

II. かんしゃくを起こしやすく、 パニックになる²⁾³⁾

自分の思いどおりにならなくてかんしゃくを起こすのは、幼児ではよくみられることである。かんしゃくが病的であるかという判断は難しいが、発達年齢に不相応であるか（きっかけ、程度、持続時間、自傷や他害・物の破壊の有無、他児とのトラブル）が判断のめやすになるだろう。ある小学校5年生のADHDをもつ子は、体育で試合に負けるとかんしゃくを起こし、同じチームの友達を非難したり、けったりすることが問題であった。チームの負けを受け入れるということが小学校5年生になってもできないというのは、病的であろう。

落ち着きがない、注意集中の問題、衝動性などの症状があって、感情の不安定、感情コントロールが困難な場合、ADHDがもっとも考えられる。しかし、身体的あるいは言葉による暴力を受けている子どももかんしゃくやパニックを起こすことがある。この場合、ADHDと見分けが付きにくい。

自閉症の子どもにパニックが起きやすい。たとえば、道順にこだわりがある自閉症児の場合、いつもと違った道を通ろうとした場合に、不安に襲われてパニックになる子がいる。特定の音や体に触られる、暑さからの嫌悪感からパニックになる場合や、過度に叱責されたり、嫌な課題を強制されたりしたとき、友達からからかわれたときにパニックになることがある。

パニックが起こった場合、他児を離れさせ、周囲から危険物を取り除く。可能であればきっかけとなった刺激を取り除くこと。部屋を出て、

落ち着いた場所に移動することもあるが、教室の隅のついでで区切ったコーナーでも落ち着く場合もある。「タイムアウト」である。予防としては、いつもと異なる授業や火災訓練などサイレンになるような行事の場合、前もって伝えておくことや、音への過敏があるときは耳栓を使わせることも考える。日ごろから、きまりを作って、目につくところに貼っておく、その決まりを守れないときは、タイムアウトであることを伝え、守らせる。たとえば、教室でのきまりを、①人をたたかない、②物を壊さない、③先生の言ったことを繰り返し従わない、と決めておいて、守れない場合は、一定時間のタイムアウトを課す。

環境調整をしても興奮がひどく、日々の生活で收拾のつかないパニックが頻発している場合には、小児神経科医や児童精神科医のもとで、精神安定剤などの薬物療法も考える。

本研究の一部は、厚生労働省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班（班長：鳥取大学地域学部地域教育学科、小枝達也教授）による。

文 献

- 1) 山下裕史朗：久留米保健福祉環境事務所の「気になるお子様の相談」の現状。チャイルドヘルス7(2)：67-70, 2004
- 2) 小枝達也ほか(編著)：ADHD, LD, HFPDD, 軽度MR児。保健指導マニュアル, 診断と治療社, 2002
- 3) 石川道子, 辻井正次, 杉山登志郎(編著)：可能性のある子どもたちの医学と心理学。ブレーン出版, 2002

「発達障害」「軽度発達障害」の考え方と 「発達障害者支援法」の展望

林 隆

山口県立大学看護学部
山口県立大学大学院健康福祉学研究科

【要約】 軽度発達障害児は既存の障害と異なり、外見上障害があるようには見えず、物の感じ方や学習の仕方が標準的な基準から隔たっているため、現実生活（特に学校などの集団生活）で支障を来してくる子どもたちである。発達特性にあわな環境設定を行うと、適応困難から情動面の不安定さをまねき、二次障害（問題行動、反抗挑戦的行動）や三次障害（行為障害、精神障害）を来すことになる。軽度発達障害の支援は学校だけでなく一生涯に渡るもので、その根拠となる発達障害者支援法が制定され、学校では特別支援教育が始まっている。軽度発達障害児の発達特性を十分理解し、特性にあった環境調整を行うことが大切である。

はじめに

最近、「発達障害」という言葉を見聞きすることが多くなってきた。我が国ではこれまで法制度上の障害は、身体障害、知的障害、精神障害の3つしか存在しなかったが、2004年12月3日、発達障害者支援法が成立して発達障害が法制度上の障害と認定された。発達障害の臨床現場では、コミュニケーションの障害や情動のコントロールに

難しさがああり、本人や家族が日常生活においてどれほど困難を強いられたとしても、運動障害がなく、知能指数が一定以上の子ども達には、障害認定はなされず障害手帳も取得出来ないため、制度上の支援を受けることができなかった。発達障害者支援法が制定され、自閉症・アスペルガー症候群その他広汎性発達障害（pervasive developmental disorders: PDD）、学習障害（learning disorders: LD）、注意欠陥/多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD）等が「発達障害」という名称でようやく法律制度上障害と定義されたことは、日本の障害福祉にとって画期的な出来事である。

発達障害と軽度発達障害

1. 発達障害と軽度発達障害の違い

発達障害とは、広い意味では幼児期から思春期までに発症した脳由来の障害を指し、重症心身障害（重複障害）、視聴覚障害、脳性麻痺、知的障害、自閉症、てんかんなどが含まれる。本邦で発達障害を冠する学会は唯一、日本発達障害学会だけである。日本発達障害学会の前身は日本精神薄弱研究協会であり、このことから考えると、発達障害とは精神薄弱（知的障害）のことを指していることにもなる。

最近よく使われる「発達障害」は狭義の発達障害を意味し、発達障害者支援法に定められている自閉症、アスペルガー症候群、その他のPDD, LD, ADHDを指す。これら狭義の発達障害を軽度発

Special Feature: Behavioral and Developmental Disorders: Perspectives and Patient Support.

Takashi Hayashi

著者連絡先: 林 隆

山口県立大学看護学部/同大学院健康福祉学研究科
〒753-8502 山口市桜島3丁目2-1

発達障害としてまとめることが多い。

2. 自閉症と発達障害者支援法

発達障害者支援法は、法制度的に初めて自閉症を認知した法律ということができる。1943年、アメリカの児童精神科医レオ・カナーが初めて自閉症を報告して以来、60年以上経つが、我が国では疾病として自閉症は存在したが、教育および福祉の世界では自閉症は存在しなかったのである。脳性麻痺を中心とする身体障害や知的障害と比較して、特異な発達特性のために極めて理解や支援が困難である自閉症が、制度上は存在しなかったのである。自閉症協会をはじめさまざまな研究者が、自閉症の啓蒙と啓発に努めた結果が発達障害者支援法の制定につながった。

3. 特別支援教育と軽度発達障害

教育の現場では、1990年代後半から学級崩壊という言葉が頻繁に使用されるようになった。その要因の一つとして発達障害の存在が注目されてきた。当初、教員側の要因として指導力の問題が議論され、様々な教員研修が行われたが、解決困難の事例が増加していった。子どもの側の要因として、ADHDを中心とする軽度発達障害の子ども達が通常学級に存在し、発達特性に応じた個別の理解と配慮が必要だという認識が特別支援教育というアイデアを生みだした。発達障害者支援法は、特別支援教育を推進するための法制度といっても過言ではない。

障害福祉のパラダイムシフト

1. 本邦の障害者の割合が意味するもの

2003年3月に文部科学省は「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」の中で、教育現場の認識として、通常学級在籍中の処遇困難例で軽度発達障害が想定される子どもの割合を6.3%と公表した。2002年5月現在、義務教育の中で特殊教育を受けている児童生徒の割合は1.477%（0.285%：通級による指導，0.733%：特殊学級，0.458%：盲・聾・養護学校）といわれている。軽度発達障害の6.3%という割合は、既

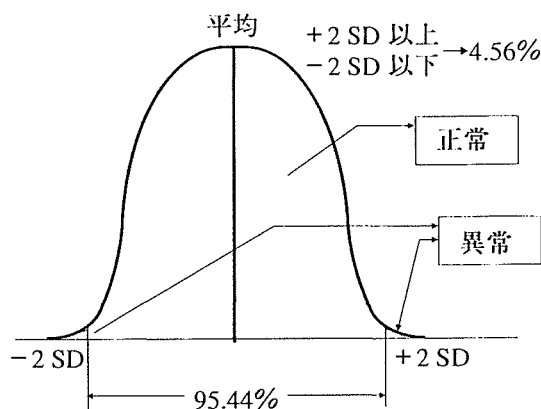


図1 正規分布 SD：標準偏差

存の障害児の4倍にあたることになる。

一方、本邦における障害者の割合は4.5%（平成12年厚生労働白書）といわれている。多くの自然界における事象は正規分布をし、医学はもとより広く自然科学では、正常と異常を判断するときに標準偏差（SD）という概念を使用する。平均から標準偏差の2倍以上の隔たりを異常とすることが多い。統計学的にみると、正規分布をする集団では標準偏差の±2倍以上・以下の占める割合は4.56%となる（図1）。この割合が本邦の障害者の割合と酷似するのは偶然とは思えない。4.5%の障害者を抱える我が国の障害福祉は、正常でないものを社会から隔離するという概念が根底にあることがうかがえる。多くの人が障害の告知と認定に対して拒否的であるのは、このような背景を考えると当然である。日本の障害者統計の根拠として障害者手帳を持っている人を障害者としていることも、このような考えを支持する事実のように思える。

