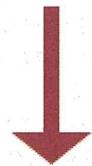


参考  
平成25年3月31日港北区在住11歳児数 2752人（男1410人、女1342人）  
学校調査港北区在住6年生児童数 2548人（男1317人、女1231人）

平成25.4.2 (小学6年生)	医療機関 (n=3197)		医療機関 (n=2690)		学校 (n=2530)	
	診断例		診断例		診断把握数	疑い合む総数
129(4.04%)	発達障害全体	96(3.5%)	121(4.78%)	285(11.2%)		
117(3.66%)	広汎性発達障害	88(3.2%)	95(3.7%)	167(6.60%)		
3(0.09%)	多動性障害	2(0.07%)	4(0.2%)	37(1.5%)		
0(0.0%)	会話・言語	1(0.04%)	1(0.04%)	5(0.2%)		
0(0.0%)	学力	0(0.0%)	4(0.2%)	38(1.5%)		
8(0.3%)	精神過剰	5(0.2%)	5(0.2%)	18(0.71%)		
1(0.03%)	その他	0(0.0%)	12(0.47%)	20(0.78%)		



参考  
平成27年3月31日港北区在住11歳児数 2711人（男1400人、女1311人）  
学校調査港北区在住6年生児童数 2563人（男1339人、女1224人）

平成27.4.2 (小学6年生)	医療機関 (n= )		医療機関 (n= )		学校 (n=2563)	
	診断例		診断例		診断把握数	疑い合む総数
-	発達障害全体	-	-	132(5.15%)	316(12.3%)	
-	広汎性発達障害	-	-	105(4.10%)	172(6.71%)	
-	多動性障害	-	-	6(0.2%)	63(2.5%)	
-	会話・言語	-	-	5(0.2%)	7(0.3%)	
-	学力	-	-	3(0.1%)	31(1.2%)	
-	精神過剰	-	-	13(0.51%)	32(1.2%)	
-	その他	-	-	0(0.0%)	11(0.42%)	

図6 H15年4月2日～H16年4月1日生まれ（小学6年生）に  
おける発達に問題のある児童についての学校の認識

小6群で特別支援教育を含む特別な教育的処遇（特別支援体制）を受けている子どもは299名（男児230名、女児69名）であった。これは港北区の小学6年生の

11.7%（299／2563）に相当する。特別支援体制の内容は、特別支援学校11名、特別支援学級46名（知的障害特別支援学級15名、自閉症・情緒障害特別支援学級30

名、その他 1 名), 通常級に在籍し通級指導教室等を利用する児童 27 名 (情緒障害児通級指導教室 23 名, 難聴・言語障害通級指導教室 4 名, その他の通級指導教室 0 名, 適応指導教室 0 名), その他の校内支援 49

名, 学級担任による配慮のみ 166 名であった。また、特別な配慮を必要としないが発達に何らかの遅れや偏りがあると把握されている児童は 18 名いた。

**表4 H25, H27年度小学6年生の特別な教育的処遇**

		平成25年度小学6年生 (H13年4月2日～H14年4月1 日生)			平成27年度小学6年生 (H15年4月2日～H16年4月1 日生)		
		男	女	計	男	女	計
<b>特別支援学校</b>		10	3	13	8	3	11
特別支援 学級	知的障害特別支援学級	5	1	6	10	5	15
	自閉症・情緒障害特別支援学級	28	10	38	23	7	30
	その他の特別支援学級	0	0	0	0	1	1
	小計	33	11	44	33	13	46
通常の学級	情緒障害通級指導教室	8	4	12	21	2	23
	難聴・言語障害通級	8	0	8	3	1	4
	その他の通級指導教室	0	0	0	0	0	0
	適応指導教室	1	0	1	0	0	0
	その他	18	7	25	36	13	49
	小計	35	11	46	60	16	76
<b>学級担任による配慮のみ</b>		128	42	170	129	37	166
<b>合計</b>		206	67	273	230	69	299
<b>特に配慮を必要としない</b>		-	-	-	12	6	18

平成 25 年度と平成 27 年度の比較では、全児童における特別支援学校や特別支援学級の在籍率は 2.2% と同じだが、通常級に在籍する児童で通級指導教室や校内支援等を利用する児童が 3.0% (前回 1.8%) と増加し、支援内容も特別支援教室、取り出し授業、校内通級、TT、学校生活支援員、保健室登校、別室指導等、様々であった。また、学級担任による配慮のみを受けている者は 6.48% と前回 (6.67%) よりも減少していた。

小 6 群の学校調査で発達に何らかの遅れや偏りがあるとされた 316 名のうち、不登校 (30 日以上の長期欠席) 状態にある子ど

もは 4 名であり、うち 3 名は対人関係・こだわりの問題があり、1 名にはその他の問題があった。発達に問題のある小学 6 年生の 1.2% (4/316) が不登校となっていた。この割合は、港北区内小学校の全児童に対する不登校児童の割合 0.43% (69/15887 : 2015 年 5 月 1 日現在) の 3 倍であった。発達に問題がある小学 6 年生の不登校の割合が高いという結果は、前回調査時 (6.32% と高率であった) にも見られ、特に対人関係・こだわりの問題がある児童に不登校の割合が高い (前回 12/18) ことも共通する結果である。

**表5 発達の問題を持つ不登校児童（小学6年生）**

	不登校児童数	発達の問題を持つ児童数
(1)対人関係・こだわり	3	172
(2)多動	0	63
(3)言語	0	7
(4)学力	0	31
(5)全體の遅れ	0	32
(6)その他	1	11
合計	4 (全体の1.2%)	316

参考) 港北区内小学校の全学年児童に対する不登校児童の割合 0.4% (69/15887名)

(H27年5月1日現在)

## D. 考察

### 本調査の利点

本調査は、同一地域において医療、教育機関の両面から発達障害の特徴をもつ子どもを調査することで、悉皆的な発生率・有病率の算出を目指した。本研究の方法はH25年度に行った調査とほぼ同じであるが、より悉皆的な調査を期すために、いくつかの工夫を行った。まず医療機関の調査に関しては、発達障害の幼児・学童を専門に診療する医療機関は対象地域である港北区内でYRCが殆ど唯一であり、福祉保健センターや幼稚園・保育所などで発見された発達障害が疑われる子どもの多くがYRCに集積する地域システムが備わっている。他の医療機関を受診する可能性も考慮して、近隣の医療機関にも調査を依頼したが、近隣の医療機関を受診しYRCを受診していないケースは小3群で2名（全体の1.2%）

のみと、実際に殆どのケースがYRCを受診していることを裏付ける結果であった。

学校における調査に関しては、対象地域である港北区内の全ての公立小学校25校と区内の子どもが通学する可能性のある市内外の全ての特別支援学校8校の計33校に対して調査を依頼し、郵送した調査書は100%回収できた。調査書の記入や回収方法にかんしても工夫を行った。一つ目に、学校長への説明や依頼を校長会で行った上で、さらに児童支援専任会において児童支援専任に直接調査書一式を配布し、説明と依頼を行った。児童支援専任は、各学校に1名配置され、学校内外に対して発達障害を含めた児童を支援するキーパーソンの役割を持ち、児童の実態をよく把握している。今回の調査では、児童支援専任に調査書記載を依頼することにより、より精度の高い回答が得られた。二つ目に、調査書は、提出用と学校用控えの2部を同封した。これ

