

表 6-4. ちょっと気になる子へのアドバイス例

① 落ち着きがない

- ・家庭内で映像や音声刺激の多い環境があれば改善してください。テレビをつけっぱなしにしていたり、好きなだけビデオを繰り返し見ることは、多動を助長すると思われる。
 - ・言葉の発達が軽く遅れがちの子どもにも落ち着きのなさが認められますので、絵本の読み聞かせをしましょう。そうすることで、大人言葉に耳を傾ける習慣が身につく。また、言葉の力も伸びてきて落ち着きが出てくる場合があります。
 - ・絵本の読み聞かせは、就寝前にするのがよいでしょう。夜の寝かしつけが楽になります。
- コツは以下の3つです。

- ① 子どもにページをめくらせない
- ② ストーリー性のある絵本を選ぶ
- ③ 毎晩行う

② かんしゃくが多い

- ・幼児の自己主張は3歳過ぎから急速に発達しますが、自己抑制する力は3歳過ぎから7歳頃までゆっくりと発達するようです。4、5歳頃が両者のギャップの最も大きい時期となります。そのためにこの年齢では、とくにかんしゃくが多いと感じられるようです。まずは経過を見るようにすることも大切なことでしょう。
- ・「いまはできないけれど、繰り返しやっているうちにできるようになる」ことがわかるとかんしゃくは軽くなっていくことが多いようです。こうした見通しを持つ力のことを時間的布置と呼びます。5歳半を過ぎると布置する力が身につけてきます。布置の力が身につくように、見通しを持たせるような指示や励ましを心がけましょう。

③ 指示が入りにくい

- ・まず言語理解が十分に発達しているかどうかについて見ておく必要があります。意味理解が不十分であれば指示が入らないのではなく、指示がわかっていないということになりますので、わかりやすい指示を出す工夫をして見ましょう。
- ・「巻き込み」ともいべき行動のときがあります。巻き込みとは、よくない行動を子どもが行ったときに、大人が「あらあら、だめだめ」と反応させられてしまうことを言います。ちょっとだけよくない行動だと、「仕方がないわねえ」という気持ちとともに「だめだめ」という言葉が表出されます。これが子どもにとっては面白くてたまらないということになります。この場合、子どもが見たいのはそうした大人の反応なのです。子どもが行ったことに「いちいち反応してしまって」、見事に報酬系が成立し、子どもの術中にはまってしまっているということなのです。「ちょっとだけ」よくない行動なので、半ば許す気持ちを持ちつつ、禁止の言葉である「だめだめ」を言っていると、「だめだめ」は「よしよし」になってしまいます。このようによくない行動に対する叱責が報酬として成立している場合には、よくない行動に対して無視すること、反応しないことがもっとも効果的です。「叱らない」と同じことではないので注意してください。声をかけること、顔をしかめること、ときには目を合わせてにらむことすら、報酬となってしまいます。ですから、「わざとよくない行動を取っているな」と感じたら、その場をさっと切り上げて別のところへ移動する、別な話に切り替える、目線ははずすなど、切り替えをうまく行うことをお勧めします。もっと幼いお子さんであれば、やってもよい行動にすり替えを行うといっそう効果的です。

III

5歳児健診から 学校保健への橋渡し

1 事後相談体制

5歳児健診で終了とするのではなく、就学につなげるための事後相談も重要である。何よりも大切なのは、気づきの灯火をつないでいくことであるので、軽度発達障害の気づきと支援の体制としては、5歳児健診と事後相談で1つのパッケージにとらえるといい。事後相談としては、表6-5に示したように①子育て相談、②心理発達相談、③教育相談などがあげられる。

これら3つの事後相談は、原則として個別相談で予約制とし、プライバシーの保護や時間の確保に配慮する。相談は健診を行った市町村の保健センターなどが望ましく、保育所や幼稚園との連携協力が必要な場合は、保護者の同意の上で相談の場に担当者が同席をするとよい。

平成18年4月より学校教育法が改正され、いわゆる軽度発達障害児が通級指導教室で指導を受ける対象となった。こうした動きがひろがってゆき、就学前の幼児に対する指導の受け皿としても機能することを期待したい(図6-5)。

2 学校保健における軽度発達障害

いわゆる軽度発達障害ではないかと思われる児童生徒の諸問題に対応するために、すべての小中学校に特別支援教育コーディネーターが校務分掌として配置された。このコーディネーターが校内委員会での検討や他職種との連携の窓口となっている。

平成18年度に改定となった学校保健マニュアル(日本学校保健会出版、2006)で

表6-5. 3つの事後相談

事後相談名	担当者	機能
子育て相談	保育士	・子育て一般に関する相談と情報提供 ・子育て環境のアセスメント(虐待を意識) ・心理発達相談へつなぐ
心理発達相談	心理士	・発達に関するアセスメント ・発達に関する相談と情報提供 ・療育・教育相談へつなぐ
教育相談	教師	・就学に関する相談とつなぎ ・学校と保護者との意見調整と情報伝達 ・地域特性を考慮した教育アセスメント

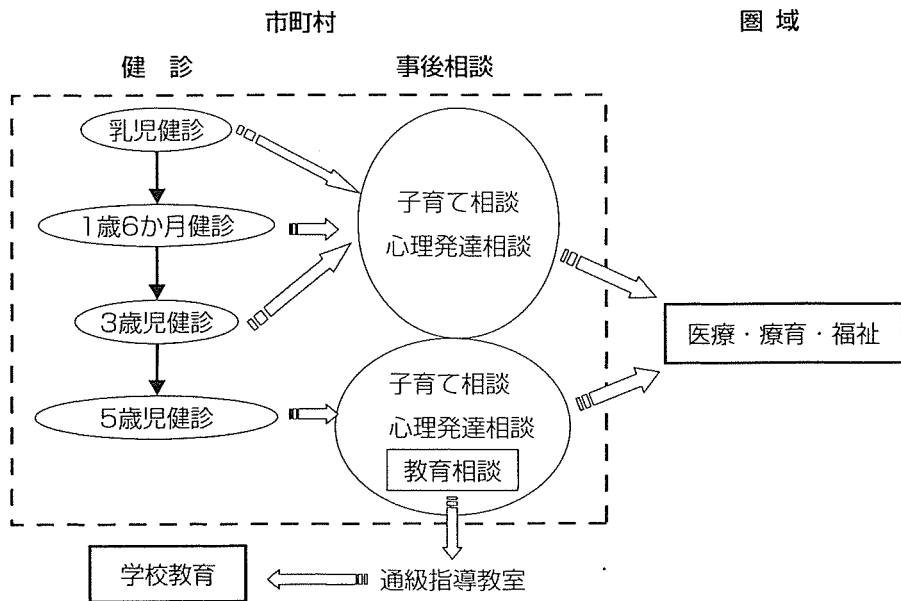


図 6-5. 軽度発達障害児の発見とその後の支援体制に関するモデル図

は、新しく「発達障害」の項目が追加されている。そのマニュアルには、特別支援教育の最終報告書にあげてある LD 等の定義（表 6-6, 7, 8）が記載されているし、それぞれの発達障害の簡単な解説および行動の特徴（表 6-9, 10）も記されている。こうしたマニュアルを校医が積極的に活用することが望まれる。