2. アメリカの障害者の割合が意味するもの

福祉先進国といわれているアメリカ合衆国では、障害者の割合は20.6%（1994-1995連邦政府の国勢調査局の障害者に関するデータ）とされている。アメリカにおける障害の定義は、アメリカ合衆国の障害者法ADA（Americans with Disabilities Act）によると、身体的又は精神的な障害（impairment）であって、その者の主な生活活動の一つ又は複数を著しく制限するものとされる。機能

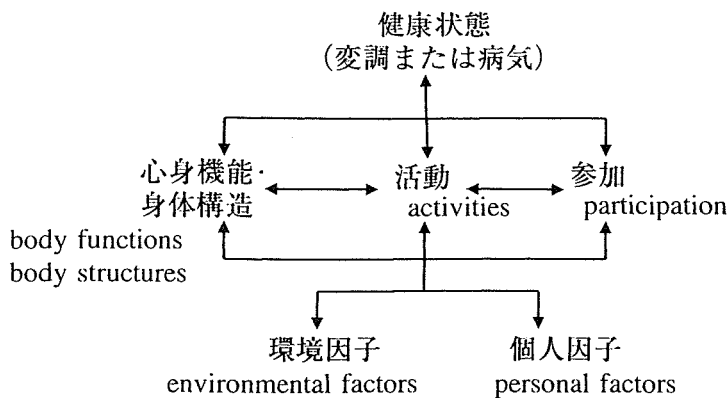


図2 国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) 2001年 障害といえども一つの能力という考え方を基本にしており、障害という他人とは異なる能力が環境により個人にとって状況を良くもし、悪くもする可能性があるというモデル。

障害 (impairment) を基に1つでも生活上の支障があると障害と判断されるのがアメリカの障害である。日本の障害認定は区別を、アメリカの障害認定は支援を主眼においていることがわかる。20.6%の障害者を抱えるアメリカでは、残りの80%で障害者を支えるのは困難であり、アメリカの障害の概念は支援によって障害者を地域社会で共生できる (納税者にする) ことを目的としたプログラムということもできる。発達障害者支援法・特別支援教育の考え方は、診断後に特殊学級に隔離することを目指すのではなく、発達特性の判断の基にその特性にあった支援を行う視点に裏付けられており、理念はアメリカ合衆国の障害者法に近いものといえる。

3. 発達障害者支援法によるパラダイムシフト

現在の日本の障害者に軽度発達障害を加えると、その割合は単純計算でも $4.5\% \times 5 = 22.5\%$ となり、アメリカの障害者の割合と同レベルになる。すなわち、発達障害者支援法により軽度発達障害を障害の仲間を迎えると、障害者の数を福祉先進国なみに押し上げることが期待できる。発達障害者支援法が導入されることにより、日本の障害福祉施策は障害者を社会から隔離するための方法論から、どのようにすれば納税者として社会で共生できるかを考える施策へと変化していきこうとして

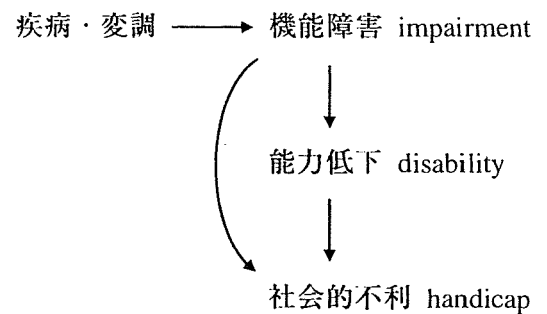


図3 国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : ICIDH) 1980年 障害とは能力が劣ることで悪いことだという考え方を基にしており、障害は一方的に人に悪い影響を及ぼすというモデル。

いる。言い換えれば、発達障害者支援法によって、障害者についての認識を「劣る能力を持ち隔離保護される存在」から、「異なる能力を持ち支援により機能を発揮することで社会参加 (共生) できる存在」へと変革することが出来るのである。発達障害者支援法は、我が国の障害福祉のパラダイムシフトを起こす可能性がある。

国際生活機能分類 (ICF) の考え方

1. 国際障害分類 (ICIDH) から国際生活機能分類 (ICF) へ

軽度発達障害を既存の障害者の枠組で捉えることはできない。軽度発達障害の理解には、WHOが2001年に制定した全く新しい障害分類である国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) (図2) の枠組が不可欠である。1980年に制定された国際障害分類 (International Classification of Impairment, Disability and Handicap : ICIDH) (図3) は20年の歳月を経ており、様々な問題が明らかになってきた。ICFとICIDHを比較すると以下の2点が大きく変わっている。

第一に、用語がICIDHで使用されている否定的なもの (機能障害, 能力低下, 社会的不利) から、肯定的なもの (身体構造・心身機能, 活動,

参加)に変わった。

第二に、ICFでは、ICIDHになかった背景因子として、環境因子と個人因子を明記したことが大きな特徴である。障害を社会モデルとして捉える際には、環境が重要な要因をしめるという考え方が障害の構成因子の中に明記されたことになる。環境因子は、活動や参加に対して促進的にも抑制的にも作用するものである。また、各構成要因が全て両方向の矢印をひかれ、環境と個人の抱える心身機能や活動・参加が相互に作用し合うことを明らかにしている。

2. 医学モデルから社会モデルへ

ICIDHでは障害を「医学モデル」として扱っていたが、ICFでは「社会モデル」で捉えるようになった。すなわち、ICIDHで示された障害モデルは、疾病が起こるとそれが治癒しない限り、機能障害が発生し、さらには能力の低下を招き、最終的に社会的不利な状況に追い込まれてしまうというモデルであった。このモデルでは病気が治らない限り全て不幸な状態になるという一方向の流れを示したもので、はじめに疾病としての診断が必要なことから「医学モデル」と呼ばれる。

このモデルでは、先天性の身体障害を持ちながら社会で活躍している乙武さんの現状を説明することはできない。また、同じ病態で類似の症状を示しても、社会の偏見により社会参加が拒まれる障害と、比較的受容される障害がある。乙武さんは自己肯定感を保証された育児環境で成育され、類いまれな社会性を身につけられた。一方、いまだにいくつかの疾病は社会全体の誤解偏見によりいわれのない差別を受け、社会参加を阻まれている。ある心身機能の状態ですべて社会に参加できるか否かは、機能障害の状態だけでなく、環境要因によるところが大きい。環境因子は促進要因にも阻害要因にもなり得る。

「医学モデル」に環境要因を加味することで現状をよりの確に解釈することが可能になり、現実には即した支援策の開発も可能なる。これを障害の「社会モデル」という。「社会モデル」によっては

じめて、乙武さんの活躍も、いわれのない障害に対する偏見も説明が可能になる。

3. 環境因子が重要な軽度発達障害

既存の障害では、いつどのような状況でも能力の低下が変わらない(固定という考え方)というのが根本的な考え方だった。軽度発達障害の特徴は能力のムラである。出来ることと出来ないことにムラがある。同じことでも、出来る場面と出来ない場面がある。一体どこにその子の基準をおいてよいか分からない、理解が難しいということになる。ADHDの子どもが、幼稚園や学校、家庭では手をつけられない乱暴者というふれ込みで外来を受診する。その割には、外来ではとてもお利口で賢く、おもしろい子に見えることはまれではない(このような場合、親の考えすぎだ、おおらかに子どもを育てないといけないなどと、安易に親を責めることだけは避けなければならない)。

このムラは、ICIDHに示される既存の障害モデルでは説明できない。ムラの説明には、子どもの発達特性(心身機能)と幼稚園や学校で提示される環境(環境因子)とのミスマッチを考える必要がある。子どもの発達特性に合わせた環境が設定されると問題は起こらないが、発達特性を無視した環境を強要すると様々な問題が顕在化する。軽度発達障害の理解には、現象的な症状の背景にある発達特性(障害固有の認知特性)を理解することが不可欠であり、支援には発達特性に合致した環境整備が必要となる。

ICIDHでは、医学モデルであるため、診断がなければ能力低下、社会的不利のレベルの支援は行えなかった。ICFでは、活動・参加のレベルで支障が発生すれば、その背景にある原因を診断という医学モデルに頼らなくても支援の対象とすることが出来る。現状分析とそれに基づく環境調整により、支援は実施可能である。この点もICFの特徴であり、この特徴は次に述べる発達障害者支援法の理念に強く影響を与えることになる。

表 1 発達障害者支援法の概要

目的	発達障害児を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国、地方公共団体の責務を明らかにし、学校教育、就労の支援などを定め生活全般での支援を行う
定義	「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などの脳機能の障害で、症状が通常低年齢で発現し、できるだけ早期に心理機能の適正な発達、円滑な社会生活の促進のための支援を行うことが特に重要であるもの
内容	<p>国、地方公共団体の責務として以下のことを行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ①発達障害児の早期発見（専門医療機関の充実） ②就学前、学校教育などでの発達支援 ③就労、地域社会における生活などに必要な支援 ④家族に対する適切な支援 ⑤支援の際は本人、保護者の意思を尊重するよう努めなければならない ⑥福祉、教育、保健医療、労働を担当する部局の緊密な連携、警察、消費生活担当部局との必要な協力体制の整備を行う ⑦発達障害支援コーディネーターの配置

