

特別支援教育

気になる子どもの診断(2)

発達障害の診断と原因

児童精神科医・目白大学教授 山崎 晃資

1937年北海道に生まれる。北海道大学大学院修了。市立札幌病院附属静療院児童部長、東海大学医学部精神科学教室主任教授を経て、2005年3月まで東海大学付属相模中学校・高等学校校長。国際児童青年精神医学会事務局長・副会長、日本児童青年精神医学会理事長を歴任後、現在は、日本自閉症協会副会長、発達障害療育研究会副会長など。専門は児童青年精神医学・乳幼児精神医学・発達障害児学。著書は『発達障害と子どもたち』（講談社2005年）など多数。



1. 発達障害の概念と分類

最近、「発達障害」という言葉が安易に使われる傾向にある。発達障害がどのような経緯で登場し、どのような問題を抱えているのかを考慮せずに、慎重な鑑別診断も行わずに、発達障害と診断することは厳に慎まなければならない。

(1) アメリカ精神医学会の考え方

精神医学の診断分類体系の中で「発達障害」が明確な形で取り上げられたのは、1980年に公刊されたアメリカ精神医学会の「精神障害の診断と統計のためのマニュアル・第3版(DSM-Ⅲ)」が初めてである。DSM-Ⅲでは、知的障害として精神遅滞を、発達障害として広汎性発達障害(Pervasive developmental disorders, PDD)と特異的発達障害(Specific developmental disorders, SDD)をまとめたが、1987年の改訂版(DSM-Ⅲ-R)では、「発達障害」という項目の下に包括された。そして、精神遅滞では「全般的な遅れ」が、PDD(自閉症など)では「広汎な領域における発達の質的な歪み」が、そしてSDDでは「特定の技能領域の獲得の遅れまたは失敗」が特徴であると記載された。発達障害は慢性的経過をとり、障害のいくつかの徴候は(寛解ないし増悪の時期のないまま)固定した形で成人期まで持続するが、軽症例では適応障害が改善されることもあるとされた。DSM-Ⅲ-Rの定義に従って発達障害を図式的に整理すると、図1のパターンとなる。

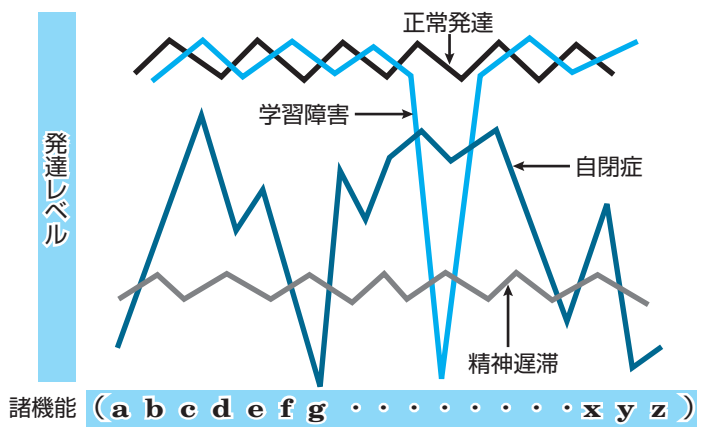


図1 発達障害のパターン

1994年、アメリカ精神医学会は、後述するWHOの国際疾病分類・第10版（ICD-10）との互換性を考慮して第4版（DSM-IV）をまとめた。DSM-IVでは、学習障害・運動能力障害・コミュニケーション障害・PDDは第Ⅰ軸（臨床疾患）にまとめられ、精神遅滞はパーソナリティ障害と共に第Ⅱ軸にコードされている。さらに2000年には、DSM-IVの診断基準が一部変更され、新しい知見に基づく説明が加えられてDSM-IV-Text Revision（DSM-IV-TR）が公開されたが、発達障害関連の診断基準についての大幅な修正はない。

(2) 世界保健機関（WHO）の考え方

1992年に公開されたWHOの「国際疾病分類・第10版（ICD-10）」では、精神遅滞にはあらゆるタイプの精神障害が合併し得るし、症状の発現には社会的および文化的な影響が関与していることから「精神遅滞」を独立的に扱い、「心理的発達の障害」と並列的に位置づけた（表1）。そして、「心理的発達の障害」に共通するものとして、次の3項目を上げている。すなわち、①発症は乳幼児期あるいは小児期である ②中枢神経系の生物学的成熟に深く関係した機能発達の障害あるいは遅滞である ③精神障害の多くを特徴づけている寛解や再発が見られない安定した経過である。さらに発達障害について、次のように述べている。

① 障害された機能には、言語・視空間機能および協調運動が含まれ、成長するにつれてこれらの障害は次第に軽快するのが特徴である。②通常、遅滞や障害は、その発現が明確にとらえられるよりもずっと前から存在しており、正常な発達期間を経た後に発症することはない。③同様の障害あるいは類似した障害が家族歴に認められることが多く、遺伝的要因が関与していると考えられている。④環境要因が、発達障害の症状形成過程に影響していることはしばしば認められるが、発症の原因となることはない。⑤多くの症例では病因は不明で、それぞれの発達障害の境界が重なり合ったり、不明瞭なことが多い。

また、「心理的発達の障害」には、前述した3項目の規定を完全に満たさないものも含まれているとした。すなわち、①明らかに正常な発達の時期が先行して

表1 ICD-10（1992）

F70～F79 精神遅滞	
F80～F89 心理的発達の障害	
F80	会話および言語の特異的発達障害
F81	学習[学習能力]の特異的発達障害
F82	運動機能の特異的発達障害
F83	混合性特異的発達障害
F84	広汎性発達障害
F88	他の心理的発達の障害
F89	特定不能の心理的発達の障害

