

プライマリーケアでできる 軽度発達障害の小児精神医学

東京・明神下診療所
米田 衆介 よねだ しゅうすけ

1993年山梨医科大学医学部卒業、同年東大病院精神神経科入局、1996年都立松沢病院精神科医員、2001年より明神下診療所、小児精神科

本稿では、実地の臨床を念頭に置いて、軽度発達障害が疑われるケースにどう対応するかについて、一臨床医のささやかな経験にもとづいて最小限必要と思われることを述べてみたいと考える。

筆者は市井の診療所の駆け出し医師であり、もとより、このような立場で意見を述べるにふさわしいとはいえない。しかし、軽度発達障害に対する適切な医療が切実に求められている今日、多くの良心的な医師・医療関係者の読者を持つ本誌の記事が、多少なりとも小児精神医学的プライマリーケアの充実に役立つならば幸いである。

なお本稿では、小児科という伝統ある用語に敬意を表する意味も含めて、「小児精神医学」という呼称を用いるが他意はない、他の表記である「児童精神医学」と全く同義に用いている。

軽度発達障害とは

さて、すでに本特集の他の記事で解説されていることと思うが、あらためて簡単に“軽度発達障害”の定義を再確認しておきたい。

個人の脳の働きがもつ特性は、生得性の条件と発達期の環境条件との相互作用によって形成され、また、疾患によって影響を受けることがある。このような意味での脳の特性は、認知心理学的特性として観察・測定することができる。こうした認知心理学的特性は、それぞれの個人によってさまざまに異なっているが、その異なり方が発達期に明らかとなり、その程度が生活に困難を生ずる程度であるときに、それを発達障害と呼ぶ。

このように考える場合、精神遅滞・広汎性発達障害・読字／算数など学習能力の特異的発達障害・多動性障害・発達性協調運動障害などは、この意味での発達障害に該当することになる。なお、いわゆる人格障害も脳の特性の違いを意味していると考えられるが、この場合には成人期の横断像として定義されていることが、特性を縦断的な発達の相でとらえる発達障害の概念とは異なっている。

これら発達障害のうちで、精神発達遅滞(知的障害)を合併していない発達障害を、特に軽度発達障害と呼んでいる。ここで、軽度というのは、全般的な知能に大きな問題がないことを指しており、特性の異なり方の程度が軽いということの意味しない。もちろん、生

活上の困難が軽いという意味でもなく、むしろ支援が得にくいために、知能障害を伴う発達障害にも劣らない困難が存在するといわれている。

軽度発達障害の診療の実際

実際に軽度発達障害を診るためには、小児精神医学の全領域について一通りの理解が必要になる。なぜなら、他の疾患を除外しなければならないし、合併する精神医学的状态を理解して対応しなければならないからである。しかし、人口比で10万対数千ともいわれる軽度発達障害の潜在的な有病率を考えれば（たとえその全てが医学的関与を必要とするわけではないとはいっても）、小児科、精神科といった垣根を越えてひろく一般の医師の理解を得て、プライマリーケアでの対応を行うことが求められている。

極めて困難な問題だが、そのような状況だからこそ、厚生労働省は、2010年までの母子保健の目標である「健やか親子21」において、「親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合」を100%にするという数値目標を掲げているのだと思われる。

そこで、プライマリーケアにおいて、どこまでができることで、どこからが範囲外なのかを考える必要がある。その分岐点は、各医師の経験にもよるだろうし、勤務している施設の条件にもよるだろう。あるいは、来院する患者本人や家族の要求する医療内容によっても影響されるかもしれない。

そこで、以下では試みとして、診断から治療までを5つのステップに分割して、各段階において要求されるスキルと条件について概

略を述べることにしたい。なお、このように分割することを含め、以下の内容は、全く筆者の経験に基づく個人的見解であって、特定の立場を代表するものではないことをお断りしておく。

軽度発達障害診療の5つのステップ

step 1

症状に気づき、病歴から疾患を疑える

まず症状に気がつかなくてはならない。その点で、軽度発達障害の小児精神医学も、身体疾患における診断学と何ら異なることはない。

まず重要なのは主訴だが、それのみにとらわれることなく、問診によって他の問題にも気づけるスキルが必要である。では、どのような症状に気づけばよいのだろうか。表1に症状のうちよく見るものを年齢別に列挙してみた。もちろん、網羅的なものではないが、たとえばこのようなことがあれば、疾患を疑う必要がある。

