

II. 分担研究報告

Ⅱ-1. 政令指定都市

政令指定都市3市の発達障害児・者支援システム

1. 地域特性

	横浜市	広島市	福岡市	政令指定都市平均	全国平均
総面積	435.2km ² (18区)	905.4km ² (8区)	341.7km ² (7区)		
総人口	3,703,258人	1,184,269人	1,509,893人		
人口密度(1km ² 当たり)	8,510人	1,308人	4,419人	3,751人	336.6人
出生率(人口1000対)	8.2	9.4	9.8	8.5	8.2
年少人口割合(0～14歳)	12.9%	14.4%	13.8%	13.3%※	12.9%
財政力指数	0.96	0.80	0.84	0.84	
歳入予算額(人口1人当たり換算)	35,153億円 (949,245円)	11,457億円 (967,432円)	19,204億円 (1,271,878円)		

(出生率：H25年度、財政力指数：H24年度、歳入予算額：平成26年度総額、※：平成25年度末、他はH26年1月の人口推計より)

2. 拠点と支援システムの実態

1) 拠点の設定

	横浜市	広島市	福岡市
運営団体	全9カ所：そのうち7カ所が指定管理 横浜市リハビリテーション事業団 5カ所 ・市総合リハビリテーションセンター(昭和62年度開所) ・戸塚地域療育センター(平成元年) ・北部地域療育センター(平成6年) ・西部地域療育センター(平成13年) ・よこはま港南地域療育センター(平成25年) 民間2社会福祉法人 4カ所 ・南部地域療育センター(昭和60年) ・中部地域療育センター(平成8年) ・東部地域療育センター(平成15年) ・あおぼ地域療育センター(平成19年)	広島市社会福祉事業団 6カ所 *昭和49年～広島市運営 平成10年～広島市社会福祉事業団へ委託 平成18年～指定管理 *子ども療育センター 北部子ども療育センター 西部子ども療育センター *皆賀園 *心身障害者福祉センター *北部障害者デイセンター	福岡市社会福祉事業団 3カ所 ・心身障害福祉センター ・西部療育センター ・東部療育センター いずれも診療所を併設し、相談支援機能を持つ 指定管理制度のもと、福岡市社会福祉事業団が管理運営

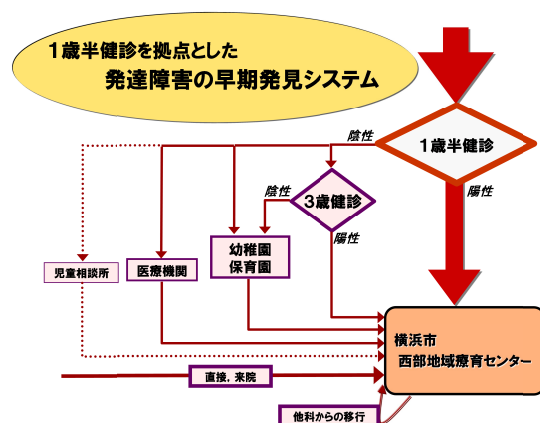
組織	① 相談・地域サービス部門 ② 診療部門（診療所） ③ 通園部門 ・児童発達支援センター（知的） 9カ所 ・医療型児童発達支援センター 9カ所 ・児童発達支援センター（難聴） 1カ所 ④ 児童発達支援事業所 9カ所 ※各地域療育センターには①～④を設置。児童発達支援センター（難聴）はリハセンターにのみ設置。児童発達センターや児童発達支援事業所（早期療育対応）の単独運営はない。	① 相談・地域支援部門 ② 通園部門 ・福祉型児童発達支援センター(知的) 3カ所 ・福祉型児童発達支援センター（難聴） 1カ所 ・医療型児童発達支援センター 2カ所 ③ 診療部門 ④ 情緒障害児短期治療施設	① 相談部門 相談支援事業所 診療所 外来療育，訓練 ② 通園部門 ・福祉型児童発達支援センター（知的・肢体） 2カ所（西部療育センター，東部療育センター） ・福祉型児童発達支援センター（難聴） 1カ所（心身障害福祉センター） ・医療型児童発達支援センター 1カ所（心身障害福祉センター） ※拠点施設内の児童発達支援センターを記載																
規模	○職員数（常勤職員） 横浜市総合リハビリテーションセンター 発達部門 60名 療育センター 8カ所 495名 合計 555名 ○通園規模 知的・肢体合計 9カ所 難聴 1カ所 <table><tr><td></td><td>定員 (日々の枠数)</td><td>在籍児数</td></tr><tr><td>知的</td><td>450</td><td>691</td></tr><tr><td>肢体</td><td>340</td><td>195</td></tr><tr><td>難聴</td><td>30</td><td>34</td></tr></table> ※通園頻度は年齢と症度により週2日，週3日，週5日がある。週2と週3のクラスは保育所・幼稚園との併用が可能。 ○児童発達支援事業所（9カ所） <table><tr><td>定員</td><td>在籍児数</td></tr><tr><td>102</td><td>386</td></tr></table> *4～5歳児対象。通園頻度はすべて週1日。全員が保育所・幼稚園を併用している。		定員 (日々の枠数)	在籍児数	知的	450	691	肢体	340	195	難聴	30	34	定員	在籍児数	102	386	○職員数（広島市社会福祉事業団） 役員2名，職員 258名（常勤 258名，併任 6名） 非常勤職員（週 30時間勤務 85名，（80名，嘱託医師 5名）計 345名 ※兼務・併任・非常勤職員含む ○通園規模 こども療育センター 職員数（常勤） 107名 北部こども療育センター //（常勤） 35名 西部こども療育センター //（常勤） 48名 こども療育センター（定員） 知的 30名，肢体 40名，難聴 30名 情緒 定員 43名(入所 28，通所 15) 北部こども療育センター（定員） 知的 30名，肢体 20名 西部こども療育センター（定員） 知的及び肢体 70名 発達障害児対応クラス 10名（幼稚園・保育園併行通園可）	○職員数（常勤職員） 心身障害福祉センター 89名 西部療育センター 48名 東部療育センター 47名 ○通園規模（拠点施設） 知的・肢体 心身障害福祉センター 定員 100名(155) (肢体 40，難聴 30，知的親子 30) 西部療育センター 定員 70(105) (肢体，知的単独，知的親子) 東部療育センター 定員 70(108) (肢体，知的単独，知的親子) ※括弧内数字は平成 25 年度年度末の在籍児数 ※知的障害児単独通園（3～5歳児） 原則週 5 日、幼稚園・保育園との並行通園不可 ※知的障害児親子通園（1,2歳児） 1歳児：週 1 日、2歳児：週 2 日 幼稚園・保育園との併行通園可
	定員 (日々の枠数)	在籍児数																	
知的	450	691																	
肢体	340	195																	
難聴	30	34																	
定員	在籍児数																		
102	386																		
自治体独自のサービス事業	<早期支援> 4ヵ月療育相談事業 1歳半療育相談事業 <地域支援>	・診療ベースとした外来療育を実施 ・保護者等利用者研修を開催し，対象を広く支援者等も含めている。 <高機能発達障害>	<早期支援> 乳幼児健診への医師派遣事業(1歳半，3歳) <地域支援> 障害児保育訪問支援事業																

	幼稚園・保育所巡回相談 ＜高機能発達障害＞ 療育センター内設置の児童発達支援事業所 ＜学齢対策＞ 学齢児支援事業 学校支援事業	1ヵ所の福祉型児童発達支援センターにて、指定日通園で発達障害児（定員10名）を支給決定（障害児通所）により支援している。 ＜学齢対策＞ 小学校1・2年まで、発達障害児へは乳幼児医療を拡大している。 拠点の療育センターでは、学童期児童を対象とした集団療育の教室がある。	私立幼稚園障害児支援事業 障害児等療育支援事業（施設支援） ＜高機能発達障害＞ 高機能児のグループ療育・個別療育
その他	○地域療育センター運営事業 27億5266万円 （リハセンターを除いた8ヵ所分）	○上記の児童発達支援センターは全て診療所機能を併設。 上記の他、診療所機能のない児童発達支援センターが1ヵ所（民営）定員16名	○拠点施設となる児童発達支援センターは全て診療所を併設 上記の他、診療所機能のない児童発達支援センターが5ヵ所（福祉型4ヵ所、医療型1ヵ所）。平成27年度に福祉型1ヵ所開設予定 運営は民営4ヵ所、社会福祉事業団2ヵ所（うち1ヵ所は医療型）

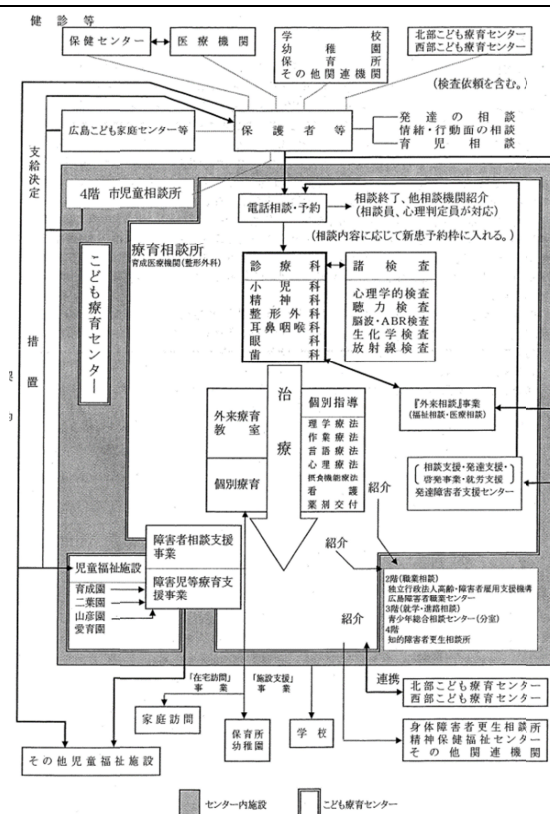
2) 早期発見・早期支援システム

	横浜市	広島市	福岡市
当初のプラン	横浜市障害児地域総合通園構想（昭和59年）の中で、地域療育センターを人口30～40万人に1ヵ所とし（人口330万を想定）し、計10ヵ所設置を目指した。昭和60年に最初の地域療育センターが開所。	1969年 知的障害児通園施設部門からスタートし、1974年広島市中心身障害児福祉センター開所①心身障害児のニーズを正しく受け止め、適切な施策に結び付け②障害児対策の中核として、③障害の相談・指導・診断・判定の機関と、リハビリテーション施設の総合体として、一元的ユニットとして相互の機能を高める施設を建設→肢体不自由児通園施設→情緒障害児短期治療施設開所→難聴児通園施設開所→1980年政令市昇格により、児童相談所を設置 等様々な施設・機能を加えていき、現在に至る。	昭和54 心身障害福祉センター開設 平成11年 療育センター基本計画 平成14年 西部療育センター開設 平成18年 指定管理制度に移行 平成23年 東部療育センター開設
現況	総合リハビリテーションセンター 1ヵ所 地域療育センター 8ヵ所	こども療育センター（旧心身障害児福祉センター） 1ヵ所 地域療育センター 2ヵ所	心身障害福祉センター 1ヵ所 地域療育センター 2ヵ所（西部、東部）

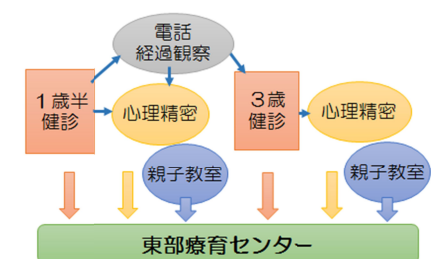
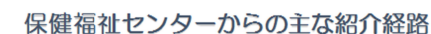
*早期発見から早期診断へ



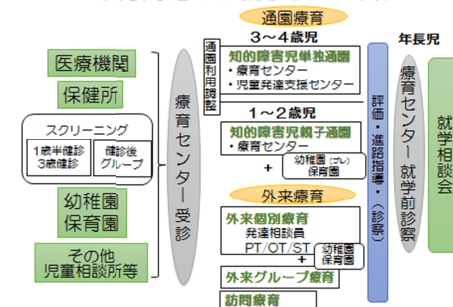
＊センター内の早期支援システムは、表外の図1、図2に提示



保健センター・医療機関・保育園・幼稚園・児童相談所が主な受診経路で、約8割を占める。受診児はエリア別にそれぞれ3療育センターを予約受診



療育開始から就学までの流れ



保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育園が主な受診経路となっており、全体の約8割を占める。受診児は居住地域によって、その地域を担当する療育センターを予約受診

早期発見・早期支援のシステム図

福祉保健センターでの早期発見後のプログラム

- ① 親子教室：1歳6ヵ月健診で精神発達の問題がみられた児に対し、集団的に発達を促す援助をする
 - ② 個別心理相談：発達の遅れのある児に対し、心理士による評価と助言・指導を行う
 - ③ 1：6 療育相談：療育センターの医師、ソーシャルワーカー、心理士がチームを組んで福祉保健センターに出向き、こどもの評価と保護者の相談に応じる（月に1回）
- 保健師1人あたりの0～4歳人口 931人

広島市の取り組み

- ① 保護者用の啓発パンフレットを作成
 - ② 1歳6か月健診で要フォロー児童への親子教室を保健センターにて開催し、その教室に療育センター職員がスタッフとして参加
 - ③ 乳幼児健診等に従事する職員への研修に講師派遣
 - ④ 5歳児を対象とした個別相談
- 発達障害診療医療機関の周知
保健師 1人あたりの0～4歳人口 1,625人

拠点施設からの支援

- ① 保健所への医師派遣・指導事業
 - ② 保健師研修会に講師派遣
- 福岡市の取り組み
- ① 1歳半健診、3歳児健診の問診票に発達障害関連項目の追加（平成24年度）
 - ② 各保健福祉センターで健診から療育機関につながるまでの精神精密の心理面接、親子教室
 - ③ 発達障害幼児を対象とした子育てサロン（各区域地域保健課が支援）
- 保健師1人あたりの0～4歳人口 855人

3) 早期支援のなかの早期療育

	横浜市	広島市	福岡市
療育センターの組織図・規模	医療型モデルが基本：インテークから診断・評価を経て療育、相談、カウンセリングが開始される。 最近では、来談時に登録し、診断を待たずに直ちに相談活動を継続することも可能になった。	医療モデルとしてスタート。 相談・診療を経て療育が開始される。初診時は医師と面談のみ。3～4 か月に発達検査を実施、その後診断、暫定方針を決める。	医療モデルとしてスタート。 相談・診療を経て療育が開始される 初診時に発達検査や診断、暫定方針を決める。
児童発達支援センター	児童発達支援センター 知的 (総定員 450 名/9 ヲ所) 医療型児童発達支援センター (総定員 340 名/9 ヲ所) 児童発達支援センター 難聴 (総定員 30 名/1 ヲ所) 保育士・児童指導員の配置は、横浜市独自の 3 対 1 に 以上のセンターは、すべて地域療育センター、リハビリテーションセンターに設置	福祉型児童発達支援センター 4 ヲ所 ※内 1 ヲ所は難聴幼児対象 医療型児童発達支援センター 2 ヲ所 保育士の配置：広島市独自に 2:1 配置をしている	○児童発達支援センター 医療型・福祉型児童発達支援センター1 ヲ所 難聴児、視覚障害児も対象 福祉型児童発達支援センター 6 ヲ所 平成 27 年度に新設され 7 ヲ所となる予定 医療型児童発達支援センター 1 ヲ所 保育士の配置：4:1 配置 *知的障害児単独通園 (3～5 歳児) 定員 244 名、在籍児数 309 名、クラス数 29 福岡市設置の利用調整委員会により入園希望児が幅広く利用できるよう調整 *知的障害児親子通園 (1,2 歳児) 定員 141 名、在籍時数 141 名、クラス数 18
児童発達支援事業所	知的な遅れのない発達障害の 4～5 歳児を対象として、療育センター、リハセンターに計 9 ヲ所設置。利用児の総計 386 名。 他に民営の 24 事業所が発達障害児の早期療育を施行。	療育センターには、児童発達支援事業所はなし ※民間 113 ヲ所 (H26.12.15 現在)	福岡市では児童発達支援事業所は未指定。 (児童発達支援センターでの児童発達支援の提供を基本としながら、事業所との役割分担について検討中)

4) インクルージョン体制 (就学前)

	横浜市	広島市	福岡市
保育所・幼稚園の運営組織(公民)	<平成 26 年 12 月 1 日現在> ・保育所 (総定員) : 公立 88 (8,279 人) 私立 526 (43,165 人) ・認可外保育施設 (総定員) : 市認定 横浜保育室 148 (4,988 人) 小規模保育事業 8 (142 人)	(平成 26.5.1 現在) 保育園 : 公立 89 園 (定員 11,218 人) 私立 99 園 (" 13,321 人) 幼稚園 : 公立 20 園 (" 1347 人) 私立 91 園 (" 15,185 人) (H26.8.1 現在) 認可外保育施設 : 47 ヲ所 (定員 1628 人)	(平成 26 年 11 月 1 日現在) 保育所 : 公立 9 園 1,235 人 私立 195 園 30,543 人 計 204 園 31,778 人 家庭的保育 (私) 21 園 186 人 小規模保育事業 15 園 219 人 上記の内, 障害児保育受け入れ園・園児数 (%)

