

## 4. 軽度MR

### 【精神遅滞とは？】

精神遅滞とは医学的診断名です。①知的能力が有意に劣っている（知能検査の結果からは平均値より2標準偏差以上劣る）、②適応障害が存在する（いくつかの適応スキルの領域が示されている—表8参照）、③発達期に明らかとなる（多くの定義では18歳未満）の3つの条件を満たす場合に診断されます。

表8 精神遅滞定義における適応スキル

1. コミュニケーション
2. 身辺処理
3. 家庭生活
4. 社会的スキル
5. コミュニティ資源の活用
6. 自律性
7. 健康と安全
8. 実用的学業
9. 余暇
10. 労働

(茂木 訳 1999)

一方では、ダウン症候群、プラダー・ウイリー症候群、ターナー症候群など、その原因を染色体異常やDNA異常に求める診断名も使用されています。これらの診断名は精神遅滞とは異なるのでしょうか？ それとも同じなのでしょうか？

さらに、最近では精神遅滞という医学的診断名より、知的障害という障害名の方が一般的で、専門家でも、精神遅滞イコール知

的障害だと表現する方も多いと思います。

実は医学の世界でも、これらの問題はやや曖昧のままにされてきた傾向があります。別な言い方をすると、2つの相反する考え方が同居して、その都度使い分けられているとも言えます。第一の立場は、精神遅滞という独立した疾患単位があるとの考え方です。この考えを図示したのが図5です。広汎性発達障害（全般的で不均一な遅れ）や学習障害に代表される特異的発達障害（特定領域のみの遅れ）と比較すると分かりやすいと思います。つまり、精神遅滞とは全般的で均一な遅れを意味する「疾患」なのです。

第二の立場は、精神遅滞イコール知的障害と表現する考え方に限りなく近いものです。結局のところ、先に示した精神遅滞を診断するための3条件でもっとも実際的なのは、知的機能が有意に劣るという項目に尽きるとも言えるからです。信頼のおける妥当な知能検査を実施した結果が有意に劣っていた場合（ほとんどの場合、IQ70未満）、精神遅滞と考えるのです。操作的定義とも言えます。そうすると、例えば、自閉症と精神遅滞の合併がありうることになります。一方、第一の立場ではありえないことはお分かりでしょう。不均一と均一が同時に存在することは矛盾だからです。

さて、どちらの立場をとるにしても、精神遅滞は状態像を意味することに違いはありません。従って、先に例示した症候群は精神遅滞の原因を表す、と理解するのが妥当だと言えます。ダウン症候群の90%以上では、21番目の染色体に異常が存在し、その結果、精神遅滞という状態像を示すことがほとんどです。

## DSM-III-Rにおける発達障害分類

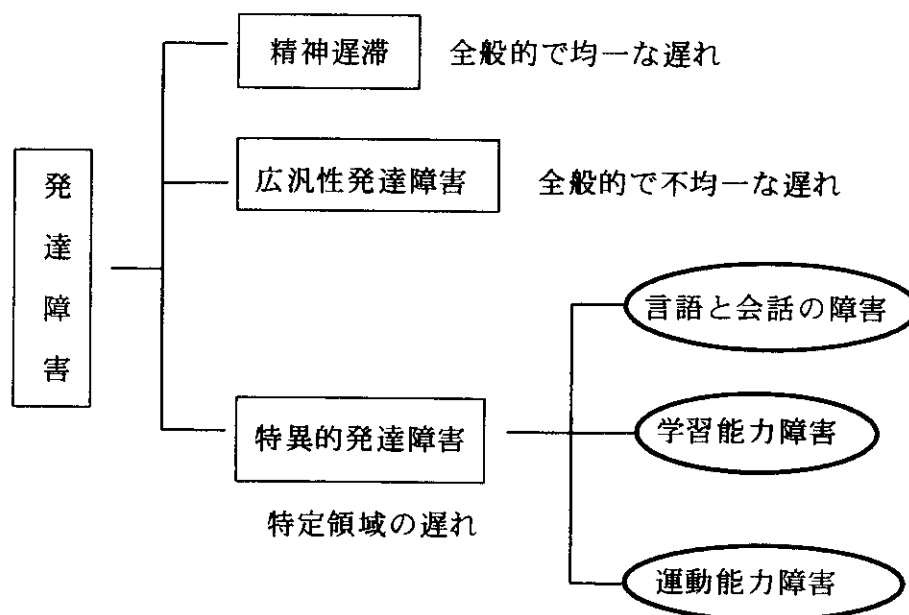


図5 発達障害の分類 (DSM-III-Rによる)

表9 精神遅滞の区分と知能指数および到達精神年齢

### 精神遅滞 - 認知能力のレベル

カテゴリー	区分	IQ範囲	到達精神年齢
F70	軽度	50-69	9-12歳未満
F71	中等度	35-49	6-9歳未満
F72	重度	20-34	3-6歳未満
F73	最重度	20未満	3歳以下

(ICD-10)

#### 【軽度のMRとは？】

では、「軽度」MRとはどのような状態なのでしょう？ 福祉領域の精神遅滞の理解によれば、知能段階で精神遅滞を区分することは意味がないとされてきました。むしろ適応スキル（表8）を重視した分類

の方が、支援に直結するので実際的との立場です。一方、医学はまだこの区分を診断に取り入れて、精神遅滞をいくつかに分けて考えます（表9）。

原因との関連や合併症の頻度を調査する場合など、やはり知能段階で区分すること

は有意義だからです。そこで、軽度MRという診断が可能になります。知能検査の結果で言えば、IQが50以上で70未満の範囲になります。また、知能段階の到達度で言えば、ほぼ小学生高学年程度の理解力を示しますが、中学生段階は無理という状態です。

