

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

令和元年度 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

令和2（2020）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		
1. 原因に関する調査・研究の収集および分析	-----	8
研究分担者	土屋 賢治	
研究協力者	岩淵 俊樹, 西村 倫子, 原田 妙子, 崔 多美, 奥村 明美, 中原 竜治, 高橋 長秀, 堀越 隆伸	
2. 発達障害の疫学に関する情報の収集および分析	-----	14
研究分担者	篠山 大明	
3. 成人発達障害の実態把握と支援ニーズに関する研究	-----	20
研究分担者	内山 登紀夫	
研究協力者	鈴木 さとみ, 宇野 洋太, 蜂矢 百合子, 松浦 直巳, 佐々木 康栄, 高梨 淑子 川島 慶子	
4. 自閉スペクトラム症の成人の生活機能と健康関連 QOL に関する研究— 一定型発達の成人および統合失調症の成人との比較—	-----	33
研究分担者	内山 登紀夫	
研究協力者	鈴木 さとみ, 伊津野 拓司, 中村 元昭, 武士 清昭, 宇野 洋太, 蜂矢 百合子 松本 裕介	
5. 成人の発達障害に合併する精神及び身体症状・疾患に関する研究	-----	51
研究分担者	内山 登紀夫	
研究協力者	鈴木 さとみ	
6. 地域において発達障害・知的障害の子どもの実態を定期的に把握する情報データベ ース構築に関するヒアリング調査	-----	64

研究代表者 本田 秀夫  
研究分担者 野見山 哲生, 篠山 大明, 内山 登紀夫  
研究協力者 清水 康夫, 岩佐 光章, 山田 敦朗,  
山下 洋, 香月 大輔, 若子 理恵,  
高橋 和俊, 原田 謙, 川島 慶子,  
関 正樹, 金重 紅美子, 笹森 洋樹

(資料) 発達障害・知的障害に関する情報データベース構築に関する調査票

7. 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 ----- 97

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

8. 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) ----- 110

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

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 127

令和元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）  
総括研究報告書

**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。今年度は，（１）原因に関する調査・研究の収集および分析，（２）発達障害に関する既存情報を用いた疫学調査，（３）成人発達障害の実態把握と支援ニーズに関する研究，（４）地域において発達障害，知的障害の子どもの実態を定期的に把握する情報データベース構築に関するヒアリング調査という４つの軸を立てて研究を行った。

原因に関する調査・研究の収集および分析では，自閉スペクトラム症（ASD）については，ある程度のエビデンスレベルの知見が出されていることが示された。注意欠如・多動症（ADHD）はエビデンスレベルが不明な知見のみであった。

既存情報を用いた疫学調査に関する研究から，わが国では乳幼児健診を拠点とした疫学調査や保険診療情報を用いた発達障害の実態を定期的に蓄積できる可能性があることが示された。

成人期に関する研究からは，成人期に関する文献はまだ少なくエビデンスも不明であるが，他の精神疾患の合併に注目する必要があることが示された。

ヒアリング調査では，回答したすべての自治体で，定期的な実態調査は支援ニーズの把握や施策の根拠となる点で意義があるとの回答を得た一方で，業務負担や個人情報保護などに課題があることが示された。文部科学省がすでに毎年行っている実態調査を活用し，今後は通常学級在籍の児童・生徒等にも拡大した調査の枠組みを作っていくことが望ましいと思われた。

発達障害について信頼のおける情報データベースを構築し，維持するためには，相応の専門性のある人材と専属の部署が必要である。

**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。

初年度は、(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、(2) 原因に関する調査・研究の収集および分析、

(3) 発達障害の疫学に関する情報の収集および分析、(4) 成人の発達障害に関する調査・研究の収集と分析、(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、(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る。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、自閉スペクトラム症(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。

今年度は、(1) 原因に関する調査・研究の収集および分析、(2) 発達障害に関する既存情報を用いた疫学調査、(3) 成人発達障害の実態把握と支援ニーズに関する研究、(4) 地域において発達障害、知的障害の子どもの実態を定期的に把握する情報データベース構築に関するヒアリング調査という4つの軸を立てて研究を行った。

## B. 研究方法

### 1. 原因に関する調査・研究の収集および分析(土屋)

ASD および注意欠如・多動症(ADHD)

を中心に国内外の関連する文献を系統的に収集し、整理した。より定量的なエビデンス抽出を目指して、メタアナリシス研究を探索するとともに、複数のメタアナリシス研究を総括するアンブレラレビューを検索した。さらにこの結果を利用して、まだメタアナリシスに含まれていない最近の原著論文まで検索対象を広げ、エビデンスを支える知見としての適格性を検討した。

### 2. 発達障がいに関する既存情報を用いた疫学調査(篠山)

長野県岡谷市で1歳6カ月児健康診査(1歳半健診)を受けた児を対象として、1歳半健診で得られた児の特徴と小学校就学時までのASDの診断の有無との関連を調べた。

また、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)と総務省統計局による人口統計情報をもとに、知的能力障害、ASD、ADHDの有病率・発生率を算出できるかどうかを検討することを目的として、2009~2019年度に知的能力障害、ASD、ADHDのいずれかと診断された患者について、NDBオープンデータを用いた各診断の年度ごとの都道府県、性、年齢階級の3次元集計表の作成を厚生労働省に依頼した。

### 3. 成人発達障害の実態把握と支援ニーズに関する研究(内山)

これまで我が国で知見の乏しかった正常知能の成人期のASDの人の実態を臨床的側面から明らかにするため、①精神科的合併症のタイプと頻度、②QOL、③精神科合併症やQOLと関連した要因の検討を行った。

また、成人期の生活機能と健康関連 QOL について、ASD、定型発達、統合失調症の成人との比較を行うための質問紙調査を行った。

さらに、毎日新聞社生活報道部と発達障害当事者協会によって実施されたアンケート調査について分析した。

#### 4. 地域において発達障害・知的障害の子どもの実態を定期的に把握する情報データベース構築に関するヒアリング調査(本田・野見山・篠山)

政令指定都市 3 市、中核市および中核市移行を予定している市(以下、「中核市」) 4 市、それ以外の市(以下、「小規模市」) 5 市において、発達障害の医療に中心的に携わっている医師、または保健・福祉・教育行政のいずれかに携わっている担当職員を対象として、今回の調査のために作成した「発達障害・知的障害に関する情報データベース構築に関する調査票」を用いてヒアリング調査を行った。

また、函館市および南相馬市では、今年度も昨年度に引き続いて発達障害の支援ニーズの実態に関する調査を行った。

##### (倫理面への配慮)

本研究は文献収集、ヒアリング、質問紙調査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。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. 原因に関する調査・研究の収集および分析

Kim ら (2019) のアンブレラレビューに記載されたエビデンスレベルに沿って、ASD の原因に関するメタアナリシスおよび原著論文、ADHD の原著論文について整理した。ASD 発症の原因候補(危険因子)として十分なエビデンスがあるものは、母の高年齢、母体の妊娠高血圧症候群、母体の過体重、胎生期抗うつ薬曝露、胎生期アセトアミノフェン曝露、父の高年齢であった。一方 ADHD 発症の危険因子として一定以上のエビデンスレベルのあるものは見いだされなかった。

さらに、信ぴょう性の高いエビデンスレベルの知見を一般に利用可能なデータベースにして公開することの意義について、SWOT 分析を行って検討した。発達障害の原因に関する情報を求める声は多いため、メタアナリシスによって得られたエビデンスリストをしかるべきウェブサイト(たとえば、発達障害情報・支援センター)にアップロードすれば、一定のニーズを充足することができる。情報はアップデートが欠かせないため、エビデンス収集を業務とする人員を確保し、データベースを維持していくことが望まれる。

### 2. 発達障害の疫学に関する情報の収集および分析

2009 年 4 月 2 日から 2012 年 4 月 1 日の間に出生し、長野県岡谷市で 1 歳半健診を受けた児は 1,067 名(男児 517 名、女児 550 名)であった。そのうち 33 名(男児 22 名、女児 11 名)が就学時までに ASD の診断を

受けていた。

NDB オープンデータを用いた知的能力障害、ASD、ADHD に対する年度ごとの都道府県、性、年齢階級の 3 次元集計表の作成については、レセプト情報等の提供に関する申出は承諾されており、データの提供は 2020 年 9 月頃を予定している。

乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いる調査では、調査地域における正確な有病率および発生率の算出やリスク因子の同定が可能である反面、既存の情報をデータベース化するためのシステム作りが必要である。保険診療情報を用いる疫学調査では、簡便に全国規模の有病率調査が実施できる可能性がある反面、診断名の不正確さ、居住地情報の欠如、海外流出、国内流入の未把握、患者 ID の不確定など、データベースの限界を踏まえた上での解釈が必要であると考えられた。

### 3. 成人発達障害の実態把握と支援ニーズに関する研究 (内山)

知的障害のない ASD の成人 131 名に M.I.N.I 精神疾患簡易構造化面接を行い、77 名の合併診断があり、不安障害群、抑うつ障害群が多かった。最も頻度が高かったのは全般性不安障害であった。現在の QOL は FIQ, PARS 現在得点との相関は認められず、過去の逆境体験、レジリエンスと相関があった。M.I.N.I 診断数は自閉症特性の強さより合併する ADHD 特性、過去の逆境体験やレジリエントな体験と相関していた。男性の方が QOL の平均値が高く、女性の方が併存疾患数や ACE が有意に高かった。総じて女性の QOL のほうが低かった。

定型発達および統合失調症の成人との比

較では、ASD および統合失調症の成人の健康関連 QOL は日本の国民標準値より低く、ASD の成人は統合失調症の成人よりも「社会生活機能」が有意に低かった。ICF を用いて測定した生活機能は、ASD および統合失調症では定型発達の成人より生活のしづらさを抱えていた。

毎日新聞社生活報道部と発達障害当事者協会による調査では、定型発達の人に比べて ASD や ADHD の成人では精神疾患などが高頻度で合併しており、診断では ASD と ADHD の合併群が、性別では女性の方が精神疾患や身体疾患を合併する割合が高かった。

### 4. 地域において発達障害・知的障害の子どもの実態を定期的に把握する情報データベース構築に関するヒアリング調査 (本田・野見山・篠山)

ヒアリング調査から、医師および自治体の医療・保健・福祉・教育の担当者は、定期的に自治体における発達障害の実態を観測してデータを集約する仕組みを構築することについて、支援ニーズを把握して施策の根拠とする意義があると考えていることがわかった。

一方で、共通の基準を用いた標準的な実態把握の手法の開発、個人情報保護、本人および保護者への説明などの課題があることが示された。

特に人口の多い地域では発達障害を診療する医療機関が多くあることから、医療機関と行政が連携して実態を把握する体制整備が必要となる。

文部科学省ではすでに特別支援教育および通級による指導の実態調査を行っている。

これを活用するとともに、通常学級に在籍する発達障害の児童・生徒および未診断だが配慮を要する児童・生徒までを含めた実態調査へと拡大していくことが望まれる。

函館市の調査では、平成 25 年より 7 年間継続的に医療機関と教育機関の調査を行い、医療機関を受診している発達障害のある児童生徒の頻度は人口の 5~6%であると推定された。学校現場で発達障害を疑われる児童生徒の頻度は年度により差が見られたが、これは実際の増加ではなく現場の認識の変化によると考えられた。

南相馬市では学校を対象とした質問紙調査を行い、令和元年度小学 1 年生における発達の偏りや遅れのある子どもの割合が 26%と、平成 25 年度からの調査で最も高い割合となった。

#### D. 考察

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。土屋らが示したように、ASD の危険因子を探る研究は世界的にかなり進められており、かつ刻々と新しいエビデンスが出されている。なかには、「自閉症ワクチン説」のように、出されたり否定されたりを繰り返しているものもある。一方、ADHD の危険因子については、メタアナリシスはまだなく、単発の原著論文が蓄積されている段階であり、エビデンスは不足している。

今後、エビデンスリストを作成するだけでなく、それを定期的に更新しながら、誤解なく正しい知識を普及させる努力が必要で

ある。そのためには、最新の文献を収集し、メタアナリシスを行い、エビデンスリストを作成し、それを定期的に更新するという作業を行うマンパワーが必要となる。

国際的な文献の収集だけでなく、わが国の現場から出されたデータを蓄積してデータベース化する作業も必要である。わが国では乳幼児健康診査を起点とした研究計画を立てることで、発達障害の疫学調査が可能である。また、篠山は、保険診療情報をもとにした発達障害の集計が可能であることを示した。レセプト情報がどの程度エビデンスとして価値があるのかは検討の余地があるものの、全国で悉皆のかつ継続的に得られる情報であるため、発達障害に対する医療の一側面を示した情報データベースとなることは期待してよいであろう。

成人期の問題に関しては、単発の原著論文もまだ多いとは言えず、現在はエビデンスを少しずつ積み重ねている段階である。内山らの報告にあるように、成人期では他の精神疾患の合併が問題となることが多く、なかでも不安障害群と抑うつ障害群が多い。さらに現在の QOL が知的水準や自閉症特性の強さよりも併存する ADHD 特性、過去の逆境体験やレジリエントな体験と関連していることが示された。こうした知見が今後積み重ねられていき、一定のエビデンスレベルに達することが望まれる。

ヒアリング調査では、過去に本田が研究代表者を務めた厚生労働科学研究<sup>1,2)</sup>および本研究の研究分担者および研究協力者が診療している自治体の医療・保健・福祉・教育関係者を対象とした調査を行った。これらの自治体では、すでに継続的に医療機関と教育機関を対象とした疫学調査を行った



実績があり、定期的な疫学調査を行うことには意義があるとの回答をすべての自治体から得た。これらの地域をまずは起点として、調査範囲を拡大していく方法もあると思われる。一方で、これを通常業務の一環として行うためにはいくつかの課題があることも明らかとなった。それらは診断や評価の基準の統一、業務負担、個人情報保護、当事者の了解の問題などである。

文部科学省では、特別支援学校および特別支援学級に在籍する児童・生徒および通級指導を受けている児童・生徒の実態について、毎年全国の自治体のデータを集約し、公表している。上述の医療における保険診療情報のデータと併せて、すでにあるデータベースの活用を考える必要があると思われる。通常学級に在籍する発達障害の児童・生徒や、診断の有無が未確認ながら配慮を要すると思われる児童・生徒についても併せて実態を把握できるよう、文部科学省の調査のやり方を更新していくと、より精度の高い情報データベースとなると思われる。

信頼のおけるデータ収集を可能とするためには、精度の高い健診技術、専門性の高い医療と特別支援教育が地域で保証される必要がある。そして、こうした情報データベースを作り、維持するためには、相応のマンパワーと専門の部署が必要である。わが国でいえば、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」を運営するがん情報提供部のような専属の部署と人員の配置が必要であると思われる。

## E. 結論

原因に関する調査・研究の収集および分

析では、ASDについては、ある程度のエビデンスレベルの知見が出されていることが示された。ADHDはエビデンスレベルが不明な知見のみであった。

既存情報を用いた疫学調査に関する研究から、わが国では乳幼児健診を拠点とした疫学調査や保険診療情報を用いた発達障害の実態を定期的に蓄積できる可能性があることが示された。

成人期に関する研究からは、成人期に関する文献はまだ少なくエビデンスも不明であるが、他の精神疾患の合併に注目する必要があることが示された。

ヒアリング調査では、回答したすべての自治体で、定期的な実態調査は支援ニーズの把握や施策の根拠となる点で意義があるとの回答を得た一方で、業務負担や個人情報保護などに課題があることが示された。文部科学省がすでに毎年行っている実態調査を活用し、今後は通常学級在籍の児童・生徒等にも拡大した調査の枠組みを作っていくことが望ましいと思われた。

発達障害について信頼のおける情報データベースを構築し、維持するためには、相応の専門性のある人材と専属の部署が必要である。組織と人員配置については、国立がん研究センターのがん情報提供部が参考になるとと思われる。

## 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。

令和元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）  
分担研究報告書

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

## 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）  
研究協力者 岩淵俊樹，西村倫子，原田妙子，崔多美，奥村明美，中原竜治，高橋長秀  
（浜松医科大学子どもこころの発達研究センター）  
堀越隆伸（群馬大学大学院医学系研究科）

### 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候補（危険因子）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。最終年度は，自閉スペクトラム症（ASD）と注意欠如・多動症（ADHD）の原因候補（危険因子）に関する論文を渉猟し，エビデンスレベルを踏まえた情報整理を行った。

ASD 発症の原因候補（危険因子）として十分なエビデンスがえられているものは，母の高年齢，母体の妊娠高血圧症候群，母体の過体重，胎生期抗うつ薬曝露，胎生期アセトアミノフェン曝露，父の高年齢であった。一方 ADHD 発症の危険因子として一定以上のエビデンスレベルのあるものは見いだされなかった。

本研究を通じ，原因候補（危険因子）に関するエビデンス収集の標準的手法を提示するとともに，エビデンスの公開（データベース化）に関する今後の課題を検討した。

### A. 研究目的

発達障害のうち，自閉スペクトラム症（ASD）と注意欠如多動症（ADHD）はとりわけ有病率が高く，専門家のみならず社会の関心が高い。なかでも近年，発達障害の環境的リスク因子に関する知見が国内外から集まっており，正しい情報を抜きだし施策に利用することが科学的に強く望まれている。

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や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。最終年度である平成 31（令和 1）年度は，ASD と ADHD の原因候補（危険因子）を報告する論文を渉猟し，エビデンスレベルを踏まえた情報整理を行い，またエビデンスの公開（データベース化）に関する今後の課題を検討した。なお，本研究における「原因」とは必ずしも発症と 1:1 対応をしめす因子とは限らず，実際は代替因子（サロゲートマーカー）や中間因子（メディエーター）かもしれない。それが真に発症と因果的な関連があるかどうかを検討するのは本研究

の目的ではないため、以下では「原因」という用語を避け、原因や原因候補を含む疾患リスクを高める先行因子、という意味合いで「危険因子 (risk factor)」ということばを用いることとする。

## B. 研究方法

昨年度は、原著論文を中心に、原因候補と考えられる危険因子の4領域を抽出した。今年度は、この結果を踏まえ、より定量的なエビデンス抽出を目指して、メタアナリシス研究を探索するとともに、複数のメタアナリシス研究を総括するアンブレラレビューを検索した。さらにこの結果を利用して、まだメタアナリシスに含まれていない最近の原著論文まで検索対象を広げ、エビデンスを支える知見としての適格性を検討した。

なお、ASDとADHDについてそれぞれ情報収集を実施した。

(倫理面への配慮) 本研究は公的に利用可能なデータのみを利用して行う研究であるため、個人の尊厳やプライバシーを侵す恐れはない。

## C. 研究結果

### 1. 情報収集

#### 1.1. 自閉スペクトラム症 (ASD)

Autism をキーワードとして Pubmed による検索を行ったところ、複数のメタアナリシス研究が刊行されていた。またこれらメタアナリシス東ね、かつ関連論文を渉猟して、各危険因子の効果を定量的に検討したアンブレラレビューが2019年に刊行されており、この情報を中心に据えて情報収集を行った (Kim JY et al., Lancet Psychiatry 6: 590-600, 2019)。

Kimらは、ASDの危険因子について、メタアナリシスの定量的知見および単発の原著論文から得られる定量的知見から、5つのエビデンスレベルを設定している。

Convincing (class I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P value &lt; 1E-6 under random effects</li> <li>• &gt;1,000 ASD cases;</li> <li>• P value &lt; 0.05 of the largest study in meta-analysis</li> <li>• No large heterogeneity</li> <li>• No signs of small study effects</li> <li>• No signs of excess significance bias</li> <li>• Retained statistical significance in 10% credibility ceiling</li> <li>• 95% prediction interval excludes the null (i.e., 1.0)</li> </ul>
Highly suggestive (class II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P value &lt; 1E-6 under random effects</li> <li>• &gt;1,000 ASD cases</li> <li>• P value &lt; 0.05 of the largest study in meta-analysis</li> </ul>
Suggestive (class III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P value &lt; 1E-3 under random effects</li> <li>• &gt;1,000 ASD cases</li> </ul>
Weak (class IV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P value &lt; 0.05 under random effects</li> </ul>
Not significant (class V)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P value &gt; 0.05 under random effects</li> </ul>

表1. 5つのエビデンスレベル

表1のエビデンスレベルに基づいたKimら(2019)の結果、およびその後刊行された原著論文の情報を加え、得られた危険因子を表2にまとめた。Class IまたはIIの、エビデンスレベルの高い危険因子が複数見いだされた。一方、エビデンスの弱い、おそらく今後検討する必要のないClass IVまたはVの危険因子も多数見いだされた。

一方、臨床的に重要な危険因子(胎児期の抗てんかん薬曝露、アルコール曝露、両親の社会経済階層)については知見が少なく、判定が困難であると考えられた(エビデンス不足)。

#### 1.2. 注意欠如・多動症 (ADHD)

(Inattent\* OR hyperactiv\*) をキーワードとして Pubmed による検索を行った。メタアナリシスはなく、単発の原著論文が多く抽出された。そこで、それぞれの論文についてKimら(2019)の方法に沿ったエビデンスレベルの判定を行ったが、いずれの危

危険因子もエビデンスレベルの判定が困難であると考えられた（エビデンス不足）。ADHD の危険因子研究を総括するメタア

ナリシスが不足していることが、この領域のエビデンス蓄積を妨げている（表2）。

ASD				ADHD
エビデンス十分 (Class I/II)	エビデンス示唆 (Class III)	エビデンス弱い (Class IV/V)	エビデンス不足	エビデンス不足
母の高年齢	AID家族歴	水銀曝露	抗てんかん薬曝露	抗うつ薬曝露
妊娠高血圧症候群	母の糖尿病	チメロサル曝露	アルコール曝露	抗てんかん薬曝露
● 子癇前症 ● 慢性高血圧	5分APGAR 7点未満	MMRワクチン 曝露	両親のSES	妊娠高血圧症候群
抗うつ薬曝露	聴覚障害	サイトメガロ感染	乳児期の栄養	アルコール曝露
妊娠前/中過体重	父の低年齢	喫煙曝露	乳児期の健康	喫煙曝露
アセトアミノフェン 曝露		NO <sub>2</sub> , O <sub>3</sub> 曝露 PM <sub>2.5</sub> /PM <sub>10</sub> 曝露		低いSES
父の高年齢		低出生体重		化学物質曝露
母のAID		新生児アシドーシス		新生児黄疸
		新生児黄疸		乳児期の栄養
		ART		乳児期の健康
		葉酸サプリメント		

表2. ASD および ADHD の危険因子とそのエビデンスレベル。ASD における Class I/II に属する危険因子には、ASD の発症リスクを高めることを確実視できる知見が蓄積している（エビデンス十分）。Class III に属する危険因子には、ASD の発症リスクを高めることを支持する知見が多く集まっているが、それを支持しない知見が一部にある（エビデンス示唆）。Class IV/V に属する危険因子には、ASD の発症リスクを高めることを支持しない知見が多く集まっている（エビデンス弱い）。それ以外の危険因子は、メタアナリシスで検討されたことがなく、単発の原著論文で報告されたのみであり、ASD・ADHD の発症リスクを高めるかどうかの判定は困難である（エビデンス不足）。現時点では、ADHD の発症リスクを高めることまたは高めないことを確実視できる危険因子は、ない。

## 2. エビデンスの整備・データベース化に関する検討

1 において、信ぴょう性の高いエビデンスレベルの知見があることを示した。これを、一般に利用可能なデータベースにして公開

するためになにが障壁・後押しとなるかについて、SWOT 分析を通じて検討した。その結果を表3に示した。

	プラス要因	マイナス要因
内部環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>● エビデンスリスト</li> <li>● エビデンスリスト作成のノウハウ確立</li> <li>● 専門性の高いメンバー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 作業の継続性の担保がない(恒常的なリストの更新)</li> <li>● 作業の自動化ができない</li> </ul>
外部環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国立リハCの準備状況(DBの立ち上げが可能)</li> <li>● 発達障害への高い関心と正しい情報のニーズ</li> <li>● 主に米国発の絶え間ない科学情報の発信</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Web情報の流布</li> <li>● 公的機関の情報に対する無関心・信頼の低さ</li> </ul>

表3. エビデンスリストを外部発信するうえで障壁・後押しとなる様々な要因。

#### D. 考察

##### 1. 情報収集から得られた ASD と ADHD の危険因子に関するエビデンスリスト

ASD の危険因子を探る研究は、世界的にみてかなり進んでいる。その背景に ASD の有病率が年々上昇していることをはじめとする社会的関心の高まりがある。これをうけて、保健・福祉領域では、①早期発見と早期支援の推進、②合理的配慮と社会参加の推進および推進のための科学的知見が強く求められている。さらに近年、③「予防」の可能性を探る流れが広がりつつある。ASD の有病率の上昇が単に診断学的な問題に帰着することは困難であるという見方は一部の疫学者から示されており(例えば, Hertz-Picciotto et al, 2018, Autism Research), ASD や ADHD の発症リスクに対する環境的寄与を考慮すべきであるという。この見方は一部で過熱し、すでに過去のものとなった「自閉症ワクチン説」が再び注目されるに至っている(Hviid et al., 2019; Ann Intern Med が再び否定)。

研究の結果をまとめたエビデンスリストから明らかのように(表2)は、有機水銀、MMR ワクチン、農薬など、取りざたされているさまざまな環境因子が ASD の発症リ

スクを高めると考える理由がほとんどないことを示唆している。一方で、両親の年齢や胎生期の母親の健康のように、リスクを高めることが確実視される危険因子が抽出されている。

知見の解釈と利用は、大きく二つに分けられる。一つは科学的な利用である。両親の高年齢が ASD の発症リスクを高めることはこれまでも多くの研究から指摘されているが(Tsuchiya et al., 2008, Br J Psychiatry; Hultman et al., 2011, Mol Psychiatry ほか), その生物学的なメカニズムは不明なままである。おそらくその背景に遺伝学的なメカニズムや、両親の年齢を媒介変数とする他の環境因子を反映しているのではないかと考えられていることから、科学者との共有を通して、さらなる研究を進めるための基盤情報として利用することが望まれる。しかし、メカニズムが不明である以上、この知見を広くオープンにすることが逆に新たな誤解(たとえば、子どもを ASD にしないためには早婚が望ましい)といった言説が先行する恐れがある。科学的な利用を優先する場合には、一般の公開に進むべきではないと考えられる。

それでもなお、正しい知識の普及という観点から、一般のアクセスを考えるべき理由もある。たとえば、米国では反ワクチン運動の科学的根拠として「自閉症ワクチン説」が利用される一方、ASD 自助グループ(たとえば、Autism Speaks <http://www.autismspeaks.com/>)は、ASD の危険因子に関するエビデンスを多く引用し、かつエビデンスリストとしてまとめ、解説を付けて公開している。その目的は、「自閉症ワクチン説にはエビデンスがない」こと

を示すことにある。このように、情報の受け手側のデメリットを減らす工夫(解説)をしつつ、基本的に情報を公開して正しい知識を広めるという考えが貫かれている点で、一般のアクセスを担保することは一考に値する。

いずれの考え方を優先すべきかについては、本研究の求めを超える内容となるため、割愛する。

## 2. エビデンスリストを、広く使われるデータベース化するためには？

エビデンスリストの利用目的をここではいったん棚上げにして、どのようにデータベース化するか、データベース化とその利用を阻害する要因は何か、などについてSWOT分析を用いた検討を行った。

ASDとADHDの危険因子に関する情報はわが国の行政、地域、個人のさまざまなレベルにおいて必要とされており、上記のエビデンスリストをしかるべきサイト(たとえば、発達障害情報・支援センター)にアップロードすれば利用の可能性は担保される。然るべき対象者に広く利用される機会を増やすためには、有力なネットワークにリンクをすることによって、正しい知識の普及が可能となる。

しかし、日夜新しい知見が得られているこの領域では、情報のアップデートが欠かせない。この研究事業の終了とともに情報のアップデートが終わらないようにするためには、エビデンス収集というプロセスの自動化が望まれるが、このためには情報学のエキスパートを交えた新しい課題探索が必要である。むしろ、エビデンス収集を業務とする人員を整備し、データベースの利用

可能性の維持をしていくことが望まれる。

## E. 結論

ASDおよびADHDの発症リスクを高める危険因子を掲載したエビデンスリストを作成した。ASD発症の原因候補(危険因子)として十分なエビデンスがあるものは、母の高年齢、母体の妊娠高血圧症候群、母体の過体重、胎生期抗うつ薬曝露、胎生期アセトアミノフェン曝露、父の高年齢であった。一方ADHD発症の危険因子として一定以上のエビデンスレベルのあるものは見いだされなかった。今後もエビデンスリストをデータベース化する必要性が見いだされ、それを維持する方法について言及した。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Kuno-Fujita A, Iwabuchi T, Wakusawa K, Ito H, Suzuki K, Shigetomi A, Kosaka H, Tsujii M, Tsuchiya KJ.\* Sensory processing patterns and fusiform activity during face processing in autism spectrum disorder. *Autism Research*, 2020, doi: 10.1002/aur.2283
- 2) Takahashi N, Harada T, Nishimura T, Okumura A, Choi D, Iwabuchi T, Kuwabara H, Takagai S, Nomura Y, Takei N, Tsuchiya KJ. Association of genetic risks with autism spectrum disorder and early neurodevelopmental delays among children without intellectual disability. *JAMA Network Open* 3(2):e1921644, 2020
- 3) 岩瀬 俊樹, 西村 倫子, 土屋 賢治. 成人における発達障害の疫学と有病率.

- 診断と治療 107(11): 1313-1316, 2019.
- 4) Nishimura T, Takei N, Tsuchiya KJ. Neurodevelopmental trajectory during infancy and diagnosis of autism spectrum disorder as an outcome at 32 months of age. *Epidemiology* 30 (Suppl 1), S9-S14, 2019
  - 5) Choi D, Tsuchiya KJ, Takei N. Interaction effect of oxytocin receptor (OXTR) rs53576 genotype and maternal postpartum depression on child behavioural problems. *Scientific Reports* 9: 7685, 2019
  - 6) Osuka Y, Nishimura T, Wakuta M, Takei N, Tsuchiya KJ\*. Reliability and validity of the Japan Ijime Scale and estimated prevalence of bullying among 4th through 9th graders: a large-scale school-based survey. *Psychiatry & Clinical Neuroscience* 73(9):551-559, 2019
  - 7) Aoyagi SS, Tsuchiya KJ.\* Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 45: 1809-1820, 2019
  - 8) Tsuchiya KJ, Takagai S. Neurodevelopmental Disorders in the Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study). In: Sata F, Fukuoka H, Hanson M, (eds) *Pre-emptive Medicine: Public Health Aspects of Developmental Origins of Health and Disease*. Singapore: Springer Nature, 2019; pp 175-88.
  - 9) 土屋賢治. 早産児や低出生体重児のメンタルヘルス. 板橋家頭夫 (監修), 河野由美, 水野克己 (編集): 早産児, 低出生体重児の成長と発達のみかた — 出生から AYA 世代まで—. 東京医学社, 東京, 2019, pp 243-250.
2. 学会発表 なし
- H. 知財財産権の出願・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



令和元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

## 発達障害に関する既存情報を用いた疫学調査

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。データベースは、経時的变化を反映して定期的にアップデートすることが求められる。したがって、恒常的にデータを収集する必要があるため、既存の情報を利用できることが望ましい。本研究では、乳幼児健康診査および医療機関の情報を利用する方法と、保険診療情報を用いる方法で疫学調査を実施し、恒常的なデータ収集の実現可能性についての検討と課題の抽出を行った。本報告書では、長野県岡谷市で収集した乳幼児健康診査および医療機関の情報を用いて自閉スペクトラム症のリスク因子を同定する調査と、保険診療情報を用いた疫学調査について報告する。既存の情報を利用することによってほぼ悉皆的な疫学調査が可能であった一方で、正確なデータを恒常的に収集するという点においては様々な課題が見出された。データベースを構築する上での既存の情報の活用については引き続きの検討が必要である。

### A. 研究目的

本研究は発達障害に関する情報のデータベース構築に向けた疫学情報の恒常的な収集方法の確立を目指している。平成30年度に本研究の一環として実施した文献レビューの結果によると、注意欠如・多動症の有病率は明らかな経時的な変化を示さなかった一方で、世界中の疫学研究で自閉スペクトラム症の有病率の著しい増加が報告されていた [1]。日々更新される発達障害の有病率や発生率に関する情報を反映するためには、発達障害に関するデータベースの定期的なアップデートが求められる。

発達障害の頻度の増減は、危険因子や病

因を研究する上で重要な情報である。また、発達障害と診断される背景に支援の必要性が存在していることを踏まえると、診断される頻度の変化を捉えることは支援体制を構築する上でも重要である。しかし、定期的に疫学調査を実施し情報をアップデートすることは容易ではない。そこで、本研究では、恒常的にかつ簡便に疫学情報を収集する方法として、既存の情報を用いた疫学データを収集する手段について検討した。具体的には、乳幼児健康診査および医療機関の情報を利用する方法と、保険診療情報を用いる方法について検討した。

本研究の初年度であった昨年度は、乳幼児

健康診査および医療機関の情報を利用した疫学調査を実施した。長野県岡谷市の児童を対象にし、乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査によって、調査地域における自閉スペクトラム症の累積発生率の算出を行った。

今年度は、引き続き、岡谷市の乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いて自閉スペクトラム症のリスク因子に関する調査を行い、さらに、保険診療情報を用いた発達障害の疫学調査に着手した。本研究の目的は、上記調査の結果を踏まえ、既存の情報を用いた疫学調査の実現可能性について検討し、恒常的にデータを収集する上での課題を抽出することである。

## B. 研究方法

### 1. 乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査

乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いて自閉スペクトラム症の累積発生率を算出した昨年度の調査に引き続き、今年度は自閉スペクトラム症のリスク因子を同定する調査を行った。対象は2009年4月2日から2012年4月1日の間に出生し、長野県岡谷市にて1歳6カ月児健康診査を受けた児とし、1歳6カ月児健康診査で得られた児の特徴と小学校就学時までの自閉スペクトラム症の診断の有無との関連を調べた。1歳6カ月時における児の特徴は、1歳6カ月児健康診査で保護者が記入した質問票の回答から得た。粗大運動能力、微細運動能力、社会コミュニケーション能力に関する質問のうち回答率90%以上の質問の回答を解析した。自閉スペクトラム症の診断の有無は、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の医療情報にて確認した。

### 2. 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）と総務省統計局による人口統計情報をもとに、知的能力障害、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症の有病率・発生率を算出することを目的とした。NDBより2009～2019年度に知的能力障害、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症のいずれかと診断された患者を抽出し、都道府県、性、年齢階級の3次元集計表を用いて、それぞれの疾患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方針とした。ただし、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仮定した。また、各診断がついた人数を性別、出生年度グループ（年齢階級より算出）別に算出し、各性別・出生年度グループ別の2019年3月における累積発生率とみなす方針とした。

### 3. 既存の情報を用いた疫学調査の可能性についての検討

上記1. および2. の調査結果を踏まえ、恒常的にデータを収集する上での課題を抽出した。

（倫理面への配慮）

「1. 乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査」は信州大学医倫理委員会の承認を得た上で実施した。本研究は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針により対象となる被験者からの個別同意は必要としないが、本研究の実施についての情報

を信州大学医学部ホームページ及び研究を実施する自治体内に掲示し、希望する保護者には研究説明文書を配布して十分な説明を行うこととし、公開情報により研究対象者等が本研究への参加を拒否した場合は研究の対象としないこととした。「2. 保険診療情報を用いた調査」は、開始前より個人を特定できない情報のみを用いるため、対象となる被験者からの個別同意を得ることができない。したがって、インフォームドコンセント及びオプトアウトは行わないこととし、信州大学医倫理委員会の承認を得た上で実施した。

## C. 研究結果

### 1. 乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査

2009年4月2日から2012年4月1日の間に出生し、長野県岡谷市にて1歳6カ月児健康診査を受けた児は1,067名（男児517名、女児550名）であった。そのうち33名（男児22名、女児11名）が、信濃医療福祉センターにて就学時まで自閉スペクトラム症の診断を受けていた。1歳6カ月児健康診査で保護者が記入した質問票の回答と小学校就学時までの自閉スペクトラム症の診断の有無との関連を表1に示す。後に自閉スペクトラム症の診断を受けた児の保護者は、そうでない保護者と比較すると、ほとんどの質問で「いいえ」と回答する割合が高かった。

### 2. 保険診療情報を用いた調査

NDBオープンデータを用いた、知的能力障害、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症の各診断に対する年度ごとの都道府県、

性、年齢階級の3次元集計表の作成を厚生労働省に依頼した。レセプト情報等の提供に関する申出は承諾されており、データの提供は2020年9月頃を予定している。

## 3. 既存の情報を用いた疫学調査の可能性についての検討

### 3. 1 乳幼児健康診査と医療機関のデータを用いた調査について

日本における乳幼児健康診査の受診率は全国的に高いことが知られており、乳幼児健康診査のデータを用いることで、ほぼ悉皆的な調査が可能となる。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、データベース化するための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各自治体において乳幼児健康診査の情報をデータベース化する仕組みを開発するなどの新たなシステム作りが必要となる。

医療情報を用いた累積発生率の調査に関しては、出生児健康診査や乳幼児健康診査の受診者をフォローアップして診断情報を入手することで特定地域における正確な累積発生率の算出が可能となる。しかし、診断される医療機関が多数存在する場合、すべての医療機関における診断情報を母子保健情報と照らし合わせることは困難である。今回調査を実施した岡谷市のように診断される医療機関が限定される地域でなければ、悉皆的に診断情報を入手することは容易ではない。したがって、同様の調査が実施可能な地域は限られてしまう。

### 3. 2 保険診療情報を用いた調査について

保険診療情報を用いた調査は、すでにデータベース化されている NDB オープンデータを利用することによって全国的な大規模調査を簡便に実施できる利点がある。一方で、NDB を用いた発生率・有病率研究にはさまざまな限界がある。主なものを次にあげる。

#### 1) 診断名の不正確さ

保険診療情報には、医療費請求のための保険病名（偽陽性）が含まれている可能性がある。ただし、発達障害では、製造販売が承認されている処方薬の種類が少なく、また、承認されている薬についても認可された時期が比較的最近であるものが多いため、少なくとも過去のデータに関しては薬物療法のための保険病名付与は他の多くの精神障害と比較すると低いとは考えられる。しかし、逆に、医療費請求には不要な病名である場合は登録漏れ（偽陰性）が生じる可能性が高いことにも留意しなければならない。

#### 2) 居住地情報の欠如

都道府県別の有病率を算出する場合、保険診療情報における都道府県をもって算出するため、受診者が診断を受けた医療機関が存在する都道府県が受診者の居住地であると見做して概算する必要がある。

#### 3) 海外流出・国内流入の未把握

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。したがって、日本における累積発生率は、海外への流出者数や海外からの流入者数を無視して算出するため、実際の値との誤差が生じる。

#### 4) 患者 ID の不確定さ

ID1 の生成は被保険者番号の影響を受けるため、職変更の影響がある。ID2 は氏名の影響があるため、医療機関間における表記揺れなどの影響を受ける。したがって、いずれの ID を用いても同一人物を複数回カウントする危険がある。

### 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恒常的に疫学データを収集する方法について検討するために、既存の情報を用いた疫学調査を実施した上で、既存の情報を活用した疫学調査の実現可能性を検討し課題を抽出した。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やリスク因子の同定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。一方で、それぞれの方法において課題も存在することが明らかになった。乳幼児健康診査のデータを利用するためには、既存の情報をデータベース化するためのシステム作りが必要であり、保険診療情報を利用するにあたっては、データベースの限界を踏まえた上での解釈が必要であると考えられた。

様々な課題は残されているが、発達障害の疫学情報に関するデータベースの構築とアップデートにおいて、既存の情報を用いることの有用性が示唆された。引き続き、恒常的なアップデートを可能にするシステム作りの検討が必要である。

## F. 参考文献

- [1] 本田秀夫（研究代表者）：厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究：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（H30-身体・知的-一般-002）平成 30 年度 総括・分担研究報告書

表 1: 1歳6カ月児健康診査における質問に対し保護者が「いいえ」と回答した割合

質問	分類	ASD <sup>1</sup>	非-ASD	Fisherの正確検定	陽性的中率
1. ころばないで上手に歩けますか	粗大運動能力	18.2%	4.4%	p = 0.004 **	0.12
2. 軽く手を引くと階段をのぼれますか		15.2%	3.8%	p = 0.010 *	0.11
3. なぐり書きができますか	微細運動能力	15.2%	1.2%	p < 0.001 ***	0.29
4. 水をコップで飲めますか		15.2%	6.7%	p = 0.072	0.07
5. 積み木を2~3個積むことができますか		29.0%	4.7%	p < 0.001 ***	0.16
6. 積み木やビー玉等小さなものを指先でつまめますか		3.0%	0.5%	p = 0.177	0.17
7. 自分でスプーンやフォークを使って口に運べますか		18.8%	5.6%	p = 0.010 **	0.10
8. ウンマ、ブービーなど意味のある片言を3つ以上言いますか		27.3%	7.8%	p = 0.001 ***	0.10
9. 言われたことばを分かっていますか	社会コミュニケーション能力	12.9%	0.4%	p < 0.001 ***	0.50 †
10. 大人の言う簡単な指示に従いますか		12.1%	0.3%	p < 0.001 ***	0.57 †
11. 名前を呼ぶと振り向きですか		0.0%	0.7%	p = 0.798	0.00
12. 周囲の大人やほかの子供に関心を持ちますか		6.1%	1.2%	p = 0.069	0.14
13. 人見知りを今までににしたことがありますか		12.1%	8.7%	p = 0.332	0.04
14. 絵本を見て知っているものを指差ししますか		30.3%	8.3%	p < 0.001 ***	0.11
15. あなたが部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指さすとお子さんはそちらの方向を見ますか		6.1%	1.1%	p = 0.062	0.15
16. あなたのを真似しますか		9.1%	1.0%	p = 0.007 **	0.23
17. おもちゃ（車・ブロック・人形など）で遊べますか	3.0%	1.1%	p = 0.322	0.08	
18. 何かに興味を持った時指をさして伝えようとしますか	24.2%	2.0%	p < 0.001 ***	0.29	

ASD：自閉スペクトラム症（就学までに自閉スペクトラム症と診断された児）

<sup>1</sup> 「いいえ」の回答でASDを特定する感度

<sup>2</sup> 「いいえ」の回答でASDを特定する陽性的中率

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

† 陽性的中率が0.5以上

分担研究報告書

成人発達障害の実態把握と支援ニーズに関する研究

分担研究者	内山 登紀夫（大正大学）
研究協力者	鈴木 さとみ（大正大学）
	宇野 洋太（よこはま発達クリニック・大正大学）
	蜂矢 百合子（よこはま発達クリニック）
	松浦 直巳（三重大学）
	佐々木 康栄（よこはま発達クリニック）
	高梨 淑子（よこはま発達クリニック）
	川島 慶子（福島大学）

【研究要旨】

知的障害のない自閉症スペクトラムの成人 131 名に M. I. N. I 精神疾患簡易構造化面接法を行い、合併する精神疾患にタイプについて調査した。さらに自閉症特性の強さ、合併する ADHD 特性、QOL、過去の逆境体験など養育環境についても調査した。

その結果 131 名中 77 名の合併診断があり、不安障害群、抑うつ障害群が多かった。もっとも頻度が高かったのは全般性不安障害で 19%に認められた。

現在の QOL は FIQ、PARS 現在得点との相関は認められなかった。一方、過去の逆境体験、レジリエンスと相関があった。

M. I. N. I 診断数は自閉症特性の強さより合併する ADHD 特性、過去の逆境体験やレジリエントな体験と相関していた。性差については男性の方が QOL の平均値が高く、女性の方が併存疾患数や ACE が有意に高くなることが示された。男女を比較すると総じて女性の QOL のほうが低かった。

