

特集

児童・生徒に今起こっている保健問題と対策

軽度発達障害児の問題と対策

関 あゆみ¹⁾, 小枝 達也²⁾

はじめに

近年、「軽度発達障害」への関心が高く、教育、心理、医療など、さまざまな領域でこの障害を抱える子ども達の「問題と対策」について議論されている。平成17年4月には発達障害者支援法が施行され、学校保健においても、「①学校保健法による健康診断を行うにあたり早期発見に努めること、②発達障害の疑いのある者に対し継続的に相談を行い、必要に応じ、医学的・心理的判断が受けられるよう措置をとること」が求められるようになった。これを受けて、2006年4月に改訂された『児童生徒の健康診断マニュアル』¹⁾では、「発達障害」の項が新たに設けられた。疾患の定義や一般的な症状については、すでに多くの文献が出ているので、今回は学校保健にかかわる人々にとって重要と思われることに絞って述べたいと思う。それぞれの疾患の定義や行動特性については、この健康診断マニュアルを参考にさせていただきたい。

まずはじめに、「軽度発達障害」という用語の意味するところについて確認しておきたい。この用語は、ICD-10やDSM-IVなどの医学的な診断基準にもとづいた診断名でもなければ、教育や保健・福祉における法律用語でもない。一般的には、

学習障害(LD)や注意欠陥多動性障害(ADHD)、知的な遅れの明らかでない広汎性発達障害(高機能広汎性発達障害)などを総称して使われる、いわば通称である。障害の程度が「軽度」であることを意味せず、また質的に異なる障害を総称しているため、必要となる支援や対策も一様ではない。

それにもかかわらず、近年この用語が広く使われるようになってきた背景には、近年の障害児教育・福祉施策の改革の流れがあると思われる。「軽度発達障害」に含まれる疾患は、従来の特殊教育の対象とはなっていなかったものである。平成14年の文部科学省の調査により、LD、ADHD、高機能自閉症により学習や生活の面で特別な教育的支援を必要とする児童生徒が、通常学級に約6%存在している可能性が示された。それを受けて、特別支援教育においては、「従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症を含めて…適切な教育や指導を通じて必要な支援を行う」とされた²⁾。すなわちこの用語は、教育的な意味では、新たに特別支援教育の対象とされた障害、ととらえることができる。

また、発達障害者支援法では、「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常

筆者：1) せき あゆみ (鳥取大学地域学部地域教育学科助教授)

2) こえだ たつや (鳥取大学地域学部地域教育学科教授)

低年齢において発現するもの」と定められている。「軽度」という語は用いられていないが、これまで障害児者施策の対象とされてこなかった障害を対象としているという意味では、特殊支援教育における「LD, ADHD, 高機能自閉症」とほぼ同義である。すなわち、福祉的な意味では「軽度発達障害」＝「発達障害者支援法における発達障害」である。しかし、従来の障害児者施策の対象であった「知的障害を伴う広汎性発達障害」などと区別するため、一般には「軽度発達障害」という用語が用いられているように思われる。

このように「軽度発達障害」には明確な定義はなく、用いる人によってその意味するところは異なる。本稿では、学習障害 (LD), 明らかな知的障害を合併しない注意欠陥多動性障害 (ADHD), 高機能広汎性発達障害 (HFPDD) の三疾患を「軽度発達障害」として扱うこととする。

1. 学校保健における「軽度発達障害」

学校における軽度発達障害に伴うもっとも大きな保健上の問題は、二次的に生じる心身症や不登校である。「軽度発達障害」の子ども達が心身症や不登校を生じる正確な割合は不明であるが、一般よりも高いと考えられている。

「軽度発達障害」の認知が現在に比べ低かった1999年の全国病院調査では、外来を受診したADHD児のうち57.7%が心身症の合併を指摘されており、26.9%が学校不適応(不登校, 保健室登校, 適応指導教室への登校)の状態であった。LD児のうち心身症の合併は68.4%, 学校不適応は73.7%であった。同時期(1998年)の鳥取県における学校調査でも、小学校ではLD児の34.5%が不登校状態であり、この頻度は学年が上がるとともに増加し、中学校では59.9%が不登校の状態であった。ADHD児での不登校の頻度は、小学校では2.3%, 中学校では39.4%と、中学生になると急に増加していた³⁾。また、塩川ら⁴⁾は2000~2004年の4年間に小児科心理外来において発達障害と診断された263例のうち、不登校

を認めた例は32例(12.2%)であり、特にアスペルガー障害では約3割に不登校への介入が必要であったと報告している。疾患やフォローの状況により異なるが、「軽度発達障害」の1~3割に不登校が認められるようである。

留意すべき点は、それまで発達障害の診断がされておらず不登校の主訴で受診する子どもの中にも、受診後に発達障害と診断されるものがあることである。塩川ら⁴⁾による不登校を主訴とする266例中、約2割に発達障害が認められたという報告や、山下ら⁵⁾による不登校を主訴に受診した54例中、「軽度発達障害」を伴うものが13例(31.7%)あったという報告がある。不適応による心身症や不登校傾向にある児にとって保健室が第一の避難場所であることは多い。このような子ども達の中に発達障害を背景にもつものが存在する可能性を念頭において対応していきたい。

2. 「軽度発達障害児」の不適応の背景

ADHDとは、年齢や発達レベルからは理解できない不注意, 多動, 衝動性の3つを主症状とする行動の障害である。ドーパミンをはじめとする脳内の神経伝達物質の異常が原因と考えられている。症状は3歳頃から気づかれ始めるが、保育所・幼稚園や学校などの集団生活が始まると「落ち着きがない」「乱暴で周囲の子どもとのトラブルが多い」「集中して課題に取り組めない」などが問題となり受診し、診断される場合が多い。保護者が厳しくしつけようとして親子関係が悪化したり、虐待に近い状態になる場合もある。子どもの側も、不注意や乱暴な行動を繰り返し怒られて育つ中で、大人に対する反抗的・挑発的な態度が増強し、反抗挑戦性障害と呼ばれる状況になることがある。一方で、年齢とともに「自分はだめなんだ」と自己評価が低下し、心身症や不登校などの不適応を生じるようになる。

LDとは、知的な遅れや視聴覚障害がなく、周囲の十分な努力と本人の努力があるにもかかわらず、読み書きや計算など特定の能力の障害を認め

る場合をいう。先天的な脳機能障害にもとづく認知機能障害が原因と考えられる。知的には良好で日常生活や会話には問題がないため、周囲には学習面での困難さが理解されず、「やればできる」「もっと頑張れ」といわれることが多い。周りの子ども達があたり前に身につけていく読み書きや計算ができないことで、本人たちは非常にあせりを感じ自信をなくしている。適切な支援がなければ、学年が上がるにつれ学業不振が顕著となるため、学習意欲をなくし不登校になる場合が多い。LDの約40%にADHDが合併するが、学習内容がわからないために、二次的に授業中の集中不良や落ち着きのなさが増悪している場合も多い。学年が上がるとともに落ち着いてくるADHDの多動症状とは逆の経過であり、小学校中学年以降に多動症状の増悪を認める場合にはLDの合併がどうか確認する必要がある。

