルーティンに他の精神症状がないか、日ごろの生活の変化を丁寧に聴取しておくことで、併存症の早期発見・早期対応がしやすくなる。

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修テキスト

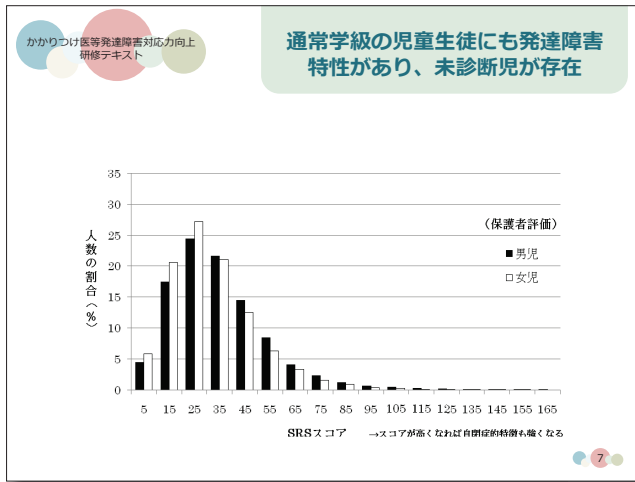
発達障害の問題は重複しやすい

よくある例

6

③ 併存は影に隠れてしまうことに注意

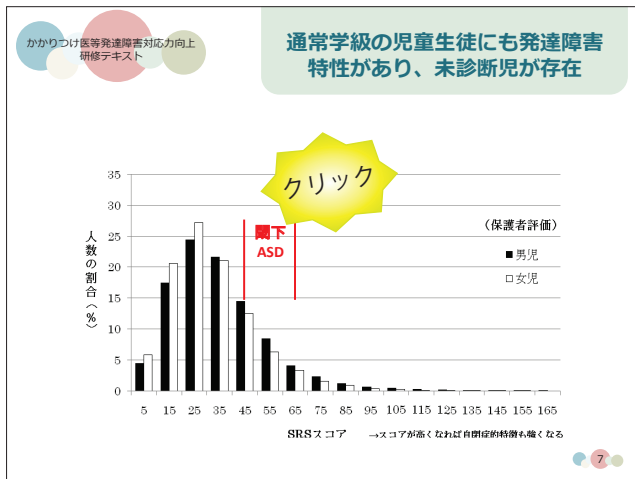
影に隠れている併存症状も見逃さないよう確認し、包括的な臨床ニーズを把握しておくことが大事である。これらの組み合わせや症状の重症度などによって、個別ニーズの多様性が生じる。



① スペクトラムという考え方

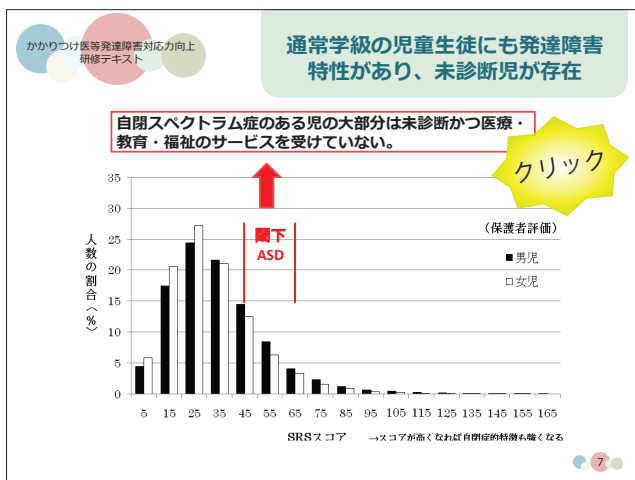
発達障害は、例えば自閉症、アスペルガー症候群、など細かく診断を分類する考え方から、自閉症スペクトラムとして症状の重症度が滑らかに連続するという考え方にシフトしてきた。

スペクトラムという考え方は、棒グラフで示すような一般集団における自閉症症状の連続的な分布からも裏付けられる。全国の小・中学校通常学級に在籍する一般児童・生徒を対象として行われた神尾らの調査では、図のように自閉症的行動特性はなめらかな連続的分布を示した (Kamio et al., 2013)。



② 診断閾下というグレーゾーン

極端な自閉症的行動特性を持ち、診断基準に該当する子どもは棒グラフの右肩の端に位置するのに対し、診断基準には完全に一致しない、しかし平均より多数の自閉症的行動特性を持つ子ども達(閾下ASD)は、明らかな境界線を示さず、約1割近くも存在することがうかがえる。



③ 自閉スペクトラム症のある児の大部分は未診断かつ医療・教育・福祉のサービスを受けていない

韓国の疫学調査では通常学級児童の1.89%がASDと診断されたと報告されている (Kim et al., 2011)。同様に、本邦でも通常学級には多数の未診断、かつ医療および教育・福祉のニーズに見合ったサービスを受けていないASD児が存在すると推測される。

スライド 8

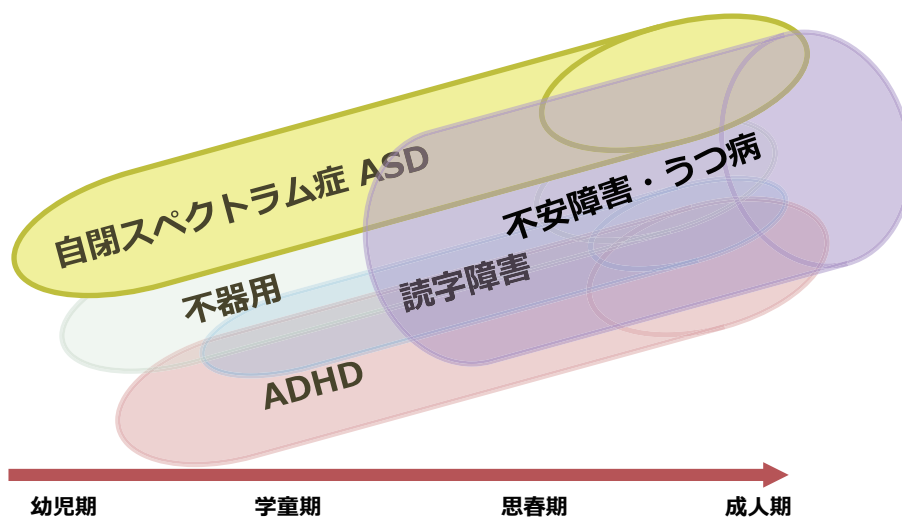
かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

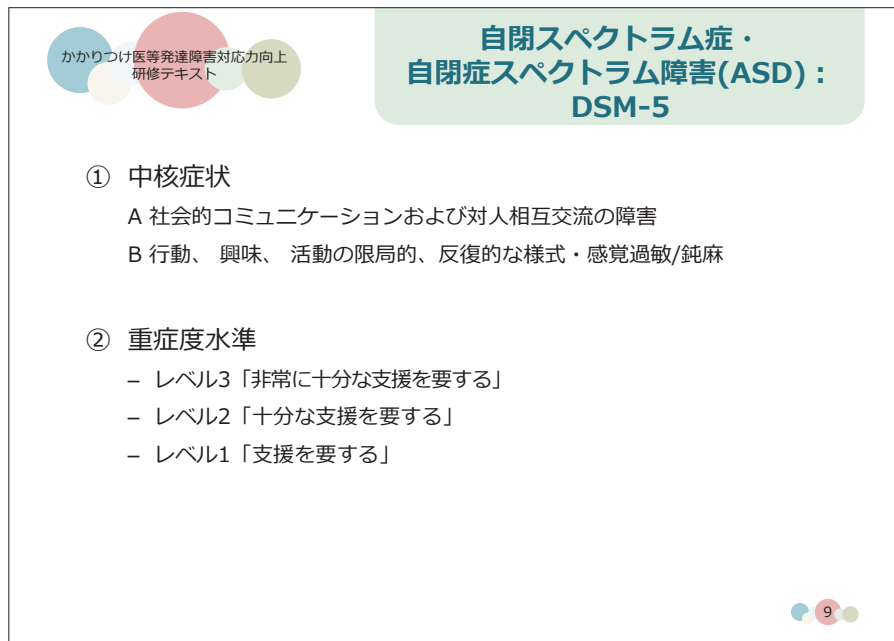
かかりつけ医に求められる
発達障害の診療

発達障害の（早期）症状に**気づく**

8

発達障害は、ASDとADHDなど、複数の症候群が重複することが多いが、なかでもASD診断が最も早く可能なため、ここではASD症状を主とする問題への気づきを取り上げて説明する。





かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

自閉スペクトラム症・ 自閉症スペクトラム障害(ASD) : DSM-5

① 中核症状

- A 社会的コミュニケーションおよび対人相互交流の障害
- B 行動、興味、活動の限局的、反復的な様式・感覚過敏/鈍麻

② 重症度水準

- レベル3「非常に十分な支援を要する」
- レベル2「十分な支援を要する」
- レベル1「支援を要する」

9

① ASD の診断基準

2013 年の DSM-5 の改訂から、ASD 診断には二領域（対人コミュニケーション、限局的反復行動）の症状が必須となった。つまり、行動、興味、活動の限局的、反復的な様式または感覚過敏・鈍麻のないケースは ASD と診断されない。

行動、興味、活動の限局的、反復的な様式は、従来は 3-4 歳以降にならないとはっきりしないと考えられていたが、今日では、社会的領域同様、限局・反復行動領域の非定型的な発達（常同反復的な運動・物の使用、儀式的パターン、限局的で固着した興味）は 12 ヶ月から 24 ヶ月までにもみられることがわかっており、子どもの観察と親からの聴取を丁寧に行うことが重要である。

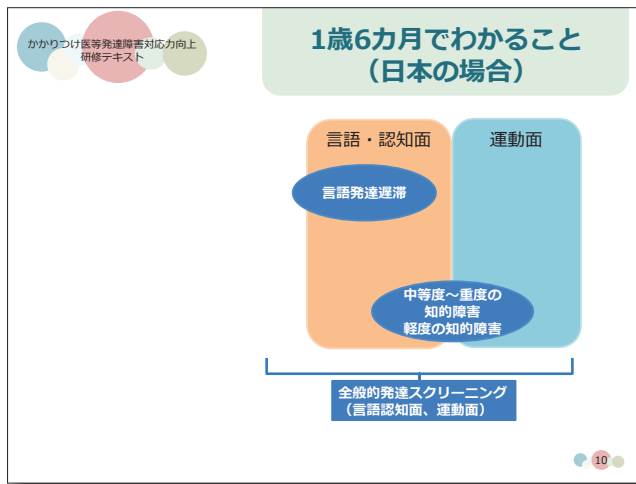
DSM-5 では、ASD の診断基準として新たに「感覚反応の亢進/低下」に関する症状が取り上げられたことにも注意されたい。感覚反応の異常は、本人の苦痛を引き起こす問題であるが、外からの観察ではわかりにくく、これまで見逃されてきた問題の一つであるが、回避行動や反復的行動など一見無関係にみえる行動と関連することがあることも知っておきたい。

ちなみに、対人コミュニケーションのみの障害のあるケースには、別途、コミュニケーション症群に社会的（語用的）コミュニケーション症（Social (Pragmatic) Communication Disorder）という診断単位が設けられた。

② 重症度

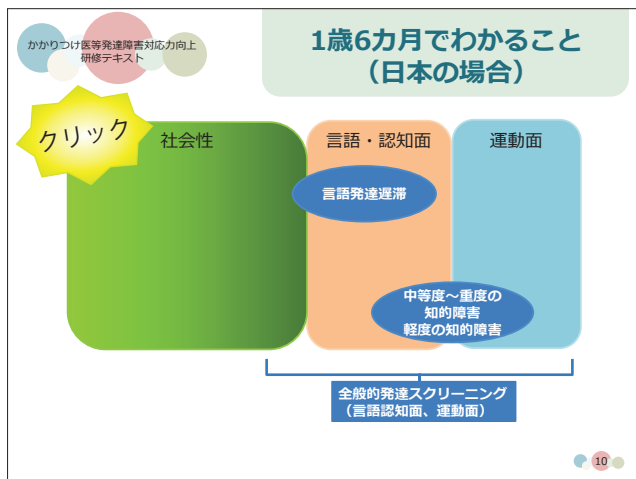
DSM-IV までは症状が顕著かどうかという観点から各項目の該当/非該当を判断していたのに対して、DSM-5 では現在の支援ニーズの観点から重症度（severity）を A、B 各領域ごとに評定する。レベル 1 は、支援を必要とする、レベル 2 は、十分な（substantial）支援を必要とする、レベル 3 は、非常に十分な（very substantial）支援を必要とする、と 3 段階で評価する（具体例は、DSM-5 を参照のこと）。

スライド 10



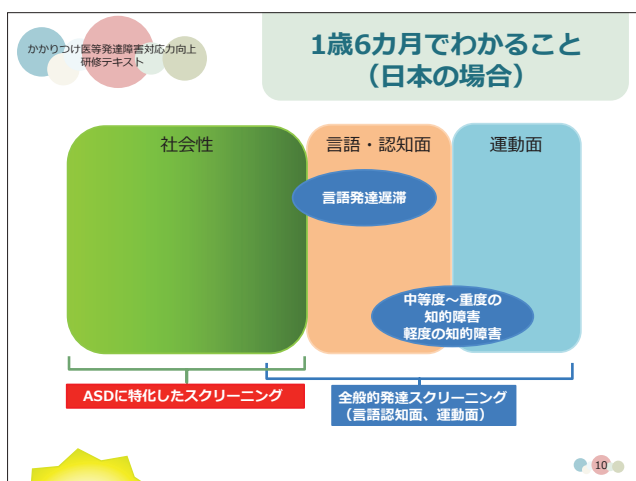
① 従来の乳幼児健診

従来の乳幼児健診は、言語・認知面と運動面の発達スクリーニングとして、発達に遅れがないかどうかチェックする機能を果たしてきた。重度の発達の遅れのある子どもはその大多数が自閉傾向を持っているので、明らかな言語や知能、運動の遅れのある ASD の子どもは、全般的発達スクリーニングで発見され、支援につながってきた。




② 社会性の発達

言語や知能の遅れが明らかでない幼児の多くは、行動上の問題が著しい場合を除いて、1歳6か月の段階では「様子をみましょう」という対応がなされることが多かった。乳幼児の発達研究が進み、この時点で社会性の発達について多くのことがわかってきたため、社会性の発達のマイルストーン（後述）を調べることが可能となった。



③ 社会性の発達のチェック＝自閉症スクリーニング

社会性の発達に注目した健診項目を追加することで（自閉症スクリーニング）、発達の遅れの有無にかかわらず、後に ASD と診断されるかもしれないハイリスクの子どもを早期からフォローすることが可能となった。




かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

親の気づきから相談、 受診までに要する時間

全国調査（厚生労働科研H19-21， 神尾）

対象：18歳以上のASD診断のある407人
(男性80.0%；年齢18歳～49歳， 平均30.3歳)

	重度の遅れ	中軽度の遅れ	境界級-平均知能
気づき	N=173	N=63	N=108
平均年齢	1歳11カ月	2歳8カ月	4歳4カ月
相談	N=169	N=63	N=98
平均年齢	2歳8カ月	5歳1カ月	10歳2カ月
診断	N=161	N=61	N=83
平均年齢	3歳6カ月	6歳2カ月	13歳3カ月



- ・ 重度の遅れの場合：

親の気づきは1歳代で、たいてい乳幼児健診で診断まで至る。
- ・ 中軽度の遅れの場合：

親の気づきは3歳前で、たいてい就学前に相談から診断に至る。
- ・ 境界級から平均知能の場合：

乳幼児健診で親の気づきがないことが多く、就学前に気づいても、相談は就学後になる。さらに診断に至るまでに年月を要する。近年はこの群も早期での気づきから相談、診断に至るケースが増えつつある。その一方で、気づき、相談、診断が著しく遅れるケースが存在する。就学前の相談、診断、そして支援の開始が今後の取り組みの目標となる。

全国調査の引用元：

ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究

研究課題名	ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究 支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン
研究代表者	神尾陽子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究年度	平成19～21年度
ライフステージ	全ライフステージ
研究の対象	広汎性発達障害（PDD）
研究の内容	評価、支援、QOL

協力施設：

全国 75 施設（発達障害者支援センター 38 施設、精神保健福祉センター 21 施設、全国自閉症者施設協議会の会員施設 16 施設）

対象の診断内訳：

自閉症 226 人、高機能自閉症 20 人、アスペルガー症候群 81 人、広汎性発達障害 61 人（親申告による）

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

ASDの早期診断について

- ① ASDと関連する生理的特徴は多数報告されているが、診断指標となりうるバイオマーカーは見つかっていない。
- ② 診断可能年齢が1-2歳（12ヵ月から24ヵ月まで）まで低くなった。2歳時ASD診断は、その後も安定しており、信頼性が高いことがわかっている。
- ③ 早期診断を正確に行うためには、1) 子どもの行動観察、2) 親面接、3) 親報告にもとづくチェックリスト、を適宜、組み合わせた評価バッテリーを用いて現症を評価する。加えて、発達歴、知的水準、併存精神症状、適応行動なども包括的に評価することが望ましい（**専門機関、専門医の役割**）。
- ④ **かかりつけ医の役割**
かかりつけ医は多段階スクリーニングを適切に行い、発達障害に対する気づきを深めるようにする。ハイリスク児を発見したら発達特性に応じた子育てのガイダンスを行い、親の希望を尊重して適切な専門機関につなぐ。

12

① バイオマーカーがまだ見つかっていない

過去 30 年あまり、ASD に一対一で結びつく特異的バイオマーカーの探索がなされてきた。脳画像や神経生理検査による、脳全体の容量が大きい、前頭葉、側頭葉、または扁桃体などの皮質下構造の容量が大きいなどの報告が多数なされている。ASD 診断群内での異種性、異診断群間での大きな重複、などから、最近では診断特異的などというよりも、診断を超えたバイオマーカー、個別の予後や治療法の選択に結びつく生理指標を探索する方向にシフトチェンジしつつある。

② 診断可能な年齢

診断可能年齢は 1-2 歳（12 ヶ月から 24 ヶ月まで）までと引き下げられた。2 歳時 ASD 診断は、その後も安定しており、信頼性が高いことがわかっている。

③ 早期診断の実施

早期診断を正確に行うためには、次スライドで述べる評価尺度を適宜組み合わせたバッテリーを用いて現症を評価する。加えて、発達歴、発達検査（知能検査）、併存精神症状、適応行動（Vineland-II 適応行動尺度など）など包括的に評価すること

が望ましい。

単に症状の有無を判断するだけでなく、どのような場面で、どのくらいの頻度で、どのくらい強い程度に現れるかといった具体的な情報を集めることが大事である。


④ かかりつけ医の役割

診断は、経験豊富で専門的トレーニングを受けた有資格の臨床家が単独で、あるいは多職種チームで実施することが推奨されるため、診断可能な専門機関は限られ、またコストが高い。こうした事情から、米国小児科学会では、かかりつけ医に 18-24 ヶ月児の多段階スクリーニングをすべての児童で実施することを推奨している。

この時期にスクリーニングを行うことを習慣づけると、行動観察力を養い、親の困り感の気づきへの感度を高めるのにも役立つ。

文献


Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, et al. (2015) Early identification of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research. Pediatrics 136, S10-S40.



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

**日本の幼児に
使用可能なアセスメント**

- 子どもの行動観察
 - CARS、ADOS*
- 親への半構造化面接
 - PARS-TR (3歳以上、過去34項目、現在33項目、短縮版)
(H28より診療報酬表収載 450点)
 - ADI-R*
- 親報告にもとづくチェックリスト (親に尋ねながら面接者が記入)
 - BISCUIT (17-37ヶ月、part 1)
- スクリーニング
 - SRS-2 (幼児版 3歳、学童版 4-18歳)
 - M-CHAT



● 診断法として日本で妥当性が検証されている尺度は以下のものが挙げられる。

- CARS、ADOS-2 (旧バージョンの ADOS は検証済み)
- PARS-TR、ADI-R
- BISCUIT

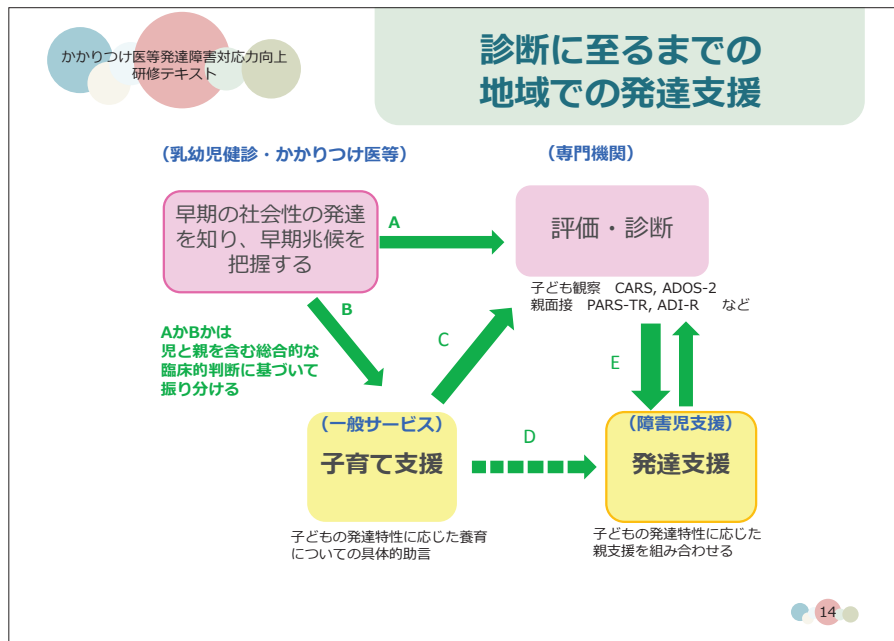
(注) ADOS-2、ADI-R の使用に際しては、有資格者の研修の受講が義務づけられている。

文献

- CARS (Childhood Autism Rating Scale / 小児自閉症評定尺度)
Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (原著) 佐々木正美 (監訳) (2008) 新装版 CARS 小児自閉症評定尺度 岩崎学術出版社
- ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition / 自閉症診断観察検査第2版)
Part I : モジュール 1-4
Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (原著) 黒田美保・稲田尚子 (監修・監訳)
Part II : 乳幼児モジュール (モジュール T)
Lord, C., Luyster, R. J., Gotham, K., & Guthrie, W. (原著) 稲田尚子・黒田美保 (監修・監訳)
(2015) ADOS-2 日本語版マニュアル 金子書房
(注) ADOS-2 の使用に際しては、有資格者による研修の受講が義務づけられている。

- PARS-TR (Parent-interview ASD Rating Scale - Text Revision / 親面接式自閉スペクトラム症評定尺度テキスト改訂版)
一般社団法人発達障害支援のための評価研究会 (編著) スペクトラム出版社
- ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised / 自閉症診断面接 改訂版)
Rutter, M., Couteur, A. L., & Lord, C. (原著) 土屋賢治・黒田美保・稲田尚子 (監修) ADI-R 日本語版研究会 (監訳) (2013) ADI-R 日本語版マニュアル 金子書房
(注) ADI-R の使用に際しては、有資格者による研修の受講が義務づけられている。
- BISCUIT (The Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits)
(注) お問い合わせ kamio@ncnp.ncnp.go.jp
- SRS-2 (Social Responsiveness Scale, Second Edition / 対人応答性尺度)
Constantino, J. N. (著) 神尾陽子 (監訳・編著) (2017) 日本版 SRS-2 対人応答性尺度 日本文化科学社
- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)
(注) 日本語版 M-CHAT は、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部の HP に掲載されている。
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus.html#01>
お問い合わせ childmh@ncnp.ncnp.go.jp
- Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, et al. (2015) Early screening of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research. Pediatrics 136, S41-S59.

スライド 14



➡ A

保健センター・保健所、あるいはかかりつけ医から、発達障害を疑われて専門医療機関を紹介され、診断を受けるという流れである。専門医療機関の待機が長いという問題がなかなか解消されないため、これに代わる以下のルートが利用されている。

➡ B

専門機関の待機が長すぎるというような場合、あるいは発達障害が強く疑われるが保護者が障害について十分納得できていない場合は、いたづらに状況が変わるのを待つのではなく、地域の子育て支援を紹介する。子育て支援は、障害の有無と無関係な一般サービスであるので、子育てに困難を抱える場合には助けになる。その場合、子どもの発達特性に応じた助言ができるよう子育て支援と発達支援の部署との連携が必須である。

➡ C

子育て支援を受けるうちに、保護者の気づきが高まり、きちんとした評価・診断を受ける用意ができる。

➡ D

子育て支援での助言を受けてかかわるうちに、診断

を受けるに至らなくても支援者との信頼関係ができて発達支援への移行がスムーズにすすむ場合も多い。

➡ E

一度評価・診断を受けると、長期間診察を受けないケースもしばしば見受けられる。状態像は発達とともに変わるので、子どものニーズに応じた適切な支援には定期的な評価・診断が必要である。

発達支援に関しては、厚生労働省が早期支援の推進のために、「診断前支援」を容認しているため、調査員（行政職員や相談支援事業所職員など）による保護者からの聞き取りのみで支援給付の決定をしているところも少なくない。また、未診断ケースが多いために、「障害児通所支援」から障害児の表記を削除した「通所支援」という名前で、サービス提供を行っている自治体もある。

しかしながら、子どものニーズを知るためには評価・診断が必須である。


個々の児童発達支援事業所で包括的な評価・診断ができるとは限らないので、地域での役割分担の観点から、医療機関等が評価・診断を補完することが期待される。


かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

1歳前後の 社会的発達に気づく

- この時期に“ある”ことが期待される行動が“ない”ことが問題。
(指さしや視線などのノンバーバルなコミュニケーションを使わな
い、共同注意の行動が**みられない**、他児への関心が**乏しい**、名前を
呼んでも**振り向かない**、人見知りがない)
- “ない”はずの行動が“ある”ことに気づくより難しい。

- ✓ 親の心配事は丁寧に聞く。
- ✓ 親からの情報は客観的検査結果とほぼ一致。
- ✓ 親が心配事がないということは、必ずしも発達に
問題がないことを意味しない。
- ✓ 育児の悩みに寄り添う。
- ✓ 親の自責感を払拭し、育児を楽しめる手伝いを。





① 実際に1歳前後でのASD早期兆候は“ある”べき行動が“ない”こと。

指さしや視線などのノンバーバルなコミュニケーション、共同注意行動、他児への関心、人見知りなどは、定型発達であれば頻繁に“ある”ことが期待される。“ない”あるいはあまりみられないことを問題とする。

少子化の今日、“ない”はずの異常な行動が“ある”ことに気づくよりも、はるかに難しい。

ASDの早期兆候に気づくということは、裏返せば、通常の乳幼児の社会的発達を知ることでもある。社会的発達を知ることによって育児も豊かになっていくことが期待されるため、母親教室などの機会をとらえて教育的なアプローチを行うことがますます重要となっている。

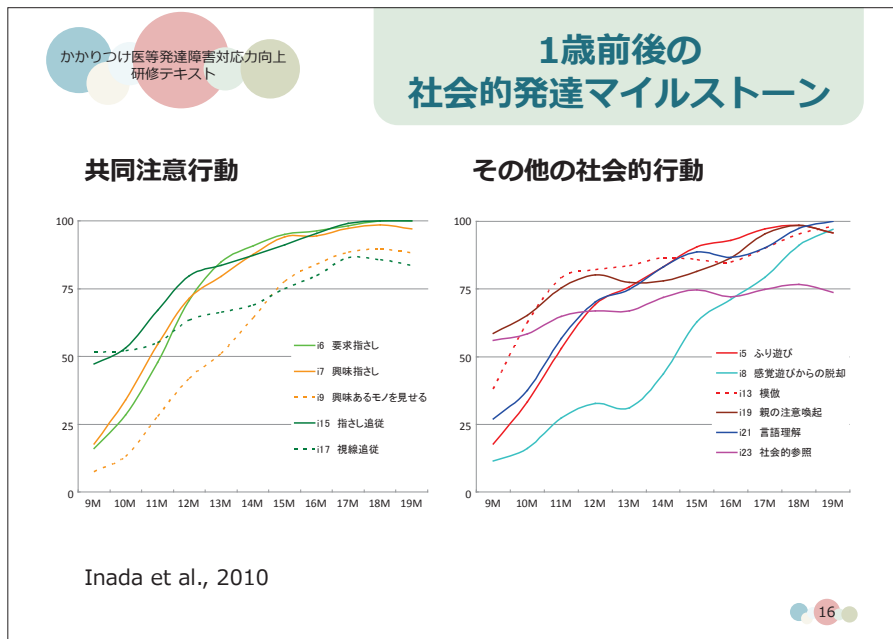
② アンテナは広く

将来、ASDと診断される子どもの乳児期は、育てにくさを抱えることは多い。子育てに自信を無くした親に対しては、ASD早期兆候だけをチェックするのではなく、日常の子育ての難しさがあれば寄り添う態度が大切である。

- ✓ 親の心配事は丁寧に聞く。
- ✓ 親からの情報は客観的検査結果とほぼ一致するという報告もあるので、軽く扱わない。
- ✓ 親が心配事がないということは、必ずしも発達に問題がないことを意味しない。疑いをもった場合には丁寧に聞く。
- ✓ 育児の悩みに寄り添う。
- ✓ 親の自責感を払拭し、育児を楽しめる手伝いを心がける。

個々の児童発達支援事業所で包括的な評価・診断ができるとは限らないので、地域での役割分担の観点から医療機関等が評価・診断を補完することが期待される。

スライド 16



1歳前後は、後の対人コミュニケーションの基礎となるさまざまな社会的行動（＜スライド左図＞要求の指さし、興味の指さし、興味のあるものを相手に見せに持ってくる、おとなの指さす方向を見る、おとなの視線の方向を見る、＜スライド右図＞ものを見立てるふり遊びをする、おもちゃを感覚遊びだけでなく意図をもって遊ぶ、人の動作を模倣する、親の注意をひこうとする、言われたことを理解する、初めての場面などで親の顔を見て親の表情を読みとるなど）が芽生える時期である。

