

5) 療育手帳, その他の障害者手帳

	横浜市	広島市	福岡市
判定方法	<p><就学前> 療育センターの田中ビネーV 知能検査結果を児童相談所が読み替えて「判定」する形式が大半。 <学齢期以降> 療育センターでフォローされているケースについては就学前と同じ対応。</p>	<p>就学前・学齢期とも児童相談所にて判定を実施 *療育センターでの評価結果を追認することはない。</p>	<p><就学前> 療育センターの評価結果を児童相談所が追認 <学齢期以降> 児童相談所で判定</p>
基準	<p>田中ビネーV による知能指数を用いて判定： 最重度 (A1) 20 以下 重度 (A2) 21 以上 35 以下 中度 (B1) 36 以上 50 以下 軽度 (B2) 51 以上 75 以下 (自閉症などの知的障害以外の発達障害の要因は、必ずしも判定に加味されない)</p> <p>*知的障害のない自閉症 知能指数が境界線級 (IQ76 から 91) で、かつ自閉症の診断書 (自閉症, 自閉性障害, 自閉症候群) があれば軽度 (B2) と認定</p>	<p>従来の知的障害児を対象としている。 田中ビネー式による IQ を用いて判定 最重度 (A) IQ=20 以下 重度 A IQ=21~35 以下 中度 (B) IQ=36~50 以下 軽度 B IQ=51~75 ※平成 21 年 4 月より, IQ=76~84 で生活困難度の高い発達障害児に対して B を交付 ※療育手帳非該当の高機能群は, 精神障害保健福祉手帳で対応</p>	<p>従来の知的障害児を対象としている。 主に田中ビネー式による IQ を用いて判定 幼児期は療育センター施行の発達検査による DQ も用いる。 最重度 (A1) 20 以下 重度 (A2) 21 以上 35 以下 重度・合併 (A3) 36 以上 50 以下で 身体障害者手帳 1~3 級を所持 中度 (B1) 36 以上 50 以下 軽度 (B2) 51 以上 75 以下 *高機能群の扱い 学齢期以降は田中ビネー式による IQ を用いて判定。療育手帳は従来の知的障害児 (IQ75 以下) を対象とし, 高機能群は精神障害保健福祉手帳で対応</p>
発行人数	<p>療育手帳交付人数 24,171 人 (総人口に対する交付割合 0.65%) うち 18 歳未満 9,172 人 (18 歳未満人口に対する交付割合 1.5%) A1 : 1,359 A2 : 1,243 B1 : 1,439 B2 : 5,131 (H26 年 3 月)</p>	<p>療育手帳交付人数 7,565 人 (総人口に対する交付割合 0.63%) うち 18 歳未満 2,595 人(H26 年 3 月) (18 歳未満人口に対する交付割合 1.3%) Ⓐ : 最重度 200 A : 重度 566 Ⓑ : 中度 521 B : 軽度 1,308</p>	<p>療育手帳交付人数 9,306 人 (H25 年 6 月末) (総人口に対する交付割合 0.63%) うち 18 歳未満 2,620 人 (18 歳未満人口に対する交付割合 1.1%) A1 : 462 人 A2 : 471 人 (A3 : 37 人) B1 : 590 人 B2 : 1,060 人</p>
その他			<p>福岡市では高機能自閉症群への療育手帳が検討されたが, 現状では発行されていない。</p>

6) 学齢期・青年期の例に対する事業

	横浜市	広島市	福岡市
事業	<p>学齢前期支援事業：小学校期対象 すべての療育センターで実施。担当者として、各センターに、非常勤医師1人（半日×週2日非常勤）、心理士1人（常勤）、ソーシャルワーカー1人（常勤）を配置。</p> <p>学齢後期支援事業：中学校期から18歳までを対象 市内の3施設で実施 2施設は診療対応（横浜市総合リハビリテーションセンター、小児療育相談センター） それぞれの施設に、医師1人（常勤）、心理士1人（常勤）、ソーシャルワーカー2人（常勤）、看護師1人（常勤）。</p> <p>1施設は相談対応 所長1人 心理士2人 ケースワーカー2人</p>	<p><外来療育> 高機能自閉症・アスペルガー障害の学童期児童を対象とした教室を開催</p> <p><移行支援> サポートファイル“ゆい”を作成し、平成20年度から配布し、移行支援の際に利用できるよう使用方法の研修を委託し、実施している。</p> <p><発達障害者支援センター事業> ① オープン相談の場の運営 15歳～30歳を対象として、当事者の方の相談支援等を行う</p> <p>② 生活応援講座を開催し、生活訓練プログラムを実施</p> <p>③ パロリ茶話会 18歳以上の当事者の方を対象として、双方のコミュニケーションを図るように運営している話し合いの場等の当事者対象の事業を開催</p>	<p><相談支援事業> 相談支援事業として18歳までの相談を受けしており、医療に関しては必要に応じて各医療機関（主に児童精神科）を紹介している。</p> <p><外来療育グループ> 不器用さのある小学1年までの高機能児を対象に感覚統合グループを行っている。</p> <p><移行支援> 福岡市教育委員会との協力の元、移行支援ガイドラインに基づき引継ぎを行う体制を整備している。</p> <p>あいあいセンター成人部門で、高機能群の生活・就労支援</p> <p><発達障害者支援センター> ・当事者・家族への相談支援、就労支援 ・機関連携と支援 ・普及啓発活動 ・支援者養成や保護者向け研修 ・ペアレントメンター養成</p>

7) 支援システムにおける医療の位置づけ

	横浜市	広島市	福岡市
早期	<p>各ケースに対する障害の診断と支援の方針を、関係スタッフの協力を得て決定する。必要に応じて、こどもの薬物療法と保護者のカウンセリングを行う。</p> <p>地域療育センター、リハビリテーションセンターに常勤医師を配置。療育センターではセンター長となる。療育センター、リハセンターは、関係機関（区福祉保健センター、医療機関、保育所・幼稚園、学校機関、児童相談所など）と連携をとりながら、地域の中核機関として発達への支援、家族への支援、地域への支援の役割を担うが、センター長はその統轄の役割を担う。</p> <p>診療では、利用児数が長期にわたって増加傾向</p>	<p>療育センターは医療を担う施設として、診断・療育(外来療育)・訓練を担っている。</p> <p>・小児科初診(就学前)は2～3か月待ち、再診は4～5か月待ち。</p> <p>・精神科初診(就学後)は3～4か月待ちである。再診はケースバイケースで対応している。</p> <p>初診時には、発達検査等の心理検査はせず、医師の指示で予約をする(平成24年度までは、依頼が出されてから平均3ヶ月を要していたが、平成25年度に心理検査スタッフが1名増員されたことにより、最短1ヶ月弱に短縮されている)</p>	<p>・各療育センターでは、前提として乳幼児期を対象として診療を行っている。</p> <p>・初診児の急激な増加(10年間で2倍)がみられているが、初診までの待機期間を1～2カ月以内に抑えるように診療枠を増枠して対応している。</p> <p>・初診時に発達検査や暫定の支援方針を決め、速やかな療育開始につなげている。</p>

	を続けているため、予約から初診までの期間が長いことが問題となっている（いわゆる、待機問題）。これに対しては、診断を待たずに相談活動を速やかに開始する体制が工夫されつつある。		
学齢期・青年期	この事業が開始される前から早期支援が終わって就学したケースの多くが拠点の外来に継続的に通院していた。H13年度よりすべての拠点で、学齢前期（小学校期）にある発達障害児への支援を外来診療の形で実施された。これにより発達障害の小学生も受診できるようになった。 学齢後期障害児支援事業（中学・高校期）では、診療機能を有するものが2カ所、相談機能のみのもものが1カ所、計3カ所設置。	<ul style="list-style-type: none"> ・早期と同様に診断・療育(外来療育)・訓練を担っている。 *北部・西部では、原則就学前児童を対象としているが、継続的に診療で診ることもある。 ・内服薬の処方や精神障害者保健福祉手帳や自立支援医療申請のための診断書の作成。 ・放課後等デイサービスなどの療育を受けるためには、医師の意見書を求められる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業として、学齢期（18歳まで）を対象としており、各関係機関との連携のもとで医療機関との情報共有や受診へのつなぎを行っている。 ・一部の学齢児（肢体不自由児、不器用児への訓練等）に対して、OT,PT,STが医療で対応している。 ・療育手帳対象外の発達障害児に対して、特別児童扶養手当の診断書や放課後等デイサービス等利用のための意見書を作成。 ・幼児期を主な診療対象としているため、内服薬処方は、ほとんど行っていない。

