

講座 精神疾患の臨床

監修 松下正明
編集主幹 神庭重信

*Comprehensive Handbook
of Clinical Psychiatry*

9

神経発達症群

編集 本田秀夫

Neurodevelopmental disorders
Elimination disorders
Disruptive behaviour or dissocial disorders

中山書店

シリーズ刊行にあたって

【講座 精神疾患の臨床】のめざすところは、最新の臨床精神医学の精華と経験を集成し、その到達点を、実践的な講座として精神科臨床に携わる方々へお届けすることである。

本シリーズは、中山書店から1975～1990年に刊行された【現代精神医学大系】(懸田克躬ほか責任編集、全25巻56冊)を第一世代とするならば、そのほぼ20年後の1997～2001年に刊行された【臨床精神医学講座】(松下正明総編集、全36巻)が第二世代版であり、その後20年余が経過した今、これらの大系の上に積み重ねられる第三世代版の知のアーカイブスである。1990年に発表された国際疾病分類ICD-10が30年ぶりに改訂されたことを踏まえ、2019年公開のICD-11の疾病分類に則って内容を構成し、めまぐるしく変わる時代のなかで様々な進歩がみられる精神医学について時宜を逸することなく最新の情報を提供するために、臨床上ニーズの高い疾患を中心に編んだコンパクトなシリーズとなっている。

疾病構造は社会の変化とともに変わる。精神疾患の患者数が急増し、2011年には精神疾患が五大疾病の一つに位置づけられ、精神医学の重要性が広く認識されるようになった。また精神疾患の診断と治療においても、この20年の間に大きくその姿を変えてきた。DSM/ICDに基づいて世界中で行われた研究の成果が蓄積され、各疾患の概念と定義にも修正が加えられている。ゲーム行動症のように、治療が必要な対象として新たに定義されたものもある。

治療においても、新規薬物の導入やニューロモデュレーションの開発が進められており、臨床研究や治験の結果に基づいた薬物治療ガイドラインが国内外で多数作成されてきた。昨今の研究対象は予防や早期介入へも向けられつつある。また、精神療法や疾患教育にもさまざまな工夫が加えられ、その有効性が臨床試験で示されつつある。リハビリテーションは今や欠かすことのできない治療となり、地域医療のさらなる充実が図られようとしている。各疾患をみても、たとえば自閉スペクトラム症、うつ病、統合失調症のハイリスク状態、認知症、PTSDや強迫症、物質使用症や嗜癖行動症など、その病理の理解が進み、治療法も工夫され、幅が広がっている。この背景には脳科学の格段の進歩がある。ヒトや霊長類の脳の構造と作動原理の理解が深まるとともに、精神神経疾患の脳病態の解明に向けて様々なアプローチが可能となってきた。この流れは今後さらに加速するだろう。

当事者の権利擁護の動きも一段と進み、治療の「説明と同意」は当然のこととして、医療者が治療情報を当事者に提示して、当事者が治療方針を選べるように支援

する共有意思決定 (shared decision making) が実践されつつある。臨床の現場では、アドボカシーやピアサポートなど、当事者の視点を医療に反映させる試みが盛んになり、精神疾患の研究においても、研究の優先順位を当事者、市民、臨床医、研究者らが共同で決める方針 (patient and public involvement: PPI) など、新たな流れが起きてきた。

しかしながら、いまだに十分な回復が得られない患者さんも少なくないのが現実である。今日、精神疾患の多くは、内的要因と外的要因が複雑に関与する多因子疾患であると考えられており、その病態像は多様を極める。治療者は、複雑な病態をより適切に診たて、より精緻で丁寧な治療を進める必要があり、そのためには広く深い精神医学の知識と豊富な経験とを身につけることが要請される。

本シリーズが、精神科医はもちろんのこと、精神科医とチームを組む多職種の専門職の方々にも、臨床に生かせる知識と技を提供できることを編集者一同こころより願っている。

2020年5月

監修 松下正明 東京大学名誉教授
編集主幹 神庭重信 九州大学名誉教授

序

20世紀終わりから21世紀初頭にかけて精神医学の中での位置づけが最も劇的に変わったものの1つが、神経発達症群 (neurodevelopmental disorders) であろう。

