

発達障害児が通過した乳幼児健診システム －出生時リスクがなかった症例－

天辰 雅子 笠井新一郎 中山 翼 飯干紀代子 山田 弘幸

Children with developmental disorders who passed infant health checkups
－ Cases with no risk at birth －

Masako AMATATSU Shinichiro KASAI Tsubasa NAKAYAMA
Kiyoko IIBOSHI Hiroyuki YAMADA

Abstract

The enhancement of maternal and child health programs has enabled early detection and intervention in routine health examination for children. However, there are regional differences in the contents of the checkup program. We examined two cases of children with mild developmental disorders who had no risks at birth but had developmental problems that were overlooked during infant health checkups. Case 1 was a child whose disability was noticed by the caregiver but who passed the health checkup and was unable to receive appropriate follow-up. The disorder was detected by a speech therapist through a community childcare support program. Case 2 was a child whose disability was not noticed by the caregiver and who passed the health checkup. The disorder was detected by a speech therapist through the consultation system at our department. Based on these two cases, the following problems concerning existing screening checklist systems were identified as the causes of failure to detect disorders during checkups: lack of screening items, low expertise of personnel conducting checkups, lenient criteria, and insufficient follow-up systems. Considering the necessity for early detection and intervention in children with disabilities and the importance of follow-up after checkups, it was considered necessary for speech-language-hearing therapists to be actively involved in the check up program.

Key words : routine health examination for children, gray zone children, speech-language-hearing therapist

キーワード : 乳幼児健診, 気になる子ども, 言語聴覚士

2008.11.26 受理

I. はじめに

母子保健事業が充実するにつれて、乳幼児健康診査(以下、健診)における発達障害児の早期発見・早期療育が可能であることが明らかとなっており、一定の成果をおさめてきた。しかしながら、その内容には地域差があることが示唆される¹⁾。

特に、軽度発達障害児は発達上の問題を持つにもかかわらず、健診を通過し早期からの具体的発達援助やフォローがなされていることは少ない。

筆者らは1歳6か月児および3歳児健診を通過した出生時リスクをもった発達障害児をについて、その発達特徴と健診を通過した要因について報告した²⁾。

今回、出生時リスクはなかったが、発達上の問題点が

存在したにも関わらず、1歳6か月児および3歳児健診を通過した軽度発達障害児2症例を経験した。この2症例の問題点の分析を通し、その発達特徴と健診を通過した要因について検討を加えるとともに、現行の健診システムのあり方について再考する。

II. 症例

1. 症例1

1) プロフィール

6歳台男児（普通小学校1年生）。主訴は「落ち着きがなく、多動でじっとしていることが困難。注意してもわからない。集団行動が苦手」であった。

在胎38週、生下時体重3838g、出産時に大きな問題はなかった。

運動発達は定額3か月、独歩1歳2か月、言語発達は始語1歳0か月で遅れは認められなかった。しかし、母親は乳幼児期から他児との漠然とした違いと育てにくさを感じ、乳児期より保健師に相談していたが、フォローの対象にはならなかった。また、1歳6か月および3歳児健診でも相談したが通過した。在籍していた保育園の保育士も症例1に対して「気になる」点はなかった。さらに、母親は父親に理解してもらえず、ひとり悩みを抱えながら子育てをしていた。

4歳時、保健センター主催の「子育て支援教室」に参加していた言語聴覚士（以下、ST）が「気になる子」として母親に話かけたところ、母親の気づきと一致することとなり、評価をするため、当大学 言語聴覚療法学科の相談システム“ハロー”（以下、相談システム）受

診となった。

2) 評価結果（評価時年齢 4：8～4：9）

(1) WPPSI知能診断検査（以下、WPPSI）

言語性IQ86、動作性IQ94、全IQ87であり、ディスクレパンシーは認められなかった。しかし、下位項目間ではばらつきが認められ、言語性課題では「単語」「理解」の項目が、動作性課題では「幾何図形」の項目が低値であった（図1）。

