

# 学齡期発達障害・知的障害児の二次障害合併の検討

宮 一志<sup>1)2)</sup>・田仲 千秋<sup>2)</sup>・田中 朋美<sup>2)</sup>

Problems of school age children with developmental / intellectual disability

Kazushi MIYA・Chiaki TANAKA・Tomomi TANAKA

要旨：発達障害が疑われる小児のうち就学年齢以降で受診する例では認知機能・能力の偏りが軽度であるにも関わらず、二次障害を合併していることが多いとされている。本研究では2010年4月から2015年9月までに富山大学附属病院を受診し、発達・知的障害と診断された6歳から15歳までの小児において、受診時の年齢により（小学校低学年群、小学校高学年群、中学生群の3群）、二次障害の発生頻度に差が見られるか、 $\chi^2$ 検定により解析した。その結果、年齢群と受診時の二次障害の有無では有意差が見られた( $\chi^2(2, N=95)=12, p<0.01$ )。残差分析により小学校低学年での受診では二次障害の合併が少ないことが示唆された。発達障害児が二次障害を起こさないためには教育・保健・福祉・医療の連携協力を進め、個々の子どもたちの特性や能力を早期に把握して、個々に応じた支援・教育を行っていく必要があると思われる。

キーワード：発達障害、知的障害、二次障害、学齡期

Key words : developmental disability, intellectual disability, associated psychological and behavioral problems, school age children

## I. はじめに

近年、発達障害への認知の高まりから、医療機関へ発達障害が疑われる小児の受診が増加している[1-3]。富山大学附属病院小児科においても発達障害を疑われて受診する小児は年々増加傾向にある[3]。発達の問題で当院小児科を受診するのは乳幼児から中学生まで幅広い年齢層であるが、乳幼児期に受診する児に比較して、就学年齢以降で受診する児は認知機能・能力の偏りは軽度であるが、生活や学校での不適応から二次的な問題を合併していることが多い印象があり、また過去の報告でも指摘されている[4-7]。今回、我々は発達障害に二次障害を合併した症例を提示し、就学年齢以降に当院を受診し、発達障害と診断された小児を対象として、年齢により二次障害の合併率が変化するかを明らかにすることを目的として検討した。

## II. 症例提示

【症例1】 10歳 男児

【主訴】 不登校、不眠、家庭内暴力

【現病歴】

小学校2年生までは自宅、学校で問題となる行動はなかった。小学校3年生になってから、自宅で自分の思い通りにならないと奇声をあげて、何もしていない弟たちに暴力を振るうようになった。また自宅の壁やドアを蹴るようになった。2学期より学校へ行きたくないといい始め、3学期から不登校となった。5年生になっても不登校は持続し、夜12時ごろまでタブレットでゲームをして布団に入るが朝5時ごろまで眠れないと訴えていた。また、突然目つきが変わったように弟たちに暴力をふるうため、納屋に閉じ込めて落ち着かせていた。不登校、不眠、家庭内暴力の背景に発達障害があるのではと周囲の人に指摘され、小学校5年生の3学期に当院を受診した。

小学校3年生ごろから国語、算数がわからないと言うようになった。漢字は1年生程度までしか書けない。

1) 富山大学人間発達科学部 発達教育学科 発達福祉コース  
2) 富山大学附属病院小児科

**【既往歴】**

在胎週数40週、出生体重3280g、正常分娩  
 予定3か月、独歩12か月、発語12か月  
 健診で異常を指摘されたことなし

**【家族歴】**

母、父、弟2人、祖父母の7人家族。  
 健康上で特記すべきことなし

**【受診時の状況】**

身体所見に特記すべきことなし。  
 おとなしく診察室の椅子に座っている。うつむいてお  
 り、呼びかけても少しうなずくのみ。

**【検査所見】**

- ・WISC-IV  
 全検査IQ 71 (言語理解72、知覚推理78、ワーキン  
 グメモリ71、処理速度86)
- ・ADHD-RS IV (母親) 不注意項目7点 (50-75% ile)  
 多動・衝動性項目6点 (50-75% ile)
- ・ASSQ (母親) 15点 (<19点)

