

第101回日本精神神経学会総会

シンポジウム

小児科医の立場から

村山 隆志 (JR 東日本健康推進センター：現 東京弘済園・東京女子医科大学小児科)

山根 知英子 (JR 東京総合病院小児科)

はじめに

少年による度重なる凶悪事件がマスコミに広く取り上げられ、また、加害者である少年の一般的な理解を超えての言動は、成人社会にも動揺を与え、社会問題化されてきたことは周知の事実である。

また、彼らの中には、広汎性発達障害、あるいはそれほど重い障害でなくとも、協調性の欠如や認知障害などを認める例も含まれていて、それらの障害に対して関心が高まり、平成17年4月1日に「発達障害支援法」が施行されることとなった。

これら一連の事柄に関して小児科医も無関心ではいられず、臨床小児科医の集まりである小児科医会は、平成10年に「子どもの心の問題」について研修会を開き、「子どもの心相談医」制度を発足させた。これは5年おきに再度研修を受けて資格更新をする制度だが、平成17年度現在では、全国で1,217名余が登録されているという。

また、日本小児神経学会では、自己申告からなる「発達障害診療医師」のリストをホームページに公表し、平成17年7月現在で300名弱が登録されている。

しかしながら、その両者が児童精神科医としての資格を有するものでないことは当然である。ちなみに筆者はそのいずれの資格も有していない。

一般小児科の枠の中で、様々な「心の健康問題」について関わっている立場から、児童精神科はどうあるべきか、何を期待するかについて述べ

ていきたいと思う。

まず、(広義の)小児の心身症の実態について述べておきたい。

1. 小児科領域における「心の健康問題」を有する診療実態について

厚生科学研究「心身症、神経症等の実態把握および対策に関する研究：主任研究員(奥野晃正)」によると、565施設中454施設(回収率80.4%)で、平成11年10月のあらかじめ定めた1日に小児科外来を受診した3歳以上の小児12,719人中、740人(5.8%)に心の健康問題による症状があったという(児会誌105(12):1317-1332, 2001)。

表1はその年齢別内訳を示したものである。

これから読み取れるように、小学校高学年から中学生にかけて、「心の健康問題」を抱える比率は増加する傾向にあり、その傾向は女子の方がより顕著である。

また、注目すべきは、我が国での一般的な小児科の受診年齢上限である15歳を越えた受診者が存在し、20歳以上の受診者もいることである。つまり、小児科領域で「心の健康問題」を考える時、大人になっても、それまで受診していた小児科を受診し続ける患者の数は無視できないことになる。

また、平成16年11月に東京都教育委員会がまとめた平成15年度の調査報告(東京都特別支援教育推進計画——一人一人が輝く特別支援教育

表1 医療機関調査における年齢、性別毎の小児科外来受診者数ならびに心の健康問題を有する子どもの頻度

年齢	男			女			合計		
	回答数 (人)	心の健康問題 あり(人)	(割合)	回答数 (人)	心の健康問題 あり(人)	(割合)	回答数 (人)	心の健康問題 あり(人)	(割合)
3	999	8	0.8%	803	8	1.0%	1,802	16	0.9%
4	970	7	0.7%	757	9	1.2%	1,727	16	0.9%
5	847	18	2.1%	646	15	2.3%	1,493	33	2.2%
6	656	20	3.0%	488	13	2.7%	1,144	33	2.9%
7	517	13	2.5%	429	13	3.0%	946	26	2.7%
8	436	27	6.2%	343	18	5.2%	779	45	5.8%
9	452	29	6.4%	345	22	6.4%	797	51	6.4%
10	400	36	9.0%	325	45	13.8%	725	81	11.2%
11	344	19	5.5%	301	36	12.0%	645	55	8.5%
12	325	31	9.5%	251	38	15.1%	576	69	12.0%
13	258	29	11.2%	255	54	21.2%	513	83	16.2%
14	208	38	18.3%	188	46	24.5%	396	84	21.2%
15	151	19	12.6%	149	40	26.8%	300	59	19.7%
16	87	9	10.3%	92	23	25.0%	179	32	17.9%
17	62	4	6.5%	78	7	9.0%	140	11	7.9%
18	55	4	7.3%	58	10	17.2%	113	14	12.4%
19	32	2	6.3%	44	5	11.4%	76	7	9.2%
20以上	166	11	6.6%	202	14	6.9%	368	25	6.8%
合計	6,965	324	4.7%	5,754	416	7.2%	12,719	740	5.8%

沖 潤一, 衛藤 隆, 山縣然太郎: 医療機関および学校を対象として行った心身症, 神経症の実態調査のまとめ.
日児誌 105(12): 1317-1323, 2001

