

座談会 (2024年5月開催)

自閉スペクトラム症およびその併存症である 発達性協調運動症について

【座長】永井幸代^{*1}【出席者】山田敦朗^{*2}伊藤亜木[#]宮地泰士^{**}直江知樹^{##}近藤久美^{***}

(発言順)

はじめに

永井 近年、発達障害の有病率が増加し、併存障害、二次障害にも焦点が当てられています。

障害が生じると、心理環境的な要因による二次障害、生物学的な要因による併存障害とすることが多いのですが、区別がつけにくく、重なった意味で使われることもあるため、併存障害または併存症という言葉で統一して使おうと思います。

まず、臨床で見ることが一番多い、自閉スペクトラム症(ASD)を中心に併存症を考えたいと思いますので、自閉スペクトラム症(ASD)を中心とした神経発達症の概要について山田先生、お話しいただけますか。

I. 神経発達症の概要

山田 神経発達症は、発達期に発症する一連の疾患を指します。発達早期に明らかとなり、大人になってもしばしば問題が起こることが知られてい



永井幸代氏

ます。この神経発達症は、知的発達症、コミュニケーション症、自閉スペクトラム症(ASD)、注意欠如・多動症(ADHD)、限局性学習症(LD/SLD)、運動症の6つに分類されます。

これらは全く別々の疾患かという、そうではなく、しばしば併存するのです。そのため他の精神疾患とは異なる診断の難しさがあります。それは、例えばうつ病と統合失調症が併存する場合は、それぞれの診断基準を満たせば診断されますが、神経発達症では、自閉スペクトラム症(ASD)の特徴があるだけでなく、知的発達症もある、また注意欠如・多動症(ADHD)では限局性学習症(LD/SLD)の問題と運動症の特性を抱えている、というように、境界が曖昧で一つにしぼりにくく、正常との境界が不明確です(図1)。幼児期から持続的に症状が認められるため、診断は以前の正常な自分と比較して問題があるという診断法ではない、というのが大きな特徴です。

^{*1}Yukio Nagai：名古屋市立大学大学院医学研究科こころの発達医学(寄附講座)教授

^{*2}Atsurou Yamada：名古屋市立大学大学院医学研究科こころの発達医学(寄附講座)教授

^{**}Taishi Miyachi：名古屋市西部地域療育センター 所長

^{***}Hisami Kondo：北部地域療育センターよつば 作業療法士

[#]Aki Ito：名古屋市中心区療育センターみどり学園 園長 理学療法士

^{##}Tomoki Naoe：愛知県医師会雑誌「現代医学」編集委員長

発達障害は重なり合う

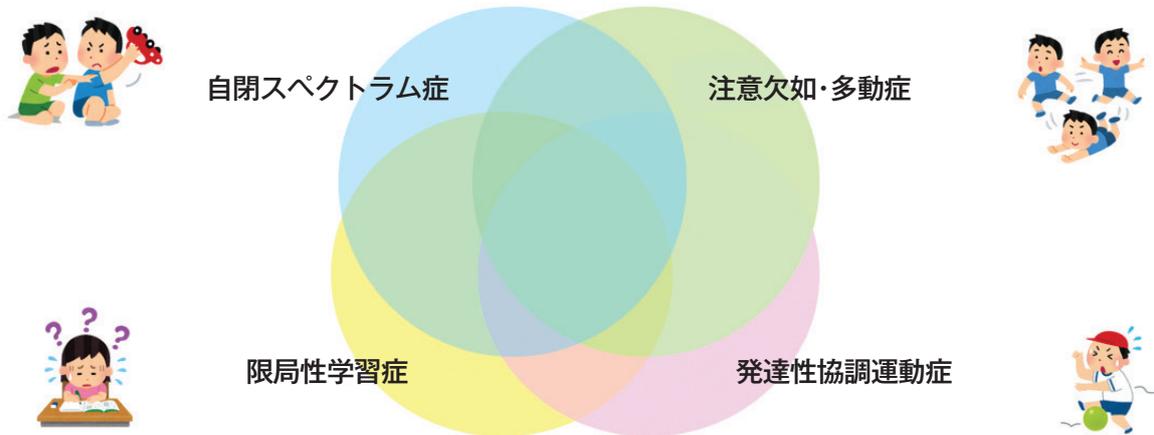


図1 神経発達症の併存状態

例えばうつ病や統合失調症は、元気で正常だった自分があり、発症したために、「以前だったらこれだけうまくできたのに今はこんなふうになってしまった」とわかりやすいが、神経発達症は幼い頃に発症するため、自身で比較しても気づかず、他人との比較で診断するという特徴があります。神経発達症の診断の際に、ディメンジョン (dimension: 面) という考えが必要です。診断をするとき、自閉スペクトラム症 (ASD) の特徴や注意欠如・多動症 (ADHD) の特徴が強いというように、一つ一つの疾患特性の程度がどの程度あるのかという評価です。診断がつくか否かではなく、どの程度特性があるのかなのか、という量的な判断が求められます。

