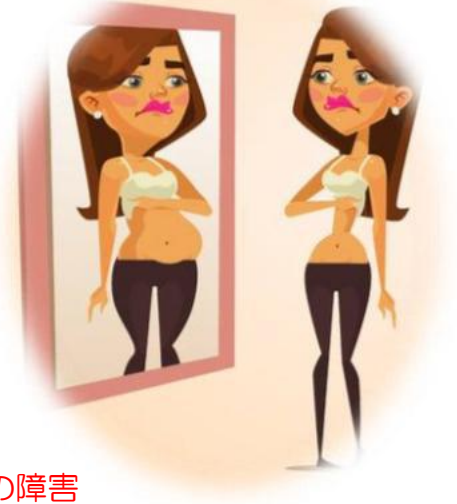


# 疾病治療論Ⅶ（精神疾患）③

## 【摂食障害】

### 1. 定義と概念

- 摂食障害は、拒食や過食などの食行動異常、体重や体型に重きを置く価値観、ボディイメージの障害を特徴とする。
- 思春期から青年期の女性に多い。



### 2. 症状と診断

<神経性やせ症／神経性無食欲症>

極端なやせがあるのに、

- ①肥満への恐怖から体重を増やそうとしない
- ②自らの体型や体重を太っているととらえる：ボディイメージの障害

◆平均体重の85%を下まわるもの、またはBMI17.5以下のもの

重症度	値
軽度	BMI $\geq 17\text{kg/m}^2$
中等度	BMI 16～16.99 $\text{kg/m}^2$
重度	BMI 15～15.99 $\text{kg/m}^2$
最重度	BMI $< 15\text{kg/m}^2$



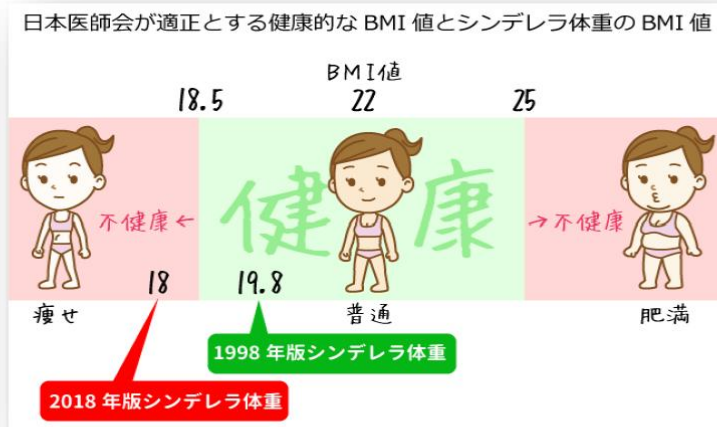
表1 DSM5における神経症無食欲症の重症度分類

- 自発嘔吐や緩下剤の乱用など、排出行動を反復することが多い
- 過度の運動、食欲抑制剤、利尿剤を常用することも

本剤は肥満度が+70%以上又はBMIが35以上の高度肥満症患者に対して、食事療法及び運動療法の補助療法として用いる



その背景には・・・



美容体重とは  
美しさと健康をどちらも兼ねそろえた  
体重のこと。

**BMIは20**

シンデレラ体重とは  
細いけれどガリガリ過ぎない、身体が1番  
美しく見える体重。

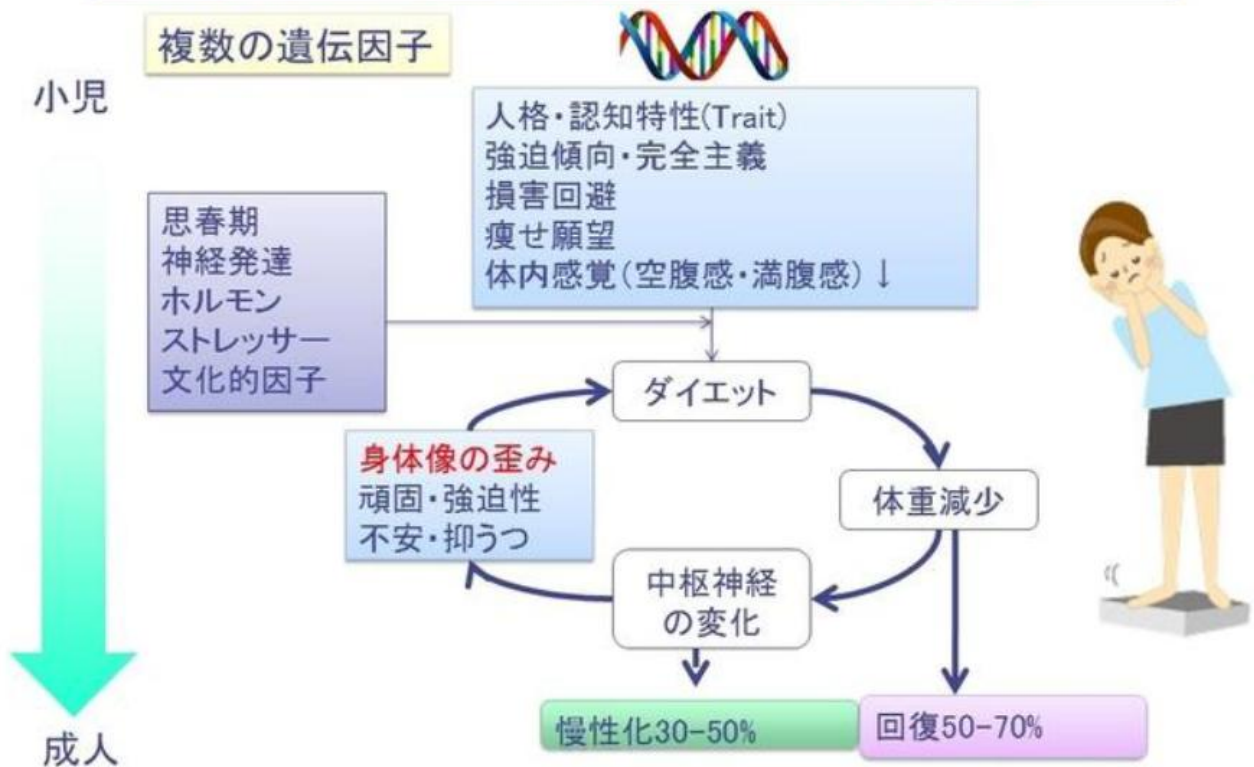
**BMIは18**

モデル体重とは  
その名の通りモデルまた芸能人のような  
細い体型。病的に見えることも。

**BMIは17**

- 摂食障害の発症には、**社会・文化的要因**、**心理的要因**、また**生物学的要因**が複雑に関与しており、遺伝子-環境因子の相互作用による多因子疾患と考えられている。

