

表5 Impairment Rating Scale (IRS) の結果

	項目	保護者評価 (n=95)	教師評価 (n=60)
1	他の子どもとの関係への影響	2.7±1.4	3.0±1.6
	数カ月にわたり親友と呼べる友だちがいる	1.5±0.5	1.7±0.5
	兄弟姉妹との関係への影響	2.5±1.4	—
2	保護者との関係への影響	2.9±1.5	2.3±1.6
3	学業の進み具合への影響	3.6±1.5	3.3±1.8
4	家庭・クラス全体への影響	3.0±1.5	2.7±1.8
5	自尊心への影響	3.1±1.4	3.1±1.6
6	全体的な機能的問題の重症度と治療の必要性の程度	3.3±1.3	3.5±1.5

IRS スコア：0 (問題ない)～6 (とても問題あり/治療や特別支援が絶対必要)
カットオフ値 3 (問題である)

さなくとも関係ある内容を手短かに話す)を除いたすべての項目がカットオフ値3 (問題である)を超える重症度であった (表6, 7)。

III. 考察

ADHD は慢性疾患であり青年期, 成人期に至っても高頻度に遷延し⁷⁸⁾, その機能に与える影響も長期にわたり学業や就労, 対人関係を含む社会生活に重大な支障を来すことが報告されている⁹⁾。したがって, 二次障害の併存を防ぐためにも小児期に適切な診断と治療を行う必要があり, 病態を遷延化させることなく症状と機能を寛解へ導く治療方法の構築が望まれている。そのためには, ADHD の中核症状に加え, 機能障害にも着目し治療ゴールに加えることが重要である⁹⁾。しかし, わが国では ADHD 患者における機能障害にかかわる知見は乏しく, ADHD 患者の機能障害を特異的に評価する日本語版評価尺度も存在しない。そこで本研究では, ADHD 小児における共通した機能障害を明らかにするため, 米国で汎用されている DRC に用いられている機能障害37項目と IRS を日本語に翻訳し, 日本人 ADHD 小児を対象とした疫学調査を試みた。

米国版機能障害37項目のうち, わが国での ADHD 小児に特徴的な機能障害を抽出することは, 臨床現場における治療ゴールの設定のための重要な判断材料になり得ることから, 37項目の順

位付けを行ったところ, 興味深い知見を得ることができた。保護者評価で最も困っており, 治療を必要とする解決すべき項目は, 学習にかかわる「決められた時間内に宿題を終える」であり, 実に, 保護者評価の1位, 2位, 4位, 6位, 8位が学習に関する項目であった。教師評価の第1位は「クラス/学校の規則に従う (違反を繰り返さない)」であり, さらに同順位5位に2件の学校の規則に関する項目が入っていた。このように, 保護者と教師間で重要視する機能障害が異なり, 保護者と教師の評価観察場面の違いが明確に表れたことは重要な知見であり, ADHD の機能障害の評価には異なる観察場面の評価者による多面的な評価の必要性が不可欠である。また, DRC のように教師と保護者の連携した治療システムがわが国でも有効と考えられる。一方で, 保護者と教師の両評価において共通して上位にランクされた解決すべき項目が認められており, なかでも「読みやすい字を書く, 用紙ラインの間に文字をきちんと書く (乱筆ではなく)」(保護者2位, 得点割合93%; 教師4位, 得点割合84%), 「仲間からの挑発的行動を無視する/反応しない」(保護者3位, 得点割合86%; 教師3位, 得点割合85%)は得点割合が80%以上を占めた。これらの解決すべき項目は, ADHD の主要な機能障害であるとともに, 保護者と教師という異なる観察場面に関係なく問題になりやすい機能障害と考えられる。

表6 保護者評価における解決すべき項目の Impairment Rating Scale (IRS) スコア

No	解決すべき項目	n	IRS 第6項目
1	決められた時間内に宿題を終える	28	3.3±1.4
2	求められる正確さで宿題を終える	21	3.1±1.4
3	数回の注意で作業を開始できる	23	3.3±1.3
4	読みやすい字を書く, 用紙のラインの間に文字をきちんと書く (乱筆ではなく)	27	3.3±1.2
5	宿題の訂正を言われたとおりに行う	10	4.1±0.7
6	宿題をきちんと提出する	22	3.2±1.4
7	クラス/学校の規則に従う (違反を繰り返さない)	12	3.3±1.1
8	クラスで妨害を起こさない	6	3.2±1.6
9	少ない注意で静かに課題を行うことができる	11	3.1±1.3
11	少ない反復指示で指示に従う	15	3.4±1.4
12	少ない注意で課題を続けられる	18	3.1±1.6
14	少ない注意で手を挙げて話すことを行える	5	3.4±1.1
15	教材や持ち物を大切に正しく使う	20	3.3±0.9
17	人に悪い言葉をほとんど言わない	18	3.5±1.4
18	不平不満を言う, 泣くことがほとんどない	9	3.0±1.3
19	うそをほとんどつかない	11	3.6±1.4
20	物を壊すことがほとんどない	5	4.4±1.5
21	少ない注意で友達と分かち合ったり, 友達を助けられる	7	3.7±1.4
22	仲間からの挑発的行動を無視する/反応しない	31	3.5±1.3
23	友達をからかわない	10	3.8±1.4
24	友達とけんかをしない	13	3.5±1.3
26	討論に参加する (促さなくても, 適切に参加できる)	5	2.4±0.6
27	討論に参加する (促さなくても関係ある内容を手短かに話す)	6	2.8±0.8
28	自分への否定的なコメントの発言がない	11	3.2±1.6
29	数回の注意で自分の課題に集中できる	16	3.4±1.5
31	席に座って課題をしているときに, 仲間の邪魔をしない (他児からの不平が出ない)	5	3.4±1.1
32	フィードバックを静かに受け入れる (口論しない)	22	3.1±1.4
33	必要なとき, おとなに適切に助けを求める	16	3.3±1.5
34	おとなに話しかけるとき, ちゃんと目を見て話す	10	3.4±1.2
35	少ない注意でアイコンタクトを保てる	5	3.6±1.3
36	おとなを尊敬する (口応えしない)	20	3.1±1.1
37	数回の注意で先生の指示に従う	14	3.8±1.4

優先順位5位以内の解決すべき項目で, その件数が5件以上の項目を記載した。

米国版機能障害37項目の得点割合をみると, 得点割合が80%以上の解決すべき項目は, 保護者評価で上位3項目, 教師評価で上位4項目, 50%以上でみると, 保護者評価で上位9項目, 教師評価で上位7項目であった。保護者および教師評価のそれぞれ上位10位以内の項目に着目すれば, 各評価者が実施した治療の必要性に関する重み付けの半数以上を占める項目がカバーされ, これらは米

国同様に, 日本人 ADHD 小児でも共通した中核的な機能障害と考えられる。しかし, 米国版機能障害37項目以外に重要な解決すべき項目があると保護者の29.5%, 教師の37.7%が回答しており, 保護者では「時間を守る」5件, 「場の空気を読む (人の気持ちを理解する) ことができる」5件など, 教師では「人の話を黙って聞くことができる」6件, 「時間を守る」5件などの重複回答が

表7 教師評価における解決すべき項目の Impairment Rating Scale (IRS) スコア

No	解決すべき項目	n	IRS 第6項目
1	決められた時間内に宿題を終える	11	3.2±1.5
2	求められる正確さで宿題を終える	6	3.2±1.5
3	数回の注意で作業を開始できる	10	3.9±1.3
4	読みやすい字を書く, 用紙のラインの間に文字をきちんと書く (乱筆ではなく)	17	3.2±1.1
6	宿題をきちんと提出する	18	3.3±1.4
7	クラス/学校の規則に従う (違反を繰り返さない)	20	4.1±1.4
8	クラスで妨害を起こさない	8	4.0±1.1
9	少ない注意で静かに課題を行うことができる	8	3.0±0.9
10	不適切な音を立てない	11	3.5±1.3
11	少ない反復指示で指示に従う	11	3.8±1.6
12	少ない注意で課題を続けられる	12	3.3±1.2
13	少ない注意で決められた場所に座れる	6	3.8±1.5
15	教材や持ち物を大切に正しく使う	13	3.0±1.7
17	人に悪い言葉をほとんど言わない	15	3.9±1.3
18	不平不満を言う, 泣くことがほとんどない	5	3.4±1.7
21	少ない注意で友達と分かち合ったり, 友達を助けられる	6	3.2±1.7
22	仲間からの挑発的行動を無視する/反応しない	18	3.2±1.5
23	友達をからかわない	12	3.3±1.1
24	友達とけんかをしない	9	3.8±1.1
25	はっきり話す (おつおつとつぶやくのではなく, 少ない注意ではっきり話すことができる)	7	3.3±1.3
26	討論に参加する (促さなくても, 適切に参加できる)	5	3.6±2.0
27	討論に参加する (促さなくても関係ある内容を手短かに話す)	5	3.2±1.1
28	自分への否定的なコメントの発言がない	7	4.1±1.5
29	数回の注意で自分の課題に集中できる	11	3.5±1.5
31	席に座って課題をしているときに, 仲間の邪魔をしない (他児からの不平が出ない)	11	3.9±1.6
33	必要なとき, おとなに適切に助けを求める	8	4.6±1.5
37	数回の注意で先生の指示に従う	7	3.9±1.6