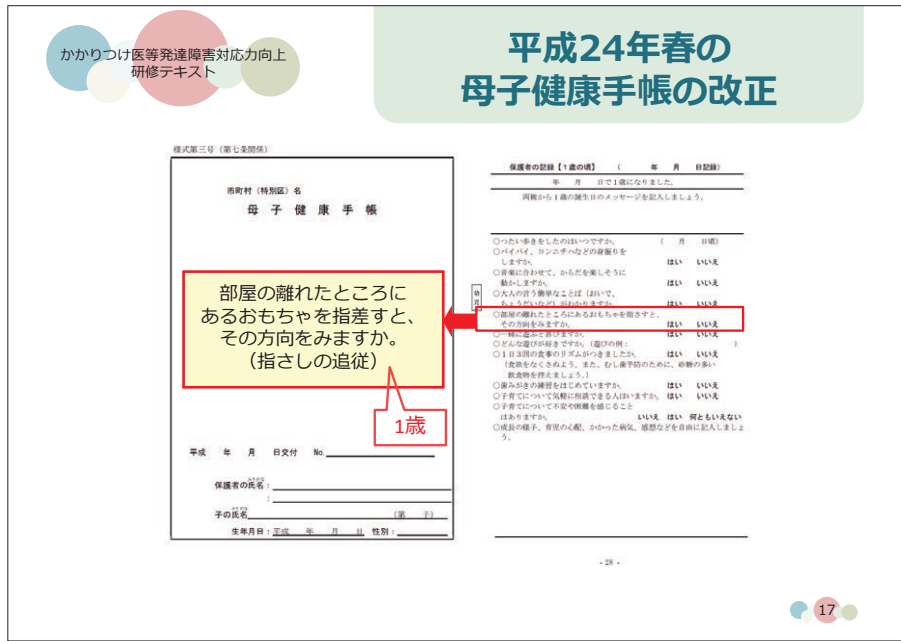
図は横軸を月例、縦軸に一般幼児における通過率を示している。

正常範囲にも個人差があるので、参考として図に示したような社会的発達のマイルストーンを知っておくことは大事である。

例：

指さしの追従 [その方向をみる]（左図の緑の実線で示している）は、10ヵ月では半数弱の子どもが明確に示し、12ヵ月では9割近くの子どものみ、そして18ヵ月になるとほとんどの子どもにみられるようになる。

興味の指さし（左図の赤い実線で示している）は、10ヵ月では3割強の子どもが明確に示すにすぎないのが、12ヵ月では8割もの子どもが頻繁に行うようになり、18ヵ月になるとほとんどの子どもにみられるようになる。



● 指さしの追従項目が、母子健康手帳の1歳欄に追加

平成24年春の母子健康手帳の改正で、1歳の保護者記載欄に、「部屋の離れたところにあるおもちゃを指差すと、その方向をみますか。(指さしの追従)」という項目が追加された。

前のスライドの左図に緑の実線で示したように、9割近くの1歳児は、指さしの追従が頻繁にみられている。母子手帳の1歳の記録のこの問いに「いいえ」にチェックがついている場合には、丁寧な観察と親からの聴取が必要である。この項目の意味を親が正しく理解していないこともしばしばあるので、その確認も行う。

保護者の記録【1歳の頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で1歳になりました。

両親から1歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

<p>幼児</p>	<p><input type="checkbox"/> つたい歩きをしたのはいつですか。 (月 日頃)</p> <p><input type="checkbox"/> バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。 はい いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 音楽に合わせて、からだを楽しそうに動かしますか。 はい いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 大人の言う簡単なことば(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。 はい いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 部屋の離れたところにあるおもちゃを指さすと、その方向をみますか。 はい いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 一緒に遊ぶと喜ぶですか。 はい いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> どんな遊びが好きですか。(遊びの例:)</p> <p><input type="checkbox"/> 1日3回の食事のリズムがつかきましたか。 はい いいえ (食欲をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖の多い飲食物を控えましょう。)</p> <p><input type="checkbox"/> 歯みがきの練習をはじめていますか。 はい いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 いいえ はい 何ともいえない</p> <p><input type="checkbox"/> 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。</p>
-----------	---

スライド 18

「健やか親子21」第2次計画 (平成27～36年度)

3	子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合	83.3% (平成26年度)	90.0%	95.0%	○平成26年度厚生労働科学研究「山崎研」 ○母子保健課調査
4	発達障害を知っている国民の割合	67.2% (平成26年度)	80.0%	90.0%	○母子保健に関する世論調査 調査方法は、今後検討。
5	発達障害をはじめとする発達に課題を抱える児童への発達支援体制がある市町村の割合 市町村における発達障害をはじめとする発達に課題を抱える児童への発達支援体制を整備している市町村の割合	・市区町村 85.9% ・県保健所 69.6% (平成25年度)	・市区町村 90.0% ・県保健所 90.0%	・市区町村 100% ・県保健所 100%	○母子保健課調査 ○母子保健課調査

「健やか親子21」第2次計画 (平成27～36年度)

②

重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援		
指標番号: 3	指標の種類: 健康行動の指標	
指標名: 子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合(新)		
ベースライン (平成26年度に調査予定)	中間評価(6年後)目標 ベースライン調査後に設定	最終評価(10年後)目標 ベースライン調査後に設定

【調査方法】
○乳幼児健康診査の問診の標準項目として3～4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時に把握。
①(3～4か月児): 生後半年から1歳頃までに、多くの子どもは「親と視線が合う」「大人のすることを真似する」「親の後追いをする」などの行動をとることを知っていますか 1.はい 2.いいえ
②(1歳6か月児): 1歳半から2歳になる頃までに、多くの子どもは「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」「いつもと違うことがあると、親の顔を見て確認する」などの行動をとることを知っていますか 1.はい 2.いいえ (説明図を添付する)
③(3歳児健診): 3歳から4歳になる頃までに、多くの子どもは「同年齢の子どもと接する場面で、他の子どもに話しかけようとする」「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」などの行動をとることを知っていますか 1.はい 2.いいえ
(調査方法) 算出方法: 各健診時点において、「はい」と回答した者の数/全回答者数×100 の式で算出する。

【目標設定の考え方】
目標は、ベースライン調査後に設定する。
上記の質問に挙げた子どもの行動は、社会性の発達過程を示すマイルストーンである。共同注意などをはじめとする社会性の発達の道筋を知ることが、発達障害の理解の第一歩となる。

「健やか親子21」第2次計画 (平成27～36年度)

③

指標名: 子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合(新)

<参考>

■「何かに興味を持った時、指をさして伝えようとするか？」
-1歳11ヶ月の指さして伝えるとは異なるのでここでは興味を持ったものを指さすか、興味はもっても共有しようしないかどうか
飛行機を見つけて指さす
飛行機に興味はもつが指ささない、一人で遊ぶなど

■「いつもと違うことがあると、あなたの顔を見て反応を確かめますか？」
-いつもと違うことがあったときそれが安全なのか、さっさと大丈夫かなど親の表情など反応を見て確かめるかどうか
新しい動物(犬)を見つめる
親の顔を見て、その反応を確かめる

1歳6か月児用の質問の説明図
(資料提供) 国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部長 神尾陽子氏

健やか親子21 (平成13年～) は、21世紀の母子保健の主要な取り組みを、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 (平成27～36年度) 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している。

①「重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援」の「指標名: 子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合(新)」

H36年度の目標の一つに「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合が100%となること」が掲げられている。

② 推奨される設問案

・3～4か月児: 生後半年から1歳頃までに、多くの子どもは「親と視線が合う」「大人のすることを真似する」「親の後追いをする」などの行動をとることを知っていますか

・1歳6か月児: 1歳半から2歳になる頃までに、多くの子どもは「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」「いつもと違うことがあると、親の顔を見て確認する」などの行動をとることを知っていますか (説明図を添付する) (※ 生後10～12か月児の健診を実施している場合は、問診項目に、この質問を組み入れることが望ましい。)

・3歳児健診: 3歳から4歳になる頃までに、多くの子どもは「同年齢の子どもと接する場面で、他の子どもに話しかけようとする」「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」などの行動をとることを知っていますか

上記の質問に挙げた子どもの行動は、社会性の発達の過程を示すマイルストーンである。共同注意などをはじめとする社会性の発達の道筋を知ることが、発達障害の理解の第一歩となる。

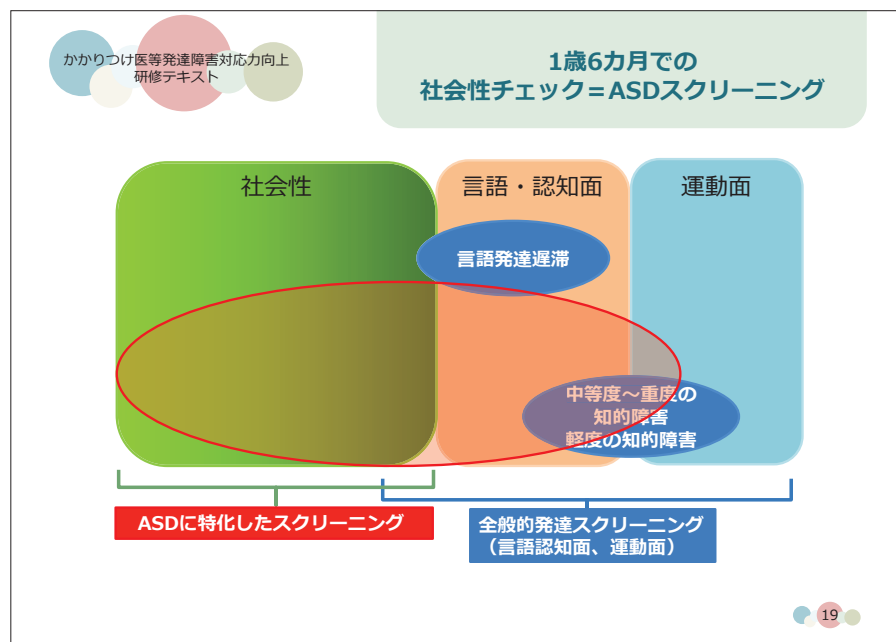
③ 参考となる質問

「何かに興味を持った時、指をさして伝えようしますか？」(興味の手さし)「いつもと違うことがあると、あなたの顔を見て反応を確かめますか？」(社会的参照) (スライド16の図を参照)

<http://sukoyaka21.jp/about>


<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujoudoukateikyoku-Soumuka/0000045657.pdf>

スライド 19



従来用いられてきた全般的発達スクリーニングを補うために、ASDに特化したスクリーニング尺度がこれまでに多数開発されている。ASDに特化したスクリーニングを追加することで、現状の1歳半健診はより包括的になると考えられる。


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

ASDのスクリーニング

- **1次スクリーニング**
 一般の集団を対象とする。
 乳幼児健診、幼稚園/保育園健診、就学健診。
 M-CHAT（16-30ヶ月）、
 SRS-2 幼児版（2-4歳半）、SRS-2 児童版（4-18歳）
- **2次スクリーニング**
 症状を持っている人々を対象とする。
 クリニックや療育センターなど。
 M-CHAT、SRS-2



発達障害のスクリーニングは、将来の社会参加の可能性を高めるなど長期予後の向上のために、早期支援を提供することを目的とする。

スクリーニングの要件としては、以下が挙げられる。

- 信頼性、妥当性が検証されている。
- 用いる場面と同様の場面において、感度、特異度、陽性的中率などが満足できる水準であることが確認されている。
- 感度、特異度、陽性的中率のすべてで 80%を超えるものが望ましい。
- 安価、速くできる、高い専門性がなくても適切に実施可能。

ただし、発達障害のスクリーニングでこの基準を満たすものは存在しない（発達障害の性格上）。

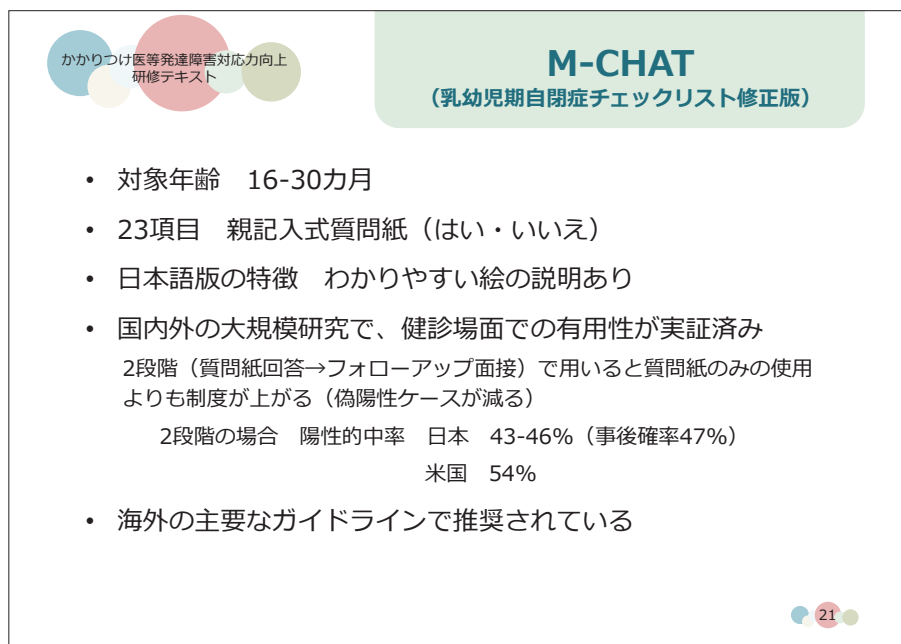
したがって、少し間をあけて複数回のスクリーニングを組み合わせ、臨床的な判断をする必要がある。

用いる場面と目的によって、1次スクリーニングと2次スクリーニングに分けられる。

	ASD	非ASD
スクリーニング陽性	真陽性 True Positive (TP) a	偽陽性 False Positive (FP) b
スクリーニング陰性	偽陰性 False Negative (FN) c	真陰性 True Negative (TN) d

感度 = $a/a+c$, 特異度 = $d/b+d$, 陽性的中率 = $a/a+b$,

陰性的中率 = $d/c+d$, 偽陽性率 = $b/b+d$, 偽陰性率 = $c/a+c$



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

M-CHAT (乳幼児期自閉症チェックリスト修正版)

- 対象年齢 16-30カ月
- 23項目 親記入式質問紙 (はい・いいえ)
- 日本語版の特徴 わかりやすい絵の説明あり
- 国内外の大規模研究で、健診場面での有用性が実証済み
2段階 (質問紙回答→フォローアップ面接) で用いると質問紙のみの使用よりも制度が上がる (偽陽性ケースが減る)
2段階の場合 陽性的中率 日本 43-46% (事後確率47%)
米国 54%
- 海外の主要なガイドラインで推奨されている

21

M-CHAT は米国で開発され、現在世界で最も広く用いられている自閉症スクリーニング尺度である。

レベル1スクリーニング (健診) およびレベル2スクリーニング (クリニック) において、ASDの早期発見に有用である。

1次スクリーニング、2次スクリーニングのいずれについても強いエビデンスがあるのは、現在のところ、M-CHATのみである。

レベル1 (健診) :

本邦では乳幼児健診の標準項目に M-CHAT (全部または一部) が推奨されている (「健やか親子21 (第2次計画:平成27~36年度)」の重点課題)。市町村数 (212, 平成27年度;厚労省調べ)。

レベル2 (クリニック) :

本邦ではかかりつけ医の発達障害への対応力の向上 (早期発見と専門機関への紹介など) が図られている (平成28年度~)。

● 日本での乳幼児健診での有用性は検証済み

陽性的中率は50%近い。M-CHATの2段階スクリーニングで陽性となった2人に1人は、後にASDと診断されるということを意味する。

偽陽性であった子どもについても、定型発達児はほとんどおらず、なんらかの発達の問題を抱えており、支援を要するケースがほとんどであると報告されている。

● 主要なガイドライン (Zwaigenbaum et al., 2015, Pediatrics; Volkmar et al., 2014, AACAP) で推奨されている。(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)。

日本語版 M-CHAT (The Japanese version of the M-CHAT)

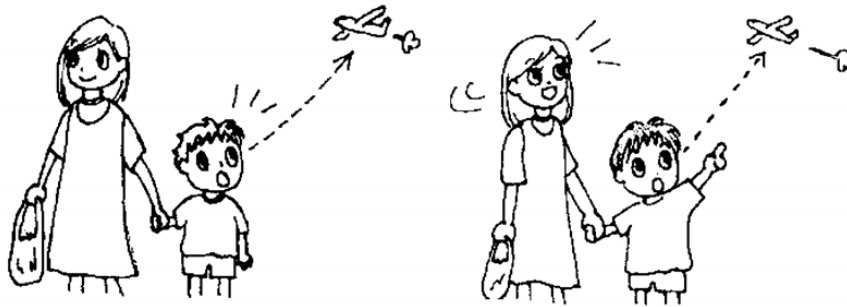
お子さんの目頃の様子について、もっとも質問にあてはまるものを○で囲んでください。すべての質問にご回答くださるようお願いいたします。もし、質問の行動をめったにしないと**思われる場合は(たとえば、1、2度しか見た覚えがないなど)**、お子さんはそのような行動をしない(「いいえ」を選ぶように)とご回答ください。項目7、9、17、23 については絵をご参考ください。

1. お子さんをブランコのように揺らしたり、ひざの上で揺ると喜びますか?	はい・いいえ
2. 他の子どもに興味がありますか?	はい・いいえ
3. 階段など、何かの上に這い上がることが好きですか?	はい・いいえ
4. イナイナイバーをすると喜びますか?	はい・いいえ
5. 電話の受話器を耳にあててしゃべるまねをしたり、人形やその他のモノを使ってごっこ遊びをしますか?	はい・いいえ
6. 何かほしいモノがある時、指をさして要求しますか?	はい・いいえ
7. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしますか?	はい・いいえ
8. クルマや積木などのオモチャを、口に入れたり、さわったり、落としたりする遊びではなく、オモチャに合った遊び方をしますか?	はい・いいえ
9. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか?	はい・いいえ
10. 1、2秒より長く、あなたの目を見つめますか?	はい・いいえ
11. ある種の音に、とくに過敏に反応して不機嫌になりますか? (耳をふさぐなど)	はい・いいえ
12. あなたがお子さんの顔をみたり、笑いかけると、笑顔を返してきますか?	はい・いいえ
13. あなたのすることをまねしますか? (たとえば、口をとがらせてみせると、顔まねをしようとしますか?)	はい・いいえ
14. あなたが名前を呼ぶと、反応しますか?	はい・いいえ
15. あなたが部屋の中の離れたところにあるオモチャを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか?	はい・いいえ
16. お子さんは歩きますか?	はい・いいえ
17. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか?	はい・いいえ
18. 顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか?	はい・いいえ
19. あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか?	はい・いいえ
20. お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか?	はい・いいえ
21. 言われたことばをわかっていますか?	はい・いいえ
22. 何もない宙をじーっと見つめたり、目的なくひたすらうろろろすることがありますか?	はい・いいえ
23. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか?	はい・いいえ

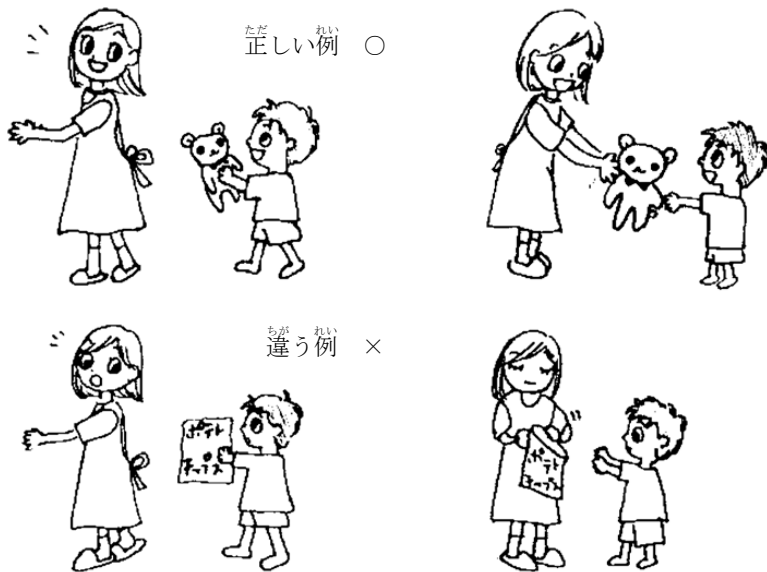
M-CHAT copy right (c) 1999 by Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Authorized translation by Yoko Kamio, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

M-CHAT の著作権は Diana Robins, Deborah Fein, Marianne Barton にあります。この日本語訳は、国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部部長の神尾陽子が著作権所有者から正式に使用許可を得たものです。

7. 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか？



9. あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？




17. あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？



23. いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？




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

M-CHAT項目（23項目） の内容

- 乳幼児の社会的発達の確認
1歳半から2歳までの年齢に限定
 （この年齢で通過していないことを問題として捉える）
 - 共同注意
 興味の指さし
 指さしや視線の追従
 共有の目的で物を見せる
 - 模倣
 - 人に対する情緒的反応性
 - 他児への関心
- 自閉症に多くみられる行動
年齢に無関係
 （年齢と無関係にそれがみられると、自閉症が疑われる行動）
 - 音への過敏性
 - 常同性
 - 感覚没頭



● 表の見方

項目番号は、M-CHAT の番号を示す。太字で示した番号は、スクリーニングの際に不通過の判断に用いる（詳細は後述）。23項目は項目カテゴリーに示すように「1歳半から2歳までの社会的発達」にかかわる項目（下表にグレーで示した項目）と「年齢に無関係に自閉症に多くみられる行動」項目、そしてダミー項目に大きく分けられる。

○で示したベスト6項目というのは23項目中識別力の高い項目である (Kamio et al., JADD 2015)。

獲得時期のおおまかな分類は、通過するめやすの時期を示している (Inada et al., 2010)。

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/flowchart.pdf>

項目番号	ベスト6項目	項目内容	項目カテゴリー	獲得時期のおおまかな分類
1		体を揺らすと喜ぶ	情動的反応性	8ヵ月以前
2		他児への関心	対人的関心	8ヵ月以前
3		高所のぼり	移動に関するダミー項目	—
4		イナイナイバーを喜ぶ	情動的反応性	8ヵ月以前
5	○	ふり遊び	遊び	12ヵ月前後
6	○	要求の指さし	コミュニケーション	12ヵ月前後
7	○	興味の指さし	共同注意	12ヵ月前後
8		機能的遊び	遊び	15-17ヵ月
9	○	興味あるものを見せに持ってくる	共同注意	15-17ヵ月
10		合視	対人的関心	8ヵ月以前
11		聴覚過敏	自閉症特異的行動（逆転項目）	—
12		微笑み返し	情動的反応性	8ヵ月以前
13	○	模倣	対人的関心	12ヵ月前後
14	○	呼名反応	情動的反応性	8ヵ月以前
15	○	指さし追従	共同注意	12ヵ月前後
16		歩行	移動に関するダミー項目	—
17		視線追従	共同注意	15-17ヵ月
18		常同行動	自閉症特異的行動（逆転項目）	—
19		親の注意喚起	対人的関心	15-17ヵ月
20		耳の聞こえの心配	自閉症特異的行動（逆転項目）	—
21	○	言語理解	コミュニケーション	—
22		感覚への没頭	自閉症特異的行動（逆転項目）	—
23		社会的参照	社会的参照	15-17ヵ月

ここでいう社会性とは、単に親、きょうだいと目が合う、笑顔が多い、愛情表現があるということではないことに留意されたい。

スライド 23・24・25

かかりつけ医等発達障害対応応力向上
研修テキスト

項目カテゴリー7
共同注意：興味の指さし

#7 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとしていますか？




23

M-CHAT 日本語版の項目の一部には、絵が加えられており、行動の意味がわかりやすくなっている。

かかりつけ医等発達障害対応応力向上
研修テキスト

項目カテゴリー17
共同注意：視線の追従

#17 おかあさんが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？

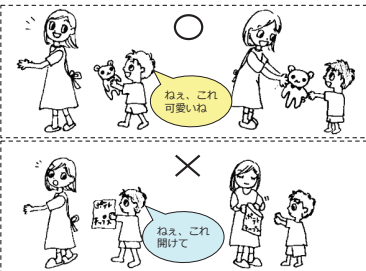


24

かかりつけ医等発達障害対応応力向上
研修テキスト

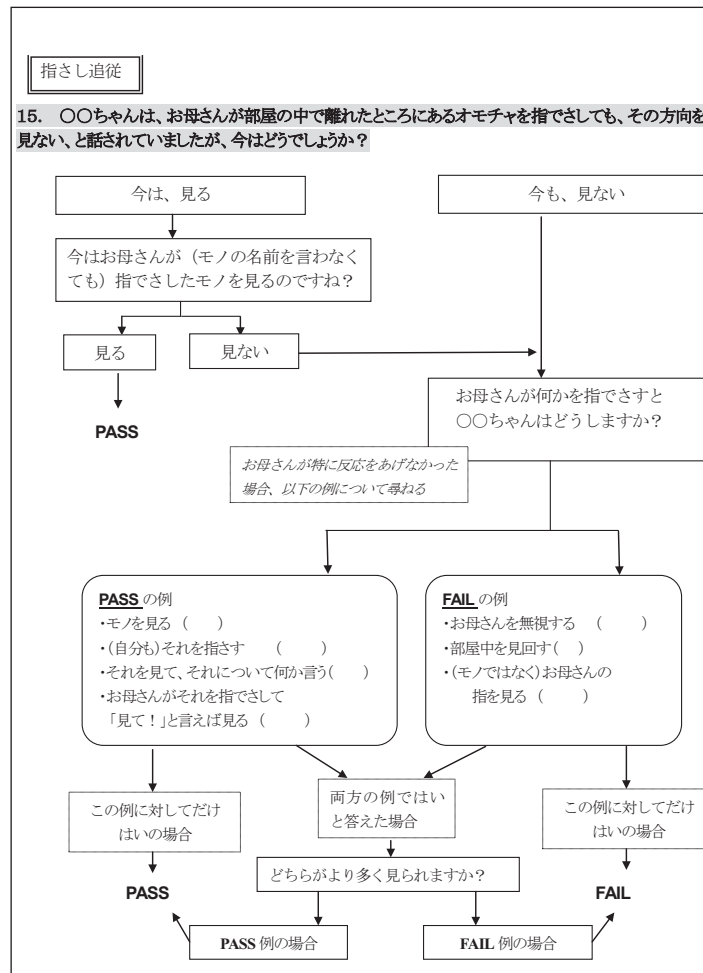
項目カテゴリー9
共同注意：物を見せる

#9 おかあさんに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？



25

スライド 26・27



● M-CHAT スクリーニングの 2 回目のフォローアップ

M-CHAT スクリーニング手続きは 2 段階であり、第 1 段階スクリーニングでは M-CHAT に回答してもらおう。そこで基準値（全 23 項目中 3 項目以上不通過、または重要 6 項目（項目 2「他児への関心」、項目 7「興味の指さし」、項目 9「興味ある物を見せに持ってくる」、項目 13「模倣」、項目 14「呼名反応」、項目 15「指さし追従」）中 2 項目以上不通過、のいずれか）を超えた陽性ケースに対しては、第 2 段階スクリーニングを行う。時期としては約 1 ヶ月くらい間をあけて、その間の、子どもの変化（前回の不通過項目を中心に）や親の気づきの変化、かわりに変化が生じたかなどを中心に尋ねる。来所が難しければ電話の面接でもよい。

2 段階スクリーニングにおいて陽性のケースについては、個別に面接、行動観察および発達検査などを行う。

かかりつけ医等発達障害対応力向上 研修テキスト

メリットと限界

- **メリット**：簡便、短時間で観察できない情報を母親から得られる、くりかえし使える
- **限界点**：親回答、親の個人差（敏感な親もいれば、あまり意識しない親もいる）
→成人（親）の特性についての知識と臨床的判断が必要
- 親回答と親の気づきに乖離がある場合もある。
- ただちに診断につながらなくても、支援者で共有すべき貴重な情報となる。不通過の場合、その後のフォローは不可欠。諸機関と連携が必要となる。

27

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

乳幼児健診に関する手引き

平成25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

機能区分	判定項目	内容
1 4 5 6	1 2 3	
○	○	発育 体重、身長などの発育の状況について、身体計測値や発育曲線、栄養状況などから判定する。
○	○	発達 乳幼児期の発達について、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの姿勢、反射等の所見や親の心配なども考慮して、総合的に判定する。
○	○	運動発達 運動発達に関する過去の健診結果、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの姿勢、筋力運動、反射等の所見や親の心配なども考慮して、総合的に判定する。
○	○	精神発達 言語や認知、社会性の発達、アタッチメント形成などの精神発達について判定する。過去の健診結果、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの様子や親の心配なども考慮して、総合的に判定する。年齢に応じて M-CHAT (Modified CHAT) や PARS (PDD-Autism Society Japan Rating Scale) などのスクリーニング尺度や集団場面での子どもの様子の観察なども用いることもできる。
○	○	疾病 医師の診察で発見または疑いを持たれた特定の病気のうち、経過観察や他機関への紹介が必要と判断したもの、診断時には身体的な疾病名又は病名を備考欄に付記する。
○	○	療科 療科医の診察で発見または疑いを持たれた病気のうち、経過観察や他機関への紹介が必要と判断したもの、診断時には身体的な疾病名又は病名を備考欄に付記する。

標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き～健やか親子 21（第 2 次）の達成に向けて（平成 27 年 3 月）（平成 26 年度厚生労働科学研究

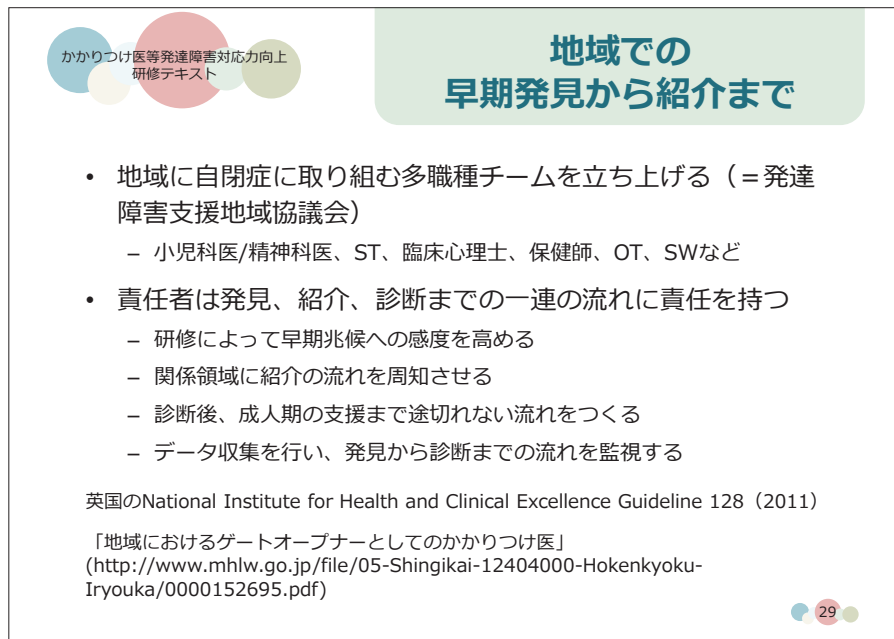
費補助金（生育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究班)

精神発達	言語や認知、社会性の発達、アタッチメント形成などの精神発達について判定する。過去の健診結果、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場面での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの様子や親の心配なども考慮して、総合的に判定する。年齢に応じて M-CHAT (Modified CHAT) ¹⁾ や PARS (PDD-Autism Society Japan Rating Scale) ²⁾ などのスクリーニング尺度や集団場面での子どもの様子の観察などを用いることもできる。
------	--

- 1) M-CHAT はレベル 1、レベル 2 いずれのスクリーニングにも有用である。
- 2) 現在は PARS-TR (PARS テキスト改訂版 Parvasive Developmetal Disorders Autism Spectrum Disorders Ratig Scale-Text Revision) の使用が推奨される。PARS/PARS-TR は専門家（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 段階で評価するものである。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.)