3. 教育との接点・連携

1) 特別支援教育体制

	横浜市	広島市	福岡市
特別支援学校	県立8校(他,分教室8),市立12校,国立1校,私立2校	特別支援学校: 県立4校 市立1校	H26年度 特別支援学校:市立8校,県立2校
特別支援学級	小学100%,中学98%	特別支援学級: 小学校142校:93% 中学校64校:92%	知的障害特別支援学級 小学校130校:91% 中学校60校:87%
通級指導教室(情緒・難聴言語併せて)	小学17校(情緒・LD/ADHD 11,難聴・言語13) 中学5校(情緒・LD/ADHD 4,難聴・言語5)	通級:弱視,言語,情緒・LD/ADHD等併せて小学校15校28教室,中学校2校2教室	通級:情緒・LD/ADHD等・難聴・言語併せて小学14校17教室,中学3校7教室
その他の教室	適応指導教室12カ所	適応指導教室は4カ所小学93% 中学92%	適応指導教室は4カ所
特別支援教育コーディネーター(H25年度)	全校配置(1人体制が全体の約1/3,複数指名体制が全体の約2/3)	全校配置 ・特別支援コーディネーターを指名(1人体制が主で,専任はなし) ・特別支援教育推進校の指定 ・特別支援学級研究推進校の指定	全校配置 ・特別支援教育コーディネーターを指名 ・各特別支援学校でリーダーコーディネーターを指名 ・全市・各区のコーディネーターの情報交換会(年3回実施)

<p>スクールカウンセラー</p>	<p>全校に配備（非常勤）</p>	<p>中学校 64校 高等学校 8校 特別支援学校 1校 全ての市立中学校・高等学校に1名専任SCを配置(中学校のSCは学区内の小学校も担当する、複数校兼務のSCもいる)</p>	<p>H26年度 SC55名 中学校：67校 市立高等学校：4校 （複数校兼任しているSCもいる） SSWを拠点校等に24人配置。</p>
<p>その他</p>	<p><児童支援専任> 特別支援教育コーディネーターの機能を持つ児童支援専任（クラスを担当しない）をH26年度で全校に配置完了 <ろう学校>1校 <盲学校>1校</p> <p>○特別支援教育体制充実事業への拠点からの支援 (1)巡回相談指導をする専門家チームに療育センターから人材派遣 (2)校内委員会に療育センターから人材派遣 (3)特別支援教育総合センター（教育委員会）の教員研修に療育センターから人材派遣 (4)特別支援教育総合センターの相談活動に療育センターから医師を派遣 (5)特別支援学校への就学を検討する会議に療育センター群から代表派遣</p> <p>○情緒通級指導教室（小・中学校）のすべての教師と各療育センターから学齢期担当の医師、心理士、ワーカーが一堂に会し、詳しい事例の検討がなされる合同事例検討会が年2回</p>	<p>○特別支援教育体制充実事業の実施 (1)専門家チームによる巡回相談指導 (2)特別支援教育に係る推進校への支援 (3)校内の指導体制の充実 ①特別支援教育コーディネーターの養成 ②特別支援学校のセンター的機能の充実 ③特別支援教育支援員の研修会 ④特別支援教育体制充実検討会議の開催 (4)市民・保護者や学校管理職への理解・啓発の推進</p> <p>○特別支援教育アシスタントの配置</p>	<p><発達教育センター> 就学相談、教育相談、自立活動、校内活動支援整備、啓発、巡回相談、専門家チームによる巡回相談と助言等</p> <p>○福岡市特別支援教育推進プランに基づき、各事業の実施と推進 (1)特別支援教育支援員の配置（170名） (2)全市特別支援教育連携協議会で特別支援学校のセンター的機能を充実 (3)全市特別支援教育研修会（校種を問わず全ての教員対象） (4)医療的ケア検討委員会 (5)福岡市特別支援学校就労促進ネットワーク（夢ふくおかネットワーク）事業推進 (6)ふく籍制度など交流及び共同学習の推進 (7)市民・保護者や学校管理職への理解・啓発の推進</p>

2) 早期支援拠点における就学支援

	横浜市	広島市	福岡市
<p>学校案内</p>	<p>特別支援学校見学会 通級指導教室見学会</p>	<p>広島市 HP・リーフレットで就学相談・教育相談について広報している。 特別支援学校：見学会を数回実施している。</p>	<p>福岡市教育委員会の HP・リーフレットで就学相談・教育相談について広報している。 特別支援学校、支援学級、通級指導教室の希望者の見学会（設定と随時） 小学校主催の保幼小連絡会への参加（一部校区）</p>

就学相談(教育委員会)の案内	拠点における「就学ガイダンス」の場で詳細に案内	<ul style="list-style-type: none"> ・拠点施設である3療育センターでは保護者等支援者研修や診察時に個別に保護者に案内を行っている。就学相談の資料を療育センターが作成・提出することはない。保護者が個別に就学相談を申し込む。 ・依頼により児童発達支援センター(3療育センター以外の児童発達支援センター)で担当課職員が就学相談の流れについて説明を行うこともある。 ・場合によっては、相談の一環として入院している児童の病院へ出向くこともある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各療育センターと幼稚園保育園に就学相談会の案内パンフレットを配布し、保護者勉強会や個別面談の際に案内を行う。 ・就学相談会の申し込みは通園施設、幼稚園、保育園を通して行う。 ・就学相談会の資料は、各園からのものに加え、3療育センターは心理発達評価の文書を作成し、就学相談会に提出する(小学校入学予定相談児の約90%相当)
就学ガイダンス	<ul style="list-style-type: none"> ＜療育センター主催＞ 教育委員会から講師派遣 障害種別の説明会実施 ＜教育委員会主催＞ 全市対象の説明会 	<ul style="list-style-type: none"> ＜療育センター主催＞ 保護者等支援者研修の中で、3回・就学に関する研修を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ＜療育センター主催＞ 教育委員会から講師派遣 ＜教育委員会主催＞ 全市対象の説明会(年2回)
学校との引継	<ul style="list-style-type: none"> ・特別支援学校：入学後に引継会議を定例実施 ・通級指導教室：入学後に引継会議を定例実施 ・特別支援学級：学校の依頼がある場合に実施 	療育センター内の児童発達支援センターに通所する児童については、書面及び面接・訪問にて移行支援を実施	<ul style="list-style-type: none"> ・保幼小連絡会 ・療育センターからの個別の引き継ぎ ・移行支援ガイドライン：学校主催で療育機関との引き継ぎ ・肢体不自由児については、学校からの訪問による状態把握
その他	指導主事による療育場面の視察	拠点であることも療育センターの建物の中に、就学相談を担当する部署(教育委員会の分室)の事務室・相談室がある。	福岡市教育委員会の発達教育センター内に社会福祉事業団運営の発達障害者支援センターが設置されている。

3) 拠点から学齢児への支援

	横浜市	広島市	福岡市
相談	診療申し込みのあったケースに対してソーシャルワーカーが相談を実施。	電話相談の受理	幼児期に療育センターで支援を行った児童の一部に対して、小学校1年まで支援を継続。(感覚統合訓練を受けている児童等)
診療	発達障害にかんする診療、薬物療法、臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士による評価と指導、脳波検査、採血検査	児童精神科医師による診察	学齢期以降は以下のようなケースに限定して小児科医が診察。 <ul style="list-style-type: none"> ・特別児童扶養手当等の診断書作成 ・各医療機関(主に市内の病院やクリニックの児童精神科)との連携、紹介

