

1歳6ヶ月児健診用チェックリストと得点表

表4 1歳6ヶ月児健診用チェックリスト

I 0歳6ヶ月までの様子

- 1 キャッキョツとはしゃぐ
- 2 あやされて声を出すだけでなく、自分からも声をかける
- ③ 他の子どもと顔をじっと見合わせる
- 4 他の子どもに近づいていく
- 5 バイバイ、イヤイヤなどを、相手の動作にあわせてする
- 6 大人が指差して知らせると、指差した方を見る
- 7 欲しいものや見つけたものを指差して訴える
- 8 「ちょうだい」に反応して、相手の顔を見て渡す

II 1歳までの様子

- * ① 母親を視線で追わなかった
- * 2 人みしりをしなかった
- * ③ 音がしても知らんふりをしていた
- * ④ 他人の介入を嫌がり一人のときのほうが機嫌がよかった
- * ⑤ 抱きににくく抱かれにくく子だった
- * ⑥ オツムテンテンなどまねをしなかった
- * 7 おもちゃへの興味が少なかった
- * 8 睡眠が不規則だった
- * 9 かの強い子だった
- * 10 喃語が少なかった(例えばままま・だだなどの赤ちゃんことば)

*は「はい」を1点と計算するもの

はい いいえ

得点表

点数	高機能群	%	健常群	%
16点以上	1	2.1	0	0
15点以上	1	2.1	0	0
14点以上	2	4.3	0	0
13点以上	6	12.8	0	0
12点以上	10	21.3	0	0
11点以上	15	31.9	0	0
10点以上	20	42.6	0	0
9点以上	22	46.8	0	0
8点以上	25	53.2	2	2.9
7点以上	28	59.6	2	2.9
6点以上	30	63.8	3	4.3
5点以上	32	68.1	8	11.6
*4点以上	36	76.6	13	18.8
*3点以上	40	85.1	19	27.5
2点以上	43	91.5	31	44.9
1点以上	45	95.7	50	72.5
0点以上	47	100	69	100

3歳児用チェックリスト

表5 3歳児健診用チェックリスト

III 1歳6ヶ月までの様子

- 1 食事の時、一人でスプーンを使おうとする
- 2 「～、どれ」と聞かれて、指差して答える
- 3 誉められると喜ぶ
- 4 短い絵本を読み聞かせると喜ぶ
- * 5 外で迷子になることがよくあった
- * 6 母親がついていなくても、一人でいるのが平気
- * 7 母親にべったりで父親になつかない
- * 8 呼んでも振り向かない
- * 9 ぐるぐる回る、体を揺らすなど、奇妙な動きをよくする

IV 2歳頃の様子

- 1 「これなに」とよく聞く
- 2 泣いている子をなぐさめに行く
- * 3 特定のものを非常に怖がる
- * 4 人の言うことを聞かない
- * 5 トイレに行きたがらない
- * 6 ひどい偏食である
- * 7 体に触られることを嫌がる
- * 8 興味のあるものに突進して行って、親から離れても平気
- * 9 大人の邪魔をしないで一人で遊んでいる

*は「はい」を1点と計算するもの

はい いいえ

得点表

点数	高機能群	%	健常群	%
14点以上	3	6.1	0	0
13点以上	8	16.3	0	0
12点以上	13	26.5	0	0
11点以上	15	30.6	0	0
10点以上	22	44.9	0	0
9点以上	26	53.1	0	0
8点以上	31	63.3	3	3.5
7点以上	36	73.5	4	4.7
6点以上	42	85.7	10	11.6
*5点以上	44	89.8	14	16.3
4点以上	47	95.9	23	26.7
3点以上	48	98.0	35	40.7
2点以上	49	100	56	65.1
1点以上	49	100	74	86.0
0点以上	49	100	86	100

ADHD, LD, 高機能自閉症児の 保健指導手引き書

平成14年3月

平成13年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「ADHD, LD, 高機能自閉症児の保健指導手引きに関する研究」

主任研究者 小枝達也

はじめに

本冊子「ADHD、LD、高機能自閉症児の保健指導手引き書」は、平成13年度厚生科学研究費補助金事業（子ども家庭総合研究事業）「ADHD、LD、高機能自閉症児の保健指導手引きに関する研究」班で作成したものです。本冊子は、発達につまづきのある子どもの中で、比較的軽度と考えられている発達障害の幼児および学童を対象としています。具体的には①注意欠陥多動性障害（Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder、以下ADHD）、②学習障害（Learning Disorders、以下LD）、③高機能広汎性発達障害（High Function Pervasive Developmental Disorders、以下HFPPD）、④軽度精神遅滞（Mental Retardation、軽度MR）の4つのグループの子ども達が該当します。

これらの子ども達の多くは、幼児期の中頃から集団生活の中においてさまざまな困難を示してきますが、保健指導上で必要となる「適切な見方と関わり方」を解説した手引き書が、これまで見あたりませんでした。本冊子はこのニーズに対応したものです。加えてこれらの子ども達は、学童期に様々な問題を呈してきますので、学校の養護教諭あるいはカウンセラーの方にとっても必要な情報を取り入れています。

本冊子の活用によって、これら軽度の発達障害児が「学校や社会に適応し、健やかで、幸せな、心豊かな人生を送ることができる」、そんな支援のきっかけが生まれることを望んでいます。

平成14年 3月
主任研究者 小枝達也

主任研究者	小枝達也	鳥取大学教育地域科学部人間教育講座 教授
分担研究者	加我牧子	国立精神神経センター武蔵病院心理指導部 部長
	杉山登志郎	あいち小児保健医療総合センター心療科 部長
	橋本俊顕	鳴門教育大学学校教育学部障害児教育講座 教授
	原 仁	国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部 部長
	宮本信也	筑波大学心身障害学系 教授

