

てから就学児健診を行うようにした。また、就学時健診で、島内にある3つの小学校の校長と教育委員長とで面接をおこなうようにした。また、就学時健診を充実させるとともに、保育園からの引継ぎを充実させるために、「就学支援シート」を見直した。就学支援シートには、子どもの基本情報や健康面で配慮してほしいこと、入学にあたって気を付けてほしいこと、などの項目が盛り込まれている。提出は任意で、保護者が園へ提出し、園からけんこう福祉課を経て学校へ提出している。このシートはけんこう福祉課が作成したものをこれまで使用してきたが、今年度より教育委員会が主導して見直しを行っている。これにより、子どもの人数や特性を把握し、入学後の学級運営等に反映させることができるようになった。引き続きこのシートの評価を行ない改善していく予定である。

町の教育委員会には“教育相談室”が設置されている。ここでは発達に関する相談も受け付けるが、適応指導教室も設置されている。また、SSWも配置されており、家族や学校、医療との環境調整を行えるようにした。以前は、入学してから学習の問題や落ち着きのなさなどが目立っても、上手く保護者と問題を共有できず、学級担任が随分と抱え込んでいた。この問題解決のために、今年度よりSSWを配置し、保護者と担任との関係調整を行うようにした。まだ取り組み初めて日が浅いため効果は分からないが、保護者と学校との信頼関係の構築に有用であると考えている。

島内での教員向けの研修も少しずつ充実させてきた。教育委員会が大学の教官に依頼しWISCについての講演等を行ってき

た。これまでは、検査結果の見方、障害や発達の偏りの有無などの講演が多かったが、今後は“かかわり方”“支援方法”という視点へシフトしていく予定である。それらのノウハウがないため、時間かけて浸透させていく予定である。

その他の課題としては、島内には発達的に心配のある子のいる保護者同士の“親の会”が存在しない。通級指導教室を利用する保護者たちが親の会を立ち上げようとする動きがあるが、詳細は不明である。

特別支援学級や通級指導教室を利用する子どもたちが通える特別支援学校の高等部が島内にないため、これらの子どもたちは、東京都八王子市にある特別支援学校へ入学し、隣接する寮から通学している。

## ②保育園（公立2園、私立1園）

M保育園は約80名在籍。公務員などの転勤で島に来た家族の子も多い。O保育園は島北部に位置し、50名弱在籍している。障害児保育に対してまだまだ理解が進んでいない地域である。K保育園はキリスト系の保育園で120名ほどの人数が通っている。もともと、この島に住んでいた牧師が保育に理解があり、保育園を島内各地に開設した。それが徐々に公立化し、現在の公立3園・私立2園という状況に至っている。

加配保育士は、診断がついていないと配置されない。臨時の保育士を雇い、フリーのような配置で、各クラスをサポートしてもらっている。S保育園には、東京都内の療育センターへ通っている児童が在籍しており、言語聴覚士や心理士と、園との情報のやり取りを行っている。多くは母からの情報をもとに保育へ取り入れている。2か月に1回の頻度で東京から来島する心理士による

心理相談が2か月に1回行われている。その心理士による相談や研修も行われている。同じように、〇保育園でも、同一の心理士による相談を利用している家族がいる。どの園もこの心理相談を利用している事例が多く、頼りにしている様子が見える。そのため、島への心理士の常駐の希望がある。

K保育園には、看護師が常駐しており、町立医療センターの医師の許可の下に、病児・病後児保育も行っている。また、学童保育も行っている。この園でも前述した心理相談を利用している子どもが通っていた。専門的なことについて情報を得ることが難しく、母親から情報提供がなければ園側が知らないことも多い。関わり方に難しさのある子どもは、職員会などで、ケース会議を開いて園内で取り組んでいる。

各園では公開保育研修などや研修や実習の機会が少なく、職員の質の向上が課題である。また、健診がどのように行われているのか、どこまでフォローしているのか不明であり、継続してかかわってくれる機関があるとよい、とどの園も考えていた。できれば、園と保健師や子ども家庭支援センターと連携し、健診情報等を引き継いでもらい、保育に活かしていきたいと考えている。また、5歳児健診のように、就学前に発達状況等を確認する機会があると、保育者としても就学までに身につけさせたいことを保護者と一緒に考えることができる。これら健診情報や医療側との情報共有ができる連携システムの構築および、園のスタッフの相談先の確保が今後の課題である。

### ③子ども家庭支援センターなど

小児の各健診は医療センターの小児科医が行っている。巡回療育相談の事業は行わ

れているが、児童相談所による巡回である。療育手帳の判定等に合わせて2泊3日で春と秋の2回のみ来島のため、時間が十分とはいえない。障害児等療育支援事業も行われていない。既述の心理相談の機会があり保護者からのニーズも高いが、2か月に1回のため頻度は十分とはいえない。この事業は東京都内の株式会社所属の心理士に委託しているが、個別の相談に留まっており継続性や連携性に欠けている。今後のことを考えると、まずは公的な支援体制の中で連携しながら活動してもらえる心理士や児童精神科医等の専門家の確保が望まれる。

本町には“子ども家庭支援センター”があるが、いわゆる“子育て支援センター”の役割と育児相談や虐待ケースの対応などの業務を担当している。また、学童の放課後の遊び場の提供、育児支援ヘルパー事業など幅広い業務を行っている。発達に関する相談も受け付けているだけでなく、療育手帳等の取得や巡回等を行う児童相談所への連絡の窓口となっている。保育士や保健師などのスタッフが勤務している。

専門的な療育や診療を受ける場合は、船や飛行機等の交通機関を使って東京へ出向く必要がある。しかし、日帰りは難しく、補助金の申請ができるようになっている。

### (5) 考察とまとめ

障害児の早期発見・早期支援において乳幼児期における支援体制の確立は、重要な位置を占めている。本町では、年間出生数60名前後に対し、発達に関する相談窓口が、①乳幼児健診、②島外の心理士による相談に限られており、島内には専門医はおらず来島診療もないため、確定診断がなされないままの状態である。また、この人口規模に

