

200500823A

厚生労働科学研究費補助金  
こころの健康科学研究事業

発達障害（広汎性発達障害、ADHD、LD等）に係わる  
実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究

平成17年度 研究報告書

平成18（2006）年4月

主任研究者 市川 宏伸

# 目 次

I. 総括研究報告書	
発達障害に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の 開発に関する研究	1
主任研究者 市川 宏伸（都立梅ヶ丘病院・院長）	
II. 分担研究報告書	
広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害等の早期発見と 対応に関する研究	5
分担研究者 高橋 脩（豊田市こども発達センター・センター長）	
地方都市における広汎性発達障害の人たちの 医療ニーズに関する研究	10
分担研究者 藤岡 宏（つばさ発達クリニック院長）	
乳幼児健康診査における高機能広汎性発達障害の早期評価： M-CHAT日本語版の1歳6ヶ月個別健診導入に関する検討	18
分担研究者 内山 登紀夫（大妻女子大学）	
道内大都市圏の高等養護学校在籍生徒を対象とした発達障害に 係わる実態調査	23
分担研究者 安達 満（北海道教育大学旭川校・助教授）	
発達障害のある中学生への支援の在り方に関する研究	36
分担研究者 緒方 明子（明治学院大学）	
発達障害のある子どもと養育者に対する包括的支援（1）	38
分担研究者 田中 康雄 （北海道大学大学院 教育学研究科 教育臨床講座）	
発達障害者支援法施行実態と、ユーザーのニーズに関する調査 －乳幼児健診体験を中心に－	47
分担研究者 辻井 正次（中京大学社会学部・教授）	

発達障害（広汎性発達障害、ADHD、LD等）に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究 .....	51
分担研究者 小川 浩（大妻女子大・教授）	
成人期広汎性発達障害者に対する効果的な地域支援に関する研究 .....	56
分担研究者 日詰 正文（長野県精神保健福祉センター）	
発達障害に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究 .....	62
分担研究者 市川 宏伸（都立梅ヶ丘病院・院長）	
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	71

# I . 総括研究報告書

発達障害に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究

主任研究者 市川 宏伸（都立梅ヶ丘病院・院長）

研究要旨

平成 17 年 4 月より、発達障害者（児）支援法が施行された。この法律は、軽度の発達障害者（LD、AD/HD、HFPDD）を対象としているが、知的障害はじめ他の障害の並存を排除したものではない。

この法律の趣旨に基づき、発達障害の実態把握と発達支援の開発に関する研究を行うのがこの研究班である。早期発見や療育に関して研究を行ったのは、高橋 脩、藤岡 宏、内山登紀夫の 3 研究者である。

高橋 脩分担研究者は、「広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害などの早期発見と対応に関する研究」を行った。高機能広汎性発達障害では、幼児期前期から中期で発達障害の発見・療育が可能と考えられた。注意欠陥多動性障害では、幼児中・後期から発見され、幼児期後期以降に診断されていた。幼児健診での発見は難しく、幼児期後期以降で可能であった。発達障害児の支援を積極的に行っている、鳥取県倉吉市の現状と課題を検討した。発見体制の不備、専門医の不足、要観察児のフォローの不足などいくつかの課題が明らかになった。

藤岡 宏分担研究者は、「地方都市における広汎性発達障害の人たちの医療ニーズに関する研究」を行った。今治市における広汎性発達障害児の比率は、1.34%以上と推測された。地方都市においても広汎性発達障害への医療ニーズは高いが、診療機関や通園施設が限られている。一方で、医療機関と療育機関の連携については長い歴史的経過がある。広汎性発達障害児の増加に伴い、医療機関には多数の受診者が訪れており、医療保険上の加算が望まれている。

内山登紀夫分担研究者は、「乳幼児健康診査における高機能広汎性発達障害の早期評価（M-CHAT 日本語版）の 1 歳 6 ヶ月個別健診導入に関する検討」を行った。1.5 歳児健診において、質問紙（M-CHAT 日本語版）を用いて自閉症スペクトラムの早期発見の検討を行った。23 項目中 8 項目では通過率 100%であり、1 項目が 70%台、2 項目が 80%台、残りは 90%台であった。正確で効率的なスクリーニングが可能なツールの完成が必要である。

残りの 7 名の分担研究者は、現状把握と支援についての方策を中心に研究を行っている。安達 満、緒方明子分担研究者は教育の立場で、保護者の立場から田中康雄、辻井正次分担研究者が、就労を中心に小川 浩分担研究者が、地域支援の立場で日詰正文分担研究者が、医療支援の立場で市川宏伸主任研究者が報告を行った。

安達 満分担研究者は、「道内大都市圏の高等養護学校在籍生徒を対象とした発達障害に係わる実態調査」を行った。道内高等養護学校在籍者について調査を行った。知的障害は軽度の者が多く、70%が通常学級在籍歴があった。しかし教科学習については約30%、作業学習については約20%が意欲に欠けており、約10%が否定的な受けとめをしていた。約7%が不登校であり、約36%が不登校歴を持っていた。これらの事実から、知的障害そのものによるものではなく、発達障害の特性に基づく学習面行動面の困難さが存在していることが示唆された。

緒方明子分担研究者は、「発達障害のある中学生への支援の在り方に関する研究」を行った。中学校における発達障害への取り組みは、小学校に比べて遅れている。巡回相談の要請があった中学校の相談内容から必要とされている支援内容を検討した。対象となる子どもでは、小学校では問題がない、あっても引継ぎが行われていない例が多く、個別の指導計画の必要性があるにもかかわらず作成されていなかった。

田中康雄分担研究者は、「発達障害のある子どもと養育者に対する包括的支援（1）」という題名で研究を行った。通園センターを利用している子どもの課題と養育者を含めた支援のあり方について検討を行った。保護者が記入した発達スクリーニング調査票の結果を因子分析した。言動が目立つ群では、家庭内外での問題行動への疲労感が強く、老親との関係や夫婦間の意志の疎通が大切であるとされた。手のかからない群では、保護者には内在化している不安や孤立感があることが分かった。

辻井正次分担研究者は、「発達障害者支援法の施行実態と、ユーザーのニーズに関する調査（乳幼児健診体制を中心に）」を行った。広汎性発達障害児を持つ保護者を対象に、乳幼児健診についての実態調査を行った。この結果、3歳児健診においては広汎性発達障害の半数以上のスクリーニングが出来ていなかった。発達障害者支援法においては、発達障害者の支援がうたわれているが、半数以上の保護者は、「発達特性・障害特性に対する助言は受けられていない」と感じていた。発達障害児に係わる専門職の中での認識の不足が示唆され、研修などの充実が望まれた。

