

いった。また、トランジションエリアでのスケジュール確認をすることも気持ちの切り替えに効果を発揮しており、本児が納得できるまで待つように支援した結果、次の行動である荷物の整理への移行は早くなった。毎回パニックを起こすわけではなく、機嫌よく入室し荷物の整理をスムーズに行うことができる場合もあり、パニックを起こす、起こさないはまちまちであった。母親に話を聞くと、療育先までは特に問題なく来ることができるが、療育を行う部屋の前に来るとパニックを起こすとの報告を受けた。パニックを起こす場合も、入室する前からパニックを起こす場合と入室はスムーズだが次の行動である荷物整理に移行する際にパニックを起こす場合が出てくるようになった。そのため、療育を受けた後、本児の行きたい所へいけるというご褒美を約束した。その結果、パニックからの気持ちの切り替えは早くなった。

療育開始14回目には来る前からパニックを起こし、部屋の前で寝ころんでしまっていたのだが、いつもは部屋のすぐ前で寝ころぶところこの日は部屋の前から少し距離を置いて寝ころんでいた。指導者は当初いつものように本児が落ち着くのを待ったため、本児を残し部屋の中から様子をうかがいながら見守ることにした。本児は自分で起きあがって座ってみたり、寝転がってみたりを繰り返し、療育を受けなくてはいけないと理解はしているもののどうしようもない気持ちとの葛藤を繰り返しているような様子であった。しかし、この日はなかなか気持ちを切り替えることができずに約20分間そのままの状態を過ごした。その後も気持ちの切り替えが難しそうな様子であったため、指導者が、本児の所に行き帰るかどうかをたずねたところ本児は「うん」と答えた。当初「帰る」ということが理解できないために「うん」や「いや」と答えていると思われたため、「おかえり」のスケジュールカードを見せながら、「お父さんと家に帰る？」とたずねてみた。すると本児は「いや～」と拒否を示した。しかし、指導者が何度か同じ質問を投げかけたところ、帰ることにうなずいたため、「おかえり」のカードをスタッフに渡して帰ることを決めたことで部屋の中には入ることができたが、入室後再度嫌がり拒否を示し始めた。その様子を見ていた本児の父親が本児の所へ行きお昼ご飯を食べに行くことを伝え、指導者が「マクドナルドに行くの？」とたずねたところ、首を振っ

て違くと示し、「ご飯食べに行くの？」と聞くとうなずき答え、部屋を出ようとしたがスケジュールが終わらないと行けないことを伝えると、パニックを起こしてしまった。そのため、少し様子を見ていたが本児の父親が本児に対して「お寿司食べに行きたいの？」とたずねたところ、本児は「うん」と言いながらうなずいたため、指導者がスケジュールを終わらせてからお寿司を食べに行くように促すと、気持ちの切り替えができ、自ら立ち上がり、スケジュールカードを取りにいき独立課題とおやつ課題をこなすことができた。本児は言語表出が少ないため気持ちを理解してもらえずパニックを起こしていたが今回は父親に気持ちを理解してもらえたことにより気持ちが切り替えられ課題に取り組むことができた。ご褒美である「行きたい所に行く」ということがこだわりとなり、パニックを起こすことで行きたいところに連れて行ってもらえるという本児主体のペースができあがっていることが判明した。

この回で大きな発見ができたと言える。今までにもご褒美として「本児の行きたいところに行く」ということは実施されていたが、それは本児がパニックを起こすことで提示されていたため、本児の中ではパニックを起こせば行きたいところに連れて行ってもらえるという本児主体となっているパターンができあがっていた。また、ご褒美の場所を予め決めた後に、本児の気持ちが変わってしまったとしても言語表出のほとんど見られない本児にはそれを伝える方法がないことによりパニックが起きていたことが発見できた。

そのため、行きたい場所は本児が選んで行くことができることを約束ごととした。また、行きたい場所を本児が選ぶ際には本児の好きな場所を写真と文字で表した場所カードを使用して本児自身の意思表示ができるようにした。場所カード（写真6～10）を使用することで本児の気持ちも相手に伝えることができ、本児自身の確認にもなりパニックを克服ができるようになった。

その後の療育では入室を拒否することも入室後に嫌がることも減った。また、嫌がりパニックを起こしたとしても療育後の予定を指導者やスタッフがたずね確認すると気持ちの切り替えができ、療育に取り組めるようになっており、課題も落ち着いてこなしている。一日のスケジュールを本児が細かく確認出来るように家を出る際と、療育開始直前に療育後のご褒美であるスケジュールを確認し、自分の意思

を確認できるように支援をおこなっている。

まとめと今後の課題

1年間療育をおこなっていく中で、嫌なことやしてほしいことがあるとパニックを起こすという表現が用いられパニックを起こすと何かをしてもらえというパターンできあがっていた。しかし、〇〇すると〇〇に行くというスケジュールをおとな側が提示することでパニックを起こしたら〇〇できるという負のパターンから〇〇すると〇〇に行けるという正の強化パターンを身につけることができるようになった。また、細かくスケジュールを確認することにより、本児のパニックも軽減され課題にも意欲的に取り組むことができていた。また、課題が早く終了しても時間がこないと療育が終了しないことを理解し、終了時間についても気にするようになり、普段の生活でも時計を見て時間がきたら終了することが徐々にできるようになってきたようである。

また、言語についてのコミュニケーションにおいては、療育開始時からあまり変化はなく、現在も「うん」や「いや」などが中心となっている。そのため療育開始時はカードによって本児の意思表示をおこなったり、「ありがとう」や「こんにちは」などの挨拶では、指導者の声にあわせてお辞儀をして挨拶としてきた。カードや言葉以外でのコミュニケーションがスムーズにできるようになってきたことと、文字が読めることが判明したため、言語コミュニケーションの獲得を目的として挨拶カード2種（「こんにちは」「ありがとう」）を用いて、療育をおこなう部屋に入室してきた際に「こんにちは」、プレイエリアでのおもちゃの貸し出しの際に「ありがとう」の挨拶カードを本児の前に提示してスタッフと一緒に一文字ずつ読んでいくようにしたのだが拒否することが多く読んでも非常に小さな声で読むなど発語することを嫌がるため無理に読むことはせずにカードによる意思表示をおこなっている。

