

# 上田市における発達障害児の早期発見とその対応 ——乳幼児健診から事後指導への連携——

## Early Intervention System for Children with Developmentally Handicapped in Ueda

細 瀧 富 夫  
Tomio Hosobuchi

### I. はじめに

上田市は長野県の東部（東信地区）に位置し、面積は 178km<sup>2</sup> で四方を山に囲まれた盆地にある。平成 7 年 4 月現在の人口は 121,407 人、年間出生数約 1,200 人、長野県内で長野市、松本市について県内 3 番目の地方中核都市である。

上田市での 1 歳 6 カ月健診は 1978（昭和 53）年度より実施されており、翌年には要精検・要観察の乳幼児への療育相談を開始し、1983（昭和 58）年度からは心理発達相談員（嘱託）が配置されている。心理発達相談では、母親が記入した 1 歳 6 カ月健診アンケートに基づいて乳幼児の生活、発達、家庭環境の把握に努めている。心理発達相談において経過観察・事後指導が必要と思われるケースについては、平成元年度より母子を対象とした親子教室（「ふれあい教室」）が実施され、今日に至っている。こうした親子教室は全国各地で行われているが<sup>1)2)3)</sup>、保護者へのサポートや専門的

医療・療育機関、保育所・幼稚園、そして学校などとの連携が必ずしも十分ではないとされている<sup>4)</sup>。

そこで、本稿では上田市における 1 歳 6 カ月健診の事後指導の一環としての「ふれあい教室」の活動状況を報告し、1 歳 6 カ月健診の事後指導のあり方について検討することを目的とする。

### II. 上田市における乳幼児健診と 早期療育システム

#### (1) 乳幼児健診システムの現状（表 1）

上田市の乳幼児健診は 1976（昭和 51）年度の 4 カ月健診からスタートし、1978（昭和 53）年度には 1 歳 6 カ月健診が加わり、さらに 1982（昭和 57）年度には 10 カ月健診も始められた。これらの健診は市内 3 地区（上田地区、塩田地区、川西地区）に分けて実施されている。医療的な精密検査もしくは経過観察が必要と思われるケースについては、医師会の協力のもとで 1979（昭和 54）年度よ

表 1 上田市の乳幼児健診システム

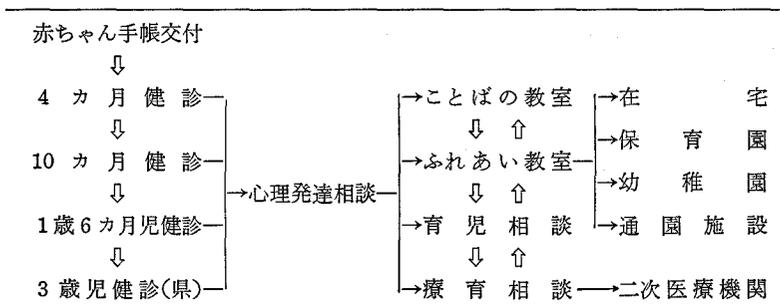


表2 上田市における乳幼児健診受診率の推移(%)

年度	4カ月児健診	10カ月児健診	1歳6カ月児健診
1990年	95.4	93.3	91.9
1991年	94.8	93.1	90.6
1992年	94.2	93.0	91.2
1993年	96.0	94.5	90.1
1994年	93.9	93.1	91.8

り年3回の療育相談を実施している。心理発達面の要観察者については、保健婦が行う地区別子育て学級でフォローしていくとともに、1992(平成4)年度より保健センターにて専門の心理発達相談員(臨床心理士)による育児相談(予約制)を月3回実施してきている。また、育児相談によりことばの遅れについて言語訓練等が必要とされたケースについては、保健センターにて近隣のリハビリ専門病院の言語療法士が言語訓練を実施してきている。各健診の受診率は表2に示す通りである。

## (2) 発達障害の疑いのあるケースの早期発見・対応の現状

ダウン症候群などの染色体異常や先天異常、明確な視覚障害のケースは乳幼児健診開始前に障害が判明しているため、実際に乳幼児健診を受診することは少なく、すでに専門病院等で治療・経過観察に入っていたり、児童相談所を訪れていることが多い。

