



発達障害の可能性のある子どもと親への早期支援

西嶋 真理子

愛媛大学大学院医学系研究科

日本地域看護学会誌, 25 (1) : 48-52, 2022

I. 発達障害のある子どもと親の背景

発達障害は人口の数%から10%に及び、30年前に想定された有病率の100倍となり、ありふれた問題ともいえる¹⁾。発症の原因としては、遺伝要因と環境要因に分けられ、たとえばASD (autism spectrum disorder; 自閉スペクトラム症) の場合、遺伝要因の影響が40~80%程度と考えられている²⁾。複数の遺伝子が発症に関与するとともに、ASDの発症に関与する遺伝子が他の精神疾患の発症にも関与することがわかっているが、遺伝要因、環境要因の多くは解明されていない。また、いずれの発達障害の診断も生理学的指標であるバイオマーカーは存在しておらず、行動評価に基づいて診断を行う必要がある³⁾。経験を要する多職種による子どもの観察や検査に加え、系統的な親との面接が必要である¹⁾。根治的な治療法はないが、幼児期早期の心理療法による社会的コミュニケーションの障害の改善、ペアレントトレーニングといった幼児期の親への教育による易刺激性の改善、認知行動療法による不安症状の改善等が報告されている⁴⁾。

2005年度に発達障害者支援法が施行されるまで、発達障害の認知度は低く、たとえ自閉症であっても、知的障害を伴っていないと公的支援の対象とならなかった。多くの親は、子どものわかりにくい言動に悩みながらも、行動の意味が理解しづらいため、子どもの困難感がわかりにくく、相談や診察につながりにくい。広汎性発達障害120例の調査では、親の最初の気づきが、26.1か月、最初の相談が45.9か月、最初の診断が67.0か月であり、

知的障害のない高機能広汎性発達障害(アスペルガー障害、高機能自閉症等)の場合、最初の診断が80.5か月とさらに遅い⁵⁾。また、広汎性発達障害児の両親を対象にした研究では、健常児をもつ両親や他の障害や慢性疾患のある児の両親と比較して、ストレス、抑うつ、不安が高く⁶⁻⁸⁾、海外のメタアナリシスによると、広汎性発達障害児の両親は、健常児の両親のみでなく、ダウン症児の両親と比較してもストレスが非常に高いことが報告されている⁹⁾。

II. 発達障害の定義

発達障害は、発達障害者支援法のなかで「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されている。「その他」とされている障害・疾患については、厚生労働省の省令で定められ、吃音や、トゥレット症候群、選択性緘黙が含まれる。同法では、発達障害者の自立及び社会参加のためのその生活全般にわたる支援を図ること、支援は個々の発達障害者の性別、年齢、障害の状態及び生活の実態に応じて行うこと、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する関係機関及び民間団体相互の緊密な連携の下に、意思決定の支援に配慮しつつ、切れ目なく行われなければならないとされている。

発達障害の診断はDSM-5に従って行われることが多く、以下に概略を示すが、発達障害者支援法の呼称とやや異なる。ICD-11の診断基準はDSM-5に準拠する内容

となっている¹⁰⁾。

1. 自閉スペクトラム症 (ASD)

A. 社会的コミュニケーションの欠陥とB. 限局された反復的な行動様式の2つの基準を満たすときに診断される。Aでは、複数の状況で社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥があること、Bでは、行動、興味、または活動の限定された反復的な様式があることが記されており、どちらも現時点または病歴により明らかとなる¹¹⁾。

2. 注意欠如・多動症／注意欠如・多動障害 (attention deficit hyperactivity disorder : ADHD)

A. 「不注意」および／または「多動性および衝動性」によって特徴づけられる、不注意および／または多動性—衝動性の持続的な様式で、機能または発達の妨げとなっているもの、B. 不注意または多動性—衝動性の症状のうちいくつかは12歳になる前から存在していた、C. 不注意または多動性—衝動性の症状のうちいくつかは2つ以上の状況（家庭、学校、職場等）において存在するという3つの基準が示されている。集中を要したり、座って課題を行う機会が増える幼児期後期から診断されることが多い¹¹⁾。

3. 限局性学習症・学習障害 (specific learning disorder ; LD)

