

平成13.4.2
~14.4.1生

出生コホート

出生総数

6583 (男3355人、女3228人) 5区

発生数(発生率)

医療機関 (n=520)			医療機関 (n=)	学校 (n=8224)	
診断例			診断例	診断された	疑い
520	(7.9%)	発達障害全体	—	327 (4.0%)	340 (4.1%)
326	(5.0%)	PDD	—	215 (2.6%)	71 (0.9%)
64	(1.0%)	多動性障害	—	30 (0.4%)	107 (1.3%)
34	(0.5%)	会話・言語	—	10 (0.1%)	22 (0.3%)
11	(0.2%)	学力	—	24 (0.3%)	101 (1.2%)
71	(1.1%)	精神遅滞	—	35 (0.4%)	19 (0.2%)
14	(0.2%)	その他	—	13 (0.2%)	20 (0.2%)

有病数(有病率)

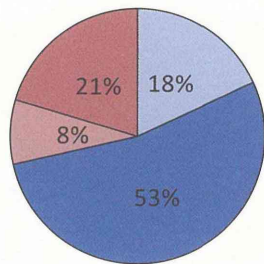
居住コホート

平成25.4.1

小学6年生

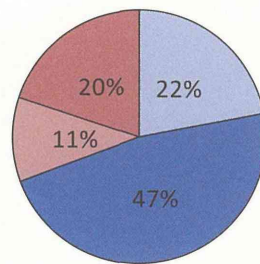
小1出生コホート(PDDのみ)		小6出生コホート(PDD)		小1居住コホート(PDD)	
IQ69以下男	86	IQ69以下男	53	IQ69以下男	81
IQ70以上男	254	IQ70以上男	114	IQ70以上男	244
IQ69以下女	39	IQ69以下女	26	IQ69以下女	39
IQ70以上女	97	IQ70以上女	48	IQ70以上女	93
合計	476	合計	241	合計	457

小1 P D D 発生率



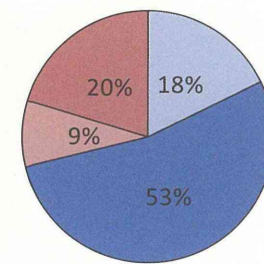
■IQ69以下男 ■IQ70以上男 ■IQ69以下女 ■IQ70以上女

小6 P D D 発生率



■IQ69以下男 ■IQ70以上男 ■IQ69以下女 ■IQ70以上女

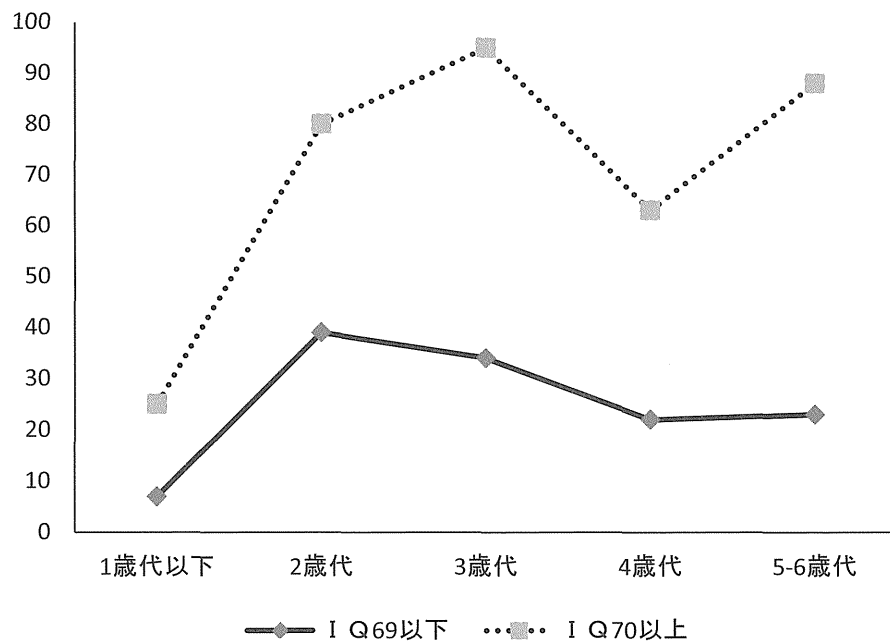
小1 PDD 有病率



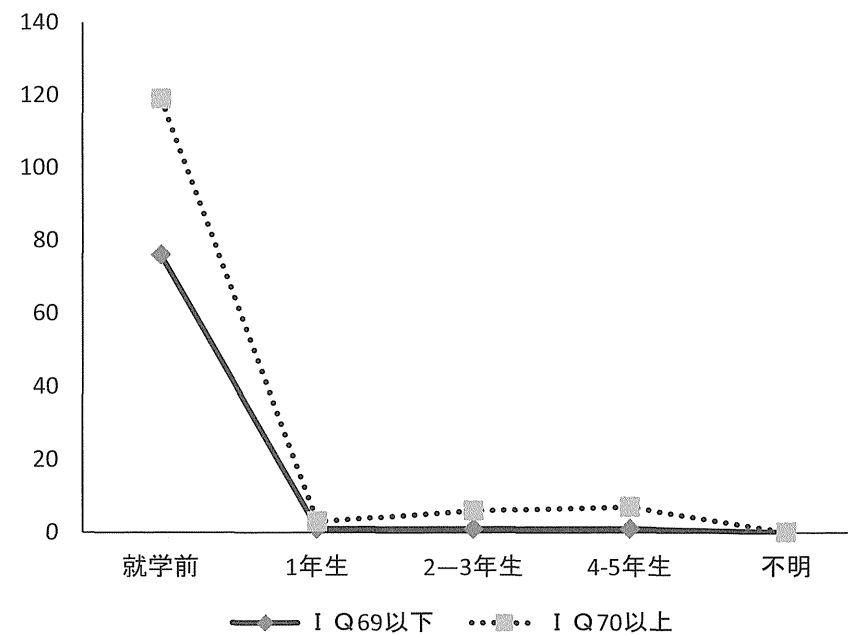
■IQ69以下男 ■IQ70以上男 ■IQ69以下女 ■IQ70以上女

小1	IQ69以下	IQ70以上	小6	IQ69以下	IQ70以上
1歳代以下	7	25	就学前	76	119
2歳代	39	80	1年生	1	3
3歳代	34	95	2-3年生	1	6
4歳代	22	63	4-5年生	1	7
5-6歳代	23	88	不明	0	0