このグループに属する障害は、かつては「精神薄弱 (mental deficiency)」あるいは「精神遅滞 (mental retardation)」と一括りによばれ、精神医学の主要なテーマとして顧みられることはなかった。1940年代以降に「自閉症」や「微細脳機能障害」などの概念が出され、これらは知的機能の異常だけでは説明できないものと考えられたが、当時は児童精神科医を除く多くの精神科医にとっては半ば「他人事」という認識であった。

「発達」という概念が診断分類の中に導入されたのは、1980年に出版されたDSM-IIIであった。しかし、それはあくまで「通常は乳幼児期・小児期・青年期にはじめて明らかとなる (診断される) 障害」というグループの中での話であり、成人期にわたって精神医学の対象であり続けることがあまり想定されていなかった。

2013年に出版されたDSM-5では、発症あるいは診断される年齢によって精神障害をグループ化することを廃止し、すべての年齢帯で精神医学の対象となり得るグループとして「神経発達症群」を切り出した。ICD-11もその方針を踏襲している。ここに、神経発達症を成人期以降も含めてすべてのライフステージにわたって広く精神医学の対象と考えるべきであるというメッセージが明確に示されたといえる。

実際、近年示されている多くの調査から、主要な神経発達症 (知的発達症、自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、発達性学習症) の少なくともどれかに該当する人の頻度が人口の1割以上に及ぶことが示唆されている。児童期～思春期に未診断であった人たちが成人期に初めて診断されるケースも後を絶たず、神経発達症は児童を専門としない多くの精神科医にとって他人事とはとてもいえない状況になっている。いまや、神経発達症群は、すべての精神科医が診療においてまず念頭に置いておくべきものであり、精神科を受診する人たちにつけられる診断の割合も上位を占めるグループである。

神経発達症群の台頭は、学問としての精神医学に対しても大きな影響を与えた。自閉スペクトラム症や注意欠如多動症などの主要な神経発達症について、ドイツ精神病理学にも精神分析学にもない概念や用語の整理が必要となった。これがちょうどDSM-III以降の操作的診断分類の流れと同じ時期であったことにより、神経発達症群の診断概念と分類は、主として他覚的行動所見によって整理されることになった。現在の神経発達症群の分類体系は、近代的な操作的診断分類の申し子といってもよいであろう。

一方、発達の概念が導入されて半世紀近くが経過したとはいえ、乳幼児期から老年期までのライフスパンを通じて神経発達症の症状がどのように推移し、どのように生

活の支障となるのかについて、まだ研究は十分とはいえない。課題としては、乳幼児期と成人期～老年期にかけてのエビデンスが不十分であることが挙げられる。これらは、早期発見によって乳幼児期から支援が開始されたケースが老年期まで継続的に観察されることが可能となっはじめて確固たるエビデンスとなるものである。1990年代から一部の地域で活発となった早期発見・早期支援は、徐々に世界各地で行われるようになってきた。それに伴い、自閉スペクトラム症を中心として乳幼児期の発達の特徴に関する知見が蓄積されている。今後は、各ライフステージで神経発達症の症状がどのように推移していくのか、そしてどのような状態で老年期に至るのかを縦断的に観察し、エビデンスに結びつけていく作業が求められる。

近年では、成人当事者を中心とした発信が活発に行われ、その中から「神経学的多様性 (neurodiversity)」のように神経発達症を疾患とみなすのではなく、脳神経系の多様なあり方の少数の一部であるという考え方が提唱されている。生物学的変異であることと疾患/障害であることとを分けて考えることは、現代的な障害観に通じるものであり、ここでも神経発達症が障害の社会学的理解を進めるうえで象徴的な役割を果たすことになりそうである。

このような神経発達症群の精神医学的あるいは社会学的な役割をふまえ、本巻では神経発達症群全般における概念や分類の歴史の変遷、診断、アセスメント、治療と支援、教育、社会的支援について整理するとともに、知的発達症、自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、発達性学習症を軸として診断概念、病態、原因、治療および支援に関する現時点での知識を概観できるような項立てを行った。精神科医には、必ずしも神経発達症を専門としなくてもご一読いただきたい。神経発達症には精神科医以外にも多くの職種が関わるが、とくにこれを専門とした研究を志す方々にはぜひ読んでいただきたい内容となっている。