コンサルテーション	学校の依頼により実施。 ケース担当の医師，ワーカー，心理士，その他	療育センターの専門職が教育委員会より委嘱され，専門家チームに入っている。	就学指導委員会の委員に，医師2名，言語聴覚士1名が委嘱を受けている。
学校訪問	学校支援事業 各地域療育センター1名配置 LD 専門家派遣チームとして学校訪問	障害児等療育支援事業の一環として，施設支援事業として訪問可能。	障害児等療育支援事業の施設支援として，必要に応じて，OT，PT，ST等の専門職を派遣。
その他	学齢期向け保護者教室 早期療育ケースに対する療育フォローアップとしての施設開放や療育者による相談	発達障害者支援センターの職員が，学校からの依頼があれば，相談・コンサルテーション・学校訪問などを行っている。	OT，PT，ST等の訓練について，学校担任の訪問による訓練見学会を行っている。

4. 拠点（療育センター）における人材の供給と内部育成

	横浜市	広島市	福岡市
医師	9カ所の拠点に常勤医12名（精神科，小児科，リハ科）。リハセンターに常勤整形外科医1名。各療育センターに非常勤医10～20名。 精神科，小児科の常勤医の安定した供給には課題が残る。非常勤医は複数の大学病院や専門病院から供給されている。	常勤医師 小児科医 6名 精神科医 4名(非常勤 1名) 長年療育センターに勤務していた精神科医2名が平成25年度で退職。1名は庁内異動により，診療を行っているが，残り1名については欠員。退職した精神科医1名は，嘱託医として2日/月勤務。内部育成の体制は不十分。発達障害は治療の対象ではないという考え方もあり，個人に任されている	各療育センターに常勤医1名ずつ計3名（小児科医） 非常勤：小児科医3名，整形外科医3名，児童精神科医1名 非常勤医は大学や専門病院から派遣されている。
療育者	療育者（保育士，児童指導員，心理士，言語聴覚士，理学療法士，作業療法士，ソーシャルワーカー，看護師）の研修体制は所属研修を基本とする。 専門職養成の場として，療育研究会（講演形式で年間予算30万円），横浜市療育研究大会（横浜市内の療育センター合同で年1回開催する研究発表形式，H26年度の参加数598名），リハ事業団研究発表会（年1回）が置かれる。事業所ごとに，また職種別に研修会が年に数回ある。これらの他に階層別研修，人権研修がある。	療育者(保育士，児童指導員，心理士，言語聴覚士，理学療法士・作業療法士，保健師，看護師等)の研修体制は各所属及び職種研修を基本としている。また，派遣研修の実施により専門性を高めている。 また，新任職員研修・中堅職員研修・人権研修・倫理研修など，事業団が主催し実施している。 年1回12月に，3療育センターの職員がこども療育センターに集まり，各部署からの研究発表会を行っている。	保育士，社会福祉職（臨床心理士や児童指導員等を含む），理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，相談支援専門員，ケースワーカー，看護師・社会福祉事業団の予算や研究基金を用いて，国内派遣による研修を受講している。 ・新任職員研修・中堅職員研修・人権研修・倫理研修などを実施している。 ・職種ごとの研修会の開催 ・職種横断的に自主研究グループを組織 ・実践成果発表会 年1回。社会福祉事業団各施設，係ごとに研究や実践を短報にまとめて発表会を開催（参加者は事業団内外含め約250名）。研究実践論文投稿を薦め，優秀論文の表彰制度を作っている。 ・基本的な人権，服務，接遇研修は全職員が毎年受講。

その他	リハビリテーション事業団（9カ所の拠点）を例にとれば、療育担当にあたる常勤の医療職は、心理士33、理学療法士16、作業療法士10、言語聴覚士13であり、心理士の占める割合が45.8%と高率である。	3療育センターの医療職は、心理士18、理学療法士13、作業療法士4、言語聴覚士16であり、心理士の占める割合は35.3%、言語聴覚士は31.4%、理学療法士は25.5%、作業療法士は7.8%と、作業療法士の占める割合が低い。	3療育センターの常勤医療職は、心理士12、理学療法士7、作業療法士6、言語聴覚士11と全体数は比較的少なく、心理士の占める割合は33.3%、言語聴覚士は30.6%、理学療法士は19.4%、作業療法士は16.7%。
-----	--	--	--

表の項目2-2)の追補：横浜市西部地域療育センターの早期支援システム

1. 横浜市西部地域療育センター

横浜市内全18区のうち、3区（保土ヶ谷・旭・瀬谷）を担当エリアとしている。面積は71.7km²（市全体の16.5%）、エリア人口は577613人（市全体の15.6%）である。

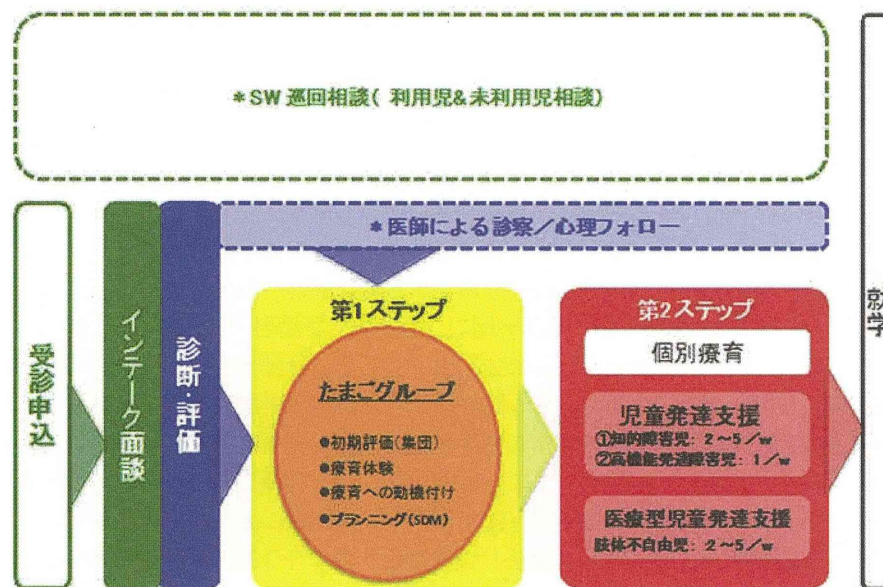
2. 地域療育システム（基本型：図1）

受診児の6～7割は福祉保健センターからの紹介。1歳半健診で早期発見され、福祉保健センターでの親子教室や心理相談を経て、療育センターに紹介される。福祉保健センターと療育センターの合同事業として「療育相談」を月1回実施。判断や動機づけが難しいケースは療育相談を経て療育センターに紹介される。1歳半健診で把握されなかったケースは、3歳健診や幼稚園・保育園がフェイルセーフとして機能し、様々なルートで療育センターにつながる。（表中の上図を参照）

療育センターを受診したケースは、2-step方式で拠点における集団療育（早期支援）に導入される。1st-stepは、診断とアセスメント（集団評価）と療育プログラムへの親向けガイダンスを集団形式で行う。親子で週1回、約3ヶ月間、6人の固定メンバーで行うパッケージプログラム（通称：たまごグループ）である。親子にとっては初めての療育体験にもなる。この集団場面における詳細な評価は、判断に迷うケースにおける診断の見直しやその後の療育プランの策定に役立つ。

2nd-stepは、年間継続療育であり、主なサービスは旧知的障害児通園施設（児童発達支援センター）・旧肢体不自由児通園施設（医療型児童発達支援センター）と旧児童デイサービス（児童発達支援事業所）である。前2者は、3～5歳児を対象とし、頻度は週2～5回である。後者は、知的障害のない高機能発達障害の4～5歳児を対象とし、頻度は週1回で、幼稚園・保育園を併行利用する。その他、年間の継続的な集団療育に通えない、あるいは集団療育には適さないケースに対しては、外来で個別療育プログラムを提供している。

