

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

発達障害の原因，疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

平成30年度 総括・分担研究報告書

（H30－身体・知的－一般－002）

研究代表者 本田 秀夫

平成31（2019）年3月

目 次

I. 総括研究報告	
総括研究報告書	1
研究代表者	本田 秀夫
II. 分担研究報告	
II-1. 疾患・障害の情報データベースに関する先行事例の実態調査	7
研究代表者	本田 秀夫
研究分担者	野見山 哲生
研究分担者	篠山 大明
II-2. 原因に関する調査・研究の収集および分析	13
研究分担者	土屋 賢治
II-3. 発達障害の疫学に関する情報の収集および分析	17
研究分担者	篠山 大明
II-4. 成人の発達障害に関する調査・研究の収集と分析	
A) 最近 10 年間に於ける診断概念の整理と国外に於ける研究テーマの動向 の整理ー成人発達障害を中心にー	21
研究分担者	内山 登紀夫
研究協力者	谷 里子, 宇野 洋太
B) わが国の成人発達障害臨床の現状ーエキスパートインタビューよりー ...	42
研究分担者	内山 登紀夫
研究協力者	志賀 利一
C) 成人自閉症スペクトラムの鑑別診断	57
研究分担者	内山 登紀夫
研究協力者	武士 清昭
D) 成人期の ADHD のアセスメント	63
研究分担者	内山 登紀夫
研究協力者	稲田 尚子

E) ADI-R と ADOS-2, CARS2 -----	67
研究分担者 内山 登紀夫	
研究協力者 稲田 尚子	
F) 地域包括支援センターにおいて発達障害が疑われた中・高年事例の検討	72
研究分担者 内山 登紀夫	
研究協力者 志賀 利一	
G) 強度行動障害に関係する過去 10 年間の障害福祉施策と研究 -----	76
研究分担者 内山 登紀夫	
研究協力者 志賀 利一	
H) 「当事者団体, 当事者同士の活動支援」に関する調査研究 -----	85
研究分担者 内山 登紀夫	
研究協力者 日詰 正文	
D) 成人発達障害のデイケアー文献検討ー -----	87
研究分担者 内山 登紀夫	
研究協力者 武士 清昭	
J) 成人発達障害者の支援者教育ー公認心理師についての課題と諸外国との 比較検討ー -----	91
研究分担者 内山 登紀夫	
研究協力者 稲田 尚子	
II-5. 国内の複数の拠点における発達障害の定点観測システムの構築に関する 研究ーその 1. 候補自治体における縦断的疫学調査ー -----	96
研究代表者 本田 秀夫	
研究分担者 篠山 大明	
A) 発達障害の特性をもつ学童の横浜市港北区における悉皆調査 -----	104
研究代表者 本田 秀夫	
研究協力者 清水 康夫, 岩佐 光章, 原 郁子, 大久保 菜奈子, 今井 美保	
B) 福岡市東区と糸島市における発達障害の疫学調査研究 -----	116

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 山下 洋, 香月 大輔, 宮崎 仁

C) 学校における支援ニーズの把握と医療機関の疫学データに関する研究 --124
—豊田市における実態—

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 若子 理恵, 神谷 真巳, 佐伯 裕司,
新美 恵理子

D) 函館市における発達障害支援の継時的推移に関する研究 ----- 131

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 廣瀬 三恵子, 高橋和俊, 須佐 史信,
加藤 知子, 高橋 実花

E) 松本市における発達障害児とその家族に対する継続的な支援の実態と
評価のあり方に関する研究 ----- 149

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 原田 謙, 養和 路子, 山田 慎二, 吉崎 洋介

F) 福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究 (いわき市) ----- 154

研究代表者 本田 秀夫
研究分担者 内山 登紀夫
研究協力者 川島 慶子

G) 福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究 (南相馬市) ----- 167

研究代表者 本田 秀夫
研究分担者 内山 登紀夫
研究協力者 川島 慶子

H) 福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究 (会津若松市) --176

研究代表者 本田 秀夫
研究分担者 内山 登紀夫
研究協力者 川島 慶子

D) 岐阜県多治見市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究 186

研究代表者 本田 秀夫

研究協力者 関 正樹, 伊藤 友子, 元吉 史昭,
中野 正大

J) 岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究 --192

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 関 正樹, 伊藤 友子, 元吉 史昭,
中野 正大

K) 山梨市における発達障害の子どもの支援ニーズの継時的推移に関する
追跡調査 ----- 199

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 金重 紅美子, 片山 知哉, 上田 美穂,
中嶋 彩, 坂本 美枝, 加々美 修,
畠山 和男, 青柳 閣郎, 池田 久剛,
宇藤 千枝子, 相原 正男, 山縣 然太郎

L) 名古屋市における発達障害の子どもの割合 ----- 208

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 山田 敦朗

II-6. 学校における発達障害の支援ニーズ把握のシステム化の方法論の検討 ----- 213

研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 笹森 洋樹

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 217

発達障害の原因，疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室教授）

研究要旨：本研究の目的は，発達障害の原因や疫学に関する国内外の調査・研究等の収集と分析を行い，継続的に情報を蓄積・公表していくためのデータベースの仕組みを提案することである。(1) 疾患・障害の情報データベースに関する先行事例の実態調査（本田秀夫，野見山哲生，篠山大明），(2) 原因に関する調査・研究の収集および分析（土屋賢治），(3) 発達障害の疫学に関する情報の収集および分析（篠山大明），(4) 成人の発達障害に関する調査・研究の収集と分析（内山登紀夫），(5) 国内の複数の拠点における発達障害の定点観測システムの構築に関する研究（本田秀夫），(6) 学校における発達障害の支援ニーズ把握のシステム化の方法論の検討（本田秀夫）の 6 領域について，調査・研究を行った。

発達障害に関する情報データベースは，国内外ともにまだ十分に整えられてはいないが，アメリカの CDC および国立がんセンターの先行事例は参考になると思われた。収集すべき研究については，近年論文の絶対数が増えていた。疫学では，ASD の有病率データが上昇傾向にあり，定期的なアップデートが必要と思われた。成人期の発達障害に関する研究は児童期に比してまだ少ないが，成人期特有の問題への注目が高まっていることがわかった。今後，国内の複数の拠点で定期的に発達障害の統計データをモニターする体制をつくっていくことが求められる。その際には，医療機関だけでなく学校においても通常業務統計の一環として発達障害およびその疑いのある子どもたちの実態を把握し，データを蓄積できる体制づくりが必要である。

研究分担者

土屋 賢治	浜松医科大学	特任教授
篠山 大明	信州大学	准教授
内山登紀夫	福島大学	教授
野見山哲生	信州大学	教授

A. 研究目的

本研究の目的は，発達障害の原因や疫学

に関する国内外の調査・研究等の収集と分析を行い，継続的に情報を蓄積・公表していくためのデータベースの仕組みを提案することである。

2018 年に国際疾病分類 (ICD) が第 11 版へ改訂され，今後わが国でも障害対策の見直しが必要となる。そこには，国内外の調査・研究から得られたエビデンスが反映されるべきである。発達障害については，国立

障害者リハビリテーションセンター内の発達障害情報・支援センターや国立特別支援教育総合研究所内の発達障害教育推進センターに、国内外の研究データ・統計データの情報データベースを蓄積し、ウェブサイト等で公開していく役割が期待されるが、まだ体制が十分には整っていない。

本研究では、発達障害に関する調査・研究を収集・分析して発達障害支援・情報センターで公表するためのデータベースを構築するとともに、国内の複数の拠点で継続的に発達障害の実態を定点観測してデータを集約する仕組みのあり方を検討する。研究代表者の本田は、「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 25～27 年度)¹⁾および「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」(平成 28～29 年度)²⁾という 2 つの厚生労働科学研究で、発達障害の有病と支援に関する実態の全国調査を医療、保健、福祉、教育、行政と連携して実施した。研究会議には、発達障害情報・支援センター職員が毎回参加した。研究分担者の内山は、上記本田班を含む 2 つの厚生労働科学研究で、発達障害者支援センターや精神科クリニックを対象として発達障害の成人例の支援ニーズの全国調査を行った。これらの体制を引き継ぐことで、本研究を行うための基盤がすでに確保されている。

B. 研究方法

1. 疾患・障害の情報データベースに関する先行事例の実態調査(本田, 野見山, 篠山)

発達障害の原因や疫学に関する国内外の研究の最新情報を継続的に収集・分析し、医

療、保健、福祉、行政、統計学などの専門的見地から情報を整理したデータベースを恒常的に蓄積するシステムを構築することを念頭に、諸外国の国立機関等にすでに設置されている発達障害に関する調査・研究データベースの実態を調査した。さらに、発達障害以外の領域における先行事例として、国立がん研究センターの「がん情報サービス」における情報データベース構築の実態についても調査した。

2. 原因に関する調査・研究の収集および分析(土屋)

データベース構築に必要な情報を把握するために発達障害の病因を論ずる研究の動向を 2001 年までさかのぼって調査するとともに、発達障害の病因論について特にどの領域にフォーカスを当てるべきかについての検討を行った。

3. 発達障害の疫学に関する情報の収集および分析(篠山)

データベース構築に必要な情報を把握するために発達障害の疫学に関するエビデンスのレビューを行ったうえで、データ収集の手段について検討を行った。

4. 成人の発達障害に関する調査・研究の収集と分析(内山)

成人の発達障害に関する調査・研究の文献レビューを行うとともに、英国、TEACCH およびアメリカの成人発達障害の現状について調査を行った。さらに、地域包括センター等の福祉機関、代表的な医療機関へのヒアリングを行った。

5. 国内の複数の拠点における発達障害の定点観測システムの構築に関する研究（本田）

平成25～27年度および平成28～29年度に本田が研究代表者を務めた厚生労働科学研究で発達障害の疫学調査を継続的に行った自治体を中心に、医療、保健、教育、福祉、行政の多領域連携が確保でき、疫学調査を行う条件を備えた自治体を全国から抽出し、試行的に同じ研究デザインによる疫学調査を実施した。

6. 学校における発達障害の支援ニーズ把握のシステム化の方法論の検討（本田）

わが国で学校における発達障害の支援ニーズを把握し、医療・教育の包括的な研究・統計情報データベースとして活用できるようにするためのシステム化の方法論について検討するための予備的調査を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は文献収集、ヒアリングおよび疫学調査であり、研究対象者への侵襲的介入はない。5の疫学調査については、研究代表者および各自治体の基幹施設における研究協力者は、情報収集を行うことについて信州大学医学部および各基幹施設の倫理審査を受け、情報収集を行う医療機関においてオプトアウトの手続きをとった。

C. 研究結果

1. 疾患・障害の情報データベースに関する先行事例の実態調査（本田、野見山、篠山）

障害別に見ると、ASD、ADHD、LD、言語症、その他の障害、発達障害全体のすべてについてページを作成していたのは、アメ

リカの疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention; CDC）と国立特別支援教育総合研究所発達障害教育推進センターだけであった。CDCはASD、ADHD、トゥレット症、神経発達症全体についての項で、研究や統計に関するページを含んでいた。それ以外の障害については、啓発情報は掲載していたものの、研究や統計に関するデータは掲載していなかった。

国立障害者リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センターおよび国立特別支援教育総合研究所発達障害教育推進センターのウェブサイトでは、それぞれ厚生労働省や文部科学省の研究助成事業等で行われた研究成果のサイトへのリンクなどはあったが、それ以外の研究の紹介や疫学的な情報は掲載していなかった。

国立がん研究センターの一般向け情報ウェブサイトである「がん情報サービス」を運営するのはがん情報提供部である。がん情報提供部では、がんに関連する情報や支援プログラムの作成、活用支援、普及／均てん化に関する活動を行っている。

疫学等の統計データについては「がん登録・統計サイト」へのリンクが貼られており、2016年1月から開始されたがん登録の情報がここで公開されていた。

2. 原因に関する調査・研究の収集および分析（土屋）

自閉スペクトラム症（ASD）、注意欠如・多動症（ADHD）の病因研究の両方に共通して、①論文の絶対数が経年的に増えている、②従来の主役であった遺伝学的研究や心理学的研究から神経科学的研究が主流になりつつある、ことが明らかになった。これ

らの動向を読み解き、また重要な総説を通して、以下の領域における病因論のエビデンスレベルを詳細に検討すべきであること、またそれをデータベースに収載すべきであることが明らかになった(①遺伝因子、②胎生期・周産期因子、③母親の生活関連因子、④環境因子)。

3. 発達障害の疫学に関する情報の収集および分析(篠山)

現存するエビデンスは、注意欠如・多動症の有病率に関しては明らかな経時的な増加を示していないが、自閉スペクトラム症の有病率に関しては世界的な著しい増加を示していた。疫学情報のデータベースでは、このような経時的変化を反映するためにデータを定期的にアップデートすることが求められており、恒常的な疫学データ収集を可能にする仕組み作りの必要性が窺われた。

4. 成人の発達障害に関する調査・研究の収集と分析(内山)

成人の発達障害に関する調査・研究の文献レビューにより、①地域をベースにした成人発達障害の疫学調査は海外においても少ないこと、②精神科病院や司法施設における疫学調査が重視されていること、③精神科合併症についての議論が増大していること、④老年期の発達障害について関心が高まっていることなどが明らかになった。

地域の高齢者を中心とした福祉相談の最寄りの窓口として全国に設置されている地域包括支援センターにおいて、少ないながら発達障害者の相談事例があることがインタビューから確認された。

5. 国内の複数の拠点における発達障害の定点観測システムの構築に関する研究(本田)

横浜市、福岡市、豊田市、函館市、松本市、いわき市、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市、会津若松市において、平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの子どもたちを対象とした発達障害の疫学調査を行った。このコホートについては、平成25～27年度および平成28～29年度に本田が研究代表者を務めた厚生労働科学研究で発達障害の疫学調査を継続的に行い、小学1年生から6年生までの縦断的な疫学データの推移をみることができた。その他、名古屋市において新たな調査を行った。

6. 学校における発達障害の支援ニーズ把握のシステム化の方法論の検討(本田)

長野県教育委員会が定期的に行っている発達障害に関する実態調査の概要についてインタビュー調査を行った。

また、現在の学校現場で発達障害がどの程度問題とされているかを把握するため、全国連合小学校長会に連絡をとり、同会の資料を入手し、分析した。

D. 考察

発達障害に関する最新の研究や統計情報とリンクさせている情報データベースはまだ少ないが、アメリカのCDCのウェブサイトは先行事例として参考にすべきと思われた。CDCでは、ADHD、ASD、Developmental Disorders、Tourette Syndromeに関するページのなかに国内外の調査・研究の情報を集約するとともに、米国内の複数の拠点で継続的に定点観測され

た有病率等のデータを掲載し、定期的にアップデートしていた。これは、発達障害の一般啓発だけでなく、研究および施策に活用しやすい環境を提供するものとして、評価できる。

一方、がんに関しては、国立がん研究センターの情報ウェブサイトは、国内のがん登録制度とリンクして集約された情報データベースをほぼリアルタイムに「がん情報サービス」で提供し、一般啓発だけでなく研究や施策にも活用できるよう公開していた。その仕組みが稼働する背景として、「がん情報提供部」といった部署と人員の配置があると思われた。

研究のレビューでは、ASD, ADHD の両方におおむね共通した研究動向がみえた。すなわち、論文の絶対数が経年的に増えていること、従来の主役であった遺伝学的研究や心理学的研究から神経科学的研究が主流になりつつあることである。

疫学研究のレビューでは、ADHD の有病率は明らかな経時的な増加を認めていないのに対し、ASD の有病率は著しい増加がみられていることが明らかとなった。経時的变化を反映するためのデータの定期的なアップデートの必要性が示唆された。

成人期の ASD および ADHD の支援のあり方として、障害の中核症状に限らず、生活全般の支援が必要であること、身体健康の管理の支援が必要であることが示唆された。このことから、今後の発達障害臨床は知的障害の有無に係わらず、認知発達のアンバランスや遅れを伴う人々の幼児期から老年期までのニーズに適合した、これまで以上に多領域の専門家が共同で取り組む臨床実践や研究の蓄積が必要であると示唆された。

平成 25～27 年度および平成 28～29 年度に本田が研究代表者を務めた厚生労働科学研究で行っていた発達障害の疫学調査を今回も継続したことによって、複数の地域で特定の学年のコホートについて小学 1 年生から 6 年生まで継続的、定期的に有病率、発生率の推移を調べることができた。医療機関と学校とで同時に同じコホートを縦断的に調査するという研究デザインは、国際的にも類を見ない貴重なものである。これまでは、厚生労働科学研究の研究班という形で実施していたが、今後はこれを複数の自治体で医療情報、学校情報ともに通常業務統計の一環として集計し、個人情報を排した形で集約した情報データベース構築のシステムをつくることの可能性について検討していく必要がある。

教育に関する調査からは、発達障害のある子どもおよびその疑いのある子どもの実態の把握を学校で定期的に行うことが、わが国の発達障害対策においてきわめて重要であることが示唆された。行政の通常業務の一環として定期的の実態調査を行う体制が、今後全国の都道府県で整備されることが望まれる。

E. 結論

発達障害に関する情報データベースは、国内外ともにまだ十分に整えられてはいないが、アメリカの CDC および国立がんセンターの先行事例は参考になると思われた。

収集すべき研究については、近年論文の絶対数が増えている。疫学では、ASD の有病率データが上昇傾向にあり、定期的なアップデートが必要である。

成人期の発達障害に関する研究は児童期に比してまだ少ないが、成人期特有の問題への注目が高まっている。

2018。

今後、国内の複数の拠点で定期的に発達障害の統計データをモニターする体制をつくっていくことが求められる。その際には、医療機関だけでなく学校においても通常業務統計の一環として発達障害およびその疑いのある子どもたちの実態を把握し、データを蓄積できる体制づくりが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表 別紙参照
2. 学会発表 別紙参照

G. 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

H. 参考文献

- 1) 本田秀夫(研究代表者):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。厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))平成25年度～平成27年度総合研究報告書(H25-身体・知的-一般-008), 2016。
- 2) 本田秀夫(研究代表者):厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野):発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究-平成28年度～29年度総合研究報告書(H28-身体・知的-一般-001),

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害の原因，疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

疾患・障害の情報データベースに関する先行事例の実態調査

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室教授）

研究分担者 野見山 哲生（信州大学医学部衛生学公衆衛生学教室教授）

研究分担者 篠山 大明（信州大学医学部精神医学教室准教授）

研究要旨：発達障害の原因や疫学に関する国内外の研究の最新情報を継続的に収集・分析し，医療，保健，福祉，行政，統計学などの専門的見地から情報を整理したデータベースを恒常的に蓄積するシステムを構築することを念頭に，諸外国の国立機関等にすでに設置されている発達障害に関する調査・研究データベースの実態を調査した。さらに，発達障害以外の領域における先行事例として，国立がん研究センターの「がん情報サービス」における情報データベース構築の実態についても調査した。発達障害に関する国内外の既存の公的情報ウェブサイトの調査では，最新の研究や統計情報とリンクさせている先行事例はまだ少なく，今後の参考になると思われたのは，アメリカの CDC のウェブサイトのみであった。一方，がんに関しては，国立がん研究センターの情報ウェブサイトは，本研究の向かうべき方向性を示唆していた。すなわち，国内のがん登録制度とリンクして集約された情報データベースをほぼリアルタイムに「がん情報サービス」で提供し，一般啓発だけでなく研究や施策にも活用できるよう公開していた。その仕組みが稼働する背景として，「がん対策推進アクションプラン 2005」等の国の方針をもとに推進された診療データの登録システムの整備と，それを国の情報ウェブサイトにリンクさせることを円滑に行うための「がん情報提供部」といった部署と人員の配置があると思われた。

A. 研究目的

発達障害への関心は国内外で高く，わが国でもすでに発達障害に関わる医療，教育，福祉のサービス供給が需要に追いつかない状況が続いている。発達障害の原因や疫学に関する研究も次々に行われ，学術論文も多数出版されている。2018 年に国際疾病分類（ICD）が第 11 版へ改訂され，今後わが国でも発達障害対策の見直しが必要となる。そこには，国内外の調査・研究

から得られたエビデンスが反映されるべきである。しかし，一般向けに研究や統計の概況をアップデートしながら公開し，施策に反映できるような情報データベースは，まだ十分に整備されていない。

本研究の目的は，発達障害の原因や疫学に関する国内外の研究の最新情報を継続的に収集・分析し，医療，保健，福祉，行政，統計学などの専門的見地から情報を整理し

たデータベースを恒常的に蓄積するシステムを構築することを念頭に、諸外国の国立機関等にすでに設置されている発達障害に関する調査・研究データベースの実態を把握することである。さらに、発達障害以外の領域における先行事例として、国立がん研究センターの「がん情報サービス」における情報データベース構築の実態についても調査した。

B. 研究方法

1. 発達障害に関する公的情報ウェブサイトの調査

発達障害に関する情報を収載している可能性のある公的情報ウェブサイトとして、アメリカの国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health; NIMH), 国立小児保健発育研究所 (National Institute of Child Health and Human Development; NICHD), 疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention; CDC), イギリスの国民保健サービス (National Health Service; NHS), わが国の国立障害者リハビリテーションセンターに設置された発達障害情報・支援センター (以下、「国リハ」), および国立特別支援教育総合研究所内に設置された発達障害教育推進センター (以下、「特総研」) のウェブサイトアクセスし、発達障害に関してどのような情報が掲載されているかを調べた。

わが国における行政用語としての発達障害は、ICD-10 の F8 および F9 に含まれる障害を指す。しかし、DSM-5 および ICD-11 では、ICD-10 とは異なる分類の仕方が採用され、発達障害に関しては「神経発達症群 (neurodevelopmental disorders)」とい

うグループが提唱された。これに含まれる群は ICD-10 の F8 および F9 とは完全には一致しない。今後は、神経発達症群を中心として発達障害関連の検討が進められることが予想される。

今回は、上記の公的情報ウェブサイトにおいて、神経発達症群に含まれる障害のうち、比較的頻度の高い自閉スペクトラム症 (ASD), 注意欠如・多動症 (ADHD), 限局性学習症 (LD), 言語症について、それ単独を取り上げたページが含まれているかを調べ、その他の障害および神経発達症群全体として取り上げたページがあるかどうかと合わせて調査した。

さらに、これらのウェブサイトの中に、研究に関する情報や国内あるいは国際的な統計データに関する情報が掲載されているかどうかを検討した。

2. 国立がん研究センターにおけるヒアリング調査

わが国で、すでに研究や統計に関するデータをデータベース化して公開している公的情報ウェブサイトの先行事例として、国立がん研究センターの「ガン情報サービス」について調査した。調査はウェブサイトの閲覧に加えて、国立がん研究センターに訪問し、同ウェブサイト管理を担当しているがん対策センター職員にヒアリング調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、患者を対象とした調査ではない。

C. 研究結果

1. 発達障害に関する公的情報ウェブサイトの調査

NIMH, NICHD, CDC, NHS, 国リハ, 特総研のウェブサイトにおける発達障害に関する情報の内容を比較したものを表 1 に示す。

障害別に見ると, ASD, ADHD, LD, 言語症, その他の障害, 発達障害全体のすべてについてページを作成していたのは, CDC と特総研だけであった。

何らかの発達障害に関する研究や統計に関する情報を掲載していたのは, NIMH と CDC のみであった。このうち NIMH は ADHD にかんする情報ページでのみ統計情報を掲載していた。CDC は ASD, ADHD, トウレット症, 神経発達症全体についての項で, 研究や統計に関するページを含んでいた。それ以外の障害については, 啓発情報は掲載していたものの, 研究や統計に関するデータは掲載していなかった。

国リハおよび特総研のウェブサイトでは, それぞれ厚生労働省や文部科学省の研究助成事業等で行われた研究成果のサイトへのリンクなどはあったが, それ以外の研究の紹介や疫学的な情報は掲載していなかった。

以下では CDC のウェブサイトにおける ASD, ADHD, 発達障害全体に関する研究および統計の情報の掲載について検討した。

CDC のウェブサイトでは, “Diseases & Conditions”の項の中にアルファベット順の索引が設けられている。そこに含まれている項目のうち, 神経発達症群に関連するのは, ADHD, Autism, Developmental Disabilities, Mental Retardation, Tourette Syndrome の 5 項目であった。

ADHD のページには, “What is ADHD?”, “Symptoms and Diagnosis”, “Treatment”, “Materials and Multimedia”, “Research”, “Data and Statistics”, “Articles and Key Findings”, “Recommendations”, “What’s New?”, “State Information”, “Supporting Children with ADHD”という項目が設定され, それぞれ別のページが用意されている。

Autism のページには, “What is Autism Spectrum Disorder?”, “Screening & Diagnosis”, “Treatment”, “Materials and Multimedia”, “Research & Tracking”, “Data & Statistics”, “Articles”, “About Us”, “Developmental Milestones”, “Community Report”, “Study to Explore Early Development”, “Autism Case Training”という項目が設定され, それぞれ別のページが用意されている。

Developmental Disabilities のページには, “Facts”, “Research & Tracking”, “Resource Center”, “Links to Other Websites”, “Specific Conditions”, “Articles”, “Multimedia & Tools”, “About Us”という項目が設定され, それぞれ別のページが用意されている。“Specific Conditions”の下位項目には ADHD や ASD も含まれており, それぞれ前述のページへのリンクがつけられている。下位項目の 1 つである Intellectual Disability は Mental Retardation のページへのリンクとなっているが, そのページは PDF となっている。また, 言語症と学習障害はこのページからのリンクがそれぞれ 1 ページずつ設定されているのみであり, 研究や統計のデータは掲載されていない。

表1. アメリカ, イギリス, 日本における発達障害に関する公的情報ウェブサイトの比較

	ASD	ADHD	LD	言語症	その他	発達障害全体
アメリカ						
NIMH	△	○	—	—	—	—
NICHHD	△	—	△	—	△	—
CDC	○	○	△	△	○	○
イギリス						
NHS	△	△	△	△	△	—
日本						
国リハ	△	△	△	△	—	△
特総研	△	△	△	△	△	△

○：研究／統計データのページがある

△：情報サイトはあるが研究／統計データはない

—：情報サイトがない

Tourette Syndrome のページには, “What is Tourette Syndrome?”, “Research & Tracking”, “Data and Statistics”, “Free Materials”, “Concerns & Conditions”, “Articles”, “Education & Training”, “Real Stories”, “Children’s Mental Disorders: A Journey for Parents and Children”, “Diagnosing TS”, “Resources for Families”, “Bullying”という項目が設定され, それぞれ別のページが用意されている。

以上より, CDC のウェブサイトの中で研究情報や疫学等の統計データに関するページを含んでいたのは, ADHD, Autism, Developmental Disorders, Tourette Syndrome の4項目であった。

これらの項目における“Research”等のページでは, 必ず有病率の推定に関する解説,

原因に関する研究に関する解説, それらを調査するために進められているアメリカ国内あるいは国際的研究プロジェクトの紹介が, 一般の人たちにもわかるように記載されていた。有病率のデータは, 「自閉症および発達障害モニタリングネットワーク (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network; ADDM Network) のデータをもとに, アメリカのいくつかの州で定期的にモニタリングを行い, 縦断的に推移を観測してその情報を公開する仕組みが作られていた。

2. 国立がん研究センターにおけるヒアリング調査

2019年1月29日に国立がん研究センターがん対策情報センターを訪問し, 若尾文彦がん対策センター長, 高山智子がん情報

提供部長、早川雅代医療情報コンテンツ室長にヒアリング調査を行った。

がん対策情報センターは、国の「がん対策推進アクションプラン2005」(2005年8月)を受けて2006年10月に国立がんセンター(当時)に開設された。現在は、下部組織として、がん情報提供部、がん医療支援部、がんサイバーシップ支援部、がん統計・総合解析研究部、がん臨床情報部、たばこ政策支援部の6つの部とがん登録センターが設置されている。

正しい情報に基づいて国民のためのがん対策推進を支援することを目的として、(1) 全国がん登録・院内がん登録の運用と活用、(2) わが国のがん情報提供とがん相談支援体制の構築、(3) 全国のがん医療ネットワークのハブ機能の構築、(4) エビデンスに基づくがん対策の立案と評価の推進を行っている。

一般向け情報ウェブサイトである「がん情報サービス」を運営するのはがん情報提供部である。がん情報提供部では、がんに関連する情報や支援プログラムの作成、活用支援、普及／均てん化に関する3つの活動を柱に、がん情報提供基盤体制の構築や整備に関する活動を行っている。その3つの柱は、以下の通りである。

- (1) がん情報コンテンツ作成と迅速ながん情報の収集と作成・評価と更新体制の整備
- (2) がん情報コンテンツの活用環境の拡大と活用のための教育および支援
- (3) がん情報の普及とそのための広報およびネットワークづくりの支援

コンテンツの内容は、一般向け(約1,500ページ)、基礎データ(約14,000ページ)、医療関係者向け情報(約1,600ページ)か

ら構成されている。

疫学等の統計データについては「がん登録・統計サイト」へのリンクが貼られており、2016年1月から開始されたがん登録の情報がここで公開されている。

研究に関する情報は、原因探索的な研究より臨床試験に関する情報に比重が置かれている。

ウェブサイトへのアクセス数は、2012年11月が約200万PV/月であったのが、2018年2月には約500万PV/月となり、約2.5倍の増加となっている。

コンテンツの作成は、企画の段階でエビデンスを確認し、編集委員会および専門家査読、患者・市民パネルの査読を経て承認され、データを作成して公開するというプロセスを経ており、企画から情報公開まで半年～3年かかるとのことであった。

D. 考察

発達障害に関する国内外の既存の公的情報ウェブサイトの調査では、最新の研究や統計情報とリンクさせている先行事例はまだ少なく、今後の参考になると思われたのは、アメリカのCDCのウェブサイトのみであった。

CDCでは、ADHD, ASD, Developmental Disorders, Tourette Syndromeに関するページのなかに国内外の調査・研究の情報を集約するとともに、米国内の複数の拠点で継続的に定点観測された有病率等のデータを掲載し、定期的にアップデートしていた。これは、発達障害の一般啓発だけでなく、研究および施策に活用しやすい環境を提供するものとして、評価できる。

わが国の発達障害情報・支援センターお

よび発達障害教育推進センターのウェブサイトも、一般啓発のための基本情報は充実していた。研究の紹介も行われていたが、それぞれ担当省庁関連で行われた国内の研究の紹介が中心であり、国内外の学術雑誌や学会等の動向にまで目を向けた形のレビューは行われていなかった。

一方、がんに関しては、国立がん研究センターの情報ウェブサイトは、本研究の向かうべき方向性を示唆していた。すなわち、国内のがん登録制度とリンクして集約された情報データベースをほぼリアルタイムに「がん情報サービス」で提供し、一般啓発だけでなく研究や施策にも活用できるよう公開していた。その仕組みが稼働する背景として、「がん対策推進アクションプラン2005」等の国の方針をもとに推進された診療データの登録システムの整備と、それを国の情報ウェブサイトにリンクさせることを円滑に行うための「がん情報提供部」といった部署と人員の配置があると思われた。

E. 結論

発達障害に関する情報データベースは、国内外ともにまだ十分に整えられてはいない。その中ではアメリカのCDCは先行事例として参考になると思われた。

一方、わが国の国立がん研究センターを中心として構築されている「がん情報サービス」にがん登録制度がリンクしている方式は、今後の発達障害の情報データベースのシステム構築のあり方を示唆するものであった。

謝辞：ご多忙のところ早くヒアリング調査にご協力くださった国立がん研究センター

の若尾文彦先生、高山智子先生、早川雅代先生、本研究に貴重なご助言をいただいた発達障害情報・支援センターの西牧謙吾先生に、心より御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 別紙参照
2. 学会発表 別紙参照

H. 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

I. 参考文献

NIMH ウェブサイト

<https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>

NICHD ウェブサイト

<https://www.nichd.nih.gov/>

CDC ウェブサイト

<https://www.cdc.gov/>

NHS ウェブサイト

<https://www.nhs.uk/>

発達障害情報・支援センターウェブサイト

<http://www.rehab.go.jp/ddis/>

発達障害教育推進センターウェブサイト

http://icedd_new.nise.go.jp/

国立がん研究センターがん対策情報センターウェブサイト

<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/index.html>

国立がん研究センターがん情報サービス

<https://ganjoho.jp/public/index.html>

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害の原因，疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

原因に関する調査・研究の収集および分析

研究分担者 土屋 賢治（浜松医科大学子どもこころの発達研究センター）

研究要旨

本研究の目的は，発達障害に関する情報のデータベース構築に必要な発達障害の原因に関する情報を恒常的に収集するシステムを開発することである。本年度は，データベース構築に必要な情報を把握するために発達障害の病因を論ずる研究の動向を 2001 年までさかのぼって調査するとともに，発達障害の病因論について特にどの領域にフォーカスを当てるべきかについての検討を行った。

その結果，自閉スペクトラム症（ASD），注意欠如・多動症（ADHD）の病因研究の両方に共通して，①論文の絶対数が経年的に増えている，②従来の主役であった遺伝学的研究や心理学的研究から神経科学的研究が主流になりつつある，ことが明らかになった。これらの動向を読み解き，また重要な総説を通して，以下の領域における病因論のエビデンスレベルを詳細に検討するべきであること，またそれをデータベースに収載すべきであることが明らかになった（①遺伝因子，②胎生期・周産期因子，③母親の生活関連因子，④環境因子）。

A. 研究目的

発達障害のうち，自閉スペクトラム症の有病率の著しい増加は世界中の疫学研究で報告されており，専門家の関心が高い論点である。有病率増加が見かけ上のものであるとの議論がいまのところ優勢である一方，真の発生率の変化があるかどうかについてのコンセンサスがないうまま，発達障害の環境的リスク因子に関する知見が，昨今，国内外から集まっている状況は，今後の情報収集に一層の注力が必要であることを示唆

している。

本研究は，発達障害に関する情報のデータベース構築に必要な発達障害の原因・病因論に関するデータを恒常的に収集するシステムを開発することを目的としている。初年度である本年度は，研究の動向を 2001 年までさかのぼって調査するとともに，発達障害の病因論について特にどの領域にフォーカスを当てるべきかについての検討を行った。

B. 研究方法

1. 研究動向の調査

Web of Science データベース (Thomson Reuters) を用い、2001 年から 2018 年に至る発達障害の病因論研究の経時的動向調査を行った。

2. 研究領域の選定

1 の動向調査を受けて、注目すべき原因候補の絞り込みを行った。

C. 研究結果

1. 研究動向の調査

1. 1. 自閉スペクトラム症 (ASD)

Topic を Autism に設定して Web of Science における研究論文数を探索したところ、以下のような結果が得られた。

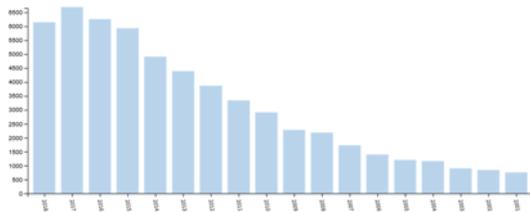


図 1. 自閉スペクトラム症 (ASD) の研究動向：年ごとの研究論文数

2018 年のみ研究論文数に低下がみられるが、これは本分担研究の Web 調査が 2019 年 2 月に行われたものであり、2018 年に上梓された論文がすべて網羅されていないことによる。このことを考えれば、2001 年以降、一貫して増加傾向にあることが明らかである。

ついで、これらの論文におけるキーワードを整理し、2001～10 年 (前期)，2011～15 年 (中期)，2016～18 年 (後期) の 3 期に分けてその動向を検討した。その結果、要約すると以下が明らかとなった。

- キーワード “Psychological

development” は前期において最も頻出するキーワードであったが (シェア 21%)，中期～後期にかけて徐々にその位置づけが低下し，後期ではシェア 17%まで低下した。

- キーワード “Neuroscience” は、2001 年から徐々にシェアを上げ、後期では最もシェアの大きい研究領域 (19%) となった。
- Genetic heredity は前期においても注目された生物学的病因論でありシェアも 9%と高かったが、中期～後期にかけて徐々にシェアを下げ、後期には 6%まで落ちている。
- 近年、自閉スペクトラム症の環境因子に注目が集まりつつある (シェアは 5%未滿)。

1. 2. 注意欠如・多動症 (ADHD)

Topic を (Inattent* OR hyperactive*) に設定して Web of Science における研究論文数を探索したところ、以下のような結果が得られた。

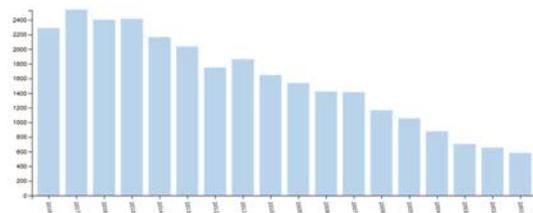


図 2. 注意欠如・多動症 (ADHD) の研究動向：年ごとの研究論文数

2018 年のみ研究論文数に低下がみられるが、これは本分担研究の Web 調査が 2019 年 2 月に行われたものであり、2018 年に上梓された論文がすべて網羅されていないことによる。このことを考えれば、2001 年以降、一貫して増加傾向にあることが明らかである。

ついで、これらの論文におけるキーワードを整理し、2001～10年（前期）、2011～15年（中期）、2016～18年（後期）の3期に分けてその動向を検討した。その結果、要約すると以下が明らかとなった。

- キーワード “Psychological development” は前期において最も頻出するキーワードであったが（シェア21%）、中期～後期にかけて徐々にその位置づけが低下し、後期ではシェア17%まで低下した。
- キーワード “Neuroscience” は、2001年から徐々にシェアを上げ、後期では最もシェアの大きい研究領域（17%）となった。

2. 研究領域の選定

2. 1. 自閉スペクトラム症（ASD）

シェアの高い領域に加えて、シェアが低くともエビデンスレベルの高い結果を出している領域から、以下をASDの原因因子候補として抽出した。この抽出に当たっての道しるべとして、Lyllら(2017) (1) による総説を参考にした。

- 遺伝因子
- 胎生期・周産期因子
 - 父親の年齢
 - 直前の分娩・妊娠からの間隔
 - 免疫学的因子（感染など）
 - 母親の医薬品使用
- 母親の生活関連因子
 - 葉酸、その他の栄養摂取
 - アルコール、喫煙
- 環境因子
 - 大気汚染
 - 内分泌かく乱因子

2. 2. 注意欠如・多動症（ADHD）

シェアの高い領域に加えて、シェアが低くともエビデンスレベルの高い結果を出している領域から、以下をADHDの原因因子候補として抽出した。この抽出に当たっての道しるべとして、Sciberrasら(2017) (2) およびCorteseら(2017) (3) の総説を参考にした。

- 遺伝因子
- 胎生期・周産期因子
 - 母親の年齢
 - 早産、低出生体重
 - 産科合併症
- 母親の生活関連因子
 - アルコール、喫煙
 - メンタルヘルス
 - 肥満
- 環境因子
 - 撥水剤（パーフルオロアルキル）など

D. 考察

本分担研究では発達障害の原因に関するデータベース構築に向けて、現存する研究の動向を検討し、注目すべき領域を絞ることに注力した。

研究動向の解析により、ASD、ADHDの両方におおむね共通した研究動向がみえた。すなわち、その動向とは、論文の絶対数が経年的に増えていること、従来の主役であった遺伝学的研究や心理学的研究から神経科学的研究が主流になりつつあることである。

本研究では2019年度、上記で選定された領域における先行研究の情報を一つ一つ紐解き、データベースに投入するための基礎

情報とする。次いで、集められた基礎情報をもとに、どのようにエビデンスとしての「信用度の判定」を行うかについて、方策を示す。

F. 参考文献

1. Lyall K, Croen L, Daniels J, Fallin MD, Ladd-Acosta C, Lee BK, et al. The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annu Rev Public*

Health. 2017;38:81-102.

2. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Current psychiatry reports*. 2017;19(1):1.

3. Cortese S, Tessari L. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: Update 2016. *Current psychiatry reports*. 2017;19(1):4.

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

発達障害の疫学に関する情報の収集および分析

研究分担者 篠山 大明（信州大学医学部精神医学教室）

研究要旨

本研究の目的は、発達障害に関する情報のデータベース構築に必要な疫学データを恒常的に収集するシステムを開発することである。本年度は、データベース構築に必要な情報を把握するために発達障害の疫学に関するエビデンスのレビューを行ったうえで、データ収集の手段について検討を行った。現存するエビデンスは、注意欠如・多動症の有病率に関しては明らかな経時的な増加を示していないが、自閉スペクトラム症の有病率に関しては世界的な著しい増加を示している。疫学情報のデータベースでは、このような経時的変化を反映するためにデータを定期的にアップデートすることが求められており、恒常的な疫学データ収集を可能にする仕組み作りの必要性が窺われる。そのために、既存の情報を用いた疫学データ収集の手段の検討が必要であり、乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査及び保険診療情報を用いた疫学調査の実現可能性について検討した。

A. 研究目的

発達障害の有病率や発生率に関する情報は日々更新されている。中でも、自閉スペクトラム症の有病率の著しい増加は世界中の疫学研究で報告されており、専門家の関心が高い論点である。有病率増加の原因として、診断概念の拡大と発見する感度の向上による見かけ上の増加が存在していることは確かであるが、真の発生率の変化の有無については不明な点が多い。発達障害の頻度の増減を正確に把握することは、危険因子や病因を研究する上で欠かせないことであり、国内外の疫学研究の動向を踏まえつつ厳密な方法に基づく疫学調査が今後実

施されることが求められる。また、発達障害と診断される背景には支援の必要性が存在しており、わが国において発達障害と診断される頻度の変化を捉えることは、適切な支援体制を実現するためにも重要である。

本研究は、発達障害に関する情報のデータベース構築に必要な疫学データを恒常的に収集するシステムを開発することを目的としている。初年度である本年度は、データベース構築に必要な情報を把握するために発達障害の疫学に関するエビデンスのレビューを行い、さらに、データ収集の手段について検討した。

B. 研究方法

1. 疫学に関するレビュー

PubMed データベースを用い、発達障害に関連する MeSH 用語と疫学、有病率、発生率に関連する MeSH 用語を組み合わせて文献検索を行い文献のレビューを行った。さらに、既存のメタ解析研究の結果も参照し、発達障害の有病率および発生率の傾向を調べた。

2. 乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査

既存の情報を用いた疫学データ収集の手段の一つとして、乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査を行った。具体的には、乳幼児健康診査によって 2009 年 4 月 2 日から 2012 年 4 月 1 日に長野県岡谷市にて出生していることが確認された児を対象とし、同市における児童精神医療を一手に担う信濃医療福祉センターでの診断情報をもとに、小学校就学時までの発達障害の累積発生率を算出した。

3. 保険診療情報を用いた調査

保険診療情報が格納されたナショナルデータベース (National Data Base, 以下 NDB) を用いて発達障害の疫学情報を収集することについて、実現可能性と限界を検討した。

C. 研究結果

1. 疫学に関するレビュー

1. 1 自閉スペクトラム症

アメリカ疾病管理予防センター (Centers for Disease Control and Prevention, 以下 CDC) の Autism and Developmental

Disabilities Monitoring (ADDM) Network の報告では、2014 年における米国の 11 地域の 8 歳児のうち 1.7% が自閉スペクトラム症と診断されている [1]。CDC の報告によると 2000 年における 8 歳児の自閉スペクトラム症の有病率は 0.67% であり、14 年間で大幅な増加を示している。さらに、同じく米国の National Health Interview Survey (NHIS) の 2014 年のデータでは、3-17 歳の 2.24% が自閉スペクトラム症と診断を受けていることが示されている [2]。デンマークにおける 1980-2012 年の出生コホートの調査 [3] では、縦断的に出生年別の累積発生率を調べた結果、出生年が遅いほど発生率が高くなることが示され、2000-2001 年に出生した対象者では 16 歳における累積発生率が 2.80% に達していることが示された。

ADHD に関しては、2013 年以前の 36 年間にわたる 179 件 (計 1,023,071 名の対象者) の有病率データを用いたメタ解析の結果、18 歳以下における有病率が 7.2% (95% 信頼区間: 6.7-7.8) であると報告されている [4]。これらのデータからは、ADHD の有病率は有意な経時的な増加を認めていないことが示されている。

2. 乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査

乳幼児健康診査の情報によって 2009 年 4 月 2 日から 2012 年 4 月 1 日の期間中に長野県岡谷市にて出生したことが確認された児は 1,255 名であった。そのうち、就学時までに自閉スペクトラム症と診断されたのは 37 名 (累積発生率 2.95%)、何らかの発達障害と診断されたのは 52 名 (累積発生率

4.14%)であった。

3. 保険診療情報を用いた調査

ICD-10 コード F7-9 に相当する各傷病名コードの各年度における都道府県、性、年齢階級の3次元集計表を用いた場合、保険診療情報における都道府県をもって該当する都道府県の住民と見做し、総務省統計局による人口統計情報から母数となる人数を調べることで、それぞれの診断における各年度の都道府県別、性別、年齢階級別の有病率を算出することが可能であると考えられた。

出生年度グループ別の発達障害の累積発生率を算出するには、国内で出生した者のうち診断がついた人数を該当する出生年度グループの出生人口で割る必要がある。しかし、NDBでは海外流出者や国内流入者を除外した診断者数を把握することはできないため、正確な累積発生率を算出することは困難である。

D. 考察

本研究では疫学情報のデータベース構築に向けて、現存するエビデンスのレビューと恒常的に疫学データを収集する方法について検討した。エビデンスのレビューから、注意欠如・多動症の有病率は明らかな経時的な増加を認めていないのに対し、自閉スペクトラム症の有病率は著しい増加がみられていることが明らかとなった。経時的変化を反映するためのデータの定期的なアップデートの必要性が示唆された。恒常的に疫学データを収集する方法として、既存の情報を用いた疫学データ収集の手段の検討を行った。乳幼児健康診査と医療機関のデ

ータを用いた調査では、調査地域における正確な有病率および発生率の算出が可能であったのに対し、保険診療情報を用いた疫学調査では簡便に全国規模の有病率調査が実施できる可能性が示された。

本研究における乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査では、特定地域で出生した児を乳幼児健康診査にて把握し、同地域の医療機関調査にて発達障害の診断情報を調べ、その地域における累積発生率を算出した。小学校就学時における累積発生率であったため、通常就学後に診断が確定する限局性学習症や注意欠如・多動症の累積発生率は低かったものの、自閉スペクトラム症の発生率は2.95%と、近年海外で報告されている有病率を上回る数値が得られた。

日本において報告される自閉スペクトラム症の有病率の高さは以前から指摘されている。2006年におけるシステマティックレビュー [5]によると、日本と北アメリカにおける自閉症の有病率を比較するとオッズ比3.60 (95%信頼区間 1.73-7.46)で日本における有病率が高かったと報告されている。平成25~27年度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」において実施された調査では、日本の多くの地域で未診断例も含めた発達障害の支援ニーズが小学1年生で少なくとも10%は存在することが指摘されている [6]。海外と比較して高い有病率が得られる理由は明らかではないが、調査となった対象集団の特徴の違いによる影響だけではなく、日本と他国の診断習慣の違いが存在する可能性も考えられる。海外のエビ

デンスを集めるだけでなく、日本における発生率や有病率データを恒常的に集めることの重要性が窺われる。

本研究では次年度、乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた発達障害の累積発生率の調査を継続し、さらに、保険診療情報を用いた発達障害の有病率の調査を実施する予定である。前者では、特定地域における正確な累積発生率の算出が可能である一方で、もともとデータベース化されていない情報を用いるためデータ収集にはコストが必要となる。したがって、今後同様の手段での恒常的なデータ収集を目指す場合は新たなシステム作りが必要となる。一方で後者では、すでにデータベース化された情報を用いて大規模な調査を実施できる利点はあるものの、保険診療情報の限られた内容からは出生地や居住地の詳細は確認できないという欠点がある。次年度、発達障害の疫学情報に関するデータベースを構築したうえで、改めて恒常的なアップデートを可能にするシステムについての検討が必要である。

F. 参考文献

1. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, Kurzius-Spencer M, Zahorodny W, Robinson Rosenberg C, White T, et al: Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ* 2018, 67:1-23.
2. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ: Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *Natl Health Stat Report* 2015:1-20.
3. Schendel DE, Thorsteinsson E: Cumulative Incidence of Autism Into Adulthood for Birth Cohorts in Denmark, 1980-2012. *JAMA* 2018, 320:1811-1813.
4. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P: Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015, 135:e994-1001.
5. Williams JG, Higgins JP, Brayne CE: Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Arch Dis Child* 2006, 91:8-15.
6. 関正樹, 本田秀夫, 山下洋, 内山登紀夫: 小規模市の地域特性に即した発達支援システムのあり方—まとめと提言—. 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—平成 25~27 年度総合研究報告書 (H25—身体・知的—一般—008), 212-218, 2016.

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

最近 10 年間に於ける診断概念の整理と国外に於ける研究テーマの動向の整理

—成人発達障害を中心に—

分担研究報告書

研究分担者 内山登紀夫 (大正大学社会心理学部)

研究協力者 谷里子(大正大学 人間学研究科 臨床心理学専攻)

研究協力者 宇野洋太(国立精神・神経医療研究センター)

研究要旨

成人期の ASD・ADHD に焦点をあて、最近 10 年間に於いてどのように診断概念や研究のトレンドが変化したのか、文献レビューによる検討を行い、今後の支援のあり方について検討した。

研究 1 では診断概念の整理・検討を行った。DSM-5(2013)や ICD-11(2018)が、発達障害を知的水準で分類せず、共通する特性をもった生来性の脳機能障害とし「神経発達障害」と新たに定義したこと、それに伴い診断の閾値に関する問題が近年議論されていること、脳機能障害・認知特性・行動特性を踏まえた支援の必要があること、成人の発達障害に関する重要テーマは女性の ASD・ADHD、触法発達障害者、ASD と ADHD の合併、ASD と統合失調症など精神疾患との鑑別と合併、ADHD の合併症、大学生の支援、成人期の身体健康管理や身体合併症、成人発症する ADHD の可能性などが注目されていることが示された。

研究 2 では、国外に於ける研究テーマの動向を検討した。ASD は障害に対する適切な診断・評価の研究から、生活の質の向上や家族の心理的ケア、当事者のニーズに対する教育・援助、抑うつや不安等の併存症の研究が増加していた。一方、ADHD は中枢神経刺激薬治療の効果・安全性の検証から、物質使用・依存が問題になるとともに抑うつや睡眠障害など併存症の研究が増加していた。ADHD では ASD と比較し、より生物学的内容の研究が多い傾向がみられた。

研究 1 および 2 の結果から、成人期の ASD および ADHD の支援のあり方として、障害の中核症状に限らず、生活全般の支援が必要であること、身体健康管理の支援が必要であることが示唆された。このことから、今後の発達障害臨床は知的障害の有無に係わらず、認知発達のアンバランスや遅れを伴う人々の幼児期から老年期までのニーズに適合した、これまで以上に多領域の専門家が共同で取り組む臨床実践や研究の蓄積が必要であると示唆された。

A. 研究目的

本報告では、成人期の ASD と ADHD を対象とし、最近 10 年間に於ける診断概念の整理(研究 1)、国外に於ける研究テーマの動向の整理(研究 2)に分けて研究を進め、今後の支援のあり方について考察した。

B. 研究方法と結果

研究 1 最近 10 年間に於ける診断概念の整理

方法：発達障害者支援法、DSM-5(2013)、ICD-11(2018)等の多様な発達障害概念について、特に最近 10 年の診断概念を整理した。成人期 ADHD 診断基準の緩和と診断閾値に関する文献、自閉症スペクトラム概念と閾値に関する文献、神経発達障害に共通した特性・原因・支援に関する文献、10 年の新たなトピックに関する文献をテーマに、それぞれ関連する主要な文献を検討し、特に日本の成人発達障害診療に重要と思われる点について概説した。

結果：最近 10 年間に於いて、我が国では発達障害者支援法の改正、DSM-5 の発刊(2013)、ICD-11 の公開(2018)が大きな変化を及ぼしており、これらの内容は従来に比して成人の発達障害を強く意識した内容になっていることが注目されていた。以下の内容は、(1)から(14)までのトピックで構成されており、(1)から(10)は診断概念の整理、(11)および(12)は神経発達障害に共通した特性、原因、支援、(13)および(14)は 10 年間の新たなトピックや今後の支援のあり方についてまとめている。

(1)発達障害者支援法に於ける定義

2005 年に施行され、2016 年に改正され

た発達障害者支援法第二条では発達障害と発達障害児・者、社会的障壁を以下のように定義している。なお 2016 年改正に於いて「社会的障壁により」の文言が追加された。

1. 「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であつてその症状が通常低年齢に於いて発現するものとして政令で定めるものをいう。

2. この法律に於いて「発達障害者」とは、発達障害がある者であつて発達障害及び社会的障壁により日常生活又は社会生活に制限を受けるものをいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち十八歳未満のものをいう。

3. この法律に於いて「社会的障壁」とは、発達障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会に於ける事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。

主な対象は自閉症スペクトラム(知的障害を伴う自閉症やアスペルガー症候群、高機能自閉症も含む)、ADHD、学習障害、チック/トゥレット症候群、発達性協調性運動障害、吃音(症)などである。

地域や専門家によっては発達障害を「知的障害を伴わない」障害であると暗黙に規定していることがあるが、自閉症では重度の知的障害も伴うことが少なくないし、ADHD は軽度の知的障害を伴うこともあり、知的な遅れがないということが前提ではないことに注意したい。

2016 年の改正では「切れ目のない支援」(基本理念)、「就労の支援」(10 条)、「大学

および高等専門学校における教育上の配慮」(8 条)など成人期の支援の関する項目が大幅に追加されたことが注目された。

(2)その他の定義

日本発達障害連盟[1]の定義は「知的障害を含む包括的概念であり、人間が生まれてから成長・発達していく過程において、何らかの原因によって、その発達過程が阻害され、運動、行動、認知、知能、言語など様々な機能に障害が起こること」とされており知的障害や脳性麻痺などが対象になる。日本発達障害連盟は実質的に知的障害を代表する団体であり、発達障害は知的障害の意味合いで使われることも少なくないことに注意すべきである。これは海外においても同様であり「国際知的・発達障害学会」(International Association for Special Study of Intellectual & Developmental Disability; IASSIDD [2])も Developmental Disability を対象にしているが主として議論されているのは知的障害や重症心身障害児・者である。

(3)CDC の定義[3]

アメリカの CDC(Center for Disease Control)の定義は「身体、学習、言語、あるいは行動の領域に障害のあるグループ」を指す。日本の発達障害よりずっと広範囲の障害を含む概念でアメリカ人の子どもの 6 人に一人がなんらかの「発達障害」を持つとされる。診断分類では ADHD、ASD、脳性麻痺、胎児性アルコール症候群、脆弱 X 症候群、聴力障害、知的障害、核黄疸、筋ジストロフィー、トゥレット症候群、視覚障害などを含む広い概念である。

このように発達障害という用語は多義的であり、どの定義で用いているかを明確にしないと混乱が生じる。IASSIDD においても成人期や高齢期の支援が大きなテーマになっている。後述する DSM-5、ICD-11 において知的障害は ASD や ADHD と同じ神経発達障害の親カテゴリーのもとに位置付けられている。このことは知的水準の程度の差はあっても ASD、ADHD、知的能力障害には共通する特性があり、支援のあり方も神経発達障害という視点を活用するという共通点があると考えられる。

(4)DSM-5(2013)のインパクト

DSM はアメリカ精神医学会が規定する診断と統計のためのマニュアルであるが、アメリカのみでなく日本を始め多くの国で使用されている影響力の強い基準である。DSM-IV(1994)、DSM-IV-TR(2000)で広汎性発達障害を「通常乳幼児期や児童期、思春期に初めて診断される」カテゴリーに分類し、このカテゴリーには分離不安障害なども含まれた。しかし、精神遅滞は第 1 軸に分類された。第 2 軸はパーソナリティ障害や精神遅滞を除いたすべての診断が含まれた。

2013 年に改定された DSM-5 では神経発達障害(Neurodevelopmental Disorders)というカテゴリーが新たに設定され、このカテゴリーのなかに知的能力障害(Intellectual Disabilities)、コミュニケーション障害(Communication Disorders)、自閉症スペクトラム障害(Autism Spectrum Disorder)、注意欠陥多動性障害(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)、特異的学習障害(Specific Learning Disorder)、運動

障害 (Motor Disorders)、チック障害(Tic Disorders),その他の神経発達障害 (Other Neurodevelopmental Disorders)が含まれるようになった。

DSM-5 の神経発達障害は発達期に特性が明らかになり、対人交流や学習、職業などの場面で何らかの障壁になる障害を総称したものである。この神経発達障害というカテゴリーは日本で発達障害支援法が対象にしたカテゴリーとほぼ一致する。大きな違いは DSM-5 では「知的障害」を対象にしているのに対して、発達障害者支援法は「(自閉症等を伴わない)知的障害」を対象にしている(知的障害を伴う自閉症は対象になる)という点であろう。これは日本では、知的障害を対象にした知的障害者福祉法(昭和 35 年法律第 37 号) が既に存在したからであろう。

(5)成人 ADHD 診断基準の緩和と診断閾値をめぐって

DSM-5 への改訂で成人の ADHD の診断基準は DSM-IV-TR[4]までと比較して緩和され、以前よりは数多く診断される可能性が高まった。症状の出現が「7 歳以前」とされていたのが「12 歳以前」に変更され、これまで禁じられていた ASD と ADHD の合併診断が DSM-5 では可能になった。不注意と多動・衝動性については児童期も成人期も 9 項目中、6 項目以上を満たすことが必要だったが DSM-5 では成人期では 5 項目を満たせば良いことになった。実際にブラジルで行われた 18~19 歳の青年を対象にした調査では DSM-5 の ADHD の有病率は 3.55%で DSM-IV の 2.8%より増加した [5]。また 30 歳の成人を対象にした調査で

は DSM-5 の ADHD の有病率は 2.1%であり、DSM -IV を適用した場合の 1.2%より増加した[6]。これが「過剰」なのか「適正」なのか「過少」なのかは多面的な検討が必要である。診断基準の「閾値」の決め方に絶対的なルールがあるわけではないことに注意したい。

(6)自閉症スペクトラム概念と閾値

DSM-5 の ASD は ADHD のように明確に診断基準が緩和されたわけではないが、診断基準の構成や文言が変化し、アスペルガー障害などのサブカテゴリーが廃止され自閉スペクトラム症 (Autism spectrum Disorder)に統一された。DSM は 5 になって自閉症について初めて明確にスペクトラム概念を採用したことになる。

もともと Wing, L がスペクトラム概念を提唱した際には、自閉症スペクトラム(AS)は正常とも連続しており、明確な境界はないと主張していた[7][8]。正常と連続しているなら、どこから診断の線を引くのか?境界線の決め方も絶対的な基準があるわけではない。ADI-R[9]、ADOS-2[10]などのゴールドスタンダードといわれる診断ツールには一定の閾値つまりカットオフポイントがある。これらのツールを使用する際にも、得られた点数のみで診断を下すのが不適切であることは明確であり、ツールを使用する際の研修会やマニュアルなどでは原著者が繰り返し強調している。

(7)ICD-11(2018)の診断ガイドラインにおける ASD と ADHD

国際疾病分類(ICD)は WHO が 1900 年に第一回国際疾病分類(ICD-11 の基準)が発表

された後、改訂を重ねてきた。現行の ICD-10 [11]は 1994 年から日本をはじめ WHO 加盟国で使用されている。ICD-10 から ICD-11 への改訂は予定より非常に遅れ、2018 年 6 月に公開され、2019 年 5 月に承認される予定である [12]。ICD-10 では精神遅滞(知的障害)が F7 カテゴリー、自閉症スペクトラム(広汎性発達障害)や学力(学習能力)の特異的発達障害(学習障害)が F8 カテゴリー(心理的発達の障害)、多動性障害(ADHD)が F9 カテゴリー(小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害)に分散して分類されていたが ICD-11 では DSM-5 と同様に神経発達障害(Neurodevelopmental disorders)の親カテゴリーのもとに ASD、ADHD、知的能力障害などが位置づけられた[13][14][15]。

(8) 自閉症スペクトラム (6A02 Autism Spectrum Disorder)

ICD-11 においても DSM-5 と同様にスペクトラム概念が採用され ASD(Autism Spectrum Disorder)の呼称が用いられようになった。自閉症、非定型自閉症、アスペルガー症候群などのサブカテゴリーが廃止され ASD に統一されたことも同様である。ASD の診断ガイドラインは近年の研究・臨床蓄積の成果を踏まえて大きく改変された。知的発達と機能的言語のレベルを基準に 6 つに分類され、残遺カテゴリーと分類不能カテゴリーが加えられ 8 つの下位カテゴリーが設けられた。

ICD-11 において ASD は以下のように記述されている。

相互的な社会的交流と社会的コミュニケーションを開始し維持することの能力の乏

しさと限定され反復的で柔軟ではないパターンの行動や興味が継続することが特徴である。

通常は発達期、典型的には児童期早期に障害が明らかになるが、症状が明らかになるのは、社会から求められる要求水準が本人の限定された能力を上回る時まで遅くなることもある。

症状が個人、家族、社会、教育、職業や他の重要な領域で不都合を生じさせるだけの重篤さがあり、通常はあらゆる状況下で特性が認められる。もともと社会的、教育的あるいは他の状況で特性の表現は異なる。ASD の人の知的機能と言語能力はすべての範囲に及ぶ。

06A02.0 知的発達の障害がなく機能的言語の障害がないか軽度の ASD

06A02.1 知的発達の障害を伴い機能的言語の障害がないか軽度の ASD

06A02.2 知的発達の障害がなく機能的言語の障害がある ASD

06A02.3 知的発達の障害と機能的言語の障害の両者がある ASD

06A02.4 知的発達の障害がなく機能的言語がない ASD

06A02.5 知的発達の障害があり、機能的言語がない ASD

06A02.Y 他に特定される ASD

06A02.Z 特定されない ASD

(9) ICD-11 における ADHD

ICD-10 においては多動性障害(Hyperkinetic Disorder)として一括されていたが、ICD-11 においては、診断名も ADHD に変更され、DSM-5 とほぼ同様の診断概念が採用

された。要点を述べれば、6ヶ月以上継続する不注意 and/ or 多動衝動性があること、それは発達期に生じること、症状の程度は年齢や知的機能に見合わないことなどである。ICD-10ではなかった下位分類が採用され不注意優勢型、多動衝動性優勢型、混合型に3分類された。成人期の診断基準やASDの合併についてもDSM-5と同様の基準が採用された[14]。

A05 ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder)

6A05.0 ADHD 不注意優勢型

6A05.1 ADHD 多動衝動性優勢型

6A05.2 ADHD 混合型

6A05.Y 他に特性される ADHD

6A05.Z 他に特定されない ADHD

ICD-10においてADHD(ICD-10の用語ではHyperkinetic Disorder)は「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」として素行症、反抗挑戦障害、分離不安障害、反応性愛着障害などと同じF9カテゴリーに分類されていたが、ICD-11においてはADHDとしてASDや知的障害と同じ神経発達症群にまとめられ、分離不安障害や不安症群、反応性愛着障害はストレス関連障害群など成人と同じカテゴリーに位置付けられた。このことはASDやADHD、知的能力障害を生来性の脳機能障害を基盤に持ち、児童期のみでなく成人期、老年期まで特性が継続することを明確にする効果があると思われる。

(10)ICD-11とDSM-5の統合について

DSM-IVとICD-10を比較するとは

ADHDの下位分類が異なっていた。一方ではDSM-IV、ICD-10の両者ともASDとADHDを別の疾患カテゴリーに位置付けていた。DSM-5とICD-11において神経発達障害に共通して位置付けたことや、分離不安障害などと別のカテゴリーであることが明確になった。発達障害という枠組みの中でASDとADHDの支援を成人期まで含めて行うことの疾病分類的裏付けが明確化されたと言えよう。

(11)神経発達障害に共通した特性-原因

DSM-5、ICD-11が規定する神経発達障害は親の育て方の問題ではないし本人の努力不足でもない。生来性の遺伝要因と環境要因が組み合わさり生じる。障害特性の基本的な認知の偏りであり、そのような認知の障害は通常は生来性の脳機能の障害から生じる。

(12)発達障害に共通した特性-支援

神経発達障害の場合、その「症状を改善する」特効薬や手術法はない。しかしながら、神経発達障害の診断を下すことには大きな意義がある。ASDもADHDも行動特徴によって診断されるが、本質は認知の障害である。その認知特性に配慮した支援を行うことが発達障害と診断することの意味である。認知の偏りが生じる原因は脳機能の偏りである。認知機能の偏りは、行動特性として現れる(図1)。例えば、聴覚的理解は困難があるが視覚的理解は得意であるなどのASD特性は、表面的には「言語指示が通じにくい」、「視覚を活用すると指示が通じやすい」といった行動特性で表現される。ASDの支援に視覚支援を活用すると有効である

ということは、認知特性から考えることと腑に落ちるし、個々の子どもの認知特性を評価することで、さまざまな支援に応用できる。ADHD の不注意が生来性の脳機能障害から生じることを支援者が理解すれば叱責や激励ではなく、認知負担を減らすなどの環境操作により適応を改善することを目指すことになる。

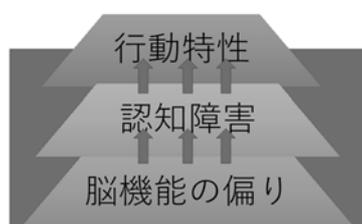


図1 発達障害に共通した特性

(13)10年間の新たなトピック

最近 10 年間に新たに注目されてきたテーマは多岐にわたるが、成人の発達障害に関する重要テーマは診断[16] [17] [18] [19] [20]、疫学[21] [22] [23] [24] [25]、中年期から老年期の ASD [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33]、高齢者の ADHD[34]、女性の ASD[35] [36]、女性の ADHD[37]、触法発達障害者[38] [39] [40] [41]、過剰診断・過少診断など診断閾値を巡る問題[42] [6]、ASD と ADHD の合併[6] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49]、ASD と統合失調症など精神疾患との鑑別と合併[50] [51] [52] [53]、ADHD の合併症[54] [55]、大学生の支援[56] [57] [58] [59] [60]、成人期の身体健康管理や身体合併[61] [62] [62]症、成人期に発症する ADHD[63] [64] [65]などがある。

