

調査対象が在籍する可能性のある学校を県内より、宮崎市内外を問わず同定した。対象校の内訳について、小学校は宮崎市内の小学校49校（市立48校、附属1校）・県内の特別支援学校6校、中学校は宮崎市内の中学校33校（市立25校、附属2校、私立6校）・県内の特別支援学校6校となった。調査にあたり、市立小学校・中学校に関しては、昨年同様に、宮崎市教育委員会の学校教育課へ分担研究者より調査趣旨の説明と依頼をし、市の教育委員会を通して各学校へ調査書を送付・回収する手続きをとった。県立の特別支援学校および、私立中学校に関しては、分担研究者より直接学校へ調査趣旨の説明と依頼を行い、回収は市センターが行った。

調査期間は、平成26年11月下旬から平成27年1月中旬とした。

(3)宮崎県発達障害者支援センターの調査

宮崎県発達障害者支援センターは県内3ヶ所に設置されている。県内の発達障害を有する本人、およびその家族、またはその関係者が利用対象とされ、相談支援、発達支援、就労支援等を行っており、対象年齢は問われていない。本研究の前年度の地域特性調査では、宮崎市の学齢期の支援機関の一つに、「宮崎県中央発達障害者支援センター」（以下「県中央センター」）が位置づけられていることが明らかとなった。しかし、その支援内容や具体的な連携の在り方については明文化されておらず、実態を把握する段階には至らなかった。そこで、県中央センターを対象とし、宮崎市の支援体制の実態の一部を把握するための調査を行った。なお、長期的・継続的な支援の視点から、連携をはじめとした支援の実態を把握するために、調査対象は、より利

用期間が長いと思われる「中1群」に絞って行った。

手続きは以下の通り。県センター利用者の中から、中1群に該当する児童を抽出した。カルテより、イニシャル、生年月日、性別、診断名、診断された年齢、知能検査における知的水準、利用状況、等必要な情報を抽出した。上記の情報抽出に際し、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)を作成。研究協力者が、シートに沿って情報の入力作業を行った。

調査期間は、平成26年11月下旬から、平成27年1月下旬とした。

3. 研究結果

(1)データの内訳

1)医療機関から得られたデータ

調査協力を依頼した、6つの医療機関から回答を得た。

市センターおよび6医療機関から抽出されたデータは、小学2年生388件、中学1年生267件であった。各医療機関から得られたデータの内訳は、表1の通り（重複を含むのべ数）。

| 機関名 | 小学2年生 | | 中学1年生 | |
|-------------------|-------|-----|-------|-----|
| | (人) | (%) | (人) | (%) |
| 宮崎市 総合発達支援センター | 236 | 60 | 159 | 60 |
| 小児科・保健所 | 105 | 27 | 22 | 8.2 |
| その他の診断機関 | 45 | 12 | 86 | 32 |
| 合計 | 388 | | 267 | |

抽出されたデータの内、市センターで把握している数は、小2で60%(236/388)、中1で60%(159/267)であった。また、小児科・保健所で把握している数は、小2で27%(105/388)、中1で8.2%(22/267)。精神科等その他の診断機関で把握している数は、小2で

12%(45/388)、中1で32%(86/267)であった。

複数の医療機関で重複していたデータの取り扱い手続きは、①重複しているデータのうち、「市センター」と重複している場合は「市センター」のデータを採用②市センター以外の医療機関同士で重複している場合は、初診日が直近のデータを採用、とした。これは、最新の状態像が診断に反映されていると判断したためである。

その結果、重複しているデータは、小学2年生27件、中学1年生18件であった。また、集められたデータの中には、「H26年4月2日以降の初診例」や「中1で市外在住例」など、研究対象から外れるデータも29件含まれており、最終的な集計に用いられた有効データ数は、小学2年生343件、中学1年生237件であった(表2)。

表2: 医療機関 各学年の有効データ数

| | 小学2年生 | 中学1年生 |
|--------|-------|-------|
| 有効データ数 | 343 | 237 |

2) 学校から得られたデータ

学校へのアンケート調査では、調査対象とした小中学校のうち、小学校54/55校(回収率98.0%)、中学校36/39校(回収率92.3%)から回答を得られた。以上をまとめたものが(表3.4)である。

表3: 宮崎市在住の児童数

| | 総数 |
|--------|------|
| 小学校2年生 | 3840 |
| 中学校1年生 | 4164 |

表4: 学校アンケート回収率および有効回答数

| 小学2年生 | 学校数 | 回収率 | 有効回答数 |
|---------------|--------|------|-------|
| 宮崎市内小学校 | 48/48校 | 100% | 3694人 |
| 宮崎市内 附属小学校 | 1/1校 | 100% | 105人 |
| 特別支援学校 | 5/6校 | 83% | 34人 |
| 総数 | 54/55校 | 98% | 3833人 |

中学1年生

| | 学校数 | 回収率 | 有効回答数 |
|---------------|--------|------|-------|
| 宮崎市内中学校 | 25/25校 | 100% | 3463人 |
| 宮崎市内 附属中学校 | 2/2校 | 100% | 242人 |
| 宮崎市内 私立中学校 | 4/6校 | 67% | 332人 |
| 特別支援学校 | 5/6校 | 83% | 44人 |
| 総数 | 36/39校 | 92% | 4081人 |

(2) 小2群の調査結果

1) 医療機関結果

小2群のうち宮崎市における正確な出生数を直接知る方法がなかったため、平成18年4月～平成19年3月の出生数3437人を宮崎市出生コホートの近似値として採用した。この中で平成26年4月1日までに何らかの発達障害と診断された数は283人(発生率8.2%)となった。障害の内訳はPDD264人(同7.7%)、多動性障害3人(同0.09%)、会話および言語の特異的発達障害4人(同0.12%)、精神遅滞11人(同0.32%)、その他1人(同0.03%、LD)となった。

小2群のうち、平成26年4月2日時点での宮崎市居住コホートも直接知る方法がなかったため、宮崎市内における学校アンケート対象校の総在籍数3,840人を近似値として採用した。この中で平成26年4月1日までに何らかの発達障害と診断された数は317人(有病率8.3%)となった。障害の内訳はPDD295人(同7.7%)、多動性障害3

人（同 0.08%）、会話および言語の特異的発達障害 7 人（同 0.18%）精神遅滞 11 人（同 0.29%）、その他 1 人（同 0.03%）となった。また、平成 26 年 4 月 1 日までの間に何らかの発達障害と診断された 317 人のうち、182 人（57.4%）が市センターで診断されており、居住コホートの 4.7%（182/3840）を占める結果となった。

2)学校アンケート結果

学校アンケート調査による小 2 群の有効回答数は 3,833 人でこれを学校に関する統計処理の母数として採用した。

発達障害の疑いを含めた総数は 479 人（12.5%）、そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握している数は 196 人（5.1%）となった。障害の内訳は、PDD の疑いを含む数 205 人（5.4%）および診断把握数 132 人（3.4%）、多動性障害の疑いを含む数 140 人（3.7%）および診断把握数 22 人（0.6%）、会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む数 48 人（1.3%）および診断把握数 4 人（0.1%）、精神遅滞の疑いを含む数 75 人（2.0%）および診断把握数 31 人（0.8%）、その他 11 人（0.3%）および診断把握数 7 人（0.2%）となった。

