

- ② 小学校で通級していた2事例についても、中学校では通級による指導を受けることができない（設置されていない）。
- ③ 医療機関・相談機関にかかっている事例は3事例（投薬、母親面接）。
- （3）中学校における問題のまとめ
 - ① 生徒への直接的な支援の場がない。
 - ② 教師への支援が必要。
 - ③ 私立中学を退学になってきた事例が増えている。
 - ④ 中学生になるまで特別な支援を受けていない。
 - ⑤ 学校での子どもの状態を理解しない保護者と学校との協力の在り方。

1. 考察

（1）必要とされている支援の内容

①アセスメント

中学生になるまで特別な支援を受けていない生徒の場合、学習面の困難さと行動面の困難さを重複して示すため、本来もっている困難さあるいは障害と、二次的に生じた問題が不明確になっている。さらに、中学校は3年間という短い在籍期間であるため、対象児の実態をできる限り早期に的確に把握して支援を開始することが必要である。学校では心理アセスメントを実施することが難しいため、A地域では、教育委員会とNPOの協働によりアセスメントを実施しさらに、保護者の相談に応じることもできる支援機関を設置した。

②個別の指導計画の作成

中学校は教科ごとに担当教師が変わるため、一貫した対応を実施するためには個別の指導計画を作成することが必要である。しかし、通常の中学校では個別の指導計画は新しい概念であり、作成方法や活用方法について研修等を通じて周知していくことが必要である。

③生育歴・教育相談歴について

小学校からの引継ぎが行われていることが非常に少ないため、小学校での実態が不明である。小学校の学習内容の習得が十分では無い生徒に関しては、小学校に在籍しているときに既に様々な問題を有していたと思われるが、情報が無いため、生徒の実態を把握することが難しい。

（1）今後の課題

① 実態調査

A地域の中学校では、生徒の実態に関して全校の情報を把握しているのは養護教諭である。したがって、2005年度は巡回相談の対象児とはなっていない生徒も含めて、中学校の発達障害のある生

徒および特別な支援を必要としている生徒の実態を、養護教諭を通じて調査することが必要であると考えられる。

② 保護者支援

支援の生徒の問題に関する保護者の受けとめ方は様々である。担任との面談で相談機関や医療機関に受診に行くことができる保護者ばかりではない。したがって、学校と家庭と連携して生徒の問題に取り組むことができるような方法を考えていかなければならない。このときに、福祉・医療との連携が必要になると思われる。健康福祉部との連携の在り方を検討する。

③ 学校以外の支援の場について

主に行動面の問題を示す生徒が、問題に応じた支援を受けることができるように、A地域の健康福祉部とNPOが協働で支援の場を設置する。具体的な支援のプログラムについて検討する。

平成 17 年度厚生労働省科学研究費補助金(障害関連研究事業)
分担研究報告書

発達障害のある子どもと養育者に対する包括的支援(1)

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)

研究要旨

本研究は、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であり、私はそのなかでも、「発達障害のある子どもと養育者に対する包括的支援」を担当した。

本報告はその初年度の成果である。

なにかしらの発達の躓きを指摘された子どもと養育者への支援事業として、通園センターがあることは周知のとおりである。われわれは、ここを利用している子どもたちの実態と養育者のニーズを調査しようと思い、まず初年度は養育者が抱えている子育てにおけるストレスについてアンケート調査から若干の検討をした。さらに、広島大学精神科の山脇成人教授を主任研究者として3年間行ってきた厚生労働省科学研究費補助金(「こころの健康科学」研究事業)、「ストレス性精神障害の成因解明と予防法開発に関する研究」において、私が分担した「幼児期の家族支援体制作りを目指して -3歳児健診事業を活用して-」で行った調査結果を癒合させて、通園センターを活用している子どもたちの課題と養育者を含めた支援のあり方について検討した。

初年度の結果からは、養育者のストレスと子どもの特性にある特定の関連が認められたことと、そもそも3歳児健診事業における発達の様子から養育者支援のための簡便なリストと対応案の試作品を抽出することができた。

次年度はさらに北海道内の健診事業に組み込むことと、道内 67 カ所の通園センターを調査対象として、今回の結果がどのように活用できるか、また、より般化できるものかを検討していく

A. 研究目的

われわれは、研究を行ううえで、常に支援のあり方に沿って検討する立場をとりたいと思っている。当然今回も、大前提はどのような支援があるべきか、ということをゴールにしている。

検討テーマである「発達障害のある子どもと養育者に対する包括的支援」とは、子どもの状況を在る程度般化しておくことと、それに応じてより早期の養育者支援を検討する必要があると考えている。

B. 研究方法

われわれは、発達障害に係わる実態把握と効果的

な発達支援法について、総合的かつ具体的に検討する本研究事業において、早期に発達の躓きを指摘された子どもが通う通園センターを調査対象に選択し、活用している子どもの状況と、養育者、主に母親が抱えるストレスについて調査し、そこにある課題と今後の支援のあり方について検討した。

まず、われわれは、2002 年度から、通常の 3 歳児健診事業において、いわゆる軽度発達障害の可能性を秘めた子どもを早期に抽出し、養育者への精神的支援と、子どもへの発達支援を行うことができないか、模索してきた。ここでは、発達の躓きを検討するための発達チェックリストを開発し、3 歳児健診事業

で施行してきた。このチェックリストは、92 項目からなる自己記入方式による質問紙である(資料1)。

しかし、実際に健診現場に足を運び、つぶさに参与観察した結果から、

1)92項目からなる、養育者記入によるチェック項目を、健診の場で細かく検討し、相談に活用することは、非常に難しい

2)集団検診の場で、母親の精神的疲労感を点検することはとても難しい

ということが明確になった。

そのため支援に必要な、配慮の必要な親子を抽出することは、この方法では難しいということが判明した。

そこで、何らかの発達の躓きを指摘され、早期に活用している通園センターの親子を調査対象とすることで、チェック項目の信頼性、妥当性を検討し、さらに母親のストレス状況との関連を調査することにし、これが本論の目的となっている。

対象とした施設は、発達障害の診断がある、あるいは強く疑われる子どもの通う通園センターで、今回は試行的な調査として、調査協力に同意された、北海道内の6カ所の通園センター(旭川、石狩、千歳、苫小牧、斜里、おしま)に限定した。

調査対象は調査に同意された養育者であり、自己記入式の発達スクリーニング調査票と、母親のストレス尺度調査票(植村ら)を使用し、返送されたものを子どもの発達状態と、ストレス度の関係に絞って統計学的に解析した。

返送された合計は、287 名で内訳は男児 219 名、女児 66 名、未記入 2 名であった。

一方で、比較対象した調査として、幼児期の家族支援体制作りとして、3 歳児健診事業を活用した調査(山脇班の結果)を活用した。

こちらの対象者は、北海道石狩市の保健センターを受診された 3 歳児健診対象者、および上富良野の 3 歳児健診対象者であり、調査協力に同意された養育者、124 名(男児 69 名、女児 55 名)の結果を活用した。使用した調査票は、自己記入式の発達スクリーニング調査票と、母親のストレス尺度調査票(植村ら)であり、子どもの発達状態と、ストレス度の関係