小川 浩分担研究者は、「高機能広汎性発達障害者の就労実態の調査」を行った。発達障害者支援センター、発達障害専門クリニック利用者を対象に、就労実態を質問紙法で調査した。就労している者は約40%であるが、正社員として職についているのはその約30%であった。多くの就労者は、身分も賃金も不安定な状況に置かれていた。就労者のうち、障害者雇用枠が40%を越えており、学校教育から就労の段階で障害者雇用枠が利用されていると考えられた。

日詰正文分担研究者は、「成人期広汎性発達障害に対する効果的な地域支援に関する研究」を行った。福祉・保健機関を対象に、療育手帳や精神障害手帳を持たない成人期広汎性発達障害者への支援現状と今後の展望について質問紙調査を行った。広汎性発達障害者への相談は増加傾向にあったが、支援展開の展望ははっきりしない状況であった。地域支援関係者間の調整やスーパーバイズを行う体制の保証が必要と思われた。

市川宏伸主任研究者は、「発達障害に係わる医療機関の診療実態の調査」を行った。児童・小児医療を行っている医療機関を対象に、質問紙を用いて発達障害者（児）の診療実態を調べた。発達障害者の診療を半分以上の機関で行っていたが、30～50%で薬物治療が行われている一方で、療育プログラムが導入されているのは5%に過ぎなかった。発達障害者の身体的・精神的悪化に対して、受け入れ先の医療機関が少ないことが示唆された

分担研究者（あいうえお順）

安達 潤 北海道教育大学旭川校助教授

内山登紀夫 大妻女子大学人間関係学部教授

緒方明子 明治学院大学心理学部教授

小川 浩 大妻女子大学人間関係学部教授

高橋 脩 豊田市子ども発達センター長

田中康雄 北海道大学教育学部教授

辻井正次 中京大学社会学部助教授

日詰正文 長野県精神保健福祉センター

主任言語聴覚療法士

藤岡 宏 つばさ発達クリニック院長

## Ⅱ. 分担研究報告書



平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康研究事業）  
分担研究報告書

広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害等の早期発見と対応に関する研究

分担研究者 高橋 脩（豊田市こども発達センター・センター長）

**研究要旨**

広汎性発達障害（PDD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）等の早期発見と対応策を明らかにするため、本年度は2研究を行った。研究1「発達障害の発見と初期対応に関する比較研究」では、自検例を対象に高機能自閉症（HFA）とADHDの発見・診断時期について比較研究を行った。HFAでは発見・診断は2つの幼児期悉皆健診で幼児期前中期に行われるのに対し、ADHDでは発見は小学校と保育園・幼稚園で学童期と幼児期中後期になされ、診断は学童期から幼児期後期であった。その結果、HFAは悉皆幼児健診から始まる従来の早期療育システムで対応できるが、ADHDは1歳6ヶ月及び3歳児健診で発見することは困難で、保育園・学校等で発見し、専門医療機関で診断を行うという、異なった発見・診断体制が必要なことが示唆された。

研究2「発達障害の発見と初期対応システムに関する研究」では、発達障害の支援に積極的な取り組みを行っている鳥取県倉吉市の現状と課題について、調査・検討を行った。発見・診断・保育・連携・人材育成など支援全般にわたり多くの課題が明らかとなった。

**研究協力者**

上里初志、神谷真巳、河村雄一、酒井雪枝、佐藤泰一、和田佳代（豊田市こども発達センター）、伊澤裕子（豊田市子ども部子ども家庭課）、荻原はるみ（柳城短期大学）、入江ゆみ子（鳥取県自閉症・発達障害支援センター）、塚根智子（鳥取県倉吉市福祉保健部福祉課）

**I. 研究1「発達障害の発見と初期対応に関する比較研究」**

**A. 研究目的**

代表的な発達障害であるPDDとADHDを対象に早期発見と診断の現状を比較検討し、障害特性に合わせた支援システム作りの基礎資料とすること。

**B. 研究方法**

対象は、豊田市こども発達センターのぞみ診療所の児童精神科を受診した1994年1月から12月に出生の何れも普通知能（IQ85）以上のHFA26名（男：女＝22：4、IQ86～124）、ADHD19名（男：女＝17：2、IQ88～116）である。これら45名について診療録より発見年齢、発見機関、初期対応、診断年齢を検討した。なお、本研究において診療録から得られた個人情報の管理については徹底を期した。

**C. 研究結果**

**(1) 発見年齢**

障害に気づかれた年齢は、HFAは1歳が22名（84.6%）、3歳が2名（7.7%）と幼児期前中期で全体の92.3%を占めていた。これに対し、ADHDは6歳～12歳（学童期）が9名（47.4%）、3歳が7名（36.8%）、4～5歳が2名（10.5%）であり、学童期、幼児期中期、幼児期後期の順であった。

（表1）

表1 発見年齢

年齢	HFA(%) N=26	ADHD(%) N=19
1歳	22 (84.6)	1 (5.3)
3歳	2 (7.7)	7 (36.3)
4～5歳	1 (3.8)	2 (10.5)
6～12歳	1 (3.8)	9 (47.4)

**(2) 発見機関**

問題に気づいた機関等については、HFAでは保健所の1歳6ヶ月児健診が21名（80.8%）と最も多かった。ADHDでは、学校が9名（47.4%）、次いで保育園・幼稚園が5名（26.3%）、3歳児健診が4名（21.0%）であり、1歳6ヶ月児健診は1名（5.3%）のみであり、小学校と保育園・幼稚園が発見機関であった。（表2）

表 2 発見機関 (%)

障害	1:6 健診	3 歳健診	保育園等	小学校	その他
HFA (N=26)	21 (80.8)	1 (3.8)	2 (7.7)	1 (3.8)	1 (3.8)
ADHD (N=19)	1 (5.3)	4 (21.0)	5 (26.3)	9 (47.4)	0

