

A. 研究目的

中核市の発達支援体制の整備状況を把握し、実態に即したシステムモデルを構想する資料とすること。

B. 研究方法

1. 対象

2014年4月1日現在で中核市は43市である。このうち昨年度にすでに調査を実施した3市（函館市、豊田市、宮崎市）を除いた40市を今年度のアンケート調査の対象とした、しかし、結果のまとめと分析は昨年度調査した3市を加えて行った。

2. 調査内容

昨年度と同様に本研究班共通の調査票、「市区町村における発達障害児に関する支援状況調査票」⁽¹⁾を用い、アンケート調査を実施した。調査票は自治体の地域特性に関する調査、発達障害の支援システムに関する調査からなり、概要は次の通りである。

(1) 地域特性に関する調査

本研究班共通の調査票「対象とした地域（地域特性）」に従い、調査項目は総面積、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、地理的特性等であった。統計資料は、就業人口と職業大分類別就業者数は2010年の国勢調査結果を記すよう依頼した。その他については、原則として2014年4月1日時点での情報を記載するよう依頼した。(2) 発達障害支援システムに関する調査

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〔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、統合保育、学校教育、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、人材育成等）であった。いずれについても、原則として2014年4月1日時点での情報を記載するよう依頼した。

3. 実施方法と回収結果

アンケート調査の実施方法は下記の通りであった。

(1) 分担研究者である高橋脩が中核市市長会事務局（豊橋市役所総務部行政課）に研究協力を依頼。

(2) 同事務局から電子メールで、高橋が作成した調査依頼書（2014年8月11日付）と調査票を中核市40市の中核市担当事務部門に送付、豊田市こども発達センターに電子メールを通じて回答を依頼。

(3) 調査票の回収期限は2014年9月31日とした。なお、各市からの調査内容等に関する問い合わせについては、電話、電子メールにて回答した。記載方法に関する質問が多く、参考に資するため電子メールで昨年度の高橋脩の分担研究報告書を送付した。

(4) 回収結果

今年度のアンケート調査対象40市のうち29市（72.5%）から回答（すべて有効回答）があった。これに加えて、昨年度調査した3市を加えた32市（全中核市の74.4%）について結果をまとめ分析を行った。32市の属する地方と都市数（括弧内の数字は該当地方の中核市数）は下記の通りである。

- ・北海道・東北：5市（7市）
- ・関東地方：5市（7市）
- ・中部地方：6市（7市）
- ・近畿地方：8市（10市）

- ・中国・四国地方：4市（6市）
- ・九州・沖縄地方：4市（6市）

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、主たる分担研究者（高橋脩）が所属する豊田市こども発達センター研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号第57号）。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

支援体制の整備に関係の深い、自治体面積、人口、人口密度、財政力指数、老年人口割合、年少人口割合、出生児数、普通出生率、外国人数について述べる。なお、全国の市町村全体の統計資料が得られた各項目については、対照群として表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」）の平均面積が216.6 km²であるのに対し、調査対象群の平均は423.2 km²（最小36.6～最大1241.9 km²；以下、同様）であった。「全体」の平均より上は20市（62.5%）、平均以下12市（37.5%）であった（表1）。

表1 自治体の概要

項目	市町村全体	32中核市
面積 (km ²)	216.6	423.2
人口 (人)	69,291	400,109
人口密度 (人/km ²)	313.9	3000.6
財政力指数	0.51	0.77
老年人口 (%)	24.6	23.6

注：市町村全体の資料は、2013年4月30日

開催の第30次地方制度調査会第32回専門小委員会資料、大都市部の市町村の特徴②によった。なお、表1の数値は全て平均値である。

2) 人口、人口密度

「全体」の平均人口が69,291人であるのに対し、対象群の平均は400,109人（279,127～615,876人）であった。

人口密度の「全体」平均は313.9人、対象群の平均は3,000.6人（352.6～10,765人）であった。対象群の全てが「全体」の平均を上回っていた（表1）。

3) 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0.77（0.46～1.05）であった。

「全体」の平均以下は2市のみであり、30市は平均より上であった。対象群の平均以下は15市（46.9%）、平均より上は17市（53.1%）であった（表1）。

4) 老年人口割合

65歳以上の老年人口の割合（高齢化率）は「全体」で24.6%、対象群の平均は23.6%（17.7～28.6%）であった。「全体」の割合より上は12市（37.5%）、以下は20市（62.5%）であった（表1）。

5) 年少人口割合

15歳未満の年少人口割合は対象群平均で13.5%（10.9～16.4%）であった。

6) 出生児数、普通出生率

対象群の平均出生児数は3,448人（1,891～5,606人）、平均より上は13市（40.6%）、平均以下は19市（59.4%）であった。普通出生率の平均は人口千人当たり8.5人（6.2～11.1人）であった。

7) 外国人数

対象群の平均外国人数は4,760人（667～14,303人）であった。

2. 発達障害の支援システムに関する調査
2つの基幹機能(直接及び間接支援機能)の整備状況調査の結果をまとめる。

1) 直接支援機能

(1) 発達障害の発見

発達障害の発見と関連性が高い幼児健診等についてまとめた(表2)。

①1歳6か月児健診

全市で1歳6か月児健診は行われていた。31市(97%)は集団健診であったが、1市(3%)は市内委託医療機関での個別健診方式であった。この市では、歯科検診と育児教室(精神発達の評価を含む)は市民健康センターで集団実施をしていた(従って、健診率の集計には育児教室の受診率を用いた)。健診実施時期は1歳6か月～1歳9ヶ月(1歳7か月が最多の16市)であった。

