

はじめに

本冊子「軽度発達障害児に対する気づきと支援のマニュアル」は、厚生労働科学研究費補助金による子ども家庭総合研究事業「軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究（H16-子ども-019）」班で作成したものです。

本冊子では軽度発達障害を①注意欠陥多動性障害（Attention Deficit / Hyperactivity Disorders、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 HFPDD）、④軽度精神遅滞（Mental Retardation、以下 MR）の4つであると定義しました。そして、こうした発達障害の子どもたちにいつ頃、どのような体制の中で気づいていくべきか、またそのモデルとなる体制は何であるのかを記述しています。

研究班が行ってきた研究成果に基づいて理論展開を行うとともに、実践活動の中で得られた創意工夫や知恵をふんだんに盛り込んでいます。

本冊子が広く活用されることによって、軽度発達障害のある子どもたちが「学校や社会に適応し、すこやかで、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願っています。

平成18年10月

主任研究者 小枝達也

主任研究者	小枝達也	鳥取大学地域学部	教授
分担研究者	下泉秀夫	国際医療福祉大学保健学部	教授
	林 隆	山口県立大学看護学部	教授
	前垣義弘	鳥取大学脳神経小児科	助教授
	山下裕史朗	久留米大学小児科	助教授

目 次

第一章 軽度発達障害をめぐる諸問題	1
第二章 実証的研究成果	5
第三章 健診・発達相談等の実際	13
第1節 5歳児健康診査	13
第2節 5歳児発達相談	18
第3節 保育所・幼稚園での健診	22
第4節 地域特性を生かした健診	28
第四章 健康診査ツール	43
第1節 健康診査問診票	43
第2節 医師の診察	45
第3節 行動評価法	50
第五章 事後相談体制	55
第1節 事後相談体制	55
第2節 学校との連携	57
第六章 症例集	65
1. 5歳児健診	65
2. 5歳児発達相談	67
3. 保育所健診	68
4-1. 地域特性を生かした健診	72
4-2. 地域特性を生かした健診	76
巻末資料	79

第一章 軽度発達障害をめぐる諸問題

1. 用語の説明と定義について

まず「軽度発達障害」という用語について説明をしたいと思います。

この用語は、ご存じのように WHO（世界保健機構）が出している ICD-10 や米国精神医学会が出している DSM-VI といった診断の手引き書で定義されたものではありません。私が記憶する範囲や見聞してきた限りにおいて、最初に登場した文献や記録等について正確な情報がありません。おそらくある種の委員会で用語の概念や定義などについて議論され、そして使われ始めた用語ではないと思われます。誰がどのような意図をもって使い始めたのか、よく分からないままに使われ始め、やがて広まっていったということだと推測されます。

私は平成13年度厚生労働科学研究において、いわゆる軽度発達障害児に焦点を当てた保健指導手引書を作成し、全国の都道府県と政令指定都市の乳幼児健診管轄部署へ送付しています。その手引書では、「軽度の発達障害」として注意欠陥/多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）、高機能広汎性発達障害（HFPDD）、軽度精神遅滞の4つの疾患が該当するとしました。「軽度の発達障害」と表記した理由は、あたかも「軽度発達障害」という一つのカテゴリがあるかのような表現は避けたかったからです。本冊子は、平成13年度に作成した手引書の続編ともいうべきものです。そして、いまや軽度発達障害という用語は本邦において広く使われている状況であると思われるので、本冊子では「軽度発達障害」という表記をさせて頂くこととしました。

この用語は近年の特別支援教育の充実と歩調を合わせる形で使われるようになってきています。つまり、教育的な用語としては特別支援教育のなかで新たに取り入れられた枠組みを示す用語、あるいは通常学級に在籍している発達障害という意味に相当するのではないかと思います。また、発達障害者支援法も軽度発達障害を意識して制定されたという経緯があります。つまり、福祉的な意味での軽度発達障害は、障害児者に対する福祉施策の狭間に存在していたという意味であると考えられるのです。したがって、上述した2つの立場では、軽度精神遅滞は軽度発達障害に含めないということになるだろうと思われます。

しかし、小児保健の視点でいえば、軽度精神遅滞幼児の診断確定は時期が難しく、保健指導上では ADHD や LD、HFPDD と同様に特別の注意をもって発見にあたらねばなりません。本研究により、3歳児健診を最終とする現行の乳幼児健診システムでは適切に発見することができていないというデータも得られています。軽度発達障害というカテゴリを作る意義が、就学前に気づき、就学後の不適応行動を最小限にとどめたいという点にあるとすれば、軽度精神遅滞を軽度発達障害からははずす理由は見当たりません。そこで本冊子では注意欠陥/多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）、高機能広汎性発達障害（HFPDD）、軽度精神遅滞の4つを軽度発達障害であると定義することとしました。

2. 早期発見をめぐる問題点

最近ではとくに精神遅滞、自閉症、注意欠陥多動性障害、学習障害といった状態の子ど

も達が多く小児科などの外来に受診してきます。そしてこれらを背景として学校不適應を起こしている子も少なくありません。学齡期に起こしてくる二次的な不適應を防ぐには、幼い期のうちに保護者や保育士などが、子どもの特性に気づき適切な支援策を講じることが何よりも大切であろうと思われます。