は、調査書の回答内容について、互いに照合できるように工夫したものである。これにより、後日、記載漏れや数値の間違いがあった際に、より正確な内容確認を行うことができた。三つ目に、情報保護に配慮して、調査書には具体的な学校名や記載者名は記入せず、学校番号のみを記載することとした。

今回は、児童福祉施設に一時入所している児童について、入所を管轄する児童相談所に依頼し調査をした。児童福祉施設に入所している児童は、入所中は対象地域の港区から一時期離れて生活しているため、YRCなど医療機関からも学校調査からも抜けてしまう可能性がある。小3群が1名、小6群が5名と、全体からすると少数ではあったが、医療機関調査と学校調査から漏れたケースをピックアップすることができ、悉皆的な調査に一役買うことができた。

### 発生率と有病率にかんして

今回は、今年度小学3年生に対して発生率と有病率の算出を行った。調査対象のコホートは、2年前に行った当時小学1年生に対する発生率と有病率にかんする調査と同一であり、H25年度に本研究事業で調査を行った当時小学1年生の、2年後の追跡調査の位置づけとなる。何らかの発達障害の発生率（累積発生率）は、小学1年生の4.72%から小学3年生で5.13%と0.41%（人数にして13名）累積された。この13名が就学までに医療機関につながらなかつた要因を詳しく分析する必要があるが、可能性の一つとして早期発見・早期診断システムの進歩によって多くの子どもが就学ま

でに診断され適切な支援につながるようになったとしてもなお、就学してから初めて発見されるケースがいることが示唆された。障害別にみると、広汎性発達障害が4.47%と多数を占めており、小学1年生時と同様の傾向であった。

有病率は、小学1年生の7.73%から小学3年生で8.30%と増加しており、前述のように就学してからはじめて気づかれて医療機関につながるケースがいることを示唆している。本調査では、有病期間をYRC最後の受診から3年間と定めているため、前回1年生の調査から引き算されるケースはなかった。YRCではすべての発達障害について、就学してからも継続して受診することは可能な体制をとっているが、継続的な受診の必要を感じなくなって医療機関を受診しなくなるケースもいることが推定される。このようなケースの動向を探ることが、今後の注目点である。

### 学校での発達障害の調査および特別な教育的処遇について

学校で発達に問題があると認識されている子どもの割合は、小学3年生で13.3%であった。これを同じコホートの小学1年生時点の10.9%と比較すると、2.4%（60名）増加していた。また、学校で診断内容が把握されている児童についても0.8%（21名）の増加が見られた。医療機関の調査と同様に、学年が進むにつれ、行動面や学習面について支援が必要と認識される一群の児童がいることが伺われる。障害種別で継時比較すると、主に多動性障害、学習障害、広汎性発達障害の3群で増加が見られた。

小学 6 年生については、学校で発達に問題があると認識されている児童が前回 2 年前の調査 11.2% と比べて 12.3% と 1.1% 高かった。その主な要因として、広汎性発達障害をともなわない多動性障害が前回 1.5% に比べて今回 2.5% と高いことがあげられる。2 年前と比べて、多動性障害に対する学校の感度が高くなっている可能性もあるが、今回は「発達に何らかの問題はあると思われるが特別な配慮を要しない児童」についても調査項目に加えたことも広汎性発達障害をともなわない多動性障害が多くあがってきた要因の可能性もある。詳細な分析のためには、今後同様の方法で繰り返し調査を行っていく必要がある。

特別な教育的処遇（特別支援体制）を受けている児童は、小学 3 年生で 13.0% であった。これは、同じコホートの小学 1 年生時点の 9.76% と比較すると、3% 以上の上昇である。増加の要因として、通常学級に在籍する児童の割合が多くなっており、支援のレパートリーも広がる傾向があった。特に学級担任による配慮のみが 43 名と最多であり（註：今回の調査は、児童支援専任に調査を依頼したものである。そのため、

「学級担任による配慮」とは、学級担任一人だけで児童を抱えているということではなく、学校全体で配慮が必要と認識された上で、「学級担任がクラス内で配慮をする」という体制をとっている児童についての数字である），通常学級における担任が果たすべき役割と、その学級担任を間接的に支援する役割を検討していく必要性が改めて浮き彫りとなっている。

小学 6 年生時の定点比較では、今回の調

査は 11.7% で前回調査時の 10.7% よりも 1.0% 高かった。処遇内容では、通常級に在籍する児童で通級指導教室の指導や校内支援等を受けている者が 3.0%（前回 1.8%）となっており、この 2 年間でも通常級に在籍する児童で特別な支援を必要とする児童に対する教育側の支援のレパートリーが増えてきていることが伺える。

今回は、何らかの発達の問題があると認識されているが教育上の特別な配慮は必要としない児童について新たに調査項目に加えた。結果は、小学 3 年生で 8 名、小学 6 年生で 18 名の報告があった。これらは、発達障害の特性を持ちながらも特に支援を必要としない一群がいることを学校が認識していることを示している。

小学 6 年生における不登校は、学校が発達に問題があると指摘する子どもの 1.2% に生じていた。この割合は同じ地域の小学校全体での不登校の割合（0.43%）の 3 倍になる。発達に問題がある小学 6 年生の不登校の割合が高いという結果は、前回調査時にも見られ、特に人間関係・こだわりの問題がある児童に不登校の割合が高いことも前回と共通する結果であった。

## 医療機関の調査と学校での調査との比較

今回、医療機関と学校での調査を同一のコホート（H27 年度小学 3 年生）に対してそれぞれ可能な限り悉皆的に調査を行った。医療機関での調査は発達経過を含めた豊富な医療情報をふまえた発達障害を専門とする医師による診断であるのに対して、学校での調査は教育側からみて発達に問題があると思われる児童の集計であり、数値の比

較には限界がある。その中で、小学 1 年生のときの結果もあわせて、推定される傾向について考察を試みる。一つは、医療機関の調査でも学校の調査でも、全体に占める広汎性発達障害の割合が最も多いことである。医療的にも教育的にも、数の点においては広汎性発達障害が最も主要な発達障害であり対応が必要であると認識されていることが伺われる。二つ目は、医療機関の調査よりも学校の調査の方が、広汎性発達障害を伴わないその他の発達障害、特に多動性障害、学習の特異的発達障害が疑われる児童を幅広く集計にあげている傾向がみられることがある。この傾向は、小学 1 年生よりも小学 3 年生の方がさらに強まっており、教育機関の調査では発達の問題が疑われる児童が対象全体の 10% を優に超える結果につながる大きな要因となっている。ただし、医療機関の調査でも、小学 1 年生から小学 3 年生の間に累積されたケース（即ち、学校に入ってから受診したケース）は、広汎性発達障害単独ではなく、多動性障害、学力の特異的発達障害を重複する児童の方が多い。本研究では、個人情報保護の観点から、医療機関でピックアップされたケースが学校の調査でもピックアップされているか、逆に学校の調査でピックアップされたケースが医療機関でもピックアップされているかといった照合をすることは困難であるが、今後保護者の承諾が得られたモデルケースを通して医療と教育で情報を共有し、互いに何を見ているか、何を支援のポイントとしているか、何を支援のゴールとするか、といった検討を行っていく必要があると思われる。

