

と題する発表のなかで、米国における高等教育における障害学生の割合は10%を超えており、LDとADHDが30%近くを占めていると報告しており、日米の間で数値の上には大きな乖離がある。障害の種別や分類法は国によっても相異があるので単純な比較はできないが、わが国においては後発ともいえる発達障害のある学生への高等教育における理解や支援体制は、まだ着手されたばかりといっても過言ではないだろう。

4. センター試験における特別措置としての発達障害区分の導入

高等教育における発達障害のある学生の在籍者はまだ少なく、その理解と対応も始まったばかりである。ところで高等教育の入口に位置する大学入試センター試験において、平成23年1月の実施から障害者の特別措置に関しての大きな動きがあった。

大学共通一次試験が改称され、大学入試センター試験として初めて実施されたのは平成2年1月からであるが、身体障害のある者への特別措置は当初からあった。平成23年度入学者のためのセンター試験（平成23年1月実施）において、従来の身体障害に属する、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、病弱に続き、新たに発達障害区分が導入された。

目前に迫っている国際的な障害者の権利に関する条約の批准と、国内における

発達障害支援法の施行と具体的な施策展開のなかで、初等中等教育における発達障害のへの理解推進が大きく進み、数年後には高等教育にも波及してくることが十分に予想されるなどの動向が、その背景にあったと思う。

センター試験においては、発達障害はその様態が多様であることから、医学の診断書と同時に、教育関係者からの状況報告・意見書を求めているのが特徴である。主要な措置事項としては、初年度は、読みに関する障害が認められる場合の「試験時間の延長」や「拡大文字問題冊子の配布」、マークシートを塗りつぶす代替措置としての「チェック解答」、環境調整としての「別室の設定」等が、次年度には「注意事項等の文書による伝達」が付け加えられた。

これらの事項の決定は、申請に応じて、専門家による特別措置委員会によって判断される。また来年の実施にあたっては、すべての特別措置申請が従来よりも一カ月繰り上げられ、8月1日からとなり、9月5日（消印有効）までに申請のあったものについては、9月中に本人に結果が通知されることとなった。これまでの12月という措置決定は遅く、推薦入試や受験希望大学の決定のために、少しでも早く結果を伝えて欲しいという志願者からの要望に応える変更である。

こうしたセンター試験における変化は、特別支援教育についての高等学校側の一層の理解と対応が前提となるものである

とともに、センター試験を利用しない大学や二次試験などにおける各大学での発達障害に対する特別措置の広がりをもつながる。同時に、試験を課さないAO入試等の入学者のなかにも発達障害のある学生がかなりいることが予想される。これら入学させた学生に対して、適切な教育支援を行う責務を大学自身が負うべきであることを自覚しなければならない。

5. 発達障害のある学生に対する教育支援と残された課題

発達障害は、障害としてはこれまで支援の対象外にあった新しい障害であり、見えにくい（インビジブル）障害ともいわれる。いいかえるとその障害状態は、障害のあるものとそうでないものとの中間に位置しており、いわば架橋的な存在であるともいえる。しかし、彼らが個人的存在であり、いかに中間的な存在であるとしても、支援を必要としていることに違いはない。

先の日本学生支援機構の例年の調査でも、発達障害の場合、医者の診断書は持っていないが、学生生活を維持するうえで支援が必要だと判断されたものは、診断書を有する学生の2倍以上もいる。そうした学生も含め、学生生活における具体的な支援とはどのようなものが必要であろうか。高等教育における発達障害のある学生に対する具体的な支援について述べる。

センター試験において発達障害区分が導入され、特別措置に大きな変化を与えたが、米国や英国の大学入試における特別措置と比較しての大きな相違は、LDの中核にある読み書き障害に対する人的サポートである。つまり経験のある代読者や代筆者の採用であるが、欧米では二親等以内の人や担任教師がその任にあたることは制限されており、これら質の高い人材を見つけることは必ずしも容易ではない。

むしろ、今後期待されるのは、読み上げソフトなどによるPC等の利用ではないだろうか。ただし、ここでもさまざまな条件がつく。進歩の著しいICTの世界で、使い慣れたPCを用いるためには、個人所有のPC使用を認めることが現実的であるが、どのような使用制限とその監視体制、疑義が生じた場合のプロトコル処理体制など、検討・整備しなければならない事項は多い。何よりもこうした条件整備にあたっては、高等学校等における通常の授業や日常環境での、これら機器の使用が十分に普及しなければ、公平性の担保が強く要求される試験環境には馴染まないというもどかしさが残る。

学生が潜在的に持つ基本的能力が、障害等によって十分に発揮されない状況がある場合、さまざまな支援や措置によって、その力が発揮できる環境を保障するという考え（アコモデーション）が根底にある。同時にコスト面や物理的制約等から、必ずしも同じ内容を常に担保する

のではなく、質を変えてもその公平性が損なわれないと判断する考え（モディフィケーション）もあることを、検討課題として挙げておこう。

こうした入試における特別措置の多くは、入学後の授業等においての支援サービスとして継続しなければ意味がない。それら事項を列举してみよう。①ウェブサイトからの授業内容をダウンロードできるサービス、②事前に授業内容のコピーを渡すサービス、③テープやデジタル教材のサービス、④授業時における

PCやテープレコーダー等の使用許可、⑤ノートテーカーサービス（ノートが取れない学生への配慮）、⑥学習サポートチューターや日常的なカウンセリングサービス等。

大切なことはこれらサービスが本人にとって利用しやすく、また効果を十分上げなければサービスの名に値しないということ、準備する側が十分に認識しなければならないことを指摘しておく。

（大学入試センター 入学者選抜研究機構
特任教授／臨床心理学）

新入生の適応支援

—— 武庫川女子大学の場合 ——

濱 谷 英 次

はじめに

大学の在り方が多方面から問われるようになって久しい。とりわけ教育については、大学全入時代という言葉に象徴される状況もあり、学生意識の多様化や基礎学力の低下が顕著になるとともに、見直しや新たな対応が必要となっている。

こうした状況に対し、多くの大学で「初年次教育」、「導入教育」の充実・強化が進みつつある。本学では、こうしたキーワードが登場する以前から、取り組みが

始まり、今日に至っている。本稿では、その概要と今後の課題について紹介する。

1. クラス担任制と「初期演習」

(1) クラス担任制

本学は1949年の開学当初から、クラス担任制を全学年・全学科で実施している。これは、学問の場であると同時に、教員や友人との交流を育み、自らが打ち込める研究テーマを見出すとともに、生涯にわたる友人を見出す絶好の機会ともなる大学で、教える者と学ぶ者が一体

最新版 WISC-IV

上野一彦 (東京学芸大学名誉教授/大学入試センター特任教授)

I はじめに

100年を優に超える心理アセスメントとその測定具利用の歴史を振り返ってみても、今日ほど数多くの個別的な知的・認知能力検査が存在した時代はない。そもそも、20世紀初頭、フランスでA・ビネーらが開発したビネー知能検査は、やがて米国でスタンフォード・ビネー知能検査として大きな前進を遂げた。その最初の目的は知的障害の判別であり、知能指数(IQ)による全体的な知的能力発達の推定であった。やがて精神年齢やIQ概念による知的物差しで表す数値が、人間の価値感にまで及ぶような誤解が一部にあり、検査の利用法のみならず、検査の存在そのものの批判にまで至ることさえあった。

しかし、米国における学習障害(LD)概念の登場によって、知能検査類の現状は一変した。LDは、全般的な知的能力の遅れではなく、個人内差としての知的・認知能力の部分的な発達の遅れやバランスの悪さに着目し、それが原因となって基本的な学習能力の一部に遅れやつまずきを見せる子どもたちを指す概念である。これが1960から70年代にかけて、米国の特別教育(日本の特別支援教育以前の特殊教育は身体障害と知的障害を主な対象とし、支援率も2%前後、米国の場