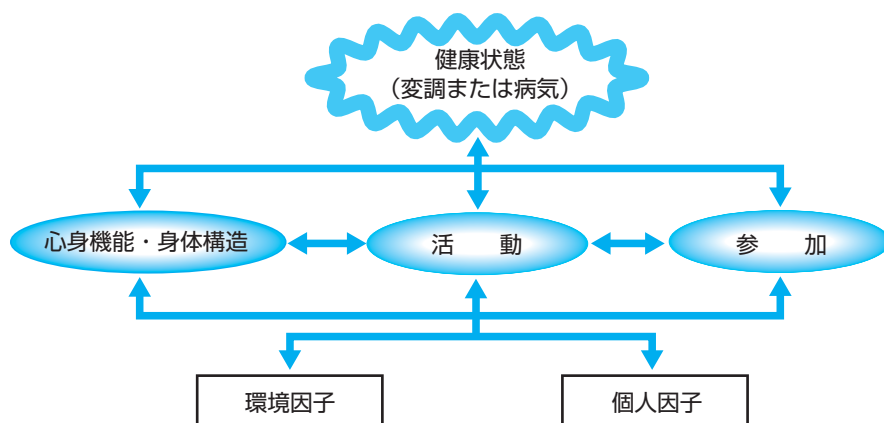


図2 ICFの構成要素間の総合作用

いる障害（例えば、小児期崩壊性障害、ランドウークレフナー症候群、一部の自閉症など）と、②発達の遅れというよりも「偏り」と定義されるもの（例えば自閉症）である。自閉症は発達の偏りが特徴であるが、さまざまなレベルの精神発達レベルの遅滞が見られるために発達障害としてまとめられている。

一方、WHOは1980年に「国際障害分類試案」（ICIDH）を発表し、1993年以降はWHOの正式な分類とされるようになった。これは、広義の「障害」概念を取り入れたものであり、病気の諸帰結を整理したものである。すなわち、疾病（外傷も含まれる）の顕在化したものを機能障害（impairment）、そのために実際の生活のなかで活動能力が制約されるものを能力障害（disability）、さらにそのために通常の社会的役割を果たせなくなるものを社会的不利益（handicap）とした。1990年からICIDHの改訂作業が始められたが、障害のマイナス面だけを見るのではなく、その人の生活機能というプラス面を見て分類するという方向へ視点を切り替えて、2001年には「国際生活機能分類（ICF）」が出版された。ICFは、人間の生活機能と障害を、「心身機能・身体構造」、「活動」と「参加」、「環境因子」と「個人因子」について分類し、その構成要素間の相互作用を図2のように整理している。

臨床的には、精神遅滞・PDD・SDDの3つを発達障害としてとらえる考え方が一般的になっているが、注意欠陥/多動性障害（Attention deficit/hyperactivity disorder, AD/HD, DSM-IV-TR）および多動性障害（ICD-10）を発達障害に含めるか否かについてはさまざまな議論がある。

（3）福祉・教育行政における発達障害

1999（平成11）年4月より、福祉行政では、「精神薄弱」の表記に代わって「知的障害」が用いられているが、厳密には知的障害と国際的診断基準における精神遅滞は異なる概念である。2005（平成17）年4月、「発達障害者支援法」が施行され、「この法律において発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに準ずる脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」（第二条第一項）と定義された。この法律は、福祉的支援を目的として発達障害を幅広くとらえたものと理解される。

さらに、2007（平成19）年度から「特別支援教育」が実施された。特別支援教育の基本的理念は、障害の程度などに応じて特別の場で指導を行う特殊教育から、障害のある児童生徒一人ひとりの教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う特別支援教育への転換を図ることである。そして、特別支援教育は、従来の特殊教育が対象としていた障害だけでなく、学習障害（LD）、AD/HD、高機能自閉症を含めて障害のあるすべての児童生徒を対象として、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善または克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものであると規定された。

特別支援教育が論議されてきた経緯の中で、「軽度発達障害」という言葉がしばしば使われはじめた。一般に用いられている軽度発達障害には、高機能自閉症、アスペルガー症候群、SDD（とくに学習障害）、境界線レベルの精神遅滞、AD/HDが含まれるとされている。しかし軽度発達障害には、①明確な規定がなく ②IQが正常範囲内にある発達障害であり ③日常生活における困難さや周囲の無理解・誤解は想像以上であり ④幼児期および児童期に気付かれることが少なく、反社会的行動・衝動性などがあらわになってから過度に問題視され ⑤いじめの対象になりやすい などのさまざまな問題がある。その意味では、「軽度」という言葉から想像される「軽症である、問題が少ない、扱いが容易である」などとはおよそかけ離れた深刻な問題が内在しており、知的障害を有するPDDの子どもとは異なる対応を工夫しなければならない。「軽度」という言葉の語感から、安易に独断的な対応をすると、想像を超える大きな問題が生じる。その意味では、“いわゆる”軽度発達障害と、括弧付きで呼ぶべきものである。

行政的レベルで使われている発達障害と、精神医学の領域で用いられている発達障害の間には、いくつかの乖離^{かいり}があることを十分に理解しておく必要がある。2007（平成19）年3月、文科省初等中等教育局特別支援教育課は、「発達障害」の用語の使用について次のような見解を発表した。すなわち、①高機能以外の自閉症者については、以前から、また今後とも特別支援教育の対象であることに変化はない ②「軽度発達障害」の表記は、その意味する範囲が必ずしも明確ではないこと等の理由から、今後当課においては原則として使用しない ③学術的な発達障害と行政政策上の発達障害とは一致しないと した。

2. 広汎性発達障害（PDD）

PDDは、①相互的な対人関係技能の障害 ②コミュニケーション能力の障害 ③常同的な行動・興味・活動の3徴候が、発達水準および精神年齢に比して明らかに偏って認められる一群の障害である。DSM-IV-TRでは、生後1歳までに明らかになるとされており、ICD-10ではほんのわずかな例外を除いて、生後5年以内に明らかになるとしている。ある程度の全般的認知機能障害を伴い、自閉性障害（DSM-IV-TRの表記。ICD-10では小児自閉症〔自閉症〕）

