

診断と治療の現状

¹⁾ 横浜市立大学附属病院 児童精神科 藤田 純一
²⁾ 横浜市立大学保健管理センター 小田原 俊成

はじめに

大学進学率の上昇とともに、大学には多様な学生が在籍するようになってきている。日本学生支援機構による全国調査では、発達障害の医学診断のある学生は2007年度から2017年度の11年間で139名から4,458名と約33倍に増加している^{1), 2)}。また全障害学生の内訳の中でも、発達障害学生の医学診断のある学生は23.7%であり、精神障害の34.1%に次いで多い障害群となっている¹⁾。大学における発達障害群の増加の背景として、発達障害の概念や支援方針が医療関係者だけでなく一般市民にも浸透し、過去10年間で診断と支援につながるものが増加したことも一因としてあがるが、2016年度から障害者差別解消法の施行に伴い、発達障害学生に対する合理的配慮を提供するために国公立大学を中心とする各大学で修学支援・就労支援の体制づくりが進んだ結果、発達障害と診断される学生が大学の相談窓口につながりやすくなったことを反映した結果ともいえる。なお、上記の統計には大学の支援者側が発達障害の存在を疑う事例は含まれていない。暗数となっている発達障害の概念に沿った支援が有効な学生のことも含めて考えれば、大学の学校保健に関わるすべての関係者が発達障害の診断・支援・治療方針について熟知し学生に関わる必要がある。しかしながら、「障害のない学生との公平性」「どこまでを支援

の限界とするか」「障害の認定基準をどうするか」「高い未就職・退学率をどう改善するか」など課題は多くあげられており、不安を抱える教員も多い³⁾。これらは発達障害の診断の有無について医療機関と診断書をやり取りすることで解決できる課題ではなく、大学の支援窓口と医療機関の円滑な連携を通して個別性に応じた判断をしていかざるを得ない課題である。本稿では、医療機関における診断・治療の方針、大学に在籍する発達障害の学生に対する支援のあり方について紹介する。

1. 発達障害（神経発達症）診療の現状

まずは発達障害の病名に関して述べる。平成24年度に日本精神神経学会精神科病名検討連絡会での議論を経て、児童青年期の疾患では病名に「障害」とつけることは児童や親に大きな衝撃をあたえる可能性があること、“disorder”を「障害」と訳すことで“disability”と混同され不可逆的な状態にあると混同される恐れがあることを勘案し「障害」を「症」と訳すことが提案された。これにより発達障害はDSM-5以降から“神経発達症”と呼ぶことが決定された⁴⁾。現段階では「障害」という訳語は混乱を避けるため併記されているが、今後浸透していくにつれて「障害」という訳語は順次「症」に置き換えられていくものと筆者は考えている。下位分類にあたる神経発達症群はそれに準じて、知

(著者連絡先) ¹⁾ 〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9 Tel: 045-787-2800 Email: jun1182@yokohama-cu.ac.jp
²⁾ 〒236-0027 横浜市金沢区瀬戸22-2 Tel: 045-787-2144 Email: odawara@yokohama-cu.ac.jp
(Received January 16, 2019; Accepted January 29, 2019)

的発達症, コミュニケーション症, 自閉スペクトラム症, 注意欠如多動症, 限局性学習症, 運動症, チック・トゥレット症という訳語があてられるようになった。本稿でも読者が率先して差別解消・偏見解消の観点をもって障害学生に接していただくことを願い、以降はDSM-5の神経発達症の呼称に準じた記載とする。

