

発達障害の人たちの支援に関わる 専門家のための研修テキスト

幼児期編

はじめに

このたび、発達障害のある人たちの支援に関わる専門家を養成することを目的として、実践的知識をまとめたテキストを作成しました。これは、平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の指定課題「医療や福祉分野の発達障害支援者の人材育成体制の調査について」の一環として、山梨県の作業部会が中心となってまとめたものです。発達障害の人たちの支援に関わる専門家の育成は、まだまだ不十分です。国内を見渡すと、人材育成を行うための研修の場とプログラムにアクセスしにくい地域もたくさんあります。このテキストは、そのような地域の人たちが気軽にアクセスできることをねらいの一つとしています。

発達障害の人たちの支援は、多領域・多職種によるチーム・アプローチが不可欠です。また、幼児期から成人期までの幅広いライフステージで支援が必要です。支援に関わる専門家は、自らの専門領域をもつスペシャリストであると同時に、他領域に関するある程度の知識をもつジェネラリストでもある必要があります。これらのニーズを両立させるために、このテキストはライフステージによって「幼児期編」、「学齢期編」、「思春期編」、「成人期編」、これに「総論編」を加えた5冊からなる分冊形式とし、読者のニーズに応じていろいろな組み合わせで学習できるようにしました。また、紙の冊子にすると同時にPDFファイルも作成し、各関連機関のホームページからダウンロードできるようにしました。

出典として、厚生労働省雇用均等・児童家庭局から平成20年に出された一般小児科医向け、一般精神科医向け、および子どもの心の診療専門医養成用のテキストを、有効活用しました。他の部分については、山梨県立こころの発達総合支援センターおよび山梨県教育委員会高等教育課のスタッフと甲州市福祉あんしん相談センターの服部森彦氏からなる執筆チームが分担執筆しました。さらに、総論編の一部を山口宇部発達医療センターの林隆センター長が執筆しました。

短い時間の中、急ピッチで執筆が進められたため、表現や表記法が不統一である箇所や、推敲が不十分である箇所が多くみられることを、ご容赦いただければと思います。今後、ご意見をいただきながら定期的に内容を見直し、適宜改訂していきたいと思っています。

このテキストが、発達障害の人たちの支援に関わるさまざまな職種の人たちに、有効に活用されることを願ってやみません。

平成25年3月

山梨県立こころの発達総合支援センター

本田秀夫

目 次

幼児期に発見可能な発達障害	1
観察のポイント	2
乳幼児健診における発達障害の早期発見	3
幼稚園、保育園における発達障害の早期発見	4
就学時健診における発達障害の発見	5
診察の手順	14
心理検査	17
評価尺度	18
幼児期の支援の基本的な考え方	19
幼児期の療育技法	21
幼稚園、保育園におけるインクルージョン	22
家族支援	23
幼児期に利用できる制度と社会資源	25
執筆者一覧	27

幼児期に発見可能な発達障害

<幼児期までに発見可能な発達障害>

障害が発見可能となる時期は、それぞれの障害の特性によって異なる。発達障害を含め幼児期までに早期発見が可能な主な障害を表に示す。代表的な発達障害である①広汎性発達障害(PDD; Pervasive Developmental Disorders)、②学習障害(LD; Learning Disability)、③注意欠陥多動性障害(ADHD; Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder)のうち、LDとADHDは幼児期に片鱗を認めるものの学齢期に入ってから確定診断となることが多い。

しかし、PDDに関しては幼児期に診断可能なことが多い。自閉症は1歳から診断可能であるが、特徴的な所見を持たず、知的な遅れのないPDDの場合は幼児期の診断が難しい場合もある。

<PDDについて>

PDDは、①意思伝達の質的な障害(コミュニケーションの発達障害)、②対人相互反応における質的な障害(社会性の発達障害)、③行動、興味、活動の原曲と反復的、常同の様式(創造性や柔軟性の乏しさ、こだわり)が中心の症状となる。

具体的には、言葉話し始めた時期の遅れ、オウム返し、指差しをするか、人のまねをするか、ごっこ遊びをするか、人見知り、後追いをするかなどがポイントとなる。また、集団参加の場面では、大人の一言指示に従ったり、暗黙の了解に気づいたりということができないことが多い。言語やコミュニケーションの明らかな問題はなく、知的な能力にも遅れはないにもかかわらず、集団適応や友達関係でのトラブルが絶えないといった主訴で受診し、4歳以降にPDDと診断されるケースも少なくない。

これらの症状を見逃さず早期発見をし、適切な早期介入することで、後述する“二次的な問題や併存障害”を予防することへ繋がっていく。

表. 主な障害と早期発見の時期

早期発見	発見のマーカー	障害名
0歳	生物学的マーカー	精神遅滞
0~1歳	運動	精神遅滞(脳性麻痺)
1~2歳	対人行動遊び	自閉症
	コミュニケーション	精神遅滞
3~4歳	集団適応	高機能自閉症
	社会的行動	アスペルガー症候群
	言語	学習障害

清水康夫, 本田秀夫編集:「幼児期の理解と支援2-早期発見と早期からの支援のために-」(金子書房, 2012)より転載

観察のポイント

発達障害の子どもは、すごく得意な分野がある一方で、極端に苦手な分野がある。毎日の生活場面で「どうして何度言ってもわかってこないのだろう」と思う時、「気になる子どもの行動には何か理由があるのかもしれない」と考え、その子を取り巻く環境をよく観察することが大切である。

個別場面と集団場面で、それぞれ子どもの様子を観察し、比較する事は重要な視点である。個別と集団の持つ特徴が、子どもの実像をよりクリアに見せてくれるものとして、観察時の環境設定をすることがよいだろう。また、虐待などの家庭環境の問題や身体疾患などの病気も、気になる行動の原因になることが考えられるので注意が必要となる。

<個別場面での観察について>

個別での関わりは、徹底して子どもに合わせる事が出来るので、個々の発達の特性やつまづきを理解しやすい。子どもの情緒の安定が図れるので、気になる行動が見えにくくなる面もあるが、個々の発達の状況を明確に捉える事が可能である。個別場面での子どもの特徴をしっかりと捉えておくことで、集団に入った時の、気になる行動の原因を考えることにつなげられる。

<集団場面での観察について>

集団は、子どもにとって関係性が複雑で刺激が強いものである。集団への参加の仕方や他児との関わり方、コミュニケーションの取り方、等の子なりの特徴が見えやすくなる。また、集団での課題活動場面の観察と、集団での自由遊び場面での観察をすることで、子どもの特徴を一層明確に捉える事が出来るだろう。

<子どもの観察ポイント>

- ◇ コミュニケーション面:視覚優位 話し言葉が苦手 複数の情報の処理が困難
- ◇ 人との関わり方:一方的 おとなしすぎる ひとり遊びが多い 子ども同士で遊べない
- ◇ 興味・関心のかたより(こだわり)
- ◇ 記憶がいい(写真的な記憶)
- ◇ 感覚の過敏・過鈍性
- ◇ 動きのぎこちなさ
- ◇ 多動・落ち着きのなさ
- ◇ イマジネーション・想像性:暗黙のルールがわからない 相手の気持ちを想像できない

(参考文献)

宇佐川浩:「障害児の発達臨床Ⅱ 感覚と運動の高次化による臨床発達の実際」,学苑社,2007。

杉山登志郎,辻井正次監修:「発達障害のある子どもができることを伸ばすー幼児編ー」pp.7-28,日東書院,2011。

発達障害・情報支援センターHP:「発達障害に気づく」(<http://www.rehab.go.jp/ddis/発達障害に気づく/>)

乳幼児健診における発達障害の早期発見

<母子保健における枠組の明確化>

保護者側の条件に依存することなく、障害の早期発見を行政的に保障する場として、健診はきわめて有用である。そこでは育児支援という大枠の中で医師や保健師によるマス・スクリーニングが可能となる。とくに、ASD の場合は、1 歳半健診が重要であり、健診の場ではどんなツールを用いて、どんな手順で行うのかが問題となる。