現在、本児は療育にも慣れ、落ち着いた状態であると観察できる。本児は今年度小学校就学となる。そのため、環境の変化や場面の変化によって新たな課題が出てくると考えられる。書写(模写を含める)力の弱さ・言語表出の少なさなど苦手なことを伸ばそうとするのではなく、視覚支援など得意とする部分を伸ばしていくための課題づくりをしていき療育を通して本児をサポートしていきたいと考えている。

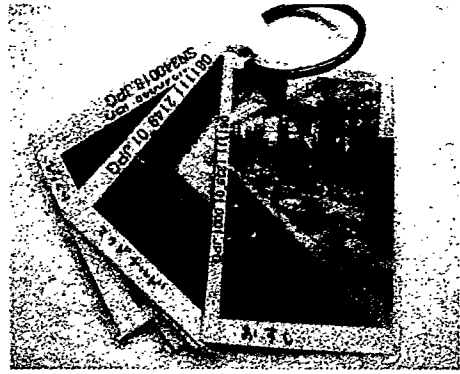


写真6

〈本児が好きな場所のカード〉

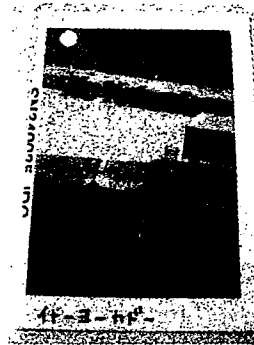


写真7



写真8

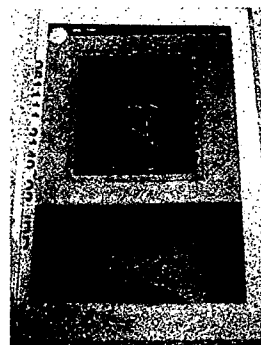


写真9

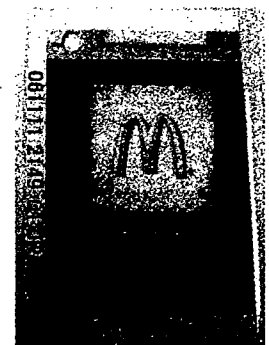


写真10

ケース2

発達支援対象児概要

年齢/療育開始時5歳7ヶ月 現在6歳9ヶ月

性別/男児

診断名/広汎性発達障害

知能診断検査(WPPSI)/測定不能(2006年7月1日実施)

乳幼児発達スケール(KIDS)/総合発達年齢3歳
総合発達指数52(2006年3月16日記入)

アセスメント

療育開始にあたり、本児の母親に対して聞き取り

調査〈面接・書面（写真11）〉を実施した。それによると、寝返りは生後6ヶ月頃、はいはいは生後9ヶ月頃、始歩は1歳頃、発語は1歳頃、1語文は3歳頃、2語文は4歳頃、人見知りは1歳頃、バイバイは2歳頃、指差しは4歳頃、ごっこ遊びは5歳頃、いないいないばあを楽しむは5歳頃ということであった。聞き取り調査の中で、《特に困っていること》という項目に対して、初めての場所や人を極端に嫌がる・言葉が増えないという回答が得られた。初めての場所や人に適応できず、パニックを起こして泣き始めると、母親の言葉も耳に入らない。本児が通う幼稚園においても、特定の人としか関わりを持つとしないということであった。言語面では、語彙が少なく、泣くことで感情を表す姿が多く見られた。聞き取れる言語としては、「ありがとう」、「ちょうだい」など数語のみであった。8回目の療育において、知能発達検査 WPPSI を行う予定であったが、本児が40分間泣き続け拒否した為、実施不可能となった。乳幼児発達スケール KIDS の項目別発達年齢は、〈運動〉4歳1ヶ月、〈操作〉5歳4ヶ月、〈理解言語〉3歳1ヶ月、〈表出言語〉1歳10ヶ月、〈概念〉2歳5ヶ月、〈対子ども社会性〉2歳3ヶ月、〈対成人社会性〉2歳6ヶ月、〈しつけ〉4歳、〈食事〉2歳5ヶ月という結果であった。本児を取り巻く環境への適応力を身につけること、他者とのコミュニケーション能力を高めること、言語の獲得を主な課題として療育を開始した。

エピソード《対応前（写真12）》

2月から療育を開始し、母親とともに参加。1回目の療育では、きょろきょろと不安そうに周りを見まわしながらも、指導者の「お鞆を置いてください。」などの声かけに促され、母親とともに順調に療育に参加することが出来た。しかし、2回目以降、入室するとすぐ荷物の整理をせず、スケジュールカードも取らずにプレイエリアへ走って行くという行動が見られた。指導者が本児をとめて、「先にお鞆を置いてきてね。」と声をかけるが、パニックを起こし、「嫌！」と言って泣き始めた。指導者が「お鞆を置いたら遊べるよ。」と言って、鞆を入れる籠を本児から見える位置に置くが、「嫌！」と言いながら母親に抱きついて泣く。母親もその都度本児を抱いて、「お鞆を置かないと遊べないのよ。」「先生が先にお鞆置いてねって言うているでしょう。」など声をかけ本児をなだめようとするが、「嫌！」と言って泣