PDDとは、対人関係障害を基盤とし、会話のずれ、独特なこだわり、新奇なものに対する不安や恐れなどを認める発達障害であり、中核群が自閉症である。知的な遅れのないPDDの場合、保育所・幼稚園などの集団生活の中で、集団行動がとれない、自分の興味にのみ没頭し子ども同士で遊ぼうとしないなど、対人関係での問題が明らかとなることが多い。学童期になると、突飛な行動や発言から、からかひやいじめの対象となりがちである。本人の突飛な行動を矯正し、何とか集団の中で適切な行動が取れるようにしようとする教師の熱心な指導が、かえってパニックを引き起こしてしまうことも多い。PDD特有の認知の歪みや独特の価値基準のため、何気ないからかひや教員の指導が、主観的な迫害体験となり得るのである。このような体験に、こだわりの強さや不安のもちやすさが重なり、かたくなに登校を拒むようになる。また、独特なこだわりによる摂食障害を起こす場合があり、摂食障害を契機にPDDと診断された症例も報告されている⁶⁾。学童期後半には、手洗い強迫などの強迫症状で受診することも多い。思春期以降には、自分のもつ困難や特異さを自覚するようになり、対人関係を避けて引きこ

もるようになることもある。

このように、それぞれの疾患が不適応を起こす背景は異なっているが、共通するのは障害が理解されにくいことからくる周囲の対応の誤りと、そのことによって引き起こされる自己評価の低下である。

3. 医療機関との連携について

近年の特殊支援教育への転換の中で、「軽度発達障害」に対する教育的支援への関心が高く、学校と医療機関との連携という対応についての具体的助言を期待されることが多い。しかし、学校生活での諸問題について具体的な助言のできる医師は多くない。「軽度発達障害」の知識がないからではなく、学校生活を知らないからである。医師ではないとできないことと、専門知識のある他のスタッフ（心理士、養護学校免許のある教員、保健師など）ができることを分けて考える必要がある。「軽度発達障害」について、医師ではないとできないことが2つある。ひとつは鑑別診断を考慮した的確な診断であり、もうひとつは必要に応じた薬物療法である。

「軽度発達障害」と鑑別が必要な疾患は多岐にわたる。ADHDとの鑑別が必要なものを表1に挙げた⁷⁾。てんかんや脳腫瘍などのほか、浸出性中耳炎による聴覚障害、アトピー性皮膚炎、喘息などの治療薬などが関与している場合もある。PDDについては、同様の疾患のほか、精神科的疾患の鑑別が必要となる。発達障害についての知識が豊富な教員や心理士は増えているが、鑑別が必要とされるこれらの疾患についての知識はほとんどないといってよい。医師の診断がなければ学校での対応ができないということではないが、教育的対応と並行して医師の診察を受けておく必要がある。また、保護者は身体の問題が行動面・学習面に影響するとは思っていないため、学校での行動や学習の問題が生じた場合に、すでに治療を受けている疾患については言及しないことがある。てんかんで長く治療していた児が、学習面で

表1 ADHDと鑑別が必要な身体疾患・神経疾患

〈神経疾患〉
・てんかん (各種発作および治療薬の副作用)
・脳奇形
・脳腫瘍 (進行が緩徐なもの)
・白質変性症 (副腎白質ジストロフィーなど)
・亜急性硬化性全脳炎
・結節性硬化症
・もやもや病
・水頭症
〈身体疾患〉
・甲状腺機能亢進症
・アトピー性皮膚炎
・気管支喘息 (治療薬の副作用)
・アデノイド
・軽度の聴覚障害

の困難を指摘され、学校から他の病院を紹介されたなどということもある(保護者は関係ないと思いい、てんかんの薬を飲んでいることはいわなかったそうである)。学校保健においては、子どもの既往歴全般を把握するようにしておきたい。専門医の受診を勧める場合も、別の疾患で主治医がいる場合には、主治医にも話すように勧めて欲しい(服薬など治療の情報が必要な場合があるためである)。

発達障害における薬物療法としては、ADHDの薬物療法がよく知られているが、PDDに伴う強迫行動や二次障害など、他の疾患においても薬物療法が有効な場合がある。教育的な対応だけでうまくいかない場合には、薬物療法の可能性があることも念頭においてほしい。発達障害についての知識が広まり、以前に比べ薬物療法に対する否定的な反応は減ったように思うが、最近では逆に学校から「薬を出してもらおうように」勧められて受診する人が増えている。薬物療法は期待する効果と副作用を十分考慮し、子ども本人の理解を得た上で行なう必要がある。家庭で把握できない内服による変化(効果・副作用の両面での変化)については学校から情報を得ることになるが、内服の是非についての判断はしないようにしていただきたい。学校でいわれた何気ない一言で、内服に対して拒否的になったり、逆に強迫的になったり

して、治療が困難になる場合が少なくない。

4. 早期発見のための乳幼児健診・学校健診の役割

保健が担うべきもうひとつの役割は早期発見である。杉山ら⁸⁾は、継続的にフォローされている高機能PDD386名のうち、行為障害と診断された症例あるいは触法行為を繰り返した症例18名について検討し、これらの症例は、①診断が小学校入学後と遅く、②虐待、いじめなどの迫害体験があることを指摘している。早期の診断と支援により、不適切な対応を防ぐことの重要性が示唆される。

発達障害者支援法では、「母子保健法・学校保健法に定める健康診査において早期発見に努めること」と定めている。しかし、「軽度発達障害」の子ども達は、母子保健法が規定する3歳までの従来の乳幼児健診では気づかれない可能性が高い。抱えている問題が軽微だからではなく、家庭内の生活が中心のこの年代では問題点がみえてこないためである。3歳児健診後に、保育所や幼稚園での集団生活が始まり、ADHDやPDDの子ども達のもつ問題点が顕在化する。保護者には園での様子はわからないことが多い。保護者が「何となくほかの子どもと違う」と感じ始めた場合でも、3歳児健診までに問題を指摘されていなければ、「(子どもの問題でないのだから)育て方の問題ではないか」「もう少し大きくなればよくなるのではないか」と考えてしまう。保護者を安心させようと、周囲がこのような助言をする場合もある。こうして、適切な支援がなされないまま就学を迎えることになる。

3歳児健診から就学までの間の幼児期に診察や発達相談を行ない、家族への助言と就学への準備をすることで、就学後の二次的な不適応を防げるのではないかと考えから、鳥取県では5歳児健診(対象児全例に実施)または5歳児発達相談(家族・園からの希望者のみに実施)が行なわれている。平成17年度には、ほぼ全市町村で実施

表2 平成17年度鳥取県5歳児健診・5歳児発達相談結果
(追跡観察, 要医療・要精査, 治療中・観察中の人数)

疑われる疾患	合計	5歳児健診 (受診者 1,359人)		5歳児発達相談 (対象者 3,415人)	
		人数	受診者中 の割合	人数	対象者中 の割合
ADHD	85	60	4.4	25	0.7
PDD	39	30	2.2	9	0.3
LD	2	2	0.1	0	0.0
軽度知的障害	55	35	2.6	20	0.6
場面かん黙	7	6	0.4	1	0.0
計	188	133	9.8	55	1.6