を統計学的に分析した。

発達スクリーニング調査票の内容は、育てやすさ、育てにくさ、子どもの気質など、8つの位相、92 項目の質問からなっている。

例として、育てやすかったでは、おとなしかった、よく寝た、ニコニコ笑う、など。育てにくかったでは、ぐずりやすい、寝付きが悪い、音に敏感、目をあわせにくい、など、気質では、活発、おっとり、かんしゃく、きむずかしいなど、言語面では、言葉の置き換え、発音の不明瞭さ、テレビのコマーシャルなどの決まり文句やセリフを一言一句覚えていたりする、など、行動面では、ちよろちよろしている、たかいところを好む、お気に入りのビデオを何度も見る、水遊びがすき、など、運動面では、不器用、バランス感覚が悪い、力の加減ができない、筋力が弱いなど、対人面では、緊張しやすい、はじめての人が苦手、友達に興味がない、遊びなどで順番を守れない。など、感覚面では、においに敏感、特定の手触りを好むなどで、これらの内容は、広汎性発達障害や注意欠陥多動性障害、あるいは学習障害などを疑わせる、いわゆる早期兆候と呼べるものを寄せ集めたものである。

今回使用したストレス尺度は、植村らの開発したものである。ほかに代表的なものに、ペアレント ストレス インデックスの日本語版もあるが、これは 2003 年度に一度使用したが、使用するたびに使用料金が取られるなど実用的ではなく、今回は使用していない。今回のものは、学齢前の心身障害児をもつ母親の、生活全般にわたるストレスを点検するもので、25 の下位尺度、114 項目を使用した。1 項目だけは、「バカ扱い」という文言がはいっており、自己記入としては不適切と判断し削除した。

各尺度は、この子の育て方、家庭内、あるいは家庭外の問題行動、夫婦の育児方針、将来への不安、母親の悩み、自由の制限、祖父母との関係など、多岐にわたっており、比較的記入しやすい内容であると思われた。植村らにより、すでに 600 前後のサンプル数からそれぞれの尺度の平均値が検出されており、今回はその平均値との比較検討を行った。

C. 研究結果と考察

通園センターに通う親が記入した発達スクリーニング調査票の結果について、因子分析を行った(図1)。すると、非常に目立つ言動 6 項目と、手のかからない言動を示す 4 項目にそれぞれ関連を見ることができた。

通園センターには、こうした明らかに対称的な言動を示す子どもたちが通っていることがわかり、さらに、これは、養育者の自己判断によるものなので、実際に医療・福祉が注目しているところとは、違う評価であるということが言えよう。

名称としては不適當と思うが、非常に目立つ言動群を ADHD 群とよび、手のかからない群を PDD 群と便宜上命名した。表1に内容を示したが、ADHD 群は、気が散りやすい、大声を上げる、ちよろちよろしている、人の話を聞かない、人のおもちゃを横取りする、順番が待てないなどであり社会集団場面で目立つ「困った言動」に集中しており、いわゆる「育てにくさ」はあまり適切な指標にはなっていない。

一方、PDD 群は、おとなしく、人や場所に慣れるのに時間がかかる、不器用、初めての人に弱いなどで、一見手をかけなくてもよいグループともいえよう。

比較研究である 3 歳児健診全般から得たデータのうち、発達スクリーニング調査票でもっとも多く肯定された項目を抽出した(表2)。すると、ほぼ過半数を超える10項目は、通常の3歳児の言動と、親が認識している項目と言える。驚いたことに、テレビやコマーシャルなどの決まり文句をよく覚えていたり、お気に入りのビデオを何度も見るとか、水遊びは好き、靴下を必ず脱ぐといった、一見ある特定の発達障害を想定させるような項目は、3歳児では、よく認められる項目であるようだ。

表3に、通園センターに通う親のストレスを平均値と比較したものを示す。心身障害のある子どもの母親のデータが平均値であることから、ほぼ同値の項目が多かったが、普通児との比較、将来への不安、母親自身の不安や悩み、近隣・地域社会での子どもの交友関係といった4項目で大きく平均値を下回っている。これは、通園センターに通うことで、保護された項目かもしれない。特に母親の不安や悩みの解

消、改善にセンターが有効な機能を持っていると言える可能性を示している。

さらに通園センターのうち、ADHD 傾向群(68名)、PDD 傾向群(63 名)について、検討した(表4)。ADHD 傾向群は、家庭内、外での問題行動が大きなストレスになっていることがわかる。一方で、表面上手のかからない、特に係わりの上で大きなストレスを醸し出さないように見える PDD 傾向群では、発達状況や普通児との比較、さらに将来への不安が大きなストレスとなっており、母親の不安、自由の制限、友人関係に加えて、きょうだいの養育の制限などがストレスになっている。

しかし、それでもいわゆる平均値よりも低いため、通園センターの意義はあるといえよう。

なお、ADHD 傾向群の「目に見える状態」からのストレスと、PDD 傾向群の「漠然とした強い不安」というストレスは、そのまま子どもの示す病態特性と一致しており、興味深い。

表5は、3 歳児健診と比較したものであるが、総じて健診群のほうが低い値を示した。健診欄にある空欄は、発達障害を前提にした質問なので、健診事業の質問項目からは削除している。

健診群から ADHD 因子 6 項目中 4 項目以上がチェックされた数は、全健診中 10 名 8.1%である。この 10 例と通園センターとの値を比較してみた(表6)。すると、この子の育て方、家庭内外での問題行動、夫婦の育児方針、この子との関わり、母親の健康、自由の制限、祖父母との関わりや保育所、幼稚園への不満など、25 項目中、10 項目で、通園センターのほうが低値を示した。これは、このような言動を示す子どもが創り出すストレス状況の強さと、通園センターに通うことで、こうした多くのストレス反応を軽減させることができるといった可能性を示唆している。

同様に健診群から PDD 因子4項目中3項目以上がチェックされた数は、全健診中 11名 8.8%である。この 11例と通園センターとの値を比較した(表7)。

健診 PDD 群では、多くの項目で平均値と通園センターの値を下回っていた。わずかに、老親と夫婦とのかわり、保育所、幼稚園への不満の2項目で高値を認めたに過ぎない。

対局をなすこちらのグループ因子は、ストレス反応を強く認めないという特性があり、先ほどの通園センターに通うPDD傾向群のストレス値と比較しても、おおきな差になっている。

ひとつの仮説として、PDD傾向群にある漠然とした不安に、診断あるいは障害が疑われたという事象が影響を及ぼしている可能性がある。あるいは、こうした項目以上に、抽出しにくい項目が広汎性発達障害の検討には必要であると指摘できるかもしれない。健診群からADHD傾向群もPDD傾向群も8%というのは、少なくともPDD傾向群では、過剰抽出であり、このところを精緻に検討する必要がある。