表2 「F84広汎性発達障害」の下位分類

F84 広汎性発達障害

- F84.0 小児自閉症[自閉症]
- F84.1 非定型自閉症
- F84.2 レット症候群
- F84.3 他の小児期崩壊性障害
- F84.4 精神遅滞および常同運動に関連した過動性障害
- F84.5 アスペルガー症候群

レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害（DSM-IV-TRの表記。ICD-10ではアスペルガー症候群）、および特定不能のPDDが含まれる。

ICD-10の「F84 広汎性発達障害」には、表2に示す下位項目が含まれている。そして、「F84.0 小児自閉症」は、3歳以前に現れる発達の異常および／または障害の存在、そして相互的社会的関係、コミュニケーション、限局した反復的な行動の3つの領域すべてに見られる特徴的な機能の異常

によって定義されるPDDと規定されている。また、鑑別診断として、①二次的な社会的・情緒的諸問題を伴った受容性言語障害（F80.2）②反応性愛着障害（F94.1）③脱抑制性愛着障害（F94.2）④何らかの情緒／行動の障害を伴った精神遅滞（F70～79）⑤通常より早期発症の統合失調症（F20.-）⑥レット症候群（F84.2）などがあげられている。

ウイングは、自閉症からアスペルガー症候群までを含む幅広い連続帯としての意味で、自閉症スペクトラムまたは自閉症スペクトラム障害という概念を提唱した。関連する発達障害を並列的に位置づけたPDDは、自閉症の理解を妨げる名称であるという理由で、ラター&ショブラーは「自閉症スペクトラム障害」を推奨している。

(1) 自閉症（または自閉性障害）

児童期の統合失調症に関する精神病理学的研究が盛んになされていた1930～1940年代を背景にして、カナリーの自閉症研究が登場した。

1943年カナリーは、「情緒的接触の自閉性障害」を示す11例の症例報告を行い、極端な自閉、強迫・常同行動、反響言語が特徴であり、児童期の統合失調症とは次の点で異なるとした。第1に、自閉症の子どもは、生来的といってよいほど早幼児期から極端な孤立と外界に対する無反応を示している。第2に、自閉症の子どもは、彼らの孤立を脅かす恐れのないものとは相応的な関係を持つことができるが、対人関係を樹立することはきわめて困難であり、もし他者とのかわりが避け難いものである場合、その人から分離したものとして、その人の手や足との間の関係を持つ。第3に、統合失調症の人々は、彼らが接触していた世界から脱出することによって問題を解決しようと試みるのに対して、自閉症の子どもは生まれ落ちる時からまったくかわりのない世界の中に注意深く触角をのばしていくことによって、だんだんと歩みよっていく。

1944年カナリーは、これらの子どもを早期幼児自閉症と呼んだ。そして1949年、疾病論的検討を行い、早期幼児自閉症の臨床症状を次のように整理した。すなわち、①著明な閉じ込み ②同一性保持の強迫的な欲求 ③物に対する巧みで優しいとさえいえるかわり ④知的で默想的な顔貌の残存 ⑤緘黙かまたは他者とのコミュニケーションには役立たない言語。

1940～1950年代にはマラーの共生的幼児精神病、バーグマンとエスカロナの感覚過敏児、ランクの非定型児が発表された。特筆すべきことは、1960年代の後半、ラターが臨床観察と疫学的調査によって自閉症概念を再検討したことである。彼は、自閉症の子どもでは、対人関係の障害は比較的容易に改善されるが、言語／認知機能の障害は長期にわたり残存することから、自閉症の基本障害を言語／認知機能の障害とし、対人関係の障害を二次的障害とした。この自閉症の言語／認知機能障害仮説は、その後の自閉症研究に大きな影響を与え、「コペルニクス的回転」と評され、生物学的研究の糸口となり、DSM-Ⅲへ続くことになった。

最近では、バロン-コーエンの「心の理論」の障害、フリスの中枢性統合仮説、さらには実行機能の障害、情報処理機構の障害など、さまざまな見解が述べられている。

(2) アスペルガー症候群

1944年、アスペルガーはカナーの症例に極似する症例を報告し、自閉的精神病質と名付けた。その臨床像は、次のようにまとめられた。すなわち、①眼差しが物や人に向かわず、注意の喚起と生き生きとした接触を示すことがない。②症例によっては多彩な特徴があるが、不自然な調子で、滑稽で嘲笑を誘うような言葉がある。③独特の思考と体験様式があり、大人から習い学ぶことができず、自己流で、関心は狭い視野または小さな断片に限られている。④非常に不器用で、日常生活の基本的習慣が憶えられず、硬く滑らかでない運動で、身体図式を持ち合わせていないように見え、勝手な行動のために集団適応が困難である。⑤欲動と感情の起伏に異常な推移があり、人格に調和的に織り込まれておらず、過敏と鈍感が表裏になっている。

アスペルガーは、これらの特徴が2歳頃から出現して一生を通して認められ、問題は姿を変えるが本質的なものは不変であり、統合失調症で見られる活発な内的異常体験と進行性の人格解体のないことを強調した。さらに、自閉的精神病質は、明らかに遺伝的・生来的なもので、幼児期の終わり頃にはすでに特異性が認められることから、素質的性格異常と考えた。

カナーとアスペルガーの2つの概念は、わが国の児童精神医学界に大きな影響を与え、カナー型とアスペルガー型、カナーの中心症例とアスペルガーの中心症例などという表現のもとに、別個の症候群が存在するか否かが論議されていた。ヴァン・クレヴレンは、早期幼児自閉症は精神病的過程であり、自閉的精神病質は性格偏位であるとした。しかし、レンプは自閉的精神病質を統合失調症に近縁のところに位置づけ、早期幼児自閉症の軽症例と考えた。

しかし、精神発達のまさに途上にある乳幼児期に精神病質という言葉を用いたことには異論が多く、日本では、1960年代の後半からはほとんど注目されなくなっていた。ところが、1981年、ウイングは5歳から35歳までの34症例を検討し、そのうちの19例はアスペルガーの症例に類似しており、他の15例の症状はアスペルガーの説明と一致していたが、アスペルガーの症例に特徴的な発達経過（3歳まで障害が見られないこと）とは異なっていることを明