もかかわらず、“乳幼児健診”と“子育て相談”の担当部署が分かれており、施設も離れた場所にある。さらに閉鎖的かつ古くから続く偏見的な傾向も相まって、早期支援の体制が構築しにくい。そのため、家族からは「島外の専門家であれば相談したい」という傾向が強い。しかし、関係諸機関のスタッフからは、「就学前に相談できる機会が欲しい」「関係機関同士で連携を取りたい」との声が多く、今後は諸機関連携や家族への支援体制の充実が課題となると考える。また、“療育”に対して保護者も支援者も「療育は専門的なもの」と考え、“訓練”“個別療法”のように捉えている。“療育”に対する専門的なイメージの払拭と、敷居を低くする取り組みが必須であろう。

以上のような状況や理由により、母子保健分野での発達障害児に対する支援体制が、十分に確立されているとは言い難い。一方で、学校教育分野では、徐々に支援体制が構築され始めている。まだ全国的にもあまり広まっていないSSWが配置されている。このSSWの活用と教育相談室による支援を通じて、不登校やいじめ、発達障害児への支援等にも力を入れ始めている。昨年度調査した徳島県の町でも熱心な教育分野のスタッフが、母子保健や障害福祉の分野をも包含し充実した支援システムを構築していた。このように、医療、福祉、母子保健等の分野で支援体制が十分に整っていない自治体では、熱心なスタッフによる奮闘と教育分野からの支援がそれらを補っていることがうかがえる。

早期発見・早期支援体制を構築するため鍵となる条件は、いくつか考えられる。

第1は、乳幼児健診後の支援体制の構築・充実である。現在は、保健師の数が足りていないうえに、健診後の事後フォロー教室が上手く機能していない。さらに家族は、来島する心理士が行う心理相談を利用している現状がある。これらの状況を改善する第一歩は“健診担当の保健師”と育児相談を行っている“子ども家庭支援センターのスタッフ”との連携強化であろう。例えば健診後に事例検討等を行い、母子保健スタッフ間で情報共有するような仕組みが重要となる。さらに、現在行われている月1回の個別親子教室等の事業を見直し、小集団での“療育”（子どもの発達支援と保護者の子育て支援、さらには通園を通じて子どもの障害に気づいてもらうことを目的とした事業）を定期的に行っていく仕組みが必要である。そうすることで、健診・母子療育・診断、という流れができ、早期発見・早期療育の仕組みが充実する第一歩となるのではなかろうか。これらの取り組みを行いながら、いつでも子育て・発達相談ができるように、徐々に体制を充実していくとよいのではないかと考える。

第2は、就学前後における支援体制の構築である。現在は、町の教育委員長が特別支援教育に力を入れており、就学支援シートの見直し、就学児健診前の保育園等の巡回、SSWの配置、園長・校長間の連絡会議など、早期支援の充実を図りつつある。その動きに呼応し保育園等から小学校への有益な情報の引継ぎが行われれば、幼児期から学童期への円滑な移行が行えることになる。さらに母子保健の情報が加われば、一貫性と継続性のある支援体制への道が開かれるものと考えられる。

第3は、支援者支援の体制構築である。現在、町が依頼している心理士は、主として保護者への個別相談を担当しており、保育士等へのアドバイスをを行う機会は少ない。また、保育や母子保健等に従事する職員を対象とした研修は少ない。ケース検討は行っているが担当職員だけの検討にとどまり、“専門職”からのアドバイスやスーパーバイズの機会がない。これらの現状を踏まえると、島外の公的療育専門機関と連携し心理士、作業療法士、医師等の専門職を活用した定期的な研修等を行っていくことで、直接かかわっているスタッフのスキルアップの機会として位置付けることが重要になってくると考える。

最後に、連携の要となる機関の設置である。早期発見・早期支援の体制を構築しても、多くの機関・施設の連携が必要な仕組みをどのように運営・発展させていくのか考える必要がある。仕組みの運営を担当する機関が必要となるが、本町では“子ども家庭支援センター”が適当であろう。同センターには、多職種の人材が配置されており、育児相談の窓口でもあり、教育委員会と同じ庁舎に設置されているなど、好条件がそろっている。事務局業務としては以下のような事業展開が必要となるであろう。まずは、健診情報等の共有、気になる子どもの家庭への支援、巡回等による継続的フォロー、必要に応じて専門医療機関への紹介などがあげられる。また、必要に応じて児童相談所にも連絡し手帳取得や巡回の依頼、就学前後では学校へも引継ぎも行っていく。できれば、この事務局に心理士を配置し、健診時の相談、育児・発達相談、園への巡回相談等、課内で様々な役割を担えるようにすると、年間出

生数60名前後という人口規模、かつ島嶼部ならではの島内で完結できる仕組みとなるのではと考える。

結論としては、島嶼部という地理的条件と出生児数を考えると、小規模でも発達支援と家族支援は島内で完結できる体制整備が必要であり、支援者支援は島外のスタッフからのサポートがあるとよい。

### 3) 愛知県山間部の小規模町村

2014年12月18日、2015年1月7日、2月25日の3日間、2人の研究協力者（神谷真巳、川角久美子）が、現地調査を行なった。調査機関・施設は、町村福祉けんこう課、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、両自治体のある地域は愛知県東北部に位置し長野県と静岡県に県境を接している。

#### (1) A町

##### ①町の概要

総面積は123.40平方キロメートル、くると見渡しても山ばかりで町内の9割を山林・原野が占める静かな町である。四方を標高千メートル前後の山で囲まれた盆地にあり、その中央部に向かって下る複数の溪流に沿って多くの集落が点在している。郡内では年間を通して比較的温暖な地域である。夏季に集中して雨が降り、県下では多雨地帯としても知られている。

町の中心部を片側一車線の国道が東西南北に通っている。交通量は少ないものの車で移動のすることの多い町民の交通の中心となっている。公共交通機関は、郡内唯一の鉄道飯田線の駅があり、バスは町営バス、隣接する村の村営バスが運行している。調査時にはバス停に数人の中学生が集まってお

り通学のための利用が多いように思えた。町内の最も遠い集落から役場などのある町中心部までは車で30分程度である。豊橋こども発達センター(総合療育センター)のある豊橋市(人口約38万)からは約60kmほどであり車で約2時間、電車で1時間45分の距離にある。2年前に三遠南信自動車道が開通し、隣接した静岡県浜松市(人口約80万人)の市街地へ車で1時間弱となったため、子育て世代を中心として買い物や医療など生活に必要なものは隣県を利用することが多くなっている。

