

◆解説◆

教職員のための発達障害と摂食障害

—基礎知識と対応について—

佐々木 恵美

(筑波大学臨床医学系精神医学・保健管理センター精神科講師)

はじめに

昨今、メンタルヘルスに問題を抱える人々が増加している。精神科・心療内科の病院やクリニックは患者さん達で溢れ、筆者の勤める病院や周辺のクリニックは初診まで二～三ヶ月待ちの状況が続いている。

同じような事態は大学でも起きている。メンタルヘルスの問題を抱える学生の増加、人員が減り仕事量は増え評価が厳しくなる教職員の疲弊、それによる教育力・サポート力の低下などは、すでに何年も前から指摘されている。大

学の教職員向けの研修会等では、「メンタルな問題を持つ学生に、どう対応すればよいのか」「専門家ではないので病気のことはわからないし、対応するのは不安だ」といった質問や悩みが多く寄せられる。また、そうした学生とかわることに消極的な教職員や、「自分の仕事ではないから」と拒否する教員もいると聞く。しかし、教職員として対応する場合、特別な権えや詳しい医学的知識など必要ない。ある程度の基礎知識を持って、普通に目の前の学生と向き合えばいいのである。

本稿では大学生にみられる障害のうち、発達障害と摂食障害を取り上げる。小学校～高校の教育現場ではすでに知

識が浸透しつつある発達障害ではあるが、概念が広がったのが比較的最近のことでもあり、大学の現場ではまだ十分に理解されていない印象がある。一方の摂食障害は、古くから知られている疾患ではあるが、最近では拒食型から過食・嘔吐型へとその病像が変化しており、背景にある問題も様々なものがある。この両者について、医学的な基礎知識、対応等について概説したい。

発達障害について

一 発達障害とは

発達障害については、二〇〇八年の「大学と学生10月号」(http://www.jasso.go.jp/gakusei_plan/dtog_0810.html)でも特集されているので、そちらも参照されたい。発達障害とは、脳の何らかの異常によって、生まれつき、あるいは発達の早期に機能不全が現れて、一生持続するものである。社会生活や日常生活に制限があり、治療やケアを受ける必要があるが、薬で治癒する病気とは異なる。できるだけ早期から周囲が理解して、環境を整え、養育的な対応をすることが重要である。

発達障害の中には、広汎性発達障害(PDD)、注意欠陥多動障害(ADHD)、学習障害(LD)、精神遅滞などがある(図1)。広汎性発達障害とは、対人関係の技能やコミュニケーション能力など発達のいくつかの領域において「広汎に」障害がみられるものであり、通常の発達水準及び精神年齢に比べると明らかに偏っているものをさす。

代表的な障害に自閉症とアスペルガー症候群がある。アスペルガー症候群は言葉の発達の遅れがないことから、自閉症とは鑑別される(図2)。また、広汎性発達障害の特徴を持つものの診断基準を満たさない特定不能の広汎性発達障害があり、これも実際には多いのではないかと言われている。広汎性発達障害は一人人に六三～一七〇人とされ報告により差はあるが、いずれにせよ昔に比べると二～三倍増加している。

最近では、自閉症とアスペルガー症候群は全く異なる障害ではなく、重症の自閉症から知的障害のない自閉症(高機能自閉症)、アスペルガー症候群、特定不能の広汎性発達障害は、本質的に同じ特徴を持つものと考えられ、一連の「自閉症スペクトラム」としてとらえられている。