### 摂食障害の病因・病態として考えられている仮説



## ＜神経性過食症／神経性無大食症＞

- ①食物への欲望から短時間に大量の食物を食べる**無茶食い**行為を繰り返す。
- ②その一方で、自発嘔吐、緩下剤の乱用、利尿剤の使用など**排出**行為にこだわり、**体重の増加を恐れる**行動も見られる。

重症度	排出行為の頻度
軽度	週1～3回
中等度	週4～7回
重度	週8～13回
最重度	週14回以上



表2 DSM5における神経性過食症の重症度分類

### ● 摂食障害の合併症＞

#### 1) 身体合併症：

- 神経性無食欲症（拒食症）：るいそう、無月経、徐脈、低血圧、低体温、栄養障害によるむくみ、毛髪が抜けやすい、便秘など
- 過食や自発嘔吐、下剤の乱用：低**Na血症**、低**Ca血症**、不整脈、腎機能障害、肝機能障害、齲歯、吐きだこなど



#### 2) 精神への影響：

抑うつ、不安、集中力の低下、倦怠感、衝動制御の問題や自殺企図、自傷行為を繰り返すこともある

#### 3) 社会性への影響：

引きこもり、対人トラブル



### 3. 治療

特効的な治療法はない。

#### ◆精神療法

（支持的精神療法、認知行動療法、対人関係療法、家族療法、集団療法など）、

◆身体治療（栄養療法、薬物療法）を患者の状態に合わせて選択し、組み合わせて行う。



#### ✿その他 摂食に関する精神科病棟で頻発する問題✿

- 盗食
- 摂食嚥下：つめこみ、丸呑み
- 口腔衛生管理



## 【睡眠覚醒症候群】

### 1. 定義と概念

- 睡眠についてなんらかの問題をもつ人は**増加**傾向にあり、社会問題化している。
- 睡眠障害は、身体的疾患から生じることもあるが、精神的要因によるものも多い。
- 睡眠そのものの**量、質、時間的調節**の障害が中心となる。

### 2. 症状と診断

#### 1) 不眠症：

- 入眠・睡眠持続の障害、熟眠感のないものがある。
- 身体の痛み・抑うつ・不安障害・認知症の他に、アルコール・カフェイン・タバコの過剰摂取でもおきるが、原因不明なケースもある。

#### 2) 過眠症：

- 昼間の過剰な睡眠、睡眠発作、覚醒時間の遅延が継続する

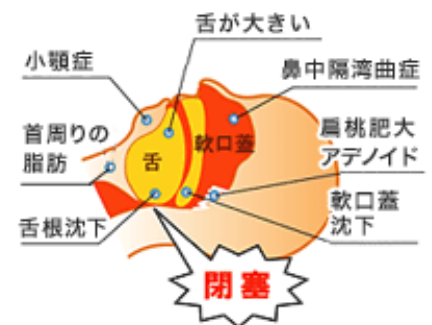
#### 3) ナルコレプシー：

- 日中の**過剰な眠気**を中心に、**情動脱力発作**（笑いや怒り、運動で誘発される数秒から数分の筋力低下ないし麻痺のエピソード）、**睡眠麻痺**（睡眠覚醒移行時の一時的な、通常1分未満の部分的あるいは完全な麻痺）、**入眠時幻覚**（覚醒から睡眠への移行時の幻覚体験）などを伴う。

※赤字：ナルコレプシーの4徴

#### 4) 睡眠時無呼吸症候群 SAS：

- 中枢性のものと閉塞性のものがある。
- 閉塞性睡眠時無呼吸は、**肥満の成人男性や中高年女性**、小顎症の人に多い。
- 1晩7時間の睡眠期間中に、**10秒以上の呼吸停止状態が30回以上認められ**、かつ、この無呼吸がノンレム期にも認められる。無呼吸といびきを繰り返し、日中覚醒時の睡眠発作、頭痛、抑うつを伴うこともある。



#### 5) 睡眠覚醒スケジュール障害：

- **社会的に望ましい**睡眠・覚醒スケジュール（リズム）とは一致しないパターンの睡眠。
- 時差ぼけや労働条件に関連した、睡眠相後退型、時差型、交代勤務型などがある。
- 概日リズム（**サーカディアンリズム**）の障害である。

### 3. 治療

◆**薬物療法**：①非ベンゾジアゼピン系睡眠薬→②メラトニン受容体作働薬→③ベンゾジアゼピン系睡眠薬→催眠・鎮静系抗うつ薬の順で試みる。  
 寛解後は、**徐々に減薬・休薬**を行う。

◆**CPAP（シーパップ）療法**：経鼻的持続陽圧呼吸療法

**睡眠時無呼吸症候群（SAS）**に有効な治療方法として現在欧米や日本国内で最も普及している治療方法。寝ている間の無呼吸を防ぐために、気道に空気を送り続けて気道を開存させておく。



BIPAPとは違いますよ

◆**睡眠衛生指導**：厚生省より指針が示されている。**サーカディアンリズム**の調整を行う。

睡眠障害対処12の指針(文献1より抜粋)