D. 結論

PDD傾向群にはこうした課題を残しつつ、現状で参考になる「点検因子」が抽出できたといえよう。

あくまでも簡便に、しかし、一定の水準で子どもたち言動をチェックできる可能性を秘めていること、およびわれわれ専門家の着眼点と、日々の養育をされている親の注目点には、実際は大きな解離があるということもあきらかである。

そのうえで、ADHD傾向群が疑われている場合は、家庭内外での問題行動に対する疲労感が強いこと、老親との関係や、夫婦間の意思の疎通を上手に行うことなど、さらにいつでも相談にのれることが保証因子となる。

具体的には、ADHD因子は、4つ以上あれば要注意であり、以下の項目に留意して対応するべきであろう。

1) 母親のメンタルヘルスを丁寧に聞き取り、子育てに疲れていないか、チェックしつつ以下の事柄を勧める

2) 休息は必要である

3) 自分自身の時間を作る、確保する、無理をしない

4) なにかあれば、いつでもすぐに相談できる

5) 子育ての大変さを労い、相談にのれることを告げる

6) 親を責めないように配慮して、子どもにある心配な問題行動を尋ねる

7) 夫婦間の育児方針にずれが生じていないか尋ねる

8) 両家の親の動向、気持ちをさりげなく尋ねておくなどである。

一方、PDD傾向群については、いわゆる心配ない子から配慮の必要な子までその含む範囲は広いこと、表面化している言動とは別に内在化している不安や孤立感などが親に隠れていることに注意しておく必要がある。そのうえで、専門家の見逃しやすい、手応えのなさ、おとなしさに、より細やかな配慮が必要になる。

いずれにしても、安易に医療に繋ぐアドバイスは、ストレスを増強しかねず、十分な精神的支援を形成してから、具体的専門的支援に進むということが求められる。

こちらも具体的には、PDD因子は3つ以上あれば要注意であり、以下の項目に留意して対応する。

1) 子育ての手応えの有無を尋ねる

2) 子どもの小さな、ささやかな変化、成長を増幅して伝え、ともに喜ぶ

3) 日々の生活で自由時間の確保について尋ねておく

4) 両家の親と育児方針をめぐってずれがないか、尋ねておく

5) 育児について、いつでも相談にのることを伝えておく

6) 保健師は、この因子の強い親子に油断せず、十分な配慮を行う(つい見落としてしまいがち)などであるといえよう。

今後の展開として、簡便リストと、対応策の試作品として一応の到達点といってよいであろう。次年度は、この仮説がどれほど妥当か、より広範囲に対して検討するべきである。健診事業では、状況により、聞き取りを行い、フォローをしていくことを検討したい。通園では、PDD傾向群のなかにある差異について、さらに検討したい。

なお、PDD,ADHD傾向因子という名称は好ましくなく、名称に工夫を要する必要がある。

図1 ADHD 因子とPDD 因子におけるクラスター分布 (SPSS Ver13.0J)

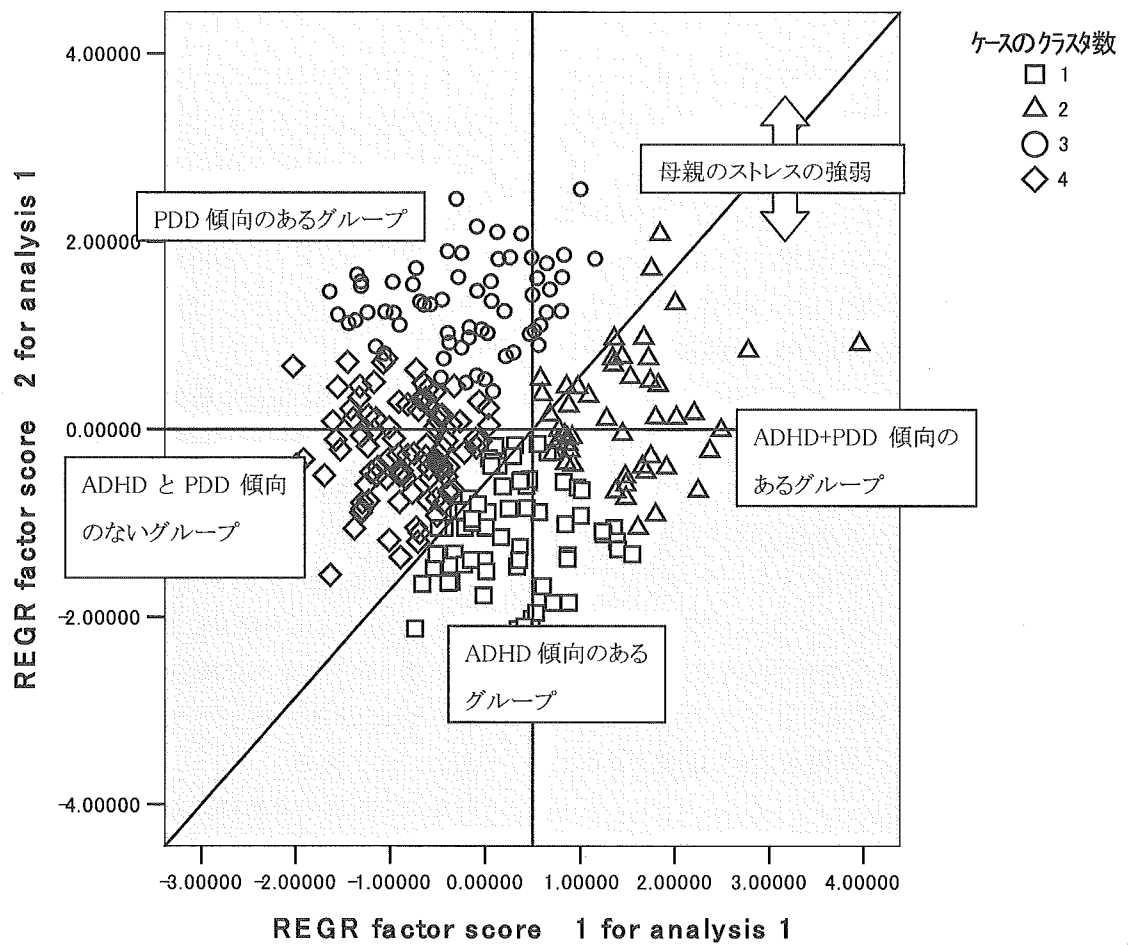


表1 ADHD 傾向とPDD 傾向を示す項目

ADHD 傾向を示す因子	
気質	気が散りやすくてひとつの遊びに集中できない
言語面	意味がわからない音や叫び声をだしたりする
行動面	ちよろちよろしている
	人の話が聞けない
対人面	人がそのもので遊んでいても、目にはいったもののだけにとらわれてしまい、つい奪い取ってしまうことがある
	遊びなどの場面で、自分の順番がなかなか待てない
PDD 傾向を示す因子	
育てやすかった面	おとなしかった
気質	知らない人やもの、場所になかなか慣れず時間がかかる
運動面	不器用である
対人面	初めての人に弱い