### (3) 初期対応

発見後の初期対応については、HFA では、1歳6ヶ月児健診で豊田市こども発達センターで行っている母子通園事業（1～3歳児を対象に週1～2回）を紹介された事例が19名（73.1%）、センターの児童精神科受診が4名（15.4%）であった。センター等が実施している保育園・幼稚園巡回相談2名（7.7%）、渡米1名（3.8%）であった。母子療育事業に参加した19名はその後、全例が児童精神科で診断を受けていた。ADHDは、センター児童精神科・小児科受診8名（42.1%）、母子通園事業4名（21.1%）、センター等の保育園・幼稚園巡回及び保健師による家庭訪問がそれぞれ2名（10.5%）、豊田市青少年相談センター、児童相談所、企業保健センター合わせて3名（15.8%）であった。

（表3）

表 3 初期対応 (%)

障害	母子教育	診察	巡回相談	保健師訪問	その他
HFA (N=26)	19 (73.1)	4 (15.4)	2 (7.7)	0	1 (3.8)
ADHD (N=19)	4 (21.1)	8 (42.1)	2 (10.5)	2 (10.5)	3 (15.8)

### (4) 診断年齢

確定診断年齢は、HFA では1歳が12名（46.2%）、次いで3歳が8名（30.8%）、4～5歳が5名（19.2%）であり、小学生になって診断がなされたのは、3歳から1年生まで渡米していた1名（3.8%）のみであった。時期的にみると、幼児期前中期までに77%、就学までに96%が診断されていた。ADHDでは、6～10歳が15名（78.9%）、4～5歳が3名（15.3%）、3歳が1名（5.3%）であった。診断時期は、学童期、幼児期後期が合わせて95%を占めていた。（表4）

表 4 診断年齢

障害	1～2 歳	3 歳	4～5 歳	6～10 歳
HFA (N=26)	12 (46.2)	8 (30.8)	5 (19.2)	1 (3.8)
ADHD (N=19)	0	1 (5.3)	3 (15.8)	15 (78.9)

## D. 考察

発達障害は、PDD、ADHD、学習障害(LD)等からなる。このうち知的障害を合併したPDDについては、従来から1歳6ヶ月児健診と3歳児健診で「言葉遅れ」等を主訴に、発見と対応がなされてきた。しかしながら知的障害を合併しないPDDであるHFA（アスペルガー症候群を含む）、ADHD、LDについては、実態は不明である。今回、発達障害の早期発見と対応を検討するため、有病率が高く処遇の困難性からも重要な障害であるHFAとADHDについて、発見年齢、発見機関、初期対応、診断時期について検討した。

対象となった2障害で異なった結果が得られた。HFAについては、発見は幼児期前期、幼児期中期で90%以上がなされ、主たる発見機関は保健所（1歳6ヶ月児及び3歳児健診）であった。発見後の対応は、豊田市こども発達センターの母子通園事業を紹介されるか、直ちに診断に至る事例が多かった。確定診断年齢は、1歳、3歳、4～5歳の順であり、幼児期中期までに80%近くが、就学までにほぼ全例が確定していた。HFAを含むPDD群については、障害の発見と対応に従来から主要な役割を果たしてきた1歳児健診と3歳児健診で対応できることが明かとなった。しかし、発見しても直ちに診断することは困難な場合もあり、幼児期前期～中期の子どもを対象とした、子どもの発達支援、母親等家族への育児支援と障害認知への支援を目的とした、子育て支援と障害児療育機能を兼ね備えた療育事業が必要と考えられた。

これに対して、ADHDの発見は学童期が最も多く、次いで幼児期中期、幼児期後期の順であり、HFAと異なり幼児期前期に発見されることは稀であった。発見機関は、小学校、保育園・幼稚園、3歳児健診の順であった。一部は3歳児健診で発見できるものの、大半（70%以上）は、不適応行動が顕在化しやすい教育・保育機関でなされるのが特徴である。初期対応は、HFAとは異なり、診察に直接至る事例が多いのも特徴のようだ。診断は、学童期前中期、幼児期後期になされ、HFAより遅い。ADHDのある子への発達支援を考えると、従来の療育システムの主要な発見機関として機能してきた2つの幼児健診は現状では機能しておらず、保育園・幼稚園、学校が発見機関との役割を果たしていると考えられる。今後は、これら諸機関を発見機関として位置づけ、発見とその後の支援に関する専門性を高めていくことが必要となる。

## E. 結論

発達障害への早期発見と対応策を検討するため、HFAとADHDの発見、発見機関、初期対応、診断時期につ

いて検討し、以下の結論を得た。

(1) HFA は、健診で幼児期前期から中期で発見・診断がなされていた。

(2) HFA は、幼児期前期から中期での療育開始と診断が可能である。

(3) ADHD は、保育・教育機関で学童期から幼児期中・後期に発見され、学童期から幼児期後期に診断がなされていた。

(4) ADHD の早期発見・対応時期は、現状では幼児期後期が下限であり、発見機関として幼児健診は活用できない。保育・教育機関を発見機関と位置づけた支援システムの構築が必要と考えられた。

## II. 研究2「発達障害の発見と初期対応に関するシステムの研究」

### A. 研究目的

発達障害への発達支援の取り組みを積極的に試行している自治体について実態と課題について調査検討を行い、早期発見・対応のシステムを構想するための基礎資料とする。

### B. 研究方法

鳥取県中部圏域（人口約10万人）の中心都市である倉吉市は、鳥取県自閉症・発達障害支援センターなどと緊密に連携し、発達障害児への支援を積極的に展開中である。同市における現状について調査・検討した。調査内容は、障害幼児の発達支援に必須の基幹的機能（発見・診断・療育・保育・システム運営等）などである。

倉吉市の人口は53,175人（平成17年3月末現在）、出生児数は年間約450人、就学前人口は2,665人である。

なお、本研究においては倫理面への配慮は問題ないが、得られた情報の管理については徹底した。

### C. 結果と考察

#### (1) 倉吉市の発達支援関連機能整備状況

##### ① 乳幼児健診

6ヶ月児、1歳6ヶ月児、3歳児健診を実施。受診率は98%程度と極めて高率である。これに加え平成16年度からは、高機能自閉症や注意欠陥多動性障害など発達障害の発見・診断・フォローを目的に5歳児相談を実施（年3回、アンケートで一次スクリーニング、100%実施）。