小1のPDD診断年齢



小6のPDD診断年齢



平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告書

自治体規模に即した発達支援システムに関する研究

～豊田市と小規模自治体における支援実態～

分担研究者 高橋 脩（豊田市こども発達センター センター長、児童精神科医）
研究協力者 上里初志（豊田市こども発達センター 地域療育室、社会福祉士）
伊澤裕子（豊田市子ども家庭課、保健師）
小川しおり（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、児童精神科医）
神谷真巳（豊田市こども発達センター 地域療育室、臨床心理士）
駒井恵理子（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、臨床心理士）
河原三佳（豊田市教育委員会学校教育課青少年相談センター、教師）
酒井利浩（豊田市こども発達センター 地域療育室、保育士）
村井八千代（豊田市こども発達センター 地域療育室、保健師）
森下典代（豊田市こども発達センター 地域療育室、言語聴覚士）
若子理恵（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、児童精神科医）

研究要旨：中核市及び小規模自治体（人口3万人未満）における発達障害のある子への発達支援システムの現状について、サンプル調査（アンケート調査、一部は現地調査）を実施した。愛知県豊田市は、中核市として発達支援に必要な基幹機能が早期発見から学校教育に至るまで整備されていた。累積発生率では、広汎性発達障害が従来の報告より1～2%高く、3%を超えていた。小規模自治体17町村の調査では、子どもの発達を支える機能は比較的良好に整備されていたが、支援システムを運営するための機能や研修・人材育成については不十分であった。また、山間地や離島で優れた支援を実践している自治体があることも明らかになった。

2011年の改正障害者基本法により、同法17条によって各基礎自治体（市区町村）には障害のある子（以下、障害児）の発達を保障するための支援（療育）体制を整備する義務が課せられることとなった。これに伴い、発達障害のある子（以下、発達障害児）を含む障害児への発達支援は、基礎自治体の実施主体となり自治体規模等に即した支援システムの整備が我が国の当面の課題となっており、実効性のあるシステムモデルの提案が時代の要請である^{(1),(2)}。

本研究班は基礎自治体の人口規模に合った支援システムの提案を最終目的としているが、初年度である今年度は自治体における支援の現状を把握する目的で、2つの実態調査（①中核市調査、②人口3万人未満の小規模自治体調査）を行ったので報告する。

I. 中核市調査

A. 研究目的

中核市における発達障害児の発達支援の実態を明らかにし、中都市（人口20万人から50万人程度で、主として中核市と特例市を想定）における発達支援システムを検討するための資料とすること。ただし、幼児期・学齢期においては発達障害児の支援機能・システムは知的障害児と重なる部分も多い。したがって、本研究では知的障害を含めた支援のあり方について検討することとする。

B. 研究方法

調査は、中核市であり分担研究者の勤務施設がある愛知県豊田市を対象に、以下の2調査を実施した。

1. 地域特性に関する調査

発達支援は自治体の地域特性を踏まえて行うことが前提である。本研究班共通の調査票「対象とした地域（地域特性）」（資料参照）に従い、総面積、人口、人口動態、出生児数、出生率、産業構造、自治体の経済状態、住民の社会経済階層、地理的特性等について、豊田市の統計資料（Web 統計とよた）及び豊田市の関係課からのヒアリング調査に基づき行なった。統計資料は、就業人口と職業大分類別就業者数は2010年の国勢調査結果、その他は最新情報（例えば、住民登録外国人）に基づいている。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

発達支援は支援システムの整備状況と対象となる児童の実態を踏まえて計画を立て整備することが重要である。それらを把握するため、本研究班共通の調査票「発達障

害の支援システム」（資料参照）をもとに以下の2調査を実施した。

1) 発達支援機能及びシステムの整備状況調査

発達障害及び知的障害を対象とした障害の早期発見から学校教育に至るまでの発達支援機能とシステムの整備状況について、豊田市における障害児支援の中核施設である豊田市こども発達センター⁽³⁾（以下、原則的に「発達センター」）の関連資料に加え、豊田市子ども家庭課・教育委員会学校教育課等の協力を得て調査を行なった。

調査内容は、①子どもの発達支援と家族の子育て支援に関わる基幹機能⁽²⁾〔直接支援機能：障害の早期発見、発見後の子どもの発達及び家族の子育て支援、通園療育、障害児保育、教育、医療（診断・各種医学的ハビリテーション）、相談〕、②支援システムを有機的・継続的・発展的に機能させていくための基幹的支援機能（間接支援機能：システム運営組織、巡回療育相談、人材育成、研究等）であった。

2) 発達障害児の実態調査

対象となる児童数を推定するために2つの調査を実施した。

（1）発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査

豊田市教育委員会が実施している発達障害児調査に基づき、2013年度の小学1年生及び6年生で、学校の教師が児童の医療機関への受診を把握しているか否かにかかわらず、発達に何らかの遅れや偏りがあり発達支援の対象と考えられる児童数について調査した。

遅れや偏りに該当する発達の問題及びそれから推定される関連障害（下記の丸括弧

内の障害が該当) は以下の通りであった。

対人関係やこだわりなどの問題(自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害、自閉症スペクトラム)、落ち着きがない、そそっかしいなどの問題(ADHD、多動性障害)、言葉を理解することや話すことの問題(発達性構音障害、発達性言語障害)、全体発達の遅れでは説明のつかない学力の問題(学習障害、LDなど)、全体発達の遅れ(精神遅滞、知的障害など)、何らかの精神科などの専門的ケアを要すると思われる問題(吃音、場面緘黙、チックなどが主たる問題の場合、これに含める)。

調査は豊田市教育委員会学校教育課の研究協力者が本研究班共通の調査票に基づき行った。対象校は豊田市の全小学校(74校)及び豊田市に住民票のある該当学年の児童が通学している特別支援学校5校(主たる対象障害は、肢体不自由、知的障害、盲、聾)であった。

(2) 発達障害と診断された児童の調査

豊田市生まれの児童(以下、出生コホート:住民票のある外国籍児童を含む)のうち、2013年4月現在で小学1年生又は6年生で、豊田市子ども発達センターの障害専門診療所(以下、「のぞみ診療所」)を受診し児童精神科医、一部は小児神経科医によって、米国精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル、第4版』(DSM-IV)に従い発達障害または知的障害と診断された児童数と累積発生率を調査した。

調査の対象とした障害は、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、コミュニケーション障害、学習障害、精神遅滞(WHOの診断統計マニュアル第10版に従い知能指数69以下を精神遅滞とした)、その他であ

った。

調査は、「のぞみ診療所」の医科を受診した該当年齢の豊田市生まれの全児童から上記診断に該当する事例を抽出し、3人の児童精神科医が改めて診断の正確性について確認した。

(倫理面への配慮)

教育委員会など行政機関における調査については、匿名性に留意し数的情報のみを取り扱った。「発達センター」の診療録の研究利用については、初診時に匿名性に配慮したうえで情報を研究に利用することについて保護義務者から文書で同意を得ているが、個人情報の管理については徹底を期した。また、本研究の実施にあたっては豊田市子ども発達センター研究倫理審査委員会の承認(承認番号第47号)を得ている。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