最後に、本書の企画・編集にご協力いただいた今村明先生、岩波明先生、吉川徹先生に心よりお礼を申し上げる次第である。先生方の見識とご協力なしに本書は完成しなかった。また、各項目の執筆を快諾していただき素晴らしい原稿を執筆して下さった先生方にも感謝申しあげたい。本書が、神経発達症群に関わる多くの臨床家と研究者の役に立つことができれば、望外の喜びである。

2024年4月

信州大学医学部子どものこころの発達医学教室

本田秀夫

CONTENTS

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および診断ガイドラインの和訳について	神庭重信	xiii
--	------	------

1 章 神経発達症群 総論

神経発達症群の概念・分類とその歴史の変遷.....	本田秀夫	2
神経発達症群における鑑別と併存症.....	八木淳子	10
神経発達症群と関連の深い身体疾患・神経疾患.....	稲葉雄二	23
心理アセスメント.....	稲田尚子	32
乳幼児期の神経発達症群の早期発見と支援.....	黒田美保	39
幼児期～思春期の外来診療.....	岩佐光章	45
幼児期～思春期の入院治療.....	菊地祐子	53
通所支援サービス.....	若子理恵	60
学校との連携(小学校～高等学校等).....	小林潤一郎	68
成人期の診療.....	岩波 明, 中村亮介	75
神経発達症群の成人デイケア.....	太田晴久, 横井英樹	82
高等教育(大学等)との連携.....	渡辺慶一郎, 若杉美樹	89
就労支援.....	志賀利一	96
職業生活を維持するための支援.....	梅永雄二	105
余暇活動支援.....	日戸由刈	113
家族支援・当事者団体.....	市川宏伸	120
発達障害者支援センターと地域の支援体制.....	岡田祐輔	127
神経発達症とひきこもり.....	近藤直司	138

CONTENTS

adverse childhood experiences (ACEs)	山下 洋	146
Topics 神経発達症と性別不合	館農 勝	156
Topics 神経発達症への医療人類学的アプローチ	狩野祐人, 北中淳子	162
Topics ニューロダイバーシティ	大島郁葉	170

2章 知的発達症

概念, 疫学, 症候, 診断基準	吉川 徹	176
原因, 病態に関する研究	相原正男, 相原 悠	188
知的発達症の治療と教育	中島洋子, 井上悠里	197
治療, 支援 (成人)	高橋和俊, 大場公孝	207
Topics 強度行動障害	會田千重	215

3章 発達性学習症

概念, 疫学, 症候, 診断基準	岡 牧郎	226
原因, 病態に関する研究	岩永竜一郎	235
心理教育的アセスメント*	高橋知音	243
支援の基本的な考え方	海津亜希子	252
Topics ICT, ロボットを活用した支援	熊崎博一	263
高等教育における合理的配慮	吉田ゆり	268

4章 自閉スペクトラム症

概念, 疫学, 症候, 診断基準	本田秀夫	278
原因, 危険因子, 病態に関する研究*	土屋賢治	289
治療, 支援 (知的発達症を伴う場合)	今村 明, 岩永竜一郎, 熊崎博一	302
治療, 支援 (知的発達症を伴わない子ども)	内山登紀夫	312
治療, 支援 (知的発達症を伴わない成人)	柏 淳	320
薬物療法	岡田 俊	327
非薬物療法と支援	井上雅彦	336
Topics 早期発見と早期支援	今井美保	345

5章 注意欠如多動症

概念, 疫学, 症候, 診断基準	森本芳郎, 山本直毅, 今村 明	352
治療, 支援 (子ども)	田中康雄	362
治療, 支援 (成人)	姜 昌勲	370
薬物療法	根来秀樹	376
非薬物療法と支援	小野和哉	388
Topicsペアレント・プログラム	杉山文乃, 辻井正次	395

6章 その他の神経発達症群・関連する障害

発達性発話又は言語症群	田中裕美子	404
発達性協調運動症	中井昭夫	416
一次性チック又はチック症群	金生由紀子	425

*の付いた項目に関連する補足説明や参考文献を中山書店HPの「Learning More on the Web [らんもあ]」でご覧いただけます
<https://www.nakayamashoten.jp/lmw/>