では発見に適した時期とはいつなのでしょう？

前述したようにLD、ADHD、HFPDDでは、遅くとも学童期には問題が顕在化してくることが多いことが分かっています。そして心身症や学校不適應、社会不適應などの二次的な不適應へと進展していくという経過をたどります。学校教育においては特別支援教育の動きが加速化され、教育の現場でも子どもの特性としての発達障害に気づくようにという呼びかけが進んできています。しかし、学童期の「気づき」はすでに二次的な不適應の状態であることが少なくありません。この二次的な不適應を予防するためには、子ども達の発達障害への「気づき」を前倒していくことが不可欠であると考えています。遅くとも就学時には、保護者にも指導する側にも子どもの発達特性に対する認識とその対処方法が備わった状態であることが望ましいでしょう。

しかし、ここで危惧するのは早期発見という掛け声に押されて、子どもたちに不用意に「疑い」をかけることが流行するのではないかということです。年齢的に見えていないのに、見逃しを減らすために多くの幼児に疑いをかけてしまうことは絶対に避けて頂きたいと願っています。早期発見といっても早ければいいというのではなく、むしろ問題点が見えてくる時期に適正に発見するという「適正発見」という考え方が望ましいのではないのでしょうか。

実際の問題としてADHDやHFPDDの幼児では3歳児健診のあと、保育所や幼稚園で集団生活をするようになってから、急激にさまざまな問題点が指摘されるようになります。多くは「集団行動が取れない、自分勝手な行動が多い、指示が入りにくい、一人遊びが多い」など集団生活を始めるようになって初めてクローズアップされてくる問題なのです。

そこでいわゆる軽度発達障害児に焦点を当てる具体案として、3歳児健診以降から小学校に入学するまでの間、たとえば5歳児健診あるいは発達相談を行うのがよいと考えています。

また、5歳児健診で終わりとするのではなく、5歳児健診の事後相談体制も必要度が高いことが分かってきました。つまり5歳児健診と事後相談とで一つのパッケージであるべきと考えています。

事後相談は子育て相談、心理発達相談、教育相談の3つを柱として、5歳児健診からあがってきた種々の心配事に寄り添う体制、そして子どもによっては就学前から学校と連絡を取り合って、就学をスムーズに迎える体制ができることが望ましいと考えています。

子育て相談は、発達障害に限らず、子育ての悩み一般に対応し、その中で虐待にも気づく相談として、心理発達相談は子どもの発達の評価を行い、アドバイスを行うとともに必要によって医療機関や療育機関を紹介する相談として、教育相談は就学予定の学校と保護

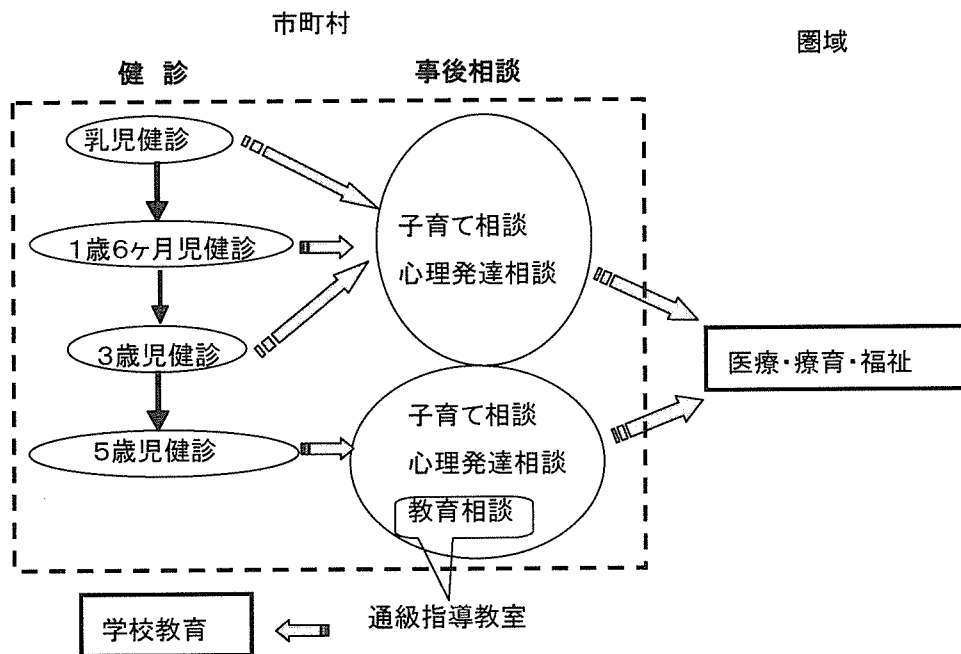
者との連絡調整役的な相談として体制を整えることが望まれます。

平成 18 年度から学校教育法が改正となり、通級指導教室の充実を計ることができるようになりました。こうした通級指導教室が、5 歳児健診などで気づかれたいわゆる軽度発達障害幼児に対する指導の場として受け皿となってくれたら、きつとうまくいくに違いないと考えています（図 1-1）。

子育て全般がうまくいくようになり、子どもも保護者も笑い声で溢れるような家庭が増えてくれればこんなにうれしいことはありません。

（小枝達也）

図 1-1 軽度発達障害の発見とその後の支援体制に関するモデル図



第二章 実証的研究成果

この章では、平成18年度研究報告書に記載した実証的な研究成果を載せています。また、それらをわかりやすくした資料2-1～2-4を添付していますので、参照してください。

研究要旨

従来の3歳児健診で軽度発達障害を発見する方略を検討するために、3歳児の行動を①多動性、②旺盛な好奇心、③破壊的な関わり、④不適切な関わり、⑤強い癩癩、⑥運動のアンバランス、の6カテゴリーに分けて評価したところ、ADHD児やPDD児では、一般の3歳児に比べて、いずれの項目も平均値は有意に高かったが、多動性や旺盛な好奇心といった項目では、一般の3歳児でも高率に出現しており、判断は慎重にすべきと思われた。