らかにし、パーソナリティ障害というより社会的病理行動に関連づけてとええ直して、アスペルガー症候群として提案した。

ウイングは明確な診断基準を示さなかったが、その臨床的特徴を次のようにまとめた。すなわち、①周りの人々に関する正常な関心の不足が乳児期より明らかであること ②喃語が質的にも量的にも限られていること ③関心や活動を共有することが少ないこと ④言語的にも非言語的にも他者と交流しようとする強い動機が欠如していること ⑤言語獲得が遅れ、言語の内容は貧弱であり、他者から不適切に模倣した発語や本から機械的に学んだものであること ⑥歩き始める前に話すという記述は、多くの症例で適応されないこと ⑦創造的・模倣的な遊びが出現しない、あるいは限定されており、変化のない繰り返が多いこと。

この考え方は、①社会性 ②コミュニケーション ③創造的活動の「3つ組」の障害を持つ自閉症スペクトラムという考え方に導かれた。アスペルガー症候群が、社会性およびコミュニケーション機能の側面で自閉症と現象的に連続しているということについては疑問の余地はないが、自閉症との質的な差異があるか否かについては、未だに多くの議論がある。1998年にショプラーは、「よく考えもせずアスペルガー症候群というレッテルを採用することは、精神医学の診断カテゴリーがどのように作られているのかということについての重大な欠陥モデルの一例である。本来ならば、妥当性のある下位集団の存在が明確になるまで、研究は続けるべきである。軽々にアスペルガー症候群というレッテルを採用することは、建設的どころではなく、全く正反対の結果を招くだけであり、これまで前進してきた自閉症の理解と治療の歩みを遅らせるものでしかない」と述べた。これに対してウイング（2000年）は、「本来考えていた目的は、この症候群が自閉症スペクトラムの一部であり、他の自閉性障害と区別される明確な境界線はないことを強調するという点にあった。…1981年の論文でアスペルガー症候群という用語を使ったものの責任として、この用語が独立した実体として存在することに強く反論する」と述べている。

（3）診断基準と症状形成過程

自閉症 DSM-IV-TRによると、自閉症の診断基準（表3）は、①対人的相互反応における質的な障害 ②コミュニケーションの質的な障害 ③行動・興味および活動の限定された反復的で常同的な様式の3徴候が3歳以前に認められることが重要である。しかし、これらの自閉症状は幼児期から児童期にかけて見られるものであり、より早期の発達段階における症状発現の仕方が問題となる。自閉症状を年齢段階別に整理すると表4のようになる。

自閉症の症状形成過程を、まず脳の機能障害もしくは成熟障害があり、そのために生ずる多様でバラツキの多い発達障害に、環境からのさまざまな心理学的影響が加わり、それぞれの年齢段階に特有な症状を形成していくと考え、それぞれの段階における治療プログラムを立てることが可能となる（図3）。

表3 自閉症の診断基準 (DSM-IV-TR)

A. (1), (2), (3) から合計6つ (またはそれ以上)

うち少なくとも (1) から2つ, (2) と (3) から1つずつの項目を含む。

- (1) 対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる。
- (a) 目と目で見つめ合う, 顔の表情, 体の姿勢, 身振りなど, 対人的相互反応を調節する多彩な非言語的行動の使用の著明な障害
 - (b) 発達水準に相応した仲間関係をつくることの失敗
 - (c) 楽しみ, 興味, 達成感を他人とわかち合うことを自発的に求めることの欠如 (例: 興味のあるものを見せる, 持ってくる, 指差すことの欠如)
 - (d) 対人的または情緒的相互性の欠如
- (2) 以下のうち少なくとも1つによって示されるコミュニケーションの質的な障害
- (a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如 (身振りや物まねのような代わりのコミュニケーションの仕方により補おうという努力を伴わない)
 - (b) 十分会話のある者では, 他人と会話を開始し, 継続する能力の著明な障害
 - (c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語
 - (d) 発達水準に相応した, 変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性をもった物まね遊びの欠如
- (3) 行動, 興味, および活動の限定された反復的で常同的な様式で, 以下の少なくとも1つによって明らかになる。
- (a) 強度または対象において異常なほど, 常同的で限定された型の1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること
 - (b) 特定の機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。
 - (c) 常同的で反復的な衝動的運動 (たとえば, 手や指をパタパタさせたりねじ曲げる, または複雑な全身の動き)
 - (d) 物体の一部に持続的に熱中する。

B. 3歳以前に始まる。以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常

- (1) 対人的相互作用
- (2) 対人的意志伝達に用いられる言語
- (3) 象徴的, または想像的遊び

C. この障害はレット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない。

図3 発達障害の症状形成過程

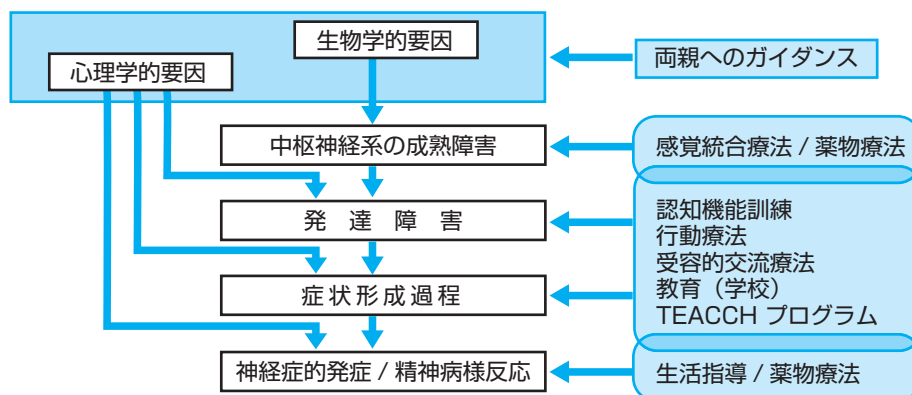


表4 各年齢段階における自閉症状

出生から1歳まで

- ①愛着行動の発現が乏しい（視線を合わせず、母親の養育行動に無反応で、あやしても反応せず、社会的微笑が出現せず、人見知りをしていないなど）。
- ②光や音に過敏で、ロッキングや奇妙な手指の動きを示す。
- ③喃語が少ない。
- ④睡眠リズムの障害がある。

