

受診率や診断時期については、把握されおらず不明であった。保健師の情報では軽度発達障害の場合には、家族に医療機関や療育機関を紹介するのが難しく、紹介しても同意されないこともあり、未受診のまま就学に至る事例も少なくないとのことであった。

(4) まとめ

B市の現状は、基幹機能のうち発見と保育機能はよく整備されている。療育（母子および単独）機能と診断機能が不十分であり、これら機能の整備が課題であろう。

4. C市（北陸地方）

(1) C市の概要

C市は圏域の中心都市である。人口は約9万人、出生児数は700人程度である。

(2) 調査日、調査者、調査施設

調査は2007年12月6日、河村雄一、酒井雪枝、清水秀美によって行われた。調査施設は、C市の保健医療福祉施設であった。

(3) 結果

C市では、地域療育システム、発達特徴に気づかれる時期、早期支援グループ、関係機関との連携について調査した。

C市の早期療育システムの拠点施設は子どもから老人を含め障害の有無に関わらず総合的に支援するセンターとしての役割を果たしている。市の乳幼児健診を行っている「健康管理センター」とも通路でつながっており、健診の帰りに拠点施設で遊んでいく親子も多いという。

C市では、3ヶ月児、1歳6ヶ月児、3歳児健診に加え、独自に9～10ヶ月児健診も行っており、この時点で視線の合いにくさや表情の乏しさには気づかれ、保健師の介入も始まっていた。健診で発達的な心配を指摘された子どもは、1歳6ヶ月前後から保育園就園するまでの間、「プレー教室」（週3回運営、スタッフは保育士のみ）に親子で参加する。参加は、年間で40～

60組とのことであった。就園が決まると、各園の保育士が「プレー教室」を訪問し、児童の観察と担当保育士からの引き継ぎを受けていた。また、就園後の早い時期に教室の担当保育士が園を訪問し、様子を確認するなど連携が良くできていた。就園後に発達が心配されるようになった子どもの発達相談事業としては、月に1～2回親子で通う別のグループがある。

専門機関との連携については、医学的診断が必要な事例は、県庁所在地にある県立の総合療育センター等を紹介しているが、距離が遠く利用しにくい。全県的に見ても、専門医が少ない。実態としては、「プレー教室」参加中に診断を受ける児童はほとんどいない。また、教育機関との連携はほとんど行われていない。

(4) まとめ

C市で早期から発達に心配のある乳幼児に対し、広く「保育モデル」で充実した支援が行われていることは高く評価できる。

課題としては、支援スタッフが保育士のみであり専門性が必ずしも高くないこと、医師の診断や臨床心理士による発達評価も十分なされていないことなどが挙げられる。

5. D市（甲信地方）

(1) D市の概要

D市は県南部に位置しており、人口は約3万5千人、出生児数は300人程度である。

(2) 調査日、調査者、調査施設

調査は2006年12月5日～6日、伊澤裕子と清水秀美によって行われた。調査施設はD市保健センターであった。

(3) 結果

D市では母子福祉、母子保健、保育など児童福祉・保健行政が、教育委員会の子ども課に一元化されている。発達障害に対する支援も、児童福祉、母子保健、学校教育の緊密な連携のもとにシステム化され行われていた。

健診は、3大健診（3ヶ月児、1歳6ヶ月児、3歳児）に加え、2004年4月より軽度発達障害の発見と発達支援などを目的に5歳児健診を実施していた。地域療育システムの中心に児童発達支援施設がある。この施設の職員は保育士、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理相談員など多専門職種から構成されている。発達障害を含む心身障害乳幼児等の相談及び通園療育と学童へのフォローを行うとともに、関係機関への巡回相談や研修など様々な専門的支援を行っている。診断については、市内にある民間総合病院小児科の専門医が行っている。保育園・幼稚園から小学校への移行期の支援については、同じ教育委員会参加の組織ということもあり、円滑に行われていた。

(4) まとめ

人口約3万5千人の小都市であるが、リハビリテーション専門職種を含む専門多職種からなる中核的な発達支援施設を含め、必要な基幹機能をすべて整備している。地域療育・特別支援教育に関わる行政諸部門が教育委員会に一元化されていることもあり、連携も良好である。発達障害児の支援についても、十分に対応している。乳児期から学齢期に至るまで一貫した支援を展開し、優れた小都市モデルと評価できる。

D市で特筆すべきは、5歳児健診である。充実した療育システムに支えられ5歳児健診も良く機能している。しかしながら、5歳児健診を検証してみると「健診の結果、要観察、要精査と判定を受けた子のほとんどが、3歳児までにフォロー教室に参加、あるいは参加を勧めた子であった」（担当者談）という。このことは、発達障害の可能性のある児童は、3歳児健診までに発見・支援が可能であることを示唆している。

6. E県立の療育センター（北陸地方）

(1) E県の概要

E県は北陸地方に属し、人口は約240

万人、出生児数は約1万8千人である。

(2) 調査日、調査者、調査施設

調査は2007年12月7日、河村雄一、酒井雪枝、清水秀美によって行われた。調査施設は、上記療育センターであった。

(3) 結果

療育センターには、発達障害者支援センターが設置され、同センターは発達障害者支援において中心的な役割を果たしている。E県全体の早期療育システムと、同センターの役割について調査を行った。

療育センターの始まりは、195年代に開設された肢体不自由児施設である。その後、知的障害を含めた事業拡大が図られ、1980年代初頭に現在の施設名称に改称された。その後、重症心身障害児通園事業、発達障害者支援事業も加わった。現在の入所定員は50名、常勤医師は整形外科2名と小児科2名であり、その他各訓練士や看護師などで業務を行っている。

E県は広大な面積があり、1ヶ所の療育センターで支援を一元的に行うことは難しい。各保健所へ年に5～6回程度医師が巡回し相談業務に当たっている。しかし、十分な回数を確保することは困難であり、1回の巡回で20～30人の相談に応じることもあるという。

センターでの外来診療をみると、小児科医2名が小児神経疾患だけではなく発達の相談にも対応している。自閉症の初診者数が、2004年度は183人であったが、2006年度は333人と大幅に増加しており、診断機関としての機能はある程度果たせるようになっている。しかし、地域で気づかれてから紹介されるまでの期間が長いためか、初診時年齢は比較的高く、5歳以上になることも多いという。また、前述したように医師数が少ないため、初診は1時間程度の時間を取っているものの、再診は短時間となる。継続した診察は学齢期前に終了とすることも多い。

AD/HDについては、2004年度の初診

者数は75人、2006年度は140人と増加傾向は明かではあるものの、自閉症に比較すると少ない。AD/HDの徴候が気づかれる保育園・幼稚園や学校との連携がまだ不十分で、深刻な問題行動がないと紹介されにくい現状があるようだ。