優先順位5位以内の解決すべき項目で, その件数が5件以上の項目を記載した。

あったことは重要である。これらがわが国特有の共通した機能障害項目であるのか, 今後の検討を要する。

本対象者に対する日本語に翻訳した IRS を用いた調査において, IRS 第6項目である「全体的な機能的問題の重症度と治療の必要性の程度」の平均得点が, 保護者評価で3.3, 教師評価で3.5と両評価ともに米国のカットオフ値3を超えており, 本調査対象の ADHD 小児は機能障害を有し, 治療継続の必要性が示唆された。このことは, 被験者の95.0% (96/101名) が何らかの ADHD 治療を受けていることと合致した。また, 保護者評価の「討論に参加する (促さなくても,

適切に参加できる)」、「討論に参加する (促さなくても関係ある内容を手短かに話す)」を除き保護者・教師評価においていずれの項目を主とする場合でも IRS 第6項目スコアはカットオフ値を超えていた。これらより, 37項目より抽出された表6, 7に示す各解決すべき項目は機能障害であること, ならびに医療現場における IRS の実用性が示唆された。保護者評価による討論にかかわる2項目がカットオフ値を下回ったのは, 該当した被験者数が少ないこと, 本邦では討論自体があまり重要視されていないこと, さらには保護者による討論の評価は直接的な観察による評価ではない可能性, などの理由が挙げられる。IRS 項目別

では、「学業の進み具合への影響」、「自尊心への影響」の平均得点が保護者・教師ともに3を超えていることに注目すべきである。ADHDにおける学習困難を指摘する研究結果¹⁰⁾¹¹⁾や上記の具体的な機能障害項目の調査結果からも、ADHD小児の学業にかかわる問題の重大さは一致する。また、ADHD患者における自尊心の低さも重大な問題とされており¹²⁾¹³⁾、本調査からもADHD小児に対する自尊心のケアが必要であると確認された。これらより、ADHD小児の治療ゴールは、各治療ステージにおいて学習困難や自尊心の問題にかかわる項目の見落としがなにか確認しながら、適正な設定を考慮すべきと考えられる。

今回の調査結果は、100例程度の予備的な疫学調査であり、患者の年齢、精神科的併存疾患の有無や治療歴の違いなどの配慮を欠いたものである。こうした限られた調査結果ではあるものの、わが国のADHD小児において勘案すべき主な機能障害は、保護者・教師評価によるそれぞれ10位以内に位置付けられる項目、自由記載であげられたわが国特有と思われる共通した項目を基に検討が可能と思われる。今回得られたエビデンスを基に、今後さらなる検証を行い日本版の機能障害項目によるDRC基本項目の作成へのステップに繋がりたいと考える。また、IRSの医療現場での実用性が示唆されたことから、本評価スケールの日本語版の信頼性妥当性の検証が待たれる。

以上より、わが国のADHD小児において米国版機能障害37項目より共通した解決すべき項目が明らかとなり、それらは機能障害であると考えられた。

文 献

- 1) The MTA cooperative group A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56 : 1073~1086, 1999
- 2) Yamashita Y, Mukasa A, Honda Y et al : Short-term effect of American summer treatment program for Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder. *Brain Dev* 32 : 115~122, 2010
- 3) American Academy of Pediatrics, Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder and committee on quality improvement : Clinical practice guideline treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 108 : 1033~1044, 2001
- 4) Pelham W E : How to establish a school-home daily report card. Center for Children & Families, University at Buffalo (http://ccf.buffalo.edu/pdf/school_daily_report_card.pdf)
- 5) Fabiano G A, Pelham W E, Waschbusch D A et al : A practical measure of impairment : Psychometric properties of the impairment rating scale in samples of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *J Clin Child Adolesc Psychol* 35 : 369~385, 2006
- 6) DuPaul G J, Power T J, Anastopoulos A D et al (市川宏伸他監修) : 診断・対応のためのADHD評価スケールADHD-RS【DSM準拠】チェックリスト, 標準値とその臨床的解釈の詳細, 明石書店, 東京, 2008
- 7) Biederman J, Faraone S, Milberger S et al : A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53 : 437~446, 1996
- 8) Mannuzza S, Klein R G, Bonagura N et al : Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 48 : 77~83, 1991
- 9) Steele M, Jensen R S, Quinn D M : Remission versus response as the goal of therapy in ADHD : a new standard for the field? *Clin Ther* 28 : 1892~1908, 2006
- 10) Gordon M, Antshel K, Faraone S et al : Symptoms versus impairment the case for respecting DSM-IV's Criterion D. *J Atten Disord* 9 : 465~475, 2006
- 11) Massetti G M, Lahey B B, Pelham W E et al : Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4-6 years of age. *J Abnorm Child Psychol* 36 : 399~410, 2008
- 12) Mercugliano M : What is attention-deficit/hyperactivity disorder? *Pediatr Clin North Am* 46 : 831~843, 1999
- 13) Tobias Edbom, Paul Lichtenstein, Mats Granlund, Jan-Olov Larsson : Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatr* 95 : 650~657, 2006

A survey of functional impairment of Japanese children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Yushiro Yamashita¹⁾, Asayo Ishizaki²⁾, Shunsuke Kawakami³⁾, Tatsuya Koeda⁴⁾, Kenji Nomura⁵⁾, Takashi Hayashi⁶⁾ and Michio Hiratani⁷⁾

- ¹⁾ Department of Pediatrics and Child Health, Kurume University School of Medicine, Fukuoka.
yushiro@med.kurume-u.ac.jp
- ²⁾ Oji Clinic, Division of Medicine, The Association of Remedial Teaching for People with Developmental Handicaps
- ³⁾ Saitama prefectural Psychiatric Hospital
- ⁴⁾ Department of Education, Faculty of Regional Sciences, Tottori University
- ⁵⁾ Nagoya University Center for Developmental Clinical Psychology and Psychiatry. Aoitori Gakuen, Medical Welfare Center for Children with Intellectual and Physical Disabilities
- ⁶⁾ Department of Nursing, Faculty of Nursing and Nutrition, Yamaguchi Prefectural University
- ⁷⁾ Hiratani Clinic for Developmental Disorders of Children

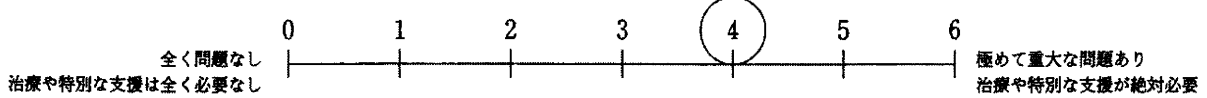


以下に、お子様が主に学校やご家庭で対応できないと思われる項目(解決すべき項目)の具体例を示してあります。お子様にとって該当する項目を優先すべき順番に順位(番号)を付けてください。記載されている具体例以外に、解決すべき問題点があれば自由記載に具体的な項目の記入をお願いします。

場面	No	解決すべき項目	順位
学習について	1	決められた時間内に宿題を終える	
	2	求められる正確さで宿題を終える	
	3	数回の注意で作業を開始できる	
	4	読みやすい字を書く, 用紙のラインの間に文字をきちんと書く(乱筆ではなく)	
	5	宿題の訂正を言われたとおりに行う	
	6	宿題をきちんと提出する	
学校の規則について	7	クラス/学校の規則に従う(違反を繰り返さない)	
	8	クラスで妨害を起こさない	
	9	少ない注意で静かに課題を行うことができる	
	10	不適切な音を立てない	
	11	少ない反復指示で指示に従う	
	12	少ない注意で課題を続けられる	
	13	少ない注意で決められた場所に座れる	
	14	少ない注意で手を挙げて話すことを行える	
	15	教材や持ち物を大切に正しく使う	
	16	盗みがほとんどない	
	17	人に悪い言葉をほとんど言わない	
	18	不平不満を言う, 泣くことがほとんどない	
	19	うそをほとんどつかない	
	20	物を壊すことがほとんどない	
仲間との関係について	21	少ない注意で友達と分かち合ったり, 友達を助けられる	
	22	仲間からの挑発的行動を無視する/反応しない	
	23	友達をからかわない	
	24	友達とけんかをしない	
	25	はっきり話す(ぶつぶつとつぶやくのではなく, 少ない注意ではっきり話すことができる)	
	26	討論に参加する(促さなくても, 適切に参加できる)	
	27	討論に参加する(促さなくても関係ある内容を手短かに話す)	
	28	自分への否定的なコメントの発言がない	
	29	数回の注意で自分の課題に集中できる	
	30	数回の注意で友達を支配しようとする(ボスになろうとする)のを止められる	
	31	席に座って課題をしているときに, 仲間の邪魔をしない(他児からの不平が出ない)	
大人との関係について	32	フィードバックを静かに受け入れる(口論しない)	
	33	必要なとき, おとなに適切に助けを求める	
	34	おとなに話しかけると, ちゃんと目を見て話す	
	35	少ない注意でアイコンタクトを保てる	
	36	おとなを尊敬する(口応えしない)	
	37	数回の注意で先生の指示に従う	
自由記載	—		—
	—		—
	—		—
	—		—
	—		—

