

報 告

教育との医療連携における小児神経科医の役割

—教育委員会での症例検討の効果—

中村由紀子^{1,3)}, 岡 明^{1,2)}, 田辺 恵美⁴⁾, 田中 容子⁵⁾

〔論文要旨〕

教育委員会で小児神経科医が発達障害と思われる児の症例検討と助言を行うことで、教育機関における医療連携の効果を検討した。A市における教育委員会において症例検討を行い、その特徴と特別支援教育や医療への関わりの変化について評価した。相談内容は小学校低～中学年では他児との対人関係や学習場面での問題がみられ、高学年以上では不登校や就学・就労についてであった。助言後に特別支援教育の利用は36%から57%に、医療機関受診は6%から38%に増加した。小児神経科医が教育と連携することで、未診断の発達障害児における家族の障害受容が進むと考えられた。

Key words : 発達障害, 特別支援教育, 不登校, 医療連携, 障害受容

I. 諸 言

近年、わが国では発達障害に対して医療、教育、福祉の各分野から支援を積極的に行う方策が立てられつつある。発達障害には広汎性発達障害 (Pervasive developmental disorder : 以下, PDD), 注意欠陥/多動性障害 (Attention-deficit/Hyperactivity disorder : 以下, AD/HD), 学習障害 (Learning disability : 以下, LD), 知的障害 (Mental retardation : 以下, MR) および境界知能 (Borderline IQ : 以下, Border) が含まれている。以前は軽度発達障害と呼ばれていたが、知的水準が高くても抱える問題は軽度ではないことから、最近では軽度を除いて発達障害としている¹⁾。平成14年の文部科学省の調査によると通常学級の軽度発達障害が疑われる児童生徒の頻度は6.3%であった²⁾。

発達障害に対する社会的な認識が高まる中、平成19年4月に学校教育法が一部改正され、特別支援教育の対象に発達障害が含まれた¹⁾。この改正の中では発達障害への認識とともに教育、保健、医療、福祉等の連携が明記されたが具体的な例示はなく、各地域や諸機関で個々にその方法を模索している現状である³⁾。A市は東京都下の東部に位置し、比較的居住人口に若年世代を含む地域である。A市における教育委員会では学校教育法改正にあわせ、平成19年4月より教育委員会学務課総合教育相談窓口の小児神経科医による嘱託医を配置した。さらに平成20年7月より教育委員会において他機関との連携を専属で行う学校ソーシャルワーカー (School Social Worker : 以下, SSW) を置き、医療、保健、福祉等と学校との連携がより充実するよう目指している。今回、われわれは平成19年4月～平成

Efficacy of Medical Cooperation between Hospitals and School Boards :
How Child Neurologists Can Help Children with Developmental Disorders in School
Yukiko NAKAMURA, Akira OKA, Emi TANABE, Yoko TANAKA

[2551]

受付 13. 8.21

採用 13.12.15

1) 杏林大学医学部小児科 (医師/小児科)

2) 東京大学医学部小児科 (医師/小児科)

3) 三鷹市教育委員会学務課総合教育相談窓口 (医師/小児科)

4) 三鷹市教育委員会学務課総合教育相談窓口 (スクールソーシャルワーカー)

5) 三鷹市教育委員会学務課総合教育相談窓口 (小学校教員/言語聴覚士)

別刷請求先: 中村由紀子 杏林大学医学部小児科 〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

Tel : 0422-47-5511 Fax : 0422-47-8184

成22年3月までの3年間において嘱託医による症例検討を行った。教育機関における医療連携の効果について報告する。

II. 研究方法

1. 対象

A市教育委員会での嘱託医業務は、1) 保護者もしくは担当教員に対する医療相談、2) 症例検討、3) 特別支援教育担当教員、スクールカウンセラーおよび保護者への講習に分かれており、上記1)、2)が主である。医療相談については「こころとからだの相談」という名称で教育委員会内に設置され、小児神経科医と精神科医が月に各1回ずつ行っている。この中で特に小児神経科医のもとで行った症例を研究の対象とした。