受診率の平均は94.2%(最小82.7～最少99.1%;以下、同様)であり、80%台は2市(6.3%)であった。

フォロー率の平均(対象29市)は29.8%(5.4～99.4%)であり、大幅な開きがあった。精神発達に限定したフォロー率は、記載のばらつきが大きく信頼できる割合が確定できなかった。

表2 健診実施状況

健診	平均受診率	備考
1歳6か月児 (N=32)	94.2%	1市個別健診
3歳児 (N=32)	91.5%	1市大部分個別
就学時 (N=19)	96.9%	

②3歳児健診

全市で集団健診方式で実施されていた。

受診率の平均は91.5%(79.5～96.1%)であり、1歳6か月児健診より低かった。特に10市(31.3%)は受診率が90%未満であった。健診時期は3歳0か月～3歳7か月(3歳6か月が最多の13市)と幅があった。

フォロー率の平均(対象29市)は26.5%(3.5～95.9%)であり、1歳6か月児健診と同様に差が大きかった。精神発達に限定したフォロー率は、やはり記載のばらつきが大きく割合が確定できなかった。

③就学時健診

19市で確認ができた。平均は96.9%(76.3～100%)と高かった。70%台が2市あった。

④他の健診など

2歳児歯科検診(集団方式)に合わせて発達評価を6市(18.8%;明確な記載ありのみ)で行っていた。

5歳児健診・相談を4市(12.5%)で行っていた。内容は、4～5歳児の医師会委託による個別健診(受診率51%)が1市、保育園・幼稚園を対象とした5歳児相談(地元大学医学部小児科に事業委託)1市、自立支援協議会子ども支援部会で発達に遅れ等の心配のある児をスクリーニングするためのチェック表を作成・活用1市、5歳児相談会1市であり、いずれも試行的又は部分的で悉皆健診を行っている市はなかった。

なお、2市では乳児期からの発見を行っていた。1市は10か月児健診(受診率95.8%)で自閉症や非症候性精神遅滞のスクリーニングを行い、問題があれば支援を開始、1歳7か月児健診で障害の確認を行うよう努めていた。他の1市は3～4か月児健診で発達的な問題のありそうな子及び子育てに支援が必要な母子の支援グループを作り、乳児期後半で自閉症の乳児期徴候など発達的な

問題が明確になった段階で、発達支援が必要な親子通園事業に紹介するシステムをつくっていた。

健診で発見後の対応としては、多くの市で健診事後指導事業を実施し2次スクリーニングと育児相談を行っていた。また、2歳時点で電話や歯科検診の機会を利用し状態確認が行われていた。

発達障害の発見は、主として1歳6か月児健診と3歳児健診の幼児悉皆健診で行うと回答(18市、56.3%)したが、その中でも1歳6か月児健診で行うとの回答が多かった。一方で、23市(71.9%)は上記2健診以外に、保育園、幼稚園、小中学校、医療機関での発見や、保護者からの相談も発見の機会として重要と回答した。

⑤保健師

保健師1人当たりの0～4歳人口の平均(対象30市)は621.5人(209～1,504人)であった。

(2) 専門的な通園事業

発達障害のある子への通園療育の形態としては、親子通園事業(主に前期幼児を対象とした障害の有無にかかわらず発達支援を必要とする子どもと保護者のための敷居の低い子育て支援事業)と単独通園事業(障害が確定した比較的障害の重い後期幼児を対象とした子どものみ通園する事業)が必要である。それらの設置状況について調べた。単独通園事業を行っている事業所については、中核市では発達支援システムのセンター的役割を担う専門性の高い通園施設が必要と考えられるので、児童発達支援センター(福祉型、医療型)、の有無及びその事業主体(公立、民立:公立民営は公立に含める)について調べた。なお、発達障害のみに特化

した専門的な通園療育施設のある自治体はなかった。

①親子通園事業

発達的にリスクのある子どもと親のための親子通園事業を実施していたのは15市(46.9%)であった(表3)。

対象は1、2、3歳の就学前児童がほとんどで、一部は4、5歳児も対象としていた。活動形態は大多数は集団保育形式で行われ、通園回数は週1～2回、期間は半年から1年(次年度継続含む)、利用児童定員は20人から700人とさまざまであった。

しかしながら1市では、0～2歳児を対象とした1期2か月(各5回)の親子教室を5か所の保育園(民間園含む)で実施(22グループ)、3～5歳児を対象に7か所の幼児支援教室を実施し、いずれも多くの子が利用していた。

表3 通園事業の概要

事業	あり (%)	なし (%)
親子通園事業 (N=32)	15 (46.9)	17 (53.1)
児童発達支援センター (N=32)	32 (100)	0
福祉型 (N=32)	31 (96.9)	1 (3.1)
うち市立あり (N=31)	19 (61.3)	12 (38.7)
うち民立あり (N=31)	16 (51.6)	15 (48.4)
医療型 (N=32)	23 (71.9)	9 (28.1)
うち市立あり (N=22)	13 (56.5)	
うち民立のみ (N=22)	3 (13)	
うち都道府県立あり (N=22)	8 (34.8)	

注:医療型の「市立あり」の1市は近隣12市町との組合立であるが含めた。

事業主体はいずれも市(運営は該当市の社会福祉事業団含む)であり、実施場所はすべて市立の児童発達支援センター、子育て及び発達相談のセンター施設、公立保育園

であった。費用負担については、利用者負担は1市のみで、他はすべて無料であった。多くは各市の単独事業であったが、一部の市では健診事後指導事業を活用又は児童発達支援事業の対象を拡大し実施していた。