ASD 成人の治療を行う際には精神科的合併症と併存する ADHD 症状を把握することの必要性である。また児童期の ASD の支援において逆境体験を避けレジリエントな環境を維持することが有効であると考えられた。

A.研究目的

本研究では成人期の自閉症スペクトラム患者の臨床的特徴を明らかにすることを目的とする。近年、成人期以降に初めて診断される事例が少なく、それらの症例の多くは知的障害のない正常知能例である。成人期の正常知能の自閉スペクトラム症に関する研究報告の多くは認知心理学的、

画像、遺伝などの生物学的研究であり、臨床的な視点からの研究報告は少ない。例えば、英国の疫学調査(Brugha, McManus et al. 2011) (Brugha et al 2014)では、成人期の自閉スペクトラム症の有病率は 1%程度であること、また、多くの自閉スペクトラム症の成人は孤立的な生活をしており、十分な臨床心理的、医療的、福祉的支援がなされてい

ないことが指摘されている。

## 1. 精神科的合併症

成人 ASD の精神科的合併症については多くの報告がある (Hand, Angell, Harris, & Carpenter, 2020) (Huang, Arnold, Foley, & Trollor) (Hofvander et al., 2009) (Russell et al., 2016)。共通するのはうつ病と不安症の合併が高いことである (Huang et al.) (Hollocks, Lerh, Magiati, Meiser-Stedman, & Brugha, 2019)。Hollocks ら (Hollocks et al., 2019) のレビューによれば、成人 ASD におけるうつ病の時点有病率、生涯有病率の統合推定値は、それぞれ 27%, 42% であり、不安障害については、それぞれ 23%, 37% であった。これらの研究は対象も方法も異なるが、全て海外の調査で有り、我が国における報告は筆者らの知る限りない。ASD に、なぜうつ病や不安症が合併しやすいのかについては多くの議論がある。例えば、症状にオーバーラップがある、自閉症特性を持ちながら暮らすことが抑うつや不安をもたらす、原因に共通項があるなどである。うつ病の既往のある成人は、そうでない人と比較して ASD 傾向が強いという報告 (Geurts, Stek, & Comijs, 2016) や一般人口においても抑うつ症状と自閉症特性の関係が深いとの指摘があり (Kanne, Christ, & Reiersen, 2009)、抑うつと ASD の関係は深いのかもしい。

ASD 特有の認知障害 (Hollocks et al., 2019) や感覚過敏 (Wigham, Rodgers, South, McConachie, & Freeston, 2015) の影響が議論されてきた。過去、現在の逆境体験やいじめが重視されてきており (Taylor & Gotham, 2016)、ASD に特化したネガティブなライフイベントの質問紙も開発されている (Griffiths et al., 2019)。

## 2. QOL

ASD 成人の QOL についても多くの知見がある (Saldaña et al., 2009) (Moss, Mandy, & Howlin,

2017) (Kamio, Inada, & Koyama, 2013) (砂川, 2019) が多くの調査で一般より低いことが指摘されてきた。QOL に関連する要因としてと精神科的合併症や性差、ASD 特性の強弱などが検討されてきた。

我が国では成人の多数例を対象にした検討は少なく、成人期自閉スペクトラム症の人の適切な医療・心理面、福祉支援を行うための基礎的なデータの蓄積が必要である。そこで、われわれは、これまで我が国で知見の乏しかった正常知能の成人期の自閉スペクトラム症の人の実態を臨床的側面から明らかにしようとした。特に重視したのは①自閉スペクトラム症の人の精神科的合併症のタイプと頻度、②彼らの QOL、③精神科合併症や QOL と関連した要因の検討を行うことを目的とした。男女差についても検討した。精神科合併症と関連した要因については現在の自閉症特性や ADHD 特性、幼児期の自閉症特性や過去の逆境体験の有無を調査した。

## B: 研究方法

### 1. 対象

よこはま発達クリニックにおいて ASD の診断を受けた 20 歳以上、かつ知的の遅れのない者を対象とした。診断した医師は内山、宇野、蜂矢、高梨であり全員が発達障害を専門とする児童精神科医である。さらに WAIS-III 知能検査で FIQ が 70 以上であること、研究参加時に 20 歳以上であること、十分な説明ののちに研究に同意しているケースを対象にした。

なお、検査や質問紙を依頼する際には本人、家族の意向に十分配慮し、無理のない範囲での調査を行った。

### 2. インタビューによる調査

a. M.I.N.I 精神疾患簡易構造化面接法 (Sheehan, 2003) 日本語版



DSM-IVと ICD-10 などの国際的診断基準に対応した精神障害の診断のための短時間で施行可能な構造化面接である。診断は、大うつ病（過去・現在）、気分変調性障害、自殺の危険、（軽）躁病（現在）（過去）、パニック障害、広場恐怖、社交不安障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害、アルコール依存、アルコール乱用、薬物依存、精神病性障害、神経性無食欲症、神経性大食症、全般性不安障害、反社会性人格障害に関する評価を行い、実施者は診断アルゴリズムに沿いながら対象者のエピソードがこれらの診断基準に一致するかどうかを判断する。

本研究では、診断基準に該当した数を診断数とし、1つ以上診断のある群を MINI 診断あり群、診断のない群を MINI 診断なし群とした。

#### b. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

DSM-IV に基づいて GAF スコアを主治医が算定した。心理的・社会的・職業的機能の全体的な評価である。評定は精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、1-100 の間のスケールによって評価される。

#### c. 親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版 (Parent-interview ASD Rating Scale - Text Revision、以下 PARS と略称する) (一般社団法人 発達障害支援のための評価研究会, 2015)

対象児者の主たる養育者に対して自閉スペクトラム症 (ASD) の発達・行動症状について半構造化面接を通じた評価を行う 57 項目からなる検査である。得点は、0 点から 2 点の間で評価され、幼少期と現在の特性について得点の算出が可能である。診断の目安となるカットオフポイントは成人期の場合、幼児期ピークで 9 点以上、現在評定で 20 点以上とされている。

### 3. 質問紙調査

質問紙については郵送にて送付し、文書にて同

意を得られた者から回答を得た。なお、対面で行う検査については十分に習熟した精神科医、または心理士が担当し、医療機関にて実施した。

#### ①質問紙

実施した質問紙は以下のとおりである。

##### a. WHO QOL-26(折笠, 横山, & 上馬場, 2004)

World Health Organization によって開発された、生活の質を測る質問紙である。「過去 2 週間にどのように感じたか」、「過去 2 週間にどのくらい満足したか」、あるいは「過去 2 週間にどのくらいの頻度で経験したか」について「まったくない」「少しだけ」「多少は」「かなり」「非常に」などの 5 段階で回答し、これらの平均値を算出した。得点が高いほど、生活の質が高いものと解釈することができる。

##### b. SF-12v2 (福原俊一、鈴鴨よしみ, 2015)

SF-12 は、特定の年齢や疾患、治療に限らずに包括的な QOL を測る世界 140 か国以上で使用されている SF-36 質問紙の短縮版である。SF-12 は 12 の質問項目から成り、「身体的側面の QOL」、「精神的側面の QOL」、「役割/社会的側面の QOL」を表す 3 コンポーネント (要素) に要約された得点にあてはめることができる。回答はリッカート式であり、スコアリングを行った後の得点は、得点が高いほど QOL が高いことを表している。国民標準値に基づいたスコアリングが可能であり、日本人の国民標準値との比較が可能である。

##### c. CAARS(Conners et al., 2012)

CAARS は成人期の ADHD のスクリーニングや評価のために作成された尺度である。CAARS 通常版は、自己記入式と観察者評価式の二つのバージョンがあり、それぞれ 66 の項目と 9 つの下位尺度が含まれる。下位尺度は因子分析によって抽出された不注意/記憶の問題、多動性/落ち付きのなさ、衝動性/情緒不安定、自己概念の問題の 4 尺度、

DSM-IVのADHD症状の下位尺度として、不注意症状、多動性-衝動性型症状、総合ADHD症状の3尺度、12項目からなるADHD指標、回答の信頼性をチェックするための矛盾尺度がある。日本語版では大規模サンプルを用いた標準化が行われており、日本語版T得点が算出される。データはT得点あるいはパーセンタイル値を用いて、同年代の一般の人と比較して解釈することが可能である。本調査では通常版の自己記入式（自記式）と観察者評価式（他記式）を用いた。

#### d. ACE 質問紙

小児期の逆境的体験についての質問紙である。ACE Study はアメリカ合衆国の健康保険組合と米国疾病管理センター (Centers for Disease Control Prevention) の大規模な調査で使用され ACE score (逆境的児童期体験の種類の累積度) が高いほどより広汎で深刻な健康上の問題を抱えやすくなること報告されている。ネガティブな体験の累積数が重視されており、体験の累積数を ACE スコアとして評価する。本調査では松浦が翻訳した10項目版を使用した。

#### e. レジリエンス尺度 (Sciolla, et al., 2019)

##### RESILIENCE Questionnaire

本質問紙は2006年にアメリカメイン州オーガスタの幼児養育サービス提供者、小児科医、心理学者らによって作成され、2013年に改訂された。スコアリングシステムは、ACE スタディの質問紙に基づいてモデル化された。質問項目の選定に当たっては、過去40年間の調査報告の文献研究に基づいている。

4つ以上のACEを持つほとんどの人は心身ともにネガティブな状態に陥ることが知られていて、そのような人にレジリエンスを質問することはきわめて重要である。数が多いほど保護的であるとはいえないが、その人の強みを知る上で有用な尺

度である。

#### 4.分析

WHO-QOL と SF12v2、GAF スコアを成人期のアウトカム指標として用いた。

全ての実施検査について、MINIによる診断のある群とない群の間、および性別間で対応のないt検定を行った。また、指標間での関連を検討するため、Pearsonの相関係数を求めた。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、大正大学倫理委員会の審査・承認を得て実施された。

研究の意義・目的、方法、被験者が被りうる不利益及び危険性について被験者に書面にて説明を行い、文書にて研究の参加に同意を得た。

### C. 研究結果

#### a. MINI 診断の結果 (図1、2)

MINI実施者の131名中、該当するMINI診断があった群は77名、診断がなかった群は54名であった。診断の内訳は、全般性不安障害(25名;19.1%)、自殺の危険(23名;17.6%)、社交不安障害(18名;13.7%)、強迫性障害(16名;12.2%)、パニック障害(16名;12.2%)、大うつ病(現在)(15名;11.5%)、大うつ病(過去)(12名;9.2%)、広場恐怖(12名;9.2%)、(軽)躁病(過去)(12名;9.2%)、外傷後ストレス障害(7名;5.3%)、躁病(現在)(5名;3.8%)、気分変調性障害(4名;3.1%)、神経性大食症(4名;3.1%)、精神病性障害(2名;1.5%)、神経性無食欲症、アルコール依存、アルコール乱用については1名ずつ、0.8%であった。

薬物依存、社会性人格障害については該当するものはなかった。

#### b. GAF 尺度

GAF は 89 名 (男性 64 名 : 女性 25 名) に実施した。平均得点は 53.46、標準偏差は 11.83 であった。

#### c. PARS-TR

PARS は 48 名 (男性 38 名 : 女性 10 名) に実施した。幼児期ピークの平均得点は 26.08、標準偏差は 14.31、現在の平均得点は 22.69、標準偏差は 10.72 であった。

#### d. WHO-QOL,

QOL については 120 名 (男性 87 名 : 女性 33 名) から回答を得た。平均得点は 3.07、標準偏差は 0.63 であった。

#### e. SF-12v2

SF-12v2 は 59 名 (男性 38 名 : 女性 21 名) から回答を得た。身体的側面の平均得点は 47.92、標準偏差は 14.12 であった。精神的側面の平均得点は 48.67、標準偏差は 9.91 であった。役割社会的側面の平均得点は 35.97、標準偏差は 15.06 であった。

#### f. CAARS

自記式については 84 名 (男性 59 名 : 女性 25 名) から回答を得た。他記式については 74 名 (男性 53 名 : 女性 21 名) から回答を得た。自記式の不注意/記憶の問題の平均得点は 63.29、標準偏差は 14.18、多動性/落ち着きのなさの平均得点は 56.46、標準偏差は 12.49、衝動性/情緒不安定の平均得点は 59.49、標準偏差は 14.22、自己概念の問題の平均得点は 58.75、標準偏差は 11.12、DSM-IV不注意型症状の平均得点は 64.90、標準偏差は 14.11、DSM-IV多動性-衝動性型症状の平均得点は 59.31、標準偏差は 13.00、DSM-IV総合 ADHD 症状の平均得点は 63.55、標準偏差は 13.33、

ADHD 指標の平均得点は 64.77、標準偏差は 12.66 であった。

他記式の不注意/記憶の問題の平均得点は 65.18、標準偏差は 13.77、多動性/落ち着きのなさの平均得点は 59.22、標準偏差は 15.89、衝動性/情緒不安定の平均得点は 60.58、標準偏差は 15.19、自己概念の問題の平均得点は 65.27、標準偏差は 14.36、DSM-IV不注意型症状の平均得点は 70.03、標準偏差は 15.23、DSM-IV多動性-衝動性型症状の平均得点は 59.93、標準偏差は 15.25、DSM-IV総合 ADHD 症状の平均得点は 67.04、標準偏差は 14.85、ADHD 指標の平均得点は 65.57、標準偏差 13.36 であった。

#### g. ACEs

ACEs は 59 名 (男性 38 名 : 女性 21 名) から回答を得た。平均得点は 1.07、標準偏差は 1.51 であった。分布は 0 が 30 人、1 が 14 人、2 が 6 人、3 が 4 人、4 以上が 5 人であった。

#### h. レジリエンス尺度

レジリエンス尺度は 59 名 (男性 38 名 : 女性 21 名) から回答を得た。平均得点は 30.92、標準偏差は 9.31 であった。

次に ASD 成人の合併症の有無、性別によって QOL、不注意特性などの影響について検討した。

#### i. 合併症の有無による比較

MINI 診断の有無による各検査の平均値の差を検討するため、WHO QOL-26、SF-12v2、GAF、PARS、FIQ、レジリエンス、ACE の各検査のスコアを対応のない  $t$  検定によって比較した。その結果、QOL 平均 ( $t(115.66)=5.51, p<.01$ )、SF-12v2 の下位尺度である役割社会的側面 ( $t(54)=4.14, p<.01$ )、ACE ( $t(45.29)=-3.77, p<.01$ ) において有意な差が認められた。すなわち、QOL 平均、役割社会的側面は診断のない群の方が有意に高かった。ACE については診断数と中程度の相

関があることが示された。(  $r=0.407, P<0.05$  )。

#### j. 性別による比較

男女間での各検査の平均値の差を検討するため、WHO QOL-26、SF-12v2、GAF、診断数、PARS、FIQ、レジリエンス、ACEスコア、CAARSを対応のない  $t$  検定によって比較した。その結果、WHO-QOL 平均 ( $t(118)=2.32, p<.05$ )、診断数 ( $t(39.40)=-2.14, p<.05$ )、ACE ( $t(31.93)=-2.15, p<.05$ ) において有意な差が認められた。すなわち、男性の方が QOL の平均値が高く、女性の方が併存疾患数や ACE が有意に高くなることが示された。

一方、SF12v2 は、性差での検討では、「身体的側面」、「精神的側面」、「役割社会的側面」の3コンポーネントすべてにおいて有意差は認められなかった。CAARSでは自記式、他記式とも、総合得点、全ての下位項目に有意差はなかった。

#### k. QOL の検討

WHO-QOL と SF-12v2 をアウトカムとして、QOL と診断などの関連を検討した。

##### ① WHO-QOL と診断などとの関係

FIQ、PARS 現在得点との相関は認められなかった(図3、図4)。MINI診断数( $r=-.446, p<.01$ ) CAARS 自記式 ( $r=-.56, p<.01$ ) CAARS 他記式 ( $r=-.29, p<.05$ ) レジリエンス尺度 ( $r=-.596, p<.01$ ) ACE ( $r=-.527, p<.01$ ) との間で有意な相関が認められた(図5、図6)

##### ②SF-12v2

SF12 の身体的側面の QOL は ACE ( $r=-.301, p<.05$ ) と負の相関がみられた。

診断数、GAF、PARS 幼児期ピーク・PARS 現在、CAARS 自己記入式・観察者評価式、FIQ、レジリエンス尺度、ACE とでは有意な相関はみられなかった。

精神的側面の QOL と PARS の幼児期ピーク得点 ( $r=.457, p<.05$ ) は正の相関が認められたが、

現在得点( $r=-.566, p<.001$ )は負の相関を示した。レジリエンス尺度 ( $r=-.409, p<.001$ ) も相関が示された。CAARSについては、自己記入式では、衝動性/情緒不安定 ( $r=-.441, p<.001$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.352, p<.05$ )、ADHD 指標 ( $r=-.454, p<.001$ ) において、観察者評価式では、衝動性/情緒不安定 ( $r=-.589, p<.001$ )、多動性/落ち着きのなさ ( $r=-.435, p<.01$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.438, p<.01$ )、ADHD 指標 ( $r=-.482, p<.001$ ) において特に有意な相関がみられた。診断数、GAF、FIQ、AQ、ACE とでは有意な相関はみられなかった。

役割・社会的側面の QOL は、診断数 ( $r=-.438, p<.001$ ) とで負の相関がみられた。また、レジリエンス尺度 ( $r=-.384, p<.001$ ) と ACE ( $r=-.443, p<.001$ ) とで負の相関がみられ、レジリエンスの低さ及び小児期の逆境体験の多さは低い役割・社会的側面の QOL と関連していた。CAARSについては、自己記入式では、特に、注意不足/記憶の問題 ( $r=-.512, p<.001$ )、DSM-IV 不注意型症状 ( $r=-.574, p<.001$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.477, p<.001$ )、DSM-IV 総合 ADHD 症状 ( $r=-.587, p<.001$ )、ADHD 指標 ( $r=-.486, p<.001$ ) において、観察者評価式では、特に、注意不足/記憶の問題 ( $r=-.484, p<.001$ )、DSM-IV 多動性-衝動性型症状 ( $r=-.446, p<.01$ )、DSM-IV 総合 ADHD 症状 ( $r=-.470, p<.001$ )、ADHD 指標 ( $r=-.475, p<.001$ ) とで有意な相関がみられた。GAF、FIQ、PARS 幼児期ピーク・PARS 現在、AQ とでは有意な相関はみられなかった。

## D.考察

### 1. 精神科合併症の種類と頻度について

本調査では全般性不安障害、社交不安障害、パニック障害など DSM-5 パニック障害などの DSM-5 における不安症群が最も多く、強迫性障害、うつ病現在、うつ病過去の順であった。本調査の結果は、Hollocks のレビュー(Hollocks et al., 2019)よ

りもかなり低い。その理由は明らかでないが、多くの事例が長期期間にわたって治療的介入をされていることも要因の可能性がある。

2. 精神科合併症の有無で検討すると、QOL 平均、役割社会的側面で合併症があると有意に低下することが明らかになった。精神科合併症が QOL に影響を与えるのは当然ともいえるが、精神科併存症の早期発見、早期介入が重要(石飛, 荻野, 高橋, 原口, & 神尾, 2015)であり、併存症の存在についての支援者が認識することが必要である。

本調査では精神疾患合併数と過去の養育状態を ACEs とレジリエンス尺度を用いて検討した。

その結果、精神疾患合併数とレジリエンス尺度との相関はなかった( $r=0.18$ )が ACE とは中程度の相関( $r=0.407, P<0.05$ )があった。

精神的健康度は、精神科合併症の診断数や GAF、知能指数とではほとんど相関はなかったが、自閉症特性、ADHD 特性、日常生活上の活動・参加の制限及びレジリエンスとで有意な相関が示された。精神的 QOL の低さは、ADHD 症状のうち特に多動性や衝動性の強さと関連しており、多動性・衝動性を合併している ASD の成人のメンタルや日常生活及び社会参加の遂行上の問題に注意を払う必要がある。なお、PARS の幼少期ピークと PARS 現在では相関が認められたのだが ( $r = .501, p<.001$ )、精神的健康度の高さは、幼児期ピーク時の ASD 特性の強さと相関していた一方、成人期現在の ASD 特性の強さは現在の精神的健康度の低さとでかなりの相関が示され、詳細な検討を行う必要がある。

役割・社会的健康度は、GAF、自閉症特性、知能指数とではほとんど相関はなかったが、精神科合併症の診断数、ADHD 特性、日常生活上の活動・参加の制限、レジリエンス、ACE(幼児期の逆境体験)とで有意な相関が示された。ADHD 症状では、不注意、多動性、衝動性のいずれの症状においても関連が示された。役割・社会的健康度は仕事

や普段の活動の制限の程度を表している。役割・社会的側面の QOL の低い ASD の成人は、精神科合併症の診断数が多く、日常生活及び社会参加の遂行上の問題を抱え、レジリエンスが低く小児期に逆境的体験をしている傾向にあり、生活状況の把握を含めた丁寧な問診やカウンセリングが必要であると考えられる。

ASD の原因は生来性と考えられるが、ASD の成人が精神的合併症を持つ要因として児童期の逆境体験が関係している可能性がある。

性差について

男女間で明らかな差があったのは、QOL、精神的合併症の診断数、ACE スコアであり、いずれも女性の方が重篤であった。

QOL を説明する要因について

QOL に与える要因として生来性要因、養育期要因、発達期の発達障害特性、環境要因、現在の要因として PARS 現在得点、精神的合併症に分けて検討した。生来性の要因は性別、養育期要因は ACEs、レジリエンス尺度、発達期の発達障害特性は PARS 幼児期ピーク、現在の発達障害特性は C A A R D 得点、P A R S 現在得点を用いた。

その結果、現在の自閉症特性、FIQ とも QOL とは相関がなかった。前述のように ACE スコアが相関がみられた。

結論

M I N I 診断数は自閉症特性の強さより合併する ADHD 特性、過去の逆境体験やレジリエントな体験と相関していた。性差については男性の方が QOL の平均値が高く、女性の方が併存疾患数や ACE が有意に高くなることが示された。男女を比較すると総じて女性のほうが QOL が低かった。

ASD 成人の治療を行う際には精神的合併症と併存する ADHD 症状を把握することの必要性

である。また児童機の ASD の支援において逆境体験を避けレジリエントな環境を維持することが有効であると考えられた。

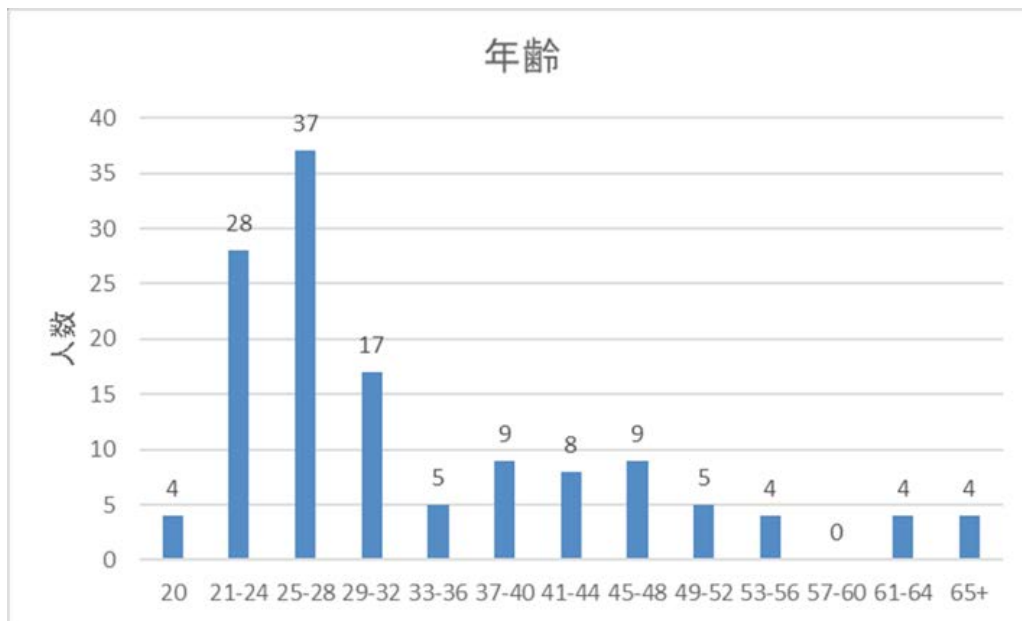


図. 1

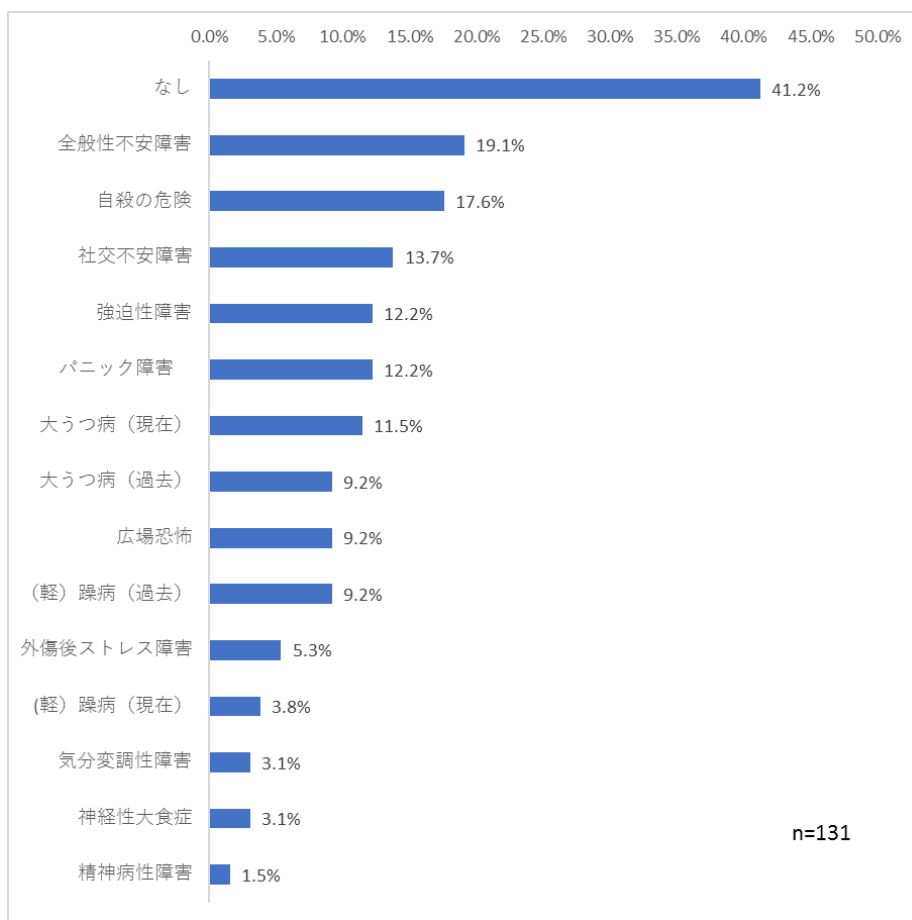


図.2

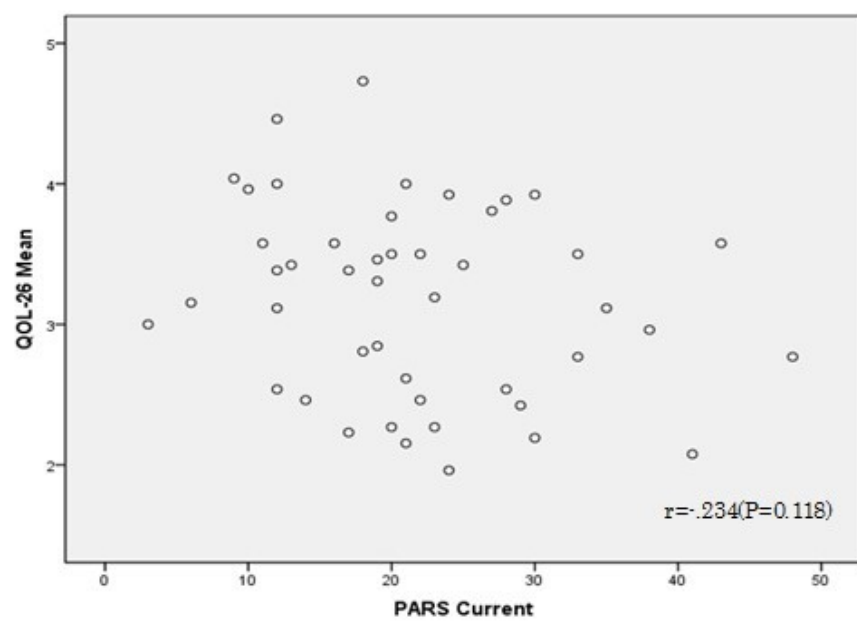


图.3

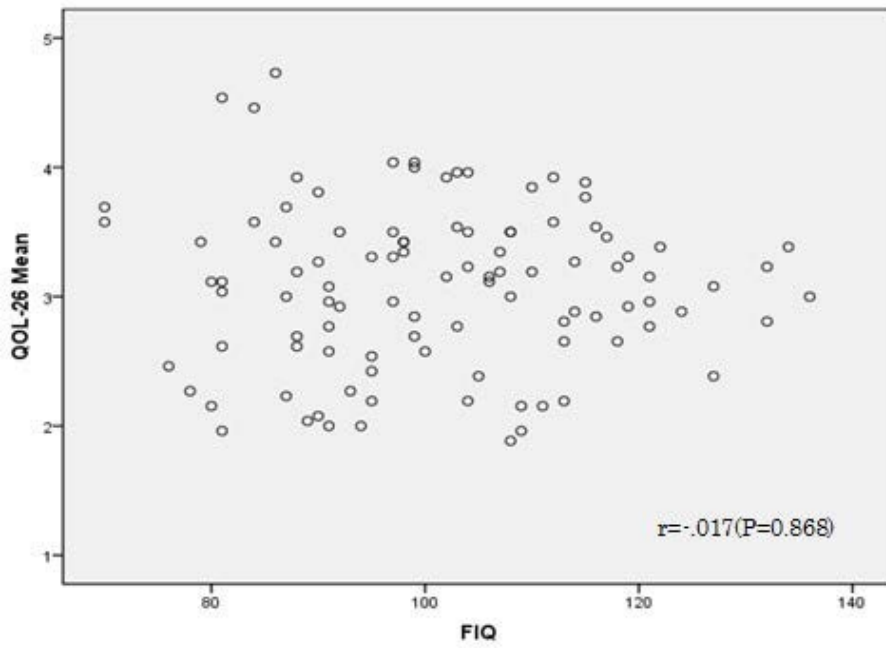


图.4

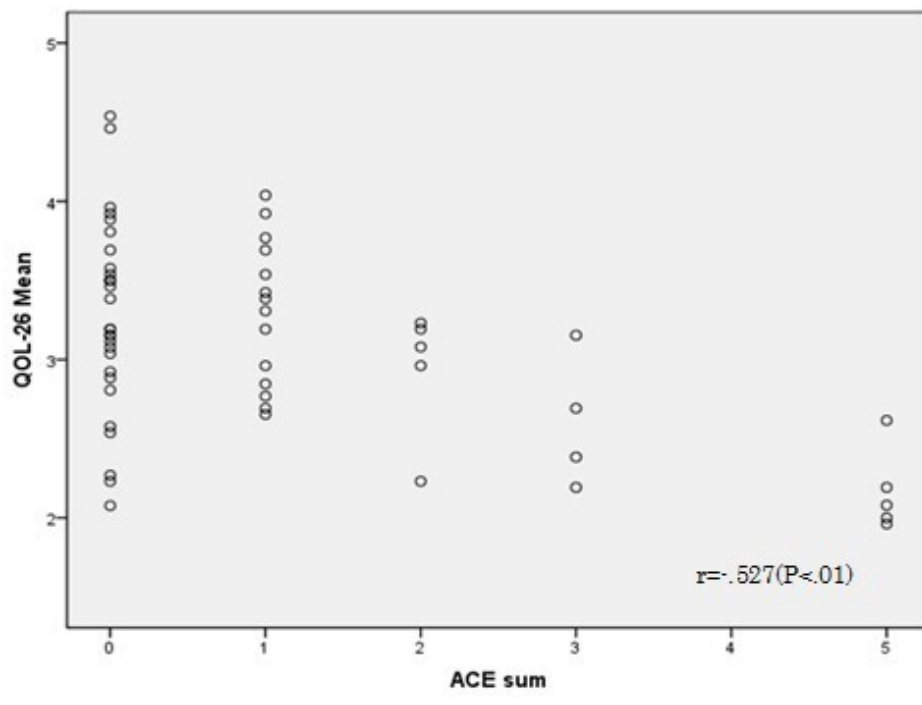




図.5

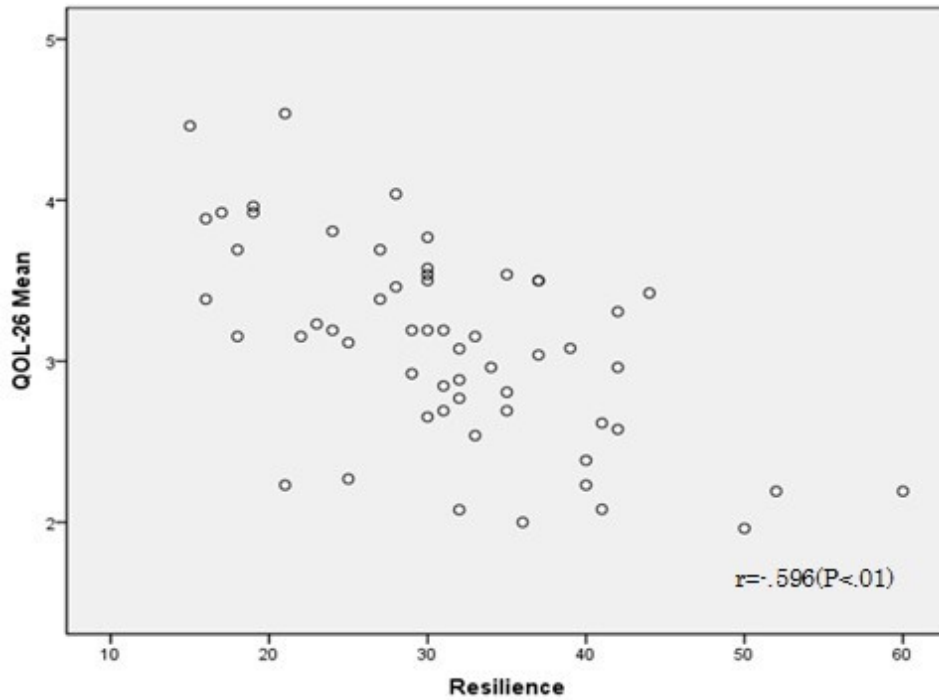


図.6

Pearson の相関係数 :

	診断数	GAF	PARS 幼少 期ピーク	PARS 現在	AQ	FIQ	ICF	レジリエン ス	ACE
3PCS	-.15	.289*	.17	-.08	-.02	.06	.321*	-.19	-.301*
3MCS	-.06	.18	.457*	-.566**	-.21	-.01	.463**	-.409**	-.23
3RCS	-.438**	.13	.23	-.14	-.270*	-.15	.360**	-.384**	-.443**

Pearson の相関係数 : SF12v2 と CAARS 自己記入式

	不注意/ 記憶の間 題	多動性/ 落ち着き のなさ	衝動性/ 情緒不安 定	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
3PCS	-.05	-.14	-.25	.06	-.12	-.12	-.12	-.13
3MCS	-.317*	-.14	-.441**	-.28	-.23	-.352*	-.318*	-.454**
3RCS	-.512**	-.347*	-.413**	-.24	-.574**	-.477**	-.587**	-.486**

Pearson の相関係数：SF12v2 と CAARS 観察者評価式

	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	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
3PCS	-.08	-.02	-.15	-.04	.00	-.01	.02	-.02
3MCS	-.26	-.435**	-.589***	-.29	-.335*	-.438**	-.405*	-.482***
3RCS	-.484***	-.406*	-.432**	-.351*	-.422**	-.446**	-.470***	-.475***

## 文献

- ・ Conners, C. K., Erhardt, D., Sparrow, E., 中村, 和., 染木, 史., & 大西, 将. (2012). *CAARS: 日本語版マニュアル*. 金子書房.
- ・ Geurts, H. M., Stek, M., & Comijs, H. (2016). Autism Characteristics in Older Adults with Depressive Disorders. *Am J Geriatr Psychiatry, 24*(2), 161-169. doi:10.1016/j.jagp.2015.08.003
- ・ Griffiths, S., Allison, C., Kenny, R., Holt, R., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2019). The Vulnerability Experiences Quotient (VEQ): A Study of Vulnerability, Mental Health and Life Satisfaction in Autistic Adults. *Autism Res, 12*(10), 1516-1528. doi:10.1002/aur.2162
- ・ Hand, B. N., Angell, A. M., Harris, L., & Carpenter, L. A. (2020). Prevalence of physical and mental health conditions in Medicare-enrolled, autistic older adults. *Autism, 24*(3), 755-764. doi:10.1177/1362361319890793
- ・ Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., . . . Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry, 9*, 35. doi:10.1186/1471-244x-9-35
- ・ Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med, 49*(4), 559-572. doi:10.1017/s0033291718002283
- ・ Huang, Y., Arnold, S. R., Foley, K.-R., & Trollor, J. N. Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. *Autism, 0*(0), 1362361320903128. doi:10.1177/1362361320903128
- ・ Kamio, Y., Inada, N., & Koyama, T. (2013). A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism, 17*(1), 15-26. doi:10.1177/1362361312436848
- ・ Kanne, S. M., Christ, S. E., & Reiersen, A. M. (2009). Psychiatric symptoms and psychosocial difficulties in young adults with autistic traits. *J Autism Dev Disord, 39*(6), 827-833. doi:10.1007/s10803-008-0688-x
- ・ Moss, P., Mandy, W., & Howlin, P. (2017). Child and Adult Factors Related to Quality of Life in Adults with Autism. *J Autism Dev Disord, 47*(6), 1830-1837. doi:10.1007/s10803-017-3105-5
- ・ Russell, A. J., Murphy, C. M., Wilson, E., Gillan, N., Brown, C., Robertson, D. M., . . . Murphy, D. G. (2016). The mental health of individuals referred for assessment of autism spectrum disorder in adulthood: A clinic report. *Autism, 20*(5), 623-627. doi:10.1177/1362361315604271
- ・ Saldaña, D., Alvarez, R. M., Lobatón, S., Lopez, A. M., Moreno, M., & Rojano, M. (2009). Objective and subjective quality of life in adults with autism spectrum disorders in southern Spain. *Autism, 13*(3),

303-316. doi:10.1177/1362361309103792

・ Sheehan, D. V. (2003). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.) : 精神疾患簡易構造化面接. *M. I. N. I. 精神疾患簡易構造化面接法改訂版 [MINI International Neuropsychiatric Interview]*, 17-45. Retrieved from <https://ci.nii.ac.jp/naid/10029088484/>

・ Taylor, J. L., & Gotham, K. O. (2016). Cumulative life events, traumatic experiences, and psychiatric symptomatology in transition-aged youth with autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*, 8, 28. doi:10.1186/s11689-016-9160-y

・ Wigham, S., Rodgers, J., South, M., McConachie, H., & Freeston, M. (2015). The interplay between sensory processing abnormalities, intolerance of uncertainty, anxiety and restricted and repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*, 45(4), 943-952. doi:10.1007/s10803-014-2248-x

・ 一般社団法人 発達障害支援のための評価研究会. (2015). *親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版 (arent-interview ASD Rating Scale - Text Revision)*. 東京: スペクトラム出版社.

・ 砂川, 芽. (2019). 成人期に診断を受けた自閉スペクトラム症者の QOL ASD 特性との関連から. *自閉症スペクトラム研究*, 16(2), 53-60. doi:10.32220/japanacademyofas.16.2\_53

・ 石飛, 信., 荻野, 和., 高橋, 秀., 原口, 英., & 神尾, 陽. (2015). 【今日の自閉スペクトラム症、子どもから大人まで】自閉スペクトラム症と精神科的併存症. *臨床精神医学*, 44(1), 37-43. Retrieved from <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2015127152>

・ 折笠, 秀., 横山, 奈., & 上馬場, 和. (2004). 日本語版 WHO-QOL-26 の構成妥当性の再検討. *臨床薬理*, 35(1), 139S-139S. doi:10.3999/jscpt.35.139S

・ 福原俊一、鈴嶋よしみ. (2015). *SF-36v2 日本語版マニュアル*. iHope International 株式会社: iHope International 株式会社.