く。指導者がトランジションエリアを指差し、「ほら、1番は遊びだよ。お鞆を置いたら遊べるよ。」と鞆を置いたら遊べることを伝えようとするが、母親に抱きついて泣き続ける。本児が泣くことで、荷物の整理やスケジュールカードなどのしたくないことをせず、遊びなどの好きなことだけが出来るとしてしまわないように、荷物の整理が出来るまで待った。本児が落ち着くまで少し待って、「お鞆置だよ。」や「カードを取っておいで。」など声かけによる支援を行うが、指導者が声をかける度に泣き始めた。母親は、ずっと本児を抱っこして、同上的ような言葉を本児に言い続けた。その後も泣き続け、最終的に、指導者が本児の鞆を降ろし、手を添え、鞆を籠に入れて荷物の整理が出来たとした。指導者が玩具を出して本児に渡すと、急に笑顔になり、嬉しそうに遊び始めた。その後は、終始笑顔で笑い声も聞かれた。パニックを起こし、気持ちの立て直しに時間がかかってしまったため、課題の時間が持てず、遊びとおやつで療育が終了した。療育終了後、スーパーバイザーと指導者、母親で今後の対応を話し合った。本児がパニックを起こした際に必要以上に反応することで、問題行動が強化されているのではないかと、母親の本児に対する指示が長く、本児が理解しにくいと、指示は短文で行った方が良いというスーパーバイザーからのアドバイスを受け、今後の対応を確認し合った。

エピソード《対応後（写真13）》

上記のような行動が継続して見られたため、プレイエリアが入室してきた本児の視界に入らないように、パーテーションで仕切り、本児がスケジュールカードを取りマッチングをすることが出来たら、パーテーションを外すこととした。パーテーション導入後初の療育では、入室の際に少し戸惑っている姿が見られたものの、プレイエリアへ走って行くこともなく、落ち着いて荷物の整理が出来た。指導者の「1番からどうぞ。」の声かけに促され、スケジュールカードを取り、カードのマッチングを行い、遊び・おやつ・課題と驚くほどスムーズに療育を行うことが出来た。その後の療育においても、入室してすぐプレイエリアへ行くという行動が全く見られなくなった。荷物の整理をして、スケジュールカードを取りマッチングするという手順通りの行動が出来ようになり、泣いてパニックを起こすこともなくなった。母親もスーパーバイザーのアドバイスを理解し、問

題行動を強化しないように、本児が泣いて母親に甘えても必要以上に反応しないという姿に変わってきている。現在では、荷物の整理をし、カードのマッチングを行えば、好きな遊びが出来ることを本児がよく理解しており、入室してすぐプレイエリアへ行くようなことはなくなったため、パーテーションは不要となった。

まとめと今後の課題

本児が、入室後すぐプレイエリアへ行ってしまうという行動をなくすために、プレイエリアが本児の視界に入らないようにパーテーションで仕切るという対応を行った。上記の通り、パーテーション導入後すぐに効果が表れた。パーテーション導入後、2回目の療育においてはパニックを起こして泣くという姿が見られたが、母親によると家で本児がしたかった遊びを途中で止められたことを引きずっているとのことであった。現在では、構造化された部屋においての手順を本児がよく理解しており、パーテーションがなくても、決められた手順に沿って行動することが出来るようになっているが、こだわりや気持ちの切り替えに時間がかかるという特徴は残っている。しかしながら、本児にとって、構造化における視覚支援は有効な方法であると感じている。プレイエリアをパーテーションで仕切るという対応により、パニックを起こすことがなくなったため、課題に対する集中力も高まった。手順の理解も早いため、短時間で多くの課題に取り組むことが出来、課題も着実にステップアップしている。指導者とのコミュニケーションも取れ、「貸して」や「ごちそうさま」など言葉も少しずつではあるが増加している。嫌なことがある場合は、泣くのではなく、言葉で「嫌」と示すことが出来るようになった。

本児への支援と併行して、スーパーバイザーによる母親への支援も行ったが、療育開始時と比べて、母親にも大きな変化が認められる。療育当初は、本児がパニックを起こして母親の元に行くと、しきりに言葉をかけ説得するなどしていた。しかし、現在では、スーパーバイザーによるアドバイスに基づき、本児の問題行動を強化しないように、パニックを起こしても反応せず、本児から離れ、見守るという姿に変わってきている。

今後は、本児の視覚優位という特性を生かせる方法で、数の概念の獲得、ひらがなの練習などを主とした課題を考えている。また、本児は、4月から小

学校に入学するため、変化する環境に対する適応力、他者とのコミュニケーション能力をさらに高めることが出来るよう支援を行っていきたい。

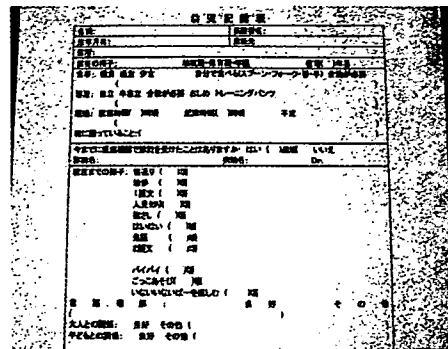


写真11

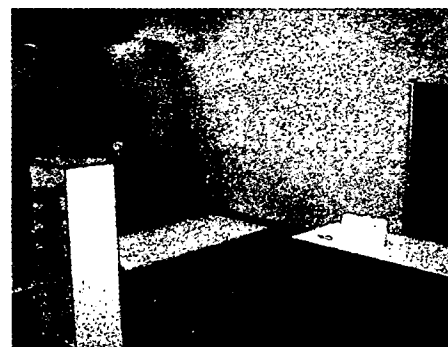


写真12

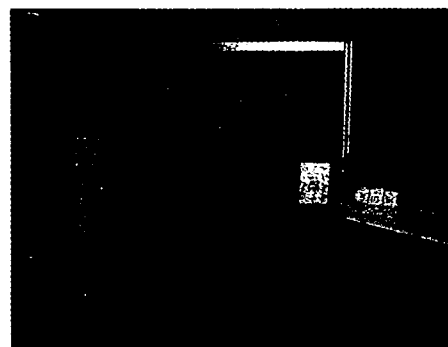


写真13

おわりに

上記してきたように、今回はパニックを起こす原因となるものをどうとらえ、その要因となるものをなくす環境を提供することによって、パニックの頻度を軽減することとなった事例を報告した。前回は報告したように本プログラムに参加している幼児は集団生活においてなんらかのいわゆる不適応行動が見られる子どもたちである。特にことばによる指示に対する理解が不得手であるBくんに対してはこちらの指示をできるだけことばではなく、視覚によって提示すること（入ってはいけない所にパーテーションを設置するなど）、また保護者に対してはBくん