②児童発達支援センター

表3のように児童発達支援センターは全市で設置されていた。福祉型の設置が31市(96.9%)であるのに対し医療型は22市(68.8%)と少なかった。両型の内訳は下記(ア)、(イ)の通りであった。

(ア) 福祉型

施設のあった31市のうち、市立のセンターありが19市(61.3%)、民立のセンターありが16市(51.6%)であった(表3)。このうち、施設が市立のみ15市(48.4%)に対し、民立のみが12市(38.7%)、両方のセンターありが4市(12.9%)であった。

市立のみのうち、2市は2つのセンター(精神遅滞・発達障害、難聴に対応)を設置していた。

民立のセンターの設置数については、1施設が7市、複数施設6市であった。なかには、8施設が存在する市も認められた。

なお、1市は未設置ながら市立の児童発達支援事業所があり、多様な障害に対応するとともに巡回相談等の地域支援も行っていた。

(イ) 医療型

福祉型とは異なり設置は1市を除き各市1施設であった。施設のある23市のうち、市立のセンターありが13市(56.5%)、民立のみが3市(13%)、都道府県立ありが8市(34.8%)であった(表3)。

なお、1市には表3の脚注に記した組合立と県立の2施設が設置されていた。

(ウ) まとめ

21市(65.6%)は2種類の児童発達支援センターをもっていた。このうち、いずれも市立であったのは9市、いずれかが市立7市、いずれも民立又は民立と都道府県立5市であった(表4)。

表4 設置状況まとめ (N=32)

児童発達支援センター	市 (%)
福祉型と医療型	21 (65.6)
福祉型のみ	10 (31.3)
医療型のみ	1 (3.1)

福祉型のみは10市、このうち7市には市立の施設があり、3市は民立であった。医療型のみは1市は都道府県立であった。

事業主体については、2種類の児童発達支援センターのうち1種類でも市立のセンターを設置している都市は22市(68.7%)であり、未設置は10市(31.3%)であった。

(3) 専門医療機関

診療機能については、発達障害を含め子どもの障害に特化した市立又は民立の専門医療機関の有無について調べた(市内にある公立病院、私立病院、大学病院、都道府県立又は民立の医療型入所施設等は統計から除いたが、現状については後段で記す)。

表5 専門医療機関 (N=32)

医療機関	市 (%)
設置あり	7 (21.9)
うち市立	6 (1市は民立もあり)
うち民立	1
設置なし	25 (78.1)

注：2015年度、2016年度に設置が決定している2市を含めると9市(28.1%)となる。

7市(21.9%)では専門医療機関(いずれ

も診療所)が認められた。6市(全体の18.8%)は市立(1市は民間社会福祉法人が開設した診療所もあり)、1市は民間社会福祉法人が開設した診療所であった(表5)。

市立の診療所のうち5市では、合わせて児童発達支援センター(又は児童発達支援事業)、相談支援部門もあり、いわゆる総合療育センターとして発達支援システムの中心的役割を果たしていた。1市は相談機能とハビリテーション機能も有する相談拠点(発達相談センター)の1部門として設置されていた。もう1市の診療所は通園療育部門のない専門医療施設で運営もユニークであった。該当市が設置したものの運営については近隣6市2町(隣県1市1町含む)で共同運営を行っていた。

設置市には含まなかったが、他の1市は子どもと若者を支援するセンター施設で週に1日ではあるが専門医を配置し発達障害の診断を行っていた。

また、2市ではそれぞれ2015年度初め、2016年度中に市立の専門診療所を開設することが決定していた。これらを含めると、表5の脚注に記したように設置市は9市(28.1%)となる。

その他の市については、市内及び近隣自治体にある市立病院、都道府県立や民立の指定医療型入所施設、民間診療所等に依存していた。県庁所在地でもある12市のうち5市は都道府県立の指定医療型入所施設等を利用していた。

(4) 医学的ハビリテーション

発達障害に関わる医学的ハビリテーションについては、全市ともに心理士、作業療法士、言語聴覚士等の専門スタッフを配置していた。スタッフ人数等については確認で

きなかった。

(5) 総合的な療育拠点施設など

発達障害を含め障害のある子どもの発達と家族の子育て・生活の支援には多くの機関・事業所の有機的な連携と協力が必要である。そのためにはシステムの中心となる総合的で高い専門性を持った療育拠点施設(1か所に集約されていなくてもよい)の存在が望ましい。

そのような施設(専門医療、通園療育、相談支援、地域支援の4機能を有する施設)を市が設置していたのは6市(18.8%)、数年中に診療所の開設が決定している2市を加えると8市(25%)であった。

また、6市(18.8%)は総合的な療育拠点施設はないものの、発達障害等に関する相談調整等に関するセンター的な施設を設置していた。

(6) 統合保育

回答のあった30市の全てで統合保育は行われていた。多くは保育園と幼稚園とも公立及び私立(私立)の別なく受け入れ、加配保育士等を配置していたが、1市は市立幼稚園には加配教諭の配置はなく私立保育園には必要に応じて加配保育士を配置としていた。2市は加配職員の配置について記載がなかった。

4市(13.3%)は指定園制度等を採用していた。内訳は、全ての保育園・幼稚園が私立園で保育園は指定園制(1市、なお幼稚園の実態は不明と回答)、大半の保育園を指定園としている(1市)、市立幼稚園に特別支援学級を設置(2市)であった。

(7) 義務教育段階での特別支援教育

10市(31.3%)は市立特別支援学校を設置していた(2015年4月に開校予定含む)。1

市では特別支援学校に加え聾学校も設置していた。

特別支援学級については、全市で多くの小中学校に設置していた。通級指導については、回答のあった 27 市で合計 4,730 人、平均 189 人 (42~647 人) の小学生が受けていた。

