

援と児童虐待早期予防の二点をより向上させるために、4つのポイントを挙げている。①「集団遊び（観察）」の場をつくる、②「保健師問診」を充実させる、③臨床心理士の「当日個別相談」をつくる、④「カンファレンスの綿密化」を図る、の四点である。さらに、これら4つの内容を実際の1歳6ヶ月児健診、3歳児健診で実行した効果を述べている。その中でも③「保健師問診の充実」は、子どもを育てる家庭を支援するという姿勢で普段の生活の様子を聞き、母親の大変さを労うよう努めた結果、母親自身から心を打ち明けてくれることが多くなり、保健師と母親の信頼関係を築きやすくなったと述べている。子どもだけでなく母親自身も支援するという意味で話を聞く姿勢が、信頼関係の形成に有効であると考えられた。また、多くの保健師が発達障害の要フォロー児教室などの各種支援事業にかかわっていた。これらの教室における保健師の役割としては、子ども自身の発達の評価に加えて親同士の交流の場を提供し、情報の共有化や子育てに関するアドバイスを行うことを挙げていた。さらに、必要時には医師や心理士と連携しての個別支援、医療機関や療育施設への紹介等の継続フォローも行っているとの回答もみられた。医師や心理士など専門職種との連携体制をさらに充実させていくとともに、親同士が交流し様々な情報を共有し合えるような環境を提供することも保健師としての重要な役割であると考えられた。

一方、今回の調査においては、指導上に遭遇する問題点の困難度と保健師経験年数との間に関係性は認められなかった。この結果から、経験の差に関係なくどの年代の保健師も同程度の困難を感じていると推察された。これは、1990年代半ば頃に初めて注意欠陥多動性障害、次いで高機能自閉症、学習障害など軽度発達障害の存在と発達支援の必要性が認識されるようになったこと¹²⁾と関係していると考えられた。即ち、発達障害のある子どもたちと意識的にかかわり始めてからの年数が、どの年代の保健師にとっても浅いことが要因の一つであると思われた。保健師の専門性を高める上では、発達障害に関するコーディネーターを設けるなどの対策も今後必要かもしれない。また、「紹介すべき専門医が近隣にいない」、「療育施設が少なく、常に満員の状態」など、社会資源の不足や行政機関としての対応の遅れを問題視する回答が多数みられた。これは、発達障害の相談・支援機関、療育施設の不足などが早期からの支援を難しくしている実態を反映している。つまり、症状の発見が必ずしも早期の支援に結びついていないと思われた。さらには、早期に発見した場合であっても「保護者自身が子どもの症状を問題視していない」、「どんなに説明しても療育を拒否される」といった記述も複数みられた。発達障害を疑う症状が観察された場合、その説明方法やことばの選びかたで保護者の育児不安をさらに助長させてしまうおそれもある。障害の可能性をどのように告げられたかということが、その後の保護者の障害受容や相談機関との信頼関係の形成に大きな影響を与えている²⁾。

都筑¹⁶⁾の研究においては、限られた時間の中で行われる集団健診は、個人の状態の見極めが重要であり、そのプロセスにおける構成要素として①センシティブな視点で見る、②母親の思いの根を引き出す、③問題を明確にする、④受け止めを予測する、の4カテゴリーで説明されている。状態を見極めた上で、保健師と保護者が相互に問題点を共有し次へのステップを考えていかなければならない。幅広い視点から相談にのるためには、系統的な情報把握、医療のみならず福祉や教育との連携³⁾が必須課題である。

3. 発達障害児の家族支援

乳幼児健診やその後のフォローアップ事業等においても、発達障害児やその家族を支援する上で、保健師は重要な役割を担っている。しかし永井ら¹⁷⁾は、東京都ならびに静岡県で自閉症の子どもがいる親を対象とした調査において、乳幼児健診やフォローアップ事業でかかわった保健師の指導や助言は、有益でないとする親が60%以上を占め、むしろ精神的にストレスになったなどの意見が20%余りあったと報告している。さらに東京都における調査では、「障害を分かりやすく説明」、「子どもの発達をよく把握」、「日常の療育を適切に指導」など本来必要とされる指導内容に対する回答は、各々10%未満であったと述べられており、今後の課題として検討すべき点であると指摘している。一方、今回の調査結果において、発達障害児とその保護者にかかわる上での問題点として「親との信頼関係の築き方が難しい」という項目では「やや困る」、「とても困る」と答えた割合が1歳6ヶ月児健診では85.7%、3歳児健診では84.2%あった。この結果は、保護者と保健師が相互に信頼関係をうまく結ぶことができていない実態を反映している。また、「発達障害に関する自分自身の知識が不足している」という項目においても、「やや困る」、「とても困る」と答えた割合が1歳6ヶ月児健診では89.3%、3歳児健診では91.1%に達した。さらに、保健師自身の発達障害に関する知識の満足度も「やや不満足」、「全く不満足」と回答した不満足群の割合が94.3%に達するという結果であった。研修や勉強会の内容に対する希望項目としても「健診において発達障害の症状を見極めるチェック項目」、「子どもとの具体的なかわり方についての指導方法」などが上位に挙げられていた。これらの結果から、保護者との信頼関係をうまく築きにくい理由としては、保護者に納得のいく十分な説明ができるだけの知識や経験の不足も関係していると考えられた。

高橋¹⁸⁾の報告によると、障害の説明として親が知りたい基本的情報は、①状態（障害特徴）、②障害名、③障害の原因、④障害の程度と予後（将来の見通し）、⑤治療法、⑥かわり方、⑦社会的支援の7項目であり、これらの情報が与えられた時、親は一通り障害を理解し子育てと子どもや家族の将来に希望を感じてもらえると述べている。一方、二木¹⁹⁾は、告知を受けた時の親の心情には大きな個人差が存在し、診断を告知されたことで気持ちが切り替わり、より育児にやる気や確信を持ち前向きな受け止めができた、という症例を報告している。つまり、確かな診断と病因や病態についての十分な説明を受けることによって、子どもの状態を納得し理解できると同時に、発達の遅れが自分の育て方の問題によるものではなかったと知ることによって、告知前の漠然とした疑問や不安から抜け出すことができると述べている。また、日本自閉症協会が平成16年2月に行ったアンケート調査結果によると、自閉症の子どもがいる家族が幼児期に困っている内容として、上位に挙げられた項目は「早い時期に発見し、診断をしてほしい」、「診断後、すぐに通える療育機関がほしい」、「子育てについての具体的なアドバイスがほしい」であった¹⁾。現状では、発達障害の相談・支援機関、療育施設など社会資源が不足しており、これらが早期からの個別支援を難しくしている実態は否めない。しかし、「子育てについての具体的なアドバイス」については、保健師を含めた専門職種が知識や経験を重ねることにより、充実したものとなり得ると考えられた。

