

Ⅸ. 資料

1. 発達障害のある子どもの思春期における状態像の把握
2. 高等学校における特別支援教育の推進に関する実態調査
 - ・ 鑑
 - ・ 調査用紙

資料 1

発達障害のある子どもの思春期における状態像の把握

発達障害のある子どもの思春期における状態像を把握するために必要なことは、1) 発達障害の状態像の加齢変化、2) 思春期に発症する精神障害の考慮、3) 発達障害に併存症が増加すること、である。

1. 発達障害の状態像の加齢変化

発達障害は、基本的には障害にわたって基本的な状態像に大きな変化がないとされているが (WHO, 1992)、加齢に伴って一定の変化がみられることはよく知られている。Oliver, Johnson, Karmiloff-Smith, & Pennington (2000) と Mottron & Burack (2000) は、発達障害の概念に関する誌上討論の中で、両者とも加齢変化の重要性を指摘し、状態像横断面で診断する現在の考え方には改善が必要であるとしている。すなわち、縦断的な状態像の加齢変化は、診断にも影響する程に大きい場合があり、診断基準はこれに十分な留意をする必要があることを唱えている。このことは、高等学校の時期になると小児期とは発達障害の状態像に変化がみられ、それによって診断が変わることがあること、その現在の診断システムにおける診断の変化は、縦断的にみた個々の子どもの支援ニーズを適切に反映していない可能性のあることを示している。これらのことを知り、それを十分に考慮しなければ、発達障害のある生徒の支援ニーズを見落とすリスクのあることが想定される。一方で、発達障害の加齢変化を知り、それに基づいて発達障害等のある子どもを的確に把握することができれば、発達障害のある高等学校の生徒の支援ニーズに適切な支援を以て対応できることを示している。

これらのことを踏まえ、自閉症、注意欠如／多動性障害（以下 ADHD と記す）、学習障害（以下 LD と記す）における状態像の加齢変化について、先行研究に基づきできるだけ具体的に述べる。

(1) 自閉症

思春期における自閉症の症状は、社会性の障害とコミュニケーションの障害を中心に小児期に比べて軽度化する傾向にある。その傾向は知的障害を伴わない子どもの方が著明である。

自閉症は、その基本的な特性は生涯を通して大きく変化しないものの、加齢に伴って状態像にある程度の変化がみられることが知られている。Piven, Harper, Palmer & Arndt (1996) は、非言語性 IQ が 65 以上 (67~136 ; 平均=88.4、SD=6.1) で年齢が 13~28 歳 (平均=17.6 歳) である 38 人の自閉症児・者について、自閉症の標準的な診断的評価システムである ADI (Autism Diagnostic Interview) を用いて加齢変化を調べた。自閉症の症

状が最も典型的に揃う時期とされる5歳時と、その後の思春期／青年期（13～28 歳:平均 17.6 歳）とを比較したところ、儀式的／反復的行動様式には有意な差がみられなかったが、社会性とコミュニケーションについては有意に ADI のスコアが低下していたと報告している（図1）。

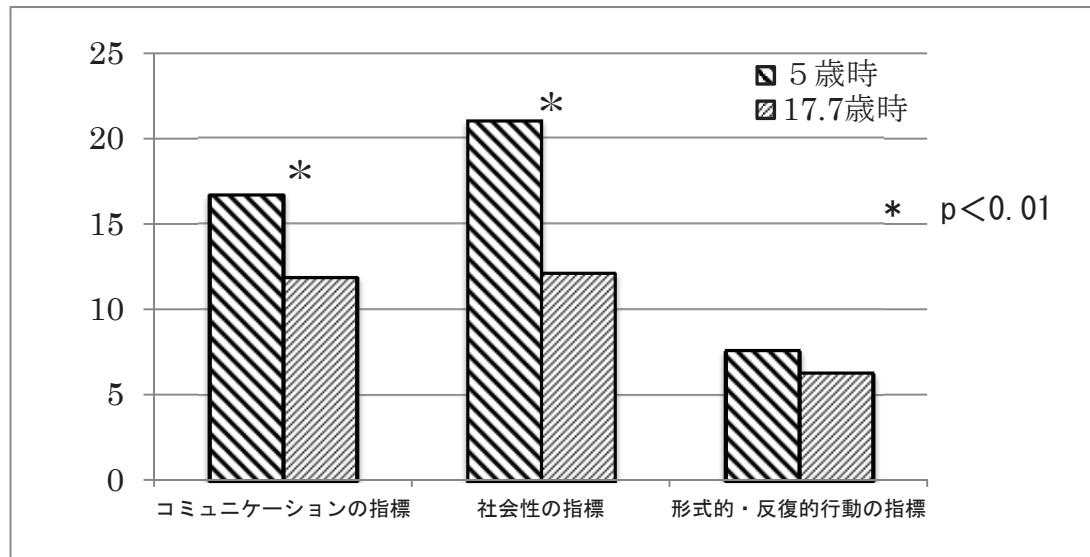


図1 自閉症のある人の診断的状態像の評価指標である ADI の点数からみた加齢変化

5歳時の点数に比べ、思春期成人期（平均年齢 17.7 歳）では ADI の点数が各領域で少なくなっていた（自閉症の程度が軽度化）。特に「コミュニケーションの指標」と「社会性の指標」では統計学的な有意差がみられ、自閉症の程度が明確に軽度化していることが示された。

(Piven J, Harper J, Palmer P & Arndt S (1996) : Course of behavioral change in autism: a retrospective study of high-IQ adolescents and adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35(4),523-529.の結果より著者と出版社の許諾を得て図を作成)

Piven et al. (1996) の研究ではアスペルガー症候群や特定不能の広汎性発達障害等の非典型的な自閉症群を含んだ自閉症スペクトラム障害を対象としていたが、Fecteau, Mottron, Berthiaume & Burack (2003) は 28 人の典型的な自閉症児・者（年齢；7～20.4 歳、平均 13 歳；IQ；40～108、平均 83.79）について、Piven らと概ね同様の方法で検討している。そして、思春期（平均 13 歳）時では5歳時に比べ社会性、コミュニケーション、制限され反復的な行動の3つの面の全てにおいて統計学的に有意な症状の軽度化がみられたと報告している。

McGovern & Sigman (2005) は、指標として ADI の改訂版である ADI-R を用い、自閉症のある子どもの状態像について、学齢期（12～13 歳頃）と、その後のフォローアップにおける思春期／青年期（19～20 歳頃）の状態像を比較している。それによると、社会性と反復的で常同的な行動様式の2つの面で ADI-R のスコアの平均値がそれぞれ、11.75 から 8.48

へ、5.42 から 4.36 へと有意に変化したと報告している。また、知的障害を伴う自閉症のある人より知的障害を伴わない ($IQ \geq 70$) 自閉症のある人の方が、社会性、言語的意思伝達、反復的で常同的行動様式の面でより大きく変化したと報告している (図 2)。

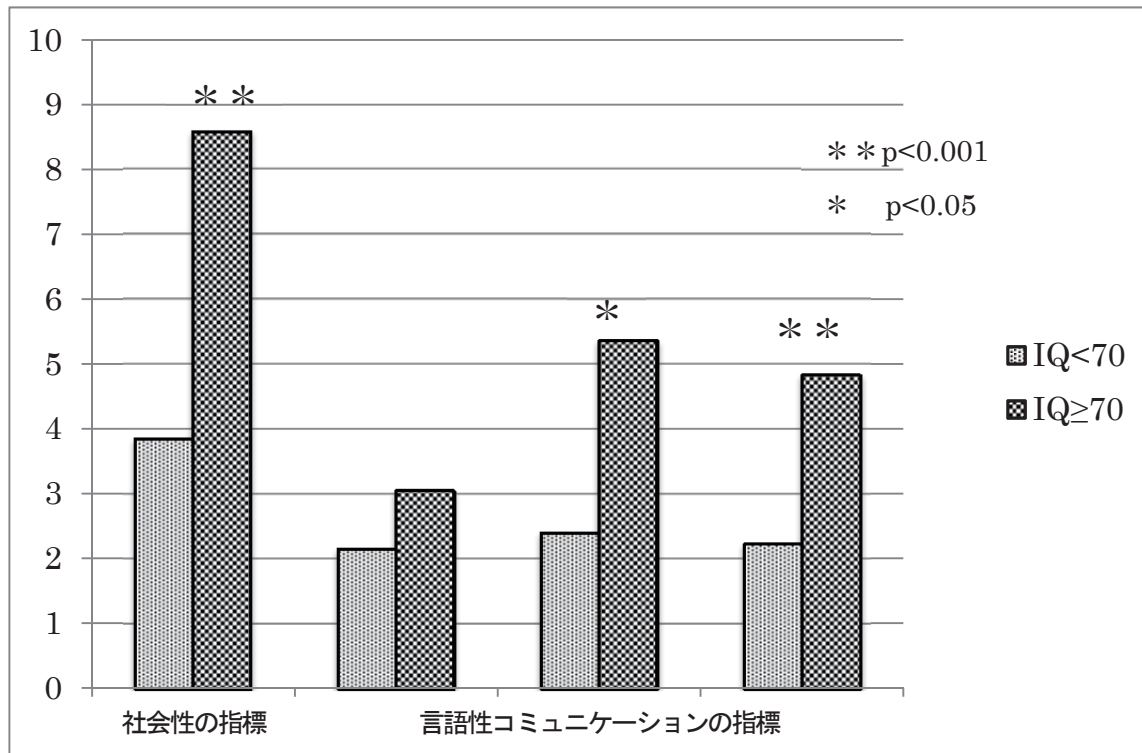


図 2 自閉症の状態像の変化と知的障害の有無との関連

ADI-R で評価した点数の変化からみて、自閉症の状態像が軽度化していた。その程度は、知的障害を伴う場合 ($IQ < 70$) に比べ、知的障害を伴わない場合 ($IQ \geq 70$) に統計学的な有意差をもって大きかった (非言語性コミュニケーションの指標を除く)。

(McGovern C & Sigman M (2005) : Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. J Child Psychol Psychiatry, 46(4), 401–408.の結果より著者と出版社の許諾を得て図を作成)