広汎性発達障害の中で知的障害を伴わないものを「高機能広汎性発達障害」と呼ぶ。この中にアスペルガー症候群

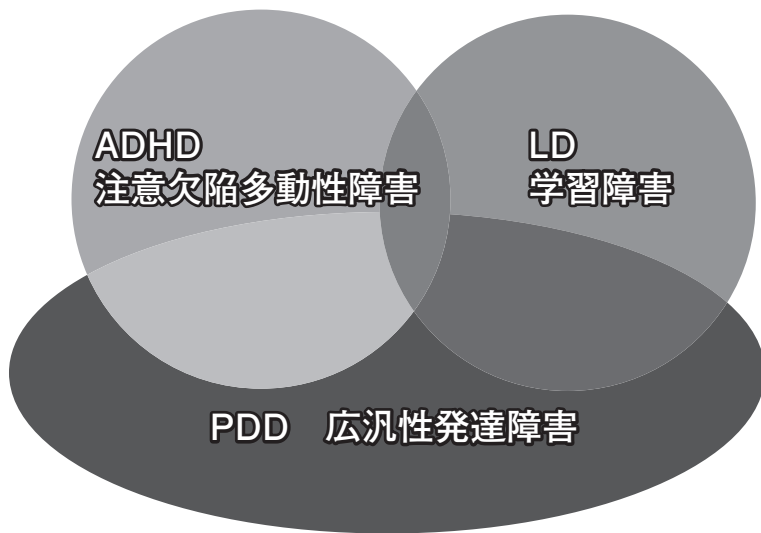


図1

と高機能自閉症、特定不能の広汎性発達障害などが含まれ
(図2)、大学生の発達障害では当然ながらこの群が多い。
また、最近増加していると言われているのもこの群である。

二 自閉症スペクトラムの特徴

提唱者の Wing は、自閉症スペクトラムの特徴として以下の三つを挙げている(三つ組みの障害という)。

- (一) 対人的相互反応における質的障害(人づきあいの障害)：視線があわなない、動作や身振りなどのコミュニケーションに反応しない、抱っこされても体をあずけない、仲間関係をつくれなない、楽しみや興味を他人と分かち合おうとしない

- (二) コミュニケーションの質的障害(言葉使用の問題)：言葉のおくれ、言われた言葉を繰り返す(反響言語)、人称の逆転、ごっこ遊びやものまね遊びの欠如

- (三) 行動・興味・活動の限定された反復的で常同様な様式(こだわり)：習慣や儀式、機械類、順番等へのこだわり、常同様な動作や身振り、物体の一部分や動くもの等に固執する

また、Wing は他者とのコミュニケーションの取り方か

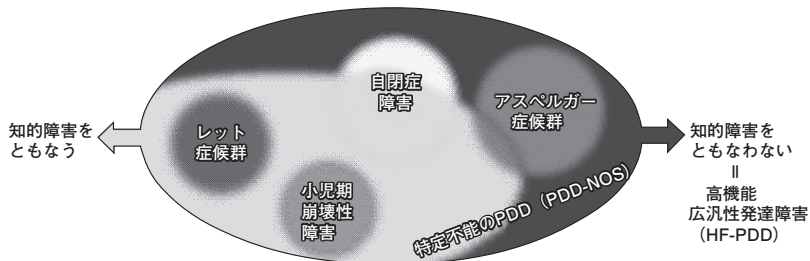


図2

ら、以下の三つのタイプに分けている。

(一) 孤立型・自閉的で、コミュニケーションの欠如がはつきりしている。対人関係を求めない。

(二) 受動型・受け身で、周囲の集団に巻き込まれて、ついて回るタイプ。

(三) 積極・奇異型・独特で多くは一方的なコミュニケーションの取り方だが、むしろ積極的に周囲に関係を求めてくる。

自閉症スペクトラムの特徴を考える上で「心の理論」という概念が注目されている。心の理論と

は、他者の心の動きを類推したり、他者が自分とは違う信念を持っているということを理解したりする能力をさす。

サルの脳では、他者の動作を観察することでニューロンが発火する部位が発見され、ミラーニューロンと呼ばれている。この部位が、他者の意図を類推する・学習・社会相互作用・模倣といったコミュニケーションの基盤となる神経機構と考えられている。自閉症スペクトラムではこの機能が障害され、そのために対人機能の様々な障害が起こっていると考えられている。

