

「誌上シンポジウム」発達障害への支援の可能性を探る
各分野の支援の最前線を語る

医学的な支援の実際とその課題

米田 衆介

よねだ・しゅうすけ
明神下診療所所長

糸井 岳史

いとい・たけし
明神下診療所臨床心理士

はじめに

発達障害支援の実践においては、非常に範囲の広い包括的な取り組みが要請されるために、多くの分野の臨床的な知を総合することなくしてはその可能性を十分に論ずることはできない。本稿では、誌上シンポジウムの一部として、医学・医療の分野から、発達障害支援への可能な貢献について述べたい。紙数の制限から、発達障害の医学的な考えかたの大筋と、診断・治療上の一般的な留意点に内容を限定し、個別の障害についての詳細は省いた。

発達障害とは何か

発達障害とは、医学的には、発達期に明らかになる認知言語社会的能力の偏りであって、そのために生活上の困難が引き起こされる程度のものである。広義には、運動機能の発達の障害もこれに含まれる。具体的には、精神発達遅滞、自閉症を含む広汎性発達障害、読字障害・計算障害などの特異的発達障害、注意欠陥多動性障害などが含まれる。最近では、「軽度発達障害」という表現が用いられるが、おおよそ、精神発達遅滞を伴わない発達障害を指すものと考えられる。また、教育分野

での「学習障害」という用語は広い範囲を含むため、医療の分野で「軽度発達障害」と呼んでいる範囲と大部分が重なり合う。

発達障害に関しては、しばしば視点の対立が見られる。一方の視点においては、脳の生物学的な違いという要因から生じる、ものの理解や学習のあり方の違いを出発点として考える。そして、それによって引き起こされる特異な社会との関係のありかたを病理として理解して、その科学的な本質を追究するという立場がとられる。このような見方には、たとえば治療技術の開発という点で当事者の利益に結びつくという側面があるだけでなく、疾病性の診断にもとづく社会的な免責を通じて、当事者や家族を理由のない自己責任論の攻撃から援護するという意義もある。しかし、単に個性の特性の偏りのみを強調することによって、既存の社会システムそのものが問題に対してどのように影響しているかということが軽視されるなら、それは一面的な把握といわざるをえない。

他方の視点においては、正常との連続性が強調される。そのような視点では、個体の偏りを認めるとしても、その偏りが「事例」として問題となるか否かは社会システムの側の要因に決定されるという立場がとられる。この

ような立場には、診断がなくとも事例性の次元において支援の必要性を論じうるというケースワーク上の利点があるだろうし、障害のステイグマ性を否定するという意義もあると考えられる。しかしながら、ときにそれが障害という偏りの存在そのものを否定し、あるいは純然たる社会的構築物であるとするような極論に陥ると、かえって障害者への支援を否定するような奇妙な主張として現れることになりかねない。

医療の立場からは前者の視点が優位となることが多く、教育・福祉の立場からは後者の視点からの主張が目立つという傾向が認められる。いずれにせよ、このような視点の違いを意識して克服しないと、チームとしての支援が空回りする可能性がある。精神医療の立場からは、以前から、生物心理社会的な視点の重要性が強調されるようになってきている。すなわち、生物学的要因から社会的な要因までを重層的な構造として把握することによって、上記のような視点の対立を統一することができると考えられる。包括的な発達障害支援の可能性を考える上では、この点をきちんと押さえたうえで検討を進める必要がある。

医学的診断の実際

発達障害の医学的治療において、すべての出発点となるのは、医学的診断の正確さである。発達障害の当事者と家族は、医学的診断名をもとに、問題への対処のための情報を収集する。すなわち、医学的診断とは当事者にとって問題解決の手がかりそのものである。加えて、とくに思春期以降に、本人にも診断名の告知がなされる場合には、その診断名は、自己イメージの一部となり、アイデンティティの形成に影響することになる。これらのことから、この領域における誤診がいかに当事者に混乱と不利益をもたらすかは、明らかである。

正確な診断の前提となるのは、第一義的には正確な情報の収集である。したがって、医学的診断においては、詳細な問診によって病歴をまとめることが必要不可欠である。特定の疾病の特徴を明らかに示していても、このプロセスを省略することはできない。とくに、問診によって受診者と家族の語りに傾聴することは、すでに治療の始まりでもある。また、情報の収集という意味で、可能であれば脳の画像検査や生理検査を行うことも、他の器質性の疾患を除外するなどの点で有用である。