### 【幼児期・学童期の特徴】

#### (1) 幼児期の特徴

幼児期では知能検査の結果に頼って精神遅滞を判断しようとするとうまくいきません。むしろ、第1の立場が有用です。遅れが存在するとして、その遅れが均一であるか否かに着目していく方が実際的だからです。今のところ、だれもが受け入れやすくて分かりやすいのは、年齢を尺度にして評価する方法です。ほとんどの発達検査はその方式を取っています。だからといって、発達指数(DQ)を基準にして、精神遅滞か否か(DQ70を目安)を判断するのは危険です。幼児期の発達速度は、発達の遅れの原因によっても、子どものおかれている環境によっても様々だからです。むしろ、それぞれの領域のバランスを見てみましょう。ほぼ均等であれば、全般的な遅れが想定できます。

乳幼児健診で軽度MRのすべてを判別することは困難でしょう。3歳までに全般的な遅れに気づかれる子どもの大部分は中等度から重度の精神遅滞です。このような遅れを示す子どもの一部が目覚ましい伸びを示して、結果的に軽度MRと判断される場合もありますが、例外的です。

就学年齢に近づくと、いわゆる知能検査が可能になります。知能検査はビネー型(精神年齢と暦年齢の比で表現される)とウエクスラー型(知能とは構成する要素の集合体と考える)が一般的です。どちらも全体の知能指数をもって、知能段階を判断します。後者の知能検査は、言語性知能と非言

語性知能の2つに大別されます。どちらかの知能が正常範囲にあり、他方の知能が極端に劣る場合、2つの知能の総合点が全体知能となりますので、一見軽度MRのような結果がでてしまうことがあります。幼児期の知能は、発達的に変化することは前に述べました。そのことを加味して慎重な判断が必要だということです。特に、言語性知能が非言語性知能よりも相対的に低いパターンの場合は、後に目覚ましい変化(伸び)を見せ、正常範囲となることがあります。言葉の遅い男児にこのパターンが多いようです。言語の発達が知能検査に影響するためかもしれません。

#### (2) 学童期の特徴

軽度MRの具体的な臨床症状は、LDやHFPDDのあるお子さんのそれと重なり合う場合が多いです。例えば、元気に遊んでいるのですが、ルールが少々難しくなると、その場を離れてしまったり、ルール破りと思われる行動が多くなっていきます。日常会話には困らないのですが、就学直前になっても、文字を読んだり、書いたりすることに興味を示しません。自由に描かせた絵を見ると、その稚拙さが明らかになりますし、実際に描かせようとしても嫌がって、お絵かきにならない(嫌いなのか、描けないのか分からない)状態が続いていきます。

保護者の方々も、必ずしも遅れに気づいている訳ではありません。周産期に問題(低出生体重、新生児仮死など)があったり、精神発達に影響するような疾患(髄膜炎、頭部外傷、クレチン症など)の既往があったりすると、知的発達に神経質になる保護者もいますが、特定のリスクがない場合は、教師も保護者も気づかずにいます。学習が始まってからその困難が徐々に明らかになってきます。

就学直後に勉強や行動、あるいは情緒の

問題に気づかれたとしても、保護者や担任の理由付けが様々であることが多いです。すなわち、「やればできるのに、やる気がない」「勉強嫌い」「親の躾がなってない」「親に似たから仕方がない」「担任の教え方が良くない」「担任との相性が悪い」「情緒的に未熟」など。必ずしも、個人の能力に帰することばかりではないようです。時に他の問題（不登校、非行、校内暴力など）で相談を受けたお子さんに軽度MRのお子さんを認めることもまれではありません。

たとえ小学校低学年に専門家に相談したとしても、軽度MRであるとすぐ判断するのは難しいのです。医学的検査をしても、軽度MRのお子さんは「正常」範囲の結果となることがほとんどです。知能検査を除くと、決め手となる検査がないのが実情だ

からです。ある程度の年齢に達しないと、確定診断は困難であることが多いようです。ということは、発達上の心配（学業不振、行動問題、情緒的不安定など）が解消しないのであれば、それらの問題に対処しつつ、直ちに断定するのではなくて、しばらく経過を追ってみる必要が生じます。

最終的に軽度MRと判断されたなら、特殊教育制度の利用や福祉的援助の可能性を考えます。保護者や本人の意向に添うのはもちろんですが、前者については、原則、特殊学級に籍を移すことを勧めます。それでうまく適応する例が多いからです。後者については、療育手帳の取得を勧めるのが一般的です。将来の自立を目指すならば、公的な援助を可能な限り利用するのがよいと思われま

### 第三章 気になる問題点とアドバイス

## 第三章 気になる問題点とアドバイス

### 1. 言葉の問題

言葉の問題に関して、保護者から相談を受けることは非常に多いものです。そして、その相談内容もじつにさまざまです。逆に保健指導する立場の人が健診で気になるのも言葉の問題が多いようです。ここではその中からいくつか代表的なものを解説します。

#### 1) 言葉が遅い

ここでは軽く言葉が遅いことを取り上げ、考慮すべき状態や疾患を頻度や重要度が高いと思われる順に示します。

- ①聴覚障害
- ②単なる個人差で、疾患ではないもの
- ③軽度MR
- ④HFPDD
- ⑤LD
- ⑥ADHD

言葉が遅いときにまず、疑うべきは聴覚障害です。たとえいくつかの言葉が出ているとしても聴覚障害はないと言い切ることはできません。確実に音刺激だけで振り向くなどの反応を確認しましょう。

次に大切なことは、発語だけが遅いのか、言葉の理解も遅いのかを見ることです。1歳半から2歳の幼児で、口や鼻などの指さしや絵本などで食べ物や動物の指さしができれば、言葉の理解は良好と考えて良いでしょう。3歳から4歳では、色の弁別や長短といった比較概念が理解できていればおおむね問題はありません。