2) 間接支援機能

発達支援システムを運営・発展させるための間接的な基幹機能として、連携組織と保育園等への専門的支援・研修について調べた。

(1) 連携組織

障害児支援に係る地域連携組織について、幼児期の支援を対象とした公的な連携組織の設置が確認できたのは 1 市であった。この市では、私立幼稚園協会を含め 12 の機関・団体が発見から就学に至るまでの発達支援システムを PDCA サイクルの手法を活用し管理・運営していた。

その他、自立支援協議会に発達支援部会を設置 1 市、障害児療育についてのスタッフ会議あり 1 市、保育所入所に関わる相談会議あり 1 市であった (しかし、これをもって直ちに他市が連携組織体をもっていないと結論づけることはできない。明確に調査項目を設定しなかったために適切な回答が得られなかった可能性が高い)。

義務教育段階の特別支援教育については市町村等においても特別支援教育連携協議会の設置が勧められているが、確認できたのは 8 市のみであった。組織が有効に機能しているか否かは確認できなかった。

(2) 保育園等への専門的支援・研修

回答のあった 30 市のうち、市が中心となって専門家による充実した保育園・幼稚園

等への巡回支援や研修を組織的に行っている自治体は 13 市 (43.3%) であった。関係機関が緊密に連携し体系的・組織的に行われている市も認められたが、一方で巡回支援が保育園に限定 (公立保育園のみの市もあり) されている、公立園でも保育園と幼稚園では支援する機関が異なる (保育課と教育委員会)、複数の外部専門機関に委託、私立幼稚園への巡回支援がないなど多くの問題が認められた。

他の 17 市 (56.7%) は散発的であったり児童発達支援事業者の保育園等訪問支援事業に任せている状況であった。

D. 考察

改正障害者基本法の成立に伴い基礎自治体にも発達支援体制の整備が求められる時代となった。これから各基礎自治体で早期発見から学校教育に至る発達支援体制の整備が本格化するであろうが、そのためには現状の把握が欠かせない。

昨年度に引き続き中核市の現状を把握するため、今年度は悉皆調査を行なった。これまで中核市を対象としたこのような大規模で包括的な実態調査はなく、初めての調査といえる。本調査によって中核市における発達支援体制の現状を明らかにすることができたと考える。以下、調査結果に基づき考察を行う。

1. 中核市の地域特性と発達支援機能

基礎自治体としての中核市は保健福祉分野 (障害福祉を含む) における行政権限が政令市に次いで大きく、地域の拠点都市として主体的にまちづくりを展開できる可能性を持っている。

今回の調査で中核市の平均人口は 40 万

人を越え、出生児数の平均は 3,448 人であることが明らかとなった。本研究班が昨年度実施した 7 自治体における発達障害の有病率調査⁽²⁾では、暫定的ながら有病率は小学 1 年生で 5.1%、6 年生で 4.1%であり、この有病率から推定すれば、控えめに見ても毎年 140～170 人の支援を必要とする発達障害のある子が生まれていることになる。

この子らの健やかな発達と家族の子育て・生活を支援するための総合的で一貫性と継続性のある自立した支援体制の整備が望まれる。

2. 基幹機能の現状と課題

発達障害の発達支援体制には複数の基幹機能を整備することが必須である。小規模自治体では福祉圏域を中心とする外部の社会資源を活用することが現実的であろうが、中核市の財政力、対象児数、行政権限、人材等を勘案すれば、自前で多くの基幹機能を整備する必要がある。以下、基幹機能の現状と問題点について整理したい。

(1) 発見

発達障害の発見は主として 1 歳 6 か月児健診、次いで 3 歳児健診で行われていた。多くの市では、保育園、幼稚園、小中学校、医療機関も発見機関として重要であり、保護者からの相談も発見の機会として重要と回答していた。

従来、我が国における障害の発見は乳幼児健診を中心に組み込まれてきたが、発達障害の発見にはより多段階的な発見体制の整備と一層の関係機関の連携が望まれる。

(2) 専門的療育と専門医療

発達障害のある子と家族の子育てを支援するためには、発見に引き続いて、心理的敷居の低い親子通園事業、子どもだけが通え

る単独通園施設（専門性と多機能を備えた児童発達支援センター）、専門医療機関（診断と医学的ハビリテーションを行う診療所）が必要となる。また、発達支援システムの連携性と運営の安定性・発展性を勘案すれば、システムの中心となるこれら諸機能を有する専門性の高い施設等の事業主体は市であることが望ましい（ただし、児童発達支援センターについては 1 か所のみ市立、他は民立でもよい）。これら 3 機能について、事業主体が市立である割合について再整理した。

表 6 市立の療育・診療施設 (N=32)

市立施設	市 (%)
市立施設なし	8 (25.0)
親子通園のみ	1 (3.1)
児童発達支援センターのみ	5 (15.6)
診療所のみ	2 (6.3)
母子通園と児童発達センター	9 (28.1)
児童発達支援センターと診療所	2 (6.3)
すべて設置	5 (15.6)

注：児童発達支援センターは、福祉型又は医療型を問わずいずれか一方でもあれば、ありとした。

診療所には数年中に開設決定の 2 施設も加えた。

4 分の 1 の市 (8 市) には市立の施設がなかった。いずれか 1 つが市立が 8 市 (25%)、2 つが 10 市 (31.3%) であり、そして 3 施設すべてを市が設置しているのは 5 市 (15.6%) のみであった。中核市でも意外と発達支援システムの要となる専門的療育及び医療分野の市立施設が少ないようだ。