小児精神科的な疾患や状態を考えるべき症状があれば、まず発達に関する病歴を取る必要がある。その際には、上記にあげた症状などの有無をチェックする。その際に、少なくともこれだけは念頭において鑑別した方がよいと考えられる、主な小児精神科的疾患を表2にあげる。

これらの疾患を念頭におきながら、家族歴や出生時の異常の有無からはじめて、原則として時系列で発達のチェックポイント、気になる症状のオンセットや具体的な内容を聞いていくことになる。

特集 軽度発達障害の医療と療育

表1 小児精神科で良く見る症状

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 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 クレーン現象(人の手を道具のように扱って要求を示す)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” 鏡像現象(手のひらを自分に向けてバイバイをするなど、動作模倣が“裏返し”になる) 睡眠障害
3歳前~就学前	: 他児と遊べない 手順・道順などのこだわりがある 集団場面で状況にあった行動ができない 急な予定の変更に激しい抵抗を示す 興味があるものに突進する
小学生	: 教室での適応の困難 じっとしてられない 学業不振(特定のスキルで、あるいは全般的に) わすれもの(持って行く物、または持って帰る物) なくしものが多い ルールのある遊びができない 冗談が通じない けんかが多い いじめられる 場面緘黙 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
中学生以上	: 仲間がいない 非常に偏った関心 コミュニケーションの困難 事実に一致しない被害の訴え 幻聴 破壊行動 盗癖など

表2 鑑別すべき疾患や状態

- 1) 精神遅滞
- 2) 広汎性発達障害
- 3) 特異的発達障害
- 4) 多動性障害
- 5) チック障害
- 6) 強迫性障害
- 7) 統合失調症
- 8) 気分障害
- 9) 不安障害
- 10) 重度ストレス反応および適応障害
- 11) 解離性障害
- 12) 身体表現性障害
- 13) 摂食障害
- 14) 症状性を含む器質性精神障害
- 15) その他の精神および行動の障害
- 16) 精神と行動の障害以外の介入を要する状態
(被虐待児・低栄養・その他の小児科的身体疾患など)

小児科医のなかには、精神の領域になると「このくらいは普通」とか「病気といたらかわいそう」という判断をされる傾向が一般的にあるように思われる。しかし、疑うべき所見があるならば、身体疾患の場合と同様に、その判断は最後まで保留したい。

また、成人を主に診療する精神科医は、「普段、子どもはあまり診てないから自信がない」と考えることが多いように見受けられる。もちろん、それは間違いなく誠実な態度である。しかし、それでも「何か変だ」と思ったら、とりあえずでも積極的に診ていただけると、思いのほかむずかしくないケースも多いと思われる。

とりあえず診察し、その結果、「やっぱりわからない」と思ったら、小児精神科を主な診療範囲とする医師へ紹介していただきたい。余談ながら、筆者の診療所では、成人を主な診

療範囲とする精神科の先生方からの紹介が少なくない。その際には、重要な所見を記した紹介状が付されていることが多く、初診の際に非常に有力な診断の手がかりとなっている。

また、小児科・精神科を問わず、同伴する家族に問題を感じると、「こんな親では子どもがこうなるのも当然」という判断をしてしまうことがあるが、これは要注意である。なぜなら、たとえ仮にそうだとしても治療は必要であるし、むしろ逆に、子どもに何らかの障害があるために家族のストレスが増大して、結果として親にも不適應が生じているという場合が非常に多いからである。