4. 早期支援体制の整備

すでに一部の自治体では、地域の療育施設が中心となって乳幼児健診を基盤に自閉症の早期診断、早期介入システムを整備しようと試みている^{20) 21)}。自閉症の早期発見を保健所が担当し、診断を療育センターの診療所が、療育を同じく療育センターの通園施設が担当し、一貫した支援を行おうとするものである。このシステムを支えるスタッフは、医師、看護師、保育士、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士など多職種にわたり、チームを組んで早期診断・早期療育を行っている。また、保育園や幼稚園とも連携をとり発達障害のある子どもの地域における活動を支援している。最近では、早期からの介入によって自閉症児の症状が軽減でき、知的レベルの向上も期待できるとの報告も散見されるようになってきている²²⁾。自閉性障害は年齢によっても症状が変化していく。健診時に問題があると診断された子どもを学齢期以降まで確実に経過観察できれば、乳幼児健診における診断の意義、どのような介入方法が有効であるかについても、より多くの知見が得られるものと期待できる。今後、前方視的な研究も必要であると考えられた。

5. 発達障害に関する研修の有効性

今回の調査結果から、保健師は発達障害に関する研修会や勉強会への参加度が高く、早期発見・支援に対する意識も高いと推察された。また、調査に回答した90%以上の保健師が研修会や勉強会から発達障害に関する知識を得ていた。自分自身の知識への満足度は全体として低いものの、研修を受講する回数が多いほど、自分自身の知識に対する満足度は上がっていたことから、研修の有用性が再確認された。一方で、指導上に遭遇する問題点の困難度と研修の受講回数との間には、1歳6ヶ月児健診における「保護者との信頼関係の築き方が難しい」という項目で正の相関が認められた。これは、研修の受講回数を重ね知識が増えるほど、「信頼関係を築く」というより抽象的な問題に困難を感じるようになるためと推察された。基本的な知識が増えるほど、どのような方法で保護者と信頼関係を築き、より良い支援へと導くことの難しさが強く感じられるのかもしれない。今後の研修に関する希望内容として、「保護者への説明や理解を促す方法」という家族支援方法についての内容が最も多く挙げられていたことから、今後は発達障害に関する知識に加えて、家族への具体的な説明方法や信頼関係の築き方等についても研修内容に含めていく必要がある。

6. 研究の限界と今後の課題

今回の調査結果では、発達障害の疑わしい症状に対する保健師の対応として1歳6ヶ月児健診、3歳児健診ともに「経過観察」が最も多く挙げられていたが、具体的内容やその後の経過まで詳細を調査することはできなかった。今後、発達障害の早期発見・支援システムを構築する上でも、これらの詳細なデータの集積と検討が必要である。尚、今回は一県内の保健師を対象とした調査であったが、今後は全国的な調査を行い実態把握するとともに、早期支援の体制や研修についてさらに内容を検討していく予定である。

謝辞

本調査を実施するにあたり研究の趣旨を理解し、ご協力くださいました兵庫県内各市町の保健師の皆さまに心よりお礼申し上げます。

尚、本研究は平成17年、18年度厚生労働科学研究費補助金の交付を受けて、子ども家庭総合研究事業「保健師・保育士による発達障害児への早期発見・対応システムの開発」の一環として行われた。

V. 引用文献

- 1) 発達障害者支援法ガイドブック編集委員会編. 発達障害者支援法ガイドブック, 河出書房新社, 41-56, 232-239, 2005.
- 2) 河邊眞千子. 障害のある子どもと家族への支援—発達障害児の療育と医療について—, 保健師ジャーナル 61 (8) : 698-701, 2005.
- 3) 福永一郎. 障害のある子どもと家族への支援—保健師にはどのような知識が必要か—, 保健師ジャーナル 61 (8) : 684-687, 2005.
- 4) 長谷川知子. 障害のある子どもと家族への支援—障害の告知と親へのアプローチ—, 保健師ジャーナル 61 (8) : 692-696, 2005.
- 5) バーナード・ベレルソン. 内容分析, みすず書房, 1957.
- 6) 舟島なをみ. 質的研究への挑戦, 医学書院, 1999.
- 7) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達—経験年数群別の比較—, 日本地域看護学会誌 7 (1) : 16-22, 2004.
- 8) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, Psychiatric Association, 1994.
- 9) Gillberg C. Early symptoms in autism. In Gillberg C, ed. Diagnosis and treatment of autism. New York ; Plenum Press : 23-32, 1989.
- 10) 諸岡啓一. 言葉の遅れのスクリーニング, 小児科 45 (11) : 1957-1964, 2004.
- 11) 田中康雄, 佐々木浩治. 幼児健診と療育機関との連携, こころの科学 124 (11) : 22-25, 2005.
- 12) 高橋脩. 乳幼児健診と発達障害—最近の動向—, こころの科学 124 (11) : 18-21, 2005.
- 13) Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation, A hypothetical model. Pediatrics 56 (5) : 710-717, 1975.
- 14) 二木康之, 山本由紀. 障害の告知と受容—地域自閉症児親の会のアンケート調査から—, 脳と発達 34 : 336-342, 2002.
- 15) 岡聡子, 志村浩二, 山中茂子, 落合仁. 幼児健康診査 (1歳6ヶ月・3歳) のあり方の再検討について—発達障害児支援および児童虐待早期予防の観点から—, アディクションと家族 23 (1) : 78-85, 2006.
- 16) 都筑千景. 援助の必要性を見極める—乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術—, 日本看護学会誌 24 (2) : 3-12, 2004.

- 17) 永井洋子, 林弥生. 広汎性発達障害の診断と告知をめぐる家族支援, 発達障害研究 26 (3) : 143-152, 2004.
- 18) 高橋脩. 病名をいつ、どのように告知するかー発達障害臨床の現場から, こころの科学 105 (9) : 52-58, 2002.
- 19) 二木康之. 障害をもつ小児の親への告知と受容ー望ましい告知とはー, 小児科 44 (5) : 855-860, 2003.
- 20) Hideo Honda, Yasuo Shimizu. Early intervention system for preschool children with autism in the community: The DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. Autism 6 (3) : 239-257, 2002.
- 21) 小澤武司. 自閉症の早期発見・早期療育システムー「発達リハビリテーション」の見地からー, ノーマライゼーション JULY : 15-19, 2002.
- 22) 橋本俊顕, 西村美緒, 森健治, 他. 発達障害児の早期診断と早期介入についてー自閉性障害ー, 脳と発達 37 : 124-129, 2005.

