

エキスパートに聞く

No.16



「発達障害を正しく学ぶ」

神尾 陽子 先生 (国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部長)

聞き手 和田 圭司 (国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター長・
公益財団法人 精神・神経科学振興財団 常務理事)

発達障害

「発達障害」という用語は、自閉症スペクトラム障害、注意欠如・多動性障害、学習障害、知的障害など早期から始まる脳の非定型発達の一群（少なくとも人口の数%が相当）を、ひとくくりに指します。いずれも幼児期から兆候が現れ、家族の負担も大きく、またほとんどのケースでは生涯にわたって社会生活上の困難が続きます。重度の人はもちろんですが、発達障害の程度が軽度であっても、うつ病などの精神障害の発症リスクが高く、医療、教育、福祉支援の必要性はいずれも高いのです。しかし、まだ十分にそのことが認識されておらず、未診断のまま適切な対応を受けないで成人する人も多くいます。発症メカニズムは複雑な遺伝と環境要因の相互作用が関与しており、まだまだわからないことが多いですが、近年の認知神経科学、脳画像、ゲノム、疫学などの研究の進展は著しく、治療法・教育法についての理解も確実にすすんできました。発達障害の病態解明、そして診断体系の整備や治療法の開発は、その個人差があまりにも大きいことからとても難しいけれども、これからは多面的なアプローチを用いた研究プロジェクトや早期からのコホート研究の重要性がますます大きくなっていく領域だと思われます。

発達障害って何ですか

和田：今日は、精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部の神尾陽子部長にお話を聞きたいと思います。神尾先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

神尾：よろしくお願ひします。

和田：先生のご専門はいわゆる発達障害ということですが、発達障害って何ですかということをもまず教えていただけますか？漠然とした質問で申し訳ありません。

神尾：発達期に始まる神経発達の病理という意味です。始まる時期が発達期であるというのがまず1つですけれども、その病理の経過、発達の経過というのも非常に特徴的です。症状は一時的で後で消えてなくなるとか、逆に非常に悪化するというよりも、持続的なことが特徴です。ただ、全般的機能でみますと発達にはしていくので、その意味では症状程度は軽減する傾向があります。しかし、やっぱりその人の発達よりも、定型発達のお子さんの発達の方が著しいので、次第に相対的に症状は目立っていき、さまざまな併存的な問題が生じ、適応は悪くなったりします。また、生活環境によっては悪循環を起こしていくことがあります。ですから、予後は良いものから、非常に悪いものまでいろいろです。症状は安定して軽減するにもかかわらず決して楽観的ではないということです。

発達障害とひとくくりにはされる中には幾つかの異なる症候群があります。それでも発達障害という言葉が定着している理由は、それぞれの症候群に共通点がとても多いということがあります。発症の原因はまだ特定されていませんが、経過、リスク、性差、認知特性、頻度の高い併存疾患などに共通点が多くみられます。したがって、含まれる症候群は別々の診断カテゴリーになりますが、背景に共通の遺伝的な要因も想定されています。

発達障害と混同しやすい病気

和田：ありがとうございます。例えば、発達障害と混同しやすい病気というのはどういう病気があるのでしょうか？

神尾：幼児期はもっとも症状や経過が特徴的なので、発達障害かそれ以外かの鑑別にはあまり問題ないでしょう。ただ、知的障害がない場合には、家族が気づかないことは多いです。思春期以降では、精神疾患、例えば、うつ病、統合失調症、不安障害と診断されているケース

で発達障害が隠れていることはしばしばあります。また、例えば自閉症スペクトラム障害とADHDはどちらも発達障害に含まれ、そのいずれかのみケースもあります。合併ケースが非常に多いです。適切な治療のためには、いずれかの鑑別、あるいは合併かを確かめることが大切です。

和田：わかりました。そうしますと、発達障害の考え方としては、あるところまでいわゆる基準範囲内といえますか、正常の発達を示して、あるところから止まるというイメージなのか、それとももう初めから基準範囲外ということでしょうか？

神尾：初めというのは、年齢のことですね。

和田：はい。

神尾：やはり、どちらかといえば初めから基準範囲とは違った発達をする、と考えられます。はっきりわからないところもありますが、やはり周産期が一番クリティカルだと思います。乳幼児期に診断ができるというのはそういうことを反映しています。乳幼時期には全くノーマルで後に症状が出るということは、それは別の病態と思われれます。ただし、症状程度は量的には基準範囲の延長という考え方もできるので、質的に全く異常ともいえないところがあります。