表2 通常3歳児でよく認められる発達指標

育てやすかった面	よく寝た
	ニコニコ笑う
気質	活発である
	寝る時間や起きる時間、食事の時間はほぼ一定である
言語面	テレビのコマーシャルなどの決まり文句やセリフを一言一句覚えていたりする
	聞いたことをすぐにまねする
行動面	お気に入りのビデオなどがありそれを何度もみたがる
	水遊びが好きである
運動面	特に心配なところがない
感覚面	靴下を必ず脱ぐ

表3 通園センターを活用する養育者のストレス

	平均値	通園センター			
この子の育て方	9.56	9.24	母親自身の自由の制限	6.95	6.33
この子の家庭内の問題行動	5.54	5.51	しんせき関係	5.42	5.13
この子の家庭外の問題行動	7.87	7.57	仲間・友人関係	6.88	6.94
この子の発達についての現状把握	8.68	8.63	近隣・地域社会でのひきめ	5.32	4.66
夫婦の育児方針	6.2	6.17	近隣・地域社会の理解	5.3	4.63
この子と母親とのかかわり	7.35	6.89	近隣・地域社会での子どもの交友関係	8.46	6.76
普通児との比較	10.7	8.95	行政機関	7.96	7.53
将来への不安	12.29	10.58	治療機関	8.96	7.65
家庭生活	7.14	7.17	きょうだいの養育への制限	8.41	7.52
夫婦の調和	5.17	5.32	この子とのきょうだい関係上の問題点	6.08	5.49
母親自身の健康	6.98	7.24	祖父母とこの子とのかかわり	5.35	5.48
母親自身の不安・悩み	9.51	6.86	老親と夫婦とのかかわり	6.38	6.06
			保育園・通園施設への不満	5.11	4.74

表4 通園センター活用者のうち、ADHD傾向とPDD傾向の比較

	平均値	通園センター	ADHD傾向 (n=68)	PDD傾向 (n=63)					
この子の育て方	9.56	9.24	9.92	9.19	母親自身の自由の制限	6.95	6.33	6.0	6.6
この子の家庭内の問題行動	5.54	5.51	6.09	4.81	しんせき関係	5.42	5.13	5.2	5.36
この子の家庭外の問題行動	7.87	7.57	8.48	6.58	仲間・友人関係	6.88	6.94	6.6	7.0
この子の発達についての現状把握	8.68	8.63	8.97	9.37	近隣・地域社会でのひきめ	5.32	4.66	4.8	4.78
夫婦の育児方針	6.2	6.17	6.14	6.43	近隣・地域社会の理解	5.3	4.63	4.3	4.77
この子と母親とのかかわり	7.35	6.89	7.18	7.02	近隣・地域社会での子どもの交友関係	8.46	6.76	6.9	7.07
普通児との比較	10.7	8.95	8.71	9.48	行政機関	7.96	7.53	7.1	7.48
将来への不安	12.29	10.58	9.97	11.55	治療機関	8.96	7.65	7.4	8.00
家庭生活	7.14	7.17	7.12	7.35	きょうだいの養育への制限	8.41	7.52	6.9	8.2
夫婦の調和	5.17	5.32	5.19	5.59	この子とのきょうだい関係上の問題点	6.08	5.49	5.3	6.1
母親自身の健康	6.98	7.24	7.31	7.46	祖父母とこの子とのかかわり	5.35	5.48	5.6	5.77
母親自身の不安・悩み	9.51	6.86	6.50	7.16	老親と夫婦とのかかわり	6.38	6.06	5.8	6.08
					保育園・通園施設への不満	5.11	4.74	4.9	4.76

表5 3歳児健診との比較

	平均値	通園センター	健診群	母親自身の自由の制限	6.95	6.33	5.98
				しんせき関係	5.42	5.13	4.35
この子の育て方	9.56	9.24	8.06	仲間・友人関係	6.88	6.94	
この子の家庭内の問題行動	5.54	5.51	4.99	近隣・地域社会でのひきめ	5.32	4.66	
この子の家庭外の問題行動	7.87	7.57	7.20	近隣・地域社会の理解	5.3	4.63	
この子の発達についての現状把握	8.68	8.63		近隣・地域社会での子どもの交友関係	8.46	6.76	
夫婦の育児方針	6.2	6.17	5.71	行政機関	7.96	7.53	
この子と母親とのかかわり	7.35	6.89	5.96	治療機関	8.96	7.65	
普通児との比較	10.7	8.95	5.91	きょうだいの養育への制限	8.41	7.52	6.90
将来への不安	12.29	10.58	7.10	この子とのきょうだい関係上の問題点	6.08	5.49	4.75
家庭生活	7.14	7.17	7.11	祖父母とこの子とのかかわり	5.35	5.48	4.88
夫婦の調和	5.17	5.32	5.09	老親と夫婦とのかかわり	6.38	6.06	5.63
母親自身の健康	6.98	7.24	6.53	保育園・通園施設への不満	5.11	4.74	4.59
母親自身の不安・悩み	9.51	6.86	5.41				

表6 健診でのADHD群と比較

	平均値	通園センター	健診ADHD群 (n=10)	母親自身の自由の制限	6.95	6.33	7.60
				しんせき関係	5.42	5.13	4.89
この子の育て方	9.56	9.24	10.70	仲間・友人関係	6.88	6.94	
この子の家庭内の問題行動	5.54	5.51	6.00	近隣・地域社会でのひきめ	5.32	4.66	
この子の家庭外の問題行動	7.87	7.57	9.40	近隣・地域社会の理解	5.3	4.63	
この子の発達についての現状把握	8.68	8.63		近隣・地域社会での子どもの交友関係	8.46	6.76	
夫婦の育児方針	6.2	6.17	7.00	行政機関	7.96	7.53	
この子と母親とのかかわり	7.35	6.89	7.90	治療機関	8.96	7.65	
普通児との比較	10.7	8.95	8.40	きょうだいの養育への制限	8.41	7.52	6.80
将来への不安	12.29	10.58	8.70	この子とのきょうだい関係上の問題点	6.08	5.49	5.10
家庭生活	7.14	7.17	7.30	祖父母とこの子とのかかわり	5.35	5.48	5.80
夫婦の調和	5.17	5.32	5.30	老親と夫婦とのかかわり	6.38	6.06	6.30
母親自身の健康	6.98	7.24	8.20	保育園・通園施設への不満	5.11	4.74	5.00
母親自身の不安・悩み	9.51	6.86	6.50				

表7 健診PDD傾向群との比較

	平均値	通園センター	健診PDD群(n=11)
この子の育て方	9.56	9.24	6.18
この子の家庭内の問題行動	5.54	5.51	4.00
この子の家庭外の問題行動	7.87	7.57	5.73
この子の発達についての現状把握	8.68	8.63	
夫婦の育児方針	6.2	6.17	5.55
この子と母親とのかかわり	7.35	6.89	5.73
普通児との比較	10.7	8.95	5.36
将来への不安	12.29	10.58	6.82
家庭生活	7.14	7.17	7.00
夫婦の調和	5.17	5.32	5.00
母親自身の健康	6.98	7.24	6.45
母親自身の不安・悩み	9.51	6.86	5.55