(2) ADHD

ADHD の症状のうち多動性・衝動性は加齢に伴って軽度化する。不注意の症状はあまり変化しないとされてきたが、思春期以降に軽度化するとの報告もある。このような症状の軽度化により、思春期以降は ADHD と確定診断はされなくなることが増える。しかし、この場合でも支援ニーズに大きな変化のない場合が多いことに留意が必要である。

ADHD は加齢に伴って症状が軽度化し有病率が減少する傾向にあることが、臨床的に MBD と呼ばれていた頃から知られていた。この臨床的な知識に一致して、加齢に伴って ADHD の有病率は低下し、特に多動性・衝動性優勢型が著明に低下すると報告している研究が多い（Cohen, Cohen, Kasen, Velez, Hartmark, Johnson, Rojas, Brook, & Streuning, 1993; Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, Lambert, St-Georges, Houde, & Lepine, 1999; Nolan, Gadow, & Sprafkin, 2001）。Hill & Shoener (1996) は、Mendelson, Johnson, & Stewart (1971) や Lambert, Harrsough, Sassonc, & Sandoval (1987) 等の研究成果をメタ解析してまとめ、ADHD の有病率は加齢に伴って指数関数的に減少すると報告している（図3）。

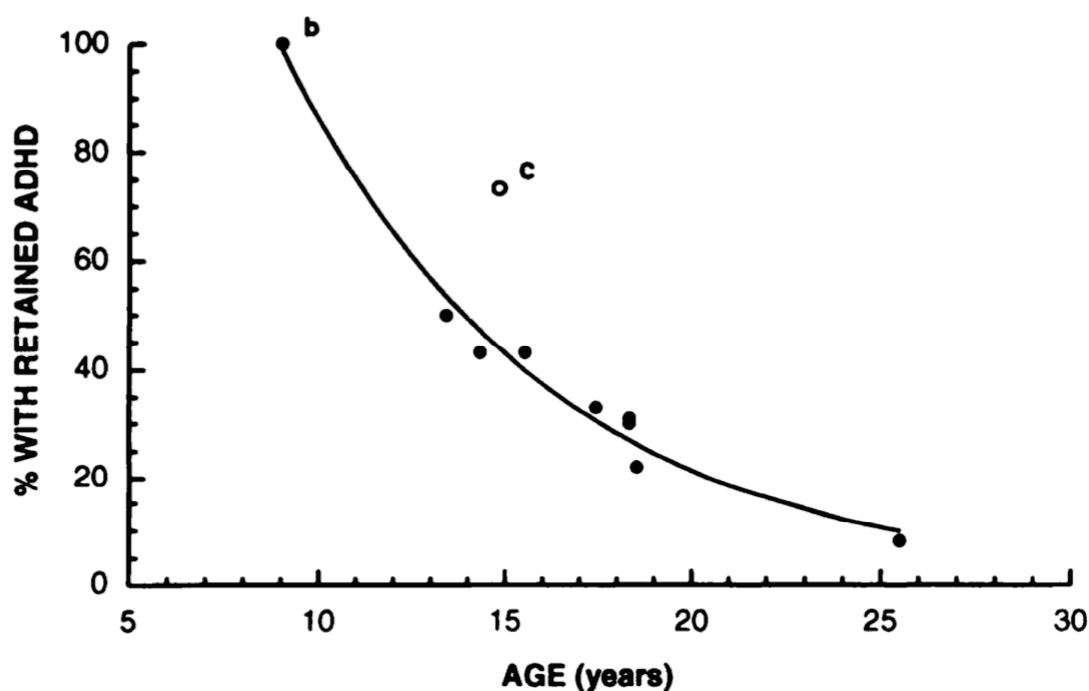


図3 加齢に伴う ADHD 有病率の減少

ADHD の有病率の加齢変化に関する Mendelson ら（Mendelson, 1971）等の 9 つの研究結果から、データを標準化して加齢変化を示してある。ADHD の有病率は加齢に伴って指数関数的な減少がみられると報告している。白抜き○で C とあるものは、例外的な値として回帰曲線の推定から外したものの。

（Hill J & Shoener E (1996) : Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. AM J Psychiatry, 153(9), 1143-1146. の図 1 を著者と出版社の許諾を得て引用）

ADHD の下位分類による加齢変化の違いについては、Hurtig, Ebeling, Taanila, Miettunen, Smalley, McGough, Loo, Ravelin & Moilanen (2007) がフィンランド北部の地域における 1985 年 1 月 1 日～1986 年 6 月 30 日に出生した 9,479 人の子どもの集団についての詳細なコホート研究を行っている。457 人の 16～18 歳の思春期の子どもについて小児期（8 歳）と思春期（16～18 歳）における状態像の変化を ADHD の下位分類を含めて検討したところ、ADHD の確定診断を受けた子どもは小児期の 147 人から思春期の 105 人に減少し、下位分類についてみると、多動性-衝動性優勢型の減少が最も著明で、混合型も減少していたが、不注意優勢型は若干増加していた（図 4）。

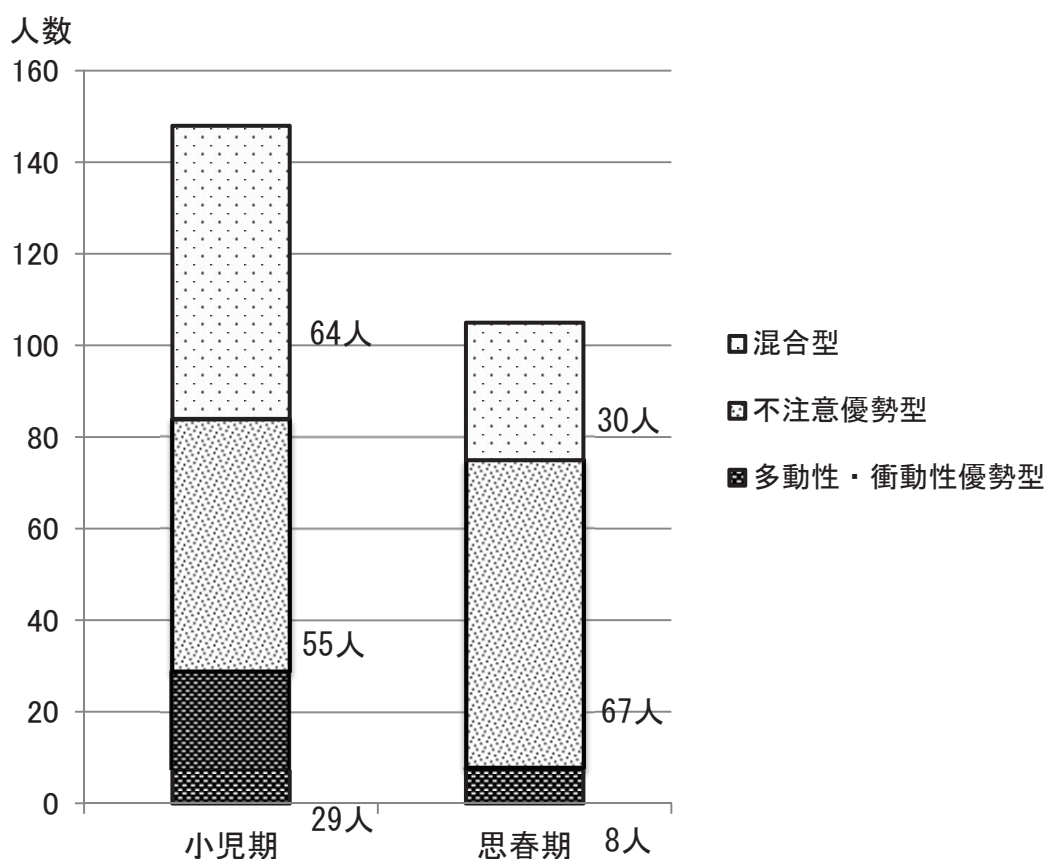


図4 ADHD の下位分類からみた小児期と思春期の比較

フィンランドのコホート調査からのデータで、思春期は諸検査を含む 16～18 時の評価で、小児期は保護者からの情報に基づいた 8 歳時における評価。ADHD 全体の数が思春期では小児期よりも減少している。下位分類でみると、多動性・衝動性優勢型と混合型が著明に減少し、不注意優勢型はやや増加していた。

(Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley S, McGough J, Loo S, Ravelin M, & Moilanen I (2007) : ADHD Symptoms and subtypes: Relationship between childhood and adolescent symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(12), 1605-1613.より著者と出版社の許諾を得て図を作成)

上記のように ADHD の症状は加齢に伴い軽度化し有病率が減少するものの、それが ADHD の診断基準を満たさなくなった人の支援ニーズが消失することを意味しないことを Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish (1990) が指摘している。Smalley, McGough, Moilanen, Loo, Taanila, Ebeling, Hurtig, Kaakinen, Humphrey, McCracken, Varilo, Yang, Nelson, Peltonen, & Jarvelin (2007) は、ADHD の診断基準を完全に満たす場合を「確定診断がある」ADHD とし、診断基準を満たすには1項目の症状が足りない場合を「可能性のある」ADHD として、小児期と思春期の比較をしている(図5)。12歳以下の小児期に ADHD の確定診断のある148人の子どものうち、16～18歳の思春期になると58人に確定診断がつかなくなるものの、その58人のうち18人は ADHD の「可能性のある」で、状態像の変化はわずかであることを報告している。また、ADHD の状態像は連続的に変化するスペクトラム性があるため、小児期に「可能性のある」子どもの26人は、8人が「可能性のある」で5人が「確定診断がある」になっている。このことから著者らは、ADHD の状態像が多動性を中心に軽度化し、確定診断される事例は減るものの、状態像の変化はわずかで支援ニーズに大きな変化のない場合が少なくないことに注意を喚起している。