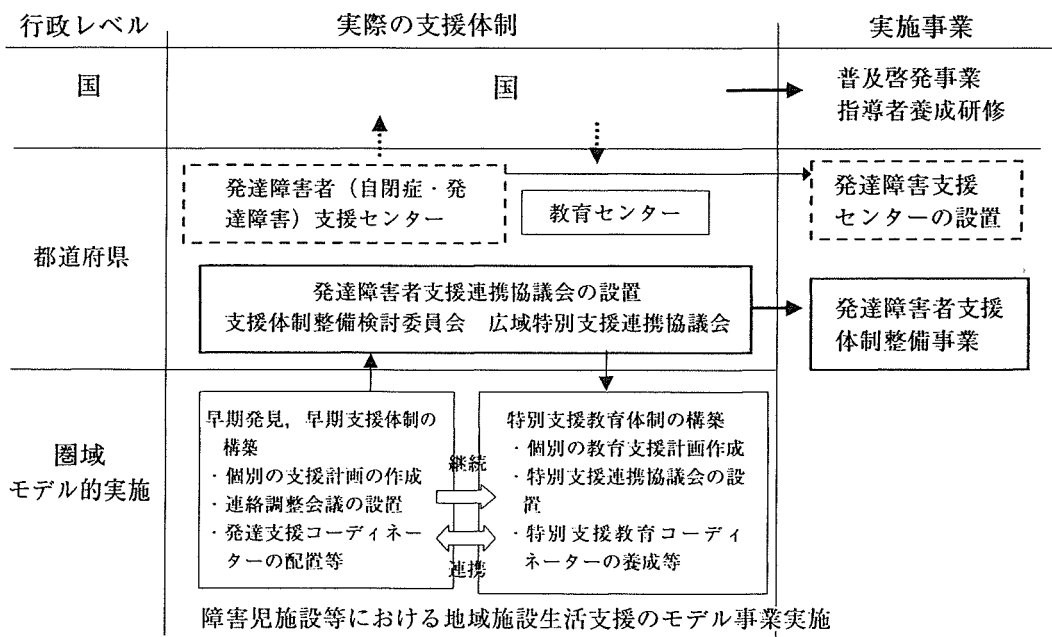


図 4 発達障害者支援法による発達障害児者への具体的支援

発達障害者支援法

1. 発達障害者支援法の特徴

2004年12月に故橋本龍太郎衆議院議員を会長とする超党派の「発達障害の支援を考える議員連盟」により国会に提出された発達障害者支援法が可決され、2005年4月から施行された。その概

要を表1に示す。発達障害者支援法には特筆すべき点はいくつかあるが、以下にそのポイントを示す。

- ①発達障害では早期に発達支援が必要であることを明記したこと。
- ②国及び地方公共団体の責務として、早期発見と支援を行うことを明記したこと（図4）。

- ③発達障害者に対する「学校教育における支援」と「就労の支援」の必要性を明記したこと。
- ④「発達障害」を、自閉症、アスペルガー症候群その他のPDD, LD, ADHD, 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低年齢において発現するものと定義したこと。
- ⑤「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者と明記したこと。
- ⑥「発達支援」とは、発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助としたこと。
- ⑦当事者（発達障害者及び発達障害児の保護者）の意思をできる限り尊重することを明記したこと

2. 発達障害者支援法の課題

発達障害者支援法は高邁な理想を追求した全く新しい法律で、これまでの障害福祉に関する法律とは一線を画すものである。理念は素晴らしいが、現実の支援の実践に際しては、いくつかの重要な課題が浮かび上がってくる。発達障害者は「認定をうけるもの」ではないため、当然認定制度はなく障害手帳の交付もない。手帳による認定制度がなければ、何を根拠に支援を發動すればよいかというのは現実的に重要な問題である。実際には、確立した手帳制度を持つ既存の3障害と同様のサービスを保証することが可能かという不安がある。発達特性により個別のニーズを抱えて困っていると訴えても、外からみて分かり難いのが発達障害の特徴である。抱える困難さの根拠は主観的な尺度になる。公的な支援を行うには何らかの根拠が必要である。認定制度がない以上、役所の窓口が判断する支援費制度の二の舞にならないかと心配になる。支援の根拠として診断書を求められる可能性はあるが、診断書を誰が書くのか？どのような資格が必要か？小児科か精神科か？等々、疑問はふくらんでくる。ICFの「社会モデル」が普及定着するまで、しばらくは現場での混乱が予想される。

軽度発達障害

1. 軽度発達障害の頻度と特徴

2003年3月28日に答申された「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」によると、通常の学級に在籍する児童生徒41,579人を対象とした調査で、知的発達に遅れはないものの、学習面や行動面で著しい困難を持っていると担任教師が回答した児童生徒の割合は6.3%であった。その内訳は、LDが想定されるもの（「聞く」「話す」「読む」「書く」「計算する」「推論する」に著しい困難を示す）4.5%、ADHDが想定されるもの（「不注意」又は「多動性-衝動性」の問題を著しく示す）2.5%、PDDが想定されるもの（「対人関係やこだわり等」の問題を著しく示す）0.8%であった。軽度発達障害の特徴は、平均的な知的発達に遅れはないが、特異な認知特性により集団生活（特に学校生活）での適応障害を起こすことである。既存の障害と異なり遅れが目立たないため、障害特性が理解されにくい。平均的な知能指数が低いことから「軽度」と表現されるが、障害の特徴が分かりにくいだけであって、当事者にとって決して障害の内容は軽くない。

2. 軽度発達障害を診断する意義

軽度発達障害とは、区別・隔離するための障害概念ではなく、子ども達を守るための概念であり、積極的に診断する必要がある。既存の障害は、認定されると、保護はされるが社会の特別席に否応なく追いやられる。発達障害者支援法では、軽度発達障害の障害認定はなく、他の障害のような手厚い保護もない反面、社会から外されることもない。軽度発達障害の診断（判断）は、既存の枠組みでも暮らせるが、特別な支援のニーズを持つ存在（要支援）という状態像を判断するに過ぎないのである。

3. 軽度発達障害の診断基準

DSM-IV（アメリカ精神医学会診断統計マニュアル第4版）やICD-10（世界保健機構の国際疾病分類第10版）による診断基準が一般的に用い

られるが、あくまでも診断統計マニュアルであり、支援の指標ではない。DSM-IVではADHD、LD、PDDなどの発達障害と、知的障害（DSM-IVでは精神遅滞）・人格障害は別枠で評価し、ADHDとPDDの併存診断も認められない。この点について、支援の現場では異論が出てきている。

学習障害(LD)

1. Learning Disabilities と Learning Disorders

LDとは、はっきりと知能が遅れているわけではないが、学習面で独特のつまづきをみせ、集団生活の中では行動面の問題を来す状態を指す。LDに該当する英語の表記には learning disabilities と learning disorders があり、いずれもLDと略記されるため、両者が混同され混乱を招いてきた。4～5年前までは多くの発達障害がLDと表現され、混乱した時期があった。ADHDやPDDも不注意のLD、あるいは社会性のLDというようにLDとして捉えられ、診断名の混乱のために、それぞれの発達特性に応じた支援が出来ない状況にあった。今日のLDの概念は、北米の教育関係者から提唱された learning disabilities と、高次機能障害の中のディスレキシア (dyslexia: 狭義では読字障害、広義では読字・書字障害) の両者が融合した概念である。Learning disabilities は障害の状態像を指す言葉で、LDの存在を規定しており、教育業界でよく用いられる。一方、learning disorders はDSM-IVに記載されている疾患としてのLDで、learning disabilities を来す病態についての定義であり、医学用語としてのLDのことである。Learning disorders には読字障害、計算障害、書字表出障害の3種類があるが、8割が読字障害だといわれている。

2. 本邦での学習障害

我が国では、1997年に文部省(当時)がLDを、「LD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、計算する又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。LD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。」と定義した。2003年3月に文部科学省は「今後の特別支援教育の在り方について(最終報告)」以降はこの定義でLDを捉えている。

3. 学習障害の特徴

- ①「聞く・話す」の障害：聞こえているのにことばの意味理解が難しい、助詞の誤りが多く筋道のおった話ができない、言いたいことをうまく相手に表現することが苦手である、等の状態で明らかになる。発達歴では言葉の遅れを過去に持つものが多い。3歳前後まで喋らず、幼稚園などの集団参加を契機に言葉が出だしたという例は少なくないが、就学後に「聞く・話す」について十分な状況の把握と支援が必要である。
 - ②「読み・書き」の障害：単語や文節で区切って読むことができない。文章を読む時にことばを省略したり行を飛ばしたりする、文字は読めても文章の内容をつかむことが苦手である。最初に読む時に特に難渋するが、記憶力が優れているケースでは、2回目以降は記憶を使ってサラサラ読むこともあるので、気づかれない場合もある。漢字の形が整わず練習してもうまく書けない、書き順がどうしても覚えられない、小さな桁目に字が書けない、文字が鏡文字になってしまう等の症状で気づかれる。
 - ③計算の障害：数字と嵩や順序性の概念を一致させることが出来ない場合は、計算・算数は根本的に理解が困難である。繰り上がりや繰り下がりなど桁の概念が必要となる計算が苦手である、時計が読めず時間の理解が出来ない、計算問題は分かるが文章題になると難しい、等の症状を示す。図形を頭の中で操作することが出来ないとい幾何の問題は解けない。
- 以上に示すように、平均的な知的能力はあるが、基本的な学習に必要な機能に障害があるために、