図1：これまでの基本型



3. 状況の変化

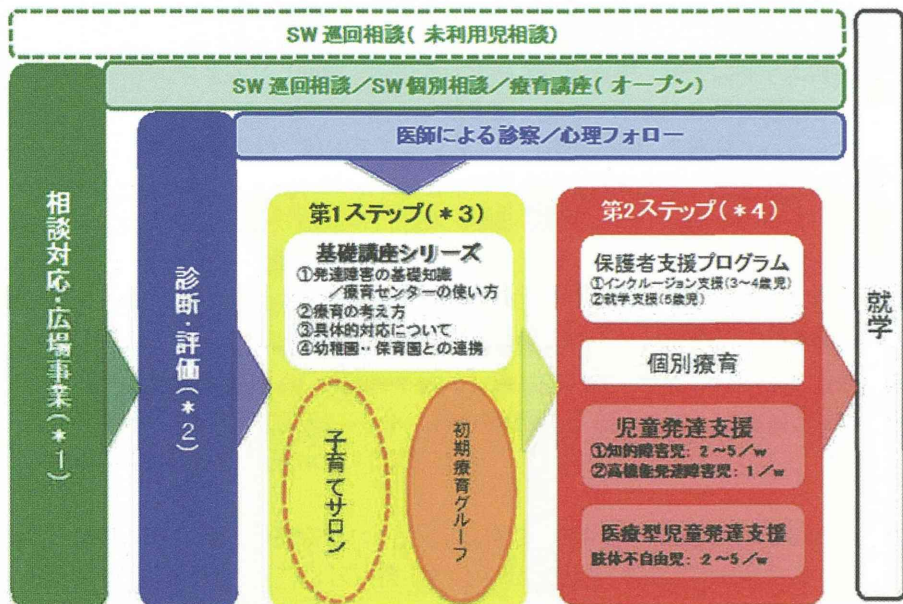
- ① 急激な受診申込の増加（新規利用児：H15年度280名→H25年度531名）
- ② 高機能ケースの申込増加（約1.5倍）：ニーズの多様化、初診年齢のバラつき
- ③ 家族状況の複雑化（核家族・ひとり親・共働き）：拠点に通えない、間接支援の強化
- ④ 診断（判断）に迷うケースの増加：アセスメントの重要性、個別療育の不足
- ⑤ 民間の児童発達支援事業所の参入：センターの役割、プランニングの難しさ、混乱
- ⑥ 保育所事情の変化：間接支援ニーズの高まり（巡回相談：H25年度181回、対象児

はのべ約 1000 名)

→拠点における集団療育を利用するケースは、利用児全体の約 3 割に過ぎない状況。ニーズの多様化に対応するため外来診療所は、継続療育へ導入するための 1st-step 機能ばかりでなく、固有の療育機能を持つ必要性に迫られている。それにより、複数のスタンダードルートを装備し、ケース状況に合わせてプランニングおよびケースマネジメントする機能の強化が求められることとなる。

4. システムの改良点

図2:平成27年度版



相談体制の機能強化

初診待機期間の延長は、保護者の不安を高め、育児ストレスをますます増大させる。かといつてもむやみに初診枠だけを拡大しても、内部待機を増加させるに過ぎない。

平成 26 年度より、申込があつてからなるべく早い時期に SW が「事前インタビュー面談」を実施し、経過や相談内容について聞き取りを行い、初診前から必要な支援を開始している。適宜、療育センター内外のサービスについて情報提供し、最適な時期に診察に導入するプランニングも行う。さらに「初診前広場」を定期的に開設し、初診前に親子で安心して遊べる機会を提供している。SW によるグループワークや個別相談などにより保護者の不安解消を図っている。

② 初診枠拡大と再診枠とのバランス

診察枠が限られている中で、慢性的な診察枠不足である。初診枠拡大により、再診枠が取れず定期診察を減らさざるを得なくなった。診察の機能を「診断」と薬物療法などの危機介入に狭く限定せざるを得なくなりつつある。

③ 1st-step の機能分化

パッケージ化されたプログラム「たまごグループ」(週 1 回・3 ヶ月間・6 組の親子)をタイミングよく利用できればよいが、初診枠増設に伴い、診断告知を受けたにもかかわらず初期療育の利用まで数ヶ月待機せざるを得ない状況が生じつつある。そこで、待機中の未就園児親子が安心して遊べる居場所「子育てサロン」を月 1 回開設すると同時に、保護者のタイミングで円滑に 1st-step 機能を活用できるよう、パッケージ方式からバイキング方式への変更を試みている。具体的には、「保護者向けガイダンス」と「集団評価および療育体験」とを切り離し、保護者向けガイダンスは『基礎講座シリーズ』として独立させ、必要な情報を知識として診断後なるべく早くに提供できるようにした。診断後に孤立しがちな保護者にとって、集団形式で行うガイダンスは、ピアカウンセリング効果も期待できる。保護者支援を早くに開始できるのみならず、たまごグループ(パッケージ)を利用できない保護者や、集団療育を利用しないケースであっても、保護者自身のペースとタイミングでガイダンスを利用できるため、就労している保護者や、薄いサービスを希望される保護者向けの外来診療所のサービスメニューの拡大にもなると期待している。

④ 2nd-step の多様化 (バリエーション拡大)

以下のように、複数のスタンダードルートを設定することにより、ニーズの多様化に対応している。

- 相談コース (SW 面談・地域支援) ※診断不要
- 個別相談コース (診察/心理相談)
- インクルージョンコース (保護者支援&就学支援)
- 集団療育コース (児童発達支援) ※「保護者向けガイダンス」と「集団評価・療育体験」は必須

少しの支援があれば、地域の幼稚園・保育園で適応できる子どもの場合、保護者支援を中心に就学まで薄くサポートするスタイルの支援を最近始めており、効果検証が必要である。集団化が適さない子どもや保護者に対する個別スタイルの支援も保障する必要性が増している。また、各コースの途中変更や移行を、子どもの状態や家族の状況に合わせて柔軟に行えるようなケースマネジメントの仕組み作りが不可欠である。

5. 未解決の課題

① 外来機能の複雑化・繁忙化

・慢性的な診察枠不足の中で、集団療育を利用するには診察（診断）が前提となるため、「診察」が療育支援をスタートする際の律速段階になる。また、診断に抵抗のある保護者や、判断に迷う微妙なケースの療育への導入は難しく、選択肢が限られる。

・限られたマンパワーと場所（部屋）で多くのケースのニーズに応えるためには、コストパフォーマンスを考えた業務の組み換えが必要。突き詰めると終わりのない療育支援に、どこで妥協するかが難しく、熱意のある職員ほど燃え尽きてしまいやすい。療育サービスの標準化が必要である。

② 相談機能の複雑化・繁忙化

・利用児のケースワークと地域の幼稚園・保育園への巡回相談といった従来の業務に加えて、児童発達支援センターとしての事務作業が増加した。地域支援・技術支援の効率的かつ効果的なあり方を探る必要がある。

平成 26 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（身体・知的等障害分野））
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告書

政令指定都市における発達障害児・者支援システムの到達点と横浜市、広島市、福岡市の比較 — その 1. 横浜市 —

分担研究者 清水康夫¹⁾
研究協力者 岩佐光章²⁾ 原 郁子 大園啓子 今井美保³⁾ 三隅輝見子⁴⁾

1)横浜市総合リハビリテーション事業団 2)横浜市総合リハビリテーションセンター
3)横浜市西部地域療育センター 4)川崎市南部地域療育センター

研究要旨

発達障害児・者の支援システムの今後のあり方を検討、提言することを目標とする本研究班は今年度、全国から選択した自治体（市町村）を規模によって群化し、その群の特徴抽出、群内比較を試みるテーマを設定した。我々、横浜市の分担班は政令指定都市グループに置かれ、広島市、福岡市と共にこのテーマに臨んだ。支援システムに関連する 4 つの大項目（地域特性、拠点と支援システムの実態、教育との接点・連携、拠点における人材の供給と内部育成）のもとに小項目（一部に中項目も）を設定し、3 政令指定都市の間で比較した。