目次

第一章 軽度の発達障害について	(小枝達也) ……………	525
第二章 軽度の発達障害の概論	……………	529
1. ADHD	(橋本俊顕)	
2. LD	(加我牧子)	
3. HFPDD	(杉山登志郎)	
4. 軽度MR	(原 仁)	
第三章 気になる問題点とアドバイス	……………	545
1. 言葉の問題 (言葉が遅い、会話になりにくい、しゃべりすぎる)	(小枝達也)	
2. パニック、かんしゃくを起こしやすい	(小枝達也)	
3. 落ち着きがない	(橋本俊顕)	
4. 友達に乱暴する、動物をいじめる	(橋本俊顕)	
5. 言うことを聞かない、指示が入にくい	(加我牧子)	
6. こだわりが強い	(加我牧子)	
7. 一人遊びを好み、友達と遊べない	(宮本信也)	
8. 不安が強く、場慣れが悪い	(宮本信也)	
9. 呼んでも無視する	(原 仁)	
10. 不器用である	(原 仁)	
11. 親から離れにくい、逆に親がいなくても平気	(杉山登志郎)	
12. 偏食がひどい、あるいは食べ物ではない物を食べる	(杉山登志郎)	
第四章 症例から学ぶ保健指導のエッセンス	……………	577
I. 幼児編		
1. ADHD	(小枝達也)	
2. LD	(加我牧子)	
3. HFPDD	(宮本信也)	
4. 軽度MR	(宮本信也)	
II. 学童編		
1. ADHD	(橋本俊顕)	
2. LD	(原 仁)	
3. HFPDD	(杉山登志郎)	
4. 軽度MR	(小枝達也)	
巻末資料	(小枝達也) ……………	618

第一章 軽度の発達障害について

第一章 軽度の発達障害について

1. 軽度の発達障害とは

この保健指導手引き書は、発達につまづきのある子どもの中で、比較的軽度と考えられている発達障害の幼児および学童を対象としています。具体的には表1に示した4つになります。精神医学的な定義に従えば、ADHDは発達障害には含まれず、行動の障害に該当します。しかし、保健指導上は、他の発達障害と何ら変わることがありません。したがって、この手引書ではこれら4つを軽度の発達障害として扱うことにしました。

表1 軽度の発達障害

- | |
|---------------------|
| 1. 注意欠陥／多動性障害：ADHD |
| 2. 学習障害：LD |
| 3. 高機能広汎性発達障害：HFPDD |
| 4. 軽度精神遅滞：軽度MR |

ADHDとは、年齢や発達状況に照らし合わせてみて、落ち着きのなさが目立ち、衝動的な行動をとったりするものを言います。LDとは、知的発達には遅れがないにもかかわらず、いわゆる読み・書き・計算を中心とした学習に遅れがあるものです。HFPDDとは、知的発達に遅れのない自閉症やアスペルガー症候群をさします。軽度MRとは、知的な発達に軽い遅れが認められ、かつ適応行動にも問題が生じている場合をさします。

各々の発達障害についての説明は第二章に詳しく記載してありますので参照してください。

2. 軽度発達遅滞との違いについて

これまでの乳幼児健診では、発育状況や発達状況が中心に行われてきました。身長、体重、頭囲などを測定し、内科的診察を行うことによって、栄養状態を見たり、小児内科的疾患の早期発見、さらには適切な養育が行われているかまで見渡すことができます。加えて運動発達や知的発達の状況を見ることで、脳原性運動障害（いわゆる脳性麻痺）や筋疾患、そして精神遅滞を中心とする発達障害の早期発見が可能となっています。軽度の発達遅滞とは、この運動発達や知的発達が軽く遅れているというものです。こうした軽度の発達遅滞幼児の多くは、就学前後の年齢になると、軽度MRあるいは知的に境界域（知能指数で70～85）であることがわかってきます。つまり、現在の乳幼児健診で、軽く発達が遅れていることを指摘するということは、軽度MRを予見的に指摘するということなのです。

ですから、現行の乳幼児健診では、上述した4つのうちで、軽度MRの一部のみに関わることはできていません。それ以外のADHDやLD、HFPDDについては、幼児期に予見的に指摘関わることはできていないのです。

その理由は、幼児の発達を見る視点にあります。知的発達は良好なのに、なぜあまりにも落ち着きがないのか（ADHD）、なぜ読み書きや計算が苦手なのか（LD）、なぜ友達と上手に関われないのか（HFPDD）。こうした疑問に答えるには、それぞれの発達障害に特有の問題点を把握することが必要なのです。

図1を見てください。軽度MRは知的発達と適応能力という二つの軸で見てゆきます。同じく、ADHDでは行動発達、LDでは知的発達の歪み、HFPDDでは社会

性発達という軸と適応能力との関係において見てゆくことが必要なのです。

しかし、これまでは全般的な知的発達が重要視され、その視点から推測しようとしてきたのです。これは、体重で身長を推測しようとするようなものです。あるいは身長から年齢を推測することと同じです。体重、身長、年齢は、それぞれがかなり相関

しますから、ある程度は当たるでしょう。でも、はずれることも少なくありません。体重はKgで、身長はcmで、年齢は〇〇歳で計ることが基本なのです。同じように軽度の発達障害に幼児期から関わるには、それぞれの特性に応じた軸で見るのが求められるのです。

