

山梨県立こころの発達総合支援センター

# こどもの精神発達に関する 診療マニュアル

山梨県

## こどもの発達を考える医療連携を 考慮した臨床をめざして

私は小児神経専門医（対象疾患は、重症心身障害、脳性麻痺、てんかん、発達障害等）として、医学だけでは解決できない本人と両親のニーズ、成人期にまでおよぶ心身の健康管理と自立支援の必要性を痛感してきました。

このような背景から、異なる立場の専門家技術者間の実質的なコーディネーションを確立する目的で、多種職者（医師、看護師、保健師、リハビリテーション関係者、県・市町村行政スタッフ）を対象に、障害児者に対する保健福祉支援システムのあり方や地域で生活する障害児者への支援をテーマとして相互理解を図ってきました。さらに、昨年度からは小児科診療に関わる小児科の医師、こころの発達総合支援センター・山梨県障害福祉課スタッフが集い、医療・保健・福祉・就労に関して研修、討議が重ねられてきています。

このような活動を通して、「こどもの精神発達に関する診療マニュアル」がこころの発達総合支援センターの片山所長をはじめとするスタッフによりまとめられてきました。このマニュアルにより、さまざまな発達特性のあるこどもの存在が認識され、各地域における社会資源の連携をマネジメントするきっかけとなり、さらにトータル Spann で子どもを見据えて診察する契機となることを期待しております。

山梨大学大学院総合研究部 教授

山梨県発達障害者支援体制整備検討委員会 委員長

子どもの心の診療支援連携会議 会長

相原 正男

# 目次

## あいさつ

### I 各論

- 1 発達障害・・・・・・・・・・・・・・・・001
- 2 パーソナリティ障害・・・・・・・・019
- 3 不適切養育・・・・・・・・・・・・037
- 4 心身症・・・・・・・・・・・・・・055
- 5 学習困難・・・・・・・・・・・・・・073

### II 総論

- 1 定型発達・・・・・・・・・・・・・・091
- 2 鑑別診断・・・・・・・・・・・・・・109
- 3 薬物療法・・・・・・・・・・・・・・127
- 4 幼児期の社会資源・・・・・・・・・・145
- 5 学齢期の社会資源・・・・・・・・・・163

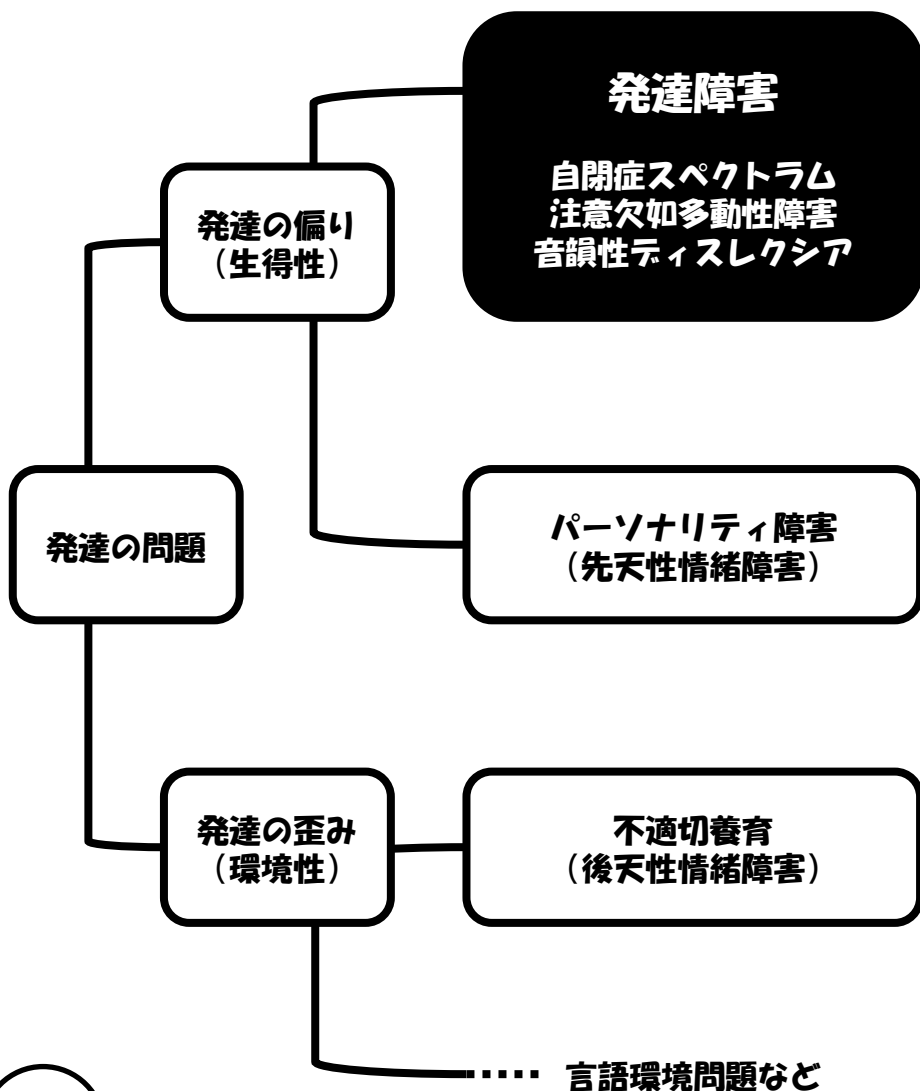
## おわりに

# 各論 1 : 発達障害

---

こどもの発達に関する相談や診察において、最も頻度が高いのは発達障害です。ここでは、発達障害の中でも代表的な自閉症スペクトラムを中心に、その特徴と支援方法について説明します。

## ① 発達障害の位置づけ



---

発達障害ということばは、大変誤解されやすく、世間的にというだけでなく専門家の間でさえも、多くの場合に間違っ  
て受け止められているのが現状です。そのためここでは、発達  
障害の位置づけを確認するところから始めたいと思います。

発達障害とは、発達の問題のすべてを指すことばではありません。左ページに示した図を見てください。

発達期（大雑把に「こどもの時期」と捉えていただいて構  
いません）に、他児と異なる発達をし、情緒面・行動面の問  
題を示している場合、それらを総じて「発達の問題」と呼び  
ます。発達の問題には、生まれつきの場合と生まれてからの  
環境に基づく場合とがあり、前者を「発達の偏り」と、後者  
を「発達の歪み」と呼びます。さらにこの、「発達の偏り」  
の一部が「発達障害」と呼ばれる群になります。

発達障害とは、生得的な発達の問題である発達の偏りの一  
部です。発達障害とは、もう一つの代表的な発達の偏りであ  
るパーソナリティ障害と比較したとき、総じて社交関心が育  
ちにくく、対人技能も未熟となりやすいという特徴を持って  
います。3つのサブグループに分けることができ、特に苦手  
とする領域に応じて呼び分けています。社交能力の場合に自  
閉症スペクトラム、注意集中の場合に注意欠如多動性障害、  
言語習得の場合に音韻性ディスレクシア、というふうにです。

## ②スペクトラムという考え方

社交関心・対人技能が未熟

- ・ 同年齢他児と比較して
- ・ 本人他能力と比較して

未熟さ小

**定型発達**  
(平均的な育ち)

診断する基準は、

- ・ 現在、生活上困難があるか
- ・ 将来、生活上困難が予測されるか  
(純粋な医学的判断ではない)

未熟さ大

**自閉症スペクトラム**

---

自閉症スペクトラム（あるいは最近では、自閉スペクトラム症と呼ぶこともあります）とは、発達の偏りのうちの一つであり、その特徴は社交関心（他者や他者との付き合いに興味を持つこと）・対人技能（他者と上手に付き合っていく能力）の未熟さにあります。

さて、ここで当然思い浮かぶ疑問があります。第一に、程度の問題です。社交関心や対人技能が未熟なこともというとたくさんいそうですが、どの程度から自閉症スペクトラムと呼ぶのでしょうか。第二に、内容の問題です。社交関心や対人技能の未熟さとは、より具体的にはどのような特徴を指すのでしょうか。ここでは前者についてお答えします（後者は次節で説明します）。

自閉症スペクトラムと診断する際には、同年齢集団の他児との比較、および、本人の他の能力領域（たとえば機械操作）との比較が必要です。このどちらの比較においても、社交関心・対人技能が未熟である、という判断が必要なのです。

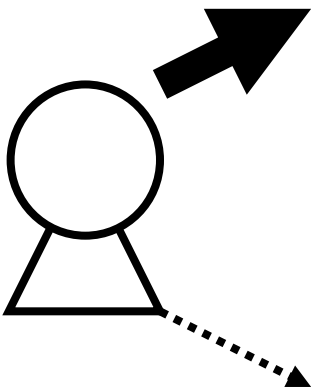
しかし、同年齢集団の他児と比較して社交関心・対人技能が未熟といっても、医学的に明確な基準があるわけではありません。定型発達と自閉症スペクトラムとは、あたかも山と平野との間に一線引くのが難しいように、連続してつながっています（これをスペクトラムと呼びます。左ページの図表を確認してください）。診断の可否の基準は、生活上の困難が現在存在するか、あるいは将来予測されるか、にあります。



### ③ 自閉症スペクトラムの基本特性

#### 広域的認知

関心：正義・法則・個人・権利…  
能力：理性・計算・分析・視覚…



自閉症スペクトラムは、生まれつき平均的な子どもと異なる関心と能力の発達をする。それは、対面的認知（女性脳特徴）が未熟だが、その代償に広域的認知（男性脳特徴）に秀でるという特徴である。

#### 対面的認知

関心：配慮・文脈・関係・評判…  
能力：常識・直感・総合・情動…

---

自閉症スペクトラムの特徴とされる、社交関心・対人技能の未熟さの内容について、もう少し踏み込んで考えてみましょう。

世間的にだけでなく専門家の間でも大変誤解されやすい点なのですが、ここでいう社交関心・対人技能の未熟さとは、人付き合いがうまくいかないこと全般を指すわけではないのです（人付き合いがうまくいかないのは、精神疾患・パーソナリティ障害や、不適切養育によって生じる発達の歪みなど、他の特徴でも生じます）。自閉症スペクトラムとは、もっと限定された特性を指します。

左ページの図を見てください（ここだけ、若干難しい話になります）。ひとは社会生活を送るうえで、広域的認知と対面的認知という二つのベクトルを用いています。広域的認知とは男性脳特徴とも呼ばれ、正義（〇×判断）への関心や損得計算などを含みます。対面的認知とは女性脳特徴とも呼ばれ、目の前の他者への配慮に関心を向けることや、情緒的な関係維持を図る能力などを含みます。広域的認知は多数の見知らぬ相手に対する際に、対面的認知は少数の親しい相手に対する際に発揮されやすいですが、ひとは常にこの二つのベクトルを同時に用いているのです。

自閉症スペクトラムとは、この対面的認知が機能しにくく、代償として広域的認知に秀でるようになった、定型発達とは異なる（偏った）関心や能力の持ち主のことなのです。このため、研究者によってはこうした特徴を、「超男性脳」と評すのです。

## ④得意・活用できる領域

### 広域的認知の優位

- ・ 広域的規範への同調性：  
正義への関心  
理屈・筋を通す姿勢  
公正・ルール志向性
- ・ 視覚・情報・分析への志向性：  
視覚情報把握やシステム分析  
揺らがぬ探求心  
唯物論的・非空想的関心

### 活用するための方法

- ・ テクノロジーの積極利用
- ・ 正義重視型道德教育の推進
- ・ 自閉文化を共有する仲間関係

---

自閉症スペクトラムとは、対面的認知が機能しにくく、代償として広域的認知に秀でるようになった、定型発達とは異なる関心や能力の持ち主です。

この「異なり」を、わたしたちはどのように捉えていくべきなのでしょう。一般的に言って、ひとは同種の間と関わろうとする傾向がありますし、社会は平均に合わせて作られている以上異なりは損につながりやすいです。このため周囲のおとなが、異なりが無くなることを望むとしても自然なことかもしれません。

けれども、こどもは生まれつき多様であり、生まれ持った特性は生涯を通じて変わることはありません。またこどもは、嫌いだったり不得手だったりすることよりも、好きだったり得意だったりすることを通じてこそ伸びるものです。自閉症スペクトラムも、まさにそのことが当てはまります。

自閉症スペクトラムのこどもは、生まれながらの正義漢で、理屈っぽくて融通は利かないけれども、物事の筋はきちり通す、大変真面目な性格です。博士気質でとことん物事を探求しますし、機械との親和性はあたかも「第一言語はデジタル」（ある父親のことば）かのようです。歪まずに育てば、オクテで不器用かもしれないけれどまっすぐなおとなになるでしょう。わたしたちは、そうした育ちを目指すべきではないでしょうか。

それには、テクノロジーの積極利用や、ひとの気持ちなどというあいまいなものではなくルールをコツコツ教える、といった工夫が有効です。

⑤ 苦手：支援を要す領域

対面的認知の劣位

- ・ 対自アクセススキルの遅れ：  
セルフモニタリング  
：感情・感覚の符号化と運動制御  
内面形成や自己表現
- ・ 対他アクセススキルの遅れ：  
対人関心や愛着段階  
社会常識的知識や判断力  
状況把握：心理・人称・文脈  
周囲との同調

支援するための方法

- ・ 構造化を用いた社会性学習：  
同年齢集団で逸脱しない程度の水準  
知識・ルール的内容

---

自閉症スペクトラムのこどもには、優れたところがたくさんあるのだけれど、定型発達の子どもたちと一緒に生活するとなると、いろいろ困ったことも起こります。能力や関心の違いからトラブルになったり、表面上は問題ないように見えても（周囲のおとなの教え方が難しすぎて）大事なことを学び損ねていたりします。

そうならないために周囲のおとなは、自閉症スペクトラムの子どもが苦手とするところを、うまく肩代わりする必要がありますのです。自閉症スペクトラムの子どもが苦手とすることを一言でいえば「人付き合い」で、個人差はありますが定型発達の子どもと比べると倍くらい遅れます（けれども定型発達の子どもと違い、20代半ばまでゆっくり育つので、それ以後は倍ほど差は開きません）。

人付き合いの対象には自分も含みます。自分の感情や感覚、体の状態を自覚するのはなかなか苦手で、そのため妙に感覚が鋭くなったり鈍くなったりとアンバランスになったりします。内面発達も養育者への愛着発達も遅く、つまりは反抗期も独り立ちもすべて遅れます。

他者との社交、とりわけ同年代の子どもとの付き合いは苦労が多いです。相手の心理状態、話の文脈、誰が誰にといった人称把握、理屈じゃない常識的判断、などがピンときません。それを譬えるなら「生まれながらの異文化体験」です。ここで周囲のおとなは、「良い通訳」を目指すべきでしょう。ビギナー向けトラベルガイドを作るように、定型発達の子どもが感じる「空気」を「ルール」（自閉症スペクトラムの子どもに分かりやすい）へと置き換えてみたらよいのです。

## ⑥ 幼児期における発達段階

<問題の表出>

言語・  
JAの遅れ

情報優位・孤立

パラレル参加

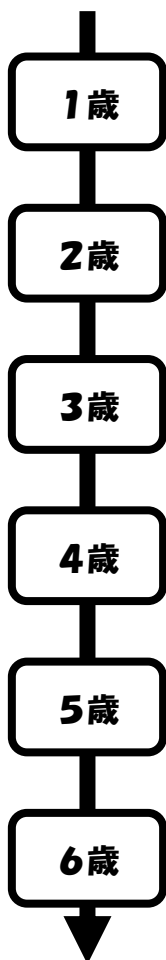
物理的  
こだわり

ルール  
こだわり

<育ての原則>

生活の  
枠+日常生活  
動作の獲得

役割設定+おとなとの関係促進



---

自閉症スペクトラムのこどもは、定型発達の子どものとは異なる育ち方をします。とすれば、それに合わせた育て方が求められるというのは道理でしょう。

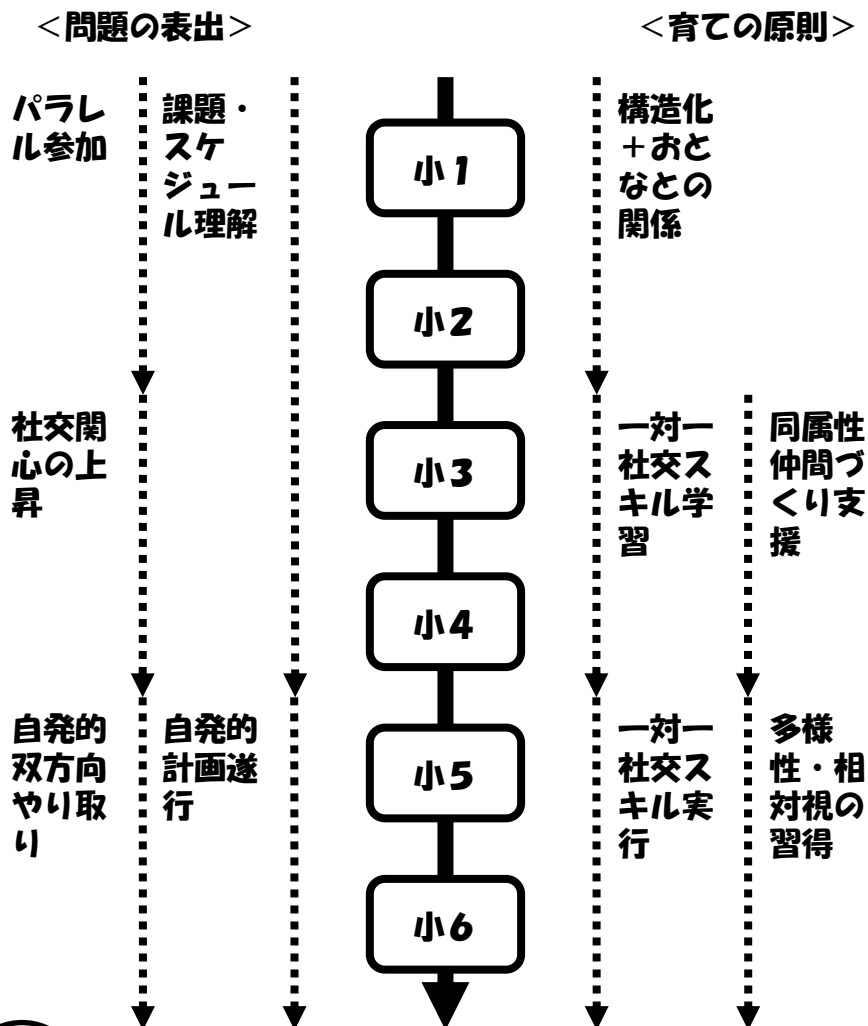
ところが、定型発達の子どもの発達に関してはたくさんの育児書・教育書があるのに、自閉症スペクトラムの子どものついて何歳になったら何ができるとか、何歳までには何を教えなければならないとか、養育者が本当に欲しい情報はどこにも書かれていないのです。実に不思議で残念なことです。ここで簡単に整理しておきましょう。

自閉症スペクトラムの子ども（ここでは知的障害は合併していない場合を想定しています）の育児は、実は就園前が一番大変です。ことばが遅れ、話し始めたと思ったら一方的に質問するばかり、養育者の話など全く耳に届きません。代わりに目からの記憶は良いので、それが道順・位置のこだわりになります。年少さんで就園したらしたで、一斉指示も集団活動も乗れません。実はこの時期は、言葉を通じて教えても理解につながらないのです。乏しい理解力のキャパを前提に、日々同じことの繰り返しを通じて安心させ、徐々に出来る範囲でADLも練習させましょう。

年中さんぐらいになると、社会的ルールの理解や、周囲のひとへの関心が徐々に向上してきます。けれども関係が持てるのは、自分に分かるように話をしてくれるおとなだけで、他児と遊ぶことに関心は持てず、むしろオモチャの取り合いとか一番にこだわるとか新たなトラブルが出てきます。この時期は、お手伝いや係活動などを通じて、おとなとの縦関係で教えることに注力すると無駄がないです。



## ⑦学齢前期における発達段階



---

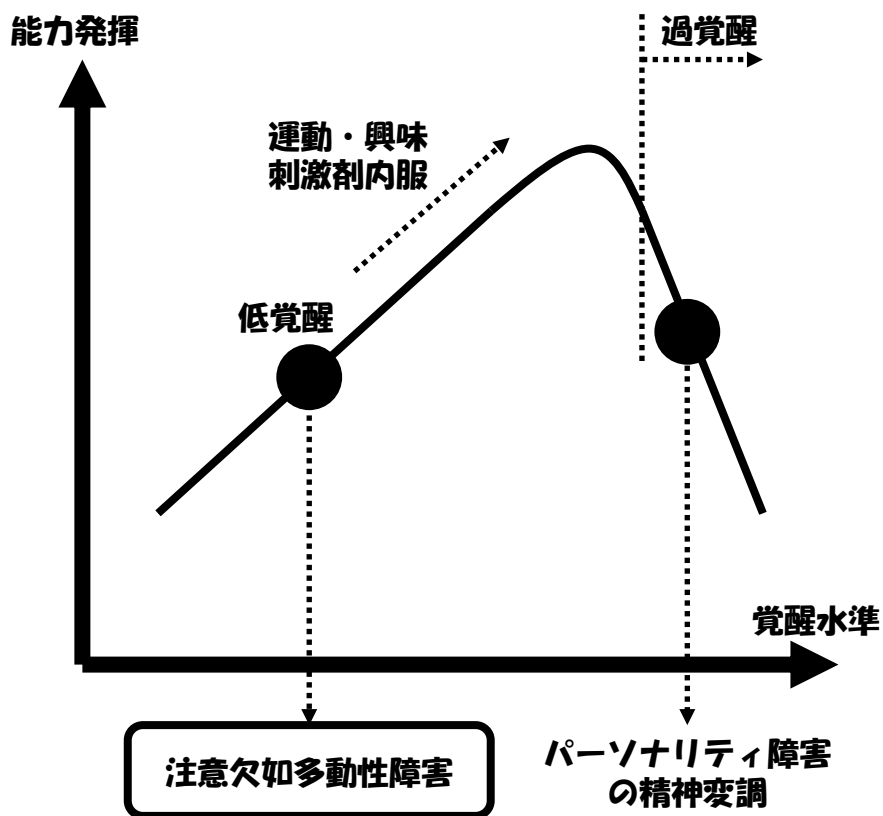
自閉症スペクトラムのこどもは、就学までにおとな（養育者や教師）との安定した関係を築き、（係活動やお手伝いなどを通じ）おとなから与えられた役割・指示を全うし、家庭におけるADLが一通り自発的にやるようになっていくことが目標です。

では、就学後に取り組むべき課題とは何でしょうか。二年ごとにグループ化することができます。小学1～2年においては、就学前からの延長と捉え、他児との関係は（トラブルにならない限り）積極的に課題としません。むしろこの時期は、教師との安定した関係を築き、（時間割に合わせて部屋を移動する、持ち物を用意するなど）複雑化した課題・スケジュールに慣れることが優先されます。

小学3～4年になると、徐々に本心から友達が欲しいと思うようになります。社交関心が発達するこの時期こそ、友達との社交スキルを教え始める絶好のタイミングです。ただし同時に、この時期に入ると周囲との異なりに自覚が生まれ始めます。ぜひこの時期からは、同じような特徴を持った仲間（必ずしも診断を受けた相手とは限りませんが、自閉症スペクトラムの関心や能力のベクトルにフィットした、対等でお互いに楽しめる存在）との関係づくりを手伝ってあげましょう。

ここまで上手くいってれば、小学5～6年になる頃にはおとなと一対一の会話・相談が可能になっているはずです。また仲間の存在は、自閉症スペクトラムである自分と定型発達である周囲との関係を、優劣ではなく多様性として、自然に感じられるようにしてくれるでしょう。

⑧ (補) 注意欠如多動性障害



---

注意欠如多動性障害（あるいは最近は注意欠如多動症とも呼びます）は、発達の偏りのうちのひとつで、生まれつき注意集中力が（対人場面だと）発揮されにくいタイプのことです。背景に、脳の低覚醒があると考えられています。

ただし、注意欠如多動性障害のこどもは、常に集中力に欠けているわけではありません。身体活動をしている間、あるいは自分にとって興味が掻き立てられるものを目の当たりにした際には、集中力が発揮されるのです。こうした特徴を、ある研究者は「狩人タイプ」と評しました。

狩人というのは、獲物を捕まえるまで、場合によっては長時間帰路に就くことができません。そうであれば、莫大なエネルギーを消費する脳を、仲間との会話のためにだけフルスロットルで働かせるなど、非効率甚だしいことでしょう。しかし、（半ばスリープモードに入っていたとしても）獲物を見つけた時だけは、脳を急速最大加速にもっていかねばなりません。そう考えると、運動・興味をトリガーとして集中力が上がるという注意欠如多動性障害は、かつての狩猟時代の名残というのも頷けます。事実、運動が好きなこどもが多く、体を動かしているほうが集中・記憶力も向上するのです。

ただし、注意欠如多動性障害のこどもにとっては不幸なことに、現代日本の学校教育は、机の前に座って受けなくてはなりません。こうした条件を鑑みると、中枢神経刺激薬を内服することによって、人為的に注意集中力を向上させるというのも、一つの選択肢と考えられるでしょう。

<推奨文献>

トーマス・アームストロング

『脳の個性を才能にかえる』（NHK出版）

サイモン・バロンコーエン

『共感する女脳，システム化する男脳』（NHK出版）

杉野昭博

『障害学』（東京大学出版会）

本田秀夫・日戸由刈

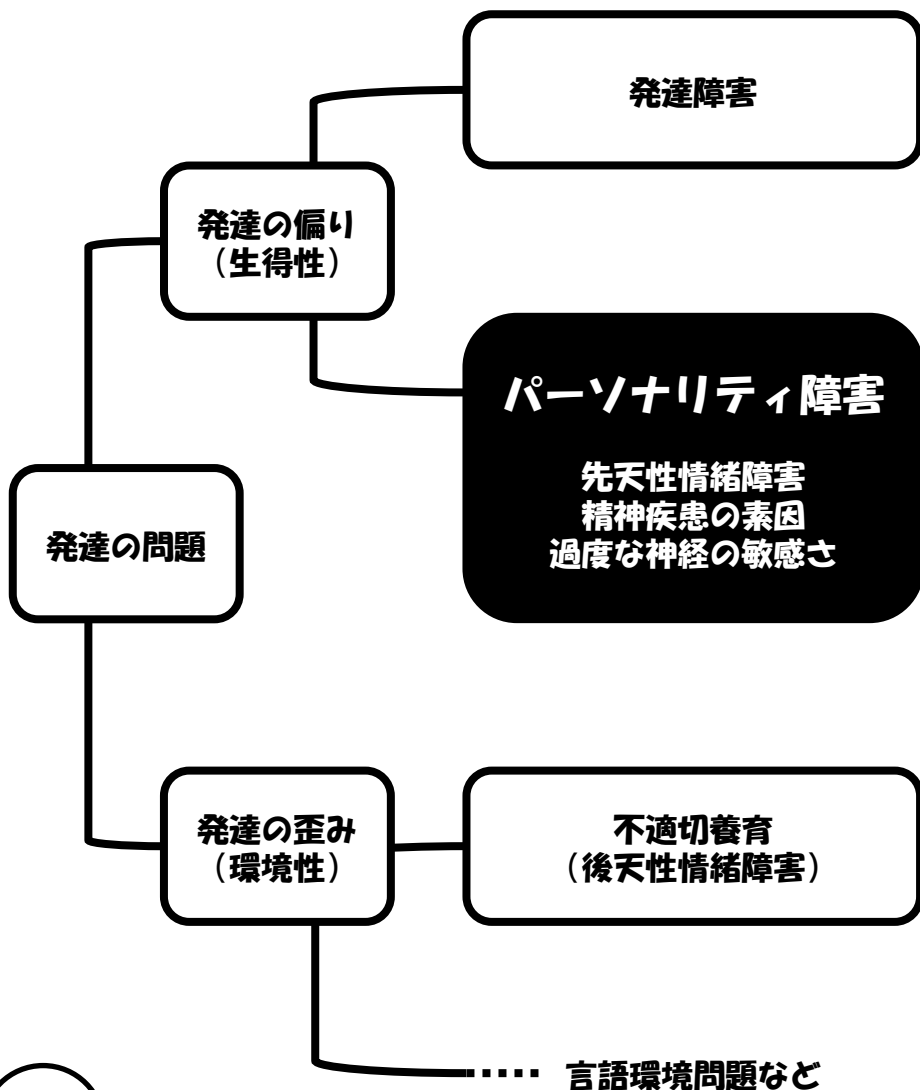
『アスペルガー症候群のある子どものための新キャリア教育』（金子書房）

## 各論2：パーソナリティ障害

---

耳慣れない言葉かもしれませんが、パーソナリティ障害はこどもの発達に関する相談・診療において、発達障害と二分する頻度があります。ここではその特徴と治療について順を追って説明します。

## ① パーソナリティ障害の位置づけ



---

パーソナリティ障害とは、生得的な発達の問題である発達の偏りの一つです。その特徴を端的に表現すれば、生まれつき神経が過敏で、疲労が蓄積しやすく心身が不安定になりやすいグループ、ということが出来ます。

パーソナリティ障害はこれまで、やはり発達の偏りの一つである発達障害や、発達の歪みである不適切養育と、頻繁に混同されてきました。確かに、生まれつき育てにくく、集団適応にも困難があるという点からは、発達障害と似ていると思われるかもしれませんが、また、情緒が不安定な点からは、不適切養育による精神症状と区別がつきにくいと感じることもあるかもしれません。けれども、それぞれの特徴を正確に掴んでおけば本来区別は容易ですし、必要な支援が全く異なる以上、区別は必須でもあります。