発達障害の早期発見は 1 歳半健診を端緒に位置づけ、そこでの把握もれに対するフェール・セーフとして3歳児健診を位置づける。1 回限りの健診の場だけで精度高くスクリーニングすることは困難であるため、最初の段階では発達障害を含め、なんらかの支援ニーズがありそうなケースをすべて抽出し、家庭訪問や所内相談、親子で参加する遊び、二次相談事業などの様々な育児支援活動をとおして絞り込んでいくプロセスをとることが重要である。この「育児支援」という枠組みを明確にもつことにより、親の精神保健への配慮が可能となり、高い倫理性と精度をもって発達障害の早期発見を行うことができる。

<健診の手順>

健診では支援が少しでも必要そうなケースを広く抽出する。健診の質問紙は、運動発達、言語発達、対人行動、日常生活スキル、興味(遊び)の領域を網羅しつつも、項目数は最大でも 20 項目以内にして焦点が絞れるようにする。問診では、聞くべき項目をある程度構造化し、特に発達面については親が「できる」と記入していても、必ず確認する。また、「通過」とするか「把握」とするか判断基準をつくっておくことが必要である。さらに、問診の前後には、短時間でよいので子どもを直接観察する。呼びかけたときの保健師への反応と親への反応、いくつかの玩具などを呈示したときの興味の示しかたと集中のしかたなどをみることによって、発達の遅れや偏りの有無をおおまかに把握する。この直接の行動観察こそが発達障害の早期発見の主要行程である。

(参考文献)

本田秀夫:発達障害の早期発見ー保健師に求められることー。「保健師ジャーナル」68: 962-967, 2012。

清水康夫, 本田秀夫編著:「幼児期の理解と支援ー早期発見と早期からの支援のためにー」, 金子書房, 2012。

幼稚園、保育園における発達障害の早期発見

幼稚園や保育園への入園は、生まれてはじめて子どもが親のそばを離れ、同世代の子どもたちと共同生活を開始する重要なライフイベントである。一方、発達障害の子どもたちでは、親との限られた対人関係だけでは明らかになりにくかった社会生活上の問題点が検出されやすくなるため、幼稚園や保育園の生活を通して発達障害に気づかれることも珍しくない。特に、知的障害が全くないタイプの場合、言葉の遅れなどの指標では異常がみられないため、複数の同世代の友だちとの集団活動に参加してみないと問題が見えてこない場合もある。

幼稚園、保育園の生活の中で検出されやすい発達障害の特性の例を以下に挙げる。

- じっとしていない
- 指示に従わず、勝手なことをする
- 会話ができない
- 思うようにならないとかんしゃくを起こす
- 他の子どもにちょっかいを出したりケンカをする
- 突然泣き叫ぶ
- 給食を食べない
- 手先が不器用である
- 集団活動中、別のことをしていたり考えている
- 教室に入れない、登園したがらない

幼稚園教諭や保育士がこれらの特徴に気づいた場合、地域のなかで利用可能なリソースの中から最も適切なものを選択し、対応を考えていく必要がある。

(参考文献)

五十嵐隆総編集, 平岩幹男専門編集: 小児科臨床ピクシス2「発達障害の理解と対応」, 中山書店, 2008

就学時健診における発達障害の発見

<就学時健診とは>

就学時健康診断(以下「就学時健診」という。)は、学校保健安全法第11条に「市(特別区を含む。以下同じ。)町村の教育委員会は、学校教育法第17条第1項の規定により翌学年の初めから同項に規定する学校に就学させるべき者で、当該市町村の区域内に住所を有するものの就学に当たって、その健康診断を行わなければならない。」と定められており、小学校に就学する直前の11月30日までに行なわれる健康診断である。健康診断の検査項目は学校保健安全法施行規則の第3条に定められており、以下のとおりである。

【学校保健安全法施行規則第3条で示されている検査項目】

1. 栄養状態は、皮膚の色沢、皮下脂肪の充実、筋骨の発達、貧血の有無等について検査し、栄養不良又は肥満傾向で特に注意を要する者の発見につとめる。
2. 脊柱の疾病及び異常の有無は、形態等について検査し、側弯症等に注意する。
3. 胸郭の異常の有無は、形態及び発育について検査する。
4. 視力は、国際標準に準拠した視力表を用いて左右各別に裸眼視力を検査し、眼鏡を使用している者については、当該眼鏡を使用している場合の矯正視力についても検査する。
5. 聴力は、オーディオメータを用いて検査し、左右各別に聴力障害の有無を明らかにする。
6. 眼の疾病及び異常の有無は、伝染性眼疾患その他の外眼部疾患及び眼位の異常等に注意する。
7. 耳鼻咽喉頭疾患の有無は、耳疾患、鼻・副鼻腔疾患、口腔咽喉頭疾患及び音声言語異常等に注意する。
8. 皮膚疾患の有無は、伝染性皮膚疾患、アレルギー疾患等による皮膚の状態に注意する。
9. 歯及び口腔の疾病及び異常の有無は、齲歯、歯周疾患、不正咬合その他の疾病及び異常について検査する。
10. その他の疾病及び異常の有無は、知能及び呼吸器、循環器、消化器、神経系等について検査するものとし、知能については適切な検査によって知的障害の発見につとめ、呼吸器、循環器、消化器、神経系等については臨床医学的検査その他の検査によって結核疾患、心臓疾患、腎臓疾患、ヘルニア、言語障害、精神神経症その他の精神障害、骨、関節の異常及び四肢運動障害等の発見につとめる。

<就学時健康診断の課題>

就学時健診では、身体の疾患や知的発達の状況を把握するための検査が実施されている。これらの検査は、児童が学校生活を送るうえで必要な心身の状態を把握するために実施されるものであるが、障害があり、特別な教育的支援が必要な児童については、市町村教育委員会が保護者と就学相談を行うこととなる。その際に保護者は「うちの子どもに障害があるはずがない。」「家では問題を感じていない。」「他の子どもと一緒に教育を受けることができない。」などの気持ちから戸惑いや不安を感じることもある。特に、保護者が戸惑うのは、障害の状態を把握しにくい発達障害のケースに多くみられる。

① 就学時健診の課題

就学時健診の課題としては、まず時期の問題があげられる。仮に保護者が就学時健診におい

て特別な教育的支援の必要性を指摘されたとすると、せいぜい2、3ヶ月に間に就学先の決定に関し、意志決定をしなければならない。

次は、時期の問題と併せ就学先の決定に関する情報の提供が不十分なことである。就学先の決定については、市町村教育委員会がその責を負っているが、就学の制度、相談のシステム、学校で受けることができる教育内容等についての説明が十分になされているケースは少なく、保護者が十分な情報を得た上でわが子の就学先について同意をしているとは言い難いのが現状である。

② 発達障害の発見に関連する課題

LD、ADHD、高機能自閉症などの発達障害は、知的発達の遅れを示さないことがあり、多くの就学時健診で実施されている簡易的な知能検査のみでは発見することが困難なケースがあることから、適切に実態を把握することは難しい。そのため、知的障害や身体の障害が伴わない発達障害を、就学時健診の場でどのように把握するかが課題となる。

従来の就学時健診では、視覚、聴覚、身体機能、疾病の有無、知的障害を発見することに主眼が置かれており、知的障害を伴わない発達障害は発見が困難であり、就学後の学校生活において、学習上、行動上の困難さに気づかれることが多い。

そこで、近年では市町村の保健、福祉、教育の担当者が連携し、就学前から幼稚園・保育所を訪問することで、幼児の様子を把握したり、乳幼児の健康診査に教育委員会の担当者が立ちあったりするなど、就学前から幼児の状態を把握し、就学後の指導や支援に生かす取組を行っている自治体も増えてきている。しかし、現状は自治体間での温度差があり、就学時健診の場では見逃されたり、たとえ発見ができたとしても、支援に関する情報提供が少なかったりし、保護者の戸惑いや不安を解消できていない現状もみられる。

③ 乳幼児健康診査との連携

母子保健法第12条に「満1歳6か月を超え満2歳に達しない幼児」、「満3歳を超え満4歳に達しない幼児」に対し市町村は健康診査を行わなければならないことが定められており、就学時健診とは別に乳幼児健康診査(以下「乳幼児健診」という。)が実施されている。母子保健法施行規則第2条第2項の診査項目と就学時健診の検査項目を比較