にしてほしい行動について短いことばで指示をするなどのアドバイスをを行った。一方こちらの言っていることが比較的理解はできるが、それに対する返答に困難を示すAくんに対しては、彼の返答が可能となると思われる絵カードを作成し、返答時にその絵カードを提示することで、彼の意思を他人に伝えるという方法の習得を目的として今期のプログラムを展開した。

これらの方法は、発達に遅れのある子ども（おとなも）に対して基本的に用いられている方法である。しかし、彼らの保護者は未だその方法を習得しておらず、パニックを起こす原因や対応について困難さを感じて生活を営んでいたのである。またそれは幼稚園や保育園という保育現場においても同様の状況にあったものと考えられる。今日それら保育現場においては、発達に遅れのある子どもたちの受け入れについては概ね理解がすすんでいる。しかし、その対応については未だ大きな不安をかかえながらの保育にジレンマを感じているとというのが現状であろう。今後は本プログラムに参加している幼児の在籍園の保育者へのアプローチを試みるなど、その対応の方法などを保育者へ伝達するプログラムを展開していきたいと考えている。

参考文献

- 伊藤一美「発達障害児に対する学びの支援」発達Na110 2007
 大石敬子「読み書きの学びの支援」発達Na110 2007
 伊藤一美「算数の学びの支援」発達Na110 2007
 平谷美智夫「医療の立場から見た学びの支援」発達Na110 2007
 森田安徳「通級指導教室と通常の学級における学びの支援」発達Na110 2007
 山田充「通級指導教室における学びの支援」発達Na110 2007
 高井雪帆・平谷美智夫「医療機関における学びの支援」発達Na110 2007
 滝川一廣「精神発達とはなにか」そだちの科学創刊1号 2003
 鯨岡峻「子どもの発達を個からみること、関係からみること」そだちの科学創刊1号 2003
 石岡由紀・杉野翠・福井樹理・水間裕子「発達に遅れのある子どもとその家族支援に関する研究」神戸親和女子大学教育研究センター紀要第2号 2006

幼稚園，保育園との連携

- 低出生体重児などのハイリスク児の母親が不安を感じやすい時期は、①NICUから退院した直後、②歩いたり、言葉が出てくるなど発達状況がはっきりとする1歳半前後、③幼稚園や保育園などの集団生活に入るとき、と考えられる。幼稚園や保育園との連携にあたって医療者が知っておくべき基本事項をまとめた。

入園に関してよく相談を受ける事項

- ①幼稚園と保育園の違い
- ②いつ入園するのがよいか
- ③どのようにして入園先を決めたらよいか
- ④入園までにできなくてはならないことはどのようなことか
- ⑤子どもの発達に気になる点がある場合にどうすればよいか

幼稚園と保育園の違い

- 保育園は児童福祉法によって規定されている児童福祉施設である¹⁾。一方、幼稚園は、教育基本法、学校教育法によって教育機関と位置づけられている。
- 幼稚園では少子化の影響で定員割れの所が多く出てきているが、働く母親の増加で保育園は不足している。地域によっては、なかなか保育園に入園できず、待機を余儀なくされることもある。文部科学省と厚生労働省の間で幼保一元化の議論がなされてきたが、最終的には「認定子ども園」制度が平成18年10月よりスタートした²⁾。

受け入れ年齢，保育時間

- 多くの保育園では、母親の産休が明けた乳児期から保育を行っている。しかし、幼稚園では、3歳から就学までと決まっている。
- 一般的に保育園における保育時間は、午前8時半から午後4時までのところが多い。しかし、最近では午後6時まで延長保育を行っているところが増えてきた。
- 幼稚園の保育時間は、幼稚園教育要領によって4時間が標準とされている。しかし、家族からの要望を受けて曜日を限って預かり保育を実施している施設もある³⁾。
- 保育時間が長いことから、保育園では間食（給食）の提供が義務づけ

NICU：neonatal intensive care unit＝新生児集中治療室

1) 堤 莊祐：児童福祉施設における保健対策。子育て支援のための小児保健学 中村肇編，日本小児医事出版社，東京，p188-203，2003。

2) 認定「子ども園」概要。文部科学省・厚生労働省幼保連携推進室 <http://www.youho.org/gaiyo.html>

3) 「預かり保育」の参考資料。平成14年6月。文部科学省初等中等教育局幼児教育課 http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/14/06/02_0604.htm#top

られている。

設置者，保育料

- ④ 幼稚園の設置者は市町村，学校法人であるが，保育園では市町村，社会法人が設置者となっている。
- ⑤ 保育園，保育所には認可施設と認可外（無認可）の施設とがある。認可施設とは，児童福祉法で定められた「保育所」として，都道府県や市等の自治体から認可された施設である。認可施設になるためには，施設設備や職員の資格などについての最低限の基準（児童福祉施設最低基準）を満たす必要がある。
- ⑥ 認可を受けていなくても子どもを保育することは禁じられていない。認可を受けずに保育をしている施設は，一般に認可外施設や無認可保育所と呼ばれている。
- ⑦ 保育料は幼稚園では園ごとに設定されているのに比べ，保育園では地域ごとに決まっていて，保護者の収入や子どもの年齢によって異なる。
- ⑧ 新しくできる「認定子ども園」の認定基準は，「国の指針」を参考に，各都道府県が条例で定める。したがって，地域によって異なる可能性が高い²⁾。これまでの保育園，幼稚園との大きな違いは，①親が働いている，いないの区別がない。②入園は，園との直接契約で行うなどの点である。