CONTENTS

常同運動症	小林正人	436
排泄症群(遺尿症・遺糞症)	川合志奈	447
秩序破壊的又は非社会的行動症群—反抗挑発症	原田 謙	460
秩序破壊的又は非社会的行動症群—素行・非社会的行動症	原田 謙	473
索引		486

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

1章 神経発達症群 総論

神経発達症群の概念・分類とその歴史的変遷

はじめに

神経発達症群 (neurodevelopmental disorders) が精神障害の分類の中に位置付けられ、「発達」をキーワードにして現在のような下位分類の構成になるまでに、主要な国際的診断分類である「精神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)」(以下, DSM) と「国際疾病分類 (International Classification of Diseases)」(以下, ICD) では長年にわたり試行錯誤を繰り返してきた。DSMの最新版であるDSM-5 (2013)¹⁾ およびそのtext revisionであるDSM-5-TR (2022)²⁾ と、ICDの最新版であるICD-11 (2019)³⁾ では、細部に多少の違いはあるものの、大筋では共通点の多い構成となっている。このように、現段階で一定の到達点にあると思われる反面、課題もある。本稿では、現在の神経発達症の診断概念とその分類の歴史的変遷と課題について整理する。

精神障害の分類への「発達」概念の導入と試行錯誤

ICD-11の神経発達症群を構成する診断概念は3つの系譜に大別される。それらは、①かつて「精神薄弱 (mental deficiency)」「精神遅滞 (mental retardation)」などとよばれ、現在の知的発達症に至る系譜 (以下, 系譜1)、②1940年代に「自閉症 (autism)」として提唱され、現在の自閉スペクトラム症に至る系譜 (以下, 系

譜2)、③1940年代以降「脳障害児 (brain injured child)」⁴⁾、「微細脳損傷症候群 (syndrome of minimal cerebral damage)」⁵⁾、「微細脳機能障害 (minimal brain dysfunction)」⁶⁾などの概念で括られ⁷⁾、その後細分化された系譜 (以下, 系譜3) の3つである (表1)。しかし、精神障害の国際的診断分類において、これらのすべてが当初から神経発達の障害という括りでまとめられていたわけではなかった。

精神障害の国際的診断分類にはじめて「発達」概念が導入されたのは、DSM-III (1980)⁸⁾ である。ここでは「乳幼児期・児童期・青年期にはじめて明らかとなる障害」のジャンルが設けられ、それがさらに「知的 (intellectual)」「行動的 (behavioral)」「情緒的 (emotional)」「身体的 (physical)」「発達の (developmental)」の5つのグループに分けられた。「知的」障害には「精神遅滞 (mental retardation)」が⁹⁾、「行動的」障害には「注意欠陥障害 (attention deficit disorder)」と「行為障害 (conduct disorder)」が⁹⁾、「情緒的」障害には「児童期および青年期の不安障害 (anxiety disorders of childhood and adolescence)」が⁹⁾、「身体的」障害には「摂食障害 (eating disorders)」と「常同行動障害 (stereotyped movement disorders)」が⁹⁾、「発達の」障害のグループには「広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders)」と「特異的発達障害 (specific developmental disorders)」が⁹⁾、それぞれ割り当てられた。前述の系譜ごとにもてみると、系譜1は知的障害、系譜2は発達の障害の

2章 知的発達症

概念, 疫学, 症候, 診断基準

概念

知的発達症の歴史

知的能力の障害とは、人生の早期に発現し、発達経過を通じて持続する知的機能の全般的な障害が存在することをいう。知的機能の発達に大きな個人差がみられることは、人類の歴史のきわめて初期の頃から知られており、多くの歴史的な記録や文学の中にも、知的機能の障害に関する記載がみられる。

知的能力に関する個人差が、近代的な意味での障害概念の中で最初に取り扱われるようになってきたのは、主に教育や福祉の領域であった。1800年代の「アヴェロン野生児」に対する教育可能性に関する Pinel と Itard の論争などに、すでに現在にまで続く議論の萌芽をみることができる。