1～3歳

- ①他の子どもに無関心で、模倣行動が見られない。
- ②自己刺激的行動（手を振りながら走り回る、耳を抑える、横目で見るとなど）が頻発し、表情が乏しい。
- ③儀式的な常同行動、自傷行為があり、排泄便のしつけが困難である。

4,5～11,12歳

- ①周囲の人々や状況と関わりを持つことができない。
- ②コミュニケーションの目的で言葉を用いず、奇妙な話し方（単調で、助詞が入らず、反響言語があるなど）がある。
- ③強迫的な同一性保持があり、学習に乗りにくい。

思春期

- ①自閉症状は軽減し、認知機能の障害が明かとなる。
- ②行動量が減少し、自発性が低下する。
- ③羞恥心が乏しく、場面に相応する行動がとれず、時にパニックを起こす。
- ④低機能群では、自傷行為・パニック・睡眠障害が見られることがある。
- ⑤高機能群では、他者に過敏となり、幻覚・妄想状態を示すことがある。

成人期

【低機能群】

- ①具体的な言語的指示にはよく反応し、簡単な会話は可能である。
- ②独語・常同行動・自己刺激的行動が見られ、対人的孤立がある。
- ③偏食や拒食があり、突発的なパニックが散発するが、静穏化が早い。
- ④作業工程を飲み込めば、精密作業を根気よく続けることができる。

【高機能群】

- ①配慮された環境では就労が可能であり、知的職業に就くものもいる。
- ②知覚刺激に過敏で、社会的不適応を起こしやすく、時に被害的となり、儀式的行動を示すことがある。
- ③一方的な思い込みが強く、対人関係に支障をきたすことがある。
- ④自己同一性の混乱がある。

老年期

【低機能群】

- ①自発性が低下し、行動量が減少し、目立たない存在となるが、攻撃的行動が突発することがある。
- ②こだわりが残存し、幼児期の行動をタイムスリップのように再現することがある。

【高機能群】？

臨床的には、より早期の段階での治療・指導法が継続的に試みられ、さまざまな方法が統合的に行われることになる。いうまでもなく、特定の方法に固執しては自閉症の子どもの問題を解決することはできず、関連領域の多くの専門家との協働が不可欠である。

アスペルガー症候群 DSM-IV-TRの診断基準では、自閉症の診断基準にある ①対人的相互反応における質的な障害と ②行動・興味および活動の限定された反復的で常同的な様式は同じであるが ③臨床的に著しい言語の遅れがない（例：2歳までに単語を用い、3歳までにコミュニケーション的な句を用いる）とされ、さらに ④認知の発達、年齢に相応した自己管理能力、（対人関係以外の）適応能力、および小児期における環境への好奇心について臨床的な明らかな遅れがないとされている。鑑別診断として、⑤他の特定のPDDまたは統合失調症の診断基準を満たさないと記載されている。

ICD-10の「F84.5 アスペルガー症候群」の項には、次の説明が加えられている。すなわち、疾病分類学上の妥当性がまだ不明な障害であり、関心と活動の範囲が限局的で常同的反復的であるとともに、自閉症と同様のタイプの相互的な社会的関係の質的障害によって特徴づけられている。この障害は、言語あるいは認知的発達において遅延や遅滞が認められないという点で自閉症とは異なるが、多くのものは全体的知能は正常であるにもかかわらず、著しく不器用である。一部の症例は、自閉症の軽症例である可能性が高いと考えられるが、すべてがそうであるかは不明である。青年期から成人期へと異常が持続する傾向が強く、それは環境から大きく影響されない個人的な特性を示しているように思われる。精神病的エピソードが、成人期早期に時に出現することがある。

3. 発達障害の診断にとって必要な情報

発達障害の診断を行う場合、発達歴・生活歴と行動観察が重要である。

(1) 発達歴・生活歴

発達障害の診断にとって重要なことは、発達歴・生活歴の検討である。一般的には、子どもの発達歴を調べる場合、胎生期・周生期の状態と、乳幼児期の^{（けいてい）}預定（首が座ること）・生歯・座る・^は這う・^{いつ}倚立（もたれて立つこと）・始歩・初語などの発現時期がチェックされるが、その子どもの生き生きとした発達のありようを浮きぼりにするためには、母子間の相互交渉過程を力動的にとらえなければならない。

子どもと環境との相互交渉過程を臨床的にとらえる場合、愛着の概念が重要となる。ボウルビイは、子どもと他の特定の人間（母親）との間に形成される愛情の絆が、両者を空間的にも時間的にも結びつけるものとして愛着を定義し、愛着行動には、①シグナル行動（泣く・笑う・喃語・呼ぶ・特定の身振り）と ②接近行動（接近・後追い・しがみつき・吸う）の2つがあるとした。乳幼児期における母子間の愛着行動の展開をチェックするには、「乳幼児

期発達歴」(表5)の各項目について具体的な例をあげながらたずねていく。表5の右側の英文が、それぞれの項目の内容であり、左側の日本語は、各項目について質問するときの例示の1つである。