障害児保育・教育

- ④ 市町村設置の保育所においては，保育に欠ける障害児を対象に障害児保育が義務づけられている。一般に特別児童扶養手当の対象者（身体障害者手帳，療育手帳B1：中度以上）がこれにあたる。障害児保育を行う施設では，一定の施設整備と人員の配置がなされている。（医師の診断書があれば，発達障害やB2（軽度判定）の子どもでも考慮される。）
- ⑤ 都道府県から，民間の私立幼稚園に対して「障害児教育の補助」が出されており，加配教員の配置に当てている地域も多い。

その他の児童福祉通園施設

- ④ 保育所以外の通所型の児童福祉施設としては，知的障害児通園施設，肢体不自由児通園施設，難聴幼児通園施設が設置されている。多くは児童相談所がその窓口になっている。

入園時期と入園先決定に関するアドバイス

- ④ いつ入園したらよいか。また，どのようにして入園先を決めたらよいかは家族の状態によっても大きく異なる。一概に決めることは難しいが，幼稚園と保育園のシステムの違い，また，私立の幼稚園では，園

ごとに教育理念が違うことについても説明する。

◎参考とする項目には次のようなものがある。

①保育時間、②通園距離（時間、バス）、③園の人数、④園の教育方針、⑤障害児保育や加配の有無。

◎多胎児や年下のきょうだいがいる場合には、通園時間やその手段が大きなポイントとなる。通園に要する負担や小学校に進学後のことを考えるならば、できるだけ近くの施設を選ぶのがよい。

◎家族と本人が「自分達で決めた」という感覚をもてるようにサポートする。一つの特徴には必ず良い点と困る点の両面がある。たとえば、園児の人数が少ないと全員に先生が目が届くが、運動会などの行事では少し寂しいし、父兄一人ひとりに対する役員や行事などの負担も重くなる。「自分で決めた」という感覚をもっていれば入園後の満足度は高くなる。

◎家族が迷っているときには、体験入園や園長先生との話し合いを勧める。体験入園時のチェックポイントを以下に示す。

幼稚園、保育園への事前見学でのチェックポイント

- ①実際に通っている人などから情報を収集する
- ②通園距離・経路（徒歩通園の場合は実際に歩いてみる。バス通園では様子を見学する）
- ③園長先生から園の方針を聞く（自分と価値観を共有できるか。柔軟な対応が期待できそうな人柄か）
- ④部屋（教室）の中にも入る（設備を確認する）
- ⑤子どもたちの様子を見る（人数や机の配置、子どもたちの表情など）
- ⑥実際に保育する人（幼稚園教諭、保育士）の様子を見る
- ⑦疑問点や希望があれば率直に聞く
- ⑧要望や希望があれば、主治医からの手紙を用意する

子どもの発達に気になる点がある場合のアドバイス

◎発達が遅かったり、体格が小柄な子どもでは、「いじめ」について家族がいろいろと心配する。しかし、この年齢では、関わる大人が少し配慮すればほとんど問題ない。あらかじめ見通しや対応法を話して家族の不安の軽減を図る必要がある。

言葉や行動に問題があるとき

◎低出生体重児などのハイリスク児では、言葉の発達が遅れがちである。言語理解が十分できているのに言語の表出のみが遅い場合には、慌てる必要はない⁴⁾。集団生活に入った後に急速に伸びてくることが多い。

4) 高田 哲：周産期スクリーニングへの新しい考え方と進歩：1歳半および3歳児健診のポイント。周産期医学35(9)：1289-1293, 2005。

- ④3～4歳児では、発音が不明瞭なことにはあまり気にしなくてよい。
- ④一方、こちらからの呼びかけにも反応せず、相互の対人関係全体に問題がある場合は、入園先の選択や入園後の対応について留意する必要がある。
- ④最近では、TEACCH法の考え方を取り入れて様々な対応をしてくれる施設も増えてきている。しかし、施設間で理解や対応に大きな差があるので、園長先生宛に子どもの状態について文書で連絡したり、担当教諭（保育士）、家族を含めた話し合いの場をもつことも時に必要である。
- ④集団生活に入って、行動上の問題が始めて明らかになることもある。

TEACCH ; treatment and education of autistic and related communication handicapped children

運動能力に問題があるとき

- ④脳性麻痺などの明らかな障害がある場合には、リハビリの機会を保証することが必要である。
- ④どのような障害があっても健常な子どもと過ごす時間は大切である。一般に4～5歳児は他の子どもの障害をその子の特徴として素直に受容していく。先生（教諭、保育士）を手伝って障害をもつ子どもの世話をしたり、一緒にできる遊びを考えてくれたりもする。
- ④しかし、どの子にも「ひとりで」何かをしたいときがある。また、自立心を養うことも重要である。そのような場合には、先生から他の子ども達に「すぐに手伝わずにゆっくりと時間をかけてみてあげてね。」と働きかけてもらうことが必要である。対象児の能力を考えて、できる限り具体的な対応法を連絡しておく。
- ④装具や眼鏡が必要な場合には、先生から他の子どもたちに理解できる範囲で説明してもらう。
- ④不器用な子どもでは、しばしば衣服の着脱がうまくできない。しかし、ゆっくりと時間をかければ自然と身についていく。「自信を失わないように一つのことのできたらほめてあげてください」、「一つができると子どもは自信をもち、今までできなかったことにも意欲的になります」、「他の子どもと比較しない」など具体的に家族に説明しておく。
- ④発達に問題をもつ場合には、集団生活に入る前にできる限り予防接種を受けておく。