いうようなものではない。他の分野はともかく、臨床精神医学においては診断を伝えるということは、すでに治療の一部である。したがって、その伝え方には工夫が求められる。

診断を伝える際に最も重要なのは、繰り返しになるが、まず正確な診断である。その次に大切なのは、診断に納得がいくということである。納得がいくためには、いくつかの条件がある。たとえば、診断医が十分に訴えを聞くことや、適切な心理検査を行い、その結果を検査者が十分に説明することなどは、最小限必要なことである。

当事者に診断を伝える場合には、タイミングと理解力に合わせた説明とが必要である。当事者本人への診断告知は、あくまで本人が知りたいと思うタイミングで行われなくてはならない。本人に問題意識がない時点で、ただ診断名を押しつけても邪魔になるだけである。タイミングに関しては、少なくとも三つの注意点がある。第一に、事態が混乱しており、本人や周囲が情緒的に不安定なときには否定的に理解しがちなので避けたほうがよい。第二に、本人が事態の解決のために、自分の特性について知りたいと思つてるときを選ぶと納得がいきやすい。第三に、年齢に応じた説明が必要であり、たとえば小学

診断のための情報として、とくに有用なもののひとつに心理検査がある。WISC-IIIやWAIS-Rなどの検査は、認知機能の偏りに関して、多くの情報を客観性のある形で示してくれる。これらの検査の結果は、単に診断のためだけではなく、診断を本人や家族に伝えていく際にも有用である。

さて、そのようにして仮に十分に正確な情報が得られたとしよう。しかし、それが自動的に正しい診断に結びつくわけではない。発達障害の有無一つをとっても、たとえば軽度発達障害では正常範囲の個性との連続性が強い。このために、「どこからが障害か」という判断が容易ではない。この際に、診断者の助けとなるのは、集めた情報と、目の前の本人の様子とから、五年後、一〇年後の未来をイメージする力であり、過去の生育歴上の経緯や学校等の他の場面での行動の様子をイメージする力である。

診断の告知について

診断をどのように当事者や家族に伝達するか、ということとは、治療のうえで重要な問題である。このことについて、最近では「告知」という言葉が使われる。しかし、いわゆる告知のプロセスは、単純に「告知知らせる」と

校低学年では必ずしも障害名にこだわらず、特性として説明することだけでもよい。高機能児では、小学校高学年程度になると、自然と「自分は障害があるのか？」という疑問を持つので、そのときには、医師や心理職から詳しく説明するほうがよい。成人で、自ら診断を求めて来院しているときには、告知をいたすに引き延ばすべきではない。

その他にも考慮すべき点がある。もともと、診断を求めてくる当事者や家族は、何らかの病名を疑って来院していることが多い。筆者らは、まず「あなたは何の障害だと思えますか？」と聞くことにしている。その病名が、診断と一致する場合には、初診時に直ちに診断を伝えても大きな問題は生じにくい。そうでない場合には、十分な情報の提供とともに、時間をかけて共通の理解をつくる必要がある。

家族への告知に関して、とくに、家族が差別的な障害観の影響を受けていて、障害を認識することを拒否している場合には、よりよい対応が必要である。そのこと自体を非難しても治療にはならないので、ある程度の共感を示した上で、発達障害に対するイメージを修正していく必要がある。また、実際には精神遅滞であるに

もかわらず、注意欠陥多動や読字・書字障害などと考
えて来院している家族の場合も、診断にシヨックを受け
やすいので、きちんと検査を行った上でていねいに説明
する必要がある。また、家族の訴えにもかかわらず、詳
細に調べても本人に発達障害が認められない場合、他の
要因で保護者が子どもの養育に困難を感じているのでは
ないかという可能性を検討する必要がある。このような
とき、極端な場合には、虐待が行われているケースも想
定される。保護者の側のニーズを把握しながら支援の必
要性を見極めなくてはならない。

発達障害の医学的な支援に求められるもの

発達障害の医学的な支援に関しては、三つの求められ
る条件がある。第一には、生涯にわたるニーズに応えら
れる一貫性である。発達障害は、基本的に生涯持続する
ものであるから、小児か成人かというような年齢による
制限はなく、あくまで一貫した治療が必要である。また、
その症状や発達上の課題は、生活年齢によって大きく変
化するから、発達障害の支援は、各年齢段階の必要性に
応じて行われるべきものである。