この手引きには、乳幼児健診では疾病や障害をスクリーニングして早期発見するだけでなく、疾病や障害にかかわらず、親子の支援ニーズをアセスメントして支援するという項目、「育てにくさを感じる親に寄り添う支援（1）社会性の発達をはぐくむ支援、（2）育てにくさを感じる親への支援（72 ページ）」が採用されている。そのうえで、生活での具体的な状況を丁寧に聞き取り、親の感じている「育てにくさ」の要因がどこにあるのかを見極め、保護者自身が子育てに自信を無くしていることもあるため、親の心情を受け止め、寄り添う姿勢を示す。具体的な子どもへの対応方法や、育児方法の助言など相談支援を行いながら、時期を見極めて適切な支援サービスに「つなぐ」ことが必要である。

スライド 29



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

地域での 早期発見から紹介まで

- ・ 地域に自閉症に取り組む多職種チームを立ち上げる（＝発達障害支援地域協議会）
 - － 小児科医/精神科医、ST、臨床心理士、保健師、OT、SWなど
- ・ 責任者は発見、紹介、診断までの一連の流れに責任を持つ
 - － 研修によって早期兆候への感度を高める
 - － 関係領域に紹介の流れを周知させる
 - － 診断後、成人期の支援まで途切れない流れをつくる
 - － データ収集を行い、発見から診断までの流れを監視する

英国のNational Institute for Health and Clinical Excellence Guideline 128 (2011)

「地域におけるゲートオープナーとしてのかかりつけ医」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000152695.pdf>)

29

① 地域で発見から紹介、診断までの流れにかかわる多職種チームを立ち上げる

地域の中での役割分担を明確に、紹介の流れを共有しておく。そのための協議会などのネットワークが必要である。

② 地域連携のポイント

- ・ 発達障害についての科学的知識の共有化
- ・ 早期発見・早期支援の地域システム化
- ・ ライフステージを通じた地域支援のシステム化
- ・ 地域システムの効果検証（継続的な地域診断）

③ かかりつけ医の役割

そのようなネットワークの中で、地域のかかりつけ医が何に責任を持てるかは各地域、各医療機関で検討しておくことが望ましい。

たとえば、

- ・ 気づき（特性把握）
- ・ スクリーニングと行動観察、情報収集（家族、地域）
- ・ アセスメントとフィードバック
- ・ 専門機関への紹介
- ・ 助言とフォロー（家族、地域）

文献

- Autism in under 19s: recognition, referral and diagnosis. Clinical guideline, 28 Sep 2011
nice.org.uk/guidance/cg128 患者中心、地域の多職種チーム
- Autism in under 19s: support and management. Clinical guideline, 28 Aug 2013
nice.org.uk/guidance/cg170 患者中心、ライフスキル、サービス移行の支援
- 「厚生労働省 横断的事項 かかりつけ医機能（その1）」
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000152695.pdf>

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASD早期発見・早期支援の 地域システム構築に向けて

ASDスクリーニングを地域保健システムに導入するにはさまざまなバリアがある。それを取り除くための努力が必要。

- ・ 未導入の理由：時間の不足、ルーチンワークの流れを変えることの困難、発見後の紹介についての未経験など。
- ・ スクリーニングを導入するかどうかは、地域保健にかかわる人の信念（メリット、デメリットに関する）に左右される。
- ・ 家族がサービス提供者とのコンタクトをする経験はその後の家族の障害や専門家に対する態度に影響する。
- ・ 社会的弱者は常にサービス利用の枠外に置かれやすい。

Zwaigenbaum, L. et al. (2015) Pediatrics

30

① 未導入の理由

さまざまな理由が挙げられることが想定されるが、システム変更にかかる困難と得られるメリットのバランスを考えて判断されなくてはならない。

② 地域保健の専門家の信念

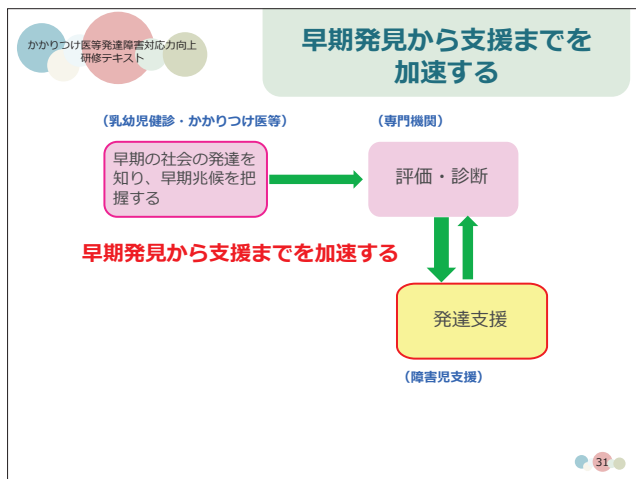
地域保健の専門家は必ずしも発達障害の専門家ではない。そのため、知識が表面的であったり、経験不足からくる偏見や思い込みがしばしばみられる。新しいエビデンスに基づく研修を徹底する必要がある。

③ 家族への影響

発達障害児を育てることは日常の生活上もさまざまな困難を伴う。そのうえ、最初に出会う専門家の言動が家族の気持ちを萎縮させるものであったり、否定されたような印象を与えてしまうと、その後のサービス利用がされにくい。専門家は常にそれぞれの家庭の育児を支援し、育児をよい方向に変えていく信頼できる存在でなくてはならない。

④ アンメット・ニーズ

支援ニーズを持つ地域に暮らすすべての人々に開かれていなくてはならない。さまざまな家族が受け入れやすくなるような工夫をしなければ、発達障害支援サービスは必要な人に届かないものになってしまう。



文献

Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, et al. (2015) Early screening of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research. Pediatrics 136, S41-S59.

スライド 32

ASDのある児への支援の基本

- 早期から始める
 - 支援開始の年齢は効果に影響する
 - 3歳前の開始が望ましい
- 1対1での個別支援の時間を確保する

本スライドおよび次の3枚のスライドは、現在、ASD児に有効というエビデンスのある支援（療育）について簡単に紹介するものである。かかりつけ医が実際に実施することはなくても、親に質問されたり、説明する際に知っておくと役に立つと思われる。

● 子どもへの療育と親支援

近年では、行動介入を基本とした療育プログラムや、発達論的アプローチを融合したプログラムなど、ASDのある幼児への療育効果のエビデンスが示されている。療育効果には、プログラムの内容や実施時間数、プログラムの実施者の専門性などが関係すると報告されている。また子どもが療育を受け始めた年齢が小さいほど効果が大きい。

こうした専門家による療育とは別に、専門家が親を指導することを通して、親が家庭でも児に療育的かわりをできるように支援する方法は「ペアレントトレーニング」と呼ばれる。ペアレントトレーニングは、専門家による支援の量的不足を補うアプローチとして注目されている。

親子間のやりとりや児の言語理解を促し、自閉症症状の軽減に有効であるという報告もあるが、まだ研究は始まったばかりである。

● 本邦の現状

発達障害の専門機関は絶対数、相対数とも不足しており、評価・診断、療育ともにマンパワーが足りていない。本邦では、福祉サービスとして「療育」や「発達支援」などと呼ばれる形で自治体が主体となり、地域の療育センターや児童発達支援センターで実施されている。近年、厚生労働省は地域の早期介入の体制整備を推奨しているところであるが、療育についてのガイドラインは存在せず、実施されているプログラム内容にはばらつきがあり、実施時間数も概して少ない。発達支援事業所の数の増大は目覚ましいものがあるが、質の検証はまったくなされていないし、現状は不明である。

ペアレントトレーニングや類したプログラムも普及が目指されているが、子どもの障害の有無や障害種などを限定せずに、親への育児支援の一つとして実施されている場合が一般的で、その具体的な中身などの現状は不明である。

本邦で実施可能で効果のある発達支援の標準化については、今後の課題である。

スライドに示した「早期から始める」、「個別支援の時間の確保」は、平成26-28年度障害者対策総合研究開発事業「我が国における、自閉症児に対する「応用行動分析による療育」の検証に関する研究（主任：神尾陽子）」の成果からの抜粋である (https://www.amed.go.jp/content/files/jp/houkoku_h28/0104015/h26_006.pdf)。

スライド 33

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

早期から始める

- 早期とは、できるだけ3歳を迎えるまでに
 - ※ 開始が遅れる場合には効果がないということではない。
一般的に開始が早い方が効果が大きいということ。
 - ※ そのためには早期発見とスムーズな紹介が重要となる。
- なんらかの事情で専門家による療育が受けられなくても、様子を見るのではなく、いますぐできる支援から始める。
- 家族側の育児支援・生活支援が優先される場合には、児と親を含む家族全体への包括的支援を組み立てる。

33

スライド 34

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

早期支援のメリット

- 社会性、言語の発達が伸びる
- 情緒・行動の自己調整力がつく
- 適応能力が伸びる
- 家族や自身による特性理解（長所と短所）が深まる
- 家族のメンタルヘルスやQOLが向上する

早期支援は成人後の社会生活にも影響がある
- ASD成人を対象とした全国調査から (Kamio et al., 2013)

34

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

1対1での個別支援の時間を設ける

- ・ 集団での療育であっても、個別支援の時間を確保する
- ・ 個別支援は、児の発達を促進し、行動を改善するというエビデンスあり（特に、言語・コミュニケーション）

35

● 個別支援

ASD は多様であるため、一人一人に適した支援（個別的な支援）を行うことが重要である。

根拠として、以下のようなエビデンスが存在する。

- ・ すべての ASD 児に対して効果のある 1 つの支援方法はない（どんなプログラムでも効果の個人差が大きい）
- ・ 個別療育の時間数は言語発達の伸びと関連する

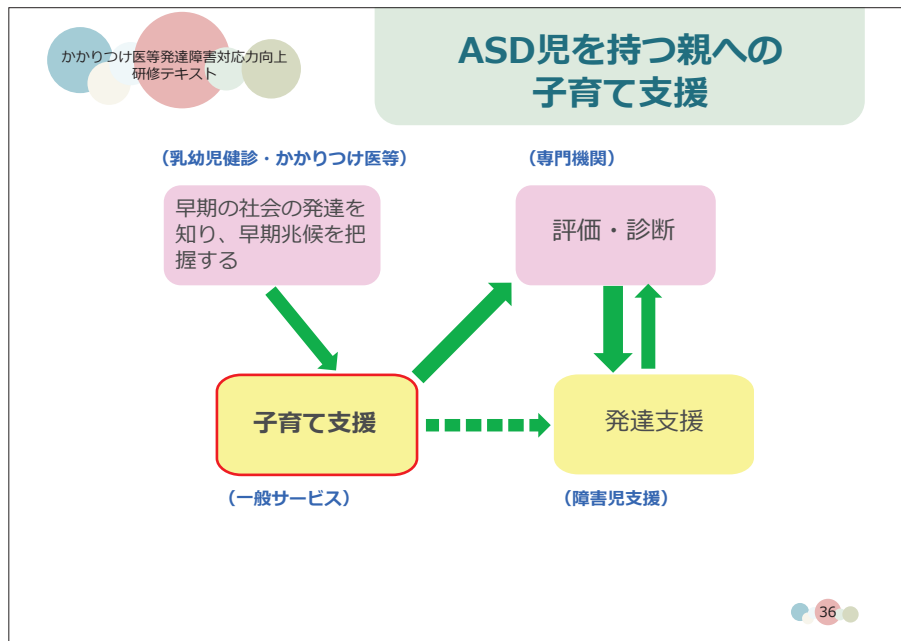
● 個別支援では課題設定が重要

個別的なニーズの達成・充足が目標となる。そのためには、アセスメントに基づく課題設定が必要である。

● どのように支援するか？

ASD 児に対しては生活場面での応用が鍵となるので、支援者は家庭や園での支援を効果的に組み合わせる（環境・場の連携）。集団活動においても個別支援を効果的に組み合わせることで効果を上げる（支援方法・スキル発揮の文脈）。

スライド 36



スライド 37

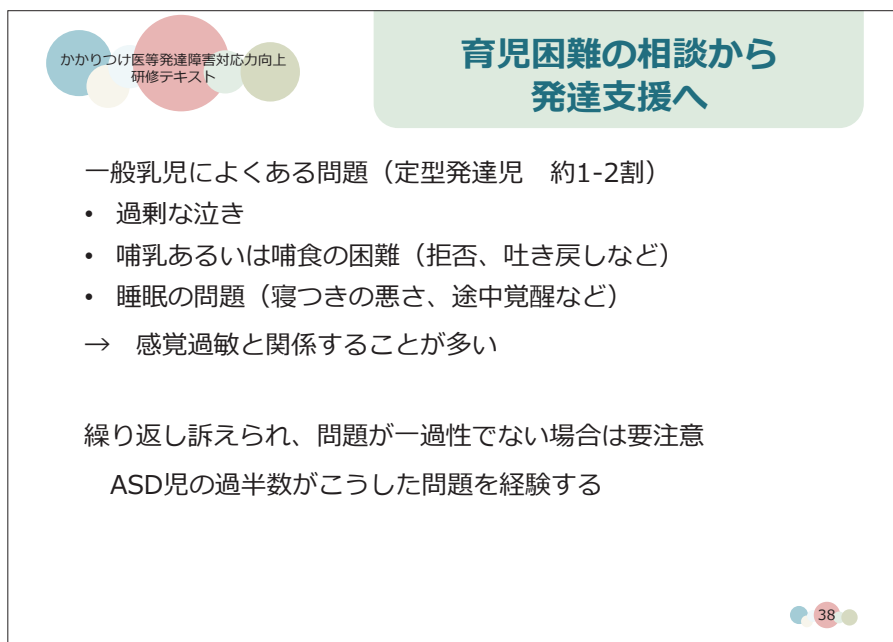
ASD児を持つ親への
子育て支援

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

- 一般サービスである子育て支援に発達支援の視点を入れることで、重要なニーズの見落としを減らすことができる。
- 子育て支援と発達支援の連携が大切。
- 子育て世代にある女性の発達障害者（大多数が未診断ケース）への子育て支援も、子育て支援サービスの枠において提供するのが自然。
- これからの子育て支援には、子どもの個人差だけでなく、母親の個人差（発達特性を含む）を十分踏まえて親子のニーズに即したものを。

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

育児困難の相談から 発達支援へ

一般乳児によくある問題（定型発達児 約1-2割）

- ・ 過剰な泣き
- ・ 哺乳あるいは哺食の困難（拒否、吐き戻しなど）
- ・ 睡眠の問題（寝つきの悪さ、途中覚醒など）

→ 感覚過敏と関係することが多い

繰り返し訴えられ、問題が一過性でない場合は要注意
ASD児の過半数がこうした問題を経験する

38

① 乳児によくある問題（過剰な泣き、哺乳あるいは哺食困難、睡眠の問題）

たいていの場合、母親の疲労困憊は、問題が一時的で解消することで、あるいは助言でなんとか乗り越えていく。

そのなかに、いつまでも問題が続き、母親から相談が繰り返されるケースがあり、その場合には、後になって ASD や ADHD の診断がついたり、あるいは発達の遅れが明らかになるケースが少なくない。児側の要因（発達特性、気質など）にも注意を向ける必要がある。ASD 児の多くがこうした問題を過去に経験する。（逆に、まったく手のつかないタイプもいるように、個人差が大きく、ASD に加えてこれらの問題があると育児困難がきわめて苛酷）

② よくある育児困難に潜む、子どもに応じた子育て支援ニーズ

問題が続くと、母親自身が養育の不適切さを非難されているように感じたり、他の母親ができていないことをできないでいることに自責感を持つなどして、傷つき、育児に喜びを見出せなくなってし

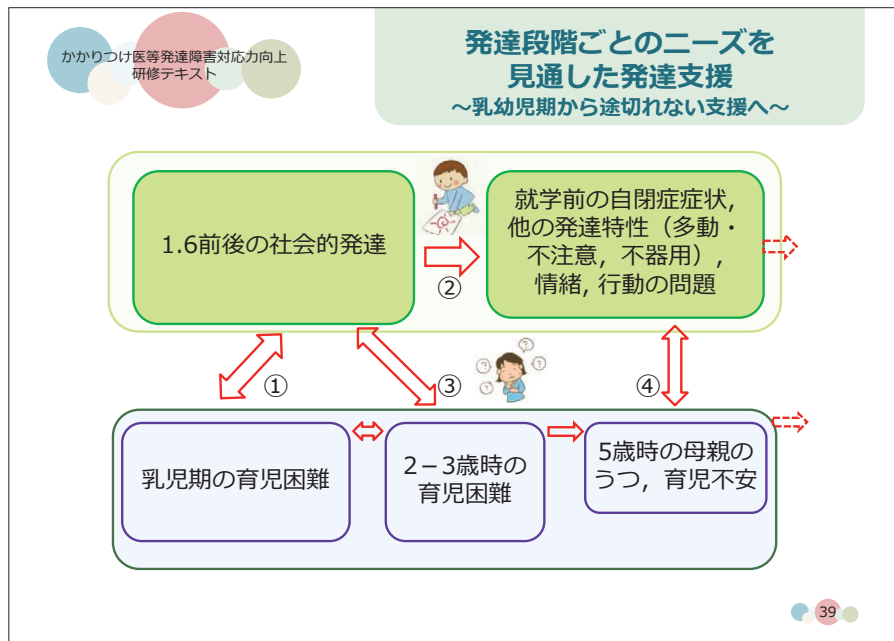
まう。そういうケースでは、育児困難の要因として、乳児の側の要因と一緒に探してほしい。ひとりであまり子育てできなくて当たり前、ということに母親本人にも周囲にもわかってもらう。子どもの発達特性や気質（ネガティブな情動性の強さ、環境刺激に対する過敏さ、順応性や反応の強さ、注意の切り替えや課題への粘り強さなど）といった児側の要因が養育者に与える影響を十分に理解する。

ASD 児にこれらの問題が併存すれば、母親は通常なら得られるはずの子育ての報酬（自分に向けられる子どもの愛らしい笑顔や声）がなく（ある母親は赤ちゃんのときの笑顔の記憶がないと語った）、癒されることのない子育てに落胆し疲労困憊してしまう。

③ ASD と関連が深い乳児期の「感覚過敏」

親から相談することは少ないので、具体的に日常の様子を聞き取る必要がある。

例) 聴覚過敏のために通常は気にならない程度の物音に反応して泣き止まない
極端な味覚や嗅覚のために食べさせるのに苦労する



① 乳児期

育児困難の相談から、ASD 特性の発見と子どものニーズに応じた子育て支援、発達支援に至る道筋もある。

② 1-2 歳時

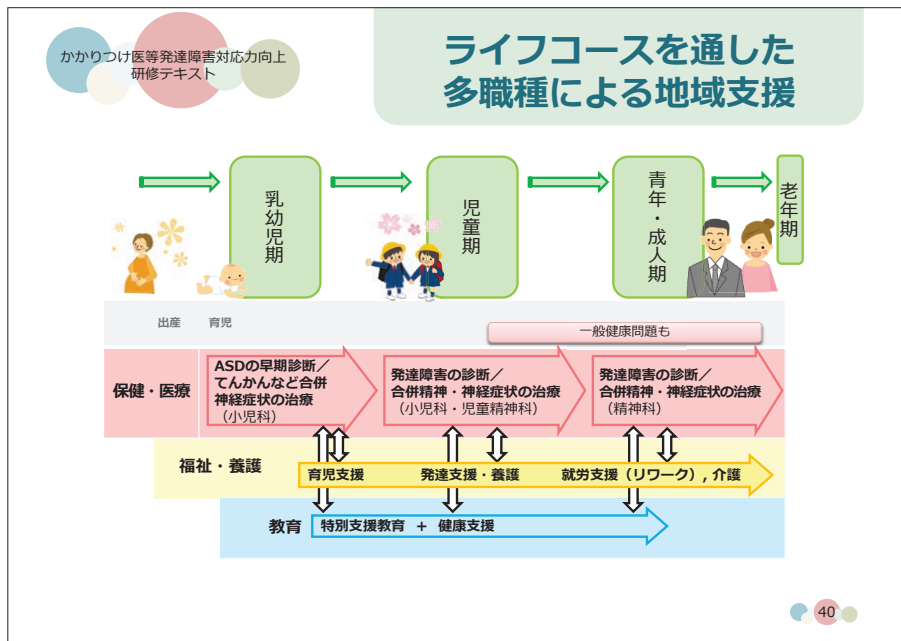
1-2 歳頃の社会的発達 (ASD 早期兆候) は、発達段階を通じて比較的安定して経過するので、3 歳以降の幼児の社会的発達や ASD 症状をある程度予測することができる。子どもの成長につれて生活範囲が広がると、さまざまな生活上の困難、苦しさ、情緒面の弱さなどがみえてくる場合があるが、1-2 歳頃から持続する ASD 症状で説明が付き、ASD 特性を配慮することで困難さが改善することもある。ASD 児は情緒や行動の問題を併発する傾向があるので、集団生活では、さまざまな角度から困難がないかどうか、フォローすることが大事である。①、②など早期の段階での包括的なアセスメントをしておく、一人一人の子どもにあった環境の調整やかかわりの工夫といった、先を見通した支援が可能となる。安定した状態で毎日を過ごすことができると、子どもは強みを伸ばし、

苦手なことにも取り組む心の余裕を持ちやすい。

③ 2-3 歳時 / ④ 5 歳時

一人一人の子どもにあった育児ができるよう手助けしてもらうことで、子どもが安定した気持ちで学び、遊ぶことができるようになると、親は育児に前向きに取り組む余裕を取り戻せる。その結果、育てる大変さだけでなく、わが子を育てる喜びを経験できる。子どもの行動が難しい場合は、特に専門家の介入が効を奏する。子どもの行動が良い方向にむかいますと、母親のメンタルヘルス向上につながり、それはさらに子どもとの関係にも良い影響をもたらす。

スライド 40



● 乳幼児期

前述のとおりである。

● 学齢期

教育支援ニーズ、メンタルヘルスの支援ニーズもはっきりしてくる場合が多い。教育と医療の連携には、学校医や地域の教育センター、保健師、精神保健福祉センターなど、地域医療保健が学校での支援について専門的立場からサポートする関係を強化する必要がある。加えて生活支援を要する家庭背景も多く、福祉的な支援ニーズに対しては、地域のスクールソーシャルワーカー、児童相談所、生活保護ワーカーなどが学校と柔軟に協働して、卒業後を見据えた支援をコーディネートする役割が期待される。

● 青年・成人

発達障害者の就労支援、地域生活支援を一貫性をもって提供できるように、各地で取り組まれ始めているところである。

児童期に未支援で過ごして成人となった発達障害者の就労や家庭生活、精神保健の支援ニーズがよ

うやく関係者に認識されるようになってきた。成長の過程でひきこもってしまったケースや後押しの弱い家庭、とりわけ女性の発達障害者は、長く地域で孤立しており、支援の手が届きにくく、サービスの盲点となりやすい。

ライフコースを通じた発達障害者への地域支援は、子育て支援に始まり、成人期以降を見据えながら児の成長を通して、本人だけでなく家族に対しても途切れることのないよう、一貫性をもって提供できる体制の整備が必要である。そのためには実効性のある多職種連携の仕組みが早急につくられなくてはならない。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

発達障害児・者の発達の道筋： 子どもから大人へ

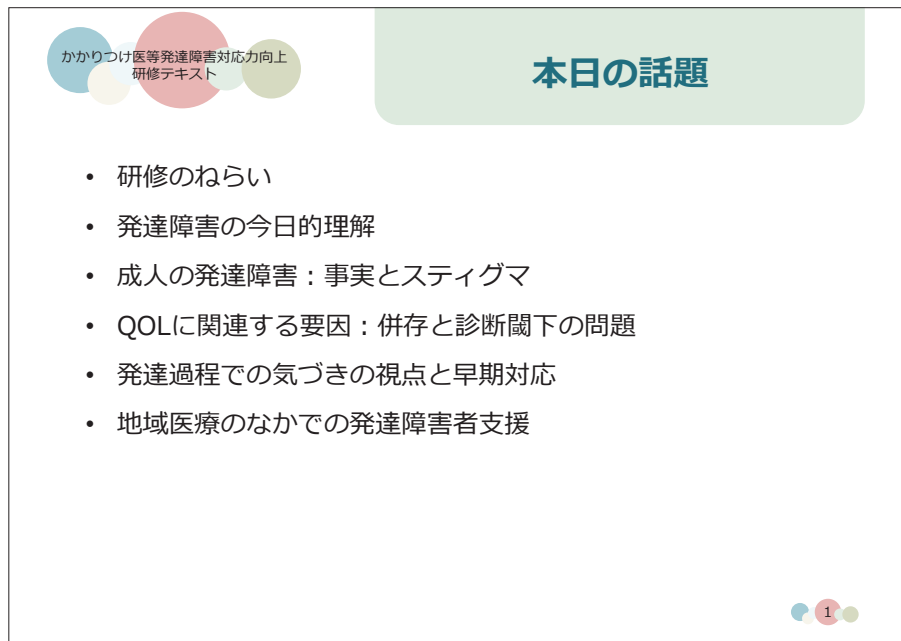
国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部

神尾 陽子



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

本日の話題

- 研修のねらい
- 発達障害の今日的理解
- 成人の発達障害：事実とスティグマ
- QOLに関連する要因：併存と診断閾下の問題
- 発達過程での気づきの視点と早期対応
- 地域医療のなかでの発達障害者支援

1

「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業」(平成28年度～)について

- ① 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から都道府県・指定都市長への通知
平成28年3月30日発令
日本医師会から都道府県医師会への周知
平成28年4月6日付
- ② 発達障害のある子どもや家族への支援(医療を含む)は
 - ✓ 地域でアクセスできる
 - ✓ できるかぎり早期から受けられる
 - ✓ ライフステージを通して途切れなく受けられる
- ③ 専門機関への過集中
心身の健康ニーズへの不十分な対応
⇒ 地域で支える「かかりつけ医等の医療従事者」に期待される
貢献は大きい

2

① 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」のスタート

平成28年4月1日から「発達障害の早期発見・早期支援の重要性に鑑み、発達障害児等が日頃より受診する診療所の主治医等の医療従事者等に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた研修を実施し、どの地域においても一定水準の発達障害への対応を可能とすることを目的として」かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業の実施が始まった。研修受講者は各都道府県および指定都市管内で勤務(開業を含む)する医療従事者等であり、募集にあたっては、各都道府県医師会および指定都市医師会を通じ、群市区医師会の協力を得て行うこととなっている。


② かかりつけ医の積極的関与によって期待されること

地域での発達障害者支援において、地域医療には、地域でアクセスできる、できるだけ早期から受けられる、ライフステージを通して途切れなく受けられることによって、発達障害者本人や家族の心身の健康の向上を身近で支える役割が期待される。

③ 地域のさまざまな医療ニーズの充実による問題解決

地域の「かかりつけ医等の医療従事者」の役割が充実することによって、これまで受診先が限られ、専門機関に過集中していたために受診が遅れるなど、紹介の流れが遅滞することによって支援が遅れていた状況が改善されることが期待できる。またかかりつけ医等の医療従事者が発達障害者本人や家族の心身の健康ニーズをより理解することによって、より適切な医療サービスの提供につながることも期待される。

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


本研修の目的

① 地方公共団体の責務という観点から

- 専門機関、かかりつけ医双方の役割の明確化
- 専門機関、かかりつけ医を繋ぐ有機的連携の構築

② かかりつけ医に知っておいてほしいこと

- 幼児期の特別な意義：早期の気づきと早期支援の重要性
- 発達障害が当人と家族に与える影響についての一般的な事柄
- 専門機関への時宜を得た適切な紹介に必要な知識（診断、治療・支援、地域連携など）



3

① 地方公共団体の責務という観点から

地域内での医療連携、多領域連携（ヨコの連携）、切れ目のない支援（タテの連携）は、改正法（平成28年8月1日施行）に謳われている（第2条の2）。第3条には、「国及び地方公共団体の責務」として、就学前から学校での支援、就労、地域での支援というタテの連携と、医療、保健、福祉、教育、労働などのヨコの連携の措置を講じることが謳われている。