平成19年4月から平成22年3月までに小児神経科医が行った医療相談は45例あり、うち5例が2回相談を行っていた。保護者のキャンセルにより症例検討のみ行った症例4例、関係者会議を兼ねた症例1例に通常の医療相談を合わせて44症例、延べ50回の症例検討を行った。これら50回の検討のうち、心理検査や医療機関受診後のフィードバックを行った3回を除く47回について検討した。症例検討は教育委員会の教育コーディネーターと小児神経科医で行い、平成20年7月からはSSWが加わった。

2. 検討内容

医療相談では、相談者からの相談内容、以前の利用機関、幼少期から現在までの行動の特性を確認した。そこから推定される診断と現在の状態を評価し、相談者に対し子どもの特性などについて助言を行い、その後委員会内で症例検討を行った。

本研究では、医療相談と症例検討で確認した症例の学年別件数、相談者とその相談内容、過去の相談機関の利用、背景と考えられる症状(診断)、助言内容とその後の転帰について評価した。症例検討での診断名はアメリカ精神医学会がまとめた精神疾患の分類と診断の手引きであるDSM-IV-TRに準じた。診断には過去に行ったWISC IIIの結果を参照し、38例(81%)で検査を受けていた。医療相談後における特別支援教育の利用や医療機関受診の人数を確認し、相談前と比較した。なお、各症例は連結不可能匿名化を行い、個人が特定されないよう処理を行った。

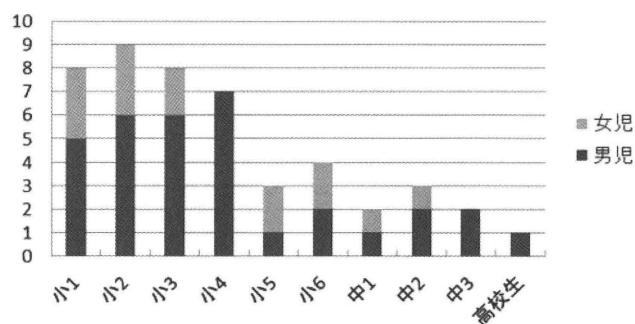


図1 症例検討の対象者

III. 結果

1. 相談件数(図1)

対象者の男女比は33:14, 小学校低学年(1・2年生)17例, 中学年(3・4年生)15例, 高学年(5・6年生)7例, 中・高校生8例であった。全学年を通じて男児の相談が多いが、小学校高学年では、女児の相談が57%を占めていた。

2. 相談者(図2)と相談内容(図3)

相談者は母33例, 父1例, 両親3例, 教員のみ3例, 教育委員会のみ3例, ネットワーク会議を兼ねたもの1例, 計44例であった。3例は同じ相談者が別の年次に相談をしているため、初回のみをカウントした。教員のみと教育委員会のみ症例は、申し込んだ保護者の当日キャンセルにより症例検討のみとなった。児童・生徒の同席は22例(47%)あった。相談者以外の同席者は祖父母, 教師, フリースクール担当者であった。

小学校低～中学年では、対人関係や学習場面での多動・衝動性などの行動について、小学校高学年～中・高校生では不登校や生活面の問題、就学・就労についての相談が主であった。その他、問題行動についての相談が5例あり、うち単独で行う盗みに関するものが3例、性的言動が2例であった。盗みは全例女児で、性的言動は全例男児であった。故意の問題行動ではないが、小学校低学年の女児で迷子での保護歴が2例あった。身体症状の相談は9例あり、睡眠障害やチック、起立性調節障害が多かった。

