

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

分担研究報告書

発達障害早期支援に対する地方自治体の取り組みに関する研究

研究分担者 神尾陽子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所  
児童・思春期精神保健研究部

**研究要旨**

今日、発達障害の早期発見・早期支援は世界共通の課題とされているが、支援を必要とする発達障害児の多くは実際に支援サービスを受けるまでに長期のタイムラグがあり、地域への定着は不十分である。地域での早期発見・早期支援を整備するためにさまざまな研修が実施されて久しいが、実際に地域で提供される早期発見と早期支援の実態は不明である。市町村でのサービス拡充を行うには都道府県の役割が重大であり、またその責務は法律に謳われているところあるが、実際に都道府県がそれぞれの地域をどのように把握し、どのような措置をとっているかについては不明である。本研究は、これらを明らかにし、自治体の支援施策が実際の早期発見や早期支援の実施にどのように影響するかを検討することを目的として行われた。分析の対象はかかりつけ医等研修の実施を予定している 52 の都道府県および指定都市の障害保健福祉担当課から得られた行政データである。結果から、1.6 健診での標準的アセスメントの導入に関して、都道府県（指定都市を含む）によって情報の把握の程度、取り組みの姿勢に違いがあった。1.6 健診での要観察児の発見率は都道府県によって大きなばらつきがあり、サービス提供の効率の観点で発達障害リスクの把握の精度を見直す必要が示唆された。また、1.6 健診で標準的アセスメントの導入を進めている都道府県ではそうでないところと比べて、発達支援事業所の数が有意に多かった。これらより、都道府県が市町村での早期発見・早期支援を推進する責務を負っていることを踏まえると、その役割が適正に遂行されているかどうかを検証するための行政データは現状では乏しく、今後は適切な評価指標となりうるサービス関連の情報の集約と地域で部署を横断して長期的に追跡してデータを収集し検証しうるシステムの構築が必要と考えられる。

## A . 研究目的

今日、発達障害の早期発見・早期支援は世界共通の課題である。わが国の発達障害者支援法（平成 17 年施行）の第三条においても「国及び地方公共団体は、発達障害の症状の発現後..(中略)..発達障害の早期発見のため必要な措置を講じるものとする」のように国及び地方公共団体の責務としてその対策を講じることが明記されていた。平成 28 年 8 月 1 日に施行された「発達障害者支援法の一部を改正する法律」(以下「改正法」)には、市町村は早期発見と早期支援を講じなくてはならないこと、そして都道府県はそのための体制整備や技術指導、助言、専門性の向上に必要な措置を行うこと、などが明確に謳われた。また第五条では、早期支援を受ける主体が保護者だけでなく、児童にあることが明記された。

一方、研究と臨床のギャップは未だ埋められておらず、発達障害児とその保護者への対応は数少ない専門機関に依存した状態から脱却しておらず、エビデンスに基づく支援や治療が地域に定着していないことが国内外を問わず世界共通の社会的課題となっている。なかでも自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder: ASD)は、近年の研究成果から診断可能年齢が 2 歳前後と早くなったことや早期支援が QOL の向上や社会参加を促進するというエビデンスが蓄積されてきたことなどから、2013 年には、WHO 理事会は包括的かつ連携した ASD 支援の地域への定着を一層促進するために、ASD 施策を国レベルの心の健康施策の一環として推進すること、合意のなされたエビデンスのある研究成果の実装に必要な予算を配分すること、当事者や家族を含むすべてのステークホルダーが施策、立法、サービス立

案の過程に関与すること、など社会実装を優先的な目標とすることを明確に謳った報告書を採択した(WHO, 2013)。

翻って日本では、発達障害者施策の一環として国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部で早期発見と早期支援に特化した研修（平成 20 年～）が実施されてきた他、全般的な発達スクリーニングとして機能してきた 1 歳 6 ヶ月健診の機会にチェックすべき推奨項目として、ASD 早期兆候があらたに取り上げられるなど（平成 26、27 年乳幼児健康診査の保健指導テキストへの記載、平成 24 年母子健康手帳への項目追加）の取り組みを受けて、徐々に全国の市町村で ASD の早期発見の取り組みが進んでいる。M-CHAT (The Modified Checklist for Autism in Toddlers)は、世界的に最もよく用いられている ASD の早期発見ツールであり、日本での信頼性と妥当性が実証されている唯一の早期発見ツールであるが、厚生労働省が把握している範囲では、平成 26 年度では 124 市町村で、平成 27 年度では 212 市町村で実施されている（全体の 12.3%と推定される）。これよりエビデンスに基づく早期発見の市町村への定着は不十分なことが窺える。エビデンスのない早期発見は、当然ながら、その有効性が不明で、適切な支援サービスの提供に役立つかどうか疑問があるため、国は M-CHAT の導入を推奨しているところである。また、早期支援については、今日、支援事業所数は増えているが、提供されている支援内容の量や質に踏み込んだ実態は不明である。