**【経過】**

今までの経過、知能検査の結果より境界領域知能～  
 軽度知的障害+適応障害と診断した。弟への暴力行為  
 が激しいため、感情抑制を目的としてリスペリドンの  
 内服を開始した。それとともに学校に状況を伝え、特  
 別支援学級への入級を依頼した。6年生より特別支援  
 学級へ通学するようになり、クラスの下級生の面倒を  
 見たりするようになった。しかし、自宅での弟たちへ  
 の暴力はその後も1年程度続いた。

**【症例2】 13歳 男児**

**【主訴】** 学校での暴力行動

**【現病歴】**

母親は幼児期より兄の育てづらさを感じていた。他  
 の兄弟ともケンカが多かった。幼児期は多動があり、  
 集中していると読んでも振り向かなかったり、衝動的  
 ですぐに弟や友達をたたいてしまったりしていた。小  
 学校では集団行動がなかなかできず、授業中の離席、  
 忘れ物が多いなどの問題があった。漢字練習などの繰  
 り返し作業が苦手で、成績は悪かった。自分の思い通  
 りにならないと怒って暴れまわることがあり、そのた  
 びに教師や同級生が馬乗りになって押さえつけてい  
 た。中学校に入り、同級生への暴力が頻発し、同級生  
 を大げがさせる、学校の備品を壊すなどの問題が何度  
 もあった。母親が発達障害を疑い、発達障害支援セ  
 ンターに相談に行き、WISC-III 全検査IQ 95 言語性IQ  
 99 動作性IQ 92と判定された。発達障害であろうと

指摘され、中学校1年生の3学期に当院を受診した。

**【既往歴】**

在胎週数37週、出生体重3190g、正常分娩  
 予定3か月、独歩15か月、発語12か月  
 健診で異常を指摘されたことなし

**【家族歴】**

母、父、弟2人、妹1人の6人家族。  
 健康上で特記すべきことなし

**【受診時の状況】**

身体所見に特記すべきことなし。  
 診察室の椅子に座りながら威嚇するような目つき。服  
 装は雑で身だしなみも整っていない。  
 母親には攻撃的な口調であるが、母親の質問にはしっ  
 かり答えている。

**【検査所見】**

- ・ADHD-RS IV (母親) 不注意項目20点 (95% ile)  
 多動・衝動性項目21点 (98% ile)
- ・ASSQ (母親) 8点 (<19点)

**【経過】**

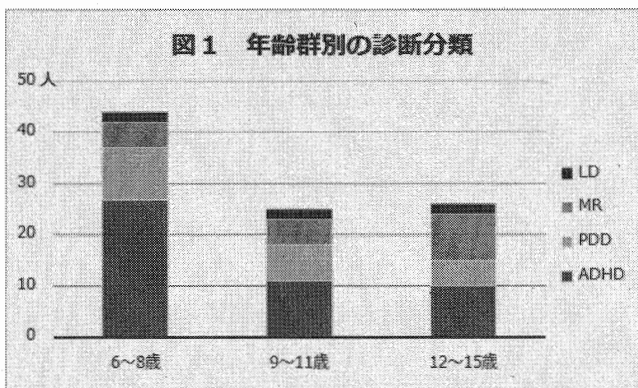
今までの経過、知能検査の結果より注意欠陥多動性  
 障害+素行障害と診断した。問題行動が激しく、薬物  
 療法を試みようとして本人に説明するも服薬は拒否され  
 た。学校での問題は警察が介入する程度にまで発展し、  
 登校を控えるように言われ、以後学校に登校していな  
 い。