(4) まとめ

E県における発達障害を含む障害児の療育センターとして、各地域の医師や保健師をはじめとする関係者に積極的な啓発活動を行うなど、全圏域をカバー懸命な支援を展開している。今後の課題としては、各圏域に発達支援の拠点となる施設を整備することが挙げられる。

D. 考察

障害児の健やかな発達を保障するためには、地域の中に子どもの発達と家族の育児を支援するための仕組み（地域療育システム）が必要である。

我が国では1980年代から社会資源が豊富で人口規模の大きい都市部を中心に、地域療育システムを整備してきた。基幹機能は、子どもと家族支援に関わる直接支援機能〔発見、診断・訓練、専門療育（母子通園と単独通園）、統合保育〕と、間接支援機能（システム運営）からなり、対象としては、幼児期後半の古典的な障害（脳性麻痺、ダウン症候群、知的障害を合併した自閉症など）を想定していた。代表的な先駆的な都市として、広島市、北九州市、東大阪市、横浜市などが挙げられる。1990年代には、広域の過疎地域を抱える北海道でもシステムが整備され、システムは次第に全国に拡大していった。

しかしながら、1980年代に構想されたモデル（80年代モデル）は、基本的に幼児期後期の重度障害を対象とした重度障害モデル（医療モデル）であったため、現在直面している課題（軽度発達障害、発見の早期化など）には対応できず、支援モデ

ルの再編成を求められている（高橋、2005）。

また、80年代モデルは基本的に大都市・中都市を想定した都市型モデルであるが、直接支援機能をすべて整備可能と考えられる都市は、政令市・中核市・特例市を合わせても全国1,795市町村の5%（96市；2008年1月15日現在）に過ぎない。基礎自治体の実に83%（1,485市町村）は人口10万人未満、ことに75%（1,347市町村）は6万人未満である。これら小規模自治体では、80年代モデルは画餅に過ぎない。障害者福祉が市町村を主体として展開されるようになった今日、新たな、時代に相応しい自治体の規模に応じた複数の支援モデルが求められている。

このような現状認識のもとに、今年度の研究では、従来から発達障害の早期支援体制整備に取り組んでいる鳥取県倉吉市を含め、人口規模と地域が異なる全国5自治体（表1）と1県立療育機関の現地調査を行い、政策提言の基礎となる現状分析と課題の整理を行った。

表1 都市と人口

都市	地方	人口（概数）
A市	東北	29万人
B市	東北	6万5千人
C市	北陸	9万人
D市	甲信	3万5千人
倉吉市	中国	5万2千人

（注）人口：2006年10月1日現在の推計人口に基づく。

1. 発達障害への早期支援体制について

中村ら（2006）が実施した「乳幼児健診システムに関する全国実態調査」によると、全国自治体に幼児健診における当面の重点目標について質問したところ、最も多かった答えは、「発達評価」と「発達障害の早期発見」であったという。今回調査した何れの自治体でも発達障害支援への関心は高く、1歳6ヶ月児健診と3歳児健診でのスクリーニングと事後指導体制は整備されていた。

しかしながら、その後の療育および診断

機能に関しては、C市やD市のように母子の療育機能を整備している自治体と健診事後指導機能を拡充し対応している自治体（A市、B市）に分かれていた。

今後は早期発見に引き続き、子どもの発達支援、保護者の育児支援・障害認知支援を合わせた心理的に受け入れやすい幼児期前中期児を対象とした母子療育事業の整備が当面の重要課題といえる。

2. 発達障害に関わる専門家について

今回の調査で明かとなったことの1つは、従来から指摘されてきたことではあるが、発達障害に関わる医師をはじめとする専門家の不足である。いずれの自治体でも、診断できる医師が不足し、発見はしたものの診断が確定しないままに徒に時間が経過している実態が明かとなった。発達障害の診療ができる医師の養成が計画的になされる必要がある。

医師以外の専門家（臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士など）の配置もC市を除き不十分であった。市町村のうち、市のレベルでは必要なスタッフを療育スタッフとして確保する必要がある。

3. 自治体規模と支援体制

今回対象となった自治体は、東北、北陸、中国、甲信の各地方の人口29万人の中都市、9万人～3万5千人の小都市であった。小都市はいずれも、事例の把握に優れ各機関が連携しきめ細かな支援を行っていた。また、支援体制の整備については、人口規模と支援体制の整備状況は相関していると考えがちであるが、D市（人口3万5千人）の充実したシステムと急速に整備を充実してきた倉吉市（人口5万2千人）は特筆される。小都市であっても素晴らしい支援が可能なことを2都市は実証している。

4. 市町村と発達障害者支援センター

市町村主体の福祉行政となった現在、発

達障害児の発達支援について都道府県等が設置する発達障害者支援センターは、市町村に対しどのような役割を果たすべきであろうか。

鳥取県自閉症・発達障害支援センターとE県立の療育センターは、高い専門性を背景に、専門機能の不十分な市町村を支援するとともに、自立に向けて研修と人材育成に力を入れている。今後の発達障害者支援センターの良きモデルとなろう。

引用文献

- 高島妙子、入江ゆみ子、茅原宏司、松田啓成、芦崎和恵、塚根律子、山崎奈緒美：発達障害児の早期発見・支援体制について～倉吉市における乳幼児健診を中心に。第1回鳥取県福祉研究学会抄録集, 2008.
- 高橋 脩：乳幼児健診と発達障害—最近の動向。こころの科学, 124号, 22-28, 2005.
- 中村 敬、高野 陽、銚之原昌、古田弘道、福本 恵、堤ちはる、野口晴子、齋藤幸子：乳幼児健診システムに関する全国実態調査。平成17年度厚生労働科学研究補助金（子ども家庭研究総合研究事業）分担研究報告書, 2006.