母親自身の自由の制限	6.95	6.33	6.64
しんせき関係	5.42	5.13	5.00
仲間・友人関係	6.88	6.94	
近隣・地域社会でのひきめ	5.32	4.66	
近隣・地域社会の理解	5.3	4.63	
近隣・地域社会での子どもの交友関係	8.46	6.76	
行政機関	7.96	7.53	
治療機関	8.96	7.65	
きょうだいの養育への制限	8.41	7.52	6.88
この子とのかょうだい関係上の問題点	6.08	5.49	5.00
祖父母とこの子とのかかわり	5.35	5.48	5.36
老親と夫婦とのかかわり	6.38	6.06	6.20
保育園・通園施設への不満	5.11	4.74	5.13

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

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-

分担研究者 辻井 正次（中京大学社会学部・教授）

研究要旨

広汎性発達障害を持つ保護者に対する発達障害者支援法の施行実態と、関連する支援内容に対するユーザー評価を、WEB 経由の調査方式によって実施した。調査対象は、広汎性発達障害の子どもをもつ保護者 139 名。今回は、主として、乳幼児健診を中心に分析を行った。

その結果、乳幼児健診において、3 歳においても半数以上の保護者は、発達特性・障害特性に対する助言などを受けられておらず、対応においてもいくつかの問題が見られた。医療や療育と比較して、乳幼児健診に関わる保健領域の専門家の知識やスクリーニング技術の大きな問題がユーザー側の体験報告から見出された。

研究協力者

川上ちひろ（岐阜大学大学院）

てきたと評価しているかは、今後の支援の方向性を考える上で重要な指標となると考えられる。

A. 目的

発達障害者支援法が施行されその文面には、発達障害児者を持つ保護者や家族に対する支援をするように求められている。そこで発達障害児者を持つ保護者や家族への支援が十分且つ適切なものになるよう、保護者らのニーズを調査した。

今回の結果について、特に発達期の評価は、発達障害者支援法の施行以前のことであるため、即座に現状の支援状況を表すとは言えない部分もあるが、少なくともユーザー側の評価として、どういう支援を受け

B. 研究方法

①調査の対象

広汎性発達障害児者を持つ保護者。NPO 法人アスペ・エルデの会とその研究協力賛助会員。アンケートフォーマットへの記入のあった 139 名分を対象とした。

記入した保護者の子どもの性別が、男児 118 名 (84.9%)、女児 21 名 (19.1%) であった。子どもの年齢は、幼児 15 名、小学生 66 名、中学生 23 名、高校生 14 名、社会人等 21 名であった。

居住地が、愛知県 80 名、岐阜県 21 名、(愛知・岐阜以外の) 中部地区 11 名、関東地区 9

名、近畿・中四国地区 7 名、九州地区 1 名、東北・北海道地区 10 名であった。

福祉サービスの利用状況では、何らかの福祉サービスを利用している者が 63 名 (45.3%)、利用していない者が 76 (54.7%) であった。福祉サービス利用者の中で知的障害手帳を取得している者が 21 名 (33.3%) いた。

②調査の方法

会員限定のホームページより、WEB 上のアンケート記入フォーマットに記入。調査期間は 2006 年 1 月 4 日から 30 日までとした。

C. 研究結果

①乳幼児健診に対する評価－1 歳半健診

過去の乳幼児健診に対するユーザー側の評価について回答が得られた。1 歳半健診と 3 歳時健診の 2 つについて以下に述べる。

1 歳半健診においては、「異常なし」15 名 (10.9%)、「何ものなし」67 名 (48.9%)、「様子をみましょう」29 名 (21.2%)、「指導あり」29 名 (21.0%) であった。約 60% が何の指摘もなされていないのは現状の 1 歳半健診が広汎性発達障害のスクリーニングの機能を果たせていない実情にあると言わざるをえない。1 歳 6 ヶ月児健康診断における健診の感想 (適切でないと感じた内容) を分類したところ、(A: 職員の対応・指導内容、B: 障害特性の見逃し、C: 健診のシステム・内容、D: その他、E: なし) に大別できた。全体でおおよそ半数は適切でないと感じた内容は特にないと答えているが、「職員の対応・指導内容」、「障害特性の見逃し」、「健診のシステム・内容」ではそれぞれおおよそ一割ずつが適切でないと感じたと答え

ている。特に子どもが幼児では「職員の対応・指導内容」が 33.3% を占めている。これはほかの年代と比べ健診からそれほど年月がたっていないので、「職員の対応・指導内容」で不適切と感じた印象が強く残っていることが考えられる。子どもが小学生・中学生では「職員の対応・指導内容よりも障害特性の見逃し」、「健診のシステム・内容」のほうが割合が高くなっていた。これは健診で早期に障害の可能性をできるかぎりスクリーニングできる、敏感度の高い健診を希望するものであると思われる。さらに、健診への要望としては、「適切な健診内容・発達検査の実施」を求める声が多い。「健診後のフォローアップ体制・適切な事後措置・情報提供」や「親への (心理面の) ケア・相談できる場の確保」などを望む声も多く、健診の時のみの関係でなくその後も継続したかわりを持てる場を希望するようだった。

②乳幼児健診に対する評価－3 歳時健診

3 歳時健診においては、「異常なし」19 名 (14.7%)、「何ものなし」46 名 (35.7%)、「様子をみましょう」28 名 (21.7%)、「指導あり」36 名 (27.9%) であった。約半数が何の指摘もなされていないのは、3 歳という年齢段階が広汎性発達障害を把握するのには最もしやすいことを考え合わせると、1 歳半健診以上に深刻な結果である。現状の 3 歳時健診は広汎性発達障害のスクリーニングの機能を果たせていない。3 歳児健康診断における健診の感想 (適切でないと感じた内容) も 1 歳 6 ヶ月児健康診断と同様に分類できた。全体でおおよそ半数は適切でないと感じた内容は特にないと答えているが、「職員の対応・指導内容」が 1 歳 6 ヶ月児健康

診断に比べおよそ2倍になっており、特に子どもが幼児では61.5%と高い割合を示している。これは1歳6ヶ月児健康診断と同様に他の年代と比べ特に健診から年月がたっていないので、「職員の対応・指導内容」で不適切と感じた印象が特に強く残っていることが考えられる。しかし他でも「職員の対応・指導内容」の割合が「障害特性の見逃し」、「健診のシステム・内容」よりも高くなっている年代が多い。これは1歳6ヶ月児健康診断の後ごろから医療機関で診断されることが増えていくため、子どもの障害の有無を把握して健診に望む場合では「健診のシステム・内容」よりも「職員の対応・指導内容」の方が印象づけられる可能性も考えられる。3歳児健診でも「障害特性の見逃し」が1割あった。