表 6-6. LD の定義

<p>学習障害とは、基本的には全般的な知的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様々な状態を指すものである。</p> <p>学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。</p>
--

表 6-7. ADHD の定義

<p>ADHD とは、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、および/又は衝動性、多動性を特徴とする行動の障害で、社会的な活動や学業の機能に支障をきたすものである。また、7歳以前に現れ、その状態が継続し、中枢神経系に何らかの要因による機能不全があると推定される。</p>
--

表 6-8. 高機能自閉症の定義

<p>高機能自閉症とは、3歳位までに現れ、(1)他人との社会的関係の形成の困難さ、(2)言葉の発達の遅れ、(3)興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害である自閉症のうち、知的発達の遅れを伴わないものをいう。</p> <p>また、中枢神経系に何らかの要因による機能不全があると推定される。</p>

表 6-9. ADHD 児の行動特徴の例

1. 学校での勉強で、細かいところまで注意を払わなかったり、不注意な間違いをしたりする。
2. 手足をそわそわ動かしたり、着席していても、もじもじしたりする。
3. 課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。
4. 授業中や座っているべきときに席を離れてしまう。
5. 面と向かって話しかけられているのに、聞いていないようにみえる。
6. きちんとしていなければならないときに、過度に走り回ったりよじ登ったりする。
7. 指示に従えず、また仕事を最後までやり遂げない。
8. 遊びや余暇活動におとなしく参加することが難しい。
9. 学習課題や活動を順序立てて行うことが難しい。
10. じっとしていない。または何かに駆り立てられるように活動する。
11. 集中して努力を続けなければならない課題（学校の勉強や宿題など）を避ける。
12. 過度にしゃべる。
13. 学習課題や活動に必要な物をなくしてしまう。
14. 質問が終わらない内に出し抜けに答えてしまう。
15. 気が散りやすい。
16. 順番を待つのが難しい。
17. 日々の活動で忘れっぽい。
18. 他の人がしていることをさえぎったり、じゃましたりする。

表 6-10. 高機能自閉症等の行動特性や発話の例

1. 大人びている。ませている。
2. みんなから、「〇〇博士」「〇〇教授」と思われている。(例：カレンダー博士)
3. 他の子どもは興味を持たないようなことに興味があり、「自分だけの知識世界」を持っている。
4. 特定の分野の知識を蓄えているが、丸暗記であり、意味をきちんとは理解していない。
5. 含みのある言葉や嫌みを言われてもわからず、言葉通りに受けとめてしまうことがある。
6. 会話の仕方が形式的であり、抑揚なく話したり、間合いが取れなかったりすることがある。
7. 言葉を組み合わせて、自分だけにしかわからないような造語を作る。
8. 独特な声で話すことがある。
9. 誰かに何かを伝える目的がなくても、場面に関係なく声を出す。(例：唇を鳴らす、咳払い、喉を鳴らす、叫ぶ)
10. とても得意なことがある一方で、極端に不得手なものがある。
11. いろいろな事を話すが、そのときの場面や相手の感情や立場を理解しない。
12. 共感性が乏しい。
13. 周りの人が困惑するようなことも、配慮しないで言う。
14. 独特な目つきをすることがある。
15. 友達と仲よくしたいという気持ちはあるけれど、友達関係をうまく築けない。
16. 友達のそばにはいるが、1人で遊んでいる。
17. 仲のよい友人がいない。
18. 常識が乏しい
19. 球技やゲームをするとき、仲間と協力することに考えが及ばない。
20. 動作やジェスチャーが不器用で、ぎこちないことがある。
21. 意図的でなく、顔や体を動かすことがある。
22. ある行動や考えに強くこだわることによって、簡単な日常の活動ができなくなることがある。
23. 自分なりの独特な日課や手順があり、変更や変化を嫌がる。
24. 特定の物に執着がある。
25. 他の子どもたちから、いじめられることがある。
26. 独特な表情をしていることがある。
27. 独特な姿勢をしている

6

支援システムの構築

— 学校・地域との連携の実際

久留米大学医学部小児科 山下裕史朗

はじめに

AD/HD の子どもを支援する上で、医療機関と学校との緊密な連携が不可欠であることはいうまでもない。子どもは学校で過ごす時間が長く、子どもの問題行動に気づくのはしばしば教師である。緊密な連携は、よいコミュニケーションを基盤とする。また、AD/HD をもつ子どもの子育てにはストレスが多く、保護者が疲れきっていることがよくある。保護者支援のためには、子育て支援という観点から、学校も含めた地域での支援が重要になる。

II 学校との連携の実際¹⁾

1. 子どものアセスメントのための連携

まず、AD/HD の疑いのある児が医療機関を受診した場合、正確なアセスメントのために学校からの情報提供を必要とする。AD/HD の行動評価尺度だけでなく、子どもが学校現場で困っている具体的な問題を記述したものが役に立つ。電話で問題点を教師と話し合う場合、診察に教師が同行する場合、放課後に教師のみが来院する場合、電子メールで連絡をいただく場合など情報提供の方法はさまざまである。いずれの場合も保護者の

同意を得て行う。医師も教師も多忙であるため、お互い都合のよい時間帯を合わせるのがなかなか困難である。お互いの連絡がとりやすい方法や時間帯を聞いておくといよい。子どもの評価尺度など教師が医師に文書で知らせる際に、内容を保護者にみられることを気にして、実際よりも軽く評価するということがないように注意する。子どものありのままの情報を、教師も保護者も医師も共有しないとはじまらない。どうしても保護者にみられるのが困るという場合は、封筒に封をする、もしくは医師に郵送していただく手もある。筆者らは、予約の時点でAD/HDが疑われるケースには、保護者用と教師用評価尺度、最も困っている・心配していることの記述等のパッケージをご自宅に郵送し、教師の記入は保護者からお願いして、両者が記入したものを初診時に持参してもらっている。この方法で教師の協力が得られることがほとんどである。初診後、評価尺度やWISC-III結果のまとめ（保護者用と教師用の2部コピー）を渡して情報を共有している。

2. 介入方法の計画・実施・治療評価のための連携

次に、介入方法の計画、実施、治療評価にも教師とのコミュニケーションが必要とされる。保護者と学校間で使われるデイリーレ



表1 ● 毎日の連絡カードパッケージ

担任の先生へ：

このワークシートは、先生の教室に在籍している AD/HD をもつお子様のために学校 - 家庭間で毎日の連絡カード (daily report card: DRC) を始める手助けのために作られたものです。行動療法は、薬物療法と共に、AD/HD のお子様に行う主要な二つの治療法のうちの一つです。行動療法では、改善すべきある一つの行動上の目標を選び、子どもに頻回に行動に関してフィードバックし、目標が達成できるよう動機付けするものです。多くの AD/HD 児は、家庭と学校で作られた DRC によって、改善すべき行動上の目標を正確に定めるができ、報酬システムを通じて改善する動機づけを与えられます。() 様のご両親は、家庭で困難な問題について改善のための行動プログラムを考えていらっしゃいます。() 様の教室での対応プログラムの中に DRC を組み入れることへのご協力をお願いします。() 様は、この DRC を毎日ご自宅に持って帰り、学校でのがんばりをご両親からフィードバックし、学校で目標を達成できたことに対して報酬が与えられます。この DRC は、ご両親が家庭で使う DRC と統合されています。したがって、() 様・ご両親・先生が、家庭と学校でのより良い行動獲得、保護者・先生・友達・兄弟との関係改善に向かって、一緒に取り組むことができます。この DRC には二つの利点があります：() 様のご両親も、担任の先生が学校でやっ
ていらっしゃるご支援ができること、そして、先生は、毎日家庭に電話することなしにご両親とコミュニケーションができることです。