いわゆる軽度発達障害を学習障害(LD)、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、高機能広汎性発達障害(HFPDD)、軽度精神遅滞(MR)と定義し、5歳児健診を基盤として発生頻度を調査した。その結果、鳥取県の5歳児健診(1015名)では、軽度発達障害児の出現頻度は9.3%であった。栃木県の5歳児健診(1056名)でも8.2%という出現頻度であった。また、こうした児の半数以上が、3歳児健診では何ら発達上の問題を指摘されていなかった。

5歳児健診における医師の診察法を構造化し、①会話、②概念1、③動作模倣、④Coordination、⑤Motor Impersistence、⑥概念2、の6つに分類した。この診察法によって、MRやADHDは特徴的なパターンを示したが、高機能広汎性発達障害児では全般的な通過率は良好であり、診察に集団における行動評価、保育所や幼稚園での様子の聞き取りなども加味する必要があると考えられた。

しかし、軽度発達障害児の行動評価を質問紙で行ったが、質問紙のみでは鑑別診断は困難であり、ADHDやPDD等の診断には医師による診察や詳細な問診が不可欠であると考えられた。

A. 研究目的

学習障害(LD)、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、高機能自閉症やアスペルガー症候群を包含する高機能広汎性発達障害(HFPDD)、軽度精神遅滞といったいわゆる軽度発達障害は、集団生活を経験する幼児期以降になってはじめて、その臨床的特徴が顕在化してくる。そのため、3歳児健診を最終とする現行の乳幼児健診システムの中では充分に対応できていない可能性がある。これは現行の乳幼児健診の質が不十分というよりも、年齢的に見えていないのだと思われる。

本研究は、こうした軽度発達障害に焦点を当てた「気づきの場」をどのように構築するのか、また幼児期に見いだされた軽度発達障害児を母子保健の枠組みの中で、どのように

指導・支援したらよいかという命題に答えるとともに、本邦全体で取り組むことのできる豊富なモデルを示すマニュアル作成を目的とする。

B. 研究方法

平成18年度では、

- (1) 3歳児健診にて発見するための手だてに関する検討（分担研究者林 隆）、
 - (2) 5歳児健診を基盤とした発生頻度調査（分担研究者小枝達也、下泉秀夫）、
 - (3) 構造化された医師の診察法の有効性に関する検討（分担研究者前垣義弘）、
 - (4) 行動評価を質問紙法で行った場合の有用性の検討（分担研究者山下裕史朗）
- の4点について研究を実施した。

また、5歳児健診によって軽度発達障害児を見だし、適正な療育・教育を行った場合の費用対効果を算出することを検討しており、そのために必要とされる条件等についても検討を行った。

C. 研究成果

- (1)従来3歳児健診で軽度発達障害を発見する方略を検討するために、3歳児の行動を①多動性、②旺盛な好奇心、③破壊的な関わり、④不適切な関わり、⑤強い癇癪、⑥運動のアンバランス、の6カテゴリーに分けて評価したところ、ADHD児やPDD児では、一般の3歳児に比べて、いずれの項目も平均値は有意に高かったが、多動性や旺盛な好奇心といった項目では、一般の3歳児でも高率に出現しており、判断は慎重にすべきと思われた。
- (2)軽度発達障害を学習障害(LD)、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、高機能広汎性発達障害(HFPDD)、軽度精神遅滞(MR)と定義し、5歳児健診を基盤として発生頻度を疫学調査した。その結果、鳥取県の5歳児健診(1015名)では、軽度発達障害児の出現頻度は9.3%であった。栃木県の5歳児健診(1056名)でも8.2%という出現頻度であった。また、こうした児の半数以上が、3歳児健診では何ら発達上の問題を指摘されていなかった。
- (3)5歳児健診における医師の診察法を構造化し、①会話、②概念1、③動作模倣、④Coordination、⑤Motor Impersistence、⑥概念2、の6つに分類した。この診察法によって、MRやADHDは特徴的なパターンを示したが、高機能広汎性発達障害児では全般的な通過率は良好であり、診察に集団における行動評価、保育所や幼稚園での様子の聞き取りなども加味する必要があると考えられた。
- (4)軽度発達障害児の行動評価を以下の質問紙で行った。
 - ①AD/HD評価スケール(DSM-IVベース18項目)
 - ②アスペルガー症候群尺度(ASQ)27項目。
 - ③Strength and Difficulties(以下SDQ)25項目)
 - ④CBCL(Child Behavior Checklist、113項目)

以上の4つの質問紙について検討したが、全体的に見ると、AD/HD児の多動性や攻撃性の高さは、ほとんどの質問紙において表れていた。また、PDD児の社会性の乏しさが表れやすいのは、アスペルガー症候群スケール（保護者）、SDQ（保育士）、CBCL（保護者）であった。

質問紙のみでは鑑別診断は困難であり、ADHDやPDD等の診断には医師による診察や詳細な問診が不可欠であると考えられた。

D. 考察

今年度の研究により、1000名を越える5歳児を小児科医が診察するという確度でもって軽度発達障害児の発生頻度が8.2～9.3%であると推定されたことは、非常に大きな意味を有する。文部科学省特別支援教育課が2002年度に小中学校を基盤として行った調査では、6.3%と推計されており（軽度精神遅滞を含まず）、本研究班の調査結果もこれにきわめて近いものであった。すなわち、5歳児健診を行えば、小中学校で把握される軽度発達障害児のほとんどを5歳の段階で発見できる可能性を示唆していると考えられる。しかも、こうした児の半数以上が3歳児健診では何の問題指摘もなされていなかったことから、軽度発達障害児に気付くための場としては、5歳児健診がきわめて有用であろうと思われる。

