

使用アルゴリズムについて明確にしていくことが、MPHの闇雲な処方減らしをしていくものと考えられる。また様々なガイドラインが指し示すように薬物療法だけでなく心理社会的な治療を含めた包括的治療が、児童思春期における健康的な自我発達を促す契機になると考えられ、わが国においても今後そのような治療指針を示すガイドラインの登場が期待される。

文 献

- 1) American Academy of Pediatrics : Clinical practice guideline : Treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108 : 1033-1044, 2001.
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Forth edition. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994. (高橋三郎, 大野 裕, 柴矢俊幸訳 : DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996.)
- 3) Barkley, R. A. : Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd edition. The Guilford Press, New York, London, 1998.
- 4) Barkley, R. A. : Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J. Clin. Psychiatry*, 63 (Suppl. 12) : 36-43, 2002.
- 5) Dulcan, M. : Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36(suppl. 10) : 85s-121s, 1997.
- 6) Eddy, J. M. 著, 藤生英行訳 : 行為障害—キレる子の診断と治療・指導・処遇. 金子書房, 東京, 2002.
- 7) Greenhill, L., Beyer, D. H., Finkleson, J. et al. : Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Atten. Disord.*, 6(suppl. 1) : S89-S100, 2002.
- 8) 上林靖子, 齊藤万比古, 北 道子 : 注意欠陥/多動性障害—AD/HD—の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京, 2003.
- 9) Loeber, R., Lahey, B. B., Thomas, C. : Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 100 : 379-390, 1991.
- 10) Pliszka, S. R., Greenhill, L. L., Crismon, M. L. et al. : The Texas Children's Medication Algorithm Project : Report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Part I. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 40 (9) : 991, 2001.
- 11) 齊藤万比古, 原田 謙 : 反抗挑戦性障害. *精神科治療学*, 14(2) : 153-159, 1999.
- 12) 齊藤万比古 : 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)の診断・治療ガイドラインについて. *精神神経学雑誌*, 17(2) : 167-179, 2005.
- 13) Taylor, E., Sergeant, J., Doepfner, M. et al. : Clinical guideline for hyperkinetic disorder. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 7 : 184-200, 1998.

I. 総論

児童虐待の現状と問題点

みやもと しんや
宮本 信也 筑波大学大学院人間総合科学研究科

要旨

児童虐待の防止等に関する法律が平成16年4月に改正され、児童虐待が子どもの人権侵害行為であることが法律でも示されることとなった。このことは、児童虐待を子ども側の視点から見ることを意味する。この転換期、児童相談所が扱う児童虐待事例の件数は増加し続けている。わが国における児童虐待の現状と、その問題点につき概説する。

児童虐待とは

児童虐待の定義として、関係者の共通理解が完全に得られているものは、世界的にも、また、わが国においてもまだ存在しない。法的には、わが国の「児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）」（平成16年4月14日改正、10月施行）で、児童虐待の定義と関連する条文は表1のとおりである。結局、児童虐待とは、親または親に代る保護者による子どもの人権を侵害する行為が反復されている状況（性的虐待は1回でも）のこと、であるといえることができるであろう。

現状

1. 頻度

児童虐待の発生頻度、あるいは有病率を正確に知ることは不可能である。当事者からの訴えはほとんどなく、周囲の気づきで表面化する場合はほとんどだからである。また、いつ、どこでも通用する虐待判断の基準がないことも、虐待の頻度推定を困難にしている。

それでも、わが国でも全国規模の実態調査が実施されている。その結果によると、児童虐待の発生は1年間に約35,000人であり、これは、小児1,000人あたり1.54人に相当するという。

Key Words

児童虐待
ネグレクト
現状
問題点

表 1

「児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）」（平成16年4月14日改正）における児童虐待の定義に関連する条文

(目的)

第一条 この法律は、児童虐待が児童の人権を著しく侵害し、その心身の成長及び人格の形成に重大な影響を与えるとともに、我が国における将来の世代の育成にも懸念を及ぼすことにかんがみ、児童に対する虐待の禁止、児童虐待の予防及び早期発見その他の児童虐待の防止に関する国及び地方公共団体の責務、児童虐待を受けた児童の保護及び自立の支援のための措置等を定めることにより、児童虐待の防止等に関する施策を促進することを目的とする。

(児童虐待の定義)

第二条 この法律において、「児童虐待」とは、保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）がその監護する児童（十八歳に満たない者をいう。以下同じ。）について行う次に掲げる行為をいう。

- 一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- 二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。
- 三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。
- 四 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

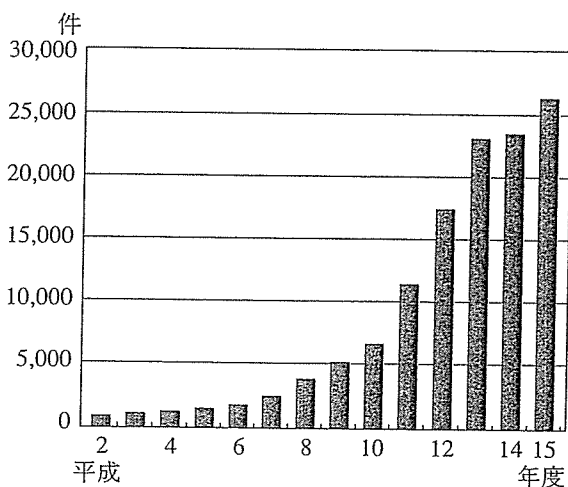


図 全国児童相談所における虐待相談処理件数の推移
厚生労働省：平成15年度社会福祉行政業務報告、2004

この数字に従うと、有病率は0.15%ということになる。

一方、表面化した事例件数の推移ははっきりしている。全国の児童相談所において処理された虐待相談件数の推移（図）では²⁾、平成13年度までは相談件数が年ごとに増加してきている。平成2年度に処理された相談件数は1,101件であったが、平成13年度では23,274件と20倍以

上になっている。ことに平成10年度から11年度にかけて大きく増加し（6,932件→11,631件）、その後、毎年急増している経過がわかる。しかし、13年度以降は増加傾向がそれまでよりはやや緩くなっている。ちなみに、平成15年度の件数は26,569件である。これが、このまま横ばいになっていくのかどうかは、まだしばらくの経過を見ないと結論できないであろう。

2. 子どもの年齢構成

全国児童相談所での虐待相談における虐待された子どもの年齢を見ると（表2）、乳幼児で約半数を占めており、年少児の割合が大きいことが示されている。しかし、これは一方では、小学生以上が半数を占めていることをも示しており、被虐待児の半分は学齢期の児童であり、学校での早期発見と対応が必要なことを意味しているともいえる。

3. 虐待の数と種類（表3）

児童相談所の虐待相談事例における虐待種別を見ると、身体的虐待が半数前後を占めているが、ネグレクトの相談が微増傾向にあることがわかる。ネグレクトは、わかりにくい虐待の種

類であり、その相談が増えていることは、児童虐待に対する意識の高まり、広まりが反映されているものと考えることができる。

一方、小林らによる全国調査では、子どもが受けた虐待の種類の数、1種類だけのものが80%と大多数を占めている。つまり、複数の虐待を受けている子どもは、被虐待児の20%ということになる。1種類だけの虐待を受けていた

子どもの中で虐待種別の割合を見ると、身体的虐待とネグレクトがほぼ同数で40%強を占めており、心理的虐待単独は少ないことが示されている。複数虐待例も含め、虐待数を延べ数で見たもので虐待種別の割合を見ると、心理的虐待が3割弱と増加している。個々の虐待種別ごとに、その虐待の中で単独の虐待だけだった割合を見ると、身体的虐待、ネグレクト、性的虐待

