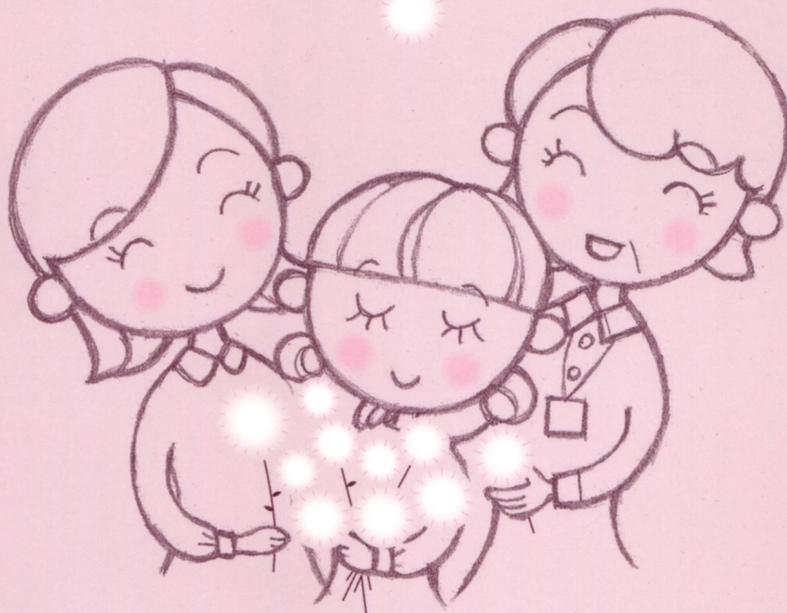


「発達障害をもつ子どものトータルな医療・福祉・教育サービスの構築」研究報告書

いま、発達障害が 増えているのか

…その実態と理由、新たなニーズを探る

平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト



社団法人 日本発達障害福祉連盟

いま、発達障害が増えているのか …その実態と理由、新たなニーズを探る

はじめに	(金子 健)	3
研究の目的と内容	(湯汲英史)	4
1章 医療方面調査委員会報告		
調査結果のまとめと提言	(石崎朝世)	7
医療機関における発達障害関係の状態—梅ヶ丘病院での変化	(田中 哲)	8
医療機関における発達障害関係の状態—三鷹市の母子保健	(秋山千枝子)	12
名古屋地区におけるPDDの有病率変化	(谷合弘子)	16
山梨県立あけぼの医療福祉センター発達障害外来初診患者の推移	(相原正男)	20
小児科臨床の立場から	(石崎朝世)	24
2章 教育方面調査委員会報告		
調査と研究内容の概略	(坂爪一幸)	27
(1) 特別支援教育関係		
発達障害のある子への臨床からみた障害の変化	(坂爪一幸)	28
特別支援学校の児童生徒数の急増と必要な対応策	(尾崎祐三)	32
知的障害特別支援学級における児童生徒数の増加と求められる対応	(瀧島順一)	36
(2) 障害児・者福祉関係		
障害児・者のサービス利用の実態	(大塚 晃)	38
3章 ニーズ調査委員会報告		
アンケート調査の概要	(玉井邦夫)	45
保護者群の調査結果	(玉井邦夫)	46
学校長群の調査結果	(玉井邦夫)	50
施設長調査の結果	(玉井邦夫)	52
アンケート調査のまとめと考察	(小倉尚子)	54
面接調査のまとめと考察 <本人>	(湯汲英史)	56
面接調査のまとめと考察 <保護者>	(小倉尚子)	58
面接調査のまとめと考察 <専門家：特別支援学校教員・施設職員>	(藤野泰彦)	60
面接調査のまとめ <専門家：医師>	(片岡絵美)	62
4章 発達障害の増加とその原因		69
疫学的視点から	(上原里程)	70
環境遺伝医学的な視点から	(久保田健夫)	76
医学的診断基準との関係	(谷合弘子)	84
社会資源の充実との関係	(大塚 晃)	88
貧困との関係	(藤野泰彦)	90
育児能力や子育て不安との関係	(湯汲英史)	92
社会制度との関係	(大浦直子)	93
障害観の変化との関係	(森 将知)	94
謝辞	(湯汲英史)	96

はじめに

社団法人 日本発達障害福祉連盟会長
研究プロジェクト委員長 金子 健

近年、特別支援教育を受ける児童生徒の数が急速に増加している。その背景として、障害発生率の高まり、育児環境の変化、行動障害等に対する社会の気づきの昂進、特別な支援に対する気づきの高まり、行政施策の充実など、いくつかの要因が考えられる。

こうした子どもたちは、学校での支援だけでなく、放課後の地域生活や卒業後の就労など、ライフステージに応じた継続的な支援を必要としている。

2008年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業としての本研究プロジェクトは、増加の背景を明らかにし、医療・福祉・労働・教育などにおけるトータルな支援サービスの構築を目的としている。本研究の成果が、支援を必要としている人々に対して適切で十分な支援を保障していく一助になれば幸いである。

本研究では、医療現場のスタッフ、学校関係者、福祉施設職員などがメンバーとして参加して、研究方法の検討、調査項目の作成、インタビューの実施、結果の分析などを担ってきた。さらに、全国の多くの方々に調査にご協力いただいた。感謝申し上げたい。

本年度の調査結果を踏まえ、多くの関係者の皆様と共にさらに歩を進めていきたい。

研究の目的と内容

「発達障害をもつ子どものトータルな 医療・福祉・教育サービスの構築」 調査研究の目的、概要等について

(社) 日本発達障害福祉連盟／早稲田大学 湯汲 英史

(はじめに)

過去6年間において、特別支援教育を受けている児童は毎年約1万人の増加となっている。この増加の原因として、

- ①知的障害も含めた発達障害の発生率の高まり
- ②育児環境の悪化(子ども観やしつけなどの変化、貧困の増加など)
- ③行動等の問題の明確化(以前は気にならなかったものが社会的・文化的に問題とされ、知的障害も含めた「発達障害」になった、など)

などがあげられている。

なお増えている子どもについては、障害程度が軽度など質的变化も指摘されている。

一方で、専門的支援が得られるので特別支援教育を受けたいという、軽度障害を持つ子の保護者の声も聞かれるようになった。保護者の、特別支援教育への意識の変化が起こっているともいえる。

特別支援教育を受ける、増加し、かつまた発達障害の内容も質的に変化していると思われる子どもたち。保護者も含め、子どもたちが求め、必要とされる医療、教育、福祉サービスの内容は変化していることが推測される。

【目的】

本調査研究の目的は三点である。

1. 特別支援教育を受ける子どもの増加現象の背景にある原因を知ること
(先進諸国との比較も含まれる)
2. 増加する子どもの障害の内容や程度を把握すること
3. 増加する子どもや家族が求める医療、教育、労働、福祉等のサービス内容を知ること
これらの三点を明らかにすることにより、増加へ

の対策、またニーズの把握とサービスへの構築が可能になると考えた。

【調査の方法・内容】

1) 文献・統計資料調査…学術論文、統計調査などの収集と分析を行った。

2) アンケート調査の内容と対象

調査の内容は、医療、教育、福祉、労働、子育て支援などへの評価やニーズを聞くものである。設問数は、対象によって違うが50問前後とした。

調査は、下記の表に示されているように6対象とした。たとえば、小学校低学年と高等部の保護者では、求めている社会的支援の内容に違いがあると思われた。このために、アンケートは対象によって内容を変えた。

アンケートには「自由記述欄」を設けた。新しいニーズの発生を予想したからである。なお書かれた意見の中から一部を抜粋し、本資料に掲載した。

3) 面接調査の内容と対象

アンケート調査の内容について、さらに深めて聴取することを目的とした。面接調査では本人の意向調査も行った。あわせて医師などの関係専門職に、増加現象の有無やその原因について、意見を聞いた。なお対象は次のとおりである。

【対象と人数】

(1) 保護者28名 (2) 本人10名 (3) 特別支援学校教師等12名 (4) 学識経験者(医師) 3名
面接調査は1対1で行い、すべてを録音し文字化している。

【委員会と担当内容】

3つの目的を持つ本調査研究では、それぞれにつ

いて三委員会が担当した。なお、増加の原因については多数の側面から検討が加えられた。

◎医療方面調査委員会（委員長：石崎朝世）

増加の実態とその原因等をさぐることを目的とする。医学、地域医療、疫学、遺伝学などの専門家を委員とし、増加についての資料収集や、発達障害を対象とする医療機関等での受診児の実態調査と分析を行った。

◎教育方面調査委員会（委員長：坂爪一幸）

主に、特別支援学校や学級における増加の実態と課題や、心理学の側面からの調査、分析等を行った。

◎ニーズ調査委員会（委員長：玉井邦夫）

本人や保護者、あるいは関係専門職を対象に、新たなニーズの発生の有無や、期待される社会的支援の内容について調査、分析した。

表. アンケートの対象、配布数、回収率

	対 象	配 布 数	回 収	回 収 率
1	特別支援学校・特別支援学級 小学1～3年生保護者	6,231 部	1,017 部	約 30%
2	特別支援学校・特別支援学級 小学4～6年生保護者		825 部	
3	特別支援学校・特別支援学級 中学生 保護者	3,661 部	1,104 部	約 30%
4	特別支援学校 高等部 保護者	3,877 部	1,202 部	約 31%
5	特別支援学校・特別支援学級 学校長	877 部	513 部	約 58%
6	保育所・通園施設施設長	1,629 部	382 部	約 23%
	合計	約 16,275 部	5,043 部	約 31%

(1) 保護者への配布は、学校に依頼したため、正確な配布数が把握できていない。
このために、配布数等が概数である。

1章 医療方面調査委員会報告

調査結果のまとめと提言

医療方面調査委員会委員長 石崎朝世
(社団法人発達協会王子クリニック)

医療方面調査委員会では、発達障害は増えているのか？増えているとすれば、どのようなタイプの発達障害が増えているのか、その要因は何なのか？環境や遺伝が関連する生物学的要因か？あるいは、社会的な事情（診断概念の広がりや支援制度が確立してきたなど）によるものかにつき、小児科および精神科臨床、疫学、遺伝学の立場から調査検討した。小児科および精神科臨床の立場からは、地域でも専門外来でも、最近5～10年で支援や診療を受ける発達障害は増えている。また、増えている障害のタイプは、どの報告でも精神遅滞のない発達障害、とくに広汎性発達障害、であり、また、明らかな発達障害とはいえないがその要素のある子どもの受診が増えたとの報告も複数あった。乳幼児健診の報告では、養育者の問題に関わる相談件数の増加が注目された。疫学の立場から、文献検索で、ほとんどの調査で自閉症の有病率は増加していたが、診断方法、診断基準が確立していない現状での調査、あるいは真の増加を言及できない有病率調査の限界が示された。遺伝学の立場からは、環境要因がエピジェネティクス(DNAの配列の変化なくして遺伝子の働きを変えてしまうメカニズム)を介して発達障害を生じさせる可能性が示された。

以上の調査結果から医療方面調査委員会としては、次のことを提言したい。

様々な支援を必要とする精神遅滞のない発達障害、あるいは明らかな発達障害とはいえないがその要素のある子どもの増加は確かであり、従来の障害概念での対応、すなわち特別な枠の中での教育や福祉という対応では不適切になってきているという認識が必要。個々のニーズとともに社会的なニーズを捉えて、教育や福祉の大幅な変革が望まれる。

増加の要因としては、診断概念の広がりや支援制度が確立してきたことはあげられるが、これらは、支援の必要な子どもや青年に対応するために生じてきたものと考えられ、子どもたち青年たち、さらに子どもたちを育てる大人たちの社会性や行動思考パターンに変化が生じている可能性がある。今後、どのような環境の変化がそのような変化をもたらすか、最近増加している発達障害の特徴と深くかかわる前頭葉機能にも焦点をあて、さらに臨床的に、遺伝学的に検討し、社会に意見をあげていくことが重要である。

また、支援の要否は別として、発達障害の医学的な診断は慎重であるべきであり、できる限り普遍的な統一性のある診断基準や診断方法を検討すべきである。

医療機関における発達障害関係の状態 梅ヶ丘病院での変化

都立梅ヶ丘病院 田中 哲

1. はじめに

発達障害の増加という問題をどのように考えるか。これが医療面調査委員会の共通課題であり、精神科臨床の立場からこの問題について考察を加えることが本研究の目的である。ただし、精神医療という観測点からこの現象を捉えることは、それほど容易ではない。それは、児童精神科医療がつねにこの問題の渦中にあるからである。渦の中にありながら、渦の全体を見渡すことは難しい。

ただし、われわれの観測点からでも、現在この問題が全く新しい潮流の中にあることは明らかである。そしてこの潮流の意味するところは、他のいくつもの視点を重ね合わせることによってのみ、読み解くことができると思われる。

2. 調査対象

本研究の対象として、東京都立梅ヶ丘病院の外来統計資料を利用した。梅ヶ丘病院は、首都圏では中核的な児童精神科の単科病院であり、200を越す入院病床を有している。診療圏はほぼ関東全域に及んでおり、ここの受診患者の動向は、児童精神科に対する社会的ニーズをほぼ反映していると考えられる。

このデータは、梅ヶ丘病院の全新来患者につき、1992年度（一部は1990年度）より2006年度まで集積されたものであり、今回はそのうちICD-10に準拠する診断分類に関する集計を行った。ICD-10のコーディングでは、F0からF3が精神障害、F4からF6が神経症性障害、そしてF7からF9が本研究の関心対象である発達障害に当てられている。このうち、F7は精神遅滞であり、F8には特異的発達障害と広汎性発達障害が含まれるが、F9には小児期および青年期に発症する行動および情緒の障害として、多動性障害・行為障害などの他、反応性愛着障害やチックなども含まれている。したがってF9は厳密な

意味で全例が純粋な発達障害ではないが、何らかの意味での発達のな問題の合併が想定される一群ということになる。今回、集計に当たって発達障害をF7からF9としたのは、こうした背景によっている。

3. 結果および考察

集計の結果を順次グラフにして提示する。図1は1990年度から2006年度までの、全新来患者数である。患者数は1991年度以降、漸次増加しているが、2001年度に1500人を突破してからは、2006年度までほぼ一定の水準を維持していて、この数字が病院機能としての構造的な限界に近いことを示唆している。すなわち児童精神科に対する何らかの社会的ニーズが受診数を押し上げ続けていることを意味していると考えられるが、問題はこの受診数を押し上げている要因が何かである。

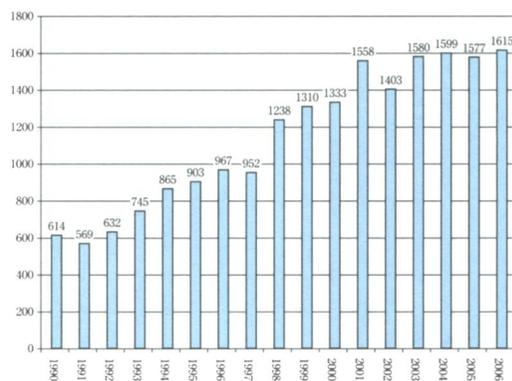


図1 全新来患者数

図2は、1992年度以降の新来患者数のうち、発達障害（F7-F9）が占める実数を示したグラフ、図3は同じく発達障害が占める百分率を示したグラフである。前者は新来患者数の増加が、主に発達障害の子どもたちの受診数の増加によってもたらされてい

ることを明らかにするが、後者からは、そのパーセンテージは漸増するのではなく、1997年度まではほぼ50%前後であるのに対し、1998年度以降が60%前後に一気に上昇しているのを読み取ることができる。2006年度が再び50%を切ったことの意味は、今後の推移から判断する必要がある。

こうした2層性の変化が、発達障害の実数の変化を反映しているとは考えにくく、むしろ何らかの社会的要因が1997年度から1998年度の間で変化したことによると考えるのが自然であろう。

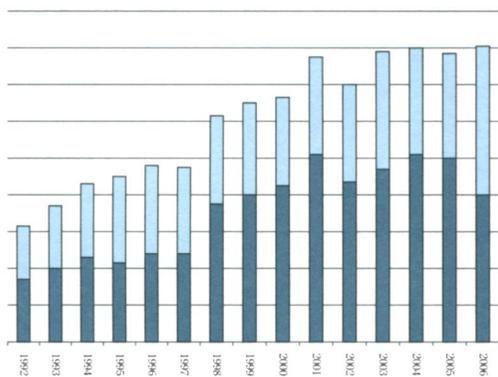


図2 新来患者数中の発達障害 (実数)

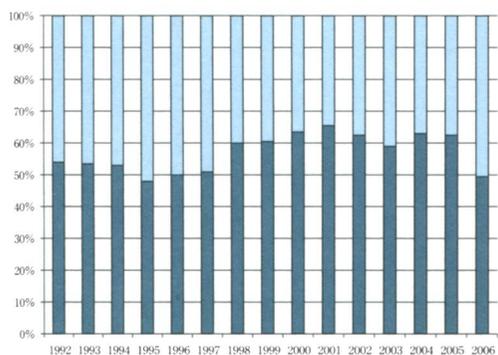


図3 新来患者数中の発達障害 (相対比)

図4は、ICD-10でF84の広汎性発達障害の受診数を、知的障害の軽微な(境界線級より軽い)高機能群と、軽度遅滞以上の知的障害のある中・低機能群とに分類し、その推移を実数で図示したもの、図5はそれを相対比で図示したものである。両者のグラフからは、この15年間で中・低機能のPDD患者が実数レベルでは大きく増加をしてはいないの対

し、高機能のPDD患者は実数で最大20倍以上と飛躍的に増加をしていることと、相対比はこの15年間ではほぼ直線的な増加傾向を見せていることである。前述のように図3でひとつの変化点に見えた1998年度は、図4では高機能群が中・低機能群にほぼ実数で肩を並べた年に相当している。しかし、両者の間に大きな差が観られるようになったのは2003年度以降からである。

後述のようにこのカテゴリ以外の発達障害児の受診数には際立った変化が見られないことから、新来患者数中の発達障害の患者数を中心になって押し上げてきたのは、この高機能PDDの子どもたちであったことが分かる。1998年度以降の層的な変化という点でも、通底しているように見える。ただし、PDD全体として観たときの中・低機能群から高機能群へのシフトは、1998年度前後で特段に変化したわけではなく、この15年間を通じ一貫した傾向なのである。

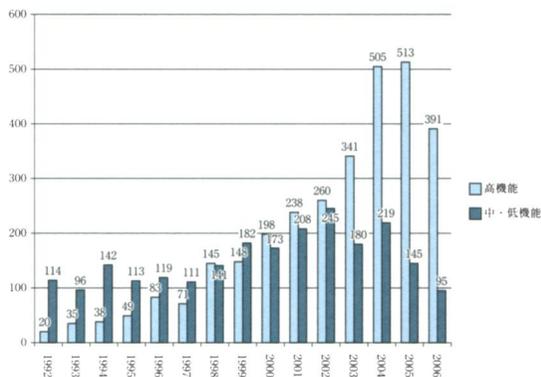


図4 機能別PDD (実数)

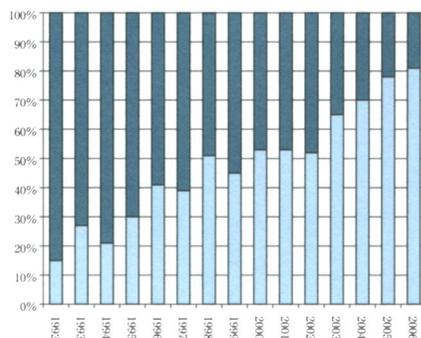


図5 機能別PDD (相対比)

1章 医療方面調査委員会報告

実数において高機能群、中・低機能群ともに2006年度に減少していることの意味についてはここでも保留せざるを得ない。

発達障害を論ずる際に重要なもう一つのカテゴリーは、AD/HD（ICD-10ではF90 hyperkinetic disorder）である。図6は、AD/HDとPDDが全新来患者数中に占める割合の経年的な変化を示したものである。特徴的な傾向は、一時期までは拮抗していた両者が近年ではPDDが圧倒的な多数を占めるに至っていることであるが、詳細に観察すると、1998年度からの数年間、AD/HDの急激な上昇が見られる。しかし2003年度にはこれと入れ替わるようにPDDの急上昇が認められ、それ以降AD/HDの新来患者数は減少を続けている。

元来はAD/HDとPDDは全く異なるカテゴリーに属しており、診断基準的には排他的であって、発生率などを相対的に論じる性格のものではない。しかし、近年の発達障害をめぐる議論の中では、両者の症状が重複する例や、経時的に移行する事例が決して希ではないことが明らかになっている。問題はそうした事例がどの時点でどのように診断されているかである。この点は、爾後の調査で明らかにされるべき課題とし、現時点では、1998年度に観られた発達障害の増加は、当初はAD/HD受診数の急増によってもたらされ、2003年度ころに高機能PDDの受診数増加に取って代わられて現在に至っているという分析を述べるにとどめたい。

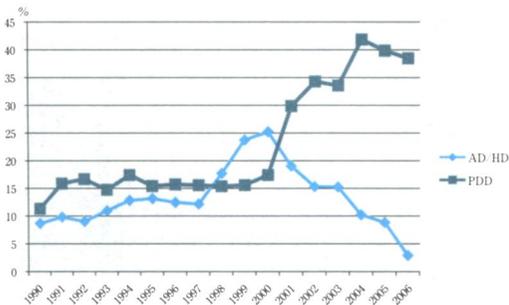


図6 AD/HDとPDDの受診比率推移

発達障害概念にはもう一つ、学習障害（LD）が含まれる。ICD-10ではF80からF83に分類される特異的発達障害がこれに相当するが、発達障害者支援

法や特別支援教育施策の中で概念化される学習障害とは必ずしも同一ではなく、固有の学習能力の特異的な障害として、かなり狭く定義されている。図7に示すように、このカテゴリーに診断される子どもの数も多いものではなく、最多であった2001年度でも年間40名、全体の2.57%と、前述のAD/HDやPDDの1/10ほどに過ぎず、経年的な増減に特定の傾向も観られない。強いて述べれば、1994年度にそれまでの数倍におよぶ増加があり、それ以降その水準が続いていることになるが、それ以前の受診数を同一の診断基準で比較できないため、明らかなことは言えない。ただしこの時期は、学習障害が社会的にも認知された時期に相当すると考えられる。（日本LD学会の創設は1992年、文部省が学習障害を定義したのが1999年であった。）

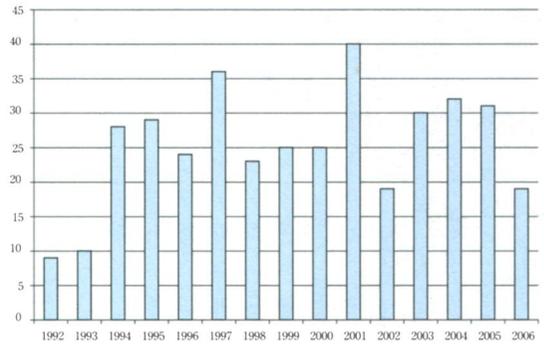


図7 F80-83

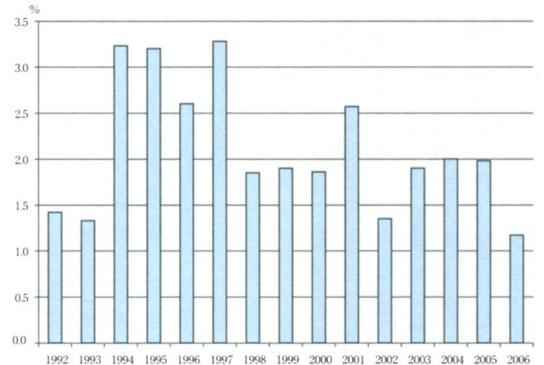


図8 F80-83 (%)

図9に掲げたのは、ICD分類でF7に該当する、精神遅滞が主診断とされた患者数である。行動障害のある者も含まれるが、F84のPDDが合併する者は、

そちらが主診断となることになっていて、ここには含まれない。F70は軽度遅滞、F71は中度遅滞、F72は重度遅滞、F73は最重度遅滞をそれぞれ表している。1998年度までは漸減の傾向にあった者が、1999年度にはほぼ2倍近くに増加、以降は年間70～80例を維持している。内容的には軽度遅滞群の増加が明らかである。

精神遅滞の発生そのものに、後天的な要素は少なく、先天的な要素に関しても経年的に変化する要素は少ないと考えられるため、ここに反映されるのは、精神遅滞が問題化する社会的要因ないし遅れのある子どもに対する受診行動 (attitude) の変化である。つまり、軽度遅滞の発生が増えたとは考えられないので、軽度遅滞の子どもが精神的な問題として受診させられやすくなったと解釈できると思われる。その要因として最も考えられるのが、精神遅滞を含む発達障害に対する社会的関心の変化なのである。

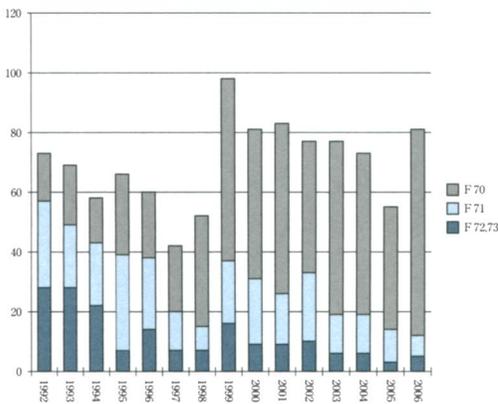


図9 精神遅滞の受診数

4. まとめ

今回提示したデータは、発達障害問題に関する精神科臨床という視点からの定点観測である。臨床現場の印象としては、発達障害問題に遭遇する機会は飛躍的に多くなった印象はあるものの、それはあくまでも児童精神科に対する需要増加の一部であって、発達障害に関する受診の構成比が爆発的に増加したわけではない。(入院に関しては、発達障害を併発する児の率は確実に増加している。この点については次年度以降に検討することにする。)

明らかに認められるのは、高機能PDDの増加で

あるが、これが単純に発生の増加を意味するものではないことは、本来変動の要因は少ないはずの軽度知的障害の受診数が同じ時期に増加していることから明らかである。また、AD/HDの受診数との間には、相互の関連を示唆する動向が認められ(図6)、診断名に対する社会的関心との関連も無視することはできない。例えば、「のび太ジャイアン症候群」(1997年)や、「光とともに…自閉症児を抱えて」(第一巻が2001年)の出版、映画「アイ・アム・サム」の公開(2001年)などである。発達障害者支援法(2005年施行)や特別支援教育(2007年完全実施)も、社会的な影響という観点からは、これらの延長線上に位置づけることができるが、当事者と家族にとっては、診断を受けることによって利用可能となるサービスが、量的にも質的にも大きく変化したことになる。

当然これと呼応して、診断をする医師の側の発達障害に関する症状観も変動している可能性がある。例えば、非常に微妙な社会性の障害に関する診断精度が向上することにより、アスペルガー障害と診断される児は増加するだろうし、衝動性のためにAD/HDと診断されていた子どもがPDDと診断される確率も高くなるだろう。

おそらくこうした多様な要因が一体となって、現状に見られるような状況の変化をもたらしていると考えられる。本研究に参加した多くの領域の研究結果と重ね合わせるにより、変化の実態を重層的に考察する試みを続けていくこととする。(文献的考察も今後の課題とし、今年度は割愛した。)

医療機関における発達障害関係の状態 三鷹市の母子保健

あきやま子どもクリニック 秋山千枝子

<はじめに>

当院は東京都三鷹市に所在し、子どもの発達やこころの問題の相談を実施する「子ども相談室」を院内に開設しているが、相談室の利用者数は開室時平成15年に5件だったものが19年に44件と、年々増加している。そこで、発達障害児の発生数の変化を研究する際に留意すべき課題を明らかにする目的で、同地域の各種機関における相談の件数と内容について資料を基に年次推移を検討した。

<方法>

三鷹市は、東京都の西部に位置し人口約178,000人、年間出生数約1,400人である。今回参照したデータは、①乳幼児健診に関するものは同市健康推進課の報告資料「保健衛生」（平成15年度～19年度）から、②就学前の発達障害児に関するものは市立障害児通園施設の事業報告書（16年度～20年度）から、③学齢期の発達障害児については東京都の調査資料「公立学校統計調査報告書【学校調査編】」（15年度～20年度）および市教育委員会の資料から得た。各々のデータについて、年次推移を検討した。

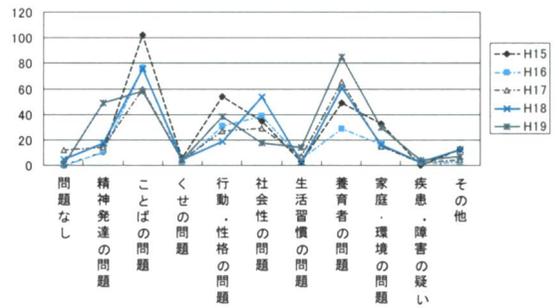
<結果>

1. 乳幼児健康診査における相談件数

1歳半健診時（図1）の相談件数のうち、「ことば」「行動・性格」「社会性」の問題に関するものは年々減少していた。他方、「養育者」「精神発達」の問題に関する件数は増加していた。3歳児健診時（図2）でも同様に「ことば」「行動・性格」「社会性」の問題に関する件数は減少しており、増加を認めたのは、「養育者」「家庭環境」「精神発達」の問題であった。

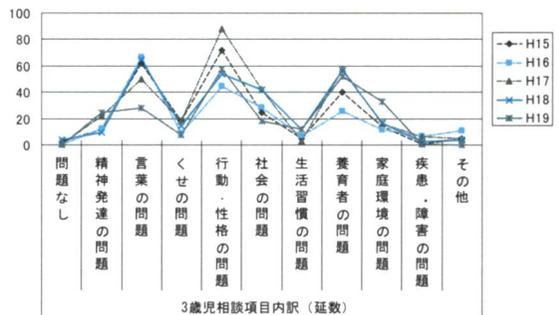
3歳児健診を受けた子どもたちについての相談を1歳半健診の結果と比較（同一地域における縦断的なデータであることから、同一児が多く含まれていると仮定した）すると、3歳時に「ことば」の相談

件数は減少し、「行動・性格」の件数は増加していた。保護者の問題に関する件数は、17年の1歳半健診と19年の3歳児健診で変化はなかったが、16年の1歳半健診に比べ18年の3歳児健診で増加していた。



出典：三鷹市「保健衛生」

図1 1歳6ヶ月健康診査心理相談項目内訳 (延数)



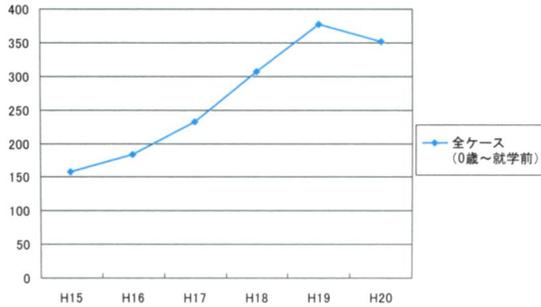
出典：三鷹市「保健衛生」

図2 3歳児健康診査心理相談項目内訳 (延数)

2. 障害児通園施設の相談件数

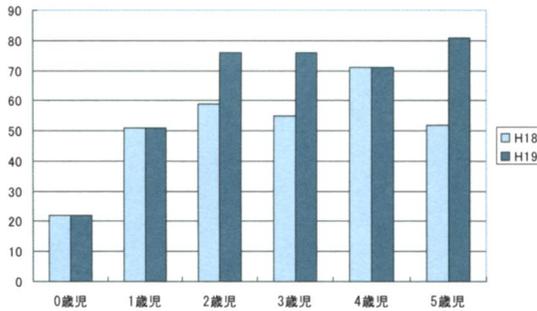
通園施設が受け付けた件数は毎年増加（図3）しており（平成20年は10月までの統計）、18年と19年の件数を年齢別にみると、2歳、3歳、5歳の子どもについて増加していた（図4）。

保育利用児において家庭への支援ニーズがある児童の比率（家庭要因）は、年々増加していた。（図5）



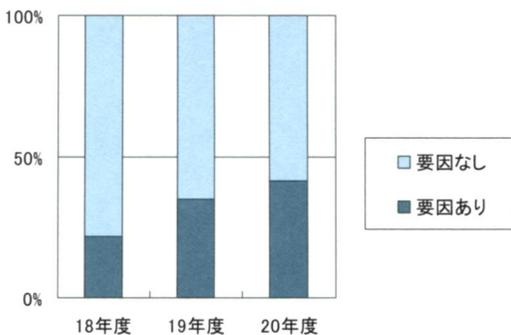
出典；障害児通園施設「事業報告書」

図3 相談件数



出典；障害児通園施設「事業報告書」

図4 療育相談



出典；障害児通園施設「事業報告書」

図5 保育利用児における家庭支援ニーズ (家庭要因) の変化

3. 学校

市が教育センターで実施している教育相談の件数は、15年度が178件、16年度が192件、17年度が171件あった。

また、三鷹市には特別支援学級（固定）が17学級あり、在籍児童・生徒数は18年度117人、19年度143人、20年度は168人であった。また、通級指導を利用する児童・生徒数は20年度には187人あったが、18年度の時点で当該の児童数は121人と全児童数の1.57%を占め、東京都の0.80%の1.96倍を示していた。

<考察>

1. 発達障害が増えているか

各種データから同一地域内で、①健診での相談件数、②通園施設での相談件数、③特別支援教育を利用する児童・生徒数に年次変化として増加を認め、当院「子ども相談室」利用児数と同じ傾向を示した。すなわち、医療、母子保健、療育、教育の各領域でおしなべて利用者数の増加を認めた。

相談内容でみると、保護者の問題に関わる相談が健診で毎年増加し、子どもの発達に関するものは減少していた。年齢でみると、2，3歳の子どものための相談が通園施設で増加し、相談の低年齢化がうかがえた。

なお、通園施設の相談件数は5歳でも増加していたが、就学前に保育園・幼稚園や巡回相談から紹介された子どもが多く、自発的に相談した事例とは限らない。さらに、相談を2，3歳頃に療育機関で始めた例には3歳児健診を受けていない例が含まれ、3歳児健診のデータの解析には注意を要する。

2. 増えているとしたら原因は何か

今回、直接的な原因を明らかにすることはできなかったが、複数の要因があると推測される。

まず、就学前の子どもについての各データからは、保護者や家庭の問題の関わる事例が増加している傾向を認めた。子どもが「育てにくい」と感じる保護者と子ども自身の「育てにくさ」の相互作用を要因の一つとして慎重に検討する必要がある。発達障害は乳幼児期には「育てにくさ」として気づかれる例の多いことが知られている¹⁾が、「育てにくい」すべての子どもに発達障害があるわけではない。