	認定外施設 163 (3,331 人) 事業所内施設 88 (1,228 人) ・幼稚園 (定員) : 私立 282 (56,722 人) うち 160 園 (4,709 人) が市認定預かり保育実施	事業所内保育施設 7 か所 (定員 125 人) ベビーホテル 11 か所 (定員 375 人)	公立 8 園 31 人 (2.51%) 私立 142 園 362 人 (1.19%) 計 150 園 393 人 (1.24%) 幼稚園 : 公立 7 園 415 人 私立 120 園 20,949 人
補助金交付	<幼稚園> 私立幼稚園特別支援教育費補助事業 (要診断書) : 年間交付数 (H25 年度) 944 名。総園児 63,216 名の 1.5% に相当し、H15 年度の 1.7 倍に増加。 <保育所> 障害児保育事業 (医師による障害児保育意見書必要) : 年間交付数 826 名 (H25 年度) 特別支援児童加算事業 (医師による意見照会書必要。障害の診断がなくても可能)	<保育園> 障害児加配あり *療育手帳中度・軽度所持児は 4h 加配。身障手帳 3 級所持児も 4h 加配。 *重複障害若しくは重度児童は審議により 8h 加配もある。 4h 加配 : 236 名 8h 加配 : 26 名 <幼稚園> 療育手帳・身障手帳・診断書を提出した児童人数に応じて補助金配分あり。 障害児加配あり *原則公立の各幼稚園に 1 名、障害のある幼児への支援のため 6h 加配を配置している。	<保育所> 障害児保育助成金 (児童状況書(療育センターで作成)) 年間交付数 約 450 件 (H26 ; H25+100 件) <幼稚園> 福岡市私立幼稚園運営費補助金 福岡県特別支援教育加算 (診断書または通園証明書)
拠点からの保育所、幼稚園への支援	障害児保育実地研修 横浜市保育士人事交流研修 幼稚園・保育所巡回相談 保育士等対象の専門研修 幼稚園協会主催研修会への講師派遣	① 障害児保育加配保育士研修 ② H19～公立保育園に発達支援コーディネーター 1 名配置し、発達支援コーディネーター研修を実施 ③ 発達支援コーディネーターレベルアップ研修の実施 ④ 施設支援 ⑤ 幼稚園への巡回相談指導の実施	① 障害児保育訪問支援 ② 私立幼稚園障害児支援 ③ 障害児等療育支援事業 (施設支援) ④ 障害児保育指導委員会の委員参加、研修・事業団園での体験保育の受け入れ ⑤ 私立幼稚園連盟主催統合保育研修、新人研修、園長研修への講師派遣 ⑥ 保育士等対象の専門研修 (あいあいセミナー、公開講座) 福岡市では現在のところ、保育所等訪問支援事業の事業実績はあがっていない。
その他	公立保育所は、全園で障害のある児童を受け入れている。	保育申請の要件には障害があることは含まれていない。あくまで保育に欠ける要件が必要。 公立保育園 : 全園で障害のある児童を受入れている。	平成 14 年度より全園で障害児を受け入れ (保育要件に障害は含まれず、他の保育要件が必要。) 制度上、障害児は優先順位が上がる)

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	<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。	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。	<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
基準	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) ※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	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① IQ=20 以下 重度 A IQ=21~35 以下 中度 ② 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	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 学齢児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
発行人数	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)	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%) ① : 最重度 200 A : 重度 566 ② : 中度 521 B : 軽度 1,308	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
その他			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。

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	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。 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）。 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	<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 <移行支援> サポートファイル^①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。 <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 ② 生活応援講座を開催し、生活訓練プログラムを実施 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	<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。 <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。 <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。 あいあいセンター成人部門で、高機能群の生活・就労支援 <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

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	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。 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。診療では、利用児数が長期にわたって増加傾向	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。 ・小児科初診(就学前)は2～3か月待ち、再診は4～5か月待ち。 ・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。 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)	・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。 ・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。 ・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。

	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 ヶ所、相談機能のみのものが 1 ヶ所、計 3 ヶ所設置。	・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。	・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：	知的障害特別支援学級
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）	小学校 142 校：93% 中学校 64 校：92% 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	小学校 130 校：91% 中学校 60 校：87% 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 ヶ所	適応指導教室は 4 ヶ所小学 93% 中学 92%	適応指導教室は 4 ヶ所
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）

スクールカウンセラー	全校に配備（非常勤）	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)	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。
その他	<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 ○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 ○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	○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 ○特別支援教育アシスタントの配置	<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 ○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

2) 早期支援拠点における就学支援

	横浜市	広島市	福岡市
学校案内	特別支援学校見学会 通級指導教室見学会	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。	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）

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	・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。	・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	<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	<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	<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	・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	・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	拠点であるこど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。 ・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ヵ所の拠点に常勤医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名は片内異動により、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ヵ所の拠点）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。かといって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「事前インテーク面談」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。

- a. 相談コース（SW 面談・地域支援）※診断不要
- b. 個別相談コース（診察／心理相談）
- c. インクルージョンコース（保護者支援&就学支援）
- d. 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）のものと小項目（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み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/tokubetu/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 ヶ月健診、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 ヶ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 か月後に発達検査、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 ヶ所の療育センター（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、他の区と較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つの拠点を配置し、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ろう。

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がもたらされた。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 ヶ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。

発達障害学齢児に対する支援は、横浜市内では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ヵ所設けられていて、うち2ヵ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ヵ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。

A. 研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の体制づくりは、各地域で具体的な取り組みが推進されている。しかし、今のところ、その進捗には地域格差がある。2年目も引き続き、広島市独自の取り組みを紹介するとともに、地域特性の違いによる、各地域の発達障害者支援ニーズの実態把握をする。その実態を踏まえた上で、横浜市、福岡市と広島市の3政令指定都市の比較を行い、共通点、相違点を踏まえ、今後の論点を整理することを目的とした。その他、「標準的な評価指標に関する研究：幼児用対人コミュニケーション行動評価尺度(BISCUIT)日本語版」の信頼性・妥当性の検証に協力した。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

今年度も、「広島市発達障害支援体制づくり推進プログラムの報告書(2013-2017)」¹⁾に基づき、平成25年度の進捗状況調査および、市内の3つのこども療育センターの統計資料から抽出した。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

今年度は、広島市内の3つのこども療育センター(以下、こども療育3センター)と広島大学病院小児科のカルテ調査(①)を行い、広島市内の小学2年生、中学1年生及び、広島市在住の児童が通学している特別支援学校にアンケート調査(②)を実施した。

① カルテ調査：こども療育3センター及び広島大学病院小児科を受診した児童(小2：平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ、中1：平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれ)のカルテを抽出し(小2は全8区。中1は、中・南・西・佐伯・安佐北区

の5区)、診断された年齢と診断名について、調査した。小2は、発達障害の発生率および有病率を算出し、中1は、発生率のみ算出した。

② アンケート調査：広島市内の全小・中学校および5つの特別支援学校に調査を依頼した。小2・中1については、12月1日から1月9日を期限に小・中学校に調査を依頼した。調査項目は、発達障害、対人関係やこだわり、多動・不注意、言語障害、学習障害、知的障害、その他精神的問題の疑いのある児童数と医療機関を受診した児童数を調査した。また、受診していない理由についても尋ねた。

3. 政令市間の比較

平成26年12月22日～23日に、関係者が福岡市に集まり、それぞれの都市の現状や課題について話し合った。また、A.地域特性、B.支援システムの実態、C.教育との接点・連携、D.拠点における人材供給・育成について、それぞれの市の担当者が記入し、3政令市の比較表を作成した。政令市間の共通点と相違点を明らかにして現状分析した上で、今後の課題について考察した。

4. BISCUIT の検証

保護者の同意が得られた、17 か月～36 か月の幼児に対し、32名のデータ収集を行った。実施者は精神科医3名、小児科医4名、臨床心理士7名で、他に保育士など多くの専門職の協力を得た。

(倫理面への配慮)

本研究は、社会福祉事業団こども療育センターの倫理指針に基づき、また、広島大学病院、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

①一般的項目：昨年度とほぼ同様であった（昨年度の報告書¹⁾を参照）。

②発達障害児の早期支援体制に関する項目：

1) 療育手帳の判定基準

昨年度と同様、知的障害のない発達障害児（者）に対する療育手帳の判定は、境界線知能を含め、発達障害に伴う生活困難度の評価を加える等、新しい判定基準を用いた運用を行っている。

2) 医療費補助

昨年度と同様、発達障害の子どもは小2の3月まで、医療費の補助を行っている。

3) 専門施設の有無と職種

就学前の知的障害児を対象とした児童発達支援センターの定員は、昨年度までは光町30人、北部30人、西部70人であったが、平成25年度より西部に高機能発達障害児10名のつばめ教室が新設された。こども療育3センターの新患数(平成25年度の光町、北部、西部の新患数はそれぞれ1,172名、300名、349名)及び、外来療育の教室数や対象者数も昨年度と同様である。相変わらず待機の問題は継続しているが、広島市以外の受診者の減少(広島市:市外からの初診数=9:1)及び、広島市内の子どもの療育や支援を優先することで対処している。療育センター以外にも、子どもの心の相談医や(広島市約20名)、発達障害の診療、訓練や療育を行っている医療機関(小児科クリニック3~4か所)もわずかながら増えており、今後に期待される。

4) 専門家養成の場とプログラムの有無

昨年度と同様、広島市としての、系統だった専門家養成の場やプログラムは無い。

発達障害は治療の対象ではないという考え方もあり、医師を含め、個人に任されている。

5) 発達障害支援システムの特徴

広島市では、乳幼児から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援体制の整備のため、平成25年度から平成29年度までの5年間を計画期間とする「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム[2013-2017]」を策定している(別紙参照)。

基本方針としては、(1)発達障害を早期発見し、速やかに適切な支援を行うための体制の充実、(2)乳幼児期から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援を挙げている。

推進方策としては、(1)市民、企業との協同では、(2)関係機関との連携、(3)発達障害者支援センターの機能強化に取り組む。

具体的な事業展開のための取り組みの柱として、(1)早期発見のための取組・体制の充実、(2)療育・訓練体制の充実、(3)保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実、(4)就労支援の充実、(5)相談支援の充実、(6)発達障害についての理解の促進としている。

このように、広島市では、発達障害の推進プログラムを策定し、その方針に沿って、具体的に取り組み、実施状況を踏まえ、次年度に向けて新規拡充している。

6) 他領域との連携体制

(1)広島県地域保健対策協議会(以下、地対協)との連携：地対協は、県民の健康福祉増進に寄与する目的で設置され、広島大学、広島県、広島市、広島県医師会の四者で構成さ

れ、目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・福祉に関する事項の調査・研究及び協議等を行っている。広島市の行政職員や医師が委員として参加している。

(2)広島県・広島市教育委員会との連携：就学相談委員会や巡回相談員などに医師や、臨床心理士が委員になっている。

(3)広島児童青年精神医学研究会（ハスカップ）との連携：若い精神科医、小児科医（梶梅ら）や臨床心理士などの組織である。研修などの協力を行っている。

2. 発達障害児の早期支援体制

1)早期発見のための取組・体制

「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム[2013-2017]に沿って、実施されている。（平成 25 年度の実施状況参照）

- ① 保護者への普及：昨年度とほぼ同様。
- ② 乳幼児健診担当保健師の数：昨年度に比べ、平成 25 年度母子保健に携わる保健師は、常勤 43 名（昨年度は 41 名）、非常勤 10 名で構成されており、保健師 1 人あたりの 0～4 歳児人口は、1,625 人（昨年度は 1,725 人）である。
- ③ 乳幼児健診者への研修の実施：昨年度とほぼ同様であった。
- ④ 観察児及び保護者への支援体制の充実
 - 1) 5 歳児を対象とした支援体制整備
就学後の適切な支援に結びつけるため、4, 5 歳児を対象とした発達相談を開催されているが、これまでと同様、ほとんど変化なく、機能していない。
- 2) 療育・訓練体制；昨年度とほぼ同様。
- 3) 保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実：障害児保育のあり方の検討、発達支援コーディネーターの養成、保育士

等を対象とした専門研修の実施など。学校との連携は、個人レベルであり、医療・教育・福祉機関との、システムとしての協力体制はほとんどない。

3. 発達障害の支援ニーズに関する調査

①カルテ調査：平成 26 年度の小学校 2 年生の出生コホートは、10,961 人（男：5,600 人、女：5,361 人）、であり、そのうち小 2 までにこども療育 3 センター及び広島大学病院小児科を受診し、発達障害と診断された児童は、803 人であった。発生率は、表 1 のとおりである。

表 1. 小 2 の出生コホートの発生率
医療機関受診（n=803, 男=607, 女=196）

診断	人数	男女比
発達障害全体	803 (7.3%)	3.1 : 1
PDD	633 (5.3%)	2.9 : 1
多動性障害	41 (0.4%)	9.3 : 1
会話・言語	72 (0.7%)	3.5 : 1
精神遅滞	57 (0.5%)	3.8 : 1

居住コホートは、11,227 人（男：5,706 人、女：5,521 人）であり、そのうち小 2 までにこども療育 3 センター及び広島大学病院小児科を受診し、発達障害と診断された児童は、771 人であった。有病率は、表 2 のとおりであった。

表 2. 小 2 の居住コホートの有病率
医療機関受診（n=771, 男=577, 女=194）

診断	人数	男女比
発達障害全体	771 (6.9%)	3 : 1
PDD	608 (5.4%)	2.8 : 1
多動性障害	40 (0.4%)	9 : 1
会話・言語	72 (0.7%)	3.2 : 1
精神遅滞	51 (0.5%)	4 : 1

小 2 の発達障害のうち、PDD と診断された児童を、知的レベル（IQ=69 以下および 70 以上）に分けて発生率および有病率を比較したところ、図 1、図 2 のようになった。

以下のように、PDD の発生率および有病率は、男児は女児に比べ 3 倍多かった。また、知的障害のない PDD は、ある場合に比べ、男女とも 3 倍多かった。

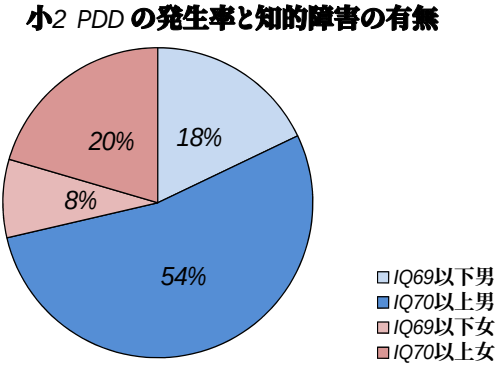


図 1. 小2PDD 発生率と知的障害の有無

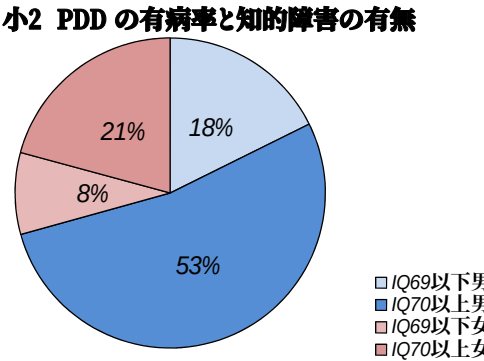


図 2. 小2 PDD 有病率と知的障害の有無

次に、PDD と診断された年齢について検討したところ、図 4 の通りであった。IQ が 69 以下の児童は、2 歳をピークに診断されていた。IQ70 以上は、3 歳代をピークに診断され、次いで 2 歳と 5,6 歳代に診断されていた。しかし、4 歳代での落ち込みが目立ちは、昨年度と同様であった。

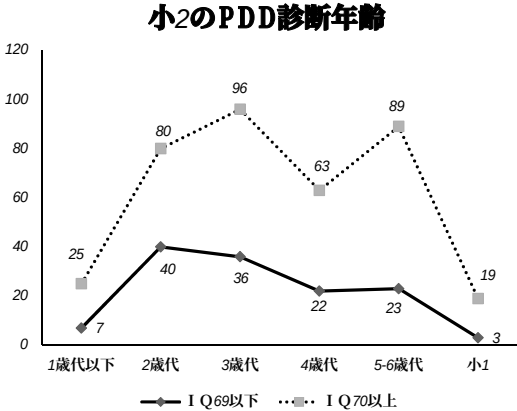


図 3. 小2 PDD 診断年齢

平成 25 年度の中学校 1 年生の出生コホートは 8 区中 5 区で 6,583 人(男:3,355 人, 女:3,228 人)であり、そのうち中 1 までにこども療育 3 センター及び広島大学病院小児科を受診した児童のうち、PDD と診断された児童は、336 人であった。発生率は、表 3 のとおりであった。

表 3. 中 1 の出生コホートの発生率
医療機関受診 (n=538, 男=380, 女=158)

診断	人数	男女比
発達障害全体	538 (8.2%)	2.4 : 1
PDD	336 (5.1%)	1.6 : 1
多動性障害	71 (1.1%)	3.7 : 1
会話・言語	34 (0.5%)	2.1 : 1
学習障害	12 (0.2%)	5 : 1
精神遅滞	71 (1.1%)	1.4 : 1
その他	14 (0.2%)	1 : 2.5