言語理解が良好で発語だけが遅い場合は、ほとんど①に相当します。言語理解も、発語も共に軽く遅れている場合には、②が疑われます。③では3～4歳で言語理解も発語も大きく遅れていることが多いのです

が、4歳～5歳になると急速に言葉が伸びて、軽い言葉の遅れと感じる程度になることがあります。社会性の発達を見る必要があります。④、⑤も同様に言語発達だけを見ると軽い遅れであることが多いのですが、それぞれ行動の発達や知的能力の歪みなどに注目する必要があります。

#### 2) 会話になりにくい

一方的な発話はするが、会話という「やりとり」が下手という心配事も多くあります。以下の疾患を考えます。

- ①軽度MR
- ②HFPDD
- ③ADHD

①ではおしゃべりはするものの、やはり正確な言語理解が困難なため、会話が成り立ちにくくなります。それでも、聞かれたことに関連した内容を話そうとする努力がうかがえますが、②ではその気が見られません。自分から話をしておしまいということが多いのです。高機能自閉症ではしつこく話しかけると「エコラリア」が出現したりします。多弁で自分の言いたいことを相手の様子もお構いなしに話しかけてくるのが③です。

#### 3) しゃべりすぎる

- ①ADHD
- ②HFPDD

おもに①を疑います。独り言でしゃべり過ぎるようなら②を疑う必要があります。一般に幼児がどの程度おしゃべりであるかという基準はありません。保健指導に関わる人が、経験の中で培った常識的な線で判断してよいでしょう。

## 【保護者へのアドバイス】

### 1) 言葉が遅い

保護者が「言葉が遅い」という相談をしてきたときには、ほとんどが発語が遅いという意味です。そのような保護者に対するアドバイスの骨子を以下に記します。

- ①言葉の理解が伸びることが、発語を増やす前提なので焦りは禁物です。
- ②言葉を多く聞かせることは、かえってマイナスになることがあります。とくに長い文だと、子どもは聞き取ることができず、混乱するだけのことが多いのです。子どもが話しているレベルとほぼ同じレベルで、同じように繰り返すように応じてみてください。また、要求をしてきたときにすかさず応じることも大切です。こうすることで意欲が高まってきます。
- ④絵本の読み聞かせが効果的です。以下の3つを守って絵本の読み聞かせを習慣化しましょう。

- ・寝る前に毎晩行う
- ・物語性のある絵本で短めのものを選ぶ
- ・保護者がページをめくる

絵本などじっと聞かない子どもでも、寝る前にはおとなしくなるものです。眠くなったらすかさず絵本を読んでやりましょう。物語性のある絵本だと、因果関係も一緒に理解するので、生活場面で生きる言葉を学びます。そして子どもが自分勝手にページをめくっていると、いくら保護者が読んで聞かせても次のページの絵が見たいだけで、言葉を聞いていません。これではせっかくの読み聞かせが台無しです。子どもが途中でページをめくろうとした

ら、すかさず絵本を閉じて、いったん目の前から絵本を消すのがコツです。

「お母さんがめくるからね」と優しく論し、手を引っ込めたら本読みを再開するという具合にして下さい。毎晩2週間ほど続けると手を出さなくなります。一ヶ月続けると、夜寝る前に自分から、絵本を取りに行くようになります。

### 2) 会話になりにくい

まず、保護者が聞き上手になることです。うまく相づちを打ちながら、タイミングよく短めの返答やうながしを行うと、関連した内容の話が続いてきます。また、幼児に対する保護者の話しかけは、多くが質問形式になりがちです。つい、「いつ」、「どうやって」などと聞いてしまうものですが、我が子が疑問文の形式をどの程度理解しているかを知っておくとよいでしょう。

とくにHFPDDでは言葉の前に「やりとり遊び」を通して気持ちの交流を図ることが必要でしょう。HFPDDでは4歳を過ぎると平仮名が読めるようになることが多いので、「だれが」、「なにを」などと平仮名で書いた文字カードを小道具として使うと、質問に対する答え方を学び、会話がスムーズにできるようになっていきます。

### 3) しゃべりすぎる

大人同士が話しているときに勝手に割り込んできた場合には、「お母さん、話をしてもいいかな？」などと承諾を得るようにさせます。また、順番に話をすることを教えるために、「おはなしカード」と名付けた札を作り、それを持った人がお話をするという約束を成立させることも有効です。

## 2. パニック、癇癢を起こしやすい

幼児であれば、多かれ少なかれ癇癢を起こすものです。どの程度の癇癢が、どのくらいの頻度で起きていれば、病的であるといった分布については調査されていません。癇癢の程度や頻度に着目するよりも、保護者の困り具合や子ども自身に発生する損失、身の危険度に応じて考える方が实际的でしょう。自傷や他害、物品の破損、また幼稚園や保育所等での他児とのトラブルなどを参考にします。以下の疾患や状態を考えます。

- ①ADHD
- ②被虐待児
- ③反応性愛着障害
- ④HF PDD
- ⑤軽度MR

落ち着きがないといった行動とともに他児とのトラブルが絶えない場合には、まず①を考えてください。通常は、5歳を過ぎないと①という診断はつけにくいのですが、落ち着きのなさやトラブルのもとになる癇癢が強い場合には、4歳代でも診断をつけた方がいい場合があります。3歳代での診断は慎重にすべきでしょう。

身体的な暴力だけでなく、言葉による暴力などを受けていると①と区別できないパニック、癇癢が見られます。これが②です。虐待を受けている子どもは、保護者に愛着を示さないだろうと思ってはいけません。虐待する親も子どもを可愛がったりするの