表2 全国児童相談所での虐待相談における被虐待者の年齢別構成割合

| | 0～3歳 | 3歳～学齢前 | 小学生 | 中学生 | 高校生・その他 |
|------|------|--------|------|------|---------|
| 15年度 | 20.1 | 27.2 | 36.5 | 11.7 | 4.4 (%) |
| 14年度 | 20.8 | 29.2 | 35.3 | 10.5 | 4.2 |
| 13年度 | 20.4 | 29.4 | 35.8 | 10.4 | 3.9 |
| 12年度 | 19.9 | 29.0 | 35.2 | 11.0 | 4.9 |
| 11年度 | 20.6 | 29.0 | 34.5 | 10.9 | 5.0 |
| 10年度 | 17.8 | 26.9 | 36.6 | 13.4 | 5.2 |

平成10年度～15年度厚生労働省社会福祉行政業務報告より作成

表3 事例化された児童虐待における虐待種別構成

1. 全国児童相談所における虐待の相談種別構成割合

| | 身体的虐待 | ネグレクト | 心理的虐待 | 性的虐待 |
|------|-------|-------|-------|---------|
| 15年度 | 45.2 | 38.2 | 13.3 | 3.3 (%) |
| 14年度 | 46.1 | 37.7 | 12.8 | 3.5 |
| 13年度 | 46.5 | 37.8 | 12.3 | 3.3 |
| 12年度 | 50.1 | 35.6 | 10.0 | 4.3 |
| 11年度 | 51.3 | 29.6 | 14.0 | 5.1 |
| 10年度 | 53.0 | 31.9 | 9.4 | 5.7 |

平成10年度～15年度厚生労働省社会福祉行政業務報告より作成

2. 平成13年度厚生科学研究・児童虐待の実態調査における虐待種別構成

1) 虐待種別数の構成割合

| 1種類のみ | 2種類 | 3種類 | 4種類 |
|-------|------|-----|---------|
| 80.0 | 17.5 | 2.4 | 0.1 (%) |

2) 虐待種別の構成割合

| | 身体的虐待 | ネグレクト | 心理的虐待 | 性的虐待 |
|-------|-------|-------|-------|---------|
| 1種類のみ | 43.4 | 43.1 | 9.8 | 3.6 (%) |
| 複数の虐待 | 51.3 | 46.2 | 28.9 | 4.0 |

3) 虐待種別における単独虐待の割合

| 身体的虐待 | ネグレクト | 心理的虐待 | 性的虐待 |
|-------|-------|-------|----------|
| 67.6 | 74.6 | 27.2 | 73.2 (%) |

文献1)より作成

では、おのおの70%前後であるのに対して、心理的虐待では27%となっており、心理的虐待は単独で生じることは比較的少ないことが理解できる。

結論として、事例化した児童虐待では、子どもが受けている虐待の数は1種類のみが80%で、複数の虐待を受けているのは20%である。虐待の種類では、身体的虐待とネグレクトがそれぞれ50%前後、心理的虐待が30%前後、性的虐待が4%前後となる。心理的虐待は、単独で受けていることは少なく、心理的虐待がある場合には、他の虐待も合併している可能性が70%前後でありうる、ということになる。

4. 虐待者

虐待をしている保護者は、洋の東西を問わず、実母が一番多い。いくつかの統計をまとめると、実母だけが60%、実父だけが20%、実の両親ともが10%、継父・養父が5%、継母・養母が1%、その他4%となる。その他には、同居人、祖父母、親戚、きょうだい、知人などが含まれる。

医療における児童虐待の位置づけ

医師の多くは、日常臨床の場で、たまたま偶然に虐待を受けた子どもを診ることが1回くらいはあるかもしれないが、そうした虐待状況へ、自分がなんらかの介入を行うことは、自分ではなく、「専門的立場」の人間が行う特殊なこと、という意識をもっていることであろう。しかし、そうではない。虐待が子どもたちに与える影響は、死亡、脳障害、反社会的行動、精神障害など、多彩であり、しかも、それらの多くは、医療の対象となる状態である。とくに、適切に対応されない場合、死亡や重篤な身体・精神の後遺症を残す可能性が高いことから、児童虐待は、髄膜炎や悪性腫瘍などと同様、予後不良な救急医療の対象と考えるべきものなのである。

つまり、児童虐待とは、医師にとって特殊な対象ではなく、『全ての医師が診断（発見）と初期対応に関する知識と技能をもっていることが要求される診療対象』なのである。

わが国におけるいくつかの問題点

1. 医療における問題

1) 児童虐待に対する意識不足

まずあげられるのは、児童虐待に対する医師の認識・意識不足であろう。もちろん、児童虐待に関する報道が少なくない現在では、ほとんどの医師は、児童虐待という用語やそれが示す状況の概要については知識をもっているといえる。しかし、複数の医療機関を経た後に虐待が判明する事例が少なくないことより、前述した意識にまで至っている医師は、残念ながらそう多くはないのが現状であろう。医師の認識が、必ずしも高くないのは、児童虐待の医療における位置づけについて、適切に教育されていないことが大きな要因の一つと思われる。

2) 研修体制の不備

現在、わが国の医学部教育において児童虐待のテーマは、小児科の系統講義の中で触れられているのがほとんどと思われる。現代の医学教育は、膨大な情報量の中から、いかに過不足なく必要最低限の知識を教示するかが大きな問題となっている。そのような状況下で、児童虐待の授業時間を確保するのは容易なことではないことは、理解できることである。これをカバーする方略を考える必要があるであろう。一つの方法として、救急医療に関する講義の中で、小児救急医療の対象として講義することは、医学生の印象に残りやすいものと思われる。

卒後研修体制も、児童虐待に関する研修内容は、残念ながら皆無に近い状況である。現在の研修体制では、スーパーローテートで小児科や救急医療部門を回ってきているときに、被虐待

児の鑑別を教えることが一つの方法として考えられる。児童虐待の系統だった講義までしなくても、鑑別できなければいけない「疾患」として教えることで、若い研修医は、少なくとも重要性は認識できていくものと思われる。

3) 「虐待診断学」の未確立

児童虐待は、親子関係の問題が中心であり、そのため、ややもすると心理的な側面だけに関心が集まる傾向がある。しかし、虐待を受けた子どもは、さまざまな身体的異状を呈する。そうした異常所見を適切に診察できなければ、いくら意識が高くとも見逃しが生じやすくなる。しかし、虐待による身体所見、検査所見に関して系統立った教科書も教育プログラムも、わが国にはまだ存在しない。外国のテキストを参考にしながらも、わが国の医師の経験と学識による「虐待診断学」を作っていくことが望まれる。その作業により、児童虐待に精通した医師の研修が可能となっていくであろう。

4) 診療費

虐待による身体的外傷自体は、通常の診療費を請求できる対象である。一方、虐待が疑われる、あるいは、確かな親に対して、小児科の診療の場で養育指導や親の心配事・悩み事の相談を時間をかけて行っても、その行為に対する診療報酬費の規定はない。児童虐待は、親の精神病理性が強くない場合、通常の育児支援の枠組みで対応することがある程度可能であり、また、そのほうが効率がよい場合も少なくない。つまり、程度が強くない児童虐待は、小児科医が育児支援の中である程度まで対応できる問題ということができる。小児科医がそうした役割を積極的に担っていくために、虐待している親を考慮に入れた診療報酬の設置が望まれるところである。

5) 医師の危惧への配慮の不備

ある程度意識がある医師であっても、児童虐待を疑った際、患児とその家族のことを通告す

表4 通告に関する医師の心配

1. 通告した後の面倒への心配・不安
2. 通告が守秘義務違反にならないかの不安
3. 虐待判断が間違っていた場合の通告責任への不安
4. 通告に対する保護者からの苦情・訴訟への心配
5. 周囲からの評判が下降することへの心配
6. 評判下降による患者数の減少への心配