中 1 の発達障害のうち、PDD と診断された児童を、知的レベル (IQ=69 以下および 70 以上) に分けて発生率を比較したところ、図 4 のようになった。

中1 PDD の発生率と知的障害の有無

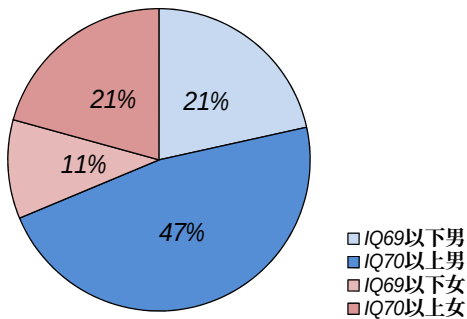


図 4. 中 1 の PDD 発生率と知的障害の有無

次に、中 1 も同様に PDD と診断された年齢について検討したところ、図 5 のようになった。IQ が 69 以下でも、IQ70 以上の児童でも、就学前に診断される児童が大半で、就学後に診断される児童は、わずかであった。

中1のPDD診断年齢

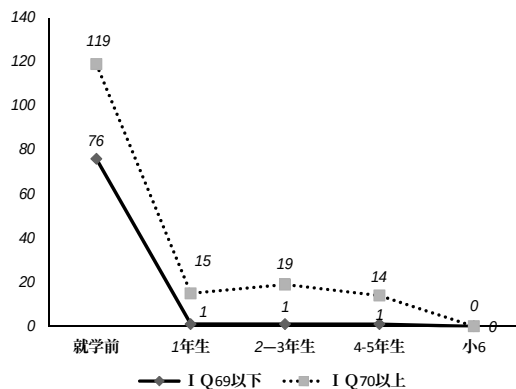


図 5. 中 1 の PDD 診断年齢

- ② アンケート調査：平成 26 年 12 月 1 日現在小学校 2 年生の児童を対象に小学校にアンケートを依頼し、発達障害と思われる児童について調査した。回収率は、小 2 は 74.4% (152 校中 113 校)、中 1 は 70.7% (82 校中 58 校) あった。小 2 児童総数は、7,985 人 (男 4,043 人：女

3,942 人)、中 1 児童総数は、8,224 人 (男 4,254 人：女 3,970 人) であった。

(1) 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」など。以下、PDD) を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図 6 の通りになった。小学校の担当者 (特別支援コーディネーター、教頭、校長等) からみると、小 2 の PDD の割合は、4.8% (男 3.7%：女 1.1%) であった。うち医療機関受診率は、3.2% (男 2.4%：女 0.8%) であった。中 1 の PDD の割合は、4.5% (男 3.4%：女 1.1%) であった。うち、医療機関受診率は、2.8% (男 2.2%：女 0.6%) であった。男児の方が女児より 3~3.7 倍多かった。

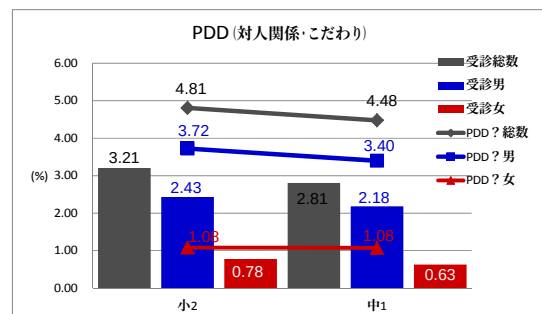


図 6. PDD(対人関係・こだわり)

(2) (1) に含まれていない子どもで、落ち着きがない、そそかしいなどの問題 (「ADHD」「多動性障害」など、以下 ADHD) を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図 7 の通りになった。小学校の担当者からみると、小 2 の ADHD の割合は、2.9%

(男 2.6%：女 0.3%) であった。うち、医療機関受診率は、0.92% (男 0.81%：女 0.10%) であった。中1のADHDの割合は、2.3% (男 2.0%：女 0.3%) であった。うち、医療機関受診率は、0.62% (男 0.49%：女 0.13%) であった。男児の方が女児より 7～8 倍多く、年齢を経るごとに減少しているが、医療機関への受診は、約 30% でしかなかった。

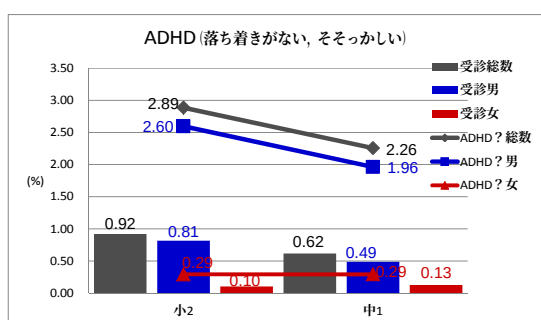


図 7. ADHD (落ち着きがない・そそっかしい)

(3) (1) にも (2) にも含まれていない子どもで、言葉を理解することや話すことの問題(「構音障害」、「発達性言語障害」など、以下言語障害)を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図 8 の通りになった。小学校の担当者からみると、小 2 の言語障害の割合は、0.71% (男 0.45%：女 0.26%) であった。うち、医療機関受診率は、0.29% (男 0.17%：女 0.12%) であった。中 1 は、0.24% (男 0.14%：女 0.10%) であった。うち、医療機関受診率は、0.09% (男 0.05%：女 0.04%) であった。小 2 および中 1 では男児は女児より 1.4～1.7 倍多かった。医療機関への受診は、小 2 および中 1 では、ほとんど変化がみられなかった。

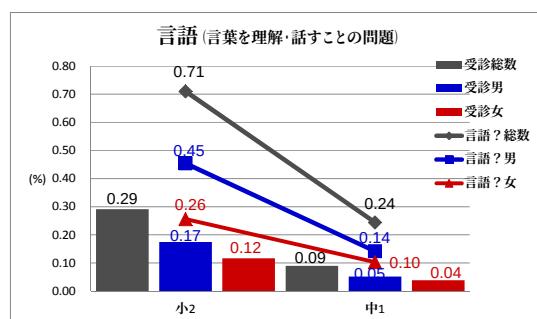


図 8. 言語障害

(4) (1)～(3) のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れ(「精神遅滞」「知的障害」など)を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について、小学校の担当者からみると、図 9 の通りになった。

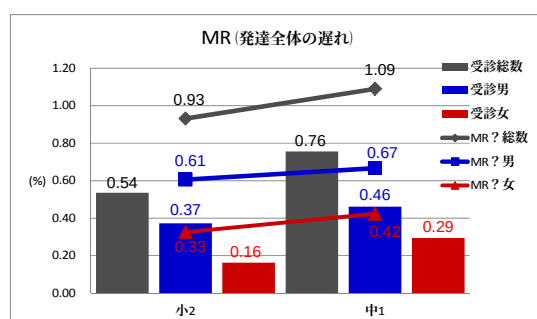


図 9. 発達全体の遅れ

小学校の担当者からみると、小 2 の発達全体の遅れの割合は、0.93% (男 0.61%：女 0.33%) であった。うち、医療機関受診者は、0.54% (男 0.37%：女 0.16%) であった。中 1 は、1.09% (男 0.67%：女 0.42%) であった。うち、医療機関受診者は、0.76% (男 0.46%：女 0.29%) であった。いずれの年齢でも半数以上が受診していた。

(5) (1)～(4) のいずれにも含まれていない子どもで、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、チック等が主たる問題の場合も含む、以下その他の発達障害）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について尋ねた結果、図 10 の通りになった。小学校の担当者からみると、小 2 のその他の発達障害の割合は、0.58%（男 0.30%：女 0.28%）であった。うち、医療機関受診率は、0.19%（男 0.09%：女 0.09%）であった。中 1 のその他の発達障害の割合は、0.46%（男 0.23%：女 0.23%）であった。うち、医療機関受診率は、0.13%（男 0.08%：女 0.05%）であった。年齢を経るごとに減少しているが、性差はなく、医療機関への受診率は、約 30%であった。

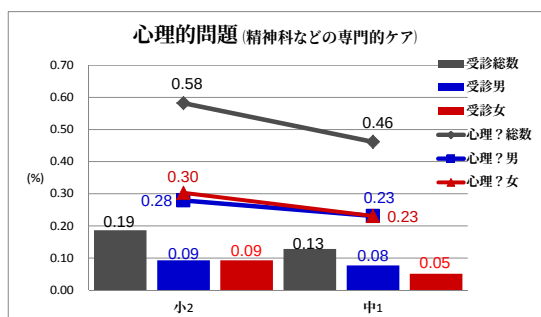


図 10. その他の発達障害

(6) 学習障害 (LD)

なお、PDD,ADHD、言語障害のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れでは説明のつかない学力の問題（「学習障害」「LD」など、以下 LD）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している小 2 の割合は、1.6%（男 1.1%：女 0.5%）であった（図 11 参照）。うち、医療機関受診率は、0.30%（男 0.26%：女 0.05%）であった。中 1 の割合は、1.8%（男 1.3%：女 0.5%）

であった。うち、医療機関受診率は、0.46%（男 0.36%：女 0.10%）であった。男児の方が女児より 2 倍多く、医療機関への受診は、20~25%程度でしかなかった。

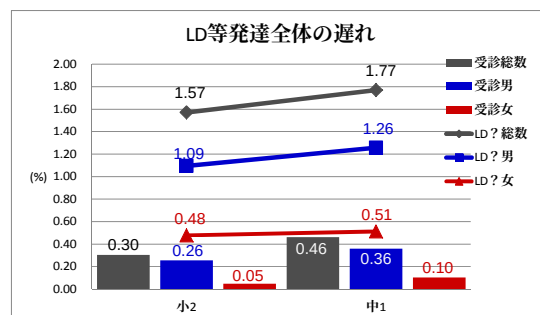


図 11. 学習障害

3. 3 政令市間の比較表（別紙）

（広島市における取り組みの実例については、報告書本文を参照）

4. BISCUIT の検証への協力

一人の子どもを、複数の医師や臨床心理士、保育士たちと観察し、意見を述べあうことは、通常の外来診療では経験が無く、お互いの専門性の向上に非常に役立った。

D. 考察

1. 地域特性に関する調査

- ①一般項目：昨年度とほぼ同様である。
- ②発達障害児の早期支援体制：広島市にはこども療育 3 センターが設置され、健診等で早く発見された子どもが、早期に受診し、基本的な支援システムは整備されているが、増大する発達障害児への対応は、十分ではない。特に、就学後は、光町の精神科医による診察のみで、医療・教育・福祉との連携及び支援システムはなく、個人の努力に任されている。

また、乳幼児健診の保健師 1 人あたりの担当児童数は 1,625 人であり、小規模都市

に比べると、非常に多く、3歳児健診以降の継続的支援には、限界がある。現状として、保育園に発達障害児支援のリーダーとなる保育士（発達支援コーディネーター）を養成し、必要に応じてこども療育3センターの専門家が保育園や幼稚園を訪問し、支援体制をとっているが、小学校入学前、可能なら4～5歳代までに、療育3センターを受診し、子どもの特性を理解し、支援の仕方を学ぶことが望まれる。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

①カルテ調査：小2および中1から見たPDDの発生率は、それぞれ5.3%、5.1%であった。一般に言われる1%よりも多く見られた。PDDの診断は、WHOの国際疾病分類第10改訂版(ICD-10)を用いているが、幅広くPDDと診断している可能性がある。小2の有病率は、5.4%であった。

性差は、男児が女児より3倍多く、これは一般的に言われている値と変わりなかった。PDDの人のうち、正常IQの人は約70%で、高機能のPDDの支援ニーズが大きい。診断年齢は、知的障害を伴う児童の方が若干早い、2～3歳で診断されている。他の先進的な都市と比べて、それなりに早期診断されていると言える。しかし、4歳代での高機能のPDDの診断率が低く、落ち込みを呈している。広島市では、5歳児発達相談の利用が1%でしかなく、そこでの早期発見は、ほとんど望めない。そのため、保育園・幼稚園での早期発見・支援を充実させることの方が現実的であり、発達支援コーディネーターのレベルアップを図り、活用をすることが具体的な対応策と考えられる。

中1からみると、ほとんどが就学前に診断を受けており、就学後の診断率はかなり

低い。就学までに医療機関を受診し、診断されない人は、その後、診断や支援を受ける機会を逸していると言える。

②アンケート調査

1)対人関係やこだわりの問題など(PDD)

小2のPDDの疑いのある児童のうち、医療機関を受診したのは約66%で、中1では約62%であった。学童期の発達障害では自閉症の特性が目立たなくなり、学校のように日課の決まった環境においては大きな問題になりにくく、見逃されている可能性が大きい。しかし、対人関係のトラブル、パニック、自傷・他害等の2次障害を引き起こす場合は、受診に至るケースが多くなる。

男児は、女児に比べ3倍多く、一般に言われる相応の値といえる。今後、学齢児においては、発達障害の疑いのある児童が約8%いることを踏まえて、まずは子どもに関わる全ての人たちが発達障害の特性を理解することがのぞまれる。

2) ADHD

ADHDの割合は、小2及び中1は男児が女児に比べ、それぞれ14～7倍多い。女児の場合、小2でも中1でも、疑いのある割合は、0.29%で不変である。男児の場合、中1になるとやや減少しているが、多動性や衝動性が目立たなくなったためと推測される。しかし、どの年齢でもADHDの児童数の30%程度の受診率でしかない点は、大きな課題である。保護者をはじめ社会への啓発を促し、知識と正しい理解を高めることが重要である。また、教育と医療が連携し、保護者支援など診断や治療に結び付けるための手立てが必要である。

3)言語障害

言語障害について、小2から中1になると顕著に減少し、特に中1になると性差が見られないのが特徴である。医療機関受診は、約40%程度しか受診していない。しかし、こういう児童・生徒に目を向ける必要があると思われる。

4)発達全体の遅れ(MR)

発達全体の遅れは、小2から中1になると、医療機関受診率が58%~70%に増加している。発達全体の遅れについて、学齢期以降では、学習面での遅れが目立つことから、受診につながりやすい。

5)その他の発達障害(吃音、緘黙等)

小2と中1では性差がみられず、医療機関への受診率は、約30%前後であった。このようなその他の発達障害児が0.5%前後いることがわかり、心理的症状を呈する場合も発達障害の可能性を考える必要がある。

6)学習障害(LD)

LDについて、文科省の調査では、約4.5%と言われていたが、広島市では2%弱しか疑われていない。医療機関受診率も20%程度で、診断も支援も、ほとんどなされていないことがわかった。学習に困難を抱えている子どもに対し、学習障害の可能性を疑い、早期に診断し、子どもの認知特性に合った学習支援を行う必要がある。

LDについても、ADHDと同様、保護者の啓発を促し、診断や治療に結び付けるための努力が必要である。医療・教育・福祉機関がそれぞれの役割を果たすためには、相互の連携システム作りが重要である。

3. 政令市間の比較

3 政令市とも、利用児数の増加に伴う待

機期間の長期化が問題になっている。様々な工夫(初診までの相談機能の充実、療育センターの新設、スタッフの増員や診療枠の増加など)がなされているが、拠点主義からの脱却が共通の課題である。乳幼児期の支援はそれなりに充実しているが、早期発見から療育センターにおける早期療育という古典的な「医療モデル」から、「福祉・医療総合システムモデル」への転換が求められている。学童期の移行支援及び支援システムについては大きな差があった。学校への引継ぎでは、横浜市では入学後に引き継ぎ会議を定例実施。また、福岡市の療育センターは学童児を対象としていないが、就学相談会の資料は療育センターが文書を作成し、引継ぎを行っている。また、医療的ケア検討委員会による医療・教育との連携が行われている。広島市においては、教育と医療機関が連携してのライフステージに応じた支援が今後の課題である。

広島市の取り組みの実際については、「医療モデル」から「医療・教育・福祉モデル」への過度期の試みを示した。今後、具体的な支援システムへの構築へと励むべき課題である。

4.BISCUITの検証

BISCUITは、PDDの評価指標として具体的に、有用性が高く、早期の日本語版の導入が期待される。

E. 結論

発達障害のうち、特にPDDの発見は、乳幼児健診で要フォローとした児童に関しては、医療機関で2~3歳の早期に診断されている。しかし、3歳児健診以降は、保健師

の絶対数があまりにも少ないため、発見は保育園・幼稚園に任されている。乳幼児健診でフォローとならなかったが、保育園・幼稚園で発見された子どもは、医療機関を受診し、就学前までにほとんどが診断されている。乳幼児健診でフォローとならず、また保育園・幼稚園で指摘されても受診なかった子どもは、就学後に半数以上が受診に至っている。これらのことから、3歳児健診以降は、保育園・幼稚園、小学校での発見に任されている。問題点として、知的に問題のない PDD の子どもが就学前に診断された場合、わずかながらでも支援を受けられているが、就学後は、発達障害の支援体制は、医療機関では、ほとんどないため、大半が診断のみで終わっている。また就学後は、半数が担任のみの支援になっている。担任が子どもの特性を理解し、個々の子どもにあった指導や学級運営ができるように、何が役立つかを知ることが大切である。

ADHDに関しては、その疑いをもっても、受診し、診断を受ける割合が非常に少ない。LD にいたっては、中 1 の時点においても疑いを持つことも少なく、診断や支援もほとんど受けていないと思われる。

医療・教育・福祉機関がそれぞれの役割を果たせるように、連携システム作りが必要である。

広島市はこども療育3センターがあり、保育園・幼稚園、学校との連携システムも整い、事業や取組が新規・拡充されてきているが、現実には以上のような結果であった。今後は、行っている事業や取組の検証を行い、よりよい支援のための方策やシステム

作りをしていく必要がある。また、保護者が医療機関を受診しやすいように、啓発や保護者対応の実践的研修が求められている。さらに、発達障害児支援の専門家養成のためには、実践現場での経験に基づくレベルアップを図り、その効果を確認していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

中嶋みどり、山根希代子、大澤多美子
広島市における広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害の発生率及び診断年齢に関する実態調査 第 55 回日本児童青年精神医学会 H26.10.12.