読み、書き、計算といった基本的な学業的技術の習得に関わる認知機能の障害である。LDのなかのひとつである読みの困難なディスレキシアでは、文字の学習が始まる就学後まで気づかれないことも多いが、幼児期には文字に興味がない様子がみられる¹¹⁾。読書を避けるため、学習の遅れにつながりやすい¹¹⁾。近年、ひらがな読み検査¹²⁾等で早期に診断できるようになった。早い段階で音韻認識を高める訓練やデコーディング（文字で表された言葉を音韻や意味に変換すること）がスムーズにできるための指導、しりとりやグリコ遊び等で音韻認識を養う、語彙を増やす等の指導が行われている¹³⁾。

4. 発達性協調運動症 (developmental coordination disorder ; DCD)

協調運動技能の獲得や遂行が年齢などから期待されるよりも劣っており、不器用さ、運動の遅さや不正確さとして現れる。幼児期では、ハサミ、描画などの制作活動、

更衣・箸の操作などの生活活動、遊具や縄遊びなどの運動活動における不器用さ¹¹⁾により相談に至ることが多い。5歳児健診では、片足立ち（3秒立てる）、片足ケンケン（5回以上連続）、前腕の回内回外（検査者のとおり回内回外になる）、指のタッピング（反対側の指が連合反応しない）等が評価項目となる¹¹⁾。

Ⅲ. 発達障害児とその養育者支援に用いる指標

1. 自閉症 (自閉スペクトラム症) の評価

1) M-CHAT (modified checklist for autism in toddlers)¹⁴⁾

イギリスで開発された乳幼児自閉症チェックリスト (checklist for autism in toddlers ; CHAT) に修正を加えた乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (modified checklist for autism in toddlers ; M-CHAT)¹⁴⁾ は、2歳前後の幼児に対して遅れの有無にかかわらずASDのスクリーニングを目的とした検査である。社会的発達に関する16項目、ASD児にみられることのある独特の知覚反応や常同行動に関する4項目、言語理解に関する1項目と、2つのダミー項目の23項目から構成され、該当の有無を親が回答する質問紙である。日本語版は神尾らによって作成され¹⁵⁾、原版にはない絵が追加されてわかりやすく、日本語版およびフォローアップ面接用マニュアルは国立精神神経医療研究センターのホームページからダウンロードが可能である。

日本語版の使用法は18～24か月時に行うことが想定されており、第1段階でカットオフ値 [3/23項目以上、または1/重要10項目以上の不通過] を超えた陽性ケースには2回目の面接で不通過項目を中心に社会的発達状況を具体的にフォローし、再度、陽性 (カットオフ値3/23項目以上、または2/重要10項目以上の不通過) であれば、専門医に紹介することが推奨されている¹⁶⁾。

2段階ともに陽性ケースの2人にひとりにはASDの診断がなされることが長期フォローの結果に示されており¹⁷⁾、M-CHATの2段階法により通常の健診で見逃されやすい知的障害のないASD児の3割強は発見が可能であることがわかっている¹⁶⁾。ASDの陽性的中率は46%、何らかの発達の問題を有する児の陽性的中率は98%である¹¹⁾。

2) 対人応答性尺度 (social responsiveness scale ; SRS)

SRSは、アメリカで開発され、世界でもっともよく使われているASD症状の量的なアセスメント・ツール

のひとつである¹⁾。日本版SRS-2 (対人応答性尺度)¹⁸⁾には、幼児版 (2歳6か月～4歳6か月)、児童版 (4～18歳)、成人版 (19歳以上) があり、いずれも65項目からなる。幼児版は、日常生活で観察される児の行動特徴について保護者または担任教師が回答した合計得点を算出する。

3) PARS-TR (PARSテキスト改訂版 [Parent-interview autism spectrum disorders rating scales-text revision])^{19, 20)}

PARS-TRは、ASDの診療補助情報および支援関連情報を得ることを目的とし、わが国で開発されたツールである²⁰⁾。尺度構成は、「対人」「コミュニケーション」「こだわり」「常同行動」「困難性」「過敏性」の6領域57項目からなり、就学前 (幼児期) 34項目、小学生 (児童期) 33項目、中学生以上 (思春期・成人期) 33項目の3年齢帯の項目セットがある。評定は幼児期項目による幼児期ピーク評定 (幼児期の症状がもっとも顕著なときの評定) と現在評定 (評定実施時の症状評定) の2種類の両方を行う²⁰⁾。専門家がマニュアルに即して養育者に面接し、具体例を示しながら、その症状の強さを頻度と程度に基づいて0 (なし)、1 (多少目立つ)、2 (目立つ) で3段階評定する¹⁶⁾。幼児期ピーク時評定でカットオフ値9点を超えればASDを強く疑い、専門医に紹介する¹⁶⁾。