三 アスペルガー症候群

自閉症は男子が女子の四〜五倍で、七五％は精神遅滞を伴い、脳波異常やてんかん発作を合併するものも多い。

一方のアスペルガー症候群は、一九四四年にオーストリアの小児科医 Asperger が発表し、一九八一年 Wing の論文によって注目されるようになった比較的新しい概念である。言語発達の著しい遅れがないこと、認知の発達・自己管理能力・適応行動・環境への好奇心などに明らかな遅れがないこと、知能はほぼ正常であること、などから自閉症とは鑑別される。しかし、上述のように同じ自閉症スペク

トラムに属しており、両者で共通の特徴も多い。

自閉症は一人に一〇～一三人、アスペルガー症候群は一人に二～三人とされていたが、名古屋市西部地域療育センターの調査では自閉症が一人に六〇人、アスペルガー症候群が一人に五六人とされており、近年増加傾向にある。

アスペルガー症候群の主な特徴を以下に列挙する。

- ・ 知的能力には異常はないことが多く、幼少期に見つかりにくい（丸暗記する言語能力は高い）。
- ・ 運動の不器用さ、ぎこちなさ等が見られることが多い。
- ・ 高い言語能力のため対人関係の持ち方としては必ずしも自閉的でない。しかし、視線、表情、ジェスチャーなどの非言語的コミュニケーションの使用と理解ができないため、一方的な対人的行動となり、相互的な関係は成り立ちにくい。

・ 集団生活の常識が理解できないため、学校でいじめられやすく、孤立しやすい。青年期以降に不安、抑うつ、強迫、不適応、統合失調症様状態等のため医療の対象となる場合も多い。精神疾患やパーソナリティ障害と見間違われる場合もある。

・ 儀式的行動、繰り返しの多い会話、強迫的思考形式、細

部にこだわる興味を持ち方、変化への抵抗、等がみられる。

・ 青年期になると、「鉄道研究会」「クイズ研究会」「アニメ同好会」といった文科系サークルに入り、長年の熱心さや強迫性で蓄えた知識を生かすことがある。

・ 異性との関わり方が一方的で、ストーリーカーのような問題行動をとることがある。

・ 言葉をそのまま受け止めるため、ことわざや比喩が理解できない。「しつかりやれないのならやめてしまえ」と指導教官に言われると、言外の「もっとできるはず。期待している」を読み取れず、退学になったと思ってしまう。期する。

こうした特徴を持つ学生への対応には、次のような工夫が必要である。

- (一) 抽象的な言葉の理解が困難なため、具体的な内容を書き出して教える。
- (二) 話すよりも文書や図を用いて伝える。
- (三) 適切、不適切な対人的行動とはどのようなものかを、具体的な場面を想定して教え、別の場面でも応用できるようにする。
- (四) 機会があるごとに対人的意識を高める。
- (五) 自己評価が低くなっていることが多いので、興味や

得意分野を組み入れて、学習意欲とともに適切な自己評価を育てる。

等である。具体的な対応については症例を通じて後述する。

四 注意欠陥多動性障害（ADHD）

ADHDとは、不注意症状、多動性、衝動性が七歳以前に存在して、障害を引き起こす程であり、二つ以上の状況（学校と家庭等）で認められる、というものである。

具体的な症状としては次のようなものがある。

(一) 不注意症状…課題又は遊びの活動においての注意集中を続けること、順序立てることが困難。精神的努力の持続を要する課題に従事が困難。必要なものをしばしばなくす。

(二) 多動性…しばしば手足をそわそわ動かし、椅子の上でもじもじする。座っていることを要求される状況で席を離れる。不適切な状況で走り回ったり高所へ上がったりする。

(三) 衝動性…しばしば質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。順番を待つことが困難である。

優性な症状によって不注意優性型、多動性―衝動性優性

型、混合型に分けられる。

学齢期の子供で三〜七％に存在し、男子で明らかに多い（男女比二〜九対一）。多動性は青年期までに自然に減弱する例が多いが、いくつかの症状（不注意等）は成人しても残る場合もある。中枢刺激薬のメチルフェニデートが著効する例もあるが、効果が短時間であること、依存性、不安や不眠の増悪をもたらすこともあり、慎重投与が必要である。