(14)これからの神経発達障害

発達障害研究、特に自閉症スペクトラム研究の歴史をみると当初は知的障害を伴う自閉症を中心に議論されてきた。1981年に Wing, L がアスペルガー症候群を英語圏で再評価したことから、知的障害を伴わない自閉症スペクトラムについての研究や関心が加速した。その結果、いわゆる高機能自閉症やアスペルガー症候群にも知的障害を伴う自閉症と同様の支援ニーズがあることや、精神科的合併症や触法問題などの知的障害を伴う自閉症とは異なった問題があることが分かってきた。

これまでの発達障害は、その中核症状、例えば自閉症スペクトラムでは社会性、コミュニケーション、イメージーションの問題、ADHD では不注意、多動性、衝動性、学習障害では読字、書字、算数などの問題が中心に議論されてきた。しかし、彼らの抱える問題は「中核症状」に限らず、生活全般の支援が必要であること、聴覚や嗅覚などの感覚面の問題も大きいこと、身体健康管理の支援が必要であることなどが明らかになりつつある。DSM-5 の ASD の診断基準に感覚の問題が記載されたことは、そのような認識の変化が基底にある。

発達障害の問題は幼児期や児童期のみでなく、成人期や老年期まで継続した「切れ目のない支援」が必要であることも広く認識された。従来軽視されがちだった発達障害の女性にも様々な支援ニーズがあることがわかってきた。今後の発達障害臨床は知的障害の有無に関わらず、認知発達のアンバランスや遅れを伴う人々の幼児期から老年期までのニーズに適合した、これまで以上に多領域の専門家が共同で取り組む臨床実践や研究が望まれる。

研究 2 国外における研究テーマの動向の整理

方法 2.1 成人期 ASD をテーマとした文献の選定

2008 年 1 月 1 日から 2018 年 12 月 31 日までに英語で発行され、抄録が記載されている文献を選定の対象とした。使用したデータベースは MEDLINE であった。加えて、成人期の ASD に関する文献を検索するため、検索のキーワードを「Adult」および「Autism Spectrum Disorder」とし、文献のタイトルにどちらも含まれていることを条件とした。また原著論文に絞るため、メタ解析論文および総説論文は除外した。加えて、ジャーナル誌や分野の指定は行わなかった。検索日は 2019 年 4 月 7 日であった。

2.2 成人期 ADHD をテーマとした文献の選定

1 と同様の手順であった。検索する際のキーワードは「Adult」および「Attention Deficit Hyperactivity Disorder」とした。

2.3 データ抽出

本研究では、2008 年から 2018 年に発行された文献を時期ごとに①2008 年から 2011 年、②2012 年から 2015 年、③2016 年から 2018 年の 3 群に分類し、それぞれの群ごとにテキストマイニングを行った。分析には、テキストマイニング用ソフト「KH Coder(樋口, 2019)」を用いた。分析に使用するデータは抄録の文章とした。

2.4 データクリーニング

2.4.1 共通語の除外

総文献数から抽出された名詞の出現回数を確認したところ、上位 20%は「disorder」「spectrum」「adult」「autism」など、本研究の領域では一般的な用語であり、分析の際に意味をなさないと考えられる。そのため、出現率 20%をカットオフポイントとし、20%以上の用語を分析から除外した。

2.4.2 特異語の除外

出現回数が 1 回のみ用語を分析から除外した。また、学術論文において一般的な用語(例「background」「method」「result」「discussion」「conclusion」「research」「year」「age」)や、アルファベット 1 文字や記号(例:「m」「n」「p」「%」)、統計学上の用語(例:「odds」)は分析から除外した。

2.5 使用品詞

分析に使用した品詞は名詞のみとし、固有名詞は除外した。

2.6 分析アプローチ

3 群の出現頻度の高い用語である上位 60 語を抽出し、共起ネットワーク分析を行った。その際、共起ネットワーク分析に使用する用語の出現回数は 1 回を最低基準(最小文書数)とした。

結果 2.1.基礎統計(ASD)

ASD を対象とした総文献数は 505 件であった。そのうち、2008 年は 12 件、2009 年は 13 件、2010 年は 20 件、2011 年は 22 件、2012 年は 34 件、2013 年は 44 件、2014 年は 57 件、2015 年は 71 件、2016 年は 69 件、2017 年は 77 件、2018 年は 86 件であった(図 2)。また発行年を 3 群に分けると、

グループ①(発行年 2008-2011 年)の文献数は 67 件、グループ②(発行年 2012-2015 年)の文献数は 206 件、グループ③(発行年 2016-2018 年)の文献数は 232 件であった。

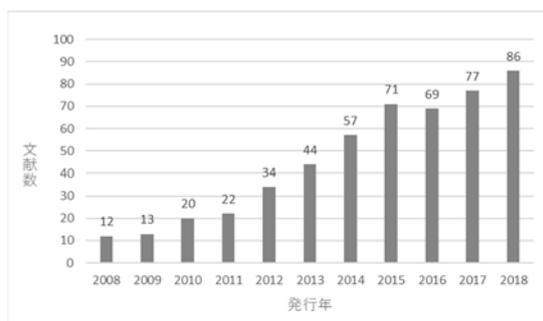


図 2 成人期 ASD をテーマとした文献数

2.2 基礎統計(ADHD)

ADHD を対象とした総文献数は 415 件であった。そのうち、2008 年は 16 件、2009 年は 27 件、2010 年は 27 件、2011 年は 27 件、2012 年は 42 件、2013 年は 53 件、2014 年は 43 件、2015 年は 53 件、2016 年は 39 件、2017 年は 48 件、2018 年は 40 件であった(図 3)。また発行年を 3 群に分けると、グループ①(発行年 2008-2011 年)の文献数は 97 件、グループ②(発行年 2012-2015 年)の文献数は 191 件、グループ③(発行年 2016-2018 年)の文献数は 127 件であった。

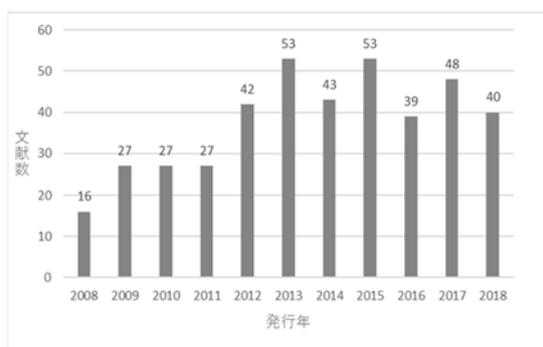


図 3 成人期 ADHD をテーマとした文献数

2.3 共起ネットワークの結果(ASD)

ASD グループ①・②・③の共起ネットワーク分析をそれぞれ行った結果、ASD グループ①は、1)障害等の問題の評価とサービスに関する研究(例「disability」「implication」「service」「behavior」「epilepsy」)、2)診断尺度に関する研究(例「measure」「scale」「validity」「criterion」「diagnosis」)、3)記憶など認知機能に関する研究(例「memory」「performance」)、4)薬物療法に関する研究(例「medication」「use」「combination」)、5)自傷・他害行為に関する研究(例「self-injury」「aggression」)の 5 つの主要な研究テーマが得られた。また、1)においてはてんかんや行動上の問題、4)においては併用処方に関する研究が特徴的に共起していた(図 4)。

ASD グループ②は、1)診断と中枢神経刺激効果に関する研究(例「diagnosis」「criterion」「stimulus」)、2)脳の構造・機能に関する研究(例「brain」「region」「communication」「abnormality」「connectivity」「activation」)、3)治療・介入・トレーニングに関する研究(例「intervention」「treatment」「program」「training」「efficacy」)、4)知能・認知機能に関する研究(例「intelligence」「expression」「face」「recognition」)、5)生活の質(QOL)(例「life」「quality」)に関する研究の 5 つの主要な研究テーマが得られた。また、2)においてはコミュニケーションの障害に関する脳研究、あるいは脳領域間の接続性や活性化に関する研究が特徴的に共起していた(図 5)。

ASD グループ③は、1)並存症に関する研

究(例「anxiety」「depression」「symptom」「measure」「male」)、2)障害・困難さに関する研究(例「difficulty」「deficit」)、3)認知や感情への介入に関する研究(例「emotion」「cognition」「intervention」「skill」)、4)ニーズへの教育や援助に関する研究(例「need」「support」「education」「challenge」)、5)症状・行動の評価に関する研究(例「behavior」「communication」「assessment」)、6)両親・家族のメンタルヘルスケア(例「family」「parent」「health」「care」)に関する研究の6つの主要な研究テーマが得られた。また、1)においては男性の併存症(抑うつ・不安)、4)においては問題行動が特徴的に共起していた(図6)。

2.4 共起ネットワークの結果(ADHD)

ADHD グループ①・②・③の共起ネットワーク分析をそれぞれ行った結果、ADHD グループ①は1)診断・評価に関する研究(例「assessment」「diagnosis」)、2)脳画像に関する研究(例「brain」「imaging」「dysfunction」)、3)中枢神経刺激薬治療に関する研究(例「methylphenidate」「effect」)の3つの主要な研究テーマが得られた。また、2)においてはfMRIを用いた研究、あるいは機能不全が生じている脳領域に関する研究テーマが特徴的に共起していた(図7)。

ADHD グループ②は、1)報酬系回路の違いや薬物の効果に関する研究(例「difference」「reward」「medication」「activation」)、2)実行機能障害と生活の質に関する研究(例「executive」「function」「quality」「life」)、3)中枢神経刺激薬および非刺激薬の効果(例「atomoxetine」「methylphenidate」「trial」)、4)ゲノム研

究(例「gene」「candidate」)の4つの主要な研究テーマが得られた。また、3)においては、2008年から2011年にかけての研究では出現しなかったアトモセチンに関する研究が特徴的に共起していた(図8)。

ADHD グループ③は、1)並存する問題(行動や睡眠)に関する研究(例「comorbidity」「sleep」「rhythm」)、2)並存症への治療介入(うつ)に関する研究(例「intervention」「depression」「therapy」)、3)物質使用や依存に関する研究(例「drug」「substance」「dependence」)、4)症状評価に関する研究(例「questionnaire」「version」「validity」)、5)脳機能画像に関する研究(例「brain」「imaging」)の5つの主要な研究テーマが得られた(図9)。

上記をまとめると、ASDは障害に対する適切な診断・評価の研究から、生活の質の向上や家族の心理的ケア、当事者のニーズに対する教育・援助、抑うつや不安等の並存症の研究が増加していた。一方、ADHDは中枢神経刺激薬治療の効果・安全性の検証から、物質使用・依存の問題へ移行し、抑うつなど並存症の研究も増加していた。ADHDではASDと比較し、より生物学的内容の研究が多い傾向がみられた。

C. 考察

研究2の結果から、ASDあるいはADHDの中核症状の診断・アセスメントだけでなく、抑うつや不安といった日常生活に影響する併存症あるいは生活の質(QOL)の向上等が研究のトレンドになっており、研究1で述べられていた生活全般の支援の必要性が裏付けられた。また、ADHDに関しては中枢神経刺激薬に対する物質使用・依存の

問題、抑うつや睡眠障害の併存症など、身体的な症状が研究のトレンドとして注目されており、研究 1 で述べられていた身体管理の支援の必要性も裏付けられた。このことから、医療関係者だけでなく、様々な領域の支援者が生物学的・医学的な視点を含めた当事者の困り感や支援のニーズを把握し、成人期や老年期まで含め、生活に根ざした長期的な支援を行う必要性が示唆された。

D. 参考文献

1. 日本発達障害連盟. Available from: http://www.jlidd.jp/developmental_disease/disease/.
2. Disabilities, I. A. f. t. S. S. o. I. a. D.
3. Prevention, C. f. D. C. a. ; Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/index.html>.
4. American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. DSM Library. 2000: American Psychiatric Association. 982.
5. Matte, B., et al., ADHD in DSM-5: a field trial in a large, representative sample of 18- to 19-year-old adults. *Psychol Med*, 2015. 45(2): p. 361-73.
6. Vitola, E. S., et al., Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort. *Psychol Med*, 2017. 47(4): p. 744-754.
7. Wing, L. and J. Gould, Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord*, 1979. 9(1): p. 11-29.
8. Wing, L., Autistic spectrum disorders. *BMJ*, 1996. 312(7027): p. 327-8.
9. Lord, C., M. Rutter, and A. Le Couteur, Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 1994. 24(5): p. 659-85.
10. Lord, C., et al., ADOS-2 : 日本語版マニュアル. 2015: 金子書房. ix, 357p.
11. World Health Organization, The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992, Geneva: World Health Organization, .
12. World Health Organization, W., ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision The global standard for diagnostic health information. 2018.
13. Reed, G.M., et al., Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. 2019. 18(1): p. 3-19.
14. 松本ちひろ, 児童思春期の精神障害. *精神医学*, 2019. 61: p. 301.
15. Luis, S.-C., B. Marco, and M.-L. Rafael, The road to 11th edition of the International Classification of Diseases: trajectories of scientific c

- onsensus and contested science in the classification of intellectual disability/intellectual developmental disorders. 2018: Wolters Kluwer Health.
16. 小野和哉, 河田沙木子, 保住亜沙美, 湯沢美菜, 杉原亮太, 山尾あゆみ, 瀬戸光, 沖野慎治, 中山和彦. 成人期注意欠如多動性障害(Adhd)における診断と治療のポイント. 新薬と臨床, 2016. 65(1): p. 83-89.
 17. 内山登紀夫, 併存症, 神経発達症群-1 (自閉スペクトラム症)ADHDの診断・治療指針に関する研究会, 齊藤万比古編: 注意欠如・多動症-ADHD-の診断・治療ガイドライン. 第4版 ed. 2016: じほう. x, 35, 431p.
 18. 飯田順三., 【大人の adhd の診断はどのようにあるべきか?】 成人期 adhd の臨床像. 精神神経学雑誌, 2015. 117(9): p. 763-767.
 19. 高橋道宏, 多喜田保志, 市川宏伸, 榎本哲郎, 岡田俊, 齊藤万比古, 澤田将幸, 丹羽真一, 根来秀樹, 松本英夫, 田中康雄., 成人期の ADHD 症状評価尺度 CAARS-screening version(CAARS-SV)日本語版の信頼性および妥当性の検討. 精神医学, 2011. 53(1): p. 23-34.
 20. 大賀健太郎., 【ADHD 臨床の新展開(I)】 成人期の ADHD 診断 その実際と留意点 精神科治療学, 2010. 25(6): p. 741-749.
 21. Fayyad, J., et al., The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*, 2017. 9(1): p. 47-65.
 22. Mortier, P., et al., The epidemiology of ADHD in first-year university students. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2015. 57(9): p. 635-644.
 23. Deberdt, W., et al., Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe. *BMC Psychiatry*, 2015. 15: p. 242.
 24. Kooij, J.J. and D. Bijlenga, High prevalence of self-reported photophobia in adult ADHD. *Front Neurol*, 2014. 5: p. 256.
 25. Amiri, S., et al., Prevalence of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adult ADHD): Tabriz. *Iran J Psychiatry*, 2014. 9(2): p. 83-8.
 26. 内山登紀夫, 川島慶子, 福留さとみ, 志賀利一., 【発達障害の人の社会参加 - 大人になって幸せになるために - 】 大人の発達障害の課題と支援 中年期から老年期まで視野にいれて. *LD 研究*, 2018. 27(1): p. 40-46.
 27. Marsack, C.N. and T.E. Perry, Aging in Place in Every Community: Social Exclusion Experiences of Parents of Adult children With Autism Spectrum Disorder. *Research On Aging*, 2018. 40(6): p. 535-557.
 28. Marsack, C.N. and F.P. Hopp, Informal Support, Health, and Burden Among Parents of Adult Children With Autism. *The Gerontologist*, 2018.
 29. Lever, A.G. and H.M. Geurts, Is Old

- er Age Associated with Higher Self- and Other-Rated ASD Characteristics? *J Autism Dev Disord*, 2018. 48(6): p. 2038-2051.
30. Knüppel, A., et al., Quality of life in adolescents and adults with autism spectrum disorder: Results from a nationwide Danish survey using self-reports and parental proxy-reports. *Research In Developmental Disabilities*, 2018. 83: p. 247-259.
31. Farley, M., et al., Mid-life social outcomes for a population-based sample of adults with ASD. *Autism Research: Official Journal Of The International Society For Autism Research*, 2018. 11(1): p. 142-152.
32. Dudley, K.M., et al., Understanding Service Usage and Needs for Adults with ASD: The Importance of Living Situation. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 2018.
33. Nyden, A., et al., Adults with autism spectrum disorders and ADHD neuro-psychological aspects. *Res Dev Disabil*, 2010. 31(6): p. 1659-68.
34. 佐々木博之, 松本武士, 藤瀬昇, 濱元純一, 弟子丸元紀, 池田学., 繰り返す交通事故に対して ADHD の治療が効果を認めた高齢者の1例. *精神科治療学*, 2015. 30(12): p. 1649-1655.
35. Gould, J. and J. Ashton-Smith, Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. *Good Autism Practice (GAP)*, 2011. 12(1): p. 34-41.
36. McVey, A.J., et al., Brief Report: Does Gender Matter in Intervention for ASD? Examining the Impact of the PEERS® Social Skills Intervention on Social Behavior Among Females with ASD. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 2017. 47(7): p. 2282-2289.
37. Fuller-Thomson, E., D.A. Lewis, and S.K. Agbeyaka, Attention-deficit/hyperactivity disorder casts a long shadow: findings from a population-based study of adult women with self-reported ADHD. *Child Care Health Dev*, 2016.
38. 内山登紀夫., 【切れ目のない発達障害児者支援を目指して】 発達障害児者支援と犯罪. *発達障害研究*, 2018. 40(1): p. 1-10.
39. Tint, A., et al., Correlates of Police Involvement Among Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 2017. 47(9): p. 2639-2647.
40. Farooq, R., et al., Prevalence of a dult ADHD in an all-female prison unit. *Atten Defic Hyperact Disord*, 2016. 8(2): p. 113-9.
41. Moore, E., et al., Adult ADHD Among NSW Prisoners: Prevalence and Psychiatric Comorbidity. *J Atten Disord*, 2013.
42. 内山登紀夫., 【大人の発達障害】 大人の発達障害 適切な診断と過小診断. *総合病院精神医学*, 2018. 30(2): p. 98-1

- 06.
43. 内山登紀夫., 【ADHD をめぐる最近の動向】成人 ADHD の診断 ASD との合併と鑑別に着目して. 精神医学, 2017. 59(3): p. 217-222.
44. Louzolo, A., et al., Delusion-prone ness displays comorbidity with traits of autistic-spectrum disorders and ADHD. Plos One, 2017. 12(5): p. e0177820-e0177820.
45. Hartman, C.A., et al., Changing ASD-ADHD symptom co-occurrence across the lifespan with adolescence as crucial time window: Illustrating the need to go beyond childhood. Neurosci Biobehav Rev, 2016. 71: p. 529-541.
46. Antshel, K.M., et al., An update on the comorbidity of ASD and ADHD: A focus on clinical management. Expert Rev Neurother, 2016.
47. Polderman, T.J., et al., The co-occurrence of autistic and ADHD dimensions in adults: an etiological study in 17,770 twins. Transl Psychiatry, 2014. 4: p. e435.
48. Konst, M.J., et al., How does ASD symptomology correlate with ADHD presentations? Res Dev Disabil, 2014. 35(9): p. 2252-9.
49. 米田衆介, 【おとなの ADHD 臨床 I】自閉症スペクトラム障害と ADHD 両方の特徴を有する成人例. 精神科治療学, 2013. 28(2): p. 179-184.
50. 鈴木さとみ, 内山登紀夫, 【統合失調症と双極性障害あるいは自閉症スペクトラムの関連性】統合失調症と自閉症スペクトラムの行動特徴. 精神科, 2018. 32(3): p. 265-272.
51. Cage, E., J. Di Monaco, and V. Newell, Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2018. 48(2): p. 473-484.
52. Burns, A., M. Irvine, and K. Woodcock, Self-Focused Attention and Depressive Symptoms in Adults with Autistic Spectrum Disorder (ASD). Journal Of Autism And Developmental Disorders, 2018.
53. Westwood, H. and K. Tchanturia, Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review. Curr Psychiatry Rep, 2017. 19(7): p. 41.
54. Yoshimasu, K., et al., Adults With Persistent ADHD: Gender and Psychiatric Comorbidities-A Population-Based Longitudinal Study. J Atten Disord, 2016.
55. Yoshimasu, K., Substance-Related and Addictive Disorders as a Risk Factor of Suicide and Homicide among Patients with ADHD: A Mini Review. Curr Drug Abuse Rev, 2016.
56. Elias, R. and S.W. White, Autism Goes to College: Understanding the Needs of a Student Population on the Rise. Journal Of Autism And Developmental Disorders, 2018. 48(3): p. 732-746.
57. 内山登紀夫, ADHD の診断-ASD との合

併と鑑別に着目して. 第 56 回全国学生
相談研修会報告書, 印刷中.

58. Siew, C.T., et al., A specialist peer mentoring program for university students on the autism spectrum: A pilot study. *Plos One*, 2017. 12(7): p. e0180854-e0180854.
59. 篠田直子, 沢崎達夫., Adhd 特性が大学生の進路決定におよぼす影響 大学生活上の困難を媒介として. 目白大学心理学研究, 2015. 03(11): p. 41-54.
60. 篠田直子, 沢崎達夫., Adhd 特性をもつ大学生の特徴と大学生活への適応. 目白大学心理学研究, 2012. 03(8): p. 49-62.
61. 内山登紀夫, VI 福祉と医療の連携における方向性 第 1 章 医療から. 知的・発達障害における福祉と医療の連携, ed. 市川宏伸. 2019, 金剛出版.
62. Cashin, A., et al., A scoping review of what is known of the physical health of adults with autism spectrum disorder. *Journal Of Intellectual Disabilities: JOID*, 2018. 22(1): p. 96-108.
63. 山室和彦, 飯田順三, 【Adhd をめぐる最近の動向】 小児期の adhd と成人期の adhd の連続・不連続 児童精神科医から. *精神医学*, 2017. 59(3): p. 197-201.
64. Zalsman, G. and T. Shilton, Adult ADHD: A new disease? *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2016. 20(2): p. 70-6.
65. Castellanos, F.X., Is Adult-Onset ADHD a Distinct Entity? *Am J Psychiatry*, 2015. 172(10): p. 929-31.

別添 図 4~9

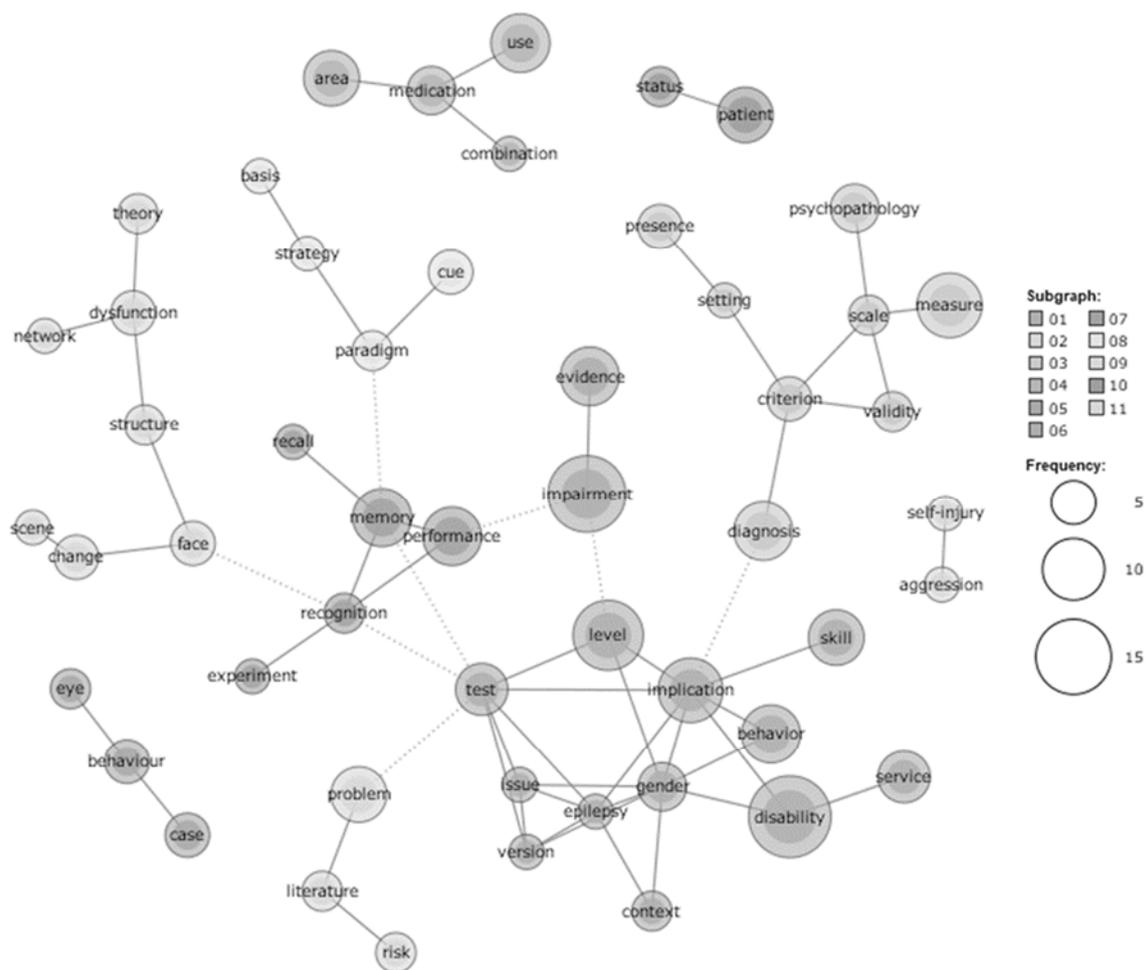


図 4 2008-2011 年の共起ネットワーク図(ASD)

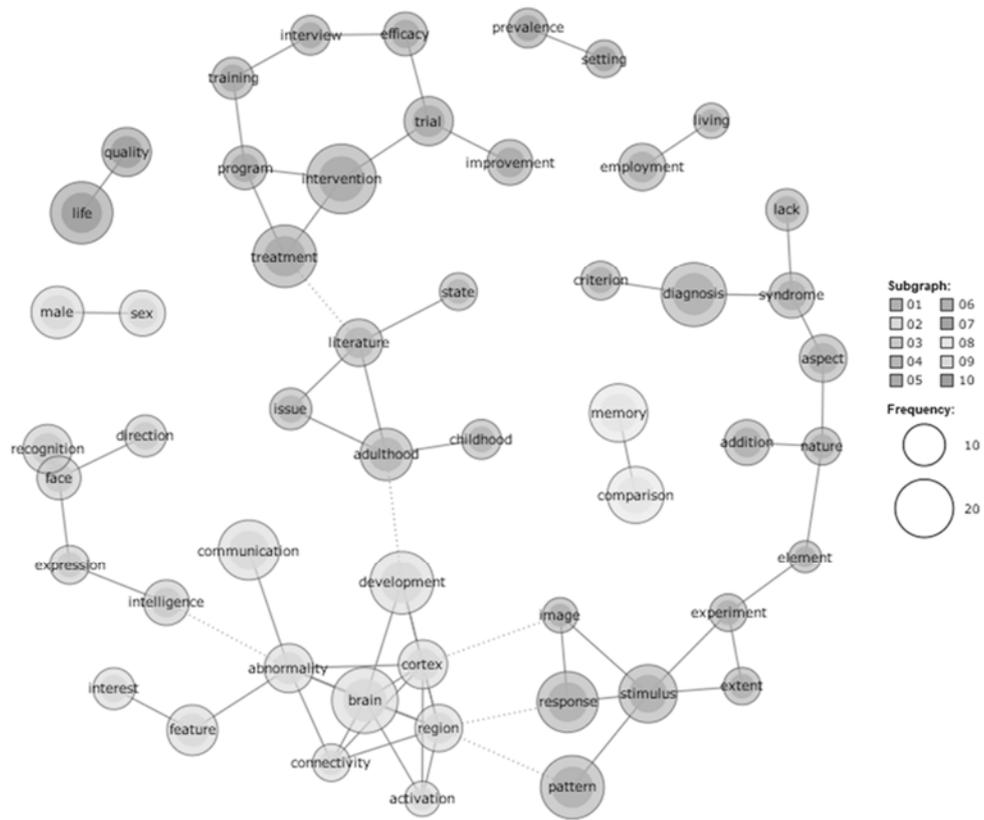


図5 発行年 2012-2015 共起ネットワーク図(ASD)

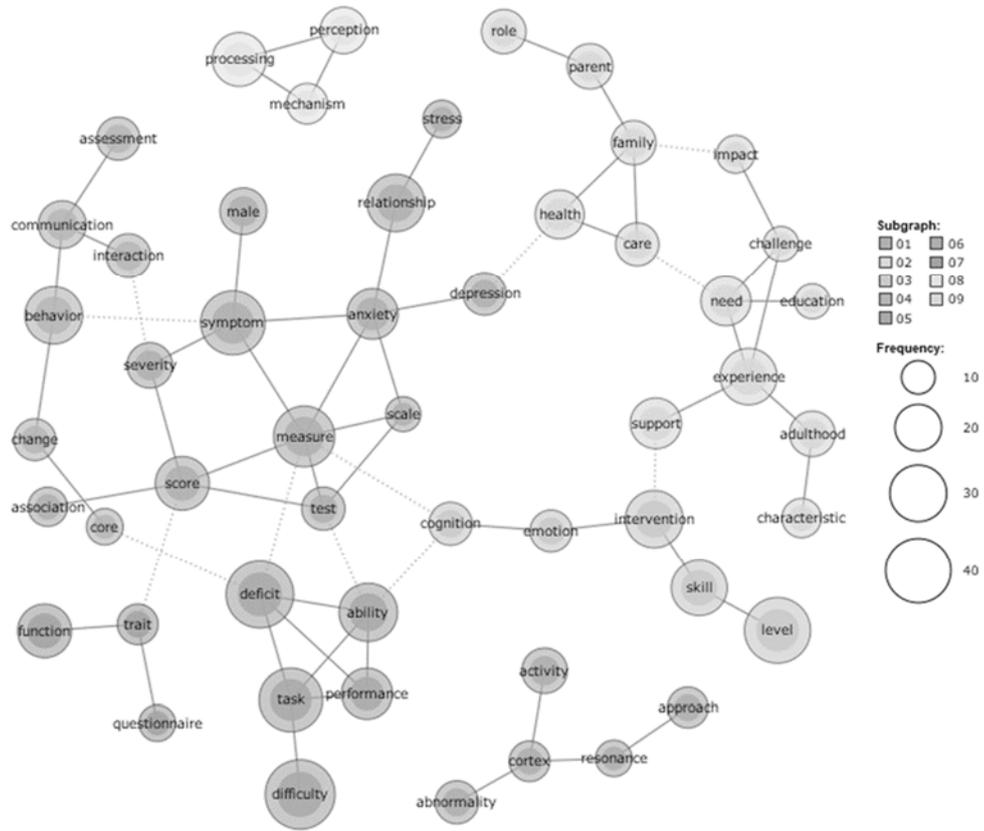


図 6 発行年 2016-2018 年 共起ネットワーク図(ASD)

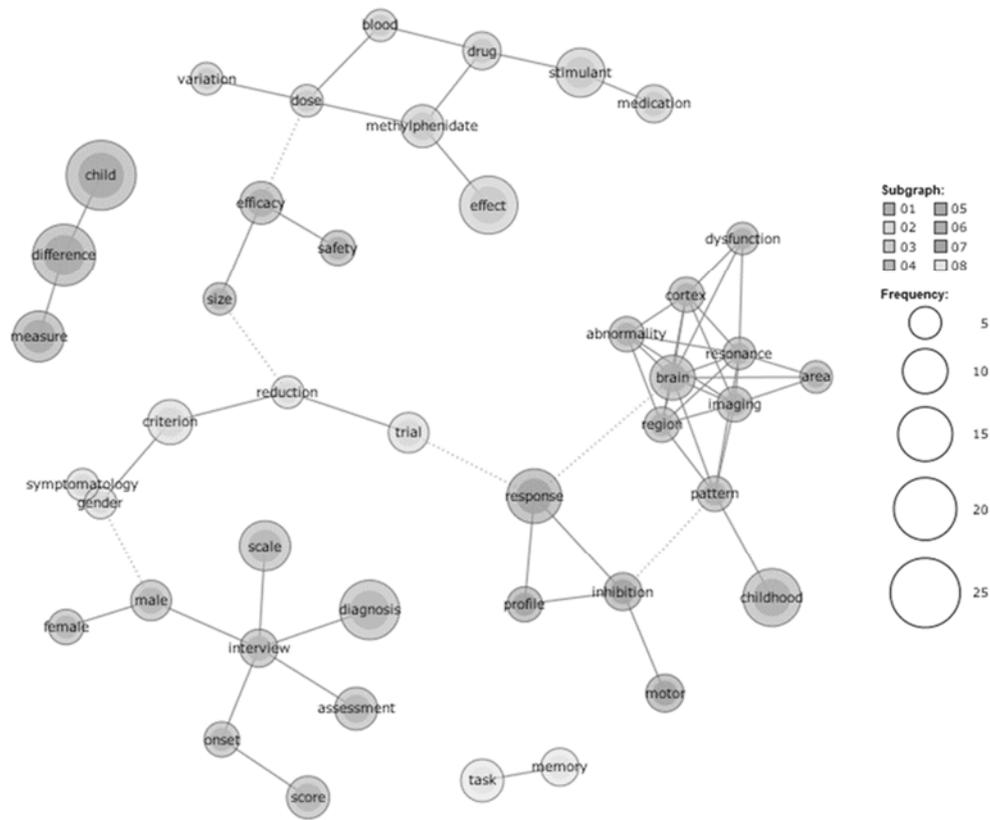


図 7 発行年 2008-2011 年 共起ネットワーク図(ADHD)

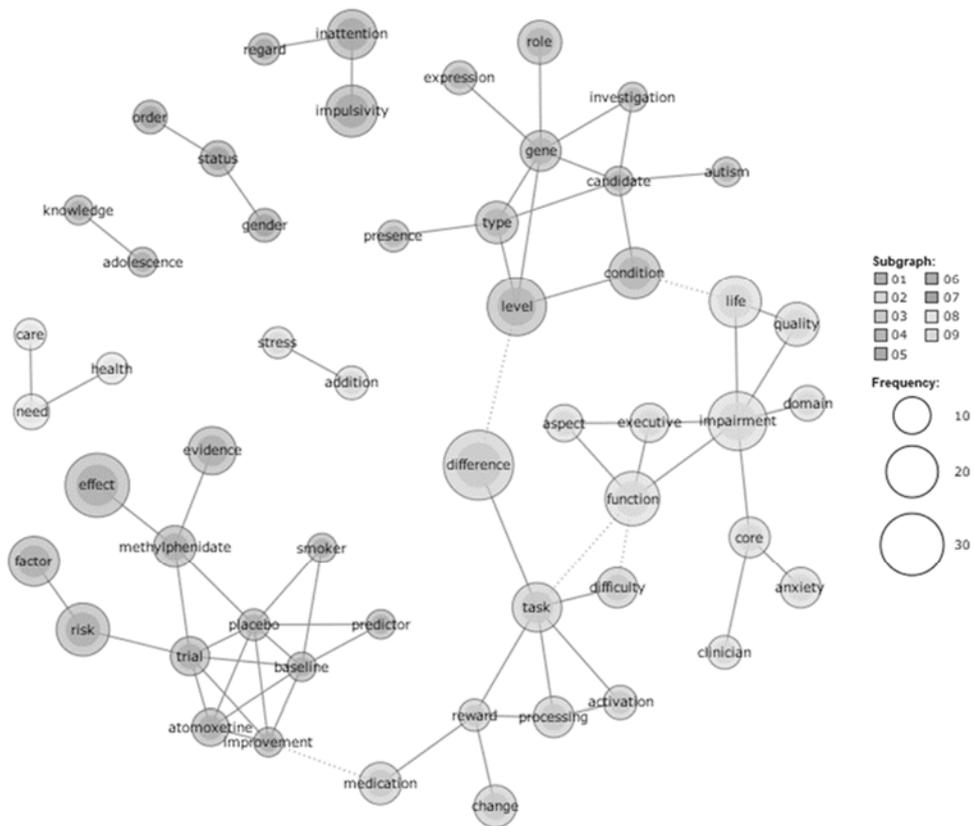


図 8 発行年 2012-2015 年 共起ネットワーク図(ADHD)

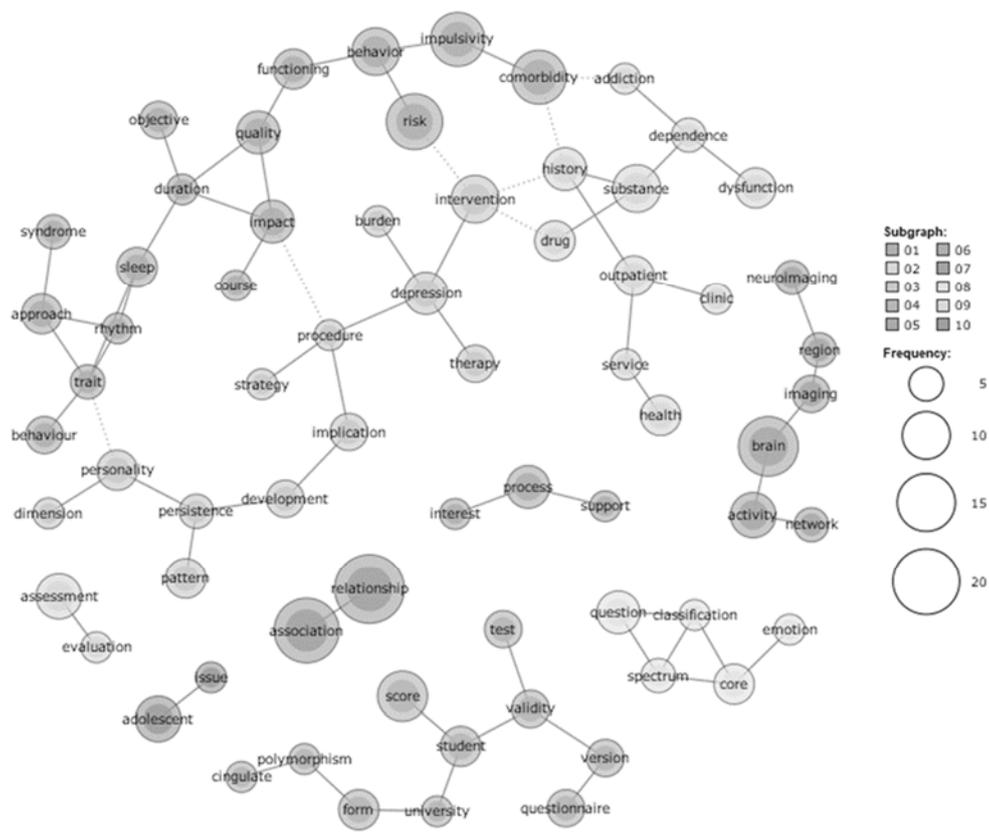


図9 発行年 2016-2018年 共起ネットワーク図(ADHD)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

わが国の成人発達障害臨床の現状－エキスパートインタビューより－

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 志賀 利一（社会福祉法人横浜やまびこの里）

研究要旨：我が国の成人発達障害の臨床の現状を把握することと、成人発達障害診療を行う精神科医を養成する方法の参考にするため成人発達障害の診療を行っている代表的な医療機関の担当医にインタビュー調査を行った。その結果、我が国の成人発達障害臨床の現状には多様な課題があることが明らかになった。文献的検討を行い、その課題の一部は外国とも同様であることが示唆された。次年度は、今年度得られた情報をもとに、我が国の成人発達障害臨床の質・量の向上のための方法を検討する。

A. 概要と目的

本調査では成人発達障害の臨床を行っている代表的な医療機関の担当医にインタビュー調査を行った。現在の我が国の成人発達障害医療の現状と課題を把握し、成人の発達障害臨床に役立つ情報は何かについて提言をしてもらい、成人発達障害臨床サービスの質・量の拡大のための一助とすることを目的とした。

B. 方法

成人発達障害を診療する我が国の代表的な医療機関の担当医にインタビューを行った。対象者選択のクライテリアは①精神科の臨床経験が10年以上あること、②2019年1月現在成人発達障害を対象とした外来診療を行っていることである。③インタビューは録音し、テープ起こし原稿を作成した。インタビューアーは全例内山が行ったが、一部のインタビューには研究協力者が同席した。対象者にインタビューガ

イドを用いて半構造化面接を行った。対象者の選定は便宜的標本抽出法（コンビニエンス・サンプリング）で行い、筆者が知る範囲でクライテリアに適合する対象者に連絡をし、研究機関内にインタビューが可能であった8人を選定した。すべての対象者（インタビューイー）は、インタビューアーと面識があった。面接回数は対象者ごとに一回ずつ、一回の面接は30分から1時間程度であった。インタビューガイドは以下のとおりである。

- 1) 成人発達障害者を対象にした外来の体制
 - 2) 成人発達障害者を対象にした外来を設置した理由
 - 3) 成人発達障害者の診療上の困難や特殊性について
 - 4) 成人発達障害者を診療する医師の条件
 - 5) 成人発達障害の診療を行う上で、一般の精神科医が知っておくべき医療情報
- さらに成人発達障害の診療を始めた時期、

成人発達障害の外来診療を行っていることをホームページなどで公開しているかどうかインタビューで聞き取りをした。すべての医療機関がホームページを持っていたため、ホームページの情報も参考にした。

インタビュー内容を逐語録におこして、現在の発達障害臨床における課題の整理を試みた。具体的には得られた質的分析ソフト NVIVO Ver11 を用いて逐語録をコード化し、類似する内容ごとにカテゴリー化した。

インタビュー対象

8名の精神科医(A から H)を対象にインタビューを行った。各インタビューアーの属性として、主たる勤務先、児童精神科医か成人精神科医のいずれか、経験年数(1の位を四捨五入)、成人精神科医には児童精神科の非常勤の経験の有無を尋ねた(表.1)。一人の精神科医が複数の医療機関で成人発達障害の診療を行っている場合は、それぞれの医療機関ごとに調査を行った。そのため対象医療機関は10機関になる。またGとHは同じ機関に勤務しており、同時にインタビューを行ったが、意見が異なる点については別に記述した。(表.1文末に掲載)

対象医療機関

調査の対象として医療機関

調査対象とした医療機関の一覧を表.2にあげる。私立精神科病院(①)が1件、無床外来クリニック(②、⑤、⑨)が3件、大学病院が6件であった。

さらに参考のため第一著者が所属するkクリニックの情報についても一部を記載した。表2(文末に掲載)。

C. 研究結果

外来の特性

外来形態について成人発達障害を専門とする外来があるかどうか、成人発達障害の外来を開設した時期、成人発達障害者の月あたりの延べ患者数、発達障害成人始めた経緯などについて要点を表3(文末に掲載)に提示した。

診療体制は多様であるが、以下の7パターンがみられた。代表的な医療機関の例をあげる。

- ①すべての外来担当医が発達障害も含めて診療している。a精神科病院、g大学病院、
- ②主として専門外来担当医が担当するが一般外来でも対象にするj大学病院、
- ③一般の外来受診患者の中で初診医が発達障害を疑った場合に専門外来で対応するc大学病院。
- ④一般外来の枠ぐみの中で特定の医師が担当するh大学病院、
- ⑤専門外来を直接予約で受け付けるd大学
- ⑥児童精神科外来担当医が担当する。bクリニック、eクリニック、f大学病院、
- ⑦児童精神科医が「児童・成人を区別せず発達障害の診療を行っているkクリニック

診療開始の経緯(表.3)

成人発達障害の診療開始の経緯も多様であるが、次の5パターンに類型化された。

- ①児童精神科医が診ている児童が経過を追う中で成人になったため児童精神科医が成人の診療を継続した。(bクリニック、f大学病院、kクリニック)
- ②発達障害専門の小児科医からの紹介を受けているうちに発達障害を専門とする成人精神科医が成人を診療するようになった(h大学病院)

- ③同一医療機関に児童精神科があり、キャリアオーバーの患者を診るため成人精神科医が成人診療を始めた（eクリニック、iクリニック）。
- ④専門医が赴任することにより診療を開始した（d 大学病院）
- ⑤必要性を認識し計画的に成人発達障害外来を新設した（c 大学病院、j 大学病院）。

なお、2箇所のうち成人精神科医のみで開設した事例と、成人精神科医と児童精神科医の両方で開設する場合があった。

上記の5パターンは明確に区別できるわけではなく、複数の理由が関与していることが多い。成人発達障害外来設置の背景には、もともとの医療機関の特性が関与しているケースが多かった。①パターンの担当医は児童精神科医であり、児童診療を長年しているうちに事例が成人になったケースをフォローすることで自然に成人をみるようになるケースである。②は小児科医からのキャリアオーバーケースを受け入れているうちに自然に成人を診るようになる。

もともと病院として EAP（Employee Assistance Program）に力を入れている中で発達障害特性のある事例が多いことで成人事例が増えてきた医療機関、適応障害、双極性障害、パーソナリティ障害、ARMS（At Risk Mental State）などの鑑別診断を行うなかで成人発達障害の診療ニーズや研究のために成人発達障害を開設することもみられた。大学病院では他学部の学生の依頼が増えたことが理由にあげられた。

困難性・特殊性について（表, 4）

本テーマについては、インタビューイーに

「成人発達障害の外来診療を行う上で、一般の精神科外来と比較して困難な点や特殊な点があるか、あるとすればどういう点かを教えてほしい」という質問を行い、できるだけ自由に語ってもらった。インタビューアーに質問を投げかけられた場合には自分の意見を最低限述べることを行ったが、誘導的な質問はできるだけ避けるように心がけた。

逐語録を作成し、そこから重要と思われるキーワードを抽出し、共通の意味のあるサブカテゴリーを作成、さらに共通したサブカテゴリーを集約してカテゴリーを抽出した結果以下のカテゴリーを設定した。すべてのインタビュー内容を一つにしたファイルの頻出語は図.1 に示した。8人の医師の言及したキーワードは多い順に「発達歴」「診断閾値」（8人中5人）、鑑別診断（5人）、アトモキセチン（5人）診断の方法（3人）、中枢刺激薬、現在症、トラブルなどであった。

大カテゴリーとして①診断、②薬物療法、③非薬物療法の3カテゴリーが、サブカテゴリーとして、それぞれ、閾値、発達歴と現症、弊害、鑑別診断、診断の方法、心理職、受診経路と治療意欲の7サブカテゴリーに分類した。それぞれに対応した代表的なナラティブを表4に示す。

発達障害が疑われて紹介あるいは受診した患者の中で発達障害の診断がつく人の割合（表5）本質問はもともと予定されていたものでなかったが多くのインタビューイーが、発達障害外来に本人・家族あるいは医師が発達障害を疑って受診するが、発達障害以外の障害や診断がつかない人が珍しくないという陳述があったので、言及された

場合に別に記載した。

それぞれ、紹介経路や受診方法、大学病院か開業医かなど医療機関の位置づけが異なるため単純に比較はできないが、概略の割合も記載した。

成人発達障害の診断をする医師の条件 (表.6)

インタビューイーらが、成人発達障害の診療を行う医師の条件をどのように考えるかについて質問をした。結果を表. 6にまとめる。

必要な情報

成人精神科医が臨床を行う上で必要な情報がなにかを尋ねた。結果として診断のトレーニングについては全員が必要と答えた。研修内容のテーマとしては①典型的な発達障害症例と、典型的な発達障害ではない例の理解、②精神疾患との併存や鑑別、④児童期に診断された ASD の事例、③発達歴をわかりやすく提示することが提案された。方法としては特に実際の面接場面を見られること、診断のポイントのアドバイス、事例を提示して客観的な診断ポイントの解説が必要との意見があった。とくに症例提示が一番わかりやすく有効であるという意見が複数みられた。

支援、治療については診断後の福祉との連携の仕組みのについての情報、外来でできる助言、福祉サービスの仕組み、薬物療法の知識が提案された。

D. 考察

我が国の成人の ASD、ADHD の医療サービスについての現状と課題をエキスパートインタビューにより明らかにしようと試みた。

1) 外来の特性

外来の特性についてはすべてが精神科を標榜をしていたが、専門外来の有無や月あたりの患者数、ホームページでの発達障害を診療していることの公開の有無について医療機関により多様であることが明らかになった。専門外来の開設時期については明確に開設時期がわかる例では 1997 年から 2018 年と幅が広がった。もともとすべての疾患を対象としていたため発達障害の診療が自然発生的に始まる機関もあった。診療を開始する経緯も多様であった。児童を対象としているうちに成人診療を始めたケースと、当初より成人を対象としたケースがみられた。EAP とのつながり、ARMS、パーソナリティ障害や適応障害との鑑別の必要から発達障害外来を開設した例もあり、これは元々の医療機関が注力する分野と深く関係していた。

精神科医療の必要性は 20 台前後の若年層 (Anderson and Butt 2017, Weiss, Isaacs et al. 2018) から老年層 (Mukaetova-Ladinska, Perry et al. 2012) まで必要であるが、十分なケアがされていないことが問題になっている。一方医療サービスを受けるのは容易ではない (Rogers, Goddard et al. 2015) こと、サービスが不十分である (Shattuck, Roux et al. 2012) (Lai and Weiss 2017) (Lorenc, Rodgers et al. 2017, Anderson and Butt 2018)、コミュニティサポート (Macleod 1999) の必要性が議論されてきた。最近では ASD の死亡率が高い (Schendel, Overgaard et al. 2016) という説が我が国の当事者団体でも話題になった。このようにみていくと我が国の成人 ASD、ADHD の人がどのようなサポートが

必要かの調査の必要性は高い。特に我が国では静止保健福祉手帳や障害年金などの公的支援を得るためには医師による医学的診断が必要になる。診断がされなければ、医療的・福祉的支援がなされない可能性がある。

一方、診断することの弊害としては、雇用主が配慮をしなくなる、不適切な薬物療法がなされるなどの問題が生じる。

2) 困難性と特殊性

成人発達障害を診療する上での困難性・特殊性については興味深い結果が得られた。

インタビューの中で頻出語として「発達」や「診断」が挙げられるのは予想通りであったが、多くの医師がコンサータなどの ADHD 治療薬に言及したことが注目された。

診断根拠については「発達歴」を重視する意見が多かったが、同時に「信憑性が確認できない」との意見も複数みられた。

また精神疾患との鑑別では「発達歴よりも現在症を重視」という意見もあった。ARMS のフォロー中に ASD 特性が明らかになる事例や、認知症対象のメモリークリニックを受診する ADHD の存在についての言及もあり、児童期と比較して成人の場合は適応障害、認知症、パーソナリティ障害なども含めた精神疾患との鑑別や合併が課題になるからであろう。

診断方法については「インテークを何回も繰り返す必要」、「心理職が WAIS や AQ で判断するをなどの課題があった。

3) 過剰診断と過小診断をめぐる議論

診断カテゴリーでは「診断閾値」につい

て多くの議論があった。「子どものころの適応がいい人に ASD という診断をつける」ことへの否定的な意見もあるが、一方では「一般外来では適切に診断がされていない」という意見もある。過剰診断なのか過小診断なのかの判断が難しい。受診経路については本人の希望で受診するケースだけでなく、「企業から困った社員」、「妻が夫の診断を求める」などの語りがあった。

「もともと疾患の有る無しのトレーニングを受けているの、どこからラインを引くのが困難」な障害であることから、このような事態が生じやすいのだろう。

特に専門外来のある d 大学病院、j 大学病院では発達障害が疑われて受診する患者で発達障害の診断がくだされるのは、それぞれ 3 割くらい、1 割から 2 割と低いことが注目された。いぼう f 大学病院のように過半数が発達障害と診断される機関もある。c 大学病院では発達障害以外の患者は少なく、これは一般外来で発達障害が疑われた患者を対象に専門外来で評価するシステムが関与していると思われる。

成人期においては現在症の把握と他の精神疾患との鑑別が課題になるとの意見は重要である。ASD も ADHD も多様であるが、成人期に初めて診断される事例は児童期に診断される事例と比較して、適応が良いことが指摘されてきた。婚姻し子どももいて職業をもつケースも多い(Taylor, Smith DaWalt et al. 2019)。Lai らは「失われた世代」という呼び方をしている。彼らの児童期はより ASD は狭く捉えられ、診断されることがなかった。このような人たちに診断をすることへの疑問も語られた (G 医師)。

自閉症スペクトラムに正常との間にクリ

アの境界を引くことが困難であることは、既に Wing がスペクトラム概念を提唱した時点で、ASD の本質でもあった(Wing and Gould 1979(Wing, 1997 #2544) (Wing 1997)(内山登紀夫 2012))、スペクトラムであることの本質的な欠点であるかもしれないが、同時に臨床的には長所でもありうる。DSM-5,ICD-11 においてもスペクトラム概念が採用された現在、今後どのように診断の閾値や診断方法を規定するかは重要な課題である。

本調査でも多くの指摘があったように、成人の ASD,ADHD はうつ病などの気分障害(Unruh, Bodfish et al. 2018)、や不安障害(Maddox, Kang-Yi et al. 2018) (Hollocks, Lerh et al. 2018), 双極性障害、睡眠障害などの精神科合併症の頻度が高い(Davignon, Qian et al. 2018) (Hofvander, Delorme et al. 2009)ことや、統合失調症の合併頻度が ASD の 6%に登るとの報告(Lugo Marín, Alviani Rodríguez-Franco et al. 2018)、自殺のリスクが高いのに(Richa, Fahed et al. 2014)認識されていない (Veenstra-VanderWeele 2018)ことなどから精神科医療ニーズ(Weiss, Isaacs et al. 2018) (Cage, Di Monaco et al. 2018)や社会福祉サービスへのニーズが高いが、その供給は十分には行われていないとする意見が欧米では強いようである。それに加えて、パーキンソン病(Starkstein, Gellar, Parlier, Payne, & Piven, 2015)や生活習慣病などの身体疾患(Croen, Zerbo et al. 2015, Cashin, Buckley et al. 2018)についてもニーズが高い。

3) 支援と治療

薬物療法、とくにコンサータとアトモキ

セチンの不適切な使用例の経験や懸念が語られることが多かった。会社からの紹介ケースでは薬物療法を求められる傾向や、自動車運転のためにという理由で薬物を求められるなど本来の医学的理由以外での薬物使用の「圧力」を感じる事態もある。薬物療法について、不適切な薬物療法への懸念、とりわけ中枢刺激薬の使用についての混乱が語られた。オーストラリアにおいても適応が不明確な処方が成人の ASD に処方されているとの報告があり、不適切な薬物療法が広がらないような注意が必要である (Cvejic, Arnold et al. 2018)

自閉症法(2009)があるなど ASD 支援で先行している英国は国の施策としてさまざまな取組がされている。2014年に発表されたレポートでは 15 の優先順位の高い領域が設定され、適切な時期に診断が受けられること、老齢期になっても適切は精神科的・身体医学的サービスが受けられることを目指している。(Care 2014)、さらに 2018年にアップデートされた報告では 5つの領域 (Domain)が設定され、Domain 3では、成人期に自閉症の診断アセスメントにタイムリーにアクセスできこと、タイムリーおよび適切なメンタルヘルスサービスが受けられること、それぞれの当事者にあったコミュニケーション方法や感覚過敏への対応、環境調整などのサービスが目標とあげられている。(Mental Health 2018).

アメリカでも連邦政府の方針として成人期の支援に 7つのテーマのうち一つが当てられている。

4) 成人発達障害の診断をする医師の条件

児童精神医学臨床の経験が望ましいと答

えたインタビューイーは多かったが、一方で成人精神医学の知識や経験が大切との指摘も多数みられた。成人精神科医の中でも発達障害を専門とする児童精神科や小児科精神科で自主研修を行っているインタビューイーも複数いた。成人、児童の両方の研修を行うことが望ましいという点では概ね意見は一致しているが、成人期の精神障害全般の診断能力、鑑別診断、治療能力を重視することが重要であろう。

5) 必要な情報

これは上記の成人発達障害の診断をする医師の条件と密接に関係する。

教科書的な内容に加えて、症例提示や診断・面接場面の直接観察することの重要性が指摘された。医師の養成システムの中で児童精神医学や発達障害をどう位置づけるかの議論は始まったばかりである。

成人期に発達障害を診断することは様々な困難がある。成人期に初めて診断されるASDは珍しくない。Laiらは本調査でも多くのエキスパートが指摘したように発達歴聴取や現在症の捉え方の困難さが課題になっている。

本調査では我が国の代表的な医療機関のエキスパートにインタビューを行い、成人精神科医療の課題を検討した。

E. まとめ

我が国の成人発達障害診療の実態を把握するためエキスパートインタビューを行い、多様な課題があることを明らかにした。

F. 参考文献

文献

Anderson, C. and C. Butt (2017). "Young Adults on the Autism Spectrum at College: Successes and Stumbling Blocks." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 47(10): 3029-3039.

Anderson, C. and C. Butt (2018). "Young Adults on the Autism Spectrum: The Struggle for Appropriate Services." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 48(11): 3912-3925.

Cage, E., J. Di Monaco and V. Newell (2018). "Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 48(2): 473-484.

Care, D. o. H. S. (2014). *Think Autism. Fulfilling and Rewarding Lives, the Strategy for Adults with Autism in England: An Update.* London, UK, Department of Health London.

Cashin, A., T. Buckley, J. N. Trollor and N. Lennox (2018). "A scoping review of what is known of the physical health of adults with autism spectrum disorder." *Journal Of Intellectual Disabilities: JOID* 22(1): 96-108.

Croen, L. A., O. Zerbo, Y. Qian, M. L. Massolo, S. Rich, S. Sidney and C. Kripke (2015). "The health status of adults on the autism spectrum." *Autism* 19(7): 814-823.

Cvejic, R. C., S. R. C. Arnold, K.-R. Foley and J. N. Trollor (2018). "Neuropsychiatric profile and psychotropic medication use in adults with autism spectrum disorder: results from the Australian Longitudinal Study of Adults with Autism." *Bjpsych Open* 4(6): 461-466.

Davignon, M. N., Y. Qian, M. Massolo and L. A. Croen (2018). "Psychiatric and Medical Conditions in Transition-Aged Individuals With ASD." *Pediatrics* 141(Suppl 4): S335-S345.

Hofvander, B., R. Delorme, P. Chaste, A. Nyden, E. Wentz, O. Stahlberg, E. Herbrecht, A. Stopin, H. Anckarsater, C. Gillberg, M. Rastam and M. Leboyer (2009). "Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-

- intelligence autism spectrum disorders." *BMC Psychiatry* 9: 35.
- Hollocks, M. J., J. W. Lerh, I. Magiati, R. Meiser-Stedman and T. S. Brugha (2018). "Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis." *Psychological Medicine*: 1-14.
- Lai, J. K. Y. and J. A. Weiss (2017). "Priority service needs and receipt across the lifespan for individuals with autism spectrum disorder." *Autism Res* 10(8): 1436-1447.
- Lorenc, T., M. Rodgers, D. Marshall, H. Melton, R. Rees, K. Wright and A. Sowden (2017). "Support for adults with autism spectrum disorder without intellectual impairment: Systematic review." *Autism*: 1362361317698939.
- Lugo Marín, J., M. Alviani Rodríguez-Franco, V. Mahtani Chugani, M. Magán Maganto, E. Díez Villoria and R. Canal Bedia (2018). "Prevalence of Schizophrenia Spectrum Disorders in Average-IQ Adults with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 48(1): 239-250.
- Macleod, A. (1999). "The Birmingham Community Support Scheme for Adults with Asperger Syndrome." *Autism* 3(2): 177-192.
- Maddox, B. B., C. D. Kang-Yi, E. S. Brodtkin and D. S. Mandell (2018). "Treatment Utilization by Adults with Autism and Co-Occurring Anxiety or Depression." *Research In Autism Spectrum Disorders* 51: 32-37.
- Mental Health, D. a. D. D. a. D. U. D. (2018). Think Autism strategy governance refresh.
- Mukaetova-Ladinska, E. B., E. Perry, M. Baron, C. Povey and G. Autism Ageing Writing (2012). "Ageing in people with autistic spectrum disorder." *Int J Geriatr Psychiatry* 27(2): 109-118.
- Richa, S., M. Fahed, E. Khoury and B. Mishara (2014). "Suicide in autism spectrum disorders." *Arch Suicide Res* 18(4): 327-339.
- Rogers, C. L., L. Goddard, E. L. Hill, L. A. Henry and L. Crane (2015). "Experiences of diagnosing autism spectrum disorder: A survey of professionals in the United Kingdom." *Autism*.
- Schendel, D. E., M. Overgaard, J. Christensen, L. Hjort, M. Jorgensen, M. Vestergaard and E. T. Parner (2016). "Association of Psychiatric and Neurologic Comorbidity With Mortality Among Persons With Autism Spectrum Disorder in a Danish Population." *JAMA Pediatr* 170(3): 243-250.
- Shattuck, P. T., A. M. Roux, L. E. Hudson, J. L. Taylor, M. J. Maenner and J. F. Trani (2012). "Services for adults with an autism spectrum disorder." *Can J Psychiatry* 57(5): 284-291.
- Taylor, J. L., L. Smith DaWalt, A. R. Marvin, J. K. Law and P. Lipkin (2019). "Sex differences in employment and supports for adults with autism spectrum disorder." *Autism*: 1362361319827417.
- Unruh, K. E., J. W. Bodfish and K. O. Gotham (2018). "Adults with Autism and Adults with Depression Show Similar Attentional Biases to Social-Affective Images." *Journal Of Autism And Developmental Disorders*.
- Veenstra-VanderWeele, J. (2018). "Recognizing the Problem of Suicidality in Autism Spectrum Disorder." *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry* 57(5): 302-303.
- Weiss, J. A., B. Isaacs, H. Diepstra, A. S. Wilton, H. K. Brown, C. McGarry and Y. Lunskey (2018). "Health Concerns and Health Service Utilization in a Population Cohort of Young Adults with Autism Spectrum Disorder." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 48(1): 36-44.
- Wing, L. (1997). "The autistic spectrum." *Lancet* 350(9093): 1761-1766.
- Wing, L. and J. Gould (1979). "Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification." *J Autism Dev Disord* 9(1): 11-29.
- 内山登紀夫 (2012). "【正常との境界域を診る】 広汎性発達障害とスペクトラム概念." *精神科治療学*(0912-1862) 27(4): 443-451.