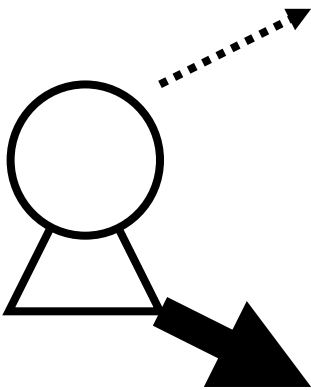
残念ながら、パーソナリティ障害について正確な情報を入手するのは大変難しい現状があります。生まれつきの性格傾向であり、成人型精神疾患の素因であり、国際的診断基準を見れば多数の類型が載っていて、心理療法の本を見れば操作性について詳述されている、といった多面性（あるいは情報が整理されておらず断片的に語られがちであること）もまた、初学者にとってハードルが高く感じられる点でしょう。そのため以下の節では、頭の整理を兼ねて、関連する情報を広くお伝えしたいと思います。



## ②パーソナリティ障害の基本特性

### 広域的認知

関心：正義・法則・個人・権利…  
能力：理性・計算・分析・視覚…



パーソナリティ障害は、生まれつき平均的な子どもと異なる関心と能力の発達をする。それは、広域的認知（男性脳特徴）が未熟だが、その代償に対面的認知（女性脳特徴）に頼る、という特徴である。結果としてストレスが高まる。

### 対面的認知

関心：配慮・文脈・関係・評判…  
能力：常識・直感・総合・情動…

---

パーソナリティ障害は、生まれつき神経が過敏で、疲労が蓄積しやすく心身が不安定になりやすいという特徴があります。この神経の過敏さについて、もう少し踏み込んで考えてみましょう。

パーソナリティ障害における神経の過敏さは、二つの側面が絡み合っています。ひとつは、神経の冷却がうまくいかず、一旦興奮スイッチが入ると止まらなくなる、という側面です（最近の仮説として、アストログリアによるグルタミン酸除去能力が低い、という可能性が示唆されています）。あとひとつは、認知のベクトルとして広域的認知よりも対面的認知のほうが働きやすい、言い換えると、眼前の他者の心理・感情に目が奪われやすく振り回されやすい、という側面です。

周囲の人間に振り回されやすいならば、マイペースなひとと比べてずっとストレスが溜まりやすく、神経が興奮しやすいこととなります。そしていったん神経が興奮し、止まらなくなってしまうと、神経が疲弊し機能低下してしまいます。するとその結果として、論理的に物事を考えることが困難となったり、退行（赤ちゃん返り）してますます眼前の他者にしがみつくようになります。このように、二つの側面が絡み合っただ悪循環を構成しているのです。

こうした神経の興奮しやすさ、消耗・機能低下の生じやすさが成人型精神疾患を引き起こす素地ともなるのです。

### ③ 基底特性

#### 基底特性

- ・ 自我脆弱性：  
希薄化：被影響性：過剰適応  
対人過敏：萎縮と回避  
未熟化：退行  
原初的愛着行動：暴力・性的
- ・ 認知機能障害：  
論理障害  
注意障害・視覚情報処理障害  
運動障害  
道德蓄積困難

#### 必要な支援

- ・ 脱文脈化の誘導：  
代理自我設定  
複数所属性  
読書・作文を通じた書きことばの育成

---

パーソナリティ障害の症状は、変動が少ない基底特性と、神経系への負荷により程度が大幅に変動する精神変調とに分けられます。前者から確認していきましょう。

前節で説明しましたが、パーソナリティ障害における神経の過敏さは、興奮の冷却がうまくいかないことと、周囲の人間の感情や評価に過度に目が向いてしまうこと（対面的認知の優先）のふたつが背景にあります。後者を、より専門的には「自我脆弱性」と呼びます。

自我とは「こころの容器」のことで、自我があるからこそ自分と他者との間に境界線を引き、自分というものを主体的・能動的に動かすことができるのです。逆に言えば、自我が脆弱であるとは、周囲から影響を受けやすく（このため雰囲気呑まれ、過剰適応になりやすい）、他者に過敏となって萎縮・社交回避に陥りやすいということです。これは、上述した特徴そのままであることが理解できるでしょう。更にストレスがかかると、退行（赤ちゃん返り：自我の未熟化）して年齢にふさわしくないようなベタツキ行動が現れます（時にやつあたりや、胸を揉むなど性的なニュアンスも感じられるような行動も）。以上が、自我脆弱性です。

他にもパーソナリティ障害には、論理的・計画的に物事を考えられない、注意集中力が落ちる、目で見たいものを正確に覚えられない（あるいは判断できない、思い出せない）といった特徴もあります（これが学習困難を生じさせます）。加えて、いつも目の前の人間関係に振り回されているために真の意味での道徳の蓄積がなされなかったり、運動神経も機能が低下したりします（表情麻痺が特徴的です）。

## ④精神変調

### 精神変調

- ・ 思考領域：短絡思考・情緒的歪曲  
混乱・弛緩
  - ・ 感情領域：気分の非一貫性  
不安・情緒不安定
  - ・ 身体領域：過覚醒, 睡眠障害  
様々な身体的不調
  - ・ 他の領域：基底特性の悪化
- ※下位分類：空想没入型  
対人操作型

### 必要な治療

- ・ 体調管理：  
睡眠・休息  
栄養・運動・動植物とのかかわり  
薬物療法

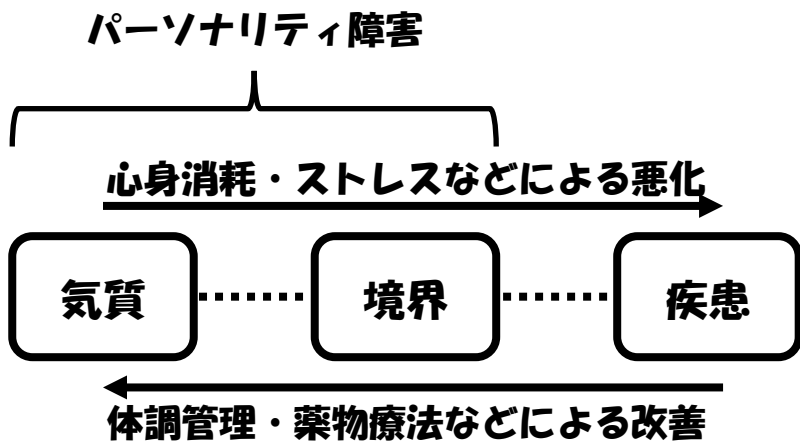
---

一般的に言って、神経系に過度の負荷がかかると様々な精神変調が生じてきます。パーソナリティ障害は、その基底特性ゆえに大変ストレスに脆く、結果としてこの精神変調が強く生じやすいのです（逆も真なりで、精神変調が生じる背景として、パーソナリティ障害は重要な位置を占めます）。

精神変調は、心身のあらゆる領域に生じます。精神的には、短絡的に思い込む（短絡思考）、被害的に受け取る（情緒的歪曲）、気分の波が生じる、不安やイライラが募る、神経がピリピリして眠れなくなる（過覚醒に伴う睡眠障害）、といったことが生じます。身体的には、下痢・便秘、頻尿、頭痛、吐き気・嘔吐、過呼吸、動悸、ほてり、めまい・立ちくらみ、食欲変動、皮膚炎など、可能性としてはあらゆる症状を生じます。これらに加えて、こどもによって空想に没頭するようになり（ゲームやマンガの世界に没頭し、現実を回避するようになることもあります）、周囲の人間に感情をぶつけて操作したりすることもあります。

表面的に表れてくる症状に個人差はありますが、パーソナリティ障害の中核は神経の過敏さと、それによって生じる心身全般の不安定さにあります。このため、周囲もそれと気づかないぐらいのごく日常的な刺激・ストレスによって、燃え尽きてしまいかねません。支援の方法は年齢によって変わりますが、こうした彼らの脆さに気づいてしっかり守る、という原則をまず押さえておくとよいでしょう。

## ⑤疾患との関係



(参考：代表的診断名との関係)

気質	境界	疾患
シゾイド 回避性 妄想性 強迫性	シゾタイプル	統合失調症
自己愛性 反社会性 依存性 演技性	境界性	解離性障害

---

パーソナリティ障害は、成人型精神疾患の「素因」でもあります。

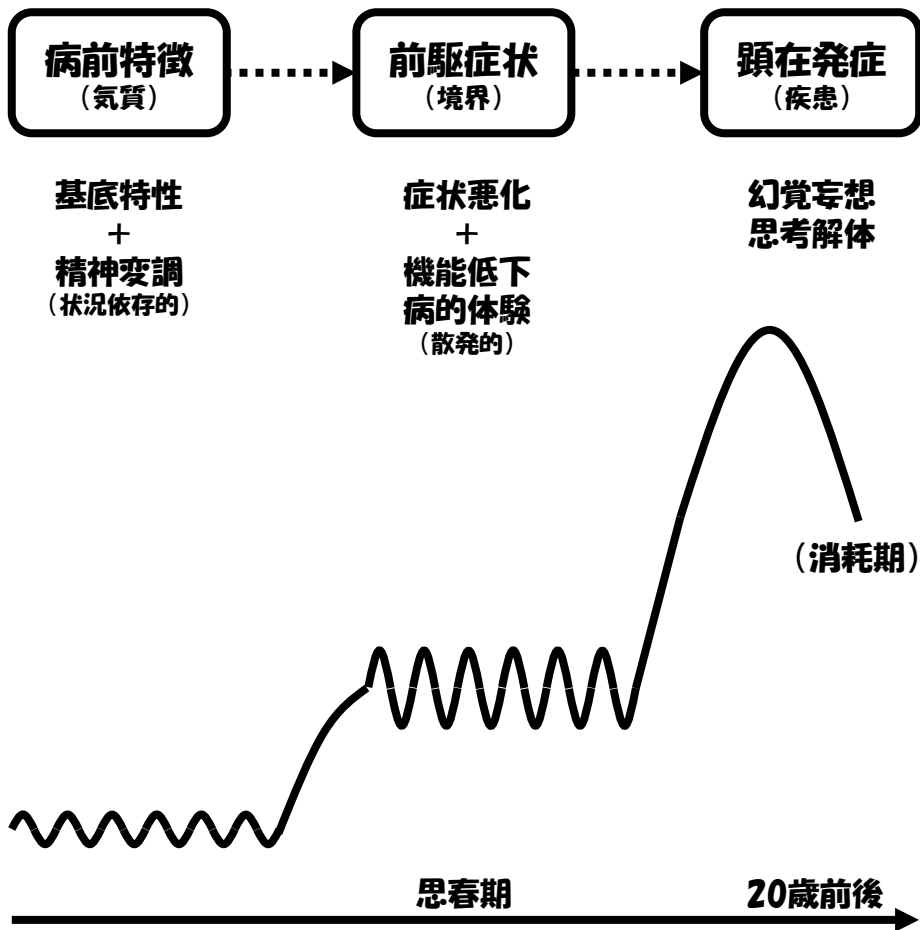
「素因」（あるいは気質・体質）とは、「疾患」を引き起こす生まれつきの要因のことですが、素因だけで疾患が発症するということはありません。アトピー性皮膚炎や気管支喘息といった疾患の背景には、素因として免疫異常（世間的にはこれをアレルギー体質と呼ぶことが多いようです）が考えられますが、そのような体質があったからといって必ず発症するとはいえません。たとえば睡眠・栄養などの生活習慣、ストレス・疲労・体調変化などの状況因、といった後天的要素が重なって疾患にまで引き上げられるのです。

パーソナリティ障害の場合にも、これとまったく同じことがいえます。左の図を見てください。「気質」として神経の過敏さがあり、それに心身消耗・ストレスなどが積み重なるにつれて右向きに進行し、ある一線を越えると「疾患」が発症するのです（逆に、体調管理や薬物療法などを行えば、左向きに回復もしていきます）。その意味では、他の慢性疾患と考え方に違いはありません。

違うのは、既に「気質」のレベルで生活の困難が生じやすいこと（前節までで説明した、基底特性と精神変調の中身を思い出してください）と、（発症しかかった状態である「境界」も含め）「疾患」が発症した場合の問題の大きさにあります。「気質」のレベルで困難が生じることから、気質（と境界）にも診断名（パーソナリティ障害）がつけられることになったのです。



## ⑥統合失調症の疾病過程



---

気質から疾患への過程について、統合失調症を例にして具体的に説明していきましょう。

統合失調症の気質（あるいは病前特徴ともいいます）をもつひとは人口の一割程度存在します。気質が進行し、前駆症状（境界）も越えて、統合失調症を顕在発症するのはその一割程度と推測されています。つまり、気質を持っていたとしても大半のひとは、気質あるいは前駆症状までで留まっているわけで、「気質があるから必ず発症する」といった考え方は誤りといえます。

しかし、気質や前駆症状の段階で、既に生活の困難が生じており、支援・治療は必要なのです。気質の段階では、自我が希薄で（主に家庭外で）過剰適応しがちとなり、その反動で（主に家庭内で）退行・やつあたり、さらには神経の負荷の程度によっては様々な心身の不調が現れる、といった状態を認めることができます（基底特性＋精神変調）。

思春期前後に、こうした基底特性や精神変調がより悪化していくことがあります（前駆症状）。こうなると従来の症状に加えて、これまで出来ていたはずのこと（たとえば入浴や着替え）も出来なくなる、行動範囲がどんどん狭くなって自宅に引きこもるようになる、といった状態が生じてきます。さらに進行すると、散発的に幻覚妄想状態も生じてきます。

こうした症状は、こどもの可能性を大きく狭めますが、支援・治療によって回復させることができます。漫然とカウンセリングなどで様子を見るのではなく、顕在発症していないといえども現在の困難を改善させるために、医師が治療に踏み込むことはこどもの利益となるのです。

## ⑦ 幼児期における支援

### 基底特性への支援

- ・ 家庭の外に、安心できるおとなとの関係を、複数確保する（代理自我の複数設定）。
- ・ 並行して、養育者と物理的に距離を空ける。

※決して焦らず、徐々に進展させること。

### 精神変調への治療

- ・ 家庭では：
  - 十分な夜間の睡眠の確保
  - 可能な限り日中の休息（昼寝）も
  - 十分な動物性食材の摂取
  - 軽い運動やペットとの関わりも良い
- ・ 園では：
  - 先回りして疲労を察知し休息させる
  - 社会的・物理的刺激を減らす
  - 養育者と児のコンディションを共有

---

これまでの節では、パーソナリティ障害の特徴について説明してきました。最後の二節で、パーソナリティ障害の支援・治療の具体的な進め方を、年齢帯ごとにみていきたいと思えます。

パーソナリティ障害のこどもを幼児期前半で発見するのは、相当な熟練が必要です。この時期は、他児と比べて夜泣きがひどいとか、（消化器・皮膚を中心に）体調を崩しやすいとか、妙に周囲の人間の心理状況を察知するとか、養育者と離れがたいとか、といった特徴はありますが、定型発達と見分けるのは容易なことではありません。

4歳前後になると、心の理論（周囲の人間の心理状態を察知する能力）の発達を背景に、（家庭外での）過剰適応や登園渋り、（家庭内での）退行・やつあたりが強まってきます。この時期は、幼稚園への入園という環境変化も相俟って、症状が露わとなってきます。鑑別がしやすくなるのも、養育者が相談行動を開始するのも、多くはこの時期です。

この時期に診察に来た養育者は、たいていの場合事態が理解できず混乱しています。医師は、こうした行動の背景にこどもの神経の過敏さがあることを伝える必要があります（先天的情緒障害という診断名で伝えると受け入れやすい）。加えて、家庭での反動につながるので幼稚園では決して無理させないこと、回復のためには睡眠・栄養といった基本的体調管理が欠かせないこと（場合によっては漢方薬も）、相性の合う安心できるおとなとの絆が増えれば改善していくので抱え込まないこと、も助言します。実行できれば、それだけでも多くの場合は安定します。

## ⑧学齢前期における支援

### 基底特性への支援

- ・代理自我の複数設定を継続・拡大  
小学校の中で複数  
家庭・学校以外にも複数
- ・書字困難・集中困難への支援  
コンディションへの配慮を最優先

### 精神変調への治療

- ・養育者・学校が共同歩調で体調管理  
決して無理させないを合言葉に  
神経疲労を先回りして防ぐ  
十分な睡眠と日中の休息を確保  
十分な栄養の確保も継続する
- ・向精神薬の使用は躊躇わない  
暴力・不登校の有無は問わない  
学習困難・身体症状だけでも適応  
家庭内限局の症状でも適応
- ・前駆症状を警戒し予防する

---

パーソナリティ障害の支援・治療は、学齢前期が本番です。支援・治療についての基本的な姿勢は幼児期と変わりませんが、教科学習面での支援が必要なこと、ストレスが強まるため心身症や不登校になりやすいこと、前駆症状へと進行するリスクがあること、に注意しなければなりません。

学齢前期においても、睡眠・栄養・運動を通じた基本的体調管理や、家庭の外に複数の場に複数のおとなとの安定した絆を築いていく、ということの重要性は揺らぐず、むしろますます重要になるといえます。けれども、こどもの側の理解力が増すこと、および小学校は幼稚園と比較すると柔軟な対応がとりにくいこと、によってどうしても神経疲労を避けがたくなってきます。さらに、小学3～4年以後、思春期に入ると脳の発達に伴って不安定さが増してくるため、精神変調の悪化や、あるいは前駆症状への移行（長期的不登校・ひきこもり）さえ警戒されます。現実的には、向精神薬を用いた薬物療法抜きには乗り切れないことも多いということ、養育者と共に認識しておく必要があるでしょう。

一方で精神変調が軽く、教科学習面だけが主訴というケースも、学齢前期にはあり得ます。幼児期から一貫して、家庭生活・集団適応に問題と感じられたことはないという場合さえもあります。適切な鑑別過程は不可欠ですが、パーソナリティ障害に由来する学習困難であると判断されるなら、必要な支援は（薬物療法の必要性、および薬剤選択の考え方も）全く同じです。意外かもしれませんが、神経疲労の回復や薬物療法の効果によって、書字も急激に安定するのです。

<推奨文献>

ジョエル・パリス

『境界性パーソナリティ障害の治療』（金剛出版）

日本統合失調症学会

『統合失調症』（医学書院）

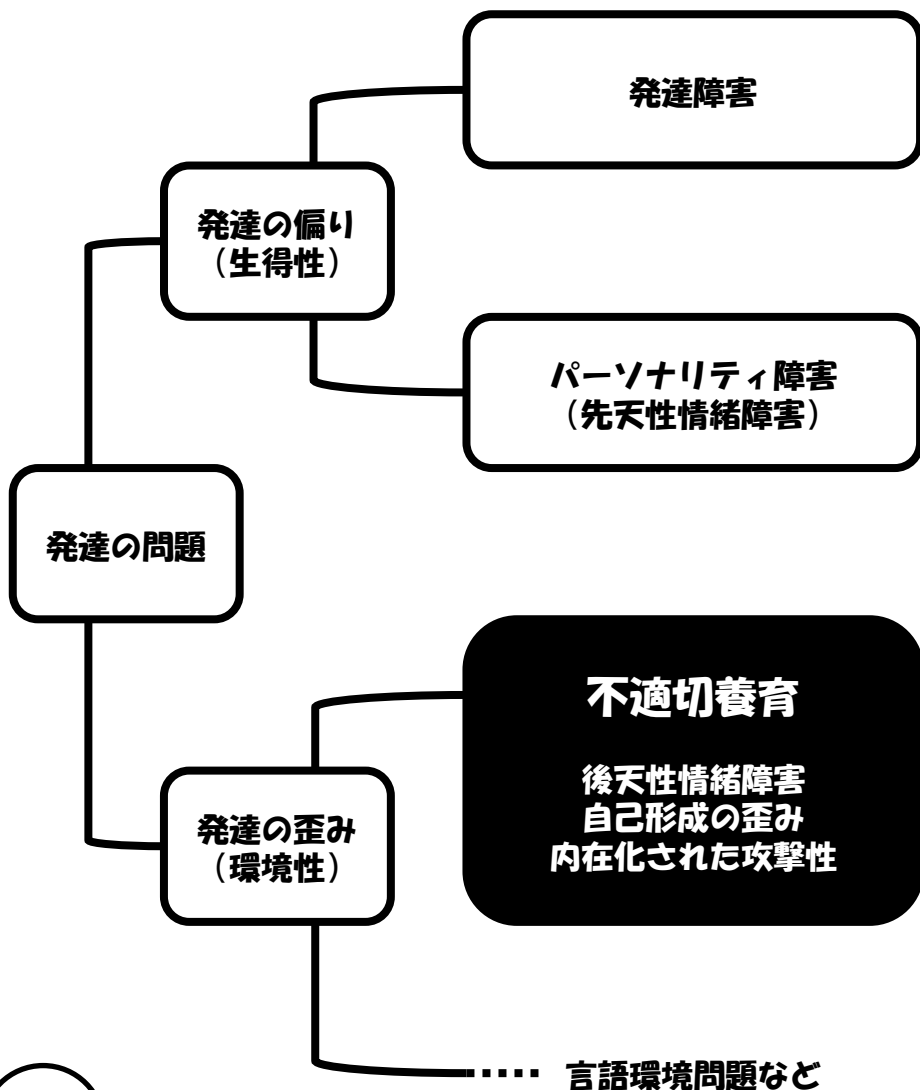
## 各論3：不適切養育

---

不適切養育による精神症状は、発達障害・パーソナリティ障害と比較して主訴として挙がりにくいだけでなく、なかなかそれと見抜くことが難しいものでもあります。ここでは、そうした難しさを含めて整理してみましょう。



## ① 不適切養育の位置づけ



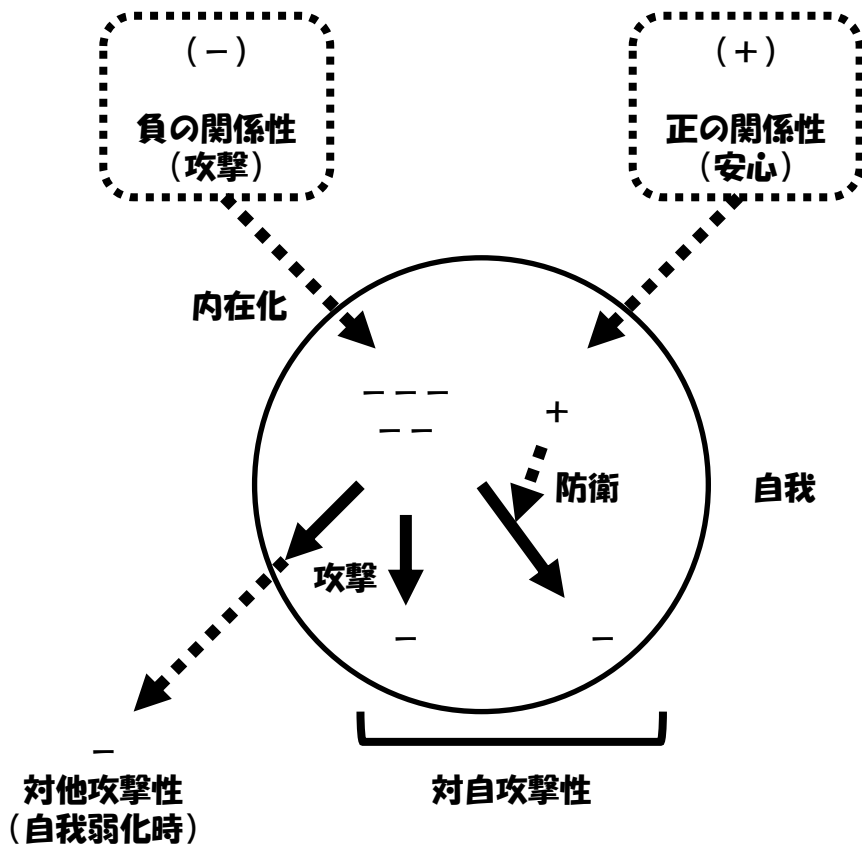
---

不適切養育とは、こどもの発達権を保障しえない事態すべてを指す概念です。こどもは、能力においても関心においても互いに異なっており、持って生まれたそれら才能を十全に伸ばし花開かせる権利を持っています（これを発達権と呼びます）。そして、この発達権を保障するために、心身の安定や良質の関係性、才能に合致した教育といった、多くのものを周囲のおとなは用意しなければならないのです。

不適切養育とは、それ以前に使われていた虐待という概念の拡張でもあります。虐待abuseとは、おとながこどもを自分の意のままに乱用するという意味ですが、主語はおとなになります。後に、こどもの権利理想の深化に伴い、おとなの意図や能力とは関係なく、こども本人にとって必要なものが用意されているか否かこそが重要であると考えられるようになりました。その結果として、主語がこどもである、不適切養育maltreatmentという概念が使われるようになったのです。

以上が、不適切養育という概念についての簡単な歴史的経緯です。しかし現実には、医療・福祉現場においても、司法・行政領域においても、こどもの発達権を保障しえない事態すべてを指す概念として不適切養育ということばが用いられていることはまずありません。むしろ、家庭外であれば絶対に許されないような行為（たとえば暴力を伴う強制）であっても、果たしてこれが不適切養育にあたるか否か議論されてしまうような現状にあります。こどもの権利とは、未だにコンセンサスになっていないのです。

## ② 自己形成の歪み



---

不適切養育は、こどもの発達を歪めます。ただしその発達の歪みは、（発達の偏りである発達障害やパーソナリティ障害とは異なり）一見ただけでは分かりにくいことが多いです。何故なら、不適切養育によって生じる発達の歪みは、主に内面に関わるものだからです。

こどもは、周囲の人間との関係をこころの中に取り込んで自己を形成していきます（この過程を、愛着形成と呼ぶこともあります）。無能だと罵倒されれば（攻撃）、罵倒されるようなネガティブな自己イメージが、一緒に遊べて快さを感じたならば（安心）、快さを感じるポジティブな自己イメージが、蓄積されていくわけです。

ここで、ネガティブな自己イメージの方が、ポジティブな自己イメージよりも多くなってしまうと、どうなってしまおうでしょうか。蓄積されたネガティブな自己イメージが、内側から自分を攻撃し続けるようになってしまいます（逆に、ポジティブな自己イメージが増えれば増えるほど、この内側からの攻撃に耐えられるようになります）。これが、内面における発達の歪みになります（自己の傷付き、あるいは自己障害と呼ぶ人もいます）。

多くの場合に誤解されていますが、不適切養育によって生じる発達の歪みの中核は、内面において自己を攻撃するものであって、現実において他者を攻撃するものではありません。他者を攻撃するようになるのは、自我が弱体化したときに限られます。同じ情緒障害といっても、自我脆弱性を中核とするパーソナリティ障害と、自己の歪みを中核とする不適切養育とは、まったく違った様相を呈するのです。

### ③ 中核的影響

#### 対自攻撃性

- ・ 過度の表出抑制
- ・ 否定的自己像・否定的世界観
- ・ 対自アクセス困難  
自己の断片化・共感困難を背景  
自己制御感の消失

#### 対他攻撃性

- ・ 攻撃的關係性  
力關係を主軸とした価値形成も背景
- ・ 性的虐待の場合の性化行動

---

不適切養育による発達の変容の中核は、内面に蓄積されたネガティブな自己イメージが自分自身を攻撃し続けることにあります（対自攻撃性と呼びます）。

対自攻撃性は、より具体的には次のような症状を引き起こします。言葉も行動も、感情も思いも、自己に関わるすべてを抑制し覆い隠そうとします（過度の表出抑制）。自己に対する価値づけが低すぎて周囲に伝えようと思えなかったり（否定的自己像）、世界は思いが通らず助けにならないと信じていたり（否定的世界観）するからですが、この表出抑制ゆえに周囲の人間は不適切養育（によって生じる内面の歪み）に気が付きにくいのです。また、歪みがより進行すると、自分で自分のことを、理解したり掌握したりできなくなります（内省する機会がない、あるいはそもそも自分で自分のことを大事にしようと思えない）。

現実には他者を攻撃すること（対他攻撃性）は、自我が弱体化したときにのみ表面化します（自我が弱体化するのは、相手との関係性が深まったとき、脳機能の変調が生じたとき、およびパーソナリティ障害が合併したとき、などです）。ただし多くの場合は、攻撃することに主眼はなく、関係性を持ちたいのだけが攻撃するくらいしか表現する方法を持っていない、というのが実態のようです。この背景には、攻撃され続けた結果生じた、「強いものが勝つ」「弱ければ否応なしに屈服させられる」という歪んだ価値意識もあるかもしれません。特記すべき点として、性的虐待が背景にあると、性的な行動で対自攻撃性・対他攻撃性を表現する可能性があるということも知っておくべきでしょう。

## ④派生的影響

### 脳機能変調

- ・ 二次的自我脆弱性  
被影響性・对人過敏・退行  
歪曲思考・情動不安定
- ・ 他の認知機能障害  
論理性・注意力・記憶力の低下

### 身体脆弱性

- ・ 過覚醒・睡眠障害
- ・ 様々な身体的不調  
神経・免疫・内分泌代謝系の混乱

---

不適切養育によって生じる負の影響は、対自攻撃性・対他攻撃性に留まりません。不適切養育がもたらす心身への負荷が、こどもの側の許容量を超えたとき、脳を中心に様々な機能の乱れが生じてきます。これを、派生的影響と呼ぶことができます。

不適切養育によって生じる派生的影響とは、その具体的症状としてはパーソナリティ障害の際に説明した精神変調と同じものです（被影響性・対人過敏・退行といった自我脆弱性、歪曲思考や情動不安定といった精神症状、論理性・注意力・記憶力の低下、加えて様々な身体的不調）。どちらも神経系への過度な負荷で生じる機能不全ですから、同じ症状が出現するのは当然なのですが、このことが不適切養育とパーソナリティ障害との鑑別を困難にさせる要因になっていることは意識しておくといよいでしょう。