③発達段階ごとの子どもの「発達特性」「障害」に対する認識について

発達段階ごとでの子どもの「発達特性」の認識をもって支援サービス提供者が支援を行っていたかについて検討を行った。1歳半、3歳、就学時の健診と、保育園・幼稚園、小学校、中学校とで比較した。その結果、支援提供者が子どもの発達特性に対する認識を持っていたと感じた保護者は、1歳半健診で36.5%、3歳健診で30.2%、就学時検診で38.4%に過ぎなかった。これらの結果は実際の健診でのスクリーニングの実態と一致している。幼稚園・保育園では47.5%、小学校では40.4%、中学校では36.2%が支援提供者に認識を感じるサービスであったと評価している。一方、児相で52.3%、医療機関で71.7%、療育機関で80.0%が発達特性にあった支援を行っていると評価された。保育や教育、保健領域と、医療や療育

とで認識に大きな差異があるとユーザーが評価していることが明らかになった。

④居住地での発達障害者支援法施行による変化

居住地で、法律の施行後、何らかの変化を感じると評価した者は、47名(39.5%)、変化がないと評価した者は70名(58.8%)であった。施行後1年という期間を考えると、ユーザー側は法律の施行に対して、一定の変化を感じていると言いきえる。

しかし、法律の居住地での施行状況について質問した項目では、法律の施行の評価を、「よい」とした者はわずか5名(4.8%)で「不十分」75名(71.4%)または「評価できない」25名(23.8%)とした者が多数であった。ユーザー側は発達障害者支援法の施行に大きな期待を寄せており、現状が十分ではないという評価をしている。

D. 考察

1. 発達障害児者の早期発見に関連して

発達障害者支援法に明記されている早期発見の義務に反して、現状の乳幼児健診はあまりに脆弱な体制しか持ちえていないことが今回の結果から明らかになった。1歳半健診において、健診での広汎性発達障害の把握の精度が十分ではないことは、1歳半という年齢を考慮した場合、一定は理解できるものではある。しかし、3歳健診において、広汎性発達障害の半数以上をスクリーニングできていないという実態は非常に問題で、乳幼児健診担当の医師と保健師の研修に関して、抜本的な改革を迫られる結果であると言える。すでに開発されつつある1歳半から3歳において有効なスクリ

ーニング・ツールを乳幼児健診に早急に取り入れて研修すべきであると考えられる。

2. 発達障害の関係者の認識の向上に向けて

発達障害者支援法においては、保育、教育などにおいても、発達障害を正しく理解し、配慮していくことが義務付けられている。しかし、ユーザー側の評価からいくと、医療や療育と比較した場合に、発達特性を正しく理解されていたという評価は少なく、今後の課題と考えられる。現在、特別支援教育の導入とともに、通常学級においても発達障害児が教育を受けることは当然であるという認識が徐々に広まってきており、今後の理解の促進に向けては期待ができる。

E. 結論

広汎性発達障害を持つ保護者に対する発達障害者支援法の施行実態と、関連する支援内容に対するユーザー評価を、WEB 経由の調査方式によって実施した。今回は、主として、乳幼児健診を中心に報告を行った。

その結果、医療や療育と比較して、乳幼児健診に関わる保健領域の専門家の知識やスクリーニング技術の大きな問題がユーザー側の体験報告から見出された。

今後、ユーザー側からの詳細なヒアリングの中で、実際の支援につながる課題を明確化する予定である。

平成 17 年度厚生労働省科学研究費補助金(障害関連研究事業)
分担研究報告書

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

分担研究者 小川 浩(大妻女子大、教授)

研究要旨:

発達障害者支援法の施行を背景に、発達障害者の就労の問題が取り上げられている。発達障害者が学齢期以降に就労できるか否かは、自立とも大きく関連している。自閉症者を対象とした先行研究では、知的障害の重篤度と就労困難は並行していない。就労がうまく行かないことで、自己評価の低下、心理的な居場所の喪失、社会的孤立感、自宅閉居などが生じることもある。われわれは、発達障害者支援センター、発達障害クリニックの利用者を対象に、就労の実態を調べた。学校教育終了前の就労移行のためのアセスメントやガイダンス、また支援機関についての情報提供を積極的に行うことが必要と判断された。

A. 研究目的

発達障害者支援法を契機に、就労支援機関や発達障害者支援センター等において、発達障害者の就労相談が増加している。発達障害者にとって、学校教育終了後に職業的に自立できるかどうかは極めて重要な問題である。就労の失敗は、否定的な自己意識、日中の居場所の喪失、社会的孤立感などの二次的問題につながりやすい。発達障害者への就労支援体制の整備が課題となっており、その為には、発達障害者の就労実態を把握することが重要である。

知的障害を伴う自閉症者の就労実態に関しては、日本自閉症協会の調査において、就労者は全体の 6.9%であったと報告されている(東海, 1990)¹⁾。高機能広汎性発達障害者については、杉山らの調査において、40 人の 18 歳以上の広汎性発達障害者のうち企業就労は 15 人で、そのうち障害者雇用枠での就労は 5 人であったと報告されている(杉山ら, 2004)²⁾。諸外国

の調査では、Szatmari らが 16 人の高機能自閉症者を 26 歳まで追跡したところ、7 人が大学を卒業、6 人が雇用就労していたと報告されている(Szatmari, P., 1989)³⁾。また Venter らは、18 歳以上の高機能自閉症 22 人を調査した結果、一般就労は 6 人であり、13 人は授産施設(Sheltered Workshop)等の福祉的配慮の下での就労であったと報告している(Venter, A., 1991)⁴⁾。

これらの諸研究では、高機能広汎性発達障害者のうち概ね 20~35%程度は就労している状況と推察されるが、今後、高機能広汎性発達障害者の就労支援のあり方を検討するためには、より詳細な実態調査が必要である。本研究は、我が国における高機能広汎性発達障害者の就労実態を明らかにし、今後の就労支援のあり方を検討することを目的とし、先ず、横浜市についてのパイロット的に研究を行うものである。

B. 研究方法

1) 対象

よこはま自閉症支援室(横浜市の発達障害者支援センター)、及びよこはま発達クリニック(発達障害を専門とする民間クリニック)を利用した18歳以上の広汎性発達障害者108人(男性82人、女性26人、平均年齢28歳、)。

よこはま自閉症支援室(以下、「支援室」と略す)の場合、すべての利用者について知能指数の情報を得ていないため、インテーク時の記録から、18歳以上であり、療育手帳でB2、もしくは精神障害者保健福祉手帳を所持しているか、または何れの障害者手帳も所持していない人を対象に、調査研究への協力依頼文を送付し、合意が得られた人に対して調査用紙を送付した。

よこはま発達クリニック(以下、「クリニック」と略す)の場合、すべてのクライアントの知能指数が得られているため、18歳以上で、IQ70以上の人で、調査への合意が得られた人に対して調査用紙を送付した。

表1 対象者の状況

	よこはま自閉症支援室	よこはま発達クリニック
年齢	18歳以上	18歳以上
基準	療育手帳 B2 精神障害者保健福祉手帳 手帳なし	IQ70 以上
人数	75 人	33 人

