

## プライマリーケアにおける 軽度発達障害の発見と対応

米田 衆介

はじめに

プライマリーケアにおける軽度発達障害の発見は、思いがけないほど多様な訴えから始まる。たとえば、身体疾患の診察の時に偶然に発見される場合もあるし、「何度も手洗いをする」などの強迫症状や、「自分で髪の毛を抜いてしまう」抜毛癖などの神経習癖を主訴として来院する場合もある。学齡児の場合、不登校や「ひきこもり」などを契機として、軽度発達障害の存在が気づかれることも多い。成人になると、職業上の不適応で来院することが多い。

また、その際には、抑うつ状態を呈していることも珍しくない。必ずしも多くはないが、時には反応性の幻覚妄想状態を伴った状態で初診となり、診断が困難と思われるようなケースもある。そうかと思えば、「わたしはなんだかおかしいのです」というような抽象的な訴えから始まることもある。

### 軽度発達障害の発見

では、このように多様な状況で来院するケースの中から、どのような場合に軽度発達障害を疑い、診断のための

手がかりを得ればよいのだろうか。本稿では、就学前、小学校まで、中学生以上、成人期に分けて述べる。

### 1 就学前

最近では、一歳半および三歳検診でのスクリーニングの感度が向上し、言葉の遅れがない場合でも発見されるようになりつつある。検診や診察での注目すべき点について、表1に挙げる。軽度発達障害の場合には、場面によって行動が大きく異なることがある。このため、家では生活に必要な行動ができていても、保育園・幼稚園ではできないということがある。もちろん、その逆の場合もある。いろいろな状況での観察と、発達検査による評価が重要である。

### 2 小学校まで

保育園・幼稚園では、小規模校で担当スタッフの対応がよいと「大丈夫」ですんでしまうこともある。しかし、小学校普通級では、入学後数カ月で問題が表面化することが多い。教室でじっとしてられない、忘れ物・なくし物が多い、遊びのルールが守れない、冗談が通じない、けんかが多い、仲間はずれになる、場面緘黙、学業不振などの状態を訴えて受診することが多い。学校内の環境が比較的良好で、低学年で表面化しなかった場合でも、中学年から高学年にかけて、「いじめ」、不登校・登校渋り、身体的原因の見つからない愁訴、チック、抜毛癖、確認癖などを契機

表1 就学前の注意点

- |  |
|--|
| 1歳：抱きにくい カンが強い 目が合いにくい 夜泣きがひどい<br>運動発達が遅れる   |
| 1歳半：指差しがない 名詞の表出がない 名詞の指示で実物が取れない 人への要求が乏しい 呼んでも振り返らない 玩具を機能的に扱わない クレーン現象が目立つ  |
| 2歳過ぎ：2語文の表出がない オウム返しが目立つ 物並べをする 回転する物へのこだわり 片時も静止してられない むやみに高いところへ登る ひらひら・ばたばた等の常同行動 極端な偏食（食べられる物の方が少ない程度） 自傷を伴う “かんしゃく” 睡眠障害 部分模倣 |
| 3歳前～就学前：他児とあそべない 手順・道順などのこだわりがある 記号や電車などへの偏った関心 集団場面で状況にあった行動ができない 遊びのルールがわからない急な予定の変更<br>に激しい抵抗を示す 興味があるものに突進する                   |

として受診になることがある。

小学校では、担任の力量によって状態が大きく変わるの  
で、発達の偏りが重くても適応はよいことがあり得る。し  
かし、このときに「大丈夫だから放っておく」という対応  
をしないことが大切である。

### 3 中学生以上

中学生や高校生で事例化するケースは、広汎性発達障害  
の過剰適応と破綻によって、抑うつ状態や神経症状態を呈  
するケースが目立つ。たとえば、同一性保持症状のために、  
きちんとやることにこだわり、結果として破綻して不登校  
になる場合があるし、強迫症状・身体表現症状などを訴え  
るようになる場合もある。他には、境界知能などで周囲と  
の能力の差が広がって不適応になるケース、注意欠陥多動  
障害または軽症の広汎性発達障害で劣悪な環境のために非  
行化するケースなど、周囲の環境との関係で問題が露呈す  
ることが多い。また、この年代からは統合失調症の初期と  
の鑑別診断が特に重要になる。

### 4 成人

大学生を含め、成人で発見される場合には、不適応から  
抑うつ状態や神経症状態で発見される場合と、自分から発

で、歴史的な経緯も含めて幾つかの疾患に分類されてい  
る。それらのうちで、個人にもたらされる不利益の大きさと、有病率の高さとを勘案するときに、最も重要な疾患が、  
高機能広汎性発達障害であり、次いで、注意欠陥多動障害、  
第三に、いわゆる境界知能があげられる。

高機能広汎性発達障害は、言語発達・対人社会性・同一  
性保持の三領域の障害を基準として診断されるが、その脳  
機能障害の本質は未だ明らかではない。しかし、「ひとつ  
のことに注目すると、他のことが目に入らない」シングル  
フォーカーと呼ばれる特徴がほとんど常に認められること  
から、筆者は情報処理における過剰選択がこのグループの  
障害の本質的特徴であると考えている。また、しばしば運  
動学習の障害が伴っていることと情報処理の異常の関連も  
興味深い。

注意欠陥多動障害の本質は、衝動性であると考えられて  
いる。衝動性とは、行動や思考・注意において、抑制的な  
コントロールの機能不全があるために、突発的・短絡的な  
行動が生じたり、思考の浅さや不注意が生じたりすること  
である。しかし、広汎性発達障害ではない純粹の注意欠陥  
多動障害では、成人期までに対処技能の向上などの代償が