指導のポイント

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分</li> <li>● 眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 眠ろうとする意気込みが頭をさえさせ寝つきを悪くする</li> </ul> </li> <li>● 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 消灯・就寝時間だからと言って無理に寝るように指導せず、他者に迷惑がかからない方法で、患者に合った睡眠時間を調整する</li> <li>▶ 必要以上に寝床で過ごす時間が長いと眠りが浅くなり、中途覚醒の原因となる</li> <li>▶ 眠れない苦しみを共感的に受け止める</li> <li>▶ 不安に思っていることは日中に気持ちが整理・表出できるよう声がける</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 同じ時刻に毎日起床                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 早寝早起きでなく、早起きが早寝に通じる</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 睡眠時間が多少短くても起床時刻は同じにし、生活リズムをつくるよう指導する</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 光の利用でよい睡眠                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 目が覚めたら日光を取り入れ、体内時計をスイッチオン</li> <li>▶ 夜は明るすぎない照明を</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 起床後は窓際で過ごすなど患者が太陽光を取り込めるような環境を設定する</li> <li>▶ 病室は白色系の照明が多いが、就寝前は暖色系の柔らかい照明に変え、光刺激を低減する</li> <li>▶ 明るいほうが眠れるという人でも就寝時は不安にならない程度に暗くしたほうがよい</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 就床前4時間のカフェイン摂取、就床前1時間の喫煙は避ける</li> <li>▶ 軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、香り、筋弛緩トレーニング</li> </ul> </li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 21時の消灯に合わせ就寝したい場合は、17時以降のカフェイン摂取は控えるよう指導する</li> <li>▶ リラックス方法は人それぞれだが、早くから寝床に入って読書や音楽を聴くのではなく、眠くなるまで椅子に腰かけたり、ベッドアップをして起きた状態で過ごすよう指導する</li> <li>▶ 目の周囲や後頭部を温めると深い睡眠が増えて睡眠の質が改善し、疲労感も減るとの報告もある</li> <li>▶ 病室・寝床の環境を整える</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 規則正しい三度の食事、規則的な運動習慣</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 日中の適度な運動は熟睡を促進する</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 昼寝をするなら、15時前の20～30分                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 長いひるねはかえってぼんやりのもと</li> <li>▶ 夕方以降のひるねは夜の睡眠に悪影響</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 30分以内のひるねで疲労改善をはかる</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 睡眠中の激しいいびき・呼吸停止や足のびくつき・むずむず感は要注意                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 背景に睡眠の病気、専門治療が必要</li> </ul> </li> <li>● 十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に</li> <li>● 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 一定時刻に服用し就床</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ いつもと違う睡眠、日中の眠気が強いように見えた場合は医師に相談する</li> <li>▶ 慢性痛や掻痒感等身体的要因による不眠は医師と相談し、原因を排除・低減する</li> <li>▶ 睡眠薬は医師の指示のもと、本人とも相談し使用する</li> </ul>

# 【物質関連障害および嗜癖性障害群】

## 1. 定義と概念

アルコールをはじめ、その作用によって**精神への作用**が知られている物質によって生じる精神疾患を、「**物質関連障害および嗜癖性障害群**」と区分される。

- 精神作用物質**：アルコール・アヘン類・大麻類・鎮静薬・睡眠薬・幻覚剤・タバコ  
・シンナー・コカインやカフェインを含む精神刺激薬など



- 精神作用物質による精神および行動の障害別分類**

- |          |                    |
|----------|--------------------|
| 1. 急性中毒  | 5. せん妄をともなう離脱症状    |
| 2. 有害な使用 | 6. 精神病性障害          |
| 3. 依存症候群 | 7. 健忘症候群           |
| 4. 離脱症状  | 8. 残遺性および遅発性精神病性障害 |



## 2. 症状

### 1) 急性中毒：

- ・精神作用物質の急性使用によって起こる**一過性**の急性状態
- ・診断の条件：

- ①**最近**中毒量の物質を使用したこと
- ②その物質による症状であることが説明できること
- ③他の医学的障害では説明ができないこと

### ・症状：

意識レベルの低下、認知や知覚の変容、感情や行動の変化、  
精神生理的な機能と反応の障害



## 2) 有害な使用：

- 健康に害を及ぼすにもかかわらず使用を続ける行動
- 結果として、身体的 (Ex:注射器の使い回しによる肝炎への感染)、精神的な害が生じる



## 3) 依存症候群：

- ある物質や物質の使用が、本人にとって最も重要となり、その物質を使用したいという欲求に抵抗できない状態を**依存状態**という
- DSM-5では、依存という用語は用いず、**使用の障害**とされる

過去1年間に、次の項目のうち3つ以上がともに存在した場合に  
確定診断される

1. 物質を摂取したいという強い欲望あるいは強迫感
2. 物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難
3. 物質使用の中止もしくは減量により離脱症状が出現する。あるいは出現回避のために再使用する
4. **耐性**。同じ効果を得るために増量する
5. 精神作用物質使用のために、それに代わる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質を摂取せざるを得ない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する
6. 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、依然として物質を使用する

依存の診断基準：ICD-10

## 4) 離脱症状・(5) **せん妄**をとともなう離脱症状：

- 物質を反復・長期・多量使用後に、急に**中断**または**減量**したときに生じる症候群
- 症状は、物質の種類、量、中止または減量してからの**時間**によって異なる

### せん妄

Q：せん妄ってなんだろう？



- 幻視や妄想
- 興奮状態(大声を出す、そわそわと動き動き回る、暴力など)
- 認知症のような症状(集中できなくなる、最近の出来事を忘れる、どこにいるのか分からなくなる、会話が噛み合わなくなるなど)
- 睡眠リズムの障害(昼夜逆転や、睡眠中も落ち着きがないなど)
- 意識の混濁