の創造をめざして——) では, 通常学級に在籍する児童・生徒のうち 4.4% が学習面や行動面で著しい困難を示し, 特別な支援教育を必要としているという。

図1は, 筆者の属する JR 東京総合病院小児科で, 心身症(広義)初診数の経年変化を示したものである。この中で, 1995年は部長交代があった年であり, 1998年は医師の交代があり, 2002年からは, 常勤医3名が2名になった。初診患者の数は様々な条件で左右されるが, 最近でも心身症(広義)の初診患者は, 毎年40人前後いることになる。

JR 東京総合病院小児科は, 新宿駅南口から徒歩5分程度の場所にあり, 現在小児科の常勤医は2名, 非常勤医が数名である。新宿副都心に位置していて, 昼間人口と夜間人口の差は大きく, 周囲に子どもの姿を見ることはまれであるが, 2004年度実績では, 年間延べ外来患者10,376名, 年

間入院延べ患者数2,318名の規模である。この統計は, 非常勤医が例外的に週半日の外来を担当する以外, 「心の健康問題」を専門に取り扱う特殊外来は持たず, 一般小児科の中でのものである。

図2は, 摂食障害の初診数の経年変化を示したものである。

時に増減はあるものの, 最近では年間10名を越える初診者数である。前図で女性例が多かったのはこの影響でもある。身体的および精神的, 両側面をケアする必要のある本症は, 時に生命を脅かし入院治療が必要となるが, きちんとした枠を有しない小児科病棟においては, 管理が困難なことも少なくない。

小児科医は, 一般的には小児内科医として認知されているのだが, 精神的な症状も含めて, 最初に受診する科, つまりゲートキーパーとしての役割, あるいは家族の問題を含めて相談をする「かかりつけ医」としての役割をも有している。

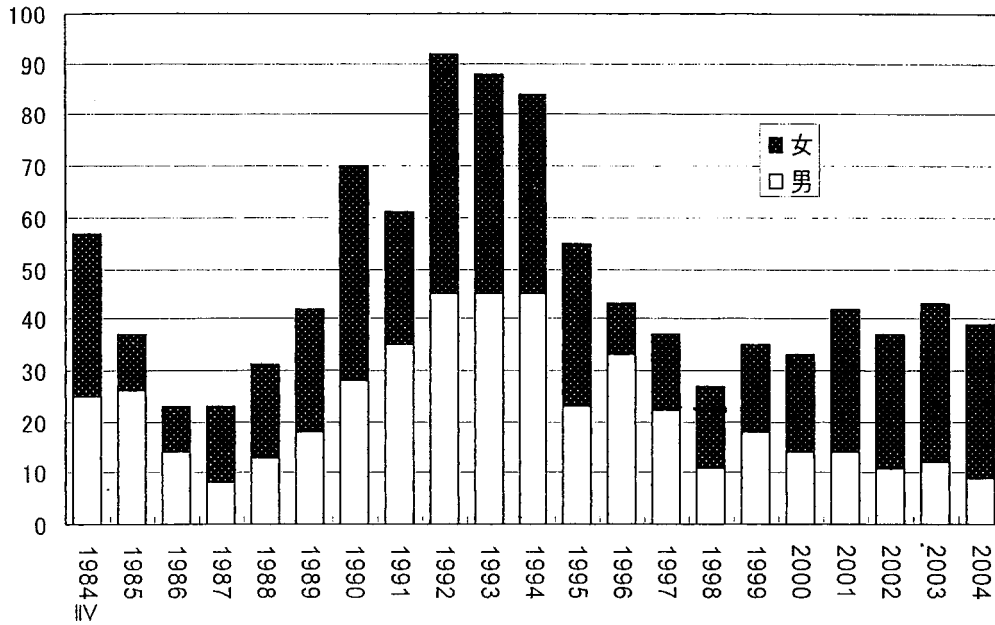


図1 心身症（広義）初診数の経年的変化 (JR 東京総合病院小児科)