	児童/成人	主たる勤務先	経験年数	児童精神科経験	役職
A	成人	外来クリニック	30	あり	非常勤医師
B	児童	外来クリニック	50	—	非常勤医師
C	児童	大学病院	20	—	准教授
D	成人	大学病院	20	あり	准教授
E	成人	大学病院	20	なし	講師
F	児童	精神科病院	20	—	常勤医師
G	成人	大学病院	40	なし	教授
H	児童	大学病院	30	—	講師

表. 1

病院種別	専門外来の有無	月あたりの患者数（延べ）	ネットでの公開
a 精神科病院	なし	数十	なし
b クリニック	なし	100人以上	なし
c 大学病院	あり	数十人	あり
d 大学病院	あり	200人以上	あり
e クリニック	なし	10人程度	あり
f 大学病院	なし	10数人	なし
g 大学病院	なし	不明	なし
h 大学病院	ない	不明	なし
i クリニック	あり	数人	あり
j 大学病院	あり	100人程度	あり
k クリニック	—	200人程度	あり

表. 2

注：

- a: 児童外来を除くすべての医師が対応、児童精神科外来は児童のみ
- b: 児童精神科外来で対応
- c: 一般外来で初診し、発達障害の疑いがあれば専門外来に紹介する
- d: 専門外来で初診を受け付ける
- e: 児童精神科外来で対応

f:児童精神科医が対応

g:すべての精神科外来で対応

h:特定の医師が一般外来で対応

i:児童精神科医が対応

k:創立より発達障害を専門に成人・児童の両者を対象にしている。

	開設時期	経緯
a 精神科病院	特定不能	自然発生的、産業医・EAPからの紹介
b クリニック	特定不能	児童外来から波及
c 大学病院	2018	専門家の赴任、学生の紹介、適応障害などの鑑別に発達障害があがる
d 大学病院	2008	専門家の赴任
e クリニック	2002	児童精神科医の存在
f 大学病院	2016	児童精神科医の存在
g 大学病院	特定不能	発達障害の鑑別の必要性
h 大学病院	2003	自然発生的、開業医からの紹介
i クリニック	2015	児童外来から波及
j 大学病院	2015	成人外来診療の中で必要性を認識
k クリニック	1997	当初より成人発達障害を診療

表. 3

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な語り
診断	閾値	日本中でいろんな精神科医がみているが診断の基準はみな違う。ASDなんてどこで線を引くかだけじゃないですか。社会的診断という意味が多分にある。
		一般外来の先生は気づいていない、適切に診断されていない事例がある。
		診断閾値をどこに設定するかに個人差があると思った。医学研究という立場になると閾値が高くなる。
		子供のころの適応が良い人にあえてASDという診断をつける必要があるのか疑問。

発達歴と現症	<p>幼少期の病歴が取れない人が多い。特性をどうとるかが難しい</p>
	<p>発達歴よりも現在症を重視している。他の精神疾患ではない特徴があることを ASD の症状があることと同じくらい重視している。</p>
	<p>あまりにも発達障害っぽい発達歴をいう親がいて、本を読んでいる親から聞く発達歴情報の信憑性が乏しい。</p>
	<p>幼少期に発達歴をどれくらい拾えるのか、信憑性を確認できない。</p>
	<p>精神現在症の評価がかかせない、精神疾患との鑑別併存症の把握も必要</p>
弊害	<p>ASD と診断することで学校の先生や会社の上司が安心して、必要な対応をしなくなる。ASD と診断をつけることの弊害を考えて過度に診断をつけないほうが良い。</p> <p>就労支援を言い過ぎるから、就労支援会社が金儲けをするなどの弊害が大きい。</p>
鑑別診断	<p>精神疾患との鑑別 併存症の把握も必要 どういうタイミングでどういう支援が必要になるのかの把握が必要。近況を把握して、もともと問題があったのか環境の要因の影響はどうか判断する。</p>
	<p>ASD が統合失調症と誤診されたとか、ADHD を鬱病と間違えるのは精神科医失格。それを間違えてもしょうがないという雰囲気は作るべきではない。</p>
	<p>別の医療機関で発達障害と診断された事例で思春期に屈曲があったケースは統合失調症と診断変更をした。抗精神病薬で改善し妄想などの病的体験も表出するようになった。</p>
	<p>認知症・もの忘れなどを対象にしたメモリークリニックを受診するケースで ADHD の人がいる。もともと困っていたが過去は部下や秘書がカバーしていて目立なかった。</p> <p>どうしても白黒はつきりできない。薬を使う。疾患なのか疾患じゃないのかトレーニングされてきたので どこからラインを引くのか幼少期の病歴が取</p>

		れない人が多い。特性をどうとるのが難しい
	診断の方法	診断までのインテークを何回か繰り返している、インテークだけでも1か月、2か月かかる。
	心理職	心理職によっては発達障害の教育を受けていず、 WAIS や AQ で診断しており、ちゃんと生育歴を取っていない。
	受診経路と治療意欲	企業から困ったとケースを紹介したいという希望が多い。
		一般外来で待ち時間が長いと患者から断ってくる。事務や受け付スタッフとのやりとりがうまくいかずトラブルを起こす人が多い。
		妻が夫の ASD の診断を求めてくることあが、 ASD でない事例もある。
		専門外来への紹介患者でも精神医療が必要ない人や一般精神科に再紹介するケースもある。まったく心配のない人も1, 2割いる。
薬物療法	中枢刺激薬	大人の ADHD という人もいるので、その場合には薬物があるものはトライすべき、副作用ができればやめればいい。
		パキシルとストラテラの併用処方など、問題が多い。
		医師に発達障害の可能性があるとと言われて紹介される患者の中にコンサータ ADHD ではないのにコンサータなどを服用している事例がある。
	抗うつ薬	薬物療法は二次障害の抗うつ薬が効くのに、アスペルガーなら、障害特性による抑うつなので医療でみる必要はなく、疾病とみなす必要はないという医師がいる。
	薬物療法	自動車運転や養育のため、会社から治療を求められると薬を飲んでという雰囲気になる。大学の保健センターでも薬物療法が可能な機関だと薬物処方されがちになる。
非薬物療法	外来での支援	ASD の可能性が高い人でも、どう介入するかの情報が足りない。他院のデイケアを紹介することもある。

		生活で行き詰まることが多いので、ケースワーク的な情報が必要
	デイケア	成人になると使える社会資源が少ない。
	プライマリーケア	プライマリーケアで ASD をみても何もできない。何もできないのら診断をすべきでない。
	一般精神科医と専門医	精神医学が ASD について十分にまとまっていないので、一般医に中途半端に伝えたら企業に利用されるだけ。専門医が入口を初診できちんとみておけば、フォローは一般医でも可能。
	措置入院	措置入院後の後方病院が確保できない

表.4

病院種別	割合	代表的な語り
a 精神科病院	-	-
b クリニック	-	-
c 大学病院	—	明らかに発達障害でなかった人は4, 5人
d 大学病院	3割位	発達障害ではない人の方が多い。発達障害でない人の方が多い。精神医療が必要ない人が1、2割いた。一般精神科にリファーするケースもあったし、全く心配ない人も1、2割いた。
e クリニック	-	-
f 大学病院	8割	5人中4人は発達障害だった。
g 大学病院	-	-
h 大学病院	-	-
i クリニック	-	-
j 大学病院	1割から2割	発達障害と診断がつかないということじゃなくて発達障害のほうが（他の併存障害より）重い人は1割。だから、発達障害の疑いで紹介された人の中で発達障害の診断をつけることは私は一番少ない。パーソナリティ障害、適応障害の診断も考える。どこでその人が困っているかが大事で診断は必要ないと思うこともある。その部分がパーソナリティ障害か適応障害の支

		<p>援が重要なら発達障害の診断をしない。 ADHD は薬があるので診断をつけてもいい。</p>
--	--	--

表. 5

		児童精神医学の経験	成人発達障害の診断をする医師の条件
A	成人	言及なし	薬物療法についての知識（慎重であるべき）
B	児童	必要	3年程度の子どもの精神科診療の経験
C	児童	必要	非常勤でも児童精神科診療の経験があることが望ましい。
D	成人	必要	外来を初めて幼少期の話が重要で大きく、そのあたりの発達障害の子どものイメージがないのが問題で、就学前の子供を診たいと思っていた。発達障害専門の小児科クリニックで陪席研修を行いイメージが付いてきた。それは成人臨床をやる上で必要
E	成人	必要	毎回、専門家を招いて症例検討会をしている。短期間でも児童精神のトレーニングが受けられると良いと思う
F	児童	言及なし	一般精神医学の経験と成人にも発達障害者がいるとの認識が必要
G	成人	必須ではない	成人の鑑別診断の能力
H	児童	可能なら	児童の研修が可能な施設が少ないので、成人の鑑別診断がしっかりできることが必要

表. 6

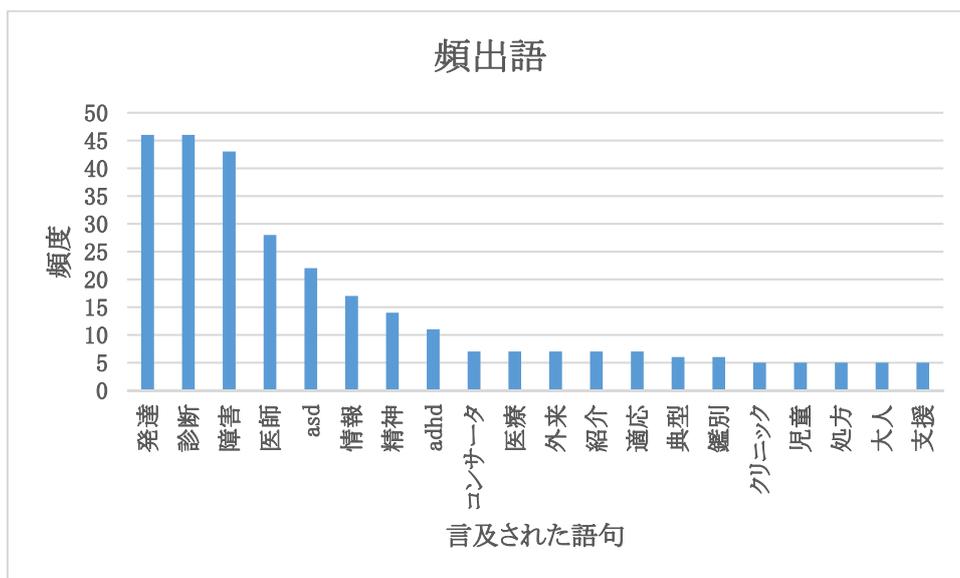


図. 1

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

成人自閉症スペクトラムの鑑別診断

研究分担者 内山登紀夫（大正大学社会心理学部）

研究協力者 武士清昭（あさかホスピタル）

研究要旨

統合失調症スペクトラムを中心に、成人 ASD の鑑別診断について臨床上的問題点や研究の傾向についてまとめた。臨床的には横断的には鑑別が困難となりやすいことも少なくないため、遺伝に関する研究や、神経心理学的問題や脳画像所見における類似点や差異に関する報告等多角的な視点から鑑別に関する研究が進んでいる。

A. 研究目的

本項では精神医学分野において成人 ASD の鑑別診断がどのように議論されているかについて文献的検討を中心に概説する。

B. 研究方法

2019 年 3 月時点、医中誌で「自閉症スペクトラム+鑑別診断」で検索し、その中でも特に鑑別診断として代表的な「統合失調症」、「精神病発症危険状態 (At Risk Mental State)」、「パーソナリティ障害 Personality disorder」、「注意欠如・多動症 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder」について医中誌および PubMed の検索結果から得られた文献をそれぞれ選定し、本稿にまとめている。

C. 研究結果

1. 統合失調症 schizophrenia

2019 年 3 月時点 PubMed で ASD×

schizophrenia で検索すると 467 件がヒットし、2018 年に発表されたものは 89 件であった。

統合失調症は多くは思春期以降に発病し、幻聴や被害妄想等の陽性症状と意欲の減退や自閉等の陰性症状からなる、慢性経過をたどる精神疾患である。一方 ASD は乳幼児期からのコミュニケーションや感覚過敏、こだわり等を主徴とする神経発達症に分類される。このため基本的には明らかとなる時期の違いや、問題となる症状や特性も異なることから、統合失調症と ASD が鑑別疾患としてあげられることは多くはないはずである。

しかし、高機能 ASD においては乳幼児期にその特性が明らかとならず、思春期以降に問題が発現したかのように見えること、一過性の精神運動興奮や幻聴、被害妄想等の精神病状態を呈することがあることなどから、生育歴の詳細な聴取が不可能である

場合は、鑑別が困難となることも少なくないであろう。

また高機能 ASD においては、周囲に対して被害的解釈を有しやすい症例も少なくないため、横断的な理解のみでは鑑別が困難となることもあるかもしれない。

様々な研究から統合失調症患者の行動やコミュニケーションの問題は思春期以降に明らかとなり、周囲に対する誤解や、孤立傾向が前景に現れてくるとい

う結果を示しており、統合失調症における縦断的な評価が鑑別上有用となることを示唆している。

過去のデータからは ASD に統合失調症が併発する頻度は一般人口と同等と言われている。一方で統合失調症スペクトラムで考えた場合には 10～30%の割合で両者は併存するとも言われ、併存も考慮した鑑別が求められる¹⁾。長期間の追跡研究では、ASD の診断を受けた 129 例を 20 年間以上追跡した結果、精神病の有病率は 10.1%であったとの報告もみられる²⁾。

統合失調症で特徴的な自我障害は ASD ではみられにくいこと、幻聴や被害妄想の質や内容も統合失調症と ASD では異なるという報告も少なくない。このため、一般的には ASD 症例で現れる精神病状態は、基本的には反応性で一過性のものと診断されることが多い。

2. 精神病発症危険状態 (At Risk Mental State)

まず PubMed で ASD×ARMS で検索すると 161 件がヒットし、2018 年に発表されたものは 15 件であった。

1990 年代頃から Yung らによって提唱さ

れた精神病罹病危険状態 (At Risk Mental State 略して ARMS) という、概念が用いられるようになってきている³⁾。

これは統合失調症や双極性障害等の精神病の発症リスクが高い状態のことで、この概念は精神病前駆期にほぼ該当するものだが「前駆状態」は後方視的な視点による言葉であり、また発症への移行が含意された概念でもあることに対し、ARMS はあくまで精神病の発症リスクが高い状態像をさしており、必然的な移行を意味する前駆状態と厳密には同義ではない。ARMS の条件としてまず、過去あるいは現在において精神病状態になったことが否定されていることが必要であり、その他に下記のような徴候を認めるものである。

- ① 微弱な陽性症状 (APS: Attenuated Psychotic Symptoms) がある場合
- ② 短期間の間歇的な精神病症状 (BLIPS: Brief limited intermittent psychotic symptoms) がある場合
- ③ 精神病になりやすい特性 (家族歴や人格特徴) があり社会的機能低下 (1 年以内に 30%以上の GAF* スコアの低下) のある場合 (* Global Assessment of Functioning の略)

※①～③のいずれかに該当するものを Yung らは Ultra High Risk (UHR) 群とも呼んでいる。

精神病を顕在発症する前から、同定し、介入していく主な目的としては、精神病の発症を予防することや遅延させることがあげられる。また、たとえ発症したとしても早期の段階で介入しているため、精神病未治療

期間(Duration of Untreated Psychosis : DUP)を短縮させ、予後の改善に繋がる⁵⁾。

上記の ARMS の 3 つの分類それぞれについて、ASD との鑑別が必要となる状態について述べていく。

①微弱な陽性症状群

ASD の人が周囲に対して被害的になることはよく知られており、被害妄想

というよりはファンタジーに近い部分もあり、まさに微弱な被害妄想と評価される可能性がある。

②短期間の間歇的な精神病症状群

統合失調症の項でも述べたが、ASD の人が幻聴や妄想等の精神病状態を

呈することはよく知られている。状況や環境に対する反応性で一過性の幻

覚妄想等の精神病状態は ASD でも起こりうる。

③家族歴や人格特徴があり社会的機能低下のあ る 場 合

ASD は遺伝の影響の可能性も多くの研究で示唆されている。また、次項

で説明するが、ASD と鑑別を要するパーソナリティ傾向があることも知られている。

また、高機能 ASD ではうつ状態や不安症の併存診断がつくことが多いこ

とも知られている⁶⁾。以上から、ASD の家族歴があり、うつ状態を伴うよ

うな症例などは、ASD との鑑別を要する。

ASD と ARMS の鑑別においても、生活歴の聴取および評価、経過における縦断的な評価が重要である。

3 . パーソナリティ障害 Personality disorder

PubMed で ASD×personality disorder で検索すると 274 件がヒットし、2018 年に発表されたものは 20 件であった。

パーソナリティ障害の中でも、特に以下の 2 つのパーソナリティ障害に関してはその鑑別の重要性がかねてから指摘されているため、本項で紹介していく。

①シゾイドパーソナリティ障害

②統合失調型パーソナリティ障害

まずは DSM-5 におけるそれぞれの診断基準を以下に示す。

①シゾイドパーソナリティ障害

A. 社会的関係からの離脱、対人関係場面での情動表現の範囲の限定などの

広範な様式で、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。

以下のうち 4 つ (またはそれ以上) によって示される。

- 1) 家族の一員であることを含めて、親密な関係を持ちたいと思わない、またはそれを楽しいと感じない。
- 2) ほとんどいつも孤立した行動を選択する。
- 3) 他人と性体験を持つことに対する興味が、もしあったとしても、少ししかない。
- 4) 喜びを感じられる様な活動が、もしあったとしても、少ししかない。
- 5) 第一度親族以外には、親しい友人または信頼できる友人がいない。
- 6) 他人の賞賛や批判に対して無関心に見える。
- 7) 情動的冷淡さ、離脱、または平板な感情状態を示す。

B. 統合失調症、「双極性障害または抑うつ障害、精神病性の特徴を伴う」、

他の精神病性障害、または自閉スペクトラム症の経過中にのみ起こるも

のではなく、他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

注：統合失調症の発症前に基準が満たされている場合には、「病前」を付け

加える。すなわち、「シゾイドパーソナリティ（病前）」。

②統合失調型パーソナリティ障害

A. 親密な関係では急に気楽でいられなくなる、そうした関係を形成す

る能力が足りないこと、および認知的または知覚的歪曲と風変わりな行

動で特徴づけられる、社会的および対人関係的な欠陥の広範な様式で、

成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。以下のうち5つ

(またはそれ以上)によって示される。

- 1) 関係念慮（関係妄想は含まない）
- 2) 行動に影響し、下位文化的規範に合わない奇異な信念、または魔術的思考（例：迷信深いこと、千里眼、テレパシー、または“第六感”を信じること；子どもおよび青年では、奇異な空想または思い込み）
- 3) 普通でない知覚体験、身体的錯覚も含む
- 4) 奇異な考え方と話し方（例：あいまい、まわりくどい、抽象的、細部にこだわりすぎ、紋切り型）
- 5) 疑い深さ、または妄想様観念
- 6) 不適切な、または収縮した感情
- 7) 奇妙な、風変わりな、または得意な行動または外見

8) 第一度家族以外には、親しい友人または信頼できる人がいない。

9) 過剰な社交不安があり、それは慣れによって軽減せず、また自己卑下的な判断よりも妄想的恐怖を伴う傾向がある。

B. 統合失調症、「双極性障害または抑うつ障害、精神病性の特徴を伴う」、

他の精神病性障害、または自閉スペクトラム症の経過中にのみ起こるものではない。

注：統合失調症の発症前に基準が満たされている場合には、「病前」を付け

加える。すなわち、「統合失調型パーソナリティ（病前）」。

いずれの診断基準にも除外基準として「自閉スペクトラム症の経過中にのみ起こるものではない」と明言されている。これは①シゾイドパーソナリティ障害においては上記1)・2)・5)、②統合失調型パーソナリティ障害においても上記8)のように対人関係における困難から社会生活上の不応に至る可能性を示しており、ASD診断と重複する結果になるものと思われる。

他にも統合失調型パーソナリティ障害とASDの遺伝に関する研究⁷⁾や、神経心理学的問題や脳画像所見における類似点や差異⁸⁾に関する報告等多角的な視点から鑑別に関する研究が進んでいる。

4. 注意欠如・多動症 Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder

DSM-IV-TRでは、広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder:PDD）とADHDの併存は許され

ていなかった。併存とする場合は ASD が優先され、逆に ADHD と診断するということは、PDD が除外されたということになっていた。

今回の DSM-5 の改定により、PDD は名称も ASD となり、ASD と ADHD の併存が認められる様になった。実際 DSM-IV-TR で自閉性障害と診断される子どもの 65% が ADHD の診断基準を満たし、PDD と診断される子どもの 85% が ADHD の診断基準を満たしていた⁹⁾。

この結果も踏まえ、ADHD と ASD は鑑別診断というよりは併存診断として原則的には考えていくが、安易に併存と診断することには十分に注意をしていく必要があると考える。

5. その他の鑑別を要する疾患

強迫症においては、強迫観念や強迫行為に関して、ASD 者のこだわり等との鑑別が困難となることがよく知られている。また、ASD に強迫症が併存することも少なくはない。

心的外傷後ストレス障害(Posttraumatic Stress Disorder)に関しても、ASD の子どもは被虐待率が高い可能性が示唆されていること、ASD の子どもも PTSD 患者と同様にフラッシュバック等の類似症状を呈することが多いことから、鑑別ないし併存等診断において注意を要することが少なくない。

他にも重度の社交不安症や知的障害等は類似した行動や特性を示す可能性が高い¹⁰⁾。

D. 参考文献

1) 太田豊作：大人の神経発達症と統合失調

症の関係，精神科治療学：2017：32(12)：1605-1610

2) Buck TR et al: Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord：2014, 44, 3063-3071.

3) Yung AR et al：Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophr Bull, 22 (2)：283-303, 1996

4) 阿部隆明：横断面の症状から見た統合失調症と自閉スペクトラム症の鑑別，児童青年精神医学とその近接領域：2017：58(1)：54-60

5) Falloon IR：Early intervention for first episodes of schizophrenia：A preliminary exploration. Psychiatry, 55 (1)：4-15, 1992

6) Sterling L et al：Characteristics Associated with Presence of Depressive Symptoms in Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord 38:1011-1018, 2008

7) Schulsinger, H.A.：Ten-year follow-up of children of schizophrenic mothers. 8) Clinical assessment.：Acta Psychiatr.Scand.1976, 53, 371-386

加藤元一郎ら：アスペルガー症候群と統合失調症辺縁群における心理学的問題と脳画像所見，精神科治療学：2008：23(2)：173-182

9)Yoshida Y, Uchiyama T：The clinical necessity for assessing Attention deficit/Hyperactivity Disorder(AD/HD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder(PDD). Eur Child Adolesc

Psychiatry : 2004, 13(5), 307-314

10) Maddox BB, White SW. :
Comorbid Social Anxiety Disorder in
Adults with Autism Spectrum Disorder. J
Autism Dev Disord. 2015, 45(12):3949-60.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

成人期の ADHD のアセスメント

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部教授）
研究協力者 稲田尚子（帝京大学文学部心理学科講師）

研究要旨：欧米と我が国で頻用される成人期の ADHD の診断・評価尺度についてレビューした。さらに ADHD の研究・臨床場面で使われる尺度の動向について英語、日本語のデータベースで検索し最近の動向を調査した。CAARS（Conners Adult ADHD Rating Scale：コナーズの成人期の ADHD 評価尺度, Conners et al, 1999）、CAADID（Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview For DSM-IV）、DIVA（Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen：成人用 ADHD 診断面接）を中心に紹介し、CAARS が最も論文で使用されていた。CAARS、CARDID、DIVA をはじめとする成人の ADHD をアセスメントするツールの使用状況は、欧米と比して少ないことが明らかになった。しかしながら、最近 10 年の間に、我が国でも翻訳および標準化作業がようやくほぼ完了し、ようやく欧米と同等のアセスメントが実施できる段階となっている。

A. 概要と目的

注意欠如・多動症（Attention Deficit / Hyperactivity Disorder：ADHD）は、不注意、多動性、衝動性を主要な特徴とする発達障害である。我が国における ADHD の成人の有病率は 2.09%（内山ら，2012）であり、まれな障害ではない。また、成人の ADHD は、気分障害（38.3%）、不安障害（47.1%）、物質使用障害（15.2%）を高確率で併存している（Kessler ら，2006）など、問題は多岐にわたっている。児童期に ADHD と診断された人のうち、40～60%程度が成人期まで症状が持続し（Barkley, 1998; Barkley et al., 2002）、なかでもとりわけ不注意症状は持続しやすい（Biederman et al., 2000）こ

とが知られている。また、成人期まで未診断で、成人期に初めて ADHD と診断されるケースも少なくなく、近年成人の ADHD に対する関心が高まっている。

本稿では、成人期の ADHD に対する診断・評価尺度およびそれらを使用した研究動向について述べ、この 10 年の進歩と課題について論じる。

B. 方法

欧米と我が国で頻用される成人期の ADHD の診断・評価尺度についてレビューした。さらに ADHD の研究・臨床場面で使われる尺度の動向について英語、日本語のデータベースで検索し最近の動向を調査し

た。

C. 研究結果

1. 代表的な診断・評価尺度

1) ASRS-v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale : 成人期の ADHD 自己記入式症状チェックリスト) は、成人期の ADHD のスクリーニングに使用される自己記入式の質問紙である。パート A の 6 項目とパート B の 12 項目の全 18 項目から成り、「全くない」、「めったにない」、「時々」、「頻繁」、「非常に頻繁」の 5 件法で評価する。スクリーニングに使用されるのはパート A であり、症状の頻度が ADHD を予測する鋭敏さは質問項目によって異なる。あらかじめ決められた回答の選択肢に 4 つ以上チェックがついている場合に、成人期の ADHD に該当する症状をもっている可能性が示唆され、さらなる診察やアセスメントを受ける必要がある。パート B は、対象者の症状に関するさらなる情報を得ることができ、診察やアセスメントの際に利用される。ASRSv1.1 の日本語版は、インターネット上に公開されており、無料で使用できる (http://www.let.ryukoku.ac.jp/~tak/PDF/18Q_Japanese_final_updated-1.pdf)。

2) CAARS (Conners Adult ADHD Rating Scale : コナーズの成人期の ADHD 評価尺度, Conners et al, 1999) は、ADHD の症状程度を評価する質問紙である。18 歳以上の成人を対象に、本人用と家族用の 2 種類があり、DSM-IV (APA, 1994) の診断基準を基に 8 下位尺度 66 項目の質問から構成されている。下位尺度は「不注意/記憶の問題」、「多動性/落ち着きのなさ」、「衝動

性/情緒不安定性」、「自己概念の問題」、「DSM-IV不注意型症状」、「DSM-IV多動性-衝動性型症状」、「DSM-IV総合 ADHD 症状」、「ADHD 指標」の 8 つである。年齢帯別および男女別に標準化されており、T 得点で表される。得点が高いほど症状が重症であることを表しており、65 点以上が臨床域となる。利点はやはり簡便さにあるが、本人用の場合、協力的か否かで回答に信頼性に差が生じる。その場合は、矛盾指標で判断するようになっている。

3. CAADID ((Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview For DSM-IV)は、成人期と小児期の両方における症状によって ADHD を診断できるように構成されている診断尺度である。成人の ADHD を診断する際には、現在の症状だけでなく、子どもの頃に ADHD の症状があったかどうか確認する必要があるためである。CAADID は、パート I とパート II に分かれており、パート I は、対象者の家庭・学校・職場での様子や、成育歴、既往歴などの生活歴について、「はい/いいえ」または自由記述で回答してもらう。「はい」(該当する)と回答した質問を中心に、臨床家は効率的に面接を進める。パート II は、「直接話しかけられたときにしばしば聞いていないようにみえる」、「しばしば毎日の活動を忘れてしまう」など成人期と小児期の両方において問題となる症状を臨床家との面接で回答してもらう。パート I とパート II の情報を総合して診断する。「障害」のレベルを特定する項目が設けられているため、この障害評定の定期的な利用により、対象者への治療効果を確認し、治療法の決定に役立てることができる。

3) DIVA (Diagnostisch Interview Voor

ADHD bij volwassenen : 成人用 ADHD 診断面接) は、DSM-IV の診断基準に基づき、成人の ADHD に対する構造化面接としてオランダで J.J.S. Kooij と M.H. Francken によって開発された。小児期および成人期における ADHD の診断基準 18 項目それぞれの症状の有無と評価を簡易に行うことができる。面接項目としては、成人期と小児期の行動についてそれぞれ具体的かつ実際的な例が豊富に示されている。また、日常生活における 5 つの領域 (仕事/教育、恋愛関係/家族関係、社会的交流、余暇/趣味、そして自信/自己イメージ) で見られる症状と通常関連づけられる機能障害として典型的なものを例として示している。過去の情報や周辺情報を同時に確認するために、成人の場合、可能であれば、DIVA をパートナー・家族同伴で実施する。DIVA の実施には概ね 1 時間～1 時間半を要する。DIVA の日本語版は、インターネット上に公開されており、無料で使用できる (http://divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Japanese_FORM.pdf)。

2) ADHD の研究や臨床場面に CAARS、CAADID、DIVA が使用される動向

これまでに刊行されている学術論文数を探索的に知るために、アメリカ国立医学図書館の国立生物工学情報センター (NCBI) が運営する医学・生物学分野の学術文献検索サービス PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) を用いて、論文のタイトルに “ADHD AND adult” のキーワードを含む論文数を検索したところ、2019 年 4 月 30 日時点で 10733 本が該当した。1998 年には 122 本、2008

年には 468 本、2018 年には 615 本であり、1998 年から 20 年間で約 5 倍に増加していることが分かる。このうち、ASRS のキーワードを追加して検索したところ 230 本、CAARS では 150 本、CAADID では 24 本、DIVA では 19 本が該当し、CAARS が最も論文で使用されている尺度であると考えられる。

一方、邦文論文に限定し、日本の国立情報学研究所学術情報ナビゲータ Cinii (<https://ci.nii.ac.jp/>) で論文のタイトルに “ADHD” のキーワードを含む論文数を検索したところ (2019 年 5 月 5 日)、2639 本が該当した。“ADHD&成人” で検索すると 145 本となり、成人期の ADHD に関する論文数はあまり多くはないことが分かる。このうち “ASRS”、“CAARS”、“CARDID”、“DIVA” のキーワードで該当する論文数は、それぞれ 3 本、3 本、0 本、0 本であった。上記の検索には該当しなかったものの、これらの尺度を使用した成人の ADHD に対する研究はわずかながらも増えてきつつある。近年、成人の ADHD に対する時間管理スキル習得に焦点化した認知行動療法が実施され、その効果が予備的に検討された (中島ら, 2019)。対象は、20 歳以上 65 歳未満の ADHD 患者 8 名 (平均年齢 : 39.80 歳, 女性 : 男性 = 7:1) であった。医療機関で ADHD の診断を受けており、研究チームによって CARDID を用いて ADHD と診断された。介入プログラムは、ADHD 患者の時間管理で困難を抱える 6 つの生活場面から構成されており、1 回 90 分間計 8 回行われた。参加者とその家族に対して、プログラム開始前 (T1)、終了後 (T2)、終了 2 ヶ月後 (T3) の 3 時点で、質問紙への回答を求め

た。本人評価では、CAARS の不注意／記憶症状、衝動性／情緒不安定、DSM-IV 不注意症状、DSM-IV 総合 ADHD 症状において、T1 から T2 時点および T3 時点で有意な改善が見られ、T3 時点には臨床域以下に達していた。家族評価では、不注意／記憶症状においてのみ、T1-T3 間で有意な差が見られた。介入プログラムの自覚的・他覚的な効果が示され、治療効果を認識する時期および症状について本人と家族間に差異のあることが示唆された。英語論文では、介入の効果検討の研究に、CARDID、DIVA などを用いて研究参加者を診断し、症状の変化についての指標の 1 つに CAARS を使用するの是一般的であるが、我が国ではようやく端緒についた段階であると考えられ、今後の普及が望まれる。

D. 考察

CAARS、CARDID、DIVA をはじめとする成人の ADHD をアセスメントするツールの使用状況は、欧米と比して遅れていることが明らかになった。しかしながら、グローバルスタンダードである成人の ADHD の診断・評価尺度について、最近 10 年の間に、我が国でも翻訳および標準化作業がようやくほぼ完了し、ようやく欧米と同等のアセスメントが実施できる段階となっている。今後の課題として、成人の ADHD のアセスメントに対する正しい理解およびスキルの習得を促すような研修体制の整備が急務である。

F. 参考文献

Barkley, R. A. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New

York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 10-15.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.

Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). CAARS. Adult ADHD Rating Scales. Technical Manual. Toronto: Multi-Health Systems.

DIVA2.0 (2019年5月5日)
http://divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Japanese_FORM.pdf

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Delmer, O., Faraone, S., Greenhill, L., Howes, M., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T., Walters, E., & Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Result from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 164, 716-723.

中島美鈴・稲田尚子・谷川芳江・山下雅子・前田エミ・高口恵美・矢野宏之・猪狩圭介・久我弘典・織部直弥・要齊・原田剛志・上野雄文・皿田洋子・黒木俊秀 (2019) 成人注意欠如・多動症の時間管理に焦点を当てた集団認知行動療法の効果の予備的検討. *発達心理学研究*, 30, 23-33.

中村和彦 (監修), 染木史緒・大西将史 (監訳) (2012a). CAADIDTM 日本語版. 金子書房.

内山敏・大西将史・中村和彦・竹林淳和・二宮貴至・鈴木勝昭・辻井正次・森則夫 (2012). 日本における成人期 ADHD の疫学調査—成人期 ADHD の有業率について—. *子どものこころと脳の発達*, 3, 34-42.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

ADI-R と ADOS-2、CARS2

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部）
研究協力者 稲田尚子（帝京大学文学部心理学科）

研究要旨：自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder: ASD）は、1990年代に入
って、その診断基準が世界的に整備されるに従い、標準化された診断尺度が相次いで開発
されるようになった。親面接尺度である ADI-R（Autism Diagnostic Interview-Revised：
自閉症診断面接尺度改訂版，Rutter et al., 2003）および対象児の行動観察尺度である
ADOS（Autism Diagnostic Observation Schedule：自閉症診断観察尺度，Lord et al.,
2000）は、自閉症診断のゴールドスタンダードであると考えられている（de Bildt et al.,
2004）。地域差、文化差を超えた診断の「グローバル化」の流れは、ASD の行動の質的な
異常を可能な範囲で包括的に量的に評価することにより、ASD 診断の信頼性および妥当
性を担保する役割を果たしている。わが国では、日本語への翻訳作業と著作権が障壁となっ
て診断尺度の普及・習熟が遅れていたが、2010年代に入り、ようやく ADI-R と ADOS-
2（Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition：自閉症診断観察尺度第 2
版，Lord et al., 2012）の日本語版が刊行され、グローバルスタンダードであるこれら 2
つの診断尺度の使用が可能となった。この間、日本でも以前からよく使われている CARS
（小児自閉症評価尺度）が改訂され、CARS2（Childhood Autism Rating Scale-Second
Edition：小児自閉症評定尺度第 2 版，Schopler et al., 2010）が出版されており、日本語
版は 2019 年度中に刊行される予定である。

本稿では、ADI-R、ADOS-2、CARS2 の概要を紹介し、またこれらの診断尺度を使用し
た国内外の研究や臨床場面での活用状況について報告する。

A. 概要と目的

本稿では、ADI-R、ADOS-2、CARS2 の
概要を紹介し、またこれらの診断尺度を使
用した国内外の研究や臨床場面での活用状
況について報告する。

B. 方法

代表的な ASD の診断ツールである ADI-
R、ADOS-2、CARS2 に関する臨床・研究
の最近の動向をレビューした。

C. 研究結果

1. ASD の診断尺度

ADI-R は、親への半構造化面接法であり、所要時間は 90～150 分である。2 歳から成人までの対象に使用でき、発達早期及び現在の行動特性や強みである能力など、DSM の診断基準に沿って対人コミュニケーション行動や反復的行動・限局した興味を中心に 93 項目注 1) について詳細に尋ね、3～4 段階で評定する。面接の結果からは、診断の年齢依存性を考慮して作成された、「2 歳 0 か月～3 歳 11 か月」、「4 歳 0 か月以上」のいずれかの診断アルゴリズムを用いて、「ASD」「非 ASD」の診断分類が導かれる。他に、現在症アルゴリズムがあり、「2 歳 0 か月～3 歳 11 か月」、「4 歳 0 か月～9 歳 11 か月」、「10 歳 0 か月以上」のいずれかを用いて、現在の症状程度を把握することができる。

ADOS-2 は、被面接者の検査中の行動を直接観察する。被面接者は自閉症が疑われる児・青年本人であり、母親の回想に依存せず直接的に対象者の行動を観察できる点が最大の強みである。5 つのモジュールがあり、年齢と言語水準に応じて使用するモジュールを選択する：乳幼児モジュール（無言語～1, 2 語文レベルで 12～30 か月の幼児）、モジュール 1（無言語～1, 2 語文レベルで 31 か月以上の児）、モジュール 2（動詞を含む 3 語文以上～流暢に話さないレベルの児）、モジュール 3（流暢に話すレベルの子ども／青年前期）、モジュール 4（流暢に話すレベルの青年後期／成人）。所要時間は 30～50 分である。あらかじめ決められた検査用具や質問項目を用いて、対人コミュニケーション行動を最大限に引き出すように設定

された半構造化面接を行い、検査中の行動を直接観察する。3～4 段階で評定した結果をもとに診断アルゴリズムを用いて「自閉症」、「自閉症スペクトラム」、「非自閉症スペクトラム」（乳幼児モジュールでは懸念の程度：中度～重度の懸念、軽度～中度の懸念、ごくわずかな懸念）のいずれかに診断分類できる。モジュール 1～3 では、診断分類以外に、ADOS2 比較得点（得点範囲 1～10）が求められる。これは、検査中に観察された対象の全体的な ASD 症状の程度について、同じ生活年齢および言語水準の ASD 児と比較する手段である。年齢と言語水準の影響をできる限り除いて ASD 症状の重症度を把握することができる。

CARS2 は、旧来の CARS（Schopler et al., 1980）に親評定式質問紙（Questionnaire for Parents or Caregivers : CARS-QPC）と高機能用（CARS2-High Functioning Individuals : CARS2-HF ; 6 歳～成人 ; IQ80 以上）が追加され、旧来の CARS は CARS2 標準用（CARS2-Standard Version : CARS2-ST）と呼ばれる。年齢と知的障害の程度によって CARS2-ST と CARS2-HF を使い分けることができる。いずれも 15 の評定項目から成り、CARS2-QPC の結果と行動観察を総合して、各評定項目について行動の重症度を 7 段階で評定する。結果からは自閉症かどうかを判断でき、さらに自閉症の重症度を評価することができる。

注 1) ADI-R の日本語版では、日本語文化には該当しない「人称代名詞の反転」の項目に関して、回答欄にあらかじめ「8(非該当)」が印字されたため、実際に使用する項目はそれぞれ 92 項目となっている。

2. ASDの研究にADI-R、ADOS-2、CARS2が使用される動向

ASDを研究対象とする英文論文数は、一般社会のASDへの関心の高まりに後押しされる形で飛躍的に伸びている。これまでに刊行されている学術論文数を探索的に知るために、アメリカ国立医学図書館の国立生物学情報センター(NCBI)が運営する医学・生物学分野の学術文献検索サービスPubMed

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)を用いて、論文のタイトルに“Autism”あるいは“ASD”のキーワードを含む論文数を検索したところ、2019年4月30日時点で25297件が該当した。経年的な変化を10年ごとに見ると、1998年は174本、2008年は875本に対し、2018年は2369本となっている。成人期に限定しているわけではないが、ASD研究の数は、1998年から2008年までに約5倍以上に、2018年までに約13倍以上に伸びていることが分かる。この中で、さらに“ADI-R”のキーワードで該当する論文数が272本、“ADOS”のキーワードで該当する論文数が384本、“CARS”のキーワードで該当する論文数が276本であり、多くの論文で使用されていることが分かる。グローバルスタンダードとされる診断・評価尺度はADI-R、ADOS、CARSに限らないが、このようにASDに関する論文数が劇的に増加している現在、グローバルスタンダードとされる診断尺度を使わないと、英文論文は採択されにくい事態が生まれている。実際、この20年近くの間、それらの診断尺度が使用できない状況が続いたことで、我が国のASD研究が欧米から遅れをとる

に至っていたことは否定できない。

一方、邦文論文に限定し、日本の国立情報学研究所学術情報ナビゲータCinii(<https://ci.nii.ac.jp/>)で論文のタイトルに“自閉症”のキーワードを含む論文数を検索したところ(2019年4月30日)、7842件が該当した。しかしながら、このうち“ADI-R”、“ADOS”、“CARS”のキーワードで該当する論文数は、それぞれ9本、3本、7本とごくわずかであった。ADI-R、ADOS-2の日本語が刊行されたのは2010年代に入ってからであるが、旧来のCARSの日本語版が1989年に刊行されていたことを考慮すると、邦文論文では診断・評価尺度がほとんど使用されてきていなかったと言える。

3. ADI-R、ADOS-2、CARS2の臨床場面における使用

ADI-R、ADOS-2は、研究使用の目的で開発されたが、すでに研究場面においては優れた信頼性と妥当性が確認されている。現在では、欧米ではすでに臨床場面においても十分に活用されており、研究報告も臨床場面での有用性を示す者が増えてきつつある。

臨床現場におけるADI-Rの評価者間信頼性を検討した研究(Zander et al., 2017)では、ASD児者10名に対してADI-Rを実施し、そのビデオを用いて、8つの異なる臨床現場に所属する11名の評価者の中からそれぞれ5名の評価者が評価した。ADI-RアルゴリズムとDSM-IV/ICD-10の診断基準の評価者間信頼性について調べたところ、対人的相互作用領域では $G(q, k) = 0.96$ と0.99、コミュニケーション領域で0.96と1.00、そして反復的で限定された行動領域

では 0.91 と 0.97 と非常に高かった。診断分類の信頼性についても $k=0.83$ であった。臨床場面での ADI-R も良好な評価者間信頼性を有し、一般的な臨床場面での実施可能であることが示唆された。

Zander et al.(2016)はまた、臨床現場において ADOS の評価者間信頼性を検討しており、ASD 児者 40 名の ADOS (モジュール 1~4) のビデオについて、13 の異なる臨床現場に所属する 15 名の評価者のうちそれぞれ 5 名の異なる評価者が評価した。G (q, k) 係数、カッパ係数および一致率を計算したところ、ADOS の各項目と領域得点については良好な信頼性が得られたが、診断分類の一致度は低く、臨床現場での ADOS の客観性と限界が示唆された。ADOS および ADOS の診断の正確性を検証する研究はほかにもあり (Kamp-Becker et al., 2018)、7 例の ADOS (モジュール 1~4) のビデオを専門家集団が毎分ごとにコード化した。それらのビデオを延べ 189 名の臨床家の評定と比較したところ、高い一致率が得られ、診断の正確性が担保されることが明らかとなった。CARS2 に関しては、臨床現場での信頼性・妥当性を研究する報告は筆者の知る限りなかったが、前版である CARS では実施されていた (Nordin et al., 1998)。このように、欧米では、研究場面での評価の信頼性、妥当性はすでに確立され、現在では臨床現場での有用性を検討する段階に突入していると言える。

我が国での臨床場面での使用状況については、発達障害児者の支援に携わる全国の 2,790 の医療機関および福祉機関を対象に、アセスメントツールの利用の実態と利用を規定する要因を検討することを目的に調査

が行われた (松本ら, 2013)。一般的ツールの利用率は、医療機関や児童相談所では 9 割、発達障害者支援センターや保健センターでは 7~8 割であったが、福祉施設・事業所ではわずかに 2 割以下であった。一般的に知能検査・発達検査が比較的良好に利用されている一方で、生活能力、問題行動、発達障害特性に関するツールは利用する機関が少なかったことが明らかとなっている。ADI-R、ADOS、CARS は、発達障害特性に関するツールに分類され、臨床場面でも使用されていない現状が示されている。松本ら (2013) は、アセスメントツールの使用を阻む要因を調べており、実施者や購入資金、実施時間といった資源の不足のみならず、アセスメントに対する理解の不足、ツールの利便性の問題なども影響することが推測された。

D. 考察

以上より、ADI-R、ADOS-2、CARS をはじめとする発達障害特性をアセスメントするツールの使用状況は、研究、臨床ともに欧米に大きく遅れを取っていることが明らかになった。しかしながら、グローバルスタンダードである診断・評価尺度について、最近 10 年の間に、我が国でも翻訳および標準化作業がようやくほぼ完了し、ようやく欧米と同等のアセスメントが実施できる段階となっている。今後の課題として、我が国の研究者、臨床家は現状を正しく認識し、発達障害のアセスメントに知能検査のみを使用するという偏った姿勢をただちに改める必要がある。そして、発達障害のアセスメントに対する正しい理解およびスキルの習得を促すような研修体制の整備が急務である。

F. 参考文献

de Bildt A, Sytema S, Ketelaars C, Kraijer D, Mulder E, Volkmar R, Minderaa R. Interrelationship between Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) Classification in Children and Adolescents with Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004;34:129-137.

Kamp-Becker I, Albertowski K, Becker J, Ghahreman M, Langmann A, Mingebach T, Poustka L, Weber L, Schmidt H, Smidt J, Stehr T, Roessner V, Kucharczyk K, Wolff N, Stroth S. (2018) .*Eur Child Adolesc Psychiatry*.27,1193-1207.

Lord, C.et al. 2012. *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition*. Los Angeles, CA: Western psychological services. (黒田美保, 稲田尚子監修監訳.: 「ADOS-2 日本語版マニュアル」 金子書房,2015)

松本かおり, 伊藤大幸, 小笠原恵, 明翫光宜, 染木史緒, 谷伊織, 行廣隆次, 内山登紀夫, 黒田美保, 稲田尚子, 岩永竜一郎, 萩原拓, 原幸一, 井上雅彦, 村上隆, 中村和彦, 杉山登志郎, 内田裕之, 市川宏伸, 辻井正次. 医療・福祉機関における発達障害に関するアセスメントツールの利用実態に関する調査. *精神医学*. 55. 1093-102.

Nordin V1, Gillberg C, Nydén A. (1998) The Swedish version of the Childhood Autism Rating Scale in a clinical setting.*J Autism Dev Disord*.28, 69-75.

Rutter, M.et al. 2003. *Autism Diagnostic Interview-Revised*. Los Angeles, CA: Western psychological services. (土屋賢治, 黒田美保, 稲田尚子監修.: 「ADI-R 日本語版マニュアル」 金子書房, 2012) .

Rutter, M. et al. 2003. *The Social Communication Questionnaire*. Los Angeles, CA: Western psychological services. (黒田美保, 稲田尚子, 内山登紀夫監訳.:SCQ 日本語版マニュアル」 金子書房, 2013)

Zander E, Willfors C, Berggren S, Choque-Olsson N, Coco C, Elmund A, Moretti ÅH, Holm A, Jifält I, Kosieradzki R, Linder J,

Nordin V, Olafsdottir K, Poltrago L, Bölte S.(2016). The objectivity of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) in naturalistic clinical settings. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 25, 769-780.

Zander E, Willfors C, Berggren S, Coco C, Holm A, Jifält I, Kosieradzki R, Linder J, Nordin V, Olafsdottir K, Bölte S. (2017) The Interrater Reliability of the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) in Clinical Settings.*Psychopathology*.50, 219-227.

分担研究報告書

地域包括支援センターにおいて発達障害が疑われた中・高年事例の検封

研究分担者 内山登紀夫（大正大学社会心理学部 教授）

研究協力者 志賀利一（社会福祉法人横浜やまびこの里 相談支援事業部長）

研究要旨：中年期・高齢期に差し掛かり、ASDやADHDといった発達障害の診断を受ける事例がある。中年期・高齢期の発達障害者の生活上の課題についての実態調査は少ない。本年度は、高齢者の医療・介護等の相談を受け止める地域の機関である地域包括支援センターを対象に、知的、精神、発達障害者あるいはその疑いがある事例にどの程度出会っているのか、試行的なインタビュー調査を行うものである。

A. 研究目的

中年期・高齢期に差し掛かり、ASDやADHDといった発達障害の診断を受ける事例が数は少ないものの登場している。2017年に全国の発達障害者支援センターの初回相談者の調査を実施したところ、1,202人の新規相談者のうち全体の21.5%は40歳以上であり、そのうち70人（全体の5.8%）は、40歳以上ではじめてASDないしADHDの診断を受けていた。また、この調査では、中年期以降にはじめて診断を受けている人の状態像として、①比較的長期間職業生活が続いている、②配偶者ならびに子どもと生活している者が比較的多いと考察されているが¹⁾、中年期・高齢期の発達障害者の生活上の課題についての実態調査は少ない。今回は、高齢者の医療・介護等の相談を受け止める地域の機関である地域包括支援センターを対象に、知的、精神、発達障害者あるいはその疑いがある事例にどの程度出会っ

ているのか、施行的なインタビュー調査を行うものである。

なお、我が国では、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指している²⁾。そして、この地域包括ケア実現のための中核機関として、地域包括支援センターを市町村が設置している。2019年秋の段階で、全国に5,000カ所以上、各センター概ね人口2万人から3万人程度に1カ所設置されている。地域包括支援センターは、必要とする医療・生活支援、介護予防や介護サービスの調整など住まいを中心に様々な相談を受け付けており、高齢者だけではなく障害者の相談も受け付けている。また、在宅介護等の相談の段階で、同居している、支援につながっていない障害者を発見することも珍しくない。

例えば、2019年4月に、20数年間座敷牢に障害者を監禁していた兵庫県三田市の事件もきっかけは、地域包括支援センターが介護・医療相談を受けたことから発覚している³⁾。

B. 研究方法

Y市(大都市)より委託を受け、社会福祉法人が運営している2カ所の地域包括支援センターを対象に、過去2年間の相談事例のうち、知的・精神・発達障害あるいはその疑いがある事例について、訪問によるヒアリング調査を実施した。ヒアリングは、相談の具体的事例について、①事例の性別・年齢、②精神科診断と障害者手帳の保持、③同居家族、④相談に至る経過、⑤相談後の経過について聞き取り、概要のメモをもとに集計したものである。Aセンターにおいては、センター長と主任ケアマネジャーから、Bセンターは、センター長と副センター長から、口頭でそれぞれ90分～120分の時間で聞き取りを行った。

C. 研究結果

2カ所の地域包括支援センターのヒアリングで18事例が登場した。表1は、18事例の概要をまとめたものである。内訳は、①性別：男性12人、女性6人、②年代：30歳代2人、40歳代2人、50歳代8人、60歳代3人、70歳以上8人である。ほとんどの事例は、65歳以上の高齢者の介護等の相談から、障害のある(疑われる)息子・娘を発見する、あるいは相談を受けている(15事例)。それ以外的事例は、高齢の夫が統合失調症の妻を長年支えていた(事例17)、精

神科病院に長期間入院していた母親の退院後の生活の調整(事例18)、アルコール依存の単身生活者の相談(事例9)である。今回の調査では、事例3が自閉症(知的障害を併存しており生活介護事業所利用)と診断を受けているが、その他ASDやADHD等の発達障害の診断を受けている事例は存在しない。また、診断はされていないが、知的障害と疑われる事例(事例6、12、14)は、相談や支援の過程で、了解が著しく悪いと相談員が判断したものであり、発達障害と疑われる事例(事例5、7、8)は、経歴等で精神科病院の通院歴等がなく、就労等の期間がほとんど無く、現状の困り感のない者であった。

D. 考察

地域の高齢者を中心とした福祉相談の最寄りの窓口として全国に設置されている地域包括支援センターにおいて、決して多くはないものの知的障害あるいは発達障害(が疑われる)相談事例があることがインタビュー調査により確認された。そして、その多くは、親の介護等の相談から、その子どもの障害に地域包括支援センターが直面するものであった。

本調査は、2カ所の地域包括支援センターからの聞き取りに過ぎず、また知的障害のない発達障害者については精神科等の確定診断がある者は存在していない。地域包括支援センターにおける発達障害の相談状況については、より厳格な調査が必要だと考えられる。ただし、今後の調査の方向性として、相談事例には以下の2つのタイプが存在するとは、重要な示唆になると考えられる。

ひとつは、早くから障害認定をされているが、障害福祉サービス等を長年利用していない子どもを支えていたが、親の高齢化で表面化する事例である。この事例の典型例は、2018年4月に事件になった兵庫県三田市の座敷牢事件である。2つ目は、障害認定はされていないものの、引きこもり等で長期間社会的に孤立している中年期に差し掛かる子どもの発見である。このような事例では、親の介護や死去と同時に、経済的な困窮に直面する場合も少なくない。3つ目は、職業生活や経済的な不自由は無い主生計者に発達障害の疑いがある事例であり、親の介護サービスの調整の難しさや近隣住民間の対人関係トラブルがきっかけで地域包括支援センターが関わる事例も存在する。

F. 参考文献

志賀利一・内山登紀夫・川島慶子・福留さとみ（2018）：成人期発達障害者の生活実態に関する調査：発達障害者支援センターの新規相談者の実態調査から．国立のぞみの園研究紀要，Vol.11. 124-140.

2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2018）：地域包括支援センターが行う包括的支援事業における効果的な運営に関する調査研究事業報告書．平成29年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業．

3) 三田市障害者虐待に係る対応検証委員会（2018）：検証報告書．
<http://www.city.sanda.lg.jp/fukushi/20180920_kensyou.html>

事例	性別	年代	診断	障害手帳	同居家族	疑い	相談者	相談内容	経過
1	男	30	知的障害		母		母	母末期がんで発見、本人は長年引きこもり	本人就労支援利用へ
2	男	30	不明		父・母		包括発見	(措置入院症あり)通院・入院が必要な両親を家から出さない	母死去、父親介護利用、相談継続
3	男	40	知的障害	療育	父・弟		弟	知的・発達障害が疑われる弟から父親(認知症)が怖いと相談	ヘルパー利用、財産保全等
4	男	40	知的障害	療育	母		障害施設	母認知症とアルコール依存、本人の通所施設から相談	母妹宅へ、本人GH利用へ
5	男	50	なし		母	発達	本人	アルコール依存、自殺念慮で電話相談あり、母親認知症で介護利用	入院・通院、生保施設利用へ
6	男	50	うつ		父・母	知的	自治体	要介護の両親に保健師の定期訪問で発見、半年、訪問時相談継続	自治体障害担当の相談へ
7	女	50	なし		父・母	発達	近隣住民	両親認知症で家が荒れる、定期訪問時に父死去発見、本人長期引きこもり	訪問相談継続するも死去
8	男	50	なし		なし	発達	包括発見	別居一人暮らしの母親認知症、母のサービス調整しても本人が拒否	継続的に相談
9	男	50	なし		なし		近隣住民	アルコール依存、家賃未納で相談に、訪問相談・通院同行	死去
10	男	50	統合失調		父・母		包括発見	両親介護申請で長期引きこもり息子発見、両親へのヘルパー拒否等あり	ヘルパーに暴行し保護入院
11	女	50	知的障害	身障	母・弟		包括発見	母親介護利用で発見、長年引きこもりの弟もいる、本人健康状態悪い	訪問診療利用へ(弟精神科通院)
12	男	50	なし		父・母	知的	本人	母緊急入院、父親認知症で本人から相談、父親暴発、間もなく死去	母退院後の生活調整中
13	男	50	知的障害	療育	なし		近隣住民	本人GH利用で週末帰宅中に母親が倒れ、近所から通報、父親認知症	両親介護利用
14	女	60	なし		母・妹	知的	包括発見	母末期がんで発見、母死去後も妹は姉の支援に消極的、本人65未満	予防介護やボランティア参加へ
15	女	60	なし		妹		近隣住民	自宅から実家にゴミを放置する等問題多い、母の特養のクレーム等	自治体・町内会・特養と調整中
16	男	60	不明		母		包括発見	母介護で発見、アルコール依存状態・過去に精神手帳取得経歴あり	母死去後、単身生活見守り中
17	女	70	統合失調		夫		近隣住民	長年世話をしていた夫の介護、認知機能低下から相談	精神科入院
18	女	80	統合失調		娘		自治体	精神科長期入院の母親を娘が引き取り、トラブルあるが介護保険利用に	死去

表1. 知的・精神・発達障害あるいはその疑いのある相談事例の概要

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

強度行動障害に関係する過去 10 年間の障害福祉施策と研究

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 志賀 利一（社会福祉法人横浜やまびこの里）

研究要旨：過去 10 年間、我が国の成人期 ASD の施策・研究のトピックスのひとつに強度行動障害がある。強度行動障害の研究は、1988 年の強度行動障害児（者）研究会を皮切りに、その後国の補助金研究等で継続的に実施されてきた。そして、1993 年に強度行動障害特別支援事業が開始されるなど、障害福祉施策に反映されるようになった。しかし、21 世紀に入り、強度行動障害に関連する施策上の議論は小さくなってきた。しかし、2012 年下半期に施行された障害者虐待防止法が契機で、強度行動障害の施策と研究が再び大きく脚光を浴びることになった。障害者虐待防止法が施行される背景には、障害者支援施設等における強度行動障害児者に対する虐待事件が繰り返し起きたことがある。障害福祉サービス事業所等において、強度行動障害児者の権利利益を擁護するには、虐待を起ささない「適切な」支援の在り方を広く周知徹底することが喫緊の課題となり、2013 年より強度行動障害支援者養成研修が都道府県地域生活支援事業として位置づけられた。また、その後も矢継ぎ早に、厚生労働省では強度行動障害者に対する施策を展開している。

A. 概要と目的

過去 10 年間、我が国の成人期 ASD の施策・研究のトピックスのひとつに強度行動障害がある。強度行動障害とは、元号が昭和から平成に変わる頃、重篤な知的障害がありなおかつ激しい自傷や破壊的行動が著しい頻度や強度で長期間継続する障害児者が、精神科病院や医療型福祉施設だけでなく、福祉型入所施設等において支援を受ける事例が増えたため誕生した用語である。そして、このような状態像にある人たちの大多数は、ASD の特性が顕著であると言われていた。強度行動障害の研究は、1988 年の

強度行動障害児（者）研究会を皮切りに、その後国の補助金研究等で継続的に実施されてきた。そして、1993 年に強度行動障害特別支援事業が開始されるなど、障害福祉施策に反映されるようになった。しかし、21 世紀に入り、入所施設の削減、地域生活移行あるいは地域生活支援が障害福祉施策の大きなテーマに浮上し、されに障害者自立支援法（現、障害者総合支援法）が施行されてからは、福祉サービス利用の前提条件として障害程度区分（現、障害支援区分）が導入されてことにより、強度行動障害に関連する施策上の議論は小さくなってきた。しか

し、2012年下半期に施行された障害者虐待防止法が契機で、強度行動障害の施策と研究が再び大きく脚光を浴びることになった。障害者虐待防止法が施行される背景には、障害者支援施設等における強度行動障害児者に対する虐待事件が繰り返してきたことがある。障害福祉サービス事業所等において、強度行動障害児者の権利利益を擁護するには、虐待を起ささない「適切な」支援の在り方を広く周知徹底することが喫緊の課題となり、2013年より強度行動障害支援者養成研修が都道府県地域生活支援事業として位置づけられた。また、その後も矢継ぎ早に、厚生労働省では強度行動障害者に対する施策を展開している。厚生労働省における2015年より同研修の修了ならびに一定の基準を満たした場合、夜間の障害福祉サービスの報酬単価に加算を加える（2018年より日中活動サービスに拡大）等の施策の改訂が行われている。2013年以降、強度行動障害児者施策が急激に充実している。本報告では強度行動障害施策の最近の動向をまとめ、今後必要な支援について役立てることを目的とする。

B. 方法

強度行動障害者施策の最近の流れを、全国の地方自治体の主管課長を対象とした会議資料から抜粋し、年代別にまとめた。

C. 研究結果

1) 厚生労働省（2011）：発達障害者支援における実地研修システムの構築，障害保健福祉関係主管課長会議資料：平成23年2月22日：社会・援護局障害保健福祉部 障

害福祉課／地域移行・障害児支援室，＜自立支援法・児童福祉法等改正施行＞14 発達障害者の支援について（P118）

【概要】 発達障害者支援法に定めている「発達障害に関する専門的な支援を行う人材養成」を目的とした実地研修が全国4カ所の指定施設において平成23年度に実施予定であり、そのポンチ絵に「強度行動障害研修」と明記されている。なお、この研修は4施設で実施される研修プログラムのひとつ。

2) 厚生労働省（2011）：医療型障害児入所施設のイメージ案，障害保健福祉関係主管課長会議資料：平成23年6月30日：社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課／地域移行・障害児支援室，＜自立支援法・児童福祉法等改正施行＞5 障害児支援の強化（P76）

【概要】 児童福祉法に定められた医療型の「第1種自閉症児施設」、「肢体不自由児施設」、「重症心身障害児施設」が平成24年以降、18歳以上は障害者施策等による対応として、障害者自立支援法によるサービス提供になることを示すポンチ絵において、自閉症児支援の内容に「強度行動障害への対応」と明記されている。

3) 厚生労働省（2013）：強度行動障害を有する者等に対する支援者の人材育成について，障害保健福祉関係主管課長会議資料：平成25年2月25日：社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課／地域移行・障害児支援室，（P2-3）

【概要】 本格的な強度行動障害者対策がはじめて資料（『障害福祉課／地域移行・障

害児支援室』報告の2番目)に明記される。強度行動障害者は、前年度施行された虐待防止法の被害の対象になるリスクが高いことから、平成25年度予算案に、都道府県地域生活支援事業のメニュー項目に強度行動障害者に対する適切な支援を広く伝達する研修を盛り込まれる。また、強度行動障害者支援に関する体系的な研修プログラムを研究・企画し、平成25年度に、各都道府県で同研修を推進する指導者を養成する研修を国立のぞみの園で実施することが報告されている。

4) 厚生労働省(2014):強度行動障害を有する者に対する支援について、障害保健福祉関係主管課長会議資料:平成26年3月7日:社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課/地域生活支援推進室/障害児・発達障害者支援室、(P1-3)

【概要】『障害福祉課/地域生活支援推進室/障害児・発達障害者支援室』報告の1番目に強度行動障害支援が報告される。内容は、①これまで対象として求められなかった重度訪問介護事業における対象に強度行動障害を含めることから、都道府県及び指定都市において事業所感の連携やコンサルテーションが受けられる体制等についての留意を呼びかけるもの、②前年度よりスタートした強度行動障害支援者養成研修が基礎研修と実践研修に分けて都道府県地域生活支援事業に盛り込んでおり、その指導者研修を国立のぞみの園で実施する。

5) 厚生労働省(2015):強度行動障害を有する者への支援について、障害保健福祉関係主管課長会議資料:平成27年3月6日:

社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課/地域生活支援推進室/障害児・発達障害者支援室、(P78-80)

【概要】『障害福祉課/地域生活支援推進室/障害児・発達障害者支援室』報告の順番が7番目に下がっているものの、資料には2,300字を越える詳細な報告が行われている。最も注目されるのは、平成25年度に基礎研修、平成26年度に実践研修が創設された強度行動障害支援者養成研修の修了と平成27年度報酬改訂における夜間型サービス(短期入所、施設入所支援、共同生活援助、福祉型障害児入所施設)の重度障害者加算等の算定要件と位置づけたことである。つまり、報酬上の加算等を受けるためには、強度行動障害支援者養成研修の修了が必須となり、都道府県においては一定の規模の研修実施を促進すること、さらに障害福祉サービス事業所等においては研修受講者を積極的に送り出すことへの明確なインセンティブが設けられた。

また、平成26年度に共通カリキュラムとして定められた強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)と重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程、さらに強度行動障害支援者養成研修(実践研修)と行動援護従業者養成研修の修了者は同等修了条件であり、相互の加算や従事ができるよう都道府県に事務取扱の徹底と配慮を求めている。

6) 厚生労働省(2016):強度行動障害を有する者への支援について、障害保健福祉関係主管課長会議資料:平成28年3月8日:社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課/地域生活支援推進室/障害児・発達障害者支援室、(P13)

【概要】 前年に引き続き、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修・実践研修）の修了が、短期入所、施設入所支援、共同生活援助、福祉型障害児入所施設における重度障害者支援換算等の算定要件になることから、各都道府県に積極的な研修実施の要望を伝えている。そして、この研修修了と加算等の算定要件については、平成30年3月31日までの経過措置を設けており、各都道府県の受講希望ニーズに合わせた研修の計画的な実施を求めている。また、行動援護従業者養成研修、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程と強度行動障害支援者養成研修との同じカリキュラムで実施しており、研修修了の扱いも同じであることを再度報告している。

7) 厚生労働省(2017)：強度行動障害を有する者等に対する支援について、障害保健福祉関係主管課長会議資料：平成29年3月8日：社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課／地域生活支援推進室／障害児・発達障害者支援室，(P28)

【概要】 前年同様、強度行動障害支援者養成研修の計画的な実施とこの研修修了が重度障害者支援加算等の要件となり、平成30年3月31日までに各都道府県単位で積極的な実施を要望している。また、この研修は、平成29年度に新たに新設される「地域生活支援促進事業」の特別枠、さらに「障害福祉従事者の専門性向上のための研修受講促進事業」として活用できることになっており、都道府県からの申請を促している。

8) 厚生労働省(2018)：平成30年度障害福祉サービス等報酬改訂について、障害保

健福祉関係主管課長会議資料：平成30年3月14日：社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課／地域生活支援推進室／障害児・発達障害者支援室，(P1-162)

【概要】 平成30年度より「専門的人材の確保・養成の機能の強化」として、重度障害者支援加算を生活介護に創設する。これまでは、重度障害者支援加算の対象は夜間サービス（短期入所、施設入所支援、共同生活援助、福祉型障害児入所施設）だけであった。なお、施設入所支援と併設している（障害者支援施設の）生活介護は対象とはならない。また、障害児支援施設に1年以上入所していた強度行動障害者に対して、地域で生活するために必要な相談援助や個別支援等を提供することを目的に、共同生活援助、宿泊型自立訓練を対象に「強度行動障害者地域移行特別加算」を新設する。なお、平成27年3月31日において従来の重度障害者支援加算(Ⅱ)を算定していた事業所について、強度行動障害支援者養成研修の修了者配置の経過措置を、平成30年3月31日から平成31年3月31日までに延長する。

9) 厚生労働省(2019)：強度行動障害を有する者等に対する支援について、障害保健福祉関係主管課長会議資料：平成31年3月7日：社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課／地域生活支援推進室／障害児・発達障害者支援室，(P180-181)

【概要】 強度行動障害支援者養成研修の計画的な実施とこの研修修了が重度障害者支援加算等の要件となり、延長された経過措置の期限である平成31年3月31日までに各都道府県単位で積極的な実施を再度要望している。その際、地域生活支援事業の「地域生活支援促進事業」に位置付けられ

ている「強度行動障害支援者養成研修事業」や、「障害福祉従事者の専門性向上のための研修受講促進事業」を活用することにより、強度行動障害支援者養成研修の充実を図ること。強度行動障害支援者養成研修については、研修開始から5年が経過しており、研修内容の均一さを目指し、カリキュラムやプログラムの改訂について研究事業を通して検討する。また、障害支援区分の認定にあたっては、「行動上の障害が生じないように行っている支援や配慮、投薬等の頻度を含め判断する」という前提を遵守すること。

強度行動障害の研究は、国の障害福祉施策と密接に関係している。図1は、最近の強度行動障害研究の全体像を大まかに整理したものである。以下には、この図1の分類に従い、過去10年間の研究・報告等を紹介する。

図1. 過去10年間の強度行動障害研究の分類

I. 国の障害福祉施策

大塚晃(2010):強度行動障害の定義について. 研究代表者井上雅彦『強度行動障害の評価と支援手法に関する研究(厚生労働科学研究費補助金)』, 5-14.

勝井陽子(2013):強度行動障害に関する政策変遷についての考察:強度行動障害特別

処遇事業から支援費制度まで. 社会福祉学, Vol.54(3), 29-40.

志賀利一・五味洋一・村岡美幸(2014):強度行動障害に係る研究の経過. 国立のぞみの園研究紀要, Vol.7, 45-59.

曾根直樹(2014):強度行動障害施策の経過と今後の予定. かがやき(日本自閉症協会), Vol.10, 38-40.

(独)国立のぞみの園の在り方検討会(2018):(独)国立のぞみの園の在り方検討会:報告書.<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_445405.html>

三島卓穂(2019):強度行動障害をもつ人のすみかは何処なのか. 生命と倫理(上智大学生命倫理研究所), Vol.6, 4-22.

志賀利一・古川慎司・田中正博他(2017):重度障害者等包括支援事業のサービス利用の実態と運営上の課題. 国立のぞみの園研究紀要, Vol.10, 51-60.

①②は、障害者虐待防止法の施行を契機とした人材養成に向けての国の新たな施策に至るまでの強度行動障害に対する障害福祉施策の変遷をまとめている。1980年代後半の強度行動障害児(者)研究会や一連の厚生(労働)科学研究、さらに強度行動障害特別処遇事業の内容と評価、そしてその後の加算の仕組み等について詳細に解説されており、今後の課題も提示されている。③④は、新たな人材養成が必要になった根拠と今後の方向性について触れられており、この方針のもと現在の強度行動障害者施策が継続している。⑤は、1960年代から70年代において、多くの知的障害者の家族や支援の関係者等の要望に応え設立された公設の大規模入所施設(コロニー)の今後の在り方に

ついて有識者で議論された検討会の報告書である。のぞみの園の今後として、強度行動障害者支援とその実践成果を調査研究し普及啓発する必要性について触れられている。⑥は、これまでの内外の虐待事件や国連の障害者権利条約の主旨に照らし合わせ、また内外の取り組み例をあげて、強度行動障害者が尊厳を持ち地域で生活できる環境整備の方向性を示唆している。⑦は、障害者自立支援法施行後 12 年間でほとんど利用実績が伸びない重度障害者等包括支援事業の実態調査をまとめたものであり、少ないながらも強度行動障害者が利用実績の多数を示していることがわかる。

II. 地域（都道府県等）の施策

木村ひとみ (2015) : 親の願い. 砂川紀要 (大阪府立砂川厚生福祉センター), 76-87.