各自治体は、地域の実情に応じて、それぞれの役割を明確化し、互いに補完しあって地域全体として発達障害についての対応力をアップできる連携を構築する必要がある。

医療においては、地域内の医療資源等の状況によって連携のあり方は違ってくることが予想される。個々のかかりつけ医の役割の明確化は、地域内ネットワーク間での話し合い、コンセンサスを得て共有しておくことが重要である。

② かかりつけ医に知っておいてほしいこと

● 幼児期の特別な意義（「発達障害のある児の早期発見と早期支援の意義」参照のこと）

医療の役割は気づき、そして早期診断にある。しかしながら、特に女性ケースや話しことばが流暢なケース、知能が平均範囲内のケースでは、発達障害がありながら、幼児期に診断されなかったケースが少なくない。就学児や、すでに社会人となっているケースにおいても、発達障害を疑う場合には、具体的な社会的発達や対人関係、感覚の問題、興味や遊び、日常生活のバターンなどについて、幼児期の情報をできる限り得る努力をされたい。

● 発達障害が当人と家族に与える影響について一般的な事柄

早期支援を受けていないケースでは、当人は困難に圧倒され、また解決するスキルを学べていないため、自己評価が著しく低い。また困難に直面してもなんとかやっていけると思える自己効力感を持たず、社会参加が難しい要因となる。本人独自の克服の工夫がうまくいっているケースもあるが、逆効果となってしまうケースも多い。

早期から育児支援を受けていない家族は、発達障害が外見上わかりにくいことから、子育ての失敗を責める周囲の無理解や偏見に晒されることが多い。自分を責めて長く苦しんでいる親の傷つきには配慮ある態度が大切である。

● 専門機関への時宜を得た紹介

かかりつけ医は、紹介できる相談機関、支援機関について、市町村から情報を収集しておくことが必要である。こうした紹介先と紹介元の関係は双方向的であることが望ましく、できる限り継続的に情報共有できる体制が準備される必要がある。また小児期から成人期へのトランジションについても、地域内で役割分担を検討しておくことが望まれる。

<医療受診の際の問題に対して>

待合室で長く待つことを避ける工夫としてスマホで呼び出す、検査の不安を軽くするために事前にビジュアルな素材を使って検査の説明を行うなど、医師だけでなく、受付係も含めてすべての診療スタッフが取り組んで解決できることは多い。

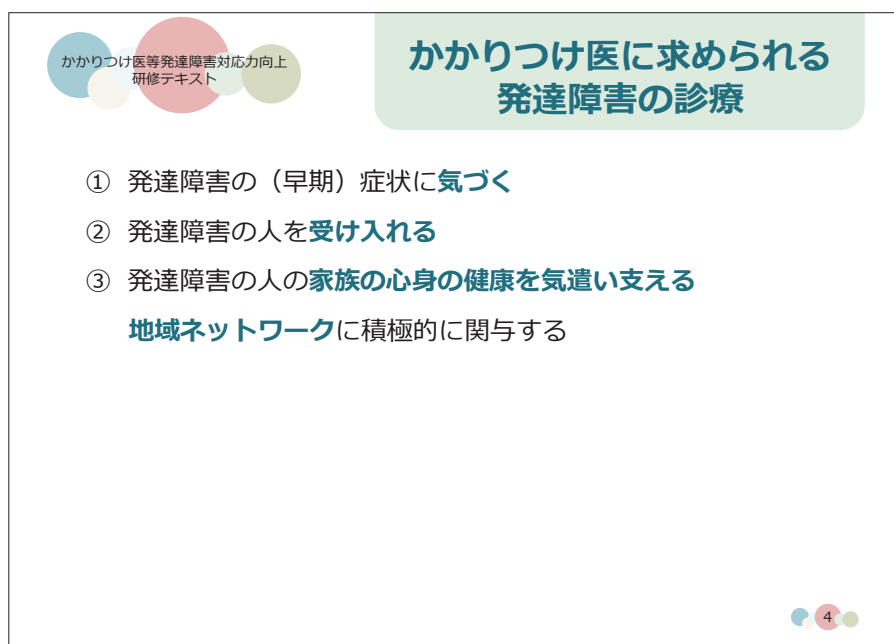
文献

「発達障害のある人の診療ハンドブック 医療のバリアフリー」（監修・自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究会、平成 21 年 7 月）

「発達障害の人たちをよろしく願います（パンフレット）」（監修・自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究会、平成 21 年 7 月）

診察場面でできる具体的な対応の工夫が写真や絵でビジュアル的に紹介されている。

スライド 4



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

かかりつけ医に求められる 発達障害の診療

- ① 発達障害の（早期）症状に**気づく**
- ② 発達障害の人を**受け入れる**
- ③ 発達障害の人の**家族の心身の健康を気遣い支える**
地域ネットワークに積極的に関与する

4

① 発達障害の（早期）症状に気づく

発達障害は通常、幼児期に明らかとなるので、近年は就学前に支援が開始されるケースが増えている。実際にはさまざまな事情で気づかれないうまま、あるいは支援を受けないうまま、就学したり、就労しているケースも多数存在する。こうしたケースの多くは、学校や職場で適応上なにかしら困難を抱え、本人も周囲も問題を認識しているが、発達障害と結び付かずに誤解している場合もあるかもしれない。そのような場合には患者の年齢にかかわらず、かかりつけ医が最初に疑いを持つ可能性がある。

② 発達障害の人を受け入れる

発達障害の特性によって、待ち時間が長いと耐えられなかったり、短時間の診療時間内では本人とのコミュニケーションに齟齬が生まれる可能性が高い。医師の説明がきちんと伝わっているかどうか、また患者の伝えたいことをきちんと理解できているかどうか、確かめることを忘れずにいたい。たとえ、知能が平均範囲の子どもや成人であっても、絵や写真などで視覚化したり、わかりやすい

表現に言い換えたり、あるいは箇条書きに文章化するなどの工夫は助けになる。こうした小さな積み重ねによって医師－患者の信頼関係ができ、安心して診療を受けることができる。患者自身の伝え方も上手になっていくことも少なくない。

③ 発達障害の人の家族の心身の健康を気遣い支える／地域ネットワークに積極的に関与する

発達障害の子どもを育てる養育者の苦労は多く、ストレスは極めて大きい。適切な育児支援がない中で、育児困難に陥ってしまい、抜け出せないでいる養育者も少なくない。不適切な養育が原因で発達障害となることはないことを念頭において、親の育児を支援するという姿勢が重要である。安易に親の不適切な養育を責めてはならない。一般的な育児支援ではなく、発達障害特性を踏まえた専門的な育児支援が必要となるので、児への発達支援と親への育児支援が連携して進められるよう、適切な紹介先を確保し、適宜、情報を共有しておくことが望ましい。

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」の理解が 大きく変わった

- ① 発達障害は稀で、特殊な人々だ (×)
→発達障害と診断される人は少なくとも数%は存在。
症状はありふれていて程度の違いはあれだれにでも
みられる。(○)
- ② 発達障害は治らないので、生涯、社会参加は難しい (×)
→発達障害は適切な支援で改善し、社会参加が可能。
発達障害に多い精神科的併存症は早期治療で治療可能。
(○)
- ③ 発達障害の診断がいたら対応や治療法はみな同じ (×)
→症状の現れ方や治療反応性、副作用に個人差が大。(○)

5

① 発達障害はありふれた問題

発達障害は人口の数%が抱えるありふれた問題であることが、国内外の最新の調査からわかっている(5.8% 米国 National Health Statistics Reports, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2015, 厚生労働省障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価」(代表: 本田秀夫) (H25-27))。

しかしながら、適切に診断を受け、ニーズに合った支援を受けているのは、まだ一部にすぎない。また、未診断、未支援のまま成人になって仕事や家庭生活でトラブルを抱えている人々が多く存在する。症状自体はありふれた症状だということであり、発達障害かどうかという診断にこだわるよりも(診断自体は一定の手順が必要で、専門的な訓練と経験を要する)、発達障害の症状を量の問題として捉えることが重要である。

② 発達障害の治療の可能性

古い教科書には発達障害は治らないと記載されていたが、今日では事実と異なる。発達障害それ自体の根本的な治癒はまだ難しいが、発達障害の個々

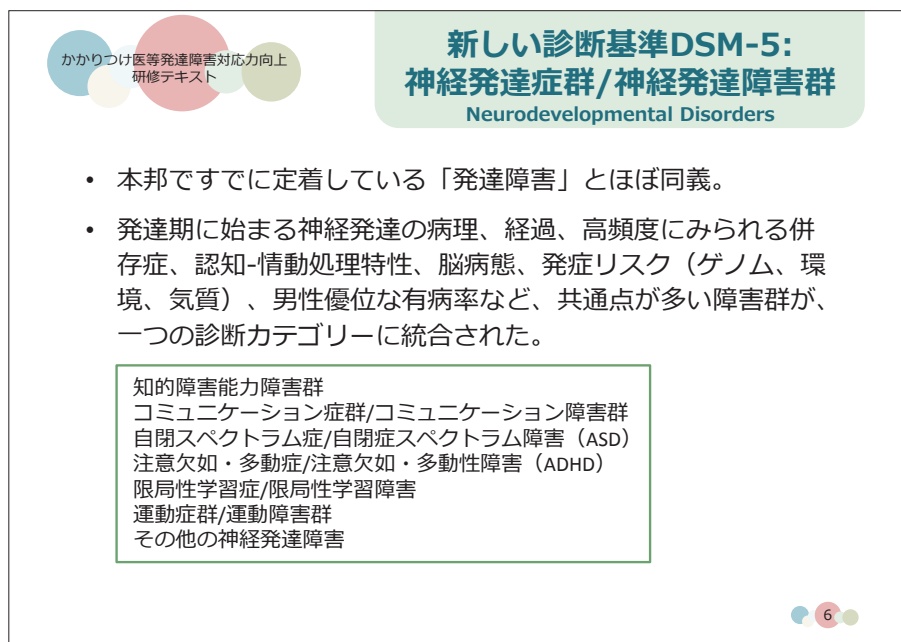
の症状の改善についてのエビデンスは増えている。発達障害のある人々の社会参加を阻む要因の一つは、併発するうつ病などの精神疾患である(発達障害と精神疾患は密接に関連していて、必ずしも精神症状が発達障害によって2次的に生じるとは限らないため、2次障害という表現は正確さを欠く)。病因レベルで関連している可能性も示唆されている。早い場合には児童期に、また思春期以降にはなんらかの精神症状がほぼ必発と考えておく必要がある。環境調整で精神症状の併発のリスクを低くすることができ、早期対応によって速やかに改善する可能性がある。

③ 発達障害は個人差が大きい

最近の研究が教えてくれる最も大事なことの一つは、発達障害の個人差が大きいということである。診断名にかかわるステレオタイプな理解は捨てて、その子ども、その人の個別性を考慮した理解と対応が必要である。

最後に、発達障害は医療だけで解決できる問題ではなく、教育も福祉もすべてが連携して初めてよりよい支援となりうる地域全体の問題として取り組んでいただきたい。

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

新しい診断基準DSM-5: 神経発達症群/神経発達障害群 Neurodevelopmental Disorders

- 本邦ですでに定着している「発達障害」とほぼ同義。
- 発達期に始まる神経発達の病理、経過、高頻度にみられる併存症、認知-情動処理特性、脳病態、発症リスク（ゲノム、環境、気質）、男性優位な有病率など、共通点が多い障害群が、一つの診断カテゴリーに統合された。

知的障害能力障害群
コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群
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
運動症群/運動障害群
その他の神経発達障害

6

● 発達障害とは

米国精神医学会の定める DSM-5 では、神経発達障害は、発達期に始まる認知、社会性、運動などの機能不全を含む包括的な概念として再編されて新たに設けられた。

このカテゴリーは、本邦ではすでに定着している「発達障害」とほぼ同義である。

現在改訂中の WHO の ICD-11 においても、神経発達障害（Neurodevelopmental Disorders）が新たに統合されて設けられ、DSM-5 とよく似た修正が行われる予定である。

具体的には、ICD-10 の F70-F79 知的障害（精神遅滞）、F80-F89 心理的発達の障害（言語障害、学習障害、広汎性発達障害が含まれていた）、そして F90-F98 児童期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害の一部が一括されて、新しい神経発達障害カテゴリーとして統合される予定である。

文献

「一般小児科医のための子どもの心の診療テキスト」
（厚生労働省、平成 20 年 3 月）

「一般精神科医のための子どもの心の診療テキスト」
（厚生労働省、平成 20 年 3 月）

「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」
（厚生労働省、平成 20 年 3 月）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kokoro-shinryoui.html>

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

DSM-5 ASDの診断基準： 成人の診断の際の注意点

A	<p>複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における特徴的な欠陥があり、現時点または過去によって、以下により明らかになる(以下の例は一例であり、網羅したものでない。本文参照)。</p>	<p>知能が平均以上、特に言語が流暢なケース(語彙の豊富さに比して、行間の意味や文脈に応じた臨機応変の解釈が困難、感覚過敏が強いなど)が該当</p>
(1)	相互の対人的・情緒的関係の欠陥で、例えば、対人的に興奮な定つき方や遊樂の会合のやりとりができないことといったものから、興味、情動、または感情を共有することの少なさ、社会的相互反応を開始したり応じたりすることができないことに及ぶ。	
(2)	対人的相互反応で非言語的コミュニケーション行動を用いることの欠陥。例えば、まざまのわけるい音調的、非言語的コミュニケーションから、アイコンタクトと視線の調整、または身振りの理解やその他の欠陥、顔の表情や非言語的コミュニケーションの完全な欠陥に及ぶ。	
(3)	人間関係を発展させ、維持し、それを理解することの欠陥で、例えば、まざまな社会状況に合った行動に調整することの困難さから、想像上の遊びを他者と一緒にしたり友人を作ることの困難さ、または仲間に対する興味欠陥に及ぶ。	
<p>>限局的反復行動を特徴せよ 限定された社会的コミュニケーションの障害や、限定された反復的な行動パターンに基づく(表2参照)</p>		
B	<p>行動、興味、または活動の限定された反復的な形式で、現在または過去によって、以下の少なくとも2つにより明らかになる(以下の例は一例であり、網羅したものでない。本文参照)。</p>	
(1)	常同的または反復的な身体の運動、物の使用、または会話(例：おもちゃを一列に並べたり物を叩いたりするなどの単純な常同運動、反響言語、独特な言い回し)。	
(2)	同一性への固執、習慣への頑ななこだわり、または言語的、非言語的な儀式の行動様式(例：小さな変化に対する極度の苦痛、移行することの困難さ、柔軟性に欠ける思考形式、儀式のようなないさつ習慣、毎日同じ道順をたどったり、同じ食物を食べたりすることへの要求)。	
(3)	対象または対象において異常なほど、きわめて限定され執着する興味(例：一般的ではない対象への強い関心または強執着、過度に限定したまたは固執した興味)。	
(4)	感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、または感覚の感度側面に対する歪みられた興味(例：痛みや痒みに関連するように見える、特定の音または触覚に過剰な反応を示す、対象を過度に嗅いだり触れたりする、光または動きを見ることに難しがる)。	
<p>>限局的反復行動を特徴せよ 限定された社会的コミュニケーションの障害や、限定された反復的な行動パターンに基づく(表2参照)</p>		
C	<p>症状は発症早期に存在していなければならない(しかし社会的要求が能力の限界を超えるまで発症は安全に明らかにならないかもしれない、その後の生活で学んだ対応の仕方によって隠れている場合もある)。</p>	
D	その症状は、社会的、職業的、または他の重要な領域における現在の機能に臨床的に意味のある障害を引き起こしている。	
E	これらの障害は、知的能力障害(知的発達遅滞)または全般的発達遅滞ではうまく説明されない。知的能力障害と自閉スペクトラム症はしばしば同時に起こり、自閉スペクトラム症と知的能力障害の併存の診断を下すためには、社会的コミュニケーションが全般的な発達水準から期待されるよりも下回っていないなければならない。	

DSM-5 の ASD 診断には、スライドに示すように、A、B の二領域（対人コミュニケーション、限局的反復行動）の症状が必須となった。限局的反復行動領域の診断基準として、感覚反応の亢進／低下に関する症状が取り上げられた。

重症度評価として、現在の支援ニーズに基づいて対人コミュニケーション、限局的反復行動の領域ごとに3段階（レベル1～3／3が最も支援を要する）で評定する。

現症が診断基準を満たしていれば、症状の発現年齢にかかわらず、診断が可能となった。これにより、幼児期の発達歴がはっきりしないケースの診断が担保されている。

● 児童期症状、成人期症状

大部分のケースにおいては、幼児期になされた ASD 診断はそのままであるが、症状自体は改善する。しかしこのことは、成人期には支援が必要とされないことを意味していない。また、児童期には問題とされておらず、成長に従って高度になっていく周囲の要求に次第に応えられなくなって、成人期に初めて診断を受けるケースもある。たとえば、大学での論文作成や、職場での同時並行作

業ができないことでうつ病になるなどである。これらのケースのほとんどが、幼児期の言語は流暢で、言われたことは几帳面にこなしている。

こうした症状レベルの見かけ上の変化があっても、ライフステージを通して情報処理特性（認知特性、遂行機能、注意機能など）や感覚反応特性（感覚過敏など）、情動統制の特性などはしばしば持続している。

これらが重なり合って長い発達過程の間にその人特有の行動パターンを修飾すると、パーソナリティとして渾然一体となっているように見える症例も少なくない。

● ライフステージを通じた ASD 支援ニーズの変化

支援ニーズはライフステージに応じて変わる。支援方針を立てる際には、発達障害だけでなく、さまざまな要因を考える必要があり、発達障害の症状、併存する精神症状、身体健康面、職場や家庭環境などを多面的にアセスメントした上で、総合的な判断が必要となる。

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

ASD症状の年齢による変化

ASD成人の診断では、対人コミュニケーションの領域（DSM-5 A領域）と、こだわり、感覚過敏領域（同 B領域）について、幼児期から現在まで聴取する。

本人が困難を自覚している場合は、そのコーピング方略も尋ねる。

(Fountain et al., 2012)

● 児童期に ASD 診断を受けたケースの成人期までの追跡

英国の児童期から成人期までの長期追跡研究 (Howlin et al., 2013) では、90 人の児童（非言語性 IQ \geq 70）のうち、60 人（平均年齢 44 歳、29-64 歳、平均初診時年齢 6.75 歳、2-13 歳）が追跡可能であった。ASD 診断は、追跡時も全員に該当した。症状レベルでみると、概ね改善傾向がみられた。

スライドに示した米国カリフォルニアの自閉性障害についての大規模コホート研究からは (Fountain et al., 2012)、症状の継時的変化のパターンには複数あることが示されている。対人、コミュニケーション領域の症状は、大部分の自閉症児で伸びがみられ、伸びは 6 歳未満でそれ以降よりも大きかった。初期の A コミュニケーション、B 対人の水準が高い子どもほど改善が大きい傾向はあったが、約 1 割の子どもで低水準から急速に著しい伸びがみられた。この急速改善群は知的な遅れがなく、母親の高学歴を特徴とした。この研究では C 反復的行動（自己刺激的な感覚や常同行動への没頭）に限定してその頻度を調べており、約 8 割のケースでは出現頻度にあまり継時的変化


はなかった。

知的障害者の常同行動、常同的自傷行動は難しい問題であるが、変わりにくい。

それ以外の儀式的行動パターン、たとえば、ルーティンや環境のささいな変化に混乱する、環境の変化に抵抗する、儀式的行動に執着する、限局的興味などの症状は、たいてい年齢とともに改善傾向がみられることが報告されている。

● 成人でのカモフラージュという努力

思春期の頃から本人が人目を意識して、対人場面で問題が目立たないようにふるまう方法を身につけたり、人目につかないような方法で儀式的パターンを維持していることもある。過去に他人から何か言われたり避けられたことが続き、「その原因を作らないようできるだけ自分からは話さないことにしていた」「演技性を身につけ、普通の人が言いそうなことを猿真似していた」など。カモフラージュは成功する場合もあるが、やりすぎてかえって自己嫌悪や、ばれるのではないかと不安があった人もいる。一概にカモフラージュが良い、悪いはいえないので、本人なりの苦勞と工夫については詳しく聞くことが大切である（リスペクトを持って）。



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト


**DSM-5 ADHD診断基準：
成人の診断の際の注意点**

成人期のADHD：症状軽減するも適応困難は持続傾向

- 17歳未満と17歳以上とで、診断閾値が異なる。

不注意	}	児童	9項目中	6項目
多動－衝動性		青年・成人	—————	5項目

- 症状発現年齢の上限が、7歳（DSM-IV）から12歳に引き上げられた。
- 発達歴から確認が困難なケースの診断が担保される。**



● 診断のカットオフの引き上げ

ADHD 症状が成人期に軽減しても、適応困難は持続することから、DSM-5 では、17 歳未満と 17 歳以上とで診断閾値を変え、青年・成人の基準を緩和した。

● 症状の発現年齢の上限の引き下げ

DSM-IV では 7 歳までに発症していると発症年齢の範囲が決められていたが、DSM-5 では 12 歳に引き上げられた。その結果、小学校に入って始めて気づかれるケースの診断が担保されている。

● 幼児期診断の扱い

4 歳未満の幼児期に関しては、正常範囲と区別が困難であるとして、幼児期の ADHD 診断に警鐘を鳴らしている。

● ASD と ADHD の併存

ASD の診断がされているケースでも、症状が ADHD の診断基準を満たせば、ADHD の診断が可能になった（DSM-IV-TR までは ASD>ADHD で重複診断ができなかった）。

● サブタイプ

DSM-IV では混合型、不注意優勢型、多動－衝動性優勢型、混合型のサブタイプに分類されていた。DSM-5 では、サブタイプに替わって、現症に関する分類として記載されている。症状は発達過程で変わり、同じ人でもサブタイプは変わるというエビデンスに基づいて、サブタイプという概念が消失したためである。

● 重症度分類

ASD 同様、重症度に応じて、軽度、中度、重度のいずれかに特定をする。その視点は、社会的または職業的な観点からの機能障害（impairment）の程度に基づく。

スライド 10・11

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修テキスト

成人ケースに初めてASDを診断する際知っておいてほしい背景

- ✓ DSM-III (1980) PDD (広汎性発達障害) の登場
- ✓ Lorna Wing "Asperger syndrome" (1981)
- ✓ DSM-IV (1994) Asperger障害の登場

- 本人が生まれ育った時代には高機能ASDの認識は皆無に近い状態だった。
- 本人の困難は親、学校、地域でどのように経験、認識、解釈され、具体的にどのように対処されていたか。育児はどうだったか。どういう生徒だったか。
- 本人は自身をどのように認識し、どのように対処してきたのか。

10

● 成人ケースに初めて ASD を診断する際知っておいてほしい背景

現在 30 歳代以上で、知的障害がなく、ASD (アスペルガー症候群あるいは PDD-NOS (特定不能の広汎性発達障害)) と診断される人は、幼児期には診断を受けていないケースがほとんどである。その理由は、当時の ASD の認識が今日とは違って、知的障害や言語の遅れのある ASD ケースを典型としていたためである。

そのような時代に生まれ育ったケースの診断を行う際には、本人のアイデンティティや困難への対処方法を理解することが大事である。こうした歴史的な時代の変遷を念頭において、どのような幼児期、児童期、青年期を送ってきたのかをケースとともに振り返ることは意味がある。

それは養育にあたった家族についても言えることである。

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修テキスト

ASD成人を理解する： 診断なしに人生の大半を生きてきたということ

- 周りとは「何か」が違う、「おかしな」自分に気づく
- どんなに努力しても、みなと同じようにできない「ダメな」自分、「弱い」自分
- 嫌われる自分は「悪い」

↓

自己否定、自信喪失
「自分の「悪い」部分を隠す努力」
「できない」「いや」が言えなくなる

11

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

社会に潜むスティグマ： 過去と現在

- ・ 家族のなかのスティグマ
- ・ 地域のなかのスティグマ
- ・ 支援する立場の専門家（医師・教師など）のなかのスティグマ
発達障害に関するステレオタイプな考え
- ・ 文化特有のスティグマ
情緒的きずなを重視する日本の育児文化

12

● 社会に潜むスティグマ

診療にあたる専門家は、合理的な対応を妨げる根深いスティグマの存在をよく知っておく必要がある。スティグマは合理的な説明で簡単に否定できるものではなく、真摯な態度で繰り返し話し合うことが大切である。そして、合理的な判断に慣れているはずの専門家にもスティグマが存在しがちであることも知っておく必要がある。

・ 専門家の中のスティグマ

丁寧に環境を見直していくとその意味が理解でき、対応法が見つかる問題行動を、発達障害の症状として治療手段がない、と決めてしまうのもスティグマの一種である。

・ 文化特有のスティグマ

自閉症は母親の愛情の不足や養育の失敗と考える風潮は、いまだに完全に払拭されていない。韓国では、自閉症と診断されるよりも「反応性愛着障害」の診断のほうが親に受け入れられているという（Grinker et al., 2007, (自閉症：ありのままに生きる．神尾、黒田監訳, 2016))。日本も似た状況にあると思われるが、反応性愛着障害が ASD


とは無関係の病理を有するために問題であるというだけでなく、反応性愛着障害は児童虐待との因果関係が想定されているだけに、ASD と児童虐待の因果関係をミスリーディングしかねないという点で問題である。

発達障害児は児童虐待を受けやすいというのは事実であるが、児童虐待と発達障害の間の因果関係についてエビデンスはない。むしろ、最近のスウェーデンでの双生児研究の結果から、児童虐待が発達障害の発症の要因であることは否定された。ただし、虐待されやすさと発達障害症状の発現しやすさに共通する遺伝要因の存在は示唆された。

こうしたことを踏まえて、児童虐待の予防的観点からも、見逃されている発達障害の発見と発達障害児を育てる親のニーズに合った支援の充実がさらに望まれる。

事後的ケアの観点からは、PTSD として治療されているケースにも、見逃されている発達障害の検討が必要である。

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

**成人期で初めてASD診断を伝える
ことのベネフィットとリスク**

- 職場、学校などで適切な配慮を求める根拠となる
- 必要な福祉サービスを得る
- 誤診を防ぎ、適切な治療につながる
- 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）
- エンパワメントにつながる（理解者の存在、仲間の発見）

- 診断に至るまでに会った専門家の数とその助言・情報の不一致
- 専門用語がわかりにくい
- 診断時の情報・助言の質
- 診断後、サポートにつながらない
- 家族の理解・信念が変わりにくい

伝え方については技術訓練が必要
(例：がん告知)



● 成人で初めて ASD 診断を伝えることのベネフィットとリスク

現在の当人の状態は、症状の羅列だけで説明されるものではなく、前述の時代という背景の中で当人がこれまでの努力の結果、身につけてきた行動・反応パターンでもある。あるいは当人のこれまでの経験（しばしばトラウマ）からくる思い込みや過剰反応が関係することもある。

そうしたことも含めて、ASD 診断が、当人の自己理解を助け、職場や学校、生活面の問題に対してどのようなメリットがあるか、または診断を受けることによるデメリットは何が考えられるか、を検討し、当人と十分話し合うことが大切である。

診断を伝える際の用語の選び方の工夫、説明の仕方（強みを十分に強調する）の工夫で、ASD 診断を受けるという経験をポジティブにすることが可能と思われる。

現状では、診断を受けて満足と感じる人と、不満と感じる人が約半々で存在する。

ASD を持ちながら、それを自分の一部として生きてきた一人の人にとって、ASD という診断は、アイデンティティの修正、過去の人生の再解釈を求める作業であることを診断にかかわる事と理解し、「その人の将来に、可能性をもたらす助けになるか？」ということを確認め、十分な根拠と準備の上で行う必要がある。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

自閉症スペクトラム障害の 中核症状を強みに： 自己肯定感を大切に

- 人をだまそうとしない、ごまかしが下手で誠実
(だまされやすい)
- 行動が予想できる、信頼できる、きちりしている
(自分にも他人にも確実さを要求あるいは期待する)
- 感覚が独特で芸術的、通常にはない能力があることも。

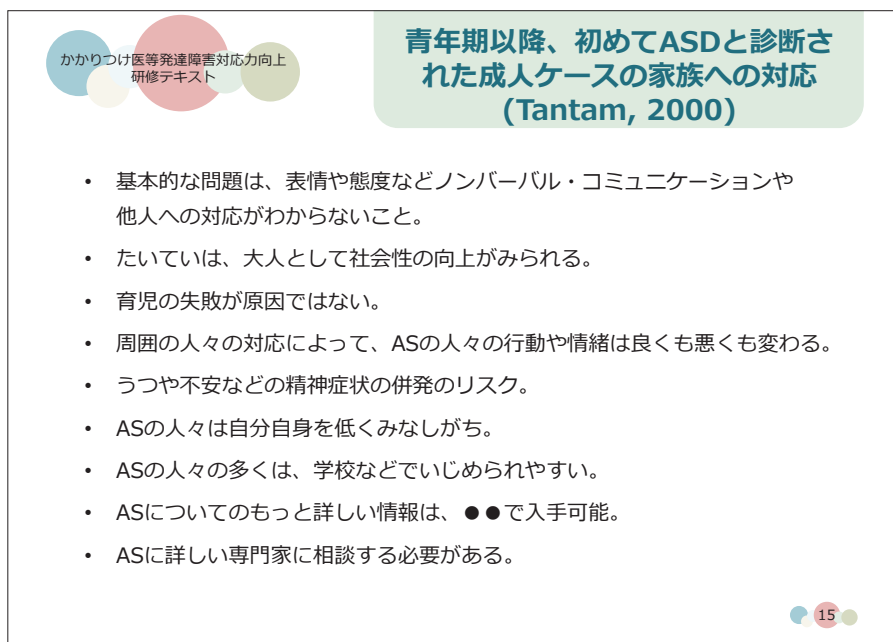
14

● 自閉症スペクトラム障害の中核症状を強みに：自己肯定感を大切に

自己評価が低いあまり、自身の長所に気づいていない人は多い。ASD 特性（その他の発達障害特性も同様）は、程度が強いためさまざまな困難を引き起こしているが、その特性自体が問題なのではない。長所を活かして、環境とのマッチングに成功している人もいる。