こうした状況において、都道府県の役割は市町村での早期発見と早期支援を整備するうえで大きいと考えられるが、どのような措置をとっているかについては不明である。本

研究は、都道府県の早期発見・早期支援の取り組みとそのサービスとの関連について得られたデータをもとにそれらの関連を調べることを通して、既存の行政データから何がわかるか、何が不足しているかを調べ、また今後の自治体の発達障害施策の推進を効率的にすすめるために、どのような行政データを用いて、どのような検証が必要かを考察した。

## B．研究方法

「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業（以下かかりつけ医研修）」（平成 28 年度に厚生労働省が創設）の実施を予定し、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部実施の発達障害医学研修早期総合支援研修を受講した、または受講を予定している 52 の都道府県および指定都市の障害保健福祉担当課から、研修申し込みの際に事前課題として提出を求めている情報を 2 次的に用いた。用いた項目は、M-CHAT の普及の有無、1 歳 6 ヶ月健診で把握された要観察児の割合（1 割未満、1-3 割、3-5 割、5 割以上）と事後フォローの頻度（月 1 回以上、1 回/1-3 ヶ月、1 回/3 - 6 ヶ月、6 ヶ月以上に 1 回） 都道府県および指定都市内の療育資源の事業所数の合計、当該年度中のかかりつけ医の実施予定の有無、であった。

## C．& D．研究結果と考察

**自治体の把握状況：**表 1 に示すように、早期発見に関する情報（M-CHAT の普及の有無、1 歳 6 ヶ月健診で把握された要観察児の割合）については約 7 割の行政担当者の回答があった（図 1）。 のフォロー頻度については、6 割弱から回答があった（図 2）。

の事業者数については把握できていない

自治体が大半を占めた。 のかかりつけ医研修を年度内に予定している自治体は 6 割を超え、残りも次年度以降に検討していると回答された。要観察児の割合の最頻値は 1-3 割、要観察児のフォロー頻度の最頻値は 1 回/1-3 ヶ月であった。要観察から診断評価を受けて支援につながった場合、あるいは診断前に支援につながった場合には健診後のフォローは通常なされないことを考えると、フォローされるケースは要観察とされたにもかかわらず、何らかの理由で早期に支援につながらなかったケースを対象としていると推測される。そうした未支援ケースを主たる対象として、大多数の自治体においては 1 ヶ月から 3 ヶ月に 1 回の頻度で電話、家庭訪問、来所相談、親子教室、保育所等への訪問などさまざまな方法でフォローをしていると報告された。図 3 は、要観察児の割合を回答のあった 3 パターンで分けて、それぞれのフォロー頻度を示したものである。発見率が 1 割未満というのは、海外で報告される知的障害、そしてそれ以外の発達障害の有病率をわが国にも当てはめると、きわめて非典型的でその発見の精度に疑いが残る。このような自治体は 8 つあったが、そのフォロー頻度は、多数グループの 1-3 割を発見した自治体よりも低値であったが、有意差はなかった。少ない要観察児は比較的重度のケースが多く含まれ、そうしたケースは支援につながりやすいのかもしれない。これらの自治体での平均事業所数は他の自治体と比べて有意に多くなかったため、他と発達障害の発症率が変わらないと仮定すると要支援ニーズが満たされていない発達障害児が多く潜在する可能性が考えられる。こうした地域では、就学後に発達障害が初めて診断される割合が高くないかどうか、学校不応答で医学的治療を要したり、不登校になるケース数が多いかど

うか、いじめ件数が多くないかどうか、追跡データで児童の心理社会的予後が他地域と比べて悪くなっていないかどうか確認する必要がある。そうでないとすれば、発見率が低い理由を特定する必要があるだろう。

一方、要観察児が健診受診児の3-5割にものぼると報告した4自治体のフォロー頻度は、発見率が1-3割だった自治体と比べて有意に低かった(ANOVA,  $p < .05$ )。またこれらの自治体の事業所数には有意差がなかったことから、健診での発達スクリーニングがフォローできない、あるいは必要ないといずれかの時点で判断された児童を含むような非効率的なものになっていないか、検証する必要がある。偽陰性率が高いことはスタッフの過剰な負担であると同時に、養育者にとっても負担となる。さらに真に支援を要するケースへの対応に影響を及ぼす可能性もあり、見直しがされねばならないであろう。