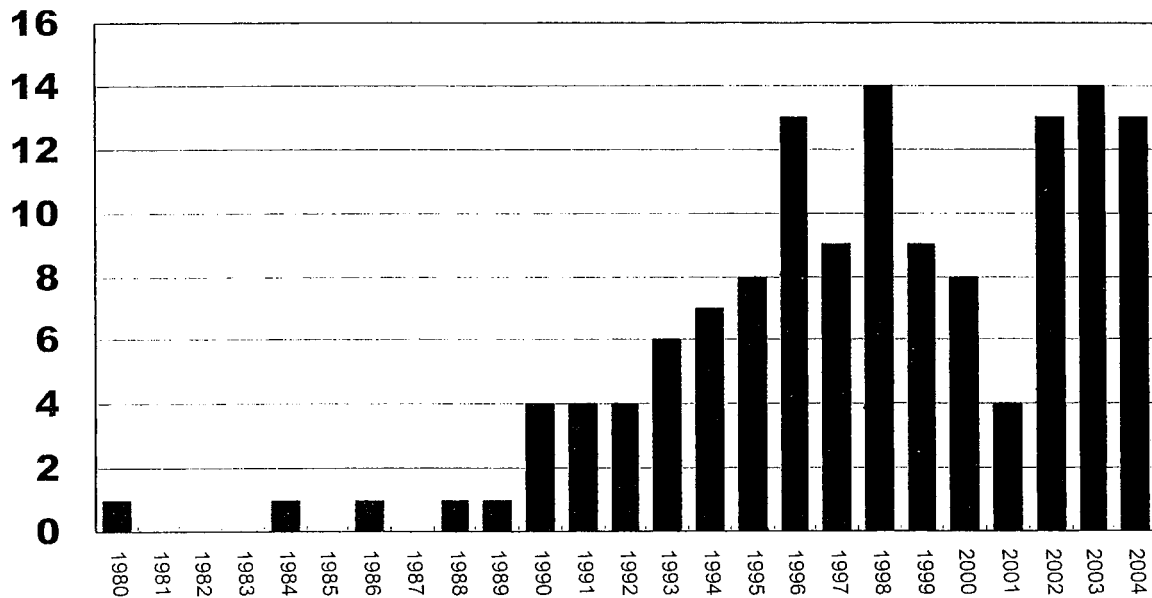


図2 摂食障害患者初診患者数の経年的変化 (JR 東京総合病院小児科)

2. 児童の絡んだ社会事象

マスコミには、少年による凶悪事件が大きく取り上げられるが、実際は犯罪の被害者となる児童の方が圧倒的に多いのである。

表2は警察庁生活安全局少年課の調査による少年の刑法犯被害者の年度別推移である。(少年非

行等の概要：平成16年1～12月：<http://www.npa.go.jp/safetylife/syonen21/syonenhikoh16.pdf>)

刑法犯の被害者となる少年は、毎年40万人近くに上り、内、約2,000人は凶悪犯の、また、20,000人強が粗暴犯の被害に遭遇していること

表2 少年の刑法犯被害の年度別推移

年度	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
刑法犯	312,605	323,064	324,467	320,268	313,985	352,753	410,507	406,519	385,762	356,675 (人)
凶悪犯	1,091	1,151	1,419	1,523	1,600	1,916	2,019	2,138	2,204	1,936 (人)
粗暴犯	13,597	14,450	15,926	16,344	17,274	23,487	25,200	24,007	22,833	20,486 (人)

表3 性犯罪被害を受けた少年の年度別推移

年度	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
強制わいせつ	2,424	2,555	2,907	2,793	3,494	4,602	5,849	5,785	6,233	5,505 (人)
強姦	606	575	774	839	873	1006	1049	1118	1143	986 (人)

表4 児童買春・児童ポルノ被害少年の年度別推移

	2001	2002	2003	2004	2005
児童買春	985	1,410	1,902	1,731	1,667 (人)
児童ポルノ	170	152	189	214	177 (人)

になる。

性犯罪についても例外ではなく、表3は性犯罪被害を受けた少年、表4は児童買春・児童ポルノの被害とされた少年の年度別推移を前述の調査にしたがって示したものである。

また、児童虐待も大きな社会問題であり、図3は、児童相談所で取り扱った件数を年度別に示したものである。速報値ではあるが、2004年度は32,979件にのぼっている ([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/5a69ff22631bcc8a49257028001cf7ed/\\$FILE/siryoul~7all.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/5a69ff22631bcc8a49257028001cf7ed/$FILE/siryoul~7all.pdf))。

虐待児は死亡にいたる事例も少なくなく、前述の警視庁の調査では、平成14年度、検挙件数38件、死亡児童数39人、平成15年度、検挙件数41件、死亡児童数42人、平成16年度検挙件数49件、死亡児童数51人と報告されている。

3. 小児科から見た児童精神科医の必要性

両親を始め家族からの虐待を受けた児童、また大人から性的・精神的・肉体的暴力を受けた児童が大きな心理的障害を受けることは当然である。

彼らの中にはPTSDに移行する例や、人格形成に負の影響を受ける可能性は否定できず、的確な時期に適正な介入が必要であろう。

また、虐待をする親は、自分自身も生育過程に虐待を受けたことがあることが多いことは周知の事実である。被虐待児のケアが的確になされなければ更なる虐待の再生産という連鎖が断ち切れないこともまた当然である。