ADHD児やPDD児によく見られる行動は、一般の3歳児にも高率に認められていることから、軽度発達障害児に特異的な行動の抽出をしない限り、3歳児健診にて効率よく軽度発達障害児を発見することには慎重であるべきと思われる。

また、行動に関する質問紙法の有用性の検討では保護者と保育所・幼稚園での評価が大きく異なる質問紙があり、「社会性」といわれる行動の評価は、回答する側に捉え方によってまったく異なる解釈がされてしまう危険性がある。当然ながら、質問紙法のみで軽度発達障害児を抽出することが困難で、医師による診察、詳しい問診、行動観察などを総合的に組み合わせることが不可欠であると言える。

E. 結論

5歳児健診を基盤とすることによって、幼児期に軽度発達障害児の多くを把握することが可能であると推定された。半数以上は3歳児健診で問題なしと判定されており、現行の健診体制では十分に対応できないことが判明した。

構造化した診察法は軽度発達障害児の診断に有用であった。また、質問紙法への過度の依存は慎むべきであり、詳細な問診、医師の診察、集団場面の行動観察を組み合わせる包括的に診断するシステムが新たに求められる。

(小枝達也)

資料2-1

I. 軽度発達障害児の出現頻度:8.2~9.3% 5歳児健診で発見された児の半数以上は3歳児健診を通過していた

鳥取県5歳児健診結果 対象者数 1,069名 受診者数 1,015名 (受診率 94.9%)

疾患名(疑いを含む)	人数 (%)
AD/HD	37 (3.6)
PDD	19 (1.9)
LD	1 (0.1)
MR~境界域	37 (3.6)
計	94 (9.3)

疾患名(疑いを含む)	3健指摘なし	3健指摘あり	未受診・記載なし
AD/HD	18	12	7
PDD	6	8	5
LD	0	1	0
MR~境界域	16	17	4

(AD/HD:注意欠陥多動性障害、PDD:広汎性発達障害、LD:学習障害、MR:精神遅滞)

栃木県5歳児健診結果

対象者数 1,056名
発達障害疑い 87名 (8.2%)
医療機関受診児の67%は
3歳児健診を通過していた

鳥取県 5歳児発達相談 (H16年度、5市町)

対象者数 2,506名
受診者数 75名
受診率 3.0%
(うち発達障害疑い 1.4%)

II. 診察の構造化:医師向けインストラクションDVD作成と配布

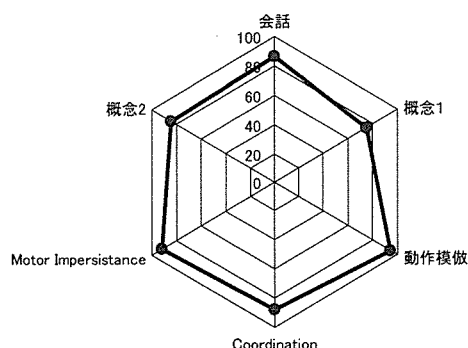
診察

- ・会話:スムーズさ、共感性
- ・概念1:物の用途、比較、左右
- ・動作模倣:協力性
- ・Coordination:指タッピング、片足立ちなど
- ・Motor Impersistence:閉眼で情緒の安定性
- ・概念2:ジャンケン、しりとり

問診 1~3

1. 言葉やルールの理解度などについて訊く
2. 落ち着きのなさや衝動的な行動などについて訊く
3. 対人関係のつまづき、独特な発話

診察所見:通過率【平均】

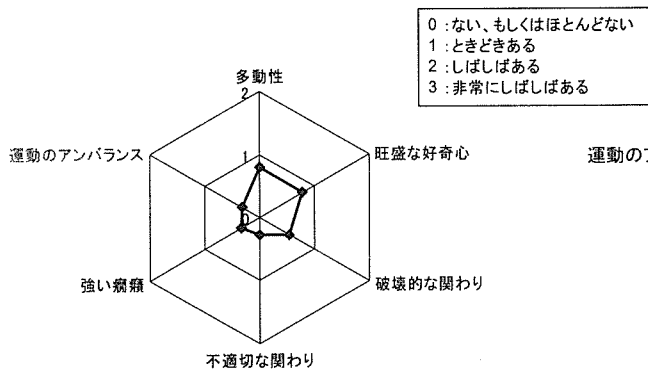


Ⅲ. 3歳児健診で発見する取り組み:可能性はあるが、特異性の高い指標は未定

3歳児の行動カテゴリー

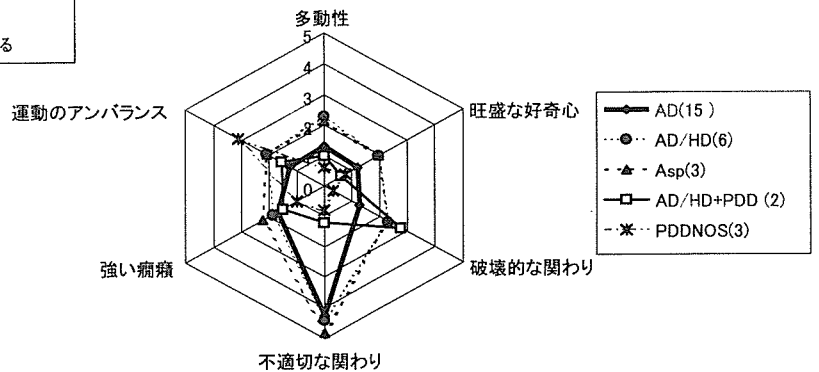
- ①多動性(7項目)、②旺盛な好奇心(6項目)、③破壊的な関わり(4項目)、
- ④不適切な関わり(3項目)、⑤強い癇癢(4項目)、⑥運動のアンバランス(1項目)