本人の気づかない長所にも気づいてもらうことはとても力になるはずである。

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

青年期以降、初めてASDと診断された成人ケースの家族への対応 (Tantam, 2000)

- 基本的な問題は、表情や態度などノンバーバル・コミュニケーションや他人への対応がわからないこと。
- たいていは、大人として社会性の向上がみられる。
- 育児の失敗が原因ではない。
- 周囲の人々の対応によって、ASの人々の行動や情緒は良くも悪くも変わる。
- うつや不安などの精神症状の併発のリスク。
- ASの人々は自分自身を低くみなしがち。
- ASの人々の多くは、学校などでいじめられやすい。
- ASについてのもっと詳しい情報は、●●で入手可能。
- ASに詳しい専門家に相談する必要がある。

15

● 青年期以降、初めて ASD と診断された成人ケースの家族への対応

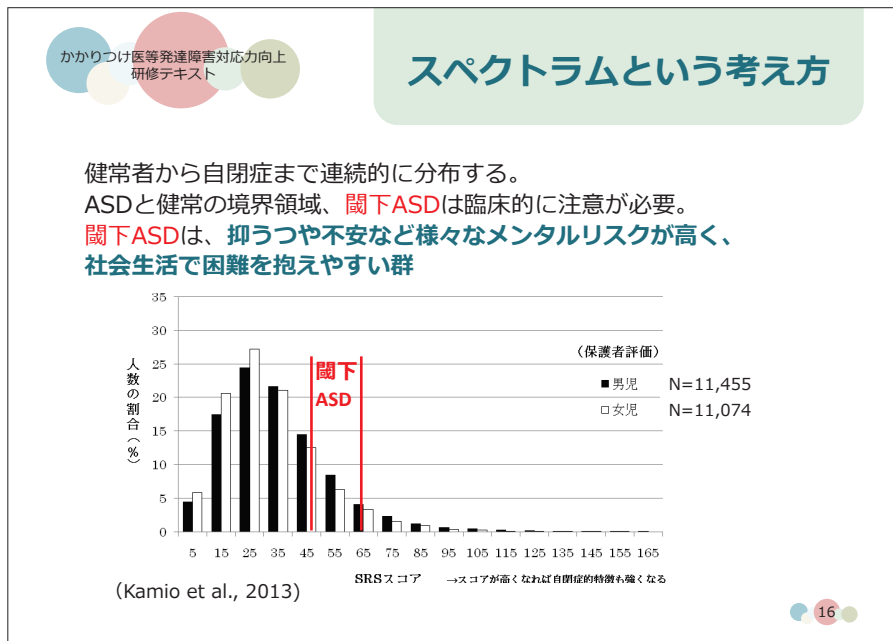
青年期以降、初めて発達障害の診断を受ける場合、本人はもちろんであるが、親のショックも相当大きい。

特に母親は、スライド 12 で述べたような社会のスティグマを経験して傷ついている、あるいは不安全感や自責感を抱えているケースが多い。母親のパーソナリティにもよるが、家庭内外から非難されることが続くと、人とのかかわりを避けて孤立していく。幼児期は比較的子育て支援サービスを受けやすいが、就学後はそういう機会も減る。医師の前では特に緊張し、なかなか本音を話せないケースもあることを配慮する。まずは ASD 児の養育という難しい大仕事を投げ出さずに取り組んでいることをねぎらいたい。そして養育が不適切なせいで ASD になることはないことを念押しし、対応によって改善する問題があることや、子どもの ASD 特性については無理に変えるのではなく、周囲がどのように対応を変えるのが子どもを安心させるのか、ていねいなガイダンスが大切である。未診断ケースでは、親もまた子育て支援がないな

かで苦労したであろうことに共感する。

次のステップに進むためには、本人だけでなく親が納得いくことも大切なので、ガイダンスを行った後に、関連機関に紹介すると、その後も途切れず続きやすい。

発達障害児の親向けに作られたリーフレットの類は良いものが各所で作られて、利用されているが、当事者が青年や成人の場合、親向けに作成されたものは案外少ない。英国の精神科医の Tantam は臨床経験の中でスライドにある助言を行っているという。わが子の将来を案ずる親たちに、希望をもたらし、前に進む勇気がわくかもしれない。



● 診断カテゴリーから量的異常へ

発達障害は、自閉スペクトラム症 (ASD) をその代表として、従来の白か黒かの二者択一的なカテゴリー分類方式から、症状が極端に著しい状態を異常とするディメンジョナルな評価方式にシフトしつつある。DSM-IV では、自閉症、アスペルガー症候群など、PDD は下位分類されていたが、DSM-5 では ASD として程度の違いとして捉えられるようになった。

● なめらかな症状の分布

棒グラフに示すように、ASD 症状は一部の人が持っているのではなく、一般集団で見ると、症状のない人から、少し症状のある人、そして多数の症状のある人まで、連続的に分布する (Kamio et al., Acta Psychiatrica Scandinavica, 2013)。グラフの横軸は、SRS (Social Responsiveness Scale, 対人応答性尺度) 得点の低い子どもが左端に、高い子どもが右端になるように並べている (註: 日本版 SRS-2 の幼児版、児童版は日本文化科学社から 2017 年度に発刊)。ここで注目されたいのは、一般集団内において、ASD 児と非 ASD

を明確に区分するカットオフは存在しないという点である。

● 診断未満 (「診断閾下」)

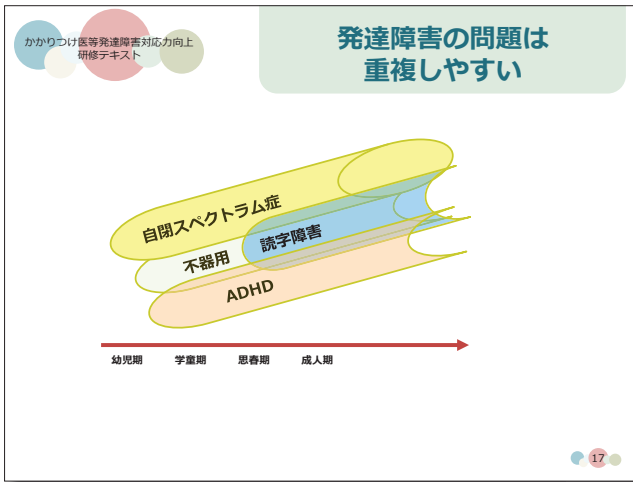
ASD と非 ASD の中間に、診断基準には完全に一致しないが、多くの ASD 症状を呈する「ASD 診断閾下」(いわゆるグレーゾーン) という状態が存在する。

ASD 診断閾下ケースは、うつ病や不安障害、ADHD といったさまざまな発達障害、精神疾患を高頻度で合併し、自殺リスクも高く、臨床的に重要な群である。

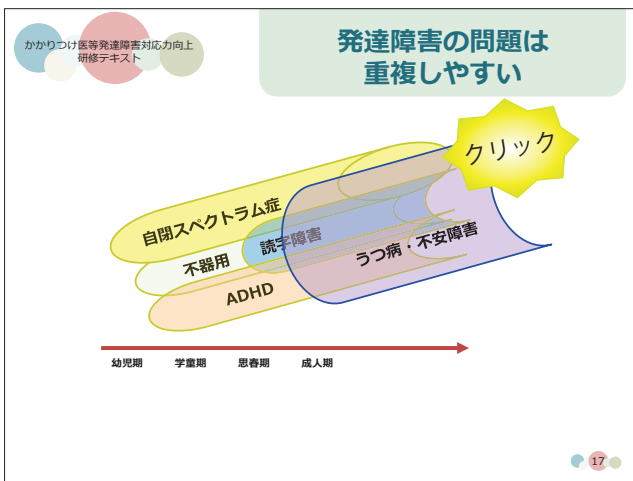
社会に出てから初めて発達障害を疑われる成人の中には、もともとは診断閾下にあったが、環境とのミスマッチで全般的な社会機能低下に至ったと推測されるケースがある。適応に困難を抱えるケースに対しては、児童、成人にかかわらず、発達障害のスクリーニングをルーチンに行うことが望まれる。

併存症も含めて総合的に支援のニーズは決まるので、診断閾下であってもスペクトラム概念に立つと、重要な臨床情報である。診断閾下であっても発達特性を踏まえたガイダンスは有用である。

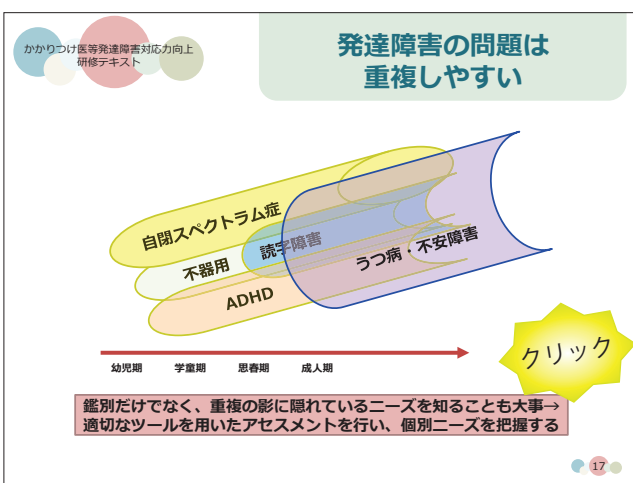
スライド 17



① 発達障害は、ASD、ADHD、不器用、学習障害など、複数の問題が重複しやすい。発達障害の診断可能年齢は診断ごとに異なり、ASD 診断は2歳前後と最も早い。したがって、ASDと幼児期早期に診断されたら、成長とともに他の発達障害の問題が現れてこないかどうか、注意しておく。



② 発達障害以外の精神疾患、たとえばうつ病や不安障害は最も併存率が高い。発達障害の診断のあるケースでは、できるだけルーティンに他の精神症状がないか、日ごろの生活の変化を丁寧に聴取しておくことで、併存症の早期発見・早期対応がしやすくなる。

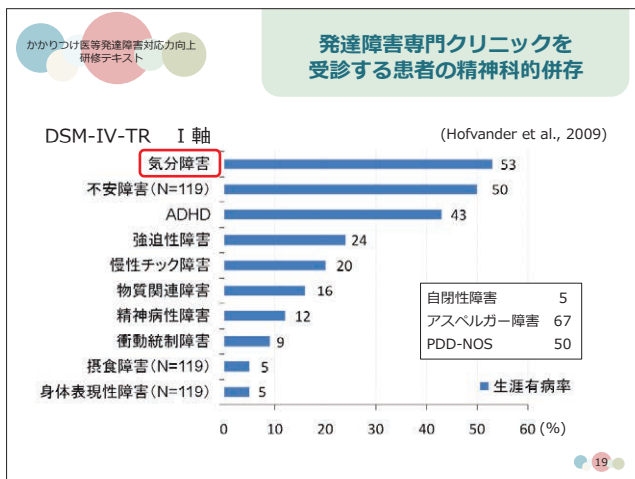


③ これらの異なる診断は鑑別だけでなく、実際に重複することも多いので、影に隠れている症状も確認し、包括的な臨床ニーズを把握しておくことが大事である。これらの組み合わせや症状の重症度などによって、個別ニーズの多様性が生じる。

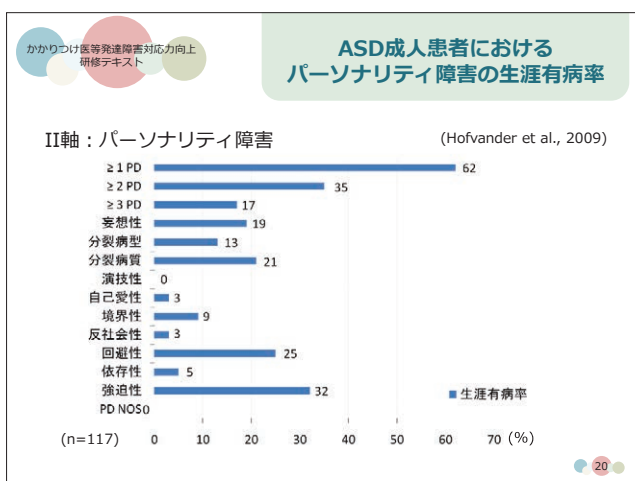
スライド 18・19・20



平均知能の人の多くが、成人になって精神科を初診し、発達障害に気づかれる。



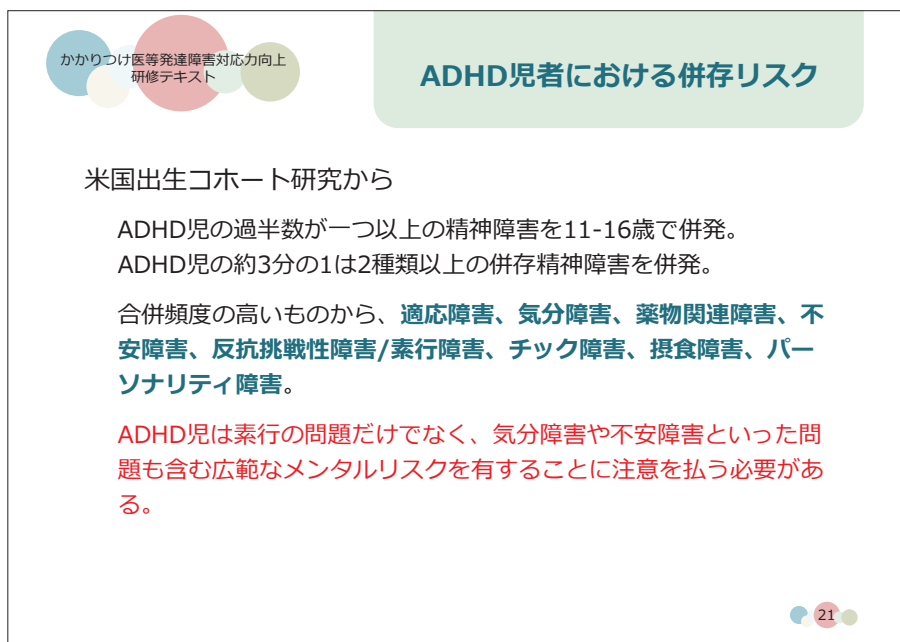
ASD と併存しやすい疾患の間には、遺伝的な関連性が示唆されている。したがって、併存症をすべて2次障害と表現することは、誤解を招く表現といえる。



2軸のパーソナリティ障害との合併の割合を示している。対象の117名のASD患者の62%はいずれかのパーソナリティ障害に該当することになる。最も高頻度のパーソナリティ障害は、強迫性パーソナリティ障害で32%で、次に回避性パーソナリティ障害の25%、分裂病質パーソナリティ障害の21%と続く。

従来のパーソナリティと発達障害の概念は未整理な部分が多く、パーソナリティの問題の影に発達障害特性がある可能性も念頭においておく。

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

ADHD児者における併存リスク

米国出生コホート研究から

ADHD児の過半数が一つ以上の精神障害を11-16歳で併発。
ADHD児の約3分の1は2種類以上の併存精神障害を併発。

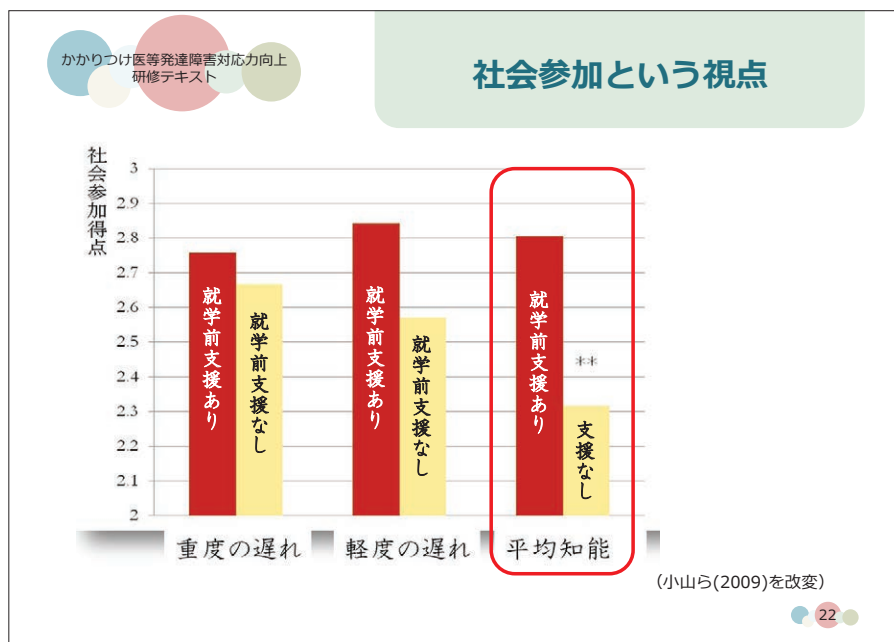
合併頻度の高いものから、**適応障害、気分障害、薬物関連障害、不安障害、反抗挑戦性障害/素行障害、チック障害、摂食障害、パーソナリティ障害。**

ADHD児は素行の問題だけでなく、気分障害や不安障害といった問題も含む広範なメンタルリスクを有することに注意を払う必要がある。

21

ADHD と診断された子ども 343 人と ADHD 診断のない子ども 712 人（精神病性障害、自閉症スペクトラム障害、重度知的障害の診断のある子どもを除く）を 19 歳になるまで追跡した出生コホート研究の結果、ADHD 児の 62%（非 ADHD 児 19%）が一つ以上の精神障害を 11-16 歳で併発していることがわかった。ADHD 児の約 3 分の 1 は 2 種類以上の併存精神障害を併発した。（Yoshimatsu et al., 2012）

併存リスクには性差がなかった。このことは、一見軽症に見える女子ケースの臨床ニーズが、見かけよりも高いことを示唆することに注意されたい。



● 成人期での社会参加と早期診断の関連

スライドは、全国の保健・福祉施設を利用中のPDD成人を対象とした調査結果（小山ら，精神科治療学，2009）を図示したものである。

縦軸は、「どの程度うまく家庭以外の社会に参加して暮らしているか」という主観的な社会参加の程度を示す。社会参加の程度を、知的障害の程度（重度、軽度、平均知能）別に、就学前の診断の有無（≒就学前支援の有無）に分けて示している。


図が示すように、高機能PDD成人では、就学前に診断≒就学前支援のあった人は、就学前に診断を受けていなかった人に比べて、成人期での社会参加が有意に良好であった。

● 成人期の社会参加とライフステージを通じた支援の関連

この調査では、幼児期から成人期までなんらかの支援が継続していたPDD成人は、まったく支援を受けたことがなかったPDD成人または支援が一時期だけで途切れていたPDD成人よりも、社会参加が有意に高いこともわかった。

これらの結果は、早期支援、そしてライフステージを通して途切れのない支援が成人期の社会参加に貢献しうる可能性を示唆している。

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

QOL : 生活の質という視点


ASD成人、ADHD成人のQOL (well-being)は低い。

ASD, ADHDに共通して低QOLに関連する要因
(生きづらさに関連する要因)

- ・ 成人期うつ・不安症状
- ・ 自閉症症状
- ・ ADHD症状
- ・ 女性
- ・ 社会経済的状況



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


発達障害成人の 異なる二つの発達軌跡

- 1. 児童期に療育や特別支援教育、あるいは医療や心理相談などを経験済み**

家族も一定の理解を持っていること、手帳を取得済みで福祉サービスへのアクセスも確保されていることなどから、診療医は、ヒストリーを確認し、現在の主訴に関連する精神症状に焦点を絞って治療をすすめればよい。年齢に応じた新しい健康問題には注意を払う。
- 2. 学校生活で不適応がありながらも適切な対応がなされていなかった（あるいは不適切な対応がなされていた）**

診断（発達障害および合併精神&身体障害）、処遇方針の組み立て後の福祉サービスなどの紹介、本人や家族への説明と同意、をすべて初めて行う。自己肯定感が育っていない。傷つきとプライドに配慮。育ちを理解する。時間をかけて信頼関係を築いていくようにこころがける。





かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

**発達症のある
女性のアンメット・ニーズ**

幼児期


多動、言語、対人症状は男児より目立たない。

思春期前後

友達関係を作れない。孤立に苦しむ。
触法行為。摂食障害。

成人期

表面的には社会的、内面的には問題は深刻。
自己評価、QOLは男性より低い。
男性より自ら精神科を受診する。
結婚生活DV被害や育児困難。
レジリエンスの例：高い言語能力で障害をカバーして適応達成。



● 本当に女性に発達障害が少ないのか

発達障害における有病率は、男性のほうが女性よりも高い。最近の研究では、近年の女性発達障害者に対する気づきの高まりを反映して、従来考えられていた男女比が小さくなる傾向にある。

知的障害 1.3 : 1

特異的言語障害 1 : 1

ASD 3 : 1

ADHD 2 : 1 ~ 4 : 1 (子ども)、1 : 1 (成人)

● 気づかれにくい女性の発達障害

親、教師のいずれも、女兒に対して問題を過小評価しがちである。クリニックに来る児童症例は、男児に偏る傾向がある一方、自ら精神科を受診する成人症例は、女性が多い。

その結果、女性では、発達障害の診断が男性より遅れ、早期支援の機会を逸しているといえる。

● 症状の現れ方の男女差

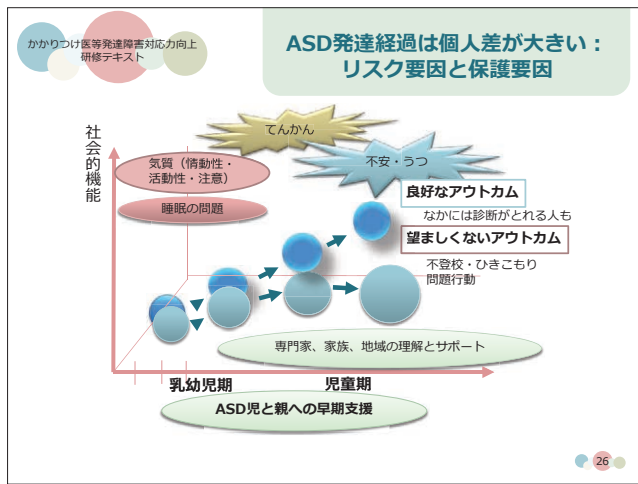
話し言葉や社会的振る舞いは、ASDの女性もASDの男性より上手な傾向がある。ただし、それらは表面的な上手さにとどまり、真の社会的困難を「カモフラージュ」していると指摘されている。ごく一部にはカモフラージュで成功する女性もいるが、多くのASD女性は、内的な疎外感、対人関係の困難感、感覚の問題、うつ病などの併存症状に苦しんでいる。女性では、こだわりが過度に厳しい対人的要求や過度のまとわりつきなどに現れるケースもある (Lai & Baron-Cohen, 2015)。

文献

レディを育てる親と支援者たちへー高機能自閉症スペクトラム障害を持つ女の子の支援について。神奈川県発達障害支援センターのHPからダウンロード可。

<http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/823180.pdf>

スライド 26・27



● 気質と個人差

ASD と診断される子どもの臨床像には個人差が大きい。同様に、発達経過も個人差が大きい。発達経過には、ASD と関連するさまざまなリスク要因と保護要因が関係する。

児側の要因には、発達障害の症状程度その他、心身の併存症の有無や程度、そして「気質」（生まれながらの生理的な情動性、活動性、注意・自己制御における個人差を指す、パーソナリティの起源に当たる）などがある。

気質（テンペラメント）という視点：育児困難を増幅させる要因

親子のフィットネス

- ・ むずかしい
- ・ やりやすい
- ・ ゆっくり (Thomas & Chess, 1980)

ネガティブな情動・活発さ・自己調整の3大因子

- ・ 怒りを爆発させやすい子 → 外在化型行動
- ・ 恐怖心を持ちやすい子 → 内在化型行動
ハイリスクであると同時に、親への介入に最もよく反応する

27

● 子どもの気質と親の養育行動


気質類型の3類型、むずかしい子、やりやすい子、ゆっくりな子 (difficult, easy, slow-to-warm-up) は、児童精神科医の Chess と Thomas によるニューヨーク縦断研究 (1956 ~) に基づいて提案された。

乳幼児の気質を構成する行動特徴 (①活動性、②規則性、③順応性、④接近-撤退、⑤反応閾値、⑥反応強度、⑦気分の質、⑧注意の逸れやすさ、⑨課題への粘り強さ) と親の養育行動がうまく適合 (fit) しているかどうかという視点で提唱されたものである。

● 気質の3大因子と情緒・行動の問題との関係

ネガティブ情動が強く、活発さが強い子どもは児童期に行動の問題 (外在化型行動) を持ちやすい。ネガティブ情動が強い子どもは児童期に情緒の問題 (内在化型行動) を持ちやすい。

ASD の有無や程度にかかわらず、こうした幼児期の気質と児童期の情緒・行動の問題のつながりが認められる (Kamio et al., 2017)。



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・青年期以降の問題

社会適応の問題が明らかになってくる。
 発達障害の**症状**の程度は年齢とともに持続あるいは改善する
 ⇔ **社会適応**や**QOL**の向上に必ずしもつながらない

- 発達障害に加え、精神科的併存症（不安、うつ）が適応を悪化
→ 予防可能
- 学校での集団行動の困難、いじめ、不登校の悪循環
- “反社会的”な性行動・性被害
- “攻撃的”な行動（突発的～計画的）

誤った学習の結果→予防可能

メンタルリスク予防に大切なのは、早期からは発達特性の把握、
 気質の把握、情緒・行動の問題の把握など ← 包括的な評価が必要



● 思春期以降、社会適応の問題が目立ってくる

発達障害の中核症状にのみ注目すると、長期的に軽減傾向にある。にもかかわらず、家庭や学校などでの社会適応は、むしろ問題として目立つようになる。

発達障害の非定型的な情報処理では、幼い時には周囲が先回りしてカバーできても、年齢と場面にふさわしい高度で複雑な意思決定や状況判断は難しい。社会適応、学業、仕事、QOL への影響が現れる。

● 不安・うつの早期発見の大切さ

併存精神症状は思春期以前から現れることも多いが、気づかれるのに時間がかかり、相談や受診は思春期以降に増える。対応が遅れると、不登校につながることもある。いじめの対象になった場合も、自分からは言わないので行動の変化などから早期に発見することが大切である。

● 性行動についての教育

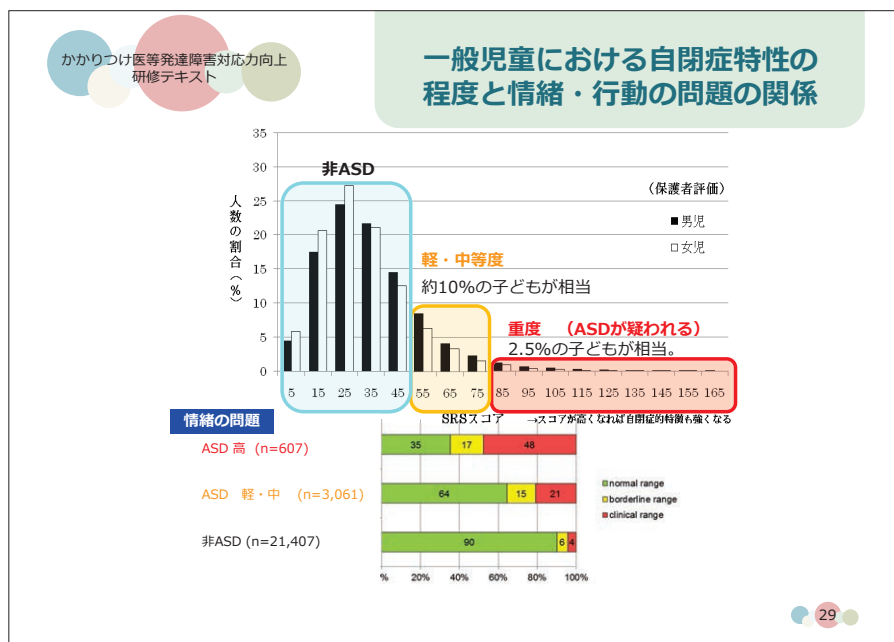
ASD 児は性についての知識や社会に許容されるマナーはどこまでか、ということを自然に学ぶことはない。一般的な社会的マナーを教える必要があるのと同じく、性行動についてもいたずらに禁止するだけでなく、適切な教育が必要である。年齢にみあった知識の不足が問題行動と関係する可能性がある。

● 攻撃的行動

一部の発達障害児者には攻撃的行動がみられる。前述の気質や、環境要因（暴力に晒された経験）などさまざまな要因が関係し、パターン化することがある。身体的に強くなった思春期以降に問題となりやすいが、たいていはそれ以前から攻撃的行動のエピソードがあるので、早期から対応することが必要である。

詳細は「自閉スペクトラム症の併存症の評価と治療」(石飛信)を参照のこと。

スライド 29



● 一般児童における自閉症特性の程度と情緒・行動の問題の関連

スライドの下図は、一般児童（上図（スライド16と同じ））を自閉症特性の程度によって3群、ASD特性が強い群（ASD高；ほぼ診断閾値レベルに相当、赤色）、ASD特性軽・中程度の群（ASD軽・中；診断閾下レベルに相当、黄色）、ASD特性のない群（非ASD；定型発達群に相当、青色）に分けて、それぞれの情緒の問題の程度との関連を示したものである。「情緒の問題」は、国際的な子どものメンタルヘルスの評価尺度である、SDQ（Strengths and Difficulties Questionnaire：子どもの強さと困難さアンケート）を用いて測定し、英国原版にならい上位約10%を臨床レベル（赤色）、次の10%をボーダーライン（黄色）、残りの80%を正常レベル（緑色）と色分けして、先ほどのASD3群にみられる割合を示したのが下の図である（SDQ日本版については後述）。

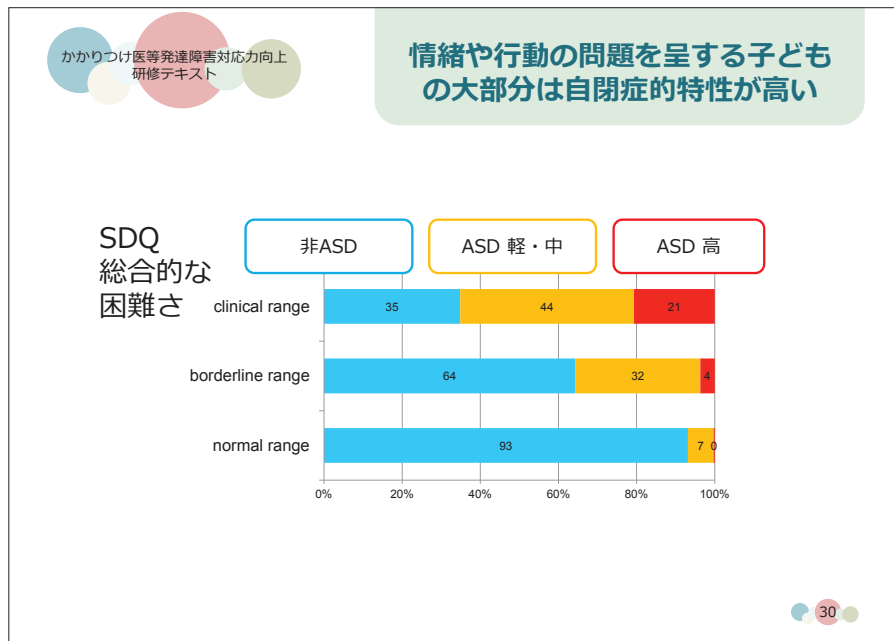
この調査は、全国の小中学校の通常学級に在籍する児童生徒を対象に行われた。結果の要点は、以下の通りである。

- ASD特性高（ほぼ診断群に相当）の約65%で臨床レベルまたはボーダーラインレベルの情緒の問題が報告された。
- ASD特性軽・中（診断閾下レベルに相当）の約3分の1に臨床レベルまたはボーダーラインレベルの情緒の問題が報告された。
- 非ASD特性（定型発達群に相当）では、90%が情緒の問題に関して正常範囲であった。

このことから、ASD特性と診断された子どもだけでなく、診断閾下の子どものも、定型発達の子どもと比べて、情緒の問題を持つリスクが高いことがわかる。行動の問題に関しても、同様のパターンが認められる。ここで注目してほしいのは、診断児だけが支援ニーズを持つのではないということである。診断児よりはるかに多い診断閾下の子どものメンタルヘルスについても注意を促したい。

文献

森脇愛子, 神尾陽子 (2013). 我が国の小・中学校通常学級に在籍する一般児童・生徒における自閉症的行動特性と合併精神症状との関連. 自閉症スペクトラム研究, 10 (1), 11-17.