また、生活環境の変化に合わせて発達の表れ方が変わってきたことも要因の一つとなっているかもしれない。たとえば、著者らは津守・稲毛式小児精神発達質問表における通過率を年代で比較し^{2) 4)}、「現代っ子」が言語的活動、自己主張、忍耐力、巧緻性、他者への興味が、過去の同年代の子どもに比べて苦手になっていることを示した。子どもたちを取り巻く生活環境の評価をおざなりにすることはできない。

3. 必要な対策は何か

医療機関の受診者数に代表されるように、データは横断的に、何らかの現象を数値で示しているにすぎない。したがって、発達障害児の発生数の変化を研究するとき私たちは、自分の見ているものが、①「育てにくい子ども」の増加という医学的な事実なのか、②子どもの状態である「育てにくさ」の増加、③養育者の意識である「気づき」の変化、④「育てにくい」と訴える保護者や関係者の増加のいずれであるか、常に注意して結果を考察する必要がある。さらに、⑤保護者の養育に問題がある事例の増加は、児童虐待数の増加とどのような関連があるかについてもあわせて検討しなければならない。

そのために、特定の地域をキャッチメントエリアに定め、健診時から観察し続けるコホート研究が望まれる。三鷹市では育てにくさに寄り添う事業として、平成20年度より3、4ヶ月健診を受けた全児に小冊子「健診をすませた保護者の方へ」³⁾を手渡す取り組みを始めた。健診で冊子を受け取った子どもが、どの時点で冊子を持参して受診もしくは相談するか、相談内容はどのようなことであるか、今後データが蓄積される予定である。

また、発達の相談が低年齢化していたことを踏まえ、乳幼児期より子どもの問題と共に養育者の問題の関係を検討する必要がある。現時点では今回調査した報告書の記述から保護者の問題の具体的な内容は読みとれず、詳細な検討項目の作成を提案する。

発達障害児の保護者が感じている「育てにくさ」に着目し、早期から支援することにより、愛着障害や虐待などによる対人関係の問題を回避し、養育環境への支援から環境要因を取り除く努力が必要である。そのためには、「育てにくさ」を子どもなら仕方がないと抱え込むことなく、保護者に子どもの発

達への「気づき」を促していかなければならない。

<文献>

1. 秋山千枝子他：発達障害児の保護者による「気づき」の検討、脳と発達39：268-273、2007
2. 秋山千枝子他：津守・稲毛式による現代っ子の発達の特徴（第1報）1961年、1989年と比較して、小児保健研究65：331-337、2006
3. 秋山千枝子他：保護者の「育てにくさ」に寄り添うチェックリスト、チャイルドヘルス10：204-208、2007
4. 堀口寿広他：津守・稲毛式による現代っ子の発達の特徴（第2報）発達経過による類型化、小児保健研究65：338-343、2006

名古屋地区におけるPDDの有病率変化

名古屋市児童福祉センター 小児科 谷合弘子

1. 研究要旨

名古屋地区（名古屋市西部地区）で診断した広汎性発達障害の児の数より有病率を推定した。有病率は2.07%で、下位分類に分けて集計した場合の有病率は自閉性障害0.60%、アスペルガー障害0.56%、特定不能の広汎性発達障害0.91%であった。知的障害を伴わないものの割合は68%であった。最近の動向をつかむために療育センターの初診を調査したところ、初診数は毎年増加し特に軽微な発達の偏りがある児の増加が目立った。

2. 研究目的

広汎性発達障害（以下PDDと略す）は、対人相互反応における障害、コミュニケーションの障害、反復的で常同的な行動様式を特徴とする発達障害である。自閉症状は連続したスペクトラムであると考えられるようになり自閉症スペクトラムとも呼ばれる。PDDの中核をなす自閉性障害の発生率（または有病率）は1万人に対し4～5人と考えられていた。しかし、PDDという診断名が定着してきた頃より1%を超える値が報告されている。各地域のPDDの有病率を知ることは発達支援の枠組みを考える上で重要なことである。さらに今後の早期診断・早期療育の体制を整えるために、最近の初診の動向を把握し速報的な値を集計することを目的とする。

3. 研究方法

名古屋市には児童福祉センター内にある障害児総合通園センター、平成5年に開所した西部地域療育センター、平成15年開所の北部地域療育センター、社会福祉法人が地域での知的通園施設を発展させ平成8年に開所した南部地域療育センターそよ風の、4つの療育施設がある（図1）。名古屋市の療育システムでは、保健所の1歳6ヶ月、および3歳健診で

発達上の問題が疑われた児は児童福祉センターや地域療育センターへ紹介される。複数の専門家（小児精神の専門医と臨床心理士）の診察を受けた後、療育グループに参加したり、母子通園施設を利用したりする。理学療法、作業療法、言語療法などの個別訓練も行われる。地域の保育園等での障害児保育を利用する場合にもセンターでの診断が必要である。

名古屋市西部地区（中村区、中川区、港区）は人口約50万人、年間出生数約4,500人の地域で西部地域療育センターの担当エリアである。この地区には発達外来・児童精神科外来のある医療機関がなく、1歳6ヶ月、および3歳健診の受診率は、平成13年度から15年度の平均値で、95.3%と86.5%であり、保育園・幼稚園の入園率は99.7%と高いので発達に心配のある児童は、ほぼ全例が西部地域療育センターを受診することになる。従って、西部地域療育センターで診断されたPDDの数より有病率を推定した。PDDの診断は、複数の専門家（小児精神の専門医と臨床心理士）の診察に基づいて行った。初診時には、田中・ビネー知能検査または、新版K式発達検査を臨床心理士が全員に行い、さらに小児精神専門医による児の行動観察と家族への詳しい聞き取り調査を行う。そして、専門医が定期的にフォローアップを行い、5歳以降に最終診断を行った。診断基準は、DSM-IV（精神疾患の分類と診断の手引き、American Psychiatric Association,1994）を用いた¹⁾。今回の研究では平成16年10月1日時点で満6歳から8歳児を対象とし、療育センターで診断したPDD児の数、およびこの地域に在住している児の数より有病率を算出した。

また、西部地域療育センターにおける最近5年間（平成15年度から19年度）の初診について調査を行い、初診時の暫定的診断名、紹介経路、療育内容について速報的な報告を行った。

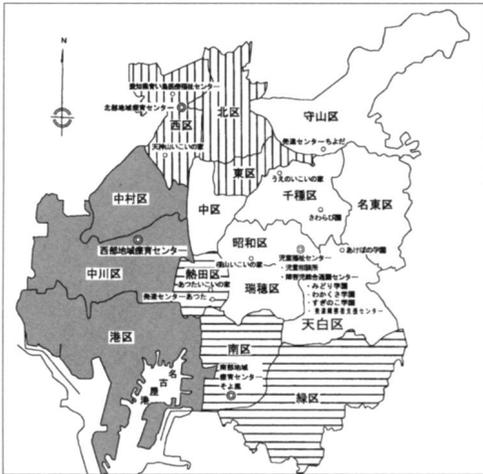


図1 名古屋市の療育機関と担当地区

4. 研究結果

名古屋市西部地区に住む平成16年10月1日時点で満6歳から8歳の児は13,558人で、その中で281名がPDDと診断され有病率は2.07%であった。下位分類を行うと自閉性障害0.60%、アスペルガー障害0.56%、特定不能の広汎性発達障害（以下PDDNOSと略す）0.91%であった。男女別のPDDの有病率は、男児が3.27%、女児が0.82%で、男女比は4.2：1であった。知能指数別にみると知能指数が70以下で知

的障害を伴うものの有病率が0.66%、71以上の知的障害のないPDD（高機能PDD）の有病率が1.47%で、PDD全体の68%を占めていた（表1）。

平成19年度の初診患者数は324名で、15年度の216名の1.5倍に増加した（図2）。初診時の暫定的診断名では自閉性障害、精神遅滞（PDDを含まず）脳性麻痺などは、この5年間でほぼ横ばいであった。自閉性障害を除くPDD（アスペルガー障害、PDDNOS）も同様の傾向を示していた（図3）。増加が目立ったのは①診断基準は満たさないがPDD症状の一部をしめす児（グラフ中、ブロードと分類した）②AD/HD児③言語発達遅滞④発音をはっきりしない児などであった。初診時の年齢は2、3歳台が増加していた（図4）。紹介経路は保健所からが最多で年々増加していた（図5）。初診時の主訴は言葉の遅れが最多であるが、19年度は集団生活での不適応を主訴として受診してくる児が増加した（図6）。初診時の知能指数は療育手帳（名古屋では愛護手帳と呼ぶ）の基準となる75以下の割合が減り、6割が知的障害のない児であった（図7）。初診後の処遇は通園、療育グループ（週1日）、個別訓練（理学療法、作業療法、言語療法）の数にはあまり変化は見られず外来診察フォローのみが増加していた（図8）。

表1 名古屋市西部地区におけるPDDの有病率

	男女計		男児		女児		男女比 男/女
	人数	有病率(%)	人数	有病率(%)	人数	有病率(%)	
広汎性発達障害	281	2.07	227	3.27	54	0.82	4.2
下位分類別							
自閉性障害	82	0.60	63	0.91	19	0.29	3.3
アスペルガー障害	76	0.56	63	0.91	13	0.19	4.08
PDDNOS	123	0.91	101	1.41	22	0.33	4.06
知能指数別							
IQ70以下	89	0.66	69	0.99	20	0.30	3.5
IQ71以上	199	1.47	158	2.27	34	1.51	4.6
小児総数	13,558		6,949		6,619		

PDDNOS；特定不能の広汎性発達障害、IQ；田中ビネー知能テストによる

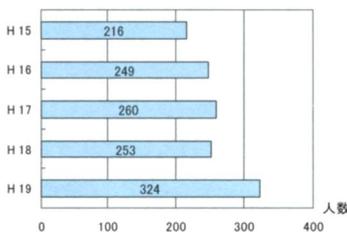


図2 平成15～19年 名古屋市西部地区における初診の人数（7歳未満）

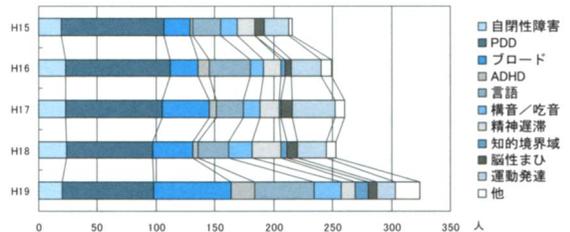


図3 平成15～19年 名古屋市西部地区における初診の暫定的診断名

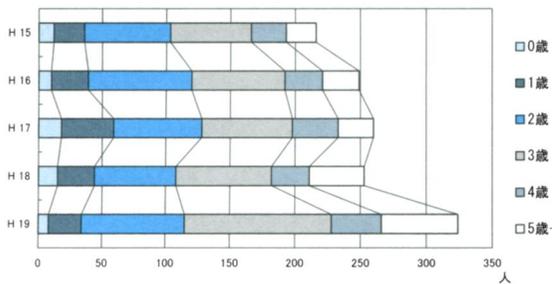


図4 平成15～19年度 名古屋市西部地区における初診の年齢

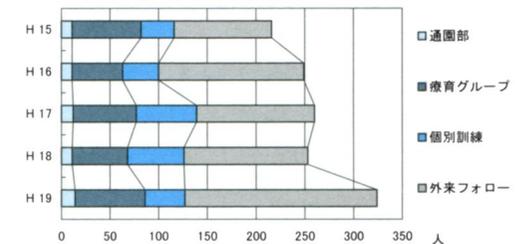


図8 平成15～19年度 名古屋市西部地区における初診後の処遇

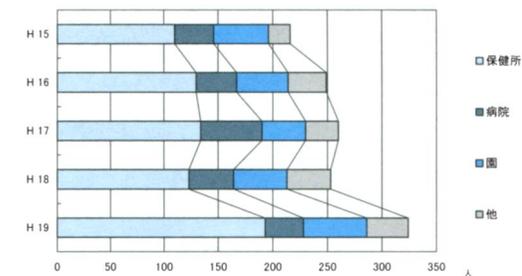


図5 平成15～19年度 名古屋市西部地区における初診の紹介経路

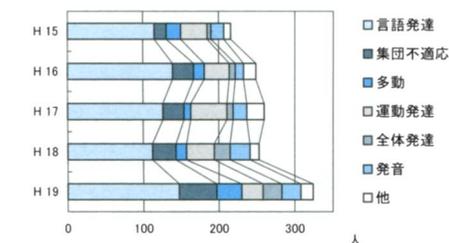


図6 平成15～19年度 名古屋市西部地区における初診時の主訴

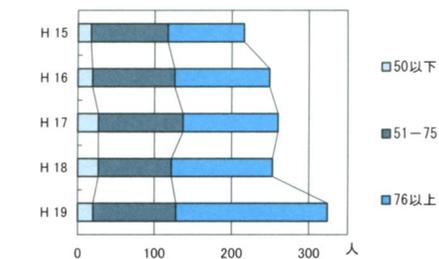


図7 平成15～19年度 名古屋市西部地区における初診時の知能指数

5. 考察

自閉症の頻度は、最近ではイギリスにおける自閉症スペクトラムの有病率116.1/10,000、横浜における累積罹患率117.2/10,000など、いずれも約1%と報告されている^{2) 3)}。今回の調査ではPDDの有病率は2.07%で、さらに高い値であった。調査方法はやや異なるが、平成3年に名古屋地区で行った調査での自閉症の頻度は0.19%で10倍以上に激増していた⁴⁾。PDDの有病率増加の要因のひとつは診断基準の拡大によると指摘されている⁵⁾。また早期診断・早期療育の意義が啓発され発見率が向上していると推測される⁶⁾。

療育センターの外来初診数は年々増加しており5年前の1.5倍になっても初診の待機状態は続いている。早期診断・早期療育の意義は改めて言うまでもないが、軽微な発達の偏りのある児の受診が増加している。これらの児は長期的なデータが不十分なため、何らかのリスクを持つ可能性も否定できず定型発達と言い切るのは問題があると言える。一方、PDDあるいは発達障害という診断名を使用することは、家族に必要以上に不安を与え特性の受容が困難になる危険性もある。医学的な診断基準という視点からは、基準の拡大は診断名の意義を失わせることになりかねない。どのレベルまでをPDDと診断するかについて現場での混乱が指摘されている。原は3カ所の療育センターでの初診時のPDDの比率は、32%から82%と大きなバラツキがあったと報告している⁷⁾。英語圏での標準化された半構造化面接であるADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) が使用できないことが我が国では問題視されているが、栗田らが日本語の広汎性発達障害評定システム (Pervasive Developmental Disorders Assessment System: PDDAS) を確立した⁸⁾。医学的診断基準と

有病率増加の関係については、あとで（第6章）述べるが、統一した診断基準と診断方法を用いることは、全国規模の有病率調査にも有用になる。

6. 結論

名古屋地区の有病率は以前の調査と比較し激増していた。最近の初診の動向からは軽微な発達の偏りがある児の受診が増加していた。地域全体で様々な職種からなるサポート体制を構築することが重要と思われる。

謝辞

本研究にご協力いただいた名古屋市西部地域療育センターのスタッフの方々に深謝いたします。また、ご助言をいただきました同センター所長の鷺見聡先生に深謝いたします。

文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington DC, American Psychiatric Association. 1994
- 2) Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, Charman T. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet* 2006; 368: 210-215.
- 3) Honda H, Shimizu Y, Rutter M. No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry*, 2005; 46: 572-579.
- 4) 鷺見 聡. 自閉症の発生率と出生体重分布小児の精神と神経, 1991; 31: 47-50
- 5) Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is prevalence rising? *Ment Retar Dev Disabil Res Rev*, 2002; 8: 151-161
- 6) Senior K. Autism progress and priorities, *Lancet*, 2000; 356: 490
- 7) 原 仁. 胎内環境を探る－横浜市の地域療育－. 東大病院こころの発達診療部公開シンポジウム講演議事録, 1-7, 2004 (<http://kokoro.umin.jp/20041107.html>)

- 8) Kurita H, Koyama T, Inoue K. 2008. Reliability and validity of the Pervasive Developmental Disorders Assessment System. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2008; 62: 226-233.

山梨県立あけぼの医療福祉センター発達障害外来初診患者の推移

¹山梨大学医学部小児科、²山梨県立あけぼの医療福祉センター、
³山梨大学医学部環境遺伝医学講座
相原正男¹、畠山和男²、青柳閣郎²、反頭智子²、金村英秋¹、久保田健夫³

はじめに

発達障害は、自閉性障害、学習障害（Learning Disorders; LD）、注意欠陥／多動性障害（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD）などが対象として挙げられる。文部科学省の調査では、全国の小中学生の6.3%が発達障害の可能性があると報告されている。発達障害の背景には、全般的な知的障害である精神遅滞とは異なり内面的な能力障害（感情、注意、思考）をきたすために周囲の人達に気づかれずに社会的不利益を被るとした障害概念が存在し、社会的問題として注目されてきている。したがって、発達障害児への対応は緊急かつ重要な課題として、すでに個別の教育的ニーズに応じた特別支援教育体制の整備が文部科学省主導で進行している。さらに、平成17年4月発達障害者支援法が成立、施行され、厚生労働省の指導で圏域支援体制整備事業、多種職連携を目的に発達障害者支援センターの設立が計画、実施されてきており、医学領域でも重要な疾患概念となってきた。発達障害の病態生理については不明な点が多いが、その主症状（行動抑制や表象能力の低下、感情制御不良等）は、前頭葉の機能低下で認知神経科学的立場から説明可能な点が多い¹⁻³⁾。

このような観点から、発達障害の原因が遺伝学的、生物学的要因なのか、環境要因によるのか検討するため、まず最初に発達障害患者の推移に関して調査を行った。具体的には山梨県の医療療育機関における過去14年間の初診患者の推移を後方視的に検討した。

調査方法

山梨県の人口は、約90万人、年間出生数は約8千

人である。発達障害を対象とした小児神経外来は県内で11か所開設されている。あけぼの医療福祉センターの特徴は、小児神経科スタッフ6名（常勤3名、非常勤3名）、療法科スタッフ15名（PT8名、OT3名、ST2名、PsT2名）である。当センターへの紹介目的は、おもに発達障害児に対する療育指導（目と手の協調、身体制御、構音訓練、SST、ペアレントトレーニング、就学指導等）である。平成6年から平成19年までの14年間の発達障害外来患者数、診断名の推移、さらに精神遅滞割合の変化、受診経路をカルテと主治医への聞き取りから調査した。

発達障害外来初診患者数の推移（診断別実数）

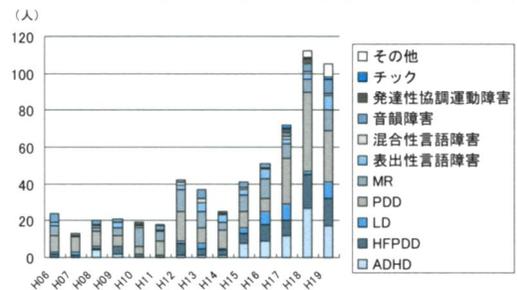


図1 初診患者数の推移（診断別実数）

結果

発達障害初診患者数（診断別実数）を示す（図1）。発達障害総数は、平成12年頃より増加傾向を認め、平成18年からは急激な増加となった。診断割合もADHD、HFPDD、LD、PDDの占める比率が7割を超えてきた。精神遅滞（mental retardation; MR）（IQ<70）の発達障害外来における割合を図2に示す。やはり、平成12年頃より精神遅滞の割合は減少

傾向を認め、平成15年頃より正常知能児と同じ割合となった。

発達障害外来初診患者率の推移(MR有無；割合)



図2 初診患者の精神遅滞の割合

紹介機関の推移は、医療機関、行政機関が従来から多いが、平成16年以降教育機関、保育所からの紹介が増えてきた(図3)。

発達障害外来初診患者数の推移(紹介別実数)

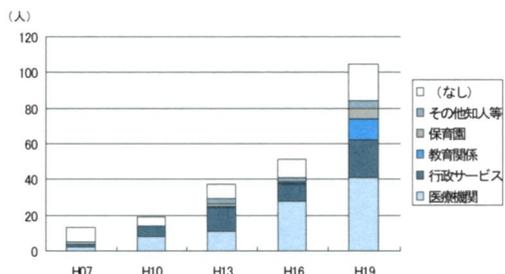


図3 初診患者数の推移(紹介別実数)

初診時平均年齢は、平成6年から平成15年まで4歳前後で推移していたが、平成16年以降5～6歳に上昇してきた。

初診時平均年齢

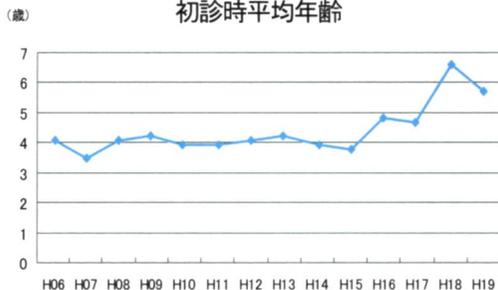


図4 初診時平均年齢の推移

考察

外来初診患者数の推移を俯瞰すると、平成6～11年の第1期、平成12～14年の第2期、平成15～17年の第3期、平成18～19年の第4期に分類される。初診数は、第1期では20名前後、第2・3期で急増し、第4期では100名を超えた。疾患別受診数は、第4期ではPDD、HFPDD、ADHDの比率が高まった。正常知能児の受診割合は、第3・4期では約半数を占めるに至った。紹介元別受診割合では、第3-4期では、教育機関や保育所からの紹介割合が増加した。初診時年齢は、第1-2期は4歳前後で、第3期は4歳代、第4期は5-6歳代と年長化を認めた。

発達障害患者が4期に分類される理由として、平成15年に報告された「今後の特別支援教育の在り方について(文科省)」、平成17年に交付された「発達障害者支援法(厚労省)」による社会的な関心の高まりが挙げられる。

発達障害児に対する理解の進展は、知覚と認知、学習と記憶、言語・感情とコミュニケーション、理論と思考などの「心の神経メカニズム」を探る神経心理学的立場からの作業仮説による。従来から、神経心理学が人の脳損傷あるいは機能障害によって生じた症状から、神経学(脳)と心理学(心)を統合する役割を担ってきた。さらに、高次脳機能を非侵襲的に測定する脳科学の進歩とともに認知神経科学(cognitive neuroscience)という学際的な研究分野が発展して、発達障害児の脳内メカニズムが急速に解明されてきた。我々は、前頭葉の成長、成熟を神経放射線学的に、心の発達と前頭葉機能について認知神経科学的立場から検討してきているので、今後発達障害の原因を解明のために研究成果を紹介する。

前頭葉は系統、個体発生的に最も遅く成長(growth)、成熟(maturation)、発達(development)する新皮質である。その成長、成熟、発達は生後半年頃から始まり5～10歳でスパートして、15～20歳頃完成される。具体的に述べると、脳の成長とは、脳が大きくなり、安定した構造に近づくことである。猿類の大脳皮質の大きさは、群れの社会構造の複雑さ(social size)に比例していることが報告されている。ヒトの前頭葉、前頭前野の体積を3D-MRIで定量的に測定し、その比を計測した(図5)。前頭葉に対する前頭前野の比は年齢とともに増大し、8～

15歳の思春期前後で急激に増大した⁷⁾。低栄養児における前頭葉の成長障害や、前頭葉の非対称性に性差があることが確認されている^{8, 9)}。脳の成熟とは、脳内情報処理過程が安定した機能になることで、神経科学的には情報処理速度が速くなること、すなわち髄鞘形成の進展として捉えられる。髄鞘形成の開始、完成時期は脳の部位により異なることが、髄鞘の組織染色で知られていたが、MRI (inversion recovery法) により生体でも観察可能となった (図6)⁴⁾。生後1か月では、脳全体が低信号であるが視床と体性感覚路が高信号となり、髄鞘形成が早期に開始されている。すなわち、自己の身体感覚から成熟していくことが理解できる。生後1歳では、後方の感覚野が広範囲に高信号となり、生後1歳半になると前方の前頭葉に高信号が広がっていく様子が見て取れる。このことは、1歳過ぎに認められる二足歩行、有意語表出、行動抑制 (behavior inhibition) 等の機能発達を保障する神経基盤と考えられる。前頭葉に見られた髄鞘形成は、生涯進行していくことが組織染色により確認されており、3D-MRIで定量的に測定した前頭前野の思春期後期まで続く成長も髄鞘形成による体積増加によるものと考えられる。

劣悪な環境や栄養をはじめとする成長因子欠乏な

前頭前野体積/前頭葉体積

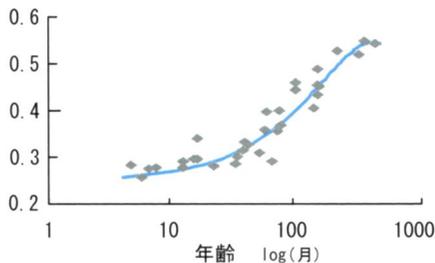


図5 前頭前野の成長

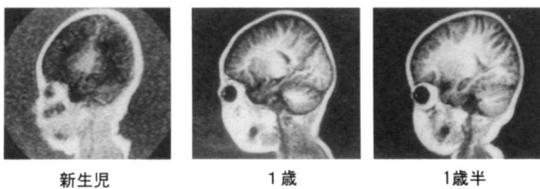


図6 前頭葉の成熟

どの障害 (insult) に対して、急速に成長、成熟している脳組織は非常に脆弱性 (vulnerability) が高いことが生物学的に証明されている⁶⁾。したがって、小児期 (<15-20歳) の前頭葉は長期間に渡り脆弱性が高く、さらにその発達障害は早期に明らかにならず、思春期前後に顕在化してくることが理論的に想定される。臨床上も、前頭葉に器質的な障害のある児には、多動、衝動性、感情不安、さらに社会的判断の未熟性が発症時期よりも思春期前後で経験されることが少なくない⁵⁾。

このように認知神経科学的立場から見ると、社会脳である前頭葉機能低下が発達障害では想定されることから、生物学的な原因究明が今後重要と考えられる。

文献

- 1) Adolphs R: Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003 ;4:165-178.
- 2) 相原正男: 認知神経科学よりみた心の発達と前頭葉機能—発達障害を通して心を考える. *小児科* 2006;47: 335-345.
- 3) 相原正男: 前頭前野の成長、成熟、発達—認知神経科学による知見—. *神経心理学* 2008;24: 40-47.
- 4) 相原正男、井合瑞江、竹内明男、玉井和人、田辺雄三、中島博徳: 小児頭部におけるMRIの発達的变化. *CT研究* 1986;8: 537-542.
- 5) 相原正男: 高次脳機能障害としての発達障害. *発達障害医学の進歩* 2004;16:1-9.
- 6) Dobbing J, Sands J: Vulnerability of developing brain: the effect of nutritional growth retardation on the timing of the brain growth spurt. *Biol Neonate* 1971; 19: 363-378.
- 7) Kanemura H, Aihara M, Aoki S, Araki T, Nakazawa S: Development of the prefrontal lobe in infants and children: a three-dimensional magnetic resonance volumetric study. *Brain Dev* 2003; 25: 195-199.
- 8) 金村英秋、相原正男、中澤眞平: 前頭葉と前頭前野の成長に関する研究—II. 3-D MRIによる栄養因子の影響に関する研究—. *脳と発達* 2002;34:398-403.

- 9) 金村英秋、相原正男、中澤眞平: 前頭葉と前頭前野の成長に関する研究－III. 3-D MRIによる性差に関する検討－. 脳と発達2002;34:404-408.

小児科臨床の立場から・・

発達障害専門外来初診患者の推移からみる

医療的な支援の必要な子どもたちの変化

(社) 発達協会王子クリニック 石崎朝世 洲鎌倫子

1. はじめに

我々は、小児科臨床の立場から、発達障害の専門医療機関である(社)発達協会王子クリニックでの発達障害初診患者の推移を調査、発達障害増加の実態を検討し、医療的な支援の必要な子どもたちの変化を考察した。

2. 調査方法

(社)発達協会王子クリニックで、石崎が診療にあたった発達障害初診患者のうち、平成5年度、平成9年度、平成13年度、平成17年度、平成19年度分につき、診断名、初診時年齢につき調査した。なお、当クリニックは、発達障害児の療育機関である発達協会の付属診療所として平成4年に東京都北区に開設され、主として、言語聴覚療法を行なうリハビリテーション科を有し、療育機関である発達協会の指導部と連携して、発達障害診療を行なう診療所である。医療的支援の他、療育的支援を求めて来院を希望する方が多い。利用者の住所は、東京都、埼玉県が多いが、他県からの来院も少なくない。また、初診の予約を受け付ける段階では明らかにできないものの、発達障害が関連しないと考えられる、不登校、摂食障害、その他の精神疾患と、16歳以上の精神遅滞のない発達障害は、原則的には受け付けず、他の医療機関や相談機関を紹介している。

診断は、DSM-に従い、以下のように分類した。すなわち、①：精神遅滞（以下MR：Mental Retardation）のない広汎性発達障害（以下PDD：Pervasive Developmental Disorder）、②：MRのない注意欠陥/多動性障害（以下AD/HD：Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）、③：①②のない学習障害、④：PDDの要素あるいはAD/HDの要素があるが障害とはいえない例、⑤：①②③④がない境

界領域知能、⑥：MRのあるPDD、⑦MRのあるAD/HD、⑧：⑥⑦⑨⑩のないMR、⑨：ダウン症、⑩：その他の先天異常症候群、⑪：歩行不可能なほどの運動障害が重複しているもの、⑫：他の発達障害のないてんかん、⑬：その他、とした。それをさらに、a) MRのない発達障害①～③、b) 境界域④～⑤、c) MRのある発達障害⑥～⑪、d) その他、に分けて検討した。

初診時年齢に関しては、0-2歳、3-5歳、6-11歳、12-17歳、18歳以上に分類し、検討した。

また、受診希望者は、年々増加しているが、受け入れ可能人数が限られているため、初診受入れ人数は平成13年をピークに減少している(図1)。従って、初診患者数では、受診希望者の実態が明らかにできないので、分析は、各診断名、各年齢の割合(%)で行なった。

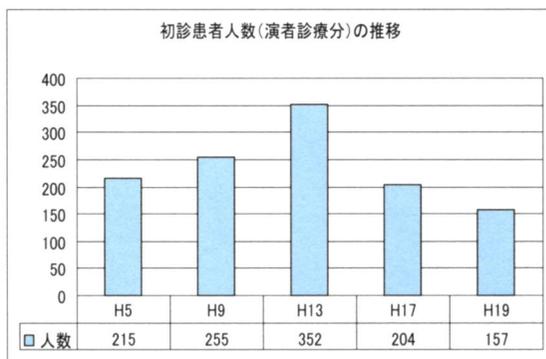


図1

3. 調査結果

初診患者の診断名では、クリニック開設2年目(平成5年度)は、上記⑥MRのあるPDDと⑧MRで約6割を占めていたが、徐々に①MRのないPDDと

④PDDの要素あるいはAD/HDの要素があるが障害とはいえないも例が増加した。特に近年は、発達障害の特徴は目立たないがその要素があって適応障害を起こし、あるいは家族が子育てに悩み、受診にいたる例が増加していた(図2)。

初診患者を前述4群に分類した場合、平成5年度は、c) MRのある発達障害の受診が8割りを占めていたが、平成19年度は、それが4割、それ以外はa) MRのない発達障害とb) 明らかな障害とはいえない境界域例がほぼ二分した(図3)。

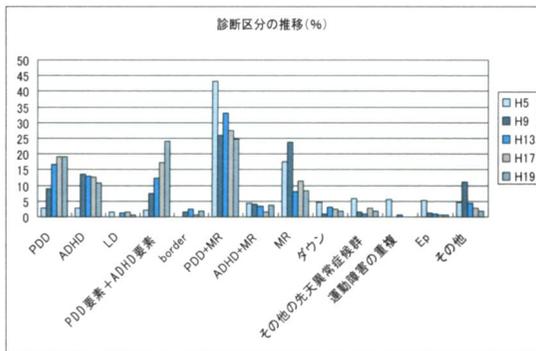


図2

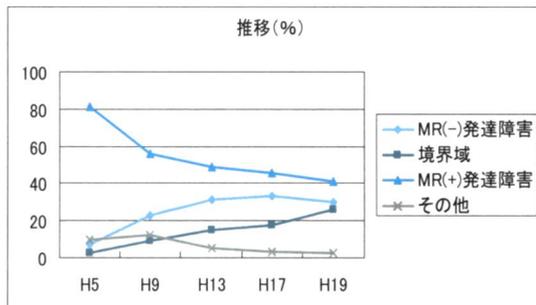


図3

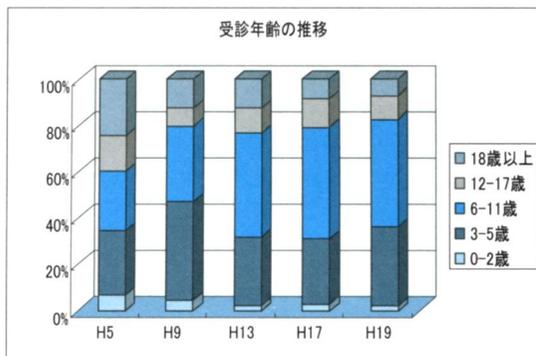


図4

初診時年齢については、平成13年度から、6-11歳で初診する子どもが増え、その後、初診時年齢に大きな変化はないが、多少、18歳以上および2歳以下の年齢が減少していた(図4)。

4. 考察

今回の調査結果から、医療的な支援あるいは療育的支援を求めて受診を希望するものの変化が明らかになった。すなわち、近年では、MRのない発達障害、および、明らかな発達障害とはいえないが、その要素を持っている境界域の受診の増加があった。また、MRのない発達障害中でも、PDDの増加が目立っていた。これは、2009年発達障害白書で末光らも述べている¹⁾。また、より目立ったのは、境界域の中で、PDD要素あるいはAD/HD要素をもった例の受診の増加であるが、これらの例は、診断基準を満たすほどの症状はないが、実際には、集団の中で適応障害を起こしていたり、家庭の中でも育てにくい子とされていたりして受診する。また、これに分類したもののほとんどは、PDD要素をもつ例、あるいはPDD要素とAD/HD要素をもつ例であったが、他の医療機関、とくに専門機関では、PDDとされていたものが少なくなかった。反対に問題なしとされていたものもあった。このタイプの子どもたちは、この数年でも増加しており、増加要因が生物学的要因とは考えにくい。しかし、このような子どもたちへの支援の希望が増えていることは確かで、家庭、学校、地域だけでは支えられなくなっていることが推察された。PDDとした例の割合は、平成13年度までは増加し、その後、大きな変化はないが、それ以前に実際に少なかったとは考えにくく、社会での認知度との関連が疑われる。2歳以下と18歳以上の初診患者割合の低下は、低年齢では気づかれない、あるいは、当クリニックで原則的に16歳以上の初診を受け入れていないMRがない発達障害、境界域の初診割合が増加したことによると推測される。