平成 19 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
および早期療育の効果についての実態把握

分担研究者 藤岡 宏（つばさ発達クリニック）

研究協力者 越智晴彦（知的障害児通園施設ひよこ園）

研究要旨：17 年度・18 年度研究では、広汎性発達障害（以後 PDD と略す）を持つ人々への公的な支援センターが県にまだ設置される以前の、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 の人々の医療ニーズについて調査したが、19 年度研究では更にその後のデータを加え、同様の解析を行った。一方で、同院を訪れる子どもの多くが就学前に療育を受ける市内の通園施設において、構造化やコミュニケーション指導を基本とした早期療育が子どもと家族にどのように受け止められているか、困難な部分はどこにあるか、18 年度研究に続いて行った在園児と卒園児の家族へのアンケート調査を元に、検証を試みた。

A. 研究目的

二次障害・三次障害の発生を予防する観点からも、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。しかし地域の实情に即した形で関係諸機関が連携しながらの支援を行えば、地方では小回りのきく有利さを活かすことも可能となる。

本研究では、広汎性発達障害（以後 PDD と略す）を持つ人々の療育・福祉上のニーズが地方でも相当量あることを数の上で実証し、構造化やコミュニケーション指導など、特性理解に立脚した有用な支援が早期療育の中で行われれば、発達障害を持つ子どもとその家族にとって強力な支えとなり得ることを示すと同時に、困難な部分がどこにあるかを検証する。

B. 研究方法

I. つばさ発達クリニックの統計を通して見た、地方都市における PDD の人々の医療ニーズについて

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 2007 年 3 月 31 日までの 7 年の間に受診し、分担研究者自身による診断を受けた 1,407 人について、以下の点について調査した。

1. PDD 初診者の実数と全体に占める割合の年次推移
2. HFPDD 初診者の実数と PDD 全体に占める割合の年次推移
3. 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
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. 初診時に今治市に在住していた 2003 年生まれの PDD 児の、2003 年の今治市の出生数に対する比率。但し 2003 年 1 月 1 日より 2007 年 12 月 31 日までの 5 年間に当院を初診したもの。(この項のみ、調査対象期間を 2007 年 3 月 31 日まででなく、2007 年 12 月 31 日まで、とした。)

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(すべてのケースで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。

II. ひよこ園を利用した家族へのアンケート調査

つばさを受診する就学前の子どもの多くが今治市内の通園施設ひよこ園を利用しているが、2002 年 3 月より 2007 年 3 月までの間に同園(毎日通園)を卒園した PDD 児 59 名と 2007 年度在園中の PDD 児 29 名の計 88 名の家族に対し、以下の内容のアンケート調査(無記名)を行った。即ち

1. ひよこ園での療育支援を受ける前後で親としての子どもの受け止め方に変化があったかどうか

- (1) 子どもの行動についての理解
- (2) 子どもの育てにくさ

その各々について、ひよこ園での療育が役に立ったか。役に立ったとすれば、どのような点がどのように役に立ったか。

2. 子どもの特性理解と支援について

- (1) 特性理解に立った支援は必要だと思うか
- (2) 視覚支援は、コミュニケーションの発達を促進すると思うか

(3) 子どもが現在用いているコミュニケーション手段について

3. 卒園後の今(卒園児のみ)

(1) 現在の在籍校・学級の種別

(2) 在籍校(学級)で、特性理解に立った支援が子どもに対して行われているか。小学 2 年生以上の子どもの場合、過去と比べて対応にどのような変化があったか。

(3) 在籍校(学級)で、以下の 12 項目に該当する対応がなされていないか。小学 2 年生以上の子どもの場合、下記 12 項目の対応に、過去と比べてどのような変化があったか。

- ① スケジュールを使ってもらえない。
- ② 全体スケジュールはあるが、個別スケジュールがない。
- ③ 指示的な色彩の強い、誤った意味あいで構造化がなされている。
- ④ スケジュールなどの構造化は外していくべきもの、という誤解がある。
- ⑤ コミュニケーション・カードを使ってもらえない。
- ⑥ 感覚過敏に対する配慮が不十分である。
- ⑦ 他者と同じようにふるまうことを、必要以上に求められる。
- ⑧ 家庭での子どもの行動が、学校での関わりの延長線上で起きている可能性に、目を向けてもらえない。
- ⑨ 子どものレベルを高く見積りすぎ、実際に使いこなせないレベルのスキル獲得を目指した目標設定がなされている。
- ⑩ 手がかりを助けにしながら自ら判断し、自ら行動する、そして自らに誇りを持つ、その自立的な意味あいの大切さが理解されない。
- ⑪ 先生間の引き継ぎが不十分で、縦につながっていない。
- ⑫ 先生自身に、自閉症特性を理解しようとする気持ちが薄い。

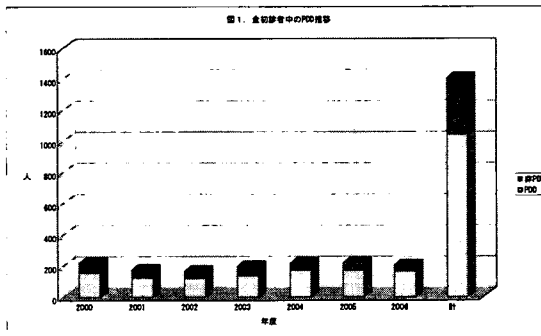
(4) 学校教育に望むこと (自由記述)

(倫理的面への配慮) I・IIとも、資料として連結不可能匿名化された情報を用い、それ以降のデータ処理も個別情報への配慮をじゅうぶんに行った。

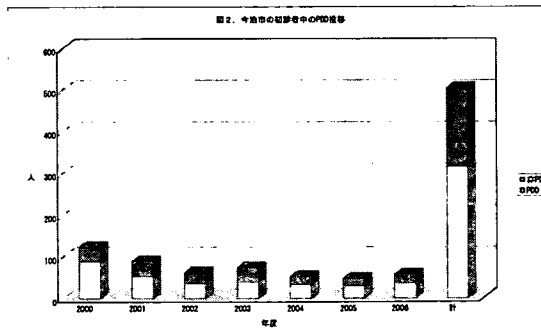
C. 研究結果

I. つばさ発達クリニックの統計を通して見た、地方都市におけるPDDの人たちの医療ニーズについて

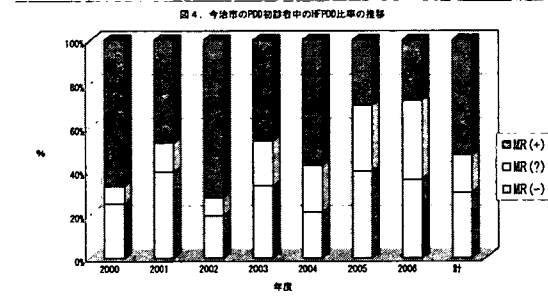
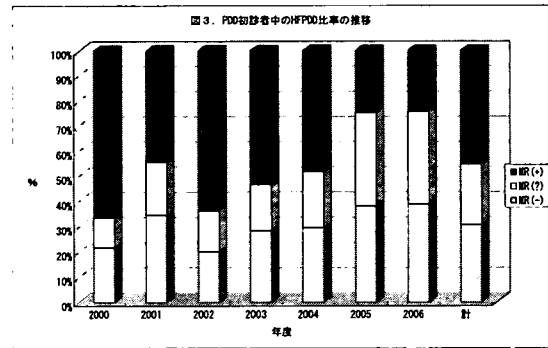
1. 2000年4月1日～2007年3月31日の間につばさを初診で訪れた1,407名のうち、74%にあたる1,041名がPDDと診断された。(図1) これは年間149人に相当する数字である。



また今治市内在住者に限ると、初診者504名中315名(63%)がPDDという結果であった。(図2)