附録2 Impairment Rating Scale の日本語訳による調査票（保護者用）

お子様の家庭での主な問題（附録1の優先順位が1～5番目までに該当する具体的項目について）がどのような影響を与えているかをお聞きします。お子様の問題がどのくらい影響があるのか、治療や特別な支援が必要か否かの程度を、各質問ごとに0点（全く問題なし／治療や特別な支援は必要なし）から6点（極めて重大な問題あり／治療や特別な支援は絶対必要）の7段階で評価頂き、該当する数字を○印で示してください。



1 (a) お子様の問題が、他のお子様との友達関係にどのくらい影響を与えますか？

極めて小さな問題がある 少し問題がある 問題がある 大きな問題がある とても大きな問題がある

お子様が友達に人気ある・ないにかかわらず、数カ月にもわたって親友と呼べる友達がいますか？
あてはまる方に○をつけてください。

はい いいえ

(b) お子様の問題が、兄弟姉妹との関係に影響を与えますか？（兄弟姉妹がいない場合には次の質問にすすんでください。）

極めて小さな問題がある 少し問題がある 問題がある 大きな問題がある とても大きな問題がある

2 お子様の問題が、あなた（保護者）との関係に影響を与えますか？

極めて小さな問題がある 少し問題がある 問題がある 大きな問題がある とても大きな問題がある

3 お子様の問題が、学業の進み具合に影響を与えますか？

極めて小さな問題がある 少し問題がある 問題がある 大きな問題がある とても大きな問題がある

4 お子様の問題が、家族全体に影響を与えますか？

極めて小さな問題がある 少し問題がある 問題がある 大きな問題がある とても大きな問題がある

5 お子様の問題が、お子様の自尊心に影響を及ぼしますか？

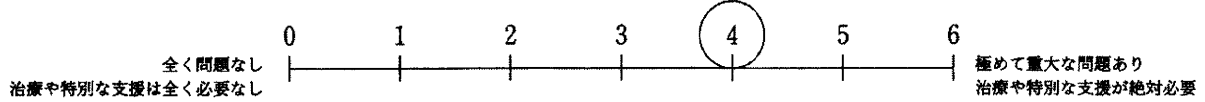
極めて小さな問題がある 少し問題がある 問題がある 大きな問題がある とても大きな問題がある

6 お子様の全体的な機能的問題（上記1～5の機能）の重症度と、治療の必要性の程度を、○印で示してください。

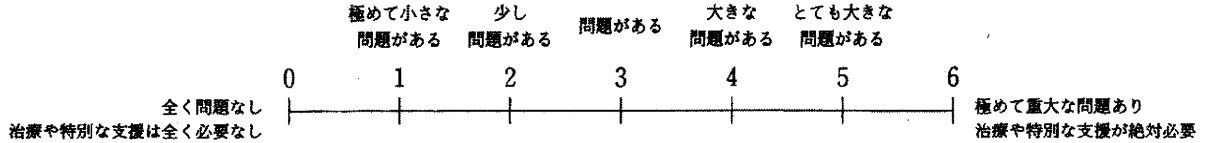
極めて小さな問題がある 少し問題がある 問題がある 大きな問題がある とても大きな問題がある

附録3 Impairment Rating Scale の日本語訳による調査票 (教師用)

お子様の学校での主な問題 (附録1の優先順位が1~5番目までに該当する具体的項目について) がどのような影響を与えているかをお聞きします。お子様の問題がどのくらい影響があるのか、治療や特別な支援が必要か否かの程度を、各質問ごとに0点 (全く問題なし/治療や特別な支援は必要なし) から6点 (極めて重大な問題あり/治療や特別な支援は絶対必要) の7段階で評価頂き、該当する数字を○印で示してください。



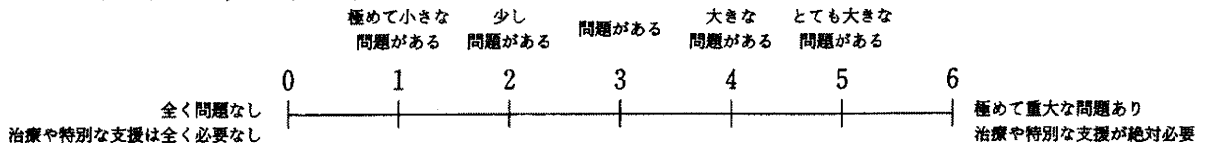
1 (a) お子様の問題が、他の生徒との友達関係にどのくらい影響を与えますか？



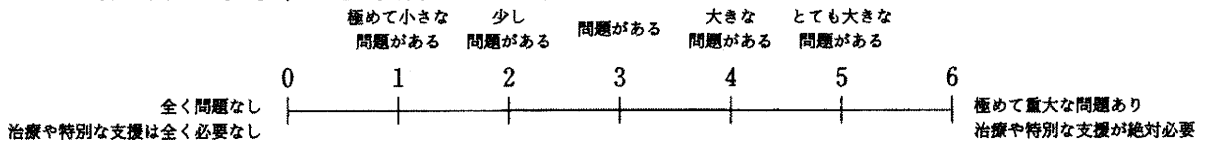
お子様が友達に人気ある・ないにかかわらず、数カ月にわたって親友と呼べる友達がありますか？
あてはまる方に○をつけてください。

はい いいえ

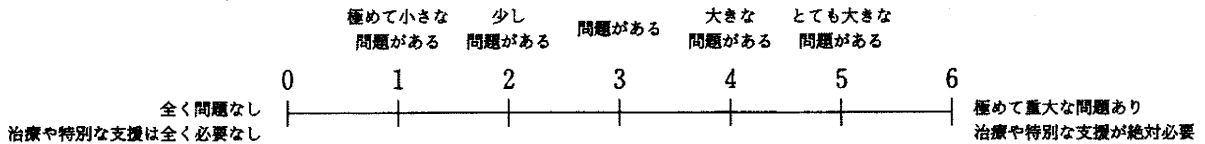
2 お子様の問題が、教師との関係に影響を与えますか？



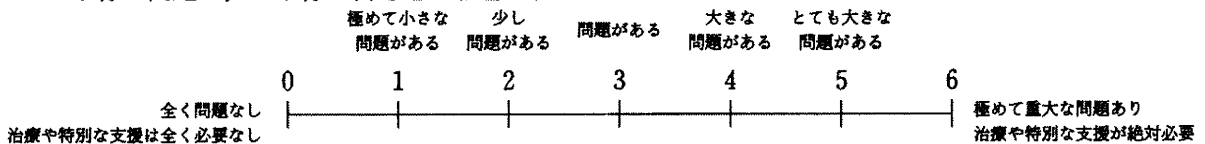
3 お子様の問題が、学業の進み具合に影響を与えますか？



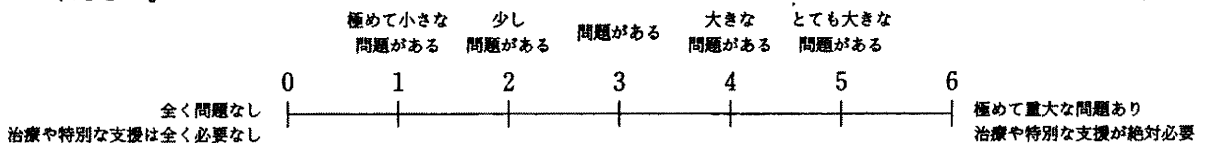
4 お子様の問題が、クラス全体に影響を与えますか？



5 お子様の問題が、お子様の自尊心に影響を及ぼしますか？



6 お子様の全体的な機能的問題 (上記1~5の機能) の重症度と、治療の必要性の程度を、○印で示してください。



研究

発達障害児を持つ保護者のわが子の発達に対する
認識についての検討東谷 敏子¹⁾, 林 隆²⁾, 木戸久美子³⁾

【論文要旨】

発達障害児への効果的な就学支援の在り方を検討するため、保護者を対象に障害の気づきや認識、療育等の実際について調査した。

児の障害の特徴等によりダウン症候群などの「非発達障害児」と療育手帳A・身体障害者手帳を重複して持つ「発達障害群Ⅰ」、療育手帳Bを持ち4歳前に診断された「発達障害群Ⅱ」、療育手帳Bを持ち4歳以降に障害と診断された「発達障害群Ⅲ」に分類し比較した。