3 都市ともに地域の拠点たる療育センターを中心とした支援システムの建設がすでに'70～'80 年代に着手されており、現在では乳幼児健診などを早期発見の主要な場とした早期発見・早期支援システムが築かれていた。横浜市は 9 ヶ所すべての拠点を療育センターとしており、常勤医師が置かれて診療所機能がある点が特色といえ、医療の性格をより強く持っていた。横浜市では知的な遅れのない発達障害の早期発見がより早く進んだ結果、それに対する早期療育のニーズが高まった。このニーズに対して児童発達支援事業所を各療育センターに導入することによって、専門性の高い早期療育の場を保障している。

横浜市はすべての拠点において小学生の新患を受け入れており、青年期例への対応には 3 ヶ所（診療所機能 2、相談機能 1）がある。学校への支援活動は、アウトリーチによる学校支援活動が各拠点で事業化された。また全市での情緒通級指導教室の担当教師と療育センターの医療スタッフとの間でなされる合同事例検討会は、他都市にない医療と教育の連携様式である。

今後、青年期以降の専門医療と福祉サービスの保障が 3 都市共に重要課題として残っている。

A. 研究目的

本研究班の初年度（平成 25 年度）は、全国から抽出された 10 自治体（政令指定都市 2, 中核市 3, 特例市 1, その他の都市 4）それぞれにおいて、発達障害のある（疑いも含む）学童（小学生 1 年生と 6 年生）の頻度、そのような学童に対する教育的措置について実態調査がなされた。調査では、発達障害（疑いを含む）のある学童に対する地域の医療機関における把握と学校側のそれとが比較された。

横浜市港北区の調査では、居住コホートにおける広汎性発達障害の有病率は 3.2～5.4%であり、発達障害全体のそれは 3.5～7.7%であった。これと同じ地域で学校が独自に把握している発達や行動に問題があるとみられる学童は 10.9%～11.2%にのぼった。（以上、1 年生と 6 年生の結果のどちらかを最大、他方を最小にしたときの記述）。

横浜市では学童における発達障害の存在が、医療側からも学校側からも高率に把握されていた。広汎性発達障害の頻度で見ると横浜市の数値は、英国（Baron-Cohen et al, 2009）の 2.0～3.4 倍、デンマーク（Parner et al, 2008）の 3.6～6.1 倍という驚くべき高さに達する。なお本研究班の広島市での調査でも、小学 1 年生の広汎性発達障害の有病率が医療側の把握で 5.0%、学校側の把握で 4.8%と、やはり海外よりもはるかに高い数値であった。

わが国の各自治体における発達障害学童の把握は横浜市や広島市のような大都市だけでなく、豊田市や宮崎市などの中核市でも海外に比べて高率であることは同じであった。これらの都市の共通点として小学校における発達障害のある児童への対策が進んでいるとともに、就学前の時期において乳幼児健診や保育所・幼稚園で発達障害が早期発見され、療育センターを中

心とした早期介入が促進されている背景があると考えられる。

今年度の本研究班では全国から選出した調査対象都市を政令市、中核市・特例市、小規模市、小規模町村の 4 つに群化し、それぞれの特徴と固有の課題を見いだすことが目的に設定された。

横浜市を担当する分担班は、広島市、福岡市それぞれの分担班と共に政令市グループとして、互いの共通点と相違点とを比較、照合し、政令市における発達障害支援システムの到達点と今後の課題を探ることを目的とした。

B. 研究方法

政令市間で地域療育システムの比較をするために、以下の比較項目を設定した。それらは、1. 地域特性、2. 拠点と支援システムの実態、3. 教育との接点・連携、4. 拠点（療育センター）における人材の供給と内部育成の 4 項目である。

「1. 地域特性」としては、総面積、総人口、人口密度、出生率、年少（15 歳未満）人口割合、財政力指数、歳入予算額を選んだ。

「2. 拠点と支援システムの実態」としては、1) 拠点の設定（運営団体、組織、規模、自治体独自のサービス事業、その他）、2) 早期発見システム（当初のプラン、現況、早期発見・早期支援のシステム図、その他）、3) 療育センターでの早期療育（療育センターの組織図・規模、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、自治体／療育センター独自のサービス事業）、4) 就学前のインクルージョン体制（保育所・幼稚園の運営組織、補助金交付、拠点からの保育所・幼稚園への支援、その他）、5) 療育手帳、その他の障害者手帳（判定方法、基準、発行人数、その他）、6) 学齢期・青年期の例に対する事業、7) 支援システム

における医療の位置づけ（早期、学齢期・青年期）の7点を比較した。

「3. 教育との接点・連携」としては、1) 特別支援教育体制（特別支援学校、特別支援学級、通級指導教室、その他の教室、特別支援教育コーディネーター、スクールカウンセラー、その他）、2) 早期支援拠点における就学支援（学校案内、教育委員会による就学相談の案内、就学ガイダンス、学校との引継ぎ、その他）、3) 拠点から学齢児への支援（相談、診療、コンサルテーション、学校訪問、その他）の4点を比較した。

「4. 拠点（療育センター）における人材の供給と内部育成」については、医師、療育者、その他について比較した。

政令市グループでは、互いの地域支援システムをより深く理解し合うため、相互に現場を視察し、その際に政令市グループの研究会議を開くことにした。今年度は福岡市を視察対象に選び、横浜市、広島市それぞれの分担研究者と研究協力者が福岡市の発達障害児・者支援システムを視察した。

情報源は次のようにした。横浜市の地域特性については、主に横浜市政策局総務部統計情報課の横浜市統計ポータルサイト

(<http://www.city.yokohama.lg.jp/ex/stat/census/>) から引用した。拠点（療育センター）と支援システム、および拠点における人材の供給と内部育成については、主に横浜市総合リハビリテーションセンター（以下、YRC）の内部資料を利用した。教育との接点・連携については、YRCの内部資料に加え、横浜市教育委員会ホームページ (<http://www.city.yokohama.lg.jp/kyoiku/>)、文部科学省ホームページ http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/to_kubetu/material/1345091.htm から引用した。

（倫理面への配慮）

本研究では、氏名、生年月日、住所を含む個人を特定できるような一切の情報は扱わなかった。

C. 研究結果

1. 地域特性

横浜市は政令指定都市最大の3,703,258人の人口を抱え（平成26年1月1日時点）、人口密度は全国で大阪市、川崎市に次ぎ第3位である。横浜市は、広島市、福岡市と比較しても、さらに人口の密集度が高い。出生率は人口1,000対8.2（平成25年度）であり、年少人口割合は12.9%（平成26年1月1日時点）と、どちらも全国平均とほぼ同じであるが、広島市、福岡市と比較すると低く、3都市中で最も少子化の進んでいる都市と言える。

平成26年度の歳入予算総額は35,153億円と3都市中最大であるが、人口一人当たり換算は94,925円と3都市のなかで最小である。

2. 拠点と支援システムの実態

1) 拠点の設定

発達障害の地域支援の拠点として、横浜市では3団体（市の外郭団体1、民間の社会福祉法人2）が9施設（中核機能を有する横浜市総合リハビリテーションセンターと8療育センター）を、広島市、福岡市では各1団体（市の外郭団体）が3施設（内、1か所は中核機能を有する）を運営している。これは、人口規模に応じた施設数の違いであり、3都市ともに1施設がカバーする幼児人口は概ね5~7万人と共通している。