豊田市は愛知県西三河北部地域の中心都市であり、面積は約920km²(大阪府の約半分の面積)と県内では最も広い基礎自治体(地方自治体としては中核市に指定)である。デパートのある都市部から過疎化が進む山村部まであり、暮らしは多様である。主要産業は自動車関連産業であるが、農業も盛んである。

人口については、近年は42万人台で安定しており、年間出生児数は2012年度が4,235人であり、4,200人から4,300人で推移している。ブラジル人、中国人、フィリピン人など在住外国人が多い(2013年4月1日現在の住民登録外国人、13,143人)ことでも知られている。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

1) 発達支援機能及びシステムの整備状況調査

発達障害児の発達支援に関わる基幹機能（直接支援機能及び間接支援機能）の現状については、下記の通りであった。

(1) 直接支援機能

豊田市の幼児健診受診率（2012年度）は、1歳6カ月児健診は94.9%、3歳児健診は93.4%であり、フォロー率はそれぞれ25.1%、24.1%であった。

発達障害の発見は2大幼児健診、主として1歳6カ月児健診でなされていた。障害の有無にかかわらず発達に支援が必要な子と判断されると、豊田市における発達支援の中核機関である「発達センター」の子育て支援グループ（「あおぞら」、「おひさま」、利用定員は合わせて700人、豊田市の単独事業で利用料は無料、週に1～2回通園、集団保育モデルで実施しているので心理的敷居が低い）に、幼児期前期（1～3歳）に紹介され子どもの発達支援・保護者の子育て支援がセットで提供される。2012年度末で豊田市在住2歳児の6.7%が通所していた。通園しているうちに、保護者が障害に気づくと「発達センター」内にある専門の診療所「のぞみ診療所」に紹介され、各専門医（児童精神科、小児神経科、小児整形外科、耳鼻科、小児歯科等）によって診断が行われ、必要に応じて各種医学的ハビリテーションが開始される。

年間の医科初診患者数は550～600人である。2005年度生まれの児童4,184人のうち、400人（9.6%；2012年9月1日現在、未発表資料による）、約10%が就学前に「のぞみ診療所」を受

診していた。

通園療育については、「発達センター」内に障害種別に応じた3種類の児童発達支援センターがある。広汎性発達障害のある児童は精神発達に障害のある児童を対象とした2つの児童発達支援センター（支援ニーズに応じて単独通園又は母子通園、保育所等訪問支援事業も実施）を利用する。障害のある外国人児童については、保護者と職員の円滑なコミュニケーションを図るため、ブラジル人児童の多く通う児童発達支援センターにブラジル人通訳を配置するなど其々の文化を踏まえた支援に努めている。

子育て支援グループまたは児童発達支援センターでの通園目的が達成されると、多くの児童（毎年度300～350人）が居住地に近い市内の保育園・幼稚園に就園していき、統合保育を受ける体制が整備されている。就園後は、保育園・幼稚園（私立幼稚園も含む）に対し年間200回を超える定期及び随時の巡回療育相談が「発達センター」を中心に行われている。

健診で「発達センター」の子育て支援グループや診療所を紹介しても保護者の意向で利用しない場合や他の自治体からの転入児などでは、保育園等への入園申し込み時や入園後に発達障害に改めて気づかれる児童もいる。その場合には、タイミングをみて保育園等のスタッフが「発達センター」を紹介し、診断に至ることが多い。

就学にあたっては、「発達センター」内の児童発達支援センター通園児は、保護者の同意の下で就学先の学校に文書と口頭で引継ぎがなされる。保育園等に通っている児童については、保護者の了解を得ることを前提に、所定の引継ぎ様式に従い園から学

校への引継ぎが行われる。

就学後は、豊田市教育委員会学校教育課の所管である豊田市青少年相談センター（パルクとよた）に配置の特別支援教育担当指導主事（3人）が中心となり、同センターのスクールソーシャルワーカー、「発達センター」、市内と隣市にある2つの特別支援学校等が連携し市内の小中学校を支援するなど特別支援教育を推進している。

就学後に小中学校で障害に気づかれた児童は、幼児期と同様に「発達センター」に紹介され、医療も含め支援が開始される。

相談機能については、「発達センター」に相談支援部門が設置されている。相談支援部門は、本人・家族からの相談と並び関係機関からの相談への対応、関係機関との連携・調整、関係機関への支援（障害児等療育支援事業を含む）を専門的に行っている。児童福祉法改正により2015年度から義務化される障害児相談支援事業についても、2013年度から事業を開始し通所計画相談を含めた相談支援体制を整えている。

（2）間接支援機能

豊田市には発達支援システムを運営するための連携組織として、主に幼児期を担当する「豊田市心身障がい児早期療育推進委員会」（以下、「推進委員会」）、学齢期を担当する「豊田市特別支援教育連携協議会」がある。

「推進委員会」は豊田市私立幼稚園協会を含む12の関係機関・組織から構成されている。緊密な連携の下にいわゆるPDC Aサイクルの手法に基づきシステムを運営するとともに、巡回療育相談、各種研修、事例検討会、共同研究等の共同事業を行い、システムの発展と人材育成を図っている。

「豊田市特別支援教育連携協議会」は、「推進委員会」と同様に小中学校における特別支援教育の推進と地域連携に中心的役割を果たしている。それぞれの事務局を担当している「発達センター」と豊田市青少年相談センターは緊密に連携し一貫性のある支援体制の維持・発展に努めている。

（3）その他

増加の一途をたどる利用児への対応、専門家ことに専門医の養成と確保、今後急速に増えていくことが予想される児童発達支援事業所及び放課後等児童デイサービス事業所と既存のシステムとの連携が当面の課題として挙げられる。

2）発達障害児の実態調査

（1）発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査（表I-1）

小学1年生では全児童数4,095人のうち、138人（3.4%）に、6年生では4,172人のうち、184人（4.4%）にそれぞれ問題が認められた。

医療機関の受診が確認されなかったのは、「言葉を理解することや話すことの問題」1人（1年生）、「なんらかの精神科などのケアを有すると思われる問題」1人（6年生）のみであった。

問題としては、両学年とも「対人関係やこだわりの問題」が最も多く、合わせて228人（把握された児童322人の70.8%）、次いで「全体発達の遅れ」で57人（17.7%）であった。「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」は29人、「全体発達の遅れでは説明のつかない学力の問題」は4人、合わせて33人（10.2%）であり、落ち着きがない2人を除き6年生であった。

表 I - 1 遅れや偏りのある子 (%)