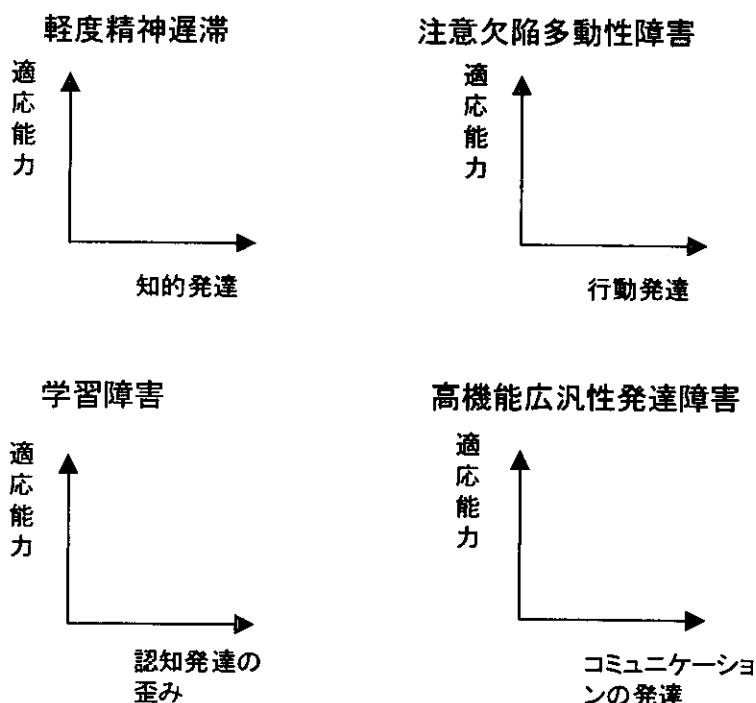


図1 軽度の発達障害を見るために必要な二つの軸

3. 軽度の発達障害に関わる問題点

図2に軽度の発達障害児がどのような経過を取ることが多いか、そして保健・医療側にはどのような問題点があるかをまとめました。

まず、幼児期には見逃されてしまっていることが多いという問題があります。乳幼児健診という観点から見ると、表1に示した4つは、3歳児健診で問題点を指摘されることが少ないという特性があります。それは、抱えている問題が軽微だからではありません。年齢的に、まだ問題点が見えていないだけなのです。

3歳児健診のあと、保育所や幼稚園あるいは小学校で集団生活をするようになると、急激に各々の発達障害に起因するさまざまな問題点が指摘されるようになります。

そして、発達障害に起因する問題であるという認識が保護者、指導者の双方に欠落したまま時を重ねてしまい、二次的な適応障害を引き起こすという残念な結果になっていることも少なくありません。この保健指導手引書は、この解決を目指すために作成されました。

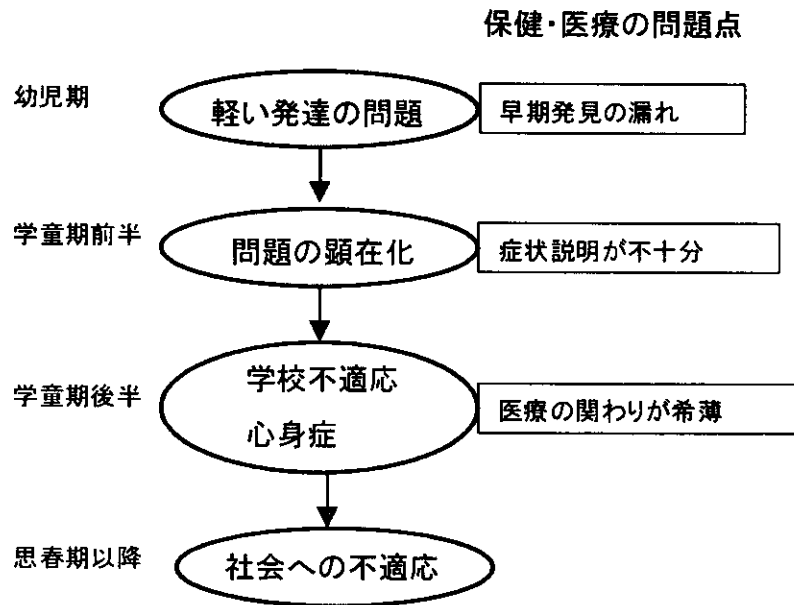


図2 軽度の発達障害の経過と保健・医療側の問題点

4. 本書の目指すもの

上述しましたが、軽度の発達障害児では、学童期に問題が顕著になってきます。発達障害であるという認識を欠いた状態では、さまざまな問題点が解決されないままに時間が経過します。そして心身症や学校不適応、社会不適応などの二次的な不適応へと進展してゆきます。本書の目指すものはこの予防です。図3にその予防を実現するための方策を一つ提案しました。3歳児健診

以降から小学校に入学するまでの間に、たとえば5歳前後で発達相談が行われるならば、軽度の発達障害児の二次的な不適応を大幅に減らすことができると考えています。本手引き書は、いわばその発達相談で使用されるための手引き書でもあります。

本書によって軽度の発達障害児が「学校や社会に適応し、健やかで幸せな心豊かな人生を送ることができる」、そんな支援のきっかけが誕生することを望みます。

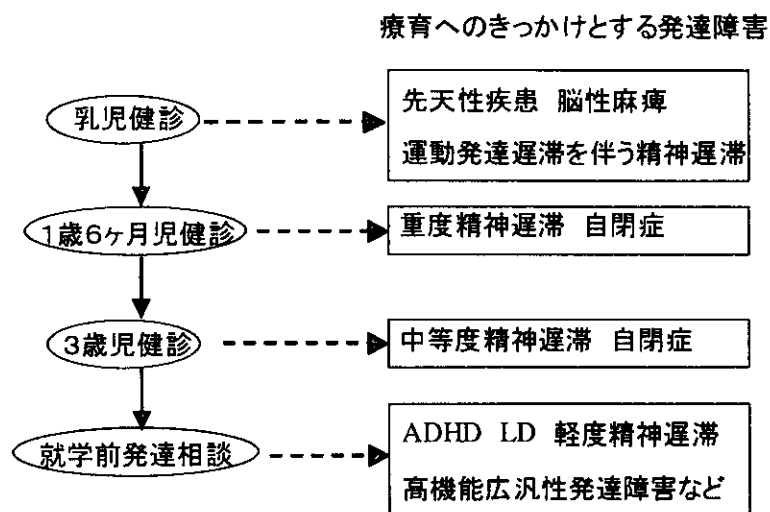


図3 軽度の発達障害を取り入れた乳幼児健診

第二章 軽度の発達障害 概論

第二章 軽度の発達障害 概論

1. ADHD

【ADHDとは？】

ADHDは子どもの行動上の問題点から規定された障害です。多くの子どもは1歳頃歩けるようになると、非常に活発となり、様々な経験の中から自分をコントロールすることを学んでいき、場面に会った行動がとれるようになります。しかしながら、中にコントロールがきかず動きが多い、注意が散漫、突発的な行動を示す子どもがいます。このような子どもの中にADHDの子どもがいます。

