

1. 「マイペース行動をもつ言語発達遅滞児」の乳幼児健診における重要性
2. 障害児医療・療育・福祉の連携と包括ケアへのまとめ

研究協力者 竹下研三

要約：3歳までにことばの遅れで見つかるマイペース行動をもつ言語発達遅滞児の存在とその重要性を述べた。彼らの行動は視線が合わず、しばしば多動であり、自閉的と評価される。しかし、彼らはICD-10やDSM-III-Rなどで定義される自閉症の診断条件を満たさない。彼らは自分のおかれている状況を理解しており、家庭内での生活適応は伸びてくる。しかし、感情の交流や対人関係の維持はなかなか困難であり、しばしば特殊教育下での教育や不登校、学習障害児へと発展する。原因は不明であるが、しばしば母親は児の0歳の時は手がかからず結果として放置していたと告白する。外国における軽症情緒剥奪児の背景に一致する。頻度は不明であるが、近年増加の傾向を懸念する。対策として、健診医へ早期発見のための知識の普及と予防へ向けた母親指導が重要である。

3年間の研究を通して、地域における障害児の包括的ケアについて、システムの基本的なあり方をまとめ、現状の問題点を述べた。

見出し語：母子保健、乳幼児健診、言語発達遅滞、発達障害児、自閉症、療育

研究目的：

最近の乳幼児健診において「マイペース行動をもつ言語発達遅滞児」という表現がびったりくる奇妙な行動を持つ言語発達遅滞児をしばしば見かけるようになってきた。本報告はこのような児の概念を明かにし、彼らの所見、早期指導や予防への重要性について述べる。

また、3年間の研究を通して、「地域における障害児の保健・医療・福祉の包括化」に関して研究協力者としてのまとめを総括する。

概念・研究対象・方法：

1. 概念. 本児の概念として、乳幼児健診の経験から以下のように特徴をまとめた。

(1)ことばの遅れを主訴とする。内容は、最初から遅れる場合、2～3語言えた後に出なくなる場合、単語から2語文に進まないなどばらつきがある。

反響言語もときに出ている。

(2)男児が圧倒的に多い。

(3)視線が合わず、おもちゃにつよく興味を示し、遊びはマイペースである。

(4)多動を伴っていることが多いが、親の存在が意識できており、認知機能や状況判断もよく、つよい指示に従う。

(5)自閉症に類似するが、ICD-10 や DSM-III-R の条件を満たさない。言語の崩壊がなく、禁止された場合も固執せず、パニックや自傷行為に至らない。

2. 対象と方法

鳥取大学脳神経小児科に過去5年間に紹介されてきたこの概念に当てはまると考えられた児27例について、家族歴、妊娠歴、周産期歴、乳幼児期の生育歴、一般理学的所見、神経学的所見、尿・血液の生化学所見、脳波、CT、脆弱X染色体、Gバンド染色体の各項目について検討した。また、彼らの予後について入学した児童(n=8)の行動を検討した。

3. 結果

結果は表1のようになった。残念ながら統計的な処理ができにくいのが、このグループの特徴をまとめると以下のようになった。一部の母親に情緒面での子育てができにくい母親がいた。しかし、他の家庭ではほとんど問題がなかった。結果には出ていないが、かえって知的には高いレベルの家

庭が少なくなかった。両親の身体上での健康にも異常はなかった。両親とくに母親に0歳から1歳前半の育児について問うとほとんどが児がおとなしだったので放置していたとか、仕事が忙しかったので上の子にお守りをさせていたとか、仕事で祖母にあずけっぱなしであったという返事が多かった。出生順位では第2子以降が多く、その合計はほぼ70%で、明らかに第2子以降に多いことを示した。性別では男児が圧倒的であった(88.9%)。妊娠歴、周産期はほとんど異常がなかった。乳幼児期の運動発達もすべて異常がなかった。発達では、言葉の遅れが中心であった。言葉の遅れははじめから遅れている場合、2語文で遅れている場合、単語レベルから消失した場合など一定したものはなかった。診察所見では一般理学的所見に異常なく、神経学的にも問題はなかった。行動は視線が合わず、すぐオモチャの所に行ってしまった。しかし、遊びの集中ができなく次々とオモチャをいじって目移りがする場合が多く、その意味では多動であった。しかし、状況は理解しており部屋から飛び出していく児はいなかった。遊びではオモチャを親に自慢げに見せに来ることはなく、マイペースであった。他の子がいてもそのオモチャ以外には関心がなく無視していた。しかし、親の指示は聞け、診察にもおとなしく耐えた。家庭での排尿・便の自立もほぼ年齢相応にできていた。親の言葉は聞いており、帰るよの言葉で帰る動作ができた。脳波、CT、一般生化学、尿代謝スクリーニング、脆弱X染色体、一般染色体Gバンド検査などに異常はなかった。

表1.