食事の問題

- ④食事の介助が必要な場合やアレルギーなどで食事内容に制限を行う場合にはできる限り幼稚園や保育園に文書で伝える（家族に口頭で説明したのみでは、十分に意図が伝わらなかったり、過剰な反応がみられることがある）。
- ④家庭でも決まった時間に食事をとるように指導する。偏食にはあまり神経質になる必要はなく、他の子どもたちと一緒に食事をとる機会が増えると直っていく場合が多い。

排泄の問題

- ④最近では、紙オムツが普及したために排尿、排便の自立が全体に遅くなっている。集団生活に入るとそれまでできていなかった子どもでもほとんどが自立できるようになる。
- ⑤トイレ動作を家庭で練習をするときには、一つひとつの動作に分けて行うと効果が目に見える。①尿・便意を訴える、②トイレに行く、③トイレットペーパーを切って使う、④トイレの水を流す、⑤手を洗うとき蛇口の開け閉めをする、⑥洗った手をきれいに拭く。
- ⑥子どもが嫌悪感をもたないように根気よくゆっくりと練習する。

自信をもたせるために

- ④入園が決まると、家族は皆と同じことができなくてはと焦り始める。しかし、子どもが心配や不安になるようなことはせず、良いところを認めてあげるように指導する。子どもは自信をもつと、今までできなかったことにも意欲的に取り組む。
- ⑤家族はすぐ目の前の問題にとらわれがちなので、発達・育児の専門家としては、家族に将来の見通しと具体的な対応法を示すことが重要である。また、居住地域の保育園や幼稚園の状況にも通じている必要がある。

(高田 哲)

Ⅲ 年齢別フォローアップ健診

6歳健診(就学前)

就学について

- ① 小学校に入学することを一般に「就学」と呼ぶ。「子どもが小学校に入学する」ことは、両親にとって重大なライフイベントである。特に発達上のリスクを抱えた子どもの両親にとっては「ここまで大きくなった」という安堵感と「学校でうまくやっけていけるだろうか」という不安感が複雑に交錯する。就学の相談を受けた場合に必要な基礎知識をまとめた。

就学に関する従来の仕組みと意識の変化

- ② 地域には、通常学級のほかに特別な援助が必要な子どもたちのための学校や学級が設けられている。
- ③ 障害をもつ子どもがどのような学校に就学するか、あるいはどのような手続きで学校が決定されるかについては、法令等(学校教育法施行令¹⁾)によって定められている。
- ④ 最近では、自分の子に最も適切な学校を自分たちで選択したいという保護者が増えてきた。社会全体の考え方も「自己決定」を大切にするようになってきている。
- ⑤ 就学に関する体制は地域ごとに少しずつ異なり、どのような学校が最も適しているかは、一人ひとりの家庭環境や価値観にも大きく左右される。
- ⑥ 現在は、2005年12月に出された答申²⁾に基づいた特別支援教育制度に移る過渡期にあり、今後これらの枠組みも大きく変化すると考えられる。

就学時における選択肢とその現状

それぞれの障害に配慮した教育

- ⑦ 地域にある通常学校、通常学級のほかに、特別なニーズをもった子どもたちのために盲・聾・養護学校や、通常学校に設置された特殊学級、通級指導教室が用意されている³⁾。表1に障害別での教育形態の概要を示した。
- ⑧ 現在では、特殊学級に在籍していても、多くの時間が通常の学級での交流教育に当てられている。
- ⑨ 通級指導では、通常学級に在籍する子どもが特定の時間に限って専門教員がいる学級で指導を受けるという形態をとっている。

1) 文部科学省ホームページ: 就学基準の改正。学校教育法施行令第二十二條の三に規定する就学基準
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/003/002.htm

2) 中央教育審議会: 特別支援教育を推進するための制度の在り方について、2005年12月8日、東京
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05120801.htm

3) 文部科学省ホームページ: それぞれの障害に配慮した教育。
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/004.htm

◎両親の希望を受け止めながら、本人にとって最も良い選択を共に考えることが重要である。

表1 障害別での現在の教育形態

特殊教育の種類	学校の種類	教育内容
1. 視覚障害教育	盲学校	<ul style="list-style-type: none"> 点字教育、対象物に触って形や大きさを正確に理解する方法、コンピュータの操作方法などを指導。 弱視の子どもには、弱視レンズやコンピュータによる文字や図の拡大方法を教育。
	弱視特殊学級、弱視通級指導教室	<ul style="list-style-type: none"> 子どもの視力に応じ、教材・教具や学習環境を工夫。
2. 聴覚障害教育	聾学校	<ul style="list-style-type: none"> 補聴器の活用、話し言葉の習得を通じて、言語力を高めるように指導。 年長児には、指文字、手話などを用いて、基礎学力向上や障害の自覚を促すように指導。
	難聴特殊学級、難聴通級指導教室	<ul style="list-style-type: none"> 聴覚に重点を置いて指導し、抽象的な言葉の理解や教科を指導。
3. 知的障害教育	知的障害養護学校	<ul style="list-style-type: none"> 子どもの理解段階に合わせて教育課程を編成し、生活に結びついた内容を具体的な活動を通して指導。 集団生活や円滑な対人関係、職業生活についての基礎的な指導。
	知的障害特殊学級	<ul style="list-style-type: none"> 最近では、ほとんどの普通学校に設置されている。 小集団の中で、個人の教育計画に基づいて指導。交流学級などを通じて通常学級での授業にも参加。
4. 肢体不自由教育	肢体不自由養護学校	<ul style="list-style-type: none"> 各教科の指導とともに、座位の保持や起立・歩行、衣服の着脱、食事、排泄等の日常生活動作、コミュニケーションを指導。 看護師配置の下、医療的ケアに教職員が参加する学校も増加。 高等部では、職業生活に必要な知識、技能についての指導も実施。
	肢体不自由特殊学級	<ul style="list-style-type: none"> 通常校に設置される地域も増えてきた。
5. 病弱教育	病弱養護学校	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関に隣接して設けられていることが多い 各教科指導のほかに病気の回復や克服のための知識や習慣を身に付けたり、回復意欲の向上を図る。
	病弱・身体虚弱特殊学級	<ul style="list-style-type: none"> 病院内に設置された学級や通常校に設置された学級。
6. 言語障害教育	言語障害特殊学級	<ul style="list-style-type: none"> 発音が不明瞭、話し言葉によるコミュニケーションが円滑に進まない子どもを対象に設置。
	言語障害通級指導教室	<ul style="list-style-type: none"> 自閉症や心理的な要因による選択性かん黙などがある子どもを対象。
7. 情緒障害教育	情緒障害特殊学級	<ul style="list-style-type: none"> 言語の理解と使用法を深め、状況に応じた適切な行動ができるように指導。
	情緒障害通級指導教室	<ul style="list-style-type: none"> 安心できる雰囲気の中で情緒の安定や円滑な対人関係を築けるように指導。