ADHDと思われる障害の子どもは、すでに20世紀当初に英国で報告されております。その後、微細脳機能不全、多動症など様々な医学的な名称の変遷を経て、1994年、アメリカ精神医学会による「精神疾患の診断と統計マニュアル」(DSM-IV)で現在のADHDの診断基準(巻末資料参照)が作られ、利用されています。

【頻度はどのくらい？】

ADHDの頻度は2-17%とばらつきがありますが、小学生でおおよそ3-5%と思われます。圧倒的に男児に多く、女兒の3-5倍です。

【原因は？】

ADHDを起こす医学的要因としては、遺伝的なもの、環境物質、未熟児出産、感染による脳機能異常、微細な脳損傷が考えられています。一方、児童虐待、家庭内の不安定さ、愛情剥奪、てんかんなどにより二次的に多動性、衝動性などのADHDに見られる症状が出現することがあり、注意が必要となります。

【症状は？】

不注意、多動性、衝動性の症状があります。診断はDSM-IVの診断基準に則ってなされます。ADHDには3つのタイプがあります(表2)。混合型が最も多く60%以上であり、ついで不注意優勢型であり、多動性/衝動性優勢型は少数といわれています。ADHDに伴いやすい障害として表3に示すようなものがあります。

表2 ADHDのタイプ

- | |
|---------------|
| 1. 不注意優勢型 |
| 2. 多動性/衝動性優勢型 |
| 3. 混合型 |

表3 ADHDに伴いやすい障害と頻度

1. 学習障害	15-92%
2. 反抗挑戦性障害/行為障害	50-60%
3. 不登校	
4. 不安障害	25-40%
5. 気分障害	15-75%
6. チック障害	30-50%
7. てんかん	
8. 発達性協調運動障害	
9. 発達性言語障害	

(調査によってかなりの幅があります)

【対応はどうすればいいの？】

治療的対応法には①薬物療法、②教育・療育的支援(行動変容療法、治療法の親訓

練、家族支援を含む)がありますが、これらはそれぞれ単独ではなく、平行して行うことが重要です。表4にまとめてありますのでご覧下さい。

薬物治療ではメチルフェニデート、抗うつ剤、カルバマゼピン、クロニジンなどがよく使われます。脳刺激剤のメチルフェニデートの有効率は約70%といわれています。多動性、注意力、衝動性の改善が見られますが、3-4時間の効果しかありませんので、子どもの生活リズムにあわせて2-3回に分服することが必要です。

教育・療育的支援では行動変容療法が行われます。よい行動をほめ、強化し、好ましくない行動には無視、タイムアウトなどで抑制し、行動の修正をしていきます。最も大切なことは、よいことは良い、悪いことは悪いとはっきりさせると共に、家族内の方針を統一しておくことです。また、周囲から子どもの行動が非難の目で見られたり、一時も目が話せないことからADHD児の養育者のストレスは多大なものがあります。このことから、ADHD児の養育者の精神的な支援も大切です

表4 ADHDの治療と対応

1. 薬物療法：リタリン、ペモリン 抗うつ剤、テグレトール クロニジンなど
2. 教育／療育的支援
1) 行動変容療法
2) 治療法の親訓練
3) 家族支援

予後について、多動性は思春期前には減少することが多いのですが、他の何らかの症状が大人になっても残っていることがあ

り、その頻度は15-20%もしくは30-50%ともいわれています。特に、注意力の障害、じっとしているのが苦手、衝動性などです。

予後を悪くする因子としては、以下の4点があげられます。

- ①行為障害の合併
- ②学習障害の合併
- ③子どもの養育環境の不良
- ④低い知的レベル

【幼児期・学童期の特徴】

(1)乳幼児期

表5に、ADHDの行動特徴をまとめてありますので参照して下さい。

胎児期には胎動が激しかったと言われることもあります。乳児期にはADHDに特徴的な症状は見られません。しかしながら、養育者は何か他の子ども、兄弟姉妹とはどこか違うという印象を持っていることも多いようです。環境の変化や刺激に過敏であったり、むずがりやすく、むずがると機嫌が戻り難い、何となくソワソワしからだの動きが多い、睡眠が不規則でなかなか1日の生活リズムが確立しない、夜泣きがひどい等の非特異的な症状が見られることがあります。首の座り、おすわり、一人歩き等の運動機能の発達に遅れは見られません。言葉の発達は当初つまりく子どもがあり、言葉がおくれ心配されますが、加齢と共に言葉を獲得していく子どもが大多数です。一部には言葉の理解が悪かったり、発音が不明瞭だったりすることもあります。

上記のような子どもが多いのですが、逆に、非常に大人しく、ミルクを与えおむつの世話だけで大人しく手のかからない子どももおります。身体もグニャグニャし、柔らかいことがあります。乳児期に上に述べたような症状がある時には、ADHD以外に知的障害、自閉症、発達性協調運動障害、聴力障害も疑われます。

幼児期から典型的な症状が発現してきま

す。多くのADHD児がじっとしていない、目ばなしができない、振り向きもせず一直線に走ってしまう、高いところにあがったり、飛び下りたりと疲れを知らないような多動傾向を呈してきます。多動傾向は家庭内の狭い空間よりも、公園、運動場、マーケット、デパートなどの広い空間で著明になります。融通がきかない、わがまま、頑固、怪我をしやすい、あまり昼寝をしない、等の症状が幼児期前半に見られるようになります。3～5歳頃になり保育所や託児所、幼稚園に行くようになると多動性はピークになります。紙芝居、食事をするなど大人しく座っていなければならない場でじっとして居られない、動き回る等、周りの子どもとくらべて落ち着きのなさがはっきりとし、保育士や幼稚園教諭から指摘されて気がつかれることもあります。注意されたことが守れず何度も同じことをくり返す、聞き分けがない、注意の集中が悪く、飽きっぽい、おもちゃをなくする等の注意力の問題、友達とのトラブルが絶えない、悪ふざけをする、乱暴をする、順番を待てない、気に入らないと癩癩を起こす等の衝動性の症状が見られます。