被虐待児、犯罪被害少年などでも、最初の窓口になるのが小児科になることは少なくない。しか

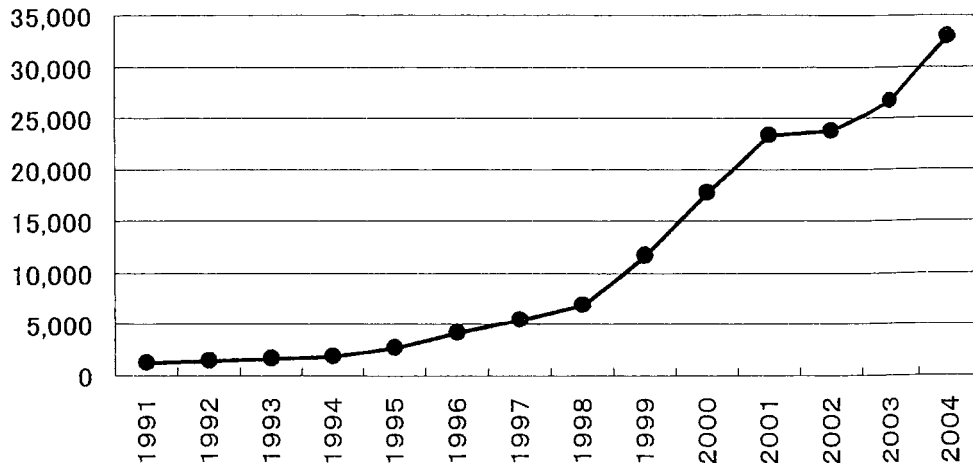


図3 児童相談所で虐待として取り扱った件数

し、現状の小児科の臨床現場で、長期的なケアを含めた対応ができる所は極めて少ないといえる。

小児科医の一般的な傾向として、①短期決戦にかけることは得手であるが、長期的な経過を追うのに慣れていない、②親か児のどちらかに肩入れをし、第三者的な立場をとるのが難しい、③感情移入をしすぎる傾向にあり、自分が何とかしなければと思いがちである、④その結果、限界設定を決めにくいなどがあげられよう。

つまり、自分の前に症状を持って現れた児に対して、直ちに行動を起こさなければとの思いに駆られることが多いのである。

感染症など身体疾患、特に乳幼児例などでは一刻も急いで治療を開始しなければ取り返しのつかない結果になるのであるから、いきおい短期決戦的になりかねないのである。

しかし、「心の健康問題」に関しては、一定の枠を決めづらい小児科臨床現場では、自ら限界があり、しかるべき受け入れ先を捜す必要性に直面する。

一方、小児科医が受ける精神科医のイメージは、誤解を恐れずにいうと、①親身になってくれない、②大量の投薬がなされるのみで、その根拠が不明である、③全体の治療指針や予後を教えてもらえない等であろうか。

たとえば、支配的な祖母と大人しい祖父、以前

不登校だった母、海上勤務で不在であることの多い婿養子の父、4歳の妹の家族を持つ粗暴な言動がある9歳の男子例であるが、児童相談所を經由して紹介された某大学精神科で行為障害あるいはMDIと診断され、下記の処方になされた。

炭酸リチウム (100 mg) 2 Tab, ハロペリドール (3 mg) 2 Tab, フマル酸クエチアピン (100 mg) 3 Tab, 塩酸プロメタジン (25 mg) 3 Tab, オランザピン (2.5 mg) 3 Tab

この精神科医は、児童を専門的に見ていると標榜しているようだが、こういった処方がなされていて本当に良いのであろうか。

小児科臨床の中で、多くの小児科医は児童精神科専門医の必要性を痛切に感じているのだが、質的にも量的にも絶対的に不足しているのが実情である。

4. 児童精神科医はどうあるべきか

表5および表6は、手元にある児童精神医学の教科書 (Child and Adolescent Psychiatry—A Comprehensive Textbook—Edited by Melvin Lewis, 3rd ed. 2002, Lippincott Williams & Wilkins) の目次から、各項目に費やされたページ数を示したものである。

本書の総ページ数1,449ページの24% : 352ページが症候群に、23% : 332ページが正常発達

表5 Child and Adolescent Psychiatry—A Comprehensive Textbook 2002—
3rd. ed. Edited by M. Lewis, Williams & Wilkins

<ul style="list-style-type: none"> • Normal Development : 332 p —A/Developmental aspects of biological growth : 153 p —B/Major general theories of child and adolescent development : 74 p —C/Developmental pathways : 65 p —D/Developmental phases : 40 p • Developmental of Symptoms : 72 p • Overview of Etiological Influences : 84 p • Nosology and Classification : 9 p • Diagnostic Assessment : 80 p 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndromes : 352 p • Treatment : 165 p • Child Psychiatry and Allied Professions : 250 p —A/Child psychiatry and pediatrics : 135 p —B/Child psychiatry and education : 20 p —C/Child psychiatry and law : 54 p —D/Child and adolescent psychiatry and public health : 41 p • Child Psychiatry and the Community : 68 p • Training, Ethics in Research and Practice, and History : 22 p
---	--

