

た。

(4) 乳幼児健診の問診に関する研修システム

乳幼児健診の問診のための研修期間については、「特に設定していない」～「1年間」と各市によって期間が異なった。また、研修システムについては、先輩保健師の問診を見学、実践（先輩保健師とペアで）、実践後に振り返りや質問を受けるといった形が多くあった。加えて一定期間（3ヵ月～1年）は先輩保健師とペアで問診を行うと3市が回答した。問診については、「知識」と「技術」の両方の習得となるため、個人差もあり、研修期間は人によって臨機に対応し、研修期間が過ぎても、対応が困難なケース等については、先輩とペアで対応すると回答した市もあった。また、1人だけでなく何人かの先輩保健師の問診を見学することで、問診方法や子どもの評価の偏りを防ぐとの回答もあった。

多治見市は、研修期間に規定はないが、マニュアルを作成し、問診に携わる保健師の勉強会を月1回開催し、保健師間の評価の統一化を図るとともに、新人にもマニュアルを配布している。

問診のための人材育成の課題は、「ゆっくりと新人に説明する機会がなく、すぐ実践となっている」「発達障害について自主的に研修会に出かけたりと個々の努力に任せている面がある」「保護者とのコミュニケーション能力（経験の積み重ね）」等が挙げられており、その他の意見として「M-CHATを導入する際はマニュアル化をするので、新人にも伝わりやすくなると考えている。」との回答があった。

(5) 研修会への参加について

発達障害に関する研修会への参加、開催については、表III-1に示した。また、研修会を主催する機関ごとに分類した（表III-2参照）。県や県内の発達障害者支援センター主催の研修会への参加の他、市が独自に主催・参加する形態もみられた。「その他」については、県内の研究会や民間機関が主催する研修会となっている。山梨市においては、県内の特別支援学校が主催する研修への参加や、大学生の発達障害を対象とする内容の研修への参加など、学齢期、青年・成人期への関心の高さがみられた。

また、研修会参加後は、多治見市は1週間以内に同職種に伝達研修を行い、山梨市は半年以内に同職種と同部署において、その他の市においては、1ヵ月以内に同部署内で行うと回答した。

(6) 職場内の啓発活動

3市において取り組みがあると回答があった。自由記述で複数回答可としており、内容は次の通りである。

- ・「事例検討会の実施」…3件
- ・「書籍等を活用し情報の共有」…2件
- ・「研修伝達の開催や回覧による情報の共有」…2件
- ・「新人の研修会参加のための調整」…1件
- ・「対応の困難なケースの情報共有」…1件

いずれの市も事例検討会等のケースについて情報共有や話し合いをする場が啓発活動につながると回答し、次いで、書籍や伝達研修などによる最新情報の共有について挙げられた。

(7) 人材育成に関する課題

各市における人材育成の課題としては、自由記述、複数回答可とした。結果の内容については次の通りである。

- ・「スタッフを育成できる人材が不足している」
- ・「支援に関わる関係者の職種により、考え方には偏りがあるため、発達障害を理解するための段階的な研修会が必要と考える」
- ・「新人の保育士は、発達障害の知識の習得の前に、まず保育全般の学習が必要である」
- ・「臨床心理士等の専門職の指導を参考しながら話し合いの場を設けているが、時間の持ち方が難しい」
- ・「人材育成は必要だが、専門職であるからこそ自己啓発（自ら学ぶ）も必要」
- ・「個人差が大きいため、指導時間にも差が出ている」
- ・「自治体では人事異動があり、発達障がい者支援の専門性の積み重ねが難しい場合がある」

これらの結果から、人材育成において、「業務多忙」「スタッフの不足」「個人差」「知識習得」「職種間の意見の相違」「人事異動」の問題が課題として挙げられていることがわかる。

3. 他機関との連携

県との連携においては、多治見市、山梨市、南相馬市において県が主催する研修会や事例検討会等への参加があると回答があった。発達障害者支援センターとの連携においては、瑞浪市において「事例検討会」への参加、南相馬市において「家族のため

のワークショップ」「被災した障害児に対する医療支援事業」において連携があると回答があった。

4. 人材育成に関する効果測定

人材育成の研修等について、その効果測定を行っているかについて質問した結果、山梨市のみが実施していると回答し、内容は、県の新人気保健師スキルアップ確認表で評価を行っているとあった。それ以外の市においては実施されていなかった。

※ 専門家の養成について

本研究班でH25、H26年度に実施した各小規模市の調査票の結果から、専門家の養成に関する記述をまとめた。

糸島市：発達障害児への支援の専門性として、九州大学人間環境学府の乳幼児の社会認知発達研究プロジェクトの研究スタッフが支援事業にも非常勤スタッフとして加わり、発達検査や療育相談などの専門技術を提供している。同じく研究プロジェクトのスタッフである児童精神科医も発達相談業務に非常勤スタッフとして関わり、発達障害児の診断評価に加わっている。専門家養成のプログラムについては、糸島市発達支援部会が教育委員会と共に開催する就学移行支援キャンプにおいて、地域支援スタッフ、学校教諭と外部専門家が協働して個別支援計画を作成することで、支援実践的スキルを学ぶ場や支援ネットワークの形成の機会となっていた。また、年1回、研究プロジェクト主催で一般参加による発達コロキウムを開催し、発達支援に関する最新の知識の普及、啓発の場としていた。

山梨市：2ヶ月に1回、心の発達支援セン

タースタッフ（医師、心理士、保健師）、山梨市すこやか相談スタッフ（心理士、言語聴覚士）、峡東保健福祉事務所（保健師、精神保健福祉士）が市役所に集まり、山梨市保健師とともにケースカンファレンスと健診内容についての検討会を実施している。また、H25年度は、学校現場より支援員が勉強する機会を得たいという声があがり、支援員及び特別支援学級教員のための研修会を実施した。