以上、小 2 群の発生率および有病率の調査結果を図 1 にまとめた。

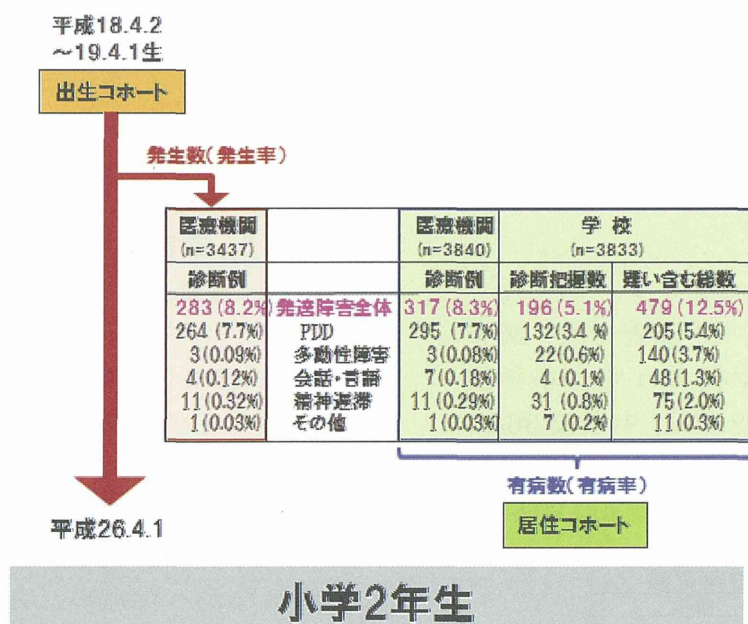


図 1：小学 2 年生における発達障害の発生率と有病率

および発達に何らかの問題のある児童に関する学校認識

小2群で特別支援教育を含む特別な教育（特別支援体制）を受けている人数は464人であった。これは宮崎市の小学2年生の12.1%（464/3833）に当たる。特別支援体制の内容は、特別支援学校34人、特別支援学級74人（知的32人、自閉症・情緒42人）、通常学級に在籍し通級指導教室等利用53人（情緒14人、ことば25人、その他14人、適応指導0人）、その他の校内支援47人、学級担任による配慮のみ290人であった。

3)前年度との比較

累積発生率について、平成25年4月1日までに何らかの発達障害と診断された人数は252人（発生率7.3%）、平成26年4月1日までの同人数は283人（累積発生率8.2%）で0.9ポイント上がっていた。

有病率について、居住コホートの母数は平成25年4月1日時点では3842人だったが、平成26年4月1日では3840人に減少していた。また、学校アンケートの有効回答数が平成25年度は3553人だったが平成26年度は3833人と大幅に増えており、回収率の向上がうかがえた。小2群の居住コホートにおいて、平成25年4月1日時点で医療機関において何らかの発達障害と診断された人数は284人（有病率7.4%）に対し、1年後の平成26年4月1日時点では317人（同8.3%）であり、0.9ポイント上がっている。また、平成25年4月1日時点で学校が発達の問題を把握している人数は396人（同11.1%）に対し、1年後の平成26年4月1日時点では479人（同12.5%）であり1.4ポイント上がっている。

以上のことから、累積発生率および医療機関・学校の有病率はいずれも上がる結果となった。

昨年度との比較は図2のようになる。

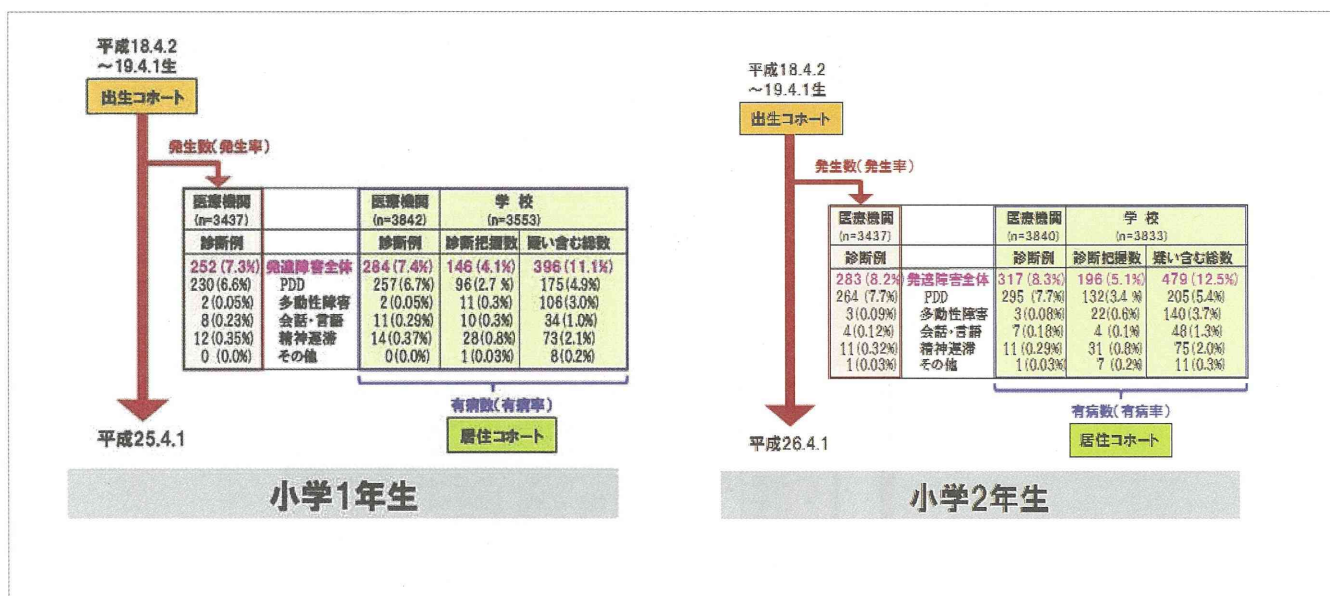


図2：小学2年生における発達障害の発生率と

有病率および発達に何らかの問題のある児童に関する学校認識の年次比較

(3)中 1 群の調査結果

中 1 群に関しては、居住コホートに対する「有病率」のみ調査し、結果を得た。中 1 群のうち、平成 26 年 4 月 2 日時点での宮崎市居住コホートも直接知る方法がなかったため、小 2 群同様、宮崎市内における学校アンケート対象校の総在籍数 4164 人を近似値として採用した。アンケートを回収できなかった学校が 2 校(私立)あったが、分担研究者が、直接学校へ電話をして、「中学 1 年生で、宮崎市に居住している在籍生徒数」を確認している。

1)医療機関結果

中 2 群のうち、平成 26 年 4 月 2 日時点での宮崎市居住コホートも、直接知る方法がなかったため、宮崎市内における学校アンケート対象校の総在籍数 4,164 人を近似値として採用した。この中で平成 26 年 4 月 1 日までに何らかの発達障害と診断された数は 237 人(有病率 5.7%)となった。障害の内訳は、PDD221 人(同 5.3%)、多動性障害 0 人、会話および言語の特異的発達障害 1 人(同 0.02%)、学力の特異的発達障害 1 人(同 0.02%)、精神遅滞 14 人(同 0.34%)、その他 0 人、であった。

また、平成 26 年 4 月 1 日までの間に何らかの発達障害と診断された 237 人のうち、159 人(67.0%)が市センターで診断されており、居住コホートの 3.8% (159/4164) を占める結果となった。