＜軽度発達障害児によくみられる症状＞

Q 3. 「学校の成績が悪い」とときにはどのような疾患が考えられ、どのように鑑別していけばよいですか？

高田 哲*
Satoshi Takada

1. 考えられる疾患

正確な診断には、「成績の悪さ」がいつごろから目立つようになったのか、これまでの発達はどうだったのかを詳細に問診する必要がある。症状が進行性だったり急速に出現してきた場合は、何らかの器質的疾患の関与が考えられる。一方、知的障害や発達障害では、以前からその状態が続いており、急に進行することは少ない。また、家族環境、学校での様子にも注意を払う必要がある¹⁾。

1. 以前は成績に問題がなかったのに悪さが目立つようになった場合 (表1)

器質的疾患の可能性を考える。鑑別疾患として、脳炎、てんかんや脳腫瘍などの神経疾患、甲状腺疾患などの内分泌疾患、Wilson 病などの代謝性疾患、統合失調症などの精神疾患があげられる。まれではあるが、副腎白質ジストロフィーや神経性セロイドリポフスチノーシスなどの変性神経疾患でも学童期以降に発症する例がある。また、薬物投与などの影響も考慮する。これらの器質的疾患の診断と並行して、家族や学校など本人をとりまく環境に関連した心理的要因を考えていく。

表 1 「学校の成績が悪い」ときに考える疾患

1. 以前は成績に問題がなかったのに悪さが目立つようになった場合
 - 1) 神経疾患
 - 脳炎 (急性散在性脊髄脳炎, 亜急性硬化性全脳炎 (SSPE), 多発性硬化症)
 - 脳腫瘍
 - てんかん (小児欠神てんかん, その他の局在関連性てんかん)
 - 変性神経疾患 (副腎白質ジストロフィー, 神経性セロイドリポフスチノーシス)
 - 2) 内分泌疾患
 - 甲状腺機能亢進症
 - 3) 代謝性疾患
 - Wilson 病
 - 4) 薬物
 - 抗てんかん薬など, シンナー, 覚醒剤
 - 5) 精神疾患
 - 統合失調症, 双極性障害
 - 6) 心理的要因
 - 1) 家庭要因,
 - 保護者との愛着形成の問題, 兄弟関係の問題, 両親の不和
 - 2) 社会要因
 - 友人との関係, 教師との関係, 部活動などの問題
2. 以前より学業成績や発達, 行動上の問題が存在していた場合
 - 1) 知的障害, 境界線知能
 - 2) 発達障害
 - 広汎性発達障害 (自閉症, Asperger 障害など)
 - 注意欠陥多動性障害 (ADHD)
 - 学習障害 (LD)
 - 3) 精神疾患
 - 統合失調症, 双極性障害
 - 4) 怠学

* 神戸大学医学部保健学科
〔〒654-0142 神戸市須磨区友が丘 7-10-2〕
TEL/FAX 078-796-4515

2. 以前より学業成績や発達、行動上の問題が存在していた場合

知的障害、境界例、発達障害の可能性を考える。精神疾患や心理的要因が関与している場合にも、慢性的な経過をとることが多いので、過去に同じようなエピソードがなかったかを確認する。知的障害があるときには、染色体異常などの基礎疾患の有無にも注意を払う。

II. 診断と鑑別方法

1. 一般的な診察

1) 保護者への問診におけるポイント

保護者を通じて、これまでの発達歴、家族の様子、学校や近隣での様子を確認する。さらに、「学校の成績が悪い」原因を保護者はどのように感じているかを聞くことも必要である。症状の出現には何かきっかけがあるのか、多動や集中力不足によるものと考えているのかなどである。この場合、症状名だけではなく具体的な状況を確認することが大切である。たとえば、側頭葉てんかんにおける複雑部分発作を保護者が不注意症状と捉えていた場合もある。また、抗てんかん薬などの薬物投与の有無についても確認する。保護者から話を聞くときには、保護者の表情やしゃべり方、考え方、子どもに対する視線や感情表現などにも注意を払う。

2) 本人を診察するときのポイント

患児が部屋に入ってくるときの歩容、表情に注意する。身長、体重、四肢のバランス、肥満の有無、頭囲、顔貌などをチェックする。本人への問診では、名前、住所、学校での様子などについて質問する。これらの会話を通じて、年齢相応の理解力やコミュニケーション能力があるかを確認する。また、名前や学校、母親の似顔絵などを紙に書いてもらって微細運動機能や書字能力をみる。また、年齢に応じた種々の計算カードを用意する。ある程度以上の年齢では、保護者と別に聞くほうがよい。さらに、指鼻試験、手指の解離運動、片足立ち検査、深部腱反射、脳神経検査（眼球運動）などの神経学的チェックを行う。また、甲状腺腫や Wilson 病でみられる Kayser-Fleischer 角

膜輪の有無についても確認する。

2. 鑑別のポイントと必要な検査

1) 神経疾患と関連した検査

何らかの神経症状が認められた場合は、脳炎や脳腫瘍などの神経疾患の可能性を考えて頭部 MRI を撮影する。さらに必要に応じて脳波検査、髄液検査を行う。亜急性硬化性全脳炎 (SSPE) や多発性硬化症などの炎症性疾患、副腎白質ジストロフィーなどの変性神経疾患では行動異常や学力低下が初期症状として出現し、その後進行がみられる。また、小児欠てんかんは、幼稚園から学童期の女兒に発症することが多く、数秒間～数 10 秒間の意識消失発作が出現する。通常、知的障害は認めないが、発作が頻発する場合には学力低下を招く。無治療の場合は、過呼吸で簡単に発作が誘発され、脳波にて典型的な 3 Hz spike & wave がみられる。また、他のてんかん患児でも、しばしば学習、行動面の問題をもつ²⁾。

2) 血液学的検査

甲状腺機能亢進症は思春期の女兒に認められることが多い。びまん性甲状腺腫、体重減少、頻脈、多汗などのほかに感情不安定、落ち着きがないなどの症状がみられ成績低下の原因となる。診断には、甲状腺ホルモン、TSH、甲状腺自己抗体の測定が必要である。Wilson 病は銅の転送に関わる *ATPase 7B* 遺伝子の異常疾患で、通常は肝障害や溶血発作で発症するが、ときに不器用、構音障害などの錐体外路症状が初期症状となる。血液検査にて血清セルロプラスミンと銅の低値、肝障害がみられる。

知的障害に外表異常が伴っている場合は、染色体検査の適応となる。小さな欠失がみつかることも多く、Prader-Willi 症候群や William 症候群の特徴的な臨床像があれば、FISH 検査の適応となる。一方、XXX 女性や XYY 男性などの性染色体異常症では、軽度の知的レベル低下や集団への不適応だけが症状のときも多い。

3) 心理学的検査

知能検査は必須である。小学生、中学生が対象の場合は、WISC III 検査（児童用ウェクスラー系知能検査）を用いる。さらに、他の心理検査と組

表 2 知的障害の診断基準

1.	明らかに平均以下の知的機能（知能検査で、およそ 70 またはそれ以下の IQ）
2.	現在の適応機能（すなわち、その文化圏でその年齢に対して期待される基準に適合する有能さ）の欠如または不全状態 IQ による知的障害の分類
1)	知能指数の定義 知能指数 (IQ) = 精神年齢 / 暦年齢 × 100
2)	知的障害の分類 軽度精神遅滞 IQ レベル 50~55 からおよそ 70 中等度精神遅滞 IQ レベル 35~40 から 50~55 重度精神遅滞 IQ レベル 20~25 から 35~40 最重度精神遅滞 IQ レベル 20~25 以下
3)	IQ の値からは支援に発達特性はみえないが、公的なサービス提供（療育手帳、種々の手当での支給）の判定根拠に使用されている

(高橋ら³⁾ 2000 より改変)

み合わせて発達障害の有無、性格傾向、一般的な心理不安定状態や精神病的要素の有無を調べる。

3. 知的障害と発達障害

実際に「学校の成績の悪さ」を主訴として受診する例の多くは、軽度知的障害 (IQ 50~70)、境界線知能 (IQ 71~84) である。中等度以上の知的障害では運動機能の発達も遅れている (表 2 に知的障害の基準を示した)。