いずれの群も子どもの障害への気づきのきっかけとして「指摘される前に自分で気がついた」が最も多かったが、「発達障害群Ⅲ」では保育所・幼稚園で指摘された者が多かった。「発達障害群Ⅲ」は保護者の気づきと診断までに時間が約3年と最も長くかかった。保護者は子どもの激しい行動に気づいていたが障害とは認識せず、自分の育児に原因があると思っていた。

Key words : 発達障害児, 気づき, 乳幼児健康診査, 診断時期, 就学支援

I. はじめに

文部科学省は平成15年3月に「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」を公表し、従来の障害の種類や程度に応じて特別の場で行われる特殊教育から、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、学習障害（以下、LD）、注意欠陥多動性障害（以下、AD/HD）、高機能自閉症を含めた障害のある児童生徒の一人一人の教育的ニーズに対応する特別支援教育への転換を図る必要性を提言した¹⁾。また、2004年に発達障害者支援法が制定され、広汎性発達障害（PDD）、LD、AD/HDを支援の必要な発達

障害と定義し、生涯にわたる支援の必要性を明確に示した²⁾。就学支援は乳幼児期の療育的アプローチから特別支援教育への重要な移行支援であり、円滑な実施には保護者の理解と協力が不可欠になる³⁾。

身体障害や重度の知的障害に比較して乳幼児健診で指摘され難い発達障害について⁴⁾、保護者の気づきを手掛かりとして、特別支援教育に繋ぐことは重要な課題である。

本研究は、発達障害児をもつ保護者への子どもの発達特性の理解の促しと、発達障害児への適切な就学支援を行う一助とするために、就学前の障害児をもつ保護者が子どもの発達の遅れ

Study of Awareness of the Parents about the Developmental Profiles of their Children with
Developmental Disabilities

[2131]

受付 09. 4. 13

採用 09.10. 7

Toshiko HIGASHIYA, Takashi HAYASHI, Kumiko KIDO

1) 社会福祉法人光栄会うべつくし園（臨床発達心理士）

2) 山口県立大学看護栄養学部看護学科（研究職/小児科医）

3) 山口県立大学看護栄養学部看護学科（研究職/助産師）

別刷請求先：東谷敏子 社会福祉法人光栄会うべつくし園 〒755-0072 山口県宇部市中村3-12-51

Tel : 0836-31-7489 Fax : 0836-31-9336

や偏りについて、いつ、どのような形で気づいたのか、子どもの発達の遅れや偏りをどのように捉えていたかについて明らかにすることを目的として実施した。

II. 方法

1. 用語の定義

本研究で用いる発達障害とは、発達障害者支援法の定義に準じて自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害 (PDD), LD, AD/HD とする。

2. 調査対象者

調査は人口2万人から30万人規模の4つの地方都市に事務局のある障害児をもつ親の会に参加している保護者と人口5万人規模の地方都市の小学校ことばの教室に通級する児童の保護者を対象とした。

3. 調査方法

調査用紙は、親の会の代表者や担当教諭を通じて配布したのち研究協力が得られた場合のみ回収した。調査期間は平成17年12月～平成18年1月とした。依頼した団体の構成メンバーすべてから回答を得ることができ、128部（回収率100%）の調査紙が回収できた。そのうち未就学児の4部と未記入や不備のある3部を除外し、調査時現在就学児童・生徒を持つ保護者からの回答121部を分析対象とした。

4. 調査内容

対象児の属性、障害の早期発見および認識に関する質問項目からなる質問紙を作成した。対象児の属性（年齢・性別・在籍学校（学級）・学年・学校（学級）移籍の有無・福祉手帳の有無）、保護者の気づきの時期ときっかけ、診断・判定の時期と場所、診断名、保護者が子どもの発達や行動に関して指摘や診断を受けるまでどのように感じていたかについて回答を求めた。また、障害特性に対する保護者の認識を調査するために「子どもの障害を他者に説明できるか」に対して5段階評価で回答を求めた。

5. 対象児の分類

保護者の障害に対する認識は、子どもの主たる障害が知的障害や身体障害等の発達の遅れを来す障害と発達障害のように発達の不均衡を示す障害では異なる可能性がある。そこで、対象児のうち、PDD, LD, AD/HD と診断されている子どもを「発達障害群」、知的障害・言語遅滞、ダウン症候群、脳性マヒ・肢体不自由、その他（視聴覚障害・その他）を「非発達障害群」とした。さらに「発達障害群」を知的障害の程度により2群に分けた。知的障害の重い群（対象児が居住する県の療育手帳制度による療育手帳A所持群）を「発達障害群Ⅰ」とした。知的障害の軽い発達障害群（対象児が居住する県の療育手帳制度による療育手帳B所持群）について診断時期が4歳を境に2群に分かれたので、4歳以前に診断された群を「発達障害群Ⅱ」と4歳以降に診断された群を「発達障害群Ⅲ」とした（図1）。群分けをした結果、「発達障害群Ⅰ」が29名（25.9%）、「発達障害群Ⅱ」が14名（12.5%）、「発達障害群Ⅲ」が20名（17.9%）、「非発達障害群」が49名（43.8%）に分類できた。特に「発達障害群Ⅲ」には知的発達の遅れがないか軽い、いわゆる「軽度発達障害児」が含まれると想定されるので、「発達障害群Ⅲ」に着目して他群との差を比較検討した。

6. 分析方法

統計処理として、群間比較には、Kruskal-Wallis 検定または一元配置分散分析、その多重比較には Steel-Dwass 検定または Tamhane 検定を使用した。結果の検定は有意水準を5%とした。

7. 倫理的な配慮

研究の協力については、調査票を配付する際に研究目的等を記載した研究協力のお願いを添付した。研究協力を求めると同時に研究への協力は自由であり、結果の処理は個人が特定できない形で統計的に処理したデータのみ用いることを説明し協力を得た。

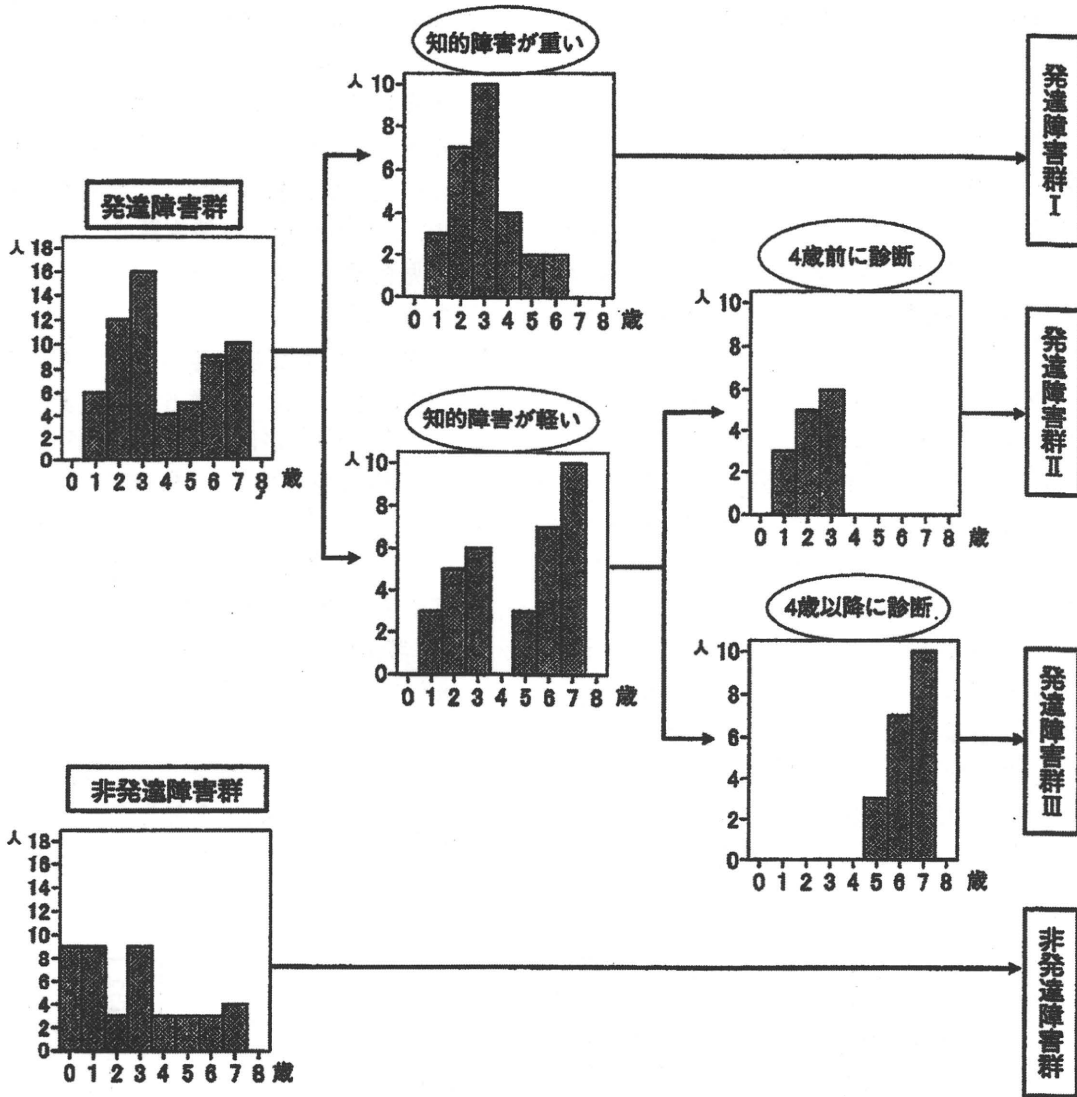


図1 対象の群分けと各群の診断時期

グラフの横軸は診断年齢。発達障害群 I：発達障害（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）の中で知的障害の重たいもの。発達障害群 II：発達障害で知的障害の軽いもののうち4歳以前に診断のついたもの。発達障害群 III：発達障害で知的障害の軽いもののうち4歳以降に診断のついたもの（いわゆる軽度発達障害が想定される群）。非発達障害群：発達障害以外の小児期に発生した障害のあるもの。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の持つ子どもの属性