## E. 結論

就学前に高い頻度で発達障害の子どもが早期発見・早期診断をうけ、その後多くの児童が学校における特別支援教育を含む特別な教育的処遇につながっていてもなお、就学して初めて医療あるいは教育で発達障害と認知される児童が存在する。これらの児童と家族に対する継続的な支援を構築する上で、なお一層医療と教育との連携が重要な意味を持つ。

（お詫びと訂正）

H25 年度の報告書の筆者ら担当部分（p11-45）で、発生率・有病率の結果の数値の一部に誤りがありました。本報告書では、H25 年度のデータを修正したものも含めて掲載しました。

## F. 研究発表

原郁子. シンポジウム 6：地域特性に応じた発達障害支援体制のありかた. 政令指定都市：時代先行の有利性と時代転換の不利性

第 56 回日本児童青年精神医学会総会,  
2015 年 9 月 30 日 横浜

## G. 知的財産の出願・登録状況（予定を含む）

特許取得、実用新案登録・その他共になし

## H. 参考文献

- 1) 清水康夫, 原郁子, 大園啓子・他：発達に問題のある学童についての精神医学的診断および特別支援教育に関する疫学研

究：横浜市港北区における悉皆調査、厚生労働科学研究費補助金達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的支援の実態と評価のあり方に関する研究  
(平成25年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 本田秀夫). 11-45, 2014

- 2) Honda, H. & Shimizu, Y.: Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism*, 6; 239-257, 2002
- 3) 横浜市教育委員会:自閉症にやさしいまち、  
横浜自閉症教育の手引き —認めよう、見  
つめよう、育もう 2 -. 2014

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価  
分担研究報告書

広島市における発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた  
継続的支援の実態と評価のあり方に関する研究（3年目）

分担研究者 大澤多美子（浅田病院、広島市こども療育センター 精神科医）  
研究協力者 西本朋子（広島市こども療育センター 地域支援室長）  
坪倉ひふみ（広島市こども療育センター 小児科医）  
岸本真希子（広島市こども療育センター 精神科医）  
角野直美（広島市こども療育センター 地域支援室主幹 保育士）  
夜船展子（広島市北部こども療育センター所長 小児科医）  
山根希代子（広島市西部こども療育センター所長 小児科医）  
土方希（広島市西部こども療育センター 小児科医）  
梶梅あい子（広島大学病院 小児科医）  
中嶋みどり（広島国際大学 臨床心理士）  
中島洋子（まな星クリニック 児童精神科医）  
壺内昌子（岡山市発達障害者支援センター 児童精神科医）  
本田輝行（旭川荘療育・医療センター 児童精神科医）  
今出大輔（旭川荘療育・医療センター,おかやま発達障害者支援センター,  
臨床心理士）

**研究要旨：**広島市(政令指定都市, 人口 119 万)における地域特性に関する調査を昨年度に引き続き行った。また, 広島市における発達障害の発生率および有病率については, こども療育3センターのカルテから調査した。その結果, 小3の発生率は 7.4%, 内 PDD は 5.8%, 小3 の有病率者は 7.4%, 内 PDD は 5.9% であった。また, 中2の発生率は 8.1%, 内 PDD は 5.2% であり, 大半が就学前に診断され, アンケート調査でも同様の結果が得られた。ADHD と LD については, 就学後での診断が増加していた。

さらに今年度は, 3 政令指定都市(横浜市, 福岡市, 広島市)の提言について, 地域特性, 地域拠点と地域支援システムの関係, 学校教育との関連, 地域拠点における人材育成についてまとめ, 「拠点主義からの脱却」をキーワードに提言した。また, 今年度は別の政令市である岡山市と広島市との比較を行った。岡山市は行政・民間協働型で, 拠点から地域へ出て行く支援が特徴的で大きな違いであった。また, 標準的な評価指標に関する研究として, BISCUIT 日本語版(幼児用対人コミュニケーション行動評価尺度)を昨年度に続き, 施行した。BISCUIT 日本語版は, 一定の信頼性と妥当性を有すことが示唆され, 自閉症スペクトラム障害の中核症状だけではなく, 併存症も含む包括的な早期診断ツールとして, 臨床現場での有用性が期待される。

## A. 研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の体制づくりは、各地域で具体的な取り組みが推進されている。しかし、今のところその進捗には地域格差がある。3年目も引き続き、広島市独自の取り組みを紹介するとともに、地域特性の違いによる、各地域の発達障害者支援ニーズの実態把握をする。その実態を踏まえた上で、横浜市、福岡市と広島市の3政令指定都市の比較を行い、共通点、相違点を踏まえ、今後の論点を整理し、3政令市の提言をすることを目的とした。また、民間主体で早期発見・早期療育をしている同じ政令市の岡山市とも比較した。その他、「標準的な評価指標に関する研究：幼児用対人コミュニケーション行動評価尺度（BISCUIT）日本語版」の信頼性・妥当性の検証に今年度も引き続き協力した。

## B. 研究方法

### 1. 地域特性に関する調査

- ① 一般項目（人口、人口密度、出生率、年少人口、財政力指数、歳入予算額等）について、ホームページ等で調査した。  
② 今年度も、「広島市発達障害支援体制づくり推進プログラムの報告書（2013－2017）」<sup>1)</sup>に基づき、平成26年度の進捗状況調査および、市内の3つのこども療育センターの統計資料から抽出した。

### 2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

今年度は、広島市内の3つのこども療育センター（以下、こども療育3センター）のカルテ調査（①）を行い、広島市内の小学3年生、中学2年生及び、広島市在住の児童が通学している小・中学校及び特別支援学校にアンケート調査（②）を実施した。

- ① カルテ調査：こども療育3センターを受診した児童（小3：平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ、中2：平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれ）のカルテを抽出し（小3は全8区。中2は、中・南・西・佐伯・安佐北区の5区）、診断された年齢と診断名について、調査した。小3は、発達障害の発生率および有病率を算出し、中2は、発生率のみ算出した。  
② アンケート調査：広島市内の全小・中学校および5つの特別支援学校に調査を依頼した。小3・中2については、9月1日から9月30日を期限に調査を依頼した。調査項目は、対人関係やこだわり、多動・不注意、言語障害、学習障害、知的障害、その他精神的問題の疑いのある児童数と医療機関を受診した児童数を調査した。また、受診していない理由についても尋ねた。

### 3. 政令市間の比較

昨年度の3政令市間の比較表を基に、①地域特性、②地域拠点（療育センターなど）と地域支援施設との関係、③学校教育との連携、④地域拠点における人材育成をまとめ、提言することとした。