以上、MRがない発達障害、すなわちPDDあるいはADHDと、境界域、すなわちPDD要素あるいはADHD要素をもつが明らかな障害とはいえない例の受診の増加が確認されたが、その要因につき、さらに考察してみたい。これらの子どもたちの主な問題点は、対人関係、共感性の問題、コミュニケーションの問題、想像力の問題(すなわち、先の見通しを

たてる能力、考えて話し行動する能力、思い浮かべて話し行動する能力の問題)、情緒・行動のコントロールの問題である。運動能力の低下の指摘もある。これらの特徴をもつ子どもたちは10数年前から徐々に目立ってきていたと思われ、平成15年に特別支援教育の考え方が文部科学省から提案、平成17年に発達障害者支援法が厚生労働省により提案され施行に至った経緯がある。これらの制度ができたことにより、発達障害の診断を受ける子どもや支援を受ける子どもは確かに急激に増加したが、対象となる子どもたちの増加はそれ以前からあった。また、受診に至らないが同様な特徴をもつ子どもが少なくなく、教育現場などでは混乱が生じていて、症状が著しくない子どもも適応障害を起こしやすくなっている可能性がある。そのような変化を起こす要因はさらに遡って考える必要があるが、この数十年間の環境の変化を考えると、子どもたちの変化を引き起こす様々な要因が浮かび上がる。子どもたちに影響を与える最大の環境は家庭、親であり、親たちが、どのような環境で育ち、子どもたちにどのように関わってきたかが大きな問題といえる。親たちは今およそ、20代後半から50代くらいと思われるが、その親たちが、子どものころは、高度成長時代で、ものが豊かになり、個人の考えが尊重されるようになり、あまり我慢をしなくても、また、コミュニケーション能力を駆使しなくても、いろいろと考え工夫しなくても、ものが手に入り、やりたいことが比較的容易にできるようになった時代である。また、核家族化や少子化が進み、大家族に合わせて行動する必要はなくなり、多くの兄弟にも気を使わなくてよい環境になった。となり近所との付き合いも徐々に少なくなっていった。このような環境で育った親が、子どもに、人に合わせること、人に気をつかうこと、我慢するということ、工夫することなどを、身をもって教えていけたらどうか？次に、今の子どもたちを取り巻く環境である。自然に触れる機会が減り、日常的に、豊かな五感を育てる環境にない。その他、道路は整備され、砂利道やでこぼこ道を歩くことも、ぬかるんだ道や足場の悪い山道を工夫して歩くことも少なく、平衡感覚や固有感覚を発達させる環境も以前より悪くなっていると思われる。これらの変化は感覚伝道路の最終到達点である前頭前野²⁾の発達とも関連すると推測される。風向きや気温の変化を

感じて行動する必要はない。さまざまなことは自分で考えなくともメディアが教えてくれる。さらに、テレビゲームは考える脳の発達を阻害しないだろうか。パソコンや携帯のメールの普及は、相手の表情から気持ちを読み取る力、相手の事情を考える力の低下につながる可能性がある。このように、親や家族の問題をはじめ、子どもたちを取り巻く環境が、MRのない発達障害、とくにPDDの増加、明らかな発達障害とはいえないがその要素のある子どもたちの増加につながったのではないかと危惧される。

今後、医療面調査委員会として必要なことは、引き続き、子どもたち、あるいはその家族に、どのような変化が起こっているか検討するとともに、どのような環境が、社会性やコミュニケーション障害を引き起こす可能性があるか、あるいは、発達障害と深く関連する前頭葉の発達を阻害する可能性があるか検証していく必要がある。

一方、現状では、MRのない発達障害、明らかな発達障害とはいえないがその要素があって適応障害を起こしている子どもたちの増加を認識し、従来の障害児者対応とは考えを異にした対応を行っていく必要がある。

4. 結論

医療的支援、療育的支援を望む子どもの増加は、主にMRのない発達障害、障害とはいえないがその要素のある子どもたちの増加によると考えられた。診断概念の広がり、医師などによる診断の違いについても考慮が必要であるが、支援の必要な子どもは増えており、増加要因の検証とそれに基づいた環境の改善と新たな支援内容の検討が必要である。

文献

- 1) 末光茂ら.特集 発達障害の25年を検証する.. 医療.発達障害白書2009年P11
- 2) アンドリュウ カーテス編集,田川皓一,峰松一夫 監訳.前頭葉病変と前頭葉機能.神経心理学の局在診断と画像診断.西村書店 1997年 P531-562

2章 教育方面調査委員会報告

調査と研究内容の概略

教育方面調査委員会委員長 坂爪一幸
(早稲田大学教育・総合科学学術院)

教育方面調査委員会では、教育の現場でみられる障害の変化、および特別支援学校や特別支援学級における児童・生徒数の増加の実態と課題や対応について、調査と検討を行うことを目的にした。本委員会の委員は、尾崎祐三（全国特別支援学校知的障害教育校長会）、瀧島順一（全国特別支援学級設置学校長協会）、坂爪一幸（早稲田大学教育・総合科学学術院）の各氏である。以下に、本委員会で実施した各調査および検討内容について概略する。

1. 発達障害のある子への臨床からみた障害の変化

主に通常学級に在籍する発達障害のある（疑われる）児童・生徒、または特別な教育的支援を必要とする児童・生徒の実態、教育現場で感じる発達障害の臨床像の変化、その実態と推定される原因、そして求められる対応、などを調査・検討した。

2. 知的障害特別支援学校における児童・生徒数の増加と求められる対応

知的障害特別支援学校の児童・生徒数の増加の状況、特別支援教育に関する施策、特別支援学校の現状と対応策、などを調査・検討した。

3. 知的障害特別支援学級における児童・生徒数の増加と求められる対応

知的障害特別支援学級の児童・生徒数と設置学級数の増加の状況、設置学校数と担当教員数の実態、幼・小・中・高等学校における特別支援教育の体制や教育課程、などを調査・検討した。

4. 調査・検討の結果

各学校における児童・生徒数の増加の原因解明は今後の課題だが、通常学級には、特別な教育的支援の必要な児童・生徒が各学級に少なくとも1から2名在籍しているのが実態である。また、特別支援学校や特別支援学級では、児童・生徒数が確実に増えているのが実態である。特に、特別支援学校では教室が足りない現状にあり、学校環境の整備は急務である。さらに、比較的障害の軽い児童・生徒が増えている傾向にある。これらの児童・生徒への専門性の高い教育的対応や支援が望まれている。

(1) 特別支援教育関係

発達障害のある子への臨床からみた障害の変化

早稲田大学教育・総合科学学術院 坂爪一幸

1. 発達障害が増えている？

教育の現場では、発達に障害のある子が増えている実感がある。特別支援学校、特別支援学級、そして通常学級においても、発達に障害のある子、または発達に障害の疑われる子が増加していると感じる者が多い。実際に、特別支援学校では教室が不足している。同じように、幼稚園や保育園、また高校や大学、さらには大学院においても、発達に何らかの問題がある幼児や生徒や学生の増加が指摘されている。例えば、大学の学生相談室でも、最近は発達障害に関連する問題を訴えてくる学生が増えている。

これは教育現場だけの現象ではない。病院、療育センター、障害児(者)の通園・通所施設、保健所、児童相談所、自治体の教育研究所や教育相談室など、医療・保健・福祉の関連機関でも、増加が実感されている。これらの専門機関では、受診や相談までに長期間待たなければならない実態にある。

これらの実感や実態は、発達障害のある子が“真”に増加しているためであろうか？それとも何か別の要因による“偽”の増加であろうか？

2. 調査・資料からみる発達障害の実態

ここでは教育現場を対象にした代表的な調査や資料から、発達障害のある(疑われる)児童・生徒の実態を確認してみる。

1) 特別支援学級・学校の実態調査

文部科学省は特別支援教育の対象となる児童・生徒数の推移を、昭和55年から平成18年までまとめている(図1)¹⁾。対象の児童・生徒は、特別支援(特殊)教育の対象者であり、従来の盲・聾・養護学校、小中学校の特別支援(特殊)学級に在籍する児童・生徒である。平成5年度に実施された通級制度の対象児童・生徒の推移も示されている。全体的に増加傾向が著明である。

2) 通常学級の実態調査

通常学級の児童・生徒については、文部科学省が、特別な教育的支援が必要な児童・生徒(学習障害、注意欠陥・多動性障害、高機能自閉症等が疑われる児童・生徒)の全国実態調査を平成14年に実施している。その結果、該当する児童・生徒の割合は6.3%と報告されている。

東京都教育委員会は、同様の調査を平成15年に実

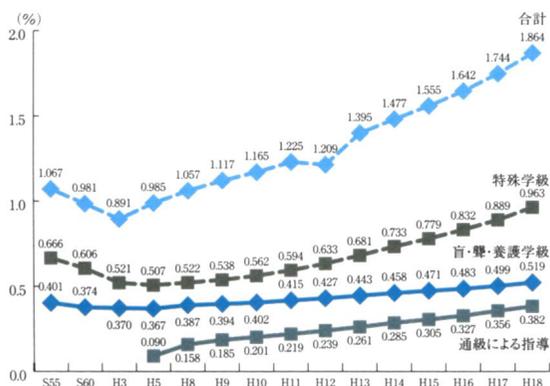


図1 特別支援教育の対象となる児童・生徒数の割合の推移(上月, 2008より引用)

施している。その結果、通常学級において特別な教育的支援が必要な児童・生徒の割合は4.4%（小学校で5.1%、中学校で2.8%）と報告されている。

特別な教育的支援が必要な児童・生徒の割合は、文部科学省の全国調査に比べて、都教育委員会の調査では少し低くなっている。

3. 最近の実態調査から

最近では、われわれの研究室（早稲田大学教育・総合科学学術院 障害・神経心理学研究室）の福地が、都内の小学校の通常学級において、発達障害が疑われる児童の実態を平成19年に調査している²⁾。以下に、調査の概要と結果の一部を紹介する。

調査協力者：都内の公立小学校の通常学級の担任教員。全部で92校、849人の協力が得られた。

調査対象者：調査した学級数は649学級で、対象児童数は20274人であった。

調査方法と項目：質問紙により調査した。調査項目は、特別支援教育総合研究所（2005、2006）や都教育委員会の調査を参考にして作成した。調査協力者に依頼して、質問紙に回答してもらった。

調査期間：調査の実施は平成19年7月であった。

調査結果：結果を表1にまとめて示した。「発達障害があると考えられる児童」の全体の割合は3.4%であった。その内訳は「学習障害（LD）と考えられる児童」が1.5%、「注意欠陥・多動性障害（ADHD）と考えられる児童」が1.1%、そして「高機能自閉症と考えられる児童」が0.8%であった。

「発達障害があると考えられる児童」の割合を各学年別にまとめた結果を表2に示した。発達障害全体では、各学年とも約3%から4%の割合だが、2・3・4年生で割合が比較的高く、5・6年生で低い傾向がみられた。発達障害の種類別も、概して2・3・4年生で比較的高く、5・6年生で低い傾向がみられた。

表1 発達障害があると考えられる児童数

（福地，2008より引用）

学年	児童数:人 (学級数)	LD		ADHD		高機能自閉症		発達障害	
		男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子
1年	3760 (118)	29	6	38	4	29	6	96	16
2年	2917 (92)	35	24	26	4	28	4	89	32
3年	3391 (107)	37	11	43	5	27	7	107	23
4年	2960 (97)	48	14	25	1	18	3	91	18
5年	3596 (115)	39	15	29	3	19	1	87	19
6年	3650 (120)	41	12	34	1	20	5	95	18
合計	20274 (649)	229	82	195	18	141	26	565	126
割合		1.5%		1.1%		0.8%		3.4%	

表2 発達障害があると考えられる学年別割合

（福地，2008より引用）

学年	児童数 (人)	LD		ADHD		高機能自閉症		発達障害	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1年	3760	35	0.9%	42	1.1%	35	0.9%	112	3.0%
2年	2917	59	2.0%	30	1.0%	32	1.1%	121	4.1%
3年	3391	48	1.4%	48	1.4%	34	1.0%	130	3.8%
4年	2960	62	2.1%	26	0.9%	21	0.7%	109	3.7%
5年	3596	54	1.5%	32	0.9%	20	0.6%	106	2.9%
6年	3650	53	1.5%	35	1.0%	25	0.7%	113	3.1%
合計	20274	311	1.5%	213	1.1%	167	0.8%	691	3.4%

4. 各実態調査の比較

前述の平成14年の文部科学省の全国実態調査、平成15年の都教育委員会の実態調査、そして平成19年の福地の実態調査の各結果を比較したものを表3に示した。通常学級で「発達障害があると考えられる児童（生徒）」の割合は、最近の調査になるほど、低下している。発達障害の種類別にみると、「LDと考えられる児童（生徒）」の割合は、最近の調査ほど低下している。「ADHDと考えられる児童（生徒）」の割合は、文部科学省と都教育委員会の調査に比べて、福地の調査では低くなっている。「高機能自閉症と考えられる児童（生徒）」の割合は、各調査でほぼ同じである。

全体的な割合が低くなる傾向は、通常学級で「発達障害のある児童・生徒」が減少したことを反映しているのだろうか？または、発達障害の概念や知識の普及に伴い、通常学級の教師も発達障害に関心を

持つようになり、児童・生徒の状態を把握する力が向上したことを反映しているのだろうか？あるいは、概念や知識の普及と相まって、保護者の障害の理解や受け入れが高まり、特別支援学級や特別支援学校への在籍を希望する者が増加した結果、減少したのであるか？それとも、調査対象の範囲の違いや偏りによるものであるか？

**表3 特別な教育的支援を必要とする児童数
(生徒)の割合の比較**

	文科省・全国 実態調査 (小・中学校: 2002年)	都教委・実態 調査 (小・中学校: 2003年)	福地の実態 調査 (小学校: 2007年)
発達障害があると考えられる 児童(生徒)	6.3%	4.4%	3.4%
LDと考えられる児童(生徒)	4.5%	2.9%	1.5%
ADHDと考えられる児童(生徒)	2.5%	2.7%	1.1%
高機能自閉症と考えられる児童 (生徒)	0.8%	0.9%	0.8%

5. 教育現場で感じる臨床的な印象

前述の実態調査の結果から、「発達障害のある子が増えているか」を結論するには、さまざまな要因が絡み合い、現段階では難しい。しかし、教育現場の実感(印象)からは、発達障害の“境界例”、あるいは発達障害の特徴を持つ“健常例”が増えているように思われる。これらの実感は“真”であろうか？あるいは、発達障害の概念の確立と普及、また発達障害の診断基準の変化や乱用によって、偏って拡大された“偽”の実感であろうか？結論するには、判断材料が不足している。今後の実証的な研究が必要である。以下に、教育現場で感じる臨床像を述べるが、“真”か“偽”かの問題意識を持って、各自に考えてもらいたい。

1) 自閉関連の問題が増えている？

自閉性障害(自閉症・高機能自閉症・アスペルガー症候群)の特徴は、対人関係が困難、コミュニケーション態度が乏しい、興味や関心が限定的、などである。一方、最近の児童・生徒・学生の傾向として、他者配慮や他者意識やコミュニケーション能力の乏しさを指摘できる。概して、社会性に欠ける者や未熟な対人性を示す者が増えているように思える。また、社会的には、引きこもりやニートなど、社会適応上の問題が増加している印象がある。これ

らは自閉性の特徴を感じさせるが、自閉性の“境界例”、あるいはその特徴を持つ“健常例”が増加しているのだろうか？

2) ADHD関連の問題が増えている？

ADHDの特徴は、落ち着きがない、注意が散漫、集中力がない、抑制がきかない、計画性がない、などである。最近の児童・生徒・学生の傾向として、キレやすさ、がまんのできなさ、目先の誘惑への弱さ、計画性の乏しさを指摘できる。概して、ストレス耐性や抑制に乏しい者が増えているように思える。また、社会的には、衝動的で自己中心的な言動が増加している印象がある。これらはADHDの特徴を感じさせるが、ADHDの“境界例”、あるいはその特徴を持つ“健常例”が増加しているのだろうか？

3) LD関連の問題が増えている？

LDの特徴は、読字・書字・計算の獲得の困難さである。最近の児童・生徒・学生の傾向として、読書力や文章の構成力の低下が指摘されている。概して、ことばの力の弱い者が増えているように思える。また、社会的には、視覚化された情報が増加し、また多用されている印象がある。例えば、“わかりやすい教材”を標榜して、絵や写真や映像などを多用した教材が急速に増えたように思える。これには、言語化された情報の処理能力(ことばの力)の弱体化が反映されていないだろうか。これらはLDの特徴を感じさせるが、LDの“境界例”、あるいはその特徴を持つ“健常例”が増加しているのだろうか？

4) 身体・運動関連の問題が増えている？

発達性協調運動障害の特徴は、運動調整の困難さ、動作の拙劣さ、道具使用の不器用さ、などである。最近の児童・生徒・学生の傾向として、体型が細くて薄い、姿勢が前屈傾向、重心が高くて歩行が不安定、授業時間中に姿勢を保てない(筋緊張が低い)者が増えているように思える。また、社会的には、子どもの体力や運動能力や道具を使いこなす力が低下している印象がある。これらは発達性協調運動障害の特徴を感じさせるが、発達性協調運動障害の“境界例”、あるいはその特徴を持つ“健常例”が増加しているのだろうか？

6. 「発達障害の増加」の実態と原因、教育現場に求められる対応

1) 「発達障害の増加」の実態と原因

あらためて、「発達障害が増えているか」を考えてみたい。前述したように、通常学級では、自閉性、ADHD、LD、そして発達性協調運動障害圏の特徴を示す子どもが増えている実感がある。このような実感の原因は何であろうか。それらの発達障害がほんとうに増加しているからだろうか？それらの発達障害の特徴を有する“境界例”が増加しているからだろうか？それとも、それらの特徴を有する“健常例”が増加しているからだろうか？

このような捉え方の中に、発達障害の臨床像のスペクトラム（連続）性をみることができるといえる。発達障害が増加しているようにみえる原因のひとつとして、発達障害の概念や診断基準が、この臨床像のスペクトラム性に沿って、次第に拡大してしまった可能性がある。発達障害の臨床像が“真”に変化したのか、発達障害の概念や診断基準の変化に伴う臨床像の“偽”の変化なのか、それとも、発達障害の概念や診断基準が、臨床像の“真”の変化を反映して、“真”に変化してきたのか、これらの確認が必要である。

他にも、考慮すべき要因として、社会環境の変化がある。発達障害の知識が社会に普及したことに伴い、発達障害の受け入れが社会（家庭や学校など）に広がった可能性がある。

生物環境の変化も考えられる。最近の生物科学の発展に伴って、発達に影響するさまざまな生物学的要因が指摘されてきている。例えば、エピジェネティクス概念にみられる胎内環境が遺伝子発現に与える影響、母体の低栄養がもたらす胎児の発達への影響、環境ホルモンによる発達への影響、などが懸念されている。

「発達障害が増えているか」を明らかにするには、これらの要因に関する実証的データの収集と蓄積、またそれらの要因の複合性の解析などが必要であり、今後の課題である。

2) 教育現場に求められる対応

増加の実態や原因の解明は今後には待たなければならないが、教育現場で今現実に必要なのは、教師の臨床能力と社会的連携能力の向上、そして学校の連携体制の構築であろう。子どもの発達状態を的確に

把握する臨床能力は、通常学級の教師ほど必要になってきている。また、そのような子どもへの教育に際しては、教師の専門性の向上と、保護者や専門機関との連携が欠かせない。長期的には、教員養成のカリキュラムに、これらの力を養成する科目と臨床実習を組み込む必要がある。短期的には、教師と保護者と専門機関とが相互に連携して協働した教育が実施できる学校体制を整備することが急務であろう。

引用・参考文献

- 1) 上月正博：「特別支援教育と今後の学校教育」、坂爪一幸編著『衝動性と非行・犯罪を考える』、学文社、2008、6-25。
- 2) 福地景子：『通常学級における特別支援教育の在り方に関する研究』（早稲田大学大学院教育学研究科修士論文、未公開）、2008。

(1) 特別支援教育関係

特別支援学校の児童生徒数の急増と必要な対応策

全国特別支援学校知的障害教育校長会 尾崎 祐三

1 特別支援教育と児童生徒数の変化

特別支援学校の知的障害教育校の児童・生徒数は、昭和48年に「学校教育法中養護学校における就学義務及び養護学校の設置義務に関する部分の施行期日を定める政令」が出されてから増加が始まり、政令の施行された昭和54年以降、急増してきた。しかし、平成元年をピークに増加が止まり、平成6年度まで減少した。

平成6年度以降は、増加に転じはじめたが、年間の増加数は1,000名を超えることはなかった。しかし、平成12年度2,000名を超え、平成15年度以降は毎年増加数が増え、平成18年度は1年間の増加数が3,000名を超えている。(表1参照)

平成19年4月1日に学校教育法が改正され、盲学校、聾学校、養護学校のような障害種別の呼称がなくなり、特別支援学校に一本化されたため、児童生徒数の集計の方法が変わることとなった。19年度から20年度の1年間の知的障害者の増加数は4,000名を超えている。増加数のほとんどが知的障害のみのある児童生徒であるため、知的障害教育を実施する特別支援学校の児童生徒数が増えているといえる。(表2参照)

2 特別支援学校の児童生徒数の増加の原因

① 増加の原因の検討の必要性

なぜ、特別支援学校知的障害教育校の児童生徒数は、平成6年度以降増加に転じ、平成12年度以降急激に増加したのだろうか。日本国全体は少子化傾向があり、その結果、通常の小学校、中学校、高等学校の児童生徒数は減ってきているので、特別支援学校を選んだ人の割合が増えてきているといえる。したがって、その原因を探るには、どのような障害のある人が、どのような教育を求めて増えているのかを検討する必要がある。

② 通級による指導の制度化の影響

昭和54年度の養護学校の就学義務が制度化された以降、特別支援学校には、これまで就学できなかった障害の比較的重い児童生徒が在籍するようになり、重度重複化に対応することが課題となってきた。したがって、中度や軽度の知的障害のある児童生徒の保護者は、養護学校ではなく、地域の小学校や中学校の在籍を望む傾向が見られた。

現在、特別支援学校には、障害の重い児童生徒数はあまり変わらないが、これまで特別支援学級を選

表1 養護学校(知的障害)在籍者の推移(文部科学省特別支援教育資料より)

年度	児童生徒数	増加数	年度	児童生徒数	増加数
平成元年度	54,976		平成12年度	57,078	2,091
平成6年度	51,657		平成13年度	58,866	1,788
平成7年度	52,102	445	平成14年度	61,243	2,377
平成8年度	52,102	—	平成15年度	63,382	2,139
平成9年度	52,824	722	平成16年度	65,690	2,308
平成10年度	53,561	737	平成17年度	68,328	2,638
平成11年度	54,987	1,426	平成18年度	71,453	3,125

表2 特別支援学校での知的障害者の在籍状況（文部科学省学校統計より）

	年度	幼稚部	小学部	中学部	高等部	計
知的障害のみ	平成19年度	52	13,634	12,286	31,730	57,702
	平成20年度	55	14,393	13,358	33,785	61,591
	増加数	3	759	1,072	2,055	3,889
知的障害含む重複	平成19年度	173	15,233	9,236	10,568	35,210
	平成20年度	194	15,238	9,280	10,621	35,333
	増加数	21	5	44	53	123
知的障害の総計	平成19年度	225	28,867	21,522	42,298	92,912
	平成20年度	249	29,631	22,638	44,406	96,924
	増加数	24	764	1,116	2,108	4,012

んできた比較的障害の軽い児童生徒が在籍を希望する例が多いことが校長会等で話題になっている。一方、特別支援学級には、これまで通級による指導を受けていた児童生徒が在籍を希望している例が多いとも言われている。

一方、通級による指導は、平成5年度に制度化され、そのときの在籍者数は、12,259人であった。それ以降毎年増加し、平成19年には、45,240人となっている。通級による指導や固定の特別支援学級にいる児童生徒の障害の種類や程度の実態については、全国特別支援学級設置校長会の調査が待たれるが、比較的軽度の障害のある児童生徒が増えてきたことにより、知的障害のある児童生徒が特別支援学級から特別支援学校に移ってきたと考えることができる。

③ 個のニーズに応じた教育の充実

平成8年ころより、養護学校における個別の指導計画の研究発表が各地で行われ、保護者の要望を踏まえて、指導目標を設定し、その評価を保護者に示すことが行われるようになってきた。また、平成15年以降、当時の養護学校が先行して、一人一人の障害のある児童生徒の一貫した「個別の教育支援計画」を策定し、保護者の期待に応える学校となっていったことも、増加の一因となったと考えられる。

④ 特別支援教育の対象者の広がり

平成14年に文科省が「通常の学級に在籍する特別

な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」を実施した。その結果、知的発達に遅れはないものの学習面や行動面で著しい困難を示すと担任教師が回答した児童生徒の割合が6.6%であった。このことにより、通常の学級に在籍する発達障害のある児童生徒の教育に対する関心が高まった。そして平成15年「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」では、「特別支援教育とは、これまでの特殊教育の対象の障害だけでなく、その対象でなかったLD、ADHD、高機能自閉症も含めて障害のある児童生徒に対してその一人一人の教育的ニーズを把握し、当該児童生徒の持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育を通じて必要な支援を行うものと言える。」と述べられ、特別支援教育の対象者が通常の学級に在籍者まで広まることとなった。

「知的発達に遅れがない」ことが前提の調査を基に、特別支援教育が提唱されてきたが、そのことにより、通常学級に在籍している知的障害のある児童生徒への対応にも当然関心が高まったと考えられる。その教育的な対応として、結果的に、特別支援学級や特別支援学校の教育内容にも注目され、在籍者の増加の一因となったと考えられる。

3 特別支援学校の現状と必要な対応策

① 障害の多様化への対応

特別支援学校知的障害教育校の在籍者のうち増加しているのは、比較的障害の軽い児童生徒である。

一方、比較的障害の重い児童生徒もこれまでどおり在籍している。したがって、特別支援学校の障害の多様化は進んでいると考えられる。

これまで、重度・重複化に対応した指導内容・方法の研究は進んできたが、比較的軽度の者も含めた、多様化した児童生徒に対応した教育課程の在り方や指導内容・方法の更なる実践研究を進める必要がある。

② 普通教室の確保

平成20年7月に全国特別支援学校知的障害教育校長会（以下全知長とする）が行った全国調査では、確保している普通教室約11,500に対し、それ以外で対応している普通教室が約2,800あることが分かった。特別支援学校の重度重複学級は3名、小学部と中学部の普通学級は6名で学級を編成することになっているため、普通教室を半分に区切ったりして対応している現状がある。それでも足りない場合は、特別教室を普通教室に転用してしのいでいる。

普通教室をカーテンなどで半分に区切った環境では、隣の教室の音が聞こえてしまうし、特別教室がなくなれば、教育課程実施に必要な教室を失うことになる。したがって、教育環境を整えるためにも普通教室の確保が急務となっている。

全知長の研究協議会では、小学校や高等学校に分教室や分校を作って教室を確保している事例も報告されている。様々な方法を駆使して、普通教室を確保していくことが必要である。

③ 児童生徒数の増加の予測の必要性

特別支援学校の児童生徒増への対応は、学校の設置者であると都道府県や政令指定都市の教育委員会が行っているが、今後どのくらい、またいつまで増加するのかが予測できなければ、行政としての普通教室の確保のための当面の対策を立てることができても、中長期的な見通しの必要な学校の新設などの行政決断が難しくなる。

これまで、特別支援学校の在籍者は、学齢人口の一定の割合で算出されることが多かったため、少子化が進めば在籍者は減ると考えられてきた。しかし、特別支援学校の在籍者は確実に増え、しかも年々増加する人数そのものも増えてきている。その増加の要因として、行政施策との関連性が指摘されること

もあるが、その相関関係を数値として表すことを研究していくことが必要である。この数値は、増加の割合が今後増えていくのか減っていくのかを予測することにつながる。

学齢人口に対する知的障害のある児童生徒の発現率にも限度があるとすれば、特別支援学校や特別支援学級に在籍者もそれ以上増えることはないので、学齢人口に対する発現の割合を早急に研究していくことが必要である。発現率を明確にすれば、増加のピークがいつになるのか予測することができるようになる。

(1) 特別支援教育関係

知的障害特別支援学級における児童生徒数の増加と求められる対応 …「特別支援教育に関する教育諸条件整備に向けての緊急調査」 を踏まえて

全国特別支援学級設置学校長協会 瀧島 順一

報告

課題1 児童生徒は増えているのか<設置学級数>

①平成18年度(104,544人)→平成19年度(113,377人)
(平成19年 調査)

※区分(知的、弱視、難聴、言語、情緒、肢体、病弱)合計



①置学校数と担当教員数



課題2 教育課程

幼・小・中学習指導要領

平成20年3月28日に「幼稚園教育要領、小学

校・中学校学習指導要領」が告示された。(高等学校、特別支援学校の学習指導要領については、平成20年12月22日に改訂案の公表が行われた。)

幼・小・中・高等学校における特別支援教育に係る改訂の要点

- ・学校全体で特別支援教育に取り組むための校内支援体制の整備
- ・一人一人の実態等に応じた指導の充実
- ・交流及び共同学習の推進

第1章 総則(小学校)

第4 指導計画の作成等に当たって配慮すべき事項

2 以上のほか、次の事項に配慮するものとする。

(7) 障害のある児童などについては、特別支援学校等の助言又は援助を活用しつつ、例えば指導についての計画又は家庭や医療、福祉等の業務を行う関係機関と連携した支援のための計画を個別に作成することなどにより、個々の児童の障害の状態等に応じた指導内容や指導方法の工夫を計画的、組織的に行うこと。特に特別支援学級又は通級による指導については、教師間の連携に努め、効果的な指導を行うこと。

(12) 学校がその目的を達成するため、地域や学校の実態等に応じ、家庭や地域の人々の協力を得るなど家庭や地域社会との連携を深めること。また、小学校間、幼稚園や保育所、中学校及び特別支援学校などとの間の連携や交流を図るとともに、障害のある幼児児童生徒との交流及び共同学習や高齢者などとの交流の機会を設けること。

特別支援教育に係る教育課程の基準の改善について

特別支援学校の学習指導要領等改訂案の概要は、幼稚園、小・中・高等学校に準じた改善を図るとともに、障害の状態等に応じた指導の一層の充実を図る観点から、次のような改善を図る。

基本的な考え方

- ・幼稚園、小学校、中学校及び高等学校の教育課程の改善に準じた改善
- ・障害の重度・重複化、多様化に対応し、一人一人に応じた指導の一層の充実を図る
- ・自立と社会参加を推進するため、職業教育を充実させる

- 一人一人の実態に応じた指導の充実（ニーズに応じた教育活動及び教育内容）
 - ・すべての幼児児童生徒の「個別の指導計画」を作成することが義務付けられた。
 - ・学校、医療、福祉、労働等の関係機関が連携し、一人一人のニーズに応じた支援を行うため、すべての幼児児童生徒の「個別の教育支援計画」の作成が義務付けられた。
- 自立と社会参加に向けた職業教育の充実
- 交流及び共同学習の推進
- 障害の重度・重複化・多様化への対応

課題3

教員の専門性（知識、理解、対応、連携）

- 校長のリーダーシップ
- 研修を通して専門性を高める
- 特別支援教育コーディネーターのリーダーシップ、校内委員会の充実
- 保護者、関係機関との連携

課題4

個別の教育支援計画、個別の指導計画の作成

- 生徒理解と実態の把握
- 保護者との連携
- 校種の接続連携
- 関係機関との連携（教育委員会、医師）

学校は 子どもたちに
夢をもたせ、目標を立てさせ、
努力をさせる
人間としての在り方生き方を
探究させる
人格形成を図る
生きる力 豊かな心を培う

(2) 障害児・者福祉関係

障害児・者のサービス利用の実態

上智大学 大塚 晃

はじめに

障害者基本法によれば、わが国の「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるもの（法第二条）となっている。身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法など各法律によりサービスが提供されてきたが、平成18年度から施行されている障害者自立支援法においては三障害を統合してサービスが提供されている。発達障害については附帯決議に障害者基本法の障害に含まれるとされているが、法律には入っていない。このような状況において、知的障害を含めて発達障害児のサービス利用の実態を把握することにより、その傾向について考察するものである。

1. わが国における障害者実態調査の状況

わが国において身体障害者の実態調査は、昭和26（1951）年に厚生省（現・厚生労働省）によって初めて実施された。その後、5年毎に行われている。昭和36（1961）年に、知的障害者の実態調査が実施された。知的障害者の実態調査は、平成2年より「基礎調査」と名称を変え5年毎に実施されている。精神障害者については、昭和38（1963）年に精神衛生実態調査が実施されたが、現在は、国による精神障害者の実態調査は実施されていない。精神障害者の人数等については、厚生労働省が3年に1回、全国の医療機関を対象に患者調査を実施しているので、その結果から精神障害者の人数を推計している。

身体障害者の実態調査は、平成18（2006）年度の「身体障害児・者実態調査」、知的障害者の実態調査は平成17（2005）年度の「知的障害児（者）基礎調査」、精神障害者の実態調査は、平成17（2005）年度の「患者調査」等の結果は以下の通りである。

知的障害については5年ごとに知的障害児（者）基礎調査が実施されているが、広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの発達障害についての調査は行われていない。知的障害を伴った自閉所などで療育手帳を所持している発達障害は知的障害児（者）基礎調査で、心理的発達の障害、小児（児童）期および青年期に生じる行動および情緒の障害等で精神障害者保健福祉手帳を所持している発達障害者については患者調査の中に含まれていると考えられる。

図表1 障害者数

	総数	在宅者	施設入所者
身体障害児・者	366万人	358万人	9万人
知的障害児・者	55万人	42万人	13万人
精神障害者	303万人	268万人	35万人

資料：内閣府、平成20年度版「障害者白書」
 厚生労働省「身体障害児・者実態調査」（平成18年）
 厚生労働省「知的障害児（者）基礎調査」（平成17年）
 厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成17・18年）等
 （高齢者関係施設は除く）
 厚生労働省「患者調査」（平成17年）