私たちは、この簡単な説明、各種フォーム、困ったときの対応資料が、() 様の有効な DRC を作成する手助けになると考えています。DRC が、() 様の手助けになるだけでなく、友達関係、クラス運営もよりスムーズになると確信しています。もし、() 様のご両親と DRC 作成中、ご質問があれば、遠慮なくご連絡ください。

2 ページ目からは、次の資料が含まれています。ご両親と先生が両方で使う資料と、どちらかが使う資料があります。

- 学校 - 家庭 DRC の作りかた —— ご両親と先生
- 学校 - 家庭 DRC 目標の見本 —— ご両親と先生
- DRC (ひな型) —— 先生用
- 家庭での報酬見本 —— ご両親
- 学校での報酬見本 —— 先生用
- 子ども報酬フォーム見本 —— ご両親用
- 子ども報酬フォーム (ひな型) —— ご両親用
- 週の DRC チャート —— ご両親用 (別紙)
- DRC 困ったときの対処法 —— ご両親と先生

医師署名：

表2 毎日の連絡カード(見本)

毎日の連絡カード (見本)										
お子様の名前 ()		日付 ()								
	特別授業	国	語	算	数	読	書	理	科	
クラスの規則違反3つ以下	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
課題を時間内に終わる	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
課題の正解率 80%	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
先生の指示に従う (3回以上反抗しない)	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
時間内3つ以下のからかい	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
その他										
昼食の規則を守る	はい	いいえ								
休み時間の規則を守る	はい	いいえ								
「はい」の総数 ()		「いいえ」の総数 ()								
「はい」の割合% ()										
先生のイニシャル ()										
コメント										

ポートカード (daily report card; DRC) は、AD/HD をもつ子どもの治療に有効な手段である。効果の評価に用いられるだけでなく、家庭と学校とのよいコミュニケーションをとる重要な手段になる。ニューヨーク州立大学バッファロー校のDRCの作り方に関するパッケージ資料の一部を示す(表1, 2)。この日本語版フルパッケージは、久留米大学小児科のホームページからダウンロード可能である (<http://moon.med.kurume-u.ac.jp/med/ped/>)。保護者と教師にDRCについて説明し、このパッケージを読んでもらって両者の間でDRCをスタートしてもらう。

医師は、DRCがうまく機能しているか、修正のアドバイスを定期的に行う。DRCの「はい」の数(目標達成度)が治療効果の指標になる。学校での「はい」の数に応じて、家庭で報酬(表3)を与えると子どものモチベーションが上がり、問題行動が減る。DRCが保護者と教師の間でうまく機能しており、子どもが喜んで参加している場合は、治療がたいていうまくいく。

薬物療法(中枢神経刺激薬)をスタートする場合は、試験的服薬の評価尺度記録について担任に依頼の手紙を渡す。薬を継続する場合、服用の確認は誰がするのか、定期的効果

表3 ● 家庭での報酬

家庭でのごほうび (見本)

毎日のごほうび

スナック菓子, 夕食後のデザート, 就寝時間をX分延ばす, ご両親による寝る前の本読み聞かせ, 車内でラジオの選局, お風呂時間をX分延長, 教育的なテレビゲームX分, 家族でみるテレビ番組の選択権, 友達への電話 (市外電話ではなく), テレビゲームX分, 外でX分遊べる, テレビをX分みられる, ラジオ/ステレオをX分聴ける, 子どもの提案によるその他のこと

毎日または週ごとのごほうび

友達宅に遊びに行ける, 友達が自宅に遊びに来る, バイクに乗る/スケート/スクーター/スケートボード (毎日のごほうびとしては, 近所ですること可能; 週のごほうびとしては, 家族とバイクトレールやスケートパークに行ける), お父さんかお母さんとの特別活動・時間, お手伝いを1日免除, 家族とゲームを選べる, 子どもの提案によるその他のこと

週ごとのごほうび

親戚または友達への市外電話, ショッピングモールのゲームセンターに行ける, 釣りに行く, 買い物に行く/ショッピングモールに行く, 映画に行く, 公園に行く, アイスクリームを買う, ボウリング・ミニゴルフ, お店で何か特別なものを選ぶ, ポップコーン作り, お友達が泊まりに来る, 友達宅に泊まりに行く, 家族でみる映画の選択権, レンタルビデオを借りる, 親/家族とファーストフード店に行く, 録画したテレビ番組をみられる, 子どもの提案によるその他のこと

や副作用の具体的評価法 (行動評価尺度や副作用質問票) などについて学校側と確認する。通級している場合は, 通級学級の担任にも評価をお願いする。

3. 共通の言葉でお互いの立場が理解できる関係づくり

教師とのコミュニケーションにおいて, AD/HD など発達障害に関する背景知識が教師にない場合, 医師の言葉が十分理解できないことがある。地域や学校レベルでの学校教師への特別支援教育研修会の中で, 医師が講師として積極的にAD/HD理解啓発のため話をすべきである。逆に, 学校現場の実情を知らないと, 医師が一方的に学校では実行不可能なことを指示して, 教師は, 保護者と

医師の板ばさみで困ってしまうこともある。また, 医師が一方的に学校の対応のまずさを指摘, 批判することがないようにすべきである。医療機関を受診するまでに, 学校側が莫大な労力をはらってやっと受診までこぎつけている例もある。医師が, 安易に「大したことないのになぜ受診したのか」「学校はいつたいていどういう対応をしているのか」といったことを保護者にいつてしまうと, 保護者と学校とのコミュニケーションが壊れてしまつて, その後の子どもへの医学的支援の道が閉ざされてしまうこともある。医師が学校を訪問し, 教師が診療に付き添う機会があると相互理解が深まるはずで, 専門家による巡回相談チームに医師がかかわる意義は大きい。また, 短期間でも教師が発達障害診療の場で医