合は全体の支援率が10%以上、しかもそのうちの半分がLDといわれている。このように対象にも大きな違いがあるので特別教育として区別する)を一変させたLD概念の登場だった。そこでは知的能力と基本的学習能力(聞く・話す・読む・書く・計算する・推論する)との差異の存在を確認することによってLDと判断するのが一般的な判定基準とされた。

こうした各種知的・認知能力検査の結果と基本的学習能力の能力的差異をもってLDを判断する方法は全米に広がり、公的な資格をもったスクールサイコロジストの養成と学校への配置、一人ひとりの子どもに対するIEP(個別教育計画:1975年以降、法的に作成が定められている)の作成は、米国の特別教育の大きな流れとなった。スクールサイコロジストによる心理検査類の利用は、IEPサービスを受けるための必要条件でもあり、米国の学校教育、特に特別教育は教師とスクールサイコロジストによって展開されたといっても過言ではない。

なかでもD・ウェクスラーによる各種ウェクスラー知能検査がそうであるように、総体的な知能だけでなく、個人内差をプロフィールで示すような分析的な検査が米国のみならず世界中で標準化され、時代ごとに改訂され使用されてきた。こう

〈教育講演〉

上野 一彦*

これからの特別支援教育のなかでのLDの理解と対応**

—教育・心理学的視点から医学に求めるもの—

児童青年精神医学とその近接領域 53(3): 237—242 (2012)

I. はじめに

近年、学校教育においては「特殊教育」から「特別支援教育」に転換が図られるとともに、その対象は身体障害や知的障害だけでなく、発達障害のある児童生徒にも大きく拡充されつつある。わが国では、LD、ADHD、自閉症を総称して発達障害というが、そうした特別支援教育への大きな変化のきっかけとなったのは、LD（学習障害）教育をめぐる公的な議論と検討がその背景にあったといっても過言ではない。古くはMBDと呼ばれ、その中核をDyslexiaにおくLDは、21世紀の教育における重要な対象でもある。

2005年に「発達障害者支援法」が施行され、翌2006年には、「通級による指導」の対象としてLDやADHD、高機能自閉症などの知的な遅れのない発達障害の児童生徒が正式に加えられた。このように特別支援教育を取り巻く諸事情は初等中等教育を中心に一気に加速してきた感がある。さらにわが国の大学入試の象徴的存在でもあるセンター試験の障害者の特別措置にも「発達障害」が昨年度より初めて記載され、いよいよ高等教育にも広がりを見せている（上野ら、2012）。

欧米においては、LDは特別支援教育の中心

的存在であるが、わが国では、同じ発達障害の中でもLDに対する医学関係者の理解は必ずしも高くはない。初等中等教育から始まったLDを含む発達障害への理解と対応は、高等教育にまで確実な進展を見せ始めており、さらに生涯発達やライフステージといった観点からの息の長い支援体制の構築へと広がっていくことが予想される。

長くLDやADHDを始めとする発達障害の教育の必要性を訴え、その支援システムについて臨床実践を通して考え続けてきたものとして、特に、医療と教育、福祉とが柔軟な連携の中で、新しい支援のあり方と課題を提起する。それはこれら障害のあるものへのよりよい教育環境と具体的支援、そしてさらなる社会的支援システムを希求する。その実現の鍵は、特定の彼らだけではなく、すべてのニーズを持つ人々が利用しやすく、そして利用しがいのあるインクルーシブなシステムでなければならないということでもある。

LDに関する教育・心理学的視点から医学に求めるもの、さらに、わが国の発達障害の理解と対応の課題、さらにはインクルーシブな教育環境の中での連携の在り方について述べる。LDを通して、専門領域を超え、すべての子どもたちの学校、家庭、社会の明日の姿を洞察できるきっかけになれば幸いである。

II. LDという概念をめぐる

LDという概念は医学・教育・心理・福祉等の各界において学際的に使用されるが、その概

*東京学芸大学名誉教授／大学入試センター特任教授
〒153-8501 東京都目黒区駒場2-19-23
e-mail: ueno1229@gmail.com

**2011年11月11日、あわぎんホールにおいて開催された第52回日本児童青年精神医学会総会教育講演である。

念および用語については必ずしも統一されていない。わが国における法制上の以下のLD定義は、一般に教育定義とも呼ばれるが、やや包括的な「傘概念」としての教育支援のニーズを背景に登場した(上野, 2002)。

LDは歴史的に新しい概念・用語であり、その起源がアルファベット圏の英語の使用困難をひとつの背景として登場したことから、言語・文化間によって必ずしも十分な概念としての整合性が得られていないこと、また支援ニーズから教育用語として波及していったことから、まだ学際的な統一用語とはなっていないなどの概念上の課題が残されている。

LD概念誕生の背景には19世紀半ばから20世紀初頭におけるドイツや英国などヨーロッパにおける脳に関する症例研究がある。そうした症例研究では、視力に異常がなく、会話もできるし、知能も低くはないのに字が読めなかったり、書けなかったりする不思議な症状を示すDyslexia。当初はword blindness(語盲)と呼ばれた症例こそ、その起源といえる(上野, 2006)。

やがて20世紀に入りヨーロッパから米国に、新天地を求めてさまざまな領域の研究者がその場を移していった。心理測定や障害児教育などの領域においても、20世紀半ばには米国が主なる舞台となっていった。そうした土壌の中で、このLD概念も花開くのである。

LDという用語の登場は、1960年代における教育心理学、言語心理学、小児神経学らの専門家と保護者の力による啓発活動がその起点となったが、その運動は障害児教育全体に大きく影響していった。

米国では障害のある児童一人一人に個別教育計画(IEP: individualized educational program)を作成し教育するという体制が1975年法的に整備され、LDも正式な支援の対象とされた。今日、就学児童生徒の10~12%がその措置を受けているが、LDはそのうちの約半数近くを占めており、特別教育(special education)の主要な対象となっている(上野,

2003)。

わが国におけるLD概念としては、以下の文部科学省の定義がよく知られる。

『学習障害とは、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。学習障害は、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。』(文部科学省, 1999)

この定義では、教科や学習という包括的で複合的な機能を重視する立場から、口頭言語と書字言語における認知を背景とする学習困難をあえて分離せずに「聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する」という6領域を並列的に分類する。これに対し、医学定義では、伝統的なDyslexia, Dysgraphia, Dyscalculiaに対応する3R'sとしての「読み・書き・算数」の学習困難と、コミュニケーション障害における口頭言語面の認知的な学習困難を別のカテゴリーで括る立場をとる点で相異がある(表1参照)。

わが国では2005年以降、LD, ADHD, 高機能自閉症等を括る「発達障害」という法制上の用語が登場する。これは2005年4月に施行された発達障害者支援法を根拠としている。そこでは発達障害をこの法によって「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものをいう」とし、政令で、「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のうち、言語の障害、協調運動の障害」を、さらに省令で、「心理的発達の障害並びに行動及び情緒の障害(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、言語の障害及び協調運動の障害を除く。)」を規定する。

表1 LDに関する用語比較(上野, 2006)

教育定義	医学定義	
文部科学省	DSM-IV (1995)	ICD-10 (1993)
学習障害 ¹⁾	学習障害 ²⁾	学力(学習能力)の特異的発達障害
読む	読字障害	特異的読字障害
書く	書字表出障害	特異的書字障害
計算する 推論する	算数障害	特異的算数能力障害
	コミュニケーション障害	会話および言語の特異的発達障害
聞く	受容-表出混合性言語障害	受容性言語障害
話す	表出性言語障害	表出性言語障害