3歳児健診群の平均



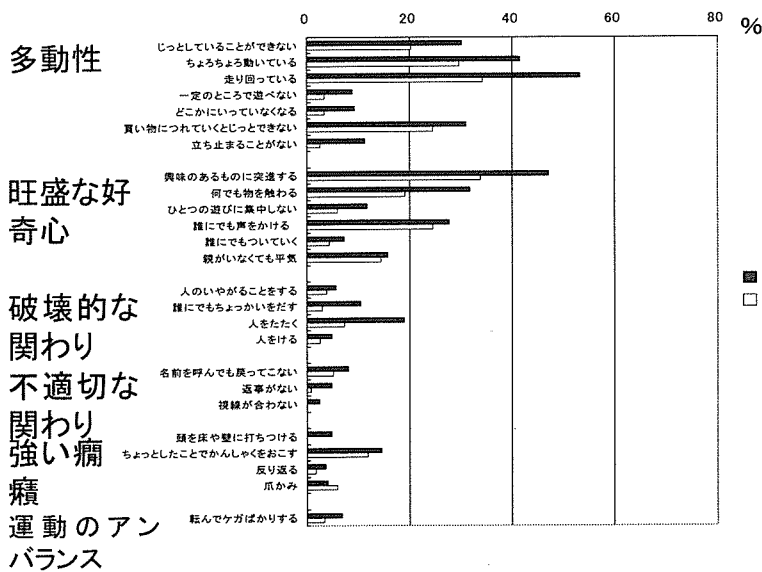
ADHD児, PDD児の特徴

(3歳児健診群を1とした相対評価値)



$$\text{相対評価値} = \frac{\text{各障害群のカテゴリースコアの平均値}}{\text{(3歳健診群のカテゴリースコアの平均値)}}$$

3歳児健診群の平均

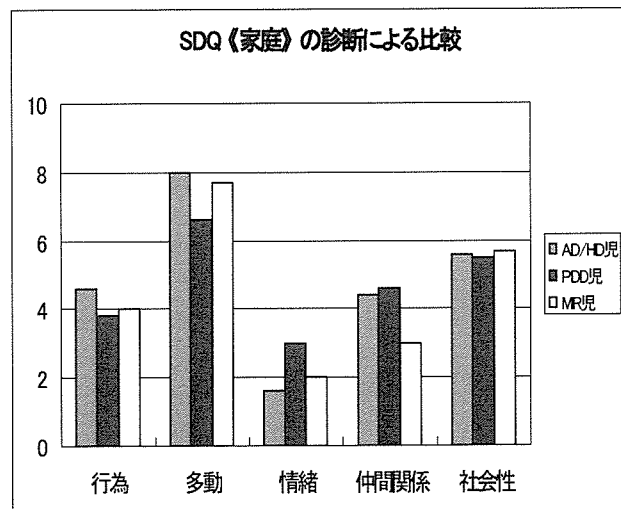
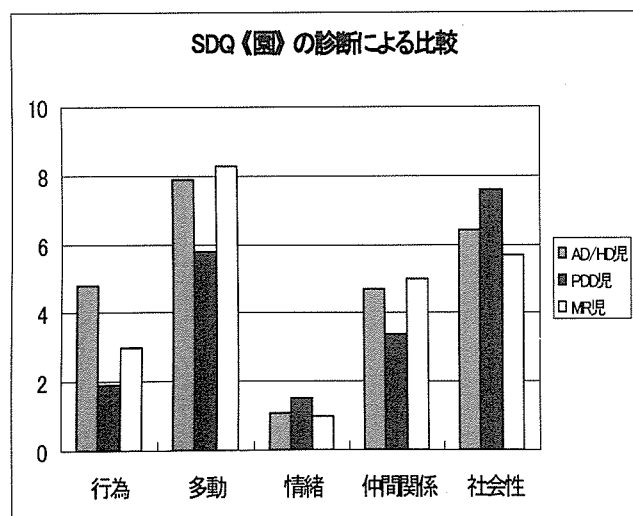
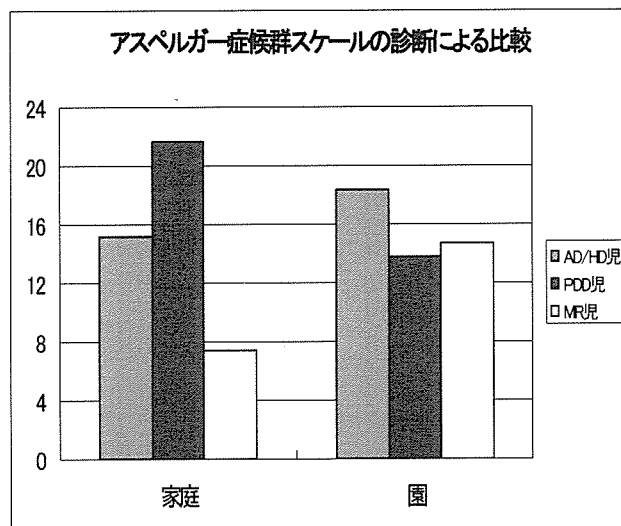
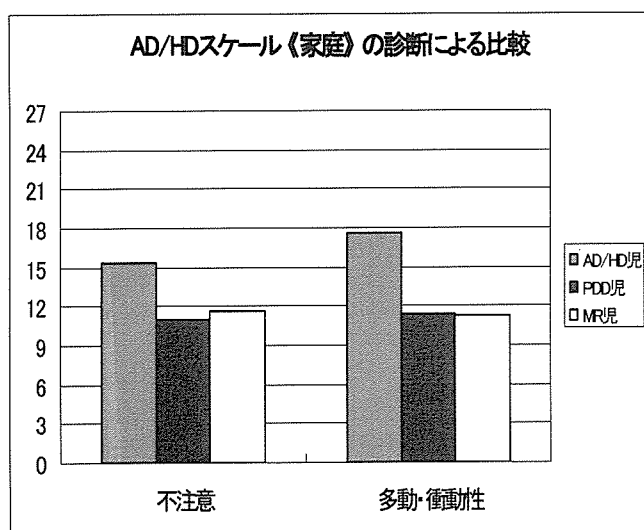