山本彩・真鍋龍司・葛西俊治 (2016) : 強度行動障害支援者養成研修を支える仕組みの検討：強度行動障害支援者養成研修フォローアップ研修でのアンケート調査から. 札幌学院大学人文学会紀要, Vol.100, 1-11.

志賀利一 (2017) : 障害福祉サービスとしての強度行動障害者支援の到達点と課題. 国立のぞみの園研究紀要, Vol.10, 61-83.

野口幸弘・平井尚史・森口哲也・池田顕悟他 (2017) : 福岡市における強度行動障がい者への取り組みの現状と課題. 日本自閉症スペクトラム学会第 16 回大会自主シンポジウム 6 (論文集).

宮城県 (2017) : 船形コロニー整備事業：基本構想 . <<https://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/374229.pdf>>

茨城県 (2017) : 県立あすなろの郷検討委員

会 報 告 書 (案) . <<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/shofuku/kikaku/documents/62houkokusyooan.pdf>>

横浜市：知的障害者の住まいの検討部会 (2017) : 行動障害のある方の地域移行及び地域生活に向けた方向性について. <WEBページリンク切れ>

①は、我が子が成人になり、行動障害が著しき故に精神科病院に入院、その後の入所施設利用先が見つからず、家族で奮闘して話しを中心に、強度行動障害者支援の重要性を訴えている。②は、地域生活支援事業に位置づけられている強度行動障害支援者養成研修の実施とその後のフォローアップ研修から、地域におけるさらなる人材養成の課題等を低減している。③は、強度行動障害支援者養成研修実施後、複数の地方自治体で新たな強度行動障害施策がスタートしておりその概要を紹介している。④は、福岡市における人材養成、相談支援を中心とした支援ネットワークの仕組み、さらに強度行動障害者集中支援モデルの成果といった、地方自治体独自の取り組みをまとめたものである。⑤⑥は、国立のぞみの園同様、地方自治体で設立したコロニーの今後のあり方について、有識者からなる検討会で議論された報告書である。どちらも、民間施設等での受入が困難な強度行動障害への専門的支援ならびに地域移行を事業の骨子に据えている。⑦は、強度行動障害者への横浜市全体の今後の方向性について提案されたものであり、より専門的で実効性のある人材養成ならびに強度行動障害者支援に特化した地域の拠点事業の重要性を提案している。

III. 施設等における支援

真鍋龍司 (2009) : 強度の行動障害を伴う自閉症の人たちの地域移行. 発達障害研究, Vol.31(5), 384-399.

近藤裕彦・木村昭一・亀山隆幸他 (2012) : 自閉症成人施設における強度行動障害支援終了者の福祉サービスの利用状況. 研究代表者井上雅彦『強度行動障害の評価と支援手法に関する研究 (厚生労働科学研究費補助金)』, 7-15.

遠藤浩 (2014) : 知的障害者の入所施設の現状と課題: 今後の方向性について. 発達障害研究, Vol.36(4), 312-320.

中村公昭 (2014) : 強度行動障害の取り組み: 通所施設における支援. かがやき (日本自閉症協会), Vol.10, 48-51.

勝部真一郎 (2014) : 強度行動障害の取り組み: 入所施設における支援, かがやき (日本自閉症協会), Vol.10, 52-54.

田口崇史・伊豆山澄男・田口正子他 (2016). 著しい行動障害を呈する利用者の入所から退所までの取り組み: 家庭内での他害行為等が著しい利用者への支援. 国立のぞみの園研究紀要, Vol.9, 118-122.

①⑥は、強度行動障害者に対する障害者支援施設での支援ならびに地域移行を行って事例の紹介、④は通所の生活介護事業所における強度行動障害者支援のポイントを、⑤は入所施設における支援のポイントをまとめている。どれも、強度行動障害支援者養成研修で紹介されている構造化を中心とした標準的な支援を基本にした実践報告である。②は、強度行動障害のある人が障害者支援施設を退所し地域生活移行後にどのような障害福祉サービスを利用しているかを調査したものである。地域移行時に行動障害の得点が高い状況であっても、様々な障害

福祉サービスを組み合わせて地域生活を継続している事例が存在している。③は、国の施策として入所施設の取り組むべき課題の1番は入所利用者の地域移行であり、同時に、著しい行動障害を有する人、精神科病院に社会的入院している知的障害者等、障害福祉施策の課題とされる人を対象とした専門性に裏付けられた支援の提供が求められていると、入所施設の役割の変化と歴史経過を踏まえまとめて報告している。

IV. 強度行動障害の評定方法

信原和典 (2011) : 鳥取県における強度行動障害を有する方への現状等に関わる調査: 施設・事業所における強度行動障害のある方への、現状等に係る調査. 日本発達障害学会第46回論文集.

井上雅彦 (2012) : 強度行動障害の評価尺度と支援手法に関する研究. 研究代表者井上雅彦『強度行動障害の評価と支援手法に関する研究 (厚生労働科学研究費補助金)』平成21-23年度総合研究報告書.

(独) 国立のぞみの園 (2014) : 行動障害の状態像の評価に関する判定基準の整理【調査1】. 平成25年障害者総合福祉推進事業『強度行動障害者支援初任者養成研修プログラム及びテキストの開発について報告書』, 45-53.

井上雅彦 (2016) : 強度行動障害のアセスメントと支援. 臨床心理学, Vol.16(2), 199-203.

強度行動障害とは、国の障害福祉施策として登場したものであり、1993年の強度行動障害特別処遇事業の開始と同時に「強度行動障害判定基準表」が作成され、一定の得点以上の者を強度行動障害と定義した (当

初は 20 点以上)。2006 年施行の障害者自立支援法より、「障害程度区分」が導入された。この障害程度区分の認定調査項目の一部を「行動関連項目」と呼び、一定の点数以上を、当時新設された行動援護事業の給付対象者としたことから、強度行動障害判定基準表は使われなくなり、「行動関連項目」が強度行動障害の判定基準として採用されるようになった。また、障害者自立支援法が障害者総合支援法に改定され、「行動関連項目」も新たな内容に更新され、2014 年より新たなカットオフ値が採用されている。国の強度行動障害の判定基準は、つまり A (強度行動障害判定基準表) から B (障害程度区分・行動関連項目)、そして C (障害支援区分・行動関連項目) へと 3 代アップグレードしている。ただし、この判定基準は、一定の研修を受け、地方自治体より認められた認定調査員が、比較的短時間に評定する仕組みである (強度行動障害者支援の経験豊富な者が一定の時間をかけて評定するものではない)。①は、知的障害児者 3 千人弱の大規模調査の結果 A で 20 点以上、B で 15 点以上を満たす者は全体の 4.6% であること、そして状態像や障害福祉サービスの利用状況等との関連を考察している。②は、A と B ならびに標準化された評定尺度である PARS、ABC-J、Vineland II との関連性の調査を行っており、強度行動障害の判定基準はこれら標準化された尺度と特定の項目との関連性が示唆されており、特に ABC-J は A・B の共通基準としての可能性が示唆されている。③は、B と C との関連性を調査したものであり、C のカットオフ値設定の基礎資料のひとつになっている。④は、強度行動障害のアセスメントの経過を整理し、強度行動

障害者支援にふさわしいアセスメントのあり方を学術的に低減している。

V. 教育と強度行動障害

社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会 (2013): 強度行動障害の評価基準等に関する調査について (報告書). 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業.

小笠原恵・湯川英高・加藤慎吾他 (2015): 知的障害特別支援学校における行動問題の実態と教員の意識調査. 発達障害研究, Vol.37(2), 160-173.

五味洋一・井上雅彦 (2016): 強度行動障害のある人の保護者の支援ニーズ: ライフステージによる変化に着目したヒアリング調査から. 発達障害研究, Vol.38(2), 224-236.

矢野川祥典・柳本佳寿枝・大久保裕也他 (2018): 強度行動障害を伴う自閉症児への教育支援の在り方と課題. 高知大学教育実践研究, Vol.32, 161-168.

①③は、ライフステージとしての教育期間に焦点を当て、強度行動障害の早期の対応の重要性を報告している。なお、すでに成人になった知的障害者の家族からの調査では、高校生の年代が最も行動障害が重篤であったと報告しており、ついで中学校の年代、卒後の年代と続くと報告されている。②は、特別支援学校を対象とした大規模調査であり、障害程度区分・行動関連項目 (IV の B) で基準以上の児童・生徒数が 7.9% いると推計しており、教育支援上の課題を考察している。④は、特別支援学校における強度行動障害のある生徒の行動上の問題を詳細にまとめ、支援上の課題を考察している。強度行動障害とは、障害福祉施策上の概念であり、上記の文献においても、教育機関以外の地域の福祉機関等との連携を前提としている。

VI. 医療と強度行動障害

吉野邦夫 (2014) : 強度行動障害と医療. かがやき (日本自閉症協会), Vol.10, 54-56.

井上祐紀 (2014) : 強度行動障害. 精神科治療学, Vol.29 増刊号『発達障害ベストプラクティス:子どもから大人まで』, 393-396.

田渕賀裕・原郁子・松原三郎他 (2014) : 長期在院精神遅滞患者と強度行動障害に関する調査 : 精神科病院へのアンケート調査 249 件の回答から. 病院・地域精神医学, Vol.57(1), 62-68.

木村一優 (2016) : 入院治療. かがやき (日本自閉症協会), Vol.12, 44-48.

市川宏伸・會田千恵 (2018) : 療養介護病棟の役割の明確化と、地域移行に向けた福祉の連携. 研究代表者市川宏伸『医療的管理下における介護及び日常的な世話が必要な行動障害を有する者の実態に関する研究 (厚生労働行政推進調査事業費補助金)』平成 27-29 年度総合研究報告書, 38-44.

強度行動障害の医療については、抗精神病薬を中心とした薬物療法が一般的に行われるが、多剤併用処方にならないよう留意すること、入院治療においての物理的な刺激の軽減効果、作業療法を含めた日中活動の保証、退院後の支援計画 (福祉との連携) 等が共通している (①、②、④)。しかし、③では、精神科病院の長期入院患者の中には強度行動障害が想定される患者が一定数いることも明らかになっている。また、⑤のように、福祉領域における公立コロニーの今後のあり方同様、旧国立病院における強度行動障害者の療養介護病棟のあり方についても社会的な課題になっている。

D. 考察

E. まとめ

21 世紀に至り、強度行動障害への関心は低下していたが、2013 年以降、強度行動障害児者施策が急激に充実していることを明らかにした。

F. 参考文献

本文内に記載した。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

「当事者団体、当事者同士の活動支援」に関する調査研究

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 日詰 正文（独立行政法人のぞみの園研究部長）

研究要旨：厚生労働省のホームページから検索できる調査研究等の範囲で、「当事者団体、当事者同士の活動支援」に関する文献調査を行った。（ここでは、「当事者」には、発達障害者とその家族を含める範囲とした）

厚生労働科学研究（H13～H29）では、当事者団体、当事者同士の活動支援についての研究は行われていないが、当事者個人や当事者団体が研修テキスト等の作成に協力することが増えていた。

障害者総合福祉推進事業（H18～H30）では、当事者団体、当事者同士の活動支援についての調査が行われ、その結果は障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業（具体的な事業名は「発達障害児者及び家族等支援事業」）などの施策に結び付いていた。

A. 概要と目的

当事者団体、当事者同士の活動支援に関する調査を行った。当事者主体が叫ばれて久しい。この課題が、現在どのように調査研究として取り上げられているか現状把握を行った。

B. 方法

・厚生労働省のホームページから検索できる調査研究等の範囲での文献調査

C. 研究結果

○関連する主な発達障害者支援法の条文
第13条（発達障害者の家族等への支援）
都道府県及び市町村は、発達障害者の家族その他の関係者が適切な対応をすることが

できるようにすること等のため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族その他の関係者に対し、相談、情報の提供及び助言、発達障害者の家族が互いに支え合うための活動の支援その他の支援を適切に行うよう努めなければならない。

第19条の2（発達障害者支援地域協議会）

都道府県は、発達障害者の支援の体制の整備を図るため、発達障害者及びその家族、学識経験者その他の関係者並びに医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者（次項において「関係者等」という。）により構成される発達障害者支援地域協議会を置くことができる。2 前項の発達障害者支援地域協議会は、関係者等が相互の連絡を図

ることにより、地域における発達障害者の支援体制に関する課題について情報を共有し、関係者等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。

第20条（民間団体への支援）

国及び地方公共団体は、発達障害者を支援するために行う民間団体の活動の活性化を図るよう配慮するものとする。

○厚生労働省のホームページから検索できる調査研究等の範囲での文献調査

（1）厚生労働科学研究（H13～H29）

<テーマ>

「発達障害&当事者」のキーワードで検索すると31件が採択されていた（同じ課題について複数年度にわたって取り組んだものは1件として数えた）が、当事者事者団体、当事者同士の活動についての研究は行われていなかった。

<協力状況>

・31件のうち22件では、発達障害児者や当事者や家族等が、アンケートへの回答、検査等の被験者になる等の形で協力をしていた。

・31件のうち4件では、発達障害児者や当事者や家族等が、成果物を作成する際の企画や執筆等に参加していた。4件のうちの1件は平成13年で、残りの3件は平成27年以後であった。

・上記のほかには、当事者個人や当事者団体との協力は行われていなかった。

（2）障害者総合福祉推進事業（H18～H30）

<テーマ>

「発達障害&当事者、ピアサポート」のキ

ーワードに該当する調査は3件であった。

・3件のうち2件は家族に関するものであった：行政や支援機関等が取り組むペアレント・プログラムやペアレントトレーニング（平成21年度）、ペアレントメンターの活動（平成30年度）。

・3件のうち1件は発達障害者に関するものであった：発達障害者自らが運営する当事者会の活動（平成28年度）。

・3件とも、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業（具体的な事業名は「発達障害児者及び家族等支援事業」）のメニュー設定や内容の充実につながっていた。

<協力状況>

・3件とも、当事者団体が実施主体となって調査を行っていた。

D. 考察

従来から発達障害者個人への支援をどのように行うかといった支援者主体の調査研究は行われているが、当事者団体や当事者同士の活動など、当事者主体を視点に置いたデータの収集・分析は現時点では少ない。ただし、近年、このテーマと国の施策と結びついた調査研究は行われるようになっており、今後のデータ収集分析につながる環境は次第に整えられていると考えられる。

E. まとめ

当事者団体、当事者同士の活動支援に関して関連法規には記載がある。実際に当事者が研究や事業に参加することは以前よりは増加している。今後も定期的にこのテーマに関する調査研究の質・量のモニターを行う必要がある。

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

成人発達障害のデイケアー文献検討ー

研究分担者 内山登紀夫（大正大学社会心理学部）

研究協力者 武士清昭（あさかホスピタル）

研究要旨

精神科デイケアにおいて、精神科外来を受診する発達障害者の増加に合わせて、発達障害者を対象とする施設は増えてきている。しかし、実際にはまだ発達障害者に対して特化したものは少なく、具体的な支援やプログラムの整備等は十分とは言えない。今後は彼らの特性に適したデイケアを含む地域ケアシステムの構築が望まれる。

A. 研究目的

近年本邦における成人の発達障害への関心は、メディアでの取り扱いも増え、関連した研修や講演会も増え、高まっている様に見える。本稿では ASD を中心とする発達障害の成人を対象にしたわが国のデイケアでの実際や実践について最近の文献を中心に簡潔なレビューを試みる。

B. 研究方法

医中誌で「発達障害+デイケア」で検索したところ、357 件もヒットした（2019 年、3 月）。この中から本邦におけるデイケアの歴史的背景や実践内容に関するものを中心に選定し、本稿にまとめている。

C. 研究結果

1. はじめに

精神科デイケアは第 2 次大戦後に欧米で

研究的に開始され、薬物療法の進展に伴い、1950 年代から 1960 年代にかけて臨床実施で行われるようになったとされている¹⁾。

本邦において精神科デイケアの実践が始まったのは 1950 年代であり、医療制度に位置付けられるようになったのは 70 年代に入ってからであるようだ²⁾。しばらくは施設基準が厳しく診療報酬は低かったため、実施施設数は限られていたが、その後診療報酬の見直しや精神障害者社会復帰事業相談所として保健所デイケアが法整備されたこと等もあり、1975 年以降は施設数も増え続け、1998 年に最多に達してからは 2002 年以降急速に減少に転じている³⁾。この理由は精神障害に対するサービスの多様化等色々と関係している様ではあるが、ショートケアの導入等の診療報酬の改定や、精神保健法の改正等の流れを受けて

いると考えられている³⁾。

2. 成人期の ASD 患者に対するデイケアの今まで

最近数年で精神科や心療内科等を受診する成人発達障害患者数は増加している⁴⁾。成人の場合は職場での不適応によるうつ状態等が問題となっており、二次障害で受診し、成人になってから ADHD や ASD の診断を受ける人も少なくないようである⁵⁾。

このような状況を反映してか、成人の精神科デイケアでも ASD 等発達障害患者の利用が増えてきている⁶⁾。知的障害を伴う場合は療育場面等福祉サービスである程度の受け皿はある（それでも十分とは言えない）が、いわゆる高機能と言われる知的障害のない ASD や ADHD 患者が利用できる福祉サービスは就労支援サービス機関がある。しかしながら、サービス内容の質は様々であり、患者のニーズを満たすだけの十分な整備がされておらず、既存の精神科サービスを利用しているのが実情である。就労移行支援等サービスは多様化しているが、デイケアは歴史もある程度あり、一般的に利用されることが多い施設であると思われる。しかし、精神科デイケアは基本的には統合失調症を主とする慢性経過の精神障害者を主な適応としている施設がほとんどであり、発達障害者への対応には不慣れであり、苦慮している施設も少なくないであろう。

高機能 ASD の患者では就職、あるいは仕事上の変化やミスを契機にうつ状態や不安感等が出現し、就労の継続が困難となり、リワークデイケアを利用することになる方もいる⁷⁾。うつ病以外の要素、発達特

性から社会参加が困難となっている方もおり、周囲の利用者とは異なった配慮も必要になる。

ASD 患者は社会性やコミュニケーションの障害があるため、この障害特性にどのように働きかけるかが、彼らの生き辛さを軽減させる上で重要となる。医療機関の受診者数は増えているものの、ASD 患者の治療に特化した薬物療法は存在せず、心理社会的支援が治療の主軸となる。

社会支援を求めて発達障害者支援センターに相談したり、精神障害者福祉手帳の交付を希望したりする方、ハローワーク等で休職相談や就労環境に関わる相談をする方も増えてきているという⁸⁾⁹⁾。

3. 成人期の ASD 患者に対するデイケアの最近

外来を受診する発達障害患者が増えてきていることもあり、彼らに対する対応に特化したデイケアも少しずつ増えてきているようである。本稿では ASD 患者にとって必要な支援やプログラムについて昭和大学の成人期発達障害者のためのプログラムに関する調査書⁸⁾の解説と合わせて紹介する。

成人や若い世代を中心に ASD 患者や知的障害と精神障害の重複診断患者等に対する認知行動療法の実践で知られる

Valerie⁹⁾は、ASD の中核症状は実用的に見ると、「スキルの障害」として捉えることができ、介入スキルは「ソーシャルスキル」と「コーピングスキル」に選別される、としている⁹⁾。中核症状の根本的な消失や軽減でなく、症状により生じてくる非機能的な対処や行動の軽減を目指しスキル

を習得していくことをプログラムの目的とし、プログラムを作成したという。

まずは参加者用のワークブックと支援者用のマニュアルを作成し、パッケージ化した上で、研究への参加協力機関で実践し、内容を検証している。

参加対象は集団への参加が可能なレベルの ASD の方々で、知的にもある程度高く言語理解の良い(言語性 IQ が 90 以上)患者が選ばれている。

登録期間は 7 箇所で計 66 名の対象にプログラムが実践された。全 20 回の発達障害専門プログラムパッケージを作成、実施して行った効果検証を概観すると、プログラム参加により自閉症特徴の軽減や、コミュニケーション技能、生活の質が改善する可能性が示された。自閉症特徴の客観的評価(SRS-A)¹⁰⁾と自己評価(AQ-J)¹¹⁾がともに得点の低下を示すのは、中核的な症状の消失や軽減ではなく、症状により生じる非機能的な対処や行動の軽減であろう。プログラムの中で知識や対処法を適切に、あるいは初めて学習することで、行動や思考に変化をもたらし、自閉症的特徴の出現を軽減できると推測された。

本調査では同時にプログラムを実践したスタッフにもアンケート等を実施している。プログラムを実施したスタッフからは概ね良い評価を得ることが出来た。一方で、マニュアルの構成や各回のボリュームなどの微細な修正に加え、スタッフ側の知識のばらつきがプログラムに影響することが指摘されている。また、特徴の強い参加者がトラブルの元となったり、グループの進行を停滞させたりするという報告もあった。

以上の結果と、参加機関へのアンケートから、すでに ASD 患者をデイケアにおいて治療を行なっているはいるが、彼らの特性に適応したプログラムは乏しく対応に苦慮している状況が考えられた。

4. 成人期の ASD 患者に対するデイケアに期待したいこと

デイケアは外来治療のみでは十分に提供できない医学的・心理社会的治療を包括的に提供する治療の場である。ASD は社会性やコミュニケーション、イメージーションの障害を抱えているため、日常生活、社会生活において困難が大きい。

成人期においては自立した生活を送れるかどうか社会的にも求められることが多く、その支援における役割が特に重要となると考える。

自立した生活の一つの大きな指標となるものが就労である。このため ASD 患者に対する就労支援は重要性の高い内容である。

しかし、ASD 患者は個別の支援の必要性が高く、特性理解を踏まえた支援となると、精神科デイケアにおける就労支援は、患者にとって有用性の高い場になることが期待される。その理由の 1 つとして、精神科デイケアでは専門性の高い知識を持った多職種チームによる心理社会的介入が可能であるからである。具体的には、看護師による健康管理や生活管理、作業療法士による認知機能の評価や実際の作業場面での作業能力の評価、心理士によるコミュニケーションや社会性への評価と働きかけや、精神保健福祉士による他サービスとの連携などである。さらに医療場面であることか

ら、病状評価や二次障害への予防や対策もより現実的に可能となる。

ASD 患者は環境による影響を受けやすいことも広く知られており、デイケアでの支援は就労支援も併せて考えると、職場での直接的な指導や評価、同僚や上司に対する配慮の依頼等アウトリーチ機能も備えたサービスになると心強い。しかし費用対効果の面からは慎重にならざるを得ない部分も大きく、制度や体制の見直しも必要になる。

デイケア場面でのサービスの提供と合わせて、ASD 患者が安心して地域生活を送れるようなシステム作りを今後も検討していきたい。

D. 参考文献

- 1) 池淵恵美. デイケアの歴史と現在. 臨床精神医学 2001;30(2):105-110
- 2) 竹島正・長沼洋一、わが国における精神科デイケア等の利用者の現状, 精神科臨床サービス 2007 : 7 : 302-309
- 3) 佐伯圭吾ら、全国保健所の精神障害者デイケアサービスの実施状況の推移と影響要因, 厚生 の 指 標, 2011 : 58(15) : 7-12
- 4) 総務省, 発達障害者支援に関する行政評価・監視 結果報告書, 2017
- 5) 金井智恵子・加藤進昌、大人の発達障害専門外来の歩み, 最新医学, 68, 229-236, 2013^[1]
- 6) 中村干城, 井手孝樹, 田中祐: 都立精神保健福祉センターにおける広汎性発達障害者のコミュニケーショントレーニングプログラムについて, デイケア実践研究, 12(2), 65-72, 2008^[2]
- 7) 加藤 進昌・五十嵐 良雄 : 発達障害者の就労をめぐる諸問題 昭和大学附属烏山病院での成人発達障害を対象とした専門外来とデイケア・プログラムにおける取り組みを中心に(解説/特集)、精神神経学雑誌, 2015, 117 巻 3 号 : 195-198
- 8) 昭和大学 : 平成 26 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 「成人期発達障害者のためのデイケア・プログラム」に関する調査について
- 9) Valerie L. Gaus, 伊藤絵美(監訳) : アスペルガー症候群の認知行動療法. 星和書店, 2012
- 10) 小川浩: 発達障害者の職業的課題と就労支援, 精神誌, 2012.
- 11) 日詰正文: 厚生労働省における平成 25 年度の発達障害者支援策, 最新医学, 68, 79-87, 2013.
- 12) 神尾陽子, 他: 対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale) 日本語版の妥当性検証: 広汎性 発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS) との比較. 精神医学, 51, 1101-1109., 2009
- 13) 栗田広他: 自閉症スペクトル指数日本語版(AQ-J)の信頼性と妥当性, 臨床精神医学, 32(10), 1235-1240, 2003

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

成人発達障害者の支援者教育 —公認心理師についての課題と諸外国との比較検討—

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部教授）
研究協力者 稲田尚子（帝京大学文学部心理学科講師）

研究要旨：今後、成人発達障害の支援者として重要な役割を果たすことが予測される公認心理師の資格要件を概観し、さらに英国、カナダ、米国の臨床心理士の資格要件等について文献検討を行った。諸外国と比較すると我が国の公認心理師教育には資格更新制度がないこともあり、成人発達障害を支援するための教育方法には課題が多いことが指摘された。

A. 概要と目的

我が国でも心理職の国家資格化が実現した。2018年の9月には第1回目の国家試験が実施された。今後、公認心理師は精神科医や精神保健福祉士などと並んで成人発達障害の支援者として重要な役割を果たすことが予測される。そこで本稿では公認心理師の資格要件を概観する。さらに英国、カナダ、米国の臨床心理士の資格要件等について文献検討を行い、我が国の公認心理師教育のあり方を考察する一助とすることが目的である。

B. 方法

本稿では、公認心理師資格について紹介するとともに、英国、カナダ、米国の臨床心理士の資格要件等について比較検討を行う。さらに最近10年間の支援者教育の進歩と課題について考察する。

C. 研究結果

1. 公認心理師とは

公認心理師とは、公認心理師法を根拠とする日本の心理職国家資格である。心理職の業務の適正化を図る公認心理師法が2015年9月9日に成立し、2017年9月15日に施行した。2018年には第1回目の国家試験が実施され、地震の影響により試験実施が延期された北海道での追加試験の合格者を合わせ、28524人が合格した。

公認心理師が行う心理的行為としては、「心理検査」「カウンセリング」「心理療法」といった「心理的支援」や「コンサルテーション」、「心理教育」等を想定して、「一、心理に関する支援を要する者の心理状態の観察・分析」「二、心理に関する支援を要する者との心理相談による助言・指導」「三、心理に関する支援を要する者の関係者との心理相談による助言・指導」「四、メンタルヘルスの知識普及のための教育・情報提供」の4種が掲げられている（第2条）。この点は現行の臨床心理士の専門業務（①「臨床心理

査定」②「臨床心理面接」③「臨床心理学的地域援助」④「①～③に関する調査・研究」を鑑み、規定された。ただし、公認心理師は臨床心理士にとって変わるものではなく、臨床心理士の資格は今後も残り、公認心理師と共存していくものと考えられている。公認心理師の受験資格を得るためには、以下のいずれかの要件を満たす必要がある。

1. 大学において主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、かつ、大学院において主務大臣指定の心理学等の科目を修めてその課程を修了した者等、2. 大学で主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、卒業後一定期間の実務経験を積んだ者等、3. 主務大臣が1及び2に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めた者。臨床心理士は、資格試験の受験資格に「大学での心理学系の科目履修」が含まれないため、指定大学院を修了すれば、心理学系以外の大学の卒業生であっても資格の取得が可能であるが、公認心理師の場合は、大学で心理学系の科目履修が必須となっている。

公認心理師は、登録制であり、登録手続きが完了して初めて「公認心理師」と名乗ることができる。また、公認心理師は、「名称独占資格」であり、公認心理師でない者が公認心理師、心理師を名乗ってはいけないことになる。これに違反すると30万円以下の罰則を科せられるという規定がある。公認心理師の場合は、「師」の漢字が使用されており、心理“士”と名乗ることは可能である。「名称独占資格」を有する資格には、ほかに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士などがある。一方、国家資格の中には、「業務独占資格」があり、医師、看護師などがそれにあたる。この場合、有資格者でないものが

業務を実施すると刑罰の対象となる。

公認心理師は、汎用性のある資格であり、「医療・教育・産業・福祉・司法」といった様々な領域の仕事に従事することができる。いずれの領域においても発達障害児者へのアセスメントや対応が求められる。

D. 考察

1. 英国、カナダ、米国のクリニカルサイコロジストの資格更新

英国のクリニカルサイコロジストは、資格制度ではなく、大学院のプログラムを修了するという考え方なので、資格の更新はない。しかしながら **Continuous Professional development (CPD)** の多くのプログラムがある。一方、カナダおよび米国には資格更新制度があり、カナダ(オンタリオ州)では毎年、米国(アリゾナ州)では2年毎の更新が求められる。

カナダでは、資格更新のためには、A-Dまでの4つの全領域(計最低40時間)について修める必要がある。A: 公式研修プログラムへの参加(最低12時間)。目的: 新たな技法の習得、例: 学会参加、トレーニング機関による学術会議、コース、ワークショップなど、提出書類: 参加証など。B: 自己学習(最低11時間)。目的: 専門職としての規則、専門的な理論を維持する。例: 倫理規定、メンタルヘルスに関する法律、学会誌や専門書を通読し、技術研鑽を積む。提出書類: 読んだ雑誌や書物の要約。C: 構造的な相互学習(最低12時間)。目的: 指定校でまとめられた学習会やピアレビューなどで、フィードバックを活用し、新しい知見を獲得し、実践に活かす。例: 定期的なピアレビュー、ピアコンサルテーション、事例検討会

(スタッフミーティングは含めない)。提出書類：開催した内容、参加者名、学んだ内容などの記載。D：倫理(最低5時間)。目的：領域A・Cの中から、専門職として倫理規定を遵守するために学んだ事を明確にする。

例：The code of Conductや倫理的な問題解決の振り返り。提出書類：領域D倫理に関係する内容に関して学んだ内容を、トピック、参加者名などを記載。

米国(アリゾナ州)では、カテゴリーI(後述)から40時間、カテゴリーII(後述)から20時間、計60時間の研修が求められる。そのうち、カテゴリーIでは、倫理に関して4時間、児童虐待および家庭内暴力に関して4時間の研修を受ける必要がある。カテゴリーIには①大学が認定するコース、セミナー、ワークショップ、修了証明書を伴う家庭学習、②認定協会主催の研修会への参加。更新のために認められる参加合計時間は10時間まで。③コンプライアントコンサルタントを務めること。認定協会のコンプライアントをレビューし、報告書を書くと、所要時間に応じて研修時間に換算される。最大20時間まで。カテゴリーII：①サイコロジスト、専門家として研鑽を積むための自己学習あるいはグループ学習、②出版物(心理学関係の書籍、ピアレビュージャーナルなど)、③州、国、海外の心理学関係の学会や集会への参加、④ケースカンファレンスへの出席、⑤サイコロジスト、専門家として研鑽を積むために研修会、ワークショップ等への参加。上記の研修を証明するために、参加証明書、参加証、公的印刷物、自己学習については課題、日時、所要時間等の記録等の提出が求められる。

このように、英国、カナダ、米国において

もサイコロジストの資格取得後も実践の質を高めるため、引き続き研修、研鑽が求められている。日本の公認心理師はまだ新しい資格であり、継続的な研修に関する枠組みはこれから提示される段階にある。

2. 公認心理師資格と生涯学習

我が国の公認心理師の資格は、登録制であるが更新制度はなく、登録を抹消しない限り、公認心理師の資格は継続する。他方、公認心理師の職能の開発と向上は生涯を通じて求められる。他の国家資格である医師を例にあげると、国家試験に合格した後、標榜科目を決定し、学会認定の登録医、認定医、専門医、指導医などを目指し、専門性を高めていく。医師の資格と同様、公認心理師という国家資格は、汎用性のある基礎資格であるため、取得後はより専門性を高めるために研鑽を積んでいくことが求められる。

専門性やスキルを身につけていくためには、研修を受け、学会認定の資格や支援技法の認定を取得するという選択肢が考えられる。スキルの習得にあたっては、Behavior Skill Training (BST) モデルがあり、①教示、②モデリング、③ロールプレイやリハーサル、④フィードバックの4つのプロセスがある。現在の我が国の研修の大半は、座学が中心となっており、BSTモデルの①教示に該当する。つまり、スキル習得の前提としての知識習得に重点を置いて研修が組み立てられており、スキルが確実に習得されているかどうかのチェックはなされていないのが実情である。海外では、近年、支援技法やアセスメントのスキル習得にあたっては、BSTモデルを用いて研修されることがほとんどである。例を挙げると、アセスメントで

は、ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised : 自閉症診断面接尺度改訂版, Rutter et al., 2003) や ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition : 自閉症診断観察尺度第 2 版, Lord et al., 2012) の研究者使用資格の取得にあたっては、研修に参加するだけでは不十分であり、研修前や研修中に練習をしたのちに、実際にアセスメントし、評価を行った結果についてビデオと共にトレーナーに送付し、実施スキルと評定のフィデリティについての審査を受ける。決められた評定の一致率を満たしている場合に、信頼性が確立したとみなされ、使用が認められる。

また英国や北欧などを中心に使用されている DISCO (Wing et al., 2003)は、臨床・研究を問わず使用するためには 4 日間のセミナーに参加し自験例に実施しレポートを作成して一定の水準に達していないと使用が認められない。

このように欧米の診断・評価ツールを使用するには一定以上のトレーニングが必要とされる。これらのツールの開発者や使用者の多くがクリニカルサイコロジストである。

支援技法では、TEACCH Autism Program (TEACCH 自閉症プログラム) が公認専門職制度を設置し、実践者資格を得るためには、既定の研修を受け、1 年の実務経験後、実技試験と口頭諮問に合格する必要がある。ABA (Applied Behavior Analysis: ABA) は、スーパーヴァイザーレベルになるには BCBA (Board Certified Behavior Analyst: 認定行動分析士) という国際資格があり、所定の科目を履修し、常にスキルレベルのチェックを受ける 750～

1500 時間の実習を経て、試験に合格する必要がある。セラピストレベルには、RBT (Registered Behavior Technician) があり、40 時間の研修を受けたのち、実技試験と知識を問う試験の両方に合格する必要がある。このように近年の専門資格は、クオリティコントロールのために、知識習得だけではなくスキルレベルを確認する方式に大きく転換している。

我が国の支援者教育も BST モデルを参考に、知識習得だけではなく、スキルレベルの習得を不断に確認するようなシステム転換を図る時期に来ていると考えられる。今後の研修および教育制度は大きく見直されるべきであろう。

F. 参考文献

- Continuing Competency Program Requirements (College of Psychologists of British Columbia) Retrieved from <http://www.collegeofpsychologists.bc.ca/docs/QACsummaryolicies.pdf> (2019 年 5 月 3 日)
- 厚生労働省「公認心理師」(2019 年 5 月 3 日), <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116049.html>
- 厚生労働省「公認心理師法概要」(2019 年 5 月 3 日), <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000116068.pdf>
- Lord, C. et al. 2012. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition. Los Angeles, CA: Western psychological services. (黒田美保, 稲田尚子監修監訳.)

「ADOS-2 日本語版マニュアル」金子書
房,2015)

Psychologist License Retrieved from
<http://www.psychologist-license.com/>

(2019年5月3日)

Rutter, M.et al. 2003. Autism Diagnostic
Interview-Revised. Los Angeles, CA:
Western psychological services. (土屋賢治,
黒田美保, 稲田尚子監修. :「ADI-R 日本語
版マニュアル」金子書房, 2012) .

Wing, L., 内山登紀夫., 吉田友子., 飯塚直
美., 村松陽子., & 門眞一朗. (2003).
DISCO 日本語版.

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害の原因，疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

国内の複数の拠点における発達障害の定点観測システムの構築に関する研究—その1. 候補自治体における縦断的疫学調査—

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）

研究分担者 篠山 大明（信州大学医学部精神医学教室）

研究要旨：本研究の目的は，国内の複数の拠点で継続的に発達障害の実態を定点観測し，データを集約する仕組みのあり方を検討することである。1年目の今年度は，発達障害の定点観測の拠点の候補地を抽出し，それらの拠点で発達障害に関するデータの収集と分析を行った。

横浜市，福岡市，豊田市，函館市，松本市，いわき市，糸島市，多治見市，瑞浪市，山梨市，南相馬市，会津若松市，名古屋市で，発達障害の子どもの頻度に関する調査を行った。平成 25 年度～27 年度および平成 28 年度～29 年度に行われた 2 つの厚生労働科学研究から継続して調査ができた地域では，平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの子どもたちについて，小学校入学時点から小学 6 年生までの発達障害の頻度に関する継続的推移が得られた。

今後は，このような研究デザインを用いた調査を，医療機関および学校における通常の統計業務の一環として行い，それを発達障害情報・支援センターに集約して縦断的な疫学データベースを構築する可能性について，各自治体で検討していくことが重要と考えられる。

A. 研究目的

発達障害児者の支援ニーズの実態把握は，まだ不十分である。また，人口規模，地理的条件，財政などの地域特性によって，サービスの量・質ともに異なる可能性がある。さらに，未診断でも発達障害の特性や軽度の遅れがあり支援を要するケースが，潜在的にかなり存在すると考えられる。

本研究の目的は，国内の複数の拠点で継続的に発達障害の実態を定点観測し，デー

タを集約する仕組みのあり方を検討することである。

われわれは，「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 25～27 年度）¹⁾および「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」（平成 28～29 年度）²⁾という 2 つの厚生労働科学研究（障害者対策総合研究事業）で，発達障害の有病と支援に関する

実態の全国調査を医療、保健、福祉、教育、行政と連携して実施した。このような調査を研究事業から日常の業務統計へと移行させ、発達障害支援・情報センターのデータベースに集約して公開し、定期的に更新していくシステムが構築されることが、今後の目標となる。

1年目の今年度は、発達障害の定点観測の拠点の候補地を抽出し、それらの拠点で発達障害に関するデータの収集と分析を行った。

B. 研究方法

平成25年度～27年度の「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」で調査に加わった自治体（横浜市、広島市、福岡市、豊田市、宮崎市、函館市、松本市、東京都板橋区、いわき市、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市）および、平成28年度～29年度の「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」で調査に加わった自治体（上記に加えて岡山市、会津若松市）で研究分担者あるいは研究協力者を務めた研究者に研究協力を依頼し、横浜市、福岡市、豊田市、函館市、松本市、いわき市、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市、会津若松市から協力を得た。政令指定都市の協力が減ったため、名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野の山田敦朗講師に協力を依頼し、名古屋市を加えた。

これらの各自治体において、地域の実情に沿った形で疫学調査を行ったが、名古屋市を除く12自治体では、共通の方法による

疫学調査を必ず含めることとした。これらの自治体では、多少のデータ欠損はあるものの、平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの子どもたちについて小学校入学時点から小学5年生までの発達障害の有病率および累積発生率に関する継続的推移が得られている。そこで、今年度も同じ方法によって、同じコホートにおける発達障害の有病率および累積発生率の小学1年生から6年生までの調査を行った。

まず、地域の学校教師が発達障害を疑っているが診断にまで至っていないケースまで含めた支援ニーズの実態を調査した。調査は共通のフォーマットをそれぞれの地域の事情に合わせてアレンジして作成したアンケートによって行った。アンケートは、対象児が通っている可能性のある小学校、特別支援学校等に記入を依頼した。

次に、対象となる出生年度の子どもたちにおける発達障害の累積発生率と有病率を、発達障害全体および主たる発達障害の種別に調査した。対象自治体で発達障害児の診療を行っている医療機関に依頼し、該当年齢で発達障害と診断した児について、診療録に基づき匿名化されたデータベースを作成し、学年別、診断別および知能区分別に件数の集計を行った。複数の医療機関を受診している児童については、各自治体における基幹施設の研究協力者1名がイニシャル、性別、生年月日によって照合し、集計の重複を防いだ。

平成25～27年度および平成28～29年度も同じデザインで同じ対象に関する調

査を行っているので、そのデータに今回のデータを追加することによって、出生コホートにおける累積発生率の推移および、各年度の居住コホートにおける有病率の推移を観測した。

名古屋市については、平成 28 年 12 月に名古屋市が発行した「子どもの育ちと保護者意識に関する調査」の報告書に基づき、名古屋市内に居住する平成 28 年度の小学 2 年生の発達障害の有病率を推計した。また、名古屋市の西部地域療育センター、北部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風が平成 30 年に発行した事業概要と、名古屋市が公表している名古屋市の出生数に基づき、発達障害の割合を推計した。

(倫理面への配慮)

本研究は、ヘルシンキ宣言（2013 年フォルタレザ改訂）及び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成 29 年 2 月 28 日一部改正）に従って実施した。

本研究では、同倫理指針第 5 章第 12「インフォームドコンセントを受ける手続等」に基づき、必ずしも対象となる被験者からの個別同意を必要としないが、研究代表者および各自治体の基幹施設における研究協力者は、情報収集を行うことについて信州大学医学部および各基幹施設の倫理審査を受け、情報収集を行う医療機関においてオプトアウトの手続きをとった。

C. 研究結果

ここでは、共通の方法によって行った平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの子どもを対象とした調査の結果を集約

し、平成 25 年度～27 年度¹⁾および平成 28 年度～29 年度²⁾の調査で求めたデータとつなげて図 1～4 に示した。

横浜市、豊田市、山梨市では、出生コホートにおける発達障害の累積発生率を小学 1 年生から 6 年生まですべて求めることができた。小学 1 年生の時点では、発達障害全体の累積発生率は横浜市で 4.7%、豊田市で 6.4%、山梨市で 4.8%であったが、小学 6 年生の時点では、それぞれ 6.0%、7.1%、8.5%に上昇していた。増加分は、横浜市と山梨市では主として広汎性発達障害と多動性障害、豊田市では学習障害であった。

横浜市、多治見市、瑞浪市、山梨市では、発達障害の有病率を小学 1 年生から 6 年生まですべて求めることができた。小学 1 年生の時点では、発達障害全体の有病率は横浜市で 7.7%、多治見市で 5.3%、瑞浪市で 2.9%、山梨市で 4.9%であったが、小学 6 年生の時点では、それぞれ 4.8%、5.0%、3.9%、9.4%であった。横浜市では小学 3 年生でいったん有病率が増加した後は小学 5 年生、6 年生では減少していたのに対して、瑞浪市と山梨市では小学 1 年生から小学 6 年生にかけて増加していた。多治見市はほぼ横ばいであった。

松本市、多治見市、瑞浪市、山梨市、いわき市、南相馬市では、小学 1 年生と小学 6 年生における学校調査のデータが得られた。小学 1 年生の時点で診断／未診断を問わず発達障害が疑われると学校で把握されていた子どもの割合は、松本市で 12.0%、多治見市で 10.0%、瑞浪市で 4.9%、山梨市で 16.3%、いわき市で 7.7%、南相馬市で 18.5%であったが、小学 6 年生の時点では、それぞれ 11.7%、11.4%、11.1%、9.4%、

5.4%，14.9%であった。松本市，多治見市では横ばい，瑞浪市では大幅な増加，山梨市，いわき市，南相馬市では減少傾向にあった。

松本市，山梨市，いわき市，南相馬市では，発達障害について医療機関を受診していることを学校が把握していた子どもの割合のデータが得られた。小学校1年生の時点では松本市で4.6%，山梨市で6.9%，いわき市で3.0%，南相馬市で7.7%であったが，小学6年生の時点では，それぞれ6.6%，6.6%，2.9%，7.3%であった。松本市のみ増加しており，山梨市，いわき市は横ばいであった。南相馬市は，小学3年生の時点で減少，小学5年生で増加，小学6年生で再び減少していた。

D. 考察

発達障害および知的障害の支援ニーズは，小学校入学時点で10%前後はあることが，平成25～27年度の調査で明らかとなっていたが，その群のフォローアップでは小学6年生時点でも学校において同様にそれ以上に高い支援ニーズが示された。一方，多くの地域で，医療機関を受診している割合は，学校で把握されている割合よりも低い状態が続いていた。

医療機関と学校との両者が同じ対象で実態調査を行うことにより，診断の確定している子どもたちだけでなく，発達障害が疑われる子どもたちと受診例との関係についても求めることができた。

E. 結論

今後は，このような研究デザインを用いた調査を，医療機関および学校における通常の統計業務の一環として行い，そ

れを発達障害情報・支援センターに集約して縦断的な疫学データベースを構築する可能性について，各自治体で検討していくことが重要と考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 別紙参照
2. 学会発表 別紙参照

H. 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

I. 参考文献

- 1) 本田秀夫(研究代表者):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。厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))平成25年度～平成27年度総合研究報告書(H25-身体・知的-一般-008), 2016。
- 2) 本田秀夫(研究代表者):厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野):発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究-平成28年度～29年度総合研究報告書(H28-身体・知的-一般-001), 2018。

平成 25 年 4 月 (小学 1 年生)

診断	横浜	広島	豊田	宮崎	山梨
発達障害全体	4.7	6.7	6.4 (5.2)	7.3	4.8
広汎性発達障害	4.2	5.3	4.2 (3.0)	6.6	3.0
多動性障害	0.09	0.2	0.4	0.05	0.4
会話・言語	0.03	0.7	0.6	0.2	0.4
学力	0.03	*	0.02	*	0
精神遅滞	0.3	0.5	1.2	0.4	0.7
その他	0.09	0	0	0	0.4



平成 27 年 4 月 (小学 3 年生)

診断	横浜	広島	豊田	宮崎	山梨
発達障害全体	5.1	7.4	6.5 (5.4)	9.4	7.0
広汎性発達障害	4.5	5.8	4.2 (3.1)	8.7	4.8
多動性障害	0.2	0.4	0.4	0.3	1.1
会話・言語	0.03	0.7	0.6	0.1	0.4
学力	0.06	*	0.05	0.03	0
精神遅滞	0.3	0.5	1.2	0.2	0.7
その他	0.09	*	0	0	0



平成 29 年 4 月 (小学 5 年生)

診断	横浜	広島	豊田	宮崎	山梨
発達障害全体	5.8	8.2	7.0	*	8.1
広汎性発達障害	5.0	6.3	4.3	*	5.6
多動性障害	0.25	0.7	0.7	*	1.1
会話・言語	0.03	0.7	0.6	*	0.4
学力	0.13	*	0.1	*	0
精神遅滞	0.28	0.5	1.3	*	0.7
その他	0.09	0.1	*	*	0.4



平成 30 年 4 月 (小学 6 年生)

診断	横浜	広島	豊田	宮崎	山梨
発達障害全体	6.0	*	7.1	*	8.5
広汎性発達障害	5.2	*	4.4	*	5.6
多動性障害	0.3	*	0.7	*	1.1
会話・言語	0.03	*	0.6	*	0.4
学力	0.1	*	0.2	*	0
精神遅滞	0.3	*	1.3	*	0.7
その他	0.09	*	*	*	0.7

図 1. 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの出生コホートにおける発達障害の発生率の年次推移 (医療機関調査) (*は欠損データ。豊田市は、広汎性発達障害のうち自閉症とアスペルガー症候群以外のものを除いた数値を () 内に記した)

平成 25 年 4 月（小学 1 年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	松本	糸島	多治見	瑞浪	山梨
発達障害全体	7.7	6.3	*	7.4	1.7	*	5.3	2.9	4.9
広汎性発達障害	5.4	5.0	*	6.7	1.5	*	2.9	1.6	3.2
多動性障害	0.2	0.2	*	0.05	0.2	*	0.6	0	0.4
会話・言語	1.5	0.6	*	0.3	0	*	0	0	0.4
学力	0.04	*	*	*	*	*	*	*	0
精神遅滞	0.4	0.4	*	0.4	0	*	0.7	1.0	0.7
その他	0.3	0	*	0.0	0	*	0.8	0	0.4



平成 27 年 4 月（小学 3 年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	松本	糸島	多治見	瑞浪	山梨
発達障害全体	8.3	7.4	5.5	9.6	*	2.7	5.3	2.9	8.0
広汎性発達障害	5.8	5.9	3.6	8.9	*	1.5	3.0	1.3	5.9
多動性障害	0.3	0.4	0.4	0.3	*	0.9	1.3	0.3	1.0
会話・言語	1.5	0.6	0.6	0.1	*	0.2	0.5	0.3	0.4
学力	0.04	*	0.07	0.1	*	0	0	0	0
精神遅滞	0.4	0.5	0.5	0.3	*	0	0.5	1.0	0.7
その他	0.3	*	0.3	0	*	0.1	0	0	0



平成 29 年 4 月（小学 5 年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	松本	糸島	多治見	瑞浪	山梨
発達障害全体	4.7	8.2	6.1	*	11.9	6.2	4.9	3.9	8.6
広汎性発達障害	4.0	6.3	4.0	*	6.7	2.8	2.4	1.3	6.5
多動性障害	0.2	0.7	0.6	*	2.4	1.2	0.9	0.3	1.0
会話・言語	0	0.6	0.6	*	0.5	1.9	0.5	1.0	0.3
学力	0.07	*	0.1	*	0.2	0	0	0	0
精神遅滞	0.3	0.5	0.5	*	1.1	0.2	0.4	0.7	0.7
その他	0.1	0.1	0.3	*	0.6	0.1	0.5	0.7	0



平成 30 年 4 月（小学 6 年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	松本	糸島	多治見	瑞浪	山梨
発達障害全体	4.8	*	2.7	*	*	6.6	5.0	3.9	9.4
広汎性発達障害	4.1	*	2.0	*	*	3.5	2.3	1.3	7.0
多動性障害	0.2	*	0.6	*	*	1.1	0.9	0.3	1.0
会話・言語	0	*	0.03	*	*	1.8	0.5	1.0	0.4
学力	0.07	*	0.03	*	*	0	0	0	0
精神遅滞	0.3	*	0.07	*	*	0.2	0.4	0.7	0.7
その他	0.1	*	0	*	*	0	0.6	0.7	0.4

図 2. 平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの子どもにおける発達障害の有病率の年次推移（医療機関調査）（*は欠損データ）

平成 25 年 4 月 (小学 1 年生)

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	10.9	11.6	*	11.1	(6.7)	12.0	10.0	4.9	16.3	7.7	18.5	*
広汎性発達障害	5.4	4.9	*	4.9	(3.4)	3.6	5.4	1.0	5.6	2.0	3.4	*
多動性障害	2.3	2.8	*	3.0	(1.4)	4.4	1.6	0.7	5.2	2.5	5.6	*
会話・言語	0.4	2.2	*	1.0	(0.9)	0.8	1.0	0.7	2.4	0.8	2.6	*
学力	1.1	*	*	*	*	*	*	*	0	*	*	*
精神遅滞	1.2	1.2	*	2.1	(0.8)	2.1	1.7	2.6	2.4	1.9	5.2	*
その他	0.5	0.6	*	0.2	(0.3)	1.1	0.7	0	0.69	0.5	1.7	*

平成 27 年 4 月 (小学 3 年生)

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	13.3	9.6	6.0	11.5	10.6	12.8	12.3	5.8	10.1	7.7	11.8	*
広汎性発達障害	5.9	5.2	2.0	5.7	4.9	4.6	3.6	1.0	3.8	2.7	4.2	*
多動性障害	3.6	2.6	1.5	2.7	2.8	3.9	3.3	1.0	1.4	2.1	2.7	*
会話・言語	0.5	0.6	0.4	0.5	0.4	0.9	0.4	0.3	2.1	0.6	0.9	*
学力	1.6	1.3	0.7	1.5	1.2	*	2.0	2.3	0.0	0.6	1.5	*
精神遅滞	1.1	0.8	1.0	0.9	0.9	2.2	1.9	1.3	2.1	1.4	2.4	*
その他	0.6	*	0.3	0.2	0.4	1.2	1.2	0	0.7	0.2	0	*

平成 29 年 4 月 (小学 5 年生)

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	14.9	*	8.3	12.9	11.2	12.8	10.5	12.4	9.3	*	16.3	7.8
広汎性発達障害	6.1	*	1.5	7.0	6.3	5.0	4.8	2.3	5.2	*	6.5	4.1
多動性障害	3.3	*	0.7	2.1	1.5	3.3	2.2	3.6	1.4	*	4.4	1.9
会話・言語	0.2	*	0.1	0.1	0.5	0.3	0.1	1.6	0.4	*	0	0.1
学力	2.3	*	0.1	1.4	1.0	1.2	0.9	0.7	0.7	*	2.1	0.7
精神遅滞	0.9	*	0.8	1.1	1.4	1.8	0.8	2.0	1.4	*	2.7	0.5
その他	0.8	*	0.3	*	0.6	0.4	0.8	0.3	0.4	*	0.6	0.2

平成 30 年 4 月 (小学 6 年生)

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	*	*	*	*	10.5	11.7	11.4	11.1	9.4	5.4	14.9	9.3
広汎性発達障害	*	*	*	*	4.8	4.9	5.2	2.9	4.2	1.8	4.9	4.9
多動性障害	*	*	*	*	1.2	2.7	1.6	1.3	1.4	1.1	4.9	2.1
会話・言語	*	*	*	*	0.3	0.1	0.5	0.3	0.7	0.1	0	0.1
学力	*	*	*	*	0.9	1.2	0.7	1.0	0.7	0.5	1.4	0.6
精神遅滞	*	*	*	*	1.4	1.1	1.3	3.3	1.4	1.4	2.2	0.4
その他	*	*	*	*	0.4	0.6	1.1	0.3	1.0	0.1	0.3	0.4

図 3. 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの子どものうち、発達障害が疑われる（診断／未診断を問わず）と学校で把握されていた子どもの割合の年次推移（学校調査）（*は欠損データ。函館市の平成25年度のデータは、特別支援学校を除いた数値）

平成 25 年 4 月（小学 1 年生）

診断	横浜	広島	福岡	豊田	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	4.5	5.4	*	3.4	4.1	(3.4)	4.6	*	*	6.9	3.0	7.7	*
広汎性発達障害	3.4	3.6	*	2.8	2.7	(2.7)	2.6	5.9	1.0	3.8	1.2	3.4	*
多動性障害	0.2	0.5	*	0.05	0.3	(0.3)	0.6	1.6	0.7	1.0	0.2	0.9	*
会話・言語	0.08	0.5	*	0.05	0.3	(0.3)	0.1	1.6	0.7	0.7	0.2	0.4	*
学力	0.2	*	*	0	*	*	*	*	*	0	*	*	*
精神遅滞	0.6	0.6	*	0.5	0.8	(0.1)	1.0	1.8	2.6	1.0	1.3	2.1	*
その他	0.08	0.2	*	0	0.03	(0.2)	0.3	0.7	0	0.4	0	0.9	*



平成 27 年 4 月（小学 3 年生）

診断	横浜	広島	福岡	豊田	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	5.3	4.9	3.4	3.6	5.3	4.8	5.8	5.3	2.9	4.5	3.4	5.1	*
広汎性発達障害	3.6	3.3	1.6	2.8	3.6	3.4	3.4	2.6	1.0	2.4	1.5	2.7	*
多動性障害	0.6	0.7	0.7	0.1	0.6	0.8	0.9	0.8	0.3	0	0.6	1.5	*
会話・言語	0.3	0.2	0.3	0.1	0.3	0.1	0.4	0.2	0.3	1.0	0.1	0	*
学力	0.1	0.3	0.2	0	0.1	0.05	*	0.2	0	0	0.2	0	*
精神遅滞	0.6	0.5	0.5	0.6	0.7	0.4	0.9	1.0	1.3	1.0	1.0	0.9	*
その他	0.1	*	0.07	0	0.1	0.05	0.3	0.3	0	0	0.1	0	*



平成 29 年 4 月（小学 5 年生）

診断	横浜	広島	福岡	豊田	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	6.1	*	3.4	*	6.0	6.0	7.0	6.8	2.6	5.2	*	8.9	3.8
広汎性発達障害	3.7	*	1.5	*	4.6	4.6	3.9	4.0	1.3	3.5	*	4.7	2.8
多動性障害	0.6	*	0.7	*	0.3	0.4	1.0	1.1	0.3	0.7	*	2.1	0.4
会話・言語	0.08	*	0.1	*	0.03	0.2	0.1	0	0.3	0	*	0	0
学力	0.4	*	0.1	*	0.2	0.2	0.3	0.5	0	0	*	0	0.1
精神遅滞	0.3	*	0.8	*	0.7	0.5	1.3	0.7	0.3	0.7	*	1.8	0.3
その他	0.04	*	0.1	*	*	0.2	0.3	0.4	0	0.4	*	0.3	0.1



平成 30 年 4 月（小学 6 年生）

診断	横浜	広島	福岡	豊田	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬	豊田市
発達障害全体	*	*	*	*	*	5.3	6.6	6.3	4.2	6.6	2.9	7.3	4.3
広汎性発達障害	*	*	*	*	*	3.8	4.0	2.7	1.6	3.5	1.3	3.5	3.1
多動性障害	*	*	*	*	*	0.5	1.0	1.4	0.3	0.7	0.6	2.7	0.6
会話・言語	*	*	*	*	*	0.1	0.1	0.1	0.3	0.4	0.0	0	0.07
学力	*	*	*	*	*	0.2	0.3	0.2	0	0	0.0	0	0.07
精神遅滞	*	*	*	*	*	0.6	0.7	1.3	1.6	1.4	1.0	0.8	0.3
その他	*	*	*	*	*	0.1	0.2	0.6	0.3	0.7	0.0	0.3	0.2

図 4. 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの子どものうち、医療機関を受診していることを学校で把握されていた子どもの割合の年次推移（学校調査）

（*は欠損データ。函館市の平成25年度のデータは、特別支援学校を除いた数値）

分担研究報告書

発達障害の特性をもつ学童の横浜市港北区における悉皆調査

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 清水 康夫（横浜市総合リハビリテーションセンター）
岩佐 光章（横浜市総合リハビリテーションセンター）
原 郁子（横浜市総合リハビリテーションセンター）
大久保 菜奈子（横浜市総合リハビリテーションセンター）
今井 美保（横浜市西部地域療育センター）

研究要旨

横浜市港北区（人口約 34 万人）において、その地域に居住する小学生を対象にして発達障害に関する悉皆的な疫学調査を行った。調査対象は、同区に発達障害の専門医療機関として設置されている横浜市総合リハビリテーションセンターを受診した小学 6 年生であり、その診断内容を調査した。

港北区の出生コホートによる発達障害の累積発生率は、6 年生で 6.0%（うち広汎性発達障害 5.2%）であり、1 年前に行った彼らが 5 年生のときの調査（発達障害全体で 5.8%，広汎性発達障害で 5.0%）よりも少し増加していた。同じ地域の居住コホートによる発達障害の有病率は、6 年生で 4.8%（うち広汎性発達障害 4.1%）であった。早期発見の地域システムによって、知的障害を伴う広汎性発達障害や、男児に比べて発見が遅れがちな女兒についても早期発見することが十分に可能であった。他方で、現在小学 6 年生の累積発生率および有病率は、5 年前に同じ地域で行った小学 6 年生の数字と比べていずれも高く、知的な遅れを伴わない発達障害についての動向の把握は未だ見通しがたかない状況であることが推察された。継続的に発達障害のデータベースを作成する定点観測の拠点として政令指定都市が成立するためには、人口が多くデータベースの作成に多大な労力がかかることをふまえて、十分な規模のサンプリングが可能でかつ疫学調査の要点である精度（precision）と正確度（accuracy）が保証される調査方法を十分に工夫することが必要である。

A. 研究目的

本研究の主目的は、発達障害の原因や疫学に関する国内外の調査・研究等の収集と分析を行い、継続的に情報を蓄積・公表して

いくためのデータベースの仕組みを提案することである。その中で、われわれが課せられたテーマは二つある。一つは、全国に 20 市ある政令指定都市の一つである横浜市

(人口約 373 万, H31 年 2 月現在)において, 発達障害のある学童の実態把握を目的とした医療機関調査を行うことである。われわれは, H25 年度に同年度小学 1 年生を調査対象として, 横浜市北部に位置する港北区 (人口約 34 万, H29 年 1 月現在)において発達障害のある (疑いも含む) 学童を医療側と教育側の両面から把握し報告した¹⁾。さらにこの年代を 2 年後 (小学 3 年生), 4 年後 (小学 5 年生) にも同様の調査を行ってきた。今年度は, H25 年度当時小学 1 年生であった現小学 6 年生を調査対象として, 発達障害の医療機関における受診状況を調査した。

二つ目の目的は, これらの調査を通して, 継続的に発達障害のデータベースを作成する定点観測の拠点として政令指定都市が成立するために必要な条件や課題を検討することである。特に, 同一コホートに対して教育機関で調査を実施する上での条件や課題について検討を行う。

B. 研究方法

調査対象となる児童は, 横浜市港北区で出生または在住している平成 30 年度の小学 6 年生 (H18 年 4 月 2 日~H19 年 4 月 1 日生まれ, 以下「小 6 群」と略す) である。これは, H25 年度に本研究事業で調査を行った当時小学 1 年生を 2 年ごとに 5 年間にわたり追跡した, 追跡調査の位置づけとなる。

横浜市総合リハビリテーションセンター (以下, 「YRC」と略) は, 横浜市港北区を担当地域とする療育センター機能を有しており, 市内の関連機関との緊密な連携のもと, 幼児期における発達障害の早期発見

と早期介入の地域システム拠点となっている。調査対象である港北区に在住する医療ニーズを持つ発達障害のある幼児期の子どものほとんどが YRC に紹介される (図 1)。

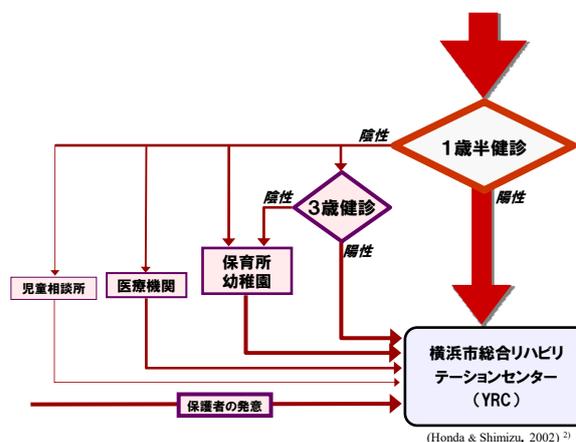


図1. 横浜市港北区における発達障害の早期発見システム

YRC に来院した子どもは, ソーシャルワーカーのインテークを受けたのち, 発達障害を専門とする医師によって 1 時間かけて診察される。診断に際しては, 保護者より主訴に基づいて普段の生活の様子を詳細に聞き取るほか, 福祉保健センターにおける乳幼児健康診査やその後の保健師などによる子どもの状態に関する様々な記録, 心理士による知能検査などの心理評価, ソーシャルワーカーによる幼稚園や保育所へ訪問して相談を行った際の集団活動の様子なども参考にすることができる。1 回の診察での判断が困難である場合, その後概ね 3~6 カ月おきに診察が重ねられ, 診断がなされる。

早期介入が終了して就学した後, あるいは学齢になってから来院した場合にも支援サービスメニューが用意されている (図 2)。医師による診察は, 定期的な状況確認を主体とする年に 1 回程度のものから, 薬物療法, 重篤な状況に対して高い頻度で行うものまでさまざまである。医療ニーズが消失

して診察が終診となった場合でも、その後医療ニーズが再び生じれば診察を再開することができる。それ以外にも心理士、言語聴覚士、作業療法士による評価や相談の他、学校に対しても緊密な連携を行っている。具体的には、子どもを担当しているクラス担任、特別支援教育コーディネーター、児童支援選任、通級指導教室の教諭などを対象にしたコンサルテーションや、学校からの依頼に基づいて専任の YRC 職員が学校を訪問し、教師の相談に応じる学校支援事業がある。また、YRC 児童発達支援センターや児童発達支援事業所で幼児期に子どもの療育を担当したスタッフが、ケースが就学した後も学校や家庭生活における保護者の困り事の相談に応じることができるような卒園児交流会や相談の場を設けるなど、診療所以外のサービスを充実させている。これらのサービスのもと、調査対象である港北区に在住する医療ニーズを持つ発達障害のある小学生にかんしてもその多くが YRC に紹介され継続してフォローされる。

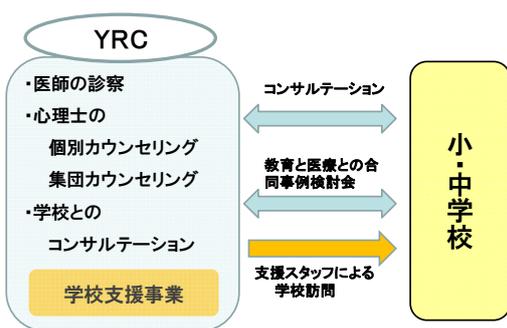


図2. YRCにおける学齢期の発達障害児支援システム

本研究の調査対象は、小6群の中でYRCの受診歴がある子どもである。診療録から、出生地と現住所を抽出し、出生地が港北区と判断される場合は累積発生率のデータと

し、現住所が港北区と判断されかつ3年以内のYRC受診が確認された場合は有病率のデータとした。診療録から、性別、生年月日、診断名、診断されたときの年齢、知能検査による知的水準の判定などの医療情報を抽出した。診断は、基本的には the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, Diagnostic Criteria for Research³⁾に基づく臨床診断であり、知的水準は多くは田中ビネー知能検査に基づき知的障害 (IQ69以下)の有無を判定した。また、港北区内の小学校に通学する小6群の児童を対象にして、学校に調査を依頼し、教育機関で把握している発達障害の特徴をもつ児童について調査を試みた。

(倫理面への配慮)

本研究はYRC倫理委員会の審査及び承認を得て実施した。本研究は診療録に基づく後方視的調査研究であり、対象者に対して本研究に特異的な介入は行っていない。研究の実施に際しては個人が特定されないよう匿名性には十分配慮し、今回扱ったデータは対象集団から得られた集計データのみである。