表5 乳幼児期発達歴

1. あやしても顔をみたり笑ったりしない。	(Lack of social smiling)
2. 小さな音にも過敏である。	(Hypersensitivity)
3. 大きな音にも驚かない。	(Hyposensitivity)
4. 喃語が少ない。	(Poverty of babbling)
5. 人見知りしない。	(Lack of stranger anxiety)
6. 家族(主に母親)がいなくても平気で1人である。	(Aloneness or indifference)
7. 親の後追いをしない。	(Lack of following)
8. 名前を呼んでも声をかけても振り向かない。	(No response to calling)
9. 表情の動きが少ない。	(Expressionless face)
10. イナイイナイバーをしても喜んだり笑ったりしない。	(No response to peek-a-boo)
11. 抱こうとしても抱かれる姿勢をとらない。	(Lack of anticipatory motor adjustment)
12. 視線が合わない。	(Lack of eye-to-eye contact)
13. 指さしをしない。	(Never uses finger pointing)
14. 2歳をすぎても言葉がほとんど出ないか、2, 3語出た後、会話に発展しない。	(Speech delay)
15. 1, 2歳ごろまでに出現していた有意意味語が消失する。	(Loss of verbal expression)
16. 人やテレビの動作のまねをしない。	(Difficulty in copying movements made by other people)
17. 手をヒラヒラさせたり、指を動かしてそれをじっとながめる。	(Autostimulation behavior)
18. 周囲にほとんど関心を示さずに、独り遊びにふけっている。	(Extreme withdrawal)
19. 遊びに介入されることをいやがる。	(Dislike being intervened while playing)
20. ごっこ遊びをしない。	(No symbolic play)
21. ある動作、順序、遊びをくり返したり、著しく執着したりする。	(Insistence on sameness)
22. おちつかなく手をはなすところに行くかわからない。	(Hyperactivity)
23. わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりする。	(Sudden laughing and crying without any reasons)
24. 夜寝る時間、覚醒時間が不規則である。	(Irregular and disturbed nocturnal sleep)

いずれにしろ、回顧的な情報収集なので、可能であれば母子手帳を見せてもらいながら確認することが必要である。臨床的には、愛着行動の展開についての質問に対して、両親がどのような反応を示すのかがより重要である。すなわち、全く記憶が想起されない場合や、「そのようなかわり方はしたことがない」 などという場合、両親の子どもへのかかわり方に、何らかの問題があるのかもしれない。また、具体的な質問をしていくうちに、両親が子どもへのかかわり方の少なさに自ら気づき、治療の糸口が得られる場合もある。

発達障害の場合には、子どもからの愛着行動の表出が乏しいことが特徴であり、診断にとって重要な情報になる。

(2) 行動観察のポイント

発達障害が疑われて臨床場面に登場するのは、乳幼児期が最も多い。乳幼児の行動観察を行う場合、次のような事柄に留意しておかなければならない。

①乳幼児の場合、両親やその他の養育者が問題行動を訴える。しかし、両親が訴える乳幼児の問題行動は、両親のフィルターを通して語られるものであり、問題の本質が歪められていたり、誤って伝えられたりすることがしばしばある。このため、母子手帳の記載や保育園・幼稚園における行動記録を参考にすることが必要である。また、場面や時間帯を変えて、子どもと両親や兄弟との遊びの場面を何度も観察し、総合的に判断することが必要である。

②乳幼児の行動観察を行う場合、非言語的コミュニケーションの重視性を十分に認識しなければならない。ちょっとした表情や仕草、姿勢の変化などを敏感にとらえて身体言語としての意味を理解しなければならない。子どもは、見知らぬ人や物、見なれぬ場面、新しい体験などとの出会いでは、通常やや緊張気味で目を大きく見開いて身体を硬くしていたり、母親の陰に隠れてキョロキョロとあたりを見まわし、初めて訪れた診察室や面接室、そして初めて出会った面接者に対する探索を続けている。したがって、面接者も含めたその環境の一通りの探索が終わり、子どもの方から自発行動を切り出してくるのを注意深く待ちながら、母親とゆったり話し合うことが必要である。ゆったりとユーモラスな雰囲気で問診を続けていると、子どもは次第に面接者をチラチラッと見はじめ、より積極的に探索しはじめるようになる。このような初期緊張を伴う探索行動を示さない場合、発達障害が疑われる。

③発達障害の子どもがしばしば示す自己刺激的行動（Auto-stimulation behaviors）は、診断にとって有力な情報となり得る。次のような行動である。

- (a) 指目現象：手の甲で眼球をグリグリと圧迫したり、眼球を激しく指でつつく。
- (b) 手ふり現象：手をヒラヒラ振りながら、前かがみでグルグル歩き回り、独語や奇声を発する。
- (c) つま先立ち歩き：子どもが歩きはじめる頃、1週間か10日くらいの間はつま先立ち歩きをするが、3歳過ぎても続いている場合には注意を要する。

(d) 指耳現象：耳の穴に指を差し込んだり、^{てのひら}掌で耳を押さえる行動を示す。嫌いな音（たとえば、赤ちゃんの泣き声、女性が叱^{しか}っている声、電気掃除機の音など）を遮断^{しゃだん}しようとして耳を押さえる場合と、聞こえてくる音を増幅させて楽しんでいる場合がある。ムンクの「叫び」を連想させる仕草である。

4. 発達障害の周辺領域の問題

(1) 乳幼児期に見られる精神発達の障害

DSM-IV-TRには、乳幼児期に見られる精神障害として「307.59 哺育障害」と「313.89 反応性愛着障害」が記載されている。

①哺育障害 食事中イライラしてなだめるのが困難であり、無感情で退行しているようにみえ、発達の遅れを示すことがある。親子の相互交渉が問題であり、神経制御系の問題、親の精神病理や幼児虐待・無視などが要因となることが多い。親の子どもへの食物の与え方が不適切で、幼児の食物拒否を攻撃・拒絶行動ととらえて反応してしまう。カロリー摂取の不足が子どもの機嫌をさらに悪くし、成長・発達を遅らせることになるが、睡眠-覚醒リズムの障害、頻繁な吐き戻しなどが悪循環を形成していく。多くは親の養育態度が変わることによって比較的短期間のうちに改善して行くが、時には、長期にわたる成長・発達の遅れを生じ、重度情緒障害を形成することもある。