G. 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

H. 参考文献

1)厚生労働科学研究費補助金 障害対策総合研究事業 『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』 平成 25 年度総括・分担研究報告書（研究代表者 本田秀夫）

（謝辞）本研究を行うにあたり、広島市こども未来局、広島市教育委員会、学校関係者及び、社会福祉法人広島市社会福祉事業団こども療育センターの関係者の皆様方の多大なご協力に感謝いたします。

報告書作成のために必要な項目（全地域共通）

地域特性に応じた発達障害の支援モデルを考えるために必要な地域の実態を把握するにあたり、全地域共通に必要な調査項目を以下に挙げます。これらのデータをまとめるにあたっては、別に作成した個票などを適宜ご活用ください。これら以外に研究分担者ごとに独自のデータを収集される場合、できるだけ共通項目と独自の項目とを分けて記載してください。共通項目については、研究分担者の報告書でまとめていただくほか、研究代表者の報告書で全体を集計したものを報告したいと思います。

市町村区名（ 広島市 ）

記入者氏名（ 大澤多美子 ）

記入者所属（ 浅田病院・広島市こども療育センター）

対象とした地域(市町村区)の地域特性

広島市の地域特性(平成25年度報告書参照)

1. 地理的特徴・人口・人口動態
2. 就業人口(平成22年)
3. 職業大分類別就業者数(平成22年)
4. 地理的特性の概要
 - 人口・世帯数の推移 ●区別人口の推移 ●区別の「人口・世帯数・面積」の比較
5. 出生人口の推移:微増
6. 財政状況;政令都市の中で、中くらいの位置

○区別・高齢者人口の推移

広島市の高齢化率(平成23年度19.7%,平成24年度20.4%,平成25年度21.4%,平成26年度22.3%)
:年々1%ずつ高くなっている。

区別・高齢者人口の推移(各年3月31日現在)

(平成24年3月までは住民基本台帳及び外国人登録)

区分		中区	東区	南区	西区	安佐南区	安佐北区	安芸区	佐伯区	合計
平成23年	総人口(人)	126,882	121,766	137,924	186,338	232,124	153,710	80,335	136,387	1,175,466
	高齢者人口(人)	26,876	25,088	28,132	34,035	38,831	35,987	16,237	26,581	231,767
	高齢化率(%)	21.2	20.6	20.4	18.3	16.7	23.4	20.2	19.5	19.7
平成24年	総人口(人)	126,608	122,074	138,259	186,836	234,188	152,974	80,543	136,452	1,177,934
	高齢者人口(人)	27,374	25,970	28,944	35,171	40,617	37,646	16,850	27,763	240,335
	高齢化率(%)	21.6	21.3	20.9	18.8	17.3	24.6	20.9	20.3	20.4
平成25年	総人口(人)	127,328	122,286	139,451	187,709	236,510	151,863	80,586	136,670	1,182,403
	高齢者人口(人)	28,551	27,193	30,279	36,876	42,878	39,715	17,676	29,450	252,618

25年	高齢化率(%)	22.4	22.2	21.7	19.6	18.1	26.2	21.9	21.5	21.4
平成26年	総人口(人)	128,385	121,578	140,238	188,177	238,622	151,044	80,911	137,192	1,186,147
	高齢者人口(人)	29,662	28,217	31,464	38,579	44,990	41,738	18,484	31,105	264,239
	高齢化率(%)	23.1	23.2	22.4	20.5	18.9	27.6	22.8	22.7	22.3

広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム

〔2013－2017〕

広島市では、平成21年3月に「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム」を策定し、発達障害者及びその家族への支援に取り組んできたが、同プログラムの計画期間が平成24年度で終期を迎えることから、学識経験者、家族の代表、関係機関等で構成する広島市発達障害者支援連絡協議会において、平成25年度からの次期プログラムを協議し、案を取りまとめた。

このプログラムに掲げている事業・取組の実施状況については、毎年度、広島市発達障害者支援連絡協議会へ報告し、意見を聴くこととしている。

1 策定の趣旨

医療・保健・福祉・教育・労働等の関係機関が連携を図り、共通の視点に立って、発達障害者への支援を総合的、計画的に進めていくために策定する。

2 プログラムの性格

「広島市障害者計画〔2013－2017〕」に掲げる発達障害者支援に関する施策を実現していくための具体的な事業・取組を定めるものとする。

3 計画期間

計画期間は、「広島市障害者計画〔2013－2017〕」の計画期間に合わせ、平成25年度から平成29年度までの5年間とする。

4 基本方針

(1) 発達障害を早期発見し、速やかに適切な支援を行うための体制の充実

発達障害のある子どもを早期に発見し、その子どもの状況に応じた適切な支援を速やかに行うための体制の充実を図る。

(2) 乳幼児期から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援

乳幼児期から成人期までのライフステージに応じた適切な支援を行うとともに、その支援がライフステージを通じて途切れることがないよう取り組む。

5 取組の柱

〔基本理念〕

〔基本方針〕

障害のある人もない人も、全ての市民が互いに人格と個性を尊重し、支え合い、自立して暮らせる「まち」を実現する。（※）

発達障害を早期発見し、速やかに適切な支援を行うための体制の充実

乳幼児期から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援

〔取組の柱〕

早期発見のための取組・体制の充実

発達障害を早期に発見するため、乳幼児健診の充実を図るとともに、発達障害の可能性のある子どもを持つ保護者の気づきを促すための体制の充実に取り組む。

療育・訓練体制の充実

発達障害を早期に診断し、速やかに専門的な発達支援を行うとともに、その家族への支援を充実させるため、こども療育センターの機能強化と地域における療育の充実に向けた支援に取り組む。

保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実

発達障害者及びその家族が円滑に社会生活を送るため、保育園・幼稚園・学校において、発達障害者支援センター等専門機関との連携を図ることにより支援の専門性を向上させるとともに、地域において、生活支援、余暇活動の充実等に取り組む。

就労支援の充実

発達障害者の就職や職場定着を促進するため、関係機関との連携強化を図るとともに、障害の特性等に応じた適切な職場実習などの支援の充実に取り組む。

相談支援の充実

発達障害者及びその家族に対して適切な助言や指導を行うため、相談支援事業所の周知や研修を通じた相談員等の質の向上を図ることなどにより、相談支援体制を充実させるとともに、関係機関が連携して連続性のある支援が行えるような仕組みづくりに取り組む。

発達障害についての理解の促進

発達障害について市民、企業等の理解を促進するため、講演会の開催等普及啓発の充実に取り組む。

（※）広島市障害者計画
〔2013－2017〕
における基本理念

6 推進方策

(1) 市民、企業等との協働

地域、ボランティア団体、企業等が自主的・積極的に取り組めるよう環境整備を行う

とともに、地域、ボランティア団体、企業等と本市が協働して支援に取り組む。

(2) 関係機関との連携

関係機関と連携を図りながら、支援の総合的な推進に取り組む。

(3) 発達障害者支援センターの機能強化

保育園・幼稚園・学校及び地域への支援を充実させていく必要があるため、子どもの医療・訓練・相談等の専門機関であるこども療育センターと連携して、発達障害児の支援に関わるスタッフの充実を図る等により、発達障害者支援センターの機能強化に取り組む。

7. 具体的な事業展開

取組の柱	事業・取組
早期発見のための取組・体制の充実	1 保護者への普及啓発 乳幼児健診時に配付する啓発用パンフレットに発達障害についての情報を掲載 2 要観察児及び保護者への支援 ① 1歳6か月児健診受診者のうち支援が必要な親子を対象とした親子教室の開催 ② 相談先を周知するためのリーフレットを小児科等へ配布 3 乳幼児健診従事者、小児科医等への研修の実施 保健師、保育士等乳幼児健診従事者、小児科医等を対象とした研修の実施 4 5歳児を対象とした支援 各区保健センターにおける個別相談の実施 5 発達障害診療医療機関の周知【拡充】 ① 市ホームページへの掲載 ② 各区相談窓口等における周知
療育・訓練体制の充実	1 こども療育センターにおける医師等専門スタッフの充実及び専門研修の実施 ① 医師、心理療法士等の専門スタッフの充実 ② 発達障害児支援の中核となる保育士等を育成するための研修の実施 2 こども療育センターの外来療育教室の充実 ① 外来療育について専門家による評価・指導の実施 ② タブレット型コンピュータを活用した訓練の実施

取組の柱	事業・取組
	3 こども療育センターの発達障害児受入体制の整備 【新規】 児童発達支援センターにおける発達障害児の受入体制の整備 4 地域における療育の充実に向けた専門研修の実施 【拡充】 ① ⑧児童発達支援事業所等の専門スタッフを対象とした研修の実施 ② 保育園等において発達障害児支援の中核となる保育士等を育成するための研修の実施 5 発達障害診断後の家族への研修の実施 【拡充】 ① 障害のある子どもの理解等についての基礎的な研修の実施 ② ⑧具体的で効果的な対処法を学ぶための実践的な研修の実施
保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実	【保育園】 1 発達障害児基礎研修会等の実施 発達障害について正しい認識を持つとともに、発達障害児への気づきや関わり方などの一層の充実を図るための研修の実施 2 発達支援コーディネーターの養成 保育園における発達障害児支援のリーダーとなる保育士を養成する講座を実施 【幼稚園・学校】 1 専門家チームによる多様な巡回相談指導の実施 大学教授、医師、学校関係者等の専門家チームによる、対象の幼児児童生徒への指導の充実と総合的な校内支援体制整備のための指導・助言の実施 2 特別支援教育に係る推進校への支援 【拡充】 ① 校内支援体制の構築を目指す特別支援教育推進校の指定 ② ⑧自閉症・情緒障害特別支援学級の指導の充実を目指す特別支援学級研究推進校の指定 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 特別支援教育を推進する教員に対する研修会の開催 (2) 個別の指導計画、個別の教育支援計画の作成・活用 適切な指導等を行うための個別の指導計画等の作成・活用の促進 (3) 特別支援教育体制充実検討会議の開催 小・中学校等における特別支援教育の充実を図るための支援体制の検討 4 管理職への理解・啓発の推進 講演会の開催、指導資料の作成・配付

取組の柱	事業・取組
	5 特別支援教育アシスタント事業の実施 学校生活における指導の補助，安全確保等の支援を行う特別支援教育アシスタントの配置 【地域】 1 乳幼児等医療費補助 小学校1・2年生の発達障害児に対する医療費の補助 2 発達障害者社会的スキル訓練の実施 【新規】 人間関係や集団行動を上手に営んでいくための技能訓練の実施 3 発達障害者生活訓練の実施 買い物，公共交通機関の利用の仕方，マナー等の生活訓練プログラムの実施 4 コミュニケーション支援の充実 【拡充】 ①市民等に対するコミュニケーション支援ボードの活用についての周知 ②㊦コミュニケーション支援ボードを活用した社会体験の実施の検討 ③㊦発達障害者が自ら使用できる携帯用コミュニケーションカード等についての情報提供 5 余暇活動等を支援するボランティアの育成 スポーツなどの余暇活動等の支援，講演会参加時の託児などを行うボランティアの育成 6 災害時における発達障害者への支援の周知 【拡充】 ①㊦コミュニケーション支援ボード（災害編）や発達障害者を対象とした防災ハンドブック等について，市ホームページ，市民講演会等での情報提供 ②㊦コミュニケーション支援ボード（災害編）等の活用について，民生委員や町内会，社会福祉協議会等に対する定期的な周知
就労支援の充実	1 就労に向けた生活訓練の充実 【新規】 発達障害者支援センターが実施している生活訓練プログラム等を活用した就労移行支援事業所等に対する助言・協力 2 発達障害者就労準備支援の実施 就労に必要な社会性や対人関係能力，体力などの基礎づくり等を図るための協力事業所での実習 3 関係機関の連携による就労支援の充実 【拡充】 ①相談支援機関，就労支援機関，就労先等の連携による相談，就労，職場定着等の支援 ②㊦障害者職業センターが実施する就労支援プログラムにおいて，発達障害者支援センターが「発達障害」，「社会資源」，「生活支援」に関する講習会等を実施 ③㊦発達障害者支援センター，障害者職業センター，ハローワーク，障害者就業・生活支援センターが役割を整理し，効率的に就労支援を行うことができる仕組みを検討

取組の柱	事業・取組
相談支援の充実	1 相談支援事業所の周知 【拡充】 ①市ホームページへの掲載 ②各区相談窓口等における周知 2 発達障害者相談支援従事者研修の実施 相談支援事業所等の職員及び行政機関相談従事者に対する個別支援計画を活用した研修の実施 3 相談窓口用アセスメントツールの検討 【新規】 各区相談窓口の職員が発達障害の特性等をその場で簡便に聴き取り、的確な相談対応などに使用できるアセスメントツールの検討 4 ペアレントメンター制度の導入の検討 【新規】 発達障害のある子どもを子育てした経験のある保護者が、その経験をいかし、子どもが発達障害の診断を受けて間もない保護者などに対して相談や助言を行う「ペアレントメンター制度」の導入検討 5 発達障害者オープン相談の場の運営 発達障害者（15歳以上30歳以下）を対象として、人と関わることのできる機会の提供や相談支援等の実施 6 継続した支援を行うためのツールの活用 発達障害者等のプロフィール、支援内容等を保護者が書き綴り、関係機関（医師、学校の教師等）に提示できるサポートファイルの配付など 7 関係機関の連携による処遇検討の実施 特に関係機関との連携が必要なケースについて処遇検討会議を開催 8 情報提供の充実 発達障害者への支援に関する情報を集約し、市ホームページ内の「発達障害支援ネットひろしま」へ掲載など

取組の柱	事業・取組
発達障害についての理解の促進	1 啓発イベントの実施【拡充】 ①市民を対象とした講演会の実施 ②区役所，公民館等におけるパネル展示，DVD上映等の実施 2 市職員，公共施設等職員，企業等職員への啓発研修の実施 ①各区相談窓口等の市職員を対象とした研修等の実施 ②スポーツ・文化施設等の公共施設等職員及び企業・事業所職員を対象とした研修等の実施 3 発達障害者家族の集い等の開催【拡充】 ①18歳未満の発達障害者の家族を対象とした情報交換ができる場（発達障害者家族の集い）の提供 ②18歳以上の発達障害者の家族を対象とした情報交換ができる場（成人期発達障害者家族の集い）の提供 4 パンフレット等の作成・配布【拡充】 ①入門的な啓発用パンフレットの作成・配布等 ②具体的な対応例を掲載したパンフレットの作成・配布等 ③どこに行けばどのような支援，サービスを受けることができるのかをまとめた小冊子の作成・配布 5 情報発信 市民と市政などの広報紙及び市ホームページ内の「発達障害支援ネットひろしま」，「特別支援教育」等による情報発信

発達障害の支援システム

I 知的障害 (数値は特に断りのない場合は、平成 25 年度)

1. 自治体における療育手帳の種類と基準

療育手帳制度は、知的障害児（者）に対し一貫した相談・指導を行うとともに、各種の援助措置を受けやすくすることにより、知的障害児（者）の福祉の増進を図ることを目的としている。療育手帳の交付に際し、広島市では、児童相談所・知的障害者更生相談所において心理判定員による検査や医師による医学的診断を行い判定している。横浜市や福岡市のように、療育センターの評価結果を児童相談所が追認することはない。療育手帳は、知的障害児（者）の状態に応じた援護措置を受けられるよう程度を設けている。広島市の程度区分は最重度（㊤）、重度（A）、中度（㊤）、軽度（B）の4段階である。総人口に対する交付割合は 0.63%（横浜市 0.65%）、18 歳未満人口に対する交付割合は 1.3%（横浜市 1.5%）である。

また、発達障害者への障害福祉サービスの提供（生活困難度の高い発達障害者が、生活支援のための福祉サービスを受けることが出来るようにするため、田中ビネーによる IQ76～84 で発達障害に伴う生活困難度の評価を加える等、療育手帳の判定基準の運用を行う）；平成 21 年 4 月 1 日から見直された判定基準の運用を行っている。