なお、民間医療機関を中心に行政・民間協働型支援システムを作っている政令市として岡山市を取りあげ、3政令市の比較表に沿って、広島市と岡山市の違いについて検討した。

### 4. BISCUIT 日本語版の検証

昨年度に引き続き、保護者の同意が得られた幼児に対し、13名のデータ収集を行い、計45名行った。日本全国から76名のデータが得られ、解析の結果、BISCUIT日本語版は一定の信頼性と妥当性を有することが示唆され、中核症状だけでなく併存症も含む包括的な早期診断ツールとして有用性が期

待される。

(倫理面への配慮)

本研究は、社会福祉事業団こども療育センターの倫理指針に基づき、また、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得て行った。

### C. 研究結果

#### 1. 地域特性に関する調査

① 一般的項目：人口は 119 万、年少人口や出生率が全国平均に比べ高く、比較的若い人の多い都市と言える。また人口密度は全国平均の約 4 倍、財政指数も全国平均より高く、比較的裕福な都市といえる。  
(平成 25 年度、26 年度の報告書<sup>1) 2)</sup> を参照)。

② 発達障害児の早期支援体制に関する項目：

##### 1) 療育手帳の判定基準

平成 21 年度より、知的障害のない発達障害児(者)に対する療育手帳の判定は、境界線知能を含め、発達障害に伴う生活困難度の評価を加える等、新しい判定基準を用いた運用を行っている。18 歳未満人口に対する交付割合は 1.3% であった。

##### 2) 医療費補助

昨年度までと同様、発達障害の子どもは小 2 の 3 月まで、医療費の補助を行っている。来年度以降、通院は健常児を含め、小 3 まで補助期間を延長する予定である。

##### 3) 専門施設の有無と職種

就学前の知的障害児を対象とした児童発達支援センターの定員は、光町 30 人、北部 30 人、西部は平成 25 年度よりなぎさ園・つばめが新設され、高機能発達障害児 10 名が加わったため、定員は 80 人になっている。

他に、NPO ひゅーるぽんの定員は 25 名、社会福祉法人・柏学園が広島市の子どもを一部受け入れている。こども療育 3 センターの医療職は、小児科医 6 名、精神科医 4 名、心理士 18 名、言語聴覚士 16 名、理学療法士 13 名、作業療法士 4 名で、作業療法士 4 名等で、ソーシャルワーカーはない。平成 26 年度のこども療育 3 センターの総新患数 1,768 名（光町、北部、西部の新患数はそれぞれ 1,092 名、299 名、377 名）で昨年度に比べやや減少。外来療育の教室数や対象児数も、昨年度よりやや減少している。依然、新患待機期間の問題は継続しているが、広島市以外の受診者の減少（広島市:市外からの初診数 = 9 : 1）及び広島市内の子どもの療育や支援を優先することで対処している。こども療育 3 センター以外にも、子どもの心の相談医や、発達障害の診療、訓練や療育を行っている小児科クリニック、児童発達支援事業、放課後等デイサービスの増加によるものと思われる。

##### 4) 専門家養成の場とプログラムの有無

昨年度までと同様、広島市としての系統だった専門家養成の場やプログラムは無い。平成 26 年度より、広島県が発達障害の診療できる医師の養成に取り組み、平成 27 年度は計 3 回の医師養成講座を開催しており、広島市内の医師も受講している。

##### 5) 発達障害支援システムの特徴

広島市では、乳幼児から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援体制の整備のため、平成 25 年度から平成 29 年度までの 5 年間を計画期間とする「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム [2013—2017]」を策定している（別紙参照）。

基本方針としては、(1)発達障害を早期発

見し,速やかに適切な支援を行うための体制の充実, (2) 乳幼児期から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援を挙げている。

推進方策としては, (1) 市民, 企業との協同, (2) 関係機関との連携, (3) 発達障害者支援センターの機能強化に取り組む。

今年度も, 昨年度と同様, (1) 早期発見のための取組・体制の充実, (2) 療育・訓練体制の充実, (3) 保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実, (4) 就労支援の充実, (5) 相談支援の充実, (6) 発達障害についての理解の促進を柱として事業の拡大や新規事業を行っている。

#### 6) 他領域との連携体制

(1)広島県地域保健対策協議会（以下、地対協）との連携：地対協は、県民の健康福祉増進に寄与する目的で設置され、広島大学、広島県、広島市、広島県医師会の四者で構成され、目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・福祉に関する事項の調査・研究及び協議等を行っている。広島市の行政職員や医師が委員として参加している。

(2)広島県・広島市教育委員会との連携：就学相談委員会や巡回相談員などに医師や、臨床心理士が委員になっている。

(3)広島児童青年精神医学研究会（ハスカップ）との連携：若い精神科医、小児科医（梶梅ら）や臨床心理士などの組織である。顧問や研修講師などの協力をを行っている。

(4)広島発達障害研究会との連携；県内の精神科医や小児科医と共に、委員として参加し協力している。

#### 7) 発達障害児の早期支援体制

##### a)早期発見のための取組・体制

「広島市発達障害者支援体制づくり推進

プログラム[2013—2017]に沿って、実施されている（平成26年度の実施状況参照）。

- ① 保護者への普及：昨年度とほぼ同様。
- ② 乳幼児健診担当保健師の数：昨年度に比べ、平成26年度母子保健に携わる保健師は、昨年度と同様であり、常勤43名、常勤9名で構成されている。保健師1人あたりの0～4歳児人口は、1,614人（昨年度は1,625人）である。
- ③ 乳幼児健診者への研修の実施：昨年度とほぼ同様であった。
- ④ 観察児及び保護者への支援体制の充実
- 1) 5歳児を対象とした支援体制整備  
就学後の適切な支援に結びつけるため、4,5歳児を対象とした発達相談を開催している。受診率は1%で、PDD以外の発達障害（ADHDなど）の発見については十分に機能していない。
- b) 療育・訓練体制；昨年度とほぼ同様。
- c) 保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実：障害児保育のあり方の検討、発達支援コーディネーターの養成、保育士等を対象とした専門研修の実施など。学校との連携は、就学指導委員会や巡回相談に医師が参加する以外は、医療・教育・福祉機関との、連携システムとしての協力体制はほとんどない。

#### 2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

- ①カルテ調査：平成27年度の小学校3年生の出生コホートは、10,961人（男：5,600人、女：5,361人）、であり、そのうち小3までにこども療育3センターを受診し、発達障害と診断された児童は、813人であった。発生率は、表1のとおりである。

表1. 小3の出生コホートの発生率  
医療機関受診 (n=813, 男=613, 女=200)

診断	人数	男女比
発達障害全体	813 (7.4%)	613 : 200
PDD	639 (5.8%)	471 : 168
多動性障害	45 (0.4%)	41 : 4
会話・言語	72 (0.7%)	56 : 16
精神遅滞	57 (0.5%)	45 : 12

平成27年度小3の居住児数は、11,252人（男：5,729人、女：5,523人）であり、そのうち小3までにこども療育3センターを受診し、発達障害と診断された児童は、838人であった。有病率は、表2のとおりであった。

表2. 小3の居住コホートの有病率  
医療機関受診 (n=838, 男=635, 女=203)