2)学校アンケート結果

学校アンケート調査による中 1 群の有効回答数は 4,081 人で、これを学校に関する統計処理の母数として採用した。発達障害の疑いを含めた総数は 381 人(9.3%)、障害の内訳は、PDD の疑いを含む数 192 人(4.7%)、診断把握数 120 人(2.9%)、多動性障害の疑いを含む総数 74 人(1.8%)、診断把握数 6 人(0.2%)、会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数 8 人(0.2%)、診断把握数 4 人(0.1%)、学力の特異的発達障害の疑いを含む総数 53 人(1.3%)、診断把握数 3 人(0.07%)、精神遅滞の疑いを含む総数 41 人(1.0%)、診断把握数 16 人(0.4%)、その他の精神科などの専門的なケアを必要とすると思われる子どもの総数 13 人(0.3%)、診断把握数 6 人(0.2%)であった。

以上、中 1 群の発生率および有病率の調査結果を図 3 にまとめた。

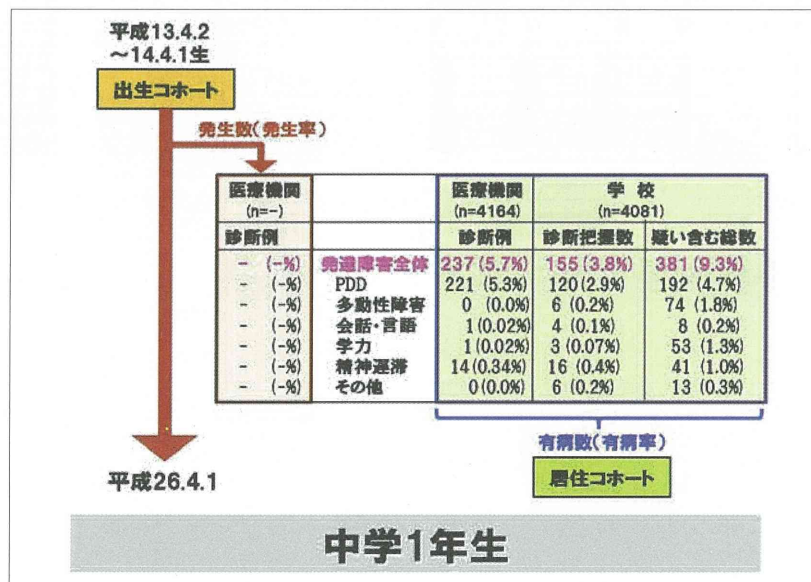


図 3：中学 1 年生における発達障害の発生率と有病率
および発達に何らかの問題のある児童に関する学校認識

中1群で、特別支援教育を含む特別な教育(特別支援体制)を受けている子どもは349人(男児263人、女児86人)であった。これは、宮崎市の中学1年生の8.6%(349/4081)に当たる。

特別支援体制の内容は、特別支援学校54人、特別支援学級66人(知的特別支援学級31人、自閉症・情緒特別支援学級35人)、通常学級に在籍し通級指導教室等を利用する児童8人(情緒通級指導教室の利用5人、その他の通級指導教室の利用2人、適応指導教室の利用1人)、その他の校内支援6人、学級担任による配慮のみ269人であった。

中1群の学校アンケート調査で発達に何らかの遅れや偏りがあるとされた381人のうち、不登校(30日以上長期欠席)状態にある児童は26人であった。発達に問題のある中学1年生の6.8%が不登校の状態であった。その内、主に対人関係やこだわり等の問題をもつ児童は17人、落ち着きの問題をもつ児童は1人、言葉の理解や話すことの問題をもつ児童は1人、学力の問題をもつ子どもは2人、発達全

体の遅れの子どもは3人、精神科などの専門的医療ケアを必要とすると思われる子どもは2人であった。

3)前年度との比較

有病率に関して、居住コホートの母数は、H25年4月1日時点では4135人だったが、H26年4月1日時点では4164人に増加していた。また、学校アンケートの有効回答数が、H25年度は3687人であったが、H26年度は4081人で大幅に増えており、小2群同様、回収率の向上がうかがえた。

中1群の居住コホートにおいて、発達障害と診断された児童は、H25年4月1日時点では246人(有病率5.9%)に対し、1年後のH26年4月1日時点では237人(同5.7%)で、0.2ポイント下がった。同様に、学校が発達の問題を把握している児童は、H25年4月1日時点では375人(同10.1%)、1年後のH26年4月1日時点では381人(同9.3%)であり、0.8ポイント下がった。以上のことから、医療機関、学校いずれにおいても、発達障害の有病率は下がる結果となった。

昨年度との比較は図4のようになる。

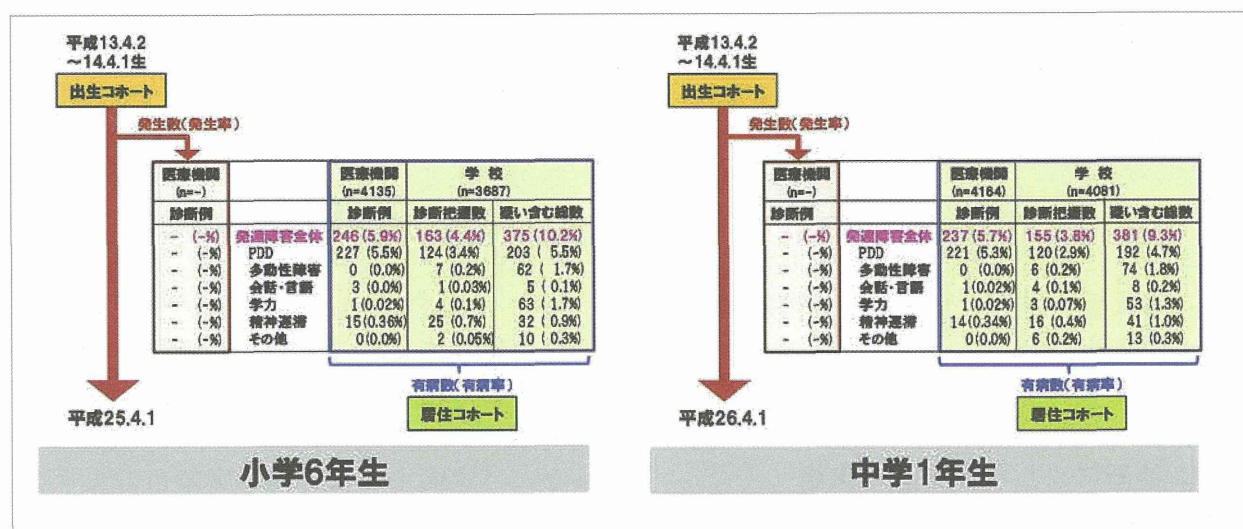


図4：中学1年生における発達障害の発生率と

有病率および発達に何らかの問題のある児童に関する学校認識の年次比較

(4)宮崎県発達障害者支援センターの調査結果

調査協力を依頼した「県中央センター」から回答を得た。県中央センターを利用者の中で、中1群に該当する児童の数は103人であった。これは、中1群の宮崎市居住コホートの2.5%に相当する。その内、就学前「市センター」の受診歴があったケースは、45件(44%)であった。

4. 考察

(1)10%の支援ニーズ

宮崎市の居住コホートにおける有病率は、小学2年生で8.3%(317人)、中学1年生で5.7%(237人)であり、近年報告されている有病率を上回る多くの子どもが発達障害と診断されていることが明らかとなった。さらに、発達に何らかの問題があると学校が認識している子どもの割合は、小学2年生で12.5%(479人)、中学1年生で9.3%(381人)と、医療機関で診断されている数を超えて、およそ10人に1人の子どもに支援の必要性があることが確認された。宮崎市においても「学校では未診断例への支援ニーズが深刻²⁾」という現状があることを、重く受け止めなければならない。診断を受けていないからといって、支援の必要がないということではないのである。10%の支援ニーズに対応することを想定した、早期からの支援システム整備が今後の課題の一つといえる。