多治見市：

子ども支援課：

- ・子ども支援課主催の専門研修 2回
- ・H24年度は、CLM（チェック・リスト・イン三重）の研修を全職員対象（臨時職員含む）に実施した。
- ・支援の必要な児のための事例検討会を年5回。
- ・教育委員会主催の特別支援コーディネーター研修年2回。
- ・県・特別支援学校主催の研修会。

教育研究所：

- ・市主催の特別支援コーディネーター研修2回
- ・教師塾（教育委員会が主催する教師向けの研修会、専門家を招いて行う。特別支援関係以外の講座も行っている）。
- ・学校単位で校内研修会の実施
- ・外部の専門家支援、県の専門家チーム派遣事業があり、専門医等の支援を受けている。
- ・特別支援学校のセンター的機能による派遣の活用
- ・市役所内に専門家チーム（4名）を結成し、各校の巡回指導の流れを作る予定。

瑞浪市：

- ・特別支援学級担当の教師の研修→県の教育センター講座が数種類ある。市独自の研修はない。
- ・市内の小中学校の教師が何年か特別支援学校で勤務するという交流がある。

南相馬市：

福島県として、「子どもの発達『気づきと支援』推進事業」を柱に市町村向けガイドラインの配布を行うと共に、地域の課題に応じた研修会の開催が圏域ごとの保健福祉事務所を中心に「発達障がいスキルアップ研修会」「発達障害支援者スキルアップ研修会」行われ、各市町村の人材育成をサポートしていた。

D 考察

1. 人材の配置について

これまでの人材の配置においては、発達障害の発見における母子保健事業“乳幼児健診”に関して、保健師、臨床心理士などを中心に調査を実施したが、今回のアンケートから、福祉課、子ども課といった発達障害の支援を担当する行政内の部署の実態についてもより明らかとなった。これらの部署で中心的な役割を果たすのは保育士、保健師、相談員などであり、実際の療育や、巡回相談会などにおいて具体的な対応方法の相談業務が行われる。こうした人材の確保については、アンケート結果から「スタッフの不足」「業務多忙」等が課題として挙げられており、慢性的なマンパワー不足が推測される。

人事異動に左右されない常勤職員の人材の配置と育成システムが課題となる。専門

職種ごとの人材育成についても調査を行い、そのシステムについて検討する必要がある。

2. 人材の育成について

これまでの研究(本田ら,2014)から、発達障害の発見において乳幼児健診システムの重要さが明らかとなつたが、そこで問診を実施する保健師は重要な存在である。そこで、今回は保健師の新人研修制度について調査を行つた。併せて、乳幼児健診の問診の研修システムについても調査を実施した。新人研修プログラムについては、県の取り組みが大きく影響しており、ガイドラインやプログラムが明確に存在する県内においては、研修制度がある程度明確化され、担当者の設置や評価が行つれていた。しかし、担当者への負担が偏るとの課題もあり、プログラム化されていない市において、柔軟に周囲の先輩保健師が負担を分散させながらフォローするケースもみられた。このように、“人材の育成”においては、個人差、学ぶ内容などによって柔軟さが求めされることもある。こうしたことと含めて、プログラムや担当者を構成する必要がある。

加えて、経験のある保健師の問診評価の統一化も課題であるとして取り組みが実施されている市もあった。研修制度の効果測定はスキルアップや評価の統一化に役立つと考え、今後、こうしたシステムの開発も必要と思われる。また、課題として、知識の違いから、統一化の難しさがあり、レベルに合わせた研修があるとよいとの声もあった。こうした現場の意見を踏まえ、効果測定を含め、人口規模に合わせた研修制度の開発を行うことも課題である。併せて、

県や発達障害者支援センターを中心に、その機能や役割を十分に活用することも検討すべきである。

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
・川島慶子,内山登紀夫,鈴木さとみ.第 56 回 児童青年精神医学会 2015.

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

引用文献

- 1) 福島県保健師現任教育指針『福島県保健師現任教育プログラム』福島県保健福祉部保健福祉総務課 2013 年 12 月

参考文献

- Natasha Marrus, Jeremy Veenstra-VanderWeele, John R Pruett Jr, et al.(2014) Training of child and adolescent psychiatry fellows in autism and intellectual disability, Autism, Vol.18(4) 471-475
- 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室 行政説明資料, 平成 27 年度発達障害者支援施策について
- 本田秀夫(2012) 発達障害の早期発見 : 保健師に求められること, 保健師ジャーナル 68(11), 962-967

表 I-1 各市の発達障害の発見と支援に関する人材の配置

	課	保健師	保育士・指導員	その他
糸島市 (人口:約 10万人)	・健康づくり課	13名		助産師1名
	・子ども課子育て支援センター(療育部門)	—	6名	—
	・支援センター	—	4名	—
多治見市 (人口:約 11万人)	・保健センター	1名		—
	・子ども支援課	—	1名	事務職1名 障害児巡回支援専門員1名
瑞浪市 (人口:約 4万人)	・健康づくり課	9名	—	—
	・社会福祉課	—	1名	各園のコーディネーター8名
	・子ども発達支援センター	—	7名	専門相談員2名
山梨市 (人口:約 4万人)	・健康増進課	8名	—	—
	・子育て支援課	1名		—
	・福祉課	1名		—
南相馬市 (人口:約 6万人)	・健康づくり課	5名		作業療法士1名(健診時)
	・男女共同子ども課	1名	1名	言語聴覚士1名