1) learning disabilities 2) learning disorders

Ⅲ. 特別支援教育の進展と発達障害

わが国の特別支援教育、発達障害への理解と対応は、近年加速度的に充実してきている。しかし、その多くは義務教育を中心とした初等中等教育段階であって、大学等の高等教育にあっては大きな遅れのあることは否めない。図1は、わが国の発達障害に対する特別支援教育の足跡をタイムラインで示している。

米国ではLD等への関心は1960年代から高まりを見せ、公教育におけるそうした子どもたちへの支援のスタートは1975年のP.L.94-142(全障害児教育法。現、個別障害者教育法)、そして個別教育計画(IEP)の成熟は1990年のIDEA(個別障害者教育法の修正)といわれている。わが国ではその1990年を一つの分岐点として、LD教育の必要性についての公的な検討が開始された。やがて、2002年に実施された全国調査結果の6.3%という数値が、LD、ADHD、高機能自閉症など、いわゆる知的遅れのない発達障害に対する教育施策のガイドラインになってきたことは紛れもない事実である。この通常学級に在ると推定される発達障害のパーセンテージは、実際の児童生徒数でいえば約60万人以上にもあたり、その後の特別支援教育体制推進の大きなきっかけともなった。

その後、2005年度より施行された「発達障害

者支援法」によって、LD、ADHD、高機能自閉症・アスペルガー症候群などを総称する法的な「発達障害」規定ができたことによって、発達障害は公教育において正式な認知を得たといえる。この法律は、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及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するよう、その生活全般にわたる支援を図り、その福祉の増進に寄与することを目的としている。

2006年の「通級による指導」におけるLD、ADHD等への対応が学校教育法に明記されたことも大きな前進となった。また、改正障害者自立支援法や児童福祉法などにも発達障害が順次書き込まれていっている。

図2は、義務教育段階における「通級による指導」における発達障害系の児童生徒への対応面での著しい変化を雄弁に物語っている。「通級による指導」が言語障害等への通級制度として整えられたのは1993年度からであったが、LD等についてもそうした支援を正式に受けられるようになったのは13年後の2006年からのことであった。

図2には、2002年に学校教育法の一部が改正

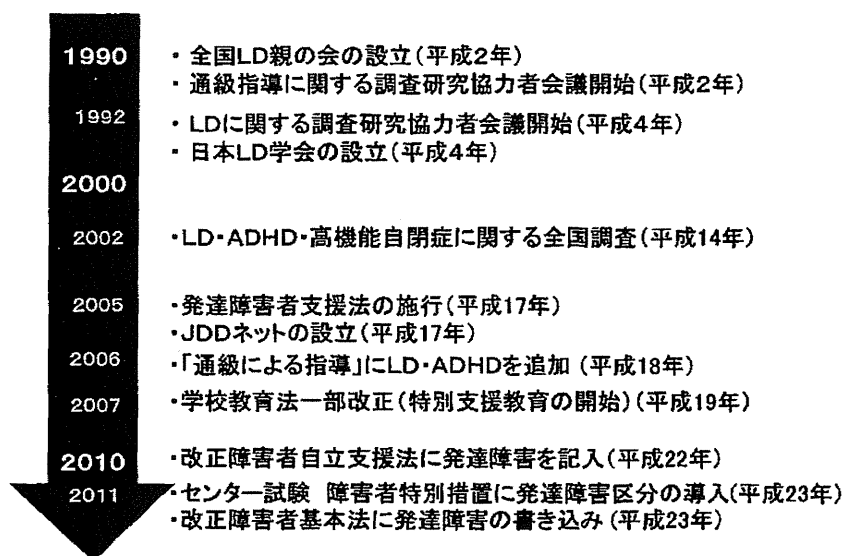


図1 発達障害と特別支援教育の足跡(上野, 2012)

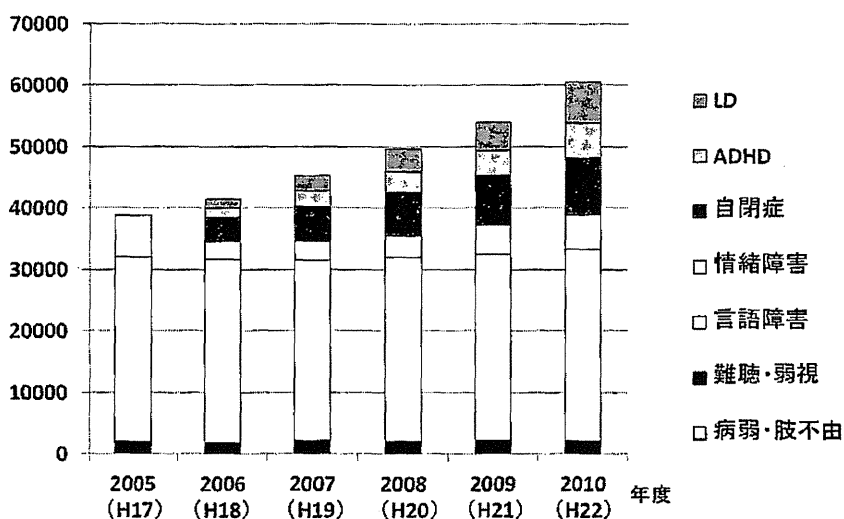


図2 「通級による指導」を受けている児童生徒数の推移(上野, 2012)

され、「通級による指導の」支援対象種別として初めてLD, ADHD, (高機能)自閉症が登場して以降の変化が示されている。その変化を経年的に追ってみると、言語障害や既存の障害児童生徒の数はほぼ横ばい状態であるのに対し、LD, ADHD, 自閉症等の発達障害系の子どもの数は急増している。この5年間に3倍、2万人をはるかに超えつつある。

発達障害の中での内訳は、LD:ADHD:高機能自閉症はほぼ1:1:1.5である。義務教

育段階ということで小・中学校のデータを統合してあるが、この増加傾向は小学校において顕著であり、中学校は後を追っていることが分かる。ところで今後、こうした発達障害のある児童生徒への支援ニーズが高等学校や大学にまで波及してくるであろうことは十分に予想される場所である(上野, 2010a, 2010b)。

欧米と比較して、わが国のデータに共通していることはLDの診断数が、ADHDや自閉症スペクトラム障害(高機能自閉症・アスペルガ

一症候群を含む)と比べ非常に少ないことである。それはわが国の文部行政の歴史が就学指導においては医師の診断を根拠にしてきた伝統でもある。

米国などでは、教育用語であるLDの診断は、主としてサイコロジスト(学校心理士)の仕事であるのに対して、わが国では民間資格の心理士しか存在しておらず、その役割は医師に委ねられている。そのため医学用語であるADHDや自閉症の診断はあってもLDという診断は極めて少ない理由なのではないだろうか。

IV. LDの臨床的経過と発達課題

LDの教育支援を考えると大切なのは、①知的な発達・認知レベルの推定、②自閉症・ADHD等の行動的特性の重複性、③環境・後天的な二次障害の存在である。臨床像としては音韻理解などの聴覚認知やオプトメトリック(視機能)面の視覚認知の困難が学習困難の直接的要因となっているかどうかを確認した後に、認知的な情報処理の特徴と具体的な学習困難との関連性を見ていく必要がある。少なくとも認知機能については各種の知能検査や認知検査によって明らかにすることができる(上野, 2005)。ここにも医療と教育のあるべき姿が提示されている。