自閉症、知的障害、注意欠陥多動障害等の年齢とともに障害が顕在化していくケースは1歳6カ月健診で把握していかなければならない。しかし、1歳6カ月という時期は独立歩行や有意味語の出現など、発達項目として比較的チェックしやすい時期ともいえるが<sup>6)</sup>、乳幼児の発達の個人差の大きさを考慮すると、精神発達面、行動異常面の偏りの有無は判断が難しい<sup>6)7)</sup>。集団健診のため、健診会場では子どもの発達が正確に把握できないため、いわゆる「気になる」子どもたちを要経過観察として前述の育児相談でフォローしている。しかし、育児相談では狭い個室での母親からの報告と発達検査中心となり、子どもたちの遊びの様子や母子関係、他児との係わりについて必ずしも十分な情報を得ることができない。障害の発

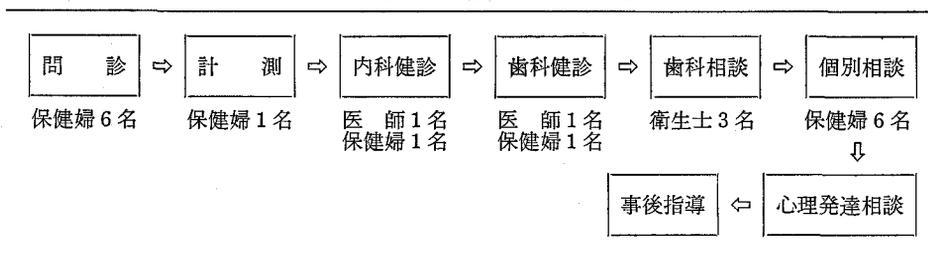
見と対応のもれをなくすことが、われわれ心理部門を担当する者の役割であるが、実際に健診場面や育児相談場面において、不安そうな母親と子どもを前にして、その困難さに当惑せざるを得ない。障害の発見を最重要課題として、少しでもその可能性があればフォローしていきたいのだが、「気にはなるが、たぶん追いつくのではないか」というレベルの子どもをいつまでも経過観察としておくのは、いたずらに母親を不安に陥れ、ひいては母親の育児態度を歪めてしまう危険性をはらんでいる。

1歳6カ月時点で何らかの遅れのあるケースについて、それが単に個人差が問題なのか、発達障害との関連で把握すべき問題なのかを明らかにしていくには、単に母子を呼んで経過をみていくということではなく、「母と子の遊びの教室」として自然に参加できるような場の設定が必要である。このため、上田市では1989(平成元)年度より保健センターにおいて「ふれあい教室」を実施してきた。こうした遊びの教室ならば、障害の有無についてより正確な診断が可能となり、障害について非受容的な対応をみせる母親でも比較的抵抗なく参加できる。また、スタッフとの信頼関係を基盤として母親に過度の不安や動揺を与えずに適切な助言指導もできる。「ふれあい教室」での経過観察・発達診断を通して障害が把握されたケースについては、県立子ども病院、長野赤十字病院等での医学的精密検査を勧めるとともに、市内に2カ所ある知的障害児通園施設の集団療育教室(「あそび虫」、「わんぱく広場」)を紹介する。そこで、さらに日常的な療育が必要と判断されれば、中央児童相談所の判定をへて措置児として通園することになる。人口10万人規模の都市で知的障害児通園施設(合計定員50名)2カ所と肢体不自由児の母子通園事業1カ所がある都市はきわめて少ないことからすると<sup>8)</sup>、上田市では障害をみれなく発見し、対応していく条件はあると言える。

## (3) 1歳6カ月健診の内容

1978(昭和53)年に始められた上田市の1歳6カ月健診は基本的には「大津方式」を参考として「スクリーニング」漏れを最小限にとどめるための体制づくりを基本方針とした。上田市では、健

表3 上田市の1歳6カ月健診の流れ（保健センター）



診は月4回（上田地区2回、塩田地区1回、川西地区1回）実施し、上田地区では市保健センターの専用会場、塩田地区では母子保健センター、川西地区では公民館で行われている。