神経発達症は以前は知られておらず、自閉症もその名が言われたのは1950年代ですが、その頃は非常に稀な疾患だと考えられていました。ところが最近、神経発達症の割合が増加しています。これは、問題を抱えている人の数が増えているというだけでなく、診断基準の変化、そのことに目が向けられてきたことが大きな要因だと思います。

令和4年に文部科学省が通常学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする発達障害の可能性のある児童生徒に関する調査を行っています。これは、特別支援学級や特別支援学校に在籍しておら

ず、通常の学級に在籍しているが、実際には支援を必要とする児童を調べたものです。学習面、行動面のどちらかで著しい困難を示す人が8.8%程度となっています。これは現在の30人学級において2~3人はいるという、ありふれた疾患となっています。この神経発達症は先ほど挙げた疾患以外の精神疾患の併存が多いことも知られています。特に9~13%にうつ病が併存し、3~6%の人が双極性障害を併存する。17~20%には不安症、10~30%は統合失調症の併存もあります。

自閉スペクトラム症 (ASD) の人が大人になると、二次障害と呼ばれる併存症が問題になります。これは、本人が持っている特性のために周囲の環境に適応できないことを指します。例えばうまくこなせないために叱責を受け、失敗を重ねるうちにうつ病的になったり、孤独になって被害妄想を抱いたり、といった症状です。



山田 敦朗 氏



宮地 泰士氏

こうした併存症があると、大人になっても不幸な状況に陥るため、そうならないように、小さい時から支援し、発達を助けることが精神科医小児科医の使命と考えています。

自閉スペクトラム症(ASD)はDSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 精神疾患の診断・統計マニュアル)の診断基準によると、自閉症状の重症度、発達段階、コミュニケーションによって障害の兆候が大きく変化する。と書かれています。

昔は自閉症は特性だから治らないと言われていましたが、実は治療介入したり、支援を受けることによって変わるし、適応できるようになったり、関わりによっては良くも悪くもなるということが知られています。

II. 自閉スペクトラム症(ASD)の併存症

永井 それでは、私から自閉スペクトラム症(ASD)の併存症の説明をします。自閉スペクトラム症(ASD)の併存症は多く、1つ以上の併存症を持つ有病率は74%程度と高率です。その中でも有病率の高い併存症は、注意欠如・多動症(ADHD)やチック症、発達性協調運動症(DCD)などの運動面、神経発達症以外で睡眠障害など、多岐にわたる疾患が報告されてきています。2020年の日本の弘前大学の5,016名の5歳児検診のデータをみると、自閉スペクトラム症(ASD)そのものの調整有病率が3.2%、その中の88.5%が少なくとも1つの神経発達症の併存があり、50%程度に注意欠如・多動症(ADHD)、60.3%に発達性協調運動症(DCD)、36.8%に知的発達症が併存していたという報告がされています。メタアナリ

スの論文でも自閉スペクトラム症(ASD)の8~9割に発達性協調運動症(DCD)があるとされています。発達性協調運動症(DCD)とは簡単に言えば不器用ということになります。大人になると主訴としての訴えは少ないのですが、幼児期から学童期には不器用さを併存して学校や幼稚園で困る子どもたちがみられるため、不器用さを主訴に来院されることも稀ではありません。

ここからは注意欠如・多動症(ADHD)の併存値が高い発達性協調運動症(DCD)についてさらにお話しを進めていきたいと思えます。

1. 発達性協調運動症の概要とそれによる小児期の症状

宮地 米国精神医学会による国際的診断基準DSM-5におけるDCD(発達性協調運動症：Developmental Coordination Disorder)の診断基準には大切な項目が4つあります。

1つ目の項目は、協調運動機能の獲得や遂行がその人の生活年齢や技能の学習、及び使用の機会に応じて期待されるものよりも明らかに劣っていることです。協調運動とは、運動や作業をするときに身体各部を調整して全体の調和を保った状態を整える運動機能です。それが思うように獲得できないことがDCDの問題です。これは、不器用、運動の技能が身につかなかったり、うまくいかなかったりすることで明らかになると言われています。

さらに、そのような不器用さ、運動作業の困難さが、生活に困難をきたしていることが2番目の項目です。その年齢に相応しい日常生活を著明及び持続的に妨げているということです。具体例として、つまり学校の勉強、友達との遊び、成人期の人の場合は仕事等が上手くいかない。あるいは余暇活動や、生活の場の不器用さ日常生活動作において、運動技能の遂行の困難さが確認されることが大事なポイントです。

そして、小児期早期からその症状が認められていることが3つ目の項目です。最後に、このような顕著な不器用や、運動作業の技能習得の困難さが、全体的な発達の遅れを伴う知的能力障害や、

視力障害のような感覚機能の問題,あるいは脳性麻痺のような神経筋肉疾患によるものではないということが補足事項として付け加えられています。

先ほど3つめのCの項目として,この症状の始まりは発達段階早期である,つまり,小児期から症状が認められていることが大切であると言いましたが,幼児期だと,個人差が大きい年代であるし,経験と練習の不足など,さまざまな要因の影響があります。そのため,幼児期のお子さんに確定診断を下すことは難しいといわれています。