(2) ITPA言語学習能力診断検査（以下、ITPA）

全PLAは3歳9か月、評価点（以下、SS）31、「聴覚-音声回路」はSS31、「視覚-運動回路」はSS32であった。

全PLAは約1歳程度の遅れが認められた。回路間での顕著な差はなかった（図2）。

(3) K-ABC心理教育アセスメントバッテリー（以下、K-ABC）

継次処理90±10、同時処理110±12、認知処理過程尺度101±9、習得度尺度97±9であり、継次処理より同時処理が1%水準で優位であった。下位項目間のばらつきが見られ、「算数」は有意に強く、「手の動作」「なぞなぞ」、は有意に弱いという結果であった（図3）。

(4) 絵画語い発達検査（以下、PVT）

語彙年齢4歳0か月、SS7であり、半年程度の遅れが認められた。

(5) 質問-応答関係検査

質問-応答関係の段階は3歳台後半（意味ネットワーク）であり、生活年齢に比し遅れが認

言語性IQ：86 動作性IQ：94 全IQ：87

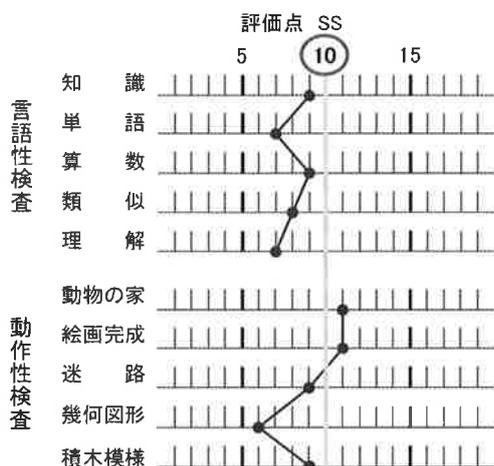


図1 WPPSI (症例1)

全検査PLA：3歳9か月 評価点SS：31

表象水準						自動水準				評価点 SS
受容能力		連合能力		表出能力		構成能力		配列記憶能力		
ことばの理解	絵の理解	ことばの類推	絵の類推	ことばの表現	動作の表現	文の構成	絵のさし	数の記憶	形の記憶	
										48
										44
										40
										36
										32
										28
										24

図2 ITPA (症例1)

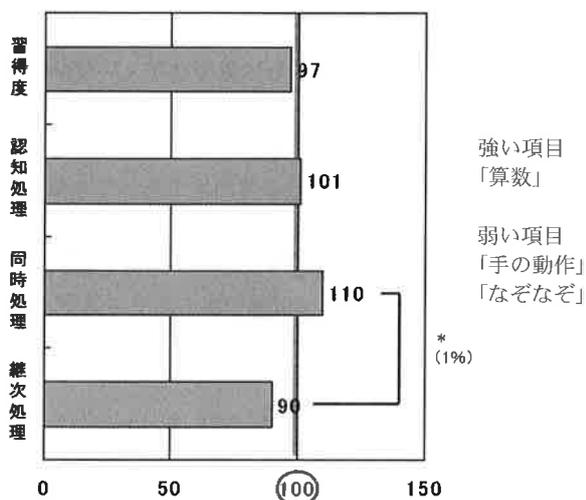


図3 K-ABC (症例1)

められた。また、下位項目でのばらつきが大きく、「仮定」「語義説明」「文章の聴理解」が低値であり、「日常的質問」「系列絵」は高値であった。

(6) 評価のまとめ

本児は全体的な知能および認知処理に遅れは認められなかったが、言語学習年齢、質問応答関係の段階においては約1年の遅れが認められた。さらに、全ての検査において聴覚的な指示が入りにくい印象があった。また、話題がすぐにそれる、質問に対する適切な応答できないなど、会話が成立しなかった。