表6 Syndromes

<ul style="list-style-type: none"> • Autism and the Pervasive Developmental Disorders : 9 p • Reactive Attachment Disorders of Infancy and Childhood : 6 p • Mental Retardation : 9 p • Disorders of Communication : 7 p • Developmental Learning Disorders : 9 p • Psychiatric Evaluation of Perceptually Impaired Children : Hearing and Visual Impairments : 15 p • Attention Deficit Hyperactivity Disorder : 25 p • Conduct Disorder : 11 p • Eating and Growth Disorders in Infancy and Children : 11 p • Anorexia Nervosa and Bulimia : 8 p • Modern Approaches to Enuresis and Encopresis : 11 p • Fire Setting : 13 p • Gender Identity Disorders : 10 p • Tic Disorders : 12 p • Childhood Schizophrenia : 9 p • Neurological Disorders : 12 p 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Disorders in Children and Adolescents : 15 p • Bipolar Disorder in Children and Adolescents : 9 p • Suicidal Behavior in Children and Adolescents : Causes and Management : 9 p • Prevention of Depression and Suicide in Children and Adolescents : 16 p • Anxiety Disorders : 13 p • Obsessive-Compulsive Disorders : 13 p • Somatoform Disorders : 11 p • Dissociative Identity Disorders : 18 p • Sleep Disturbances and Disorders : 13 p • Borderline Disorders in Children and Adolescents : 6 p • Alcohol and Drug Abuse in Children and Adolescents : 17 p • Posttraumatic Stress Disorders : 13 p • Children Exposed to Disaster : The Role of the Mental Health Professional : 14 p
--	--

に当てられている。また、児童精神医学とその近接領域に17% : 250 ページが当てられている。

症候群の中では、広汎性発達障害、統合失調症から遺尿症・異糞症に至るまで広く網羅され、災害に遭遇した児童、メンタルヘルスの専門家の役割についても記されている。

改めていう必要はないはずだが、児童精神医学は、一つの状態あるいは特定の病態に特化して出来上がったものではないのである。

人格を有する個として存在する児、また周囲との関わりの中にいる児、いつも発達途上において変化し続ける児、その全てが対象になる。

幅広い視点に立った児童精神科医が我が国に不在なのは、ひとえに系統立った児童精神医学を教え、学ぶ場がないことにつきる。

小児科、精神科双方が歩み寄って一刻も早く児童精神医学講座が出来ることを念じて稿を終わることとする。

第 101 回日本精神神経学会総会

専門医を目指す人の特別講座

発達障害について
——児童青年精神科の医療から——

市川 宏伸（東京都立梅ヶ丘病院）

近年、これまでの考え方では理解し難い青少年が話題になっている。これらの中には、幼少児期よりの問題が青年期になり顕著になった例や、周囲や本人も青年期になるまで意識していなかった例もある。これらの少年は、児童青年精神科では“軽度の発達障害”とされ、これまでの“発達障害”の概念とは異なっている。代表的な軽度の発達障害には、学習障害、注意欠陥多動性障害、高機能広汎性発達障害が挙げられる。これらの子どもは学校教育でも話題になっており、特別支援教育の対象となっている。これらの子どもへの医療も十分とはいえない状態であり、その背後に医療経済性の問題がある。これらの障害者への支援が欠けていたことへの反省から発達障害者支援法が本年施行された。医療、教育、福祉、労働など幅広い分野での支援を呼びかけた理念法であり、これから都道府県市区町村で実際的な内容が検討される。軽度発達障害への社会の理解が進み、優れた側面が発揮されることが期待される。

1 発達障害の概念

従来の発達障害の概念だけでは、十分に理解・対応できない子どもの存在は、児童青年精神科でも話題になっている。これらの人々を“軽度の発達障害”とする概念が提唱され始めた。これらの子どもは、教育界でも話題になっている学習障害 (LD: Learning Disorders)、注意欠陥多動性障害 (AD/HD: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)、高機能広汎性発達障害 (HFPDD: High Functional Pervasive Developmental Disorder) などとかなり重複していると考えられている。

厳密なものではないが、従来の発達障害の概念は「永続的な心身の機能不全があり、発達期に生じ、一生持続する。日常生活に制限があり、常に治療やケアを受ける必要がある」と要約できる。精神的には精神遅滞（知的障害）が代表例であり、他科的には脳性麻痺、盲（視覚障害）、聾

（聴覚障害）などがこれにあたる。これらの障害では、“障害”は永続的であり、援助を常時必要とする、固定的なイメージが強いように思われる。

軽度の発達障害は、「知的障害はほとんどないか、あっても軽微である。発達期に明らかになるが、対応によっては、援助が不必要になることもあるし、思春期以降に、社会生活が困難になることもある」と要約できる。障害そのものが軽度なのではなく、知的障害が軽度と考えるとよさそうである。従来の発達障害の概念に比べると流動的であり、対応によっては表面的には目立たなくなることも示唆されている。

2 発達障害の医療

発達障害の医療を担当してきた医師たちは、児童青年精神科医と小児科医が中心であった。しかし、担当する医師たちはどちらもその分野の中では中心に位置しているとは言えなかった。従来は、

