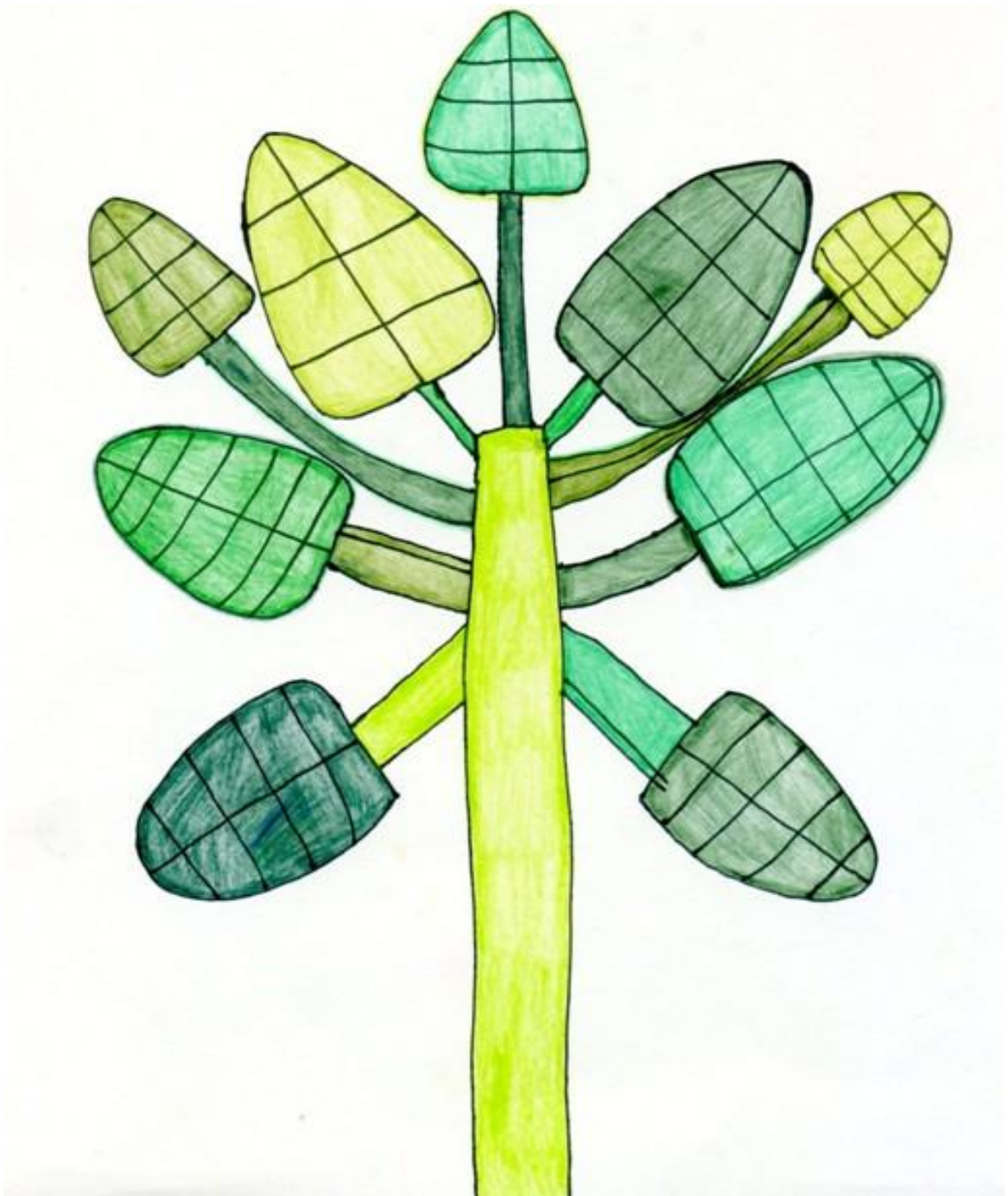


支援教育

これだけは知っておきたい障がいの基礎

～知的障がい・発達障がいのある子どもの理解と支援のために～



イラストは、寝屋川支援学校中学部図工グループ生徒の作品です。

はじめに
「教師の専門性」

障がいのある子どもの教育を担う教師に必要な「資質や能力」とは何か、このような自問を幾度か繰り返してきましたが、未だその確かな結論の域には達していません。少なくとも一般論的には、すでに何らかの結論を得ているのだと思いますが、35年以上この教育に携わってきた私にとっては、まだこの教育の奥深さを測り知ることはできません。その深さに打ちのめされることも多々あります。しかし、この教育の真骨頂は、なによりも子どもに対する教育的愛情と弛まぬ学びの精神ではないかと思えます。教師の専門性という階段を登るにはそのような努力と精神が必要なのだと思えます。

さて、障がいのある子どもの教育において、全国的には特殊教育から特別支援教育へのパラダイムの転換が図られました。障がいのある子どもへの支援は、私たちが今まで培ったノウハウや支援の在り方等を大事にして、新たなLD等の発達障がいのある子どもへの支援の在り方を展開していくことも重要な視点となりました。特に全国的には、特別支援学校への期待として、「センター的機能の発揮」があります。このことは、特別支援学校が地域の学校・園と連携し、お互いが持っているリソースを共有しつつ、総合的に力を発揮し支援を展開していくことの重要性を示唆しています。

今回、寝屋川支援学校のコーディネーターを中心に理解啓発冊子を刊行しました。この冊子は、障がいのある子どもをこれから理解し指導・支援を行う人のために役立てていただくことを意図しています。すべての障がい種について網羅している訳ではありませんが、基礎的なことから理解を少しでもしていただけたら幸いです。

平成22年3月

大阪府立寝屋川支援学校長



もくじ

★ はじめに	1
★ もくじ	2
★ コラム欄もくじ	3
★ 1 てんかん	4
★ 2 運動発達の遅れ	6
★ 3 ダウン症	8
★ 4 広汎性発達障がい(自閉症を中心として)	10
★ 5 ADHD	12
★ 6 学習障がい	14
★ 7 知的障がい	16
★ 8 略語	18
★ 9 カタカナ	20
★ 10 主な薬	22
★ 11 参考文献	24



この冊子は、はじめて障がいのある子どもたちとかかわる方々に、障がいのある子どもたちのことについて基礎的なことを知っていただくために作成しました。

障がいに対する認識はこの間に大きく変化してきています。そのなかで障がいは「配慮を必要とする個性」といわれ、環境面を整えることによって、その障がいは障がいではなくなるという考え方が浸透しています。

「支援学校にはどんな子どもたちがいるんだろう?」「この子たちはどんな個性を持っているの?」「支援学校の授業って?」。そんな疑問にぶつかった時、このパンフレットが疑問解決の一助になってくれれば、との思いがあります。

このパンフレットには本校で学ぶ児童生徒にみられる代表的な障がいについて取り上げました。障がいのある子どもについて正しい理解を持つことはとても大切なことです。しかしその障がいの特性のみにとらわれて、子どもを見る視点を誤ることもあります。障がいはその子どもの特性の一部にとらえ、一人ひとりの子どもについて実態をしっかりと把握することを大切にして取り組みましょう。

またコラム欄には、主項目として取り上げることのできなかった障がいや重要事項について取り上げました。ここに書かれていることで十分とはいえませんので、さらなる研鑽を積まれることを期待します。

※この冊子では大阪府の「『障害』の『害』のひらがな表記の取り扱いについて」(平成20年3月)にもとづき、マイナスのイメージのある「害」の漢字をひらがなで表記しました。学術用語など例外もありますが、混乱を避けるためすべて(書籍以外)をひらがなで表記させていただきました。

コラム欄もくじ

★ アンジェルマン症候群	3
★ コーネリア・ドウ・ランゲ症候群	3
★ クラインフェルター症候群	9
★ 自閉症スペクトラム	11
★ ディスレクシア	15
★ 脳性まひ（CP）	17
★ 場面（選択的）緘黙症	17
★ ミトコンドリア異常症	19
★ 行為障がい	19
★ 反抗挑戦性障がい	21
★ レット症候群	24
★ ICF（国際生活機能分類）	24



コラム

アンジェルマン症候群（引用：「教育現場における障害理解マニュアル」）

重度の精神遅滞、てんかん、特有の顔貌（幅の広い口唇、舌の突出、発達した下顎の突出など）、短頭症（頭が前後に短い）、色白の皮膚、あやつり人形様の歩行、いつもニコニコして愛想がよい、などを主症状とする。原因となる責任遺伝子は15番染色体長腕部位に存在することがわかっている。精神運動発達は乳児期早期から重度の遅れを示す。言語獲得は非常に稀で、歩行開始は通常2～3歳以降であやつり人形様の失調性歩行である。てんかん発作型は、点頭てんかんの短い強直発作、ミオクロニー発作、非定型欠神発作、強直間代発作、複雑部分発作などさまざまである。生命予後は良好で、特に短命ということではない。根本的な治療はなく、合併症に対する対症療法（抗けいれん剤など）や早期の療育が行われている。

コラム

コーネリア・ドウ・ランゲ症候群（引用：「教育現場における障害理解マニュアル」）

本症候群の原因は不明であり、特異的な検査所見はない。以下に記載する臨床症状および所見、特に特徴的な顔貌を認めれば診断は比較的容易である。必ず認められる症状・所見としては、出生時の低体重、密生し中央で癒合した眉毛、カールした長い睫毛、上を向いた小さい鼻、薄い上唇、下がった口角、精神遅滞（多くはIQが40以下）、発育障がい、多毛、などがある。その他にも、けいれん、関節拘縮（関節が硬く曲がりにくくなること）および種々の奇形が報告されている。根本的な治療はなく、合併症に対する対症療法が中心となる。

👉 ここがポイント

- てんかんとは、「脳に器質的な障がいがあり、反復して起こるけいれん性発作^{※1)}及び非けいれん性発作」のことをさす。
- 原因はさまざまで、あらわれる症状や検査結果もいろいろである。
- てんかんにはいくつかのタイプがある。子どもの発作のタイプをよく知る必要がある。

※1) けいれん…「てんかん」と同じではない。一般的に「けいれん」は、「ひきつける」ということばで表現される。「てんかん」でないけいれん発作としては、熱性けいれん（体温が急上昇するときに起きる）や、乳幼児の脱水のときなどで身体の電解質が一時的に変化したときに起こることがある。

1 てんかんのタイプについて

てんかんは次のように分類される。（引用：国際てんかん連盟、1981年）

I 部分発作	→ 大脳のある部分から起きる
(1) 単純部分発作	→ 意識が保たれている
(2) 複雑部分発作	→ 意識障がいを伴う
(3) 全般発作に進展する部分発作	
II 全般発作	→ 左右の大脳半球から同時に起きる・意識障がいを伴う
A 1. 欠神発作	→ 意識消失のみ
2. 非定型欠神発作	
B ミオクロニー発作	→ 全身の筋肉の一瞬の攣縮（れんしゆく）
C 間代発作	
D 硬直発作	
E 硬直間代発作	→ いわゆるひきつけ
F 脱力発作（失立発作）	
III 分類不能発作	→ 新生児けいれん、點頭てんかんのけいれん