その他、気をつける必要があるのは、“不登校”や“ひきこもり”は症状名であって、その背景には別の疾患が存在している可能性が高いということである。厳しい言い方かもしれないが、“不登校”とって診断を終わるのは、“発熱”とって原因を調べずに診断を終わるようなものといえる。もちろん、他の可能性を全て排除した上で“不明熱”なり“不登校”なりの診断をつけるなら話は別である。

step 2

所見をとり、検査のオーダーができる

症状を発見し、疾患を疑ったら、次は確認のためのデータを集める。はじめて小児精神医学的診察を行うときには、通常の小児科的身体診察とも違い、成人の精神医学的面接とも異なるために要領が掴みにくいと思われる。さらに加えて、成書の中には非常に難しい注意を列挙しているものもあるので、ますます変に肩に力が入るかもしれない。しかし、そ

れは高度な専門家を育成するための基本教育としての「作法」と理解すべきであって、プライマリーケアの場で本当に大切なポイントは多くないと筆者は考える。特別に高度かつ特殊な専門家を目指すのでない限り、小児精神医学的プライマリーケアにおいては、自分が今までやってきた各科の普通の診察の型を基本として、自然体で診察を行うべきである。

一般精神科医であれば、普通の診察でする接触の仕方を基本とするのがよいと考える。普段白衣を着ているならば、特に子どもが怖がらない限り、わざわざ脱ぐ必要はないし、人称や口調も普段と同じでよいだろう。ただ、低学年以下の子どもとラポールをとるには、少しコツがあるので工夫してみるのも面白い。

お勧めなのは、動作の模倣をしてもらうことである。“あくしゅ”“ばんざい”“オーケー”“きつね”などの上肢の動作模倣や、“きらきら”などの交互動作を、神経学的検査の一部としてやってみると、多くの子どもは緊張がほぐれ、にっこりすることが多い。もちろん、小児科医であれば、ラポールをとるのは手慣れていることと思われるので、普通に（ただし、泣かせない程度にあっさり）小児神経学的な身体所見をとるのが自然であろう。

それから、簡単な会話のできる年齢（または発達水準）であれば、まず本人の生活について一般的で答えやすい質問をするとよい。“幼稚園は楽しい？”“何して遊ぶの？”“一番仲良しのお友達は？”といった感じで幾つかきいてみる。

なお、診察時に大体6～8歳以上であれば、なるべく親には診察室から出てもらって、「大人扱い」で話を聞いたほうが好ましい（ゆっ

特集 軽度発達障害の医療と療育

くり話を聞く暇があるならば…だが)。そのなかで、人への接触の仕方や、環境の把握の仕方、出来事への関心、言語表現の水準などを観察する。会話が難しい年齢または発達であれば、おもちゃで遊んでもらって様子を観察するのがよい。こうした観察から、指示への反応、人への関心、物への関心、身体運動の異常の有無などの所見がとれる。

診察で得られた所見を元に、必要であればMRI / CT・EEGなどの身体的検査、発達検査・知能検査などの心理検査をオーダーする。しかし、適切に心理検査が取れる条件の診療環境は少ないと思われるので、その場合は検査なしで、所見のみから大体の発達水準や性格傾向・認知特性のあたりをつけるしかない。

その際に、発達のマイルストーンに関して、甘めに運用されるケースが散見されるが、1歳半で発語がなかったり、2歳で2語文がなく、他に少しでも心配な点があったら、それはもう「要精査」の範囲である。今日の小児精神医学的診断の水準では、決して「経過観察」の範囲としてはならないと筆者は考える。家族に無用の心配を与えない配慮はよく理解できるが、プライマリーケアではスクリーニングが主な目的であるから、偽陽性覚悟で感度を高めるほうが合理的である。家族には、身体疾患のとき同様に、「問題ないが念のための精査」と告げればよい。

step 3

検査結果を理解し、診断ができる

ここから先は、もはやプライマリーケアとしては限界点になる。明白な自閉症や、中等度以上の精神遅滞、合併症のないチック症な

どを別にすると、一般的にはプライマリーケアで最終的な診断は困難と考えておいた方がよいと思われる。理由は上述のとおり、いくつかの知らなければ鑑別できない疾患や状態が存在しうるからである。step2まで実施したら、経験的にできるとわかっているケース以外は、可能な限り小児精神科医に紹介することをお勧めする。

しかし、地域に他に小児精神医学を専門とする医師がいない、あるいは混雑しすぎていてすぐには受診できないなどの状況下では、ともかくも診断を行う必要がある。というよりも、残念ながら、そうしなければならない方が多いかもしれない。