発達障害を疑って受診し発見される場合がある。大学入学  
後、あるいは就労して一年以内に不適応となるケースは多  
い。従来は、うつ病、いわゆる「アパシー」、分裂病質人  
格障害、回避性人格障害、境界性人格障害などと（誤つ  
て）診断されていたことも多いと考えられる。病歴や、対  
人関係のあり方、生活上の困難のタイプなどから、注意深  
く鑑別する必要がある。

### 軽度発達障害の本質的な特徴

軽度発達障害を発見し診断するためには、診断基準も大  
切ではあるが、それ以上に、障害の本質をなす病理のイメ  
ージを持つことが重要と考えられる。

そもそも発達障害とは、すなわち発達性の高次脳機能障  
害である。ここでいう高次脳機能障害には、一般的な知能  
検査で検出できるような機能だけでなく、運動学習や対人  
認知の障害なども含まれる。したがって、人間の認知機能  
の複雑さ広汎性に対応して、軽度発達障害に極めて大きな  
バリエーションが存在するのは当然である。極論すれば、  
患者の数だけ疾患が存在するとさえいえるかも知れない。  
しかしながら、それでは治療にも研究にも不自由であるの

生じるため、重症でない限りは成人期に適応が改善するほ  
うが多い。

境界知能とは、精神発達遅滞の基準を満たさないが、標  
準化された知能検査で平均よりも一標準偏差以上低い値を  
示すことを意味しており、厳密な意味では疾患ではない  
といわざるを得ない。外来において出会う頻度はかなり高  
いと考えられる。これを「病気ではありません」と、門前  
払いすることは臨床的には不適切である。とくに、学校教  
育分野で「学習障害」とされるケースには、これに該当す  
る児童が少なくないため、家族や本人の混乱の原因となり  
うる。

### 軽度発達障害の対応

軽度発達障害の治療的対応の前提として、状態の評価が  
必須である。その際には、認知神経心理学的な意味での評  
価はもちろんのこと、本人と家族の社会的・経済的・心理  
的状況や、合併しうる他の精神神経疾患についての評価な  
ども忘れてはならない。

最小限行うべきなのは、ウエクスラー式などに代表され

る発達検査・知能検査である。全般的な発達や知能の水準を知ることも大切だが、検査によって得られる認知機能のプロファイルや、課題を解決する際のストラテジーの分析によって、より多くの情報を得ることができるといえる。

評価を行ったうえで対応を行うが、大きく分けると五つのポイントがある。

- (1) 本人・家族への心理教育
- (2) 生活上の問題への暫定的な対策
- (3) 対症療法的な薬物療法
- (4) 認知と行動の修正を主とした精神療法
- (5) 学校・デイケア等の集団を利用した生活療法

それぞれについて、詳細を述べる紙幅はないが、初診から数ヵ月までの間に重要なものは(1)から(3)までである。診断と評価に引き続いて、直ちに診断と治療方針の説明を含む最小限の心理教育を行うことが大切であると思われる。可能であれば、個別であれ集団であれ、医師または熟練した心理技術者が、通常の診察とは別に時間を取って詳しく行うことが望ましい。しかし、保険診療の範囲内での一般的な外来の状況では、主治医が診察の一部として二〇分から

三〇分程度で行わざるを得ないであろう。

治療方針を立てた時に、それを家族や本人に伝える際に重要なのは、軽度発達障害が生まれつきの脳の特性であって、親の育て方の問題や、本人の努力の問題ではない、ということを確認に伝えることである。未診断のケースでは、そのことで思い悩んでいる場合が極めて多い。従って、疾患であるが故に社会的に免責されるべきであることを言明する必要がある。最近、このことを「告知」などと呼ぶ場合があるが、本人・家族と状況を共有することは当然であって、あまり大げさにいうのは何か奇妙にも感じられる。特性と状態についての知識を共有する過程で、どういう説明の仕方をするかは相手に合わせて柔軟に考えることが大切である。告知するとかしないとか、白か黒かで考えるのは不自由だし、うまくいかない。結果として、本人に納得がいくことが必要であって、あとは本人の知る権利についての倫理的配慮に留意すれば、形式にとらわれる必要はないと考える。

〔よねだ・しゅうすけ 明神下診療所〕

#### ■スクリーニング・検査

## 知能テスト

— WISC—ⅢとK—ABCからみた軽度発達障害

軽度発達障害が神経学的な異常を本質とする障害であることから、発達臨床心理学の領域では、その症状と認知障害との関連性に関心がもたれてきた。近年では、脳画像研究の進歩により軽度発達障害における認知障害を脳機能との関連で検討することが可能になった。さらに、最先端科学技術の領域では、従来は手探り手作りであった軽度発達障害児の指導・教育に、障害の特性にあった有用な指導法や教材を提供する試みが行われている。このような経緯から、軽度発達障害児への支援における発達臨床心理学の役割は、認知神経科学的な視点を中心とした関連領域との連携において、障害理解に必要な心理学的情報を提供する

## 五十嵐一枝

とともに、障害児への指導・教育の効果を心理学的に検証していくことにある。

従来、知能は知能検査で測定される知能指数(IQ)で表され、適応に必要な総合的能力であるとみなされてきた。一方で、神経心理学的観点からは、知的能力を認知機能の特徴から因子に分けて考えることも重要である。流動性知能と結晶性知能、下位検査プロフィール、群指数、あるいは認知的情報の処理様式などの分析的検討が軽度発達障害の知能検査には必要とされる。WISC—Ⅲ (Wechsler Intelligence Scale for Children—Third Edition) とK—ABC (Kaufman Assessment Battery for Children) は、