（発達障害者支援体制づくり推進プログラムの事業取り組み【地域】から）

P-7 療 育 手 帳 交 付 数 資 料 健康福祉局障害福祉課

年 度	総 数			18 歳 未 満			18 歳 以 上		
区 分	総 数	男	女	総 数	男	女	総 数	男	女
平成 20 年度 末	6,403	3,888	2,515	2,089	1,411	678	4,314	2,477	1,837
21 年度 末	6,666	4,064	2,602	2,165	1,459	706	4,501	2,605	1,896
22 年度 末	6,938	4,242	2,696	2,270	1,552	718	4,668	2,690	1,978
23 年度 末	7,230	4,454	2,776	2,376	1,628	748	4,854	2,826	2,028
24 年度 末	7,565	4,685	2,880	2,482	1,705	777	5,083	2,980	2,103
中区	795	490	305	224	146	78	571	344	227
東区	850	544	306	270	196	74	580	348	232
南区	962	602	360	288	202	86	674	400	274
西区	1,087	692	395	371	264	107	716	428	288
安佐南区	1,318	808	510	551	371	180	767	437	330
安佐北区	1,127	682	445	319	230	89	808	452	356
安芸区	561	364	197	176	125	51	385	239	146
佐伯区	865	503	362	283	171	112	582	332	250
・ 最 重 度	766	411	355	187	109	78	579	302	277
・ 重 度	2,348	1,446	902	578	406	172	1,770	1,040	730
・ 中 度	1,907	1,102	805	513	333	180	1,394	769	625
・ 軽 度	2,544	1,726	818	1,204	857	347	1,340	869	471

2. 支援システムの概要

(1) モデル図

広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム（2013—2017）

平成17年4月に発達障害者支援法が施行され、そのため広島市では、発達障害者の乳幼児から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援体制の整備についての検討を行い、平成21年3月に「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム」を策定し、支援に取り組んできた。このプログラムが平成24年度で終期を迎えるため、平成25年度から平成29年度までの5年間の計画期間とする「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム」を策定した。平成24年度に行った施策及び、平成24年度までの施策を踏まえて、新規拡充案を示している。

1 早期発見のための取組・体制の充実

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① 保護者への普及啓発 乳幼児健診で配付する子どもの成長・発達や、生活習慣、健康づくりなどに関する啓発用パンフレットに、発達障害についての情報を掲載し、保護者の気づきを促進するとともに、周囲の理解を深める。	こども・家庭支援課	平成25年度から1歳6か月児健康診査で配布する啓発用冊子に発達障害についての情報を新たに掲載し、保護者に配布した。
② 要観察児及び保護者への支援 ●1歳6か月児健診の受診者のうち、発達障害と思われる支援が必要な親子に対し、遊びを通じて具体的な関わり方を指導するとともに、保護者の気づきを促すための親子教室を開催する。 ●乳幼児期の子どもの成長・発達についての相談先を広く周知するためのリーフレットを市内の小児科等へ配布する。	こども・家庭支援課、保育指導課、こども療育センター	●各区年2回計16回、保育園等を会場として親子教室を実施した。（参加親子数：延486組） ●市内の小児科、幼稚園、保育園等へ子どもの成長・発達についての相談先を広く周知するためのリーフレットを配布した。
③ 乳幼児健診従事者、小児科医等への研修の実施 乳幼児健診等に従事する保健師、保育士等を対象に、援助技術の習得等実践的な研修を行うとともに、小児科医等を対象に、発達障害に関する理解を深めるための研修を実施する。	こども・家庭支援課、こども療育センター	乳幼児健診従事者を対象として、基礎研修2回（参加者数140人）、実践研修1回（参加者数37人）を実施した。
④ 5歳児を対象とした支援		

就学後の適切な支援に結び付けるため、各区の保健センターにおいて、4、5歳児を対象に、心理相談員による個別相談を実施する。	こども・家庭支援課	保育園、幼稚園を通じて保護者に「5歳児発達相談のお知らせ」を配布し、子どもの発達の状況について保護者の気づきを促進するとともに、相談を希望する保護者に対し、保健センターにおいて5歳児発達相談を実施した。(安佐南区：年8回、西区・南区：年6回、中区・安芸区：年5回、東区・安佐北区・佐伯区：年4回、合計年42回、相談者数：延107人)
⑤ 発達障害診療医療機関の周知【拡充】 ●早期発見、早期療育につなげるため、発達障害の診療を行う医療機関について、市ホームページ（「発達障害支援ネットひろしま」等）へ掲載する。 ●また、各区相談窓口やこども療育センター等において周知を図る。【拡充】	こども・家庭支援課	●「発達障害支援ネットひろしま」の中で、広島県が作成している発達障害診療報酬医療機関のリストを見ることができるようリンクを作成している。 ●各区の保健福祉課の職員に対して、上記のリストの周知を行った。

2 療育・訓練体制の充実

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① こども療育センターにおける医師等専門スタッフの充実及び専門研修の実施 ●こども療育センターの受診を希望する乳幼児に対し、速やかに診断を行い、診断後の適切なフォローが行えるよう、医師、心理療法士等の専門スタッフの充実を図る。 ●こども療育センターにおいて発達障害児支援の中核となる保育士等を育成するため、発達障害の評価から支援までの、より専門的・実践的な研修を実施する。	こども・家庭支援課、こども療育センター	●平成25年度において、光町こども療育センターにおける心理療法士（嘱託職員）1名、保育士1名を増員した。 また、西部こども療育センターなぎさ園における発達障害児の受入れ体制の整備として、心理療法士1名、言語聴覚士1名、保育士1名の計3名を増員した。 ●発達障害児の支援について専門的・実践的な研修を行い、こども療育センターの職員の育成を図った。 こども療育センター（光町、北部、西部）において、4回（3センター×1回、保育園との合同研修1回）実施した。
② こども療育センターの外来療育教室の充実		

●こども療育センターにおいて、言語聴覚士、保育士等専門スタッフが行う、基本的な日常生活習慣の学習、集団の中での対人関係の能力向上等のための療育を充実させるため、発達障害児の外来療育の支援内容について経験豊富な専門家による評価・指導を実施する。 ●こども療育センターの外来療育教室等において、言語聴覚士、作業療法士等が、様々なアプリケーションを利用できるタブレット型コンピュータを活用することにより、障害特性に応じた効果的な訓練を実施する。	こども・家庭支援課、こども療育センター	●こども療育センターにおいて、経験豊富な専門家による評価・指導を受け、療育に必要とされる専門的な知識や技術を職員に身につけさせることにより、療育の質の向上を図った。 こども療育センター（光町、北部、西部）において、4回（3センター×1回、保育園との合同研修1回）実施した。 ●こども療育センターの職員を対象に、タブレット型コンピュータを活用した療育に対する研修を1回実施した。
③ こども療育センターの発達障害児受入体制の整備【新規】 発達障害児に対して障害特性に応じた専門性を持った療育を実施するため、こども療育センター内の児童発達支援センターにおける発達障害児の受入体制を整備する。	こども・家庭支援課、こども療育センター	平成25年度から西部こども療育センターのなぎさ園（児童発達支援センター）において、発達障害児の対応クラスを設け、受け入れを開始した。定員は、午前クラス5名、午後クラス5名の計10名で、前期後期合わせて72名の利用があった。
④ 地域における療育の充実に向けた専門研修の実施【拡充】 ●児童発達支援（未就学児）及び放課後等デイサービス（就学児）を実施する事業所の専門スタッフを対象として、社会生活の中で人間関係や集団行動を上手に営んでいくための技能訓練（ソーシャルスキルトレーニング）を学ぶ研修を実施する。 【拡充】 ●保育園等において発達障害児支援の中核となる保育士等を育成するため、発達障害の評価から支援までの、より専門的・実践的な研修を実施する。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター、こども療育センター	●平成26年度に実施。 ●こども療育センターの職員と合同で、保育園の保育士を対象に発達障害児に対する支援の専門的・実践的な研修を1回実施した。
⑤ 発達障害診断後の家族への研修の実施【拡充】		

●障害のある子どもの理解と対応や支援制度等について基礎的な研修を実施する。 ●発達障害のある子どもの行動の特性を理解し、具体的で効果的な対処法（ペアレントトレーニング）を学ぶための実践的な研修を実施する。【拡充】	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター、こども療育センター	●こども療育センターにおいて、発達障害児の理解と対応や障害福祉制度の説明などをテーマに保護者等支援者研修を年間１７回開催した。 ●平成２７～２９年度において実施予定。
--	--	---

３ 保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実 【保育園】

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① 発達障害児基礎研修会等の実施 発達障害について正しい認識を持つとともに、保育園における発達障害児への気づきや関わり方などの一層の充実を図るため、研修を実施する。	保育指導課、こども療育センター	新任保育士及び発達障害児基礎研修会未受講者を対象に、年３回に分け基礎的研修を行うことにより、専門性の向上を図った。 (研修参加人数 399 名)
② 発達支援コーディネーターの養成 発達障害児やその保護者への支援の充実を図るため、発達支援コーディネーター（保育園における発達障害児支援のリーダー）の養成講座を新任者と経験者に分け、公私立保育園全園の参加を目指して実施する。また、養成講座の内容は、医学・療育の進歩に伴い新たな情報も取り入れていくこととする。	保育指導課、こども療育センター	発達支援コーディネーター養成講座を開催した。内容については、医学・療育の進歩に伴い新たな情報も取り入れて行った。 (参加保育園の施設数 151 園)

【幼稚園・学校】

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① 専門家チームによる多様な巡回相談指導の実施 大学教授、医師、学校関係者等からなる専門家チームを構成し、対象の幼児児童生徒への指導の充実と総合的な校内支援体制の整備のための指導・助言を行う。	教育委員会特別支援教育課	大学教授、医師、学校関係者等、４２人による専門家チームを構成し、巡回相談指導を実施した。 申請は１３３園・校あり、延べ２８０回の巡回相談指導を実施した。

② 特別支援教育に係る推進校への支援【拡充】 ●校内支援体制の構築を目指す「特別支援教育推進校」の指定を行う。 ●自閉症・情緒障害特別支援学級の指導の充実を目指す「特別支援学級研究推進校」の指定を行う。【拡充】	教育委員会特別支援教育課	●特別支援教育推進校として小学校2校，中学校3校を指定し，専門家チーム委員を年3回程度招へいし，校内支援体制の構築に向けて取り組み，1月にはその成果を全小・中学校等へ向けて発信した。 ●特別支援学級研究推進校として小学校1校を指定し，専門家チーム委員を年4回招へいし，自閉症・情緒障害特別支援学級における自立活動の指導に係る授業づくりに取り組み，12月と3月にはその成果を全小・中学校等へ向けて発信した。
③-1 校内の指導体制の充実(特別支援教育コーディネーターの養成) 特別支援教育コーディネーター（特別支援教育を推進する教員）に対して，必要な知識と実践力・指導力の育成を図るための研修会を開催する。	教育委員会特別支援教育課	新任者（60名）と経験者（210名）別に分け，新任者に年5回，経験者に年3回の研修を実施した。 また，経験者のコーディネーターのスキルアップをさらに図るため，校長推薦者による中核的なコーディネーターの養成に係る研修（21名）を年2回実施した。
② -2 校内の指導体制の充実(個別の指導計画・個別の教育支援計画の作成・活用) 適切な指導や必要な支援を行うための個別の指導計画及び個別の教育支援計画の作成・活用を促進する。	教育委員会特別支援教育課	個別の指導計画を活用した計画的，組織的な指導の充実を図るよう学校訪問指導や校長会等の場で指導した。 特別な教育的支援を必要とする幼児児童生徒が在籍する園・学校で，個別の指導計画に基づき指導を行っている園・学校の割合は97.8%であった。
③ -3 校内の指導体制の充実(特別支援教育体制充実検討会議の開催) 小・中学校等における特別支援教育の充実が図られるよう支援体制を検討する。	教育委員会特別支援教育課	2月に，平成25年度中に小・中学校等に巡回相談指導を多数行った専門家チーム委員等を招へいして現状についての情報共有等を行う機会を設けた。
事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
④ 管理職への理解・啓発の推進		

発達障害等特別な教育的支援を必要とする幼児児童生徒についての理解・啓発を図るために、管理職を対象に講演会を開催するとともに指導資料を作成・配付する。	教育委員会特別支援教育課	5月27日に特別支援教育体制の充実に係る管理職対象の講演会を実施した。 テーマ：「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」 講師：東洋大学参与 宮崎 英憲 先生 人数：園長・校長（副園長・教頭の代理出席含む） 188人 指導資料は刊行していないが、発達障害児が在籍する特別支援学級の教育課程について資料作成・配付を行った。
⑤ 特別支援教育アシスタント事業の実施 肢体不自由及び発達障害等、特別な教育的支援を必要とする児童生徒が通常の学級に在籍する学校に対し、特別支援教育アシスタントを配置し、学校生活における指導の補助及び安全確保等の支援を行う。	教育委員会特別支援教育課	小・中学校等に発達障害等及び肢体不自由の児童生徒のアシスタントを、341人配置し、学校生活における指導の補助及び安全確保等の支援を行った。

【地域】

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① 乳幼児等医療費補助 小学校1・2年生の発達障害児を対象に医療費の保険診療分の自己負担相当額から一部負担金の額を控除した額を補助する。	保険年金課	小学校1・2年生の発達障害のある子どもの医療費について、保険診療に係る自己負担相当額から一部負担金の額を控除した額を補助した。（平成25年度 月平均受給者数 518人）
② 発達障害者社会的スキル訓練の実施【新規】 発達障害者を対象として、社会生活の中で人間関係や集団行動を上手に営んでいくための技能訓練（ソーシャルスキルトレーニング）を実施する。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター	平成27～29年度において実施予定。
③ 発達障害者生活訓練の実施		

発達障害者が円滑に社会生活を送ることができるようにするため、買い物、調理実習、公共交通機関の利用の仕方、マナー等の生活訓練プログラムを実施する。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター、障害自立支援課、精神保健福祉課	発達障害者支援センターにおいて、「生活応援講座」を3回実施した。 ①「携帯電話、メールのマナーを知ろう」「クッション言葉を学ぼう」 ②「自分の時間の使い方を学ぼう」 ③「生活するために必要なお金を知ろう」「お金の安全管理について学ぼう」
④ コミュニケーション支援の充実【拡充】 ●市民やコミュニケーション支援ボードの配布先事業所等に対し、コミュニケーション支援ボードの活用（具体的な利用方法等を含む。）について周知を図る。 ●コミュニケーション支援ボードを活用した社会体験の実施を検討する。【拡充】 ●発達障害者が自ら使用することができる携帯用コミュニケーションカードや携帯電話用アプリケーション等の情報を収集し、市ホームページ（「発達障害支援ネットひろしま」等）等で発達障害者やその家族、支援者等に情報提供する。【拡充】	こども・家庭支援課	●広島市ホームページにおいて、コミュニケーション支援ボードをダウンロードができるよう掲載している。 また、特別支援教育コーディネーター研修において、活用方法等を周知した。 ●平成27～29年度において実施検討予定。 ●平成26年度に実施。

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
⑤ 余暇活動等を支援するボランティアの育成 大学、社会福祉協議会、NPO法人等と連携し、スポーツなどの余暇活動等の支援や講演会参加時の託児などを行うボランティアを育成する。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター、こども療育センター	本市が行っている講演会等において、広島市ボランティア情報センターと連携して、託児を行った。（計8回）
⑥ 災害時における発達障害者への支援の周知【拡充】		

●コミュニケーション支援ボード（災害編）や発達障害者を対象とした防災に関するハンドブック等について、市ホームページ（「発達障害支援ネットひろしま」等）へ掲載するとともに、市民講演会等での情報提供を行うことにより、災害時における発達障害者への支援について周知を図る。【拡充】 ●地域の身近な支援者である民生委員や町内会、社会福祉協議会等に対してコミュニケーション支援ボード（災害編）等の活用について定期的に周知を図る。【拡充】	こども・家庭支援課	●市民講演会の参加者（５９５名参加）に対して、発達障害者を対象とした防災に関するハンドブック等について情報提供を行った。 ●平成２７～２９年度において実施予定。
--	-----------	--

4 就労支援の充実

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① 就労に向けた生活訓練の充実【新規】 就労移行支援事業所等を利用している発達障害者に対する支援の充実を図るため、発達障害者支援センターが実施している生活訓練プログラム等を活用して、当該事業所等に対し、助言や協力を行う。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター、障害自立支援課、精神保健福祉課	相談支援ケースを通じて、就労移行支援事業所等に対して、助言等を行った。
② 発達障害者就労準備支援の実施 就労に必要な社会性や対人関係能力、体力、持久力、作業能力などの基礎づくりを図るとともに、協力事業所に対して発達障害の理解の向上を図るため、発達障害者を対象に、協力事業所での実習を実施する。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター	８名の発達障害者が協力事業所での実習を実施した。
③ 関係機関の連携による就労支援の充実【拡充】		