C. 研究結果

1. 累積発生率調査

調査対象地域である横浜市港北区における平成18年4月から平成19年3月までの1年間の出生数3197名(男児1658名、女児1539名)を港北区出生コホート数とした。このうち、平成31年1月15日まで

の間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断された子どもは 191 名（男児 146 名，女児 45 名）であり，港北区における発達障害の発生率は 6.0% (191/3197) であった（表 1，巻末参照）。これは，小学 1 年生の 4.7%から 1.3%（人数にして 40 名），小学 3 年生の 5.1%から 0.9%（人数にして 27 名），小学 5 年生の 5.8%から 0.2%（人数にして 6 名）累積されたことになる。診断の内訳は，広汎性発達障害 166 名（以下，「PDD」と略）（発生率 5.2%），PDD を伴わない多動性障害 8 名（発生率 0.25%），前記 2 つを伴わない会話および言語の特異的発達障害 1 名（発生率 0.03%），前記 3 つを伴わない学力の特異的発達障害 4 名（発生率 0.13%），前記 4 つを伴わない精神遅滞 9 名（発生率 0.28%），その他 3 名（全て境界知能，発生率 0.09%）であった。小学 1 年生から累積された 38 名の障害の内訳は，PDD が 30 名と最多で，そのうち多動性障害の重複例が 14 名，学力の特異的発達障害の重複例が 3 名含まれていた。また，PDD を伴わない残りの 8 名中 5 名は多動性障害，3 名は学力の特異的発達障害であった。

2. 有病率調査

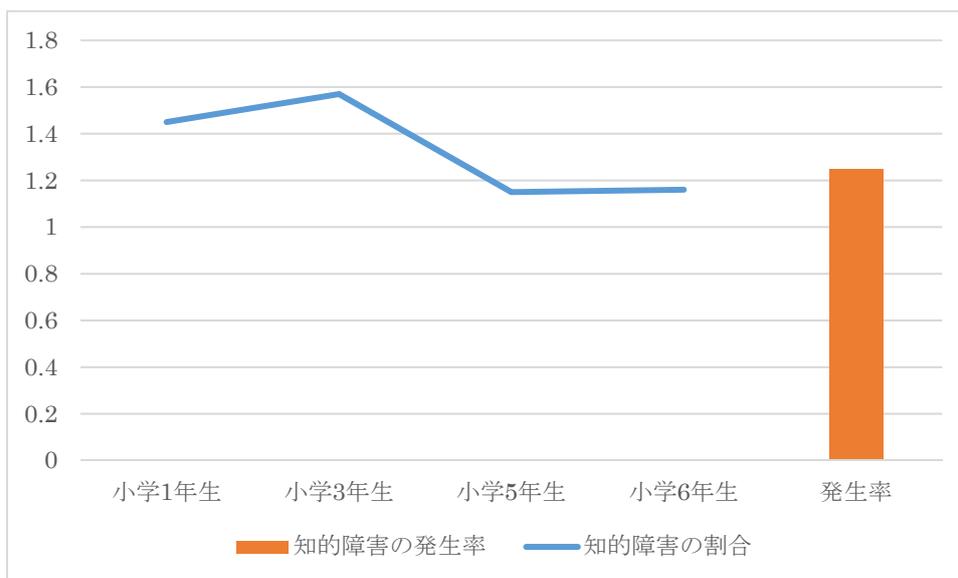
小 6 群のうち平成 30 年 1 月 1 日現在で港北区に居住する数（居住コホート）は 2667 名（男児 1414 名，女児 1253 名）であった。このうち平成 26 年 4 月 2 日から平成 31 年 1 月 15 日までの間で，医療機関で発達障害と診断され受診歴のある子どもは 128 名（男児 100 名，女 28 名）であり，港北区の小学 6 年生における発達障害の有

病率は 4.8% (128/2667) と算出された。これは，小学 1 年生の 7.7%，小学 3 年生の 8.3%より減少しているが，小学 5 年生の 4.7%からはほぼ横ばいまたはわずかではあるが増加に転じている。診断の内訳は，PDD が 109 名（有病率 4.1%），PDD を伴わない多動性障害 5 名（有病率 0.18%），前記 2 つを伴わない学力の特異的発達障害 2 名（有病率 0.07%），前記 3 つを伴わない精神遅滞 9 名（有病率 0.33%），その他 3 名（境界知能 3 名，有病率 0.11%）であった。

3. 知的障害をともなう発達障害の割合

出生コホート 3197 名に占める IQ69 以下の知的障害をともなう発達障害は，小学 6 年生の時点で総数 40 名であり 1.25%であった。PDD に限れば，IQ69 以下の知的障害は 166 名中 25 名と 15.1%を占めた。

居住コホートに占める IQ69 以下の知的障害をともなう発達障害は，小学 1 年生の時点で 2690 名中 39 名（1.45%），小学 3 年生の時点で 2674 名中 42 名（1.57%），小学 5 年生の時点で 2705 名中 31 名（1.15%），そして小学 6 年生の時点で 2667 名中 31 名（1.16%）であった（図 3）。小学 6 年生の時点で PDD に限れば，IQ69 以下の知的障害は 109 名中 22 名と 20.2%を占めた。



(図 3) 知的障害のある児童の割合

4. 境界知能の支援ニーズ

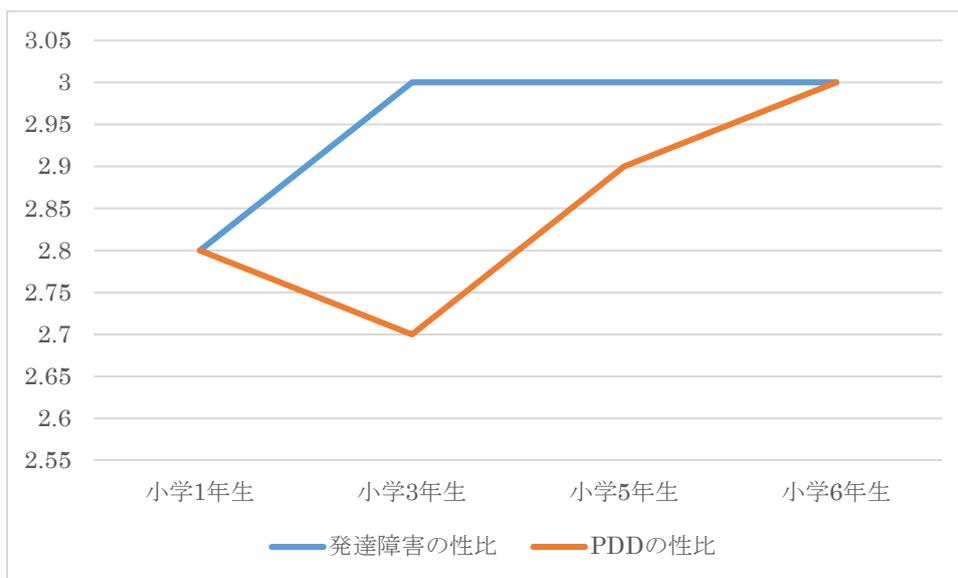
YRCで広汎性発達障害や精神遅滞などの他にいかなる診断も伴わず境界知能とのみ診断された子どもは3名(0.1%)であった。これら3名は、いずれも歩行の遅れなど運動面の発達でYRCの神経小児科を受診し、PTなどをうけ運動面の課題は寛解に至ったものの、知的発達や微細運動の課題が残り引き続きYRCで医療面のフォローをうけているものである。

5. 男女比

すべての発達障害のうち小学1年生の時点では男子が出生コホート1658名中114名、女子が出生コホート1539名中38名であり、男子は女子の2.8倍であった(図4)。小学3年生の時点では男子が123名、女子が41名であり男子は女子の3.0倍であった。小学5年生の時点では男子が141名、女子が44名であり男子は女子の3.0倍であった。小学6年生の時点では男子が146名、女子が45名であり男子は女子の

3.0倍であった。

PDDの特徴をもつ子どもを性別に分けると、小学1年生の時点では男子が出生コホート1658名中102名、女子が出生コホート1539名中33名であり、男子は女子の2.8倍であった。小学3年生の時点では男子が107名、女性が36名であり男子は女子の2.7倍であった。小学5年生の時点では男子が121名、女性が39名であり男子は女子の2.9倍であった。小学6年生の時点では男子が126名、女性が39名であり男子は女子の3.0倍であった。



(図 4) 発達障害と PDD の性比

6. 学校調査の条件や課題に関連すること

港北区内の小学校に通学する小 6 群の児童を調査対象として、学校に調査を依頼して、教育機関で把握している発達障害の特徴をもつ児童について調査を試みた。これは、医療機関における調査と同様に、H25 年、H27 年、H29 年と 2 年ごとに調査を行っており、過去計 3 回と同様の手続きで調査を計画した。概要としては、

- ① 研究協力者 A が港北区小学校長会代表に電話で協力を依頼。調査書一式(依頼文、調査用紙)を郵送。
- ② 小学校長会で議題にあげていただき、調査についての了承を得る。
- ③ 研究協力者 A が港北区小学校の児童支援専任会の場で調査の説明と協力を依頼し、調査書一式を配布。
- ④ 調査用紙を回収、分析。

以上が調査手続きの概要であるが、前回までの調査と異なる点がいくつか挙げられる。まず、調査は 2 年ごとの定期的な間隔で行われてきたが、昨年度も調査を依頼し

ているため今回は 2 年連続して調査を依頼することになった。調査チームも前年度までと構成員が変化し、校長会および児童支援専任会に直接依頼した人も一変した。また、これまでは調査チームに学校教育関係の常勤職員が加わっていた。今回も校長会に依頼する際などに助言をもらうなど全く関係がなかったわけではないが、正式に構成員に加わっていたわけではなかった。結果としては、上記の③児童支援専任会で協力を依頼したものの、実現には至らなかった。その理由として主なものは、繁忙であることと、昨年度で本調査が終了であると思っていたというものであった。また、個人情報の取り扱いについて懸念があることについても懸念であるとの意見が出た。直接個人が特定できる情報は学校の外には出ず、情報を暗号化する方法などを提案したが、それでは不十分という見解であった。「いつもお世話になっているからできる限りは協力したいが…」という意見も多数みられたが、裏を返すと調査の目的や調査によるメリットが必ずしも共有できているとはいえ

ないことも感じられた。

D. 考察

本研究は、過去の厚生労働科学研究である「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（研究代表者、本田秀夫）」の延長線上にあり、横浜市の特定地域のコホートにおける就学時から小学6年生までの発達障害の特徴のある子どもに対する5年間の追跡調査を行ったことになる。本研究の目的に応じて、概ね2つの考察がなされる。一つ目は、5年間の調査結果をふまえた発達障害、特にPDDの累積発生率および有病率にかんする考察である。二つ目は、5年間の調査を通じた、継続的に発達障害のデータベースを作成する定点観測の拠点として政令指定都市が成立するために必要な条件や課題についての考察である。

発達障害の一般人口にしめる割合に関する考察

まず、5年間の調査を概観すると、発達障害、とりわけPDDの特徴のある子どもの一般人口に占める割合が高いことが示されている。PDD、あるいは自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder, ASD）の疫学研究において、今日の最大のテーマは、「ASDは増えているのか？」ということである。この大テーマを念頭においた疫学研究は、ASD本態解明の基礎資料となるばかりでなく、政策の立案にもかかわる重要な課題である。そもそもASDの初期概念であるearly infantile autismの有病率は当初0.05%前後と報告されていた⁴⁾。当時は最初

に11例のearly infantile autismを報告したKannerの定義した、極端な孤立（aloneness）と同一性保持に対する強迫的願望（obsessive desire）を中核特徴とするケースを対象としていた。その後、1979年にWingとGouldは、自閉症の中核特徴を相互的な対人関係の異常、コミュニケーションの異常、想像力の欠如として整理し、相互的な対人関係についてKannerの孤立型以外に、「受動型」、「積極奇異型」を含め有病率を0.2%と見積もった⁵⁾。しかしこの当時は、知的な遅れのない自閉症は少ないと考えられていた。その後、Honda et al.(1996)は、横浜市における乳幼児健康診査における高い感度と、健診で把握されなかった偽陰性例に対しても発見することができるフェイルセーフ機能をふまえた地域ベースの小児自閉症（ICD-10）の発生率調査（5歳までの累積発生率）を行い、知的な遅れを伴わない（5歳時のIQ \geq 70）が約半数を占めることを疫学調査によって初めて実証した⁶⁾。このようにして、ASDは診断概念の変化に加えて疫学手法の向上も相まって、稀な疾患からよく見かける発達障害の一つへと広く認知されるようになっていった。今回の調査結果でも改めて示されたようにASDの人口に占める割合は現在、1%を優に超えてどこまで増えていくか見通しが持ちにくい時代に突入している。次に、今回の調査は現在小学6年生に対する調査であるが、5年前にもほぼ同様の手続きで当時6年生に対して調査を行っており、両者を比較すると発達障害およびPDDの累積発生率、有病率全てにおいて現在6年生の数字の方が大きかった（表2）。これは、同一地域（横浜市港北区）でかつて行わ

れた7歳までのPDDの累積発生率調査の追試の位置づけであり、年代をへるごとにPDDの一般人口に占める割合が現在もなお増加していることを改めて示すものである。今回の調査において、IQ<70の知的

障害をもつPDDの割合は横ばいであったことから、知的障害を伴わないPDDの増加が主な要因であることが推察される。

(表2) 現在の小6群と5年前の小6群の比較

		H18年度生まれ(現在, 6年生)				H13年度生
		1年生	3年生	5年生	6年生	6年生
累積発生率	発達障害	151(4.7%)	164(5.1%)	185(5.8%)	191(6.0%)	129(4.1%)
	PDD	134(4.2%)	143(4.5%)	160(5.0%)	166(5.2%)	117(3.7%)
					IQ<70 25名	IQ<70 28名
有病率	発達障害	208(7.7%)	222(8.3%)	128(4.7%)	128(4.7%)	96(3.5%)
	PDD	144(5.4%)	154(5.8%)	109(4.0%)	109(4.0%)	88(3.2%)
					IQ<70 22名	IQ<70 22名

発達障害のデータベースを継続的に作成する拠点としての条件や課題

5年間の調査を通して得られた疫学的知見は数多く、発達障害の特性をもつ学童に対する適正なサービスの創案を行っていく基礎資料として調査を継続していく意義が高いことが改めて示された。そこで、今後も継続的に発達障害のデータベースを作成する定点観測の拠点として政令指定都市が成立するために必要な条件や課題を考察する。

まず、5年間にわたる追跡調査を行うにあたり、初年度に調査対象地域となる横浜市の地域特性について調査を行った上で、十分な規模のサンプリングが可能でかつ疫学調査の要点である精度(precision)と正確度(accuracy)を保証されると判断される一地区(港北区)に絞って調査を行う方針をとった。人口規模としては横浜市全体

(373万人)の約1割(34万人)、面積としては横浜市全体(434km²)の1割以下(31km²)に過ぎないが、実際に追跡調査をしてみると今や稀とはいえない発達障害やASDの特徴がある学童を見積もる上では大きな支障はない絞り方であったと思われる。このように政令指定都市の場合は人口規模が大きいことから、精度と正確度を保証する上であえて対象地域を絞る方法を採用することに一定の意味があることが推察された。

次に、5年間の追跡調査を、毎年ではなく2年に1回調査を行うよう計画した。経年変化をみる上で毎年のデータベースを蓄積していくことが理想ではあるが、政令指定都市は人口規模が大きく、調査に要する労力的な問題や教育機関など他関連機関にも了承を得ることを考えると、敢えて隔年での調査を選択したことによって、無理なく追跡調査を完遂できたと考えられる。

それ以外にもいくつかの条件や課題がある。今年度は学校調査が遂行できなかったことを省みるに、教育関係の職員が調査チームに加わっていること、それによって教育側のマインドを知った上で調査計画をたてる（例えば、繁忙時期をはずした依頼の仕方、学校の先生に馴染みやすい調査用紙の工夫、児童にかんする個人情報扱うことに関する意識）ことは肝要であると思われる。

本調査の発達障害に対する疫学研究としての到達点と限界

本調査では、5年間を通して、発達障害、とりわけ PDD の特徴のある子どもの一般人口に占める割合が高いことが示されている。これは臨床現場での実感を素直に反映した結果であり、疫学研究として一定の意義がある。乳幼児期からの早期発見システムが常時稼働している場合、特徴のある子どもの多くは就学前に診断が可能であり、早期診断が相対的に困難であるとされる女兒⁸⁾についても早期診断することが可能である。知的障害については、1.2~1.4%程度が診断されており、一般人口において IQ の正規分布から想定される IQ<70 の児童の半数程度が医療機関につながっていることになる。定点観測の拠点を医療機関に設置すると、知的障害の児童の全てを把握することはできないが、PDD を中心とする何らかの発達障害が併存しているいわば臨床的に問題になりやすい行動異常を伴うケースを観測するのに適していることが推察される。他方で、PDD を除く発達障害や境界知能については診断がつかないまでも学校で支援をうけている児童が相当いることが推察さ

れ、教育機関と協同してデータベースを作成していく意義がある。

これだけ対象数が多くなっていく中で、疫学的な手法にもこれまでとは違う変化があることに注意する必要がある。今のところ学術誌で ASD にかんして最も高い有病率（2.64%）を報告している Kim et al.(2011)⁹⁾による調査を例に、最近の疫学的な手法の特徴を3つに分けて述べる。一つは、調査対象が total population であり 55,266 名と大規模であることである。一般の学校を含めた学校を調査対象とすることでこれらの条件をクリアしている。もう一つは、診断評価を厳密な方法で行っていることである。中でも ADOS は、最も厳密な診断評価として専門家の間で広く認知されているものである。しかしこれだけの大規模な調査対象に対して ADOS という労力のかかる診断評価を行うことは困難であり、Kim et al.(2011)では全対象（55,266 名）のうち、実際に ADOS による診断評価をうけた割合が非常に少ない（201 名）。これにかんして、Kim et al.(2011)では limitatin に「これは同様の疫学研究において広く存在する問題である」と記載している。大規模な調査対象に対して王道の診断評価を行うという手法を達成するために、しばらくの間は、このような一部の対象に厳密な診断評価を行った上で統計的な補正をかけて有病率を見積もるという方法が今後の ASD 有病率調査で用いられることになると予想される。しかし、これはかつての疫学調査とは異なる方法であり、単純に過去と現在の数字のみを比較することには注意を要する。このような疫学研究の動向もふまえて、発達障害にかんして継続的に蓄積し得た情

報をいかに信頼性の高いデータベースとしていくか、その解析方法についても検討していく必要がある。

E. 研究発表

なし

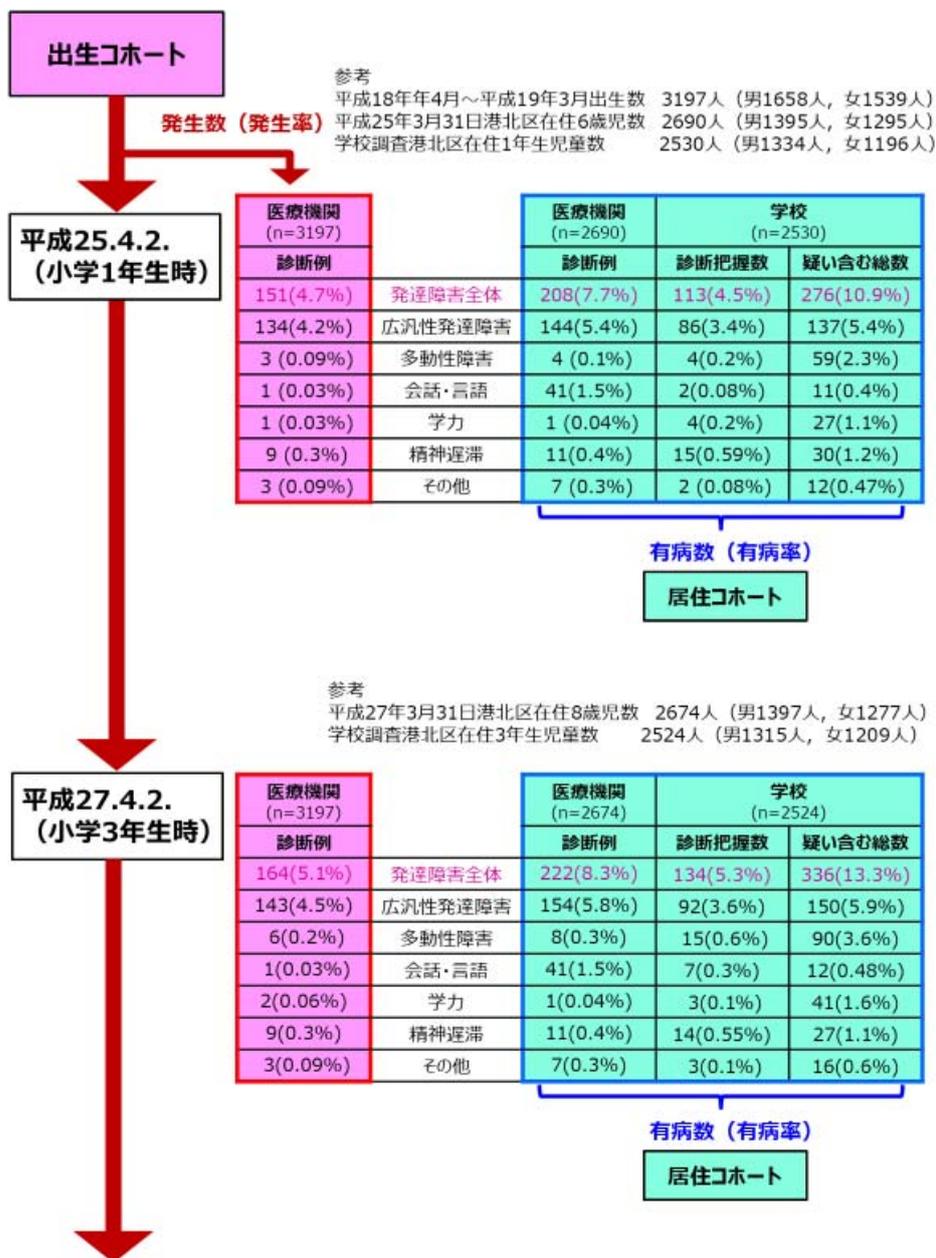
F. 知的財産の出願・登録状況（予定を含む）

なし

G. 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 (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) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: *World Health Organization*. 1993.
- 4) Lotter, V. Epidemiology of autistic conditions in young children. 1. Prevalence. *Social Psychiatry*, 1, 124-137, 1966.
- 5) Wing, L., & Gould, J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 9, 11-29, 1979.
- 6) Honda H., Shimizu Y., Misumi K., Ohashi Y. Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *British J Psychiatry*, 169: 228-235, 1996.
- 7) Honda, H., Shimizu, Y., Rutter, M. No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 572-579, 2005.
- 8) Ormond, S., Brownlow, C., Garnett, M. S., Rynkiewicz, A., Attwood, T. Profiling Autism Symptomatology: An exploration of the Q-ASC parental report scale in capturing sex differences in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 389-403, 2018.
- 9) Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombone, E., et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168, 9, 904-912, 2011.

表1 出生コホート、居住コホートごとの発達障害頻度の5年間追跡



(続き)

平成29.4.2.
(小学5年生時)

参考
平成29年1月1日港北区在住10歳児数 2705人 (男1410人, 女1295人)
学校調査港北区在住3年生児童数 2522人 (男1344人, 女1188人)

医療機関 (n=3197)		医療機関 (n=2705)	学校 (n=2522)	
診断例		診断例	診断把握数	疑い含む総数
185(5.8%)	発達障害全体	128(4.7%)	153(6.1%)	337(14.9%)
160(5.0%)	広汎性発達障害	109(4.0%)	94(3.7%)	155(6.1%)
8(0.25%)	多動性障害	5(0.18%)	15(0.59%)	83(3.3%)
1(0.03%)	会話・言語	0(0%)	2(0.08%)	5(0.2%)
4(0.13%)	学力	2(0.07%)	9(0.36%)	58(2.3%)
9(0.28%)	精神遅滞	9(0.33%)	8(0.32%)	23(0.91%)
3(0.09%)	その他	3(0.11%)	1(0.04%)	20(0.79%)

有病数 (有病率)

居住コホート

平成30.4.2.
(小学6年生時)

参考
平成30年1月1日港北区在住11歳児数 2667人 (男1414人, 女1253人)

医療機関 (n=3197)		医療機関 (n=2667)	学校	
診断例		診断例	診断把握数	疑い含む総数
191(6.0%)	発達障害全体	128(4.8%)	—	—
166(5.2%)	広汎性発達障害	109(4.1%)	—	—
8(0.25%)	多動性障害	5(0.18%)	—	—
1(0.03%)	会話・言語	0(0%)	—	—
4(0.13%)	学力	2(0.07%)	—	—
9(0.28%)	精神遅滞	9(0.33%)	—	—
3(0.09%)	その他	3(0.11%)	—	—

有病数 (有病率)

居住コホート

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

福岡市東区と糸島市における発達障害の疫学調査研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 山下 洋（九州大学病院 子どものこころの診療部）
香月大輔（九州大学病院 子どものこころの診療部）
宮崎 仁（福岡市立こども病院 こころの診療科）

研究要旨：発達障害に関する疫学調査、データベース構築のためのシステムを検討することを目的に、福岡市東区と糸島市に在住する発達障害の診断を受けている児童の数を調査した。医療機関を対象とした調査により、平成 30 年 4 月 2 日時点の平成 18 年度生まれの児童の発達障害の有病率は、福岡市東区に在住する児童が 2.74%、糸島市に在住する児童が 6.64% だった。有病率は調査を依頼した医療機関の数に影響を受けていることが考えられ、福岡市東区では調査範囲外の医療機関を受診している発達障害の児童が調査で捕捉できていないことが考えられた。今後は調査を依頼する医療機関の総数、医療機関によって異なる発達障害の診断の扱い、依頼する医療機関の負担の軽減などについて検討が必要だと考えられた。

A.研究目的

本研究班では平成 27 年度から 5 年に渡って複数の自治体で発達障害の診断を受けている児童の数を調査し、発達障害の児童に対する地域の発達支援のあり方を研究してきた。調査から発達障害と知的障害の支援ニーズが小学校入学時点で 10%前後あることが示され、地域で発達支援の体制整備が進められていることが確認できた一方で、更なる体制整備に向けて今後も継続的に支援ニーズを把握することの必要性が示唆された。

本研究では、国内の複数拠点における発達障害に関する疫学調査、データベース構築に向けて試行的に疫学調査を実施し、継続的に支援ニーズを把握するシステムを検討することを目的とする。これまで糸島市

を拠点とし、福岡市と協同して複数の医療機関を対象に疫学調査を実施してきた。今年度は福岡市東区と糸島市においてこれまでと同一の集団に対する疫学調査を行い、データベース構築に向けた課題について考察を行う。

B.研究方法

福岡市東区と糸島市に在住する児童の発達障害の有病率を算出するため、発達障害の児童の診療を行っている医療機関を対象に、受診している児童の診断について尋ねるアンケート調査を行った。

福岡市は人口約 158 万人の政令市であり、その中でも東区は人口約 31 万人と 7 つある行政区のうち最も大きな人口を抱えている。糸島市は人口約 10 万人の小規模

市で、福岡市の西部に位置し、福岡市への交通アクセスが良好である。平成 27 年度、平成 29 年度の前回調査では、居住地とは異なる市町村の医療機関を受診しているケースを想定し、複数の市町村の医療機関に対して調査を実施した。その結果、福岡市東区と糸島市の発達障害の児童が居住地外の医療機関を受診していることが確認された。そのため、今回の調査でも同様に福岡市と糸島市、福岡市に隣接する新宮町の医療機関を調査対象とした。対象とした医療機関の所在地とプロフィールは下記の通りである(表 1)。対象医療機関のうちわけは、内科、精神科、小児科の診療所 9 カ所、大学病院 2 カ所(九州大学病院子どものこころの診療部、福岡大学病院小児科)、その他病院 4 カ所であった。

以上、福岡市の 12 の医療機関、糸島市の 2 つの医療機関、新宮町の 1 つの医療機関、合計 15 の医療機関にアンケート調査を依頼した。該当医療機関に対して、回答対象となる児童のイニシャル、生年月日、性別、知的発達、発達障害の診断名を尋ねる調査票を送付した。発達障害の診断は、広汎性発達障害(自閉症スペクトラム障害)、多動性障害(ADHD)、会話および言語の特異的発達障害(構音障害、吃音を含む)、学力の特異的発達障害、精神遅滞、その他の 6 つに分類され、該当する診断を全て記載するよう依頼した。平成 30 年 4 月 2 日を調査時点とし、調査時点で児童を調査票の回答対象とした。前回平成 29 年度調査でこれら福岡市東区と糸島市

	所在地	種別	診療科
1	糸島市	診療所	内科
2	糸島市	診療所	精神科
3	福岡市 西区	診療所	精神科
4	福岡市 早良区	診療所	小児科
5	福岡市 早良区	総合病院	小児科
6	福岡市 城南区	診療所	精神科
7	福岡市 城南区	大学病院	小児科
8	福岡市 中央区	診療所	精神科
9	福岡市 中央区	診療所	精神科
10	福岡市 中央区	診療所	精神科
11	福岡市 南区	総合病院	小児科
12	福岡市 東区	精神科病院	精神科
13	福岡市 東区	小児科 総合病院	精神科
14	福岡市 東区	大学病院	精神科
15	新宮町	診療所	小児科

表 1 対象医療機関のプロファイル

に在住する平成 18 年度生まれの児童を回答対象として同様の調査を実施しており、平成 29 年度調査の調査時点である平成 29 年 4 月 2 日までに該当医療機関の受診歴がある児童は既に報告を受けていることとなる。そのため、今回の調査では平成 29 年

4月3日から今回の調査時点である平成30年4月2日までの期間に該当医療機関を新規に受診した発達障害の児童について回答を求めた。イニシャルと生年月日を用いて、同一の児童が複数の医療機関から報告されているか、或いは平成27年度と平成29年度の前回調査で既に報告されているか、それぞれ確認を行った。

(倫理面への配慮) 調査にあたり、データの集計後は数的情報のみを解析し、個人を特定されることがないように匿名性に配慮した。また、本研究は分担研究者の所属する九州大学の倫理審査委員会ならびに調査を依頼した各医療機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

15の医療機関に対して調査を依頼し、14の医療機関から回答を得た(回答率93%)。

1. 福岡市東区の調査結果

(1) 診断の階層構造を適用した有病率

本研究班では、個々の発達障害の有病率と発達障害全体の有病率の算出にあたり、①広汎性発達障害、②多動性障害、③会話および言語の特異的発達障害、④学力の特異的発達障害、⑤精神遅滞、⑥その他、の順番で個々の発達障害の診断に階層構造を設けている。1人の児童に対して発達障害の診断が複数報告された場合は、より上位の診断1つのみが有病率として算出され、個々の発達障害の有病率の総和と発達障害全体の有病率が等しくなるよう、有病率の算出手法が研究班で統一されている。初めに、診断の階層構造を適用した有病率を算出した。

(ア) 平成30年度調査のみの集計

福岡市東区の19人の児童がアンケート調査により報告された。そのうち1人は前回調査で別の医療機関から既に報告されているケースであり、集計から除外した。平成29年4月3日から平成30年4月2日の期間に新たに医療機関を受診して何らかの発達障害の診断を受けたものは18人であり、診断の内訳を表2に示した。居住コホートは、住民基本台帳登録人口(日本人・外国人)より平成30年3月末時点での福岡市東区の11歳人口2956人を近似値として採用した。

診断	人数	有病率 (%)
発達障害全体	18	0.61
① 広汎性発達障害	15	0.51
② 多動性障害	3	0.10
③ 会話および言語の特異的発達障害	0	0.00
④ 学力の特異的発達障害	0	0.00
⑤ 精神遅滞	0	0.00
⑥ その他	0	0.00

表2 福岡市、平成30年度調査の有病率

(イ) 3カ年の集計

今回の調査で得られた平成18年度生まれの児童の発達障害の診断のデータを、平成27年度、平成29年度調査の平成18年度生まれのデータと合算し、発達障害の有病率を算出した。その結果、平成27年度、平成29年度、平成30年度の3回の調査により、合計88人が平成18年度生まれの福岡市東区の発達障害の児童として医療機関から報告されていた。そのうち、異な

る2つの医療機関から同一の児童が7人報告されており、これらを除いた81人が実数と見なされた。重複を含む88人全てが福岡市の医療機関を受診しており、糸島市の医療機関を受診しているものはいなかった。

3つ以上の医療機関から同一の児童が報告されることはなかった。2つの異なる医療機関から報告された同一の7人は、全て福岡市の医療機関を2カ所受診していた。この7人は2つの異なる医療機関からそれぞれ発達障害の診断が報告されており、報告された発達障害の診断が一致しているものは4人だった。有病率の算出にあたって、同一の児童に対し2つの医療機関で発達障害の診断が異なる場合は、階層構造のより上位の診断がなされている報告を集計に用いた。

平成30年4月2日時点で医療機関で何らかの発達障害の診断を受けたものは81人であり、福岡市東区の平成18年度生まれ（調査時点で小学6年生）の児童における発達障害の有病率は2.74%(81/2956)であった。診断の内訳を表3に示した。

診断	人数	有病率 (%)
発達障害全体	81	2.74
① 広汎性発達障害	58	1.96
② 多動性障害	19	0.64
③ 会話および言語の特異的発達障害	1	0.03
④ 学力の特異的発達障害	1	0.03
⑤ 精神遅滞	2	0.07
⑥ その他	0	0.00

表3 福岡市東区、3カ年の有病率

(2) 診断の階層構造を適用しない有病率

個々の発達障害の有病率を把握し、比較を行うために診断の階層構造を適用しない有病率を算出した。1人の児童に対して発達障害の診断が複数報告された場合は、それぞれの診断が全て有病率として算出される。個々の発達障害の有病率の総和と発達障害全体の有病率が等しくならず、発達障害全体の有病率は算出していない。

平成27年度、平成29年度、平成30年度の3カ年の調査で報告された81人を対象に、発達障害診断の階層構造を適用せずに発達障害の有病率を算出した（表4）。

	人数	有病率 (%)
① 広汎性発達障害	58	1.96
② 多動性障害	52	1.76
③ 会話および言語の特異的発達障害	1	0.03
④ 学力の特異的発達障害	8	0.27
⑤ 精神遅滞	14	0.47
⑥ その他	6	0.20

表4 福岡市東区、3カ年の有病率（階層構造を適用しない）

その他の診断には発達性協調運動障害、チック障害が含まれていた。広汎性発達障害の診断が最も多く(1.96%)、多動性障害(1.76%)、精神遅滞(0.47%)、学力の特異的発達障害(0.27%)、その他(0.20%)、会話および言語の特異的発達障害(0.03%)と続いた。

2. 糸島市の調査結果

(1) 診断の階層構造を適用した有病率

(ア)平成 30 年度調査のみの集計

糸島市の 10 人の児童がアンケート調査により報告され、そのうち 6 人は前回調査で別の医療機関から既に報告されているケースであり、集計から除外した。平成 29 年度に新たに医療機関を受診して何らかの発達障害の診断を受けたものは 4 人であり、診断の内訳を表 5 に示した。居住コホートは、住民基本台帳登録人口より平成 30 年 3 月 31 日時点での糸島市の 11 歳人口 979 人を近似値として採用した。

診断	人数	有病率 (%)
発達障害全体	4	0.41
① 広汎性発達障害	4	0.41
② 多動性障害	0	0.00
③ 会話および言語の特異的発達障害	0	0.00
④ 学力の特異的発達障害	0	0.00
⑤ 精神遅滞	0	0.00
⑥ その他	0	0.00

表 5 糸島市、平成 30 年度調査の有病率

(イ)3 カ年の集計

福岡市の集計と同様に、今回の調査で得られた平成 18 年度生まれの児童の発達障害の診断のデータを、平成 27 年度、平成 29 年度調査の平成 18 年度生まれのデータと合算し、発達障害の有病率を算出した。平成 27 年度、平成 29 年度、平成 30 年度の 3 回の調査により、合計 78 人が平成 18 年度生まれの糸島市の発達障害の児童として医療機関から報告されていた。そのう

ち、異なる 3 つの医療機関から同一の児童が 1 人、2 つの医療機関から同一の児童が 12 人報告されており、これらを除いた 65 人が実数と見なされた。重複を含む 78 人のうち、糸島市の医療機関を受診しているものが 41 人、福岡市の医療機関が 37 人だった。

3 つの異なる医療機関を受診していた 1 人は福岡市の医療機関を 1 カ所、糸島市の医療機関を 2 カ所受診していた。2 つの異なる医療機関を受診していた 12 人のうち、2 人は福岡市の 2 つの医療機関を、8 人は福岡市と糸島市の 2 つの医療機関を、2 人は糸島市の 2 つの医療機関を受診していた。この 13 人は 2 つないし 3 つの異なる医療機関からそれぞれ発達障害の診断を報告されており、報告された発達障害の診断が一致しているものは 5 人だった。

平成 30 年 4 月 2 日時点に医療機関で何らかの発達障害の診断を受けたものは 65 人であり、糸島市の平成 18 年度生まれ（調査時点で小学 6 年生）の児童における発達障害の有病率は 6.64%(65/979)であった。診断の内訳を表 6 に示した。

診断	人数	有病率 (%)
発達障害全体	65	6.64
① 広汎性発達障害	34	3.47
② 多動性障害	11	1.12
③ 会話および言語の特異的発達障害	18	1.84
④ 学力の特異的発達障害	0	0.00
⑤ 精神遅滞	2	0.20
⑥ その他	0	0.00

表 6 糸島市、3 カ年の有病率

(2) 診断の階層構造を適用しない有病率

平成 27 年度、平成 29 年度、平成 30 年度の 3 カ年の調査で報告された 65 人を対象に、発達障害診断の階層構造を適用せずに発達障害の有病率を集計した（表 7）。

	人数	有病率 (%)
① 広汎性発達障害	34	3.47
② 多動性障害	29	2.96
③ 会話および言語の特異的発達障害	27	2.76
④ 学力の特異的発達障害	7	0.72
⑤ 精神遅滞	7	0.72
⑥ その他	2	0.20

表 7 糸島市、3 カ年の有病率（階層構造を適用しない）

その他の診断には発達性協調運動障害、チック障害が含まれていた。広汎性発達障害の診断が最も多く(3.47%)、多動性障害(2.96%)、会話および言語の特異的発達障害(2.76%)、学力の特異的発達障害(0.72%)、精神遅滞(0.72%)、その他(0.20%)と続いた。

D. 考察

平成 18 年度生まれの児童のうち、福岡市東区の児童 18 人、糸島市の児童 4 人がそれぞれ調査を依頼した医療機関を平成 29 年 4 月 3 日から平成 30 年 4 月 2 日の期間に新たに受診し、発達障害の診断で医療サービスを受けていた。平成 27 年度、平成 29 年度、そして今回平成 30 年度の 3 カ年の調査結果を合算したところ、平成 30 年 4 月 2 日時点での平成 18 年度生まれの

児童の発達障害の有病率は、福岡市東区の児童が 2.74%、糸島市の児童が 6.64%だった。同一の集団を回答対象とした平成 29 年度の調査結果と比較すると、福岡市東区の 2.2%（療育機関を除いた医療機関のみの有病率）、糸島市の 6.17%からそれぞれ上昇が認められた。同一の手法で多地域の調査を行った本田らの報告では、平成 18 年度生まれの平成 29 年 4 月の発達障害の有病率として、政令市で 4.7 から 8.2%、人口 20 万人以下の小規模市町村で 3.9 から 8.9%が報告されている。これらの値と比較すると、政令市である福岡市東区は低く、小規模市町村である糸島市は範囲内の数値であった。福岡市東区の発達障害の有病率が低値であった要因として、今回調査を依頼した医療機関は発達障害の診療を専門的に行っている医療機関のうちの一部であり、調査範囲外の医療機関を受診している発達障害の児童を集計することができず、有病率が低値に留まったことが考えられた。参考として、福岡県では発達障害の診療を行っている医療機関のリスト（「発達障がいへの対応を行っている医療機関リスト」）が公表されており、そのリストでは福岡市に 26 の医療機関が掲載されている。また、発達障害の診療を行っているがリストに掲載されていない医療機関も存在しており、発達障害の診療を行っている福岡市の医療機関は 26 以上あるものと考えられる。福岡市東区の児童における発達障害の有病率に関して、就学前の有病率は就学前の児童が集約的に受診する公的療育機関を対象に調査した佐竹らの研究により、一定の正確度と精度をもった数値が報告されているが、学童期の発達障害の有病

率は現在の手法では調査を依頼する医療機関の数に大きな影響を受けていると考えなければならない。前出のリストなどを参考に、より網羅的に多くの医療機関に調査を依頼することで発達障害の有病率は上昇していくものと思われるが、医療機関によって発達障害の診断が異なっていたことを考慮すると、調査する医療機関の増加は算出された有病率の解釈を難しいものとするのが考えられる。その一方で、糸島市では前出のリストに掲載されている医療機関は1つに限られ、今回の調査にも含まれている。平成18年度生まれの糸島市の発達障害の児童として3カ年で報告された78人のうち41人が糸島市内の医療機関を受診しており、調査を依頼した糸島市の2カ所の医療機関で捕捉すべき児童を概ね捕捉できたものと考ええる。

階層構造を適用しない発達障害の有病率は福岡市東区と糸島市の児童で大きな違いがみられた。有病率としては広汎性発達障害が最も高く、多動性障害がそれに次ぐことは共通だったが、福岡市東区では精神遅滞が3番目に有病率が高くなったのに対し、糸島市では会話および言語の特異的発達障害が3番目に高い有病率を示した。その要因として、3カ年で報告された糸島市の発達障害の児童78人のうち、36人が言語療法士が個別療育を行っている糸島市の診療所を受診しており、これらが言語面で支援を求める児童の集中、診断の偏りを生じたものと考ええる。医療機関による発達障害の診断の相違は、言語療法を求めて医療機関を受診する当事者や家族のように、医療が提供する支援内容による受診時のバイアスが考えられるとともに、例えば主に就

学後に診断がなされる学習障害など、医療機関を受診する時期による影響もあると思われる。最後に、発達障害に関するデータベース構築にあたっては、継続的に情報を収集するシステム、調査を依頼する医療機関との連携が必要不可欠である。診療体制や患者情報の管理方法、情報検索の方法が異なる複数の医療機関から、どの医療機関にも大きな負担がなく一定の情報を収集できる調査票や調査方法の検討が今後必要であると考えられる。

E.研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

F.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

G.参考文献

- 1) 本田秀夫：総括研究報告書。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25-27年度総合研究報告書, 1-22, 2016
- 2) 本田秀夫：発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究。厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究

平成 28-29 年度総合研究報告書, 1-11,
2018

- 3) 佐竹宏之：福岡市における発達障害児者の支援ニーズと地域特性に応じた支援体制に関する研究。厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究 平成 28-29 年度総合研究報告書, 43-69, 2018

- 4) 山下洋：糸島市における発達障害の児童の支援ニーズと発達支援システムの評価に関する研究。厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究 平成 29 年度総括・分担研究報告書, 251-260, 2018

- 5) 福岡県庁ホームページ「発達障がいへの対応を行っている医療機関リストを公表しています」
<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/content/s/hattatsuiryoukikan.html>

分担研究報告書

学校における支援ニーズの把握と医療機関の疫学データに関する研究
～豊田市における実態～

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 若子 理恵（豊田市こども発達センター センター長 児童精神科医）
神谷 真巳（豊田市こども発達センター 地域療育室 臨床心理士）
佐伯 裕司（豊田市教育委員会学校教育課 青少年相談センター 指導主事）
新美 恵里子（豊田市こども発達センター のぞみ診療所 臨床心理士）

研究要旨：2006 年度に豊田市で出生した子ども（出生コホート）の累積発生率を調査した。自閉スペクトラム症でやや増加がみられ、注意欠如多動症と学習障害は微増であった。全障害の発生率は 7.14%であった。

「何らかの遅れや偏りがある子ども」は、前年度と比較し 1.20 倍（全児童の 9.2%）となった。実際に医療機関を受診している割合に比べて学校で把握されているリスク群の割合の方が高く、発達的問題の潜在的支援ニーズは高いと考えられた。特に、2017 年度調査との比較では境界知能、精神科的ケアについてのリスク群の増加が顕著であり、高学年以降に問題が顕在化してくる群が一定数存在することが示唆された。

今回のアンケート調査では学校現場より境界知能群への支援が制度上難しいという指摘もあげられており、公的な枠組みによる支援制度の配備が望まれる結果となった。

今後の支援の基礎となる疫学的データを得る目的で、昨年度に引き続き、発達障害等のリスク児及び累積発生率の調査を行ったので報告する。

発達障害等のリスク児調査、累積発生率調査

A. 研究目的

自治体規模に応じた発達支援システム構築の前提となる支援対象児童数を推定すること。

B. 研究方法

中核市であり研究協力者の勤務施設がある愛知県豊田市を対象に、以下の2調査を実施した。

1. 発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査

豊田市在住の小学校6年生で、学校の教師が児童の医療機関への受診を把握しているか否かに関わらず発達に何らかの遅れや偏りがあり、発達支援の対象と考えられる児童数等について調査を行った。調査項目は以下の通りであった。

(1) 遅れや偏りに該当する発達の問題

発達的問題とそれから推定される関連障害(下記の丸括弧内の障害名が該当)は以下の通りであった。

①対人関係やこだわりなどの問題(自閉スペクトラム症)、②落ち着きがない、そそっかしいなどの問題(注意欠如多動症)、③言葉を理解することや話すことの問題(発達性構音障害、発達性言語障害など)、④全体発達の遅れでは説明のつかない学力の問題(学習障害など)、⑤全体発達の遅れ(知的障害など)、⑥なん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、場面緘黙、チックなどが主たる問題の場合、これに含める)、⑦知的に境界知能と思われる問題。

なお、昨年度実施した「反抗的特性、非行、不登校にそれぞれ関連した行動」についての調査は、今年度は行わなかった。

(2) 医療機関の利用

各発達的問題を示す児童について、学校が医療機関を受診したと把握している児童(以下、受診児)数、医療機関を受診していないと把握

している児童(以下、未受診児)とその理由。

(3) その他

自由記載方式で、昨年度までの調査の中で注目すべきと考えられた知的水準が「境界知能」と考えられる子どもの教育に関する問題点について調査を行った。

調査は、豊田市教育委員会学校教育課の協力を得て実施した。対象校は、豊田市の全小学校(75校)、豊田市に住民票のある該当学年の児童が通学している特別支援学校4学校(対象障害は、肢体不自由、知的障害、盲、聾)であった。

2. 発達障害等と診断された児童の調査

豊田市では発達障害に関する医療的支援は豊田市こども発達センターの障害専門診療所である「のぞみ診療所」に集約して把握できる支援システムが構築されている。豊田市生まれの児童(以下、出生コホート:住民票のある外国籍児童を含む)のうち、2018年4月現在、小学6年生で、豊田市こども発達センターのぞみ診療所を受診し、児童精神科医によって、米国精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル、第IV版または5版』に従い、発達障害または知的障害と診断された児童数と累積発生率を調査した。

調査の対象とした障害は、自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、コミュニケーション障害、学習障害、知的障害(WHOの診断統計マニュアル第10版に従い知能指数69以下を知的障害)、その他であった。

調査は、「のぞみ診療所」を受診した該当年齢の豊田市生まれの全児童から上記診断に該当する事例を抽出した。

(倫理面への配慮)

教育委員会など行政機関における調査については、匿名性に留意し数的情報のみ取り扱った。豊田市こども発達センターの診療録の研究利用については、匿名性に配慮したうえで情報を研究に利用することについて初診時に保護

義務者から文書で同意を得ているが、個人情報
の管理については徹底を期した。また、本研究
の実施にあたり豊田市福祉事業団研究倫理審
査委員会の承認(承認番号 102 号)を得ている。

C. 研究結果

1. 発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの 把握に関する実態調査

(1) 発達的問題

全児童 4,100 人のうち 380 人 (9.2%) に問
題が認められた。「対人関係やこだわりの問題」
が最多で 202 人 (把握児童の 53.1%)、ついで
「落ち着きのなさ」88 人 (23.2%)、「学習の問
題」26 人 (6.8%)、「境界知能」23 人 (6.0%)
であった。

性別は男 280 人、女 100 人であり、男女比は
2.8 : 1 で男性優位であった。

表 1 遅れや偏りのある子ども

発達的問題	人数 (%)	男 女	割合* (%)
対人関係問題等	202 (53.1)	152 50	4.9
落ち着きのなさ等	88 (23.2)	79 9	2.1
言語理解問題等	5 (1.3)	3 2	0.1
学力の問題等	26 (6.8)	17 9	0.6
全体発達の問題	19 (5.0)	12 7	0.4
精神科的ケア	17 (4.5)	8 9	0.4
境界知能	23 (6.0)	9 14	0.5
全問題	380	280 100	9.2

注：*は全児童 (4,100 人) に占めるパーセント。

全児童に占める割合は「対人関係の問題等」
が最も多く 4.9%、ついで「落ち着きのなさ等」
が 2.1%であった。

(2) 子どもの所属

対象児 380 人の所属別 (通常学級、特別支援
学級、特別支援学校) 人数と割合は、通常学級
が 81.6%、特別支援学級が 16.1%、特別支援
学校が 0.2%、約 8 割が通常学級に所属してい
た (表 2)。

表 2 子どもの所属

所属	人数 (%) N=380	全児童 (4,100 人) にしめる割合%
通常学級	310 (81.6)	7.6
特別支援 学級	61 (16.1)	1.5
特別支援 学校	9 (2.4)	0.2

(3) 医療機関の利用

発達的問題の各群における医療機関の利用
児は下記の通りであった (表 3)。

表 3 医療機関の利用児 (受診児)

発達的問題	利用児数 (%)
対人関係問題等 N=202	126 (62.4)
落ち着きのなさ等 N=88	23 (26.1)
言語理解問題等 N=5	3 (60.0)
学力の問題等 N=26	3 (11.5)
全体発達の問題 N=19	11 (57.9)
精神科的ケア N=17	7 (41.2)
境界知能 N=23	4 (17.4)
全問題 N=380	177 (46.6)

「受診児」は、全体で 177 人、46.6%であっ
た。自閉スペクトラム症のリスク群で 62.4%、

言語理解の問題等のリスク群で 60.0%、知的障害のリスク群で 57.9%と高かった。一方、境界知能のリスク群では 17.4%、学習障害のリスク群では 11.5%と低かった。

(4) 医療機関を受診していない理由

医療機関の受診にいたっていない理由として教師が認識している割合は、下記の通りであった(表4)。

表4 未受診の理由

理由	人数 N=107 (%)
受診への抵抗	14 (13.1)
家族の理解得られず	23 (21.5)
相談の場あり	3 (2.8)
なんとなく	7 (6.5)
必要を感じず	59 (55.1)
経済的理由	1 (0.9)
宗教的理由	0 (0)

対象となった 380 人のうち、未受診児は 203 人、53.4%であった。そのうち、未受診の理由について回答があったのは 107 人、未受診群の 52.7%であった。

理由としては、「必要を感じていない」が 55.1%と最も多く、ついで「家族の理解が得られず」が 21.5%、「受診への抵抗」が 13.1%であった。「宗教的理由」によるものはなかった。

(5) その他

知的発達が境界知能の水準にあると推定される子どもの教育についての問題点について、9校(全75小学校の12%)から意見が寄せられた。代表的な意見を列記する。

- ・ 担任が指導に困っていても、公的な補助が受けられないことが多く、校内で対応するしかない場合がある。
- ・ 保護者が特別な支援を必要ないと考え、協力が得られないことがある
- ・ 通常学級に在籍することが多く、支援の手が足りない。
- ・ 算数など1科目程度は少人数授業で対応しても他の教科では教師や支援員を増員しない限り支援は難しい。

- ・ 高学年になると、周りとの学力の差がより大きくなり、担任だけでは教育が困難な状況である。
- ・ 小学校までは家庭の協力が得られるため、境界知能の児童が学習評価で中位の評価を得られることがあるが、中学校レベルの学習についていくことは難しいと考える。中学以降のことも考え、子どもへの指導や配慮を担任としてどのようにしたら良いか迷う。

2. 発達障害と診断された児童の調査

累積発生率を算出する母集団として、2006年4月1日から2007年3月31日の間に豊田市で生まれた4,271人を出生コホートとした。結果は以下の通りであった(表5)。

表5 発達障害と診断された小学6年生

障害	児童数 (人)	累積発生率 (%)
自閉スペクトラム症	188	4.40
注意欠如多動症	30	0.70
コミュニケーション障害	26	0.61
学習障害	7	0.16
知的障害	54	1.26
全体	305	7.14

注：自閉スペクトラム症には下記診断名を含む。自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害、広汎性発達障害(若干名)。

発達障害(知的障害を含む)と診断された児童は305名であり、母集団の7.14%であった。昨年度より自閉スペクトラム症が5名増加し、注意欠如多動症と学習障害で1名ずつ増加した。その他の障害での増加はなかった。

各障害の内訳は以下の通りである。

(1) 自閉スペクトラム症

自閉スペクトラム症は188人であり、累積発生率は4.40%であった。今年度新たに診断されたのは5人で、全例が知的に遅れのない男児であった。

性別は、男 137 人、女 51 人であり、男女比は 2.7 : 1 であった。

併存症については、注意欠如多動症は 7 人 (3.7%) であった。そのうちの 1 人は学習障害も併存していた。知的障害は 29 人であり、自閉スペクトラム症群の 15.6% であった (知的能力が不明の 2 人を除く 186 人を母集団とした)。

なお、186 人の知能評価については、5 人を除き知能検査又は発達検査を行っている。検査を実施しなかった 5 人については、言語機能等からの客観的判断により、2 人は知的障害はない、1 人は同様の根拠で境界知能とそれぞれ判断した。

(2) 注意欠如多動症

30 人 (0.70%) に認められた。そのうちの 1 人は学習障害を併存していた。

(3) コミュニケーション障害

26 人 (0.61%) に認められた。内訳は、発達性構音障害 22 人、表出性言語障害 3 人、吃音 1 人であった。

(4) 学習障害

7 人 (0.16%) に認められた。

(5) 知的障害

54 人 (1.26%) に認められた。基礎疾患が 16 人 (29.6% : 脳性麻痺 4 人、Down 症状群 3 人、他の染色体異常、Lesch-Nyhan 症候群、先天性中枢性肺泡低換気症候群、各 1 人) に認められた。広汎性発達障害の併存が 28 人 (51.9%) に認められた。

D. 考察

支援システムを整備するための基礎資料として、また、システムが有効に機能しているか評価するための指標として対象児の把握は重要である。

2018 年 4 月時点で 6 年生 (2006 年度生れ) の子どもを対象に、高橋ら⁽¹⁾が 2013 年度 (1 年時) から 2 つの調査を継続して行った。発達障害等のリスク児調査である「発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調

査」、及び「発達障害等と診断された児童の調査」である。

6 年間の調査を終えるにあたり、特筆すべきいくつかの点について考察を行う。

1. 発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの把握に関する実態調査

(1) 学校における支援ニーズ

学校現場では、約 1 割弱の子どもたちが発達に支援が必要であるととらえており、後に述べる累積発生率よりも高い結果であった。また、このうちの半数は医療機関の利用が把握されていなかった。2013 年 (1 年時) の調査では、支援が必要な子どもが 4,095 人中 138 人 (3.4%) であり、このうち診断されていない子どもはわずか 1 名であった。診断されている子どもの中には、年齢が上がるに従って支援の必要性がなくなる子どももいる一方で、新たなニーズを抱える子どもたちも増加すると考えられた。

また、医療機関の利用を把握していない子どものうち、4 分の 1 は学校が教育現場の中で配慮が必要であるが、医療的な支援は必要と感じていないとした。

これらのことから、学校における支援が必要な子どもの数は医療機関を利用している子どもの数と必ずしも同一ではなく、把握する学年によっても異なることが示唆された。発達障害の支援ニーズを把握するためには、医療情報だけでなく、教育の視点から捉えた発達障害児の潜在的な数を継続的に把握することにより、実態に沿ったデータが集積できると考えられた。

(2) 支援が必要な子どもたちの増加

境界知能を含む調査は高橋⁽²⁾により 2016 年度から実施されており、3 年間の比較から、支援が必要な子どもは年々増加が認められた。とりわけ、「精神科的ケア」が必要な子どもは 2016 年 (4 年時) の約 3 倍、「境界知能」は 2 倍と増加が顕著であった。一方、3 年間を通して減少傾向にあるのは「学習の偏りの問題」であった (表 6)。4 年時には書字・読字、あるいは算数など一定の学習に問題が認められる子どもたちが 6 年時になると教科全般に学力の低さや学習進度の遅れがみられ、学業不振の子

どもとして、本調査では境界知能に分類されたと推測される。

ただし、境界知能に問題があるとして数を示した学校は限られており、この概念が発達障害に比べ教職員に十分に浸透していないことも考えられた。今後の調査では、項目の説明等を加え、より厳密なデータが揃えられるような工夫も必要である。

また、何らかの精神科的ケアが必要な子どもたちは思春期をむかえる 6 年生で増加することは想定されるが、校内の支援体制や思春期外来等の医療的サポートが得られているかは不明であり、引き続き検討を要する。

表 6 遅れや偏りのある子どもの比較

問題	2016 年度 N=4,074 (%)	2017 年度 N=4,079 (%)	2018 年度 N=4,100 (%)
全問題	309 (7.6)	317 (7.8)	380 (9.3)
対人関係の問題	153 (3.8)	166 (4.1)	202 (4.9)
落ち着きのなさ等	77 (1.9)	77 (1.9)	88 (2.1)
言語理解の問題等	8 (0.2)	3 (0.1)	5 (0.1)
学習の偏りの問題等	34 (0.8)	29 (0.7)	26 (0.6)
全体発達の問題	21 (0.5)	21 (0.5)	19 (0.5)
精神科的ケア	6 (0.1)	9 (0.2)	17 (0.4)
境界知能	10 (0.2)	12 (0.3)	23 (0.6)

(3) 学習に関する支援の課題

医療機関利用率では、対人関係など行動上の問題、あるいは全般的な遅れの問題に比べ、軽微な学習の遅れに関連する「学力の偏りの問題」、「境界知能」は低い結果を示した。本来、これら二つは学校で専門性を生かして支援で

きるものであると考えられるが、教師は中学校へ移行後、学習内容がより高度になり、能力の差が広がることも懸念している。そのため、小学校高学年から個々の学習到達度に目を向けるようになり、支援の手立てを考え始める。しかし、境界知能の子どもたちへの支援は制度上、公的な枠組みからは外れており、人員体制が不十分であることから、支援の必要性を感じているものの、手が回らない実情も明らかとなった。

境界知能の子どもたちの教育に関する公的制度の整備が急がれる。

2. 累積発生率について

2006 年度の出生コホートにおける累積発生率は発達障害全体で 7.14% (表 5) であり、昨年度に比べて微増であった。2013 年度から 6 年間の推移を表 7 に示した。

6 年時点の累積診断児数のうち、小学校入学以前に診断を受けていた割合は、自閉スペクトラム症が 94.7%、コミュニケーション障害 92.3%、知的障害は 98.1%と高く、これらの障害は就学前の時点で適切に発見と医学的対応がなされていると考えられる。その一方で、注意欠如多動症は 56.7%、学習障害は 14.3%と低く、これらの障害は学校が重要な発見機関であることを示す結果となった。

特に注意欠如多動症は 3 年時から 4 年時の間に増加しており、これはリスク児調査の経年変化で「落ち着きのなさ等」の指摘が 19 倍、「学力の問題等」の指摘が 34 倍と急増した時期と一致する⁽³⁾。

学童期においては、前思春期にあたる 4 年時頃から新たに学習の問題や集団不適応が顕在化し、障害の発見につながる事例が少なからず存在することに留意する必要がある。また、学習や集団適応等の問題が顕在化してきた際、その背景に何らかの発達障害の可能性を考慮し、早期に適切な支援につなげられるよう、学校現場に啓発していくことも求められる。

表 7 2006 年度出生コホート(4,271 人)の累積発生率の推移(上段:人、下段:%)

年次 障害	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生
全体	273 6.39	278 6.51	279 6.53	295 6.91	298 6.98	305 7.14
自閉	178 4.17	180 4.21	180 4.21	183 4.28	183 4.28	188 4.40
多動	17 0.40	18 0.42	19 0.44	27 0.63	29 0.68	30 0.70
会話	24 0.56	25 0.59	25 0.59	26 0.61	26 0.61	26 0.61
学習	1 0.02	2 0.05	2 0.05	6 0.14	6 0.14	7 0.16
知的	53 1.24	53 1.24	53 1.24	53 1.24	54 1.26	54 1.26

E. 結論

小学6年生を対象に発達障害（知的障害含む）の発達障害等のリスク児及び累積発生率について調査を行った。リスク児は前年度に比べて約1.2倍の増加を示した。累積発生率は微増であった。

また、リスク児及び累積発生率の推移をみると、ともに3年時から4年時にかけての増加が著しかった。発達的問題のある子どもの多くが就学前に発見・支援されている一方で、学童期後期に問題が顕在化してくる子どもも一定数存在することが示された。特に、4年時以降で精神科的ケアや境界知能に関する問題の指摘が増加傾向にあったが、今回の調査では従来の支援の枠組みではそれらのリスク群に十分な対応ができないという切実な声も寄せられた。

今後、様々な支援ニーズのある子どもたちに適切な時期に適切な介入がなされるよう、新たな支援の枠組みの構築が必要になってくると考えられる。

F. 引用文献

- 1) 高橋 脩：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～豊田市と小規模自治体における支援実態～. 平成25年度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(主任研究者 本田秀夫), 139-176, 2014.

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(主任研究者 本田秀夫), 139-176, 2014.

- 2) 高橋 脩：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～豊田市調査～. 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(主任研究者 本田秀夫), 157-176, 2016.
- 3) 高橋 脩：地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究～豊田市における実態と課題～. 平成28年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業) 発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究(主任研究者 本田秀夫), 83-117, 2017.