第二に、発達障害の基本的な特徴は、生物学的なレベ
ルの問題としての精神科的併存障害を持つ事例への対応
が期待されることが多い。

とくに思春期以降の事例では、不登校、引きこもり、
非行、暴力等の問題行動や、抑うつ状態等の精神医学的
問題を伴っている者が多い。これらの事例の中には、初
診する以前から発達障害が疑われている場合もあるが、
「心理的な問題」を主訴とする者の中に、隠れた背景と
して発達障害の存在が見出されるという場合も少なくな
い。問題行動や精神科的併存障害の背景に、発達障害が
存在する場合とそうでない場合では、治療の方法が異な
るので、発達障害を見落とさないことが大切である。

発達障害が背景に存在する場合には、(1)適切な薬物療
法、(2)全般的なストレス水準や不安の緩和、(3)問題行動
に対する発達特性を踏まえた分析、(4)ソーシャルワーク
的介入など、以下のような点に留意する必要がある。

(1)薬物療法

医療機関にしかできない支援であって、有効性が最も
高いのは薬物療法である。とくに、発達障害が背景にあ
る、衝動性・不注意、対人過敏性、焦燥、不眠、強い
“こだわり”などには薬物療法が有効な場合が多い。も
ちろん、合併することのある“うつ”や幻聴、妄想など

ルの障害を背景としながらも、心理・社会的な側面の影
響を大きく受ける点である。したがって発達障害の医学
的治療に対しては、薬物療法のような生物学的な側面に
働きかける治療だけではなく、当事者の心理的側面や、
他者との関係性、物理的な環境等の、心理・社会的側面
までをも含めた重層的な治療が必要である。

第三に、発達障害では、発達の複数の領域に障害を持
つことが多く、その複数の領域が、相互に発達の関連
している。したがって、発達障害の治療的アプローチを
行う際には、特定の領域に偏らないように、必要な支援
を行うことが求められる。そのような、複数の領域への
働きかけとしての多元的治療は、医療機関の内部で完結
するものではなく、教育・福祉を含む多様な機関や関係
者との連携が必要である。

医学的な支援の実際

発達障害の医学的治療の実際は、生活年齢、障害のタ
イプと重症度、環境との相互作用による二次的問題の有
無によって大きく異なり、それらの状態に応じて個々に
治療方針を決定する必要がある。筆者らの診療所では、
精神科（神経科）を標榜していることから、とくに、二

にも有効である。環境調整を試みてもこれらの症状の改
善が期待できないときには、ためらうことなく薬物療法
を試みるべきである。ただし、薬用量などで成人の他の
精神障害とは異なる点があるので注意する。

(2)ストレスや不安の緩和

発達障害は、環境によって問題の表れ方が大きく変わ
る。その意味で、環境への介入が治療として大きな効果
をもたらす可能性が高い。環境への介入は、全般的なス
トレスの緩和を目指すものと、具体的な特定の問題解決
を狙ったものがあるが、たとえば、疲労に対する一時的
な休養の指示など、前者の介入のみでも大きな改善をも
たらすことがある。

(3)問題の分析

発達障害の二次的な問題行動は、障害をもたない子に
生じる問題と同様に、子どもが、その年齢に至るまでの
環境との相互作用の結果である。自尊心の低下や深刻な
自己不全感を伴うことが多く、複雑な心的状態を背景と
しているため、その解決はしばしば容易ではない。しか
し、当事者および家族との治療的関係を形成することに
よって、問題が改善の方向に向かい始めることは、少な
くない。治療技法は多岐にわたるが、どのような方法論

による治療であれ重要となるのは、問題の分析にあたって、発達特性による違いを考慮することである。

(4) ソーシャルワーク

発達障害の医療はソーシャルワークの側面を持つことが避けられない。進学・転校に適した学校、本人の特性にあったデイケア、入院できる病院、就労支援の受け方など、教育・医療・福祉等の多面的な支援に関連する情報が必要とされている。医療機関としては、必要に応じて情報を持っている機関へ紹介する能力も要求される。

*

*

発達障害は、近年注目されている軽度発達障害までを含めると、潜在的には莫大なニーズが存在しているため、

多くの治療機関を必要とする。にもかかわらず、上述の治療に必要とする「時間」に匹敵するコストが保険診療では認められていないことが大きな原因となり、治療機関の数が絶対的に不足しているのが現状である。保険点数をはじめとする、この分野に対する医療制度そのものが改善されなければ、今後もこの状態は続くと思われる。医療機関としては、質の高い医療をめざしながら、現実の制約の中で支援を最大化できるよう努力している。限られた診療機会をなるべく有効に活用してもらえらうに、教育・福祉系の機関との連携によって能率のよい診療体制づくりをめざすことが必要であろう。