具体的には,発達性協調運動症(DCD)の確定診断は,5歳6歳以上にならないと難しいと言われています。

発達性協調運動症(DCD)の主な症状は,不器用,動作がぎこちない,転んだりつまずきやすい,姿勢が悪い,バランスが悪い,力の強弱の調整が苦手である,これは強すぎる場合も弱すぎる場合があります。それからリズムやタイミングが悪いなどがあります。このような主症状のために,運動作業の困難さが起きています。

例えば,小学生の学校生活において影響を受けるのは,体育の授業,運動会,ドッジボールやサッカーなどのスポーツ,鬼ごっこなど身体を動かす友達との遊びなどが苦手です。そして,それらがうまくいかず,遊ぶことに自信が持てなくなると,遊ぶことを拒否したり放棄したりして友達付き合いにも影響を及ぼすことがあります。

また,学校生活では字を書くことが増えますが,字を書くのに困難さを伴うので板書の写しができなかったり書字の練習が苦痛になったりして,学習困難や勉強が嫌いになってしまうことがあります。また,連絡帳に連絡内容物を書くのが難しいと忘れ物が多くなるといったことが考えられます。そのほか,図画工作はもちろん,算数の授業では定規やコンパスを使いますし,音楽の授業では楽器演奏をするので,こういったところにも不器用さが症状として現れることもあります。

日常生活では,食事の際にスプーンや箸が上手く使えなくてこぼしやすい,トイレでの動作が困難であったり,着替えや身だしなみなどが難しい,ボタンがはめられない,紐を結べないなどの問題



近藤 久美 氏

が生じます。また,咀嚼嚥下がうまくいかない場合は,それがもとで食べられない食材があって偏食の原因になったり,舌などの動きが不器用だと発音不明瞭さの原因になるという影響が出ることもあります。姿勢が悪く,道具の扱いが苦手であったり,物を落としやすく壊しやすい,といったこともあります。力の強弱の調整が苦手な子の場合は,お友達を呼ぶとき,肩を叩くときに力が強すぎて相手の子から嫌がられたりしますし,身のこなしが悪いとすぐ人にぶつかったりしてしまうことがあります。

発達性協調運動症(DCD)の症状は,50%~70%が成人期になってもこういった問題が続くといわれています。このような状態が続くと,本人自身も運動することが嫌になり,友達付き合いに自信が持てず,勉強もやる気がなくなり,それにとまなう精神的な二次障害が発生したり,引きこもりや生活習慣病に発展したりする可能性もあります。また,指導している先生や親との関係が悪くなる可能性もあって,被虐待リスクが上がります。

2. 発達性協調運動症(DCD)の評価尺度

宮地 DCDの評価尺度として,検査には国際的にはMovement-ABC 2がよく使われており,もう一つは,DCDQ (Developmental Coordination Disorder Questionnaire)という質問紙による評価尺度がよく使われています。ただ,日本では正式に翻訳し,標準化されたものはありません。

Ⅲ. 発達性協調運動症を持つ子どもたちへの作業療法の実践

近藤 名古屋市には5つの療育センターがあり,



伊藤 亜木氏

北部地域療育センターは西区、北部東区を担当しています。北部地域療育センターは子どもの人口が少なく西部エリアの8割程です。平成27年までの5歳児が3,000人程度とすると、その年の年長さんは325人で、そのうちIQ75を超えるお子さんが243人、IQ75以下は82人でした。325人中82人が私のOT(作業療法)を受けたということになると、区域内の2~3%程度を診たこととなります。IQが高くても不器用を中心に治療する人は55人もおり、IQ75以下のお子さんも21人います。不器用を併存している自閉スペクトラム症(ASD)が一番多かったです。ASDの中には手先はそれほど不器用ではなく、コミュニケーションの苦手さから、教わるのが下手で、または理解できず作業がうまくできないというお子さんもいます。OTをオーダーされた診断名は注意欠如・多動症(ADHD)が10人、ASDとADHD両方ありと診断を付けたお子さんが4名です(図2)。両方併存するお子さんは、もっと多いのではないかという印象があります。加えて、精神遅滞(MR: Mental Retardation)は8人です。

1回のセラピーは40分間を1単位としており、4回以上OTに通ったのは46名で、支援期間は平均9.7ヶ月(3ヶ月~1年11ヶ月)でした。回数は月に2回受けた人が10人、働く両親が多い時代になり、月に1回程度の宿題を出しながら行う形での支援が31人と最も多かったです。

初回OTでは、トイレ、着替えなどの日常生活を観察し、加えて積み木構成課題をやってもらいます。これは言葉のコミュニケーションが苦手な子でも意外とできて、喜んで取り組んでくれるお子さんが多いようです。

表1小児科からの指示でOTをオーダーされたお子さんの主な診断名

ASD	34
ADHD	10
ASD, ADHD	4
MR	8
言語発達遅滞	4
DCD	2
その他	2
合計	64

表2 OTに対する希望(保護者・本人)