ることは、ためらいを感じることはよくあることである。そのような場合、医師の頭にさまざまな思惑が浮かんでいることが多い(表4)。通告義務と通告しない場合の罰則がある米国ですら、同様の心配事により通告しない場合があるという。こうした心配事に対する法律上の免責規定や、公的機関による医師へのサポート体制などを整備することで、医師のより積極的な関与を引き出すことができるようになると思われる。

2. 虐待の判断機関の問題

欧米では、子ども虐待かどうかの判断は、裁判所で行われるのが普通である。裁判所における判断に際して、医師は子どもの状態に関して、専門的立場からの意見を求められる。医師からの報告書は、裁判官の判断の有力な根拠の一つとなる。

わが国では、子ども虐待の最終的な判断を行う機関、職種は決められていない。このことが、虐待事例への対応が後手に回りやすい背景の一つとなっている。いわば「お墨付き」がない状態で、事例に積極的にかかわることが躊躇されやすいからである。

欧米のように裁判所が判断するかどうかは、結論が出るまでに長時間かかるわが国の裁判状況では意見が分れるところではあるが、基本的には、虐待の最終判断を行うどこか公的機関を設定することが必要であろう。

3. 児童虐待対応専門機関の未確立

わが国では、児童虐待にかかわることを業務としている機関の中心は児童相談所である。し

かし児童相談所は、そのほかに、障害児の認定や心理判定、非行への対応など、いろいろな業務を抱えている。このため、児童虐待専任の人材がきわめて乏しい。また、そうした職種も児童相談所内における専任職のため、児童相談所の職務規程の中での業務、つまり、夜や休日は、原則として仕事ができない、ということになっている。このような体制では、24時間、いつ介入が必要となるかわからない児童虐待に、十分に対処できないのは明かであろう。また、専任機関がないということは、事例に対して最終的な責任の所在が曖昧になりやすく、不測の事態が生じやすいことをも意味する。

わが国においても、欧米のように、24時間体制の児童虐待対応専門機関を設置することが急務と思われる。

4. 親子への対応体制の不備

早期発見と子どもの心身の安全確保までの初期対応については、わが国でもノウハウが蓄積されてきている。そのため現在、わが国の虐待対応は、虐待を受けた子どもの心の治療と親の治療の段階に向かいつつある。しかしながら、その方法論はまだ確立されていない。

1) 治療体制の不備

虐待を受けた子どもは、さまざまな問題行動をおこしやすい。しかも、それは個人内にとどまらず、非行や犯罪などのように社会に支障をきたすものが少なくない。PTSDなどの神経症性障害は、医療あるいは心理の個人治療の枠組みで対応が可能であるが、反社会的行動に対する有効な治療論は、世界的にもまだ確立していない。非行や犯罪は、少なくともこれまでの医療モデルの対象とはなりえない。この状況は、親についても同様である。内在性 (internalizing) と外在性 (externalizing) の両方の問題に対処できる治療システムを構築していく必要があるであろう。

2) 人材の不足

治療に限らず、初期対応においてすら、かわる人の不足が叫ばれている。児童相談所は、増加し蓄積された通告例への対応に追われ、新規の事例に対処する余力を失いつつあるのが現状である。医療の場でも、子どもの心や行動の問題を評価し、治療できる機関や医師はきわめて少ない。臨床心理学においてすら、子どもを専門とする臨床心理士は多くはなく、医療と同様の状況である。

先に述べた教育研修体制の充実により、被虐待児や虐待する親に対処できる人材を育てるとともに、そうした人材が働く場を保障する制度の確立が望まれる。

3) 治療の恣意性の問題

わが国では、児童虐待防止法により、虐待した親に指導を受けることを勧告できることになっているが、それを実行させる強制力の裏づけはない。そのため実際には、親が指導や治療を拒否すれば、それ以上の対応を行うことが困難な状況にある。もちろん、現実には、関係者の努力により、ある程度の介入を継続させていることが多いが、本来の治療的かわりが困難なことは変りがない現状がある。親に指導や治療を強制的に受けさせることのできる法律や制度の改定が必要である。

4) 経費の問題

子どもと親の治療の経費を誰が負担するのかというのも大きな問題である。養護施設に入所している子どもの場合は、公的経費で賄うことができる。しかし在宅の場合、虐待している親が子どもの治療費をどこまで負担するかは心許ない場合が少なくない。また、治療を拒否している親に、さらに治療費を負担することを納得させることは、きわめて困難であろう。なんらかの形での公費負担の制度を検討する必要があると思われる。

5. 養護施設が抱える問題

1) 人の不足

現在、養護施設の職員数は、児童福祉施設最低基準第42条により、『児童指導員及び保育士の総数は、通じて、満三歳に満たない幼児おおむね二人につき一人以上、満三歳以上の幼児おおむね四人につき一人以上、少年おおむね六人につき一人以上とする』とされている。

虐待によりさまざまな心の傷をもっている複数の子どもへ一人の人間が対応するということは、一人の子どもへのかかわりが浅く少なくなってしまうことを意味し、子どもの心のケアや成長発達支援のためにも、不適切な状況と言わざるをえない。また施設職員の過度の負担は、ときに施設内虐待へもつながりかねない危険性をも含んでいる。最低基準の見直しが望まれるところである。

2) 子どもへの対応方法論の不備

わが国の養護施設における子どもへの対応方法論は、生活療法を中心として行われてきた。問題をおこした子どもへは、非を論し、反省を促すという手法が取られることが多かったように思う。しかし、施設入所児の半数以上が被虐待児という状況には、この方法論では十分な対応ができない現状になってきている。入所児の質の変遷に合せた新たな対応方法の構築が必要であると思われる。

6. 失敗事例・死亡事例から学ぶ体制の不備

いろいろな事情により、虐待を受けていた子

どもが死亡したり、重篤な後遺症をもつに至ることがある。これまでのわが国では、そのような場合、社会からの責任追及と当事者の責任回避の議論に終始することが少なくなかった。このような状況では、同じ過ちを繰り返しかねないであろう。子どもたちが自らの身でもって示してくれようとした問題点を十二分に検討し、責任論に陥らず、前向きな方向を示すような検討が行える体制が必要であろう。

●文 献

- 1) 小林 登：厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）児童虐待および対策の実態把握に関する総合的研究。平成13年度研究報告書，平成14年3月
- 2) 厚生労働省：平成15年度社会福祉行政業務報告。2004
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/03/kekka8.html>
- 3) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局：児童養護施設入所児童等調査結果の概要（平成15年2月1日現在）。平成16年7月
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/07/h0722-2.html>

著者連絡先

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1
総合研究棟D-216
筑波大学人間総合科学研究科
宮本信也

外性器をよく触る（男女）。オナニーか？

宮本信也*
Shinya Miyamoto

はじめに

思春期前，とくに幼児の性器いじりはまれなものではなく，健診や育児相談の場で話題にされることも少なくない。そのほとんどは，単なる習癖の範疇で考えられるものであり，特別の対応が必要とされることはない。ただし，まれに性的虐待を背景としているものがある。一見ありふれた問題であるだけに，年少児の性器いじりについての知識を整理しておくことは意味があることである。

1. 心配のいらぬ性器いじり (表 1)

1. 概要

幼児期の性器いじりのほとんどは，習癖と捉えることができるものである。習癖とは玩弄癖ともいい，何かをいじる癖のことをいう。髪の毛，指，性器など，自分の体をいじることが多いが，ボタンなど他の物をいじることもある。以前は，神経性習癖といわれたり，幼児の「神経症」とまでいわれたこともあるが，基本的には，習慣化して半ば無意識的に出ている行動，つまり癖と考えてよいものである。