てんかんを分類するのは難しく、医師の仕事となるが、教師や家族は、「こどものてんかん発作の様子を詳しく観察・報告すること」が大切な仕事である。教師や保護者が観察するためには「大発作、欠神発作、ミオクロニー発作」に分類して捉えたほうがわかりやすい。以下にその説明をする。

1. 大発作（典型的なてんかん発作）

数10秒全身の筋肉が硬くなり（硬直期）
 やがて30～60秒ほど全身をガクガクさせ（間代期）
 最後に大きな呼吸をして眠る（終末睡眠期）

小児では間代発作（間代期のみ認める）、硬直発作（硬直期のみ認める）として個別に現れる方が多い。大発作の硬直・間代期には呼吸が止まり顔面や口唇などが紫色になる状態が多く、これを「チアノーゼ」という。この状態が数分以上続く場合には、脳にも酸素が十分に供給されていないことがある。特に発作が10分以上持続したり、意識が戻らないまま短時間に発作を繰り返したりすることがある。これを「大発作の重積状態」という。この場合にはすぐに保健室と連携し、緊急に医師に診てもらふ必要がある。

2. 欠神発作（これは小発作ともいわれる）

定型欠神発作——ほんの一瞬意識がなくなることを繰り返す。
 非定型欠神発作——意識がなくなる時間が15～20秒間続いたり、尿失禁や同じ動作を目的なく繰り返したりするものもある。
 精神運動発作（複雑運動発作）——意識混濁状態で自動症^{※2)}を示す。

※2) 自動症…行動している本人には行動しているという意識がないにもかかわらず、一連のまとまった行動が自動的に行われる状態。

3. ミオクロニー発作

一瞬の筋の不随意的収縮（激しいチックに似た動き）の結果、ピクツとした動きが表れることが多くある（後述）。治療ににくい難治性のものもこの中に多く含まれる。

2 小児期特有のてんかん

1. 點頭てんかん（ウェスト症候群）

乳児期（多くは生後 4～9 ヶ月）に多くあらわれる。発作型の多くは屈曲型の短い全身性硬直発作を示す。両手を広げ、身体を屈曲する数秒間の短い発作である。股関節や膝関節で足を屈曲する型が最も多く見られる。この発作は数秒ごとに反復することが多く（シリーズ形成）、特に起床時のうつらうつらした状態のときによく見られる。

2. レノックス症候群

主に 3～6 歳頃の幼児に発症する。3 割は點頭てんかんからの移行である。発作型は多種類の小型発作（硬直発作、非定型欠神発作※3）、ミオクロニー発作※4、脱力発作※5）がよく見られるのが特徴である。中でも強い硬直発作が多く、覚醒時、睡眠時を問わず出現するところが點頭てんかんと異なる。

※3) 非定型欠神発作…意識の喪失を主体とする発作。ぼんやりとした目つきになり、眼球の上転が多い。歩行中に発作が起こると立ち止まり、ことばは途切れ、話し掛けられても答えないかちよっと口ごもる。非定型欠神は、定型欠神に比べて発作の持続時間が長く、発作の始まりと終わりがはっきりしない。意識障がい程度が軽く、筋緊張の変化を伴うことが多い傾向にある。

※4) ミオクロニー発作…突然起こる短い電撃的な筋収縮で、全身あるいは身体の一部に起こり、軽い場合はまぶたのみや、指先のみに見られる。強い場合は身体や手足に見られ、全身をピクンと動かす。

※5) 脱力発作（失立発作とも）…急に筋肉の緊張が抜け、姿勢を保持できなくなり、頭が前に垂れたり倒れたりする発作で、ごく短い時間で元に戻る。

3 てんかん発作への対処

1. てんかん発作が起こったとき

まず、周囲が落ち着くこと。発作は怖いものではない。

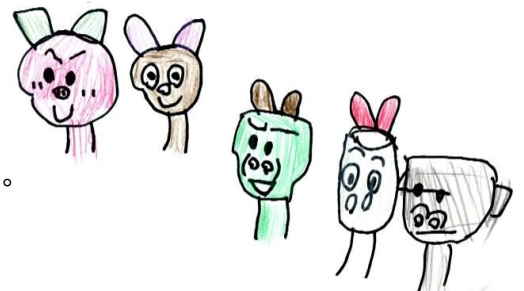
- | |
|--|
| ①安全確保
②観察
③いつもより発作が長く続くときは保健室へ連絡、そしてダイアップ薬剤か医療機関への搬送を検討する。 |
|--|

《1》「安全確保」について

- ①発作時の「強打」「窒息」「溺れる」等の予防。
- ②周囲の状況を考えて安全に注意する。
- ③頭部の保護（頻発する場合はヘッドギアの着用が必要）。
- ④大発作の場合
 - ・けがをしていないか観察し、周囲の安全を確保する。次に着衣を緩める。
 - ・けいれんが終わったら顔を横に向け、分泌物や吐いたものが出やすいようにする。
- ⑤自動症の場合は、周囲の危険物を取り除くようにする。
- ⑥揺すっても抱いても大声で呼んでも発作は止められない。注意深く見守るのみである。安全に留意し、よく観察する。
- ⑦舌を噛むことは少ないので、口をこじ開けて物をはさまないようにする。
- ⑧「重積状態（発作が長く続く）」になった場合はすぐ保健室に連絡し、医師の処置を受ける。

《2》「観察」について

- ①何時頃、どんな状況（環境や体調）で起こったか。
 - ・毎日観察することで、特性や傾向がわかる。
- ②どんなふうになり、どのように進行したか。
 - ・前兆はあったか。どのような前兆か。
 - ・けいれんはあったか。
 - ・姿勢はどうか、目、腕、顔はどちらを向いていたか。
 - ・身体の左右に差はあったか。



2. 日常的に心がけておくこと

- ①子どもの発作の状態をよく知っておく。
- ②発作に関する情報は担任だけでなく他の教師等とも共通に理解しておく必要がある。
- ③発作の場合を想定して、日頃からけがや危険を妨げるように配慮しておく。
- ④保護者と密接な連絡を取って、家庭や学校での様子を共有する。

知的障がいの子どもの中には、運動発達の遅れがみられることが多く、それらは姿勢やバランスの問題となって現れる。ここでは、運動発達の遅れについて説明する。

📖 ここがポイント

- 子どもの運動発達の遅れは、中枢神経系の未発達によって姿勢や運動面に随意的な抑制（コントロール）がきかなくなった状態として現れる。
- 子どもの運動発達の遅れは、運動障がいを引き起こす大きな要因となる。発達期に正常発達がなされず、二次的な障がいとして姿勢の変形や脊柱の円背^{えんはい}などがみられる場合もある。

1. 子どもの運動発達をみるポイント

- ① 子どもの運動発達を見る際、「運動」と「姿勢」という二つの観点を大切にする。
- ② 「運動」をひとつの姿勢から次の姿勢に移るためのプロセスとして捉え、移動時の歩行バランスや階段昇降時の着地の仕方などについても注意深く観察する。
- ③ 知的障がいの子どもの理解において、運動面だけを切り離して考えることはできない。認知面での発達のつながりの中で課題を検討していくことも重要である。

2. 「身体の動き」における子どもの課題

- ① 姿勢の保持や変換がうまくできない。
- ② 移動運動（四つ這い・歩く・走るなど）がうまくできない。
- ③ 体幹をうまく支えられない。
- ④ 手をうまく使えない。

子どもの身体の動きの改善を図り、自分でコントロールできるように援助することが、自立活動の内容となる。

1 運動機能を改善するための指導

1. 「運動機能を改善する指導」とは

- ① 子どもの発達を促し、身辺自立の力を高めるためには、運動機能面の向上を目指して早期からアプローチし、子どもの持っている力を最大限に発揮させ、育成していくことが大切。
- ② 人の動きには、まず一つひとつの動きがあり、発達の上でそれらの動きが分化・統合し獲得されていくと、粗大運動や巧緻運動など自由な組み合わせを持った動きに統合されていく。
- ③ 「運動機能を改善する指導」では、その道筋をたどる手助けをすることが大切。まず動きの評価を行い、順序を追って計画を立てる。
- ④ 子どもの動きをよりよい方向に改善していくには、異常な骨格筋の緊張をやわらげるなどの動作の改善を図り、変形や拘縮、脱臼などの二次的な課題を防ぐ。

2. 指導の目的

- 動作の改善を図り、動かないところを少しでも動くようにする。
- 異常な筋緊張をコントロールし、正常な動きに変えていく。

↓
運動系と感覚系の機能の統合を図る

↓
子どもが生後発達すべき道筋に従って、指導を組み立てる。

運動系では様々な動きの分化がまず必要で、動きの組み合わせによってあらゆる動作が可能になる（分化と統合）。移動や姿勢の変化などは、首と体幹、手と足などの動きが分化され、それらの動きの組み合わせが可能になる。さらに感覚系のコントロールが加われば、あらゆる動作が円滑に行なえるようになる。日常生活の中で必要となる精密な動作には、手の動きが基本となる。たとえば、ボタンかけをするためには指の動きの分離が必要で、手の平を上に向けることができなければ、洗顔、歯磨き、衣服の着脱、スプーンの使用なども困難になってくる。食事や書字などには、手の動きを目で追う視覚と手の動きの統合が不可欠である。その前提として、対象に手を触れるためには触角の発達が必要である。

3. 指導を行なうにあたって

- ①子どもに効果的な指導を行なう場合、主治医や整形外科医との連携を図り、意見を求めることが必要。
- ②その上で、子どもの障がいの状態に合わせてプログラムを組むとよい。
- ③たとえば、子どもが歩けそうになった時や自分で食事ができそうになった時など、子どもの発達を促す上で、そのような時期をチャンスと考え、見逃さないようにすることが大切である。
- ④知的障がいの子どもの指導を行なう場合、その目的や意味を理解させたり、持続的に取り組ませたりすることは難しいかもしれないが、できるだけ楽しい雰囲気作りを心がけることが大切である。子どもの気が向かない時は指導を続けても効果があがらない場合が多い。
- ⑤指導にあたって、過剰な介助は控え、子どもが自分自身でしなければならぬように工夫をする。子ども自身の動きを引き出していくことは、「自立活動」の大きなねらいである。

2 知的障がいの支援学校でよくみられる運動機能の問題

次に、知的障がいの支援学校でよく見られる運動機能の問題について7つのポイントを挙げて紹介する。日頃から子どもの姿勢や動きをよく観察し、実際の指導に役立ててもらいたい。

1. 内反足（ないはんそく）

内反足とは、足のくるぶしから先の部分が、内側にねじれた変形のことをいう。足の裏が内側を向くため、立った時、足の外側の縁、または足の背が地面につくような形になる。

2. 歩行（ほこう）

「歩行」とは重力に逆らって（抗重力）、バランスを取りながら両脚で移動することであり、ヒトが獲得している日常の移動方法である。歩行は連続した全身の動きであるので、個々の身体部位の動きそのものでなく、脚の運びを伴った全身の動きのリズム、スピード、タイミング等の要素が重要になる。子どもの歩行時、次の点を注意して観察してみよう。