分担研究報告書

自閉スペクトラム症の成人の生活機能と健康関連 QOL に関する研究  
— 定型発達成人および統合失調症成人との比較

分担研究者	内山 登紀夫 (大正大学)
研究協力者	鈴木 さとみ (大正大学)
	伊津野 拓司 (神奈川県立精神医療センター)
	中村 元昭 (神奈川県立精神医療センター)
	武士 清昭 (あさかホスピタル)
	宇野 洋太 (よこはま発達クリニック)
	蜂矢 百合子 (よこはま発達クリニック)
	松本 裕介 (里地クリニック)

研究要旨

自閉スペクトラム症 (ASD) のある成人の健康関連 QOL と主観的な生活上の困難さを定量的に明らかにし、定型発達 (TD) の成人および統合失調症 (SZD) のある成人と比較を行う目的で質問紙調査を行った。質問紙はすべて自己記入式であり、健康関連 QOL を測る SF12v2、日常生活の遂行やかかわりの状況、環境側面の評価を行う ICF (国際生活機能分類)、自閉性特性の強さを測る AQ-J-10、ADHD 症状のスクリーニングツールの ASRSv1、統合失調型パーソナリティの特性を測定する SPQ-B を用いた。

ASD の診断のある成人 77 名 (男性 53 名 : 女性 24 名)、定型発達の成人 81 名 (男性 31 名 : 女性 50 名)、SZD の診断のある成人 21 名 (男性 14 名 : 女性 7 名) から回答を得た。

結果、ASD のある成人、SZD のある成人の健康関連 QOL は日本の国民標準値よりも低かった。また、ASD のある成人は SZD のある成人よりも SF12v2 の「社会生活機能」が有意に低く、人との付き合いに制限を受けていた。ICF を用いて測定した生活機能は、活動、参加、環境のいずれの項目においても ASD のある成人と SZD のある成人は定型発達の成人よりも有意に低く、ASD のある成人と SZD のある成人は両群ともに生活のしづらさを抱えていた。

自閉性特性の強さ、ADHD 傾向の強さ、統合失調症型傾向の強さそれぞれの程度と健康関連 QOL との関連を ASD 群、SZD 群、TD 群について検討したところ、ASD 群は自閉性特性の強さ、ADHD 傾向の強さそれぞれと健康関連 QOL との間で相関が認められた。SZD 群ではとりわけ ADHD 傾向の強さの程度と健康関連 QOL の間に高い相関が示され、こうした一群のメンタルヘルスに留意する必要があると考えられる。生活機能との関連では、ASD 群では自閉性特性の強さは特に日常生活や仕事の遂行、ストレス対処や対人的関わりを要する領域で制限を受けていた。ADHD 傾向の強さは課題や要求への対応や対人面の困難さにおいて、統合失調症型の傾向の強さは日課の遂行や対人場面の困難さと相関していた。SZD 群は自閉性特性の強さと ADHD 傾向の強さは生活機能とほとんど関連がなかったが、統合失調症型の傾向の強さは

気温や気圧、光などの自然環境の不快さと関連していた。環境側面に対する主観的認識と健康関連 QOL の関連では、ASD 群は気温や湿度、気圧、光、生活音、臭いの快不快と健康関連 QOL、ならびに家族や目上の人々の態度と健康関連 QOL との間に強い相関が認められた。

## A. 研究目的

2016（平成 28）年の発達障害者支援法の一部を改正する法律において発達障害者支援における社会参加の機会の確保や社会的障壁の除去が明文化され、個々の障害特性に応じた支援と環境調整が求められるようになった。日本ではこれまで成人の精神障害福祉サービスの対象は統合失調症（以下、SZD）が主たる対象となってきた。サービス対象の範囲が拡大する一方で、SZD と自閉スペクトラム症（以下、ASD）など発達障害のある人の対応では認知や状態の管理、日常生活や社会生活支援などにおいて異なる点が多くある。

本調査は質問紙を用いて ASD のある成人の健康関連 QOL と主観的な生活上の困難さを定量的に明らかにし、定型発達（以下、TD）の成人や統合失調症のある人々と比較を行うものである。ASD のある成人の QOL の低さは多く報告されている（Inge K et al. 2010 ; Eynat G et. al. 2015）が、日本での蓄積は少ない（Kamio, Y et. al., 2013）。また、ASD のある成人の生活機能や環境面を系統的に比較した量的研究は我々が探した限り国内外においてほとんど見当たらない。

## B. 研究方法

### 1. 対象

対象は以下のとおりである。

- a. ASD の診断のある 20 歳以上 60 歳未満の者：外来診療を受けている、もしくは地域の発達障害専門の相談機関を利用している者
- b. SZD の診断のある 20 歳以上 60 歳未満の者：外来診療を受け地域で生活している者
- c. 定型発達の 20 歳以上 60 歳未満の成人

### 2. 質問紙について

質問紙は以下のとおりである。質問紙は郵送にて送付し、文書にて同意を得られた者から回答を得た。

#### ①SF-12v2（福原ら 2015）

SF-12 は、特定の年齢や疾患、治療に限らずに包括的な QOL を測る世界 140 か国以上で使用されている SF-36 質問紙の短縮版である。SF-12 は 12 の質問項目から成り、8 つの下位尺度（身体機能/日常役割機能（身体）/体の痛み/全体的健康感/活力/社会生活機能/日常役割機能（精神）/心の健康）を測定するように構成されている。この 8 つの下位尺度は、それぞれ「身体的側面の QOL」、「精神的側面の QOL」、「役割/社会的側面の QOL」を表す 3 コンポーネント（要素）に要約された得点にまとめることができる。回答はリッカート式であり、スコアリングを行った後の得点は、得点が高いほど QOL が高いことを表している。国民標準値に基づいたスコアリングが可能であり、日本人の国民標準値との比較が可能である。

#### ②ICF 調査票（世界保健機構 2008）

ICF（国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health、以下 ICF）は人々の健康と健康に関連する状態や結果、主要な要因について理解し研究するための科学的基礎の提供を可能にするツールとして活用できるもので、ICF の概念モデルを援用することで人々の主観的な日常生活の遂行やかかわりの状況、環境側面の評価が可能となると考えられる。本研究で用いる調査票は、ICF の第 2 領域の活動（課題や行為の個人による遂行：第 3 領域＞学習知識/課題要求/コミュニケーション/運動移動）と参加（生活・人生場面への関わり：第 3 領域＞セルフケア

/家庭生活/対人関係/生活領域/地域社会生活)、環境(人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的な環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子:第3領域>生産品と用具/自然環境/支援と関係/態度/制度)から81項目を抽出し作成したオリジナルの自記式質問紙である。回答は、はい・いいえの2件法である。ICFで測定した生活機能の低さが生活上の困難さを表していると仮定した。素点の得点が低いほど、生活や環境面の困難さが高い。

③日本語版自閉症スペクトラム指数短縮版(AQ-J-10):AQは自閉症特性の強さを測る自記式の尺度でSimon Baron-Cohenらによって開発、標準化され世界で広く使用されている。AQ-J-10はKURITAら(2005)によって信頼性が確認され、カットオフポイントは7以上が適当であるとされている。

④成人期のADHDの自己記入式症状チェックリスト(ASRSv1.1):ASRSは成人期におけるADHD症状を測る自記式スクリーニングツールでLenard Adlerらによって作成され、パートAの6項目、パートBの12項目の18項目で構成されている。日本語版は武田らによって翻訳されている。本研究では、ADHDの診断を最も鋭敏に予測するとされるパートAを用いた。パートAでは、回答項目6つのうち基準を4つ以上満たす場合にADHDの疑いがあるとされる。

⑤Schizotypal Personality Questionnaire Brief日本語版(SPQ-B):SPQはRaine Aら(1991)によって開発された定型発達の人々における統合失調型パーソナリティの特性を測定するための自記式尺度で22項目から成る。統合失調型パーソナリティ障害は統合失調症スペクトラムの一部であると考えられており(APA:2014)、統合失調症者において信頼性と妥当性が報告されている(Vollema, M. G 2000)。日本語版SPQ-Bは伊藤ら(2008)によって信頼性と妥当性が検討されている。(倫理面への配慮)

本研究は、大正大学倫理委員会の審査・承認を得て実施された。

研究の意義・目的,方法,被験者が被りうる不利益及び危険性について被験者に書面にて説明を行い、文書にて研究の参加に同意を得た。

### C. 研究結果

定型発達の成人81名(男性31名:女性50名)、ASDの診断のある成人77名(男性53名:女性24名)、SZDの診断のある成人21名(男性14名:女性7名)から回答を得た。それぞれの平均年齢は定型発達の成人(TD群)が36.73歳、ASDのある成人(ASD群)が32.69歳、SZDのある成人(SZD群)が42.62歳であった。

AQスコアはTD群は1.98、ASD群は6.18、SZD群は4.86点で、カットオフを超えた者はTD群は3名、ASD群は38名、SZD群は6名であった。ASRSの素点はTD群は14.43、ASD群は17.6、SZD群は16.24で、カットオフを超えた者はTD群は3名、ASD群は17名、SZD群は4名であった。SPQスコアはTD群は4.65、ASD群は11.12、SZD群は10.95であった。(表1)

(表1)属性とAQ, ASRS, SPQスコア (N=179)

	TD(N=81)	ASD(N=77)	SZD(N=21)
性別 N(%)			
男性	31 (38.3)	53 (68.8)	14 (66.7)
女性	50 (61.7)	24 (31.2)	7 (33.3)
Age(Mean)	36.73(8.23)	32.69(9.74)	42.62(9.10)
AQ(Mean)	1.98(1.725)	6.18(2.609)	4.86(2.414)
range	0-7	0-10	1-9
ASRS(Mean)	14.43(2.937)	17.6(5.131)	16.24(6.041)
range	9-22	0-28	8-30
SPQ(Mean)	4.65(3.155)	11.12(4.350)	10.95(5.172)
range	0-15	0-19	1-19

#### 1. SF12v2:健康関連QOL

健康関連QOLはASD群、SZD群ともにTD群よりも低かった(表2、表3)。ASD群は8つの下位尺度と3コンポーネントにおいて国民標準値よりも低かった。SZD群はASD群は8つの下位尺度および3コンポーネントの「身体的健康度」と「役割/社会的健康度」で国民標準値よりも低かったが、「精神

的健康度」では国民標準値よりも高かった。ASD 群と SZD 群それぞれに関して国民標準値とで 1 サンプルの t 検定を行ったところ、ASD 群では「日常役割機能 (身体)」、「体の痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会生活機能」、「日常役割機能 (精神)」、「心の健康」および 3 コンポーネントの「役割/社会的健康度」において国民標準値に比べて有意に低かった (表 4)。SZD 群では「身体機能」、「日常役割機能 (身体)」、「日常役割機能 (精神)」、「心の健康」および 3 コンポーネントの「役割/社会的健康度」において国民標準値に比べて有意に低かった。(表 5) ASD 群と SZD 群との t 検定では、「社会生活機能」において ASD 群の方が有意に低かった ( $t=-2178$ ,  $df=40.62$ ,  $p<.05$ ) が、その他の項目では両群に有意な差はみられなかった。

## 2. 生活機能と環境:ICF

ICF の活動、参加、環境の第 2 領域及び下位の第 3 領域 14 項目の平均値はすべてにおいて、TD 群に比べて ASD 群と SZD 群が低かった (図 1-1~図 3-6)。3 群の比較のため正規性の検定を行ったところ、いずれの項目も正規分布していなかったので Kruskal-Wallis の検定を行った。結果、すべての項目で有意差がみられた。

群間ごとの比較では、TD 群と ASD 群ではすべての項目で、TD 群と SZD 群では、環境因子の「生産品と用具」、「支援と環境」以外の項目で有意差がみられた。ASD 群と TD 群では参加因子の「生活領域」において SZD 群の方が ASD 群よりも有意に低かったが、他の項目において有意差はなかった。

(表 6)

## 3. 自閉性特性ならびに ADHD、統合失調症型傾向と健康関連 QOL、生活機能・環境との関連

自閉症特性 (AQ-j-10)、注意欠如多動性 (ASRSv1.1)、統合失調症型人格障害 (以下統合失調症型) (SPQ-B) の強さの程度が、健康関連 QOL 及び生活機能や生活環境の困難さと関連するかについて、TD 群、ASD 群、SZD 群で検討した。

(1) 自閉性特性・ADHD・統合失調症型の傾向の強さと健康関連 QOL (表 7-1, 表 7-2)

①自閉性特性の程度の強さと健康関連 QOL : AQ-j-10 と SF12v2 とで Pearson の相関分析を行ったところ、TD 群では自閉性特性の強さと QOL のいずれの項目ともほとんど相関はみられなかった。一方、ASD 群では AQ 得点が高いほど「日常役割機能 (身体)」( $r=-.363$ ,  $p<.01$ )、「日常役割機能 (精神)」( $r=-.413$ ,  $p<.01$ )、「心の健康」( $r=-.396$ ,  $p<.01$ ) において相関がみられた。3 コンポーネントでは「役割/社会的健康度」( $r=-.320$ ,  $p<.01$ ) とで相関がみられた。SZD 群では「体の痛み」( $r=-.483$ ,  $p<.05$ )、「心の健康」( $r=-.547$ ,  $p<.05$ ) において相関がみられた。

② ADHD 傾向の強さと健康関連 QOL : ASRSv1.1 と SF12v2 とで Pearson の相関分析を行ったところ、TD 群では「社会生活機能」( $r=-.314$ ,  $p<.01$ )、「日常役割機能 (精神)」( $r=-.342$ ,  $p<.01$ )、「心の健康」( $r=-.305$ ,  $p<.01$ ) において相関がみられた。ASD 群では「日常役割機能 (身体)」( $r=-.398$ ,  $p<.001$ )、「日常役割機能 (精神)」( $r=-.463$ ,  $p<.001$ ) において相関がみられた。3 コンポーネントでは「役割/社会的健康度」( $r=-.310$ ,  $p<.01$ ) とで相関がみられた。SZD 群では「日常役割機能 (身体)」( $r=-.460$ ,  $p<.05$ )、「全体的健康感」( $r=-.574$ ,  $p<.01$ )、「活力」( $r=-.687$ ,  $p<.01$ )、「日常役割機能 (精神)」( $r=-.546$ ,  $p<.05$ )、「心の健康」( $r=-.691$ ,  $p<.01$ ) において相関がみられた。3 コンポーネントでは「精神的健康度」( $r=-.599$ ,  $p<.01$ )、「役割/社会的健康度」( $r=-.485$ ,  $p<.05$ ) とで相関がみられた。

③統合失調症型の傾向の強さと健康関連 QOL : SPQ-B と SF12v2 とで Pearson の相関分析を行ったところ、TD 群では「活力」( $r=-.384$ ,  $p<.001$ )、「心の健康」( $r=-.337$ ,  $p<.01$ ) において相関がみられた。3 コンポーネントでは「精神的健康度」( $r=-.308$ ,  $p<.01$ ) とで相関がみられた。ASD 群では「日常役割機能 (精神)」( $r=-.345$ ,  $p<.01$ ) とで相関がみられた。SZD 群では「日常役割機能 (身体)」( $r=-.475$ ,

$p < .05$ )、「痛み」( $r = -.499, p < .05$ )、「日常役割機能(精神)」( $r = -.446, p < .05$ )、「心の健康」( $r = -.533, p < .05$ )において相関がみられた。3コンポーネントでは「役割/社会的健康度」( $r = -.525, p < .05$ )とで相関がみられた。

(2) 自閉性特性・ADHD・統合失調症型の傾向の強さと生活機能との関連(表 8-1, 表 8-2, 表 8-3, 8-4)

① 自閉性特性の程度の強さと生活機能: AQ-j-10 と ICF とで自閉性特性の強さと生活機能とで Pearson の相関分析を行ったところ、TD 群では「活動」( $r = -.439, p < .001$ )と環境( $r = -.338, p < .01$ )とで相関がみられ、「参加」では相関はほとんどなかった( $r = -.128, p = n.s.$ )。下位分類では、「活動」の下位の「学習と知識」( $r = -.398, p < .001$ )、「コミュニケーション」( $r = -.432, p < .001$ )、「参加」の下位の「対人関係」( $r = -.558, p < .01$ )、「環境」の下位の「支援と関係」( $r = -.377, p < .01$ )で相関が示された。ASD 群では「活動」( $r = -.619, p < .001$ )と「参加」( $r = -.489, p < .001$ )、「環境」( $r = -.301, p < .01$ )のすべてにおいて相関がみられた。下位分類では「活動」の下位の「学習と知識」( $r = -.345, p < .01$ )、「課題と要求」( $r = -.495, p < .001$ )、「コミュニケーション」( $r = -.671, p < .001$ )、「運動・移動」( $r = -.440, p < .001$ )、「参加」の下位分類である「家庭生活」( $r = -.416, p < .001$ )、「対人関係」( $r = -.598, p < .001$ )で相関がみられた。「環境」の下位分類では相関する項目はなかった。SZD 群では「環境」( $r = -.547, p < .05$ )とで相関が示され、下位分類は「態度」( $r = -.579, p < .01$ )で相関がみられた。

② ADHD 傾向の強さと生活機能: ASRSv1.1 と ICF とで Pearson の相関分析を行ったところ、TD 群では「活動」( $r = -.448, p < .001$ )と「参加」( $r = -.385, p < .001$ )とで相関がみられた。「活動」の下位分類では、「学習と知識」( $r = -.398, p < .001$ )、「課題と要求」( $r = -.325, p < .01$ )、「参加」の下位分類では「セルフケア」( $r = -.405, p < .001$ )、「対人関係」( $r = -.444, p < .001$ )とで相関が示された。ASD 群

では「活動」( $r = -.427, p < .001$ )とで相関がみられた。「活動」の下位分類では「課題と要求」( $r = -.486, p < .001$ )、「コミュニケーション」( $r = -.399, p < .001$ )、「参加」の下位分類では「対人関係」( $r = -.357, p < .01$ )とで相関が示された。SZD 群では、いずれの項目においてもほとんど相関がなかった。

③ 統合失調症型の傾向の強さと生活機能・環境: SPQ-B と ICF とで Pearson の相関分析を行ったところ、TD 群では「活動」( $r = -.542, p < .001$ )とで相関がみられた。「活動」の下位分類では、「学習と知識」( $r = -.477, p < .001$ )、「コミュニケーション」( $r = -.476, p < .001$ )、「参加」の下位分類では「対人関係」( $r = -.389, p < .001$ )、「環境」の下位分類では「支援と関係」( $r = -.330, p < .01$ )とで相関が示された。ASD 群では「参加」( $r = -.314, p < .01$ )と「環境」( $r = -.368, p < .01$ )とで相関がみられた。「活動」の下位分類では「課題と要求」( $r = -.321, p < .01$ )、「コミュニケーション」( $r = -.385, p < .01$ )、「参加」の下位分類では「対人関係」( $r = -.309, p < .01$ )、「環境」の下位分類では「態度」( $r = -.324, p < .01$ )とで相関が示された。SZD 群ではいずれの項目においてもほとんど相関がなかった。

4. ASD のある人々の支援において環境調整は重要であり、生活環境に対する主観的認識と健康関連 QOL が関連するか TD 群、ASD 群、SZD 群それぞれにおいて検討した。TD 群では「環境」は「精神的健康度」( $r = -.304, p < .01$ )とで相関がみられた。ASD 群では「痛み」を除くすべての QOL と相関があったが、SZD 群では「環境」と健康関連 QOL は相関が示されなかった。(表 9-1, 表 9-2)

ICF の環境因子の第 3 領域は、「生產品と用具」、「自然環境」、「支援と関係」、「態度」、「制度」の 5 つの分類から構成されており、これらの 5 分類と SF12v2 との関連について、TD 群、ASD 群、SZD 群それぞれにおいて検討した。TD 群は「自然環境」と「日常役割機能(精神)」( $r = .320, p < .01$ )・「役割/社会的健康度」( $r = .305, p < .01$ )、「支援と関係」



と「活力」( $r=.301, p<.01$ )・「精神的健康度」( $r=.323, p<.01$ )とで相関がみられた。一方、ASD群ではSF12v2はICFの「自然環境」、「態度」と健康関連QOLの下位尺度と3コンポーネントの多くで相関がみられた。SZD群は「自然環境」と「体の痛み」とでかなり強い相関がみられた( $r=.713, p<.001$ )。(表10-1,表10-2)

環境因子を構成する5つの分類にはそれぞれ下位項目があり、「生産品と用具」は、携帯電話やアプリ、学校や会社等日常生活で使用する建物設備などの「生産品と用具」が自身の日常生活に役立っているか、「自然環境」は自然・物的環境と人間がもたらした環境変化(気温や湿度、気圧、光、生活音、においなど)について快適に過ごしているか、「支援と関係」は、家族や友人、職場の同僚、学校教員、医療・保健・福祉・役所等職員が実質的なサポートをしているか、「態度」は、家族や友人、職場の同僚、学校教員、医療・保健・福祉・役所等職員及び社会的規範の地震に対する態度が肯定的か、「制度」は通信、行政、司法、医療、福祉、労働、教育等サービスや支援が役に立っているかどうかについて問うている。

TD群は「環境」の第3領域の5分類の下位項目と健康関連QOLではほとんど相関は示されなかった一方、ASD群ではSF12v2はICFの「自然環境」、「態度」の多くの下位項目とで相関がみられた。「自然環境」の下位項目の「気温と湿度」は、「日常役割機能(身体)」( $r=.318, p<.01$ )、「全体的健康感」( $r=.360, p<.01$ )、「活力」( $r=.419, p<.01$ )、「社会生活機能」( $r=.335, p<.01$ )、3コンポーネントでは「精神的健康度」( $r=.322, p<.01$ )とで相関がみられた。「気圧の変化」は、「日常役割機能(身体)」( $r=.346, p<.01$ )、「全体的健康感」( $r=.407, p<.001$ )、「社会生活機能」( $r=.328, p<.01$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.306, p<.01$ )、「心の健康」( $r=.319, p<.01$ )、3コンポーネントでは「役割/社会的健康度」( $r=.332, p<.01$ )とで相関がみられた。「日光や照明などの光」は、「身体機能」( $r=.476, p<.001$ )、「日常役割機能(身体)」

( $r=.368, p<.01$ )、「全体的健康感」( $r=.475, p<.001$ )、「活力」( $r=.412, p<.001$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.465, p<.001$ )、「心の健康」( $r=.433, p<.001$ )、3コンポーネントでは「身体的健康度」( $r=.331, p<.01$ )、「精神的健康度」( $r=.317, p<.01$ )、「役割/社会的健康度」( $r=.332, p<.01$ )とで相関がみられた。「生活音」は、「日常役割機能(身体)」( $r=.449, p<.001$ )、「全体的健康感」( $r=.377, p<.01$ )、「活力」( $r=.318, p<.01$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.307, p<.01$ )、「心の健康」( $r=.325, p<.01$ )とで相関がみられた。「部屋や建物、大気や空気の臭い」は、「身体機能」( $r=.398, p<.001$ )、「日常役割機能(身体)」( $r=.432, p<.001$ )、「全体的健康感」( $r=.348, p<.01$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.403, p<.001$ )、「心の健康」( $r=.319, p<.01$ )、3コンポーネントでは「身体的健康度」( $r=.319, p<.01$ )、「役割/社会的健康度」( $r=.353, p<.01$ )とで相関がみられた。(表11-1)

健康関連QOLは「支援と関係」とではほとんど相関がみられなかった一方、「態度」とでは「身体機能」( $r=.438, p<.01$ )、「日常役割機能(身体)」( $r=.485, p<.01$ )、「全体的健康感」( $r=.413, p<.01$ )、「活力」( $r=.503, p<.01$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.420, p<.01$ )、「心の健康」( $r=.413, p<.01$ )、ならびに「身体的健康度」( $r=.366, p<.01$ )、「精神的健康度」( $r=.320, p<.01$ )、「役割/社会的健康度」( $r=.317, p<.01$ )とで相関がみられた。下位項目をみていくと、「家族」の態度は、「身体機能」( $r=.368, p<.01$ )、「日常役割機能(身体)」( $r=.357, p<.01$ )、「全体的健康感」( $r=.322, p<.01$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.479, p<.001$ )、3コンポーネントの「役割/社会的健康度」( $r=.387, p<.01$ )とで相関がみられた。「友人」の態度はほとんど相関がみられなかった。「職場の同僚、趣味の仲間など」の態度は「日常役割機能(身体)」( $r=.303, p<.01$ )とで相関がみられた。「学校の先生や職場の上司」の態度は「身体機能」( $r=.358, p<.01$ )、「日常役割機能(身体)」( $r=.482, p<.001$ )、「体の痛み」( $r=.390, p<.001$ )、「全体的健康感」( $r=.423, p<.001$ )、「活

力」( $r=.487$   $p<.001$ )、「社会生活機能」( $r=.354$   $p<.01$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.434$   $p<.001$ )、「心の健康」( $r=.466$   $p<.01$ )、ならびに3コンポーネントの「身体的健康度」( $r=.317$   $p<.01$ )、「精神的健康度」( $r=.407$   $p<.001$ )、「役割/社会的健康度」( $r=.350$   $p<.01$ )のすべての項目とで相関がみられた。「医師や看護師、心理士、相談員など」の態度はほとんど相関がみられなかった。「役所や施設の職員」の態度は「活力」( $r=.411$   $p<.001$ )とで相関がみられた。「社会や地域のルール・規範や価値観」は「身体機能」( $r=.361$   $p<.01$ )、「日常役割機能(身体)」( $r=.362$   $p<.01$ )、「活力」( $r=.381$   $p<.01$ )、「日常役割機能(精神)」( $r=.394$   $p<.001$ )、「心の健康」( $r=.380$   $p<.01$ )、ならびに3コンポーネントの「役割/社会的健康度」( $r=.310$   $p<.01$ )とで相関がみられた。(表 11-2)

SZD 群では、「自然環境」の「気圧」( $r=.660$   $p<.01$ )及び「生活音」( $r=.650$   $p<.01$ )、「匂い」( $r=.651$   $p<.01$ )が「体の痛み」とで強い相関がみられた。(表 12)

#### D. 考察

SF12v2で測定した健康関連QOLの8下位尺度は、ASD 群は「身体機能」を除く7項目で国民標準値よりも有意に低く、3コンポーネントは「役割/社会的健康度」において国民標準値に比べて有意に低かった。SZD 群は「身体機能」、「日常役割機能(身体)」、「日常役割機能(精神)」、「心の健康」の4項目と3コンポーネントの「役割/社会的健康度」において国民標準値に比べて有意に低かった。ASDのある成人、SZDのある成人ともに、平均的な日本人よりもQOLが低く、身体的及び精神的理由のために仕事や普段の活動ができないことが多く、日常を穏やかな気分で過ごすことが難しい状態であることが分かった。ASD 群とSZD 群で差の検定を行ったところ、ASD 群の方が「社会生活機能」において有意に低く、ASDのある成人は定型発達の成人やSZDのある成人よりも人との付き合いに制限を受けていた。

ICFを用いて測定した生活機能については、活動(課題や行為の個人による遂行)、参加(生活・人生場面への関わり)、環境(人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的な環境、人々の社会的な態度による環境)のいずれの項目においてもTD 群よりもASD 群とSZD 群が低かった。ASDのある成人とSZDのある成人は両者ともに生活のしづらさを抱えており、ICFの「生活領域」(教育や就業への参加)ではSZDのある成人はASDのある成人よりも困難さを経験していた。

自閉性特性の強さと健康関連QOLとの関連では、TD 群は両者で関連が示されなかったが、ADHDの程度の強さとQOLでは「社会生活機能」、「日常役割機能(精神)」、「心の健康」において負の相関がみられ、統合失調症型の傾向の強さとQOLでは「活力」、「心の健康」、「精神的健康度」とで負の相関がみられた。ASD 群はAQ得点の高さと「日常役割機能(身体)」、「日常役割機能(精神)」、「心の健康」、「役割/社会的健康度」で負の相関が示された。ADHD傾向の強さでは「日常役割機能(身体)」、「日常役割機能(精神)」、「役割/社会的健康度」とで負の相関がみられ、仕事や普段の生活に支障をきたしやすいことが確認された。SZD 群ではAQ得点の高さと「身体の痛み」と「心の健康」において、ADHD傾向の強さとは「日常役割機能(身体)」、「全体的健康感」、「活力」、「日常役割機能(精神)」、「心の健康」、「精神的健康度」、「役割/社会的健康度」とで相関がみられた。相関係数はいずれも高く、SZD 群において自閉性特性・ADHD特性の高い一群のメンタルヘルスについて注意深く見ていく必要がる。

自閉性特性の強さと生活機能との関連では、TD 群は自閉性特性が強いと対人的関わりを要する領域で制限を受けており、また、家族や友人、職場の同僚や上司等からの支援が少ないと感じていた。ASD 群ではAQ得点の高さは特に日常生活や仕事の遂行、ストレス対処や対人的関わりを要する領域で制限を受けていたが、環境側面での困難さは認識していない結果であった。SZD 群はいずれの項

目においてほとんど相関がなかった。

注意欠如多動性の強さと生活機能との関連では、TD 群は、注意欠如多動性が強いと学習や課題をこなしたり、自身の清潔や身だしなみの管理、対人面で困難さが認識されていた。ASD 群は、注意欠如多動性が強いと、課題や要求への対応や対人面の困難さが認識されており、日課をこなしたり、仕事や学習、対人場面において支障をきたしやすいことが確認された。SZD 群は注意欠如多動性の強さと生活機能はほとんど相関がなかった。

統合失調症型の傾向の強さと生活機能との関連では、TD 群は統合失調症型の傾向が強いと集中力や問題解決、対人場面や家族や友人、職場の同僚や上司等との支援関係における困難さが認識されていた。ASD 群においては統合失調症型の傾向が強いと日課をこなしたり、仕事や学習、対人場面において支障をきたしやすいことが確認された。SZD 群では、統合失調症型の傾向の強さは活動や参加とは関連がなかったが、気温や気圧、光などの自然環境の不快さと関係していた。

環境に対する主観的認識と健康関連 QOL の関連については、TD 群では関連はほとんど示されなかった。一方、ASD 群では気温や湿度、気圧、光、生活音、臭いなどの快不快と健康関連 QOL の諸側面に強い相関がみられ、支援を行う上で十分に配慮されるべきである。また、ASD 群においてアドバイスなどの周囲の実質的なサポートは QOL と関連しなかった一方、家族や職場の上司などの肯定的な態度が QOL と強く相関していた。実際的な支援はもちろんのことであるが、彼らに関わる者が彼らにとって肯定的な存在と認識されることが重要であることが確認できた。なお、地域のルールや社会的規範・価値観の肯定的な捉え方と健康関連 QOL の相関は高く、特に QOL では仕事や普段の活動の遂行や活力と関連しており、本人の認識と社会的規範やルールとの擦り合わせも支援の中で必要となるであろう。

SZD 群では、QOL と相関のある環境要因は ASD 群よりも少なかったが、気圧の変化や生活音、にお

いなどの快不快と「体の痛み」とで強い相関が示され、ASD 群が「自然環境」において「痛み」を除く健康関連 QOL の諸側面に強い相関がみられたのと対照的であった。

## E. 結論

ASD のある成人と SZD のある成人の健康関連 QOL はともに日本の国民標準値よりも低かった。ASD 群と SZD 群で差の検定を行ったところ、ASD 群は SZD 群よりも「社会生活機能」が有意に低く、人との付き合いに制限を受けていた。

ICF を用いて測定した生活機能については、活動、参加、環境のいずれの項目においても ASD 群と SZD 群は TD 群よりも有意に低かった。ASD のある成人と SZD のある成人は両者ともに生活のしづらさを抱えており、ICF の「生活領域」（教育や就業への参加）では SZD のある成人は ASD のある成人よりも困難さを経験していた。

ASD 群は自閉性特性の強さもしくは ADHD 傾向の強さと健康関連 QOL の「日常役割」の間で相関があり、特性の強さと仕事や普段の生活における支障のきたしやすさに関連が認められた。

SZD 群においては自閉性特性および ADHD、統合失調症型傾向の強さの程度と健康関連 QOL の特に「心の健康」とでそれぞれ高い相関が示された。とりわけ ADHD 傾向の高さと「精神的健康度」の関連が強く、こうした一群のメンタルヘルスに留意する必要があると考えられる。

生活機能との関連では、TD 群は自閉性特性の強さと対人的関わりを要する領域及び支援関係において、ADHD 傾向の強さと学習や課題の遂行、清潔や身だしなみ、対人面での困難さにおいて、統合失調症型の傾向の強さと学習と知識、対人的関わりを要する領域及び支援関係において相関が認められた。ASD 群では自閉性特性の強さは特に日常生活や仕事の遂行、ストレス対処や対人的関わりを要する領域で制限を受けていた。ADHD 傾向の強さは課題や要求への対応や対人面の困難さにおいて、統合失調症型の傾向の強さは日課の遂行や対

人場面の困難さと相関していた。SZD 群は自閉性特性の強さと ADHD 傾向の強さは生活機能とほとんど関連がなかったが、統合失調症型の傾向の強さは気温や気圧、光などの自然環境の不快さと関連していた。

環境に対する主観的認識と健康関連 QOL の関連については、TD 群では関連はほとんど示されなかった。ASD 群では気温や湿度、気圧、光、生活音、臭いなどの快不快と健康関連 QOL ならびに、家族や目上の人々の肯定的な態度と健康関連 QOL との間に強い相関が認められ、自然環境や生活環境を整えることと周囲の人々が肯定的な態度で関わることは十分に配慮されるべきである。

#### 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・登録状況

特になし

#### 文献

- 1) Eynat G et al., Integration in the Vocational World: How Does It Affect Quality of Life and Subjective Well-Being of Young Adults with ASD. Int. J. Environ. Res. Public Health 2015, 12, 10820-10832
- 2) Inge K et al., Health-related quality of life in adolescents and young adults with high functioning autism-spectrum disorder. GMS Psycho-Social-Medicine 2010, Vol. 7
- 3) Kamio, Y., Inada, N. Koyama, T. (2013) A national wide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. Autism, 17, 15-26.
- 4) Raine A. The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. Schizophr Bull. 1991;17(4):555-64.
- 5) Vollema. M. G. & Hoijsink. H. The Multidimensionality of Self-Report Schizotypy in a Psychiatric Population: An Analysis Using Multidimensional Rasch Models. Schizophrenia Bulletin, 2000 Volume 26, Issue 3. 565-575
- 6) American Psychiatric Association. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014) DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院. p. 43
- 7) 飯島雄大, 佐々木淳, 坂東奈緒子, 浅井智久, 毛利伊吹, 丹野義彦. 2010. 日本語版 Schizotypal Personality Questionnaire の作成と統合失調型パーソナリティにおける因子構造の検討. 行動療法研究 36(1), 29-41
- 8) 福原俊一、鈴鴨よしみ SF-36v2 日本語版マニュアル: iHope International 株式会社、京都、2004、2015
- 9) 世界保健機構 (WHO) (WHO) 国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 - 中央法規、2008

(表 2) SF12v2 : 8 下位尺度の平均値

	身体機能	役割 (身体)	身体の痛み	健康感	活力	社会生活	役割 (精神)	心の健康
TD	50.26	47.88	51.04	50.91	51.08	52.01	47.69	49.85
ASD	47.12	37.95	43.71	47.14	47.21	40.68	36.49	42.9
SZD	39.95	38.14	47.23	46.74	48.00	47.87	36.33	41.78
国民標準値	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0

(表 3) SF12v2 : 3 コンポーネントの平均値

	身体的健康度	精神的健康度	役割/社会的健康度
TD	50.1	51.91	47.93
ASD	49.34	49	34.87
SZD	43.79	51.17	38.51
国民標準値	50.0	50.0	50.0
慢性疾患なし	53.5	51.5	50.4
慢性疾患 1 つ	50.6	50.4	50.4
慢性疾患 2 つ	46.0	48.6	49.7

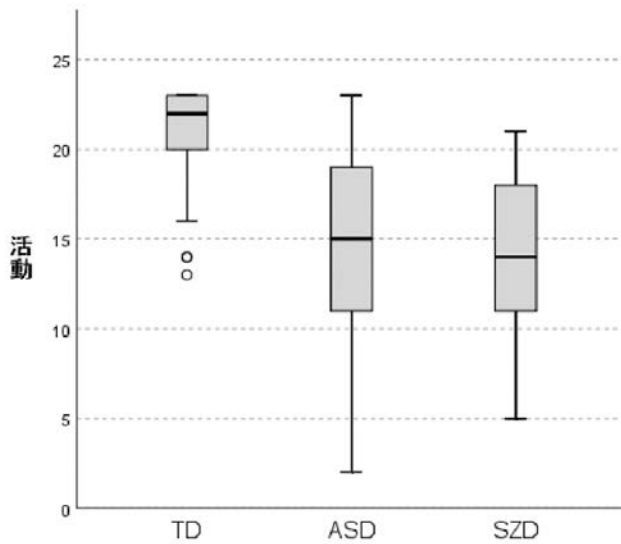
(表 4) 1 サンプルの t 検定 : ASD 群と国民標準値

	Mean	SD	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
身体機能	47.12	15.77	-1.6	76	<i>n.s.</i>
日常役割機能 (身体)	37.95	13.65	-7.749	76	<i>p</i> <.001
身体の痛み	43.71	15.81	-3.489	76	<i>p</i> <.01
全体的健康感	47.14	11.67	-2.153	76	<i>p</i> <.05
活力	47.21	10.85	-2.253	76	<i>p</i> <.05
社会生活機能	40.68	16.31	-5.013	76	<i>p</i> <.001
日常役割機能 (精神)	36.49	14.67	-8.083	76	<i>p</i> <.001
心の健康	42.90	11.74	-5.313	76	<i>p</i> <.001
3PCS:身体的健康度	49.34	14.13	-0.408	76	<i>n.s.</i>
3MCS:精神的健康度	49.00	9.63	-0.912	76	<i>n.s.</i>
3RCS:役割/社会的健康度	34.87	14.64	-9.073	76	<i>p</i> <.001

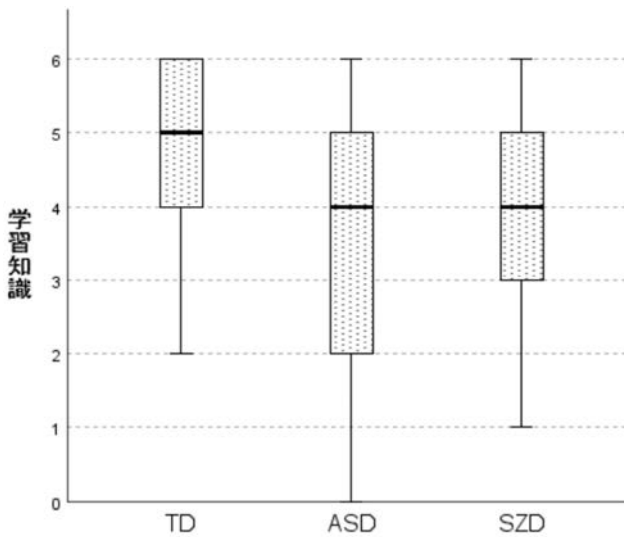
(表 5) 1 サンプルの t 検定 : SZD 群と国民標準値

	Mean	SD	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
身体機能	39.95	16.56	-2.78	20	<i>p</i> <.05
日常役割機能 (身体)	38.14	14.27	-3.807	20	<i>p</i> <.01
身体の痛み	47.23	9.90	-1.282	20	<i>n.s.</i>
全体的健康感	46.74	9.33	-1.603	20	<i>n.s.</i>
活力	48.00	11.28	-0.813	20	<i>n.s.</i>
社会生活機能	47.87	12.49	-0.783	20	<i>n.s.</i>
日常役割機能 (精神)	36.33	14.11	-4.44	20	<i>p</i> <.001
心の健康	41.78	12.52	-3.01	20	<i>p</i> <.01
3PCS:身体的健康度	43.79	13.80	-2.061	20	<i>n.s.</i>
3MCS:精神的健康度	51.17	11.04	0.484	20	<i>n.s.</i>
3RCS:役割/社会的健康度	38.51	13.53	-3.894	20	<i>p</i> <.01

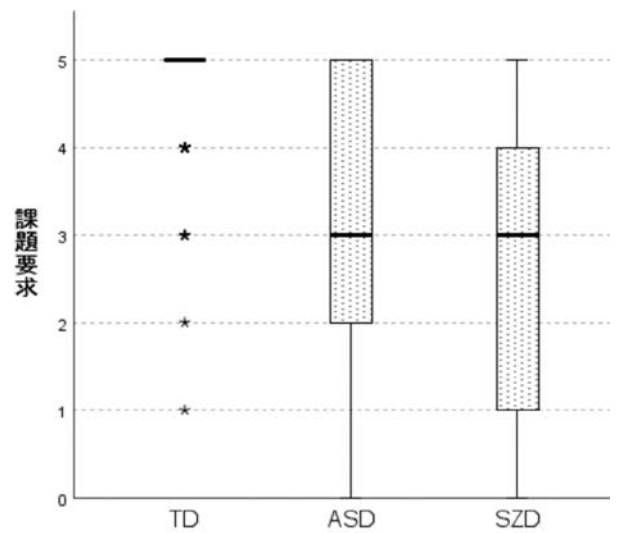
ICF の第 2 領域「活動」、「参加」、「環境」と下位分類  
 (図 1-1) 第 2 領域>活動