我が国の障害児支援は、2012 年の児童福祉法改正により障害児支援が強化され、各自治体で爆発的に民立の障害児通所支援事業所（ことに、児童発達支援事業と放課後等デイサービス）が増加している。また、旧来の障害児通園施設のひとつは児童発達支

援センターに移行し、施設での子どもと家族への支援に加え、保育所等訪問支援や児童発達支援事業所支援など地域支援も積極的に行うことになった。

これらは、支援の多様化と子どもと保護者の選択肢の拡大、支援サービス供給量の不足解消策としては有効ではある。しかし、子どもの健やかな育ちと家族の子育て・生活を支援するための、連携協力を前提とした障害の発見から始まる総合性・一貫性・継続性のある発達支援システムの形成・発展という目標からは、競争・拡散・混乱に至る深刻な問題をはらんでいる。

たとえば、発達の支援が必要な子どもが1歳6か月児健診で発見されたとしよう。人口と対象児の多い中核市のこと、今回の調査でも複数の民立の児童発達支援センターと数十か所の民立の児童発達支援事業所のある都市も認められたが、保健師はどうするのであろうか。事業所の一覧表を示し、「どうぞ選んでください」と言うのであろうか。また、統合保育をしている保育園や幼稚園に次々と異なった事業所の職員が訪問し異なった評価や助言をする、といった事態も現実のものであろう。保育士はどう受け止めればよいのか。

多くの意欲と情熱に溢れた民間の事業所が障害児支援の領域に参入することのメリットは大いにある。しかしながら、先のような深刻な事態をいかに防ぎ、子どもと家族を支えるかを考える必要がある。そのためには、中核市にあっては専門療育や専門医療など主要な基幹的機能のいくつかについては、公的な機関が責任をもって志と専門性の高い施設を設置し、関係機関や民立の事業所等と連携しシステムを運営・発展さ

せる必要がある。

(3) 統合保育と外部からの専門的支援

統合保育は全ての自治体で実施されていた。統合保育を支えるために重要な外部からの支援については、関係機関が緊密に連携し体系的・組織的に行っている市もあったが、一方で支援が計画的・継続的に実施されていない、巡回相談事業が保育園に限定されている、保育園と幼稚園では支援に責任を持つ行政部門が異なる、複数の外部専門機関に委託し現場が混乱する、私立幼稚園への支援が少ないなど多くの問題も明らかになった。今後、統合保育を充実させるためにも、これら多くの問題を解決していくことが求められる。

(4) 連携組織

今回の調査では、連携の実態については正確に把握はできなかったが、子どもの障害と生活も多様化し、支援に関わる機関や施設もこれまた多様化と拡大の一途である。

発達障害のある子どもと家族への早期からの息の長い体系的な支援をいかに保障するか、いま最も必要とされている機能の1つに真に機能する連携組織づくりがあるように思う。

E. 結論

中核市における発達支援モデルを検討する基礎資料を得るため、大規模な中核市調査を行ない、現状と課題を整理した。

最終年度である次年度には2年間の研究成果を踏まえ、中核市の実態を踏まえた実効性のあるシステムモデルを提案する予定である。

謝辞

本調査にご協力いただいた豊橋市（中核市市長会事務局）及び各中核市の関係者の皆様に心よりお礼申し上げます。

F. 引用文献

- 1) 高橋 脩：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～. 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（主任研究者 本田秀夫），139-176, 2014.

- 2) 本田秀夫：総括研究報告書. 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（主任研究者 本田秀夫），1-9, 2014.

なお、高橋脩分の研究発表と知的財産権の出願・登録状況については、「自治体規模の即した発達支援システムに関する研究～豊田市と小規模町村における調査」報告書と同様であるので省略した。他の分担研究者については各研究者の報告書を参照されたい。

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）
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

～豊田市と小規模町村における調査～

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）
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）
川角久美子（豊田市こども発達センター 地域療育室、保健師）
新美恵里子（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、臨床心理士）
川原三佳（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）
松浦利明（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、臨床心理士）
東俣淳子（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：昨年度と同様の母集団を対象に1年後の豊田市における累積発生率の調査を行なった。広汎性発達障害はほぼ昨年度と同様であり、中学1年生は3.9%であった。昨年度の調査対象に7町村を加えた小規模自治体24町村の発達支援システム調査では、発見、統合保育、保育園等への巡回支援、特別支援教育の体制整備は行われていたが、診断、医学的ハビリテーション、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。支援システムの核となる通園機能については、少なくとも約6割の自治体で自治体内または近隣自治体の施設を活用するなど整備されていた。

障害児に対する支援計画の策定が第4期障害福祉計画から義務化され、基礎自治体における発達支援システムの構築が急がれる状況にある。今年度は、昨年度に引き続き発達障害児支援システム構築の前提となる

対象児数の推定と小規模町村における実態把握をさらに進めるため、豊田市における累積発生率調査、小規模町村への現地調査及びアンケート調査を行ったので報告する。

I. 豊田市調査

A. 研究目的

自治体規模に応じた発達支援システム構築の前提となる支援対象児童数を推定すること。

B. 研究方法

昨年度に引き続き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、昨年度と同様の方法⁽¹⁾で、以下の2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、2014年度の小学2年生及び中学1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的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名が該当）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（川原三佳）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（75校）、全中学校27校、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. 発達障害等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、2014年4月現在で小学2年生又は中学1年生で、豊田市こ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）、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57号）を得ている。

C. 研究結果

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2年生では全児童数4,107人のうち、145人（3.5%）に、中学1年生では4,128人のうち、126人（3.1%）にそれぞれ問題が認められた。