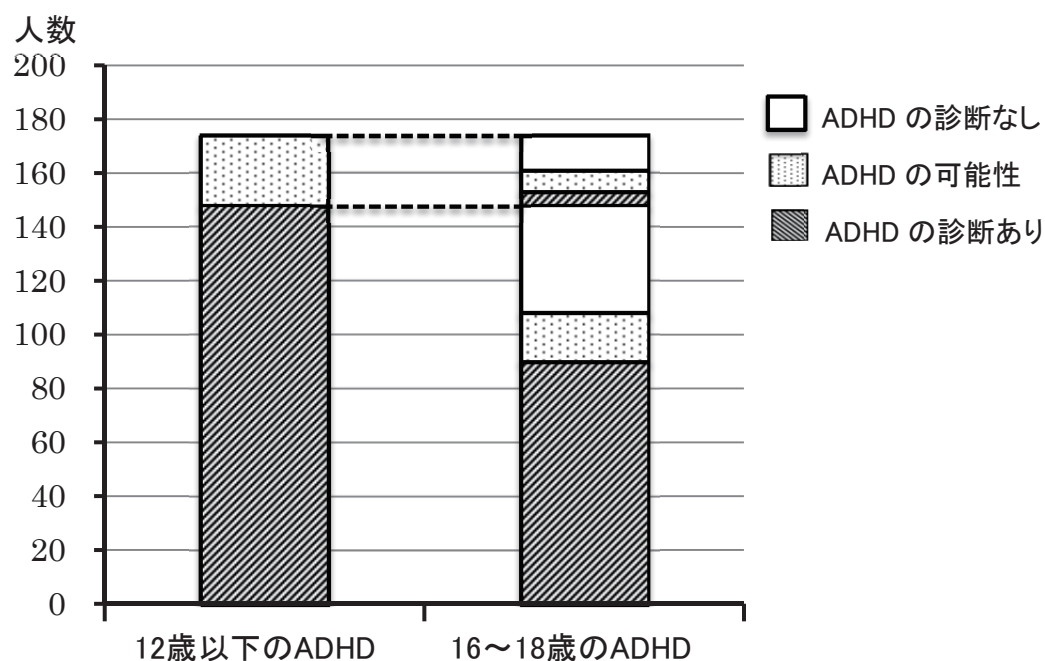


図5 確定診断と可能性のある ADHD の小児期と思春期の比較

棒グラフの左側は12歳以下の小児期に ADHD と確定診断された子どもの数(斜線部分)と ADHD の可能性があると考えられた子どもの数(点の部分)。棒グラフの右側は左側のそれらの子どもが思春期(16～18歳)に評価された際に、確定診断を受けた子どもの数(斜線部分)と ADHD の可能性があると判断された子どもの数(点の部分)、ADHD と診断も可能性もないと判断された子どもの数(白色部分)。思春期になると、ADHD と診断され

る子どもが減少するものの、状態像の変化はわずかで、支援ニーズにほとんど変化のない場合がある。

(Smalley S, MCGough J, Moilanen I, Loo S, Taanila A, Ebeling H, Hurtig T, Kaakinen M, Humphrey L, Mccracken J, Varilo T, Yang M, Nelson S, Peltonen L & Jarvelin MR (2007) : Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent finnish population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(12), 1575-1583.の研究結果より著者と出版社の許諾を得て図を作成)

平成 25 年の 6 月に改訂され公表された DSM-5 では、年齢が 17 歳以上の場合、不注意の診断に必要な 6 項目と多動性と衝動性の診断に必要な 6 項目のそれぞれにおいて 1 項目少ない 5 項目の該当数で診断できるように変更され、思春期～成年期における実態により対応したものになっている。

(3) LD

LD に関しては加齢に伴う軽度化はみられない。LD 児が困難を抱えている学習領域における学習達成度は、定型発達児と比べ、加齢に伴いその差が拡大するという報告が多いが、差に変化はないとする報告もある。

Altarac & Saroha (2007) は、大規模な米国の全国子ども健康調査 (National Survey of Children's Health ; NSCH) のデータを使用し、LD の有病率について加齢変化を含めて調べている。それによると、LD の年齢別にみた有病率は、3～4 歳時では 2%未満で、5 歳時 3.8%、6 歳時 5.9%、7 歳時 8.4%、8 歳時 8.9%で、9 歳時 10.3%と加齢に伴って増加するが、10 歳以降は変化しなくなり 17 歳まで 12%～14%で平坦になると報告している(図 6)。

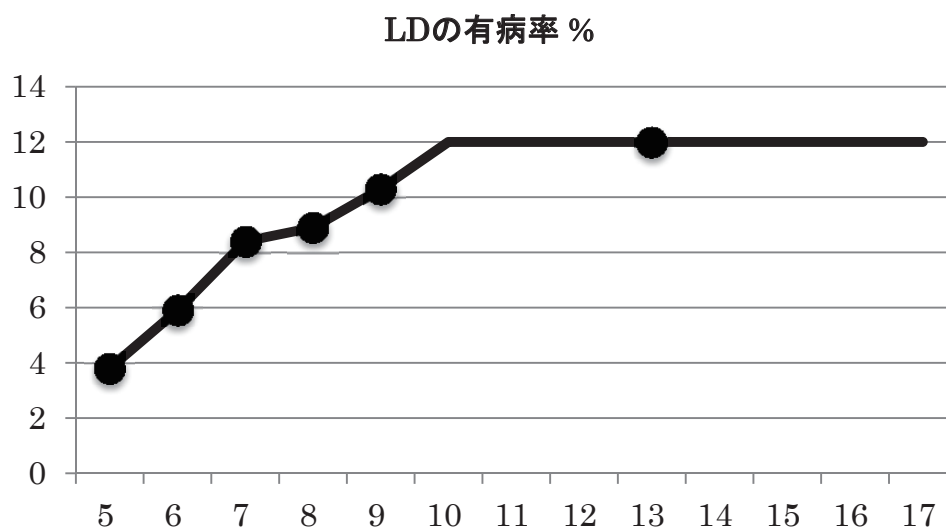


図6 米国における LD の有病率の加齢変化

米国の全国児童健康調査のデータから LD の生涯有病率を求めたものを示した。研究結果では、3 歳と 4 歳については 2 %以上とのみ示されていたのでグラフには示していない。10～17 歳については、12～14%の間の値で平準化されていた、と報告されていたので、13%として示した。小児期には加齢に伴って LD の有病率が上昇し、思春期になると (>12 歳) 一定になると報告されている。

(Altarac, M. and Saroha, E. (2007). Lifetime Prevalence of Learning Disability Among US Children. Pediatrics, 119, S77-S83. の研究結果から著者と出版社の許諾を得て図を作成)

LD のうち、読みに困難のある読み障害 (dyslexia ; ディスレクシア、reading disorder=読字障害とほぼ同義) は英国・米国で最も有病率が高いこともあり、これに関する研究が最も多く行われている。読み障害は、音声言語と文字や単語の表記方法との関連があるため、英語圏 (英国・米国等) 等の外国の研究結果を、そのまま我が国に適応することはできないものの、読み障害の概要を知ることができる。

Thomson (2003) は、読み障害児のための特別支援学校における経過観察から、支援をされていない読み障害児は読み能力の発達が定型発達児に比べて著明に遅れることを報告している (図 7)。Thomson (2003) によれば、8 歳時を基準として思春期までの加齢変化をみると、読み障害児の 1 年間ににおける学習達成度は、読み能力に関しては定型発達児の約半分で、綴り能力に関しては約 1 / 4 であったと報告し、学習達成度における定型発達児との差は加齢に伴って開いていくとしている。

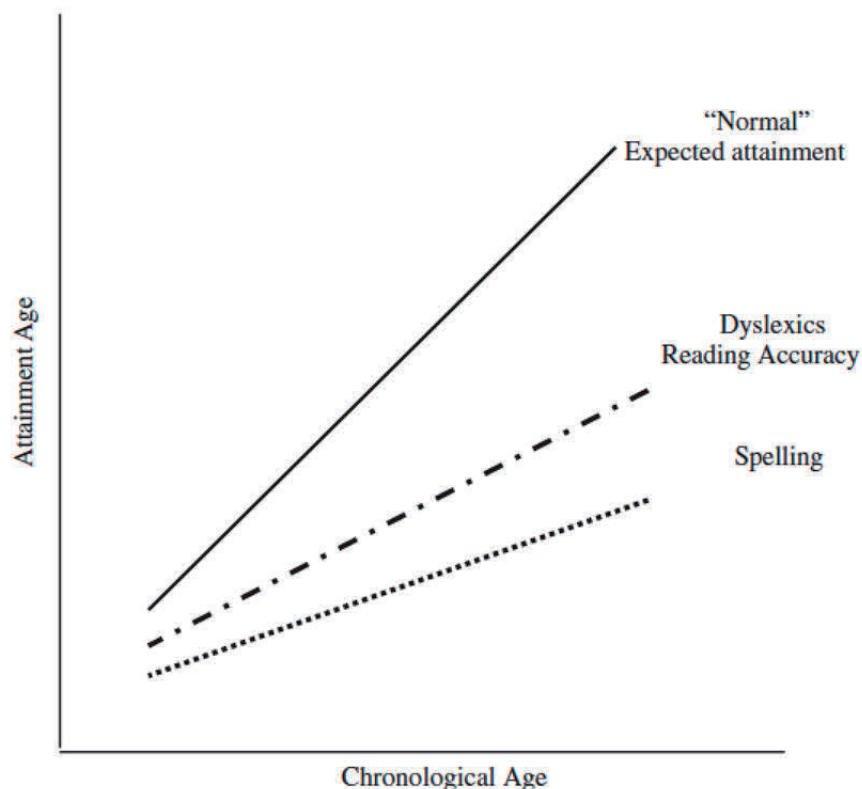


図7 読み障害児と綴り障害児の学習達成度の加齢変化

8歳時からの加齢に伴う学習達成度の変化を示してある。定型発達児(“Normal” Expected attainment)に比べて、読み障害児の読みの正確さ(Dyslexics Reading Accuracy)の達成度の上昇率は定型発達児の約半分で、綴り(Spelling)については約1/4と報告されている(Michael Thomson. (2003). Monitoring Dyslexics’ Intelligence and Attainments: A Follow-up Study. Dyslexia, 9, 3-17. より図2を著者と出版社の許諾を得て引用)

