

頻度と健康課題としての重要性

発達障害は発達障害者支援法における定義が疾患羅列であり、質的定義ではないために、そしてさまざまな診断方法があるために、診断においても単純な線引きができない¹⁾。それは障害が社会生活上の困難を抱えることによって定義されるにもかかわらず、その社会的困難をどう判定するかの基準が一律ではないことにもよる²⁾。したがってどのような線引きを行うかによって頻度は異なるが一般的には思春期では5%前後と考えることが妥当かもしれない(文献多数)。

障害は社会生活に支障をきたすことがその定義の一つであるが、発達障害においてはそれが一つの障害としてくくられてはいるものの、内容は多岐にわたり、時に合併例はあるものの自閉症スペクトラム障害と発達性読み書き障害(ディスレクシア)では抱える社会的困難も対応法もまったく異なる。これまでの発達障害への対応は、幼児期を含めて障害を受容し、社会もその障害の存在を受け入れて見守っていくことが中心であったが、例えば自閉症スペクトラム障害への応用行動分析による介入は言語発達の遅れに対しても効果があることが明らかになり²⁾、social skill trainingやlife skill training³⁾によって行動面の改善がもたらせられることも知られつつある。さらに障害者差別解消法⁴⁾に規定された合理的支援を始めとする社会的支援は徐々に広がりつつあるが、それは発達障害を抱える子どもたちの困り感ベースではなく、あくまで診断ベースで行われているという現状もある。思春期以降には、発達障害を抱えていても診断をまだ受けていない子どもたちも多数存在するという問題もあり、その場合にはしばしば適切な支援が受けられていない。

成人移行や就労支援の目的とするところは成人期での自立であり(知的障害を抱えていて自立が困難であると考えられる場合にもそれに少しでも近づくということ)、そのためどのような社会的スキルと学業的スキルを身に着けるかということが鍵である。これについては、トレーニング方法や自己学習のための資料が必要となる(後述)。

健診での注意点

健診での注意点は、社会生活上の困難を抱えているのかどうかということであり、未診断の子どもたちが存在することも考えれば、一般集団における困りごとベースのスクリーニングキットの開発が必要となる。これも本研究班に与えられた課題の一つであると考えられる。それによって社会生活だけではなく、学業上の課題を明らかにすることによって、どのような合理的な配慮が必要であるかを検討する土台となる。

思春期以降には発達障害そのものによる症状だけではなく、生活経験が加味された中で生じるself-esteemの低下や対人関係の困難さを始めとして、不登校、ひきこもり、うつ病やパニック障害、強迫性障害などの二次障害が生じうる²⁾ので、その双方に対する把握と対応が必要となる。

そこで必要となるのは一般集団ベースではなく、困りごとを抱えていることが分かった場合に、それに焦点を当てた問診方法と評価方法の開発になる。問診や評価にはそれなりに時間がかかり、心理検査などもしばしば必要となるが、医療の面ではそれらに対する費用的算定は十分ではなく、それが思春期以降の発達障害への対応がひろがりにくい理由の一つかもしれない。

フォローアップ方針

健診で所見があった場合に、直ちに二次医療機関などの専門機関に任せることは、発達障害関連分野の社会資源が著しく不足していることや、地域による専門医療資源の格差が大きいことを考えると現実的ではない。まず一次診療で何ができるか、そして専門家に頼らなくともある程度、家庭などでできるトレーニングプログラムが必要と思われ、これまでにもまとめた^{3, 5)}。現在はディスレクシアのみならず、学習の遅れを伴う子どもたちを対象としたソフトウェアの開発を進めており、令和元年に行った実機実験の結果はすでに報告した⁷⁾。ソフトウェアの音声認識エンジンを変えたことによって具体的な開発が進み、書籍も同時作成することにより、一層の効果が期待される。令和2年5月末の上梓を目指している。発達性協調運動障害については、プロジェクトマッピングを用いたソフトウェアの開発を行っており、令和3年までに実装を目指している(基本的なフローはできており、教育機関との連携も協議中)。対話型のsocial skills trainingのソフトの開発については、令和元年から企業との検討を行っており、実装化に向けた検討を開始している。

発達障害では医療の面だけではなく、学校を含めた教育や放課後等デイサービスなどを含めた福祉などの連携も欠かせない。特に発達障害を抱えている場合には教科書などでも特定分野の学習の困難を抱えることがしばしばであり、その場合には教科書では十分に理解できないので補助教材が必要となる(書籍「読むトレGO！」が令和2年5月に上記のソフトと同時期に上梓の予定)。

専門機関での対応については年齢の壁の問題があり、医療機関によても異なるが、初診の受け入れ年齢は多くの場合15~18才であり、思春期の幅が広がっていることを考えれば、まだ思春期心性を抱えている例えば19歳の場合には受け入れてもらえないということもあるし、再診も早い期間では15歳で打ち切っている。思春期は先述の二次障害を抱えることが多い時期であるにもかかわらず、受け手の二次、三次医療機関の体制整備が十分ではないことも大きな課題である。

将来に向けた方針設定(Anticipatory Guidance)

まずはどの年齢を成人移行の基準年齢とするかの問題があり、これは現実の医療機関の受け入れ状況だけで判断するのではなく、それぞれの子どもたちの状況を考えながら判断する必要がある。筆者は21歳前後が適切ではないかと考えており、状況が安定していればその年齢以降は成人医療への移行を徐々に進めている。

米国ではメディカルホームが中心となって、自閉症を抱える子どもたちの成人移行についてはフォーマットを作成しており⁶⁾、わが国でもこうした取り組みは必要であろう。さらに診断を受けた、あるいはマスマディアなどを通じて自分が発達障害を抱えているかもしれないを感じている子どもたちが自立に向けて学習する機会も必要である。これについては令和元年11月に当事者、支援者向けの書籍を上梓した。⁸⁾

就労移行については発達障害に特化している団体もあり⁹⁾、すでに協力を開始し、令和元年より合同での講演会の開催なども行っている。

【参考文献】

1. 平岩幹男総編集:データで読み解く発達障害.中山書店.2014
2. 平岩幹男:自閉症スペクトラム障害.岩波書店.2012
3. 平岩幹男:発達障害児へのライフスキルトレーニング.合同出版.2016
4. http://elaws.egov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=425AC0000000065
5. 平岩幹男:発達性読み書き障害(ディスレクシア)トレーニングブック.合同出版.2018
6. 米国小児科学会編、岡明、平岩幹男監訳:Autism. 日本小児医事出版社.2017
7. 平岩幹男、沖田光生ほか:ディスレクシアに対する音声認識機能を使ったトレーニングの試み.小児科診療.121:255–259,2020
8. 平岩幹男:発達障害:思春期からのライフスキル.岩波書店.2019
9. <https://www.kaien-lab.com/>