人口は、3,688人(平成26年4月1日時点)、世帯数1,497、2~3人家族が多く、高齢化率は47.8%である。一方、出生児数は平成25年度が16人、今年度は8人の見込みと著しく減少している。子育て世帯は、父方両親との同居が多いが、核家族で両親とは近距離に住んでいる例もある。保健師によると、祖父母が近くにいることによる育児負担感は都市部より少ない。最近では、空き家を改装して転入する世帯も数年前から少しずつ増え人口増への期待を持っている。

産業は、農業、養鶏業が主である。多くは町内あるいは近隣町村で働いており女性就業率も高い。医療機関は、総合診療科のある町立病院と町立診療所がある。小児科は浜松市まで出かける場合もあるが、車で40~50分ほどの新城市にかかりつけ医を持っている人たちが多く。また、新城市市民病院には言語聴覚士がおり発達障害の子どもたちの個別療法や後述する障害児等療育支援事業担当者とともに町の保育園、小学校の巡回相談も担っている。発達障害等の診断機能のある医療機関は車で2時間ほどの豊

橋こども発達センターである。

保育園は2園あり、町の中心にあるH保育園は50名、S保育園は32名、0歳からの利用児が近年増加している。小・中学校は、それぞれ1校であり1学年20人程度である。それぞれに特別支援学級が2クラス設置されている。高校は町内になく、近隣の高校へ電車やバスで通学している。

## ②支援機能の現状と課題

発達障害児の発見に関連する乳幼児健診(以下、健診)は、3・4か月児、9・10か月児、1歳6か月児、2歳児、3歳児を対象に実施されており、受診率はいずれも100%である。2歳児健診は、1歳6か月児健診で発達が気になる子ども達の経過観察のために2014年1月より試行的に開始されたが、1歳6か月児健診から3歳児健診までの期間が長いという保護者の声もあり、同年4月より全員を対象としている。主に問診と医師による診察であり、問診項目は母子手帳に記載された内容を保健師が聞き取っている。

健診に携わる保健師の経験年数は最も長い人で5年であり、他は4年、3年、1年目である。その他の職種として、医師、歯科医師、県支所の家庭相談員、子育て支援センターの保育士が携わっている。

健診は、保育園に隣接した子育て支援センターで2か月に1度実施され、1回の対象児数は10人ほどである。健診で発達が気になった子どもには2か月後の健診日を案内し、保健師等が定期的に経過を観察できるようにしている。

乳幼児の数が少なく健診事後グループの運営は難しいが、保健師が0歳~就園前までの子どもを対象とした月に1度の親子教

室で集団での様子も確認・評価している。この教室は、毎回10組ほどの親子が参加している。子どもの少ない町内では、発達や育児の相談ができるだけでなく保護者同士の情報交換の場ともなっているため、ほとんどの親子が利用している。その他にも、保護者が立ち上げた子育てサークルが月に3回開催され、毎回4～5組ほどが参加している。そこにも保健師が出向いているため、頻繁に参加する親子は週に一度保健師と会う設定となっている。また、この2つの教室が開催される子育て支援センターには乳幼児健診のスタッフとして働く保育士が常駐しており、保健師と同じ福祉課に配属されているため役場の席も近いことから、保育士と保健師は就園前のすべての子どもたちについて把握することができる。

町内にある2つの保育園とは、発達や発達が気になり健診後の経過観察の対象となっている事例について情報交換を行っている。また保育園で気になった場合は保育士から保健師に相談が入り、保健師が訪問し支援方法を考えることもある。その他、障害児等療育支援事業を活用しており、実施施設である豊橋あゆみ学園や岩崎学園による保育園訪問相談を年に4回実施している。この相談事業のメンバーには、新城市民病院言語聴覚士なども含まれており、保育士・保健師の相談だけでなく、子どもの発達が気になる保護者の相談もできるようになっている。ここで診断が必要と判断されたケースは豊橋こども発達センターや新城市にある児童相談センター(児童相談所)を紹介され受診につながることが多い。ただ、医療機関を利用する子どもは数年に1人程度であり、多くは発達が気になるが保健師と保

育士が連携を取りながら就学まで支援することとなる。また、重度の遅れのあるケースでは新城市の児童発達支援事業所へ紹介され、町が利用費を負担し保育園と並行通園をしている。

保育園から小学校との連携については、就学指導委員会に保健師が参加しているほか、年長児の担任保育士が小学校へ訪問し就学前に情報交換を行っている。また、入学後も先に述べた障害児等療育支援事業を活用して、保育士が学校へ赴き入学後の子どもたちの様子を確認しながら支援方法について話し合う機会を設けている。

### ③施設訪問調査

町で唯一の小学校である。過疎化により小学校を段階的に統合し5年前1校となった。広い敷地に平屋建てで校舎に入ると木の香りに包まれる新築校舎である。南側に広い校庭があり、校舎と道路を挟んだ隣に放課後児童クラブもある。校舎内は長い廊下が東西に延び、廊下を挟んで全教室が配置されている。通常学級が各学年1クラス、特別支援学級が自閉症・情緒障害と知的障害それぞれ1クラス設置されており、児童総数は117人である。正規の教員のほか、退職後の教員が支援員として配置されており、発達の気になる児童の学習のサポートなどを行っている。落ち着きがないことや粗暴な態度など学習の遅れ以外にも教員が気になる児童はいるが、子どもたちは幼い頃から交流を重ねてきたこともあり、お互いの個性を十分に知っており、上手に対応しトラブルに発展することは稀であるという。

幼児期から学童期にかけての移行期支援については、前述した保育園等と小学校の連携に加え、小学校が次年度就学する児童

を把握する機会として就学時健診と学校の運動会がある。運動会には2つの保育園の年長児も参加し、その時の状態を観察し、就学後の支援態勢を検討することもある。

発達が気になるケースも中学生になると急速に落ち着く子が多いが、小学校から中学校への移行支援が必要な場合には、毎月開催される両校の校長会で、必要に応じて子どもに関する情報交換や支援方法についての検討も行なわれるなど、スムーズに連携が図られている。また、中学校での様子も小学校の教職員にフィードバックされるようになっている。