②反応性愛着障害 著しく病的な養育に起因するものであり、子どもの基本的信頼感の獲得を阻害し、人格形成上の複雑な問題を生じる。一般的には、適切な受容的・支持的環境が与えられれば、著明な症状改善が認められることによって重度精神遅滞や自閉症と鑑別され、対人関係のあり方によってAD/HDと識別される。

哺育障害および反応性愛着障害は、概念的には発達障害とは異なるが、多様な成長・発達の遅滞・障害を示すことがあり、その境界は必ずしも明確ではない。

(2) 多動性障害（またはAD/HD）との関連

ICD-10の「心理的発達の障害」の規定の中に「中枢神経系の生物学的成熟に深く関係した機能発達の障害あるいは遅滞がある」という項目があり、発達障害は、多動性障害（ICD-10）およびAD/HD（DSM-IV-TR）と同様の生物学的基盤を有するものと考えることができる。すなわち、生物学的要因を基盤とする発達障害は、程度の差はあっても器質性行動障害の行動型を有することは当然である。しかし、操作的診断分類においては、「PDDがある場合には、それが優先する」（ICD-10）および「不注意と多動性の症状がPDDまたは精神病的障害の経過中にのみ起きる場合、AD/HDは診断されない」（DSM-IV-TR）と記載されている。さらに、軽度精神遅滞およびSDDでは重複診断が可能とされているが、中度・重度精神遅滞では慎重に診断すべきである。

発達障害の概念に内包されている問題もあり、さらには臨床的には、AD/HDと診断していたケースが、思春期の頃にはPDDと考えざるを得ない状態を呈するようになることも稀ならず経験されるし、不注意・多動性・衝動性が明らかに認められるPDDも少なからずいることは事実である。しかし、ICD-10の「心理的発達の障害」に記載されている共通点の第3項「精神障害の多くを特徴づけている、寛解や再発が見られない安定した経過であること」に準じると、発達障害とAD/HDは区別してとらえておくべきである。「発達障害」概念および規定が見直されれば、それはまた別な話となる。

5. 発達障害の診断プロセス

(1) 発達歴の検討

愛着行動の展開の仕方を含めた発達歴を慎重に検討する。発達障害の子どもでは、愛着行動の表出が乏しく、母子間の相互交渉が営まれていないことが多いことに注目すべきである。

(2) 行動観察

さまざまな場面や時間帯で、慎重に行動を観察し、発達障害の症状と考えられる行動の有無を検討する。保育園・幼稚園や学校へ行っている子どもの場合には、連絡ノートを用いて、それぞれの場面における行動について情報を提供してもらい、総合的に判断する。

(3) 家族、特に母親の子どもに対する態度の検討

心理社会的要因がどの程度発症に関与しているのか、子どもの状態をどのように受け止めているのかを検討する。わが子が発達障害であることをまったく受容していない状態か、発達障害についての偏った知識を持っていないか、子どもに対する拒否的な考え方はないのかなどを慎重に検討する。母親の気持ちに対する十分な配慮が必要であり、どのタイミングで、どのような説明の仕方をするのかは、その後の治療・療育の力ギとなる。

(4) 心理検査および評価尺度

①WISCおよびWAIS知能検査 自閉症の子どもでは、認知機能の不均衡が認められ、理解・単語・知識課題（言語性知能）や絵画配列課題（動作性知能）では著明な低位を示し、反対に、数唱・算数（言語性知能）や積木・記号・符号・迷路課題（動作性知能）では高位を示す。アスペルガー症候群では、彼らの会話能力の高さにもかかわらず、上記の知能検査下位項目のうち、かならずしも言語概念化能力が高位にあるとは限らない。さらに、アスペルガー症候群と高機能自閉症群の比較では、単語・理解・知識課題でアスペルガー症候群の方が高機能自閉症群に比して有意に高い値を示すことも明らかにされている。

②スクリーニング・テスト 「幼児向け自閉症チェック・リスト」(CHAT)、「小児自閉症評定尺度」(CARS)、「自閉症診断面接改訂版」(ADI-R)、「アスペルガー症候群診断尺度」(ASDS)、「アスペルガー症候群診断面接」(ASDI)などの日本語版が検討されているが、日本自

閉症協会が作成した「広汎性発達障害・日本自閉症協会・評価尺度」(PARS)も有用である。

(5)診断の確定

伝統的な診断の仕方によって発達障害と考えられた場合、これまでの研究史をふり返り、どの概念に相当するものかを熟慮する。その上で、国際的な操作的診断基準のどこに該当するのかを整理する。操作的診断基準を安易に重用し、短時間の診察で診断を確定することは慎むべきである。

(6)診断の検証

どのタイプの発達障害なのかを、継続的なかわりの中で幾度も検証していく。最初の段階で診断したことを、経過観察していくうちに修正しなければならないことは、臨床的によくあることである。

6. 発達障害の原因

自閉症児の行動上の問題として、①運動障害（筋異常緊張、運動緩徐および運動昂進、不随意運動、情動と関連する顔面非対称、姿勢および歩行の異常）②コミュニケーション障害（言語発達障害、緘黙、反響言語、リズムの異常、文法構成と統合の異常、聴覚的理解の異常、非言語コミュニケーションの障害）③注意および知覚の障害（視覚的走査の異常、注意集中欠如、回転後眼振の減衰、知覚統合および調節障害、体性感覚刺激の偏好）④儀式的および強迫的行動 ⑤社会的関係づけの発達障害（自発的行動と相反的行動との相互作用の欠陥、協同遊びの障害）などがある。これらの行動の原因については、さまざまな研究がなされているが、未だに確定的な原因は見出されていない。

①神経内分泌系の調節障害 ACTH分泌調節機構に関連する大脳皮質-間脳下垂体系の障害によるという考えは以前からあった。最近、消化管ホルモンの1つであるセクレチンによって自閉症状が劇的に改善されたという報告があり、注目されている。