多動性や好奇心は一般的な3歳児でも高率に出現することに留意する必要がある

資料2-3

IV. 質問紙法による行動評価の有用性: 質問紙法のみでは鑑別は困難であり、詳細な問診、医師による診察、行動観察は不可欠である

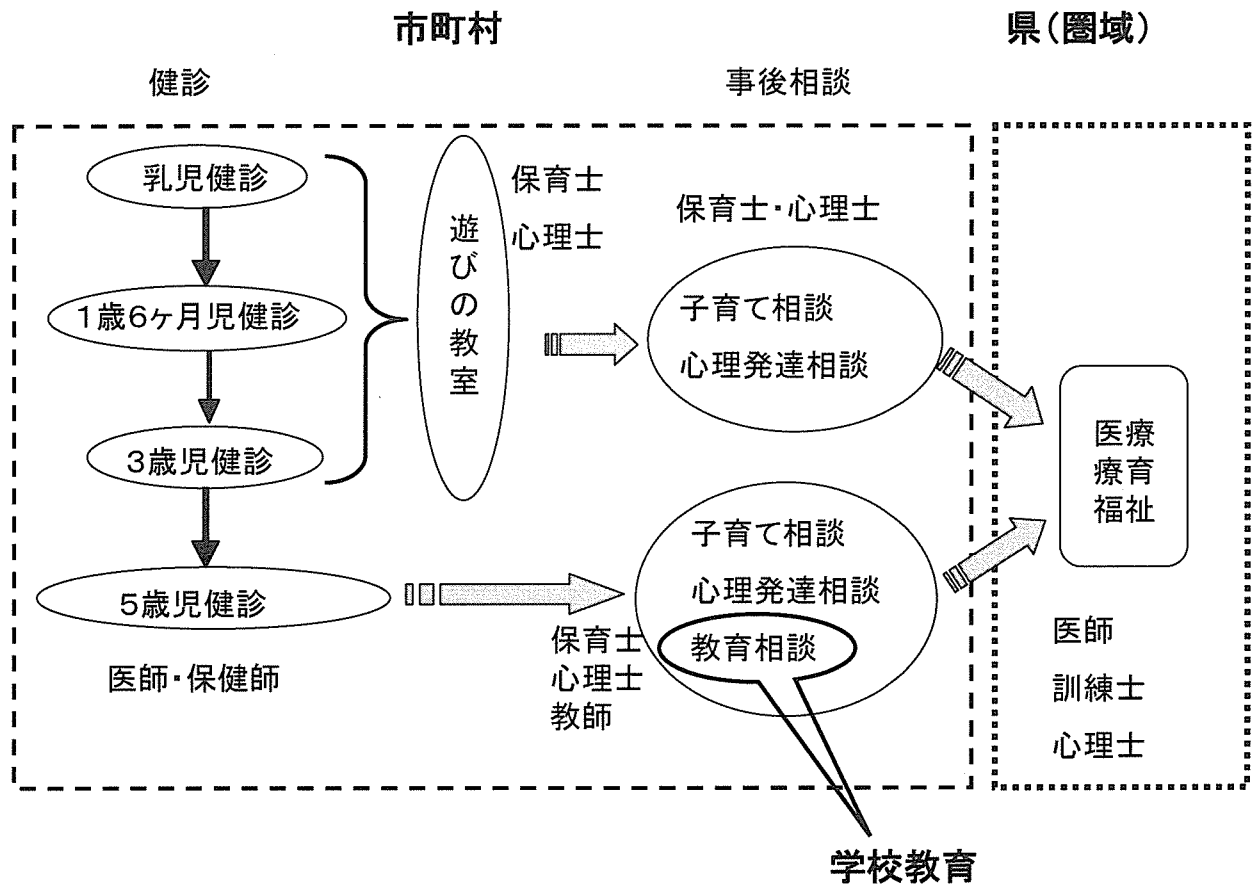
- ①AD/HD評価スケール(DSM-IVベース)
不注意と多動、衝動性の3主要症状、計18項目からなる
- ②アスペルガー症候群尺度(ASQ)27項目
Swedenで用いられているもの
- ③Strength and Difficulties(以下SDQ)
英国圏で主に用いられているもので、
(攻撃的)行為、多動、情緒、仲間関係、社会性の5項目、計25項目からなる
- ④CBCL(Child Behavior Checklist)
内向性、外向性項目と、さらにそれを引きこもり、身体的訴え、不安、社会性、思考の問題、注意の問題、非行、攻撃性の8項目、計113項目からなる。