2. 疫学

幼児の性器いじりは，わが国では2～8%と報告されている。男児のほうが多い。性器の解剖的特徴から，男児のほうが弄びやすいためと思われる。

3. 成 因

一般に，習癖の成因を考える場合，2つの要因に分けて考えるのがよい。1つは，その習癖をひき起こす

表 1 心配のいらぬ性器いじり

| | |
|--------|--|
| 1. 疫学 | 1) 有病率 3歳児の8% (阿部, 1978) 幼児から学童前半の2～3% (上村, 1982) |
| | 2) 性差 男児に多い (男:女 2:1) |
| | 3) 好発年齢 3～6歳 |
| 2. 成 因 | 湿疹やおむつかぶれによる痒みや不快感，手持ち無沙汰などを契機として，偶然に習慣化する場合がほとんどである。思春期以降のものとは，本質的に異なる。 |
| 3. 症 状 | 性器をいじる，こする，椅子や床など物にこすりつける。 顔面が紅潮し，息づかいも荒くなることがあり，まれにてんかん発作などと混同されることがある。 |
| 4. 経 過 | 学童後半期までには，ほとんどのものが消失する。 |
| 5. 対 応 | 1) 叱責はしない。 2) 湿疹など，局所的問題のチェックと治療 3) 日常生活，集団生活上でとくに問題がほかになければ，以下が対応の基本 ① 性器いじりを見たときは，ほかの遊びや作業・活動に誘導 ② 日常的に，年齢相当の遊びの機会や親と一緒に何かをする機会を増やす。 ③ 不安・緊張感を子どもに与える状況があるときはその環境調整 |

きっかけになった要因（誘因）であり，他の1つは，誘因で偶然生じた習癖を長引かせている要因（持続要因）である。この2つは，別々のものである場合が普通である。しかし，誘因がそのまま続いているという状況のように，両者が同一のこともある。さらに，習癖が長期間続くと，持続要因がなくなっても，癖として定着してしまうこともある。

性器いじりの場合，おむつかぶれや湿疹，外陰部炎などがあり，そのかゆみや不快感などが誘因となっ

* 筑波大学大学院人間総合科学研究科
〒305-8577 つくば市天王台 1-1-1 D-216
TEL/FAX 029-853-3977
E-mail: smiyamot@human.tsukuba.ac.jp

ていることもある。そのほか、男児の場合、入浴時や手持ちぶさたのときなどに、性器に偶然手が触れることがきっかけとなることもある。

一般に、習癖の場合、手持ちぶさた、つまりは、放置されているときや、不安・緊張感が強いときにしやすいことが知られており、そうした状況が頻回にあると、そのことが持続要因となっていく。もちろん、性器いじりの場合、おむつかぶれ・湿疹などが続いているときは、それらも持続要因となることがある。

4. 症状

症状の中心は、性器を直接いじっているというものである。そのほか、こする、両太腿をくっつけて力を入れる（擦り合わせる）、椅子や床などに性器の部分をかすりつけるなど、思春期の自慰行為と類似の動作が見られることもある。

幼児期でも、性器に対する物理的刺激によりある種の快感が生じるといわれている。そのため、その感覚に没頭してしまい、ボーとしていたり、顔面が紅潮したり、息づかいが荒くなることもある。そのようなときには、呼びかけてもすぐには反応しないこともあり、まれにてんかん発作などと混同されることさえある。なお幼児期には、精通して精液が出ることは通常はない。

性器いじりを叱責されることが多いと、隠れてやるようになることは少なくない。これは、隠れて性器いじりをしたいというよりも、叱られるから隠れてやるようになる、と考えたほうがよいであろう。

合併症としては、外性器周辺の炎症（亀頭包皮炎、外陰腺炎など）を生じ、分泌物をみることがあるが、まれである。

5. 対応

習癖に対する一般的対応の原則は、その習癖行動を止めさせようとする直接的な対応をしない、ということである。具体的には、習癖を直接ことばに出して注意したり、叱責したりすることはしないということである。ましてや、体罰は論外である。習癖を直接注意することは、習癖を子どもに意識させることになり、かえって持続させてしまう結果になりやすい。

まず考えることは、性器いじりを持続させている身体的な問題がないかどうかを確認することである。

もし、湿疹や外陰部炎などがみられたならば、その治療を行わなければならない。

性器いじりがみられるものの、頻度もそれほど多くなく、日常生活や集団生活でほかに特別の心理・行動面の問題がみられなければ、対応の基本は2つである。

性器いじり自体に対しては、ほかの遊びや手伝いなど、手を使う他の活動に子どもをさりげなく誘導するという対応を行う。

そして、普段の生活で、習癖を持続させている要因への対応を考える。通常の習癖を維持させている要因は、手持ちぶさたや退屈な状況か、不安・緊張感を感じさせる状況のどちらかのことが多い。前者に対しては、その子どもの年齢相当の遊びの機会や、親が子どもの相手をして遊ぶ機会などを増やすことを考える。一方、後者の場合、たとえば親が一方的に怒っていることが多いなど、明らかに子どもが不安・緊張感を感じる状況がある場合には、その状況の調整を考えることになる。

いずれにしても、幼児期の性器いじりは、ほとんどが学齢期以降消失するので、あまり心配しない様子を見るよう親に助言するとよいであろう。

II. 少し注意が必要な性器いじり (表2)

1. 概要

性器いじり以外の問題はほとんどみられないが、性器いじりの回数が多い、1回の時間が長い、場所をわきまえずに行うなど、執拗な性器いじりがみられる場合には、ある程度注意が必要である。養育状況に問題がみられることがあるからである。

2. 背景

家庭であまりかまわれていない状態があることが多く、愛情への欲求不満、寂しさ、不安感の代償行為として性器いじりが定着していることが考えられる。保護者は、子どもへの愛情はそれなりにもってはいるが、多忙や病気などにより、結果として子どもと接する時間が少なくなっている状況がみられる。消極的ネグレクト状態ともいえるものであるが、明らかに子ども虐待とはみなされない程度のものである。明らかに子ども虐待がある場合には、性器いじり以外の情緒・行動面の問題が多くなる。

表 2 少し注意が必要な性器いじり

| | |
|-------|---|
| 1. 概要 | 執拗な性器いじりがみられるが、他の情緒・行動面の問題がみられないか、あっても軽いもの。両親の多忙など、家庭で消極的ネグレクト状態にあることが少なくない。 |
| 2. 症状 | 「1)」のみ、あるいは、「1)+2)」 1) 性器いじり 回数が頻回であり、場所をわきまえず行う。 2) 合併する問題 内気、引っ込み思案、友達と遊ぼうとしない。 |
| 3. 対応 | 1) 叱責はしない。 2) 性器いじり自体には ① 性器いじりをみたときは、ほかの遊びや作業・活動に誘導 ② 大人が間に入って他児と遊ぶ機会を増やす。 ③ 幼稚園・保育園では、教師・保育士が相手をする時間を増やす。 3) 保護者に対して ① 子どもへのちょっとした「ことばかけ」を増やす。 ② 子どもと一緒に何かをする時間を増やす(家事でもよい)。 |

3. 症状

執拗な性器いじり以外は、引っ込み思案で子ども集団に自発的に入れない状況がみられることがある。

4. 対応

子どもに対する対応は、基本的には、通常の性器いじりへの対応と同様であるが、そのほか本人の寂しさを受けとめる意味で、幼稚園などであれば、教師らの大人が積極的に関わってあげる対応もよいと思われる。

保護者に対しては、子どもと接する時間が少ない状況での親のつらさに対する共感を示しながらも、子どもと過ごす時間を増やしてもらうように働きかけるとよいであろう。

Ⅲ. 見逃してはいけない性器いじり (表3)

| | |
|-------|--|
| 1. 概要 | 執拗な性器いじりに加えて、さまざまな情緒・行動面の問題を合併する場合は、かなりの注意が必要である。背景に強い情緒的混乱があることが多く、迅速で適切な対応を必要とすることが多い。 |
|-------|--|