このような行動上の問題は、対応する人により異なる場合があります。厳しく注意されたり、子どもにとって恐い存在である人（例えば父親）などの前では大人しくしていただけることもあります。また、慣れていない時にはネコをかぶり比較的大人しいが、慣れてくると次第に行動上の問題が表面化することもあります。逆に、高機能自閉症では最初から多動性、衝動性が強く見られますが、1年目より2年目、3年目と次第に環境の状況が把握できるようになると落ち着く傾向が見られます。

運動の面で、走ったり跳んだりの粗大運動に問題はないものの、手先が不器用であったり、片足立ちができなかったり、スキップができなかったりと平衡感覚、協調運

動の未熟さを示すこともあります。

逆に少数ですが、非常に大人しく、恥ずかしがりやで集団の中に入れられない子どもの場合があります。注意力の問題があるのですがこの年齢では見えない事もしばしばです。

非常に癩癩が強く、大人に向かってきたり、口答えがひどかったり（非常に乱暴な言葉を使う）、乱暴である、失敗を人のせいにする等のADHDの子どもがADHD全体の約25%ほど認められます。医学的ならびに教育的の両面から特に早く手を打つ必要があります。

表5 ADHDの行動特徴

乳児期：むずかり易い、睡眠の乱れ なだめにくい、
幼時期：じっとしていない、集団遊び が出来ない、癩癩が強い 聞き分けがない、
学童期：落ち着きがない、忘れ物が多い、 学用品をなくす、時間を 守れない

(2) 学童期

授業中席につけない、教室内を動き回る等の多動性は入学時に見られるが、学年があがるにつれて過動な状態は減少してきます。しかしながら、席についてもじっとしておれずゴソゴソする、姿勢が悪い、他の子どもにちょっかいを出す等が残る事があります。一般に、多動性は年齢とともに減少し、10歳頃から目立たなくなります。

注意力については多動性の減少とともにはっきりし、宿題や与えられた課題をやり遂げられない、注意が散漫になる、宿題、学校の連絡を忘れる、時間割りの準備ができない、鉛筆、消しゴムなどの学用品をな

くする、友だちとの約束を守れない等の症状が見られます。

衝動性に関しては突拍子もない悪戯をしたり、遊びを邪魔したり、年齢不相応の幼稚な言動をしたり、相手の反応を的確につかめないことがあり、集団への適応がうまく行かないことがあります。

LDの合併、注意力や理解力の問題からくる学習のつまずきが起りやすく、自己評価の低下、自尊心の低下を引き起こす事がありますので、学力の保証を如何にするかが大きな問題となります。どの点が苦手なのか、得意な分野はどれか、どこが解らないのか、どのレベルなのか、どこで失敗するのか等を評価し、家庭教師をつける、塾を利用する等の対応が必要です。勉強に関しては保護者は子どもへの期待が高くなりすぎることがあり、指導が困難な場合もあります。

幼児期から続いて反抗的な子どもの場合には反抗挑戦性障害を併発していることもあり、小学校高学年、中学生になって行為障害になりやすく、また家庭の養育環境が良くないと更に増悪要因となりますので、この点についても気を配る事が求められます。行為障害では嘘を付く、万引きなどの盗みをする、家出、学校をさぼる、ものを壊す、犬やネコ、鳥などへの虐待、暴力沙汰、ナイフなどの武器を使用するというような行動が見られます。

友達とうまく行かなかったり、先生の対応がまづかたり、何をやっても上手くできない（劣等感）、いじめやからかい等が根底にあり、ちょっとしたきっかけで学校を休んでしまい、不登校に陥る事があります。頭が痛い、腹が痛い、微熱がある、体がだるい等の訴えをする事も多く、本当に病気かどうか見きわめをし、環境要因があれば排除し、適切な対応をしたあとできるだけ早く学校に行かせるようにすべきです。長引く程難しくなります。

「失敗するのではという不安、落ち着かない、手につかない」などが見られる不安障害、活動力の減退、不眠、睡眠過多、疲労感を呈するうつ状態、瞬き、肩すくめ等の運動性チックに不随意の発声、卑猥な言葉等の音声チックを伴い慢性化したトゥレット障害（表6）の合併にも注意する事が必要です。

身体的には夜尿を伴いやすいのがADHDの特徴でもあります。

物事が上手く行かない、注意されてばかりである、誉められない、社会性の未熟さ、認められない等の繰り返しから、やる気を失い、自己評価の低下を招きやすいので注意が必要です。

表6 トウレット障害

1. 多彩な運動性チックと音声チックが存在する。
2. チックは頻回でほとんど毎日、または間欠的に1年以上見られ、3ヶ月以上途絶えることはない。
3. チックにより社会的に重大な障害をひき起こす。
4. 18歳未満で発症する。
5. 物質、他の身体疾患で起こるものではない。

2. LD

【LDとは？】

LDは Learning disabilities または learning disorders を略したもので、学習障害と訳されます。これは①知的発達に正常であるにもかかわらず、②努力しても読むこと、書くこと、計算することなどのある特定の能力を身につけることが困難、あるいは不可能であり、③中枢神経系に原因があると推定される場合をいいます。

これは発達障害の中で特異的発達障害として位置づけられており、全般的な精神発達の遅れがなく、視力、聴力の異常、環境や心理面の問題によらないことが前提です。アメリカ精神医学会の診断治療マニュアルⅣ版（DSM-Ⅳ）や世界保健機構の国際疾病分類 10 版（ICD-10）および文部科学省による定義を巻末に記載してあります。

【頻度はどのくらい？】

英語圏では発生頻度が高く、5%とも10%ともいわれています。従来、一文字が一音に対応する言語文化圏（ドイツ、イタリア、スペイン）では発生頻度が少ないことはよく知られています。日本語圏でも同様に発生頻度は低く 0.5%以下といわれてきました。しかし、LDの存在が知られるようになり、最近では1-2%ではないかと推定されています。