(2)診断によらない支援の実態

宮崎市では、児童精神科医師の不足に伴い診断機能を持つ医療機関は少なく、幼児期に診断を必要とする子どもの多くは市センターを受診している。市センターは、宮

崎市の療育拠点施設として設置されているが、常勤医1名(小児科)、週1勤務の非常勤医3名(小児科2、児童精神科1)という僅かな人員体制で診療しているのが現状である。ここで、市センターが発達障害と診断している子どもの割合は、宮崎市の居住コホートに対して小学2年生で5.9%、中学1年生で3.8%であり、宮崎市の有病率(小2:8.3%、中1:5.7%)を踏まえると、市センターのみで全体を把握するには限界があるということになる。むしろ、拠点施設以外の現場における診断把握の実態に、宮崎市の発達障害支援の在り方が見出せるのではないだろうか。

ここで、発達障害と診断された小学2年生の約30%を「小児科」と「市保健所」が把握していた事に注目したい。これらの機関では、医師が子どもの状態を発達障害に該当すると判断している場合、告知の有無は問わずに「診断ケース」として抽出したことが結果に反映されている。小児科と市保健所で診断されたケースは、初期主訴が必ずしも発達障害に関連するものとは限らず、子育て相談の延長や普段の医療的ケアの必要性をきっかけに繋がっている場合が多い。しかし、その中で発達障害の特性に気づいた医師は、相談や診療の中で発達特性に即した対応や助言等の介入を行っているのである。

つまり、宮崎市では「医師による診断告知を前提としない支援」が、すでに臨床現場レベルで存在しているということである。拠点施設における医師の診断を早期療育の起点とせずに、地域の機関や人材が、早期支援ルートの入り口で「プライマリーケア」として機能することは、宮崎市のような診断機関の不足という課題をもつ地域の発達障害支援の一つの在り方といえるのではないだろうか。

(3) 拠点施設の役割と連携の在り方

地域特性の相違に応じた発達障害支援について、中核市では一貫性・継続性・発展性のある専門機能を備えた自前システム整備が求められている³⁾。市町村合併を経て人口 40 万人規模となった宮崎市も中核市の 1 つであり、同市センターは開所から 12 年目を迎え発達障害の拠点施設として地域に広く認識される機関へと成長した。その過程で発達支援ニーズのある全ての人を市センターに集約することを目指す流れが作られてきた。市センターもその期待に沿うべく医師確保による初診枠の拡充など様々な努力を積み重ねてきた経緯がある一方、予約受付から初診まで約 6 カ月という現実がある。こうした受診待機の長期化により、ニーズに応じたオンタイム支援が難しくなっていることは市センターが抱える深刻な課題の 1 つである。

こうしたジレンマを抱える中、今年度の調査では小児科や保健所などが診断告知を前提としないプライマリーケアを既に行っている実態が明らかとなった。このことは、拠点施設にケースを集約させることを目指す従来の方向性とは異なるシステム構築の可能性への示唆を含んでいる。一方、個々の機関における具体的な支援内容や役割分担・連携といった包括的システムはない。

こうした現状をふまえて宮崎の発達障害支援の在り方を考えるにあたり、本田⁴⁾が提唱した地域精神保健機能の三階層モデル(図 5)に注目したい。ここでは地域精神保健の機能を“日常生活水準の支援”(レベル I)、“専門性の高い心理・社会・教育的支援”(レベル II)、“精神医学的支援”(レベル III)の 3 つのレベルからなる階層構造で解釈している。最大の特徴は、レベル II が日常的な悩みの延長上に位置しながらレベル III の必要性を判断する場として機能することにより、オンタイムに医療へと橋渡し

をすることが事例の複雑化を防ぐうえで役立つということを示していることである。

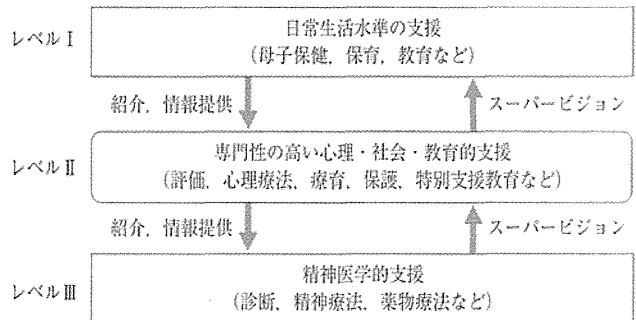


図 5：地域精神保健の 3 階層モデル
(本田、2012)

この図で宮崎の現状を整理すると、拠点施設である市センターはレベル II～III に、プライマリーケアに携わる小児科および保健所の発達相談はレベル I～II にまたがる機能を担っていると考えられる。両者のインターフェイスであるレベル II では当事者が心の健康を保つために必要な支援レベルを見極めるトリアージ機能が期待されることから、このレベルに携わる専門家の質の担保は重要な課題と言える。適切なトリアージ機能を果たすためには“どのような状態になったらより高階層レベルの支援に繋がれば良いか”という判断基準の共通認識が必要である。宮崎市では既に健診検討会や学校カンファレンスなど様々な層役割を担う専門家が一堂に会する機会は設けられている一方、それが認識の共有の場としては活用しきれていない。そうした既存の場で啓発活動を推進することは将来的な人材育成に繋がり、これは拠点施設である市センターが中心となって取り組むべき課題と考えられる。

また、図 5 に宮崎市における具体的な機関を当てはめた際、個々の機関が担うレベルが曖昧であるため明確なヒエラルキー構造となっているかどうか本調査では明言す

る質的材料が不足している。今回試験的に開始した県センターデータを含め、次年度はさらに質的な詳細を深め、宮崎市の支援モデル提言に繋がる連携の在り方を考える材料としたい。

5. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

6. 知的財産の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

7. 引用・参考文献

- 1) 宮崎市 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」運営将来構想[骨子] (案) 2015
- 2) 本田秀夫 発達障害の早期発見・早期療育システムー地域によらない基本原理と地域特異性への配慮 そだちの科学 No.18/4-2012 p.2-8
- 3) 高橋脩ら 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 年度厚生労働科研費補助金 (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 2014 p.139-176
- 4) 本田秀夫 自閉症スペクトラムが精神病理学および治療学に及ぼす影響 臨床精神病 33, 2012 P.66-72
- 5) 本田秀夫: 子どもから大人への発達精神医学 自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践 p.165-172 2013

宮崎市における広域連携モデル事業の取り組み(第1報)

－ 宮崎市総合発達支援センター運営将来構想の策定 －

研究分担者 大庭 健一

要旨

人口減少社会の到来により、国は様々な取り組みを始めている。中でも地方の人口減少に歯止めがきかないこともあり、地方創生をすすめている。地方中核拠点都市構想はその一つで、構想をすすめるために、地方市の広域化のモデル事業が、昨年募集された。宮崎市は、このモデル事業に応募し、事業計画が採択された。この事業計画の中に、宮崎市総合発達支援センター（以下市センター）の機能強化が取り上げられた。これを受け、市センターの「運営将来構想」が策定されることになった。構想の策定の中で明らかになってきた現状と課題は、療育拠点を持つ地方中核市に共通する部分も大きいと考えられ、今回、報告とした。議論の中では、寝たきりの重度心身障害児に対する支援や、訓練の充実が望まれた一方で、市センターに対する期待像は大きく変化し、発達障害に対する様々な支援ニーズが強く出された。発達障害に対する福祉系の予算が増大しており、直接支援から間接支援・相談支援の機能強化が求められた。地方拠点都市構想により、周辺の市町村の支援が、改めて公的にも求められる結果となった。子どもを取りまく状況の大きな変化の中で、地方の療育拠点は、発達障害の支援に則したシステムへの「リストラクション」が求められており、具体化に向けての取り組みが課題と考えられた。