【母子保健法施行規則第2条第2項で示されている診査項目】

- 1 身体発育状況
- 2 栄養状態
- 3 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
- 4 皮膚の疾病の有無
- 5 眼の疾病及び異常の有無
- 6 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無
- 7 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
- 8 四肢運動障害の有無
- 9 精神発達の状況
- 10 言語障害の有無
- 11 予防接種の実施状況
- 12 育児上問題となる事項
- 13 その他の疾病及び異常の有無

すると、ほとんどの項目が関連していることが分かる。

これまでも保健分野で実施されている乳幼児健診と教育分野で実施されている就学時健診の連携が必要といわれてきた。

また、乳幼児健診は、母子保健法で定められている1歳6か月健診、3歳健診の他にも、法制化はされていないが、5歳児に健診を行う市町村が増えてきている。その背景としては、平成17年に施行された発達障害者支援法の中に、地方公共団体の責務として、発達障害の早期発見、早期支援が求められたことが考えられる。また、3歳までの健診では、集団行動における問題は明確になりにくい、5歳児であれば、そのほとんどは幼稚園、保育所等での集団生活を経験しているため、発達上の問題を明らかにしやすいということ、3歳で行う乳幼児健診と就学までは時間的な開きが大きく、十分なスクリーニングや支援につなげることが困難であることなどが、5歳児の健診を行う目的となっている場合が多い。

これらの乳幼児健診においても、聴力、視力、運動機能、言語機能、精神発達の状況が把握され、発達の遅れなどが指摘された場合は療育に関する相談を紹介されることが多い。つまり、就学時健診よりも前に、保護者は子どもの発達の状況について把握する機会があり、早期から必要な相談・支援の場が提供される機会が増えてきている。

そこで、就学時健診のみでは、障害の程度や状況の把握をすることに主眼が置かれてしまい、保護者への十分な情報提供や子どものニーズの把握ができない場合があることから、乳幼児健診と就学時健診を実施する保健分野と教育分野が連携することにより、発達の過程、発達の状態、子育ての状況、保護者や子どもの教育的ニーズの把握、就学についての情報提供を早い時期から行い、就学相談に生かすことが考えられる。

<発達障害の早期発見・早期支援のための取組>

① 発達障害早期総合支援モデル事業の取組

文部科学省は平成19・20年度の2年間、教育委員会及び教育関係機関が、医療、保健、福祉等の関係機関と連携し、発達障害の早期発見並びに発達障害のある幼児や保護者に対する早期支援をとおして、総合的な支援の在り方について実践的な研究を行うことを目的とし「発達障害早期総合支援モデル事業」を全国27地域において実施した。表1は、文部科学省から出されているモデル事業の実施要項を基に、取組とその内容について整理したものである。

このモデル事業では、図1のイメージ図からも分かるように教育委員会と医療、保健、福祉等の関係部局との連携体制の構築、発達障害に関する理解・啓発、保健関係機関が実施する健康診査との連携、幼稚園や小学校への円滑な移行、他のモデル事業との連携などの事業が展開された。その中で最も特徴的なのは、保健関係機関が実施する健康診査との連携、就学時健診等における障害を発見する方法の工夫など、発達障害の早期発見についての実践的な研究が盛り込まれたことである。

-幼児期編-

表 1 発達障害早期総合支援モデル事業の内容（発達障害早期総合支援モデル事業実施要項：平成 20 年文部科学省）

発達障害早期総合支援モデル事業の取組	取組の内容
(1) 早期総合支援モデル地域協議会の設置	事業の実施を委嘱された教育委員会（以下「モデル地域」という。）は、発達障害のある（発達障害の可能性を含む。以下同じ。）幼児及びその保護者に対する早期からの総合的な支援体制を整備するため、教育、医療、保健、福祉等の関係部局や関係者からなる「早期総合支援モデル地域協議会」を設置する。
(2) 相談・指導教室の設置	モデル地域は、域内の教育センターや学校等に発達障害に関する専門的知識を有する者を配置し、発達障害のある幼児及びその保護者に対する教育相談や指導・助言を行う「相談・指導教室」を設置する。
(3) 教育相談会・講演会の開催	モデル地域は、教育、医療、保健、福祉等の関係機関による教育相談会や、発達障害に関する専門家による講演会を行い、発達障害のある幼児やその保護者に対する支援・助言を行い、理解・啓発を推進する。
(4) 早期発見・早期支援に関する研究	①早期発見について モデル地域内の幼稚園や保育所における健康診断や、保健関係機関が実施する健康診断（いわゆる5歳児健診を含む）との連携、就学時健康診断等における障害を発見する方法の工夫など、発達障害の早期発見についての実践的な研究を実施する。 ②早期支援について モデル地域内の幼稚園、保育所における支援方法の工夫や小学校、特別支援学校の通級による指導の活用など、発達障害の早期支援についての実践的な研究を実施する。
(5) 学校等への円滑な移行方法の工夫	発達障害のある幼児が、幼稚園や小学校に円滑に移行できるよう、個別の教育支援計画の作成やその活用・引継の方法の工夫など、実践的な研究を実施する。
(6) 関連事業等との連携	①本事業の実施に当たっては、文部科学省の実施する「発達障害等支援・特別支援教育総合推進事業」（平成19年度までは「特別支援教育体制推進事業」と連携協働して行うこと。 ②文部科学省の実施する「幼児教育の改善・充実調査研究」の指定を受けている都道府県教育委員会等において、主要な研究内容として、「特別な配慮を必要とする幼児に対応するための支援の在り方」を選択した場合は、本事業との連携・協力について検討すること。 ③厚生労働省が実施する「発達障害者支援体制整備事業」を実施している地域においては、当事業との連携や、地域の発達障害者支援センターとの連携・協力について検討すること。 ④特別支援学校との連携・協力について検討すること。

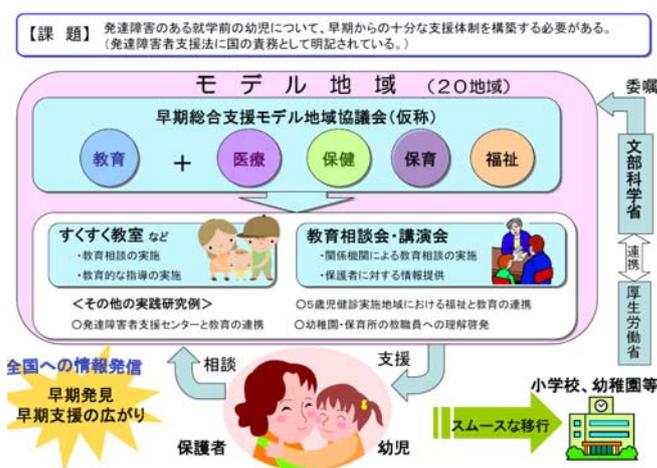


図 1 発達障害早期総合支援モデル事業のイメージ（文部科学省）

その取組の例として、乳幼児健診の診査方法や内容の見直し、就学時健診で行われる知能検査に加え行動観察を行い、よりの確に発達障害を発見する研究などが挙げられる。また、発達障害が疑われる場合は、早期からの療育相談・支援体制とともに就学相談を併せた支援体制の構築が図られた。小学校就学に向けては、これらの相談・支援体制で得られた情報を基に、就学後の指導や支援に結びつけるためのツールの開発等が行われた。

② 山梨県における発達障害早期総合支援モデル事業の取組

◆ 事業の概要

山梨県教育委員会では、文部科学省の委嘱を受け平成19・20年の2年間、発達障害早期総合支援モデル地域として、山梨市、甲州市、笛吹市を指定した。各市教育委員会が福祉・保健担当課と連携しモデル事業を実施し、県としては県保健福祉部による「発達障害支援体制整備事業」や県教育委員会が別途実施する「発達障害等・特別支援教育総合推進事業」を関連させながらモデル事業を進めることで、乳幼児期から就労に至るまでの一貫した支援体制の整備を図ることを目的とした。