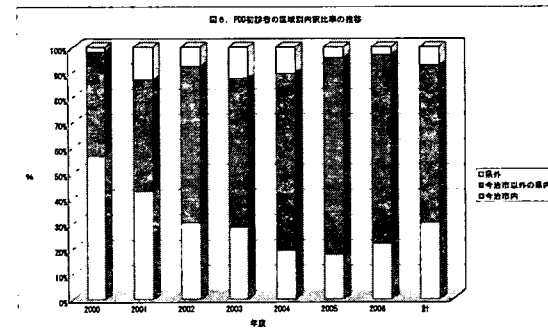
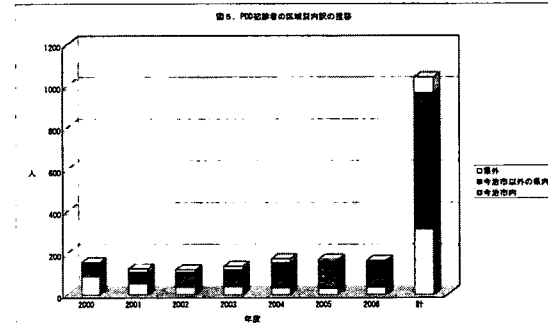


2. その中で発達検査等によりHFPDDと確認されたものは全域で31%、今治市内では30%であった。但し、精神遅滞合併の有無不明の者が、このほかにも全域で24%、今治市内では17%存在した。(図3, 図4)



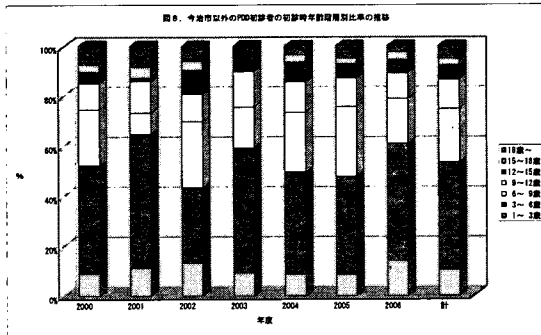
3. PDD初診者の7年間の年次推移を区域別に構成比で見ると

- ① 今治市内は漸減
- ② 今治市以外の県内は漸増の傾向が読み取れた。(図5, 図6)



4. PDD初診者の男女比は、全域で3.4:1、今治市内では3.3:1で、いずれも男子に多かった。

5. 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歳までに初診した PDD 児の比率は今治市内で 17.8%、今治市以外で 10.5%と、今治市内在住の方が有意に高かった ($p < 0.01$)。 (図 7, 図 8)



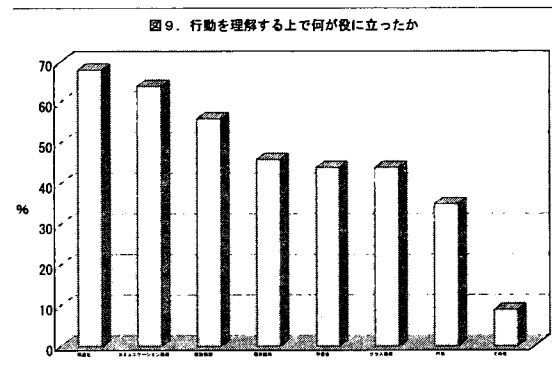
6. 2003 年 1 月 1 日より 2007 年 12 月 31 日までの 5 年間につばさを初診した今治市内在住 (但し初診時点で) の PDD の人のうち、2003 年生まれの人 19 人で、2003 年の今治市の出生数 1,424 人に対する比率は 1.3%であった。
(17 年度研究 / 2001 年生まれ : 1.3%
18 年度研究 / 2002 年生まれ : 1.1%)

II. ひよこ園を利用した家族へのアンケート調査

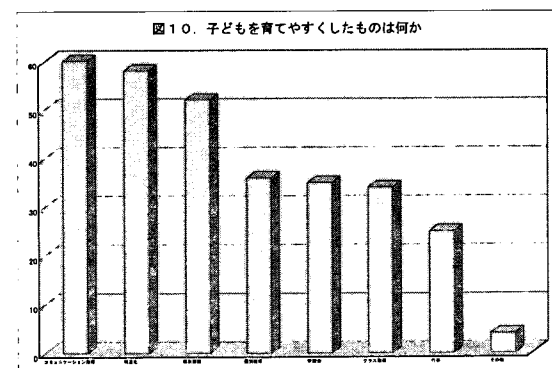
2002 年 3 月より 2007 年 3 月までの間にひよこ園 (毎日通園) を卒園した PDD 児 59 名および 2007 年度に在園中の PDD 児 29 名の計 88 名の家族にアンケート用紙を郵送し、73 名からの回答を得た。(回収率 83%)

回答者の全員が子どもの行動を理解しやすくなったと回答し、行動理解の点でひよこ園の療育が「大いに役に立った」96%、「少し役に立った」4%、と評価した。

行動を理解する上で何が役に立ったか、という問いに対しては、「構造化」93%、「コミュニケーション指導」88%、「個別懇談」75% が特に高い評価を得、以下「個別指導」63%、「学習会」60%、「クラス指導」60%、「行事」48%、の順で続いた。(図 9)

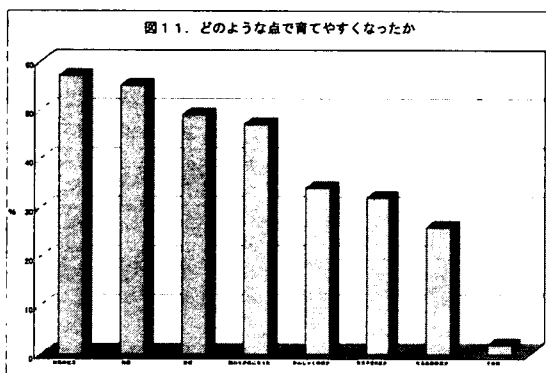


子どもの育てにくさ、という点では、「前より育てやすくなった」が 97%で、育てにくさの点でひよこ園の療育が「大いに役に立った」82%、「少し役に立った」15%、という評価となった。その中で、子どもを育てやすくしたものは何か、という問いに対しては、「コミュニケーション指導」82%、「構造化」80%、「個別懇談」71%、が特に高い評価を得、以下「個別指導」49%、「学習会」48%、「クラス指導」47%、「行事」34%、の順で続いた。(図 10)