通常の学習プログラムでは学習効果を出せない子ども達の存在を文部省（当時）が認め、定義をしたことは画期的なことである。文部省（当時）の定義以降、特別支援教育の名のもとに本格的な軽度発達障害児への取り組みが始まった。

注意欠陥/多動性障害(ADHD)

1. ADHD が抱える問題

ADHD は発達障害であり、リタリン®という薬剤が有効な疾病であることを周知徹底することが最重要課題である。ADHD を障害だと捉えないと、ADHD の子ども達は、とんでもないやっかいな子、しつけの出来ない子（親の責任）となってしまう。行動特徴上、障害や疾病という認識を持ち難いので、叱責や非難・否定が繰り返され、子どもの自尊心は下がり、二次障害（反抗挑戦性障害）、三次障害（行為障害）を起こしやすい。ADHD の子どもを持つ親（特に母親）は、社会から育児責任を厳しく追及され、精神状態に変調を来すこともまれではない。

2. ADHD の特徴

ADHD とは、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、及び/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遂行に障害を来すものを指す。その特徴は7歳以前に現れ、その後その状態は継続する。原因として、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。

以下に示す特徴を複数の場面で、就学以前から継続して認めることが診断には必要である。

- ①不注意：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。課題や遊びの活動で注意を集中し続けることが難しい。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。
- ②多動性：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。きちんとしていなければならない時に、じっとしておれずに動き回ったり走り回ったりする。じっとしていない。

S/N 比の低い ADHD

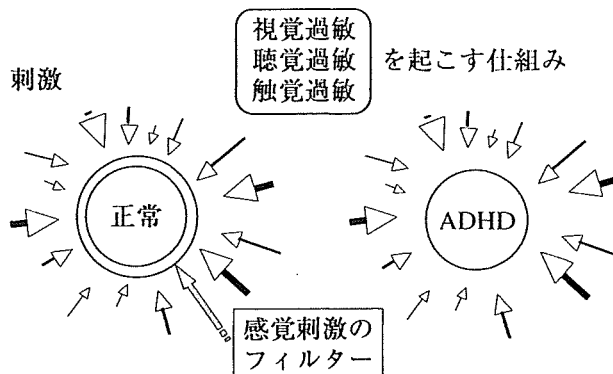


図5 AD/HD の感覚特性の理解 シグナル/ノイズ比 (S/N 比) が悪く、どんな小さなノイズも信号と捉え、真に受けてしまう。

または何かに駆り立てられるように活動する。

- ③衝動性：質問が終わらないうちに出し抜けて答えてしまう。順番を待つのが難しい。

様々な入力刺激を調節するフィルターを持たない特性があると考えると理解しやすい（図5）

3. 診断の難しさ

多動性は、幼児期から学童前期には正常でも認められる行動特徴である。現状の診断基準では就学前に診断を下すことはできない。また、環境により症状が変化することが多く、初対面では緊張するために、不注意も多動性・衝動性も一見目立たないこともあり、初回の面接で ADHD でないと判断するには慎重を要する。正確な診断・判断には複数の情報と、行動観察を繰り返すことが必要である。

4. 二次障害

ADHD の子ども達の特徴は、「～をしなければいけない」という行動の目標を立てることは出来るが、どうしたらそれがうまく実行できるかを企画することが困難である。失敗しやすいし、自分が失敗したことはよくわかる子ども達であり、自尊心を持ちにくく、否定的な評価を重ねると二次障害として、情緒障害や問題行動を起こすことになる。二次障害や三次障害（反社会的行為、精神障害）の予防は全ての軽度発達障害に共通する課題であるが、特に ADHD においては重要で

ある。自尊感情を損なわれやすく、不適切な環境設定により、反抗挑戦性障害や、思春期以降の行為障害へと発展する、いわゆる破壊的行動障害 (disruptive behavior disorder : DBD) マーチの危険性が指摘されている。だからこそ、学童期前半までに自尊感情を高めることが重要である。

5. リタリン[®]の使い方

7~8割のADHD児には中枢神経刺激剤 (メチルフェニデート ; 商品名リタリン[®]) が有効で、服薬後3~4時間効果が持続し、集中力が向上し課題遂行能力が上がる。リタリン[®]の効果がでて、行動が落ち着いたところで何をすることが問題である。リタリン[®]の効果が出た状態で、実現可能な課題を設定し、うまくできたことを褒め、成功体験に基づく自信をつけさせることが大切である。

ADHD児の多くはLDを併発していることが知られており、多動が落ち着けば問題が解決したのではなく、リタリン[®]を使用して多動が落ち着いた状態で、発達特性を評価し、発達特性を踏まえた指導法による学習の保証も必要である。

広汎性発達障害(PDD)

(高機能広汎性発達障害・アスペルガー障害)

1. 高機能広汎性発達障害

高機能広汎性発達障害は正式な診断名ではなく、PDDの中で知能指数の低い自閉性障害とアスペルガー障害を含む概念である。「高機能」とはIQが高いという意味ではなく、知的障害がない (IQ 70以上) という意味である。

2. 二人の天才

1943年に、アメリカの児童精神科医レオ・カナーが「情動的交流の自閉的障害」を発表し、①人や状況と関わり合うことができない、②言葉で他人に意思を伝えられない、③強い「こだわり」を持つ、④物と比べて人に対する興味が乏しく、⑤潜在的な認知能力は優れている、という5つの共通する特徴を示す11の症例を「早期乳幼児自閉症」として報告した。

一方、1944年にオーストリアの小児科医ハン

ス・アスペルガーが、カナーの報告と極めて類似した不可解な特徴を持つ4人の子ども達を、「小児期の自閉的精神病質」として紹介した。アスペルガーの報告はカナーの報告例に類似するが、①知的な能力が高く、②表面的には文法的に正確な言葉をしゃべり、③一方的になりがちだが対人的な関心はある、点が異なる。アスペルガーは子ども達に治療教育を行い、有効な方法論と社会に送り出す経過を含めて報告した。

3. ローナ・ウイング

DSM-IVでは自閉症という名称がなくなり、これまでの自閉症を含む、社会性の障害、コミュニケーションの障害、特定のものへのこだわりを持つものをPDDと呼ぶようになった。「広汎性」とはイギリスの児童精神科医のローナ・ウイングが提唱した「自閉症スペクトル」、すなわち自閉的な特徴は低IQの子どもだけでなく、様々なIQを持つ子に認められ、IQにより表現型としての症状は異なるという概念に影響を受けているものと考えられる。DSM-IVでも、知的能力には関係なく社会的行動レベルでの診断をすることになる。いわば、知的能力と社会的能力のギャップを持つのがPDDということもできる。

4. PDDの診断基準 (DSM-IV)

図6に、DSM-IVに基づいて、PDDの全体像をIQと気づき年齢を軸にして示す。

PDDの中核をなす自閉性障害の診断をDSM-IVでは以下のようにしている。

- ①対人的相互反応の質的障害 (人への反応やかかわりの乏しさ、社会的関係形成の困難さ) を認め、人の気持ちが分からない、ルールを理解が出来ない、人と共感出来ないために、同年齢の仲間関係をつくるのが難しく、楽しい気持ちを他人と共有することや気持ちでの交流がうまくできない。
- ②意思伝達の障害があり、言葉の遅れ、会話の継続が出来ない、変わった物言いをする、ごっこ遊びが出来ないなど、人とのコミュニケーションが困難である。

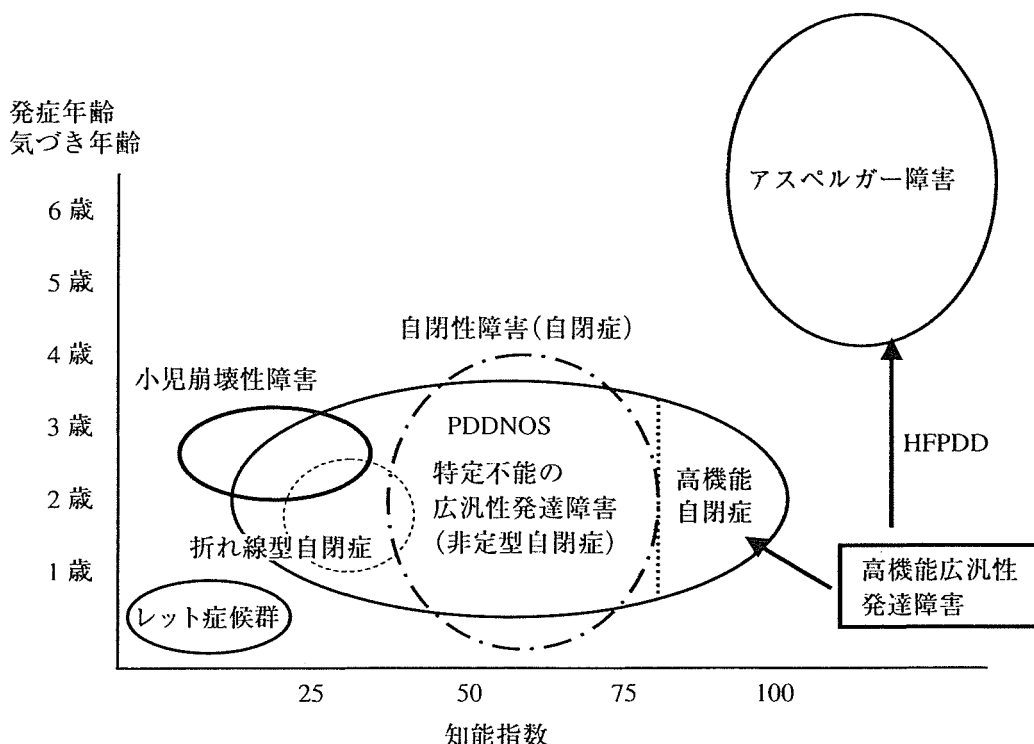


図6 広汎性発達障害 (PDD ファミリー) の捉え方 横軸をIQ, 縦軸を気づき (発見) 年齢とすると全体像が理解しやすい。自閉性障害で知的障害のないものとアスペルガー障害を併せて高機能広汎性発達障害ということが多い。