3. 相談以前の利用機関

過去に利用していた外部機関が明らかなものは11例(23%)で、利用したことがないのは36例(77%)であった。施設は病院, 療育機関, 保健センターおよびそれ

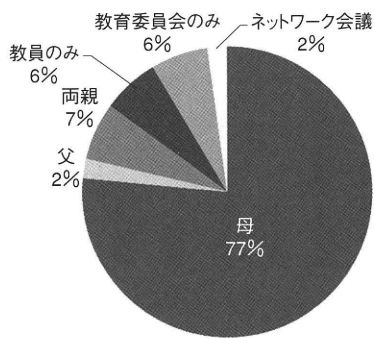


図2 相談者

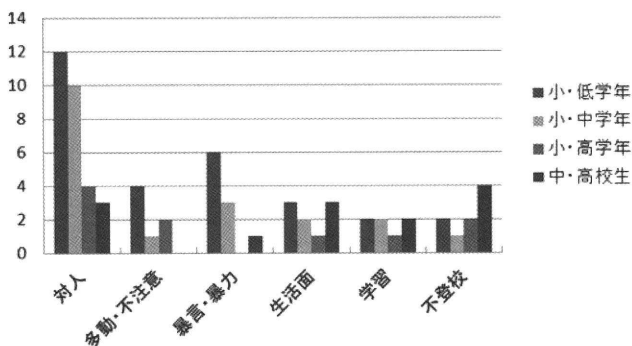


図3 相談内容

小・低学年 n=17, 小・中学年 n=15, 小・高学年 n=7, 中・高校生 n=8。相談内容は重複例も含む。

らの併用であった。療育利用者7例(15%)と保健センターで育児相談を受けていた1例(2%)は、全例で就学により相談および療育が終了していた。現在も継続利用している機関は病院のみで3例(6%)であった。

4. 背景と考えられる診断 (図4, 5)

相談内容および実際に面談した子どもの様子, 過去に行った WISC III の結果から推定される診断は, PDD33例(70%), AD/HD13例(26%), LD 4例(8.5%), MR および Borderline 11例(23%)であった。

5. 助言内容とその後の対応 (図6)

全症例について児の特性, 問題となっている原因の行動分析や環境調整の方法, 保護者の関わり方について指導した。中・高校生については考えられる進学先, 就労先やその際に必要な支援についても説明した。12例(25%)が対人関係や行動上の問題に対して個人もしくは少人数で指導を行う通級による特別支援学級(以下, 通級)をすでに利用していたが, 新たに11例(23%)に対して通級を勧めた。知的障害がある

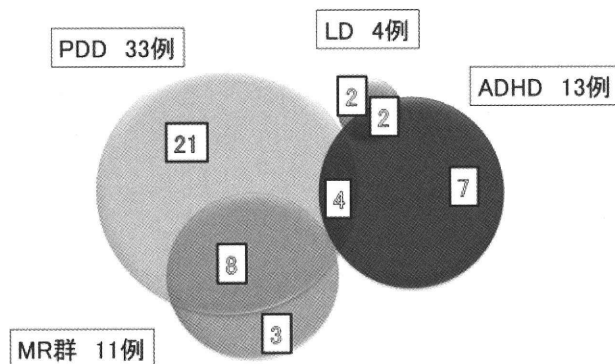


図4 推定される診断

囲みの中の数字はそれぞれに該当する症例数を表しており, 重なり部分は複数の診断特性を持っている症例を示す。MR群は mild MR と Borderline IQ を合わせた。

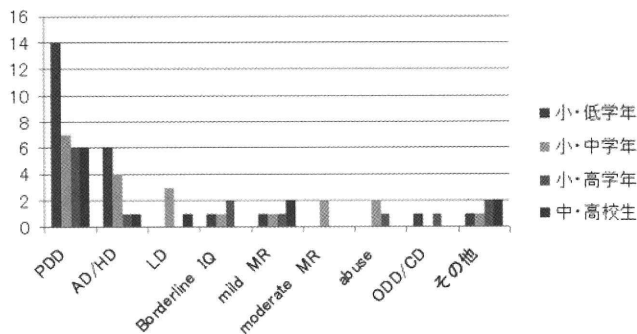


図5 推定される診断 (学年別比較)

PDD: Pervasive developmental disorder, AD/HD: Attention-deficit/Hyperactivity disorder, LD: Learning disability, MR: Mental retardation, ODD/CD: Oppositional defiant, Disorder/Conductive disorder