表 II-1 各市の事例検討会実施状況

	事業名	回数	参加者(職種)	スーパーバイザー
糸島市	・評価会議 ・ケース検討会議	年3回	保健師、保育士、臨床心理士、作業療法士、教諭、行政職員	-
山梨市	・療育検討会	-	保健師	医師 臨床心理士
多治見市	・東濃圏域発達支援センター事例 ケース検討会議	年1回	保育士	医師
瑞浪市 (社会福祉課)	・個別支援計画検討会	各園2回	保健師、保育士、指導員、相談員、小学校関係、発達障がい専門支援員	-
瑞浪市 (健康づくり課)	・子育て支援センター連絡会	年1回	保健師、保育士	-
南相馬市	・のびのび発達支援 事業(自立支援協議会発達障がい者支援部会)	年1回	保健師、保育士、言語聴覚士、相談支援専門員、教員、指導員、	-

表 II-2 各市のカンファレンス実施状況

	事業名	回数	参加者(職種)	スーパーバイサー
糸島市	・集団療育 ・個別療育	事業後 毎回	臨床心理士、作業療法士、理学療法士、保育士	-
山梨市	・乳幼児健診後のカンファレンス ・ケースカンファレンス	年160回	医師、臨床心理士、学校関係者、保育士、福祉職等	医師 臨床心理士
多治見市	・ケースカンファレンス	年12回	園の保育士、発達相談支援員(保育士)	臨床心理士
瑞浪市 (社会福祉課)	・臨床心理士巡回訪問相談	年81回	臨床心理士、保育士、教師	-
瑞浪市 (健康づくり課)	・1歳6か月児、3歳児健診後	年40回	保健師、看護師、歯科衛生士	-
南相馬市	・のびのび発達支援事業 (巡回相談、健やか教室、個別相談) ・乳幼児健診	各事業 の都度	保健師、保育士、言語聴覚士、相談支援専門員、教員等	-

表III-1 各市の発達障害に携わる人材の育成に関する研修参加一覧

	研修会名	主催
糸島市	平成27年度発達障害支援研修	福岡県発達障害者支援センターあおぞら
	障害のある子どもの笑顔が広がる子育てと療育	福岡県支援事業受託施設連絡協議会
	糸島地区母子保健研修会	糸島保健福祉事務所
	発達障害の移行期支援の課題	教育と医学
山梨市	母子保健研修会「成長曲線が教えてくれること」	山梨県小児保健協会
	ペアレントサポート・プログラム	山梨県立こころの発達総合支援センター
	「大学生における発達障害～アスペルガーリー症候群を中心～」	リワークについて考える学術講演会
	平成27年度発達障害専門研修会「自閉症スペクトラムの発達段階に基づく支援内容について」	山梨県立こころの発達総合支援センター
	子どもの心の診療対応向上研修	山梨県立こころの発達総合支援センター
	子どもの心の総合支援研修「ストレスを減らし、能力を引き出す支援～ライフステージに応じた発達障害の支援～」	山梨県立こころの発達総合支援センター
	「発達障害児支援について」	地域精神医療研究会
	峡東地域ピアカウンセリングセミナー	
	かえで支援学校合同研修会「感覚と運動の高次化からみた子どもの理解と支援」	山梨県立かえで支援学校
	専門研修9月（講師：臨床心理士）	子ども支援課発達支援センター
多治見市	支援児研究会 9月（講師：発達支援センターOT）	子ども支援課発達支援センター
	地域療育システム支援事業	岐阜県
瑞浪市	障がい児保育担当者研修会	県内の療育センターが集まって研修会
	県障がい児童研究会	岐阜県
	相談専門従事者研修	県内 福祉
	—	発達教育実践セミナー
	M-CHAT研修会	M-CHAT
南相馬市	発達障がいスキルアップ研修会	相双保健福祉事務所
	発達障がい支援者スキルアップ研修	県庁児童家庭課
	困っている子供たち～理解と支援～	南相馬市
	就学指導の現状と就学時の効果的な連携について	南相馬市
	不器用なお子さんへの支援について～感覚統合の視点から～	南相馬市
	子どもが力を発揮できる環境の設定（構造化）について～合理的配慮の視点から～	南相馬市
	ちょっと気になる子どもへのサポート・子どもと親の育ちを支える保育者	田研セミナー幼児心理講習会
	特別なかかわりが必要な子への保育・教育	発達協会実践セミナー

表III-2 表III-1における各市が参加した研修会の開催機関別内訳（件数）

	国	県	市	発達障害者支援センター	教育機関	その他
糸島市	-	1	-	1	-	2
山梨市	-	-	-	3	1	5
多治見市	-	-	2	-	-	-
瑞浪市	-	2	-	-	-	4
南相馬市	-	2	4	-	-	2

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

小規模市における発達障害支援システムの比較

分担研究者 関 正樹（大湫病院、土岐市立総合病院 精神科）
伊藤 友子（大湫病院）

研究要旨：小規模市における地域特性、療育システムについて前年度に引き続い
て比較検討を行った。本年度は市域の広い岐阜県高山市も加えて比較検討を行つ
た。小規模市は確かに予算規模も人口規模も小さいが、だからこそ可能なすぐれた
取り組みが行われている地域も多く見られ、それらを組み合わせた実現可能な
モデルが期待される。小規模市にては療育施設も小規模であることが多く、担当
スタッフや、通園している保育園で担当する加配保育士の専門性の向上が課題の
一つである。多くの市で行われている巡回相談のシステムは直接支援のみならず、
これらのスタッフ支援にもつながっているものと考えられた。また、これら巡回
がうまく機能するために行政の中に発達支援室が設置され、調整機能を担うこと
が重要であると考えられた。