**Ⅲ. 対象と方法**

2010年4月から2015年9月までに富山大学附属病  
 院小児科外来を新規受診し、最終的に発達障害・知的  
 障害と診断された患者の受診記録をもとに年齢、性  
 別、主訴、受診時の二次障害の有無を後方視的に検討  
 した。検討対象は6歳以上、15歳以下で、今まで他  
 の医療機関などで発達障害の診断を受けていない95  
 例 (男81人、女14人) とした。発達障害・知的障害  
 の診断は富山大学附属病院小児科外来において神経疾  
 患を主たる診療対象としている筆者(小児神経専門医)  
 がDSM-IVに基づいて診断した。知的障害(MR)の  
 診断はWechsler Intelligence Scale for Children (WISC-  
 III or IV)の結果をもとに生活能力とともに診断した  
 ため、知能指数(IQ)75以下の患者も含まれている。  
 発達障害は注意欠陥多動性障害(ADHD)、広汎性発  
 達障害(PDD)、学習障害(LD)に分類し、PDDに併  
 存するADHDはPDDとした。受診時の二次障害は行  
 動障害(反抗挑戦性障害、素行障害)、情緒的障害(不  
 安障害、適応障害、強迫性障害)、精神性障害(気分

障害、パーソナリティ障害)の有無とした[7]。

受診時の年齢と二次障害の関係を解析するため、受診時の年齢を6～8歳(小学校低学年群)、9～11歳(小学校高学年群)、12歳～15歳(中学生群)の3群に分け、 $\chi^2$ 二乗検定を行った。



#### IV. 結果

ADHD 48人(男38人、女10人)、PDD 22人(男20人、女2人)、MR 19人(男17人、女2人)、LD 6人(男6人)であった。受診時にはすべて通常学級に在籍していた。受診時の主訴は多動・不注意が48人、対人関係の問題14人、学習の遅れ12人、暴言・暴力9人、不登校4人、自傷行為・体重減少・不安がそれぞれ2人、気分の落ち込み・頻繁の手洗いが1人ずつであった。

6～8歳(小学校低学年群)ではADHD 27人、PDD 10人、MR 5人、LD 2人であった。9～11歳(小学校高学年群)ではADHD 11人、PDD 7人、MR 5人、LD 2人、12歳～15歳(中学生群)ではADHD 10人、PDD 5人、MR 9人、LD 2人であった(図1)。受診時の年齢が上がるほどMRが増加し、ADHDが減少する傾向が見られたが、年齢群と診断分類の人数を $\chi^2$ 二乗検定で検定した結果、有

意差は認められなかった( $\chi^2(6, N=95)=7.24, ns$ )。年齢群別の受診時の二次障害の有無は6～8歳(小学校低学年群)では「あり」9人、「なし」35人、9～11歳(小学校高学年群)では「あり」10人、「なし」15人、12歳～15歳(中学生群)では「あり」16人、「なし」10人であった。受診時の年齢が上がるほど受診時に二次障害を認めている例が増加する傾向がみられた。年齢群と受診時の二次障害の有無を $\chi^2$ 二乗検定で検定した結果、1%水準で有意差が見られた( $\chi^2(2, N=95)=12, p<0.01$ ) (表1)。残差分析を行ったところ、6～8歳(小学校低学年群)の二次障害ありの調整済み残差の値が<-1.96であり、5%水準で有意に期待値より小さかった(表1)。診断分類ごとに年齢群と二次障害の有無を $\chi^2$ 二乗検定で検定したが、有意差は認められなかった(表2～5)。