加えて、こうした心身の変調の背景を、狭く愛着の問題と捉える誤りを避けてほしいと思います。繰り返しますが、広く心身の機能不全を引き起こすこうした派生的影響は、心身への過度な負荷によって生じます。たとえば睡眠不足や栄養不足、未治療の身体疾患、といった一般的負荷（狭く関係性の問題によるものではないが、心身への負荷としては代表的なもので、ネグレクト事例においては一般的な事態）も、ここでは重要な影響を持ちます。とりわけ、まだまだ神経系の発達が未熟な幼児期前半においては、そのことが当てはまります。



## ⑤ 支援の原則

### 中核的影響に対して

- ・ 関係の分散化が鍵：  
負の関係性を減らす  
養育者の影響から距離を置く  
養育者自身の余裕を回復させる  
正の関係性を増やす

### 派生的影響に対して

- ・ 心身両面への治療：  
睡眠・栄養など一般的身体管理  
向精神薬による神経系の鎮静  
個々の身体疾患への治療

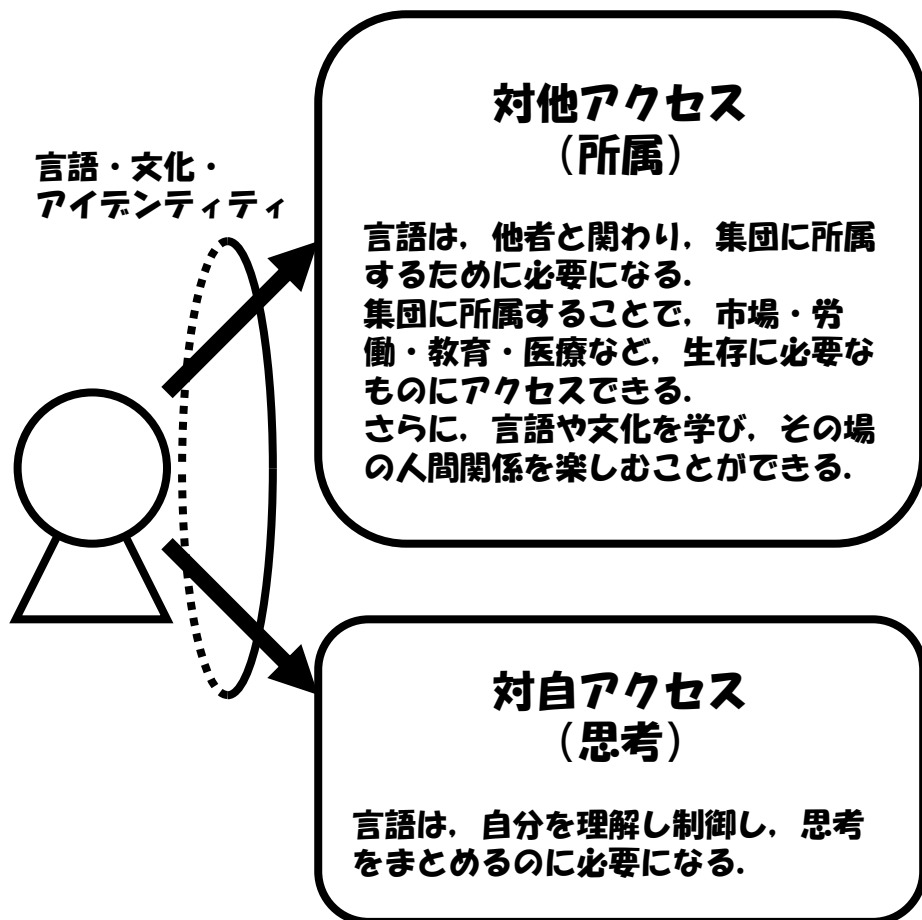
---

不適切養育によって生じた発達の変性は、その回復が容易ではないです。可能ではあるけれど、多大な時間と努力（本人も含めて）が必要になります。その意味で、できる限り早く気づき、気付いた時点で直ちに手を打つことが理想と言えます。

中核的影響に関していえば、対自攻撃性を招くようなネガティブな関係性を減らし、ポジティブな関係性を増やすのが原則になります。児童相談所や市町村が有する介入権によって、養育者と分離することが求められるケースも少なくないとは思いますが、そうした介入が不可能な場合もあります。そうであっても、生活の場は養育者と同一であったとしても、一緒に過ごす時間を（福祉サービスなどを活用することで）減らすことは可能です。短い時間であっても、こどもはそこで安心できる代替となる関係性を見つけられるかもしれません。養育者の側も、距離を置く時間ができることで冷静になり、余裕を取り戻しやすくなるかもしれません。

派生的影響に関していえば、心身両面への治療とまとめられます。睡眠や栄養を確保して回復力を高め、向精神薬による鎮静効果で神経系への負荷を軽減し、併せて身体疾患についてもしっかり治療する。文字にするとなんだか当たり前のことのようにですが、当たり前に得られてよいはずの心身の安定が、にもかかわらず得られないというのが不適切養育なのです。

## ⑥ (補) 言語の性質



---

発達の歪みは、言語環境の混乱を背景として生じる場合もあります。以下3節は、言語集団間移動に伴って、言語形成期に適切な言語環境が与えられなかったことによって生じる、ダブルリミテッド（第一言語・第二言語ともに、本来期待される水準にまで発達していない状態）について説明します。

言語は、人類において本質的なものであり、生活のあらゆる場面でアクセスの手段として必須です。左の図を見てください。言語は他者と関わり、集団に所属するために必須です（対他アクセス）。たとえば市場・雇用・教育・医療、さらには行政や司法といったふうに、生きていくうえで欠かすことのできないあらゆるものに、言語は必須です。また人類は、他者から学び、他者との関わりを快とする種ですが、これらも言語抜きには成り立ちません。それどころか、言語は自分を理解したり制御したり、思考をまとめたりするためにも避けがたく求められます（対自アクセス）。人類にとって、言語なしの生活は、まず考えられないといって過言ではないでしょう。

ところで、人類が個人として習得できる言語の数は有限です。生まれ落ちた言語集団の中で、一生を過ごすことができるならばそれでも問題はありません。しかし現代は移動の時代であり、政治的・経済的理由から言語の境界を横断することも日常的となってきました。このことが、こどもにとっては言語習得の混乱につながるリスクとなるのです。

## ⑦ (補) 言語集団間移動と言語習得



※共有基底能力モデル  
第一言語（L1）と第二言語（L2）の運用能力は、  
表層面は各言語固有であるが、深層面（認知・学  
力）は共有されている。

---

こどもは言語の天才であり、おとなと違ってわざわざ教えなくても、その言語が飛び交う環境の中に身を置いてさえいれば自然と学ぶものだ、と信じられていた時代がありました。しかしこれは誤りであることが、いまは知られています。

確かにこどもは、言語集団間を移動した後、比較的速やかに新たな言語環境に馴染むように見えます。1～2年も経てば、日常会話は遜色ない程度には言語能力が伸びてくるからです。けれども、そうしたこどもたちの少なくない割合が、学習面の躓きを抱えていることも事実なのです。

実は、言語集団を移動した先である第二言語を習得する過程には、二つの段階があるのです（最近の学説においてはさらに細分化しますが、ここでは単純な古典的図式で説明します）。第一段階は会話力（BICS）であり、これは移動後1～2年で習得可能です。対面状況での会話は、言語以外にも様々な手掛かりがある上、高度な思考力を要さないので習得しやすいのです。第二段階は教科学習言語能力（CALP）であり、これは移動後数年～十年程度を習得に要します。教科学習は言語以外に手掛かりがなく、要求される思考水準も高いので習得に時間がかかるのです。

過去の調査から、第二言語BICSからCALPへの進展速度には、第二言語のBICSレベルだけでなく、移動前の第一言語のCALPレベルも関与することが分かっています。つまり、第一言語の習得レベルが高い方が、第二言語の習得も早いということです。言語はその表層面は互いに異なっても、深層にある思考力は共有されているからです。

## ⑧ (補) バイリンガル教育の課題

言語形成期前半での移動	言語形成期後半での移動
<p>L1は心理的・状況的要因から容易に消失する。 L1の消失は、思考・自我およびL2CALPの発達も困難にする。 L2BICSまでは習得するため、逆に言語に問題があると気付かれにくい。</p>	<p>L1は移動後も消失せず、安定して維持される。 L1CALPが、L2およびそれによる学習を促進する。</p>
<p>L2よりもL1の発達こそが中心的な課題となる（継承語教育）。 豊かな言語接触（学習での活用含む）を通じた自然習得が重要である。 L1/L2の接触量を、家庭/学校という生活全体で綿密に計画すべき。</p>	<p>ルーツへの肯定的アイデンティティを確保しつつ、中心的課題はL2教育。 L2＝移動先マジョリティ言語教育には、文法なども活用できる。 通訳を活用することにより、学習・生活上の不利を軽減できる。</p>
<p>適切なバイリンガル教育が提供されなければ、ダブルリミテッドのリスク。</p>	<p>L1によるアクセスは通常可能。</p>

※ダブルリミテッド

L1・L2ともに、本来期待される水準にまで発達していない状態を指す概念。

---

言語集団間移動時の年齢も、重要な要素です。内面形成が進み、内省を可能にする言語発達を遂げる9～10歳を区切りとして、言語形成期を前半と後半に分けますが、移動がこのどちらであるかによって様相が大きく異なるのです。

言語形成期後半での移動であれば、通常は移動後も第一言語は安定して維持されます。したがって課題としては第二言語習得に焦点化できます。この際、第一言語によって培った思考力は第二言語学習を促進しますし、文法を用いた効率的勉強法も実施可能です。第一言語では思考・表現が可能ですから、第二言語の能力が不十分であっても通訳を活用すれば不利益を減らすことができます。

言語形成期前半での移動だと、このようなことは成り立ちません。この時期だとまだ第一言語の習得が不十分であるために、移動後に第一言語は消失しがちです。既に述べた通り、第二言語の習得速度は第一言語の水準に依りますから、第一言語の消失は第二言語の滞りにもつながります（結果的に両言語ともに伸び悩むダブルリミテッドとなる）。つまり、言語形成期前半での移動の場合は、第二言語を新たに習得することよりも、元々の第一言語をいかに安定して伸ばすかが課題になるのです（継承語教育）。

残念ながら日本においては現在、（日本語以外の）第一言語を用いた教育は制度的に保障されてはならず、ボランティア頼みという状況です。これは、こどもの権利保障という観点からすると、実に大きな問題と言わなければなりません。



<推奨文献>

マリリン・ストラッチェン・ピーターソン

『児童虐待とネグレクト対応ハンドブック』

(明石書店)

ジム・カミンス

『言語マイノリティを支える教育』(慶応大学出版会)

上農正剛

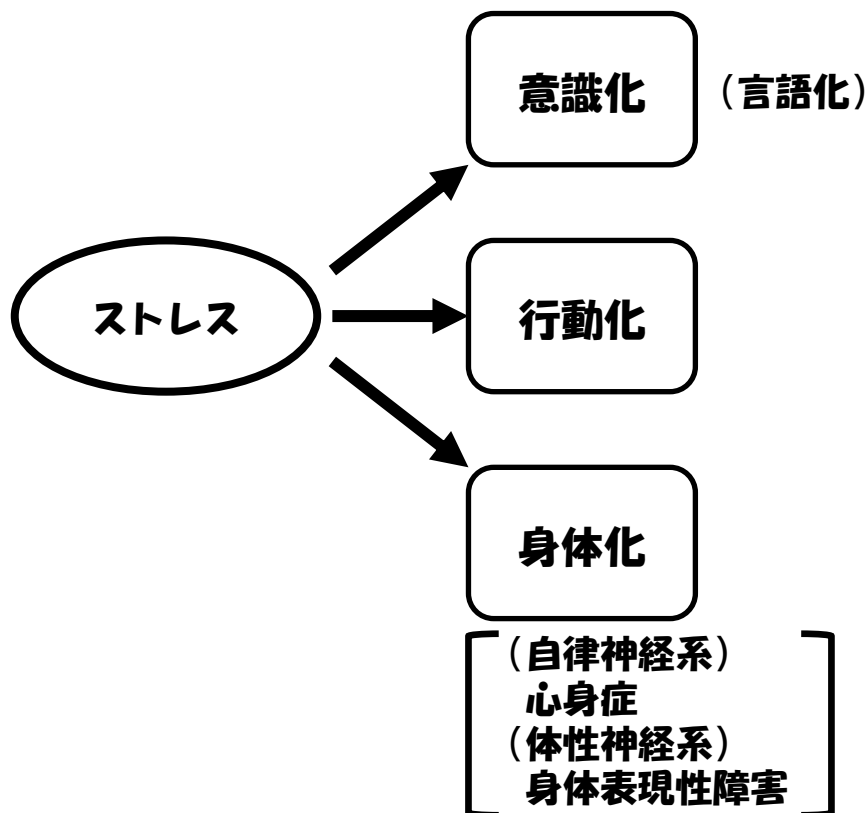
『たったひとりのクレオール』(ポット出版)

## 各論4：心身症

---

心理的ストレスによってからだの症状が引き起こされる場合に、一般的にこれを心身症と呼んでいます。けれどもこれは、過度に単純化したものの見方です。ここではその誤解を修正し、近年の心身相関の考え方を説明します。

① 古典的図式



---

心身症とは、身体疾患の中で、その発症や経過に心理的要因が強く関与するものとされています。

心身症の具体的疾患としては、気管支喘息やアトピー性皮膚炎、緊張型頭痛や起立性調節障害、過敏性腸症候群や過活動膀胱、などが挙げられることが多いです。あるいは、標準的な治療を実施しているにもかかわらず改善に乏しい場合に、背景に心理的要因を推定し、心身症と判断されることも臨床現場では少なくないようです。

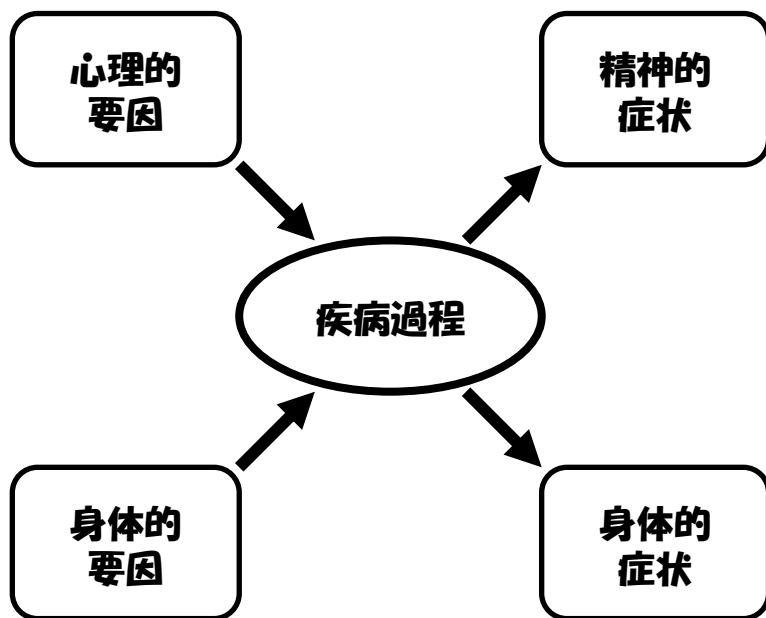
以上のような考え方は、左に示したような古典的図式を下敷きにしてなされています。この図式によると、ストレス（ここでは主として心理的・社会的ストレスを指す）は三つの経路を辿ることになります。

第一の経路は「意識化」です。ストレスを意識することで、不安や抑うつを感じるというものです。意識化することではじめて「言語化」することができ、他者と共有し、現実的な解決が見込まれるのですが、ひとのこのころのキャパシティは無限ではないため、ストレスが強すぎると第二・第三の経路へとストレスが逃れていくことになります。

第二の経路は「行動化」です。キレて暴力を振るったり、ドラッグやセックスに逃避したりと、行動で解消する経路です。そして第三の経路が「身体化」ですが、これには二種類あり、自律神経系を介して実際に臓器に器質的变化をもたらす場合を心身症と、体性神経系を介するために機能性変化しか認められない場合を身体表現性障害と呼んでいます。

この古典的図式は直感的に理解しやすいためか、広く流通しており、一定の成果を挙げたといってもいいでしょう。

## ②近年の図式



多くの不調は、その原因についても、それによって生じる症状についても、心理的・精神的側面と身体的側面との両者によって成り立っている。

---

古典的図式は、一見してとても分かりやすいものですが、実は大きな欠点があります。それは、現実には多くのケースで、（心身症の症状を引き起こしたとされる）明確で単一の心理的・社会的要因を見出すことは難しく、ほとんどの場合に要因は複数絡み合っている、ということです。

実際の疾患過程において生じているのは、（古典的図式が想定していたものと比べて）ずっと複雑です（左の図を参照）。疾患の発症や悪化を引き起こす要因は常に複数存在し、それには心理的なものも身体的なものもある。またその疾患によって引き起こされる症状もまた常に複数存在し、それには精神的なものもあれば身体的なものもある。古典的図式が暗に想定していたような、心理的・社会的要因と身体症状とを一对一で結びつけられるような事態は、現実にはありえないのです。

もしかすると、心身症という概念自体が、臨床家を過度に心理主義化する傾向があるのかもしれませんが、とりわけ、一見したところ検査所見に異常が見られず、標準的な治療にも反応しないとなると、（いわば除外診断のように）心身症という概念に飛びつきたくなるのかもしれませんが、直前に、心理的・社会的ストレスと思われる状況があれば、なおさらでしょう。けれどもそうした事態においてこそ、身体的な検索を含めた鑑別診断が重要になります。というのも、一旦「心理的な要因」とされてしまうと、（現実的には身体的な再検索がなされにくくなるので）もし身体的要因があった場合に治療機会を逸することになりますし、事実そうした割合は無視できるほど小さくはないのです。

### ③一般的な悪化要因

睡眠の問題	睡眠時間の不足やリズムの乱れ 過剰な光暴露やカフェインによる覚醒不安・緊張による悪影響 疾患やその治療薬による悪影響
栄養の問題	腸内環境の乱れ（不耐症含む） 蛋白質や飽和脂肪酸・ $\omega 3$ 脂肪酸不足 糖質（特に穀物）や $\omega 6$ 脂肪酸の過剰 ミネラル・ビタミン欠乏（特に鉄）
疾患の影響	アレルギーなど免疫系の変調 甲状腺や副腎など内分泌系の変調 反応性低血糖など代謝系の変調 神経・精神疾患
物理的刺激	アレルゲンやその他有害物質への暴露 過度に不衛生な環境 過剰な音や光、気温や湿度への暴露 日光や運動の不足、過度な身体疲労
社会的刺激	許容量を超えた叱責や放任 過度な感情的巻き込みあるいは孤立 過度な序列意識や忍耐、休養不足 楽しめる現在を持ってないでいること

---

たとえば、アトピー性皮膚炎と睡眠リズムの乱れといったように、身体疾患と精神症状とを併せ持つケースは、診療場面では日常的に遭遇します。こうしたこどもたちの経過を観察していると、身体疾患と精神症状とが同じような時期に悪化したり、改善したりすることに気付かされます。

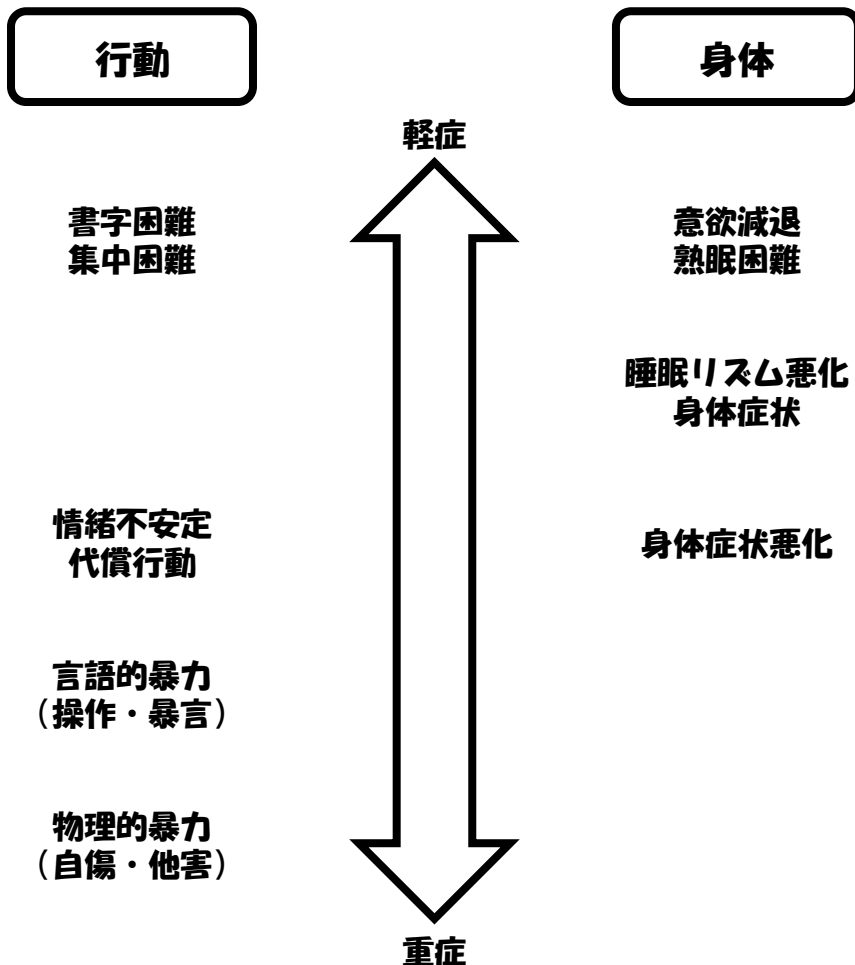
前の節でも触れましたが、表面上は別の疾患とされるものであっても、根底にある疾患過程においては共通部分も大きい場合があることが、最近の研究から分かってきました（慢性炎症や酸化ストレスが、この共通部分の候補として注目されています）。つまり共通部分の悪化が各疾患の病状悪化を招いており、さらに言えば共通部分を悪化させるような要因を特定し除去できれば、各疾患の病状改善も狙うことができるということになります。

そのような、一般的な悪化要因の例を左に挙げました。無論のこと、疾患ごとに固有の要因に対する固有の治療も必要ですが、併せてこのような一般的な要因を除去できればより効果的に症状改善を進めることができることになります。

ただし、こうした全般的な健康を推進するための指導は、画一的なものであってはなりませんし、併せて（薬物療法などの）治療が求められる場合もあり得ます。たとえば栄養の問題にしても、食物アレルギーや鉄欠乏などは、検査をしないと詳細を確かめることができません。また、睡眠は心身の安定のために不可欠ですが、心身の不安定さの症状として睡眠障害があるために、容易に悪循環を招きます。こうした場合は、背景要因を問わずにひとまず薬物療法によって睡眠確保を図る、といった判断も求められるのです。



## ④ 症状のグレード



軽症レベルの症状は、重症時点でも現れる点に注意。図にはないが、皮膚接触を伴う甘えは重症レベルに属する。

---

身体疾患と精神症状とが、疾患過程の共通部分の病勢変化に従って、並行して悪化したり改善したりする場合があることを確認しました。であれば、身体疾患と精神症状の両者を同時に視野に入れて、症状変化を追跡できるような、共通の目盛りがあると便利でしょう。

左に示したのは、そのような目盛りになります。行動面と身体面に分けて、軽症時に現れる症状から重症時に現れる症状までを順に並べてみました。ここでは行動面を例に説明します。最も重症度の高い時点で（のみ）現れる症状が、自傷や他害といった「物理的暴力」になります。以降、重症度が減じていくにつれて、「言語的暴力」（操作や暴言）、「情緒不安定」「代償行動」（万引きや金銭持ち出しなどスリル行動や、ドラッグやセックスといったハイリスク行動）、最後まで残るのが「書字困難」「集中困難」といった教科学習的な問題になります。軽症時に現れる症状は重症時にも現れますが（ただし注目されないことはある）、重症時に現れる症状は軽症時には姿を消す、という点に注意してください。

身体症状も同様に考えることができます（左の図を参照してください）。行動面と身体面との両者が、ひとつの目盛りに含まれていることの最大のメリットは、重症度を知る手段が増えるということです。確実性が増えますし、仮に一方が把握できなくてももう一方が分かれば補うことができます。なお、この重症度の目盛りは自我脆弱性の程度とも重なっており、重症時の症状は多くの場合に元来自我が脆弱なパーソナリティ障害の事例で認めることを補足しておきます。

## ⑤ アトピー性皮膚炎・気管支喘息



---

アトピー性皮膚炎や気管支喘息は、小児期においてたいへん頻度の高い疾患です。これらの疾病過程は、（花粉症や食物アレルギーと同様に）I型アレルギーに属します（気管支喘息には即時反応に加えて遅延反応も、成人型アトピー性皮膚炎にはI型に加えてIV型もありますが省略します）。

I型アレルギーとは、2型ヘルパーT細胞（Th2）が優位となって暴走し、制御性T細胞（Treg）も機能低下してこの暴走を抑制できなくなって生じます。より具体的には、樹状細胞から抗原提示を受けたTh2が、インターロイキン4・13を介してB細胞にIgE抗体産生を指示し、放出されたIgE抗体がマスト細胞に結合（感作）してさらにそこにアレルギーが付着することでヒスタミンが放出され、症状が引き起こされます（その後、ロイコトリエンも放出されることで炎症が持続します）。したがって、ステロイド剤や、抗ヒスタミン剤・抗ロイコトリエン剤が有効ということになります。

しかしこうした疾患特異的過程に加え、病状増悪には疾患非特異的過程も関与します。（常在菌や保湿成分の減少などにより）皮膚のバリア機能が低下すると、アレルギーが侵入しやすくなるとともに樹状細胞が露出して感作が生じやすくなり、非常在菌である黄色ブドウ球菌による毒素が炎症を強めます。また腸内環境が乱れると、腸管免疫による免疫寛容誘導が減少し、炎症が慢性化します。一般的有害物質、たとえばたばこは気道粘膜を損傷しますし、過剰な $\omega$ 6脂肪酸は炎症反応を強め、心身の消耗は身体の恒常性回復を損ねます。したがって、治療にあたってはこうした疾患非特異的要因を除去する療養も欠かせないのです。

## ⑥ 過食・肥満

### 従来のモデル：行動に注目

(理論)

- ・過食は意志力の問題
- ・肥満はカロリー収支の問題

↓

(指導)

- ・カロリー摂取量の削減
- ・運動量の増加

### 近年のモデル：代謝に注目

(理論)

- ・過食・肥満は代謝の乱れの結果  
報酬性の高さ  
睡眠不足  
蛋白質・カロリー不足  
ビタミン・ミネラル不足  
慢性炎症（ω6過剰含む）  
糖代謝の乱れ  
慢性的な不安・興奮 など…

↓

(治療)

- ・鑑別し、原因に合わせて治療

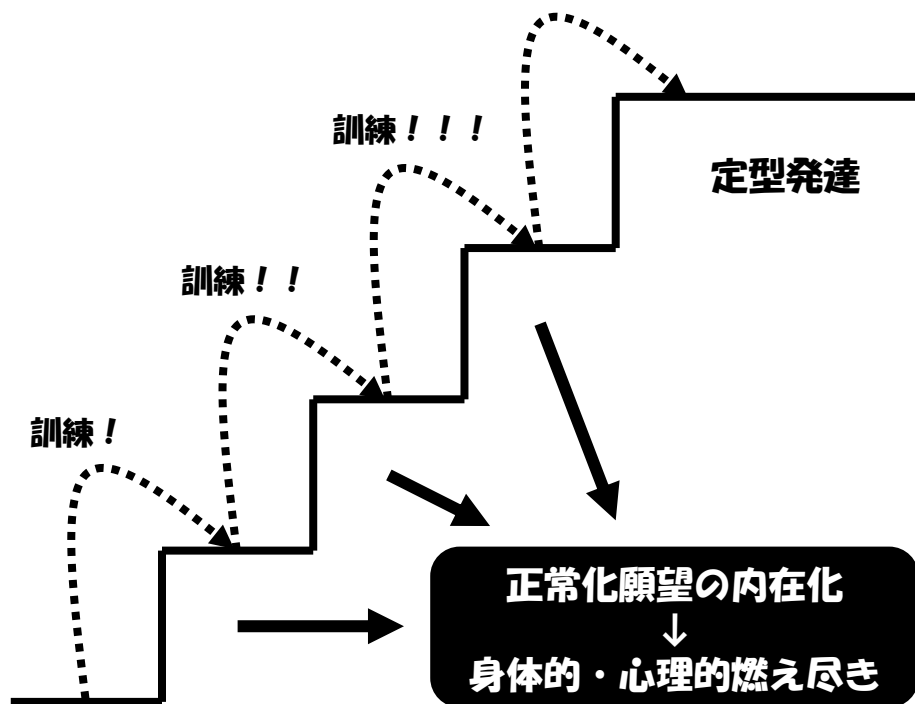
---

過食や肥満も、小児期において（だけでなく、成人期においても）たいへん頻度の高い相談主訴です。肥満は単純に見た目の問題ではなく、二次的に免疫・代謝の問題を引き起こしますので、健康管理の観点からも注目されます。

肥満はこれまで、主としてカロリー収支の問題（「食べ過ぎ」と「運動不足」によって発生した余剰カロリーが肥満を招くというモデル）と考えられてきました。このため摂取カロリーを減らし（過食は意志力の問題だとされたので、意識形成や行動変容を狙ったアプローチが用いられました）、運動を増やせば解決するとされ、そのような生活指導が続けられてきました。しかし、こうした従来モデルに従った指導の有効性は低いものでしかなかったのです。