行動上の問題が激しい場合は精神科医が、身体的問題が中心の場合は小児科医が担当してきたが、最近はかなり重なって診療をしている。成人してからの医療を担当する診療科は不明確なため、児童精神科でも小児科でも、20歳を超えても診療を続けている例が多い。元来、医療は大学の医学部講座を頂点としたシステムで行われてきた。ところが発達障害を本来担当すべき、児童精神科講座は学術会議の勧告にもかかわらず、いまだに出来ていない。やっと、近年の社会的要望を背景にいくつかの大学医学部に診療科が出来つつあり、外来を中心に診療が行なわれている(名大、横浜市大、信州大、神戸大、千葉大など)。一方で、専門的な入院治療を担っているのは、全国に15ほどある全国児童青年精神医療協議会(全児協)加盟の医療機関が中心である。これらの機関は、児童青年を対象とした精神科専門病床を有しており、全体で800~900床ほどである。この数は成人を対象とした精神科病床が33~34万床あることと比較すると極めて少ない。医療保険制度が異なっているが、米国では12000床と言われており、人口比を考慮しても圧倒的に少ない。海外と比較して、専門医も医療機関も不足しているのが現状である。

3 代表的な軽度の発達障害

近年の精神科の診断は、操作的診断基準が使われ、診断項目を満たすか否かで判定される。代表的なものは、世界保健機構(WHO)による国際疾病分類(ICD: International Classification of Diseases)と米国精神医学会による精神疾患診断統計マニュアル(DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)であり、国内ではともに使用されている。細かい点では相違点があるが、全体的には大きな違いはない。

1) 学習障害(LD)

医学的な診断名としてのLD概念は、生物学的な機能不全に基く認知障害から生じるとされる、特定の分野(読み、書き、計算など)における障

害である。一方、教育界でLDと呼ぶ場合は、神経心理学的概念に基いている。不器用さ、集中力の欠如などを中心とする微細脳機能不全(MBD: Minimal Brain Dysfunction)を説明するために出来た概念である。この概念は、言語性の学習障害と非言語性の学習障害からなり、その背景に外部刺激の情報処理過程の障害が考えられている。言語性の学習障害は医学的なLDとほぼ同様の概念であるが、非言語性の学習障害では、習慣・常識・社会的規範などが身につかないことも含まれている。これらの中には、知的遅れは認めないが学業成績に明らかな支障を示している子どもが含まれている。平成4年から11年にかけて文部省が行った“学習障害に関する協力者会議”では、最終結論として「行動や対人関係に関する問題を抱える」者は切り離しており、教育界もLD概念を医療の診断基準に近づけたと考えてよいであろう。

2) 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)

AD/HDについては、不注意、多動・衝動性項目が用意され、7歳までに、2ヵ所以上において認められることが診断基準である。不注意、多動・衝動性ともに9項目が用意され、6項目以上が6ヵ月間満たされることが条件になっている。不注意項目のみであれば不注意優勢型、多動・衝動性項目のみ満たしていれば多動・衝動性優勢型、両方を満たしていれば混合型と呼んでいる。医療現場を訪れる年齢のピークは7歳であり、男女比は6:1で男子に多い(梅ヶ丘病院統計)。社会的ルールや社会常識が身につけにくいと、周囲からは特別視され孤立しやすい。相手の気持ちが理解できないため、無意識に相手の気持ちを傷つけて、他児との関係が作れない。治療については、「どれだけ理解できるように、分かりやすく説明できるか?」が重要である。言葉の意味の取り違えや、状況把握が苦手なためである。二次的に生じた自己評価の低下や自信の喪失をどれだけ軽減できるかも重要である。このためには誉めることも大切だし、周囲の大人が段取りを考えられるか

否かも重要である。以前は“予後はよい”と考えられていたが、近年は対応によっては衝動性が亢進して行為障害などに移行する例もあると考えられている。多動そのものは、経過の中で自然に収まる例が多いが、不注意は一生続く場合が多く、衝動性については一人一人大きく異なっている。

