

第 1 章

早期スクリーニングの重要性について

A 発達障害への支援

一般人口における発達障害と考えられる児童・生徒は、2002（平成14）年の文部科学省の調査で通常学級の6.3%（教育上、何らかの配慮が必要と考えられる人）とされ、特別支援教育在籍者を加えると7.5%とされた。2012（平成24）年の春に文部科学省は再度調査を行っているが、これ以上に増加している可能性もある。仮に増加しているとすれば、他の障害と比べてきわめて数が多い。発達障害者のすべてが支援を必要としているわけではないかもしれないが、この数の多さに支援施策を十分に用意できるか否かが問題になる。

発達障害への対応について、1つは現在支援を必要としている発達障害者への支援である。特に30歳代後半以降については、育ってきた過程において、発達障害は知られておらず、本人は「困った人」、「あきれた人」であり、保護者は「躰のできない親」とされ、両者ともに社会から理解されずに育ってきた可能性が高い。周囲の無関心、誤った発達障害の認識に苦しめられてきており、早急な支援が重要である。

もう一つは、新たに生じる発達障害児・者の社会不適応を減らすことにある。近年はマスメディア等で、発達障害が取り上げられることが多い。以前に比べれば、低年齢で発達障害の存在に気づかれることが多く、低年齢で何

らかの支援が用意されることもある。発達障害に早く気づくことは、成長に従って生じてくる、いわゆる二次的な課題の予防にもつながるものである。発達障害を早く見つけることの意義はまさしくここにある。

発達障害の存在は、以前よりも早く気づかれるようになったが、発達障害の本質について十分に理解されているとは言い難い。「発達障害は社会にとって不必要な存在である」、「育て方で発達障害が予防できる」、「発達障害は治らないので、なるべく長く刑務所に入れておくべきだ」などのエビデンスのない考え方が、まことしやかに語られることがある。発達障害者をもつ、他者には真似できない特性は重要なものであり、この点は重視しつつ、“発達障害児・者および周囲の方がもつ社会不適応による困難さをどれだけ減らせるか”が重要な命題になってくる。そのためには、医療を介した早期診断・早期治療ではなく、早期の気づき・対応・支援が必要になってくる。

B 発達障害の気づき

発達障害は低年齢から存在しているが、幼少時に気づく場合もあれば、成人になって気づく場合もある。発達障害の程度により、年齢により、本人および周囲が社会不適応を感じるようになった際に気づくからであろう。成人になってから社会不適応に悩む発達障害者の場合、多くの保護者は「もっと早く教えてもらえば、いろいろとできたのに」と言う。成人になってから、「自分は発達障害ではないのでしょうか？」と医療の現場に登場する場合も同様である。年齢が上がるにつれて、「早く教えてほしかった」という発言は強まる。

一方で、本人の年齢が低いほど、保護者は「発達障害が存在する」と言われることを喜ばない。“障害”という言葉は、英語であれば7つにも8つにも翻訳される言葉だが、日本では「恐ろしい、あってはならないもの（多分handicap）」の意味合いが強く、1つのレッテル貼りと感じられるようである。「早く教えてほしかった」と「レッテルを貼られたくない」という、相反する命題を満たすことが必要になる。

C 健診制度の現状

日本における乳幼児健診は、以前から1.5歳児健診と3歳児健診という伝統的な優れた制度がある。行政単位により、保健所を中心に直接的に行っている場合もあるし、医師会などに委託している場合もある。これらの健診は身体発達の健診が中心であったが、だいたい以前から言語の課題、行動の課題なども観察して、必要に応じて療育機関などへの紹介が行われていた。正しく発達障害を見極めるには健診で行われる早期スクリーニングは必須である。