2 知的障害児・者について

(1) 知的障害児・者数について

知的障害児（者）基礎調査は、知的障害児（者）福祉施策の一層の充実を図るため、その生活の実情とニーズを正しく把握し、知的障害児（者）福祉行政の企画・推進の基礎資料を得ることを目的としている。

平成17（2005）年の調査結果によると、在宅の知的障害児（者）は41万9000人、施設入所者は12万8000人と推計されている。（図表2）

図表2 知的障害者数

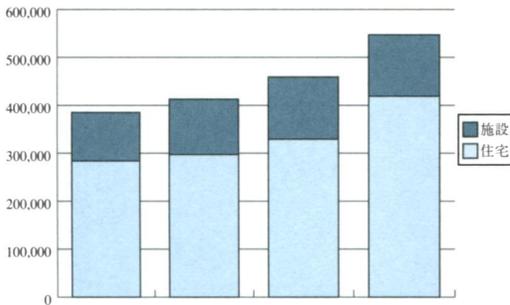
	総数	在宅者	施設入所者
18歳未満	12.5万人	11.7万人	0.8万人
18歳以上	41.0万人	29.0万人	12.0万人
年齢不詳	1.2万人	1.2万人	0.0万人
合計	54.7万人	41.9万人	12.8万人

「知的障害者」在宅者：厚生労働省「知的障害児・者実態調査」（平成17年）
施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成17年）

（2）在宅と施設の知的障害児者数の推移

知的障害児者の数の推移については、平成2年が385,100人、平成7年が413,000人、平成12年が459,100人、平成17年が547,000人と推移しており、特に、在宅については平成2年が283,800人、平成7年が297,100人、平成12年が329,200人、平成17年が419,000人と増加の一途をたどっていることがわかる。

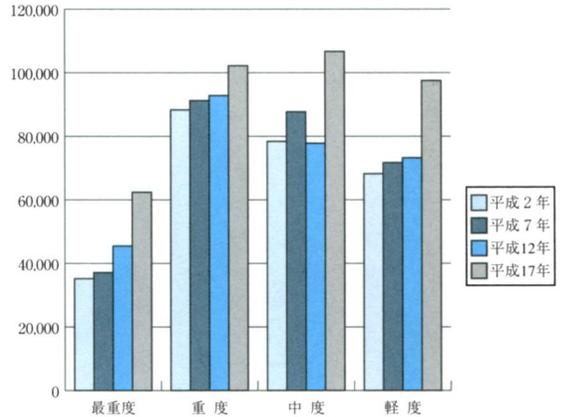
図表3 人数の推移



（3）障害の程度別の知的障害児者数の推移

障害の程度の推移については、最重度、重度、中度、軽度共に、調査年とともに増加の傾向が見られる。特に、中度・軽度の伸びが重度・最重度と比較して著しいといえる。

図表4 障害の程度の推移



（4）在宅の知的障害児者の男女別・年齢階層別状況

在宅の知的障害児（者）の障害の男女別・年齢階層別、障害の程度別人数の図表は以下のとおりである。男子は58.1%、女子は39.7%占めていた。「最重度」と「重度」が39.3%、「中度」と「軽度」が48.8%であった。18歳未満の「最重度」と「重度」は42.7%、「中度」と「軽度」は50.8%であり、18歳以上の「最重度」と「重度」は39.2%、「中度」と「軽度」は49.0%である。

図表5 男女別・年齢階層別・障害の程度別人数 (推定値)

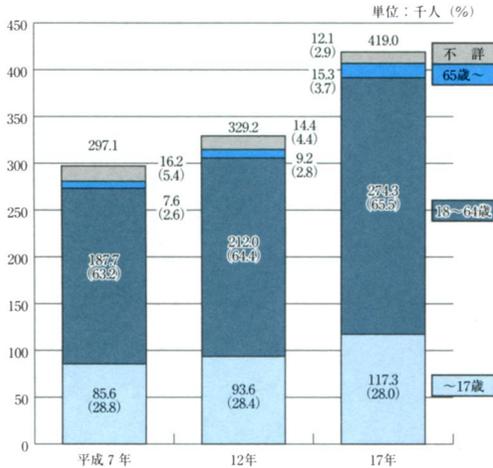
	総数	男	女	不詳	最重度	重度	中度	軽度	不詳
総数	419,000 (100.0)	243,300 (58.1)	166,400 (39.7)	9,300 (2.2)	62,400 (14.9)	102,200 (24.4)	106,700 (25.5)	97,500 (23.3)	50,100 (12.0)
18歳未満	117,300 (100.0)	75,500 (64.4)	41,400 (35.3)	400 (0.3)	22,000 (18.8)	28,100 (23.9)	26,200 (22.4)	33,300 (28.4)	7,100 (6.5)
0~4	15,600	9,900	5,700	-	3,600	2,000	4,000	4,800	1,000
5~9	39,800	25,400	14,100	200	6,700	10,100	8,500	12,700	1,800
10~14	36,300	25,400	10,200	-	5,100	11,300	8,500	7,300	3,200
15~17	25,600	14,800	10,700	200	5,600	4,600	5,200	8,500	1,600
18歳以上	289,600 (100.0)	165,800 (57.3)	123,400 (42.6)	400 (0.1)	39,800 (13.7)	73,700 (25.5)	78,700 (27.2)	63,000 (21.8)	34,300 (11.9)
18~19	20,600	12,700	7,900	-	4,400	4,200	5,000	5,700	1,200
20~29	83,600	47,700	35,900	-	16,800	22,400	20,000	16,600	7,900
30~39	85,000	51,700	33,100	200	10,700	25,000	22,400	20,000	6,900
40~49	43,800	24,400	19,400	-	3,200	7,500	16,000	10,100	7,100
50~59	31,500	16,600	14,700	200	1,400	6,900	10,300	6,500	6,500
60~64	9,700	5,400	4,200	-	1,400	2,600	2,000	1,800	1,800
65以上	15,300	7,300	8,100	-	1,800	5,000	3,000	2,400	3,000
不詳	12,100 (100.0)	2,000 (16.7)	1,600 (13.3)	8,500 (70.0)	600 (5.0)	400 (3.3)	1,800 (15.0)	1,200 (10.0)	8,100 (66.7)

（5）知的障害児数の推移

知的障害児の数の推移については、平成7年が85,600人、平成12年93,600人、平成17年が117,300人と推移しており、知的障害児についても成人同様に増加していることがわかる。しかし知的障害者全体

における知的障害児の割合については、平成7年が28.8%、平成12年28.4%、平成17年が28.8%と大きな変化はない。

図表6



資料：厚生労働省「知的障害児(者)基礎調査」

(6) 知的障害者数と療育手帳との関係

昭和35(1960)年知的障害者福祉法が制定されたが、他の障害については障害の定義が法律に存在するが、知的障害の定義は存在しない。

療育手帳については、知的障害児(者)に対して一貫した指導・相談を行うとともに、各種の援助措置を受けやすくするために昭和48年から交付している。この意味では、

療育手帳所持者は障害福祉サービスを利用している人といえる。

療育手帳所持者は、平成2年388,777人、平成7年477,276人、平成12年569,618人、平成17年698,761人であり、基礎調査による平成2年385,100人、平成7年413,000人、平成12年459,100人、平成17年547,000人と年次の変化とともにその乖離が大きくなっている。

図表7

療育手帳交付台帳登載数 (厚生労働省報告例)

	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
登載総数	388,677	477,276	569,618	698,761
18歳以上	273,075	363,576	438,291	525,323
18歳未満	115,602	113,700	131,327	173,438

2. 児童相談所の相談件数にみる障害児相談の推移

児童相談所は児童に関する各般の問題につき、家庭その他からの相談に応じ、児童が有する問題又は児童の真のニーズ、児童の置かれていた環境の状況等を的確に捉え、個々の児童や家庭等に最も効果的な処遇を行い、もって児童の福祉を図るとともにその権利を保護することを主たる目的として設置される行政機関である。

相談の種類は児童の福祉に関する各般の問題にわたるが、大きくは養護相談、心身障害相談、非行相談、育成相談、その他の相談に分かれる。

養護相談

保健相談

心身障害相談 (肢体不自由相談、視覚障害相談、言語発達障害等相談、重症心身障害相談、知的障害相談、自閉症相談)

非行相談 (教護相談、触法行為等相談)

育成相談 (性格行動相談、不登校相談、適性相談、しつけ相談)

その他相談

平成8年から19年までの児童相談所に寄せられる相談件数は増加傾向を示していたが平成14年をピークに減少し再度18年に増加し、19年度は259,442と減少した。

一方障害相談については平成14年度までは増加傾向であったが、その後減少し17年度・18年度と増加

図表8

児童相談所における受付件数

平成	全体相談数	障害相談	知的障害相談	自閉症相談
8	317,455	166,169	100,272	5,439
9	325,925	170,265	103,533	6,082
10	336,241	177,059	109,230	6,574
11	347,833	183,748	115,366	7,606
12	362,655	189,843	121,783	8,749
13	382,016	202,199	134,248	9,357
14	398,552	224,294	149,627	11,927
15	345,012	159,787	111,085	10,178
16	352,614	157,326	110,551	11,723
17	349,911	162,982	115,226	13,336
18	380,950	194,166	131,349	14,819
19	359,442	177,298	126,370	15,467

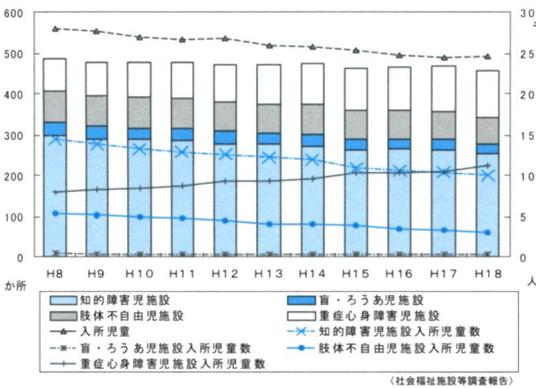
し、19年度は減少している。知的障害相談については14年度をピークに減少し、17年度18年度と少し増加し、平成19年度は126,370となっている。一方自閉症相談については、増加の一途をたどり平成8年度の5,439から19年度の15,467と、この10年間で約3倍に増加し、自閉症相談の伸びが著しいことが分かる。

3. 障害児施設の施設数及び利用児童数の推移（入所施設）

障害児の入所施設については、戦前からの長い歴史がある。知的障児施設については、昭和54年の養護学校義務化以後、その数や利用者は減少しつづけ、平成18年10月1日現在の「社会福祉施設等調査報告」254か所、利用児童数は9,808人である。このように施設に求められる機能の変化に応じて重症心身障害児施設以外は、入所施設の利用児童数は減少傾向にある。その他、自閉症児施設は施設数7か所、利用者数235人、盲児施設は施設数10か所、利用者数137人、ろうあ児施設は施設数13か所、利用者数165人、肢体不自由児施設は施設数62か所、利用者数2,703人、肢体不自由児療護施設は施設数6か所、利用者数237人、重症心身障害児施設は施設数115か所、利用者数11,215人である。

図表9

障害児施設の施設数及び利用児童数の推移（入所施設）



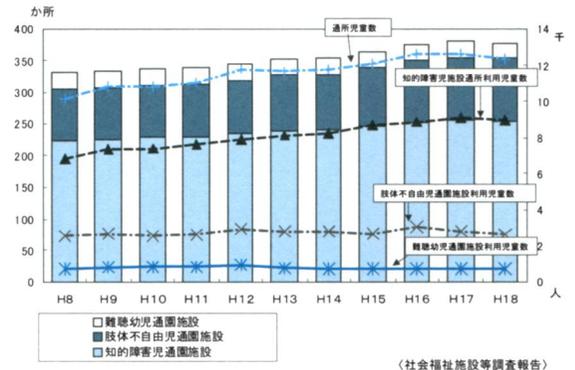
4. 障害児施設の施設数及び利用児童数の推移（通所施設）

障害児通所施設については、難聴幼児、肢体不自由、知的障害と障害種別に分かれているが、障害を

越えて利用できる相互利用の施策などにより地域の発達支援や家族支援の中核的施設の機能をもっている。また、広汎性発達障害、学習障害や注意欠陥多動性障害などの障害についても制度として対象にはしていないが、実際には相当の発達障害の利用者数が存在しているものと推測される。このような通園施設へのニーズの高まりが施設数や利用者数を増加させていると考えられる。平成18年10月1日の「社会福祉施設等調査報告」によれば、難聴幼児通園施設の施設数25か所、利用者数746人、肢体不自由児通園施設の施設数96か所、利用者数2,608人、知的障害児通園施設の施設数254か所、利用者数8,981人という状況である。

図表10

障害児施設の施設数及び利用児童数の推移（通所施設）



5. 児童養護施設における発達障害児の状況について

厚生労働省は、家庭状況等主として環境上の理由により、児童福祉法に基づいて、里親に委託されている児童、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設及び乳児院に措置されている児童、母子生活支援施設を利用している母子世帯の児童並びに保護者の実態を明らかにして、要保護児童の福祉の増進のための基礎資料を得ることを目的に5年ごとに「児童養護施設入所児童等調査」を実施している。

平成10年2月1日現在の調査結果によれば、養護施設の利用児童数は、26,979人であり、児童の心身の状況について障害等があり、2,766（10.3%）人であり、そのうち知的障害については1,125（4.2%）人である。

平成15年2月1日現在の調査結果によれば、養護施設の児童数は30,416人であり、児童の心身の状況について障害等ありが6,155（20.2%）人であり、そのうち知的障害については2,476（8.1%）、ADHDについては、531（1.7%）人である。知的障害については前回の調査（平成10年2月1日）と比較してその数も増加しており、占める割合も増加している。

また、厚生労働省雇用均等・児童家庭局が平成20年3月1日実施した、「平成19年度社会的養護施設に関する実態調査」によれば、児童養護施設の在籍児童26,604人の中で発達障害・行動障害等の状況を見ると、その2割が該当し、発達障害・行動障害等の種類別にみると、発達障害系について「確定診断あり」が5.0%、「疑いあり」が9.4%、行動障害系について「確定診断あり」が2.0%、「疑いあり」が6.3%となっている。

図表11

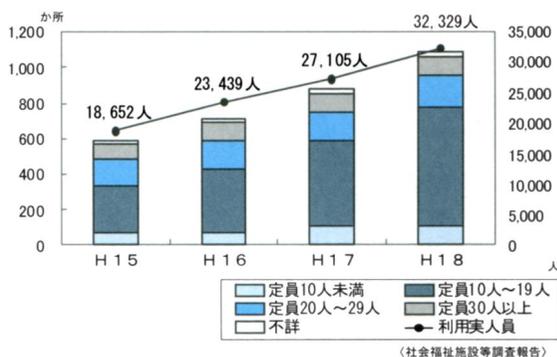
	総数	全障害	身体虚弱	肢体不自由	視聴覚障害	言語障害	知的障害	てんかん	ADHD	その他
平成10	26,979 (100%)	2,766 (10.3%)	573 (2.1%)	124 (0.5%)	210 (0.8%)	308 (1.1%)	1,125 (4.2%)	375 (1.4%)		879 (3.2%)
平成15	30,416 (100%)	6,155 (20.2%)	772 (2.5%)	132 (0.4%)	233 (0.8%)	437 (1.4%)	2,476 (8.1%)	421 (1.4%)	531 (1.7%)	2,518 (8.3%)

6. 児童デイサービスの施設数及び利用児童数について

児童デイサービスは、昭和47年の「心身障害児通園事業」からはじまり、平成10年「障害児通園（デイサービス）事業」となり、平成12年度の児童福祉法の改正により「児童デイサービス」として在宅サービスに法的に位置づけられ、平成15年の支援費制度で契約により利用されている。平成18年の障害者自立支援法において、介護給付として学齢期前の療育を中心に、学齢期の放課後等の利用を含めて開始された。支援費制度の開始と共に、学齢期の放課後、休日、長期休暇期間の利用の増加により、年ごとに利用者数は増加してきた。また、児童デイサービスについては市町村が認めれば手帳の要件を問わずに利用できるとされ、発達障害児の利用も増加していると推測される。

図表13

図表12
児童デイサービスの施設数及び利用児童数について



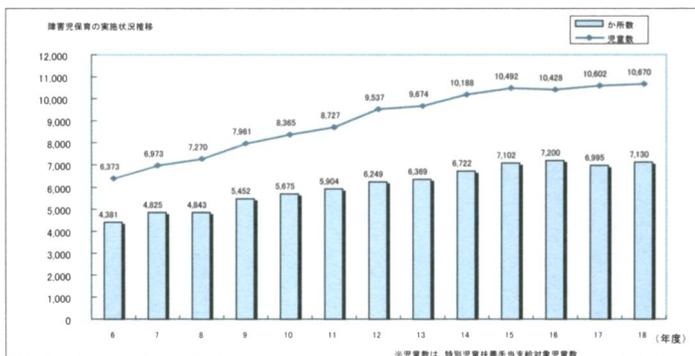
7. 障害児保育について

保育所における障害児の受け入れについては、昭和53年6月13日児発第364号本職通知「保育所における障害児の受け入れについて」により始まった。その方針については、

- 1 保育に欠ける障害児で、保育所で行う保育になじむものについては、保育所に受け入れるものとする。
- 2 保育所に受け入れる障害児は、一般的には中程度までの障害児と考えられ、集団保育が可能で日々通所できるものとする。
- 3 保育所に受け入れる障害児の数は、それぞれの保育所において障害児と健常児との集団保育が適切に実施できる範囲内の人数とする。

などとされ、障害児の保育所における保育につき、都道府県が市町村に対し助成を行った場合、国は、

障害児保育の実施状況について



	実施か所数	全保育所数に占める割合	受入れ児童数(人)	全利用児童数に占める割合
平成17年度	6,995	(-205)	10,602	(+174)
平成18年度	7,130	(+135)	10,670	(+68)

※()は対前年度増減数
※全保育所数、全利用児童数に占める割合の欄は、各年4月1日現在の全保育所数、全利用児童数を使用し、算定。

予算の範囲内において、当該都道府県に対し助成するものとしていたが、現在は一般財源化され、補助制度ではなくなっている。

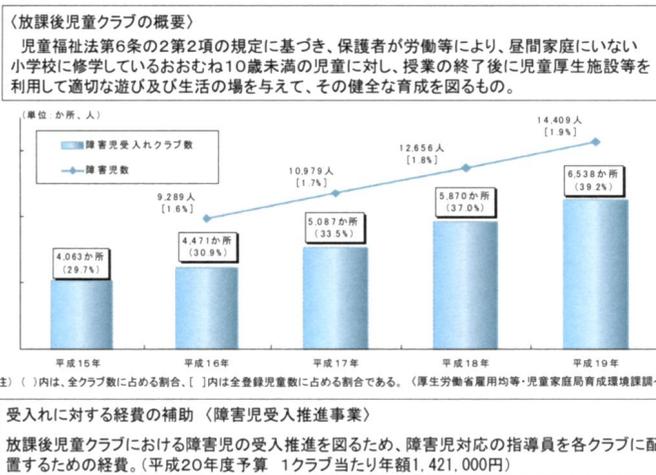
対象は中程度の知的障害や肢体不自由を対象としているが、その障害は特別児童扶養手当対象者となっているが、実際は広汎性発達障害などの障害児も存在していると推測され、その利用者数もノーマライゼーション理念の浸透とともに、確実に増加している。

の知的障害や身体障害であるが、広汎性発達障害児も利用していると推測される。国は、障害児を2人以上受け入れた場合、「障害児受入加算」を助成することとしている。

利用者については、保育所同様に、地域で障害児を他の健常児と一緒に支援していこうとするノーマライゼーション理念の浸透とともに、確実に増加している。

図表14

放課後児童クラブにおける障害児の受入れ状況



8. 放課後児童健全育成事業について

女性の就労が一般化するに従って、小学校に入学した児童の放課後の健全育成に対する支援が必要になってきた。国では、昭和38年度から児童館の設置を積極的に推進してきたが、児童館の設置されていない地域を対象に、昭和51年度から都市児童健全育成事業のメニュー事業として、地域のボランティアによる児童の保護と健全育成の活動への助成をおこなってきた。平成3年度からは専任の職員を配置するなど、新たに放課後健全育成事業を実施している。

「放課後児童健全育成事業実施要綱」によれば、対象児童は、保護者が労働等により昼間家庭にいない小学校1～3年に就学している児童であり、その他健全育成上指導を要する児童（盲・聾・養護学校の小学部の児童及び小学校4年生以上の児童）も加えることができるとされている。対象児童は、従来

参考資料

障害児支援の見直しに関する検討会資料、平成20年4月～7月、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

<http://www.bw.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/d1/s0722-5a.pdf>

3章 ニーズ調査委員会報告

アンケート調査の概要

ニーズ調査委員会委員長 玉井 邦夫
(大正大学)

ニーズ調査委員会は、全国規模のアンケート調査によって、発達障害をめぐる医療・福祉・教育に関して、保護者と支援者がそれぞれどのようなニーズ意識を持っているのかを把握する目的で設置された。

アンケート調査は、医療ニーズ、福祉ニーズ、教育ニーズ、そして学校間の連携等に関するニーズの4領域について実施した。それぞれの領域ごとに、サービスの地域性、サービスに対する情報提供のあり方、サービスの内容に関する満足度を回答してもらう形式である。質問項目の詳細については調査対象群ごとの報告の中で述べる。

調査対象ならびに回収数・回収率は以下の通りである。

I 保護者群

- 1 特別支援学級・特別支援学校の小学1～3年生の子どもの保護者
- 2 特別支援学級・特別支援学校の小学4～6年生の子どもの保護者

1と2を合わせて約6231部配布、回収数は1が1017、2が825で、回収率は1と2を合わせて約30%。

- 3 特別支援学級・特別支援学校の中学生の子どもの保護者
約3661部配布、回収数1104、回収率は約30%
- 4 特別支援学校の高等部生の子どもの保護者
約3877部配布、回収数は1202、回収率は約31%

II 支援者群

- 1 特別支援学級・特別支援学校の学校長
877部配布、回収数513、回収率58%
- 2 保育所・心身障害児通園施設の施設長
1629部配布、回収数382、回収率23%

保護者に対する配布は学校を通じて行ったため、正確な配布数は把握されていない。そのため、配布数が概数となっている。また、回収作業は現在も続いていて、ここに示したのは平成20年12月末時点での数値である。以下の分析もすべてここに示した回収分に基づくものだが、回収が完了した時点での分析結果については、別の発表機会を検討したい。

保護者群の調査結果

大正大学 玉井 邦夫

I 質問項目

保護者群は子どもの年齢の従って4つのグループに分けられていて、質問項目は若干異なる。質問内容による大分類ごとに記す。

〈回答者属性関連〉

- ・所在地（都道府県）、子どもの所属（特別支援学校または支援学級）、学年、療育手帳の等級、診断名、記入者（以上全年齢群共通）

〈医療ニーズ関連〉

- ・診断機関について、健康管理サービスについて（以上全年齢群共通）

〈福祉ニーズ関連〉

- ・子育て相談サービスについて、福祉サービス全般の利用度、学校の長期休業中のサービスについて、短期入所サービスについて、経済的支援について（以上全年齢群共通）、余暇活動支援について（小学校1～3年群を除く）、卒業後の就労等の支援について（高校群）、成人期の本人の経済的支援について（高校群）

〈教育ニーズ関連〉

- ・教育内容への満足度、学校選択の情報源、学校選択の理由（以上全年齢群共通）、学童保育について（小学生のみ）、卒業後の進路決定について（中学校高校群）

〈連携ニーズ関連〉

- ・幼稚園や保育所と小学校との連携について（小学校1～3年群のみ）、小学校と中学校の連携について（中学校群）

II 回答者属性

回答者の居住地は全都道府県にわたっている。学年は小学校から高等学校までどの学年もほぼ均等である。子どもの所属先、療育手帳の等級、診断名をそれぞれ表1、表2、表3として示す。回答者はおおむね父親が1割、母親が9割である。

表1 調査対象者の子どもの所属先

種別	総数	特別支援学校	特別支援学級	無回答
小学校1～3年合計	1017	489 48.1	507 49.9	21 2.1
小学校4～6年合計	825	387 46.9	419 50.8	19 2.3
中学校合計	1104	717 64.9	363 32.9	24 2.2
高校合計	1202	1162 96.7	1 0.1	39 3.2

III 分析の方法

回答は、子どもの年齢による4つの区分ごと、障害の程度ごと、診断名ごとに比較して分析する。

IV 子どもの年齢区分による分析

〈医療ニーズ〉

診断機関が地域にあったとする回答は、小学校1～3年生群（以下、低学年群）で59.2%、小学校4～6年生群（以下、高学年群）で59.0%、中学校群（以下、中学群）で59.2%、高校群で53.4%であり、高校群が他の3群に比して有意に低い率となっている。診断機関についての情報提供に関しては、「十分」「ほぼ十分」が低学年群で46.4%と最高で、高学年群39.3%、中学群36.5%、高校群35.6%となる。低学年群は中学群高校群に比して有意に高い。逆に中学群では「十分とはいえない」で、高校群は「不足」でそれぞれ低学年群より有意に高い。その機関で得られた指導助言への満足度は、「十分」「ほぼ十分」が低学年群で51.1%、高学年群44.1%、中学群44.3%、高校群41.3%となる。低学年群が他の3群より有意

表2 療育手帳の等級

	総 数	度 ○ A ・ A 1 ・ 1	A ・ A 2 ・ 2 度	B ・ B 1 ・ 3 度	C ・ B 2 ・ 4 度	無 回 答
問3 療育手帳の種別						
小学校1～3年合計	1017	113	248	292	111	253
		11.1	24.4	28.7	10.9	24.9
小学校4～6年合計	825	115	232	202	88	188
		13.9	28.1	24.5	10.7	22.8
中学校合計	1104	179	303	308	133	181
		16.2	27.4	27.9	12.0	16.4
高校合計	1202	174	239	451	231	107
		14.5	19.9	37.5	19.2	8.9

表3 診断名（年齢区分毎）

	総 数	知的 障害	自 閉 症	広 汎 性 発 達 障 害	候 群 ア ス ペ ル ガ ー 症	ダ ウ ン 症 候 群	障 害 注 意 欠 陥 多 動 性	学 習 障 害	反 抗 挑 戦 性 障 害	障 害 発 達 性 協 調 運 動	そ の ほ か	無 回 答
問4 診断名												
小学校1～3年合計	1017	478	416	166	23	86	49	18	1	14	151	28
		47.0	40.9	16.3	2.3	8.5	4.8	1.8	0.1	1.4	14.8	2.8
小学校4～6年合計	825	412	308	111	20	66	38	27	1	6	105	14
		49.9	37.3	13.5	2.4	8.0	4.6	3.3	0.1	0.7	12.7	1.7
中学校合計	1104	636	408	107	23	101	39	31	1	7	125	21
		57.6	37.0	9.7	2.1	9.1	3.5	2.8	0.1	0.6	11.3	1.9
高校合計	1202	795	305	65	25	90	33	62	1	8	107	30
		66.1	25.4	5.4	2.1	7.5	2.7	5.2	0.1	0.7	8.9	2.5

表4 調査対象の診断名

診断名	比率
知的障害	56.0%
ダウン症	8.3%
自閉症	34.6%
広汎性発達障害	10.8%
アスペルガー障害	2.2%
LD	3.3%
ADHD	3.8%
反抗挑戦性障害	0.1%
発達性協調運動障害	0.8%
その他	11.8%
不明(無回答)	2.2%

に高い。

健康管理サービスについては、どの群でも4割が「十分」「ほぼ十分」で、6割が「十分とはいえない」「不足」という回答で有意差はない。サービスへの満足度では、低学年群で「十分」とする回答が中学群・高校群より有意に高いが、それでも「十分」回答は9.6%に過ぎない。また、高校群で「わからない」という回答が他の3群より有意に高い。

〈福祉ニーズ〉

一般子育て相談サービスの地域性については「十分とはいえない」「不足」が低学年群で58.9%、高学年群68.4%、中学群67.0%、高校群66.5%である。特に「不足」回答については低学年群に対して他の3群はいずれも有意に高い。サービスの情報提供につい

ても「十分とはいえない」「不足」が低学年群56.1%、高学年群61.4%、中学群61.5%、高校群58.9%と高い。内容についても全群で「十分とはいえない」「不満」が6割を超える。

福祉サービスの利用体験があるのは低学年群60.8%、高学年群59.9%、中学群61.1%に対して高校群は50.4%で、他の3群より有意に低い。福祉サービスが地域に備わっているか、それらのサービスへの情報提供は十分か、サービス内容に満足しているかという点では、どの群も「十分」「ほぼ十分」が2割に満たない。

長期休業中のサービス利用体験があるのは低学年群47.4%、高学年群52.9%、中学群49.5%、高校群40.4%で、高校群が有意に低い。短期入所サービス利用体験は低学年群12.6%、高学年群18.6%、中学群25.3%、高校群26.4%が「あり」で、子どもの年齢上昇と共に利用率が上がる。経済的支援はすべての群の7割～8割が利用している。余暇支援サービスは高学年群と中学群でそれぞれ36.0%、38.5%の利用体験があるが、高校群では29.7%と2群に比して有意に低下している。その満足度については、高学年群では「ほぼ十分」の回答が10.5%で中学群よりも有意に高く、中学群では「十分とはいえない」が16.3%と有意に高くなる。

就労支援サービスについては、サービスが地域には「十分ではない」「不足」だとする回答が66.3%に達し、サービスに関する情報提供にも同程度の不満がある。成人期の本人に対する経済的支援に関しては、「十分」「ほぼ十分」とする回答は5.6%に過ぎず、「十分とはいえない」「不足」が58.9%、「わからない」が31.2%になる。

〈教育ニーズ〉

教育内容への満足度は、やや複雑な様相を呈する。まず、「十分」とする積極的な肯定は、低学年群が他の3群より有意に高い。しかし、「ほぼ十分」という消極的な肯定になると中学群が高学年群と高校群に対して有意に高くなる。「十分とはいえない」「不足」は「十分」の裏返しで、低学年群が他の3群より有意に低い。

学校選択に関する情報源は、どの群でも5割強が「十分とはいえない」「不足」と答えている。学童保育の利用体験は低学年群と高学年群で有意差はなく、それぞれ28.1%、24.5%である。利用を拒絶され

たという体験は低学年群で14.8%、高学年群で16.5%である。

進路選択の情報源については、「十分」「ほぼ十分」という回答は中学群でも高校群でも3割前後、「十分ではない」「不足」が6割前後で有意差はない。ただし「わからない」は中学群13.8%で高校群の5.9%よりも有意に高い。この傾向は進路選択に関する満足度でもほぼ同様だが、「十分」「ほぼ十分」の回答は2割前後になる。

〈連携ニーズ〉

幼稚園や保育所と小学校の連携についての評価は「十分」「ほぼ十分」が42.1%、「十分とはいえない」「不足」が32.9%だが、「わからない」が21.1%に達している。小学校と中学校の連携についての評価は「十分」「ほぼ十分」が52.0%、「十分ではない」「不足」が35.7%である。

〈まとめ〉

子どもの年齢区分による分析からは、現高等学校世代の幼児期に比べれば、診断機能が地域化してきていることは示唆された。しかし、一般的な相談機能への満足度は必ずしも高くない。福祉サービスの利用体験は子どもの年齢が低いほど高くなるが、その内容についての評価は十分と不十分に分極化する傾向が認められた。サービスの利用体験が増えれば、それだけ自分たちが利用したサービスを評価する要因が多様になるものと思われる。

教育内容に関しては、子どもの年齢区分があがるにつれて満足度が下がっていた。また、学校選択の情報源は小学群で「ほぼ十分」だが中学群では「不足」となり、高校群では再び「ほぼ十分」になる。これは、中学から高校に進学する時点で学校選択に事実上選択肢がなくなるからかもしれない。

総じて、福祉ニーズへの満足度と教育ニーズへの満足度に強い相関は見られず、「教育に満足しないから福祉で」またはその逆といった、教育と福祉の「補完性」は認められなかった。

V 障害の程度による分析

今回の調査では、障害の程度はほぼ所属する学校種に一致する。調査項目で唯一障害程度に直接関連すると思われる療育手帳の等級は、特別支援学校に所属している群（以下、学校群）が、特別支援学級に所属している群（以下、学級群）よりも有意に重

い等級に偏っているからである。そこで、障害程度による分析は、実際上は所属する学校種による比較分析の形式を採った。

医療サービスについては、診断機関が地域にあるという回答は両群とも6割だが、診断機関に関する情報提供では満足しているのが4割、不満を感じているのが5割という傾向があった。診断機関での指導や助言の内容には、学校群で有意に高い不満傾向が認められた。健康管理サービスについても、学校群は「不十分」であり、学級群は「ほぼ十分」という傾向が明確に認められた。

福祉サービスについては、一般的な相談機能は両群とも6割が不満を感じていた。どのサービスについても利用体験が有意に多いのは学校群であった。サービス内容の評価では、年齢区分による分析と同様、利用体験の多くなる学校群ほど「十分」と「不十分」の評価が分極化する傾向が見られた。

教育サービスについては、内容に満足しているのが6割、不満なのが3割という比率は両群で差が見られなかった。ところが、学校選択の理由では両群で明確な違いが出た。学校群の選択理由は「施設が優れている」「少人数の教育環境」「就学相談での勧め」「選択肢がなかった」「教育内容の専門性」であり、学級群では「地域性」「きょうだいが通っていたから」「いい先生がいたから」となる。学級群が、「教育内容の専門性」というよりも「いい先生」という、より個別的な要因を学校選択の理由として上位に挙げているのは、現行の支援学級の運営状況を表しているとも考えられる。

Ⅵ 障害種別ごとの分析

今回の調査対象の診断名内訳を表4に示す。

ひとりの子どもが複数の診断名を付けられている場合もあろうが、広汎性発達障害、アスペルガー障害、LD、ADHD、反抗挑戦性障害、発達性協調運動障害を合わせた比率は21.0%である。仮に広汎性発達障害と診断された全員が知的な遅れも併せ持っており、いわゆる「軽度発達障害」から除外されたとしても、なお11.2%ということになる。さらに、11.8%の「その他」がどのような状態像の子どもなのか今回の調査からは判定できない。少なくとも、特別支援教育開始の時点で想定されていた「6.3%」という数値をはるかに上回る数の子どもたちが、特

別な教育ニーズを持っていると判定されていることは確実のようである。所属している学校種については、ダウン症を含む知的障害と自閉症が支援学校、その他の障害が支援学級という傾向が明確に示された。