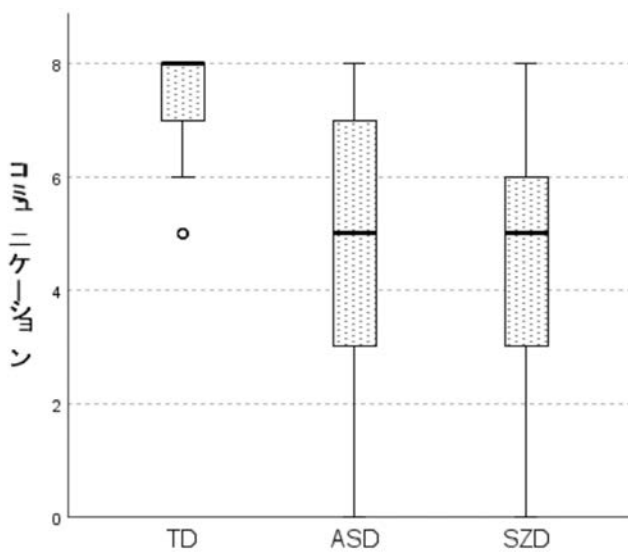
(図 1-2) 第 3 領域>学習と知識



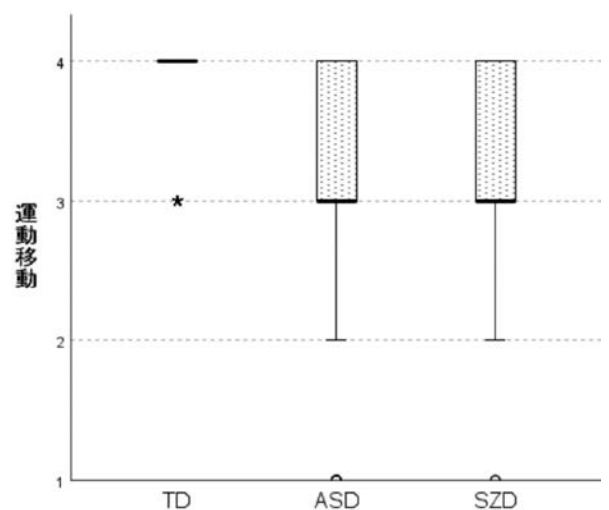
(図 1-3) 第 3 領域>課題と要求



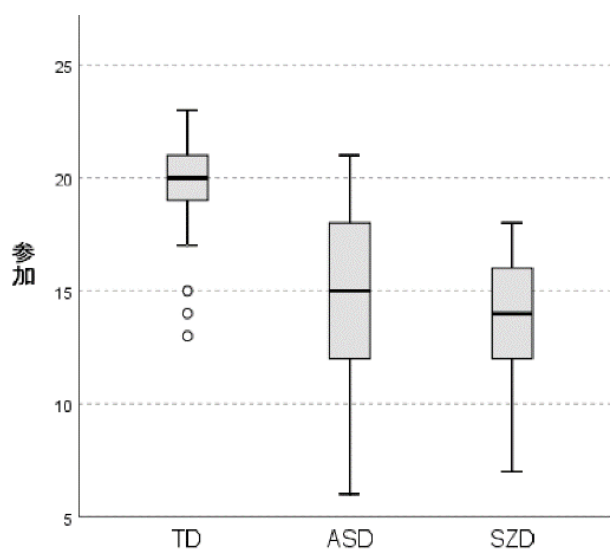
(図 1-4) 第 3 領域>コミュニケーション



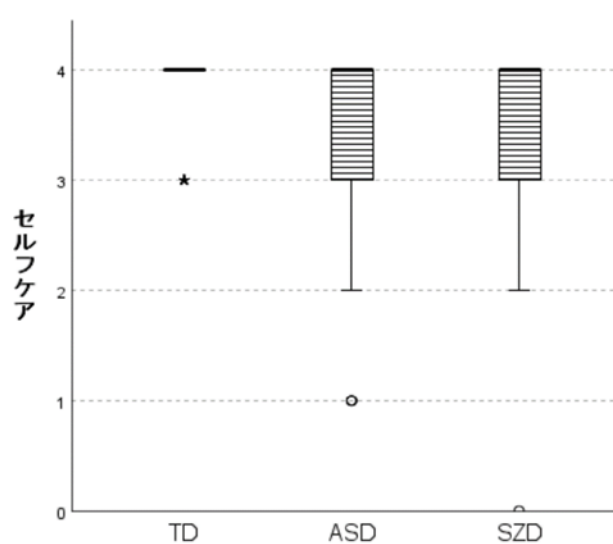
(図 1-5) 第 3 領域>運動と移動



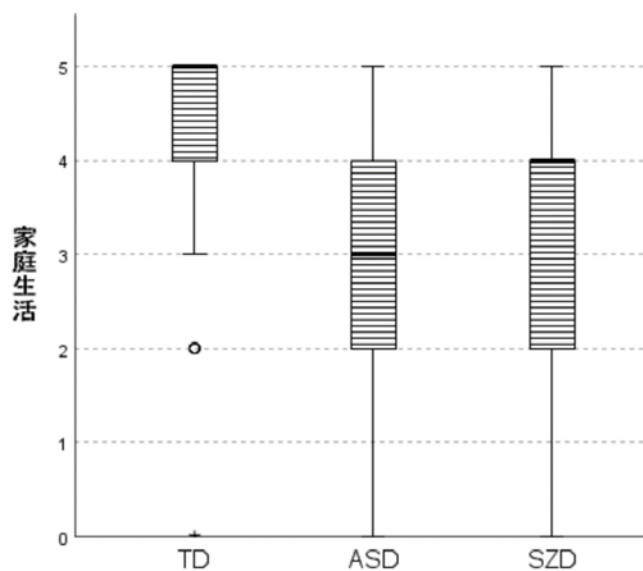
(図 2-1) 第 2 領域>参加



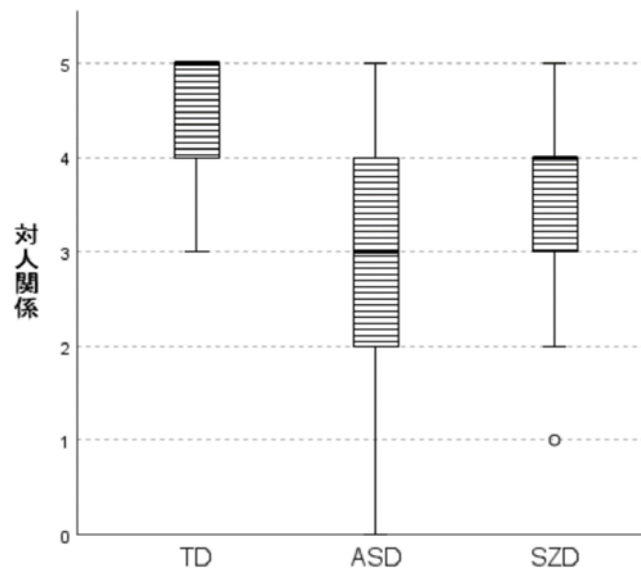
(図 2-2) 第 3 領域>セルフケア



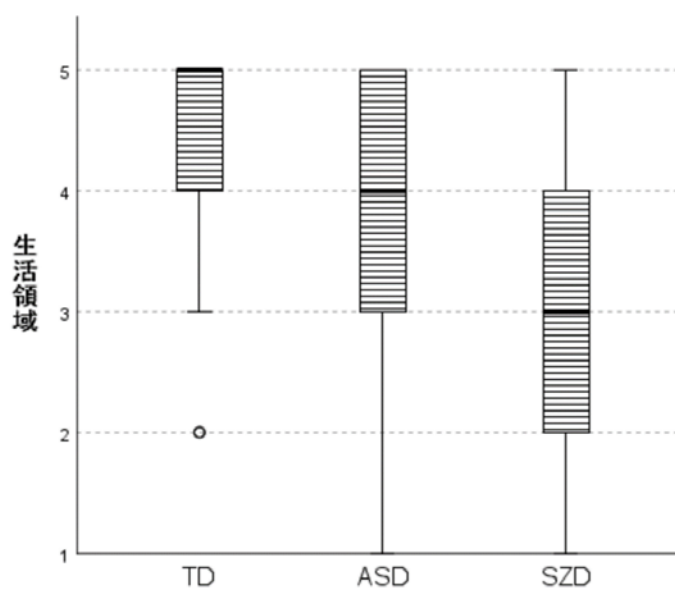
(図 2-3) 第 3 領域>家庭生活



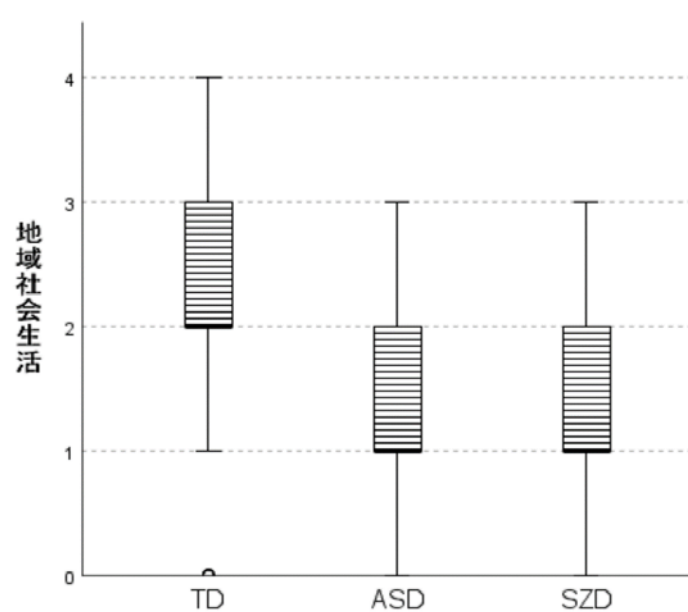
(図 2-4) 第 3 領域>対人関係



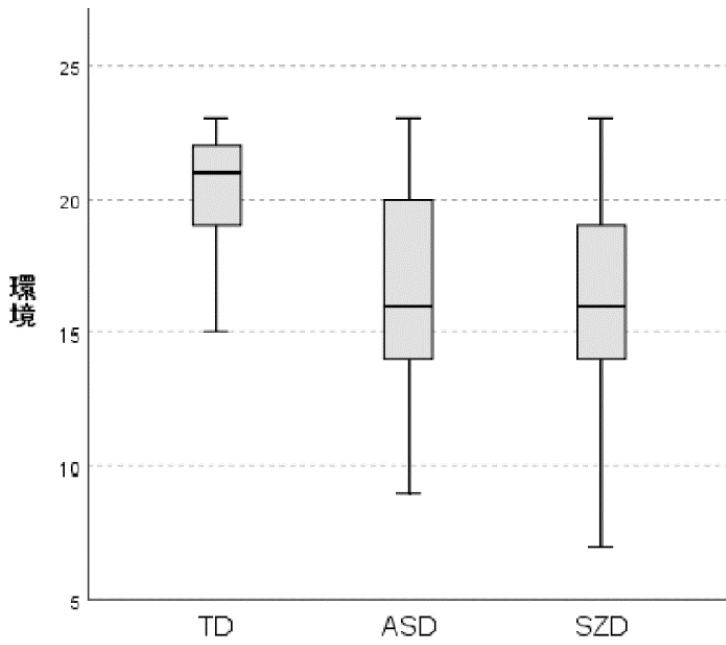
(図 2-5) 第 3 領域>生活領域



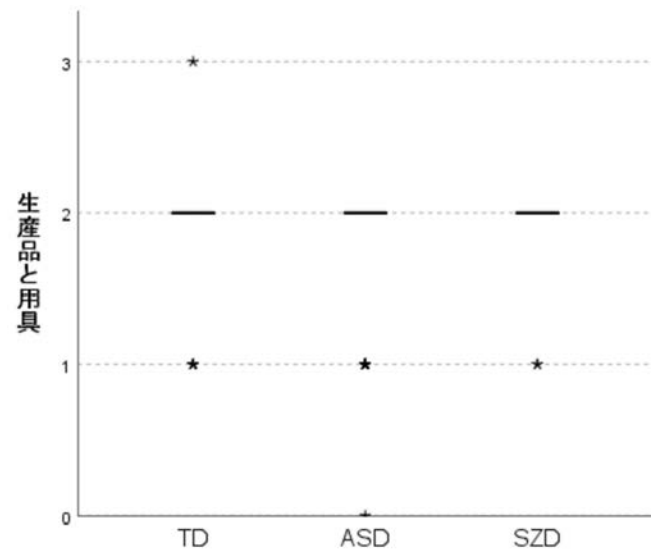
(図 2-6) 第 3 領域>地域社会生活



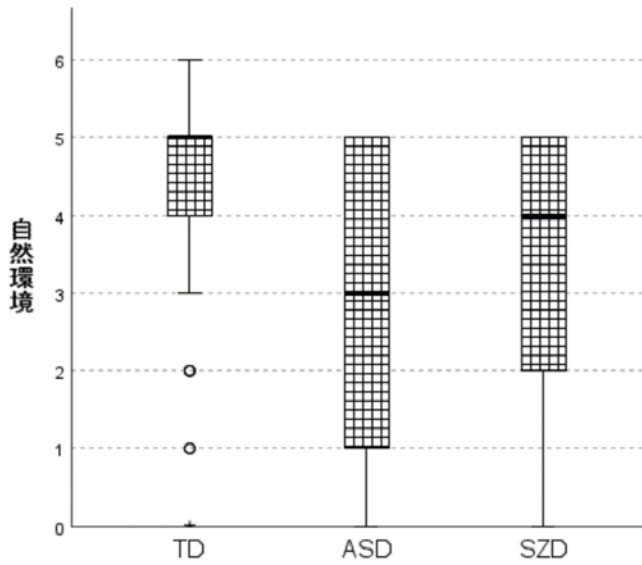
(図 3-1) 第 2 領域 > 環境



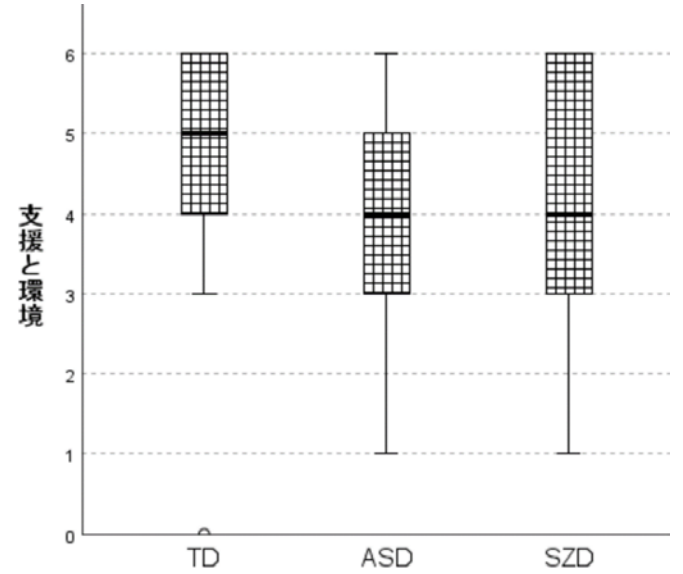
(図 3-2) 第 3 領域 > 生産品と用具



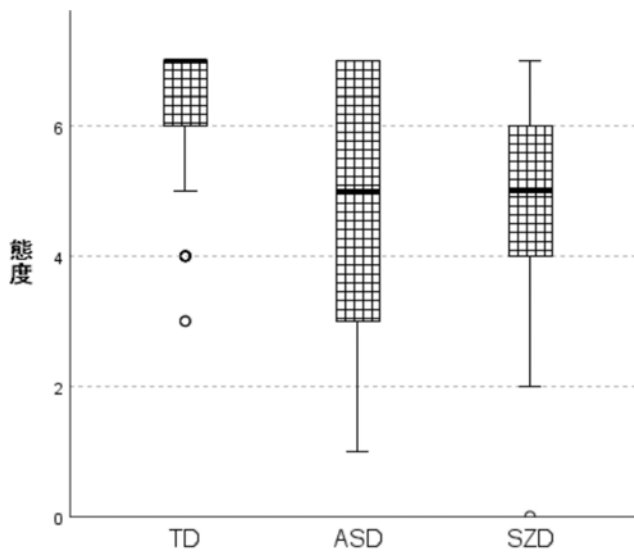
(図 3-3) 第 3 領域 > 自然環境



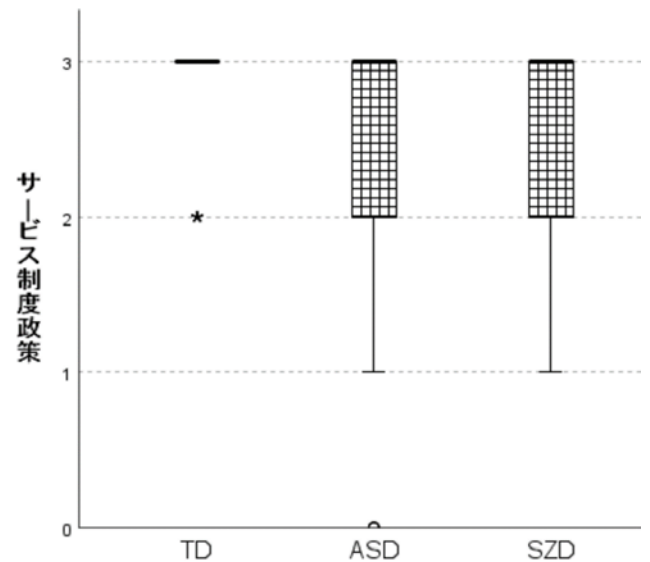
(図 3-4) 第 3 領域 > 支援と関係



(図 3-5) 第 3 領域 > 態度



(図 3-6) 第 3 領域 > サービス・制度・政策





(表6) ICF 第2領域と第3領域

ペアごとの比較

	Mean		K	df	p	TD:ASD		TD:SZD		ASD:SZD	
	TD	ASD				SZD	K	p	K	p	K
<b>活動</b>											
学習と知識	20.85	14.47	13.9	2	p<.001	74.012	2	p<.001	72.52	7.677	n.s.
課題と要求	4.75	3.42	3.71	2	p<.001	28.336	2	p<.001	34.814	-0.7121	n.s.
コミュニケーション	4.65	2.92	2.48	2	p<.001	61.264	2	p<.001	67.638	13.976	n.s.
運動・移動	7.59	4.92	4.57	2	p<.001	78.797	2	p<.001	72.122	7.543	n.s.
	3.85	3.21	3.14	2	p<.001	30.237	2	p<.001	39.841	4.859	n.s.
<b>参加</b>											
セルフケア	19.85	14.79	14.14	2	p<.001	89.463	2	p<.001	81.469	10.773	n.s.
家庭生活	3.9	3.45	3.24	2	p<.001	21.407	2	p<.001	32.473	6.688	n.s.
対人関係	4.36	3.01	3.1	2	p<.001	50.493	2	p<.001	47.84	-6.6	n.s.
生活領域	4.73	3.21	3.43	2	p<.001	73.043	2	p<.001	60.462	-3.106	n.s.
地域社会生活	4.52	3.65	3	2	p<.001	37.743	2	p<.001	64.13	28.626	p<.05
	2.35	1.47	1.38	2	p<.001	37.306	2	p<.001	48.787	4.305	n.s.
<b>環境</b>											
生産品と用具	20.3	16.56	16.38	2	p<.001	39.984	2	p<.001	50.463	1.933	n.s.
自然環境	1.95	1.78	1.9	2	p<.05	8.474	2	p<.05	3.929	-10.11	n.s.
支援と環境	4.32	3.09	3.29	2	p<.001	22.013	2	p<.001	27.652	-8.387	n.s.
態度	4.81	4.16	4.1	2	p<.01	9.712	2	p<.01	23.83	0.338	n.s.
サービス・制度・政策	6.27	4.92	4.48	2	p<.001	28.576	2	p<.001	45.551	8.152	n.s.
	2.94	2.61	2.62	2	p<.001	16.309	2	p<.001	24.232	3.734	n.s.

Kruskal Wallis の検定

(表 7-1) Pearson の相関係数 : AQ-j-10, ASRSv1.1, SPQ-B と SF12v2 8 下位尺度

		身体機能	日常役割 (身体)	体の痛み	全体的 健康感	活力	社会生活 機能	日常役割 (精神)	心の健康
AQ-j-10	TD	0.1	-0.135	-0.143	-0.219	-0.191	-0.196	-0.078	-0.192
	ASD	-0.156	-.363**	0.121	-.295**	-0.2	-0.016	-.413**	-.396**
	SZD	-0.391	-0.42	-.483*	-0.107	-0.197	-0.157	-0.266	-.547*
ASRSv1.1	TD	-0.064	-0.185	-0.145	-.221*	-0.186	-.314**	-.342**	-.305**
	ASD	-.227*	-.398***	-0.092	-.241*	-.285*	-0.027	-.463***	-.275*
	SZD	0.013	-.460*	-0.051	-.574**	-.687**	-0.267	-.546*	-.691**
SPQ-B	TD	-0.116	-0.203	-0.105	-.260*	-.384***	-.283*	-.240*	-.337**
	ASD	-0.135	-.290*	-0.153	-0.189	-0.166	-0.082	-.345**	-.276*
	SZD	-0.218	-.475*	-.499*	-0.001	-0.233	-0.281	-.446*	-.533*

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 7-2) Pearson の相関係数 : AQ-j-10, ASRSv1.1, SPQ-B と SF12v2 3 コンポーネント

		身体的健康度	精神的健康度	役割/社会的健康度
AQ-j-10	TD	0.043	-.252*	-0.079
	ASD	-0.047	-0.123	-.320**
	SZD	-0.31	-0.155	-0.28
ASRSv1.1	TD	0.016	-0.204	-.282*
	ASD	-0.197	-0.083	-.310**
	SZD	0.16	-.599**	-.485*
SPQ-B	TD	-0.023	-.308**	-0.191
	ASD	-0.12	-0.121	-.254*
	SZD	-0.101	-0.143	-.525*

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

(表 8-1) Pearson の相関係数 : AQ-j-10, ASRSv1.1, SPQ-B と ICF 第 2 領域「活動」・「参加」・「環境」

		活動	参加	環境
AQ-j-10	TD	-.439***	-0.128	-.338**
	ASD	-.619***	-.489***	-.301**
	SZD	-0.227	-0.295	-.547*
ASRSv1.1	TD	-.448***	-.385***	-.234*
	ASD	-.427***	-.298**	-.283*
	SZD	-0.316	-0.127	-0.081
SPQ-B	TD	-.542***	-.297**	-.292**
	ASD	-.252*	-.314**	-.368**
	SZD	-0.261	-0.182	-0.259

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 8-2) Pearson の相関係数 : AQ-j-10, ASRSv1.1, SPQ-B と ICF「活動」第 3 領域

		学習知識	課題要求	コミュニケーション	運動移動
AQ-j-10	TD	-.398***	-0.172	-.432***	-0.026
	ASD	-.345**	-.495***	-.671***	-.440***
	SZD	-0.121	-0.167	-0.138	-0.356
ASRSv1.1	TD	-.394**	-.325**	-.280*	-0.129
	ASD	-.253*	-.486***	-.399***	-0.171
	SZD	-0.166	-0.336	-0.227	-0.221
SPQ-B	TD	-.477***	-.275*	-.476***	-0.09
	ASD	-0.145	-.321**	-.385**	-.251*
	SZD	-0.097	-0.249	-0.187	-0.3

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 8-3) Pearson の相関係数 : AQ-j-10, ASRSv1.1, SPQ-B と ICF「参加」第 3 領域

		セルフケア	家庭生活	対人関係	生活領域	地域社会生活
AQ-j-10	TD	-.246*	0.165	-.558**	-0.043	-0.047
	ASD	-0.138	-.416***	-.598***	-0.158	-0.114
	SZD	-0.157	-0.092	-0.399	-0.068	-0.042
ASRSv1.1	TD	-.405***	-0.212	-.444***	-0.153	-0.168
	ASD	-0.106	-0.143	-.357**	-0.111	-0.214
	SZD	-0.305	-0.085	-0.063	0.047	0.109
SPQ-B	TD	-0.182	-0.13	-.389***	-0.191	-0.129
	ASD	0.081	-.234*	-.309**	-0.195	0.003
	SZD	-0.184	-0.082	-0.068	-0.292	0.246

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 8-4) Pearson の相関係数 : AQ-j-10, ASRSv1.1, SPQ-B と ICF「環境」第 3 領域

		生活用具	自然環境	支援と関係	態度	制度
AQ-j-10	TD	-0.003	-0.148	-.377**	-0.136	-0.064
	ASD	0.024	-0.224	-.275*	-.266*	0.045
	SZD	0.325	-0.416	-0.164	-.579**	-0.075
ASRSv1.1	TD	-0.036	-.227*	-.242*	0.013	-0.05
	ASD	-0.011	-0.22	-.253*	-.260*	0.102
	SZD	0.233	0.065	0.167	-0.278	-0.282
SPQ-B	TD	0.068	-0.13	-.330**	-0.154	0.07
	ASD	-0.054	-0.115	-.324**	-.311**	-0.027
	SZD	-0.035	-.469*	0.181	-0.181	-0.154

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

(表 9-1) 環境と SF12v2 の 8 下位尺度

		身体機能	役割 (身体)	身体の痛み	健康感	活力	社会生活	役割 (精神)	心の健康
環境	TD	-0.152	0.052	0.18	0.178	0.206	.283*	0.161	.242*
	ASD	.463***	.513***	.269*	.493***	.538***	.375**	.460***	.464***
	SZD	0.319	0.315	0.405	-0.127	0.159	-0.064	0.191	0.271

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 9-2) 環境と SF12v2 の 3 コンポーネント

		身体的健康度	精神的健康度	役割/社会的健康度
環境	TD	-0.146	.304**	0.142
	ASD	.360**	.382**	.374**
	SZD	0.307	-0.023	0.156

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 10-1) 環境因子第 3 領域と SF12v2 の 8 下位尺度

		身体機能	役割 (身体)	身体の痛み	健康感	活力	社会生活	役割 (精神)	心の健康
生產品と用具	TD	0.081	0.03	0.143	0.139	0.03	-0.103	-0.076	-0.01
	ASD	0.123	0.076	0.026	-0.094	0.008	-0.013	0.08	-0.153
	SZD	0.081	0.03	0.143	0.139	0.03	-0.103	-0.076	-0.01
自然環境	TD	-0.118	0.208	.222*	0.131	0.007	.270*	.320**	0.158
	ASD	.430***	.522***	0.187	.534***	.444***	.391***	.450***	.445***
	SZD	-0.118	0.208	.222*	0.131	0.007	.270*	.320**	0.158
支援と環境	TD	-0.148	0.007	0.066	0.131	.301**	.242*	0.063	0.21
	ASD	0.217	0.182	0.162	.233*	.243*	0.218	.237*	0.21
	SZD	-0.148	0.007	0.066	0.131	.301**	.242*	0.063	0.21
態度	TD	-0.062	-0.088	0.047	0.05	0.101	0.113	0.011	0.12
	ASD	.438***	.485***	.267*	.413***	.503***	.281*	.420***	.413***
	SZD	-0.062	-0.088	0.047	0.05	0.101	0.113	0.011	0.12
サービス/ 制度/政策	TD	-0.004	-0.069	0.069	0.107	-0.064	-0.072	-0.129	0.049
	ASD	-0.038	0.002	0.056	0.047	0.209	0.042	-0.073	0.181
	SZD	-0.004	-0.069	0.069	0.107	-0.064	-0.072	-0.129	0.049

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 10-2) 環境因子第 3 領域と SF12v2 の 3 コンポーネント

		身体的健康度	精神的健康度	役割/社会的健康度
生產品と用具	TD	0.197	0.059	-0.161
	ASD	0.126	-0.202	0.065
	SZD	0.197	0.059	-0.161
自然環境	TD	-0.068	0.079	.305**
	ASD	.323**	.331**	.398***
	SZD	-0.068	0.079	.305**
支援と環境	TD	-0.183	.323**	0.08
	ASD	0.156	0.201	0.181
	SZD	-0.183	.323**	0.08
態度	TD	-0.1	0.175	-0.004
	ASD	.366**	.320**	.317**
	SZD	-0.1	0.175	-0.004
サービス/ 制度/政策	TD	0.067	0.088	-0.168
	ASD	-0.058	.275*	-0.05
	SZD	0.067	0.088	-0.168

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

(表 11-1) ASD 群 : ICF 「自然環境」の下位項目と SF12v2

SF12	気温と湿度	気圧	光	生活音	臭い
身体機能	.288*	0.153	.476***	.285*	.398***
日常役割機能 (身体)	.318**	.346**	.368**	.449***	.432***
身体の痛み	0.191	0.046	0.188	0.071	0.2
全体的健康感	.360**	.407***	.475***	.377**	.348**
活力	.419**	.257*	.412***	.318**	.231*
社会生活	.335**	.328**	.332**	0.158	.288*
日常役割機能 (精神)	0.187	.306**	.465***	.307**	.403***
心の健康	.247*	.319**	.433***	.325**	.319**
身体的健康度	.235*	0.068	.331**	.246*	.319**
精神的健康度	.322**	.266*	.317**	0.191	0.122
役割/社会的健康度	0.192	.332**	.332**	.257*	.353**

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 11-2) ASD 群 : ICF 「態度」の下位項目と SF12v2

	家族	友人	職場・学校	先生・上司	医療関係者	役所・施設	規範・価値観
身体機能	.368**	0.157	.258*	.358**	.228*	.242*	.361**
日常役割機能 (身体)	.357**	0.17	.303**	.482***	0.065	.297**	.362**
身体の痛み	0.086	0.152	0.025	.390***	0.145	0.213	0.184
全体的健康感	.322**	0.138	.238*	.423***	0.113	.250*	.299**
活力	0.204	.250*	.254*	.487***	0.189	.411***	.381**
社会生活	.258*	0.099	0.036	.354**	0.13	0.143	.240*
日常役割機能 (精神)	.479***	0.079	0.106	.434***	0.179	0.209	.394***
心の健康	0.2	.254*	0.149	.466***	-0.088	.252*	.380**
身体的健康度	.259*	0.128	.258*	.317**	0.221	.235*	.246*
精神的健康度	0.023	.236*	0.093	.407***	0.003	.277*	.246*
役割/社会的健康度	.387**	0.06	0.065	.350**	0.076	0.132	.310**

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ 

(表 12) ASD 群 第3領域 : 自然環境の下位項目と SF12v2 「身体の痛み」

	気温と湿度	気圧	光	生活音	臭い
身体の痛み	0.425	.660**	0.333	.650**	.651**

\*\* $p < .01$

分担研究報告書

成人の発達障害に合併する精神及び身体症状・疾患に関する研究

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学）  
研究協力者 鈴木 さとみ（大正大学）

研究要旨：

毎日新聞社生活報道部と発達障害当事者協会によって実施されたアンケート調査の結果について分析した。調査の内容は、ASD、ADHD などの発達障害の診断のある成人の精神症状・身体症状、精神疾患・身体疾患、および社会的経済的困難に関して問うものであり、838 名（男性 405 名、女性 433 名）から回答を得た。

分析の結果、受診したことのある精神症状は、「気分や感情の浮き沈みが激しい」が 62.9%と最も多く、次いで「自己肯定感が低い」が 54.5%であった。身体症状は「不眠」が 37.9%と最も多く、次いで「頻繁な頭痛」が 24.5%であった。精神疾患は「うつ病」が 45.9%で最も多く、次いで「不眠障害」が 23.9%であった。身体疾患では「自律神経失調症」24.7%が最も多く、次いで「アトピー性皮膚炎」21.2%が多かった。今もっとも困っていることは「職場の同僚や友人など周囲との関係がうまくいかない」が最も多く 35.8%で、次いで「家事や移動などの日常生活」が 33.4%、「経済的困窮」が 31.7%であった。

今回の調査結果は、定型発達の成人に比べて ASD や ADHD のある成人では精神疾患などが高頻度で合併するという既存の報告と一致するものであった。ASD, ADHD, 両者の合併による診断別、男女の性別ごとに検討を行ったところ、診断別では ASD と ADHD の合併群が、性別では女性の方が精神疾患や身体疾患を合併する割合が多く、受診を要する程度の精神症状や身体症状も多く併せ持っており、社会的経済的にも困難な状況であることが示された。

A. 研究目的

定型発達の成人に比べて ASD や ADHD などの発達障害のある成人では、精神症状や身体症状の訴えが多く、また精神疾患や身体疾患などが高い頻度で合併しており注意深く評価する必要がある (NICE 2012; NICE 2018)。一方で、我々が知る限り ASD や ADHD、両者を合併している成人の精神疾患や身体疾患の合併に関する大規模調査は少ない。

我々は、毎日新聞社生活報道部と発達障害当事者協会によって 2019 年度赤い羽根福祉基金助成事業により実施されたアンケート調査の結果を分析したので報告する。

B. 方法

本調査は毎日新聞社生活報道部が企画、集計をし、発達障害当事者協会が調査票の配布及び回収を行った。全国のおよそ 70 弱の成人当事者会に発達障害当事者協会が調査票を配布し、並行して、当事者会の WEB サイトに QR コードのリンクを貼り WEB 調査を実施した。また、Necco カフェ（東京）、Co-Necco（愛知）、金輝（大阪）の各店舗に調査票の設置を依頼し、来店者に随時記入していただく形でも実施された。

質問紙の内容は、年齢、性別、発達障害の診断名、診断を受けた年齢、精神および身体の併存疾患、就労や社会参加の状況等で構成され、いずれ

も選択式である。毎日新聞が紙面及びWEBにて集計結果を報告している。

・大人の発達障害4割超「うつ病」発症 【毎日新聞調査】

<https://mainichi.jp/articles/20190326/k00/00m/040/279000c>

・大人の発達障害は今／上 いじめ、虐待受け多重疾患に

<https://mainichi.jp/articles/20190327/ddm/013/040/027000c>

本研究分担者は事業協力者として本調査が実施された後、質問紙の精神および身体疾患の併存に関する分析を担当した。具体的には、以下の質問項目である。

- ・精神症状で病院を受診したことがあるか
  - ・精神疾患の診断を受けたことがあるか
  - ・慢性的な身体症状で病院を受診したことがあるか
  - ・身体疾患の診断を受けたことがあるか
  - ・今もとても困っていることは何か
- 解析にはSPSS Statistics26を用いた。

(倫理面への配慮)

本調査は毎日新聞が主体となり実施した。我々は、調査後にその結果の分析を依頼され分析、考察を行った。

分析に必要最小限の数値や記号が記載されたSPSSの分析用シートを発達障害当事者協会より受取ることにより、個人が特定される情報には接していない。また、解析対象は20歳以上の成人とした。

## C. 研究結果

回答は、838名から得られた。そのうち男性は405名(48%)、女性は433名(52%)であった。診断名の内訳はASDが339名(男性195名、女性144名)、ADHDが202名(男性75名、女性127名)、ASDとADHDの合併が225名(男性100名、女性125名)、LDが4名(男性4名、女性0名)、

ADHDとLDの合併が44名(男性16名、女性28名)、ASDとLDの合併が12名(男性7名、女性5名)、診断名のない者が12名(男性8名、女性4名)であった。年代の内訳(表1)は20代が262名(男性122名、女性140名)、30代が249名(男性134名、女性115名)、40代が245名(男性116名、女性129名)、50代が72名(男性29名、女性43名)、60代が8名(男性3名、女性5名)、70代以上が2名(男性1名、女性1名)であった。(表1)

診断を受けた年齢は、20代男性では10歳未満が17.2%、10代が27.0%、20代が55.7%であった。20代女性では10歳未満が5.0%、10代が24.5%、20代が70.5%であった。30代男性では10歳未満が2.3%、10代が8.3%、20代が50.4%、30代が39.1%であった。30代女性では10歳未満で診断を受けた者はなく、10代で2.7%、20代で45.1%、30代で52.2%であった。40代、50代では20代で診断を受けた者は少なく、30代以降がほとんどを占めていた。

一人当たりの受診したことのある精神症状数は2.92、身体症状は0.98、診断を受けたことのある精神疾患は1.65、身体疾患は1.67であった。

受診したことのある精神症状の内訳は、「気分や感情の浮き沈みが激しい」62.9%、「自己肯定感が低い」54.5%、「被害感情が強い」29.0%、「他人への警戒感が極度に強い」28.5%、「特定の場面や場所に対する恐怖感が強い」35.1%、「特定の行為や物に極度にこだわる」32.2%、「幻聴や幻覚がある」7.9%、「極度の無気力」32.7%であった。(表2)

精神疾患の合併は、「何らかの精神疾患がある」73.6%、「うつ病」45.9%、「分離不安症(分離不安障害)」0.6%、「選択性緘黙」2.6%、「双極性障害」15.9%、「不眠障害」23.9%、「社交不安症(社交不安障害)」11.3%、「全般不安症(全般性不安障害)」3.9%、「強迫症(強迫性障害)」8.5%、「統合失調症」5.5%、「パーソナリティ障害」3.8%、「パニック症(パニック障害)」14.3%、

「摂食障害」4.2%、「反応性アタッチメント障害（反応性愛着障害）」0.7%、「心的外傷後ストレス障害」7.0%、「解離性同一症（解離性同一性障害）」2.9%、「反抗挑発症（反抗挑戦性障害）」0.4%、「身体症状症（いわゆる心身症など）」8.0%、「アルコール、ギャンブル、薬物などの依存症」4.7%であった。（表2）

受診したことがある身体症状は、「頻繁な頭痛」24.5%、「頻繁な腹痛」15.4%、「頻繁な下痢」16.5%、「頻繁なめまい」14.0%、「頻繁な嘔吐」6.6%、「頻尿」9.4%、「不眠」37.9%、「月経不順」14.7%であった。（表3）

診断のある身体疾患は、「過換気症候群（過呼吸）」12.6%、「突発性難聴」5.5%、「自律神経失調症」24.7%、「過敏性腸症候群」16.1%、「線維筋痛症」1.7%、「慢性疲労症候群」4.8%、「アトピー性皮膚炎」21.2%、「月経困難症」9.8%であった。（表3）

年代ごとに診断を受けた年齢と精神疾患もしくは身体疾患の間に相関があるのかPearsonの相関分析を用いて求めたところ、いずれの間にも有意な相関は認められなかった。

## 1. 診断名別の検討

精神症状を主訴とした通院歴、精神疾患の診断、慢性的な身体症状での通院歴、身体疾患の診断について、ASDの診断のある群（以下ASD群）、ADHDの診断のある群（ADHD群）、ASDとADHDを合併している群（合併群）で検討を行った。

（1）精神症状・精神疾患・身体症状・身体疾患の合併数について

ASD群では、一人当たりの通院歴のある精神症状は2.69、診断のある精神疾患の合併数は1.5、通院歴のある慢性的な身体症状は1.56、診断のある身体疾患は0.88であった。ADHD群では精神症状は2.87、精神疾患は1.66、身体症状は1.66、身体疾患は0.99で、いずれも合併群において併存疾患数が最も多かった。

合併群は精神症状は3.29、精神疾患は1.88、

身体症状は1.85、身体疾患は1.22であった。診断別の合併疾患数に差があるのか一元配置の分散分析を用いて検討したところ、精神症状、精神疾患、身体症状、身体疾患すべてにおいて3群間に有意差が示された。（それぞれ、 $(F(2, 763)=5.758, p<.01)$ 、 $(F(2, 763)=3.919, p<.05)$ 、 $(F(2, 763)=5.525, p<.05)$ 、 $(F(2, 763)=3.792, p<.05)$ ）。Games-Howellの検定では、精神症状、精神疾患、身体症状についてASDと合併群の間に有意差がみられた。

（2）精神症状・精神疾患及び身体症状・身体疾患の内訳

① 「精神症状を主訴に病院を受診したことがあるか」（複数回答）

「気分の浮き沈みが激しい」が最も多く、ASD群で54.3%、ADHD群で64.9%、合併群で72.9%であった。次に、「自己肯定感が低い」が多く、ASD群で47.8%、ADHD群で59.9%、合併群で60.0%であった。以下、「特定の場面や場所に対する恐怖感が強い」はASD群で34.5%、ADHD群で26.7%、合併群で39.6%、「特定の行為や物に極度にこだわる」はASD群で32.2%、ADHD群で20.8%、合併群で40.4%、「被害感情が強い」はASD群で27.7%、ADHD群で26.7%、合併群で33.8%、「他人への警戒感が極度に強い」はASD群で27.1%、ADHD群で28.2%、合併群で28.4%、「極度の無気力」はASD群で25.7%、ADHD群で37.6%、合併群で37.3%、「幻聴や幻覚がある」はASD群で7.7%、ADHD群で7.9%、合併群で7.1%であった。一方、「受診したことはない」はASD群で8.8%、ADHD群で10.4%、合併群で2.2%であった。

3群の差をX二乗検定を用いて検討したところ、「気分や感情の浮き沈みが激しい」、「自己肯定感が低い」、「特定の場面や場所に対する恐怖感が強い」、「特定の行為や物に極度にこだわる」、「極度の無気力」において有意差が認められた。具体的には、「気分や感情の浮き沈みが激しい」では合併群は他の2群に比べて有意に高く、ASD群は他



の2群に比べて有意に低かった。「自己肯定感が低い」ではASD群は他の2群に比べて有意に低く、「特定の場面や場所に対する恐怖感が強い」では合併群は他の2群に比べて有意に高く、ADHD群は他の2群に比べて有意に低かった。「特定の行為や物に極度にこだわる」では合併群は他の2群に比べて有意に高く、ADHD群は他の2群に比べて有意に低かった。「極度の無気力」ではASD群は他の2群に比べて有意に低かった。(表2)

② 「精神疾患の診断を受けたことがあるか」  
(複数回答)

「うつ病」が最も多く、ASD群で41.0%、ADHD群で49.0%、合併群で50.2%であった。次に、「不眠障害」が多く、ASD群で17.4%、ADHD群で23.8%、合併群で30.2%であった。以下、「双極性障害」がASD群で12.1%、ADHD群で18.8%、合併群で19.1%、「パニック症」がASD群で12.1%、ADHD群で14.4%、合併群で12.0%、「社交不安症」がASD群で10.6%、ADHD群で8.4%、合併群で12.9%、「強迫症」がASD群で9.1%、ADHD群で5.0%、合併群で7.1%、「身体症状症(心身症など)」がASD群で8.0%、ADHD群で5.9%、合併群で6.7%、「統合失調症」がASD群で5.3%、ADHD群で4.5%、合併群で5.3%、「心的外傷後ストレス障害」がASD群で4.4%、ADHD群で5.4%、合併群で7.6%、「全般不安症」がASD群で4.1%、ADHD群で2.5%、合併群で3.6%、「摂食障害」がASD群で3.8%、ADHD群で3.0%、合併群で5.3%、「アルコール、ギャンブル、薬物等の依存症」がASD群で3.2%、ADHD群で5.0%、合併群で7.6%であった。一方、精神疾患の診断のない者は、ASD群で25.7%、ADHD群で19.3%、合併群で19.6%であった。

3群の差をX二乗検定を用いて検討したところ、双極性障害と不眠障害において3群で有意差が認

められた。双極性障害はASD群において他の2群よりも有意に低かった。不眠障害は合併群において他の2群より有意に高く、ASD群において他の2群より有意に低かった。(表2)

③ 「慢性的な身体症状を主訴に病院を受診したことがあるか」(複数回答)

「不眠」が最も多く、ASD群で34.8%、ADHD群で36.1%、合併群で40.4%であった。次に、「頻繁な頭痛」が多く、ASD群で21.2%、ADHD群で26.2%、合併群で22.2%であった。以下、「頻繁な下痢」がASD群で14.5%、ADHD群で16.8%、合併群で17.8%、「頻繁な腹痛」がASD群で13.9%、ADHD群で15.3%、合併群で12.4%、「月経不順」がASD群で10.3%、ADHD群で14.9%、合併群で18.2%、「頻繁なめまい」がASD群で9.4%、ADHD群で13.9%、合併群で18.2%であった。「受診したことはない」はASD群で31.0%、ADHD群で26.7%、合併群で29.3%であった。

3群の差をX二乗検定を用いて検討したところ、「頻繁なめまい」と「月経不順」において3群に有意差が認められた。「頻繁なめまい」は合併群において他の2群より有意に高く、ASD群において他の2群より有意に低かった。「月経不順」は合併群において他の2群より有意に高く、ASD群において他の2群より有意に低かった。(表3)

④ 「身体疾患の診断を受けたことがあるか」  
(複数回答)

「アトピー性皮膚炎」が最も多く、ASD群で20.1%、ADHD群で22.8%、合併群で19.6%であった。次に、「自律神経失調症」が多く、ASD群で18.3%、ADHD群で24.3%、合併群で28.0%であった。以下、「過敏性腸症候群」がASD群で17.1%、ADHD群で12.9%、合併群で13.8%、「過換気症候群」がASD群で10.9%、ADHD群で11.9%、合併群で12.9%、「月経困難症」がASD群で5.9%、ADHD群で12.4%、合併群で12.0%、「突発性難聴」がASD群で2.7%、ADHD群で5.9%、合併群で7.6%、「慢性疲労症候群」がASD群で2.7%、ADHD群で

3.0%、合併群で7.1%であった。身体疾患の診断のない者はASD群で11.2%、ADHD群で7.4%、合併群で6.2%であった。

3群の差をX二乗検定を用いて検討したところ、「突発性難聴」、「自律神経失調症」、「慢性疲労症候群」、「月経困難症」について3群で有意差が認められた。具体的には、「突発性難聴」と「自律神経失調症」ともに合併群において他の2群より有意に高く、ASD群において他の2群よりも有意に低かった。「慢性疲労症候群」は合併群において他の2群より有意に高かった。「月経困難症」はASD群において他の2群よりも有意に低かった。(表3)

## 2. 性別での検討

精神症状を主訴とした通院歴、精神疾患の診断、慢性的な身体症状での通院歴、身体疾患の診断について、男性と女性で違いがあるのか検討を行った。

(1) 精神症状・精神疾患・身体症状・身体疾患の合併数について

男性の一人当たりの通院歴のある精神症状は2.60、診断のある精神疾患の合併数は1.39、通院歴のある慢性的な身体症状は1.33、診断のある身体疾患は0.72であった。女性では精神症状は3.28、精神疾患は2.07、身体症状は2.13、身体疾患は1.34であった。

性差について検討したところ、精神症状、精神疾患、身体症状、身体疾患のすべてにおいて女性が男性よりも有意に高かった。(それぞれ、 $(t=-4.714, df=836, p<.001)$ 、 $(t=-5.706, df=813.48, p<.001)$ 、 $(t=-9.091, df=791.94, p<.001)$ 、 $(t=-7.917, df=782.86, p<.001)$ )。

(2) 性別比較：精神症状・精神疾患及び身体症状・身体疾患の内訳

① 「精神症状を主訴に病院を受診したことがあるか」(複数回答)

「気分の浮き沈みが激しい」が最も多く、男性は54.3%、女性は70.9%であった。次に、「自己肯

定感が低い」が多く、男性が45.7%、女性が62.8%であった。以下、「特定の場面や場所に対する恐怖感が強い」は男性が28.4%、女性が41.3%、「特定の行為や物に極度にこだわる」は男性が35.1%、女性が29.6%、「極度の無気力」は男性が26.4%、女性が38.6%、「被害感情が強い」は男性が27.4%、女性が30.5%、「他人への警戒心が極度に強い」は男性が27.4%、女性が29.6%、「幻聴や幻覚がある」は男性が5.4%、女性が10.2%であった。一方、「受診したことがない」者は、男性が9.6%、女性が5.3%であった。

X二乗検定を用いて性差を検討したところ、「気分や感情の浮き沈みが激しい」、「自己肯定感が低い」、「特定の場面や場所に対する恐怖感が強い」、「幻聴や幻覚がある」、「極度の無気力」でいずれも女性が男性よりも有意に高く、「受診したことがない」は男性が女性よりも有意に高かった。(表2)

② 「精神疾患の診断を受けたことがあるか」(複数回答)

「うつ病」が最も多く、男性が41.2%、女性が50.3%であった。次に、「不眠障害」が多く、男性が18.8%、女性が28.6%であった。以下、「双極性障害」は男性が12.3%、女性が19.2%、「パニック症」は男性が9.1%、女性が19.2%、「社交不安症」は男性が10.1%、女性が12.5%、「強迫症」は男性が8.4%、女性が8.5%、「身体症状症」は男性が4.9%、女性が10.9%、「心的外傷後ストレス障害」は男性が4.2%、女性が9.7%、「統合失調症」は男性が6.4%、女性が4.6%、「アルコール、ギャンブル、薬物等の依存症」は男性が5.4%、女性が3.9%であった。一方、「精神疾患の診断はない」のは、男性が25.9%、女性が17.8%であった。

X二乗検定を用いて性差を検討したところ、「うつ病」、「選択性緘黙(場面緘黙)」、「双極性障害」、「不眠障害」、「全般不安症(全般性不安障害)」、「パニック症(パニック障害)」、「摂食障害」、「反応性アタッチメント障害(反応性愛着障害)」、「解

離性同一症（解離性同一性障害）」、「身体症状症（いわゆる心身症など）」においていずれも女性が男性よりも有意に高く、「精神疾患の診断はない」は男性が女性よりも有意に高かった。（表2）