またLDについては他の発達障害との関連性についても発達的にいねいに追って行く必要がある。なかでもLDとADHDとの併存性の高いことは知られている。LDだけでなく発達障害全体に言えることだがその状態像は発達に伴って変化しやすい。幼児期には多動性が目立ちやすく、就学とともに学習の困難が発達課題としても前面に出てきやすい。社会性と学習の関係についてもどちらを重視するかはその時点での発達課題との関連性によって決まってくる。繰り返しになるが、LDだけでなく、すべての発達障害は何らかの学習困難を持ちやすく、また不適切な理解と対応のなかで2次障害も引き起こしやすい。

LDを特徴づける特異な学習能力の困難は、

適切な回復支援がないと、自尊感情の低下や学習全体への動機づけの低減をまねき、広範囲な学習能力の困難へと広がりやすい。また、不登校や引きこもり、衝動性や暴力、非行などの非社会性や反社会性などのさまざまな不適応行動の表出や二次障害にもつながりやすい。

発達の観点からみると、幼児期は、保護者の障害への正確な理解と受容、家庭環境の調整がマネジメントの基本である。学童期は、学習困難に対する認知の特性理解と具体的支援へのプログラム作成と実施。思春期は、本人への告知と進路などに関連した長期的な見通しへの具体的選択力の育成が重要となる。性への関心なども、ストーカー的行為に類似した行動と受け取られやすいので社会性のトレーニングは欠かせない。

青年期のマネジメント課題は、就労支援や進学などの進路選択を通して、自立と社会参加に向けた生活準備である。成人期においては本人自身の深い障害理解と安定した社会参加、さらには結婚などの家庭生活の準備と必要時の支援の求め方などの高度なソーシャルスキル能力の育成が必要となる。

一貫して必要と思われる対応姿勢は、1)子どものプライドと自信が成長の鍵となる、2)できないのではなくできるようにするのに工夫と時間がかかる、3)学習能力の前提として対人関係能力への配慮を重視する、4)直接的指導だけでなく環境の調整等への配慮をする、などであり、これらが基本的特性理解といえるのではないだろうか。

V. 残された課題

法制上、LDとその近隣の障害概念は「発達障害」と括られることとなった。教育と医療の連携のなかでLD等の子どもや青年の社会参加と自立の道をどのようにマネジメントしていくかは、近年の急激な教育環境と社会環境の変化の実態を理解していかなければならない。

今世紀に入って特殊教育から特別支援教育への大きな転換期を迎えた。LDは、知的な遅れのない「発達障害」であり、いわば包括的な障

害概念としての役割ももつ。元来、教育用語としてのLDは、学習困難 (learning difficulties) という広範な「傘概念」として登場してきた経緯がある。LDだけでなく「発達障害」全般に、何らかの学習困難のもちやすさがある。LDを学び方の相異という捉え直しの中で、learning differencesという観点から「発達障害」全体として再考し、その支援ニーズの経年的変化を理解していくべきであろう。

またLDとADHDの重複性の高さを考える時、とくにADHDに対しては医師の手による薬物の投与による行動変化が期待できることから、教育と医療の連携がどうしても必要となることは多くの専門家の認めるところである。

文 献

文部省 (1999) : 学習障害児に対する指導について (報告). 学習障害及びこれに類似する学習上の困

難を有する児童生徒の指導方法に関する調査研究協力者会議.

- 上野一彦 (2002) : これからのLD教育はどうなるのか—一次の10年を展望する—. LD研究, 11, 220-226.
- 上野一彦 (2003) : LD (学習障害) と ADHD (注意欠陥多動性障害). 東京, 講談社.
- 上野一彦 (2005) : 今あらためてLDを考える—軽度発達障害と特別支援教育—. LD研究, 14, 244-251.
- 上野一彦 (2006) : LD (学習障害) とディスレクシア (読み書き障害). 東京, 講談社.
- 上野一彦 (2010a) : 論説「発達障害」学生を取り巻く課題と今後の展望について. 大学と学生, 6, 2-8.
- 上野一彦 (2010b) : 高等学校における特別支援教育の動向—大学入試と「発達障害」の特別措置について—. LD研究, 19, 253-258.
- 上野一彦 (2012) : 第20回大会理事長講演 センター入試の改革は日本の教育をどう変えるか. LD研究, 21, 9-14.
- 上野一彦, 立脇洋介 (2012) 発達障害者の大学入試をめぐって. 大学入試研究ジャーナル, 22, 187-192.

発達障害の概念と捉え方

宮本信也*

はじめに

発達障害という用語および概念は、福祉領域から始まったものとされる。福祉とは、「公的扶助やサービスによる生活の安定、充足」(広辞苑第五版)と説明されるように、公的な支援が中心となるものである。公的支援においては、誰にでも無条件に支援をするわけにはいかず、その支援を受ける対象を規定する必要がある。そこで、支援を受ける対象を規定する法律をつくり、その法律に基づいて公的サービスが行われることになる。そのような必要性を背景として、用語とその意味するところが法律によって定められたのが、発達障害の概念の始まりといえることができるであろう。ここでは、そうした発達障害の概念の経緯について概観する。

I. 発達障害とは

1. 米国における流れ

発達障害が公に論じられたのは、米国からであったといわれている。1961年、米国のケネディ大統領により設置された諮問機関「精神遅滞に関する大統領委員会」(President's Panel on Mental Retardation)は、知的障害の実態調査と処遇に関する検討を行った^{1,2)}。この活動の背景には、親の会などの活動のほか、ケネディ大統領の妹が知的障害であったことが影響していたと考え

られている。「発達障害」(developmental disabilities)が公的用語として初めて用いられたのが、この委員会の報告を受けて1963年に出された法律(PL88-164)においてであったといわれている。発達障害の用語は、当初、知的障害と類似する意味で用いられていたが、その後、米国連邦議会が1970年に制定した法律(Developmental Disabilities Services and Construction Act, PL91-517)においてこの用語が定義されることとなる。この法律では、発達障害は「18歳以前に精神遅滞に近い神経学的状態にあり、その障害は恒久的あるいは長期に継続するものと思われ、そのためその個人にとって重大な不利益をこうむるもの」とされた。具体的には、精神遅滞のほか、脳性麻痺、視聴覚障害、てんかんなど、多彩な状態を包含する概念として、支援を必要とする子ども達を特定するための行政用語として提唱された。この法律は、その後数回にわたり改訂され、1975年(PL94-103)には自閉症と読字障害が追加され、1978年の改訂(PL95-602)では個々の疾患名ではなく、「精神もしくは身体の機能障害、あるいはその合併に起因するもので22歳までに障害が現れたもの」で「身辺自立、受容・表出言語、学習、移動、自己統制、生活自立、経済的自立の中で3領域以上に機能的制約があるもの」と状態像による規定に変更され、定義や支援内容が拡大されてきている^{1,3)}。

一方、2007年、米国精神遅滞協会(the American Association on Mental Retardation)が、自身の名称を米国知的・発達障害協会(仮訳)(the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: AAIDD)と変更している。変更の理由は、「精神薄弱」を「知的障害」と変更した際のわが国があげた理由と同様、「mental

Miyamoto Shinya

* 筑波大学人間系

〒305-8577 つくば市天王台 1-1-1 総合研究棟 D)

TEL/FAX 029-853-3977

E-mail: smiyamot@human.tsukuba.ac.jp

retardation」という表現が、誤解されやすく侮蔑的な印象を与えるというものである。さらに、「developmental disability」が併記されることになった背景については、知的障害が他のさまざまな発達障害を併存することが少なくないからだと説明している。また、知的障害と発達障害の関係については、「Developmental Disabilities is an umbrella term that includes Intellectual Disability but also includes other disabilities that are acknowledged during early childhood. Some developmental disabilities are largely physical issues, such as cerebral palsy or epilepsy. Some individuals may have a condition that includes a physical and Intellectual Disability, for example Down syndrome or fetal alcohol syndrome.」と説明している。この発達障害の捉えかたは、合衆国公法の定義に基づくものといえる⁴⁾。