OTに対する要望は、お箸、鉛筆(書字)、姿勢保持などが多い。

お箸	7
鉛筆操作・書字	28
お箸・鉛筆操作・書字	13
姿勢保持	7
不器用の改善	4
その他	9

重複あり

日本ではJMAP(日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査)という検査が標準化されているので、これで協調運動の苦手をチェックすることが多いのですが、JMAPで正常でも感覚情報処理が苦手で、道具操作に問題が出るタイプの子もいます。「感覚プロファイル」も日本で標準化されたものがあり、自閉症の子はこれにも問題を示す場合もあるので、この検査も追加するようにしています。

就学前に板書の写しもできるかを確認して、眼球運動が苦手なお子さんのチェックも行います。

プログラムの前半はお箸や運筆の練習をします。お箸の練習道具はチェーンやスポンジを使い、右端がつみ木と木の棒で、昔なら豆にあたるんでしょうか、これがつまめるなら、食事でお箸が使えます。スポンジがつまめるくらいでは、食事で



図2 写真カード

(右側の持ち方練習のカード)実物よりも、写真を見せた方が二次元だからわかりやすい。空間だとどこを注目していいかわからない、写真だとスパッとわかる場合があります。持ち方練習にも写真を使っています。

お箸を使えないのです。図2右側下にあるのが平均のお箸で110円なのです。こういったものを紹介して練習してもらいます。

プログラムの後半は、感覚統合訓練の大型遊具で遊びながら姿勢を良くするトレーニングやおもちゃ(ブロックなど)遊びをします。不器用さに合わせてブロックの大きさを選びます。

実施している配慮として、自閉スペクトラム症(ASD)のお子さんには、メニューをパターン化し、効率的に取り組めるよう、写真カードで示しています。これで見通しを持たせるだけで、課題への食いつきが違います。感覚過敏や感覚探求などへの理解と配慮も必要です。好きすぎるものがあると課題に集中できないこともあるため、隠しておくなどの配慮も必要になります。

パターンと、すぐスイッチが入るので、パターンを決めて効率的に道具操作が練習できて遊べるということを実施しています。切り替えが苦手なことへの配慮も必要で、楽しいことをやって帰れなくなってしまう子もいるのですが、丁寧な終わり方もして、保護者の方にも参考にしてもらっています。

(図2)左側がおもちゃを提示するときの写真カードです。言葉だけでは伝わらないのですが、写真カードから選んでもらうと、間違いなくお子

さんの希望に応じてあげられるので重宝していません(図4)。

注意欠如・多動症(ADHD)の子にも配慮は必要です。大抵の場合、自閉症にADHDをかぶっていますから、今何をする時間なのかわかりやすく提示するために写真カードを使い、気が散らないようにおもちゃを隠したりします。

IV. 発達性協調運動症を持つ子どもたちへの理学療法の実践

伊藤 令和元年から3年間、名古屋市の名古屋市西部地域療育センターで、理学療法士として処方を出された77名のお子さんに、運動療法で関わってきました。ここでの運動療法はルールを決め、全5回行いました。

5回のうち初回にお子さんの評価を行い、評価から得られた苦手なところ、課題点について、例えば「筋力が弱くて苦手だね」といったことを話し、それに対する療法を、残りの4回にわたり行っていました。この4回は、実際に理学療法士に来院してもらい、お子さんに対して運動の指導を行い、帰宅時に御家族にその日の経緯を話したり、宿題としてお家で練習すべきことをアドバイスする、ということがルーティンで、それを全5回の1セッション行っていました。

中には5回実施して一旦終了しながら、自宅で実施して気になることがあれば、医師に相談してくださいとお伝えし、再度処方ができるというお子さんもいました。

毎回5回実施し、知的な遅れが低くなく、理解の良いほうが、達成という結果となることが多かったな、といった感覚でした。ですから、医師の処方をお願いするときにも、できるだけ年長のお子さんで知的に低いお子さんを出していただけると効果があるということをお話しして処方を出していただいたという現状がありました。

いくつかの姿勢や運動をお子さんに姿勢動作分析で行っていました。理学療法士は、大人なら脳梗塞などの脳疾患によって、持っていた元の機能を失った人が何ができなくなっていて、どうやって訓練すると回復するのかを分析して補助するのが役割であり、お子さんが運動をしているところを見て、この子の動作がぎこちないのは何故なのか、何故これができないのか、と、筋肉の運動を主点に考えて、原因の種がどこにあるのかを考えながら、評価をおこなっていました。動作をじーっと見て、目の前のお子さんの足が伸ばせないのはどこが原因なんだろうと。

発達性協調運動症(DCD)のお子さんは経験値が低いためにできない人が多く、できないからやらないというオフのループになっているところもあります。運動を積み重ねることによって少しずつできるようになる。ということをサポートしていました。

経験するだけで全員が進展するわけではなく、先天的な筋肉長の低さやボディーイメージの低さも感じています。それも経験による積み重ねによって、改善するところもあります。それを意識しながら、苦手なところを使って運動や遊びを一緒に行いながら運動療法を行います。