最近はこの従来モデルに代わって、（表面的な行動の背景としての）代謝の問題に注目が集まっています。もともとヒトは体重を一定に維持する機能が備わっており（摂食量が増えてもその分代謝を増加させることで恒常性を保つ）、こうした恒常性の破綻が過食・肥満を招くと考えられるのです。具体的には、（高糖質で味の濃い加工食品など）報酬性の高い食事、必要な栄養の不足（カロリー・ビタミン・ミネラル不足に加え、蛋白質不足によっても食欲は増加する）、睡眠不足や慢性炎症（インスリンや血糖値変動、 $\omega 6$ 脂肪酸や腸内環境の乱れ、グルテンなどで加速）、慢性的不安（トリプトファン要求度の上昇）や反応性低血糖（インスリン不適合分泌によるもので、糖質摂取欲求が上昇）といった糖代謝の乱れ、などがあります。過食・肥満は、心身両面から背景要因を鑑別して治療にあたるべき病態なのです。

## ⑦（補）正常化願望と二次障害



---

一般的に言って、おとなはこどものひたむきな努力を見ると、無条件に喜び称賛する傾向があります。たしかに勤勉性や向上心は、人類における美德であり、こども自身の人格的発達にも欠かすことはできないものです。しかしながら、それがこどもの、現時点での身体的・心理的キャパシティを大きく上回るようになってしまうと、こども自身の燃え尽きを招き、却って将来の可能性を狭めてしまいます。つまり、努力の推奨は、こどものキャパシティの範囲内で行うという条件付きで（ということはもちろん、キャパシティの継続的なモニタリングが前提）なされるべきなのです。

これは一見して自明なこと、わざわざ書くまでもないほど育児・教育にあたっては当然のことと思われるかもしれませんが、しかし、話題が「障害」に至ると、無意識的に「一歩でも“ふつう”に近づくように」というおとなの思いが優先され、「キャパシティの範囲内で」という条件が忘れられがちになるのも、残念ながら事実です。

成人の中途障害の場合以上に発達期の障害の場合には、こどもは思考・価値・人格発達の途上であるため、周囲のおとなから「一歩でも“ふつう”に近づく」（＝正常化）願望を取り込んで、こころに深く内在化してしまいます。すると、ますます「キャパシティの範囲内で」という条件が忘れられてしまいます。このようにして生じる身体的・心理的燃え尽きのことを、一般に二次障害と呼び、発達早期からの正常化を目指した訓練がもたらす負の側面として注目されています。



## ⑧ (補) 脳性麻痺の二次障害

### 身体的燃え尽き

**主観**：筋力減少，運動機能の劣化，手指巧緻性劣化，構音明瞭度劣化，易疲労

**客観**：表出減少，既獲得技能の実行に要する時間の増加，既獲得技能の実行の困難，協調運動の困難の増加，仲間や家族への依存の増加，より長時間かつ高頻度の休息の必要，睡眠障害

### 心理的燃え尽き

集中維持能力の減少，転導性増加，自己主張の減少，自信の減少，自尊感情の減少，活動性の低下，ストレス耐性の閾値低下，人格発達の停滞・歪曲  
※一次障害としての高次脳機能障害と混同しないよう注意。

---

二次障害についての調査・検討において、最も有名なのは脳性麻痺に関するものです。身体的・心理的キャパシティを超えた正常化努力を続けることが、どのような帰結をもたらすのかについて、脳性麻痺の二次障害（身体的・心理的燃え尽き）についての調査は我々に重要な示唆を与えてくれます。

身体的燃え尽きとしては、次のようなものがあります。本人の主観的には、筋力減少や運動機能の劣化、手指巧緻性や構音明瞭度の劣化、易疲労があります。周囲からの客観的評価には、表出減少、既獲得技能の実行の困難あるいは要する時間の増加、周囲への依存の増加、休息の必要性の増加、といったものが挙げられます。

心理的燃え尽きとしては、次のようなものがあります。集中困難や転導性増加、自己主張や自信・自尊感情の低下、活動性の低下やストレス閾値の低下、さらには人格発達の停滞・歪曲によって社会性や自律性が損なわれてしまうこと、といったものが挙げられます（ただし、一次障害としての高次脳機能障害との鑑別は必要）。

以上のような結果から、現在においては正常化のみを目標とした脳性麻痺の早期歩行訓練は批判されています。誤解して頂きたいのですが、これは医療への反対ではありません（そもそも正常化努力は医療抜きにも生じる）。むしろ逆に、医療は幼児期だけでなく一生涯を対象とすべきこと、歩行訓練に焦点を絞るのではなく、様々な支援具を用いることで本人や周囲の負担を減らし、全人格的発達を容易にすることが目指されています。もうお気づきでしょうが、これらは脳性麻痺に限った話ではありません。

<推奨文献>

ギャロ&ラルフ

『ヒューマン・ニュートリション』（医歯薬出版）

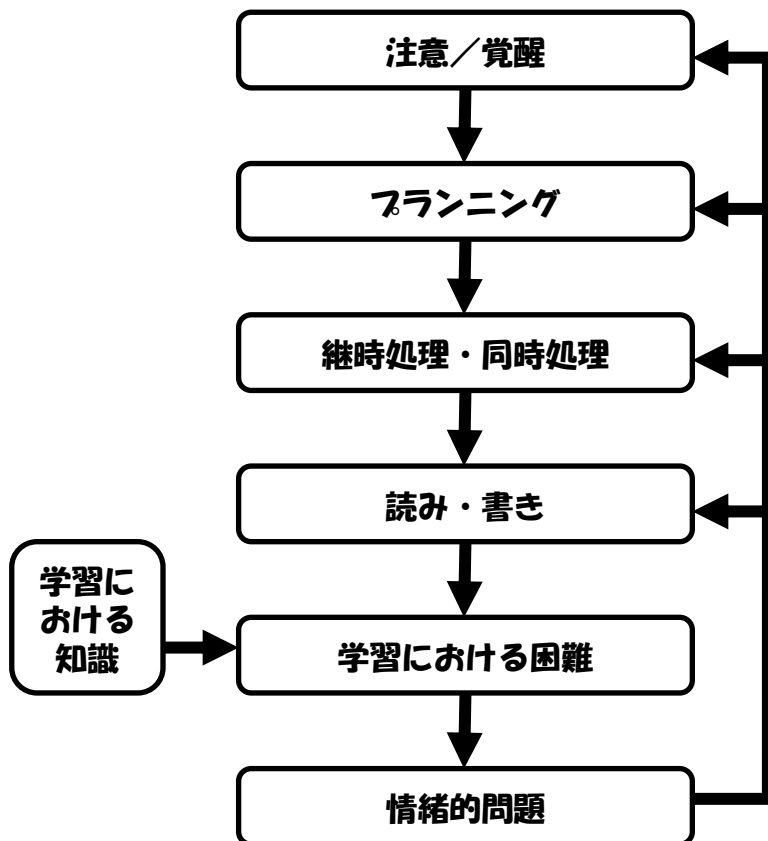
脳性麻痺については、ボトスやピムらによる研究があるが邦訳はない。慢性炎症理論については、実験医学誌などで繰り返し特集が組まれている。

## 各論5：学習困難

---

学齡前期になると、学習困難を主訴とする相談が急増します。学習というと教師の範疇のように思われがちですが、実は医師の果たすべき役割が非常に大きい領域です。ここでは最も重要な、鑑別診断のやり方を中心に説明します。

## ① 学習困難の背景要因



学習困難を招く要因は様々であり、それぞれのこともにとっての真の要因を見極めることが重要である。しかし学習を成立させる要素は、相互作用するため、一見すると何が原因が分かりにくい。

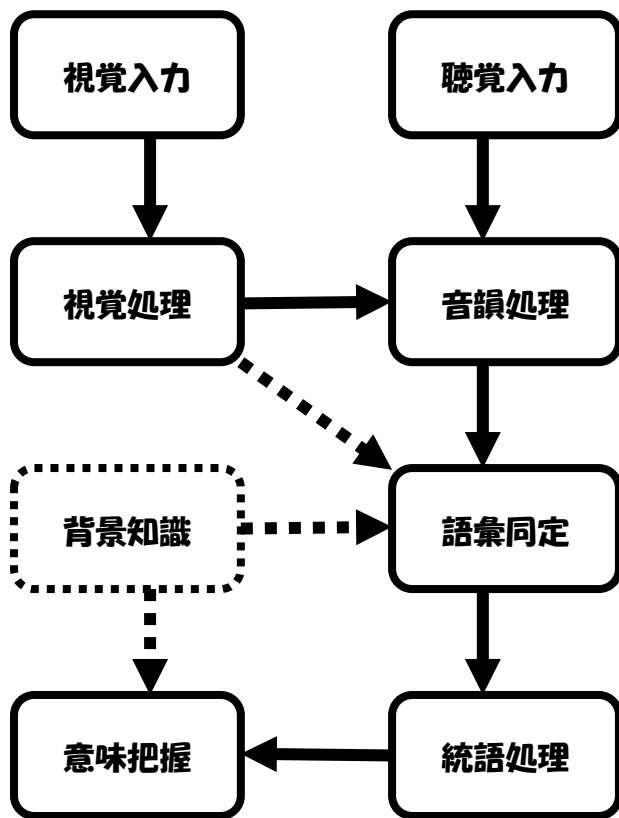
---

学習困難を招く要因は多数存在します（学習困難を招く要因の中では、知的障害を除けば学習障害だけが突出して有名なため、時々学習困難≒学習障害と思い込んでいるひとがいますが誤解です）。

学習困難を招く要因を具体的に列挙してみましよう。覚醒水準が適切でないために生じる注意集中力の低下（脳領域：脳幹）。知識や情報を選択（および抑制）し処理方略を立て、さらに実行をモニタリングするのに要するプランニング機能の低下（脳領域：前頭葉）。入力情報（例えば言語情報）を時系列順に符号化し保持する継時処理や、入力情報（例えば視覚情報）の関係を分析し構成する同時処理といった、一般認知技能の問題（脳領域：頭頂・側頭・後頭葉）。よりピンポイントに学習領域における認知技能、具体的には読み・書き・算数ができないこと。教授や経験の乏しさによる知識不足。情緒的問題に起因する困難。……といった具合です（これ以外にも、知的障害や感覚障害・運動障害もあります）。

学習困難を招く要因は多数存在し、それぞれのこともごとに主要因が異なるため、問題解決のためには的確な要因分析が欠かせません。ところが、（左の図にあるように）ある要素の問題は、二次的に別の要素にも波及してしまう（たとえば情緒的問題があると、覚醒水準も変動し、プランニングも低下し、個々の認知機能も低下する）ため、時に真の原因が見えにくくなってしまいます。つまり、学習困難の主訴に対しては、鑑別診断が必要なのです。

## ② 読み過程の概略



高次の読解には、言語領域に固有ではない認知機能の役割が拡大する。  
不得意あるいは慣れない課題ほど、多くの認知資源を消費する。

---

学習困難の中でも、特に重要なのは「読み」です。何故なら「読み」こそは、あらゆる教科学習の基本であり、読むことに躓くと勉強すべてに躓きかねないからです。

言語情報処理過程の概略を左に示しました（この過程は、脳科学的に見てまだ充分解明されていませんので、あくまで概略とご理解ください）。話しことばの場合、耳から入ってきた物理音情報を、脳で言語としての音情報へと転換（音韻処理：聞き分け）し、これを背景知識と照らし合わせて語彙の同定を行い、さらに統語処理（文法情報の理解）を経て、総体としての意味を把握するという過程を辿ります。

文字の場合、目から入ってきた視覚情報を、脳で分析・構成し、（通常は直接文字から語彙を同定するのではなく）一旦話しことばへと置き換えて（読み上げ）処理します。人類の脳は、話しことばの処理を基本としているため、文字もまた上述した話しことばの処理へと途中から合流するのです。これが読み過程の概略になります。より複雑な文章の理解には、（言語領域に固有ではない）背景知識や認知機能の役割が拡大しますが、基本にある言語処理は変わりません。

読み過程の各要素は、こどもによって得意不得意があります。得意ならばいいのですが、不得意な場合は他児よりも努力が必要であったり、背景知識や状況推理に頼る（音韻処理が苦手な場合、ちゃんと読めないので頭文字の同じ語や、形の似た語を当てずっぽうする、以前に経験した似た状況をそのまま当てはめる）など、不安定で負担の大きいやり方をすることになります。できたかどうかだけでなく、どの程度の負担で可能となるのかという観点も重要なわけです。



### ③ふたつのディスレクシア

	音韻性ディスレクシア	表層性ディスレクシア
基底機序	音韻処理の困難	視覚処理の困難
読み特徴	聴覚的短期記憶・呼称・復唱↓ 音読が不正確で単語の丸暗記に頼りがち 特に非語で困難が露呈	文字の視覚的認識に困難 自動化されず、逐語読みをするので流暢性に欠ける 書字においても構成が悪い
学習指導	音韻処理の困難を踏まえた個別言語指導 認知負荷を下げた課題で自動化	ICT活用により視覚処理をアシスト 一度に目に入る情報を統御するのが狙い 書字は主たる指導対象にしない
補助手法	視覚教材活用により、学習意欲を維持し、知識量を増やす	パーソナリティ障害を背景とする 疲労・コンディション管理が優先される

---

ディスレクシアとは学習障害のひとつで、読みに困難があり、しかもその困難が他の要因では説明できない場合に診断されます。ディスレクシアは下位分類することができ、音韻処理の困難が主要因の場合（音韻性ディスレクシア）と視覚処理の困難が主要因の場合（表層性ディスレクシア）が代表的です。

音韻性ディスレクシアは、音韻処理が年齢に見合った発達を遂げていないわけですから、読み書きだけでなく聞き取りも苦手になります（要するに、ことば全般が苦手になる。例えば第一言語なのに、第二言語を学ぶ時のような苦勞があるのです）。会話も文字も、脳の側で正確に把握できていませんから、断片的な情報から判断せざるを得なくなります（勝手読み）。検査では、（経験を活かしようがない）非語読みの成績が落ち込み、聴覚的短期記憶も苦手になります。言語指導とともに、視覚教材の活用も求められる群です。

表層性ディスレクシアは、視覚処理の困難が中核で、一度にたくさんの情報が目に飛び込んでくると混乱してしまう、という読み困難を呈するタイプです。少量ならば読めるは読めますが、流暢には読めません。あるいは読みに問題がなく、専ら書字や描画に問題が表れることも少なくありません。目から入る情報を削減・整理する支援が有用です。重要なポイントは、表層性ディスレクシアはパーソナリティ障害の部分症状として出現することが多いため、まずは学習指導よりもコンディション管理が優先される、ということです。

ふたつのディスレクシアは、どちらも読みの苦手さを招きますが、機序がまるで違います。

## ④ 発達障害・不適切養育と学習困難

	自閉症スペクトラム	不適切養育
基底機序	<p>注意：関心・配分・転換に難（+ADHD：維持も難）</p> <p>社交：文脈が読めず幼く関わりが一方的</p> <p>運動：不器用</p>	<p>注意：過覚醒のため選択・維持に難</p> <p>記憶：不安定</p> <p>体調：不安定</p> <p>意欲：不安定</p> <p>社交：表出抑制および慣れてくると反発</p>
学習特徴	<p>板書困難（見る・書く・聞くの各々単独なら可）</p> <p>文意読み取り困難（特に物語文だが文章題全般に）および作文困難</p> <p>グループ活動困難</p>	<p>実力発揮や学習定着に困難</p> <p>そもそも安定した参加自体が難しい（意欲面・体調面共に）</p>
学習指導	<p>国語：暗記・説明文を優先し、作文・物語文は後回し</p> <p>提示：視覚活用・情報整理</p> <p>定着：板書は最小限にして見て覚えさせる</p>	<p>学習指導よりも、関係形成や心身安定確保の方が優先</p> <p>慣れてきたら徐々に社交負荷の少ない学習環境の用意</p>

---

自閉症スペクトラムや不適切養育は、対人関係・集団適応という観点から注目されることが多いのですが、それぞれ特徴的な学習における困難を招きます。

自閉症スペクトラムによる学習困難の機序で重要なのは、注意の向け方が定型発達と異なるということです。社交的・心理的なものよりも物理的・ルールのなものに目が向きやすく、一度に向けられる視野は狭く、しかも一度向けられてしまうと切り替えられない、というのが特徴です。このため黒板を写すことが苦手になります（聞く・見る・書くを同時にしなければならないからで、それぞれ単独なら可能です）。むしろ記憶は良いので、板書をノートに写すのではなく、見て覚えさせる指導が有効でしょう。他、文意読み取りや作文の困難など、左の図に代表的な特徴と指導法を挙げておきましたので確認してください。

不適切養育による学習困難の機序で重要なのは、背景にあるのが（生活・関係性の歪みを背景とした）心身の不安定さであるということです。脳が不安定となっていますから、本来持っている実力も発揮しにくく、学習に取り組んでもなかなか定着できません。それどころか体調が悪かったり、自分の心の中にある感情の渦巻きに飲み込まれて、勉強どころではないことも多いでしょう。なかなか内面を覗かせてはくれず、関係が深まると急に反発が強くなったりして関わりが難しいところがありますが、表面的な学習指導以前になすべきことがある、ということは念頭に置く必要があるでしょう。

## ⑤情報収集の経路

### 検査所見

……心理 / OT / ST 評価

WISC-IV / K-ABC II / DN-CAS / T-B / SCT / HTP  
視力検査 / 聴力検査 / 粗大運動 / 巧緻性

### 直接観察

……小学校内の情報を教師から

学習観察：読み / 書き / 絵 / 知識 / 注意 / 態度 / 関心  
生活観察：指示理解 / 運動 / 計画 / 知識 / 社交 / 外見  
記録：テスト / ノート / 連絡帳 / 作文 / 絵

### 聴取情報

……家庭内の情報を保護者から

過去：発達歴 / 既往歴 / 家族歴 / 学習能力 / 社交適応  
現在：体調 / ADL / 指示理解 / 学習態度 / 関係 / 趣味

※直接観察と聴取情報は、短期変化と長期変化も確認

---

学習困難を招く要因は多数存在し、かつ各要素は相互作用するために真の要因を見極めることは簡単ではありません。しかも教科学習ですから、診察室の中だけでは情報が不足してしまいます。鑑別診断を進めるには、必要な情報を特定し、関係者に協力を依頼し、網羅的かつ効率的に収集を進めなければなりません。

左の図に、必要な情報とその収集経路について整理しました。順に確認していきましょう。

検査所見は、医療機関が主として収集することができる情報になります。知能検査（例：WISC-IV）や非知能系認知検査（例：K-ABC II）といった心理検査が注目されがちですが、視力・聴力検査や、粗大運動・巧緻性評価といった作業能力評価も重要です。

直接観察は、小学校内における学習の様子のことであり、担任教師に情報収集を依頼する必要があります。学習の様子（読み・書きに限らず、関心・態度など全般に）と、学習以外の生活の様子（指示理解や交友関係など全般に）の双方が必要です。可能な限り、形に残っている情報は見せてもらいましょう（テストやノート、連絡帳など）。

聴取情報は、家庭内における様子のことであり、保護者に情報収集を依頼する必要があります。学習の様子に限らず、発達歴や既往歴、体調やADL、趣味や交友関係など広く聞き取る必要があります。ここで重要なのは、直接観察と聴取情報は、現在だけでなく過去の情報も対象とするということです。変化が重要な意味を持つ場合があるためです（たとえば心身消耗による脳機能の低下）。

## ⑥ 読み過程の評価

	検査所見	直接観察	聴取情報
感覚入力	視力検査・聴力検査および眼球運動	□頭指示や教材への反応性	発達歴・既往歴
音韻処理	K-ABC II・非語読み	□頭指示理解や読みの正確性	□頭指示理解や読みへの関心
視覚処理	K-ABC II・DN-CAS	読みの流暢性	読みも含めた関心の方向
認知低次	注意・記憶・処理速度項目	注意集中の時間や変化パターン	体調変化やADL
認知高次	WISC-IV・T-Bでの知能指数	知識量や計画性、文脈や意味把握	趣味や遊び
学力評価	K-ABC IIの学力項目	学力テスト・校内テスト・課題	宿題をする様子
関心情緒	HTPなど投影法	教師や他児との社交状況	自我発達や家族関係

---

検査所見・直接観察・聴取情報という三つの経路で情報収集を終えたならば、次はそれを基にして学習困難の要因分析をすることになります。左の図に、読み過程（第2節「読み過程の概略」の図も参照ください）の各要素と、三つの経路それぞれで得られる情報との関係を整理しました。

読み過程に必要な各要素ごとに確認していきましょう。読むためには、視覚・聴覚（および口蓋・咽頭）が機能していなければなりません（眼科・耳鼻科的検索が基本だが、行動から推測も可能）。物理音を言語音として聞き分ける音韻処理、文字を形態分析する視覚処理も必要です（読み書きの様子から推測できるが、K-ABCⅡを施行すればより明確になる）。注意・覚醒といった脳のコンディションの安定も必須です（学習・生活全般を観察し、集中力や自発性の程度や変化を把握する）。以上が、読み過程に直接関わる要素になります。

一方、読み過程に限定されないものの重要な要素として、知能（知能検査で判断することができる）や情緒（学校および家庭での人間関係、自我発達の程度）があります。また、実際にどの程度の能力発揮があるかも知っておく必要があります（テストや提出課題から把握できるが、K-ABCⅡにより標準化された判断ができる）。ここまで整理できれば、読み過程を総合的・網羅的に把握することができ、困難の要因分析も的確に進めることが可能になります。



## ⑦書き過程の評価

	検査所見	直接観察	聴取情報
運動出力	作業療法で粗大運動・巧緻性評価	姿勢や運動能力の観察	発達歴・既往歴
視覚入力	K-ABC II・DN-CAS	文字・図表の見落としや混乱	文字・絵などへの関心
視覚出力	SCTで文字、HTPで絵の構成	文字と絵の構成を様々な場面で観察	自発出力の観察と電子機器への関心
認知低次	注意・記憶・処理速度項目	注意集中の時間や変化パターン	体調変化やADL
認知高次	WISC-IV・T-Bでの知能指数	知識量や計画性、文脈や意味把握	趣味や遊び
学力評価	K-ABC IIの学力項目	テストおよび作文や絵	宿題をする様子
関心情緒	HTPなど投影法	教師や他児との社交状況	自我発達や家族関係

---

読み過程と同様に、書き過程についても検討します。左の図に、書き過程の各要素と、検査所見・直接観察・聴取情報それぞれで得られる情報との関係を整理しました。

書き過程に必要な各要素の確認の前に、一点だけ注意しておくべきことがあります。それは、（当たり前かもしれませんが）読めないものは書けないということで、つまり書き過程の分析は読み過程の分析の「後で」行わなければならないということです。仮に、保護者からの主訴が書きに限定されていたとしても、読み困難の有無も検討されなければなりません。それを踏まえた上で、以下では書き過程に特徴的な要素を確認していきます。

書くためには、姿勢を保持し、手指を的確に動かすことができなければなりません（学習・生活全般の観察から判断できるが、作業療法評価を経ればより客観的・網羅的）。目で捉えた情報を、正確に把握・分析することも出来なければなりません（学習・生活全般の観察において、文字および図表の見落としや混乱から判断できるが、K-ABCⅡにより明確化できる）。および、正確に想起・構成できなければなりません（書字・描画から判断できる）。その他の要素は、読み過程とほぼ共通するので省略します。

最後に、読み過程・書き過程ともいえることですが、検査所見・直接観察・聴取情報には部分的に重複があり、互いに補い合う関係にあります。ある経路からの情報が不足するなら、別の経路で補うといった工夫も可能です。特に検査はこどもの負担が大きいので、必要最小限にできるとよいでしょう。

## ⑧ 支援原則

### 生活のバランスを保つ

休息の時間  
遊びの時間  
家族の時間  
お手伝いの時間 ……これらが足りているか？

### 優先順位をつけて好奇心を維持

学びたいという好奇心を持ち続けるのが大事。  
それには、どの科目が効果的か？  
どの領域が効果的か？  
場合によっては、学校の科目でなくても良い。

### 苦手な内容については効率重視

苦手な内容だとスタミナが余計に消費される  
これ以上嫌いにならないためには、  
疲れないうちに切り上げる  
ICT活用などで効率アップを

---

最後に、学習困難の支援原則を確認します。しつこいようですが、学習困難の支援において最も重要な過程は、困難を招いている要因分析（鑑別診断）です。けれども、正確な鑑別診断と、的確な教授法の提案だけでは、不足してしまう部分があることも事実です。何故なら、（学習困難を主訴とする場合によくあることですが）教師や保護者が、こどもの苦手な学習内容を引き上げることばかりに視野狭窄して、二次的な問題（勉強が嫌いになる、教師や保護者との関係がこじれる、など）を引き起こしてしまうことがあるからです。

二次的な問題を予防するには、支援において三つの原則を守る必要があります。

第一に、生活のバランスを守るということです。生活は勉強だけで成り立っているわけではありません。休息や遊び、家族関係やお手伝いなども、心身の安定と人格の発達のためには欠かすことができません。つまり勉強よりも、これらの確保を優先すべきだということです。

第二に、学びたいという好奇心を維持することです。それには、好きな科目・得意な内容（場合によっては学校の教科内容からはみ出たとしても）を活用し、学ぶ楽しさを常に経験させ続けることが欠かせません。

第三に、苦手な内容に取り組ませるなら効率重視です。苦手な内容は、そうでない場合と比べて何倍もスタミナを消費します。しかも脳が疲労すると効率がぐんと落ち、そこで無理させると情緒も不安定になります。スタミナに余力のある間だけ、疲れすぎない量に限り取り組ませる、という割り切りが求められるのです。

<推奨文献>

フラナガン&アルフォンソ

『エッセンシャルズ 新しいLDの判断』

(日本文化科学社)

カービィ&ウィリアムズ

『学習の問題への認知的アプローチ』(北大路出版)

# 総論 1 : 定型発達

---

発達支援について学ぶとは、究極的には定型発達について深く学ぶことに他なりません。ここではその中でも、比較的多くのドクターが苦手としている、精神機能の発達について、重要概念を整理します。



---

発達developmentとは、殻（velop）が取り除かれるという意味です。それはあたかも地に植えられた種が、殻を地表を突き破って芽を出して、莖を伸ばし花を開かせるように、こどもの生まれながらに持っていた育つ方向性がそのままに現実のものになる、というイメージです。

発達の方向性は生まれつき決まっていますが、それが順調に進行するためには周囲のおとなによる支援が欠かせず、しかもその二者がうまく噛み合っていなければなりません。発達はこどもによって異なりますから、おとなは各々のこどもの発達の方向性を予見できなければならないこととなります。

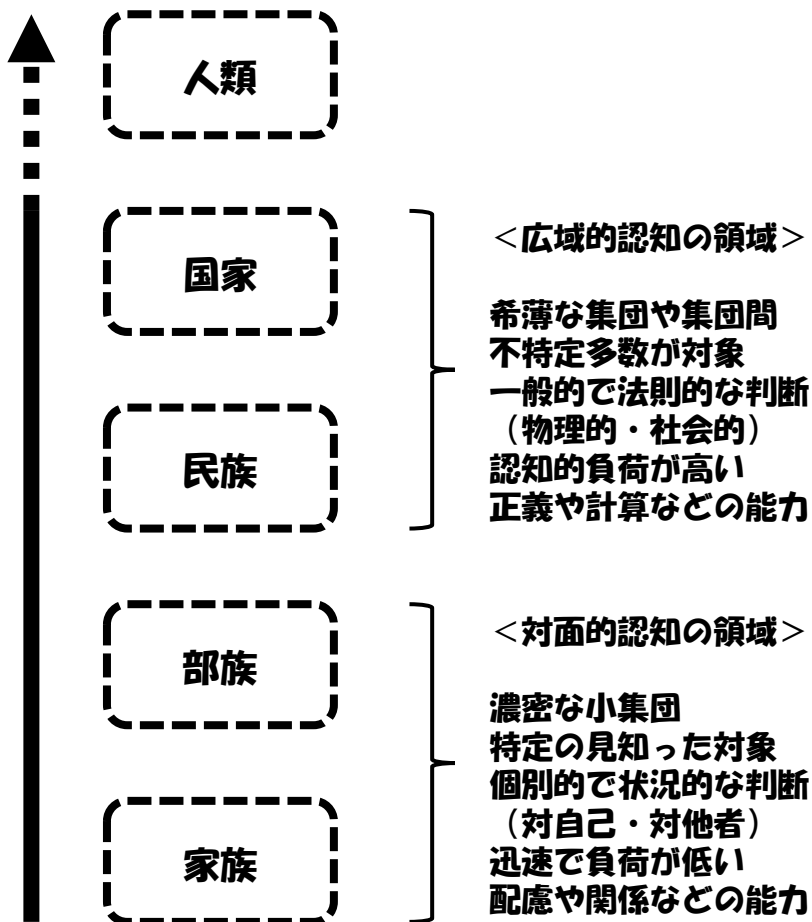
こどもが将来どのように育つか予見すること。それはかつては、部族の長老が判断する役割でした（〇×の星の許に生まれたのだ、とかいうふうに）。しかしいまは、その判断も負担も、専ら養育者に委ねられています。専門家が発達相談の役割を期待されるのは、理由あってのことなのです。

こどもの発達のその先を予言する役割を担う、発達相談の専門家にとって、定型発達（平均的な育ち）を熟知しておくことが何よりも重要です。確かにこどもの発達は互いに異なりますが、第一に定型発達は最もよく研究されており情報が豊富であること、第二に発達の偏りを整理して理解するうえで定型発達は目安になること、がその理由です。

そのためこの章では、定型発達の重要概念をいくつか取り上げて説明します。ただし、個々のこどもの発達はそれぞれ独自のものであることは忘れてはなりません。加えて、その独自性は、苦手・嫌いなことよりも、得意・好きなことの方に如実に表れることも押さえておきましょう。



## ② 発達の方向性



こどもの発達とは、大枠として捉えるならば、関係性が濃密な小集団から、より広域の集団（あるいは集団間）へと、視野や行動範囲を拡大していくことと、それに足る能力を獲得することである。