このような苦手な側面が、母親がいう新奇場面で落ち着きがない、言うてはいけないことを

全検査PLA：2歳6か月 評価点SS：28

表象水準						自動水準				評価点 SS
受容能力		連合能力		表出能力		構成能力		配列記憶能力		
ことばの理解	絵の理解	ことばの類推	絵の類推	ことばの表現	動作の表現	文の構成	絵の構成	数の記憶	形の記憶	
										48
										44
										40
										36
										32
										28
										24

図4 ITPA (症例2)

言うなどの子どもの“気になる行動”として表面化していたと推測された。

2. 症例2

1) プロフィール

5歳台女児。主訴は「食べる。さ行、ら行の発音ができない」であった。

在胎39週、生下時体重3184g、出生時に大きな問題はなかった。

運動発達は定額3か月、独歩1歳1か月、言語発達は始語1歳2か月であった。母親は発達の遅れに気付いておらず、1歳6か月児および3歳児健診ともに問題なしと通過している。

初診までの経過としては、本症例の兄が相談システムを利用するのに一緒に来ていて（3歳3か月時）、STよりことばの遅れの指摘を受け、評価となった。

2) 評価結果 (評価時年齢 3:4~4:9)

(1) 国リハ式 (S-S法) 言語発達遅滞検査 (以下、S-S法)

コミュニケーション態度I群 (良好)、症状分類C群b (生活年齢に比し送れ 動作性課題>受信)、記号形式-指示内容関係の段階3-2 (音声記号) であり、約1年~1年半の遅れが認められた。

(2) ITPA

全PLAは2歳6か月、SS28、「聴覚-音声回路」のSS28、「視覚-運動回路」はSS28であった (図4)。

全PLAは1歳から1歳半程度の遅れが認めら

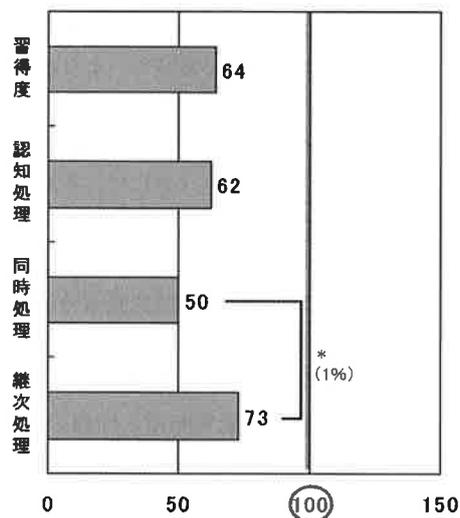


図5 K-ABC (症例2)

れた。聴覚-音声回路と視覚-運動回路、下位項目間に差は認められず、全体的に低い結果であった。

(3) K-ABC

継次処理 73 ± 10 、同時処理 50 ± 12 、認知処理過程尺度 62 ± 9 、習得度尺度 64 ± 9 であり、遅れが認められた。継次処理が同時処理よりも1%水準で有意であった(図5)。

(4) 評価のまとめ

本児は1年から1年半程度の発達の遅れが認められた。検査全体を通して、指示理解が悪く、適切な応答が得られず、エコラリアが多かった。また、課題の内容(ルール)を理解するために何度も練習が必要であった。

IV. 考察

1. 問題点の特徴

症例1はWPPSIおよびK-ABCより、知的な問題はなかった。しかし、言語面ではITPAや質問-応答関係検査においては約1年の遅れが認められ、特に聴覚的情報処理能力が低かった。症例1の問題点は表面上見えにくく、今回の精査を通して明確となった。しかし、これらの問題を持つ子どもは、「気になる行動」として表面化している場合も多く、養育者はその表面化した問題点を的確に把握していたといえる。