●相談支援機関，就労支援機関，就労先等の連携による相談，就労，職場定着等の支援を充実する。 ●障害者職業センターが実施する発達障害者を対象とした就労支援プログラムにおいて，発達障害者支援センターが「発達障害」，「社会資源」，「生活支援」に関する講習会，学習会を実施する。【拡充】 ●発達障害者支援センター，障害者職業センター，ハローワーク，障害者就業・生活支援センターがそれぞれの役割を整理し，発達障害者に効率的に就労支援を行うことができる仕組みを検討する。【拡充】	こども・家庭支援課，発達障害者支援センター，障害福祉課，障害自立支援課，精神保健福祉課	●発達障害者支援センターにおいて，相談支援機関や就労支援機関等と連携を行い，就労支援を実施した。 ●障害者職業センターが実施する発達障害者を対象とした就労支援プログラムにおいて，発達障害者支援センターの職員が5回講師として研修会を実施した。 ●広島市障害者雇用促進検討会議の中で，ハローワークや広島市発達障害者支援センター及び就労支援機関等の職員と，就労の各場面での課題などについて情報交換を2回行った。
--	--	---

5 相談支援の充実

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① 相談支援事業所の周知【拡充】 ●情報提供，助言，援助等を行う障害者相談支援事業所及び障害児支援利用計画の作成等を行う障害児相談支援事業所などについて，市ホームページ（「発達障害支援ネットひろしま」等）へ掲載する。 ●また，各区相談窓口やこども療育センター等において周知を図る。【拡充】	こども・家庭支援課	●平成26年度に実施。 ●区役所やこども療育センターで，相談支援事業所の周知を図った。
② 発達障害者相談支援従事者研修の実施 相談支援事業所等の職員及び行政機関相談従事者に対して個別支援計画を活用し，身近な地域において発達障害の視点を持った相談支援が可能となるよう研修を実施する。	こども・家庭支援課，発達障害者支援センター	障害者の相談支援事業所で相談に従事する職員及び行政機関相談従事者等に対して研修会を開催した。 研修会：1回（参加者31人） 講師：賀茂精神医療センター児童指導員 元山淳 氏
③ 相談窓口用アセスメントツールの検討【新規】 各区相談窓口の職員が発達障害の特性等をその場で簡便に聴き取り，的確な相談対応などに使用できるアセスメントツールについて検討を行う。	こども・家庭支援課，発達障害者支援センター	平成27～29年度実施検討予定。

④ ペアレントメンター制度の導入の検討【新規】 発達障害のある子どもを子育てした経験のある保護者が、その経験をいかし、子どもが発達障害の診断を受けて間もない保護者などに対して相談や助言を行う「ペアレントメンター制度」の導入について検討する。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター	平成27～29年度実施検討予定。
⑤ 発達障害者オープン相談の場の運営 発達障害者（15歳以上30歳以下）を対象として、人と関わることのできる機会を提供するとともに、発達障害者が持つ悩みや不安に対する相談支援等を行う。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター	相談支援などを行うとともに、社会性やコミュニケーション能力の向上を図り、社会参加を促進させる場を提供した。 （東区・西区・安佐南区の3か所合計） 利用登録者数：33人 開催回数：86回
⑥ 継続した支援を行うためのツールの活用 支援が必要となる発達障害者等のプロフィール、こども療育センターでの支援内容等を保護者が書き綴り、関係機関（医師、学校の教師等）に提示できるサポートファイルをこども療育センター等で保護者に配付するとともに、サポートファイルの意義や書き方などの研修会を開催する。	こども・家庭支援課	こども療育センター（光町、北部、西部）等において、252部配付した。また、説明会を開催し、発達障害の診断を受けたこどもの保護者にサポートファイルを配付し、書き方や活用方法などを説明した。 開催回数：6回（保護者対象）
⑦ 関係機関の連携による処遇検討の実施 発達障害者及びその保護者等から相談を受け、特に関係機関との連携が必要なケースについて、個別支援計画を作成し、その計画に基づき関係機関が連携して個別に支援を行うことを目的とする処遇検討会議を開催する。	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター	処遇検討会議の開催はなかったが、個別ケースに関する調整会議として保護者、学校、福祉施設、ハローワーク、障害者相談支援事業所等の関係者によるケース会議を開催し、またはケース会議に参加している。 （計159回）
⑧ 情報提供の充実 市ホームページ内の「発達障害支援ネットひろしま」において、発達障害者への支援に関する情報（医療費補助等の福祉制度、相談支援事業所等の相談窓口、就労支援の取組等）を集約し、リソースマップとして掲載したり、パンフレットに相談支援機関の一覧を掲載するなど情報提供の充実を図る。	こども・家庭支援課	市ホームページ内に「発達障害支援ネットひろしま」(http://www.city.hiroshima.lg.jp/hattatu/index.html)を設置し、相談支援機関、医療機関等の一覧をまとめたものを「相談支援マップ」として掲載している。

6 発達障害についての理解の促進

事業・取組の概要	担当	実施状況 (H25)
① 啓発イベントの実施【拡充】 ●市民を対象として、発達障害の特性、身近な地域での支援の重要性、発達障害者との関わり方等について理解を促進するために、関係機関との連携のもと専門家による講演会を実施する。 ●区役所、公民館等において、パネル展示、DVD上映、関連図書の展示等を実施する。【拡充】	こども・家庭支援課，教育委員会特別支援教育課，発達障害者支援センター	●「思春期・青年期における発達障害の理解と支援について」をテーマに，市民全般を対象とした講演会を実施した。 講師：川崎医科大学精神科学教室教授 青木省三 氏 参加者：５９５人 ●平成２６年度に実施。
② 市職員，公共施設等職員，企業等職員への啓発研修の実施 ●各区相談窓口等の市職員を対象として，大人の発達障害に関する理解と対応等についての研修やパンフレットの配付等を行う。 ●スポーツ，文化施設をはじめとする公共施設等の職員及び企業・事業所の職員を対象として，発達障害に関する理解と対応等についての研修やパンフレットの配付等を行う。	精神保健福祉センター，こども・家庭支援課，発達障害者支援センター	●「発達障害の理解と対応」をテーマに，各区厚生部職員等を対象とした研修会を実施した。 （参加者数：２８人） また，各区保健センターの精神保健福祉相談員や保健師を対象して，「重ね着症候群について」をテーマに発達障害に関する内容の研修会を実施した。 （参加者数：１６人） ●発達障害者支援センターにおいて，広島市の外郭団体等に対して，発達障害に関する理解と対応等についての研修を行った。
③ 発達障害者家族の集い等の開催【拡充】		

● 18歳未満の発達障害者の家族を対象として、障害の早期受容と支援制度等の周知を図るため、同じ悩みを抱える家族同士が気軽に情報交換ができる場（発達障害者家族の集い）を提供する。 ● 18歳以上の発達障害者の家族を対象とした情報交換ができる場（成人期発達障害者家族の集い）を提供する。【拡充】	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター、こども療育センター	●発達障害者家族の集いを開催した。 ①「発達障害の理解と対応」をテーマに、保護者を対象とした講演会を実施した。 講師：広島国際大学心理科学部准教授 伊藤啓介 氏 参加者：98人 ②グループに分かれ、先輩保護者を交えた情報交換会を6回実施した。（参加者数：延121人） ●成人期発達障害者家族の集いを開催した。 ①「発達障害のある方の就労支援について」をテーマに、成人期の子どもを持つ保護者を対象に、研修会を実施した。 講師：広島障害者職業センター主任障害者職業カウンセラー 植木康敬 氏 参加者：33人 ②「今、親にできること」をテーマに、成人期の子どもを持つ保護者を対象に、研修会を実施した。 講師：松田病院院長 松田文雄 氏 参加者：65人 ③グループに分かれ、保護者同士の情報交換会を1回実施した。（参加者：26人）
④ パンフレット等の作成・配布【拡充】 ●発達障害についての入門的な啓発用パンフレットを作成し、研修会等での配布及び公共施設等への設置を行う。 ●発達障害者への具体的な対応例を掲載したパンフレットを作成し、研修会等での配布及び公共施設等への設置を行う。【拡充】 ●発達障害者やその家族がどこにいけばどのような支援、サービスを受けることができるのかをまとめた小冊子を作成し、配布する。【拡充】	こども・家庭支援課、発達障害者支援センター、こども療育センター	●平成26年度に実施。 ●平成27～29年度実施予定。 ●平成27～29年度実施予定。
⑤ 情報発信		

市民と市政などの広報紙及び市ホームページ内の「発達障害支援ネットひろしま」、「特別支援教育」等に、発達障害の特性、広島市の取組等を掲載する。	こども・家庭支援課, 教育委員会特別支援教育課	市ホームページ内に「発達障害支援ネットひろしま」(http://www.city.hiroshima.lg.jp/hattatu/index.html)を設置し、広島市の取組等を掲載している。
--	-------------------------	---

課題：発見したら療育センターへの、拠点主義からの脱脚が望まれる（3 政令市共通）

（2¹）発見の場（平成 25 年度とほぼ同様）

- ・保健センター（各区に設置）
- ・地域子育て支援センター（各区に設置）
- ・保育園,幼稚園,学校
- ・こども療育センター（市内 3 か所）
- ・医療機関 等

（平成 25 年度発達障害者支援体制づくり推進プログラムの実施状況から）

1. 早期発見のための取組・体制の充実

- ① 保護者への普及啓発：平成 25 年度から 1 歳 6 か月児健康診査で配布する啓発用冊子に発達障害についての情報を新たに掲載し保護者に配布。
- ② 要観察児および保護者への支援：各区年 2 回計 16 回、保育園等を会場として親子教室を実施した（参加親子数:延 486 組）（昨年度は延 477 組）
横浜市のように、親子教室の位置づけを、発見から診察へのインターフェイスとしてとらえ、医療に係るシステムが望まれる。
市内の小児科、幼稚園、保育園等へ子どもの成長・発達についての相談先を広く周知するためのリーフレットを配布した。
- ③ 乳幼児健診従事者、小児科医等への研修の実施：乳幼児健診従事者を対象として、基礎研修 2 回（参加者数 140 人、実践研修 1 回（参加者数 37 人）を実施した。
- ④ 5 歳児を対象とした支援：保育園、幼稚園を通じて保護者に「5 歳児発達相談のお知らせ」を配布し、子どもの発達の状況について保護者の気づきを促進するとともに、相談を希望する保護者に対して、保健センターにおいて 5 歳児発達相談を実施した。
- ⑤ 発達障害診療医療機関の周知〔拡充〕：「発達障害支援ネットひろしま」の中で、広島県が作成している発達障害診療報酬医療機関のリストをみるできるようにリンクを作成している：各区の保健福祉課の職員に対して、上記のリストの周知を行った。

現在、発見後の支援は、療育センターへ紹介することで完結、の考え方が中心である。いつでもどこでも、子どもが所属している場で、気軽に支援を受けられることが望まれる。最低ラインの啓発や研修から、たとえば横浜市のように、1:6 療育相談に、療育センターの医師、ソーシャルワーカー、心理士が保健センターに出向いて相談を行うことも試みられたらよいかもしれない。

2. 乳幼児健診の実施（平成 25 年度）

昨年度と同じく、4 か月健診（4 か月時）、1 歳 6 か月健診（1 歳 6 か月時）、3 歳児健診（3 歳 5 か月時）健診を行っている。

5 歳児健診は行っていないが、4 - 5 歳児を対象の、5 歳児相談を行っている。

- ・ 4 か月健診；実施場所 13 か所（西区、安佐南区は 1 回につき、2 診体制、安佐北区・安芸区は出張健診あり）、回数 304 回、受診者数 10670 人、1 回平均 35.1 人、受診率 95.4%、事後措置 699 人（6.6%）（内発達で事後措置 250 人）（発達障害の疑い 3.6%）
全体の事後措置率は、1.7%（安芸区）～8.4%（西区）と、区によって約 5 倍の差があり（昨年度は 10 倍の差）、
また、発達障害の疑いは、0.7%（安芸区）～6.7%（安佐北区）で、約 10 倍の差がある（昨年度は 7 倍の差）、各区の差は依然高い。
- ・ 1 歳 6 か月健診：実施場所 13 か所（安佐北区・安芸区は出張健診あり）、回数 366 回、受診者数 10750 人、1 回平均 29.4 人、受診率 94.6%
事後措置の合計 2416 人（22.5%）（内精神面の問題で事後措置は 2108 人）（発達障害の疑い 19.6%）
全体の事後措置率は、17.5%（東区）～29.3%（中区）と、約 10%の差（昨年度は佐伯区 14.1%～阿佐南区 33.6%）、
また、発達障害の疑いは、15.3%（東区）～25.2%（中区）と約 10 % の差（昨年度は佐伯区 12.9%～安佐南区 28.3%）であった。
- ・ 3 歳児健診；実施場所 13 か所（西区・安佐南区は 1 回につき、2 診体制。安佐北区・安芸区は出張健診あり）。
回数 306 回、受診者数 10299 人、1 回平均人数 33.7 人、受診率 88.9%、事後措置合計 1404 人のうち、精神面の問題 967 人（13.6%
内発達障害の疑い 9.4%）
全体の事後措置率は、10.0%（佐伯区）～16.5%（中区）と約 7%の差（昨年度は佐伯区 7.4%～安佐南区 19.2%）、
発達障害の疑いは、西区 5.0%～安佐南区 12.4%と約 2 倍の差（昨年度は、佐伯区 2.3%～安佐南区 17.2%）

各区による発見率に大きな差がある。健診の質と同時に、その後の支援があるかないかで発見率は異なると考えられる。

- ・ 5 歳児発達相談：実施場所 8 か所、回数 42 回、受診者数 107 人、1 回平均人数 2.5 人、
事後措置内訳（助言指導 52 人、経過観察 9 人、療育センター紹介 43 人、他機関紹介 3 人）
5 歳児の人口数（平成 26 年 3 月末の 5 歳児人口）：11457 人（男 5852 人、女 5605 人）
対象者数 107 人（対象者数に対する割合 0.9%）平成 23、24 年度の 5 歳児相談の 1%の受診率と同様、かなり低い。

母子保健スタッフ H25 年 4 月 1 日現在

	常勤保健師		非常勤 保健師	子育て支援 専門員
	係員	係長		
中	4	1	3	1
東	5	1	1	2
南	3	1	1	2
西	6	1	1	2
安佐南	8	1	1	2
安佐北	4	1	1	2
安芸	2	1	1	2
佐伯	3	1	1	2
合計	35	8	10	15

担当スタッフ：

保健師：常勤 43 人，非常勤 10 人

保健師 1 人あたりの 0～4 歳人口 1,625 人（保健師 1 人あたりとは係長を除く）

0～4 歳人口

（H25 年 3 月末）

		0 歳	1 歳	2 歳	3 歳	4 歳	合計
全市	男女計	10,962	11,411	11,634	11,421	11,456	56,884
	・男	5,642	5,797	5,967	5,875	5,863	29,144
	・女	5,320	5,614	5,667	5,546	5,593	27,740

平成 24 年度（保健師：常勤 41 人 非常勤 10 人 保健師 1 人あたり 0～4 歳人口 1724 人（係長を除く）その他非常勤 15 人）に比べ、常勤保健師 2 名増員、保健師 1 人あたり 0～4 歳人口 1625 人と 100 人減。一人一人の子どもへの対応には限界のある保健師人数である。広島市の保健師は、福岡市の保健師一人当たり 0～4 歳児人口 855 人の、約 2 倍の子どもを担当している。

3. こども療育 3 センターの地域別新規相談件数（平成 25 年度）

光町：広島市内	1004 件（85.7%）	市外・県外	165+3 件＝168 件（14.3%）	計 1172 件
北部：広島市内	246 件（82.0%）	市外・県外	54+0＝54 件（18.0%）	計 300 件
西部：広島市内	339 件（97.1%）	市外・県外	9+1 件＝10 件（2.9%）	計 349 件
計	1589 件（87.3%）	計	232 件（12.7%）	総数 1821 件

福岡市では、福岡市の児童のみを対象としているが、急増する初診児（10 年間で 2 倍）に対して、診療枠を増やして、待ち時間を 1～2 カ月以内に収める努力をしている。横浜市でも、2 倍の増加に対して、診療までの相談機能を充実させるシステムの取り組みがなされている。

広島市の新患数は、医師の数によって新患枠が決まるため、また、新患枠を増やすことは特にされていないため、表面上、過去 5 年間、新患数は増加していない。しかし、受診希望者はかなり増えているのは実感であり、待機期間が 3～4 か月となっている。広島市の療育センターでは、福岡市とは違って、対象児は、広島市以外も受け入れているが、最近では、広島市以外の受診者の優先順位を後にすることで、対応している。それでも、3～4 か月待ちである。最近の広島市：市外からの受診者数は、9：1 の割合となっている。以前は広島市：市外の新患数＝6：4 だったことからすると、最近では広島市内の子どもにほぼ限定しているといえる。そのような対応が可能な理由として、広島市以外の地域に、発達障害の診療や療育をする市町村やクリニックが増えたことが言える。また、たとえ、市外から受診しても、療育を受ける優先順位も低く、市外の子どもはほとんどサービスが受けられないという現状から、市外受診者の減少にも繋がっていることが考えられる。

①保健センターからの紹介：乳児健診にて要フォロー児については、児童相談所の判定員による精密健診。事後すぐに、もしくは相談を経て療育センターへ紹介。健診だけでなく、保健センターへ発達の相談をしたのちに療育センターへ受診の場合もある。

＊1歳半健診事後フォローとして、保健センターで親子教室A型を開催

〃 親子教室B型の参加(保育園・療育センター・保健センターとの共催)