一方、Shaywitz, Fletcher, Holahan, Shneider, Marchione, Stuebing, Francis, Pugh & Shaywitz (1999)は、読み障害児と定型発達児の両者共に加齢に伴って読みの能力が向上するものの、両者には一定の差が持続的に存在することを報告している(図8)。ここで注目すべきことは、14歳頃までは読み障害児においても定型発達児と同様に読み能力が向上していることで、個々の学習能力に合った教育により思春期前期までは読みの習得が進歩を続けているという事実である。

読みの力 (Woodcock-Johnson Basic Reading Cluster の評価点指数)

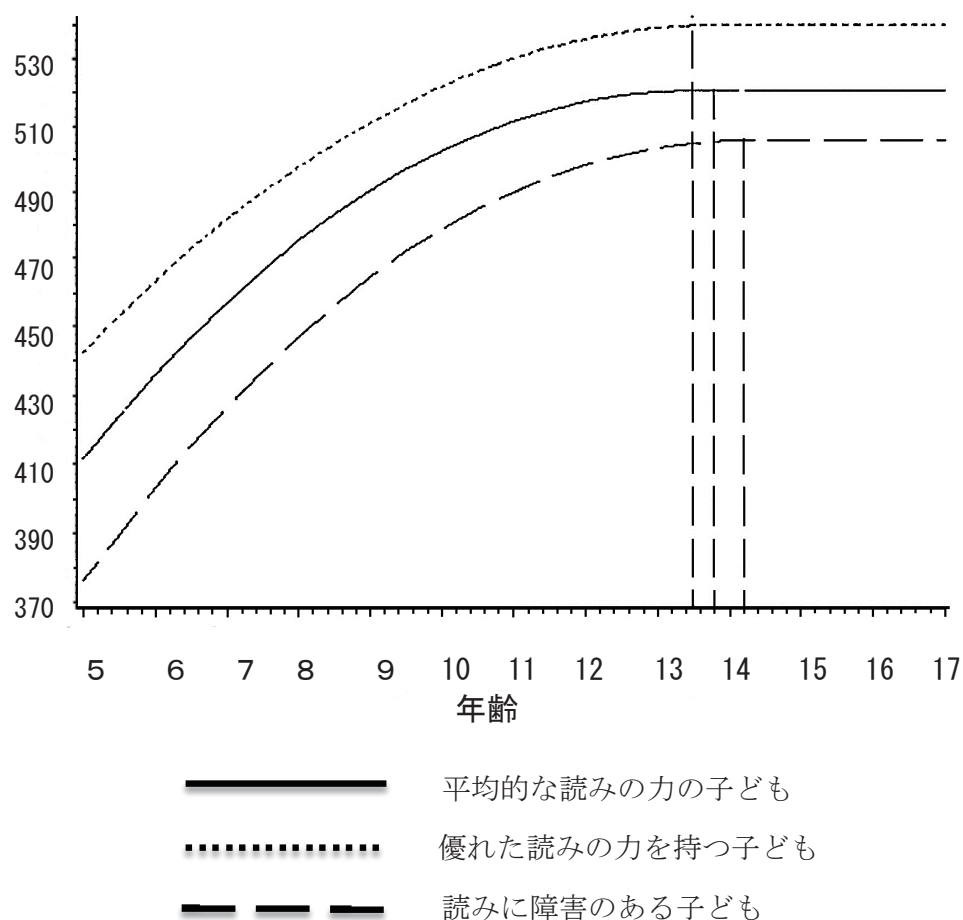


図8 読み障害児、及び平均的な読み能力児、読みの優秀児子の発達曲線

読み障害児の読み能力は加齢に伴って上昇しているが、平均的な読み能力児と比べると常に一定の差がみられている。しかし、読み障害児は平準化する 13～14 歳までは常に読み能力が高まっており、定型発達児よりもゆっくりとしたペースで確実に能力が高まる可能性のあることも示されている。

(Shaywitz S, Fletcher J, Holahan J, Shneider A, Marchione K, Stuebing K, Francis D, Pugh K & Shaywitz B (1999) : Persistence of dyslexia: the Connecticut longitudinal study at adolescence. *Periatrics*, 104, 1351-1359.の図 3 を著者と出版社の許諾を得て一部改変したもの)

英語の特性に関連したものではあるが、読み障害の基盤となっている言語情報処理過程の領域によって加齢変化が異なることが報告されている。Svensson & Jacobson (2005) は読み障害児にみられる読みの過程における 2 つの言語情報処理過程の領域、アルファベットの文字列を音声に変換する「音韻性復号化 (phonological decoding)」の領域と文字列を単語として認知する「語認知 (word recognition)」の領域のそれぞれにおける困難さについて加齢変化を検討している。音韻性復号化の指標としては、現実の単語としては存在しない人工的に綴られた単語を声に出して読ませ、1 分間あたりに読めた単語の数を指標とする非単語読み (Non-word-reading) を用いた。語認知の指標としては、通常の英語表記のように単語と単語の間に空白 (space) を入れずに 3 つ単語を羅列して記した単語連鎖 (Wordchain) に単語毎の区切りを入れていく検査で、3 分間に正しく区切った単語連鎖の数を指標とした。図 9 の右側は音韻性復号化の成績で、横軸に 3 年生時 (小児期) の成績を、縦軸に 12 年生時 (思春期) の成績をとり、小児期と思春期の成績の関連をみたものである。小児期と思春期の成績は概ね高い相関を示し、また、小児期と思春期の両方で、赤の四角で示された読み障害児と黒の星印で示された定型発達児の成績は割と良く分離していた。これに対し、右側の図は語認知の成績を示したもので、赤の四角で示された読み障害児と黒の星印で示された定型発達児の成績は、2 年生時 (小児期) ではほぼ完全に分離しているが (横軸からの視線で見ると 20 付近の縦線で全て分離できている)、12 年生時 (思春期) になると読み障害児の半数弱が定型発達児と同様の成績を示している (縦軸からの視線で見ると 60 付近の横線より上に定型発達児と読み障害児の両者が存在している)。このことから、読み能力のうち、語認知の能力は教育等の訓練により加齢に伴って定型発達児の水準に追いつく場合がある一方で、音韻的復号化で示される文字から音声へ変換する音韻性の情報処理過程の機能不全は加齢による変化がほとんどみられないことが示唆されている。

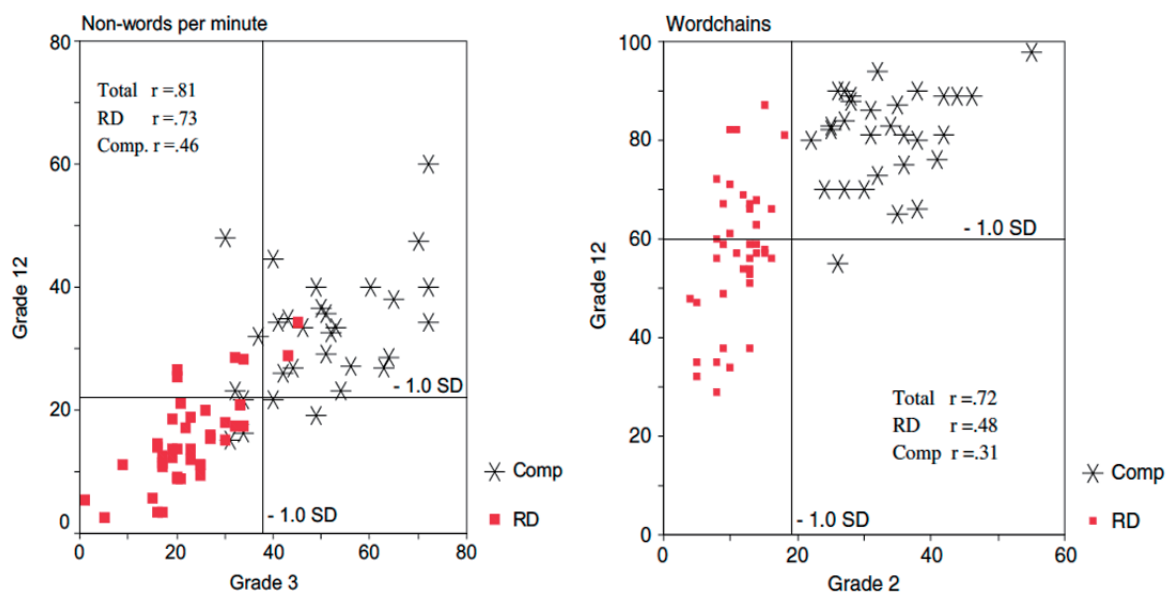


図9 非単語読みと単語認知の3年生又は2年生と12年生の比較

左図の非単語読み（Non-word per minute）は、実際の単語としては存在しない人工的に作られた単語を読む能力で、ここでは1分間あたりに読める単語の数を指標としている。右図の単語連鎖（Wordchains）は、通常の英語表記のように単語と単語の間に空白（space）を入れずに3つ単語を羅列して記したものに単語毎の区切りを入れていく検査で、3分間に正しく区切った単語連鎖の数で評価。両図とも、黒の星印は対照群を、赤の四角は読み障害児を示しており、課題が年齢で補正されているため成績の点数の絶対値は学年で異なる。非単語読みでは、読み障害児と定型発達児の成績は3年生（9～10歳）と12年生（18～19歳）時共に概ね分離された群になっている。一方単語認知では、3年生時には読み障害児と定型発達児の成績が明確に区別できる群になっているのに対し、12年生時には読み障害児の一部で成績が高くなって定型発達児の同様の成績を収めるようになっている。読みの能力分野によって、加齢変化が異なる場合のあること、分野によっては読み障害児の一部が定型発達児に追いつくことが示されている。

（Svensson, I. and Jacobson, C. (2005). How Persistent are Phonological Difficulties? A Longitudinal Study of Reading Retarded Children. *Dyslexia*, 12, 3020.より図1と図3を著者と出版社の許諾を得て引用）