診断	人数	男女比
発達障害全体	838 (7.4%)	635 : 203
PDD	663 (5.9%)	492 : 171
多動性障害	46 (0.4%)	42 : 4
会話・言語	72 (0.6%)	56 : 16
精神遅滞	57 (0.5%)	45 : 12

小3の発達障害のうち、PDDと診断された児童を、知的レベル (IQ=69以下および70以上) に分けて発生率および有病率を比較したところ、図1、図2のようになつた。以下のように、PDDの発生率および有病率は、男児は女児に比べ2.4倍多かつた。また、知的障害のないPDDは、ある場合に比べ、男女とも約3倍多かつた。

#### 小3 PDD の発生率と知的障害の有無

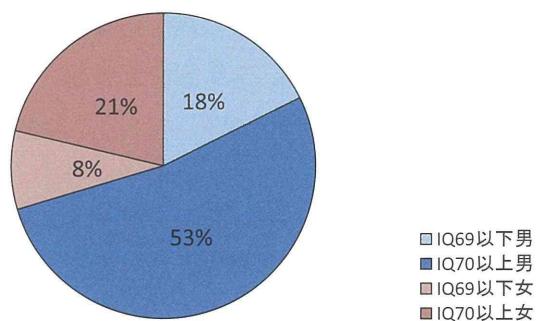


図1. 小3 PDD 発生率と知的障害の有無

#### 小3 PDD の有病率と知的障害の有無

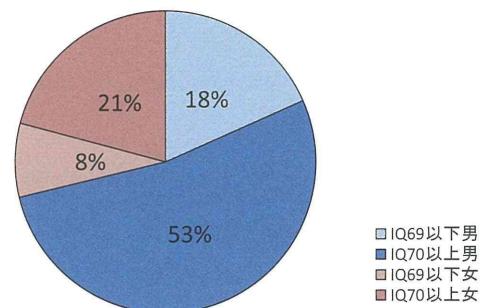


図2. 小3 PDD 有病率と知的障害の有無

次に、PDDと診断された年齢について検討したところ、図3の通りであった。IQが69以下の児童は、2歳をピークに診断されていた。IQ70以上は、3歳代をピークに診断され、次いで2歳と5,6歳代に診断されていた。しかし、4歳代での落ち込みが目立ちは、昨年度までと同様であった。

#### 小3のPDD診断年齢

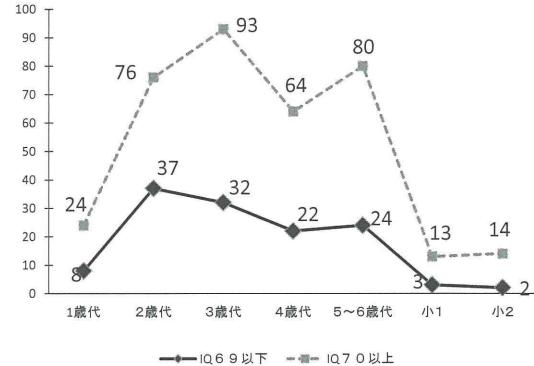


図3. 小3 PDD 診断年齢

平成27年度の中学校2年生の出生コホートは8区中5区で6,583人（男：3,355人、女：3,228人）であり、そのうち中2までにこども療育3センターを受診した児童のうち、PDDと診断された児童は、532人であった。発生率は、表3のとおりであった。

表3. 中2の出生コホートの発生率

医療機関受診 (n=532, 男=385, 女=147)

診断	人数	男女比
発達障害全体	532 (8.1%)	385 : 147
PDD	342 (5.2%)	251 : 91
多動性障害	69 (1.0%)	55 : 14
会話・言語	34 (0.5%)	23 : 11
学習障害	13 (0.2%)	11:2
精神遅滞	74 (1.1%)	45 : 29
その他	14 (0.2%)	4 : 10

中2の発達障害のうち、PDDと診断された児童を、知的レベル (IQ=69以下および70以上)に分けて発生率を比較したところ、図4のようになった。

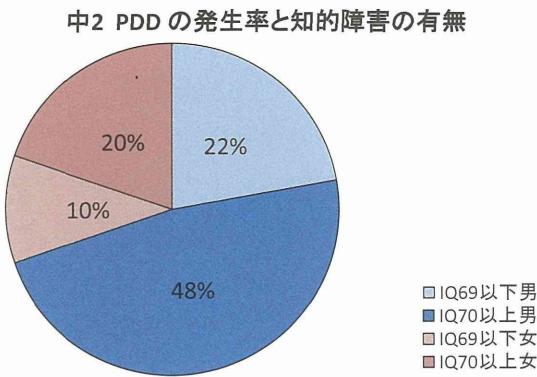


図4. 中2のPDD発生率と知的障害の有無

次に、中2も同様にPDDと診断された年齢について検討したところ、図5のようになった。IQが69以下でも、IQ70以上の児童でも、就学前に診断される児童が大半で、就学後に診断される児童は、わずかであった。

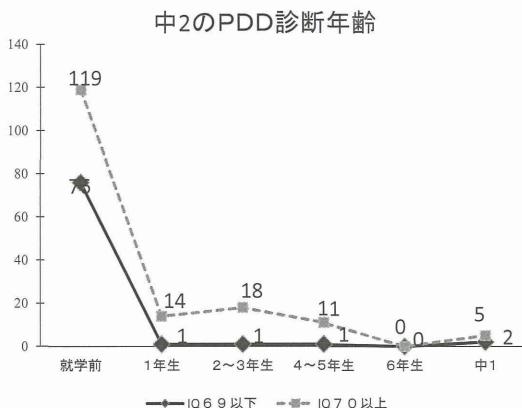


図5. 中2のPDD診断年齢

② アンケート調査：平成27年9月1日現在小学校3年生の児童を対象に小学校にアンケートを依頼し、発達障害と思われる児童について調査した。回収率は、小3は80.5%（159校中128校、うち有効回答126校）、中2は73.0%（89校中65校、うち有効回答62校）であった。児童総数は、8,812人（男4,457人：女4,355人）、中1児童総数は、7,668人（男3,988人：女3,680人）であった。

(1) 対人関係やこだわりなどの問題（「自閉症」「アスペルガー症候群」「広汎性発達障害」「自閉症スペクトラム」など。以下、PDD）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図6の通りになった。小学校の担当者（特別支援コーディネーター、教頭、校長等）からみると、小3のPDDの割合は、5.0%（男4.1%：女1.0%）であった。うち医療機関受診率は、3.3%（男2.7%：女0.6%）であった。

中2のPDDの割合は、3.9%（男3.2%：女0.7%）であった。うち、医療機関受診率は、

2.2%（男 1.8% : 女 0.5%）であった。小学生も中学生も、PDD の疑いのうち、約 60% が受診していた。小3では男児の方が女児より疑いが 4.3 倍多く、受診も 4.75 倍多かった。中2では男児の方が女児より疑いが 4.4 倍多く、受診も 3.6 倍多かった。