発達検査・知能検査を、神経心理学的ないし認知心理学的に解釈できる臨床心理技術者のいる施設では、その協力を得られるならば、発達障害の診断は可能である。新版K式、田中ビネー、ウェクスラー式など、施設の状況によって1種類か2種類の検査を決めて、その解釈に慣れておくと便利である。「そんなの無理だ」という場合には、太田昌孝先生が提案された、太田Stageを利用していただくと、概ね就学前レベルまでの言語性の精神発達水準を簡便に推定することができる。ついでに、自分で田中ビネーの検査の一部をやってみると役に立つ。

なお、心理検査や小児神経学的診察が、どのように役立つのかという参考までに、検査等で把握できる精神神経学的・認知心理学的な特性の一部を、表3にあげておく。

心理検査なしでの診断は、相当の経験者向けと考えなくてはならない。確かに、公式の

表3 心理検査や問診・診察でわかる小児精神医学的特性

言語理解／言語表出
視空間認知
微細協調運動／粗大協調運動
衝動性・多動
注意機能（持続的注意・選択的注意・分割的注意など）
記憶機能（言語性／視覚性の短期記憶・意味記憶・エピソード記憶など）
社会的相互作用（他者の意図の理解・社会的文脈に依存する判断など）
同一性保持ないし関心の限局性
感覚の異常（触覚や聴覚の過敏など）
その他

診断基準は心理検査を要求していないが、短時間の診察のみで発達水準や認知心理学的特性を正確に把握することは不可能なので、実質的には、よほど自信が無い限り心理検査は必須と考えておいた方がよい。

診断は、基本的にはICD-10またはDSM-IVに準拠することを推奨したい。学術的なレベルでは、ICDやDSMのような操作的診断基準には問題もあるといわれており、それには筆者も同意する。しかし、高度な専門家以外が利用できる適切なマニュアルが他にないことや、共通の用語として連携のために便利であることから、実地臨床では現実的な選択はそれしかないと思われる。もしも必要があれば、自閉症であればCARSや改訂行動質問票、多動性障害であればコナーズの行動評価表やADHD-RSなどのチェックリストを参考にするのもよい。ただし、チェックリスト類は、CBCLのような包括的なリストは別として、特定の側面のみを見るものなので、たとえば多動性障害の項目が多くても診断はアスペルガー障害ということもあり、利用にはその点の注意が必要である。

step 4

治療方針を立て、本人・家族に説明ができる

step3で述べたとおり、精神遅滞やチック障害の場合で合併症がなければ、小児科・精神科を問わずプライマリーケアの範囲で治療可能だと思われる。また、中等度以上の精神遅滞を伴う自閉症は、ある程度の数の症例を経験すれば、激しい行動障害がない限り、プライマリーケアでの対応が可能になると考えられる。しかし、大多数の軽度発達障害の小児においては、精神療法的な関与が必要となり、同時に合併する精神医学的状态の鑑別と治療的対応を要求されるため、対応には精神医学的訓練を必要とする。

小児科医の先生方からは、精神科医への不信をよく聞かされるのだが、必要なスキルという点では、必要とされるものに最も近いスキルを持っているのは、成人を主な診療範囲とする精神科の医師である。もしも可能であるなら地域の小児科医と精神科医が協力してスキルを補い合うことで、この領域の臨床を行うのが理想的といえるだろう。

有効な治療方針を立てるためには、**step3**できちんと特性のアセスメントができていることが条件となる。たとえば診断がアスペルガー障害であったとしても、言語性／非言語性の機能水準によって治療方針も予後も違ってくる。あるいは、不注意や衝動性がどの程度に合併しているのか、いないのか、それが明らかでなければ生活上の問題を解決する方針は立てられない。

このようにして、アセスメントを治療方針に結びつけるには、神経心理学的・認知心理学的な考え方のトレーニングが必要になる。小児神経科や高次機能を扱う神経内科の先生方には馴染みやすい考え方だと思うが、一般の医師には馴染みがないかも知れない。同僚の神経科医や神経心理学に素養のある心理技術者・STなどから、学習のためのアドバイスが受けられると、軽度発達障害をより深く理解するチャンスになると思われる。