##### ② 診断

発達クリニック（保健所で脳神経小児科医により月1

度）、県立病院脳神経小児科（常勤医1名）

##### ③ 相談・療育機関（施設数）

鳥取県自閉症・発達障害支援センター（1）、児童デイサービス（1）、知的障害児施設（1、地域療育等支援事業、通所にて発達障害児のグループ指導を実施）、肢体不自由児通園施設（1）、児童相談所、保健所（中部圏域を担当）、養護学校（1、教育相談）等

##### ④ 保育所等（施設数）

保育所（25、定員1900人）、幼稚園（3、定員520人）

##### ⑤ システム運営等

発達障害者支援体制整備検討委員会等。市担当課は、乳幼児健診等は福祉保険部健康支援課、障害者・児童家庭等は同部福祉課。

#### (2) 発達障害児支援の歩み

倉吉市を含む鳥取県中部圏域には、従来、専門の療育機関がなく、米子市にある鳥取県立総合療育センター、鳥取市にある独立行政法人鳥取医療センター等と連携し、保育所で障害のある児童を受け入れてきた。そのため、保育所・幼稚園に障害の特性に合わせて専門医等を派遣して保育士を指導する巡回相談を昭和61年度から、研修会を昭和63年度から相次いで開始し、障害の早期発見と療育への支援を行い、子どもの成長への支援と合わせて二次障害の予防に努めてきている。

そのような中、平成14年度に市の児童デイサービス事業を社会福祉法人に委託して開始（現在、支援費制度で実施）したほか、平成15年度には県立中部療育園（肢体不自由児通園施設）、平成16年度には県立皆成学園（知的障害児施設）に鳥取県自閉症・発達障害支援センターが設置され、専門的な相談・療育体制が徐々に整備されてきている。また、平成16年度からは発達障害のチェックを主な目的に、乳幼児健診のほかに5歳児の発達相談事業を取り入れている。

しかし、核となる調整機能がなく、また、情報の共有化が図られていないため、各ライフステージにおいて、保健・医療・福祉・教育等のネットワーク化ができておらず、就学前から就学後、そして成人に至る連携も十分に機能しているとはいえなかった。

そのため、平成16年度から、専門医や自閉症・発達障害支援センター等との連携のもと、保育所等への巡回相談や現場での指導の充実を図ったほか、保護者や、保育所・幼稚園・小中学校・養護学校・療育施設・児童館・放課後児童クラブ等児童の関係する施設等への職員を対象に、研修会を開催している。

発達障害者支援法施行に伴い、平成17年度からは、発達障害者担当として福祉部門に保健師を配置して担当窓口を設け、生涯を通じた継続した支援体制とライフス

ページにおける支援ネットワークづくりを模索している。平成17年度当初に、保護者、保健・医療・福祉・教育・労働などの関係機関の職員、民生児童委員等による発達障害者支援体制整備検討委員会を設置し、随時、必要な検討を行うほか、担当窓口を通し、関係機関等との調整やケア会議を開催している。また、3歳児健診の間診項目を追加し、発見と子育て支援の充実を図っている。

現在、平成18年度には、1歳6ヶ月児健診の見直しを行い健診後の保護者へのフォローの場として、保健師、保育士等をスタッフとして親子教室の開催を検討しているほか、人材育成システムや個別支援計画・移行計画用シートの検討、各保育所等において窓口担当者を決めるなど、組織としての各種の連携の窓口体制を検討している。

なお、倉吉市の発達障害支援については、今年度から3年間の予定で鳥取県の発達障害支援体制整備のモデル事業としても実施されている。

### (3) 発達障害児支援の課題

#### ① 発見

発見の主な機関は保育園・幼稚園である。平成5年以前においても現在でも、保育士にとって気になる児童は診断を受けている児童を含め、入所児童の5%程度となっている。鳥取県は女性の就業率が高く、倉吉市においても同様であり、保育園への0歳児の入所は13%程度、3歳以上は殆どの児童が保育所か幼稚園を利用している状況にある。早期発見と児童や家庭への支援を充実させるため、保育士等への研修の充実を図る必要がある。

平成17年度に見直しを行った3歳児健診において保健師が要観察と判断した児童のうち、発達障害のリスクが考えられる「色の理解が出来ない」、「言語不明瞭」、「落ち着きがない」など発達や行動面で気になる児童が、見直し前の4～6月は123人中19人(15.5%)であったが、見直し後の7～10月では128人中34人(26.6%)と増加していた。保健師の力量を向上させることで、適切な子育てや療育へつなぐことができる。

#### ② 診断

倉吉市で把握している発達障害の診断を受けている就学前児童は21人であるが、保育園や幼稚園でのみ見ている、専門療育につながっていなかったり、年齢が高くなるほど、健診、保育所等での発見から診断まで時間がかかっており、フォロー体制が十分にできていないと感じられる。また、倉吉市には専門医が脳神経小児科医1名という状況であり、児童精神科医はいない。保健所が実施している発達クリニックの予約に数ヶ月もかかるなど専門医が不足しており、県に対して増員を要望してい

るが、県内に専門医そのものが少ない現状にあり、すぐに解決できない状況にある。

就学前児童の保護者にとって、子どもに障害があると認めることの葛藤は大きく、保育士や保健師が気づいても、受診を勧めにくかったり、園での対応のみに終わる場合がある。自閉症協会鳥取県支部と連携を図っているが、保護者が子どもの状況を受け止めるまでに時間を要している。

診断をする場合や受診を勧める場合に、医師や関係者が児童の特性や支援の体制など保護者に見通しと希望の持てる説明ができることが大切であり、関係者に、正しい知識や面接の技術、基本的な人権感覚等を身につける研修の機会が必要である。

#### ③ ネットワーク、継続した支援

発見から診断・療育をはじめとする適切な支援、また、就学前から就学、就労等年齢により円滑につながっていく体制が整備できておらず、それぞれが個別に行われていたが、福祉課に担当保健師を配置後は次第に連携が円滑にできつつありチームとして機能しつつある。しかし、対象者数が多く、倉吉市では療育の専門分野について直営の施設がなく、個別支援計画の作成やケアマネジメント体制を含め、市内部の役割分担を模索中である。

乳幼児健診でリスクのある児童として要観察となった場合の追跡のシステムと子育て支援としての保護者に対するフォローの場がない。健診後の親子教室の開催について平成18年度から実施を検討中である。

#### ④ 人材育成

システムづくりと人材育成は車の両輪であり、どちらが欠けても機能しない。

保健師・保育士・教師・コーディネーターとしての担当者や指導主事等、核となる人材の育成と関係者全体のレベルアップを図る必要がある。研修会やケア会議のほか、人材育成としてのシステム化を普通の事業の中で展開できるように工夫できないか検討を要する。