対象者（父親1名、母親119名、祖父母1名）の持つ子どもの診断名は、PDDが54名（44.6%）で最も多く、次いで、知的障害・言語遅滞が20名（16.5%）、脳性マヒ・肢体不自由が17名（14.0%）、ダウン症候群が7名（5.8%）、LDとAD/HDとその他の疾患（視聴覚障害他）が各5名（4.1%）ずつであった。診断名なし

は8名（6.6%）であった。PDDと知的障害・言語遅滞等の他の障害が併存している場合もPDDに含めた。

在籍学校は、特殊学級在籍児が49名（40.5%）、養護学校（調査当時）在籍児が45名（37.2%）で、通級指導教室への通級児が16名（13.2%）、普通学級在籍児が10名（8.3%）、盲学校在籍児が1名（0.8%）であった。現在の学年は、小学校1～2年25名（20.7%）、小学校3～4年31名（25.6%）、小学校5～6年29名（24.0%）、

中学校31名 (25.6%), 高等学校 5名 (4.1%) であった。

2. 保護者の気づき・診断の実態

Ⅰ. 気づきの時期

保護者が子どもの発達の遅れや偏りに気づいた年齢 (以下「気づきの年齢」) は、全体では平均1.53歳 (標準偏差1.62) であった。

「気づきの年齢」に関して、4群のヒストグラムをみると「非発達障害群」では0歳代がピークであった。「発達障害群Ⅰ」と「発達障害群Ⅱ」では1歳代をピークに概ね3歳代までで、「発達障害群Ⅲ」の気づきの年齢は、顕著なピークがなく、0歳から7歳まで幅広く分布していた (図2)。

「気づきの年齢」を4群間で比較した結果、有意差が認められた ($\chi^2(3)=20.436, p < 0.001$)。多重比較の結果、「発達障害群Ⅲ」と他の3群の間に有意差が認められた (「非発達障害群」との間に有意差 $p = 0.005$, 「発達障害群Ⅰ」との間に有意差 $p = 0.018$, 「発達障害

群Ⅱ」との間に有意差 $p < 0.001$)。

Ⅱ. 気づきのきっかけ

保護者が子どもの発達の遅れや偏りに「気づいたきっかけ」は、「指摘される前に自分で気がついた」が43名 (39%) で最も多かった。次いで、「1歳6か月児健康診査 (以下、1歳6か月児健診) で指摘された」が19名 (17.3%) と多かった。

4群別に「気づきのきっかけ」をみると「発達障害群Ⅰ」では「1歳6か月児健康診査で指摘された」との割合が最も多かったが、「非発達障害群」、「発達障害群Ⅱ」、「発達障害群Ⅲ」では「指摘される前に自分で気がついた」の割合が最も多かった。「発達障害群Ⅲ」では「保育園・幼稚園から指摘された」の割合も多かった (図3)。

Ⅲ. 保護者が子どもの発達の遅れや偏りに対する指摘や診断を受けるまで、子どもの発達・行動をどのように感じていたか

子どもの発達・行動を「少し気にした」との回答が50名 (47.6%) と最も多く、次いで「とても気になった」との回答が33名 (31.4%) で

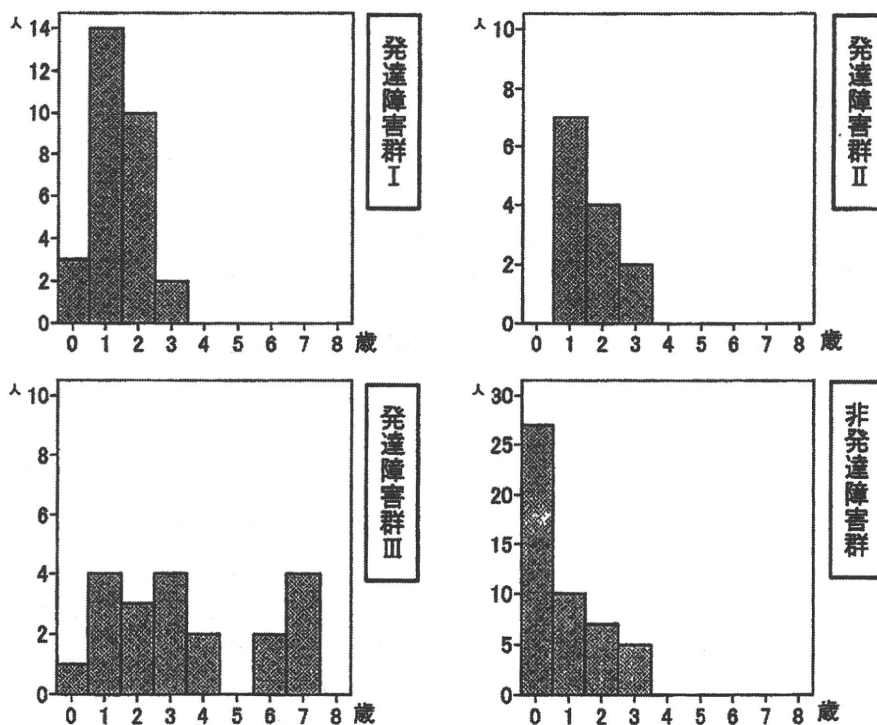


図2 保護者が子どもの発達の遅れや偏りに気づく時期

グラフの横軸は保護者が自分の子どもの発達の遅れや偏りに気づいた時期 (子どもの年齢) を示す。発達障害群Ⅲ以外は3歳までに保護者が発達の遅れや偏りに気づいている。発達障害群Ⅲでは気づく時期が0歳から7歳と幅広い。

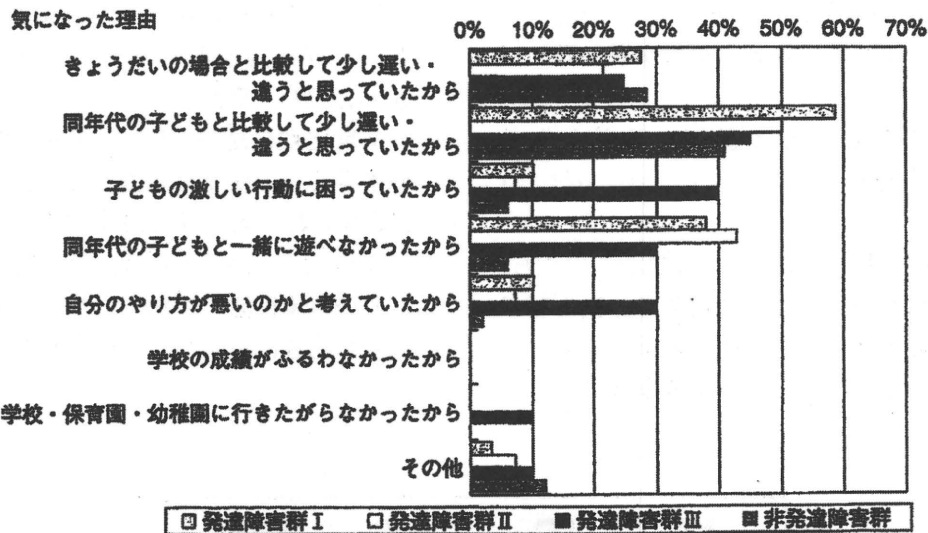
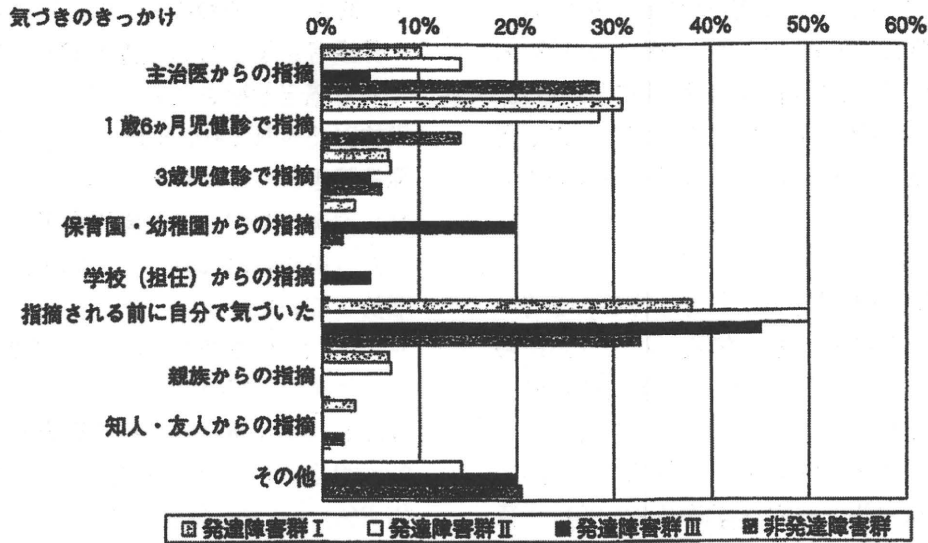