軽度知的障害・場面かん黙の中にも、「軽度発達障害」と診断される可能性のある児が含まれるため、表中に挙げた。

され、126名に「軽度発達障害」を疑う所見が指摘された(表2)⁹⁾。このうち、受診以前に何らかの指摘を受け経過観察されていた児は29名に過ぎず、その約3倍が5歳児健診で気づかれたことになる。5歳児健診での発見率はADHDの疑い4.4%、PDDの疑い2.2%、LDの疑い0.1%となり、ADHDとPDDを疑う児については平成14年に文部科学省が行なった小・中学校における調査の結果(「不注意」または「多動-衝動性の問題」2.5%、「対人関係やこだわり等の問題」0.8%)よりも多かった¹⁰⁾。5歳児健診で指摘を受けた全例が最終的に「軽度発達障害」と診断されるわけではないが、集団生活において困難を抱える児であることには間違いなく、適切な子育て支援・就学へ向けた助言をしながら見守っていくことが大切である。

学習面の困難が主症状であるLDについては、5歳児健診での指摘は困難であった。LDの中核群である発達性読字障害について就学前の予測因子に関する研究が行なわれている¹¹⁾が、今後の追跡調査の結果を待つ必要がある。現時点では就学後に一定期間の文字指導が行なわれた後(1年生の1学期末など)に、読字能力およびその関連能力の評価を行なうことが妥当と思われる。学業不振が生じる前に支援を開始することが重要であ

る。

現時点では5歳児健診が実施されているところは少なく、また5歳児健診が導入されたとしても、就学前に全例が発見されるわけではない。しかし、学校健診の場のみでこれらの疾患に気づくことはかなり困難であり、普段の様子を知る担任や養護教諭からの情報が重要になる。教室内の問題を担任がひとりで抱えようとしていると発見が遅れることがある。学校においてできるだけ早く発見し支援を始めるためには、養護教諭や特殊支援教育コーディネータを含め、学校全体で情報を共有していく必要がある。

おわりに

「軽度発達障害」に含まれる3疾患は互いに合併する場合があります。また、発達段階により目立つ症状が異なり診断名の変更が必要になることもある。同一家系に異なった疾患が集積することもある。このため、非常に近接した疾患として、ひとつのものとして扱おうとする考えもある。しかし、それぞれの疾患の特性により異なるニーズがあり、まずは異なる疾患として理解する方がわかりやすいであろう。

一方で、「二次的な不適応を予防する」という視点にたてば、「軽度発達障害」として包括的に扱うことの別の意味がみえるようにも思う。同級生たちと同じようにできることとできないことの差が大きいのがこの子ども達である。知的に大きな遅れがないということは、人との違いに気づく力があることも意味する。それゆえに彼らは、プライドが高く、その反面、自信を失いやすく、自己肯定感をもちにくいのである。小枝¹²⁾は、「軽度発達障害児」への対応において不可欠なこととして、①自分自身の行動特性を理解すること、②その行動特性を肯定的に受け入れること、③その行動特性の是正に立ち向かう気持ちをもたせること、を挙げている。教室内で周囲の反応も省みずにあふまっていた「軽度発達障害」の子ども達が、さまざまな訴えで保健室にやってくる。不適

応症状の始まりは、子ども達が自分自身の特性に気づき始めたことを意味するのかもしれない。子どもの心のつらさに寄り添いながら、少しずつ自己認知を深めることができるように援助していきたい。

文 献

- 1) 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課監修：児童生徒の健康診断マニュアル（改訂版）。日本学校保健会，pp. 117-121, 2006.
- 2) 文部科学省：特別支援教育の在り方に関する研究協力者会議。「今後の特殊支援教育の在り方について（最終報告）」。2003. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301.htm
- 3) 小枝達也：発達面から見た心身症および学校不適応の病態。日小児会誌，105(12)：1332-1335, 2001.
- 4) 塩川宏郷：不登校と軽度発達障害。第24回日本小児心身医学会（抄録集），p. 15, 2006.
- 5) 永光信一郎ほか：不登校を主訴に受診した軽度発達障害児—頻度と予後について—。第24回日本小児心身医学会（抄録集），p. 67, 2006.
- 6) 大田有美ほか：摂食障害とアスペルガー障害。小児の精と神，45(1)：51-59, 2005.
- 7) 小枝達也：AD/HDの診断・評価 5. 鑑別診断。pp. 88-89, (齋藤万比古ほか編：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，2006.)
- 8) 杉山登志郎：子どもの心の発達について再考する：自閉症臨床から。小児の精と神，45(4)：313-321, 2005.
- 9) 関あゆみほか：鳥取県における5歳児健診—構造化した診察法による軽度発達障害スクリーニングの試み—。第25回鳥取県小児保健協会研修会（学会報告），2006年12月3日.
- 10) 文部科学省：通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査。2002. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301i.htm
- 11) 金子真人ほか：就学前6歳児におけるrapid automatized naming (RAN) 課題と仮名音読成績の関連。音声言語医，45(1)：30-34, 2004.
- 12) 小枝達也：軽度発達障害児への対応と小児科医の役割。日小児会誌，110(5)：639-646, 2006.

シンポジウム 2

軽度発達障害児への気づきと対応システム —ちょっと気になる子たちの幸せを願って—

1 問題の所在

林 隆(山口県立大学看護学部)

軽度発達障害児にとって最初の具体的支援場面となるのが就学であるが、円滑な就学支援を行うには幼児期に支援の視点にたった発見システムを構築することは重要な課題である。発見には周囲の気づきが必要となるが、軽度発達障害は「遅れ」を主体する既存の障害とは異なり、気づきの主体は「違い」であるため、気づきが具体的に支援に繋がりにくい。「遅れ」は平均値からの隔たりを定量化し絶対値として提示できるが、「違い」は正常と連続性をもつ発達特性であるため、単独では評価することが困難な相対的な評価値である。このような理由から「違い」を主徴とする軽度発達障害に対する正しい認識は十分に浸透しているとは言いがたく、専門職の中にも概念・定義などの知識はあっても実践レベルでは誤解に基づくミスマッチな対応が行われている実情がある。既存の就学支援システムにも様々なサービスが用意されているが、その対象は「遅れ」を主体とする子ども達であり、「違い」を持つ子ども達は「違い」に気付かれても、その子どもが支援の対象になるという認識に繋がらないために、就学時の支援を受けるチャンスを逃しているのも実情である。軽度発達障害児の特徴である「違い」に着目するにはチェックリストは不向きであり、実際に集団生活の様々な場面で状況への対処行動の観察評価が必要となる。

シンポジウム 2: 軽度発達障害児への気づきと対応システム

2 保健所における軽度発達障害児早期発見・対応システム

山下裕史朗(久留米大学医学部小児科)

鳥取県では、5歳児健診が広く行われているが、地域における5歳児数や健診にかかわる医師のマンパワーの問題があり、地域の社会資源状況に応じた有効な5歳児健診・相談の方法が求められている。

久留米保健福祉環境事務所「就学前の気になるお子様の相談」は、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、原則保護者と保育士同伴で来所してもらう。保健師、小児神経科医、臨床心理士がそれぞれ相談に乗り、対応に関してアドバイスする(隔月開催)。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ぐことも多い。就学前に横と縦の連携の基盤を整える意義がある。平成17年度からは、小枝班で開発した5歳児健診方法を用いて相談を行っている。平成17年6月から11月の相談者13名中、年齢が5歳前後の8名(年齢:4歳5か月～6歳5か月)に研究班の5歳児健診の方法で健診を行ったところ、8例とも診察項目あるいは問診項目を通過せず、軽度発達障害が疑われた。知的に軽度遅滞がある(4例、うち1例はADHDと併存)、もしくは境界知能の場合(1例)、概念の項目と問診のMR、ADHD項目もパスできない例が多かった。養育の問題や母親の心配過多の場合、診察では問題ないのに、母親への問診で問題があった(2例)。実際は、こういう症例も母親への育児支援が必要であるので、相談を受けた後、フォローが必要である。