この図は、前と同じ児童データの並べ方を変えて示したものである。

SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire:子どもの強さと困難さアンケート) を用いて、児童全体を情緒・行動の問題が臨床レベルにある群、ボーダーラインにある群、正常範囲にある群の3群に分けて、それぞれについて、ASD 特性の程度別の3群 (前のスライドの ASD 高、ASD 軽・中度、非 ASD) の割合を赤、黄、青で示している。

註：SDQ の情緒や行動の総合的な困難さは、困難さに関する4つの下位尺度 (情緒、行為、多動 / 不注意、仲間関係) の合計得点で示される。


情緒・行動が臨床レベルの群では、ASD 特性が高い群、軽・中度の群を合わせると、65%になる。

情緒・行動がボーダーラインの群では、ASD 特性が高い群、軽・中度の群を合わせると、3分の1を超える。

情緒・行動が正常範囲の群では、9割以上が定型発達群である。

これらより、不安症状の高い子どもについては、発達障害の診断がない子どもであっても、背景の ASD 特性、または閾下レベルの ASD 特性をチェックすることが、児童の心の健康や学校生活の適応を良くするために大切といえる。

スライド 31



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASD特性のない一般児童


ASD特性のない 一般児童

- 情緒・行為の臨床的な問題を持つ割合は少数。

⇒ **メンタルヘルスの問題が生じても、回復もまた早い。**

31

スライド 32



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

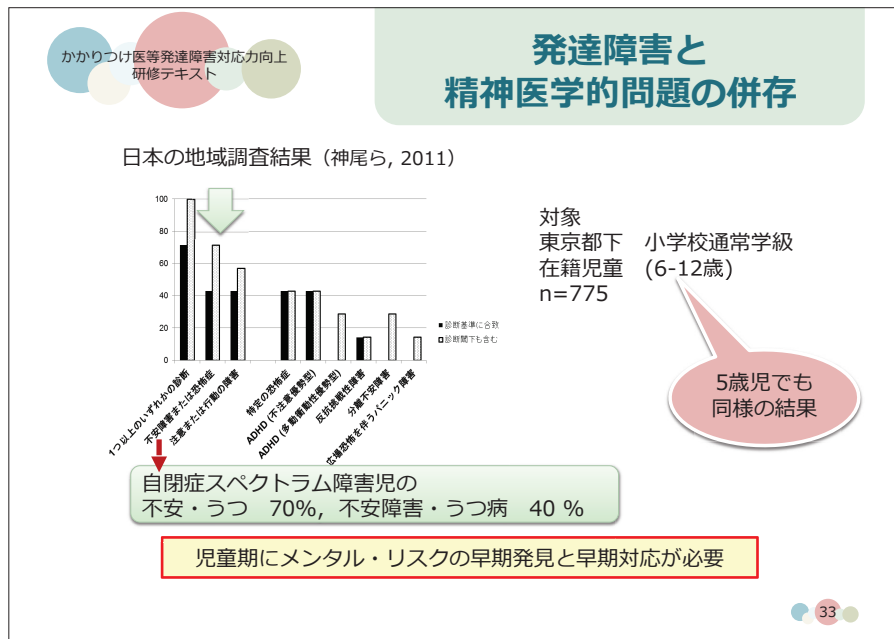
ASD特性を多くもつ児

ASD特性を多くもつ児

- 情緒・行為の臨床的問題を持つ割合はすべての年齢帯において高い。

⇒ **メンタルヘルスの問題は低年齢から持続し、慢性化する可能性。
自然な回復は期待しにくく、早期からの医療的ケア・ニーズが高い。**

32



発達障害は、発達障害同士（たとえば ASD と ADHD、ASD と知的障害、ADHD と読字障害など）の合併が多い上に、発達障害以外の精神疾患（たとえば不安障害、うつ病、摂食障害、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）との合併も多い。むしろ、合併のない「純粋な ASD あるいは ADHD」の方が稀である。

図は、日本の首都圏の一地域における ASD 児を対象として、ASD 以外に診断された精神科的問題とその頻度を示している。

結果は、英国の Simonoff ら（2008）による小学生年齢を対象とした大規模研究とほとんど同じものであった。また、日本の同地域の 5 歳児を対象とした調査結果もほぼ同様であることから、次のようなことがわかる。

ASD 児は、思春期以降に不安障害やうつ病を併発するリスクが高いが、それ以上の高いリスクで、より年少児にも不安症状やうつなどの情緒の問題を抱えている。

ASD 児は、情緒の苦しさを言葉で訴えることが苦手で、表情からもわかりにくいいため、回避行動やパニックが目立つこととなり、親、教師など周囲

の大人から理解されにくい。このため、治療可能な、あるいは適切な対応で乗り越えることが可能なはずの不安症状が、未治療のまま子どもにのしかかっていることが多い。このように、親が問題とする主訴と、子ども本人が苦しんでいる症状との間に乖離があることは珍しくないということに十分に留意して、行動に変化がある場合には、単に「イライラ」と決めつけずに、不安と関連するかどうかという観点からも確認することが大切である。

児童期の精神科的問題も、早期発見と早期対応で治療可能である。慢性化すると、子どもの QOL を落とすだけでなく、成人後の社会的機能に影響する。発達障害のある子どもについては、メンタルヘルス全般について定期的に健康をチェックし、問題がある場合には早期対応が大切である。

スライド 34

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASD者の不安症状の表現： 周囲の感度を上げるために

- ✓ 感情の表出の困難
 - 他者に伝えようとしにくい
 - 他者に察知されにくい（表情表出乏しい）
- ✓ 言語表出の特異性
 - 他者にわかりにくい
- ✓ 行動化する
 - 衝動的、あるいは回避
 - あるいは執着する

対人コミュニケーションが難しい

場面に合わせて柔軟な対応が難しい
感覚過敏

34

● ASDの不安の表現

ASDの対人コミュニケーションの障害と感覚過敏、同一性保持傾向から、ASD児者の不安症状の表現は定型的ではない。


- ・ 他者に伝えたい、わかってもらいたいという欲求がはっきりせず、伝えようとしにくい。
- ・ 表情や態度に表れにくい。または表出されても、わかりにくい。
- ・ 言語で伝えようとした場合にも、まわりくどく、あるいは説明不足で伝わりにくい。
- ・ 衝動的な気質の人は衝動的な行動に走りやすい。
- ・ 不安の強い人は回避的となり、ひきこもる、あるいは強迫傾向が強くなる。

● ASD児者の不安や恐怖の対象

子どもでは動物、虫、一人になること、閉所、高所など、通常不安・恐怖の対象と共通することもよくある。年長になると、社会場面を不安・恐怖するという点では通常と似ていることも多い。ただし、詳細に聞いていくと、不安の発端がユニークであることもあるので、ステレオタイプな不安障害、恐怖症と診断する前に丁寧に情報収集する。

たとえば、

- ・ 赤ちゃんの泣き声を嫌がる
- ・ 他人が大声を怒鳴るのを嫌がる
- ・ 他の子どもが叱られるのを怖がる
- ・ 特定の言葉を嫌がる（NGワード）
- ・ 嫌な出来事と関連した場所や数字などを嫌う
- ・ 強迫的儀式が実施できない場面を避ける
- ・ なくなること、見えなくなることへの不安から物を貯めこむ




かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

ASD児に不安障害を 疑った場合

(Vasa et al., Pediatrics, 2016)

- ✓ 複数の情報源から複数のアセスメントによる情報収集をする
- ✓ DSM-5に即して不安障害かASD症状かの鑑別を行う
- ✓ 不安を引き起こす可能性のある胃腸症状、睡眠、てんかんなどの背景要因がないか確認する
- ✓ 不安を引き起こす可能性のある環境要因、心理社会的ストレスがないか確認する
- ✓ 不安の重症度を確認する
- ✓ 重症ケースは児童精神科医に紹介する
- ✓ 軽症ケースは認知行動療法が第1選択。薬物治療(SSRI)は慎重に使う。有効なこともある。



ASD 児の隠れた不安障害の下位分類（社交不安症、パニック症、全般不安症など）を特定する診断プロセスは時間を要し、一定の経験がないと難しいかもしれない。しかしながら、精神的診断に不慣れた小児科診療においても、不安障害という大きな括りで隠れた問題、しかも治療可能な問題を特定することはその後の治療を方向づけるという点で大きな意味があるだろう。

米国の Pediatrics 誌 (Vasa et al., 2016) にプライマリ医に向けた ASD 児の不安障害の評価と治療に関する ASD 専門チームによる提言が発表されている。それによると、スライドのような手順で不安障害の評価を行うことが推奨されている。

● 不安症状のアセスメント

日本の子どもに用いることができる不安に特化した簡便な質問紙には、SCAS スペンス児童用不安尺度（小学3年～中学3年）が、情緒の問題を下位尺度に含む全般的なメンタルな問題に関する簡便な質問紙に SDQ（子どもの強さと困難さアンケート）（4～17歳）がある。

● 不安障害か ASD かの鑑別

ASD の子どもが大勢の子どもの集まる場所を避け

る場合、対人的不安を主症状とする社交不安症なのか、感覚過敏が強いために、苦手な聴覚刺激を回避しようとする行動なのか、みきわめる。

● 軽症な不安障害、心身症など不安症状を抱える ASD 児は多くいる

この ASD 専門チームによる提言では、軽症ケースであれば、早期対応で改善することから、かかりつけ医にも初期対応を求めている。

標準的な治療（環境調整、ASD 用に修正した CBT、必要に応じて薬物治療）で、なかなか改善しないケースや重症ケースは、迷わず児童精神科などの専門家に紹介するように、とされている。今後、わが国でも ASD 児の不安症状に対応できる小児科医が増えれば、問題が慢性化して悪循環に陥ってひきこもりに至るようなケースが減ることは確実であろう。

日ごろから、児童精神科や精神保健専門家とのネットワークを作っておくことが大切である。

文献

Vasa R.A. et al. Assessment and treatment of anxiety in youth with autism spectrum disorders. Pediatrics 2016; 137: S115 DOI:10.1542/peds.2015-2851J

スライド 36

学校での特別支援に
地域医療が協力できること

- **1次予防** 発達障害の知識、精神疾患の知識、環境調整、仕組みづくり
- **2次予防** 早期発見、早期対応（健診）
- **3次予防** 学校復帰（不登校問題）とフォロー

学校内での発達障害のある子どものさまざまな健康問題に対して、学校をプラットフォームとするさまざまな学校内外リソースを活用した支援がされつつある。地域医療は、校医、養護教諭を中心とする学校での健康支援に資するよう、情報提供、助言など積極的にサポートし、情報交換していくことが重要である。

1次予防

多分野の協働による健康教育の推進、地域と学校が連携した健康等に関する講習会の開催、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーなどの配置の推進、地域保健福祉と学校との連携強化を通して、精神疾患への偏見を減らし、正しい科学的知識に基づいた理解（メンタルヘルスリテラシーと呼ばれる）を深めることが、学校での1次予防の鍵となる。学校医は学校保健委員会への積極的参加などを通して、学校が子どもの安心できる環境となるための課題に気づき、対応の改善を助言、提案するなど。

2次予防

健康診断の機会、発達障害の状態像の定期的な確認や、精神的な問題の早期発見に役立つである

う。心の健康や発達障害児の対応については、医療化しすぎず、学校の対応力の向上がさらに望まれる。そのために、地域医療は教育と連携して、もっとサポートできるよう地域でシステムを見直すことが大切である。

学校保健安全法のH28改正により毎年実施することになった学校での保健調査にメンタルな問題についての項目を取り入れて、早期発見と学校内での早期対応に努める。患者である子どもについて学校でケース会議が開催されることになれば、親の同意をとったうえで情報提供や情報共有などできるだけ統一的な理解と対応が進むように協力する。

3次予防

不登校状態にある学童の学校復帰や社会参加のための支援が相当する。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、教育だけでなく、医療、福祉など複数の社会資源を活用することが、孤立させずに社会参加に導くことにつながる。

福祉サービスの対象としては、現行法下では発達障害は、「精神障害者」に含まれる「障害児・者」

として位置づけられている。自立支援医療、障害者手帳、障害児手当などの申請時と更新時には診断書作成が必要である。

かかりつけ医は教育と医療の連携など地域内連携の重要な要となっていくことが期待される。一方、専門性の異なる相手との連携行動は労力と時間のエフォートが大きいのも事実である。個々の医師の努力だけでなく、地域内の既存の仕組みを使った連携活動の活性化が必要不可欠である（好事例を参考にされたい）。

スライド 37

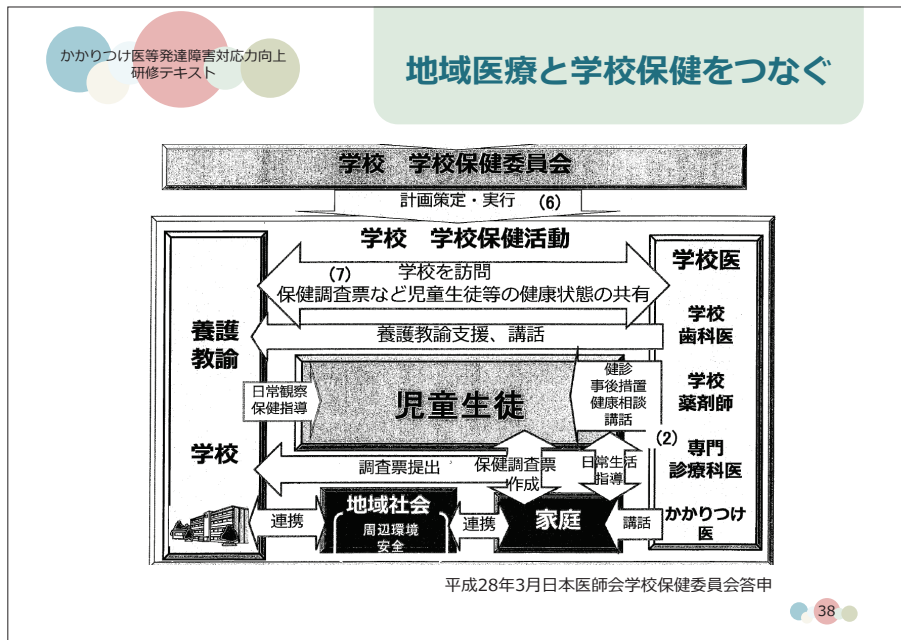
かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

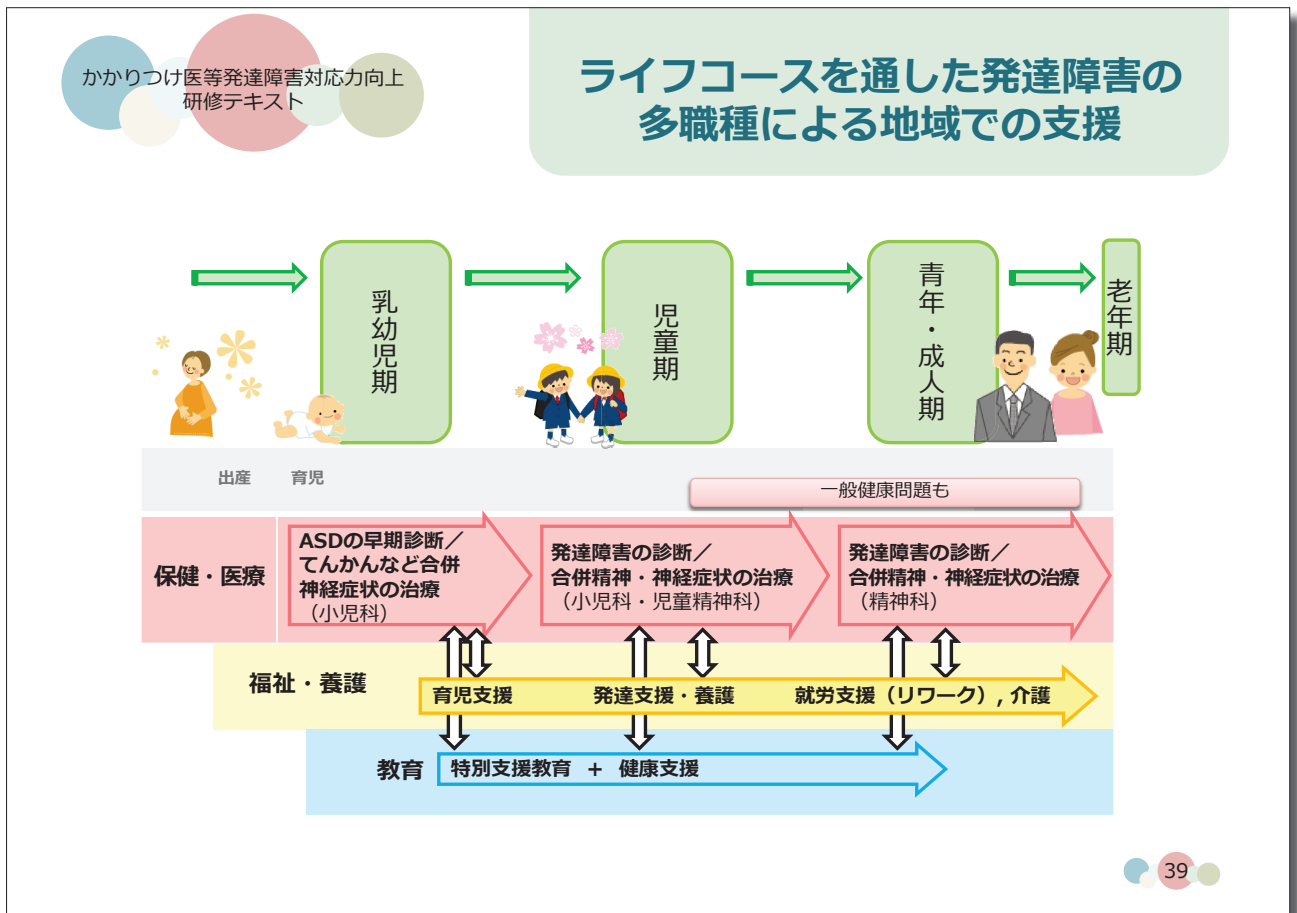
児童青年のメンタルリスク への予防的介入

- ✓ 診断よりも**症状**に注目する。
- ✓ 複数の情報源からの情報収集 (親/教師/本人)
- ✓ 包括的なアセスメント
(全般的な精神病理、発達特性)
- ✓ 定期的なアセスメント
(多くの子どもは回復、症状の持続が問題)

37

スライド 38



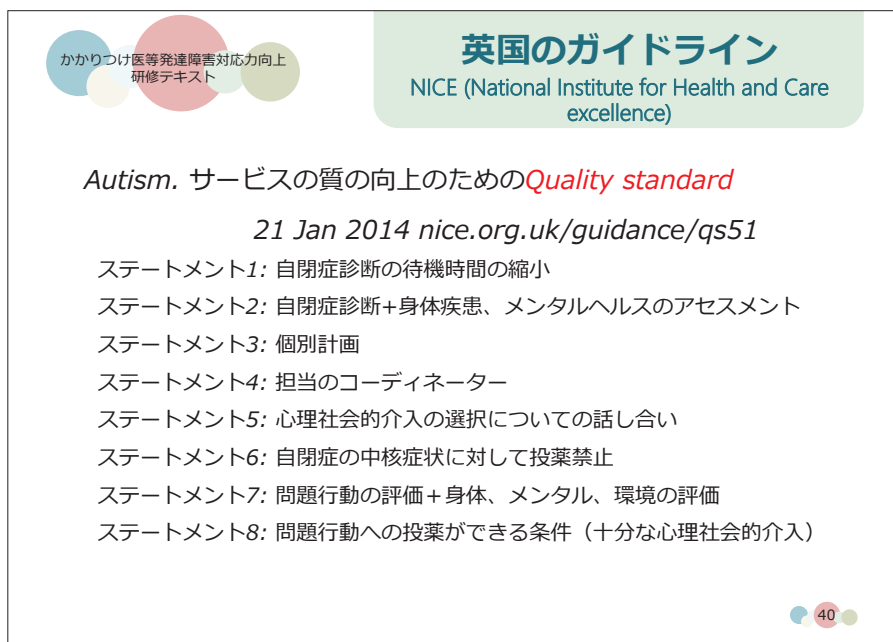


日本においても、エビデンスに基づく国の方針のもと、早期発見、早期支援を発達障害施策のかなめとして、整備が進められている。図は理想的な流れを示す。早期支援の効果をより効率的にアップさせるためには、現在、機能的につながっておらず、渋滞していたり切れている点と点を、つないでいくことが必須である。

発達障害の人は、大人になると、精神科医療や神経学的治療だけでなく、肥満、消化器症状など一般身体医療ニーズも、一般の人よりも高いことがわかってきた。まだ対策が進んでいない老年期における糖尿病、高血圧、パーキンソン病などの頻度が高いという報告もある。

ライフコースを通して、地域の保健・医療、福祉・養護・介護、教育が有機的に連携できれば、社会資源の有効活用が進み、支援の効率化が期待できる。

スライド 40



かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

英国のガイドライン
NICE (National Institute for Health and Care
excellence)

Autism. サービスの質の向上のためのQuality standard

21 Jan 2014 nice.org.uk/guidance/qs51

ステートメント1: 自閉症診断の待機時間の縮小
ステートメント2: 自閉症診断+身体疾患、メンタルヘルスのアセスメント
ステートメント3: 個別計画
ステートメント4: 担当のコーディネーター
ステートメント5: 心理社会的介入の選択についての話し合い
ステートメント6: 自閉症の中核症状に対して投薬禁止
ステートメント7: 問題行動の評価+身体、メンタル、環境の評価
ステートメント8: 問題行動への投薬ができる条件（十分な心理社会的介入）

40

国レベルでの ASD や ADHD の診療ガイドラインはわが国にはないが、近年、欧米のみならず、インド、シンガポールでも作成されている（英語のみ）。

国際的ガイドライン評価ツール AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)-II (<http://minds4.jcqhc.or.jp/minds/guideline/pdf/AGREE2jpn.pdf>) は、ガイドラインの「対象と目的」、「利害関係者の参加」、「作成の厳密さ」、「提示の明確さ」、「適用可能性」、「編集の独立性」の観点からガイドラインの質を評価する。ASD のガイドラインのレビューでは、すべての領域で高い評価がなされたのは唯一英国の NICE ガイドラインであった。このことは臨床現場における発達障害診療のあり方、特に誰が何を使って診断するのが良いのか、についてはまだ十分なエビデンスがないことを反映している。

スライドに挙げた 8 つのステートメントは、既存の ASD サービスの見直しのために作成され、NICE ガイドラインとともに参照することが推奨されている。

文献

NICE ガイドライン（ホームページからダウンロード可）

ASD

Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: RCOG Press; 2011

Autism: The Management and Support of Children and Young People on the Autism Spectrum. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; 2013 Aug.

Autism: Recognition, Referral, Diagnosis and Management of Adults on the Autism Spectrum. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; 2012

ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; 2009

《参考資料》

SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire : 子どもの強さと困難さアンケート)

子どもの情緒や行動の問題を包括する全般的なメンタルな問題についての親あるいは教師評定の質問紙で、英国で開発され、世界中で広く用いられている (<http://www.sdqinfo.org>)。日本語版は開発者らのHP(youthinmind <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Japanese>) でダウンロードできる。厚生労働省のHP(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/h7_04d.html) でも日本語版をすぐにみることができ、オリジナルサイトに入ることも可能である。

【対象】

2～4歳児対象の幼児版と4～15歳児対象の児童。

【項目内容】

困難さに関する4つの下位尺度(情緒の問題、行為の問題、多動/不注意、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、それぞれ5項目、計25項目の質問が含まれる。

【得点化】

各項目について3件法で評定する(下位尺度得点範囲0-10点;向社会性は高いほど強く、それ以外は高いほど困難)。困難さの4つの下位尺度を合計し(0-10点)、総合的な困難さ(TDS)として得点化して用いられることが多い(0-40点)。計算方法はHPに示されている(<http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/c0.py>)。日本語版のオンラインでの計算式は現在、準備中である。

【使用方法】

①小児科や児童精神科の臨床において、問診時などにメンタル全体および領域別の問題を把握するために、親に、また可能なら教師、本人(11歳以上)からの回答も収集する。TDS得点だけでなく、どの領域に困難がみられるかという特徴にも注意を払う必要がある。SDQ得点は、年齢や性、そして評定者によって変わるので、一般日本人児童の該当する標準得点を参照していただきたい(<http://www.sdqinfo.com/norms/JapaneseNorms.html>)。表1に年齢帯別、男女別の親評定SDQ得点の標準値の平均^{1,2)}を、表2に4-5歳児における親評定SDQ TDSの男女別度数分布¹⁾を示したので、見比べていただくとわかるように、年齢、性によって得点の分布に違いがある。たとえば、表2でみると、上位から約5%以上のTDS高得点のケースは、男児ならば17点以上となるが、女児では15点以上となる。しかしながら、実際のメンタルの問題の有病率について、わが国ではデータがないため、カットオフが妥当かどうか、そして得点分布の男女差が真の有病率の差を反映しているかどうかは不明である。つまり、男女で同じ得点をカットオフに用いると、女児ではリスクの過小評価(偽陰性)、あるいは男児では過大評価(偽陽性)の可能性もありうる。こうしたことから開発者との議論の結果、youthinmindにはカットオフを掲載しないことになった経緯がある。このことは、SDQをスクリーニングとして使用する際の妥当性の根拠にかかわる重要な点であり、一人の評定者の得点結果が陽性、陰性だけで判断することには慎重でなくてはならない。質問紙一般に言えることであるが、「子どもの置かれている環境や評価する者の実態把握の違いにより、評価に違いが見られる」ことはしばしばあり、「1ランク程度の差はよくある」³⁾。だからこそ、可能な限り、親、教師、

本人からも回答を得、それらを総合的に解釈し、見立てに迷うようであれば、メンタルヘルスの専門家の判断を求めることが望ましい。得点の高い方から約 10% を臨床範囲，次の約 10% をボーダーライン，残り 80% を正常範囲とするのは、主に研究における慣習であって、臨床的にはスクリーニングとしての妥当性検証がなされてはじめてエビデンスのあるものとなりうることに留意されたい。

文献

- 1) 飯田悠佳子，森脇愛子，小松佐穂子，神尾陽子：わが国の就学前幼児（4-5 歳）における保護者及び担任評定にもとづく Strength and Difficulties Questionnaire の標準化．平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 精神障害分野「就学前後の児童における発達障害の有病率とその発達の变化：地域ベースの横断的および縦断的研究（研究代表者：神尾陽子）」総括・分担研究報告書，pp33-41，2014 年 3 月。
- 2) Moriwaki A, Kamio Y. Normative data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Japanese school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.2014, 8:1.doi: 10.1186/1753-2000-8-1
- 3) 伊住浩史 (2017). チェックリスト評価上の注意点 :LD,ADHD,PDD. 小児科医のための子どものこころの相談ガイドブック（改訂 3 版）. 山口県小児科医会編 . Pp.13-14. 山口県小児科医会

日本人児童における親評定SDQの平均得点 (標準偏差)：年齢別、男女別

1.1) 4-5 歳

	合計 (N=1335)	男児 (N=687)	女児 (N=648)
総合的な困難さ TDS	7.5 (4.7)	7.9 (4.8)	7.0 (4.5)
情緒の問題	1.5 (1.6)	1.4 (1.6)	1.6 (1.7)
行為の問題	1.8 (1.5)	2.0 (1.6)	1.7 (1.4)
多動・不注意	2.9 (2.1)	3.2 (2.2)	2.5 (1.9)
仲間関係の問題	1.3 (1.4)	1.3 (1.5)	1.2 (1.3)
向社会性	7.0 (2.0)	6.6 (2.0)	7.4 (1.9)