6) 精神病性障害：

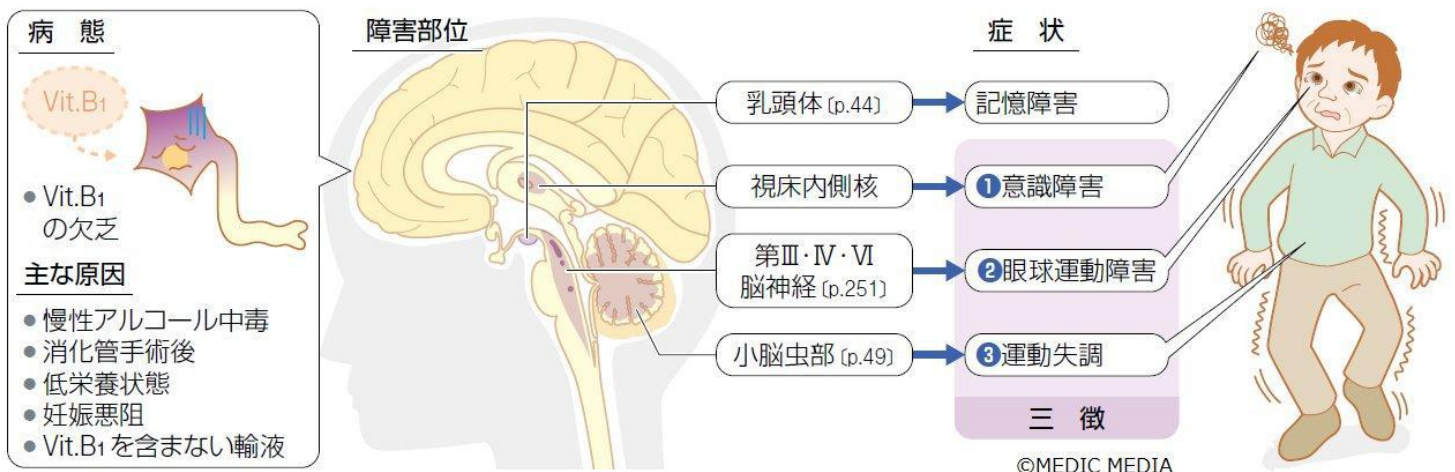
- 物質使用中か使用直後、または中止直後に生じる精神病状態で、**離脱状態**でないもの
- 主な症状は、**幻覚・妄想**、興奮、昏迷、恐怖などである

7) 健忘症候群

- 出来事の時間的順序づけや**新しい事柄の学習が困難**
- ほかの認知機能は比較的保たれている

◆**ウェルニッケ脳症とコルサコフ症候群**

- アルコール依存症者にしばしば発症する中枢神経疾患であり、**急性期**のものを**ウェルニッケ脳症**、**慢性期**を**コルサコフ症候群**と呼ぶ。
  - ウェルニッケ脳症の症状：症状は**意識障害**と**歩行障害**（小脳失調歩行）、**眼症状**（眼振）で3徴と呼ぶ。
  - アルコール依存症者が食事も摂らずに昼夜関係なくただ酒を飲んでいるうちに衰弱していき（低栄養）、うわごとをしゃべったり、幻覚が見えたりするようになり発症する
  - ウェルニッケ脳症の原因：**ビタミンB1**の欠乏。
- ①食事を摂らずに飲み栄養失調になる、②下痢を起こしVB1の吸収不良となる、  
③アルコールがVB1活性化を抑制する、④アルコール分解にVB1が使われる、など**B1欠乏**を招きやすい。VB1は糖代謝に必須で、特に脳内では糖質のみがエネルギーに変換されるので、VB1欠乏により脳内での糖-エネルギー代謝が破綻し、**脳症**を引き起こす。
- コルサコフ症候群（慢性期）の症状：ウェルニッケ脳症の慢性期（後遺症）を指し、代表的なアルコール認知症である。頭部MRIを行うと、**脳萎縮**が顕著で**海馬の萎縮**が認められる



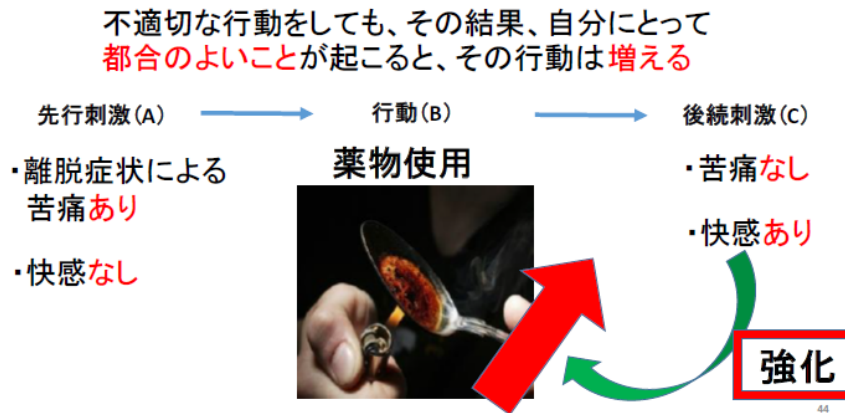
8) 残遺性および遅発性精神病性障害：

- 精神作用物質が脳に直接影響していると想定される期間が**とうに過ぎている**にもかかわらず、持続している精神病性障害
- 症状は、**フラッシュバック**、**認知症**、**感情障害**など