五 学習障害（LD）

全般的な知能発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算するまたは推論する能力のうち、特定のものの習得と使用に著しい困難を示す状態をさす。有病率は二〜一〇％とされる。読字障害、算数障害、書字表出障害に分類され、それぞれの領域の能力に関して、年齢相応よりも明らかに低く、学業や日常生活に支障を生じている場合に診断される。

読字障害では、文字がまったく読めないということは稀で、文字は発音できても単語として読めない、文章の音読はできても意味や筋書きの理解ができない、といった例が

多い。早期発見と介入により、予後は良好とされる。

算数障害は、数字の書き誤りの多さ、計算や暗算・図形などの認知や構成の困難、時計の読みや時刻の計算の困難などがある。

書字表出障害には、漢字の書字のみの障害、書字全般の障害、読みの障害を伴う書字障害がある。

六 症例

以下に、未診断のまま入学したアスペルガー症候群の症例を呈示する（プライバシー保護のため一部改変）。

〔症例〕初診時二〇歳・男性（理系学部）言語発達に遅れはなし。同世代の友人は少なく、周囲の話听不懂に遅れペースな子供だった。小学校では指示がないと自分から挨拶できなかった。中学でいじめにあい、いじめの相手を刺すか首をつつて死のうと考えていたという。高校二年時には、受験が嫌で市販の睡眠剤を大量服薬したことがあった。大学入学後、「本を読んで自分は発達障害か人格障害に当てはまると思った」「周囲の状況や空気が読めない」等と訴え、相談のため大学の保健管理センターに来所。カウンセラーからの紹介で精神科を初診した。

「初診時現症」ふてぶてしい表情で足を投げ出して座り、場にそぐわない態度であった。表情の変化や身振りもなく、単調で抑揚のない口調で、「相手に失礼なことを言ってしまう」「自分は価値がないから死んだ方がマシ」と訴えていた。場にふさわしい行動がとれないこと、表情や身振りの不足など非言語的コミュニケーションの問題、各種心理検査の結果などから、アスペルガー症候群と診断した。また、淡々とした表情から読み取ることが困難だったが、対人関係や学習面の困難、将来への不安等から強い抑うつ症状を呈していた。

「経過」抗うつ薬を処方したが服薬せず、「大学をやめて施設に入る」と繰り返し訴えていた。本人と両親には発達障害の傾向があることを説明した。ゼミを選択する頃から「グループワークに入れない」「狂ったふりをしてでも周囲に障害をわからせたい」と強い口調で訴えるようになった。このため、学内の障害学生支援専門委員会に支援を依頼し、連携体制をとった（発達障害では初めてのケースであった）。担当委員が定期的に本人と面接し、本人の同意を得て周囲の学生や教官にアドバイスを行った（含みをもたせた言葉を推し量ることは難しいので、可能な限り具体的な言い方や指示をお願いします。集団の中では人とどうかか

わつていいのかわからず負荷が高いと思われるため、決まった時間や状況以外の時は一人で過ごすことも許してあげてください。口頭の指示だけでは理解に制限があるため、文書・メールを活用してください。など。その後、抑うつ症状は次第に軽快し、卒論も支援を得ながら提出し無事に卒業した。

本例のように、発達障害と診断されずに入学してくる学生は未だに多い。一方で、概念が一般に広まったことで、自ら発達障害を疑って来所する学生も増えている。また、既に診断された学生が大学に入学し、支援を申し出てくるケースもある。今後、大学で発達障害の学生に対応する場面は増えるであろう。

本例に見られたうつ状態であるが、軽いものまで含めばアスペルガー症候群の五〇％近くに合併するといわれている。青年期以降に好発し、感情表現が乏しく助けを求めないため、うつの診断がしにくい、うつへの移行が急激で簡単に自殺企図する危険性などが報告されている。うつ以外にも、幻覚や妄想といった統合失調症様の症状、強迫性障害、不登校等がみられることがある。本例も強い抑うつ状態を呈しながら周囲の教官、家族、友人にまったく気づか