2. その他の精神障害の発症

不安障害、うつ病性障害、行為障害、双極性障害、統合失調症において、思春期は発症が多い時期である。

自閉症やADHD、LDは小児期までに発症する精神障害であるが、思春期前後になると、不安障害、うつ病性障害、行為障害、両極性障害、統合失調症等の発症が多くなってくる。

これらの精神障害は発達障害と類似した症状を呈することがあり、適切な対応には鑑別することが必要となる。またこれらの精神障害が発達障害と併存してみられることも多い。思春期になると、発達障害以外の精神障害の発症が増え、その症状が前景に立って発達障害の症状は背景となって、気づかれにくくなることがある。発達障害以外の精神障害についても支援ニーズがある。その際の対応は発達障害と共通する部分もあるが異なる部分も小さくない。このため、高等学校の生徒への支援に関しては、思春期に発症することの多い精神障害に留意しつつ、発達障害のある生徒及びそれ以外の精神障害のある生徒への気づきと適切な支援を目指すことが望まれる。以下に思春期に発症することの多い精神障害について述べる。

(1) 不安障害、うつ病性障害、行為障害

Ford, Goodman & Meltzer (2003) は、英国（イングランド、ウェールズ、スコットランド）の 14,250 人の 5～15 歳の子どもを対象として調査を行い、協力の得られた 10,438 人について各精神障害の有病率について 5 歳～15 歳の加齢変化をみた。その結果、13～15 歳の中学校～高等学校に入学する時期には、不安障害やうつ病性障害、行為障害の有病率が著明に高くなっていることを報告している（図 10）。

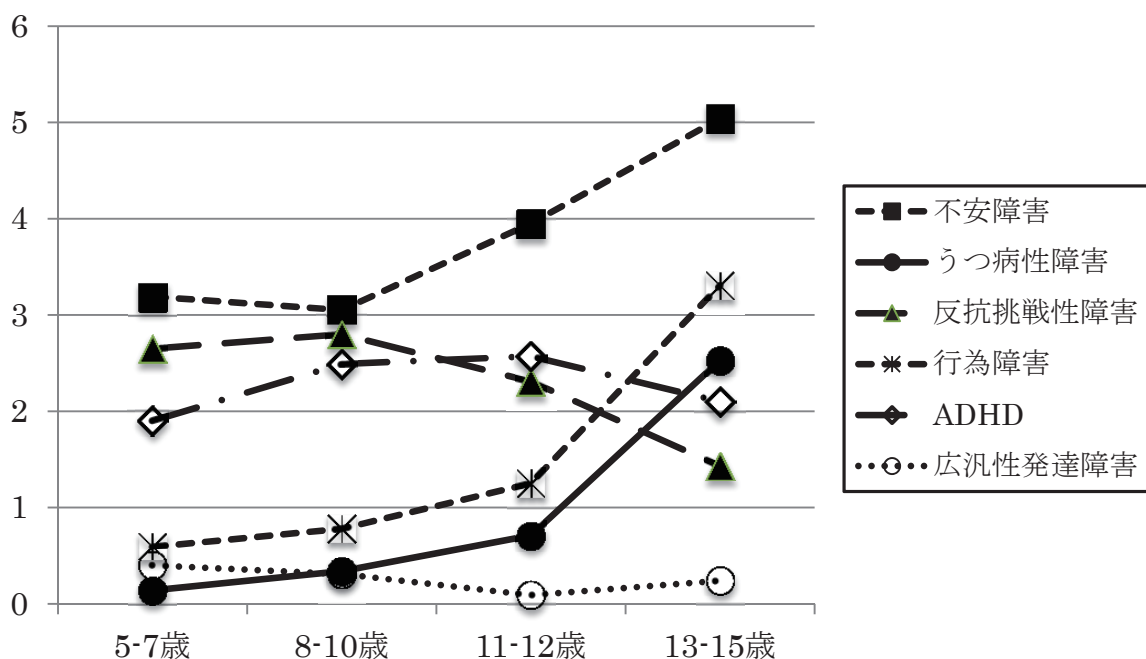


図 10 精神障害の有病率の加齢変化

精神障害の有病率の加齢変化をみると、中学校～高等学校に入学する時期にあたる 13～15 歳から不安障害やうつ病性障害、行為障害の有病率が著明に高くなっていることが分かる。

(Ford,T., Goodman,R. & Meltzer,H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42, 1203-1211.の研究結果から著者と出版社の許諾を得てデータを用い作図)

(2) 双極性障害

双極性障害と統合失調症は思春期に発症することが多く、両者とも生涯有病率が 1.0%前後であるとされているが、Ford et al.の研究ではこれらに関する報告がなされていない。双極性障害は、うつ病性障害と同様の気分が著しく沈み意欲が消失する抑うつ症状があるうつ病相の時期だけでなく、周期的にこれとは逆の気分が昂揚して著しい多弁・多動を呈する躁病相の時期が存在するものである。この両極性障害の発症は、15 歳頃と 22 歳頃及び 33 歳頃の 3 つの時期に頻度が高く、中でも 15 歳頃の発症頻度が最も高いことを Ortiz, Bradler, Slaney, Garnham, Ruzickova, O'Donovan, Hajek & Alda (2011) が報告している (図 11)。

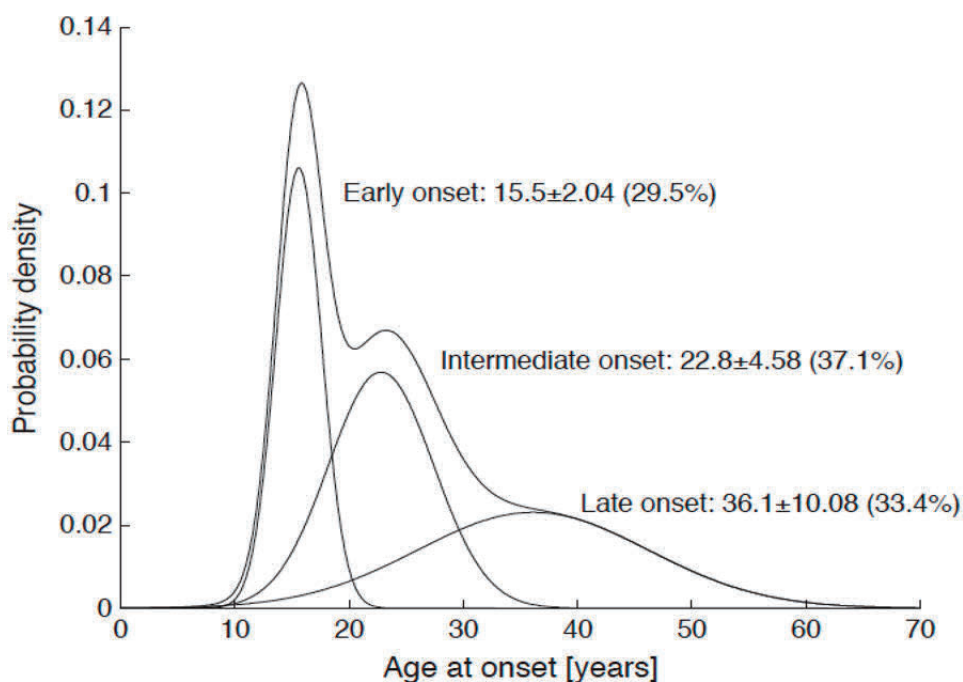


図 11 双極性障害の年代別の発症頻度

両極性障害の発症は、15 歳頃と 22 歳頃及び 33 歳頃の 3 つの時期に頻度が高く、中でも 15 歳頃の発症頻度が最も高い。

(Ortiz, A., Bradler, K., Slaney, C., Garnham, J., Ruzickova, M., O'Donovan, C., Hajek, T. & Alda, M. (2011). An admixture analysis of the age at index episodes in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 188, 34–39.より図2を著者と出版社の許諾を得て引用)

(3) 統合失調症

Sham, MacLean, & Kendler (1994) は、スウェーデンの統合失調のある男性 123 人と女性 147 人について初発年齢を調べている。図 12 には、10 歳から 5 年毎の各年代における初発者の人数を示した。この図から、0～15 歳に発症した人数に比べ、16～20 歳に発症した人の数は著しく多くなっており、思春期に初発することが多いことが分かる。男性では統合

失笑症のある人の4人に1人が16～20歳に発症している。生涯有病率が約1%であることから、この時期の有病率は0.25%程度（400人に1人）と考えられる。

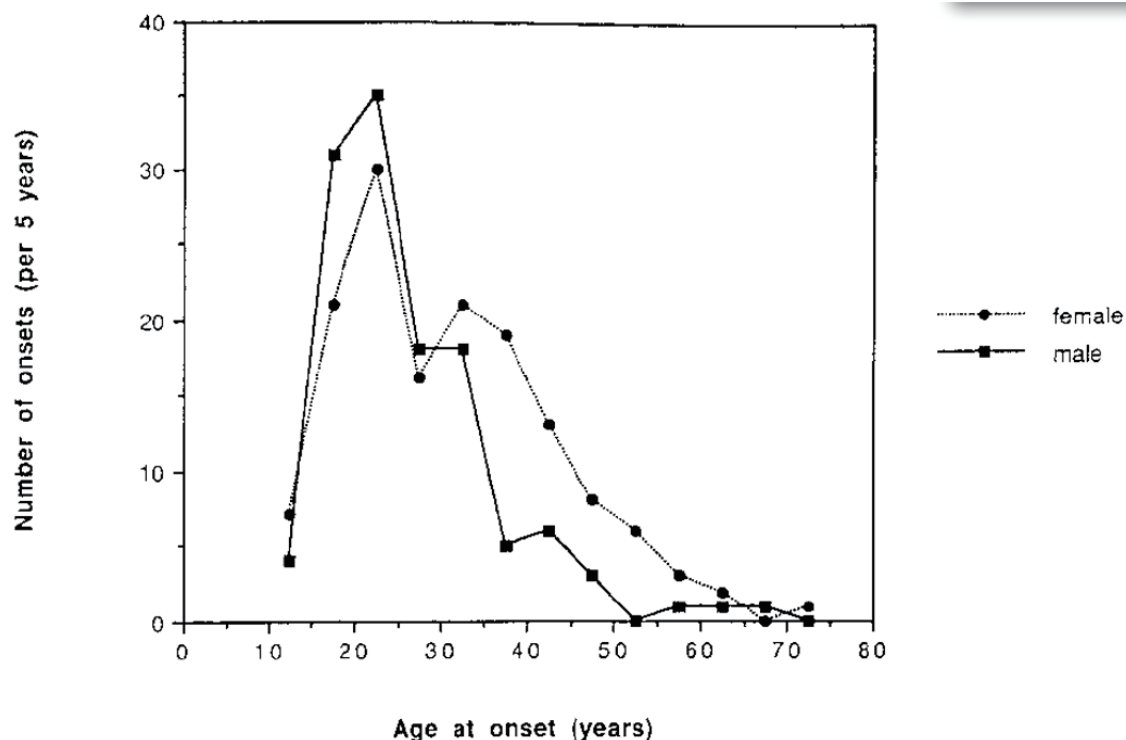


図 12 統合失調症の初発年齢

統合失調症の男性 123 人と女性 147 人について、10 歳から 5 年毎の各年代における初発者の人数を示してある。16～20 歳に発症した人数は 10～15 歳に発症した人数に比べ著しく多くなっている。