③ 「慢性的な身体症状を主訴に病院を受診したことがあるか」（複数回答）

「不眠」が最も多く、男性が30.6%、女性が44.8%であった。次に、「頻繁な頭痛」が多く、男性が14.8%、女性が33.5%であった。以下、「月経不順」は女性が27.9%、「頻繁な下痢」は男性が13.8%、女性が18.9%、「頻繁な腹痛」は男性が10.1%、女性が20.3%、「頻繁なめまい」は男性が7.9%、女性が19.6%、「頻尿」は男性が8.6%、女性が10.2%、「頻繁な嘔吐」は男性が4.2%、女性が8.8%であった。一方、「受診したことがない」は男性が34.8%、女性が21.7%であった。

X二乗検定を用いて性差を検討したところ、「頻繁な頭痛」、「頻繁な腹痛」、「頻繁な下痢」、「頻繁なめまい」、「頻繁な嘔吐」、「不眠」においていずれも女性が男性よりも有意に高く、「受診したことはない」は男性が女性よりも有意に高かった。

（表3）

④ 「身体疾患の診断を受けたことがあるか」（複数回答）

「アトピー性皮膚炎」が最も多く、男性が20.1%、女性が21.5%であった。次に、「自律神経失調症」が多く、男性が14.8%、女性が33.9%であった。以下、「月経困難症」は女性が18.9%、「過換気症候群（過呼吸）」は男性が6.4%、女性が18.5%、「突発性難聴」は男性が2.2%、女性が8.5%、「慢性疲労症候群」は男性が4.7%、女性が4.8%であった。「身体疾患の診断はなし」は男性が11.4%、女性が5.8%であった。

X二乗検定を用いて性差を検討したところ、「過換気症候群（過呼吸）」、「突発性難聴」、「自律神経失調症」でいずれも女性が男性よりも有意に高く、「身体疾患の診断なし」は男性が女性よりも有意に高かった。（表3）

3. 「今もっとも困っていること」

「今もっとも困っていることはなんですか。3つまで○をつけてください。」について、「職場の同僚や友人など周囲との関係がうまくいかない」が最も多く35.8%であった。次いで、「家事や移動などの日常生活」が33.4%、「経済的困窮」が31.7%、「家族との関係がうまくいかない」22.8%、「仕事が続かない」が21.9%、「仕事につけない」が17.4%であった。「特に困っていない」のは8.3%であった。

（1）診断名別での検討

最も多かったのは「職場の同僚や友人など周囲との関係がうまくいかない」で、ASD群は33.9%、ADHD群は34.7%、合併群は39.6%であった。次に多かったのは「家事や移動などの日常生活」で、ASD群は27.4%、ADHD群は37.6%、合併群は38.7%であった。以下、「経済的困窮」がASD群で29.2%、ADHD群で35.1%、合併群で32.4%、「仕事が続かない」がASD群で20.1%、ADHD群で24.3%、合併群で22.7%、「仕事につけない」がASD群で20.1%、ADHD群で15.3%、合併群で15.1%、「家族との関係がうまくいかない」がASD群で18.6%、ADHD群で28.7%、合併群で24.0%、であった。一方で「特に困っていない」と回答したのは、ASD群で8.3%、ADHD群で4.0%、合併群で4.9%であった。

3群に差があるのかX二乗検定を用いて検討したところ、「家事や移動などの日常生活」において、ADHD群はASD群・合併群より有意に高く（ $X^2=9.848$ ,  $df=2$ ,  $p<.01$ ）、「家族との関係がうまくいかない」において、ASD群は、ADHD群・合併群より有意に低かった（ $X^2=7.608$ ,  $df=2$ ,  $p<.05$ ）。

（表4）

（2）性別での検討

最も多かったのは「職場の同僚や友人など周囲との関係がうまくいかない」で、男性が39.0%、女性が31.4%であった。次に多かったのは「家事や移動などの日常生活」が、男性は20.2%、女性は45.7%であった。以下、「経済的困窮」が、男性で30.4%、女性で43.4%、「家族との関係が

うまくいかない」が男性で16.0%、女性で28.9%、「仕事が続かない」が男性で19.8%、女性で24.0%、「仕事につけない」が男性で15.6%、女性で18.9であった。一方で「特に困っていない」と回答したのは、男性が8.6%、女性が3.7%であった。

3群に差があるのかX<sup>2</sup>乗検定を用いて検討したところ、「家事や移動などの日常生活」と「家族関係がうまくいかない」において女性は男性よりも有意に高く（それぞれ、 $X^2=61.098$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ）、 $X^2=19.614$ ,  $df=1$ ,  $p<.001$ ）、「職場の同僚・友人とうまくいかない」と「特に困っていない」において男性は女性よりも有意に高かった（それぞれ、 $X^2=5.312$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ）、 $X^2=8.960$ ,  $df=1$ ,  $p<.01$ ）。(表4)

#### D. 考察

診断年齢は、20歳代では、男性は女性よりも10代歳未満で診断されたケースが有意に高く、女性は20代で診断されたケースが男性よりも有意に高かった。30歳代でも、女性は30代で診断されたケースが男性よりも有意に高かった。女性の方が男性よりも遅い時期に診断を受ける傾向にあり、これは既存の調査結果と同様であった (Giarelli et al., 2010; Rutherford et al., 2016)。今回の調査では、診断を受けた年代と精神・身体疾患の間に有意な相関は認められなかった。

診断名による合併疾患の割合を検討した結果は、ASDとADHDの合併群はASD群もしくはADHD群よりも、全体的に精神疾患や身体疾患を合併する割合が多く、精神症状や身体症状も多く併せ持っていた。性別比較の結果は、女性は男性よりも精神疾患や身体疾患を合併する割合が多く、精神症状や身体症状も多く併せ持っていた。

今回の調査結果について日本の一般人口の精神疾患の合併率と比較してみると、川上ら(2016)の大規模調査<sup>注1)</sup>では、生涯有病率はうつ病が5.7%、双極性障害が0.7%、社交不安障害が2.1%、

全般性不安障害が2.0%、パニック障害が0.9%、心的外傷後ストレス障害が1.0%であり、いずれもASD、ADHD、もしくは両者を合併しているの方が罹患率が高かった。一方、不眠障害の一般人口有病率は21.4% (Kim et al.:2000) であり、大きな差はなかった。

定型発達の成人に比べてASDのある成人では精神および身体疾患などの合併が高頻度であることはイギリスの診断ガイドラインで示されている (NICE:2012)。カナダケベック州の住民1,464,600名（うち16,940名がASDの診断のある者）の医療教育データベースを元にした追跡調査（0歳から24歳まで）では85.2%が何らかの精神疾患を併発しており、それはASDの診断のない群のおよそ3倍以上であったことが報告されている (Diallo. F. et. Al. 2017)。今回の調査結果はASD群で何らかの精神疾患のある者は73.6%（男性66.7%、女性80.1%）であり、高すぎる割合ではないことが伺える。

ADHDの成人に多く合併する疾患としては、主に双極性障害、うつ病、不安障害、物質関連障害、人格障害、強迫性障害、学習や言語、コミュニケーションの障害等があげられている (Katzman et al. 2017, NICE 2018)。今回の調査ではADHD群に合併するうつ病は49.0%、双極性障害は18.8%、社交不安障害は8.4%、全般性不安障害は2.5%、パニック障害は14.4%、物質関連障害（アルコール・ギャンブル、薬物などの依存症）は5.0%であった。

海外の調査では、うつ病の合併は18.6% (Kessler. R et al. 2006)や53.3% (Torgersen T et al 2006)、双極性障害の合併は19.4% (Kessler. R et al. 2006)、社交不安障害は29.3%、全般性不安障害8.0%、パニック障害8.9%、物質関連障害15.2%など報告がある (Kessler. R et al. 2006)。物質関連障害に関しては今回の調査では海外の知見よりも低い印象であるが、これは調査の募集方法や回答者が20代、30代であったことが影響している可能性がある。

「今困っていること」では「職場の同僚や友人、家族との関係がうまくいかない」、「家事や移動などの日常生活」、「経済的困窮」など社会的経済的活動の広い範囲で困っている人が多かった。これらは特に ADHD のある人や女性において顕著であった。また男性は全体的に女性よりも少なかったが、職場の人間関係については女性よりも多かった。一方、女性では家事等日常生活の遂行と経済的困窮の割合が高かった。ASD や ADHD のある女性は社会的経済的困難が大きいという既存の研究結果と同様であった(Baldwin S et al 2016; Sarah B et al 2016;Wakaho H 2019)。

#### E. 結論

一人当たりの受診したことのある精神症状の平均数は 2.92、身体症状は 0.98、診断を受けたことのある精神疾患は 1.65、身体疾患数 1.67 であった。受診したことのある精神症状は、「気分や感情の浮き沈みが激しい」が 62.9%と最も多く、次いで「自己肯定感が低い」が 54.5%であった。身体症状は「不眠」が 37.9%と最も多く、次いで「頻繁な頭痛」が 24.5%であった。精神疾患は「うつ病」が 45.9%で最も多く、次いで「不眠障害」が 23.9%であった。身体疾患では「自律神経失調症」24.7%が最も多く、次いで「アトピー性皮膚炎」21.2%が多かった。今もっとも困っていることは「職場の同僚や友人など周囲との関係がうまくいかない」が最も多く 35.8%で、次いで「家事や移動などの日常生活」が 33.4%、「経済的困窮」が 31.7%であった。

定型発達の成人に比べて ASD や ADHD のある成人では精神疾患などが高頻度で合併するという報告はいくつかあり、今回の調査結果は概ね一致するものであった。

診断別、性別で検討を行ったところ、診断別では ASD と ADHD の合併群が、性別では女性の方が精神疾患や身体疾患を合併する割合が多く、受診を要する程度の精神症状や身体症状も多く併せ持っており、社会的経済的にも困難な状況である

ことが示された。

F. 健康危険情報  
特記すべきことなし

G. 研究発表  
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

注 1) 川上らの調査への回答者は、65-75 歳が 20-25%近くを占めており、今回の調査と年齢層が異なるため比較には留意する必要がある。

#### 文献

- 1) Baldwin S et al.,. The experiences and needs of female adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Autism*. 2016 May;20(4):483-95.
- 2) Diallo FB, Fombonne É et al. Prevalence and Correlates of Autism Spectrum Disorders in Quebec. *Can J Psychiatry*. 2018 Apr;63(4):231-239.
- 3) Giarelli E et al. Sex differences in the evaluation and diagnosis of autism spectrum disorders among children. *Disabil Health J*. 2010 April ; 3(2): 107-116.
- 4) Hayashi W, Suzuki H et al. Clinical Characteristics of Women with ADHD in Japan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2019;15 3367-3374
- 5) Katzman M et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry* (2017) 17:302
- 6) Kessler. R, Adler L et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United

- States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 April ; 163(4): 716-723.
- 7) Kim K, Uchiyama M, et al. An Epidemiological Study of Insomnia Among the Japanese General Population, *Sleep*. 2000 Feb 1;23(1):41-7
- 8) National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline. March 2018. [www.nice.org.uk/guidance/ng87](http://www.nice.org.uk/guidance/ng87) <最終アクセス日 2020年3月12日>
- 9) National Institute for Health and Care Excellence. Autism Spectrum Disorder in adults: diagnosis and management. NICE guideline. June 2012. [www.nice.org.uk/guidance/cg142](http://www.nice.org.uk/guidance/cg142) <最終アクセス日 2020年3月12日>
- 10) Rutherford M et al. Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism*. 2016 Jul;20(5):628-34.
- 11) Sarah B. Steward. R et al 2016 The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *J Autism Dev Disord* (2016) 46:3281-3294
- 12) Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. et al. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(1): 38-43
- 13) 川上憲人(2016)精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究:世界精神保健日本調査セカンド総合研究報告書,厚生労働省厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研

(表1) 年代、性別、診断名の内訳

年代	性別	診断名							合計
		ASD	ADHD	ASD+ADHD	LD	ADHD+LD	ASD+LD	診断名なし	
20代	男	60	25	27	1	5	3	1	122
	女	53	35	41	0	10	0	1	140
	小計	113	60	68	1	15	3	2	262
30代	男	70	15	34	0	10	2	3	134
	女	41	36	30	0	5	1	2	115
	小計	111	51	64	0	15	3	5	249
40代	男	50	28	32	3	1	1	1	116
	女	36	41	40	0	9	3	0	129
	小計	86	69	72	3	10	4	1	245
50代	男	14	6	6	0	0	1	2	29
	女	13	12	12	0	4	1	1	43
	小計	27	18	18	0	4	2	3	72
60代	男	1	1	0	0	0	0	1	3
	女	1	2	2	0	0	0	0	5
	小計	2	3	2	0	0	0	1	8
70代以上	男	0	0	1	0	0	0	0	1
	女	0	1	0	0	0	0	0	1
	小計	0	1	1	0	0	0	0	2
合計	男	195	75	100	4	16	7	8	405
	女	144	127	125	0	28	5	4	433
	合計	339	202	225	4	44	12	12	838

(表 2) 精神症状と精神疾患

	全体 (%)		ASD (%)	ADHD (%)	ASD+ADHD (%)	男性		女性				
	N=766	N=339	N=202	N=225	X <sup>2</sup>	df	P	X <sup>2</sup>	df	P		
											N=405	N=433
<b>受診したことのある精神症状</b>												
気分や感情の浮き沈みが激しい	62.5	54.3	64.9	72.9	20.624	2	<.001	54.3	70.9	26.647	1	<.001
自己肯定感が低い	54.6	47.8	59.9	60.0	11.282	2	<.01	45.7	62.8	24.791	1	<.001
被害感情が強い	29.2	27.7	26.7	33.8	3.227	2	n.p.	27.4	30.5	.963	1	n.p.
他人への警戒感が極度に強い	27.8	27.1	28.2	28.4	.138	2	n.p.	27.4	29.6	.476	1	n.p.
特定の場面や場所に対する恐怖感が強い	33.9	34.5	26.7	39.6	7.894	2	<.05	28.4	41.3	15.396	1	<.001
特定の行為や物に極度にこたわる	31.6	32.2	20.8	40.4	19.110	2	<.001	35.1	29.6	2.899	1	n.p.
幻聴や幻覚がある	7.6	7.7	7.9	7.1	.108	2	n.p.	5.4	10.2	6.452	1	<.05
極度の無気力	32.2	25.7	37.6	37.3	12.062	2	<.01	26.4	38.6	14.034	1	<.001
受診したことがない	7.3	8.8	10.4	2.2	12.620	2	<.01	9.6	5.3	5.695	1	<.05
<b>診断を受けたことのある精神疾患</b>												
うつ病	45.8	41.0	49.0	50.2	5.753	2	n.p.	41.2	50.3	6.996	1	<.001
分離不安症 (分離不安障害)	0.5	0.9	0	0.4	1.945	2	n.p.	0.5	0.7	.140	1	n.p.
選択性緘黙 (場面緘黙)	2.1	2.7	1.0	2.2	1.743	2	n.p.	1.5	3.7	4.011	1	<.05
双極性障害	15.9	12.1	18.8	19.1	6.678	2	<.05	12.3	19.2	7.296	1	<.01
不眠障害	22.8	17.4	23.8	30.2	12.737	2	<.01	18.8	28.6	11.224	1	<.01
社交不安症 (社交不安障害)	10.7	10.6	8.4	12.9	2.233	2	n.p.	10.1	12.5	1.147	1	n.p.
全般不安症 (全般性不安障害)	3.5	4.1	2.5	3.6	1.020	2	n.p.	2.5	5.3	4.470	1	<.05
強迫症 (強迫性障害)	7.4	9.1	5.0	7.1	3.283	2	n.p.	8.4	8.5	.006	1	n.p.
統合失調症	5.1	5.3	4.5	5.3	.230	2	n.p.	6.4	4.6	1.308	1	n.p.
パニック障害 (パニック障害)	3.5	3.2	3.5	4.0	.230	2	n.p.	3.0	4.6	1.562	1	n.p.
摂食障害	12.7	12.1	14.4	12.0	.712	2	n.p.	9.1	19.2	17.168	1	<.001
反応性アタチメント障害 (反応性愛着障害)	4.0	3.8	3.0	5.3	1.601	2	n.p.	0.2	7.9	30.244	1	<.001
心的外傷後ストレス障害	0.7	0	1.0	1.3	4.189	2	n.p.	0	2.4	5.652	1	<.05
解離性同一症 (解離性同一性障害)	5.6	4.4	5.4	7.6	2.516	2	n.p.	4.2	9.7	9.680	1	<.01
反抗挑発症 (反抗挑戦性障害)	2.3	2.7	1.5	2.7	.894	2	n.p.	1.2	4.4	7.480	1	<.01
身体症状症 (いわゆる心身症など)	0.1	0	0.5	0	2.796	2	n.p.	0.5	0.2	.405	1	n.p.
アルコール・ギャンブル・薬物などの依存症	7.0	8.0	5.9	6.7	.863	2	n.p.	4.9	10.9	9.957	1	<.01
診断を受けたことはない	5.0	3.2	5.0	7.6	5.330	2	n.p.	5.4	3.9	.301	1	n.p.
	22.2	25.7	19.3	19.6	4.246	2	n.p.	25.9	17.8	8.162	1	<.01



(表3) 身体症状と身体疾患

	全体 (%)		ASD (%)	ADHD (%)	ASD+ADHD (%)	男性 (%)		女性 (%)		X <sup>2</sup>	df	P
	N=766	N=339	N=202	N=225	N=405	N=433						
<b>受診したことのある身体症状</b>												
頻繁な頭痛	22.8	21.2	26.2	22.2	1.865	2	n.p.	14.8	33.5	39.485	1	<.001
頻繁な腹痛	13.8	13.9	15.3	12.4	.752	2	n.p.	10.1	20.3	16.716	1	<.001
頻繁な下痢	16.1	14.5	16.8	17.8	1.230	2	n.p.	13.8	18.9	3.973	1	<.05
頻繁なめまい	13.2	9.4	13.9	18.2	9.223	2	<.05	7.9	19.6	23.967	1	<.001
頻繁な嘔吐	6.0	5.6	5.9	6.7	.272	2	n.p.	4.2	8.8	7.153	1	<.01
頻尿	8.2	7.1	6.9	11.1	3.520	2	n.p.	8.6	10.2	.566	1	n.p.
不眠	36.8	34.8	36.1	40.4	1.901	2	n.p.	30.6	44.8	17.886	1	<.001
月経不順	13.8	10.3	14.9	18.2	7.311	2	<.05	—	27.9	—	—	—
受診したことはない	29.4	31.0	26.7	29.3	29.4	2	n.p.	34.8	21.7	17.813	1	<.001
<b>診断を受けたことのある身体疾患</b>												
過換気症候群 (過呼吸)	11.7	10.9	11.9	12.9	.513	2	n.p.	6.4	18.5	27.528	1	<.001
突発性難聴	5.0	2.7	5.9	7.6	7.448	2	<.001	2.2	8.5	16.126	1	<.001
自律神経失調症	22.7	18.3	24.3	28.0	7.636	2	<.001	14.8	33.9	41.192	1	<.001
過敏性腸症候群	15.0	17.1	12.9	13.8	2.163	2	n.p.	13.8	18.2	3.022	1	n.p.
線維筋痛症	1.3	0.9	2.5	0.9	2.914	2	n.p.	1.5	1.8	.679	1	n.p.
慢性疲労症候群	4.0	2.7	3.0	7.1	7.735	2	<.05	4.7	4.8	.012	1	n.p.
アトピー性皮膚炎	20.6	20.1	22.8	19.6	.792	2	n.p.	21.0	21.5	.030	1	n.p.
月経困難症	9.4	5.9	12.4	12.0	8.764	2	<.05	—	18.9	—	—	—
診断を受けたことはない	8.7	11.2	7.4	6.2	4.814	2	n.p.	11.4	5.8	8.415	1	<.01

(表4) 今もつとも困っていること

	全体 (%)		ASD (%)	ADHD (%)	ASD+AD HD (%)	男性 (%)		女性 (%)		
	N=766	N=339	N=202	N=225	N=405	N=433	X <sup>2</sup>	df	p	
仕事につけない	17.4	20.1	15.3	15.1	3.085	2	n.p.	1.673	1	n.p.
仕事が続かない	21.9	20.1	24.3	22.7	1.403	2	n.p.	2.222	1	n.p.
家族との関係がうまくいかない	22.8	18.6	28.7	24.0	7.608	2	<.05	19.614	1	<.001
職場の同僚や友人など周囲との関係がうまくいかない	35.8	33.9	34.7	39.6	2.016	2	n.p.	5.312	1	<.05
家事や移動などの日常生活	33.4	27.4	37.6	38.7	9.848	2	<.01	61.068	1	<.001
経済的困窮	31.7	29.2	35.1	32.4	2.142	2	n.p.	1.559	1	n.p.
特に困っていない	8.3	8.3	4.0	4.9	4.922	2	n.p.	8.96	1	<.01

令和元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

## 地域において発達障害・知的障害の子どもの実態を定期的に把握する 情報データベース構築に関するヒアリング調査

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	野見山 哲生	(信州大学医学部衛生学公衆衛生学教室)
研究分担者	篠山 大明	(信州大学医学部精神医学教室)
研究分担者	内山 登紀夫	(大正大学心理社会学部臨床心理学科)
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)
研究協力者	岩佐 光章	(横浜市総合リハビリテーションセンター)
研究協力者	山田 敦朗	(名古屋市立大大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野)
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)
研究協力者	香月 大輔	(九州大学大学院医学研究院精神病態医学)
研究協力者	若子 理恵	(豊田市こども発達センター)
研究協力者	高橋 和俊	(ゆうあい会石川診療所)
研究協力者	原田 謙	(長野県立こころの医療センター駒ヶ根)
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)
研究協力者	関 正樹	(大湫病院)
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)
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)

### 研究要旨：

本研究の目的は，国内の複数の拠点で定期的に発達障害・知的障害（以下，「発達障害」）の実態を観測してデータを集約する仕組みを構築する可能性について検討することである。政令指定都市 3 市，中核市および中核市移行を予定している市（以下，「中核市」）4 市，それ以外の市（以下，「小規模市」）5 市において，発達障害の医療に中心的に携わっている医師，または保健・福祉・教育行政のいずれかに携わっている担当職員を対象として，今回の調査のために作成した「発達障害・知的障害に関する情報データベース構築に関する調査票」を用いてヒアリング調査を行った。

その結果，医師および自治体の担当者は，発達障害の実態を定期的に観測してデータを集約する仕組みを構築することについて，支援ニーズを把握して施策の根拠とするという意義があると考えていることがわかった。

一方で，共通の基準を用いた標準的な実態把握の手法の開発，個人情報保護，本人および保護者への説明などの課題があることが示された。特に人口の多い地域では発達障害を診療する医療機関が多くあることから，医療機関と行政が連携して実態を把握する体制整備が必要となる。

文部科学省ではすでに特別支援教育および通級による指導の実態調査を行っている。これを活用するとともに，通常学級に在籍する発達障害の児童・生徒および未診断だが配慮を要する児童・生徒までを含めた調査へと拡大していくことが望まれる。

## A. 研究目的

発達障害・知的障害（以下、「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。

米国では、自閉スペクトラム症と注意欠如・多動症について疾病予防管理センター（CDC）が調査・研究の情報を収集するとともに、米国内の複数の拠点で定期的に観測された有病率等のデータを集約し、施策に活用している。わが国では、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・支援センターに同様の役割が期待されるが、まだ体制が十分には整っていない。

筆者らは、厚生労働科学研究の一環として、発達障害の早期支援を先進的・意欲的に行っているのべ15市を対象に、平成25年度から6年間にわたって小中学生における発達障害の頻度調査を毎年行った<sup>1,2,3)</sup>。この研究では、同じ地域の同じコホートにおける発達障害の実態を医療機関と学校との両方に対して調査し、学校で把握されている発達障害および発達障害の疑われる児童・生徒の実態と、医療機関を受診して発達障害と診断されている子どもの実態との比

較を行ったことが特記される。このような調査を継続的に行うことによって、わが国における発達障害の実態と支援ニーズの把握が正確に行われれば、保健、医療、福祉、教育、労働における施策に大きく寄与することが期待できる。しかし、自治体の側からみると上記の研究は厚生労働科学研究への協力という形で行われたものであり、必ずしも自治体本来の業務とは言えないのが現状である。

本研究の目的は、国内の複数の拠点で定期的に発達障害の実態を観測してデータを集約する仕組みを構築する可能性について検討することである。厚生労働科学研究で行うことが可能であった調査を、今後は各自治体の業務の一環として定期的に続けていくことができれば、わが国における発達障害に関する貴重な情報データベースが構築できる。

そこで、上記の研究に参加した自治体を中心として発達障害の早期支援を意欲的に行っている自治体を対象に、医療機関と学校における発達障害の子どもの実態について今後定期的に観測する仕組みを構築していく可能性がどの程度あるのか、それを困難とする要因があるとすればどのようなことかについて、医療、行政、教育の担当者にヒアリング調査を行った。

## B. 研究方法

対象は、政令指定都市3市（横浜市、名古屋市、福岡市）、中核市および中核市移行を予定している市（以下、「中核市」）4市（豊田市、函館市、松本市、いわき市）、それ以外の市（以下、「小規模市」）5市（糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市）にお

いて、発達障害の子どもたちの医療に中心的に携わっている医師、または保健・福祉・教育行政のいずれかに携わっている担当職員とした。上記の市のうち、名古屋市を除く11市は、平成25年度から6年間にわたって厚生労働科学研究の一環として、医療機関および小中学校を対象として発達障害の頻度調査を行ってきた市である。

今回の調査のために「発達障害・知的障害に関する情報データベース構築に関する調査票」（資料）を作成し、これを用いてヒアリング調査を行った。

上記の各自治体において発達障害の子どもたちの診療・支援を行っている研究協力者が、各自治体における発達障害の医療従事者、保健・福祉・教育行政担当者に対して面接またはメール等によるヒアリングを実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は、信州大学医倫理委員会の承認を得て実施した。患者の個人情報扱うことは全くなく、医療機関職員および行政担当者の意見を収集するヒアリング調査であるため、ヒアリングに応じたことをもって同意を得たとみなした。

## C. 研究結果

### 1. 自治体の特性

自治体における診療体制についての設問に対する回答は以下の通りであった。

政令指定都市3市はすべて、自治体の中に障害児の診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設（「療育センター」や「子ども発達センター」など；以下、「基幹施設」）があり、それ以外にも児童・思春

期の発達障害・知的障害を対象に診断、心理検査、薬物治療をすべて行っている医療機関（以下、「その他の医療機関」）があると回答した。自治体に住む児童・思春期の発達障害・知的障害を対象に診断・心理検査、薬物治療をすべて行っている医療機関の数については、2市が20か所以上、1市は「不明」と回答した。

中核市4市のうち1市は無回答であった。回答を得た3市のうち、自治体の中に基幹施設が「ある」と回答したのが1市、その他の医療機関は3市とも「ある」と回答し、自治体に住む児童・思春期の発達障害・知的障害を対象に診断・心理検査、薬物治療をすべて行っている医療機関の数は4～5か所との回答であった。

小規模市5市の回答者はすべて、基幹施設が「ない」と回答した。その他の医療機関は全市で「ある」との回答であったが、その数は4市が「1か所」、1市は「市内2か所、市街4か所」との回答であった。

県からの回答が1件あり、基幹施設、その他の医療機関ともに「ある」と回答し、自治体に住む児童・思春期の発達障害・知的障害を対象に診断・心理検査、薬物治療をすべて行っている医療機関の数は50か所との回答であった。

### 2. 発達障害・知的障害の累積発生率・有病率等に関する情報のデータベース化に関する質問への回答

#### （1）データベース化の意義（表1）

「医療機関を受診した発達障害・知的障害の子どもたちの情報をもとに、累積発生率や有病率などを定期的に調査してデータベース化することは、医療・行政にとってどのよ

うな意義があると思いますか？」との質問に対しては、回答のあった10市と1県すべてから、なんらかの意義があるとの回答を得た。意義の内容について分類すると、以下のようになった。

a. 政令指定都市

施策の根拠 3市  
ニーズ把握 2市  
就学相談の資料 1市

b. 中核市

施策の根拠 3市  
ニーズ把握 1市  
市民に状況を知ってもらう 1市

c. 小規模市

施策の根拠 5市  
事業の評価指標 1市

d. 県

連携体制検討の参考 1県  
手帳のあり方検討の参考 1県

(2) 考慮すべき点, 困難な要因 (表2)

「調査を行う際に考慮すべき点, あるいは調査実施が困難となる要因があるとするれば, 何ですか?」との質問に対する回答は, 以下のように分類された。

a. 政令指定都市

基準のばらつき 4市  
個人情報の保護 2市  
都市部では医療機関が多い 1市  
マンパワーが必要 1市  
保護者の同意 1市  
保護者への障害受容への支援 1市

b. 中核市

基準のばらつき 3市  
個人情報保護 1市  
政策立案者と予算措置 1市

すでにある以上のデータは難しい 1市  
市町村によってデータが違う 1市

c. 小規模市

個人情報保護 3市  
データ収集の体制づくり 2市  
保護者の同意 2市  
データの偏り 1市  
業務負担 1市  
就学時が把握しやすい 1市  
小規模の方が把握しやすい 1市  
基準が不明確 1市  
法的根拠がない 1市

d. 県

医療機関の協力 1県

(3) 調査実現の条件 (表3)

「調査を実現するためには, どのような条件が整備されるとよいと思いますか?」との質問に対する回答は, 以下のように分類された。

a. 政令指定都市

基準の明確化 1市  
マンパワー 1市  
保護者への丁寧な説明 1市  
医療機関のリスト化 1市

b. 中核市

調査結果の用途の明確化 1市  
行政担当者の専門性の担保 1市

c. 小規模市

基準の明確化 2市  
医療と教育の連携 2市  
担当部署の設置 1市  
保護者の同意 1市  
成果の公開と報告 1市  
結果を複数の目で確認する 1市  
就学時または学校在籍中 1市

- d. 県  
負担の少ない方法 1 県  
全体の理解 1 県

### 3. 学校における発達障害・知的障害の実態把握に関する情報のデータベース化についての質問への回答

(1) 診断・判定されている児童・生徒の割合 (表 4)

小学校, 中学校, 義務教育学校, 高等学校において, 発達障害・知的障害と診断・判定されていることを把握している児童・生徒の割合について, 各自治体の教育委員会で定期的集約しているか, 集約している場合, どのような方法かについて, 質問した。基礎自治体で行っているかどうかだけでなく, 都道府県で行っているかどうかについても回答を求め, 以下の回答を得た。

- a. 政令指定都市  
文科省調査で毎年把握 1 市  
名簿集約・調査で毎年把握 1 市
- b. 中核市  
文科省調査で毎年把握 2 市  
県で特別支援学級および通級指導を受ける児童生徒は毎年把握 1 市
- c. 小規模市  
把握していない 4 市  
文科省調査で毎年把握 1 市
- d. 県  
特別支援学級の在籍と通級指導を受けている児童生徒は把握 1 県

(2) 診断・判定の有無を問わず特別な配慮を要すると思われる児童生徒の割合の把握 (表 5)

小学校, 中学校, 義務教育学校, 高等学校

において, 診断・判定の有無は未確認ながら, なんらかの理由で発達障害・知的障害が疑われ, 特別な配慮を要すると思われる児童・生徒の割合について, 各自治体の教育委員会で定期的集約しているか, 集約している場合, どのような方法かについて, 質問した。基礎自治体で行っているかどうかだけでなく, 都道府県で行っているかどうかについても回答を求め, 以下の回答を得た。

- a. 政令指定都市  
把握している 3 市
- b. 中核市  
把握している 2 市  
県として不定期に把握している 1 市
- c. 小規模市  
把握している 2 市  
把握していない 1 市  
把握可能だが, 調査はしていない 1 市  
県で把握している 1 市
- d. 県  
把握していない 1 県

(3) 長野県と同様の調査の意義 (表 6)

昨年度の調査で, 長野県の教育委員会がすでに小学校, 中学校, 義務教育学校, 高等学校を対象とした発達障害の実態調査を行っていることを報告した。そこで, 「長野県では, 今後の各学校における特別支援教育推進の基礎資料とすることを目的として, 県内の公立小学校, 中学校, 義務教育学校, 高等学校全校を対象として『発達障がいに関する実態調査』を毎年行っています。これと同様の調査を行うことは, 自治体の教育行政にとってどのような意義があると思いますか?」との質問を設けた。それに対する回答は, 以下のように分類された。

- a. 政令指定都市
  - 施策の根拠 2市
  - ここまでしなくてもよい 1市
- b. 中核市
  - 施策の根拠 2市
  - 人員配置の根拠 2市
- c. 小規模市
  - 施策の根拠 3市
- d. 県
  - 施策の根拠 1県

#### (4) 考慮すべき点, 困難な要因 (表7)

「調査を行う際に考慮すべき点, あるいは調査実施が困難となる要因があるとすれば, 何ですか?」との質問に対する回答は, 以下のように分類された。

- a. 政令指定都市
  - 文科省調査と重複しないように 2市
  - 基準のばらつき 1市
  - 保護者の了解 1市
- b. 中核市
  - 業務負担 3市
  - 基準のばらつき 3市
  - 個人情報保護 1市
  - 保護者の了解 1市
  - データの質 1市
- c. 小規模市
  - 業務負担 2市
  - 個人情報保護 2市
  - 保護者の了解 1市
  - データ解釈が難しいことがある 1市
  - 他の調査との調整が必要 1市
  - 医療・福祉・教育との連携 1市
- d. 県
  - 業務負担 1県
  - 調査の信頼性の確保 1県

#### (5) 条件 (表8)

「調査を実現するためには, どのような条件が整備されるとよいと思いますか?」との質問に対する回答は, 以下のように分類された。

- a. 政令指定都市
  - 保護者・本人と学校との意識のずれ 1市
  - データ処理が迅速, 正確, 容易に 1市
- b. 中核都市
  - 質問項目の厳選 2市
  - 調査担当スタッフの配置 1市
  - 改善策と成果が見えること 1市
- c. 小規模市
  - 医療と行政の連携 1市
  - 文科省調査の結果照会 1市
  - 調査結果が現場に活用されること 1市
  - フィードバックと活用法の助言 1市
  - 県等の基本計画との整合性・必要性 1市
- d. 県
  - 基準の明確化 1県
  - 負担の少ない方法 1県

#### D. 考察

国内の複数の拠点で定期的に実態を観測してデータを集約する仕組みを構築するには, 各自治体の行政, 医療機関, 教育機関が連携し, 業務の一環として集計を定期的に行っていく体制整備が求められる。

本研究で対象とした自治体のほとんどは, 筆者らが厚生労働科学研究の一環として, 小中学生における発達障害の頻度調査を6年間にわたって毎年行った自治体である<sup>1,2,3)</sup>。行政担当者や教育担当者は, 毎回調査依頼に応じて発達障害あるいはそれが疑われる子どもの数を集計してきた。研究報告



書による協力者へのフィードバックも毎年行われており、このような調査の意義を実感しやすい立場にいたと思われる。

実際、今回のヒアリングでは、各自治体の医師および保健・福祉・教育行政担当者は、定期的な実態調査を行うことに意義があると考えていた。政令指定都市、中核市、小規模都市のすべてで医療、教育ともに挙げられたのが、施策の根拠としての意義であった。疫学データは医学的には疾病の原因を探索する糸口となるが、行政的には医療、福祉、教育における支援のニーズを明確にし、対応に必要な予算、人的配置、施設の充実、法制度の策定の根拠を提供する。その認識を、すべての自治体の担当者が共有していることが示された。

一方、意義を認めつつも、考慮すべき点や実施を困難とする要因もあると、多くの回答者が考えていることがわかった。なかでも多くの回答者が記載していたのが、データの質に関する懸念であった。医師による見立てが異なるのではないかと、あるいは学校や担任によって評価が異なるのではないかと懸念を払拭できるような標準的な評価基準を用いた調査を行う必要があるとの意見が見られた。

個人情報保護および調査に関する同意取得も考慮すべき点として挙げられた。子どもにおける調査なので、保護者からの了解を得る必要があるとの意見が出された。個人情報保護については、「例えば肢体不自由児の女兒は1人など学年も出すことで個人が限定される」との回答が小規模市から出された。医療機関、学校ともに、定期的な実態調査とその公表を日常業務の一環として行える体制を整える

ためには、本人および保護者に周知し、了解を得るまたはオプトアウトの機会を保證する仕組みを作っておく必要がある。

また、政令指定都市では、発達障害の診療を行っている医療機関が多くなっているため実態の把握が難しくなっているとの回答もみられた。

定期的な実態調査を実現するために必要な条件整備に関する質問では、「基準を明確にし、方法を統一して行う必要がある」との回答が、多くの自治体から挙げられた。また、担当部署を設置するなどしてマンパワーを確保する必要があるとの意見もあった。調査には相当な業務量を要するため、マンパワーの確保および負担の少ない方法の検討が必須であると思われた。

教育の担当者への質問では、すでに何らかの形で発達障害の児童・生徒の割合を把握しているかどうかとの質問を加えた。これに対しては、多くの自治体から「把握している」との回答を得た。文部科学省が毎年行っている調査にデータを提出しているとの回答も複数あった。これは、特別支援学校、特別支援学級および通級による指導の実態調査を指すと思われる<sup>4.5)</sup>。各学校・学級の障害種別の在籍者数および通級の利用者数を都道府県が毎年集約し、文部科学省へ提出されているデータである。

考慮すべき点に関する質問および今後必要な条件整備に関する質問に対して、教育の担当者からは、この文部科学省の調査と重複しないようにしてほしい、あるいは文部科学省の調査の結果を照会すればよいとの回答があった。すでにある程度の実態調査がなされているのだから、それを活用す

ればよいとの意見はもつともである。一方で、この調査では、通常学級に在籍する発達障害の子どもや、未診断あるいは医療機関につながっているかどうか不明であるが何らかの発達障害の特性への配慮が必要と教師が考えているような子どもについての実態は把握していない。そうした子どもたちをも把握できるような調査の枠組みを設定し、それを文部科学省の定例の調査として行うことによって、負担を増やさずに定期的な実態調査を行える可能性がある。

#### E. 結論

今回のヒアリング調査から、医師および自治体の医療・保健・福祉・教育の担当者は、定期的に自治体における発達障害の実態を観測してデータを集約する仕組みを構築することについて、支援ニーズを把握して施策の根拠とする意義があると考えていることがわかった。

一方で、共通の基準を用いた標準的な実態把握の手法の開発、個人情報保護、本人および保護者への説明などの課題があることが示された。

特に人口の多い地域では発達障害を診療する医療機関が多くあることから、医療機関と行政が連携して実態を把握する体制整備が必要となる。

文部科学省ではすでに特別支援教育および通級による指導の実態調査を行っている。これを活用するとともに、通常学級に在籍する発達障害の児童・生徒および未診断だが配慮を要する児童・生徒までを含めた実態調査へと拡大していくことが望まれる。

#### 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：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））：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），2016。
- 2) 本田秀夫：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。
- 3) 本田秀夫：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），2019。
- 4) 文部科学省：特別支援教育資料（平成 30 年度）。  
[https://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/1406456\\_00001.htm](https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1406456_00001.htm)
- 5) 文部科学省：令和元年度通級による指導実施状況調査結果について。  
[https://www.mext.go.jp/content/20200317-mxt\\_tokubetu01-000005538-02.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20200317-mxt_tokubetu01-000005538-02.pdf)

表1～3. 発達障害・知的障害の累積発生率・有病率等に関する情報のデータベース化に関する質問への回答

表1. 「(1) 医療機関を受診した発達障害・知的障害の子どもの情報をもとに、累積発生率や有病率などを定期的に調査してデータベース化することは、医療・行政にとってどのような意義があると思いますか？」

政令指定都市	<p>市内で発生するさまざまな支援ニーズに対して、自治体が築いたハードウェア、専門家や関係者が培い蓄積したソフトウェア、そして専門家からボランティアに至る幅広いヒューマンウェアのすべてを有機的に組み合わせて最大限の臨床成果を得るには、エビデンスに基づいて科学的、合理的に支援戦略を立て、戦術を練るべきである。そのためには、まずは障害児・者の実態を正確に把握することが第一歩となる。</p> <p>とりわけ障害や疾病を真正面から捉える立場にある医学的調査は、その先頭に立たねばならない。障害児・者への支援には医学以外に教育、福祉、労働の各分野においてもニーズの把握と支援システムの構築が必要なのは言うまでもない。しかし障害がそこにあるということから出発する障害児・者支援は、その最も基本的な問題の所在を明らかにすることが先決課題であり、それについては医学的調査が他のあらゆる調査・支援活動のパイロット的役割を果たすミッションを担うことも、また自明であろう。(政令指定都市・医師)</p>
	<p>子どもの発達支援の施策ニーズを把握することは難しく、行政にとって有用なデータとなりうる。(政令指定都市・福祉)</p>
	<p>5年後、10年後を見据えた施策を考えることができるのではないかと思う。(支援に関する人的配置や学びの場の整備等) (政令指定都市・教育)</p>
	<p>事業計画の策定や事業規模の検討を行う際の資料としての活用が見込める(政令指定都市・福祉)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就学相談の資料となり得る</li> <li>・特別支援学校、特別支援学級、通級指導教室等の設置(新設・増級)の参考資料となり得る(政令指定都市・教育)</li> </ul>

表 1 (続き)

中核市	<p>障がい者施策を考える上で意義があると思う。</p> <p>理由：障がい福祉課の窓口には成人になってから「働けない」「お金がない」など様々な相談が寄せられる。最近では8050問題としても注目された。その人たちの中には発達障がいや軽度の知的障がいがあり、二次的に生活に困難さを抱えている人たちも少なくない。そうした成人に対する施策を考えることも必要だが、問題が深刻になる前の適切な支援によって未然に防ぐしくみを作った方が有効であると考えている。施策を考えるときには、対象児者がどのくらいいて、年齢とともに困難さは軽減していくのか、複雑化していくのかがデータとしてわかると、どの時期にどのような支援を必要としているのかの目安がつく。そのために、先の調査のように、同じコホートを同じ項目で調べ、経年変化をみられるとよい。成人期になり社会に出たあとは、コホートとして追いくいため、最終年齢として高校3年生のデータがあるとよい。</p> <p>本市ではSDGsの考えに基づいて、「誰ひとり取り残さない」社会を目指している。障がいのある・なしにかかわらず「市民のすべてが活躍できる場所を」と考えている。その実現のためにも、お互いが支えあえる街づくりは必要である。それには、発達障がいや知的障がいのある人たちが地域で安心して暮せるように市民啓発も欠かせない。その方たちが自治体にどのくらいいるのかを伝えることで市民一人一人の生活の身近にすることがわかるのではないかと。他人ごとではなく、街のこととして皆で考え支えあえるようになるためにも、障がいに関する正確な理解が促進され、個を尊重する社会的風土ができるとよいと考えている。(中核市・福祉)</p>
	<p>医療、教育、福祉施策の立案にとって基礎的なデータであり、これなしで適切な計画立案が可能になるとは考えられない。(中核市・医師)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村でも知的障害に関しては療育手帳の取得で把握している。発達障害に関しては、精神障害者手帳、アルプキッズの利用や巡回相談などで一部は把握、あるいは情緒障害児学級の生徒数から推測しているが、全体のデータはない。</li> <li>・データがあれば活用したい。政策立案、行政の計画の根拠となる。もちろん、予算の裏付けにもなる。</li> <li>・報告書で公表し、市民に状況を知ってもらうこともできる。</li> <li>・そうした方のニーズの把握もできる(中核市・福祉)</li> </ul>

表 1 (続き)