就学決定のプロセス

◎毎年、10月に入ると小児科外来において就学に関する相談が急増する。しかし、教育委員会内での就学に関連した活動はもっと早くから始まっている。

就学に関するプロセス

- 4月～5月：心身障害児調査表が幼稚園・保育園・通園施設などに配布・回収。これは、すでに障害がわかっている子どもの就学相談を先に実施し、就学時検診後に新たに相談を行わなければならない子どもの両親に対し、十分な相談時間を確保するためである。
- 6月：障害をもつ子どもを対象に教育相談所、教育センターなどで就学相談が開始。地域によっては、子どもの行動観察、医師の診察が実施される。
- 7月～9月：就学相談、学校訪問を実施。学校訪問は、両親が個人で直接学区の小学校校長に見学を申し込む場合がほとんどだが、教育委員会が見学日時を決めて集団で行う場合もある。
- 10月：就学時健康診断（学区の小学校で）開始。翌年4月に就学を迎える子どもに対して、学区の小学校で健康診断を実施。就学時検診の内容は、身長、体重、栄養状況、脊柱や胸郭の疾病、視力、色覚、聴力、眼疾、耳鼻咽喉頭疾患、歯の疾患、歯の検査、内科検診と簡単な知能検査で、就学までに治療を要するものは保護者に通知される。検診時の簡易知能検査は、両親と離れた場所で、最初に少人数のグループ単位で実施され、問題ありと判断された場合は、もう一度個別で検査が実施される。問題が見つかった場合は、新たに就学相談を開始する。
- 11月：市町村教育委員会、都道府県教育委員会で就学指導委員会が開催される。就学指導委員会とは、関連する専門分野の専門家から意見を聞き、子どもの障害の種類や程度を判断するための調査および審議を目的とした委員会である。一般的には、医師、教育職員、児童福祉施設職員から構成される。就学指導委員会では、教育相談により作成された「両親の面接票」「子どもの行動観察記録」「医師の診断」などの資料を基に、それぞれの子どもにとって適切と考えられる就学先を決定。養護学校での教育が適切と判断された場合は、都道府県の就学指導委員会で就学指導が実施。（最終的な就学先を決定できる権限はこの委員会にはない。）
- 12月：市町村教育委員会から普通学級、知的障害児学級、情緒障害児学級のある小学校へ就学通知が送付される。養護学校への就学通知は都道府県教育委員会から送付される。
- 1月・2月・3月：就学先について両親との意見調整がつかない場合は、引き続き就学相談を実施される。

どのような学校に就学するかの目安

- ㊦ 障害をもつ子どもがどんな学校に就学するか、あるいはどのような手続きで学校が決定されるかの目安については、法令等によって示されている（表2）。
- ㊧ 平成14年4月に学校教育法施行令が一部改正。改正によって、養護学校への就学の基準に該当する障害のある児童生徒についても、市町村の教育委員会が認めた場合には、通常の小学校・中学校に就学させることが可能となった（ただし、障害に対応して専門性の高い教員による指導体制、施設・設備などの環境条件が整備されていることが必要）。
- ㊨ 実際には、家族の希望が大きな決定因子となっている。

特殊教育から特別支援教育

ノーマライゼーションとインクルージョン

- ㊩ ノーマライゼーションとはデンマークで生まれた考え方で、障害をもつ人々も共に暮らしているのが普通の社会だという考え方である。障害は個人的なものではなく、個人が環境と接するときに生じるものであり、環境にみられる障害を取り除く義務が国にあるという前提に立っている。

表2 学校教育法施行令第二十二條の三に規定する就学基準

（就学基準の改正後のものhttp://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/003/002.htmより改編）

区分	心身の故障の程度
盲者	両眼の視力がおおむね0.3未満のもの又は視力以外の視機能障害が高度のもののうち、拡大鏡等の使用によっても通常の文字、図形等の視覚による認識が不可能又は著しく困難な程度のもの。
聾者	両耳の聴力レベルがおおむね60デシベル以上のものうち、補聴器等の使用によっても通常の話し声を解することが不可能又は著しく困難な程度のもの。
知的障害者	1. 知的発達の遅滞があり、他人との意思疎通が困難で日常生活を営むのに頻繁に援助を必要とする程度のもの。 2. 知的発達の遅滞の程度が前号に掲げる程度に達しないものうち、社会生活への適応が著しく困難なもの。
肢体不自由者	1. 肢体不自由の状態が補装具の使用によっても歩行、筆記等日常生活における基本的な動作が不可能又は困難な程度のもの。 2. 肢体不自由の状態が前号に掲げる程度に達しないものうち、常時の医学的観察指導を必要とする程度のもの。
病弱者	1. 慢性の呼吸器疾患、腎臓疾患及び神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの。 2. 身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とする程度のもの。