#### ⑤ 啓発

発達障害の児童を育てている保護者にとって、子育ての仕方が悪い等の誤解や、障害に対する偏見が大変辛いといった声を聞く。また、発達障害のある児童にとって、家族の理解が得られていない状況も多く、正しい知識や理解に向けて啓発が必要である。

### D. 結論

発達障害児の支援に積極的な取り組みを行っている鳥取県倉吉市の現状と課題について検討した。発見体制、専門医の不足、健診要観察児のフォローの場の必要性、研修と人材育成、機関連携と継続的な支援体制の整備など、今後検討すべき多くの課題が明らかとなった。

### III. 研究発表

学会発表、講演

高橋 脩：発達障害の児童精神科臨床（教育講演）．第46回日本児童青年精神医学会総会、神戸市、2005．

高橋 脩：日本における自閉症の診断と評価（講演）．四川大学附属華西第二病院、中華人民共和国四川省成都市、2005．

高橋 脩：自閉症の最新研究（講演）．聖愛特殊教育培訓中心、中華人民共和国四川省成都市、2005．

河村雄一、神谷真巳、高橋 脩：自閉性障害の乳児期からの支援－3ヶ月健診 事後グループでの取り組み．第46回日本児童青年精神医学会総会、神戸市、2005．

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

地方都市における広汎性発達障害の人たちの医療ニーズに関する研究

分担研究者 藤岡 宏（つばさ発達クリニック院長）

**研究要旨：**発達障害の早期診断と障害の特性理解に根ざした早期療育は、二次障害・三次障害の発生を予防する観点からも非常に重要と考えられるが、公的な諸制度が比較的整備されている都市部とは異なり、地方ではこれに応えうる医療・教育・福祉各分野のサービスの総量自体が一般に乏しい。しかし地方では小規模ならではの利点を活かし、関係諸機関が地域の実情に合わせて連携をはかりながら実のある支援を行うことも、決して不可能ではない。本研究では、発達障害、中でも広汎性発達障害（以後 PDD と略す）を持つ人たちの療育・福祉上のニーズが地方でも相当量あることを実証し、サービスの総量が十分とは言えずとも一貫性を持った有用な支援が行われれば、発達障害を持つ子どもとその家族にとって強い支えとなり得ることを示したい。

1 年目の本年は、PDD の人たちへの公的な支援センターが県にまだ設置されていない状況下にある人口 18 万（2005 年 1 月の市町村合併前は 12 万）の地方都市、今治市で、発達障害への診療を専門的に行ってきた民間医療機関の統計を通して、地方都市における PDD の人たちの医療ニーズについて調査する。

**A. 研究目的**

PDD を持つ子どもへのサービスの総量の不十分な地方においても、医療上のニーズは非常に多く存在することを数の上で実証する。

**B. 研究方法**

愛媛県今治市にある民間の精神科医療機関つばさ発達クリニック（2000 年 3 月開院。分担研究者が院長を務める。スタッフは医師 1 名、事務 1 名で完全予約制。以後つばさと略す）を、2000 年 4 月 1 日より 2005 年 12 月 31 日までの間に受診し、分担研究者自身による診断を受けた 1161 人について、以下の点について調査する。

1. PDD 初診者の実数と全体に占める割合の年次推移
2. 在住地を①今治市内 ②今治市以外の県内 ③県外 に区分した場合の、各々の区域での PDD 初診者の実数と全体に占める割合の年次推移

3. 出生年別の PDD 初診者数（初診の時点で今治市在住）の、同年の今治市の出生数に対する比率
4. PDD 初診者の男女比
5. PDD 初診者の初診時年齢階層別内訳の推移
6. HFPDD 初診者の実数と PDD 全体に占める割合の年次推移

ただし診断は DSM-IV に基づき、標準化された知能検査・発達検査で IQ もしくは DQ が 70 以上であることが確認された PDD についてだけ HFPDD と呼ぶことにする（すべてのケースについて知能検査・発達検査が実施されているわけではない）。また「今治市」の指し示す範囲は、特に但し書きのない限り 2005 年 1 月の旧越智郡との合併後の「新」今治市に相当する地域を意味するものとする。

（倫理的面への配慮）資料として連結不可能匿名化された情報を用い、それ以降のデ

一タ処理も分担研究者自らが単独で行うことで、個別情報への配慮をじゅうぶんに行った。

### C. 研究結果

#### 1. PDD 初診者の実数と全体に占める割合の年次推移

2000年4月1日～2005年12月31日の間につばさを初診で訪れた1161人のうち、71%にあたる825人がPDDと診断された(図1)。今治市内在住者に限ると、今治市内からの初診者441人中274人(62%)がPDDであった(図2)。

#### 2. 在住地を ①今治市内 ②今治市以外の県内 ③県外に区分した場合の、各々の区域での PDD 初診者の実数と全体に占める割合の年次推移

PDD 初診者の年次推移を在住区域別に構成比で見ると

- (1) 今治市内は漸減
- (2) 今治市以外の県内は漸増
- (3) 県外は不定

の傾向が読み取れた(図3, 図4)。

#### 3. 出生年別の PDD 初診者数(初診の時点で今治市在住)の、同年の今治市の出生数に対する比率

2001年1月1日から2005年12月31日までの5年間につばさを初診した今治市内在住(但し初診の時点で)のPDDの人のうち、2001年生まれの人は20人であった。また2001年の今治市の出生数は1,490人で、同年の出生数に対する上記PDDの比率は1.34%という結果であった。これを旧今治市内の範囲のみで計算すると、PDDは16人、出生数1,104人、同比率は1.44%となった。

この結果を得て、参考までに2000年生まれの人についても同様の調査を行った。ただし、つばさの診療開始が2000年4月1日で、同年1月1日から3月31日まで

の診療実績がないため、追跡期間を2000年4月1日から2004年12月31日までの4年9か月とした。結果は2000年生まれのPDDの人は32人、同年の今治市の出生数は1,524人、同年の出生数に対する上記PDDの比率は2.01%であった。これを旧今治市内の範囲のみで計算すると、PDDは22人、出生数1,098人、同比率は2.00%となった。