保健所での相談事業で対応できる症例は限られているので、5歳児健診スタートが今後の課題である。保健所での相談事業を通じて、同伴する保育園スタッフの診かたや対応が変わり、「気づく保育士」が確実に増えている印象を持っている。「気づく保育士」がいる保育園からは、芋づる式に相談が続くことから、「気づく保育士」をどうやって養成するのかということが最重要課題であり、そのためには保育園に巡回スタッフ(医師、心理士)が出向いていき、子どもの行動を観察する「出前型」健診が効果的ではないかと考える。

シンポジウム 2: 軽度発達障害児への気づきと対応システム

3 栃木県の5歳児相談、大田原市の5歳児健診

下泉秀夫(国際医療福祉大学臨床医学研究センター)

軽度発達障害児を就学前に早期に発見し、早期に対応することを目的に、栃木県では平成16年度より5歳児相談モデル事業を、また栃木県大田原市では、平成16年度より5歳児健診を開始した。いずれも、「幼稚園、保育所に相談担当者が出向き、5歳児の教室で子どもたちの行動を実際に観察し、発達状況を確認し、保護者や園の先生方と話し合いを行い事後の対応を考えていくシステム」で行った。

モデル事業では、平成17年度は幼稚園・保育所計47園、2,321名の年中児を対象に実施した。平成17年度健診結果は対象児数2,321名のうちで、発達障害の疑いは151名(6.5%)、育児上の問題178名(7.6%)であった。

大田原市では、市保健センターが中心となり、平成16年から5歳児健診を開始した。健診は市内の8保育園、7幼稚園、市保健センターにて実施した。市内の幼稚園、保育園在籍児数585名のうち、要経過観察児207名(38.4%)、医療機関紹介17名(2.9%)、要指導児数83名(14.2%)、要観察児数107名(18.3%)であった。5歳児健診さらには保健センターの個別相談を経て、医療機関に紹介された児25名中21名が医療機関を受診した。広汎性発達障害7名、注意欠陥・多動性障害4名、境界線知能4名他であった。今までに医療機関を受診したことが無く、また健診で特別な指摘を受けたことがなかったADHDの4名の児童に作業療法、言語聴覚療法などを行い効果を認めた。5歳児健診を行い以下のような成果があった。

- ①就学前に軽度発達障害を持つ児童を発見し早期に対応を開始する目的を達成できた。
- ②各園では、それまで問題点を感じていた児童について健診担当者と相談することができた。
- ③子どもの発達について心配していた保護者が相談することができた。
- ④発達の問題ばかりではなく、家庭での養育の問題なども含み、児童虐待の早期発見にも役に立った。

シンポジウム 2:軽度発達障害児への気づきと対応システム

4 5歳児健診・発達相談における軽度発達障害児への気づきと対応

前垣義弘(鳥取大学医学部脳神経小児科)

小枝達也、関あゆみ(鳥取大学地域学部)

5歳児健診は、学習障害、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(PDD)といった軽度の発達障害の発見と対応システム作りを目的として、鳥取県大山町で平成8年度から試行的に開始された。その後、県内の市町村に広がり、平成16年度には70%以上の市町村で実施されるようになった。平成19年度には全ての市町村で実施される予定である。5歳児健診は、保育者と保育士への発達に関するアンケート、幼稚園・保育園からの情報、医師の診察から構成される。医師の診察においては、知的能力と行動特性を中心に診察を行う。医師の診察は、共通の診察シートを用い医師ごとに診察内容や所見のばらつきがないようにしている。鳥取県西部地区で平成16年度に実施した5歳児健診受健者219人中21例(9.6%)に軽度発達障害児の疑い症例が見出された(軽度精神遅滞(MR)疑い7例、ADHD疑い11例、PDD疑い3例)。MRの診断には発達に関するアンケートと診察所見(特に知的能力に関する所見)が重要であった。ADHDやPDDの診断には、保育園・幼稚園からの情報が特に重要であった。5歳児健診を契機に発達障害を疑われた場合の対応として、事後相談事業を平成16年度から開始した。子育て一般の相談事業である子育て相談は、保育士が担当する。こどもの発達の評価と相談事業である心理発達相談は、心理士が担当する。教育との連携をはかる教育相談は教師が担当する。それぞれ相互に連携するとともに、必要があれば医療機関や療育機関へつなげる。今後の課題として、①発達障害を保育者にどう伝えるか(気づかせるか)、②事後相談事業へどうつなげていくか、③事後相談事業の充実、④教育機関への橋渡し、などが挙げられる。

シンポジウム 2: 軽度発達障害児への気づきと対応システム

5 今後の展開

小枝達也(鳥取大学地域学部)

発達障害者支援法の制定によって、いわゆる軽度発達障害児に対する「気づき」が市町村に義務づけられた。われわれは、厚生労働科学研究 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」において、その気づきをいつ、誰が、どのように行うのかについて検討を重ねてきた。

その結果、①3歳児健診までに気づくことには技術的にも困難な面があること、②5歳児健診において、いわゆる軽度発達障害に気づくことができること、③構造化された医師の診察法が簡便で効果的であること、④質問紙法のみでチェックすることには慎重であるべきこと、の4点を明らかにした。こうした研究結果は、発達障害者支援法に記されている母子保健法の枠組みの中で「気づきの場」を構築するのは困難であることを示唆している。

健診を実施する主体によって様々な形態の「気づきの場」が想定されうるし、それに対応できるモデルを提示してきた。こうしたモデルが実効性のある形で実施されていくためには、乳幼児健診全体の再検討が必要であろうと思われる。施行後3年で見直しをするとされている発達障害者支援法が、今回の指摘を新たに取り入れた形で改正されることを期待している。

外来小児科で行う軽度発達障害児のフォローの実際

—診断と支援—

山下裕史朗

久留米大学医学部小児科

軽度発達障害に気づくのは小児科医の責務

文部科学省研究協力者会議全国調査（2002年）で、小・中学校通常学級内でLD, ADHD, 高機能自閉症などの特徴を持つ子が6.3%いると報告された。学校教師へのアンケート調査であるが、この数値は、巡回相談の際、学校現場で経験する実感と合う数字である。また、2004年、鳥取県の5歳児健診では、1,015名（受診率94.5%）のうち知的障害を除くと、57名（5.6%）にADHD, 広汎性発達障害, 学習障害が疑われた（小枝¹⁾）。軽度発達障害を持つ子どもの数は多く、3歳児健診以降に問題が顕在化してくることがよくある。

風邪などで外来受診した子や学校健診の中で必ず、気になる子がいるはずである。そういった子に接するとき、「しつけが悪い子」、「がまんのできない悪い子」といった目で見のではなく、軽度発達障害や、虐待も含めた心理的問題がないかという目で子どもを診ていただきたい。軽度発達障害児を持つ親の中には、受診するといつも医師に叱られる、理解してもらえないので受診をできるだけさせないようにしているという親もいる。軽度発達障害は目に見えにくいハンディキャップ