---

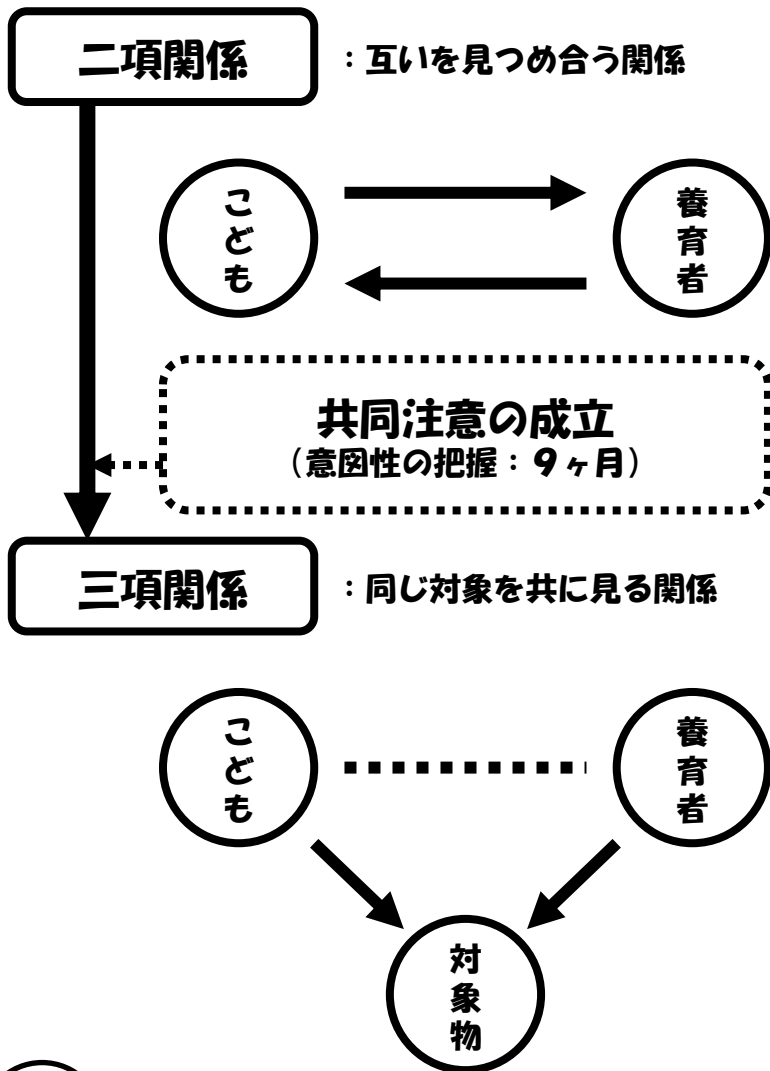
こどもはよく、旅人の譬えで語られます。狭く濃い関係性の網の目の中に生まれ落ちたにもかかわらず、成長とともにもっと遠く広い世界を想像し希求し、周囲のおとなの思惑とは無関係に、己の進む道を見出していってしまう。こどもの発達とは、裏返せばそうした旅人になるための準備といえるのかもしれませんが。

実際、こどもの発達を大枠として捉えるならば、関係性が濃密な小集団から、より広域の集団あるいは集団間へと、視野や行動範囲を拡大していくこと、およびそれに足る能力を獲得することといえます。

関係性が濃密な小集団とは、家族や部族のような特定の見知った対象ばかりがいるような場です。人類史を紐解くと、ごく少数（1～2人）の養育者だけが育児に携わるのが本来の姿ではないものの、数十人単位の顔見知り集団で育てる（それ以上に広域化しない）のはそうだったようです。こうした集団への適応に必要な能力は対面的認知といって、個別的で状況的な判断（配慮や関係など）であり、こどもが最初に習得するのもこうした能力なのです。

より広域の集団とは、民族や国家など、より大規模でほとんどが顔見知りではないような場です。および集団間とは、市場など、出自が異なる者同士が臨時で集うような場です。こうした不特定多数を対象とするのに必要な能力は広域的認知といって、一般的で法則的な判断（正義や損得計算など）です。こどもがこうした能力を習得し使いこなせるようになるのは、濃密な小集団の中である程度心身ともに成長して以降のことなのです。

### ③ 共同注意の発達 (前半)



---

共同注意Joint Attentionとは、「他者と注意を共有する」という社会的認知機能です。もう少し噛み砕いた表現をするならば、相手が見ているものを自分も見ると、あるいは、自分が見ているものを相手にも見せる、ということです。

共同注意が成立するためには、（単に顔や指がどちらに向いているかという事実だけではなく）相手が何に注意を向いているかという「意図」を感じ取ることができなければなりません。この、（目に見える行動を成り立たせている、それ自体は目に見えない）「意図性の把握」が安定して可能になるのが、概ね生後9ヶ月なのです。

共同注意が成立する以前のこどもも、何か（物理的対象物であっても養育者であっても）を見つめることはできています。見つめる先が養育者というヒトであれば、互いに見つめ合い微笑みあうことも可能です（これを二項関係といいます。左の図を参照）。共同注意は、これとは異なります。こどもと養育者とが、互いに意識しながら、同じ対象物を共に見るという関係だからです（これを三項関係といいます）。

共同注意は、（単につられて微笑むというのではなく）こどもが他者と意識的にコミュニケーションする第一歩です。そしてこれこそが、人類に特異的とされる、教育と模倣を通じた「文化的伝承」を可能としたのであり、進化論や心理学の世界では極めて注目されています。また、自閉症スペクトラムのこどもはこの共同注意行動の出現が顕著に遅れることが知られており、乳幼児健診など発達障害の早期把握を狙いの一つとする場においても重視されています。

## ④ 共同注意の発達（後半）

<p><b>0 : 0 ~ 0 : 2</b></p>	<p>＜前共同注意＞ 二項関係以前 情動的共鳴・対人志向性</p>
<p><b>0 : 2 ~ 0 : 6</b></p>	<p>＜対面的共同注意＞ 二項関係の成立 社会的微笑・対象視獲得</p>
<p><b>0 : 6 ~ 0 : 9</b></p>	<p>＜支持的共同注意＞ 三項関係への移行期 受動的な同時的注視</p>
<p><b>0 : 9 ~ 1 : 0</b></p>	<p>＜意図共有的共同注意（受動）＞ 三項関係の成立 意図性把握・社会的参照</p>
<p><b>1 : 1 ~ 1 : 3</b></p>	<p>＜意図共有的共同注意（能動）＞ 能動的形態へと展開 意図の誘導・叙述指さし</p>
<p><b>1 : 3 ~ 1 : 6</b></p>	<p>＜シンボル共有的共同注意＞ 対象が表象へと展開 言語習得サポート</p>

＜時期＞

＜内容＞

---

共同注意の発達について、（その成立以前も含めて）段階順に整理してみます。

生後から生後2ヶ月は、前共同注意と呼ばれます。こどもは生まれつきヒトを志向し、模倣し、養育者とも情動的に共鳴し合うのですが（自発的微笑）、まだ視覚の発達が不十分であるため見つめることができません。

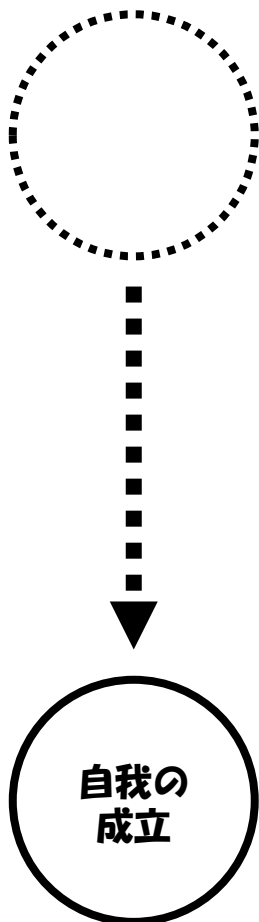
生後2ヶ月から6ヶ月は、対面的共同注意と呼ばれます。視覚が発達し、対象を見つめることが可能になります。これにより養育者と互いに見つめ合うことが可能になり（二項関係）、社会的微笑も認めます。

生後6ヶ月から9ヶ月は、支持的共同注意と呼ばれます。この時期に養育者が、こどもの目の前に対象物を出すと一緒に見つめるようになります（同時的注視）。ただし、こどもは養育者の意図に気付いてはいないため、（移行期ではあるが）厳密には三項関係ではありません。

生後9ヶ月になると、真の共同注意である意図共有的共同注意が成立します。こどもは養育者を意図的主体とみなし、視線を追跡して意図を確認し（指さし理解）、情報源として参照・模倣するようになります（社会的参照）。さらに生後13ヶ月になると、自ら指さしによって養育者の意図を自分の注視する先に誘導するようになります（能動的形態：要求のためにも感情共有のためにも使える）。

生後15ヶ月から18ヶ月で、シンボル共有的共同注意に発展します。対象が眼前の実在物だけでなく、養育者の操る言語的シンボルも共同注意の対象に含みこめるようになり、これが言語習得を加速させるのです。

## ⑤ 分離個体化の過程



<共生期> (0 : 1 ~ 0 : 5)  
自他区別 (-)

<分化期> (0 : 5 ~ 0 : 9)  
自他区別↑・対象関心↑

<練習期> (0 : 9 ~ 1 : 2)  
行動範囲↑・外部関心↑

<再接近期> (1 : 2 ~ 2 : 0)  
分離不安出現・移行対象

<対象恒常性> (2 : 0 ~ 3 : 0)  
自我境界成立・情緒的備蓄

<個体化完了> (3 : 0)  
チャージ完了・外部へ

---

分離個体化とは、自我境界の成立過程を指す概念です。自我とは、自己と他者とを区別し、自己を主体的・能動的に制御するもので、精神分析学上の概念です（ただし最近の認知科学研究によれば、こどもが自分の身体の境界線を把握できるようになるのも同時期のようなようです）。初学者には掴みにくいので、ここでは自我を「こころの入れ物」、分離個体化を「赤ちゃんが成長してこころが独り立ちして、だんだんと養育者から離れていけるようになること」と捉えておきましょう。

分離個体化の進展は、おおよそ次のようになります。徐々に養育者以外の対象物へと関心を広げていく「分化期」、身体機能の発達に伴って行動範囲を拡大し、あわせて関心も外部に広げていく「練習期」、発達により離れることも可能となったにもかかわらず養育者から離れてしまうことに不安を感じる「再接近期」（この時期の不安を分離不安と、分離不安を紛らわすために保持するものを移行対象と呼びます）。自我境界が成立するのは生後24ヶ月ですが、まだ情緒的備蓄が不十分なので、自己主張したり養育者に反発したりしながら、こころの中に養育者との関係をしっかり内在化していきます。生後36ヶ月でようやく安定して、探索に向けて動けるようになります。

分離個体化過程は、こどもの発達段階指標として重要ですが、パーソナリティ障害の症状としても重要です。パーソナリティ障害は自我境界が不安定となり、日常的ストレスで容易にそれが崩れて退行してしまうからです。何歳レベルまで退行したかで、症状の深刻度が分かるのです。



## ⑥ 仲間集団の形成

### 一対一での関係

- (2 : 0) 二語文, 自己主張, 拒否, 並行遊び, 取り合い
- (2 : 6) 理由, 折り合い, 見立て, 仲介あれば他児と遊ぶ
- (3 : 0) 順序理解, 貸し借り, 仲介なしに他児と遊ぶ  
教示関係・個別ルール理解

心の理論の成立  
(他者の思考の推論 : 4歳)

### 仲間意識の成立

- (4 : 0) 集団形成, 役割分担, 集団ルール・序列理解, 応援・慰め, 嘘・ふり, 恥
- (5 : 0) 仲良し成立, 自己統制, 善悪判断, 違反者批判, 他者の連続性・見かけ理解

---

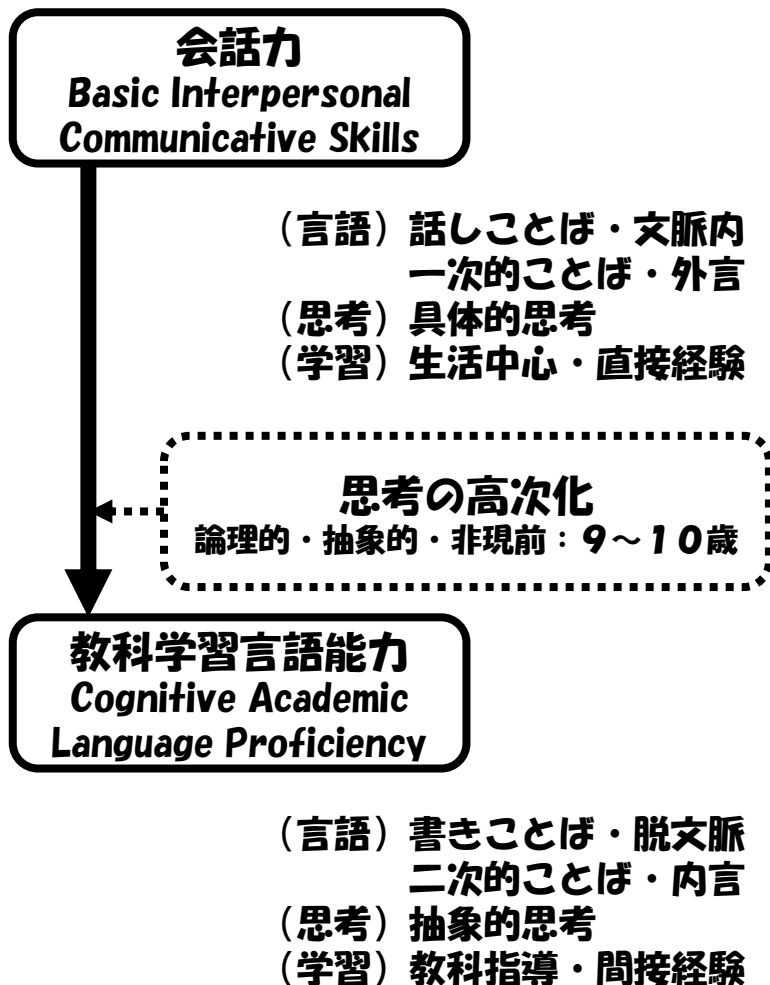
こどもの発達において、あそびは重要な位置を占めます。特に、4歳頃に可能となる集団遊びの成立は印象的で、その可否は幼稚園入園後の集団適応に直結するため養育者の関心も高く、発達相談においてもよく挙げられるテーマです。

集団遊びには、それ以前の助走期間があります（左の図を参照）。2歳とは、自我境界が成立し、自己主張が始まり、他児と同じ場で遊び関心を持ちつつも、おもちゃの取り合いになってしまうような時期です。2歳半とは、理由や平等という感覚が生まれ、おとなの仲介があれば他児と遊べ、折り合いも多少はつけられるようになる時期です。3歳とは、順序の理解が生まれ、貸し借りしたりでき、仲介なしに一对一の遊びが続けられるようになる時期です。集団遊びの成立以前に、こうした遊びの発達が先行して存在するのです。

しかし集団遊びの成立には、「心の理論」の成立という画期があってこそでもあります。心の理論とは、相手の思考を推論する心理機能で、4歳頃に可能になります。相手の気持ちが読めるからこそ、集団を形成してその中で役割を担ったり、応援や慰め、嘘やふり、恥といった発達が可能となるのです。またこの時期は、序列理解が進み勝敗へのこだわりが出現しますが、これが突出しないようにしているのも上記の心の理論なのです。

もちろんあそびの発達は、留まることはありません。5歳になれば仲良しができたり、善悪の判断が可能となってルールに違反する人間を批判するようになり（と同時に自己統制もするようになり）、このことが集団の維持をより強固にするのです。

## ⑦ 学齡前期の言語発達



---

学齡前期（小学生）の時期もまた、乳幼児期と負けず劣らず印象的な発達を見せてくれます。画期となる時期は、学齡前期の半ばである9～10歳であり、これを境として言語・思考・道徳・友情が飛躍的な変化を遂げます。

言語・思考の変化から説明しましょう。9～10歳を境として、それ未満の時期は会話力（Basic Interpersonal Communicative Skills：BICS）、以降の時期は教科学習言語能力（Cognitive Academic Language Proficiency：CALP）と呼ぶことができます。

BICSの特徴は、話しことばであり、現前する具体的な相手とのやり取り（外言）をする際に用いられる、文脈内言語であるという点です（こうした特徴を一次的ことばと呼ぶ人もいます）。BICSによる思考は具体性を脱することがなく、また学習も生活中心で直接経験を基にしたものにならざるを得ません。

CALPの特徴は、書きことばであり、自分の頭の中で紡がれ（内言）たり、あるいは現前するにせよ他者一般に向けたものであったりと、より抽象的で具体的文脈を脱した言語であるという点です（こうした特徴を二次的ことばと呼ぶ人もいます）。CALPによる思考は抽象的であり、また学習も直接経験から離れ、より本格的な教科指導が可能となります。

BICSからCALPへの移行の背景にあるのが、9～10歳に成し遂げられる思考の高次化です。またこの移行によって、こどもは自分の頭の中だけにある内面を抱えられるようになり、そのことが次節で見る道徳・友情の発達にもつながっていくのです。

## ⑧ 学齡前期の道徳発達

他律

道徳：おとな＝権威者への追従  
友達：物理的・行動的近接性  
責任：結果に基づく

社会的認知の発達

第三者視点の理解，親密性・相互援助

自律

道徳：仲間との相互忠誠に基づく  
（権威を疑い，規則の可変性を知る）  
友達：心理的・内面的近接性  
（自己開示と相互共感）  
責任：動機に基づく

二次的ことばの成立による内面形成が  
背景として重要。

---

学齡前期の道德の発達を一言でまとめるなら、他律から自律へ、となるでしょう。この変化もまた、9～10歳を境として生じます。

他律とは、道德をおとな＝権威者への追従と（したがって可変性はないと）みなすことです。言い換えると、この時期の道德判断においてはおとな（養育者や教師）とのタテ関係こそが決定的で、友達とのヨコ関係は従属的なものにすぎないのです。事実、この時期のこどもは、身近だったり、同じ遊びを一緒にしたりといった行動上の類似性を基にして友達関係を築きますが、それ以上には深まりません。

自律の時期になると、（他律の時期にあった）タテ関係＞ヨコ関係という図式が崩れていきます。この時期のこどもは、道德をおとなへの追従とみなすことを止め、権威を疑い始めます。一方で、友達関係への重み付けは増し、道德判断の根拠もまた仲間同士で共有された価値観や、仲間相互に遵守し合う決まりへと変化していきます。同時に、友達を単に行動上の類似性にではなく、より心理的・内面的なつながりを有する相手として考えるようになります（そのため、選択的な自己開示が重要な位置を占めるようになる）。

道德判断が他律から自律へと変化する背景には、社会的認知の発達（第三者視点の理解や親密性・相互援助）があります。そしてこの変化は、こどもに対して養育者からの（部分的とはいえ）離脱とともに、何をすればよいかという悩みをもたらすのです。

<推奨文献>

クリストファー・ライアン&カシルダ・ジェタ

『性の進化論』（作品社）

トーマス・ズデンドルフ

『現実を生きるサル，空想を語るヒト』（白揚社）

マイケル・トマセロ

『ヒトはなぜ協力するのか』（勁草書房）

ジョセフ・ヒース

『ルールに従う』（NTT出版）

ブルース・シュナイアー

『信頼と裏切りの社会』（NTT出版）

大藪泰

『共同注意』（川島書店）

## 総論 2 : 鑑別診断

---

医師が果たすべき役割の中で最も重要なものが、正確に診断する、というものです。この事実は、発達相談においても変わることはなく、むしろその重要性は増しています。ここでは具体的な鑑別方法について説明します。



## ①鑑別過程

### 直接観察

出来る限り警戒心を抱かせず、自然な様子を観察。  
好きな遊びや、周囲の人間との関わり方が情報源。  
併せて、からだの様子も確認する。

### 聴取情報

養育者（+教師など関係者）からの聞き取り。  
主訴から始め、後半は必要な情報を網羅的に聴取。  
家族や生活の状況、発達の様子、変化があれば詳細に。

### 心理検査・評価ツール

検査やツールは、目的を絞って補助的に使用。  
標準化・客観化が最大のメリット。  
学習困難の主訴に対しては、鑑別診断上検査は必須。

こどもの発達段階・認知特性・心身状態・関係形成  
などの現状を把握する。

---

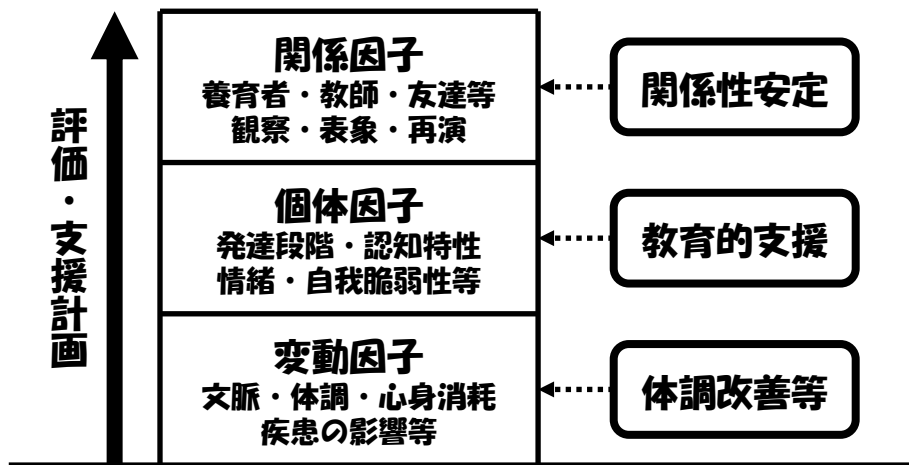
医師による診察が担う役割の中で、最も重要なのは正確な診断を下すことです。その内容が発達相談だとしても、この点に限れば全く変わりません。

一般的な診察と、発達相談の診察に違いがあるとすれば、目的ではなく方法においてです。身体的な理学所見の代わりに、こどもの表情や行動を観察する。本人から症候や経過を聞く代わりに、養育者から聞き取りをする。検査所見も血液検査や画像検査ではなく、心理検査が主になる。このような違いがありますが、最終的に正確な診断を下すことが目的であるという点は同じなのです。

とりわけ、（理学所見の代わりである）行動観察が決定的な位置を占めるという点は強調しておきます。内科系診療科における理学所見がそうであるように、たいていの場合はこれだけで正確な診断にたどり着くことができます。逆にそうでなければ、養育者から何を聞き取ったらいいのか、どの心理検査を実施したらよいか、判断がつかなくなってしまうでしょう。もちろん、聴取情報や検査所見もまた重要なのですが、行動観察を超えて重要ということはありません、ということは念頭に置いてほしいと思います。

さて、発達相談における正確な診断とは、（最終的には診断名までたどり着くことにはなりますが）目の前のこどもの発達段階・認知特性・心身状態・関係形成などの現状を把握することを意味します。そのための具体的なやり方を、次節から順に説明していきましょう。

## ②直接観察



↑  
■  
■  
■  
具体的な観察ポイント

### 遊びの観察

関心：どんな遊びの、特にどこが好きか  
認知：どの程度複雑に遊ぶことができるか  
状態：注意、表情、自発性、対人意識

### 関係の観察

能力：社交技能や対人意識  
内容：依存、警戒、攻撃性、その変化  
対象：誰に対して、一貫性の有無

### 身体・資料

身体：体格、肌、身なり  
試験：成績、認知特性や関心・注意  
作品：作文や絵、認知特性や言語発達

---

こどもの直接観察は、遊びの観察、関係の観察、身体の観察や資料の活用、という三つの柱で構成されます。特に、遊びの観察は重要です。低年齢帯ほど言語表現が能力的に困難であるだけでなく、遊びは警戒心を緩め自然な様子を観察しやすくし、かつこどもの特徴は得意・好きなことの方に表れやすいからです。

観察ポイントを左の図に挙げました。若干の具体例で補足します。遊びの観察では、プラレールが好きだが（関心）、車両を並べるだけでレールを走らせることはせず（認知）、一人で黙々と取り組む（状態）、といった情報を集めます。関係の観察では、入室直後は年齢相応の応答ができるが（能力）、すぐに小声となって母親の裏に隠れる（内容・対象）、といった情報を集めます。肥満・痩せ、肌の色や荒れも重要な情報です。これらを組み合わせて鑑別診断を進めるのです。

注意点として、評価にあたっては変動因子→個体因子→関係因子の順に解釈する（左の図を参照）、という原則を忘れないようにしてください。これも若干の具体例で補足します。疲労困憊していたり、嫌々連れて来られて不機嫌だったりすれば（変動因子）、本来の能力や関心（個体因子）を測ることなどできないでしょう。また自我発達や社交能力が分からなければ（個体因子）、養育者への関わり方が無関心なのか萎縮なのか区別できません（関係因子）。よって、下から順に整理していくのが望ましいのです。なお、変動因子は（例えば薬物療法など）体調改善で、個体因子は能力習得など教育的支援で、関係因子は児童福祉的介入など関係性の安定で改善する、という対応関係があります。

### ③聴取情報

#### 主訴から始める

養育者が抱いている心配から聞き取り始めることで、相談の満足度を上げ、面接を円滑に進行させるとともに、養育者自身の育児能力や性格傾向、相談動機やこどもの関係性などの評価を行う。

語りの形式：表情、口調、論理展開、感情状態、防衛  
語りの内容：こどもの発達に関する事前入手情報や解釈モデル、こどもの一般的な発達のイメージや育児観

#### 後半で網羅的に聞き取る

前半で語られた内容を基に、肉付けするように質問していくと自然に聞き取れる。

家族状況：健康状態、社交状態や経済状態など  
生活環境：地理情報、通学先（学校・園）など  
発達経過：時系列順に周産期から現在まで  
家庭適応：家族関係、ADL自立度、趣味・手伝い  
学校適応：学習状況、教師や友人との関係  
心身状態：睡眠や食事、身体、行動や情緒の状態  
通院状況：通院医療機関と診断名、処方内容  
状態変化：特に精神変調、短期変化と長期変化  
など……

---

こどもの直接観察と通常は並行して、養育者からの聞き取りも進めることになります。

養育者からの聞き取りは、必ず「主訴から始める」ことを忘れないようにしましょう。その方が、相談に対する養育者の満足度を上げられるからというだけでなく、主訴についての語りの中に養育者自身の情報（能力・性格・相談動機やこどもとの関係性）がふんだんに盛り込まれているからです。若干の具体例で補足します。たとえば同じ2歳で未発語の男児について、「市の保健師から勧められて受診したが、この子は父親に似てことばがゆっくりなだけなんです」という主訴の場合と、「育児雑誌を見たがどの項目も遅れているから、きっと発達障害だ、将来が心配で仕方がない」という主訴の場合とでは、語る養育者側の（良い悪いというよりも）違いが見えてくるはずです。養育者の語りの観察ポイントを左に挙げましたので確認してください。

それを踏まえて、後半では網羅的に情報を聞き取っていきます（具体的には、左の図を参照）。家族状況・生活環境・発達経過・家庭適応・学校適応・心身状態・通院状況・状態変化……と挙げましたが、これらはすべて欠かせない情報になります。場合によっては、事前に養育者の側で詳しく記入してもらえるような、問診票を作成しておくとも便利かもしれません。

## ④心理検査・評価ツール

### 心理検査

(知能検査)

田中ビネー(幼児期) / WISC-IV(学齢期)

(非知能系認知検査)

K-ABC II(全年齢) / DN-CAS(学齢期)

(投影法)

SCT/PF/HTPなど

### 発達検査・適応行動評価

(発達検査)

新版K式など

(適応行動評価)

日本版Vineland II 適応行動尺度

新版S-M社会生活能力検査

### 症状評価ツール

(一次スクリーニング)

M-CHAT(乳幼児期自閉症チェックリスト修正版) など

(二次スクリーニング)

PARS(日本自閉症協会広汎性発達障害評価尺度) など

(診断評価ツール)

ADI-R(自閉症診断面接改訂版)

ADOS(自閉症診断観察検査) など

---

鑑別診断の過程は、直接観察や聴取情報だけで遂行可能であり、その意味で心理検査や評価ツールはあくまで補助に過ぎません（非常に誤解が多い点なので強調しておきます）。けれども一方で、検査やツールは標準化・客観化がなされているというメリットがあり、目的を絞れば有用なものでもあります。

知能検査や非知能系認知検査は、この標準化・客観化のメリットが最も活かせる検査になります。確かにこどもの発達段階や認知特性は、直接観察や聴取情報から把握することはできます。しかし、検査を通じて同年齢集団の他児平均と比較したり、過去の本人の評価と比較したりすることができるのは、大変大きなメリットといえます。知能検査としては、幼児期は田中ビネー、学齢期はWISC-IVが適応です。知能指数は出ないけれども認知特性について詳しく知ることができる検査として、K-ABC II（全年齢）やDN-CAS（学齢期）があり、特に（行動観察だけでは情報が不足しがちな）学習困難の主訴に対して威力を発揮します。これらは実施間隔を最低でも一年以上空けなければならず、頻繁に実施できるものではありませんので、計画的に使用しましょう。

なお、こうした検査やツールは、能力や症状の評価を行うものですが、鑑別ができるわけではない点にも注意が必要です（これも非常に誤解が多い点です）。たとえば自閉症スペクトラムの症状評価ツールとしてPARSは有用ですが、（実はパーソナリティ障害などでもハイスコアが出てしまうため）鑑別診断ができるわけではありません。



## ⑤ことばの遅れの鑑別ポイント

### 言語発達の全般的遅れ

(時期) 主に、幼児期前半までに事例化する。

(鑑別)

運動障害：咽喉・舌など

感覚障害：聴覚障害など

知的障害

発達障害

ネグレクト

(方法)