A. 研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の開始の
重要性が強く呼ばれるようになり、各地域
において具体的な取り組みが推進されつつ
あるが、その進捗には地域格差も大きい。
また、大都市と小規模都市では、おのずと
できることも異なってくる。従って、特性
の異なる自治体における発達障害の支援ニ
ーズを把握し、発達障害の支援システムの
現状について調査を行い、地域の特性に応
じた発達障害の支援システムのモデルを提
示することには大きな意義がある。その一
環として、小規模市である糸島市、多治見
市、瑞浪市、山梨市、南相馬市、高山市に
おける発達障害の支援システムについて比
較検討を行うことが本分担研究の目的であ
る。

B. 研究方法

1. 昨年度にひきつづき発達障害の支援シ
ステムに関する調査を行った。即ち、糸島
市（人口 100,261 人）、多治見市（人口
112,595 人）、瑞浪市（人口 40,387 人）、山
梨市（人口 37,106 人）、南相馬市（人口
65,102 人）において発達障害支援システム
に関する項目（専門施設の有無と規模、専
門家の有無、専門家養成の場とプログラム
の有無、発達障害支援システムの特徴等）
のアンケート調査をもとに結果の分析を行
った。本年度は岐阜県高山市（人口 92,747
人）についてもアンケート、ヒアリング調査
を行ったので、あわせて結果の分析を行つ
た。

(倫理面への配慮)

本研究はすでに報告されている調査報告書とそれと同様の項目で構成されている調査報告書の比較検討を行う研究であり、個人を特定し得ることのない数的情報や発達障害支援システムの比較検討を行う研究である。調査報告書に関する実態の理解の不足の責任はすべて分担責任者である筆者にあり、各市町村や参考にした調査報告書の分担研究者にあるものではない。

C. 研究結果

1. 療育施設と診断機能の比較

<表1>

表1に小規模市の療育機能、診断機関や医療との関わりについてまとめた。

高山市は6カ所、多治見市は4カ所、瑞浪市は1カ所、山梨市も1カ所の療育施設を有している。多くの自治体では、小規模な児童発達支援事業所が地域の療育の中核を担っており、幼児は保育所や幼稚園との並行通園を行っている地域が多かった。中でも高山市は市域が広く、ごく小規模な療育施設が点在していた。大都市における療育センターのような、診断機能を有する医療型の療育施設は今回調査を行った全ての地域で認められなかった。中には、糸島市のように公的な療育施設をもたない地域もあり、糸島市では市の公的サービスとして、所属する保健師を中心に保育士、発達心理士の多職種による集団個別療育が運営されていた。いずれの地域においても、表に掲げるよう発達障害診療を行っている医療機関は認められ、その多くは療育の開始後に関わっていた。中でも、高山市は市域が広いことや、もともと発達障害を診療する

医療機関がなかったことから医療と独自の関わりが育っており、児童精神科医を中心とするチームを派遣する事業を年間7回行っていた。つまり、療育の場、保育の場などに専門スタッフを派遣し、総合診断、療育方針の作成、家庭療育プログラムの作成を通じて本人、家族の支援を行っていた。

2. 療育施設以外の支援システムについて

2.1 相談・調整の場の整備

発達障害の子どもの発見から継続的な支援に至る過程においては、保護者に十分なインフォームドコンセントがなされ、その必要性について説明し、了解を得られなければ、適切に支援につながることはないと。診断という発見から療育へつなぐシステムを持つことが難しい小規模市においては、それ以外の療育へつなぐ相談・調整の場が整備されていた。例えば、山梨市においては、すべての健診に臨床心理士が参加し、心理相談を経てから、医療機関や福祉機関に紹介するシステムを整備していた。多治見市においても、発達相談窓口において臨床心理士が発達検査などを行い継続的に関わる事で、相談・調整の役割を担っていた。療育が勧められる場合、この情報を参考にしながら、医師、臨床心理士、保健師、子ども相談センター職員、療育施設や保育園職員、行政職員など多職種が集まつた発達支援委員会により検討がなされ通所施設が案内されることとなっている。小規模市でも多くの地域において、このような相談・調整の場においては、心理職が大きな役割を果たしていた。

また、今回調査した市の多くが健診後のフォローアップ教室を行っており、これも本格的に療育に入る前の調整機能を担って

いた。

2.2 小規模市における保育園・幼稚園における支援システムの整備

小規模市においては、公立の保育園、幼稚園において発達障害等のある児童を受け入れており、保育士を増員しての対応が行われていることが多くみられた。例えば、多治見市においては、公立保育園、幼稚園における支援が必要だとされる子どもの数 167 名に対して、園児 1 人（重度）から園児 3 人（軽度）に 1 人程度の障害担当保育士が配置されており、その合計は 6 3 名（全体の保育士数は正規 140 名、臨時 110 名）となっている。

高山市においても全保育士数 459 名のうち 47 名は障害児担当であり、児童数を考えると多くの加配保育士が配置されていた。しかし、このような地域においては、加配保育士の配置が手厚い反面、加配保育士を募集しても集まらないという課題に直面していた。

2.3 小規模市における保育園・幼稚園における外部専門家による支援システムの整備

保育園・幼稚園においては、支援の必要な子どもの担当保育士として経験を積んでいる保育士が担当になるとは限らず、園の中での支援の専門性・妥当性を担保するシステムは必要不可欠である。

南相馬市、多治見市、瑞浪市、高山市などでは定期的な巡回相談が保育園・幼稚園に対してなされており、多職種による巡回などの巡回相談が行われている地域も多かった。例えば南相馬市においては 13 園の保育園・幼稚園があるが、一園につき年 3 回（大規模園では 6 回）の巡回相談を行っていた。瑞浪市や多治見市、高山市におい

ては、南相馬市に比べて小規模ではあるものの臨床心理士や相談員による巡回相談が定期的に行われており、保育園・幼稚園における支援の必要な子どもや担当保育士の支援にもつながっていた。