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

分担研究報告書

函館市における発達障害支援の経時的推移に関する研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 廣瀬 三恵子（函館中央病院小児科、小児科医）
高橋 和俊（おしま地域療育センター所長、小児科医）
須佐 史信（はこだて療育・自立支援センター診療所所長、小児科医）
加藤 知子（かとうメンタルクリニック副院長、精神科医）
高橋 実花（発達障害者支援センターあおいそら、小児科医）

研究要旨：発達障害の子どもの支援ニーズの経時的推移状況について、函館市における同一コホート（平成 25 年度の小学校 1 年生集団）による調査を行った。教育機関への調査では、対象となる小学校、特別支援学校に対してアンケート調査を行い、全校から回答を得た。発達に遅れや偏りのある児童生徒の割合は 10.5%、特徴種別割合は自閉スペクトラム症 4.8%と最も多く、次いで精神遅滞 1.4%、注意欠如多動症 1.2%と続いた。発達に遅れや偏りがある児童生徒での不登校割合は 0.4%、反抗挑戦性障害の割合は 1.1%、素行障害の割合は 0.1%であった。平成 25 年度当初小学校 1 年生のコホート群での発達の遅れや偏りを認める子どもの割合は、小学校 2 年生から同 6 年生まで 10～11%台で推移し、特徴種別では、全学年を通して自閉スペクトラム症が最多で 46～56%と半数を占めていた。医療機関への調査では、小児の発達障害を診断している函館市内医療機関 4 施設を対象に、平成 25 年度の小学校 1 年生集団の同一コホートについてアンケート調査を行い、全施設から回答を得た。医療機関診断数による有病率は 5.1%だった。主診断別割合は自閉スペクトラム症が 83.0%、注意欠如多動症 16.0%、精神遅滞 1.4%であり、教育機関調査同様、自閉スペクトラム症の割合が高かった。診断時年齢別割合は、男児の就学前診断率が高く、男女合計では就学前後はほぼ同数であった。併存症診断では、自閉スペクトラム症では注意欠如多動症の併存症の割合が高く、IQ70 以上では約半数に併存が認められた。平成 25 年度当初小学校 1 年生のコホート群の比較では、小学校 2 年生、5 年生、6 年生の有病率は 5%台を推移し、主診断別割合は一貫して自閉スペクトラム症が約 8 割を占めていた。

A. 研究目的

本研究では、発達障害の支援ニーズと支援システム実態の把握のため、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 25～27 年度）、

および、発達障害の子どもの支援ニーズの経時的推移に関する多地域調査（平成 28～29 年度）を行ってきた。

今年度の本研究の目的は、これまでの調査を継続し、函館市の発達障害児支援ニ

ズの6年間の推移状況を明らかにすること、および、今後の課題について検討することである。

B. 研究方法

1) 教育機関調査

平成30年度、函館市教育委員会、北海道教育局および渡島教育局の協力を得て、函館市立小学校46校および函館市在住の児童生徒が在籍している函館市および近隣の道立特別支援学校(盲・聾・養護学校)5校にアンケートへの回答を依頼した。

調査対象は平成30年4月2日現在で函館市に住所のある小学校6年生であり、これらは平成25~27年度(平成25年度の小学校1年生)および平成28~29年度(平成28年度の小学校4年生)の調査対象と同一コホートである。調査項目は、男女別在籍児童・生徒数、発達に何らかの遅れや偏りを持つ児童・生徒とその特徴(困難)の種類、医療機関受診の有無、受診していない場合にはその理由、不登校の数である。

このうち発達の遅れや偏りの特徴は、(1)広汎性発達障害 (2)多動性障害 (3)コミュニケーション障害・構音障害 (4)学習障害 (5)精神遅滞 (6)吃音・選択性緘黙・チック等その他、(7)境界知能の7種類に分け、複数の特徴がみられる場合には番号の小さい項目に分類した。

また、知的障害や発達障害をベースした反抗挑戦性障害や素行障害の児童生徒の人数を調査した。反抗挑戦性障害は「しばしば、イライラし、腹を立て、癩癩を起こし、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性を有すると思われる」場合、素行障害については、平成29年度に「暴行、器物破損、

放火、窃盗、家出、街の徘徊などの触法行為が認められた」場合と定義した。

これらの特徴はあくまでも教育現場の判断とし、医学的診断の有無については問わなかった。

不登校については、文部科学省の定義「年間30日以上欠席した児童生徒のうち、病気や経済的な理由を除き、何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しない、あるいは、したくてもできない状況にある者」に従い、平成29年度に上記の定義に当てはまる状態があった場合とした。

アンケートの送付および回収は、函館市立の学校については函館市教育委員会に依頼した。特別支援学校については、北海道教育局および渡島教育局の許可を得て、個別に郵送し、郵送により回収した。

平成25年度に小学校1年生だったコホートは今年度で6年目になり、小学校1年生から6年生までの6年間毎年度の追跡調査が行われたことになる。

2) 医療機関調査

函館中央病院倫理委員会での承認を得て、平成30年度に実施した。調査対象となる医療機関は、函館市内で発達障害児の診断を行う4医療機関(ゆうあい会石川診療所、はこだて療育・自立支援センター、かとうメンタルクリニック、函館中央病院小児科)である。調査対象者は、上記医療機関を受診し、現在も通院している函館市在住の平成30年度の小学校6年生で、教育機関調査と同一コホートである。診療録等から、性別、診断名、診断を受けた年齢、知能指数を調査した。同様の調査は、平成26年度(小学校2

年生)、平成 29 年度(小学校 5 年生)を対象に行っており、小学校 2 年生、5 年生、6 年生時点との比較を行うことができた。

(倫理面への配慮)

学校へのアンケートに関しては、データはすべて集計による解析とし、個別の子どもが特定されることがないようにした。

医療機関への調査では、個人を特定できないよう、イニシャルと生年月日によるデータとした。複数医療機関を受診した児童生徒の重複を防ぐため、集計段階で、イニシャル・性別・生年月日により照合し、後年に診断を受けた群に集約した。

C. 研究結果

1) 教育機関調査

函館市立小学校 46 校、道立特別支援学校 5 校への依頼に対して、全校から回答を得た。うち小学校 1 校が無効回答だったため、集計から除外した。

小学校 6 年生在籍人数は 1742 人(男 916 人、女 826 人)、そのうち発達の遅れや偏りのある児童は 185 人(男 141 人、女 44 人)で、全児童数に占める割合は 10.5%(男 15.2%、女 5.3%)だった。医療機関受診を学校で把握している児童生徒は 5.3%(93 人)だった。

特徴種別割合では、自閉スペクトラム症 46.2%(85 人)と全体の約半数を占め、次いで、精神遅滞 13.6%(25 人)、注意欠如多動症 11.2%(21 人)、学習障害 8.7%(16 人)と続いた。男女別では、男女とも自閉スペクトラム症が最多で、注意欠如多動症は男 14.2%(20 人)、女 2.3%(1 人)と男児で注意欠如多動症の割合が高かった。特徴種別

で医療機関受診ありの場合、自閉スペクトラム症 71.0%(66 人)、精神遅滞 11.8%(11 人)、注意欠如多動症 8.6%(8 人)、学習障害 3.2%(3 人)であった。医療機関受診あり・男女別でも、自閉スペクトラム症が最多なのは同様で、精神遅滞が男 8.5%(6 人)、女 22.7%(5 人)と女児に精神遅滞の割合が高かった。

医療機関未受診の理由では「受診の必要性を感じていない」が最も多く、「家族の理解が得られない」がそれに次ぎ、その他の回答は少数だった。

発達に遅れや偏りがある児童生徒の不登校率は対全児童数割合で 0.4%(7 人)で、医療機関受診がある場合には 0.3%(5 人)であった。うち不登校児童生徒の特徴種別対全児童数割合では、自閉スペクトラム症 0.2%(3 人)、その他 0.1%(2 人)、注意欠如多動症 0.1%(1 人)、精神遅滞 0.1%(1 人)であった。男女別では、男 0.6%(6 人)、女 0.1%(1 人)と男児に多く認められた。

発達に遅れや偏りがある児童生徒では、反抗挑戦性障害の特徴は対全児童数割合で 1.1%(19 人)であり、医療機関受診がある児童生徒は 0.6%(10 人)だった。特徴種別対全児童数割合では、自閉スペクトラム症 0.6%(11 人)、精神遅滞 0.2%(4 人)、注意欠如多動症 0.1%(2 人)であった。男女別では、男 1.9%(18 人)、女 0.1%(1 人)と男児に多く認められた。

発達に遅れや偏りがある児童生徒では、素行障害の特徴は対全児童数割合で 0.1%(2 人)に認められ、医療機関受診がある児童生徒は 0.1%(2 人)で、男 0.2%(2 人)であった。素行障害の特徴を持つ児童生徒は反抗挑戦性障害の特徴を持つ児童生徒の約

1/10 であった。

2) 医療機関調査

小児の発達障害を診断する函館市内の医療機関 4 施設へ依頼し、全施設から有効回答を得た。発達障害と診断された小学校 6 年生の受診者は 88 人（男 70 人、女 18 人）で、小学校 6 年生全体に占める有病率は 5.1% だった。学校が医療機関受診把握している 5.3% よりわずかに低かった。この結果は、小学校 6 年生までに学校は医療機関受診をほぼ把握しているが、医療機関受診中断例があると考えられた。

主診断別割合は自閉スペクトラム症が 83.0%（73 人）、注意欠如多動症 16.0%（14 人）、精神遅滞 1.4%（1 人）だった。男女とも自閉スペクトラム症が圧倒的に多く、学校調査の「医療機関受診あり」での自閉スペクトラム症の割合（76.1%）と比較しても高い割合を示していた。

診断時年齢別割合は、就学前が男児 51.4%（36 人）、女児 27.8%（5 人）で、男児の就学前診断率が高く、男女合計では就学前 46.6%（41 人）であった。主診断別診断時年齢別割合は、自閉スペクトラム症では就学前 52.1% だが、注意欠如多動症では小学校 5 年生 28.6%、小学校 3 年生時 21.4% と就学後が圧倒的に多かった。

併存症診断では、自閉スペクトラム症の併存診断別割合は注意欠如多動症が 29.5%（26 人）で、他の診断は 2.3%（2 人）だった。自閉スペクトラム症と注意欠如多動症の併存の男女比は男 31.4%（22 人）、女 22.2%（4 人）と男児の割合が高かった。また、IQ69 以下では注意欠如多動症併存が 5.3%（1 人）、IQ70 以上では 36.2%（25 人）と IQ70 以上に

併存例が多く認められた。

境界知能であって知的障害や発達障害の診断がついていない児童生徒や、反抗挑戦性障害または素行障害と診断されている子どもは該当がなかった。

D. 考察

教育機関からのアンケート回収率が低かった平成 25 年度は参考値に留め、原則として平成 26 年度から 30 年度までのデータをもとに考察した。

発達の遅れや偏りを認める子どもの割合は、平成 25 年度当初小学校 1 年生のコホート群では、小学校 2 年生から同 6 年生まで 10～11% 台で推移していた。

特徴種別では、小学校 1 年生から同 6 年生を通じて自閉スペクトラム症が最多で 46～56% と半数を占めていた。注意欠如多動症は小学校 3 年生で 26% とピークに達し、小学校 5、6 年生では 13% に減少していた。このことは、落ち着きのなさ等の多動症状は、低学年時は年齢の低さによるものと判断されがちなことや、学年が上がるにつれ多動症状自体が軽減することとも関連すると考えられる。精神遅滞と判断された児童は、注意欠如多動症とは反対に、小学校 3 年生にかけて 8% まで減少し、その後 15% 台に増加する「V 字型」の増減を示していた。学習障害と判断された児童は小学校 2 年生から 9～12% の割合で推移していた。軽度精神遅滞児童は低学年では学習理解に時間を要するが、ある程度学習基礎を身につけると学習困難は一時期さほど目立たなくなるものの、高学年で学習内容が高度になり学習進度が速くなると再度学習困難が明らかとなる。そのため、このような V 字型の増減を示す

と考えられる。学習障害の割合変化が少ないのは、軽度の学習障害は高学年になって学習困難が明らかとなってくるが、重度の学習障害例は精神遅滞例と判断される可能性があり、数が打ち消しあうために割合変化が少ないのではないかと推察された。

一方、平成 25 年度当初小学校 6 年生のコホート群(平成 13 年～14 年生まれ)では、発達の遅れや偏りの割合は、小学校 6 年生を含めても、5～7%台で推移している。この 2 群の差異は、小学校と中学校教師の生徒の行動面・学習面の把握の仕方によることや中学校教師の発達障害に関する知識不足の可能性もあるが、平成 25 年度当初小学校 1 年生のコホート群(平成 18 年～19 年生まれ)との間には何らかの質的な差が存在する可能性も疑われた。

発達に遅れや偏りがある児童生徒の不登校は対全児童数の 0.1～0.4%であり、学年が上がるにつれて増加していた。特徴種別では自閉スペクトラム症が多く、自閉スペクトラム症は集団適応が困難な例が低学年から一定少数存在すると思われた。

医療機関調査では、平成 26 年度小学校 2 年生、平成 29 年度小学校 5 年生、平成 30 年度小学校 6 年生時点での同一コホートを比較した。

小学校 2 年生の診断数 106 人、小学校 2 年生児童全体に対する有病率 5.5%、小学校 5 年生の診断数 90 人、有病率 5.1%、小学校 6 年生の診断数 88 人、有病率 5.1%と有病率は 5%台を推移した。診断実人数の減少は受診中断例や転出によると思われた。主診断別割合は一貫して自閉スペクトラム症が 8 割を占め、これは医療機関では自閉スペクトラム症を優先診断する傾向があるためと

推察される。一方、平成 30 年度の併存症診断調査結果では、自閉スペクトラム症の併存症は IQ により大きく異なる結果が得られた。IQ69 以下では併存例が診断別割合で 8.3% (1 人) に対し、IQ70 以上では注意欠如多動症の併存が 44.6% (25 人)、その他が 3.6% (2 人) と、約半数に注意欠如多動症の併存が認められた。DSM-IV や DSM-IV-TR の頃から自閉スペクトラム症と注意欠如多動症の症状併存は報告され、その併存割合は 20-70%とかなり多い。今回の医療機関調査はこれまでの報告の裏付けとなる結果であった。

しかしながら、併存症診断では注意欠如多動症以外の割合が著しく低く、教育機関調査での学習障害や精神遅滞の特徴の比率との明らかな差異が認められた。医療機関では心理検査は全例施行されており精神遅滞の診断はされていることから、この差異の理由としては、医療機関で学習障害の診断があまりされていない可能性と、学習面での困難のみでの医療機関受診が少ない可能性がある。

今後の課題としては、1 つは、平成 25 年度当初小学校 1 年生のコホート群と小学校 6 年生のコホート群との間で、発達の遅れや偏りの割合に差があることから、この差の原因を調べる事が挙げられる。そのため、さらに数年間同一コホートの追跡調査を行うことも必要であろう。もう 1 つは、医療機関での学習障害の診断率の低さから、医療機関での学習障害診断をより積極的に行うことや、学校で学習障害が疑われる例についての医療機関受診を促す必要性があること等が課題として挙げられる。

E. 結論

今回の調査では、発達に遅れや偏りのある児童生徒の割合は10.5%、特徴種別割合は自閉スペクトラム症の割合が高かった。医療機関での診断数による有病率5.1%で、主診断別割合は教育機関調査と同様、自閉スペクトラム症の割合が高かった。これらは、これまでの調査とほぼ同様の結果であった。

医療機関の併存症診断では、自閉スペクトラム症では注意欠如多動症の併存症の割合が高く、IQ70以上では約半数に併存が認められた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・高橋和俊、須佐史信：「発達障害が疑われる児童生徒の不登校」日本小児科学会学術集会第121回総会、2018年4月

G. 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

H. 参考文献

- 1) 高橋和俊：厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業分担研究報告書：函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査-平成26年度総括・分担研究報告書（H25-身体・知的-一般-008），2014.
- 2) 高橋和俊ら：厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業分担研究報告書：函館市における発達に遅れや偏りの

ある子どもに関する医療機関調査-平成26年度総括・分担研究報告書（H26-身体・知的-一般-008），2015.

- 3) 高橋和俊：厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業分担研究報告書：函館市在住の小中学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成26年度調査）（修正版）-平成27年度総括・分担研究報告書（H26-身体・知的-一般-008），2016.
- 4) 高橋和俊：厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業分担研究報告書：函館市在住の小中学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成27年度調査）-平成27年度総括・研究報告書（H26-身体・知的-一般-008），2016.
- 5) 須佐史信ら：厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業分担研究報告書：函館市における発達障害支援の継時的推移に関する研究-平成29年度総括・分担研究報告書（H28-身体・知的-一般-001），2018.
- 6) Matson JL, et al: The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. Res Dev Disabil, 34(9):2475-84, 2013.

表 1-2 発達に遅れや偏りを持つ子どもの特徴の種別ごと内訳

特徴の種別	男 (全児童数 n=916)			女 (全児童数 n=826)			計 (全児童数 n=1742)			
	実数	対全児童%	種別割合%	実数	対全児童%	種別割合%	実数	対全児童%	種別割合%	
医療機関 受診あり	自閉スペクトラム症	67	7.2%	47.5%	18	2.2%	40.9%	85	4.8%	46.2%
	注意欠如多動症	20	2.2%	14.2%	1	0.1%	2.3%	21	1.2%	11.4%
	コミュニケーション障害	4	0.4%	2.8%	1	0.1%	2.3%	5	0.3%	2.7%
	学習障害	11	1.2%	7.8%	5	0.6%	11.4%	16	0.9%	8.7%
	精神遅滞	16	1.7%	11.3%	9	1.1%	20.5%	25	1.4%	13.6%
	その他	5	0.5%	3.5%	2	0.2%	4.5%	7	0.4%	3.8%
	境界域知能	5	0.5%	3.5%	1	0.1%	2.3%	6	0.3%	3.3%
	不明	13	1.4%	9.2%	7	0.8%	15.9%	20	1.1%	10.9%
	計	141	15.2%	100%	44	5.3%	100%	184	10.5%	100%
	自閉スペクトラム症	54	5.8%	76.1%	12	1.4%	54.5%	66	3.8%	71.0%
注意欠如多動症	8	0.9%	11.3%	0	0.0%	0.0%	8	0.5%	8.6%	
コミュニケーション障害	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	4.5%	1	0.1%	1.1%	
学習障害	1	0.1%	1.4%	2	0.2%	9.1%	3	0.2%	3.2%	
精神遅滞	6	0.6%	8.5%	5	0.6%	22.7%	11	0.6%	11.8%	
その他	1	0.1%	1.4%	1	0.1%	4.5%	2	0.1%	2.2%	
境界域知能	1	0.1%	1.4%	1	0.1%	4.5%	2	0.1%	2.2%	
不明	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	
計	71	7.7%	100%	22	2.7%	100%	93	5.3%	100%	

表2 医療機関受診率

特徴の種別	男			女			合計		
	受診不問	受診あり	受診率%	受診不問	受診あり	受診率%	受診不問	受診あり	受診率%
	自閉スペクトラム症	67	54	80.6%	18	12	66.7%	85	66
注意欠如多動症	20	8	40.0%	1	0	0.0%	21	8	38.1%
コミュニケーション障害	4	0	0.0%	1	1	100.0%	5	1	20.0%
学習障害	11	1	9.1%	5	2	40.0%	16	3	18.8%
精神遅滞	16	6	37.5%	9	5	55.6%	25	11	44.0%
その他	5	1	20.0%	2	1	50.0%	7	2	28.6%
境界域知能	5	1	20.0%	1	1	100.0%	6	2	33.3%
不明	13	0	0.0%	7	0	0.0%	20	0	0.0%
計	141	71	50.4%	44	22	50.0%	185	93	50.3%

表3 医療機関を受診しない理由

	実数
家族も受診の必要性は感じていないが受診に抵抗あり	1
学校は受診の必要性を感じているが家族の理解が得られない	16
ほかに相談する場所がある	1
なんとなく	3
家族も学校も受診の必要性を感じていない	30
経済的理由	1
宗教的理由	0
不明	0
その他	4

表4 不登校

特徴の種類別	男 (全児童数 n=916)				女 (全児童数 n=826)				合計 (全児童数 n=1742)				
	全数	不登校数	対全児童%	特徴別割合%	全数	不登校数	対全児童%	特徴別割合%	全数	不登校数	対全児童%	特徴別割合%	
医療機関受診不問	自閉スペクトラム症	67	3	0.3%	4.5%	18	0	0.0%	0.0%	85	3	0.2%	3.5%
	注意欠如多動症	20	1	0.1%	5.0%	1	0	0.0%	0.0%	21	1	0.1%	4.8%
	コミュニケーション障害	4	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	4	0	0.0%	0.0%
	学習障害	11	0	0.0%	0.0%	5	0	0.0%	0.0%	16	0	0.0%	0.0%
	精神遅滞	16	1	0.1%	6.3%	9	0	0.0%	0.0%	25	1	0.1%	4.0%
	その他	5	1	0.1%	20.0%	2	1	0.1%	50.0%	7	2	0.1%	28.6%
	境界域知能	5	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	6	0	0.0%	0.0%
	不明	13	0	0.0%	0.0%	7	0	0.0%	0.0%	20	0	0.0%	0.0%
	計	141	6	0.6%	4.7%	44	1	0.1%	2.5%	184	7	0.4%	4.1%
	医療機関受診あり	自閉スペクトラム症	54	2	0.2%	3.7%	12	0	0.0%	0.0%	66	2	0.1%
注意欠如多動症		8	1	0.1%	12.5%	0	0	0.0%	-	8	1	0.1%	12.5%
コミュニケーション障害		0	0	0.0%	-	1	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%
学習障害		1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%	3	0	0.0%	0.0%
精神遅滞		6	1	0.1%	16.7%	5	0	0.0%	0.0%	11	1	0.1%	9.1%
その他		1	1	0.1%	100.0%	1	0	0.0%	0.0%	2	1	0.1%	50.0%
境界域知能		1	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%
計		71	5	0.5%	8.3%	22	0	0.0%	0.0%	93	5	0.3%	6.3%

表5 反抗挑戦性障害(ODD)の特徴

特徴の種類別	男 (全児童数 n=916)				女 (全児童数 n=826)				合計 (全児童数 n=1742)			
	全数	ODD	対全児童%	特徴別割合%	全数	ODD	対全児童%	特徴別割合%	全数	ODD	対全児童%	特徴別割合%
	自閉スペクトラム症	67	11	1.2%	16.4%	18	0	0.0%	0.0%	85	11	0.6%
注意欠如多動症	20	2	0.2%	10.0%	1	0	0.0%	0.0%	21	2	0.1%	9.5%
コミュニケーション障害	4	0	0.0%	0.0%	1	1	0.1%	100.0%	4	1	0.1%	20.0%
学習障害	11	0	0.0%	0.0%	5	0	0.0%	0.0%	16	0	0.0%	0.0%
精神遅滞	16	4	0.4%	25.0%	9	0	0.0%	0.0%	25	4	0.2%	16.0%
その他	5	1	0.1%	20.0%	2	0	0.0%	0.0%	7	1	0.1%	14.3%
境界域知能	5	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	6	0	0.0%	0.0%
不明	13	0	0.0%	0.0%	7	0	0.0%	0.0%	20	0	0.0%	0.0%
計	141	18	1.9%	12.8%	44	1	0.1%	2.3%	184	19	1.1%	10.3%
自閉スペクトラム症	54	7	0.8%	13.0%	12	0	0.0%	0.0%	66	7	0.4%	10.6%
注意欠如多動症	8	1	0.1%	12.5%	0	0	0.0%	-	8	1	0.1%	12.5%
コミュニケーション障害	0	0	0.0%	-	1	1	0.1%	100.0%	1	1	0.1%	100.0%
学習障害	1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%	3	0	0.0%	0.0%
精神遅滞	6	1	0.1%	16.7%	5	0	0.0%	0.0%	11	1	0.1%	9.1%
その他	1	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%
境界域知能	1	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%
計	71	9	1.0%	12.7%	22	1	0.1%	4.5%	93	10	0.6%	10.8%

表6 素行障害 (CD) の特徴

特徴の種類	男 (全児童数 n=916)				女 (全児童数 n=826)				合計 (全児童数 n=1742)				
	全数	CD	対全児童%	特徴別割合%	全数	CD	対全児童%	特徴別割合%	全数	CD	対全児童%	特徴別割合%	
医療機関受診不問	自閉スペクトラム症	67	2	0.2%	3.0%	18	0	0.0%	0.0%	85	2	0.1%	2.4%
	注意欠如多動症	20	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	21	0	0.0%	0.0%
	コミュニケーション障害	4	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	4	0	0.0%	0.0%
	学習障害	11	0	0.0%	0.0%	5	0	0.0%	0.0%	16	0	0.0%	0.0%
	精神遅滞	16	0	0.0%	0.0%	9	0	0.0%	0.0%	25	0	0.0%	0.0%
	その他	5	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%	7	0	0.0%	0.0%
	境界域知能	5	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	6	0	0.0%	0.0%
	不明	13	0	0.0%	0.0%	7	0	0.0%	0.0%	20	0	0.0%	0.0%
	計	141	2	0.2%	1.4%	44	0	0.0%	0.0%	184	2	0.1%	1.1%
	医療機関受診あり	自閉スペクトラム症	54	2	0.2%	3.7%	12	0	0.0%	0.0%	66	2	0.1%
注意欠如多動症		8	0	0.0%	0.0%	0	0	0.0%	-	8	0	0.0%	0.0%
コミュニケーション障害		0	0	0.0%	-	1	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%
学習障害		1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%	3	0	0.0%	0.0%
精神遅滞		6	0	0.0%	0.0%	5	0	0.0%	0.0%	11	0	0.0%	0.0%
その他		1	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%
境界域知能		1	0	0.0%	0.0%	1	0	0.0%	0.0%	2	0	0.0%	0.0%
計		71	2	0.2%	2.8%	22	0	0.0%	0.0%	93	2	0.1%	2.2%

表 7-1 医療機関調査 診断名内訳

	男 (n=70)			女 (n=18)			合計 (n=88)		
	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合
自閉スペクトラム症	58	6.3%	82.9%	15	1.8%	83.3%	73	4.2%	83.0%
注意欠如多動症	12	1.3%	17.1%	2	2.9%	11.1%	14	0.8%	16.0%
コミュニケーション障害	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
学習障害	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	5.6%	1	0.1%	1.4%
その他	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
境界域知能	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
不明	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
計	70	4.6%	100%	18	2.2%	100%	88	5.1%	100%

表 7-2 医療機関調査 診断時年齢

診断時年齢	男 (n=70)		女 (n=18)		合計 (n=88)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合
就学前	36	51.4%	5	27.8%	41	46.6%
1年生	7	10.0%	4	22.2%	11	12.5%
2年生	5	7.1%	2	11.1%	7	8.0%
3年生	6	8.6%	2	11.1%	8	9.1%
4年生	8	11.4%	3	16.7%	11	12.5%
5年生	7	10.0%	1	5.6%	8	9.1%
6年生	1	1.4%	1	5.6%	2	2.3%
計	70	100%	18	100%	88	100%

表 7-3 医療機関調査 診断時年齢 (診断別)

診断時 年齢	自閉スペクトラム症 (n=73)						注意欠如多動症 (n=14)						コミュニケーション障害 (n=0)					
	男 (n=58)		女 (n=15)		合計 (n=73)		男 (n=12)		女 (n=2)		合計 (n=14)		男 (n=0)		女 (n=0)		合計 (n=0)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
就学前	34	58.6%	4	26.7%	38	52.1%	2	16.7%	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
1年生	6	10.3%	3	20.0%	9	12.3%	1	8.3%	1	50%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
2年生	5	8.6%	2	13.3%	7	9.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
3年生	4	6.9%	1	6.7%	5	6.8%	2	16.7%	1	50.0%	3	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
4年生	6	10.3%	3	20.0%	9	12.3%	2	16.7%	0	0.0%	2	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
5年生	3	5.2%	1	6.7%	4	5.5%	4	33.3%	0	0.0%	4	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
6年生	0	0.0%	1	6.7%	1	1.4%	1	8.3%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	58	100%	15	100%	73	100%	12	100%	2	100%	14	100%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

診断時 年齢	学習障害 (n=0)						精神遅滞 (n=1)						その他 (n=0)					
	男 (n=0)		女 (n=0)		合計 (n=0)		男 (n=0)		女 (n=1)		合計 (n=1)		男 (n=0)		女 (n=0)		合計 (n=0)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
就学前	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%	1	100%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
1年生	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
2年生	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
3年生	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
4年生	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
5年生	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
6年生	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%	1	100%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表 8 医療機関調査 併存症診断

全 IQ (n=88)												
	男 (n=70)			女 (n=18)			合計 (n=88)					
	実数	診断別割合	種別割合	実数	診断別割合	種別割合	実数	診断別割合	種別割合	実数	診断別割合	種別割合
自閉スペクトラム症 (n=73)	単独	34	58.6%	48.6%	11	73.3%	61.1%	45	61.6%	51.1%	51.1%	
	注意欠如多動症	22	37.9%	31.4%	4	26.7%	22.2%	26	35.6%	29.5%	29.5%	
	その他	2	3.4%	2.9%	0	0.0%	0.0%	2	2.7%	2.3%	2.3%	
注意欠如多動症 (n=14)	単独	10	83.3%	14.3%	1	50.0%	5.6%	11	78.6%	12.5%	12.5%	
	その他	2	16.7%	2.9%	1	50.0%	5.6%	3	21.4%	3.4%	3.4%	
コミュニケーション障害単独 (n=0)		0	-	0.0%	0	-	0.0%	0	-	0.0%	0.0%	
学習障害単独 (n=0)		0	-	0.0%	0	-	0.0%	0	-	0.0%	0.0%	
精神遅滞単独 (n=1)		0	0.0%	0.0%	1	100%	0.0%	1	100%	1.1%	1.1%	
計		70	-	100%	18	-	100%	88	-	100%	100%	

IQ70 以上 (n=69)																			
	男 (n=57)			女 (n=12)			合計 (n=69)												
	実数	診断別割合	種別割合	実数	診断別割合	種別割合	実数	診断別割合	種別割合	実数	診断別割合	種別割合							
自閉スペクトラム症	単独	11	91.7%	84.6%	5	100%	83.3%	11	91.7%	84.2%	23	50.0%	40.4%	6	60.0%	50.0%	29	51.8%	42.0%
	注意欠如多動症	1	8.3%	7.7%	0	0.0%	0.0%	1	8.3%	5.3%	21	45.7%	36.8%	4	40.0%	33.3%	25	44.6%	36.2%
	その他	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	2	4.3%	3.5%	0	0.0%	0.0%	2	3.6%	2.9%
注意欠如多動症	単独	1	100%	7.7%	0	0.0%	0.0%	1	100%	5.3%	9	81.8%	15.8%	1	50.0%	8.3%	10	76.9%	14.5%
	その他	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	2	18.2%	3.5%	1	50.0%	8.3%	3	23.1%	4.3%
精神遅滞単独		0	0.0%	%	1	100%	16.6%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
計		13	-	100%	6	-	100%	19	-	100%	57	-	100%	12	-	100%	69	-	100%

表 9-1 教育機関調査(H25-30年度) 発達の遅れや偏りのある児童生徒の学年別特徴種別、対全児童数および種別割合

	小1						小2											
	男 (n=518)			女 (n=530)			合計 (n=1048)			男 (n=1006)			女 (n=921)			合計 (n=1927)		
	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合
自閉スペクトラム症	42	8.1%	61.8%	6	1.1%	30.0%	48	4.6%	54.5%	84	8.4%	51.2%	16	1.7%	34.0%	100	5.2%	47.4%
注意欠如多動症	13	2.5%	19.1%	2	0.4%	10.0%	15	1.4%	17.0%	36	3.6%	22.0%	2	0.2%	4.3%	38	2.0%	18.0%
コミュニケーション障害	6	1.2%	0.0%	3	0.6%	15.0%	9	0.9%	10.2%	13	1.3%	7.9%	5	0.5%	10.6%	18	0.9%	8.5%
学習障害	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	9	0.9%	5.5%	12	1.3%	25.5%	21	1.1%	10.0%
精神遅滞	5	1.0%	7.4%	8	1.5%	40.0%	13	1.2%	14.8%	15	1.5%	9.1%	10	1.0%	21.3%	25	1.3%	11.8%
その他	2	0.4%	2.9%	1	0.2%	0.0%	3	0.3%	3.4%	7	0.7%	4.3%	2	0.2%	4.3%	9	0.5%	4.3%
境界域知能	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
不明	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
計	68	13.1%	100%	20	3.8%	100%	88	8.4%	100%	164	16.3%	100%	47	5.1%	100%	211	11.0%	100%

	小3						小4											
	男 (n=965)			女 (n=867)			合計 (n=1832)			男 (n=1100)			女 (n=983)			合計 (n=2083)		
	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合
自閉スペクトラム症	74	7.7%	47.7%	16	1.9%	40.0%	90	4.9%	46.2%	85	7.7%	48.9%	20	2.0%	46.5%	105	5.0%	48.4%
注意欠如多動症	48	5.0%	31.0%	3	0.4%	7.5%	51	2.8%	26.2%	41	3.7%	23.6%	5	0.5%	11.6%	46	2.2%	21.2%
コミュニケーション障害	6	0.6%	3.9%	2	0.2%	5.0%	8	0.4%	4.1%	5	0.5%	2.9%	1	0.1%	2.3%	6	0.3%	2.8%
学習障害	13	1.4%	8.4%	9	1.0%	22.5%	22	1.2%	11.3%	23	2.1%	13.2%	4	0.4%	9.3%	27	1.3%	12.4%
精神遅滞	9	0.9%	5.8%	7	0.8%	17.5%	16	0.9%	8.2%	17	1.6%	9.8%	11	1.1%	25.6%	28	1.3%	12.9%
その他	5	0.5%	3.2%	3	0.4%	7.5%	8	0.4%	4.1%	3	0.3%	1.7%	2	0.2%	4.7%	5	0.2%	2.3%
境界域知能	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
不明	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
計	155	16.1%	100%	40	4.6%	100%	195	10.6%	100%	174	15.8%	100%	43	4.4%	100%	217	10.4%	100%

	小5												小6																							
	男 (n=925)						女 (n=845)						合計 (n=1770)						男 (n=916)						女 (n=826)						合計 (n=1742)					
	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合	実数	対全児童数	種別割合
自閉スペクトラム症	94	10.2%	63.1%	17	2.0%	34.0%	111	6.3%	55.8%	67	7.3%	47.5%	18	2.2%	40.9%	85	4.9%	46.2%	67	7.3%	47.5%	18	2.2%	40.9%	85	4.9%	46.2%	67	7.3%	47.5%	18	2.2%	40.9%	85	4.9%	46.2%
注意欠如多動症	23	2.5%	15.4%	3	0.4%	6.0%	26	1.5%	13.1%	20	2.2%	14.2%	1	0.1%	2.3%	21	1.2%	11.4%	20	2.2%	14.2%	1	0.1%	2.3%	21	1.2%	11.4%	20	2.2%	14.2%	1	0.1%	2.3%	21	1.2%	11.4%
コミュニケーション障害	4	0.4%	2.7%	4	0.5%	8.0%	8	0.5%	4.0%	4	0.4%	2.8%	1	0.1%	2.3%	5	0.3%	2.7%	4	0.4%	2.8%	1	0.1%	2.3%	5	0.3%	2.7%	4	0.4%	2.8%	1	0.1%	2.3%	5	0.3%	2.7%
学習障害	7	0.8%	4.7%	11	1.3%	22.0%	18	1.0%	9.0%	11	1.2%	7.8%	5	0.6%	11.4%	16	0.9%	8.7%	11	1.2%	7.8%	5	0.6%	11.4%	16	0.9%	8.7%	11	1.2%	7.8%	5	0.6%	11.4%	16	0.9%	8.7%
精神遅滞	15	1.6%	10.1%	10	1.2%	20.0%	25	1.4%	12.6%	16	1.7%	11.3%	9	1.1%	20.5%	25	1.4%	13.6%	16	1.7%	11.3%	9	1.1%	20.5%	25	1.4%	13.6%	16	1.7%	11.3%	9	1.1%	20.5%	25	1.4%	13.6%
その他	6	0.7%	4.0%	5	0.6%	10.0%	11	0.6%	5.5%	5	0.5%	3.5%	2	0.2%	4.5%	7	0.4%	3.8%	5	0.5%	3.5%	2	0.2%	4.5%	7	0.4%	3.8%	5	0.5%	3.5%	2	0.2%	4.5%	7	0.4%	3.8%
境界域知能	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	6	0.3%	3.3%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	6	0.3%	3.3%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	6	0.3%	3.3%
不明	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	20	1.1%	10.9%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	20	1.1%	10.9%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	20	1.1%	10.9%
計	149	16.1%	100%	50	5.9%	100%	199	11.2%	100%	141	15.4%	100%	44	5.3%	100%	184	10.6%	100%	141	15.4%	100%	44	5.3%	100%	184	10.6%	100%	141	15.4%	100%	44	5.3%	100%	184	10.6%	100%

表 9-2 教育機関調査 (H25-30 年度) 発達の遅れや偏りのある児童生徒の不登校

	小2 (n=1927)						小3 (n=1832)						小4 (n=2083)						小5 (n=1770)						小6 (n=1742)											
	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数	実数	不登校数	対全児童数						
	自閉スペクトラム症	100	1	0.1%	90	4	0.2%	105	3	0.1%	111	4	0.2%	85	3	0.2%	90	4	0.2%	105	3	0.1%	111	4	0.2%	85	3	0.2%	90	4	0.2%	105	3	0.1%	111	4
注意欠如多動症	38	0	0.0%	51	0	0.0%	46	0	0.0%	26	0	0.0%	21	0	0.0%	51	0	0.0%	46	0	0.0%	26	0	0.0%	21	0	0.0%	51	0	0.0%	46	0	0.0%	26	0	0.0%
コミュニケーション障害	18	0	0.0%	8	0	0.0%	6	0	0.0%	8	0	0.0%	4	0	0.0%	8	0	0.0%	6	0	0.0%	8	0	0.0%	4	0	0.0%	8	0	0.0%	6	0	0.0%	8	0	0.0%
学習障害	21	0	0.0%	22	1	0.1%	27	0	0.0%	18	1	0.1%	16	0	0.0%	22	1	0.1%	27	0	0.0%	18	1	0.1%	16	0	0.0%	22	1	0.1%	27	0	0.0%	16	0	0.0%
精神遅滞	25	0	0.0%	16	0	0.0%	28	0	0.0%	25	0	0.0%	25	1	0.1%	16	0	0.0%	28	0	0.0%	25	0	0.0%	25	1	0.1%	16	0	0.0%	25	1	0.1%	25	1	0.1%
その他	9	0	0.0%	8	0	0.0%	5	0	0.0%	11	1	0.1%	7	2	0.1%	8	0	0.0%	5	0	0.0%	11	1	0.1%	7	2	0.1%	8	0	0.0%	11	1	0.1%	7	2	0.1%
境界域知能	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	6	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	6	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	6	0	0.0%
不明	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	0	0	0.0%
計	211	1	0.1%	195	5	0.3%	217	3	0.1%	199	6	0.3%	184	7	0.4%	195	5	0.3%	217	3	0.1%	199	6	0.3%	184	7	0.4%	195	5	0.3%	217	3	0.1%	199	6	0.3%

表 9-3 医療機関調査 (H25-30 年度)

	小 2						小 5											
	男 (n=83)			女 (n=23)			合計 (n=106)			男 (n=71)			女 (n=19)			合計 (n=90)		
	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合
自閉スペクトラム症	73	7.3%	88.0%	18	2.0%	78.3%	91	4.7%	85.8%	62	6.7%	87.3%	13	1.5%	68.4%	75	4.2%	83.3%
注意欠如多動症	7	0.7%	8.4%	1	0.1%	4.3%	8	0.4%	7.5%	7	0.8%	9.8%	4	0.5%	21.0%	11	0.6%	12.2%
コミュニケーション障害	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
学習障害	1	0.1%	1.2%	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	0.9%	1	0.1%	1.4%	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	1.1%
精神遅滞	1	0.1%	1.2%	4	0.4%	17.4%	5	0.3%	4.7%	1	0.1%	1.4%	2	0.2%	10.5%	3	0.2%	3.3%
その他	1	0.1%	1.2%	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	0.9%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
不明	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
計	83	8.3%	100%	23	2.5%	100%	106	5.5%	100%	71	7.7%	100%	19	2.2%	100%	90	5.1%	100%

	小 6								
	男 (n=70)			女 (n=18)			合計 (n=88)		
	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合	実数	対全児童割合	種別割合
自閉スペクトラム症	58	6.3%	82.9%	15	1.8%	83.3%	73	4.2%	83.0%
注意欠如多動症	12	1.3%	17.1%	2	0.2%	11.1%	14	0.8%	16.0%
コミュニケーション障害	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
学習障害	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	5.6%	0	0.0%	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	1.4%
その他	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
不明	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
計	70	7.6%	100%	18	2.2%	100%	88	5.1%	100%

松本市における発達障害児とその家族に対する 継続的な支援の実態と評価のあり方に関する研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 原田 謙（長野県立 こころの医療センター駒ケ根）
 蓑和 路子（長野県立 こころの医療センター駒ケ根）
 山田 慎二（長野県立 こころの医療センター駒ケ根）
 吉崎洋介（長野県立 こころの医療センター駒ケ根）

研究要旨

【概要】 本年は、松本市における H25 年度の小学 1 年生 (H30 年現在小学 6 年生) の知的・発達障害の有病率について調査し、そのなかで反抗的、素行不良とみなされる児童、および不登校の H28 年度からの推移を検討した。

【結果】

1. 何らかの発達特性を有している子どもは約 12%であった。
2. 広汎性発達障害の特性を有する子どもは約5%、そのうち 80%は医療受診していた。
3. 注意欠如多動症は、特性を有する子どもが約3%、受診率は約 33%であった。
4. 学習障害、境界知能とみなされている子どもは、ともに約1%。受診率は低く、あまり医療化していなかった。
5. 小学生年代で反抗的な子どもは発達障害に多く、知的な問題の児童には稀であった。
6. 反抗素行に問題があっても、医療が関与している子どもは少なかった。
7. 不登校は年々増加していた。

【まとめ】 この調査からは、松本市内の小・中学校の中に、知的・発達障害特性を有し特別の支援が必要な児童が少なからず存在することが示された。今後、ますます医療と教育が連携してこの問題に対することが望ましいと考えられた。

A. 研究目的

規模や特性の異なる自治体における発達障害支援ニーズの把握とともに、規模や特性に応じた発達障害の支援システムの現状を調査し、具体的な支援のあり方についてのモデルを示すことが本研究の目的である。

本年度は、これまでに引き続き、松本市の協力のもとに、発達障害の支援ニーズに関する調査を行った。

B. 研究方法

H25 年度入学の小学 1 年生において発達障害の特性ごとに、疑われている子どもの人数の推移を調査した。平成 30 年 4 月 1 日現在で、松本市内に在住する平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの小学 6 年生 (平成 25 年度入学生) について、発達特性を有すると疑われる子どもの人数、反抗的特性を持つもの、素行不良のもの、不登校の人数を調査した。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、分担研究者が所属する長野県立こころの医療センター駒ヶ根倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

松本市の市立小学校 28 校と特別支援学校 4 校(計 32 校)に、松本市および長野県教育委員会を通して調査を行い、市立小学校全校と特別支援学校 2 校から回答を得た(回答率 93.8%)。

1. 小学6年生における発達の問題が疑われる児童

平成 30 年 4 月 1 日現在、調査対象となった小学 6 年生児童は、2097 名(男子 1082 名、女子 1012 名)であった。

平成 25 年から平成 30 年までの各年度で、平成 25 年度入学の子どものうち、学校が発達障害の特性を有するとみなしている児童と医療にかかっている児童の割合の変化は表1のとおりである。

	特性を有する人数(%)						医療受診している人数(%)					
	H25 年 (n=2146)	H26 年 (n=2100)	H27 年 (n=2107)	H28 年 (n=1825)	H29 年 (n=2104)	H30 年 (n=2097)	H25 年 (n=2146)	H26 年 (n=2100)	H27 年 (n=2107)	H28 年 (n=1825)	H29 年 (n=2104)	H30 年 (n=2097)
発達障害全体	258(12.0)	283(13.5)	270(12.8)	219(12.0)	270(12.8)	246(11.7)	98 (4.6)	105 (5.0)	122 (5.8)	122 (6.7)	148(7.0)	139(6.6)
(1) PDD	78 (3.6)	79 (3.8)	96 (4.6)	92 (5.0)	105(5.0)	102(4.9)	56 (2.6)	49 (2.3)	71 (3.4)	76 (4.2)	83 (3.9)	83 (4.0)
(2) ADHD	94 (4.4)	102 (4.9)	83 (3.9)	42 (2.3)	69 (3.3)	57(2.7)	12 (0.6)	20 (1.0)	18 (0.9)	20 (1.1)	20 (1.0)	22 (1.0)
(3) 構音・言語障害	17 (0.8)	24 (1.1)	19 (0.9)	13 (0.7)	6 (0.3)	3(0.1)	3 (0.1)	5 (0.2)	8 (0.4)	8 (0.4)	2 (0.1)	3 (0.1)
(4) 学習障害	—	—	—	21 (1.2)	27 (1.2)	25(1.2)	—	—	—	4 (0.2)	6 (0.3)	7 (0.3)
(5) 知的障害	46 (2.1)	51 (2.4)	47 (2.2)	18 (1.0)	37 (1.8)	23(1.1)	21 (1.0)	19 (0.9)	19 (0.9)	6 (0.3)	28 (1.3)	14 (0.7)
(6) その他	23 (1.1)	27 (1.3)	25 (1.2)	14 (0.8)	8 (0.4)	12(0.6)	6 (0.3)	12 (0.6)	6 (0.3)	5 (0.3)	6 (0.3)	5 (0.2)
(7) 境界知能	—	—	—	19 (1.0)	18 (0.9)	24(1.1)	—	—	—	3 (0.2)	3 (0.1)	5 (0.2)

表1 平成 25 年度入学の子どものうち、学校が知的・発達障害の特性を有するとみなしている児童と医療にかかっている児童の割合の変化

2. 小学6年生における知的・発達障害の特性を有する児童のうち、反抗的、素行不良とみなされている児童および不登校の割合

小学6年生において、知的・発達障害の特性を有する児童の総数は 246 名(全児童の 11.7%)。このうち、反抗的あるいは素行不良とみなされている児童

は各々、32 名(1.5%)、5 名(0.2%)。このうち医療受診している児童は各々 17 名(0.8%)、2 名(0.1%)であった。不登校の児童は、28 名(1.3%)であった。

また、各知的・発達障害の特性を有する児童うち、反抗的あるいは素行不良とみなされている、あるいは不登校の児童の割合は、表2のとおりである。

	特性を有する人数(%)			医療受診している人数(%)			不登校
	全体	反抗的	素行不良	全体	反抗的	素行不良	
(1) PDD	102	16 (15.7)	5 (4.9)	83	14 (16.9)	4 (4.8)	10 (9.8)
(2) ADHD	57	12 (21.1)	0	22	2 (9.1)	0	4 (7.0)
(3) 言語障害	3	0	0	3	0	0	1 (33.3)
(4) 学習障害	25	1 (4.0)	0	7	0	0	4 (16.0)
(5) 知的障害	23	1 (4.3)	0	14	0	0	4 (17.4)
(6) その他	12	1 (8.3)	0	5	0	0	5 (41.7)
(7) 境界知能	24	1 (4.2)	0	5	1 (20.0)	0	0
計	246	32 (13.0)	5 (2.0)	139	17 (12.2)	2 (1.4)	28 (11.4)

表2 小学6年生における各知的・発達障害の特性を有する児童のうち反抗的、素行不良な児童および不登校の割合

特性	小4 (H28年) (n=1825)	小5 (H29年) (n=2104)	小6 (H30年) (n=2097)
(1) PDD	19	13	16
(2) ADHD	10	9	12
(3) 言語障害	0	0	0
(4) 知的障害	0	0	1
(5) 学習障害	0	3	1
(6) その他	1	0	1
(7) 境界知能	1	1	1
計	31	26	32

表3 平成28年度から30年度における知的・発達障害の特性を有する児童のうち、反抗的とみなされている児童数

特性	小4 (H28年) (n=1825)	小5 (H29年) (n=2104)	小6 (H30年) (n=2097)
(1) PDD	1	1	5
(2) ADHD	5	0	0
(3) 言語障害	0	1	0
(4) 知的障害	0	0	0
(5) 学習障害	0	0	0
(6) その他	1	0	0
(7) 境界知能	0	0	0
計	7	2	5

表4 平成28年度から30年度における知的・発達障害の特性を有する児童のうち、素行不良とみなされている児童数

特性	小4 (H28年) (n=1825)	小5 (H29年) (n=2104)	小6 (H30年) (n=2097)
(1) PDD	0	6	10
(2) ADHD	0	1	4
(3) 言語障害	0	1	1
(4) 知的障害	0	1	4
(5) 学習障害	1	0	4
(6) その他	1	2	5
(7) 境界知能	0	0	0
計	2	13	28

表5 平成28年度から30年度における知的・発達障害の特性を有する児童のうち、不登校の児童数

3. 過去3年間における反抗的な児童、素行不良な児童、不登校の推移

平成28年度から30年度において、学校が知的・発達障害の特性を有する児童のうち、反抗的、あるいは素行不良とみなされている児童および不登校の人数の推移を表3、4、5に示した。

D. 考察

1. 小学1年生から小学6年の発達障害の経年推移

H25年度に入学した1年生がH30年度に6年生に上がるまでに、何らかの発達障害の特性を有するとみなされた児童の割合は、約12%でほぼ横ばいであった。医療機関にかかっていることが把握されている子どもは、4.6⇒6.6%と増加していた。

このうち広汎性発達障害(PDD)を疑われる子どもは、入学時は3.6%であったが、高学年になると約5%でほぼ一定となった。医療にかかっている子どもも入学時は2%台だが、高学年になると約4%で一定となる。PDDの特性が観られる子は、その8割に医療が関与しており、しっかり医療化されていると言える。注意欠陥多動性障害(ADHD)が疑われる子どもは入学時4%台であったものが、高学年には3%以下となる。医療受診している子どもは1%前後でほぼ横ばいであった。

この理由としては、ADHD傾向の子どもは、多動などの症状が年々落ち着いていくのに対して、気持ちの汲み取れなさなどのPDD症状は、他の子どもと対人関係を構築・維持する力の差が大きくなるため、疑われたり受診する割合が増えるのではないかと推測された。また、症状として多動が主であった子どもがPDDに診断変更されるという可能性も考えられた。

2. 小学1年生から小学6年の知的な問題の経年推移

知的障害は、支援学校や支援学級の利用などのために、入学時すでに診断されているものが多く、約2%で推移している(本年に限り知的障害の割合が低かったのは、市内の特別支援学校からの返答が含まれていないためであると考えられた)。学習障害、境界知能とみなされている子どもは、ともに約1%。変動が少なかった。受診率は低く、あまり医療的支援は必要とされていないと推測された。

3. 小学校6年生における反抗性、素行不良、および不登校

市内の子ども全体からみると、知的・発達障害をベースに反抗性が高い子どもは1.5%、素行不良とみなされている子どもは0.2%、不登校は1.3%であっ

た。

知的・発達障害特性全体で見ると、その 13%が反抗的であり、2%に素行の問題が認められた。

知的・発達障害の特性別にみると、ADHD 特性があり反抗的とみなされている子どもは昨年の 22%とほぼ変わらず 21%であり、PDD 特性があり反抗的な子どもも 15%前後で大きな変化はなかった。

小学生年代で見ると、反抗的な子どもは、PDD と ADHD に集中していて、知的な問題では反抗や素行の問題はほとんど認められない。このことは、PDD, ADHD の特性を有する子どもの養育の困難さを示していると考えられた。また、昨年度行った調査では、反抗的な子ども、素行不良の子どもが減少したように見えたが、平成 28 年度から 3 年間の推移で見ると割合に有意な変化は認められなかった。

発達障害における不登校は、学年が上がるにつれて増加していた。

E. まとめ

本年度および過去3年間の調査から、松本市内の小学生高学年においては、PDDが5%、ADHD 3%認められることが確認された。知的障害は約 2%、境界知能、学習障害は各々約1%と考えられた。また、知的・発達障害をベースに反抗性が高い子どもは、その 13%、素行不良とみなされている子どもは 2%であり、不登校は年々増加していた。

反抗や素行の問題があっても、医療が関与している子どもは少なく、今後ますます連携の余地があると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・鈴木千穂、椎名千佳子、六井雅子、吉崎洋介：「衝動行為を繰り返す広汎性発達障害児への支援」全国児童青年精神科医療施設協議会 第 49 回研修会、2019 年2月

G. 知的財産権の出願・登録状況
特記なし

H. 参考文献
特記なし

分担研究報告書

福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究
（いわき市）

研究代表者 本田 秀夫（信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室）
研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 川島 慶子（福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室 研究員）

研究要旨：

本研究班の目的に加え、震災後の地域特性の変化も踏まえた“発達の偏りや遅れのある子ども”の実態把握と支援の検討を目的とし、質問紙調査を実施した。

これまでの調査結果（H25、H28年度1・6年生の定点調査）と比較すると、小学1・6年生のいずれも発達の偏りや遅れのある子どもの割合は、H25、H28年度よりもH30年度においてやや増加がみられた。H30年度の小学1年生は、震災直後（H23年度）に生まれた学年であり、災害を直接的に経験していないながらも原発事故の影響により生活環境が大きく変化した時期に乳幼児期を過ごした。子どもの実態については、地域特性と合わせ、保護者のメンタルヘルスも含めて検討する必要がある。

学校における支援内容では、「担任による配慮のみ」が最も高い割合を示し、その対象となる子どもの特徴は「一斉指示が入りにくい」等が上げられた。担任による具体的な支援内容は「個別の声かけ」であった。医療機関未受診の子どもの特徴では、保護者や家庭に関連する問題が多く上げられた。

今後の支援として、子どもだけでなく保護者や家族も含めた支援システムの構築に向けた支援の検討が必要である。

A. 概要と目的

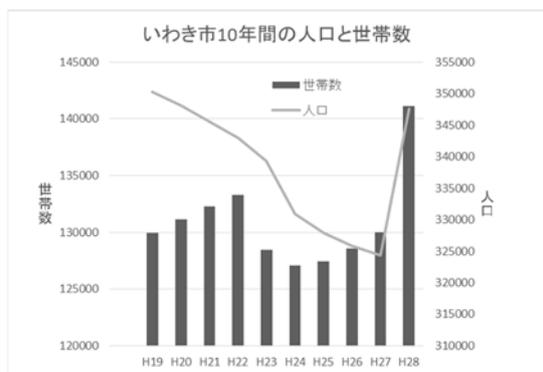
福島県沿岸部であるいわき市は、H23年3月11日から現在に至るまで、東日本大震災（以下、震災）後の第一原子力発電所事故の影響により、避難や帰還などにより人口変動が大きい地域である（図1参照）。地域における発達障害の発見と支援システムに

ついては、その地域特性を踏まえて検討することが必要とされる⁵⁾が、震災に起因する地域特性を併せ持つ地域については、特に、経時的に子どもの実態や支援ニーズの変化を捉えることも重要である⁷⁾。

本研究では、“発達の偏りや遅れのある子どもの実態とその支援”について、H25年

度より調査を継続的に実施しており、今回はH30年度分の調査結果について報告する。

図1.いわき市の人口変動（H19 - H28年度）
（いわき市の人口より作成）



B. 方法

本研究は、質問紙調査であり、いわき市の公立の小学校、県立の特別支援学校に通うH30年度の小学1年生と6年生を対象としてH30年11月～12月に実施した。

質問紙は、市の教育委員会の協力を得て電子媒体にて市内の小学校に配布回収を行った。県立の特別支援学校は、同内容の質問紙を郵送にて配布回収した。

質問紙の項目は、1) 発達の偏りや遅れのある子どもの人数と医療機関受診の有無、2) 主たる問題別の人数、3) 不登校の人数、4) 特別な教育的配慮(支援内容別の人数)、5) 「学級担任のみの配慮」の対象児の特徴と対応(自由記述)、6) 「医療機関未受診」の子どもの特徴と対応(自由記述)、7) 震災後のストレスによる影響から支援が必要と思われる子どもの人数を記入する。本研究班の共通の質問項目1)～4)、独自に作成した項目5)～7)から構成される。

回答者は、各校の対象となる子どもの実態を把握している担任教諭や特別支援教育コーディネーター等とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、福島大学の倫理指針に基づき、承認を得て行った。

C. 研究結果

質問紙は、小学校67校中65校(回収率97%)、支援学校4校中4校(回収率100%)から回答を得た。質問紙の結果から得られた児童数は次の通りである。

H30年度

1年生 2535名(男1329名、女1206名)

6年生 2902名(男1457名、女1445名)

発達に何らかの遅れや偏りのある子どもを主たる問題別、受診の有無別にその人数と全児童数に占める割合を学年別に表1と表2に示した。

1) 発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの割合 [表1、表2参照]

各学年の全児童数に占める“発達の遅れや偏りのある子どもの総数”の割合は、表1の主たる問題別の合計より、小学1年生は8.8%(男12.6%、女4.6%)、小学6年生は5.4%(男8.2%、女2.6%)である。小学1年生の方が男女とも高い割合を示した。

その内、学校が医療機関の受診を把握している子どもの割合(全児童数に占める割合)は、小学1年生は4.7%(男6.4%、女2.7%)、小学6年生は2.9%(男4.3%、女1.5%)である。受診率においても、小学6年生より小学1年生の方が高い割合を示した。

2) 主たる問題別の割合

・小学1年生 [表1参照]

発達の遅れや偏りのある子どもの総数では、“主たる問題別”にみると「対人関係やこだわりなどの問題(自閉症など)」が2.8%(男3.9%、女1.5%)が最も高く、次いで「発達全体の遅れ(精神遅滞等)」1.9%(男2.3%、女1.5%)、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題(ADHD等)」1.6%(男2.6%、女0.4%)の結果であった。

“医療機関受診あり”の子どもでは、「対人関係やこだわり等の問題(自閉症等)」2.0%(男2.9%、女0.9%)、「発達全体の遅れ(精神遅滞等)」1.6%(男1.7%、女1.4%)、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題(ADHD等)」0.6%(男0.9%、女0.2%)の順に高い割合を示した。

“医療機関の受診なし”では、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題」1.0%(男1.7%、女0.2%)、「言葉の問題(構音障害など)」0.9%(男1.5%、女0.2%)、「対人関係やこだわり等の問題」0.8%(男1.0%、女0.6%)であった。

・小学6年生 [表2参照]

発達の遅れや偏りのある子どもの総数では、“主たる問題別”にみると「対人関係やこだわり等の問題(自閉症等)」1.8%(男2.9%、女0.8%)が最も高く、次いで「発達全体の遅れ(精神遅滞等)」1.4%(男1.9%、女1.0%)、「落ち着かない、そそっかしい等の問題(ADHD等)」1.1%(男1.9%、女0.4%)であった。

“医療機関受診あり”では「対人関係やこだわり等の問題(自閉症など)」1.3%(男2.0%、女0.6%)、「発達全体の遅れ(精神遅

滞等)」1.0%(男1.2%、女0.8%)、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題(ADHD等)」0.6%(男1.0%、女0.2%)であった。

“医療機関受診なし”では、「対人関係やこだわり等の問題」0.6%(男0.9%、女0.2%)、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題」0.6%(男0.9%、女0.2%)、「学力の問題(LD等)」0.5%(男0.8%、女0.2%)、「発達全体の遅れ」0.4%(男0.6%、女0.3%)、「境界域知能」0.3%(男0.6%、女0.1%)の結果であった。

3) 発達の遅れや偏りのある子どもの不登校の割合 [表3参照]

小学6年生の“発達の遅れや偏りのある子ども”のうち、昨年度に不登校(30日以上)の長期欠席)の状態にあった子どもは3名(男3名、女0名)であり、全児童数に占める割合は0.1%(男0.2%、女0.0%)、いずれも「対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)」を主たる問題とする子どもであった。

4) 特別な教育的配慮

小学1年生、6年生それぞれについて、学校教育における支援や配慮が必要な子どもの人数と全児童数に占める割合について表4に示す。

・小学1年生

特別な教育的配慮では、割合が高い順に「学級担任による配慮のみ」3.1%(男4.7%、女1.4%)、「知的障害特別支援学級」1.5%(男1.8%、女1.3%)、「自閉症・情緒障害特別支援学級」0.8%(男1.1%、女0.3%)、「難聴・言語障害通級指導教室」0.8%(男1.2%、女

0.3%)である。

・小学6年生

学校における特別な教育的配慮では、割合が高い順に「学級担任による配慮のみ」2.1%（男 3.7%、女 0.5%）、「知的障害特別支援学級」1.4%（男 1.7%、女 1.0%）、「自閉症・情緒障害特別支援学級」0.6%（男 0.9%、女 0.2%）である。

5) 学級担任による配慮の対象となる子どもの特徴と支援について [表 5 参照]

本項目の回答は自由記述形式であり、回収済みの質問紙(65校)のうち有効回答が得られたのは56校であった。回答内容は、ケースや特性ごとに分類し、類似する内容はまとめて表記し、件数を示した。個人が特定されることがないように、適宜詳細な内容は削除した。

小学1・6年生に共通する項目(合算)、小学1年生のみ、小学6年生のみに分類し、件数の多い順に表5に示す。

・学級担任による配慮のみの子どもの特徴

各学年に共通する特徴は、「一斉指示が入りにくい。一斉指導では内容や指示を理解することができない。(14件)」が最も多く、次いで「強いこだわりがみられトラブルになりやすい。(10件)」、「学習内容を理解することが難しい。学習の遅れがある。(10件)」であった。

小学1年生では「集団での行動が難しい。順番等のルールが守れない。(7件)」が最も

多く、「衝動的な言動がある。(4件)」、「構音、吃音、幼児音などの言葉の問題がある。

(4件)」が特徴として多く上げられた。

小学6年生では「ADHDの特性、診断がある。(4件)」、「コミュニケーションが苦手。(4件)」が多く上げられたが、その他は1件、2件の内容が続いた。

・学級担任による配慮のみの支援内容

各学年に共通する支援内容は、件数の多い順に「個別に声かけをする。(32件)」、「担任を中心に、適宜、個別の支援・指導を行う(他の先生方や支援員のサポートを含む)。(17件)」、「本人の思いを聞きとる。話を聞く。個別に話をする機会を多く設けている。(8件)」、「授業時間以外(放課後等)に個別指導をする。(4件)」、「一人で落ち着くための場所を用意する。クールダウンの場所を用意している。(4件)」である。

小学1年生では、「会話の中で、やり取りの練習をする。」、「授業の中で、苦手なところを補えるよう対応している。」、「担任と一緒に行動して対応する。」がいずれも2件であり、その他は全て1件ずつであった。

小学6年生では、「友達関係が築けるように間に入って言葉を補ったり、本人の気持ちを伝えたりする。」、「イライラしたら少し落ち着かせる。」がいずれも2件であり、その他は全て1件ずつであった。

表5 学級担任による配慮のみの子どもの特徴とその支援に関する自由記述（件数）

学年	学級担任による配慮のみの子どもの特徴(内容)	件数
1・6	一斉指導が入りにくい。一斉指導では内容や指示を理解することができない。	14
1・6	強いこだわりがみられ、トラブルになりやすい。	10
1・6	学習内容を理解することが難しい。学習の遅れがある。	10
1・6	知的な遅れがみられる。	7
1・6	集中が持続しにくい。気が散りやすい。指示をすぐに忘れてしまう。	7
1・6	落ち着きがない。多動。	5
1・6	気持ちの切り替えが苦手。感情のコントロールがうまくできない。	5
1・6	読み書き、計算の学習が難しい。	2
1	集団での行動が難しい。順番等のルールが守れない。	7
1	衝動的な言動がある。	4
1	構音、吃音、幼児音などの言葉の問題がある。	4
1	ASDの特性がある。	3
1	奇声。友達への攻撃をする時もある。	2
1	自己中心的、自分勝手な行動や友達とのトラブルが多い。	2
1	絵を描くことがむずかしい。	1
1	対人関係のトラブルが多い。	1
1	音に過敏さがある(花火、雷、ホイッスル、避難訓練のベル等事)。	1
1	身の回りの整理整頓ができない。	1
1	自分の気持ちが分からない。	1
1	偏食がある。	1
6	ADHDの特性、診断がある。	4
6	コミュニケーションが苦手。	4
6	指示を受けてもすぐに行動に移せない。	2
6	発達障害以外の精神科的な症状がみられる(脅迫症状、不安の強さ等)。	2
6	初めてのことが苦手である。	1
6	手先が不器用。	1
6	ストレスがかかると独り言、表情のこわばりがみられる。	1
6	場に合わせた言動が難しい。	1
6	他人の気持ちを推測するのが難しい。	1
6	場面緘黙。	1
学年	支援内容	件数
1・6	個別に声かけをする。	32
1・6	担任を中心に、適宜、個別の支援・指導を行う(他の先生方や支援員のサポートを含む)。	17

学年	支援内容	件数
1・6	本人の思いを聞きとる。話を聞く。個別に話をする機会を多く設けている。	8
1・6	授業時間以外(放課後等)に個別指導をする。	4
1・6	一人で落ち着くための場所を用意する。クールダウンの場所を用意している。	4
1・6	服薬している。	4
1・6	連絡帳等で家庭との連携を図る。	2
1	会話の中で、やり取りの練習をする。	3
1	授業の中で、苦手なところを補えるよう対応している。	2
1	担任と一緒に行動して対応する。	2
1	約束ごとを決める。	1
1	活動内容を事前に知らせる。活動やスケジュールの予告。	1
1	他児とのトラブルに対して、繰り返し話をして説明する。	1
1	席の位置を配慮する。	1
1	絵などの課題では、補助線を書くなど配慮する。	1
1	リラックスできるような場を心がけている。	1
1	形の捉えにくい文字はなぞり書きさせている。	1
1	発表や音読の時に配慮している。	1
1	周囲の子に対し、本児の理解を促す。	1
1	保護者を交えてケース会議を開く。	1
1	質問があれば分かりやすく対応する。	1
1	補助問題を設定する。	1
6	友達関係が築けるように間に入って言葉を補ったり、本人の気持ちを伝えたりする。	2
6	イライラしたら少し落ち着かせる。	2
6	担任が声かけをして行動を振り返らせている。	1
6	友達との関わり方について、機会をとらえて指導している。	1
6	無理にさせることはせず、できることはするよう見守っている。	1

6) 医療機関を受診していない子どもの特徴と対応 (自由記述) [表 6 参照]

本項目の回答は自由記述形式であり、回収済みの質問紙 (65 校) のうち有効回答を得られたのは 17 校であった。回答内容は、ケースや特性ごとに分類し、類似する内容

はまとめて表記し、件数を示した。個人が特定されることがないように、適宜詳細な内容は削除した。

小学 1・6 年生に共通する項目 (合算)、小学 1 年生、小学 6 年生のごとに、件数の多い順に示す。

・医療機関を受診していない子どもの特徴

各学年に共通する特徴は、「家族の理解が得られない(子どもの発達の理解が難しい、相談に抵抗感がある)。(12件)」が最も多く、次いで、「家庭環境に問題(養育力、経済面、保護者の障害や特性、話し合いの難しさ)。(9件)」であり、いずれも家庭の問題が多く上げられた。

・医療機関を受診していない子どもへの対応

各学年に共通する内容としては「教育センターとの連携(3件)」である。

1年生では、「状態が良く、医療の必要性がない。学校の支援で対応。(3件)」、「特別な支援の必要性について、学校で保護者に説明する機会を設けている。(2件)」の他、いずれも1件ずつの回答であった。

6年生では、「保護者への対応をしているが、難しさがある。(2件)」の他、いずれも1件ずつの回答である。

表6 医療機関を受診していない子どもの特徴と対応について(件数)

学年	医療機関を受診していない子どもの特徴(内容)	件数
1・6	家族の理解が得られない(子どもの発達の理解が難しい、相談に抵抗感がある)。	12
1・6	家庭環境に問題(養育力、経済面、保護者の障害や特性、話し合いの難しさ)。	9
1・6	対人関係が上手くいかない等の問題がある。	2
1	保護者が、支援や特別支援学級に抵抗感がある。	3
1	学級で過ごしており、問題がない。	1
6	読み書きに苦手さがある。	1
学年	医療機関を受診していない子どもへの対応(内容)	件数
1・6	教育環境を整えるよう、教育センターと連携して対応している。教育相談の活用。	3
1	状態が良く、医療の必要性がない。学校における支援で対応する。	3
1	特別な支援の必要性について、学校で保護者に説明する機会を設けている。	2
1	通級指導教室に通っている。	1
1	学校の中で、しつけ、日常生活スキルなどの支援を行っている。	1
6	保護者への対応をしているが、難しさがある。	2
6	ケース会議を開き、関係機関と連携して対応している。(家庭環境など)	1

7) 震災後のストレス [表7参照]

発達的な特性の有無にかかわらず、各学年全体において、震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる子どもの人

数について回答を得た。小学1年生では、0.6%(男0.7%、女0.5%)、小学6年生では0.7%(男0.9%、女0.4%)の結果であった。医療機関を受診した子どもの割合は小学1

年生 0.0%、小学 6 年生 0.1% (男 0.1%、女 0.0%) であった。

D. 考察

H25 年度、H28 年度の結果 (内山ら,2015,2017,2018) を踏まえ、検討する (H25 年度調査では問題種別に“境界域知能”が含まれないため、H28、H30 年度の結果について“境界知能”を除いた数値で示す)。

・発達の偏りや遅れのある子どもの割合は、

各年度の小学 1 年生では、

- ・ H25 年 7.7% (受診あり 3.0%)
- ・ H28 年 7.0% (受診あり 2.6%)
- ・ H30 年 8.1% (受診あり 4.4%)

であった。

各年度の小学 6 年生では、

- ・ H25 年 4.9% (受診あり 2.8%)
- ・ H28 年 4.6% (受診あり 1.9%)
- ・ H30 年 5.1% (受診あり 2.9%)

であった。

H18 年度生まれの追跡調査結果では、

- ・ H25 年 (小学 1 年) 7.7% (受診あり 3.0%)
- ・ H28 年 (小学 4 年) 6.0% (受診あり 2.9%)
- ・ H30 年 (小学 6 年) 5.1% (受診あり 2.9%)

であった。

各学年の定点調査では、H28 年度で一旦減少するものの、H30 年度で増加がみられており、医療機関受診児童の割合も同様の結果を示す。

一方、H18 年度生まれの追跡調査では、

徐々に減少傾向がみられ、医療機関の受診児童の割合は約 3%と概ね一定の割合を示した。

いわき市では、H28 年度に急激な人口増加がみられるなど、震災後の人口変動の大きさが特徴的である。併せて他町村からの避難者数は H27 年度の 24,238 人 (H27.10.1 現在) をピークに徐々に減少傾向がみられるが、H30 年で 19,782 人 (H30.10.1 現在) がいわき市で避難生活を続ける⁹⁾。H28 年度の避難者の出生数は 210 名 (H28.11.11 現在; いわき市より情報提供) であり、同年度のいわき市の出生数の約 1 割を占める。データに現れない人口増加が震災後の地域特徴の 1 つである。こうした背景から、医療機関や福祉サービスの慢性的な不足が推測される。

医療機関受診ありの子どもの割合は、小学 1・6 年生における定点調査の結果として、H28 年度に減少し、H30 年度に増加する V 字の変化がみられた。小学 1 年生では、H30 年度に最も高い 4.4%を示す。発災から 2~3 年の間には県外からの専門医の支援などもあり、診断や受診率が高まった時期もあり、そうした影響も考えられる。

H18 年度生まれの追跡調査の結果では、医療機関受診の割合は H25 (小学 1 年)、H28 (小学 4 年)、H30 (小学 6 年) のいずれも約 3%を維持し、未受診の子どもの割合は、減少傾向がみられた。

・教育的な配慮については、小学 1・6 年生のいずれも学級担任による配慮のみが高い割合を示し、子どもの特徴として「一斉指導が入りにくい (指示の理解) (14 件)」が最

も多く上げられた。次いで、「強いこだわりがあり、トラブルになりやすい（10件）」、「学習の理解が難しい（10件）」であり、自閉症特性や学習障害、知的障害の特性に類似する内容であった。

「学級担任による配慮のみ」の具体的な支援内容は、「個別の声かけ（32件）」が最も多く、次いで「担任を中心に（他の先生にサポートをしてもらいながら）個別の支援・指導を行う（17件）」、「本人の話（思い）を聞く（8件）」の件数が多かった。その他、回答は多岐に渡り、重複項目は少なかった。個別に配慮された支援であることが推測される。また、校内で他の先生方と連携して対応するという回答もみられ、全体で周知し、組織として対応することが求められていることも明らかとなった。

・医療機関の受診については、子どもの特性を把握しつつも、医療機関受診に至らない理由として、保護者の理解を得ることの難しさ、対応の工夫が求められる現状が明らかとなった。対応として、教育センター、教育相談の活用、学校が子どもの実態について説明を行う等が上げられた。支援を必要とする子どもの保護者との関係づくりにおいては、乳幼児期からこれまでの継続的な関わり、サポートを丁寧に行う縦の“つながり”も求められる。学校だけで解決することが難しい問題であることも推測され、就学前から関りのある療育機関、母子保健等との連携も踏まえて保護者支援システムの検討の必要性がある。

・震災後の子どものメンタルヘルスについては、震災時に生まれた学年（1年生）で15

名が上げられ、小学6年生は19名であった。全児童数に占める割合は少ないものの、現在も震災関連の影響から支援が必要となる子どもがいることが明らかとなった。しかしながら、実際にスクールカウンセラーや医療機関などの支援につながったのは、上げられた件数の約半数である。

長期的避難生活から帰還、生活再建への移行といった生活環境の変化や、保護者のメンタルヘルスも踏まえて支援を検討する必要がある。

E. まとめ

小学1・6年生の“発達の偏りや遅れのある子ども”の実態について、H25、H28、H30年度の定点調査結果（各年度の小学1・6年生）を比較すると、H30年度においていずれの学年も最も高い割合を示し、増加傾向がみられた。

医療機関の受診率は、特に小学1年生においてH30年度で増加がみられた。支援内容については、「学級担任による配慮のみ」が最も高い割合を示し、一斉指示により集団活動への参加が難しいことなどが主な問題として上げられた。医療機関の未受診児童の特徴として、“保護者の理解”に関する問題が上げられ、校内や教育機関での対応がなされる一方で、縦横の“つながり”（地域内の福祉や母子保健等他機関との連携）について検討が必要であり、これは人口規模の大きい地域の支援システムにおける課題とも言える。

F. 研究発表

- 1) 論文発表 なし
- 2) 学会発表 なし

G. 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

<参考・引用文献>

- 1) 発達障がいの可能性のある児童生徒を含む特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査報告書.福島県教育委員会.平成30年度 未来へつなぐ子育て・教育充実事業「発達障がい児童生徒調査研究事業」.2019.3
- 2) 内山登紀夫,川島慶子,中村志寿佳,福留さとみ.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究(いわき市・南相馬市).発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成29年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2018.3
- 3) 内山登紀夫,川島慶子.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究(いわき市).発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成28年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2017.3
- 4) 内山登紀夫,川島慶子,鈴木さとみ.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究(いわき市)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.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成27年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2016.3
- 5) 本田秀夫(2016).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.厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野))「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」(研究代表者 本田秀夫)平成25-27年度総合研究報告書.
- 6) 内山登紀夫,川島慶子.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究.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.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成25年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2014.3
- 7) 内山登紀夫,川島慶子,鈴木さとみ(2015).震災と子どものメンタルヘルス 福島の乳幼児のメンタルヘルス.発達障害医学の進歩,27,1-8.
- 8) いわき市の人口平成29年版(2017).いわき市.
- 9) いわき市HP>オープンデータ・活用事例>統計データ>地区別受入避難住民数(総数).2019.4.8現在.