表 3 見過ごしてはいけない性器いじり

| | |
|-------|---|
| 1. 概要 | 執拗な性器いじりに情緒・行動面の問題を合併するもの。性的虐待やネグレクトなどの不適切な養育状況や何らかの性被害が背景となっていることがほとんどである。 |
| 2. 症状 | 「1)+2)」が基本 1) 性器いじり 回数が頻回であり、場所をわきまえず行う。 2) 合併する問題 ① 性的虐待・性被害を思わせる問題 他児や大人の身体に性器をこすりつける 他児やししば大人の性的部分を触ろうとする。 性器(女児の場合は胸を含む)を他児や大人に見せようとする。 性行為を思わせるようなしぐさをくり返す、性的言動が多い。 大人に媚びるような仕草をする。 親があまり問題にしようとなし(性的虐待の場合)。 ② ネグレクト・心理的虐待を思わせる問題 緊張し硬い表情で人にうち解けにくい対人行動 過度の馴れ馴れしさ 同年代と遊ばず、年下や弱い子をいじめる。 寡黙傾向 不潔な衣服・皮膚・頭髮 小柄な体格(低身長、やせ) |
| 3. 対応 | 1) 子ども虐待状況の有無、程度の検討を行う。 ① 性的虐待・性被害についての検討 ② ネグレクト・心理的虐待についての検討 2) 家庭から離して(母親の実家などへ)様子を見る。 3) 子どもに対して ① 叱責はしない。 ② 安心感を与えることばかけをする。 ③ 性器いじりの際は、ほかの遊びに誘導する。 ④ 子どもの年代にふさわしい遊びへの働きかけを行う。 |

2. 背景

性的言動が多いということは、子どもの情緒的混乱が性的な事柄と強く関連している、具体的には、子どもが性的情報や性的刺激に頻繁に曝露されていることを思わせるものである。通常の性的発達を考えた場合、幼児の段階で、自発的に性的情報や刺激に頻繁に接触するということは考えられない。した

がって、そのような状況は、子どもの周囲から子どもに一方的に与えられていることを考えさせるものとなり、性的虐待や何らかの性被害がある可能性が高いことになる。

そのほか、ネグレクトや心理的虐待を受けている子どもでも、性器いじりに没頭することがある。幼児でも性器いじりによる快感はあるので、放置され、心が満たされない状況に対して、そうした感覚へ浸ることで気持ちの空虚感を賄おうとする、固執的・常同的な感覚運動遊びレベルでの代償行為と考えられる。

3. 症状

性器いじり自体は、頻度が多く、1回の時間も長く、没頭しきっているという感じを与えることがあり、前述したような、発達段階で一過性にみられる幼児の通常の性器いじりとは、かなり異なる印象を与えるものが多い。

性器いじり自体の問題のほかに、背景となっている事柄により、特徴的な状態がみられることも少なくない。性的虐待や性被害が背景にある場合、性的言動が多くなり、まれに性行為を連想させるような行為までみられることもある。ネグレクトや心理的虐待が背景にある場合には、硬い表情で他人を寄せ付けない態度か、反対に、大人なら誰にでも馴れ馴れしく寄ってくる態度のどちらかが見られることが多い。

4. 経過

早期に適切に対応されなければ、心理的影響は大きく、被虐待児として、さまざまな情緒・行動・精神面の問題が生じてくる。思春期以降は、性的逸脱行為や反社会的行動さらには精神障害などを併発してくることもありうる。

5. 対応

子ども虐待の有無、性質、程度の確認を行うことが何よりも先決する。具体的には、児童相談所、福祉事務所、保健所・保健センターなどに連絡し、ケース会議の開催を依頼する。ケース会議では、各機関がその家庭に関する情報をもちより、虐待に関する検討を行う。虐待かどうかははっきりしなくても、少なくとも、性器いじりと他の性的言動が頻繁に認められるときには通告してかまわない。性的虐待は、家庭分離が原則であるので、性的虐待が疑われたときには、家庭からの分離を考える。基本的には、子ども虐待への対応の原則に準じる。

そのほか、子どもに対しては、表3のような一般的対応を行う。

おわりに

性器いじり自体はよくみられるものだけに、心配されながらも、重大視されることは実際には少ないものである。しかしながら、性的虐待などの深刻な問題が潜んでいることもあり、性器いじりに他の行動面の問題が合併している場合には、背景要因を慎重に検討する必要があるであろう。

* * *

特集 第46回日本小児神経学会総会

シンポジウム I : 発達障害児の早期診断と早期介入について

序 論

加我 牧子¹ 諸岡 啓一²

従来から発達障害医学領域においては、障害を早期に発見して診断し、介入することにより発達促進をはかることが期待されてきた。乳幼児健診はわが国が世界に誇れるシステムであり、この健診システムの中から乳幼児期に生じる多くの疾患を早期に発見し、早期に治療しようという試みはおおむね成功をおさめてきたといえる。

しかし、乳幼児健診の効能は疾患の早期発見だけでなく、母親を中心とした家族への育児支援の輪を広げることにより、発達障害についてはこの点が特に強調される。発達障害では臨床症状が明らかになる時期はかならずしも乳幼児健診の時期ではなく、むしろ後にずれることが多い。その上同じ疾患でも重症度が異なり、集団の中ではじめて疑診をおかれることも多い。このため、幼稚園や保育園あるいは就学後に医療機関を紹介され受診する場合がしばしばある。

発達障害の大きな課題である自閉症については早期診断・早期介入の重要性はほぼ常識となっており、早期に診断され療育された児の予後は大きく改善しているという。しかし、早期診断が行えても早期介入の恩恵を受けられる子供ばかりでないことも確かである。橋本俊顕先生は自閉症状の有無の診断を養育者の記憶にたよるチェックリストに依存するだけ

でなくホームビデオを用いた早期徴候確定方法の確立に向けて検討を始めておられる。橋本先生はこれに加えて生活の構造化による自閉症児への療育の重要性を示された。

言語発達遅滞については諸岡啓一が、言語理解、対人関係の三側面の評価の重要性を示し、原疾患の綿密な診断を行う必要性について述べた。精神遅滞については専門家であっても初診時の印象だけで診断すると26.6%の誤診率であることを加我牧子が報告し、各種検査も考慮した上での的確な診断の必要性を述べた。さらに精神遅滞では必ずしも早期診断・早期治療が最善とはいえないことがあり、専門家の目で見ての適時診断・適時介入の重要性を述べた。

注意欠陥/多動性障害(AD/HD)と学習障害(LD)の早期発見については小枝達也先生が5歳児健診の重要性を説かれた。すでに鳥取県内では5歳児の発達相談の形をとって事業として実施し、受診率も年々増加していることを報告された。「ちょっと気になるこどもたち」の3歳までの健診では言語発達の評価が大きな問題であり、5歳児健診では行動統制力の有無を検討し、就学に向けた心構えを喚起することが大切であり、育児支援のための発達相談、教育相談としての機能が重要だとされた。

神山 潤先生はさらに、発達障害児によくみられる睡眠障害について解説された。ご自身の豊富な研究成果の中から発達障害児の睡眠覚醒リズム障害、早朝覚醒、夜間覚醒など中途覚醒、睡眠の断片化、睡眠時無呼吸などについて述べ、検査の重要性とその対策について述べられた。さらに近年相談件数が激増しているものの、小児科医、小児神経科医にとっては対応に困惑することの多い行為障害については中村道子先生が診断基準について述べた。さらに生物学的、心理学的、社会的要因が複合している

見出し語 自閉症, 精神遅滞, 学習障害, 言語障害, 行為障害

¹ 国立精神・神経センター精神保健研究所知的障害部

² 東邦大学医学部小児科

連絡先 〒272-0827 市川市国府台 1-7-3

国立精神・神経センター精神保健研究所
知的障害部 (加我牧子)

E-mail: kaga@ncnp-k.go.jp

(受付日: 2004. 11. 9)