師に陪席して研修するシステムができればよいと思う。

Ⅲ 横の連携、縦の連携

医療機関と教育関係機関という横の連携だけでなく、幼稚園・保育園から小学校、小学校から中学校→高校→大学→就労という縦の連携が重要である。医師は、縦の連携をつないでいく重要な役割も担う。トータルケアという観点から医学的立場からみた支援のポイントが、小学校、中学校での「個別の教育支援計画」に盛り込まれるべきである。『今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）』では、福祉、医療、労働等との連携について“教育以外の分野との連携が円滑に行われるよう日常的な機関間の連携が重要であり、計画作成担当機関における特別支援教育コーディネーター及び関係機関の協力部署及び担当者の明確化を図るなど地域内での連携システムを構築する。特に、他分野で個別支援計画が作成されている場合は、それらとの連携や接続を図り、一人一人の子どもに応じた総合的な支援計画にしていくことが重要である”と述べられている。ネットワークの構築の仕方として、教育委員会や教育事務所を中心とした特別支援連携協議会、小児科医等が呼びかけて行われる地域での医療と教育関係者との研究会、親の会が中心となって行われる研究会などがある。現在は不十分であるが、校医（園医）は、研修会等を通じてこれらの“軽度”発達障害についてもっと理解を深め、学校内や地域での支援促進のための働きかけ、専門医への橋渡しをするコーディネーター的役割を将来は果たしてほしい。子どもたちが大学を卒業し、成人していく過程で、小児科医から（児童）精神科

医・心療内科医への縦の連携も考えなくてはいけないが、小児期からのAD/HDを理解して診療にあたる精神科医はまだ少ない。小児科医と精神科医との連携という大きな課題がある。子どもが行為障害を併存、保護者がAD/HDやうつを抱えている場合は、精神科医との連携が欠かせない。

Ⅲ 新しい連携の試み・工夫

福岡県久留米市内・外で行われている連携の試み・工夫²⁾について簡単に紹介する。地域によって社会的資源が異なるので、低予算で効率のよい連携方法を考えていかなければいけない。健診・療育システムや虐待対応など既存のネットワークを上手に利用するのが实际的であろう。予算がない、人を増やしてもらえないからできないというのは言い訳にすぎない。

1. 保健所での試み

●久留米保健福祉環境事務所における「就学前の気になるお子様の相談」

3～5歳の就学前児の行動の問題について相談を受ける事業で、できるだけ保護者と保育士同伴で来所してもらう。保健師、小児科医、心理士がそれぞれ相談にのり、対応に関してアドバイスする（隔月）。保護者と保育士が問題点を共通認識でき、医療や療育機関につなげることも多い。就学前に横と縦の連携の基盤を整える意義がある。

2. 久留米市幼児教育研究所

久留米市では、市の機関である幼児教育研究所も、医療相談（大学病院から医師派遣）、療育、園での就学前児の指導にあたっている。療育を受けた年長児は、保護者の承諾のもと



サポートブック『にじいろノート』に個人プロフィール、成長のあゆみ、療育・訓練の様子、コミュニケーションのとり方、くせ・こだわり・パニック、園での様子等を記録し、保護者が保管する。小学校担任に『にじいろノート』を保護者がみせて、個別の教育支援計画作成に役立てている。

3. 久留米市小学校スクールカウンセラー(SC)活用事業²⁾

小学校に発達障害に理解が深いスクールカウンセラー(SC)を定期的に派遣し、学校と保護者とSCとでチームを作り、問題行動をもつ子どもに対応する。対応が困難な例、診断や薬物治療が必要なケースは、リエゾンドクターである小児神経科医か児童精神科医(各1名)に連絡があり、市教育委員会からの依頼を受けて医師が学校訪問することもある。学校、家庭、SCのチームによる行動療法だけでうまくいったケースもあれば、行動療法が全くうまくいかず、小児リエゾンドクターが学校訪問、授業参観し、保護者と学校で面談後、医療機関を受診し、薬物療法が奏効、その後はじめて行動療法が併用できたケースも経験した。現在13名のSCが、16の小学校に月2回派遣されている。ニューヨーク州バッファローでは、「スクールワイドプログラム」といって、行動療法専門の大学院生が公立小学校を定期的に訪問し、学校現場で行動コンサルテーションを行っている。特定の子供だけでなく生徒全体の問題行動が減少する効果を認めている。行動療法の専門家もわが国ではまだ少ないが、医師の依頼を受けて学校や家庭に行動療法の専門家が入り、具体的な指導をすることで危機を乗り切れた自閉症ケースを個人的にも2例経験している。1例は、心理学科学生ボランティアも

かかわっている。家族、学校、医師、行動療法専門家、学生の連携がうまくいったケースである。学校に行動療法専門家が入るにあたって、理解を得るために医師が校長に手紙を書いた例もある。少なくともはなったが、まだ外部の専門家を受け入れるのに抵抗する学校(教師)もある。わが国での特別支援教育における行動コンサルテーションシステムや技法、実践事例については加藤らの著書をぜひご覧いただきたい³⁾。

4. NPOや親の会との連携

久留米市では、過去に市教育委員会主催教師への特別支援教育研修会にNPO「えじそんくらぶ」から講師を招き、AD/HD研修ワークショップを、医師と一緒に行った。また、えじそんくらぶと共同で、久留米市の全小学校生徒のAD/HDが疑われる生徒の実態調査も行った。各地で活動しているLDやAD/HDの親の会を医師がサポートし、専門家の立場から意見を述べることは、親の会のレベル向上に役立ち、家族支援に役立つ。全米最大のAD/HDサポート団体であるCHADD(Children and Adults with ADD; <http://www.chadd.org/>)は、医療や教育の専門家と当事者・保護者が共催で、毎年国際会議を開催しており、国際ネットワーキングセッションもある。CHADDとえじそんくらぶとの交流も行ってきた。筆者はCHADD国際メンバーで、日本のAD/HD診療の現状について報告したこともあるが、国外の素晴らしい実践を知るよい機会である。国内に地域によって取り組みに温度差があるのと同様に国によっても大きな差があることを実感する。国外の親の会の情報について、医師が親の会に情報提供することも重要な医師の役割である。久留米では、医療・教育・親の会



メンバーが参加する「久留米LD・AD/HD研究会」を7年前から隔月で開催している。掲示板を利用して、日常的に意見交換を行っている。研修会や講演会の情報や国外の情報もすべてここに掲示され、毎日100件を越えるヒットがある。

5. 教師と医師の相談ネットワークモデル

平成17年度からはじまった久留米市『教師と医師の相談ネットワークモデル』は、深刻化する子どもの心の健康問題、性の逸脱行動、アレルギー疾患、感染症などの健康問題に取り組むため「学校と地域の健康相談ネットワーク構築」をめざしている。久留米医師会代表の小児科医が、学校医への連絡・調整役となり、各学校(学校医)から5名のコアドクター(精神科、産婦人科、整形外科、皮膚科、泌尿器科)への電話、ファックス、メールなどによる健康相談活動を行う。久留米児童相談所や久留米保健福祉環境事務所がこれをサポートする。

6. AD/HDの夏期治療プログラム^{4,5)}

夏休み中にAD/HDの子どもたちに行う包括的治療プログラムである。アメリカバッファローのモデルプログラム(<http://wings.buffalo.edu/adhd/>)をもとに、平成18年2週間の夏期治療プログラムを久留米市内の小学校で行った。26名の子どもたちが参加し、スタッフは、市教育委員会、医師、教師、心理士、心理・教育関係の学生の総勢40名であった。夏期治療プログラムを行うにあたり、各自が通学している学校長、担任との前後の連携、保護者のペアレント・トレーニングが必要とされ、地域での連携システムの中で核になる重要なプログラムになる可能性がある。学生が20名参加し、子どもの治療にかかわるため、特別支援教育の人