(Sham, P.C., MacLean, C.J. & Kendler, K.S. (1994). A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 89, 135-141.より図1aを著者と出版社の許諾を得て引用)

3. 併存症等

自閉症等の個々の発達障害にその他の発達障害やそれ以外の精神障害が併存することが多く、これらが併存症と呼ばれる。さらに、医学的に障害と診断されるほどには症状がそろわないか軽度であっても、学業上や生活上に影響を与える程度に強い抑うつ気分や不安、焦燥感が併存することが多く、これらは併存症と併せて二次障害と呼ばれる。

(1) 自閉症の併存症等

自閉症は併存症を伴うことが多く、約7割以上に併存症がみられるとされる。併存症として多いのは、ADHD、反抗挑戦性障害、恐怖症を含む不安障害、うつ病性障害、チック障害である。

自閉症児の多くに併存症がみられるとされ、Joshi, Petty, Wozniak, Henin, Fried, Galdo, Kotarski, Walls, & Biederman. (2010) は、クリニックを受診した平均年齢 9.7 歳 (SD=3.6 歳) の自閉症児の併存症について調べている。非自閉症群と比較して統計学的に有意に多かった併存症として、言語障害(48%)、複数の不安障害がある(61%)、特異的恐怖症(37%)、空間恐怖(35%)をあげている。クリニックを受診する子どもは臨床的に症状が重篤な場合が多く、Joshi et al.の報告における併存症の有病率の高さにはこのことが関連している可能性がある。Gjevik, Eldevik, Fjæran-Granum & Sponheim. (2011) は、ノルウェーの特別支援学校に在籍する平均年齢 11.8 歳(6.0~17.9 歳)の自閉症のある子どもの併存症について、ADHD が 31%、うつ病性障害を中心とする気分障害が 10%、不安障害が 42%、チック障害が 11%と報告し、何らかの併存症がみられた自閉症のある子どもは全体の 72%であったとしている。Simonoff, Pickles, Charman, Chandler, Loucas, & Baird (2008) は英国のコホート研究の対象である 56,946 人の子どもから自閉症スペクトラム障害(ASD)と診断され研究に協力した 112 人の 12 歳の ASD 児について併存症を調べ、不安障害が 29.2%、ADHD が 28.1%、反抗挑戦性障害が 28.1%であり、大うつ病性障害は 0.9%と低かったが、10.9%においてうつ病の診断基準は満たさないものの重い抑うつ気分や焦燥感の時期があったことを報告している。

上記の前 2 者では、平均年齢は 10 歳前後であるが、思春期の子どもも含んではいる。これらの研究を含め、自閉症における併存症の加齢変化に関する文献は見出すことができなかった。しかし、高等学校の時期にあたる思春期の自閉症児においては、適切な対応がなされなかった場合、併存症の発現が多くなりその程度が重くなることは臨床的によく知られている。

(2) ADHD の併存症等

ADHD の 90%以上に併存症がみられるとされ、それは内向性障害と外向性障害に分けられることが多い。内向性障害は女性に多く外向性障害は男性に多い傾向がある。外向性障害である反抗挑戦性障害、行為障害は男性の ADHD の 9 割以上にみられると報告され、内向性障害である不安障害やうつ病性障害は、それぞれ女性の ADHD の 51%と 27%にみられると報告されている。

ADHD のある子どもの多くには併存症がみられ、併存症を伴わない ADHD は稀であるとさえいわれる。併存症は、自らの葛藤を外界に向け反抗的な言動等がみられる外向性障害(externalizing disorder; 外在性障害とも訳される)と、気持ちが沈み不安が強くなるというように自らの葛藤を内面に向ける内向性障害(internalizing disorder; 内在性障害とも訳される)に分けられることが多い。Bird, Gould, & Staghezza (1993) は、プエルトリコの 4~16 歳児を対象として調べ、反抗挑戦性障害と行為障害を合わせた外向性障害は 93.0%に、内向性障害としては不安障害が 50.8%に、うつ病性障害が 26.8%にみられたと報告し

ている。また一般に、外向性障害は男性に多く、内向性障害は女性に多いとされ、Quinn (2008) によれば、内向性障害であるうつ病性障害は、女性において男性よりも 5.4 倍多いとされる。ADHD における併存症の加齢変化については、女性にみられる内向性障害が加齢に伴って増加することが多いとされる。Biederman, Petty, Monuteaux, Fried, Byrne, Mirto, Spencer, Wilens & Faraone (2010) は 6～18 歳の ADHD 女性 140 人について縦断的研究を行い、11 年間のフォローアップができた 96 人について併存症の加齢変化をみている。その結果の一部を図 13 に示した。うつ病性障害は思春期から成人期にかけて発症が著明に増えているが、不安障害は 10 歳未満の小児期に発症が多く思春期以降の発症は少なくなっており、併存症の発症頻度の加齢変化は、その障害種別によって異なっている。

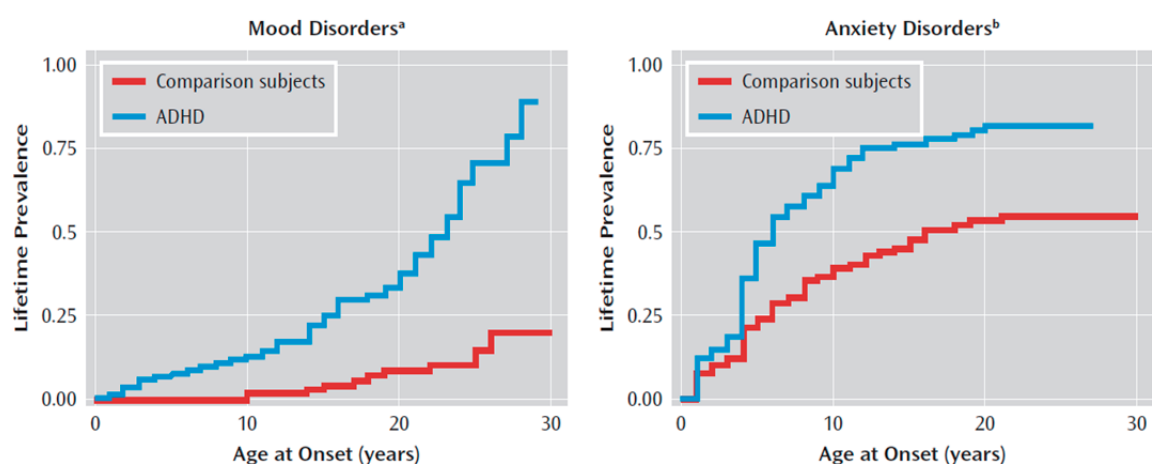


図 13 ADHD 女性に併発したうつ病性障害と不安障害の累積有病率

横軸には発症年齢を 0～30 歳までとり、縦軸には各年齢における累積有病率を生涯有病率に対する比（生涯有病率を 1 としてある）について、左図にはうつ病性障害、右図には不安障害を示してある。赤線は定型発達児・者、青線は ADHD 児・者を示した。うつ病性障害は思春期頃から著明な増加を示しているが、不安障害は小児期に増加して思春期になると緩やかな増加を示している。

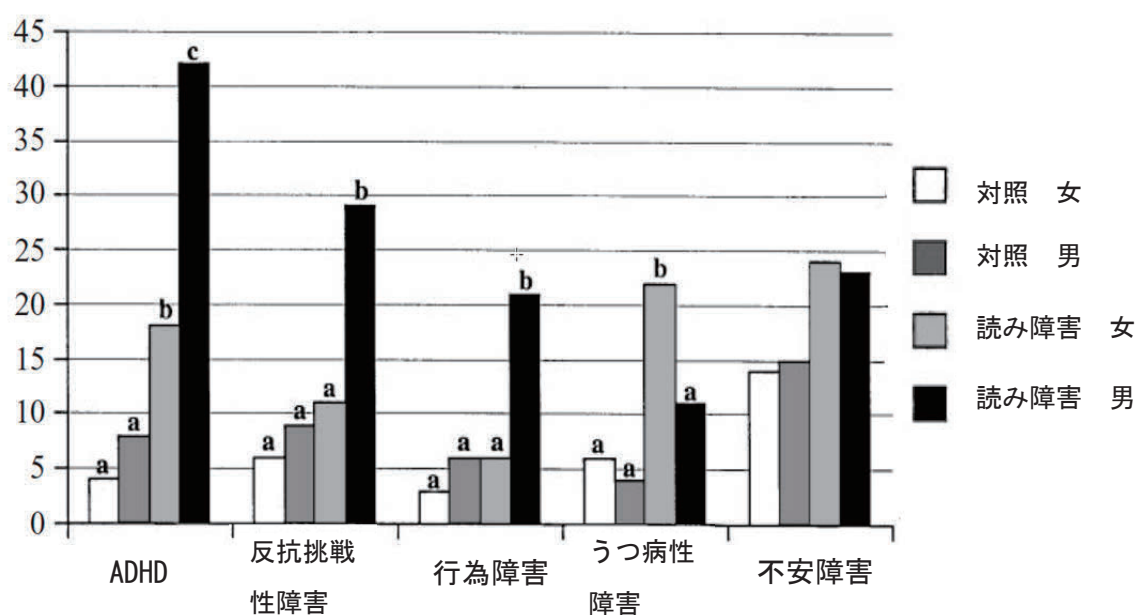
(Biederman, J., Petty, J.C.R., Monuteaux, M.C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T.E. Faraone, S.V. (2010). Adult Psychiatric Outcomes of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 11-Year Follow-Up in a Longitudinal Case-Control Study. *Am J Psychiatry* 167, 409-417.より著者と出版社の許諾を得て引用)