### 3. 嗜癮addiction

- 嗜癮とは、依存を生じる心理・社会的行動の総称
- 生活行動の中から作られていく「ある特定の習慣に対する執着」

#### 不適切な行動が増える法則

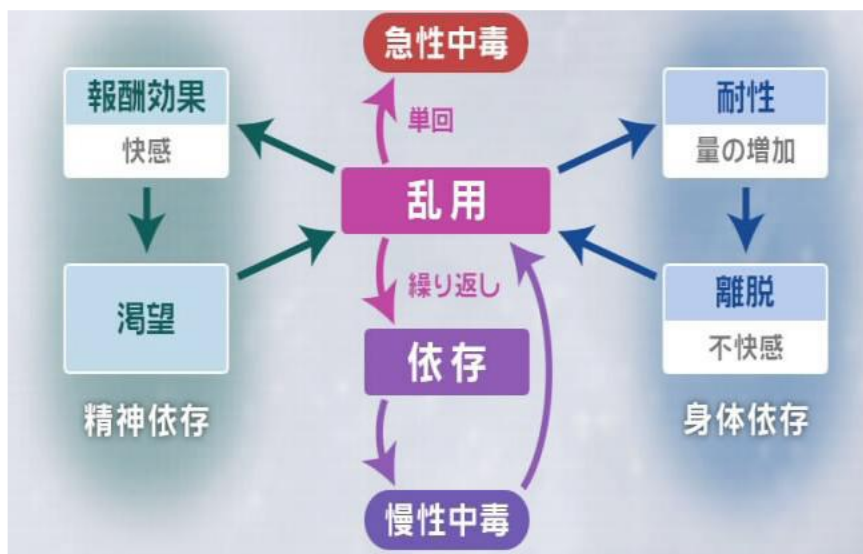


### 4. 精神作用物質のカテゴリー以外の依存

- 1) 行為・過程依存：ギャンブル、セックス、買い物、インターネットなど
- 2) 人間関係：家族や友人、恋人などの他者に対する見捨てられ不安やしがみつ



- 精神作用物質から抜け出せなくなる仕組み



## 5. アルコール依存症の特性

### ●否認

疾患に関連した問題について主観的に認知できず、問題を過小評価する  
アルコール依存症は「否認の病」ともいわれる

#### ●健康の問題

- ・睡眠や食事が疎かになる
- ・身体や精神の障害
- ・性格の変化

#### ●家庭の問題

- ・家庭内での暴言や暴力
- ・家族の健康状態の悪化
- ・家族関係の崩壊



#### ●生活の問題

- ・仕事・学校を休みがち
- ・周囲からの敬遠
- ・失業・退学・借金

#### ●対人関係の悪化

- ・友人・知人が離れ孤立

## 6. 治療

### アルコール依存症の治療ステージ



### ●集団教育 「DARC:ダルク」

Drug(薬物)・Addiction(嗜癖・依存)・Rehabilitation(回復)・Center(施設)



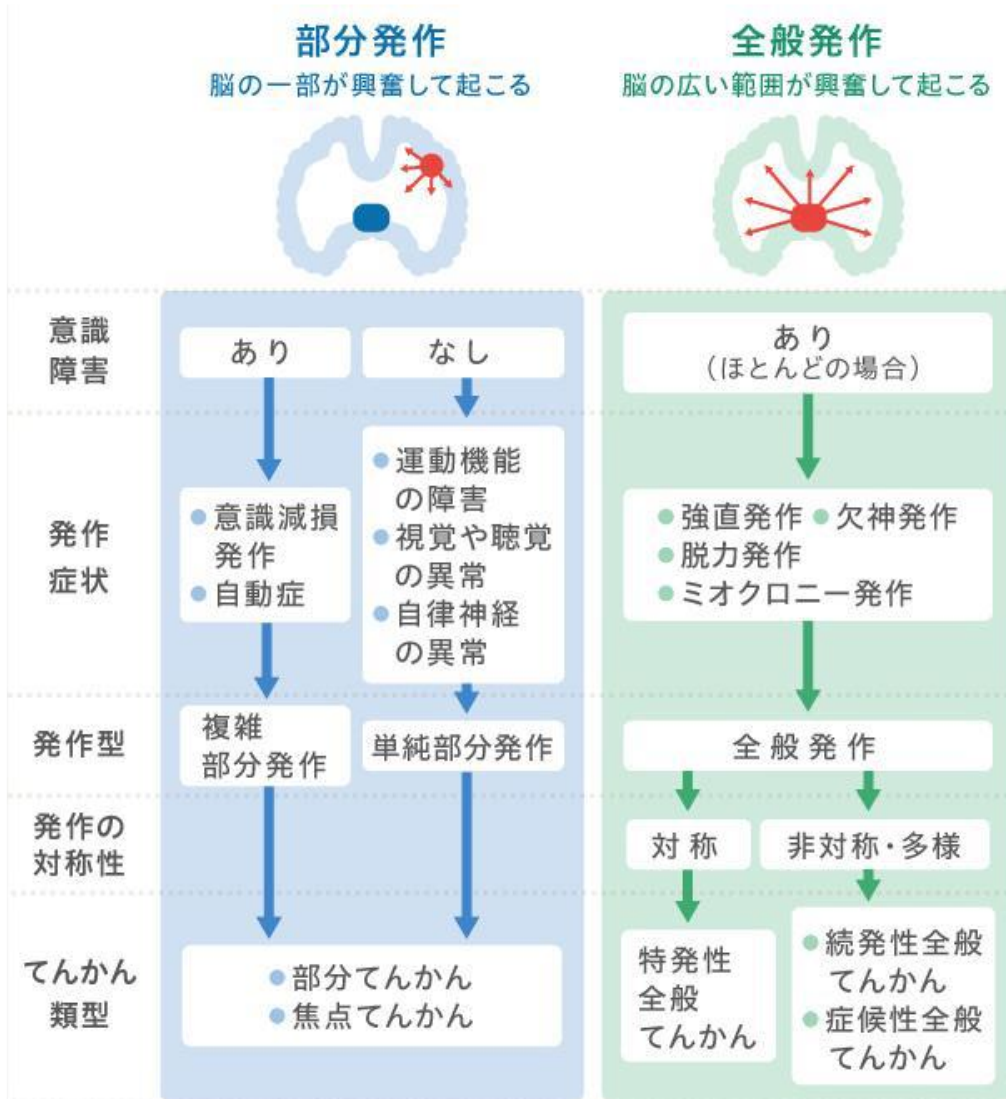
# 【てんかん】

## 1. 概要

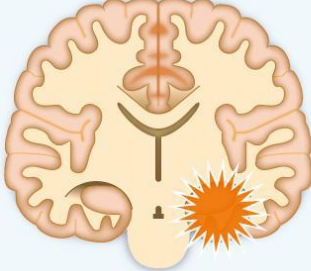
• 大脳の神経細胞（ニューロン）の過剰な放電が生じることによっておこる。  
 （てんかん発作はよく『脳の電氣的嵐』とたとえられる）。