です。そのために、愛着行動は見られるものの、暴力の刷り込みによって、癇癢や乱暴な行動が多くなります。

虐待の中でもネグレクトや兄弟間での差別などが著しい場合、あるいは主たる養育者に変更があったりすると大人との愛着関係に問題が生じて③になります。ちょっと見ただけでは①なのか、②や③なのか区別しがたいことも少なくありません。①と③の合併例なども見られます。幼稚園や保育所での送り迎えなどの際に、子どもが保護者と一緒の時の様子をそれとなく観察してもらうことが必要です。保健師や保育士、幼稚園教諭からもたらされるこうした情報は、医師がより適切な診断をつけるために不可欠であったりします。

④の中では、高機能自閉症幼児が、よくパニックを起こします。とくに2～3歳代では、こだわりや不安、怒り、嫌悪感の表現としてパニックを起こします。幼児期のアスペルガー症候群がパニックを起こすことは少ないようです。しかし、学童期から思春期にかけて孤独感や疎外感が募ってくると、強迫的な行動が見られるようになり、パニックとも言うべき行動を起こすことがあります。単純な⑤だけではパニックや癇癢は少ないのですが、保護者からの要求(言葉が伸びるようという働きかけや知育教育など)が過大であると、いわゆる反抗の表現として癇癢を起こすこともあります。



## 【保護者へのアドバイス】

### 1) パニック、痙攣を起こしている最中に保護者が取るべき行動

- ①「よしよし」というなだめる言葉をかけない。
- ②叱ったり、怒鳴ったりもしない。
- ③パニックを起こしている場所から別の場所へ移動させる。(タイムアウト法)  
例：居間でパニックを起こしたなら、玄関や洗面所などへ移動させる。
- ④移動させるときに「ぐちぐち」叱らない。淡々と連れ出す。
- ⑤パニックが収まるのを待って、穏やかに言葉をかける。  
例：おもちゃの取り合いが原因なら、「順番なんだよ」という言い聞かせの言葉を、失敗したことが原因だったら、「そういう時もあるよ」という慰めの言葉を、負けて悔しい時なら「悔しかったね」という共感の言葉をかける。
- ⑥要求が高じて生じたパニックや痙攣では毅然として譲らない。

### 2) 日頃から保護者が心がけること

- ①困る行動を回避するには、直接禁止する方法と「これならやってもいいよ」という代替的なものを与える方法とがある。
- ②代替手段となるものをなるべく多くアイテムとして取りそろえておく。
- ③できるだけ、禁止の言葉を少なくする。
- ④「禁止するけど、痙攣を起こすので譲ってしまう」という子育てパターンは最悪である。痙攣を起こせば譲ってもらえることを学習させているのと同じである。
- ⑤子どもが冷静なときに「我が家の決まり事」というものを作って守らせる。その決まり事を親も必ず守る。

以上、記した対処の仕方は、発達障害児に限ったことではなく、健常な幼児についても共通する事柄です。この意味においては障害児と健常児に差は存在しません。ただ、発達障害児については、上述した対処の方法を少しだけ意識的に行うと良いと思われれます。定着してくると、健常児と何ら変わる事のない穏やかな家庭生活が送れるようになります。

### 3. 落ち着きがない

「落ち着きのなさ」はこれ以上が異常と言えるような線引きは不可能です。子どもが、置かれた場に適応して落ち着いた行動がとれるかどうかで判断します。「落ち着きがない」と言われる場合、少なくとも二つの状態があります。一つは移動性の亢進した状態、つまりあっちこっち動き回る、一ヶ所にじっとしておれないと言う事です。「移動を伴った多動」とも表現で来ます。もう一つは一ヶ所にいる事はできるが、手足や体をモゾモゾしたり、クネクネしたりしてしゃきとした姿勢がとれないことです。「移動を伴わない多動」とも表現できます。このような落ち着きのない行動を示す子どもの背景にはどのような原因が横たわっているのかについて考える場合、まず、その行動により本人や周りにどの程度

の問題が生じているのかを評価することも必要です。

「落ち着きがない」の原因として、表10のようなものがあります。

甲状腺機能亢進症では汗をかきやすい、脈が早い、痩せ、イライラ、眼球突出等の症状があり、甲状腺ホルモンの分泌亢進が見られます。アトピー性皮膚炎では強いかゆみの為に落ち着きがなく、集中力も低下します。抗てんかん剤のフェノバルビタールや喘息の薬の服用により落ち着きがなくなり、多動性が出現することがあります。特に、フェノバルビタールを服用している場合にはてんかんに伴う多動なのかフェノバルビタールによるものなのかを鑑別することが必要になります。聴力障害のある子

表10 落ち着きのない子の原因

1. 気質：多動であるが異常ではない。
2. 発達障害  
ADHD、自閉症、知的障害、  
発達性協調運動障害 チック障害
3. 身体疾患  
アトピー性皮膚炎、聴力障害、甲状腺機能亢進症
4. 薬物  
フェノバル、喘息薬の服用
5. 神経疾患  
てんかん、脳炎・脳症、脳変性疾患、脳腫瘍
6. 精神疾患  
不安障害、気分障害、強迫性障害
7. その他  
反抗挑戦性障害、行為障害、虐待、愛情遮断

どもで視線があわない、多動性、癩癩、言葉の遅れなど、自閉症が疑われる状態を呈することがあります。広汎性発達障害が疑われる時には聴力の検査が必須です。

ADHDでは落ち着きのなさ、じっとしていない、過剰にしゃべるなど多動性の症状だけでなく、不注意（物をなくす、忘れる、整理整頓ができない、宿題や与えられた課題を仕上げられない）、衝動性（順番を待てない、癩癩、会話に割り込む）がみられます。