耳鼻科的検索＋知能・発達検査

### 言語発達の部分的遅れ

(時期) 主に、幼児期後半以降に事例化する。

(症状)

構音障害

読字障害

書字障害

吃音

緘黙

(特徴)

パーソナリティ障害を背景に持つ場合も多い。  
その場合、自我機能や心身変調も要確認。

---

以降4節で、主訴として挙げやすい特徴の鑑別ポイントについて整理していくことにします。

ことばの遅れは、幼児期における発達相談の代表的な主訴になります。この主訴に対しては、言語発達の全般的な遅れ（例：2歳になっても全く発語がない）か、言語発達の部分的な遅れ（例：5歳になってもサ行の発音ができない）か、で大別することができます（左の図を参照）。

言語発達の全般的な遅れは、ほとんどの事例で幼児期前半までに事例化し把握されます。その背景としては、耳鼻科的要因（聴覚障害や、咽喉・舌などの問題）、および知的障害や発達障害（自閉症スペクトラムや音韻性ディスレクシア）、重度のネグレクト、などを挙げることができます。このため鑑別手法としては、耳鼻科的な検索に加え、知能・発達検査が有効となります。

言語発達の部分的な遅れは、逆に幼児期後半になってようやく事例化することが多いです。その症状としては、構音障害・読字障害・書字障害・吃音・緘黙などで、（文字の読み書きに関しては音韻性ディスレクシアでも問題は生じるものの）背景としてはパーソナリティ障害と考えられる事例が多いです。したがってこの場合、言語発達しか見ていないと問題の焦点がぼけてしまいますので、自我機能や心身変調といった関連症状も忘れずに確認するようにしましょう。

## ⑥多動の鑑別ポイント

### 注意欠如多動性障害

- (病態) 低覚醒状態
- (時期) 幼児期～小学校低学年がピーク  
思春期以降、徐々に軽減
- (処方) 中枢神経刺激薬が著効
- (支援) 身体活動や興味ある題材で集中向上

### パーソナリティ障害

- (病態) 主として過覚醒状態  
ただし消耗時には低覚醒と変動する
- (時期) 幼児期から認められるが、思春期以降悪化
- (特徴) 心身状態によって大きく変動する  
環境によって大きく変動する  
(典型的には家庭で暴れ、学校では静か)
- (処方) 抗精神病薬やSSRIが主剤  
不十分であれば、VPA・CBZを併用  
身体疾患があれば、その治療も
- (支援) 刺激軽減・疲労防止

---

多動は、幼児期後半から小学校低学年における代表的な主訴です。発達相談を目的とした診察現場で、実に頻度の高い主訴なのですが、それと同じくらい誤解も多いものです。忘れてはいけないポイントは、多動とは症状であって診断名ではない（つまり鑑別が必要）、ということです。

多動（年齢を鑑みても集中力が低い状態）を引き起こす要因は数多くあります。栄養や疲労などに関連した一般的全身状態の問題、より特定された小児科身体疾患（例：バセドウ病）および高次脳機能障害、知的障害、自閉症スペクトラムによる状況判断の未熟さ、注意欠如多動性障害による低覚醒状態、パーソナリティ障害による過覚醒状態、不適切養育による精神変調、などを挙げることができます（これらはすべて、表面上は注意欠如多動性障害の診断基準を満たす）。そしてこの中でも、（生得性という共通点ゆえに）注意欠如多動性障害とパーソナリティ障害の鑑別が、最も間違えやすいのです。

左に代表的な鑑別ポイントを挙げました。（狭義の、あるいは真の）注意欠如多動性障害は、低覚醒を背景としているために、運動や興味で集中力が向上し（したがって案外本番には強い）、中枢神経刺激薬が著効する。パーソナリティ障害は、生得的な神経過敏さ＋日常的ストレスによる過覚醒が背景にあるため、逆に刺激や疲労を避け（クールダウンも良い）、内服も抗精神病薬などが適応となる。表面上は似て見えるかもしれませんが、必要な治療・助言が真逆ですし、情報を集めれば鑑別は容易なはずです。

## ⑦ 社交困難の鑑別ポイント

### 自閉症スペクトラム

- (特徴) 対人技能の未熟さ＋社交関心自体の弱さ  
内面発達を含め、倍以上遅い  
幼くマイペースに見える
- (支援) 発達段階に合わせた社会性教育

### パーソナリティ障害

- (特徴) 社交に関する能力・関心は低くない  
過敏性による過剰適応や回避（主に家庭外）  
退行による甘えや暴力（主に家庭内）
- (支援) 安心できる関係性の構築＋薬物療法

### 不適切養育

- (特徴) 過度の表出抑制が主で、見つけにくい  
時には過剰適応も（家庭内含め）  
関係の深まりとともに攻撃性が噴出する
- (支援) 安定した関係性＋長期的心理療法

---

社交困難（人付き合いがうまくいかない）もまた頻度の高い主訴で、幼児期から始まり青年期に至るまで、よく挙げられます。ただし、社交困難の鑑別は、知識さえあれば容易です。ポイントは、（「人付き合いがうまくいかない」といってもいろいろあるので）「どのように」人付き合いがうまくいかないか、を確認すればよいのです（左の図を参照）。

自閉症スペクトラムであれば、年齢・知能に比して「対人技能が未熟であるために」実際に人付き合いがうまくいきません。周囲のおとな・こどもとの付き合い方が、幼くマイペースなのです。さらに付け加えるなら、社交への関心自体も弱いので、自分の失敗にも気付けません（内面よりも行動に問題が現れる）。

パーソナリティ障害であれば、様相が全く異なります。基本的にパーソナリティ障害の場合は、社交に関する能力は低くありません（このため周囲からは問題と思われにくい）。むしろ他者からの評価を先回りして考えすぎ、過剰適応して疲労困憊するようなタイプです（自閉症スペクトラムとは逆に、行動よりも内面に問題が現れる）。それゆえ登園・登校を渋ったり、家庭で（反動として）甘えや暴力が出現したりするので。

社交困難の鑑別としては、まずは上記二者の区別をしっかりとできるようになることがポイントです。なお、通説に反して不適切養育は（過度の表出抑制が主症状であるために）非常に見つけにくいです。頻度は多くはないものの、念頭に置いておくとよいでしょう。

## ⑧規範性の問題の鑑別ポイント

### 自閉症スペクトラム

- (背景) 道德発達の遅れ (常識や判断力の不足)  
特に配慮や羞恥心の欠如が目立つ
- (行動) 他人の目の前で裸になる  
人目を憚らずに成人向け雑誌を読む

### パーソナリティ障害

- (背景) 道德形成の希薄 (刹那的衝動的な行動)  
および退行
- (行動) 計画性のない窃盗、非行集団への付着  
主に家庭内限定の暴力や性的密着

### 不適切養育

- (背景) 道德内容の歪曲 (否定的自己・世界観)  
攻撃性の噴出として理解できる意図性
- (行動) 計画的な犯罪、表裏の使い分け  
自分を傷つけるための性化行動

---

規範性の問題（性的問題行動含む）は、小学校中学年以降に挙げられるようになる、頻度こそ高いものではないものの重要な主訴になります。これも、知識さえあれば鑑別自体は容易です。むしろ、規範性の問題は周囲からの（負の）関心を喚起しやすいため、冷静に周囲に現状や対処法を伝えることの方に努力が必要となるでしょう。

自閉症スペクトラムの場合、暑いからといって他人の目も憚らずにシャツを脱ぎ始めたり、書店で堂々と成人向け雑誌を立ち読みしたり、といった常識や判断力（特に配慮や羞恥心）の遅れ・不足が背景にあることが多いです。家庭生活においては、家族が傍にいるのにマスターベーションを始める、といった主訴が挙げられることもあります。「体ばかり大きくなって、空気が読めず、幼いなあ」という印象です。

パーソナリティ障害の場合、自我・道徳形成が希薄であるために生じる、刹那的・衝動的な行動が問題となることがあります。たとえば、ついふらふらと（時には店員の目の前で）万引きをしたり、非行集団についていたりといったことです。あるいは退行によって、家庭内暴力や性的密着（養育者に対して抱きしめて胸を揉むなど）が現れることも多いです。実はこれらは薬物療法で改善しますが、一度流れた評判を撤回するのはなかなか困難で苦慮します。

不適切養育の場合、頻繁にパーソナリティ障害と混同されますが、自分自身を攻撃することの表現としての性非行といったふうに、明確な計画性・意図性（と否定的自己・世界像）を読み取ることができるのがポイントです。



<推奨文献>

辻井正次

『発達障害児者支援とアセスメントのガイドライン』

(金子書房)

## 総論 3 : 薬物療法

---

医師が果たす役割の中で、薬物療法は唯一のものではないものの、重要なものであることには変わりありません。ここでは幼児期・学齢前期を中心に、薬剤およびその使い方について説明します。

## ①薬物療法概論

### 薬物療法の前提

- ・ 確定診断がなされている  
： 治療効果が明確で期待できる
- ・ 情報把握が完了している  
： 可能ならば環境調整が優先
- ・ 説明の上で薬物療法の希望がある  
： 養育者＋可能ならば本人も

### 薬物療法の原則

- ・ 単剤使用・単剤変更  
： 他科も含め、変更は一剤ずつ
- ・ 少量開始・漸増漸減  
： 不足と判断してから増量する
- ・ 効果判定は充分量にて  
： 使うからには充分量まで増量
- ・ 疑わしきは罰する  
： 無効や副作用を疑ったら一旦中止

※ほとんどの向精神薬は、厳密には小児への適応がないことを念頭に。

---

医師による診察が担う役割の中で、周囲からの期待が大きいのは薬物療法です。発達相談の中で、薬物療法が有効な対象は限定される（注意欠如多動性障害やパーソナリティ障害に概ね限定）とはいえ、有効な対象に対する治療効果には印象深いものがあるからでしょう。だからこそ、薬物療法の適応と限界を知り、適切に活用しなければなりません。

薬物療法にあたっての前提と原則について、左にまとめておきました。ほぼ自明と思われそうですが、確認しておきます。

薬物療法の前提は三つあります。第一に確定診断が完了しており、薬物療法による治療効果が予想でき、メリットが不利益を明確に上回ると期待されること。第二に情報把握が完了しており、可能であれば環境調整も終了しており、内服と症状変化との関係が一对一に対応可能になっていること。第三に十分な説明の上での希望が、養育者および可能であればこども本人からあること。以上です。

薬物療法の原則は四つあります（一部、向精神薬特有の注意点もあります）。第一に、使用開始・処方変更は必ず一剤ずつ行うこと（二剤以上同時に変更すると混乱する）。第二に、少量から始め、効果判定期間を待って、この量では不足と判断してからゆっくり増量すること（有効量に個人差が大きいいため、これは抗生剤とは真逆の用法です）。第三に、有効・無効の判断は充分量まで増量後に行うこと（少量しか使わずに無効と判断する例が多い）。第四に、無効や認容し難い副作用を疑ったら、（検査結果を待たずに）中止を躊躇わないこと（もっとも、中止の際は漸減を経るのが基本ですが）。以上です。

## ②中枢神経刺激薬

### メチルフェニデート

- (商品名) コンサータ (徐放剤)
- (作用機序) ドパミン再取り込み阻害
- (作用発現) 即効性 (内服後12時間効果)
- (初期量) 18mg・一日一回朝内服
- (増量) 9mg単位で必要に応じて
- (最大量) 18mg (小1) ~36mg (中3)
- (主な副作用) 食欲低下・成長障害?
- (剤型) 錠剤のみ

### アトモキセチン

- (商品名) ストラテラ
- (作用機序) ノルアドレナリン再取り込み阻害
- (作用発現) 遅効性 (開始後2-3週間必要)
- (初期量) 0.5mg/kg・一日二回朝夕分服
- (増量) 0.5mg/kg単位で維持量まで
- (維持量) 1.2-1.8mg/kg
- (主な副作用) 食欲低下・成長障害?
- (剤型) 錠剤・液剤

※どちらも適応は狭義のADHDのみ。

---

中枢神経刺激薬は、狭義の注意欠如多動性障害のみをターゲットとする向精神薬です（厳密には、アトモキセチンは中枢神経刺激薬には含まれませんが、便宜上ここで扱います）。メチルフェニデート徐放剤（コンサータ）とアトモキセチン（ストラテラ）の二種類あり、左にその比較を示しました。

メチルフェニデート徐放剤とアトモキセチンとの臨床上の違いは、対象・効果・副作用というよりも（これらには大きな差はない）、むしろ用法や作用発現までの時間にあります。

メチルフェニデート徐放剤は、即効性があり、内服したその日から効果が現れますが、内服後12時間前後で効果が切れてしまいます。そのため、（たとえば登校日のみといったように）薬効を出したい日だけ内服する、といった使い方も可能です。アトモキセチンは（他の抗精神病薬・抗うつ薬と同様）遅効性で、内服開始後2～3週間経たないと薬効が表れません（通常、内服は少量から始めますから、十分な効果が発現するのは充分量まで増量後、同程度の期間が経過した後ということになります）。その代わりに、一日中効果があるため、夕方以降の塾や家庭生活などでも効果を期待することができでしょう。一長一短あるわけです。

初期量や増量計画については、左を参照してください。狭義の注意欠如多動性障害については目覚ましい効果を上げるこれら薬剤ですが、覚醒水準を上昇させることで効果を発揮しているため、パーソナリティ障害による過覚醒型多動には効果が鈍い（どころか悪化させることもある）ことには注意が必要です。

### ③抗精神病薬

#### リスペリドン

(商品名) リスパダールなど  
(作用機序) セロトニン・ドパミン拮抗  
(初期量) 0.5mg (年長) ~1.0mg (中3)  
(増量) 0.5-1.0mg単位  
(最大量) 1.0mg (年長) ~3.0mg (中3)  
(主な副作用) 食欲増加・眠気・便秘  
血糖値やプロラクチン上昇あれば中止

#### アリピプラゾール

(商品名) エビリファイ  
(作用機序) ドパミン受容体部分作動  
(初期量) 1.5mg (年長) ~3.0mg (中3)  
(増量) 1.5-3.0mg単位  
(最大量) 3.0mg (年長) ~12mg (中3)  
(主な副作用) 眩暈・嘔気・焦燥

※どちらも実際の適応は広く、パーソナリティ障害による自我脆弱性・認知機能障害・様々な精神変調を主たる対象とする。

---

抗精神病薬には、作用機序の異なる多数の向精神薬が含まれますが、小児期によく使用されるのはリスパダール（リスパダール）とアリピプラゾール（エビリファイ）の二剤です。

抗精神病薬は、（保険適応上は統合失調症＋ $\alpha$ ，ですが）臨床上の適応は広く、発達相談の中ではパーソナリティ障害による自我脆弱性・認知機能障害・様々な精神変調を全般的に改善させます。小児科診療で問題となる、身体面への検査・治療ではなかなか改善しがたい心身症事例の背景となっているのも、多くの場合にパーソナリティ障害ですので、そう考えると抗精神病薬の適応範囲の広さが理解できるでしょう。

抗精神病薬は多数存在し、どれも確率的には同程度有効とされますが、そのこどもにとって有効な薬剤となると限られます。譬えるなら相性のようなもので、この相性が合うか合わないかは事前には分からず、内服して試してみるしか判断する術がありません。少量から漸増し、充分量まで増量し、効果発現に要する期間を待って……としていると、一剤試すのに2～3ヶ月は軽く掛かってしまいます。腰を据えて取り組む必要があるわけです。ただし、有効な場合の症状改善は、誰の目から見ても驚くほどです。環境調整と組み合わせれば、書字障害といった軽微な症状も含めて改善できます。

リスパダールとアリピプラゾールの比較を左に示しましたので、初期量や増量計画はこれを参照してください。注意点として、リスパダールによる食欲増加は打開不可能で、体重増加や血糖値上昇にもつながる副作用なので、出現した際は原則中止です。



## ④ その他の薬剤

### セルトラリン

(商品名) ジェイゾロフト

(作用機序) セロトニン再取り込み阻害

(初期量) 25mg (年長) ～時に50mg (中3)

(増量) 25mg単位

(最大量) 25mg (年長) ～100mg (中3)

(主な副作用) 食欲低下・軽躁

### その他の薬剤

(抗てんかん薬) ……併用として

バルプロ酸

カルバマゼピン

(漢方薬) ……軽症例に

抑肝散・大柴胡湯 (興奮の鎮静)

柴胡加竜骨牡蛎湯 (不安の軽減)

など

---

抗精神病薬のリスペリドンやアリピプラゾールと並んで、セロトニン系抗うつ薬に含まれるセルトラリン（ジェイゾロフト）も使いやすい向精神薬です。

意外かもしれませんが、セルトラリンの臨床上的適応は広く、（リスペリドンやアリピプラゾールと同様に）発達相談の中ではパーソナリティ障害による自我脆弱性・認知機能障害・様々な精神変調を全般的に改善させます。したがって、もちろん心身症（の背景にあるパーソナリティ障害）も対象に含まれます。比較的副作用も少ないので、リスペリドンやアリピプラゾールが無効（もしくは副作用で継続不可）だった場合の第三の選択肢として、押さえておいてよい薬剤です（誤解があるといけないので記しますが、同じSSRIに属するパロキセチンは焦燥を惹起するリスクが高いため、小児には原則使いません）。

抗てんかん薬のバルプロ酸（デパケン）やカルバマゼピン（テグレトール）も、（抗精神病薬などに加えて）併用療法として活用することができます。また漢方薬も、軽症例や幼児期事例（向精神薬は原則として6歳以降のため）には積極的に検討してよいでしょう。

## ⑤ (補) 心理面接の枠組み

### パーソナリティ障害

(病態) 自我・行動の問題

(心理面接の方法)

現実志向

具体的な生活上の助言が中心

(目的) 生活の安定

(時間) 短時間かつ高頻度

(期間) 短中期

### 不適切養育

(病態) 自己・内面の問題

(心理面接の方法)

内面志向

過去の出来事も積極的に取り上げる

(目的) 価値の改変

(時間) 最低一時間

(期間) 長期間

---

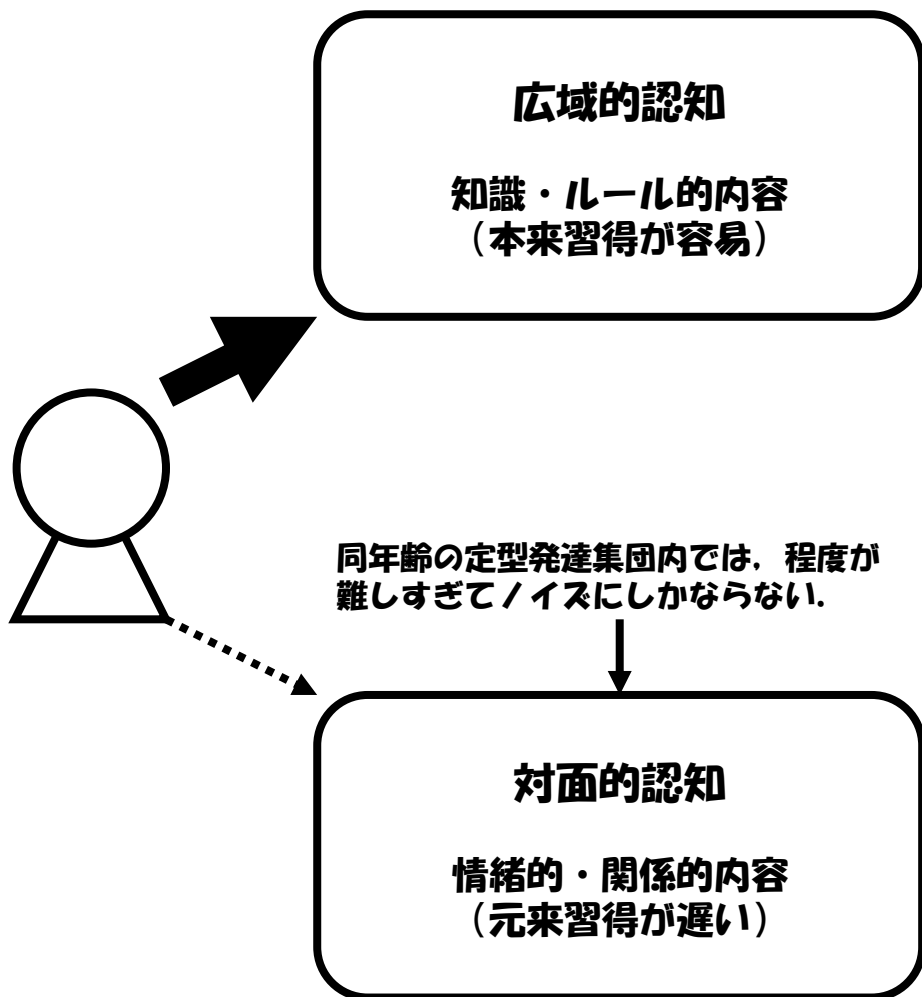
薬物療法と並び、心理面接（あるいは心理療法）も有効な治療・支援手段のひとつです。ところが、薬物療法と同様に心理面接にも適応と限界、さらには副作用もあるということは、不思議なことにあまり一般には知られていません。

心理面接が継続的に行われるのは、（発達相談の中では）パーソナリティ障害と不適切養育の場合が代表的です。そこでこの二つについて、適応となる心理面接の方法について比較したものを、左に示しました。ざっと確認しておきましょう。

パーソナリティ障害は、自我・行動の問題であるから心理面接もまた現実志向、具体的な生活上の助言が中心となります。一方で不適切養育は、（現実の安全が確保できていればですが）自己・内面の問題であるから心理面接もまた内面志向、時には過去の出来事も積極的に取り上げるような深い面接が行われる必要があります。

しかし実際の臨床現場では、この区別は混乱しています。特に困るのは、パーソナリティ障害の場合に内面志向の心理面接が行われがちであるということです。パーソナリティ障害のこどもは、現実を回避する一つ的手段として内面や過去の話を持ち出す傾向があります。それに気付かず、面接者が内面志向心理面接を実施するとすれば、（真に解決すべき）現実から遠ざかるお墨付きを与えてしまうことになるでしょう。これが心理面接の副作用（あるいはもっと明確に、有害作用）なのであり、薬物療法の副作用と同様に注意すべきものといえます。

⑥ (補) 社会性教育カリキュラム (前半)



---

自閉症スペクトラムに必要なのは、薬物療法や心理療法といった治療ではなく、適切な教育的支援です（法制的には、療育あるいは特別支援教育と呼ばれています）。

教育は福祉とは異なります。福祉は現在志向であり、目の前に立ち塞がる困難を除去することが役割であり、将来どこに向かうべきかは考慮の外にあります。一方で教育は未来志向であり、将来における必要性から逆算して、発達段階を考慮しつついま教えるべきことを特定します。そしてこのような教育の考え方の具現化が、カリキュラムです。

自閉症スペクトラムに必要なのは、適切な教育的支援であることに、いまとなっては異論は少ないと思われます。ところが不思議なことに、福祉の観点で書かれた本はたくさんあっても（支援方法について詳述したもので、教師向けのものさえある）、真の意味で教育の観点で書かれた本、つまりカリキュラムが書かれた本は見当たらないのです（こうした現状を、教育の福祉化と呼ぶことができるかもしれません）。

自閉症スペクトラムの教育カリキュラムを詳述することは、紙幅の都合上ここではできませんが、考え方のポイントだけでもここで説明しておきましょう。

自閉症スペクトラムは、社会性（人付き合いに必要な能力）の習得に困難があるとよく言われます。ところで社会性にもいろいろあって、知識・ルールの内容（広域的認知）もあれば情緒的・関係的内容（対面的認知）もあり、自閉症スペクトラムのこどもが真に習得が遅れるのは後者だけなのです。

⑦ (補) 社会性教育カリキュラム (後半)

	広域的認知	対面的認知
習得内容	知識・ルールの本来習得が容易	情緒的・関係的本来習得が遅い
支援方法	構造化によるノイズ減少で効率化	実感を伴う形で関係を経験させる
要請水準	同年齢集団で要請される最低限度	対面的認知の発達に相応する水準
目標所属集団	一般集団	同属性集団

---

社会性の中の情緒的・関係的内容（対面的認知）とは、相手の心理に関心を持つ、感情に配慮する、関係を円滑に保つよう努力する、一緒に何かを楽しむといったもので、要約すれば対等な友達付き合いのことです。

こうした対面的認知は、自閉症スペクトラムのこどもにとって習得が難しく（概ね定型発達児の倍以上遅れる）、しかも友達付き合いである以上実際にも楽しめなければ意味がないので、こうした教育は対等性が保障された、（対面的認知の発達段階が同程度の）同属性集団で行うことが最善と思われます。

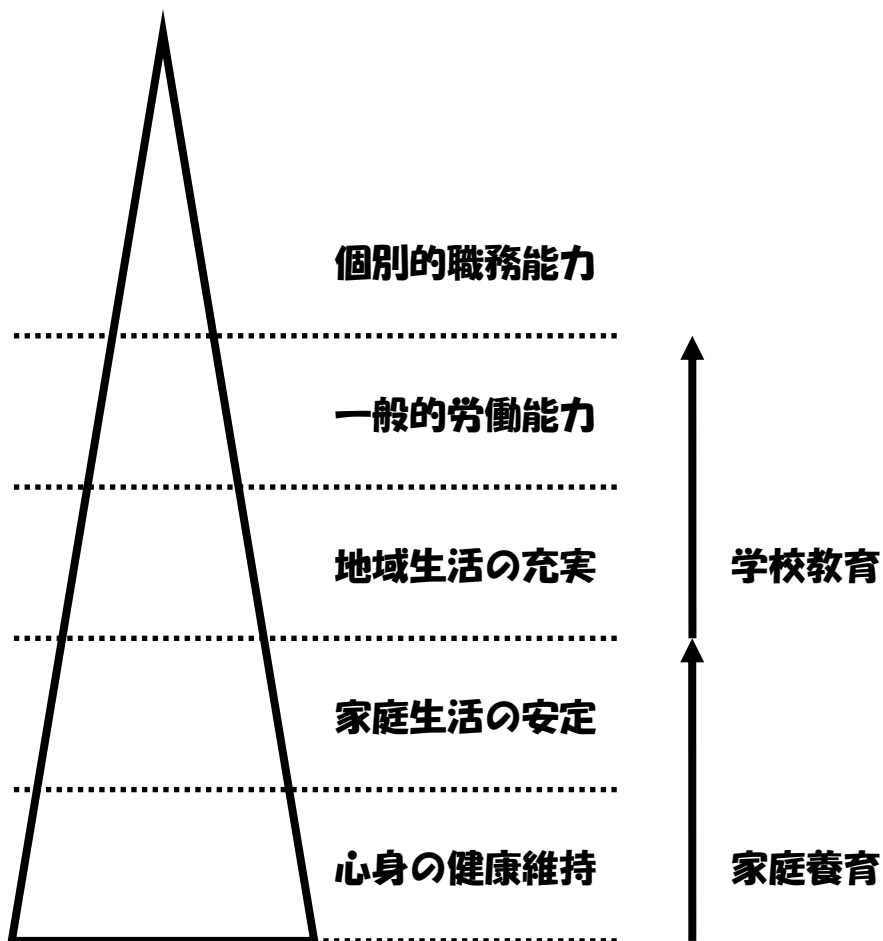
一方で、社会性の中の知識・ルールの内容（広域的認知）とは、時間割を確認してその通りに動く、決められた係活動を自発的に遂行する、指示された課題を期日までに提出する、禁止された場所には立ち入らないといった、〇×がはっきりしたものです。

こうした広域的認知は、本来であれば自閉症スペクトラムのこどもにとって習得しやすいはずのものです。ところが、対面的認知が得意な定型発達児を基準とした学級においては、こうした知識・ルールの内容であっても（例えば、話し合っ解決する、周りの様子を見て自分で判断する、など）対面的認知を介して教えられることが多いのです。これではノイズが多すぎて学べません。

けれども、このことは自閉症スペクトラムのこどもが、一般集団の中で広域的認知を学べないということではありません。それを可能にするのが構造化という手法であり、ルールを視覚化するなどしてノイズを減少させられるのです。



## ⑧ (補) 就労準備性ピラミッド



中等教育終了までに、就労準備性第四段階までの習得を狙う。医療・保健は、学校・家庭での適応を支援しつつ補完も行う。

---

教育は未来志向であると説明しました。では、教育が目指している未来とは具体的に何を指すかという、社会の構成員たるおとなになること、もっとはっきり言えば仕事に就くことです。

左の図は就労準備性ピラミッドと呼ばれ、就労する際に必要になるもの（準備性）を、優先順位に従って下から並べた図になります。一般には、成人の就労支援の現場で活用されることが多い図ですが、教育についても深い示唆を与えてくれます。

就労準備性ピラミッドを下から確認してみましょう。最初に必要なものは心身の健康であり、これがあってはじめて家庭生活（家事や良好な家族関係）が可能となる。家庭生活が安定していないと、地域生活（趣味や友人関係）の充実も難しい。地域生活がままならない状態では、一般的労働能力（計画性や上司・同僚とのコミュニケーション）も期待しにくい。……という図であるわけですが、これは角度を変えると、そのままこどもの発達目標のように思えてきます。

こどもに、いつ・なにを教えるべきかというのは、考え出すと混乱して答えが出なくなることが多い問いです。就労準備性ピラミッドは、この問いに割り切った、しかし分かりやすい解答を与えてくれます。たとえば幼児期は、学校教育が始まる以前の期間です。学校教育という場では、こどもは教師や友人との関係から多くを学んでいきます（第三・第四段階）。とすれば幼児期においては、それ以前の第一・第二段階を固めておくべきと考えられるでしょう。たとえば心身の健康、良好な親子関係、ADLやお手伝いなどです。