備考

- 一 視力の測定は、万国式視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。
- 二 聴力の測定は、日本工業規格によるオーゾメータによる。

- ◎「インクルージョン」は、①障害をもつ子ども達を普通の子どもたちと同じ教育環境の中に受け入れる、②その子どもたちが障害を感じないように教育環境を整える、という2つを意味する。

特別支援教育の理念

- ◎従来行われてきた「特殊教育」は、障害の種類や程度に応じ「特別の場」を用意し健常児に近づけるという認識に立っていた。特別支援教育は、障害のある児童生徒一人ひとりの教育的ニーズを把握して、その子が生活する場において、その子にあった適切な教育的支援を行うというものである
- ◎支援対象者には、通常学級に在籍するLD・ADHD・高機能自閉症などの児童生徒も含まれており、これらの子どもたちへの対応が大きな課題となっている。
- ◎各学校には、特別支援教育コーディネーターが設置され、校内のスーパーバイザーとなるとともに校外の組織との連携を調節する役割を担っている。また、医療的なケアを必要とする重度な障害をもつ子どもたちへの取り組みも特別支援教育のもう一つの大きな課題となっている。

LD; learning disabilities=学習障害
ADHD; attention-deficit/hyperactivity disorder=注意欠陥多動性障害

今後の特別支援教育²⁾

- ◎現在、各自治体では特別支援教育に向けての体制再編が活発に論議されている。今後、従来の盲・聾・養護学校は、障害種別をなくし特別支援学校（仮称）として再編されようとしている。
- ◎特別支援学校に求められる機能は以下のようである。

2) 中央教育審議会：特別支援教育を推進するための制度の在り方について、2005年12月8日、東京
http://www.mext.go.jp/b_mens/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05120801.htm

特別支援学校に求められる機能

- ①小・中学校等の教員への支援機能
 - ②特別支援教育等に関する相談・情報提供機能
 - ③障害のある幼児児童生徒への指導・支援機能
 - ④福祉、医療、労働などの関係機関等との連絡・調整機能
 - ⑤小・中学校等の教員に対する研修協力機能
 - ⑥障害のある幼児児童生徒への施設設備等の提供機能など教育研修センターとしての機能
- ◎特殊学級についても「特別支援教室（仮称）」として、障害のある児童生徒が、原則として通常の学級に在籍しながら、特別の場で適切な指導および必要な支援を受けることができるように整備していくという方向性が示されている。
 - ◎限られた人材と予算の中でLD, ADHD, 高機能自閉症などの児童生徒への対応も含めた弾力的なシステムをいかに構築していくかが今後の課題である。

（高田 哲）

＜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、小児欠神てんかんは、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¹⁾ 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が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汎性発達障害。小児科診療 63：1515-1519、2000

就学前軽度発達障害児への評価と支援について

小 寺 澤 敬 子

就学前軽度発達障害児への評価と支援について

小寺 澤 敬 子

Key words: "mild" developmental disabilities, assessment, support

I はじめに

発達障害児への早期からの理解と対応が必要なことについての認識は広まってきている。しかし、何ら支援を受けることなく、就学後に友人とのトラブルや不登校など学校での不適應を主訴に医療機関を受診する子どもも少なくない。その理由として、①就学前から子どもの違いに何となく気づいていても、健診では問題を指摘されておらず、医療機関や療育施設を受診することをためらう保護者がいる、②保育園や幼稚園の保育士たちは子どもの行動の問題に気づいていても保護者に理解してもらえず、子どもへの支援が進まない、③従来からの健診で遅れや行動の問題を指摘されたが納得できなかったなどが考えられる。近年、3歳までの乳幼児健診では問題を指摘されずに就学後に不適應が明確になる子どもたちを就学前に発見するために、5歳児健診の必要性について論議されている。そこで、今回、就学後に姫路市総合福祉通園センター（以下センター）を受診した普通学級に通う子どもたちの1歳6カ月健診と3歳児健診結果との関係について検討する。加えて、姫路市で平成9年から実施している就学前の軽度発達障害児を対象とした相談事業を紹介し、子ども

たちがその子なりの特性を持ちながらその子らしく円滑に学校生活が送れるようにするための就学前評価の必要性と今後の課題について考察したい。

II 就学後にセンターを受診してきた普通学級に通う子どもたちと1歳6カ月・3歳児健診結果について

平成18年度にセンターを初診してきた普通学級に通う小学生は86人であった。その内訳は、小学1年25人(33.7%)、2年17人(19.8%)、3年11人(12.8%)、4年17人(19.8%)、5年4人(4.7%)、6年12人(20.0%)で、診断名は広汎性発達障害(以下PDD)55人(64%)、精神遅滞を伴うPDD13人(15%)、精神遅滞16人(19%)、ADHD2人(2%)であった。本児たちの健診結果は、「1歳6カ月健診と3歳児健診の両者とも指摘されなかった」56人(65.1%)、「1歳6カ月健診では指摘があったが3歳児健診では何も指摘されなかった」3人(3.5%)、「3歳児健診のみ指摘された」14人(16.3%)、「両方とも指摘された」5人(5.8%)、「健診を受けなかった」5人(5.8%)、「その他」2人(2.3%)であった。本児達のWISC-IIIによるIQは、80以上は55人(64%)、70未満は12人(14%)、70~80の境界域は15人(17%)、残り5人(5.8%)は場面適応が悪くWISC-IIIがとれなかった。初診時の主訴については図1のとおりで、友人との