高山市の特徴ある外部専門家による支援としては前述の地域療育支援事業や専門療育スタッフ支援事業（PT、OT、ST などの専門スタッフの派遣を行い、保育士などのスタッフ支援を行う事業）など園や地域の小規模な療育施設に対する外部専門家による支援を市独自でも行うとともに、県による地域療育システム支援事業により、CLM(チェックリストイン三重)を活用した支援の実施をモデル園で導入していた。

保育園・幼稚園における外部専門家による支援として、①定期的な巡回相談が整備されている地域もあるが、そうでない地域においても②児童発達支援センターの保育所等訪問支援事業、③地域療育等支援事業による心理職の訪問、④特別支援学校のセンター的機能事業などを活用することで、保育園・幼稚園における支援をサポートするような体制を模索していた。

その他、岐阜県の施策として、圏域毎に発達障害の発達相談員を配置しているが、そのうちの一つ東濃圏域（多治見、瑞浪、土岐、恵那、中津川の 5 市をあわせた地域）の発達相談員による園訪問が、瑞浪市の園からの相談に応じてなされていた。

2.4 就学移行支援

保育園・幼稚園で支援を受けてきた子どもが、学校において不適応を起こさないためにも、保育の場から教育の場への移行支援が必要であることは言うまでもない。就学移行支援に関しては各市において様々な

取り組みがなされている。例えば、糸島市においては、就学相談にあわせてそれまで保育や療育にあたってきたスタッフとこれから教育の場で子どもと接するスタッフが情報を共有するための事業として、移行支援キャンプが行われており、成果を挙げている。多治見市においては保護者の同意のもとに就学支援シートの活用がなされていた。

小規模市の強みである顔の見える連携が多治見市、瑞浪市、山梨市などいくつかの地域で行われていた。たとえば、山梨市においては、就学に向けて健康増進課と学校教育課が合同で就学時園訪問を実施し、子どもの状態の把握と今後の支援方針を検討している。また継続的な発達相談を行っている場合には引き継ぎを行い、担当職員の紹介を行っている。瑞浪市でも小規模市であることを生かして、関係者が顔をあわせながら支援を検討する引き継ぎ会が行われていた。

D. 考察

1. 小規模市の発達障害支援システムの比較からみえてくるもの

多くの小規模市において療育の中核を担うのは、地域の小規模な療育施設（児童発達支援事業所）であり、医療型の療育センターは見られなかった。しかし、予算規模も人材の継続的な確保も困難な地域である小規模市において大規模な医療型の療育施設をもつことは困難であり、現実的ではない。また、調査結果をながめると、児童発達支援センターをもつことも困難であることが多いようである。療育の担当者は主に保育士であることが多く、作業療法士や言語聴覚士などが配置されていないこともし

ばしばあるため、専門的な知識や技術の担保が課題となっているものと思われる。特にごく小規模な児童発達支援事業所が点在する高山市においては正規職員1名＋パート職員2名で運営されている療育施設が療育の中核を担っているのも一つの現状である。

大規模な医療型の療育センターをもつような場合は療育につながる装置として、診断という場があるが、小規模市はそのような機能を持つことができないため、療育につながる相談・調整の場が必要となってくる。このような相談・調整の場は、比較的工夫や整備がされており、多くの市で心理職が療育へのつなぎに大きな役割を果たしていた。つまり、心理職がこの相談・調整に関与することにより専門性が担保されるとともに、療育の必要性や妥当性について適切なアセスメントを行うことが可能であると考えられる。

多くの支援が必要な子どもは、保育園・幼稚園との並行通園を行っているため、必然的にインクルーシブな保育が必要となってくる。そのような状況のなか、小規模市における加配保育士の配置の手厚さも特記すべきことであろう。多治見市や高山市においては数多くの加配保育士が配置されている。しかし、このような障害担当保育士は募集をかけても集まらなくなりつつあるという課題も浮き彫りになっている。また、多くの加配保育士に障害担当経験があるわけではなく、「どのような支援を行ったらよいのか分からぬ」との悩みも多い。このような加配保育士に実務的な支援のサポート、アドバイスを通じて、専門性を向上させて行くことは今後的小規模市の発達障害支援

システムを考えるうえで大きな課題である。

小規模市においては出生児数も少なく、比較的頻回に多職種連携による巡回相談が可能であることも特筆すべき点である。南相馬市のように多職種のチームが生活の場である保育園・幼稚園等における支援を行う事や高山市で行われているような児童精神科医、PT、OT、STを生活の場に派遣するような事業は子どもや保護者の直接的な支援にもつながるが、保育士や加配保育士の専門性を高めていくことも期待される。

特に市域が大きく移動が困難な地域においては、このような訪問型の支援システムのほうが本人や保護者にとっても便利であることが示唆される。

さて、上記のような巡回や訪問型の相談が円滑に機能していくためには、保育園・幼稚園との連携が不可欠である。つまり、「誰が、いつどのような目的で巡回相談に入るか」が明確でないと、なんとなく相談を行っているだけになってしまふ恐れがある。そのような調整の主体は南相馬市や多治見市の発達支援室のようにやはり自治体の中にあるほうが機能的であろう。

また出生児数が少なく人口の流入出がそれほど多くないからこそできている就学移行支援も特筆すべきことである。引き継ぎ会などの就学移行支援は、出生児数も多く、人口の流入出が多い大都市ではおそらく困難であろう。