教員研修としては、教員間で伝達講習などを行う現職教育(週1度)、夏休み期間中の県主催教職員研修、郡内の教職員を対象とした研究授業(年数回)などがある。また、障害児等療育支援事業を活用し新城市市民病院の言語聴覚士を招き、授業を観察してもらった後で助言を受けることもしている。その他、数年前より発達障害に詳しいスクールカウンセラーが配置され教職員の相談に加え保護者の面接なども行うなど、徐々に研修する機会が増えてきている。

## (2) B村

### ①村の概要

総面積が155.91km<sup>2</sup>、北は長野県、東は静岡県に隣接している。愛知県で最も高い山があり、A町と同様に周りを山で囲まれた地形である。しかし、村の中央部に平地が広がっているためこの地域に住宅が集中している。冬季にはグラウンドに氷が張りスケートができるほど寒い日もあり、年間平均気温は13度ほどである。村内には豊橋市や新城市とつなぐ国道が走り、主要な交通路となっている。鉄道駅はなく村営バ

スがA町の鉄道駅まで運行している。医療を含む生活圏はA町と同様、隣県の浜松市へ足を延ばすことが多い。

人口は県内で最も少なく1,172人である。出生数は年間で僅かに2~3人程度であり、逆に高齢化率は約45%と高く、年々人口が減少している。しかし、最近では農村の生活に魅力を感じ子育て世帯が移住してくるケースもでてきた。

主な産業は農業であるが、観光業も盛んである。村民の職業は農業のほか観光業や建設、福祉、公務員などで、夫婦共働き世帯も多い。子育て世帯は核家族が多いが、村内に夫婦どちらかの両親が住んでいる。

医療機関は村営診療所が週に4日午前中のみ、A町立病院から医師が派遣されている。小児科は1時間以上かかる新城市、2時間ほどかかる豊川市などの県内のかかりつけを持つケースもあるが、多くは1時間弱で到着する長野県や静岡県の地域基幹病院など救急にも対応する病院を利用している。なお、各種児童発達支援センターのある豊橋市へは車で2時間半ほどである。

### ②支援機能の現状

健診は3か月に1度、3・4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を併せて実施している。対象人数は各健診で10名前後になり、受診率は100%である。スタッフは、小児科医、歯科医、子育て支援センター保育士、保健師である。保健師の経験年数は25年目が1人、3年目が1人、1年目が1人とかけ離れている。健診で発達が気になった子どもは、週に1度子育て支援センターが開催する子育てサロンで保育士と保健師が経過を見守っている。0歳~就園前の子もたちのほとんどが利用しているだ

けでなく、里帰りで実家に遊びに来ている子どもたちも利用が可能のため、毎回3～5人ほどの子どもたちが参加している。保護者も郡内の出身の人が多く両親の少なくともどちらかと知り合いのため保護者間の交流が盛んである。

保育園は村内に2園あるが、そのうちの1園は対象児がいないため現在閉園となっている。唯一運営されている保育園は在園児16人、職員数4人である。発達の気になる子どもは保育士と保健師で経過観察しているが、2年前から年長児の発達相談を始めた。発達相談には臨床心理士が午前中に子どもを観察し、午後から保護者の相談を行っている。現在までに、専門機関（児童相談センターや豊橋こども発達センター）へ紹介したケースはない。その他、障害児等療育支援事業の拠点施設であるあゆみ学園の担当者と新城市民病院の言語聴覚士が年に1回訪問相談を実施している。診断機関は豊橋こども発達センターである。健診で発達の気になるケースでも保育園では特に問題がなく、小学校になって学業不振や高度な社会性が求められるようになって気づかれることが多い。

小・中学校は全学年1学級であり、両校に特別支援学級が各1学級設置されている。重度の知的遅れを伴うケースは豊橋特別支援学校の分教室のある高校に通っている。

保育園と小・中学校は、同じ敷地内にあり、村に住む子どもたちの全員が毎日一か所に集まることとなる。そのため、0歳～15歳までの子どもたちの縦のつながりが自然とできあがるという。保育士、小学校及び・中学校の職員もお互いに庭で毎日顔を合わすことができ、発達の気になる子どもたちの

支援方法などの情報交換が日常的に行われている。また、中学校には寮が併設されておりほとんどの生徒が入寮する。支援学級に在籍する生徒も週に数日間は寮を利用しているため、教職員は、学校生活だけでなく日常の生活場面でも生徒の状態を把握し支援が可能である。

乳幼児から高校までの連携は自立支援協議会が支えており、2か月に1度開催される運営会議には保健師、社会福祉協議会、役場職員、保健所職員、近隣の高校教諭などが集まり連携を行っている。

### ③施設訪問調査

小学校を訪問した。隣に保育園、北側に中学校がある。小学校と中学校は渡り廊下でつながり、校庭だけでなく音楽室・美術室など特別教室は全て中学校と共用である。小学校の校舎は木がふんだんに使われており、平屋建ての長い廊下を挟んで教室が並んでいるA町の小学校と似た建物であった。

児童数は47人、各学年1クラスである。教職員は13名だが、退職した2名の教員が支援員として日替わりで算数の授業に入り、学習に遅れのある生徒を個別支援している。また、通常学級在籍の発達が気になる子どもたちについては、特別支援教育コーディネーターが保護者にスクールカウンセラーへの相談を勧奨し、必要な場合は知能検査も行っている。スクールカウンセラーは中学校に今年度（平成26年度）から配置された。月に2～3回程度は小学校での相談活動も行っている。相談活動の主たる目的は学校での支援体制の整備であり医療機関につなぐことはないが、教職員だけでなく経過や家族背景などを知っている保健師と連携も行われている。その他、小・中学校



間でお互いの授業を見学したり、教員研修を合同で行うなど連携はよく取れている。

### (3) まとめ

#### ①発見のシステムについて

両自治体とも乳幼児健診が主たる発見の機会である。発達が気になった子どもは、子育て支援センターや保育園等の関係スタッフと連携を図りその後の発達を見守っている。しかし、出生数が少なく療育を必要とする子どもは数年に1人程度である。そのため、特別な療育グループはつくらず、子育て支援センターで定型発達の子どもと共に支援を行っている。診断機能のある豊橋こども発達センターや発達障害を専門とする診療所は両自治体から車で2時間ほどの都市にあるため、発達が気になるものの医療機関の利用は勧めにくく、診断を受けないまま就学を迎える子どもも少なくない。