3) 広汎性発達障害

広汎性発達障害 (DSM) は、①相互的対人関係技能の障害、意思伝達能力の障害、常同的な行動・興味・活動の存在、②これらの質的障害は、発達水準・精神年齢に比べて明らかに偏っている、ことが条件であり、③これらの障害の一つは通常3歳までには出現するとされている。①については、各々4項目の診断基準を設けてあり、診断項目をいくつ満たすかで診断をする。条件がすべて満たされない場合も、特定不能のPDDあるいは非定型自閉症などと呼ばれる。意思伝達能力の障害が表面化していないアスペルガー障害に加えて、一定期間正常の発達をしてから急速に退行するレット障害や小児崩壊性障害もある。筆者の勤務する病院では、約10年前は知的障害を伴うPDDの受診者が全体の約80%を占めていた。前述したHFPDDとされる群の近年の増加は著しく、平成11年以降は、知的障害を伴う群を上回っている。これらの群は受診年齢のピークは就学前、就学後に分かれるが、ともに男女比は4:1で男子に多い。社会性の欠如、言語の問題、特定の興味とこだわり、極端な不器用さ、認知上の問題などを抱えており、これらへの配慮が必要である。うまくいかないと二次的症狀(変化への抵抗、スケジュールの障害、コミュニケーション上の問題など)、随伴症狀(てんかん発作、ひきこもり、精神症状など)が出現する。予後については、機能別分類を用いると分かりやすい。知的障害を有している場合は、言語上の問題や身辺の問題が中心となり、少人数の教育を受けることが多く、思春期以降に福祉の援助を必要とすることがある。知的障害のない場合は、言語の問題は表面上は見られないし、通常教育の対象になることが多い。

思春期以降になって、自分が社会に受け入れられないことに疑問を抱き、自己不全感や被害感が生じることもある。これらの中には、幻覚・妄想を抱き、統合失調症様の訴えをする者もいる。妄想の内容が拡散しにくいこと、願望充足的な内容が含まれていることが多い。また、思春期になって、気分の変動が激しくなり、気分障害様の訴えをする者もある。この場合は、躁と“うつ”両方の状態を呈することが多い。ともに少量の抗精神病薬や気分安定薬を使用することで安定することが多い。

HFPDDは操作的診断基準であるPDDに、予後調査を行なったド・マイヤーらの分類(機能別分類)を加味したものである。自閉性障害(DSM)を低機能、中機能、高機能と予後別に分類している。知的な遅れは認めないが、社会関係の問題、コミュニケーションの異常、行動・興味・活動性などが独特であるものを高機能としている。これにコミュニケーションには大きな問題はないとされるが、社会的・職業的に障害を来たしているアスペルガー障害なども加えてHFPDDとしている。最近では、操作的診断基準以外にもウィングやジルバークらの提唱する自閉症スペクトラム概念が臨床的には使用され始めている。操作的診断基準は、これまでの発達経過を考慮して、幼少時の情報を重視するが、自閉症スペクトラム障害では現状を中心に考えており、自閉症の症状を呈する周辺の疾患をも含んでいる。

4 発達障害の治療

専門医や専門医療機関が不足している背景には医療経済性の問題がある。この分野の治療には、多職種による手間と時間が必要であるが、現在の医療保険制度の下では十分な裏付けが得にくい。特別な手術をするわけでもないし、高価な薬物を使用するわけでもなく、療育が治療の中心になるからである。このことは、民間の医療機関がこの分野に手を出しにくい理由ともなっている。厚生労働省では、この分野の医師の不足に対して、母子保健課が中心になり、その対策を考慮している

ところである。平成 14 年から 20 歳未満の精神科治療について加算を認めている。入院については 350 点/人・日、外来については 200 点/回 (6 ヶ月以内) である。小児科については、療養型医療制度による入院制度、外来では特定疾患指導料が設けられている。両科とも、以前よりは改善されているが、労力と時間を考えると経済的裏付けは十分とは言えない。このような状況の中で、外来治療中心であるが、都内では「発達障害の医療」を掲げる医療機関がこの数年増加している。精神科医に加え小児科医も一定の割合で参加している。しかし、現時点では、発達障害だけの医療を行っている所は少なく、成人の精神科や一般の小児科医療とともにこなっている。

発達障害の治療は、大きく分けると、精神科的治療と合併症治療に分けられる。筆者の勤務する病院では、在宅あるいは施設入所児を中心に精神科的問題の治療を行っているが、常に混雑している。症状としては、衝動性、自傷、他傷、極端なこだわり、拒食などが挙げられる。類似の機能を持つ病院が少ないため、東京都はもちろん、関東一円から入院要請がある。合併症治療については、精神科合併症医療システムを利用できるが、専門性の高い治療が必要な場合は、総合病院の精神科にお願いして兼科の形で治療に結び付けている。成人になってからの発達障害者の医療については、きちんとした医療システムは機能していないように思われる。本来は国公立病院の精神科に担当病棟があるはずだが、多くは長期入院者で占められ、施設化しており、新たな入院は出来ないのが現状である。このことは、発達障害の治療を短期入院に絞らなかつた結果と思われる。自宅、施設からの入院依頼であれば、そこへ戻ることを前提とした短期治療を心がける必要がある。成人を対象とする多くの精神科医療機関は、統合失調症を中心とした治療が行われているため、対応の異なる発達障害の治療は慣れていない。患者間のトラブルを避けるために、良心的な機関ほど保護室を使用するため、発達障害の患者にとっては一段と不安を駆り立てられることになる。