平成29年度の日本学生支援機構の調査では神経発達症の診断を有する大学生4458名中, 自閉スペクトラム症の学生は2746名(61.6%), 注意欠如多動症の学生は997名(22.4%)とこの2つの診断を有する学生が大半を占めている¹⁾。自閉スペクトラム症の診断を有する学生は, 興味関心の限局した在り方から自分のやりたいことが優先されてしまい授業の不履行や課題提出の遅延につながることで, 相互的・社会的コミュニケーションの問題から課題達成のために必要な指導教官や学生同士のコミュニケーションがうまくいかずに期待通りの行動をとれないこと, などの支障がしばしば見受けられる。また, 注意欠如多動症の診断を有する学生は重大な学内規則違反を犯す, 度重なる授業やテストへの遅刻・欠席から単位を落とすなどの問題が時にみられ, 自己抑制の課題を抱えている。なお, 大学において知的発達症の診断を有する学生は稀であろうが, 読み書きの困難さを伴う限局性学習症の診断を有する学生やDSM-5で新たに発達障害群に加わったチック・トゥレット症, DSM-5以降で自閉スペクトラム症から明確に区別されたコミュニケーション症の診断に該当する学生もある程度存在すると思われる。

機能障害が軽度である場合は, 家族の支援によって自己管理能力の弱さが補われることで, 高校まで問題が顕在化しない症例も多い。しかし, 大学に入学後に自己管理・自己責任の修学態度が求められる中で発達特性に基づく問題が顕在化する。発達特性と大学生活のミスマッチが生じる中で, 適応障害や大うつ病エピソード, 不安症, 物質使用障害やインターネット・ゲーム障害などの併存症を伴うこともしばしばである。このような問題を生じてはじめて

学生支援窓口につながり, 医療機関受診に至るものも多いが, 思春期以前に療育機関や児童精神科医療機関からの診断・治療・支援を受けている場合でも, 大学に入学する頃には年齢上限で診療が終了しているか, 親元を離れて新生活を開始してからは医療機関との関係が途切れている例もしばしばみられる。しかしながら, 大学生になって問題を生じている神経発達症の診断を有するもしくは, 神経発達症を疑う学生を医療機関受診につなげて評価を受ける場合, 一定の困難を伴う。神経発達症の評価に長じている精神科医や小児科医は主に学齢期までの子どもの診療で手一杯となっている状況であり, 一方で成人を主な対象として診療を行っている精神科医は神経発達症の診療経験に乏しく, 18歳以降で発達症に関する専門的な評価や支援を行っている医療機関は少ないのが現状である。また, 神経発達症の診断を行う場合, 出生後から現在に至るまでの生育歴・発達歴を聴取しながら鑑別診断を行う必要がある。例えば, 大学生活における「大事な課題やレポートを毎度忘れてしまう」「何度注意されても懲りない」という情報だけでは, 注意欠如多動症に特有の不注意症状からくる問題なのか, 自閉スペクトラム症に特有の社会的重要性の感覚の違いからくる問題なのか, 十分区別がつかないことがある。正確な生育歴・発達歴を得てからでないと自閉スペクトラム症を注意欠如多動症と誤診した挙句に漫然と抗多動薬が投与されるような問題さえ起こりうる。診断や投薬など介入的な判断を焦らず, 生育歴・発達歴を十分に聴取することは重要である。たとえ学生が親元から離れて一人暮らしをしていたとしても一度は家族の来院を促す働きかけが必要であり, 過去に療育機関や精神科医療機関の受診歴があるのであれば過去に実施した知能検査や発達経過について情報収集をした上で診断を吟味する必要がある。なお, 十数年以上前の本人の発達経過はあやふやになってしまっている家族もいるため, 乳幼児期から学齢期の頃の診断に比べれば診断精度は低くなりやすい。

また、診断にあたっては診察室での患者本人の振る舞いの観察をし、つぶさに現症を把握することも重要である。例えば、相互的・社会的コミュニケーション能力の評価として、医師の質問への当意即妙なやり取りが可能か、自らの生い立ちや対人関係について他者視点も交えた陳述や考察ができるか、視線や表情によるコミュニケーションの豊かさはどうか、主な興味関心事項以外の幅広い話題やユーモアに富んだ雑談に応じることはできるか、などを観察する。また、診療予約のキャンセルの頻度や身だしなみや服装の様子を参考とすることもしばしばである。