2. 医学領域における流れ

医学領域では、1987年に米国精神医学会の診断分類であるDSM-ⅢRにより「発達障害」(developmental disorders)の概念が導入され、DSMにおける5つの多軸診断の中の第2軸(AxisⅡ)に該当するカテゴリーとして位置づけられた⁵⁾。第2軸には発達障害のほかに人格障害も位置づけられている。第2軸の特徴は、通常小児期または青年期に発症し、寛解や増悪を示すことなく固定した形で成人期以降も持続するものとされた。DSM-ⅢRにおける発達障害の考え方をまとめたのが表1である。発達障害に含まれる状態としては、精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害があげられた。ただし、DSM-ⅢRの改訂版であるDSM-Ⅳ(1994)では、これらの状態を包括する概念としての発達障害という表現は使用されなくなり、個々の診断名が、「通常、幼児期、小児期、青年期に診断される障害」という、子どもにみられるさまざまな精神障害の一つひとつとして位置づけられるようになっている⁶⁾。

一方、世界保健機構(WHO)の国際疾病分類第10版(ICD-10)では、発達障害は、「F8心理的発達の障害」として分類され、会話および言語の

表1 DSM-ⅢRにおける発達障害の説明

- 1) 認知、言語、運動、社会的技能 (social skills) の獲得の障害
- 2) 全般的な遅れ、特定技能の獲得や習熟の遅れ、発達の質的歪み (distortion) として現れる。
- 3) 慢性的な経過をたどる。
- 4) いくつかの徴候は、寛解や増悪の時期がない固定した状態で成人期まで持続しやすい。
- 5) 軽症例では、適応や完全な回復を認めることも多い。

(DSM-ⅢR, 1987を参照して作成)

表2 ICD-10における「F8心理的発達の障害」に関する説明

- 1) 発症は常に乳幼児期あるいは小児期である。
- 2) 中枢神経系の生物学的成熟に深く関係した機能発達の障害あるいは遅延である。
- 3) 精神障害の多くを特徴づけている、寛解や再発がみられない安定した経過である。
- 4) 障害される機能には、言語、視空間技能、協調運動が含まれることが多い。
- 5) 成長につれて、障害は次第に軽快するのが特徴である。ただし、成人にいたっても軽度の障害が残存することは多い。
- 6) 通常、正常な発達が先行することはない。
- 7) 同様の障害あるいは類似した障害が家族歴に認められるのが普通である。

(ICD-10, 1992を参照して作成)

特異的発達障害、学力(学習能力)の特異的発達障害、運動機能の特異的発達障害、広汎性発達障害などがその主なものとしてあげられている⁷⁾。「心理的発達の障害」つまりはICD-10における「発達障害」の捉えかたを表2にまとめた。なお、ICD-10では、DSM-Ⅳ以降で使われなくなった特異的発達障害の用語が使用されているが、ICD-10の発行は1992年とDSM-Ⅳの1994年より前であり、DSM-Ⅳにおける議論が反映されていないだけなのかもしれない。2015年までに改訂される予定のICD-11でどのようなものかはまだ定まっていないが、ICD-11 Alpha draftには特異的発達障害の用語はあげられていない⁸⁾。

3. わが国における流れ

わが国においても、発達障害の公的定義は福祉政策のための法令によって定められている。それらの法令は、発達障害者支援法、発達障害者支援

法施行令、発達障害者支援法施行規則の3つであり⁹⁾、いずれも2005年(平成17年4月1日)に施行されている。この3つの法令による発達障害の概念をまとめたのが図である。このまとめからわかるように、わが国の法令で定める支援の対象となる「発達障害」は、ICD-10に記載されている「F8 心理的発達の障害」および「F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」に該当する状態がそのまま含まれる非常に幅広いものとなっている。ただし、これら法令による定めは、行政が支援をする対象を規定する必要性のためにつくられたもので、医学における発達障害の概念とは異なる視点のものである。したがって、たとえば、ICD-10のF9 カテゴリーには分離不安障害、反応性愛着障害、チック障害、遺尿・遺糞なども含まれるが、これらの状態もすべて発達障害なのかという議論はあまり意味がないように思われる。

なお、知的障害者に対する支援のための法律が発達障害者支援法成立以前から存在していたこともあり、発達障害者支援法で規定する発達障害には知的障害は含まれないこととなっている。発達障害者支援法でいう「発達障害」は、「developmental disabilities」にも「developmental disorders」にも該当しない、わが国独自の行政的概念となっているといえるであろう。

ところで、わが国において、知能障害のない発達障害を意味する用語として「軽度発達障害」という用語が使われていた一時期がある。この用語については、DSMやICDでは用いられていないこと、その意味するところが曖昧であることなどから、現在では使用されなくなっている。文部科学省も、原則として使用しないという方針を出している¹⁰⁾。

II. 医学領域における発達障害概念と課題

発達障害の概念は、それを規定する目的、立場により多様であるのが現状である。医学領域において発達障害を考える場合、生来的に、あるいは成長発達期に脳機能に影響を与える問題があり、そのために発達の問題をもち、かつ生活上に支障

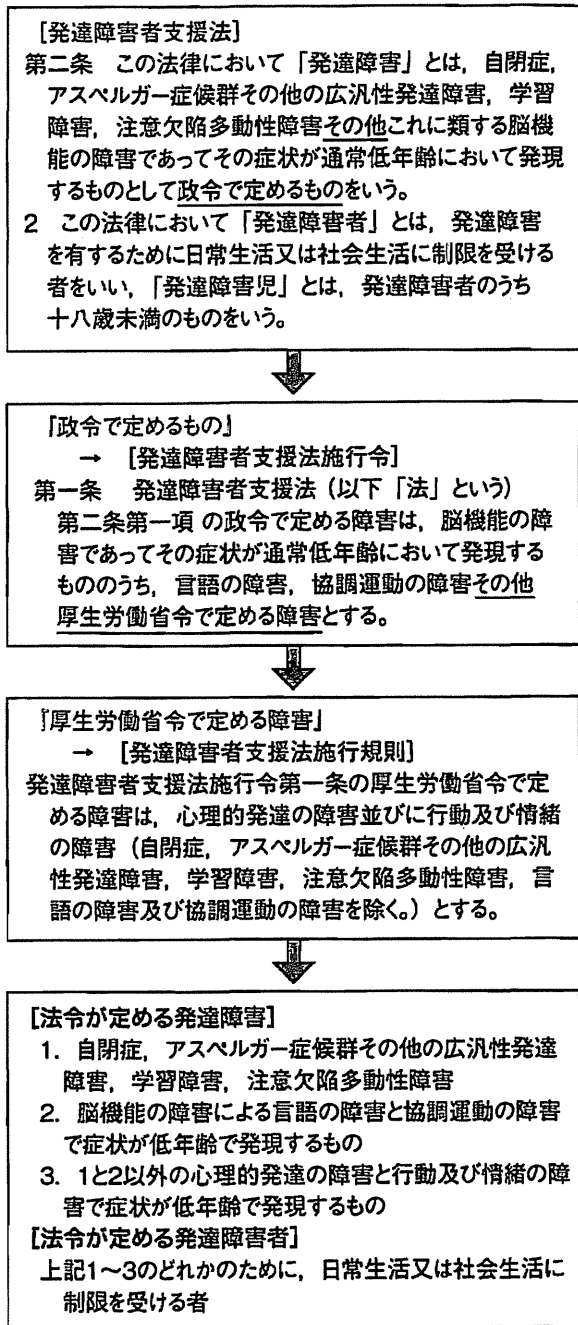


図 発達障害者支援法による発達障害(支援対象)の規定

をきたしている状態があった場合、それを発達障害とすることには異論はないと思われる。

この範囲で医学領域で発達障害に分類されるものを、わが国でもよく用いられているDSMの用語で示すと、知的障害、広汎性発達障害、学習障害、コミュニケーション障害、運動能力障害、注意欠陥多動性障害(ADHD)が相当するであろう。ADHDについては、DSMでもICDでも発達障