全ての事例（271人）で医療機関を受診していることが確認されていた。

問題としては、両学年とも「対人関係やこだわりの問題」が最多で、合わせて185人（把握児童271人の68.3%）、次いで「全体発達の遅れ」で69人（25.5%）であった。「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」は11人、「全体発達の遅れでは説明のつかない学力の問題」は2人、合わせて13人（4.8%）であった。

表I-1 遅れや偏りのある子（%）

問題	2年生 N=145	中学1年生 N=126	合計 N=271
対人関係 問題など	113 (77.9)	72 (57.1)	185 (68.3)
落ち着き なさなど	4 (2.8)	7 (5.6)	11 (4.0)
言語理解 問題など	4 (2.8)	0 (0)	4 (1.5)
学力の 問題など	0 (0)	2 (1.6)	2 (0.7)
全体発達 の問題	24 (16.5)	45 (35.7)	69 (25.5)
その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)

2. 発達障害と診断された児童の調査

①小学2年生調査（表I-2）

累積発生率を算出する母集団として、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（以下、2006年度コホート）とした。

表I-2 発達障害と診断された小学2年生

障害	児童数 (人)	累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	134	3.14
注意欠陥 多動性障害	18	0.42
コミュニケー ション障害	25	0.59
学習障害	2	0.05
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51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134人（3.14%）であった。内訳は、自閉性障害104人（77.6%）、アスペルガー障害30人（22.4%）であった。性別は、男95人、女39人であり、男女比は2.4：1であった。併存症については、知的障害28人（20.9%、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

18人(0.42%)に認められた。

- ・コミュニケーション障害

25人(0.59%)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、吃音1人であった。

- ・学習障害は、2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、先天性中枢性肺胞低換気症候群、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中学1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(以下、2001年度コホート)を用いた。

表I-3 発達障害と診断された中学1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	43	1.03
コミュニケー ション障害	23	0.56
学習障害	4	0.10
精神遅滞	68	1.63

注：広汎性発達障害については、小学2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23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。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

43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

4人に認められたのみであった。

- ・精神遅滞

68人(1.63%)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(52.9%)、注意欠陥多動性障害が1人に認められた。

③両学年の累積発生率比較(表I-4)

小学2年生と中学1年生を比較すると、広汎性発達障害で0.77%、注意欠陥多動性障害で0.69%、精神遅滞で0.39%

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	小学2年生 累積発生率 (%)	中学1年生 累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	3. 1 4	3. 9 1
注意欠陥 多動性障害	0. 4 2	1. 0 3
コミュニケーション障害	0. 5 9	0. 5 6
学習障害	0. 0 2	0. 1 0
精神遅滞	1. 2 4	1. 6 3

最も累積発生率の高い広汎性発達障害は、小学2年生群では約65%、中学1年生群では約67%が幼児期前期に確定診断を受けていた。中学1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	小学2年生 N=134 (%)	中学1年生 N=163 (%)
1～3歳	87 (64. 9)	109 (66. 9)
4～6歳	38 (28. 3)	34 (20. 8)
7～11歳	9 (6. 7)	20 (12. 3)

④昨年度との累積発生率の比較（表 I - 6）

広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、精神遅滞について比較してみると、広汎性発達障害が小学2年生で微増した以外、ほと

んど変化は認められなかった。

表 I - 6 昨年度調査との累積発生率比較

コホート	2006年度生		2001年度生	
	小学1年	小学2年	小学6年	中学1年
広汎性 発達障害	3. 0 4	3. 1 4	3. 9 1	3. 9 1
注意欠陥 多動性 障害	0. 4 0	0. 4 2	1. 0 3	1. 0 3
精神遅滞	1. 2 4	1. 2 4	1. 6 1	1. 6 3

D. 考察

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。

昨年度との比較では、小学2年生では大きな変化はなかったが、中学1年生では、該当児が全体で4.4%から3.1%に減少した。ことに、対人関係やこだわりの問題、落ち着きがない、そそっかしいなどの問題に該当する児童が減少する一方で、全体発達の遅れに該当する児童が増加していた。

「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は、昨年度と同様に小学2年生（2006年度コホート）及び中学1年生（2001年度コホート）で

ともに3%を超えていた。ことに中学1年生は3.91%で、河村ら(2008)⁽²⁾が報告した豊田市における累積発生率1.81%、Kimら(2011)⁽³⁾有病率2.64%よりはるかに高い値であった。

昨年度との比較では、両学年共に大きな変化は認めなかった。豊田市では、小学6年生の段階で、ほぼ全ての発達障害が発見・対応がなされているものと考えられた。

E. 結論

昨年度に引き続き、小学2年生と中学1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。中学1年生の広汎性発達障害の累積発生率は約4%であり、近年の国内外の報告の約2倍と高い結果であった。

F. 引用文献

- 1) 高橋 脩：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～。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(主任研究者 本田秀夫), 139-176, 2014.
- 2) 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.

- 3) 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町村調査

A. 研究目的

2014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。このうち、人口規模で3万未満の小規模自治体が937(54%)と半数以上を占めている。市町村別の内訳は、市が75(8%)であるのに対し、町村が862(92%)と大多数を占めている。なお、この町村の割合は全基礎自治体の49%であり、おおよそ半数の自治体を人口規模が3万人未満の町村が占めていることになる(各基礎自治体の人口は、2010年10月1日現在の国勢調査人口に基づいている)。

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、昨年度と同様にこれら小規模自治体、ことに町村域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。

B. 研究方法

今年度は、全国における小規模町村の発達支援システムの実態を把握するために、①現地調査、②人口3万人未満の小規模町村のアンケート調査、を実施した(各研究方法の詳細は研究結果を参照)。以下、両調査について報告し、最後に総括的な考察を行う。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては豊田市こ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57号)を得た。