＊療育センターから保健センターへの支援件数及び延べ支援人数

光町から：39件(述べ支援人数248人)、北部から：20件(〃 108人)、西部から：19件(〃 106人)

計：78件(〃 540人)

＊保健センターから療育センターへの紹介人数(%)

光町：170人(小児科新規相談人数565人中30.1%)、北部：90人(〃 300人中30.0%)、

西部：110人(〃 349人中31.5%) 計：370人(〃 計1214人 30.5%)

＊児童相談所から療育センターへの紹介件数(%)

光町：19人(小児科新規相談人数565人中3.4%)、北部：17人(〃 300人中5.7%)、西部：15人(〃 349人中4.3%)

計：51人(〃 1214人 4.2%)

② 医療機関からの紹介：特に運動発達の遅れを伴う場合には医療機関からの紹介が多い。最近では、自閉症スペクトラムがベースにある症例に注目して支援する場合あり。(広島市における取り組みの実践例 (1) 参照)

光町：135人(小児科新患数565人中23.9%) 北部：61人(〃 300人中20.3%)、西部：85人(〃 349人中24.4%)

計 281人 (〃 1214人 23.1%)

3療育センターもほぼ同率で、20%～24%の範囲

なお、小児科開業医において保護者の気づき・診断と同時に言語聴覚療法や児童発達支援事業等を実施しているところも増えつつある。

(広島市における取り組みの実践例 (6) 参照)

③ 保護者からの気づき：家族・親戚・知人・マスコミから療育センターへ電話相談後に受診。

家族・親戚・マスコミからの紹介件数

光町：48人(内家族・親戚から30人2.3%、マスコミから1人0.2%、知人17人3.0%)(小児科新患数565人中8.5%)

北部：42人(内家族・親戚から3人1.0%、マスコミから29人、知人から10人3.3%)(〃 300人中14.0%)

西部：61人(内家族・親戚から54人88.5%、マスコミから0人、知人から7人11.5%)(〃 349人中17.5%)

各療育センターの差が非常に大きい。特に北部の家族・親戚からの紹介は、300人中3人(1.0%)で一番少なく、西部は349人中54人(15.5%)で一番多い。光町は565人中30人(5.3%)。

3療育センターがカバーしている安佐南区を除く各エリアの高齢化率は、光町(中区22.4%、東区21.3%、南区21.7%、安芸区20.2%；平均21.4%)、北部(安佐北区：23.4%)、西部(西区18.3%、佐伯区19.5%、平均18.9%)

高齢化率が高いほど、家族・親戚からの受診率が低いといわれており、広島市においても、その傾向が言えるかもしれない。

④ 保育園・幼稚園：保護者の気づきがある場合は、保育士・教諭から紹介されて療育センターへ受診

気づきを促すために地域療育等支援事業の巡回相談を経て、受診に至る場合もある

保育園・幼稚園からの紹介件数＜平成25年度＞

光町小児科：111人（総小児科新患数 565人中 17.9%）、北部：82人（// 300人中 27.3%）

西部：59人（// 349人中 16.9%） 計252人（// 1214人中 20.8%）

保健センター（30.5%）、医療機関（23.1%）、保育園・幼稚園（20.8%）、児童相談所（4.2%）からの紹介は、計78.6%を占めている。

（4）医療の関わり方

広島市には、3つのこども療育センターがある。また、広島大学病院小児科、小児科クリニックにおいて、発達障害の診療や訓練、療育を行う医療機関が増えつつある。（広島市の取り組みの実践例（6）参照）

＜こども療育3センターについて＞

・光町（こども療育センター）、北部（北部こども療育センター）、西部（西部こども療育センター）

＜障害別新規相談件数＞ 光町：1172人（内小児科565人）、北部：300人、西部：349人 計：1821人

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）・訓練を行っている。

療育者の常勤は、3療育センターで、心理士18名（愛育園の8名を含む）、言語聴覚士16名、理学療法士13名、作業療法士4名の計51名及び保育士70名、児童指導員23名の計93名、合計144名からなる。医療職の51名中心理士は35.3%、言語聴覚士31.4%、理学療法士25.5%であるが、作業療法士が7.8%で一番少ない。横浜市では、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、ソーシャルワーカー33名、他、看護師、検査技師、栄養士、事務職などが配置されている。横浜市では、メディカルスタッフにおける心理士の割合が高い。広島市には、作業療法士が少なく、ソーシャルワーカーの配置がないのが特徴的である。

平成 25 年度・障害別新規相談件数（こども療育 3 センター）

	光町（新患総数 1172 人 内小児科 565 人）	北部（新患総数 300 人）	西部（新患総数 349 人）	計 1821 人
自閉症スペクトラム	511 人（発達障害の内 43.6%）	193 人（64.3%）	267 人（76.5%）	971 人（53.3%）
特定発達障害	143 人（12.2%）	48 人（18.0%）	7 人（2.0%）	198 人（10.9%）
知的障害	68 人（5.8%）	7 人（2.3%）	16 人（10.6%）	91 人（5.0%）
コミュニケーション障害	82 人（7.0%）	12 人（4.0%）	11 人（3.2%）	105 人（5.8%）
計	804 人（68.6%）	260 人（86.7%）	301 人（86.2%）	1365 人（75.0%）

発達障害（自閉症スペクトラム障害＋特定発達障害＋知的障害＋コミュニケーション障害）総数 1365 人（3 療育センター総数 1821 人中 75.0%）

平成 24 年度・障害別新規相談件数（こども 3 療育センター）

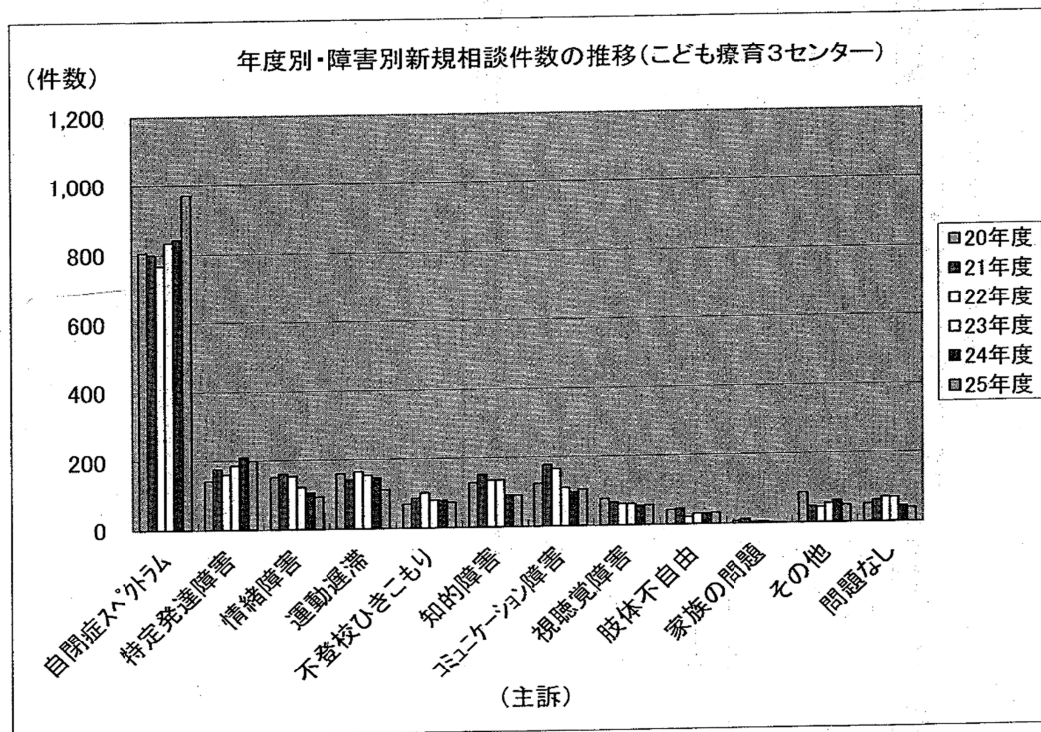
	光町（新患総数 1205 人）	北部（新患総数 235 人）	西部（新患総数 327 人）	計 1767 人
自閉症スペクトラム	455 人（発達障害の内 74.0%）	143 人（71.9%）	245 人（87.8%）	843 人（47.7%）
特定発達障害	168 人（22.0%）	35 人（17.6%）	6 人（2.2%）	209 人（11.8%）
知的障害	70 人（9.2%）	11 人（5.5%）	11 人（3.9%）	92 人（5.2%）
コミュニケーション障害	70 人（9.2%）	10 人（5.0%）	17 人（6.1%）	97 人（5.5%）
計	763 人（63.3%）	199 人（84.7%）	279 人（85.3%）	1241 人（70.2%）

平成 24 年度の 3 つの療育センターの総新患数の約 70%が発達障害であったが、平成 25 年度はさらに増加し 75%に達している。

8. 年度別・障害別新規相談件数の推移（こども療育3センター）

区 分	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
自閉症スペクトラム	806	799	767	834	843	971
特定発達障害	141	176	159	185	209	198
情緒障害	150	161	154	122	105	93
運動遅滞	159	141	164	154	146	112
不登校ひきこもり	70	86	101	80	78	73
知的障害	128	152	135	135	92	91
コミュニケーション障害	123	177	166	110	97	105
視聴覚障害	77	67	62	61	55	57
肢体不自由	42	45	21	30	31	32
家族の問題	7	12	4	5	2	1
その他	86	46	44	55	64	49
問題なし	52	63	71	70	45	39
合 計	1,841	1,925	1,848	1,841	1,767	1,821

※ 各センター別の内訳は別紙のとおり。



・医師の数及び新規受付患者枠（平成 24 年度とほぼ同様）

光町：小児科医 2 名（兼務 2 名）就学前の子どもが対象。

精神科医 3 名（兼務 2 名）

患者は、小学校前後の発達障害ケースと、中学校以降の不登校ケースに大別される。

耳鼻咽喉科（嘱託医 1 名）毎水曜日午前中のみ診察。聞こえの問題以外に、言葉の遅れ、発音の問題
コミュニケーションの問題を主訴に受診。

北部：小児科医 1 名（兼務 1 名）就学前の子どもが対象（原則）

西部：小児科医 2 名 就学前の子どもが対象（原則）

小児科・精神科とも、1 回の初診診察時間は 40 分～60 分。

・業務内容（平成 24 年度とほぼ同様）

① 診断の告知・診断書の作成・精査・投薬・療育計画の伝達等を主とする。

② アセスメントに基づき、診断、年齢、状況によって個別療育・セラピーなど支援からスタートする場合も多い。

・外来療育教室＜平成 25 年度＞

光町 全参加人数 502 人（昨年度に比べ、一クラスの定員の増減で対応）

就学前の発達障害児の外来教室なのはな 1. 2.（各 5 人×前期と後期の 2 回、計 10 人）

就学後の発達障害児の外来教室：ポパイ教室（月 2 回 6 か月、各 9 人×前期と後期の 2 回、計 18 人）

ウインズ（月 1 回 1 年、前期 15 人、後期 17 人）

くれよん 1（月 1 回 1 年、前期 23 人、後期 24 人）

くれよん 2（月 1 回 1 年、前期 20 人、後期 16 人）

就学後、発達障害児の外来療育を受けている児童は、年間延べ 86 人（18 人＋32 人＋36 名）

北部 全参加人数 171 人

就学前の発達障害児の外来教室とまと（週 1～2 回、3～4 カ月、年少・年中・年長の計 15 人、延べ人数 122 人）

西部 全参加人数 285 人

就学前の統合援助教室：教室数：11 教室（参加人数 88 人）

学童支援：1 年生の会（保護者のみ）：1 年計 4 回（参加人数 15 人）

わいわいクラブ：1 年計 7 回（小 2～6 年、参加人数 12 人）

平成 24 年度と 25 年度の大きな違いはないが、希望者の増加や学童期への支援を継続するため、それぞれの療育センターで工夫している。

(5) 幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

①児童発達支援事業所：内容は集団活動・TEACCHを主にした個別指導・絵画などの芸術を中心とした発達支援・運動やリズムを中心とした活動・レスパイト等多岐にわたり、数は日々増加しているが、療育の質については不明。

地区別事業所数；中区(16箇所)、東区(13箇所)、南区(8箇所)、西区(20箇所)、安佐南区(21箇所)、安佐北区(15箇所)、佐伯区(15箇所)、安芸区(5箇所)(平成26年12月15日現在 計113ヶ所)

・専門療育機関との連携；子どもの関わり方についての相談、子どもの園での様子についての情報提供、診断や治療・療育についての相談、子どもの発達状況についての見立てなど。個別対応がないことはない。

福岡市のように、良育の質が保証されない現時点では、許可数は0ヶ所。横浜市では、直営が9か所。広島市には直営はなく、それぞれの事業所に任されている。質についての、なんらかの評価が今後必要である。

②児童発達支援センター

3 療育センター内の児童発達支援センター＋1か所(民間；定員16名。診療所機能はない)
外来療育(診療ベース)、各セラピー他
利用者研修での保護者支援

b. 幼稚園・保育所(前掲)

・保育所：療育手帳B及び㊸所持の場合は4時間の加配制度

・重複障害(A及び㊸)の場合協議により8時間の加配制度

・幼稚園：療育手帳・診断書により補助金制度あり
幼稚園独自で加配を付けているところもある

・集団療育(外来診療ベースで実施)に参観日を設定して参加してもらうこともある。

・広島市では、平成16年9月に有識者、幼稚園関係者、保育園関係者などを構成員とする「幼稚園と保育園のより良い連携のあり方について」を設置した。その中で「今後の広島市立幼稚園の今後の方向性」が示され、平成24年度から6園を拠点園化し、広島市全体の幼児教育の中核的な役割を担い、就学前教育・保育の一層の充実を図ることと目的にスタートしている。特別支援教育の拠点園として広島市立矢賀幼稚園が担っており、研究発表などを行っている。

c. 幼稚園・保育所への外部専門職による支援(平成24年とほぼ同様)

(保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実)

<保育園>

(1) 発達支援コーディネーターの養成（広島市の取り組みの実践例（3）参照）

① 発達支援コーディネーターレベルアップ講座の実施（参加保育園数 151 園）

② 保育士等を対象とした専門研修の実施

障害児療育等支援事業の巡回相談で支援

事前に保護者の了解を取り、園での子どもの状況を書面に書いてもらって把握。

<施設支援;平成 25 年度>（平成 24 年度とほぼ同様）

光町：193 施設（手帳所持者のみを支援した施設件数 45 件）

北部： 76 施設（ // 24 件）

西部： 62 施設（ // 19 件） 計 331 施設（ // 88 件）7

③ 児童発達支援センターから幼稚園・保育園に統合した場合は、移行支援計画を立て、伝達するとともに、事前に園長等、会議などで支援内容の協議を行うなど、機関連携も実施。統合後は巡回相談で対応。

<幼稚園> 専門家チームによる多様な巡回相談指導の実施。

d. 学校への引き継ぎ（平成 24 年度とほぼ同様）

保育所（園）・幼稚園・小学校連絡委員会での情報交換

就学前に、小学校（教育委員会）が、こどもの様子を観察するために園を訪問

保護者の了解を得た上で、小学校（教育委員会）に園での支援の記録を送付

その他

- ・保幼小の関係者連携会議など
- ・利用者研修で、就学相談に關しての研修を教育委員会から派遣してもらい実施
- ・利用者研修で、特別支援学級を利用されている子どもの保護者に話をしてもらっている
- ・保護者のサポートブック作成の支援を行う。サポートシートにして伝達を図る場合もある。
- ・外来診療ベースでの引き継ぎは、利用者研修の一つのテーマにサポートブック作成を実施しており、保護者支援を行う場合もある。
- ・また、年長児の発達検査の結果のコピーを渡し（心理検査結果・JSIR・PEP3 等はコピーを診療時に手渡し）就学相談につないでいる。

(6) 学齡期の支援（平成 25 年度実施状況参照）

(7) 専門家の養成（ // ）

(8) 普及啓発 （ // ）

Ⅱ 知的障害のない発達障害(数値は特に断りのない場合は、平成 25 年度)

基本的に I 知的障害 と同じ

※平成 21 年 4 月より、IQ=76～84 の境界線知能で、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。

Ⅲ 障害児支援の体制

基本的に I 知的障害 と同じ

1. 母子保健

担当部署：(区厚生部保健福祉課保健指導係)

担当スタッフ：

保健師：常勤（ 43 ）人、非常勤（ 10 ）人

保健師 1 人あたりの 0～4 歳人口（ 1625 ）人 保健師 1 人あたりとは、係長を除く

その他：職種名（子育て支援専門員） 常勤（ ）人、非常勤（ 15 ）人

職種名（ ） 常勤（ ）人、非常勤（ ）人

乳幼児健診・就学児健診

健診（時期） （平成 25 年度）	実施主体	実施 場所	年間 のべ	1 回 平均	受診率	フォロー率 （内発達障害疑い）
乳児（ 歳 4 カ月）	市町村・その他（ ）	13 カ所	304 回	35.1 人	95.4%	6.6%（3.6%）
1 歳半（1 歳 6 カ月）	市町村・その他（ ）	13 カ所	366 回	29.4 人	94.6%	22.5%（19.6%）
歳（ 歳 カ月）	市町村・その他（ ）	カ所	回	人	%	%
3 歳（3 歳 5 カ月）	市町村・その他（ ）	13 カ所	306 人	33.人	88.9%	13.6%（9.4%）
5 歳（ 歳 カ月）	市町村・その他（ ）	カ所	回	人	%	%
就学時	教育委員会・その他（ ）	カ所	回	人	%	%
その他（ ）	（詳細）	カ所	回	人	%	%