横浜市の特徴としては、全療育センターの内部に相談部門、診療部門（診療所）、通園部門（児童発達支援センター）が置かれ

ており、福祉単独施設（診療所を持たない児童発達支援センター）は存在しない、高機能発達障害幼児の早期療育を目的とした児童発達支援事業所を各療育センター下に置くなど、療育センターが地域支援の拠点として担当エリアの発達障害児全体を把握している点である。

2) 早期発見システム

横浜市では、1979年に出された厚生省通知「心身障害児総合通園センター構想」を受けて、1984年に「障害児地域総合通園構想」を策定した。人口330万人を想定し、地域療育センター10か所を2000年までに整備する計画を立て、1985年には1館目となる横浜市南部地域療育センターを開設した。2013年には9館目となる、よこはま港南地域療育センターを設置し、現在までに9か所を整備してきた。現在、横浜市の人口は予想を上回り370万人を超える状況にあるが、9館目を設置したところで整備計画は一旦終了となった。

療育センターへの流れは、3都市ほぼ同様であり、1歳6ヵ月健診、3歳児健診で発達の遅れや偏りを指摘され、療育センターの利用を勧められるケースが多い。

発達障害の発見の場である地域の福祉保健センターと診断・療育機能を持つ療育センターとの関係については、3都市ともに地域の福祉保健センターに対して、療育センターがスタッフを派遣するなど直接的支援や人材育成等に携わる点は共通している。

横浜市の特徴としては、上記に加えて、福祉保健センターと療育センターとのインターフェイスとして1歳6ヵ月健診後の療育相談を設け、療育センターの医師、ソーシャルワーカー、心理士のチームが福祉保健センターに出向き、相談を行うシステムを導入し、直接的な技術援助とともに早期発見から療育に至るシ

ステム整備を行っている点である。

3) 療育センターでの早期療育

療育センターは3都市ともに医療モデルを基礎としている。そのため、相談、診療を経て療育が開始される流れとなっている。広島は、初診時は医師との面談のみで、必要に応じて医師の指示で3-4ヵ月後に発達検査、その後診断と暫定方針を決定、福岡は、全ケースに対して初診時に発達検査、診断、暫定方針決定までを行っているが、横浜ではケースのニーズに応じた対応を行っている。（初診時にはほぼ半数に診断を告知しており、残りの多くは初診と別日に心理検査を行った上で再診のときに診断を伝える）。

3都市ともに、発達障害の量的ニーズの拡大による診察枠の不足が深刻な問題となっている。これは、専門機関を利用する高機能発達障害児の増加からくるものであるが、診察枠の問題とともに、高機能発達障害に対するサービス内容の開発という課題を生み出している。3都市は、各地域事情に合わせたサービス開発を進めている。

発達障害の量的ニーズ拡大への療育的対応として、横浜市と広島市では児童発達支援センターに併行通園方式（センターと併用して地域の幼稚園、保育所を週2回、又は3回利用する、通園では1週間を週2回火曜・木曜と週3回月曜、水曜、金曜の2クラスに分けて運営）を導入している。横浜市独自に3:1（広島市は2:1）で保育士を配置している。また横浜市では、各療育センターが高機能発達障害幼児の集団療育を行う場として児童発達支援事業所を有し、高機能発達障害の地域支援の拠点として機能させている。

4) インクルージョン体制（就学前）

保育所施設数は、人口差を考慮しても他の2都市よりも非常に多いと言える。

データを公表している福岡市と比較すると、1施設あたりの平均定員数が少ないことも分かる。横浜市は保育所待機児童ゼロの目標達成のために、認可保育所や市認定保育室の増設に取り組んできた。平成18年度は368か所だった保育所施設数は613か所と1.6倍以上に増加しており、待機児童解消には繋がったが、これにより新設の小規模園の割合が非常に多くなったと考えられる。

横浜市には公立幼稚園が存在しないことは、他2都市との大きな違いと言える。また幼稚園の6割近くが正規の教育時間終了後の預かり保育を実施していることも特徴の一つである。

横浜市の障害児保育に関する補助金交付事業は、医師による診断書や意見書を必須としており、他2都市よりも厳密に医療による意見を判断材料として用いていると言える。保育所定員数（横浜は保育室定員数も含む）に対する障害児保育事業による認定数は、横浜市1.46%、広島市1.07%、福岡市1.24%と、他都市より多くなっている。

急増した保育所においても全園で障害児を受け入れおり、幼稚園での補助金交付率も上昇が続いている。このため、拠点から多様な支援を実施し、インクルージョン体制の整備を進めている。

5) 療育手帳, その他の障害者手帳

就学前の手帳判定は、横浜市、福岡市では療育センターの心理評価を児童相談所が追認しているが、広島市では児童相談所での判定である。学齢期以降（18歳未満）は広島市、福岡市が児童相談所での判定に対して、横浜市では総合リハビリテーションセンターなどの学齢後期支援事業担当施設（総合リハビリテーションセンターなど）でフォローを受けている場合、そこでの心理評価を追認できる。

知的障害の判定基準は3都市ともほぼ同じと考えられるが、高機能自閉症児者の判定は異なる。横浜市は境界水準（IQ76から91）であれば高機能自閉症児者を軽度（B2）と認定しており、広島もほぼ同様であるが、IQ76から84とやや基準が厳しいものとなっている。福岡市にはこういった特例基準はない。

総人口における療育手帳交付人数は24,171人（交付割合は0.65%）であるが、うち18歳未満における療育手帳交付人数は9,172人（18歳未満人口に対する交付割合は1.5%）であり、交付割合は広島市（それぞれ0.63%、1.3%）、福岡市（それぞれ0.63%、1.1%）と比べてやや高い。18歳未満における等級内訳において、全体に占める軽度（B2）の発行数は、横浜市56%、広島市50%、福岡市40%と、高機能自閉症児者の特例措置がある都市の方が高い数値となっている。

6) 学齢期・青年期の例に対する事業

学齢期・青年期に対して相談事業は3都市全てで行われているが、医療に関しても事業化されているのは横浜市のみである。小学校期から18歳までを対象に、非常勤ではあるが医師を配置し、医療的な支援も行っているのは、他の2都市と大きく異なる点である。

7) システム内における医療の位置づけ

9つの地域療育センター（横浜市総合リハビリテーションセンターを含む）を配置し、区福祉保健センター、医療機関、保育所・幼稚園、学校機関、児童相談所など関係他機関と連携をとりながら、地域の中核機関として発達への支援、家族への支援、地域への支援の役割を担っている。

3つの都市共に利用児数の急激な増加がみられているが、横浜市でも利用児数の増加に伴い、初診までの待機期間が長いことが問題となっており、初診までに相談機能を充実させることで効率性を高め、診療機能を充実させていく方針をとっている。

学齢期においては、H13年度より、地域療育センターで学齢前期（小学校期）への

診療支援体制を開始している。青年期においては、学齢後期障害児支援事業（中学・高校期）のうち診療機能を有するものとして2か所に設置している。

3. 教育との接点・連携

1) 特別支援教育体制

特別支援教育体制のうち、特別支援学校は、県立8校（他、分教室8）、市立12校、国立1校、私立2校である。特別支援学級は、市内公立小学校のうち、小学100%、中学98%に設置されており、設置率は他都市と比べて充実している。通級指導教室（情緒・難聴言語併せて）は、小学16校、中学4校である。

適応指導教室は12か所ある。特別支援教育コーディネーターは全校に配置されており、他都市と比べると複数指名、専任の体制をとっている学校の割合が多いのが特徴である。

さらに横浜市独自に児童支援専任が今年度で全校に配置が完了している。スクールカウンセラーは非常勤で全校に配備されている。ろう学校が1校、盲学校が1校である。

2) 早期支援拠点における就学支援

横浜市では、適切な教育的処遇につなげるためにいくつかの取り組みがある。まず、学校案内として就学を控えた児の養育者を主な対象に特別支援学校見学会、通級指導教室見学会を行っている。就学に関する情報提供の場として、療育センター主催の就学ガイダンス（教育委員会から講師派遣）、障害種別の説明会を実施している（これとは別に、教育委員会主催の説明会がある）。