れていなかった。また、ゼミの選択を契機に、抑うつ症状が急速に強まっていった。アスペルガー症候群の抑うつ、特に希死念慮は注意深く観察し、周囲が積極的に気づく必要がある。

本学では、保健管理センターの医師・カウンセラーと障害学生支援専門委員とで試行錯誤しながら個別対応を行っている段階であるが、先駆的な大学では、

(一) ボランティアの学生が個別にレポート作成を支援する。

(二) 講義の板書などは、図や矢印を使って、流れを分かりやすくする。

(三) 談話室を設け、学生が落ち着ける場所を提供する。

(四) 個別の就職面接に向けて、ソーシャルスキルトレーニングを実施する。

等の支援が試みられている。国立特別支援教育総合研究所と日本学生支援機構との共同研究による「発達障害のある学生支援ケースブック」に詳細で具体的な支援方法が記載されているので、参考にしていきたい。

小・中学校の教育現場では発達障害の早期発見、早期療養の試みがなされている。大学においても教職員への啓蒙活動、学生生活や学業支援、研究や就職の援助を含め、発

達障害の学生をサポートする体制作りが課題であろう。

摂食障害について

一 摂食障害とは

摂食障害は、心理的要因により食行動異常を起こす心身症と定義されている。一六世紀にはヨーロッパにおいてすでに拒食症の記載があり、一七世紀には医学的に取り上げられるなど、古くから知られている疾患である。有病率は若い女性の四〇～八〇％といわれており、うつ状態を伴うことも多し。神経性無食欲症 (Anorexia Nervosa) 、過食症 (Bulimia Nervosa) 、それぞれの診断基準も満たさない特定不能の摂食障害 (Eating Disorder NOS) に分類される。

有病率は、神経性無食欲症で女性の一％以下、過食症は女性の一～三％ (男性は〇～〇・八％) といわれている。以前は都市部で神経性無食欲症が多いと言われていたが、最近では地域や人種に関係なく増加している。むしろ過食症が都市部で増加している傾向にある。また、一九八六年と一九九七年との比較では、過食症と神経性無食欲症のむちや食い／排出型が激増しており、時代とともに背景にある

病理が強迫性から衝動性へと変化している。

発病年齢は一〇代後半～二〇代前半が多く、審美系競技や陸上競技、体重による階級別種目のスポーツ選手、モデル、芸能人などにも見られる。ヨーロッパで痩せすぎモデルを出場禁止にする措置がとられたことも記憶に新しい。

神経性無食欲症は、症例の九〇～九五％が女性であり、男性例も少数ながら存在する。極端に食事を減らす「制限型」と、むちや食いをして嘔吐や下剤乱用などを繰り返す「むちや食い／排出型」がある。神経性無食欲症とは食欲がなくなる病気ではなく、やせたいために食事を過剰に制限したり排出行動を繰り返したりする食行動の異常である。診断基準は、(一)低体重 (標準体重のマイナス一五％以下) (二)やせ願望 (三)肥満恐怖 (四)ポロイイメージの障害 (どんなにやせていても太っていると思う) (五)無月経 である。

過食症 (BN) は、むちや食いに続き、太らないよう自己誘発性嘔吐、下剤・利尿剤乱用をしていることが多い。通常のやけ食いや気晴らし食いなどは違い、平均して少なくとも三ヶ月間にわたり週二回起こること、過食している間は食べることを制御できない感覚になることが特徴である。神経性無食欲症のむちや食い／排出型と異なり、やせ願望、低体重、無月経などはなく、体重はむしろ標準が