合併症については、治療についての本人の協力が得にくいと、一般の医療機関では診療を断られることもある。手間がかかる治療を行っても、それに見合った診療報酬が得られないため、これらの患者への治療を避ける医療機関がある。一方で、発達障害の治療に好意的な、数少ない医療機関には、患者が殺到することになる。このように、発達障害の医療については、軽度の発達障害どころか知的障害の重いものも含めて、治療システムが確立されていない。

5 発達障害への支援

これまでの支援は、知的水準を目安にしていたため、知的障害がほとんどない軽度の発達障害者は支援の対象の外にあった。例えば、療育手帳は精神、肢体不自由、知的障害があり、発達障害では知的水準の程度に偏った分類が行なわれている。知的障害がほとんどない広汎性発達障害 (PDD) に対する支援は、一部の行政単位で考慮されているだけであった。福祉でも事情は似ており、自傷、他傷、破壊行動、感情爆発、飛び出し、多動、こだわり行動などを中心とする強度行動障害という概念がある。強度行動障害は療育手帳の度数とは並行していないため、新たに判定基準が作られ、強度行動障害特別処遇事業が行われた。発達障害者支援法が成立した背景には、支援の対象からは外れていた、これらの人々への支援の取り組みがあった。10 年ほど前から始まった軽度発達障害者への支援の運動が徐々に拡がりを見せ、国会議員の間で議員立法として法案を作成することになった。議員の呼びかけにより、厚生労働省が中心となり、文部科学省、医療・教育・福祉などの関係者も呼ばれて、平成 16 年 2 月から 10 数回検討会が開かれた。平成 16 年 12 月に法案が参議院を通過して成立し、17 年 4 月から施行されている。

この法律は理念法であり実定法ではないため、都道府県市区町村がこれから具体的な中味を検討しているところである。国民には障害者支援を呼びかけ、医療、保健、福祉、教育、労働などの担

当部局へは障害者支援の連携を、教育関係者には、発達障害児・者への教育的配慮を求めている。これ以外にも、就労への支援、専門機関や専門職の確保・整備および、原因究明、診断治療、支援方法の開発を掲げている。

6 特別支援教育

教育では、従来から通常学級、特殊学級、盲・聾・養護学校という分類があった。知的水準については、通常学級、知的障害特殊学級、知的障害養護学校に加えて、情緒障害児学級、言葉の学級などが用意されていた。おおよそIQ 70以上が通常学級、50以上が特殊学級、それ以下が養護学校というのが、就学相談や進学相談の目安であり、これに学校教育上の配慮などが加味される。これによれば、軽度の発達障害とされる多くの子どもは通常学級で授業を受けることになるが、現実には教育現場での混乱が起きている。これらの事実から特別支援教育が導入される方向で検討が加えられている。生徒一人一人の状況に見合った対応を考える中で、通常学級、特別支援教室、特別支援学校などが考慮されている。中央教育審議会の中に、特別支援教育特別委員会が設けられており、平成19年度の本格実施を目指して検討が加えられている。この中では、軽度の発達障害の子どもへの対応に加えて、盲・聾・養護学校の再編、特殊免許制度の見直しなどが検討されている。

7 おわりに

これらの発達障害は、年少時から周囲がその存在に気づき、本人が受け入れ易い適切な対応を考慮できれば、独特な思考や行動があっても、思春期以降の社会的不適応が生じないですむことはよく経験するところである。発達障害による社会的

不適応がどうして最近になって目立つようになったかについては、①見逃されていたのが取り上げられるようになった、②本当に増えてきた、という議論と同時に、③家庭機能の変化（親子・夫婦・嫁姑問題、離婚・蒸発、母子・父子家庭、家庭内離婚・別居など）④社会的雰囲気の変化（景気悪化による緊張・不安・閉塞感、高度社会化による人間関係の希薄化、差別意識の存在など）などによる受け止める側の余裕のなさを考える必要がある。

“軽度の発達障害”についてはスペクトラム（連続体）と考えられており、青年期を乗り越えて成人に達した場合には、限られた分野において、類い稀な功績を残す人々も報告されている。発達障害に対する周囲の理解が進み、適切な対応がとられることにより、二次的な問題が減少することが期待される。

日本では“障害”という言葉は、特別な意味もっている。学校でも“からかい”や差別用語として使用されることがある。この場合の障害は英語では Handicap に当たる。一方で注意欠陥多動性障害や広汎性発達障害の場合の障害は Disorder であろうし、Disability も日本語にすれば障害である。残念ながら、マスコミはじめ多くの分野でこの“障害”は混同・混乱を引き起こしている。医学用語についても、なんらかの工夫が必要に思われる。

文 献

- 1) 新井慎一, 市川宏伸: 受診者の変化. 精神科 3; 302-305, 2003
- 2) 市川宏伸: 高機能広汎性発達障害の現在. 臨床精神医学 33; 421-427, 2004
- 3) 杉山登志郎: 軽度発達障害. 発達障害研究 4; 241-251, 2000