#### V. 考察

発達障害児が自立し社会参加するために必要な力を養うためには一人一人の障害の状態などに応じ、きめ細かな支援・教育を行う必要がある。そのために障害をもつ小児への支援は早期発見から、就学前、就学中、卒業後のそれぞれのライフステージにおける支援がつながり、最終的に生活予後を向上させることが目標となる[8]。そして、知的障害のない発達障害児においては障害の早期発見や母親の支援が社会適応度やQOL向上に寄与すると報告されている[8-10]。発達障害児の予後向上には早期発見が欠かせないが、周囲の無理解や障害受容の抵抗から支援機関や医療機関への受診が遅れる場合があり、特に障害の程度が軽度(認知能力の偏りが軽度)である場合には知能検査でも標準範囲内となり、また心理検査でも明らかな結果が得られにくいことから発見が遅れ、適切な対応や対策がとられずに二次的な問題行動や情緒の障害を引き起こ

表1 年齢群別の二次障害

		6～8歳	9～11歳	12～15歳	計
二次障害あり	人数	9	10	16	35
	期待値	16.2105	9.2105	9.5789	
	調整済み残差	-2.2703	0.1811	1.4943	
二次障害なし	人数	35	15	10	60
	期待値	27.7895	15.7895	16.4211	
	調整済み残差	1.7340	-0.1383	-1.1413	
計		44	25	26	95

( $\chi^2(2, N=95)=12, p<0.01$ )

表2 年齢群別の二次障害 (ADHD)

		6～8歳	9～11歳	12～15歳	計
二次障害あり	人数	4	3	4	11
	期待値	6.1875	2.5208	2.2917	
	調整済み残差	-1.5076	0.1874	0.6506	
二次障害なし	人数	23	8	6	37
	期待値	20.8125	8.4792	7.7083	
	調整済み残差	0.8220	-0.1022	-0.3548	
計		27	11	10	48

( $\chi^2(2, N=48)=2.774, ns$ )

表3 年齢群別の二次障害 (PDD)

		6～8歳	9～11歳	12～15歳	計
二次障害あり	人数	4	4	5	13
	期待値	5.9091	4.1364	2.9545	
	調整済み残差	-0.9707	-0.0555	0.7342	
二次障害なし	人数	6	3	0	9
	期待値	4.0909	2.8636	2.0455	
	調整済み残差	1.1667	0.0667	-0.8824	
計		10	7	5	22

( $\chi^2(2, N=22)=4.9802, ns$ )

表4 年齢群別の二次障害 (MR)

		6～8歳	9～11歳	12～15歳	計
二次障害あり	人数	0	1	5	6
	期待値	1.5789	1.5789	2.8421	
	調整済み残差	-0.8748	-0.3208	1.6738	
二次障害なし	人数	5	4	4	13
	期待値	3.4211	3.4211	6.1579	
	調整済み残差	0.5943	0.2179	-1.1371	
計		5	5	9	19

( $\chi^2(2, N=19)=5.0125, ns$ )

表5 年齢群別の二次障害 (LD)

		6～8歳	9～11歳	12～15歳	計
二次障害あり	人数	1	2	2	5
	期待値	1.6667	1.6667	1.6667	
	調整済み残差	-0.4472	0.2236	0.2236	
二次障害なし	人数	1	0	0	1
	期待値	0.3333	0.3333	0.3333	
	調整済み残差	1.0000	-0.5000	-0.5000	
計		2	2	2	6

( $\chi^2(2, N=6)=2.4, ns$ )

すことが多く報告されている[4-7]。さらには成人期になって初めて発達障害を指摘される例もあるが、多くはうつ状態や適応障害といった二次障害を主訴に精神科を受診している[11, 12]。