症例2はK-ABCより知的に遅れが認められた。それに伴い、言語面ではS-S法やITPAにおいて1年~1年半の遅れが認められた。また、語彙も少なく、質問-応答も成立しない、など多数の問題点を持っていた。課題の内容を理解することが難しい場合が多く、特に聴覚的指示のみで実施する課題において、より目立った。症例2の問題点は一見表面化しにくいものであり、精査を通して明らかとなった点もあるが、言語面の遅れが理解・表出ともに明らかであった。そして、それを把握することは専門家であれば見逃してはならないものであったと考える。

以上をまとめると、2症例は言語面特に聴覚的な言語理解の側面に問題を持っていることが分かる。

症例1および症例2共通の問題点は「言語学習能力の遅れ、言語操作能力・聴覚的指示理解の弱さ、質問-応答関係の不成立」であり、症例2の方がより問題は大きかった。さらに、症例2は「軽度知的障害、語彙の少なさ」という問題もあり、より多くの問題を持っていた。

子どもの持つ問題点には養育者など専門家以外の大人

が「気づきやすい」問題と「気づきにくい」問題の2種類がある。今回の2症例はともに気づきにくい言語理解面の問題ではあった。しかし、症例2はSTからみれば明らかにわかる遅れがあり、他の側面にも遅れが認められていたことが考えられ、他の専門家であっても気づけたのではないかと推測された。また、症例1は養育者の「気づき」があったことから考えると、本来であればもっと早期に発見、フォローが可能であったケースである。

2. 健診通過の要因(図6)

今回、本症例らは健診を通過してしまったが、その要因は症例1、症例2でそれぞれ異なった。

1) 症例1の要因

症例1は問題点が非常に見えにくい、養育者の「気づき」があったケースである。この養育者の「気づき」は精査の結果からも明らかのように、本児の問題点を的確につかんだものであった。

軽度発達障害を持つ子どもは検診のような個別場面では問題点が見えにくい、保育園・幼稚園などの集団場面になると「気になる」行動として問題点が表面化することが多い。しかし、本児の場合は保育士の気づきはなかった。また、保健センター主催の「子育て支援教室」において、保健師の気づきもなかった。これは、症例1の持つ問題点が軽く、得意な能力で不得意な能力をカバーするだけの力を有していたためと考えられる。しかし、STが保健センター主催の「子育て支援教室」に参加した際には、「気になる」子どもであった。これは、養育者の主訴であった行動面の問題点は、軽ければ軽いほど、たとえ集団場面であったとしても熟練した専門家の観察眼を持ってみなければ、「問題なく」見えてしまう危険性は非常に高いことを意味しているといえる。

また、今回のように、STが精査を実施するとで、

このような軽度発達障害児の問題点を的確に把握し、その後の支援をしていくことが可能となると考えられる。

一方で、いくら軽度であったとはいえ症例1の場合は、乳児期より養育者の問題意識があり、専門機関に相談していたという経過がある。本来であれば、この時点でフォローの対象となり、Key Monthに経過を見ていくという対応をされるべき症例であったと考えられる。乳児期からが難しかったとしても、1歳6か月児健診の時点、まして3歳児健診の時点では対応を開始すべきであったと考える。

2) 症例2

症例2は、「気づける」問題点があったが、養育者の

発達の遅れに対する意識がなかったケースである。

症例2への対応が遅れた要因として、保育園（または幼稚園）等の集団場面への参加機会がなかったこと、養育者の感受性の2つが考えられた。もし、症例2が保育園等に通園しており、保育士が関わっておれば「気になる」子どもとして対応できた可能性が高い。また、症例1の養育者のように感受性が高く、子どもの状態を的確に把握できれば、早期から何らかの専門機関を受診していたと考えられる。このように症例2の場合は環境や養育者側の要因も考えられた。