	数	%
両親の疾病	6	22.2
母親のうつ病	5	18.5
ほか(母親)	1	3.7
出生順位 第1子	8	29.6
2子	15	55.6
3子以降	4	14.8
性 男	24	88.9
女	3	11.1
妊娠中の異常	1	3.7
出生体重g(平均±SD)	3015±356	
低出生体重児	0	0
アプガー7点以下	0	0
新生児期異常	0	0
乳児期健診での異常	0	0
1歳6か月健診での異常	19	70.4
言語発達遅滞	18	66.7
多動(55.6%)	6	22.2
3歳児健診での異常	27	100.0
言語発達遅滞	27	100.0
マイペース	27	100.0
多動	24	88.9
一般理学的所見での異常	0	0
神経学的所見での異常*	4	14.8
尿・血液生化学異常(n.=16)	0	0
脳波での異常指摘(n.=18)	0	0
CTでの異常指摘(n.=23)**	5	18.5
脆弱X染色体DNA(n.=22)	0	0
染色体異常(n.=22)	0	0

*: 軽度筋緊張低下 **: 大脳外腔の軽度拡大

なお、彼らは家でのテレビをできるだけ止め、親がよく語りかけ、遊び、かつ、社会生活上でのしつけをきちんと行っていけば、言葉も必要に応じて出現し、家庭での身辺自立も年齢相応に可能となっていた。しかし、言葉は反響的な言葉遣いが残り、ひとり遊びが多く、保育園でも孤立する傾向にあった。この感情転移のむつかしさは通常学級に入学できた子どもたち(n.=5)にも続いていた。

考察

(1) マイペース行動をもつ言語発達遅滞児

ここで挙げたマイペース行動をもつ言語発達遅滞児は、類似の概念として自閉症に類似するアスペルガー(Asperger)症候群があがる。行動内容は感情転移のできない、結果として対人関係を構築できない小児であるが、自閉症のように重篤ではなく、比較的指示を受け止め、社会生活の自立も比較的できている。しかし、本遅滞児とアスペルガー症候群とのもっとも大きな違いは、この言語遅滞群が3歳未満の早期から発症する点である。発症年齢からはアスペルガーとは言いにくく、またその内容もやや異なっている。また、自閉症とするには、ICD-10やDSM-III-Rなどに述べられている自閉症としての3つの診断基準を満たさない。一方、病因的な立場からいけば、彼らは情緒的に剝奪された児と理解できる。外国の発達障害児関係の論文で emotionally neglected baby あるいは emotional deprivation と呼ばれている児に一致する。それらの論文とのもっとも大きな差は、外国では彼らの多くの母親が精神的あるいは情緒的な疾患にかかっており、児が重症な場合は

被虐待児症候群のように身体的な剝奪まで受けているのに対し、わが国の彼らにはそのグループが少ないことであろう。どちらかといえば、親は育児に消極的であり、語りかけなどの情緒的刺激を与えていない。情緒的刺激を剝奪された児ということができよう。彼らは周囲からの強力な語りかけなど環境是正によってときには期待された以上の行動効果をあげることができた。しかし、その指導効果はどちらかといえば生活習慣の自立の方向であり、情緒的な対人関係の効果にはなかなか至っていなかった。入学前後の子どもたちの行動は、一応挨拶ができ、命令に従え、学習態度もできてきている。しかし、心の交流という点からは感情の喜びが伝わってこない。それは学業内容にも現れ、数学や漢字の書取などでは優秀な成績を残すが、日記や感想文では同じ文章の繰り返しであり、感情がこもらなかった。広義の学習障害の範疇に入ろう。また、しばしば友人関係のまずさからいじめに合い不登校の傾向をもつ児もいた。

頻度については不明である。ただ、わが国で発表されている自閉症の疫学データは外国のそれより約10倍高い。小児科領域で自閉症と診断されている児にこの群が含まれている可能性はある。しかし、それを意識してもなお近年この一群は外来の経験からは目立って多くなってきているような印象を受けている。島根県西部での乳幼児健診リスク児の頻度の研究資料から、このような自閉的な行動を示す児の頻度は、昭和55-59年の資料と比較すると最近でのそれは同地域で少なくとも約3倍の頻度で発見されているという（江田伊勢松ほか、未発表、現在整理中）。