広汎性発達障害では落ち着きのなさ、多動、視線があわない、共感性がない、集団遊びが出来ない等の社会性の障害、言葉の遅れ、語義・語用の障害、などのコミュニケーション障害、固執性、常同症などの反復性の行動異常がみられます。多くの例で

知的障害を伴いますが、知的障害を伴わない高機能自閉症ではADHDとの区別が困難なことがあります。知的障害では理解力の乏しさ、集中力の弱さがあり、そのような子どもが困難な事柄に遭遇した場合、不安、落ち着きのなさが見られます。

LDではADHDを合併することも少なくありません。また、学習にハンディを持つことからくる不安、自信のなさによって落ち着かない状態となることも考えられます。

虐待、愛情遮断等の養育環境に問題がある時には反応性が低下したり、逆にイライラ、落ち着きのなさが見られることもあります。また、障害児は虐待の対象になり易いので、子どもの身体に外傷がないか注意してみることが肝要です。

## 【保護者へのアドバイス】

落ち着きがないという行動は、一般には年齢の増加と共にその頻度は減少して来ます。多くの場合、10歳前後に次第に落ち着いてきます。この行動における改善は主に移動を伴った多動の減少が主で、移動を伴わない多動は減少するものの高年齢になってもモゾモゾしたり、クネクネしたり、また成人になってもじっとしているのが苦痛であるとか、落ち着かない等の状態は残りやすいようです。

落ち着きがないのは、環境からの刺激に対して、自分に必要な刺激には反応し、不必要な刺激には反応しないようにコントロールするという脳機能に未熟性があるためと考えられています。したがって、できるだけ余分な刺激が入らないように工夫することが大切です。例えば、食事中にじっとして居られない時には、物理的に動きにくい位置に子どもを座らせる、テレビをつけないようにする。更には、テレビ、その他興味を引くような調度品を見えないように布で覆い隠すなどして刺激を少なくする工夫をしましょう。部屋の飾りもシンプルな方がよいでしょう。

学校の授業で落ち着きがない場合には、以下のような配慮が一般的には考えられます。

- ①先生に注意を向けやすくするため、児童の席を様々な刺激が入りやすい廊下側や運動場の見える窓側を避ける。
- ②最も前列の中央で先生に最も近い場所にします。
- ③教室内にはテレビ、パソコン、その他子どもの気を散らしやすい物が多くある。これらをできるだけ目に入らないように被うなど、視界から遮断する工夫をする。
- ④授業の前に身体を動かす運動などを取

り入れてもらう。

こうした配慮には、担任の先生とよく話し合ってください。ただ、担任としては、受け持ちの子すべてを公平に扱うことが一つの仕事ですから、特定の児童だけを特別扱いすることに抵抗感があります。一方的にお願いするだけでなく、クラスメートの保護者の中に、理解者を増やす努力を怠ってはいけません。

広汎性発達障害では、環境や状況の理解、自分に求められている事柄の理解ができなくて、落ち着きのない状態になっていることがあります。このような場合には環境の視覚的な物理的構造化を行い、子どもにわかりやすくしていくことが必要です。即ち、活動の種別により場所を変える、写真や絵カードを用いたワークシステムを用いて課題の手順、内容をわかりやすくするという工夫です。

ADHDによる落ち着きのなさにはメチルフェニデート、ペモリンなどの中枢神経刺激剤が有効です。これらの薬は前頭葉を刺激し行動を抑制します。興奮作用がありますので、夜に服用すると不眠になることがあります。注意が必要です。

大切なことは、1回1回の課題設定時間を短くし、上手く成功体験を持たせ、自信を持たせるような言葉かけを行い、健常児では当たり前と思われることでも誉めることが大切です。褒め言葉を惜しまないようにして下さい。

先にあげた甲状腺機能亢進症やアトピーなどの身体疾患、てんかん、神経変性疾患、脳腫瘍などの進行性神経疾患を見のがさないようにすることも大切です。

## 4. 友だちに乱暴する、動物を虐める

友だちに乱暴する攻撃的行為には、いきなり叩く、突き飛ばす、暴れる、すぐカッとなって喧嘩をする、癲癇を起す、パニックとなる、先生、親に悪口を言う、反抗するなどがあり、注意の障害及び衝動性に加え自己抑制の未熟さがあって生じると考えられます。即ち、注意が向いていなくてぶつかったり、感情のままに思ったことを後先のことを考えずに行動してしまう、感情が抑制できない、常に緊張状態、不安状態にあり、ちょっとしたことで爆発してしまうことにより起こってきます。このような行動は内向的な性格よりも外向的な性格の場合によく起こります。このような原因には表11に掲げたようなものがあります。

表11 抑制欠如行動の原因

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. ADHD</li><li>2. 広汎性発達障害</li><li>3. 精神遅滞</li><li>4. 児童虐待</li><li>5. 反抗挑戦性障害</li><li>6. 行為障害</li><li>7. いじめ</li><li>8. 非行</li><li>9. 挿間性抑制欠如症候群</li><li>10. 分離不安障害、パニック障害</li></ol> |
|--|

多くの場合、乱暴な行為には何らかのメッセージがこめられていると考えられます。こうした子どもからのコミュニケーション行動には次の4つがあげられます。

- ①要求の行動：何かをしたい、何かをして欲しい。
- ②注目行動：先生、親等に自分に注目し

て欲しい。

- ③逃避行動：要求された事をやりたくない。
- ④防衛反応：自信がなく不安がある。  
不安から身を守りたい。

自閉症ではコミュニケーション行動が微細で周りの者がキャッチしにくい、子ども自身の思い込みと現実のギャップ、環境の理解が出来ないことからくる不安が重なりあい乱暴な行動が生じます。知的な障害がある場合には前述したような他の症状から自閉症が疑われやすいのですが、知的障害のないタイプ（HFPPD）ではADHDとの区別が困難なこともあります。ADHDでは突然走り出してぶつかったり、人を叩いたり、順番を待てなかったりする乱暴行動があります。