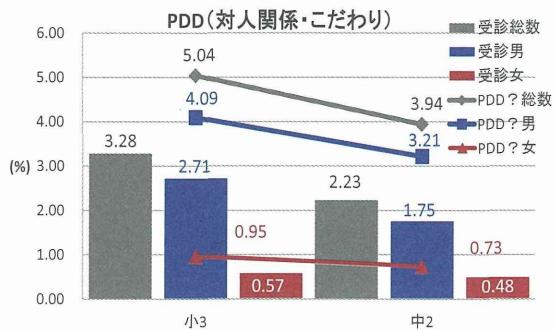


図 6. PDD(対人関係・こだわり)

(2) (1) に含まれていない子どもで、落ち着きがない、そそかしいなどの問題（「ADHD」、「多動性障害」など、以下 ADHD）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図 7 の通りになった。小学校の担当者からみると、小3 の ADHD の割合は、2.5%（男 2.3% : 女 0.3%）であった。うち、医療機関受診率は、0.74%（男 0.68% : 女 0.06%）であった。中2 の ADHD の割合は、1.94%（男 1.70% : 女 0.25%）であった。うち、医療機関受診率は、0.73%（男 0.64% : 女 0.09%）であった。小3 では、ADHD の疑いのうち、男児 30%，女児 21% が受診していた。男児の方が女児より疑いが 8 倍多く、受診も 11.3 倍多かった。中2 では、ADHD の疑いのうち、男児 38%，女児 36% が受診していた。男児の方が女児より疑いが 6.8 倍多く、受診も 7.1 倍多かった。

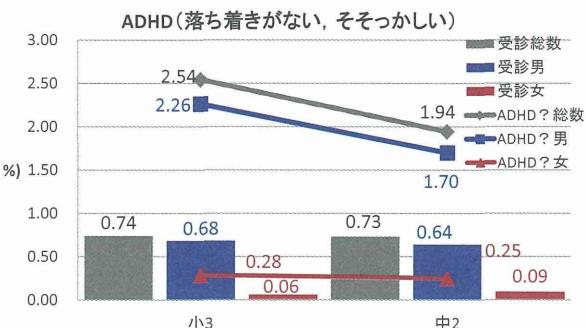


図 7. ADHD (落ち着きがない・そそかしい)

(3) (1) にも (2) にも含まれていない子どもで、言葉を理解することや話すことの問題（「構音障害」、「発達性言語障害」など、以下言語障害）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図 8 の通りになった。小学校の担当者からみると、小3 の言語障害の割合は、0.57%（男 0.39% : 女 0.18%）であった。うち、医療機関受診率は、0.18（男 0.10% : 女 0.08%）であった。中2 の言語障害の割合は、0.30%（男 0.18% : 女 0.12%）であった。うち、医療機関受診率は、0.13%（男 0.07% : 女 0.07%）であった。小3 では、言語の疑いのうち、男児 26%，女児 44% が受診していた。男児の方が女児より疑いが 3.9 倍多く、受診も 1.25 倍多かった。中2 では、言語の疑いのうち、男児 38%，女児 58% が受診していた。男児の方が女児より疑いが 1.5 倍多く、受診にあたっては男女差がなかった。

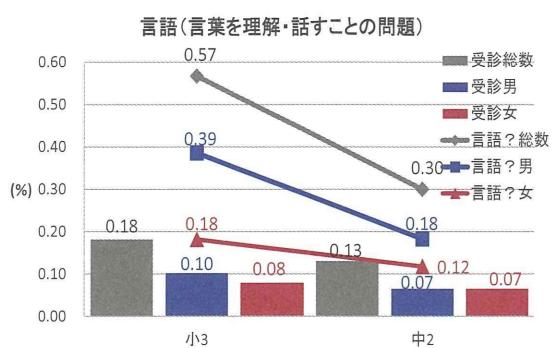


図8. 言語の問題

(4) (1)～(3) のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れ（「精神遅滞」「知的障害」など）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について、小学校の担当者からみると、図9の通りになった。

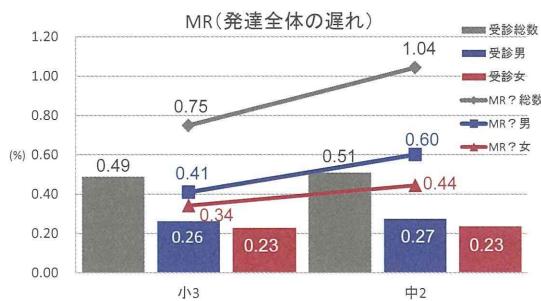


図9. 発達全体の遅れ

小学校の担当者からみると、小3の発達全体の遅れの割合は、0.75%（男 0.41% : 女 0.34%）であった。うち、医療機関受診者は、0.49%（男 0.26% : 女 0.23%）であった。中2は、1.04%（男 0.60% : 女 0.44%）であった。うち、医療機関受診者は、0.51%（男 0.27% : 女 0.23%）であった。小3では、発達全体の遅れの疑いのうち、男児 63%，女児 68%が受診していた。男児の方が女児より疑いが 1.2 倍多く、受診も 1.13 倍多かった。中2では、発達全体の遅れの疑いのう

ち、男児 45%，女児 52%が受診していた。男児の方が女児より疑いが 1.36 倍多く、受診は 1.17 倍多かった。

(5) (1)～(4) のいずれにも含まれていない子どもで、何らかの精神科などの専門的ケアを要すると思われる問題（吃音、場面緘默、チック等が主たる問題の場合も含む、以下その他の発達障害）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図10の通りになった。小学校の担当者からみると、小3のその他の発達障害の割合は、0.36%（男 0.23% : 女 0.10%）であった。うち、医療機関受診率は、0.15%（男 0.10% : 女 0.05%）であった。中2のその他の発達障害の割合は、0.47%（男 0.30% : 女 0.23%）であった。うち、医療機関受診率は、0.35%（男 0.12% : 女 0.23%）であった。

小3では、心理的問題の疑いのうち、男児 43%，女児 36%が受診していた。男児の方が女児より疑いが 1.6 倍多く、受診も 2 倍多かった。中2では、発達全体の遅れの疑いのうち、男児 72%，女児 77%が受診していた。女児の方が男児より疑いが 1.76 倍多く、受診は 1.9 倍多かった。

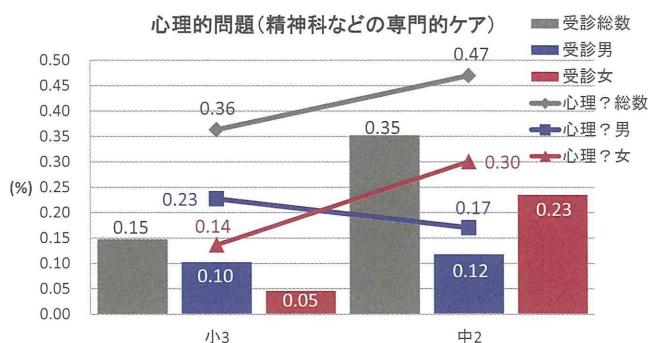


図10. 心理的な問題

## (6)学習障害 (LD)

なお、PDD,ADHD、言語障害のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れでは説明のつかない学力の問題（「学習障害」「LD」など、以下 LD）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している小3の割合は、1.26%（男 0.87%：女 0.39%）であった（図 11 参照）。うち、医療機関受診率は、0.26%（男 0.17%：女 0.09%）であった。中2の割合は、0.99%（男 0.78%：女 0.21%）であった。うち、医療機関受診率は、0.12%（男 0.09%：女 0.03%）であった。小3では、学習障害のうち、男児 20%，女児 23% が受診していた。男児の方が女児より疑いが 2.2 倍多く、受診も 1.8 倍多かった。中2では、学習障害の疑いのうち、男児 11.5%，女児 14.2% が受診していた。男児の方が女児より疑いが 3.7 倍多く、受診は 3 倍多かった。