◆ 事業の内容

表2は、表1で示した内容と山梨県で実施された発達障害早期総合支援モデル事業の取組の関係を整理したものである。

表2 発達障害早期総合支援モデル事業の山梨県における取組

発達障害早期総合支援モデル事業の内容	山梨県の取組	具体的な取組内容
(1) 早期総合支援モデル地域協議会の設置	・ 峡東地域早期総合支援連絡協議会	・ 指定地市域である3市の教育、福祉、保健担当課による協議会
(2) 相談・指導教室の設置	・ 地域における幼児のための相談・支援（療育）窓口の設置	・ 地域の言語障害通級指導教室（ことばの教室）に発達相談員（臨床心理士）を配置し、保護者、保育士、教員等の相談に対応。
	・ 健康診断時における相談窓口の開設	・ 教育委員会担当者、保健・福祉担当保健師、家庭相談員等による相談窓口対応
(3) 教育相談会・講演会の開催	・ 保育士、幼稚園教諭に対する学習会の開催（H19） ・ 保健師等の専門職と保護者の合同研修会の開催（H19） ・ 保健師、保育士、幼稚園教諭に対する学習会の開催（H20） ・ 保護者向け学習会の開催（H20）	・ 保護者への支援方法についての学習 ・ 発達障害の理解と支援方法についての学習 ・ 保護者のためのストレスマネジメントについての学習 ・ ペアレントトレーニング（保護者対象）
(4) 早期発見・早期支援に関する研究	・ 発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会（第1部会）	・ 早期発見・早期支援のための健診時のチェックシートの開発
(5) 学校等への円滑な移行方法の工夫	・ 発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会（第2部会）（第3部会）	・ 保育所・幼稚園で使用する支援シートの開発 ・ 連携のためのサポートノートの開発
(6) 関連事業等との連携	・ 発達障害者支援体制整備事業	・ 県福祉保健部所管事業 ・ 県全体の福祉、保健関係の支援体制の構築
	・ 発達障害等・特別支援教育総合推進事業	・ 県教育委員会所管事業（文部科学省委嘱事業） ・ 幼稚園、小・中学校、高等学校の支援体制の整備等 ・ 特別支援学校のセンター的機能を活用した地域の相談支援体制の構築等

山梨県で実施されたモデル事業では、発達障害の早期発見・早期支援のための保健師、保育士、幼稚園教諭、保護者等への理解・啓発を目的とした学習会の実施や、保護者や支援者を対象とした相談窓口の開設を行ってきている。その中でも、就学時健診における発達障害の発見については、表2の(4)と(5)に位置づけられている、「発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会」において取り組まれた。

◆ 「発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会」の取組

「発達障害の早期発見に関する健診方法研究委員会」は、「健診チェックシート部会（第1部会）」、「保育所・幼稚園支援シート部会（第2部会）」、「連携サポートノート部会（第3部会）」の3つの部会で構成された。

ここでは、就学時健診における発達障害の発見を中心にしているため、3つの部会のうちの「健診チェックシート部会（第1部会）」で検討された3歳児健診、5歳児健診、就学時健診

等の際に使用することを目的に開発された「行動に関するチェックシート」(以下「チェックシート」という。)を中心に説明を行うこととする。

モデル地域の就学時健診において、従来の健診項目や知能検査の他に、内科健診時や知能検査時に使用するチェックシートを活用し、知的障害を伴わない発達障害のスクリーニングの参考資料とすることとした。図2は本部会で検討された就学時健診の流れを示したものである。内科健診、歯科検診等や知能検査の場面でチェックシートを活用した行動観察を行い、その結果を知能検査や保護者面接の結果と併せ、就学先について検討される流れになっている。

この中で使用されるチェックシートは、内科検診時用と知能検査時用の2種類が作成され、実際の就学時健診の場で試行された。(次ページの図3、図4を参照)

チェックシートについては、モデル事業1年目に関係者へのアンケートを基に修正がなされた。例えば、知能検査時用のチェックシートについては、就学時健診に協力した教員から、「項目数が多くチェックシートを付けること

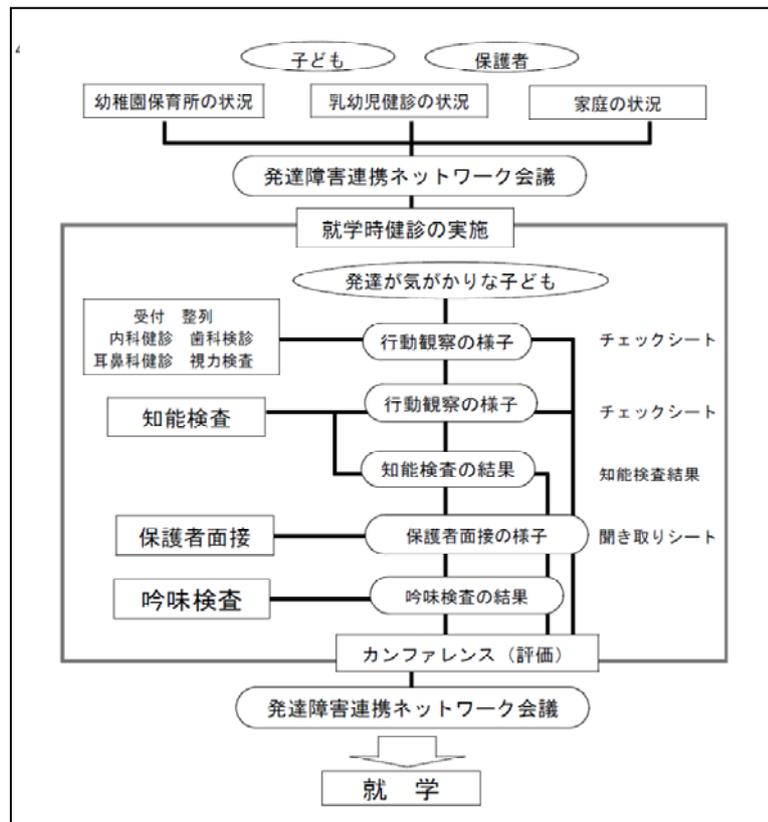


図2 山梨県のモデル事業で示された就学時健診の流れ

が負担。」との課題が出されたため、項目数を減らすなどの改善がなされた。

知能検査時用の行動に関するチェックシートを試行した教員に実施したアンケートによると、約80パーセントの教員が有効であると回答している。その理由として、「行動観察を行う際に視点が明確になる。」「共通理解が図りやすい。」「早期に実態を把握することで、就学後の支援に生かせる。」等があげられている。本チェックシートについては、モデル事業終了後も山梨県内の複数の自治体において使用されている。

-幼児期編-

就学時健診 健康診断時での子どもの行動チェックシート I		1…ややその傾向がある 2…とてもその傾向がある		記入者 ()		
		児童の番号(名前)				
	No					
場面 適応	1 白衣や医師を怖がり、検診ができない・不安や緊張が強い	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	2 保護者と離れられない	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
対人 関係の とり方	3 名前が言えない・コミュニケーションがうまくとれない	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	4 視線が合わない、じっと見すぎるなど視線の合わせ方が気になる	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	5 拒否的、挑発的な態度がある	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
情緒	6 すぐ泣く、怒るなど気持ちのコントロールができない	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
行動	7 落ち着きがない(だまっていられない、順番が待てない)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	8 ぼんやりしている	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
感覚	9 上履きや靴下をはくことを嫌がる	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	10 耳をふさぐなど、音を嫌がる	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
理解	11 視力検査において指さしができない、指示が分からない	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	12 聴力検査において指示がわからない	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	その他気づいたことを書いておいてください。					