【H30年度 いわき市調査結果】

表1 H30小学1年生 n=2535(男=1329,女=1206)

主たる問題	発達が遅れや偏りのある子どもの総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	男			女			男			女			男			女		
	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%
対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)	70	2.8%	3.9%	18	1.5%	0.9%	50	2.0%	2.9%	39	2.9%	1.1%	20	0.8%	1.0%	13	0.8%	0.6%
落ち着かない、そっかしい等の問題(ADHD等)	40	1.6%	2.6%	5	0.4%	0.2%	14	0.6%	0.9%	12	0.9%	0.2%	26	1.0%	1.7%	23	1.0%	0.2%
言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)	27	1.1%	1.8%	3	0.2%	0.0%	4	0.2%	0.3%	4	0.3%	0.0%	23	0.9%	1.5%	20	0.9%	0.2%
学力の問題(LD等)	12	0.5%	0.5%	5	0.4%	0.1%	1	0.04%	0.0%	0	0.0%	0.1%	11	0.4%	0.5%	7	0.4%	0.3%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	49	1.9%	2.3%	18	1.5%	1.4%	40	1.6%	1.7%	23	1.7%	1.4%	9	0.4%	0.6%	8	0.4%	0.1%
その他何らかの精神的なケアを要する(チック、緘黙等)	7	0.3%	0.4%	2	0.2%	0.1%	3	0.1%	0.2%	2	0.2%	0.1%	4	0.2%	0.2%	3	0.2%	0.1%
境界域知能	18	0.7%	1.0%	5	0.4%	0.1%	6	0.2%	0.4%	5	0.4%	0.1%	12	0.5%	0.6%	8	0.6%	0.3%
計	223	8.8%	12.6%	56	4.6%	2.7%	118	4.7%	6.4%	85	6.4%	3.3%	105	4.1%	6.2%	82	4.1%	1.9%

表2 H30小学6年生 n=2902(男=1457,女=1445)

主たる問題	発達が遅れや偏りのある子どもの総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	男			女			男			女			男			女		
	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%	人数	%	%
対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)	53	1.8%	2.9%	11	0.8%	0.6%	37	1.3%	2.0%	29	2.0%	0.8%	16	0.6%	0.9%	13	0.9%	0.2%
落ち着かない、そっかしい等の問題(ADHD等)	33	1.1%	1.9%	6	0.4%	0.2%	17	0.6%	1.0%	14	1.0%	0.3%	16	0.6%	0.9%	13	0.9%	0.2%
言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)	2	0.1%	0.1%	1	0.1%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	2	0.1%	0.1%	1	0.1%	0.1%
学力の問題(LD等)	14	0.5%	0.8%	3	0.2%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	14	0.5%	0.8%	11	0.8%	0.2%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	42	1.4%	1.9%	15	1.0%	0.8%	29	1.0%	1.2%	18	1.2%	0.8%	13	0.4%	0.6%	9	0.6%	0.3%
その他何らかの精神的なケアを要する(チック、緘黙等)	3	0.1%	0.1%	1	0.1%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	3	0.1%	0.1%	2	0.1%	0.1%
境界域知能	11	0.4%	0.7%	1	0.1%	0.0%	1	0.03%	0.1%	1	0.1%	0.0%	10	0.3%	0.6%	9	0.6%	0.1%
計	158	5.4%	8.2%	38	2.6%	1.5%	84	2.9%	4.3%	62	4.3%	2.2%	74	2.5%	4.0%	58	4.0%	1.1%

表 3

H30/小学6年生 n=2902(男=1457,女=1445)

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)	3	0.1%	3	0.2%	0	0.0%
落ち着かない、そっかしい等の問題(ADHD等)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題(LD等)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神的なケアを要する(チック、緘黙等)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	3	0.1%	3	0.2%	0	0.0%

表4 教育において配慮や支援が必要な子どもの人数と割合

支援内容	H30小学1年生 n=2503(男=1305,女=1198)				H30小学6年生 n=2877(男=1439,女=1438)							
	計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
(1) 知的障害特別支援学級総数	38	1.5	23	1.8	15	1.3	40	1.4	25	1.7	15	1.0
(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	19	0.8	15	1.1	4	0.3	16	0.6	13	0.9	3	0.2
(3) その他の特別支援学級総数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(1) 情緒障害通級指導教室に通級	3	0.1	3	0.2	0	0.0	5	0.2	4	0.3	1	0.1
(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	19	0.8	16	1.2	3	0.3	3	0.1	2	0.1	1	0.1
(3) その他の通級指導教室に通級	5	0.2	3	0.2	2	0.2	4	0.1	2	0.1	2	0.1
(4) 適応指導教室((1)~(3)通級児を除く)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(5) その他の支援	14	0.6	12	0.9	2	0.2	7	0.2	5	0.3	2	0.1
(6) 学級担任による配慮のみ	78	3.1	61	4.7	17	1.4	60	2.1	53	3.7	7	0.5

表7 震災後のメンタルヘルスケアの必要な児童生徒数

内容	H30小学1年生 n=2535(男=1329,女=1206)				H30小学6年生 n=2902(男=1457,女=1445)							
	計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
①震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	15	0.6	9	0.7	6	0.5	19	0.7	13	0.9	6	0.4
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	5	0.2	4	0.3	1	0.1	5	0.2	2	0.1	3	0.2
③ ①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1	2	0.1	0	0.0

分担研究報告書

福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究
（南相馬市）

研究代表者 本田 秀夫（信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室）
研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 川島 慶子（福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室 研究員）

研究要旨：

本研究班の目的に加え、震災後の地域特性の変化も踏まえた“発達の偏りや遅れのある子ども”の実態の把握と支援内容について検討することを目的とし、質問紙調査を実施した。

H18年度生まれ（H25年度小学1年生）の追跡調査では、“発達の偏りや遅れのある子ども”の割合はこれまで増加傾向がみられたが、今年度の調査結果（H30年度小学6年生）において若干の減少がみられた。

支援については、「担任による配慮のみ」の子どもの割合が最も高く、その対象となる子どもの特徴は「不注意、集中が持続しにくい」等の内容が上げられた。医療機関未受診の子どもの特徴は「保護者の理解」「家庭環境」に問題を抱える状態が指摘されており、家族支援についての検討も重要であることが明らかとなった。

A. 概要と目的

福島県沿岸部はH23年3月11日から現在に至るまで、東日本大震災（以下、震災）後の第一原子力発電所事故の影響により、避難や帰還などによる人口変動が大きい地域である。発達の偏りや遅れのある子どもの実態とその支援ニーズを経時的に把握することは、震災に起因する地域特性も踏まえた支援ニーズの変化を確認することにつながり、今後の支援体制整備の基礎資料となることが期待される。

今回は、H25年度より毎年行われてきた調査結果のうち、H30年度分について報告する。

B. 方法

本研究は、南相馬市内の全ての小学校と近隣市の特別支援学校におけるH30年度小学1年生と6年生を対象にH30年12月～H31年1月に質問紙調査を実施した。

質問紙は、市の教育委員会の協力を得て各小学校に配布し、返信用封筒（郵送）にて

回収した。県立の特別支援学校は、同内容の質問紙を郵送にて配布回収した。

質問紙の項目は、1) 発達の偏りや遅れのある子どもの人数と医療機関受診の有無、2) 主たる問題別の人数、3) 不登校の人数、4) 特別な教育的配慮(支援内容別の人数)、5) 「学級担任のみの配慮」の対象児の特徴と対応(自由記述)、6) 「医療機関未受診」の子どもの特徴と対応(自由記述)、7) 震災後のストレスによる影響から支援が必要と思われる子どもの人数を記入する。本研究班の共通の質問項目 1)～4)、独自に作成した項目 5)～7)から構成される。

回答者は、各校の対象となる子どもの実態を把握している担任教諭や特別支援教育コーディネーター等とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、福島大学の倫理指針に基づき、承認を得て行った。

C. 研究結果

質問紙は、小学校 15 校中 15 校、支援学校 1 校中 1 校でありから回答を得ており、回収率 100%であった。質問紙の結果から得られた児童数は次の通りである。

H30 年度

小学 1 年生 326 名(男 152 名、女 174 名)

小学 6 年生 369 名(男 193 名、女 176 名)

発達に何らかの偏りや遅れのある子どもについて、主たる問題別に全児童数に占めるそれぞれの割合と医療機関の受診の割合を学年別に表 1 と表 2 に示す。

1) 発達の遅れや偏りのある子どもの割合

各学年の“発達の遅れや偏りのある子どもの総数”の割合は、表 1 の主たる問題別の合計より、小学 1 年生は 16.3%(男 20.4%、女 12.6%)、小学 6 年生は 14.9%(男 20.7%、女 8.5%)であった。女児の割合は、小学 6 年の方が少ないが、男児は小学 1 年、6 年のいずれも約 20%であった。

その内、学校が医療機関の受診を把握している子どもの割合(全児童数に占める割合)は、表 1 の主たる問題別の合計より、小学 1 年生は 4.0%(男 6.6%、女 1.7%)、小学 6 年生は 7.3%(男 10.4%、女 4.0%)であり、男女とも小学 6 年生の方が高い結果であった。

2) 主たる問題別の割合

・小学 1 年生

“医療機関の受診あり(学校で受診が把握されている)”では、「対人関係やこだわり等の問題(自閉症等)」を呈する子どもが全児童数の 2.5%であり、その他の問題はそれぞれ 1%に満たない。

“未受診(学校で受診を把握していない)”では、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題(ADHD 等)」が 4.0%と最も高く、次いで「対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)」3.4%、「言葉の問題(構音障害等)」3.4%であった。

・小学 6 年生

“医療機関の受診あり”では、「対人関係やこだわり等の問題(自閉症等)」が 3.5%と最も高く、次いで「落ち着きがない、そそっかしい等の問題(ADHD 等)」2.7%であった。

“未受診”では、「落ち着きがない、そそ

っかしいなどの問題（ADHD等）」が2.2%と最も高く、次いで「対人関係やこだわりの問題（自閉症等）」1.4%、「学力の問題（LD等）」1.4%、「全体的な発達の遅れ（精神遅滞等）」1.4%、「境界知能」1.4%であった。

3) 特別な教育的配慮

学校教育において支援・配慮が必要な子どもの人数と全児童数に占める割合については、学年別に表3に示す。

・小学1年生

教育における支援内容は「学級担任による配慮のみ」7.4%（男10.1%、女5.2%）が最も高く、次いで、「難聴・言語障害通級指導教室」5.3%（男5.4%、女5.2%）、「特別支援学級（知的障害）」2.2%（男4.0%、女0.6%）であった。

・小学6年生

小学1年生と同様に、「学級担任による配慮のみ」6.6%（男10.0%、女2.9%）が最も高く、次いで、「特別支援学級（知的障害）」2.2%（男2.6%、女1.7%）、「特別支援学級（情緒障害）」1.4%（男2.1%、女0.6%）、「その他の支援」1.4%（男0.5%、女2.3%）であった。「その他の支援」の内容は、学習支援員によるサポートや支援員の配置などであり、男子よりも女子の方が高い結果である。「難聴・言語通級指導教室」は1.1%（男1.6%、女0.6%）であった。

4) 学級担任による配慮のみの子どもの特徴と支援内容（自由記述）[表4参照]

本項目の回答は自由記述形式であり、回収済みアンケート15校のうち有効回答が得られたのは8校であった。回答内容は、

ケースや特性ごとに分類し、類似する内容はまとめて表記し、件数を示した。個人が特定されないことがないように、適宜詳細な内容は削除した。

小学1・6年生に共通する項目（合算）、小学1年生のみ、小学6年生のみに分類し、件数の多い順に示す。

各学年に共通する特徴では、「注意散漫で集中力が持続しない、不注意傾向（6件）」が最も件数が多く、小学1年生では、「他人とコミュニケーションがとりづらく、もめごとが起きやすい（4件）」であった。小学6年生では、重複する内容が少なく、問題が多様化する。

支援内容は、各学年に共通するものとして「注意喚起、声かけ、名前を呼んでから伝える（8件）」が多く、小学1年生、6年生のいずれも重複項目が少なかった。

5) 医療機関を受診しない子どもの特徴と状態（自由記述）[表5参照]

本質問項目については、15校中6校から回答を得た。自由記述に記載された文章は、ケースや特性ごとに分類し、類似する内容はまとめて表記した。括弧内は件数を示す。個人が特定されないことがないように、適宜詳細な内容は削除または改変した。

小学1・6年生に共通する内容、小学1年生のみ、小学6年生のみに分類し、件数の多い順に示す。

医療機関を受診しない子どもの特徴として、小学1・6年生に共通する内容として「保護者の問題意識がない（2件）」、小学1年生では「校内の支援で安定して過ごしている（3件）」、小学6年生は家庭の問題が特徴として上げられた。

未受診児童への対応は、「学校における個別の支援、学習支援、通級指導教室等」の教育的支援が学年で共通する内容であり、

その他、1年生では「他機関に相談している」、6年生では、「家庭との連携」や「中学校への引継ぎ」などがみられた。

表4「学級担任による配慮のみ」の支援対象となる子どもの特徴と支援内容(自由記述、件数)

学年	「学級担任による配慮のみ」の支援対象となる子どもの特徴	件数
1・6	注意散漫で集中力が持続しない。不注意傾向。	6
1・6	周りの雰囲気を感じ取るのが苦手で、場にそぐわない言動をしてしまう。(2件)	2
1・6	指示理解が低い。(2件)	2
1・6	身の回りの整理が苦手。整理整頓が苦手な忘れ物も多い。	1
1	他人とコミュニケーションがとりづらく、もめごとが起きやすい。(4件)	4
1	場面緘黙。(2件)	2
1	国語、算数などの基本的な学習内容が理解できない。(2件)	2
1	言葉の意味、文章の意味の理解が難しい、音読が出来ない、構音の問題など。(2件)	2
1	家庭環境に問題がある。家族の協力が得られにくい。(2件)	2
1	欠席(病欠)が多い。	1
1	体温調節が難しい。	1
6	予定の変更が苦手、予期せぬ出来事があると混乱する。(2件)	2
6	不登校の傾向。(発達障害の特性、好きな活動にのみ参加等)(2件)	2
6	思ったことをすぐに行動に移してしまい、周りに迷惑をかけてしまう。	1
6	作業速度が遅い。	1
6	普通学級内で一緒に学習・生活を共にすることが可能。(問題がみられない)	1
学年	「学級担任による配慮」の内容	
1・6	注意喚起、声かけ、名前を呼んでから伝える。(8件)	8
1・6	先を見通した計画を示す。予告した時間を延長した場合の休憩時間を補償する。(2件)	2
1・6	医療機関の受診を勧める。(2件)	2
1	授業の中で、対象児にわかりやすいよう工夫して全体指導する。	1
6	視覚支援	1
6	SCと保護者の定期的な面接。	1
6	座席の位置の配慮。	1
6	本人に合わせて課題を選び、提示する。	1
6	同じ学級の児童の言動をモデルとして示す。	1
6	薬を服用している	1

表5 医療機関を受診しない子どもの特徴（自由記述、件数）

学年	医療機関を受診しない子どもの特徴	件数
1・6	保護者に問題意識がない。	2
1	発達の遅れや偏りがあるが、学校で支援(支援級、通級、支援員、担任)により安定して過ごしている。	3
1	宿題忘れや自己都合による欠席が多い。	1
1	泣く、嫌なことはやらない等の情緒面の幼さがあるタイプ。	1
1	問題が表面化しにくいタイプ。	1
6	家庭の状況が不安定である（離婚や再婚等）。	1
6	家庭でも困り感を持っているが、受診に至っていない。	1
医療機関を受診しない子どもへの対応		
1・6	学校における個別の支援、学習支援員、通級指導教室など。	3
1	（医療機関以外の）他の機関に相談している。	1
6	家庭との連携がスムーズ（うまく）に進むよう、適宜連絡を取り合っている。	1
6	中学校への支援の引き継ぎが課題	1

7) 震災後のストレス [表6参照]

発達的な特性の有無にかかわらず、各学年全体において、震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる子どもの人数について、小学1年生では10名（男7名、女3名）、小学6年生は5名（男2名、女3名）であった。医療機関を受診した子どもは、小学1・6年生いずれも1名であった。小学1年生は、未受診の子どもは全てスクールカウンセラーの面接を受けているが、小学6年生はいずれの支援も受けていない子どもが2名であった。

8) 地域特性の変化

南相馬市の過去10年の人口推移は、H22年度の人口総数70,878人からH23年度では66,542人と大幅な減少（転出者数の増加）がみられたが、H27年度は57,797人となり、さらに大きな減少がみられた⁸⁾。

併せて、社会的人口の増減では、H23年度で転出者が5,038人と急激な増加がみられ、その後約2,000人を維持していたが、H26年度以降は、増加傾向を示す（転出者数；H26年2,005人、H27年2,452、H28年2,918人）。転入者はH24年度以降緩やかな増加傾向を示すが、H28年度以降は高止まりの特徴がみられ⁷⁾。背景として、東日本大震災後の避難や生活再建による影響が考えられる。

こうした生活環境の変化の影響は、H18年度生まれの子どもの小学校の在籍児童数（表7）にも表れており、H26年度以降は転入と転出の混在があり、毎年約30人が転入、約10人が転出といった状況がある（表7参照）。

表7 H18年度生まれ：在籍児童数の変動

(単位：人数)

	H22 1学年 平均	H25	H26	H27	H28	H29	H30
在籍数	671人	272	299	322	338	364	365
転入	—	5	28	31	33	29	—
転出	—	2	8	13	8	11	—

南相馬市教育委員会より情報提供 (H30.5.1時点)

D. 考察

・H25年度からこれまでのH18年度生まれ(H25年度小学1年生～H30年度小学6年生)の追跡調査結果²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾を踏まえ、子どもの発達の偏りや遅れのある子どもの割合について検討する。

発達の偏りや遅れのある子どもの割合は、

- ・H25年 18.9% (医療あり 7.7%)
- ・H26年 10.0% (医療あり 5.0%)
- ・H27年 11.8% (医療あり 5.1%)
- ・H28年 15.6% (医療あり 4.7%)
- ・H29年 16.3% (医療あり 8.9%)
- ・H30年 13.6% (医療あり 7.3%)

であった。

発達の偏りや遅れのある子どもの割合(未受診を含む)は、H26年度より増加傾向を示したが、H30年度で若干の減少がみられた。医療機関を受診している子どもの割合は、約5%前後を推移したが、H29年度に増加を示した。こうした変動の背景には、子どもの発達特性に関する感度の高まりなども考えられるが、震災後の地域特性の変化の影響も踏まえ、多角的な視点で検討する必要がある。

・学校における教育的配慮と支援については、小学1年生、6年生共に「学級担任による配慮のみ」が最も高い割合を示し、過去5年間の調査において全て同様の結果であった。そこで、今回は、その項目に該当する子どもの特徴と具体的な支援の内容について、自由記述の項目を追加した調査を実施した結果について検討する。

各学年に共通する子どもの特徴は「注意散漫で集中力が持続しない、不注意傾向」、対応は「注意喚起、声かけ、名前を呼んでから伝える」が最も多く、小学1年生では「コミュニケーションの苦手さによるトラブル」、小学6年生では「予定の変更が苦手、混乱しやすい」「不登校傾向」などが問題として上げられた。

校内外の連携は、すでに構築された支援システムがあるものの、震災後の地域特性の変化、現在の子どもの実態を踏まえると、子どもの見立て(アセスメント)と支援については、より専門的な支援が必要となることが推測される。

・医療機関の未受診の子どもの特徴では、自由記述の内容から、小学1年生では子どもの特性に注目した回答が多いが、小学6年生では保護者や家族に関する課題が主となった。家庭と学校の連携が難しい子どもの場合、医療機関の受診につながりにくい傾向がみられた。

・震災の影響を踏まえたメンタルヘルス支援の必要な子どもは、震災後に生まれた小学1年生においても報告があり、小学6年生よりも高い割合を示した。保護者などの大人、きょうだい、祖父母等の家族(大人)

のメンタルヘルスや、生活環境の変化も踏まえた支援は、長期的に実態を把握し、支援を継続することが必要である。

E. まとめ

市内に居住する H18 年度生まれの追跡調査の結果から、小学 2 年生以降に毎年増加傾向を示した発達の偏りや遅れのある子どもの割合は、今年度の調査結果において、若干の減少がみられた。支援内容では、「学級担任による配慮のみ」が占める割合が毎年最も高かった。そこで、今年度は自由記述で具体的な内容を把握したところ、「集中が持続しない、不注意傾向」などの問題を持つ子どもが対象となりやすいことが明らかとなった。

F. 研究発表

1) 論文発表 なし

2) 学会発表

・東日本大震災後の福島県沿岸部の学校における子どもの支援ニーズの検討～5 年間の調査結果から～. 川島慶子, 内山登紀夫. 第 59 回日本児童青年精神医学会ポスター発表.2018.10

G. 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

<参考・引用文献>

1)発達障がいの可能性のある児童生徒を含む特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査報告書.福島県教育委員会.平成 30 年度 未来へつなぐ子育て・教育充実

事業「発達障がい児童生徒調査研究事業」.2019.3

2)内山登紀夫,川島慶子,中村志寿佳,福留さとみ.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究(いわき市・南相馬市).発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成 29 年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2018.3

3)内山登紀夫,川島慶子.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究(南相馬市).発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成 28 年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2017.3

4)内山登紀夫,川島慶子,鈴木さとみ.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究(南相馬市).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.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成 27 年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2016.3

5)内山登紀夫,鈴木さとみ,川島慶子.福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究 2.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.障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野).平成 26 年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2015.3

6)平成 29 年版福島県勢要覧

7)統計集「まち D ス 2017」.南相馬市.p5-8.

8)南相馬市 HP>市政ポータル>市政情報>統計情報>人口と世帯の推移(H31.4.2 時点).

【H30年度 南相馬市調査結果】

表1 H30小学1年生 n=326(男=152,女=174)

主たる問題	発達の違いや偏りのある子どもの総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)	11	3.4%	7	4.6%	4	2.3%	8	2.5%	5	3.3%	3	1.7%	3	0.9%	2	1.3%	1	0.6%
落ち着かない、そっかしい等の問題(ADHD等)	15	4.6%	8	5.3%	7	4.0%	2	0.6%	2	1.3%	0	0.0%	13	4.0%	6	3.9%	7	4.0%
言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)	11	3.4%	6	3.9%	5	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	3.4%	6	3.9%	5	2.9%
学力の問題(LD等)	3	0.9%	3	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%	3	2.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	7	2.1%	5	3.3%	2	1.1%	2	0.6%	2	1.3%	0	0.0%	5	1.5%	3	2.0%	2	1.1%
その他何らかの精神的なケアを要する(チック、緘黙等)	4	1.2%	1	0.7%	3	1.7%	1	0.3%	1	0.7%	0	0.0%	3	0.9%	0	0.0%	3	1.7%
境界域知能	2	0.6%	1	0.7%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%	1	0.7%	1	0.6%
計	53	16.3%	31	20.4%	22	12.6%	13	4.0%	10	6.6%	3	1.7%	40	12.3%	21	13.8%	19	10.9%

表2 H30小学6年生 n=369(男=193,女=176)

主たる問題	発達の違いや偏りのある子どもの総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)	18	4.9%	13	6.7%	5	2.8%	13	3.5%	10	5.2%	3	1.7%	5	1.4%	3	1.6%	2	1.1%
落ち着かない、そっかしい等の問題(ADHD等)	18	4.9%	17	8.8%	1	0.6%	10	2.7%	9	4.7%	1	0.6%	8	2.2%	8	4.1%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題(LD等)	5	1.4%	4	2.1%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.4%	4	2.1%	1	0.6%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	8	2.2%	4	2.1%	4	2.3%	3	0.8%	1	0.5%	2	1.1%	5	1.4%	3	1.6%	2	1.1%
その他何らかの精神的なケアを要する(チック、緘黙等)	1	0.3%	0	0.0%	1	0.6%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界域知能	5	1.4%	2	1.0%	3	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.4%	2	1.0%	3	1.7%
計	55	14.9%	40	20.7%	15	8.5%	27	7.3%	20	10.4%	7	4.0%	28	7.6%	20	10.4%	8	4.5%

表 3

教育において配慮や支援が必要な子どもの人数と割合

支援内容	H30小学1年生 n=323(男=149,女=174)				H30小学6年生 n=365(男=190,女=175)							
	計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
(1) 知的障害特別支援学級総数	7	2.2	6	4.0	1	0.6	8	2.2	5	2.6	3	1.7
(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	1	0.3	1	0.7	0	0.0	5	1.4	4	2.1	1	0.6
(3) その他の特別支援学級総数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(1) 情緒障害通級指導教室に通級	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.5	0	0.0
(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	17	5.3	8	5.4	9	5.2	4	1.1	3	1.6	1	0.6
(3) その他の通級指導教室に通級	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.5	2	1.1	0	0.0
(4) 適応指導教室((1)~(3)通級児を除く)	1	0.3	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(5) その他の支援	6	1.9	4	2.7	2	1.1	5	1.4	1	0.5	4	2.3
(6) 学級担任による配慮のみ	24	7.4	15	10.1	9	5.2	24	6.6	19	10.0	5	2.9

表 6

震災後のメンタルヘルスケアの必要な児童数

内容	H30小学1年生 n=326(男=152,女=174)				H30小学6年生 n=369(男=193,女=176)							
	計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
①震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	10	3.1	7	4.6	3	1.7	5	1.4	2	1.0	3	1.7
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	9	2.8	6	3.9	3	1.7	2	0.5	1	0.5	1	0.6
③ ①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	1	0.3	1	0.7	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1	0.6

分担研究報告書

福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究
（会津若松市）

研究代表者 本田 秀夫（信州大学 医学部 子どものこころの発達医学教室）
研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 川島 慶子（福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室 研究員）

研究要旨：

本研究では、本研究班の目的に加え、発達障害の発見と支援システムに関して、新たな事業や取り組みを行う自治体を対象とし、その支援システムと子どもの実態の経時的変化について検討することを目的とし、対象地域の発達支援システムと子どもの発達特性に関する実態について H29 年度より質問紙調査を開始した。今年度は、H30 年度の年長児（H24 年度生まれ）を対象とし、対象地域内の保育所、幼稚園、子ども園など 34 施設に依頼し回収率は 100%である。

発達の偏りや遅れのある子どもの割合は、H29 年度 7.3%（受診あり 3.9%）から H30 年度 10.9%（受診あり 6.2%）であり、特に、医療機関を受診した子どもの割合が増加した。

支援内容の内訳では、「担任による配慮のみ」の割合が最も高く、次いで「加配保育」であった。発達障害の子どもの支援に関する意見では、医療機関未受診の子どもへの支援の在り方（行政システム、家族支援）が課題として上げられた。

A. 研究目的

本調査は、本研究班の「発達の偏りや遅れのある子どもの実態把握と支援システムに関する検討」の基礎資料とすることを目的とする。併せて、今後、発達障害の発見と支援システムに関して、新たな事業や取り組みを行う自治体を対象とし、その支援システムと子どもの実態の経時的変化について検討することを目的とする。今年度は、定点

調査として、H24 年度生まれ（H30 年度の年長児）の子どもを対象とした調査結果について報告する。

B. 研究方法

対象地域は、福島県内陸部に位置する会津若松市である。実施場所は市内の全ての保育園、幼稚園、認定こども園など 34 施設である。質問紙調査であり、行政担当課の協

力を得て電子媒体にて配布回収を行った。

対象児は、各施設の年長児（H24年度生まれ；H30年5月1日現在、会津若松市に居住し各施設に在籍する年長児）である。

質問紙の項目は、「発達の偏りや遅れのある子どもの人数（主たる問題別、医療機関の有無、療育機関利用の有無）」、「施設内の支援内容（選択式）」、「施設外の支援内容（選択式）」、「相談・連携先（選択式）」、「医療機関を受診しない理由（選択式）」、「療育機関を利用しない理由（選択式）」、「その他、発達障害児の支援に関する意見（自由記述）」などから構成される（本研究班の質問紙を参考に独自に作成）。

回答者は、各施設の対象児の発達の偏りや遅れについて実態を把握される先生（担任の先生など）とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、福島大学の倫理指針に基づき、承認を得て行った。

C. 研究結果

アンケートは、会津若松市内の対象となる34施設、全てから回答を得た（回収率100%）。

本調査の結果から得られた児童数は920名（男484名、女436名）である。会津若松市のH24年度の出生数は954名である（H31年2月時点；会津若松市担当課より）。

1) 発達の偏りや遅れのある子ども

“発達の偏りや遅れのある子ども”について、主たる問題別の人数、全児童数に占めるそれぞれの割合（医療機関の受診の有無、療育機関の利用の有無）に関して、表1-1、

表1-2に示した。

“発達の偏りや遅れのある子どもの総数”は、主たる問題別の合計から、100名（男78名、女22名）であり、全児童の10.9%（男16.1%、女5.0%）であった。

その内、“医療機関を受診している子ども”は、57名（男46名、女11名）であり、全児童の6.2%（男9.5%、女2.5%）である。

また、“療育機関を利用”する子どもは、31名（男26名、女5名）であり、全児童の3.4%（男5.4%、女1.1%）であった。

2) 主たる問題別

医療機関の未受診の子どもを含む“発達の偏りや遅れのある子どもの総数”では、

「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」3.6%（男5.0%、女2.1%）が最も高い割合を示し、次いで「対人関係やこだわりなどの問題」2.9%（男5.2%、女0.5%）、「言葉を理解すること話すことの問題（構音障害）」1.5%（男2.3%、女0.7%）、「発達全体の遅れ（精神遅滞等）」1.5%（男2.1%、女0.9%）、「その他何らかの精神的なケアを要する（チック、緘黙等）」1.3%（男1.7%、女0.9%）であった。

“医療機関の受診あり”では、「対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）」2.2%（男3.7%、女0.5%）が最も高く、次いで「言葉の理解や話すことの問題（構音障害等）」1.4%（男2.1%、女0.7%）、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）」1.1%（男1.7%、女0.5%）、「発達全体の遅れ（精神遅滞等）」1.0%（男1.4%、女0.5%）、「その他何らかの精神的なケアを要する

(チック、緘黙等)0.5%(男 0.6%、女 0.5%)であった。

“療育機関を利用”する子どもでは、「対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)」1.6%(男 2.9%、女 0.2%)が最も高く、次いで「発達全体の遅れ(精神遅滞等)」0.8%(男 1.0%、女 0.5%)であった。

2) 支援内容

“発達の偏りや遅れのある子ども”の支援について、施設内(加配保育、施設独自に保育士を配置、担任による配慮のみ、その他)、施設外(療育機関、言語訓練、作業療法、理学療法等)それぞれの支援を利用する子どもの人数を回答いただいた。その結果(人数と全児童数に占める割合)を表2、表3に示す。

・施設内

“施設内における支援内容”の内訳では、「担任による配慮のみ」が37名(男26名、女11名)、全児童の4.0%(男5.4%、女2.5%)であり、最も高い割合を示した。次いで「加配保育」24名(男19名、女5名)であり、全児童の2.6%(男3.9%、女1.1%)であった。「施設独自で個別に保育士を配置」は17名(男14名、女3名)であり、全児童の1.8%(男2.9%、女0.7%)であった。

・施設外

“施設外における支援内容”の内訳では、「言語訓練」が25名(男21名、女4名)、2.7%(男3.5%、女0.9%)であり、最も高い割合を示した。次いで「児童発達支援事業(療育機関等)」21名(男17名、女4名)、

2.3%(男3.5%、女0.9%)であった。

3) 相談や連携

発達の偏りや遅れのある子どもで相談機関の利用をする子どもの人数と全児童に占める割合は、表4の通りである。“相談機関の利用”をしている子どもの合計は、7.1%(男9.7%、女4.1%)であった。

内訳では、「市の保健師や家庭相談員」を利用するのは40名(男29名、11名)であり、全児童の4.3%(男6.0%、女2.5%)であった。地域(民間)の相談員の利用は12名(男10名、女2名)であり、全児童の1.3%(男2.1%、女0.5%)である。その他は13名(男8名、女5名)であり、全児童の1.4%(男1.7%、女1.1%)であった。その他の内容は主に教育機関である。

4) 医療や療育を利用しない理由

「医療機関を受診しない理由」と「療育機関を利用しない理由」については、選択式であり、各国目の件数について表5、表6に示す。いずれも「必要性を感じない」(未受診20件、未療育33名)が最も多い結果であった。次いで、「家族の理解が得られない」(未受診10名、未療育13名)、「抵抗がある」(未受診7名、未療育3名)であった。

5) 発達障害の支援に関する意見

本質問項目は、自由記述とし、回答を得た34施設の内、12の施設から回答を得た。結果については、表7の通りである。

加配保育を必要としながらも、医療機関を受診するまでの保護者の理解の促し、各

施設での人的配置の工夫（チームで対応する等）に関する意見が多く上げられた。また、保護者支援や未診断の児童への人的配

置に関する支援システムへの課題について意見があった。

表7 発達障害の支援に関する意見

No.	発達障害の支援に関する意見
1	<ul style="list-style-type: none"> ・本来なら加配をつけたいが、未診断であるため、人員配置がかなり困難になる。行事などで大人の数が必要となる場合は、園長・主任保育士が付き添って対応する。 ・障害の診断書がなくとも、地域や民間の連携・支援を利用している園児に関して、補助があるとありがたいと思う。
2	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者との信頼関係の構築が難しい。 ・子どもの発達の理解を促すことが難しい。困難さが伝わりにくい。
3	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関や専門機関の受診につなぎたいが、保護者の理解が得られにくく、何年もかかるケースがほとんどである。 ・そのため、園独自で加配をつけて対応している。保育士不足の中、とても苦慮する現状がある。
4	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の理解が得られないと相談会へ参加できない。保育士の立場からでは、耳をかしてくれず、そのままになってしまう。
5	<ul style="list-style-type: none"> ・年々発達障害の子が増加傾向にあるが、保育士を配置する人的余裕がないのが現状。 ・入園希望があっても発達障害のお子さん全てを受け入れることは難しい状況。
6	<ul style="list-style-type: none"> ・診断の有無に関わらず、年々多動傾向やこだわりの強いお子さんが増えているように思う。 ・家庭の問題が背景の一つにあるように感じる。 ・メディア等の影響から、「発達障害」という言葉が一般的に知られるようになった一方で、正しい解釈を抜きにマイナスのイメージが先行し、言葉だけが独り歩きをしまっているような印象を受ける。 ・簡単に取り入れられるペアレントトレーニングの普及や、サロンのように気軽に参加できる発達相談の機会・場所などが多くあれば、保護者の方も利用しやすいのではないと思う。 ・保育施設と保健師さん・児童相談所・市役所・療育施設・病院などが、互いに連携し合って多角的に支援できる体制が整えば大変心強い。
7	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者の理解を得るのが難しいと、子どもの状況が深刻でも家庭との連携が出来ない。
8	<ul style="list-style-type: none"> ・気になる子どもがいる時に、一番最初の相談としてどこからスタートするのが最善なのかいつも悩む。 ・保育教諭としても「ここ」に相談したら、次につながりやすい機関が明確化していると、保護者に対してでもアドバイスしやすい。
9	<ul style="list-style-type: none"> ・親子支援に適切な施設を紹介できるよう、専門機関を一覧にして、各園に配布してほしい。 ・わからないことは相談しながら、活用したいと思います。
10	<ul style="list-style-type: none"> ・診断を受けるまでの対応に大変苦慮した。
11	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者の理解と積極性がある場合、また、診断がしっかりと確定している場合には、さまざまな支援を選べるようになってきていると感じる。 ・その反対の場合は、結局どこにもつながらず、補助金も出ず、園の中で試行錯誤する他なく、保育士が疲弊してしまう。 ・行事のときに、サポートのために支援が必要な子を見てくれるサービス(園負担なしで)など、何かの援助が得られればと願う。
12	<ul style="list-style-type: none"> ・園での様子を保護者の方に伝えることは出来るが、医療機関や児童発達支援まで助言をすべきか迷う。

6) 地域の発達障害の支援システムに関する変化

・乳幼児健診システムに関する変更は、前年度に1歳6ヵ月児健診、今年度に3歳6ヵ月児健診の間診票の改定があった。

各年度の1歳6ヵ月児健診の対象児数は、H25(973名)、H26(928名)、H27(981名)、H28(974名)、H29(888名)である。H27年度で約50名増加したが、それ以外では減少傾向がみられる。表8の通り、人口増加に起因することが推測される。東日

本大震災後の避難から生活再建のための転入者増の影響が推測される。健診受診率は、H25～H29年度では約97%前後を維持している。

3歳6か月児健診の対象児数は、H25(1023人)、H26(1016人)、H27(991人)、H28(930人)、H29(953人)である。3歳児では、H29年度に増加がみられ、H27年度の1歳6か月児健診の受診児の増加と連動するものと考えられる。健診受診率はH28年度までは約94%前後を推移したが、H29年度では96.7%にやや増加した。

表8 会津若松市の世帯数と人口変動

年度	世帯数	人口総数
平成22年	47,891	126,220
平成23年	48,103	125,496
平成24年	48,013	124,579
平成25年	48,201	123,605
平成26年	48,379	122,715
平成27年	49,431	124,062
平成28年	49,559	122,882
平成29年	49,714	121,925

(H30年3.31時点会津若松市の市勢統計データより)

・5歳児発達相談会（新規事業）

会津若松市では、今年度の新規事業として、“5歳児発達相談事業”が開始された。

本事業は、同市内の5歳児の保護者全員を対象として、子どもの発達特性（強みや困難さ等）に関する質問紙（保護者記入式、選択式）を配布・回収の上、保護者の希望を基に専門職による相談会へつなぐ事業である。

保護者が主体的に子どもの発達を確認、支援を求めるシステムであり、障害特性の重さではなく困り感に視点を置く。そうした心配や困り感をきっかけとして、就学まで、さらに就学後も継続的支援につなげる

役割も期待される。

・わんぱく相談事業

毎年実施されている事業である。乳幼児健診や5歳児発達相談会事業などのフォローアップとして、子どもの発達に関する相談の場であり、医師、栄養士、臨床心理士、言語聴覚士、保健師等専門職に相談が出来る。概ね月1回開催される。今年度の実施回数は心理相談10回（15名）、その他13回（120名）であった。対象は、乳幼児や幼児を中心とする。

D. 考察

発達の偏りや遅れのある子どもの割合について、H23年度生まれ（H29年度年長児）は7.3%であったのに対し、H24年度生まれ（H30年度年長児）では10.9%であった³⁾。

医療機関の受診率においても、昨年度3.9%に対し、今年度は6.2%と増加した³⁾。

相談機関の利用については、昨年度は「市の保健師、家庭相談員」への相談が2.3%（21件、n=902）であるのに対し、今年度は4.3%（40件、n=920）と2倍の結果であり、相談件数が増加している³⁾。

子どもの発達特性に関する気づきや相談の増加の理由として、地域の発達障害に関する支援システムの変化や地域資源などの影響も考えられる。

また、受診した子どもの主たる問題の内訳をみると、「対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）」が最も高い結果であるのに対し、施設外の支援内容の内訳では、「言語訓練（2.7%）」が、「療育機関（2.3%）」をやや上回る結果となり、“言葉の問題”を主訴とした受診や福祉機関の利用が多いことも

推測された。

各施設において、発達障害の支援に関する意見を自由記述で上げてもらったところ、人的配置（加配の条件）、保護者支援に関する問題が指摘された。相談件数は増加がみられたが、発達特性への気づきと支援がつながりにくい実態も把握された。人的配置の問題や、子どものみならず家族への具体的な支援の充実も求められることが推測される。また、5歳児相談事業では保護者の困り感や発達への気づきを促す内容となっており、保護者からの発信がないケースについては追跡が難しい状況がある。地域特性も踏まえた検討が求められる。

E. まとめ

発達の偏りや遅れのある年長児の割合は、昨年度と比較して増加した。発達特性への気づきがあるものの、その後の支援や対応が今後の課題となることが推測された。

医療機関の受診と療育機関の利用について問題種別では、「対人関係やこだわり等の問題(自閉症)」の割合が最も高い結果であった。施設外の支援では、言語訓練が多く、言葉の問題が主訴となりやすいことが推測される。また、未受診の子どもへの施設内での支援の在り方について、園独自の加配、担任による配慮などが主となる。「加配」のための条件の見直しなどの人的配置に関する課題が上げられたが、併せて実際の支援方法（発達障害の特性、保護者への対応等）に関するサポートについても検討する必要がある。

F. 研究発表

- 1) 論文発表 なし
- 2) 学会発表 なし

G. 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

<参考・引用文献>

- 1)会津若松市の市勢統計データ>2.人口に関するこ>0201 人口及び世帯数の推移
<https://www.city.aizuwakamatsu.fukushima.jp/docs/2016092600026/> (H31.4.1時点)
- 2)発達障がいの可能性のある児童生徒を含む特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査報告書.福島県教育委員会.平成30年度 未来へつなぐ子育て・教育充実事業「発達障がい児童生徒調査研究事業」.2019.3
- 3)福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究（会津若松市）.発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究.障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）.平成29年度総括・分担研究報告書.研究代表者本田秀夫.2018.3
- 4)土屋賢治.出生～発達の偏り～自閉スペクトラム症：浜松母と子の出生コホート研究から。「ASDの神経生物学の最前線—基礎と臨床の架橋—」（シンポジウム1）.児童青年精神医学とその近接領域
- 5)

【H30 年度 会津若松市調査結果】

表 1-1 発達の違いや偏りのある子どもの総数

H30「年長児」 n=920(男=484,女=436)

主たる問題	発達の違いや偏りのある子どもの総数						医療機関受診あり											
	計			男			女			計			男			女		
	人数	%		人数	%		人数	%		人数	%		人数	%		人数	%	
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	27	2.9		25	5.2		2	0.5		20	2.2		18	3.7		2	0.5	
落ち着がない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	33	3.6		24	5.0		9	2.1		10	1.1		8	1.7		2	0.5	
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	14	1.5		11	2.3		3	0.7		13	1.4		10	2.1		3	0.7	
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	14	1.5		10	2.1		4	0.9		9	1.0		7	1.4		2	0.5	
その他何らかの精神的なケアを要する（チック、緘黙等）	12	1.3		8	1.7		4	0.9		5	0.5		3	0.6		2	0.5	
計	100	10.9		78	16.1		22	5.0		57	6.2		46	9.5		11	2.5	

表 1-2 発達の違いや偏りのある子どもの総数

主たる問題	療育機関を利用					
	計			女		
	人数	%		人数	%	
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	15	1.6		14	2.9	
落ち着がない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	4	0.4		2	0.4	
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	5	0.5		5	1.0	
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	7	0.8		5	1.0	
その他何らかの精神的なケアを要する（チック、緘黙等）	0	0.0		0	0.0	
計	31	3.4		26	5.4	

表2 支援内容の内訳（施設内）

H30「年長児」 n=920(男=484,女=436)

施設内での支援内容	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
加配保育	24	2.6	19	3.9	5	1.1
施設独自で個別に保育士を配置	17	1.8	14	2.9	3	0.7
担任による配慮のみ	37	4.0	26	5.4	11	2.5
その他の支援	10	1.1	8	1.6	2	0.5
計	88	9.6	67	13.8	21	4.8

表3 支援内容の内訳（施設外）

H30「年長児」 n=920(男=484,女=436)

施設外での支援内容	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
児童発達支援事業（療育機関等）	21	2.3	17	3.5	4	0.9
言語訓練（言葉の教室、医療機関での言語訓練等）	25	2.7	21	4.3	4	0.9
作業療法（感覚統合、作業療法士による訓練等）	8	0.9	7	1.4	1	0.2
理学療法（理学療法士による訓練等）	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	4	0.4	1	0.2	3	0.7
計	58	6.3	46	9.5	12	2.8

表4 相談支援の内訳

H30「年長児」 n=920(男=484,女=436)

相談機関の利用	計			男			女		
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
市の保健師、家庭相談員	40	4.3	29	6.0	11	2.5			
地域(民間)の相談員	12	1.3	10	2.1	2	0.5			
その他	13	1.4	8	1.7	5	1.1			
計	65	7.1	47	9.7	18	4.1			

表5 医療機関未受診の理由 内訳(人数)

H30「年長児」 n=920(男=484,女=436)

	計		男		女	
	人数	人数	人数	人数		
受診に抵抗がある	7	6	1			
必要性を感じない	20	14	6			
家族の理解が得られない	10	6	4			
経済的理由	0	0	0			
民間療育機関など、他に相談の場がある	0	0	0			
宗教的理由	0	0	0			
なんとなく	0	0	0			
その他	11	8	3			
計	48	34	14			

	計	
	人数	人数
療育機関に抵抗がある	3	3
必要性を感じない	33	25
家族の理解が得られない	13	9
経済的理由	0	0
他に相談の場がある(民間療育機関など)	0	0
宗教的理由	0	0
何となく	0	0
その他	8	7
計	57	44

岐阜県多治見市の地域特性と 発達障害児の支援体制の特徴に関する研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 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）
元吉 史昭（土岐市立総合病院 小児科）
中野 正大（土岐市立総合病院 小児科）

研究要旨：岐阜県多治見市における発達障害の子どもの支援ニーズの把握のために多治見市在住の小学校 1 年生、小学校 6 年生児童を対象に教育機関へのアンケート調査を行うとともに、発達障害診療を行なっている医療機関における診療録調査を行なった。

教育機関、医療機関における支援ニーズの調査からは、小学校 1 年生の時点で広汎性発達障害が疑われる児童の割合は 4.56%であり、そのうちの 76.1%はすでに医療機関受診をしていた。このような傾向は前年度までと同様であり、多治見市においてはある程度、早期発見、早期受診が進んでおり、就学前には受診に至る傾向が続いていると言える。

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叫ばれるようになり、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子どもや家族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。そのような背景から、前年度に引き続き本年度も発達障害の支援ニーズに関する疫学的調査を行った。

B. 研究方法

1. 発達障害の支援ニーズに関する調査

教育機関（各学校）が発達障害について把握している、もしくは疑いを持っている子どもたちがどの程度認められるか調査するために、多治見市内の小中学校と多治見市市在住の生徒が通う特別支援学校の小学校 1 年生、6 年生を対象としたアンケート調査を行った。（回収率は 100%）

さらに、当地域の発達障害診療を行っている医療機関である、大湫病院、土岐市立総合病院において、該当学年における発達障害の有病率を調査するため、診療録より診断名、診断を受けた年齢、IQ 等について調査を行った。

(倫理面への配慮)

教育委員会におけるアンケート調査においては、個人を特定し得ることのないように数的情報のみを取り扱った。

医療機関における診療録調査においては、一般診療行為から得られる臨床情報のみを診療録等を介して収集、利用することが目的であり、倫理的な問題は生じない。診療録からの転記の際、また外部の機関との情報の受け渡しの際には個人情報が出漏れないように厳重に注意を行った。

また、インフォームド・コンセントは取らないが、研究の意義・目的・方法、問合せ先等を記載したポスターを外来に掲示し、情報の公開を行った。また、本研究を行うにあたって、各医療機関における倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 発達障害の支援ニーズに関する調査

(1) 小学校1年生児童の調査

<表 1>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	13.3(6.3)	3.36
広汎性発達障害	4.56(3.47)	2.06
多動性障害	3.91(0.76)	0.21
コミュニケーション障害	1.3(0.65)	0.43
学習障害	0.54(0)	0
精神遅滞	1.41(1.08)	0.54
その他	0.86(0.21)	0.1
境界知能	0.76(0.1)	0

平成 30 年度の多治見市の小学校1年生児童 (N=920) においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が 4.56%、多動性障害が疑われ支援ニーズのある児童が 3.91%認められ、境界知能を含む発達障害全体では 13.3%の支援ニーズが存在した。教育機関で支援ニーズが把握されている広汎性発達障害が疑われる児童のうち 76.1%が医療機関を受診し、診断されていることを教育機関が把握していた。多動性障害が疑われる児童のうち、19.4%が医療機関で診断を受けていることを教育機関が把握していた。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は 2.06%、多動性障害と診断されている児童は 0.21%であった。発達障害全体で 3.36%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表 2>

医療機関調査の内訳

広汎性発達障害 N=19	1 (5.26)	0	0
多動性障害 N=2	0	0	0
コミュニケーション障害 N=4	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=5	0	0	0
その他 N=1	0	0	0
境界知能 N=0	0	0	0

多治見市の小学校1年生児童においては、広汎性発達障害児1名(5.26%)に不登校が認められた。反抗挑戦症、素行症の併発は認められなかった。

(2) 小学6年生児童の調査

<表 3>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	11.4(6.32)	4.95
広汎性発達障害	5.16(2.73)	2.31
多動性障害	1.58(1.36)	0.94
コミュニケーション障害	0.52(0.1)	0.52
学習障害	0.73(0.21)	0
精神遅滞	1.26(1.26)	0.42
その他	1.05(0.63)	0.63
境界知能	1.15(0)	1.15

平成30年度の多治見市の小学校6年生児童(N=949)においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が5.16%、境界知能を含む発達障害全体では11.4%の支援ニーズが存在した。

広汎性発達障害が疑われる児童のうち52.9%が医療機関を受診し、診断されていることを教育機関が把握しており、多動性障害が疑われる児童のうち、86.1%が医療機関で診断を受けていることを教育機関が把握していた。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は2.31%認められ、境界知能を含む発達障害全体で4.95%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表 4>

医療機関調査の内訳

広汎性発達障害 N=23	1 (4.35)	0	0
多動性障害 N=9	0	2 (22.2)	0
コミュニケーション障害 N=5	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=4	0	0	0
その他 N=5	0	0	0
境界知能 N=1	0	0	0

広汎性発達障害のうちの1名(4.35%)に不登校が認められた。多動性障害のうちの2名(22.2%)に反抗挑戦症を認めた。素行症の併発は認められなかった。

3. 発達障害の支援ニーズに関する調査の5年間の推移

(1) 小学校1年生児童の調査

<表 5>

多治見市の小学校1年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

多治見小1	H25 (N=961)	H26 (N=952)	H27 (N=946)	H28 (N=933)	H29 (N=891)	H30 (N=920)
発達障害全体	11.6	9.8	12.3	8.8	10.4	13.3
広汎性発達障害	5.89	3.46	4.33	4.82	4.49	4.56
多動性障害	1.58	2.42	2.65	1.82	2.02	3.91

<表 5>は多治見市の教育機関調査におけるこの6年間の推移を抜粋したものである。

広汎性発達障害の支援ニーズの把握の推移を見てみると、平成25年度の調査開始時点が5.89%であり、その後も概ね4%台の推移が続いており、大きな変動は少ない。発達障害全体で概観しても、細かな変動は見られるが、概ね把握されている支援ニーズは10%前後で変化が少ない。

(2)小学校6年生児童の調査

<表 6>

多治見市の小学校6年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

多治見小6	H25 (N=1077)	H26 (N=952)	H27 (N=946)	H28 (N=1008)	H29 (N=922)	H30 (N=949)
発達障害全体	9.1	7.6	8.8	7.0	6.8	11.4
広汎性発達障害	4.36	3.33	2.61	3.12	3.04	5.16
多動性障害	1.86	1.41	2.61	1.53	0.87	1.58

<表 6>は多治見市の教育機関調査における発達障害の把握率の推移を抜粋したものである。平成25年度の時点における広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童の割合は4.36%であり、平成29年度調査までは、やや減少傾向が示唆されていたが、本年度は広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童の割合は5.16%、発達障害全体で11.4%であった。

4.平成25年度の小学校1年生の追跡調査6年間の推移

<表 7> 平成25年度の小学校1年生児童の医療機関調査における6年間の推移

医療機関	小1 (N=1077)	小2 (N=955)	小3 (N=943)	小4 (N=960)	小5 (N=956)	小6 (N=949)
発達障害全体	5.1	5.7	5.4	4.9	4.92	4.95
広汎性発達障害	2.91	3.24	3.07	1.88	2.41	2.31
多動性障害	0.62	1.04	1.27	1.35	0.94	0.94

<表 7>は平成25年度に調査を行なった小学校1年生児童の追跡調査の結果の要約である。小学校1年生時点での医療機関における把握率は、広汎性発達障害が2.91%、多動性障害が0.62%であり、発達障害全体で5.1%であった。その後も広汎性発達障害の把握率は2%から3%台で推移しており、大きな変動は見られない。発達障害全体で見てもおおよそ5%前後の把握であり、小学校入学以降に事例化して受診が増加する傾向は見出されなかった。

<表 8>平成25年度の小学校1年生児童の教育機関調査における6年間の推移

教育	小1 (N=1077)	小2 (N=955)	小3 (N=943)	小4 (N=960)	小5 (N=956)	小6 (N=949)
発達障害全体	11.57	11.51	12.3	10.2	10.5	11.4
広汎性発達障害	5.89	3.76	3.6	5	4.81	5.16
多動性障害	1.58	3.35	3.18	1.15	2.2	1.58

<表 8>は平成25年度に調査を行なった小学校1年生児童の教育機関における追跡調査である。5年間で大きな数字の変動は少なく、発達障害の支援ニーズの把握の推移は概ね10%程度である。

D. 考察

1. 支援ニーズの調査から

(1)小学校1年生児童、小学校6年生児童の調査からみえてくるもの

本年度の調査のいずれにおいても、教育機

関の調査においては比較的高い支援ニーズが発達障害全体として認められる。中でも広汎性発達障害の支援ニーズが小学校1年生時点では最も高く、支援ニーズ全体に占める割合も大きいのは前年度までと同様である。この6年間の推移を見ても、小学校1年生児童の発達障害全体の支援ニーズの把握率はおおよそ10%前後と一定である。広汎性発達障害の支援ニーズの把握もここ数年は概ね4-5%の水準で一定である。このことから多治見市は支援ニーズの把握そのものは比較的早期から進んでいる地域であることを示唆している。

医療機関受診に関しては、今回調査できた医療機関での把握はそれほど高いとまでは言えないが、学校側が受診を把握している割合は比較的高い。広汎性発達障害の疑われる児童の76.1%はすでに医療機関受診をしていることが示されており、発達障害全体でも約半数は医療機関受診をしていることが、教育機関調査からは示されている。

以上のことから、多治見市では、例年のように早期に支援ニーズを把握された子どもの多くが、就学前に受診をしていることが示唆される

多治見市には市の療育システムとしての医療機関は有していない。岐阜県においては、県内各圏域に発達障害を診療する外来を委託、設置しており、多治見市のある東濃圏域においては大湫病院、多治見市民病院 小児科の2つの医療機関の外来が委託され、発達障害診療を行っており、これらの医療機関への受診が増加しているものと思われる。

また、もう一点考えられる背景として、多治見市の特別支援教育における手続き上

の特徴がある。つまり、多治見市では特別支援教育の利用にあたって、必ず医師の診断書が求められており、特別支援学級への入級から通級の利用に至るまで診断書が必要であり、この制度そのものが受診の後押しをしている可能性も考えられる。しかし、本研究の限界として、受診に至った動機まで調査できていないため、今後の調査において受診増加に至った質的な検討が求められるだろう。

多治見市の小学校6年生の支援ニーズは、発達障害全体でおおよそ11%である。小学校1年生における調査と同様、広汎性発達障害が支援ニーズに占める割合が大きいようである。

この6年間の推移をみると、多治見市の小学校6年生児童の発達障害全体の支援ニーズの把握率は、昨年までは全体にゆるやかな減少傾向にあり、支援が適切に機能することにより、発達障害の支援ニーズがある子どもが少なくなってきたことも考えられた。しかし、今年度は発達障害全体の支援ニーズの把握率が高くなっている。この結果が本年度特有のものなのか、今後も継続的な調査を行なっていきたい。

(2) 平成25年度の小学校1年生児童の追跡調査からみえてくるもの

平成25年度の小学校1年生児童の教育機関における把握率は概ね10%強で大きな変化は少なかった。

医療機関受診が小学校入学以降に増加するような傾向も見られず、このコホートの支援ニーズのある子どもたちの多くは、やはり就学以前に医療機関受診をしていることが示唆される。

以上から多治見市は、発達障害の早期把

握、早期支援がある程度進んでおり、就学前に多くの子どもがその支援ニーズについて把握され、医療機関受診もする傾向にあることが、本年度の調査からも示された。

(3) 本調査の限界

本報告書における 6 年間の推移における考察は、過去 6 年間の調査に基づいて行ったが、対象となる医療機関が全て同一ではなく、平成 28 年度、29 年度は愛知県心身障害者コロニー中央病院や県立多治見病院のデータが得られていないため、解釈には慎重を要し、単純な比較はできないという点が本調査の限界として挙げられる。

また、この 6 年間の間に、岐阜県瑞浪市の所在する東濃圏域では、多治見市民病院小児科における発達障害診療が始まっており、データの集積生という点でも平成 25 年度から 3 年間で、平成 28 年度以降とは異なる。

また、教育機関データについては、教師によるアンケート調査の結果であり、その性質上、子ども自身が困っていることでなく、教師の困っていることを反映してしまいやすいため、本人は困っていても、周りは気がつきにくい特性である不注意特性などは把握されにくい傾向にあるかもしれない。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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) 本田秀雄 子どもから大人への発達精神医学 金剛出版 2013
- 2) 関 正樹 :岐阜県多治見市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；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 25 年度 総括・分担研究報告書 pp257-297
- 3) 関 正樹 :岐阜県多治見市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；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 358-393
- 4) 関 正樹 :岐阜県多治見市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；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 27 年度 総括・分担研究報告書 pp293-302

岐阜県瑞浪市の地域特性と 発達障害児の支援体制の特徴に関する研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 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）
元吉 史昭（土岐市立総合病院 小児科）
中野 正大（土岐市立総合病院 小児科）

研究要旨：岐阜県瑞浪市における発達障害の子どもの支援ニーズの把握のために瑞浪市在住の小学校 1 年生、小学校 6 年生児童を対象に教育機関へのアンケート調査を行うとともに、発達障害診療を行なっている医療機関における診療録調査を行なった。

教育機関、医療機関における支援ニーズの調査からは、前年まで同様、この数年の間に早期発見、早期受診が進みつつあることが示唆された。特に、小学校 1 年生児童の教育機関での支援ニーズの把握はこの 6 年間の間に急速に進んでいた。すなわち、平成 25 年度の調査では発達障害全体で 4.6%の把握であったが、平成 30 年度の調査では 10.3%の把握となっており、多動性障害の把握が進んでいる傾向が示唆された。

医療機関の診療録調査からは、小学校 1 年生の時点で 4.48%の子どもが何らかの発達障害で受診しており、前年度に比べて就学前に受診をしている割合が多かったが、多動性障害の受診に関しては、教育機関の把握との間に乖離が認められた。

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叫ばれるようになり、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子どもや家族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。そのような背景から、前年度に引き続き本年度も発達障害の支援ニーズに関する疫学的調査を行った。

B. 研究方法

1. 発達障害の支援ニーズに関する調査

教育機関（各学校）が発達障害について把握している、もしくは疑いを持っている子どもたちがどの程度認められるか調査するために、瑞浪市内小中学校と瑞浪市在住の生徒が通う特別支援学校の小学校1年生、6年生を対象としたアンケート調査を行った。（回収率は100%）

さらに、当地域の発達障害診療を行っている医療機関である、大湫病院、土岐市立総合病院において、該当学年における発達障害の有病率を調査するため、診療録等より診断名、診断を受けた年齢、IQ などについて調査を行った。

（倫理面への配慮）

教育委員会におけるアンケート調査においては、個人を特定し得ることのないように数的情報のみを取り扱った。

医療機関における診療録調査においては、一般診療行為から得られる臨床情報のみを診療録等を介して収集、利用することが目的であり、倫理的問題は生じない。診療録からの転記の際、また外部の機関との情報の受け渡しの際には個人情報漏れないように厳重に注意を行った。

また、インフォームド・コンセントは取らないが、研究の意義・目的・方法、問合せ先等を記載したポスターを外来に掲示し、情報の公開を行った。また、本研究を行うにあたって、各医療機関における倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 発達障害の支援ニーズに関する調査

(1) 小学校1年生児童の調査

<表1>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	10.3(4.48)	4.48
広汎性発達障害	2.41(2.06)	2.41
多動性障害	3.10(0.34)	0.34
コミュニケーション障害	0.68(0.34)	1.03
学習障害	1.03(0)	0
精神遅滞	3.10(1.72)	0.68
その他	0	0
境界知能	0	0