#### ②研修について

乳幼児健診において保健師が年間で経験する子どもたちの数が少ないために、乳幼児期の定型発達の子どもと発達障害の特性のある子どもたちとの違いをつかむことが難しい。そのため、障害児等療育支援事業の研修を積極的に利用し支援方法を学んだり、同じ郡内自治体の保健師がそれぞれの自治体の健診を手伝うようにして研鑽している。小中学校では、障害児等療育支援事業の研修に加えて、経験のあるスクールカウンセラーを採用し教員が具体的な支援方法を学ぶ機会も設けている。

#### ③移行時の連携について

A町は乳児期から就学までを保健師と保育士が連携を取り、健診から就園までの移行を支えている。小学校から中学校への移行は校長会で情報共有をしている。ただ、保

育園から小学校への連携はまだ始まったばかりであり、今後の課題である。

一方、B村は保育園から中学校までが同じ敷地内にあり、教員同士が立地の良さを活かして共同で研修会を開催したり、子どもたちの見送りの時の立話などで個人的な連携を常に図っている。

### 4) 小規模町村現地調査の考察

今年度は、東日本の小規模村及び島嶼部の現状、支援体制整備が困難と考えられる小規模町村における支援の在り方を検討するため、4町村の現地調査を実施した。

地域の中で発達障害を含む発達のななえを必要とする子どもの発達支援と保護者の子育て支援を行うためには、以下に記すような基幹的機能の整備が必要である。①障害の発見、②子育て支援(主に幼児期前期児を対象とした、障害の有無にかかわらず発達に支援が必要な子どもの発達支援と保護者の子育て支援などを一体的に行う事業)、通園療育(主に幼児期後期児を対象とした障害児の単独通園)、③診断と医学的ハビリテーション、④統合保育(幼稚園教育も含む)、⑤特別支援教育、⑥システム運営、研修・人材育成。

今回調査をした4自治体について、これら諸機能の整備状況と課題を整理する。

#### (1) 発見機能

中心となる乳幼児健診の受診率は極めて高く、しっかりと取り組まれていた。また、子育て支援センターや保育園などでの発見の取り組みもなされていた。発達的に問題がありそうな事例の把握も家族状況など関連情報も含め十分になされ、発見機能は一通り整備されていた。

しかしながら、事例が少ないために、問題のある事例を発見しても、保健師などスクリーニング機能を担っている関係者が障害であるのか否かの判断が難しい、専門機関を紹介する必要がある事例でも人間関係が濃密な地域社会であるため、関係の悪化を危惧し提案しにくいなど、発見に関わる支援者の専門性と発見後の対応が課題として挙げられた。

#### (2) 子育て支援機能

発達の支援が必要な子どもと家族の子育てを支援する集団的な子育て支援事業は、いずれの自治体にも設置されていなかった。しかしながら、通常の子育て支援事業の中で発達支援を行っている自治体も認められた。児童発達支援事業所の設置もなかったが、人口8,000人を超える島嶼部の1町については、その必要性が指摘された。

#### (3) 診断、医学的ハビリテーション機能

いずれも他の基礎自治体または都・県の設置した専門機関に依存していた。

#### (4) 統合保育機能

いずれも実施されていた。程度の差はあるが、外部からの巡回相談など保育現場への支援も行われていた。

#### (5) 特別支援教育

いずれも自治体内には特別支援学校はなかったが、特別支援学級や通級指導教室の設置状況も良好であった。教育委員会など学校関係者の取り組みも積極的であった。

#### (6) システム運営・研修等

対象児が極めて少ないことも関係しているようが基幹機能に関わる関係機関の組織的連携は乏しかった。しかし、支援に中心的役割を担う保健師・保育士・教員間の連携はよくとれていた。

研修については、町が雇用した心理士やSSW、障害児等療育支援事業、県の療育専門機関や児童相談所が実施する巡回事業、障害児が通う医療機関の言語聴覚士など、さまざまな地域支援事業や人的資源を活用し充実に努めていた。しかしながら、いずれの研修も不十分であり、専門性の向上の必要性を感じていた。

#### (7) その他

発達障害者支援センターとの連携は乏しかった。

### 2. 人口3万人未満の小規模町村のアンケート調査

今年度は全国の小規模町村における支援システムの整備状況を把握するために大規模なアンケート調査を実施した。

#### 1) 対象と方法

対象は、全国47都道府県の人口3万人未満の全町村（昨年度調査を行なった17町村を除く）のうち、各都道府県から無作為に抽出した2町1村（町については、人口規模が3万人未満～1万人以上、1万人未満の2群から各1町）、合計127町村であった。

これら町村に対し、研究班共通の調査票（小規模自治体用）を用いて郵送調査法によるアンケート調査を実施した。回答については、昨年度の調査と比較するために、2013年度の実情について回答するよう依頼した。なお、13県は行政単位の村が存在しなかった（2014年4月1日現在）。

調査内容は、以下のように昨年度と同様である。

#### 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。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。

2014年10月24日に調査票を送付し、同年の12月15日までに郵送回答するよう依頼した。送付文書は、依頼文、調査票、昨年度の分担研究報告書（小規模自治体についての調査報告含む）であった。

しかしながら、回収率は極めて低く僅かに5町（4%：期限内に回答があったのは1町、遅れて回答があったのが4町のみであった。このうちの1町は調査項目に殆ど記載なく、結果の集計から除外。有効回答のあった4町は、北海道、秋田県、兵庫県、愛媛県に属していた。

このため、有効回答のあった自治体に、調査1を行った4自治体のうちの3町（東京都の島嶼部1町は、昨年度にアンケート調査を実施済みのため除外）と昨年度調査を行なった17町村を加え、合計24町村（21町、3村）を対象に分析を行った。

結局、分析対象とした自治体の所属する都道府県と町村及び数は下記の通りであった。北海道4町、秋田県1町1村、福島県1町1村、東京都1町、長野県1町、愛知県3町1村、岐阜県2町、兵庫県1町、広島県1町、島根県1町、徳島県1町、愛媛県1町、