であるため他人に理解してもらいにくいこともあって、親の育児ストレスがとても大きい。発達障害のある子は、虐待を受けやすいこともわかっている。保護者が育てにくさを感じ、厳しくしつけようとする結果、虐待となってしまうことがある。鳥取県の5歳児健診での調査でも、一般の母親の育児不安が5歳児でもとても多いことが示された。

子育て支援の観点からも、小児科医には、育てにくい軽度発達障害児に気づき、親に適切なアドバイスをしていく責務がある。この役割は、医師の中で小児科医が一番適任であると考えられる。幼児期の気づきと対応によっては、軽度発達障害児の将来が大きく変わる可能性がある。就学を控えた児に軽度発達障害を発見し、対応を考え、就学につなげていく5歳児健診の役割は今後ますます大きくなると思われる。小児科医の重要なアイデンティティーの一つは、「小児科医は、子どもの教育に最もかかわることができる医師である」ことである。

軽度発達障害児の特徴

軽度発達障害と呼ばれる子どもたちには以下のような特徴がある。

- 見た目ではわかりにくい：定型発達児とのはっきりした境目がない
- 本人が困っていても、まわりが気づきにくい
- 見方によっては、個性ともとれる
- 診断も1回の診察だけではつけにくい

Special Feature : Diagnosis and Support for Children with Mild Developmental Disorders in a Pediatric Clinic.

Yushiro Yamashita

著者連絡先：山下裕史朗

久留米大学医学部小児科

〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67

- 加齢、発達、教育など対応によっては支援が不必要になることもあるし、思春期以降の社会生活が困難になることもある
- 発達の問題と気づかれにくいいため、不適切な対応をされやすい
- 二次的情緒・行動障害が生まれやすい：非難や叱責を受け、自己評価・自尊心の低下から、いじめを受けたり、抑うつ、孤立感、劣等感のため不登校、ひきこもりなどに発展する可能性がある
- それぞれの障害が微妙に重なり合うことがよくある（例：ADHD+学習障害、高機能自閉症+発達性協調運動障害）

「軽度発達障害」という言葉は行政用語でも医学用語でもないが、注意欠陥多動性障害(ADHD)、高機能自閉症・アスペルガー症候群、学習障害(LD)、発達性協調運動障害、境界域～軽度精神遅滞の5つを総称したものである。このような概念が米国にもあるのか、グループ開業医で発達障害を診ている知り合いの小児科医に聞いてみたところ、mild handicaps, mild developmental disordersという表現でやはり使っているそうである。ただし、「軽度」といっても、子どもの生きにくさという点では、決して軽度ではないことを認識しておく必要がある。

外来小児科で軽度発達障害児を診るコツ

軽度発達障害が疑われる子を診る場合、乳幼児健診と同様に、別枠で時間をとったほうが良い。簡単なチェックリストを用意して、次回予約日までに記入してきてもらったり、発達歴を記入してきてもらうと良い。保育園や学校での問題が大きい場合、保護者からの情報だけでなく、保護者に了解を得て、保育園や学校からも情報を得ることが重要である。母子手帳とともに、描いた絵や算数、国語のノート、通知表などを持参してもらう。子どもの診察は、5歳児健診の方法に準じて行うと良い。軽度発達障害児の早期発見マニュアルが平成18年秋に出版される予定なので、詳細はマ

ニュアルをご覧いただきたい。同年代の子とのかかり方は診察室では観察できないことも多いので、集団行動が苦手な子の場合、園や学校での情報が欠かせない。保護者自身が軽度発達障害の特性を持つことがよくあるので注意する。親の特性は、ペアレンティングや治療に大きな影響を与える。

臨床心理士が診療にかかわることができる場合、インテークから知能検査、子どもの行動観察、ペアレントトレーニングまで、かなりの面をカバーできる可能性がある。園や学校との連携をコーディネートすることも可能である。軽度発達障害児を診ていく上で、臨床心理士は小児科医の大切なパートナーである。臨床心理士との協働がもっとできていくと、小児科医は楽になる。一般開業医で臨床心理士を非常勤で雇用する小児科医が少しずつ増えてきている。

ADHDの診断と支援のポイント

「不注意の症状」として、

- 一定時間、人の言うことが聞けない
- うわのそらでボーっとしている
- 外からの刺激ですぐに気がそれてしまう
- 忘れ物や物をなくすことが多い
- 整理整頓ができない
- 何度言っても同じ間違いをする

「過活動の症状」として、

- 状況と関係なくつねに多動、極端に活動的
- じっとしてられない
- 高いところに登る
- 走り回る
- シャベリすぎる

「衝動性の症状」として、

- 予測、考えなしで直ちに行動を起こす
- 質問が終わる前に答えてしまう
- 順番を待てない、割り込む
- 待つことが苦手で、結果的に他人を妨害し、じゃまをしてしまうように見える

上記症状が年齢、発達レベルに不相応であるこ

表 1 環境調整—気づきのチェックリスト(ver.2.2)

チェックしてみて、その子にとって課題になっている部分にアプローチしてみましょう

- 1 対応がなされている
- 2 対応はなされていないが問題ではない
- 3 対応がなされないため問題である

教室環境の整備（物理的環境整備）

●注意、集中しやすいように

- 黒板がみえやすく板書がとりやすい席か
- 備品や掲示物などが気にならない席か
- 前面黒板がきれいに消されているか
- 前面に不要な掲示がしていないか
- 窓の景色や教室の外の音が気にならない席か
- 給食当番やそうじ当番表がその子にとって理解しやすく掲示されているか
- 必要な場合はすぐに支援が得られやすい位置の席か
- トラブルの少ない環境に
- 先生の机上が整理してあるか
- 教室後ろの棚が整理してあるか
- 引き出しやロッカーに仕切りを入れたり、整理しやすい工夫がなされているか
- 壊れやすい作品などが無造作に設置されていないか
- はがれかけた掲示物が放置されていないか
- 危険な物（図工、技術の道具など）がきちんとしまわれてある
- 机と机の間隔が近すぎないか
- ちょっかいや話しかけに対して反応してしまいやすい仲間との距離が近すぎないか
- サポートを得られる仲間が近くにいるか

子どもへの対応（人的環境整備）

●見通しがもちやすいように

- いつもと違う流れで授業を進める場合、教室移動などが行われる場合、その授業の流れや移動先、もっていくものなどが見通しがつきやすいよう子どもに視覚的に伝えているか
- 次の授業や活動の準備物や移動先が視覚的に提示されているか
- 一日の活動の見通しが子どもに伝わっているか
- 子どもが何をしようかわからない時間や状況に対して個別的な声かけや支援がなされているか
- スケジュールの変更、教室移動などに対してその子の見通しがつけやすくなるような支援をしているか
- はじめの行事や子どもが参加を苦手とする行事についてビデオで前年度の様子を示したり予行練習などスモールステップの手だてが組まれているか
- 給食当番やそうじ当番は活動の直前に確認させているか
- 明日の連絡が保護者に確実に伝わっているかをチェックしているか
- 注意、集中しやすいように
- 授業の開始時に子どもの机の上に必要なものだけがあるかをチェックしているか
- 板書の文字や量やスピードが多すぎたり速すぎないか
- どの資料をみて話をしているかを適時伝えているか
- 発問の仕方や重要ポイントの解説が明確で他の会話とメリハリが効いているか
- 配布プリントの文字の大きさ、記入欄が適切か
- 気温・湿度・かみなりやサイレンの音などへの刺激の過敏性に対して休憩や落ちつく場所などの配慮がなされているか