診断名は子どもの年齢上昇とともに変動している。特に自閉症に関しては、小学校低学年段階では4割以上で冠せられている診断だが、高等学校段階になると25.4%まで低下する。かわって、知的障害が小学校低学年の47.0%から高等学校段階では66.1%に増加している。子どもの年齢上昇とともに比率が低下する診断名は「自閉症」「広汎性発達障害」「ADHD」であり、増加するのは「知的障害」、年齢区分に関わらず安定しているのは「ダウン症候群」と「アスペルガー障害」である。

診断を受けた医療機関での指導助言に対する満足度と、教育内容への満足度の二次元で、それぞれの診断名ごとの特徴を見ると以下ようになる。「自閉症」「広汎性発達障害」「ADHD」「ダウン症候群」は、医療・教育の双方に対して比較的満足度が高い。ところが、「知的障害」では教育内容には満足度が高いものの、医療的な指導助言には不満が強い傾向が見られた。これとは逆に「アスペルガー障害」では、医療的な指導助言への満足度は高いが、教育内容への不満は強い傾向が見られた。なお、「LD」についてはどちらの次元に対しても明確な特徴を示さなかった。

福祉サービスの利用体験では長期休業中のサービスや短期入所で自閉症が群を抜いて多く、生活上の困難さを窺わせる。しかも、自閉症群は他の障害群に比しておしなべてサービスの内容を不十分だと感じている。

学校長群の調査結果

大正大学 玉井 邦夫

I 質問項目および調査対象

調査対象となった学校長の所属先内訳は、特別支援学校（以下、学校群）が351（68.4%）、特別支援学級設置校（以下、学級群）が157（30.6%）である。

質問項目はほぼ保護者群の対するものと同等である。

II 調査結果

〈医療ニーズ〉

診断機関が地域にあるという回答は両群に有意差はなく、いずれも約80%である。しかし、診断機関に関する情報提供については学級群で「十分」という評価が14%あり、学校群の7.4%に対して有意に高かった。ただし、「十分」「ほぼ十分」で6割弱という回答比率に両群の差はなかった。診断機関での指導助言については学級群が「ほぼ十分」と考え、学校群は「十分ではない」と考える傾向が明確に示された。この傾向は診断以外の健康管理サービスについてもまったく同様に認められた。こうしたニーズ意識は保護者群でもほぼ同様であり、子どもの障害の「重さ」は保護者にとっても学校長にとっても医療サービスの不足感を感じさせる要因になっているものと思われる。

〈福祉ニーズ・連携ニーズ〉

福祉サービス全般の充実度については、60～75%が「十分とはいえない」「不足」としているが、特に学校群は「不足」が17.1%と学級群の7.6%を有意に上回っていた。在籍している子どもに福祉サービスを提供できているかという質問に対しても学校群は73.2%が「十分とはいえない」「不足」と回答し、学級群との有意差を示した。

個々の福祉サービスについても、学校群の方が「十分とはいえない」と判断する傾向は共通していたが、短期入所サービスのみは「十分とはいえない」に加えて「ほぼ十分」という回答でも学校群が有意

に高かった。学校群が学級群よりも不足感をもっとも強く感じるのは経済的支援についてであった。

幼稚園や保育園の受け入れ体制や受け入れ内容に関する質問では、やはり学校群が「十分とはいえない」に偏るという傾向は見られたが、それ以上に学級群で「わからない」という回答が多いことが特徴的であった。特に、保育サービスの充実度については学級群の31.2%が「わからない」と回答していた。これは通園施設についても同様で、受け入れ体制や通園施設に関する情報提供、そのサービスの充実度などについて、学校群はおおむね「十分とはいえない」とする回答が最多で、学級群では20～27%が「わからない」と回答した。福祉サービスの利用体験が多いのは学校群であり、その分教員サイドにも福祉サービスへの理解度が上がる一方、不足感も強まるのではないかと思われる。

この傾向は、保健行政である健診のフォロー体制についての評価でも同様であり、学級群では実に4割近くが健診フォローなどのサービスについて「わからない」し、内容の評価についても「わからない」と回答していた。異領域のサービスに対する評定に遠慮が働いたという側面はあるかもしれないが、就学前から卒業後まで含めた一貫した相談支援体制という特別支援教育の掲げた理念を考えれば、保健や福祉の領域でどのようなサービスがあり、どのような内容で展開されているのかということについて学校側の理解を深めていくような仕掛けが、とりわけ学級群にとっては重要であろうと思われる。「幼稚園・保育所との連携は十分か」という質問に、学級群が「ほぼ十分」の回答で有意に高くなっているという結果と合わせると、はたしてそこで「十分」とされている連携がどのレベルのもので、保護者と子どものニーズ意識に合致しているかどうかを検証が必要かもしれない。学級群では、成人後の本人への経済的支援について実に51.0%が「わからない」と

回答しており、支援学級での指導に長期的な視野を組み入れにくい実態が窺われる。

余暇支援サービスについては、学校群が85.8%で「十分とはいえない」「不足」と認識しているのに対して、学級群ではほぼ5割で「十分とはいえない」としながらも、「ほぼ十分」という回答も14.6%を占め、明確に「不足」とする回答は学校群の32.2%に比して12.1%と有意に少ない。

〈教育ニーズ・連携ニーズ〉

教育内容が十分か、という質問には、両群とも5割が「十分とはいえない」と回答していた。対して「十分」という回答は5%に満たなかった。

就学相談の体制については、「十分」「ほぼ十分」が学校群で53.0%、学級群で61.8%と高い。「十分とはいえない」はおおむね3割前後で、「不足」という回答は両群とも5%に満たない。

学童保育については、主として小学校単位でサービスが提供されているためか、学級群では47.8%が「十分」「ほぼ十分」と回答し、サービスの情報提供についても51.6%が「十分」「ほぼ十分」としている。これに対して学校群では「十分」「ほぼ十分」は19.6%に過ぎず、74.4%が「十分とはいえない」「不足」として、情報提供についても65.3%が不足を感じている。

進路に関する情報提供では「ほぼ十分」が学校群で46.2%、学級群で49.7%、「十分とはいえない」が学校群で43.3%、学級群で36.3%と大半を占め、比率に有意差は認められない。ただし、実際に進路に結びつくサービスの充実度となると、学校群が「十分とはいえない」が46.7%で、学級群の36.3%と有意な差を示す。

小学校と中学校の連携に関しては学級群が「十分」「ほぼ十分」で65.6%を占めるのに対して、学校群では「十分とはいえない」が43.9%で、「十分」「ほぼ十分」を合わせた41.6%を上回っている。むしろ支援学校の方が小中の一貫性は保てそうな気がするが、進学時だけでなく進級時にも小中学校からの転入を受け入れている支援学校側の意識が表れているものと思われる。

卒業後のサービスについては、学校群の方が「ほぼ十分」と考える傾向が強くなる。むしろ「十分とはいえない」回答が5割を占めるが、「ほぼ十分」の回答もサービス提供については28.5%、情報提供

については38.5%で、学級群のそれぞれ14.6%、20.4%を有意に上回る。

Ⅲ まとめ

保護者群の調査結果からも窺われる通り、今回の調査では、比較的障害程度の重い子どもが支援学校に属している。その意味で、学校長調査でも、学校群と学級群では日々接している子どもの実態が異なることは間違いない。そして、より「重い」子どもに、しかも高校段階を含めて接する学校群の方が、福祉や医療といった教育以外のサービスについても不足感を抱くこともうなずける。こうした異なる行政領域のサービスを整合性のある形で提供することはもちろん重要な課題であるが、幼→小→中→高という教育領域での連携についても、かならずしも十分とは認識されていないことも明らかになった。

施設長調査の結果 ～学校長との比較を通して～

大正大学 玉井 邦夫

I 質問項目および分析の方法

施設長を対象とした調査の質問項目は学校長とほぼ同等であるが、余暇支援サービスについての評価や、卒業後の進路選択関連の質問、小学校と中学校の連携に関する質問はしていない。分析にあたっては、同じ支援者という立場でも、教育側と福祉側では意識の違いがあるのかどうかを検討するため、学校長群との比較を行った。この比較におけるが校長群は、特別支援学校長と特別支援学級設置校長との区別をしていない。

II 調査結果

〈医療ニーズ〉

診断機関が地域にあるかという質問については、「ある」が75.9%と高いが、それでも学校長群の82.1%よりは有意に低い。しかし、診断機関に関する情報提供については「ほぼ十分」が47.6%、「十分とはいえない」が34.0%と双璧で、この比率は学校長群と大差はない。診断機関での指導助言の内容への満足度では「ほぼ十分」が学校長群より有意に低く（34.3%）、「不足」が有意に高い（9.2%）結果になっていて、学校長群よりも内容に関する厳しい評価をしている。

健康管理サービスについては、「ほぼ十分」が28.5%で、学校長群の35.5%より有意に低い。とはいえ「十分とはいえない」「不足」の回答比率には差がなく、この2つの回答で50～60%に達している。

〈福祉ニーズ〉

福祉サービス全般の充実度に関しては、施設長群と学校長群は「十分」「ほぼ十分」が20%強、「十分とはいえない」が55%前後と共通しているが、「不足」回答のみは施設長群が19.1%で学校長群の14.0%より有意に高い。ちなみに学校長群は「わからない」の回答が施設長群よりも有意に高く、このことは福祉サービスについての情報提供などに関する

質問でも同様である。

個々のサービスごとの質問では、共通したパターンが見いだせる。学校長群は「ほぼ十分」と「十分とはいえない」の両方向で施設長群よりも高い回答比率を示す（長期休業中のサービスについても短期入所サービスについてもこの2つの回答比率が70～80%を占める）のに対して、施設長群は「不足」回答で有意に高い比率を示すということである。自らの領域のサービス体制について施設長群は非常に厳しい見方をしていると言っていることができる。ただし経済的支援に関してはこうした傾向はなく、両群とも「十分とはいえない」という回答が5割程度と圧倒的に多い。

保育所・幼稚園の受け入れ体制や情報提供、サービス内容の充実度に関しては、施設長群は「十分」「ほぼ十分」のいずれにおいても学校長群より有意に高い回答比率を示している。この項目でも学校長群は「わからない」という回答比率が施設長群よりも圧倒的に高いのが特徴である。通園施設に関してもほぼ同様で、施設長群は「ほぼ十分」の回答比率が有意に高く、学校群では「わからない」が有意に高い。

健診フォロー体制についての質問では、施設長群が「十分」「ほぼ十分」「十分とはいえない」のいずれでも有意に高くなるという結果が出ているが、これは学校長群が20～30%という高率で「わからない」と回答していることに起因している。

〈教育ニーズ〉

教育サービスの提供体制については、学校長群が「十分」「ほぼ十分」で37.2%に対して施設長群では26.2%と有意に低い。

就学相談体制の整備度では、学校長群の50.3%が「ほぼ十分」と回答し、施設長群の37.2%を有意に上回る一方で、「十分とはいえない」が施設長群で45.0%を占め、学校長群の31.8%を有意に上回る。

両群の意識の違いが最も鮮明に表れた質問のひとつである。興味深いのは、学校長群で比率的には5.2%と少ないものの、「わからない」という回答が施設長群より有意に高いことである。就学は学校現場ではない教育行政が中心であり、学校現場は就学相談が実質的に保護者と子どもの支援になっているのかについて確信が持てずいたり、学校現場としては最善ではないと思われるような就学の実態に曝されていることを示唆しているのかもしれない。

幼稚園・保育所と学校の連携に関しては、50%程度が「十分とはいえない」、25%程度が「ほぼ十分」という点で共通しているが、ここでも「不足」回答は施設長群が有意に高く、「わからない」回答は学校長群が有意に高い。

Ⅲ まとめ

一般的な傾向として指摘できるのは、福祉サービスを担う施設長群も、教育サービスを担う学校長群も、自分たちがプロパーで提供するサービスの内容については比較的高い評価をしているということである。また、そのことと同時に、現状の各種サービスについては不足感・不満感を抱いている。こうした不足感・不満感は、施設長群でより顕著である。前述の通り、いくつかの質問で「十分とはいえない」ではなく「不足」という回答で施設長群が有意に高い比率を示しているからである。施設長群の評価の厳しさは、学校教育がエリアや人口に応じて配置され人材養成も公立機関を中心に行われているのに比べて、福祉サービスでは内容や人材にばらつきが大きいのかもしれないことを示唆しているとも思われる。

一方で、学校長群の福祉サービスに対する「わからない」という回答の多さも非常に目立つ特徴である。この点についてはすでにⅡの中で論じた。

今回の調査では、基本的に現在提供されているサービスについての評価を求めている。また、高等学校を含めた通常学級に在籍しているであろう発達障害をもつ子どもたちについては直接的に問うているわけではない。こうした点での不十分さは否めないが、「軽度発達障害」の想定されている以上の多さや、教育関係者と福祉関係者の意識差など、いくつか実証性のある指摘も可能であった。

大規模な調査であったこともあり、得られたデー

タに対して十全な分析ができず、単純な検定にもとづく概略的な報告にしかならなかったことをお詫びしたい。

アンケート調査のまとめと考察 〈自由記述欄〉

(社) 発達協会 小倉 尚子

1. 自由記述欄のまとめ

〈診断を受けた時期の支援体制について〉

- ・就学後は相談の機会が減り、特に軽度の子は障害が発見されにくくなる。学校で相談機関の一覧表を配る、特別支援学校に相談窓口を置くなど、学校を情報提供の場にと望む声が多い。
- ・障害に気づいた後も、相談や訓練の場の情報が少ない、近くにない、常に予約でいっぱいなど、すぐに相談や訓練機関につながらないことへの不満が挙げられている。相談機関の一覧表や、相談窓口の一本化など情報提供のシステム構築が望まれている。
- ・障害に気づいた時期の保護者の気持ちに配慮してほしいという意見も多い。保護者の気持ちが落ち込んでしまい相談機関に出向きにくい場合には家庭への訪問相談や電話相談をしてほしい、職員は知識や対応の仕方を研修してほしい、「障害」を感じさせないような名称の機関の方が相談しやすいなどである。
- ・支援の内容については、幼児期から成年まで一貫して相談できること、親の悩みに答えてくれること、正しい知識を持つ専門家がいること、園や学校に専門スタッフを派遣することなどが望まれている。
- ・専門家からは、1歳半・3歳児検診後にフォロー期間をとる、保護者のメンタルケア、リハビリ施設の充実、訪問検診で家族支援や生活相談を実施する、5歳児検診が必要との意見が出た。

〈医療について〉

- ・医療と教育の連携、両面からのサポートが望まれている。
- ・歯科、耳鼻科等、障害のある子が安心してかかれる医療機関を地域に開院すること、その情報提供が望まれている。待ち時間への理解、待合室の設

置を望む声も多い。

- ・妊娠中に注意すべきことなど、障害が起きる原因究明や予防も必要との意見もあった。

〈教育内容（保育園・幼稚園・学校）について〉

- ・特別支援学級所属の保護者からは、小・中学校とともに、教師の専門性向上を望む声が多い。
- ・障害の程度によって、保護者が望む教育が異なる傾向が読み取れる。軽度の場合、教科学習、単位の取得（高等部）を望む声が多い。普通学級と特別支援学級を行き来できるシステム、「自閉症学級」「発達障害学級」の設置も提案されている。一方、特別支援学校では、時間を延ばす、部活動の実施といった活動時間の延長を望む声があり、高等部では就労に向けての体力強化や現場実習、社会自立を目指した指導が望まれている。
- ・軽度の発達障害児の増加による教育環境の変化（教育内容の変化、教員不足、高等養護学校に入学できない、教室不足など）や、軽度の発達障害児の進学先がないといった問題が出てきており、双方から発達障害を対象とした学校の設置が望まれている。
- ・専門家からは、人員配置の強化、職員の研修の充実、療育機関との連携や巡回相談、個別支援計画の引継ぎの制度化などの意見が出された。また、幼稚園・保育園・通常学級における加配制度、通級学級・取り出し教育、高等学校における特別支援教育の充実も望まれている。

〈教育機関の連携・移行時の支援について〉

- ・幼児期から就職した後まで情報を把握でき、全国で通用するシステムが望まれている。サポートブックの作成、コーディネーターの設置、療育機関の橋渡し、ケース会議が提案された。

- ・障害のある子どもこそ、小中高一貫教育が必要との意見もあった。
- ・専門家からは、就学相談案内（冊子）、体験入学の実施が提案されている。

《福祉サービスの利用について》

- ・地域によって、事業所が少ない、受け入れる年齢が制限されるといった格差が表れている。
- ・地域にサービスがあっても、情報が得にくく、手続きがわかりにくいという意見が多い。事業所の一覧表や手続き代行サービス、条件を入れて事業所を探すシステムなどが提案された。
- ・予約が取れない、利用日数が少ないため、施設や職員を増やしてほしいとの要望が多い。
- ・療育手帳を持たない発達障害に対するサービスが少ない、知能指数ではなく実生活や社会性の評価尺度を入れてほしいとの意見が出た。

《具体的な福祉サービスについて》

- ・学童保育は働いていないと利用できないが、働きたくても働けないのが現実。特別支援学校にこそ学童保育を充実させるべき、特別支援学校は長期休暇が必要ないとの意見が多い。
- ・ショートステイは予約しないと使えず、必要な時に利用できないとの意見が多い。全体数も少ないが、児童が利用できる施設はさらに少ないとの指摘があった。
- ・現在、保護者が経営している事業も多く、公営にしてほしいとの要望が多かった。
- ・その他、送迎サービス、学童向けのレスパイト、職業訓練や自立訓練、言語訓練、余暇サービス（パソコン・スポーツ・カルチャー教室など）への要望があった。

《卒業後の就労支援について》

- ・就労の場の増大、とくに公的機関での雇用、企業への障害者雇用制度の確立が望まれている。
- ・体験型の就労支援システム、就職後や離職時のサポート体制（ジョブコーチ、就労支援センターやハローワークの充実）、職業訓練所の設立など、地域に根ざした支援が望まれている。また、学校—行政—企業を結ぶネットワークが必要との意見もあった。

《経済的支援について》

- ・本人への支援、家族への支援とも、情報提供を積極的にしてほしいとの意見が多かった。
- ・本人への支援については、卒業後2年間の経済的支援を望む声が多かった。
- ・とくに軽度の場合、申請手続きへの支援、年金受給対象外者への補助的支援、財産管理や後見制度の確立の必要性が指摘されている。
- ・家族への支援は、所得制限の拡大や段階設定、医療費補助、送迎費用補助への要望があった。
- ・また、軽度または療育手帳が取得できない発達障害についても、療育費用や医療費がかかるため、相応の補助を望む声が多い。

2. 考察

- ・従来の支援の充実、情報提供システムの構築、幼児から成年まで一貫した支援体制を望む声が多い。地域による格差是正も求められている。また、軽度の発達障害に対する支援へのニーズが高まっている。それに伴って従来の支援体制にも変化が起きており、新たなサービスへのニーズが窺えた。

面接調査のまとめと考察 ＜本人＞

(社) 日本発達障害福祉連盟・早稲田大学 湯汲 英史

(1) 本人の姿

- ・ 全員、知的障害がある。障害の程度は、療育手帳で3度か4度である。
- ・ 10名中、1名は筋ジストロフィーを併発、1名は身障手帳1種1級を保持している。
- ・ 10名中、8名は地域の作業所で勤務している。
- ・ 年齢の分布は、17歳から47歳である。
- ・ 全員、都内に居住している。
- ・ 1名の女性には19歳の子どもがいる。

(2) ニーズの実際

1. 医療機関

- ・ 10名中7名が、医療について受診体験を話した。
- ・ 待ち時間への苦情がある。
- ・ これは医療ばかりではないが、「丁寧な説明」への要望が6割にのぼる。

2. 幼児期の幼稚園・保育園へのニーズ

- ・ 2名が幼稚園などに通った経験がない。
- ・ 残りの者もはっきりとした記憶がないなどで、

特に要望はない。

3. 学校生活へのニーズ

- ・ 「いじめ」を受けていたという人が7割である。教師のいじめについても、報告されている。教師の説明不足もあるようだ。
- ・ クラブ活動の思い出は強い。
- ・ 学校生活での勉強については、難しかったなどの意見がある。
- ・ 放課後や長期休暇で、特にニーズをあげるものは1件のみである。(長休みで退屈だった)

4. 職業訓練へのニーズ

- ・ 職業訓練への有効性については、消極的ではあるがプラスの評価が多い。
- ・ パソコン教育への期待がある。
- ・ 多様な職業訓練への期待もある。

5. 社会生活におけるニーズ

- ・ 家事援助へのニーズが高い。

本人面接における状態とニーズ調査における「結果の分析」 2009.3. 10名に面接

ID	医療受診	待時間不満	いじめ体験	PC訓練	丁寧説明	家事援助	健康不安	経済生活	友だち	恋人結婚
A	1		1						1	
B	1	1	1		1	1	1	1	1	
C	1		1	1	1				1	1
D	1	1	1	1	1	1			1	
E	1		1	1	1		1	1	1	
F	1	1								
G			1		1			1	1	
H										
I	1							1		
J			1		1	1			1	
人数	7	3	7	3	6	3	2	4	7	1
割合	70%	30%	70%	30%	60%	30%	20%	40%	70%	10%

- ・食事も含め、健康管理へのニーズがある。
- ・金銭管理への支援が求められている。
- ・余暇活動への支援も要望としてあった。
- ・社会経済の安定を求める意見が1件あった。

6. 人間関係におけるニーズ

- ・7割が、友人関係に言及している。友人への意識が強い。
- ・結婚したいと話した人が二人いた。

面接調査のまとめと考察 〈保護者〉

(社) 発達協会 小倉 尚子

1. 対象者

- ・28名の保護者に、面接調査を実施した。
- ・知的障害の程度は、重度5名、中度8名、軽度8名、知的障害がない者7名である。
- ・療育手帳は、重度は5名全員、中度は7名、軽度は6名が取得している。
- ・地域は、北海道、岐阜、長崎3か所である。
- ・子どもの年齢の分布は2歳から17歳である。
- ・子どもの所属機関は、通園施設2名、保育園3名、通常学級10名、特別支援学級6名、特別支援学校6名、どこにも通所していない者1名である。

2. ニーズの実際

〈医療について〉

- ・診察や相談を受けるまでに、長期間待たされたという意見が複数あった。短くて1か月、長いと1年以上待った人もいる。診断できる医師の数、病院や施設の数を増やしてほしいとの要望が出ている。
- ・診断を受けたときに大きなショックを受けた人は、知的障害のない子の保護者に多い。一方、重度から中度の知的障害を持つ子の保護者の場合、はっきり診断されて良かった、もっと早く教えてほしかったという意見が多い。
- ・診断を受けた後、具体的なアドバイスがもらえなかった、相談や訓練を行う機関につなげてもらえなかったという意見が多く出ている。とくに、軽度知的障害に多い。
- ・待ち時間が長く、じっと待ってられないので人目が気になる、他の診療科の医師に障害を理解してもらえない、といった意見は、障害の程度に関係なく全般的に出ている。とくに幼児では、7割以上が切実な問題と訴える。小学校中学年までは、軽度～知的障害のない群で問題視

されているが、高学年になると重度のみとなる。高等部では1件もない。

歯科、耳鼻科、内科などを含め総合的に診てもらえる小児病院が求められている。また、パソコンでの予約システム、障害児の知識がある病院の情報提供が求められている。

〈育児支援について〉

- ・学童期以降に比べると、支援内容に満足しているという意見が出ている。ただし、地域による差はあるようだ。
- ・子どもの状態を受け入れるまで、まずは保護者のケアをしてほしいという意見と、すぐに療育に関する情報が欲しいといった意見が出ている。医療ほどではないが、療育施設が足りないという意見もある。
- ・保育園は、3名が受け入れを拒否されている。
- ・入園した中で、6名に加配の職員がつき、障害児を受け入れる指定園制度や、一時保育制度を行っている地域もある。内容については、5割弱が満足している。
- ・加配の先生をつける、保育園に支援学級を作る、母子通園を保育園に併設するなど、一般の子どもと一緒に保育してほしいという意見が、半数に上る。
- ・保育園は加配などのサポートがあるが、保護者が働いていないと入れない、障害児を抱えて働くことは難しいとの意見もある。
- ・障害の知識のある先生を増やしてほしいとの要望がある。

〈学校選択・教育について〉

- ・特別支援学校を選択したのは、子どもに合った教育を受けさせたい、保護者がリラックスできる場所に通わせたいとの理由が多い。

- ・特別支援学級は、地域との関わりや理解を求めた、自宅から近いといった理由が主である。
- ・通常学級は、子どもの可能性を摘みたくない、周りの子の刺激が子どもの発達に必要、勉強を教えてほしいといった理由が主である。
- ・教育の内容は、通常学級に通う保護者からの要望が非常に多い。特別支援学級と通常学級の中間的な教育の場を作してほしい、地域に通級がない、支援員を増やしてほしい、通常学級の先生に障害について勉強してほしい、学校全体で支援してほしいなどである。

《児童・生徒の印象について》

- ・障害の程度が軽い生徒が増えたと感じているのは18名で6割以上、思わないは2名、わからないが3名、回答なしが5名であった。増えたと回答したうち8名は、通常学級の中にいると答えている。
- ・高等部では、高等養護学校に受からなかった子が、特別支援学校に來ていると答えている。
- ・発達障害が増えたというより、昔は目立たなかった子が、今は診断されるようになったと感じている人が多い。
- ・診断をつけずに普通学級の中で受け入れた方が、子どもにとって望ましいとの意見もある。
- ・軽度の生徒が増えることで、重度の障害を持つ子が特別支援学校に入れなくなるのではないかと、いじめられるのではないかと、といった不安の声もある。

《学童期・地域生活について》

- ・学童保育で長い時間預かってほしい。地域の子と触れ合う場としても重要との要望がある。保護者が働いていないと利用できない、障害児を受け入れてくれないとの不満がある。
- ・とくに中学生以降の余暇活動の場が欲しいとの要望がある。
- ・デイサービスやショートステイ、ヘルパーの数が足りていないという意見がある。
- ・ショートステイは予約しないと使えず、必要な時に利用できないとの意見が多い。
- ・療育手帳を持たない発達障害に対するサービスへの要望がある。

《就労と社会参加について》

- ・受け入れ企業の拡大、サポートを受けながら働く場、ジョブコーチなど、働く現場への支援の充実が望まれている。
- ・重度～中度の障害を持つ場合、学校在籍時から就労後まで継続して支援するシステムでないとうまくいかないとの声がある。
- ・知的障害のない発達障害の場合、公的機関での雇用も望まれている。
- ・療育手帳を持たない発達障害児も、障害者枠で雇用できるシステムが望まれている。
- ・職業訓練プログラム、職業訓練校の開校への要望もある。

《成人・社会生活について》

- ・グループホームを望む声が4割弱である。グループホームへの財政支援も求められている。
- ・一方、入所施設を求める声もある。

《経済的支援について》

- ・現状で満足と答えたのは、3割強である。
- ・所得制限の廃止、あるいは上限のアップを求める声が多い。
- ・療育手帳を持たない発達障害への支援を求める声が7割を超える。

《機関の連携について》

- ・連携が取れているとの回答は6名、不十分は13名である。
- ・学校と、医療や専門機関との協力・連携が求められている。
- ・連携もさることながら、様々な手続きについて窓口を一本化することや、他機関の正確な情報を把握してほしいとの意見がある。

面接調査のまとめと考察 ＜専門家：特別支援学校教員・施設職員＞

(社) 発達協会 藤野 泰彦

発達障害に関わる専門家として、教育関係から特別支援学校教員、福祉関係から施設職員、合計12名にインタビューを行った。

●特別支援学校 教員

＜概要＞

インタビューを行った北海道、長崎は、それぞれに特別な事情を抱えている地域といえる。北海道は面積が広大で、特別支援学校によっては、学区がひとつの県ほどの大きさになることもある。また冬期は積雪のため、通学が非常に困難だ。一方、長崎は、多くの離島を抱える地域である。小さな島では、障害のある子どもや人が生活するための社会資源が、まだまだ不足していることが多い。今回、聴取された意見の中は、こうした地域性に基づくものが少ない。

インタビューに答えてくれた教員の方々の所属は小学部、中学部、高等部に分かれている。それぞれの学級を担任する先生方を中心に、校長先生、教頭先生にも協力いただいた。

＜発達障害が増加しているか否かの実態や印象＞

- ・障害の程度が軽い子どもが増えているとは思わない。むしろ、重たい子どもが増えている印象。
- ・特別支援教育がはじまり、これまで通常学級にいた子どもが特別支援学級に来て、これまでなら特別支援学級で大丈夫だった子どもが押し出され、特別支援学校に来ている。
- ・親御さんの特別支援教育に対する理解が広がり、それが特別支援学校を選ぶ子どもの増加につながり、発達障害が増えている印象を与えているのでは。

＜学校・教育について＞

- ・教室が足りない。
- ・子どものタイプが増えた。教科指導が必要な子どもがいる一方、身辺自立が出来ていない子どもも

いる。

- ・二次的な問題として、不登校になっている子どもがいる。フリースクールを認める、福祉的な選択を進めるなど、学校だけに固執する必要はないのでは。
- ・学校規模の適正化。大規模校のほうが、教員一人当たりの子どもの数が増える、設備の改修が追いつかず、職員分の給食を用意できない、学部合同の行事運営が困難など、大規模校でいいことはないように感じる。

＜医療と、医療との連携について＞

- ・医療側にもコーディネーターがいるとよい。
- ・地域により、専門的な医療が受けられる場合とそうでない場合の格差が大きい。
- ・保護者のケアもして欲しい。

＜幼児期の支援と、幼児期対象の機関との連携について＞

- ・幼稚園・保育所にも、障害について知識のある人を配置すべき。
- ・早期の療育には期待をしている。幼児期の対応が充実してきたいまでは、同じ自閉症でも、20年前の子どもと比較すると質がぜんぜん違う。「基礎」ができています。
- ・センター機能として、幼稚園・保育所などとの連携も進んでいるが、日中などに会議などがあるときは、学校を抜けざるを得ない。それに対する加配はない。

＜成人期の支援と、成人期対象の機関との連携について＞

- ・高等部の子どもは増えているが、卒業後の受け皿が足りない。今年採用してくれた事業所が次の年も採用してくれる…ということは少ないので、常に進路の開拓が必要。
- ・ジョブコーチという、障害のある子どもを理解してくれる存在が必要。

・就労のための教育課程が整備できていない。作業学習の内容を、より就労に役立つようなものにする必要があるのでは。

・卒業後の相談機関がない。親や職場の上司には言いにくいこともある。卒業生が、直接、学校に電話をかけてきたこともある。

<移行支援と連携全般について>

・都市部ではさまざまな支援機関との役割分担が、地方では特別支援学校がすべてを背負い込むことになるので、人的な配慮が必要。

・大規模校ではケース会議が厳しい。子ども250人分の会議を、関係者を集めて開くことなど充分にはできない。

<経済的な支援について>

・経済的な支援が必要な家庭が多いと思う。
・特別支援学校を見ると、教員の配置など、お金は十分にかけているのではないか。
・軽度の子どもたちにも年金は必要では。

<余暇や地域生活について>

・特別支援学校だと学区が広く、地域というものが存在しない。
・寄宿舎に入ると、地域とのつながりがなくなり、長期休みに帰宅しても活動の場がなく、家にこもりがちに。
・高等部から特別支援学校に入ってきた知的障害が軽度の子どもは、地域で外に出られず、同窓会などにも出られず、自ら引きこもってしまうことがある。

●施設職員

<概要>

協力いただいた施設は、北海道にある児童デイサービス、児童短期入所、診療所などを経営する社会福祉法人。

<発達障害が増加しているか否かの実態や印象>

・知的障害が軽い子どもが増えたと思う。逆に重たい子どもは減ったのでは。

<障害児福祉について>

・養育者（保護者）への精神的なサポートが必要。
・ニーズがあって不足しているのはショートステイ。養育者の子育てする力が弱くなってきたとも

感じる。

・子どもの発達支援の前に、お母さんへの子育て支援が必要。

<医療と、医療との連携について>

・学校への不応適など、医療を必要とする子どもが増えてきた。
・福祉的な支援と一体になった医療が必要。

<学校と、学校との連携について>

・学校だけで、子どもを支えるのは難しいのでは。
・できれば、地域の学校に行けたほうがいいと思う。そこで、特別支援教育を受けられるようになれば。

<成人期の支援と、成人期対象の機関との連携について>

・子どもたちに、親元から離れる時が来ることを、伝える必要がある。この辺の見通しは弱い。

<経済的な支援について>

・障害児の施設は無料が望ましい。

<余暇や地域生活について>

・地域に、食事とか洗濯とか、自立のためのレッスンの場所があれば。

<連携全般について>

・まずはお互いの機関を尊重するところから。

●まとめ

発達障害の増加については、教育、福祉、双方の現場から増加しているとの指摘があったが、増えている子どものタイプについては意見が分かれた。増加の背景としては、教育制度の変化や、障害に対して理解が広がってきたのではという意見が挙げられた。また、保護者のメンタルケアについて、双方から必要性が指摘されたほか、多職種間の連携や地域とつながることの難しさも明らかになった。

面接調査のまとめ ＜専門家：医師＞

社会福祉士 片岡 絵美

インタビュー① 栗原 まな先生

神奈川県総合リハビリテーションセンターにて

質問①先生の臨床歴を教えてください

昭和52年に大学を卒業して、都立北医療療育センターその後1年大学の関連病院に行き、その後昭和64年の1月からここにいます。ここは21年目です。

最初は一般小児科をやって、北療育園で重心、その後、普通の神経疾患も診て、その間にイギリスの障害児医療も体験し、その後新生児と障害児医療に携わっています。

質問②発達障害のある子が増えていると 思われますか

学校とか、地域の通園とかに行くと、発達障害が増えているというか、本当に増えているのかどうかはわからないけど、増えていると言われています。定義が変われば該当したりしますから。私が小学生の頃は、今で言えば発達障害の子ども達が、同じクラスにいました。勉強はできないけれど、かけっこは速いし、木登りは上手といわれ、全然問題はなかったと思います。

質問③どういうタイプの発達障害が増えていると 思われますか

新生児医療が進んで、700グラムの子が生き残れば障害児は増えます。ただそれで少しは増えるのですが、実際はそれよりもっと増えて見えるのだと思います。

質問④増えている理由は何だと思われますか

低出生体重児が増えている、それは明らかに医学的に根拠ありです。それに少子化。また疾患認識が

変わってきました。それと同時に、日本ではいい教育を受けさせようとするから無理が生じてしまいます。しつけの問題もあると思います。インターネットとか本で、ADHDなど診断ができてしまいます。いろんな要素があって増えて見えるのは確かです。