1. 就学時健診

教育でも就学に際して、就学時相談（以前は就学時指導）を行っていた。この中には医学問診があり、就学に際して医学上のアドバイスが行われていた。しかし、所によっては「医師が就学する学級を決める」ような状況もあった。筆者も30年近く医学問診に従事しているが、顔を合わせる子どもの多くは、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害などの発達障害児である。医学問診は、児童に適した学級を選定することの支援にあり、診断を決めることを目的とはしていない。ここでは、学校側と家族の選定する学級が食い違うことは珍しくない。就学時相談委員会の結論と保護者の希望が食い違い、間に立つ事務職員が対応に苦勞することもある。その原因は、筆者が“篩システム”とよんでいる、硬直化した学級決定システムにあると感じている。「一度特別支援学級と判定され、入学すると通常学級に移ることは困難である」、「特別支援学校に判定されると、特別支援学級に移ることは難しい」という、保護者の持つシステムへの不安がある。その結果として就学時健診を拒否する保護者もいる。これまでの学級決定システムが「子どもは、常に発達段階にある存在であり、良くも悪くも変化する可能性を秘めている」という原則を無視しているからであろう。必要に応じて、再判定を行うシステムを構築しておけば、「ある日、うちの子どもが急に正常の発達

に戻ったら、かわいそうではないか」という保護者の抱える不安に応えることができる。

2. 5歳児健診について

広汎性発達障害は、現在の診断基準では、その症状のいくつかは3歳までには存在しているはずであり、専門性の高い医師であれば、3歳児医学問診で見抜けるはずである。一方で注意欠陥多動性障害は7歳までに症状が存在するはずであるから、3歳児問診では気づかれない可能性がある。鳥取の小枝らは、就学までの期間を考慮して5歳児健診を提唱した。他の行政単位でもこのシステムの導入をはかっているところがある。たとえば、東京の世田谷区は4.5歳児健診を導入した。5歳では、早生まれでは就学までの時間が限られており、療育を行う期間が短いと考えたからである。4.5歳の日がくると保護者にアンケートが送られ、アンケートをチェックして、一定の項目数を越えている場合は、「発達障害の疑いがある」とされ、区内の5カ所に設けられたアセスメントセンターで評価を受けられる。アセスメントで発達障害の存在が示唆された場合は、区内に1カ所設けられた療育センターへ通うことができる。このシステムは施行されて3年ほど経過しているが、予定したほどは発達障害児はアセスメントセンターに顔を見せなかった。前述したように、子どもの年齢が低いほど、保護者はアセスメントを受け「発達障害がある」とされることを潔しとしなかったからであろう。仮にもっと保護者にアセスメントを強く働きかけたとしても、かえって保護者の不安を煽ることになるであろう。世田谷区では保護者にとって、より敷居の低い方法を考えるべきとしている。障害を見つけるのが目的ではなく、子育ての延長上の“手のかかる子ども”としての対応（療育）を考えている。

3. その他の健診

5歳児健診で見つかって療育が行われても、就学までの期間は短く、療育の効果はあまり得られないとする考え方もある。3歳児健診の充実や、保育園・幼稚園の活用を考えるシステムである。

a. 横浜市の試み

3歳児健診の際には“発達障害児群”を幅広くとらえ、その後のフォローを保健師を動員して濃厚に行い、発達障害ではないと判断された場合は、除外していくシステムである。このシステムを使えば、就学時点には発達障害児を100%把握できるとされている。

b. 豊田市の試み

診断されてから支援するという考え方を取り外し、何らかの気づきや心配があった際に、発達支援センターに紹介できるようにするシステムである。「子ども同士で遊ばない」、「喋り方がおかしい」、「指示に従えない」などと保護者が感じた際に、発達支援センターに行けば援助が待っている。このためには、保育園の保育士や幼稚園の教員が発達障害について適切に理解している必要がある。

D これから

これらの事柄を念頭に、厚生労働省では行政単位に児童発達支援センター（仮称）を用意し、必要に応じて、保育園や幼稚園からの紹介相談を、あるいは巡回相談を可能にしておくことを考えている。自民党政権時代に作られた障害者自立支援法は、民主党政権下において総合支援法に代わり未成年は児童福祉法の範疇で支援することになっている。支援がうまく行くか否かについては、今後設けられる予定の児童発達支援センター（仮称）にどれだけ専門性の高いスタッフを集められるかにかかっている。

〈市川宏伸〉