2. 小規模市の特性を生かした支援システムの可能性

小規模市においては、小規模な児童発達支援事業所が療育の中核を担っており、必然的に生活の場であり並行通園を行っている保育園・幼稚園での支援も必要となる。

生活の場においては加配保育士や担任による支援が行われるが、ここでの専門性や妥当性を担保するためにも、生活の場における外部専門家による支援は必要不可欠であり、これが2階部分となる。具体的にはこの役割を担うのは、南相馬や多治見市で行われているような多職種連携による巡回相談や児童発達支援事業所の職員による保育園・幼稚園への訪問支援である。しかし、このような巡回が活発になればなるほど、「今日はどこの巡回がきているのか分からぬ」といった現場の悩みも強くなる。これを解消するためには、各関係機関の連携をスムーズにしていく必要があるが、そのような調整のために「発達支援室」のような組織を行政の中に設置することは可能であろう。

小規模市において最も少ないリソースである児童精神科医の役割は、3階部分となるであろう。具体的には、児童発達支援事業所の職員の専門性向上のために、症例検討や療育のアドバイスを行うことや、巡回相談のチームのメンバーと症例検討を行うことは可能であろう。これにより、地域の専門家の育成に関わることが地域の児童精神科医には求められていると言えよう。

つなぎの支援に関しては以下のようなことが考えられる。発見から継続的な支援に至るまでの、相談・調整、アセスメントに児童精神科医が全例において関与して行くことは困難である。多くの地域ではこのようなつなぎの支援において、心理職が大きな役割を果たしており、健診の場や相談・調整の場における心理職の配置は不可欠である。また、就学以降支援に関しては、就学移行支援シートを活用している地

域もあり、このような定型的な情報のフォーマットと小規模市の強みを生かした顔の見える支援を組み合わせたハイブリッドな支援システムが可能であることが示唆される。

E. 結論

小規模市における発達障害支援システムの比較検討を行った。小規模市では、医療型の大規模な療育施設を持つ事は難しく、発見と診断が直接結びつかない支援システムをとらざるを得ない。しかし、療育へのつなぎの支援である「相談・調整の場」の整備や、巡回相談の充実、そして定型的なフォーマットと顔の見える引き継ぎを組み合わせた就学移行支援を行うことは、十分に可能であることが示唆される。むしろ、小規模市であるからこそ、多職種の「顔の見える」連携により、生活の場におけるきめ細やかな支援ができる可能性が秘められている。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 関 正樹：小規模市における発達障害支援システムの比較検討, 第5回日本児童青年精神医学会総会, 2015.9.30 (パシフィコ横浜)

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

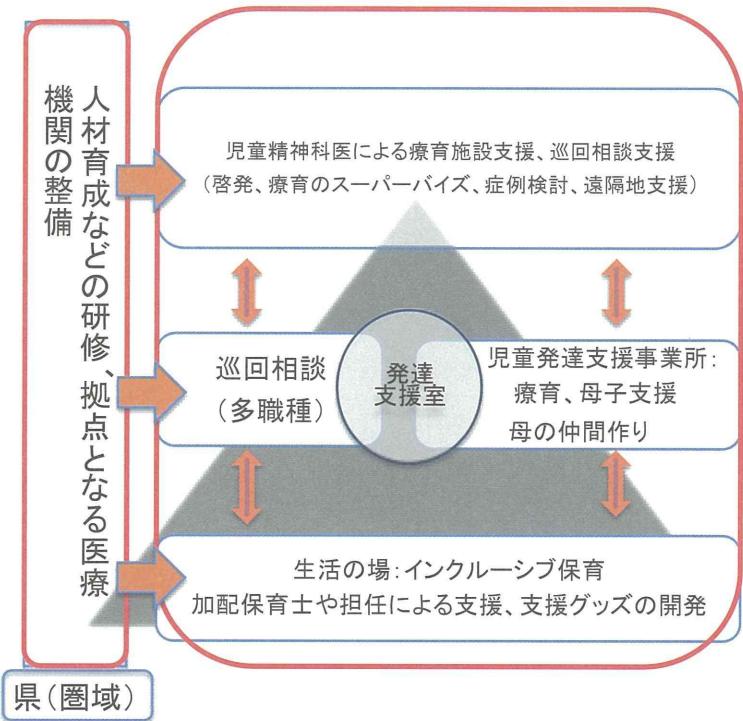
H. 参考文献

- 1) 本田秀夫: 小規模市における地域特性の検討; 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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 pp323-327
- 2) 関正樹: 小規模市における発達障害支援システムの比較; 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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 pp329-338
- 3) 内山登紀夫: 福島県浜通における発達障害の気づきと支援に関する研究2; 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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・分担研究報告所 pp427-433

表 1

	療育機関	診療医療機関や 医療との関わり
糸島市	市の公的サービスとして、所属する保健師を中心に保育士、発達心理士の多職種による集団個別療育を運営	支援継続後、順次児童精神科医による診療を受けるシステム その他大学病院、クリニックなど
多治見市	多治見市発達支援センター(児童発達支援事業所) ことばの教室 計4力所 保育園・幼稚園との並行通園が多い	大湫病院 (岐阜県東濃圏域の指定医療機関のひとつ) 県立多治見病院 多治見市民病院など
瑞浪市	瑞浪市子ども発達支援センター(児童発達支援事業) 一力所 保育園・幼稚園との並行通園が多い	大湫病院 (岐阜県東濃圏域の指定医療機関のひとつ) 県立多治見病院 多治見市民病院など
山梨市	児童発達支援センター 1力所 幼児は並行通園となる	山梨県こころの発達総合支援センターを中心に、いくつかの医療機関が担っている
南相馬市	のびっこらんど愛愛など3力所	福島県発達障害者支援センター(郡山)の他 民間単科精神科病院 クリニックなどが担う
高山市	高山市立あゆみ学園 第二あゆみ学園 など計6力所の児童発達支援事業所が点在 保育園・幼稚園との並行通園が多い	飛騨地域発達障害専門外来 地域療育支援事業(高山市) (児童精神科医、ST、OT、PTなどのチームの訪問事業)