この分野は行動観察から診断することの方が多く、染色体チェックをして、確定診断するというより、診断チェック表でチェックします。だから素人でもある程度診断できます。

質問⑤障害児医療で改善すべき点を教えてください

具体的に言うと、まずシステムが悪くなっています。なにしろ、小児科医が足りなさ過ぎる。採算が合うような医療体制になっていないから、やればやるほど赤字で、やればやるほど医者がすり減っていきます。小児科はもうみんな、お手上げ状態といえます。障害児医療の前に、まず日本の医療体制をなんとかしなくてははいけない。

その小児科医の中でも、障害児医療ですが、神経疾患は治らない。私達は、障害の重い人を診ていますが、重ければ重いほど治りません。ただてんかんの一部は治ります。こういうこともあって、神経を選んでくれる小児科医はますます減っています。小児科の中でも、アレルギーとか免疫とかは人気があります。ただ障害児医療はそうではない。

医学部教育から研修教育、さらには医療制度を変えないと、障害児医療は難しいでしょう。発達障害は、教育が関係する分野だから違いますが、私達が診ている重い人達の医療は、どうなっていくのかという段階です。

質問⑥地域で安心して健康な生活を送るために 望ましい医療とは何でしょうか

日本の医療は、以前は良かったんです。医療保険が崩れてくる前までは。全員保険に入っていて、差

別なく、医療を受けられていました。その医療保険がおかしくなっています。

質問⑦医療、教育、福祉、労働などの機関の連携はうまくいっていると思いますか

ここのセンターは、完全にチームワークでやっています。ただ、それが日本中でできているとは思いません。限られたところでしかできていないのではないのでしょうか。

質問⑧本研究やその他のことについて、何かご意見、ご要望があればお聞かせください

北海道から沖縄に至るまである療育センター。この研究が広がって、例えば後天性の子達もそこを使えるようにできればいいですね。脳性麻痺とか自閉症とかばかりでなく、後天性の子どもについても工夫すると診られます。それが私達の今の一番のテーマです。後天性の脳損傷の子どもの高次脳機能障害を対象にしてほしい。

発達障害に限らず、日本というのは、障害を持っていると生きていきにくい国です。イギリスで暮らしていたからわかるのですが、例えば、脳性麻痺で歩けない人がイギリスにいたとしたら、誰も見たりしません。その人が公立のプールで泳いでいようが、別に溺れなければ人は勝手に泳いでいます。

**インタビュー②
中根 晃先生**

財団法人・交通遺児育英会にて

質問①先生の臨床歴を教えてください

(中根) 平成7年までですね、26年間、都立梅ヶ丘病院におりました。実践女子大学の医学の講義をして、その中に精神保健も含まれていました。それから、西部療育センター(横浜市)で非常勤ですが、今も顔を出しています。

質問②発達障害のある子が増えていると思われませんか

私たちが増えていると言っても、やっぱり疫学的な調査でないといけないでしょう。一応日本だと、

LDとADHDと自閉症、それを役所的には発達障害と言っています。発達障害支援法もそうで。特別支援教育の新しい対象を発達障害と言っています。ただ、本当に増えているかどうかわかりません。

特別支援教育では、いろいろな生徒達を対象としています。たとえば通級ですが、大部分の診断名がアスペルガー障害です。ADHDは増えているんだろうと思います。LDはわからないです。LDは、アメリカや日本の概念と、イギリスの概念は違う。正確には、読み書き障害と算数障害、それがLDです。

質問③どういうタイプの発達障害が増えていると思われませんか

広汎性発達障害とそれからADHDです。実際に教育対象の子どもの数が増えていると思います。特に自閉症です。ADHDは、外国では発達障害に入れていません。自閉症は、アスペルガーや高機能といった、IQが高い子どもが診断基準に入りました。それで増えていると思います。昔のままの精神遅滞を伴う場合は、増えていないと言われています。自閉症は、確か昭和35年くらいから、目立ってきています。それより年齢の大きい子どもは、そんなに来ませんでした。ほとんど診たことがなかったですね。

質問④増えている理由は何だと思われませんか

ひとつは診断基準の読み違いが多いのでしょうか。ADHDの診断基準では、全ての項目に「しばしばある」とか書かれていて、あいまいです。安易に診断をつけることと、ケースとして増えていることの両方があると思います。自閉症もそうなのでしょうけれども、ADHDの子が学校で、問題を起こしやすいのは、いまの学校環境の問題もあるでしょう。お父さんぐらいの年代では、たとえADHDでも学校卒業して、家庭生活を持てました。ところが今だと、子どもがADHDだと相談したり特別支援教育の対象になります。社会的に見て、子どもには生きにくさがあると思います。もうひとつあるのは環境物質。だけど、これはもう調べようがない。環境というのはかなり大事なことだと思います。

質問⑤障害児医療で改善すべき点を教えてください

やはり早期発見です。早期発見、早期療育。横浜ではかなり早くから診断できるようになっていま

す。素早く診断できるから、早くから療育、障害療育を受けます。ですから横浜では、小学校に入る間にセンターに相談することがないのです。療育というのは、ただ抱っこすとか、受け入れるとかじゃなくて、きちんとした集団の中で、社会的なスキルの初歩を教えることです。それを、週に1回とか2回とかするのが一番大事なことです。

療育の費用の問題もかなり大事です。クリニックが不足しているのでしょうけれど、待ち時間が長いのも問題です。

児童精神科医が足りないのは、やりたい人は大勢います。ただ、専門的にそれをやるとという病院がありません。せっかく勉強した若い方が、その力を十分に発揮できるような病院が必要です。10年位前にちょっと良くなったけれど、人手がかかるのに、医療費が安い。子どもだけでは、クリニックはとも運営できないでしょう。

質問⑥地域で安心して健康な生活を送るために

望ましい医療とは何でしょうか

専用のクリニックがあればいいと思います。地域の子どもは小児科でしょう。小児科の先生が、診られるだけの力を持てればいいかなと思います。

質問⑦医療、教育、福祉、労働などの機関の連携はうまくいっていると思いますか

横浜はうまくいっていると思います。横浜市は、療育センターが地域分けであります。そこで相談できるようになっています。しかもケースワーカーが、学校の先生方まで、相談事をしに、顔を出しています。ずいぶんと先生方は助かっているみたいです。

質問⑧本研究やその他のことについて、何かご意見、ご要望があればお聞かせください

厚生労働省も、文部科学省も、いろんなことをよく聞いてくれるようになりましたね。10年前とはずいぶん違うという気がします。小泉改革の頃からこの10年くらいで、社会福祉は良くなっていると思います。

横浜で委員をやっていますが、いくら増やしても足りないくらいです。あと、特別支援教育ですが、幼稚園や高校も手を伸ばしていますが、まだ十分には機能していません。中学まではかなり機能するよ

うになりました。大学で発達障害の支援機構のある大学は、ごく数えるくらいです。発達障害のある大学生に、きちんとしてあげないといけないと思います。

親亡き後ってというのは、やはり真剣に考えなければいけない課題です。それは、グループホームか何かでやっていくことだと思います。グループホームは、地域がどれだけ入れてくれるかにかかっています。昔は（養護）学校を作るのでさえ、反対がありました。地域に役立つことをしてからでないと、受け入れてくれないでしょう。

学校だと、養護の先生が一番世話しているわりには、みなさん着目していません。もうちょっと養護の先生を大事にして、学校の発達障害の中心という考え方が必要でしょう。スクールカウンセラーは、今の段階では発達障害には対応できませんから。養護の先生に頼って、養護の先生を大事にして欲しいと思います。

最後ですが、全国どこでも、きちんとした特別支援教育が受けられるように、がんばって欲しいと思います。

インタビュー③

吉野 邦夫先生

西多摩療育支援センターにて

質問①先生の臨床歴を教えてください

（吉野）46年の鳥取大学卒業で、小児神経の医者をしています。それで、鳥取大学の医学部から国立療養所の西鳥取病院、それから秩父学園に行き3年前からここに来ています。

質問②発達障害のある子が増えていると

思われますか

発見する側が、細かいところを見るようになってるので、昔より増えているかどうかは別として、診断名をつけるお子さんの数が増えていることは間違いないと思います。診断基準を昔どおりにしたときでも、数が増えていると思うかと言われると、ちょっとわからない。だけど、例えば夜泣きの子ども

を診たときに、アスペルガーじゃないかって目で、僕らは診ています。人見知りでも2種類ある。ある人見知りは、発達障害が隠れている可能性がある。そういう目で診始めているから、引っかかる量、質もずいぶんと違います。ただそれを、古典的な意味での障害というかでは、ちょっと違う。発達障害の軽度群が多いから。ある意味では、人柄だとか、個性だとかいうところとオーバーラップするものがあるし。そういうところを、全部を含めて障害っていう言い方をすれば、それはもう間違いなく増えていると思います。

質問③ どういうタイプの発達障害が増えていると 思われますか

やはり軽度。これからは、認知やパーソナリティといった面での発達障害がもっと増えると思います。逆にそういうところに医者が目を向けている。今、僕が一番興味を持っているのがね、4歳ぐらいで怖いって言う子ども達はどうなるかです。3歳ぐらいだと、直接叩かれたり、真っ暗だったりすると怖いんだけど、お化けという概念はないわけです。ところが、3歳を過ぎてから魔物に近いもののイメージができてくる。そういうものを怖いと思い、いるんじゃないかと勝手に想像する、そういう一群がいます。こういう子は感情中心型の認知。感情を理性がコントロールするみたいなことが遅れる。だから、トイレはお化けが出るからお母さん一緒に行こうになります。それが4、5歳から始まり小学校低学年ではまだかわいい、ところが4年生5年生、中学生になってもまだ同じみたいなのがいます。非常に未熟な社会性の子どもの絵というのは、前頭葉機能障害だともいわれています。やっぱりそういう子たちがたくさんいます。

以前は成績さえ良ければ何とかなるといった安心感があったんだけど、今はそうじゃない。軽度の人達、あるいは境界的な人達、たくさん診断されると思う。重たい障害者がうんと増えているという印象はあまりない。

質問④ 増えている理由は何だと思われますか

ひとつは、細かく医者が見る目ができてきたということです。古典的な自閉に対しても、あるいは新たに見つかったカナタイプにしても、目の付

け所が、段々わかってきた。これはパーキンソン病ですが、例えば新潟県や鳥取県は多い日本の多発地域と言われていますが、神経内科のドクターの数と比例します。よくわからないから脳梗塞といった捉え方をされていたのが、土地柄とか風土の問題ではなくて、医者のプロット数に比例するのに似ています。それと集団に適応しなければいけないと思うことが、年齢が低くなってきている。今は、集団に上手く適応しないのですとすぐ言われる。

もうちょっとのんびり見てあげたらと思います。容赦がない。今は、一生何かができませんという古典的な障害とは違う子が多く、将来、社会生活が困難になった、障害と呼びましょう、でいいと思います。アスペルガーは、あくまで大事に育てよう、注意して育てようよくて、どんどん障害になって、どれくらいの人が本当に援助が必要か、どれくらいの方が要らないのか、まだよくわかっていない。病名で、右だ左だって決めるのは嫌です。発達障害者支援法で、ADHDがわーっと広がり、先生達はちょっとでも落ち着かない子は、病院に行って、薬もらって来なさいないとすぐに言います。ADHDの子が、全部薬を飲まないといけないかどうかは、アメリカでも随分議論されていることです。

質問⑤ 障害児医療で改善すべき点を教えてください

ひとつは、軽度発達障害の人達が精神的に、非常に大きなダメージを受けたり、トラウマになっている、親御さんも先生も、それは医療で治すんだという感覚があまりない。

また日本には障害児教育がない。なぜかという、障害児教育は縦系列で考えなければいけない。例えば3歳のときに目が見えない子がいたとする。どういう大人にしようかって、ずっと計画立てるはずです。一部の肢体不自由だとか、視覚障害については多少あります。ところが自閉症にはない。障害児教育があまりに弱い、あるいは単年型で、スパンスパンって切って、どう繋がっていくか、知りませんという実情です。

もうひとつ考えるのは、リハビリテーションって何だろうかと。日本は言葉が遅れていると、言語訓練しましょうになるし、不器用だったら感覚訓練、運動訓練しましょうとなる。それが悪いわけじゃないけれど、それは、必要であればやればよいしチャ

ンスがあったら受けたっていい。だけど、自閉症は不器用さだけの問題じゃない。トータルケアだとか、生活の場でうまくやれるようにすることに戻っていかないといけない。そこに目を付けて、応援するシステムがまだないわけですよ。

**質問⑥地域で安心して健康な生活を送るために
望ましい医療とは何でしょうか**

医療と教育と子育てという、この3つが、良いチームワークを持ってやらないといけない。崩壊しちゃった家庭には、医療を届けようと思っても難しい。そういうときに保健婦さんと、家庭子ども相談室と、それから保育園なり学校なりと組んで動くと、ちょっとずつ動きます。こういうことが、もっと大胆にできるようになってくるといいですね。

**質問⑦医療、教育、福祉、労働などの機関の連携は
うまくいっていると思いますか**

まだばらばらです。連絡機関みたいなものすらない。上の方だけが、何とか作っているけれども、末端じゃ全然ありません。末端からの積み上げ型が、まだできていない。

**質問⑧本研究やその他のことについて、何かご意見、
ご要望があればお聞かせください**

非常に面白いです。大いに検討して欲しい。

**インタビュー④
佐々木 正美先生**

町田・ホテルザ・エルシィにて

質問①先生の臨床歴を教えてください

新潟大学医学部を卒業、東京大学精神科で教育を受け、同愛記念病院等に勤務し、ブリティッシュ・コロンビア大学に留学、児童精神医学の臨床訓練を受ける。帰国後、国立秩父学園と東京大学精神科を経て、神奈川県児童医療福祉財団・小児療育相談センター、横浜市総合リハビリテーションセンターに勤務、平成9年より川崎医療福祉大学に勤務です。

**質問②発達障害のある子が増えていると
思われますか**

思わざるを得ないです。例えば、国立秩父学園で私が勤務していて、調査をしたときのデータですが、全在園児114人中、自閉症は12人だったんです。10.5%。ダウン症が11人でした。9.6%、だいたい10%、同じくらいだった。その後、私が辞めた後の数字ですが、全在園児の数は78、74、68人と減っています。ところが、自閉症の子どもの数は、15、35、36人と増えていました。現実には、19.2%、47.3%、52.9%と、半数を超えるようになりました。ところがダウン症は、推移が同じでした。ただ、安易にこれだけで言うてはいけないと思うのは、脳の感染症や出産時障害と言われる障害はぐっと減っています。今は、日本脳炎はほとんどありません。僕らが勤めていた時代にはありました。出産時障害も、今よりはずっとありました。医療が進歩していません。

平成13年度障害児教育調査研究報告ですけれど、横浜市には小学校長会障害児教育研究部があります。研究部の調査によれば、1995年から2001年の間に、330人から383、481、515人とどんどん増えているのです。全児童数は減っているのです。自閉症の子どもが増えているのです。LDも圧倒的に増えています。全米でも同じなのです。横浜市神奈川保健所で1歳児健診をやり、3歳児健診さらに5歳まで入念にフォローアップしたのです。それによると、ダウン症の子どもが増えているとはいえません。知的障害も単純に増えているとはとても言えない。むしろ脳性麻痺は減っているかもしれません。ところが、自閉症、ADHDというのは、じりじりと増えています。私がお手伝いしたのは90年までです。当時は克明に統計をとりました。1984年から89年、たったこの5年くらいの間でも増えている。

**質問③どういうタイプの発達障害が増えていると
思われますか**

LD、ADHD、広汎性発達障害、自閉症などを合併しているかのように見える、わかりにくい発達障害が増えていると思います。重い知的障害を伴わない事例が増えている、こういうふうに言っていていいでしょう。

質問④増えている理由は何だと思われますか

これは難しいですね。単純に親の育て方によってとは思いません。PCBは微量でも脳形成・発達に障害を起こすとされ、LD、ADHD、高機能自閉症との関連が考えられています。神経科学の研究者である黒田洋一郎先生は、化学物質にはPCBを始め、環境汚染物質、環境ホルモン、そういったものがいつ、どの時期に、どれだけ多量に、母体が瀑布されたかによって、子どもは高機能広汎性発達障害、あるいは高機能でないにしろ侵されるかもしれないといっています。あるいはLDとかADHDというふうには、臨床者が診断するようなレベルでの影響を受ける可能性が考えられるそうです。

この話を聞く前から、LD、ADHD、高機能自閉症、高機能でない自閉症、知的障害を伴う自閉症などはすべて連続体だと思っています。これは、臨床活動を、30年、40年とやってきた者の実感です。つまりスペクトラムです。黒田先生の研究だけが根拠とは思いませんけど、非常に強い、大きな示唆だと思っていますよ。

質問⑤障害児医療で改善すべき点を教えてください

発達障害に限って言えば、医療そのものでどうこうなるとは思えません。本質的には、脳の情報伝達物質の代謝異常、脳の機能の相互の連携の弱さです。それが改善される薬物や、リハビリテーションの方法が開発されることを期待します。

LD、ADHD、自閉症は、脳の総合機能がどういう部分が、とりわけどの程度深く機能を失っているかによって、症状は変わるとは思いますけど、でも基本はそれだと思っています。

質問⑥地域で安心して健康な生活を送るために**望ましい医療とは何でしょうか**

これは、TEACCHが世界で実践できていることです。世界のトップレベルの人達の多くが、TEACCHプログラムの何に感服するかと言うと、自閉症を治そうとしないからです。自閉症の人が、安心して健康な生活を送るための環境を作るのが目的のプログラムです。作り方のひとつに、例えば目が不自由な人がいたら、いろんな所に点字ブロックを打てばいい。手足の運動の不自由な人がいたら、できるだけたくさんエレベーターを作ればいい。自閉症に対し

てTEACCHは、基本的にはそういう考え方です。

自閉症の人は、そういう環境を上手に与えられると、自ら発達していこうという本人の意思以上に、障害が改善される方向に自ら努力しやすくなります。TEACCHプログラムは、視覚的構造化、物理的構造化という言葉を使います。自閉症の人が、自閉症の特性を持ったまま、統合機能が弱くても、そのまま適応できる社会を作る。

最初から訓練的に、どこでも適応できる子にしようという発想は絶対やめた方がいい。医療ができることはほんのわずか、医療福祉になって初めてできることがあります。

質問⑦医療、教育、福祉、労働などの機関の連携はうまくいっていると思いますか

いいいっていません、日本は。自閉症の人達をサポートする人達に対して、学校、家庭、地域社会、職場、余暇活動の場など全てで、共通した訓練が必要です。そうやってはじめて、チームワークが取れると思います。

質問⑧本研究やその他のことについて、何かご意見、ご要望があればお聞かせください

学校の先生の研修、養成が重要だと思います。発達障害の生徒を担任する先生には、発達障害、自閉症を正しく理解し、適切な教育をすることができるようになってほしいです。

4章 発達障害の増加とその原因

特別支援教育を受ける子どもが増加している。では、発達障害は増加しているのだろうか。増加しているとすれば、その原因は何であるのだろうか。この章では、複数の仮説を立てるとともに、その検討を試みた。

疫学的視点から

自治医科大学 地域医療学センター公衆衛生学部門 上原 里程

【要旨】

自閉症の発生頻度は本当に増加しているのか、という問に対して、国内外の疫学調査結果から推論する。自閉症は、自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: ASD) や広汎性発達障害 (Pervasive developmental disorder: PDD) 全体ではなく、知的障害を伴う典型的な例のみを対象として、2003年から2008年に出版された論文を検索した。

日本では自閉症の累積罹患率を算出した疫学研究が1件あった。海外では10件の報告があり、自閉症発生の年次推移について言及されていた9件について検討したが、そのほとんどが有病率を求めていた。年次推移を観察した研究のすべてで「自閉症の頻度は増加していた」と述べていたが、その理由として、①診断基準の変化、②診断されやすくなったこと、③疾患の認識が広まったことを挙げており、真の発生頻度の上昇であるか否かはわからないと結論していた。

自閉症の発生頻度に関するこれまでの国内外の疫学研究からは、真に発生頻度が増加しているかどうかについては言及できない。自閉症の発生頻度が真に増加しているか否かを明らかにするための前段階として、まずは統一した自閉症の診断基準と診断方法を用いて、可能であれば複数地域で有病率を算出する必要がある。その上で、十分なサンプルサイズが確保されたコホート集団を設定し、前向きコホート研究を実施し発生率を算出する必要がある。

【背景と目的】

近年、特に教育現場において発達障害を有する児童生徒の増加が指摘されている。医療者側からの印象としても医療機関を受診する発達障害児の患者数が増えているのではないかという報告が散見される。アスペルガー症候群などを含む広汎性発達障害の患者のみならず、典型的な自閉症患者が増えてい

るのかどうかを検討することは、発達障害を有する児童生徒が増加しているのかどうかを推論する場合に重要である。そこで、本研究では典型的な自閉症の発生頻度は本当に増加しているのか、という問に対して、国内外の疫学調査結果から推論することを目的とした。また、既存の疫学調査結果を踏まえて、今後の課題を展望することを試みた。

【調査方法】

自閉症は、自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: ASD) や広汎性発達障害 (Pervasive developmental disorder: PDD) 全体ではなく、知的障害を伴う典型的な例のみを対象とした。日本語で報告された疫学調査については医学中央雑誌、英語で報告された疫学調査はPubMed (米国国立医学図書館によるインターネット検索サービス) で検索した。検索語は「autism and incidence rate (自閉症と発生率)」とした。2003年から2008年に出版された論文に限定した。

条件に該当した医学論文の内容を、自閉症の発生頻度を表す指標がなにか、診断方法や診断基準は何を用いたのか、発生頻度の経年変化が示されているか、などの視点で吟味した。

【疫学研究方法についての概説】

研究結果を述べる前に予備知識として、自閉症の疫学研究に関連する方法論について概説したい。

疫学研究は、人間集団における疾病を含む健康状態の分布やその要因を明らかにするためにおこなわれるが、疾病頻度を表すために幾つかの指標がある。自閉症の疫学研究では主として有病率と発生率が疾病頻度を表す指標として用いられてきた(図)。

自閉症の発生頻度を観察した研究の多くは有病率を指標としている。有病率は、観察対象集団におけるある時点での患者割合を示すもので、観察期間を

考慮していない。つまり、ある一時点で「どのくらいの患者がいるか」を観察しているにすぎない。自閉症のように乳幼児期に発症し生涯を通じて慢性的に経過する疾患では、観察対象集団の人口移動を考慮しなければ、年を追うごとに有病率は増加していく。よって、有病率の経年変化を観察しても、真に自閉症が増えたのかどうかを結論づけるのは非常に困難である。これに対して、観察対象集団を前向きに追跡していくコホート研究では、観察期間を考慮した発生率（罹患率も同義）を算出することができる。つまり、一定期間に「どのくらいの患者が発生したか」を知ることができる。設定時期の異なる複数の観察集団を追跡して、それぞれの発生率を比較することで、疾患の発生が増えたかどうかを知ることができる。しかしながら、発生率を求めるためには、対象集団を構成している個人個人の発症までの時間を知る必要がある。加えて、場合によっては万単位の対象者を数年にわたって追跡するために多くの人手や予算を必要とすることから、このようなコホート研究を実施することは容易ではない。このため、自閉症を対象とした疫学研究ではコホート研究から発生率を求めた研究は見受けられない。ただし、ある年に生まれた集団をもとにして後の疾病発生や死亡を観察する「出生コホート」研究は、自閉症でもしばしば行われている。しかし、この研究では、大規模な疾病登録データを用いることが多く、自閉症の診断は登録した医師によって様々であることが結果を解釈する上で大きな問題となってしまう。

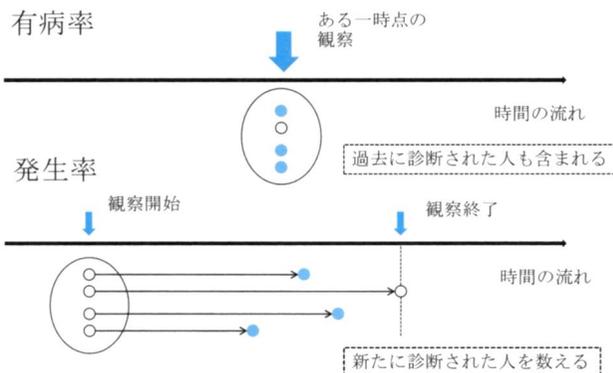
【結果】

日本では自閉症の累積罹患率を算出した疫学研究が1件あった。海外では10件の研究が報告されていたが、1件は年次推移について言及していなかったため、検討から除外した。残りの9件の報告では、有病率を求めた研究がほとんどであった。

● 報告された研究の方法について

10件の報告における発生頻度の指標を表1にまとめた。

発生率に似た指標として、累積罹患率という指標がある。コホート研究ではあるが、個々の対象者の追跡期間を問わず、観察終了時点で対象集団のなかで何人の患者発生があったかを求めるものである。Hondaらは、累積罹患率を用いて自閉症の年次推移を観察した⁵。横浜市で、受診率90%以上である1歳6ヶ月健診および3歳児健診を活用して自閉症のスクリーニングが行われ、発達障害が疑われた児には多職種の専門職が早期介入を行うシステムが確立されている。ICD-10（WHO1992）のガイドラインに従い、発達を専門とする独立した二人の精神科医が上記のシステムを利用して診断した。2000年に、ICD-10で用いられるPDDに該当する1988-1991年生まれの子を抽出し、ICD-10DCRに基づき5歳までに自閉症の診断基準を満たした児を同定した。海外の研究では、Bairdらが、英国南テムズ地域で9-10歳児を対象として有病率を推計した報告がある¹。この研究の特徴は、多段階のスクリーニングを導入し、



【図の説明】

有病率は、ある一時点での患者発生割合を示す。図の例では、4人の集団において、ある一時点で3人が対象とする疾患を有する場合、有病率は75%となる。有病率には、過去に診断された患者も含まれる。発生率は、観察期間を設けて集団を構成する個人を追跡し、疾患発生までの時間を調査することにより算出する。観察開始時点では集団内に対象とする疾患はない。図の例では、集団を構成する4人を追跡し、一定期間中に3人の発症を確認して発症までの時間を調査する。発生率は、新たな疾患発生を示す指標である。

精度を高めた点にある。特に特別な教育支援が必要な児童はすべて含めて、把握漏れを防いでいる。診断は、ICD-10に記載されている症状の有無、ADI-R (the autism diagnostic interview-revised) やADOS-G (the autism diagnostic observation schedule-generic) によるアセスメントなどから総合的になされた。Schechterらは、ワクチンに含まれていた水銀含有のチメロサルが自閉症の原因であるという仮説を検証するために実施した研究のなかで、米国カリフォルニア州の自閉症有病率の年次推移を示している。ただし、この研究では地域の小児科、教育関係者、家族や友人から自閉症として紹介された児を対象としているため、診断方法や診断基準は様々と考えられる。また、アスペルガー症候群やPDDなどの軽度の発達障害は含まれていない可能性もあると述べられていることから、自閉症の定義は不明である⁹。Fombonneらは、カナダ・ケベック州の教育現場で特別支援の必要な児童生徒の登録リストを用いてPDDの有病率を推計した。診断の評価はしておらず、自閉症のみの有病率の年次推移は示されていない³。Gillbergらは、スウェーデンのGöteborg在住の1977-1994年生まれの児を対象に2001年の時点でPDDの有病率を算出した。Göteborg市内のPDDを疑われた児のほとんどが診断と早期介入目的に、著者の所属する小児精神クリニックに紹介されるだろうという仮定のもとで、一般人口を対象とした有病率を算出(6年ごとに、3期に分けて算出)した。診断は著者を含めた共同研究者が診療録やインタビューなどの種々のデータを元に行った。1980年からはDMS-III、1987年からはDMS-III-R、1994年からはDMS-IVの基準を用いた⁴。Lauritsenらは、Danish Psychiatric Central Registerという全国規模の登録システムを用いてPDDの年齢別発生率と有病率を算出している⁶。登録データのため、診断基準や診断方法は統一されていない。Smeethらは、英国の家庭医登録データを用いて、PDDと自閉症の発生率の年次推移を観察した¹⁰。この研究もLauritsenらの研究と同様に、診断方法やその基準については様々であった。Lingamらは英国ロンドンの北東地域を対象とした障害者登録のデータを用いて自閉症の年次推移を観察している⁷。この研究では登録データから自閉症の疑い診断例を抽出して、小児専門医によって診断確定例を選別することで妥当性を高めて

いる。Liptakらは、2003-2004年に米国で実施された電話調査によるnational surveyの結果を用いて、自閉症の有病率を算出した。この研究では、「あなたのお子さんはこれまでに医師や保健医療従事者から自閉症と言われたことがありますか?」という質問をして「はい」と答えた場合を「自閉症あり」と定義しており、当然のことながらこの定義の信頼性は低い⁸。

表1 自閉症発生頻度の年次推移を示した論文で用いられた指標、2003-2008

論文の筆頭著者名*	論文発行年	発生頻度の指標
Honda H ⁵	2005	累積罹患率
Baird G ¹	2006	有病率
Schechter R ⁹	2008	有病率
Fombonne E ³	2006	有病率
Gillberg C ⁴	2006	有病率
Lauritsen MB ⁶	2004	年齢別発生率と有病率
Smeeth L ¹⁰	2004	発生率
Lingam R ⁷	2003	発生数
Liptak GS ⁸	2008	有病率

*: 本文中での引用順に列挙した。右肩の番号は文献番号を示す。

● 報告された研究の結果について

Hondaらによれば、1988-1991年生まれの対象者全体の累積罹患率は27.2/10000人であった⁵。自閉症と診断された97人のうち、IQ70以上の高機能児は24人(25.3%)であった。累積罹患率の年次推移は、16.2(10000人あたり、1988生まれ)、28.3(1989生まれ)、37.4(1990生まれ)、27.3(1991生まれ)であったが、累積罹患率の推移については言及されていなかった(表2)。Bairdらの英国での研究では、ASDのうち、狭義の自閉症(ADI-RとADO-Gの基準を満たす)の有病率は24.8/10000人(95%信頼区間:17.6-32.0)であり、それまで報告された有病率より大きかった¹。その理由として、診断基準が拡大された事が関連しているかもしれないが、真に発生頻度が増加していることも否定できないと述べていた。有病率や発生率を観察する場合には診断方法や診断基準を揃えることの重要性を強調していた。Schechterらの米国カリフォルニア州での研究は、1995-2007年の間に3-12歳それぞれの年齢で自閉症の推定有病率は有意に増加していることを示したが⁹、方法論で触れたように、この研究では自閉症の定義が不明であり、診断基準や診断方法も様々な集団を

対象にしていることから、真に有病率が増加したと判断することは難しい。Fombonneらによるカナダ・ケベック州での調査では、1987年から1998年までの出生コホートをを用いたPDDの有病率の年次推移からは、統計学的に有意な上昇があった³。しかし、この上昇は真の上昇というより、診断基準の改訂により対象となる疾患が増えたことや、PDDに対する認識が広まって診断もされやすくなったこと、地域の特別支援教育への取り組みの変化（例えば、予算の増加）などが関与していると考察している。Gillbergらの研究では、PDD全体だけでなく、自閉症のみの有病率も増加していた（10.6/10000人 [1977-82年]）から35.3/10000人 [1989-94年]）⁴。有病率の増加について、近年は自閉症に対するサービスの向上に伴い、より診断されやすくなっていることを挙げていた。また、よりよいサービスを受けようと、対象市外から移住してくる自閉症患者も考慮すべきと述べていた。この研究では、真に自閉症の有病率が増加したかどうかは言及できなるとしながらも、「自閉症を含めPDDは稀な疾患ではなくなり、一般的な疾患となりつつあるという認識を持つべきである」と述べていた。Lauritsenらの研究は、一般集団を対象としてデンマーク全体の年齢別発生率と有病率を観察した点で優れている。1971-2000年の間では1990年台にPDDのみでなく自閉症の発生率、有病率ともに増加していた⁶。発生率では2-4歳の率の上昇が最も大きかった。しかしこの結果を解釈する場合には、これまでの研究と同様の診断基準の拡大や認識の変化などが影響している。加えて、登録施設の増加が発生率や有病率の上昇に関与している可能性もあることから、これらの年次推移を真の増加と結論づけてはいない。Smeethらの英国家庭医登録データを用いた研究においても、1990年中頃からPDDのみでなく自閉症の発生率の著しい上昇が観察されているが¹⁰、Lauritsenらの研究と同様に真の増加以外の要素が関連していると述べていた。登録データを用いる場合は、上記の診断基準の不統一に加え、誤分類の影響も避けられない。すなわち、本来は「自閉症」であるのに「その他のPDD」と診断されてしまうような場合である。Smeethらの研究では、この誤分類の影響も発生率の年次推移に現れているのではないかと推測していた。Lingamらの英国ロンドンでの観察では、疑い症例について

のみ10歳までに診断された症例の1983年から1998年までの年次推移が示されている⁷。自閉症の典型例と非典型例をあわせた症例数の変化は1992年以降横ばいであったが、自閉症典型例の症例数だけ観察すると、変動はあるものの増加の傾向であった。しかし、同時期には自閉症の診断年齢が低下しており、より早期に診断されるようになったことが自閉症の症例数増加に関連していると述べている。

表2 自閉症の累積罹患率の年次推移、横浜、1988-1991

出生年	累積罹患率(/10000人)
1988	16.2
1989	28.3
1990	37.4
1991	27.3

出典: Honda H, et al. Dev Med Child Neurol 2005;47:10-18

【今後の取り組むべき課題】

上述したように、これまでの自閉症に関する疫学研究は方法論上の問題が存在するため、既存の疫学研究の結果から「自閉症は増えているかどうか」という問いに答えを出すことができない。疫学的な問題点については、Fombonneが詳説している²。自閉症の有病率の年次推移を観察する場合は、スクリーニングの方法、診断方法やその基準が様々であれば、結果の解釈を難しくするし、診断基準の拡大、自閉症に対するサービスや疾患そのものの認知の拡大などが年次推移にどの程度影響しているのか判断できない。ただし、自閉症が真に増えていない、と結論できるわけではなく、真の増加も否定できないと考えるべきである。

今回の検討では「autism and incidence rate（自閉症と発生率）」という検索語で過去に報告された論文を検索したため、本邦における自閉症発生率についてはHondaらの報告に留まった。有病率については日本でも幾つかの施設より報告されているが、方法論の観点から検討から除外した。結果で示した方法論上の問題点は、海外での研究のみならず、日本における自閉症発生の年次推移を検討する場合にも当てはまる。疫学研究に共通した原則は、疾患を定義することである。自閉症の年次推移に焦点をあてた今回の検討課題でいうならば、「自閉症」を定義

し、同一の定義のもとで患者数を数える必要がある。この疾患の定義にしばしば「診断基準」が用いられるが、疫学研究では診断基準の変化は疾病発生の年次推移を観察する際に大変大きな障害となる。1980年台以降に自閉症の診断基準が変化し、概念が拡大したことは、最近の自閉症の年次推移を観察することに大きな影響を及ぼす。この診断基準の変化は、有病率を求める場合のみでなく、発生率を求める研究にも同様の影響を及ぼす。発生率を求めることで年次推移を観察するためには、設定時期の異なる複数の集団を数年にわたり観察していく必要があるが、観察期間中に用いる診断基準が変化すれば発生率に影響を与える。また、ある集団で用いた診断基準と別の集団で用いた診断基準が異なれば、年次推移は観察できなくなる。このように、たとえ発生率を求めることができたとしても、診断基準が異なると目的とする「年次推移」は観察できなくなる、ということである。

年次推移を観察するためには、少なくとも対象とする期間は同一の診断基準を用いることが必要になるが、その他にも疫学的に考慮しなければならない事がある。自閉症の概念が拡大し医療者や教育保健関係者の間に認識が広まることで、より早期に診断されるようになったり、より積極的に診断されるようになったりすることが考えられる。非典型的な症状を呈している患者の場合は、以前より診断されやすくなるだろう。同様に、保護者にも認識が広がることで、子どもの症状をより早期に疑い、より早く医療機関を受診するようになるかもしれない。このように社会に疾患の認知が広まれば、必然的にそれまでに比べてその疾患が診断されやすい状況になる。自閉症の年次推移を観察する場合、少なくとも現状では発達障害に関する社会の認識の広がりを無視することはできない。そのために、真に自閉症が増えているのかどうかを明らかにする場合には、医療と研究とを明確に分けて臨む必要がある。すなわち、医療の立場では、社会の認識の拡大を受け入れて、より早期の診断や早期の介入を行い患者ニーズに応じていく必要がある。その一方で、自閉症の年次推移をより正確に捉えていくために、統一した診断基準のもとで患者数を把握していくことも同時におこなう必要がある。もう一点は、社会の認識が拡大することで、発達障害に対してよりよい教育

あるいは保健サービスが行われるようになるかもしれない、という点である。サービスのよい地域に発達障害児が集まる可能性もあろう。このような人口移動を考慮すると、有病率を求める研究では、よりよいサービスが提供されている地域ほど頻度が上昇する結果となる可能性が高い。発生率を求める研究では、転出転入をいかに把握するかがポイントになり、人口移動の激しい地域では、有病率同様に正確な年次推移は観察できなくなる。

以上のような方法論上の課題を踏まえて、今後、自閉症が真に増加しているかどうかを明らかにするためには、人口移動の少ない地域で精度の高いスクリーニング方法や診断方法を用いて統計学的に十分なサンプルサイズを有する集団を前向きに追跡していく必要がある。その前段階として、複数の地域で統一した診断基準と診断方法に基づいて有病率を明らかにしておくことが必要と考える。正確な有病率を求めることで、次の段階である発生率を求める研究を計画する場合にどのくらいの人数を観察対象とすればよいかを推計できる。ただし、設定時期を変えて複数の集団で自閉症の発生率を求めていくためには、莫大な人手と資金および時間が必要であり、これらの観点からの実行可能性は十分に検討しなければならない。

【参考文献】

1. Baird G, Simonoff E, Pickles A, et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet* 2006;368:210-215.
2. Fombonne E. Epidemiology of autism disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66 Suppl 10:3-8.
3. Fombonne E, Zakarian R, Bennett A, Meng L, McLean-Heywood D. Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics* 2006;118:e139-150.
4. Gillberg C, Cederlund M, Lamberg K, Zeijlon L. Brief report: the autism epidemic. The registered prevalence of autism in a Swedish urban area. *J Autism Dev Disord* 2006;36:429-435.