→歩行時に①身体が伸びているか、②膝と足部が進む方向を向いているか、③かかとから接地するか、④支持脚で膝の屈曲が見られるか、⑤両腕の振りが脚の運びと同調しているか。

3. 拘縮（こうしゅく）

「拘縮」とは関節を構成している骨には異常はないが、関節の周囲の柔らかい組織（筋肉、神経、皮膚など）が短くなってもとに戻らず、関節の動きができなくなった状態をいう。また「変形」とは拘縮や強直（きょうちよく→骨が融解し、癒合した状態）の結果、関節のまわりが異常を示す形態をいう。

4. 下肢長差（かしちょうさ）

下肢とは足のことで下肢長差とはうつぶせに寝たときの左右の足の長さの差のことをいう。うつぶせにまっすぐ寝て、両足をそろえ、指先まで伸ばす。その状態で右と左のどちらの足の方がより長いかを調べる。仰向けに寝て調べる場合には、まっすぐにそろえて伸ばした時の両足のかかとの長さの差を調べるが、足関節を左右同じ角度に曲げて調べないと不正確になる。一般に骨盤の高い側の足が、高い分だけ長くあらわれる。

5. 姿勢（しせい）

仰臥位（仰向けに寝る）、伏臥位（うつ伏せに寝る）、座位、立位など人間はさまざまな姿勢をとることができる。その中でも立位は、他の姿勢に比べてもっとも抗重力的な姿勢であり、保持することが難しい姿勢であるといえる。従って運動発達に遅れがあるためボディ・イメージ（身体像）が十分に獲得されていない子どもや、マヒがあり筋緊張の低い子どもにとって、正しい立位を獲得、保持することは大きな課題であるといえる。

6. 尖足（せんそく）

「尖足」とは、つま先立ちで歩いたり走ったりする状態をいう。走る時だけ尖足になる子どももいれば、つま先立ちでしか歩かない子どももいる。また小さい頃はかかとをつけて歩く状態がみられていたのに、次第につま先歩きだけになってしまうこともある。発達の初期の段階から長期にわたってつま先歩きを続けていると、足部の骨格や筋肉などに変形や拘縮をもたらすことになる。さらに足部の変形が姿勢に影響し、物を持つなど歩きながらの手の使用を著しく困難にしてしまうことがある。

7. 偏平足（へんぺいそく）

「偏平足」とは足の裏の土踏まずが形成されていない、いわゆるべた足の状態をいう。偏平足で長時間立っていると疲れやすく、歩いたり走ったりすることが不安定になる。また足の内側や足関節、膝や下肢全体に痛みを生じたり、足の裏にタコができたりする。

ここがポイント

- ダウン症とは、「ダウン症候群」のことをさす。
- 染色体異常によって起こる障がいである。
- ダウン症の子どもは知的発達が遅れるとともに、以下のような健康上の問題を伴うことが多いので、学校生活では注意や配慮が必要である。

心臓疾患	心室中隔欠損症※ ¹⁾	心房中隔欠損症※ ²⁾	心内膜床欠損症※ ³⁾					
消化器系	十二指腸狭窄・閉鎖	鎖肛						
整形外科	内反足	頸椎形成不全						
眼科	さかまつげ	眼瞼炎	結膜炎	斜視	遠視	近視	弱視	白内障
耳鼻科	鼻炎	中耳炎	聴覚障がい	外耳道狭窄				
皮膚科	乾燥	湿疹	円形脱毛症					
その他	甲状腺機能異常	高脂血症	糖尿病	肥満	白血病			

- ※1) 心室中隔欠損症…左心室と右心室の間の隔壁が一部欠損し、左心室から右心室へと血液が流入する状態をさす。大きな欠損では早期に閉鎖手術が必要とされるが、小さな欠損では自然閉鎖する。
- ※2) 心房中隔欠損症…左心房と右心房の間の隔壁が一部欠損し、左心房から右心房へと血液が流入する状態をさす。自然閉鎖する可能性はほとんどなく、手術による閉鎖の必要がある。
- ※3) 心内膜床欠損症…心房中隔、心室中隔、三尖弁、僧帽弁を作る基本となる心内膜床と呼ばれる部分の形成が悪く、右心系と左心系の血液が混合し、チアノーゼを生じる状態。

1 染色体異常

人の染色体は46本あり、1番目から22番目までの22対（2本で1対）の常染色体と、1対の性染色体で成り立っている。ダウン症の染色体異常は次の3つの型に分けられ、諸症状が現れる。

- ① 21番目の染色体が1本多い型 (トリソミー型)
- ② 他の染色体に付いた型 (転座型トリソミー)
- ③ 正常染色体とトリソミー細胞が混じった型 (モザイク型)

2 心臓疾患

人の心臓は胎生10週ごろまでに形成される。染色体異常があると身体の器官形成過程で異常が起きやすく、その一つとして心臓の奇形が発生する。ダウン症新生児の40%に心臓奇形がみられることが報告されている。しかし、医学の進歩によって複雑で重度な心奇形も手術されるようになってきた。予後を考える上でのポイントの一つは肺高血圧症※⁴⁾の程度と進行度で、高度の場合は1歳までに手術が望ましいと思われる。手術後は発育も良くなり精神発達も促進されるケースが多くなる。軽度の心臓奇形では幼児期、学童期を通じて厳密な生活管理の必要はなく、本人が嫌がらない軽い運動は原則として許される場合が多いといえる。重症の場合（手術できない場合や手術しても肺高血圧症がある場合）は生活管理が必要である。心臓奇形に対しては次の3点を配慮する必要がある。

- ① 小児循環器専門医による定期的な診療を受ける
- ② 主治医によって生活管理区分と注意事項について判断を受ける
- ③ 緊急の場合の対処法について確認する

本校では保健室を中心に心疾患を持つ児童・生徒の生活管理区分と注意事項、緊急時の体制がまとめられ担任に報告されるようになっている。

- ※4) 肺高血圧症…肺に過剰の血液が流れ込むと時間の経過とともにその血管系が高血圧を維持するようになり、ついに右心不全をきたす病態をいう。

3 首の骨について（頸椎の不安定性 — 亜脱臼 —）

ダウン症では筋の低緊張があり、関節を支える靭帯が弛緩しているため各関節に脱臼が起こりやすくなる。また首の骨の第1頸椎（環椎）と第2頸椎（軸椎）歯突起の間で形成される環軸突起関節においては、不安定性（亜脱臼）が幼児期以後のダウン症の20%にみられる。一般に3歳頃に頸椎のレントゲン写真を撮り不安定性がある場合には、専門医（整形外科医）の定期診断を受ける必要がある。不安定性があると首を強く曲げたときに環椎が前に偏り、脱臼しやすい状態になるので注意が必

要である。レントゲン写真において不安定性のない子の運動制限は不要となる。学校生活を送る上では次の点に注意すること。

- ①でんぐり返しや首を支点とした逆立ち、プロレスごっこ、プールでの飛込みなど首に負担がかかる運動は避ける。
- ②転倒、転落事故を未然に防ぐ。
- ③首を痛がったり斜頸など首の異常が見られたり、四肢にマヒ症状（歩けなくなる、転倒しやすくなる、握ったものを落とすやすくなるなど）が出現したら、すぐに専門医に相談する。

4 眼科的合併症

- ①視力について
遠視、近視、乱視といった屈折異常を示す子どもが高率に存在する。眼鏡をかけ視力を矯正する必要がある。
- ②斜視も多い（特に内斜視）。弱視にならないよう、また両眼で物を見るように早期から治療を受ける必要がある。
- ③白内障も合併しやすく10歳頃から増加する。点状白内障が多く視力に大きな影響はないが、進行状況を定期的に調べ必要なら手術をする。

5 耳鼻科的合併症

難聴の頻度は軽いものを含めると60%以上報告され、言語発達に大きな影響があると考えられる。難聴の種類としては伝音性難聴（外耳、中耳、鼓膜の障がい）が多く、その原因として滲出性中耳炎（中耳腔に粘液性の滲出液がたまる）が多くみられる。ダウン症の子どもは上気道感染（鼻腔や咽頭）を起こしやすくまた外耳道が狭いために滲出性中耳炎を起こしやすくなる。予防方法は以下のとおり。

- ①乳児期から検診を受け、耳垢を取り、鼓膜の状態を診てもらう。
- ②必要に応じて定期的に聴力検査を受ける。
- ③難治の滲出性中耳炎に対しては、鼓膜切開の後、チューブを導入留置する。

6 甲状腺機能について

ホルモン分泌異常で多いのは、甲状腺ホルモンの異常である。乳児期には先天性甲状腺機能低下症（クレチン症）が多く、年長児では後天性の機能低下症と機能亢進症の両方がみられる。甲状腺機能低下症の症状としては徐脈、便秘、乾燥した厚い皮膚、異常な体重増加とむくみなどがある。機能亢進症の症状には頻脈、心悸亢進、手指の震え、体重減少、眼球突出、長引く下痢などがある。

7 ダウン症の子どもへの対応

ダウン症の子どもであっても、一人ひとりがそれぞれ個性的でその特性を一概に述べることはできない。ただ「こういう子どもが多い」ということは言える。

- ①学ぶのに時間はかかるが、勉強は好き…ドリルやお絵描きを熱心にする子どもが多い。しかし数概念や時間の把握が苦手な子どもが多いので、できる課題で自信をつける。
- ②筋緊張低下（低緊張）があり筋量は一般より少ない…運動が苦手な子どもが多い。特にマラソン等。
- ③耳から理解するのは比較的弱く、話をしっかり聞くのも苦手…しかし音楽が好きでリズム感到に優れ、身体でリズムをとるのが上手。運動不足はダンス等で補おう。
- ④場面の切り替えが苦手…いわゆる「頑固」といわれる行動であるが、これは安定した現在から離れたくないのであり、頑固というよりも過敏さと臆病な一面だと考えられる。それへの対応は、その子がわかる方法で予告をしたり、約束をしたりすること。見通しを持たせること。今やることを簡単に明確に説明することなどが考えられる。

コラム

クラインフェルター症候群（引用：「教育現場における障害理解マニュアル」）

X染色体を過剰に有する男性(47, XXY)で、小睾丸、無精子症などを特徴とする。新生児男児の約1000人に1人認められる比較的頻度の高い疾患である。身長は平均よりやや高い傾向がある。完全な精子形成を認めることは稀であり、原則としては不妊である。多くの症例では血液中のテストステロン(男性ホルモン)は正常の約50%以下を示す。女性化乳房(男性であるにもかかわらず、女性のように乳房が増大すること)が約半数の症例で認められる。一般に知能は正常であるが、平均知能指数は90±16~22とされており、精神遅滞を伴う症例もある。