C. 研究結果

1. 小規模町村の現地調査

小規模町村の実態を把握するために昨年度に引き続き現地調査を行なった。対象自治体は、①東日本の2自治体(秋田県の1村、東京都の島嶼部にある1町)、②愛知県の山間部にある2自治体(1町1村)、合わせて4自治体であった。

東日本の自治体を選定したのは、昨年度の現地調査が、西日本(徳島県と鹿児島県)に偏り、東日本の実態把握が必要と判断したからである。また、愛知県の山間部の自治体については、システム整備が極めて困難と推定される地域における支援の在り方を検討するために適切な自治体と判断したためである。

1) 秋田県小規模村調査

2015年年1月14日に2人の研究協力者(川原三佳、東俣淳子)が現地調査(村役場で、保健センター、障害福祉課、教育委員会の各担当職員に対し面接調査)を実施した。なお、本調査については北秋田市社会

福祉協議会 伊藤清貴氏の協力を得た。

(1) 村の概要

村の周囲は5.2キロメートルの堤防に囲まれており、東京の山の手線(34.5 km)がすっぽり入る広さである。かつての湖を干拓してできた土地で、ほぼ平地である。1960年代に誕生した村であり、その歴史は50年ほどであり比較的新しい。村の人口は3,200人前後で世帯数は1,000世帯前後ある。人口は大きく増加することなく、年間出生児数は約20人である。子どもが2人以上いる世帯も多い。3世代同居家族が多いことや、単身世帯でも近くに頼れる親族がいることも関係しているのではないかとのことであった。

主な産業は農業である。住民は、農業従事者が多く、その他は官公庁、村営のホテルの従業員がほとんどであり、村外へ働きに行く人の割合は少ない。

交通アクセスは、陸路と空路がある。大館能代空港、秋田空港から車で約1時間、鉄道もあるが村までつながっておらず、自動車が必要な交通手段である。

村の中心に、村役場や保健センター、学校、警察署、公民館、公園が集まり、その周辺に住宅がある立地である。入植地で比較的新しい村ということもあり、若い世代も多い。

(2) 支援機能の概要

- ・発見: 乳幼児健診(保健センター)
- ・診断: 秋田県立医療療育センター(以下、療育センター)、中央児童相談所の巡回児童相談(年2回程度)
- ・療育: 村内に療育施設はない。療育が必要な場合は、県立医療療育センター(以

下、療育センター)に紹介。

- ・保育・幼児教育：保育園1園、幼稚園1園（両園とも統合保育実施）、乳児の就園率が徐々に高まっている。
- ・学校教育：小学校1校、中学校1校（特別支援学級は小学校に2学級、中学校に1学級）。村内に特別支援学校はなく、村外の県立特別支援学校へバス通学または寄宿舎に入舎する。

（3）発達支援の現状

①母子保健

出生児数は年間20人程度であり、普通出生率は6.2である。健診でのフォロー率はほぼ100%である。生後4、7、10、13か月に実施される乳児健診は、隣町にある地域の基幹的総合病院の小児科医が担当し、重い遅れが認められた場合は、療育センターや地域の病院へ紹介される。1歳6か月児健診で社会性や言語面の発達の遅れを抽出することはなく、2歳児の歯科健診時に「ことばが遅い」との母からの相談があり、初めて保健師が気づくことがほとんどである。3歳児健診で初めて遅れに気づく例は少ない。相談後、必要であれば療育センターへ紹介して必要な診察や療育を受ける。

②保育・療育

保育・幼児教育は、3歳までは保育園、4歳になると幼稚園に転園する子どもがほとんどである。両園とも統合保育が行われている。加配保育士の配置はない。早朝・延長保育を利用する子どももいるが、数は多くない。田植えの時期になると、早朝・延長保育の利用児が増え、土曜日保育も実施している。保育の中で発達の気になる子どもがいる場合には、中央児童

相談所の巡回児童相談や、療育センターの巡回相談（療育センター内の秋田県発達障害者支援センターが実施）を利用している。

③就学時～就学後

就学時には、就学児全員対象の子ども全員に「就学支援シート」を作成し、学校との連携を行っている。特別支援学級は、小学校に2学級、中学校に1学級設置されている。現在、医療的ケアの必要な子どもは在籍していない。重度の知的な遅れがある場合や肢体不自由児は、村内に特別支援学校がないため、バスで特別支援学校に通学したり、寄宿舎を利用したりしている。

就学後に気になる子どもがいる場合には、保育園・幼稚園と同様に巡回相談を利用している。近年、就学後に、落ち着きがないことから教員が「気になる子」として相談をすることが増えている。巡回相談を利用して保護者との話し合いの上、療育センターへ紹介し受診することもある。

療育手帳を申請する子どもは少ない。手帳は、就学期以降に福祉サービスを利用する場合と、療育センターでの療育を受けるために申請する場合がほとんどである。

（4）発達支援の課題

①母子保健及び療育

出生数が少ないこともあり、生まれた時から義務教育を修了するまで同じ仲間とともに育ち成長する。そのため、保健師が子どもの様子を的確に把握することができる。また、小村であるため、親及び子ども同士のつながりもあり、発達支援が必要な子どもも地域の中で生活できる環境がある。

一方、保健師と保護者が「顔が見える関係」であるため保護者への伝え方に工夫や配慮

が必要となる。また、健診の際、保健師が発達的に気になる子どもでも、健診担当の医師が「大丈夫、個性です」と保護者に伝え、専門医療機関へ紹介されないケースがあり、発達障害の疑いがある子どもを専門機関へ紹介できないことが起こりうる。

