



発達障害ってどんな病気？

ゆみは今年4月にH大学医学部児童青年期精神医学講座に入局したばかりの医師です。10年前に医学部を卒業し、楽そうなところをと引き算をして精神科に入局しましたが、早々と結婚したため、この10年は育児に追われていました。その間に成人精神科病院でのパートは経験していますが、児童精神科領域はまるきりの素人です。しかし、臨床のセンスがよいとT教授に誘われ、あまり深く考えずに児童精神科に飛び込んだのでした。

「わたし、ど素人ですが……」というゆみに、それならばと優しいT教授は「個別の講義をしましょうか」と時間を割いてくれたのです。

① 発達障害はどこまで広がるのか

T先生、発達障害なんて小児科でも精神科でもきちんと講義を受けた記憶がないのに、いまや精神科主任教授のY先生まで、「成人患者のなかにも発達障害が紛れ込んでいるから気をつけなさい」などと、先日の回診で研修医に向かって言っていました。どうしてこんなになってしまったのですか？



それはね、この10年くらいの間に、発達障害がずいぶん広がりがあるのだとわかってきたからです。いまや発達障害は、すべての子どもの約10%と言われているんですよ。

10%！ ということは、100人子どもがいたら10人は発達障害ということですか？



実はもっと多いという意見もあるのです。**表1**を見てください。

表1 代表的な発達障害の有病率

• 知的障害	1%弱
• 自閉症スペクトラム	2%強 (凸凹まで含めると10%?)
• 注意欠如多動性障害	3~5%
• 学習障害	約5%

文献1)~4)より



最近報告された論文に示されたなかで、少なくともこのくらいはいるというものが左の数字、一番多い報告が括弧のなかの数字です。少なくともこのくらいという数を足しただけで10%になるでしょう。実はもっと有力な証拠があるのです。2012年に文部科学省がこんな調査を発表しています。全国の何カ所かで調査を行ってみたところ、小中学校の通常クラスのなかに発達障害と考えられる子どもが6.5%いたというのです⁴⁾。

10%より少ないですが。





通常クラスにです。特別支援クラス、昔の特殊学級ですね、それから特別支援学校、昔の養護学校ですね、これらかつての特殊教育、いまでいう特別支援教育を2012年当時受けていた子どもは2.8%だったのです。2つを足すと、約10%になるでしょう。

先生、自分が学校に行っていたころ、こんなに発達障害の子がいたとは思えないのですが、発達障害は増えたのですか、それとも昔からいて、見つけやすくなっただけなのですか？



発達障害の考え方が変わってきて、前よりも広がったということは確かにあります。でも私の前任のS先生などは、「発達障害は増えた」と言い切っています。

増えたって、どうして増えたのですか。子育てをしている者としては心配です。それから、表1の一番上の自閉スペクトラム症のところの括弧にある凸凹ってなんですか？



ゆみさん、この凸凹もS先生が言い出しっぺで、この議論にすごく深く関係するのですが、しかしその前にひとつ確認しておきましょう。これだけ数が多い問題は多因子モデルが適応されます。ゆみさん、多因子モデルって何ですか？