1) 疫学：100人に1人の割合。好発年齢なし。

## 2) 分類



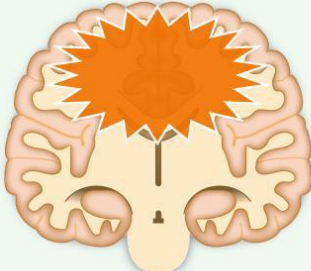
部分発作



- 手足がひきつる
- 首や目が勝手に動く
- 光が見える
- 音が聞こえる
- 手がしびれる
- 吐き気や頭痛が起きる

- 運動発作
- 感覚発作
- 自律神経発作

全般発作

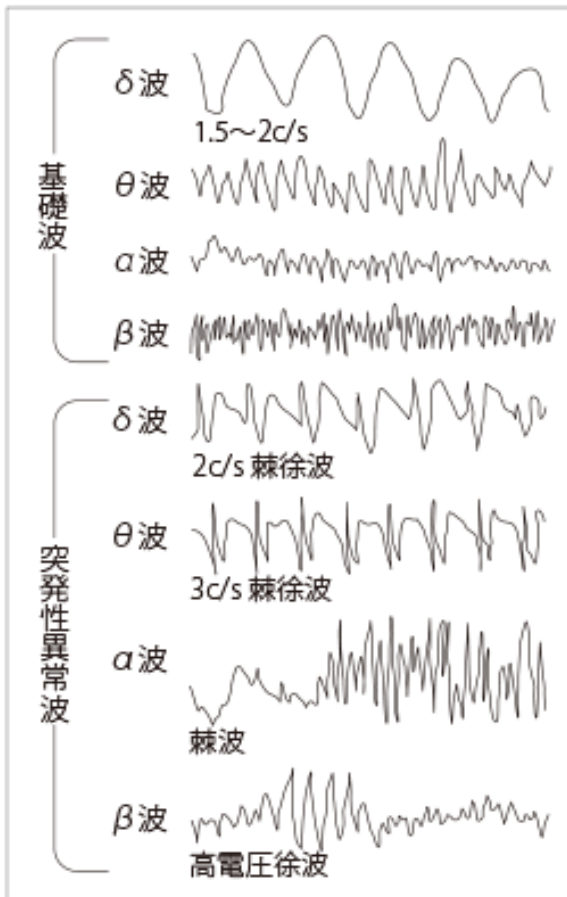


- 意識を失う
- 全身が硬直する
- 力が入らなくなる

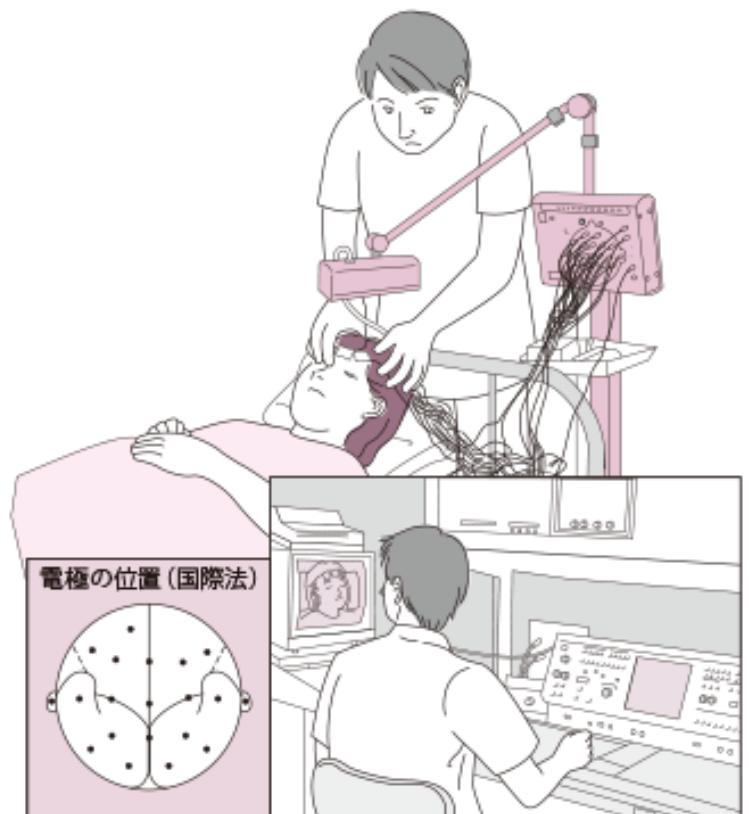
- 欠神発作
- 強直発作
- 脱力発作

## 2. 検査

### • 脳波検査



### ■脳波の波形分類と名称



- 画像検査：脳自体に腫瘍などてんかん発作を引き起こす病気などがいないか調べるために、**CT**や**MRI**を行う。  
さらに詳しくてんかんの焦点を調べるのに、脳血流検査（**SPECT**など）や脳の代謝をみるための**PET**、深部のてんかん性異常を検出するための脳磁図（**MEG**）を行うこともある。
- 血液検査：てんかんと似たような症状は、一部の**薬剤による影響・中毒**や、**低血糖**、**電解質の異常**などによって引き起こされることもあるため、それらの病気を除外する目的で血液検査も行う。