- 子どもにあった課題のレベルや量の調整がなされているか
 - 子どもの集中が続くように子どもが頑張っている時に個別にほめたり声かけをしているか
 - 指示の内容が理解できない場面や、話し合いの場面などその子が参加困難な場面に個別的な声かけや支援がなされているか
 - 個別の指示や支援において文字や絵や写真など視覚的に伝えるような工夫がなされているか
 - 授業の終わりごとに机上に何も置いていない状態になっているよう指示しているか
 - 定期的に机の中を点検させているか
 - 教師の子どもへのしかり方や注意の仕方がその子の自尊心を過剰に傷つけたり被害的にならせていないか
 - 連携
 - 保護者に「ともに取り組み考えていきましょう」という積極的姿勢を伝えているか
 - はじめての行事や子どもが参加を苦手とする行事について保護者と事前の話し合いができているか
 - 他の教師と相談できる体制があるか
 - 定期的な支援ミーティングを開ける体制があるか
 - 書面での確実な引き継ぎ体制ができていますか
 - 困った行動や障害に関して家庭との共通理解ができていますか
 - 困った行動や障害に対する他の教師との共通理解ができていますか
 - 困った行動や障害に対して相談ができる支援機関があるか
 - 困った行動への対応
 - 子どもの適切な行動に対してうまくほめたり賞賛ができていますか
 - 困った行動を具体的に定義しているか
 - 困った行動について記録できているか
 - 記録や情報から困った行動が起こりやすい場面を予測できるか
 - 困った行動が起こりやすい場面に事前の対応策を具体的に考えているか
 - しかったり注意するだけでなく、困った行動の代わりとなる適切な行動（どうすればよいか）を子どもにわかりやすく説明したり指導しているか
 - 指示に従えなかったり拒否された場合の次の指示や対応策を考えているか
 - 予測しがたい状況で起こる重大な問題行動に対して危機管理のシステムがあるか
 - クラスメイトへの対応
 - クラスメイトのその子への対応や注意の仕方がその子どもにとってわかりやすいものであるか
 - クラスメイトのその子に対する極端なマイナスイメージをなくすよう良い点や頑張っている点を示しているか
 - クラスメイトからのその子に対する適切なかかわりやがんばりに対してうまくほめたり賞賛ができていますか
 - クラス全体に仲間同士で助け合いお互いに努力することや成功を応援する雰囲気をつくれるよう工夫をしているか
- 3の項目について優先順位（すぐに実行できそうな項目、継続できそうな項目など）をつけて上位の項目から実行してみる。
 (環境調整気づきのチェックリスト ver.2.2 兵庫教育大学 井上雅彦)

と、症状が6カ月以上持続していること、複数の場面（例えば、家庭と学校で）で問題が認められること、通常7歳までに症状が発現していることなどが重要であるが、7歳までに発現するという科学的根拠は明確ではない。友達との関係に支障をきたしているか、学習に支障をきたしているか（機能障害の有無）が診断の重要なポイントである。幼児の場合、上記症状が目立っていても、集団行動になじめず一人遊びを好む、知覚過敏やこだわりがあるなどの症状も伴う場合は、広汎性発達障害の可能性もあるので、そのような目でフォローし、対応する必要がある。また、過活動が目立たないタイプのADHD児もいる（女兒に多い）。

治療は、機能障害を最小に、適応能力を最大にすることであって、上記の症状を単純に除去することではない。まずは、保護者にADHDの子どもの行動特徴と対応の仕方を学習してもらう。私は『ADHD児へのペアレントトレーニングガイドブック』（岩坂英巳編著、じほう社）を保護者や教諭に紹介し、読んでもらうようにしている。行動療法の基礎が学べる本であり、具体的方法が書いてある。ペアレントトレーニングは、小児科医や教師、心理士など子どもに関わるすべての職種の人に有用な方法である。保護者、保育園や学校、医療間の連携が欠かせない。小児科医は、保護者と園・学校とをコーディネートする役割も求められる。子どもを中心に保護者、園（学校）、医療の良い支援チームを作れるかが効果的治療を行う上で大切である。学校では、人的・物理的環境調整が重要である。

兵庫教育大学の井上雅彦による学校での環境調整チェックリストを示す（表1）。環境調整や行動療法をやってみても、うまく効果が上がらないときに薬物療法を考えるが、その場合は診断の再評価目的で専門医に紹介するほうが良い。

学校での行動を修正するのに効果的で、私たちがよく使っている方法は、DRC（Daily Report Card, 「がんばりカード」）である。学校で困っている問題行動をまず書き出して、その中で特に早

く改善させたい問題行動を選び（優先順位をつける）、目標を具体的に書く。「問題行動」とは、他人に迷惑がかかるような反社会的な行動、自傷など一般社会に適応するために適切でない行動をさす。保護者、本人、教師の確認のもとで「がんばりカード」をスタートさせ、目標が達成できたら、その都度教師が○をつける、あるいはシールを貼る。学校でのがんばり（目標達成度）に応じて、家庭であらかじめ決めたごほうびを与える方法である。DRCの始め方に関する資料は久留米大学小児科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/>）。オリジナル版は、ニューヨーク州立大学バッファロー校心理学科のペラム教授によるものである。ペラム教授の許可を得ているので、ぜひ、自由に利用していただきたい。「がんばりカード」はADHDの子どもだけでなく、他の軽度発達障害児にも有効な手段である。

高機能広汎性発達障害・

アスペルガー症候群の診断と支援のポイント

広汎性発達障害に関する最近の国内外からの疫学報告では、0.6～1.7%とされている。高い数字は、高機能（知能がIQ75前後以上）の広汎性発達障害がより診断されるようになったために見かけ上増えた可能性が高いが、実際増えている可能性も否定はできないこと、水銀を含むワクチン接種と自閉症との関係は否定的であり、水銀キレート療法はナンセンスであることが、2006年6月、国際小児神経学会でも確認された（Fombonne）。広汎性発達障害の主要症状は以下のとおりである。

「社会性の障害」として、

- 他児への関心が低い
- よく一人遊びする
- 視線が合いにくい
- 人の気持ちを理解するのが苦手
- 抱っこされる、遊びに介入されることをいやがっているように見える

■ 表情が乏しい

「コミュニケーション障害」として、

- 喃(なん)語，ジェスチャーの遅れ，指さされた物に視線を向けない
- 話し方に気持ちがこもっていない，会話が成り立たない，おうむ返しが多い，自分の興味あるものについては一方的に話しかけるが，相手からの話に耳をあまりかたむけない
- 指示が理解できない，読んでも振りむかない
- 人の表情や場の雰囲気を読めない
- 知的に高く言葉がよく出ていても，冗談や皮肉などが理解できず，ことばどおりに受け取ってしまう

「想像力の障害やこだわり」として

- ごっこ遊び，見立て遊びが苦手
- 展開性の乏しい遊びの反復（物を並べる）
- 手をひらひらさせる，体を揺する，ぐるぐる回る，回転運動を楽しむ，特定の物を持つことに執着
- 日課や習慣などの変更に対して抵抗，パニックになる
- 横目を使って見る
- 物のおいをかぐ，感触を楽しむ