しかし、症例2は乳児期の発達に大きな遅れは認められなかったものの、ことばの発達については明らかな遅れが認められていた。また、今回のSTによる評価結果からも明らかなように、知的障害による、さまざまなことばの遅れが認められていたと考えられる。症例2の場合であれば、当然1歳6か月時にはことばの遅れを示していたと考えられ、見るべき視点を持つてみれば、もっと低年齢の時点で発見・フォローが開始できた可能性は高い。それにも関わらず、発達評価を行う場であるはずの健診で問題なく通過したということは、健診担当者側の見落とし、または認識の低さがあったと考えられる。

3. 今後の課題

1) 健診システムの問題点

今回の2症例を通してみると、健診システムの問題点としては発達に偏りのある子どもや軽度知的障害を持つ子どもが通過してしまうという検診項目および方法、相談後に適切な療育へ結びつけるためのフォロー体制の整備状況、さらに子どもをみる視点（聴覚、発達、構音、

言語、行動）をもって評価できる専門家の関与の有無、にすることが考えられる。

現行の検診項目および方法上の問題点として、実施時間等の都合上、間接的方法（問診や母子手帳の確認等）の比重が大きいこと、短時間で実施する必要があることが挙げられる。この傾向は、月齢が低くなるにつれてより顕著で、月齢が低くなればなるほど、子どもの注意・集中力の持続時間は短く、より短時間で子どもの発達状況を把握する必要がある。現在、多くは保健センターの職員が健診を実施している状況であり、言語発達に関する知識の欠如や観察の視点のずれによって、見逃しが生じている。

一方では軽度発達障害児に対する検診項目にも問題点はある。現行の簡便なスクリーニング検査では、特に発達に偏りのある子どもたちは、得意な能力で苦手な能力を補ってしまったり、苦手な課題自体が検診項目として含まれていないことが考えられる。そのため、課題内容について再検討する必要があると考える。

また、判定基準についても見直しが必要である(図7)。現在の判定基準は大きく「問題なし」「問題あり」の2つに分類されることが多く、2症例は「問題なし」の群に分類された。しかしながら、この判定基準を「問題なし」から「良好」「良好・要指導」「要観察」へ、「問題あり」を「要精検」「要訓練」へと細分化することによって軽度発達障害のすり抜けを抑え、その後のフォローへつなげることができると思われる。