**自治体の M-CHAT の普及・導入と、早期発見・早期支援との関連：** について回答のあった36自治体について、都道府県が研修などして使用を推奨したり、普及が始まっている場合を「普及・導入あり」(20自治体)として、それ以外を「普及・導入なし」(16自治体)とする群分けを行い、各群の早期発見と早期支援に関する実態( )や研修の準備の有無( )に関する集計結果を表2に示した。回答の有無、回答の分布についてカイ二乗分析を用いて、事業所数の平均については  $t$  検定を用いて、それぞれの群間差の検定結果も表2に示した(有意水準  $p = .05$ )。

M-CHAT の普及・導入がなされていると回答した20自治体のうちの1/3が全項目、すなわち M-CHAT 尺度を「標準的な方法で」用いることを推奨し導入していた。残りの2/3の自治体では、一部の項目を導入と回答されており、詳細は不明であるが、M-CHAT

それ自体を用いるのではなく、既存の健診に不足しているチェック項目を M-CHAT のなかから識別力が高い項目(Kamio et al., 2015)を選んで追加すると、健診項目の改訂がなされたことが窺われる。これまでシステムティックにチェックしていなかった1歳前後での社会的発達マイルストーン、すなわち逆から見ると ASD 早期兆候ともなりうる児の行動観察に慣れるという点では、M-CHAT の一部項目を恣意的に選んで1.6健診に取り入れることも役立つかもしれない。そうしたステップを踏みながら、早期の社会的な発達への目をこやし、早期からの支援の大切さについて経験を通して支援職にあるスタッフ全員そして行政担当者に理解してもらうことも重要と考える。将来の乳幼児健診の標準化のためには統一した尺度を用いることが望ましいが、現時点では全項目を導入している自治体はまだ限られることが明らかになった。一部項目の導入で実際に効果があったのか、また全項目導入のバリアが何であるかについては、今後調査を行い、明らかにしていく必要がある。

表2からは、M-CHAT 導入あり群となし群とでは、要観察児の割合、フォロー頻度、かかりつけ研修の実施予定、の各項目の回答に有意差はなかった。またこれらの項目への回答の有無(多くの場合、把握できていないと説明がされていた)についても有意な群間差はなかった。早期発見の実態を知るには、要観察児の割合の区分が大きすぎ、大多数の自治体が1-3割と回答したため、発見率に群間差がなかったものと考えられる。この数値は発達障害全体を粗くとらえるには妥当と思われるが、その後の発達評価がどのように行われ、個々のケースの支援ニーズが把握されたのか、そして適切な支援が提供されたのか、については今回の調査では調べられてお

らず、また現状では自治体はその情報を把握できていない(少なくとも行政担当部署と共有できていない)ことが回答率の低さから窺われた。また一部の自治体はおおまかな把握のプロセスに重大な課題があることもうかがわれた。事業所数は、M-CHAT 導入群では導入なし群よりも有意に多くの事業所が報告された。この調査では、児童人口当たりの事業所数を計算していないのでこれ以上の解釈はできないが、早期発見に M-CHAT を導入した地域では地域内の事業所数が増えたにもかかわらず、導入していない地域と変わらない頻度で要観察児へのフォローが続けられていることがわかった。1.6 健診後の要観察児の特徴に群間差がないかどうか、つまり自治体の方針によって、支援を受ける子どもの数やタイプ、特徴、そして支援サービスの量と質に違いがないかどうかについては、今後明らかにする必要がある。

## E . 結論

- 1 . 1.6 健診での標準的アセスメントの導入に関して、都道府県(指定都市を含む)によって取り組みの姿勢に違いがあり、担当部署が情報を把握していない都道府県も少なくなかった。
- 2 . 1.6 健診での要観察児の把握の程度は、都道府県によって大きなばらつきがあった。高い要観察児を報告した自治体ではフォロー頻度が低く、1.6 健診での発達障害リスクの把握の方法を精度の点から見直す必要が示唆された。
- 3 . 1.6 健診で標準的アセスメントの導入を進めている都道府県における発達支援事業所の数は、導入を市町村にまかせていて都道府県として方針を出していないところと比べて、有意に多かった。
- 4 . 都道府県が市町村での早期発見・早期