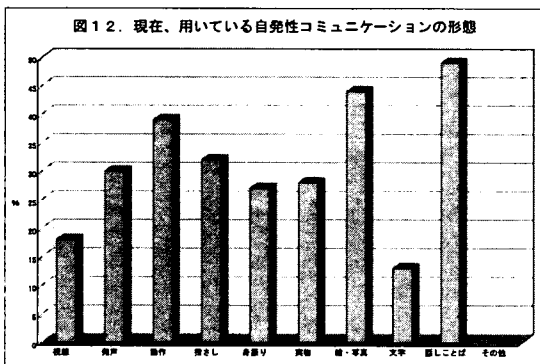
どのような点で育てやすくなったか、の問いには「どのように対処すればよいか、わかりやすくなった」78%、「子どもが周囲に意思を伝えて来るようになった」75%、「こちらの意思を子どもに伝えやすくなった」67%、「子どもへの関わりが楽になった」64%、「かんしゃくや拒否が減少した」47%、

「育児の不安が減少した」44%、「子どもを叱る必要が少なくなった」36%、の順が多かった。(図 11)



自閉症の特性理解に立った支援の必要性については、回答者の全員が「必要」と答え、同様に全員がそのような支援を「今後も継続してほしい」と回答した。視覚支援はコミュニケーションの発達を促進する、と答えた人は88%であった。

現在、子どもが用いている自発性コミュニケーションの形態は、「視線」25%、「発声」41%、「動作」53%、「指さし」44%、「身振り」37%、「実物」38%、「絵・写真」60%、「文字」18%、「話しことば」67%と非常に広い範囲に亘っていた。(図 12)



卒園し、学校に通っている子ども(普通学級 7%、特別支援学級 33%、養護学校 60%)の約半数が、学校での取り組みが不十分であると回答した。

12項目の対応で、○の数の多かった項目について多い順に示すと以下の通りである。

- ⑪先生間の引き継ぎが不十分で、縦につながっていかない。
- ⑫全体スケジュールはあるが、個別スケジ

ュールがない。

- ⑤コミュニケーション・カードを使ってもらえない。
- ⑨子どものレベルを高く見積りすぎ、実際に使いこなせないレベルのスキル獲得を目指した目標設定がなされている。
- ⑩手がかりを助けにしながら自ら判断し、自ら行動する、そして自らに誇りを持つ、その自立的な意味あいの大切さが理解されない。
- ④スケジュールなどの構造化は外していくべきもの、という誤解がある。
- ⑥感覚過敏に対する配慮が不十分である。
- ⑦他者と同じようにふるまうことを、必要以上に求められる。

学校での取り組みを過去と現在とに分けて評価してもらったところ、

- ①スケジュールを使ってもらえない。
- ⑧家庭での子どもの行動が、学校での関わり
の延長線上で起きている可能性に、目を向けてもらえない。
- ⑫先生自身に、自閉症特性を理解しようとする気持ちが薄い。

の3項目については、○の数は過去の方が多く、

- ⑤コミュニケーション・カードを使ってもらえない。

では逆に、現在の方が多かった。

その他の8項目については、過去と現在とでほとんど差は見られなかった。

D. 考察

I. つばさ発達クリニックの統計を通して見た、地方都市におけるPDDの人たちの医療ニーズについて

17年度・18年度研究にその後のデータを加えた今回の調査でも、つばさの初診者の7割以上を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、という状況に変化は見られなかった。検査を実施し、HFPDDと判断された例は、

判明しているだけで全体の3割にのぼった。残りの7割にはHFPDDが強く疑われるものの、検査で確認できていないケースや、加齢とともに今後検査結果の数値が上昇していく可能性を持つケースが含まれており、3割というのは、現時点でこれだけは確認できているという、つばさ一施設における最小限の見積りの数値である。特別支援教育の広がりとともに、学校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。

また3歳までに初診したPDD児の比率は、今治市内在住の方が今治市外在住者よりも有意に高かった。つばさへの距離的近さも関係している可能性があるが、自閉症の特性を熟知しているひよこ園のスタッフが健診に積極的にかかわり、PDD児の発見率を上げていることや、障害児等療育支援事業（障害児（者）地域療育等支援事業）のもと、保育所や幼稚園等に積極的に関わっていること、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大きく影響していると思われる。

男女比は今回も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。

2003年生まれの初診時今治在住者の率は1.3%で、2001年の1.3%、2002年の1.1%に近似した高い数値となり、つばさを受診したPDD児の数だけから見ても、相当数のPDD児がこの地域に在住していることが推測された。

II. ひよこ園を利用した家族へのアンケート調査

18年度アンケートに見られた結果と同様、19年度アンケートでも、ほぼ全員の家族が子どもの行動を理解しやすくなり、子どもを育てやすくなった、そしてひよこ園での療育が役に立った、と評価した。

19年度アンケートではさらに、その療育内容のどの部分が役に立ったか、という点

に踏み込んで回答を求めたが、子どもの行動理解・育てやすさの両者において①構造化 ②コミュニケーション指導 ③個別懇談 が上位3項目として並んだ。

以下の「どのように役に立ったか」の回答結果や、「自閉症の特性理解に立った支援の必要性」についての問いに回答者の全員が「必要」と答えたこと、同様に全員がそのような支援を「今後も継続してほしい」と答えたことなどを考え合わせると、自閉症特性から子どもの行動の意味を理解し、それに沿って解決方法を見出していく、という基本的な手順を、多くの家族はとても重要なものとして捉えており、それを具体的に支えてくれたのが、これら3項目に代表される療育内容だった、と言えるだろう。

視覚支援はコミュニケーションの発達を促進する、と答えた人は9割近くにのぼったが、これもわが子の療育を通して「目からうろこ」の体験をした家族の、率直な感想ではなかったかと思われる。

子どもが現在用いているコミュニケーション手段の項目では、子どもが非常に幅広い種類のコミュニケーション形態を用いてコミュニケーションを行っていることが示された。絵や写真で通じなければ身振り、というように、様々な状況下で様々なコミュニケーション形態を切り替えて用いながら、以前よりもずっと粘り強く相手とコミュニケーションしようとするようになった子どもたちを見ていると、話しことばだけに頼らないコミュニケーションの力を幼少期につけておくことの大切さを痛感するが、図12に示された結果は、比較対象はないものの、まさにこの点を象徴しているように思われる。

18年度研究に示された家族の「学校教育への不満」の具体的内容を知るために、19年度研究では、18年度研究の自由記述の項に述べられた家族の意見や、分担研究者が日常診療の中で家族から聞かされることの多い不満を元に12項目を選び、現在と過去

に分けて該当するか否かを尋ねた。その結果、自閉症特性を理解しようとする先生は以前よりも増え、スケジュールを学校で使ってもらえるようになり、家での子どもの混乱を学校生活とも関連させて考える必要のあることへの理解は進んだものの、12項目の内容について不満を持っている家族はかなりの率で存在することが確認された。

中でも「コミュニケーション・カードを使ってもらえない」の項目は、過去よりも現在の方が○の数が増えており、「できるだけ話しことばでしゃべるように」「しゃべれるようになればコミュニケーション・カードは不要」という考えに立って、実際の指導が行われている可能性がうかがえる。