知能検査の開発と定義

知的能力を評価するテストは1905年に Binet と Simon によって作成された。このテストはフランスの小学校就学の際に適応の可能性を判断する目的で作成されたが、その後、このテスト

Keyword

知能指数

知能指数 (IQ) は、一般的な知能の相対的な指標である。知能検査の結果から精神年齢を算出し、下記の式によって求める。

$$IQ = [\text{精神年齢}] \div [\text{生活年齢}] \times 100$$

はアメリカで Terman らにより「スタンフォード改訂増補版ビネー-シモン知能測定尺度」(The Stanford Revision and Extension of the Binet-Simon Scale for Measuring Intelligence) として開発され、結果の表示には精神年齢やそこから算出される知能指数 (intelligence quotient: IQ) が用いられた。

その後も各種の知能検査が開発されたが、これらの検査は、個人の知的能力障害の程度を判断し、医学的に診断することを目的に使用されるようになった。その診断の基準としては、伝統的に2標準偏差 (standard deviation: SD) 以下のIQを示すものを精神遅滞 (mental retardation) として閾値を設定していた。米国精神遅滞協会 (American Association on Mental Retardation: AAMR) は1959年の診断の手引きにおいて、これを1SDに改訂したが、あまりにも多くの事例が診断されることとなり、1973年の改訂において再度2SDに変更し、1SD以上2SD未満にあたる「境界域精神遅滞」の概念を廃止している。

またこの1959年以降の診断の手引きにおいては、従来の知能指数ではなく、より正確に同年齢集団の中での位置を示すことができる偏差知能指数 (偏差IQ) が用いられるようになっていく。

古典的には知的能力の障害の重症度は、知能検査の結果に基づき、おおむね $IQ < 20$ を最重度、 $20 \leq IQ < 35$ を重度、 $35 \leq IQ < 50$ を中等度、 $50 \leq IQ < 70$ を軽度の障害と判定していた。

3章 発達性学習症

原因, 病態に関する研究

はじめに

本稿では、発達性学習症の中の「読字不全を伴う」「算数不全を伴う」「書字表出不全を伴う」の原因, 病態に関する研究について述べる。これら詳細区分にあげられた3つのタイプの発達性学習症は、共通点もあるが相違点もある。たとえば、読字不全を伴うタイプと算数不全を伴うタイプでは、重複が認められることがあるものの神経学的背景, 心理学的背景が異なることが指摘されていることから、病態と原因についてはそれぞれに分けて説明する。

発達性学習症, 読字不全を伴う

ICD-11の「読字不全を伴う」の位置づけ

発達性学習症, 読字不全を伴うは、文字の読みの正確性, 流暢性, 読んだことの意味などの学習のスキルにおいて明らかに持続的に困難があることで特徴づけられる。DSM-IVでは、文字や文字列から音や音韻への変換 (decoding) の問題に焦点が当てられていたが、DSM-5やDSM-5-TRでは、限局性学習症においてこれに音読できても意味を理解できない症状も学習障害 (learning disorder: LD) とする症状に含めている¹⁾。ICD-11においても、読みの障害は、音韻処理の問題だけでなく、読んだことの意味が含まれる。

読みの障害については、さまざまな用語が使われてきたが、本稿では、発達性学習症, 読字

不全を伴うについて、これまでの研究で多く取りあげられてきたディスレクシア (dyslexia) について述べる。ディスレクシアは、後述するように音韻処理能力の障害に基づく読みの障害を指しているため、音読できるのに読んだことが理解できないというものを指すものではない。

ディスレクシアの機能障害

ディスレクシアの原因として最も受け入れられているのは「音韻障害仮説」である²⁾。音韻処理能力とは文字を対応する読み方に解読すること (decoding) の際に話し言葉の音韻構造を用いるための操作能力を指し、たとえば、「たいこ」という言葉が/ta/i/ko/という3つの音節からできているとか、「ta」を取ったら「いこ」になるといったことばを作っている語音についての認識や操作をいう。これがディスレクシア児では困難であるとされている。また、ディスレクシアの原因として、二重障害仮説が提唱されている。二重障害仮説とは、音韻障害と呼称スピード障害が重なって読みの困難を引き起こしているという仮説である。Heikkiläら³⁾が、二重障害仮説に基づいて、二重障害群、呼称スピード障害群、音韻障害群に分け比較したところ、二重障害群において読みの障害の発生率と重症度が単一障害群よりも大きかったことを報告している。