発達障害としては、広汎性発達障害 (Asperger 障害、自閉症)、注意欠陥多動性障害 (ADHD)、学習障害 (LD) があげられる。いずれも、診断は主に DSM-IV の診断基準³⁾ に準じてなされている。自閉症は、広汎性発達障害の代表的疾患で、① 社会性の発達の質的障害、とくに対人場面における相互交流の質的障害、② コミュニケーションと想像的活動性の障害、③ 活動範囲と興味の対象の著明な限定の 3 つを特徴とする。Asperger 障害は言語・認知発達に大きな遅れがない自閉症と考えられる。一方、ADHD の特徴は、① 不注意、② 多動性、③ 衝動性の 3 つである。ほかからの刺激ですぐに注意がそれてしまうため集中できず、学習面での問題もちやすい。ADHD は、不注意と多動性-衝動性のすべてがみられる「混合型」、不注意のみ認められる「不注意優勢型」、多動性-衝動

性のみがみられる「多動性-衝動性優勢型」に分けて診断されている。認知発達の良好な自閉症では、2~3 歳時点では典型的な自閉症症状がみられていても、学童期には多動や注意障害だけが目立つことがある⁴⁾。発達障害の診断に慣れない医師はこれらの子どもを ADHD と診断してしまいがちである。しかし、注意してみると独特な対人関係障害がみられる。LD は、① 読字障害、② 算数障害、③ 書字表出障害、④ 特定不能の学習障害の 4 つに分類されている。あくまでも「読み」、「書き」、「計算」の障害が中心で、中枢神経系の何らかの機能障害が原因であると推定される。視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害や環境的な要因が直接の原因となるものではない。実際の臨床現場では、純粋な LD はきわめてまれで、多くは高機能広汎性発達障害 (高機能自閉症、Asperger 障害) に伴った学習面での偏りであることが多い。これらの例では、学習面より対人関係のトラブルが問題となる場合が少なくなく、正しい診断が大切である。

4. 心理的要因が関与する場合

心理的要因が関与する場合、その要因は、① 家庭要因、② 社会要因に分けられる。家庭要因としては、「保護者との愛着形成の問題」、「兄弟関係の問題」、「両親の不和」などがある。また、社会要因としては、「友人との関係」、「教師との関係」、「部活動などの問題」があげられる。これらの要因が本人の学習意欲を妨げ、「成績の低下」につながっている。また、心理的要因は身体的要因やその子ども自身もつ発達背景とも関連するため、注意が必要である。

文 献

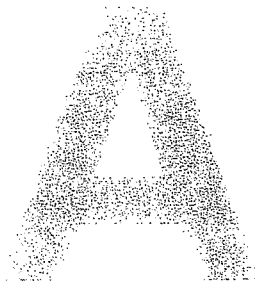
- 1) 久郷敏明：てんかん学の臨床 (第 2 節 小児期に特異な障害)、星和書店、東京、pp 139-147、1996
- 2) 斉藤久子：学業の問題。小児内科 32：1294-1297、2000
- 3) 高橋三郎、大野 裕、染谷俊之：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き、医学書院、東京、2000
- 4) 杉山登志郎：高機能自閉症と高機能広範性発達障害。小児科診療 63：1515-1519、2000



ADHDとLDについて 教えてください(上)

ADHDの詳しい症状や対応、治療法など教えてください

小学校



ADHDは Attention Deficit/Hyperactivity Disorderの頭文字をとったもので、日本語では、注意欠陥・多動性障害と訳されています。症状の特徴は①不注意②多動性③衝動性の3つといわれています。

神戸大学医学部保健学科教授

高田 哲

学業成績が振るわない、じっとできない、対人関係がうまくできない

平成17年4月に発達障害(児)者支援法が採択され、様々な機会に注意欠陥・多動性障害(ADHD)と学習障害(LD)という言葉が使われるようになりました。

しかし、必ずしもその言葉の意味が正しく理解されているとは限りません。

これらの言葉は、通常の学級には特別な支援を必要とする子どもが63%いるという報告の後、急速に広がったように思われます。

ADHDやLDという状態は、学業成績が振るわない、教室でじっとできない、対人関係がうまくできないなどで気づく障害です。

しかし、正しい医学的知識がないと、適切に対応できなかつたり、間違った意味でADHD、LDという言葉を使っている時がしばしば見られます。

ADHDは、注意への集中が難しく、他からの刺激で、すぐに注意が逸れてしまうため、集中できる時間が短いことが不注意症状として認められます。

ADHD

また、多動でじっとすることができず、小さい時からまるで「エンジンで動かされる」ように行動しています。これは、多動症状と呼ばれています。順番が待てず、他人の会話やゲームを邪魔するなど、衝動的な行動もしばしば見られます。

また、多動でじっとすることができず、小さい時からまるで「エンジンで動かされる」ように行動しています。これは、多動症状と呼ばれています。順番が待てず、他人の会話やゲームを邪魔するなど、衝動的な行動もしばしば見られます。

自閉性障害とADHDを誤って捉えないように注意を

ADHDの原因は環境的な要因だけではなく、先天的な素因も関与しています。

現在では、代表的な神経伝達物質であるドーパミン作動系神経回路の機能不全が、脳の機能障害を引き起こすと考えられています。

以前は、早産児に多く見られるなど、後天的に生じる脳の微小な損傷が主な原因と考えられていましたが、今では遺伝的な素因の方が強いと考えられています。

診断は、主にその特徴的な症状によってなされます。

3つの特徴的な症状の組み合わせから①不注意と多動性―衝動性の全てが見られる「混合型」②不注意のみ認められる「不注意優勢型」③多動性―衝動性のみが見られる「多動性―衝動性優勢型」にわけて診断されます。

わが国では、DSM-IVの診断基準⁽²⁾に準じて診断している施設がほとんどです。

注意すべき点として、ADHDでは、自閉性障害を除外することになっている点が挙げられます。

自閉性障害の子どもは、2〜3歳の時点で、典型的な自閉性障害の症状が見えても、就学前後には多動や注意障害だけが目立つ例が多くあります。

しかし、注意して見ると自閉性障害では、

独特な対人関係障害も見られます。学校現場では、しばしば自閉性障害をADHDと誤って捉えていることがあるので注意し、相互のコミュニケーション能力が年齢相応かにも注意する必要があります。

善悪がわからないのではなく、しなければいけないことが実行できない

治療としては、行動療法を中心とした心理療法や薬物療法が用いられています。また、学校や家での適切な対応が大切です。

◆薬物療法

薬物療法としては、メチルフェニデートが一般に用いられています。多くの例で、服薬によって注意が集中するようになり、多動傾向も減少します。

しかし、一般に用いられている薬剤（商品名リタリン）は作用時間が短いため朝食後と昼食後に分服させる必要があります。元来が覚醒剤ですので、夜に飲むと不眠に陥ることがあります。