そのほかの症状としては，感覚の障害では光や音に過剰に反応，特定の知覚に過敏（トイレを流す音がいやで入れない，掃除機の音で耳をふさぐ，友達の声がうるさくて昼休みに教室におれない），痛みに鈍感などがよく見られる。高機能広汎性発達障害の子どもが陥りやすい問題点はいくつかあり，このような問題ができるだけ起きないように保護者や教諭に働きかけ，起きた場合の対応についてアドバイスしておく。

〈高機能広汎性発達障害児が陥りやすい問題点〉

- いじめられやすい：特に小学校高学年になって友達が自分をどう思っているかを意識しはじめ，他の子と違うことに気づいた頃から
- フラッシュバック：いじめ体験のため他人からの働きかけを被害的，迫害的に読み誤るパターンが確立，嫌な場面を思い出して著しい対人的

不適応に陥る

- 不登校：いじめ体験，学校がつまらないから
- 暴力をくり返す高機能自閉症児：戦闘ゲームに没頭する子，対人的過敏性，敵対的対人関係が固定してしまった子に時に見られる

「支援のポイント」としては、

- TPOに合わない行動，ずれに対して：適切なふるまい方を具体的に教える，社会的な場面に関する漫画やお話を用いて教える方法もある
- 見通しが立てにくい，急な変更に不安になる：できるだけ前もって変更を伝えるが，ある程度対応できるスキルを身につけさせることも重要。あいまいな指示をせず，視覚的に掲示する，予定を箇条書きに時系列で示す
- 過敏性（聴覚，視覚，触覚）：本人にとっては苦痛であり，可能な限り配慮をする
- 不登校の子には，居場所が必要：強制したり，放っておかない
- 発達障害者支援法に従って全国に配置されつつある相談機関である「発達障害者支援センター」や日本自閉症協会や地域の親の会を紹介し，支援体制を考える

薬物治療は，不安やうつを伴う場合にはSSRI（選択性セロトニン再取り込み阻害薬），多動や集中障害にはメチルフェニデート，自傷やいらいらなどに対しては非定型精神薬が使われることがあるが，その場合は，児童精神科医や小児神経科医へのコンサルテーションが望ましい。

学習障害の診断と支援のポイント

医学領域での学習障害（learning disorders）の概念と，教育領域での学習障害（learning disabilities）とは，違いがある。いずれもLDと略されているためしばしば混同されて用いられている。医学領域でのLDは，「読み書き」と「計算障害」が中心である。教育領域でのLDは，「読み書き」，「計算」に加えて「聞く」，「話す」，「推論する」の3つの学習能力の障害も追加している点が異なる。文部科学省の「通常学級に在籍する特別な教育的

支援を必要とする児童生徒に関する実態調査」では、「読む」または「書く」に著しい困難を示す児童は、約 2.5% であると報告されている。

1) 臨床症状

全般的知能は正常であること、3つ（教育では6つ）の学習能力の1つ以上の習得・使用の障害、中枢神経の機能障害の推定の3つでLDは規定される。幼児期には、特に問題がないことが多く、読み書き、算数など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る。入学後はじめて、仮名の読み書きが習得できない、数の操作をどうしても覚えられないなどということに気づかれる。平仮名の読み書きでは、一文字ずつは読めても単語になると読めないことが多く、文字の読み間違い、形の似た文字を誤って読む、拗音、促音の読みの障害などが目立つ。漢字の読み書きは、漢字を文字として、形として視覚的に思い出す、認知する、記憶することが困難で、書くことが困難な場合がある。音韻認識に問題があっても、平仮名学習は小学校3~4年でかなり改善するが、漢字の読み書きや中学での英語学習で問題が再び顕在化する。

2) 診断

全般的知能水準と比べて、ある技能が著しく劣る、能力と成績に大きなギャップがあるということが、診断の根拠となる。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を除外する。知能については、通常 WISC 系の知能検査で評価する。認知面のアンバランスを認めることが多い。WISC-III での言語性 IQ と動作性 IQ の 15 以上の差は、LD を示唆する条件の一つにはなるが、言語性 IQ と動作性 IQ の差が大きいからというだけで、LD と診断するのは適切ではない。両者の差がない LD 児も少なくない。言語性、動作性の課題の下位検査の出来不出来の差にも注目する。

学習能力の評価に関しては、わが国には標準化された学力検査がないため、学校での試験結果や業者の学力検査を用いて判断することになる。発

達性読み書き障害のスクリーニングには、最近出版された『小学生の読み書きスクリーニング』（宇野彰ら、インテルナ出版）が役立つ。LD 児診断のためのスクリーニングテスト（PRS）は、マイクバストによって標準化されたテストで、教育現場でよく用いられている。言語性学習能力、非言語性学習能力、併せて、非言語性学習能力に影響を与える行動特性も問題としている。LD サスペクト児抽出に役立つが、境界知能、高機能自閉、協調運動障害を持つ子どもなどもスクリーニングされる。

子どもの情報処理方略の特徴を知る検査としては、WISC-III 知能検査以外に以下のような検査が比較的よく使われている。

K-ABC 心理教育アセスメントバッテリー：認知処理過程尺度（知的能力）と習得度（知識）を別に測定可能な検査である。認知処理過程尺度にある下位項目は、継次処理尺度と同時処理尺度の2つの処理様式に分かれており、子どもがどちらの処理過程をうまく使っているかを評価できる。前者は左側頭-頭頂部、後者は後頭-頭頂部の処理と考えられている。

フロスティック視知覚発達検査：幼児・児童の視知覚能力を検査する方法である。

ベンダー・ゲシュタルト・テスト：9枚のカードに描かれた図形を1枚ずつ模写する図形模写テストで、視覚認知、視覚運動協応に問題をもつ LD 児では、低い得点を示すことが多い。

3) 支援

本人が努力しているのに報われないため、自信を失い、友達にからかわれたりいじめられたりして、不登校になる場合がある。漢字の練習を居残りして反復してさせられて不登校になった児もいる。本人が怠けているわけではないことを周囲が理解することが大切である。小・中学校はまだ良いが、高等学校以上では LD に関する理解がまだまだ低い。

薬物療法は、併存症（例えば ADHD）に対しては行われることがあるが、LD 自体に対する有

効な薬物治療はない。

ADHDを伴う場合は、学習環境の整備も重要である。LD児は、学習がうまくいかない体験の連続のため、学習意欲や自尊心が低下していることが多い。苦手なところよりも、得意な分野から始める。できないことに対して叱責しない。結果ではなく、努力しているプロセスを重視する。上手に励まし、やる気を出させる忍耐強さが周囲にも求められる。小学校では基礎学力の習得、中学・高校では苦手な学習技能に関しては代替手段へのシフト、習得（例えば、計算障害がある児に電卓を使用させる、書字障害がある児にワードプロセッサを使わせるなど）が望ましい。得意な分野を伸ばすことに多くの時間を費やすほうがよい。テストの誤り方のパターンを検討し、指導に役立てる。心理検査によって得意な情報処理方略が特定できれば、それを中心に使って個別教育計画（individual educational plan: IEP）を学校側が作る際に医学的立場からアドバイスする。