③活動・興味の限定された反復的・常同的な様式があり, 興味や関心が狭く, 特定のものや行動, 意味のない様式への強いこだわり, 奇妙な常同運動を認める。

5. 自閉症スペクトルと高機能 PDD

ローナ・ウイングの「自閉症スペクトル」とは, ①社会相互交渉の障害, ②コミュニケーションの障害, ③想像力の障害を診断の根拠 (三つ組) とした, 自閉症を広く連続体とみる考え方である。ローナ・ウイングの三つ組みは臨床診断上有用で, 広く利用されている。

PDD の中でも, 学校現場で問題となるのが, 高機能 PDD といわれる IQ の低くないグループの存在である。高機能 PDD は正式な診断名ではなく, DSM-IV の PDD の中で IQ の高い自閉性障害とアスペルガー障害 (言語・認知機能に障害をもたない自閉症, ICD-10 ではアスペルガー症候群) を含む概念である。文部科学省の最終報告に

より定義と判断基準が示され, 「3 歳位までに現れ, 他人との社会的関係の形成の困難さ, 言葉の発達の遅れ, 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。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」と定義される。自閉性障害の特徴をもつが, 言語機能については, 発達歴として遅れは認めても学童期以降では明らかな遅れは通常認めない。遅れはないが, 繰り返し言語や独特の言い回しを認め, 身振り言語も乏しく, 気持ちを伝えることが苦手である。

6. 社会性の障害

広汎性障害は多様な臨床像を示すが, ローナ・ウイングは社会相互交渉の障害を, 孤立群 (呼びかけに反応しない, 目を合わせないなど, 他人が存在しないかのように振舞う, 極端な怒りや喜びがある時以外, 表情がない), 受動群 (他人との

接触を受け入れるが、自分から交わろうとしない)、積極・奇異群(他人に近づこうとするが、一方的である)、「形式ばった大仰な」群(人付き合いのルールに厳格で過度に礼儀正しく振舞う)の4つに分けた。この4つの分類から、PDDの抱える社会性の障害を推測することができる。

おわりに

小児科医が軽度発達障害児に対する際に必要な心構えと具体的な取り組みをまとめて、稿を終えたい。

1. 軽度発達障害に対する小児科医の認識

軽度発達障害児の支援は、障害支援ではなく育児支援だということができる。既存の障害児と異なり、必要なのは療育ではなく、発達特性に合わせた環境の調整である。具体的な小児科医の役割として、保護者が子どもの発達特性を知り、その上で子どもの行動を解釈し、必要な環境調整が出来るよう援助をすることが求められる。

2. 幼児期の移行支援計画としての5歳児健診・5歳児発達相談

障害者支援法では、軽度発達障害の早期発見は国・地方公共団体の責務とされている。軽度発達障害の早期発見と就学支援について、現在鳥取大学の小枝達也教授が中心となり、厚生労働科学研究事業において5歳児健診・5歳児発達相談の進め方が検討されている。早期発見の時期であるが、どうして5歳なのだろうか。3歳健診では、DSM-IVの診断基準は学童期以降を対象としたものなので適用し難く、診断的信憑性に欠ける。3歳児では質的には異なるが、LD、ADHD、PDDの子ども達が認める行動の特徴を健常児でも少なからず認める。したがって、行動特徴から診断の根拠を保護者に説明することが困難である。また、3歳という年齢は就学支援に直結しない。一方、5歳になると、多くの子どもは集団行動を行う中で質的な違いを見せてくれるようになる。この時期になると、親や保育士が子ども達の行動特徴にながしかの「困り感」を抱えるようになる。これ

を保護者・保育士の「気づき」と呼ぶ。この気づきを大切にし、何がどのように問題なのかを整理し、就学に向けて特別支援教育についての情報提供を行うのが、5歳児健診・5歳児発達相談事業である。健診という名前がついているが、相談とその後の就学支援に関する情報提供を一つのパッケージとした一連の支援事業のことを指す。

3. 小児科医の役割

育児支援、親支援の視点で子どもの評価診断を行い、軽度発達障害を診断することの意義、特別支援教育についての情報提供と、具体的な就学相談機関(医療機関ではない)へとつないでいくことが重要である。そのためには、軽度発達障害の特徴や診断基準を十分に理解することが必要である。同時に、地域に存在する就学相談に利用できる関係機関についての情報を十分に把握しておくことが重要である。

発達障害者支援法では、障害認定を行わないため発達障害の認定基準を明示していない。しかし、実際の支援を発動する際には支援を行う根拠が必要である。理想的には、現場で困ればそれが支援の根拠となるべきだが、現実に認定・手帳制度を持つ3障害が存在する以上、現状では(軽度)発達障害に対する支援(特に特別支援教育)を発動する際に、保育園・幼稚園・学校から診断書を求められることになる。必要に応じて診断書を書くことも小児科医の大切な役割である。診断名は厳密なものでもなくともかまわない。PDDとADHDの鑑別に苦慮したり、併存診断に躊躇したりすることはない。疑いがあれば複数の診断名を連記すればよい。付記として、子ども自身が環境と発達特性のミスマッチで困っていること、特別支援教育という「えこひいき」と「お目こぼし」が必要であることを記載すれば十分である。

参考図書

文献として引用できるものは少ないが、診療上参考になりそうな書籍を順不同に列記する。

- 1) ウイング著/久保絃章、清水康夫訳。自閉症スペクト

- ル—親と専門家のためのガイドブック. 東京書籍, 1998/11
- 2) 高木隆郎, マイケル・ラター, エリック・ショプラー. 自閉症と発達障害研究の進歩. 星和書店, 2000/05
 - 3) 小枝達也, 杉山登志郎, 原 仁, 加我牧子. ADHD, LD, HFPDD, 軽度 MR 児保健指導マニュアル—ちょっと気になる子どもたちへの贈りもの. 診断と治療社, 2002/07
 - 4) 障害者福祉研究会. ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版. 中央法規出版, 2002/08
 - 5) 細川徹. 発達障害の子どもたち—いきいきとしたその世界. 中央法規出版, 2003/05
 - 6) 吉田友子. 高機能自閉症・アスペルガー症候群—「その子らしさ」を生かす子育て. 中央法規出版, 2003/07
 - 7) レオ・カナー著/十亀史郎, 岩本憲訳. 幼児自閉症の研究. 黎明書房, 2000/12
 - 8) 齊藤万比古, 渡辺京太編. 改訂版 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, 2006/10
 - 9) 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, 2006/07
 - 10) 障害福祉研究さぼーと 第52巻7号, 財団法人日本知的障害者福祉協会, 2005/07
 - 11) 今後の特別支援教育の在り方について (最終報告)
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shoutou/018/toushin/030301.htm

多動性に着目した幼児行動チェックリストの臨床応用

Clinical application of the hyperkinetic behavior checklists for pre-school aged children

林 隆 木戸久美子 中村仁志 東谷敏子 大本二三幸
山川宏昭 山川美香 大谷美絵 北山良平 茂木千絵

Takashi Hayashi, Kumiko Kido, Hitoshi Nakamura, Toshiko Higashiya, Fumiyuki Ohki,
Hiroaki Yamakawa, Mika Yamakawa, Mie Ohtani, Ryohei Kitayama, Chie Motegi

多動性に着目した幼児行動チェックリストの臨床応用

Clinical application of the hyperkinetic behavior checklists for pre-school aged children

林 隆¹⁾²⁾³⁾, 木戸久美子²⁾, 中村仁志²⁾, 東谷敏子¹⁾, 大本二三幸¹⁾,
山川宏昭³⁾, 山川美香³⁾, 大谷美絵³⁾, 北山良平³⁾, 茂木千絵³⁾

Takashi Hayashi¹⁾²⁾³⁾, Kumiko Kido²⁾, Hitoshi Nakamura²⁾, Toshiko Higashiya¹⁾, Fumiyuki Ohki¹⁾,
Hiroaki Yamakawa³⁾, Mika Yamakawa³⁾, Mie Ohtani³⁾, Ryohei Kitayama³⁾, Chie Motegi³⁾

Abstract :

[Purpose]

We developed the checklists to evaluate hyperkinetic behaviors for pre-school aged children. In this study we tried to evaluate a clinical utility of the checklists in diagnosing developmental disabilities.