ここがポイント

- 三つの特徴（3歳以前から認められる）
 - ①対人関係の障がい ②コミュニケーションの障がい ③想像力の障がい
- 上記それぞれの特徴が顕著である場合、**自閉症（ICD-10）、自閉性障がい（DSM-IV）**と診断される。
- 上記それぞれの特徴はあるが症状はそれほど強くない、一部の症状は目立たない、あるいは発症年齢が遅いといった場合、**非定型自閉症（ICD-10）、特定不能の広汎性発達障がい（DSM-IV）**と診断される。
- 知的発達の遅れやことばの発達の遅れがない、そして対人関係以外ではある程度適応能力を持っている場合、**アスペルガー症候群**と診断される。

1 用語について

広汎性発達障がいは、広い意味での自閉症と同義語。自閉症は発達障がいであるという考えのもとに命名され、DSM-III(1980年)で公式の診断カテゴリーとして採用された。このカテゴリー名はDSM-III-R(1987)、ICD-10(1992)、DSM-IV(1994)と継承されているが、改訂のたびに下位分類に変更が加えられている。DSM-IVでは自閉性障がい、レット症候群、小児期崩壊性障がい、アスペルガー障がい、特定不能の広汎性発達障がいの5つの障がい下位分類にあげられている。こうした分類体系からいえば、従来の自閉症の名称は厳密に自閉性障がいの診断基準に合致するものに限り、他の診断カテゴリーを含めて総括的に論じるときには広汎性発達障がい(PDD)のカテゴリー名を用いることが正しい。

2 自閉性障がいとは

- 自閉性障がいとは、「自閉」という文字が示すように自分の殻に閉じこもって周囲の人に打ち解けないというような障がいや状態ではない。
- 遺伝的素因や胎児期から始まる発達初期の脳機能の障がいであり、生涯にわたって種々の困難を示す発達障がいである。人間関係の障がいはあるが、生活適応ができるような状況に改善していくことは可能である。

3 自閉性障がいの特徴

1. **言葉の発達の遅れ**…ことばの発達の遅れがあり、話せるようになってからも特有のイントネーションがあったり、反響言語（エコラリア）が混じったり、紋切り型のことばを話したりする。また身振りや表情など、ことばを用いないコミュニケーションの手段もほとんど持たない。
2. **対人関係の困難さ**…周囲の人と共感的な関係を築くことが大変困難。
 - ・乳児期には抱かれることを喜ばない。
 - ・呼ばれても振り返らなかつたり、相手と視線を合わさなかつたりすることがある。
3. **アンバランスな感覚**…身体に触れられることには過敏に反応するが、けがの痛みには平気であるなど、むしろ鈍感だと思われることもある。たとえば赤ちゃんの泣き声、犬の吠える声、特定のCMなどを嫌がる一方で、一般的には耐え難いと思われるガラスや金属が擦れあう音などに平気であることもある。
4. **興味や活動の範囲がせまい**…手をひらひらさせたり、紐を目の前にかざして振ったり、くるくる回ったり、上半身を前後に揺すったりするような、反復的な動作を繰り返す。また、ミニカーやブロックなどを横一列に並べるなど、同じ遊びばかりを行い、他の遊びや活動に興味や関心が広がらない。
5. **アンバランスな知能の発達**…知的発達が遅れていない人は、全体の20%くらいだといわれている。知的障がいを伴った人が多いといえる。また、知的障がいの有無にかかわらず、一部の機能が全体の能力と比べて不釣り合いなほど優れている人がいる。
6. **変化に対する不安や抵抗が強い**…ものを置く位置、歩く道順、着替えの手順、日課やスケジュールなどにおいて、決まったやり方にひどく固執する。

4 行動上の問題点（なぜ親は困っているのか）

自閉性の障がいは行動として現れる。2、3歳ごろまでは行動面に顕著な変化がない場合もあるが、ことばがない、人に関心がない、動きが多いなどの行動が徐々に現れてくる。また不眠、極端な偏食、身辺自立の困難さなどが現れ、親に不安が兆してくる。3、4歳ごろには、自閉性障がいという診断が確定されるようになってくる。他人との感情的交流が困難で、自閉性障がい特有の固執性が目立ちはじめ、パニックがしばしば起こるようになる。思春期には、少なからぬ子どもたちが、てんかん発作や自傷など行動統制の難しさに出会う。人間関係の不適切さや社会的認知の悪さ、固執性、それに伴うパニックなどは、就労などの社会参加を困難にさせることがある。家族は、ライフサイクルの節目で強いストレスと困難に対処しなければならないが、自閉性障がいの人たちも徐々に成長し、社会参加が可能になってくる。

5 知的障がいとは違うのか

自閉性障がいは、知的障がいとは異なった障がいである（ただし、70～80%の人は、知的な遅滞を伴う）。知的障がいと異なる点として、知能が部分的に高かったり、低かったりするアンバランスが見られる（WISC^{※1}の検査では、言語理解に関する課題の得点は低く、積み木などの動作課題では、高い傾向が見られる）。

※1) WISC…ウェクスラーが開発した知能検査。個々の知的発達の状態をプロフィールで示し、個人内差という観点から総合的に評価することができる。現在WISCは日本で第3版(WISC-III)が出版されており、言語性検査6種類、動作性検査7種類の計13種類の下位検査で構成されている。

6 アスペルガー症候群と高機能自閉症

両方をまとめて高機能広汎性発達障がいと呼ぶこともあるが、その起源が異なるために異同については現在も論議されている。DSMによれば、アスペルガー症候群は「3歳までに明らかな言語及び認知機能の遅れが認められない者」という基準が与えられている。しかし言葉のやりとりという意味での会話を考えるとき、十分その機能を果たしているとはいえず、会話の内容も筋が通っていない、独りよがりであることも多く見受けられる。一方、高機能自閉症の子どもの中には、話すことは全くできなくても知能発達検査結果が非常に高い(知能指数150近い)という例もある。ただ、教育の現場においては、両者を厳密に区別して指導する必要性はあまりないと考えられる。

7 学校での指導は

不適応行動には、子どもなりの意味がある。行動をよく観察して、きめ細かい指導プログラムを立てる必要がある。自閉性障がいの特徴は学童期に顕著になる。さまざまな行動は障がいに起因するので、それを知り、適切な環境づくりをしなければならない。その際、視覚的な手がかりを用いて援助することが有効である。家庭との連携を図ることはとても大切なことである。

8 働くことはできるか

自閉性障がいの方は、「できること」「できないこと」「得意なこと」「不得意なこと」が割合はっきりしている。また、ルールを覚えるまでに時間がかかることもある。

- 比較的得意な仕事… [形や量がはっきりと決まった仕事] [部品の組み立て、パンの成形、梱包] [品物の仕分け、分類、ワープロなど]
- 苦手な仕事 … [抽象的な概念理解を要する仕事] [形や量が決まっていないもの] [終わりや目的がはっきりしていない仕事など]

コラム

自閉症スペクトラム（引用：「日本LD学会LD・ADHD等関連用語集第2版」）

自閉症にはいくつかの下位分類があるが、それらは個別の疾患ではなく、程度の差に過ぎないとの想定で命名された概念。自閉症の長期経過を見ていくと、幼児期の初めは言葉がなく、重度と思われる自閉症の子どもの中に、年齢が高くなるにつれて言葉が言えるようになり、知能指数も向上し、対人関係の障がいも軽度化していくケースもある。このことから小児自閉症の診断基準に合致するものから、軽度のアスペルガー症候群までの連続体であるということで、ウイング(Wing, L.)によって提唱された概念である。

ここがポイント

- ADHDの基本症状は、不注意・多動性・衝動性の三つである。
- 行動の制御に関連する神経伝達物質ドーパミンの働きが十分でないことが原因であろうと考えられている。
- 支援の目的は、自尊心や自己有能感を育てていくことである。

1 ADHDの診断基準

DSM-IVにおける診断基準では以下の表にあるように不注意症状9項目、多動・衝動性症状9項目があげられている。これら症状のどちらか9項目のうち6項目以上に当てはまるとADHDと診断される。不注意症状だけが6項目以上当てはまる場合は不注意優勢型のADHD、多動・衝動性症状だけが6項目以上当てはまる場合は多動・衝動性優勢型のADHD、両方とも6項目以上当てはまる場合には混合型のADHDと分類されている。

注意欠陥

- ① 学業、仕事またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす
- ② 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である
- ③ 直接話しかけられた時に、しばしば聞いていないようにみえる
- ④ しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない
- ⑤ 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である
- ⑥ 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う
- ⑦ 課題や活動に必要なものをしばしばなくす
- ⑧ しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる
- ⑨ しばしば日常の生活において物忘れをする

多動・衝動性

- ① しばしば手足をそわそわと動かし、または椅子の上でもじもじする
- ② しばしば教室や、その他座っていることを要求される状況で席を離れる
- ③ しばしば不適切な状況で余計に走り回ったりよじ登ったりする
- ④ しばしば静かに遊んだり余暇活動につけない
- ⑤ しばしば駆り立てられるように行動する
- ⑥ しばしばしゃべり過ぎる
- ⑦ しばしば質問が終わる前に、出し抜けて答えてしまう
- ⑧ しばしば順番を待つことが困難である
- ⑨ しばしば他人をさえぎったり、割り込んだりする

※合わせて以下の条件を満たす必要がある。

- 不注意または多動・衝動性症状のいくつかが7歳未満に存在し、障がいを引き起こしている
- これらの症状による障がいが二つ以上の状況（例：学校[または職場]と家庭）において存在する
- 社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障がいが存在するという明確な証拠が存在しなければならない
- その症状は広汎性発達障がい、統合失調症、または他の精神疾患（例：気分障がい、不安障がい、解離性障がい、またはパーソナリティ障がい）ではうまく説明されない

2 支援教育が必要な理由**1. 不安定な人間関係の成立と、低い自尊心の発達を防止する**

ADHDの行動は、上の表にあるように、いわゆるソーシャルスキル（社会技能）とは相容れないものが多い。幼少期からADHDの行動特性によって他人から非難され叱責される状況が続くことによって、年長のADHDの子どもや大人の自尊心は低いことが明らかになっている。またアメリカにおける追跡調査では、ADHDの子どもは非行（行為障がい）に走る率が高い。こうした自尊心

の発達が阻害されて起こる行為障がいをはじめとする二次障がいを防ぐために、ADHDの子どもたちに対して支援が必要なのである。

2. 学業不振の防止と、より豊かな学校生活の保障

ADHDの子どもが学校で直面する困難さの性質には大別すると二つのものがある。ひとつは、注意欠陥症状による学業や社会的なルールの学習における困難である。ADHDの子どもたちは、注意が持続できず、すぐに他の事に気がそれてしまう転導性のために、授業中に注意を十分に持続することができない。もうひとつは、友人や教師との人間関係である。多動あるいは衝動的な言動は、教師や友人の本人への対応に反映される。教師の度重なる注意や叱責、友人からの非難的な発言により教室はADHDの子どもにとって居心地の悪いものにならざるを得ない。