材育成にも最適である。参加している心理士は小中学校のスクールカウンセラーも兼務している。

7. 5歳児健診・相談⁶⁾

鳥取県などで先進的に行われている。5歳児保護者への発達問診、医師の診察を行うもので、保育士、心理士、医師、教育関係者が相談にのり、“軽度”発達障害の早期発見、対応を健診の場で行うものである。子育て相談、心理発達相談、教育相談の3機能をパッケージにしている。5歳健診では、教育相談を加えることによって、就学への連携を図るのがポイントである。鳥取県では、小児科医に対する健診技術講習の他、“気づく保育士”養成研修が行われている。保育園に医師・心理士が訪問して5歳児健診を行っている栃木県大田原市のような例もある。今後は全国に広がっていくものと考えられる。

8. 教員補助者制度、学生家庭教師

神戸市では、平成14年からLD等特別支援事業として、教育・心理関係大学の大学院学生(約170名)が学校に教員補助者として入っている⁷⁾。指導教授が1学期に1回巡回訪問し、学生のスーパーバイザーとなる。これは、市教育委員会が中心となっている公的なプロジェクトである。カリフォルニア大アーバイン校では、行動療法専門家による厳しい臨床トレーニングを受けた大学生(パラプロフェッショナル)が、地域の学校に入って行動コンサルテーションを行っている。わが国でも今後このようなパラプロフェッショナルの養成と現場での活躍が期待される。学生ボランティアによる“軽度”発達障害児の個別指導(ただし、医師、心理士、行動療法専門家の指導の下で行うべき)も子どもによっては効果的である。



9. 神戸市学びの支援センター⁷⁾

“軽度”発達障害の子どもと親を支援するために神戸市が平成16年に開設したセンターで、市内各校より上がってくる症例に対し、7名の専任スタッフ（非常勤心理士、学校心理士）が対応している。医療面でのアドバイスが必要な場合は、心理士が面接とテストを行った後に、小児神経科医、児童精神科医（非常勤8名）が家族と本人に約1時間の面接を行い診断、臨床評価を行っている。面接後、各校における指導状況の確認のために、通級教室、養護学校から派遣されたベテラン教師12名が巡回を行っており、担任、コーディネーターと相談して個別支援計画を立てている（派遣教員は医師との面接場面にも立ち会っており、診療後に指導のポイントを確認している）。

10. 就学前から就労までの発達支援—— 湖南省発達支援システム⁶⁾

湖南省の発達支援システムは、教育・福祉・保健・就労・医療の関係機関の横の連携によるサービスと、個別指導計画（IEP）・個別移行計画（ITP）による縦の連携によるサービスを提供する画期的なシステムである。生涯にわたる一貫した支援を行うために、「発達支援室」を役場内に、専門支援機関である「発達支援センター」を小学校内に開所した。個別指導計画は、人から人へ直接つなげていくもので、直接次のステージ担当者と出会って引き継ぐところに大きな意味があるという。この発達支援システムによって、早期発見と早期療育の統合化によるきめ細やかな支援の実現、乳幼児から学齢期までの一貫した支援の実現、特別支援教育とのリンクが発達支援室を中心に進められる、福祉や保健サービスが個々のケースに応じてコーディネートされており、支援の幅が広がるなどの効果が

得られているとのことである。

おわりに

ニューヨーク州立大バッファロー校のPelham教授らの試算によると、アメリカで1年間にAD/HDをもつ子どもたちが教育、犯罪、保護者や教師の仕事における時間ロスなど社会に与えている経済的損失は、4兆円にもなるという。わが国ではそのような試算はないが、AD/HDを早期に発見・対応することで、社会に与えている経済的損失を防ぐことができるだろうし、適切な対応、教育によって、AD/HDをもつ子どもたちの優れた能力を伸ばすことが、国の発展のために極めて重要であると考えられる。そのために子どもにかかわるすべての職種の人々が自分にまずできることは何かを考え、社会的資源開拓のため人間関係を構築してほしい。AD/HDに関する誤った報道については、毅然とした態度で修正を促し、一般市民への公開講座等を通じて理解啓発を進めたい。

参考文献

- 1) デュポール JJ, ほか(著), 田中康雄(監), 森田由美(訳):親, 専門家, 生徒とのコミュニケーション. 学校のなかのAD/HD——アセスメント・介入方法の理論と実践. 明石書店, 261-280, 2005
- 2) 山下裕史朗, ほか:LD研究13:53-58, 2004
- 3) 加藤哲文, ほか:特別支援教育を支える行動コンサルテーション——連携と協働を実現するためのシステムと技法. 学苑社, 2004
- 4) 山下裕史朗:日本小児科学会雑誌109:1301-1307, 2005
- 5) 山下裕史朗:ADHDをもつ子どもへの夏期治療プログラム. そだちの科学, 2006
- 6) 発達障害者支援法ガイドブック編集委員会:発達障害支援法ガイドブック. 河出書房新社, 2005
- 7) 神戸市小学校校長会(編):続変容する子どもたち. みるめ書房, 2004

AD/HD の早期発見

(幼児期における AD/HD スクリーニング用の問診票)

1. はじめに

AD/HD 児への早期介入は二次障害予防の観点からきわめて重要であるが、DSM-IV あるいは ICD-10 の診断基準は学童期以降の児を対象としており、幼児期早期の診断にはそのままの形では利用することは現実的ではない。AD/HD の症状である不注意、多動性・衝動性は正常の幼児期でも認めうる発達の特徴である。しかし、幼児期早期から強い不注意、多動性・衝動性を認め、育児困難をきたす事例が存在するのも事実であり、確定診断は困難でも、子どもの示す不注意、多動性・衝動性に関連する行動特徴が正常範囲なのか、障害につながる可能性を持つ異質なものなのかが明らかにできれば早期介入が可能であり、育児困難を感じている保護者に育児支援を行うことが可能である。

幼児期に認める不注意、多動性・衝動性が必ずしも学童期以降に AD/HD の確定診断につながるわけではない。広汎性発達障害 (PDD) 児でも、乳幼児期にはしばしば不注意に見える行動様式や、多動性・衝動性を認める。幼児期に認められる不注意、多動性・衝動性が AD/HD、PDD のような発達障害に直結するわけではないが、同年例の子どもとの違いを客観的に評価することができれば、早期介入を通じて二次障害の発生を予防することが可能になる。このような観点から、AD/HD 児の早期発見、AD/HD 児または疑い例への適切な対応、保護者の気付きを保証するために、幼児期でも使用可能な早期介入用の不注意、多動性・衝動性のチェックリストの作成を試みた。

2. 幼児版の診断基準について

幼児期に AD/HD を診断するための診断基準やチェックリストは見あたらない。生理的に不注意、多動性・衝動性ととれる行動特徴を示す乳幼児期の診断は困難と考えられる。Lahey ら^{1,2)} は 4 歳児を対象に DSM-IV に基づいて AD/HD の診断を行い、6 歳まで 3 年間のフォローアップを行い、少なくとも小学校低学年までは 4 歳児の診断が妥当であり問題は継続することを証明している。4 歳を過ぎると DSM-IV の診断基準をそのまま適応することは可能だと考えられる。