えーと、多因子モデルとは、病気の原因が遺伝する1つの素因の問題で起きるのではなくて、たくさんの遺伝子が関係しているということですか？



そのとおりです、よくわかりましたね。



一応、夫が薬理学をしていて、そんな話題がよく出ているので。

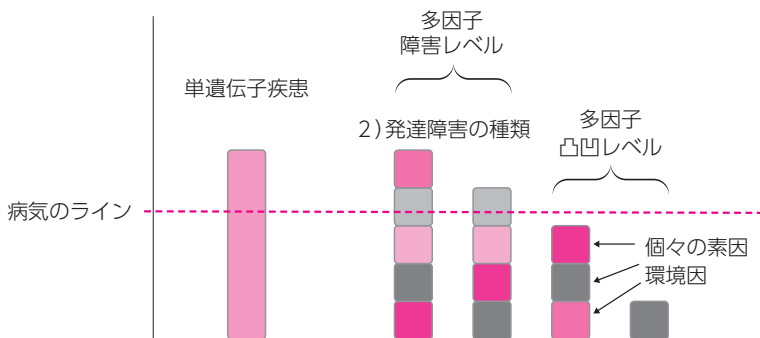


そうか、ゆみ先生のご主人は、薬理の先生でしたね。じゃあ図1を見てください。



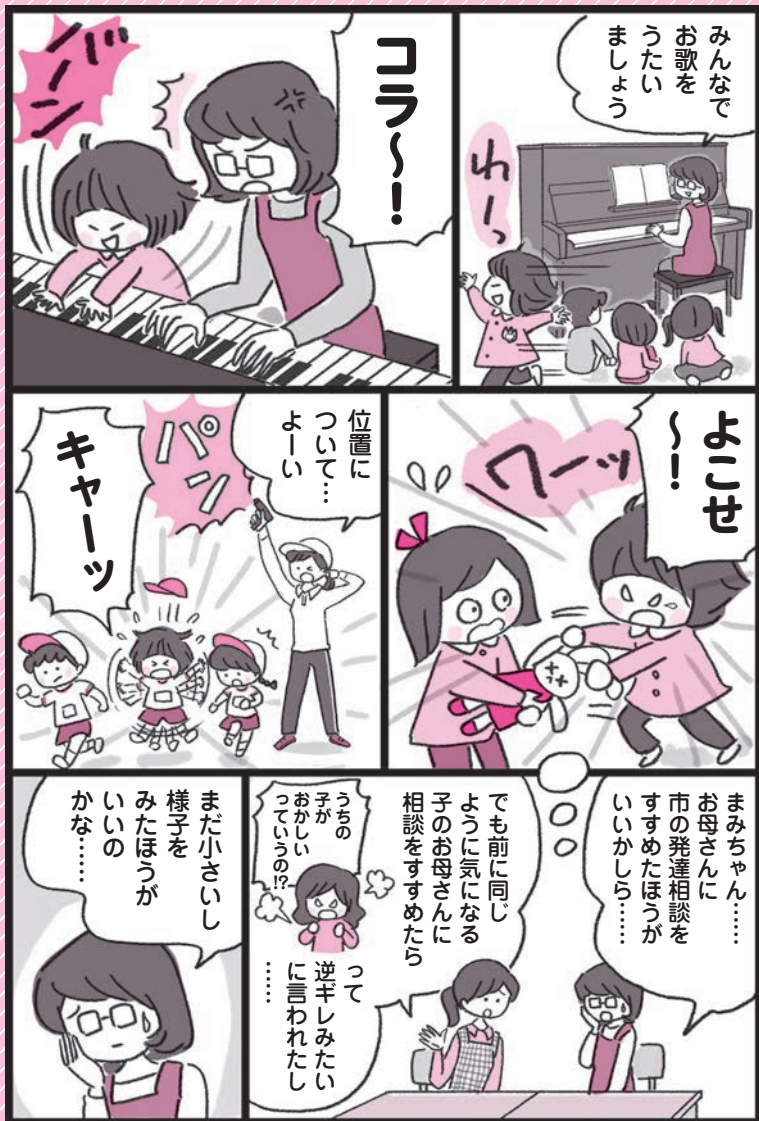
この図ではシエーマ的に、4つの因子が重なったときに、病気のラインを超えると描かれていますが、実際のところは、20も30も重なっていると考えられています。

図1 多因子モデルとは



自閉スペクトラム症(ASD)

このまま様子を見ていいのかな？



まみちゃんは幼稚園で集団の活動が苦手なようです。他の子とおもちゃをシェアして遊ぶことができず、自分の思いどおりにならないと激しく興奮してしまいます。また、音にデリケートなところがあり、たとえば運動会の徒競走で使うスターターの「パン」という破裂音をとても怖がってパニックになるため競技に参加ができません。