これら授業内容の理解の困難と教室内の雰囲気は、本人の授業内容の理解を妨げるだけでなく、授業そのものへの参加意欲を大きく阻害する原因となる。

3. 二次障がいの予防

最大の二次障がいは反抗挑戦性障がいと行為障がい(p19, p21 コラム欄参照)である。ADHDの子どもが、高率にこうした社会関係の破綻をきたす過程については未解決の部分が多いのだが、ADHDの行動特性に対する周りの人々の否定的態度や非難と、学業上の困難とそれに引き続く社会的な低評価などによって、低い自尊感情だけでなく社会に対する反抗的な行動様式が次第に発展してくると考えられている。こうした二次障がいを予防するために自尊感情や自己有能感を育ててゆくことが大切になる。



3 ADHDへの対応

1. 薬物療法

ADHDの治療薬としては現在、2種類のものが使用可能となっている。ひとつはメチルフェニデート（商品名コンサータ）という薬で、朝1回で夕方まで効果が持続するように作られている。これはドーパミンの働きを高めるように作用する。なお、短時間作用型の商品名リタリンという薬は、成人での乱用が社会問題となり、現在ADHDには使用できない。もうひとつはアトモキセチン（商品名ストラテラ）という薬で、前頭葉のドーパミンにより選択的に働くとされる。この二つをどのように使い分けるかは今後の課題である。

2. 非薬物療法

- ①行動療法…非薬物療法の中心となる。正の強化子（褒める、点数を与える、褒美、トークン）と負の強化子（無視、制止、点数の除去、楽しみの除去）を合わせて対応することにより、適切な行動を認め、強め、積み重ねを図る。適切な行動を積み重ね増やすことにより、不適切な行動の減少を目指す。
- ②ペアレントトレーニング…子どもの家庭での養育者である両親に、ADHDの子どもに対する具体的な関わり方を定期的なグループワークなどを通して覚えてもらうこと。この方法の基礎には、「親こそが自分の子どもに対する最良の治療者（療育者）になれる」という考え方がある。
- ③カウンセリング…小学校高学年以降の子どもに有効な場合が多い。日頃他人から肯定的に認められる機会の少ないADHDの子どもは、自己のイメージが傷つき自分が無価値なものとして感じている。カウンセリングという場を通して、家族以外の他者から認められる経験や機会を持ち、その中で自分本来の姿を見つめ直したり、自分の感情をコントロールしたりすることを学ぶ。
- ④ソーシャルスキル・トレーニング（SST）…ソーシャルスキルとは、状況に応じた適応行動や適切な対人行動の技能をさす。小グループの活動を通してルールを守ったり自分の気持ちを伝えたり、他者に対して挨拶をしたり、他者の話を聞く、気持ちを察するといったソーシャルスキルの獲得を目指す。
- ⑤感覚統合療法…小学校低学年までの多動、不器用さの強い子どもに実施される場合が多い。「発達障がいの子どもの中には、触覚、前庭感覚、固有覚などの感覚系と、視覚や聴覚などの認知系とを介した内外からの情報を脳内でうまく統合することができず、そのため環境への適合反応に困難を生じている場合がある」という感覚統合理論に基づいている。



👉 ここがポイント

- 学習障がいとは、Learning Disabilities（LD）の教育訳語である。
- 学習障がいは、知的障がいとは区別される。
- 学習障がいは、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論するの基本的学習能力のどこかに特異な困難をもつ。
- 学習障がいは、背景に脳の機能障害が推定される。
- 学習障がいは、視覚障がい、聴覚障がい、知的障がい、情緒障がいなど他の障がいが主因となる学習の困難ではない。
(参考：1999 文部科学省「LDに対する指導について〈報告〉」)

1 学習障がいの特徴

1. 全般的な知的発達の遅れはない

学習障がいとは、「基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する、または推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態」を指す。

2. 発達にアンバランスがある

知的にはさほどの遅れはないのに、個人の能力の中で著しいアンバランスがみられる。発達にばらつきがあり、「得意なこと」と「不得手なこと」がはっきりしている。

3. 学習上の困難がある

学習障がいは、「読み」「書き」「算数」などの学習を行う上で、特異な困難をもたらす。「注意の集中」や運動面に困難がみられることもある。学習上の様々な困難は、主として学齢期になるとはっきりと現れるが、中には学齢期を過ぎるまで明らかにならない場合もある。

4. 情報の処理過程に障がいがある

「学習上の困難の背景には、視覚や聴覚による情報の処理過程に問題がある」と想定される。従って学習障がいは「見え」や「聞こえ」の問題とともに生じる可能性はあるが、視覚障がいや聴覚障がいは異なるものである。

5. 情緒や行動面での問題が現れることがある

学習面でのつまずきから、心理的な二次症状が現れることがある。また行動の自己調整や対人関係の困難が伴う場合もある。

2 学習障がいの判断・実態把握

教育現場で子どもの実態把握を十分に行い、教育、医学、心理の専門家チームによる判断を求め、指導に生かすことが大切である。

① 《特異な学力のつまずきの把握》

学校において、教師が子どもの実態を把握する。



② 《知的発達水準の把握》と《何らかの機能障がいの推定》

個別的な知能検査などによる心理学的なアセスメントや国語などの基礎的能力の評価。さらに医学的な評価により他の障がいや環境的要因が直接的原因でないことが判断される。

3 学習上の困難

実際に学習を行う上で次のような困難が現れる。(類型)

- 学力の特異な困難・・・読み、書き、算数(計算・推論)^{※1)}
- 話し言葉の特異な困難・・・聞く、話す
- 注意集中困難・多動性・・・注意の集中、持続力、多動、多弁など
- 運動能力の困難・・・協応運動、知覚運動、運動企画能力
- 社会性の困難・・・ソーシャルスキル、社会的認知能力

4 知的障がいとは、どう違うのか

学習障がいは軽度の発達の遅れや偏りを特徴とする発達障がいの一種である。したがって全般的な発達の遅れを示す知的障がいとは、異なった障がいである。学習障がい児はその行動面において自閉性障がいの子どもとよく似た様子を示すことがあるが、自閉性障がいとも異なる障がいである。

学習障がいの知的レベルは境界線域から正常範囲まで含まれるが、WISCなどの検査を行うと、言語性の検査と動作性の検査結果の開きが大きいなどアンバランスがみられるのが特徴である。さらにいろいろな検査を組み合わせると子どもの情報処理過程や記憶処理などの特性を把握し、認知過程のどこにつまずきがあるのかを調べるのが大切である。

5 学校での指導は

1. 教材を分かりやすくすること
2. スモールステップで教えること
3. 学習の速度を配慮すること

○適切な援助をすることで子どもに達成感や成就感を経験させ、自尊心や内発的な動機付けを重視するようにする。

○認知や情報処理の特性を十分理解した適切な教材・教具を選ぶ。

○指導のプログラム作成に当たっては、学習面だけでなく学習困難から生じる心理的な二次症状や、衝動性、多動性などの自己コントロールの弱さ、対人面での不適応などについても十分考慮する必要がある。

○指導の場と形態について

①通常の教育の範疇で（子どもは通常学級に在籍）

- ・通常学級で →ティームティーチングや通級による指導担当の巡回派遣など。
- ・通級指導教室で→言語障がいや自閉症・情緒障がい、LD、ADHD対象の通級指導教室で、子どもの実態に合わせて週当たりの時数等を定めて通級による指導を行う。この場合、自校通級と他校からの通級の2通りがある。

②支援教育の範疇で（子どもは支援学級もしくは支援学校に在籍）

- ・子どもの学年進行に伴って、学習の困難および情緒、心理面での不適応症状が著しくなってきた場合には、わが国の現状として特別支援学級（情緒障がい・知的障害）、もしくは特別支援学校（病弱・知的障害）に在籍する場合もある。

※平成18年度からLDやADHDが通級の対象となり、言語障がいや情緒障がいを併せ持つていなくても、LDやADHDそのものへの対応が可能となった。

- ※1) 「読みの困難」… 文章を読むとき一文字ずつ拾い読みし、文章として理解することが困難。また漢字を覚えられない子どももいる。
- 「書きの困難」… 文字の細部の違いが分かりにくく「わ」と「ね」、「め」と「ぬ」を間違えたり、漢字の書き取りが困難な子どももいる。自分のイメージ通り紙面に書くことが難しい。
- 「算数の困難」… 数の意味が理解できない子どもと、量的な考え方が苦手な子どもとに分けられる。「書きの障がい」があると、2桁以上の加算や引き算で桁を間違えたり、数を書くのに時間がかかったりする。



コラム

ディスレクシア (dyslexia)

(引用:「よくわかる発達障害」)

LDという概念が登場する以前から英語圏で知られていた、知的に遅れはないのに読み・書きを苦手とする人々に付けられた呼称。難読症、読字障がい、読み障害とも呼ばれる。主として読み能力に特異な困難を示すLDの典型的な臨床例のひとつである。読みに問題をもつケースの場合、書きにも何らかの困難を示すことが多く、読み・書き障がいという場合もある。

ここがポイント

○ 全般的な知的機能が低い水準にあり、かつそれにより実際の社会生活や日常場面における適応機能の障がいがある18歳までの発達期に生じるものをいう。低い水準とは、個別施行による標準化された知能検査で、およそ70またはそれ以下のIQをさす。

(引用：「日本LD学会LD・ADHD等関連用語集第2版」)

1 用語について

わが国ではかつて「精神薄弱」という用語が使われていたが、1999年に「知的障がい」へと法的にも改称された。また医学領域ではこれを「精神遅滞(MR: mental retardation)」と呼んでいる。一方、教育・福祉・行政の領域では「精神」という、広範で定義の困難な用語を避け、支援の方法や内容を検討するための状態像を示すものとして、「知的障がい」の用語が用いられる。

2 知的障がいの原因

脳の構造上の異常や、神経細胞の置かれた環境の異常、あるいは後天的な神経細胞の障がいがあると、正常な発達に障がいがある。また脳構造や神経細胞の置かれた環境が正常であっても、環境や外界の刺激の量や質に問題があると、正常な発達は望めない。知的障がいは、こうした正常発達を保障するさまざまな因子の障がいによって起こる。下の表にあるように、知的障がいがある子ども(単純性精神遅滞)もいるが、多くの知的障がい児は他の症状を伴う。

原因	疾患名
遺伝子異常	アミノ酸代謝異常症(フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症など)、ライソゾーム病(クラッペ病、テイ・サックス病など)、ミトコンドリア脳症、ムコ多糖症、メンケス病、レット症候群、脆弱X症候群、先天性筋ジストロフィー(福山型)、ツェルウェーガー症候群、結節性硬化症など
染色体異常	21トリソミー、18トリソミー、13トリソミー、猫なき症候群(5番短腕モノソミー)、プラダー・ウィリー症候群、XXX症候群、アンジェルマン症候群など
胎児期、周生期異常	胎児性アルコール症候群、先天性風疹症候群、先天性サイトメガロ感染症、脳性麻痺(低酸素性脳症、核黄疸)、原因不明の脳奇形 ^{※1)} (水頭症、滑脳症、厚脳回症)、クレチン症
後天性疾患	脳炎、髄膜炎後遺症、脳外傷後遺症
環境要因	愛情剥奪症候群、栄養失調、放置された難聴、小児虐待、ネグレクト
原因不明	自閉症、分類できない精神遅滞