問題	1年生 N=138	6年生 N=184	合計 N=322
対人関係 問題など	114 (82.6)	114 (62.0)	228 (70.8)
落ち着き なさなど	2 (1.4)	27 (14.7)	29 (9.0)
言語理解 問題など	2 (1.4)	1 (0.5)	3 (0.9)
学力の 問題など	0 (0)	4 (2.2)	4 (1.3)
全体発達 の問題	20 (14.5)	37 (20.1)	57 (17.7)
その他	0 (0)	1 (0.5)	1 (0.3)

(2) 発達障害と診断された児童の調査

①小学1年生調査(表I-2)

累積発生率を算出する母集団として、同学年で豊田市生まれ(2006年4月2日~2007年4月1日)の正確な児童数が確認できなかったため、2006年4月1日から2007年3月31日の間に豊田市で生まれた4,271人を出生コホートとした。

表 I - 2 発達障害と診断された小学1年生

障害	児童数 (人)	累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	130	3.04
注意欠陥 多動性障害	17	0.40
コミュニケーション障害	24	0.56
学習障害	1	0.02
精神遅滞	53	1.24

注:広汎性発達障害については、対象を自閉性障害及びアスペルガー障害と診断した児童に限定した。その他の診断名(広汎性発達障害、特定不能の広汎性発達障害)の児童が48人認められたが、これらは診断の正確性に問題がある可能性もあるので除外した。

・広汎性発達障害

自閉性障害及びアスペルガー障害を合わせて130人(3.04%)であった。内訳は、自閉性障害101人(77.7%)、アスペルガー障害29人(22.3%)であった。性別は、男93人、女37人であり、男女比は2.5:1であった。基礎疾患が3人(2.3%:脳性麻痺、Williams症候群、水頭症が各1人)に認められた。併存症については、知的障害28人(21.5%、全例が自閉性障害の診断)、注意欠陥多動性障害2人(1.5%)であった。

なお、知能評価については、2人を除き知能検査又は発達検査(精神遅滞併存例)を行っている。2人については、言語機能等から精神遅滞はないと判断した。

・注意欠陥多動性障害

17人(0.40%)に認められた。

・コミュニケーション障害

24人(0.56%)に認められた。内訳は、発達性構音障害21人、表出性言語障害3人であった。

・学習障害は、1人のみであった。

・精神遅滞

53人(1.24%)に認められた。基礎疾患が16人(30.2%:脳性麻痺4人、Down症候群3人、他の染色体異常2人。脳炎後遺症、水頭症、筋緊張性ジストロフィー、小頭症、多発形態異常、Lesch-Nyhan症候群、先天性中枢性肺泡低換気症候群、

各1人)に認められた。広汎性発達障害の併存が28名(52.8%)に認められた。

②小学6年生調査(表I-3)

出生コホートとして、2001年4月1日から2002年3月31日の間に豊田市で生まれた4,173人を用いた。

表I-3 発達障害と診断された小学6年生

障害	児童数 (人)	累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	163	3.91
注意欠陥 多動性障害	42	1.03
コミュニケー ション障害	23	0.56
学習障害	3	0.07
精神遅滞	67	1.61

注：広汎性発達障害については、小学1年生と同様の基準を用いた。その他の診断名(広汎性発達障害、特定不能の広汎性発達障害)の児童は22人であった。

・広汎性発達障害

163人(3.91%)であった。内訳は、自閉性障害147人(90.2%)、アスペルガー障害16人(9.8%)であった。性別は、男134人、女29人であり、男女比は4.6:1であった。基礎疾患が3人(1.8%：神経線維腫症I型、Down症候群、他の染色体異常、各1人)に認められた。併存症については、知的障害36人(22.1%、全例が自閉性障害の診断)、注意欠陥多動性障害8人(4.9%)であった。なお、知能評価については、全例に知能検査又は発達検査(精神遅滞併存例)を行っている。

・注意欠陥多動性障害

42人(1.03%)に認められた。

・コミュニケーション障害

23人(0.56%)に認められた。内訳は、発達性構音障害18人、表出性言語障害5人(学習障害の併存2人含む)であった。

・学習障害

3人に認められたのみであった。

・精神遅滞

67人(1.61%)に認められた。基礎疾患が19人(28.4%：脳性麻痺7人、Down症候群3人。筋緊張性ジストロフィー、水頭症、神経線維腫症I型、Cornelia de Lange症候群、Angelman症候群、脳形成異常、先天性多発性関節拘縮症、頭蓋縫合早期癒合症、脳炎後遺症、各1人)に認められた。広汎性発達障害の併存が36人(53.7%)に認められた。

③両学年の累積発生率比較(表I-4)

小学1年生と6年生を比較すると、広汎性発達障害で0.87%、注意欠陥多動性障害で0.63%、精神遅滞で0.37%の増加が認められた。その他の障害については、変化は認められなかった。

表I-4 累積発生率の比較

障害	1年生累積 発生率(%)	6年生累積 発生率(%)
広汎性 発達障害	3.04	3.91
注意欠陥 多動性障害	0.40	1.03
コミュニケー ション障害	0.56	0.56
学習障害	0.02	0.07
精神遅滞	1.24	1.61

最も累積発生率の高い広汎性発達障害は、両学年群とも3分の2の児童が幼児期前期に確定診断を受けていた。6年生群では、約1割の児童は7歳～11歳の間に診断を受けていた（表I-5）。

表I-5 確定診断年齢

年齢	1年生 (%) N=130	6年生 (%) N=163
1～3歳	87 (66.9)	109 (66.9)
4～6歳	38 (29.2)	34 (20.8)
7～11歳	5 (3.9)	20 (12.3)

D. 考察

1. 豊田市の発達支援体制の整備状況

発達障害を含め障害児の発達支援については、早期発見に始まり、それに引き続き総合的で一貫性・継続性・発展性を兼ね備えたシステムの整備が求められる。発達支援に必要な基幹機能は、自治体規模の大小にかかわらず必要であるが、全ての自治体が自前で整備する必要はない。小規模自治体では、近隣自治体の専門機能を活用することも現実的で効率的な方法である。

しかし、人口20万以上の中都市、ことに人口30万人以上の中核市にあつては、専門医療機関を含めすべての機能を備えた発達支援システムを自前で整備する必要がある⁽⁴⁾。

ところで、基礎自治体における支援体制整備について検討するためには、基幹機能の整備状況について、まず「自治体診断」を行うことが必要である。豊田市については、新たに整備が求められている障害児相

談支援事業も含め直接支援機能及び間接支援機能のいずれにおいても一通り整備されていると評価されよう。

しかし、「発達支援機能及びシステムの整備状況調査の(3)その他」で記したような新たな問題がある。これらは豊田市のみならず、支援体制の整備と制度変更に伴いどの自治体も直面する可能性のある問題でもあろう。このような問題への対応は、次年度以降の検討課題としたい。