これらを放置していたらどうなるかは不明であ

る。多分、年齢が高くなるほど行動の是正が困難となり、自閉症との鑑別がつかなくなり、通常の学習を受けるチャンスが失われていくのであろう。

2. 障害児医療・療育・福祉の連携と包括ケアへのまとめ

（システムについての3年間のまとめ）

(1) システムの基本的なあり方

発達障害児の包括ケアは、「医療」、「療育」、「福祉」、そして「保育」もしくは「教育」の4本柱が良好かつ有機的な連携と機能的な運用を行うことで成立する。機能的とは時代のニーズに柔軟性をもってその解決に当たることを意味する。

乳幼児健診から障害児療育への流れは、まず健診の「事後健診と指導」から出発する。その後は児のもつ内容によって「医療」と「療育」のルートが関わってくる。なお、これに「福祉」と「保育」・「教育」がその時々に応じて関わることになる。ここでの「保育」とは就学前の子どもたちの生活上での教育を意味する。「療育」には2つの部分がある。ひとつは、前療育とも呼ばれるもので、まだ健診から時間が経っていないため障害の程度や内容に判断がつきにくい場合や、保護者の児の障害に対する理解がまだ不足している場合に対するものであり、訓練というより保育的指導と観察や、親への説明を兼ねたものである。これはしばしば保健所や通園センターの場でことばの教室などの名称で開かれている。対象児は当然ながら就学前の子どもたちである。もうひとつは、PT、OTなど専門職を要した療育システムである。わが国ではこれは肢体不自由児施設を中心として行われている。当然、障害の内容はよりはっ

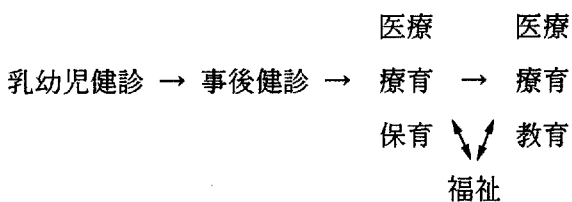
きりしており、保護者の自覚もできている。

就学年齢に入ると、「保育」は当然「教育」に替わる。現行の教育システムでは、身辺自立を目指す養護学校での教育と、生活自立を目指す特殊学級での教育がある。残念ながら、わが国には通常学級で教育についていけず遅れている子どもたちに対して復帰を目指す教育システムがない。すなわち、学習能力の低下や学習障害と呼ばれる児童への外国でリソースルームと呼ばれている復帰教育のシステムである。このシステムは障害児の包括化を推進するためには必須のシステムである。

(2) 包括化を意識した健診の基本

健診は、母子保健、発達問題、療育、福祉にある程度の知識と能力を持った小児科専門の医師によって行われることが第1条件である。流れは児の年齢とともに図1のように左方へ動く流れになろう。

図1 健診から療育への基本的な流れ



健診の望ましい時期については、乳児期前半、後半、1歳6か月、3歳、さらに5歳での健診が必要である（図2）。

図2 望ましい健診の時期

乳児前半→乳児後半→1歳6か月→3歳→5歳

乳児前半は、発育、奇形、環境を含めた児全体の把握であり、後半は、運動系や視聴覚の評価を中心とする。1歳6か月は、立位化、初期言語、行動の評価であり、3歳は、言語、対人関係、上肢運動機能の評価が中心となる。なお、5歳児健診は現行の制度にはないが、認知や概念形成、社会性の発達を健診対象とする。3歳での健診が、言語や対人行動（感情交流）の発達を中心とするのに対し、5歳児のそれは、学習障害の早期発見と早期指導を目的とする。欧米の資料ではこれの対象児は3%に及ぶという。なお、健診には個別と集団の方法があるが、発達問題が中心となる健診では多くの関連職種の協力が必要であり、現状では集団健診の方式が望ましい。

(3) 少人口市町村での健診のあり方

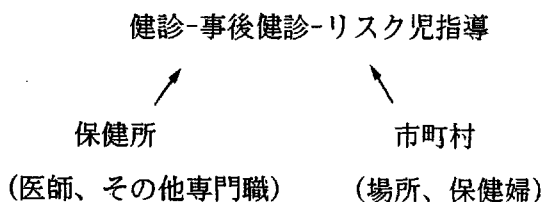
健診が効率的に行えるか否かは、その地域の人口により条件が異なる。(1)と(2)で述べた専門的な機能がほぼ備わっているのは人口10万以上の都市となろう。そこで適切な数の保健婦が確保されるならば、母子保健法の改正後も健診の包括的な流れに問題は少ないであろう。ただ、問題は老人保健法によって保健婦の実働勤務量がどれだけ減少しているかである。それによって健診の質は左右させられる。