また、思春期以降になると薬物依存の可能性もあるため、十分な管理が必要です。てんかんを合併している場合やチック症状の既往がある場合は、原則として適用になりません。

◆心理療法

最も大切なのは、学校や友人など周囲の理解を得て環境を整えることです。ADHDはどうすべきか（善悪）がわからない障害ではなく、しなければいけないことは分かっている、その通りに実行できない障害なのです。しかし、ともすれば、子どもの症状は親のしつけの悪さに関係づけられることが多いのが現状です。

心理療法としては、主に行動療法が用いられています。また、セルフコントロールを身につけていくような指導が必要です。

好ましい行動を、しっかりと褒め、自身に高い評価を保たせる必要がある

ADHDの子どもたちは、少数数では指示が守れるのに、大人数になると難しくなることがよくみられるので、通級教室などを利用して、少数数で指導する時間を設けることも必要です。

また、学校と家庭がよく連絡をとって一貫した指導を行うことが大切です。好ましい行動を行った場合には、しっかりと褒め、自身に対する評価を高く保つようにする必要があります。※(下)に続く



赤ちゃんのバイバイはいつから、 どのようにするのか

松井学洋*** 下垣佳代子*** 高田 哲*

要 旨

模倣とは人が社会的な存在になるために必要な知覚認知行動である。本論文では、乳幼児に特徴的な模倣行動であるバイバイに着目し、その発達形式と神経系との関連について考察を述べた。

健常児では1歳でほぼ全員にバイバイがみられるが、自閉症児、自閉性障害をもたない知的障害児では出現が遅れ、1歳半健診でバイバイがみられない乳幼児については、発達の遅れをもつ可能性がある。また、健常児では、最初は手首を上下に動かすバイバイが多かったが、月齢が進むと、手の平を相手に向け、手首を横に振る動作に変化していた。自閉症児では内向きバイバイの出現頻度が健常児より有意に高かったが、健常児でも約1割に内向きバイバイを認めた。

今後、乳児期からの前方視的研究を行い、各々の発達プロセスの相違点、類似点を明確にすることが重要と考えられた。

はじめに

乳幼児に特徴的な模倣行動に「バイバイ」がある。バイバイは乳幼児の日常生活の中で頻繁にみられる観察容易な動作模倣であり、既存の研究や発達スクリーニング¹⁾²⁾においても取り上げられている。しかし、バイバイがいつごろから出現し、どのように手の動きが発達していくかについては、いまだ十分にわかっていない。一般的な乳幼児ではどのようにバイバイが発達し、どのような手の動かし方をしているのだろうか。

一方、自閉性障害は、①相互的な社会的かかわりの質的障害、②コミュニケーションの障害

と想像的活動の障害、③活動や興味の範囲が著しく制限され、執着的あるいは常同的な傾向があるという、3つの発達領域の障害で特徴づけられる³⁾。また、これまでの研究から自閉症児では模倣能力に障害があることも報告されている⁴⁾⁵⁾。近年、TEACCH⁶⁾など自閉症児への専門的な療育アプローチが開発されるにつれて、自閉症を早期に発見し療育を行うことが、児の行動の改善や環境への適応力を向上させることが知られるようになってきた。しかし、自閉症に特徴的なこれらの症状や行動異常は3歳以降に顕著になることが多いため、3歳以前の早期診断は難しいとされる。3歳以前にみられる自閉症の早期徴候としては、指差しや共同注視の欠

* Gakuyo MATSUI et al. 神戸大学医学部保健学科 ** ここにこハウス療育センター *** 医療法人
パルモア病院小児科

[連絡先] ☎ 652-0142 兵庫県神戸市須磨区友が丘 7-10-2 神戸大学医学部保健学科高田研究室

如などが知られている。なかでも、模倣能力の障害は、3歳以前の早い段階で現れるため⁷⁾、模倣行動の発達状態を知ることは、自閉症の早期スクリーニングに役立つと考えられる。

また、自閉症児に特徴的といわれる内向きバイバイの出現に注目することによって、スクリーニングは可能であろうか。本稿では、われわれが行ったバイバイについての研究紹介を含めて、「バイバイ」の診断的意義について述べていきたい。

I. バイバイと模倣能力の発達

1. 模倣とは？

模倣とは、人が社会的な存在になるために必要な知覚認知行動である。人は生まれながらに模倣する能力を備えており、乳児は誕生時から人間の顔、音声への関心を示し、生後数分で顔のしぐさや音を模倣するようになる。模倣の基礎は、視覚、聴覚情報の運動指令信号への変換であり、この誕生直後の模倣は、イメージを媒介しない知覚による直接的なものである。しかし、運動や認知機能の発達とともに、他人の行動をイメージし意図的に他者の動作を模倣するものへと変化していく。

人は他者を模倣することで自分と他人の違いを認識するので、模倣は子どもの社会性の発達に欠かすことができず、特に他人の動作から意図を読み取るためには不可欠である。また、話し言葉の発達についても、人は4カ月ごろから身近な人物の発した音を模倣し、その模倣を繰り返すなかで、音声とそれが表す対象物との関係を見出していく。すなわち、音声の模倣はコミュニケーションの発達の根幹となっている。

2. 自閉性障害と模倣

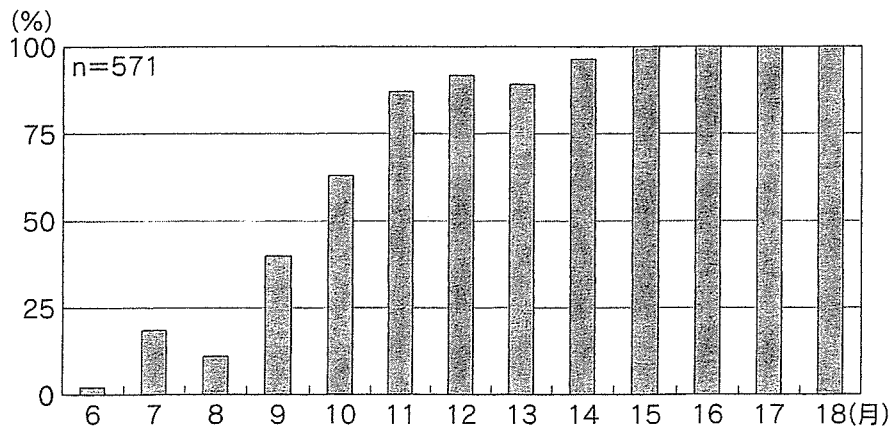
全国の市町村保健センターで実施されている乳幼児健診では、1歳6カ月健診や3歳児健診で、自閉症の早期徴候を見出し、家族をサポー

トすることが重要な課題となっている。自閉症の早期徴候については、これまでもさまざまな研究がなされている。伊藤⁷⁾は、後に自閉症と診断された1歳半～2歳までの児童を対象に、独自のチェックリストを用いた調査を行い、自閉症児と精神発達遅滞群とを比較した結果「表情に乏しい」、「視線が合いにくい」、「高いところによく登る」、「動作模倣がない」、「疎通性に乏しい」、「絶えず動き回る」の項目で有意差があったと報告している。また、星野ら⁸⁾の自閉症児をもつ母親への後方視的なアンケート調査では、3歳までの早期徴候として「バイバイなどの動作の真似が少なかった(しなかった)」、「それまでしていた動作の真似をしなくなった」などの模倣能力の障害をあげている。これらの早期徴候のなかで、特に模倣能力の障害と自閉症の病態との関係が注目されている。