2. 豊田市における発達障害の実態

発達支援体制の整備にあたっては、対象となる障害児の実態把握が前提となる。

今回実施した「発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査」では、学校教育現場では、広汎性発達障害と関連性が深い「対人関係やこだわりの問題」が最も多く、次いで精神遅滞と関連した「全体発達の遅れ」であった。

多数の該当児童がいることが予想された注意欠陥多動性障害と関連した「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」、学習障害と関連した「全体発達遅れでは説明のつかない学力の問題」は極めて少なかった。

我が国では広汎性発達障害と異なり注意欠陥多動性障害や学習障害に関する信頼性の高い有病率の報告はない。今回少なかった原因については次年度検討を進めたい。

「発達障害と診断された児童の調査」では、広汎性発達障害の累積発生率が小学1年生及び6年生でともに3%を超えていた。ことに小学6年生では3.91%と、2008年に河村ら⁽⁴⁾が報告した豊田市における累積発生率1.81%の2倍以上の極めて高い値を示した。Kimら(2011)⁽⁵⁾は、韓国で7歳から12歳を対象に疫学研

究を行ない、現在のところ最も高い有病率 2.64%を報告しているが、今回の結果は方法等に違いはあるが Kim らの報告よりさらに高いものであった。現在、広汎性発達障害の有病率はおおよそ2%と考えられているが、今回の調査結果は、さらに高い割合で出現している可能性を示唆している。次年度以降さらに調査を進め、高い累積発生率を示した要因についても検討したい。

E. 結論

中都市における発達支援システムの現状と課題を明らかにする目的で、中核市である愛知県豊田市の現状について「自治体診断」を行った。豊田市では、発達障害児の発達支援に必要な基幹機能はすべて整備されていたが、今後取り組むべき課題も明らかとなった。

また、小学1年生と6年生を対象に発達障害（精神遅滞含む）の累積発生率等について調査を行なった。広汎性発達障害の累積発生率が3%台と、従来の報告よりはるかに高い結果であった。

引用文献

- 1) 高橋 脩(2008)：広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害等の早期発見と対応に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）発達障害（広汎性発達障害、ADHD、LD等）に係る実態把握と効果的な支援手法の開発に関する研究（主任研究者：市川宏伸），平成17-19年度総合研究報告書，5-9.
- 2) 高橋 脩（2010）：早期の発見と支援—現状・課題・今後のあり方. 市川宏伸（監修），内山登紀夫他（編著）：発達障害

者支援の現状と未来図 早期発見・早期療育から就労・地域支援まで、pp.19-40，中央法規，東京.

- 3) 高橋 脩(2013)：豊田市こども発達センター～ノーマライゼーション社会をめざして～. アスペハート，33(3):70-73.
- 4) Kawamura Y, Takahashi O, Ishii T. (2008): Reevaluating the incidence of pervasive developmental disorders: impact of elevated rates of detection through implementations of an integrated system of screening in Toyota, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*; 62, 152-159.
- 5) Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, et al (2011): Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry*, 168, 904-912.

II. 人口3万人未満の小規模自治体調査

A. 研究目的

2013年4月1日現在で我が国には1,742の基礎自治体（市区町村）が存在する。人口規模では、10万人未満の基礎自治体が1,460（全基礎自治体の84%）あり、ことに人口3万人未満の小規模自治体が943（54%）と半数以上を占めている。

我が国の基礎自治体における発達支援体制は、人口が多く、財政力・社会資源とも豊かな大都市または中都市を中心に整備が始まり現在に至っている。しかし、これら都市部におけるシステムモデルを人口が少なく財政力・社会資源も乏しい小規模自治

体に適用することは無理があり、規模に相応しいシステムの整備が求められる。

本調査は、これら小規模自治体の特性を踏まえた発達支援システムを検討するための資料を得ることを目的としている。

ただし中核市と同様に、幼児期・学齢期においては発達障害児の支援機能・システムは知的障害児と重なる部分も多い。したがって、本研究では知的障害を含めた支援のあり方について検討することとする。

B. 研究方法

人口3万人未満の小規模自治体調査を、17自治体(16町1村)に対して行った。対象地域は下記の通りであり、近畿地方を除く7地方に分布していた〔北海道3町(以下、場合により北海道A町、北海道B町、北海道C町)、福島県1町1村、東京都1町、長野県1町、愛知県2町(愛知A町、愛知B町)、岐阜県2町(岐阜A町、岐阜B町)、広島県1町、島根県1町、徳島県1町、鹿児島県2町(鹿児島A町、鹿児島B町)、沖縄県1町。このうち、北海道C町、東京都1町、鹿児島県のA町、B町は離島にある自治体〕。

対象自治体の選定及び各自治体調査については、各都道府県の市町村事情に通じた本研究班の分担研究者及び各分担研究者の研究協力者の多大な協力を得た。

これら町村を対象に、中核市調査と同様に、研究班共通の調査票(資料参照)を用いて下記の2調査を行なった。

①地域特性に関する調査

調査内容は、調査票の「対象とした地域(市町村区)の地域特性」の項目に基づいている。

②発達障害の支援ニーズに関する調査のうち、発達支援機能及びシステムの整備状況調査

調査内容は、調査票の「発達障害の支援システム」の項目に、「発達障害者支援センターとの連携」(同センターからの支援、センターへの要望等)を加えた(資料参照)。小規模自治体では、発達障害に特化して広域支援を行っている専門機関からの支援が必要ではないかと推測したためである。

調査は、以下の2通りの方法で行った。

①郵送調査法と面接調査法の併用(愛知県2町、岐阜県2町、徳島県1町、鹿児島県2町)、②留置調査法(上記以外10町村)。

面接調査を行なった7町のうち、鹿児島県2町と徳島県1町については、本分担研究者の研究協力者が出掛け本格的な現地調査を行なった。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査(表Ⅱ-1)

支援体制の整備に関係の深い、自治体面積、人口、人口密度、高齢化率、出生児数、普通出生率、財政力指数について述べる。なお、全国の市町村全体の統計資料を得られなかった出生児数及び普通出生率を除く各項目については、対照群として表Ⅱ-1の注に記した市町村全体の統計資料を用いた。

1) 自治体面積

市町村全体(以下、「全体」)の平均面積は216.6km²、対象群の平均は133.4km²(15.0~336.2km²)であった。「全体」の平均以上の自治体4町(23.5%)、平均未満13町村(76.5%)であった。