鹿児島県2町、沖縄県1町。このうち、北海道1町、東京都1町、鹿児島県県の2町は島嶼部の自治体であった。

## 2) 研究結果

### (1) 地域特性に関する調査（表Ⅱ-1）

支援体制整備に関係の深い自治体面積、人口、人口密度、老年人口割合、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216.6 km<sup>2</sup>、対象群の平均は154.4 km<sup>2</sup>（最小12.9～最大583.7 km<sup>2</sup>；以下、同様）であった。「全体」の平均以上の自治体6町（25.0%）、平均未満18町村（75.0%）であった。

表Ⅱ-1 自治体の概要

項目	市町村全体	24町村
平均面積 (km <sup>2</sup> )	216.6	154.4
平均人口 (人)	69,291	10,136
人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	313.9	187.7
老年人口 (%)	24.6	32.3
財政力指数	0.51	0.39

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人であるのに対し、対象群の平均は10,136人(1,336～25,466人)であった。人口1万人以上は9町村(37.5%)、1万人未満～5千人以上9町(37.5%)、5千人未満6町村(25.0%)であった。

人口密度の「全体」平均は313.9人、対象群の平均は187.7人(8.6～1,063.7人)であった。「全体」の平均以上の自治体は3町(12.5%)、平均未満21町村(87.5%)であった。

## ③老年人口割合

「全体」の老年人口割合(高齢化率)の平均は24.6%、対象群の平均は32.3%(18.6～52.8%)であった。「全体」の平均以上が18町村(75.0%)、平均未満6町村(25.0%)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75.4人(5～278人)、100人以上は7町村(29.2%)、100人未満17町村(70.8%)であった。普通出生率は人口千人当たり6.8人(3.6～10.5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0.39であった。「全体」を上回る自治体5町村(20.8%、最高1.27)、下回る自治体19(79.2%、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か月児及び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92.7%(76.2～100%)、3歳児健診が91.3%(64.5～100%)であった。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。13町村(54.2%)は健診事後指導を実施し、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18町村のうち16町村は100%であり、他の2町は98%、96%であった。

発達障害の発見は、22町村(91.2%)では主に1歳6か月児健診で行なっていたが、山間過疎の1村では2歳児歯科健診、1町では3歳児健診で行っていた。20町村(83.3%)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5町(20.8%)で認められた。4歳時発達相談1町、4、5歳健診1町、5歳児健診3町であった。

#### 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(37.5)
近隣自治体	5(20.8)
なし	10(41.7)

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、昨年と同様に9町村(37.5%:全町村とも母子通園、このうち5自治体は個別及び子どもの実の単独通園あり)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。自治体直営及び社会福祉協議会運営の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った。

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5町村(20.8%)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14町村(58.3%)であった。

これに対し、利用できる施設がないところは10自治体(41.7%)であった。しかし、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。また、約600km<sup>2</sup>と広大な面積をもつ愛媛県の1町は個別訓練で対応していた。沖縄県の1町(沖縄県)は健診事後教室に療育機能を付加しようと努力していた。

独自の対応で幼児期から発達支援を行っている徳島県と愛媛県の2自治体を含めると、16町村(66.7%)が早期からの発達支援体制を整備しているといえる。

人口規模別の設置状況については、1万人以上(9町村)では、7町村で設置され、1

町では前述したように「特別支援教育モデル」による支援を展開していた。1万人未満~5千人以上(9町)では4町、5千人未満(6町村)では3町であった。

島嶼部については、4島4町のうち、2町(北海道、鹿児島県各1町)は通園施設を設置しており、1町(鹿児島県)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、鹿児島県)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。7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9町村(37.5%)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15町(62.5%)は、地域で障害児医療・福祉でのセンター的な役割を果たしている自治体立の総合療育センターや社会福祉法人(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、島嶼部(東京都)や山間部の9町村(秋田県1町1村、愛知県2町1村、島根県1町、徳島県1町、愛媛県1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。9町村（37.5%：北海道2町、秋田県1町1村、愛知県2町1村、兵庫県1町、広島県1町）では全小学校に特別支援学級を設置していた。

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、3町（福島県、鹿児島県、東京都）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。福島県と東京都の2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5町認められた。中心機関は、保健センター（鹿児島県1町；主に幼児期の支援）、教育委員会の子育て支援課（岐阜県1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1町；主に幼児期と放課後支援）であった。兵庫県の1町は、近隣の自治体で共同運営しているケアステーションが中心となっていた。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10町村（41.7%）であった。特別支援教育関係の連携組織が7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23町村のうち19町村（82.6%）であり、4町（秋田県、東京都、広島県、島根県）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、岐阜県、鹿児島県）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23町村のうち、「ない」が12町村、「定期的にない」・「講演会程度」が3町、合わせて15町村（65.2%）であった。「あり」は8町村（34.8%）であった。内容は、町への巡回が3町で、他は子ども発達センター連絡会、連絡会年1回、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8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

#### D. 考察

今年度も小規模町村の発達支援体制の整備状況を把握するために、現地調査とアンケート調査を継続して行った。

現地調査については、東日本の現状を把握するために関東と東北地方の山間地の村と島嶼部にある町を選択した。また、支援体制の整備が最も困難と考えられる人口5千人未満で山間部にある愛知県内の町村についても調査を行なった。

アンケート調査については、昨年度に調査した17町村に新たに7町村を加え、合計24町村について調査を行なった。

2つの調査結果は昨年度の調査結果を再確認するものとなった<sup>(1)</sup>。すなわち、対象となった小規模自治体の多くは、出生児数も少なく財政力指数もきわめて低く、社会資源も不足しているにもかかわらず、小規模町村ならではの地域特性を踏まえた多様で独自の支援体制が、予想を超えて整備されてしていた。

以下、小規模町村における発達支援の現状と課題を整理したい。

##### 1. 発達支援に関する基幹機能

発見機能については、1歳6か月児健診

を中心に早期発見の体制は整備されていた。

専門療育機能については、昨年度の調査結果(76.5%)より低いものの、約60%の自治体が専門的な療育のできる通園施設を自治体内又は近隣自治体に確保していた。ことに、人口1万人以上の町村では、1町を除き、通園施設か優れた支援システムを整備していた。