【原因は？】

LDの原因はわかってはいません。何らかの原因によって脳の特定の部位の働きが、生まれつき障害された状態と考えられています。遺伝的要因がある場合も考えられています。

【症状は？】

LDの中心的な症状は読字困難（ディスレキシア）です。ほとんどの場合、書くことも障害されますので、「読み書き障害」と考えるとよいでしょう。比較的なのですが、数の理解や数の操作が難しい算数障害といわれる状態もあります。ADHDを合併することも少なくありません。この場合、行動面にばかり注目されて、LDに気づかれにくいようです。そして、ADHDがLDそのものではないことによく注意する必要があります。表7にLDのタイプを示しました。

表7 LDのタイプ

- | |
|-------------|
| 1. 読字障害 |
| 2. 書字障害 |
| 3. 算数計算障害 |
| 4. 上記の混合性障害 |

【対応はどうすればいいの？】

LDに似た状態はいくつかありますが、原因によって対応法が変わります。以下にポイントをまとめます。

- ①LDなのかどうかの診断を確実にする必要があります。LDは脳の先天的な発達障害であり、成長に伴って完治するというわけではありません。
- ②どのレベルで読み書きの学習が障害されているのかをはっきりさせたうえで、本人の得意な面からのアプローチを使うなど学習法を工夫することで読み書きの力をのばせる可能性があります。やみくもに練習させてもかえって自信を失うだけで逆効果です。

- ③子どもの症状によってはワードプロセッサや計算器の練習を積極的に取り入れた方がよいこともあります。
- ④筆記試験には全く対応できない子どもでも試験問題を読み聞かせることで解答が可能なことも多いのです。学校の先生にもご協力を仰ぐ必要があります。
- ⑤勉強以外に好きなこと得意なことを見いだし、その能力を育てることも大切です。努力しても成功できない体験を積み重ねることで自信を失ったり、いじめられたり、逆に攻撃的になるなどの二次的な障害をひきおこさないよう、保護者も教育者もまた本人にも状態像をよく理解していただき、自分を大切にと思える子どもに育つような支援が大切です。

【幼児期・学童期の特徴】

(1) 幼児期

LDは学習をはじめの年齢になってはじめてわかることがふつうで、典型的なLDの子どもの場合には、幼児期を振り返って見ても特に問題となることはありません。

ことばが少し遅いなど3歳児健診で、LDのリスクが高いと言われている子どもたちを追跡した研究があります。しかし、3歳児健診でLDらしき子供たちを特定することは出来ませんでした。

このように、幼児期に特徴的な症状というものはありませんが、LDの周辺児といわれる子どもたちには、その程度によって幼児期早期からなんらかの異常がみられます。たとえば軽度のMR（知的障害）や自閉的な子ども、あるいは自閉症の子どもたちの大部分は話しことばの発達が遅れます。しかしこういった子どもたちはよく見ると話し言葉だけでなく、言葉の理解も遅いことが大部分です。

幼児期に外来を訪れる精神遅滞の子ども達についての保護者の心配は大部分が「言葉が遅い」あるいは「言葉の理解が悪い」

ということです。自閉症や自閉的な子どもたちについての心配も言葉が出ない、あるいは言葉は出たけれどもなかなかふえない、言葉の使い方がおかしいという訴えとなることが多いのです。そのような子ども達の乳児期の様子を聞いてみるとおとなしく手がかからなかったとか抱かれ方が下手だったと訴えられます。幼児期には視線が合わないといったことで、保護者でさえもコミュニケーションが難しいとの感じをもちます。

自閉症の子どもでは1歳頃までは発達に何も問題がなく、いつとはなしにことばや行動の面で今までできていたことができなくなるなど、「折れ線型」といわれるタイプの発達の退行を示すことがあります。視線も確かにあっていたのにあわなくなってきたと思われることもあります。症状がひどい場合は脳の退行性・変性疾患を思わせるほどのこともあり小児期崩壊性障害といわれる状態もあります。そのほかの重大な病気の鑑別のために精密検査が必要になることもあります。

学齢に達してLDと考えられるようになる子どもの中には幼児期に言葉の理解が悪く、精神遅滞を疑われる子どもが含まれています。これらの子どもは幼児期には話し言葉の発達が遅いものの、3歳を過ぎるあたりから急速に話し言葉が発達し、言葉の遅れが目立たなくなります。しかしよくしゃべるわりに人の話の内容を理解しておらず、また会話が成立しにくく、とんちんかんな応答をすることが目立ちます。自閉症を含む広汎性発達障害のなかにこのような子どももいますが、全く自閉性の要素のない子どももいます。この様な子ども達は話し言葉での理解が難しくても絵の理解は良いことが多く、視覚的なアプローチを併用するなど学習面への配慮が必要となります。

いわば純粋なLDは幼児期には特別な特

徴がないことが特徴です。

(2) 学童期

LDは読み書き、算数などの本来の学習が始まる小学校入学前後にはじめて症状が明らかになります。これまで利発な子どもでなにも問題がなかったのに、入学後はじめて仮名の読み書きが習得できないとか数の操作をどうしても覚えられないということに気づかれます。読字困難の結果、現実的には書くことにも困難があり、「読み書き障害」となります。

①平仮名の読み書き

平仮名の読みでは、一文字ずつは読めても単語になると読めないことが多いのです。さらに文字の読み間違いが多く、形の似た文字たとえば「め」と「ぬ」、「は」と「ほ」を誤って読んだり、「キャ」「シュ」のような拗音、「かっば」「バット」などのような促音など、一文字一音に対応しない文字の読みには障害が生じやすいことが知られています。漢字の読みでは、重箱読み（漢字二字から成る熟語を上のは音で下の字は訓で読む読み方）とか湯桶読み（漢字二字でできている熟語の上の字を訓で読み、下の字を音で読む読み方）といった通常の規則はずれたもので、困難さが顕著となります。アルファベット使用圏ではbとpとq、mとnなどを誤りやすいこと、文字と音の対応が一对一でない単語の読みを間違えやすいことが知られています。文章を読むことは困難を極める子どもも多く、文章の最初を何とか読んで、読み間違いのために、意味が取れず、わけがわからなくなったり、文末を自分で適当に創作して読んでしまったりすることもあります。作文もきわめて困難で、文章力自体の問題もありますが、自分が書いたものが読めないため書き直したり、追加や削除により文章をよくすることもできませんので、本人にと