健診の流れとスタッフは表3に示した。健診の問診票は妊娠届の際に渡しておいた赤ちゃん手帳に綴じ込まれていて、前もって自宅で記入し、問診場面でチェックを行う。健診の医師は小児科医もしくは内科医で、発達面のチェックはまず保健婦が行い、気になるケースを心理発達相談に回すことになっている。問診場面では、保健婦は以下の事項についてチェックしている。①犬、猫の絵カードへの命名と指さしの確認、②はめ板（○・△・□）への取り組み方（この時に視線や表情の変化、できた時の反応に注意する）、③積木課題への取り組み方、④その他行動や発語の様子を観察する、⑤親の子どもへの係わり方。問診で気になるケースについては、母親に心理発達相談を勧める。「うちの子は大丈夫ですから」と、心理発達相談に拒否的な対応をするケースもあるが、決して強制はしない。発達面で特に問題はなくても、育児全般について母親の希望があれば心理発達相談へ回すこともある。心理発達相談を担当する心理職（4名）はすべて嘱託であり、保健センターでの健診の場合のみ2名体制で、他は1名で

ある。心理発達相談は当日の受診者だけでなく、過去の相談で経過観察となった子どものフォローも行っており、予約で1～2ケース来所することがある。

心理発達相談の場面では、発達面の再チェックとしてデンバー発達スクリーニングテストやKIDSを施行している。また、必要な場合はK式発達検査から一部の検査項目を施行している。こうした課題のやりとりを通して母親に現在の問題点を気づかせる。さらに、子どもの遊びを観察し、そこでの母親の係わり方の指導と今後の方針を親に伝え、課題を共有する。健診終了後にスタッフ全員でケースカンファレンスをもち、今後の方針を検討する。発達面のフォローが必要なケースは相談者の60％程度である（表4、表5）。

具体的なフォローの仕方としては、①保健婦が定期的に電話で発達面を確認、②心理発達相談、③育児相談、④ことばの教室、⑤「ふれあい教室」がある。「ふれあい教室」は1歳6カ月健診の事後指導としての集団療育教室であり、上記①～④の経過観察でことばや行動面で問題が改善されなかったり、母の育児姿勢・態度に問題があったり、また母子関係の形成につまづいていたりするケースを対象に参加を勧めている。この教室では、おおよそ3～4歳までフォローしており、保

表4 心理発達相談の相談率

年 度	受診者数	相談者数	相談率 (%)
1990	1,210	126	10.4
1991	1,115	131	11.7
1992	1,153	115	9.9
1993	1,120	127	11.3
1994	1,156	133	11.5

(注) 相談率=相談者数÷受診者数

表5 心理発達相談における経過観察の内訳

年 度	相談者数	経過観察	経 過 観 察 の 内 訳 (人)				
			言語遅滞	全般的遅滞	自閉的傾向	母子関係	そ の 他
1990	126	68	36	17	6	5	4
1991	131	72	41	16	5	7	3
1992	115	84	46	21	5	9	3
1993	127	84	48	25	4	5	2
1994	133	98	54	31	3	7	3
合 計	632	406 (100%)	225 (55.5)	110 (27.1)	23 (5.6)	33 (8.1)	15 (3.7)

(注) 内訳「言語遅滞」は単語が2～3個以下、「全般的遅滞」は発達全般の遅れ、またはその疑い、「自閉的傾向」は言語障害、極端な固執、対人的孤立、多動行動異常など、「母子関係」は親の育児不安、育児態度など。

育園や幼稚園への入園時点で終結となるケースが多い。

### Ⅲ. 1歳6カ月健診の事後指導としての「ふれあい教室」の活動

#### (1) 「ふれあい教室」の目的と対象児

「ふれあい教室」の目的は、1歳6カ月児健診において、母子関係や発達面で何らかの弱さがあると判断された子どもとその親に対し、遊びを通して障害の有無を見極めていくこと、そして親自身の育児態度の変容を促し、他の親子とのふれあいの中で自分の子どもの姿を理解するきっかけを与えることにある。また、親同士の関係を基盤として地域のなかでの育児グループに発展していき、そのリーダー育成をもねらいとしている。

この教室には複数の専門スタッフが参加し、保育者のもとで母子の遊びを組織し、発達や障害の程度を見極め、関係機関との密接な連携のもとで子どもへの適切な助言・指導を行ってきている。