1.2) 7-9 歳

	合計 (N=10,044)	男児 (N=5149)	女児 (N=4895)
総合的な困難さ TDS	8.4 (5.1)	9.0 (5.3)	7.8 (4.8)
情緒の問題	1.6 (1.8)	1.5 (1.7)	1.7 (1.8)
行為の問題	2.0 (1.6)	2.2 (1.6)	1.8 (1.5)
多動・不注意	3.3 (2.3)	3.7 (2.4)	2.8 (2.1)
仲間関係の問題	1.5 (1.6)	1.6 (1.7)	1.4 (1.5)
向社会性	6.2 (2.1)	5.8 (2.1)	6.6 (2.0)

1.3) 10-12 歳

	合計 (N=8479)	男児 (N=4315)	女児 (N=4164)
総合的な困難さ TDS	7.1 (4.9)	7.6 (5.2)	6.7 (4.6)
情緒の問題	1.3 (1.7)	1.3 (1.6)	1.4 (1.7)
行為の問題	1.7 (1.5)	1.8 (1.6)	1.6 (1.4)
多動・不注意	2.7 (2.1)	3.0 (2.3)	2.3 (1.9)
仲間関係の問題	1.4 (1.6)	1.5 (1.7)	1.4 (1.5)
向社会性	6.2 (2.2)	6.0 (2.2)	6.5 (2.1)

1.4) 13-15 歳

	合計 (N=5908)	男児 (N=2964)	女児 (N=2944)
総合的な困難さ TDS	6.8 (4.9)	6.9 (5.1)	6.7 (4.8)
情緒の問題	1.2 (1.7)	1.0 (1.5)	1.4 (1.8)
行為の問題	1.6 (1.4)	1.6 (1.5)	1.6 (1.4)
多動・不注意	2.5 (2.0)	2.7 (2.1)	2.2 (1.8)
仲間関係の問題	1.5 (1.7)	1.5 (1.7)	1.5 (1.6)
向社会性	5.9 (2.2)	5.6 (2.2)	6.2 (2.1)

	All children (N=4800)	Boys (N=2400)	Girls (N=2400)
Total difficulties	7.4 (5.0)	7.9 (5.2)	7.0 (4.6)
Emotional symptoms	1.4 (1.7)	1.3 (1.6)	1.5 (1.7)
Conduct problems	1.8 (1.5)	1.9 (1.6)	1.7 (1.4)
Hyperactivity/ inattention	2.8 (2.1)	3.2 (2.3)	2.5 (1.9)
Peer problems	1.4 (1.6)	1.5 (1.6)	1.4 (1.5)
Prosocial behaviour	6.3 (2.2)	6.0 (2.2)	6.6 (2.1)

Mean scores (standard deviations) on the Teacher SDQ for Japanese children

2.1) Means (standard deviations) for 4-5 year olds

	All children (N=402)	Boys (N=201)	Girls (N=201)
Total difficulties	6.1 (5.3)	7.5 (5.8)	4.7 (4.4)
Emotional symptoms	1.5 (2.0)	1.7 (2.1)	1.4 (1.9)
Conduct problems	1.1 (1.7)	1.6 (1.9)	0.7 (1.2)
Hyperactivity/ inattention	2.3 (2.4)	3.0 (2.6)	1.6 (1.9)
Peer problems	1.1 (1.6)	1.2 (1.7)	0.9 (1.4)
Prosocial behaviour	6.6 (2.7)	5.7 (2.7)	7.5 (2.4)

2.2) Means (standard deviations) for 7-9 year olds

	All children (N=3153)	Boys (N=1578)	Girls (N=1575)
Total difficulties	5.8 (5.7)	7.1 (6.1)	4.4 (4.9)
Emotional symptoms	0.9 (1.6)	1.0 (1.6)	0.9 (1.5)
Conduct problems	1.1 (1.6)	1.3 (1.8)	0.8 (1.3)
Hyperactivity/ inattention	2.5 (2.6)	3.3 (2.8)	1.6 (2.0)
Peer problems	1.3 (1.7)	1.5 (1.8)	1.2 (1.6)
Prosocial behaviour	6.5 (2.7)	5.7 (2.7)	7.2 (2.5)

2.3) Means (standard deviations) for 10-12 year olds

	All children (N=2902)	Boys (N=1468)	Girls (N=1434)
Total difficulties	4.9 (5.2)	6.2 (5.7)	3.5 (4.2)
Emotional symptoms	0.7 (1.4)	0.8 (1.5)	0.7 (1.3)
Conduct problems	0.9 (1.5)	1.2 (1.7)	0.6 (1.1)
Hyperactivity/ inattention	2.0 (2.3)	2.8 (2.6)	1.2 (1.5)
Peer problems	1.3 (1.7)	1.4 (1.9)	1.1 (1.6)
Prosocial behaviour	6.5 (2.7)	5.8 (2.7)	7.2 (2.5)

2.4) Means (standard deviations) for 13-15 year olds

	All children (N=1830)	Boys (N=924)	Girls (N=906)
Total difficulties	4.5 (4.7)	5.3 (5.1)	3.7 (4.1)
Emotional symptoms	0.6 (1.2)	0.6 (1.2)	0.6 (1.3)
Conduct problems	0.8 (1.3)	1.0 (1.5)	0.6 (1.1)
Hyperactivity/ inattention	1.8 (2.0)	2.2 (2.3)	1.3 (1.6)
Peer problems	1.3 (1.7)	1.5 (1.9)	1.1 (1.5)
Prosocial behaviour	6.3 (2.8)	5.7 (2.8)	6.9 (2.5)

2.5) Means (standard deviations) for 4-15 year olds (in order to give the very differently sized age groups similar weight, these analyses use a sample comprising a randomly selected 200 boys and 200 girls from each age group)

	All children (N=1600)	Boys (N=800)	Girls (N=800)
Total difficulties	5.4 (5.3)	6.4 (5.6)	4.3 (4.7)
Emotional symptoms	1.0 (1.6)	1.0 (1.6)	0.9 (1.6)
Conduct problems	1.0 (1.5)	1.2 (1.7)	0.7 (1.3)
Hyperactivity/ inattention	2.1 (2.3)	2.8 (2.5)	1.5 (1.9)
Peer problems	1.3 (1.7)	1.5 (1.9)	1.1 (1.6)
Prosocial behaviour	6.4 (2.7)	5.7 (2.7)	7.1 (2.5)

日本人児童（4－5歳）における親評定SDQ得点の
男女別度数分布表

総合的な困難さ(TDS)

得点	合計 (N = 1335)		男児 (N = 687)		女児 (N = 648)	
	%	累積 %	%	累積 %	%	累積 %
0	2.0%	2.0%	1.6%	1.6%	2.5%	2.5%
1	4.4%	6.4%	2.9%	4.5%	6.0%	8.5%
2	5.8%	12.2%	5.4%	9.9%	6.2%	14.7%
3	7.7%	19.9%	7.0%	16.9%	8.5%	23.2%
4	10.0%	29.9%	9.5%	26.4%	10.5%	33.6%
5	8.7%	38.6%	8.2%	34.5%	9.3%	42.9%
6	9.2%	47.8%	8.7%	43.2%	9.7%	52.6%
7	8.2%	56.0%	7.9%	51.1%	8.6%	61.3%
8	8.9%	64.9%	10.6%	61.7%	7.1%	68.4%
9	6.6%	71.5%	6.8%	68.6%	6.3%	74.7%
10	5.8%	77.3%	5.8%	74.4%	5.7%	80.4%
11	4.8%	82.1%	5.4%	79.8%	4.2%	84.6%
12	3.5%	85.6%	4.2%	84.0%	2.8%	87.4%
13	3.8%	89.4%	3.6%	87.6%	3.9%	91.2%
14	2.7%	92.1%	3.5%	91.1%	1.9%	93.1%
15	2.1%	94.2%	1.9%	93.0%	2.3%	95.4%
16	1.5%	95.7%	1.9%	94.9%	1.1%	96.5%
17	0.8%	96.5%	0.7%	95.6%	0.9%	97.4%
18	0.8%	97.3%	1.0%	96.7%	0.6%	98.0%
19	0.8%	98.1%	1.0%	97.7%	0.5%	98.5%
20	0.5%	98.5%	0.6%	98.3%	0.3%	98.8%
21	0.5%	99.0%	0.6%	98.8%	0.5%	99.2%
22	0.2%	99.2%	0.0%	98.8%	0.3%	99.5%
23	0.4%	99.6%	0.3%	99.1%	0.5%	100.0%
24	0.3%	99.9%	0.6%	99.7%	0.0%	100.0%
25-40	0.2%	100.0%	0.3%	100.0%	0.0%	100.0%

Emotional symptoms score

Score	Total (N = 1335)		Boys (N = 687)		Girls (N = 648)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	35.7%	35.7%	38.3%	38.3%	32.9%	32.9%
1	24.4%	60.1%	23.4%	61.7%	25.5%	58.3%
2	17.4%	77.5%	17.5%	79.2%	17.3%	75.6%
3	11.5%	89.0%	11.8%	91.0%	11.3%	86.9%
4	5.0%	94.0%	4.5%	95.5%	5.6%	92.4%
5	2.9%	96.9%	2.0%	97.5%	3.9%	96.3%
6	2.0%	98.9%	1.9%	99.4%	2.0%	98.3%
7	0.5%	99.4%	0.2%	99.6%	0.9%	99.2%
8-10	0.6%	100.0%	0.4%	100.0%	0.8%	100.0%

Conduct problems score

Score	Total (N = 1335)		Boys (N = 687)		Girls (N = 648)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	19.6%	19.6%	16.7%	16.7%	22.7%	22.7%
1	28.9%	48.5%	28.7%	45.4%	29.2%	51.9%
2	23.3%	71.8%	22.3%	67.7%	24.4%	76.2%
3	14.2%	86.0%	15.9%	83.6%	12.4%	88.6%
4	8.1%	94.1%	9.2%	92.7%	6.9%	95.5%
5	3.8%	97.8%	3.9%	96.7%	3.6%	99.1%
6	1.3%	99.1%	1.9%	98.5%	0.6%	99.7%
7	0.6%	99.7%	0.9%	99.4%	0.3%	100.0%
8	0.2%	99.9%	0.4%	99.9%	0.0%	100.0%
9-10	0.1%	100.0%	0.2%	100.0%	0.0%	100.0%

Hyperactivity score

Score	Total (N = 1335)		Boys (N = 687)		Girls (N = 648)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	10.6%	10.6%	8.0%	8.0%	13.3%	13.3%
1	16.7%	27.3%	13.8%	21.8%	19.8%	33.0%
2	23.1%	50.3%	22.0%	43.8%	24.2%	57.3%
3	16.0%	66.3%	16.6%	60.4%	15.3%	72.5%
4	13.5%	79.8%	14.6%	75.0%	12.4%	84.9%
5	8.4%	88.2%	9.9%	84.9%	6.8%	91.7%
6	4.8%	93.0%	4.8%	89.7%	4.8%	96.5%
7	3.7%	96.6%	5.1%	94.8%	2.2%	98.6%
8	2.0%	98.7%	2.8%	97.5%	1.2%	99.9%
9	1.0%	99.6%	1.8%	99.3%	0.2%	100.0%
10	0.4%	100.0%	0.7%	100.0%	0.0%	100.0%

Japanese children aged 4-5

3

Peer problems score

Score	Total (N = 1335)		Boys (N = 687)		Girls (N = 648)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	35.8%	35.8%	35.2%	35.2%	36.4%	36.4%
1	31.3%	67.1%	31.2%	66.4%	31.5%	67.9%
2	17.8%	84.9%	16.5%	82.8%	19.3%	87.2%
3	7.9%	92.9%	8.9%	91.7%	6.9%	94.1%
4	3.3%	96.2%	3.9%	95.6%	2.6%	96.8%
5	2.5%	98.7%	2.6%	98.3%	2.3%	99.1%
6	0.9%	99.6%	1.2%	99.4%	0.6%	99.7%
7-10	0.5%	100.0%	0.6%	100.0%	0.3%	100.0%

Prosocial behaviour score

Score	Total (N = 1335)		Boys (N = 687)		Girls (N = 648)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0-1	0.9%	0.9%	1.3%	1.3%	0.5%	0.5%
2	1.0%	1.9%	1.8%	3.1%	0.2%	0.6%
3	2.4%	4.3%	3.6%	6.7%	1.1%	1.7%
4	5.2%	9.5%	5.5%	12.2%	4.9%	6.6%
5	14.7%	24.2%	17.9%	30.1%	11.3%	17.9%
6	17.5%	41.7%	19.7%	49.8%	15.3%	33.2%
7	18.2%	59.9%	17.3%	67.1%	19.1%	52.3%
8	14.1%	74.0%	13.7%	80.8%	14.5%	66.8%
9	13.9%	87.9%	11.9%	92.7%	15.9%	82.7%
10	12.1%	100.0%	7.3%	100.0%	17.3%	100.0%

**Frequency distributions on the Teacher SDQ for Japanese
children aged 4-5 years**

Total difficulties score

Score	Total (N = 402)		Boys (N = 201)		Girls (N = 201)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	8.7%	8.7%	3.0%	3.0%	14.4%	14.4%
1	11.7%	20.4%	11.0%	13.9%	12.4%	26.9%
2	11.2%	31.6%	7.0%	20.9%	15.4%	42.3%
3	10.5%	42.0%	9.5%	30.4%	11.4%	53.7%
4	6.5%	48.5%	6.5%	36.8%	6.5%	60.2%
5	6.2%	54.7%	8.0%	44.8%	4.5%	64.7%
6	6.7%	61.4%	5.5%	50.3%	8.0%	72.6%
7	6.2%	67.7%	7.5%	57.7%	5.0%	77.6%
8	7.2%	74.9%	10.0%	67.7%	4.5%	82.1%
9	3.7%	78.6%	5.0%	72.6%	2.5%	84.6%
10	2.7%	81.3%	4.0%	76.6%	1.5%	86.1%
11	2.0%	83.3%	2.5%	79.1%	1.5%	87.6%
12	1.7%	85.1%	0.5%	79.6%	3.0%	90.6%
13	4.0%	89.1%	4.0%	83.6%	4.0%	94.5%
14	2.0%	91.0%	1.0%	84.6%	3.0%	97.5%
15	1.7%	92.8%	3.0%	87.6%	0.5%	98.0%
16	2.0%	94.8%	3.5%	91.0%	0.5%	98.5%
17	1.0%	95.8%	1.0%	92.0%	1.0%	99.5%
18	2.0%	97.8%	3.5%	95.5%	0.5%	100.0%
19	0.3%	98.0%	0.5%	96.0%	0.0%	100.0%
20	0.3%	98.3%	0.5%	96.5%	0.0%	100.0%
21	0.5%	98.8%	1.0%	97.5%	0.0%	100.0%
22	0.5%	99.3%	1.0%	98.5%	0.0%	100.0%
23	0.3%	99.5%	0.5%	99.0%	0.0%	100.0%
24	0.0%	99.5%	0.0%	99.0%	0.0%	100.0%
25-40	0.5%	100.0%	1.0%	100.0%	0.0%	100.0%

Japanese children aged 4-5

5

Emotional symptoms score

Score	Total (N = 402)		Boys (N = 201)		Girls (N = 201)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	43.5%	43.5%	41.8%	41.8%	45.3%	45.3%
1	17.7%	61.2%	14.4%	56.2%	20.9%	66.2%
2	15.2%	76.4%	17.9%	74.1%	12.4%	78.6%
3	8.7%	85.1%	8.5%	82.6%	9.0%	87.6%
4	5.5%	90.6%	5.5%	88.1%	5.5%	93.0%
5	3.2%	93.8%	5.0%	93.0%	1.5%	94.5%
6	3.2%	97.0%	4.0%	97.0%	2.5%	97.0%
7	1.2%	98.3%	1.5%	98.5%	1.0%	98.0%
8-10	1.7%	100.0%	1.5%	100.0%	2.0%	100.0%

Conduct problems score

Score	Total (N = 402)		Boys (N = 201)		Girls (N = 201)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	52.0%	52.0%	41.3%	41.3%	62.7%	62.7%
1	20.2%	72.1%	20.4%	61.7%	19.9%	82.6%
2	11.2%	83.3%	14.9%	76.6%	7.5%	90.1%
3	6.5%	89.8%	9.0%	85.6%	4.0%	94.0%
4	4.2%	94.0%	4.0%	89.6%	4.5%	98.5%
5	2.7%	96.8%	4.0%	93.5%	1.5%	100.0%
6	2.2%	99.0%	4.5%	98.0%	0.0%	100.0%
7	0.8%	99.8%	1.5%	99.5%	0.0%	100.0%
8	0.0%	99.8%	0.0%	99.5%	0.0%	100.0%
9-10	0.3%	100.0%	0.5%	100.0%	0.0%	100.0%

Hyperactivity score

Score	Total (N = 402)		Boys (N = 201)		Girls (N = 201)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	29.1%	29.1%	18.4%	18.4%	39.8%	39.8%
1	17.4%	46.5%	18.9%	37.3%	15.9%	55.7%
2	17.7%	64.2%	14.9%	52.2%	20.4%	76.1%
3	10.7%	74.9%	11.4%	63.7%	10.0%	86.1%
4	7.2%	82.1%	9.5%	73.1%	5.0%	91.0%
5	6.5%	88.6%	10.5%	83.6%	2.5%	93.5%
6	3.7%	92.3%	3.5%	87.1%	4.0%	97.5%
7	2.0%	94.3%	3.0%	90.1%	1.0%	98.5%
8	3.2%	97.5%	6.0%	96.0%	0.5%	99.0%
9	1.7%	99.3%	2.5%	98.5%	1.0%	100.0%
10	0.8%	100.0%	1.5%	100.0%	0.0%	100.0%

Peer problems score

Score	Total (N = 402)		Boys (N = 201)		Girls (N = 201)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0	51.5%	51.5%	46.3%	46.3%	56.7%	56.7%
1	22.4%	73.9%	25.9%	72.1%	18.9%	75.6%
2	10.5%	84.3%	11.0%	83.1%	10.0%	85.6%
3	6.7%	91.0%	6.5%	89.6%	7.0%	92.5%
4	3.2%	94.3%	2.5%	92.0%	4.0%	96.5%
5	3.7%	98.0%	4.5%	96.5%	3.0%	99.5%
6	0.8%	98.8%	1.5%	98.0%	0.0%	99.5%
7-10	1.2%	100.0%	2.0%	100.0%	0.5%	100.0%

Prosocial behaviour score

Score	Total (N = 402)		Boys (N = 201)		Girls (N = 201)	
	%	cumul %	%	cumul %	%	cumul %
0-1	5.7%	5.7%	9.5%	9.5%	2.0%	2.0%
2	3.7%	9.5%	6.0%	15.4%	1.5%	3.5%
3	3.7%	13.2%	6.0%	21.4%	1.5%	5.0%
4	7.0%	20.2%	7.5%	28.9%	6.5%	11.4%
5	12.7%	32.8%	15.9%	44.8%	9.5%	20.9%
6	14.7%	47.5%	14.9%	59.7%	14.4%	35.3%
7	12.4%	60.0%	13.4%	73.1%	11.4%	46.8%
8	11.4%	71.4%	11.9%	85.1%	11.0%	57.7%
9	10.2%	81.6%	8.0%	93.0%	12.4%	70.2%
10	18.4%	100.0%	7.0%	100.0%	29.9%	100.0%

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

地域における 発達支援のあり方

豊田市福祉事業団

高橋 脩



本講義のねらいと到達目標

- **ねらい**
地域で発達障害のある子どもの健やかな育ちと家族の子育てを支えるために、地域の医師、福祉教育関係者、行政担当者がなすべきことを理解する。
- **到達目標**
地域での発達支援体制整備の重要性を理解する。
基幹支援機能の理解と連携のあり方について理解する。
地域診断の手法を理解し、支援体制整備に活用する。

発達障害を含め、発達に支援が必要な子どもが地域社会の中で健やかに育つには、子どもの育ちと家族の子育てを支える仕組み^{*1}が必要である。

そのためには、障害の発見から就労に至るライフステージに沿って、多様な関係機関・団体が理念を共有し、連携して支援に取り組むことが必要となる。本講義では、その概要について述べる。

*1 従来は「地域療育システム」、最近は「発達支援システム」と呼称。

地域における 障害児支援の課題

- 発達障害を含めた発達支援（地域療育）システムの整備、従来型システムの再編
- 発見の早期化に対応した発達支援システムの再編
- 家族の養育機能低下と社会による家族支援の強化
- 市区町村を主体とした発達支援体制の整備と都道府県の市区町村への支援強化
- **市区町村におけるライフステージに沿った、途切れることのない、総合的で一貫性・継続性のある支援体制の整備**

発達支援システムは、時代のニーズに適合している必要がある。現在、我が国が当面している支援課題は大きく5つである。

● 発達支援システムの整備

第1は、ますます支援ニーズが高まる発達障害を含めた発達支援システムの整備、または重度障害を主対象とした従来型システムの再編である。

● 発見の早期化に対応したシステムの再編

第2は、発見の早期化に対応した発達支援システムの再編である。自閉スペクトラム症を含め、障害の発見と対応は限りなく乳児期に近くなっている。それに対応した支援体制に再編する必要がある。

● 社会による家族支援の強化

第3は、家族の養育力の低下に対応した、社会による家族支援機能の強化である。

● 市区町村を主体とした発達支援体制の整備

第4は、従来型の都道府県を主体とした発達支援システムから、基礎自治体（市区町村）主体のシステムへの転換である。その中で、基礎自治体と都道府県はどのような役割分担と連携を行うか明確にすべきである。

● ライフステージに沿った総合的な支援体制

第5は、総合的で一貫性のあるライフステージに沿った継続的な支援体制の整備である。

政策動向

- 2004年：発達障害者支援法
- 2011年：障害者基本法改正
- 2012年：障害者総合支援法、改正児童福祉法
- 2014年：「障害児支援の在り方に関する検討会」
- 2014年：障害者の権利に関する条約発効
- 2016年：発達障害者支援法改正

我が国は、国連の「障害者の権利に関する条約」(Convention on the Rights of Persons with Disabilities) の批准 (2014 年) に向けて、国内法の整備を行ってきた。

その中で最も重要であったのは、障害者基本法の改正 (2011 年) であった。第二条 (定義) で発達障害が障害者基本法の対象障害として認定され、第三条 (共生) で障害のある人が地域社会の一員として育ち・暮らす権利が明文化された。障害のある人への差別の禁止・合理的配慮 (第四条) やインクルーシブ教育 (第十六条) などは、それを実現するための方策として打ち出されたものである。

障害のある子どもの発達支援にとって画期的であったのは、第一七条 (療育) であった。従来の基本法では、障害のある子どもの発達権は明文化されていなかったが、改正によって初めて、国、都道府県、市区町村に発達支援体制の整備が義務づけられた。

これを具体化するために「障害児支援の在り方に関する検討会」(2014 年) が設置され、その報告書を基に発達支援システムの整備が本格化し現在に至っている。その骨子は以下の通りである。

- 児童発達支援センターを中心とした重層的支援体制整備
- 保育所等訪問支援の充実、子ども子育て新制度との連携
- 障害福祉計画における障害児支援の記載義務化
- 保護者の「気づき」の段階からの支援等

障害児支援の基本原則

- 特性と発達を踏まえた育ちの支援（指導ではなく支援）
- 早期からのライフステージに沿った総合的で継続性・一貫性のある支援
- 発達支援は家族支援（育ち合い支援）
- 個別支援の専門性と支援システム

発達支援システムには、公と民、多種多様な機関・団体・事業者が関わる。総合的で一貫性・継続性のある支援を行うには、関係者および機関等が「支援の基本原則」について認識を共有し取り組むことが何よりも重要となる。原則は4つである。

● 特性と発達を踏まえた育ちの支援

第1は、関与の基本的姿勢と方法である。多数派である普通の子（定型発達児）に近づけることを目標に「指導」を行うのではなく、発達の少数派としての特性（認知や行動等）と発達過程・段階を踏まえた「育ちの支援」を基本姿勢として確認したい。

● 早期からのライフステージに沿った総合的で継続性・一貫性のある支援

第2は、乳幼児期から成人期に至るライフステージに沿った、総合的で一貫性・継続性のある支援である。

● 発達支援は家族支援（育ち合い支援）

第3は家族の「育ち合い支援」である。発達に支援が必要な子どもの子育てには困難が伴う。子どもを育てる親、ともに暮らす兄弟姉妹、隠れたキーパーソンである祖父母への支援も大切である。発達障害のある子が家族にいて、家族の絆が強まり、人として育ち合うような支援を目指したい。

● 個別支援の専門性と支援システム

第4は、支援の2つの要素である。臨床家の関心は個別支援の専門性に偏りがちであるが、1人の力、1つの機関の力はたかが知れたものである。地域に住む支援が必要なすべての子どもがライフステージに沿って健やかに育つためには、さまざまな関係機関等からなる支援の仕組み（発達支援システム）が必要である。その整備と発展にも力を注ぎたい。

発達支援システムの 過去と現在

- 過去の基本モデル（80年代モデル）
 - 対象： 重度障害、幼児期後半限定、児童の1～2%
 - 療育： 医療モデル、専門家主体、訓練、正常化、同化
 - 実施： 都道府県主体、3層構造（1次・2次・3次）
 - システム：発見・診断と各種療法・通園・統合保育・教育

- 現在の基本モデル
 - 対象： 知的障害のない発達障害含む、全児童期、児童の10%
 - 療育： 発達・社会モデル、子ども・家族主体、育ちの支援、共生
 - 実施： 市区町村主体、都道府県は市区町村等を支援
 - システム：発見・子育て支援・診断と各種療法・単独通園・統合保育・教育、相談、システム運営等

● 過去の基本モデル（80年代モデル）

我が国で地域における発達支援の取り組みが始まったのは1970年代であり、「発達支援システム」構想の骨格が固まったのは1980年代である（「80年代モデル」）。当時の支援モデルは、重度障害児を主たる対象にした医療モデル（訓練・治療）で、都道府県が主体となり、3層構造（3療育圏：1次、2次、3次）で支えようとするものであり、3歳児健診をスタートに就学をゴールとする幼児期限定の仕組みであった。2000年以前に整備された従来型システムは基本的にこの構造である。

● 現在の基本モデル

その後、発達障害の出現、障害発見の早期化、継続的支援の必要性、障害観と発達支援観の進歩、基礎自治体中心の障害者福祉への転換等に伴い、これらに対応した新たな発達支援システムの整備ないしは従来型モデルの再編が求められている。

文献

高橋 脩（2010）：早期発見と支援 現状・課題・今後のあり方。監修 市川宏伸，編集 内山登紀夫，田中康雄，辻井正次：発達障害者支援の現状と未来図 早期発見・早期療育から就労・地域生活支援まで，pp.19-40，東京，中央法規。

かかりつけ医等発達障害対応力向上
研修テキスト

発達支援システム

～地域で障害児の発達と子育てを支える仕組み～

- 原則：総合、継続、一貫、地域、**連携（特化と相互補完）**、**発展**
- **基幹支援機能：直接支援機能、間接支援機能**
- 直接支援機能：子どもの発達と家族の子育てを支援する機能
発見 - 子育て支援（リスク児含む） - 診断・各種療法 - 単独通園 -
統合保育 - インクルーシブ教育、相談
- 間接支援機能：仕組みを運営・発展させるための機能
連携、システム運営、研修・人材育成、評価、政策提言
- 行政：市区町村＞都道府県（圏域、発達支援センター含む）

6

● 発達支援システムの原則

発達支援システムの整備は原則を踏まえて行う必要がある。支援の総合性、継続性、一貫性、地域性は言うまでもないが、システムが有機的に機能するためには、連携性と発展性が重要である。障害児支援には多くの多様な職種や機関等が関与するため、求心力より遠心力が働き、混乱が生じやすい。支援対象である子どもと家族を中心に、各関係機関等が自らの役割を得意な領域に特化し、そうでない領域は他に任せ、相互補完的に連携すること（特化と相互補完的連携）が、システムが機能し発展するための要諦である。発達支援システムは、2つの「基幹支援機能」（「直接支援機能」と「間接支援機能」）からなる。

● 直接支援機能

直接支援機能は、子どもの発達と保護者の子育てを支援するための機能である。すべての機能は市区町村で整備する必要があるが、すべての事業や施設を自前で整備する必要があるのは、人口が多く、財政力も豊か、社会資源も整っている政令指定市や中核市などに限られる。それ以外の自治体では、規模に応じて自前で整備すべき事業・施設は異なる。他の機能は福祉圏域等の社会資源を活用するのが現実的である。

● 間接支援機能

間接支援機能は、システムを運営・発展させるための機能であり、直接支援機能と同様に必須の機能である。この機能には、保健、医療、療育、保育、教育などの関係機関・団体によるシステムの管理運営組織、専門性を向上させるための各種研修や巡回相談、課題を解決するための研究、行政への政策提言などが含まれる。

発達支援システムの整備過程

障害のある子への理解促進（第一段階）



基幹的な機能（組織・施設）の整備（第二段階）



組織・施設の部分的連携と専門性の向上（第三段階）



包括的な地域連携組織の整備（第四段階）



システムの効果的・発展的運営（第五段階）

発達支援システムには、子どもの発達に似て、整備の過程と段階がある。対象となる障害の存在を知らせ社会的な関心を喚起する啓発の段階（第一段階）、直接支援機能が漸次整備されていく段階（第二段階）、専門性の向上と部分的連携に向けた取り組みが行われ、線として少しずつつながっていく段階（第三段階）、地域の関係諸機関等の連携が広がり、組織化される段階（第四段階）、そしてシステムが効果的・発展的に運営される段階（第五段階）である。定期的にシステムの管理運営状況を評価し、その結果を改善に反映させ、支援体制の絶えざる発展を目指したい。