資料2-4

V. 健診と事後相談で一つのパッケージ
-5歳児健診と3つの事後相談-

<p>子育て相談</p> <p>担当者は「保育士」</p> <p>子育て一般の相談</p> <p>親子の関係性に着目</p> <p>被虐待を意識する</p> <p>心理発達相談へつなぐ</p>	<p>心理発達相談</p> <p>担当者は「心理士」</p> <p>子どもの発達の評価と相談</p> <p>医療・療育の紹介</p> <p>教育相談へつなぐ</p>	<p>教育相談</p> <p>担当者は「教師」</p> <p>学校への情報伝達</p> <p>保護者学校との連絡調整</p> <p>地域特性を考慮した就学相談</p>
---	---	--



医師以外の職種の専門性を高めることが必要

第三章 健診・発達相談等の実際

第1節 5歳児健康診査

ここでは地域の全ての5歳児を対象とした悉皆健診としての5歳児健康診査（5歳児健診）の実施法や体制について述べます。いくつかの実例を通じて5歳児健診の実際を紹介し、さまざまな工夫についても記します。

1. 実施に向けた準備

新たに5歳児健診を始めるにあたっては、以下の準備が必要と考えられます。

- ・ 保健師向けの講習会（目的、手順などの確認と共通理解）
- ・ 医師の確保と医師向けの技術講習会
- ・ 心理士、保育士、栄養士、歯科衛生士などの確保

医師の診察に決まった形式があるわけではありませんが、5歳児の認知行動特性を把握するには、胸腹部の視診や聴診、触診といった内科的な診察ではなく、会話の成立具合、手指の巧緻性、指示に従う様子、情緒の安定性などを診察する項目が必要になります。

チェック方式の診察所見シートも共通のものを使用しています（第四章参照）。これは、発達障害児を日常的に診療していない小児科医にも診察が実施しやすく、役立っています。

2. 健診の実際

（1）健診年齢

鳥取県における5歳児健診の間診や診察は、標準的な5歳児がほぼ通過できる内容に設定しており、健診時年齢は5歳から5歳半を目安に行っているところが多いです。人口規模の少ない市町村では、健診回数が年に1・2回であるため、同じ時期に行いまずと健診時年齢に1歳近い幅があることとなります。この場合は、健診内容が年齢によっては簡単すぎたり、逆に難しい場合が出てきます。従って、年齢のばらつきを少なくするよう対象児の設定が必要です。

（2）健診の通知

健診日時等は個別に案内を郵送しています。また、保育園・幼稚園が受診を勧めることも多く、鳥取県の場合には受診率は各市町村とも90%以上であり、多くは95%を超えています。

（3）実施体制と方法

1回の健診（2～3時間）で診察する人数は20・25人を目安にしています。軽度発達障害の判断には集団での行動の観察が非常に重要ですので、保育園・幼稚園の情報が不可欠です。

ほとんどの5歳児健診には、担当保育士が同席し保育園・幼稚園の状況を教えていただきます。保育園や幼稚園で5歳児健診を行っている市町村もあり、子どもが落ち着いて健診を受けることができ、流れがスムーズで効率的です。また、規模の小さい町村では、対象人数も少なく時間ゆとりがありますから、診察前に集団遊びを取

り入れ、集団行動の観察を行っているところもあります。

5歳児健診の当日の構成は、医師（1人）、保健師（2-5人）看護師（1人）および歯科衛生士（1人）が基本となり、市町村により臨床心理士や保育士、小学校教諭、主任児童委員、眼科医、事務員などが加わっています（表3-1）。

表 3-1 5歳児健診の構成員：10市町村の調査結果

構成員	採用市町村数	人数(市町村数)			
医師	10	1人(10)			
保健師	10	2人(1)	3人(4)	4人(3)	5人(2)
看護師	9	1人(9)			
栄養士	10	1人(10)			
歯科衛生士	6	1人(2)	2人(4)		
臨床心理士	6	1人(4)	2人(2)		
小学校教諭	3	1人(2)	2人(1)		
眼科医	1	1人			
主任児童委員	1	1人			
ボランティア (絵本読み聞かせ)	1	1-2人			
事務員	6	1人(4)	2人(2)		

表 3-2 5歳児健診の当日の流れ

当日の流れ	主な担当者	待ち時間で行っていること(市町村ごとに異なる)
受付	保健師・事務員	・絵本の読み聞かせ(ボランティア)
問診	保健師	・就学に向けた講話(小学校教諭)
身体計測・視力検査	看護師・保健師	・育児に関する講話(保育士)
診察	医師・保健師・担当保育士	・集団遊び(保育士)
歯科相談(個別)	歯科衛生士	・工作(保育士)
栄養相談(個別)	栄養士	
各種の個別相談	保健師・保育士・臨床心理師・教諭(市長村ごとに異なる)	
全体カンファレンス	健診後にスタッフで行う	

表3-2に当日の流れを例示します。受付、問診、身体計測、視力測定、診察、歯科相談、栄養相談、各種個別相談、終了後のカンファレンスという流れで進めています。問診は、あらかじめ郵送した問診用紙に保護者が記載した事項を確認します。発達に関するアンケートは保護者と保育士に同じものをつけていただいています。問診票や診察手技は第四章で詳しく述べます。鳥取県の場合では、5歳児健診で視力測定をほぼ全ての市町村で実施しています。3歳児健診では視力測定が難しい場合があることに加え、3歳児健診で見つからなかった斜視・斜位による弱視がこの健診で見つかることがあります。斜視・斜位による弱視は早期に発見し治療することで予防可能です。