岐阜県瑞浪市の小学校1年生児童(N=290)においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が2.41%、多動性障害が疑われ、支援ニーズのある児童が3.10%認められ、境界知能を含む発達障害全体では10.3%の支援ニーズが存在した。広汎性発達障害が疑われる児童のうち85.4%が医療機関を受診し、診断されていることを教育機関が把握しており、多動性障害が疑われる児童のうち、11.0%が医療機関で診断を受けていることを教育機関が把握していた。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は2.41%、多動性障害と診断されている児童は0.34%であった。発達障害全体では4.48%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表 2>

医療機関調査 内訳

広汎性発達障害 N=7	0	0	0
多動性障害 N=1	0	0	0
コミュニケーション障害 N=3	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=2	0	0	0
その他 N=0	0	0	0
境界知能 N=0	0	0	0

瑞浪市の小学校1年生児童においては、この時期の不登校、反抗挑戦症、素行症は医療機関において把握されていない。

(2) 小学校6年生児童の調査

<表 3>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	11.07(4.23)	3.9
広汎性発達障害	2.93(1.62)	1.3
多動性障害	1.3(0.32)	0.32
コミュニケーション障害	0.32(0.32)	0.97
学習障害	0.97(0)	0
精神遅滞	3.25(1.62)	0.65
その他	1.95(0.32)	0.65
境界知能	0.32(0)	0

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

平成30年度の瑞浪市の小学校6年生児童(N = 307)においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が2.93%、多動性障害が疑われ、支援ニーズのある児童が1.3%認められ、境界知能を含む発達障害全体では11.07%の支援ニーズが存在した。広汎性発達障害が疑われる児童のうち55.2%が医療機関を受診し、診断されていることを教育機関が把握しており、多動性障害が疑われる児童のうち、24.6%が医療機関で診断を受けていることを教育機関が把握していた。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は1.3%、多動性障害と診断されている児童は0.32%であった。発達障害全体で3.9%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表 4>

医療機関調査 内訳

広汎性発達障害 N=4	0	0	0
多動性障害 N=1	0	0	0
コミュニケーション障害 N=3	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=2	0	0	0
その他 N=2	1 (50)	0	0
境界知能 N=0	0	0	0

平成 30 年度の瑞浪市の小学校 6 年生児童においては、広汎性発達障害、多動性障害の児童に不登校、反抗挑戦症、素行症の併発は認められなかった。

2.発達障害の支援ニーズに関する調査の 6 年間の推移

(1)小学校 1 年生児童の調査

<表 5>

瑞浪市の小学 1 年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

瑞浪小 1	H 2 5 (N=307)	H 2 6 (N=301)	H 2 7 (N=300)	H 2 8 (N=273)	H29 (N=295)	H30 (N=290)
発達障害全体	4.6	6.6	8.3	11.7	13.9	10.3
広汎性発達障害	1.3	1.66	3.66	2.93	3.39	2.41
多動性障害	0	1.66	2.33	4.39	5.42	3.10

<表 5>は瑞浪市の教育機関調査におけるこの 6 年間の推移を抜粋したものである。平成 25 年の調査開始時点においては、瑞浪

市の小学校 1 年生児童において、教育機関で広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童は 1.3%、多動性障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童は 0%であり、発達障害全体でも 4.6%程度の把握であった。この 5 年間で発達障害全体において小学 1 年時点で把握されている支援ニーズは全体的に上昇傾向にあり、平成 30 年度調査では、広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童は 2.41%、多動性障害が疑われ支援ニーズが把握されている児童は 3.10%であり、発達障害全体では 10.3%の支援ニーズが把握されていた。

(2)小学校 6 年生児童の調査

<表 6>

瑞浪市の小学 6 年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

瑞浪小 6	H 2 5 (N=365)	H 2 6 (N=358)	H 2 7 (N=323)	H 2 8 (N=322)	H29 (N=329)	H30 (N=307)
発達障害全体	5.5	7.0	8.4	5.9	6.7	11.07
広汎性発達障害	2.19	2.51	2.47	2.17	2.1	2.93
多動性障害	0.82	1.12	1.85	1.86	0.61	1.3

<表 6>は瑞浪市の教育機関調査におけるこの 6 年間の推移を抜粋したものである。

平成 25 年度の調査開始時点における広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童の割合は 2.19%であった。その後も、把握率は 2%台で推移し、平成 30 年度の把握率は 2.93%であった。発達障害全体での把握率は平成 25 年度は 5.5%であり、その後一定の傾向は見出せずばらつきがある推移をたどっている。本年度は発達障害全体の把握率は 11.07%であり、調査開始時点より、最も高い値となっている。

3.平成 25 年度の小学 1 年生の追跡調査 6 年間の推移

<表 7>

平成 25 年度の小学校 1 年生児童の医療機関調査における 6 年間の推移

医療機関	小1 (N=307)	小2 (N=306)	小3 (N=308)	小4 (N=310)	小5 (N=307)	小6 (N=307)
発達障害 全体	2.9	2.94	2.92	3.87	3.91	3.91
広汎性 発達障害	1.62	1.0	1.31	1.29	1.3	1.3
多動性 障害	0	0.33	0.32	0.32	0.33	0.33

<表 7>は平成 25 年度に調査を行なった小学校 1 年生児童の追跡調査の結果の要約である。小学校 1 年生時点での医療機関における把握率は、広汎性発達障害が 1.62%、多動性障害が 0%であり、発達障害全体では 2.9%であった。学年があがるにつれて医療機関の把握率も増加し、小学 6 年時点では約 3.9%の児童が医療機関を受診し、何らかの発達障害として診断されていた。

<表 8>平成 25 年度の小学校 1 年生児童の教育機関調査における 6 年間の推移

教育	小1 (N=307)	小2 (N=306)	小3 (N=308)	小4 (N=310)	小5 (N=307)	小6 (N=307)
発達障害 全体	4.56	12.4	5.84	6.18	12.4	11.07
広汎性 発達障害	1.3	2.94	0.97	3.29	2.28	2.93
多動性 障害	0	1.96	0.97	1.93	3.58	1.3

<表 8>は平成 25 年度に調査を行なった小学校 1 年生児童の教育機関における追跡調査である。小学 1 年生時点での教育機関における把握率は広汎性発達障害が 1.3%、多動性障害が 0%であり、発達障害全体で 4.56%であった。調査年によりばらつきは大きいですが、小学校 6 年生時点では広汎性発達障害が 2.93%、多動性障害が 1.3%であり、発達障害全体では 11.07%が把握されている。

D. 考察

1.小学校 1 年生と小学校 6 年生の児童の調査からみえてくるもの

本年度の教育機関における小学校 1 年生児童の調査では広汎性発達障害は 2.41%、多動性障害は 3.10%の把握率であった。これに対して、医療機関での把握率はそれぞれ 2.41%と 0.34%であった。広汎性発達障害の受診は比較的進んでいるが、多動性障害に関しては受診が進んでいない現状が示唆される。前年度までに比べて比較的多くの児童が医療機関受診をしており、特に、広汎性発達障害に関しては多くの児童が就学前に医療機関受診をしており、そのことを教育機関も把握している様子である。一方で、多動性障害に関しては、高い支援ニーズの把握率にも関わらず、就学前の受診は進んでいない様子であった。

瑞浪市は、ここ数年間、発達障害のある子どもに関わるそれぞれの機関が継続的に支援内容を見直しつつ、研修を重ねていることから、ある程度早期支援システムはできつつあり、連携についても療育関係者連絡会議の設置を始め、その取り組みがなされている。小学校 1 年生時点での教育機関調査における発達障害の把握率の上昇は、瑞浪市においてシステムの整備や引き継ぎ、連携の充実などが図られ、早期の発見が進んでいることを示唆している。

岐阜県瑞浪市においては、公的な療育や幼稚園での継続的な支援は医療機関による診断の前に開始されていることが多い。岐阜県においては、県内各圏域に発達障害を診療する外来を委託、設置している。瑞浪市のある東濃圏域においては大湫病院、多

治見市民病院小児科の2つの医療機関の外
来が委託されている。カバーしている圏域
の抱える人数に対して、発達障害のフォロ
ーをできる医療機関とそこでフォローでき
るキャパシティが少ないのは否めないが、
その中でも就学前の受診が進んでいるの
かもしれない。

一方で、本年度の小学6年生児童の教育
機関における調査からは、発達障害全体で
11.07%の支援ニーズが把握され、広汎生
発達障害は2.93%、多動性障害は1.3%の
把握率であった。医療機関における把握率
は、発達障害全体で3.9%であり、その
うち広汎性発達障害は1.3%、多動性障
害は0.32%の把握率であった。

平成25年度の調査時点では、小学校1
年生児童における発達障害の把握率は、
小学校6年生児童における発達障害の
把握率に比べて少ない傾向が見られたが、
ここ数年は大きな差がないか、小学校1
年生児童における把握率の方が高い傾
向が見られる。つまり、小学校に入学し
てから事例化して把握される割合は減
ってきており、早期に支援が開始され
る傾向にあると言える。

3. 平成25年度の小学1年生児童の追跡調 査からみえてくるもの

平成25年度の小学1年生児童については
6年間の追跡調査を行った。医療機関で
の把握率は学年があがることに増加し、
小学校6年生の時点では約3.9%の児童
が医療機関を受診し、何らかの発達障
害として診断されていた。

教育機関における把握率は年度毎の変
化が著しく、解釈は慎重を要するが、
全体には上昇傾向にある。この背景と
しては、こ

こ数年のシステムの整備とともに、教育
機関内でも啓発が進み、把握が進んだ
ことが挙げられる。今回追跡したグル
ープは、小学校1年生時点における
把握率が少ないグループであり、追跡
調査中に、教育機関における啓発も
進んだため、このような結果になっ
たのかもしれない。従って、今後現
在の小学校1年生を追跡して、その推
移を比較検討してみる必要があるか
もしれない。

4. 本調査の限界

本報告書における6年間の推移にお
ける考察は、過去6年間の調査に基
づいて行ったが、対象となる医療機
関が全て同一ではなく、平成28年
度、29年度、30年度は県立多治見
病院のデータが得られていないため、
解釈には慎重を要し、単純な比較は
できない。また、この5年間の間に、
岐阜県瑞浪市の所在する東濃圏域
では、多治見市民病院小児科にお
ける発達障害診療が始まっており、
データの集積生という点でも平成25
年度から3年間と、平成28年度以
降とは異なる。

また、教育機関データについては、
教師によるアンケート調査の結果
であり、ある程度教師の困り感を
反映してしまい、そこにバイアス
が生じることは否めない。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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) 本田秀雄 子どもから大人への発達精神医学 金剛出版 2013
- 2) 関 正樹 :岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；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25年度 総括・分担研究報告書 pp298-329
- 3) 関 正樹 :岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；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 pp394-416
- 4) 関 正樹 :岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；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27年度 総括・分担研究報告書 pp293-302

分担研究報告書

山梨市における発達障害の子どもの支援ニーズの継時的推移に関する追跡調査

- 研究代表者 本田 秀夫(信州大学医学部子どものこころの発達医学教室)
研究協力者 金重 紅美子(山梨県立こころの発達総合支援センター 主任医長)
片山 知哉(山梨県立こころの発達総合支援センター 所長)
上田 美穂(山梨県立こころの発達総合支援センター)
中嶋 彩(子育て・発達の里 こころのサポートセンター ネットやまなし 所長)
坂本 美枝(山梨市市役所健康増進課)
加々美 修(山梨市教育委員会学校教育課 課長)
畠山 和男(山梨県立あけぼの医療福祉センター センター長)
青柳 閣郎 (山梨県立あけぼの医療福祉センター 主任医長)
池田 久剛(山梨厚生病院 診療部長)
宇藤 千枝子(石和共立病院)
相原 正男(山梨大学 教授)
山縣 然太郎(山梨大学 教授)

<研究要旨>

山梨県山梨市において、平成 30 年度の小学校 4 年生～6 年生の子どもの対象として、発達障害の疫学調査を行った。医療機関と学校の調査を同時に行うことで、診断にまで至っていない支援ニーズも含めた実態把握に努めた。発達障害全体の累積発生率は就学後少しずつ増加しており、平成 30 年度の小学校 4 年生で 5.2%、小学校 5 年生で 7.3%、小学校 6 年生で 8.5%であった。発達障害全体の有病率は平成 30 年度の小学校 4 年生で 5.8%、小学校 5 年生で 9.1%、小学校 6 年生で 9.4%であった。いずれも就学後から高学年まで少しずつ増加しており、従来の想定よりも高い割合の子どもたちが発達障害の診断を受けていた。学校を対象とした調査では、医療機関調査から求められた有病率以上の割合の子どもが教師から発達に気になるところがあると把握されていた。今後、このような調査結果を積み上げていくことで、診断にまで至らない発達障害に対する支援ニーズが正確に把握できると考えられる。

A. 研究目的

本研究の目的は、先行研究で行った5年間の発達障害の支援ニーズについての調査を継続し、さらに2年間にわたる継続的な疫学調査を行うことである。これによって、平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの子どもたちでは、同一のコホートで小学校入学時から中学校入学時までの発達障害の支援ニーズの継時的推移を観測することが可能となる。また、平成19年4月2日～平成20年4月1日生まれ、平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれの子どもたちについても小学校1年生から同様の調査を行っており、これらの調査結果を継続して蓄積することで、より正確に支援ニーズを捉えることができると考えられる。

B. 研究方法

平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれ(①)の出生コホートと①の平成30年4月2日時点における居住コホート、平成19年4月2日～平成20年4月1日生まれ(②)の出生コホートと②の平成30年4月2日時点における居住コホート、平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ(③)の出生コホートと③の平成30年4月2日時点における居住コホートを対象とした。平成30年4月2日時点で①は小学4年生、②は小学校5年生、③は小学校6年生である。①の出生コホートを対象とした9歳の4月までの発達障害の累積発生率、①の平成30年4月2日時点の居住コホートを対象とした発達障害の有病率、②の出生コホートを対象とした10歳の4月までの発達障害の累積発生率、②の平成30年4月2日時点の居住コホートを対象とした発達障害の有病率、③の出生コホートを対象とした11歳の4月までの発達障害の累積発生率、③の平成30年4月2日時点の居住コホートを対象とした発達障害の有病率をそれぞれ求めた。

調査は発達障害児の診療を行っている医療機関(山梨厚生病院小児科、山梨県立あけぼの医療福祉センター、石和共立病院小児科、山梨大学医

学部附属病院小児科、山梨県立こころの発達総合支援センター)に依頼して、該当年齢の子どものうち、山梨市で出生したか、または平成30年4月2日の時点で山梨市に居住しており、発達障害と診断された子どもについて調査した。診断は、支援ニーズの実態把握という本研究の目的に鑑み「ICD-10 臨床記述と診断ガイドライン」(F8 および F9)に基づく診断とし、診療録をもとに連結可能な匿名化されたデータベースを作成して学年別、診断別および知能区分別に件数の集計を行った。複数の医療機関を受診している子どもについては、イニシャル、性別、生年月日によって照合し、集計の重複を防いだ。同時に対象となる年齢の子どもが通っている可能性がある小学校、中学校、特別支援学校にアンケートの記入を依頼し、学校教師などが発達障害を疑っているが診断に至っていないケースまで含めた支援ニーズの調査を行って実態把握に努めた。集計にあたって、医療機関調査、教育機関調査ともに、重複した特徴を持つ子どもについては、①広汎性発達障害②多動性障害③会話および言語の特異的発達障害④学力の特異的発達障害⑤精神遅滞⑥その他⑦境界知能(教育機関のみ)の順で優先順位をつけて集計した。

(倫理面への配慮)

本研究は疫学研究であり、研究対象者への侵襲的介入はない。医療機関への調査では、各医療機関で集めた個票は連結可能な状態で匿名化してから集計した。学校へのアンケート調査では、調査項目には特定可能な個人情報に含まれない。

C. 研究結果

医療機関への調査、学校への調査ともに回収率は100%であった。

1. 平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれの子どもたちの調査結果(図1)

平成20年4月2日から平成21年4月1日までの1年間の山梨市の出生数は267人(男児129人、

女児 138 人)であった。このうち、平成 30 年 4 月 1 日(小学校 4 年生)までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断された子どもは 14 人(男 10 人, 女 4 人)であり、発達障害の 9 歳までの累積発生率は 5.2%(男 7.8%, 女 2.9%)であった。障害の内訳は広汎性発達障害 9 人(発生率 3.4%), 多動性障害 2 人(発生率 0.75%), その他 3 人(発生率 1.1%)であった。

該当年齢の子どもで平成 30 年 4 月 2 日(小学校 4 年生)時点で山梨市に居住していた数(居住コホート)は 295 人(男児 162 人, 女児 133 人)であった。このうち、平成 30 年 4 月 1 日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断された子どもは 17 人(男 12 人, 女 5 人)であり、小学 4 年生における発達障害の有病率は 5.8%(男 7.4%, 女 3.8%)であった。障害の内訳は広汎性発達障害 11 人(有病率 3.7%), 多動性障害 3 人(有病率 1.0%)その他 3 人(有病率 1.0%)であった。

学校アンケート調査では、平成 30 年度の小学校 4 年生の総数は 291 人(男児 159 人, 女児 132 人)であった。発達障害が疑われる子どもは 36 人(12.4%)で、そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握している子どもは 10 人(3.4%)であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数 13 人(4.5%), 診断把握数 8 人(2.7%), 多動性障害の疑いを含む総数 4 人(1.4%), 診断把握数 1 人(0.34%), 会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数 5 人(1.7%), 診断把握数 0 人, 学力の特異的発達障害の疑いを含む総数 5 人(1.7%), 診断把握数 0 人, 精神遅滞の疑いを含む総数 2 人(0.69%), 診断把握数 0 人, その他の疑いを含む総数 7 人(2.4%), 診断把握数 1 人(0.34%)であった。発達障害の診断には当てはまらないが、教師が境界知能の疑いがあると把握した子どもの数が 4 人(1.4%), 診断把握数 0 人であった。小学校 4 年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けた子どもは 41 人(14.1%)で、知的障害の特別支援学校に在籍した子どもが 1 人, 特別支援学

級に在籍した子どもが 5 人(知的障害特別支援学級 1 人, 自閉症・情緒障害特別支援学級 3 人, その他の支援学級 1 人), 通常学級に在籍し通級指導教室を利用した子どもが 11 人(情緒障害通級指導教室 2 人, 難聴・言語障害通級指導教室 1 人, その他の通級指導教室 8 人), その他の校内支援を受けた子どもが 8 人, 学級担任による配慮のみの子どもが 16 人であった。

これまで行った調査報告¹⁾の結果と併せて、図 1 に示した。

2. 平成 19 年 4 月 2 日～平成 20 年 4 月 1 日生まれの子ども調査結果(図 2)

平成 19 年 4 月 2 日から平成 20 年 4 月 1 日までの 1 年間の山梨市の出生数は 289 人(男児 155 人, 女児 134 人)であった。このうち平成 30 年 4 月 1 日(小学校 5 年生)までにいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断された子どもは 21 人(男 11 人, 女 10 人)であり、発達障害の 10 歳までの累積発生率は 7.3%(男 7.1%, 女 7.5%)であった。障害の内訳は広汎性発達障害 18 人(発生率 6.2%), 会話および言語の特異的発達障害 1 人(発生率 0.35%), 精神遅滞 1 人(発生率 0.35%), その他 1 人(発生率 0.35%)であった。

該当年齢の子どもで平成 30 年 4 月 2 日(小学校 5 年生)時点で山梨市に居住していた数(居住コホート)は 308 人(男児 162 人, 女児 146 人)であった。このうち、平成 30 年 4 月 1 日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断された子どもは 28 人(男 18 人, 女 10 人)であり、小学 5 年生における発達障害の有病率は 9.1%(男 11.1%, 女 6.8%)であった。障害の内訳は広汎性発達障害 25 人(有病率 8.1%), 会話および言語の特異的発達障害 1 人(有病率 0.32%), 精神遅滞 1 人(有病率 0.32%), その他(有病率 0.32%)であった。

学校アンケート調査では、平成 30 年度の小学校 5 年生の総数は 309 人(男児 167 人, 女児 142 人)であった。発達障害が疑われる子どもは 43 人

(13.9%)で、そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握している子どもは15人(4.9%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害の疑いを含む総数17人(5.5%)、診断把握数11人(3.6%)、多動性障害の疑いを含む総数3人(1.0%)、診断把握数0人、会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数3人(1.0%)、診断把握数0人、学力の特異的発達障害の疑いを含む総数7人(2.3%)、診断把握数0人、精神遅滞の疑いを含む総数9人(2.9%)、診断把握数3人(1.0%)、その他の疑いを含む総数4人(1.3%)、診断把握数1人(0.32%)であった。発達障害の診断には当てはまらないが、教師が境界知能の疑いがあると把握した子どもの数が3人(1.0%)、診断把握数0人であった。小学校5年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けた子どもは46人(14.9%)で、特別支援学校に在籍した子どもが4人(ろう学校1人、肢体不自由の特別支援学校1人、知的障害の特別支援学校2人)、特別支援学級に在籍した子どもが15人(知的障害特別支援学級7人、自閉症・情緒障害特別支援学級8人)、通常学級に在籍し通級指導教室を利用した子どもが6人(難聴・言語障害通級指導教室3人、その他の通級指導教室3人)、適応指導教室を利用した子どもが1人、その他の校内支援を受けていた子どもが5人、学級担任による配慮のみの子どもの数が15人であった。

これまで行った調査報告¹⁾の結果と併せて、図2に示した。

3. 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの子どもの調査結果(図3)

平成18年4月2日から平成19年4月1日までの1年間の山梨市の出生数は270人(男児123人、女児147人)であった。平成30年4月1日(小学校6年生)までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断された子どもは23人(男13人、女10人)であり、発達障害の11歳までの累積発生率は8.5%(男10.6%、女6.8%)であった。障害の

内訳は、広汎性発達障害15人(発生率5.6%)、多動性障害3人(発生率1.1%)、会話および言語の特異的発達障害1人(発生率0.37%)、精神遅滞2人(発生率0.74%)、その他2人(発生率0.74%)であった。

該当年齢の子どもで平成30年4月2日(小学校6年生)時点で山梨市に居住していた数(居住コホート)は287人(男児143人、女児144人)であった。このうち、平成30年4月1日(小学校6年生)までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断された子どもは27人(男16人、女11人)であり、小学6年生における発達障害の有病率は9.4%(男11.2%、女7.6%)であった。障害の内訳は広汎性発達障害20人(有病率7.0%)、多動性障害3人(有病率1.0%)、会話および言語の特異的発達障害1人(有病率0.35%)、精神遅滞2人(有病率0.70%)、その他1人(有病率0.35%)であった。

学校アンケート調査では、平成30年度の小学校6年生の総数は287人(男児142人、女児145人)であった。発達障害が疑われる子どもは27人(9.4%)で、そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握している子どもは19人(6.6%)であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数12人(4.2%)、診断把握数10人(3.5%)、多動性障害の疑いを含む総数4人(1.4%)、診断把握数2人(0.70%)、会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数2人(0.70%)、診断把握数1人(0.35%)、学力の特異的発達障害の疑いを含む総数2人(0.70%)、診断把握数0人、精神遅滞の疑いを含む総数4人(1.4%)、診断把握数4人(1.4%)、その他の疑いを含む総数3人(1.0%)、診断把握数2人(0.70%)であった。発達障害の診断には当てはまらないが、教師が境界知能の疑いがあると把握した子どもの数が2人(0.70%)、診断把握数0人であった。小学校6年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けた子どもは26人(9.1%)で、知的障害の特別支援学校に在籍した子どもが1人、特別支援学級に在籍した子どもが

14人(知的障害特別支援学級4人, 自閉症・情緒障害特別支援学級9人, その他の支援学級1人), 通常学級に在籍し通級指導教室を利用した子どもが4人(難聴・言語障害通級指導教室2人, その他の通級指導教室2人), その他の校内支援を受けた子どもが1人, 学級担任による配慮のみの子どもが6人であった。

これまで行った調査報告¹⁾の結果と併せて、図3に示した。

D. 考察

山梨県山梨市は甲府盆地の東部に位置する人口3万4千人あまりの地方都市で、平成29年の高齢化率が32.0%²⁾, 出生率が5.6%³⁾と少子高齢化がすすんでいる。市全体で19名の保健師が在籍しており、大都市に比べると人口あたりの保健師の数が多く、活発に母子保健活動が行われている。小規模市のメリットを生かし、母子保健, 教育, 福祉が連携することで発達障害の早期把握, 早期支援および特別支援教育体制の整備に取り組んでいる。発達障害のこどもたちの支援に特化した専門機関を市単独で設置することはできていないが、平成23年4月に山梨県立こころの発達総合支援センターが開設されて以降、同センターの診療機能との連携を強化することで専門的な評価と診断を行うことが可能となっている¹⁾。

平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれの子ども(①)の過去4年間の調査結果(図1), 平成19年4月2日～平成20年4月1日生まれの子ども(②)の過去5年間の調査結果(図2), 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの子ども(③)の過去6年間の調査結果(図3)を比較する。発達障害全体でみると、小学校4年生の時点で①での累積発生率が5.2%, 有病率が5.8%, ②での累積発生率が6.6%, 有病率が9.0%, ③での累積発生率が7.4%, 有病率が7.9%で、①での累積発生率, 有病率がともに②③に比べて低い。小学校1～4年生すべての学年で比較しても、②と

③に比べて①での累積発生率および有病率が低い値となっている。一方で、学校で教師が発達に気になるところがあると把握した子どもの割合は①の小学校4年生で12.4%, ②の小学校4年生で11.6%, ③の小学校4年生で8.6%であり、①で特に低いということはない。このことから、①で発達障害の子どもの割合が少ないということではなく、学校で把握されていても診断に至っていない子どもが多くいると考えられた。小学校1年生から4年生までの発達障害全体の累積発生率の増加は①で3.3%, ②で1.4%, ③で2.6%であり、①では②③と比較して就学後に診断を受けた子どもが多くいるが、4年生の時点で②③の水準には達していない。幼児期に診断を受けないと、就学後に支援ニーズがあっても、診断に至る機会が限られてしまうことが示唆される。

これらの子どもたちの幼児期に山梨市の母子保健体制が大きく変化したということはなく、①で診断に至らない発達障害の子どもの多い原因は今のところ不明である。山梨市のような小規模な市では、対象となる子どもの数が少ないので精度の高い調査を行うことができる半面、統計的な誤差が生じやすいという問題がある。より多くの年齢の子どもたちに対して同様の調査を繰り返して結果を積み上げていくことで、より精度の高いデータが得られると考えられる。

平成19年4月2日～平成20年4月1日生まれ(②)の子どもと、平成18年4月1日から平成19年4月1日生まれ(③)の子どもの調査結果から、10歳までの発達障害全体の累積発生率がそれぞれ7.3%, 8.1%, 広汎性発達障害の累積発生率がそれぞれ6.2%, 5.6%であった。また、小学校5年生の時点の発達障害全体の有病率は②で9.1%, ③で8.6%, 広汎性発達障害の有病率は②で8.1%, ③で6.5%であり、累積発生率, 有病率ともに従来の想定を大きく超えた値であった⁴⁾。平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ(③)の子どもの調査結果から11歳までの発達障害全体の

累積発生率が 8.5%，広汎性発達障害の累積発生率が 5.6%，小学校 5 年生の時点での発達障害全体の有病率が 9.4%，広汎性発達障害の有病率が 7.0%であった。累積発生率，有病率ともに小学校高学年になってからも少しずつ増加しており，さらに追跡調査を行う必要があると考えられる。

6 年間の学校調査を概観すると，小学校で教師が発達に関心になるところがあると把握した子どもの割合は，小学校 1 年生で 11.3～16.3%，小学校 2 年生で 10.2～12.4%，小学校 3 年生で 10.1～15.6%，小学校 4 年生で 8.6～12.4%，小学校 5 年生で 9.3～13.9%，小学校 6 年生で 9.4%であり，いずれも医療機関の調査から求めた有病率以上の 10%前後の値であった。また，平成 28 年～30 年度の調査で，教師が境界知能の疑いがあると把握した子どもが各学年にいるが，ほとんど医療機関でフォローされていない実態が明らかとなった。このような診断を受けていない子どもたちに対する学校での支援も含めた支援体制を整備していくことが必要だと考えられる。

E. 結論

山梨市では，就学から小学校高学年までの間に少しずつ発達障害の診断を受ける子どもが増加しており，従来の想定よりも高い割合の子どもたちが発達障害と診断されていた。学校調査では，医療機関で診断されている以上に高い割合の子どもたちが発達障害の疑いがあると把握されており，学校での支援ニーズはあるが診断に至っていない子どもたちの実態が示された。これらの子どもたちの支援ニーズの実態をより詳細に把握し，支援体制の整備に結びつけていくために，今後も精度の高い調査を積み重ねていくことが必要と考えられる。

(お詫びと訂正)

平成 29 年度の報告書の著者ら担当部分 (p. 279-292) で，累積発生率および有病率の数値の一部に誤りがありました。本報告書の図 2 と図 3 では，昨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

なし

G. 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

H. 参考文献

- 1) 金重紅美子，片山知哉，上田美穂，中嶋彩，柳原めぐみ，雨宮一昭，畠山和男，池田久剛，宇藤千枝子，相原正男，山縣然太郎：山梨市における発達障害の支援体制と支援ニーズの実態に関する研究；厚生労働省科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）：発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究—平成 29 年度総括・分担研究報告書（H28-身体・知的一般—001），279-292，2017
- 2) 山梨県平成 29 年度高齢者福祉基礎調査概要 http://www.pref.yamanashi.jp/chouju/documents/h29_gaiyou.pdf
- 3) 山梨県平成 29 年人口動態統計 <http://www.pref.yamanashi.jp/imuka/29doutai.html>
- 4) 篠山大明，本田秀夫：自閉スペクトラム症は増えているのか。臨床精神医学 45(1)，29-34，2016

	発生数 (発生率)		有病数 (有病率)					
	医療機関 (n=267)		医療機関 (n=296)	学校 (n=293)				
	診断例		診断例	診断された		疑い		
平成27.4.2 (小学校1年生)	5	1.9%	8	2.7%	9	3.1%	33	11.3%
	4	1.5%	6	2.0%	5	1.7%	9	3.1%
	0	0.0%	1	0.34%	1	0.34%	6	2.0%
	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	2.0%
	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.7%
	0	0.0%	0	0.0%	1	0.34%	2	0.68%
	1	0.37%	1	0.34%	2	0.68%	5	1.7%
平成28.4.2 (小学校2年生)	8	3.0%	10	3.4%	15	5.2%	36	12.4%
	6	2.2%	8	2.7%	6	2.1%	10	3.4%
	1	0.37%	1	0.34%	5	1.7%	6	2.1%
	0	0.0%	0	0.0%	1	0.34%	6	2.1%
	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.4%
	0	0.0%	0	0.0%	2	0.69%	3	1.0%
	1	0.37%	1	0.34%	1	0.34%	7	2.4%
	-	-	-	-	0	0.0%	6	2.1%
平成29.4.2 (小学校3年生)	12	4.5%	14	4.7%	12	4.1%	32	11.0%
	8	3.0%	10	3.4%	9	3.1%	12	4.1%
	2	0.75%	2	0.68%	2	0.69%	5	1.7%
	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.4%
	0	0.0%	0	0.0%	1	0.34%	3	1.0%
	0	0.0%	1	0.34%	0	0.0%	2	0.69%
	2	0.75%	1	0.34%	0	0.0%	6	2.1%
	-	-	-	-	0	0.0%	8	2.7%
平成30.4.2 (小学校4年生)	14	5.2%	17	5.8%	10	3.4%	36	12.4%
	9	3.4%	11	3.7%	8	2.7%	13	4.5%
	2	0.75%	3	1.0%	1	0.34%	4	1.4%
	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.7%
	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.7%
	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.69%
	3	1.1%	3	1.0%	1	0.34%	7	2.4%
	-	-	-	-	0	0.0%	4	1.4%

図1 平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれにおける発達障害の累積発生率、有病率および発達に問題のある子どもについての学校の認識
(境界知能は発達障害全体の数に含まれていない)

学年	発生数 (発生率)			有病数 (有病率)					
	医療機関 (n=289)	診断例		医療機関 (n=312)	学校 (n=307)				
平成26.4.2 (小学校1年生)				診断例	診断された	疑い			
	15	5.2%	発達障害全体	18	5.8%	19	6.2%	42	13.7%
	10	3.5%	PDD	14	4.5%	12	3.9%	16	5.2%
	3	1.0%	多動性障害	3	0.96%	3	0.98%	11	3.6%
	1	0.35%	会話・言語	0	0.0%	0	0.0%	6	2.0%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	1	0.33%	4	1.3%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	2	0.65%	4	1.3%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
平成27.4.2 (小学校2年生)				診断例	診断された	疑い			
	17	5.9%	発達障害全体	21	6.8%	21	6.9%	37	12.1%
	13	4.5%	PDD	18	5.8%	14	4.6%	16	5.2%
	2	0.69%	多動性障害	2	0.65%	1	0.33%	4	1.3%
	1	0.35%	会話・言語	0	0.0%	2	0.65%	7	2.3%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	1	0.33%	4	1.3%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	3	0.98%	5	1.6%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	0	0.0%	1	0.33%
平成28.4.2 (小学校3年生)				診断例	診断された	疑い			
	17	5.9%	発達障害全体	25	8.1%	22	7.1%	48	15.6%
	15	5.2%	PDD	23	7.4%	14	4.5%	19	6.2%
	0	0.0%	多動性障害	0	0.0%	3	0.97%	8	2.6%
	1	0.35%	会話・言語	1	0.32%	2	0.65%	7	2.3%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	6	1.9%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	2	0.65%	5	1.6%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	1	0.32%	3	0.97%
平成29.4.2 (小学校4年生)				診断例	診断された	疑い			
	19	6.6%	発達障害全体	28	9.0%	17	5.5%	36	11.6%
	17	5.9%	PDD	26	8.3%	8	2.6%	11	3.5%
	0	0.0%	多動性障害	0	0.0%	2	0.65%	4	1.3%
	1	0.35%	会話・言語	1	0.32%	2	0.65%	5	1.6%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	1	0.32%	7	2.3%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	3	0.97%	5	1.6%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	1	0.32%	4	1.3%
平成30.4.2 (小学校5年生)				診断例	診断された	疑い			
	21	7.3%	発達障害全体	28	9.1%	15	4.9%	43	13.9%
	18	6.2%	PDD	25	8.1%	11	3.6%	17	5.5%
	0	0.0%	多動性障害	0	0.0%	0	0.0%	3	1.0%
	1	0.35%	会話・言語	1	0.32%	0	0.0%	3	1.0%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	7	2.3%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	3	1.0%	9	2.9%
	1	0.35%	その他	1	0.32%	1	0.32%	4	1.3%
-	-	境界知能	-	-	0	0.0%	3	1.0%	

図2 平成19年4月2日～平成20年4月1日生まれにおける発達障害の累積発生率、有病率および発達に問題のある子どもについての学校の認識
(境界知能は発達障害全体の数に含まれていない)

学年	発生数 (発生率)			有病数 (有病率)					
	医療機関 (n=270)	診断例		医療機関 (n=283)	学校 (n=288)		学校 (n=285)		
平成25.4.2 (小学校1年生)	13	4.8%	発達障害全体	14	4.9%	20	6.9%	47	16.3%
	8	3.0%	PDD	9	3.2%	11	3.8%	16	5.6%
	1	0.37%	多動性障害	1	0.35%	3	1.0%	15	5.2%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.35%	2	0.69%	7	2.4%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.71%	3	1.0%	7	2.4%
	1	0.37%	その他	1	0.35%	1	0.35%	2	0.69%
平成26.4.2 (小学校2年生)	18	6.7%	発達障害全体	22	7.6%	17	6.0%	29	10.2%
	12	4.4%	PDD	16	5.5%	10	3.5%	12	4.2%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	3	1.1%	7	2.5%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.34%	1	0.35%	4	1.4%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	1	0.35%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.69%	2	0.70%	3	1.1%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	1	0.35%	2	0.70%
平成27.4.2 (小学校3年生)	19	7.0%	発達障害全体	23	8.0%	13	4.5%	29	10.1%
	13	4.8%	PDD	17	5.9%	7	2.4%	11	3.8%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	0	0.0%	4	1.4%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.35%	3	1.0%	6	2.1%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.70%	3	1.0%	6	2.1%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	0	0.0%	2	0.69%
平成28.4.2 (小学校4年生)	20	7.4%	発達障害全体	23	7.9%	14	4.8%	25	8.6%
	13	4.8%	PDD	17	5.9%	11	3.8%	17	5.8%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	0	0.0%	1	0.34%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.34%	1	0.3%	4	1.4%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	1	0.34%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.69%	2	0.68%	2	0.68%
	1	0.37%	その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	-	-	境界知能	-	-	0	0.0%	7	2.4%
平成29.4.2 (小学校5年生)	22	8.1%	発達障害全体	25	8.6%	15	5.2%	27	9.3%
	15	5.6%	PDD	19	6.5%	10	3.5%	15	5.2%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	2	0.69%	4	1.4%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.34%	0	0.0%	1	0.35%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	2	0.69%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.69%	2	0.69%	4	1.4%
	1	0.37%	その他	0	0.0%	1	0.35%	1	0.35%
	-	-	境界知能	-	-	0	0.0%	1	0.35%
平成30.4.2 (小学校6年生)	23	8.5%	発達障害全体	27	9.4%	19	6.6%	27	9.4%
	15	5.6%	PDD	20	7.0%	10	3.5%	12	4.2%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	2	0.70%	4	1.4%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.35%	1	0.35%	2	0.70%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	2	0.70%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.70%	4	1.4%	4	1.4%
	2	0.74%	その他	1	0.35%	2	0.70%	3	1.0%
	-	-	境界知能	-	-	0	0.0%	2	0.70%

図3 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれにおける発達障害の累積発生率，有病率および発達に問題のある子どもについての学校の認識
(境界知能は発達障害全体の数に含まれていない)

名古屋市における発達障害の子どもの割合

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）

研究協力者 山田 敦朗（名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野）

要旨

【概要】本研究の目的は、名古屋市における発達障害の有病率を調査することである。平成 28 年 12 月に名古屋市が発行した「子どもの育ちと保護者意識に関する調査」の報告書に基づき、名古屋市内に居住する平成 28 年度の小学 2 年生の発達障害の有病率を推計した。

また、名古屋市の西部地域療育センター、北部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風が平成 30 年に発行した事業概要と、名古屋市が公表している名古屋市の出生数に基づき、発達障害の割合を推計した。

【結果】名古屋市の「子どもの育ちと保護者意識に関する調査」によれば、発達の遅れが気になる子どもの割合は 10.5%で、医療機関で発達障害の診断を受けた子どもの割合は 3.5%であった。一方、3つの地域療育センターの新規相談者数と出生数から推計した、発達の遅れが気になる子どもの割合は 11.8%で、地域療育センターで発達障害の診断を受けた子どもの割合は 11.2%であった。

A. 研究目的

本研究の目的は、名古屋市における発達障害の有病率を推計することである。

B. 研究方法

① 「名古屋市 子どもの育ちと保護者意識に関する調査 報告書」について

平成 28 年 12 月に名古屋市が発行した「子どもの育ちと保護者意識に関する調査」の報告書に基づき、名古屋市内に居住する平成 28 年度の小学 2 年生の発達障害の有病率を推計する。

「子どもの育ちと保護者意識に関する調査」は、「名古屋市の就学前の子育てを支援

する事業、子どもの発達に不安を感じる保護者を支援する事業、発達に遅れのある子どもを支援する事業などに関する将来的な方針を検討するうえでの基礎資料の収集」を目的として平成 28 年 6 月に名古屋市によって行われたものである。「名古屋市内に居住する平成 28 年度に小学 2 年生である子どもの保護者」を対象とし、住民基本台帳から無作為抽出した 10,000 世帯に郵送配布し、郵送回収している。有効回収数は 6,071 件と報告されている。

この調査は、「1 回答者の属性（フェーズ項目）」9項目、「2 現在の子どもの状況」5項目、「3 子どもの就学前の保護者の感

じ方」15項目、の全29項目から成る。このうち、「2 現在の子どもの状況」の中の、「2-4 同年齢の子どもと比較した発達状況」、「2-5 障害者手帳の取得状況及び発達障害の判定状況」が発達障害の割合を表していると考えられるため、この結果を抜粋する。

② 名古屋市の北部地域療育センター、西部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風が発刊する「事業概要」について

名古屋市の北部地域療育センター、西部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風は毎年、事業概要を発刊している。今回は、平成30年に発行されたそれぞれの事業概要と、名古屋市が公表している名古屋市の出生数に基づき、発達障害の割合を推計する。

事業概要にはそれぞれの療育センターに新規相談数が毎年集計されている。平成30年に発行された事業概要には平成29年度の新規相談数が診断区分別に集計されている。この数は、平成29年度の1年間に各地域療育センター内で発生した発達障害数と考えられる。これと同時に、各地域療育センターが管轄する区における出生数の何%に当たるかが、発達障害の割合に近いと考えられる。区の出生数は、最新の平成28年の数を用いることとした。転入出があることや、平成28年の出生者が必ずしも新規相談しているわけではないが、数年では大きな変動がないことから代用できると考える。

(倫理面への配慮)

本調査は名古屋市が調査した報告書で発表されたデータ、地域療育センターが発表し

ているデータを用いて推計しているため、倫理面への問題はないと考える。

C. 研究結果

① 「名古屋市 子どもの育ちと保護者意識に関する調査 報告書」について

「2-4 同年齢の子どもと比較した発達状況」の項目では、アンケートの問いは「現在、あなたは、お子さんが「同じ年齢の子どもに比べて発達が遅れている」と思えますか。」となっており、選択肢は「1 発達が遅れがあると感じている」、「2 発達に気になるところがあると感じている」、「3 発達に遅れや気になるところがあるとは感じていない」、の3つで、どれか1つを選択することとなっている。

これらの結果は、1は181人(3.0%)、2は458人(7.5%)、3は5388人(88.7%)、無回答44人(0.7%)と示されている。1と2を合わせた数が、保護者から見て発達が気になる子どもの数で639人(10.5%)になる。この10.5%という割合は、既に発達障害と診断されている子どもも含めた、発達障害が疑われる子どもの有病率と推測される。性別で見ると、男児421人で、全体の男児3044人中の13.8%、女児は203人で、全体の女児2880人中の7.0%であり、男児の方が割合が高くなっている。

「2-5 障害者手帳の取得状況及び発達障害の判定状況」の項目では、アンケートの問いは「現在、お子さんは障害に関する手帳を取得していますか。また、発達障害に関する診断・判定を医療機関で受けたことがありますか。」などとなっており、選択肢は「1 愛護手帳を取得している」、「2 身体障害者手帳を取得している」、「3 精神障害者福祉

手帳を取得している」、「4 医療機関で発達障害の診断・判定を受けた」、「5 手帳を取得している」の 5 つで、あてはまるものすべてを選択することになっている。

これらの結果は、1 は 67 人 (1.1%)、2 は 29 人 (0.5%)、3 は 3 人 (0.0%)、4 は 212 人 (3.5%)、5 は 5728 人 (94.4%)、無回答 59 人 (1.0%) と示されている。4 の 3.5%という割合が、実際に発達障害と診断されている子どもの有病率と言える。

② 名古屋市北部地域療育センター、西部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風が発刊する「事業概要」について

名古屋市北部地域療育センターの平成 29 年度の新規相談者は 349 名と示されている。診断別にみると正常域も 64 名おり、何らかの発達の問題が診断された者は 285 名である。北部地域療育センターの管轄は北区、西区、東区の 3 区である。新規相談者もこの 3 区で 334 名と 95.7%を占める。これはこの 3 区において、発達が気になる子どもはほぼ北部地域療育センターを受診することから、この 3 区における最近 1 年間の発達が気になる子ども達の発生数を表していると考えられる。一方で、平成 29 年版名古屋市統計年鑑に基づく北区、西区、東区の平成 28 年の出生数は、それぞれ 1,278 名、1,323 名、644 名となっていて、3 区の合計では 3,245 名である。この出生者が受診したわけではないが、出生数当たりの新規相談者数の割合で、発達が気になる子どもと実際に何らかの発達の問題が診断された子どもの割合が推計できる。発達が気になる子どもの割合は、出生数当たりの新規相談

者数の割合と仮定すると 349/3,245 で 10.8%となる。また新規相談者のうち正常域と診断された子どもの数を除く人数は実際に何らかの発達の問題を指摘されていることから、出生数当たりのこの人数は、発達障害と診断を受けた子どもの割合と仮定することができ、285/3,245 で 8.8%となる。

同様に、名古屋市西部地域療育センターについては平成 29 年度の新規相談者は 461 名と示されている。診断別にみると正常域も 6 名で、何らかの発達の問題が診断された者は 455 名である。西部地域療育センターの管轄は中村区、中川区、港区の 3 区である。新規相談者もこの 3 区で 100%を占めている。一方で、南部地域療育センターそよ風については平成 29 年度の新規相談者は名古屋市西部地域療育センターと同じ 461 名と示されている。診断別にみると正常域は 1 名で、何らかの発達の問題が診断された者は 460 名である。南部地域療育センターそよ風の管轄は南区、緑区の 2 区である。しかし新規相談者はこの 2 区で 134 名と 29.1%しか占めておらず、港区の相談者が 327 名と 70.9%を占めている。こうした現状から港区では、西部地域療育センターと南部地域療育センターそよ風と 2 ヶ所に分かれて受診していると考えられ、両センターの新規相談者を合計して推計しなくてはならない。平成 29 年版名古屋市統計年鑑に基づく中村区、中川区、港区の平成 28 年の出生数は、それぞれ 1,030 名、1,963 名、996 名となっていて、合計では 3,989 名である。南区、緑区の平成 28 年の出生数は、それぞれ 999 名、2,514 名となっていて、合計では 3,513 名である。5 区合計では

表 1. 名古屋市における地域療育センターの平成 29 年度の新規相談者数

	新規相談者数	正常域と判断された数
北部地域療育センター	349	64
西部地域療育センター	461	6
南部地域療育センターそよ風	461	1

表 2. 名古屋市における平成 28 年の出生数 /10,747 で 11.2%と推計される。

	出生数
西区	1323
東区	644
北区	1278
中村区	1030
中川区	1963
港区	996
南区	999
緑区	2514
名古屋市全体	19542

7,502 名となる。このため、この 5 区における発達に気になる子どもの割合を、出生数当たりの新規相談者数の割合と仮定すると 922/7,502 で 12.3%となる。発達障害と診断を受けた子どもの割合は、出生数当たりの新規相談者のうち正常域と診断された子どもの数を除く人数と仮定すると、915 /7,502 で 12.2%という結果になる。

西部地域療育センター、北部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風をすべて合計した場合は、新規相談者数は 1,271 名で、北区、西区、東区、中村区、中川区、港区、南区、緑区の 8 区合計の出生数は 10,747 名であり、発達に気になる子どもの割合は 1,271/10,747 で 11.8%、発達障害と診断を受けた子どもの割合は、1,200

D. 考察

名古屋市の「子どもの育ちと保護者意識に関する調査」の報告書から、名古屋市内に居住する平成 28 年度の小学 2 年生における、発達の遅れが気になる子どもの割合が 10.5%、発達障害と診断された子どもの割合が 3.5%と推計された。これは無作為抽出による標本調査であり、名古屋市全体の状況を表していると考えられる。

一方、西部地域療育センター、北部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風の新規相談者の人数と出生数から推計した、発達の遅れが気になる子どもの割合と発達障害と診断された子どもの割合は、北区、東区、西区の 3 区合計で 10.8%と 8.8%、中村区、中川区、港区、南区、緑区の 5 区合計で 12.3%、12.2%であった。

この推計にはいくつか限界がある。第一は平成 28 年の出生者は平成 29 年度の新規相談者とは異なることである。また出生後に転入出があることから人数も変動している可能性がある。第二に、新規相談者の年齢層は就学前がほとんどであり就学以降はほとんど組み入れられていない。発達障害の多くは就学前に診断されることが多いが、就学後もまれではないため新規発生数はもう少し多いことが予測される。第三に、新規

相談はすべて受診可能ではなく一定の枠に制限されている。ただ前年からの繰り越しと翌年の繰り越しがほぼ同じであれば大きく変動することはないと考えられる。第四に、療育センター間による診断のばらつきである。北部地域療育センターは西部地域療育センター、南部地域療育センターそよ風に比較して正常域の診断が多かった。診断が特定の医師に偏るとばらつきは大きくなる可能性がある。こうした限界はあるが、名古屋市全体の出生数は 19,542 名であり、その中で今回対象にした 8 区合計の出生数 10,747 名は全体の 55.0%に当たる。こうしたことから、今回の割合はおおよそではあるが、名古屋市全体の発達の遅れが気になる子どもや発達障害と診断を受けた子どもの割合を表しているものと考えてよいであろう。

名古屋市の「子どもの育ちと保護者意識に関する調査」と 3 つの地域療育センターの新規相談者数からの推計を比較すると、発達の遅れが気になる子どもの割合は前者が 10.5%で後者は 11.8%と近似した結果となった。一方、発達障害と診断を受けた子どもの割合は前者が 3.5%で後者は 11.2%と大きな解離が出た。この差は、前者が小学校 2 年生までに医療機関を受診した割合であり、後者は就学前に療育センターを受診した時についた診断であることによるものと考えられる。療育センターで相談を受けて診断を受けた後者のようなケースが前者に含まれていない可能性が高い。すなわち、就学前に療育センターを受診し診断を受けたケースのうち、3 割ぐらいしか医療機関を受診して診断を受けていないのではないだろうか。

今回は既存の報告や他施設の受診結果から発達障害の子どもの割合を推計した。今後は他地域と同じ内容のアンケートを実施し、比較していくことが必要であろう。

E. 研究発表（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3.その他

G. 参考文献

「名古屋市 子どもの育ちと保護者意識に関する調査 報告書」名古屋市子ども青少年局平成 28 年 12 月

「事業概要 平成 29 年度版(2017 年度版)」名古屋市北部地域療育センター 平成 30 年 9 月

「事業概要 平成 29 年度版(2017 年度版)」名古屋市西部地域療育センター 平成 30 年 6 月

「2018 年度事業概要」 南部地域療育センターそよ風 平成 30 年 7 月

名古屋市：平成 29 年版名古屋市統計年鑑 2.人口（市政情報）

<http://www.city.nagoya.jp/somu/page/0000102700.html> より 2-13. 区別出生数、死亡数

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害の原因，疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

学校における発達障害の支援ニーズ把握のシステム化の方法論の検討

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室・教授）

研究協力者 笹森 洋樹（国立特別支援教育総合研究所 発達障害教育推進センター・センター長）

研究要旨：発達障害の実態は医療データだけでは不十分であり，未受診例やいわゆる「グレーゾーン」のケースも含めた学校における支援ニーズの把握が不可欠である。本研究では，わが国で学校における発達障害の支援ニーズを把握し，医療・教育の包括的な研究・統計情報データベースとして活用できるようにするためのシステム化の方法論について検討するための予備的調査として，(1) 長野県教育委員会が定期的に行っている発達障害に関する実態調査に関するインタビュー調査，および (2) 全国連合小学校長会特別支援教育委員会が平成 30 年度に行った全国調査に関する検討を行った。発達障害およびその疑いのある子どもについて，行政の通常業務の一環として定期的に実態調査を行う体制が，今後全国の都道府県で整備されることが望まれる。

A. 研究目的

発達障害の疫学データは国によってかなり差があり，国際的なコンセンサスはまだ得られていない。したがって，わが国でも国内に複数の拠点を設けて，定期的に発達障害に関するデータを定点観測する仕組みを作ることにより，わが国独自の発達障害の支援ニーズの実態を継続的にリアルタイムで把握するシステムを構築する必要がある。

発達障害の実態は医療データだけでは不十分であり，未受診例やいわゆる「グレーゾーン」のケースも含めた学校における支援ニーズの把握が不可欠である。発達障害の支援では多領域連携が不可欠であるが，なかでも幼児期から学齢期にかけては，教育の果たす役割はきわめて大きい。わが国でも，家庭と教育と福祉の連携「トライアングル」プロジェクト（以下「トライアングル」プロジェクト）を発足させるな

ど，文部科学省と厚生労働省の両省による連携が試みられている。

今後，わが国で発達障害の情報データベースを構築していくにあたり，医療を中心とした研究・統計情報のみならず，発達障害の子どもたちに対する教育施策や教育技法に関する研究，さらには学校における発達障害およびその周辺群の子どもたちの支援ニーズに関する統計も重要となる。前者は発達障害情報・支援センター，後者は国立特別支援教育総合研究所発達障害教育推進センターが情報データベース化し，ウェブサイト等で情報公開していくとともに，両者の情報が有機的に連携して活用されるようメンテナンスを行っていくことが望まれる。

本研究の目的は，わが国で学校における発達障害の支援ニーズを把握し，それを発

達障害教育推進センターで集約・公表するとともに、発達障害情報・支援センターと連携して医療・教育の包括的な研究・統計情報データベースとして活用できるようにするためのシステム化の方法論について検討することである。

B. 研究方法

予備的調査として、長野県教育委員会が定期的に行っている発達障害に関する実態調査の概要についてインタビュー調査を行った。

また、現在の学校現場で発達障害がどの程度問題とされているかを把握するため、全国連合小学校長会に連絡をとり、同会の資料を入手し、分析した。

(倫理面への配慮)

本研究は、患者を対象とした調査ではない。

C. 研究結果

1. 長野県教育委員会

長野県教育委員会では、県内の小学校、中学校、義務教育学校、高等学校における発達障害のある児童・生徒に関する実態を把握することを目的として、「発達障がいに関する実態調査」を行っている。義務教育については平成15年度から、高等学校については平成19年度から実施している。主管課は特別支援教育課で、毎年各学校に調査用紙を配布し、各項目について、医師の診断や臨床心理士、児童相談所等の専門機関の判定を受けている児童生徒数（高等学校については医師の診断のある生徒数）を調査している。

インターネットに公開されている「平成30年度発達障がいに関する実態調査の結果について」¹⁾によれば、平成30年9月から10月にかけて長野県内の小学校、中学校、義務教育学校、高等学校に調査用紙が配布され、調査対象となったのは、小学生107,045人、中学生54,937人、公立高等学校生徒48,399人であった。LD(学習障害)、ADHD(注意欠陥多動性障害)、ASD(自閉症スペクトラム障害)、その他(複数の発達障害、ODD(反抗挑戦性障害))について、小学校、中学校、高等学校に分けて統計データを掲載している。データはインターネット上で公開されており、長野県教育委員会で特別支援教育に関する施策を検討するための基礎資料として活用されている。

2. 全国連合小学校長会

全国連合小学校長会特別支援教育委員会では、特別支援教育の充実を図り、国への提言資料とするために、発達障害の診断のある児童、またはその疑いのある児童に関する全国調査を行っていた²⁾。

この調査は、(1) 通常の学級に在籍する「発達障害の診断のある児童、またはその疑いのある児童」について、(2) 通常の学級に在籍する「特別支援学校あるいは特別支援学級に就学することが望ましい障がいのある児童」(発達障害を除く)について、(3) 保護者への特別支援教育の理解や啓発について、(4) 今後の特別支援教育の体制整備について、の4部構成で、対象は、各都道府県で2年以上同一校に勤務している校長の在籍校で調査対象校を選定し、各都道府県小学校数の4%の学校(特別支援学級・通級指導教室設置校を含む)773校で、有効回

答数 773 校，回答率 100%であった。期間は平成 30 年 7 月 5 日から 8 月 24 日まで，方法は質問紙法であった。

D. 考察

発達障害に関する実態の把握には，医療情報だけでは不十分である。発達障害の特性があっても，さまざまな理由で医療機関を受診しないケースがあるためである。あるいは，発達障害と診断されるほど特性が顕著でない場合でも，発達障害の特性が多少あり，それに配慮することが教育上有用と思われる子どももいる。したがって，診断を受けていない，いわゆる発達障害の「グレーゾーン」の子どもの実態を把握することも，施策を検討する上では重要となる。

こうした発達障害の実態を詳細に把握する上で，学校における発達障害の子どもたちの調査はきわめて重要と思われる。文部科学省では，2002 年に「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」³⁾，2012 年に「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」⁴⁾を行った。これらの調査は，わが国の小中学校における発達障害のある子どもたちに対する特別支援教育のニーズを把握する上できわめて重要なものであり，この結果をもとにその後のわが国の教育施策の方向性が定められたと言ってよい。しかし，10 年に一度，特別な体制を作って研究を行うだけでは，タイムリーな実態を把握するには不十分である。

筆者（本田）が研究代表者を務めた「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 25～

27 年度）⁵⁾および「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」（平成 28～29 年度）⁶⁾という 2 つの厚生労働科学研究（障害者対策総合研究事業）では，14 自治体を対象として，各自治体の小～中学生における発達障害（知的障害も含む）の発生および有病について医療機関受診例の調査を行うとともに，同じコホートに対して地域の学校（特別支援学校等も含む）へのアンケート調査を行い，学校教師による発達障害（未診断の疑い例も含む）の把握および医療機関受診児（診断例のみ）の把握に関する調査を行った。この研究デザインでは，学校のなかで把握されている発達障害およびその疑いのある子どもの実態と，医療を受けている子どもの実態を，同じコホートで同時に調査している点が他に類をみない。発達障害の施策に活用できる可能性が広がることの期待できるデータである。ただし，研究班による研究であったため，毎年必ず地域の教育委員会や校長会に説明し，理解を得た上で学校に調査票を送る作業が必要であり，学校側も通常業務の一環としてこのような統計をとっているわけではない点が課題であった。

長野県教育委員会のように，発達障害の児童・生徒の実態を定期的に業務の一環として把握する仕組みを全国的に広げていくことができることができれば，発達障害の実態把握が飛躍的に向上することが期待される。現時点では診断や判定が出ていることを教師が把握している子どもに限定されているものの，方法論の工夫によって，より実情に即した支援ニーズの把握が可能となるものと思われる。このような体制がとれ

ている自治体が国内にどの程度あるのかを調べる必要がある。

全国連合小学校長会が調査していることからわかるように、発達障害の子どもの実態把握は学校現場でも喫緊の課題である。これを国の事業としてシステム化していく必要がある。

E. 結論

発達障害のある子どもおよびその疑いのある子どもの実態の把握を学校で定期的に行うことは、わが国の発達障害対策においてきわめて重要な課題である行政の通常業務の一環として定期的に実態調査を行う体制が、今後全国の都道府県で整備されることが望まれる。

謝辞：ご多忙のところ快くヒアリング調査にご協力くださった長野県教育委員会の皆様に、心より御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 別紙参照
2. 学会発表 別紙参照

H. 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

I. 参考文献

- 1) 長野県教育委員会：平成 30 年度発達障がいに関する実態調査の結果について。

https://www.pref.nagano.lg.jp/kyoiku/kyoiku/goannai/kaigiroku/h30/teireikai/documents/1045_h2.pdf

- 2) 全国連合小学校長会：平成 30 年度研究紀要。pp.80-94, 2019。
- 3) 文部科学省：「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」調査結果。2002。
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chohoku/shotou/054/shiryo/attach/1361231.htm
- 4) 文部科学省：通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査。2012。
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf
- 5) 本田秀夫(研究代表者)：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。厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))平成 25 年度～平成 27 年度総合研究報告書(H25-身体・知的-一般-008), 2016。
- 6) 本田秀夫(研究代表者)：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野)：発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究-平成 28 年度～29 年度総合研究報告書(H28-身体・知的-一般-001), 2018。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本田秀夫	生涯発達	藤野博, 東條吉邦	自閉スペクトラムの発達科学	新曜社	東京	2018	22-35
本田秀夫	ひとりひとりの個性を大事にするにじいろ子育て	本田秀夫	ひとりひとりの個性を大事にするにじいろ子育て	講談社	東京	2018	
本田秀夫	発達障害の早期支援	市川宏伸	発達障害の早期発見と支援へつなげるアプローチ	金剛出版	東京	2018	45-59
本田秀夫	選好性 (preference) の観点からみた自閉スペクトラムの特性および生活の支障	鈴木國文, 内海健, 清水光恵	発達障害の精神病理 I	星和書店	東京	2018	97-114
本田秀夫	発達障害ー生きづらさを抱える少数派の「種族」たちー	本田秀夫	発達障害ー生きづらさを抱える少数派の「種族」たちー	SBクリエイティブ	東京	2018	
本田秀夫	あなたの隣の発達障害	本田秀夫	あなたの隣の発達障害	小学館	東京	2019	
篠山大明	発達障害の早期発見における保健師の可能性	日本発達障害連盟	発達障白書 2019年版	明石書店	東京	2018	68
宮岡等, 内山登紀夫	大人の発達障害ってそういうことだったのか その後	宮岡 等・内山 登紀夫	大人の発達障害ってそういうことだったのか その後	医学書院	東京	2018	
内山登紀夫	第5章 発達障害と療育	市川 宏伸 (編)	発達障害の早期発見と支援へつなげるアプローチ	金剛出版	東京	2018	
内山登紀夫	知的・発達障害における福祉と医療の連携	市川宏伸 (編)	福祉と医療の連携における方向性	金剛出版	東京	2019	印刷中

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
本田秀夫	自閉スペクトラムの人たちにみられる過剰適応的対人関係	精神科治療学	33	453-458	2018
本田秀夫	「自閉」という言葉の由来と概念の変遷	信州医学雑誌	66	305-306	2018

本田秀夫	はじめてまなぶ自閉スペクトラム症：第1回 自閉スペクトラム症とは？－概念と分類の整理	臨床心理学	18	761-766	2018
本田秀夫	はじめてまなぶ自閉スペクトラム症：第2回 自閉スペクトラム症の診断と鑑別	臨床心理学	19	113-118	2019
本田秀夫	はじめて学ぶ自閉スペクトラム症：第3回 自閉スペクトラム症の臨床における包括的アセスメント	臨床心理学	19	245-250	2019
本田秀夫	はじめて学ぶ自閉スペクトラム症：第4回 支援の考え方	臨床心理学	19	363-368	2019
日戸由刈, 藤野博, 原郁子, 本田秀夫	ASD児者の仲間・友人関係に関するライフステージを通じた臨床的検討：発達障害同士の集団への所属歴が社会的転帰に及ぼす影響	東京学芸大学紀要 総合教育科学系	70	499-509	2019
Suzuki K, Takagai S, Tsuji M, Ito H, Nishimura T, Tsuchiya KJ*	Sensory processing in children with autism spectrum disorder and the mental health of primary caregivers.	Brain and Development	41(4)	341-351	2019
Aoyagi SS, Takei N, Nishimura T, Nomura Y, Tsuchiya KJ*	Association of late-onset postpartum depression of mothers with expressive language development during infancy and early childhood: the HBC study	PeerJ	7	e6566	2019
Nomura Y, Davey K, Pehme PM, Finik J, Glover V, Zhang W, Huang Y, Buthmann J, Dana K, Yoshida S, Tsuchiya KJ, Li XB, Ham J	Influence of in utero exposure to maternal depression and natural disaster-related stress on infant temperament at 6 months: The children of Superstorm Sandy	Infant Mental Health Journal	40(2)	204-216	2019
Sasayama D, Asano S, Nogawa S, Takahashi S, Saito K, Kunugi H	A genome-wide association study on photic sneeze syndrome in a Japanese population	Journal of Human Genetics	63 (6)	765-768	2018
鈴木さとみ, 内山登紀夫	【統合失調症と双極性障害あるいは自閉症スペクトラムの関連性】統合失調症と自閉症スペクトラムの行動特徴	精神科	32(3)	265-272	2018
内山登紀夫, 川島慶子, 福留さとみ, 柄谷友香	原発災害がもたらしたもの:福島 の精神保健の現状と課題 子どものメンタルヘルスへの影響	精神神経学雑誌	特別号	S463	2018

内山登紀夫, 川島慶子, 福留さとみ, 志賀利一	【発達障害の人の社会参加-大人になつて幸せになるために-】大人の発達障害の課題と支援 中年期から老年期まで視野に置いて	LD研究	27(1)	40-46.	2018
内山登紀夫, 川島慶子	成人期以降の自閉症スペクトラムの課題と支援	老年精神医学雑誌	29(増刊II)	84	2018
内山登紀夫	【大人の発達障害】大人の発達障害適切な診断と過小診断	総合病院精神医学	30(2)	98-106	2018
内山登紀夫	【切れ目のない発達障害児者支援を目指して】発達障害児者支援と犯罪	発達障害研究,	40(1),	1-10.	2018
内山登紀夫	【診断と治療のABC[130]発達障害】代替治療	最新医学	別冊 (発達障害)	195-196	2018
内山登紀夫	【発達障害の作業療法】(第1章)総論 発達障害とは	作業療法ジャーナル	52(8)	694-701.	2018
志賀利一, 内山登紀夫, 川島慶子, 福留さとみ	成人期発達障害者の生活実態に関する調査 発達障害者支援センターの新規相談者の実態調査から	国立のぞみの園紀要	(11)	124-140.	2018
稲田尚子, 内山登紀夫	【小児科医ができる発達検査・心理検査】 発達障害の検出に活用する検査 CARS(小児自閉症評定尺度)	小児内科	50(9)	1403-1405	2018

令和 元年 5月27日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人信州大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 濱田 州博

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)
2. 研究課題名 発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究
3. 研究者名 医学部 子どものこころの発達医学教室

本田 秀夫

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	信州大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 元年 5月27日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人信州大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 濱田 州博

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)
- 2. 研究課題名 発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究
- 3. 研究者名 医学部 精神医学教室
篠山 大朗

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	信州大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当するにチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人信州大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 濱田 州博



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)
2. 研究課題名 発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究
3. 研究者名 医学部 衛生学公衆衛生学教室
野見山 哲生

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	信州大学	<input checked="" type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項) 近日中に審査の申請を行う予定です。

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 国立大学法人浜松医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 今野 弘之

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
2. 研究課題名 発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 子どものこころの発達研究センター 特任教授
(氏名・フリガナ) 土屋 賢治 ・ ツチャ ケンジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 大正大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 大塚 伸夫



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 心理社会学部臨床心理学科・教授
 (氏名・フリガナ) 内山 登紀夫 (ウチャマ トキオ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大正大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。