はじめに

厚生労働省研究の本田班、「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」の2年目として、宮崎市での実態調査を引き続き実施した。また、市センターの「運営将来構想」の策定の議論の

中で出てきた問題点と課題は、療育拠点を持つ地方中核市がかかえる問題点や課題と、共通する部分も大きいと考えられる。地方中核市の実態調査の一貫として、策定までの経過を報告する。

運営将来構想の策定

日本創成会議は、長期的な視野に立ち、日本のグランドデザインを描く組織で、この中に人口減少問題検討分科会がおかれている。2014年5月に、この分科会から「消滅可能性都市 896 のリスト」が公表された。消滅可能性都市の定義は、2040年に若年女性（20～39歳）が50%以上減少する市町村とされる。若者が子育て環境の悪い東京圏に移動し続けた結果、日本が人口減少社会に突入したことによる。地方が衰退する前に何をなすべきかが国の重要な施策となった。

地方に人が留まり、希望通りに子どもを持てる社会へとかわるための戦略の一つとして、地方中枢拠点都市構想が出された。

広域化をすすめるため、地方公共団体間の事業契約を簡素化する目的で「連携協約制度」と「事務の代替執行制度」が設けられた。この制度を試行するため、「新たな広域連携モデル構築事業」が全国自治体から公募された。昨年6月に宮崎市の計画を含む11件の事業計画モデルが採択された。

宮崎市はこれを受け、地方中枢拠点都市宣言を行い、広域化に向けての取り組みを開始した。取り組みには3つの柱があり、①圏域全体の経済成長のけん引、②高次の都市機能の集積、③圏域全体の生活関連機能サービスの向上があげられた。このうちの生活関連機能サービスの向上の一つとして、宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の機能強化が取り上げられ、今後に向けての「運営将来構想」が策定されることになった。

策定に向けて、市センターの「あり方検討会」が設置され、昨年11月に第1回目が開

催され、2月までに計4回開催された。最終的な構想は、議論をふまえて、コンサルタント業者が中立的な立場からまとめる形が採用された。「運営将来構想」は国に提出され、宮崎市に分配される地方創生予算として検討される。

今回、「あり方検討会」に分担研究者の大庭が委員として出席し、「運営将来構想」の策定にかかわった。「あり方検討会」で出された問題点と課題は、発達障害を支援する地方療育拠点がかけあえる問題点や課題と共通しているところも多いと考えられた。今回は、議論の経過を第1報として報告する。

将来運営構想の実際

「運営将来構想」は以下の構成となった。

なお、宮崎市は「障害」に対し「障がい」を使用している。

宮崎市総合発達支援センター

「おおぞら」

運営将来構想

I 総論

- 1 障がい児をとりまく国の動き
- 2 宮崎市の動き

II 宮崎市・宮崎広域圏における発達障がい児の支援について

- 1 医療体制の充実
- 2 教育・療育支援の充実

III 宮崎総合発達支援センター「おおぞら」の果たすべき役割

- 1 中隔拠点としての位置づけ
 - (1) 設置当初の役割
 - (2) 児童福祉法改正前の役割
 - (3) 児童福祉法改正後の役割
 - (4) 現在果たしている役割

2 提供サービスの内容とその提供範囲

- (1) 障がい児・者総合診療所（診療部）
- (2) 障がい者相談支援・障がい児等療育支援（地域生活支援部）
- (3) 児童発達支援センター「すびか」（通所部）
- (4) 指定生活介護事業所「宙」（通所部）

3 事業規模（受け入れる地域）

- (1) 宮崎県立子ども療育センターとの関わり
- (2) 宮崎県立子ども療育センターとの補完関係

IV 宮崎市・宮崎広域圏の障がい児をとりまく現状

1 宮崎市の障がい者（児）の現状

- (1) 人口の推移
- (2) 障がい者手帳所持者の推移
- (3) 障がいのある児童・生徒の教育環境

2 宮崎県、宮崎広域圏の状況

- (1) 障がい児が利用できる施設の状況
- (2) 障がい児通所事業の状況

3 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の現状

- (1) 利用者の状況（数、状態別）
- (2) 収支の状況
- (3) スタッフ（人的配置）の状況

4 利用者のニーズの把握

- (1) 利用者アンケート調査の結果
- (2) 回収率
- (3) 調査結果（概要）
- (4) 意見交換会の結果

V 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の

運営上の課題

- 1 施設・設備・機器類に関する課題
- 2 スタッフ配置に関する課題
- 3 各部門の業務に関する課題
- 4 財務に関する課題

VI 今後の方向性

1 障がいや発達に心配のある児童への支援の基本的な考え方

2 宮崎総合発達支援センター「おおぞら」を核と

した連携中枢都市圏での障がい児支援

- (1) 早期発見・早期療育のための体制
- (2) ライフステージに応じた一貫した相談・支援の実施

(3) 医療機関のネットワークの構築と医療体制

(4) エンパワメント支援実施のための体制

3 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の

機能について

- (1) センターの果たすべき役割・機能
- (2) 地域の子育てに関する機関との連携
- (3) センターにおける支援の流れ

4 今後の整備の方針

- (1) 施設の整備について
- (2) 設備・機器等の整備について
- (3) 人的体制の整備について

参考資料

- ・ あり方検討会設置要綱
- ・ 検討会の開催状況
- ・ 委員名簿
- ・ 利用者アンケート調査の結果（自由記述欄）

運営将来構想の解説

(a) 宮崎市・宮崎広域圏と依存率

「広域」の定義のために、依存率（通勤・通学率）が使われる。ある地域への依存率は、16歳以上の就業者と通学者が、どのくらいその地域に通っているかで算出される。その率が10%を越える地域が、厳密な意味での「広域圏」と定義される。周辺市町村のうち、7市町村が宮崎広域圏とされた（図1と表1）。

図 1. 宮崎県市町村と宮崎市広域圏



表 1. 宮崎市への依存率（通勤・通学割合）

平成 22 年国政調査

| 市町村名 | 依存率 通勤・通学割合 (%) |
|---------------|-----------------------|
| 国富町 | 47.2 |
| 綾町 | 39.1 |
| 新富町 | 31.9 |
| 西都市 | 26.4 |
| 高鍋町 | 16.9 |
| 木城町 | 14.5 |
| 川南町 | 10.4 |
| 都農町 | 8.2 |
| 三股町 | 4.2 |
| 日南市 | 4.2 |
| 小林市 | 4 |
| 都城市 | 3 |
| 高原町 | 2.5 |
| 日向市 | 2.2 |
| 西米良村 | 2.2 |
| 門川町 | 2 |
| えびの市 | 1.1 |
| 串間市・延岡市 | 0.9 |
| 美郷町・五ヶ瀬町 | 0.3 |
| 諸塚村 | 0.2 |
| 日之影町・椎葉町・高千穂町 | 0.1 |

(b) 人口動態

「あり方検討会」では人口動態の詳細が報告された。平成 25 年度、宮崎県は、県内転入 21,785、県外転出 23,728、出生 9,890、死亡 13,206。転出が超過しており、死亡も出生を上回り、宮崎県全体として人口減少に歯止めがかかっていない。消滅可能地域とされた全国 896 市町村のうち、宮崎県内には 15 市町村があり、宮崎広域圏では、国富町、綾町が該当した。