害ではなく行動障害に位置づけられているが、医療や教育などの実践の場では発達障害として対応されているのがほとんどである状況を考えると、ADHD を発達障害の一つとして位置づけるのが臨床医学の立場では現実的な対応と思われ、並列してある。

一方、成長発達期に認知や情動に影響を与えるような体験を反復した場合、その状況が小児の発達に与える影響を発達障害の範疇で捉えるかどうかについては議論のあるところと思われる。そうした体験の代表的なものが被虐待体験である。被虐待体験の反復が、小児の人格形成に影響を与えないはずはない。人格は、思考様式、価値観、道徳観、意志力、情緒安定感などさまざまな脳機能に基づいて複合的に生じているその人の行動様式ともいえる。被虐待体験などの成育環境要因によって人格形成に影響を受けたとすれば、それは、人格の基となるこうした脳機能要素が影響を受けたとも考えられ、その状態は発達障害と異なるのかという疑問が出てくるであろう。今後、検討が必要なことと思われる。

Ⅲ. 何が「障害」なのか

発達障害でみられる状態像は、基本特性、適応行動の問題、併存症・合併症と整理することができるであろう。基本特性とは、その発達障害を規定している特徴である。たとえば、知的障害であれば知能の低下、ADHD であれば多動性などが相当する。適応行動とは、「日常生活において機能するために人々が学習した、概念的、社会的および実用的なスキルの集合」とされる (AAMR, 2002)。適応行動の問題とは、発達障害の基本特性のために適応行動の習得や習熟に困難があり、実際の生活において支障・不利益をきたしている状態といえる。

大事なことは、基本特性自体が「障害」なのではなく、適応行動の問題を生じている状態こそが障害の状態であるという視点のように思われる。この視点は、医学の診断基準においても法律においても触れられている。DSM では、診断基準の多くにおいて「clinically significant impairment」

が「social, academic, or occupational functioning」あるいは「other important areas of functioning」において認められることが診断のための条件とされているし、発達障害者支援法では「生活上に制限がある」ことが明記されている。

このように考えると、発達障害とは、特定の基本特性の組み合わせと適応行動の問題の両方があり、そのために生活上に困難を生じている状態を指す用語と捉えることも可能なように思われる。そして、DSM でも ICD でも発達障害に関する説明において、「固定して持続する」とあるのは基本特性が持続するということであり、「障害は改善する」とあるのは適応行動の問題が改善することと考えるならば、こうした説明が理解されるのではないだろうか。

おわりに

医学領域では、発達障害を医学モデルで捉える見方がこれまでは一般的であった。医学モデルでは、障害の原因は個人に存在する生物学的な要因にあるとし、対応の方法論はそうした生物学的要因への介入とするものである。しかし一方で、特性があっても生活上の困難がなければ障害とはしない、あるいは少なくとも支援の対象とはしないという福祉の視点があり、さらには社会・生活の中のさまざまな要因の相互作用によってその人にとっての支援の必要性が生じてくるという生活モデルあるいは社会モデルの考え方がある。発達障害への対応を考えるとき、医療においても医学モデルと生活モデルの両方の視点が必要とされるように思われるのである。

文 献

- 1) 稲垣真澄：発達障害の最近の考え方と課題。小児科臨床 61：2237-2341, 2008
- 2) 原 仁：医学的視点からみた発達障害。宮本信也、田中康雄編：発達障害とその周辺の問題、中山書店、東京、pp2-12, 2008
- 3) 小嶋英夫：障害全般の用語の概念・定義 一障害児の教育を中心に。リハビリテーション研究 83 号：22-28, 1995
- 4) The American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) <http://www.aaidd.org/>

Key Points

- ① 発達障害の概念は福祉領域から始まったものである。
- ② 発達障害には、医学領域と福祉領域の概念がある。
- ③ 医学領域の発達障害概念は、原因を個人の生物学的要因の視点から捉える医学モデルが基本となっている。
- ④ 福祉領域の発達障害概念は、支援の対象を規定するためのものであり、その性質上、医学領域の概念よりも幅広い状態が含まれている。
- ⑤ 発達障害への対応を考えるうえで、医学領域においても医学モデルにとどまらず生活・社会モデルの視点が重要となってきた。

www.aamr.org/content_104.cfm?navID=22

- 5) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. revised (DSM-ⅢR), American Psychiatric Association, 1987
- 6) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical description and diagnostic guidelines, WHO, Geneva, 1992 (F8 心理的発達の障害, 融道男, 中根允文, 小見山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害—診療記述と診断ガイドライン, 医学書院, 東京, pp239-264, 1993)
- 7) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. test revision (IV-TR), American Psychiatric Association, 2000
- 8) ICD11 Alpha <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>
- 9) 厚生労働省: 発達障害者支援施策について <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1.html>
- 10) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課: 「発達障害」の用語の使用について, 平成 19 年 3 月 15 日 http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main/002.htm

周産期医学

第 42 巻 5 号 (5 月号) 本体 2,700 円

特集 超低出生体重児—最新の管理・治療と予後

超低出生体重児の最新の管理・治療のトピックス

超早産児の出生が予想される際の

- 産科管理……………松村英祥
- 出生時管理と蘇生……………金子孝之
- 呼吸障害と呼吸管理……………鈴木悟
- PDA の最新の管理……………豊島勝昭
- プロバイオティクスによる合併症の
予防……………戸津五月
- エリスロポエチンと虚血性脳障害…杉浦時雄
- 真菌感染症の予防と治療……………大城誠
- 未熟児網膜症に対する抗 VEGF 治療
……………日下俊次
- 慢性肺疾患……………南宏尚
- 臍帯血ミルキング……………細野茂春
- 晩期循環不全……………高見剛
- 栄養管理—個別化した母乳強化法の
重要性……………三浦文宏

超低出生体重児の予後

- 短期予後の変遷……………村瀬正彦
- 中・長期予後の変遷……………上谷良行
- 生育・成育限界……………大木茂
- ディベロップメンタルケアと予後…木原秀樹
- 身体発育……………河野由美
- 運動発達とその評価……………平澤恭子
- 超低出生体重児の幼児期から学齢期
までの精神発達—発達指数の
縦断的变化……………北村真知子
- 発達障害……………原仁
- 未熟児網膜症の視覚予後—療育…佐島毅
- 周産期異常と聴覚予後……………坂田英明
- 重症感染症の予後……………鈴木由芽
- 頭蓋内病変と予後……………杉山裕一朗
- 慢性肺疾患の予後……………中村友彦
- 外科疾患合併児の予後……………山田恭聖

早期発見・早期療育における 小児科医と児童精神科医の視点の違い —役割の違いから見た場合—

はじめに

小児科医と児童精神科医は、その立場の違いが子どもの診療において見られることは少なくない。発達障害の早期発見・早期療育に關しても同様のことがあり得るであろう。しかし、そうした小児科医と児童精神科医の見方の違いは、もしあったとしても、それは、小児科と児童精神科、それぞれの役割の違いが反映されたものと考えられるものが多いのではないだろうか。ここでは、発達障害の早期発見・早期療育における小児科医と児童精神科医の視点の違いを、両者の役割分担という観点から考える。