3. バイバイ動作とその発達

バイバイ動作は「さよなら」という言葉と関連しており、人と別れる時にわれわれはバイバイをする。しかし、この「バイバイ=さよなら」という意味づけは、われわれが生まれた時から形成されているものではない。乳幼児の早い段階でみられるバイバイは、知覚からの情報をダイレクトに運動情報に変換した単純な動作の模倣である。

乳幼児はバイバイという動作が意図する意味を理解していない。しかし、バイバイが行われる状況やバイバイを行った後の他者の行動などを経験的に学習していくことで、乳幼児はバイバイが「人と別れるときに行う、または行われる動作」と理解していく。この時コミュニケーションとしての「バイバイ」が成立する。これは、他者が行う意図的な行動を認識することであり、バイバイは、単純な模倣が他者の考えや意図を読むという高度な認知機能へと発達することを示す具体的な一例ととらえることができる。



10カ月	63%(50%通過)
11カ月	87%(75%通過)
12カ月	92%(90%通過)

図1 健常児におけるバイバイの通過

4. バイバイの出現時期と手の動かし方

津守¹⁾・稲毛らは「イヤイヤ、ニギニギ、バイバイなどの動作をする」の通過率は9カ月55.9%、10カ月89%、12カ月95.6%であったと報告しており、日本版デンバー式発達スクリーニング²⁾では「バイバイをする」という項目の通過が9カ月で50%、11カ月75%、13カ月90%となっている。過去の報告をまとめると健常な乳幼児では12～13カ月で90%以上がバイバイができるようである。しかし、具体的に乳幼児がどのような手の動きでバイバイを行っているのかといった調査は見当たらず、特に自閉症児のバイバイの出現時期や、自閉症児に特徴的だといわれる内向きバイバイの出現頻度などは明らかになっていなかった。

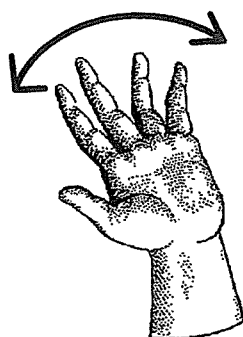
バイバイは乳幼児期の比較的早い段階で出現し、家族でも容易に観察できるので、乳幼児健診などで簡単に聞き取ることができる。健常児、自閉症児の動作模倣バイバイの出現時期や仕方の違いを明らかにすることは、自閉症児の早期発見の一助となる可能性がある。

図1に、われわれが神戸P病院の乳幼児571人を対象に実施したアンケート調査の結果を紹

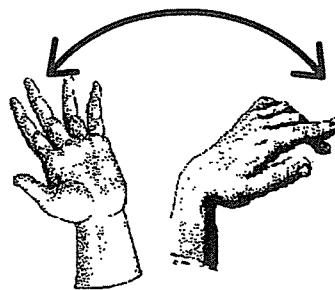
介する。健常児では7カ月ごろからバイバイが出現し始め、50%の通過が10カ月、75%の通過が11カ月、90%の通過が12カ月であった。各月齢での通過割合は、現行のスクリーニング指標やこれまでの研究報告とほぼ一致しており、健常な乳幼児では1歳でほぼ全員がバイバイができることが再確認された。

また、神戸市通園施設に通う自閉症児38人、自閉性障害をもたない知的障害児41人を対象に、後方視的にアンケート調査を行ったところ、自閉症児ではバイバイ出現時期は平均31カ月ごろと、健常児に比べると大幅に遅れていた。また、対象児のなかでは74%のみがバイバイ可能であった。一方、自閉性障害をもたない知的障害児ではバイバイの出現は平均24カ月ごろであり、やはり健常児より1年遅れていたが、自閉症児に比べると7カ月出現が早かった。また、対象児の93%の児がバイバイ可能と答えており、遅れはするもののほぼ全員が5歳までに習得できていた。

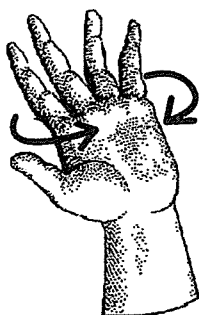
バイバイの手の動かし方については、図2に示した4種類が確認された。健常児では、最初は手首だけを上下に動かす単純な動作が多かっ



手の平を相手に向けて横に振る



手首から前に倒して上下に振る



手の平をくるくる、ひらひらと振る



手の平を自分に向けて横に振る

図2 バイバイの手の動かし方

たが、月齢が進むと、手の平を相手に向け手首を横に振るバイバイが多くみられるようになった。一方、自閉症児でも、バイバイ出現時の手の動きの中で割合がもっとも多かったのは、手首を上下に動かす運動であったが、3～5歳になっても相手に手の平を向けて横に振るバイバイの出現率は健常児に比べ低かった。自閉症児では模倣能力に障害があるため、手の運動能力が発達しても正確にバイバイを模倣できないと推測された。

さらに、自閉症児に特徴的といわれる内向きバイバイは、健常児で13%、自閉症児で43%に認められ、その他の知的障害児においても24%に認められた。自閉症児では内向きバイバイの割合が健常児より有意に高かったが、必ずしも内向きバイバイは自閉症児にのみ認められるものではなかった。

II. 模倣と中枢神経系の発達

模倣には早発模倣と後発模倣がある。早発模倣は誕生直後にみられる知覚したものを直接運動に変換する単純な模倣であり、後発模倣は意図的に自分の行動を調節して他者を模倣するものである。この後発模倣は1歳の終わりころに出現し、自己と他者が違う存在であることを理解でき、表象機能が発達して初めて可能となる。内向きバイバイというのは特異的なものではなく、早発模倣から後発模倣へと移行する過程期に出現する正常な模倣のミスだと考えられる。

近年、ミラーニューロンとよばれる、他者の行動をみたり、模倣したりする際に活動する神経系が発見されている⁹⁾。ミラーニューロンは観察している対象の動きと自分自身の動きをマッチさせ、左44野は手のパターン認知に関与

することがわかっている。また、縁上回とよばれる左40野は手の運動のイメージ化と関連している。手の運動イメージの生成には脳のいくつかの領域をつなぎ、情報を相互に結びつける必要がある。イメージを媒介した動作模倣が生後1歳ころに可能になることからわかるように、この手の運動イメージのネットワークは生後すぐには形成されない。したがって、内向きバイバイは正常な乳幼児でもある一定の時期に出現する可能性がある。

今回の調査でも健常児で13%に内向きバイバイが出現していた。しかし、その出現時期は9～16カ月の特定の期間に集中していることから、あまり目立たないのだと考えられた。健常な乳幼児では、この期間に手の運動イメージと動作模倣とのネットワークが形成され、ネットワークが完成された16カ月以降にはこのような動きが消失するのであろう。