和田：ありがとうございます。経過につきましてはどうなのでしょう？

神尾：一般的には比較的安定的に経過します。しかし2歳のときにすごく典型的な自閉症だったけれども、早期療育を受けて症状が軽くなって、学校に上がったときには、自閉症の症状はあるけれども、もう診断基準に合わなくなるという良い経過も少数ですがあります。また、ADHDは以前、考えられていたよりも成人期を過ぎてても症状が持続することがわかってきました。

その場合、早期の診断が間違っていたかということではなく、予後、経過はやはりそれくらいの個人差はあるということです。

和田：わかりました。先生は周産期のことをおっしゃられましたが、そうしますと、環境要因も遺伝的要因に加えて非常に大事になってくるということでしょうか？



育て方で自閉症になるということは科学的にありえない

神尾：はい。おっしゃったように、遺伝と環境が相互に悪循環して悪くなったのが発達障害だというふうに考えられていいと思います。ただし、環境要因は、もともとの自閉症の歴史からして誤解が多い。環境って難しいですよね。科学的に捉えるのはとても難しく、そのわりに、根拠の薄い環境要因に注目が集まりやすい。親の接し方だとか、食事だとか、それがすべてのように捉えられてしまう傾向があります。

和田：お母さん方には、例えば「私の育て方が悪かった」とか思っておられる方もおられるかもしれませんが、そのあたりは科学的に見てどうなのでしょう？

神尾：科学的に考えて、子育てが原因で自閉症になることはあり得ない。遺伝要因なしで環境だけで、しかも育て方の失敗という考えは明らかに間違いです。けれども、養育環境によって経過は良くも悪くもなるというところはあります。ですので、発達障害の支援の中で、親のペアレントトレーニングは重要なプログラムです。適切な対応を学んでいただくことで、より子どもの発達を促進して悪循環になるような要因を防ぎ、良い循環にもっていくということです。

和田：ありがとうございます。先生は環境省のエコチル調査(子どもの健康と環境に関する全国調査)にも関わっておられますけれども、いつ頃、成果は出るのでしょうか？

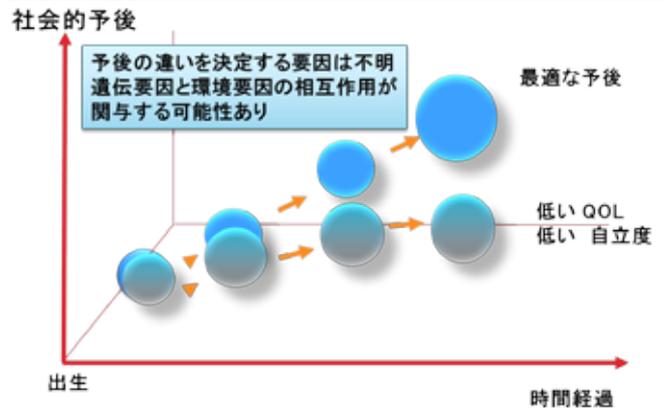
神尾：エコチル参加のお子さんについては10年間追跡調査を続けます。リクルートも毎年されています。一番最初にリクルートされた方が、今年3歳だと思います。臍帯血を収集したり、食事内容などの細かいところや、日常生活で使う化学物質などの暴露などを調査しています。また、詳細調査では実際にハウスダストとかを収集したり、髪から金属を測ったりもします。同時に、行動面の発達を評価します。エコチルの結果が出るのはもう少し先になるということですよ。

和田：わかりました。ありがとうございます。一般的に自閉症って増えているのではないかとわれていますが、これは本当に疾患として増えているのか、それとも検出力というか、皆さんの認知が上がったがために増えているのか、どちらなのでしょう？

神尾：それはずっと決着はついていません。そもそも疾患としての境界が曖昧です。例えば、今回DSMが第5版になって、診断基準が変わったら明らかに有病率は変わるわけです。今おっしゃった2つの可能性は両方と

にもあると思います。認知が上がったということも明らかですし、DSMの前の版のときに境界が広がりましたから、実数としても増えることになりました。

自閉症スペクトラム障害の経過にみられる個人差



自閉症のガイドライン

和田：そうでしたか。

神尾：自閉症症状の分布はベルカーブですので、診断基準が少し広めになれば、軽度から中程度というか、診断つかつかないかのレベルの人は範疇に入ることになります。ですので、実数としてはその場合かなり多くなります。関連しまして、さっきもお話ししましたように環境の影響で割と病像は動きます。慢性ストレスがあったり不安が強くなるとか、そういったことで自閉症の症状は悪くなります。でも、適切な治療でまた軽くなったりします。自閉症の程度の軽い人にこの傾向が強くて、なぜ環境との相互作用でこのように変動するかはまだよくわかっていません。