#### 4. PDD 初診者の男女比

PDD 初診者の男女比は、5年9か月を総合すると全体では3.4:1、今治市内在住者では3.2:1という結果であった。

#### 5. PDD 初診者の初診時年齢階層別内訳の推移

PDD 初診者の初診時年齢を今治市内と今治市外とに区分して調べると、3歳以前に初診する率は今治市内で18%、今治市以外で10%、6歳以前(3歳以前も含む)に初診する率は今治市内で57%、今治市以外で52%という結果であった(図5, 図6)。3歳以前に初診する率は今治市内在住者の方が有意に高く( $p<0.01$ )、6歳以前に初診する率は両者の間に有意差を認めなかった。

#### 6. HFPDD 初診者の実数と PDD 全体に占める割合の年次推移

1. のPDD 初診者のうち、標準化された知能検査・発達検査によってIQもしくはDQが70以上であることが確認されたPDD(HFPDD)の数は、全体では28%(図7)、今治市内在住者では29%(図8)を占めた。

### D. 考察

つばさはフル稼働してやっと年間200件程度の初診をこなしている、医師一人事務一人の、まさに手作り工房のような所である。対外的なアピールもせずホームページも持たないつばさへ、ほかの家族たちから

その存在を口ずてに知った人たちが来診する。つばさの初診者の約7割をも PDD が占め、しかもその大多数が今治市を中心とする県内域から来診している、ということを示す C1・C2 のデータは示しており、地方にも PDD の人たちの医療ニーズが相当量存在する、という事実を物語っている。

つばさの PDD 初診者がなぜこのように多い数値となったのか、可能性として考えておくべきは以下のような諸点である。

#### (1) 診断機関が他に少ない

つばさのように PDD を専門とする民間の医療機関は愛媛県内には他に存在せず、療育センターや発達支援センターも未だ設置されていないため、PDD 児はつばさに集中しやすい。他院ですでに診断を受けた PDD 児で、セカンド・オピニオンを求めてつばさを受診する例も少なくない。

#### (2) 通園施設との連携

13 年前から PDD 児に対して TEACCH メソッドに基づいた療育を実践し、大きな成果を上げてきた知的障害児通園施設ひよこ園が、今治市内には存在する。同園のスタッフは周辺市町村の健診やフォローアップ事業にも積極的に関与し、PDD 児の早期発見と早期療育、そして医療機関への橋渡し役としても貢献してきた。つばさの開院以前より、分担研究者との間には長い連携の歴史がある。

#### (3) PDD の過剰診断の可能性

つばさでは診断までに 3~5 回来院してもらい（診断までの延べ時間は、平均すると一人あたり 2 時間程度）、基本的に DSM-IV に沿った形で診断を行っているが、この目盛りが緩い方向へずれると実数値以上に PDD の数値が膨らむことになる。目盛り合わせには留意しているが、条件さえ整えばこの領域に精通した他の児童精神科医の協力を得て診断の一致を確認すべきであろう。しかし地方の実状では、これは困難である。

上記(1)(2)は、つばさの初診者数を地域に実在する PDD の実数値に近づける

要因になり得るし、(3)は実数値以上に数値を大きくする要因となり得るものだが、次の(4)は地域に実在する PDD の実数値自体の問題である。

#### (4) PDD の発生数そのものの多さ

C3 の調査結果は、2001 年の出生者で 1.34% という、予想を上回る高率となった。この場合の分子となる PDD 児の数は、「今治市で出生した」ことを必ずしも意味するものではなく、「初診時に今治市に在住していた」という条件下の数値であるため、あくまで参考値とすべきものであるが、今治市は家内工業が中心の町で、人口の大きな流入・流出の原因となる事由は考えにくい。実際にそれが少なければ、この数値は本田らの言う累積発症率に近似した意味を持つ数値となる。参考として行った 2000 年の出生者についての調査(C3 の後半に記述)では、追跡期間は異なるものの 2.01% と、2001 年の出生者以上の高い数値が得られており、PDD の多さは単年度だけの現象ではなさそうである。なぜここまで多いのか、現時点で理由は不明である。

いずれにせよ、PDD の人たちの医療ニーズは地方でも高く、今治市を中心とした県内周辺域への対応だけで、医師一人事務一人のつばさは既に手一杯の状態となっている。もっと手を増やしてこれに対応したいところであるが、現在の保険診療制度上、それは不可能に近い。

男女比は C4 に見られるように、全地域と今治市内在住者とで近似した数字となり、男子に多い傾向が認められた。

また 3 歳までに初診した PDD 児の比率は、今治市内在住者の方が今治市外在住者よりも有意に高かった(C5)。つばさへの距離的近さ、ということも関係していると思われる。健診にひよこ園のスタッフが積極的にかかわり、PDD 児の発見率を上げていることや、PDD に関する啓発が今治市の場合、比較的進んでいることなども影響しているのではないかと思われる。



しかし PDD 初診者の数自体は C 2 に示されるように、今治市以外の県内からの来診者が相対的に増えてきている。これはひよこ園のように TEACCH メソッドを取り入れる就学前施設が、今治市以外の県域にも少しずつ広がってきており、診断を求める機運が他の地域でも徐々に高まってきていることが影響しているかもしれない。

C 6 では、検査結果から HFPDD と判断される例は全体の 3 割近くにのぼることが示された。残り 7 割の子どもの中でも、検査で確認されていないだけで実際には HFPDD だろうと思われるケースがかなり含まれていることが予想される。障害が障害として周囲に認知されにくい HFPDD の場合、特に地方では祖父母の反対のために来診が困難となる例も少なくない。そういう状況下でのこの数字は、かなり高いと見てよい数字のように思われる。

また特別支援教育の広がりとともに、学校関係者からの紹介で来診する HFPDD の児童・生徒の数は、今後さらに増えていくことが予想される。しかし先に述べたように、これに応えうるキャパシティは現時点で既に、つばさには残されていない。

## E. 結論

人口約 18 万の地方都市今治市に存するつばさ発達クリニックには、2000 年 4 月より 2005 年末までの 5 年 9 か月の間に 1161 人が初診で訪れ、その 71% が PDD であった。今治市内在住者に限ると、初診者 441 人中 274 人 (62%) が PDD であった。PDD の男女比は全体で 3.4 : 1、今治市内在住者では 3.2 : 1 で、いずれも男子に多かった。