### 3. 治療

- 原因疾患（脳腫瘍、脳血管障害など）がある場合には、原因疾患の治療が優先される
- 薬物治療：発作の種類に合わせた薬剤が選択される。

基本は単剤投与とし、改善がみられない場合には、多剤を併用する。

全般発作では**バルプロ酸**が選択される。

部分発作では、患者の状態に合わせて選択する。

定期的に薬剤の**血中濃度**を測定し、維持量を決定する。

	薬剤名 (商品の例)	主な副作用
第一選択薬	カルバマゼピン (カルバマゼピン <sup>®</sup> 、 テグレート <sup>®</sup> )	再生不良性貧血、汎血球減少、皮膚粘膜眼症候群(SJS)、薬剤性過敏症症候群(DIHS)、中毒性表皮壊死融解症(TEN)、発疹、肝機能障害、急性腎不全
	ラモトリギン (ラミクタール <sup>®</sup> 、 ラモトリギン <sup>®</sup> )	
	レベチラセタム (イーケブラ <sup>®</sup> )	汎血球減少、SJS、DIHS、TEN、肝機能障害、急性腎不全、横紋筋融解症、悪性症候群
	ゾニサミド (エクセグラン <sup>®</sup> 、 ゾニサミド <sup>®</sup> )	
	トピラマート (トピナ <sup>®</sup> 、トピラ マート <sup>®</sup> )	

	薬剤名 (商品の例)	主な副作用
第二選択薬	フェニトイン (アレピアチン <sup>®</sup> 、 フェニトイン <sup>®</sup> )	汎血球減少、SJS、DIHS、TEN、肝機能障害、急性腎不全、横紋筋融解症、悪性症候群、呼吸抑制
	ガバペンチン (ガバペン <sup>®</sup> 、ガバ ペンチン <sup>®</sup> )	SJS、DIHS、肝機能障害、急性腎不全、横紋筋融解症、アナフィラキシー
	バルプロ酸 (デバケン <sup>®</sup> 、バルプ ロ酸ナトリウム <sup>®</sup> )	DIHS、TEN、肝機能障害、横紋筋融解症、認知症様症状、間質性肺炎
	フェノバルビタール (フェノバルビタール <sup>®</sup> )	汎血球減少、SJS、DIHS、TEN、肝機能障害、呼吸抑制
	クロバザム (マイスタン <sup>®</sup> )	依存性、呼吸抑制、SJS、TEN、
	クロナゼパム (リボトリール <sup>®</sup> 、 クロナゼパム <sup>®</sup> )	依存性、呼吸抑制、精神症状、肝機能障害
	ベランパネル (フィコンバ <sup>®</sup> )	精神症状
	ラコサミド (ビムバット <sup>®</sup> )	SJS、DIHS、TEN、房室ブロック、徐脈、失神

## 【発達障害群】

\* 発達の欠陥範囲は、**学習**または**行動の制御**といった限られたものから、**社会的技能**や**知能の障害**まで多岐にわたる。

### 1. 知的能力障害／知的発達障害

以前は、「知的障害／精神遅滞」とされていた

#### 1) 定義と基準

- 臨床的評価および個別化、標準化された**知能検査**によって確認される。論理的思考、問題解決、計画、抽象的思考、判断、学校での学習および経験からの学習など、**知的機能**の欠陥。
- 個人の自立や社会的責任において発達的および社会文化的な水準を満たすことができなくなるという**適応機能**の欠陥。

#### 2) 分類

重症度	IQ
軽度	50～69
中等度	35～49
重度	20～34
最重度	20未満

単にIQだけで分類するのではなく、**社会的領域**や**実用的領域**での総合評価が必要である

表1: IQ別の知的能力障害症度

### 2. コミュニケーション障害群

**言語**、**会話**、および**コミュニケーション**の欠陥。

#### 1. 分類

##### (1) 言語障害：

- 話したり、書いたりするための言語を**取得**することが困難である障害。
- 使える**語彙**が少ない、正しい文章を作る力が弱く主語と述語の順番がぐちゃぐちゃになる、相手に自分の思ったことを正しく伝える表現力が弱いなど。

##### (2) 語音障害：

- 言葉をうまく**発声**できないことで引き起こる障害。
- 話している内容を周囲の人が理解できず、意思伝達が正しく行われない場合がある。
- 人は話すとき、言葉がどういう響きを持つのかという**音韻的知識**と、会話のために**呼吸と発声をしながら顎、舌、そして唇の運動を調整する能力**の両方が必要であるが、語音障害はこれらがバランスよく発達しない場合に引き起こされる。



(3) 小児期発症流暢障害（吃音）：

- **どもったり**、会話の途中でいきなり**話せなくなったり**してしまう症状を呈する。

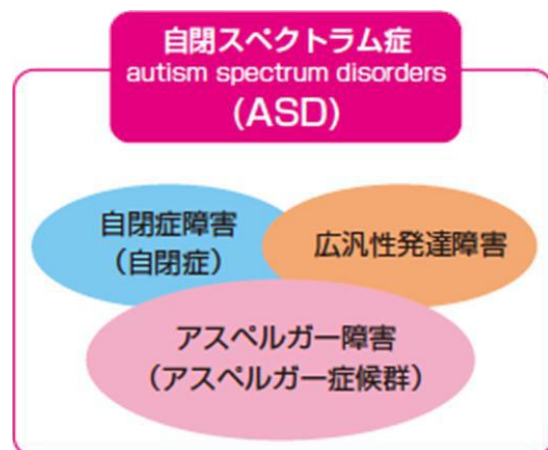


(4) 社会的（語用論的）コミュニケーション障害：

- **社会生活**におけるコミュニケーションに困難を抱える。
- 周りの人との挨拶、情報の共有など、社会生活を送る上で重要なコミュニケーションをとることが困難である。・自身が置かれている**状況**に応じて適切な話し方を選択することが困難である。
- 人とコミュニケーションをとる上での**ルール**に従うことが困難である。（相手の話を聞かず自分の話ばかりしてしまったり、相手の理解を得られていないにもかかわらず繰り返しの説明を避けてどんどん話を進めてしまったり、身振り手振りのコミュニケーションを理解できない）
- 相手が言いたいことを**推測**、**察**することが困難である。