支援を推進する責務を負っていることを踏まえると、必要な情報の把握を業務として徹底する必要があると同時に、早期発見が早期支援サービスの提供、そして子どもや家族の QOL の向上に役立っているのかについて、長期的に追跡して検証できるデータ収集システムが自治体に実装される必要があると考えられる。

## 参考文献

- Inada, N., Koyama, T., Inokuchi, E., Kuroda, M., & Kamio, Y. (2011). Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 330-336.
- Kamio Y, Inada N, Koyama T, Inokuchi E, Tsuchiya K, Kuroda M. (2014). Effectiveness of using the Modified Checklist for Toddlers with Autism in two-stage screening of autism spectrum disorder at the 18-month health check-up in Japan. *J Aut Dev Disord*, 44 (1), 194-203, DOI 10.1007/s10803-013-1864-1.
- Kamio Y, Haraguchi H, Stickley A, Ogino K, Ishitobi M, Takahashi H. (2015). Brief Report: Best Discriminators for Identifying Children with Autism Spectrum Disorder at an 18-month Health Check-Up in Japan. *J Aut Dev Disord*, 45(12), 4147-4153. DOI: 10.1007/s10803-015-2527-1.
- 神尾陽子 (2017). 子どもの心の健康を学校で育て、守る：教育と医療を統合した心の健康支援. 叢書 23 子どもの健康を育むために—医療と教育のギャップを克服する— pp.100-114. 編集 神尾陽子・桃井眞里子・児玉浩子・山中龍宏・高田ゆり子・衛藤隆・

原寿郎・水田祥代 日本学術協力財団, 東京.  
Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., &  
Green, J. A. (2001). The Modified  
Checklist for Autism in Toddlers: an  
initial study investigating the early  
detection of autism and pervasive  
developmental disorders. *Journal of  
Autism and Developmental Disorders*,  
31(2), 131-144.  
World Health Organization, Executive  
Board. Resolution Executive Board 133.  
R1 (2013). Comprehensive and  
coordinated efforts for the management of

autism spectrum disorders.  
[http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/images/b133\\_r1-autism\\_resolution\\_approved\\_by\\_eb133.pdf](http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/images/b133_r1-autism_resolution_approved_by_eb133.pdf) (accessed 16 October 2016)

**F . 健康機器情報**  
特になし

**G . 研究発表**  
なし

表1 回答状況

	M-CHAT 導入	要観察児の割合	フォロー頻度	事業所数	年度内研修実施
回答あり	36 (69.2)	35 (67.3)	30 (57.7)	17 (32.7)	34 (65.4)
回答なし	16 (30.8)	17 (32.7)	22 (42.3)	35 (67.3)	18 (34.6)
合計	52	52	52	52	52

表2 発達障害早期発見への取り組み (M-CHAT 普及) 別にみた都道府県および指定都市の支援状況

	M-CHAT 普及・ 導入あり N=20	M-CHAT 普及・ 導入なし N=16	
<b>1.6 健診への M-CHAT 導入</b>			
全項目	5	0	
一部のみ	15	0	
<b>要観察児 (発達) の割合</b>	回答あり N=18	回答あり N=12	n.s.
1 割未満	6 (30.0%)	2 (12.5%)	n.s.
1-3 割	11 (55.0)	7 (43.8)	
3-5 割	1 (5.0)	3 (18.8)	
5 割以上	0 (0)	0 (0)	
回答なし	2 (10.0)	4 (25.0)	
<b>フォローの頻度</b>	回答あり N=9	回答あり N=8	n.s.
月 1 回以上	0 (0)	1 (6.2%)	n.s.
1 回/1-3 ヶ月	7 (35.0)	6 (37.5)	
1 回/3 - 6 ヶ月	2 (10.0)	1 (6.2)	
6 ヶ月以上に 1 回	0 (0)	0 (0)	
回答なし	11 (55.0)	8 (50.0)	
<b>事業所数</b>	回答あり N=11	回答あり N=9	
平均(SD)	124.3(137.6)	102.6(148.8)	$p < .001$
範囲	3-446	1-468	
回答なし	9 (45.0)	7 (43.8)	n.s.
<b>かかりつけ医研修の年度内実施</b>	回答あり N=19	回答あり N=15	
あり	12 (60.0)	10 (62.5)	n.s.