[Methods]

The mothers who consulted our clinics due to developmental troubles of their pre-school children cooperated to this study. The study was done since Jan. 2005 to Dec. 2005. Twenty two children were made an entry into this study. Their ages ranged from 2.8 to 6 years old. Their sex ratio was 19/3. We diagnosed them to 13 pervasive developmental disorders (PDD), 2 attention deficit/ hyperkinetic disorders (AD/HD), one PDD+AD/HD, one high function PDD (HFPDD) and five others. Behavior checklist consisted of 6 components, including seven hyperkinetic items, six excessive interesting items, four destructive contact related items, three inappropriate contact related items, four severe temper related items and one coordination disorder items. We used the ranking scales from zero to three, i.e. zero means non or rare happening, one; sometime happening, two; frequent happening and three; strongly frequent happening to evaluate each items. Also we evaluated mean scores of six components between four group of disorders, by use of relative scale which was standardized by three years health check visitors.

[Results]

In the three items, "trickle movement", "running around", "cannot play in limited space" which belong to hyperkinetic items, the score of group AD/HD showed significantly higher than that of group PDD. In the item "hitting the head into floor and wall", the score of group ADHD was high, but the score of group PDD was high in the item "extensive behavior". HFPDD case tended to show high score in excessive interesting items and in severe temper items, and also PDD+AD/HD case showed high score in destructive contact related items.

[Conclusions]

The behavior checklists were useful to distinguish between AD/HD and PDD. Especially the checklist items "trickle movement", "running around", "cannot play in limited space" were useful to diagnosis to AD/HD.

Key words : AD/HD, pre-school period, young children, PDD, behavior character, checklists

¹⁾山口県立大学大学院健康福祉学研究科 Graduate School of Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University, Yamaguchi Japan

²⁾山口県立大学看護学部 Faculty of Nursing, Yamaguchi Prefectural University, Yamaguchi Japan

³⁾山口リハビリテーション病院 Yamaguchi Rehabilitation Hospital, Yamaguchi Japan

要 旨

〔目的〕 就学前の幼児を対象とした多動性に着目して開発した行動チェックリストについて、医療機関を受診した幼児を対象として臨床的有用性を検討した。

〔方法〕 平成17年1月から11月までに療育相談会、山口リハビリテーション病院小児科、済生会山口総合病院小児科を受診した就学前の幼児22例（年齢：2.8～6.0歳，男/女=19/3）の保護者を対象とした。対象児の診断は広汎性発達障害（PDD）13例，注意欠陥／多動性障害（AD/HD）2例，PDD+AD/HD1例，高機能広汎性発達障害（HFPDD）1例，その他5例だった。多動性7項目，旺盛な好奇心6項目，破壊的な関わり4項目，不適切な関わり3項目，強い癇癪4項目，運動のアンバランス1項目の6カテゴリー25項目からなる行動特徴チェックリストを用いた。各項目に0「ない，もしくはほとんどない」，1「ときどきある」，2「しばしばある」，3「非常にしばしばある」の評価尺度を設けた。PDD，AD/HD，PDD+AD/HD，HFPDDの4障害群（17例）について，3歳健診群の平均値を基準にして評価尺度の相対値を求め，6カテゴリーの平均値の群間比較を行った。

〔成績〕 多動性カテゴリーのうち「ちょろちょろ動いている」「走り回っている」「一定の所で遊べない」でADHD群がPDD群に比べて有意に高値だった。強い癇癪カテゴリーでは「頭を床や壁に打ちつける」はADHD群が，「反り返る」は有意にPDD群が高値だった。カテゴリー間の比較では，多動性カテゴリーでADHD群がPDD群よりも有意に高値だった。HFPDD群の旺盛な好奇心カテゴリーと強い癇癪カテゴリーの高スコア傾向，PDD+AD/HD群の破壊的な関わりカテゴリーの高スコア傾向を認めた。

〔結論〕 多動性カテゴリーでAD/HD群がPDD群よりも有意に高値で，「ちょろちょろ動いている」「走り回っている」「一定の所で遊べない」はAD/HDの診断に有用な項目だった。旺盛な好奇心と癇癪はHFPDDで，破壊的関わりはAD/HD+PDDで有用な項目の可能性がある。

Key words : 注意欠陥／多動性障害（AD/HD），就学前，幼児，広汎性発達障害（PDD），行動特徴，チェックリスト

I はじめに

軽度発達障害児，特に注意欠陥／多動性障害（AD/HD）や広汎性発達障害（PDD）への早期支援は二次障害予防の観点から極めて重要である¹⁾。AD/HDに限らずPDDでも，乳幼児期にはしばしば不注意に見える行動パターンや，多動性，衝動性を示すことが知られており，多動性や衝動性は軽度発達障害を疑う重要な行動特徴である。多動性，衝動性を評価するには米国精神医学会診断統計マニュアル第4版（DSM-IV）あるいは国際疾病分類第10版（ICD-10）に示されるAD/HDの診断基準が有用であるが，いずれも学童期以降の児童を対象としており，幼児期の早期診断にそのままの形では利用することは限界がある²⁾。不注意，多動性・衝動性は正常発達でも幼児期に認める行動特徴であるが，これらの行動特徴の組合せから発達障害診断に繋がる情報が得られれば，育児困難を感じている保護者への支援を早期から実施することができる。そこで，著者らはAD/HDの子どもを持つ保護者から情報収集したAD/HD児が幼児期に示す行動特徴を基に，幼児期でも使用可能な不注意，多動性・衝動性のチェックリストを作成した³⁾。今回，医療機関を受診した児童を

対象として行動特徴チェックリストを実施し，その臨床的有用性を検討した。

II 方法

平成17年1月から11月までに山口県中西部の療育相談会，山口リハビリテーション病院小児科，済生会山口総合病院小児科を受診した発達に関する相談をもつ就学前の幼児22例の保護者を対象とした。対象児のプロフィールは年齢2.8～6.0歳で，男/女=19/3だった。診断の内訳はPDD13例，AD/HD2例，AD/HD+PDD1例，高機能広汎性発達障害（HFPDD）1例，発達性協調運動障害1例，軽度知的障害1例，運動発達遅滞1例，心因反応1例，学習障害1例だった。診断は基本的にはDSM-IVによったが，自閉性障害の診断基準を満たす者をPDD群とした。また，ADHDの診断基準と自閉性障害の診断基準の両方を満たしたものをPDD+AD/HD群，IQが85以上の自閉性障害またはAsperger障害をHFPDD群とした。

今回使用した行動チェックリストは図1に示す。チェックリストは多動性7項目，旺盛な好奇心6項目，破壊的な関わり4項目，不適切な関わり3項目，強い癇癪4項目，運動のアンバランス1項目の6カテゴリー

	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
多動性				
1. じっとしていることができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ちょろちょろ動いている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 走り回っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 一定のところで遊べない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. どこかにいっていなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 買い物につれていくとじっとできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 立ち止まることがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
旺盛な好奇心				
8. 興味のあるものに突進する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 何でも物を触わる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ひとつの遊びに集中しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 誰にでも声をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 誰にでもついていく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 親がいなくても平気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
破壊的な関わり				
14. 人のいやがることをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 誰にでもちょっかいをだす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 人をたたく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 人をける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不適切な関わり				
18. 名前を呼んでも戻ってこない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 返事がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 視線が合わない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
強い癇癢				
21. 頭を床や壁に打ちつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ちょっとしたことでかんしゃくをおこす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 反り返る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 爪かみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動のアンバランス				
25. 転んでケガばかりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

図1 行動特徴のチェックリスト

—25項目から構成されている。各項目に0「ない、もしくはほとんどない」、1「ときどきある」、2「しばしばある」、3「非常にしばしばある」の評価尺度を設けた。PDD群、AD/HD群、AD/HD+PDD群、HFPDD群の17例4障害群間で、各チェックリスト項目と、6カテゴリーの平均値の群間比較を行った。カテゴリー平均値の群間比較では3歳児の平均的な行動特徴を基準にするため、3歳健診群で実施した行動チェックリストの結果⁹⁾から、3歳児の6カテゴリーの平均値を算出し(図2)、3歳健診群の平均値を基準にして評価

尺度の相対値を以下の式によりもとめた。

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

III 結果

PDD群、AD/HD群、AD/HD+PDD群、HFPDD群の4群間の行動特徴の各項目のスコアの平均値を示す(図3)。AD/HD+PDD群、HFPDD群は1例ずつなので統計処理はできなかったが、図1を概観すると、HFPDD例が多動性、強い好奇心の2カテゴリーでスコアが高値であり、PDD+ADHD例は破壊的な関わり