5. Honda H, Shimizu Y, Imai M, Nitto Y. Cumulative incidence of childhood autism: a total population study of better accuracy and precision. *Dev Med Child Neurol* 2005;47:10-18.
6. Lauritsen MB, Pedersen CB, Mortensen PB. The incidence and prevalence of pervasive developmental disorders: a Danish population-based study. *Psychol Med* 2004;34:1339-1346.
7. Lingam R, Simmons A, Andrews N, Miller E, Stowe J, Taylor B. Prevalence of autism and parentally reported triggers in a north east London population. *Arch Dis Child* 2003;88:666-670.
8. Liptak GS, Benzoni LB, Mruzek DW, et al. Disparities in diagnosis and access to health services for children with autism: data from the National Survey of Children's Health. *J Dev Behav Pediatr* 2008;29:152-160.
9. Schechter R, Grether JK. Continuing increases in autism reported to California's developmental services system: mercury in retrograde. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:19-24.
10. Smeeth L, Cook C, Fombonne PE, et al. Rate of first recorded diagnosis of autism and other pervasive developmental disorders in United Kingdom general practice, 1988 to 2001. *BMC Med* 2004;2:39.

環境遺伝医学的な視点から —生物学的メカニズムとしてのエピジェネティクス—

山梨大学大学院医学工学総合研究部 環境遺伝医学講座 久保田健夫

はじめに

最近の厚生労働省の調査により、最近、わが国では、自閉症などの軽度発達障害児が急増していることが明らかになった¹⁾。さらにこのような傾向は米国など諸外国でも生じている²⁾。その理由として、医療上、制度上の要因、すなわち発達障害の概念がわれわれ小児科医の間でも浸透し診断例が増加したことや発達障害者への最近数年間の学校施設や公的補助が充実したことなどが考えられている(図1)。

しかし急増の原因は、診断の書き換え(注意欠陥多動症を自閉症や広汎性発達障害と診断するようになった)だけでは説明できない程、増加していることや世界的な趨勢であることから、生物学的要因の可能性もある。すなわち発達障害に罹患する子どもたちが「真に増加」している可能性である。もしそうならばその生物学的なメカニズムはどのようなものであろうか。

昔から、病気の原因として「遺伝」と「環境」の要因が考えられてきた。発達障害は、1980年代は子育ての仕方の良否といった「環境」が、1990年代以降は「遺伝」が主因として考えられてきた。しかし、最近、どちらか一方ではなく、両者が複合されて発症にいたっているのではないかと、という新しい捉え方(エピジェネティクス)が登場してきた(図2)。

遺伝的要因として発達障害に関わる遺伝子が明らかにされてきた³⁾。しかし遺伝的要因は急増の原因とはならない。なぜなら急に、短期間に、遺伝子に変異が増えてくることは考えにくいからである。そうだとすると、残る要因は環境の方ということになる。しかしこれを特定することも容易でない。ただし、環境によって発達障害が生じる生物学的メカニズムが判明すれば、候補となる環境要因の真偽を生物学的手法で確定する事が出来るであろう。

本稿では、発達障害に関係する遺伝的要因と環境要因について論じた上で、エピジェネティクスの立場

から発達障害が生じる生物学的メカニズムについて概説する。

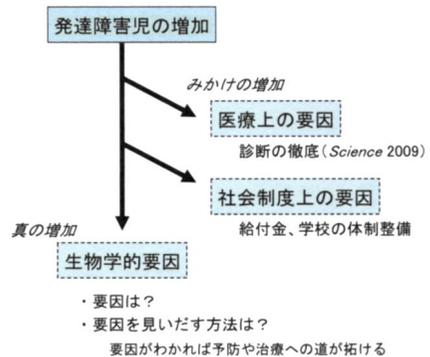


図1：発達障害児の増加要因

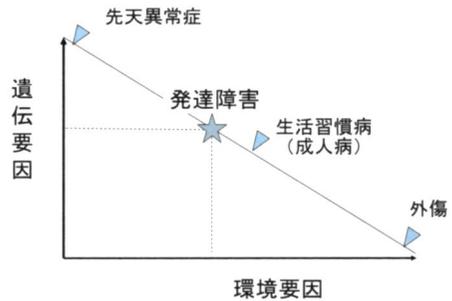


図2：種々の疾患における遺伝的要因と環境要因の割合

発達障害の遺伝的要因

自閉症など発達障害は女兒に比較して男児に多く見られることから、発達障害に関係する遺伝子のいくつかは、X染色体に存在する⁴⁾。女性は2本のX染色体をもち、片方のX染色体上の遺伝子に異常があっても他方のX染色体上の遺伝子で機能不全を補うことができるが、男性はX染色体が1本しかなく異常があると即、発症につながるからである。X染色

体上の発達障害関連遺伝子は60-70個あると推定されている⁵⁾。

一方、脳機能に関わる蛋白質が多数判明し、これをつくる遺伝子における解析が行われてきた。その結果、いくつかの脳内蛋白質の遺伝子の異常が自閉症患者で認められた。その一覧を図3に示した³⁾。このような遺伝子はすべて、シナプスとよばれる神経細胞と神経細胞の接点の構造や機能に関係していた(図4)。このことから、自閉症の神経病態は、神経細胞間のシナプス異常との考え方がとられるよ

うになった^{3,4)}。

発達障害の関連遺伝子は、脳科学の発展とともに、今後、さらに見いだされるものと思われる。しかし遺伝子の変異、すなわちDNA上の塩基配列の変化は、減多に生ずるものではなく、まして10年間といった短期間で急速にヒト体内に蓄積されていくものではない。したがって、今後遺伝子が発見されても、それが発達障害児の急増の説明にはならない。急増の要因は遺伝的要因とは別と考える方がよいであろう。

遺伝子	染色体上の位置	遺伝子が作る蛋白質の働き	発達障害のタイプ	備考
エピジェネティクス関連蛋白質				
MECP2	Xq28	メチル化DNAへの結合	精神遅滞、レット、自閉症	レット症候群の女兒や自閉症男児に変異を認める
FMRP	Xq28	RNAへの結合	精神遅滞、脆弱X、自閉症	脆弱X症候群の男児の20-40%に自閉症がみられる
アクチン細胞骨格蛋白質				
TSC1/TSC2	9q34/16p13	GTP酵素の不活性化	結節性硬化症	結節性硬化症患者の43-86%に自閉症がみられる
シナプスの足場蛋白質				
SHANK3	22q13	神経細胞突起の形成	精神遅滞、自閉症	下記のNLGN蛋白質に結合する蛋白質
シナプス受容体蛋白質				
GRIN2A	16p13	神経シナプスのNMDA受容体	自閉症	自閉症に関連する蛋白質
GABAR	15q12	神経シナプスのGABA受容体	自閉症	遺伝子の(存在する染色体領域の)重複・過剰による
セカンドメッセンジャー(カルシウムイオン)関連蛋白質				
PRKCB1	16p11.2	蛋白質のリン酸化	自閉症	
神経細胞接着因子				
NLGN4	Xp22.3	神経細胞間の繋ぎ止め	精神遅滞、自閉症	典型的な自閉症とアスペルガー症候群にみられる
NLGN3	Xq13.1	神経細胞間の繋ぎ止め	精神遅滞、自閉症	典型的な自閉症とアスペルガー症候群にみられる
分泌蛋白質				
RELN	7q22	神経細胞の脳内の移動	自閉症	

図3：発達障害に関連する遺伝子の一覧(文献3より引用)

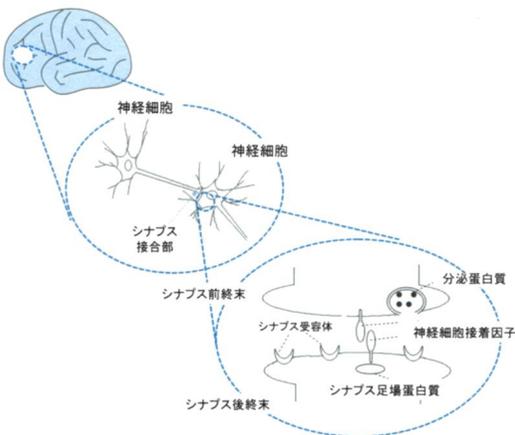


図4：脳の神経細胞の間の構造であるシナプス接合部と発達障害関連遺伝子をつくる蛋白質の関係

発達障害の環境要因

自閉症に関係する環境要因として、胎生期の感染、周産期の障害、薬物、毒物、などがあげられている⁶⁾。このうち多くは出生前後の要因で、脳は形成期の可塑性に富んだ(柔らかい)時期に影響を受けやすいことを示している。

バルプロ酸ナトリウムは副作用が少なく、多くのタイプの痙攣発作に有効であるため、現在最も使用されている抗てんかん薬である。しかし妊娠中に服用すると胎児奇形や児の発達障害、言語発達低下などが報告されている⁷⁾。また、動物実験でも自閉症傾向や脳細胞の分裂を障害することが明らかにされている^{8,9)}。

近年、自閉症との関連性が話題になった環境要因に予防接種がある。特に、わが国では副作用のため中止となった、はしか・おたふく風邪・風疹の3

種のワクチンを混合したMMRワクチン（新3種混合ワクチン）との関係である。多くの論争があったが、科学的な裏付けが十分でなく、まだ因果関係は不明とされている¹⁰⁾。

このように自閉症の発症と環境要因の関係は明確でないところが大きいですが、もし最近の発達障害の急増の原因が遺伝要因か環境要因と問われたら、短期間の急速な変化が考えにくい遺伝子DNAよりも、環境変化にその原因を求める方が自然であろう。しかしながら、遺伝要因（遺伝子変異の特定）のような絶対的な関係を環境要因で明らかにすることは難しい。したがって環境要因が発達障害へと至らしめる体内変化のメカニズムを明らかにするような、新たな発想が求められる。

エピジェネティックな遺伝子の調節作用

これまで、ほとんどの疾患に遺伝要因と環境要因の両方が関係していると考えられてきたが、それぞれが独立因子として疾患に関与するという、いわば「たし算」の考え方で、両者の体内での相互に影響し合って病気を発症させているという、いわば「かけ算」の考え方はなかった。そのメカニズムが判明していなかった。

遺伝要因を環境要因と論じる近年の考え方にSNP（スニップ）と呼ばれる疾患感受性DNA多型がある。これは遺伝子のある部分に特定のDNA配列（多型）を有している者は、別の塩基配列（多型）を持つ者より疾患になりやすい、という考え方であるが、この場合、環境要因はSNPによって定められる「体質」に環境因子の「暴露」の結果、病気が起こるという「たし算」的考え方であった（図5A）。

これに対してエピジェネティクスの考え方は、環境因子が遺伝子に作用してその働き具合を変えてしまい、その結果として病気が発症する、というものである。すなわちエピジェネティクスとは、環境要因と遺伝要因の身体の中での関係を初めて明らかにした考え方であり、生物学的メカニズムである（図5B）。

この場合、環境が作用する相手は遺伝子DNAそのものではなく、DNA周辺に存在する因子である。エピジェネティクスとは、Epi（周辺の意）とGenetics（遺伝子学）が結合した造語であり、新しい遺伝学の概念である。すなわち環境はDNAの塩

基配列を変化させるのではなく、DNA周辺の結合因子、具体的にはメチル基に作用する（図6）。

この遺伝子がエピジェネティックに変化して働きが変化の様は、近年の急速な研究の進展により、

- (1) DNAが酵素によりメチル化される
- (2) メチル化されたDNAを見つけ出す蛋白質が結合する
- (3) そこにさまざまな蛋白質が結合し蛋白質のかたまりを形成する
- (4) その総合的作用で遺伝子領域が凝集してOFFとなる

であることがわかってきた。

さらにこれら4つのステップを進めるための酵素や蛋白質が発見され、各々の先天的な異常は、それぞれ発達障害を認める先天異常になることも合わせてわかってきた（図7）。これらの疾患の研究を通じて^{5,11-15)}、今では、エピジェネティクス機構は、正常な知能や高次脳機能の発達やその維持に欠かせないメカニズムと考えられるようになってきている。

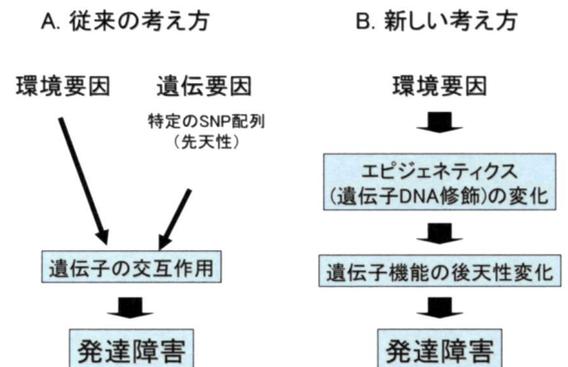


図5：環境-遺伝の相互作用の考え方

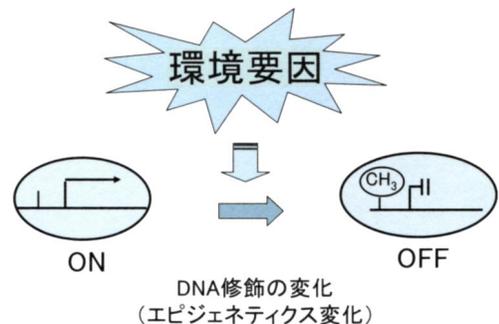


図6：環境要因によるDNA修飾変化を介する遺伝子の機能変化

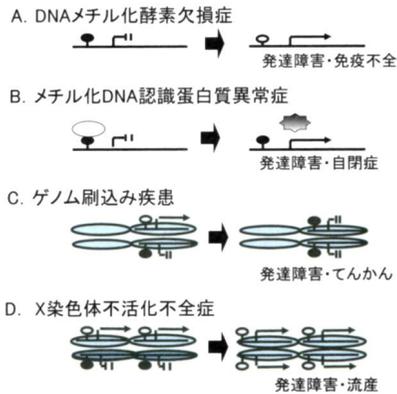


図7：エピジェネティクス異常による発達障害疾患の先天性メカニズム

エピジェネティクス異常を原因とする自閉症

このようなエピジェネティクス異常に起因する疾患のうち、ステップ2の異常で生ずる先天性自閉症疾患がある。メチル化された遺伝子DNAに結合し、その遺伝子の発現を抑制するMeCP2蛋白質の異常症のレット症候群である^{13,16)}。この疾患の神経病態を解明するために、われわれは、神経細胞の中でMeCP2によって調節される遺伝子を探した。その結果、図4に示した脳のシナプスの働きに関わる遺伝子3つを同定した（未発表データ）。この結果とこれまで種々のシナプスに関連する遺伝子の変異が自閉症患者で見つかったこと（図1）³⁾を考え合わせ、(1)シナプス関連分子の先天的な遺伝子変異とともに、(2)シナプス関連分子の後天的なエピジェネティックな遺伝子の調節不全も、自閉症の要因になっているとわれわれは考え、研究を進めている。

後天的なエピジェネティクス変化

遺伝子DNAの異常（遺伝子変異）は、DNA修復システムの存在により、強烈な放射線に暴露されたりしない限り、急激な変化は滅多に起こらないと考えられている（図8A）。一方、遺伝子DNAの修飾は、DNAそのものに比較して後天的な変化が生じやすいと理解されるようになった¹⁷⁾。後天的なエピジェネティクス変化の例としてまず明らかにされた疾患が癌であるが、この場合の変化は年余にわたるゆっくりしたDNAの修飾変化であった。

一方、2004年に突然、たった3週間の短期の環境変化でエピジェネティクス異常が生ずるとのセンセーショナルな報告がなされた¹⁸⁾。この発表は、当初、アメリカのエピジェネティクスの大御所の眉をひそめさせたが、その後の今にいたる5年間で、短期の環境変化がエピジェネティクス変化を生じさせるとの知見が各方面からなされた。具体的には、生後3週間、母親からうまれた仔を引き離すと精神ストレスにより、新生仔ラットの脳内の海馬領域では、精神ストレス耐性遺伝子であるグルココルチコイド受容体遺伝子にDNAの高メチル化が生じていた（図8B）。その結果、遺伝子の機能が低下し、行動異常を呈する大人のラットになっていった。この結果は、ヒトの虐待における脳内メカニズムの示唆的所見として、今年2月にBBCラジオとニューヨークタイムスを通じてあらためて報道された¹⁹⁾。

ヒトにおける後天性知見としては一卵性双子のエピジェネティクス比較研究があり、若い双子より年配の双子の方がゲノム全体のDNAのメチル化の差異が大きいたことが判明した²⁰⁾。すなわち年齢とともにエピジェネティクス差異が広がることから、このようなエピジェネティクス変化に環境負荷が関係していることが示唆された。

また最近、栄養がエピジェネティクスを変えるとの報告もなされた。具体的には、働き蜂の中から女王蜂が誕生するメカニズムとして、ローヤルゼリーにDNAメチル化酵素の阻害作用があり、遺伝子の脱メチル化が本来働き蜂の個体を女王蜂化させる、というものであった。実際、働き蜂の体内のDNAをメチル化させる酵素の働きを落とすと女王蜂のようになったという²¹⁾。このことから、日常の栄養もエピジェネティクスに関係していることが示唆された。

さらに、ごく最近、短期刺激の脱メチル化効果のより深い検証の発表がなされた。具体的には、4年前、大人になると神経細胞は新たには作られなくなるとされてきた常識が、海馬領域等では作られ、しかも運動するとこれが活性化する、しかるに運動は頭によい、といった知見が発表され²²⁾、最近、このメカニズムの基盤はエピジェネティクスであること、すなわち運動や学習といった生理的的刺激によりエピジェネティクス（脳内遺伝子のDNAメチル化の低下）が生じ、これが成人の神経新生のメカニ

ムの基盤になっていたことが明らかにされた²³⁾。

以上の知見を受け、本年3月の米国国立衛生研究所 (NIH) 主導のエピゲノムロードマッププロジェクトシンポジウムにおいて、癌などに対する疾患克服研究から、生活の質向上研究等、幅広いのエピジェネティクス研究を実施するように政策転換をはかる旨の決議が発表された²⁴⁾。

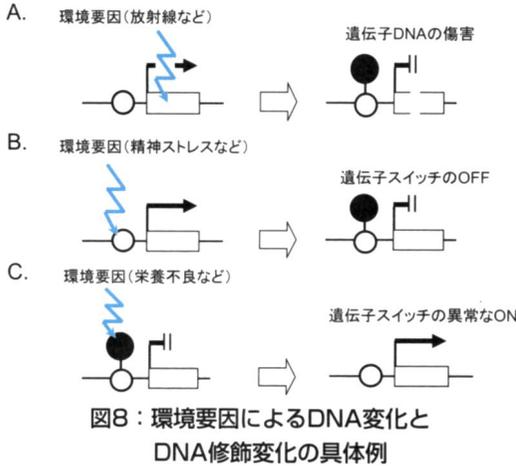


図8：環境要因によるDNA変化とDNA修飾変化の具体例

エピジェネティクスの可逆性を利用した発達障害の治療戦略

DNAのメチル化とは、葉酸を基質にビタミンB群の助けを借りて代謝された結果、メチル基 (CH₃) をDNAに付加されることで生じる、身体の中の反応である。実は、葉酸が一部の自閉症児の症状を緩和することが臨床現場では経験的に知られていた²⁵⁾。その作用メカニズムは不明であったが、葉酸を妊娠ラットに与えると生まれてくる仔のDNAのメチル化が強化されること²⁶⁾や妊娠中の低栄養による胎児のメチル化の低下を葉酸投与で改善させられることから²⁷⁾、何らかの発達障害に関わる遺伝子のメチル化が強化されている可能性が考えられる。われわれの研究でも、葉酸の代謝産物を神経培養細胞に添加すると、エピジェネティックな調節を受けるシナプス関連遺伝子のメチル化の強化がみられた (未発表データ)。したがって、葉酸による治療メカニズムとして、自閉症児における遺伝子の低メチル化の改善である可能性が想定され、低メチル化を呈する自閉症を見いだし、的確な治療をはかることを目標に研究をつづけている。

近年、日常良く使用されている薬がエピジェネティクス作用を介して効果を発揮していることがわかってきた。具体的には、てんかん治療に頻用されるパルプロ酸ナトリウムが染色体ヒストン蛋白質修飾を有し、てんかん発作予防の治療効果や妊娠中の服用が胎児奇形や生後の自閉症体質になることと関係している可能性が示唆されている⁸⁾。また代表的な抗うつ薬のイミプラミンにうつ状態で活性が落ちていた脳栄養因子遺伝子の染色体ヒストン蛋白質修飾を改善させ、再活性化作用があることも明らかにされた²⁸⁾。但し、抗うつ薬の服用を中断すると再びうつ状態に戻ってしまうのは、改善したのはヒストン蛋白質の修飾の方で、DNAの修飾までは改善させられていないため、と考えられている²⁸⁾。

以上のような、葉酸による遺伝子DNA全般に対するメチル化強化の治療、既存薬物におけるエピジェネティクス効果の判明といったもののほか、目的に遺伝子をねらったエピジェネティクス改善治療の方策に関わる研究も行われている。具体的には目的の遺伝子の配列に沿ってアンチセンスRNAをデザインして、その部分だけメチル化させ、遺伝子の発現を抑制する、という試みである²⁹⁾。このような研究が進展すれば、疾患ごとのエピジェネティクス異常遺伝子の同定研究の進展と相まって、的確なエピジェネティクス治療ができる時代が到来することが期待できる。

おわりに

諸外国の疫学調査で、飢饉等で多数の妊婦が栄養不良に陥った世代の新生児が成人すると肥満や生活習慣病、精神疾患の発症頻度が高いことが知られている。一方、わが国の出生体重は、妊婦のやせ願望や産科医師の過度の栄養指導により、この20年間、減少の一途をたどってきたことから、生活習慣病や精神疾患などの成人疾患の増加が危惧されている (図9)³⁰⁾。動物実験で、胎児期の低栄養が先天性自閉症関連蛋白質の発現低下を含むエピジェネティクス異常を呈することから³¹⁾、胎児期低栄養状態は、エピジェネティクス機構の異常を介して、小児発達障害の発症にもつながる可能性も示唆されている。

正常のエピジェネティクス機構の破綻は、胎児発生期から壮年期にいたるヒトの一生の各段階で生じ、これがさまざまな疾患の発症に関係している可

能性がある(図10)。

以上、発達障害の増加の生物学的な要因について、環境要因、遺伝要因、両者をむすぶメカニズムとしてのエピジェネティクスの観点から論じた。発達障害患者において、エピジェネティクス異常の詳細が判明すれば、可逆性を利用した治療の適用が期待できる。最後に、シャロン・モレアムが著書「迷惑な進化」の一節を紹介し、本稿を締めくくる。

「エピジェネティクスはひょっとすると、人間の健康管理の概念をまったく新しいもの書き換えてしまうかもしれないのだ。DNAは運命だが、修正可能な運命だ」³²⁾。

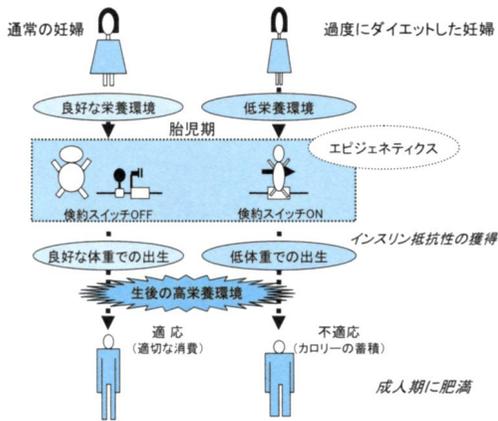


図9：胎児期のエピジェネティクス変化に基づく成人病の発症説

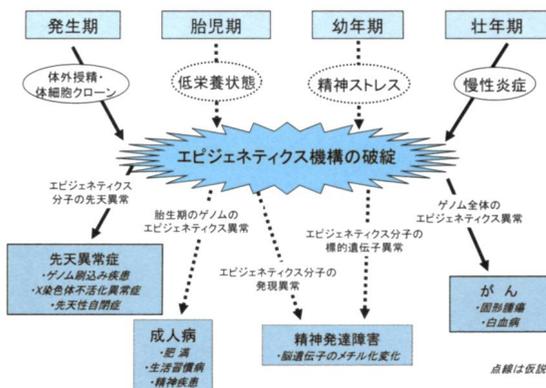


図10：ヒトの一生におけるエピジェネティクス変化

文献

- (1) 厚生労働省 平成17年度知的障害児(者)基礎調査結果の概要
- (2) Holoden C. Autism Now. Science, 2009;323:565
- (3) Persico AM, Bourgeron T. Searching for ways out of the autism maze: genetic, epigenetic and environmental clues. Trends Neurosci, 2006;29: 349-358
- (4) Humeau Y, Gambino F, Chelly J, et al. X-linked mental retardation: focus on synaptic function and plasticity. J Neurochem, 2009;109:1-14
- (5) Kubota T, Wakui K, Nakamura T et al. Proportion of the cells with functional X disomy is associated with the severity of mental retardation in mosaic ring X Turner syndrome females. Cytogenet Genome Res, 2002;99:276-284
- (6) 橋本俊顕. 4. 自閉症. 有馬正高監修/加我牧子・稲垣真澄編集、小児神経学、診断と治療社、東京、2008、p440-447
- (7) Genton P, Semah F, Trinkka E. Valproic acid in epilepsy: pregnancy-related issues. Drug Saf 2006;29:1-21
- (8) Markram K, Rinaldi T, La Mendola D, et al. Abnormal fear conditioning and amygdala processing in an animal model of autism. Neuropsychopharmacology, 2008;33:901-912
- (9) Nagai K, Natori T, Nishino T, et al. Epigenetic dysregulation induces cell growth retardation in primary cultured glial cells. J Biosci Bioeng, 2008;105:470-475
- (10) Doja A, Roberts W. Immunizations and autism: a review of the literature. Can J Neurol Sci, 2006;33:341-346
- (11) Kubota T, et al. Methylation-specific PCR simplifies imprinting analysis. Nat Genet, 1997;16:16-17
- (12) Kubota T, Oga S, Ohashi H, et al. Borjeson-Forssman-Lehmann syndrome in a woman with skewed X-chromosome inactivation. Am J Med Genet, 1999; 87:258-261
- (13) Amir RE, Van den Veyver IB, Wan M, et al. Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2.