やや上回る程度である。そのため、一見してわかる神経性無食欲症に比べると周囲から気づかれにくい。また、しばしば身体的に危機的な状態に陥ることもある神経性無食欲症に比べると重症度は低いように思われがちだが、患者の自己評価が低く（体型および体重の影響を過剰に受ける）、パーソナリティ障害を伴うこともあり、治療が困難なケースも多い。神経性無食欲症より発病年齢はやや高く、神経性無食欲症から移行するケースもある。

二 症状

神経性無食欲症の精神症状と身体症状には多彩な症状があり（表1、2）、重症化すると死に至ることもある。

精神医学的な合併症としては、うつ病などの気分障害が五〇～六八%とかなりの高率で合併する。特に過食症で多く、抑うつ気分よりも無力感・空虚感・自己嫌悪を訴えることが多い。その他、強迫性障害、社会不安障害、アルコール依存、パーソナリティ障害を合併することもある。統合失調症に前駆する症状として摂食障害様の食行動異常がみられることもあるので注意が必要である。

三 病前性格

神経性無食欲症の病前性格は、理想に向かって絶えず強迫的な努力を続ける、内向的、完全主義、情緒的な人間関係を持ってない、などの特徴が挙げられている。

過食症は、衝動コントロールが不良、家族関係が不安定、境界性パーソナリティといわれるパーソナリティ障害やその傾向を持つものが多い、とされている。

境界性パーソナリティ障害とは、対人関係における不安定性、行動や思考の極端さと激しさを特徴とするもので、多くはうつ病、摂食障害、アルコール依存、家庭内暴力、リストカットなどを問題として精神科・心療内科にやってくる。見捨てられ不安が強い、親しい人と安定した関係を保てない、些細なことで怒りその表現が不適切、周りを振り回す操作的な言動、衝動性、白か黒かの二分的思考、他人への評価も良い―悪いを極端に揺れ動く、などを特徴とする。このような傾向を合わせもつ学生には、一定の距離を取って対応すること、巻き込まれないこと、何かしてあげようと思いきすぎないこと、学生が語る家族や他人への批判を真に受けられないこと、そして何よりも教職員が一人で対

<p>I. 精神症状 やせ願望・肥満恐怖：体重が標準体重以下であっても低体重を望み、体重が少し増加すると肥満するのではないかと恐れる 身体像 (body image) の障害：身体の一部、たとえば大腿部、腹部、頬などが非常に太っていると思ったり、膨れていると感じる 病識の欠如：やせている状態を病気と認識しない その他：二次的に感情障害、不安障害も併存する</p> <p>II. 行動異常 食行動異常：食欲不振、拒食、摂食制限、過食など 排出行動：自己誘発性嘔吐や下剤・利尿薬乱用など 過活動：活動性が亢進し、過度の運動を行う 問題行動：自傷行為や自殺企図、アルコールや薬物乱用、万引きなど</p>

表 1

<p>III. 身体症状 体重減少：標準体重の 15～20%以上の体重減少 月経異常：LHRH の分泌抑制による無月経 皮膚系：皮膚のたるみ皺の増加、産毛の密生、頭髮の脱毛 血液系：貧血、血清鉄・葉酸・ビタミン B12 の低下、汎血球減少 電解質異常：低カリウム血症、低ナトリウム血症 消化器：亜鉛の減少による味覚障害、麻痺性イレウス 肝機能障害：肝硬変様 腎機能の異常：浮腫 脂質代謝異常：血中コレステロール値上昇 循環器：徐脈、不整脈による突然死 骨、筋肉系：骨粗鬆症による骨折 内分泌系：甲状腺機能低下 中枢神経系：認知・集中力の低下、睡眠障害、けいれんなど</p>
--

表 2

四 治療

低栄養のため身体的に危険な場合には、まず内科的な治療を優先し、中心静脈栄養や胃管による管理等を行う。本人が治療に拒否的な場合には、家族の同意のもとで入院治療を行うこともある。また、外来治療を継続していても体重が続く場合、入院治療を行うことがある。その際、目標体重を設定し、体重増加に伴って徐々に行動制限を解除していくという行動療法が行われることが多い。