(3) LD の併存症等

LD における併存症は約 25%～50%にみられ、ADHD の併存の割合が高い。ADHD や反抗挑戦性障害、行為障害の併存は男性に多く、うつ病性障害は女性に多い。またうつ病性障害と診断されるほどではなくても、抑うつ気分をとまなう LD 児が多い。併存症もしくは併存する気分の変化、学業達成度等に低い自己評価が影響している。

Willcutt & Pennington (2000) は、大規模なコロラド州 LD 研究センター双生児研究の一環として、LD 中の読字障害 (RD、Reading Disorder) のある子ども 209 人 (平均：10.7 歳、SD：2.2 歳) と読字障害のない対照群 (平均：10.7 歳、SD：2.3 歳) を対象として、併存する精神障害の有病率を調べている。その結果を図 14 に示した。定型発達児に比べ読み障害児には併存する精神障害の割合が高く、その違いには性差がみられた。LD 児は ADHD では男女両方で、反抗挑戦性障害と行為障害では男性で、うつ病性障害では女性で有病率が有意に高かった。不安障害では男女とも併存症の割合が高い傾向がみられたが、統計学的な有意差はなかった。LD においても、先述した ADHD と同様に、外向性障害 (反抗挑戦性障害、行為障害) は男性で多く、内向性障害 (うつ病性障害) は女性で多い傾向がみられた。

併存症の%



a, b, c の文字が異なる棒の間には統計学的な有意差がある

図 14 読字障害における併存症の割合

併存症としての ADHD、反抗挑戦性障害、行為障害、うつ病性障害、不安障害について、対照群である定型発達児における有病率と比較して読字障害における有病率を男女別に示

してある。ADHD では男女とも定型発達児に比べ有意に多く、また男性が女性より有意に多かった。反抗挑戦性障害と行為障害では男性で、うつ病性障害では女性で有病率が有意に高かった。

(Willcutt, E.G. & Pennington, B.F. (2000) : Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents with Reading Disability. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 41, No. 8, 1039–1048.より図 1 を著者と出版社の許諾を得て引用)

Carrol, Maughan, Goodman & Meltzer (2005) らは、英国の一般人口を代表するように無作為に選ばれた 5～15 歳の子ども（全体：5,752 人、特異的な読み困難 (Specific literacy difficulties ; ほぼ LD の読字障害に相当) : 289 人 ; 女性 : 68 人、男性 ; 221 人) を対象に、不安障害についてより詳細に分析している。それによると併存症の割合は、ADHD が 9.0%、行動の障害 (反抗挑戦性障害) が 13.9%、不安障害が 9.9% で定型発達児に比べて統計学的に有意に多かったが、うつ病は 2.3% で有意差はみられなかった。しかし、11～15 歳児でみると SMFQ (Short Mood and Feelings Questionnaire) で評価された抑うつ気分は、読み困難児において有意に高かったと報告している。読み障害児の内向性障害については、Mugnaini, Lassi, Malfa, & Albertini (2009) が総説の中で、不安や抑うつ気分等の内向性障害の状態の発現やその程度には、読み障害の程度が重いことや ADHD の併存、教師・両親・友人を受けていると思えないこと、女性であること、等が影響していると報告している。

LD 児の自己評価 (self-esteem) が低いことはよく知られているが、この自己評価の低さが欲求不満につながり、逸脱した反社会的行動を引き起こしやすいとされている (Kirk, & Reid, 2001 ; Riddick, Sterling, Farmer, & Morgan, 1999)。Terras, Thompson, & Minnis (2009) は、読み障害が同じ状態にあっても、全般的自己有用感 (global self worth) のある子どもは、彼らの読みの困難に積極的に取り組み、家族や友人に対する読み障害の影響を良い方向で受けとめる傾向のあること、自身の読み障害を受容している子どもは社会的関係への影響が少なく自己評価が高いことを報告している。

障害の有無にかかわらず、思春期は子どもの精神面で大きな変動がみられる時期である。思春期の只中にある高等学校時代の発達障害のある子どもは、小児期とは状態像に異なる面が多くみられるようになる。高等学校における発達障害のある子どもの支援ニーズを的確に把握するためには、発達障害のある子どもが思春期において示す状態像について知ることが欠かせない。発達障害の可能性のある思春期の子どもを観る際に重要なことは 1. 発達障害の状態像の加齢変化、2. 思春期に初発することの多い精神障害、3. 思春期に増加することの多い併存症、である。これらについて先行研究から主要な所見を先に述べてきた。以下にそれらを要約する。

1. 発達障害自体の状態像の変化

自閉症と ADHD については、加齢に伴って状態像が軽度化する傾向にあるが、LD については、定型発達児と比べた学習達成度はその差が変わらないか、むしろ拡大する傾向にある。

2. 思春期に初発することの多い精神障害

行為障害や不安障害、うつ病性障害、双極性障害、統合失調症等の精神障害が思春期に初発する割合が高い。これらの精神障害は、その病相期の一部で発達障害と類似した状態像を呈することがあり、的確な対応のためには区別していくことが必要となる。一方で、これらの精神障害のある子どもにもそれぞれが必要とする支援がある。

3. 発達障害に多い併存症等

発達障害には、不安障害やうつ病性障害、反抗挑戦性障害、行為障害等の併存症が公立で併存する。さらに、これらの精神障害と診断されるには到らないものの、社会的適応性や意欲等に影響の大きい抑うつ気分や焦燥感が高いことが認められる。併存症の発症には自己評価の低下が関連している。

(渥美 義賢)

引用文献

- Altarac, M. and Saroha, E. (2007). Lifetime Prevalence of Learning Disability Among US Children. *Pediatrics*, 119, S77-S83.
- Barkley, R., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1990) : The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed research criteria: I. an 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29, 546-557.
- Biederman, J., Petty, J.C.R., Monuteaux, M.C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T.E., & Faraone, S.V. (2010). Adult Psychiatric Outcomes of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 11-Year Follow-Up in a Longitudinal Case-Control Study. *Am J Psychiatry* 167, 409-417.
- Biederman, J. (2010). The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: a large comparative study of a psychiatrically referred population. *J Autism Dev Disord*, 40, 1361-70.
- Bird, H.R., Gould, M.S., & Staghezza, B.M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32, 361-368.

- Breton, J., Bergeron, L., Valla, J., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L., & Lepine, S. (1999). Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 40, 375-384.
- Carrol, J., Maughan, B., Goodman, R., & Meltzer, H. (2005) : Literacy difficulties and psychiatric disorders : evidence for comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 46, 524-532.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 34, 851-886.
- Fecteau, S., Mottron, L., Berthiaume, C., & Burack, A. (2003). Developmental changes of autistic symptoms. *Autism*, 7, 255-268.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T., & Sponheim E. (2011) : Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*, 41, 761-769.
- Hill, J. & Shoener, E. (1996) : Age-Dependent Decline of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *AM J Psychiatry*, 153, 1143-1146.
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J., Loo, S., Ravelin, M., & Moilanen, I. (2007). ADHD Symptoms and subtypes: Relationship between childhood and adolescent symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1605-1613.
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., Kotarski, M., Walls, S., & Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *J Autism Dev Disord*, 40, 1361-1370.
- Kirk, J. & Reid, G. (2001). An examination of the relationship between dyslexia and offending in young people and the implications for the training system. *Dyslexia*, 7, 77-84.
- Lambert, N.M., Harrsough, C.S., Sassonc, D. & Sandoval, J. (1987). Persistence of hyperactivity svniptoiis froiii chitdhood to adolescence and associated outcomes. *Am J Orthopsychiatry*, 57, 22-32.
- McGovern, C. & Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 46, 401-408.
- Mendelson, W., Johnson, N. & Stewart, N.A. (1971). Hyperactive children as teenagers: a follow-up study. *J Neru Ment Dis*, 153, 273-279.
- Mottron, L. & Burack, J.A. (2000). 'On Why Simulated Developmental Disorders Don't Predict Real Ones: A Reply to Oliver, Johnson, Karmiloff-Smith & Pennington'. *Developmental*