図 1



II-4. 標準的な評価指標に関する研究

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
支援の実態と評価のあり方に関する研究

分担研究報告書

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

分担研究者

神尾 陽子 ((独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者

本田 秀夫 (信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部)

大澤 多美子 (浅田病院、広島市こども療育センター)

内山 登紀夫 (福島大学人間発達文化学類)

外岡 資郎 (鹿児島県こども総合療育センター)

村松 陽子 (京都市児童福祉センター)

石飛 信 ((独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

山口 穂菜美 ((独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders:以下 ASD）は、発達早期からの支援が必要な発達障害であり、そのためには ASD の早期診断が重要となる。しかし、本邦では 3 歳以下を対象とした、実用的な ASD 早期診断ツールが確立されていない。また、ASD には、発達早期から多彩な併存症が認められ、ASD 児者の社会適応や長期予後に影響を与えることが明らかとなってきたがって中核症状・併存症状双方の観点から ASD の早期診断をすすめ、幼児期から個別ニーズに応じた支援体制を確立していくことが今後の重要課題である。このような背景から、Matson (米国) らは、17-37 ヶ月の乳幼児を対象とした、ASD 早期診断ツールとして、The Baby and Infant Screen for Children with aUtlsm Traits (以下 BISCUIT) を開発した。BISCUIT は、ASD 診断(Part1)と併存症評価(Part2, 3)の 3 つの Part からなり、中核症状・併存症双方の観点から児の評価を行う評価面接ツールである。本研究では、BISCUIT の日本語版を作成し、本邦での信頼性・妥当性を検証することを目的とする。H27 年度は、昨年度に引き続き、“国際共同研究プロトコール”に準じてデータ収集を行い、計 76 名のデータを得た。解析の結果、内的一貫性を示す Cronbach の α 係数は Part1, 2, 3 でそれぞれ $\alpha = .959, .938, .795$ といずれも高く、十分な内的一貫性を有していると考えられた。Part1 総スコアと M-CHAT 不通過項目数（専門家評定・養育者評定）との Pearson の積率相関係数はそれぞれ、 $r = .462$ （中程度の相関）、 $r = .737$ （強い相関）であり、収束的妥当性(convergent validity)が示された。また、Part2, 3 総スコアと SDQ(Strength and Difficulties Questionnaires) の total difficulty スコアとの Pearson の積率相関係数はそれぞれ、 $r = .713, .656$ とともに高い正の相関関係が認められ、その収束的妥当性(convergent validity)が示された。以上の結果より、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、臨床現場での有用性が期待される。

A. 研究背景と目的

自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders: ASD）は、発達早期から生涯に渡る支援が必要な発達障害である。ASD児・者の発達を促進し、症状を軽減するためには発達早期からの介入が重要であり、そのためにはまずASDの早期診断を発達早期に行う必要がある。ASDの医学的診断に関しては、熟練した専門医によるASDの中核症状（社会性の障害、コミュニケーションの障害、こだわり）の評価による臨床診断が黄金基準とされているが、評価尺度に基づき、施設間や評定者間で客観的な診断評価を行うことは、臨床に有用であるだけでなく、多施設共同研究や、国際間での比較を可能とし、研究の発展に必須であることから、早期診断のための評価尺度の整備が必要である。現在、ASD早期診断目的の評価尺度として、親からの聴取に基づき評価するThe Autism Diagnostic Interview-Revised（ADI-R）、対象児の行動観察に基づき評価するThe Autism Diagnostic Observation Schedule（ADOS）などがあるが、使用するためにはトレーニングを受ける必要があり、特にADI-Rの実施時間は約2時間と長く、日本では、乳幼児を対象とした自閉症的行動特性を客観的に評価する実用的な尺度は乏しく、臨床や研究で使用する際のバリアとなっている。こうした事情を鑑み、2004年に日本で開発された日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度（PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS）は問診をベースに幼児から成人まですべてのライフステージにおける広汎性発達障害の特徴を尋ねるもので、伊藤ら(2012)はADI-Rを外的基準としてその妥当性を検

証した。2012年には質問項目の解説部分の文言のみテキスト改訂して、テキスト改訂版（Pervasive Developmental Disorders Autism Spectrum Disorders Rating Scale - Text Revision）に移行した。現在、PARSおよびPARS-TRは幼児対象として使用すると30分から1時間程度以内で終了できる簡便さから日本で広く使われている。しかしながら、その信頼性および妥当性は3歳以降の幼児を対象としたもので、現在、早期診断の主たる対象である2歳前後の幼児に適切な項目がほとんど含まれていない。1歳6ヶ月時の乳幼児健診でASDが強く疑われた後、フォローして2歳前後でまず診断評価を行い、以降は定期的にモニターして最終的に3歳以降で確定診断するといった流れが望ましいが、早期発見できたケースを高い信頼性と妥当性を持って診断評価する際の標準的ツールは本邦で前述のADI-RとADOS以外には存在しない。これらは優れた評定尺度であるが、先に述べた臨床現場になじみにくい面がある。このため、2歳児に適応できる、比較的簡便で臨床場面で使いやすい、信頼性と妥当性の高いASD評価尺度の開発が求められている。

さらに、ASDは、中核症状に加え、注意欠如/多動性障害・不安障害・チック・強迫性障害・感覚過敏・睡眠障害・気分障害・カタトニアなど多種類の併存症が、高頻度に認められ、ASDの臨床像を複雑にしている。このような併存症はASD児者の日常の社会適応に大きな影響を及ぼし、長期予後を左右する因子となることがわかつてきた(Kamio et al., 2013)。まだ併存症の発症時期やその経過については明らかになっていないが、我々の先行研究で5歳児にはすでに