このように神経発達症の診療に際しては生育歴・発達歴・現症の十分な把握が基本となるが、これに加えて、知能検査（主に WAIS- III もしくは IV）、さらに自己記入式もしくは家族が記入する評価尺度を参考として診断を行う。知能検査では IQ 値を明らかにするだけでなく、言語理解、視覚推理、ワーキングメモリ、処理速度の下位項目のばらつきや組み合わせによって本人の強みや弱みを推測できる。自閉スペクトラム症の評価については、自己記入式である自閉症スペクトル指標日本語版（AQ-J; Autistic spectrum Quotient-Japanese version）と家族が記入する広汎性発達障害日本自閉症協会 評 定 尺 度（PARS; Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale）が一般的に使用されている⁵⁾。日本人を対象とする先行研究での AQ-J の感度は 0.95、特異度は 0.73、PARS の感度は 0.60、特異度は 0.69 とされている⁶⁾。筆者は思春期から成人期の神経発達症診療において、この両者を組み合わせて用いている。注意欠如多動症の評価については、自記式尺度と観察尺度の両方を用いるコナーズ成人期 ADHD 評価尺度（CAARS; The Conners' Adult ADHD Rating Scale）、スクリーニングのために Web 上でも公開されている自記式尺度の成人期 ADHD 自己記入式チェックリスト（ASRS; Adult ADHD Self Report Scale and Checklist-v1.1）がよく利用されている⁷⁾。また、半構造化面接法であるコナーズ成人期 ADHD

診 断 面 接（CAARDID; Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM- IV）の有用性も示されている⁸⁾。その他にも複数の評価尺度が邦訳されて紹介され、利用できるようになっている。なお、小児期の症状は乏しいものの、成人期以降に注意欠如多動症の症状が目立つようになって、成人期ではじめて診断を受けるものが一定数存在するという大規模疫学研究の結果が近年話題となっている⁹⁾。物質使用障害、強迫症や不安障害の症状が注意欠如多動症に類似しているために、注意欠如多動症の診断を受けてしまう可能性が示されており、不注意および衝動性の評価を行う際に他の精神疾患の有無を十分除外することが重要とされている¹⁰⁾。このような“見かけ上の”注意欠如多動症に医療者は注意を払うべきである。

2. 神経発達症の診断とその意義、留意点

神経発達症を診断する場合、その利点と欠点を知っておく必要がある。利点としては、診断書を発行することで学内での配慮を受けやすくなること、精神保健福祉手帳を取得することで就労支援移行事業所などの支援機関を利用しやすくなること、自閉スペクトラム症に興奮や衝動性・爆発性が併存する場合、注意欠如多動症の中核症状に対して、およびチック・トゥレット症の不随意運動に対してそれぞれ保険適応内で薬物療法が受けられること、診断名を手掛かりにして本人と家族が情報収集し適切な対処行動を学べる契機になること、などがあげられる。欠点としては、神経発達症的な行動は一般的に広くみられるにもかかわらず、神経発達症的行動を取り上げて診断をつけることで正常との連続性を分断し、正常か異常かに二分してしまう懸念がある。本人や家族が診断を受けることで不利となるような周囲の偏見を強く感じている際は、心理検査を臨床心理士に依頼する前に本人および家族の価値観についてよく話し合っておくべきである。本人や家族と医療者の間で十分な相互理解がない状態で診断名だけが告げられる場合、しかも本人や家族の理解力に

じた説明がなされない場合、受けられたはずの支援利用が中断されることさえあることに留意したい。そのうえで、医療者が丁寧に生活歴・発達歴をたどり、診断に至るまでの問診を通して生まれてから現在の困っている事柄に至るまでの一筆書きの物語が共有できれば、本人や家族は診断を受け入れやすくなるだろう。