学校との引き継ぎについて、特別支援学校と通級指導教室については入学後に引継会議を定例実施、特別支援学級については学校の依頼がある場合に実施している。その他、必要に応じて指導主事による療育場面の視察を受け入れている。

他の2都市も、目的が共通していると思われる取り組みが多くみられ、サービスの内容自体も似通っている点も比較的多いと思われる。

3) 拠点から学齢児への支援

診療申し込みのあったケースに対して基本的にソーシャルワーカーが相談を実施している。発達障害にかんする診療では、必要に応じて脳波検査、採血検査、薬物療法も行う。また、医師によるオーダーに基づき、心理士、作業療法士、言語聴覚士が評価と指導およびカウンセリングを行う。

学校の依頼により、ケース担当の医師、ソーシャルワーカー、心理士によるコンサルテーションがなされる。学校支援事業として各療育センターに1名ずつ担当職員が配置され、学校を訪問して教師への助言を行う。

その他、学齢期向け保護者教室や、早期療育ケースに対する療育フォローアップとしての施設開放や療育者による相談を行っている。

4. 拠点（療育センター）における人材の供給と内部育成

横浜市全18区のうち、10区（人口計207万人）に配置された5カ所の療育センター（横浜市総合リハビリテーションセンターを含む）で算出した。医師は、常勤医師8名（うち発達精神科4名）、非常勤医師20名が配置されている。非常勤医師については、大学と提携するなどして医師を供給している。

中核センターである横浜市総合リハビリテーションセンターは、精神科専門医指定施設に認定されている。しかし、内部育成の体制は今もなお十分とはいえない状況である。他の2都市も、欠員がいたり非常勤医師で賄ったりと、人材供給という点において大都市でも十分とはいえない状況があると思われる。

医師以外の常勤医療職には、心理士33名、理学療法士16名、作業療法士10名、言語聴覚士13名がおり、これに看護師、検査技師などが加わる。横浜市では、医療職内における心理士の割合が高い。

内部育成を目的に、各職種、療育センター、事業団、横浜全市と、階層構造的に研修が組まれている。また、年に1回全ての職種が集まって、横浜市療育研究大会が行

われている(H26年度参加者数は598名)。

D. 考察

政令市における発達障害児・者支援システムの到達点

発達障害児・者に対する地域に根ざした支援システムを自治体が発想、建設する根拠となったものは、1979年に厚生省(当時)児童家庭局が都道府県と政令指定都市に向けて出した「心身障害児総合通園センター」(以下、総合通園と略)構想の通達といえよう。この通達において、それまでにあった通園施設に医療と相談の要素を組み入れて、こどもと保護者に対する総合的な支援活動の拠点が構想された。

総合通園は、心身障害児の早期発見、早期療育を目標として、都道府県、政令指定都市またはおおむね人口30万人以上の市が設置主体となる。ここにおいて障害児の早期発見と早期療育が大きな規模の自治体において現実的なものとなったのである。比較的大きな自治体の規模で構想された総合通園は、横浜市にとって障害児・者に対する支援施策のひとつとして早くから現実的な課題となった。

1984年、横浜市は心身障害児に対する早期療育システムを「障害児地域総合通園施設構想」(以下、総通構想)として立案、計画した。市内を10の地域に分割し、それぞれの地域に療育センターの拠点を2000年までに設置する計画とされた。各拠点はいくつかの行政区を担当し、各区に1ヵ所ある保健所実施の乳幼児健診とリンクさせて、地域における障害児の早期発見・早期療育を実現させようとするものであった。

実際、横浜市では1985年に最初の地域療育センター(南部地域)が開所し、計画よりも遅れはしたものの、2013年までに計9ヵ所が完成している。ひとつの拠点が担当する地域の人口は30万余人(1区のみ)

から57万余人(3区)までと、ややばらつきがある。

各療育センターには、地域で早期発見された発達障害児を療育するための施設が置かれる。早期療育の施設には、児童発達支援センターと児童発達支援事業所があり、発達障害に関しては前者が主に知的障害を伴う例を、後者が主に知的障害を伴わない例をそれぞれ担当し合う仕組みになっている。

実際に横浜市においてどれほどの発達障害が早期発見されているかについて港北区の小学1年生でみると、居住コホートの5.4%が広汎性発達障害とされており、発達障害全体では7.7%に達する(H25年度報告)。この数値は、就学前に障害が早期発見される割合を反映している。発達障害の早期発見については、横浜市のなかで港北区は高いと思われるが、他の区と比べて飛び抜けて高いわけではない。たとえば西部地域療育センターでも、およそ7%のこどもが就学前にこのセンターで発達障害の診断を受けている。

以上から横浜市の特徴は、早くから厚生省(当時)の「総合通園」構想を都市計画に取り入れ、'80年代の半ばから着々と療育センター建設に取りかかった。その計画は厚生省の方針、つまり人口30万人を目安とする単位エリアに1拠点という考え方で、計10の拠点づくりをめざし、現在、当初の達成目標に近い9ヵ所を完成させている。地域における障害の早期発見の場となる保健センター、小児科クリニック、および保育所・幼稚園とのネットワーク網が緊密に張りめぐらされて障害の早期発見が進み、就学時点で発達障害と診断されるこどもは居住人口の7%以上に達する。

そう考えると横浜市は、旧厚生省が都道府県や政令指定都市に通達した総合通園の構想を最も忠実に実現した代表的な都

市であるといえよう。

新しい課題の登場とそれへの対応

横浜市は市内に9つの拠点を設置し、その地域における乳幼児健診などの早期発見の場とネットワークが張られて市内すべてに渡った早期発見・早期療育のシステムが建設された(Honda et al, 2002)。その意味では総合通園構想の完成に近い状態に達している。

しかし現実はどうであろうか。地域からの支援ニーズにそのシステムで充分対応できているかといえば、必ずしもそうではない。それは総合通園構想が想定しなかった事態が過去10数年の間に発生してきたからである。

総合通園構想は、「早期支援＝早期療育」の図式を根底に据えた発想であった。時代背景が今とはまったく異なり、自閉症についてみれば、その概念は現在よりもずっと狭く、しかもICD-9では精神病カテゴリーに位置付けられていた時代であった。1980年発行のDSM-IIIは、幼児自閉症の頻度を「非常に稀」であり「1万人に2～4人」としていた。学習障害や多動性障害は福祉サービスや特殊教育(当時)の対象にはなかった。就学前における障害児の統合保育が専門家や関係者の間で叫ばれてはいた(新澤・三隅,1985)が、実際には保育所・幼稚園での障害児受け入れはかなり限定された範囲でしかなかった。

そのような状況下で出されたのが総合通園構想であった。当時における肢体不自由や難聴を除いた心身障害とは、ほとんど知的障害と同義であり、せいぜい知的障害の病像を修飾する形で自閉症などが語られていた時代といっても過言ではなからう。

乳幼児期から発症する心身障害に対して、早期発見・診断と療育・訓練を保障するとともに、日中生活の場を提供する総合

通園構想は、当時として非常に進歩的、画期的な施策であったといえる。そして、その構想を全国に先駆けて実現した自治体のひとつが横浜市である。横浜市では早期療育・訓練の中心に知的障害児通園、肢体不自由児通園、および難聴幼児通園がすべての拠点に置かれた。それとともに、それまで単独に存在していた通園施設は、拠点の整備とともに吸収されたり廃止されたりしていった。