和田：わかりました。メカニズムの解明が重要になってきますね。

神尾：発達障害と精神疾患との関連は症状だけでなく、病因のレベルでも研究され始めていますが、これまでは別々の疾患として、専門家もそれぞれ別ですので、なかなか包括的な評価が出来にくく、専門分化の弊害も影響していると思います。自閉症の個々の症状ばかり見るのではなく、やはり全部見ていかないといけないということは強調したいです。

和田：その通りだと思います。今、専門家が別だということをおっしゃられて、例えば、家族の方にしても、あ

るいは学校の先生方にしても、いわゆる発達障害の方と接するようになったとき、どうしたらいいのだろうと悩まれることが多いと思います。先生のほうから何かアドバイスのようなものはありますでしょうか？

神尾：はい。発達障害に関しては、特に自閉症に関しては幼児期に診断が可能なので幼児期から治療を始めることができます。ですので、自閉症の早期発見から対応、そして子どもだけじゃなくて大人まで含めたガイドラインが必要と思われますが、米国の複数の学会がガイドラインを出していますし、イギリスはNICEのガイドラインがとても有名です。NICEガイドラインは、エビデンスのある治療をリストアップしただけじゃなく、当事者や家族も含めて関係者が受け入れられるものを選んでいきますので、非常に実効性が高いといわれています。アメリカのガイドラインと違って英国は地域での多職種から成る専門チームの設置の必要性をすごく強調しています。学校の先生が単独で対応するというよりも地域の多職種チームの対応や相談先を知ることが大事です。

発達障害に限りませんが、こうした慢性的な障害の場合、予防や早期対応が重要になりますが、その際に大事なことは、クリニックにだけ専門家がいるという状況は大変に効率が悪いものだという事です。地域での対応力が育たないし、専門クリニックだけに集中してしまうと待機が何年にもなって、治療開始が遅れてしまいます。ドクターショッピングみたいなことも避けたいといけません。その場合、情報共有が乏しいので、医師から親に伝える内容も時に矛盾しますし親も混乱します。とても無駄が多いのです。地域にさまざまな職種から成る専門家チームを育てるという考えが大事です。

和田：わかりました。おっしゃるとおりですね。ありがとうございます。先ほどエビデンスのある治療のことをおっしゃられていましたが、今、エビデンスのある治療の中で何が一番いいとか、こういうのがいいよということはどうなっているのでしょうか？

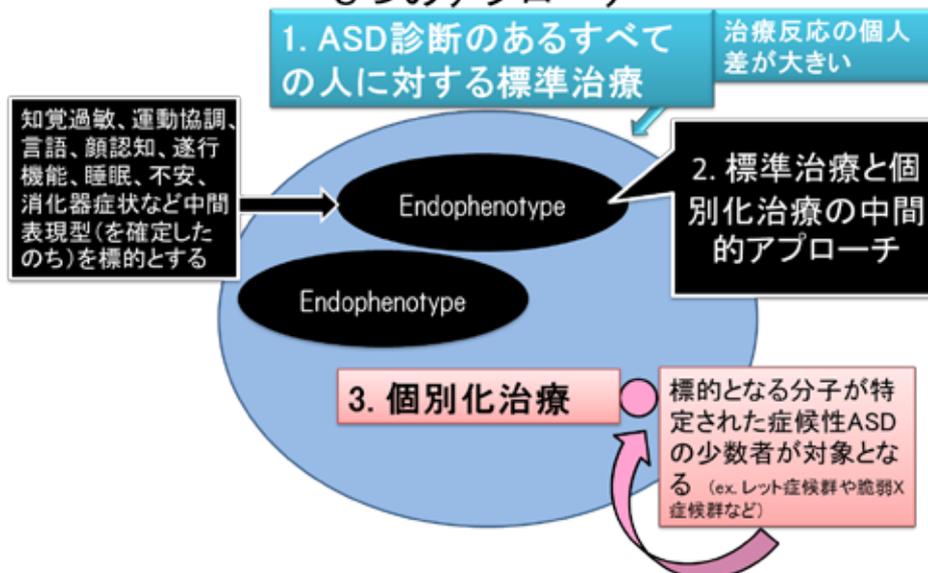
同じ ADHD（注意欠陥／多動性障害）でもタイプはいろいろ

神尾：わかりやすく ADHD に限局してお話をします。まず ADHD には、使える薬剤があります。ただ、NICE ガイドラインは、最初から薬物は使ってはいけないと書いてあるのです。まずは環境調整と親教育と、子どもたちに心理行動的介入をする。そして、それでも症状がまだ重い場合には、薬物をいたずらに遅らせず投与するというようにしています。