2. 子どもの情緒や行動の評価

ADHDや情緒・行動の問題は、幼児期に診断に至る機会は少ないが、症状レベルでのアセスメントは幼児期でも可能である。子どものニーズに合った支援を行ううえで、ADHD症状や情緒・行動の問題をカバーするメンタルヘルスの問題を包括的にアセスメントすることは重要である¹⁾。国際的にもよく用いられ、日本版も存在するものとして、以下の指標がある。

1) 子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Checklist ; CBCL)²¹⁾

幼児版 (1.5～5歳) と学齢期版 (6～18歳) がある。幼児版は、「情緒的反応」「不安／抑うつ」「身体的訴え」「引きこもり」「睡眠の問題」「注意の問題」「攻撃的行動」の下位尺度100項目からなり、3件法である。前4下位尺度が内向尺度、後2下位尺度が外向尺度の上位尺度に含まれる¹⁾。保護者や教師 (保育士) が評定できる。児童精神科を受診した臨床群の1.5～5歳の男児において、「引きこもり」「注意の問題」「攻撃的行動」では、比較的月齢が幼いころから一般群と比べて差があることが示さ

れており、月齢が高くなるとその差が広がっていることから、スクリーニングとしての信頼性が高い²¹⁾。

2) 子どもの強さと困難さアンケート (Strength and Difficulties Questionnaire ; SDQ)²²⁾

項目数が25項目と少なく、簡便さから世界各国で用いられている。「情緒の問題」「行為の問題」「不注意・多動性」「仲間関係の問題」という困難さと「社会的行動」という強みに関する下位尺度から構成される。上位10% (社会的行動は下位10%) を臨床範囲、次の10%を境界範囲、残りの80%を正常範囲と目安としてとらえることが可能である¹⁾。保護者や教師が評定できる。<https://www.sdqinfo.org>から日本語版と日本人児童の標準値がダウンロードできる。

SDQの「情緒の問題」得点は、CBCLの内向尺度である「ひきこもり」「身体的訴え」「不安／抑うつ」と、SDQの「行為の問題」得点はCBCLの外向尺度である「攻撃的行動」と、SDQの「不注意・多動性」得点は、ADHD Rating Scale-IV得点と高い相関を示している²³⁾。

3. 養育者に関する評価

1) 子育て場面でのふるまい (Parenting Scale ; PS)²⁴⁾

不適切な養育行動を計測するために作成された尺度である。養育者が子育て場面でどのようにふるまうかについて、30項目から構成され、子どもの問題行動場面に對して、効果的なしつけの方略と非効果的なしつけの方略のどちらに近いかを自己評価する。手ぬるさ、過剰反応、多弁さの3種類のしつけのスタイルがわかる。改訂版では、手ぬるさ (寛容的で一貫性を欠くしつけ)、過剰反応 (厳しい、感情的、権威主義的しつけと短気)、敵対性 (言葉や身体的暴力の使用) の改正3要素が抽出されている。日本語版PSでは「過剰反応」と「手ぬるさ」の2因子が抽出されている²⁵⁾。

2) 養育レジリエンス要素質問票 (Parenting Resilience Elements Questionnaire ; PREQ)²⁶⁾

レジリエンスは精神的健康をいちじるしく悪化させる状況や環境にも関わらず、良好に適応する過程を表す概念として用いられている。先にASDの母親へのインタビュー調査から、発達障害児をもつ養育者のレジリエンスとして、「親意識」「自己効力感」「特徴理解」「社会的支援」「見通し」の5つの構成要素を導き出している²⁷⁾。領域に特化したレジリエンスの尺度として、養育者が発達障害児に関わる問題に適切に対応するための要素をど

の程度もっているかを計測する尺度であり、「子どもの特徴に関する知識」「社会的支援」「肯定的な捉え方」の3因子16項目からなる。これら3因子は、母親のうつ度や精神的健康度(GHQ)と負の相関がみられており、「子どもの特徴に関する知識」が高いほどPSの過剰反応が低い結果であった²⁵⁾。養育者が簡便につけることができる点や支援を受けることや子どもの特徴について学習することで、養育レジリエンスの要素を獲得することが可能であり、養育者自身の成長や支援による変化を検討することができると考えられている²⁶⁾。