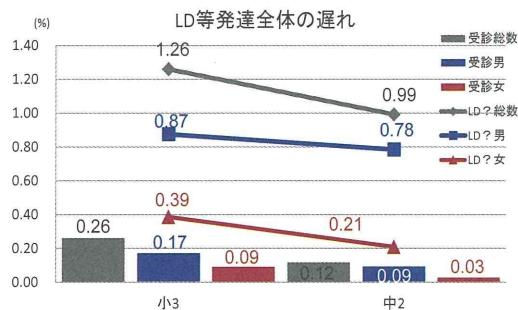


図 11. 学習障害

## 3. 政令市間の比較

### 1) 報告書作成のための調査項目(別紙参照)

別紙に広島市の発達障害児に関する資料を基に現状分析及び課題をまとめた。昭和49年のこども療育センター開設以来、広島市はその時代の変化に対応して多様な政策

を行っている。しかし、平成 10 年代、特に平成 17 年の発達障害者支援法の施行以来、発達障害が支援の対象となり、療育対象児としての発達障害児（特に高機能児）が増加し、早期発見とニーズの堀り起こしにより、平成 20 年代以降は、出生数の 1 割が受診する時代となり、受診待機期間の長期化や支援の場の不足が顕著になっている。

### 2) 3 政令市の提言(別紙参照)

### 3) 岡山市との比較

また、岡山市との比較を行った（別紙参照）。岡山市は、行政、民間拠点にそれぞれ児童精神科医がおり、子どもを診る精神科医も多く、発達に关心を持って診療（研修）できる場が多い。また、顔の見える信頼関係が築かれており、児童精神科医ネットワークがある。

行政の委託を受けた民間拠点の医療機関から、保育園や幼稚園及び地域の様々な事業に専門家（医師・心理職）を派遣し、地域へのアウトリーチ支援が充実している。また、地域の当事者意識を育てながら、地域全体の発達障害児支援の知識や方法の底上げとなっている。

## 4. BISCUIT 日本語版の検証

今年度は、昨年度 32 名に加え、13 名に施行し、計 45 名の参加協力を得た。複数の医師や臨床心理士、保育士たちと観察し、意見を述べあうことは、通常の外来診療では殆ど経験が無く、お互いの専門性の向上に非常に役立った。

## D. 考察

### 1. 地域特性に関する調査

①一般項目：昨年度とほぼ同様である。

②発達障害児の早期支援体制：広島市にはこども療育3センターが設置され、健診などで早く発見された子どもが、早期に受診し、基本的な支援システムは整備されているが、増大する発達障害児への対応は、全く追いついてない。さらに就学後は、光町の精神科医による診察および外来療育がわずかにあるのみで、以前より医療・教育・福祉との連携及び支援システムはなく、各専門職の個人的努力にほとんどが任されている。

また、乳幼児健診の保健師1人あたりの担当児童数は1,614人であり、他の政令指定都市や小規模都市に比べると非常に多く、3歳児健診以降の継続的支援には、限界がある。現状として、保育園に発達障害児支援のリーダーとなる保育士（発達支援コーディネーター）を養成し、必要に応じてこども療育3センターの専門家が保育園や幼稚園を訪問し、支援体制をとっている。しかし、小学校入学前、可能なら4~5歳代までに、療育3センターを受診し、子どもの特性を理解し、診断や支援の仕方を学ぶことが望まれる。そのためには、5歳児発達相談や就学前健診との連携がなされ、情報が引き継がれ、共有されるべきである。

## 2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

①カルテ調査：小3および中2から見たPDDの発生率は、それぞれ5.8%, 5.2%であった。他の政令市（横浜市、福岡市）と比較しても、一般に言われる1%よりも多く見られた。PDDの診断は、WHOの国際疾病分類第10改訂版（ICD-10）を用いているが、幅広くPDDと診断している可能性がある。小3の有病率は、6.0%であった。

性差は、男児が女児より3倍多く、これは一般的に言われている値と変わりなかつ

た。PDDの人のうち、正常IQの人は約70%で、高機能のPDDの支援ニーズが大きい。診断年齢は、知的障害を伴う児童の方が若干早いが、2~3歳で診断されている。他の先進的な都市と比べて、それなりに早期診断されていると言える。しかし、4歳代での高機能のPDDの診断率が低く、落ち込みを呈している。広島市では、5歳児発達相談の利用が今年度も1%でしかなく、そこでの早期発見は、現在ほとんど望めない。そのため、保育園・幼稚園での早期発見・支援を充実させると共に、就学時相談との連動を検討していく必要がある。

中2からみると、ほとんどが就学前に診断を受けており、就学後の診断率はかなり低い。就学までに医療機関を受診し、診断されない人は、その後、診断や支援を受ける機会を逸していると言える。そのためにも、学校と医療との連携が必要であり、療育3センターとのシステムを整えるべきである。

## ②アンケート調査

### 1) 対人関係やこだわりの問題など(PDD)

小3も中2もPDDの疑いのある児童のうち、医療機関を受診したのは、約60%であった。学童期の発達障害では、自閉症の特性が目立たなくなり、学校のように日課の決まった環境においては大きな問題になりにくく、見逃されている可能性が大きい。しかし、対人関係のトラブル、パニック、自傷・他害等の二次障害を引き起こす場合は、受診に至るケースが多くなる。

男児は、女児に比べ約4倍多く、一般に言われる相応の値といえる。今後、学齢児においては、発達障害の疑いのある児童が約8%いることを踏まえて、まずは子どもに

関わる全ての人たちが PDD の特性を理解することが望まれる。

## 2) ADHD

ADHD の割合は、小 3 及び中 2 は男児が女児に比べ、それぞれ 7~8 倍多い。特に、女児の場合、ADHD の疑いがある場合、2 割から 3 割が受診するが、疑い自体の数値が非常に少なく、発見されにくいことが明らかになった。男児の場合、中 2 になるとやや減少しているが、多動性や衝動性が目立たなくなつたためと推測される。しかし、受診率がさほど下がっていない。このことは、不注意が変化せず、問題視されている可能性があると考えられる。

どの年齢でも ADHD の疑いのある児童数の 30% 程度の受診率でしかない点は、大きな課題である。保護者をはじめ社会への啓発を促し、知識と正しい理解を高めることが重要である。また、教育と医療が連携し、保護者支援など診断や治療に結び付けるために、就学時相談を充実させる等の手立てが必要である。