早期発見・早期療育について

一般に、早期発見・早期対応とは、問題を

早い段階で見つけ出し、適切な対応を行うことである。その背景には、早い段階で介入することで、問題の発生・重篤化の予防、生じている問題の早期の改善、早期対応しなかった場合の介入コストの軽減化（経済的・時間的・物理的・精神的負担の軽減化）が期待できるといふ考えがある。

早期発見には、ある問題を予兆の段階で見つける場合と問題発生後の早い段階で見つける場合がある。前者は、糖尿病の症状は出ていないが定期健診の検査で血糖の値が高値が見つかったなど、症状は出ていないが検査値の異常で見つかるものである。後者は、とにかく喉が渇いて水をよく飲むようになったなど糖尿病の初期の症状に気がつかれて糖尿病が見つかったなど、その病気の初期症状に気がつかれることで見つかるものである。どちらの

状態も、もし見つからなかった場合には、ある時期には発病するかはつきりした症状が出たものと考えられる。そして、このように、早期発見されなければ遅かれ早かれ発症すると考えられることが、早期対応を行うことの重要性の裏付けとなっている。

では、発達障害に対する早期発見・早期療育も、この一般的な考え方と同じに考えることができるであろうか。これは、実は、発達障害をどのようにとらえるかということによって考え方が決まってくる問題ともいえる。

発達障害とは

発達障害でみられる状態像は、基本特性、適応行動の問題、併存症・合併症と整理することができるといふ（表1）。

表1 発達障害の状態像

1. 基本特性	もって生まれた特徴 (脳機能特性) 表現型: 発達の遅れ、発達の偏り、発達の歪み
2. 適応行動の問題	日常生活・社会生活上における困難状態 表現型: 概念的スキル、社会的スキル、実用的スキル、それぞれの問題
3. 併存症	発達障害とは独立した問題・疾患 表現型: 他の発達障害、身体疾患、精神障害など
4. 合併症	発達障害があることで生じている問題・疾患 表現型: 不安定な情緒、心身症、行動障害、精神障害など

基本特性とは、その発達障害を規定している特徴である。たとえば、知的障害であれば知能の低下、ADHDであれば多動性などが相当する。医学の視点からすると、いわゆる症状とされるものに相当するともいえる。これらの基本特性は、成人になっても基本的には残存する。ただし、試行錯誤的あるいは訓練により基本特性から生じるトラブルをカバーするスキルを習得することで、その特性が一見表面化しない状態になっていることはあり得る。重要なことは、基本特性自体を障害と見なす必要はないということであろう。適応行動の問題としていうところの適応行

動とは、「日常生活において機能するために人々が学習した、概念的、社会的および実用的なスキルの集合」とされる (AAMR, 2002)。概念的スキルとは、認知・コミュニケーション・学業に関するスキルであり、ことばの理解や使用、文字の読み書き、計算などが該当する。社会的スキルは、社会的能力にかかわるスキルであり、対人関係の構築や維持、約束や規則を守る、騙されない・被害者になることを避けるなどである。実用的スキルは、自立して生活を送るスキルであり、食事・衣服着脱・排泄・清潔行動などの日常生活活動、買い物や交通の利用などの個人生活を送るうえで必要な活動、職業に必要なスキルなどが含まれる。適応行動の問題とは、発達障害の基本特性のため適応行動の習得や習熟に困難があり、実際の生活において支障・不利益をきたしている状態のことである。そして、発達障害において「障害」といわれる状態は、この適応行動の問題がある状態といえることができるように思われる。

この点については、医学の診断基準においても法律においても別の表現で触れられている。DSMでは、診断基準の多くにおいて「clinically significant impairment」が「social, academic, or occupational functioning」あるいは「other important areas of fun-

ctioning」において認められることが診断のための条件とされている。発達障害者支援法でも「生活上に制限がある」ことが明記されている。つまり、個人の生活上において何らかの機能障害があることが、発達障害と判断する要件とされているのである。

いずれにしても、このように考えると、発達障害とは、基本特性の特定の組合せと適応行動の問題の両方があり、そのために生活上に困難を生じている状態を意味する用語と捉えることができるであろう。発達障害の診断とは、基本特性と適応行動の問題の両方が存在している状態を示す状態診断と考えてよいように思われる。

発達障害の早期発見・早期対応に関する考え方

発達障害の状態像を基本特性と適応行動の問題を分けて考えると、発達障害の早期発見、早期対応も二段階に分けて考えることができるように思われる。

早期発見は、まだ生活上の大きな困難(障害)が生じる前に発達障害に見られる特性に気づかれる場合と、生活上の困難(障害)が生じている状態に気づかれる場合との二つがあると考えることができる。そして、この二

つの早期発見に対して、早期対応も二種類あることになる。前者の場合に必要とされるのは、生活上の困難を生じないような、つまり適応行動の問題を生じないような、あるいは適応行動の問題が少しでも軽くなるような予防的なかかりであろう。一方、後者の場合は、生じている適応行動の問題つまりは障害の状態への直接的な介入により問題の改善を図る対応が求められることになる。なお、この場合、障害の状態が改善されたならば、今度は障害の状態が再燃しないような予防的な対応が必要とされることになる。

表2 予防医学的視点からみた発達障害への支援

1. 2つの早期発見・早期対応
 - ・非定型発達特性への支援（一次予防）
 - ・非定型な発達特性への気づき
 - ・適応行動の問題（障害の状態）へ発展しないように予防する配慮・対応
2. 発達障害の状態への支援（二次予防）
 - ・適応行動の問題つまりは発達障害の状態の発見
 - ・適応行動の問題（発達障害の状態）を改善する対応
3. 適応行動の問題（発達障害状態）再燃の予防（三次予防）
 - ・適応行動の習得と自己理解の促進
 - ・ライフ・スキル教育・キャリア教育

ところで、予防医学では、一次予防、二次

予防、三次予防という考え方があられる。一次予防とは、健康状態の維持・増進と疾病予防、つまりは病気になるようにする予防である。二次予防とは、病気の状態の早期発見と早期治療のことであり、病気の早期回復とともに重症化を予防することである。三次予防とは、リハビリテーションや生活指導により社会復帰を目指すとともに再発を予防することである。

発達障害に対する二段階の早期発見と早期対応も、この一次予防と二次予防に相当すると考えることができると思われる（表2）。発達障害に対する一次予防とは、適応行動の問題を生じていないか、生じていても周囲からの通常の配慮や注意で対応できていて特別に大きな問題とされていない状態のときに行われるもので、発達障害の基本特性に気づかれることで、その後、適応行動の問題を生じないように、あるいは適応行動の問題が重篤化しないような対応を行うものといえる。また、発達障害に対する二次予防とは、通常の配慮や注意では対応困難となっている適応行動の問題が生じている状態において行われるもので、適応行動の問題に気づかれることで、生じている適応行動の問題を軽減するための対応を行うものとなる。

早期発見・早期療育における小児科医と児童精神科医の役割

発達障害の早期発見・早期療育を前述のように予防医学と同様の枠組みで考えると、小児科医・児童精神科医の役割（表3）がわかりやすくなる。

(1) 一次予防としての早期発見・早期療育における役割

一次予防としての早期発見・早期療育では、早期発見の目安となるのは発達障害の基本特性が中心となる。広汎性発達障害であれば、人見知りのなさ、マイペースな言動、かみ合いにくい会話、融通性のなさなどが相当する。ADHDであれば、多動、待てない、うっかりミス、気の散りやすさなどとなる。また、LDであれば、文字の読み書きが覚えられない、文章の読みがたどたどしい、計算ができない、などがあげられる。子どもたちのこうした特性は、乳幼児健康診査（以下、健診）や保育所・幼稚園で保健師、健診医師、保育士、幼稚園教諭によって気づかれることが多い。最近では、発達障害に関する知識が広まったこともあり、家庭で保護者によって気づかれ、乳幼児健診の場などで相談さ