読字への文字の違いの影響

ディスレクシアに影響を与える要因として、

4章 自閉スペクトラム症

治療, 支援(知的発達症を伴わない子ども)

知的発達症を伴わない 自閉スペクトラム症の子どもの特徴

WingとGould¹⁾に始まるスペクトラム^{2,3)}の概念は精神科臨床の範囲を超えて教育・福祉分野、さらに社会全般にも大きな影響を与えてきた。従来の障害概念にフィットしづらい対象が加わり、正常との境界について多くの議論が生じた^{4,5)}。

21世紀以降ニューロダイバーシティ(神経多様性)ムーブメントが生じた。自閉スペクトラム(autism spectrum: AS)の概念は階級、ジェンダー、人種のような政治的カテゴリーのひとつともみなされ、「人はみな多かれ少なかれ同じように、情報を見て、感じ、触り、聞き、嗅ぎ、理解するという前提が崩壊した⁶⁾」。Mesibovは「文化としての自閉症」を提唱し支援者の役割は自閉スペクトラム症(autism spectrum disorder: ASD)の人を「普通に近づける」のではなく、異文化を繋ぐ通訳であると規定した⁷⁾。この背景には、神経科学や認知心理研究による脳機能の差異が明らかになったこと、スペクトラム概念の浸透、インターネットの普及による自閉コミュニティの成立、発言する当事者の増加、専門家による啓発活動、フェミニズム運動の展開などがある。現在、障害支援については「社会モデル」を採用し「インクルージョン」が推奨されているが、ASにとっての「社会的障壁」が何かはわかりにくい。いまだに、「人はみな同じように、情報を見て、感じ、触り、聞き、嗅ぎ、

理解する」ということを前提にして、障害特性のアセスメントなしに、多数派と同じ方法で多数派に近づくことを目指す「支援」がされていることが多い。

知的発達症を伴わないASDの特徴のひとつは、「一見したところ障害に見えない」ことである。このことが明らかな知的発達症を伴うASDとの大きな違いであり、さまざまな課題に繋がる。すなわち「人はみな多かれ少なかれ同じように、情報を見て、感じ、触り、聞き、嗅ぎ、理解するという前提」で家庭での養育や学校教育がなされやすい。知的発達症がなくてもASDであるなら社会的コミュニケーション、興味関心のあり方は少数派であり多数派向けに作られた子ども社会での適応には困難がある。特に子どもの場合は保育所、幼稚園、子ども園や学校という集団で過ごす時間が多いことから園や学校での適応を保護者や学校から求められる。彼らは一見普通にみえても物事の理解や習得の方法(lerning style: ラーニングスタイル)が異なっており、ラーニングスタイルの違いからはASD特有の強みと困難が生じる⁸⁾。支援の必要性を保護者や教育者に理解してもらうためには、障害特性とラーニングスタイルの理解が重要になる。診断はそのプロセスの重要な一部であり、診断の根拠を保護者や教師などの支援者が納得することが適切な支援を行うために重要である。

5章 注意欠如多動症

治療, 支援(成人)

はじめに

注意欠如多動症は児童のみならず、成人になっても支援と治療が必要な疾患であり、有病率は3~4%ともいわれている¹⁾。統合失調症の1%よりはるかに高値であるにもかかわらず、成人の注意欠如多動症の治療ができる医療機関は限られているのが現状である。また成人の注意欠如多動症においては、医療機関の治療だけでなく、社会や福祉など包括的な支援も大切であるが、それらは独立したものではなく、互いに相互補完的に機能すべきものである。

本項では成人の注意欠如多動症における支援について、薬物療法や心理療法など医学的治療だけでなく、多職種領域も含めた総合的包括的支援について述べる。

支援の流れと全体的な枠組み

注意欠如多動症患者に対する支援にあたり大切なことは、医療と医療以外の領域においてそれぞれが限界領域や守備範囲を共通に認識することである。

医療においては「診断と治療」が主に行えることであり、成人の注意欠如多動症支援において「正確な診断」は必須といえる。この正確な診断があってはじめて治療を含めたすべての支援がスタートラインにたてるといっても過言ではない。