導入児年齢は2歳前後の子どもとし、定員10名で運営している。対象児については1歳6カ月児健診のフォロー児で、子どもの発達と障害について予測が困難な子どもや、集団での遊びにより親の育児態度の改善が期待される親子を優先的に参加させている。また、健診時に発達の遅れが指摘され、育児相談の場で経過観察・指導を受けている子どもで、この教室への参加をきっかけにして専門的医療機関、療育機関への方向づけが必要と

思われる子どもも対象としてきた。

#### (2) 「ふれあい教室」担当スタッフと役割分担

担当スタッフは保育職2名、心理発達相談員1名、保健婦3名で構成される。その他歯科衛生士、栄養士が年10回、言語療法士が年6回参加する。保育職は保育のリーダーとして毎回のプログラムの作成や当日の保育の展開を担当する。

心理発達相談員は保育活動のなかで子どもたちの発達を評価し、必要に応じて個別面接を行うとともに、各児の課題を明確にしていく。また、毎回母子分離して親同士の交流の時間を設け、子育て情報の交換や悩みごと等話をしあう機会を設けており、その際心理発達相談員や保母がグループを担うことになる。また、時に「ことば」や「遊び」について小講演を行っている。

保健婦は「ふれあい教室」の企画運営に関わる全体的な調整を担当している。また、参加した親と積極的に係わり、家庭の問題等の相談にのるとともに、親同士のつながりをつける橋渡し役となる。さらに、家庭での児への対応について、スタッフの方針をそれとなく伝えて、方向づけることも重要な役割である。

こうしたスタッフのもとで「ふれあい教室」が開催されるが、6カ月間約14回を1クールとし、年間2クール実施している。各クールの定員は10組であるが、半年で終了せず継続となるケースも少なくない(表6)。1回3時間程度の係わりなので、親とスタッフとのコミュニケーションを密にするため連絡帳を用いて、子どもの様子、親の

表6 ふれあい教室参加幼児数の推移(人)

年度	クール	新規	継続	合計
1989	後期	9	0	9
1990	前期	5	5	10
	後期	3	6	9
1991	前期	7	4	11
	後期	0	10	10
1992	前期	9	1	10
	後期	4	6	10
1993	前期	6	5	11
	後期	4	6	10
1994	前期	5	5	10
	後期	5	5	10
合計		57	53	110

表7 「ふれあい教室」での保育の流れ

9:30	自由遊び(大型積木、粘土、クレヨンと紙、ボール、すべり台、ままごとセット、三輪車など)
10:15	朝のあつまり ・うたあそび ・手あそび
10:15	親子体操 ・ハイハイ、ヒコーキ、手押し車 ・メリーゴーランド、一本橋コチョココチャなど
10:40	設定遊び(「シャボン玉をとぼそう」「新聞で遊ぼう」)
11:10	絵本を読む(『のせてのせて』など)
11:20	おやつ
11:40	おかあさん同士の話し合い、個別相談(心理) 親指導(生活リズム、排泄、歯磨きなど)
12:00	お帰り(「ふれあいだより」配布)

気持ち・悩みを自由に記述してもらい、スタッフとの情報交換に活用している。

「ふれあい教室」では毎回課題遊びを設定しているが、そのプログラムの一例を表7に示す。教室開催当日の午後は、約3時間かけてケースカンファレンスを行い、母子の行動観察を中心に、実践を振り返り、次回の課題を検討している。1クールの終了にあたっては評価会議を開き、継続とするか終了とするかの検討を行っている。また、年度当初には、年間を通じての教室の運営方針を確認するスタッフ会議をもっている。

1989年9月から1994年3月までの5年半の間に「ふれあい教室」に参加した幼児は57名(男39名、女18名)である。言語遅滞がもっとも多く、参加児の約半数を占めている。これらの子どもたちの詳細な経過報告は、別稿に譲ることにしたい。