18年度研究でも示されたように、これは子どもと家族がひよこ園での療育を通して学んできた大切な部分が、現状の学校教育の中ではまだ十分に咀嚼されていないことを物語るものであり、家族が熱心であればあるほど、家族の思いと学校教育の現状との隔たりは大きくなり、家族の苦悩は増すことになる。

特別支援教育の実施により、学校では視覚支援などに対する抵抗感は以前よりも薄れてきているように思えるが、口頭での指示を書いて伝えればそれが視覚支援である、というような誤った理解は、学校現場に入ってみると実に多い。この隔たりを埋めていくための現実的な方策が今、強く求められているように思う。

E. 結論

分担研究者の営むつばさ発達クリニックは、人口約18万の地方都市・今治市に所在する、医師一人、事務職一人から成る民間医療機関であるが、開院以来7年間に全初診者の74%にあたる、計1,041名(年間149人に相当する)のPDDの人が、同院を初診で訪れた。そのほとんどが今治市を中心とした県内域からの受診であった。同院初診時に今治市内に在住したPDD児の、出生年

ごとの初診者数を、出生年から5年の追跡期間で調べ、その出生年の同市における年間出生数に対する比率を求めると、2001年生まれ1.3%、2002年生まれ1.1%、2003年生まれ1.3%と、いずれも1%を超える近似した数値となり、PDDの人たちの医療ニーズは地方都市・今治市においても、非常に高いことが明らかとなった。

今治市からの初診数は、他市からの初診者の増加に伴い、相対的な減少傾向を見せているが、今治市在住のPDD児が3才以前につばさを初診する率は、他市在住のPDD児よりも有意に高かった($p < 0.01$)。予約から初診に至るまでの初診待機期間はじわじわと延びてきており、公的な受け皿のさらなる充実と医療機関運営の裏付けとなる医療保険制度上の配慮が強く望まれる。

一方、診断に続く早期療育において、分担研究者と長い連携の歴史のある今治市内の通園施設ひよこ園では1992年より構造化・コミュニケーション指導を基本としたクラス指導が一貫して行われてきた。同園を利用したPDDの卒園児・在園児の家族を対象に、18年度研究に引き続き2回目のアンケート調査を行ったところ、「問題が起きても適応できる方法を考えることが出来るようになった」「子育てが楽になった」「育児不安が減少した」など、同園での療育に肯定的な回答が非常に多く寄せられ、なかでも「構造化」「コミュニケーション指導」「個別懇談」が高く評価された。回答者の全員が、自閉症の特性理解に立った支援を「必要」なものと捉え、同様の支援を「今後も継続してほしい」と回答した。

反面、卒園後に自閉症の特性理解に基づいた学校教育が十分行われていないことへの不満は多く、在学者(普通学級7%、特別支援学級33%、養護学校60%)の約半数が、学校での取り組みが不十分であると回答した。就学を境としたこの<不連続線>を現実的にどのように埋めていくか、その方策が今、求められている。

分担研究報告書

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

分担研究者 内山登紀夫（大妻女子大学）

研究協力者

福岡優子，泊 真児，高橋絵美子，植田みおり

研究要旨 広汎性発達障害(PDD)を1歳半健診の場で早期発見するためのスクリーニングツールの開発を行った。Robins ら（2001）が作成した M-CHAT の日本語版（改訂第3版）を作成し、一般小児科開業医における 1 歳半健診で発達障害のスクリーニングの手段として 504 例に使用した。再テスト法による信頼性を検討したが、十分な信頼性があることがわかった。さらに親と専門家の評価に差があるかどうかを検討したが、親と専門家の評価は大きく異なることがわかった。M-CHAT 日本語版の多くの項目は広汎性発達障害と健診例を判別できることがわかったが、共同注意のように広汎性発達障害の初期徴候として重要な項目でも親による評価では PDD 群と健診群に差がない項目もあり、内容や実施方法などについて改変すべき点もあると考えられた。

A. 研究目的

本研究では先行研究によって改訂を加えた M-CHAT 日本語版第 3 版を使用し、信頼性と妥当性を検討した。研究参加に関しては趣旨を担当医から説明し、さらに文書による説明書を添付した。その上で研究に保護者が同意した場合のみ質問紙の記入を依頼した。解析資料はすべて匿名化された情報を用い、それ以降のデータ処理も個別情報への配慮を十分に行った。統計解析はすべて SPSS15.0J for Windows を用いた。

信頼性検討

方法

A 市療育センターで臨床例 24 例と H 小児科クリニックにおいて健診を受けた 36 例、計 60 例を対象に再テスト法による信頼性検討をおこなった。児の初回調査時の平均月齢は 24.1 ヶ月 (SD=9.9), 再テスト間隔は平均 29.7 日 (SD=8.6) であった。

さらに、評価者間による信頼性を検討するために、広汎性発達障害および疑いのある児 30 例 (平均月齢 36 ヶ月, SD = 7.3) に療育センタースタッフと親による評価を依頼し、専門家と親の立場で評価が一致するかどうか検討した。

結果

結果を表. 2 に示す。各項目についてコーエンの κ 係数を算出した。再テスト法では第 6 項目と第 19 項目の 2 項目を除いた 21 項目で有意の一致率をみた。両項目とも発達によって変化しやすい指標であるため、再テスト間隔が 30 日以下の事例 35 例を選択して検討をした。その結果、それぞれ $\kappa = .300$ ($p = .013$), $\kappa = .356$ ($p = .031$) となった、 κ が小さい、すなわち 0.3 に満たない項目はなかった。

再テスト法による結果とは対照的に評価者間信頼性についてはすべての項目で κ は 0.3 以下であった。有意の一致をみたのは第 9 項目 ($p = 0.022$) のみであった。重要 10 項目、23 項目の合計点についてもケンドールの τ を計算したが、有意の相関は見られなかった。

妥当性検討

方法

対象

A 市療育センターの利用児 30 例に M-CHAT を施行し、併せて診断・評価を行った。対象の児の平均月齢は 36.96 ヶ月 (SD = 7.04) であり範囲は 25 ヶ月から 36 ヶ月