## 3) 言語障害

言語障害について、小 3 から中 2 になると顕著に減少し、特に中 2 になると性差が小さくなるのが特徴である。医療機関受診は、約 30~40% 程度しか受診していない。しかし、こういう児童・生徒に目を向ける必要があると思われる。

## 4) 発達全体の遅れ(MR)

発達全体の遅れは、小 3 および中 2 では、医療機関受診率が 45%~68% であった。発達全体の遅れについて、学齢期以降では、学習面での遅れが目立つことから、軽度の知的障害が疑われ、受診につながりやすい。

## 5) その他の発達障害（吃音、緘黙等）

心理的な問題は、疑いも受診も、中学になると非常に増えることが特徴的である。この増大は発達障害の二次障害も含まれる可能性をもつていていることも推察される。また、受診率も 7 割を超えることから、学校が受診を勧めている可能性が高いと考えられる。

また、中 2 になると女児が男児を上回つて増えているのが特徴的であるが、その要因ははっきりしない。

## 6) 学習障害 (LD)

LD について、文科省の調査では、約 4.5% と言っていたが、広島市では 1 % 前後しか疑われていない。医療機関受診率も小 3 で 20% 程度、中 2 で、10% 代で診断も支援も、ほとんどなされていないことがわかった。学習に困難を抱えている子どもに対し、学習障害の可能性を疑い、早期に診断し、子どもの認知特性に合った学習支援を行う必要がある。

LD についても、ADHD と同様、保護者の啓発を促し、診断や治療に結び付けるための努力が必要である。医療・教育・福祉機関がそれぞれの役割を果たすためには、相互の連携システム作りが重要である。

## 3. 政令市間の比較

### 1) 報告書作成のための調査項目

別紙のとおり、発達障害児（特に高機能）の増加に対する施策が早急に求められる。時代の変化に対して、従前の対応策のように療育センターを新設し、職員数を増やし、療育センターで抱え込むやり方は抜本的な対応策につながらない。直接支援から間接支援へ、拠点であるこども療育 3 センターから地域へ、のアウトリーチ支援体制を中

心とした施策を進める必要がある。今後、地域拠点における人材育成が、こども療育3センターの主業務へ変換・移行させていくための施策が求められている。同時に、拠点で扱う発達障害の子どもたちは、地域での困難事例に特化していく方向で施策を進めるべきである。

### 2) 3政令市の提言（別紙）

拠点主義からの脱却をキーワードにまとめられた。また、3政令市を比較することで、広島市の良い面、悪い面の特徴が良く分かり、今後の施策の参考になった。

### 3) 岡山市との比較

岡山市は民間医療機関と行政との協働型の支援を展開しており、子どもを診る精神科医が多く、行政や民間拠点のそれぞれに児童精神科医がいる。児童精神科医は顔の見えるネットワークがある、などの特色がある。信頼関係で結ばれた児童精神科医や医療スタッフからなる療育チームを組み、拠点から地域に出ている。拠点主義からの脱却のキーワードは専門性と人間性と言えるだろう。

## 4.BISCUIT 日本語版の検証

BISCUIT 日本語版は、PDD の評価指標として具体的であり、3歳以下の早期診断ツールとして実用的で有用性が高いことが確認された。また、PDD には、発達早期からの多彩な併存症が認められ、社会適応や長期予後に影響を与えることが明らかになっている。中核症状だけでなく、併存症も含む包括的な早期診断ツールとして、臨床現場での有用性が期待される。

## E. 結論

発達障害のうち、特に PDD の発見は、乳

幼児健診で要フォローとした児童に関しては、医療機関で2~3歳の早期に診断されている。しかし、3歳児健診以降は、保健師の絶対数があまりにも少ないとおり、発見は保育園・幼稚園に任されている。乳幼児健診でフォローとならなかったが、保育園・幼稚園で発見された子どもは、医療機関を受診し、就学前までにほとんどが診断されている。乳幼児健診でフォローとならず、また保育園・幼稚園で指摘されても受診しなかった子どもは、就学後に6割が受診に至っている。これらのことから、3歳児健診以降は、保育園・幼稚園、小学校での発見に任せられている。しかし、知的に問題のない PDD の子どもが就学前に診断された場合も、外来療育に一時的に通う程度のわずかな支援しか受けられていないことが問題点である。就学後は、発達障害の支援体制は、医療機関では、ほとんどないため、大半が診断のみで終わっている。最近では、放課後等デイサービスに通う児童が激増しているが、そのサービスの質が問われている。就学後は、巡回相談はあるが、巡回回数が非常に少なく、半数が担任のみの支援になっており、学校内のシステムが十分に機能していないといえる。担任が子どもの特性を理解し、個々の子どもにあつた指導や学級運営のために、医療面では、教育現場へこども療育3センターから支援ができるよう、システム作りが必要である。

ADHD に関しては、その疑いをもっても、受診し、診断を受ける割合が非常に少ない。LD にいたっては、中2の時点においても疑いを持つことも少なく、診断や支援もほとんど受けっていないと思われる。また、心理的問題については、中学以降に疑われるこ

とが増えるため、スクールカウンセラーが関わり、心理的問題に対応するだけでなく、発達障害がベースにあるかどうかを判別し、必要に応じて医療機関受診を勧める介入が求められる。

総じて医療・教育・福祉機関がそれぞれの役割を果たせるように、連携システム作りが必要である。

広島市はこども療育3センターがあり、保育園・幼稚園、学校との連携システムも整い、事業や取組が新規・拡充されてきているが、発達障害児の増加特に高機能の子ども達への対応は、時代の変化に対応しきれておらず、以上のような結果であった。今後は、行っている事業や取組みの検証を行い、行政と関係機関と当事者とが連携し、よりよい支援のための施策やシステム作りを行う必要がある。また、保護者が医療機関を受診しやすくなるために、啓発や保護者対応の実践的研修が求められている。さらに、医師を含め、発達障害児支援の専門家養成のためには、実践的な研修を行い、その効果を確認していく必要がある。

岡山市が発達障害者支援法以降の時代の変化に合わせて取り組んできた、拠点（民間であれ公的機関であれ）からのアウトリーチ支援と行政との協働についてのノウハウは、広島市にとって良いモデルになると思われる。

#### F. 研究発表

- 論文発表  
なし

#### 2. 学会発表

小原由香・石飛信・大澤多美子・村松陽子・内山登紀夫・本田秀夫・神尾陽子(2015) 自閉症スペクトラム障害の早期診断を目的とした The Baby and Infant Screen for Children with aUtlsm Traits (BISCUIT)日本語版の信頼性・妥当性の検証 第56回 日本児童青年精神医学会総会(2015.9.30)

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

- 特許取得 なし
- 実用新案登録 なし
- その他 なし

#### H. 参考文献

- 厚生労働科学研究費補助金 障害対策総合研究事業 『発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価』 平成26年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 本田秀夫)
- 厚生労働科学研究費補助金 障害対策総合研究事業 『発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価』 平成26年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 本田秀夫)

(謝辞) 本研究を行うにあたり、広島市こども未来局、広島市教育委員会、学校関係者及び、社会福祉法人広島市社会福祉事業団こども療育センターの関係者の皆様方の多大なご協力に感謝いたします。