表Ⅱ－１ 自治体の概要

項目	市町村全体	17 町村
平均面積 (k m ²)	216.6	133.4
平均人口 (人)	69,291	13,827
人口密度 (人/k m ²)	313.9	245.8
高齢化率 (%)	24.6	29.8
財政力指数	0.51	0.43

注：市町村全体の資料は、2013年4月30日、第30次地方制度調査会第32回専門小委員会資料（抜粋）、によった。

2) 人口、人口密度

「全体」の平均人口は69,291人、対象群の平均は13,327人(3,033～28,466人)であった。人口1万人以上8町村(47.1%)、1万人未満9町(52.9%)であった。

人口密度の「全体」平均は313.9人、対象群の平均は245.8人(21.1～1,063.7人)であった。「全体」の平均以上の自治体4町(23.5%)、平均未満13町村(76.5%)であった。

3) 高齢化率

「全体」の高齢化率の平均は24.6%、対象群の平均は29.8%(18.6～43.4%)であった。「全体」の平均以上の自治体11町(64.7%)、平均未満6町村(35.3%)であった。

4) 出生児数、普通出生率

対象自治体の平均出生児数は92.7人(20～278人)、100人以上6町村(35.3%)、100人未満11町(34.7%)であった。普通出生率は人口千人当

たり7.9人(5.2～10.5人)であった。

5) 財政力指数

「全体」の財政力指数の平均は0.51、対象群の平均は0.43であった。「全体」を上回る自治体6町村(35.3%、最高1.27)、下回る自治体11町(64.7%、最低0.14)であった。

2. 発達支援機能及びシステムの整備状況調査

地域で子どもの発達と家族の子育てを支援するために必須の基幹機能(直接支援機能及び間接支援機能)の整備状況に加え、発達障害者支援センターとの関係及び同センターへの要望について調査した。

1) 直接支援機能

(1) 発達障害の発見

全自治体が1歳6カ月児及び3歳児健診を集団健診方式で実施していた。2012年度の健診受診率の平均は1歳6か月児健診が92.1%(76.2～99.4%)、3歳児健診が90.9%(64.5～100%)であったが、出生児が少ないこともあり、未受診児も確実に把握していた。5町村は健診事後フォロー事業を実施し、2次スクリーニングと育児相談を行っていた。

就学時健診は回答の得られた14町のうち11町は100%、他の2町は98%、96%であった。

発達障害の発見は、16町村では主に1歳6カ月児健診で行なわれていたが、山間過疎の1町では3歳児健診で行っていた。12町村(70.6%)は、健診とともに育児相談、保育園、学校も発見の場として重要と回答した。

幼児期後期に健診を実施している自治体

が4町（23.5%）で認められた。4歳時発達相談1町（岐阜B町）、4, 5歳健診1町（徳島県）、5歳児健診2町（北海道A町、長野県）であった。

4歳時発達相談を行っている岐阜県の町（出生児127人）では、各家庭に郵送で日本語版 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) の質問用紙を送付し回収、その結果と保育園・幼稚園での様子を合わせて子どもを評価、要観察児を抽出し支援に活用しようとしていた。

4, 5歳児の任意健診を実施（実際はほぼ全ての保護者が希望）している徳島県の町（出生児53人）は、保護者の了解が得られた全児童に K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリー（以下、K-ABC 検査）を実施し、障害の有無にかかわらずその後の発達支援に活用していた。

(2) 専門的な通園療育（表Ⅱ-2）

発達障害に特化した専門的な通園療育施設のある自治体はなかった。

表Ⅱ-2 通園施設

通園施設	自治体数 (%)
自治体内	9 (53.0)
近隣自治体	4 (23.5)
なし	4 (23.5)

幼児を対象とした発達障害を含む専門的な通園施設が自治体内にあるところは9町村（53.0%）であった。8町村は自治体直営又は社会福祉協議会運営（このうち、1町は近隣自治体と共同で設置した隣町の通園施設を利用）であり、1町は民間法人が経営する児童発達支援事業所であった。自治体直営（岐阜A町）及び社会福祉協議会運営（鹿児島A町）の2町では、通園施設が発達支援のセンター的な役割も果たし、独自に人材育成や保育園巡回も行って

いた。

交通の利便性が高い近隣自治体の療育施設を利用しているところは4自治体（23.5%）であった。

自治体内及び近隣自治体を含め発達支援を受けることができる専門的な通園施設のある自治体は合わせて13町村（76.5%）であった。

これに対し、利用できる施設がないところは4自治体（23.5%）であり、うち1町（沖縄県）は健診事後教室に療育機能を付加しようとしていた。

徳島県の1町は、通園施設はないが教育委員会が中心となり「特別支援教育モデル」による一貫した地域支援を幼児期から展開していた（詳細は後述）。

離島については、3島4町のうち、2町（北海道C町、鹿児島A町）は通園施設を設置しており、1町（鹿児島B町）は隣町の通園施設を利用していた。東京都の1町については、島内に通園施設がなく困っていた。

(3) 診断と医学的ハビリテーション

自治体内に発達障害を診断できる医療機関がある自治体は2町（福島県、鹿児島B町）であり、それぞれ県立精神科病院と私立病院に発達障害の臨床経験を有する、精神科医、小児科医が勤務していた。5町村では近隣の私立病院や診療所で診断等の医療を受けていた。合わせて7町村（41.2%）は、通院しやすい距離に専門医療機関が存在していた。

残りの10町（58.8%）は、地域で障害児・者支援のセンター的な役割を果たしている社会福祉法人（発達障害者支援セ

ンターの運営も受託)が設置した専門診療所を受診(北海道3町)するなど、発達障害を含む専門的な医療機能をもつ療育施設を利用していたが、いずれも遠距離であり通院が困難であった。ことに、離島(東京都)や山間部(愛知B町、島根県、徳島県)の4町では、専門医療機関が遠いため受診が困難であった。

(4) 保育園・幼稚園における保育・教育
全町村の保育園と幼稚園(私立幼稚園を含む)で発達障害児を受け入れていた。保育園に加配保育士を配置していない自治体(1町)も認められた。

(5) 学校教育
全町村の小学校で特別支援学級は設置されていた。3町(北海道A町、北海道B町、広島県)では全小学校に特別支援学級を設置していた。

通級指導教員を配置している自治体は8町(47.1%)であった。ことに、全児童の約4分の1が通級制度の対象となっている小学校があるなど、通級による教育が充実している町(徳島県)もあった。

自治体内に特別支援学校(県立)があるのは福島県の1村のみであった。

その他、2町(福島県、鹿児島A町)はスクールソーシャルワーカーを配置し地域における特別支援教育の充実に活用していた。福島県の町は教育委員会に配置していたが、鹿児島県の町は社会福祉協議会に配置していた。