なし	7 (35.0)	5 (31.3)
回答なし	1 (5.0)	1 (6.2)

図1 1.6 健診での要観察児の割合 (N=30、22 自治体からは回答なし)

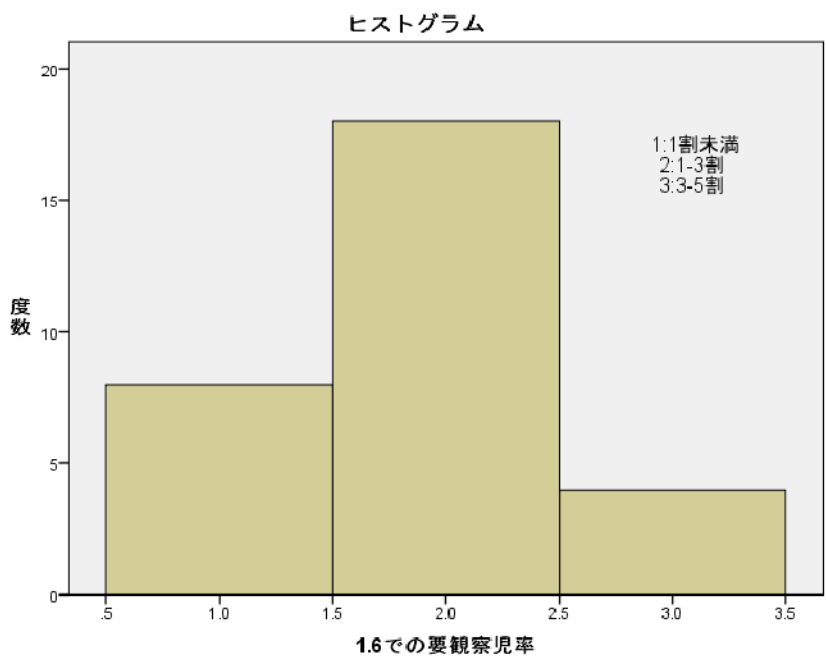


図2 1.6 健診後の要観察児へのフォロー頻度 (N=17、35 自治体からは回答なし)

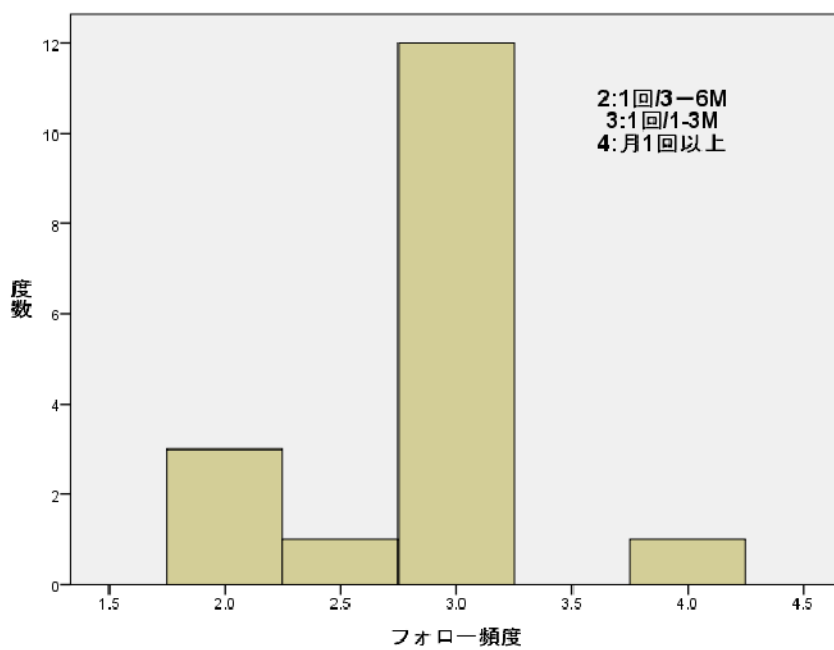
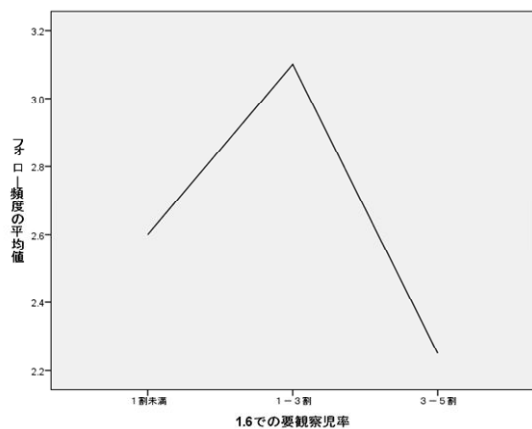




図3 要観察児発見割合とフォロー頻度の関係



1-3割と報告した自治体と、3-5割と報告した自治体のフォロー頻度は有意差が認められた(ANOVA,  $p < .05$ )。それ以外には有意さはなかった。