3. 神経発達症への支援と治療

神経発達症の支援に際しては、詳細な問診と心理評価などで得た情報から本人の強みと弱点を把握し、本人の強みについて大いに肯定しながら、双方向的に本人が抱える困難さをどのように解決すべきか話し合う態度が基本である。神経発達症の当事者は、これまでの経過で問題点ばかりが周囲から指摘されて傷ついている場合が多い。まずは本人の強み探しを行い、傷ついた自尊心の回復に十分時間を割くことは支援者との関係づくりの上でも重要である。例えば、「飽きっぽい」、「視野が狭い」、「衝動的」といった弱点は「動機づけが十分なされ、短時間であれば高いパフォーマンスを発揮できる」「意外な発見ができる」「迷いが無い」などの強みに読み替えることが可能である。また、支援をする際は本人に効果的な情報提供をすることも重要である。自閉スペクトラム症であれば、暗黙の了解をもとに話を進めないこと、言葉遣いはシンプルにして話し合いで合意した項目については箇条書きや図表にして視覚化すること、否定文を使って非難や内省を求めずに肯定文を使って提案すること、などがあげられる。注意欠如多動症であれば、要点を簡潔に示して長い話し合いは避ける、気が散るような環境で話し合いをしない、いくつも課題設定を行わない、などがあげられる。このように、強みを肯定して弱点を支援して目標達成のための動機づけを行い、わかりやすい伝え方で話し合い目標設定を行って、スモールステップで試行錯誤をさせて成功体験を重ねてもらおうのが支援のコツである。

次に各発達症への治療について述べる。自閉

スペクトラム症の中核症状である相互的・社会的コミュニケーションの問題や興味関心の限局といった特性に対する根拠ある治療法は確立されていない。しかしながら、幼児から児童期の自閉スペクトラム症児に対する各種療育技法や理念に共通する要素は、個別性を尊重した本人目線での対応、感覚過敏への配慮、視覚的支援などによる見通しの提供、継続的関与、家族や身近な人からの理解である。本人の興味関心を安心して共有できる居場所の中で、自己実現や自己主張が尊重され、元来苦手であるコミュニケーションが促進されることは、その中核症状に対しても治療的と言えるだろう。たとえば、専門家が親子の関わりを撮影したビデオを用いて継続的に療育スキルを家族に助言することで、自閉スペクトラム症の中核症状が改善することも近年示されている¹¹⁾。逆に、本人の特性が理解されない中でストレスがかかり続けるならば、中核症状がより先鋭化して頑なさを増し、うつ病や強迫症などの二次障害を合併して生活に大きな支障をきたすこともある。二次障害の併存症状として攻撃性・易刺激性が著しい場合はリスペリドンやアリピプラゾールといった一部の抗精神病薬が原則5歳以上18歳未満において保険適応とされている。また、注意欠如多動症の中核症状である不注意・多動・衝動性に対しては、塩酸メチルフェニデート、塩酸アトモキセチン、グアンファシン塩酸塩の3種類の薬物療法が現在保険適応となっている。塩酸メチルフェニデートは他の2つの薬剤と比較して高い効果が期待されるものの、日本では厳しい規制が設けられているため諸外国に比べて処方率が低いのが特徴である¹²⁾。また、薬物療法を補うための認知行動療法が実証されており、薬物療法での介入以外でも記憶・注意力・衝動性・感情をコントロールするスキルや社会スキルの獲得を支援することが重要である¹³⁾。しかしながら、現在の日本では認知行動療法が十分普及していないのが現状であり、市販されている一般向け書籍を各自参考にする程度が限界である。最後にチック・トゥレット症につい