4. 支援者の連携活動の評価

1) 発達上気になる子どもの保護者支援に関する保健師-保育士連携活動評価²⁹⁾

多職種で支援することの多い発達上気になる子どもの保護者支援に際して、支援する職種の連携上の課題を見いだすことができるように、保健師と保育士の連携活動を各職種が自己評価する尺度として開発された。発達障害の支援特有の保護者との関係性への配慮や連携職種がどの程度作用しあっているか、連携によりどの程度利益になっているかといった「相互関係性」の視点を含んでいる。6因子「互いの支援に役立つ情報の交換」「相手職種と関わる機会と関係性」「相手職種および社会資源の理解と活用」「対象特性や支援方針の共有と役割分担の理解」「情報共有に対する保護者の同意への配慮と支援結果のやりとり」「情報共有に関する所属機関のルール整備」、25項目から構成され、連携活動の促進に貢献できる。

IV. 活用できる地域看護実践例

厚生労働省は、広汎性発達障害を早期に発見するためのツールとして、M-CHATやPARS-TRの活用・普及を図っているが、2014年にM-CHATを利用しているのは全市町村の7% (124市町村)、PARS-TRは3% (49市町村)にとどまっていることが報告されている³⁰⁾。また、M-CHATやPARS-TRの導入の有無にかかわらず、発達障害が疑われる児童の発見割合は1%前後から30~50%程度までと大きな開きがある³⁰⁾。乳幼児健診でできるだけ発見もれを防ぐために、M-CHATやPARS-TR等のさらなる活用や正しく使うための研修の充実等の改善が求められる。M-CHATでは、知的障害のないASDの発見は3割強にとどまっているため、陰性であった

ケースであっても支援ニーズに沿ったていねいなフォローアップが必要であり¹⁷⁾、確実に3歳児健診につなぐことが重要である。

また、発達障害の早期のアセスメントは、個々の診断の確定よりも、子どもの全体像を的確に把握することが優先される¹⁾。そのため、親の養育態度や子どもの情緒や行動面も含めて総合的にアセスメントして、多職種と連携しながら継続的に支援することが重要と考える。5歳児にASD特性が高いことが、7歳時の「友人関係の問題」「情緒の問題」を有意に予測することが最近の研究で明らかになっており¹⁾、幼児期のASD特性のアセスメントは、発達障害のスクリーニングとして有用だけでなく、情緒に問題のあるハイリスク児を早期に同定し、フォローアップのなかでの早期対応を可能にする意味で重要である¹⁾。

親はすぐには診断を受け入れられなくても、CBCLやSDQによる養育上困難を感じている子どもの情緒や問題行動を数値化した評価であれば理解しやすいと考える。特にSDQは項目数も少なく、簡便に答えることができるため、乳幼児健診やフォローアップ等で、親とともにアセスメントすることにより、子どもの行動を客観的に振り返ることが期待される。PSについては、親が子育て場面でどのようにふるまっているかが数値化されるため、自身の対応を冷静に受け止めやすい。これらの指標は、現時点での状況とその後の経過観察だけでなく、ペアレントトレーニングなどの機会の前後に実施して、介入の効果を評価することも可能である。

【文献】

- 1) 神尾陽子・齊藤 彩・原口英之：発達障がい児に対する早期アセスメントと早期対応。小児科, 59(6)：871-877, 2018.
- 2) Geschwind DH, Flint J：Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*, 349：1489-1494, 2015.
- 3) 桑原 斉・加藤康彦・山末英典：自閉スペクトラム症の血液マーカーとその治療効果判定。日本生物学的精神医学会誌, 30(4)：177-181, 2019.
- 4) Lord C, Elsabbagh M, Bard G, et al.：Autism Spectrum disorder. *Lancet*, 392：508-520, 2018.
- 5) 宮地泰士：医療ケアにおける診断と告知に関する実態調査、厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業。発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究。平成19-21年度総合研究報告書(主任研究者：辻井正次), 120-133, 2010.
- 6) Benson PR：The impact of symptom severity on