表3 予防医学の枠組みから考える発達障害の発見と対応

	発見の対象	発見の場	対応目標	対応	対応機関	医師の役割		
						小児科医	児童精神科医	
早期発見早期対応	一次予防としての早期発見・早期療育	基本特性を示している子ども	乳幼児健診、保育所・幼稚園(学校、家庭、医療機関)	適応行動の問題の発生・重篤化の予防	特性へ配慮した対応(環境調整と集団指導が中心)	保育所・幼稚園、保健機関、療育機関、家庭(学校)	健診時での発見、受診した子どもの診断、保護者・関係機関への助言	受診した子どもの診断、保護者・関係機関への助言
	二次予防としての早期発見・早期療育	適応行動の問題を生じている子ども	学校、保育所・幼稚園、家庭、医療機関(幼児健診)	適応行動の問題の改善と重篤化予防、二次障害の予防	特性へ配慮した対応(個別の訓練や教育と環境調整が中心)、心理的対応、必要に応じての医学的治療	学校、療育・訓練専門機関、相談機関、家庭、保育所・幼稚園、医療機関	受診した子どもの診療、保護者・関係機関への助言	受診した子どもの診療、保護者・関係機関への助言
早期対応後	三次予防としての発見・対応	二次予防の対象となった子ども	学校、家庭	適応行動の問題の再燃の予防、二次障害の予防	特性へ配慮した対応(個別の訓練や教育と環境調整が中心)、心理的対応	学校、家庭、相談機関、療育・訓練専門機関、医療機関(保育所・幼稚園)	受診した子どもの経過観察、必要に応じての医学的治療の継続、保護者・関係機関への助言	必要に応じての医学的治療の継続、保護者・関係機関への助言
	併存症への対応	併存症のある子ども	家庭、学校、保育所・幼稚園、医療機関(幼児健診)	併存症の改善と再発の予防	必要に応じての医学的治療、必要に応じての適応行動の問題への対応	医療機関、相談機関、家庭(学校、訓練機関)	必要に応じての医学的治療、保護者・関係機関への助言	必要に応じての医学的治療、保護者・関係機関への助言
併存症合併症	二次障害への対応	二次障害のある子ども	家庭、学校、保育所・幼稚園、医療機関(幼児健診)	二次障害の改善と再発の予防	必要に応じての医学的治療、心理的対応、環境調整	医療機関、相談機関、家庭(学校、訓練機関)	必要に応じて可能な範囲での医学的治療、保護者・関係機関への助言、精神科への紹介	必要に応じての医学的治療、保護者・関係機関への助言

わが国の乳幼児健診は、世界に誇るシステムであるが、もともとは乳幼児の死亡率の減少を目的に始められたものであり、そのため身体的健康のチェックが当初は中心となったことで、医師としては小児科医あるいは身体を診る医師が中心となっただけで、かかわる体制となってきたという経緯がある。こうした経緯から、子どもの行動や精神面の発達の評価が重視されるようになってきた現在においても、乳幼児健診にかかわる児童精神科医はきわめて少ない。このため、発達障害に関する第一段階の早期発見において児童精神科医が関与することは、現時点では稀といってもよい状況にある。一方、小児科医は、乳幼児健診医として健診の場での診察・観察を通して、あるいは保育所嘱託医や幼稚園園医・学校校医として相談を受けることで、結果として、この段階の発達障害特性の早期発見にかかわる機会が多くなっている。適応行動の問題を生じていない段階は幼児期が多く、この年代の子どもが他の問題にせよ児童精神科を受診す

れることも増えてきている。なお、LDに関しては、学校や家庭で学習の問題として気づかれることもある。ときに、風邪や夜驚など、まったく別の問題で医療機関を受診した際に、発達障害特性に気づかれることもある。

ることは稀であり、結果、医療機関の受診の際に偶然気がつかれるという状況も、ほとんどが小児科の場であることになる。

発達障害の基本特性で気がつかれた子どもたちへの介入は、適応行動の問題が中心でないため、今、生じている問題の改善ではなく、将来生じる可能性の高い問題の予防が主な目標となる。方法論としては、子どもの特性に配慮した対応を行うことになる。そうした対応を直接行うのは、保育所・幼稚園が中心となり、必要に応じて保健機関・療育機関がかかわることとなる。子どもにかかわる人たちの子どもへの対処スキルを向上させるために行われるのが環境調整であり、保健機関、療育機関、医療機関などで行われる。具体的には、子どもの特性への理解を深め、特性に配慮した対応スキルについての助言、指導が行われる。ここにおいても、医師の中で中心となるのは小児科医であり、健診の場での相談、その後の医療機関を受診した際の診察と相談などを行う。保護者や保健師等の相談を受ける児童精神科医がいる健診の場は稀であり、児童精神科医が早期療育にかかわるのは、子どもが受診した場合に限られることが多い。ただし、児童精神科医がいる医療機関に療育機関が併設されているところや、療育機関に児童精神科医が配置されているところ

ろでは、この段階の早期療育に児童精神科医が深くかかわることは日常的なこととなる。しかし、残念ながらそうした療育機関は多くはないのが現状である。

(2) 二次予防としての早期発見・早期療育における役割

この段階では、適応行動の問題が気づきの目安となる。広汎性発達障害では、マイペースな言動のため友だち間でのトラブルが絶えないとか、固執傾向を背景としてパニックが生じているなどである。ADHDでは、多動・衝動性のため授業中の離席が頻回で注意・叱責ばかりされているとか、注意力障害のため学校で必要な物や宿題を忘れたりなくしてしまったりして怒られることが多いなどである。LDでは、文字の読み書きができないため級友からかわれたり教師からやる気の問題として注意されたりとか、計算がわからないことから算数の宿題に時間がかかり毎晩遅くまで怒られながらとりかかっているなどである。

適応行動の問題は、就学後の学校場で気づかれることが多い。就学後は、学校での要求水準があがり、それにうまく応えられない状況が気づかれやすくなるからである。適応行動の問題が生じていない段階では、家庭で

は単なる個性と見られていた基本特性も、適応行動の問題が表面化することで、家庭においても問題視されるようになり、家庭で問題に気づかれることも増えてくる。ときには、チックとか夜尿などの他の問題で医療機関を受診した際に、発達障害特性や適応行動の問題に気づかれることもある。適応行動の問題が中心となるのは小学生時期が多く、この年代の子どもも他の行動面の問題等があってもやはり児童精神科を受診することは少なく、受診する医療機関は小児科が中心となる。学校で気づかれることが多いことから、この段階での早期発見に医療機関が主体的にかかわることは少ないが、かかわるとすれば、校医としての相談を通してか、他の問題での受診のときの診察を通して、ということから、医師としては、小児科医のかかわりが多くなる。

適応行動の問題で気づかれた子どもへの対応は、適応行動の問題の改善が中心となる。適応行動の問題の改善は、うまくできていない事柄に関する適切な知識とスキルを習得させることで行われる。知識とスキルの習得は、療育訓練や教育の方法論で個別の指導で行われるのが普通であり、当然、療育訓練機関や学校で行われることになる。ただし、適応行動の問題の改善に関しては、医療機関が