以上のことから、母子保健や療育に関する課題として、健診の受診率は高いがもともとのケース数が少ないため、療育などの支援方法が構築しにくいことが挙げられる。

②学校教育

教育現場で発達的に気になる子どもがいる場合には、児童相談所や療育センターの巡回相談を利用している。しかし、巡回相談の回数が年に2回と少なく、効果的な地域支援となっていないようだ。以前は、もう少し頻繁に巡回相談を利用できていたが、年々、巡回相談の回数が減ってきている。

障害のある子どもが、適切な療育を受けられる場所が少ないこと、立地条件上、療育施設等を頻繁に利用することが難しいことが、課題である。

また、子どもを支える側の保健師や教員の抱える課題としては、気になる子どもについて相談する機関が少ないことが挙げられる。さらに、障害のある子どもへの対応や障害理解を深めること、小学校入学後に発達に関する悩みなどがでてきた場合、子ども及び保護者に対する支援体制が十分に整っていないことも、課題の1つである。

2) 東京都の島嶼部にある町の現状

2014年11月25～26日の2日間、2人の研究協力者（上里初志、酒井利浩）が現地調査を行なった。調査機関・施設は、町福祉けんこう課、保育園（4園）、

小学校（1校）、子ども家庭支援センターであった。

なお、本調査については高橋英俊氏（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部室長）の協力を得た。

(1) 町の概要

・東京都に属する太平洋上に浮かぶ島の1つである。東京から高速ジェット船で2時間弱の距離である。面積は91km²、周囲は52km、約7割が山林原野からなっている。海と山に囲まれた自然豊かな島である。

人口は約8,500人、所帯数は約4,100世帯、年間出生児数は60人前後である。

(2) 支援機能の概要

- ・健診：乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診、就学時健診も実施している。受診率も93～100%と高い。
- ・診療：町立医療センター（公設民営の有床診療所で南部地域にも出張診療所一か所あり）、月に1度の発達相談も実施。
- ・保育：保育園5ヶ所（公立3園、私立2園）、幼稚園はない。統合保育は実施。
- ・療育：町内に療育施設はない。おもに東京都の療育施設へ通っている。
- ・教育：小学校3校（1校に知的障害特別支援学級、2校に自閉症・情緒障害通級指導教室を設置）、中学校2校、高等学校1校。
- ・その他：健診後の事後フォロー教室あり。2か月に1回の頻度で心理士による心理相談あり。障害者用の入所、生活介護、グループホーム等あり。

(3) 発達支援の現状

本町は、東京都に属するが島嶼部であるため、島内独自の早期発見・早期支援システ

ムは途上の段階である。現状は、主に東京都からの来島による支援に頼っている。乳幼児期では、島内に心理士が不在のため、東京都のある株式会社所属の心理士が来島し、2か月に1回の頻度で「発達に関する心理相談」を実施。この心理相談は現状では、島内の乳幼児支援において重要な位置を占め、利用する家族も少なくない。

学齢期では、特別支援教育連携協議会(名称は、「特別支援教育推進委員会」)が設置されており、保育園と学校との連携を深めている。主には就学支援、教員向け研修の企画実施、関係諸機関と情報提供等を行っている。また、教育委員長・校長が自ら園へ出向き、子どもたちの状態を確認したうえで就学相談に臨んでいる。これらの取り組みは本町ならではの取り組みである。

最大の問題は、発達障害や知的障害児を対象とした児童発達支援等を行える療育施設が島内に存在しないことである。より専門性の高い療育や医療を受けようと思うと、船舶や飛行機等で内地(東京都等)へ出掛けなければならない、保護者にとっては心理的・金銭的に負担が大きい。乳幼児健診後のフォローについても、島外の心理士に頼っており、島内での早期発見・早期支援を完結できる取り組みが進んでいない。

(4) 施設訪問調査など

① 町立小学校

特別支援学級を設置しているA小学校を訪問し、校長、教育委員長(教育相談員でもある)、スクールソーシャルワーカー(以下、SSW)より説明を受け、意見交換を行った。

本町では特別支援学級はA小学校のみ設置されており、知的障害が対象である。自閉症・情緒障害の通級指導教室は、他の2校に

設置されている。A小学校は島の中部に位置するが、通級を利用したい子どもは、通級指導教室のある北部の小学校へ通う。南部の小学校にも自閉症・情緒障害の通級指導教室が設置されている。町教育委員会としては、障害の診断の有無にかかわらず、困り感があったり保護者の意向があれば、その子どもたちに合った教育をしていきたい。そのため、通級を利用しやすいように、誰でも利用できるようにしている。しかし、「島嶼部」という閉鎖的な環境のためか、グレーゾーンの子どもたちを育てている家庭からの利用や訴えは少ない。早期発見・早期支援が全国的な流れのため、保育園に通っている段階から、早期発見・早期支援を進めていく必要がある。しかし、それを担える専門職が不在のため、大きな課題であると捉えている。

各健診で発達が気になる子どもたちが発見されているが、その情報が関係機関同士で共有されたり上手く引継ぎがなされていない。そのため、入学後に発達の問題に気づかれることが多い。また、“個人情報保護”について、各機関によって捉え方が異なり、教育現場として欲しい情報がなかなか得られにくい。今後は、定期的に開催している小中学校の校長と園長との会議を活用して、「診断された子ども」「発達が気になる子ども」の情報を共有していきたい。

近年取り組みを見直した。1つは、保育園と学校との連携である。保育園の年長児と学区の小学校との交流の機会をつくり、学校と園との垣根を低くした。次に就学時健診を見直した。校区の校長と教育委員長で健診前に各園を事前訪問し、園長や担任から子どもたちの様子についてヒアリングし