特に症例1のように、養育者の気づきがある場合、より詳細な判定基準をもうけることで、フォローまで一貫した支援を行っていくことが可能となると考えられる。

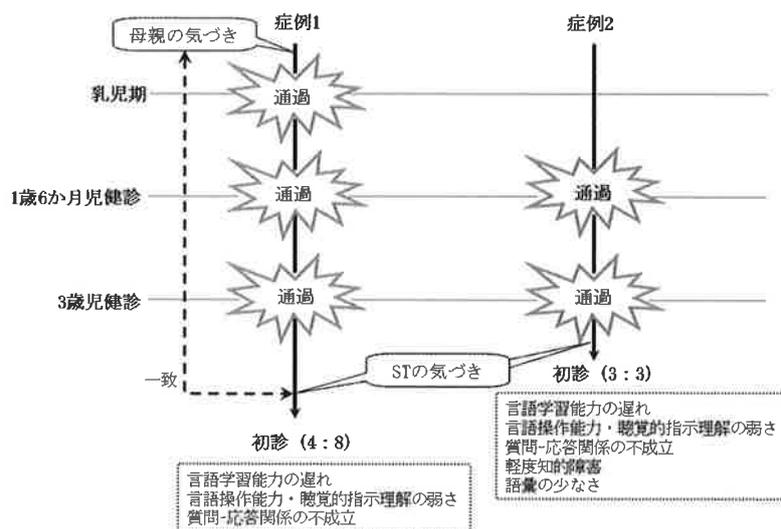


図6 ST初診までの経過

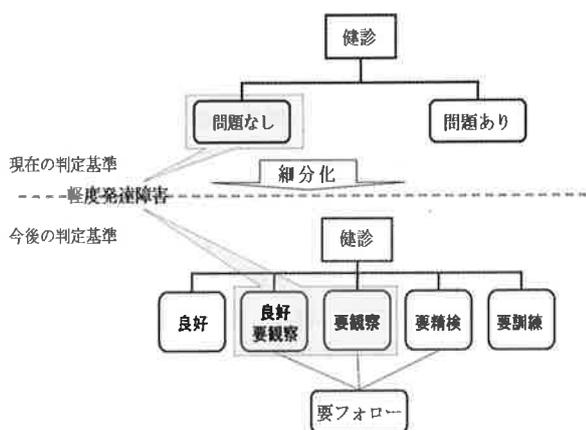


図7 健診のフォロー体制

2) 今後の課題

健診の目的は、単に発達障害児を発見するだけではなく、その後の早期対応・早期療育というフォローアップにもある。発見されたものの適切なフォロー体制がなければ、対応・療育の遅れにつながると考えられる。

林ら³⁾は、健診で発見された言語発達遅滞児の約75%が3歳までに療育を開始できており、早期対応という点での成果は大きく、また、この成果を得るためには、①地域内に療育機関があること、②専門家が1次健診からそのフォローまで携わることが必要であると述べている。

地域内の療育機関の必要性については、全国的に小児を対象とする施設数は少なく、発達障害児にとっては訓練を受けにくい現状である^{4) 5)}。この現状に対応するためには、発達障害児に対する認識をあげ、その必要性について啓発していくことが重要であると考えられる。

専門家の関与について、笠井ら⁶⁾は言語聴覚士の必要性を述べている。子どもは月齢が低ければ低いほど、その発達をみるには熟練された観察眼がなければ難しい。健診は子どもの発達にとって非常に重要なものであり、日々の臨床場面で乳幼児の聴力検査や言語検査に習熟している言語聴覚士であれば、十分対応でき、課題の提示方法や反応の読み取りにおいて専門性が活かされるとしている。

また、健診後のフォローにおいてもSTの果たす役割は非常に大きい。STは発達のさまざまな側面についての評価が実施可能であり、子どもの持つ問題点を的確に把握することにつながる。そして、STであれば、その問題点に即した支援を実施していくことが可能であると考える。

健診の回数、時期、内容をいくら検討したとしても、

健診に関わる者が援助への専門的な力量を持っていなければ、何の意味も持たなくなる。このようなことを踏まえると、現在、健診に関わっている医師や保健師の知識を向上させるとともに、より習熟した観察眼をもった専門家が健診に参加することが望まれる。乳幼児健診の目的である、早期発見、発見後の適切なフォロー、早期療育につなげるためには、健診の精度を上げ、フォローまで実施できるSTが健診に関わる意義は大きいといえる。

V. 文献

- 1 永田雅子, 斉藤よね子, 山田理恵ら: 極低出生体重児の治療教育的アプローチ, 小児の精神と神経 Vol38 (4) : 279-289, 1998.
- 2 藤原雅子, 笠井新一郎, 今給黎禎子ら: 発達障害児が通過した乳幼児健診システムー出生時リスクのあった児ー, 九州保健福祉大学紀要9:107-112, 2008.
- 3 林直美, 笠井新一郎, 福永一郎ら: 1歳6か月児の聴覚・言語発達健診の試みー香川県大川郡での実践からー, 四国公衛誌42 (1) : 166-172, 1997.
- 4 笠井新一郎, 鈴木啓, 福永一郎: 四国の言語聴覚障害に関する社会資源 (1)ー小児編ー, 四国公衆衛生誌43:213-220, 1998
- 5 長谷川賢一: 言語聴覚障害領域の現状と展望, 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部紀要1:23-32, 2005.
- 6 笠井新一郎, 鈴木啓, 福永一郎, ら: 1歳6か月児健診における聴覚・言語発達健診の試み, 言語聴覚療法, 14 (2) : 114~123, 1998.