②神経伝達物質の代謝障害 薬物療法との関連で最も興味を持たれている。1960年代には、自閉症児の高セロトニン血症が注目され、諸外国ではセロトニン代謝抑制作用のあるフェンフルラミン、トリプトファン欠乏食、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）などによる臨床試験が行われた。一方、脳内カテコールアミン代謝の低下が想定され、モノアミン合成酵素の補酵素であるテトラヒドロバイオプテリンの臨床試験も行われた。いずれも、二重盲検試験では未だに有効性が確認されていない。

③脳の特定の部位の障害 脳イメージングに関する研究の急速な進歩によって、自閉症の原因と密接な関連を持つ脳の部位として、皮質下・前庭系・網様体賦活系・基底核・小脳などが推定されている。また、PETおよびSPECTによる最近の研究では、側頭・前頭領域の安静時血流量が低下していることが見いだされたが、確定的な所見ではない。

④遺伝子異常 従来、染色体異常を伴う精神遅滞の脆弱性X症候群で自閉症状がしばしば認められることが注目されていた。1990年代の後半になって、セロトニン転送遺伝子の異常が認められ、最も注目される研究領域となっている。現在は、数個のDNAの配列異常が関係する非メンデル型遺伝病の1つと考えられている。

7. 発達障害の子どもたちへのかかわり方

発達障害の子どもは、生まれつき持っている脳機能障害を基盤にして、年齢とともに親や周囲の人々とのかかわりのなか、心理社会的影響を受けながらさまざまな症状を現していく。治療および療育のかかわりは、それぞれの段階に応じて行われる。

(1)生まれてから1歳までのかかわり方

典型例を除いて、多くのケースでは発達障害と診断することは困難であるが、その可能性のあるハイリスク・ベビーと考えられる場合、子どもに根気よく声かけをし、全身へ皮膚刺激を与えることを積極的に行う。自閉症の子どもは愛着行動の表出が乏しく、刺激に対する反応も乏しいために、母親はあまり声かけをしなくなる傾向があるので注意を要する。

(2)1～3歳頃のかかわり方

他の子どもに無関心であったり、自己刺激行動を表出し、常同的な行動が目立つようになる。「おめめはここ」、「手はここ」などと、物と動作を関係づけて根気よく言葉かけをしていくことは、物を認知する機能に働きかけていくことになる。発達障害の子どもは、外界から入ってくるさまざまな刺激を選択的に入力することが苦手であるので、刺激を整理して、構造化された環境を用意し、一対一で、一つひとつ教えていくことが必要である。運動が苦手であったり、ぎこちない動きが多く見られる場合、リトミック運動・水泳・ボール遊び・自転車遊びなど全身の協調運動を促進させる指導が必要である。

(3)4,5歳～11,12歳頃のかかわり方

対人関係が苦手で、こだわり行動が頻発し、コミュニケーションがうまくできないなど、広汎性発達障害の特徴的な症状が出そう時期である。保育園・幼稚園や小学校での集団行動に入れないことが大きな問題となる。保育士・幼稚園教諭または母親とのかかわりを強化し、2者関係がしっかり保てるようになってから、その2者関係を基盤にして徐々に集団に入っていく。人とのかかわり方、遊び方、話しの仕方などで、奇妙な間違っ^{ていない}た行動を表す場合、その場面における正しい対応の仕方を丁寧に教えていく社会的技能訓練が必要となる。学習や生活指導などでは、構造化されたTEACCHプログラムが有効であるが、なぜそのようなプログラムが必要かという各段階の意味をよく理解した上での指導が大切である。この年齢段階になると、集団生活の中でストレスをため込みやすくなるので、子どもの心のケアにも十分な配慮が必要である。

(4)年長児期・青年期のかかわり方

一般的に行動量が低下し、行動のまとまりが見られるようになるが、日常生活場面における対人関係の失敗によって混乱や葛藤が起こり、うつ状態なる場合もある。時には、幻覚や妄想状態を示すこともある。何に対して混乱し、困っているのかを見極めて、具体的な生活指導をしていくことが大切である。必要に応じて、抗不安薬や抗精神病薬などを用いることもあるが、薬物療法の意味と副作用についてよく説明し、少量から漸増法で慎重にはじめることが肝要である。

発達障害の子どもの治療・療育を行う場合、症状や問題行動の意味を検討しなければならず、問題解決の場に登場するための入場券としての症状なのか、誤った対応が続けられることに対する危険信号なのか、劣悪な生活状況の制圧のもとに踏みつぶされないようにするための安全弁なのか、慎重な観察と判断が不可欠である。

最も重要なことは、発達障害の子どもの療育指導に行き詰まったときには、定型的発達（普通に発達している）子どもの親子関係のあり方を振り返ってみることである。難しく考えずに、子どもとのかかわりを楽しむことがポイントである。



子どもとのかかわりを楽しむ親子関係を

【参考文献】

- ・久保紘章・佐々木正美・清水康夫監訳：自閉症スペクトルー親と専門家のためのガイドブックー（Wing,L.），東京書籍，1998年
- ・山崎晃資：特定の状態を示す子どもの初回面接．山中康裕・野沢栄司（編）初回面接，星和書店，pp.105-171，1980年
- ・山崎晃資：注意欠陥/多動性障害（山崎晃資・牛島定信・栗田広・青木省三〈編著〉現代児童青年精神医学）永井書店，pp.156-170，2002年
- ・山崎晃資・白瀧貞昭・松本英夫・橋本大彦：自閉症はどこまでわかったか．最新精神医学 8；231-243，2003年
- ・山崎晃資：なぜいま特別支援教育なのか．児童心理 臨時増刊 825号；2-12，2005年
- ・山崎晃資：発達障害と子どもたちーアスペルガー症候群，自閉症，ボーダーラインチャイルドー．講談社＋α新書，2005年
- ・山崎晃資（監訳）：総説・アスペルガー症候群（Klin,A., Volkmar,F.D., Sparrow,S.S.），明石書店，2008年．
- ・山崎晃資・宮崎英憲・須田初枝（編著）：発達障害の基本的理解ー子どもの将来を見据えた支援のためにー．金子書房，2008年