て付け加える。無意識の突発的かつ反復性の動作・姿勢・発声が生活に支障をきたすチック・トゥレット症の大半は10代前半をピークに中核症状が軽減しているか、10代後半頃からチックの前駆症状を自覚して症状をうまくコントロールしながら生活できるようにもなる。むしろ、チック・トゥレット症に併存する“怒り発作”のような衝動性や易刺激性、“ぴったり感”に執着する特性を背景とする強迫性や敏感さ、さらにそれらによる生きづらさに伴って生じるうつ病や不安症、強迫症について相談を求める事例に、チック・トゥレット症の既往を確認できるものがしばしばある。薬物療法としては、抗精神病薬のリスペリドン、ピモジド、ハロペリドール、アリピプラゾールのいずれかが選択され、併存するうつ病や不安症、強迫症については選択的セロトニン再取り込み阻害薬などの抗うつ薬を用いる。なお、チック・トゥレット症にも注意欠如多動症と同様に認知行動療法の有用性が示されており、チックを意識してコントロールすることを身につけていくと前駆衝動が軽快することが期待されている¹⁴⁾。

おわりに

繰り返しになるようであるが、神経発達症の診断と治療は治癒を目指すものではなく、本人が成長し健康な生活を営むための支援の要素が大きい。当事者が将来的に自分の強みと弱点を把握し（自己認知）、困ったことがあれば相談でき（相談スキルの確立）、安心できる仲間や居場所を得て（安心な環境の提供）、一つでも胸を張れるものを持って（自信の回復）、自分だけでなく他人も労わる余裕をもって生活できる（自律の獲得）ことを援助する医療行為であることを常に念頭におきたい。

引用文献

- 1) (独) 日本学生支援機構. 平成29年度大学, 短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書. 2018.
- 2) (独) 日本学生支援機構. 平成19年度大学・短期大学・高等専門学校における障害学生の修学支援に関する実態調査結果報告書. 2008.
- 3) 早坂浩, 新村暁, 立原聖子, et al. 発達障害学生の修学支援に関する教員の認識の変化 障害学生支援部署設置前後の2回の質問紙調査から. CAMPUS HEALTH. 2017;54(2):198-203.
- 4) 飛鳥井望, 市川宏伸, 岩田仲生, et al. DSM-5病名・用語翻訳ガイドライン(初版). 精神神経学雑誌. 2014;116(6):429-57.
- 5) 太田豊作, 飯田順三, 岩坂英巳. 日本における広汎性発達障害の診断・治療の標準化. 臨床精神医学. 2014;43(6):927-42.
- 6) 末廣佑子, 飯田順三, 太田豊作, 澤田 将, et al. 成人の精神科臨床における広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)と自閉性スペクトル指数日本版(AQ-J)の有用性. 臨床精神医学. 2014;43(2):259-64.
- 7) 三宅典恵, 岡本百合, 長澤一恵, et al. 大学生におけるADHD傾向の調査 - 早期支援に向けて -. 総合保健科学: 広島大学保健管理センター研究論文集. 2016;32:1-6.
- 8) 中村和彦. 成人期注意欠陥・多動性障害の疫学, 診断, 治療法に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者対策総合研究 (H21- 障害・一般 -006). 2012.
- 9) Caye A, Rocha TB, Anselmi L, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. JAMA psychiatry. 2016;73(7):705-12.
- 10) Sibley MH, Rohde LA, Swanson JM, et al. Late-Onset ADHD Reconsidered With Comprehensive Repeated Assessments Between Ages 10 and 25. The American journal of psychiatry. 2018;175(2):140-9.

- 11) Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England). 2016;388 (10059):2501-9.
- 12) Okumura Y, Usami M, Okada T, et al. Prevalence, incidence and persistence of ADHD drug use in Japan. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2018:1-5.
- 13) Young S, Khondoker M, Emilsson B, et al. Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis. *Psychological medicine*. 2015;45 (13):2793-804.
- 14) Rowe J, Yuen HK, Dure LS. Comprehensive behavioral intervention to improve occupational performance in children with Tourette disorder. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2013;67 (2):194-200.