※1) 遺伝子異常が想定されているが、まだ同定できていないものが含まれる。

3 教育について

知的障がいのある子どもの教育は、生活に結びついた具体的な活動を学習活動の中心に据え、具体的な経験を通して学習することが指導の大原則とされている。このことは、知的障がいのある子どもが主体的に学習していくために大切なことである。

1. 知的障がい支援学校の教育課程と授業

知的障がい支援学校の教育課程は、各教科、道徳、特別活動、自立活動、総合的な学習の時間(小学部を除く)によって編成されている。実際の授業では、各教科、道徳、特別活動、自立活動のそれぞれの時間を設けて指導する授業「教科別の指導、領域別の指導」と、各教科、道徳、特別活動、自立活動の全部または一部を合わせて指導する授業「領域・教科を合わせた指導」が組み合わされている。「領域・教科を合わせた指導」には、「日常生活の指導」「遊びの指導」「生活単元学習」「作業学習」がある。これを学部別に見てみると、小学部の低学年では「日常生活の指導」「遊びの指導」が中心になっており、高学年になるにつれて「生活単元学習」が増え、体育、音楽、図画工作、国語、算数の「教科別の指導」が加わる。中学部から高等部にかけては、「日常生活の指導」が減少し、「作業学

習」が増え、「教科別の指導」の時間も増える。

2. 「日常生活の指導」

生活の流れに沿った実際的な場面で日常生活の諸活動を指導すること。日常生活の諸活動とは、登下校、衣服の着脱、排尿・排便、食事等の生活に必要な活動であり、ほぼ毎日反復される活動である。

3. 「遊びの指導」

単に子どもに遊び方を教えることを目的にしたものではなく、遊びを学習活動の中心にして、子どもの身体活動を活発にし、仲間とのかかわりを促し、意欲的な活動を育てようとするものである。指導者が遊びを教えようとする、子どもにとって興味・関心のない活動になったり、子どもが遊ぶことに集中しにくくなったりする場合がある。指導者は遊びの場の「演出家」の役割に徹することが大切である。

4. 「生活単元学習」

生活上の課題を実現・解決する一連の活動を組織的に経験することで、自立的な生活に必要な事柄を実際の・総合的に学習しようとするものである。指導において大切なことは、

- ①子どもにとって現実度の高い活動を設定する。(やりたいこと、好きなこと、生活上の必要性があること)
- ②一人ひとりが力を発揮し、共同して取り組めるよう活動の設定をする。
- ③指導者は子どもとともに活動し、子どもが思い切り活動できるよう展開や教材・教具の工夫をする。
- ④課題解決力を高める単元の配列、単元の展開をする。ひとつの単元の学習の中でも、前の時間の経験が生かせるような連続性・必然性のある活動を設定する。

5. 「作業学習」

作業活動を学習活動の中心に据えて総合的に学習することである。種目として、園芸、木工、食品加工、紙工、窯業、縫製、織物、レザークラフト、セメント加工、印刷等、多様なものが実施されている。これらの活動を通じて、子どもの働く意欲を培い、将来の職業生活や社会自立を目指し、生活する力を高めることを意図するものである。指導において大切なことは、

- ①作業学習に参加する喜びや協力して完成する成就感が十分に味わえるようにすること。
- ②作業学習の製品が生活の中で役立つことを知る、役立つように製品を工夫すること。
- ③作業学習での目標を持ち、自ら評価できるように育てること。

コラム

脳性まひ（CP）

（引用：「これだけは知っておこう第3版」）

脳性まひ（CP）は、受胎から新生児期（生後4週未満）までの間に、何らかの原因によって起こる脳の非進行性病変によって起こる。まひの状態は永続的に続くが、状態の変化する運動と姿勢の異常をさす。その原因はさまざまで、出生前、出生時、出生後に分けることができる。また脳性まひは脳の障がいによるものなので、運動障がいのほかに、てんかん、知的障がい、聴力・言語障がい、目の異常、知覚障がい、呼吸・摂食障がい、便秘・排尿の異常、体温調節障がいなどの問題を併せ持つことが多くある。そして子どもによってその症状はさまざまに異なるので、「子どもを正しく理解すること」がなによりも必要である。

コラム

場面（選択的）緘黙症

（引用：「教育現場における障害理解マニュアル」）

緘黙症とは、言語能力や知的能力がほぼ正常であるにもかかわらず、言語による他者との交流を拒み、比較的長期にわたって沈黙を続ける病態をさす。特定の場面（幼稚園、学校、その他の屋外活動）で、子どもの発語が難しくなる場合を場面緘黙症と呼ぶ。家庭を中心とした親密な場面ではよく話すので診断は比較的容易である。女兒が男児より高率に発症し、全児童での発症率は約0.2%である。原因として先天的な素因と環境的要因の両者が考えられている。言葉は話せないが、動作の表現ができる者、筆談ができる者、絵が描ける者など症状も多様である。治療としては、精神療法（遊戯療法、箱庭療法）、行動療法（オペラント条件付け療法）、家族療法（両親へのカウンセリング）、環境調整療法などが試されている。

	略語	正式名称	日本語訳
障がい名	LD	Learning Disabilities(教育) Learning Disorder(医療)	学習障害(いわゆる教育用語) DSM-IVで用いられる用語
	ADHD	Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders	注意欠陥・多動性障害
	PDD	Pervasive Developmental Disorder	広汎性発達障害
	MR	Mental Retardation	知的障害(精神遅滞)
	AS	Asperger	アスペルガー症候群
	ASD	Autistic Spectrum Disorder	自閉症スペクトラム
	HA (HFA)	High Functioning Autism	高機能自閉症
	HFPDD	High Functioning Pervasive Developmental Disorders	高機能広汎性発達障害
分類等	ICF	International Classification of Functioning Disability and Health	国際生活機能分類
	ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease	国際障害分類
	ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	国際疾病分類 疾病および関連保健問題の国際統計分類の第10回目の修正版 世界保健機関(WHO)が作成した分類
	DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	精神障害の分類と診断の手引き(アメリカ精神医学会の自閉症の診断基準)第4版
検査	WISC-III	Wechsler Intelligence Scale for Children Third Edition	ウェクスラー児童知能検査 第3版(5歳0ヶ月～16歳1ヶ月)
	WAIS-III	Wechsler Adult Intelligence Scale Third Edition	ウェクスラー成人知能検査 第3版(16歳～89歳)
	K-ABC	Kaufman Assessment Battery for Children	K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリー(2歳6ヶ月～12歳11ヶ月)
	S-M 検査	Social Maturity scale revised	新版 S-M 社会生活能力検査(1歳～13歳)
	新版 K 式	Kyoto scale of psychological development 2001	新版 K 式発達検査 2001(0歳～成人)
	ITPA	Illinois Test of Psycholinguistic Abilities	ITPA 言語学習能力診断検査(3才～9ヶ月)
	DAM	Goodenough draw-a-man intelligence test	グッドイナフ人物画知能検査(3才～10才)
	PVT-R	Picture Vocabulary Test-Revised	絵画語彙発達検査(3才～12才3ヶ月)
学校	SC	School Counselor	スクールカウンセラー
	CO	Special support education coordinator	特別支援教育コーディネーター
	TT	Team Teaching	チームティーチング
	SSW	School Social Worker	スクールソーシャルワーカー
	SST	Social Skill Training	ソーシャルスキルトレーニング
	PDCA	Plan Do Check Action	児童生徒の支援の際の視点のサイクル。「A」が入ることもある[APDCA] 計画(実態把握(A)、目標設定)→行動(進める)→確認(評価)→活用(再構築)

教育	TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children	自閉症および関連領域のコミュニケーションの治療と教育 ティーチ
	PECS	Picture Exchange Communication System	絵カード交換式コミュニケーションシステム
	PIC	Pictogram Ideogram Communication	コミュニケーションシンボル(米)
	PGS	Picture Communication Symbols	コミュニケーションシンボル(加)
	VOCA	Voice Output Communication Aids	ボタンを押すと合成音の言葉が出る器具
	AAC	Augmentative and Alternative Communication	拡大・代替コミュニケーション(VOCA/サイン言語など、コミュニケーションの方法を様々な手段で支援) 補助代替拡大コミュニケーション
	ABC 機能分析	Antecedent(先行事象) Behavior(行動) Consequences(結果事象)	機能的アセスメント(ABC 分析)
	ABA	Applied Behavior Analysis	応用行動分析
一般	OT	Occupational Therapist	作業療法士
	PT	Physical Therapist	理学療法士
	ST	Speech Therapist	言語療法士
	IQ	Intelligence Quotient	知能指数
	ADL	Activities of Daily Life (Living)	日常生活の中で行なわれる色々な動作 日常生活動作
	QOL	Quality of Life	生活の質
	CP	Cerebral Palsy	脳性まひ(脳性小児まひ)
	ROM	Range of Motion	関節可動域

コラム

ミトコンドリア異常症

(引用:「教育現場における障害理解マニュアル」)

ミトコンドリアとは細胞質の中に存在する小器官で、人体に必要なエネルギーを産生する重要な器官である。ミトコンドリアの機能低下を引き起こす本症では、各組織にわたる障がいを生じ、多彩な病像を示す。一般に遺伝子(DNA)というと、細胞の核内にあるDNAを指すが、ミトコンドリアにも16,569塩基対からなるミトコンドリアDNAが存在する。核DNAが基本的には両親から半分ずつ受け取るのに対して、ミトコンドリアDNAはほとんどすべてが母親由来であるため、家族性に認められるものでは、母系遺伝形式をとることがほとんどである。おもな症状は病型によって異なるのは当然だが、視神経萎縮、網膜の異常、外眼筋麻痺(眼球運動が制限される)、精神遅滞または退行、筋力低下、けいれん、脳梗塞様発作、反復性の頭痛、嘔吐発作、難聴、低身長、糖尿病、心筋症などを認める場合本症を疑う。遺伝子異常の種類あるいは程度の違いによって、慢性進行性外眼筋麻痺、MELAS、MERRFなどが知られている。根本的な治療はなく、対症療法を行っている。

コラム

行為障がい(conduct disorder) (引用:「日本LD学会LD・ADHD等関連用語集第2版」)