### 3. 自閉症スペクトラム障害

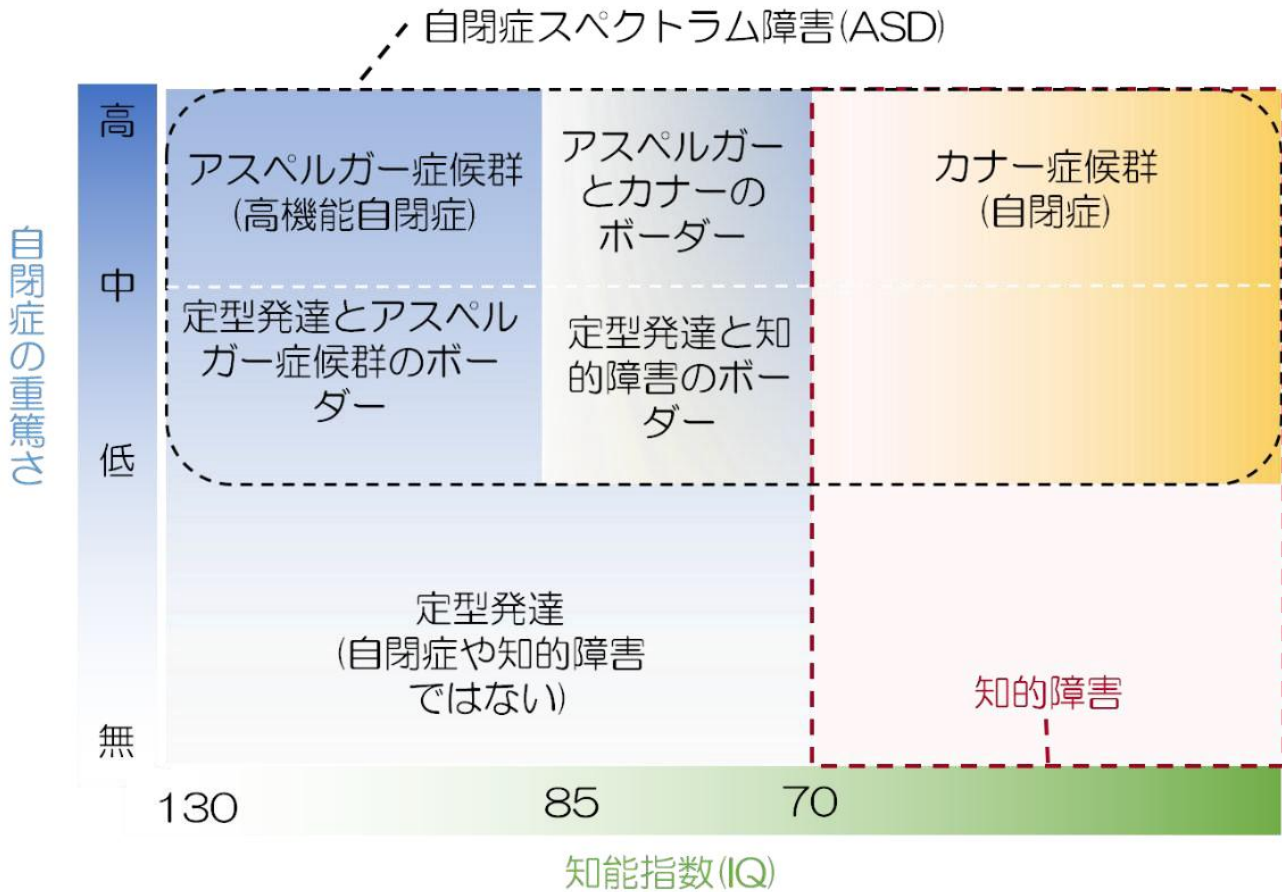
- **従来の自閉性障害、アスペルガー障害、広汎性発達障害**の総称。
- 3歳以前に現れる発達の障害
- 女児に比べて**男児**に3～4倍多い



\*特徴：

- ① 社会的相互交渉の質の異常：**視線を合わせない**、**微笑み返しをしない**
- ② 言語的・非言語的コミュニケーションの質の異常：話しかけても**応答しない**、**身体接触を避ける**
- ③ **反復的・常同的な行動**パターン：ずっと同じ動きをしている

●従来の自閉症（カナータイプ）とアスペルガーの違い



アスペルガー症候群の特徴



個人の性格や環境によって  
特徴には違いが出る

#### 4. 注意欠如・多動性障害（ADHD）

- ・学業・仕事・課題・遊びなどに際して集中したり注意をはらうことができず（不注意）、絶えずそわそわ落ち着きがなくじっとしてられない。  
順番を守れなかったり他人の話をさえぎったりする（多動性および衝動性）がある。
- ・12歳以前に明らかになる

### 不注意

- ・忘れ物が多い
- ・何かやりかけでもそのままほったらかしにする
- ・集中しづらい、でも自分がやりたいことや興味のあることに対しては集中しすぎて切り替えができない
- ・片づけや整理整頓が苦手
- ・注意が長続きせず、気が散りやすい
- ・話を聞いていないように見える
- ・忘れっぽく、物をなくしやすい



### 衝動性

- ・順番が待てない
- ・気に障ることがあったら乱暴になってしまうことがある
- ・会話の流れを気にせず、思いついたらすぐに発言する
- ・他の人の邪魔をしたり、さえぎって自分がやったりする



### 多動性



- ・落ち着いてじっと座ってられない
- ・そわそわして体が動いてしまう
- ・過度なおしゃべり
- ・公共の場など、静かにすべき場所で静かにできない

## 5. 限局性学習障害（SLD）

全般的な知的発達遅れは認められないが、学童期に話す、読む、書く、計算するなどの特定の能力の修得や遂行に困難を示す



- 読字障害（ディスレクシア）：文章を正確に読んだり理解することが困難
- 書字表出障害：文字や文章を書くことが困難
- 算数障害：数を使った概念の理解や計算が困難

## 6. 運動障害群

◆発達性協調運動障害：

協調運動発達の機能障害

歩き方がぎこちない、走る・とぶ・階段昇降が不器用でぶつかったり物を落とす

◆チック症候群：

目的のない同じような不随意運動が素早く不規則に繰り返される運動チックや、意図しない音や言葉が突然繰り返し発せられる音声チックがみられる