包括的システムで問題となる地域は、少人口（ほぼ5万以下、年間出生数500以下）の市町村である。これらの市町村の多くは、どちらかといえば過疎地の中にあり、住民の構成は老人が多く、経済力なども劣る。ここでの乳幼児健診は小

児科専門医の確保から大変であり、事後健診や健診で発見された発達リスク児の指導、精密検査、療育指導、保育・教育のすべてにわたって困難な問題が続く。ここに保健所の積極的な関与が望まれる。保健所には、事後健診なども含め専門医の確保、簡単な発達指導を行うスタッフ、保護者への援助、療育や福祉への橋渡し、教育委員会との交渉など、いろいろなニーズに応える能力の確保と行動力が望まれる（図3）。なお、このシステムは各市町村ごとにおかれ、現場で機能することが条件となる。当該地域から離れた保健所へ呼び出して行う事後システムは前療育以外はほとんど実効があがらない。

図3 少人口の市町村での健診システム。

保健所と現場の市町村とが協力して支えねばならない。



リスク児の指導は、事後クリニックなどと呼ばれ、事後健診の再評価、簡単な発達指導、保護者への説明、療育・福祉へのアドバイス、教育委員会との交渉などの機能が求められる。ここでは、地域にこのような機能を積極的に動かしてくれるキーパーソンが存在が重要である。キーパーソンは、温厚かつ有能な小児神経科医が望ましい。

なお、保健所は母子保健と障害児療育などに関わる各職種へ研修の機会を計画・実施し、人材の

育成に努めなければならない。彼らに自らの職種へ熱意と努力を求めるためには、小児保健学会などを中心になんらかの専門要員制度を作ることも一案であろう。

(4)療育上での問題：保育所と学校との関係

発達障害児の療育は、先にも述べたごとく児の完成されていない障害の評価と初期指導、保護者への障害の正しい説明を中心とする前療育と、より専門的な訓練指導を行う療育の場がある。しかし、療育を実施していく上で、通常の生活環境への児の同時受け入れも非常に大切である。訓練を中心とした指導は療育施設で行うとしても、通常の生活体験（一般に統合保育と呼ばれている）は彼らの精神発達のために重要である。しかし、現在の保育所には公営・私営の別、認可・無認可の問題があり、自治体として一律的にシステムとして組み込むことができない。現状では各保育所に統合保育への参加を期待するということになる。なお、幼稚園は保育所に比べ統合保育の面では関心が薄い。また、発達上で問題となるリスク児も保育所に比べ少ない。

学校教育では、前述したごとく特殊教育の枠が現実の発達障害児の頻度からみて余りに少ないことが最大の問題である。軽症の発達障害児が通常学級へ進んだ場合、療育や医療との関係は多くの場合、途絶えてしまう。とくに、就学前に指導を受けることがなかった児は、クラスではいわゆるお荷物のままで学年のみ上っているのが現状である。もし、5歳児健診が何らかの形で制度化され、そこで発見されたリスク児に入学までの短期療育の制度が作られれば、軽症発達障害児の包括ケア

ーは大きく前進することになる。入学後にはじめて障害の存在が明らかになり、教育計画が根底から混乱するケースは少なくなる。アメリカでは行政が学習障害児の存在を認め、その対策を法制化（リソースルームの設置など）したことから学習障害対策が活性化した。なお、ここでも小児神経に専門的な知識と能力をもった医師の積極的な参加が必須条件となる。

参考文献：竹下研三. マイペースの子どもたち.
厚生福祉 平成6年4月16日発行



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:3歳までにことばの遅れで見つかるマイペース行動をもつ言語発達遅滞児の存在とその重要性を述べた。彼らの行動は視線が合わず、しばしば多動であり、自閉的と評価される。しかし、彼らはICD-10やDSM-5-Rなどで定義される自閉症の診断条件を満たさない。彼らは自分のおかれている状況を理解しており、家庭内での生活適応は伸びてくる。しかし、感情の交流や対人関係の維持はなかなか困難であり、しばしば特殊教育下での教育や不登校、学習障害児へと発展する。原因は不明であるが、しばしば母親は児の0歳の時は手がかからず結果として放置していたと告白する。外国における軽症情緒剥奪児の背景に一致する。頻度は不明であるが、近年増加の傾向を懸念する。対策として、健診医へ早期発見のための知識の普及と予防へ向けた母親指導が重要である。

3年間の研究を通して、地域における障害児の包括的ケアについて、システムの基本的なあり方をまとめ、現状の問題点を述べた。