発達障害の治療の考え方で大事なのは、同じ自閉症、同じ ADHD でも個人差がきわめて大きく、1 人の人でも発達にあわせて状態も変わりますから治療法も変えないといけません。同じ診断がついたからといって全員が 1 つの同じ治療でいいということではないということです。もちろん診断に応じて全員を対象にした標準治療というの考えないといけません。それは多くの人に一定程度、効くのですが、効果はそんなに大きくない可能性があります。現在、標準治療で薬が使えるのは ADHD だけで、自閉症そのものの治療に効果がある薬物はまだないです。

いま研究者の方が取り組んでいる方向に個別化治療がありますが、関連遺伝子が特定されたレット症候群など

自閉症スペクトラム障害治療のための 3つのアプローチ



の疾患が対象になります。遺伝子が特定されましたので、自閉症の診断分類からは外れましたが、ご存じのように治療開発が盛んで、次のステージに向かっていきますね。ターゲットを明確に発症機序に焦点化し先端医療の実施に向けた流れです。

和田：ありがとうございます。まだ標準治療で薬がある疾患は限られているということですが、たとえば、うつ病などの合併があるときの治療の考え方を聞かせていただけますでしょうか？

神尾：はい。さきほどお話ししたように自閉症など発達障害には適応を一段と悪くする併存精神障害がうつ病以外にもいっぱいあります。睡眠の問題とか不安とか。まず基礎疾患が自閉症なら、自閉症だけで問題となっている行動や症状を説明できるかどうか、きちんとみなくてはいけません。それを、こんなに寝なくて興奮しているのは自閉症だからもうしょうがない、というのでは困るのです。もし、不安障害とかうつ病などの合併する精神疾患で説明できる症状が、発達障害の他に認められたら、それぞれに対する治療を始める必要があります。というのは今発達障害以外の精神疾患に対してはかなり効果のある薬剤なり認知行動療法なり、治療法がありますので、合併症状の治療は効果が期待できるからです。合併症状がなくなったら自閉症の症状も全体として軽減するという場合もあり、なにより全体として機能レベルがあがります。「根っこに自閉症があるから自閉症をまず治療しないと」じゃなくて、やはり臨床的な総合的な判断にもとづいて治療の優先度を考えて治療の計画を立てるべきだと思います。

大人の発達障害

和田：ありがとうございます。最近よく本などでは、大人の自閉症、大人の発達障害ということが話題になっています。いわゆる大人の発達障害について教えていただけますでしょうか？

神尾：子どものときに発達障害、自閉症やADHDと診断された人の経過を成人期まで追っていく予後調査というのがあります。例えば、自閉症の長期予後調査ですと現在40歳代まで追跡されていて、児童期に診断された人たちに関してはその経過がわかってきました。現在、大人の発達障害の人が注目されている理由はこれとは別で、一般の精神科に来るうつ病などの患者さんの中の対応が難しい一群の患者さんが発達障害の症状特性を多く持つことが知られてきたという事情があります。ただ、

こうした患者さんの児童期の記録や、実態はよくわかっていません。ADHD治療薬が大人でも使用可能になりましたが、どのような治療ニーズがあるのかまだわかっていないので、臨床現場で問題が起きないか、懸念されています。なので、現在、我々と産業医大と製薬会社と共同で、欧州と共通のプロトコールで精神科患者を対象とした疫学研究を実施しています。また今年で8回目になりますが、厚生労働省の発達障害者支援事業の一環として、地域で発達障害のある方たちの精神科治療の向上を目指す発達障害の研修を、地域の精神科医の方を対象に行っています。成人期の発達障害にはずいぶん社会的に注目が集まるようになってきましたが、まだデータが全くない。しかし大変に緊急性をもって重要なのは高齢者の発達障害のある人々です。高齢になると認知症の罹患が重要ですが、認知症と発達障害の合併も切実な問題になっています。ただ、認知症の専門家は幼児期や児童期の情報をもとに発達障害を診断しませんし、われわれ発達障害をよく診る者も高齢になるまではなかなか追わないので、現状は不明のことが多いです。

和田：そういう現実があるんですね。遺伝的要因についての研究はどうなっているのでしょうか？

神尾：2013年のLancetに興味深い論文が載りました。いわゆる大人で発症する精神疾患の統合失調症、双極性障害、うつ病と、児童期発症の自閉症、ADHDの5疾患でカルシウムチャンネルに注目して関連遺伝子を調べたところ、共通する疾患のペアがあるということがわかってきました。たとえば、自閉症は統合失調症や双極性障害との関連が高かったのです。