であった。診断評価はA市療育センターにおいて症例をよく知るスタッフが立ち会い、児童精神科医（筆頭筆者）と臨床心理士（研究協力者）がチームで行った。診断面接は、一時間30分程度の時間を設定し、臨床心理士が子どもと遊んだりテストを施行する場で児童精神科医が親からの面接、子どもの直接観察を行う形式で実施した。検査については、K式発達検査を行い、併せてCARS（Childhood Autism Rating Scale, 小児自閉症評価尺度）を実施した。CARSとは子どもの行動特性を15の領域に分け、それぞれの領域で正常な行動であれば1点、自閉症特性が軽度であれば2点、中度は3点、重度は4点に評点する。評点は0.5点単位であり、合計30点以上であれば自閉症が疑われる。既に多くの研究で使用されている妥当性や信頼性の高い評価スケールである。CARSの15項目とは、1) 人との関係、2) 模倣、3) 情緒反応、4) 身体の使い方、5) 物の扱い方、6) 変化への適応、7) 視覚による反応、8) 聴覚による反応、9) 味覚・嗅覚・触覚反応とその使い方、10) 恐れや不安、11) 言語性のコミュニケーション、12) 非言語性のコミュニケーション、13) 活動水準、14) 知的機能の水準とバランス、15) 全体的な印象、である。診断基準はDSM-IVTR(2000)を用いた。

30例中25例が広汎性発達障害と診断された（以下、PDD群と呼ぶ）。広汎性発

達障害と診断された児の下位カテゴリーの内訳は自閉性障害20例、アスペルガー症候群2例、特定不能の広汎性発達障害3例である。

あとの5例は診断保留3例、精神遅滞2例である。25例とA市内の4つの小児科外来クリニックで1歳半健診で行った健診例504例を比較検討した。

分析

構成概念妥当性を検討する目的で23項目それぞれについてPDD群と健診群の通過率に差があるかどうかをMann-WhitneyのU検定にもとづく検定を行った。さらに基準関連妥当性を検討する目的で、子どもの自閉症特性を評価尺度としてすでに一定の有用性が確認されているCARSの総得点との相関を計測した。具体的には親の評価した重要10項目、23項目合計、A市療育センタースタッフの評価した重要10項目、23項目合計との相関を計算した。本来であればPDD診断に対する感度や特異度をPDD群と非PDD群のデータを用いて検討すべきであるが、今回の調査では診断保留も含めて非PDD群が5例と少ないため、検討できなかった。

結果

構成概念妥当性については23項目中15項目でPDD群と健診群で有意（ $p=0.05$

未満)の差があった。重要 10 項目, 23 項目の合計点では有意に PDD 群のほうが高得点であった (表. 1)。

次に M-CHAT 総得点と CARS の相関をみた。まず非 PDD 群を含む 29 例について解析したが, 結果は親の評価した重要 10 項目, 23 項目合計と CARS の相関係数 τ は, それぞれ .279, .225 であり有意の相関がなかった。

しかし, スタッフの評価した重要 10 項目 τ は .370, 23 項目合計の τ は .359 と有意の相関がみられた。(表. 3)

考察

親の評価によるテスト-再テスト信頼性係数は十分な一致率を示し, M-CHAT 日本語版が評価スケールとして一定の有用性を持つことがわかった。しかし, 一方では保育士などの専門スタッフと親の評価の一致率をみる評価者間信頼性検討では十分な一致率が得られなかった。親による評価と専門家による評価はある程度異なることが予想されたが, 予想以上の不一致率であった。今後, 親の評価を基にカットオフポイントを決めるためには, できるだけ親と専門家の一致率が高い項目を選択する必要があると考えられた。

構成概念妥当性については 23 項目中 15 項目で PDD 群と健診群で有意 ($p=0.05$ 未満)の差があった (表 2, グラフ 1)。以下項目番号をカッコ内に示す。有意差がなかった 8 項目は「高所登り (3)」, 「イナイイナイバー (4)」, 「興味の指さし (7)」, 「機能的遊び (8)」, 「聴覚過敏 (11)」, 「模倣 (13)」, 「指さし追従 (15)」, 「歩行 (16)」であった。「歩行 (16)」はもともとバッファアアアイテムとして設定しており, 予想通りであったが, その他の 7 項目は自閉症の初期特性として議論されている内容であり興味深い結果であった。中でも「興味の指さし (7)」, 「模倣 (13)」, 「指さし追従 (15)」はオリジナル版では重要 6 項目に分類されていることが注目された。「聴覚過敏 (11)」は健診群の方が不通過率が高かった。このような予想外の結果が生じた理由として推測されるのは, 健診例と比較して PDD 群のほうが月齢が高いことである。平均月齢は健診群で 18.3 ヶ月, 臨床群では 35.8 ヶ月で有意に差がある ($p=.000$)。これは臨床群の選択に際して 1 歳半前後の子どもを選択するのが困難であったからであるが, 今後より 1 歳半に近い年齢層の子どもと比較検討する必要がある。M-CHAT 得点と CARS の相関については親の評価した重要 10 項目, 23 項目合計と CARS 得点には相関がみられなかったが, スタッフの評価した重要 10 項

目, 23 項目合計とは弱いながらも相関がみられた。CARS は筆頭筆者が評点したので当然ながら専門家の視点による評価である。スクリーニングのための質問紙を作成するには専門的に修練を積んだ専門家ではなく一般の親が誤解なく評点しやすい項目を選択することも必要であろう。

本来の計画では A 市療育センターを利用中の発達障害の児に M-CHAT 日本語版を行い, 健診例と比較し判別分析を行う予定であった。しかし調査を開始すると, ほとんどの児は専門医を受診したことが無く, 受診した事例でも診断名を医師から説明されていない事例が非常に多いことがわかった。そのため, 筆者らが療育センター利用中の児についても改めて診断・評価を行う必要が生じたため, 1 年かけて約 40 例の診断評価をおこなった。そのため当初の計画よりもデータを得ることが遅れた。

療育センター利用中の児の一部は保健所における健診で保健師から別室で説明を受けたり, 保健師から後日発達の状況について問い合わせる電話があったりして, 保健所ではなんらかの発達障害の疑いを持っていることが推測された。しかし, 親に対して明確に発達障害の疑いがあると保健所で告げられた事例はほとんどなかった。親は児が発達に関する問題

があることを感じており, 療育機関で療育を受けている事例においても, 専門家からの診断や評価についての明確な説明がないまま, 療育支援を受けていることがうかがえた。本研究の目的とは直接の関係はないが, 発達障害の幼児に医師などの専門家がどのように診断・評価を親に伝えているかについて調査することが必要になるだろう。

M-CHAT 日本語版を小児科医による個別健診の場で試用した。文言の微妙な変更, 参考絵の追加, 参考絵の提示の方法などにより各項目の通過率が変化することがわかった。さらに先行研究と比較すると地域差や集団健診・個別健診の差が通過率に影響を及ぼす可能性が示唆された。また原法や先行研究で実施されている電話インタビューを行うことは都市部では困難であることがわかった。親による再テスト法による信頼性は十分にあることがわかったが, 親と専門家による評価には乖離があることも示唆された。M-CHAT 日本語版 (第 3 版) の多くの項目が PDD 群と健診群を区別することがわかった。今後, 日本の健診の場の状況に適合するように実施方法などについて一定の改変が必要であると考えられた。