小規模自治体でも通園施設を中心に充実した支援体制が整備できる可能性を示唆している。

診断と医学的ハビリテーション機能については、専門医利便性の高いエリア内に専門医療機関を得ることは困難なようであったが、それでも4割はアクセスが容易なエリアに利用できる専門機関が存在していた。

統合保育(幼児保育も含む)ないしインクルーシブ保育の機能については、全自治体で保育園・幼稚園(私立幼稚園も含む)ともに障害児を受け入れる体制が整備されており、加配保育士を配置しているところも多かった。

学校教育については、どの自治体も一通り体制を整えていたが、岐阜県と徳島県の自治体では他の町村のモデルとなりうるような、優れた展開をしていた。

このように子どもの発達と家族の子育て支える機能(直接支援機能)の整備状況は、希望のもてる結果であったが、それに比べ連携や研修・人材育成の機能については、課題が認められた。

これに対し、以下の諸機能は十分とは言えない状況であった。

連携機能については、小規模自治体であれば容易と思われたが、結果は異なっていた。確かに連携はできている自治体もあつ

たが、それらは個人的なネットワークに近いものが多いようであった。ライフステージに沿った継続的支援の重要性、支援ニーズの多様化、リーダーの加齢化などを勘案すれば、小規模自治体に適した連携組織と中心となるコーディネート機関を検討する必要がある。

研修と人材育成機能も、支援の質を高めるためには不可欠であるが、十分とはいえない領域であった。たとえば、保育園等への専門家による支援も、質の高い保育と保育者が安心して保育できるために、大変重要な支援機能である。巡回相談等が充実している自治体も認められたが、全体的には十分とは評価できなかった。

## 2. 発達障害者支援センターとの関係

昨年度と同様に連携は少なく、支援センターからの自治体への支援も十分とはいえないものであった。

厚生労働省が設置した「障害児支援の在り方に関する検討会」の報告書<sup>(2)</sup>にもあるように、今後の障害児への発達支援は、基礎自治体を舞台に、児童発達支援センターが中心となり関係機関が連携をして展開される時代となってきた。

発達障害者支援センターは、児童発達支援センターなどと連携し、町村を中心とする小規模自治体に対する支援（ことに、研修・人材育成と連携への支援）を進めていく必要がある。

## 3. 小規模町村における支援の多様性

昨年度と今年度の2年間のサンプル調査を通じて、小規模自治体の取り組みは多様であることが明らかになった。また、現地調査を通じて、島嶼部や山間地にあって優れた支援を展開している幾つかの自治体の存

在も明らかになった。

## E. 結論

小規模町村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、人口3万人未満の24町村を対象に、①地域特性に関する調査、②発達支援機能及びシステムの整備状況調査（発達障害者支援センターからの支援、相互の連携の現状と同センターへの要望を含む）、③4自治体への現地調査、を実施した。

予想したより直接支援機能は整備されていたが、診断・医学的ハビリテーション機能と間接支援機能（研修・人材育成、連携）の整備は不十分であった。

最終年度である来年度には2年間の研究成果を踏まえ、小規模町村や島嶼部の自治体に即した多様なシステムモデル提案する予定である。

## 謝辞

本調査にご協力いただいた各町村の行政及び関係機関の皆様、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 高橋英俊氏、秋田市社会福祉協議会 伊藤清貴氏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) 障害児支援の在り方に関する検討会：  
今後の障害児支援の在り方について（報告書）～「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか～, 2014.

## G. 研究発表

1. 論文 なし

2. 学会発表

- 1) 高橋 脩：自閉症の医学的リハビリテーション（パネルディスカッション 小児リハビリテーションの展開）. 第51回日  
本リハビリテーション医学会, 2014, 6.  
20. 名古屋国際会議場, 名古屋市.

3 講演

- 1) 高橋 脩：地域における発達障害の早期診断・早期療育と連携のあり方. 独立行政法人国立精神・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 第9回発達障害早期総合支援研修, 2014, 6. 19. (東京都小平市).
- 2) 日本における障碍のある子への教育と早期対応. 四川圣爱特殊教育培训中心障害児支援関係者講演会, 2014, 9. 3. 中華人民共和国四川省成都市.
- 3) 高橋 脩：21世紀型の地域療育システムとは. 全国発達支援通園事業連絡協議会第18回全国大会, 2014, 10. 25. 名古屋市.
- 4) 高橋 脩：地域における発達障害児の支援について. 沖縄県発達障がい者支援センター支援者研修会. 2014. 10. 31. 浦添市.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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態と評価のあり方に関する研究（2 年目）

### 分担研究報告書

## 宮崎市における発達障害支援のあり方に関する実態調査

分担研究者	大庭 健一	（宮崎市総合発達支援センター 所長）
研究協力者	伊東 美和	（宮崎市総合発達支援センター 臨床心理士）
	糸数 那智	（宮崎市総合発達支援センター 臨床心理士）
	福島 浩子	（宮崎市総合発達支援センター 臨床心理士）
	藤崎 真菜	（宮崎市総合発達支援センター 臨床心理士）
	米澤 征剛	（宮崎市総合発達支援センター 理学療法士）
	鮫島 奈緒美	（宮崎県中央発達障害者支援センター 臨床心理士）
	橋口 浩志	（県立宮崎病院 精神医療センター所長 児童精神科）
	赤松 馨	（独立行政法人 国立病医院機構 宮崎東病院 児童精神科・心療内科）
	澤田 一美	（宮崎県立こども療育センター 小児科）
	古郷 博	（こごうメンタルクリニック 院長 精神科）
	糸数 智美	（どんぐりこども診療所 院長）
	糸数 直哉	（どんぐりこども診療所 副院長）
	安部 なつみ	（なつみ小児科クリニック 院長）

### 研究要旨

平成 25 年度の調査を通じて仮定された支援ニーズの根拠を検討するため、平成 26 年度は宮崎市における発達障害の累積発生率および有病率の再調査を行った。対象学年は小 2 および中 1 とした。対象機関は、医療分野（宮崎市総合発達支援センター、発達障害の診療に携わる市内の主な 6 医療機関、保健所）および教育分野（市立小 48 校、市立中 25 校、私立中 6 校、附属 2 校、県内支援学校 6 校）に調査を依頼した。