苦手意識があるお子さんが多く、運動療法に来て、これだったらできるかな、という。スモールステップは大事です。

こちらが設定した遊びをお子さんが喜んでやっ、それを繰り返していくと、この先生のところに来ると楽しい遊びができる、と運動を続けてく

れる、といったことが楽しさにつながることに意味があります。

この運動をすることでこの筋肉を使うから力がついてきてできるようになるという根拠、エビデンスの上での運動をアドバイスし、お母さんにもここが苦手だから、ここを使う運動をするといいですよ、というアドバイスを心掛けました。

具体的にはお子さんの苦手な点に応じて、苦手なもの好きなものを考えます。

おもちゃに対する対応ひとつとっても気が散るお子さん、モチベーションがあがるお子さんがいます。私のところにきたお子さんはポケモンが大好きなので、生徒のポケモンの指人形がたくさんあったのですが、それをうまく使って、あちこちに指人形を運びます。そのときに移動させるだけでなく、付帯するストーリーを作っ、喜んで遊んでくれるということがありました。

道具をうまく使うことも大事だと考えており、トランポリンをうまく使って、さまざまな動きをさせることを常に頭を使って、次はこういう動きを試したらここが上手に使うようになるかなと考えながら、理学療法を行いました。

子ども理学療法の期間では、子どもと一緒に楽しむ遊びを行っ、それが家庭、保育園、学校、といったときに、こういう遊びをたくさんすると上手になれるという。お母さんの中にもそれを持って帰っ、もらいたいし、子どもの中にもそういう意識、考え、思い出が残っ、もらえると、この先に楽しくつないでいけるのではないかと思います。

V. 発達性強調運動症の発見のきっかけ

直江 小児の話が中心でしたが、どのようなきっかけで発見されるのでしょうか？イメージがわからないのですが、検診ですか。

宮地 実際には小児科でも、不器用だとか、運動が苦手だという主訴で受診する方は少なく、子どもでも大人でも、生活や精神発達に関する問題で受診し方に対応しているうちに、その根底に不器用の問題があることに気がつくことが多いと思います。私の勤務するセンターでも以前は他の理由

で受診したお子さんの様子を見ていて、不器用であることが発見される、といった流れが多かったと思います。しかし、いろいろなお子さんに発見された不器用さについて、保育園の先生や親御さんに説明していると、だんだんと先生たちもそういった目で子ども達の様子を見てくれるようになってきました。最近では、保育園の先生から、「この子は箸がうまく使えないので、ひよっとするとDCDかも」と受診につながるケースが徐々に増えています。まず発達性協調運動症(DCD)の存在を知ってもらうことが大事で、そういった目で子供の様子を見てもらうことが必要だと思います。

V. 大人の発達性協調運動症の現状

直江 2つ目の質問は、今日大人の話は出ていませんが、大人は、併存症でたまたま治療に行くのか、それとも子どもの頃からの診療をずっと受けている方が多いのか。その人はどういうきっかけで受診するのでしょうか。

山田 もともとは自閉スペクトラム症で、小さいときから小児科などにかかっていた方が大きくなって、勉強についていけず、普通学級では難しいという方や、大きくなって普通の人と同じように仕事ができない方は長くフォローしています。中には小さい時は周りには馴染めなかったけど、普通学級に就学して大丈夫と考えていたら、大学生になって一人でやらないといけなくなってできなくなったり、学生の頃はできていても就職したら仕事はできなかった、そのあと引きこもりになったといった経過で、受診する人も増えています。それらが実は背景に神経発達症、例えば自閉スペクトラム症があってこういう状況になった、というように大人になってつまづいて初めて分かる人も増えているのです。

直江 そういった人はなかなか医療機関に行かないのではないのでしょうか、グレーゾーンもあるのでしょうか、そのような点からみると、二つ問題があります。一つ目に、介入する場合にどこから介入するのかということ、二つ目は他の器質的な疾患で医療機関にかかることが多いので、自閉症を専門としない医療機関に受診した場合に、ぜひ



直江 知樹氏

医師の立場として知っておいてほしいこと、注意してほしいこと、どんなことがあるのか、ということの説明をいただけたら、と思います。

山田 実際に受診しないお子さんも多く、受診する人は、何かしら困っているという問題意識を持って来るので、どう対処しましょうとか、話しやすいのですが、例えば学校で先生が困っているにもかかわらず、保護者があまり困り感をもっていないため、受診しないという人も多いと思います。

病院だけには見えない問題があり、病院に関わりの無いお子さんがたくさんいるので、私たちはこういった医療をこころの発達診療研究センターとして実施していく際に、学校の現場に出て行って、先生と話をしたり、状況を見ながら先生の困り感に寄り添いながら間接的に支援することも必要だと思っています。

一般に小児科や内科に受診する人には、全く気がつかず、言われて相談してみようと思う人もいれば、逆に、言われたとしても絶対に行かない、という人もいてさまざまです。

調べたいとか受診したいという方はぜひ紹介していただければいいのですが、中にはそう思わなくて調べてほしくはないとか、相談はしたいが、そこまで診断をつけてもらいたいと思っていない方に関しては、何が困っているかを丁寧に聞いてあげて、何をすればよいかを上手にアドバイスしながら長く関わってもらうことがよく、当事者から、もっと知りたいという希望があれば、タイミングを見てご紹介いただけることが重要だと思っています。