また、多くは学童期になり反抗挑戦性障害や行為障害を合併してきた場合に乱暴行為、反抗的言動、犬やネコ等の小動物の虐待が出て来ます。反抗挑戦性障害や行為障害はADHDの50-60%に合併すると言われてはいますが、単独で起きる場合もあります。反抗挑戦性障害は一般小児の3-10%にみられ、女兒に比し2-3倍男児に多い状態です。癲癇を起したり、大人に強い反抗、意地悪さを示します。

行為障害はやはり男児に3-5倍多く、青年期までの一般人口での頻度は1.5-3.4%です。症状は人や動物に対する攻撃性、所有物の破壊、嘘や盗み、重大な規則違反などがあります。精神遅滞の場合には精神年齢の未熟さからとった行為が、歴年齢とのギャップから乱暴な行為に見られることとなります。

## 【保護者へのアドバイス】

いかなる理由があるにせよ、人に暴力をふるうことは止めさせなければなりません。暴力だけでなく基本的な生活習慣やルールからの逸脱行為は断固として許さないことを示すことが大事です。また、保護者、介護者は終始一貫した態度を取るべきです。ある時は厳しくするのに、ある時には見逃したりしてはいけません。特に自閉症の場合には粘り強く問題行動を統制していくことが何よりも必要です。

体罰も止めて下さい。子どもは体罰の意味が理解できず、暴力を受けたことだけが頭に残ります。暴力を教えているようなものです。叱る時には冷静に手短かに簡潔に注意し（ピシットした威厳のある声と表情で叱る）、その場から外させます。保護者や介護者が感情的にならないように気をつけましょう。また、「ダメ」「やめなさい」など否定的な言葉が多くなりがちです。できるだけ肯定的な、指示的な言葉を使用して下さい（「○○しなさい。」と言えば、問題行動がとまった時に誉めやすいのです）。

日頃から良いところを見るようにし、注目していることを知らせるため声をかけ（自閉症の場合にはできるだけ簡潔に）たりスキンシップを増やしたりすると共に、積極的に誉め（子どものわかる方法で）、自信をつけさせること、自己評価を高めることを心掛けるようにして下さい。

先にも述べましたように乱暴等の問題行動には何らかのコミュニケーションの意味があります。保護者、介護者は子どもが何をやりたかったのか、何が欲しかったのか、不安からの防御なのか等を状況から推測しながら落ち着いた調子で具体的に聞いてやり、希望を叶えるにはどう行動すれば良いかを具体的に教えていくことが大切です。

とくにHFPPDでは、緊張する場面に

なると混乱しやすく、通常の場合では理解できていたことも理解できなくなります。このようなときには、表12に示したようなメモやカードなどで内容を具体的に、視覚的に示すことが有効です。指示の前に児童のフルネームをつけると、指示の対象が明確になるので、指示が通りやすくなります。自分で表現できない子どもの場合には行動分析をし、行動の意味付けをしていくことが必要です。許容できる要求であれば、はできるだけ速やかに満たしてやることにより乱暴も減少します。

表12 カードの例

○○君は計算ドリルをします。

終わったら、ブランコをします。

HFPPDでは急な予定変更や予想外の出来ごとのような僅かなつまずきにより、ADHDの子どもでは自己中心的な行動により、感情の抑制が難しく、衝動的に爆発し乱暴してしまいます。そこで自分がいらついていることを自覚させてやる、自覚しコントロールする方法を会得させることが必要になります。深呼吸を数回させる、ゆっくり1から5まで数えさせるなどです。また、気付かせて子どもが我慢できた時には、直ちに誉めることにより良い行動を強化するようにします。

友だちに乱暴する、反抗する、怒りっぽい行動をとりやすい子が、小動物を虐める、道具（武器）を持って喧嘩をする、嘘をつ

く、盗みなどの行動を伴ってきた時には、すでに反抗挑戦性障害あるいは行為障害の段階に入ったと考えられます。

被虐待児が乱暴したり、小動物をいじめたりすることも良く見られます。単に身体的な虐待だけでなく、ネグレクトや性的虐待、心理的虐待にも注意が必要です。

中枢神経刺激剤、抗うつ剤、抗てんかん剤などの薬物使用により行動を緩和し、周囲との問題を少なくし、治療教育に取り組みやすくすると共に、タイムアウトや褒美

を与えるという行動修正技法を行うことが基本となるでしょう。

医学面、保護者、児童相談所等の行政、教育等が協力した対応が必要です。家庭環境は予後に大きく影響します。子どもの指導の基本は子どもを受け入れる、全てを容れ子どもとの信頼関係を築くことであると思います。好きな大人から叱られるからこそ効果があるのであり、反省もするのです。そして、注意されても、叱られても子どもがついて来るのではないのでしょうか。

## 5. 言うことを聞かない、指示が入りにくい

親の言うことを聞かない子ども、指示が入りにくい子どもはいつの時代にもいましたが、ここでは程度が激しく病的な状態を想定しています。学級崩壊といわれるように先生のいうことを聞かず、授業中自分勝手にしゃべったり歩き回ったりする子どもが著しく増加しています。その背景には親に子どもをしつける力がなくなっていること、地域社会の育児やしつけに対する自然なバックアップ体制がなくなっていることが関係していると思われます。

### 1) ADHD

病気として考慮すべきなのは、注意を集中することができず、つねにほかのことに関心が移ってしまうADHDがあります。ADHDはこの状態が一定期間（半年）以上、続いていて、家庭や園・学校など複数の場でこの症状が認められます。ADHDと合併する場合のある行為障害・反抗挑戦性障害については前項をご覧ください。