しかし時代が下り、心身障害児の早期発見が全国各地で推進されてくると、拠点の役割にいくつかの大きな変化をもたらされた。ひとつは潜在ニーズの顕在化である。昨年度の本報告で述べたように、小学1年生の時点で港北区居住コホートの7.7%がすでに何らかの発達障害と診断されている。知的障害の有病割合の理論値は、IQ平均値より 2σ 以上低い帯域である2.27%であるが、実際にはこれよりもやや高い。しかし発達障害の診断例を7.7%とすれば、それらの差は5%以上となる。まさにこの5%強の診断例が、知的障害を伴わない発達障害なのである。このように事態が変化した背景として、高機能自閉症、アスペルガー障害、注意欠如多動性障害などの知的な遅れを伴わない障害概念が精神医学に登場し、それが、たとえば発達障害者支援法の施行などにより、福祉や教育の分野に取り込まれていった経緯がある。

要するに、知的障害のみを対象とした時代に比べると、現在では早期発見活動の普及と障害概念の分化により、潜在ニーズが大幅に顕在化し、かつニーズ内容が多様化している。それゆえ拠点の役割として、拠点において児童発達支援センター(旧知的障害児通園)に加え、知的な遅れのない発達障害に特化した早期療育の場を設置することが重要な課題となった。その解決策が拠点に設置された児童発達支援事業所

であり、市内9カ所のすべての拠点に置かれている。

診療所の活用と相談機能の強化

福祉施設としては児童発達支援センターに加え、児童発達支援事業所が置かれて、これで早期療育の体制としてはかなり充実したとはいえる。しかし拠点に頻度高く通って早期療育を定期的に受けていくことがどの症例にとっても必要であるとはかぎらず、また保護者側の条件によってはそれが可能ではないこともある。

このような場合には、通所頻度は低く（月に高々1～2回）、こどもの療育指導もさることながら保護者への助言やカウンセリングに力点を置いた支援のあり方が求められる。この課題に対し、拠点によっていろいろな試みがなされている。たとえば横浜市西部地域療育センターでは、保護者向け講座シリーズを定期に開き、どの保護者も自由に参加できるようにした。また育児に関する相談を中心にしたプログラムを心理士やワーカーが担当している。診療所外来機能を診断と評価にだけとどめずに、早期支援に柔軟に活用していく手法が工夫されている。

さらに早期支援の視野を広く持てば、支援が「拠点において」こどもや保護者になされる形式だけでなく、「拠点から地域に向けられて」なされる形式も今後さらに重要性が増すであろう。なぜなら、ひとりの診断例の背景にはそれを上回る数のいわゆるグレーゾーンといわれるこどもたちがいることが想定されるからである。そのようなこどもたちは、必ずしも拠点に療育や育児の助言を求めてやって来ることがなく、保育所・幼稚園のなかだけでこどもへの対応に終始せざるを得ない。

横浜市の拠点では、従来から行われている巡回相談に加えて、保育士や幼稚園教諭のための障害児保育研修の場を提供した

り、幼稚園協会の研修会に講師を派遣したりしている。拠点におけるあらゆる支援活動のなかで、地域の保育所・幼稚園に対する支援の比重は今後さらに大きくなっていくものと思われる。

今後の課題

早期支援については、拠点における支援と拠点からの支援の双方をさらに充実させることである。海外の早期支援の方略は、保護者が日常生活のなかでこどもを指導できるようにするペアレントトレーニング方式が主流であり、効果と経済性の点ですぐれているとされる（Shields, 2001; Rogers et al, 2012）が、我が国の公的サービスのなかにこの支援方式は未だ正式には位置づけられていない。今後、発達障害の早期支援サービスのメニューのひとつとして採択する必要があるだろう。

発達障害学齢児に対する支援は、横浜市では2001年から各地域療育センターの診療所機能として導入された。ただし地域療育センターでの対象年齢は小学生までであり、それを超えて18歳までは市内3カ所設けられていて、うち2カ所には診療所機能がある。

しかし思春期以降に生じる不登校、引きこもり、非行あるいは犯罪といった発達障害の二次障害、そして発達障害以外の精神障害の併発などに対する精神科治療の場をどのようにして保障するのが非常に逼迫した課題になってきており、その政策の速やかな立案と実践が望まれる。

E. 結論

横浜市は政令指定都市としていち早く厚生省（当時）の総合通園構想を具体化し、現在は市内9カ所に地域支援の拠点たる療育センターを設置した。しかし昨今、支援ニーズの多様化とニーズ総量の著しい増大が生じている。この課題は、早期発見・

早期支援システムそのものの大幅な改良なくして解決は望めないであろう。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産の出願・登録状況（予定を含む）

特許取得，実用新案登録，その他共になし

H. 参考文献

American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition. Washington DC, 1980

Baron-Cohen S, Scott FJ, Allison C, et al: Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. Br J Psychiatry, 194; 500-509, 2009

Honda, H. & Shimizu, Y.: Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. Autism, 6; 239-257, 2002

大澤多美子，樋野義則，西本朋子・他：広島市における発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的支援の実態と評価のあり方に関する研究。厚生労働科学研究費補助金達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的支援の実態と評価のあり方に関する研究（平成25年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 本田秀夫）。46-138, 2014

Parner ET, Schendel DE and Thorsen P: Autism prevalence trends over time in Denmark: Changes in prevalence and age

at diagnosis. Arch Pediatr Adolesc Med, 162; 1150-1156, 2008

Rogers SJ, Estes A, Lord C et al.: Effects of a brief Early Start Denver model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 51; 1052-65, 2012

Shields J: The NAS EarlyBird Programme: partnership with parents in early intervention. The National Autistic Society. Autism, 5; 49-56, 2001

清水康夫，本田秀夫：自閉症スペクトル障害の早期介入。精神科治療学 18; 987-993, 2003

清水康夫，原郁子，大園啓子・他：発達に問題のある学童についての精神医学的診断および特別支援教育に関する疫学研究：横浜市港北区における悉皆調査。厚生労働科学研究費補助金達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的支援の実態と評価のあり方に関する研究(平成25年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 本田秀夫)。11-45, 2014

新澤誠治，三隅輝見子：ふれあいはぐくむ障害児の保育。小学館，1985

World Health Organization: Manual of the International Classification of Diseases, 9th Revision (ICD-9). Author, Geneva, 1977

平成 26 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（身体・知的等障害分野））
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価
分担研究報告書

広島市における発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた
継続的支援の実態と評価のあり方に関する研究（2 年目）

分担研究者 大澤多美子（浅田病院，広島市こども療育センター）
研究協力者 西本朋子（広島市こども療育センター 地域支援室長）
坪倉ひふみ（広島市こども療育センター 小児科医）
岸本真希子（広島市こども療育センター 精神科医）
角野直美（広島市こども療育センター 児童発達支援センター副園長），
夜船展子（広島市北部こども療育センター所長 小児科医）
山根希代子（広島市西部こども療育センター所長 小児科医）
土方希（広島市西部こども療育センター 小児科医）
梶梅あい子（広島大学病院 小児科医），
中嶋みどり（広島国際大学 臨床心理士）

研究要旨：広島市（政令指定都市，人口 118 万）における地域特性に関する調査を，昨年度に引き続き行った。支援システムは「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム 2013－2017」に基づき，平成 25 年度も引き続き拡充や新規の取り組みがなされていた。また，広島市における発達障害の発生率および有病率については，こども療育 3 センター及び広島大学病院小児科のカルテから調査した。その結果，小 2 の発生率は 7.3%，内 PDD は 5.3%，小 2 の有病率は，6.9%，内 PDD は 5.4%であった。また，中 1 の発生率は 8.2%であった。PDD については大半が就学前までに診断され，アンケート調査でも同様の結果が得られた。ADHD と LD については，就学後での診断が増加していた。

また，標準的な評価指標に関する研究として，BISCUIT（幼児用対人コミュニケーション行動評価尺度）を 32 名に施行した。項目は具体的で，有用な評価尺度であった。さらに今年度は，3 政令市間（横浜市，福岡市，広島市）の比較を行った（比較表参照）。共通点は，拠点主義からの脱却が課題であり，学童期以降の医療・教育の支援システムには，大きな差異があった。乳幼児期の支援は，それなりに充実しているが，特に広島市の学校現場においては，教育と医療の総合支援システムの構築が，今後の課題である。