2) 質問紙の作成とアンケートの実施

発達障害者の就労支援に関わる専門家により、発達障害者の就労実態として把握すべき内容を検討し、アンケート用紙を作成した。平成18年1～2月にかけて、郵送によりアンケートを実施した。

C. 研究結果と考察

1) 基本属性

男女比は男性76%、女性24%、年齢の分布は図1に示す通りで、平均年齢は28歳であった。

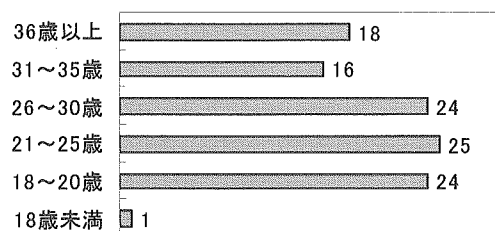


図1 対象者の年齢分布

2) 診断名

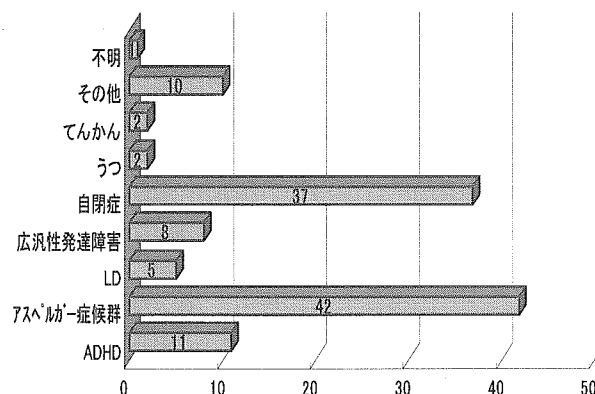


図2 診断名

調査を実施した時点での診断名は図2に示す通りであり、アスペルガー症候群が42人と最も多く、次いで自閉症が37人である。これは、すでにクリニックを受診した後、または支援室を利用した後の調査であることを反映しており、インテーク時の状況では、診断が明確でない人の割合がもっと高いかもしれない。

3) 障害者手帳の取得状況

療育手帳の取得状況は、表2のように、療育手帳の所持者が5割弱となっている。これは横

浜市では、自閉症の診断がある場合に限り、療育手帳の IQ 上限が高くなっていることが影響している。今回調査対象としたのは、クリニックにおいては IQ70 以上、支援センターでは B2 以上としたが、表 3 に示すように A1、B1 が数名含まれているのは、インテーク段階での親の聞き取りに誤りがあったか、インテーク後の再判定等で等級が変更になったことが考えられる。

精神障害者保健福祉手帳は、表 4 に示すように、20 人が取得していた。平成 18 年度 4 月より、精神障害者保健福祉手帳が雇用率の算定要件に含まれることから、今後、精神障害者保健福祉手帳の取得について、どのような変化が見られるか注目していきたい。

持っている	50 人 (46%)
希望したが取れなかった	18 人 (17%)
希望しない	18 人 (17%)
無回答	22 人 (20%)

表 2 療育手帳の取得状況

A 1	2 人 (4%)
B 1	3 人 (6%)
B 2	38 人 (76%)
無回答	7 人 (14%)

表 3 療育手帳の等級

持っている	20 人 (19%)
希望したが取れなかった	4 人 (4%)
希望しない	30 人 (28%)
無回答	54 人 (49%)

表 4 精神障害者保健福祉手帳の取得状況

2 級	2 人 (4%)
B 1	3 人 (6%)
B 2	38 人 (76%)
無回答	7 人 (14%)

表 5 精神障害者保健福祉手帳の等級

4) 就労・生活状況

調査時にどのような生活状況にあるかについて聞いたところ、就労が 37%と最も多く、続いて在宅 20%、福祉施設等 20%、就学 16%、職業訓練等 4%、その他 3%であった(図 3)。就労率は約 4 割と比較的高かったが、その内容を見ると(図 4)、正社員は 28%、期間の定めのある契約社員、派遣社員等が 32%、アルバイト・パートが 32%と、身分が不安定な就労状況にある者が多かった。また賃金については(図 5)、25 万円以上は 5%のみで、15 万以上 25 万未満が 30%、10 万以上 15 万未満が 27%、10 万以下が 33%と、低い賃金水準にある者が多かった。

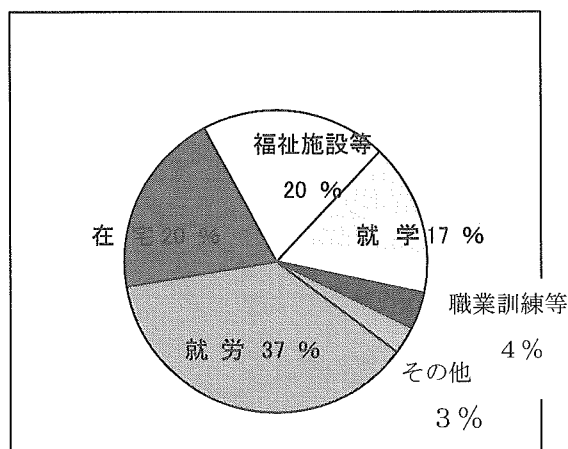


図 3 生活状況・就労状況

正社員	28%
期間の定めのある 契約社員・派遣社員	32%
アルバイト・パート	32%
無回答	8%

表 6 就労形態の内訳

25 万以上	5 %
15 万以上 25 未満	30%
10 万以上 15 未満	27%
10 万以下	33%
無回答	5%

表 7 賃金の状態

5) 一般枠での雇用と障害者枠での雇用

就労している人に、その就労が障害者雇用枠での雇用なのか、それとも一般求人枠での雇用なのかを聞いたところ、一般枠での雇用は 52% (21 人) であり、障害者枠での雇用が 17 人 (43%) であった (表 8)。これも、支援センターやクリニックを一定期間利用した後での調査であることから、一般的な状況よりも障害者雇用の割合が高くなっているものと考えられる。

一般枠	52% (21 人)
障害者雇用枠	43% (17 人)
無回答	5% (2 人)

表 8 障害者雇用の割合

6) 就労に至る経緯

最終学歴は、大学院・大学・短大卒が合わせて 36%、専門学校及び高等専修学校が 18%、普通校高 34%、普通中学 1%と普通教育が 89%を占め、養護学校高等部卒は 11%のみであった (図 4)。学校教育はいわゆる普通学校的环境下で過ごし、そのまま社会生活へ移行する発達障害のある人が極めて多いことが表われている。

また就労者にどのような経路で就職したかを尋ねたところ、「求人情報を見て自分で応募」が 50%と最も多く、「学校や就労支援機関の紹介」が 17%、「ハローワークの紹介」は 7%のみであった (図 5)。普通学校において学校教育の時期を過ごし、学校教育終了後は自分で就職活動を行って就職するものの、自分の特徴に合