図3 保護者が子どもの発達の遅れや偏りに気づききっかけとその理由

保護者が自分の子どもの発達の遅れや偏りに気づききっかけは、障害の種別にかかわらず「指摘される前に自分で気づいた」が最も多かった。発達障害群IIIでは保育所・幼稚園からの指摘が他群に比べて多かった。子どもの発達の遅れや偏りが気になった理由は、障害の種別にかかわらず「同世代の子どもと比較して少し遅い・違うと思っていたから」が多かった。発達障害群IIIでは「自分のやり方が悪いのかと考えていたから」が多いのが特徴だった。

あり、対象者の83名(79.0%)が指摘や診断を受ける以前に子どもの発達・行動を気にしていた。

保護者が子どもの発達の遅れや偏りに対する指摘や診断を受けるまで、子どもの発達・行動についての感じ方は、4群間で有意差は認められなかった($\chi^2(3)=3.885, p=0.274$)。

iv. 気になった理由

保護者が子どもの発達の遅れや偏りに対する指摘や診断を受けるまで、子どもの発達・行動

について気になった理由(以下「気になった理由」)は、「同年代の子どもと比較して少し遅い・違うと思っていたから」が53名(47%)と最も多かった。次いで「きょうだいの場合と比較して少し遅い・違うと思っていたから」が30名(27%),「同年代の子どもと一緒に遊べなかったから」が26名(23%),「子どもの激しい行動に困っていたから」が15名(13%)の順に多かった。

4群間で「気になった理由」をみると、4群ともに「同年代の子どもと比較して少し違う・

遅いと思っていたから」の割合が最も多かった。「発達障害群Ⅲ」では「子どもの激しい行動に困っていたから」との理由が2番目に多かった。さらに、他の3群と比べて「自分のやり方が悪いのかと考えていたから」との理由が多い傾向も認められた。

v. 診断の時期

保護者が医療機関等で子どもの障害の診断・告知を受けた時の子どもの年齢（以下「診断時の年齢」）は、全体では平均3.41歳（標準偏差2.21）であった。

4群別に「診断時の年齢」を見ると、「非発達障害群」は平均2.67歳（標準偏差2.30）、「発達障害群Ⅰ」は平均3.04歳（標準偏差1.35）、「発達障害群Ⅱ」は平均2.21歳（標準偏差0.80）、「発達障害群Ⅲ」は平均6.35歳（標準偏差0.75）であった。

「診断時の年齢」を4群間で比較した結果、有意差が認められた（ $\chi^2(3)=40.029$, $p < 0.001$ ）。

「発達障害群Ⅲ」では、対象人数20名のうち、6歳代での診断が7名、7歳代での診断が10名で、大部分の子どもたちが就学前後に診断・告知を受けており、他の3群とは異なっていた。

vi. 気づいてから診断されるまでの期間

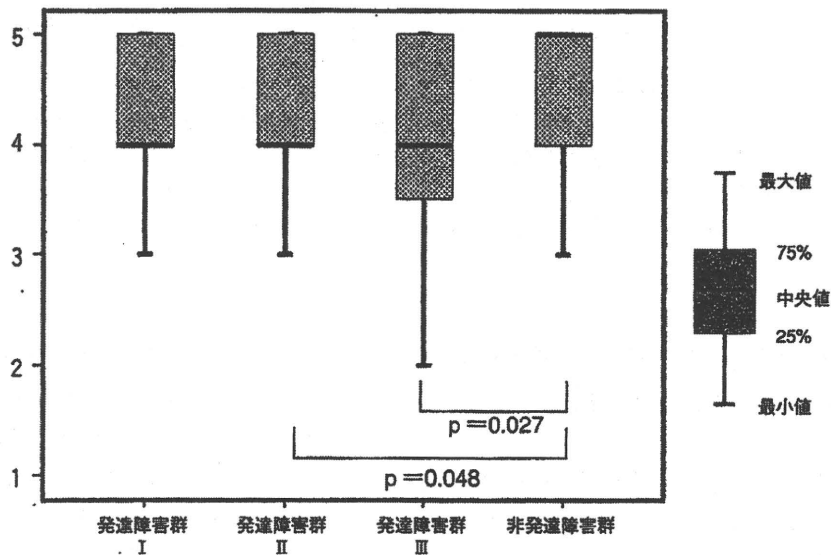
保護者が子どもの発達の遅れや偏りに気づいてから確定診断されるまでの期間は、全体では平均24.5か月（中央値18.0か月）であった。「非発達障害群」では平均26.3か月（中央値18.0か月）であったが「発達障害群Ⅲ」では平均39.8か月（中央値34.0か月）と確定診断まで3年程度要していた。

vii. 子どもの障害特性に対する保護者の認識

子どもの障害特性を「説明できる」との回答は53名（48.2%）、「まあまあ説明できる」が43名（39.1%）、「どちらともいえない」が6名（5.5%）、「あまり説明できない」が7名（6.4%）、「説明できない」が1名（0.9%）であった。

子どもの障害特性に対する保護者の認識は4群間で有意差が認められた（ $\chi^2(3)=11.945$, $p=0.008$ ）（図4）。

多重比較の結果、「非発達障害群」と「発達障害群Ⅱ」の間で有意差（ $p=0.048$ ）が、「非発達障害群」と「発達障害群Ⅲ」の間で有意差（ $p=0.027$ ）が認められ、発達障害群の保護者は非発達障害群の保護者に比べて子どもの障害特性を他者に説明しづらいと感じていた。



1. 説明できない 2. あまり説明できない 3. どちらともいえない 4. まあまあ説明できる 5. 説明できる

図4 子どもの障害特性をどの程度他者への説明できるか

知的障害の軽い発達障害群（発達障害群Ⅱ・Ⅲ）は非発達障害群に比べて、保護者が子どもの障害を他者に説明しにくいと感じていた。

IV. 考 察

障害に気づく契機について、中田は病理群(ダウン症や小頭症など病理型の精神遅滞)の大半が医師から指摘されて気づくが、自閉群(精神遅滞を伴う広汎性発達障害)と精神遅滞群(それ以外の精神遅滞)では半数以上が家族からの気づきであることを示した⁶⁾。本研究では、保護者の約40%が他から指摘される前に自らが子どもの発達の遅れや偏りに気づいており、中田の自閉群と精神遅滞群を対象とした研究の結果に類似した結果であった。本研究で対象とした子どもの過半数がPDDやLDおよびAD/HD等の発達障害児であったことから、自閉症や精神遅滞に限らず、発達障害児の保護者は、子どもの行動特徴や発達特性について何らかの不安や違和感を専門家や周囲の人たちから指摘される前から気づいていることを明らかにできた。

保護者が子どもの発達の遅れや偏りに気づいた理由としては、「子どもの激しい行動に困っていた」と「自分のやり方が悪いかと思っていた」が「発達障害群Ⅲ」において他群に比べ高かった。また、今回の調査で保護者の子どもの障害特性についての認識については発達障害群の保護者が非発達障害群の保護者に比べて「障害特性を他者に説明できない」と感じていることも明らかにできた。以上より「発達障害群Ⅲ」は、障害の特徴が解りづらいことから、特異な子どもの行動を障害とは認識せずに、自分の育児能力の低さが原因だと考えている様子がうかがえる。

障害の気づきの時期について、秋山は広汎性発達障害では1歳から1歳半、精神遅滞では3歳で「気づき」があり、はじめての相談につながったことを示した⁶⁾。本研究では「非発達障害児」の保護者の多くは子どもの発達の遅れや障害について0歳代をピークに遅くとも3歳代までには気づいており、早い時期に子どもの発達の遅れや障害を認知していた。知的障害の重い「発達障害群Ⅰ」と知的障害は軽い4歳以前に診断のついた「発達障害群Ⅱ」も同様に1歳代をピークに遅くとも3歳代までには子どもの発達の遅れや偏りに気づいていた。発達に遅れのある「発達障害群Ⅰ」と行動の激しい「発