- Science, 3, 29–31.
- Mugnaini, D., Lassi, S., Malfa, G.L., & Albertini, G. (2009). Internalizing correlates of dyslexia. *World J Pediatr*, 5, 255-264.
- Nolan, E., Gadow, K. & Sprafkin, J. (2001). Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 241-249.
- Oliver, A., Johnson, M.H., Karmiloff-Smith, A., & Pennington, B. (2000). ‘Deviations in the Emergence of Representation: A Neuroconstructivist Framework for Analysing Developmental Disorders’. *Developmental Science*, 3, 1–23.
- Ortiz, A., Bradler, K., Slaney, C., Garnham, J., Ruzickova, M., O'Donovan, C., Hajek, T., & Alda, M. (2011). An admixture analysis of the age at index episodes in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 188, 34–39.
- Piven, J., Harper, J., Palmer, P. & Arndt, S. (1996). Course of behavioral change in autism: a retrospective study of high-IQ adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 523-529.
- Quinn, P.O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidity in women and girls: an evolving picture. *Curr Psychiatry Rep*, 10, 419–423.
- Riddick, B., Sterling, C., Farmer, M., & Morgan, S. (1999). Self-esteem and anxiety in the educational histories of adult dyslexic students. *Dyslexia*, 5, 227–248.
- Shaywitz, S., Fletcher, J., Holahan, J., Shneider, A., Marchione, K., Stuebing, K., Francis, D., Pugh, K., & Shaywitz, B. (1999) : Persistence of dyslexia: the Connecticut longitudinal study at adolescence. *Periatrics*, 104, 1351-1359.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 47, 921-929.
- Svensson, I. & Jacobson, C. (2005). How Persistent are Phonological Difficulties? A Longitudinal Study of Reading Retarded Children. *Dyslexia*, 12, 3-20.
- Terras, M.M., Thompson, L.C., & Minnis, H. (2009). Dyslexia and Psycho-social Functioning: An Exploratory Study of the Role of Self-esteem and Understanding. *Dyslexia*, 15, 304–327.
- Thomson, M. (2003). Monitoring Dyslexics’ Intelligence and Attainments: A Follow-up Study. *Dyslexia*, 9, 3–17.
- Willcutt, E.G. & Pennington, B.F. (2000) : Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents with Reading Disability. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol. 41, No. 8, 1039–1048.
- World Health Organization. (1992). International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

資料 2

特研班 第 12-1 号
平成 24 年 6 月 26 日

各都道府県教育委員会特別支援教育主管課長 殿
各指定都市教育委員会特別支援教育主管課長 殿

高等学校における特別支援教育の推進に関する実態調査について(依頼)

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所
理事長 小田 豊
(公印省略)

日頃より当研究所の諸活動に関しましては、多大なご理解とご支援を賜り深く感謝申し上げます。

さて、近年、高等学校においても、支援を必要としている生徒の存在が注目されてきており、特別支援教育の推進は喫緊の課題となっております。

高等学校における特別支援教育の推進にあたっては、義務教育段階とは異なる条件整備や、進路指導の問題など様々な検討すべき課題があると思われます。

このような高等学校における特別支援教育の在り方について検討するため、当研究所では専門研究 B「高等学校における発達障害等の特別な支援を必要とする生徒への指導・支援に関する研究～授業を中心とした指導・支援の在り方～」(平成 24-25 年度重点推進研究)に取り組むことといたしました。

つきましては、高等学校における特別支援教育の推進に関する実態調査を実施したいと考えております。公務ご多用とは存じますが、趣旨をご理解いただき、本調査へのご協力をいただけますようお願い申し上げます。

(本件問い合わせ先)

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所
研究代表者 笹森 洋樹
TEL046-839-6853 E-mail: sasamori@nise.go.jp
教育情報部 梅田 真理
TEL046-839-6878 E-mail: umeda@nise.go.jp

高等学校における特別支援教育の推進に関する実態調査

本調査は、都道府県等教育委員会の高等学校における特別支援教育推進の取組状況について、その現状を把握するために実施するものです。

調査用紙は、同封の封筒にてご返送ください。

なお、本調査用紙は Web サイト（<http://www.nise.go.jp/cms/8,6744,18,106.html>）からダウンロードをすることも可能です。

その場合はお手数ですが、入力していただいたものを郵送していただきますようお願いいたします。

本調査は 平成 24 年 7 月 20 日（金）まで にご返送ください。

公務ご多用とは存じますが、調査にご協力いただきますようお願いいたします。

＜本調査の問い合わせ先＞

教育情報部 総括研究員 梅田真理
E-Mail : umeda@nise.go.jp
電 話 : 046-839-6878

ご記入くださる方について教えてください

都道府県及び政令指定市名：

記入者の部署・職名：

記入者の氏名：

電話番号：

メールアドレス：

※ 電話番号及びメールアドレスは、問い合わせが必要な場合にのみ使用させていただきます。

I. 基本情報

1. 貴自治体の高等学校の概況

公立・私立の高等学校本校の数（平成 24 年 5 月 1 日現在）

- ・全日制 公立_____校：私立_____校
- ・定時制 公立_____校：私立_____校
- ・通信制 公立_____校：私立_____校

2. 実態調査の実施

（１）発達障害のある生徒に関する実態調査を行っていますか。

①（ ）行っている →（２）へ ②（ ）行っていない →（３）へ

（２）“①行っている”に回答された場合、最新の調査実施年度を教えてください。
また、調査結果を提供することが可能かを教えてください。

実施年度（ 平成 ）

①（ ）提供可能 ②（ ）提供できない

（３）“②行っていない”に回答された場合、その理由を教えてください。

II. 高等学校における特別支援教育推進のための取組

1. 高等学校主管課及び私立学校主管課との連携

（１）高等学校における特別支援教育推進のために、貴課では高等学校主管課とどのような連携を取られていますか。取り組みの内容をお書きください。

（例）生徒指導や特別支援教育等に関する情報交換

(例) 巡回相談や特別支援学校のセンター的役割の利用に関する情報交換

(1) 教員研修の実施状況について教えてください。(該当する全ての項目に○を記入)

【研修の対象について】

- ① () 管理職を対象とした研修を実施している
- ② () 全教職員を対象とした研修を実施している
- ③ () コーディネーターを対象とした研修を実施している
- ④ () その他 ()

【研修の講師について】

- ①（ ） 高等学校の教職員に依頼している
- ②（ ） 特別支援学校の教職員に依頼している
- ③（ ） 特別支援教育を専門とする大学教員、専門機関の職員等に依頼している
- ④（ ） 管轄する教育委員会の指導主事が担当している
- ⑤（ ） その他（ ）

【研修の内容について】

- ① () 特別支援教育の基礎的知識
② () 発達障害に関する基礎的知識
③ () 支援ニーズのある生徒の気づきや支援に関する実際の・基礎的な知識
④ () 進路に関するもの
⑤ () その他 ()

【研修について、その他に工夫している事柄】

(例) 県が作成した理解啓発パンフレットの活用

[]

①（ ） 校長会・教頭会を通じて特別支援教育の必要性の説明を行っている

②（ ） 特別支援学校の勤務経験のある管理職を配置するなど人事上の工夫をしている

③（ ） 管理職試験に特別支援教育に関する事項を加えている

④（ ） その他（ ）

① () 行っている ② () 行っていない

【配置している特別支援教育支援員の人数と学校数】

- 【配置している特別支援教育支援員の状況と人数】

① ()	特別支援教育の教職経験者	[]	人
② ()	教職経験者	[]	人
③ ()	教職経験はないが教員免許状保有者	[]	人
④ ()	心理職等の専門職	[]	人
⑤ ()	大学院生・大学生	[]	人
⑥ ()	特に専門性は問わない	[]	人

① () 特別支援教育の教職経験者 [] 人

② () 教職経験者 [] 人

③ () 教職経験はないが教員免許状保有者 [] 人

- ④ () 心理職等の専門職 [] 人
- ⑤ () 大学院生・大学生 [] 人
- ⑥ () 特に専門性は問わない [] 人

(例) 学生チューター、学生ボランティア、相談員等

【配置していない場合はその理由】（該当する全ての項目に○を記入）

- ①（ ）財源の確保が難しい
②（ ）適切な人材が不足している
③（ ）支援員等に対するニーズが少ない
④（ ）その他（ ）

(5) 中学校と高等学校の連携の推進のため具体的な取組を行っていますか。行っている場合にはその内容を、行っていない場合にはその理由を〔 〕にご記入ください。

- ① () 行っている ② () 行っていない

(6) 高等学校入学者選抜の実施要項に発達障害のある生徒への配慮について記載していますか。記載している場合には、その内容を教えてください。

- ①（ ）記載している ②（ ）記載していない
③（ ）記載していないが相談に応じている

(例)「配慮が必要な場合には、願書と共に個別の指導計画を提出してください」と記載している。

(7) 平成 24 年度高等学校入学者選抜(平成 23 年 3 月実施)において、実際に配慮を行った事例はありますか。行った場合には〔 〕にその内容を具体的にご記入ください。

- ① () 行っている ② () 行っていない

〔 〕

(8) 平成 23 年度入学者選抜(平成 22 年 1 月実施)から、大学入試センター試験で発達障害のある生徒が特別措置(時間延長、別室受験、拡大文字問題冊子の配布、チェック式の解答等)を申請することができるようになりました。このことについて、研修会や校長会等で説明を行っていますか。

- ① () 行っている ② () 行っていない

(9) その他に、高等学校における特別支援教育推進のための取組があれば教えてください。

〔 〕

3. 定時制・通信制の高等学校における重点的な取組

(1) 定時制課程のある高等学校への重点的な支援の取り組みを行っていますか。行っている場合、取り組みの内容を教えてください。

- ① () 行っている ② () 行っていない

(例) 支援員の配置。スクールカウンセラーの配置、学生ボランティアの活用、巡回相談の利用 等

〔 〕

(2) 通信制課程のある高等学校への重点的な支援の取り組みを行っていますか。行っている場合、取り組みの内容を教えてください。

- ① () 行っている ② () 行っていない

(例) 支援員の配置。スクールカウンセラーの配置、学生ボランティアの活用、巡回相談の利用 等

〔 〕

4. 私立高等学校を対象とした取組

(1) 教育委員会・教育センターが主催する教員研修は、私立学校も対象としていますか。該当箇所を選択し、その理由を〔 〕にご記入ください。

① () 対象としている ② () 一部対象としている ③ () 対象としていない

〔 〕

(2) 教育委員会が派遣する専門家チームによる巡回相談は、私立学校も対象としていますか。該当箇所を選択し、その理由を〔 〕にご記入ください。

① () 対象としている ② () 一部対象としている ③ () 対象としていない

〔 〕

(3) 特別支援学校のセンター的機能の活用は、私立学校も対象としていますか。該当箇所を選択し、その理由を〔 〕にご記入ください。

① () 対象としている ② () 一部対象としている ③ () 対象としていない

〔 〕

5. 高等学校における特別支援教育推進に関する課題

貴都道府県政令指定都市の「高等学校における発達障害等の特別な支援を必要とする生徒への指導・支援に関して課題」と思われることがあればお書きください

〔 〕

ご協力ありがとうございました。