行為障がいとは1980年に米国精神医学会が作成したDSM-III診断基準(現在DSM-IV)に初めて登場した診断概念であり、一般に非行と呼ばれているものである。DSMの定義によれば、行為障がいは「他者の基本的権利を侵害するような、年齢相応の社会的規範や規則を侵害することが反復し持続する行動様式」とされる。この名称はWHOが作成したICD-9にも採用されている。その内容は「人や動物に対する攻撃性」「所有物の破壊」「嘘をつくことや窃盗」「重大な規則違反」のうち3つ以上見られ、社会的、学力的、職業的機能において重大な障がいを起こしていることなどである。診断に当たっては当該の小児の年齢を考慮しなければならない。また成人して反社会性人格障がいに発展する可能性が高い小児期発症型と、比較的予後良好である青年期発症型とを区別する。特に小児期発症型は多動衝動性優勢型のADHDとの関連が密接であるが、ADHDのすべてが行為障がいになるわけではない。

	カタカナ	英語	支援教育で使われる意味
一般	スキル	skill	技能、力
	ニーズ	needs	必要とされること、必要性
	モチベーション	motivation	動機づけ、やる気
	ノーマライゼーション	normalization	障がい者が健常者と同様の社会生活などを送ること
	エンパワーメント	empowerment	利用者が主体的に問題解決に取り組める力(を持てるようにすること)
	コンセンサス	consensus	意思の一致、共通理解
	トレーサビリティ	traceability	経緯をたどることができるか
	アカウントビリティ	accountability	説明責任
	ファシリテーション	facilitation	ゴールに向かってグループでの作業を円滑に進むよう媒介する技術の総称
	コンプライアンス	compliance	法令順守
	コンサルテーション	consultation	相談、診察、協議 ある専門家が別の専門家の指導助言を受けること
	カンファレンス	conference	会議、協議
	ノウハウ	know-how	ある専門的な技術やその蓄積のこと
	ノンバーバル	nonverbal	言葉を用いないコミュニケーション 写真・イラスト、ジェスチャー、音楽など
	コラボレーション	collaboration	協働 共に働く 協力する 共演 競演 合作 共同作業 利的協力を指す言葉
SST関係	アセスメント	assessment	子どもの実態把握 行動観察 情報収集、評価、査定
	ソーシャルスキル	social skill	社会生活や人間関係を営んでいくために必要となる力
	ソーシャルストーリー	social story	暗黙のルール 社交場の約束などを文字で視覚化して本人に気付かせる方法
	ロールプレイング	role playing	役割演技のことで問題場面を設定し、ある役割を演じること
	アサーション	assertion	自分のことも相手のことも大切にす率直な自己表現 つまり相手に威圧的ではなく、直接的に自分の考えや気持ちを伝えること
	セルフマネジメント	self-management	自己を管理する、調整する力
	セルフエスティーム	self-esteem	自尊感情
	メタ認知	meta	自分自身の認知過程を認知すること。つまり自分のことをわかっているかどうか
	スーパーバイズ	super vise	特別支援教育士やカウンセラーやソーシャルワーカーなどの 現業員の指導・監督を行う者からのアドバイス
PDD	ワーキングメモリー	working memory	見る、聞くなどで得たイメージを思い出して行動に生かす力 作業(動)記憶
	ビジュアルトレーニング	visual training	細部視知覚や空間認識、衝動性の眼球運動のトレーニング
	トーキングエイド	talking aid	話言葉を補助する機器 携帯用会話補助装置
	エコラリア	echolalia	反響言語 言葉の繰り返し
	ペアレントトレーニング	parent training	障がいのある子どもの親(保護者)を直接の療育者として養成し、子どもの子育てを支援する方法(発達障がいが多くされている)
	セントラルコヒーレンス	central coherence	情報をまとめて全体像をつかむ力
	モノトラック	monotrack	複数の情報の同時処理。同時に二つ以上の事柄を意識内に捉えること

教育	チームティーチング	team teaching	複数の教師がチームを作り、個々の専門性を活かしながら協力しあって授業をすすめる指導形態
	自閉症スペクトラム	autistic spectrum disorders	自閉症にはいくつかの下位分類があるが、それらは個別の疾患ではなく、程度の差に過ぎないとの想定で命名された概念
	インクルージョン	inclusion	「統合(インテグレーション)」に代わって唱えられるようになった障がいを持つ人々への社会的対応の新しい概念で、教育の分野では「統合教育」に代わって「インクルーシブ教育」と呼ばれる。インクルージョンは、人は一人ひとりがユニークな存在で、違っていることが素晴らしいことであるという基本理念に基づき、差別・分別することなくすべての人を包含(インクルージョン)して、地域の中で通常の小・中学校の中で、一人ひとりのユニークさに対応できるように社会・学校を変革することを目指す長い旅路—過程である
	インクルーシブ教育	inclusive education	障がいのある子どもだけでなく、すべての児童生徒を視野に入れた人間尊重の教育モデル(インテグレーションと違い、一人ひとりが違って当たり前が前提)
	マカトン	makaton	ウォーカー(英)らによって言葉の発達におくれのある人々のために開発された手指による動作表現 マカトンサイン
	アプローチ	approach	療法、支援方法
	ディスレクシア	dyslexia	難読症、読字障がい、読み障がい
	クレーン行動	crane	相手の手を持って行き、要求すること
	トークンエコノミー(トークンシステム)	token economy	課題を正しくやり終えたときに約束したトークン「代用貨幣」(例えばためると何かと交換できるものやシールなど)を報酬として与え、目標とする行動を強化する方法
	アタッチメント	attachment	愛着。親と子の間に形成される緊密な情緒的きずな
福祉	ガイドヘルパー	guide helper	移動支援介助者
	ショートステイ	short stay	日中一時支援
	トワイライトステイ	twilight stay	泊を伴うショートステイ
	レスパイト	respite	介護から離れられずにいる家族に一時的に一定の期間、障がい児(者)の介護から開放する事によって、日頃の心身の疲れを回復させ、ほっと一息つけるようにする援助のこと
	モニタリング	monitoring	子どもの怪我、食事、衣類の様子など観察すること
	ネグレクト	neglect	日常の世話をしないこと。養育放棄
	スクリーニング	screening	障がいや先天性異常などの有無を検査などで発見すること 予備検査 [乳幼児スクリーニング]
医療	チアノーゼ	cyanosis	口唇や爪床(そうしょう)など皮膚や粘膜が紫色になる状態 心肺疾患や重篤疾患の症状の指標として重要視される
	シャント	shunt	血液が本来通るべき血管と別のルートを流れる状態のことをいう。支援教育では一般に水頭症の治療で脳内に溜まった髄液を腹腔内などに流すための管を意味することが多い

コラム

反抗挑戦性障がい(oppositional defiant disorder) (引用:「日本LD学会LD・ADHD等関連用語集第2版」)

反抗挑戦性障がい(ODD)は1980年に米国精神医学会が作成したDSM-III診断基準(現在DSM-IV)に初めて登場した診断概念である。幼児期から青年期にかけて反抗的、敵対的、挑戦的な行動が著しいものを示している。注意欠陥多動性障がい(ADHD)を高率に合併しやすい。またODDの一部は行為障がい(CD)となり、いわゆる非行に発展する。なおODDとCDの並列診断をすることはできない。ODDはADHDやCDとともに破壊的行動障がい(崩壊性行動障がい)という上位カテゴリーにまとめられている。

※子どもたちがどんな薬を飲んでいるのか参考程度に参照してください。副作用は必ずあるわけではありません。この表をもとにして保護者にお話はしないようにしましょう。なんといたっても薬のことはその子どもの主治医の指示が絶対なのであります。

種類	薬の正式名	薬品名	標的症	備考
抗てんかん薬	パルブロ酸ナトリウム	デパケン	てんかん発作	強力な抗てんかん作用、躁鬱に対する効果もある 【副作用】胃腸障害、肝障害、ふるえ、高アンモニア血症、眠気、体重増加、吐き気、脱毛、ライ症候群様症状、昏睡および昏迷など
		セレニカR		
		ハイセレニン		
		バレリン		
		セレブ		
	カルバマゼピン	テグレトール	てんかん発作、興奮、躁鬱、多動	抗てんかん薬だが、強力な精神安定剤としての作用あり 【副作用】発疹、複視(物が二重に見えること)、視力障害(かすみ目など)、運動失調、認知障害、眠気、気分変動、ジスキネジア、心臓伝導障害、胃腸障害、水分貯留、造血器障害、肝障害
	フェニトイン	アレピアチン	てんかん発作	【副作用】眼振、複視、視力障害、運動失調、眠気、気分変動、ジスキネジア、多毛症、ニキビの悪化、歯肉増殖、造血器障害、肝障害、末梢神経炎、アレルギー性皮膚炎
		ヒダントール		
	フェノバルビタール	ルミナール	てんかん発作	【副作用】鎮静、精神的遅延、認知障害、多動、行動変動、失調、眠気、アレルギー性皮膚炎、肝障害、造血器障害
		フェノパール		
	ゾニサミド	エクセグラン	てんかん発作	【副作用】眠気、発汗低下、脱力、精神症状、頭痛、運動失調、発疹、かゆみ、尿路結石、体重減少
	エトサクシミド	エピレオプチマル	てんかん発作	特に欠神発作に有効 【副作用】食欲不振、めまい、まぶしさ、集中力低下、運動失調、しゃっくり、造血器障害、皮膚炎、光過敏
		ザロンチン		
	クロナゼパム	ランドセン	てんかん発作	顔や手足がびくつくミオクロニー発作に効果大 【副作用】眠気、脱力、めまい、悪心、嘔吐、発疹、肝障害、精神的興奮状態、もうろう状態
		リボトリール		
	ジアゼパム	ダイアアップ	てんかん発作、熱性痙攣	子ども専用の座薬 【副作用】眠気、脱力、めまい、悪心、嘔吐、発疹、肝障害、精神的興奮状態、もうろう状態
	クロバザム	マイスタン	てんかん発作	いろいろなタイプのてんかんに有効 【副作用】眠気、脱力、めまい、悪心、嘔吐、発疹、肝障害、精神的興奮状態、もうろう状態
	スルチアム	オスポロット	てんかん発作、興奮	【副作用】腎不全、眠気、めまい、頭痛、発疹、手足のしびれ、舌のもつれ
	ガバペンチン	ガバペン	てんかん発作	部分発作に対する併用療法として用いられる 【副作用】眠気、めまい、ふらつき、頭痛、複視、体重増加、急性腎不全
	トピラマート	トピナ	てんかん発作	部分発作に対する併用療法として用いられる 【副作用】眠気、めまい、頭痛、思考力低下、摂食異常、倦怠感、肝機能障害、急性近視、腎結石、尿路結石
リン酸ピリドキサルカルシウム	アデロキザール	てんかん発作・ビタミンB6補給	【副作用】食欲不振、吐き気、発疹	
ラモトリギン	ラミクタール	てんかん発作	部分発作、強直間代発作 【副作用】眠気、めまい、頭痛、不眠、発疹、吐き気、下痢、食欲不振	
アセタゾラミド	ダイアモックス	緑内障、利尿作用、てんかん発作	【副作用】吐き気、食欲不振、下痢、多尿、手足のしびれ、頭痛、めまい、発疹	
抗他動薬	メチルフェニデート	リタリン	多動	【副作用】てんかん発作に対する憎悪、不眠、食欲不振、動機、不安、興奮、発汗、ふるえ、体重減少
		コンサータ		
	塩酸アトモキセチン	ストラテラ	ADHD	「コンサータ」に代わる ADHD 治療薬 【副作用】頭痛、食欲減退、傾眠、腹痛、悪心、嘔吐、肝機能障害、黄疸、アナフィラキシー様症状