3. 行動特徴のチェックリストの作成

乳幼児でも、AD/HD 児もしくは並はずれた不注意、多動性・衝動性などの行動上の問題を抱えて支援が必要な児をスクリーニングできる問診票の作成を試みた。すでに AD/HD の診断がついている学童期の子どもの保護者の協力を得て、乳幼児期に認めた問題行動を参考に、チェックリストの項目を設定した。DSM-IV により確定診断されている学童期以降の AD/HD 児 15 名の保護者を対象としてアンケートを実施し、AD/HD 児が乳幼児期に示した行動特徴について調査した。その

結果、①違和感を感じたエピソード(12項目)、②多動性を感じた(10項目)、③困難性を感じたエピソード(11項目)、④精神的な苦痛・困難性を感じたエピソード(11項目)、⑤他人に迷惑をかけたエピソード(11項目)、⑥他者からの苦情があったエピソード(11項目)の計66項目を行動特徴として選定できた。66項目のうち、重複・類似項目を整理し、幼児期早期には認めない内容を除外した。結果、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強い癩癪4項目、⑥運動のアンバランス1項目の6カテゴリー25項目からなるチェックリスト(資料6)を作成した。それぞれの項目について、①ない、もしくはほとんどない、②ときどきある、③しばしばある、④非常にしばしばあるの四択で回答できるようにした。

4. 行動特徴のチェックリストの検証

1) 各年齢における行動特徴の出現頻度

行動特徴のチェックリストにあげられた行動特徴が1歳6カ月、3歳時点でどの程度の割合で認められるかを明らかにするために、1歳6カ月健診、3歳健診の受診者を対象に、それぞれの年齢における行動特徴の頻度(浸透率)を調べた。調査には山口市保健センター(1歳6カ月健診)、下関市小児科医会(3歳健診)の全面的な協力を得た。1歳6カ月健診受診者239名(男/女:114/125)、3歳健診受診者484名(男/女:248/236)の協力を得た。男女別に「しばしばある」「非常にしばしばある」を陽性とし、各年齢における頻度を調べ、浸透率とした。結果は男女別に資料6の参考図1、2に示す。各項目のばらつきを箱ひげ図を用いてグラフ化した(資料6の参考図3~6)。これにチェックリストを重ねると、回答した程度が健診群の中でどのくらいに位置するかが明らかにできる。

2) 発達1歳6カ月、3歳における発達相談群(気になる群)との比較

1歳6カ月健診事後発達相談、3歳健診事後発達相談における行動特徴のチェックリストの使用を試み、相談の主訴に不注意、多動性・衝動性のある群(多動群)と無い群(非多動群)に分けて、健診群と比較検討した。

「ない、もしくはほとんどない」「ときどきある」「しばしばある」「非常にしばしばある」は順位尺度ではあるが、それぞれ0、1、2、3と点数化することにより、健診群と相談群における行動特徴の出現頻度の違いを検討した。健診群と相談群の質的な差について、統計処理はManWhitneyの順位検定により有意差のある項目を選定した。1歳6カ月では行動特徴のチェックリストで有意差のある項目は男女とも非多動群が多く、多動群では少なかった。3歳では有意差のある項目は男女とも多動群が多かった。この結果から、1歳6カ月では不注意、多動性・衝動性を行動特徴のチェックリストから病的と判断するのは困難だということになる。逆に1歳6カ月で発達に遅れのある子どもでは、不注意、多動性・衝動性に関連した行動の特徴を示すことが多いことが明らかになった。一方、3歳では主訴にある不注意、多動性・衝動性を行動特徴のチェックリストで確認できる可能性が示された。

5. 行動特徴のチェックリストの臨床応用

■事例1 6歳 男児

■診断名 注意欠陥/多動性障害（不注意優性型）

学校生活でのトラブルを主訴に受診。ADHD-RS-IV-Jでは不注意17点，多動性・衝動性8点，合計点25点。3歳ごろのようすを思い出して，回顧的に行動特徴のチェックリストをスコアリングした結果を示す。「しばしばある」以上のチェックが多いサブカテゴリーは「多動性」「旺盛な好奇心」「破壊的な関わり」だったが，「非常にしばしばある」が多かったのは「多動性」よりも「旺盛な好奇心」「破壊的な関わり」であり，本児が3歳の段階で，多動性と不注意を認めたことがわかり，しかも多動性よりも不注意（多注意）の要素が強いことが示され，現在の状態とよく相関した。一般的頻度との関係を見るため箱ひげ図を重ねてみると，破壊的な関わり4項目すべてと旺盛な好奇心の1項目で健診群の最大値を超えた（図1）。