### 2) 聴覚障害

聞いてはいても不十分にしか聞き取れていない可能性があります。特に軽度から中等度の難聴が問題となります。難聴の疑いが少しでもある場合は、すみやかに専門の病院で診察・検査を受けるべきです。中耳炎や耳垢でも充分聞こえていないことがあり、いずれにしても治療が必要です。内耳に障害のある難聴（感音性難聴といいます）で中等度以上の重さの時は、聴能訓練といって音や声の存在を子どもに知らせるため徹底した専門的教育が必要であり、医学的診断を急がなければなりません。

### 3) 精神遅滞

分かりやすい言葉で指示しているつもり

でも、知的発達に遅れのある子どもには思いがけないほど理解できていないことがあります。物の名前、動詞のごく簡単な意味は理解しても、修飾語や接続詞の意味がわからず、指示に従えないことがあります。

### 4) 自閉症、広汎性発達障害

自閉的な子どもでは、対人的コミュニケーションに障害があり、言葉だけでなく感情的な交流も難しいので指示が入りにくいと感ぜられ、人の言うことを聞いていないかのように思われることが多いのです。但し、一部の子ども達では昔、言われた言葉を確実に覚えていることが後になって判明することもあります。言葉による働きかけを怠るべきではありません。自閉症の子ども達は知的に正常であっても、比喩的ないまわしが理解できないため指示に従えないことがあります。

### 5) ことばの意味理解だけが悪い子供

広汎性発達障害でもなく、知的発達にも遅れはないのに、ことばの意味の理解だけが難しい子どもたちも存在します。これらの子ども達は言葉の発達が遅れることが多いのですが、自発話がふえてきても会話にならないとか、言葉のキャッチボールが難しいと訴えられます。この子どもたちは耳で聞いた言葉の理解は悪いのですが、目で見たものや状況の理解はよいことが特徴です。

### 6) その土地の言葉が理解できない。

まれですが引っ越してきた土地の方言を理解できずに、立ち往生している子どももいます。この事実気づけば疑問は氷解します。家庭環境にも配慮してあげましょう。



## 【保護者へのアドバイス】

言うことを聞かない子どもは多いですが、子どもに原因があるのか、保護者側に原因があるのか冷静に考えてみる必要があります。どちらかに原因があるとしても、子育てとは相互作用にほかならないからです。

### 1) 人の言うことを聞いていない

子どもの生来の性質としつけのアンバランスがあります。十分な愛情のもとに、幼児期には人間として基本的なしつけが必要であり、大きくなってからのしつけは困難です。最近では母親も外で仕事をしている場合が多く、子どもと接する時間が少ない分、子どもを甘やかすすぎたり、逆に厳しくしすぎたりしていないでしょうか。かつては子どもを育てる上で、親と協力しかつ親を指導する立場にあった祖父母が、現在はとかく子どもを甘やかす立場にたつことが多いとも感じられます。保健師さんに育児の相談相手になっていただきたいものだと思います。

ADHDを疑う時は小児科、小児神経科または児童精神科を受診して医学的な診断を受ける必要があります。幼児期後期あるいは学童期では薬が処方されることもあります。しかし薬だけでなく環境調整が重要です。ADHDの子どもは完成できないことばかりが続きやすく、年長になるにつれて、自信を失って抑鬱的になったり、なげやりになったりすることも多いのです。いじめられたり、逆にいじめたりという事態から不登校になったり、非行に走ったりする子どもが出ないように支援してあげたいものです。保護者がADHDという状態をよく理解することが大切です。

### 2) 不十分にしか聞き取れていない

少しでも難聴の疑いがある場合は、かかりつけの医師に相談してすみやかに専門医の診察、検査を受けるべきです。高度の難聴は乳児期あるいは幼児期に気づかれることが多いのですが、軽度から中等度の難聴や高音域のみの難聴などでは診断が遅れがちで、その結果治療教育も遅れやすいのです。

### 3) 聞いてはいるが理解できない

精神遅滞の診断は多くの保護者にとって青天の霹靂で、なかなか信じていただけないものです。子どもが小さいときほど、いずれ良くなると希望的に受け止められることが多いのです。精神遅滞が治癒することはありませんが、適切な働きかけによって子どもの発達は必ず進んできます。逆に遅れた子どもを放置すると自分で情報を取り込む能力が足りないため、本来持っている能力を十分に開花することもできなくなります。子どもが理解できる程度に応じて積極的関わりを持つこと、適切な教育の場を得て日常生活の自立度を高め、発達全般を促せるよう配慮する必要があります。

自閉症では、精神遅滞を合併していることが大部分です。人の言うことを聞いてないように思われることが多いのですが、けっして聞いていないわけではなく、言葉による子どもへの働きかけは積極的に続ける必要があります。比喩のないまわしは理解しにくいので具体的に指示をすることが大切です。将来、社会で適応するために適切な行動パターンをとれるよう早期から徹底した教育が必要です。

ことばの意味理解の発達だけが悪い子どもたちには、わからないときに質問する習慣をつけるように励まします。これらの子ども達は目でみて状況を理解し、判断する

ことを得意としていることが多く、そのアンバランスのため周囲から理解されにくいことがあります。絵や写真を活用するなど視覚的な補助手段を積極的に取り入れて理解を促すように心がけましょう。

#### 4) 理解しているが実行しない

ADHDの子どもでは理解できても関心

がすぐによそに向いてしまうので、結果として人の話を聞いていないのと同じ状況になります。精神遅滞では実行する能力が不足している可能性も配慮しなければなりません。保護者が観察力を磨けるように援助していくことも保健師さんに期待したいところです。