小規模市	<p>行政にとっては、どのような施策が必要であるかの根拠となる。 また、事業の評価指標とすることができる。(小規模市・保健)</p>
	<p>・行政として動向を把握することで、福祉サービスの量の予測、優先順位を決める等、事業計画に役立てるために意義があると思う。 ・しばしば、議会等でも「発達障害は増えているのか」と質問がある。しかし、現在、こうした調査を行うための法的根拠はないため、行政として現場にデータを求めることが難しいという問題もある。(小規模市・福祉)</p>
	<p>市の療育や発達支援センターの体制を検討する上で、非常に参考になります。(小規模市・福祉)</p>
	<p>今後の教育行政において、施策等の方針を考えていく上で有効な根拠となり得る。(小規模市・教育)</p>
	<p>県では、児童精神科の医療機関の診察待ちの長期化が常態化しており、適時の医療的判断を含む総合的な支援システムを構築することを目指している。発生率や有病率をデータベース化することで、専門医療機関と一般小児科、一般精神科との役割分担や、全体の支援システム構築のための資料となると考えられる。(小規模市・医師)</p>
県	<p>県内に発達障がい児者がどれほどいるのか把握ができていないため、その基礎資料になると考えられる。現状、県内全体の施策等を考える際には、平成 24 年に文部科学省が示した 6.5% の数値を使用し、推計値を基に検討を行っている状況である。 また、エリア的にどの医療機関に集中しているのか、住んでいる地域で循環するような体制が整っているのかの資料になると考える。(県・福祉)</p>
	<p>・治療環境と連携体制を整えるうえで意義深い。 ・障害者手帳のあり方についての検討の参考になると思われる。(県・精神保健)</p>

表2. 「(2) 調査を行う際に考慮すべき点、あるいは調査実施が困難となる要因があるとするば、何ですか？」

政令指定都市	<p>・政令指定都市は調査対象が大規模であり、定期的に調査を行うためには、相応のマンパワーが必要とされる。われわれは調査の工夫として、①十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に絞って調査を行った。②隔年で調査を行い、調査の周期性を保証しつつ、負担を軽減した。これによって、我々は当市において実際に大規模な調査対象に定期的な調査を行うことができたが、この方法が他自治体においても有効であるか、検討が必要であると思われる。</p> <p>・都市部では近年、発達障害の診療を行う医療機関が増えてきている。当市では、発達障害に対する早期発見・早期介入システムが整備されているため、幼児はかなりの割合を療育センターで把握することができるが、小学生はキャッチメントエリアにある複数の医療機関で調査対象を把握することが必要となる。中学生は、更に把握することが困難となる。(政令指定都市・医師)</p>
	<p>・個人情報の保護                  ・保護者の同意 (政令指定都市・福祉)</p>
	<p>保護者への障害受容への支援が必要だと思う。(政令指定都市・教育)</p>
	<p>・特に発達障がいについては、診断名が付かないことも多いが、どこからを計上するのか、その線引きが難しい (明確な診断名が付かない軽度の発達の遅れであっても、支援が必要なことには変わらないため、行政としては把握したい)</p> <p>・将来的な診断基準等の変化・見直しによる、長期的・安定的な統計データとしての管理・活用の難しさ (政令指定都市・福祉)</p>
	<p>・プライバシーに関わることなので、どの程度の情報になるのか                  ・資料として参考になり得る情報になり得るか (政令指定都市・教育)</p>

表 2 (続き)

中 核 市	<p>個人情報の保護が徹底されていれば特に困難な問題はない。(中核市・福祉)</p>
	<p>地域全体の状況を客観的なデータをもとに把握し、様々な意見も集約しながら地域にとって必要な資源及びその効率的な運用について政策立案を行う責任主体及びそれに必要な予算措置が存在しないこと。本来であれば福祉・教育行政の役割ということになるのだろうが、担当者の頻繁な異動と硬直的な先例主義によって地域のニーズの把握とそれに基づいた政策立案を行うことが困難となっている。(中核市・医師)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村でも知的障害に関しては療育手帳の取得で把握している。発達障害に関しては、精神障害者手帳、アルプキッズの利用や巡回相談などで一部は把握、あるいは情緒障害児学級の生徒数から推測しているが、全体のデータはない。</li> <li>・データがあれば活用したい。政策立案、行政の計画の根拠となる。もちろん、予算の裏付けにもなる。</li> <li>・報告書で公表し、市民に状況を知ってもらうこともできる。</li> <li>・そうした方のニーズの把握もできる(中核市・福祉)</li> </ul>

表 2 (続き)

小規模市	<p>①データベース化の流れとしては「全国がん登録」と同じように、受診中の医療機関が情報を提供する方向で考えてあると捉えてよいか。</p> <p>考慮すべき点として</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心理検査を実施せずに診断される医療機関もあり、診断名に疑問を感じることもある。発達障害は病態が多様であるが ICD-11 に沿った診断がなされているのか考慮が必要。診断基準にばらつきがある場合データベースとしての信頼性が担保できないのではないか。</li> </ul> <p>②データについても個人が特定できる状況で収集する場合は保護者同意が必要。(小規模市・保健)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発達障害は、乳幼児期から思春期及び成人まで幅広いタイミングで受診・診断がなされており、行政の担当が年齢で区切られてしまうため、1か所の部署で把握することが難しい。それぞれの部署で把握した情報を統合する必要がある。</li> <li>・母子保健では、1：6、3：0児健診後に要精密検査として医療機関受診を勧める場合には、受診結果の確認を行う。しかし、その他のケースは、受診や療育などへ「つなぐ」支援が主となり、その後の把握まではしていないこともしばしばである。そのため、就学時や就学後のタイミングで(学校で)情報を集約すると把握しやすいと思う。</li> <li>・こうした情報の把握については、人口規模(出生数)も大きく影響する。小さい方が把握しやすい。</li> <li>・医療機関や医師によって評価・見立てが異なることがある。学校における評価も、学校や担任などによって評価が異なり、曖昧である。本当の実態かわからない。(小規模市・福祉)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童のプライバシー保護や保護者の理解の問題。</li> <li>・発達障害の基準の不明瞭さ。</li> <li>・調査を行うにあたっての基準があいまいであると難しい(小規模市・福祉)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市としての集計であること</li> <li>校区別, 町別等, 地域が限定されることがないよう配慮が必要</li> <li>・調査において</li> <li>個人情報扱うことを十分に留意する。</li> <li>例えば, 肢体不自由児の女兒は 1 人など学年も出すことで個人が限定されてしまう。(小規模市・教育)</li> </ul>
	<p>最も困難だと考えられるのは個人情報保護の問題である。調査の正確性を増すためには複数の医療機関を受診しているケースを照合できることや、出生地や居住地の正確な把握が重要と考えるが、それらの個人情報をそれぞれの医療の目的以外で利用することについて、理解を得ていく必要がある。また、共有のためのルール作りと情報共有の中心となる機関をどのように定めるかも課題と考えられる。(小規模市・医師)</p>



表 2 (続き)

県	<p>県内すべての地域の状況を把握することが必要になるため、かなりの事務量になることから、調査する側、回答する側ともに負担の少ないやり方を考える必要がある。</p> <p>受診情報を教育機関ですべて把握しているわけではないことから、医療機関との回答結果と乖離することが考えられる。また、「発達障がい疑い(支援の必要がある)方」の調査も必要になると考えられるが、現場でその判断に差がないようにするため、わかりやすい基準が必要になると考える。</p> <p>また行政機関等の回答は確実に見込めるが、医療機関からの回答については、強制できないため、回答に協力してもらえぬ取り組みが必要になるのではないか。(県・福祉)</p>
	<p>よくわからず答えられません。</p> <p>県の比較的広い範囲で実施できており、それ(添付の 2 論文)を見る限り信頼できる結果だと思います。(県・精神保健)</p>

表3. 「(3) 調査を実現するためには、どのような条件が整備されるとよいと思いますか？」

政令指定都市	<p>定期的に調査を行うためには、単年度ごとに計画を組んでいくだけでは継続が困難である。そのため、予め定点観測を行うことをふまえて計画を行うことが望ましい。また、定期的な調査を業務としてルーチン化することが必要である。ルーチン化の上では、毎年調査を行う方が得策かもしれないが、政令指定都市では調査対象が大規模であるため、さらにマンパワーが必要とされることが予想される。(政令指定都市・医師)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者への丁寧な説明</li> <li>・調査協力による効果・影響への説明方法 (政令指定都市・福祉)</li> </ul>
	<p>診断後のフォローが不十分だと感じることが多い。学校に入学時に、障害を受容している保護者とは連携がしやすいが、そうでない場合、子どもには支援が必要だと思っても保護者の抵抗にあうとなかなか、支援が行き届かない。(政令指定都市・教育)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診察対応している医療機関のリスト化 (対象年齢, 対象障がいを含む)</li> <li>・発達検査に利用するツールの統一 (新版K式) (政令指定都市・福祉)</li> </ul>
中核市	<p>調査の結果がどのように使用されるかが明確になるとよい。</p> <p>その他：本市のデータが全国の自治体の施策を作る上で役に立つのであれば意気を感じて積極的に取り組んでいきたいと感じている。(中核市・福祉)</p>
	<p>教育, 福祉, 医療それぞれの行政担当者の専門性の担保が最も重要であると考え。単なる事務担当者としてではなく, エキスパートとして, 現場と意見を戦わせ, 業務を創造的に行うことのできる人材及び権限が必要である。そこが担保されて初めて自治体としてどのような調査を実施していくべきなのかを明確にすることができると思われる。(中核市・医師)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的に決まらないと何とも言えない。</li> <li>・市町村が持っているデータを出す分には問題ない。予算的にも。それ以上のものを出すのは大変。市町村によっても持っているデータは違う。</li> <li>・教育委員会と連携することは問題ない (中核市・福祉)</li> </ul>

表 3 (続き)

小規模市	<p>診断基準の統一化。</p> <p>質問とは異なるが、データベース化された場合、その数の読み取り方として以下の点について注意が必要ではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「医療機関を受診した児を対象とする」事が前提であることから、発達障害・知的障害の全数を把握できるわけではないこと。</li> <li>・福祉サービス利用の場合、診断書でなく療育手帳があれば利用可であるため、必ずしも受診していない可能性があること。</li> <li>・早期介入を行っている地域の有病率が高く出る可能性があること。</li> <li>・診断や療育のできる医療機関が近くにあると有病率が高く出る可能性があること。</li> <li>・保護者の受容度により、医療機関受診につながらない場合があり、医療機関受診者数そのまま地域で支援を必要とする発達障害児数ではないことを念頭におく必要がある。(小規模市・保健)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就学のタイミング、または教育機関に在籍している際に情報を統括する方が、乳幼児期よりも把握しやすいと思われる。</li> <li>・調査結果(データ)について、他市町村、他県との違いを踏まえて各市(自分の市)の動向について考察を含めたフィードバック、知る機会が得られると現場でも調査協力しやすくなると思う。成果の公開と報告があるとよい。(小規模市・福祉)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断基準の明確化と調査基準の明確化</li> <li>・医療と教育の連携(診断などの意味において)(小規模市・福祉)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果を複数の目で確認をする</li> <li>・保護者の同意</li> <li>・医療機関との連携(小規模市・教育)</li> </ul>
	<p>上記の個人情報の問題を解決するために、行政の中にデータを扱う担当部署を設置するなどして情報を集約し、利用者に個人情報の提供について了解を得るなどの仕組みがあればよいと考えられる。</p> <p>また、現状ではそれぞれの医療機関の担当医が手作業で一人一人のデータを入力しているが、電子カルテやレセプトのデータを可能な限り活用し、作業の効率化をはかることが必要だと考えられる。(小規模市・医師)</p>
県	<p>調査する側、回答する側ともに負担の少ないやり方の確立と、調査の必要性について全体の理解が得られること。(県・福祉)</p>
	<p>よくわからず答えられません。</p> <p>県の比較的広い範囲で実施できており、それ(添付の2論文)を見る限り信頼できる結果だと思います。(県・精神保健)</p>

表4～8. 学校における発達障害・知的障害の実態把握に関する情報のデータベース化について

(1) 自治体の教育委員会では、発達障害・知的障害の実態に関する以下の情報について、定期的に集約していますか？集約している場合、どのような方法ですか？ 小学校、中学校、義務教育学校、高等学校のすべてではない場合、集約しているものについて教えてください。また、基礎自治体で行っているかどうかだけでなく、都道府県で行っているかどうかについても教えてください。

表4. 「①小学校、中学校、義務教育学校、高等学校において、発達障害・知的障害と診断・判定されていることを把握している児童・生徒の割合」

政令指定都市	<p>文部科学省の特別支援教育に関する調査が、毎年度1月末頃を締切で行われています。当市は、その調査により把握したデータを元に、施策の検討を行っています。(政令指定都市・教育)</p> <p>1. 毎年5/1現在の小・中学校特別支援学級在籍児童生徒名簿を集約                  2. 毎年5/1現在の通級指導教室で指導を受ける児童生徒名簿を集約                  3. 毎年通常の学級で発達障がい等の可能性のある児童生徒調査                  以上の3つの方法で把握している。(政令指定都市・教育)</p>
中核市	<p>県からの依頼で毎年実施している。                  小・中学校は全学年で実施されているが高校は不明。                  ただ、保護者の申告によるため実際に診断されている子どもの人数とは異なる。(中核市・教育)</p> <p>・市教育委員会として、「教育上特別な配慮が必要と思われる児童生徒に係る調査」を全市立小・中学校を対象に6月、2月に実施している。学校ごとに教育上特別な配慮が必要と思われる児童について配慮事項を記載した一覧表(別紙1)を提出してもらっている。                  ・道教育委員会は、「就学実態調査」を年に1回実施し、特別支援学級在籍児童生徒および通級指導を受ける児童生徒の実態について調査している。                  市教育委員会が所管するのは市立の幼・小・中・高だが、上記①を把握するための調査を行ったことはない。(中核市・教育)</p> <p>集約している(中核市・教育)</p> <p>・市として独自の調査は行っていません。                  ・県においても、定期的な調査は行っていません。                  ・昨年度、小・中学校の通常学級に在籍する児童生徒に対して、「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」は実施したが、「発達障がい・知的障がいと診断・判定されていることを把握」することを目的とはしていません。                  ・例年、「特別支援教育調べ」等は実施されているが、文科省調査です。(本調査結果と概ね類似する結果が得られていると思う)(中核市・教育)</p>

表 4 (続き)

小規模市	<p>対象者についての調査を行っていないため把握はない。</p> <p>医療機関での診断があっても、その把握にあたっては保護者を介してとなるためすべてを把握するのは困難である。また、臨床心理士による相談は実施しているが、判定は行っていない。(小規模市・教育)</p>
	<p>特別支援教育調べ(県→文科省)がある。本調査と同様の内容が含まれている。これらの情報を全小・中学校で実施しており、学習支援員の配置の参考にしている。(小規模市・教育)</p>
	<p>市…定期的には集約をしていません。</p> <p>県については、市では把握していません。</p>
	<p>学校では、把握していることがほとんどですが、市教委として定期的集約するための調査は行っていません。(小規模市・教育)</p>
	<p>診断・判定されている児童生徒の割合としての調査は、本市・県で定期的集約してはいません。(※特別支援学級在籍の児童生徒及び継続相談中の児童生徒については、随時状況を把握しています)(小規模市・教育)</p>
県	<p>各教育委員会が児童・生徒の就学先を決定したり、各学校が児童・生徒の指導・支援を行ったりに当たっては、「医学的な診断」を必須としておらず、「教育的な見地」から判断しています。</p> <p>そのうえで、参考として、LD又はADHDとして、通級による指導を受けている児童生徒数と特別支援学級(自閉症・情緒障がい)の在籍児童生徒数を把握しています。</p> <p>なお、通級による指導においては、複数の障がいの特性を併せ有している者であっても、どれか1つの障がい種にカウントされています。したがって、他の通級区分(言語障がい、情緒障がい、弱視、難聴)で指導を受けている児童生徒の中にも、発達障がいのある者が含まれている可能性があります。</p> <p>また、自閉症・情緒障がい特別支援学級には、発達障がいの1つである「自閉症」と判定されている者と、心的要因からくる(発達障がいではない)「情緒障がい」と判定されている者が在籍しています。さらに、その他の特別支援学級(知的障がい、病弱・身体虚弱、弱視、難聴、肢体不自由)に在籍している児童生徒の中にも、発達障がいを併せ有している者がいる可能性があるため、学校教育においては、発達障がいを有する者の人数及び割合を正確に把握することは難しいのが現状です。</p> <p>次に、知的障がいについては、特別支援学級(知的障がい)の在籍者数を把握しています。</p> <p>ただし、他の障がい種の特別支援学級に在籍している児童生徒の中にも、知的障がいを併せ有している者がいる可能性があるため、あくまでも参考値であり、正確な知的障がいを有する者の人数及び割合を把握することは難しいのが現状です。(県・教育)</p>

表5. 「②小学校、中学校、義務教育学校、高等学校において、診断・判定の有無は未確認ながら、なんらかの理由で発達障害・知的障害が疑われ、特別な配慮を要すると思われる児童・生徒の割合」

政令指定都市	把握している。(政令指定都市・教育)
	小学校・中学校を対象に「発達障害の可能性のある児童生徒」の調査を実施している。 これは、診断の有無に関係なく、「学校が」発達障害の状態に照らし、支援が必要だと考える児童生徒の数となっている。
	知的障害については調査をしていない。(政令指定都市・教育)
	把握している。(政令指定都市・教育)
中核市	上記と同様、県からの依頼で毎年実施している。 知的障がいは、学校教育法施行令第22条の3の基準に沿って状態像で判断している。(中核市・教育)
	調査としては行っていないが、教育委員会の内部資料として(1)「教育上特別な配慮が必要と思われる児童生徒に係る調査」のデータと市立学校の在籍児童生徒数から割合を把握している。(中核市・教育)
	把握している(中核市・教育)
	・市として独自の調査は行っていません。 ・県においては、昨年度、上記「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」は実施しましたが、定期的ではありません。(この調査においては、各地自体ごとに結果の集計が返却されたが、県として方向性を示すものではなく、当市においても上記調査の意図的な活用は特に行っていません。(中核市・教育)
小規模市	児童生徒数に対し、個別の指導計画・個別の教育支援計画を作成(予定含む)している児童生徒の割合を把握している。(小規模市・教育)
	特別支援教育調べ(県→文科省)を全小・中学校で実施しており、学習支援員の配置の参考にしている。(小規模市・教育)
	全児童生徒を対象とした調査ではないが、数値は持っている。(小規模市・教育)
	学校支援員を配置する関係で、特別な配慮を要する児童・生徒をもれなく上げてもらっているため、割合を出すことは可能である。割合を出すための調査は行っていません。(小規模市・教育)
	本市で設問の割合を把握する調査は定期的に集約は行っていません。 県で、①毎年度「学校教育法施行令第22条の3に該当する者」の調査。②令和元年度においては、「個別の教育支援計画」の作成状況調査を実施しています。 診断・判定されている児童生徒の割合としての調査は、本市・県で定期的に集約してはいません。(※特別支援学級在籍の児童生徒及び継続相談中の児童生徒については、随時状況を把握しています)(小規模市・教育)
県	把握していません。(県・教育)

表 6. 「(2) 長野県では、今後の各学校における特別支援教育推進の基礎資料とすることを目的として、県内の公立小学校、中学校、義務教育学校、高等学校全校を対象として「発達障がいに関する実態調査」を毎年行っています。添付資料は、平成 30 年度の調査結果報告です。これと同様の調査を行うことは、自治体の教育行政にとってどのような意義があると思いますか？」

政令指定都市	本市では、健康福祉局を中心として、こども青少年局、教育委員会事務局や関連する各局で障害者プランを策定しており、同プランを策定するにあたって、教育に関する基礎的数値を求められることがあります。そういった場面や、教育委員会事務局としての計画策定の場面でも活用でき、施策検討の上での参考となります。(政令指定都市・教育)
	特別支援教育推進の基礎資料としての必要性は理解できるが、ここまで明確な数字を出さなくても、施策の推進は可能ではないかと考えている。(政令指定都市・教育)
	特別教育支援員の配当等を予算化するための基礎資料となり得る。(政令指定都市・教育)
中核市	教職員の人材育成のための研修プランをたてることや人員数の要望をするために必要データであり、意義があると思う。その理由が次の通りである。 教員は、発達障がいの特性よりも子どもたちの今現在の主訴(困難に思っていること)に沿って対応しようとする。しかし、支援の手立てを考える時には、その子どもたちの土台に表面からは見えにくい認知的偏りや遅れを把握した上で支援を展開することが必要である。また、通常学級を担任する教員にとって指導の転換期であるとも考える。集団でみな同じ教育をすることを求め、「管理教育」と言われた時代から、個を尊重し活かす教育が求められるようになった。一人ひとりを大事にしながら学級作りをするためには、集団と個のバランスをとりながら学級運営する教師の力量が必要である。また、生徒の評価基準も一律ではなく曖昧になり、教員自身に教育に対する価値観も求められると考える。児童、生徒は持っている力も求めている量や質も個々に違うが、50分の授業の中で1分1秒でも伸びた瞬間があると全員が感じられることが大事である。授業場面だけでなく、担任や友達から受ける愛情も同様に、一日の生活の中で一人ひとりがそれぞれに満足する愛情を受けたと実感できることが必要だと思う。教師側に立った“平等”で知識と愛情を一律に与える教育的支援ではなく、児童、生徒側に立った“平等”という考え方である。 そのように考えたとき、教員数の確保と指導力の向上を目的とした研修体制は不可欠である。通常より丁寧な支援が必要な子どもたちの数、状態像、学年などが把握できれば、人員を市や県に要望でき、研修体制を整える必要性も訴えやすいと考える。(中核市・教育)
	発達障がいの児童生徒の実数・実態を把握することができ、特別支援教育の充実につながる施策立案の資料とすることができる。(中核市・教育)
	・調査結果をみると10年前から倍増している。特に診断されている子。そうした認識ができたことはメリット。 ・診断されていない、支援が必要な子どもの数がわかることが有用。 例：支援員の配置(中核市・教育)
	長野県の実態調査を拝見し、数値の変化が顕著で、増加傾向にあることが把握でき、小・中学校等において、特別な配慮が必要な児童生徒の状況を把握する資料として有効であると考えます。また、その結果から、教育行政として「あるべき学校の姿」を明確に示すことで、小・中学校等に対して一貫した方向性を示すことができると考えます。 現段階として、本市において同様の調査を実施する考えはありません。(中核市・教育)

表 6 (続き)

小規模市	特別支援教育の充実のための事業立案や予算審議上の根拠資料としての活用資料としての意義があると考え。 (小規模市・教育)
	「特別支援教育調べ」でほぼ対応できる内容と思われるので、学校に改めて調査依頼することは、負担を与えてしまう気がする。 (小規模市・教育)
	実態調査を行うだけでなく、その結果をどのように活かしたらよいか、また具体的な支援方法のアドバイス等があれば、意義があると思われます。 (小規模市・教育)
	通級指導が必要な児童が増加し、中学校においても通級指導教室を設置することも考えていかなければなりません。その上で、どのような障がいが増加傾向にあるか知ることは、県へ申請していく上で必要です。ただし、特別支援学級や通級指導教室の設置、教員の配置は県が行うことであり、市は申請をすることしかできません。 (小規模市・教育)
	発達障がい等判定を受けている児童生徒の割合を把握することで、施策の基礎資料とすることができる。 (小規模市・教育)
県	特別支援教育の条件整備のための根拠となり得る。 (県・教育)



表7. 「(3) 調査を行う際に考慮すべき点、あるいは調査実施が困難となる要因があるとすれば、何ですか？」

政令指定都市	(1) で回答している数字は、国調査で求められており、各学校に照会して得た数字になりますが、国から求められる調査が多い中で、重複しないようにする必要があります。(政令指定都市・教育)
	数値を明確にする以上、保護者の理解が必要となり、学校と保護者との関係性の課題や、保護者が受容していない場合は、数値としてあがらないといった結果も予測できる。(政令指定都市・教育)
	診断のない児童生徒についてはチェックリストで粗点をつけてもらいできるだけ客観的な判断となるようにしているが、チェック者の主観によるところもあるので、学校間で基準に多少差異が生じる(政令指定都市・教育)
中核市	特に困難なことはないが、小中学校には毎年100を超える調査依頼があり、重複するような調査もみられる。教職員の過重労働問題や働き方改革が叫ばれており、事務削減に取り組んでいる状況である。(中核市・教育)
	業務改善の視点から、各学校に過度の負担をかけないよう配慮が必要だと考える。(中核市・教育)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシーに関わるところが心配。もちろん、個人情報を出さないが、中には病院に行くことを拒む親もいる。そういう人は学校がそういう見方をしているということにも反応するかもしれない。</li> <li>・現在長野県では親に通知はしていないし、了解も得ていない。しかし、自治体を越えて情報を提供することには誰が了解すればいいのか？県なのか自治体なのか？親の了解は必要か？</li> <li>・学校によって、基準が不明。年によって同じ学校でも極端に数値が変わることがある。特に疑いの子ども。</li> <li>・高校は専門家がないので正確かどうか疑問。</li> <li>・反抗的な子どもと複数の障害が同じカテゴリーなのは疑問(中核市・教育、医師)</li> </ul>
	<p>○調査を行う際に考慮すべき点として</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・例年、学校に対する調査等が増えており、働き方改革の点からも本当に必要な調査であるかを精査することが必要である。</li> <li>・市の教育行政の立場で考えると、県や文科省から同様の調査が行われる可能性が高いものはできるだけ避けたい。(市は小・中学校対象であるが、小・中・高を対象とする同様の調査が行われる可能性が高い場合は避けたい。)</li> <li>・調査を行う場合でも、学校側で明確に回答できる内容でなければならない。(回答者による違いが少ない工夫)</li> </ul> <p>などがあると考えます。(中核市・教育)</p>

表 7 (続き)

小規模市	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校が児童生徒の状況を把握するためには、保護者との信頼関係が必要である。</li> <li>・また、データの公表には保護者の了承が必要。(小規模市・教育)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公務の多忙化。同様の調査が行われている。(小規模市・教育)</li> </ul>
	<p>全校児童生徒の情報を、改めて集約することになるため、個人情報の扱いや集計に関する業務時間の確保。(小規模市・教育)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前項と同様なこと(個人情報の取り扱い)で心配が残ります。</li> <li>・複合型の子どももおり、延べ数となることもあります。(小規模市・教育)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断や判定等を受けている児童生徒数と、学校現場で何らかの困難さを抱える児童生徒数が必ずしも一致するものではないこと。</li> <li>・個人的に医療に繋がっているが、学校へその情報を伝えない(伝えたくない)児童生徒の把握が難しいこと。</li> <li>・既に同様の調査を行っている場合は調整を図る必要があること。</li> <li>・教育の側面からは医療による診断や福祉等と連携した「個別の教育支援計画」が重要となること。(小規模市・教育)</li> </ul>
県	<p>次の2点が課題となると考えられます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学校及び設置市町村の事務的負担が大きいこと。</li> <li>・学校の児童生徒を対象にした調査では、医学的診断を根拠にできないので、市町村間、学校間、教職員間の主観・理解の差が調査結果に及ぼす影響は相当程度大きいと思われ、調査の信頼性の確保が難しいこと。(県・教育)</li> </ul>

表 8. 「(4) 調査を実現するためには、どのような条件が整備されるとよいと思いますか？」

政令指定都市	<p>学校数等，規模感が異なり，それぞれの状況にあった条件を検討する必要があると考えますので，回答は控えさせていただきます。（政令指定都市・教育）</p>
	<p>保護者が診断を受け学校に伝えることで，不利が生じるのではないかという意識はまだまだ強い。（学校によって対応に違いや温度差があることも事実）</p> <p>一方，学校は診断の有無に関係なく，支援が必要な児童生徒には，支援をするようにしているものの，本人も「なぜ自分に支援が必要なのか」を理解していないことも多く，課題がある。（政令指定都市・教育）</p>
	<p>小・中学校の設置数，児童生徒数が多いのでデータ処理が迅速かつ正確に，また容易にできるようになればと思う。（政令指定都市・教育）</p>
中核市	<p>重複する質問は省くなど質問項目の選定があるとよい。（中核市・教育）</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調査内容（項目）の精選</li> <li>・調査を担当するスタッフの設置（中核市・教育）</li> </ul> <p>割愛（中核市・教育）</p>
	<p>調査が，その結果を分析し，実態を明確にするだけのものでは，学校側に多忙感を与えるだけになると考えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「調査」→「実態把握」→「改善策」→「成果」が見えることが大切だと考えます。</li> <li>・「特別な配慮が必要な児童生徒が増えているから必要な取組みを促す」だけでなく，「目に見える成果」「希望の光」が見えることが必要ではないかと考えます。（中核市・教育）</li> </ul>
小規模市	<p>医療機関と行政の連携が必要と考える。（小規模市・教育）</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育委員会へ，特別支援教育調べの結果を求めればよいのでは（既存の調査結果（市が持っているデータ）の照会を依頼する等）。</li> <li>・調査の結果が，教育現場に活用されればよいのでは。（小規模市・教育）</li> </ul>
	<p>調査結果のフィードバックと具体的な支援方法のアドバイスがあると，調査と支援が結びつくと思われます。（小規模市・教育）</p>
	<p>県の調査から市の状況を把握して，教育行政に生かしていきたい。</p> <p>また，県も長野県と同様に，支援が必要な子どもが増加していることを把握しており，昨年度から施策をいくつか出しています。市の機関の整備が必要であり，そこでの調査実施でないとうまく施策に繋がっていかないと考えます。（小規模市・教育）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県等の基本計画との整合性（必要性）。（小規模市・教育）</li> </ul>
県	<p>(3) で回答した課題を解決できる調査方法が必要と思います。</p> <p>例えば，</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誰でもが理解でき，例外を生まない調査内容，項目の基準や概念規定の明確化。</li> <li>・学校が新たな情報収集や煩雑な整理を伴うことなく，既存の情報を用いてシンプルに負担なく回答できる調査方法。（県・教育）</li> </ul>

**発達障害・知的障害に関する情報データベース構築に関する調査票**

この調査は、今後わが国の各自治体において発達障害・知的障害の子どもの頻度や支援ニーズについて定期的に把握し、情報データベースを構築することの可能性について検討することを目的としています。以下の設問について、地域で発達障害・知的障害の診療に中心的に携わっている医師、保健・福祉・教育行政に携わっている担当者の立場からお考えをお聞かせください。

1. 自治体について (回答者： (所属： ))

(1) 名称 ( )

(2) 人口 (最新のデータ) ( ) 人  
( 年 月 日現在)

(3) 自治体の中に、障害児の診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設  
〔療育センター〕や〔子ども発達センター〕など) がありますか？ (ある・ない)

(4) 自治体の中に、上記以外の児童・思春期の発達障害・知的障害を対象に診断、心理  
検査、薬物治療をすべて行っている医療機関はありますか？ (ある・ない)

(5) 自治体に住む児童・思春期の発達障害・知的障害を対象に診断・心理検査、薬物治  
療をすべて行っている医療機関は、全部で何か所ありますか？ ( ) 所

2. 発達障害・知的障害の累積発生率・有病率等に関する情報のデータベース化について  
(回答者： (所属： ))

(1) 医療機関を受診した発達障害・知的障害の子どもの情報をもとに、累積発生率や有  
病率などを定期的に調査してデータベース化することは、医療・行政にとってどの  
ような意義があると思いますか？

(2) 調査を行う際に考慮すべき点,あるいは調査実施が困難となる要因があるとすれば,何ですか?

(3) 調査を実現するためには,どのような条件が整備されるとよいと思いますか?

3. 学校における発達障害・知的障害の実態把握に関する情報のデータベース化について  
(回答者: (所属: ))

(1) 自治体の教育委員会では,発達障害・知的障害の実態に関する以下の情報について,定期的に集約していますか?集約している場合,どのような方法ですか? 小学校,中学校,義務教育学校,高等学校のすべてではない場合,集約しているものについて教えてください。また,基礎自治体で行っているかどうかだけでなく,都道府県で行っているかどうかについても教えてください。

① 小学校,中学校,義務教育学校,高等学校において,発達障害・知的障害と診断・判定されていることを把握している児童・生徒の割合

② 小学校,中学校,義務教育学校,高等学校において,診断・判定の有無は未確認ながら,なんらかの理由で発達障害・知的障害が疑われ,特別な配慮を要すると思われる児童・生徒の割合

(2) 長野県では、今後の各学校における特別支援教育推進の基礎資料とすることを目的として、県内の公立小学校、中学校、義務教育学校、高等学校全校を対象として「発達障がいに関する実態調査」を毎年行っています。添付資料は、平成30年度の調査結果報告です。これと同様の調査を行うことは、自治体の教育行政にとってどのような意義があると思いますか？

(3) 調査を行う際に考慮すべき点、あるいは調査実施が困難となる要因があるとすれば、何ですか？

(4) 調査を実現するためには、どのような条件が整備されるとよいと思いますか？

以上です。ありがとうございました。

問い合わせ先：

〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1

電話：0263-37-3117

Eメール：hhonda@shinshu-u.ac.jp

信州大学医学部子どもこころの発達医学教室

本田秀夫

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（H30-身体・知的-一般-002）」

（研究代表者：本田秀夫）

# 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

義務教育課  
高校教育課  
特別支援教育課  
心の支援課

## 1 調査目的

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がいのある児童・生徒に関する実態を把握して、今後の各学校における特別支援教育推進のための基礎資料とする。

## 2 調査方法

調査用紙を各学校に配布し、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（高等学校にあつては医師の診断のある生徒数）を調査した。

## 3 調査時期

小学校・中学校・義務教育学校・高等学校 平成 30 年 9 月～10 月

## 4 調査対象

### (1) 長野県公立小・中・義務教育学校児童生徒

小学生	107,045 人
中学生	54,937 人
合 計	161,982 人

### (2) 長野県公立高等学校生徒

全日制	44,839 人
定時制	1,818 人
通信制	1,742 人
合 計	48,399 人

### (参 考)

調査結果における「対全体比」の母数については、5 月に実施している学校基本調査の統計を使用した。

## 5 小・中学校における発達障がいに関する実態調査の結果について

### (1) LD (学習障害) (単位：人)

年 度	小学校	中学校	合 計	対全体比
15年度	81	33	114	0.06%
27年度	193	165	358	0.21%
28年度	169	163	332	0.20%
29年度	152	156	308	0.19%
30年度	177	172	349	0.22%

### (2) ADHD (注意欠陥多動性障害) (単位：人)

年 度	小学校	中学校	合 計	対全体比
15年度	359	104	463	0.24%
27年度	1,251	634	1,885	1.10%
28年度	1,119	647	1,766	1.05%
29年度	1,050	578	1,628	0.99%
30年度	1,054	649	1,703	1.05%

### (3) ASD (自閉症スペクトラム障害) (単位：人)

年 度	小学校	中学校	合 計	対全体比
15年度	217	39	256	0.13%
27年度	2,676	1,278	3,954	2.31%
28年度	2,607	1,303	3,910	2.32%
29年度	2,593	1,283	3,876	2.35%
30年度	2,831	1,353	4,184	2.58%

※自閉症スペクトラム障害には、広汎性発達障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群を含む。

### (4) その他 (複数の発達障がい、ODD (反抗挑戦性障害)) (単位：人)

年 度	小学校	中学校	合 計	対全体比
15年度	3	0	3	0.00%
27年度	86	69	155	0.09%
28年度	660	239	899	0.54%
29年度	841	327	1,168	0.71%
30年度	1,170	453	1,623	1.00%

※平成28年度から複数の発達障がいの診断・判定を受けている児童・生徒数の調査を新たに加えた。

### (5) 合 計 (単位：人)

年 度	小学校	中学校	合 計	対全体比
15年度	660	176	836	0.43%
27年度	4,206	2,146	6,352	3.71%
28年度	4,555	2,352	6,907	4.10%
29年度	4,636	2,344	6,980	4.24%
30年度	5,232	2,627	7,859	4.85%

### (6) (1)～(4)と診断・判定されている児童・生徒数 (単位：人)

	小学校	中学校	合 計
合計	5,232	2,627	7,859
通常学級	2,210 (42.2%)	1,251 (47.6%)	3,461 (44.0%)
特別支援学級	3,022 (57.8%)	1,376 (52.4%)	4,398 (56.0%)

- 小・中・義務教育学校全体における発達障がいの診断・判定を受けている児童生徒の割合は4.85%となっており、15年度調査開始以来最も高い。
- ASDの診断・判定を受けている児童生徒は、LD・ADHDの診断・判定を受けている児童生徒に比べて増加率が高い。
- 複数の発達障がい等の診断を受けている児童生徒が急増している。



## 6 高等学校における発達障がいに関する実態調査の結果について

### (1) 医師の診断のある生徒

#### ① LD(学習障害) (単位：人)

年度	全日制	定時制	通信制	合計	対全体比
19年度	12	7	—	19	0.04%
27年度	46	24	4	74	0.15%
28年度	59	12	2	73	0.15%
29年度	51	18	5	74	0.15%
30年度	44	29	0	73	0.15%

#### ② ADHD(注意欠陥多動性障害) (単位：人)

年度	全日制	定時制	通信制	合計	対全体比
19年度	59	11	—	70	0.14%
27年度	157	35	8	200	0.40%
28年度	186	40	4	230	0.46%
29年度	221	48	5	274	0.55%
30年度	227	45	5	277	0.57%

#### ③ ASD(自閉症スペクトラム障害) (単位：人)

年度	全日制	定時制	通信制	合計	対全体比
19年度	63	24	—	87	0.17%
27年度	304	112	29	445	0.89%
28年度	359	108	17	484	0.97%
29年度	364	137	24	525	1.06%
30年度	390	129	13	532	1.10%

※自閉症スペクトラム障害には、広汎性発達障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群を含む。

#### ④ その他(複数の発達障がい、ODD(反抗挑戦性障害)等) (単位：人)

年度	全日制	定時制	通信制	合計	対全体比
19年度	4	4	—	8	0.02%
27年度	41	39	5	85	0.17%
28年度	70	49	9	128	0.26%
29年度	119	98	9	226	0.46%
30年度	240	153	38	431	0.89%

#### ⑤ 合計 (単位：人)

年度	全日制	定時制	通信制	合計	対全体比
19年度	138	46	—	184	0.36%
27年度	548	210	46	804	1.60%
28年度	674	209	32	915	1.84%
29年度	755	301	43	1,099	2.22%
30年度	901	356	56	1,313	2.71%

#### ⑥ 医師の診断を受けている生徒が在籍する学校数 (単位：校)

年度	全日制	定時制	通信制
19年度	58	15	—
27年度	78	18	2
28年度	76	18	2
29年度	76	18	2
30年度	79	17	2

#### ⑦ 医師の診断を受けている生徒の進路状況 (単位：人)

卒業年度	進学	就職	社会福祉施設	その他	合計
18年度	22	7	2	3	34
26年度	79	78	10	24	191
27年度	115	90	7	18	230
28年度	130	122	3	33	288
29年度	127	96	11	45	279

※その他の進路：家居、進学予備校等

(2) スクリーニングにより、特別な支援が必要だと思われる生徒数 (単位：人)

年度	全日制	定時制	合計	対全体比
19年度	264	83	347	0.67%
27年度	942	273	1,215	2.53%
28年度	981	273	1,254	2.52%
29年度	949	215	1,164	2.44%
30年度	971	250	1,221	2.62%

※通信制については、課程の特性により調査の対象外とした。

- 高校における医師による発達障がいの診断を受けている生徒の割合は2.71%となっており、平成19年度調査開始以来最も高い。
- ADHD、ASDの診断を受けている生徒の人数及び割合は、やや増加傾向にある。
- 複数の発達障がい等の診断を受けている生徒が急増している。
- すべての高校に、発達障がいの診断のある生徒が在籍している。

## 7 総括

### (1) 現状

- 小・中・義務教育学校・高等学校ともに、発達障がいの診断を受けている等により、特別な支援が必要だと思われる児童生徒数は年々増加している。
- 特に、今回調査では複数の発達障がい等の診断を受けている児童生徒が急増した。

### (2) 対応

「第2次長野県特別支援教育推進計画」では、「すべての子どもが持てる力を最大限に発揮し、共に学び合うインクルーシブな教育」の実現を目指している。そのためには、学校が「多様性を包み込む学びの場」としてさらに充実していくよう、教員の特別支援教育に関する専門性の向上と、学校としての指導・支援力の向上をねらいとした取組を、一層強化していく必要があると考えている。

- 通常学級における集団及び個への効果的指導の研究及び実践
- 通級指導教室の拡充
- 特別支援学校のセンター的機能の活用による教員の専門性及び指導力の向上
- 特別支援学校の自立活動担当教員による巡回支援の強化
- 支援に関する情報の進路先への着実な引継ぎによる、切れ目のない支援の実現
- 医療・福祉等、専門家や外部支援機関と連携した、早期からの卒業後を見据えたライフステージに応じた支援体制の構築
- スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー等による相談支援体制の充実
- 学校における指導及び支援の即実践につながる教員研修の実施

調査結果から見た今後の施策の方向性

発達障がいのある児童生徒の増加

～考えられる背景～

社会的認知・理解の広がり

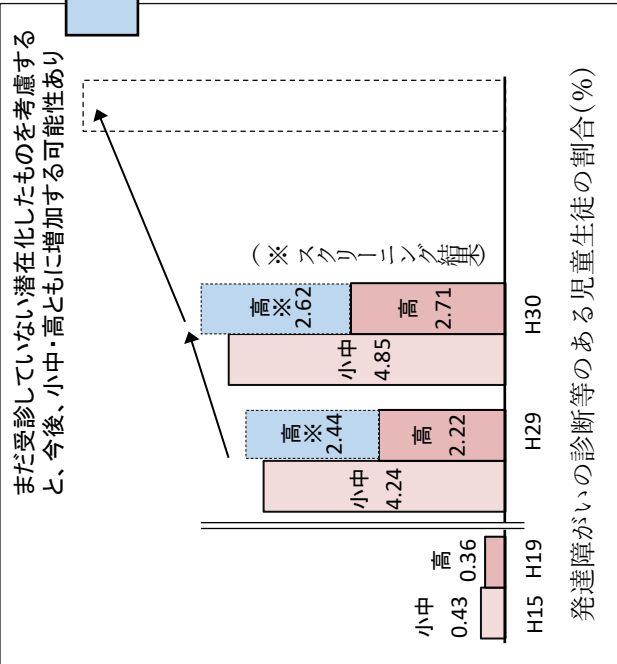
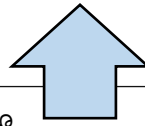
障害者差別解消法の制定