摂食障害では、「一キログラムでも増えたら自分はデブだ」「過食したから自分はダメな人間だ」といった極端な思考がよくみられる。こうした思考に対し、そう考える証拠があるのか、仮にその考えが正しいとしたらどうなるのか、別の考え方はできないか、等を考えさせる認知療法を行うこともある。

うつ合併例や過食症に対し、抗うつ薬のSSRIが有効であるケースもある。

五 予後

入院治療を行って退院後四年以上経過している神経性無食欲症患者六一例の追跡調査の報告では、体重と月経が正常化している予後良好群が五一%、低体重で月経が持続している予後不良群が一一%、中間群が二五%であったという。ただし、良好群でも食事や体重に対する軽いこだわりは持続していた。

また、死亡率に関する解析では、一〇年間死亡率が五～六%であった。死因は、合併症によるものが五四%、自殺が二七%、原因不明が一九%であったという。予後不良の関連因子としては、最低体重が低いこと、むちゃ食い／排出型、アルコール依存やパーソナリティ障害の合併、病前の家族関係の問題などがある。

六 摂食障害への対応

摂食障害への対応は、病型によって、重症度によって、背後にある病態によって実際には異なる。極度のやせが目立つ場合には、前述のような身体的合併症の危険があるた

め、保護者に連絡して医療につなげる必要がある。それ以外のケースでは、以下のようなことを念頭において対応するとよいだろう。

- (一) 教職員が一人で全ての問題を引き受けないこと。あくまで援助者の立場で助言する。できるだけ家族、担任、医療者・カウンセラーとの連携を図る。
- (二) 神経性無食欲症の学生には、食べることを強制しない。食べると言って食べられるわけではない。食べるのが怖い、太るのが怖い、という恐怖感を常に抱いている。むしろ、その恐怖に打ち勝って少しでも食べることでできた時、体重が増えた時などは、褒めてあげる。それでいいと言ってあげる。
- (三) 体重増加を焦らない。危機的ではない程度に体重があれば、少しずつでも増えればよい、減らなければよい、と考える。
- (四) 体重測定を頻回に行っている場合には、週一回程度にするようにとアドバイスする。それによって体重へのこだわりを軽減させる。
- (五) 過食がある場合、過食に代わる代償行動を本人に考えさせる。過食したいと思ってすぐ過食するのではなく、短時間でも別な行動を取るようにアドバイスする

(水をなめる、音楽を聴く、シャワーを浴びる、DV Dを見る等)。このことで、過食を我慢すること、我慢しているうちに過食衝動は弱まることを体験させる。

- (六) 「食事や体重以外に興味が持てるものができた」「ありのままの自分が理解され受け入れられて、やせている必要がなくなつた」等と感じることで、次第に軽快することも多い。現実的な目標や将来への夢を持たせること、人間的な成長を促すこと、などは、大学としてできる重要なサポートなのかもしれない。

おわりに

以上、発達障害、摂食障害についての概論を述べた。このような問題を抱える学生に接する場合、教職員が複数でサポートする体制を必ず作り、保護者とも何かあれば連絡し合えるよう風通しを良くしておき、わからない点は専門家に聞きながら対応していくとよいだろう。「対応の仕方がわからない」というよく聞かれる不安も、こうした経験を積み重ねることで解消していくものである。

【参考文献】

- (1) 加藤進昌、杉山登志郎、市川宏伸、他：アスペルガー症候群をめぐって―症例を中心に―。臨床精神医学三四、一一〇三―一一一六、二〇〇五
- (2) 太田昌孝：アスペルガー症候群の成人精神障害。精神科治療学一四、二九―三七、一九九九
- (3) 原田公人、渡辺哲也、植木田潤 編：発達障害のある学生支援ケースブック。国立特別支援教育総合研究所
- (4) 牛島定信編集：臨床精神医学講座 S四巻 摂食障害・性障害。中山書店
- (5) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Forth Edition Text Revision. Washington, A.P.A. 2000