図3 内科健診等の健康診断時用の行動に関するチェックシート

就学時健診 知能検査時の行動チェックシート II		1…ややその傾向がある 2…とてもその傾向がある		記入者 ()		
		児童の番号(名前)				
	No					
行動	1 落ち着きがない(座っていられない、いすをゆする、きよろきよろみる)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	2 並べない(列からはみ出す)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	3 勝手に発言する(だまっていられない、関係のない話をする)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	4 早とちりをする(説明が終わらないうちに作業に取りかかる)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	5 ぼんやりしている(聞いていないように見える)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
情緒	6 固まっている(緊張して作業に移れない)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	7 すぐに泣く、すぐに怒る	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
理解	8 質問や聞き返が多い	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
感覚	9 上履きを履くのを嫌がる	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
協調 運動	10 書き方がぎこちない、鉛筆の握り方が気になる	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	11 筆圧が弱い、模写ができない(検査後、検査用紙で確認)	1・2	1・2	1・2	1・2	1・2
	その他気づいたことを書いておいてください。					

図4 知能検査時用の行動に関するチェックシート

◆ 山梨県における成果と課題

山梨県において実施された発達障害早期総合支援モデル事業では、成果として「発達障害

のある子どもや保護者に対する総合的な支援のための各市の連携の基盤がつけられた。」「市の部局をこえた横断的な取組が推進された。」等があげられている。一方、課題として、「部局をこえた連携の際の個人情報の取扱いについて確認が必要である。」「就学後のフォローアップ体制の構築をどのように図っていくのか。」などがあげられた。

モデル事業に指定された3市のうちの2市では、モデル事業終了後も発達相談員を継続配置するなどし、さらには発達相談員の勤務時間を増やし就学後のフォローアップ体制の構築を図っている市もある。

これまで就学時健診等で見過ごされてきた発達障害への対応の必要性が各自治体の保健、福祉、教育の部局において確認されたという意味において、このモデル事業の果たした役割は大きいといえるだろう。

<就学時健診における発達障害の発見>

就学時健診における発達障害の発見については、学校保健安全法施行規則第3条で示されている検査項目を実施するだけでは不十分であり、時期的にも就学時健診だけでは早期からの就学相談へ繋げることが困難であることは、これまでも述べてきたとおりである。就学時健診は、知的発達の遅れについてはスクリーニングすることができても、知的障害を伴わない発達障害についてのスクリーニング機能は低い。これらの課題に対しては、身体検査時や知能検査時の行動観察、幼稚園・保育所への巡回相談時における集団生活時の行動観察等の情報、保護者、保育者からの聞き取りによる生育歴等と併せて検討を行うことが必要となる。そのため、教育、保健、福祉関係者による部局横断的な連携体制を構築し、幼稚園・保育所への巡回相談や保健関係者の療育相談を連携しながら進めることが必要である。それらの情報を基に就学時健診においては、発達や成長の度合いが確認され、子どもの教育的ニーズに合わせた教育環境の在り方を検討することが重要視されるべきであろう。

就学時健診で初めて発達障害の疑いがあることを発見し、保護者との共通理解を図るというケースでは、前述したとおり時間的に保護者の心情に十分に配慮した相談・支援を進めていくことは難しい。早期に発見し支援に繋げて行くためには、乳幼児健診と就学時健診の連携が欠かせないのである。

<発見から支援へ>

知的障害を伴わないLD、ADHD、高機能自閉症等の発達障害は、知的障害や身体の障害に比べ、発見することが困難であることや保護者との共通理解を図ることが困難である場合が多い。そのため、発見することに主眼が置かれてしまい、支援にまで繋がらないのでは、単なる障害のレッテルを貼ることに過ぎない。健診の方法やチェックシートの精度を上げることだけに重点を置くのではなく、必要な支援を適切な時期に行い、保護者や子どもを支えていくシステムを構築する必要がある。そのためには、保健師、保育士、教育関係者等は、発達障害の状況を把握するスキルと子どもや保護者の不安感などを察知し寄り添いながら支援をするスキルの両方を兼ね備える必

要がある。

発達障害の早期発見・早期支援は、保護者や子どもが恩恵を受けるべきものである。そのためには、今後は、発見するシステムだけでなく、保護者が安心し、子どもが必要な支援を受けることができるシステムの構築がより一層進められることが期待される。

(参考文献)

山梨県教育委員会「平成19・20年度発達障害早期総合支援モデル事業研究報告書」(平成21年3月)

下泉秀夫 「5歳児健診における発達障害への気づきと連携」母子保健情報第63号,2011

子吉知恵美 「文献から見る発達障害児の早期発見と支援継続のための5歳児健康診査と課題」

石川看護雑誌 Ishikawa Journal of Nursing Vol.9,2012

診察の手順

診察では、個体、家族力動、社会生活という3つの視点を常に持つておくことが重要である。

<着目すべき事項>

記録用紙にあらかじめ項目を列挙しておいて、観察しながら記入していくとよい。専門用語は最小限に抑え、観察した行動を一般用語で記述するようにする。

1) 身体の状態

まず全身をざっと眺めて、顔色、体格、清潔さを把握する。顔色が不良である場合、顔や四肢などに外傷などがある場合、異常に痩せている場合には、診察開始からしばらく経ってから衣類に隠れている体表部に外傷がないかどうかを確認する。

2) 遊び

1人遊び、同年代の子どもと2人での遊び、より大人数での遊び、大人との遊びなどを観察すれば、運動能力、物の操作、対人関係やコミュニケーション、認知発達などの評価もある程度できてしまう。それら以外に観察しておきたいのは、興味の対象である。どのような玩具に興味があるか、好きな玩具で遊び始めたときにどの程度その遊びに没頭するか、遊びから他の活動に誘われたときの切り替えはどの程度スムーズか、そして、玩具で遊ぶことと対人交流をもつこととの注意の配分はどうか、などを観察する。

3) 対人関係

初対面では視線は合いにくく、慣れてくるに従って徐々に合いやすくなるのが通常である。また、視線がどの程度合い続けるのかも重要な情報である。視線を適度に合ったり逸らしたりしながら会話をするのが通常である。合ったときの感情の動きにも注目しておく。

母親など普段最も身近にいる大人に対する反応も観察し、見知らぬ大人に対する反応との対比を把握しておく。慣れない場面で不安を感じた時に親の様子を確認する「社会的参照」や、親との愛着関係を評価する。親が傍らに付き添っている場合、医師が子どもに難しい質問をした際に子どもが親の方に視線を向けるかどうか、医師の話しかけに対する反応と、母親からの話しかけへの反応とでどのような態度の違いがあるか、などを観察する。

対人関係の観察では、継時的変化や場面による変化も重要である。同じ相手との反応が時間とともにどのように変化するかを、1回の診察の中でもみてもおく必要があるし、回数を重ねる中でもみてもおく必要がある。また、同じ相手でも場所が異なると態度が変わることがある。1対1の場面と集団場面とで対人行動が大きく異なる場合もある。これらは、直接観察のみでなく間接情報を併用する必要がある。

4) コミュニケーション

言語的コミュニケーションについては、年齢相応の語彙があるかどうか、どの程度の難易度の言葉かけに対してであれば的確な応答ができるのかを確認する。発音が正確であるかどうか、抑揚などのプロソディは自然であるかどうかなども確認する。また、会話がかみ合うかどうか、年齢に

比して難しい熟語などを使っているかどうかなど、発言の内容についても気づくことがあれば記録しておく。

非言語的コミュニケーションの観察も重要である。乳幼児期では、言語の出現よりも前から身振り、表情、視線などを用いた活発な非言語的コミュニケーションがみられる。自分の方から誰かに発信する際にどのようなコミュニケーション行動をとるのか、他の人の発するサインに気づき、注目するか、発信と受信がバランスよく配分されているか、などを観察する。

コミュニケーションには、人に何かを要求する、何かを示して共感を求める、質問する、要求に対して受諾する、あるいは拒否する、共感する、質問に答える、などの機能がある。これらの機能のうちどれかにコミュニケーション行動が偏りすぎていないか、あるいはいずれかのコミュニケーション行動をとらないということはないか、などを確認する。

5) 認知発達

子どもの認知機能が年齢に応じて発達しているかどうかを確認することは、子どもの行動観察においてきわめて重要である。「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査法」などの親への質問紙法による発達検査は手軽で便利だが、親の主観による偏りの影響を受ける。一般の小児科医や精神科医が子どもの診察をする場合には、臨床心理士に依頼するなどして知能検査を施行するのが無難であろう。児童精神科の専門医を目指す人は、発達心理学の勉強をして、このようなツールなしでも子どもの認知発達レベルを大体判断できるようになっておきたい。