また、診断と治療は完全に分離できるものではなく、診断過程にも治療的な側面がある。た

例えば丁寧な問診によるラポールの形成や、生育歴聴取の中で本人や保護者のこれまでの苦勞への労いも治療的といえよう。

支援において、時間経過的な段階での分類と、用いるリソースの分類、つまり縦軸と横軸の考え方が大切である(図1)。

縦軸については、時間軸として以下の3段階から成る。

①初診、②診断過程、③診断後。

横軸については、リソースとして以下のものがあげられる。

①医療機関での精神療法、薬物療法。

②発達障害支援センターや精神障害者保健福祉センター、就労支援など各種支援機関。

③配偶者、親、兄弟、大学の教員、会社の上司などの理解、もしくは自助グループなど患者本人に近いリソースを活用した支援。

まず医療機関においてどのように診断を行うのか、以下に解説していきたい。

初診から

初診から診断以前の段階では、まず来院時主訴と、今後どうしたいか、治療に期待することについて確認する。診断以前に、診断後の関わりまで見据えて、本人と目標設定を行う。つまり診断は、それ自体が目的となるのではなく、今後の支援のための一手段にすぎないのである。

6章 その他の神経発達症群・関連する障害

発達性発話又は言語症群

ICD-11

6A01 developmental speech or language disorders

はじめに

「発達性発話又は言語症群」とは、発達期に認められる発話 (speech) または言語 (language) の障害を指し、発話または言語の理解または表出の障害、言語の使用の障害などで、発話や言語の発達レベルが生活年齢や知的機能から期待されるレベルより著しく低い場合をいう。また、観察される発話や言語の障害が、地域的、社会的、文化的/民族的な違いによるものではなく、構造的異常または神経学的異常によっても説明できない場合を指す。さらに、推定病因は複雑で、多くの症例で不明である。

「発達性発話又は言語症」には、①発達性語音症 (developmental speech sound disorder) もしくは語音症/機能的構音障害、②発達性発話流暢症 (developmental speech fluency disorder) もしくは吃音症、③発達性言語症 (developmental language disorder: DLD) もしくは言語発達障害に加え、他の発達性発話または言語症および特定不能の発達性発話または言語症が含まれる。

発達性語音症もしくは語音症/機能的構音障害

語音の産出、知覚、獲得が困難なために構音に誤りが生じ、生じる構音の誤りの数またはタイプ、発話全体の質が生活年齢や知的レベルから期待される正常範囲に至らず、発話が不明瞭でコミュニケーションに支障をきたすものである。構音の誤りは幼児早期 (3歳以下) から生

じるが、社会的、文化的、他の環境的多様性 (たとえば方言) や、聴覚障害または構造的または神経学的異常によって説明できない場合である。

表1¹⁾に、ICD-11の「発達性語音症」における診断に必須の特徴および除外する障害を示す。このように発達性語音症は幼児早期に生じ、構造的・器質的・神経学的問題がない構音障害を指し、口蓋裂による明らかな器質性構音障害や聴覚障害による感覚入力障害などは相当しない。しかし、構音器官の運動を協調・調整する能力の未熟さ、語音に関する音韻的知識の習得の遅れなど、軽微な運動的・器質的問題を持つ場合が含まれているのが現状である。

追加の臨床的特徴

発達性語音症は原則、特定の原因が明らかでない場合とされるが、さまざまな他の障害、注意欠如多動症 (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD)、発達性発話流暢症、レイトトーカー、DLD、軽度の知的障害などとの併発が珍しくない²⁾ (表2¹⁾。

定型発達との境界

構音能力の獲得は個人差が大きく、4歳頃までは定型発達児にもさまざまな構音の誤りが認められるため、幼児早期の誤りが必ずしも発達性語音症を示すものではない。また、4歳頃まで構音の不明瞭さがあってもコミュニケーションはそれほど阻害されないが、発達性語音症があると継続的な発話明瞭度の低さのためにコ