達障害群Ⅱ」の気づきのきっかけは、「指摘される前に自分で気がついた」の次に「1歳6か月児健診での指摘」が多かった。このことは1歳6か月児健診が発達の遅れや激しい行動異常をチェックするのに有効であることを示している。一方、「発達障害群Ⅲ」の保護者は、子どもの発達の遅れや偏りに気づいた年齢にピークがみられず、0歳や1歳代の早期から就学時期までの各年齢に分散していることが特徴であった。「発達障害群Ⅲ」では障害の解りづらさが保護者の気づきの時期のばらつきにつながっていると考えられる。障害診断の時期が「非発達障害群」に比べ、「発達障害群」は4歳以前と4歳以降に2分された。このことは発達障害には低年齢では気づき難い行動上の問題を特徴とするものも少なくないことを示唆しており、保護者の気づきの時期のばらつきにつながるのではないかと考えられる。さらに、「発達障害群Ⅲ」では子どもの発達の遅れや偏りに対する気づきから診断までの期間が3年以上と長く、「発達障害群Ⅲ」の示す行動特性が保護者にとって支援の必要な発達特性(障害特性)だという認識を持ちにくいものであることを示唆している。

「発達障害群Ⅲ」の「気づきのきっかけ」は「指摘される前に自分で気がついた」の次に「保育園・幼稚園からの指摘」が多かった。保育所や幼稚園には発達障害の専門家は配置されていないが、標準的な環境を設定した集団生活の中で他児との比較することになり、保育士や幼稚園教諭が発達障害児の示す特異な発達特性に気づくことは可能であることを示している。保育士や幼稚園教諭は集団生活で示される客観的事実に基づいて子どもの発達特性を保護者に伝えることができる⁷⁾。保育士や幼稚園教諭が保護者に子どもの発達上の問題への気づきを促すという重要な役割を果たしていることがうかがえる⁸⁾。

診断の時期に関して「発達障害群」は4歳以前と4歳以降の2グループに分かれたが、これは「発達障害群Ⅲ」が示す行動の特徴が3歳児健診ではチェックできないものであることを示している。その行動特徴は就学前後になってようやく気づかれ始めたからと推測する。

子どもの発達特性に応じた支援を早期に開始

するためには、発達障害の内容に応じて保護者に子どもの発達上の問題としての気づきの場を設定することが重要である。4歳以前に診断される「発達障害群Ⅱ」では1歳6か月健診や3歳児健診が気づきの場として有用であると考えられるが、4歳以降に診断される「発達障害群Ⅲ」の多くは、6歳7歳で診断されており、就学前に保護者に子どもの行動特徴について発達の偏りとしての気づきを促す場が少ないと考える。発達障害の早期支援として5歳児健診（相談）の有用性が検証されているが⁹⁾、3歳児健診では気づかれにくい問題¹⁰⁾が集団生活を行うことにより顕著になり、なおかつ就学まで1年以上時間のある5歳の時点で子どもの発達を振り返る機会を保護者に提供することは保護者支援としても有用と考える。この時期に保護者が子どもの行動特徴を発達の偏りとして理解することで、子どもの特性に合わせた環境設定を保育所・幼稚園で実施できるし、就学に向けて余裕をもった準備をすることが可能になる¹¹⁾。5歳児健診（相談）の実施により就学前に発達障害児（特に「発達障害群Ⅲ」）に対する適切な支援が期待できる。

V. 結 語

発達障害は明確な疾患ではないため、その保護者といえども子どもの行動特徴や発達特性を障害と認知しにくいのが実情である。多くの発達障害児の保護者は子どもの発達の偏りを認知しにくいだけでなく、子どもの行動上の問題を自分の育児能力が低いことに原因があると考え精神的にも追い込まれていく危険性がある。多くの発達障害児の保護者が早くから子どもの発達の特徴には気づいているが、保護者の気づきは、それが発達全体の問題に結びつく可能性のあるものだという認識ではないため、診断や専門機関による日常生活の助言や就学支援に結びついていなかった。3歳児健診では気づき難い発達障害の子どもたちの診断や支援につながる気づきを保護者に促す場として、5歳時に発達を振り返る機会を設定することは有効だと考える。

謝 辞

本研究に際し、障害児親の会の代表者の方々、小学校ことばの教室担当教諭、保護者の皆様方に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 文部科学省. 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力会議. 平成十五年. 三月二十八日答申.
- 2) 文部科学省. 発達障害者支援法（平成十六年十二月十日法律一六七号）.
- 3) 梅津敦子. 発達に遅れのある子の就学相談. 第1版. 東京：日本評論社, 2005：117-119.
- 4) 鈴木周平. 幼児期軽度発達障害児への支援. 発達 2004；97（25）：33-36.
- 5) 中田洋二郎. 親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀. 早稲田心理学年報 1995；27：83-92.
- 6) 秋山千枝子, 堀口寿広. 発達障害児の保護者による「気づき」の検討. 脳と発達 2007；39：268-273.
- 7) 厚生労働省. 告示題百四十一号.
- 8) 高橋 修. 地域療育システムにおける自閉症の診断と説明. 発達障害研究 2004；26（3）：153-163.
- 9) 小枝達也編. 5歳児健診—発達障害の診療・指導エッセンス. 初版. 東京：診断と治療社, 2008：95-110.
- 10) 小枝達也, 汐田まどか, 赤星進二郎, 他. 3歳児健診における学習障害リスク児はどんな学童になったか. 脳と発達 1995；27（6）：461-465.
- 11) 櫻井宏明, 戸田竜也. 保護者の視点から見た就学相談・指導の問題点. 障害者問題研究 2001；29（3）：206-215.

〔Summary〕

The purpose of this study is to research awareness of the parents about the developmental profiles of their children with developmental disabilities.

We classified the subjects to four groups for their profiles.

The first group was named “the non-developmental disability group” as organic disorders like Down syndrome. The second group was named “the developmental disability group I” as severely intel-

lectual disabilities combined with cerebral palsy. The third group was named "the developmental disability group II" as mildly intellectual disabilities diagnosed before 4 years old. The fourth group was named "the developmental disability group III" as mildly intellectual disabilities diagnosed after 4 years old.

The developmental disability group I and the developmental disability group II were pointed out their disabilities in infancy. The developmental disability group III was pointed out their disabilities in a kindergarten or a nursery school. The parents having the child with developmental disability no-

ticed their peculiar and destructive behaviors. Most of the parents could not recognize those behaviors as one of symptoms of developmental disabilities, and they pressed themselves for their own immature abilities in child-rearing.

Thus we propose enforcement of the health check system in five years old for pre-school children from the point of view of developmental screening.

[Key words]

children with developmental disabilities, parental notice, the period of diagnosis, supporting procedures in entering elemental school

特集

障害を持つ子どもたちが通う病院と施設

2

知的障害



山口県立大学看護栄養学部看護学科 はやし たかし 林 隆

はじめに

知的障害のある子どもたちが、障害であることが原因で病院を受診するとすれば、その理由は発達の遅れの原因検索と診断のためだと思われます。さらには、子どもの障害をどのように捉えて、どのような育児をしたらよいかという保護者の思いも、病院の受診につながっていると思われるかもしれません。発達の遅れの相談を目的に病院を受診すること自体が、保護者にとってとても勇気の要ることで、保護者は覚悟とわずかな希望の入り交じった複雑な思いを抱いて、病院の門をくぐってこられることを専門職は肝に銘じる必要があります。

受診経路

発達の遅れは子どもの気になる特徴ですが、保護者にとってそれが困るかという点と必ずしもそうでもない

ようです。発達障害のある保護者を対象にして、障害の気づきについて調査したことがあります¹⁾。その結果から、知的障害のある子どもを持つ保護者の認識として、子どもの障害について、1歳台をピークにおおむね3歳台までには、半数近くの方が「他人から指摘される前から、自分で気づいた」という結果でした。知的障害が重いと1歳6か月健診で指摘されることも多いようです。しかし、保護者の気づきから診断にいたるには2年くらいかかるようで、保護者の気づきが障害診断を受け入れるのにかなり時間がかかることを示しています。受診にいたる道のりが平易ではないことを示しています。

知的障害の場合に、おもな受診経路は、1歳6か月健診や3歳健診で、発達の遅れを指摘されることが多いようです。前述したように保護者と

しては、遅れを認識していても、そのことが障害という認識につながるには時間がかかるようです。時に高校進学前に学業不振と二次障害を主訴に受診するケースがあります。学校で検査されたWISC-IIIでは知能指数(IQ)が50~60で知的障害の判断をすることになるのですが、それなりに学校生活で苦勞され、不登校気味だったり、対人関係のトラブルを抱えていたりするケースも少なくありません。

受診時の状況

受診経路については、前述しましたが、乳幼児健診あるいは健診後の事後フォローアップを何回か受けて、一度きちんとみてもらおうといわれて受診する場合がもっとも多いパターンです。この場合は、保護者が「障害ではない」という判断へ^いる^らの希望を持っていることも少なく