6) 注意、衝動のコントロール

人と会話するときには身体をじっとさせていられるか、すぐに気が散らないか、何かを始めた時、ある程度の時間は続けられるか、などが注目点である。ただし、幼稚園・保育園など同世代の子どもが沢山いる集団場面では不注意や多動が目立つのに、個別の診察場面では比較的落ち着いているという子どももいるので、診察場面で直接観察した情報だけでは十分とはいえない。

8) 感情

発達水準と状況に応じた自然な感情表出があるかどうか、他者の感情表出にどの程度注目し、共感するかを観察する。

<行動観察の手順>

1) 待合室

行動観察は、待合室で名前を呼ばれるのを待っている様子を観察するところから始めなければならない。これは、何も子どもに限ったことではない。医師が自ら待合室に出向いて観察するのはもちろんよいことだが、医師の出現によって子どもの態度に変化が起きる可能性もあるため、待合室を把握している受付などのスタッフにそれとなく様子を観察しておいてもらってもよい。診療対象の本人だけでなく、一緒にいる家族の様子、そして家族と本人との関係についても観察しておく。また、どのような玩具や本に興味を示すのかなども観察する。

2) 診察室

名前を呼ばれて子どもと家族がどのような様子で入室してくるのかを観察する。そのわずか数

秒から数十秒の時間の中で、多くの興味深い所見を得ることができる。たとえば、家族の誰が先で誰が後から入室してくるかは家族力動の推測に役立つし、入室の直前直後の本人や家族の表情や態度の変化から診察に対する感情の動きを推し量ることができる。入室直後、子どもが自発的に挨拶をするかしないか、する場合にはどのような態度や言葉遣いか、挨拶しない場合に親は子どもに挨拶を促すかどうか。これも数秒のことであるが、子どもの認知発達、対人行動やコミュニケーション能力の特徴、親のパーソナリティや子どもの状況に対する認識、そして親子の力動が反映される貴重な情報である。

幼児の診察では、標準的には、まず来所した本人と家族の全員に入室してもらった状態で本人の行動観察または面接を行い、次いで本人とスタッフが遊んでいる傍で家族と面接する。多くの場合、入室直後よりもかなり時間の経った後半の方が緊張が取れるので、本人を先に面接して、後半になるべくリラックスして過ごしている様子が観察できるよう配慮する。

3) 帰り際

診察が終わった瞬間や、退室した後の本人と家族の様子もスタッフに観察してもらおうとよい。緊張がどの程度解けるのか、親が窓口で手続きなどを行っている間、子どもは何をしているのか、その様子は診察に入る前と何か違うところはあるか、などを気に留めておく。

(参考文献)

本田秀夫編集：特集：子どものこころの病を診る。「こころのりんしょう à la carte」 Vol.30, No.2, 2011。

心理検査

幼児期の子どもに用いられる心理検査として、子どもに対して行なう個別の検査と、保護者に対して子どもの様子を質問して発達水準をチェックする質問紙が挙げられる。

子どもに対して行なう検査として、田中ビネー知能検査 V や WPPSI 知能診断検査などが用いられ、これらの検査では、子どもの知的能力の水準について把握することができる。また、新版 K 式発達検査は、「姿勢・運動」「認知・適応」「言語・社会」の 3 領域にわかれ、全領域とそれぞれの領域別に発達年齢と発達指数を求めることができる。そのほかの発達検査として、遠城寺・乳幼児分析的発達検査、改訂日本版デンバー式発達スクリーニング検査などがあり、言語面や運動面などいくつかの領域に分けて子どもの発達の状態をとらえることができるようになっており、スクリーニング検査として用いられる。さらに、認知面の評価として、K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリーや ITPA 言語学習能力診断検査、フロスティグ視知覚発達検査なども幼児期から適用可能である。幼児に対して検査を行なう者は、それぞれの検査の特徴と検査方法を熟知していることはもちろんのこと、子どもの発達についてきちんと理解しておく必要がある。検査実施時に提示される積木やおもちゃなどに対して、課題としてはまだ通過できない項目でもどのように興味を示すか、検査時の言語指示の理解の仕方や手指の巧緻性などについて行動観察し記録を積み重ねていくことが子どもの発達を追跡的に評価するために重要な手がかりとなる。

保護者に対して行なう検査としては、津守式乳幼児精神発達検査や新版 S-M 社会能力発達検査、KIDS 乳幼児発達スケールなどがある。検査方法は保護者との面接(聴取)、もしくは保護者による記入のみで、子どもの普段の行動を保護者の観察に基づいた報告によって判定が行われる。質問紙以外には特別の用具は必要なく、検査時の子どもの状態にも左右されないという利点がある一方、子どもに対する過大評価や過小評価など、保護者の主観に大きく影響されるため、子どもの状態像とあまりにかけ離れた結果が出た場合には、その解釈に注意が必要である。

(参考文献)

齊藤万比古編者:「子どもの心の診療シリーズ 1 子どもの心の診療入門」, 中山書店, 2009。

氏原寛, 岡堂哲雄, 亀口憲治, 西村洲衛男, 馬場禮子, 松島恭子編者:「心理査定実践ハンドブック」, 創元社, 2008。

評価尺度

幼児期の発達障害に関する評価尺度としては、PARS や M-CHAT などが有名である。以下に代表的な評価尺度について紹介していく。

<PARS(広汎性発達障害評定尺度)>

高機能自閉症やアスペルガーも含む、自閉症スペクトラム(ASD)全体に対して利用可能な評定尺度として作成されている。知的障害の有無に限らず、幼児期から成人期にわたってすべてのライフサイクルで、広汎性発達障害の程度が評価できるものである。対人、コミュニケーション、こだわり、過敏性などの全8つの領域から尺度は成り立っており、一定のカットオフスコアを超えた場合に広汎性発達障害の可能性が高いと判断される。ただし、この尺度は診断やスクリーニングをするためのツールではなく、あくまでも適応困難性の有無や、程度を評価するためのツールである。

<M-CHAT(The Modified Checklist for Autism in Toddlers)>

主に 18 ヶ月から 36 ヶ月までの幼児を対象に用いる評価尺度である。指さしや社会的参照などの社会的行動についての質問項目が多く含まれており、早期からのこどもの社会性発達についての気づきを促すものである。ASD の早期発見、早期に ASD を発見し、適切な療育へとつなぐためのツールとして、健診などの現場でも保健師により用いられるようになってきている。

<CARS(小児自閉症評定尺度)>

E. ショプラーの提唱した TEACCH プログラムで用いられている自閉症診断方法である。人との関係や、模倣、感情などといった各項目について、観察者が評価を得点化していき、総合点がカットオフポイントを越えた場合に自閉症と判断される。ただし、この尺度は古典的な自閉症(カナータイプ)を想定したものであり、高機能 ASD はスクリーニングできない。

(参考文献)

辻井正次, 行廣隆次, 安達潤, 市川宏伸, 井上雅彦, 内山登紀夫, 神尾陽子, 栗田広, 杉山登志郎: 日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度(PARS)幼児期尺度の信頼性・妥当性の検討。「臨床精神医学」35: 1119-1126, 2006。

稲田尚子, 神尾陽子: 自閉症スペクトラム障害の早期診断への M-CHAT の活用。「小児科臨床」61: 2435-2439, 2008。

E.ショプラー, R.J.ライクナー, B.R.ラナー著, 佐々木正美監訳:「新装版 CARS—小児自閉症評定尺度—評定シート付」, 岩崎学術出版社, 2008。

幼児期の支援の基本的な考え方

幼児期の支援では、母子保健、幼児教育、保育、医療、福祉、そして教育という多岐にわたる領域が、本人および保護者を含めた実効力のある支援のネットワークをいかに有機的に構築するかが、その子どもの一生を大きく左右する。

支援の基本的な枠組みを考えるにあたり、対象と内容に関してそれぞれ 2 つの軸を想定するとよい。対象については、子ども本人と保護者という 2 つの軸であり、支援の内容においては、精神保健的アプローチと教育的アプローチという 2 つの軸である。