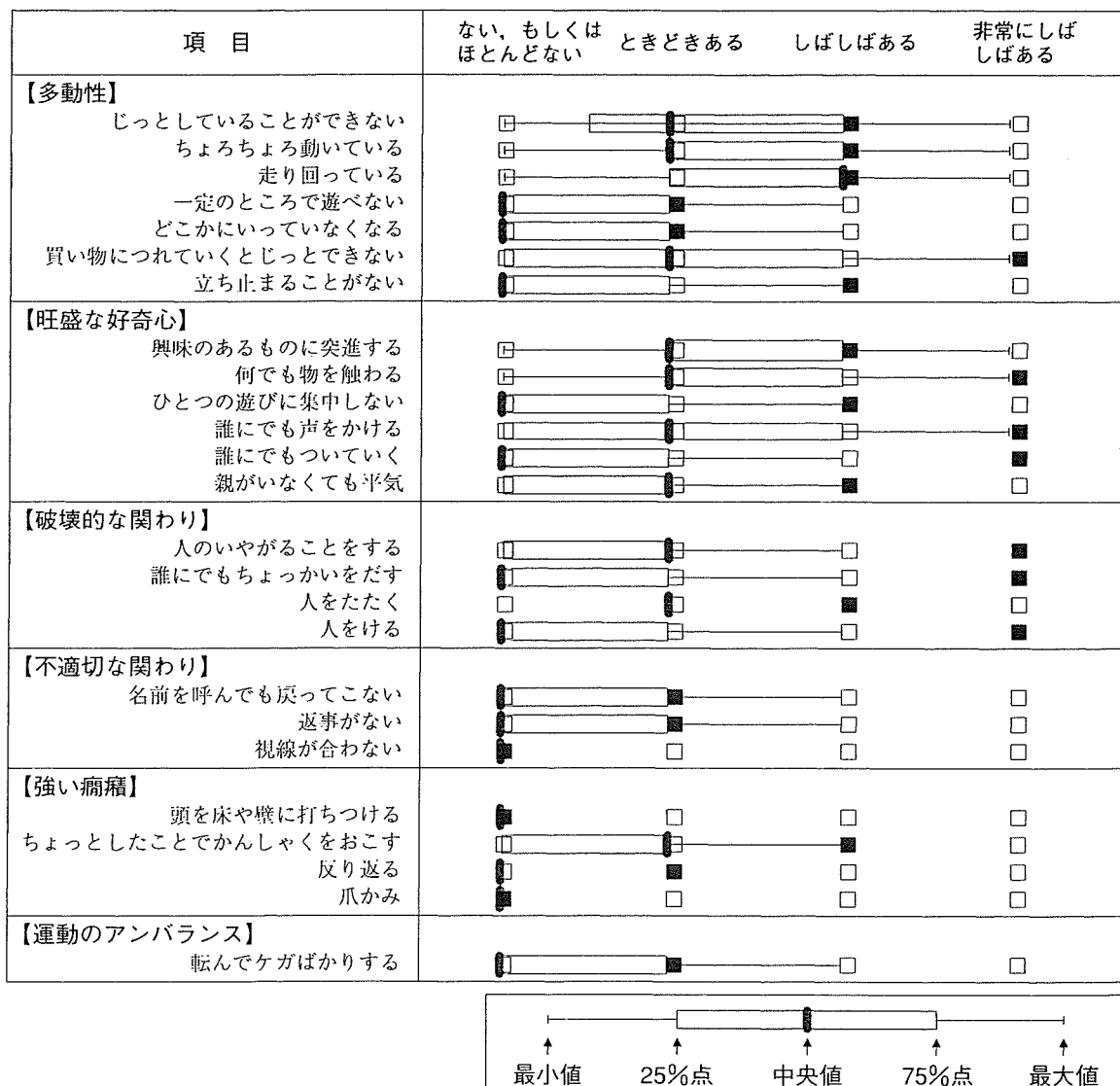


図1 事例1のカテゴリー別ばらつき

■事例2 2歳8カ月 男児

■診断名 睡眠障害, 過食

未熟児出生, 退院してからずっと「かん」が強く夜寝なかったが, 2歳過ぎてからは特に夜寝ない状態が続き, 家人が寝静まってから盗み食いを繰り返した。過食後の嘔吐・下痢が著明で, 身長・体重の増加不良をきたした。甲状腺機能は異常なく, 染色体 FISH 法で Prader-Willi 症候群で認める SNRPN 遺伝子の欠失は認めなかった。行動特徴のチェックリストを実施すると, 「しばしばある」以上が多いサブカテゴリーは「破壊的な関わり」「強い癩癩」で, 「非常にしばしばある」が多かったのは「強い癩癩」だった。多動性・不注意は目立たないが, 育児の困難さを明確に浮き彫りにできた。一般的頻度との関係を見るため箱ひげ図を重ねてみると, 破壊的な関わり2項目, 不適切な関わり1項目, 強い癩癩3項目で健診群の最大値を超えた(図2)。

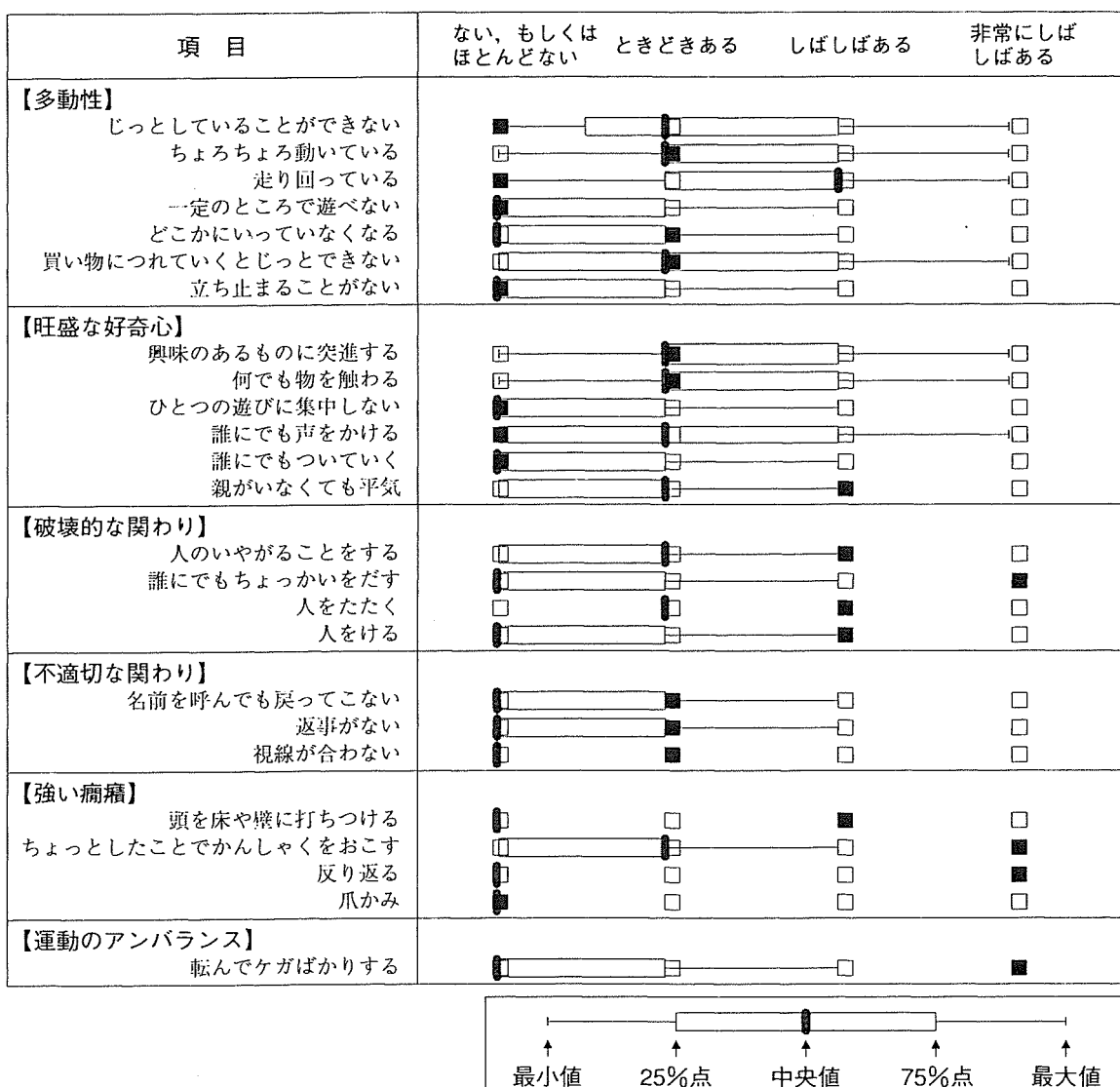
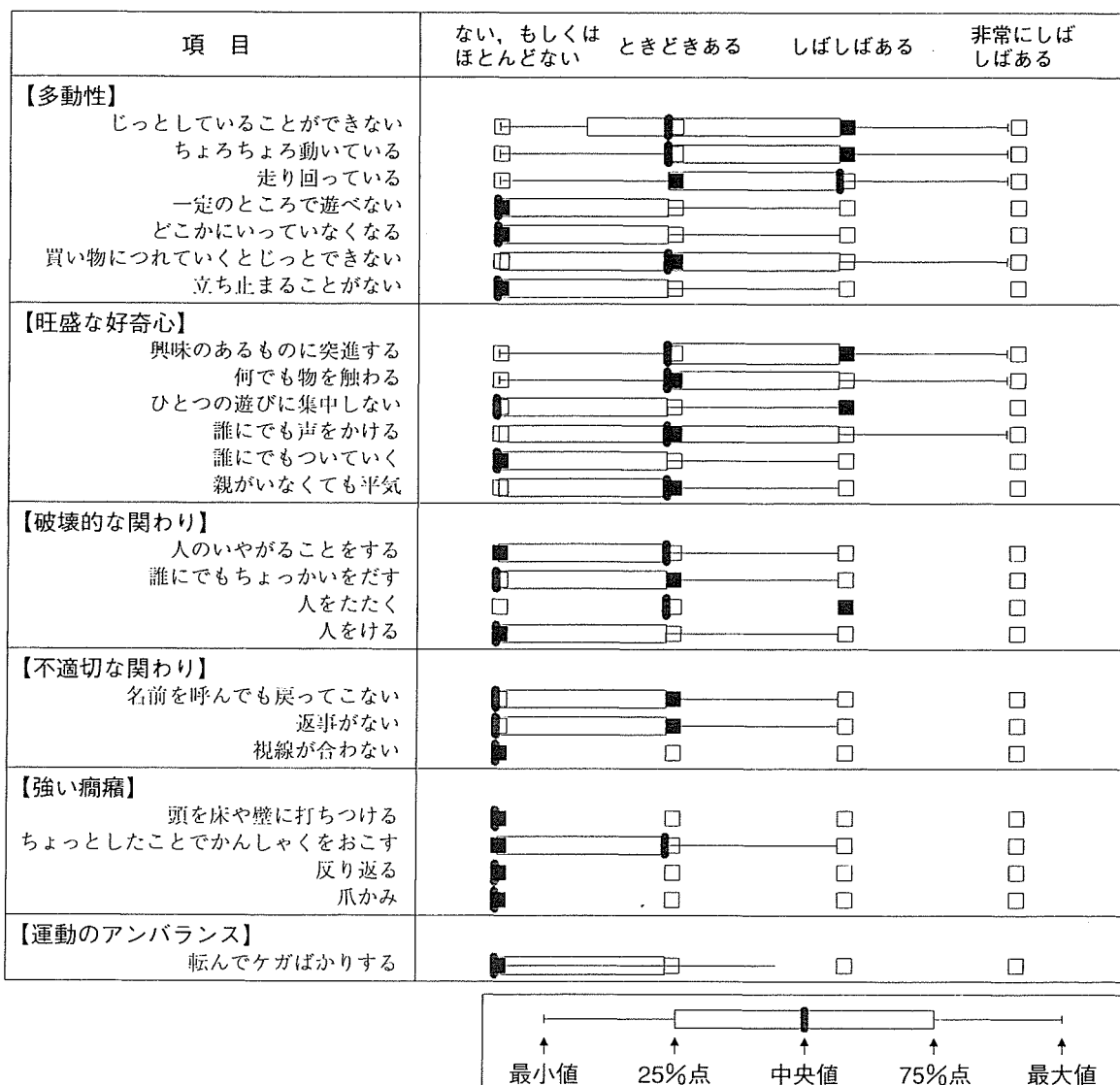