このように、同じ年代の園児たちと比べて気になるところがあるので、担任の先生は心配で他の先生たちとも相談しています。先輩の先生からは、「母親に、地域の自治体で行っている発達相談を受けることを勧めてみては」というアドバイスをもらいました。しかし、母親がこちらのアドバイスをどのように受け取るのか心配でもあります。

解説

自閉スペクトラム症(ASD:Autism Spectrum Disorder)は、DSM-IVでは広汎性発達障害(PDD:Pervasive Developmental Disorders)と呼ばれていたものに相当します。PDDには高機能自閉症 (→p.54)、アスペルガー症候群 (→p.54)といった診断名が含まれていました。一方ASDは、自閉症・高機能自閉症・アスペルガー症候群がそれぞれ別個の疾患ではなく、自閉症の特性の重症度や知的障害の程度によって様相が異なってみえるだけであり、これら障害の本質にはスペクトラム、つまり連続性があるという考えに基づく疾患概念です。

DSM-5によるASDの診断基準では、①「社会的コミュニケー

ションおよび相互関係における持続的障害」, および②「限定された反復する様式の行動, 興味, 活動」となっており, いわゆるWingの三徴候 (→p.54) が2つにまとめられています。また②について, 選択項目に「感覚入力に対する敏感性あるいは鈍感性, あるいは感覚に関する環境に対する普通以上の関心」が加えられました。このことは, ASDの子どもたちがしばしば感覚過敏性のエピソードを示し, それが社会性の障害の一因となっていることを反映するものです。

診断のポイント

子どもや保護者に対する面接で, 解説の項目で示したDSM-5の診断基準を確認します。自閉症スペクトラム指数 (AQ:Autism-Spectrum Quotient→p.54), 自閉症スクリーニング質問紙 (SCQ:Social Communication Questionnaire→p.54)などの質問紙検査は簡便であり, かかりつけ医の段階でのスクリーニングに有用です。確定診断は生育歴の詳細な聴取と幼児期および現在の発達の様子を参考に児童精神科医が行います。WISC-IVなどの知能検査による知的障害の評価や下位項目のバラツキの評価も行います。

PARS (日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度)はわが国で開発された平易に施行可能な評定尺度であり, 児童精神科の臨床現場で汎用されています。

また保険診療の適用外ですが, 小児自閉症評価尺度(CARS2), 自閉症スペクトラム観察検査(ADOS2), 自閉症診断面接改訂版

(ADI-R)などの半構造化面接 (→p.54)でより詳細なアセスメントを行う場合もあります。前者2つは子どもを対象に行う検査ですが、ADI-Rは保護者を対象に生育歴を聴き取る検査です。

専門医に紹介するときのポイント

早期に正確なアセスメントを行うことで、早期に子どもや保護者への支援を開始することができます。発達で気になる子どもについては、就学前に専門医へご紹介いただくことをお勧めします。前項で紹介したスクリーニングは紹介前の予備検査として必須ではありませんが、なるべく生育歴や家庭の様子についての情報をお知らせいただけると助かります。

保護者には「発達障害かもしれないので専門医を受診してください」とストレートに告げるのではなく、「お子さんの今後の成長をどのように応援したらいいか専門家の意見も聞いてみましょう」というすすめ方が受け入れられやすいようです。

専門医の治療は？

正しい診断が治療の始まりになります。

行動上の問題は、周囲の大人によるASDの特性への十分な理解や生活環境の構造化をはかることで改善が期待できます。支援の方向性について保護者や学校・園の先生に助言を行います。

行動障害が顕著な場合や精神症状が併存している場合は薬物療法を用います。児童発達支援や放課後等デイサービス (→p.54)の利用、療育手帳、特別児童福祉手当などの社会資