著者プロフィール 1983年山口大学医学部卒業。その後、山口大学医学部附属病院小児科、山口大学医学部小児科助教授、山口県立大学看護学部教授、山口県立大学大学院健康福祉学研究科教授を併任、山口県立大学看護栄養学部教授(学部改組による)、国立精神・神経センター客員研究員など。関連学会は日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児神経学会など。専門は、発達小児科学、小児神経学、発達障害医学、臨床てんかん学、脳神経超音波医学。関連著書に「小児科医と共に提案! 教室でする発達障害への教育コーチ」(明治図書、2008年)(共著)、「てんかんQ&A-こんなことも聞いていいでしょうか」(日本文化科学社、2001年)(共著)などがある。

ありませんので、対応は慎重にするべきです。一方、類度的には少ないのですが、知的障害についての医学的診断は受けていませんが、保健所の二次健診や児童相談所などの相談機関の心理判定をすでに受けているケースがあります。このグループの医療機関の受診目的は、幼稚園や保育所の加配制度の利用や就学時の特別支援教育を受けるために必要な診断書の作成、特別児童扶養手当など福祉制度を利用する上での必要な診断書の作成です。このようなケースでは、診断そのものを伝えることは容易ですが、保護者が障害をどのように受けとめているかについて確認が必要です。発達特性を肯定的に理解し、ポジティブな育児を行なえるような障害についての説明や、子どもの発達特性についての解説をします。また、以下に示す医学的な検査の必要性を説明し検査を受けることを勧めることも大切です。

検査

1) 発達の評価

知的障害の診断には、標準的な様式に則った知能テストを行なう必要があります。一般病院の小児科で心理士が常駐している施設はまれです。診療の場面で現実的に実施可能で、診療に有用なツールとして遠城寺式・乳幼児分析的発達検査法があります。問診によって、①運動、②社会性、③言語という3種類の発達を、①移動運動、②手の運動、③基

本的習慣、④対人関係、⑤発語、⑥言語理解の6領域で評価し、発達状況を分析的に判断することが可能です。運動能力も含めた発達指数(DQ: 暦年齢に対する発達年齢の割合)を示すことは可能です。厳密な意味でIQを示すものではありませんが、言語領域のDQで大まかなIQ評価することもできます。特別児童扶養手当や障害児福祉手当等の診断書にも使用可能です。詳細な発達特性の分析にはウェクスラー系の知能検査が有用です。幼児版のWIPPSI、学童期を対象としたWISC-III、成人向けのWAIS-IIIがあります。聴覚認知の特性を示す言語性IQと視覚認知の特性を示す動作性IQを分けて評価できるのが特徴で、子どもの発達の特徴、とりわけ学習機能の特徴を理解するには有用な検査です。学校での支援を考えると一度は受けておきたい検査です。

2) 原因の検索

知的障害の原因はさまざまで、明らかな原因を同定できないものがほとんどといってよいかもしれません。知的障害の原因が明らかになっても、それが治療に直結することは少ないのですが、診断することで発達予後の予測と必要な支援が明確になること、合併症の早期発見につながることは期待できます。

中でも聴力障害は治療や支援がまったく異なる障害ですので、診断は重要です。知的障害の症状としてもっとも気づかれやすいのは言葉の

遅れです。そして、言葉の遅れの原因として忘れてはいけないのが聴力障害です。現在は聴性脳幹反応検査(ABR)や耳音響放射検査が幼児期でも可能な聴力のスクリーニング検査として実施されます。

聴力に異常がなければ、脳の検査を行ないません。画像検査による形態学的な脳の評価と脳波検査による脳機能の評価を行ないません。画像検査として核磁気共鳴画像診断法(MRI)が放射線曝露もなく、たくさんの情報を得ることが可能で推奨されますが、検査には時間がかかり30分程度の鎮静が必要で、通常睡眠導入剤を使用しますが、タイミングが合わないと実施困難な場合も少なくありません。そのような場合は、検査時間の短いCT検査でも大まかな情報を入手可能なので代用します。画像検査では脳奇形の有無や、水頭症を確認します。MRIではてんかんの原因になる脳回形成の異常も評価できます。脳波検査はてんかん波の有無をみることになります。定型発達の子どもの比へ、知的障害の子どものてんかん発生頻度は高いといわれています²⁾。発作がなければ投薬を行なうことはしませんが、定期的な脳波検査が必要になります。

両親のどちらにも似ていない特異な顔つきや低身長がある場合は、染色体分析も一度は行なってみる必要があります。Williams症候群と、Angelman症候群・Prader-Willi症候群、CATCH22(22q11.2欠失症候群)、

4p-症候群は特殊な染色体分析検査 (FISH 法) で診断が可能ですので、特徴的な臨床症状があれば実施します。発達の特徴や特有の合併症と予後についての情報を得ることができ、将来の見通しと効果的な療育を行なうことが可能になります。

◆ 診断 ◆

診断は前述した標準的な知能テストによって行ないます。医学的に知的障害の診断基準はなく、DSM-IVなどに示される精神遅滞 (mental retardation) の定義にしたがうことになり、IQ (あるいは DQ) によって診断と分類がされます。おおむね IQ70 以下の状態を知的障害と診断します。さらに IQ70~51 を軽度の知的障害、IQ50~36 を中度の知的障害、IQ35~21 を重度の知的障害、IQ20 以下を最重度の知的障害と分類します。教育行政では、軽度の知的障害は通常学校の特別支援学級で、中度よりも重い障害は特別支援学校での教育を勧めています。知的障害の原因を考えると、IQ が 50 以上の軽度の知的障害は合併症のない原因不明のものが多く、正規分布の一端を占める正常 IQ のスペクトラムと考えることのできるグループで、特発性の知的障害ということが出来ます。一方、IQ が 50 以下の中度・重度の知的障害は、脳性麻痺などの合併症が多く、知的障害そのものが何らかの疾病による脳障害の結果と考えることのできるグループ

で、症候性の知的障害ということが出来ます。

ビネー系知能検査では IQ の平均値は 100、標準偏差は 16 の正規分布にしたがうといわれています。だとすれば、IQ70 以下は全体の 2.5% 程度になります。知的障害という概念は IQ という尺度で人をみた際の、少数派だといえることができます。とくに軽度の知的障害 (前述の特発性の知的障害) は、疾病というよりも個性の範疇と考える方が自然に思えます。

昨今、知的障害に自閉症・広汎性発達障害が併存したり、IQ は 70 以下でも学習障害的な発達特性に凸凹を認めたりするケースが少なくないことが知られるようになってきました。自閉症・広汎性発達障害の合併がある場合や学習障害的な特性を持つ場合は、それぞれの発達特性をふ

まえた対応が必要になります。一般的には、IQ が高いと勉強ができて学校では何も困らないだろう、IQ が低いと勉強ができないのでスモールステップのくり返しが大切だろうなどと考えられがちです。これは、IQ が高いというのはバランスよく IQ が高く、IQ が低いというのはバランスよく IQ が低いという誤解に起因します。図 1 はそのイメージです。実際は IQ 検査の下位項目のバランスがよいのは平均的な IQ を有する子どもたちの特徴で、平均から離れば離れるほど IQ 検査の下位項目のバランスは崩れてしまいます (図 2)。子どもの特性の理解は、IQ が低い場合も高い場合も、トータルの IQ の値だけでは困難です。下位項目のばらつきを基に、行動の特徴の背景にある発達特性を推察することが大切です。

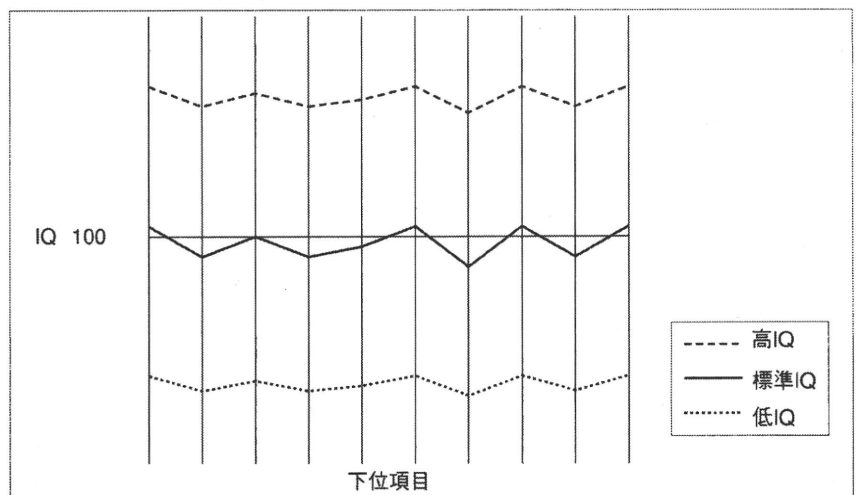


図 1 一般的に考えられている IQ