種類	薬の正式名	薬品名	標的症状	備考
精神安定剤	ハロペリドール	セレネース	イライラ・興奮	副作用のため、アキネトンなど抗パーキンソン病薬の併用が必要 【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、動悸、発疹
		ハロステン		
	ピモジド	オーラップ	イライラ・興奮、多動	少量なら抗パーキンソン病薬は不要 【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、頻尿、発疹
	レボメプロマジン	ヒルナミン	イライラ・興奮	強力な安定剤、感情調整剤としての作用あり 【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、体重増加
		レボトミン		
	ベゲタミン配合剤	ベゲタミン	緊張、不安、イライラ、抗うつ、不眠	塩酸クロルプロマジン、塩酸プロメタジン、フェノバルビタールが配合されている。クロルプロマジンとフェノバルビタールの相乗作用により、鎮静催眠作用が強まる。またプロメタジンは、クロルプロマジンの副作用を軽減する。 【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、体重増加、光線過敏症、依存
	プロベリシアジン	ニューレプチル	興奮、不眠	入眠剤として用いられる 【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、体重増加、発疹
	フルニトラゼパム	ロヒプノール	催眠作用、鎮静作用	【副作用】依存症、禁断症状、錯乱、興奮、眠気、頭痛、めまい、倦怠感、脱力感
		サイレース		
		ビビットエース		
		フルトラース		
	リスベリドン	リスパダール	興奮、躁鬱	統合失調症の陽性症状(幻覚、妄想、興奮)と陰性症状(無感情、意欲低下、自閉)の両方により効果を発揮 【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、体重増加、発疹、興奮
	アモバルビタール	イソミタール	鎮静・睡眠作用 抗けいれん	【副作用】依存症、呼吸抑制、発疹、水ぶくれ、眠気、頭痛、めまい
	塩酸クロルプロマジン	ウインタミン	興奮、不眠	【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、体重増加
	アリピプラゾール	エビリファイ	興奮、躁鬱	【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、動悸
	プロマゼパム	セニラン	不安、緊張、抑うつ	【副作用】依存、興奮、眠気、頭痛、めまい
	エチゾラム	デパス	不安、緊張、抑うつ	【副作用】依存、興奮、眠気、頭痛、めまい
	オランザピン	ジプレキサ	興奮	【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、動悸、興奮
	フマル酸クエチアピン	セロクエル	不安、緊張、抑うつ	【副作用】指や手足のふるえ、身体のこわばり、ひきつけ、よだれ、目の異常運動、舌のもつれ、眠気、頭痛、めまい、吐き気、食欲不振、便秘、体重増加
	抗パーキンソン病薬	塩酸トリヘキシフェニジル	アーテン	安定剤によるパーキンソン症状を抑える
塩酸ビペリデン		アキネトン	【副作用】幻覚、錯乱、吐き気、食欲不振、便秘、かすみ目、動悸、眠気、めまい、頭痛	
		ピカモール		
ヒベンズ酸プロメタジン		ピレチア	抗アレルギー、抗パーキンソン	【副作用】眠気、頭痛、口の渇き、吐き気、食欲不振、便秘、動悸、目のかすみ、発疹
レボドパ	ドパストン	パーキンソン病	【副作用】幻覚、錯乱、吐き気、食欲不振、便秘、眠気、興奮、動悸	

この冊子は、本校自立活動委員会が平成12年4月に発行した「これだけは知っておこう」第3版を元に新たに編集したものです。この冊子の作成には、下記の文献を引用・参考にさせていただいております。

書名	著者・編者	出版社
教育現場における障害理解マニュアル	小野次朗・榊原洋一	朱鷺書房
教育現場における障害のある子どもへの指導と実践	小野次朗・榊原洋一・杉山登志郎	朱鷺書房
よくわかる発達障害	小野次朗 他	ミネルヴァ書房
基礎からわかる特別支援教育とアセスメント	須田正信 他	明治図書
キーワードブック 障害児教育	清水貞夫 他	クリエイツかもがわ
発達障害基本用語辞典	発達障害学会	金子書房
自閉症教育実践ガイドブック	国立特別支援教育総合研究所	ジース教育新社
自閉症の子への「学び」支援	北海道教育大学付属養護学校 特別支援教育研究会	明治図書
日本LD学会LD・ADHD等関連用語集	日本LD学会	日本文化科学社
発達障害の子どもたち	杉山登志郎	講談社現代新書
特別支援学校学習指導要領解説 総則等編	文部科学省	教育出版
注意欠陥/多動性障害への医療的支援 (LD&ADHD No.31 10月号)	平林伸一	明治図書

コラム

レット症候群

(引用:「教育現場における障害理解マニュアル」)

DSM-IVにおいて、自閉性障がい、アスペルガー症候群とともに、広汎性発達障がいとして分類されている疾患である。女兒に出現し、男児の場合は致命的なため出生してこないと考えられている。症状は、生後6ヶ月頃までの発達には明らかな異常は認めないが、その後頭囲拡大の停止、精神運動発達遅滞が出現してくる。また、歩行が不安定になったり、つかまり立ちしていた子どもが立たなくなったりなどの退行が認められる。精神面では、全例に自閉的な知的退行を認める。ついで、手揉みと呼ばれる両手を胸の前で揉んだり、たたいたり、こすったりするような常同行動が全例に始まり、合目的な手の運動はほぼ消失する。その後、てんかん、側彎、嚥下障がい、呼吸障がい、小頭症、睡眠・覚醒リズム障がいなどが認められる。原因遺伝子として、MeCP2 遺伝子が見つかったが、この遺伝子異常がどのように本症候群の臨床症状に結び付いているのかはまだ不明である。従って根本治療はなく、それぞれの症状に対する対症療法を行う。音楽に対する興味が高いことから、音楽療法が試されたりする場合もある。

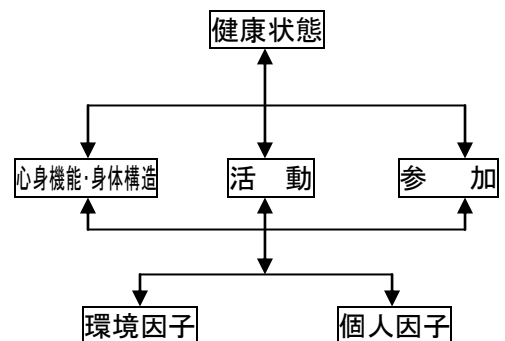
コラム

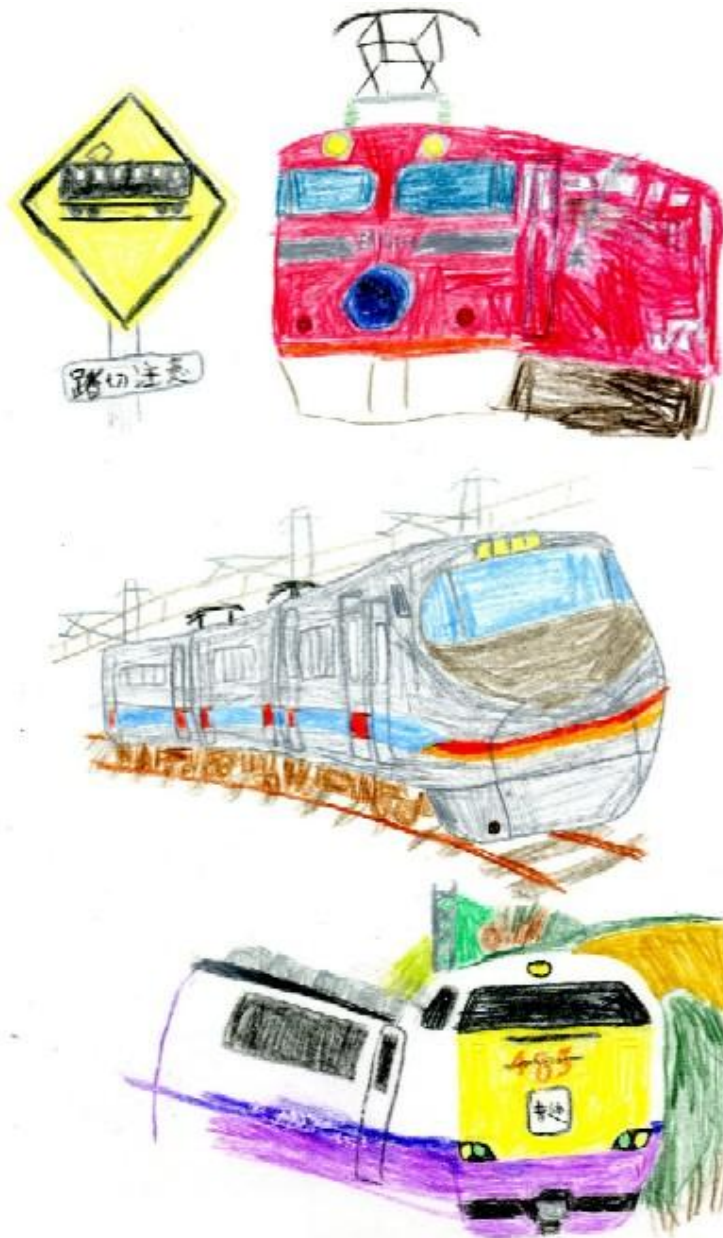
ICF (国際生活機能分類)

(引用:「日本LD学会LD・ADHD等関連用語集第2版」)

International Classification of Functioning, Disability and Health

2001年、世界保健機関は生活機能と障がいの分類を新しく提案した。それまでの、機能障がい→能力障がい→社会的不利(1980:ICIDH)の図式で表わされる「障がいの結果として社会的不利が生じるから、障がいのマイナス部分を補っていく」という障がいについての考え方を、心身機能・構造←→活動←→参加で示される「障がいの有無にかかわらず種々の活動参加が可能になるような環境的条件整備が必要である」という考え方に転換した。障がい者の活動や社会参加を制限する因子を、障がい者個人の課題ではなく、社会全体の課題として捉え、障がい者の「生」の目標実現に向けて適切な支援を検討しようとする姿勢は、今後の障がい児教育に欠くことのできない基本的な考え方になると思われる。





支援教育 これだけは知っておきたい障がいの基礎

～知的障がい・発達障がいのある子どもの理解と支援のために～

平成22年3月初版刊

発行元：大阪府立寝屋川支援学校

編集：大阪府立寝屋川支援学校 特別支援委員会

住所：〒572-0854

大阪府寝屋川市寝屋川公園 2100 番地

Tel: 072-824-1024

Fax: 072-824-3709

HP: <http://www.osaka-c.ed.jp/neyagawa-y/>