## V. まとめと今後の課題

### (1) 1歳6カ月健診における発達障害児の発見

1歳6カ月健診の受診率は年々上昇してきており、人口10万から30万の中規模都市での受診率は90%を越えている<sup>9)</sup>。上田市でも、ほぼ同程度の受診率であった。そのうち、過去5年間で心理発達相談に回ったケースは総受診者の約10%にあたる632名であった。相談の結果、経過観察として何らかのフォローが必要なケースは406名、総受診者の7%であった。もちろんこれらの子どもたちすべてが何らかの障害につながるわけではなく、むしろその後の育児相談等を経て「ふれあい教室」に参加した幼児こそ将来障害が顕在化するリスクの高い子どもと言える。そこで、過去5年間について「ふれあい教室」参加児から有病率をみると、1歳6カ月健診の受診者数5,754名のなかで、「ふれあい教室」参加者数は48名、0.8%であった。杉山ら(1986)<sup>10)</sup>は精神発達面で障害をもつ乳幼児の有病率が1.1~2.6%であったとしており、上田市の場合、それよりやや低い数値であった。これは、早期に障害が判明し、すでに医療・療育のルートにのっているため、健診を受診しなかったケースがあること、またふれあい教室に誘っても参加を拒否したケースが6名あったことによるものと思われる。

自閉的傾向の子どもについてみると、過去5年間に6ケース見いだされた。有病率は0.1%であった。日本における自閉症の有病率は研究者間で必ずしも一致しているわけではないが<sup>11)12)</sup>、一般に0.04~0.05%とされており、上田市の場合やや多いと言える。これは、自閉症の早期徴候についての知識が不十分なためややオーバースクリーニングになっている可能性があること<sup>13)</sup>、またここでは注意欠陥多動児も自閉的傾向として分類していることなどから有病率が高くなったものと思われる。今後の追跡調査の中で、こうした子どもた

ちを早期に判別するための指標を明らかにすることが課題である。

## (2) 事後指導としての「ふれあい教室」の意義と役割

「ふれあい教室」のなかで発見されるのは、軽い発達の遅れやいわゆる「境界線」上の子どもたちが多い。このような子どもたちの親は不安を抱きつつも、「大丈夫だろう」という漠然とした期待により2歳前後でのことばの遅れや発達全般の遅れを見逃しやすい。特に、ことばの遅れについては、個人差や性差に解消してしまいがちであり、事実かなり大きな個人差があることから、親としては子どものことばの少なさが気になるものの、もう少し様子を見るという対応にならざるをえない。このため、たとえことばの遅れが気になっている親でも、日常の生活のなかで意識的に係わることがないまま、いたずらに時を重ねてしまう。ことばの獲得のように個人差の大きな心理機能については、正常と遅れとの早期の判別は「ふれあい教室」などで経過観察していく必要がある。

上田市では健診後の事後フォローとして心理発達相談や育児相談を実施しているが、このような個別相談では結局のところ、育児が密室での母子の関係でしかなくなるという弱さがある。地域の子育て機能の崩壊が指摘されて久しいが、家庭を取り巻く社会的環境の変化もあり、近年では多くの家庭が基本的育児環境に何らかの問題を有している。具体的には親同士の交流の乏しさ、戸外遊びの減少、夜更し、テレビのつけっぱなしなど、どれもが子どもの生活にとってマイナス要因である。こうしたなかで子どもに発達に必要な経験をさせていくには親自身が生生活習慣を見直し、生活リズムを整え、子育ての基本的あり方を知ることが重要となる。

また、同年齢の親子の交流の様子や育児に対する姿勢や態度を通して、自分たち親子の生活を客観的にとらえ直すこともできるであろう。同じ仲間がいる、同じ悩みをもっている親がいることを知ることは、孤立感を解消し、育児への自信につながる。「ふれあい教室」は、育児に自信をなくしていた母親へのサポートが適切な処遇を方向づける重要な役割を果たしていた。さらに障害が判

明した場合には、障害児をもつ親の仲間集団が障害の受容や育児行動の改善を促す機能をもつことも見落とすことができない。これらは医療・療育スタッフの説明・援助よりもはるかに強力な心理的サポートとなるとされており<sup>14)</sup>、こうした親子教室は健診を含めてファミリーサポートシステムの中核に位置づけられる必要があることを示している。