<推奨文献>

ナンシー・マックウィリアムズ

『パーソナリティ障害の診断と治療』（創元社）

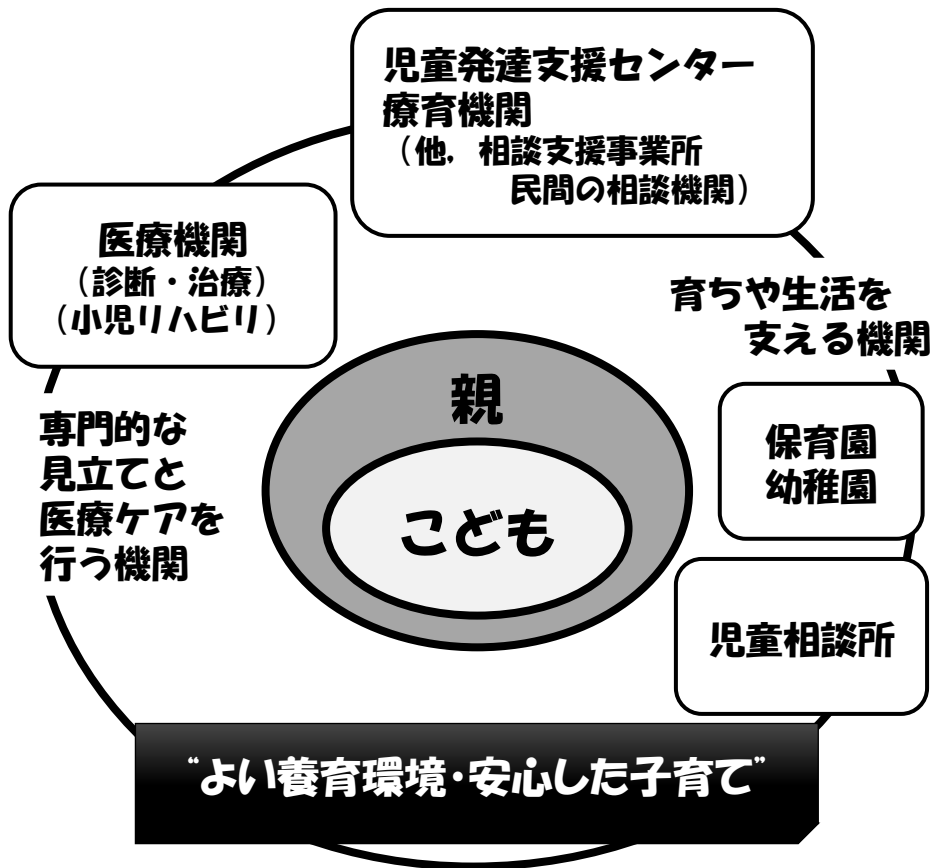
『ケースの見方・考え方』（同）

## 総論 4 : 幼児期の社会資源

---

ここでは、幼児期の子育てや発達障害児等支援について、どのような体制や制度があるか説明します。市町村の母子保健事業をベースとした、支援体制の枠組みの理解や、対象者の状況に応じて紹介できる制度を探すための参考にしていただければと思います。

## ① 幼児期の支援イメージ



体系的な母子保健による支援の中心機関

市町村

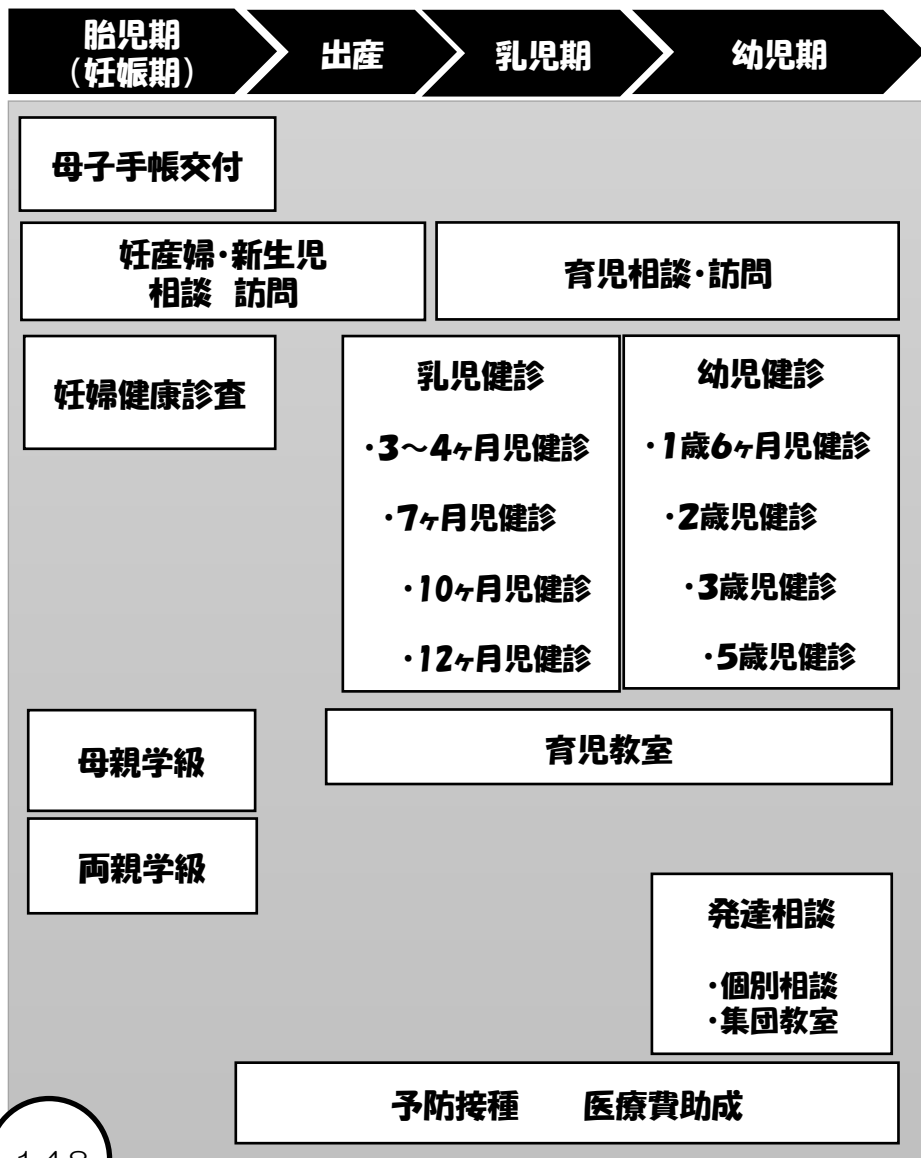
(妊婦健診や乳幼児健診  
育児・発達相談等)

---

こどもの成長は、胎生期（親にとっての妊娠期）に始まり、乳幼児期において生涯にわたる人間形成の基礎が培われるといわれています。かつての親は子育てを経験した先輩の経験談を聞き、手助けを受けながらこどもの成長を見守ることができました。けれども、現代の親はインターネットやTV、雑誌等のメディアから得た子育てに関する知識に当てはめながら孤軍奮闘せざるを得ません。このような子育て環境の変化の中で私たちがこどもの成長を支援するためには、単にこどもの発育や健康状態をみて、病気を早期発見することに留まらず、保護者への育児支援を行っていくことが必要であり重要であると考えられます。

幅広い育児支援を提供するために、市町村における幼児健診等の体系的な母子保健事業が核となって、医学的な見立てやリハビリを行う医療機関、児童発達支援センター等の専門療育機関、地域の相談支援事業所や民間の相談機関等が連携して支援することが望まれます。

## ②市町村における母子保健事業



---

幼児期の支援の核である市町村の母子保健事業を左記に示しました。

母子保健法の改正により、市町村が全面的に母子保健事業の実施主体となりました。事業内容は各市町村によって異なりますが、育児支援の枠組みの中で、母親たちが抱く不安に寄り添いながらタイムリーかつ適切な支援が行えるように各事業が体系的に実施されています。

胎児期（親にとっての妊娠期）には、母子健康手帳の交付に併せて保健師等による個別面接により妊娠経過の確認や各種事業や制度等に関する情報提供が行われ、その後の支援につながられています。その他に、母親学級や両親学級、保健師や助産師による個別訪問等があります。

乳児健診は発達のキーマンスを捉え3～4ヶ月、7ヶ月、10ヶ月、12ヶ月に実施されていることが多く、発育・発達の確認とともに、保護者の育児不安等に対応しています。母乳相談や離乳食教室、保護者の仲間づくりを目的としたつどいの場等も実施されています。

幼児健診は1歳6ヶ月、2歳児健診（歯科健診として行われていることも多い）、3歳児健診が集団健診（医師・歯科医師含む）として実施されています。集団への適応の確認等を目的とした5歳児健診を実施している市町村もあります。幼児健診では、心理士による精神発達の評価や相談対応のほか、集団による健康教育など育児支援が行われています。また育てにくさや発達に課題を持つこどもについては、心理士や言語聴覚士等、専門家による発達相談を二次相談事業として行っている市町村もあります。



### ③ 幼児健診の概要

<p>1歳6か月 健診</p>	<p>◆<b>内容</b> 身体計測、発育・発達の確認、内科健診、歯科健診、育児不安等への対応、保健指導、心理相談等</p> <p>◆<b>健診のポイント</b> ・運動発達では上手に歩けることや鉛筆でなくい書きができる等面で、精神発達では発語や言語理解などの面で発達の遅れの有無をチェックできる重要な年齢 ・自閉症スペクトラムの早期診断等観点からも重要</p>
<p>2歳児 健診</p>	<p>◆<b>内容</b> 身体計測、発育・発達の確認、歯科健診、育児不安等への対応、保健指導、心理相談等</p> <p>◆<b>健診のポイント</b> ・歯科検診がメインであるが1歳6か月健診以降の発育・発達の確認やチェックの機会として重要</p>
<p>3歳児 健診</p>	<p>◆<b>内容</b> 身体計測、発育・発達の確認、内科健診、歯科健診、育児不安等への対応、視覚検査、聴覚検査、保健指導、心理相談等</p> <p>◆<b>健診のポイント</b> ・運動発達では走ったり、○を書くことができる等面で、精神発達では日常会話が可能となり、社会性や情緒上の問題、育児環境を観察できる重要な年齢 ・1歳6か月健診までに発見できなかった自閉スペクトラム症、あるいは境界域の発達の遅れ、視聴覚以上を見だし経過観察や精密検査等実施</p>

---

1歳6ヶ月児健診は、国の法定健診として位置づけられ、1歳6ヶ月に達した子ども全員が対象となります。市町村の保健センター等で実施されることが多く、内容としては身体計測、内科健診、歯科健診、保健指導、個別相談、心理相談等が、医師や歯科医師、保健師、心理士等により行われます。1歳6ヶ月は、運動発達では歩行や手指巧緻性等の面で、精神発達では発語や言語理解などの面で発達の遅れの有無を確認できる重要な年齢です。自閉症スペクトラムの早期診断の観点からも大きな意味をもちます。

2歳児健診は、う歯対策のための歯科健診を目的に実施していた市町村が多かったのですが、最近では1歳6ヶ月健診以降の発育・発達の確認や経過観察の場として重要だと考えられています。

3歳児健診は、1歳6か月児健診同様国の法定健診であり、3歳に達した子ども全員が対象となります。1歳6ヶ月児健診の内容に加えて、視覚検査、聴覚検査が行われます。3歳は、運動発達では走ることや、丸（円）を書くことができる等の面で、精神発達では日常会話が可能となり、社会性や情緒の問題を評価し、育児環境を観察できる重要な年齢です。これまでの健診で発見できなかった自閉症スペクトラム、境界域の発達の遅れ、視聴覚異常を見いだした場合、経過観察や精密検査（小児神経や児童精神、眼科や耳鼻科等）へつなぎます。

## ④気になることどものフォローの流れ

【把握のきっかけ】

- ・母子健康手帳交付時【妊娠届出時】の面接（ハイリスク妊婦の把握）
- ・妊婦健診、家庭訪問等
- ・乳幼児健診、個別相談、訪問、育児教室等
- ・虐待通報、関係機関からの連絡等

有

養育者が問題に気づき  
困り感を持ち、何とか  
したいと思っている。

個別支援  
市町村事業の利用  
関係機関連携  
専門機関へのつなぎ

就学支援  
関係機関との連携  
市町村教育委員会  
教育センター

無

養育者が問題に気づいて  
いない。特に困っていない。

ケース評価→課題整理→支援方針の  
決定（カンファレンス等実施）（気  
づき支援や介入のタイミング、養育  
の問題の有無等緊急性の判断）

見守り  
健診など母子保健  
の枠組みの中で、  
経過を把握、気づ  
き支援や介入のタ  
イミングを図る。

継続的な  
気づき支援

緊急性があるケース  
（虐待等）  
→個別対応  
専門機関と連携

---

ここでは、市町村の母子保健事業の中で、はっきり異常とは言えないものの、発達の違いや養育の問題等が疑われる「ちょっと気になるこども」がどこでどう把握され、支援ルートに乗っていくかというフォローの考え方について説明しています。

市町村では、母子保健事業における乳幼児健診や育児教室、訪問や電話相談等様々な場面で、親とこどもに接する機会があります。その際にちょっと気になる子どもとして把握されたケースについては、その後の経過を観察し適時に適切な支援をしていく必要があります。支援を考える時、親の状況や気持ち（問題に気づいているか、困り感を持ちなんとかしたいと思っているか等）により、対応が変わります。それは、親がこどもの代弁者となり、支援者と相談していく役割を担えるよう支援するためです。気づきや困り感、何とかしたいという意思表示が有る場合は、ケース評価と、課題の整理に基づいて、支援方針を決定し、親のニーズに合わせて必要なアプローチ方法を選び継続的に支援していきます。一方、意思表示が無い場合は、ケース評価、課題整理、支援方針の検討を行う際に、親の気づき支援や介入のタイミング、養育の問題の有無、緊急性の判断を行います。虐待等緊急性がある場合は、速やかに個別対応を行わなければなりません。

1回の健診等の場面で、親がこどもの問題に気づくのは難しいことでもあります。様々な母子保健事業の機会を捉えて、状況把握、気づき支援や介入のタイミングを計っていく継続的な支援が必要です。

## ⑤ 幼児期を支援する関係機関（1）

### 医療機関

診療科：小児科，小児神経科，精神科  
内容：診断，治療，心理検査，小児リハ等  
関わる職種：医師，看護師，心理職，リハビリ職等

専門的な  
診断，治療，  
小児リハビリ

### 発達障害者支援センター (こころの発達総合支援センター)

内容：発達相談，心理検査，普及啓発等  
関わる職種：医師，心理職，保健師，相談員等

発達障害児  
(者)への  
総合的支援

---

ここからは、市町村の他に、幼児期に関わる支援機関や制度について説明します。

## ○医療機関

幼児期のこどもの発達について医学的な判断や治療を行う診療科は、小児科、小児神経科、精神科です。医療機関によって受けられる検査や治療、支援の内容が異なります。予約が必要な場合もあるため、事前確認が必要です。

本県では、こころの発達総合支援センターに診療機能を有しており、こどもに関しては、発達障害に限らずこころの問題等幅広く対応しています。

○発達障害者支援センター（本県においては、こころの発達総合支援センターがその役割を担っています）

発達障害者支援センターは、発達障害児（者）への支援を総合的に行うことを目的とした専門的機関です。発達障害児（者）とその家族が豊かな地域生活を送れるように、保健、医療、福祉、教育、労働などの関係機関と連携し、地域における総合的な支援ネットワークを構築しながら、発達障害児（者）とその家族からの様々な相談に応じ、指導と助言を行っています。主に相談支援、発達支援、就労支援、普及啓発・研修等を実施している機関です。

こころの発達総合支援センターの場合、相談等支援を希望する場合の入口は、本人あるいは家族からの電話相談となっています。

## ⑥ 幼児期を支援する関係機関（2）

こどもの権利  
を擁護する  
専門機関

### 児童相談所

（中央児童相談所・都留児童相談所）

内容：療育手帳の判定，養育相談，虐待対応，  
医学診断，非行相談等  
関わる職種：児童福祉司，心理職等

こどもの  
集団生活  
教育の場

### 幼稚園・保育所

幼稚園：幼児期教育の場  
保育所：保育一般が提供される場  
内容：こどもの関わり方の相談や，必要な場合，  
加配をつける等のサポートが利用できる場合  
もある。（要相談）

---

○児童相談所（本県には、中央児童相談所と都留児童相談所の2ヶ所があります）

児童相談所は、0歳から18歳未満のこどもの成長に伴って生じる様々な問題や悩みについて、児童の権利擁護の視点に立ち、児童福祉法に基づいて設置された機関です。ここでは、児童福祉司（ケースワーカー）、児童心理司、医師、児童指導員、保健師、保育士等の専門職が相談・支援にあたります。相談・援助業務（養育・発達・非行・里親・虐待等）、心理/医学診断等実施、一時保護、療育手帳の判定等多岐にわたるサービスを実施しています。なお、平成17年4月から、市町村にも児童相談業務の実施が責務とされ、児童相談所との連携の下でサービスの提供がなされています。

○幼稚園・保育所

幼稚園は幼児教育、保育園は保育一般が提供される日常生活の場です。集団生活に馴染むことが難しい等、特別な支援が必要な幼児に対して、そのこどもに合った対応を工夫し、必要に応じて加配保育士等による支援を行っている園があります。一方で特別な支援を要するこどもの受け入れが難しいとする園もあるため、幼稚園・保育所の利用に際しては事前に見学を行うなど、支援体制の確認を行うことが大切です。



## ⑦ 幼児期を支援する関係機関（3）

地域の中核的な  
療育支援施設

### 児童発達支援センター

内容：障害のある児童が通う通所施設。  
「医療型」と「福祉型」がある。  
※世帯の所得に応じた負担あり。申請は市町村へ。

「保育所等訪問支援」等  
児童福祉サービスの実施

就学前支援

### 教育委員会・総合教育センター

内容：就学先の体制や必要なサポート等について  
相談ができる。窓口は市町村教育委員会。  
就学に間に合うよう相談時期等は要確認。

### ○児童発達支援センター

地域の障害のある児童が通所により、日常生活における基本的動作の指導、知識や技能の付与、集団生活への適応のための訓練を行う施設です。福祉サービスを行う「福祉型」と、福祉サービスに併せて治療を行う「医療型」があります。

「福祉型」では、保育所など児童が集団生活を営む施設等に通う障害児について、その施設を訪問し、その施設における障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行うこと（「保育所等訪問支援事業」）もあります。申請は市町村障害福祉担当にご相談ください。世帯所得に応じた負担があります。

### ○教育委員会・総合教育センター

就学に向けた支援として、各市町村の教育委員会では、心身に不調等があり就学に不安がある子どもを持つ保護者等を対象に「就学相談」の窓口を開いています。就学に関する全般的支援を担っているのが教育委員会であり、必要に応じて総合教育センターの発達の検査等へつなぎ、こどもの状況を把握した上で適切な教育体制を整える支援を行っています。就学児健診や教育相談等にも継続して関わっています。

これら機関の詳しい説明や、就学先決定の考え方や手続き等は、この次の章（第5章学齢期の社会資源）で詳しく説明していきます。

## ⑧ 幼児期に利用する市町村窓口

### 市町村役場

#### 窓口：健康増進担当

内容：母子保健業務（健診・予防接種・相談等）  
成人保健業務（健康づくり施策の実施等）  
関わる職種：保健師、助産師等

まずはここ！

#### 窓口：障害福祉担当

内容：障害者手帳（療育手帳・精神保健福祉手帳等）の申請、児童福祉サービス利用の申請・相談等  
関わる職種：保健師、相談員、事務職等

手帳・福祉サービス利用はここ！

#### 窓口：子育て支援担当

内容：児童家庭相談  
児童虐待防止に関する業務等  
関わる職種：家庭相談員、保健師、事務職等

養育相談  
家庭の見守り等はここ！

---

ここでは、市町村における各種サービスや、相談内容に応じた窓口（担当課）とその概要について説明します。

#### ○健康増進担当

健康増進担当は、母子保健、成人期における各種健康作り施策等を担っています。幼児期におけるこどもの相談や保護者への育児支援等の最初の窓口となります。多くの市町村では地区担当保健師が相談の窓口となっています。

#### ○障害福祉担当

障害福祉担当は、様々な福祉サービスを所管しています。知的障害者を対象とした療育手帳の申請や、精神疾患を有する者を対象とした精神障害者保健福祉手帳の申請、各種障害福祉サービス（児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援等）等の申請や利用相談等の対応をします。主なサービスについては次章（第5章学齢期の社会資源）で説明します。

#### ○子育て支援担当

子育て支援担当は、要保護児童や家庭の養育支援、児童虐待防止に関する様々な業務等を担っています。養育者の育児不安に対する養育相談や家庭の見守り支援等、家庭相談員等による対応を行っています。平成17年度から市町村も虐待通告受理・子どもの安全確認を実施することが義務化されました。要保護児童対策地域協議会を設置するなど、児童相談所と連携しながら虐待対応を行っています。

<推奨文献>

精神発達に関する早期把握早期支援のための幼児健康診査  
マニュアル（山梨県立こころの発達総合支援センター）

## 総論5：学齢期の社会資源

---

ここでは、主に学校におけるサポート体制を中心に説明します。就学先決定の際の考え方や、個別支援教育に関すること、関係職種、市町村福祉サービス等の内容が含まれています。学齢期のこどもの支援体制を考えるヒントにいただければと思います。

# ①就学先の決定

乳幼児期からの本人・保護者への十分な情報提供、  
個別の教育支援計画の作成・活用による支援

10/31まで

学齢簿の作成

11/30まで

就学時健康診断

該当

就学基準

非該当

就学決定ガイダンス

## 総合的判断

(教育支援委員会(仮称))

- 障害の状態
- 教育上必要な支援の内容
- 本人、保護者の意見
- 専門家の意見
- 学校や地域の状況
- その他の事情

※就学基準は、特別支援学校就学のための必要条件であるとともに総合的判断の際の判断基準の一つ

本人・保護者の意見を最大限尊重(可能な限りその意思を尊重)し、教育的ニーズと必要な支援について合意形成を行うことを原則とし、市町村教育委員会が最終決定

1/31  
まで

特別支援学校への  
入学期日等の通知  
(県教委→保護者)

小学校への入学期  
日等の通知  
(市町村教委→保護者)

特別支援学校

小中学校

特別支援学級 通級指導

市町村教委

個別の教育支援計画の作成

活用

---

就学先を決定する際の基本的な流れを左記に示しました。  
以下の3点を基本に就学先を決定します。

### ○基本的な考え方

目的は、それぞれのこどもが十分な教育を受けられることです。従って、障害のある児童生徒等が、その年齢及び能力に応じ、かつ、その特性をふまえた十分な教育が受けられるようにするため、可能な限り障害のある児童生徒等が障害のない児童生徒等と共に教育が受けられるように配慮しつつ、必要な施策を講じることが必要となります。

### ○就学に関する手続き等についての情報の提供

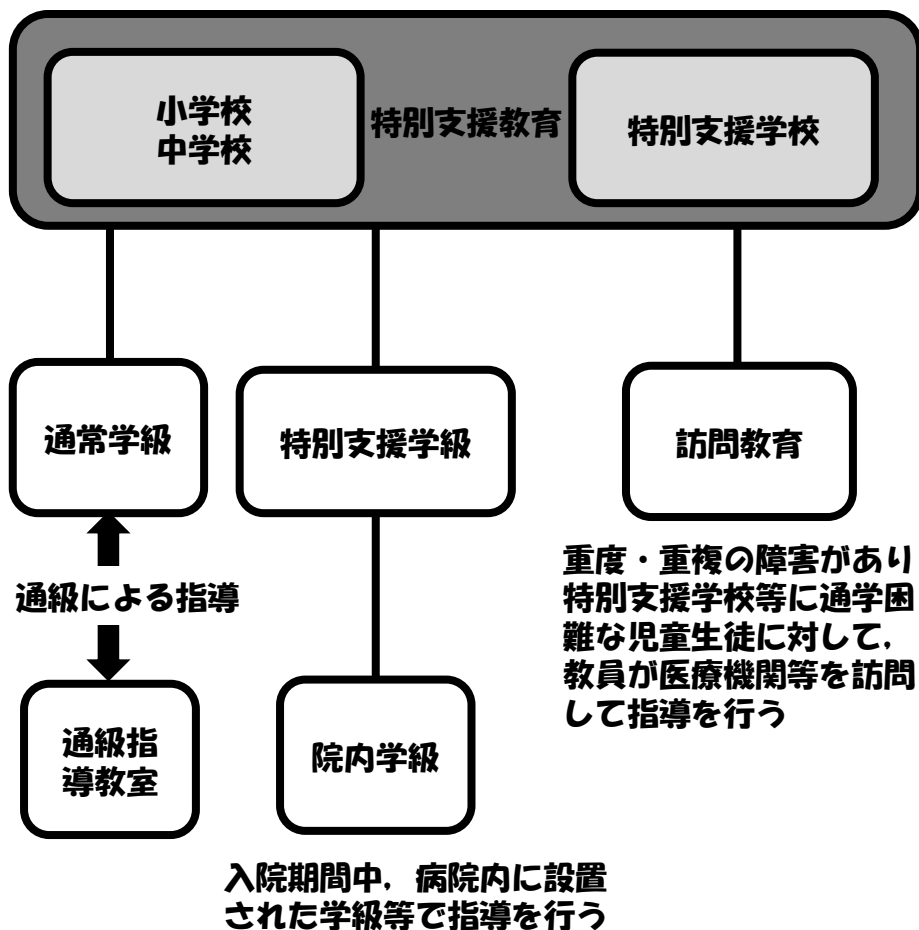
市町村の教育委員会は、乳幼児期を含めた早期からの教育相談の実施や学校見学、認定こども園・幼稚園・保育所等の関係機関との連携等を通じて、障害のある児童生徒等及びその保護者に対し、就学に関する手続き等についての十分な情報の提供を行うことが求められます。

### ○障害のある児童生徒等及びその保護者の意向の尊重

市町村の教育委員会は、改正後の学校教育法施行令第18条の2に基づく意見の聴取について、最終的な就学先の決定を行う前に十分な時間的余裕をもって行うものとし、保護者の意見については、可能な限りその意向を尊重しなければならないこととされています。



## ②教育の場の種類



### ○特別支援学校

特別支援学校の設置目的は、学校教育法第72条に規定されており、学校教育法施行令第22条の3に示された就学基準による視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、又は病弱・身体虚弱のある者を対象とした学校とされています。また、障害のため通学して教育を受けることが困難な児童生徒については、可能な限り教育を受ける機会を提供する趣旨から、特別支援学校から教員を家庭、児童福祉施設や病院などに派遣して指導を行う、いわゆる訪問教育が行われています。

### ○特別支援学級

特別支援学級は、学校教育法第81条に規定されており、特別支援学校に比べ障害の程度が軽く、しかも通常の学級における指導では十分な成果を上げることが困難な児童生徒を対象とし、必要に応じて設けられる特別に編成された学級です。対象の障害の種類は、弱視、難聴、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱、言語障害及びその他があります。本県では、弱視、難聴、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱、自閉症・情緒障害を対象とした特別支援学級を設置しています。

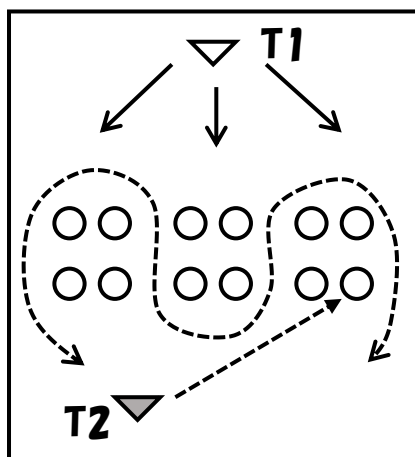
### ○通級

通級による指導は、学校教育法施行規則第140条および141条に規定され、小・中学校の通常の学級に在籍している児童生徒を対象に、障害に応じた特別の指導を特別の指導の場（いわゆる通級指導教室）で行うものであり、対象となる障害の種類は、言語障害、自閉症、情緒障害、弱視、難聴、LD、ADHDです。本県では、言語障害（ことばの教室）発達障害・情緒障害、難聴の通級指導教室を設置して

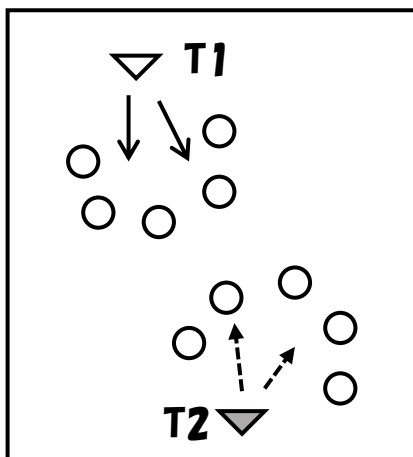
### ③ 通常学級における教育支援

TT体制

学習形態は様々な方式があり，組み合わせられることもある



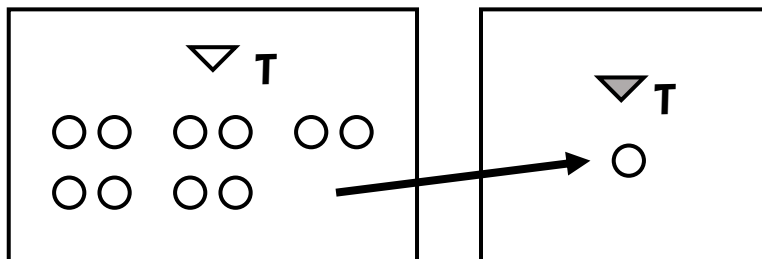
主補協力方式



課題別，習熟度別など分かれる方式

取り出し授業

別教室において個別の指導を行う



---

通常学級においては、以下のような教育支援が挙げられます。

#### ○TT（チームティーチング）体制

個に応じた多様な教育が展開できるよう、ひとつの学級に対し、複数の教員が協力して少人数による指導や個別の指導を行う体制のことを指します。

学習形態は様々ありますが、チーフとサブの教員が協力して指導する主補協力方式が多く取り入れられています。チーフは全体の指導を進め、サブは個別の指導にあたり、教室を巡回しながら必要に応じて質問に答えたり、ノートの様子を見たり、教材の工夫や使い方について教えたりします。