<子ども本人への支援>

近年、発達障害の成人がさまざまな社会不適応を呈することに高い関心が寄せられている。一方、先進的な地域では 1990 年前後より知的障害を伴わない発達障害の幼児に対する早期支援が進められ、その対象となった人たちはすでに成人期に達してきている。これらの人たちから得られた知見や教訓をもとに、発達障害の幼児に対する支援の考え方の整理が可能となりつつある。

これらの成人例から学ぶべきことのなかでも重要なことが 2 つある。ひとつは発達障害の症状の消失を目標とすることには必ず限界があることであり、もうひとつは幼児期に発達障害の症状がどれだけ軽度であっても放置すると後に他の精神障害が併存するハイリスクとなることである。したがって、早期支援においては、症状の軽減を当面の目標とすることはあってもよいが、その延長上に将来の症状消失を想定することは厳に慎まなければならない。とくに、幼児期に症状が軽度の子どもでは、ちょっと頑張らせれば症状が軽くなるように見えるため、支援者が安易に症状消失を目標とする可能性があり、それが後年の併存障害出現の危険因子となり得る。そこで、子ども本人への支援でまず強調しておく必要があるのは、精神保健的アプローチの重要性である。いわゆる定型発達の里程碑に囚われることなく、個々の子どもが安心して生活できる環境をまず保障してから、その安心を保ちつつ無理なくできる範囲で教育的アプローチを導入するのが基本である。どのような環境が子どもにとって安心できるかということ自体にも、障害の特性が色濃く反映される。だからこそ、具体的支援は入念な個別の評価と表裏一体をなして進める必要がある。

<保護者への支援>

幼児期の支援では、保護者への支援に大きな比重を置くのがよい。なぜなら、子どもの障害特性に配慮した支援を的確に開始し、軌道に乗せるためには、保護者が安定した精神状態で子どもの障害を理解し、前向きにわが子の育児に臨むことが必須だからである。

この時期の保護者は、子どもの発達に何らかの違和感を覚え、子どもの発達に気になる点があることを保健師や保育士などから指摘され、混乱したり不安を感じたりする段階から始まり、専門機関に受診、相談し、発達障害の診断を告知され、ショックを受け、そこから立ち直って現実を受け止め、子どものためにできることを模索し始める段階まで、急激な心理的葛藤を経験する。あまりのストレスの強さゆえに、うつなどの精神変調をきたす場合すらある。しかし、保護者は同時に、

日々の育児においては障害特性に応じた接し方を身につけ、その時々でできる最適な支援を実践する最も身近な存在として、育児力の強化が求められる存在でもある。そこで、この時期の保護者支援においては、わが子の障害への気づきから受容の過程における精神保健的アプローチと、最も身近な支援者として成長するための教育的アプローチとを同時平行で行っていく必要がある。

幼児期の療育技法

<個別療育について>

発達に偏りのあるこどもは、運動、言語、認知、感覚面などにおいて、顕著に苦手な領域があることが多い。そこで、生活上のストレスを低減させるために、機能回復や、現在もっている機能をよりうまく使えることを目的とした作業療法や理学療法、言語療法などのリハビリテーションがある。また、行動療法のように、不適切な行動を消去して適切な行動を強化するといった考え方のアプローチも考えられる。

TEACCHやPECSなどは発達障害のあるこどもにとってわかりやすい生活環境や手段を提供し、自立的に行動するために用いられるものである。

音楽療法は、音楽を用いて情動や表現したり発散するために用いるものである。言語表出の苦手なタイプのこどもに対して、言語に頼らずに行うことができる利点がある。

発達障害療育においては誤学習を招きやすいため、古典的な遊戯療法はあまり用いられないが、場合によっては導入する必要性があるケースも存在する。

以上のように、発達障害の幼児期における療育は目的とするところにより、様々な技法が考えられる。大前提として、療育を行うことによって、発達障害の特性が無くなるというわけではない。療育は発達に偏りがあるこどもたちが、より生活しやすくなるために行うものである。療育の選択にあたっては、専門家によるアセスメントのうえで、どのような介入がこどもにとって適切なのかを見極めて導入していくことが重要である。

<集団療育について>

自閉症スペクトラム障害(ASD)は、社会性とコミュニケーションが中核的な問題である。社会性とコミュニケーションは集団参加を通じてこそ学習できるものであると考えられるため、ASDのこどもにとって集団化は非常に重要である。しかし、集団化は、ただひとまとめにすればよいというものではない。ASDのこどもは、興味の偏りや能力のアンバランスさがあるため、定型発達のこどもに向けた集団活動では、興味が持続できない。そのため、事前の個別的アセスメントでこどもらの興味の傾向や理解の特徴などを精査しておく必要がある。こども達がみな興味を持てる活動や、理解しやすい提示法を工夫することで、こども達は楽しく能動的に集団活動に参加することができる。一定のルールのなかで集団に所属するという体験は、他者への意識を高めたり、他者の行動から学習しようという意欲にもつながる。また、集団療育は親に対して発達の気づきの視点を与え、日々のかかわりかたについての示唆と、親同士のつながりを作っていくことができることも重要な点である。

(参考文献)

清水康夫, 本田秀夫編集:「幼児期の理解と支援2-早期発見と早期からの支援のために-」, 金子書房, 2012。

幼稚園、保育園におけるインクルージョン

1994年のサラマンカ宣言以降、障害のないこどもと、障害のあるこどもがともに同じ空間で生活できるよう、教育的配慮を行っていく「インクルージョン」の視点が注目されるようになってきた。また、2012年の文部科学省の調査において、全国の小中学校の通常学級に在籍する児童生徒のうち発達障害の可能性がある生徒は6.5%に上るといわれており、発達障害(疑い)のこどもは決して少なくないことが示唆されている。幼児期において、特に知的な遅れがないタイプのこどもは、大抵、定型発達の集団に属して生活することとなるため、社会参加の入り口として、幼稚園教育、保育現場でのインクルージョンが非常に重要となってくる。

一般社会は基本的に「多数派」のためにできているシステムであり、園の活動もそういった「多数派」原理がはたらいているといえる。発達特性のあるこどもは社会性の苦手さや過敏性、こだわりなどの「少数派」の特性により、園の集団活動に対してのりにくい。集団の流れに沿えなかったり、問題行動を起こした結果、幼稚園教諭、保育士からは叱責の対象となりやすく、自己評価も低下しやすい。こういった体験が積み重なると、集団の苦手感がさらに助長されるといったことにもつながりかねない。発達特性のあるこどもが安心、安全に集団生活をおくるためには、保育にあたる大人達が「少数派」の特性を理解していくことが重要となってくる。そのためには、まず、どういった場面で問題行動が起きているのかを慎重に観察し、検討することが重要である。問題行動が、こども自身の理解の特徴からくるものなのか、こだわるものが目に入るところにあったり、刺激的な物が周囲に多いなどの環境要因からくるものなのか、など、仮説を検証していくことで、こどもに対する対応については自ずと見えてくる。あとは、ひとりひとりに合わせて対応や環境を工夫していけばよい。

発達特性のあるこどもには、必ずしも定型発達のこどもと同じように集団参加をさせる必要はない。興味、関心にかたよりのあるこどもにとって、すべての集団活動に無理矢理参加させることは、集団に対する拒否感を強めさせてしまう可能性もある。そのため、得意な活動、好きな活動だけに部分的に参加することを保障してあげることや、見ているだけでもよいとしてあげたり、時には同じ空間で違うことをする、ということも認めてあげるような指導者側の発想の転換も必要である。他のこどもと同じ空間で「楽しかった」と思えた体験が幼児期には重要であり、そういった集団での快体験の積み重ねが、就学後の集団参加の意欲へとつながっていく。

発達特性のあるこどもに対して「特別扱いすること」は決して後ろめたいことではない。発達特性のあるこどもが生活しやすい環境は、わかりやすく、刺激の統制された環境であり、それは定型発達のこどもにとっても過ごしやすい環境である。多数派も少数派も心地よい環境を保育現場の大人達が作り出していくことがインクルージョンとして目指すべき目標である。