医師の診察時に注意すべきポイントは、保護者の心配事に全てその場で答えようとする時間がかってしまいますので、子育てやしつけに関することは、保健師や保育士の個別相談に任せる等、分担をあらかじめ決めておくことが必要です。20人の健診でひとりの診察に10分かけても約3時間かかる計算になります。医学的な説明や発達障害を疑った場合の事後の説明など、医師として必要なことのみにとどめておくことが集団健診としては適当だと思われれます。

有所見児に対する個別相談は、市町村ごとに工夫が見られ、保育士や保健師による育児相談や、臨床心理士による発達相談などが行われています。時間的制約や場所的制約があり、これらの相談が5歳児健診の枠内でスムーズにかつ有効にできない場合もあるようです。従って、一般的な相談内容などは、あらかじめ作成したリーフレットなどを手渡し説明するなどの工夫をするとよいでしょう。また、発達や就学に向けての個別の相談は後日、それぞれの専門員による事後相談（第五章参照）へつなげる方が、時間的にも精神的にもおちついて相談でき効果的かもしれません。

5歳児健診は、通常の健診よりも診察に時間がかかります。従って、待ち時間が長くなることが多く、最後の方のこどもは疲れてしまい、診察に乗ってこない場合も出てきます。この問題を解決する方法として、1回の健診で診察する人数を多くしないこと以外に、受付時間をずらすなどの工夫をしています。また、待ち時間を利用して集団遊びや工作、絵本の読み聞かせを取り入れている市町村もあります。さらに、5歳児健診を育児支援や就学に向けての準備として位置づけ、ベテランの保育士や教育委員会に依頼して講話をして頂くところもあり好評のようです。

（4）健診後のカンファレンス

健診後、スタッフで気になった子どもたちについてカンファレンスを行うことは、問題点の整理と今後の方向性を決める上で重要です。特に軽度発達障害児は個別の診察の場面で気づかない場合も多いので、集団での行動の問題や保育園・幼稚園での様子などを含めて総合的に判断することが大切です。

3. 役割分担

（1）保健師

やはり健診では保健師の役割が非常に重要になります。健診日程や健診に関わるス

スタッフの確保、有所見児のその後の調整など、やるべき事柄は多義に及びます。健診を保育所や幼稚園単位で実施する町村もあります。その場合には、保育所や幼稚園とも日程の調整が必要になります。

(2) 保育士、幼稚園教師

保育所や幼稚園単位で実施し、保育士・幼稚園教師が健診に参加するという形式を取っている町村では、診察時に医師に保育所や幼稚園での普段の様子などを伝えることができ非常に役に立ちます。保育所や幼稚園の先生は、担当児童の様子を簡潔にまとめておくと良いでしょう。

(3) 医師の役割

5歳児健診の最大の目的は、「保護者が発達障害に気づく」ことにあります。この気づきから、こどもへの適切な対応や就学に向けての準備へとつながります。5歳児健診は診断の場ではありませんので、発達障害の病名告知や細かな指導をその場でしないことが重要です（もちろん、状況によっては説明する場合があります）。発達障害を疑った場合、その地域の療育や相談システムに乗せるように方向付けすることが大切です。保護者の受け入れがよい場合は、療育施設への紹介や教育機関への橋渡しが可能ですが、保護者が気づいていない場合や納得していない状況で療育施設等に紹介しても、不安や不満を与える結果になることがよくあります。このような場合は、無理に説得しようとせずに、利用しやすい地域の育児相談や療育相談などがあればそちらを紹介する方が良いでしょう。また、後で心配になった時に相談できるように、相談事業の連絡先の書かれたパンフレット等を渡しておくことも良いでしょう。

4. 5歳児健診の実績

平成16年度に行われた5歳児健診では、鳥取県内24町村の1069名のうち1015名（94.5%）が受診しました。有所見児のうち助言指導を除いた149名分のデータを解析した結果、注意欠陥多動性障害（疑いを含む）3.6%、広汎性発達障害（疑いを含む）1.9%、学習障害（疑いを含む）0.1%であり、いわゆる軽度発達障害児の頻度は5.6%であることが判明しました。さらに知的発達が境界域あるいは軽度精神遅滞が疑われる児（3.6%）が把握されており、以上をあわせると9.3%という出現頻度となりました。

これら軽度発達障害児（疑いを含む）が3歳児健診においてどのように評価されていたかをみたところ、発達障害の種類によって多少の違いはあるものの、半数以上の児では3歳児健診で何の問題も指摘されていないことが判明しました。また、3歳児健診で発達上の問題が指摘された児であっても、その内容はほとんどが言語発達の遅れに関するものでした。

以上より、5歳児健診は軽度発達障害の発見に有用であること、一方、3歳児健診で軽度発達障害児の問題点に気づくことには限界があり、しかも疾患に特異的な問題点を指摘することが困難であることが示されています。

5. まとめ

5歳児健診で多くの軽度発達障害児や軽度精神遅滞児を就学前に発見できる可能性があります。発見された発達障害をご家族へどのように伝えるか、就学までどのように過ごすか（指導するか）、どのように教育機関へ橋渡しをしてゆくかが、5歳児健診を意味あるものとするかどうかの鍵です。それを実現する上で、地域ごとに健診後の事後システム作りが重要となります。

（前垣義弘）