発達障害と生活習慣の関連

和田：ありがとうございます。私は神経変性疾患の研究をしていますが、いま、生活習慣とのことが大変話題になっています。発達障害と生活習慣の関連はどうなっているのでしょうか？

神尾：発達障害は脳の病態とはいわれてはいますが、やはり全身を考える必要があります。腸内細菌であると



国立精神・神経医療研究センター (NCNP) は、発達障害の研究を共同研究体制で取り組むのに適した施設ではないでしょうか。
神尾 陽子 先生

か、やはり代謝に関わるものは、それだけが原因とは考えにくいですが、リスクとして十分考慮すべきでしょう。発達障害の大人の人には生活習慣病も多いという報告もあります。メカニズムはわかりませんが、そういう意味でも、乳幼児からのコホート研究が大事だと思います。

和田：わかりました。ありがとうございます。少し難しい問題かもしれませんが、発達障害の人に対して病気という言葉を使うことに対してはばかられるという議論があります。先生のお考えはいかがでしょう？

神尾：いろいろな考え方がありますね。病気が障害か、についてはあまり厳密な定義はありませんが、実態として発達障害のような病気は他にあまりなく、偏りという点では障害の方が合っているように感じてはいます。障害も「しょうがい」と平仮名表記もされることがありますね。私は患者さんに告知する場合には、診断名が必要であるときにしか本人には伝えないようにしています。むしろ、専門用語ではなく、わかりやすい表現をするように心がけています。診断名、診断書が必要になった場合には、病気と呼ぼうが、障害と呼ぼうが、きちんとお伝えするようにしています。たとえば、「やっぱりこれは病気や障害じゃなくて個性ですよ」などということは、少なくとも治療を必要とする人には適切ではないと考えます。せっかく話し合いを重ねて、本人も家族も治療の意欲を持ったところに、「何だ、これでいいんだ」と受け取ってせっかく始めた治療が中断してしまうということも起こりかねません。学校でもそうだと思います。特別なニーズがあるということを、診断書をもって学校も親と話し合っているときに、「子どものこういう行動は個性なんだからそのまま学校は受け入れてください」なんていうことになると、もう対応できませんからね。やはりサービス体系は、特に医療でそうですが、病気の診断、障害認定と密接につながっていますので、理念だけではうまくいかないと思います。

和田：わかりました。ありがとうございます。最後にNCNPに期待されることなどお聞かせいただけますでしょうか？

神尾：そうですね、一言。せっかくこうして財団のニュースに取り入れていただけるのだから、やはりNCNPは、発達障害の研究を共同研究体制で取り組むのにこんなに適したところはないのじゃないかということは強調したいと思います。まだまだ潜在力があるのではないかと考えています。例えば、学校で導入できる認知行動療法プログラムのRCT (Randomized Controlled Trial) を進める計画があり、NCNPのCBT(認知行動療法)センターから助言もいただいているのですが、うまくいけば、ぜひCBTセンターの全面的なご協力でこれを全国に普及させたいですね。もちろん標準治療もNCNPはもっと潜在力は高いですね。

もう一つ現実的なアプローチは、個々のエンドフェノタイプの研究から積み上げていくということで、もっと多くの研究を期待したいです。NCNPにはいろんなレベルでの研究を専門にされている多数の先生方がいらっしゃいます。そうした様々な異なる研究の切り口をつなぎ合わせていくと、発達障害の全てをとすることはできないけれども、地図ができると思うのです。それだけの専門家がいて、それを病院につないでいくTMC(トランスレーション・メディカルセンター)もあります。ということでそのポテンシャルを発達障害の領域でもっと発展できるような機会を期待しています。

また、治療と直結した研究をすすめるのに、病院との連携もすすむことを期待しています。研究ベースで入院していただくことになれば、全国の発達障害の子どもが親と一緒に、また発達障害の成人の方が一定期間入院する。例えば、私たちがいま開発しているプログラムを1週間なり、一定期間、実施する。親を対象とするプログラムも受けていただく。また定期的な脳、遺伝子、行動などのデータ収集も行う。また、発達障害の専門家は全国的に不足していますから、全国から派遣していただき、2カ月とか短期研修の形で治療に参加しながらスキルアップしていただくという機会も提供できるのではないかと思います。このようなことが実現できたら、それは発達障害の研究と臨床のギャップが埋まる、画期的なことです。

和田：実現をめざしてわれわれも頑張らないといけないということですね。本日はいろいろ発達障害のことを勉強させていただきました。本当にお忙しいところをどうもありがとうございました。

神尾：こちらこそ、フィーチャーしていただきどうもありがとうございました。

収録 2015年9月9日収録