永井 症状と本人の困り感はパラレルでは無く、症状は軽いが、本人は困っている場合もあるので、

長くかかっている内科のかかりつけ医には相談しやすく、症状は目立たないが、こういうことに困っていると相談されたときに早期介入していただけたらと思います。指摘されることに傷つく面もあるが、苦しみや困難感の理由が早くわかり、努力不足だけではないことを知り、自尊心がポロポロになる前に介入することは重要だと思います。SOSを察知したら、それをうまく拾い、対策を一緒に考えていただいたり、専門医に繋いでいただきたいと思います。

直江 専門でない先生が診ることもあると思いますが、器質的な疾患が起こったときに何か注意するとか、ここは知ってもらいたいということはありませんか？例えばCTで暗いところに入るのは気を付けたほうがいいとか、ありますか？

山田 あきらかに神経発達症と分かっている方はこちらも気をつけられると思いますが、新規に受診される神経発達症の人の特性は千差万別で、例えば重症の人の場合、ご家族が把握しているお子さんの苦手なことに配慮して、「気をつけた方がいいことは教えてください」と聞いてあげることが必要であると思います。

思い込みでやっても実際には違っていて、むしろ好きな子もいたり、全く逆の特徴もあるので、決めつけず、ということでしょう。

精神科だと神経発達症の方ではなく性別不適合かも人によって困り感は全く違っていて、こちらがいいと思った配慮が全く逆効果だったこともありますので、本人に聞くのが一番いいと思います。

永井 過剰に過敏になったり、狭いところが落ち着く人もいれば、その逆に、狭くて暗いところに行くことが嫌というケースもあります。また感覚の過敏さのみでなく鈍麻がある方もいます。患者さんにどうしてほしいかを聞きつつ、視覚・聴覚どちらを重視すると伝わりやすいのか、言語をどの程度簡潔に伝えるかなど、患者さんに寄り添いご配慮いただくと一般的な医療がスムーズに行く可能性が高いと思います。

宮地 神経発達症の子への対応という点全体では、まず思い込みを捨てるのが大切だと思います。（このぐらいできて当然だ。）などと思ってしまう

と、それができない子を見たときにわざと答えようとしないのではないかとか、本人にやる気がないんじゃないかと誤解した対応をとってしまい、関係が悪くなることがあります。神経発達症は見た目からはわかりづらいことも多いので、誤解が生じやすく注意が必要です。その子の反応や、答え方をまずはそのまま素直に受け止めてみる、というところが大事だと思います。

また、神経発達症の子にはわからないことが多くて、それが不安の原因になって行動が悪化するパターンが多いと思います。例えば、病院ではよくある聴診器を当てるときも、こちらは当然と思って、さっと聴診器を当てようとするので、神経発達症の方の中にはびっくりして抵抗されたり、怖がられたりしてしまう、ということがあります。はっきりとゆっくりわかりやすく、今から何をするのか、何をしたいのかということ伝えてから行えば、不安による拒絶反応が減ります。視覚的な手がかりも工夫の一つですが、いずれにしてもわかることが増えれば不安も減り、神経発達症の子も治療を受けやすくなると思います。

注意欠如・多動症の人は、注意が散漫で気が散りやすいという特徴があるので、そういった方にはできるだけ余分な刺激はない状態にして、集中しやすく取り組みやすい状況を作ることが大切であると思います。

永井 大人の発達性協調運動症は目立たなくなっていて持ち越してるのですが、子ども時代よりは分かりにくくなって、大人時代に何か気づいてあげるヒントがあるか、また自閉スペクトラム症について、内科の先生たちが診るときに視点となる部分もありますか。

近藤 お母様の子育てを見ていると、実はお母さん不器用だなんて思うことがよくあって、

きっとお母様もお困りだっただろうな・・またはお父様がお困りだっただろうな・・・と思う事は実はよくあります。「お子さんにスプーンを持たせてみて」と言っても、保護者が子どもにスプーンを持たせられない自分が教えられない。大人の中にもきっと不器用な人がいるのだらうなと思います。

普通に暮らしていても普通の人より不器用で、ストレスを抱えて病院にかからなきゃいけない適応障害的なことを起こすこともあるのではないのでしょうか。発達性協調運動症(DCD)は精神科での診断が最初という側面もあると思います。(適応障害の根っこに実は発達性協調運動症(DCD)がある場合の事)

トレーニングしてもその苦手さは直らない。しかし得意な面もある。そのまま丸ごと見てさし上げなければならないと思います。

これからご紹介するDさんがまさに大人になったらDCDになりそうで、育てにくい子供だった。不器用だったがゆえに診断は自閉スペクトラム症(ASD)になるのです。

Dさん(IQ98 自閉スペクトラム症(ASD)の女の子)を紹介します。

私のところに来たとき、家ではできるのに預けた先でできないとひどく責められ、厳しく育てなさいと2歳3歳の頃に言われて、お母さんはずいぶん悩まれたようです。IQ98だから知的な問題はありません。食事のときに落ち着いて座ることが難しい。スプーン操作が苦手です。スプーンが傾いていても気がつかない。お絵かきでひどく服が汚れる。隣の子も汚す、自分も汚してしまう。ハサミを使うと危険で周囲の子に怖がられる。ハサミを振り回してしまう。本人はそんな気はないのです。真面目にハサミで切ろうとしているが、怖がられてしまう。他の子にぶつかって跳ね飛ばしてしまう。食事中、椅子を前後に揺らす。すぐ寝転がる。体育座りができない。しかし、年長の4月時点でひらがなは全部読めて氏名も書けた。というお子さんです。お母さんも苦労されました。