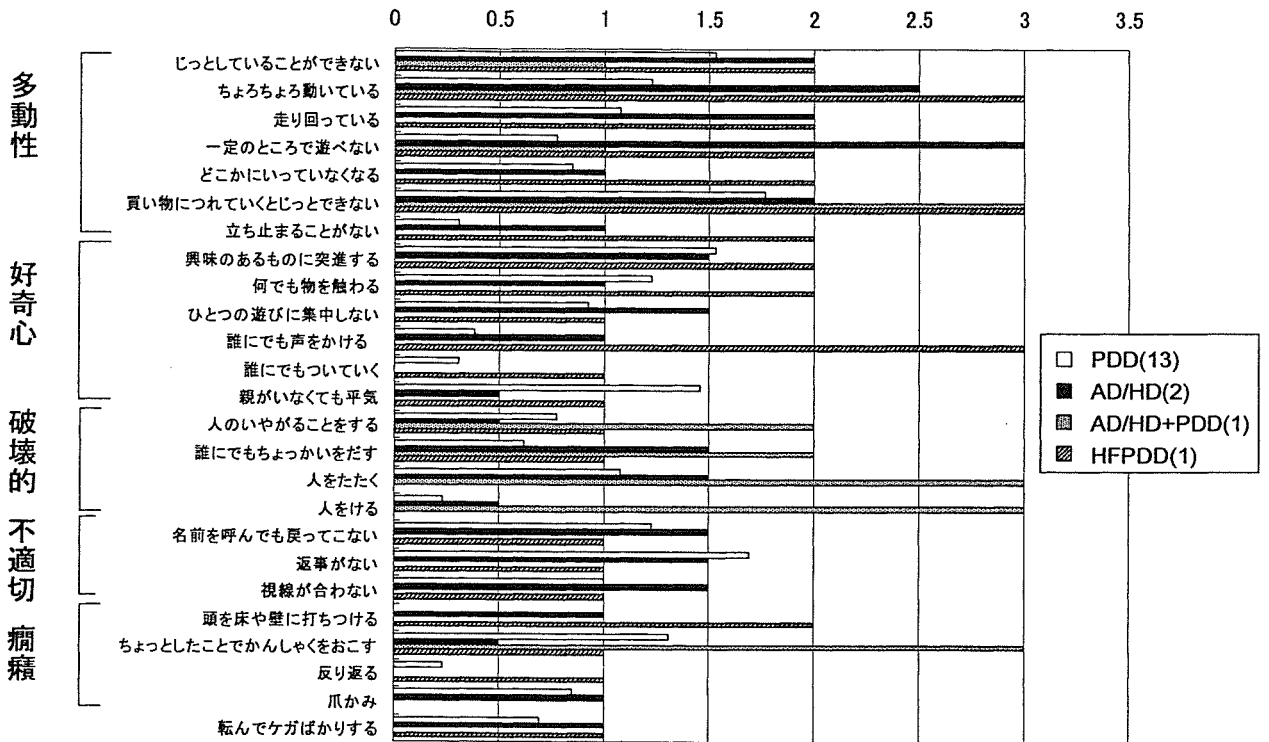


図2 行動特徴25項目の4群間における比較
PDD：広汎性発達障害，AD/HD：注意欠陥／多動性障害，HFPDD：高機能広汎性発達障害

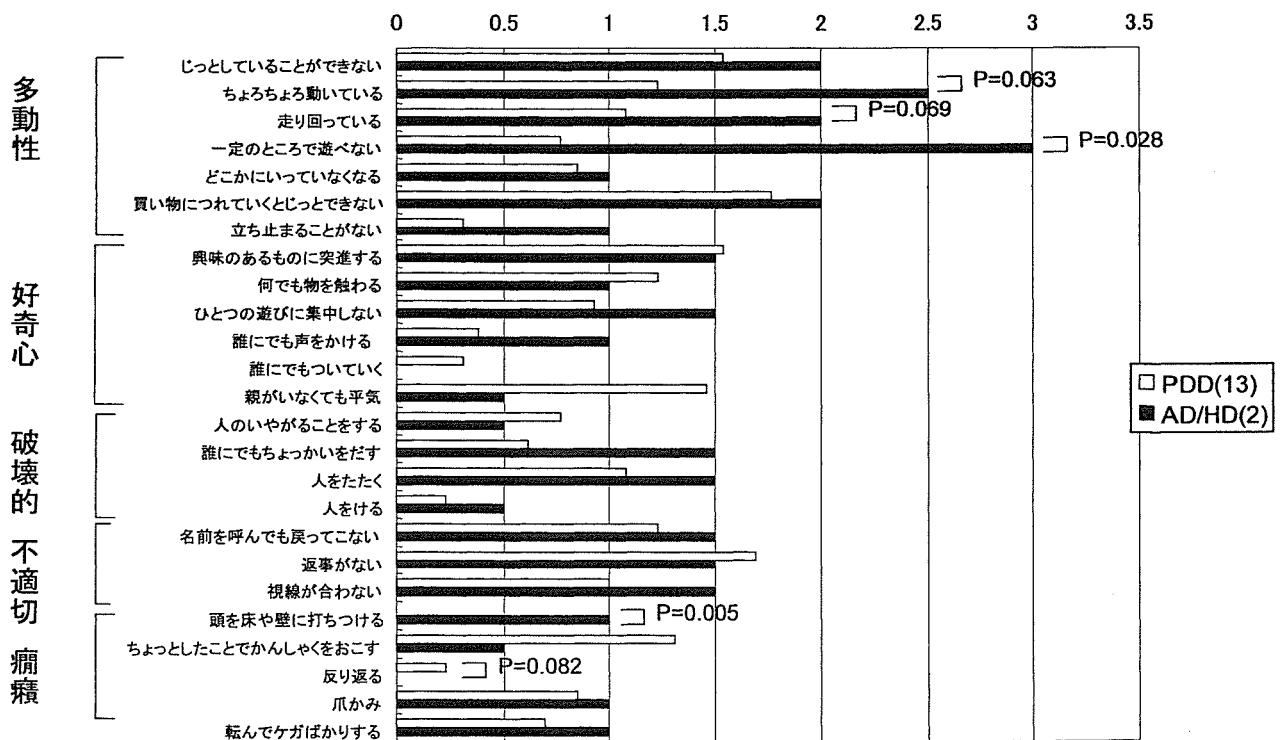


図3 行動特徴25項目の広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害における比較
PDD：広汎性発達障害，AD/HD：注意欠陥／多動性障害

でスコアが高いことが目立った。PDD群とAD/HD群を比較すると(図4)，多動性カテゴリーのうち「ちよろちよろ動いている」「走り回っている」「一定の所で

遊べない」でAD/HD群がPDD群に比べて有意に高値(p<0.1)だった。強い癇癩カテゴリーでは「頭を床や壁に打ちつける」はAD/HD群(p<0.01)が、「反り返る