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。場合によっては、家族がそのことで周囲から攻撃されていることもある。脳の特性は目に見えないので、そのようなことになるのだが、それを周囲にわかるようにするのも医師の仕事のひとつである。

なお、治療方針と予後伝える中で、多くの本人・家族が心配することとして、遺伝的な要素の関与がある。状況に応じて、すでに知られている疫学的・遺伝学的事実を正確に

伝えることが大切である。遺伝相談のできる小児遺伝学の専門医へ紹介することができれば最もよい。

step 5

実際に治療ができる

小児精神科の治療は、基本的に成人の精神科治療と同様に、薬物療法・精神療法・生活療法の3つの領域をもっている。これは、ある程度は精神疾患の生物学的・心理学的・社会的な側面に対応しているともいえる。たしかに、発達障害の領域では、言語的な精神療法の適応に限りがある場合も多い。しかし、薬物療法はもちろん、学校や家での生活環境への行動療法（ないし認知行動療法）の導入、サイコエデュケーション、病棟・デイケアなどの治療的集団場面でのソーシャルスキルの形成、個別的な訓練を含む治療教育的なアプローチなどの幅広い治療技術が存在している。

このような広い領域を含む治療は、個人としての医師のスキルだけでは不可能であり、チームとしての、施設としての、あるいは施設間ネットワークの力によって可能になる。もちろん、脳の特性そのものが本質の部分で大きく変わるわけではないとしても、生活上の問題の多くは治療によって改善することができる。

軽度発達障害は治療できないと思っている医師も多いのではないかと、最近感じているところである。実際、軽度発達障害を診断したところで、治療できないなら仕方ないではないか。そういう意見を聞くことが多い。なるほど、他の領域はともかく、軽度発達障害の治療においては、薬物療法だけとか、精神

療法だけとか、あるいは生活療法だけでも、確かに治療の成果があがりにくいかもしれない。しかし、経験的には、それら全てを組み合わせることができれば、予後を大きく変えることができると筆者は考えている。

おわりに

ここ数年、「子どもの心」についての一般の関心は非常に高まっている。前線の現場にいる小児精神科医としては、私たちの仕事に漸く陽が当たるようになったという感慨とともに、物事が見当違いの方向へ進むのではないかという危惧もまた禁じ得ない。

一方では、「自称」脳科学者の発言に踊らされて、誤解が広まる心配がある。臨床認知心理学的理解のフィルターなしに、いきなり基礎的な神経科学の知識を臨床に当てはめようとしても無理があることを知っていただきたい。

最近の典型的な誤解の例としては、「ゲーム脳」を挙げることができる。有名になってしまったこの言葉のおかげで、テレビを見たり、ビデオゲームをすることが脳に有害な影響を与えるかのような誤解が広まった。しかし、そのように考えるべき科学的根拠が存在しないことは専門家の間では既に共通理解となっている。

日本小児神経学会も2004年に、「1. テレビ、ビデオなどの視聴は子どもの『脳とこころ』および体の成長に影響を与える可能性があるが、その時期あるいは視聴時間と方法、番組の内容などについてはさらなる科学的検討が必要である。2. 言葉の遅れや自閉症があたかもすべてメディアのせいのようにとらえている論評があるが、いまのところ十分な科学的根拠はない」との提言を行っており、安易な見方に警鐘を鳴らしている。

もう一方では、「心の問題」というと、何でもカウンセリング的に考えようとする逆の意味での安易な見解が心配である。幾つかの方法論があるとはいえ、カウンセリングの方法の大部分は基本的に内面に原因を求めて追求する方法論である。しかし、軽度発達障害のように「内面」ではなく、脳の特性に問題がある障害では、そのような方法論は問題の焦点から目をそらす結果につながりかねない。一般論としてカウンセリングが有効な場面は存在するが、適応と禁忌を考えて用いるべきである。

以上、いろいろと柄にもない大言壮語をってしまったかも知れないし、いくらかの不正確な表現もあったかも知れない。小児精神科臨床への熱意のあまりと思し召して、重ねて宥恕をお願いしたい。