一方、自閉症児では内向きバイバイの割合が高く、12～71カ月と期間が大きく分散していた。これは先述したネットワークの構築障害が関与しているためと思われる。内向きバイバイを行っている自閉症児は、正確な模倣ではないが、手を横に振るなど他人の動作を真似る行動を起している。したがって、手の動きのイメージをつくったり短期記憶は可能と考えられる。しかし、内部イメージの形成が可能であっても、ネットワークの構築に通常より長い時間を要するために、内向きバイバイが長期に認められると推測された。

今回のわれわれの調査結果から、バイバイの出現時期と内向きバイバイの有無を観察すれば、乳幼児期の早い段階で自閉症ハイリスク児をスクリーニングできると考えられた。現在の乳幼児健診では、バイバイは9、10カ月健診で観察されている。しかし、1歳以降にバイバイは完成するので、1歳半健診時に実施すれば、スクリーニングとしてより有用と思われた。

III. 言葉の発達と模倣

健常児で約1割に認められた内向きバイバイは手の運動イメージと身体動作の一時的な統合ミスによると考えられ、通常は短期間で消失する。しかし、自閉症児ではこの統合に問題があり、オウム返しと同じように、内向きバイバイが異常に長く続くのだと考えられた。この自閉症児の動作の模倣と言語の模倣の関係については、安里ら¹⁰⁾が、自閉症児の発達を経時的に調査し、言語表出が獲得できる自閉症児は、言語理解、言語表出、模倣(動作模倣、言語模倣を含む)の発達が相関しているが、言語表出が獲得できなかった自閉症児では、言語理解、模倣、言語表出においてほとんど発達がみられなかったと報告している。これらのことより、動作の発達と言語の発達の基本には、正常な模倣能力の存在が必要と推測される。動作模倣、言語模倣は同時並行的に発達すると考えられ、模倣能力に障害があると、動作、言語発達も遅れると推測できる。

内向きバイバイが出現する時期での言語発達を、健常児、自閉症児、その他の知的障害児で比べてみた。健常児では2～3語の有意語が聞かれ、相手の言葉の意図を理解し出すと内向きバイバイは消失しており、出現時期、言語発達は限定されていた。自閉症児が最初に健診で指摘される異常の多くは言葉の遅れである。しかし、言葉の遅れは、自閉性障害をもたない知的障害児でも認めることが多い。

秋山ら¹¹⁾は9、10カ月の乳幼児を対象に「イヤイヤ、おててパチパチなどをしてみせると、そのまねをしますか」という問診で、模倣しなかった乳幼児を追跡したところ、1歳時で模倣しなかった13名中7名が言語発達遅滞を疑われ経過観察を必要としたと報告している。自閉症の背景に模倣能力の障害があることを考えれば、言葉の遅れだけでなく、動作模倣の有無も合わ

せてみていく必要があると思われる。

IV. ま と め

1歳半健診でバイバイがみられない乳幼児では、何らかの発達上の問題をもつ可能性が高い。また、知的障害だけをもつ子どもでは、バイバイは2歳ごろには出現していた。2歳を超えてもバイバイが認められない場合は自閉症の可能性が高く、「バイバイ」は補足的な観察項目として、今後利用できると思われた。しかし、われわれの研究では自閉症児、知的障害児については後方視的な調査結果に基づいており、今後乳児期からのより大規模な前方視的研究を行い、各々の発達プロセスの相違点、類似点などを明確にすることが重要と考えられた。

本稿で紹介した研究結果は、平成18年度厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業「保健師・保育士による発達障害児への早期発見・対応システムの開発」に基づくものである。

文 献

- 1) 津守 真, 磯部景子: 乳幼児精神発達診断法。0歳~3歳まで。東京, 大日本図書, 1997
- 2) 上田礼子: 日本版デンプー式発達スクリーニ

ング検査。東京, 医歯薬出版, 1980

- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th ed, APA, Washington DC, 1994
- 4) Avikainen S: Impaired mirror-image imitation in Asperger and high-functioning autistic subjects. *Curr Biol* 13: 339-341, 2003
- 5) Bernabei P: Profiles of sensorimotor development in children with autism and with developmental delay. *Percept Mot Skills* 96(3 pt 2): 1107-1116, 2003
- 6) 佐々木正美: 自閉症のTEACCH実践。東京, 岩崎学術出版社, 2002
- 7) 伊藤英夫: 自閉症の早期徴候と早期診断に関する研究。児童青年精神医学とその近接領域 42: 217-226, 2001
- 8) 星野仁彦ほか: 自閉症の早期徴候とその診断的意義。児童精神医学とその近接領域 21: 284-299, 1980
- 9) Rizzolatti G et al: Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res* 3: 131-141, 1996
- 10) 安里 績, 落合靖男, 喜友名和子: 自閉症児の発達プロフィールの経時的変化。沖縄の小児保健 25(0912-0335): 18-22, 1998
- 11) 秋山千枝子, 堀口寿広, 加我牧子: 9, 10ヶ月乳幼児健康診査で模倣する子, しない子。外来小児科 5: 143-147, 2002

就学前軽度発達障害児を対象とする相談事業の紹介

小寺澤 敬 子 仲 谷 早 恵 鍋 谷 まこと
原 田 雅 子 八 木 眞理子

「小児の精神と神経」第46巻第4号 別刷
(2006年12月)

日本小児精神神経学会
アークメディア

就学前軽度発達障害児を対象とする相談事業の紹介

小寺澤 敬子^{*1)} 仲谷 早恵^{*1)} 鍋谷 まこと^{*2)}
原田 雅子^{*3)} 八木 真理子^{*4)}

Key words : 軽度発達障害児, 集団生活, 個別評価, 集団評価

要旨：就学前の軽度発達障害児を対象に市保健所，県児童相談所，市保育所，姫路市総合福祉通園センターの四者の共同事業として相談室を実施した。相談室で軽度発達障害児を集団と個別場面の評価を合わせて行うことは，診断を確実にするだけでなく，保育園や幼稚園の集団生活への助言に有用であった。また，四者の共同事業として実施したことは，地域での連携を進めていくことにつながった。対象児の中には従来の健診で問題を指摘されていない児もおり，今後，健診との関係についても検討していく必要があると考えられた。

I. はじめに

アスペルガー症候群，高機能自閉症などの高機能広汎性発達障害(以下，PDD)，注意欠陥／多動性障害(AD/HD)，軽度知的障害などの軽度発達障害児は，幼児期から多動やこだわりなどの行動面や対人関係などにおいて問題を認めることが少なくない。そこで，姫路市では平成9年より，市保健所，県児童相談所，市保育所，姫路市総合福祉通園センター(以下，センター)の四者の共同事業として軽度発達障害児を対象に幼児期からの相談事業を開始した。今回，平成16年度の参加者を分析し，相談室の長所と今後の課題について検討したので報告する。

II. 対象および方法

明らかな遅れはないが，落ち着きがない，おしゃべりできるのに会話がうまくできない，思いどおりにならないとパニックを起こすなど行動や対人関係が気になる3～5歳の就学前の子どもを対象とした。スタッフは，市保健所から保健師，県児童相談所から臨床心理士，市保育所から保育士，姫路市総合福祉通園センターからは小児科医師と作業療法士が参加し，おのおの役割分担をして子どもの発達レベルや行動を評価した。また，相談室は保護者にとって馴染みが深く行きやすい場所である保健所で行った。