謝辞

本研究調査にご協力いただきました小児科医の林泉彦先生、山口乙丸先生、高橋菜穂子先生、豊川達紀先生に深謝申し上げます。

表. 1

		κ、τ		
		再テスト信頼性	観察者間信頼性	
N		60	30	一部の項目はすべての事例が一定値を示したためκは計算していない、表中では“-”で示した。
1	身体遊び	-	-0.53	
2	他児への関心	1* *	-.107	
3	高所のぼり	1* *	-	
4	イナイイナイバー	-	-	
5	みたて遊び	.465* *	.046	* *は1%水準で有意、
6	要求の指差し	.177※	.105	* は5%水準で有意
7	興味の指差し	.632* *	.059	
8	機能的遊び	.617* *	.129	※本項目では60例を対象にした場合有意
9	共同注意 (モノ見せ)	.420* *	.299 *	の相関はなかったが、
10	アイコンタクト	.698* *	.234	再テスト間隔が30日
11	聴覚過敏	.336 *	.091	以内の35例を対照に
12	微笑み返し	1* *	-.066	した場合
13	模倣	.698* *	-.013	κ=.300 p=.013で
14	呼名反応	-	-.061	あり有意の相関が得
15	共同注意 (指差し追従)	.374*	-.029	られた。
16	歩行	1* *	-	
17	共同注意 (視線追従)	.475* *	-.008	
18	指の常同運動	.659* *	.008	※※ 本項目では上
19	注意喚起	.240※※	.255	記と同条件で再テス
20	聴覚反応	.465* *	-.140	ト間隔が30日以内に
21	言語理解	.549* *	.011	限定した場合、κ
22	視覚行動	.684* *	-.091	=.365 (p=.031)であ
23	社会的参照	.432* *	.156	り有意の相関がみら
	重要10項目	.540* *	.263	れた。
	23項目合計	.618* *	.154	

表. 2

		通過率		Z	p 値 (両側)
		健診例	PDD 群		
1	身体遊び**	99.6	92.0	-4.270	0.000
2	他児への関心**	99.4	84.0	-6.566	0.000
3	高所のぼり	99.4	100.0	-0.387	0.699
4	イナイイナイバー	99.8	100.0	-0.223	0.824
5	みたて遊び**	98.8	92.0	-2.717	0.007
6	要求の指差し**	99.0	88.0	-4.393	0.000
7	興味の指差し	97.4	92.0	-1.589	0.112
8	機能的遊び	89.6	96.0	-1.033	0.302
9	共同注意 (モノ見せ) **	96.8	84.0	-3.274	0.001
10	アイコンタクト**	96.4	84.0	-3.026	0.002
11	聴覚過敏	75.2	84.0	-0.994	0.320
12	微笑み返し*	99.6	96.0	-2.334	0.020
13	模倣	97.6	92.0	-1.701	0.089
14	呼名反応*	99.6	96.0	-2.337	0.019
15	共同注意 (指差し追従)	97.8	92.0	-1.829	0.067
16	歩行	98.6	100.0	-0.593	0.553
17	共同注意 (視線追従) **	93.2	72.0	-3.864	0.000
18	指の常同運動**	92.8	75.0	-3.129	0.002
19	注意喚起**	94.8	76.0	-3.836	0.000
20	聴覚反応**	97.0	76.0	-5.244	0.000
21	言語理解**	96.8	88.0	-2.301	0.021
22	視覚行動**	81.2	56.0	-3.071	0.002
23	社会的参照**	91.7	60.0	-5.179	0.000
	重要 10 項目合計点平均**	0.27	1.48	-5.795	0.000
	23 項目合計点平均**	1.07	3.24	-4.570	0.000

グラフ. 1

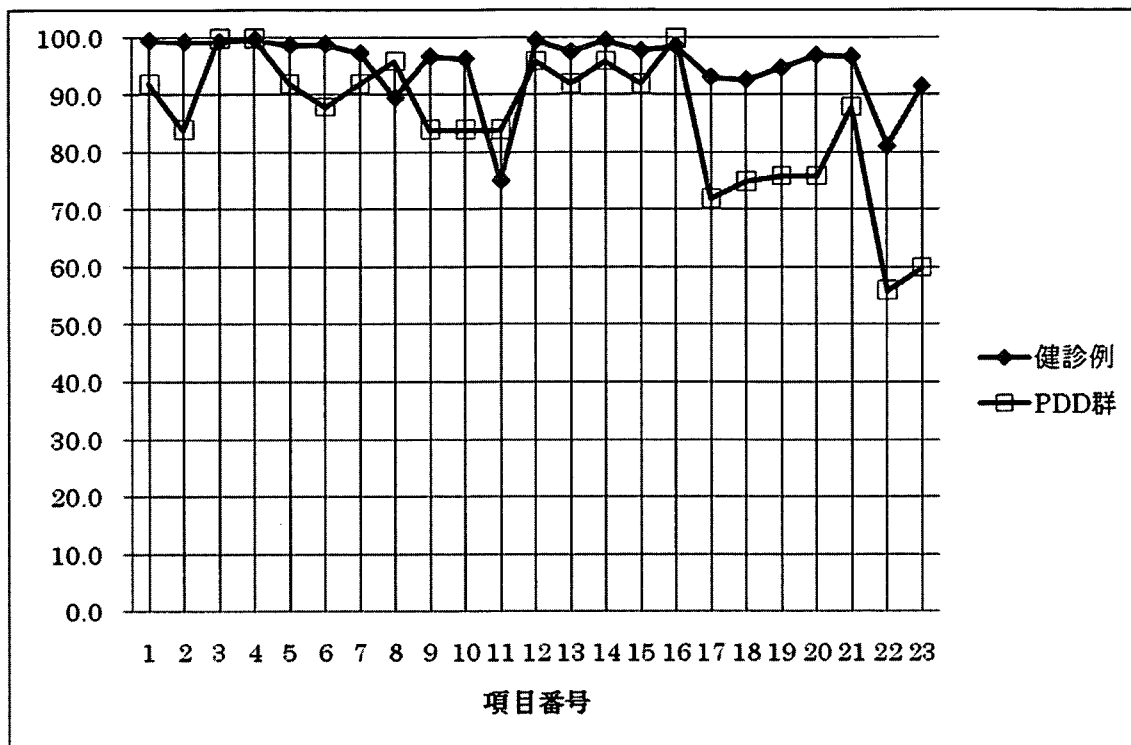


表. 3

N=29	CARS 総得点との相関			
	親重要 10 項目合計	親重要 23 項 目合計	スタッフ重要 10 項目合計	スタッフ 23 項 目合計
τ	.279	.225	.370**	.358**
P	.052	.108	.007	.009