## 6. こだわりが強い

ものごとへのこだわりはある面ではプラスに評価されます。しかし過剰なこだわりは日常生活のさまたげとなり、正常な暮らしを送ることが困難になります。漫画スーパーヒーローに登場するライナスのように気に入った毛布をいつも離さずにもっていて、保護者が洗濯するのも大変ということがありますが、多くの場合これは病的ではありません。

### 1) 自閉症、HFPDD

病的なこだわりを示す代表的な疾患は自閉症です。おもちゃの車をきちんと一直線に並べずにはいられない、買い物でも通園でもいつもと違う道を通るとパニックになり、どうしても承知しないということがあります。またライナスとはちがいますが、自閉症ではひもや鍵、財布、ものさしなどおもちゃではないものを常に握りしめたり、振り回したりしていないと不安な様子を見せる子どもも多く見られます。玄関を出るときやお風呂にはいるときには必ず右足から出なければ気がすまないという儀式的なきまりを決めている子どももいます。このようなこだわりがそれ以外のものへの興味を奪い、学習や訓練に差し支えるときには、訓練的な治療が必要になります。しかし実害がなければ特に禁止すべきものではありません。また、禁止すべき場合でも、単に禁止するだけでなく、こだわっているもの以外のことに興味を向けられるように働きかけをすることが重要です。こだわり自体にこだわらないようにしましょう。

### 2) ADHD

ADHDでも儀式的なこだわりを示す子供が時々みられます。多動や不注意の症状が目立つのがふつうですが、人によっ

てはこだわりの方に注目してしまうこともあります。叱ってもよくなるわけではありませんのでほかのことに目を向けられるようさりげなく導いていくのがよいと思います。

### 3) 精神遅滞

適切な行動様式がわからないためにひとつのものやことにこだわっているようにみえることがあります。また常同行為といって特に目的もなく体を揺する、手をひらひらさせるなど同じ行動をし続けることがあります。注意すると一時的に止まりますがすぐまた始まります。これは感覚遊びといって、知的な障害がとくに重度な精神遅滞に多く認められるものです。病的な意義はありませんが、ほかの対象や遊びに目を向けられるようさりげなく誘導することを考えます。

### 4) 被虐待児

虐待を受けている子どももこだわりと見える症状を示すことがあります。必要以上におどおどしていたり、他人に妙になれなれしかったりすることがないかどうかのポイントになります。さりげなく、子どもの家庭環境にも目を向ける必要があります。

### 5) 強迫神経症

儀式的なこだわりは様々なタイプの強迫神経症でもみられます。特定のものや場所におそれがあり、どうしても慣れることが出来ないという「単純恐怖」、手をあらって、もうきれいになっているはずで本人もそのことをわかっているのに、どうしてもまた手を洗わずにいられない「不潔恐怖」などです。単純恐怖に近い症状は自閉症で見られます。

## 【保護者へのアドバイス】

どんなこだわりであるのか、またこだわりだけが問題で、それ以外には問題点はないかに注目する必要があります。こだわりと思えるものも正常範囲のくせということもあります。まずは病的なこだわりなのかどうか考えてみましょう。一般的にはこだわっている物、場所、行動、行動様式について注意したり、叱ったりしても収まることは少ないようです。こだわりは、終息したかのように見えても、また形を変えて出現します。実害のないこだわりであれば様子を見てよいでしょう。

他の人に迷惑がかかるようなこだわりの場合には、こだわっている事柄からスッと目先を変えるようにします。その際に叱ったりせず、淡々と手早く行うのがコツです。

### 1) 全般的な知的な発達に遅れはないか？

精神遅滞の場合、こだわっていると見えるものも適切な行動をとることが難しいためであることがあります。常同行為は比較的好く見られる症状で、まわりの人には気になるものですが、目くじらをたててとめようとするとかえって逆効果となることがあります。また精神遅滞の子どもにみられる自傷行為はこだわりとも見ることがありますが、手持ちぶさたの結果であったり、自傷によって注目されるという誤った学習効果の結果であったりします。どちらもほかのことに気持ちを向けられるように導いていくことが必要です。周囲の人が過度に反応すると症状が悪化しやすいものです。

### 2) 対人関係の異常はないか？

自閉症、広汎性発達障害が考えられます。実害があまりなければ、こだわりにこだわる必要はありません。日常生活の妨げになるほどのこだわりは、始まりそうだと思え

るときにさりげなくほかのことに心を向ける用に導くなどして誤った学習が定着しないような工夫が必要になります。

いつもの日課が繰り返されている限り、十分適応できている子どもでも、予定が少しでも変更になったり、予期しないことが発生すると、とても対応できなくなるということがよく見られます。この子どもたちは変化を嫌い、新しい事態にいきなり直面することはきわめて困難なので、いつもと違うことが予定されている場合はあらかじめくりかえし説明しておく必要があります。その際には言葉だけの説明よりも絵や写真など、見て分かる具体物を使用すると良いでしょう。こうすることで気持ちの準備ができ、いやな事態でもかなり対処できることが多いのです。また始まりの予告だけでなく終わりの予告もしておく、本人もより安心して新しい事態に対処できるようです。社会生活をしていく上ではだれにでも常に突発的なことが起こる可能性があります。いつもと違う事柄や物、場所に対して逃げ腰にならない心構えも必要です。

パニックになった子どもは、叱ってもなだめても聞き入れる余地がないと思った方がよく、安全な場所で保護者はさりげなく子どもを見守る余裕が必要になります。保護者の方もパニックへの接し方に慣れることが求められます。

### 3) 強迫神経症ではないか？

本人もばかばかしいと思いつつもやめることができない行動が日常生活に困るほどの強迫的な症状には、精神療法や抗不安薬など精神科的な治療が必要です。幼児期の強迫神経症は青年期のものにくらべて、悲壮な思いはもっていない子どもが多いようです。