診断基準変更の定着

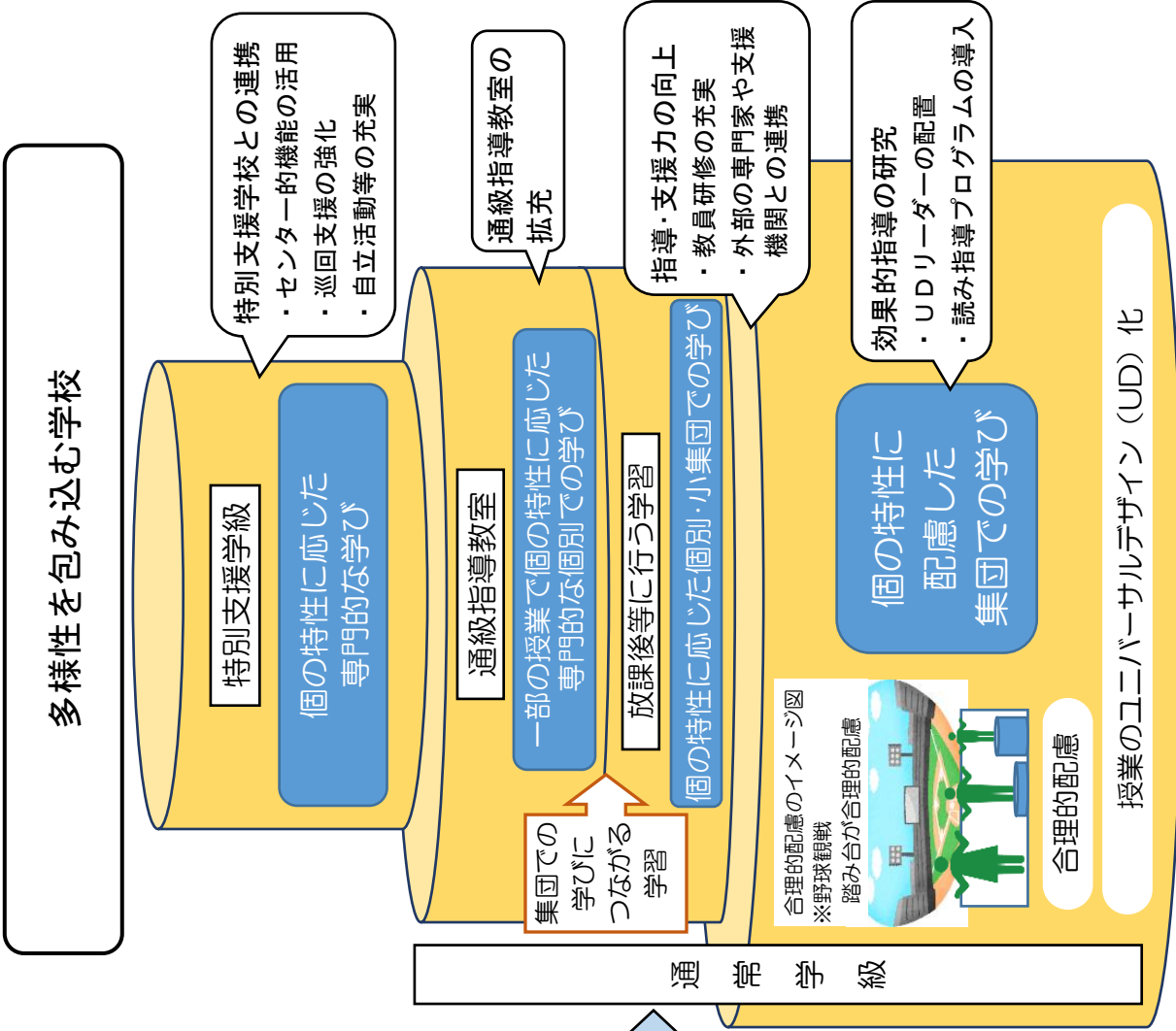
医療・福祉・支援機関の積極的取組

受診の増加（診断を受け、適切な対応を期待）

まだ受診していない潜在化したものを考慮すると、今後、小中・高とも増加する可能性あり



- その子の困難さを早期に発見し、迅速に対応
- 通常学級での学びを基本とした、すべての児童生徒への適切な支援



令和元年度厚生労働科学研究費（障害者対策総合研究事業）  
発達障害の子どもへの支援ニーズの経時的推移に関する多地域追跡調査

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 教授）  
研究協力者 高橋 和俊（ゆうあい会石川診療所 所長）  
廣瀬 三恵子（函館中央病院小児科 医師）  
須佐 史信（はこだて療育・自立支援センター診療所 所長）  
加藤 知子（かとうメンタルクリニック 副院長）  
高橋 実花（かとうメンタルクリニック 医師）

研究要旨：函館地域では平成 25 年度より昨年度まで平成 13 年 4 月～平成 14 年 3 月生まれ（小 6～中 3）及び平成 18 年 4 月～平成 19 年 3 月生まれ（小 1～小 6）の 2 つの学年集団を対象に、発達障害が疑われる、あるいはそのために医療機関を受診している児童生徒の頻度と不登校の割合について、学校及び医療機関に対して経年的に調査を行ってきた。今年度は平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月生まれ（小 2）を加え、平成 13 年 4 月～平成 14 年 3 月生まれ（中 1）とともに同様の調査を行った。教育機関調査では、発達障害の特徴を持つ児童生徒の全児童生徒に対する割合は小 2 で 16.3%、中 2 で 15.7%と、過去の調査と比較して明らかに増加していた。医療機関を受診している生徒はそれぞれ 6.8%、6.9%とその半数以下であったが、過去の調査との比較ではこちらも明らかに増加していた。特徴の種別については、これまでの調査では PDD の特徴が最も多かったが、今回は小学校 2 年生で ADHD の特徴が PDD を上回り、中学校 1 年でも ADHD の特徴の割合がこれまで以上に高まっていた。PDD の特徴がある場合には医療機関の受診率が高かったが、ADHD の特徴がある場合の受診率は 1/4 程度にとどまっていた。発達に遅れや偏りがある場合の不登校率は小 2 が 1.1%、中 1 が 7.9%で、一般的な不登校率に比して明らかに高かった。医療機関調査では、発達の問題で医療機関を受診している子どもは小 2 で 5.7%、中 1 で 5.6%であり、過去の調査と大きな差はなく全児童生徒数に対する受診率は比較的安定していた。主診断は小 2、中 1 とともに PDD が 83%と圧倒的に多く、この点も過去の調査と大きな差は見られず、頻度及び特徴の種別（診断）について、教育機関調査と医療機関調査との間に乖離が見られた。このことより、教育機関調査でみられる発達障害の特徴を持つ生徒の増加は真の増加ではなく、発達障害に対する社会的な認知が進んだことによるものである可能性が高いと考えられた。

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）<sup>1)～4)</sup>、および、発達障害の子どもへの支援ニー

ズの継時的推移に関する多地域調査（平成28～29年度）<sup>5)</sup>を行い、さらに昨年度も同様の調査<sup>6)</sup>を継続してきた。

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ーズの7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

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、令和元年11月に、函館市立小学校43校、公立中学校21校及び近隣の特別支援学校6校を対象にアンケートへの回答を依頼した。

調査対象は平成31年4月2日現在で函館市に住所のある小学校2年生及び中学校1年生であり、後者は平成25～27年度（平成25年度の小学校1年生）の調査対象に一致するグループである。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ICD-10に準じて、(1) 広汎性発達障害（PDD）、(2) 注意欠如・多動性障害（ADHD）(3) コミュニケーション障害・構音障害（Com）、(4) 学習障害（LD）、(5) 精神遅滞（MR）、(6) 吃音・選択性緘黙・チック等その他（その他）の6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。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、令和元年9月30日の時点で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年生だったグループは今年度で調査7年目になり、小学校1年生から中学校1年生までの7年間毎年度の追跡調査が行われたことになる。また、小学校2年生を調査に新たに加えたことで、平成13年4月～平成14年3月生まれ、平成18年4月～平成19年3月生まれ、平成23年4月～平成24年3月生まれと、5年間隔の生年集団の調査を行ってきたことになった。

### 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、令和元年11月～令和2年1月の期間に実施した。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で、平成31年4月2日時点で教育機関調査の対象となった学校に在籍していた小学校2年生及び中学校1年生、すなわち教育機関調査と同一の学年グループで

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（発達指数）を調査した。知能指数及び発達指数はIQ・DQ区分として、平均（86-115）、境界域（71-85）、軽度（51-70）、中等度（31-50）、重度（21-30）、最重度（20以下）に分類した。

同様の調査は、平成13年4月～平成14年3月生まれ及び平成18年4月～平成19年3月生まれを対象に、平成26年度（小学校2年生、中学校1年生）、平成29年度（小学校5年生）、平成30年度（小学校6年生）を対象に行っており、これらの過去の調査との比較を行った。

#### （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（今年度）

函館市立小学校43校、公立中学校21校及び近隣の特別支援学校6校の全校から回答を得ることができ、すべてが有効回答であったため、回答率は100%であった。

発達に遅れや偏りを持つ児童生徒の全体に占める割合を表1に示す。小学校2年生の在籍人数は1,673人（男860人、女813人）で、そのうち発達の遅れや偏りのある児童は272人（男189人、女83人）で、全児

童数に占める割合は16.3%（男22.0%、女10.2%）だった。医療機関受診を学校で把握している児童生徒は114人（男80人、女34人）で、全児童数に占める割合は6.8%（男9.3%、女4.2%）だった。

中学校1年生の在籍人数は1,691人（男889人、女802人）で、そのうち発達の遅れや偏りのある児童は265人（男209人、女56人）で、全児童数に占める割合は15.7%（男23.5%、女7.0%）だった。医療機関受診を学校で把握している児童生徒は116人（男94人、女22人）で、全児童数に占める割合は6.9%（男10.6%、女2.7%）だった。

特徴種別の割合（図1）では、小2ではPDD 27.3%（53人）、ADHD 28.3%（55人）、Com 8.8%（17人）、LD 15.5%（30人）、MR 16.0%（31人）、その他4.1%（8人）で、ADHDが最も多くなっていた。医療機関受診のある場合には、PDD 67.5%（77人）、ADHD 10.5%（12人）、Com 3.5%（4人）、LD 2.6%（3人）、MR 13.2%（15人）、その他2.6%（3人）と、PDDが2/3を占めていた。

同様に中1では、PDD 43.8%（85人）、ADHD 20.6%（40人）、Com 3.1%（6人）、LD 22.2%（43人）、MR 4.6%（9人）、その他5.7%（11人）とPDDが最も多く、次いでLDが多いという特徴があった。医療機関受診のある場合には、PDD 68.1%（79人）、ADHD 10.3%（12人）、Com 2.6%（3人）、LD 2.6%（3人）、MR 11.2%（13人）、その他5.2%（6人）と、PDD及びMRの割合が高くなり、ADHDとLDは少なくなっていた。

医療機関未受診の理由（図2）では小2、中1とも「不明」が多かったが、それ以外では「学校は必要性を感じているが家族の理解が得られない」が最も多く、「家族も学

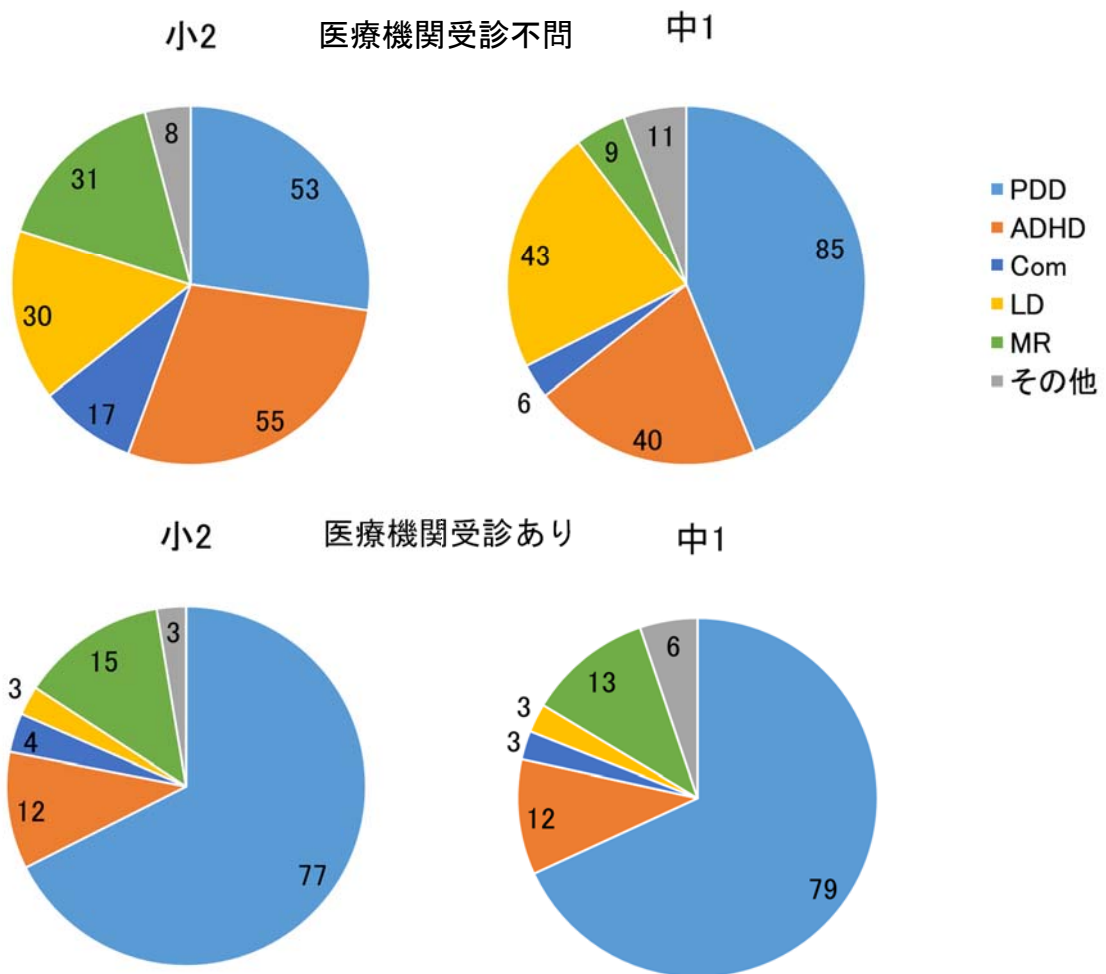


図1 特徴の種別ごと人数

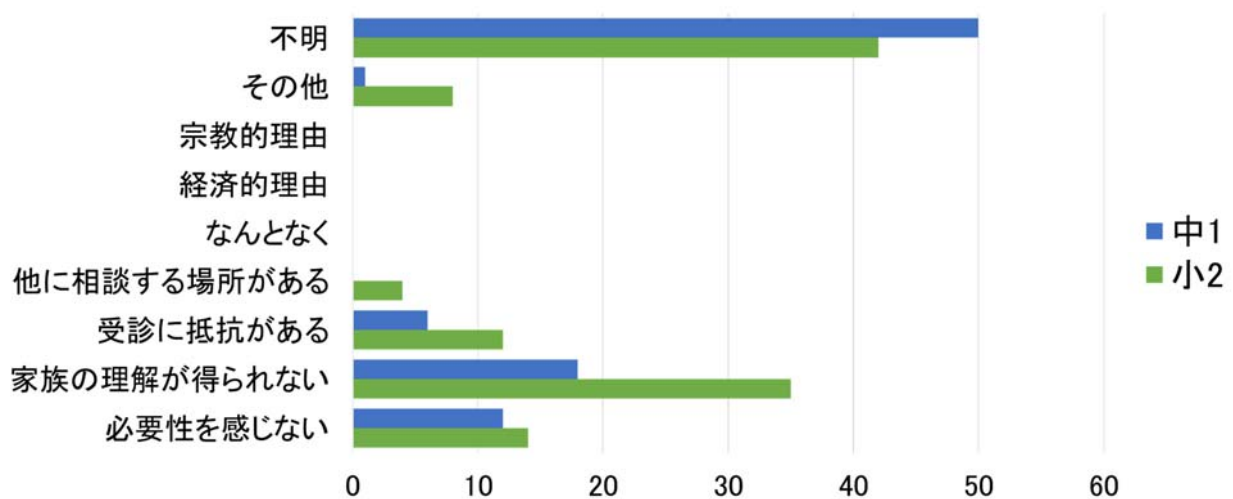


図2 医療機関を受診しない理由

校も受診の必要性を感じていない」「家族は  
必要性を理解しているが受診に抵抗がある」  
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

校率を表 2 に示す。対全児童数割合では小 2 で 0.2% (3 人)、中 1 で 1.2% (21 人) で、発達に遅れや偏りを持つ児童生徒に占める割合は、それぞれ 1.1%、7.9% だった。

## 2) 教育機関調査 (経年比較)

図 3 に平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月生まれ (グループ 1)、平成 18 年 4 月～平成 19 年 3 月 (グループ 2)、平成 13 年 4 月～平成 14 年 3 月 (グループ 3) の発達に遅れや偏りを持つ児童生徒の頻度に関する調査結果の推移を示す。平成 25 年度の調査では特別支援学校からの回答は 100% であったが、函館市立の公立小中学校からの回答が半数

程度にとどまったため、経年変化は全体の合算は行わず通常学級及び特別支援学級の合計のみで調査し、特別支援学校は含めなかった。平成 26 年度以降はほぼ 100% の回答率であった。グループ 1 は小 2、グループ 2 は小 2～中 1、グループ 3 は小 6～中 1 での調査となった。

グループ 1 については単年度のみの調査であり、また、グループ 2 及びグループ 3 については重複する学年が小 6 と中 1 の 2 年間のみであるため明確な結論は難しいものの、発達に遅れや偏りを持つ児童生徒 (医療機関受診不問) の割合は、グループ 3 で最も少なく、グループ 1 で最も多くなってい

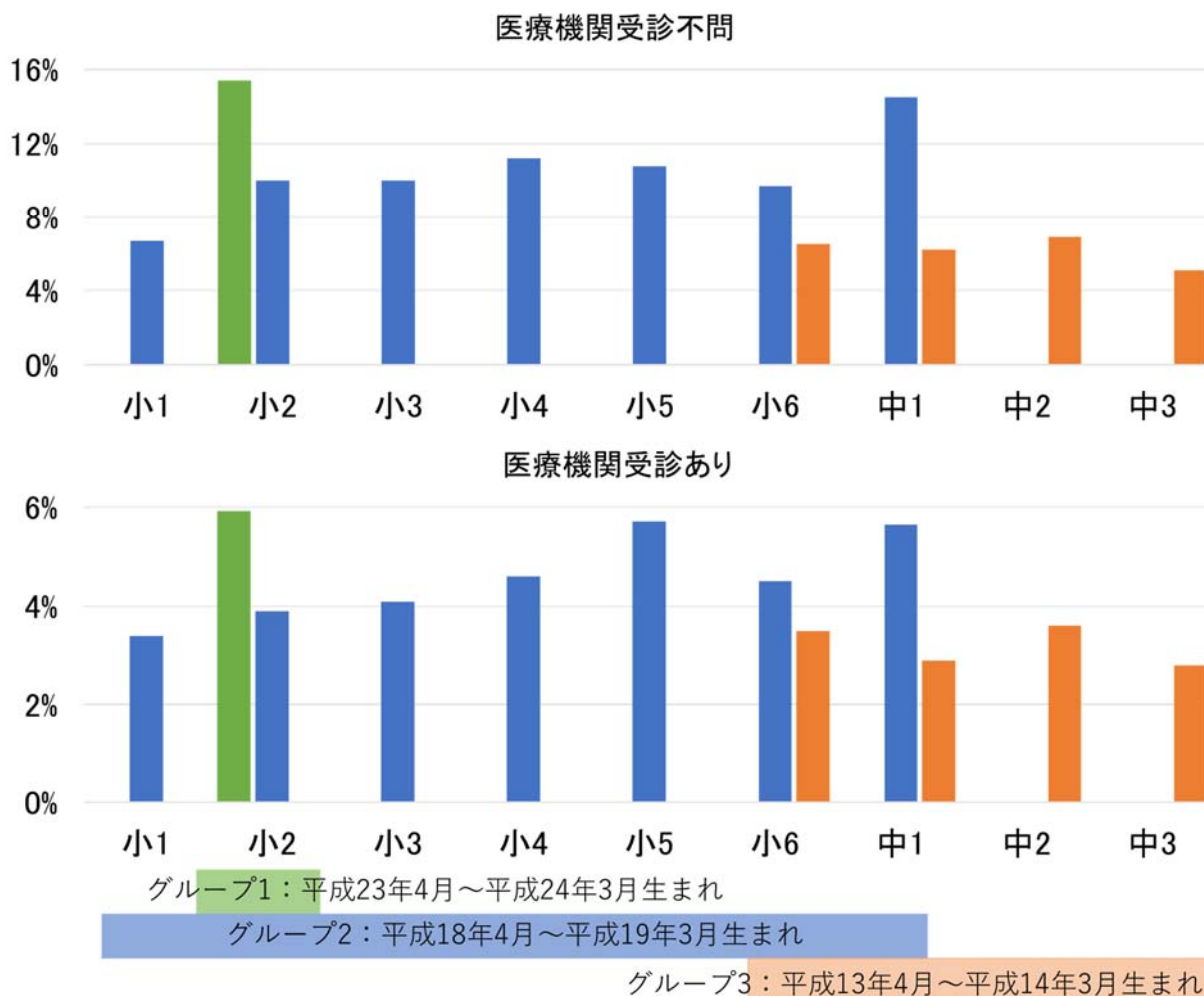


図 3 発達に遅れや偏りを持つ児童生徒の割合の経年変化



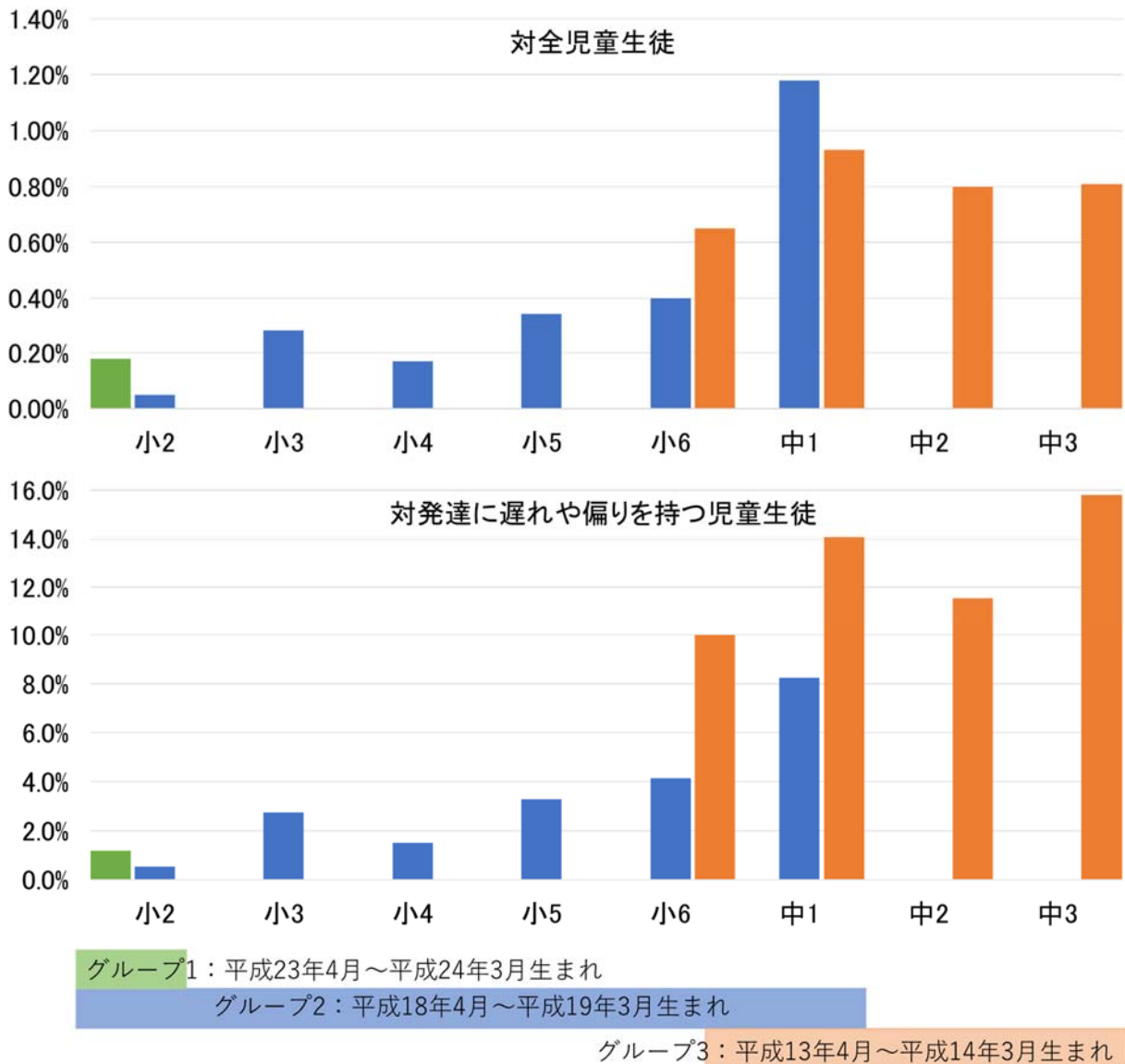


図4 不登校の頻度の経年変化

た。医療機関受診がある場合には、グループ間の差は小さくなっていったが、グループ1で最も多く、グループ3で最も少ないという傾向は変わらなかった。

不登校の頻度(図4)については、全児童生徒に対する割合でみるとグループ間の差には一定の傾向はなかったが、発達に遅れや偏りを持つ児童生徒に占める不登校の割合でみると、グループ2はグループ3よりも不登校の割合が少ない傾向があった。

3) 医療機関調査(今年度)

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ていた受診者は、小2で96人(男67人、女29人)、中1で94人(男74人、女20人)であった(表3)。全児童生徒数に対する割合(推定有病率)はそれぞれ5.7%、5.6%で、これは学校が医療機関の受診を把握している割合

(それぞれ 6.8%、6.9%) より低かった。

主診断別割合(図5)は、小2でPDD 83.0% (80人)、ADHD 12.5% (12人)、Com 3.1% (3人)、LD 0% (0人)、MR 1.0% (1人)、その他 0% (0人)、中1でPDD 83.0% (78人)、ADHD 12.8% (12人)、Com 0% (0人)、LD 2.1% (2人)、MR 2.1% (2人)、その他 0% (0人)で、PDDが圧倒的に多く、学年による差は比較的少なかった。

DQ・IQ区分(図6)は、小2では平均 46.7% (43人)、境界域 25.0% (23人)、軽度 17.4% (16人)、中等度 7.6% (7人)、重度 3.2% (3人)、最重度 0% (0名)、中1は平均 57.0%

(53人)、境界域 20.4% (19人)、軽度 14.0% (13人)、中等度 7.5% (7人)、重度 1.1% (1人)と、小2は中1と比較し知的障害の割合が高かった。

診断時年齢(図7)は、小2では就学前が78.1% (75人)、中1では就学後が57.4% (54人)であった。小2では明らかな診断年齢の男女差は見られなかったが、中1では男子で低年齢での診断が多いという男女差が見られた。

4) 医療機関調査(経年比較)

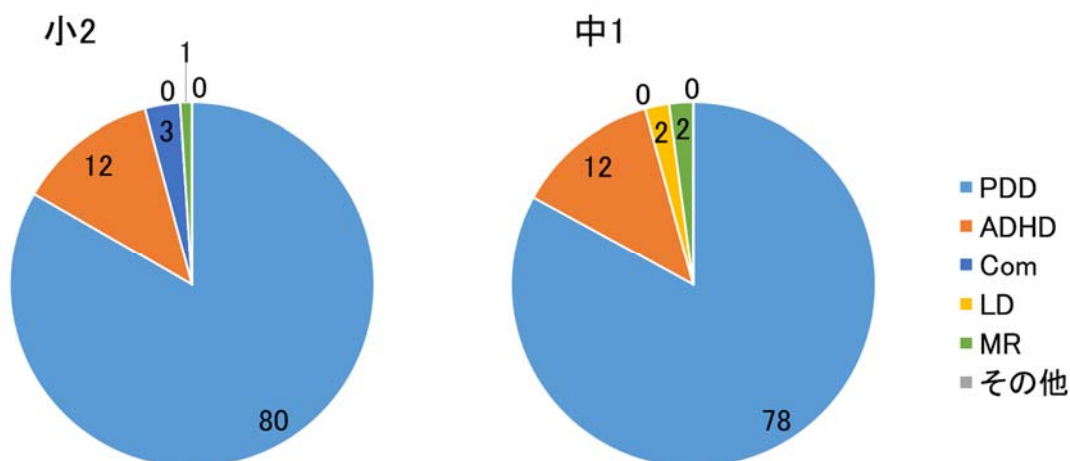


図5 主診断

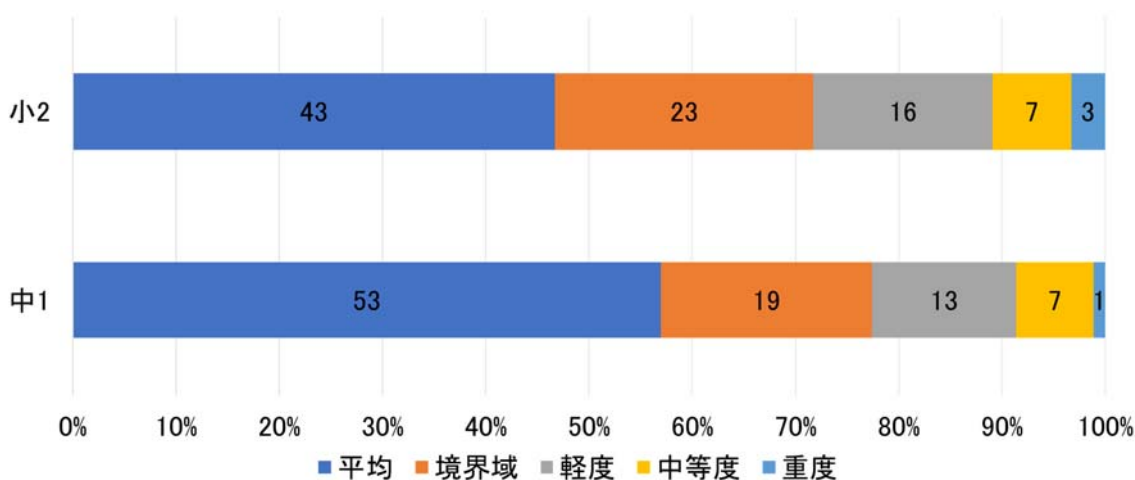


図6 DQ・IQ区分

過去の医療機関調査は平成 26 年度、平成 29 年度、平成 30 年度の 3 回実施されており、平成 26 年度についてはグループ 2（小 2）及びグループ 3（中 1）、平成 29 年度及び平成 30 年度についてはグループ 2（小 5 及び小 6）の調査となっていた。

調査対象となった医療機関を受診し、発達障害の診断を受けていた子どもの頻度は、平成 26 年度調査では正確に算出することが困難で、平成 29 年度、30 年度及び今年度の比較のみ可能であった。それによると、グループ 2 の平成 29 年度（小 5）5.1%、平成 20 年度（小 6）5.1%、今回（中 1）5.6%と大きな変動はなかった。

グループ 1 及びグループ 2 の小学校 2 年生時点での診断の内訳の比較を図 8 に示す。PDD がそれぞれ 83.3%、85.8%と大多数を占め、ADHD が 12.5%、7.5%でそれに次ぎ、この二つのグループではグループ 1 で ADHD が多いという傾向はあったが、それ以外には大きな差は見られなかった。

また、グループ 2 の診断の内訳を小 2 時点と中 1 時点で比較すると（図 9）、PDD が

それぞれ 85.8%、83.0%、ADHD が 7.5%、12.8%と、中学校 1 年生でやや ADHD が増加していたものの、おおむね同じ傾向だった。

#### D. 考察

今回は、従来までの調査対象（グループ 2：平成 18 年 4 月～平成 19 年 3 月生まれ）に加え、グループ 1（平成 23 年 4 月～平成 24 年 3 月生まれ）の調査を初めて行った。そのことによってグループ 3（平成 13 年 4 月～平成 14 年 3 月生まれ）と合わせ、生年が 5 年間隔で並ぶグループ間の比較が可能となった。

過去の調査と比較すると、今回の調査結果では発達に遅れや偏りがある（発達障害特性がある）と学校で判断される児童生徒の比率が小 2（グループ 1）、中 1（グループ 2）とも大幅に上昇していた。医療機関受診がある場合にも、増加の幅は小さいものの、やはり同様の傾向が見られていた。

特徴の種別については、小 2 で初めて ADHD が最も多くなり、中 1 でも ADHD の割合が過去の調査と比較して多くなっていた。

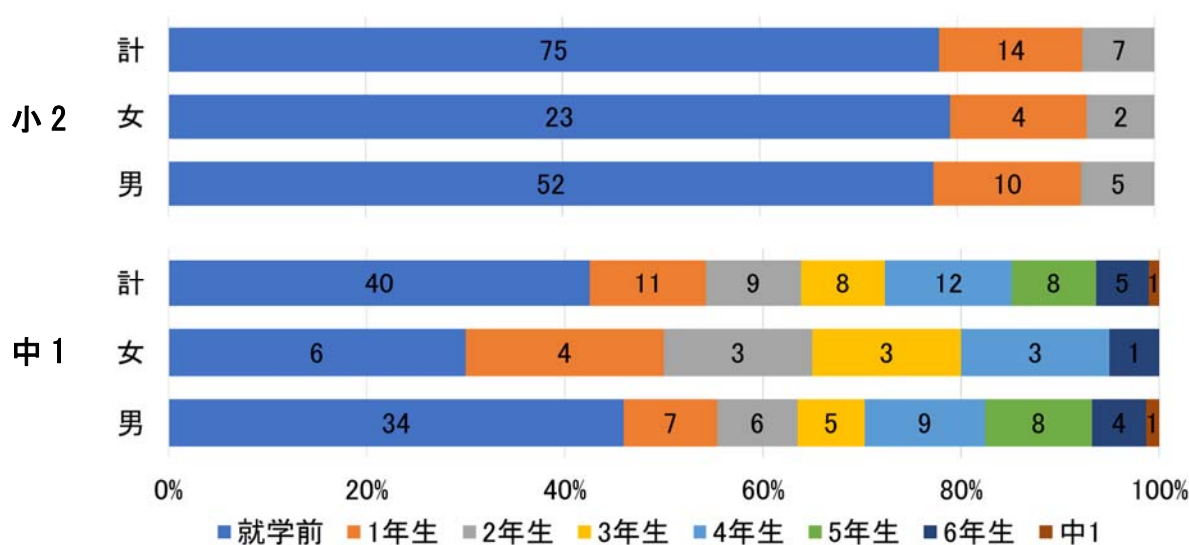


図 7 診断時年齢

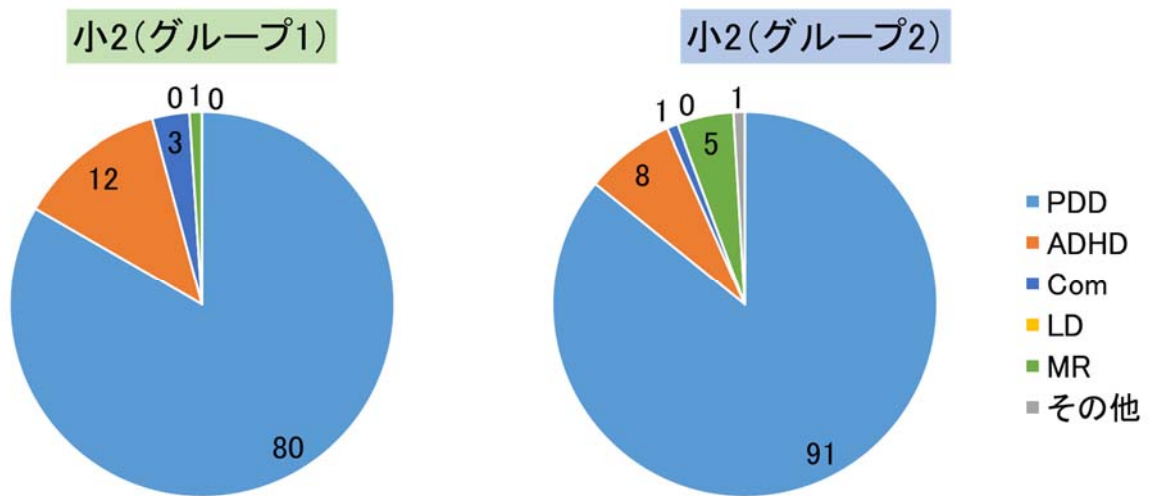


図8 小2の主診断の旧調査との比較

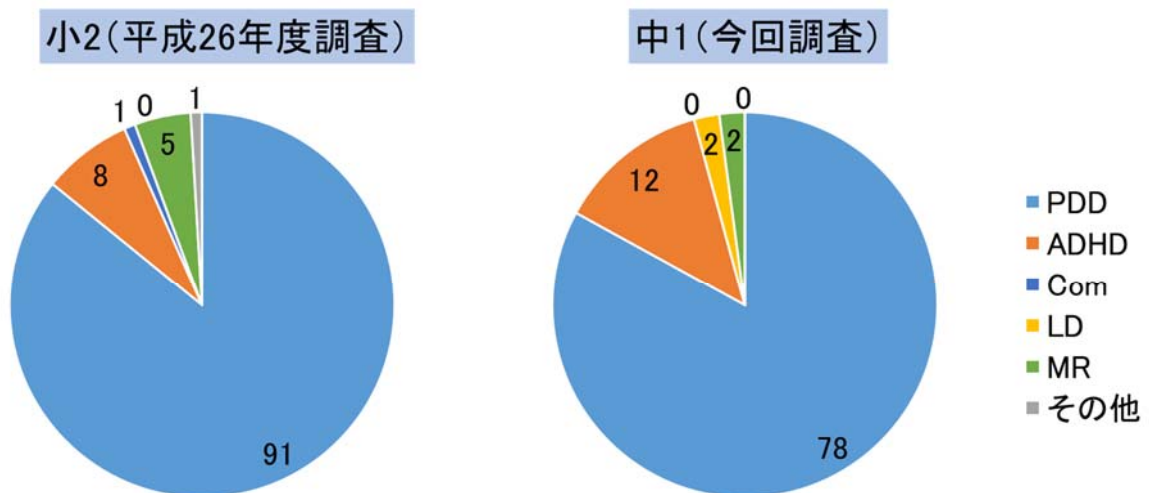


図9 グループ2の主診断の旧調査との比較

不登校の比率については、小2は不登校の人数自体が少ないため比較は困難と思われたが、グループ2とグループ3の比較では、発達に遅れや偏りがある児童生徒の比率の高いグループ2で一貫して不登校の頻度は少なかった。一般の不登校の頻度と比較すると発達障害特性が不登校のリスク要因であることは間違いないと考えられる一方で、発達障害特性のある児童生徒の比率が高いグループ2で不登校の頻度が少ないことは一見矛盾した結果であるように思わ

れる。

このことに対しては、学校で発達に遅れや偏りがあると判断される子どもの数の増加が発達障害の実際の増加を反映しているのか、それとも見かけ上のものなのかによって、想定される背景が異なってくる。もし、発達障害のある児童生徒の数が実際に増加しているのであれば、学校での発達障害に対する理解が進み、対応がよくなったことによって不登校の数が抑えられている（以前は不登校になってしまっていたような児

児童生徒でも学校に通うことができるようになってきている)と考えることができる。反対に、学校で発達に遅れや偏りがあると判断される子どもの数の増加が実際の増加ではなく見かけのものだとすると、不登校リスクの少ない児童生徒も発達に遅れや偏りがあるとして集計に含まれるようになったため不登校の比率が見かけ上低下したという可能性も考えられる。

今回の調査だけでこの問題について明確な結論を引き出すことは難しいが、対全児童生徒比では発達に遅れや偏りを持つ子どもの不登校率は必ずしも低下しているとは言えないことから、実数の増加によるものとは考えにくく、やはり見かけ上の増加である可能性が高いものと思われる。

医療機関調査については、発達障害の推定有病率は小2で5.7%、中1で5.6%とほぼ同じであった。経年変化については平成29年度、平成30年度より今年度でやや増加していたものの、教育機関調査と比較すると変動幅は小さかった。主診断については、小2について平成26年度年調査(グループ2)と平成31年度調査(グループ1)を比較した場合でも、グループ2を経年的に小2(平成26年度調査)と中1(今年度調査)で比較した場合でも、診断の内訳に大きな変化はなく、地域全体としての診断は比較的安定しており、この点でも教育機関調査とは差が見られていた。

函館地域では平成25年より継続的に教育機関及び医療機関を対象に、発達に遅れや偏りのある(発達障害特性を持つ)児童生徒の疫学的調査を7年にわたり行ってきた。初年度の平成25年度には、調査に対する学校の理解を得ることが難しく回答率は50%

程度にとどまったが、平成26年度からはほぼ全校から回答を得ることができ、悉皆調査に近い形で調査を継続することができた。このような成果が可能となった背景には、厚生労働省の調査として行うことができたため調査の重要性に対する理解が得やすかったこと(トップダウン)、医療と教育の連携が日常的で教育委員会を含め学校と医療機関との距離が比較的近いという地域性があったこと(ボトムアップ)、学校側が喫緊の課題としてとらえている不登校と発達障害との関係についての調査が含まれていたこと(教育サイドのニーズ)の3つの要素があったものと思われる。厚生労働省研究班の研究としては今回が最後となりトップダウンの要素が失われるため、今後の研究継続については新たなアプローチが必要となるが、このような研究は長期間にわたって継続することが重要であると考えられるため、今後もできる限り継続できるよう検討していきたいと考えている。

## E. 結論

函館地域で医療機関を受診している発達障害のある児童生徒の頻度は人口の5~6%程度と推定される。学校現場で発達障害を疑われる児童生徒の頻度は年度により差が大きいですが、これは実際の増加ではなく現場の認識が変化してきているためと考えられる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表(予定)

・高橋和俊、廣瀬三恵子、須佐史信、他:「発達障害が疑われる生徒の頻度と不登校に関

する経年調査～函館市の公立小中学校調査から～」第 62 回日本小児神経学会学術集会、2020 年 8 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、須佐史信、廣瀬三恵子他：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) 本田秀夫、須佐史信、高橋和俊、他：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) 本田秀夫、廣瀬三恵子、高橋和俊、他：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：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厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業-平成 30 年度総括・分担研究報告書（H30-身体・知的-一般-002）, 2019

表1 発達に遅れや偏りを持つ児童生徒の全体に占める割合

	男 (全児童数 A=860)		女 (全児童数 A=813)		合計 (全児童数 A=1,673)	
	実数 (B)	対全児童% (B/A)	実数 (B)	対全児童% (B/A)	実数 (B)	対全児童% (B/A)
小2						
医療機関受診不問	189	22.0%	83	10.2%	272	16.3%
医療機関受診あり	80	9.3%	34	4.2%	114	6.8%
中1						
男 (全生徒数 A=889)					合計 (全生徒数 A=1,691)	
実数 (B)	対全児童% (B/A)	実数 (B)	対全児童% (B/A)	実数 (B)	対全児童% (B/A)	
医療機関受診不問	209	23.5%	56	7.0%	265	15.7%
医療機関受診あり	94	10.6%	22	4.2%	116	6.9%

表2 発達に遅れや偏りを持つ児童生徒の不登校

小2：不登校実数 D=3	%
対全児童 (D/A) : A=1,673	0.18%
対発達に遅れや偏りを持つ児童 (D/B) : B=272	1.10%
中1：不登校実数 D=21	%
対全生徒 (D/A) : A=1,691	1.24%
対発達に遅れや偏りを持つ生徒 (D/B) : B=265	7.92%





令和元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。

今年度は、H18年度生まれの追跡調査として中学1年生、定点調査として小学1年生、6年生を対象学年とした。H18年度生まれの子どもの追跡調査の結果から、発達の偏りや遅れのある子どもの割合は、H25年（小1）18.9%が最も高く、H26年（小2）で10.0%に減少した。その後、H29年（小5）16.3%まで増加傾向がみられたが、減少傾向に転じ、R1年（中1）9.7%の結果となった。小学1年生の定点調査では、R1年度小学1年生の発達の偏りや遅れのある子どもの割合が26.0%（「境界域知能」を除く）であり、H25年度からの定点観測を行う中で最も高い割合となった。内訳をみると、“言葉の問題”を有する子どもが約8%と最も高い割合を示した。医療機関の受診については、震災に起因する避難等の影響や家族の理解、保護者のメンタルヘルス等、問題が重複しており、学校だけで問題を抱えることなく、地域の支援機関との連携も踏まえた支援体制づくりが必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、R1年度の調査結果について報告する。

#### 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R1年度小学1年生と6年生を定点調査として、中学1年生をH18年度生まれの子どもの追跡調査の対象としてR1年12月～R2年1月に質問紙調査を実施した。

質問紙は、南相馬市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、次の通りである。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。

質問項目は、本研究班の共通項目 1)～4) と、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

質問紙の回収率は、小学校 12 校中 12 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、R1 年度小学 1 年生 288 名(男 135 名、女 153 名) 小学 6 年生 385 名(男 194 名、女 191 名)、中学 1 年生 373 名(男 193 名、女 180 名)であった。