最後に、今後の課題として、ふれあい教室終了後の子どもたちの予後の把握をあげておきたい。従来の研究の多くは障害が確定した後に後方視的に早期徴候を比較検討したものであり、0歳台からの前方視的、縦断的研究はあまりなされていない<sup>15)16)</sup>。上田市では、障害が判明した子どもたちは上田市内に2カ所ある知的障害児通園施設の集団療育教室に参加し、その後措置されて通園するケースが多いので、そのフォローは比較的容易である。しかし、特に問題がないだろうとの判断で保育園や幼稚園に進んだ子どもについては、その後の発達と障害の変化が十分把握されておらず、障害児の地域療育システムの視野から消えてしまっている。注意欠陥多動障害や情緒障害の場合は、幼稚園・保育所などでの集団生活にはいってから顕在化してくることも多いとされている<sup>17)18)</sup>。そこで現在われわれは、早期発見・対応の精度を高めていくために、公立保育所・教育委員会と協力して、「ふれあい教室」に参加した幼児の追跡調査を予定しており(第1回参加児は現在小学校3年生になっている)、0歳時からの健診データとの比較検討を行いたいと考えている。

(ほそぶち とみお 助教授)

(1995. 10. 12 受理)

## 参考文献

- 1) 近藤京子(1988): 1.6 健診フォローの新しい動き—ひよこ教室と親子教室、地域保健、地域保健研究会、37-49。
- 2) 荻須隆雄(1988): 1.6 健診フォローの新しい動き—東京都墨田区の場合、地域保健、地域保健研究会、10-18。
- 3) 渡部昭男・田丸尚美・中田幸雄(1987): 鳥取県における障害児の早期発見・対応の現状と課題(Ⅲ)、鳥取大学教育学部研究報告(教育科学)、29(2)、171-190。

- 4) 宮尾美代子・山口広尾・美谷島美保・藤沢広信・元谷美保・清恵里子・竹内靖人(1987):長野県における集団保育教室の実施状況—いわゆる遊びの教室について—、長野県精神衛生センター所報、86-105。
- 5) 日本小児保健協会(1987):1歳6カ月健康診査の手引き[改訂版]、母子保健事業団。
- 6) 小泉 毅・薄田祥子・今成京子・高波厚子(1985):言語遅滞児の1歳6カ月健康診査における早期発見=早期ケアの試み〔1〕、小児の精神と神経、25(2)、65-75。
- 7) 小泉 毅・薄田祥子・田先由起子・青山雅子・今成京子・遠山和美・高波厚子(1987):言語遅滞児の1歳6カ月健康診査における早期発見=早期ケアの試み〔1〕、小児の精神と神経、27(3)、3-23。
- 8) 近藤直子・佐々木美智子・白石恵理子・松原巨子(1991):自治体における障害乳幼児対策の実態、障害者問題研究、67、218-235。
- 9) 大藪 泰・細渕富夫(1991):1歳6カ月健診の事後指導に関する一考察、小児保健研究、50(1)、25-31。
- 10) 杉山登志郎・阿部徳一郎(1986):名古屋市緑区における1歳6カ月健診の結果と問題点—5年間の統計を中心に—、発達障害研究、8(1)、49-57。
- 11) 青山雅子・田先由起子・小泉 毅(1990):言語遅滞児の1歳6カ月健康診査における早期発見と早期ケアの試み—5年間の追跡研究:1歳6カ月健診から3歳健診まで—、小児保健研究、49(4)、439-445。
- 12) 裨宜田初恵・斉藤久子(1995):西尾市における幼児健診の状況について—1歳6カ月健診でチェックされた自閉症児—、小児の精神と神経、35(1)、7-12。
- 13) 尾関夢子(1985):1歳6カ月健診における子どもの把握—障害の発見もれ対応とオーバースクリーニングの問題を中心に—、心理科学、13(1)、6-17。
- 14) 北原 信(1995):発達障害児家族の障害受容、総合リハビリテーション、23(8)、657-663。
- 15) 小泉 毅(1990):精神発達障害のリスク因子、発達の心理学と医学、1(1)、55-66。
- 16) 飯田順三・平尾文雄(1995):ハイリスク乳幼児の発達と教育。臨床精神医学、24(8)、1011-1017。
- 17) 森永良子(1990):多動児の心理学的特性と対策、発達の心理学と医学、1(2)、205-214。
- 18) 中根 晃(1995):自閉症と学習障害、臨床精神医学、24(8)、1043-1051、1。