ことが多いもののこの3視点に分けて分析する必要があると強調された。予防対応が重要であり、多機関の連携・協力が必要であり、行為障害の前段階である反抗挑戦性障害に注目して、予防するための働きかけを行いつつ各職種の役割分担をしながらサポート体制を構築すべきであると述べられた。

今まで自閉症、言語発達障害、精神遅滞、注意欠陥/多動性障害や行為障害は小児神経科の専門領域外

と考えられがちであった。しかし現在では私たち小児神経科医の診療対象の大部分がこのようなタイプの発達障害の子供たちで占められるようになってきている。従って本シンポジウム開催の意義は大きく、会場は会員で満ちあふれており大盛況であった。企画された青木継稔会長はじめ各先生方、演者の先生方、ならびにご参加いただいた学会員の皆様に感謝するしだいである。

Early Diagnosis and Early Intervention in Children with Developmental Disorders: Introductory Remarks

Makiko Kaga, MD and Keiichi Morooka, MD

Department of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health,

National Center of Neurology and Psychiatry, Ichikawa, Chiba (MK) ;

Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Toho University, Tokyo (KM)

Developmental disorders such as mental retardation, language disorders, autistic disorders, learning disorders, attention deficit/hyperactivity syndrome and conduct disorders are an important part of our daily practice in child neurology. Early diagnosis and early or timely intervention in these kinds of developmental disorders were stressed and family support in child-rearing was emphasized in this symposium. In addition to the above, sleep disorders in developmental disorders were discussed.

No To Hattatsu 2005;37:122-3

特集 第46回日本小児神経学会総会

シンポジウム I : 発達障害児の早期診断と早期介入について

精神遅滞

加我 牧子 稲垣 真澄 田中 恭子 堀口 寿広

要旨 精神遅滞 (MR) については, ①専門医であっても初診時の印象だけでは MR の正確な診断が行えない場合がある, ②検査しなければわからない疾患を有していることがありうる, ③自閉症が含まれている可能性があることが調査より判明した. 診断の場を受診することで, 早期療育の手がかりが得られることも分かり, 早期診断の意義は大きい. しかし軽度~中等度 MR では「早期」に診断されるとは限らないため, 適切な時期に持続的・断続的に行う支援の重要性を意識している必要もある.

小児神経科専門医の関わる MR は重度に偏ることが多く, 医学モデルとして考えることは当然であるが, 社会モデル・生活モデルとしての視点も重要であると考えられる.

見出し語 精神遅滞, 自閉症, 診断, 介入時期, 医学モデル, 社会モデル

はじめに

通常どのような疾患でも治療効果や治癒率向上のため, 早期診断や早期治療によるメリットが強調される. しかし, 精神遅滞 (知的障害, mental retardation; MR) の場合, フェニルケトン尿症やガラクトース血症, 甲状腺機能低下症などガスリー法で診断される特定の内分泌・代謝疾患を除くと, 早期治療をしたからといって精神遅滞そのものが治癒することはありえない. そのような病態においては必ずしも「早期」にこだわるのではなく, 「適切なタイミング」に「適切な関わり」つまり環境調整や, 断続的あるいは持続的な介入を行うように考慮することも重要と思われる. 本シンポジウムのテーマは「発達障害児の早期診断と早期介入」であるが, あえて MR 児の「適時診断と適時介入」の必要性や

「適時」とは一体いつであるべきなのか等, それらの意味について述べていきたい.

I MR の診断時期について

MR に対する早期診断と早期介入について, 乳幼児健診場面でも多くの努力が注がれてきた. しかし軽度の MR 児は3歳児健診では見出しにくく, 往々にしてスクリーニングを通過してしまう. そこで早期診断・早期療育でいう「早期」というのはいつのことなのかを考えていく必要があると思われる.

まず我々は MR の診断時期に注目し, 診断を確定し, 診断名と療育方針さらに長期的な予後についての情報を家族に伝える立場にある発達障害専門医・病院に対して次のような調査を行った^{2)~4)}.

すなわち, 初診時に MR を疑ったお子さんを専門医が実際に診療して, 1) 初診時の主訴はどのようなものがあるか? 2) MR の重症度と受診の時期に関係はあるか? 3) 最終診断名は何であったか? の3点について検討した. 対象児は発達障害専門外来のある関東・東海圏の4医療施設に対して言葉の遅れなどの主訴で最近5年間に受診し, 初診時に専門医によって MR を疑われた196名であり, 後方視的なカルテ調査を行った. なお, 本研究の対象児は特

国立精神・神経センター精神保健研究所知的障害部

連絡先 〒272-0827 市川市国府台1-7-3

国立精神・神経センター精神保健研究所知的障害部 (加我牧子)

E-mail: kaga@ncnp-k.go.jp

(受付日: 2004. 11. 9)

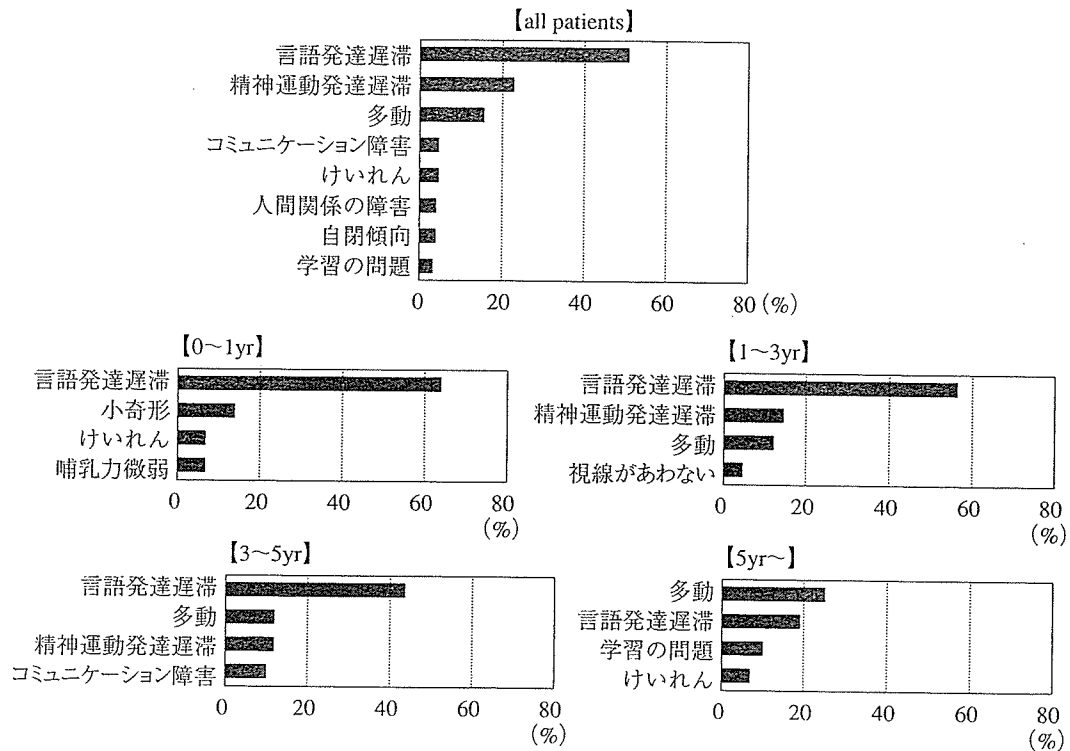


図1 初診時主訴

定の疾患を示唆するような理学的所見を有さない児とした。

1) 初診時の主訴について (図1)

年齢によって異なるものの全年齢を通じて言語発達遅滞が最も多く、ついで精神運動発達遅滞、多動が多くなっていた。

2) 精神遅滞の重症度と発達歴、初診時の年齢の関係 (図2)