宮崎市の出生コホートにおける発達障害の累積発生率は小 2 のみ調査した結果、8.2% となった。また、同市の居住コホートによる有病率は、小 2 が 8.3%、中 1 が 5.7% となった。学校での調査では小 2 の 12.5%、中 1 の 9.3% が学校により疑いを含む発達障害と認識されていた。

以上の結果をふまえ、宮崎市の現状と課題に関する考察を行った。

## 1. 研究目的

本研究は、全国から抽出された特性の異なるいくつかの地方自治体における発達障害の支援ニーズの実態把握および地域特性に応じた発達障害の支援システムの現状調査を行い、3年間で具体的な地域支援モデルを示すことを目的とする。

2年目に位置付けられる今年度のテーマは、各自治体の支援ニーズの実態調査を引き続き行うとともに、地方自治体を①政令指定都市②中核市・特例市③小規模市の3群に分けて自治体規模による支援体制の特徴分析を行うことである。

以上の流れをふまえ、宮崎市は中核市のひとつとして調査を分担する。本市における昨年度の調査は、地域特性の現状把握を中心に据えて発達障害の支援ニーズ調査を実施する段階に留められている。今年度は、実態把握の再調査を通じて、次年度に向けた支援システム提言の足掛かりとなる考察を行うことを目指す。

## 2. 研究方法

発達障害の累積発生率および有病率を算出するため、宮崎市内の発達障害児の診療に関わる医療機関と、宮崎市に居住する児童の通う学校を対象として、アンケート調査を行った。

対象となる児童は、宮崎市で出生、あるいは宮崎市に在住する平成26年度小学2年生(H18年4月2日～H19年4月1日生まれ：「小2群」と略す)と、宮崎市に在住する中学1年生(H13年4月2日～H14年4月1日生まれ：「中1群」と略す)である。

### (1)医療機関における調査

#### 1)宮崎市総合発達支援センターにおける調査

宮崎市総合発達支援センターおおぞら(以下「市センター」)は、平成15年に開所。宮崎市障害者基本計画の基本理念である「リハビリテーションとノーマライゼーションの実現」を目的として、医療・保健・福祉の有機的連携のもと、「肢体不自由児通園施設」および「重症心身障害者通園施設A型」の機能を有する総合療育拠点として設置された<sup>1)</sup>。市センターは、初診受付の対象を就学前の子どもとしており、宮崎市において発達障害のある児童の多くが就学前に市センターを受診している。

本研究では、小2群および中1群の中で、市センターの受診歴のある子どもを調査対象とする。まず、市センターに診療録のある、小2群・中1群に該当する児童を抽出した。抽出した診療録から、さらに出生地と現住所を確認し、出生地が宮崎市と判断される場合は、累積発生率のデータとし、現住所が宮崎市と判断される場合は、有病率のデータとした。さらに、診療録から、イニシャル、性別、生年月日、診断名、診断された時の年齢、知能検査による知的水準の判定等の医療情報を抽出した。

#### 2)発達障害の診療に関わる宮崎市内の主な医療機関における調査

宮崎市において発達障害の子どもは多くは市センターを受診するが、中には市センター以外の医療機関を保護者が自発的に受診したり、紹介されたりする場合もある。今回は、昨年度の調査に引き続き、発達障害の診療に関わ

る市内の主な医療機関6カ所を対象に調査を行った。対象とした6医療機関の内訳は、小児科2カ所（医師が市保健所の「発達相談」の診察を担っていることを対象基準とした）、市内に設置されている県立の療育センター1ヶ所、児童精神科医のいる公的医療機関2カ所、民間の精神科クリニック1ヶ所である。

小児科に関しては、患者のほとんどが風邪や喘息、アレルギー等、発達障害には直接関連しない主訴で受診している。しかし、そのような医療ケアを目的とした診療の中で、医師が子どもの発達障害の特性に気づくケースは少なくないと考えられる。そこで、小児科2カ所については、医師が子どもの状態を発達障害に該当すると判断し、診療の中で特性に即した対応や助言等を行っている場合は、未告知であっても「診断されたケース」と捉え、累積発生率・有病率のデータとして抽出することを依頼した。

また、宮崎市保健所では、就学前の子どもを対象とした「発達相談」を行っている。発達相談の医師の相談では心身の発達についての診察が行われ、心理士や言語聴覚士による発達特性のアセスメント結果を合わせて総合的に発達障害の診断を行なう。診断を受けたケースはその後市センターへ紹介になることが多いが、診断告知を前提とせず発達相談や保健師でのフォローが継続される場合もある。後者のカルテには医師の診断が記載されているケースもあるため、保健所も調査対象とした(H25年度実施済)。なお、発達相談は就学前までが対象であり、中1群は記録が破棄されていたため、小2群に限定して調査した。相談期間は終了し

ており、データが更新されることはない判断し、昨年度の調査データを採用した。発達相談に来所した子どものうち、小2群に該当するものを抽出し、カルテに医師が診断を記載している場合、「診断されたケース」として発生率・有病率のデータに取り入れた。

調査に際し、該当医療機関および保健所に対して、分担研究者および研究協力者より、調査の趣旨について説明し、調査協力を依頼した。該当医療機関の通院患者の中で、H26年度の小学2年生と中学1年生を対象として、調査に必要な医療情報を入力するためのデータシート(エクセル電子データ:市センター調査と同様の書式)を送付した。

調査では、複数機関での症例重複を避けるため、照合作業を行うことを目的とし、患者のイニシャル、性別、生年月日の入力を依頼した。

以上の調査に関して、調査実施期間は、H26年11月下旬から1月中旬とした。

## (2)学校における調査

本研究で用いた教育機関への調査書は、前年度に引き続き、研究班に共通の書式を使用した。前年度使用した調査書の一部を変更し、集計作業を研究協力者側で担う形をとった。

調査の項目は、「小2群」「中1群」の総数、特別支援体制の対象児童数と支援対象の内容、発達障害が疑われる児童数と、医療機関の受診を把握している児童数、および障害別の内訳、未受診理由である。さらに、中1群に関しては、発達障害が疑われるあるいは診断がある児童のうちの、不登校児童数、について回答を依頼した。