- Nat Genet, 1999;23:185-188
- (14) Wada T, Kubota T, Fukushima Y, et al. Molecular genetic study of Japanese patients with X-linked alpha-thalassemia/mental retardation syndrome (ATR-X). *Am J Med Genet*, 2000;94: 242-248
- (15) Kubota T, Furuumi H, Kamoda, et al. ICF syndrome in a girl with DNA hypomethylation but without detectable DNMT3B mutation. *Am J Med Genet A*, 2004;129:290-293
- (16) Chunshu Y, Endoh K, Soutome M, et al. A patient with classic Rett syndrome with a novel mutation in MECP2 exon 1. *Clin Genet*, 2006;70:530-531
- (17) Qiu J. Epigenetics: unfinished symphony. *Nature*, 2006;441:143-145
- (18) Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, et al : Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*, 2004;7:847-854
- (19) Welberg L. Research Highlight In the news: The epigenetics of child abuse. *Nature Reviews Neuroscience* 10, 246 (April 2009) |doi:10.1038/nrn2629
- (20) Fraga MF, Ballestar E, Paz MF, et al: Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2005;102: 10604-10609
- (21) Kucharski R, Maleszka J, Foret S, et al. Nutritional control of reproductive status in honeybees via DNA methylation. *Science*, 2008;319: 1827-1830.
- (22) van Praag H, Shubert T, et al. Exercise enhances learning and hippocampal neurogenesis in aged mice. *J Neurosci*, 2005;25:8680-8685.
- (23) Ma DK, Jang MH, Guo JU et al. Neuronal Activity-Induced Gadd45b Promotes Epigenetic DNA Demethylation and Adult Neurogenesis. *Science*, 2009;323:1074-1077
- (24) 日本エピジェネティクス研究会ニュース 第9号, 日本エピジェネティクス研究会 (<http://www.nig.ac.jp/labs/NigPrjct/jse/index.html>)
- (25) Moretti P, et al: Cerebral folate deficiency with developmental delay, autism, and response to folinic acid. *Neurology*, 2005;64:1088-1090
- (26) Waterland RA, Jirtle RL. Early nutrition, epigenetic changes at transposons and imprinted genes, and enhanced susceptibility to adult chronic diseases. *Nutrition*, 2004;20: 63-68
- (27) Lillycrop KA, Phillips ES, Jackson AA, et al. Dietary protein restriction of pregnant rats induces and folic acid supplementation prevents epigenetic modification of hepatic gene expression in the offspring. *J Nutr*, 2005 135:1382-1386
- (28) Tsankova NM, et al: Sustained hippocampal chromatin regulation in a mouse model of depression and antidepressant action. *Nat Neurosci*, 2006;9:519-525,
- (29) Yu W, et al: Epigenetic silencing of tumour suppressor gene p15 by its antisense RNA. *Nature*, 2008;451:202-206
- (30) Gluckman PD, Seng CY, Fukuoka Hら. Low birthweight and subsequent obesity in Japan. *Lancet*, 31;369:1081-1082
- (31) Mark Hanson. 「Developmental origins of health and diseases — role of epigenetic mechanism」 第1回早稲田大学胎生期エピジェネティクス制御研究所シンポジウム (東京)、2007.8.25
- (32) シャロン・モレアム (矢野真千子訳) : 迷惑な進化ミ病気の遺伝子はどこからきたのか、NHK出版、東京、2007、p187-217

医学的診断基準との関係

名古屋市児童福祉センター 小児科 谷合弘子

1. 発達障害の定義

まず、はじめに発達障害の定義するものは何かについて触れたい。発達障害者支援法によれば、表1で挙げたものが該当する。①自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害（PDDと略す）、②学習障害（LDと略す）、③注意欠陥多動性障害（AD/HDと略す）に加え、その他として「これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」としている。その政令で定めるものとして、「言語の障害、協調運動の障害、その他、厚生労働省令で定める障害とする」となっている。さらに、その省令で定めているのが、ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類、WHO）で分類する、「心理的発達の障害（F80～F89）と、行動および情緒の障害（F90～F98）のうち、自閉症、アスペルガー症候群その他のPDD、LD、AD/HD、言語の障害及び協調運動の障害を除く」となっている。つまり、ICD-10におけるF80～F89及びF90～F98に含まれる障害であることというのが、法律の定める発達障害の範囲となる。

表1 発達障害者支援法等で定義された「発達障害」の範囲

I. 発達障害者支援法	自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害 学習障害 注意欠陥多動性障害 その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢で発症するものとして政令で定めるもの
II. 発達障害者支援法施行令（政令）	脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢で発現するもの のうち、 言語の障害 協調運動の障害 その他厚生労働省令で定める障害
III. 発達障害者支援法施行規則（厚生労働省令）	自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、 注意欠陥多動性障害、言語の障害及び協調運動の障害を除く、 心理的発達の障害（ICD-10*のF80～F89） 行動及び情緒の障害（ICD10のF90～98）

*：ICD10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）

2. 医学的診断基準

今回の研究で、医療面調査委員会では発達障害は増えているのかを検討してきた。そのためには、ここ数年、発達障害について大きなパラダイムシフトが起こっていることを認識しておかなければならない。文部科学省は、中央教育審議会における「特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）」をうけて平成18年4月より通級による指導の対象にLD、AD/HDを新たに加えた。これによって、それまで福祉施策や特殊教育施策の狭間にあった児に支援の手が差し伸べられるようになった。当然、個別の支援が受けられる（個別の教育支援計画を立てられる）ことへの期待が高まり、診断を求めて精神科や小児科の外来に新たな層の子どもたちが殺到することになった。PDD、LD、AD/HDはともに脳機能障害が背景にあり、その症状が重なり合っていることはしばしばある。その関係を図1で表す。新たに福祉や教育支援の対象としてスポットライトを当てられることとなったLDやAD/HDは単に学習の困難度や多動・衝動性・不注意などの行動上の問題だけではなく、社会性・コミュニケーションに問題を抱え不適応を起こしている場合がある。DSM-IV（精神疾患の分類と診断の手引き、American Psychiatric Association,1994）¹⁾では、発達障害や、精神障害の経過中にAD/HDの症状が見られた場合はAD/HDとは診断せず、PDDなどの診断を優先することとしている。しかし、DSM-IVに則ってPDDを診断する際に注意しなくてはいけない点は、適用可能な発達レベルの下限が明記されていないので、年齢の低い子どもや知的障害のある子どもでPDDを過剰診断する危険があるということである。どのレベルまでをPDDと診断するかについて、現場での混乱が指摘されている。原は、A市の3カ所の療育センターの初診時のPDDの比率は、32%から

82%と大きなバラツキがあったと報告した²⁾。また、最近の5歳児健診の結果からは、PDDの頻度は受診者の1.3~7.5%にも達するとの報告がある³⁾。

英語圏では、様々な質問紙法によるチェックリストや、標準化された半構造化面接が存在する。日本語に翻訳されているものもあるが、臨床研究・疫学調査で用いられることの多いADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) がわが国では使用できない。国内においては、栗田らが日本語の広汎性発達障害評定システム (Pervasive Developmental Disorders Assessment System: PDDASと略す) を確立し、その信頼性と妥当性が証明されている⁴⁾。PDDASは母親に子どもの発達・行動に関する質問をし、その回答に基づき、DSM-IVのPDDとその単位障害の診断を行う半構造化面接システムである。PDDを疑う場合と除外する場合に用いる。この評定システムが有用である点は、PDDと診断するための基本症状である、対人関係障害の最小要件 (診断閾値) を定めているところである。

ごく最近議論にあがってきたのは、PDDの診断閾値以下の例である。診断を正確に行う視点からは客観性を重視すべきだが、支援の視点からは診断基準を満たさない場合であっても、もしも必要なら支援すべきである。困っている家族と児童に対して「診断基準のこの項目を満たさないので支援できません」とは言いがたいものである。杉山は、アスペルガー症候群の特性を持ちながらも社会適応している (=基準を満たさない) 人に対し「アスペA型」(adjustable type) と呼んで、若干の配慮やサポートを行うことを提案している⁵⁾。また、かんしゃくや集団不適応をおこしながらもPDDの診断基準を満

たさない児について、石川は「境界例児童」と呼び、境界性人格障害の子ども版として捉えている⁶⁾。一方、欧米では、診断閾値以下の例を「the broad autism phenotype」と呼んでいる。ただし、PDD児の家族に限定して使用されている⁷⁾。診断閾値以下の場合に、どのように分類して、どんなサポートを行うべきか、今後の検討課題と思われる。

3. 早期診断と支援

カリフォルニア大学のFilipek教授は、「自閉症児の理想的な療育のための当面の目標は、自閉症の早期兆候を見逃さずにより早期の正確な診断に心がけることであろう」と提言している。そして、その中核的提言は「自閉症のスクリーニングは正常発達の健康チェックの一環として1歳児に行われるべき」としている⁸⁾。日本においては母子保健法に基づいて、1歳6ヶ月児健診と3歳児健診が行われ一定の役割を果たしてきた。第3章「名古屋地区におけるPDDの有病率変化」の中で述べたように名古屋市では保健所で行う乳幼児健診の事後相談からの受診紹介が増加し、また受診年齢も低年齢化している。乳幼児の健診では発達の遅れに対する保護者の関心も高い。しかし、3歳児健診を最終とする現行の乳幼児健診システムでは軽度の発達障害を適切に発見することができていないというデータも得られている。ここで言う、軽度の発達障害 (軽度発達障害) についても触れておきたい。「軽度発達障害」とはDSM-IVやICD-10で明確に定義されたものではない。知的障害のないPDD (高機能PDDと略す)、AD/HD、LDなどを総称して使われている、いわば通称である。厚生労働省がつくる「軽度発達障害児に対する気づきと支援のマニュアル」⁹⁾ では軽度精神遅滞も含めて軽度発達障害と定義しており、先に表1で示した発達障害者支援法による発達障害の範囲をさらに拡大している。いずれにせよ、このマニュアルの中では軽度発達障害の児童の存在を就学前に気づき、学齢期に起こしてくる二次的な不適応を防ぐには、幼児期のうちに保護者や保育士などが子どもの特性に気づき適切な支援策を講じることが重要であると言っている。これらの児童を発見するのに適した時期として5歳児健診の導入が各地で検討されている。高機能PDDやAD/HDの幼児では3歳児健診のあと、保育所や幼稚園で集団生活をするよ

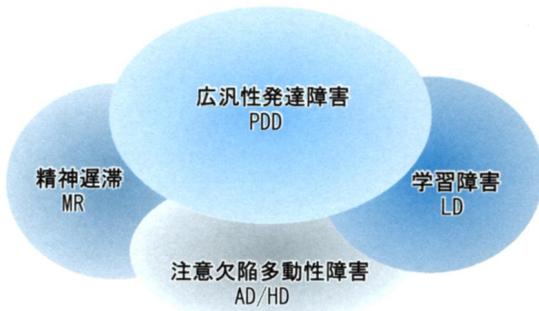


図1 発達障害の関係

うになってから、急激にさまざまな問題点が指摘されるようになる。多くは「集団行動が取れない、自分勝手な行動が多い、指示が入りにくい、一人遊びが多い」など集団生活を始めるようになって指摘される問題が多い。第3章「名古屋地区におけるPDDの有病率変化」の中でも、集団生活での不応を主訴として受診してくる児が増加していることを示した。小枝らの調査によれば、軽度発達障害児の頻度は5歳児健診を受診した児の8.2~9.3%であり、5歳児健診で発見された児の半数以上は3歳児健診を通過していたということである。この結果を見てもスクリーニングやチェック体制を強化すれば、発達障害児の頻度は今後も増加していくであろうと推測される。

5歳児健診では、スクリーニングにより問題点を発見するだけでなく、その後の事後相談を子育て相談、心理発達相談、教育相談の3つの柱とし、それぞれを、保育士、心理士、教師が担当するネットワーク体制を提唱している。今回、医療面調査委員会が行った調査では、医学的診断基準からは明らかな発達障害とはいえないがその要素がある（診断閾値以下）、軽微な発達の偏りがある児の受診の増加も明らかとなった。ここ数年、発達障害の支援は、法律上あるいは行政上、その枠を拡大した。それらに加え、さらにその周辺の児やその家族が求めるニーズに応えるには、多職種からなる支援のネットワークの構築が急務である。

文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994
- 2) 原 仁. 胎内環境を探る—横浜市の地域療育—, 東大病院こころの発達診療部公開シンポジウム講演議事録, 1-7, 2004 (<http://kokoro.umin.jp/20041107.html>)
- 3) 脳と発達 2007, 第39巻 総会号 S184-185
- 4) Kurita H, Koyama T, Inoue K. Reliability and validity of the Pervasive Developmental Disorders Assessment System. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2008; 62: 226-233.
- 5) 杉山登志郎. 高機能広汎性発達障害：その1 高機能広汎性発達障害の歴史と展望. *小児の精神と神経*, 2008 48:327-336.
- 6) 石川 丹 他. 境界例児童の幼児例 *小児科臨床*, 2008; 61: 301-304
- 7) 鷺見 聡. The broad autism phenotype. *臨床精神医学*, 2009; 38: 118-119
- 8) Senior K. Autism progress and priorities. *Lancet*, 2000; 356: 490
- 9) 平成18年度 厚生労働科学研究「軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/index.html>

社会資源の充実との関係

上智大学 大塚 晃

(1) 福祉サービス利用者数の増加について

知的障害児通園施設や児童デイサービス、ホームヘルプサービス、更には障害児保育や放課後クラブを利用する障害児の数は、データから確実に増えている状況が伺える。しかし、障害児が増加したという明確な根拠はない。むしろ、サービスが利用できることになって利用者は増加してきたと言えないだろうか。従来の知的障害を含むわが国の障害児福祉は入所であれ通所であれ施設に入所することを通して障害児や家族のニーズに応じてきた。その意味で、ホームヘルプサービスやショートステイ、児童デイサービスなどの在宅のサービスは圧倒的に不足しており、そもそも取り組んでいる市町村も半部以下の状況であった。その理由について、利用者のニーズがないと言われてきたが、ニーズはサービスがあってあるいは利用してみてもはじめて顕在化するものであることがわかってきた。この意味で、サービスが利用できるようになって利用する障害児が増加したと推測できないだろうか。その状況は、以下の支援費制度におけるサービス利用に顕著に表れている。

(2) 支援費制度とサービス利用者数の増加

平成9(1997)年11月、中央社会福祉審議会に社会福祉基礎構造改革分科会が設けられ社会福祉事業、社会福祉法人制度、措置制度など社会福祉の共通基盤制度の在り方について審議が開始され、その結果として、平成10(1998)年6月に「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」が公表された。それによれば、これからの社会福祉の目的は、従来のような限られた者の保護・救済に留まらず、国民全体を対象として社会連帯の考えに立った支援を行い、その理念としては、個人が人としての尊厳をも

って、家庭や地域の中で、障害の有無や年齢にかかわらず、その人らしい安心のある生活が送れるよう自立を支援することであるとされた。社会基礎構造改革の一連の流れの中で、平成12年6月に社会福祉事業法等の一部改正が行われ、「社会事業法」は、「社会福祉法」と名称を変えた。身体障害者福祉法や知的障害者福祉法も改正され、従来の措置制度から支援費制度が平成15年度からスタートした。支援費制度は、利用者と事業者が対等な関係に立って、福祉サービスを自ら選択できる仕組みを基本とする利用者本位の社会福祉制度の確立を図り、障害者等のノーマライゼーションと自己決定の実現を目指したものである。

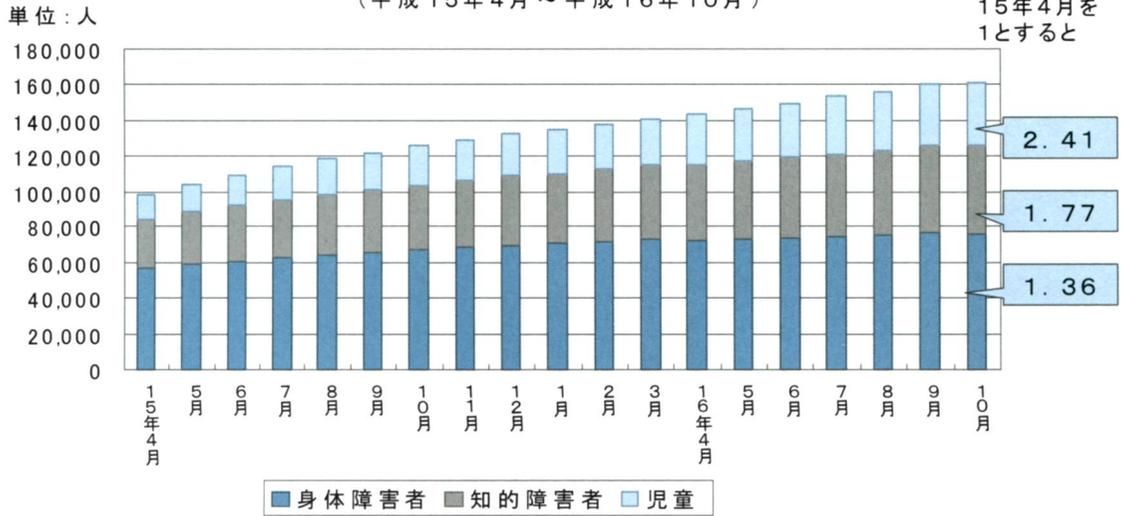
支援費制度のスタート時には、各地域にけるサービス資源が不足しているなどの課題は指摘されていたものの、制度開始の結果、ホームヘルプサービス(居宅介護)など在宅のサービス利用者数が大きく増加した、また、障害者の地域で生活しようとする動機と相まって、全体として福祉サービス利用者が大幅に増加した。

下図は、支援制度が開始された平成15年4月より平成16年10月までのホームヘルプサービス支給決定者数の推移である。全体として約10万人から約16万人と約1.6倍に増加しているが、特に児童のホームヘルプサービスの伸びが著しい。これは、児童のホームヘルプサービスが開始されたばかりであり、移動介護の使い勝手の良さが原因となって潜在的ニーズが顕在化されたためと考えられる。

支援費制度の開始により、一定のサービス提供体制の整備が図られ、利用者が急増したが、この結果、国における在宅サービスの予算が不足する事態となった。すなわち、支援費制度が始まる前の国の在宅サービスの当初予算は約500億円であったところ、平成17年度予算では930億円(約1.9倍)に増えた。その一方で、サービスの利用者の急増に対して国や

支援費制度の施行状況

ホームヘルプサービス支給決定者数の推移
(平成15年4月～平成16年10月)



図表5-1

地方公共団体の予算がついていかない状況が続き、平成15年度には約128億円、平成16年には約274億円の予算不足が生じた。

このように福祉サービスの利用者の増加は、必ずしも発達障害を含む障害児の増加を意味するものではないが、障害児や家族が地域の福祉サービスを活用しながら地域で生活しようとする現れであり、ノーマライゼーションが進展していることを物語っているが、今後、その動きに応えられる地域の福祉サービス資源の整備をしていくことが重要である。

また、平成20年12月の社会保障審議会障害者部会報告「(知的障害者の定義規定について) 現在、知的障害者に係る定義規定はなく、自治体ごとに取扱いが異なるため、統一した定義規定、認定基準を置くべきではないかという指摘があるが、従来の制度の運用への影響に対しても配慮しつつ、知的障害者の判定方法等について十分な知見を収集した上で引き続き検討を行う必要がある。」とされ、わが国の知的障害児者の数が基礎調査と療育手帳所持者とも乖離しており、知的障害者の数を推計するためにはその認定基準を含めて知的障害の定義を法的に規定すべきであるとする。

参考文献

社会保障審議会障害部会報告、～障害者自立支援法施行後3年の見直しについて～、平成20年12月16日

貧困との関係

(社) 発達協会 言語聴覚士 藤野泰彦

近年、低賃金労働者や貧困層の増加が問題になっている。総務省が行っている就業構造基本調査では、就業者の所得が50万円未満から1500万円以上まで、家族従事者を含めて13層に分けられているが、平成14年と平成19年の結果を比較すると所得399万円以下に含まれる7つの階層に属する人の割合がいずれも増加、400万円以上から1499万円以下に含まれる4つの階層でいずれも減少、そして1500万円以上の1階層で増加と、低所得、高所得の両端、特に低所得側が増加したという結果が出ている。ここでは貧困の増加と発達障害の増加との関係を、既存の調査や研究結果をもとに述べる。

子どもに関わる社会問題の背景と貧困、発達障害

子どもに関わる社会問題の背景に、貧困の問題があることが少なくない。例えば、平成17年に東京都が出した「児童虐待の実態Ⅱ」によると、虐待が行われた家庭の30.8%が経済的困難にある。また少年矯正統計によると、平成19年度に少年院に収容された子どものうちの約27%、少年鑑別所に収容された子どものうちの約22%の家庭が貧困に分類されている。そのほか、東京都板橋区が行った中学生の不登校発生率調査では、生活保護を受けている世帯と生活保護や就学援助を受けていない世帯を比較すると、生活保護を受けている世帯のほうが4.8倍、不登校の発生率が高いことが、平成21年1月30日付けの毎日新聞で報道された。

虐待、非行、不登校といった子どもに関わる社会問題は、貧困だけでなく、一方では発達障害との関連¹⁾も指摘されている(図1)。虐待を受けた子どもの行動特性には発達障害のある子どもの行動特性と類似点が見られることがあり、脳の神経構築にも影響を受ける場合があること³⁾、また不登校と発達障害については、文部科学省もその関連性にふれて

いる²⁾。もちろん、貧困の世帯で育った子どもや、発達障害のある子どもすべてが虐待を受けたり、非行や不登校になるわけではないということを、当たり前ではあるがここで確認しておく。

貧困の増加と発達障害の増加との関係

では貧困の増加は、発達障害の増加に影響を与えているのだろうか。

これを裏付けるデータは手元にないが、貧困、発達障害とも、虐待、非行、不登校といった同じ社会問題との関連が考えられている以上、貧困の増加が、近年の発達障害の増加に影響を与えているか否かも検討してよいだろう。例えば、間接的にはあるが、貧困が発達障害の要因となるケースがあるからだ。前述の通り、貧困が背景にある虐待の結果、虐待を受けた子どもが発達障害様の行動を示す場合等である。また保護者に発達障害があると、子どもへの虐待が生じやすくなるという報告もある¹⁾。

これらに関して詳細な研究が待たれると共に、「貧困の増加」といった社会的な問題が、ひとりひとりの子どもの発達に与える影響を最小限に止めるような施策が必要である。

文献

- 1) 宮本信也「発達障害と子ども虐待」『発達障害研究』30(2)、2008年 77-81ページ
- 2) 文部科学省 今後の不登校の対応の在り方について(報告)、2003年
- 3) 杉山登志郎『子ども虐待という第四の発達障害』学習研究社、2007年
- 4) 玉井邦夫『学校現場で役立つ子ども虐待対応の手引き—子どもと親への対応から専門機関との連携まで』明石書店、2007年

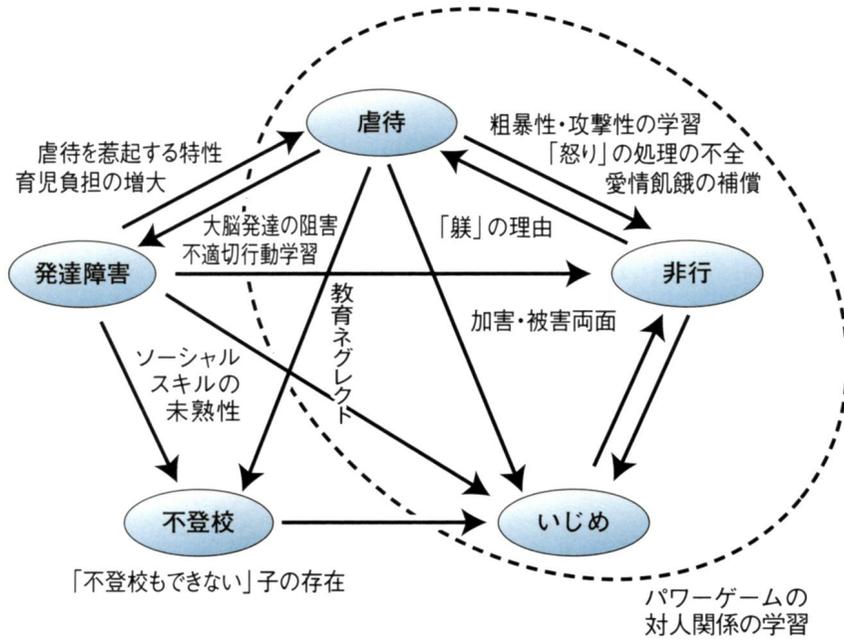


図1 (文献4より転載)

育児能力や子育て不安との関係

(社) 発達協会王子クリニック／早稲田大学 湯汲 英史

1. 特別支援教育を選択した理由

保育園での発達相談で、ある男児を3歳から6歳まで担当した。スロースターターといえる男児で、知能指数は年齢とともに上がり、6歳時点では知的にも社会性の面でも、やや幼いくらいまでに成長した。親は当然、通常学級を希望すると思ったが、特別支援学級（当時は「心障学級」）に進みたいという。その理由だが、「子どもが問題を抱えている」「困ったときに専門家からアドバイスが貰える」の二点だった。この男児には、3歳時点で自閉症の診断名が付けられており、この既成事実をもとに、子どもは親の希望通りの学級に進んだ。10年ほど前の体験である。

2. 子育て不安

その後、子育て不安が強くて、たとえばクリニックに通い続ける親たちと次々に出会うようになった。子どもの状態が安定し、特別に行動上の問題がない、通院は不要と筆者が話をしても、「不安だから」と予約を取る。依存状態ともいえるが、親ばかりのせいともいえない。学校をはじめとし、社会全体が子どもの言動への許容量が低く、ちょっとしたことにも非難めいた反応が起こる。子どもは、大人の求める「よい子」の姿を求められている。大人が、子どもの自然ともいえる成長の姿や、個性を認めないことが背景にある。

3. 育児能力の問題

保育園では、中学生の保育体験を実施している所がある。女子高校生のかなで、授乳や着替え、おむつ交換などの育児体験のある者は4～5割という。それを踏まえての、保育体験である。霊長類では、育児は体験を通して継承されていく。動物園ではこのことを踏まえ、若いメスに育児に関わらせている。

半数以上の女性に育児体験がないことは、育児能力の問題にも繋がる。特に、成長の姿が標準的で

ない子どもの場合、すぐに役立つような、具体的な育児情報が必要とされる。ところが、そのような情報がないか、極めて少ない。このために、先の見通しや自信の持てない子育てとなってしまう。

なかには、専門家の意見を聞き入れず、わが子を発達障害と主観的に決め付け、実際に「発達障害のある子」にしてしまう親もいる。

4. 「いじめ」への恐怖

小学校3年生の段階で、行動が落ち着いてきたので、通常学級への変更を助言した男児がいる。ところが親はいじめられることを怖れて、中学生まで特別支援学級に在籍した。子どもどうしの関わりでは、「いじめ」ばかりではなく、助けられた、ほめられた、喜ばれたなど、多様な関わりが存在する。ところが、いじめへの恐れから適切な教育を忌避する場合がある。ちなみにこの男児は受験し、現在都立高校で学んでいる。

5. 自立させたい気持ちの薄れ

将来、子どもに自立してほしいという気持ちは親に共通かと思う。ただしこの願いには強弱があり、自立が大切とはいえ、子どもに無理はさせたくないと考える親もいる。その結果、特別支援教育を希望する場合がある。知的障害のある子に用意された特別支援学校であるが、高等部では実際に、障害があるとはいえない子が在籍していると思われる。

6. 発達障害は増えているのか

医療・教育・福祉などの領域で発達障害関係の対象児・者数は増えている。ただ実際には、障害の場合もあるが、「社会適応に問題を持つ子」と表現した方が的確なことがある。「発達障害」というくり方ではなく、多様な側面から実態を把握すべきであろう。

社会制度との関係から

言語聴覚士 大浦 直子

近年、医療現場では発達障害児者の受診数増加が(石崎・洲鎌, 2009)、福祉現場では発達障害に関する相談件数増加が(発達障害白書, 2007)、教育現場では特別支援学校、特別支援学級に通う児童生徒の増加が認められており(文部科学省, 2007)、実態として支援を必要とする発達障害のある子どもが増えている。この原因を社会制度の変化という観点から述べてみたい。

医療面に関しては、リハビリテーション分野の拡大があげられる。1997年に、理学療法士、作業療法士に続き言語聴覚士(以下、ST)が国家資格化され、言語聴覚療法を病院で保険診療によって受けられるようになった。そのため、ことばやコミュニケーションに問題のある発達障害児のニーズが高まり、受診数が増加したと考えられる。

福祉面に関しては、乳幼児健康診査(以下、健診)の変遷があげられる。健診制度が導入された1961年当初は感染予防や栄養指導などの役割が大きく、対象は3歳児のみであった。1977年になると病気や障害の早期発見という役割も加わり、1歳6ヵ月健診が始まった。最近では子育て支援の充実を目的とした新生児訪問指導や、軽度発達障害の発見を目的とした5歳児健診も試験的に始まっている。またより専門的な支援を目指しSTが健診や幼稚園などの巡回相談に携わることが増えてきた。このような行政側の取り組みにより保護者の発達障害に関する理解が深まり、相談件数の増加につながったと考えられる。

教育面に関しては、特殊教育に関わる制度の改正があげられる。1947年、学校教育法により盲・聾・養護学校および特殊学級が法制化され、障害の種類、程度に応じた教育が行われるようになった。1993年には通常の学級に在籍する軽度の障害のある児童生徒を対象に、通級による指導が開始された。2005年、中央教育審議会の答申を受け特殊教育が特別支援教

育へと移行することが決まり、①盲・聾・養護学校が複数の障害種別を受け入れることのできる特別支援学校へと転換すること、②通級による指導の対象に学習障害(LD)、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、高機能自閉症およびアスペルガー症候群の児童生徒を含めることが明文化された。このように特別支援学校、特別支援学級の対象が拡大されるに従い、その設置数が年々増えてきたため(文部科学省, 2007)、特別支援教育を受ける児童生徒が増加したと考えられる。

以上のことより、社会制度が変わることで発達障害に関する理解が広まり、支援機関が増えたため、より多くの発達障害のある子どもが支援を受けられるようになってきた。しかし一人で悩みを抱えたままの保護者もまだ多く、また支援機関の量・質とも乏しいのが現状である。今後、①保護者や関係者だけでなく一般社会へも啓発をすすめ、地域全体で発達障害児を支援する体制をつくること、②発達障害に対し長期的に関わることが出来る保険診療システムを構築すること、③発達障害に関わる専門家の質を高めるような教育体制をつくることが期待される。

<引用文献>

- 1) 石崎朝世, 洲鎌倫子: 小児科臨床の立場から…発達障害専門外来初診患者の推移からみる医療的な支援の必要な子どもたちの変化、「発達障害をもつ子どものトータルな医療・福祉・教育サービスの構築」研究報告会: 3-4, 2009.
- 2) 文部科学省: 特別支援学校の現状、特別支援教育資料(平成19年度), 2008.
- 3) 日本発達障害福祉連盟(編): 発達障害白書 2007年版, 日本文化科学社, 2007.

障害観の変化との関係

社会福祉法人さざんかの会 森 将知

1 発達障害の増加とその原因

「発達障害は増えているのか？」その問いに関しては、本研究の中でさまざまな角度から検証されているが、筆者が日々福祉サービスの支援の現場から感じる感覚としては増加していると実感している。それは、ひとつには実質的なサービス量の増加として、またサービスの質の向上に起因するであろう要支援者の顕在化（サービスが存在し、また実際に利用できるようになった）、ケアマネージメントの拡充などによる潜在的な要支援者の掘り起こしなどが直接的な要因として考えられる。しかし「感じる感覚」として前述した大きな要因に「障害観の変化」との関係が大きく影響していると考えられる。

「障害観の変化」の中でも国際障害者年前後のノーマライゼーションを基調とした、障害を障害者を排除する社会や環境の側の問題として捉え、その変革と変容を求める「社会モデル」でみるという「障害学」的発想に起点を求めることができる。この変化の流れは国連障害者の権利条約の批准が国会等でも審議されている現在まで大きな影響を与えている。私たち、特に福祉の現場では、さらに言えば支援者の立場にあるものは、ノーマライゼーションからインクルージョンというこの権利条約の目指している流れを「共通理念」として根底に有している（理解の差はあれど）可能性が高い。それゆえ基礎構造改革から支援費へ、グランドデザインから障害者自立支援法をめざす「共生社会」の実現などの理念を、制度の変化としても体感し、その要所で前述した直接的な要因としての「発達障害の増加」を実感していると考察できる。

また世界保健機関（WHO）の「ICIDH」から「ICF」（国際生活機能分類）の転換という「障害」の捉え方の変化などにより、サービス・支援の、また直接的な当事者とかかわりの中で、特に今まで「活動」や「参加」が制限されてきた人々の「社会

参加」という事例の増加を体感また見聞しているという例も少ないのではないだろうか？今回の研究からも、医療分野や教育分野での増加として随所にその傾向を見ることができる。

2 必要な対応策とは？

1では福祉の立場から論じてきたが、福祉に携わるものと教育に携わるものなど専門家のカテゴリに挙げられる人々の間に、意識や情報、また感覚の差が、今回の研究の過程でも、実際の現場においても随所に見受けられる。

では保護者を含む一般社会では「障害観の変化」や「発達障害の増加」をどう感じているのであろうか？あくまで筆者の推論でしかないが、情報として断片的に有していたり、また障害のある方との個人的な関係性・環境のなかでの感覚としては有している、体系的な理解として、また社会的な実感として変化を感じているという割合は決して高くはないと考えられる。また地域間・世代間での格差もその個をとりまく比較的狭い環境においては実感している、実際に社会的な確証としては実感しているとは言い難いのではないだろうか？

しかしながら「感じる感覚」としては、報道や各種情報をとおして逆に「社会的課題」として、時には肯定的に、時には否定的・反社会的存在として実感している場合が多い。発達障害をテーマにしたTVドラマの放映、ニートや発達障害のある方の犯罪報道などがその顕著な例であろう。

この分野や地域・世代の課題として別個に存在し、また多面的な視点から検証されてきた課題を本研究にみるようにトータルに捉えなおすこと、また関係する隣接領域において「つないでいく」ことが対応として求められる。障害観としても「個」に焦点を当てた障害観の広がりをさらに期待したい。

謝 辞

「発達障害をもつ子どものトータルな医療・福祉・教育サービスの構築」研究班
事務局長 湯汲 英史

本研究は、文部科学省の石塚謙二調査官の「特別支援教育を希望する児童生徒が、毎年1万人ずつ増えている。これをどう思うか？」という問いから出発した。

☆医療機関に押し寄せる子どもたち

筆者は30年余、毎夏、療育合宿に参加してきた。知的障害や自閉性障害などの子どもや青年が対象の合宿であったが、この15年ほどは、知的障害のない発達障害の子たちを対象とするものも実施してきた。規模は70名前後、2泊3日の合宿である。当初は、多動性、衝動性などが強く、脳機能の未熟や乱れを思わせる子どもたちがいた。このために、合宿では大騒ぎの連続もあった。しかしこ5、6年、大騒ぎはほぼない。大人の指導力が、合宿体験のなかでアップしたのかもしれない。しかしそれよりも、子どもたちの姿の変容が大きいの。いっしょに食事をし、入浴や山歩き、農作業をするのだが、発達障害とっていいの？と感じる子が増えてきた。

☆事実としての増加

しかし一方で、特別支援教育を希望する児童生徒は増加している。たとえば、教育の場では、知的障害のある児童生徒は、この20年間で50%余増加している。一方で、盲、ろうの児童生徒は、出生率の低下に比例して半減している。この増加現象だが、いつまで続くのか、誰にもわかっていない。

☆実感としての原因

2009年3月7日に早稲田大学国際会議場で、報告書刊行に先立ち、研究結果の報告会を開催した。広報が十分でなかったのにも関わらず、250名近くの方々の参加となり、関係者における関心の高さを伺わせた。その報告会のあとに、参加者に増加の原因と思われることについて質問した。以下、意見の数が多かった順に5位までをあげる。

1. 診断基準の変化（発達障害の概念が広がった）
2. 障害観の変化（保護者の中で、発達障害への抵抗が薄れた）
3. 教育制度の変化（特別支援教育との関係）
4. 育児能力の低下や子育てへの不安
5. 未熟児医療の進歩や低体重出生の増加

☆いろいろな原因が複合的に重なっている可能性

本研究では、多様な分野の専門家に、各々の課題に取り組んでもらった。方向付けなどのために会議を開き、それをもとに調査研究はすすめられた。委員および事務局の方々には、積極的に本研究に関わっていただいたが、それはひとえに子どもの現状への問題意識からであったと思う。また同じことが、アンケート調査や、面談調査でご協力をいただいた保護者、教師、医師などにいえるであろう。あわせて厚生労働省の日誌正文、高原伸幸両専門官には、本研究全体についてご指導をいただいた。多くの方たちと、問題意識を共有できたことを心強く思うとともに、深く感謝する次第である。

本研究でわかってきたのは、増加の原因は一つではないことである。いろいろな原因が複合的に重なっている可能性が高い。次世代として社会を形作っていく子どもたちのために、さらなる解明が望まれている。

研究委員および事務局（順不同）

委員長：金子 健（（社）日本発達障害福祉連盟・明治学院大学）

事務局長：湯汲 英史（（社）日本発達障害福祉連盟・早稲田大学）

原 仁（日本発達障害学会）

松矢 勝宏（全日本特別支援教育研究連盟）

大塚 晃（上智大学）

石崎 朝世（（社）発達協会王子クリニック）

秋山 千枝子（あきやま子どもクリニック）

上原 里程（自治医科大学）

久保田 健夫（山梨大学）

田中 哲（都立梅ヶ丘病院）

谷合 弘子（名古屋市児童福祉センター）

相原 正男（山梨大学）

坂爪 一幸（早稲田大学教育・総合科学学術院）

尾崎 祐三（全国特別支援学校知的障害教育校長会）

瀧島 順一（全国特別支援学級設置学校長協会）

沼田 千好子（（社）日本発達障害福祉連盟）

玉井 邦夫（大正大学）

太田 俊己（植草学園大学）

小倉 尚子（（社）発達協会）

片岡 絵美（社会福祉士）

藤野 泰彦（（社）発達協会）

事務局：赤生 麻美（（社）日本発達障害福祉連盟）

松本 久美子（早稲田大学）

「発達障害をもつ子どものトータルな医療・福祉・教育サービスの構築」研究事業
いま、発達障害が増えているのか…その実態と理由、新たなニーズを探る
平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト

発行日：平成21年5月15日

発行者：社団法人 日本発達障害福祉連盟
会長 金子 健

事務局：社団法人 日本発達障害福祉連盟
〒102-0074 東京都千代田区九段南3-7-7
九段南グリーンビル5階

TEL：03-5275-1128

FAX：03-5275-1205

E-mail：jlidmf@dream.com URL：http://www.gtid.net/jp/