(6) 地域における連携等
自治体における発達支援の中心機関があり、支援と連携を行っている自治体が4町あった。中心機関は、保健センター(鹿児島B町;主に幼児期の支援)、教育委員会の

子育て支援課(岐阜県A町;幼児期から学齢期まで)、教育委員会(徳島県;幼児期から学齢期まで)、社会福祉協議会(鹿児島県A町;主に幼児期と放課後支援)であった。また、北海道の3町では、自治体における数少ない保健専門家であり、乳児期から健診を通じて子どもと家庭の状況をよく把握している町の保健師が中心となり連携と調整を行っていた。

自治体独自で関係機関等が参加する連携組織を設置している自治体は9町村(52.9%)であった。特別支援教育関係の連携組織が6町村(名称は、連絡会議、連携協議会等)で最も多く、次いで2町が地域自立支援協議会に発達支援に関する部会を、1町が幼児期を対象とした連絡会を設置していた。

(7) 保育園・幼稚園への外部からの支援
発達障害児を含め発達に特別な支援が必要な児童のいる保育園・幼稚園に対し、定期的な専門的支援(巡回療育相談等)が行われている自治体は、現状が確認できた16町村のうち14町村(87.5%)であり、2町(東京都、広島県)では実施されていなかった。

支援を行っている機関は、町外の療育専門施設や特別支援学校が多かったが、町内の療育機関が手厚い巡回療育相談を実施している3町(北海道C町、岐阜A町、鹿児島A町)や独自の特別支援教育巡回相談チームが保育園等も含め活発に相談活動を行っている町(徳島県)もあった。

(8) 人材育成
年に1~2回講演会・講習会、定期的な事例検討会を実施している自治体はあったが、関係者の人材育成を計画的に行ってい

る町村は認められなかった。

(9) 発達障害者支援センターとの連携

現状が確認できた16町のうち、「ない」が7町、「定期的でない」・「講演会程度」が2町、合わせて9町（56%）であった。「あり」は7町（44%）であった。内容は、町への巡回が2町で、他は子ども発達センター連絡会、連絡会年1回やサポートコーチの訪問を年に3～5回等、相談会と連絡会（いずれも年1回）、事後指導教室への支援が各1町であった。

発達障害者支援センターへの要望は7町からあり、内容は下記の通りであった。

- ・地域の取り組みへの助言
- ・内地での初診と療育が円滑に受けられるようにしてほしい
- ・発達障害の診療ができる小児科医の育成成人期の支援への助言
- ・指導者の研修、支援の評価
- ・頻繁な支援
- ・療育を受けられる体制の整備
- ・地域における連携の仕方についてのアドバイス、専門職の研修

3) 現地調査を行なった自治体の現状

研究も少なく実情も知られていない離島の現状を知るため鹿児島県の離島にある2町と、小規模自治体における優れた実践例と評価した徳島県の1町（分担研究者も講師として参加した2012年度の徳島県発達障がい者総合支援センター主催「発達障害支援シンポジウム2012」での該当自治体の発表より判断）に、豊田市子ども発達の研究協力者を派遣し現地調査を行なった。以下は、視察者の報告書に基づき分担研究者がまとめたものである。

(1) 鹿児島県の離島2町の現状

2014年2月6～8日の3日間の日程で2人の研究協力者が現地調査を行なった。主な視察先は、2町の保健センター、児童発達支援事業所等であり、加えて私立総合病院をはじめ多くの関係者より必要な情報収集を行った。

①島の概要

総面積40km²、車を1時間半ほど走らせると一周できる広さである。島内人口は2町合わせて13,000人前後で推移しており、奄美群島の中では3番目の人口である。高齢化は進んでいるが、人口減少率は4.3%と群島の中では最も低い。また、年間出生数は120人前後である。合計特殊出生率も全国平均を大きく上回り、子どもが4～5人いる家庭も稀ではない。これは、島内の総合病院に常勤の産婦人科医がいることや、3～4世代家族が多く、育児を助ける祖父母がいること、経済的に比較的豊かなことなどが関係しているのではないかのことであった。

主な産業は農業である。1戸あたりの生産農業所得は奄美群島随一であり、全国平均の約2倍である。

他島との交通アクセスは、航路と空路がある。鹿児島空港からは、飛行機で1時間半ほどであるが、沖縄県の方が近いため、行政区分は鹿児島県だが、沖縄を生活圏としている人も多い。

②島の支援機能の概要

- ・発見：乳幼児健診（各町の保健センター）
- ・診断：私立総合病院（常勤の小児科医）、大島児童相談所巡回相談（年1回）
- ・療育：児童発達支援事業所（年齢2～5歳、単独通園又は保育園等との並行通園、

定員10人、A町社会福祉協議会運営)

- ・保育・幼児教育：保育園7園・こども園1園・幼稚園7園（全園統合保育、小規模園が多く乳児の就園率が高い）
- ・学校教育：小学校9校、中学校4校、高校1校（特別支援学級：小学校4校、中学校2校）。島内には特別支援学校はない。
- ・連携組織：特別支援教育協議会（各町）

③鹿児島A町の現状と課題

・現状

町役場のすぐ裏手に保健センターがあり、子育て支援センター、社会福祉協議会の事務局が併設されている。保健センターから数キロメートル離れたところに社会福祉協議会が運営する島内で最も規模の大きい保育園があり、隣接して児童発達支援事業所がある。

平成24年度のデータによると、健診の事後フォロー率は、3か月児健診が19.2%（すべて未定額）であり、その後、栄養相談の機会に確認し異常なしとなっている。1歳6か月児健診では3.5%、2歳及び2歳半健診の歯科検診時、子育て支援センターを利用した時など、適時経過観察をしている。3歳児健診のフォロー率は12.9%であり、子育て支援センターや保育園で保健師が発達状態を確認している。

健診後は、親子が子育て支援センターを利用している時に声をかけることが多い。しかし、すでに就園しているケースでは支援が中断しやすく、通園施設のスタッフが保育園等に通園児の送迎のため出掛けた折に担任からフォロー中の子どもの問題について相談があったとき助言をする程度にとどまっている。

2012年7月より社会福祉協議会にス

クールソーシャルワーカーを配置し学校の支援を始めている。スクールソーシャルワーカーが医療機関に紹介できたケースが2ケースであり、今後の活用が期待される。

・まとめと課題

障害児の支援では、療育、保育、就学後の支援ができる専門機能をもつ社会福祉協議会が中心的役割を担っているといえる。社会福祉協議会は、島外の専門機関による訪問相談事業のコーディネートだけでなく島を訪れた専門家の講演を企画するなど、障害児支援に幅広く力を注いでいる。療育施設の利用については、保護者の自己負担はなく送迎サービスもあることから利用しやすい。また通園児についてはスタッフが保育園・幼稚園だけでなく就学する小学校まで情報提供をしており、移行もスムーズである。