年長児と同程度に多種類の併存症が、同程度に高頻度にみられることが明らかになり、さらに2歳前後の行動特徴がある程度それを予測しうる可能性が示された（神尾ら,2014）。早期から途切れないASD支援を計画するうえで、併存症の現われを見逃さず、その程度を的確に評価することは適切なタイミングで支援を始め、慢性化、重症化を防ぐためにも重要である。しかしながら、国内外においてASDの併存症を包括的に評価するための臨床評価尺度として確立されたものではなく、このことが併存症の介入への遅れに繋がる要因の一つと考えられる。したがって中核症状・併存症状双方の観点からASDの早期診断をすすめ、幼児期から個別ニーズに応じた支援体制を確立していくことが今後の重要な課題である。

そうしたなかで、ASDの中核症状・併存症状双方の観点からASDの早期診断を行う際の診断用ツールとして、Matsonらによって開発されたthe Baby and Infant Screen for Children with aUtlsm Traits（BISCUIT）は、2-3歳前後の幼児（月齢17-37カ月）に特化してあまり評価に時間と負担をかけずに実施できるように作成されており、有用性のエビデンスが蓄積されつつある（Matson et al., 2009, 2011a, 2011b; Rojahn et al., 2009）。BISCUITは、13項目から成る行動観察項目に加えて、親からの聴取にもついてASDを他の発達障害から区別し、自閉症的行動特性を量的に評価するPart1（62項目：20-30分程度）、ASDに付随しやすい不安などの情緒面の問題や多動などの併存症を評価するPart2（57項目）、ASDに付随しやすい問題行動を評価するPart3（15項目）から構成される。BISCUITの利点とし

て、ADI-RやADOSより短時間で実施でき、それらに含まれない併存症や問題行動も評価できる包括的診断が可能となる点が挙げられる。本邦での導入を想定すると、乳幼児健診の事後健診など発達を専門とする小児科医や児童精神科医の包括的診断を助けると期待される。また、現在、開発者のMatsonらを中心として妥当性検証の国際比較研究が始まっており、日本での検証がなされれば、将来、国際比較が容易になる。

本研究は、BISCUIT日本語版の作成と信頼性・妥当性の検証を目的とする。H25年度は評価尺度およびそのマニュアルの日本語訳と原著者とのバックトランスレーションの手続きを完了し、本研究班の研究代表者を含む複数の分担研究者を、本研究の研究協力者として計画を立て、協力者の所属するすべての機関の倫理委員会の審査を経て本研究計画の承認を受けた。H26年度は、以下に示した“国際共同研究プロトコール”に準じた研究計画を遂行し、計49名のデータ収集を行い、多国間比較研究のためのデータとしてBISCUIT開発者提出するとともに、独自に中間解析を行い、学会発表を行った。H27年度は、BISCUIT日本語版の信頼性・妥当性の検証に向け、H26年度に引き続きさらなるデータ収集を行い（～H27年8月31日）、最終解析を行うこととした。

B. 研究方法

【対象】

対象は、ASDあるいは発達の遅れ/障害を疑われて紹介された17-37カ月の幼児である。対象児は、小児科医あるいは健診で指摘を受けた幼児のうち、保護者から研究協力の同意が得られた者とする。

【除外基準】

- ・身体障害、感覺障害のあるものや、その他主治医が合併症や治療経過により不適切と認めたもの。

【手続き】

評定者 A (BISCUIT による評価担当), A 以外の評定者 (BISCUIT の情報以外の臨床情報により総合臨床診断を担当) による対象者の評価を行う。

→双方とも経験のある医師あるいは臨床心理士が担当。

1. 全員にDSM-IVおよびICD-10のチェックリストを用いて診断評価を実施する。
(⇒A以外の評定者)
2. 全員にM-CHATを実施する（親回答および専門家評価）。注) M-CHATは2歳まででしか妥当性が検証されていない(Kamio et al., 2014)が、本研究では研究用としてその年齢幅を超えた対象児に対しても全員に実施する。(⇒A以外の評定者)
3. すでに発達検査が終了している場合はその結果を転記する。まだ発達検査がなされていない場合には新K式発達検査を実施する(やむを得ない場合には他の検査や親回答のKIDSでも可)。(⇒A以外の評定者)
4. 全員にBISCUIT観察13項目の評定を実施する。(⇒評定者A)
5. 全員に、残りのBISCUITを完了する(フェイスシート、Part 1, Part 2, Part 3)。(⇒評定者A)
6. 定型発達以外のハイリスク児に対してのみ、SDQ(Strength and Difficulties Questionnaires)2-3歳用(25項目)を実施

する。

【SDQについて】

SDQは, Goodmanによって開発された、幼児期から青年期までの適応と精神的健康の状態を包括的に把握するための質問紙である(Goodman, 1997)。25問という少ない項目数で、幼児期から青年期にかけての適応と精神的健康の状態を包括的に評価できることから欧米諸国をはじめ多くの国々で使用されている。5つの下位尺度(情緒、行為、多動・不注意、仲間関係、向社会性)によって構成され、3件法で評価する。情緒、行為、多動・不注意、仲間関係の合計得点で、総合的な困難さを表す Total Difficulties Score (TDS) を算出する。向社会性は得点が高いほど適応が良く、その他の下位尺度と TDS は得点が高いほど適応が悪いことを意味する。日本語版については、4-12歳を対象にした保護者評価(Matsuishi et al., 2008) や、7-15歳を対象にした保護者評価と教師評価(Moriwaki & Kamio, 2013)などの先行研究において、妥当性・信頼性が確認され、臨床群及び境界群を抽出するためのカットオフ値が報告されている。

7. BISCUITの結果に基づいて臨床診断を行う。
 - 自閉性障害
 - PDD-NOS
 - 非定型発達 (非ASD)