Keiko KOTERAZAWA et al : Developmental Consultation for Children with Behavioral and Intellectual Disabilities Aged 3-5years

*1) 姫路市総合福祉通園センター [〒670-0806 姫路市増位新町2-37]

*2) 淀川キリスト教病院小児科，*3) 姫路こども家庭センター，*4) 姫路市保健所

表1 相談室の一日の流れ

9:30～	カンファレンス
10:00～	・お名前呼び ・設定遊び(集団場面での行動評価) 制作を中心とした遊び 体を使った遊び
10:20～	・個別評価(臨床心理士・作業療法士) ・自由遊び(集団場面での行動評価)
11:20～	・終わりの会 絵本・紙芝居など 終わりの歌
11:30～	カンファレンス

相談室の一日の流れは、まず、お名前呼びで始まり、その後スタッフも参加して全員で設定遊びに入る。この時、手先を使う制作を中心とした遊びと、簡単なルールを決めて体を使う遊びを行い、スタッフがそれぞれの立場で評価を行う。設定遊びが終わった後は臨床心理士と作業療法士が個別評価を行い、個別評価を受けない残りの子どもは自由遊びの時間となり、最後は終わりの会で全員でさよならの歌を歌って終了とする。全体を通して、個別評価以外は保育士が中心となり遊びをリードし、それぞれのスタッフが個別と小集団のそれぞれの場面での評価を行った(表1)。また、一回の参加人数は最高8人とし、初回参加者は2人までとした。

相談室の1回目は、保健師が家庭での様子と保育所や幼稚園に通っている場合は園での様子も含めて、行動面で気になることや相談室で相談したいことなどについて聞き取る。2、3回目は臨床心理士による発達検査の実施や作業療法士による身体面の発達や感覚面の評価を個別で行う。原則として連続して4回参加して、最後に医師が総合評価の説明と具体的な助言を行い終了とした。相談室の頻度は月に一回で、保護者が十分に指導内容を納得していない場合や、聞きたいことがある場合は再来所を勧めた。

相談室の利用にあたっては、保護者が保健所

表2 相談室で明らかになったこと

全体をとおして	
落ち着きがない	: 3
場面適応が悪い	: 6
回数を重ねると参加できる(3)	
切り換えが悪い(2)	
遅れると入れない(1)	
グループ活動の中で	
自分のルールを作り仕切ろうとする	: 4
集団行動ができない	: 4
話を聞いていない	: 2
同じ子とトラブルをおこす	: 2
感覚過敏	: 1
かけ引きができる	: 1

に連絡をし、担当保健師が電話や訪問により事前問診を行って相談室の説明をし、保護者に実際に気になることや相談したいことを問診表に記入して当日に持ってきてもらった。また、子どもによっては担当保健師が通っている園を訪問し情報収集した。相談室終了後は、おのおの問題に応じて家庭や園での生活が安定するように保健師が中心となって訪問や電話相談を引き続き行った。継続的に専門的な訓練や指導が必要と判断した場合は専門機関を勧めた。

Ⅲ. 結果

平成16年度の参加者は23名であった。男女比は、男児20名(87%)、女児3名(13%)で圧倒的に男児が多かった。相談時の主訴は、落ち着きがない8名(36%)、こだわりがある6名(26%)、集団行動ができない4名(17%)、乱暴1名(4%)であった。診断結果は、PDD19名(82.6%)で最も多く、AD/HD2名(8.7%)、軽度から境界域知的障害1名、判定困難1名であった。

相談室の行動観察で、まず明らかになったことは、落ち着きがない3名(13%)、場面適応が悪い6名(26.1%)で、この6名の内訳は、回数を重ねると参加できる3名、遊びから遊びへの切

表3 健診結果との関係

10カ月健診で指摘をうけた	: 1
1歳6カ月健診で指摘をうけた	: 9
3歳児健診で指摘をうけた	: 5
指摘されなかった	: 8
・ 自分から相談した	: 4
1歳6カ月健診後(3)	
3歳児健診後 (1)	
・ 園から勧められた	: 4

り替えが悪い2名、遅れてくると中に入れぬ1名であった。次に集団活動の中で見られたことは、集団遊びの中で自分に都合のいいルールに変えて仕切ろうとする4名(17.4%)、集団行動ができない4名(17.4%)、話を聞いていない2名(8.7%)、同じ子とトラブルを起こす2名(8.7%)、その他、体が触れただけで怒ってしまう感覚過敏を認める子が1名、おもちゃの取り合いになった時に上手にかけ引きができるといういい面を見せてくれる子が1名いた(表2)。その他、不器用で体のイメージが悪い子が多く見られた。一方で、集団内評価より個別評価の方が良かった子が3名、逆に集団内評価の方が個別より良かった子が1名と集団と個別評価に差が認められる子もいた。

相談室の経過の中で2名が途中で中断となったが、その理由は、1名は困っていることがない、他の1名はグループの中での子どもの姿を見ているのが悲しいということであった。終了後に継続的な療育が必要と判断したのは9名(39.1%)で、全員にセンター受診を勧めた。また、2名の保護者からきょうだいも似ているところがあると相談があった。

今回の対象となった23名の健診結果は、10カ月健診で遅れを指摘された子が1名、1歳6カ月健診で指摘された子が9名、3歳児健診で指摘された子が5名で、健診では何も指摘を受けなかつ

た子が8名(35%)存在した。この健診で指摘を受けなかった子どもが相談室に来所したのは、落ち着きがない、会話にならない等について保護者が心配をしていたが4名、残りの4名は保育園入園後に集団行動が困難で園から勧められたからであった(表3)。

IV. 考 察

軽度発達障害児の問題は外見からはわかりにくく、また、個人差が大きく、年齢や場所により流動的である。診断は行動観察を主とした診察や問診によって行われるが、その症状が軽度であるほど発見されにくく、理解されにくいいため、間違った対応をされていることが多い。こうした子どもたちに対して、背景となる要因を理解し、判断しながら早い時期からの適切な対応が必要であると言われている(中村ら、2005)。

相談室で出会った子どもたちの保護者は、本人なりにできることが増えてきているから様子をみてもいいのではないかと、家で過ごしている時には気になることはないなど、気になることはあっても医療機関や療育施設に相談に行くには抵抗がある場合が多かった。子ども一人一人は文字を読み、数字を理解している子も多く、家庭でいつもどおりの生活の中では大きな問題なく過ごすことができるなど、園から子どもたちの対応の難しさを指摘されるほど保護者は把握できていない場合もあった。

今回、相談室を利用した23名中最も多かった主訴は、落ち着きがない8名(36%)であった。その他、こだわりがある、乱暴等と毎日の生活の中で難しさを訴える保護者もいたが、保育所や幼稚園に通うようになってから集団行動ができないことを園から指摘され、悩んでいる保護者もいた。男女比は、20:3で圧倒的に男子が多かった。男児が多いことについては、中