DさんのJMAPという検査についてご紹介します。協調運動の指標は47パーセントと18パーセントでそれほど悪くはありません。特に言語指標は標準レベルです。ただ、非言語指標(視覚認知)は13パーセントと少し苦手。眼球運動が不器用なのでしょう。追視が苦手で、視覚情報の記憶や探索は苦手だから探すことが苦手です。指示理解はやや苦手です。指示理解は物を視覚で捉えて運動もしなきゃいけないので、指示

理解がやや苦手という特徴があり、診断は自閉スペクトラム症(ASD)になるのです。JMAPで分かったのは前庭感覚情報処理に苦手があるという事です。斜めが分からないから、お盆に何かを載せて運ぶことも難しくなる。試しにやってみたのですが、ふざけているのかと思うぐらい物が落ちます。就学しましたが、普通学級での勉強は大丈夫だと思いますが、集団生活上の困難が多すぎていじめられます。エピソードの中にも他の子にいじめられたという記述がたくさんあります。例えば持ち物の管理も難しいのです。整理整頓できず無くしてしまう。ランドセルを持って帰ってきても入れるのを忘れるといった、注意欠如・多動症(ADHD)のような行動もあり、最終的にはお母さんも理解され、情緒の支援学級に進学しています。体育の授業ではしゃがめない。しゃがむのは難しいですね。お尻を地面につけてはいけません。お尻を床から浮かせてしゃがんでもらいましたが、お尻が床に落ちてしまう。しゃがめるように運動機能を高めればいいのですが、それは難しいと思いますね。

私のアドバイスは、椅子を置いてそれにつかまってしゃがんだらどうかなってアドバイスしたのです。それを試したのですが、それも30秒しか持ちませんでした。

道具を使ってできればなと思いましたが、それも難しい。最後には「Dさんはしゃがまず立っていけば良いものとしてください。」とお話ししました。これは「配慮」です。しゃがめなくても、DさんはDさんなので字も書け、お話もでき、きっと仕事もして自分の得意なことで仕事をして生きていけるような人になると思うのです。苦手なことは、気にせず生きていってほしいと思ったのです。

永井 これまでのお話を総合すると発達性協調運動症(DCD)は早期に介入しても一般の方と同じようにできるようにはならないことが多いと思います。自分をどう把握して周りにこれは支援してもらって、これは自分で少し頑張ったらできるといった体験をすることが、将来大人になった時の社会での適応も良くするのではないかと、思いま

した。

伊藤 早期で見つけてもらうのはとても大事であると思います。小さい頃苦手だったことを少しずつできるようにすることで、できるようにはならないが苦手さが少し減ることになると思います。成長して小学校中学校となると、いろんなことを考えてしまうと思います。自分はこれができないとかというように、不安に思うところが多いのに、子どものうちは、その不安が少ないときに、課題を楽しい設定にしてやると、そこで達成感を得られるというポジティブな積み重ねができることができるのであろう、と考えています。

こういった理学療法だけでなく、保育園や学校で先生たちがそのお子さんがどうしてそれができないのかを理解し、その子ができたという経験を求めるためには何ができるのか、といったことを考えられるような環境がたくさんできていくといいのではないかと考えています。

宮地 発達性協調運動症(DCD)の問題は、確定診断が低年齢では難しいと言いつつ、年齢が上があればDCDそのものの症状が分かりづらくなるということだと思っております。

発達性協調運動症(DCD)の子達は、年齢が上がるにつれ、苦手な活動はやらないという選択をしたり、自分なりの工夫をして本当はすごく不便であったり苦労したりしているのになんとかこなして目立たないようにしていることもあり、不器用の問題が年齢とともに表面上目立たず潜伏していくことがあります。

しかし、発達性協調運動症(DCD)に伴う生活や仕事などでの困難さは残り続けているので、場合によっては自己肯定感の低下や、意欲低下、孤立感や周囲の人たちとの関係不調和などが生じ、精神的な問題や、行動の問題に発展してはじめて受診することがあります。成人期の人で不器用さが明らかに目立つ方や自覚があって訴えてくれる方はDCDの存在に気づきやすいのですが、そうでないと診察する側が意識していないと見過ごされてしまうことがあります。生活や仕事上の困難さや不器用がないかどうかを意識して、お話を聞いていただいたり、診察を進めたりしていただく

と発達性協調運動症(DCD)の発見や支援背景につながるのかな、と思います。

ただ大人になると、今さら協調運動を鍛えましょうといっても、トレーニングを受ける時間がなかったり、本人も「もういいです。」とそれを望まなかったりすることもあると思います。つまり協調運動機能を高めるような根本的な支援やトレーニングをは大人になってから行うのは難しい側面もあります。そのような場合は、必要な場面にその人ができる工夫をどのようにとり入れていくかという対症療法のような考え方に切り替えざるを得ないこともあります。