って深刻な問題になりやすいのです。

②漢字の読み書き

読みの能力を獲得しても、日本語に特有の漢字を書くことが難しい子ども達も存在しています。平仮名よりも字画が多いこと、種類が圧倒的に多いことが重大な要素ではありますが、それ以外に漢字を文字としてあるいは形として、視覚的に思い起こしたり、認知したり、記憶したりすることが難しい場合もあり、症状が同じでもそれぞれの子どものよって困難な原因が異なります。ADHDを合併しているLDでは、反復練習を嫌う傾向が強く、漢字書字がとくに苦手になりやすいようです。

③二次的な不適応

学童期の問題点としては本人が努力しているのに報われないため、自信を失ったり、他の子どもにからかわれたりいじめられたりして、不登校の要因になったりすることがあります。特にLDにADHDを合併しているときは問題が深刻になりやすいので注意が必要です。

子どもの障害の機構や要因を明らかにしてどのようなアプローチをしたら障害を克服しやすくなるかを検討する必要があります。基本的には保たれている能力を生かして、積極的に利用することです。障害の強い部分を使わなくてもすむような練習法の開拓も必要です。

何よりも大切なことは、この障害は本人が愈けていて生じたものではないことを本人も周りの人もよく理解して、努力していることを評価することです。学習以外の面で得意な能力を伸ばすことも積極的に支援する必要があります。小学校高学年以降ではワードプロセッサなど道具を利用することを積極的に考えていくことも必要であると思います。障害の形によっては筆記試験は他の子どもとは別室で受けられるよう

にし、試験官が問題を読み上げて聴覚的に提示する方法を採用するなどの配慮をしていく必要があるでしょう。

3. HFPDD

【HFPDDとは？】

広汎性発達障害とは、自閉症と同質の社会性の障害を中心とする発達障害の総称です。自閉症スペクトラム（連続体）と呼ばれることもあります。知的障害を伴わない自閉症は慣例的に高機能自閉症と呼ばれてきたので、知的障害を伴わない広汎性発達障害をHFPDDと呼んでいます。その中には高機能自閉症、アスペルガー障害（症候群）、高機能のその他の広汎性発達障害（非定型自閉症）の3者が含まれます。

【頻度はどのくらい？】

自閉症は1万人に4-5人程度の希な病気と考えられてきました。また知的障害を

伴わない自閉症はさらにその2割程度といわれていました。しかし最近の調査では、HFPDDは従来考えられていたよりもずっと多いことが明らかになってきました。図4をご覧くださいと、従来の自閉症概念は図でいえば山頂に相当します。しかし広汎性発達障害という山は広い裾野を持っており、特に知的障害を伴わない群は、6合目のものも、3合目のものも存在するので。最新の調査では、広汎性発達障害という山全体としては1%程度の罹病率を持つことが報告され、その内の約半数が高機能群であると指摘されるようになりました。つまりこのグループは250人とか200人に1人存在するのです。

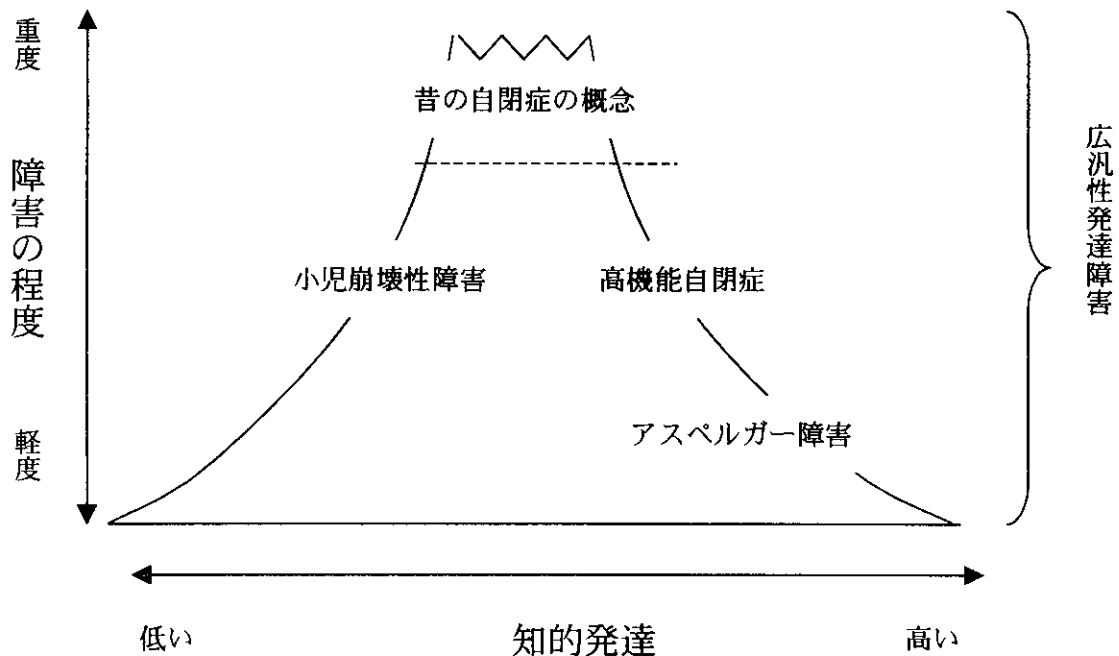


図4 広汎性発達障害の全体像

【原因は？】

自閉症と同じく原因は明らかになっていません。しかし、「子育てが原因ではない」ことだけは確かです。HFPDDの原因は、本人の素因が根底にあるのです。しかし、育児環境や療育によって、症状の程度や改善具合などには差が出てくるものだと理解して下さい。