MRの程度が重いほど発達のマイルストーンが遅い。初診時年齢については平均で4.8 ± 3.5歳、軽度5.4 ± 3.5歳、中等度4.9 ± 4.8歳、重度3.8 ± 2.3歳であり、精神遅滞が重度なほど初診時の年齢が早いことがわかる。つまりMRの程度が重いと早く受診し、その結果早く診断がなされることにつながっている。逆に言うと、MRの程度が軽い場合には、就学年齢近くならないと病院を受診するほどの困難は生じないものと思われる。これらの事実はお子さんのMRが重いほど、ご家族は困難な点を早く自覚されるということを示している。

3) 最終診断名について (表1)

複数の診断名を含んだ結果を表1に示した。MR (境界例を含む) が167名85.2%と多い点は当然とい

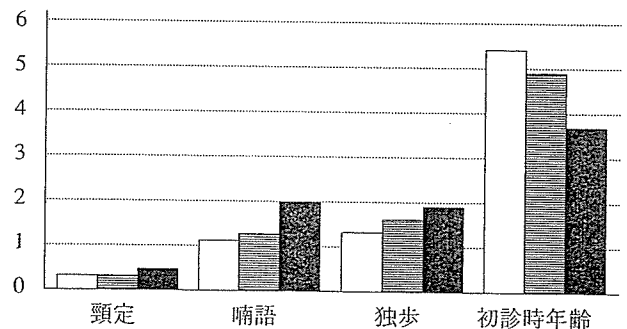


図2 発達歴および初診時年齢

□ 軽度 29人, ▨ 中等度 24人, ■ 重度 14人

えるが、自閉症、Asperger症候群を含む広汎性発達障害(86名43.9%)がそれに続いていた。てんかんは18名9.2%であった。このほか、染色体異常が8名(4.1%)に診断されており、いずれも転座や逆位など比較的小さな異常ではあるが、検査を行ってはいじめてわかるものであり、MRの遺伝学的要因として注目すべきと思われる。また、MRの有無という点からみると、専門医が初診時にMRと診断したにもかかわらず実際はMRでなかった症例が29名存在したという結果も重要である。このうち10名は自閉症であった。なお、境界知能は定義上、MRで

表1 最終診断

| 症例数 (%) | 診断名 |
|-------------|--|
| 167人 (85.2) | 精神遅滞 境界27人, 軽度43人, 中等度41人, 重度22人, 最重度3人, 程度不明32人 |
| 86人 (43.9) | 広汎性発達障害 (自閉性障害, Asperger 障害, 傾向・疑いを含む) |
| 18人 (9.2) | てんかん |
| 8人 (4.1) | 染色体異常症 (47,XY,Y/46,XY,Inv(9)(p11q13)/46,dup(8)(p11.2q21.1) 等) |
| 7人 (3.6) | 注意欠陥/多動性障害, 多動性障害 |
| 3人 (1.5) | 学習障害 |
| 2人 (1.0) | 発達性言語障害, Cornelia de Lange 症候群, 脳梁欠損症, 脆弱 X 症候群 |
| 1人 (0.5) | 発達性構音障害, 発達性運動障害, 行為障害, 視覚認知障害, 難聴, 脳性麻痺, 脳過誤腫, Charcot-Marie-Tooth 病, Leigh 脳症, Sotos 症候群, Klinefelter 症候群, Kabuki Make-up 症候群, Angelman 症候群, CATCH22 |
| 29人 (14.8) | 知的障害なし (自閉症 10名 (34.5%)) |

複数診断名がついている場合はそれぞれをカウント

はないため, これらを除くと対象の 27.6%は MR がなかったということになる。以上の結果から, 初診時の印象だけで MR の診断を行うことは危険であり, 発達検査, 知能検査を含む評価により正確な診断を行う必要があることがわかる。

II 専門医の考える治療・療育・教育との連携について¹⁴⁾

小児神経学会会員の先生方にもご協力をいただき, 療育や教育の場との連携についての考え方や方針について調査研究を行ったので, その結果について述べていきたい。

1) MR の患者さんについて, 医師が診断や直接の治療のみでなく療育や教育機関と連携協力するつもりがあるかどうかを調べるため, 架空の症例を呈示してどのような対応を考えるかを検討した。また, MR の患者さんについて実際にどのような連携や協力が行われているかについても調査した。

架空症例の呈示: 3名の架空の症例を呈示した。症例1は熱性けいれんや小奇形があり, MR の基礎疾患がありそうなお子さんで, 症例2は自閉症を思わせる症状があることにした。症例3は基礎疾患を持たない MR を考えさせるようなお子さんとした。これらのお子さんの療育のためどのような方策を考えるかを調査した。

その結果, 症例1に対しては, けいれんの治療方

針の説明をする以外に, 通園施設を紹介し, 児童相談所などとの連携を検討し, 家庭ではさまざまな生活体験をさせるとの回答を得た。症例2については, 自閉症専門の施設や療育グループ, 家族会を紹介し, 通園施設や療育センターとの連携を検討し, 構造化療育や薬物療法も考慮するとの結果が多かった。症例3については, 集団保育の利用や療育センターを紹介し, 言語療法や作業療法を検討するなど, どのお子さんに対しても療育関係の施設の紹介や連携を考えているとする回答者が多かった。特に自閉症を思わせるお子さんについては自閉症をターゲットとした施設やグループを検討すると回答された先生方が多くみられた。これらの結果は, 本学会員の多くは診断の場面にいらしたお子さんを療育の場につなげることを意識して診療していることを示している。

つぎに実際どのような連携協力が行われたかについての調査結果を示す(図3)。MR の程度が重症なほど医療機関からの来院がふえ, 紹介状を持たない来院者は少なくなる。そして, MR の程度にかかわらず, 受診後は原則として紹介元の施設に戻るものの, 療育施設や福祉施設への紹介が追加されることが示された。つまり MR の診断に際して医師は診断のみではなく, 療育や教育の場を紹介していた。今回の調査では紹介後のフォローアップ体制についてのデータが得られていないが, 療育や教育の場への紹介後は医療機関との間のフィードバックがかり

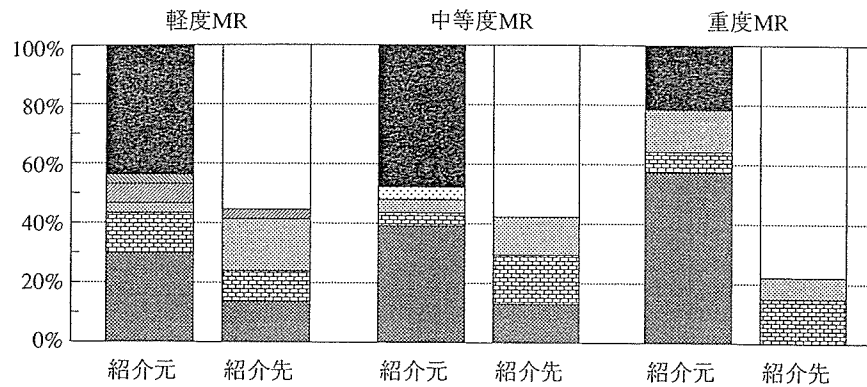


図3 連携機関との関係

■ 直接受診, □ その他, ▨ 行政, ▩ 教育, ▪ 療育, ▫ 福祉, ▬ 医療

にくくなることも考慮しておく必要がある。

Ⅲ 症例提示

病院を受診するかどうかはひとえに本人あるいは家族の心配の程度や生活の中での困難度、困り具合によるはずである。ここでは、早期診断・早期療育という立場から対極にあると思われるMR症例を呈示する。