また 2001 年 1 月より 2005 年末までの 5 年間につばさを初診した今治市内在住 (但し初診の時点での) PDD の人のうち、2001

年生まれの人は 20 人で、2001 年の今治市の出生数 1,490 人に対する比率は 1.34% という結果であった。このように、PDD の人たちの医療ニーズは地方でも高く、今治市およびその周辺域への対応だけで、つばさは既に手一杯の状態となっている。

初診年齢を今治市内在住者と市外在住者とを比較すると、3 歳までに初診した PDD 児の比率は今治市内在住者の方が高かった。

また来診者の中には、確認されているだけでも 3 割近くの HFPDD 児が含まれており、特別支援教育の広がりとともに、学校関係者からの紹介で来診する HFPDD の児童・生徒の数が今後さらに増えていくことが予想される。現時点では地域の療育機関との連携に支えられながら、不十分な点を何とかカバーし、一定の成果を収めてはいるものの、今後、つばさが地域の医療ニーズに持続的に応えていくためには、児童精神科医療に関する現在の保険診療制度上の保険点数の早急な見直しが必要不可欠であることを強く訴えたい。

図1. 全初診者中のPDD推移

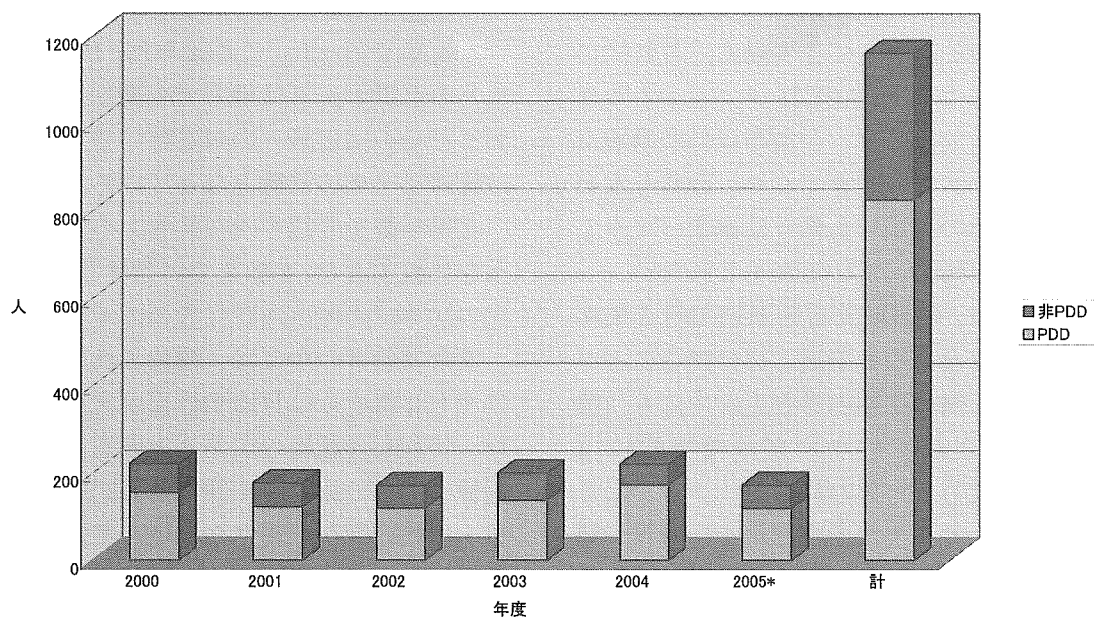


図2. 今治市の初診者中のPDD推移

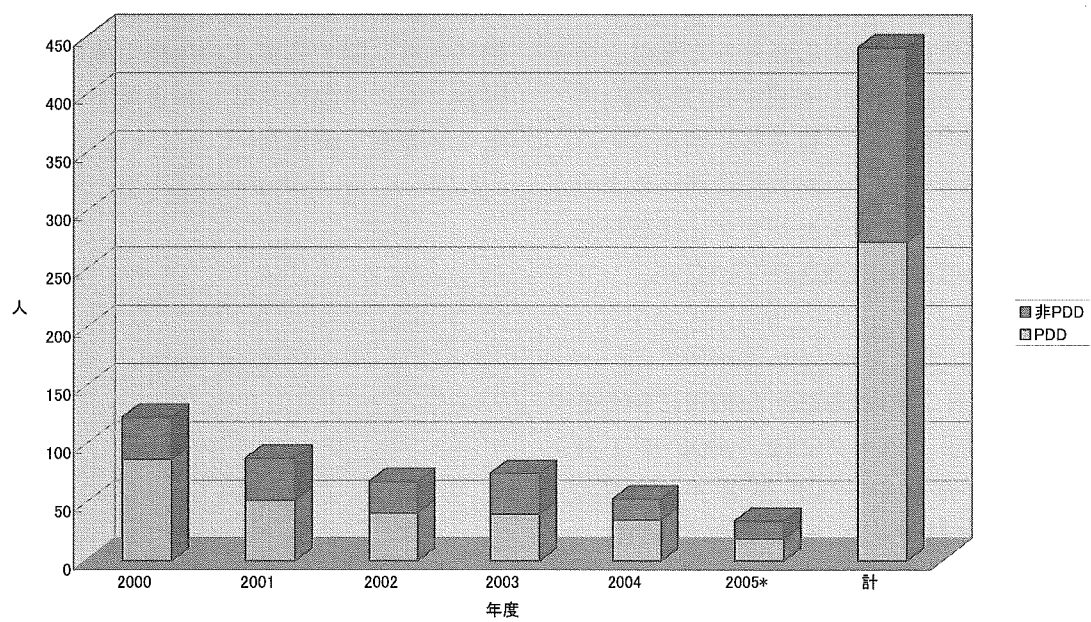


図3. PDD初診者の区域別内訳の推移

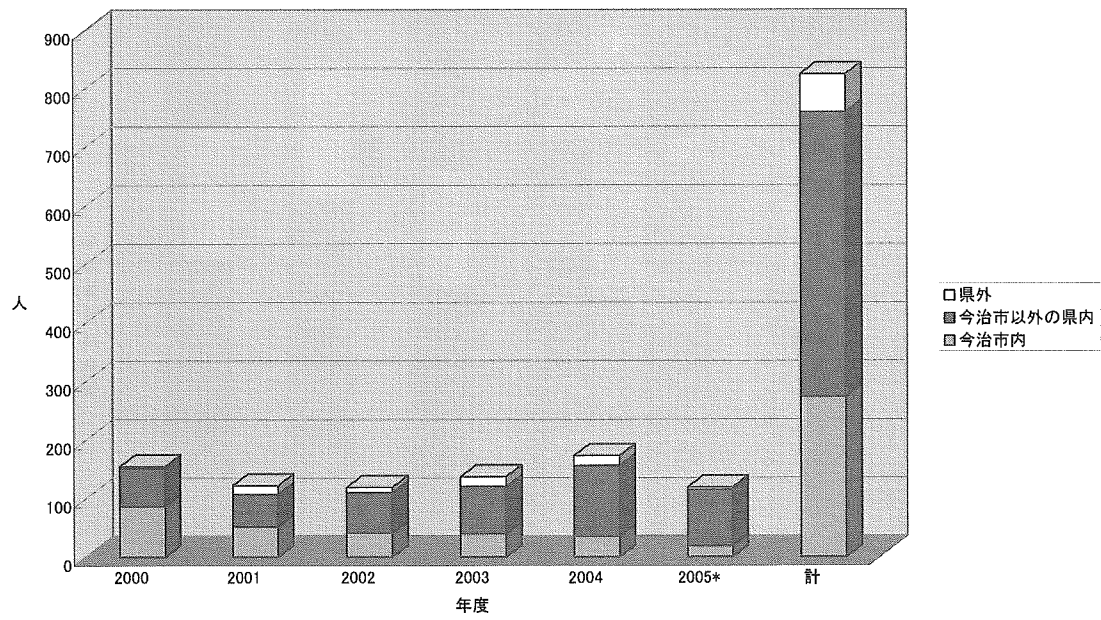


図4. PDD初診者の区域別内訳比率の推移

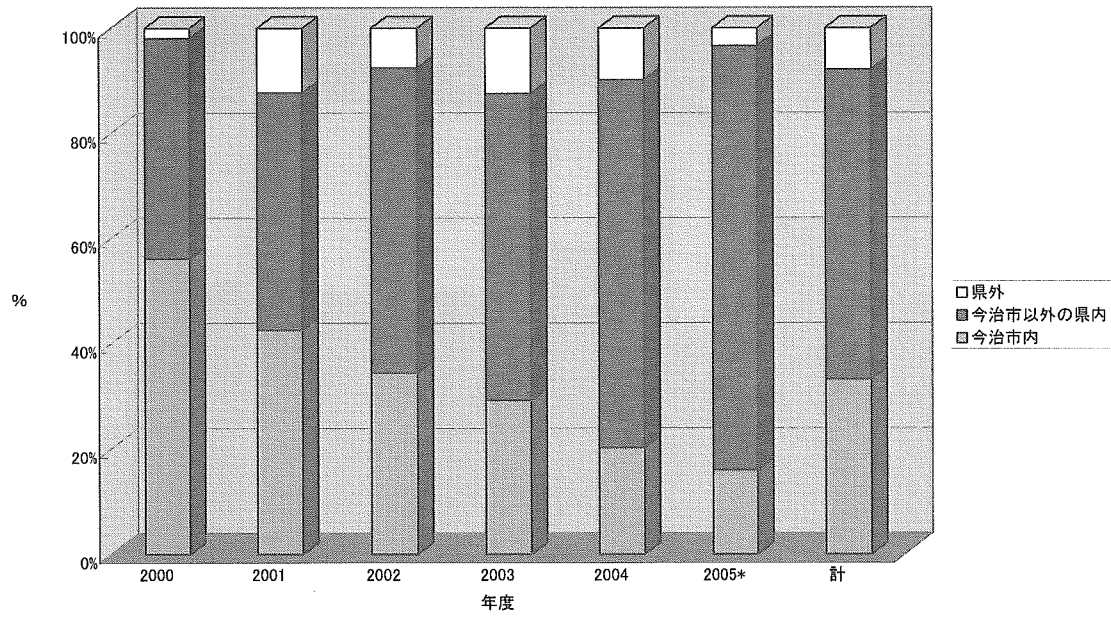


図5. 今治市のPDD初診者の初診時年齢階層別比率の推移

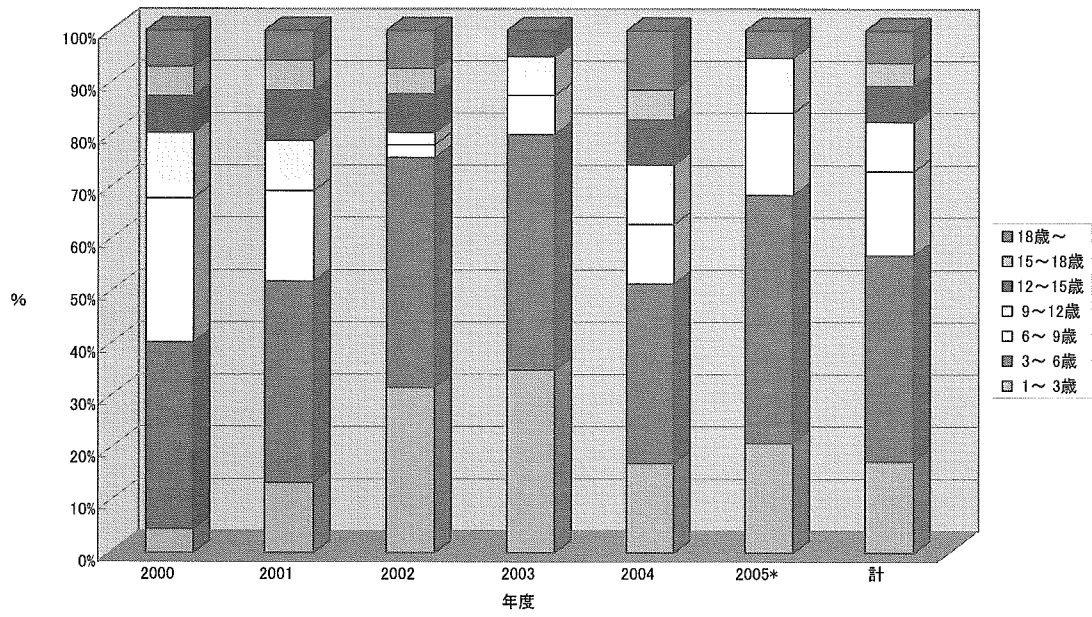


図6. 今治市以外のPDD初診者の初診時年齢階層別比率の推移