【症状は？】

広汎性発達障害という名称の意味は、自閉症の3つの主症状である①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の障害に加えて、④多動や不器用などにも発達の乱れを生じるという意味なのです。広汎性発達障害の全体像を図4に示しました。広汎性発達障害に属する障害には知的に高いグループと低いグループがあります。数年の正常な発達の後に著しい身辺自立や対人関係の退行をきたす小児崩壊性障害などが、重度の知的障害を伴うグループです。その一方で、アスペルガー症候群など知的障害を伴わないものも存在します。アスペルガー症候群ではコミュニケーションの障害が軽微であり、言語発達の遅れは少なく知的には正常なものが多いのです。また不器用なものが多いことも特徴です。

ただしこの問題がややこしいのは、発達障害は加齢によって、また療育によって大きく変化するということです。子どもたちをフォローアップしてゆくと、例えば3歳代で自閉症の診断基準を完全に満たしていたが、その後言葉が伸び、6歳時点でチェックすれば自閉症の基準はみたさなくなり、アスペルガー症候群に相当するようになった、さらに追跡をしてゆくと、アスペルガー症候群の基準すら満たさなくなり、横断的には非定型自閉症になるということはいよいよ認められます。

われわれは高機能群の定義として、知能

指数（IQ）70のものとしてきました。この理由は二つあります。一つは広汎性発達障害の場合、教育が滞りなく行われた場合には知能指数は上がることが一般的であるからです。これは通常の教育では成果が現れず学年があがると学力と共にIQも落ちてしまう学習障害とは好対照です。第二に、IQ70という遅滞レベルか否かの境界線は、福祉のサポートを得ることが出来るか否かの分かれ目となることです。現在のわが国の福祉と教育では、自閉症や広汎性発達障害はその存在を認められていません。知的障害がない発達障害は福祉や特別支援教育の恩恵にあずかることが出来ないのです。知的に高いが故に、就労に際しても何ら援助がありません。こういったことから高機能の定義としてわれわれはIQ70以上としているのです。

【対応はどうすればいいの？】

まず、ADHDやLDといった別の発達障害と思われるHFPDDが存在することに気づくことが大切です。

(1) ADHDと間違わないで

HFPDDの一部にとっても多動な児童がいます。そのために、児童のきちんとした観察や診断面接を行わないでADHDと誤診されている例を散見します。診断は、より深刻な問題の方が優先される原則があり、そのためにDSM-IVでは、広汎性発達障害とADHDとが合併した時には、広汎性発達障害の方が優先診断としています。一般的なADHDの場合には、衝動的なトラブルは少なくないものの対人関係は良好で、友人を作るのに苦労することはありません。それに対し多動を伴ったアスペルガー症候群では対人的には孤立しており、時として知覚や触覚の過敏性を抱え、クラスメートの些細な働きかけや言葉かけに激昂して暴れるといったトラブルが生じること

がしばしば見られます。多動児でも不注意という以上に指示の通りが悪い、人嫌いで一人が好き、授業中に参加していないのにテストだけは成績が良い、といった特徴がある場合には、アスペルガー症候群など自閉症スペクトラムではないかと疑ってみる必要があります。

(2) LDと間違わないで

HFPDDでも学習の問題を抱えていることは少なくありません。機械的計算は得意で、漢字の書き取りも得意だが、特に文章の読解が苦手です。それがすべて足を引っ張るといった場合が多く見られます。何より一番苦手なのは、「川を観察し感じたことを書きましょう」といった生活科で登場する類の曖昧な課題です。このような場合には、「川の中に草はみえたか、魚はいたか」といったより具体的な問題に提示しなおすと取り組めるようになります。最近まで、LDの場合も多動と同様に広汎性発達障害の方が優先診断でしたが、最も新しい診断基準では優先に関する明確な指示がないので、どちらも見られる場合には、二つの診断を併記することになります。しかしLDの読字障害と比較すると、同じ文章の読解が苦手といっても、読字障害では字の読みとりが非常に苦手であるのに対して、広汎性発達障害ではスラスラ読めるが、文の意味が取れないというタイプが多く見られます。かつて広汎性発達障害の方が優先診断になっていたのは、勉強ができないことよりも、社会的な行動が出来ないことの方がより重大な問題となるからです。

【幼児期・学童期の特徴】

(1) 幼児期

幼児期の行動は、自閉症と大きな変わりはありません。視線の合いにくさや分離不安の欠如を示す児童が多いのですが、言葉の遅れがないために1歳6カ月児健診や3

歳児健診などでチェックを受けずに通過してしまいます。自閉症に比べると養育者との愛着は3歳以前に比較的速やかに成立しているものが多いようです。しかし幼児教育の開始と同時に、集団行動が著しく不得手なことが目立つようになります。保育士の指示に従わず、集団で動くことが出来ず、自己の興味にのみ没頭するのです。アスペルガー症候群の児童が著しく興味を示す対象は、数字、文字、標識、自動車の種類、電車の種類、時刻表、バス路線図、世界の天気予報、世界地図、国旗などいわゆるカタログ的な知識です。言葉の遅れがなくとも会話でのやりとりは著しく不得手です。また自閉症と同様に過敏性を抱えるものも多く、特定の音刺激や、接触を嫌うことがあります。しかし保育園では集団行動の枠が比較的緩やかなため、大きなトラブルになることは少ないのです。

(2) 学童期

学童期になると、学校生活の上で集団行動が取れないことが大きな支障となってきます。教師の指示に従わず、興味のある授業のみ参加し、それ以外の授業には参加しないという場合もあります。無理に指示に従わせようとするとうパニックになります。言葉は達者で難しい語彙を用いたりするのですが表面的な使用が多く、また比喩や冗談の理解が著しく困難です。文脈から理解することが困難で、人の気持ちを読むことや、人の気持ちに合わせて行動を修正するといったことが出来ません。そのため、しばしば激しいいじめを受けます。暴力的なトラブルを頻発させ、学級崩壊の一因となっている場合もあります。