一方、宮崎市は、転出 14,891、転入 14,907、出生 3,882、死亡 3,762。転入が転出を、出生が死亡をわずかに上回り、なんとか人口

を維持している。問題の 2040 年には、宮崎市の人口は現在の 40 万から 35 万人となり、20～39 歳の若年女性は 50,861 人から 34,124 人に減少と推定された。若年女性の減少率は 32.9%に留まり、地方消滅地域から免れているが、現在、若年層（15 歳から 24 歳まで）の転出超過が目立ち、県外への進学、就職が要因と考えられる

宮崎市と宮崎広域圏内の出生数は約 4,000 と想定され、その出生数に対して、市センターの機能が想定されるが、出生数は徐々に減少する可能性がある。

(c) 福祉関係の予算

児童福祉法の改正を受けて、放課後等デイサービス事業所は平成 24 年度の 2 から平成 26 年度 24 と急増していた。宮崎市で平成 26 年度に見込まれた障害児通所事業費は約 7.03 億円で、平成 26 年度の市センターの運営経費約 3.86 億円を大きく上回っていた (表 2)。

| 放課後等デイサービス事業所数 | | | |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 平成24年度 | 平成25年度 | 平成26年度 |
| 宮崎市 | 2 | 9 | 24 |
| 宮崎市障害児通所事業費と利用者数 | | | |
| | 平成24年度 | 平成25年度 | 平成26年度 |
| 事業費 | 360,274,000 | 440,607,000 | 703,000,000 |
| 利用者数 | 3,237人 | 4,500人 | 5,323人 |
| 宮崎市センター運営費 | | | |
| | 平成24年度 | 平成25年度 | 平成26年度 |
| 運営費 | 348,639,000 | 354,831,000 | 386,283,000 |

ST や OT を有する事業所もあり、発達障害児の日々の支援がこうした放課後等デイサービス事業所で行われるようになっていた。

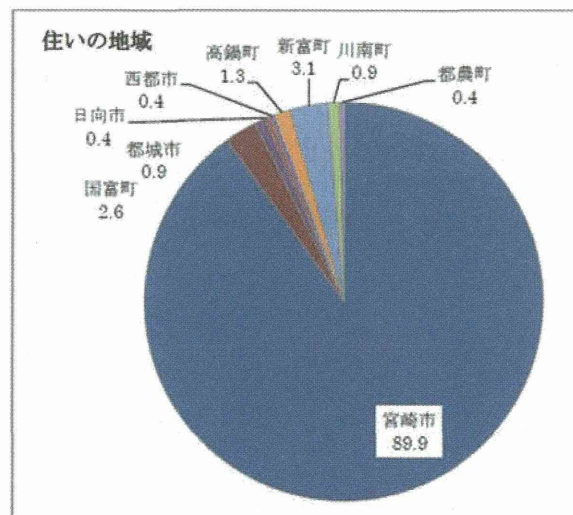
療育拠点はデパート型支援、放課後等デイサービス事業所はコンビニ型支援と呼ばれるが、利便性で勝るコンビニ型支援との機能分担が、大きな課題と考えられた。

(d) アンケート調査から

利用者へのアンケート調査は、平成 26 年 12 月 1 日～19 日に市センターに来所した利用者を対象に実施された。配布数 412、回収数 228、回収率 55.3%であった。

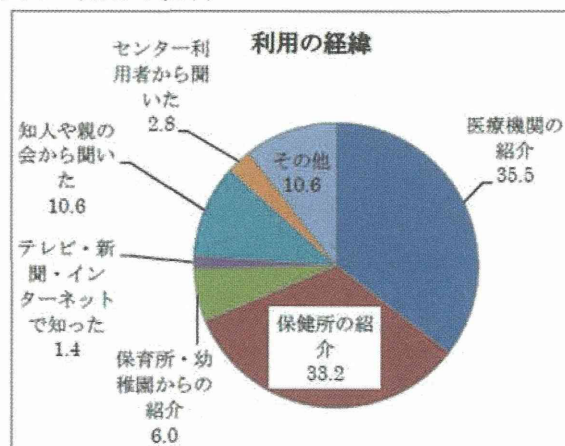
住まいの市町村は、宮崎市が 89.9%、新富町 3.1%、国富町 2.6%、高鍋町 1.3%であった。(図 2)

図 2. 住まいの地域



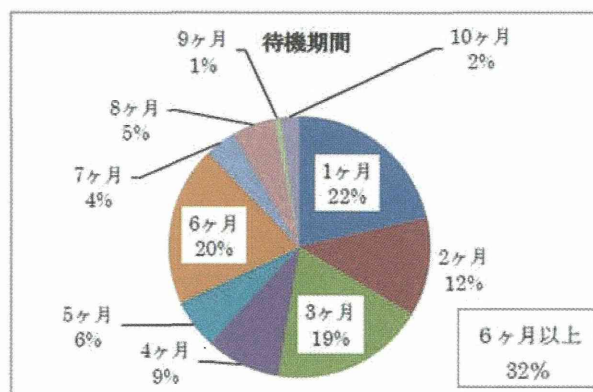
市センター利用の経緯は医療機関からの紹介が 35.5%、保健所 33.2%、知人や親の会から聞いたが 10.6%であった (図 3)。

図 3. 利用の経緯



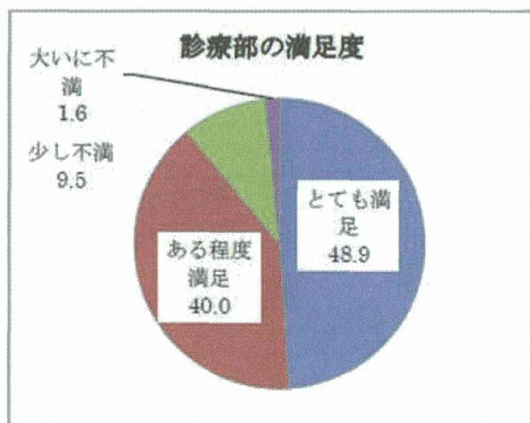
受診までの待機期間は 1 か月 22%、3 か月 19%、2 か月 12%、6 か月以上を合計すると 32%の結果であった (図 4)。

図 4. 待機期間



診療部（外来）に対する満足度はとても満足 48.8%、ある程度満足 40.0%、少し不満が 9.5%であった（図 5）。

図 5. 診療部の満足度



センターに対する意見、要望は自由記述で、「待機機関」、「待機間のサポート体制」、「訓練頻度」、「学校や園との連携」についてが多かった。

拠点施設としての現状と課題

将来運営構想の策定の中で、さまざまな人口統計や人口推測が出された。このうち発達障害の支援に最もかかわる動態は、やはり出生数の推移と考えられる。宮崎市圏域の場合、年間出生数が 4,000 と推測された。前年度からのこの研究班の研究から、発達障害としての対応が必要な児童として約 10%が想定される。宮崎市と宮崎広域圏では年間約 400 ケースを何らかの形でフォローできることが目標となる。発達障害の支援には様々な形があると思われるが、現在、市センターで可能な年間初診数は 250 であり、待機の要因となるとともに、診断や相談開始の遅れにつながっていると考えられた。広域化に伴う初診数の再設定とそれに続く支援の見直し（大胆な）が必要と思われた。