#### ○取り出し指導

特定の授業（科目）を個別に教えてもらうことを指します。

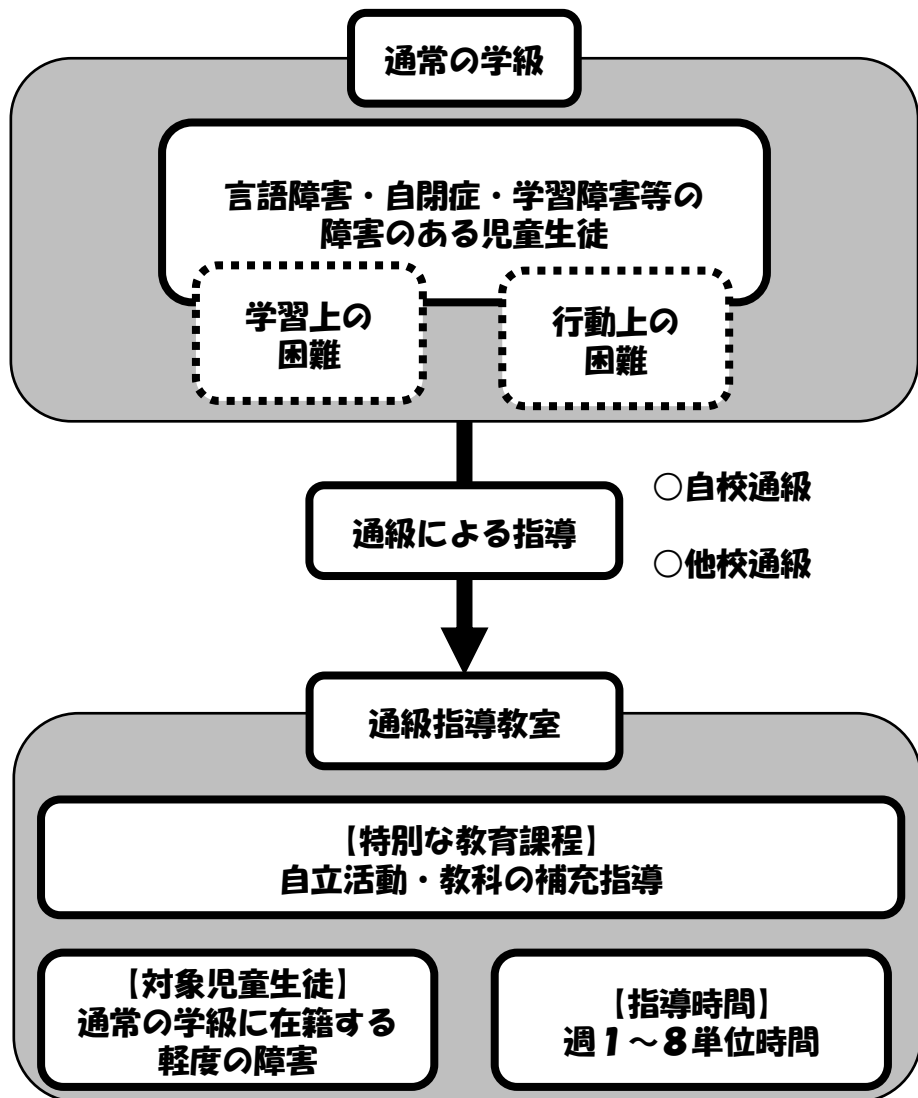
授業の場所は、個別の支援の場として固定された学級を使用する場合がありますが、空き教室を利用している学校もあります。

#### ○支援員・介助員の配置

小・中学校においては、市町村教育委員会で配置しており、各学校で必要な学年や学級、教科など優先順位を検討の上、配置計画を立てています。支援員は、教員等の指示に基づく学習上のサポートや日常生活動作の介助等を行います。

サポートの例として、教室を飛び出す児童生徒に対して安全確保や居場所確認を行う、読み書きに困難を示す児童生徒に対して黒板の読み上げを行う、聞くことに困難を示す児童生徒に対して教員の話の繰り返して伝える、学用品など持ち物の把握が困難な児童生徒に対して整理場所を教える等があります。

## ④通級による指導



---

「通級による指導」は、小・中学校の通常の学級に在籍している比較的軽度の障害のある児童生徒に対して行われます。

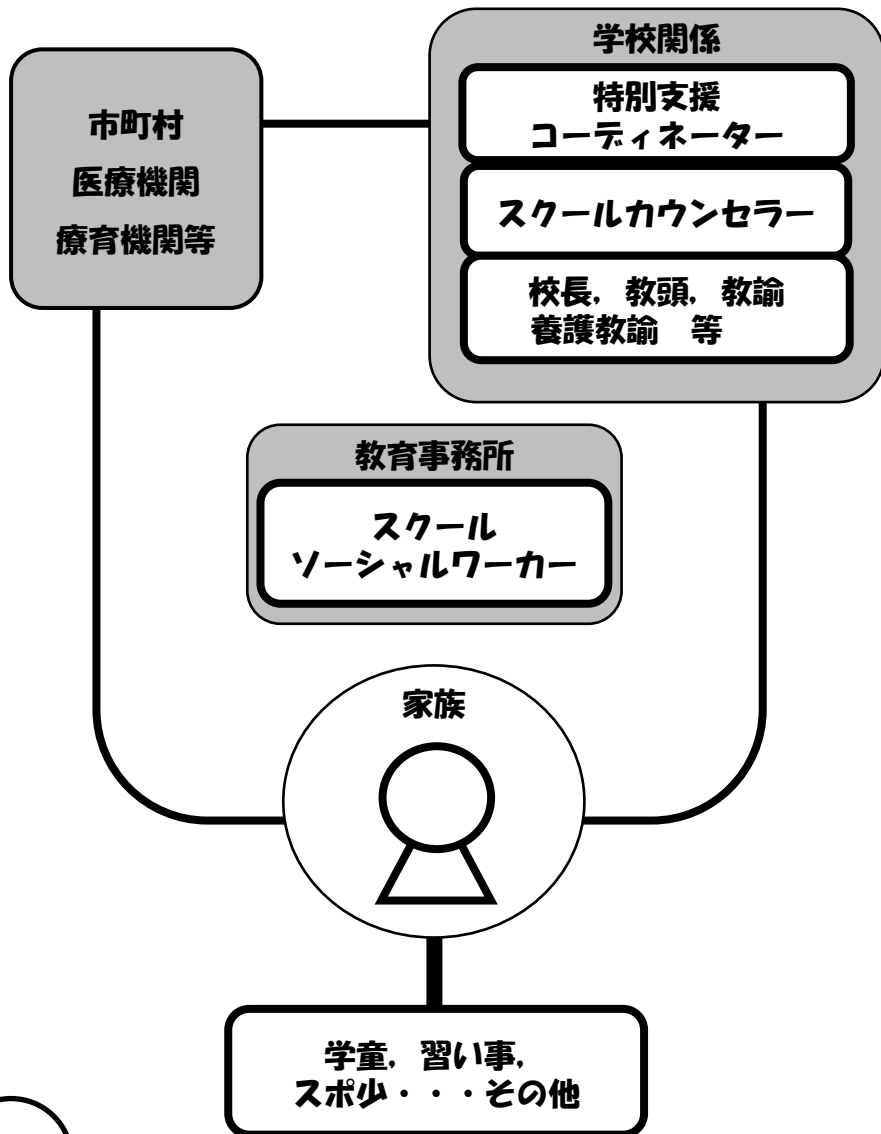
ほとんどの授業は通常学級で行いながら、障害の状態等に  
応じた特別な指導を特別な場（通級指導教室）で受ける教育  
形態です。

主に発達のつまづきによる課題を改善するための知識や技能、  
習慣を身につけるための指導を行います。また、通級による  
指導担当教員と通常の学級担任の連携により、通常の学級  
においてもその指導の効果が発揮されることに繋がります。

山梨県では、小中学校に言語障害に対応したことばの教室、  
情緒障害、自閉症、LD、ADHDに対応したサポートルーム、  
ことばの教室とサポートルームの双方の障害種に対応するこ  
とばと発達のサポートルームが設置されています。

また、県立ろう学校では、聴覚障害に対応した通級による  
指導を実施しています。

## ⑤ 教育分野の関係職種



---

## ○特別支援教育コーディネーター

(校内で指名)

学校において、特別支援教育を推進するための中心的な役割を担っています。各校の保護者や外部機関の窓口として、また、校内の関係者や医療や福祉等の関係機関との連絡調整を行う役割を担う者として位置づけられています。対象事例の相談支援をひとりで行うのではなく、校内の他の教職員等の協同・連携した支援をコーディネートすることが役割です。

## ○スクールカウンセラー

(学校に派遣される回数が決まっています)

山梨県では、公立小学校は180校中60校、公立中学校は全てに配置されています(平成27年度現在)。いじめや不登校等の未然防止、改善及び解決並びに学校内の教育相談体制の充実を図り、児童生徒のカウンセリングや保護者・教職員等の助言・援助を行う役割があります。

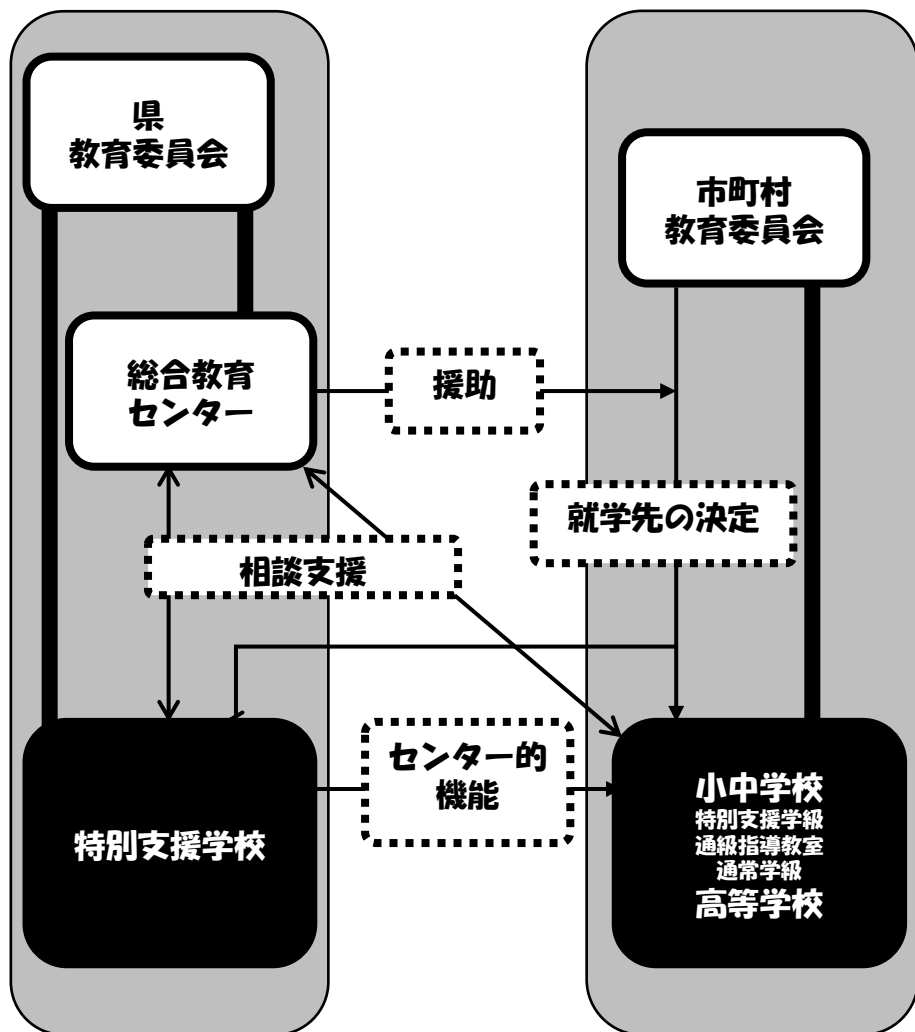
## ○スクールソーシャルワーカー

(県内4カ所の教育事務所に配置)

いじめ、不登校、暴力行為、児童虐待など児童生徒がかかえる問題に対して、児童生徒の置かれた様々な環境へ働きかけたり、関係機関等とのネットワークを活用したりして、支援することが役割です。



## ⑥ 特別支援学校のセンター的機能



---

特別支援学校のセンター的機能については、学校教育法第74条に次のように既定されています。

第74条 特別支援学校においては、第72条に規定する目的を実現するための教育を行うほか、幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の要請に応じて、第81条第1項に規定する幼児、児童又は生徒の教育に関し必要な助言又は援助を行うよう努めるものとする。

県内の各特別支援学校では、地域支援担当がそれぞれの障害種や決められた支援地域において幼稚園、小中学校、高等学校等に対する支援を行っています。①～⑥は文部科学省がセンター的機能の内容を例示したのですが、県内の各特別支援学校においても同様の取り組みを行っています。

- ① 小・中学校等の教員への支援機能
- ② 特別支援教育等に関する相談・情報提供機能
- ③ 障害のある幼児児童生徒への指導・支援機能
- ④ 福祉、医療、労働などの関係機関等との連絡・調整機能
- ⑤ 小・中学校等の教員に対する研修協力機能
- ⑥ 障害のある幼児児童生徒への施設設備等の提供機能

## ⑦山梨県総合教育センター

窓口：相談支援部

※一部抜粋

○**教育相談担当**  
教職員向け・保護者向け  
(いじめ・不登校・進路等)

○**適応指導教室の運営**

○**特別支援教育担当**  
(心身の発達、就学、学校での  
指導や支援、家庭での療育に  
関わる相談)

市町村教育委員会や、保護者、小中学校（教員）等に対し、スーパーバイス機能を担う教育機関です。

---

山梨県総合教育センターは、市町村教育委員会や保護者等に対し、スーパーバイズ機能を担う教育機関です。発達が気になるこどもの相談は、相談支援部が各担当にわかれて行っています。

#### ○教育相談担当

不登校、暴力・いじめ、こどもの成長、進路や学業、友だちや親子関係、非行など学校生活にかかわって生じる色々な問題の解決に向けて、面接相談（カウンセリング）を通し、こどものこころの健康のための支援をしています。保護者だけでなく、教職員に対する相談支援も実施しています。

#### ○適応指導教室担当

不登校のこどもへの支援としての適応指導教室（こすもす教室）を運営しています。石和・韮崎・都留の3カ所があります。

#### ○特別支援教育担当

発達の遅れやその心配のあるこどもについての相談を行っており、電話・来所・訪問（園や学校への訪問）での相談が可能です。こどもへのかかわり方や就学・進学に関する相談を行っており、特に就学に際しては心理検査等も含めた教育相談の所見の発行や、市町村教育委員会が行う就学相談の支援を行います。

## ⑧市町村の福祉サービス

### ▼放課後や長期休み等に利用できるサービス

放課後等  
児童デイサービス

日中一時支援

#### 利用方法

市町村障害福祉  
担当に申込み

調査

支給決定

契約

- まずは市町村（障害福祉担当）に相談してください
- 利用には市町村の審査・判定があります
- 世帯の所得に応じた自己負担があります
- 申請に伴う詳細は市町村にお問い合わせください

注意）申請にあたり、障害者手帳（療育手帳・精神保健福祉手帳等）がない場合は、医師の診断書等が必要になります

※市町村ごとに事業所数は異なります。詳細は各市町村にお問い合わせください。

---

学齢期に活用できる障害福祉サービスには様々なものがあります。

ここでは、その中から「放課後等児童デイサービス」と「日中一時支援」についてご紹介したいと思います。

### ○放課後等児童デイサービス

放課後等児童デイサービスとは、学校に通うこどもの、放課後や休日、夏休み等の長期休暇中における療育の場（日常生活動作の指導、集団生活への適応訓練等）であり、放課後等の居場所にもなります。また、レスパイトケア（一時的に対象となる児童のケアを代替することで、保護者の日々の疲れ等をリフレッシュしてもらう家族支援サービス）の役割も担っています。

### ○日中一時支援

日中一時的に施設でのケアを受けることができるサービスです。こどもの場合は、学校の放課後や夏休み等の長期休暇中の余暇支援、学校や学年、地域の異なる同世代の仲間との交流、保護者や学校の先生以外の大人との活動等を行います。

一時的に対象となる児童のケアを代替し、家族の休息をはかる役割を担っています。

市町村ごとに事業所の数は異なり、また事業所によってサービス内容や、通っている人数等が異なります。

事前に、保護者が市町村に問い合わせ、利用方法を確認し、見学等行ったうえで、そのこどもに合ったものを利用していただくことが大切です。

<推奨文献>

山梨県教育委員会

新しい学校づくり推進室特別支援教育担当

[http://www.pref.yamanashi.jp/gakkosui/tokubetsus  
hien/tokubetsushienkyouiku.html](http://www.pref.yamanashi.jp/gakkosui/tokubetsus<br/>hien/tokubetsushienkyouiku.html)

こちらのサイトに、各種資料が掲載されています。  
例)

○平成27年度山梨県の特別支援教育

○特別支援教育コーディネーターハンドブック

○障害のある子どもの就学支援ハンドブック

山梨県 特別支援教育

検索



---

## おわりに

発達相談に携わる医師は、来所したこどもの発達の現状を正確に把握するだけでなく、将来の発達の方向性を的確に予知するという使命をも負っています。

こどもの発達の方向性は多様で、かつ各々のこどもごとに生まれながらに決まっています。ところが、こどもの発達が十全に成し遂げられるか否かは、周囲のおとなの関わり方如何で決まってしまう。ここでもし、そのこどもの発達の方向性に早い段階で気付くことができるならば、周囲のおとなは先回りして、そのこどもに対して自分自身の生を最も充実させる方法を、用意し伝えることができるはずなのです。上で述べた医師の使命とは、まさにこの点に関わるものなのです。

この診療マニュアルは、小児科診療に携わる医師の方々に向けて、こどもの発達の多様性と、そうした多様な発達を支える方法について伝えることを目的として作成されました。この「おわりに」において、いわば本マニュアルのまとめとして、事例を複数挙げることにします。この事例を通じ、発達の多様性の具体例についてイメージを膨らませていただくとともに、なぜ早い段階で気付くべきなのかについても感じ取っていただけることでしょう。



---

事例Aとして挙げたのは発達障害のこどもたちが示すエピソード、事例Bとして挙げたのはパーソナリティ障害のこどもたちが示すエピソードになります。エピソードを各3つずつ用意しましたので、年齢帯ごとに比較しながら確認してください。

#### <事例A-1>年長男児

幼稚園では、担任にはよく懐き、個別指示で与えられた課題は前向きに取り組む。しかし集団遊びになると、輪から離れ一人遊びに没頭。特定の友達もいない。

家庭では、プラレールやレゴ、パソコンで一人で何時間でも集中して遊ぶ。予め約束しておかないと食事・入浴も拒否。

#### <事例B-1>年中男児

幼稚園では無口で受動的だが、逸脱行動はなく一斉指示には従える。ただし毎朝行き渋り、当園時母から離れたがらず泣く。

家庭では常に母親に付き纏い、指示をし、従わないと母親に暴力を振るう。ぬいぐるみを肌身離さず持つ。寝付きも悪いが、寝付いても3時間程度で覚醒し騒ぐ。

---

### <事例A-2>小一男児

小学校では終始落ち着きがない。笑顔でよく喋るが一方的で、相手が聞いていなくてもお構いなし。興味が湧いたものは他児を突き飛ばしてでも見ようとする。

家庭では、両親の指示には一瞬従うが、すぐに別のことを始める。集中すると何時間でも取り組むが、いつも体は動いている。

### <事例B-2>小二女児

元来受動的でおとなしい性格。小学一年の時は担任に懐いていたが、進級後に担任が変わってから登校渋り。朝は頭痛・眩暈・腹痛を訴え見るからに辛そう。

教室では、担任にさせられる形でどの課題でもやり遂げるが、徐々に元気をなくし、夏休み後数日で不登校。

### <事例A-3>中一男児

学業成績に問題はないが、羞恥心が無さ過ぎてクラスから浮いている。水泳の着替えでは陰部を隠さず、授業中暑になるとシャツを脱ぎ、女生徒の目を気にしない。

一度、他生徒から悩みを打ち明けられたが、「ここだけの話」と言えばよいかと誤解し多くの生徒に広めてしまい鬻鬻を買った。

---

### <事例B-3>中三男児

幼稚園年中の頃から登園渋り、小学三年からほぼ不登校。現在は家庭内日常生活活動も滞り気味で、自室では憑かれたようにゲームをしている。友達は飼い猫のみ。

外出だけでなく来客も、視線が気になり嫌がる。頭痛・腹痛頻繁、睡眠も3時間程度しかとれない。

次に、成人期に来所された事例を挙げることにします。事例Cは「仕事に就けないこと」を、事例Dは「ひきこもり」を主訴として来所されました。若干長くはなりますが、乳幼児期からの経過も含めてじっくり読んでいただきたいと思います。

成人期の事例から学ばせられるのは、たとえ問題に気付かれるのが成人期以降であったとしても、その手掛かりは遥か以前（たとえば幼児期）に気づき得たはずだったということです。事例C・事例Dのそれぞれについて、もっと早く気付いていたらわたしたちは何ができただろうかと、ぜひここで考えてみてください。

---

## <事例C>25歳男性

聞き取り経過：

周産期に特記点なし。初語2歳0か月と遅れを認めたが、2歳6ヶ月から急激に語彙数が伸びた。運動面の遅れなし。

1歳6ヶ月頃からこだわりが目立ち、特定の道順以外を嫌がり、家庭ではトミカを並べて遊ぶがそれを崩されると大泣きして暴れた。ことばが伸びて以降はところ構わず質問するのが目立った。

3歳6ヶ月で幼稚園に入学。最初の一年間は一斉指示に従えず、興味のあるおもちゃから離れず、取り上げると泣いて抵抗した。年中の頃から、一対一で教師が指示すれば従えるようになったが、特定の友人はおらず自由場面ではずっと一人遊びをしていた。

小学校は私立に入学。キリスト教系の小規模校で、一クラス15人未満、かつカウンセラーがサポートに加わるという手厚い体制であった。教科学習面では物語文読解と作文を除けば支障なく、対人関係面でも教師によく懐き、小学3年からはゲームを介して仲の良い友達もでき、生活全般に順調だった。

中学校からアメリカに移住。最初の一年間は英語に苦労したが徐々に慣れ、パソコンやゲームに秀でた仲間もでき、狭いながらも安定した人間関係を築いていた。

高校卒業後に日本に帰国し、某有名私立大学国際関係学部に入學。入學当初は意気揚々と通っていたが、クラスもサークルも高校までと勝手がまるで違い、徐々に孤立するようになった。

---

必須単位の講義の受講登録を忘れたり、講義の課題に過度に拘って提出期限に間に合わなくなったり、基礎ゼミで一方的にメンバーの発表内容を批判して浮いたり、といった状態だった。

担任の勧めで学内心理カウンセラーのもとに相談に通った。与えられた助言は忠実に守り、それによりトラブルは減ったが成績は伸び悩み、就職も決まらないまま6年掛けて卒業。この時点でカウンセラーから紹介されて来所した。

来所時の観察：

初対面の際は過度に慇懃な様子で、妙に語勢が強くふうふう荒い息をしていた。来所理由を問うと、「発達障害かもしれないから支援してもらおうと言われました」と躊躇わずに返答。

硬さをほぐそうとゲームの話で誘いかけると態度が一変、突如饒舌かつ一方的に最新のゲームについて紹介を始め、明示的に制するまで15分以上喋り続けた。現在健康状態は良好で、睡眠リズムも保たれているが、対人交流はかつてのゲームサークルの友人に限られ、単独での外出機会は自宅近辺の買い物程度であった。医療機関の利用はない。

関連情報：

父親は物理学を専門とする大学教授。母親は弁護士。きょうだいはいない。家族で精神科受診歴があるものはいない。20歳時点で実施したWAIS-IIIの結果は、FIQ 138であった。

---

## <事例D>21歳男性

聞き取り経過：

周産期に特記点なし。乳幼児健診においても発達遅れの指摘なし。なかなか寝てくれず、夜泣きもひどく、些細な物音にも反応して泣き叫ぶので、乳児期から母親は育てにくさを感じていた。

3歳6ヶ月で幼稚園に入学。受け身でおとなしく、自分から周囲に関わりを求める様子はなかったが、指示には従え逸脱行動も認められなかったため、教師の側は特に問題を感じなかった。

ところが家庭では、日常生活動作の自立が果たせず、終始母親に纏わりついて抱っこをせがみ、そうした様子は幼稚園入学後に悪化していた。このため母親と教師とで、話が噛み合わなかった。

年中に進級後、徐々に睡眠の浅さ、寝起きの元気のなさ、食欲のなさが出現し増悪。夏休み終了後、朝に嘔吐するようになり、幼稚園に行き渋るようになった。年長進級後、若干明るさを取り戻したように見えたが夏休み前から完全に不登園となった。

小学校は個別支援級を選択。担任は穏やかで本児にじっくり向き合ってくれるタイプで、本児もその担任のことは好きになった。しかし朝から登校することはできず、行事の時期には週に1～2回休むことが続いた。学習面は、不注意と書字の苦手さが目立つ他に、主として3限目頃から話が聞けずうわの空になる傾向を認めた。

---

小学三年末でその担任が異動。以後教室に入れず断続的に保健室登校。

中学入学後、一週間で不登校となり、保健室も含め校内に入ることを頑なに拒否するようになった。自宅では昼頃に起床、食事は夕食時の一度だけ、あとは自室でゲームをするか、ぼんやりと過ごすかであった。本人が強く拒否するので、カウンセリングも利用できずであった。

高校は、本人がネット上で見つけてきたという通信制高校に入学。そこでは年に一度のスクーリングの他、課題提出も滞りながらも成し遂げ、週に1～2度はスカイプにて担任と面談したりしていた。卒業後は専門学校でゲームについて学びたいと話していたが、入学はしたもののすぐに通えなくなってしまい、ひきこもりの生活に戻ってしまった。

来所は親の強い希望に基づく。ひきこもりの改善が主訴であった。

来所時の観察：

無表情で伏し目がち、こちらから話しかけても反応がなく、ぼんやりと宙を見つめていた。母親から促されるも、一瞬睨み返すだけで、口を開くことはなかった。

しかし母親がスタッフと話をする間は、退室も無言で拒否し、それとなく母親とスタッフの様子を窺う様子が見られた。スタッフから母親に、本児のひきこもりの原因と対処について、かなりはっきりした説明が為されたが、反発する様子もなく、退室時には軽く頭を下げた。

---

次の面接予約は当日キャンセルだったが、その次の面接には姿を見せ、自分から口は開かないものの最後までその場にいた。

関連情報：

（家族）

父親：ゲーム開発会社で美術担当。

母親：看護師の資格を持つが、不妊治療のため退職し以後主婦。本児は二年の不妊治療の末に授かった一人っ子。

精神科受診歴：母親が通院中。20代から。抑うつ状態の診断にて薬物療法。詳細不明だが母方祖母は入院歴あり。

（身体）

体格は肥満だが、筋肉は乏しく手足は細い。アトピー性皮膚炎だが、治療効果乏しく通院中断。肌は一部瘢痕化。

（生活）

起床が昼過ぎ、就寝は午前4時頃。食事は一日一回で、家族と顔を合わせるのはそののみ。飼い猫には会話。自室はカーテンを閉め切り暗い。ゴミも散乱している。調子がいい時は夜に近所を散歩。

（趣味）

幼児期からゲームや漫画が好き。漫画はファンタジーものを好み、自分でも描くこともある。ゲームはオンライン上に仲間はおり、そのうち数名とはゲーム以外でもチャットで交流。恋愛希望なし。

（仕事）

バイトから始めたいという希望。ネット上で探しはするが、動けない。



---

(症状)

幻覚妄想症状はこれまでなし。暴力行為もなく、興奮すると自室に閉じこもり悶える。些細な声掛けでも被害的に受け止めることが多い。過去の自分を悔い、家族を責める発言が目立つ。



このリーフレットは、クリエイティブ・コモンズ 表示 — 非営利 — 改変禁止 4.0 国際 ライセンスの下に提供されています。

あなたは以下の条件に従う限り、自由に：

共有 — どのようなメディアやフォーマットでも資料を複製したり、再配布できます。あなたがライセンスの条件に従っている限り、許諾者がこれらの自由を取り消すことはできません。

あなたの従うべき条件は以下の通りです。

表示 — あなたは、適切なクレジットを表示し、ライセンスへのリンクを提供し、変更があったらその旨を示さなければなりません。あなたはこれらを合理的などのような方法で行っても構いませんが、許諾者があなたやあなたの利用行為を支持していると示唆するような方法は除きます。

非営利 — あなたは営利目的でこの資料を利用してはなりません。

改変禁止 — あなたがこの資料を、リミックスし、改変し、あるいはこの資料をベースに新しい作品を作った場合、あなたは改変された資料を頒布してはなりません。

平成28年3月発行

こどもの精神発達に関する診療マニュアル

【監修】片山知哉（山梨県立こころの発達総合支援センター所長）

【執筆】片山知哉（山梨県立こころの発達総合支援センター）

山梨県立こころの発達総合支援センター職員

【編集協力】発達障害医療支援体制整備事業

山梨県こどもの発達を考える医療連携会議検討委員

山梨県障害福祉課

発行：山梨県立こころの発達総合支援センター

〒400-0005

山梨県甲府市北新1-2-1 2福祉プラザ内