しかし、知的障害のない発達障害児については、臨床心理士がいないこともあり、発見したとしても相談や支援が難しく経過観察にとどまっている。

保育園等への専門的支援も島外からの訪問相談に頼ることが多い。ケースによっては発達的問題に気づかれていても専門的支援を受けずに就園・就学し、保育士や教師が試行錯誤しながら支援を行っているようだ。保健師によると、乳児の就園率も高く、発達支援が必要な子を保育士が担当することも多く、専門家による保育園巡回を必要としているとのことであった。

④鹿児島B町の現状と課題

・現状

町役場から数キロメートル離れたところに保健センターがあり、子育て支援センターが併設されている。保健センターのすぐ

裏手には島内で唯一の私立総合病院がある（小児科医師とそれぞれ常勤の言語聴覚士、作業療法士、理学療法士がいる）。

健診事後フォロー率は、事前アンケート調査結果では10%前後であったが、保健師が経過観察を必要としたケースを含めると1歳6カ月児健診で約20%である。健診で発達が気になった子ども達は、2歳、2歳半の歯科検診で状態を確認し、子育て支援センターを利用する際に経過観察をしている。また、健診後、療育が必要なケースや保護者も発達の遅れなど心配した場合には訪問相談や受診の勧奨をしており、療育が必要なケースは年に4人程度である。ただ、町内に児童発達支援事業所がなくA町の療育施設を利用している。利用料の保護者負担と送迎サービスがないことが問題となっている。

保健センターには、保育士が配置されており、子育て支援センターだけでなく町内の全保育園・幼稚園を巡回し保育士等の相談に対応している。巡回保育士がいることで、健診、子育て支援センター、保育園・幼稚園の情報が保健センターに集約・共有される仕組みになっている。また、町内で唯一特別支援学級のある小学校に熱心な教師が赴任してからは、支援学級へのニーズが急増し、全校児童の約1割が何らかの形で支援学級を利用するまでになった。また、この教師は特別支援教育コーディネーターも兼務しており、保健センターや医療機関とも情報交換を行い、この学校と関係機関の連携はスムーズになっている。しかし、他の学校と保健センターなどとの連携は難しく、幼児期に把握している情報が就学後の支援に活かされにくいとのことであった。

昨年度実施した障害児等療育支援事業による巡回療育相談では、島外の専門家に保育士の専門性向上を目的とした研修を依頼しケース検討会などを行った。しかし、保育士によって子どもの捉え方にかなりの違いがあることが浮き彫りになった。また、障害児保育の必要性は感じるものの、加配保育士が配置されていないことに論議が集中したこともあり、保育力を高めるという当初の目標は達成できなかった。そのため、今年度は専門家による保護者相談に切り替え実施した。

・まとめと課題

町内に療育機関がないため、保健センター所属の保育士が保育園等の巡回相談を実施することで補完している。また、保健センターでは健診事後グループの立ち上げや、子育てを担っている祖父母を対象とした発達障害についての啓発活動を計画するなど、積極的に支援の充実に取り組んでいる。また、隣接している総合病院の医療スタッフとの連携も良い。しかし、保健センターで集約された幼児期の有益な情報が、一部の小学校をのぞき、学校に引き継がれないことが問題となっている。

⑤総合評価と提言

島内の2町では、療育と診断を担う機関を共有しているが、健診項目をはじめとする支援の取り組みは異なっていた。A町は社会福祉協議会が中心となって幅広い支援を展開しており、B町は保健センターが中心となり、幼児期の情報を集約し支援の仕組みについて積極的に検討している。

最後に、2つの町に共通する課題について指摘しておきたい。

第1は、連携組織の問題である。乳幼児

健診の受診率は高く、診断機能のある総合病院、児童発達支援事業所など社会的な資源がそろっている。しかし、連携については、現在のところ熱心な支援者の個人的なネットワークで支援が展開されている。継続的で手厚い支援が受けられるケースは一部に限られており、多くはそれぞれの機関が別々に支援をしている状態である。島内、町内の全体状況を把握し、各機関の連携を担当する機関・組織があると、発見から診断そして専門療育・保育・教育へとつながる一貫性と継続性のある支援システムが整うのではないかと考える。このような連携組織ができると、B町の幼児期から学齢期への移行支援の問題も解決できるのではと思われる。

第2は、発達に関する相談機関の問題である。健診後に発達の遅れや特異性に気づかれた場合は、島外からの巡回療育相談を利用することになる。このため、島外の拠点施設からの支援は、発達の評価や子育て相談など利用者支援に時間を取られ、保育士や教職員からの相談や専門性を向上するための研修やなど支援者支援にまで時間が割けないようだ。

町内に保護者が安心して相談できる相談窓口があると、島外から支援にやってくる専門家は島内の支援者の力量向上に活用し、利用者からの相談は島の暮らしや人との関係なども熟知している地元の支援者が担当すると、島の暮らしに即した充実した発達支援・家族支援が展開できると思われる。

その他、臨床心理士など発達評価をする専門職が配置されていないため、保健師は専門的な支援が必要なケースか否かの判断が難しく、保護者への適切な助言や医療機

関への受診を勧めることの難しさを感じているようであった。困難な問題ではあるが、発達障害の支援に不可欠な心理士の確保も取り組むべき課題であろう。

⑥所感

人口13,000人の小さな島ではあるが、その中で今回の視察で出会った方たちは、熱意があり力量のある人たちであった。今回の視察にあたり、視察計画（この中には、視察者による発達障害児の支援に関連した2つの講演含む）を立案してくださった社会福祉協議会の事務局長は、「資源の少ない島の中なので、外部の専門家が来た時には必ず講演等の企画をする」、と人的な資源を有効に活用する力のある人であった。

児童発達支援事業所の職員は、通っている子どもたちについて「子どもたちもこの仕事も大好きです」と「自分の子のようにかわいい」と愛情を注ぎ、通ってきた子どもたちを温かく迎え入れていた。また、特別支援学級を担当するベテランの教師は、「気になる子は、支援級を気軽に利用できるようにするとよい」、と柔軟な姿勢をもち、保健師や医療機関との連携も積極的に図っていた。本研究班のアンケート調査項目に記入してくれた保健師は、両町それぞれの課題をよく認識しており、積極的に改善を試みようとしていた。また、両町を案内してくれた総合病院の小児科医はその人柄で島の人たちと垣根のないつながりを作り、町の支援システムの課題も把握しようと支援に携わる保健師の話を熱心に聞いていた。こうした“人”の力がどこにでも感じられる島であった。この人たちの力をつなぐ連携組織ができ、支援がシステムとして機能できるようになると、どんな小さな自治体