宮崎市の広域として定義された圏域は国富町、綾町に加え、新富町、西都市、高鍋町、木城町、川南町となった。現在、すでに市センターはこの地域を含めた市以外のケースの受け入れも行っている。利用児・者の居住市町村には、応分負担をお願いし、応分負担は、市センターに直接来所された利用者の数と人口数で計算されている。福祉や訪問支援など機能の広域化にあたっては、これまで実施してきた応分負担以外にも様々な事業契約が必要となる。これに対し、国は先の「連携協約制度」や「事務の代替執行制度」を創設し、簡素化を図っているが、煩雑な事業契約は、広域化がすすみにくい要因となると考えられた。宮崎市は初年度の広域モデル事業として、国富町と綾町とで事業契約を締結することで調整をすすめている。

今回、児童福祉法の改正を受けた児童発達支援の新しい枠組みは、放課後等デイサービス事業所の急増をもたらしていた。すでに発達障害の直接支援の場として機能し始めており、欠くことのできない福祉サービスとなってきている。予算規模も市センターの予算を上回っていた。こうしたデイサービス事業には、親の相談機能や発達評価機能が必ずしも充分には用意されておらず、支援の質を維持していくためにも、市センターの機能と補完し合う必要が求められる。

アンケート調査からは、訓練に対する要望の強さが依然としてうかがわれた。幼児期の支援においては保護者の思いが少しでも治す方向に向くことは当然ではあるが、発達障害の支援にあたっては、「発達障害は治すというモデルではないこと」、「環境調整と特性に応じた関わりを保護者が学び、

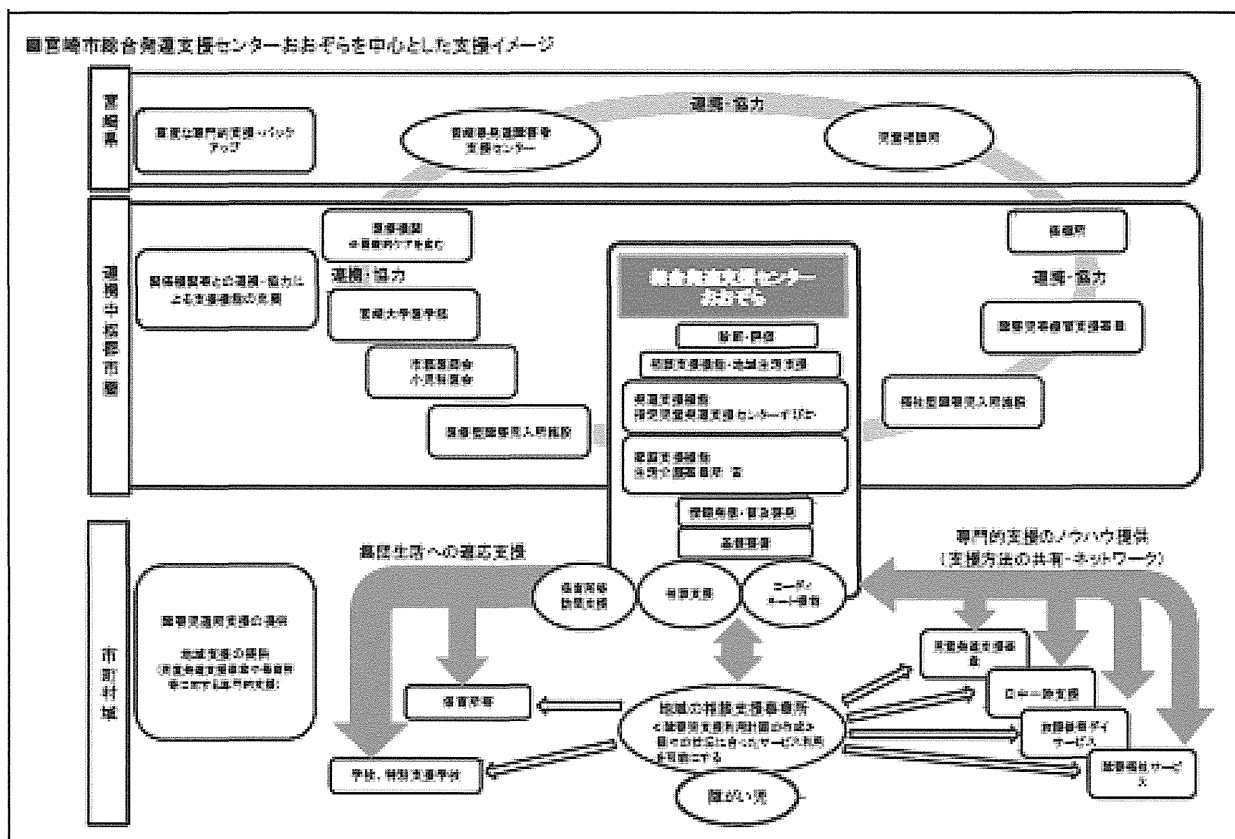
自ら必要な支援を求め選択していく力を身につけること」が必要と考える。そのため「早期からの相談機能」が重要な役割を持つ。しかし、センターを利用する保護者の多くが訓練に頼り、相談による成功体験を充分得られていない実態があると考えられた。より質の高い相談機能が望まれる。

あり方検討会では、待機の問題が大きく取り上げられた。宮崎大学小児科からの非常勤医師派遣、児童精神科医の非常勤応募などから、これまでの12か月待機から6か月待機と改善してきているが、待機の問題はもっと大きな問題を含んでいる。解決に

ら相談モデルへの移行」「医療モデルから新しい福祉・医療総合モデルへの移行」など、発達障害の新しい支援モデルを念頭におくことが必要と考えられる。

最終的にまとめられた市センターの支援イメージには、県の組織（児童相談所、発達障害者支援センター、こども療育センター）との連携協力、教育や福祉、医療との連携が含まれ、診断評価を中心におきながらも、集団生活への適応支援、専門的支援のノウハウ提供（支援方法の共有・ネットワーク）を持つ相談機能・コーディネート機能が大きな柱となった（図6）。

図6 センターを中心とした支援イメージ



向けては、今後、この研究班でも議論されている「診断を前提としない支援」や「訓練か

現実には、日々の診断や訓練、来所相談に追われてしまい、母子保健、保育、教育、専

門性を持つ地域の診療機関、児童デイサービス事業所など、発達障害の支援機関への啓発や研修機能を、充分には担えていなかった。保健所や教育委員会などの関係機関との連携もしっかりしたシステムとはなっていないかった。単なる一医療・相談機関の役割しか果たしていない部分が大きく、「運営将来構想」の具体化に向けての取り組みが大きな課題となった。

さいごに

地方中枢拠点都市構想に伴う広域化事業の一環として、市センターの今後のあり方が議論された。発達障害に対する支援ニーズが増加し、福祉制度を含めた支援の形態が大きく変化している。地方の中核市の療育拠点にとっては、地方創生は事業を見直す一つの契機になると考えられた。扱える予算とスタッフには限りがあるものの、将来構想の実現には事業のていねいな見直しとともに、大胆なスクラップアンドビルドが必要と思われた。来年度、第2報として実施報告ができればと考える。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H. 参考文献

- ・増田寛也 編著：地方消滅、東京一極

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

函館市における発達障害支援の状況に関する研究

分担研究者 高橋 和俊（おしま地域療育センター所長）
研究協力者 大場 公孝（社会福祉法人侑愛会理事長）
加藤 知子（かとうメンタルクリニック副院長）
須佐 史信（はこだて療育・自立支援センター診療所所長）
高橋 実花（発達障害者支援センターあおいそら相談員）
廣瀬 三恵子（函館五稜郭病院小児科、函館中央病院小児科）