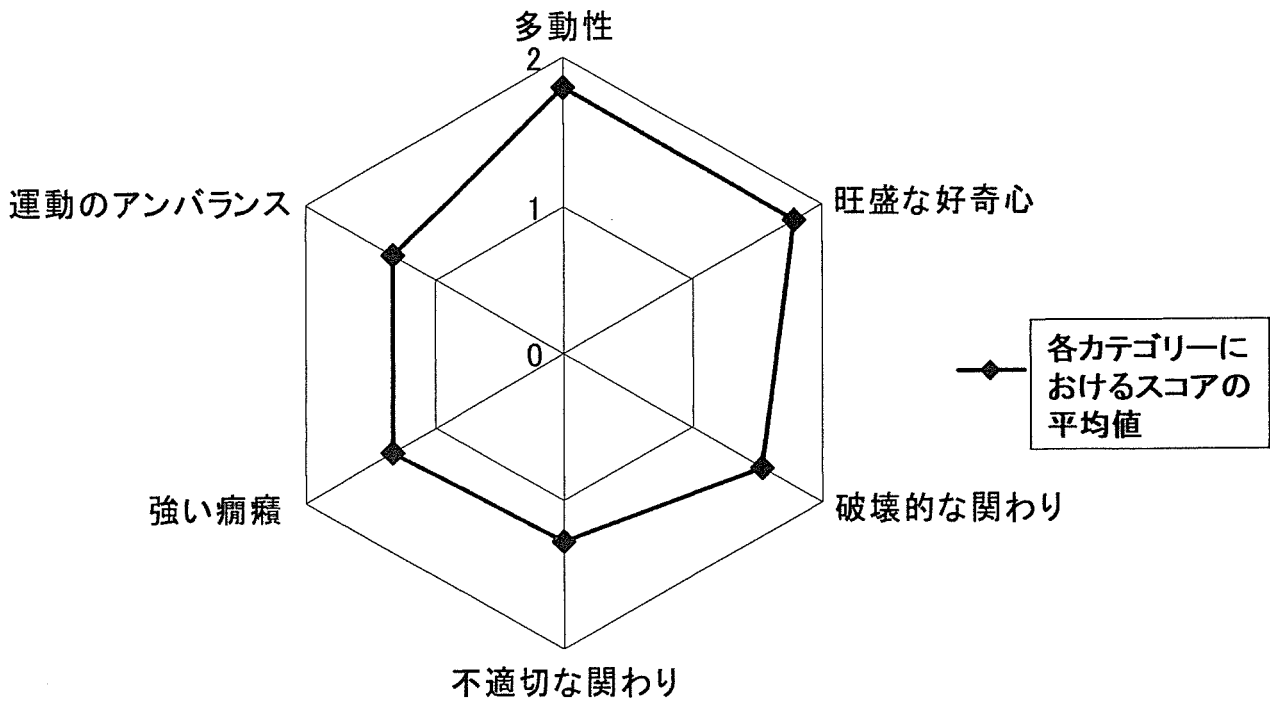


図4 3歳健診群の行動特徴チェックリスト項目のカテゴリ別平均値

0: ない, もしくはほとんどない 1: ときどきある 2: しばしばある 3: 非常にしばしばある

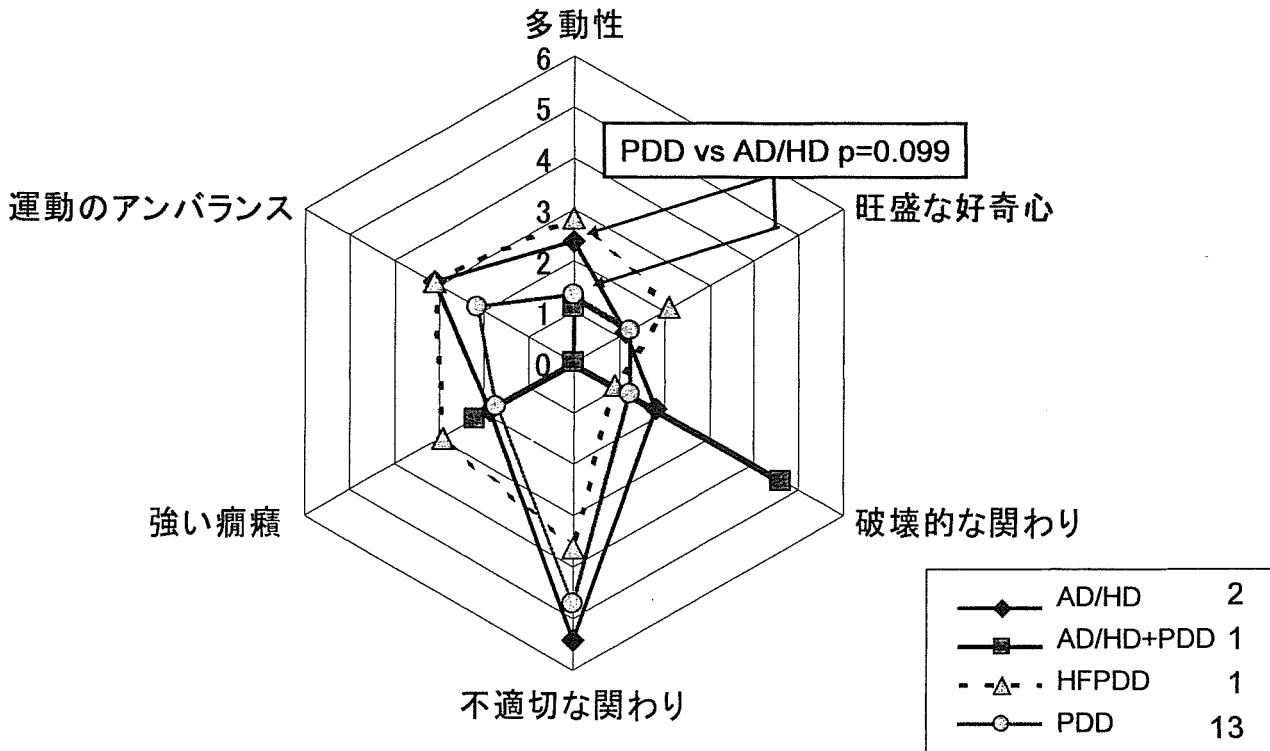


図5 行動特徴チェックリスト相対評価値のカテゴリ別平均値の4群間における比較

PDD: 広汎性発達障害, AD/HD: 注意欠陥/多動性障害, HFPDD: 高機能広汎性発達障害

る」は有意にPDD群 ($p < 0.1$) が高値だった。

カテゴリ間の比較は3歳健診群の平均値を基準にして評価尺度により実施した。結果をレーダーチャー

トで示す(図5)。相対評価値をみると, 対象が全体的に多動性や旺盛な好奇心に比べて, 不適切な関わりのスコアが高いことがわかる。相対評価尺度の平均値の

検定では、多動性カテゴリーでAD/HD群がPDD群よりも有意 ($p < 0.1$) に高値だった。PDD群に比べHFPDD例は多動性、旺盛な好奇心、強い癇癪で他の群と比べて高いスコアを示した。AD/HD+PDD例が破壊的な関わりで高いスコアを示したが、多動性や好奇心、不適切な関わりでのスコアは低かった。

IV 考察

1. チェックリストの評価尺度の有用性

行動特徴チェックリスト項目における障害群間の比較では、多動性に関する項目はAD/HD群がPDD群に比べ高値だった。とりわけ「ちょろちょろ動いている」「走り回っている」「一定の所で遊べない」の3項目はPDD群に比べAD/HD群が有意に高スコアであり、この3項目は就学前の障害としての多動性を評価する上では重要な項目だといえる。一方、3歳健診群の結果を基準にすると、有意差のあった3項目を含めて、多動性に関する項目の相対評価値は多のカテゴリーよりもスコアが低くなった。幼児期では多動性は正常発達でも認める所見であり、「ちょろちょろ動いている」「走り回っている」「一定の所で遊べない」はこの特徴を認めることがAD/HDの診断基準とは言えないが、PDD児が幼児期に示す多動性と鑑別する上では有用な可能性が示された。さらに幼児期にPDDとAD/HDを鑑別する上で、強い癇癪カテゴリーは有用で、「頭を床や壁に打ちつける」はAD/HDに多く、「反り返る」PDD群多いことが示された。幼児期にAD/HDとPDDの区別は容易ではないが、多動性カテゴリーと強い癇癪カテゴリーを比較することにより行動特徴チェックリストが両者の鑑別の参考になる可能性を示した。

AD/HD+PDD群、HFPDD群はそれぞれ1例ずつしか対象児がいなかったため、統計処理が出来ず有意差をもって行動特徴を論じることはできなかった。特徴として旺盛な好奇心カテゴリーでHFPDD例の高値が目立ち、破壊的関わりカテゴリーではAD/HD+PDD例の高値が目立った。高機能群は多動性よりも好奇心の方が目立つという行動特徴は疾患概念から考えると妥当な結果であり、今後の症例の蓄積による検討が期待される。破壊的関わりカテゴリーで高スコアの項目が目立ったAD/HD+PDD群は臨床的には極めて処遇が困難なグループであり、行動特徴チェックリストはその特徴を良く表している。

2. 3歳健診群の平均値を基準にした相対評価に有用性

3歳健診群の平均値を基準にして評価尺度を用いる

と、PDD群、AD/HD群ともにチェックリストのスコア値では高スコアを示した「多動性」や「旺盛な好奇心」の相対評価値は低く、それに比べて「不適切な関わり」の相対評価値が高かった。これは発達に問題を抱える子ども達の抱える行動特徴は「多動性」や「旺盛な好奇心」ではなく、周囲の人との「不適切な関わり」言い換えると「環境への不適応」が主であることを示している。

相対評価尺度の平均値の検定でも、スコア自体は高値ではないが、多動性カテゴリーでAD/HD群がPDD群よりも有意 ($p < 0.1$) に高値だった。

症例が少なく断定的には言えないが、HFPDD例は「旺盛な好奇心」、「強い癇癪」で他の群と比べて高いスコアを示した。これは高IQのため、好奇心は強く状況認知は良い反面予想外の体験をしやすい多いため「強い癇癪」を持ちやすいHFPDDの発達特性を示しており、今後症例の蓄積によりサブカテゴリー「旺盛な好奇心」と「強い癇癪」の診断的意義が明らかに出来るのではないかと考えた。一方、AD/HD+PDD例が「破壊的な関わり」で高いスコアを示したが、「多動性や好奇心」、「不適切な関わり」のスコアは低く、独特の行動特徴を示しており、AD/HD+PDDはPDD、AD/HDやHFPDDとは異なる行動特徴を持つ可能性を示唆している。

以上から、症例数の少なさに限界はあるが、行動特徴チェックリストを用いてPDD、AD/HD、AD/HD+PDD、HFPDDそれぞれ異なる行動特徴を明らかにすることができた。行動特徴チェックリストは障害特性を把握し、発達障害診断の補助ツールとして有用だと考えた。

V 結語

多動性に着目して開発した幼児版の行動特徴チェックリストを発達障害と診断された幼児を対象に実施した。行動特徴チェックリストは多動性カテゴリーと癇癪カテゴリーの項目においてAD/HD群とPDD群の間に有意差を認め、行動特徴チェックリストが両者の鑑別に有用なことを明らかにした。症例数は少なく検討は不十分だが、行動特徴チェックリストはAD/HD+PDD、HFPDDの行動特徴がPDD群、AD/HD群とはかなり異なるという可能性を示した。

VI 謝辞

本研究は平成17年度厚生労働省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