小・低学年 n=17, 小・中学年 n=15, 小・高学年 n=7, 中・高校生 n=8。一部診断の重複を含む。

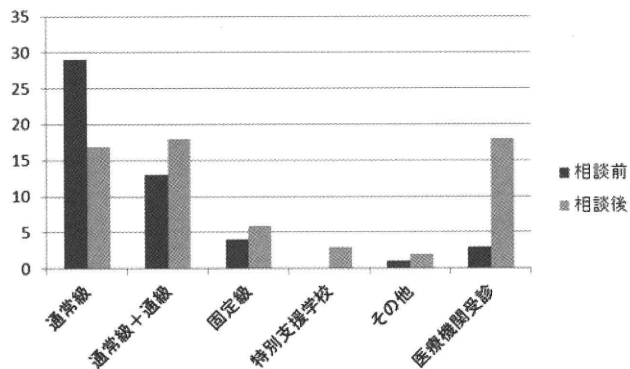


図6 相談前後の対応

8例(17%)については知的障害特別支援学級(以下, 固定級)もしくは知的障害特別支援学校への移籍を勧めた。また, 26例(55%)に医療機関受診を勧めた。受診を勧めた理由は, 小学校低~中学年では AD/HD 症状やパニックに対する投薬の検討, 小学校高学年以

上では二次障害への対応や継続的なカウンセリングが主であった。

相談後、小学校低学年では通級利用が、小学校高学年では固定級への変更が増加した。通常学級から通級もしくは固定級の特別支援学級の利用に移籍した症例は7例(15%)、知的障害特別支援学校への移籍は3例(6%)であり、小学校から中学校への進学時1例、中学校から高等教育への進学時2例であった。医療機関受診は16例(33%)が行った。特に中・高校生は50%が受診していた。学級変更を選択しない症例では、その他の機関(民間療育、大学心理学部など)の利用が増加した。

IV. 考 察

1. 相談対象となった子どもの特徴

症例検討の対象者の68%が小学校低～中学年であり、義務教育の早期から問題が出現していた。また特徴として、文部科学省の調査と診断の差異が認められた。文部科学省の調査で軽度発達障害が疑われた6.3%のうち、LDやMRを疑う学習面の困難が71%、AD/HDを疑う不注意・多動性衝動性が40%、PDDを疑う対人関係の問題が13%であった²⁾。本検討ではPDDが最も多く70%を占め、次いでAD/HD群、MR群、LDとなっていた。差異がみられた原因の一つとして教育と医療の立場から見る発達障害の認識の差がある。教育は学習面の困難さに、医療は認知の偏りからくる発達過程でのさまざまな困難さや症状に関わっている。今回、PDDが疑われた症例では対人トラブルやこだわりによる生活面での育てにくさや、一部の症例におけるWISC IIIでの下位項目のばらつきが目立ち、認知の偏りが示唆された。これらが学習面の困難さを引き起こすことは容易に推測される。おそらく学習面の困難さを示す子どもの中にPDDの認知の偏りによる症例が含まれているが、教育の立場からは認識しにくいものと思われる。PDDの特性を持つ児童・生徒には、その認知特性を理解したうえでの支援が必要であるため、医療側から教育へ具体的な支援方法の助言をしていくことが重要である⁴⁾。

小学校高学年以上では不登校や性的行動化、今後の就学・就労が相談の契機となっていた。不登校は全年代を通じてみられるが、小学校低学年、中学年、高学年、中・高校生でそれぞれ12%、6.7%、29%、50%であり、学年が進むにつれて増加する傾向があった。小学校低・

中学年から存在した対人や学習の問題が解決されずに高学年となることで、学校に対する拒絶感が出現するものと考えられる。さらに身体症状が加わることにより登校が困難になり、そこから生活リズムを崩す症例も散見された。前思春期は定型発達の子どもでも起立性調節障害を合併しやすい。自律神経症状が強くみられやすいPDDでは、これも高学年以上の不登校を増加させる一因と考えられる⁵⁾。

2. 相談者の特徴

相談者は母が最も多く、両親で来所したものも含めると39例(84%)、父は両親での来所を合わせると4例(9%)にとどまった。多くの家庭で母親が最も子どもに関わっているため問題を認識しやすく、障害を認識すると父より母の方がポジティブに捉えて対応する傾向があると報告されており、本研究でも同様の傾向であった⁶⁾。幼少期から育てにくかったと感じていた症例が7例(15%)あり、潜在的に不安を持っているものと考えられる。医療相談はこころとからだの相談と名を打っているため、運動が苦手、チック、睡眠障害など身体的な問題で相談を申込み、面談中に発達障害の相談となることもしばしばあった。学校側も保護者が小児科医に会うことを目的として、身体的な相談を入り口に保護者に相談を勧めることが多くみられた。