研究要旨：函館市の福祉および教育行政機関に対し、発達障害支援に関するアンケート調査を行った。対象は障害福祉課、子ども未来部（母子保健）、教育委員会とした。函館市の早期療育は、平成元年～8年にかけて北海道が整備した「北海道式」早期療育システムの強い影響下にあるが、児童福祉法の改定と障害者自立支援法（現障害者総合支援法）の成立によって、放課後等デイサービスなどの新たな事業所が開設されている。また、国の制度の中で法律に基づいたサービス提供が行われているほか、子ども発達支援事業などの函館市独自の事業もいくつか実施されている。発見から支援への流れとしては、乳幼児健診からの流れが一つの中心になっているほか、幼稚園・保育園・学校などで気づかれるケースも増えてきている。学校での支援については特別支援教育に伴うものが中心で、発達障害者支援センターや医療機関との連携が一部にあるほかは教育の中で完結する傾向が強く、福祉行政との連携は比較的乏しい。医療については、いくつかの医療機関が発達障害の診療を行っているが、ニーズに対して十分に応じることができておらず、大学医学部がないことなどから専門医の養成についても課題が多い。

A. 研究目的

発達障害に対する認知が高まるにつれ、全国的に医療、教育、福祉分野において発達障害支援の仕組みが整いつつある。その実情については、歴史や地理的条件、人口動態や経済状態などの違いを背景に、一定の地域差があることが予想される。また、医療、教育、福祉といった行政区分上異なる分野同士の連携や情報共有という点でも、さま

ざまな条件に基づく地域差が見られる可能性がある。これらの格差は、日本のどこに住んでいても一定レベルの支援を受けられるという理想からすると解消すべき問題としての側面を持つ一方で、必ずしも否定的な側面だけでなく、全国一律でない地域特性を考慮した支援システムを構築する上で、積極的に参考にすべき情報であるとも考えられる。

今回、このような基礎資料の一つとすることを目的に、医療、教育、福祉の各機関について調査を行うこととした。このうち、本報告では地域特性と福祉行政および教育行政の体制について、医療、教育との連携の状況も含め報告する。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

函館市の地域特性については、人口動態や経済指標データの収集および入力作業を、はこだて若者サポートステーションに依頼した。また、函館市と近隣の地域との比較を行うため、渡島、檜山管内全域について同様の調査を行った。

2. 福祉行政、教育行政に関する調査

福祉行政のシステムについては、函館市障害福祉課および子ども未来部（母子保健担当）に調査表への記入を依頼した。

教育行政のシステムについては、函館市教育委員会に調査表への記入を依頼した。

（倫理面への配慮）

行政機関への調査表には、回答に個人情報が含まれないように配慮した。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

函館市は、北海道南部（道南）に位置する中核市である。道南は、太平洋側の渡島地域と日本海側の檜山地域に分かれ、市部は函館市と北斗市の2市で、他はすべて町である（図1）。

函館市は人口約28万人で、これは北海道では札幌市（約190万人）、旭川市（約35万人）に次ぐ北海道第3位の規模である。

道庁所在地の札幌市までは直線距離で約150km、高速道路で300km、列車の移動は特急で約3時間半と地理的には遠隔地であり、地理的に見ると函館市は単独県の県庁所在地に相当するといってもよい。

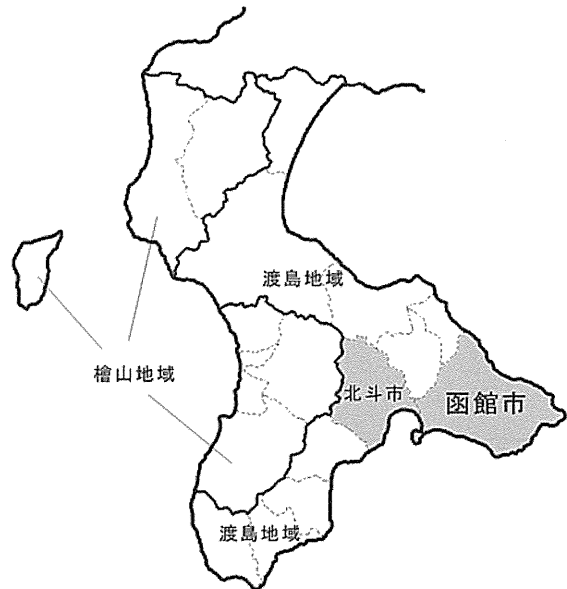


図1 北海道南部地域

函館市の地域特性を資料1に示す。人口密度は全国平均をやや上回る程度であり、都市部としては低いが、周辺地域と比較すると突出して高いともいえる。また、性比では男性の比率が低く、1世帯当たりの人数は少なく、出生率が低く死亡率が高いという特徴がある。婚姻率は低い一方で離婚率が高い。年少人口、生産年齢人口が少なく、高齢人口が多く、高齢単身世帯の比率が高い。完全失業率、生活保護の比率も高い。旧分類に基づく産業の構成比を見ると、第1次産業、第2次産業ともに少なく、第3次産業が多い。これらの特徴をまとめると、人口密度が極めて低い北海道南部地域の中で人口が集中している一方、目立った産業の乏しい地方都市の姿を現しているともいえる。

2. 発達障害の支援システム

1) 「北海道式」早期療育システム¹⁾

北海道は、本州の1/3を超える面積を持ち、その一方で人口は本州の5%にすぎない。その人口も限られた都市部に集中しているため、その他の地域は極度の過疎状態となっている。さらに冬季は気候の厳しさから長距離の移動には困難を伴う。このような特徴から、北海道では平成元年に「北海道式」と呼ばれる独自の早期療育システムを立ち上げ、平成8年には北海道のほぼ全域をカバーするにいたった。このシステムは全道を67の第1次療育圏に分け、すべての地域に母子通園センターと呼ばれる早期療育のための施設を配置し、それらを支えるため6つの第2次療育圏に専門機関を設置し、さらに第3次療育圏として高度な専門機関が北海道全体をバックアップするというものであった。道南地域は全体が第2次療育圏となり、その中に7つの第1次療育圏が設けられた。函館市ではそれ以前から活動していた函館市立2か所、民立1か所の早期療育施設が母子通園センターに移行し、公立の施設は函館市を、民立の施設は函館市、上磯町及び大野町(現北斗市)、七飯町、木古内町、知内町を支援範囲とした。それ以外の地域には6か所の母子通園センターが町立で設置され、近隣の町が合同で運営することになった。これらの母子通園センターは当初は国の心身障害児通園施設に北海道独自の事業を加えたものであったが、平成15年に児童福祉法施行令とその改正により児童デイサービス事業として支援費制度に移行し、さらに平成18年には障害者自立支援法の下での児童デイサービス事業となり、平成24年には児童発達支援事業へと移行して現在にいたっている。なお、函館市

立の児童発達支援事業は、現在は1か所となった。また、木古内町、知内町は函館市の療育圏から外れることになり、現在、知内町が発達支援センターを開設準備中である。



図2 早期療育機関の分布
(平成26年4月現在)

点線は市町境界を、実線は「北海道式」早期療育システムの第1次療育圏を示す。木古内町及び知内町は、当初は函館市の療育圏に入っていたが、現在は別の療育圏となり、知内町に発達支援センターを開設準備中である。

道南地域には北海道式早期療育システムが整備される以前から2か所の知的障害児通園施設が設置されていたが、それらは現在、児童発達支援センターに移行している。これらは支援範囲を指定していないため遠隔地からの通所も稀に見られるが、実質的には函館市、北斗市、七飯町の2市1町を支援範囲としていると考えてよい。

さらに、児童発達支援事業の制度化により、平成25年度には函館市に1か所、七飯町に1か所の児童発達支援事業が開設さ