また、先ほどご提示いただいたように一筋縄ではいかない難治な例もあります。そのような場合は、やみくもに練習を続けるよりも障害特性を周りの方に理解してもらい、それに見合ったやり方を承認してもらおうようにしていくことが大事だと思いますが、その際には発達性協調運動症(DCD)という診断が必要になります。そのような意味でも我々医療者が発達性協調運動症(DCD)を知っていること自体が大切になると思います。

永井 自閉スペクトラム症(ASD)と発達性協調運動症(DCD)はオーバーラップするため、どちらの視点も常に持ちながら診療していただくとかサポートとか支援とかしやすくなるのかな、ということでしょうか。

大人になった時はどちらも薄くなっている可能性はあるのですが、困難感はずっと抱えている方がいて、両方の視点を持ちながら患者さんの話に耳を傾けてもらえると支援がしやすくなると思います。

大人の人たちへの支援に関してさらに、何かあれば付け加えていただけますか？

山田 対人関係でも自閉スペクトラム症(ASD)の人が対人関係が苦手だから引っ込むとなるとますます予後が悪くなるし、学習症にしても苦手だからできないということで、辞めてしまうということになってしまいます。

そう考えると、神経発達症は、発達性協調運動症(DCD)であっても不器用だけど楽しんでやっていると、できるようになってくるということが

あるかと思うのです。

大人になると絶対しなければいけない仕事だったらそうでなくて、日常生活の運動なら不器用でも楽しんでやっていると、できるようになったり、気分が改善することをするのが一番大切です。

永井 意欲的な感情をいかに小さい時に失わないようにしていただくか、というのが基本なのかもしれないですね。

宮地 最近、精神疾患、特にうつ病の改善にと運動が有効であるという話を聞くのですが、運動が精神状態に与える影響についてはいかがでしょうか。

山田 まだはっきりとエビデンスあるというまではいかないのですが、運動がいい効果をもたらすのではないかといろいろ言われているようです。

近藤 不器用な子たちって体を動かすのは好きですよ。

だからそこをけなさずに好きな運動を楽しくしてもらおうといいなと。

飛び込める勇気を持っているって考えればすごいことじゃないですか。

そういう得意なところに結びつけて好きなところを活かして運動が続けられれば、土台の運動機能も自然に上がっている可能性もありますよね。

宮地 発達性協調運動症(DCD)の支援で注意しないといけないところは、運動を上達させることばかりに支援の目を向けられがちになることだと思います。

障害であるとか苦手であるという、周囲の者としてはその克服ばかりに目が向きがちになりますが、当事者からすると、自分がうまくいかないことをより強く自覚し意識することになってしまいうこともあり、かえって自己肯定感が下がったり不本意にも訓練を受け続けたりしなければならないということもあります。もちろん本人が克服や上達を望み意欲がある時や、生活や仕事に支障が出ている不器用さには訓練をして上達を目指すのですが、DCDの人それぞれに望むことや到達したい目標は違うと思います。だから、発達性協調運動症(DCD)の支援では当事者本人の意向を大切に、場合によっては運動が上手になるこ

とよりも、不器用であっても運動が好きと思うと支援する我々も、全てを克服していくことばかり考えず、不器用でも運動が好きでいられるようにしていくことの方が一番大事になるだと思います。

そういう意味では、発達性協調運動症(DCD)の子の訓練をする際に、親御さんはなんとかできるようにさせたいという思いが強すぎて、つい子どもに対してスパルタ的になってしまうことがあるかと思っています。訓練をされたり家庭での宿題を出されたりしている先生方は、このようなことを防ぐためにどのようなことに気をつけていますか？

近藤 私はたくさんのお子さんを見てきて、この子はここまでいけるなっていうイメージができてきました。今できていなくてもこれからきっとできるよっていうのは自信を持って言える。例えば字を書きたいし読めるけど、今は書けないんだよって。

「でも大丈夫、書けるようになるから」と、その目標を達成してあげることができる。

それが作業療法の醍醐味でもあるのです。

お母さんは欲張るから、「それ以外はいつも通りにしといてね。」というのが私のコツです。

親は欲張るから「これはやらなくていいから、お母さんに持たせてもらって持てたら丸だからね。」って、それぐらいの宿題を出します。

伊藤 スモールステップは大事だと思っています。困難な課題は絶対に出しません。

永井 私も OT さんに時々作業療法をお願いしているのですが、リハビリ前診察で様子を見てみると OT 訓練に行く方がうれしそう、学校では運動は苦手でも、個別の OT 訓練でほめて楽しく運動することで、運動を好きになり楽しめる可能性を持っているのだと痛感します。

大人になったら外出や運動を嫌い、引き込みがちになるので、本当は動くことが楽しいと思えるようなチャンスを与えてくださっているのが理学療法士や作業療法士さんかなってつくづくと思いました。

本日はありがとうございました。