A市における平成19、20、21年度開始時の通常学級在籍児童・生徒数はそれぞれ10,792人、10,877人、10,943人であり、そのうち6.3%が発達障害とすれば、今回調査した3年間で約2,100人の潜在的な発達障害の児童・生徒が存在するはずである⁷⁾。本検討は47例であり、推定される発達障害児の2.2%でしかないが、94%が継続的な相談をしていない症例であった。秋山らは子どもの発達に対する何らかの問題意識や違和感、不安や心配といった保護者の心理的な変化を「気づき」と定義し、療育センターと子ども相談室を利用している保護者を対象に質問紙調査を行った⁸⁾。その中で、保護者はPDDでは1歳から1歳6か月、MRでは3歳までに何らかの「気づき」があったとしている。また、MRやPDDでは4割の保護者が障害告知から受容までに1～2年以上かかり、同年代の集団への参加により他児と行動の比較をすることで認識するという報告もある⁹⁾。本検討のように保護者の「気づき」が弱く相談に至らない、もしくは相談できてもそ

の後を継続できない症例については、学齢期に積極的な介入と障害受容の支援を行う必要がある。学校は学習や集団行動という具体的な課題により他児との比較が可能になるため、保護者に対する「気づき」の促しが有効と考えられる。今回、25%の症例がすでに通級を利用しており、これは教育現場での働きかけの結果と考えられる。ここに医療連携を加えることで教育現場の働きかけによる「気づき」に特性理解という意味づけの役割を果たすことが可能となる。

3. 症例検討と助言の効果

主に特性の説明、特別支援教育の利用、医療機関の受診について助言した。教育機関での相談であるため、幼少期から現在までの子どもの特徴を確認したうえで、特定の診断名は出さずに特性のみに言及した。家庭で行えることとして、応用行動分析の考え方やそれに基づいた行動療法、環境調整および保護者の対応方法を説明し、特別支援教育や医療機関で継続的な助言を受ける必要性も伝えた。特別支援教育については対人コミュニケーションや状況判断の向上、LD対応が必要な症例、通常学級での不適応症例には通級を、学習の遅れが明らかなMR群や通常学級での不適応が著明な症例には固定級もしくは特別支援学校の利用を勧めた。医療機関受診については診断確定や器質性疾患の精査、身体症状やAD/HD症状に対する投薬などが必要な症例に対して勧めた。近年ではAD/HDや精神症状に対する投薬により、保護者との関係改善や成功体験の増加などの積み重ねで不登校を含めた二次障害を予防する点でも医療的な役割が増加している¹⁰⁾。特別支援教育の利用や医療機関受診は助言後にいずれも増加しており、医療相談や助言で保護者の「気づき」と特性受容を促すと考えられる。

保護者にとっては障害と直面させられる医療機関受診への抵抗は強い。しかし、実際には保護者は幼少期から自分の子どもに何らかの違和感を持っている¹¹⁾。教育機関において小児神経科医が医療相談を行うことで、保護者が持っている違和感を説明し、それに伴う障害の認識や受容、学級変更を行う過程での学校との対話の増加、医療機関への受診などを促し、家庭・教育・医療の連携を推し進める効果があると考えられる。

4. 今後の課題

教員と関係がこじれ、教育委員会や学校への不信感

をあらわにする例も散見された。保護者は不注意症状による生活の困り感、教員では多動や対人コミュニケーションが認識されやすいとされている¹²⁾。いずれも子どもの認知特性からくる認識すべき行動や問題であるが、保護者と教員とではその立場や役割の違いから自ずと視点が異なりそこに齟齬が生じやすい。小児神経科医は教育と保護者を取り持つ役割をすべきと言われて¹³⁾。小児神経科医が発達障害の根底にある認知特性とそこから考えられる現時点ですべきことや長期的な将来像まで、教員と保護者の双方に具体的に助言する必要がある。