本研究では比較的軽度の発達障害・知的障害の小児例の二次障害について検討するため、健診や保育所・幼稚園などで強い行動面の問題を認めなかったため診断されずに就学したと思われる6歳以上の小児例を対象とした。一施設の外来受診患者の検討であるが、小学校低学年での受診例では二次障害をすでに合併している例は少ないという結果は過去の報告と一致している[8-10]。発達障害児は発達障害としての多動・衝動性、不注意、対人関係の苦手さ、学習困難といった一次的な問題から、失敗や周囲の人からの叱責、否定的な対応を繰り返し体験することによって、他者への攻撃的な行動や不適応による不登校、自傷、摂食障害へつながっていく[13]。この繰り返しの体験が必要なために、小学校高学年以降に二次障害を合併する例が増加するものと考えられる。そして、いったん二次障害を合併すると、自験例や不登校・ひきこもり事例の報告にも示されるように対応には多くの時間と労力を必要とする[6]。このような本人にとっても、周囲にとっても不幸な状況は繰り返されるべきではなく、社会全体での早急な対応が望まれる。本研究の結果により、失敗や周囲の人からの叱責、否定的な対応を多く経験していない小学校低学年以下では二次障害の合併が少ないことが明らかとなった。このことは個々の子どもたちの特性や能力を早期に把握して、個々に応じた支援・教育を行っていくことにより二次障害への進展を予防できる可能性を示唆する。そして、学校はすべての子どもたちの特性や能力を早期に把握できる重要な場所である。学校を中心とした教育・保健・福祉・医療の連携協力を進めることで、すべての子どもたちが早期に評価されて適切な支援・教育を受けることができ、個々の状態に応じて必要な力を養い、自立して社会に参加できるようになることが期待される[14-16]。

## VI. 文献

1. 谷合弘子, et al., 名古屋市の療育センターにおける発達障害児数の動向 1998年度から2012年度までの推移. 小児の精神と神経, 2016. 55(4): p. 325-333.
2. 障害児の当院外来受診状況の推移. 小児の精神と神経, 2014. 54(1): p. 49-54.
3. 宮一志, 当科における発達障害診療の現状と課題.

日本小児科学会雑誌, 2014. 118(4): p. 728-729.

4. 林隆, 発達性読み書き障害 (dyslexia) 診断と治療の進歩 医療からのアプローチ 取り巻く問題点(併存症・二次障害). 脳と発達, 2015. 47(3): p. 203-206.
5. 中野明德, 発達障害が疑われる不登校児童生徒の実態--福島県における調査から. 福島大学総合教育研究センター紀要, 2009(6): p. 9-16.
6. 須見よし乃, 発達障害と二次障害 不登校・引きこもりとの関連を中心に. 臨床小児医学, 2011. 59(1-6): p. 15-19.
7. 岡田俊, 子どもの発達障害と併存障害. 小児の精神と神経, 2011. 51(4): p. 328-335.
8. 神尾陽子, ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害保健福祉総合研究, 2010.
9. 柳井康子, 木部則雄, and 森永良子, 発達障害の長期予後--青年期における良好な社会適応を促す要因の検討. 白百合女子大学発達臨床センター紀要, 2010(13): p. 3-18.
10. 末田慶太郎 and 山崎透, 小中学生の高機能広汎性発達障害における社会適応度に関連する要因の検討. 脳と発達, 2015. 47(4): p. 293-297.
11. 武井明, et al., 総合病院精神科外来を受診した成人期広汎性発達障害の後方視的検討. 精神医学, 2014. 56(3): p. 237-244.
12. 栗木紀子, et al., 大阪府こころの健康総合センターにおける成人期広汎性発達障がい診療の実態について. 大阪府こころの健康総合センター所報, 2014. 平成25年度: p. 45-47.
13. 齊藤万比古, 【より効果的な支援をめざして-学習支援から問う特別支援教育-】 発達障害と二次障害. LD研究, 2015. 24(1): p. 77-87.
14. 全有耳, et al., 学校保健と地域保健の連携による思春期発達障害児支援の取り組み 思春期精神保健対策の必要性. 日本公衆衛生雑誌, 2014. 61(5): p. 212-220.
15. 稲葉雄二, 新美妙美, and 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(4): p. 267-272.
16. 飯島恵, 軽度発達障害児の問題点と対応:--ADHD (注意欠陥多動性障害), アスペルガー障害を中心として. 順天堂医学, 2005. 51(4): p. 501-508.