症例 21歳，女性（家事手伝い）。

診断 中等度MR，低出生体重児。

家族歴 健康な両親の間の第二子。兄弟も健康。

発達歴 在胎36週2,200gで出生した。仮死なし。発育発達に問題なかったという。

現病歴・教育歴 小学校3年になって九九を覚えるのが苦手なことに気づいた。成績は下の方だったがついていけていた。中学高校は一貫性の私立学校へ入学し、卒業した。その後、調理専門学校へ入学したが、調味料の量を覚えられず苦勞した。家族との約束の時刻を覚えられないが、電話番号は覚えられ。日常生活は自立しており、買い物や外出、交通機関の利用に不自由ない。アルバイトの面接には合格できなかった。両親が学習障害など特殊な脳機能の異常を疑い、詳しい脳機能検査を求めて外来を受診された。

現症 理学的に特記すべきことなし。

臨床検査所見

1) 心理学的検査：WAIS-Rでは中等度MRレベル（VIQ 56, PIQ 46, FIQ 44）であり、言語理解の評価点は6であったが、数唱の評価点が1と最も低いランクであった。Raven色彩マトリクス検査でも

19/36とMRレベルと判断された。グッドイナフ人物画は12歳の発達レベルであった。標準失語症検査の計算の項目で、足し算は5/5と全部できていたが、引き算は1/5、かけ算は2/5、わり算は1/5と極めて低得点であった。このほかに「口頭命令に従う」、「文章の復唱」など、課題が長く複雑になると正確に再生できず、聴覚的な記銘力や記憶力が必要な項目の点数が低かった。

Reyのauditory verbal learning testは7-7-8-8-12-B8-遅延再生10、再認12と聴覚言語記憶力も低めであり、検査時の学習効果は認められたが不十分であった。Benton視覚記銘検査は正常範囲であった（正確数5、誤謬数5）。Reyの複雑図形の模写は35/36、即時再生は31/36、遅延再生は28/36といずれも良好であった。以上の検査より、中等度のMRがあり、視覚的記憶力は比較的良好なものの聴覚的記憶力にも問題があると考えられた。

2) 脳波、頭部MRIおよび染色体検査：いずれも異常を認めなかった。

その後の経過 両親に対して、本例はMRであること、日常生活の不自由がなくても社会生活を円滑に行うためには多少とも援助が必要であることを伝えた。福祉の援助の可能性もあることを話して、現在の状態について了解を得た。

Ⅳ 考察

2001年5月に世界保健機関（WHO）において国際障害分類が改訂され、「国際生活機能分類：ICF」として正式に採択された。この新しい国際生活機能分類は個人個人について、心身機能と身体構造、活

動と参加水準、そしてそれらに影響を及ぼす環境因子などについて約1,500項目に分類して記述表現しようというシステムであり、健常者でも障害者でも、ヒトとしての暮らし方をプラスの方向からみようという考え方に基づいている⁹⁾。このICF分類をMR、知的障害にあてはめることは困難な点も多いが、現在そのような試みはすでに始まっている¹⁰⁾。

本例のように、軽度から中等度のMRであっても家庭や学校での配慮が行き届いている場合は、生活上特別に困ることはなく、スケールの小さい社会環境ならば充分適応できていると言える。すなわちICFの立場からみると、心身機能としてはMR、知的障害という問題点があっても、家族や周囲の方々の支援つまり良好な環境因子のために、幼小児期から学齢期の間は大きな問題が生じないですんでいたのが、おそらく主訴としての数の操作だけではない問題も明らかとなり就職、就労という段階になると社会適応、社会生活への参加の面での制約が出現してきたと考えると分かりやすい。軽～中等度MRで行動上の問題がない場合には、乳幼児健診でチェックされないまま、通過してしまうことが多いため早期診断・早期介入というわけにはいかないが、その人にとって適切な時期に適切な介入と援助を行うことは必要であり、また、有意義であると思われる。本症例の場合、就職を考える時、つまり学校を卒業するときまでに援助や介入ができていれば現状がより改善していた可能性はあると思われる。

個人の障害を考える時、「医学モデル」と「社会モデル」という言葉が使われることがあり、国際障害分類から国際生活機能分類(ICF)への転換は前者から後者への発想の転換が基礎にあるように思われる。医師、特に小児神経科医師として発達障害の診断・治療・療育に携わる際には医学モデルを無視することはできないが、社会モデルの視点も必要ではないかと思われる。呈示した成人例はMRという医学的診断、すなわち医学モデルのみだけの考え方では本人の社会適応について考えることは難しく「生活モデル」という発想も併せて必要になると思われる。

平成16年12月、国会では発達障害者支援法案が可決された。この法案は、発達障害の早期発見とそれに続く教育、就労、生活の支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的としている。つ

まり、乳幼児期から学童思春期・成人までを見越しての様々な支援を想定している法律である。このような状況において私たち小児神経科専門医は、MRに対しても長期的視野に立った医療的・社会的・生活的支援を考えることが求められていると言えよう。

おわりに

精神遅滞(MR)については、①専門医であっても初診時の印象だけではMRの正確な診断が行われない場合があること、②検査しなければわからない疾患を有していることがありうること、③自閉症が含まれている可能性があること等が調査より判明した。また、診断の場を受診されることによって早期療育の手がかりが得られることも分かり、早期診断の意義は当然のことながら大きい。

また、診断された時だけでなく診断が疑われた段階で育児支援の立場から早期介入を行うことは重要だと思われるが、それ以上に適切な時期に持続的・断続的に行う支援の重要性についても意識している必要がある。

小児神経科専門医のかかわるMRは重度に偏ることが多く、医学モデルとして考えることは当然であるが、社会モデル・生活モデルとしての視点もともに重要であると考えられる。

本研究の一部は平成12～14年度厚生労働科学研究 知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究(主任研究者:加我牧子)によって行った。杉江秀夫先生はじめ調査にご協力いただいた日本小児神経学会の会員の先生方に深謝いたします。

文 献

- 1) 加我牧子, 堀口寿広, 稲垣真澄. 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究. 第1報 精神遅滞の診断に用いられる検査と連携先についての現状調査. 脳と発達 2002;34:235-42.
- 2) 堀口寿広, 加我牧子, 稲垣真澄. 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究. 第2報 発達障害の診断に用いられる遺伝子検査の現状調査. 脳と発達 2002;34:313-7.
- 3) 田中恭子, 堀口寿広, 稲垣真澄, 加我牧子. 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究. 第3報 医学的診断検査の選択および有所見率の実態調査. 脳と発達 2003;35:373-9.
- 4) 田中恭子, 堀口寿広, 稲垣真澄, 加我牧子. 精神遅滞の医学的診断と療育連携に関する研究. 第4報

- 専門外来における精神遅滞児の医学的検査指針について. 脳と発達 2004;36:224-31.
- 5) 世界保健機構 (WHO). 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—. 東京: 中央法規, 2002.
- 6) 稲垣真澄. 平成 14 年度厚生労働科学研究「知的障害者の社会参加を妨げる要因の解明とその解決法開発に関する研究」統括・分担研究報告書. 2004.
- 7) 堀口寿広, 稲垣真澄, 加我牧子. 発達障害児に対する医療・福祉資源の活用と連携の現状. 第2報 社会的支援サービスの利用状況について. 脳と発達 2004;36:365-71.

“Early” Diagnosis and “Early” Intervention in Children with Mental Retardation — When is Early Enough to Diagnose Them ?

Makiko Kaga, MD, Masumi Inagaki, MD, Kyoko Tanaka, MD and Toshihiro Horiguchi
*Department of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health,
 National Center of Neurology and Psychiatry, Ichikawa, Chiba*

Patients with mental retardation (MR) cannot always be diagnosed accurately by physicians who are specialized in child neurology and/or developmental disorders at their first visit to the clinic. Precise examination such as psychological tests and chromosomal analysis are often necessary to diagnose them. Some patients with autistic disorders without MR often are misdiagnosed as having MR. Patients with mild to moderate MR are sometimes diagnosed late in their late teens or twenties. Timely diagnosis and timely/continuous intervention is more important than early diagnosis and early intervention for the mentally retarded.

No To Hattatsu 2005;37:139-44