本研究のように教育現場から家庭への促す場としては、教育委員会内での医療連携が有効と考えられる。一方で、今回の方法では教員に対して医師から直接的に助言する機会は少ない。今後、教員との情報共有のために、医師が学校に出向いて直接相談を受ける outreach clinic のような関わりも必要と考えられる¹⁴⁾。

本研究で行った症例検討はあくまでも保護者と教員に対して子どもの特性理解をする入り口である。発達障害については教育と医療がそれぞれ独立して研究してきた歴史があり、互いの利点・欠点や限界について理解が十分とはいえない。小児神経科医が医療相談や症例検討、発達障害に関する講習を行うことは特別支援教育が目指す教育と医療の連携に重要であり、さらに窓口を広げて行っていく必要がある。

本研究の主旨は第52回日本小児神経学会総会（福岡）にて発表した。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 小枝達也. 発達障害を誰がいつ、診断し、治療するのか? 日本小児科学会雑誌 2007; 111: 1375-1380.
- 2) 文部科学省. 特別支援教育のあり方に関する調査研究協力者会議. 今後の特別支援教育の在り方について (最終報告書). 平成15年3月.
- 3) 斉藤万比古編. 子どもの心の診療シリーズ2 発達障害とその周辺の問題. 東京: 中山書店, 2009.
- 4) 渡部匡隆, 江口真美. 通常の学級における広汎性発達障害のある児童と級友との社会的相互作用の支援. 行動科学 2009; 48: 11-22.
- 5) 広沢正孝. 適応不全と知覚過敏・身体感覚へのとら

- われ. 成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群 社会に生きる彼らの精神行動特性. 東京: 医学書院, 2010: 122-131.
- 6) 山岡祥子, 中村真理. 高機能広汎性発達障害児・者をもつ親の気づきと障害認識—父と母との相違—. 特殊教育学研究 2008; 46: 93-101.
- 7) 東京都教育委員会. 教育人口等推計の概要について. <http://www.kyoiku.metro.tokyo.jp/toukei/kakutei/19kakutei.htm>
- 8) 秋山千枝子, 堀口寿広. 発達障害児の保護者による「気づき」の検討. 脳と発達 2007; 39: 268-273.
- 9) 中田洋二郎, 上林靖子, 藤井和子, 他. 親の障害認識の過程. 小児の精神と神経 1995; 35: 329-342.
- 10) 山崎知克. 小児期の発達障害における対応. 日本小児科学会雑誌 2010; 114: 1169-1177.
- 11) 東谷敏子, 林 隆, 木戸久美子. 発達障害児を持つ保護者のわが子の発達に対する認識についての検討. 小児保健研究 2009; 38: 38-46.
- 12) 秋山千枝子, 昆かおり, 堀口寿広. 発達障害児の状態に対する保護者と教師の認識のズレに関する検討. 脳と発達 2008; 40: 284-288.
- 13) 横山浩之. 周囲との連携を考える. AD/HD, LD, 高機能自閉症 [新版] 軽度発達障害の臨床. 東京: 診断と治療社, 2009: 186-218.
- 14) 稲葉雄二, 新美妙美, 石田修一. 軽度発達障害児の支援を目的とした学校への outreach clinic の実践. 脳と発達 2010; 42: 267-272.

〔Summary〕

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cooperation between medical institutions and educational institutions. Child neurologists and members of education board had a clinical conference and made suggestion to families of development disorder's children. Among the families of children from 1st to 4th grade of elementary school, many of them complained about communication troubles with other children and the problems in their classroom. Among the families of children above 5th grade of elementary school, junior high school and high school, they were worried about refusal to attend school, entrance to next school and children's employment in their future. After taking advices to parent, utilization rate of special support education grew from 36% to 57%, and the hospitalization rate grew from 6% to 38%. This study suggested that the advices and assessments by child neurologists are effective to families of children with development disorder on their acceptance of development disorders.

〔Key words〕

development disorder, special support education, refusal to attend school, cooperation with medical institutions, acceptance of development disorder