図2 事例2のカテゴリー別ばらつき

■事例3 4歳0カ月男児

■診断名 高度難聴, 多動

乳児期に音に対する反応が不良で、聴性脳幹反応により難聴の診断を受けた。引っ込み思案だったが、3歳すぎて落ち着きのなさが目立ってきた。行動特徴のチェックリストを実施すると、「しばしばある」がチェックされたのは「多動性」3項目、「旺盛な好奇心」「破壊的な関わり」が1項目ずつで、「非常にしばしばある」についたものはなかった。本児の多動は補聴器と言語療法により理解できる世界が広がったために身についた積極性と考えた。その後、多動性は保護者の主訴にならない程度に軽減した。一般的頻度との関係を見るため箱ひげ図を重ねてみると、健診群の最大値を超えたのは破壊的な関わりの中の「人をたたく」のみだった(図3)。聴覚障害のため、「人をたたく」は破壊的な関わりではなく、意思表示の手段の可能性がある。「人をたたく」以外には健診群の最大値をこえる項目はなく、本児の行動特徴が病的でないことを示唆している。



■図3 事例3のカテゴリ別ばらつき

6. まとめ

今回作成した行動特徴のチェックリストは継続的な経過観察による妥当性を検証してないため、AD/HDのスクリーニング用のチェックリストとして使用することはできない。幼児期には正常発達でも不注意、多動性・衝動性を感じさせる行動特徴を示すが、それぞれの行動特徴がどれくらいの頻度で出現するかは明らかにされていなかった。今回、1歳6カ月と3歳時点でどの程度不注意、多動性・衝動性に関連する行動特徴を認めるか（浸透率）を明らかにすることができた。また、箱ひげ図を使うことにより、それぞれの回答が一般的な分布のどのあたりに位置するかを知ることができるようになった。1歳6カ月、3歳ともに発達相談の対象児と健診群を比較することのより、どのような行動特徴を注意してみればよいかについても明らかにできた。本チェックリストは事例中に示したように、AD/HDのスクリーニングというよりも、幼児期の行動パターンを不注意、多動性・衝動性の視点で客観的に評価するツールとして当面使用は可能と思われる。

(林 隆)

■ 参考文献

- 1) Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee SS, Willcutt EG, Hartung CM, Chronis A, Massetti G : Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry* 161(11) : 2014-2020, 2004.
- 2) Lahey BB, Pelham WE, Stein MA, Loney J, Trapani C, Nugent K, Kipp H, Schmidt E, Lee S, Cale M, Gold E, Hartung CM, Willcutt E, Baumann B : Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(7) : 695-702, 1998.

第VIII章

障害児医療と虐待

2001年に厚生省科学研究班が報告した障害児への虐待の全国調査は、2000年に全国の児童相談所が受理した児童虐待事例1万3,983件中、障害児は1,008件(全体の7.2%、男児588件、女児420件)であり、虐待を受ける障害児は健常児の4~10倍と推計されると指摘している。障害別では知的障害児788人、身体障害児159人(肢体不自由児87人、聴覚障害児31人、内部障害児22人、視覚障害児19人)、注意欠陥多動性障害91人などであった¹⁾。

障害児への虐待には、子どもに障害があるために育児負担が大きく、虐待に至る場合と、虐待を受けたことで障害がより重度になる場合、虐待を受けたために障害を負ってしまう場合がある。医療関係者は、障害児を虐待から守るばかりでなく、障害児を持つ家族の負担を少なくするように考えながら医療行為をすべきである。

障害児および家族への援助の原則

- ① 重度の障害児も一人の人間として、人権が尊重されなければならない。
- ② 子どもの身体的医療を必ずしも最優先せず、家族の負担が少なくなるように心がける。
- ③ 医師個人や一つの医療機関ではできることに限界があるので、地域の福祉、保健、教育機関等と協力して援助を行っていく。

1 障害の内容と虐待

ここでは、以下のような子どもに対して保護者(施設入所児の場合は施設