- depressed mood among parents of children with ASD : The mediating role of stress proliferation. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (5) : 685-695, 2006.
- 7) Jellet R, Wood CE, Giallo R, et al. : Family functioning and behavior problems in children with Autism Spectrum Disorders : The mediating role of parent mental health. *Clinical Psychologist*, 19 (1) : 39-48, 2015.
 - 8) Sanders JL, Morgan SB : Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome : Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 19 : 15-32, 1996.
 - 9) Hayes SA, Watson SL : The impact of parenting stress : A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43 (3) : 629-642, 2013.
 - 10) 森野百合子・海老島健・ICD-11における神経発達症群の診断について, *精神神経学雑誌*, 123 (4) : 214-219, 2021.
 - 11) 長瀬美香 : 発達障害. *小児科診療*, 3 (109) : 381-389, 2017.
 - 12) 稲垣真澄 (代表編集) : 特異的発達障害, 診断・治療のための実践ガイドライン ; わかりやすい診断手順と支援の実際, 診断と治療社, 2010.
 - 13) 平谷美智夫 : 学習障害、特に読字障害の診断と療育. *子どものこころと脳の発達*, 11 (1) : 35-41, 2020.
 - 14) Robins DL, Fein D, Barton ML, et al. : The modified checklist for autism in toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3 : 131-144, 2001.
 - 15) 神尾陽子 : 発達障害の検出に活用する検査M-CHAT (自閉症児のためのチェックリスト). *小児内科*, 50 (9) : 1399-1402, 2018.
 - 16) 神尾陽子 : 自閉症, 情緒・行動関連の評価. *小児内科*, 46 (11) : 1623-1627, 2014.
 - 17) Kamio Y, Inada N, Koyama T, et al. : Effectiveness of using the Modified Checklist for Toddlers with Autism in two-stage screening of autism spectrum disorder at the 18-month health check-up in Japan. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 : 194-203, 2014.
 - 18) Constantino JN, Gruber CP : Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2), 2012. 神尾陽子 (監訳・編著) : 日本版SRS-2対人応答性尺度マニュアル児童版尺度換算表付, 日本文化科学社, 2017.
 - 19) 発達障害支援のための評価研究会 (編著) : PARS-TR. PARSテキスト改訂版, スペクトラム出版, 東京, 2013.
 - 20) 内山登紀夫 : Wechsler検査とPARS-TRの情報を治療に活用する試み, *児童青年精神医学とその近接領域*, 60 (1) : 10-15, 2019.
 - 21) 長沼葉月・北 道子・上林靖子他 : ASEBA就学前子どもの行動チェックリスト親記入様式および保育士・幼稚園教諭記入様式の日本語版の開発. *小児の精神と神経*, 52 : 193-208, 2012.
 - 22) Ruchkin V, Kuposov R, Schwab-Stone M : The Strength and Difficulties Questionnaire : scale validation with Russian Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (9) : 961-969, 2007.
 - 23) Moriwaki A, Kamio Y : Normative data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Japanese school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8 (1) : 2014, DOI: 10.1186/1753-2000-8-1.
 - 24) Arnold DS, O'Leary SG, Acker MM : The parenting scale : A measure of dysfunctional Parenting in Discipline Situation. *Psychological Assessment*, 5 : American Psychological Association, Inc, 140, 1993.
 - 25) 井澗知美 : Parenting Scale 日本語版の作成および因子構造の検討. *心理学研究*, 81 (5) : 446-452, 2010.
 - 26) 鈴木浩太・稲垣真澄 : 発達障害児 (者) をもつ養育者のレジリエンス ; 尺度の開発と適用について. *精神保健研究*, 63, 63-71, 2017.
 - 27) 鈴木浩太・小林朋佳・森山花鈴他 : 自閉症スペクトラム児 (者) をもつ母親の養育レジリエンスの構成要素に関する質的研究. *脳と発達*, 47 : 283-288, 2015.
 - 28) 稲垣真澄・鈴木浩太 : 発達障がい児をもつ保護者の養育レジリエンス ; 尺度開発と向上に向けて. *小児科*, 58 (8) : 793-798, 2019.
 - 29) 大塚敏子・巽あさみ・坪見利香 : 発達上気になる子どもの保護者支援に関する保健師-保育士連携活動自己評価尺度の開発. *日本地域看護学会誌*, 22 (1) : 4-11, 2019.
 - 30) 総務省行政評価局 : 発達障害者支援に関する行政評価・監視結果報告書. 平成29年1月2日付. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/110614.html#kekkahoukoku (2021年10月7日).