学習以外の得意な面を伸ばすことも積極的に支援する。LD児の教育に関して専門的知識をもつ各地の教育センター、相談室の利用、LD児親の会（<http://www.normanet.ne.jp/~zenkokld>）の利用

も積極的に勧める。

参考文献

- 1) 軽度発達障害児の早期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, 厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業 平成17年度総括・分担研究報告書

お薦めの本

*軽度発達障害一般:

- 1) 加我牧子, 稲垣真澄編. 医師のための発達障害児・者診断治療ガイド—最新の知見と支援の実際. 診断と治療社

- 2) 田中康雄監修. わかってほしい! 気になる子—自閉症・ADHDなどと向き合う保育. 学研

*行動療法, ペアレントトレーニング:

- 3) 岩坂英巳, 中田洋二郎, 井潤知美編. AD/HD児へのペアレント・トレーニングガイドブック. じほう社, 2004

- 4) 永澤正樹, 関戸英紀, 松岡勝彦著. こうすればできる: 問題行動対応マニュアル—ADHD・LD・高機能自閉症・アスペルガー障害の理解と支援. 川島書店

*学習障害:

- 5) 宇野 彰, 春原則子, 金子真人, Tekeo N. Wydell 著. 小学校の読み書きスクリーニング検査—発達性読み書き障害 (発達性 dyslexia) 検出のために. インテルナ出版

- 6) 品川裕香著. 忘れてなんかいない! ディスレキシア—読む・書く・記憶するのが困難なLDの子どもたち. 岩崎書店

II. 心の発達と行動上の問題

一人遊びを好み友達のなかに入れない子、
かんしゃくを起こしやすい子への対応

山下 裕史朗*

要 旨

小児科医が保護者から相談を受ける子どもに関する心配のなかで比較的多い、①一人遊びを好み友達のなかに入れない、②かんしゃくを起こしやすい、パニックになる子どもについて、病的なものかの判断、鑑別診断、対応について述べた。子どもの気質である場合、ADHDや自閉症などの発達障害がベースにある場合、虐待など保護者の養育態度や家庭環境、保護者の発達障害・精神障害の有無などに注意しながら、対応を考えていく必要がある。たいていは子ども側に要因があることが多く、小児科医は、安易に保護者の養育や保育の問題にすることなしに、子どもと家庭支援のキーパーソンとしての重要な役割がある。

はじめに

保健所の発達相談や、小児科を受診する保護者の子どもに関する心配で、多いのは、①多動や集中力の問題：落ち着きがない、人の話を聞いていない、最後までやりとげられない、②社会性に乏しい：協調性がない、同年代の子どもとの関係がうまくとれない、一人遊びが多い、③感情の起伏が激しい：かんしゃくを起こやすく、パニックになる、すぐにかつとなる、④言葉が遅れている：単語が少ない、会話にならないなどである¹⁾。

本稿では、そのなかで、とくに②、③の特徴をもつ子どもについて、病的なものかの判断、鑑別診断、対応について述べる。

I. 一人遊びを好み友達のなかに入れない子²⁾³⁾

病的なものではない、おとなしいタイプの「気質」をもつ子がいる。もって生まれたものである。病的なものとの違いは、必要なときには他児とのやりとりができ、本人も周囲もとくに日常生活で困ることもないという点である。母親の訴えに対しては、正常発達範囲内である可能性が高いことを説明し、心配であれば、再度相談してよいことも伝えておく。「友達と遊べない」と保育士に指摘され、自分の子育てを責める母親、スイミングなど複数の習い事に無理に通わせて社会性を学ばせようとする母親には、

* Yushiro YAMASHITA 久留米大学医学部小児科

[連絡先] ☎ 830-0011 福岡県久留米市旭町 67 久留米大学医学部小児科

育児支援としてのフォローアップが必要である。

次に発達障害の可能性として広汎性発達障害(自閉症)、精神遅滞、注意欠陥多動性障害(attention deficit hyperactivity disorder: ADHD)などが考えられる。精神遅滞を伴う自閉症の場合、言葉の遅れと行動特徴(いろいろな場面で人とのやりとりがうまくいかない、視線の合いにくさ、こだわり、反響言語、単調な遊びの内容、多動など)が認められる。高機能自閉症(明らかな知的障害を伴わない自閉症児)、とくにアスペルガー症候群の子は言葉の遅れが明らかでなく、一見すると問題がないかのように見える。しかし、幼稚園ではマイペースな子、会話は自分の興味があることを一方的に話していることが多い。運動不器用と場が読めないということも重なり、集団での運動を強制されるとストレスになりやすい。自閉症の子は、通常子どもが興味・関心を示す事柄に無関心で、みんなと一緒に行動するよりも、自分の興味・関心のほうが勝つために結果的に一人になってしまうことが多い。友達との遊びを積極的に求めないし、むしろ一人でいることが平気、一人が楽、一人が好きなように見える。

幼稚園ではおとなしく、内弁慶、友達のなかになかなか入れない子、友達がしていることをみて行動する子のなかには、精神遅滞がある子がいる。こういう子は、外来でほとんどしゃべらなくて(選択的緘黙)、判断に困ることがある。

ADHDの子は、他者への関心があり、友達のなかに入りたいという強い願望がある。入ると自分勝手な行動をとる、ルールを守らない、友達とけんかになる、活動に集中できないなどのため、グループから除外され、結果的に友達のなかに入れられないということもある。自閉症と異なり、1対1での話は聴いて理解できるが、集団のなかで話を聴くことが苦手である。

発達障害をもつ子どもへの対応の仕方として、親とのやりとり遊びを教える、子どもの関

心のある遊びを否定するのではなく、親が関心をもって、その遊びのなかに親も入って、そこから遊びを広げる手助けをする。保育士には、その子とほかの子との遊びの橋渡し役をしてもらう。集団への指示が理解できたかの確認、個別の指示をしてもらう。加配の保育士の配置が望ましい場合、行政への働きかけを、園や親からだけでなく医師が手助けする(診断書や電話連絡)こともときに必要である。見通しを立てにくい子が多いので、何をするのか事前に伝えておく(自閉症児の場合、目でみてわかる絵や写真、カードで示すなど)ことも重要である。最初に、比較的得意な課題、好きな課題をさせて、できたらほめることを日常的に心掛ける。肯定的な態度で接する。問題行動については、人に迷惑がかかる行動には毅然とした態度で注意する。ある行動の目標が達成できたら、シールを貼る、本読みをしてあげる、一緒に遊ぶなどのごほうびを与えることも、好ましい行動を増やす方法である。

保護者の養育態度、家庭環境の問題がないかも十分評価する必要がある。保護者が子どもを過度に叱責したり、虐待していないか、離婚や母子家庭、経済的困難、家族に発達障害や精神障害がないかを検討する。子どもが軽度発達障害をもち、情緒面の問題がそれに重なっていることもある。反応性愛着障害は、虐待を受けている子どもによくみられ、警戒心が強く人を寄せ付けないか、過度になれなれしく、べたべたしてくるか両極端の症状をとる。虐待を受けた入院した子で、育てにくさをもつ軽度発達障害の割合が50%というあいち小児保健医療総合センターの杉山らの報告もある。両親のいずれかが、ADHDやアスペルガー症候群の発達障害、うつ病、統合失調症などの精神障害である場合などは、保護者へのメンタルケアを要する。