地域診断

発達支援体制の整備は、地域の現状を把握・評価すること（地域診断）から始まる。

- 対象児（推定利用児数、実数、発見時期）
- 基幹支援機能の診断（量と質）
- システムの整備段階の診断
- 地域診断の結果に基づき整備計画を立案

発達支援システムの整備は、地域の現状の把握と評価（「地域診断」）から始まる。診断すべき領域は3つである。

● 対象児

第1は、対象障害の有病率から推定される自治体の障害児とリスク児数、すでに把握している障害児数（実人数）と発見時期である。推定障害児数等は、必要とされるサービス量を推定する基礎資料となる。とりわけ、実人数と発見時期は、支援システム（ことに発見と対応）の機能評価指標として重要である。

● 基幹支援機能の診断

第2は、基幹支援機能の現状把握と評価である。推定障害児数を基にサービスの量と質の把握および評価を行うとともに、関係機関等の連携の現状把握と評価も忘れずに行いたい。

● システムの発達段階の診断

第3は、システムの整備段階の評価である。

● 整備計画の立案

これら3領域の現状が把握できたら、それに基づいて各自治体の整備計画を立案するとよい。その際、自治体規模によって自前で整備する必要のある事業・施設は異なる。詳細は、スライド11「自治体規模と基幹支援機能」を参照されたい。

基礎自治体における 発達支援システムの現状と課題

- 政令指定都市（人口50万人以上）
現状：大多数の都市では直接支援機能はすべて整備されている。
課題：医療機関の連携強化、保育所等への専門的支援、学齢期の支援等
- 中核市等（人口20万人以上：施行時特例市、特別区含む）
現状：基幹支援機能をすべて自前で整備している自治体がある一方で、市立の児童発達支援センターもない市もあり、現状は様々である。
課題：医療機能を持つ療育機関の設置、保育所等への支援の体系化等
- 小規模市（人口3万人以上～20万人未満）
現状：児童発達支援事業所は設置、保健師等による連携もできている。
課題：専門職の確保（心理職等）、連携調整を行う組織体設置、診断機能等
- 小規模町村（人口3万人未満）
現状：発見、統合保育、特別支援教育の各機能は整備されている。
課題：専門性の向上、専門職の確保、児童発達支援事業所の設置等

発達支援システムの整備は、基礎自治体におけるシステムの整備状況と当面している課題を踏まえて取り組みたい。同程度の人口規模の基礎自治体の整備状況がわかれば、自らを全国的な到達水準と比較し相対的に位置づけることができる。また、当面している課題がわかれば、それら課題への対応も含めた未来志向のシステムを整備することもできよう。下記の全国的規模の調査研究で明らかになった自治体規模別のシステム整備の現状と課題について概要を示す。

● 政令指定都市（人口 50 万人以上）

現状：大多数の都市では直接支援機能はすべて整備されている。

課題：医療機関の連携強化、保育所等への専門的支援、学齢期の支援等

● 中核市等（人口 20 万人以上：施行時特例市、特別区含む）

現状：基幹支援機能をすべて自前で整備している自治体がある一方で、市立の児童発達支援センターもない自治体もあり、現状はさまざまである。

課題：医療機能を持つ療育機関の設置、保育所等への支援の体系化等

● 小規模市（人口3万～20万人未満）

現状：児童発達支援事業所は設置、保健師等が中心となり連携もできている。

課題：専門職の確保（心理職等）、連携調整を行う組織体設置、診断機能等

● 小規模町村（人口3万人未満）

現状：発見、統合保育、特別支援教育の各機能は整備されている。

課題：専門性の向上、専門職の確保、児童発達支援事業所の設置等

文献

本田秀夫ら（2016）：「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価 平成25～27年度総合研究報告書」（厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業；研究代表者 本田秀夫）。

発達支援システム整備の原則

発達支援には多種多様な組織・団体等が関与する。基礎自治体で体制を整備する場合には、**4つの原則**が共有されることが重要である。

- 第1は、発達支援システムは発達障害を含め支援が必要なすべての子の発達と保護者の子育てを支援するものであること。
- 第2は、あらゆる支援ニーズを包含して総合的であり、それがライフステージに沿って一貫性と継続性を持って提供されるものであること。
- 第3は、多くの機関・団体・事業所が関わるシステムはお互いが得意な領域に特化し、それ以外は他の機関等に委ね、相互補完的に連携し、主人公である子どもとその家族を支えるものであること。
- 第4は、自治体が責任をもってシステムを整備・運営すること。整備にあたっては、公民の役割分担の明確化と、それに基づく基幹支援機能の適正配置が重要。

基礎自治体で発達支援システムを整備する場合、ここに挙げた4つの原則を念頭に取り組むことを勧めたい。ことに、第4が重要である。我が国の障害児福祉は、スライド2「地域における障害児支援の課題」で指摘した従来からの課題への対応に加え、民間の指定障害児通所支援事業所の急増、子ども子育て支援新制度による保育所等へ早期から入所する障害児の増加、特別支援教育の多様化等の新たな課題にも直面している。これらは、支援サービスの選択肢が広がるという面では望ましいが、支援の専門性、一貫性、継続性、体系性等において、さまざまな危惧すべき問題を内包している。これら新たな課題への対応も踏まえ、地域医師会等とも連携し、自治体が責任を持ってシステムの整備と運営を行いたい。整備にあたっては、公民の役割分担の明確化とそれに基づく基幹機能の適正配置が成否の鍵と言えよう。

自治体規模と基幹支援機能

自治体規模によって自前で整備すべき基幹支援機能は以下の通りである

- 小規模町村（人口3万人未満）
 - ・ 発見、子育て支援、統合保育、特別支援教育、相談、システム運営、研修
 - ・ 可能なら児童発達支援事業所（1万人以上必置、5千人以上望ましい）
 - ・ 5千人未満では、子育て支援は通常の子育て支援事業で対応も可能
- 小規模市（人口3万～20万人未満）
 - ・ 発見、子育て支援、各種療法、児童発達支援事業所、統合保育、特別支援教育、相談、システム運営、研修
 - ・ 各種療法は非常勤も可、可能なら児童発達支援センターを設置（ことに人口10万人以上は必置）、可能ならシステム運営部門設置
- 中核市等（人口20万人以上：施行時特例市、特別区含む）
 - ・ 中核市では、専門診療所を持つ児童発達支援センターを含め全機能
 - ・ 施行時特例市・特別区では、専門診療所を除く全機能
- 政令指定市（人口50万人以上）
 - ・ 専門診療所を持つ複数の児童発達支援センター、市全域をカバーしたシステム運営組織など

スライド6「発達支援システム」でも述べたように、自治体が自前で整備すべき発達支援システムに必要な基幹支援機能、ことに直接支援機能は、人口、出生児数、システムの利用児数、関連社会資源、財政力等によって異なる。

このうち、最も重要な規定要因は人口と出生児数である。自治体が自前で整備すべき基幹支援機能を人口規模別にまとめた。直接支援機能と異なり、システム運営機能の柱であるシステム運営機能については、すべての自治体で自ら整備すべきであろう。

● 小規模町村（人口3万人未満）

- ・ 発見、子育て支援、統合保育、特別支援教育、相談、システム運営、研修
- ・ 可能なら児童発達支援事業所（1万人以上は必置、5千人以上は望ましい）
- ・ 5千人未満では、子育て支援は通常の子育て支援事業で対応も可能

● 小規模市（人口3万～20万人未満）

- ・ 発見、子育て支援、各種療法、児童発達支援事業所、統合保育、特別支援教育、相談、システム運営、研修
- ・ 各種療法は非常勤も可、可能なら児童発達支援センターを設置（ことに人口10万人以上は必置）、可能ならシステム運営部門設置

● 中核市等（人口 20 万人以上：施行時特例市、特別区含む）

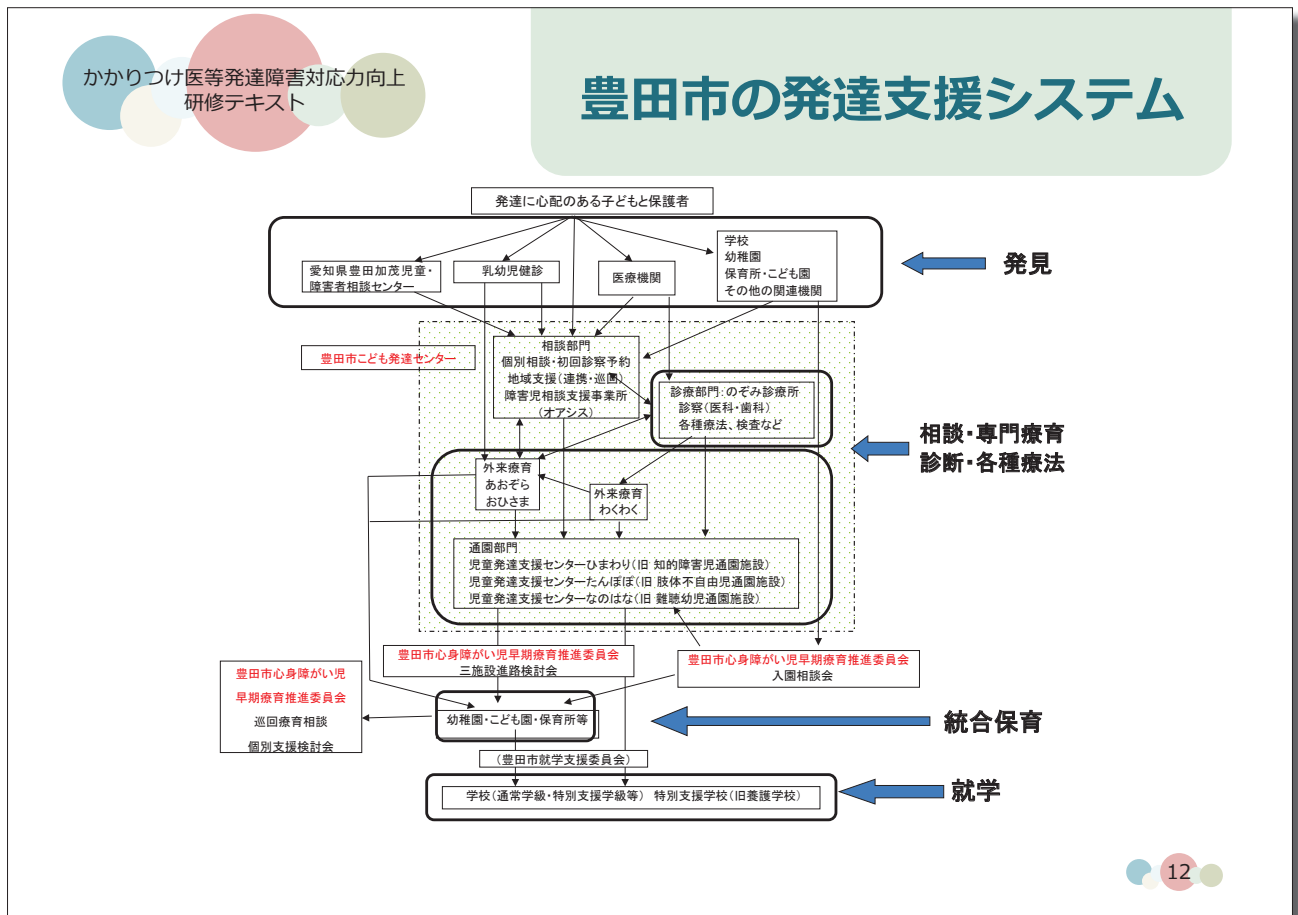
- ・ 中核市では、専門診療所を持つ児童発達支援センターを含め全機能
- ・ 施行時特例市・特別区では、専門診療所を除く全機能

● 政令指定市（人口 50 万人以上）

- ・ 専門診療所を持つ複数の児童発達支援センター、市全域をカバーしたシステム運営組織など

文献

本田秀夫ら（2016）：提言：発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援のあり方。「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価 平成 25 ～ 27 年度総合研究報告書」（厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業；研究代表者 本田秀夫），23-31.



発達支援システムの例として豊田市の取り組みを示す。豊田市は愛知県西三河北部に位置する自動車産業と農業が盛んな中核市である。人口は42万人、年間出生児数は4千人である（いずれも概数）。1996年に発達支援システムのセンター機関として豊田市こども発達センター（施設種別としては、心身障害児総合通園センター）を開設した。以後、現在に至るまで同センターを中心に、地域の医師会・基幹病院を含め関係諸機関・団体が連携し、障害の早期発見から児童期全般を包含した発達支援システムを整備してきている。このシステムは2つの連携組織によって管理・運営されている。主として乳幼児期を担当する「豊田市心身障がい児早期療育推進委員会」と学齢期を担当する「豊田市特別支援教育連携協議会」である。2つの連携組織は、定期的にシステムの現状を評価し、その結果を事業の改善に反映させ支援体制の充実・発展を図るとともに、ライフステージに沿って総合的で一貫性・継続性のある支援が展開できるように、緊密な連携を行っている。

文献

高橋 脩 (2014)：豊田市こども発達センター～ノーマライゼーション社会を目指して～. アスペハート, 33 (3) ; 70-73.

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 ネットワーク支援について

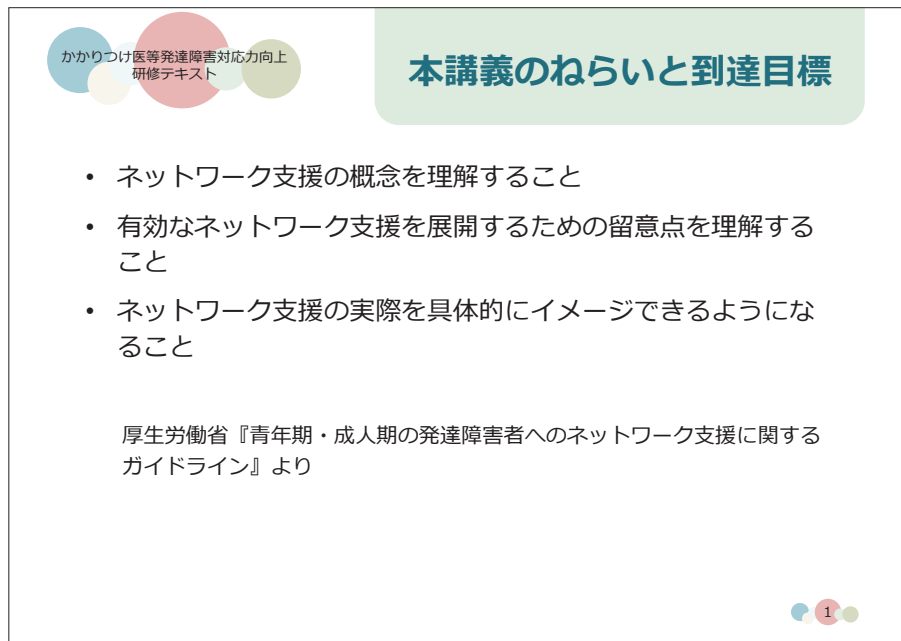
大正大学

心理社会学部 臨床心理学科

近藤 直司



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

本講義のねらいと到達目標

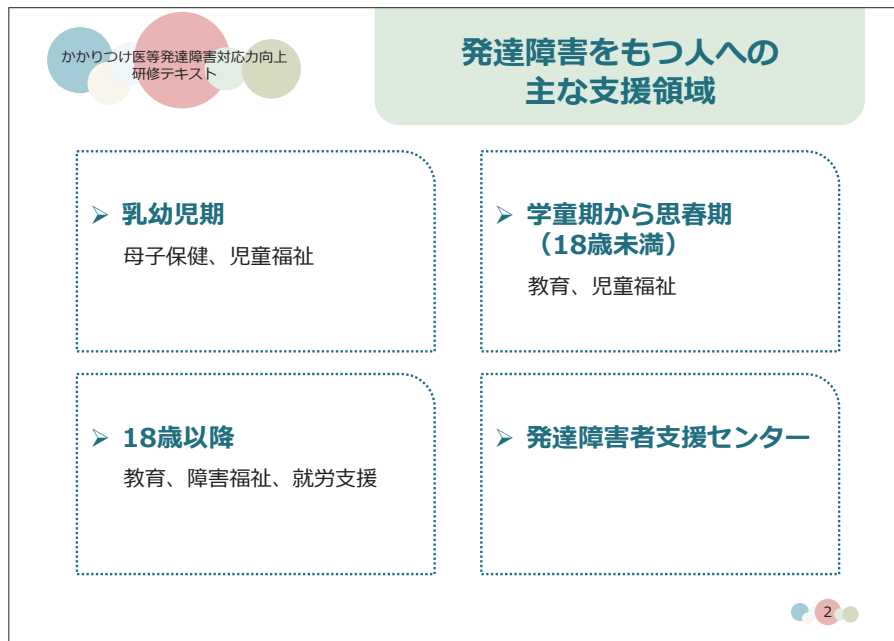
- ネットワーク支援の概念を理解すること
- 有効なネットワーク支援を展開するための留意点を理解すること
- ネットワーク支援の実際を具体的にイメージできるようになること

厚生労働省『青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン』より

1

本講座の到達目標は、発達障害を持つ人たちへのネットワーク支援の方法論を理解することである。そのために、ネットワーク支援の概念、有効なネットワーク支援を展開するための留意点について説明する。また、ネットワーク支援の実際を具体的にイメージしていただくために、いくつかの事例を示す。

なお、本講座は厚生労働省『青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン』をもとに構成されているので、併せて参照していただきたい。



発達障害を持つ人への支援機関や支援領域は、本人の年齢・ライフサイクルに応じて変化していく。

● 乳幼児期

乳幼児期には、乳幼児健診や母子通所などの母子保健サービスの他、保育所、療育機関、児童発達支援センター、子ども家庭支援センターなど、児童福祉領域の支援が中心になる。

● 学童期から思春期（18歳未満）

学童期から18歳までは、特別支援教育を含む小・中学校や高等学校が最も身近な支援機関となる。ケースによっては、児童相談所、児童養護施設、児童自立支援センター、情緒障害児短期治療施設など、児童福祉領域の支援機関が関わることもある。

● 18歳以降

18歳以降は、大学、短大、専門学校などの教育分野の他、相談支援事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、障害者就業・生活支援センター、グループホームなど、障害福祉領域のサービスが中心となる。また近年は、退職者を対象と

したリワークプログラムに取り組む医療機関が増え、発達障害を持つ人たちに対する復職支援が充実してきている。

● 発達障害者支援センター

また、発達障害者支援センターは、あらゆるライフサイクルにおける相談やコーディネート、関係機関を対象とした研修や技術支援などに取り組んでいる。

医療機関を受診するかどうか、あるいは、どの時期に医療につながるかは、個々のケースによってさまざまである。最初に医療機関を受診し、そこから他機関を紹介される場合もあるし、関係機関からの勧めによって医療につながる場合もある。受診時の主訴についても、発達相談のレベルから、検査や診断、診断書の作成を希望しているケース、問題行動や精神症状に対する治療を求めているケースなど、さまざまである。

スライド 3

ネットワーク支援
(機関連携) の考え方

1. ネットワーク支援の形態

- ①協働
- ②移行
- ③コンサルテーション

2. コーディネーターの存在

まず、ネットワーク支援の形態、機関連携の形態を整理しておく。一つのケースに対して複数の機関が支援を分担する形態を「協働」、主な支援機関が交代するものを「移行」、専門的な機関・職種が他機関の援助者に助言する活動を「コンサルテーション」と呼ぶ。以下、それぞれについて解説する。

● 協働

協働は、単一の機関では担いきれないような複数のニーズ（生活を支えるためのさまざまな要素のうち、現時点において欠けているもの）を有するケースに対して必要となる支援形態である。たとえば、主なニーズ・支援課題が4つあるとすれば個々に対応する4つの支援メニューが必要となり、それらを複数の機関・援助者が分担し、包括的な支援プランとしてパッケージされていれば理想的である。ここでは、単に複数の機関・援助者が関わっているというだけでなく、機関・援助者の間で目的を達成するための協力関係が形成されていること、少なくとも、必要に応じて連絡を取り合える関係にあるものを協働と呼ぶこととする。

● 移行

移行は、転居、進学、卒業、就労といったライフイベントに伴って、あるいは年齢や健康状態の変化などに伴って必要になるネットワーク支援の形態である。

● コンサルテーション

コンサルテーションは、ある分野について高い専門性を持つ機関・援助者が他の機関・援助者に助言をする、あるいは、他分野の専門家に助言を求め、その助言をもとにケースへの対応方法を検討するような活動である。

● コーディネーターの存在

また、上記のようなネットワーク支援が有効に展開されるために、コーディネーターの役割を果たす援助者の存在が期待される。コーディネーターには、ケースの生活全般にわたるニーズを把握し、個々のニーズに対応できる機関やサービスに結びつけること、あるいは、ケース会議・支援検討会議の開催などを通して協働する機関同士を調整すること、支援機関のスムーズな移行を図るための仲介などが求められる。



次に、ネットワーク支援の留意点について述べる。ネットワーク支援が有効に機能しているときの構成要素と言ってもよい。

● アセスメント

第一に、協働が有効に機能するためには、本人の発達特性の他、本人、家族の生活全般に目を配り、支援ニーズを的確に把握することが必要である。発達障害を持つ人の支援ニーズはかなり多様だが、その一方で、個々の支援機関が提供できるサービスは専門化・細分化されている。援助者が、連携する可能性のあるさまざまな機関・サービス・制度の対象と限界、それぞれの担当者や連絡方法などを詳細に知っていれば理想的だが、「この領域・分野のことは、あの人（あの機関）に問い合わせれば大体のことがわかる」といった程度の情報を持っているだけでも、支援ネットワークの形成はスムーズになる。

● コスト

第二に、協働においてはコスト意識、つまり、必要な支援を不足なく提供すると同時に、必要以上に多くの関係者を巻き込まないこと、ネットワー

クを維持するために生じる業務量をできる限り抑えることが求められる。こうした配慮は、過剰な情報によって本人・家族を混乱させることを防止することにもつながる。紹介先の業務量を増やさないような配慮も重要である。たとえば、確定診断や診断書作成を目的に医療機関を紹介する際には、本人・家族の同意のもとに、すでに把握している発達歴や知能・心理検査所見などが提供されれば、医療機関の負担は格段に少なくなる。また、複数の関係機関による会議やケース検討に多くの時間を要している現状もあり、これらをスムーズに進行させる技術も必要であろう。

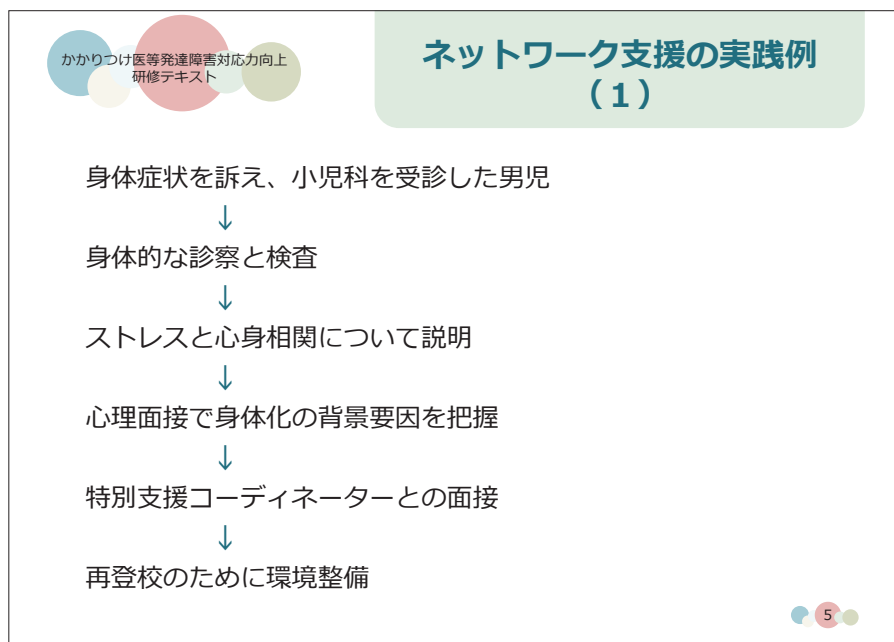
● 情報管理、的確な説明

第三に、ネットワーク支援における情報管理について説明する。通常のネットワーク支援では、本人・家族への十分な説明と承諾によって初めて守秘義務が解除されることを共通認識とするべきである。情報の収集についても同様である。必要な情報は本人・家族から収集することが原則であり、それ以外の方法が許されるのは、自傷他害や虐待事例などを除けば、どのような情報を、どこから収集するかについて、本人の承諾が得られている

場合に限られる。情報管理の原則とネットワーク支援の有効性を無理なく両立させるためには、他機関への情報伝達や他機関からの情報収集が支援に役に立ち、自らの利益につながるということを本人・家族が理解できるように、わかりやすく伝えることができる「説明力」が求められる。地方自治体の個人情報保護条例は、大枠としてはネットワーク支援の際にもガイドラインとして活用できる内容を備えているので、参照していただきたい。

● スピード感覚、対等性

この他、ネットワーク支援においては、緊急性の判断や他機関・他領域のスピード感覚に留意すること、あるいは、機関・職種の関係性は基本的に対等であるという認識も重要である。



症例は、「頭が痛い」「歩けない」と訴え、小児科を受診した12歳、男児。周産期から乳幼児健診において明らかな発達上の異常を指摘されたことはなかったが、人見知りが乏しく、母親がいなくても平気であったという。洋服のダグが首に触ることを極端に嫌がること、幼稚園に入園後、集団場面でしばしば状況に沿わない発言をすることに気づかれていた。中学入学後、学業面で困難を感じ始めたことに加え、同年代の集団に馴染めなかった。体育祭の練習が始まった頃から、頭痛、めまい、動悸、倦怠感などを訴えるようになり、ときには歩行困難のために学校を休みがちになったため、総合病院の小児科を受診した。

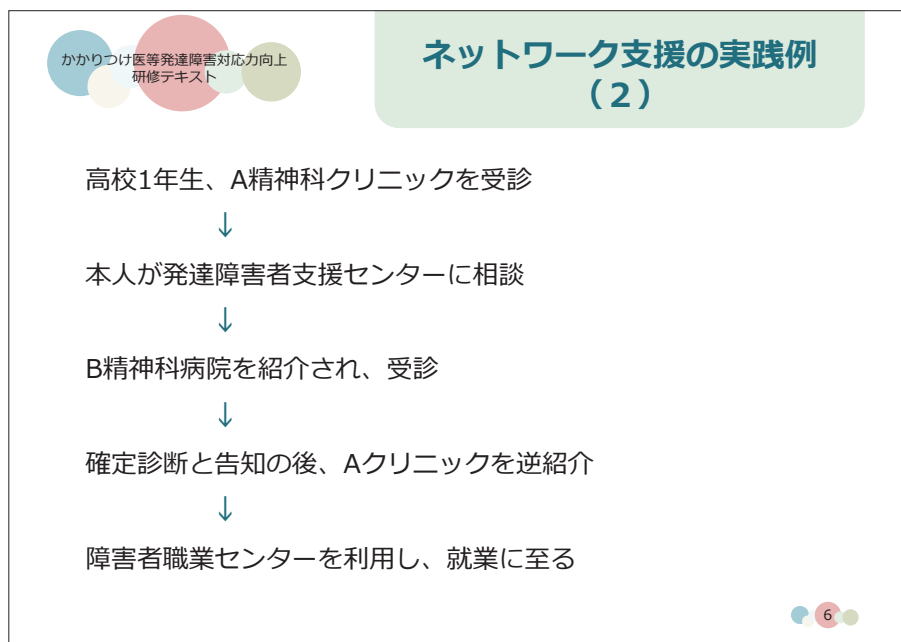
担当医は身体症状について十分に聴取し、身体診察を行った。理学所見に異常はなく、血液一般、生化学検査、胸部レントゲン、心電図、頭部CT検査、脳波においても異常は認められなかった。担当医は検査結果には異常所見がないことと、ストレスによって生じる心身相関について説明し、心理系大学のカウンセリング・センターを紹介した。

初回の面接では、学校でストレスになるようなことがないかという質問に対して、「よくわかりませ

ん」と答えるのみであったが、数回の面接で、状況の理解が不十分なまま発言し、同級生から冷たく反応されたという体験や、同級生の冗談を理解できず、話題についていくことができないこと、学校の課題に興味を持てず、登校の意義を感じられないことなどが少しずつ明らかになってきた。また、本人と母親は、体育祭の練習のために予定の変更が多くなった頃から登校がづらくなったことに気づくようになった。面接では、より適応的な言動について本人に助言すると同時に、困っていることを上手に質問するためのソーシャルスキル・トレーニングを取り入れた。

また、本人の発達特性や関わり方、今後の回復過程、スモールステップの目標設定が必要であることなどを家族と共有し、学校でも特別支援コーディネーターとの面接を通して段階的な再登校を計画することになった。再登校にあたっては、少人数で構成され、個々の発達特性に配慮した関わりが可能な通級指導教室を利用することになった。現在はときおり体調不良を訴えて欠席することがあるが、ストレスと身体症状の関連について以前より自覚できるようになり、適切な対処法を身に付けつつある。

スライド6



幼児期からコミュニケーションの問題とこだわりの強さがみられたが、家族はそれほど問題視していなかった。「変わり者」と言われながらも、何とか小・中学校生活を送ったが、高等学校に進学後、学業と対人関係について悩み始め、自傷行為が生じた。17歳でA精神科クリニックを受診し、適応障害、抑うつ状態の診断のもとに薬物療法を受けていたが、卒業後も職場不適應を繰り返し、大量服薬のために精神科病院に入院することもあった。21歳のときに、本人が雑誌で自閉症スペクトラムについて知り、自ら発達障害者支援センターに相談した。相談員は本人の了解のもとにAクリニックの担当医と連絡をとり、発達障害の臨床について関係者から信頼されているB精神科病院への紹介を手配した。B病院では、処方薬の整理に加えて、確定診断の上、本人と家族に診断名を告知し、今後の治療・支援の見通しを伝えた。落ちついて生活できるようになってきたところで、B病院の担当医は、薬物療法の継続をAクリニックに、家庭生活や就労に向けた相談を発達障害者支援センターに依頼した。相談の経過で、本人は自らの発達特性についての理解を深め、障害者職業センターでの査定と訓練を経て、障害者雇用枠を

活用し、ジョブコーチの支援を受けながら安定した就労に至った。精神障害者保健福祉手帳の作成はB病院が担った。