(参考文献)

清水康夫, 本田秀夫編集:「幼児期の理解と支援2-早期発見と早期からの支援のために-」, 金子書房, 2012。

家族支援

<親の気づき>

親はわが子に当たり前の期待を子どもに託しているものであるため、たとえある時期に第三者から見れば「異常」な逸脱行動が見られたとしても、自身の子どものしか知らない親にとっては、“いつものこと”であり、「成長」の過程で見られる一時的な逸脱、あるいは“子どもらしさ”と区別するのはむずかしい。特に高機能の自閉症スペクトラム障害の場合、部分的には年齢相当以上の能力やスキルを獲得することもあるため、発達上の問題としてよりは「経験不足」「一時的なもの」と解釈されやすく、親ですら「わがまま」「怠慢」と誤解してしまうこともある。何かのきっかけで、親の心に小さな不安がよぎったとしても、その不安を打消し、悪い事実を否定する根拠を必死にさがしめとめながら、試行錯誤し、時には、子育ての自信を失くし、心理的に追い詰められてしまうこともある。親が、そうした葛藤を経て、専門機関への相談を決意するまでには、ある程度の「時間」と「勇気」を要するものである。

<親の問題の捉え方と支援の考え方>

親が何か子どもに問題があると察知するのは、子どもの発達に関する親の規定と現実とが異なっていると感じる時である。したがって問題の捉え方は親の主観的判断によって大きく左右される。親は通常、自らの育て方の問題が改善すれば、子どもの問題は改善されるはずと無条件に想定しがちである。つまり、子どもの問題と親の問題を同一視している。支援者が行うべき最初の課題は、このような親の問題を整理し、別人格である子どもの問題と親の問題を分離するとともに、子どもの問題については親が代理人として相談するという姿勢を形成していくことである。親が自分側の視点しか持たずに子どもの視点に気付かずにいると、親自身の焦りから過剰な叱責や強引な抑圧を喚起しかねない。支援者としては、親の心情に配慮し寄り添いつつも、客観的な立場から子どものニーズを代弁することも必要である。

<支援の実際～支援しながら評価、評価しながら告知～>

子どもの発達の問題を親に伝える際には、子どもの発達に領域な分野と苦手な領域があることを具体的に示すこと、およびその特性が生涯続く可能性が高いことを確実に伝えることが重要である。その上で、苦手な領域の訓練に比重をかけすぎることが二次的な問題のリスクを高めること、得意な領域を伸ばすことによって本人の自己肯定感を高めることがもつとも必要な支援であることを伝えなければならない。その際には、親のパーソナリティや家族内力動について評価を行い、支援—評価—告知という循環を繰り返していくことが重要である。まずは、親に簡単に伝えてみて、親がすでにその問題に気づいているかどうかを確認する。次にその問題へのプランを提案し、親の同意のもとで実践してみる。ある程度実践したところで、その結果について評価し、それを親に伝えるとともに、親の反応を評価する。その上で、さらに次の支援プランを立てる。仮に親が問題を指摘され非難されたように受け取ったとしても、その問題への対策を立て、実行し結果を検証とい

うプロセスを共有しようとする姿勢を見せる支援者に対しては信頼を寄せる可能性が高まる。

信頼関係が成立すれば専門機関への受診への動機づけも可能となる。重要なことは、「自分が子どもを適切に支援するための専門的な評価を受け、それを今後に生かしたい」との姿勢が親に伝わるかどうかである。

(参考文献)

本田秀夫:発達障害の乳幼児期における親支援—気づきから診断の告知まで—。「家族療法研究」29: 109-114, 2012。

本田秀夫:発達障害の早期発見—保健師に求められること—。「保健師ジャーナル」68: 962-967, 2012。

清水康夫, 本田秀夫編著:「幼児期の理解と支援—早期発見と早期からの支援のために—」, 金子書房, 2012。

幼児期に利用できる制度と社会資源

幼児期は、児童福祉法に基づく支援が中心となる。幼児としては、保育園等(学校教育法に基づく幼稚園や無認可保育園を含む)の利用、発達障害としては、児童福祉法に基づく児童発達支援や、障害者総合支援法に基づく居宅介護、行動援護、地域生活支援事業における日中一時支援や移動支援などの利用が検討される。この時期は、発達障害という診断がなされても、本人の成長により日常生活や社会生活にどの程度の制限が生じるかは刻々と変化する。また、発達障害の診断はないが、「気になる子ども」も存在する。したがってこの時期は、子どもの発達を支援するという枠組みの一部として、発達障害に対する支援を行う。

<幼児期の主訴>

幼児期は、乳幼児健診や幼稚園、保育園における気づきにより、保護者に発達障害の可能性が伝えられる。あるいは「育てにくい子ども」として保護者自身による気づきもある。この気づきから、専門機関を受診し、診断の告知に至るまでの保護者の心理的葛藤や精神的な混乱は時間もかかり、容易に解決できるものではない。しかし、幼児本人に対する発達障害の特性に応じた支援は早期から開始した方がより効果的であることも分かっている。本来障害者手帳もしくは診断書が制度の利用の前提ではあるが、制度の利用が適切である旨、保健師等の専門職の意見があれば、地域の実情に応じ利用を認めてよいこととされているので、この時期には診断を待たずに、支援を開始することも検討する必要がある。

<幼児期の支援>

幼児期における福祉の支援は、保育園等と児童発達支援の平行通園や保育園等における統合保育から始めることも効果的である。これは、保護者が、従来の保育園と本人の発達障害の特性に合った支援を同時に経験することによって、福祉の支援の効果を実感することが出来、「本人の成長のために必要な支援」を知る機会につながる。この時点で保護者が安心して支援を受けることが出来れば、今後の支援体制を構築する際の礎となる。本人に対しては、安心できる環境を保障することで、苦手なことや嫌なことを受け止めようとする意欲の醸成にもつながる。発達障害者がしばしば、「自己中心的で他人のせいにする」という誤解を受けるのは、本人が安心できる環境がなく「失敗した場合に責められる、怒られる、何か恐ろしいことをされる」という不安が高じ、自分がこうした責任感や罪悪感に耐えられないと感じていることもひとつの要因である。幼児期の安心感は、「自分にも受け入れてくれるところがある」という自己肯定感につながってくる。したがって、福祉の支援は、保護者と本人が、遊びや日常生活体験を通じて安心感を育み、これから経験すべき課題へ取り組む意欲を持てることを目標とする。

<学童期へのつなぎ>

幼児期の終わりには、学齢期の準備をはじめなければならない。学齢期は、生活や活動の範囲

が広がり、これまでより、様々な場面で他人と比較されるような機会や状況が増える。学齢期のはじめには、こうした環境の変化に対応するために、どのような支援や配慮を行った方が良いのかを、保護者や本人の同意に基づき、次の支援機関に情報提供をする。この場合、支援が途切れる懸念がないように、同時期に重なる支援を行いながら情報を共有することが望ましい。また保護者の不安や混乱を受け止め、保護者と共に整理できるような関係性を築いておくことで、学齢期への移行の際に安心できる環境を整えることができる。学齢期への移行期には、本人も保護者も、大なり小なり葛藤が生じることは避けられないため、幼児期から福祉の支援を行うことは、こうした危機を乗り切るためにも重要なことである。

執筆者一覧

幼児期に発見可能な発達障害.....	江間彩子
観察のポイント.....	河西朱音
乳幼児健診における発達障害の早期発見.....	齊藤由美子
幼稚園、保育園における発達障害の早期発見...	本田秀夫
就学児検診における発達障害の発見.....	山梨県教育庁新しい学校づくり推進室特別支援教育担当
診察の手順.....	本田秀夫
心理検査.....	久保律子
評価尺度.....	赤松拓
幼児期の支援の基本的な考え方.....	本田秀夫
幼児期の療育技法.....	赤松拓
幼稚園、保育園におけるインクルージョン.....	赤松拓
家族支援.....	齊藤由美子
幼児期に利用できる制度と社会資源.....	服部森彦