わない仕事に就いてしまったり、職場の人間関係で困難を感じたりして、就労が安定しない人が多い状況が伺われる。

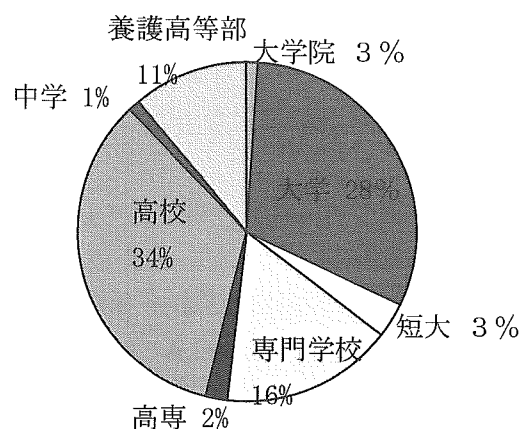


図 4 最終学歴

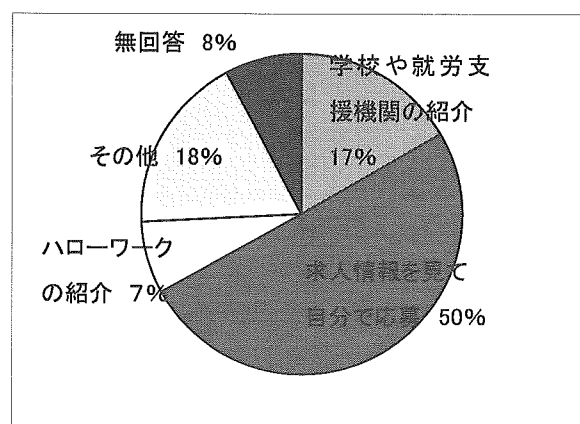
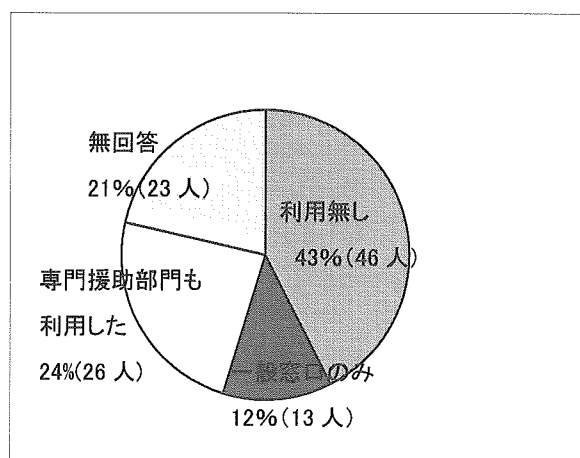


図 5 就労にいたる経緯

7) ハローワークと支援機関の利用



ハローワークの利用については、利用したことがない人が 43%であるが、これは就労したことがない人も含めての調査項目であること念頭に置く必要がある。専門援助部門を利用したことがある人が 24%というのは、著しく低い数字ではないかもしれない。

一方、就労支援機関の利用については、就労支援機関を利用したことがある人は 9%に限られており、就労支援機関になかなかアクセスできていない状況が伺われる。

ある	9% (12 人)
ない	82% (85 人)
無回答	9% (12 人)

表 9 就労支援機関の利用状況

まとめ

横浜市を中心に、高機能広汎性発達障害のある人の就労実態を把握した。いわゆる普通教育のラインから職業生活に移行する割合が高く、学校教育終了時まで、診断、障害受容、職業ガイダンスを行うことの必要性が確認された。就労している者は 4 割弱であったが、いわゆる正社員の職に就いている者は就労者の中でもさらに 3 割弱であり、就労者の多くは身分も賃金も不安定な状況に置かれていることが分かった。

すでに支援を受けている人が多いことから、就労者のうち障害者雇用枠は 4 割を超えていた。学校教育から就労への移行段階で、ハローワークが関わり、障害者雇用枠内で一般就労を目指すことが成功への道であろう。就労支援機関の認知度も低いことから、今後は、ハローワークの専門援助部門、障害者職業センターなどの支援機関についての情報提供を積極に行うことが必要である。

今回の知見を活かして、次年度はより大規模な実態調査へと展開していきたい。

<文 献>

- 1) 東海敬：全国自閉症者就労実態調査，心を開く，18，p13-21，1990.
- 2) 杉山登志郎，河邊眞千子：高機能広汎性発達障害青年の適応を決める要因，精神科治療学，19(9)，p1093-1100，2004.
- 3) Szatmari, P., et al. : A follow-up study of high functioning autistic children, Journal of Autism and Developmental Disorders, 19, p213-226, 1989.
- 4) Venter, A., Lord, C., & Schopler, E. : A follow-up study of high-functioning autistic children, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32(7), 1991.
- 5) 小川浩、内山登紀夫、他：平成 17 年度厚生労働科学研究、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報告書，2006.

Muller,E.,Schuler, A., Burton, B., Yates, G: Vocational supports for individuals with asperger syndrome and other autism spectrum disabilities.

www.autistics.org/JVRpaper.htm,2004

平成 17 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学事業）

分担研究報告書

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

分担研究者 日詰 正文（長野県精神保健福祉センター）

研究要旨

成人期の広汎性発達障害者（特に療育手帳や精神障害者手帳を持たない場合）に対する地域資源の現状を、相談窓口として機能している長野県内の相談機関 3 4 箇所にアンケート調査した。その結果、当面は自分の機関で継続相談ををするとしても、その先の受け皿や専門性の不足等への不安があり、専門機関のスーパーバイズを期待しているといった現状が浮かび上がった。今後の相談ニーズ増加に合わせて、どのような受け皿が期待され実現する可能性があるのか調査した。

研究協力者

中野育子（札幌市精神保健福祉センター）
石橋悦子（東京都発達障害者支援センター）
小林真理子（山梨県精神保健福祉センター）
中山清司（京都市発達障害者支援センター）

地域資源を開発していくための要素について手がかりを得ること、②長野県内の相談機関で既に実施されている成人期広汎性発達障害者デイケアの実践が、今後どのように広がっていくかという展望の整理、以上 2 つの目的をもって行なわれた。

B. 研究方法

現時点で成人期の広汎性発達障害者の相談窓口となることの多い「障害者総合支援センター」（長野県内 10 の広域医療福祉圏域ごとに 1 から 4 箇所設置され、福祉・就労支援利用の援助調整を行なっている機関、16 箇所）と保健所（支所も含めて 17 箇所）の計 33 箇所を対象として、平成 18 年 1 月 20 日から 2 月 3 日の間にアンケート調査を行い、回答をされたものを元に考察した。

アンケートの質問は 9 つ。それぞれ選択肢の中から「多いと感じるもの」「当てはまると感じるもの」について複数回答する形とした。

A. 研究目的

近年、広汎性発達障害等の診断についての情報が広がるにつれ様々な地域支援のニーズも増加している。しかし、成人期（特に手帳を持たない場合）の具体的な地域における支援方法についての情報はまだ蓄積されていない。その結果、支援が必要である場合でも行なわれていない事例が少なくないと思われる。

この調査は、①成人期の広汎性発達障害者に対する地域支援を現場で行っている福祉・保健機関に対して現状と今後の展望を調査し、