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生徒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(合計) [表 1、表 2、表 3 参照]

各学年の“発達の遅れや偏りのある子ども”の割合は、主たる問題別の合計より、小学 1 年生 28.5% (男 35.6%、女 22.2%)、小学 6 年生は 15.6%(男 20.1%、女 11.0%)、中学 1 年生 10.7% (男 17.1%、女 3.9%) 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は、小学 1 年生 6.9% (男 12.6%、女 2.2%)、小学 6 年生 4.2% (男 5.7%、女 2.6%)、中学 1 年生 8.0% (男 12.4%、女 3.3%) であった。

未受診の子どもの割合は、小学 1 年生 21.5% (男 23%、女 20.3%)、小学 6 年生 11.4 (男 14.4%、女 8.4%)、中学 1 年生 2.7% (男 4.7%、女 0.6%)

#### 2) 主たる問題別の割合[表 1、表 2、表 3 参照]

##### ・小学 1 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)」2.4%、「落ち着きがないそそっかしい等の問題(ADHD 等)」3.1%、「発達全体の遅れ(精神遅滞等)」1.0%、「言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)」0.0%であった。

“医療機関未受診”では、「対人関係やこだわり等の問題(自閉症等)」2.4%、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題(ADHD 等)」3.1%、「発達全体の遅れ(精神遅滞等)」3.1%、「言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)」が 8.0%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)」2.6%、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題(ADHD 等)」1.0%、「言葉を理解すること話すことの問題(高温障害等)」0.0%、「発達全体の遅れ(精神遅滞等)」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%であった。

“医療機関未受診”では、「対人関係やこだ

わり等の問題（自閉症等）」2.1%、「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題（ADHD等）」3.1%、「言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）」1.0%、「全体的な発達の遅れ（精神遅滞等）」0.8%、「その他何らかの精神的なケアを要する（チック、緘黙等）」2.1%であった。

・ 中学 1 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）」4.3%、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）」2.1%、「言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）」0.0%、「発達全体の遅れ（精神遅滞等）」1.1%であった。

“医療機関未受診”では、「対人関係やこだわり等の問題（自閉症等）」0.5%、「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題（ADHD等）」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%、「全体的な発達の遅れ（精神遅滞等）」0.5%であった。

### 3) 反抗挑戦性障害について[表 4、表 5、表 6 参照]

発達の遅れや偏りのある子どもの中で、反抗的な特性（しばしば、イライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、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子ども；反抗挑戦性障害の特性）がある子どもの人数と割合について、問題種別、医療機関の受診の有無別で示した。

※診断の有無は問わず、上記の内容が該当すると思われる子どもについて教師が把握する範囲で回答を得ている。

・ 小学 1 年生

発達の遅れや偏りのある子どもの内、反抗挑戦性障害の特性を有すると思われる子

どもは、全体で 9 名（3.1%）であった。医療機関の受診については、「受診あり」6 名（2.1%）、「未受診」3 名（1.0%）である。

主たる問題の内訳をみると、「対人関係やこだわり等の問題（自閉症等）」5 名（1.7%）、その内、医療機関を受診している子どもは 3 名（1.0%）である。「落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）」2 名（0.7%）であり、いずれも医療機関を受診している。

「発達全体の遅れ（精神遅滞等）」1 名 0.3% であり医療機関を受診している。「境界域知能」1 名（0.3%）については未受診であった。

・ 小学 6 年生

発達の遅れや偏りのある子どもの内、反抗挑戦性障害の特性を有すると思われる子どもは、全体で 2 名（0.5%）であった。医療機関の受診については、「受診あり」2 名（0.5%）、「未受診」0 名（0.0%）である。

主たる問題の内訳をみると、「対人関係やこだわり等の問題（自閉症等）」1 名（0.3%）、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）」1 名（0.3%）であった。

・ 中学 1 年生

発達の遅れや偏りのある子どもの内、反抗挑戦性障害の特性を有すると思われる子どもは、全体で 8 名（2.1%）であった。医療機関の受診については、「受診あり」8 名（2.1%）、「未受診」0 名（0.0%）である。

主たる問題の内訳をみると、「対人関係やこだわり等の問題（自閉症等）」4 名（1.1%）、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）」3 名（0.8%）、「発達全体の遅れ（精神遅滞等）」1 名 0.3% であった。

#### 4) 素行障害について[表 7、表 8、表 9 参照]

発達の遅れや偏りのある子どもの内、素行障害の特性(特性触法行為;暴行、器物破損、放火、窃盗、家出、街の徘徊などの触法行為を行ったこと)のある子どもの人数と割合について、学年別に示す。

小学1年生では、いずれの発達障害特性のある子どもにおいても0名(0.0%)であった。小学6年生では、「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題(ADHD等)」1名(0.3%)のみであった。中学1年生は0名(0.0%)であった。

#### 5) 不登校について[表 10、表 11、表 12 参照]

発達の偏りや遅れのある子どもの内、不登校(30日以上長期欠席)の状態にある子どもの全体に占める割合を学年別に示す。小学1年生は、「対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)」1名(0.3%)、「学力の問題(LD等)」1名(0.3%)、発達全体の遅れ(精神遅滞等)1名(0.3%)、その他は全て0名(0.0%)、合計で3名(1.0%)であった。小学6年生は、「その他何らかの精神科的なケアを要する(チック、緘黙等)」1名(0.3%)、その他は全て0名(0.0%)、合計1名(0.3%)であった。中学1年生は、「対人関係やこだわりなどの問題(自閉症等)」3名(0.8%)、「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題(ADHD等)」1名(0.3%)、合計4名(1.1%)であった。

#### 5) 特別な教育的配慮[表 13 参照]

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学年別で示す。

#### ・小学1年生

「学級担任による配慮のみ」12.2%(男12.6%、女11.8%)が最も高く、次いで「難聴・言語障害通級指導教室」7.7%(男8.1%、女7.2%)、「その他の支援」3.5%(男3.0%、女3.9%)、「特別支援学級(知的障害)」2.1%(男3.7%、女0.7%)であった。

#### ・小学6年生

「学級担任による配慮のみ」5.7%(男7.3%、女4.2%)最も高く、次いで「特別支援学級(知的障害)」1.6%(男2.1%、女1.0%)、「特別支援学級(情緒障害)」1.3%(男2.6%、女0.0%)、「その他の支援」1.0%(男1.0%、女1.0%)、「難聴・言語通級指導教室」0.5%(男0.5%、女0.5%)であった。

#### ・中学1年生

「学級担任による配慮のみ」4.3%(男7.4%、女1.1%)最も高く、次いで「特別支援学級(知的障害)」1.9%(男2.1%、女1.7%)、「特別支援学級(情緒障害)」1.1%(男1.6%、女0.6%)、「その他の支援」0.5%(男1.1%、女0.0%)、「難聴・言語通級指導教室」0.0%(男0.0%、女0.0%)、「適応指導教室」0.5%(男1.1%、女0.0%)であった。

#### 6) 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 15 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から得られた有効回答は、小1では13校中9校、小6は13校中5校、中1は7校中6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。

小学校1年生では、集団行動、集団活動

への参加において、気持ちの切り替えや周囲に合わせた行動が難しい状態の子ども、コミュニケーションの苦手さがある、自分の気持ちを表現することの難しさ等の問題を抱える子どもに対して、その都度、声かけ、指示、個別の関わりをするといった支援が中心であった。

小学6年生では、学習への集中、指示の入りにくさ、対人関係のトラブル、ぼんやりする、整理整頓、多動等が特徴としてあげられ、2次的な問題である不登校傾向もみられるはじめる。支援は、視覚的な支援、個別の声かけ、個別の指導、共感的なかかわりが行われていた。

中学1年生では、自閉症特性に加えて、授業への参加の難しさや攻撃性、集団への適応の難しさ、震災の影響、家庭環境の問題等、いくつかの問題が重複する様子がみられる。支援としては、保健室登校、個別の学習指導、対人関係のトラブルの防止や対処、スクールカウンセラーの活用などが行われている。

#### 7) 医療機関を受診しない子どもの特徴と対応 (自由記述) [表 16 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から得られた有効回答は、小1では13校中7校、小6では13校中6校、中1では7校中3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年生、小学6年生、中学1年生それぞれにおいて共通する内容は、発達の遅

れ、学習の困難さ、日常生活上の問題などがあるものの、家庭環境の問題、保護者のメンタルヘルスの問題、家族の理解の難しさにより医療機関の受診の難しさがあった。また、学校における対応として個別の指導、スクールカウンセラーの活用があげられたが、課題として、校内全体の理解や合理的配慮の推進を指摘する意見もあった。

#### 8) 震災後のストレス [表 14 参照]

発達障害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把握した。小学1年生8名(男4名、女4名)、小学6年生12名(男7名、女5名)、中学1年生38名(男24名、女14名)であった。

その内、スクールカウンセラーの面接を受けた子どもは、小学1年生6名(男2名、女4名)、小学6年生0名(男0名、女0名)、中学1年生23名(男11名、女12名)であった。また、医療機関を受診した子どもは、小学1年生3名(男3名、女0名)、小学6年生0名(男0名、女0名)、中学1年生11名(男11名、女0名)であった。

#### 9) H25-R1年度の調査結果まとめ

本研究は、H25年度から7年間に渡り、H18年度生まれの子どもの追跡調査、毎年の小学1年生、6年生の定点調査を行ってきた。今年度の追跡調査の対象児は中学1年生であり、定点調査の対象児は小学1・6年生である。

質問紙の内容は、基本的には毎年同じ内容を使用しているが、H28年度より“発達の遅れや偏りのある子ども”の質問項目に

「境界域知能」が新たに加わった。そこで、H28年度以降については、「境界域知能」を除外して“発達の偏りや遅れのある子ども”の割合を算出し、表17～表19に示した。

H25年度小学1年生（H18年度生まれの子ども）の追跡調査における発達の遅れや偏りのある子どもの割合は、H25年度18.9%（医療機関を受診したと把握している（以下、受診）7.7%）、H26年度10.0%（受診5.0%）、H27年度11.8%（受診5.1%）、H28年度15.6%（受診4.7%）、H29年度16.3%（受診8.9%）、H30年度13.6%（受診7.3%）、R1年度9.7%（受診8.0%）であった。

小学1年生の定点調査における発達の遅れや偏りのある子どもの割合は、H25年度18.9%（受診7.7%）、H26年度17.4%（受診7.1%）、H27年度19.1%（3.8%）、H28年度20.2%（5.1%）、H29年度17.7%（3.8%）、H30年度15.6%（4.0%）、R1年度26.0%（6.9%）

小学6年生の定点調査における発達の遅れや偏りのある子どもの割合は、H25年度9.6%（受診5.9%）、H26年度12.0%（受診6.8%）、H27年度11.4%（4.4%）、H28年度9.4%（4.3%）、H29年度14.6%（8.3%）、H30年度13.6%（7.3%）、R1年度14.0%（4.2%）であった。

#### D. 考察

1) 発達の偏りや遅れのある子どもについて

・発達の偏りや遅れのある子どもの割合の変化について

H18年度生まれの子どもの追跡調査の結果から、発達の偏りや遅れのある子どもの

割合は、H25年（小1）18.9%が最も高く、H26年（小2）で10.0%に減少した。その後、H29年（小5）16.3%まで増加傾向がみられたが、減少傾向に転じ、R1年（中1）9.7%の結果となった。

定点調査の結果は、小学1年生ではR1年26.0%と急激な増加がみられた。しかし、医療機関を受診していると把握する割合は6.9%であり、H25年度、H26年度の7%と類似する。つまり、医療機関未受診の発達障害の疑いのある子どもの増加が推測される。

表1（小学1年生の結果）における内訳（主たる問題）をみると、「言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）」が8.0%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）」が6.3%、「対人関係やこだわり等の問題（自閉症等）」が4.9%、「発達全体の遅れ（精神発達遅滞等）」が4.2%であり、“言葉の問題”が最も高い割合であった。しかしながら、表2、表3における小学6年生、中学1年生の結果をみると、“言葉の問題”は1.0%、0.0%の結果であり、年齢が上がるにつれて減少することが推測される。

次いで多かったADHD等の行動面の問題、発達全般の遅れの問題についても同様に、R1年度の小学6年、中学1年と年齢が上がるに連れて減少傾向がみられる。

しかしながら、自閉症等の行動面の問題を有する子どもの割合は、小1、小6、中1においていずれも4%台であった。また、R1年度の受診の割合をみると、小学1年生よりも中学1年生の方が高い結果であった。母集団が異なるため、一概に比較することは出来ないが、自閉症特性である対人関係やこだわり等の問題は、年齢が上がっても

変化しづらく、継続的な支援が必要とされることが推測された。

・反抗挑戦性障害の特性のある子どもについて

反抗挑戦性障害の特性がみられた子どもは、小学1年生1.7%、小学6年生0.3%、中学1年生1.1%であり、発達障害の種別は「自閉症」、「ADHD」、「全体的な発達の遅れ」、「境界域知能」と多項目に渡る。医療機関の受診については、小学校1年生では、未受診の子どもが2名いたが、小学6年生、中学1年生では全て医療機関を受診していた。行動面など、明らかな問題がみられる場合には、学年が上がるにつれて医療機関につながりやすいことが考えられる。

## 2) 学校における教育的配慮について

・担任による配慮のみの子どもの特徴と対応

表13の学校における支援内容の内訳をみると、「学級担任による配慮のみ」の割合は、小学1年生12.2%、小学6年生5.7%、中学1年生4.3%の結果であり、支援内容の中で最も高い割合を示した。学級担任による配慮のみに該当する子どもの特徴と対応方法について自由記述で回答を得た結果については、表15の通りである。個々に異なる内容が記されているが、学年ごとにみると、小学1年生では集団行動、集団活動への参加が課題となり、個別の配慮を要する内容となっていた。小学6年生では、不登校傾向や学習の難しさ、人間関係のトラブルなどに関する内容であった。中学1年生では、コミュニケーションや対人関係トラブル等の障害特性に加え、家庭環境、震災の

影響など問題が上げられた。

年齢と共に問題が複雑化しており、障害特性への配慮よりも、2次的障害や問題に対する支援へと移行している様子が見られる。「担任の配慮のみ」についての詳細な情報の収集と対策を検討することが必要である。

・医療機関未受診の子どもについて

発達の偏りや遅れはあるが医療機関を受診していない子どもの特徴として、家族の理解や保護者のメンタルヘルス等が特徴として多く上げられた。小学6年生や中学1年生では、学習面の問題がみられはじめ、通級指導教室やスクールカウンセラーの利用、合理的配慮の検討が行われていた。家族形態の多様化、震災後の影響から生活基盤が安定しないという回答もみられ、日常生活の困難さが強く感じられるケースについても学校内で問題を抱えている状況もみられる。地域の支援機関との連携など、地域で支える支援体制づくりが求められる。

・震災後のメンタルヘルスカアの必要な子どもの人数と割合

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と割合(表14参照)は、小学1年生は2.8%、小学6年生は3.1%、中学1年生は10.2%の結果であり、中学1年生の支援ニーズの高さが顕著であった。H23年の東日本大震災発災当時、5歳児であり、避難で入学を迎えた子どもも少なくないことが推測される。避難、帰還に伴い、何度も生活環境が変化していることが推測される。発達の偏りや遅れにかかわらず、子ども全体における避難の影響を

踏まえ、長期的に心のケアを行うことの重要性が示唆された。

#### E. まとめ

小学1年生の定点調査では、R1年度小学1年生の発達の偏りや遅れのある子どもの割合が26.0%（「境界域知能」を除く）であり、H25年度からの定点観測を行う中で最も高い割合となった。内訳をみると、“言葉の問題”を有する子どもが約8%と最も高い割合を示した。H18年度生まれの追跡調査では、発達の偏りや遅れのある子どもの割合はR1年中学1年生が10.7%であり、前年度と比較すると減少傾向がみられた。R1年度の学年別の結果では、自閉症の特性を持つ子どもの割合はいずれも約5%であり、他の障害特性のように学年が上がるにつれて減少傾向を示しにくい、つまり年齢にかかわらず障害特性が確認されやすいことが明らかとなった。

医療機関の受診については、震災に起因する避難等の影響や家族の理解、保護者のメンタルヘルス等、問題が重複しており、学校だけで問題を抱えることなく、地域の支援機関との連携も踏まえた支援体制づくりが必要である。

#### F. 研究発表

1) 論文発表 なし

2) 学会発表

・小学校における発達の気になる子どもの実態とその支援に関する研究～東日本大震災後の福島県沿岸部における6年間の調査結果から～川島慶子, 内山登紀夫. 第54回日本発達障害学会ポスター発表.2019.8

#### 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・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

表1 発達の偏りや遅れのある子どもの人数と割合 R1小学1年生 n=288(男=135,女=153)

主たる問題	総数(受診・未受診の合計)						医療機関受診あり						医療機関未受診					
	男		女		計		男		女		計		男		女		計	
	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)	14	4.9%	12	8.9%	2	1.3%	7	2.4%	7	5.2%	0	0.0%	7	2.4%	5	3.7%	2	1.3%
落ち着がない、そっかしい等の問題(ADHD等)	18	6.3%	16	11.9%	2	1.3%	9	3.1%	8	5.9%	1	0.7%	9	3.1%	8	5.9%	1	0.7%
言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)	23	8.0%	10	7.4%	13	8.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	23	8.0%	10	7.4%	13	8.5%
学力の問題(LD等)	5	1.7%	1	0.7%	4	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.7%	1	0.7%	4	2.6%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	12	4.2%	7	5.2%	5	3.3%	3	1.0%	2	1.5%	1	0.7%	9	3.1%	5	3.7%	4	2.6%
その他何らかの精神科的なケアを要する(チック、緘黙等)	3	1.0%	1	0.7%	2	1.3%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.7%	2	0.7%	1	0.7%	1	0.7%
境界域知能	7	2.4%	1	0.7%	6	3.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	2.4%	1	0.7%	6	3.9%
計	82	28.5%	48	35.6%	34	22.2%	20	6.9%	17	12.6%	3	2.0%	62	21.5%	31	23.0%	31	20.3%

表2 発達の偏りや遅れのある子どもの人数と割合 R1小学6年生 n=385(男=194,女=191)

主たる問題	総数(受診・未受診の合計)						医療機関受診あり						医療機関未受診					
	男		女		計		男		女		計		男		女		計	
	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	4.7%	14	7.2%	4	2.1%	10	2.6%	8	4.1%	2	1.0%	8	2.1%	6	3.1%	2	1.0%
落ち着がない、そっかしい等の問題(ADHD等)	16	4.2%	14	7.2%	2	1.0%	4	1.0%	3	1.5%	1	0.5%	12	3.1%	11	5.7%	1	0.5%
言葉を理解すること話すことの問題(構音障害等)	4	1.0%	3	1.5%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.0%	3	1.5%	1	0.5%
学力の問題(LD等)	4	1.0%	2	1.0%	2	1.0%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%	3	0.8%	2	1.0%	1	0.5%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	3	0.8%	0	0.0%	3	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%	0	0.0%	3	1.6%
その他何らかの精神科的なケアを要する(チック、緘黙等)	9	2.3%	4	2.1%	5	2.6%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%	8	2.1%	4	2.1%	4	2.1%
境界域知能	6	1.6%	2	1.0%	4	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.6%	2	1.0%	4	2.1%
計	60	15.6%	39	20.1%	21	11.0%	16	4.2%	11	5.7%	5	2.6%	44	11.4%	28	14.4%	16	8.4%

表3 発達の偏りや遅れのある子どもの人数と割合 R1中学1年生 n=373 (男=193,女=180)

主たる問題	総数(受診・未受診の合計)						医療機関受診あり						医療機関未受診					
	男		女		計		男		女		計		男		女		計	
	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	4.8%	14	7.3%	4	2.2%	16	4.3%	12	6.2%	4	2.2%	2	0.5%	2	1.0%	0	0.0%
落ち着がない、そっかしい等の問題(ADHD等)	8	2.1%	8	4.1%	0	0.0%	8	2.1%	8	4.1%	0	0.0%	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%	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)	4	1.1%	3	1.6%	1	0.6%	2	0.5%	1	0.5%	1	0.6%	2	0.5%	2	1.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	6	1.6%	4	2.1%	2	1.1%	4	1.1%	3	1.6%	1	0.6%	2	0.5%	1	0.5%	1	0.6%
その他何らかの精神科的なケアを要する(チック、緘黙等)	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%
境界域知能	4	1.1%	4	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.1%	4	2.1%	0	0.0%
計	40	10.7%	33	17.1%	7	3.9%	30	8.0%	24	12.4%	6	3.3%	10	2.7%	9	4.7%	1	0.6%

表4 反抗挑戦性障害の特性のある子どもの人数と割合 R1小学1年生 n=288(男=135,女=153)

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	総計		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)	5	1.7%	4	3.0%	1	0.7%	3	1.0%	3	2.2%	0	0.0%	2	0.7%	1	0.7%	1	0.7%
落ち着がない、そっかしい等の問題(ADHD等)	2	0.7%	1	0.7%	1	0.7%	2	0.7%	1	0.7%	1	0.7%	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%	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)	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%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	1	0.3%	1	0.7%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する(チック、緘黙等)	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%
境界域知能	1	0.3%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.7%
計	9	3.1%	6	4.4%	3	2.0%	6	2.1%	5	3.7%	1	0.7%	3	1.0%	1	0.7%	2	1.3%

表5 反抗挑戦性障害の特性のある子どもの人数と割合 R1小学6年生 n=385(男=194,女=191)

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	総計		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)	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
落ち着がない、そっかしい等の問題(ADHD等)	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	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%	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)	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%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する(チック、緘黙等)	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%
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%
計	2	0.5%	2	1.0%	0	0.0%	2	0.5%	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表6 反抗挑戦性障害の特性のある子どもの人数と割合 R1中学1年生 n=373(男=193,女=180)

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	総計		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)	4	1.1%	4	2.1%	0	0.0%	4	1.1%	4	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
落ち着がない、そっかしい等の問題(ADHD等)	3	0.8%	3	1.6%	0	0.0%	3	0.8%	3	1.6%	0	0.0%	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%	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)	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%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する(チック、緘黙等)	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%
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%
計	8	2.1%	7	3.6%	1	0.6%	8	2.1%	7	3.6%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表7 素行障害の特性のある子どもの人数と割合 R1小学1年生 n=288(男=135,女=153)

主たる問題	素行障害の特性のある子ども						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	総計		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)	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%
落ち着がない、そそかしい等の問題(ADHD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%
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)	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%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	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%
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%	0	0.0%	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%	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%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表8 素行障害の特性のある子どもの人数と割合 R1小学6年生 n=385(男=194,女=191)

主たる問題	素行障害の特性のある子ども						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	総計		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)	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%
落ち着がない、そそかしい等の問題(ADHD等)	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	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%	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)	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%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	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%
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%	0	0.0%	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%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表9 素行障害の特性のある子どもの人数と割合 R1中学1年生 n=373 (男=193,女=180)

主たる問題	素行障害の特性のある子ども						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	総計		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)	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%
落ち着がない、そそかしい等の問題(ADHD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%
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)	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%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	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%
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%	0	0.0%	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%	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%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表10 不登校の子どもの人数と割合 R1小学1年生 n=288(男=135,女=153)

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)	1	0.3%	1	0.7%	0	0.0%
落ち着がない、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)	1	0.3%	0	0.0%	1	0.7%
発達全体の遅れ(精神遅滞等)	1	0.3%	1	0.7%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する(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	1.0%	2	1.5%	1	0.7%

表11 不登校の子どもの人数と割合 R1小学6年生 n=385(男=194,女=191)

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)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
落ち着がない、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科的なケアを要する(チック、緘黙等)	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%

表12 不登校の子どもの人数と割合 R1中学1年生 n=373 (男=193,女=180)

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	0.8%	3	1.6%	0	0.0%
落ち着がない、そっかしい等の問題(ADHD等)	1	0.3%	1	0.5%	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科的なケアを要する(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	4	1.1%	4	2.1%	0	0.0%

表13 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	R1小学1年生 n=287(男=135,女=152)				R1小学6年生 n=384(男=193,女=191)				R1中学1年生 n=368(男=189,女=179)									
	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	%
A. 特別支援学級に在籍	6	2.1	5	3.7	1	0.7	6	1.6	4	2.1	2	1.0	7	1.9	4	2.1	3	1.7
(1) 知的障害特別支援学級総数	1	0.3	1	0.7	0	0.0	5	1.3	5	2.6	0	0.0	4	1.1	3	1.6	1	0.6
(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(3) その他の特別支援学級総数	6	2.1	5	3.7	1	0.7	2	0.5	0	0.0	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(1) 情緒障害通級指導教室に通級	22	7.7	11	8.1	11	7.2	2	0.5	1	0.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	1	0.3	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
(3) その他の通級指導教室に通級	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1	0.5	2	0.5	2	1.1	0	0.0
(4) 適応指導教室((1)~(3)通級児を除く)	10	3.5	4	3.0	6	3.9	4	1.0	2	1.0	2	1.0	2	0.5	2	1.1	0	0.0
(5) その他の支援	35	12.2	17	12.6	18	11.8	22	5.7	14	7.3	8	4.2	16	4.3	14	7.4	2	1.1
(6) 学級担任による配慮のみ																		

表14 震災後のメンタルヘルスケアの必要な子ども的人数と割合

内容	R1小学1年生 n=288(男=135,女=153)				R1小学6年生 n=385(男=194,女=191)				R1中学1年生 n=373 (男=193,女=180)									
	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	%
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	8	2.8	4	3.0	4	2.6	12	3.1	7	3.6	5	2.6	38	10.2	24	12.4	14	7.8
② このうち、SCの面接を受けたことがある児	6	2.1	2	1.5	4	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	6.2	11	5.7	12	6.7
③ ①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	3	1.0	3	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	2.9	11	5.7	0	0.0

表 15 学級担任による配慮のみの子どもの特徴と支援内容

Q1.「学級担任による配慮のみ」の項目に該当するお子さんの特徴と配慮事項について、可能な範囲でご記入ください。

学年	特徴・対応	内容
小1	特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学習等準備に時間がかかる。</li> <li>・切りかえが遅い。</li> <li>・指示が1回で理解できない。</li> <li>・同学年児とのコミュニケーションをとることが難しい。</li> <li>・思ったことをそのまま口にしてしまうためトラブルが多い。</li> <li>・自分の間違いをみとめたくない。</li> <li>・注意されると聞かないふり、かんしゃくなどがみられる。</li> <li>・自分の思い通りにならないと、あばれたりいじけたりする。</li> <li>・指示された内容の意味が理解できず、イライラしてうなり声をあげたり固まってしまう。</li> <li>・知的な遅れがあるが、家族の理解が得られず通常学級で対応している。</li> <li>・一斉指導では課題に取り組めないので力もつかない状態である。</li> <li>・気分にもうがあり、情緒が安定しない。</li> <li>・学習に集中できない。</li> <li>・場面緘黙で困ってもヘルプサインが出せない。</li> <li>・吃音がある。</li> <li>・家庭環境の問題があり、年齢相応の様々な経験が不足しているように思う。</li> <li>・人前で発表することを拒否し、朝の会の司会なども難しい。</li> <li>・こだわりが強く、自閉症的な傾向が見られる。</li> <li>・授業中、失敗すると泣き出し、その後の参加が難しくなる。</li> <li>・家庭では、多動や自己否定的な発言がみられる(学校ではそのような様子は見られない)。</li> </ul>
	対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指示をする前に注意喚起する</li> <li>・個別に声かけをする。(2件)</li> <li>・視覚的に補えるものを活用して指導する。</li> <li>・グループ活動など子ども主体の活動の時には必ずそばで見守る。</li> <li>・言うてはいけないことを口にしてしまうため、その都度指導している。</li> <li>・内容が分かるように簡単にわかりやすく伝えたり、担任と一緒に活動を行う。</li> <li>・担任の近くに席をおき、度々声をかけたり目や手をかけたりする。</li> <li>・離席をみのがさず、窓をあける、プリントを配るなど意味のある動きを許可している。</li> <li>・教育的に無視したり、全体に理解を促したりする。</li> <li>・話を理解する力はあるので、落ち着いて取り組むよう時々声をかけたり、やり直しさせたりしている。</li> <li>・吃音について、自発的な発言も多くみられるため、見守っている。</li> <li>・知らない言葉が多いのでその都度説明し、個別指導をして理解するよう支援している。</li> <li>・失敗してもよいことを伝え、自信を持って取り組むように励ます。</li> </ul>
小6	特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不登校の傾向がある。(2件)</li> <li>・発音の不明瞭さがある。(例:力行→タ行)</li> <li>・学習等に集中できない、指示が入りにくい。</li> <li>・友人関係において、人の気持ちを考えたり想像したりすることが苦手。</li> <li>・記憶が持続しない。</li> <li>・学力が低い。</li> <li>・対人関係でも度々トラブルがある。人との物理的距離感がつかめない。</li> <li>・吃音がある。ぼんやりしている。</li> <li>・気分のまま動き、落ちつきがない。</li> <li>・ぼんやりしている、集中力が持続しない、周囲を気にしない発言をする。</li> <li>・多動傾向があり、集団行動では出遅れてしまう。</li> <li>・整理整頓が苦手。</li> </ul>
	対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚的支援、注意喚起を促す。</li> <li>・個別の声かけをする。(2件)</li> <li>・個別支援をして課題に取り組ませている。</li> <li>・許容範囲を示し、共感的に理解すると落ちつくことができる。</li> <li>・必要に応じて個別的の指導をしている。</li> </ul>

学年	特徴・対応	内容
中1	特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生徒数の減少から人間関係の固定化、男女の人数のアンバランスがあり、避難先でなじめず戻ってきた。</li> <li>・家庭環境の問題も重複している。</li> <li>・震災の直接的な影響よりも、二次的・間接的な影響を大きく受けている。</li> <li>・自閉症スペクトラムの傾向がある。</li> <li>・相手の表情や場の空気を読むことが難しく、コミュニケーションを上手にとることが苦手である。相手の気持ちを考えて行動できず、攻撃的になったりする。</li> <li>・自分に都合の悪い事は忘れてしまう。</li> <li>・落ち着きがなくこだわりが強いいため、他人とコミュニケーションがとれない。</li> <li>・自分の考えを書く活動は非常に苦手で、机に伏したり手遊びをはじめめる。(話し合いをしたり発表をしたりする授業への取り組みは良好)</li> <li>・一斉指導の際、何を指示されたのか伝わらないことがある。</li> </ul>
	対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教室に入るのが困難で保健室またはその他の教室を準備し、そこで個別に学習を進めている(担任、学年主任、養護教諭がかかわる)。</li> <li>・トラブルが生じやすいので様子を見ている必要がある。</li> <li>・トラブルが生じた場合は、その場でもしくはその日のうちに解決するようにする。</li> <li>・対人関係のトラブルで相手と話がくい違ふことがあり、(本人の言葉や気持ちを受け止めた上で)周囲からの話を聞いてた状況を把握している。</li> <li>・保護者、本人に対し、スクールカウンセラーがカウンセリングを行っている。</li> <li>・トラブルになりそうなときに、言葉の理解に関する支援や人間関係が円滑にいくように支援している。</li> <li>・支援員などが個別に声をかけている。</li> </ul>

表 16 医療機関を受診していない子どもの特徴と対応

Q2.「発達の偏りや遅れがあるが、医療機関を受診していない子ども」について、お気づきの点がありましたら、可能な範囲でご記入ください。(教育における課題や問題点、必要とする支援、取り組んでいる支援、子どもの特徴、家族背景、震災の影響等)

学年	内容
小1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障がいによるものなのか、生活経験が少ないからなのか、1年生の段階で判断するのが難しい。</li> <li>・子どもは集団場面でのトラブルが多く、保護者はメンタルヘルスの不安定さがあり、震災後に悪化している。</li> <li>・早生まれであることから、発達面の偏りや遅れについて家族が理解しにくい。</li> <li>・入学後、2学期になり他の子が落ち着いてきたため、行動が目立つようになった。</li> <li>・算数が好きで理解力もあるが、国語や絵を描くことが苦手。</li> <li>・学校での集団生活では困り感がみられるが、家庭では必要性が感じにくく、受診までに至らない。</li> <li>・震災後家庭教育の低下を感じている。家庭での児童の特性の捉えにくさがある。</li> <li>・校内全体で特別支援教育への共通理解、合理的配慮の推進を行う必要がある。</li> </ul>
小6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭との連携がうまく進むよう、適宜連絡を取り合うとともに、教育相談等を実施しているが保護者の理解が得にくい。</li> <li>・家庭環境が多様化している(離婚・再婚の繰り返し。結婚はせずパートナーとして。外国人の保護者(片方/母)等の増加。)</li> <li>・苦手な教科は放課後や休み時間に個別指導を行っている。</li> <li>・子どもの特性を理解しているが、医療の必要性は感じていない。</li> <li>・学習や生活面で、新奇なことへの抵抗が強いため、行事や特別な活動の前は時間をとって説明している。</li> <li>・集団登校できず、毎日遅刻している。偏食やその他感覚面の偏りの強さがあり、日常生活動作が十分にできない。(入浴、洗髪、歯磨き、排せつ等)</li> <li>・震災の影響により、引っ越しと転校を経験。家庭環境の不安定さがある。</li> </ul>
中1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・英語の読み書きにおいて困難がある。</li> <li>・校内での通級指導を利用している。SCによる学習方法のアドバイスを受けている。</li> <li>・家族はそれほど大きな問題として捉えていないが、SCと母親との話し合い(カウンセリング)を通して支援の必要性を伝えている。</li> <li>・SCの助言により合理的配慮の提案を検討している。</li> <li>・家族が高校進学を希望しているため、知的な遅れがあるものの支援学級の利用には至っていない。基礎的な学力を身につけさせることが難しい状態。</li> <li>・ひとり親家庭であり、家では1人で過ごし、他者との関わりがない。</li> </ul>



表 17 H18 年度生まれの子どもの追跡調査の結果

(学校における発達の偏りや遅れのある子どもの割合)

年度：学年	受診・未受診の合計 (%)	受診あり (%)
H25 : 小 1 (n=233)	18.9%	7.7%
H26 : 小 2 (n=281)	10.0%	5.0%
H27 : 小 3 (n=331)	11.8%	5.1%
H28 : 小 4 (n=339)	15.6%	4.7%
H29 : 小 5 (n=338)	16.3%	8.9%
H30 : 小 6 (n=369)	13.6%	7.3%
R1 : 中 1 (n=373)	9.7%	8.0%

※H28 年度以降に加えた項目「境界域知能」を除外して算出した。

表 18 小学 1 年生の定点調査の結果

(学校における発達の偏りや遅れのある子どもの割合)

年度：学年	受診・未受診の合計 (%)	受診あり (%)
H25 : 小 1 (n=233)	18.9%	7.7%
H26 : 小 1 (n=241)	17.4%	7.1%
H27 : 小 1 (n=320)	19.1%	3.8%
H28 : 小 1 (n=336)	20.2%	5.1%
H29 : 小 1 (n=317)	17.7%	3.8%
H30 : 小 1 (n=326)	15.6%	4.0%
R1 : 小 1 (n=288)	26.0%	6.9%

※H28 年度以降に加えた項目「境界域知能」を除外して算出した。

表 19 小学 6 年生の定点調査の結果 (発達の偏りや遅れのある子どもの割合)

(学校における発達の偏りや遅れのある子どもの割合)

年度：学年	受診・未受診の合計 (%)	受診あり (%)
H25 : 小 6 (n=322)	9.6%	5.9%
H26 : 小 6 (n=367)	12.0%	6.8%
H27 : 小 6 (n=385)	11.4%	4.4%
H28 : 小 6 (n=394)	9.4%	4.3%
H29 : 小 6 (n=396)	14.6%	8.3%
H30 : 小 6 (n=369)	13.6%	7.3%
R1 : 小 6 (n=385)	14.0%	4.2%

※H28 年度以降に加えた項目「境界域知能」を除外して算出した。

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	障害のある生徒およびその保護者の理解と対応	原田眞理編著	教育相談の理論と方法改訂第2版	玉川大学出版部	東京	2020	143-172
本田秀夫	大人の発達障害を診断することの意義と問題点	中村敬, 本田秀夫, 米田衆介, 吉川徹 (編集)	日常診療における成人発達障害の支援: 10分間で何ができるか	星和書店	東京	2020	182-194
土屋賢治	早産児や低出生体重児のメンタルヘルス	板橋家頭夫 (監修), 河野由美, 水野克己	早産児, 低出生体重児の成長と発達のみかたー出生からAYA世代までー	東京医学社	東京	2019	243-250
Tsuchiya KJ, Takagai S	Neurodevelopmental Disorders in the Hamamatsu Birth Cohort for Mothers and Children (HBC Study)	Sata F, Fukuoka H, Hanson M	Pre-emptive Medicine: Public Health Aspects of Developmental Origins of Health and Disease	Springer Nature	Singapore	2019	175-188
篠山大明	地域特性に応じた継続的な支援に向けて	日本発達障害連盟	発達障白書2020年版	明石書店	東京	2019	66-67
Sasayama D, Hattori K, Kunugi H	Trait Loci Mapping and CSF Proteome	Enrique Santamaria, Joaquin Fernandez-Irigoyen	Cerebrospinal Fluid Proteomics	Humana Press	New York	2019	365-376
内山登紀夫, 市川宏伸	福祉と医療の連携における方向性,	市川宏伸	知的・発達障害における福祉と医療の連携	金剛出版	東京	2019	

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
Iwasa M, Shimizu Y, Hara I, Imai M, and Honda H	The earlier, the better? Diagnostic experiences of parents in a community-based early intervention system for preschool children with autism	Autism & Developmental Language Impairments	4	1-12	2019
本田秀夫	発達障害の地域支援にお けるインターフェイスと 就学支援	Monthly Book Medical Rehabilitation	237	31-36	2019
本田秀夫	ASD（小児期）	精神科	35 (Suppl.1)	502-506	2019
本田秀夫	はじめてまなぶ自閉スペ クトラム症：第5回 自閉 スペクトラム症に対する 地域支援システム	臨床心理学	19	479-484	2019
本田秀夫	はじめてまなぶ自閉スペ クトラム症：第6回 自閉 スペクトラム症と家族支 援	臨床心理学	19	609-613	2019
本田秀夫	併存する自閉スペクトラ ム症状と ADHD 症状ー神 経発達症症例の症状構造 をどう診立てるかー	臨床精神医学	48	1131-1135	2019
樋端祐樹, 本田秀夫	ASD と ADHD との関 連：症状の鑑別，重複に ついて	診断と治療	107	1367-1371	2019
本田秀夫	自閉スペクトラム症の行 動特性から脳までの距離	こころの科学	No.200	41-46	2019
本田秀夫	発達障害や知的障害のあ る人にとって就労はどん な意義があるのか？	実践障害児教育	2019年1月 号	10-11	2019
本田秀夫	発達障害と感情	こころの科学	No.204	80-81	2019
本田秀夫	サヴァン症候群	精神科治療学	34 (増刊号)	163-165	2019
本田秀夫	大人の発達障害について	山梨英和大学心 理臨床センター 紀要	14	24-43	2019
村上寛, 本 田秀夫	自閉スペクトラム症の診 断例の増加とその要因	臨床精神医学	49	271-275	2020

本田秀夫	学童期・思春期の発達障害の子どもたちへの医療の関わり	小児の精神と神経	60	29-37	2020
Aoyagi SS, Tsuchiya KJ	Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes?	Journal of Obstetrics and Gynaecology Research	45	1809-1820	2019
Osuka Y, Nishimura T, Wakuta M, Takei N, Tsuchiya KJ	Reliability and validity of the Japan Ijime Scale and estimated prevalence of bullying among 4th through 9th graders: a large-scale school-based survey	Psychiatry & Clinical Neuroscience	73	551-559	2019
Choi D, Tsuchiya KJ, Takei N	Interaction effect of oxytocin receptor (OXTR) rs53576 genotype and maternal postpartum depression on child behavioural problems	Scientific Reports	9	7685	2019
Nishimura T*, Takei N, Tsuchiya KJ	Neurodevelopmental trajectory during infancy and diagnosis of autism spectrum disorder as an outcome at 32 months of age	Epidemiology	30	S9-S14	2019
岩瀬 俊樹, 西村 倫子, 土屋 賢治	成人における発達障害の疫学と有病率	診断と治療	107	1313-1316	2019
Takahashi N, Harada T, Nishimura T, Okumura A, Choi D, Iwabuchi T, Kuwabara H, Takagai S, Nomura Y, Takei N, Tsuchiya KJ	Association of genetic risks with autism spectrum disorder and early neurodevelopmental delays among children without intellectual disability	JAMA Network Open	3	e1921644	2020

Kuno-Fujita A, Iwabuchi T, Wakusawa K, Ito H, Suzuki K, Shigetomi A, Kosaka H, Tsujii M, Tsuchiya KJ	Sensory processing patterns and fusiform activity during face processing in autism spectrum disorder	Autism Research			2020
篠山大明	発達障害を「治す」とは	教育と医学	68(2)	62-69	2020
篠山大明	自閉スペクトラム症の歴史ースペクトラム概念の導入	教育と医学	68(1)	62-69	2020
篠山大明	自閉スペクトラム症の歴史ー想定される原因の変遷	教育と医学	67(9)	52-59	2019
Sasayama D, Asano S, Nogawa S, Takahashi S, Saito K, Kunugi H	Possible association between photic sneeze syndrome and migraine and psychological distress	Neuropsychopharmacol Rep	39(3)	217-222	2019
篠山大明	ADHDの歴史と変遷	教育と医学	67(8)	52-60	2019
Tsuchimine S, Hattori K, Ota M, Hidese S, Teraishi T, Sasayama D, Hori H, Noda T, Yoshida S, Yoshida F, Kunugi H	Reduced plasma orexin-A levels in patients with bipolar disorder	Neuropsychiatr Dis Treat	15	2221-2230	2019
Yamaguchi M, Sasayama D, Washizuka, S	Clinical Utility of Salivary Cytokines for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder	International Journal of Medical, Medicine and Health Sciences	12.0 (8)		2019
篠山大明	発達障害は「ブーム」なのか	教育と医学	67(7)	60-67	2019

Takahashi-Asai Y, Sasayama D, Sugiyama N, Maruyama, F, Washizuka S	Associations of Autism Spectrum Quotient and Personality Profiles with Eating Behaviors in Patients with Anorexia Nervosa and in a Non-clinical Population	Shinshu Medical Journal	67(3)	157-166	2019
Gotoh L, Yamada M, Hattori K, Sasayama D, Noda T, Yoshida S, Kunugi H, Yamada M	Lysophosphatidic acid levels in cerebrospinal fluid and plasma samples in patients with major depressive disorder	Heliyon	5(5)	e01699	2019
稲田尚子・渡辺顕一郎・内山登紀夫	障害児通所支援事業所の利用決定過程における保護者の情報収集・検索に関する全国調査：第三者評価の認知と支援の質の向上に向けて	帝京大学心理学研究	第24号	印刷中	2020

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

次の職員の令和元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) 医学部・教授 (特定雇用)
- (氏名・フリガナ) 本田 秀夫・ホンダ ヒデオ

## 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"/>	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 2年 3月17日

厚生労働大臣 殿

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

次の職員の令和元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) 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 ・ ツチヤ 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

次の職員の令和元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状況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) 学術研究院医学系・准教授  
(氏名・フリガナ) 篠山 大明・ササヤマ ダイメイ

## 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) ・該当する口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2年 5月 7日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 大正大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 高橋 秀裕

次の職員の令和元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・教授  
(氏名・フリガナ) 内山 登紀夫 (ウチヤマ 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) ・該当する口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2年 2月28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

次の職員の令和元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) 医学部・教授
- (氏名・フリガナ) 野見山 哲生・ノミヤマ テツオ

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 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。