平成 24 年度に比べ、発達障害疑いのフォロー率は、4 か月、1 歳 6 か月、3 歳（3 歳 5 か月）のいずれも減少。

1 歳 6 か月健診では、平成 20 年度は 23.1%，21 年度は 24.1%，22 年度は 23.8%，24 年度は 21.7%，25 年度は 19.6%に徐々に減少している。

2. 障害児支援の体制

乳幼児健診の状況（平成25年度）

4 か月健診

H25 年度	実施場所	回数	受診者数	1回平均	受診率	事後措置内訳								事後措置率	
						目の異常	耳の異常	心雑音	開排制限	発達	身体発育不良	その他	合計	合計	（再掲） 発達障害を疑って
中	1	34	1,066	31.4	94.0%	2	35	0	5	8	16	7	73	6.8%	2.3%
東	1	36	1,018	28.3	94.8%	0	1	0	7	9	17	4	38	3.7%	2.6%
南	1	39	1,180	30.3	97.4%	2	14	0	12	33	10	9	80	6.8%	3.6%
西	1	34	1,826	53.7	96.2%	2	89	0	12	31	14	5	153	8.4%	2.5%
安佐南	1	50	2,767	55.3	95.1%	4	11	1	22	94	51	17	200	7.2%	5.2%
安佐北	5	49	921	18.8	94.9%	2	7	0	12	47	15	4	87	9.4%	6.7%
安芸	2	26	756	29.1	93.1%	0	3	0	2	2	3	3	13	1.7%	0.7%
佐伯	1	36	1,136	31.6	96.5%	1	5	1	7	26	6	9	55	4.8%	2.8%
合計	13	304	10,670	35.1	95.4%	13	165	2	79	250	132	58	699	6.6%	3.6%

西・安佐南は1回につき、2診体制

1 歳半健診

H25 年度	実施場所	回数	受診者数	1回平均	受診率	事後措置内訳							事後措置率	
						目の異常	耳の異常	心雑音	神経学的所見・運動機能	精神面の問題	"その他	合計	合計	（再掲） 発達障害を疑って
中	1	32	958	29.9	91.0%	3	4	0	22	241	11	281	29.3%	25.2%
東	1	36	1,097	30.5	94.2%	1	1	0	20	168	2	192	17.5%	15.3%
南	1	39	1,183	30.3	92.1%	0	1	1	16	283	7	308	26.0%	23.9%
西	1	61	1,855	30.4	95.7%	7	45	0	38	276	7	373	20.1%	14.9%
安佐南	1	90	2,727	30.3	96.3%	3	2	0	24	597	21	647	23.7%	21.9%
安佐北	5	47	991	21.1	95.0%	1	3	0	5	179	4	192	19.4%	18.1%
安芸	2	29	786	27.1	93.3%	2	3	0	20	165	2	192	24.4%	21.0%
佐伯	1	32	1,153	36.0	95.4%	1	4	1	21	199	5	231	20.0%	17.3%
合計	13	366	10,750	29.4	94.6%	18	63	2	166	2,108	59	2,416	22.5%	19.6%

3 歳児健診

H25 年度	実施場所	回数	受診者数	1回平均	受診率	事後措置内訳								事後措置率	
						目の異常	耳の異常	心雑音	神経学的所見・運動機能	精神面の問題	尿たんぱく	その他	合計	合計	発達障害を疑って"
中	1	27	856	31.7	84.3%	15	10	4	3	94	5	10	141	16.5%	11.0%
東	1	34	1,015	29.9	89.1%	8	2	2	1	75	10	8	106	10.4%	7.4%
南	1	36	1,127	31.3	90.6%	31	7	0	1	116	7	3	165	14.6%	10.3%
西	1	54	1,621	30.0	89.1%	99	26	0	1	81	13	5	225	13.9%	5.0%
安佐南	1	47	2,711	57.7	90.7%	27	8	1	0	336	3	17	392	14.5%	12.4%
安佐北	5	45	1,040	23.1	86.5%	10	11	0	1	103	2	7	134	12.9%	9.9%
安芸	2	27	769	28.5	90.8%	7	13	0	0	93	10	2	125	16.3%	12.1%
佐伯	1	36	1,160	32.2	87.0%	26	8	0	0	69	4	9	116	10.0%	5.9%
合計	13	306	10,299	33.7	88.9%	223	85	7	7	967	54	61	1,404	13.6%	9.4%

4 か月, 1 歳 6 か月, 3 歳児健診の発達障害疑いの率は各区による差が非常に大きい。

4 か月健診：0.7%（安芸区）～6.7%（安佐北区）（平均 3.6%）

1 歳 6 か月健診：14.9%（西区）～25.2%（中区）（平均 19.6%）

3 歳児健診（3 歳 5 か月）：5.0%（西区）～12.1%（安芸区）（平均 9.4%）

5 歳児相談

H25 年度	実施場所	回数	受診者数	1 回平均	事後措置内訳			
					助言・指導	経過観察	療育センター紹介	他機関紹介
中	1	5	13	2.6	8	2	2	1
東	1	4	11	2.8	5	1	5	0
南	1	6	14	2.3	8	2	4	0
西	1	6	16	2.7	6	0	9	1
安佐南	1	8	21	2.6	9	2	9	1
安佐北	1	4	11	2.8	3	1	7	0
安芸	1	5	12	2.4	5	1	6	0
佐伯	1	4	9	2.3	8	0	1	0
合計	8	42	107	2.5	52	9	43	3

3. 幼稚園・保育所

園の数、障害児受け入れの実態、専門機関との連携など

私立幼稚園 91園 定員 15185人 公立幼稚園 20園（平成24年度より1園減） 1347人（平成26.5.1現在）
私立保育園 99園 定員 13321人 公立保育園 89園 定員 11218人

4. 専門医療機関

＊知的障害のない発達障害を対象とした福祉施設等

平成25年4月1日より、西部こども療育センターなぎさ園（定員70名）に、発達障害児対応クラス（なぎさ園・つばめ）（定員10名）を設置し、支援の充実を図るため運営を開始。（広島市独自の取り組み（2）参照）

平成26年度～29年度に、北部こども療育センター・こども療育センター（光町）での受入体制について検討・整備の予定

5. 特別支援教育

(1) 小学校：市立142校、その他の公立2校、私立3校

特別支援学校：県立4校 市立1校（広島市の子どもも通っている、廿日市市にある特別支援学校を入れると6校）

知的障害特別支援学級：市立小学校142校中129校に設置（90.8%）

情緒障害特別支援学級：市立小学校142校中124校に設置（87.3%）

通級指導教室：種別と設置校数 言語障害：12校 弱視：1校 情緒障害、自閉症、LD、ADHD：5校

(2) 特別支援教育体制

a) 特別支援コーディネーターの配置（H25年度）

広島市；指名済み100.0%（1人87.7%，2人9.3%，3人3.0%），連携調整等実施86.9%，専任0%

横浜市；それぞれ100.0%（32.4%，32.8%，34.8%），94.1%，専任56.0%

福岡市；それぞれ100.0%（80.2%，16.3%，3.5%），81.2%，専任0%

b) 専門家チームの活用（平成25年度）

広島市；活用済み76.7%，活用予定3.0%

横浜市； // 46.2%， // 4.1%

福岡市； // 48.0%， // 4.4%

c) 巡回相談員の活用（平成25年度）

広島市；活用済み76.7%，活用予定3.0%

横浜市； // 95.3%，活用予定1.8%

福岡市； // 57.3%，活用予定8.9%

特別支援コーディネーターは、広島市は100%の配置率であるが、一人配置が87.7%と一番多く、また専任は0%である。

しかし横浜市は、3人配置は34.8%，2人配置も32.8%となっている。また、専任は56.0%と、中身は大きな差が見られる。

発達障害の累積発生率と有病率

I 対象1:平成26年度の小学2年生(平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ)

上記の期間に出生した子どもの数(出生コホート) [10961]人(男[5600]人, 女[5361]人)

平成26年4月1日現在, 地域に居住する小学2年生の子どもの数(居住コホート) [11227]人(男[5706]人), 女[5521]人)

(1) 出生コホートからの平成26年4月1日までの発生数(受診した子どものみ) 総数803人男607人:女196人) ①～④

診断された年齢	① PDD (F84)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	7(5:2)	1(0:1)	0	25(13:12)	0	0	33(18:15)
2 歳代	40(28:12)	4(3:1)	1(1:0)	80(59:21)	9(8:1)	1(1:0)	135(100:35)
3 歳代	36(25:11)	4(3:1)	0	96(68:28)	23(22:1)	5(2:3)	164(120:44)
4 歳代	22(17:5)	3(3:0)	0	63(47:16)	16(16:0)	7(5:2)	111(88:23)
5～6 歳代	23(13:10)	3(3:0)	1(0:1)	89(69:20)	26(22:4)	10(5:5)	152(112:40)
小1	3(2:1)	2(2:0)	0	19(13:6)	12(12:0)	2(2:0)	38(31:7)
合計(男:女)	131(90:41)	17(15:2)	2(1:1)	372(269:103)	86(80:6)	25(15:10)	633(469:164)

診断された年齢	② 多動性障害 (F90 ; ①を除外)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F80 あり	他の重複あり	重複なし	F80 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0	0	0
2 歳代	2(2:0)	0	0	0	0	0	2(2:0)
3 歳代	1(1:0)	0	0	3(3:0)	0	0	4(4:0)
4 歳代	2(2:0)	0	0	0	0	0	2(2:0)
5～6 歳代	1(1:0)	0	0	14(13:1)	2(2:0)	1(0:1)	18(16:2)
小1	3(3:0)	0	0	11(9:2)	0	1(1:0)	15(13:2)
合計(男:女)	9(9:0)	0(0:0)	0(0:0)	28(25:3)	2(1:1)	2(1:1)	41(37:4)

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; ①②を除外)				
	IQ69 以下		IQ70 以上		計
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり	
1 歳代以下	0	0	3(2:1)	0	3(2:1)
2 歳代	0	0	18(13:5)	0	18(13:5)
3 歳代	1(1:0)	0	17(15:2)	1(1:0)	19(17:2)
4 歳代	1(1:0)	0	10(8:2)	0	11(9:2)
5～6 歳代	1(1:0)	0	18(12:6)	2(2:0)	21(15:6)
不明	0	0	0	0	0
合計	3	0	66	3	72
(男:女)	(3 : 0)	(0 : 0)	(50:16)	(3 : 0)	(56 : 16)

診断された年齢	④ 精神遅滞 (F70～F79 ; ①②③を除外)			その他	
	重複なし	重複あり	計	内訳 (診断と人数)	計
1 歳代以下	19(15:4)	0	19(15:4)	0	19(15:4)
2 歳代	14(10:4)	0	14(10:0)	0	14(10:0)
3 歳代	8(8:0)	0	8(8:0)	0	8(8:0)
4 歳代	7(7:0)	0	7(7:0)	0	7(7:0)
5～6 歳代	8(5:3)	0	8(5:3)	0	8(5:3)
小1	1 (0:1)	0	1 (0 : 1)	0	2 (1:1)
合計	57	0	57	0	57
(男:女)	(45 :12)	(0 : 0)	(45 :12)	(0 : 0)	(45 : 12)

(3) 平成26年4月1日時点での居住コホートに含まれる有病者数(受診した子どものみ)

診断された 年齢	① PDD (F84)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	8(5:3)	1(0:1)	0	24(12:12)	0	0	33(17:16)
2 歳代	37(25:12)	4(3:1)	1(1:0)	76(56:20)	9(8:1)	1(1:0)	128(94:34)
3 歳代	32(23:9)	4(3:1)	0	93(66:27)	22(21:1)	5(2:3)	156(115:41)
4 歳代	22(17:5)	3(3:0)	0	64(48:16)	16(16:0)	8(5:3)	113(89:24)
5～6 歳代	24(13:11)	3(3:0)	1(0:1)	81(63:18)	27(23:4)	9(4:5)	144(105:39)
小 1	3 (2:1)	2 (2:0)	0	16 (10:6)	11 (11:0)	2 (2 : 0)	34 (27 : 7)
合計 (男:女)	126 (85:41)	17 (14:3)	2 (1:1)	355 (255:100)	85 (79:6)	23 (12:11)	608 (446:162)

診断された 年齢	② 多動性障害 (F90 ; ①を除外)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F80 あり	他の重複あり	重複なし	F80 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0	0	0
2 歳代	2(2:0)	0	0	0	0	0	2(2:0)
3 歳代	1(1:0)	0	0	3(3:0)	0	0	4(4:0)
4 歳代	1(1:0)	0	0	0	0	0	1(1:0)
5～6 歳代	1(1:0)	0	0	15(13:2)	2(2:0)	0	17(15:2)
小 1	3 (3:0)	0	0	11 (9:2)	0	1 (1:0)	0
合計 (男:女)	8 (8:0)	0 (:)	0 (:)	29 (25:4)	2 (2:0)	1 (1:0)	40 (36:4)

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; ①②を除外)				
	IQ69 以下		IQ70 以上		計
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり	
1 歳代以下	0	0	4(3:1)	0	4(3:1)
2 歳代	0	0	15(10:5)	0	15(10:5)
3 歳代	2(2:0)	0	17(15:2)	1(1:0)	20(18:2)
4 歳代	2(1:1)	0	10(8:2)	0	12(9:3)
5～6 歳代	1(1:0)	0	18(12:6)	2(2:0)	21(15:6)
小 1	0	0	0	0	0
合計 (男:女)	5 (4:1)	0 (:)	18 (12:6)	3 (3:0)	72 (55:17)

診断された年齢	③ 精神遅滞 (F70～F79 ; ①②③を除外)			その他	
	重複なし	重複あり	計	内訳 (診断と人数)	計
1 歳代以下	16(12:4)	0	16(12:4)	0	16(12:4)
2 歳代	13(10:3)	0	13(10:3)	0	13(10:3)
3 歳代	7(7:0)	0	7(7:0)	0	7(7:0)
4 歳代	6(6:0)	0	6(6:0)	0	6(6:0)
5～6 歳代	8(5:3)	0	8(5:3)	0	8(5:3)
小 1	1 (0:1)	0	0	0	0
合計 (男:女)	51 (40:11)	0 (:)	51 (40:11)	0 (:)	51 (40:11)

Ⅱ 対象2:平成26年度の中学1年生(平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれ)

5区 [6824]人(男[3538]人, 女[3286]人) 5区(中, 南, 西, 佐伯, 安佐北区)(5区) 出生総数 6583人

中区930人(男489人:女441人), 南区1296人(男667人:女629人), 西区1780人(男914人:女866人),

佐伯区1369人(男719人:女650人) 安佐北区1449人(男749人:女700人)

(1) 平成26年4月2日時点での居住コホートに含まれる有病者数(受診した子どものみ)

診断された 学年	① PDD (F84)								計
	IQ69 以下			IQ70 以上					
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり	
就学前	76(52:24)	8 (7:1)	9(8:1)	119(87:32)	27(23:4)	1(1:0)	3(2:1)	0(0:0)	242(179:63)
1 年生	1(1:0)	2(2:0)	0(0:0)	15(11:4)	5 (4:1)	0(0:0)	2(1:1)	2(1:1)	27(20:7)
2～3 年生	1(0:1)	1(1:0)	0(0:0)	19 (11:8)	6(5:1)	3(3:0)	0(0:0)	3(2:1)	33 (22:11)
4～5 年生	1(0:1)	2(2:0)	1(0:1)	14(7:7)	8(6:2)	1(1:0)	1(1:0)	4(2:2)	32(22:10)
小 6	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	1 (1:0)	0(0:0)	1(1:0)	0(0:0)	2(2:0)
合計	79	12	10	167	47	5	7	9	336
(男:女)	(53:26)	(11:1)	(8:2)	(116:51)	(39:8)	(5:0)	(4:3)	(5:4)	(245:91)

診断され た学年	② 多動性障害 (F90 ; ①を除外)								計
	IQ69 以下			IQ70 以上					
	重複なし	F80 あり	他の重複あり	重複なし	F80 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり	
就学前	2(2:0)	1(1:0)	0(0:0)	10(9:1)	2(1:1)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	15(13:2)
1 年生	1(1:0)	0(0:0)	0(0:0)	8(8:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	1(1:0)	10(10:0)
2～3 年生	3(3:0)	0(0:0)	0(0:0)	16(10:6)	0(0:0)	0(0:0)	1(1:0)	4(3:1)	24(17:7)
4～5 年生	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	14(11:3)	0(0:0)	0(0:0)	3(2:1)	1(1:0)	18(14:4)
小6	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	4(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	4(2:2)
合計	6	1	0	45	2	0	4	6	71
(男:女)	(6:0)	(1:0)	(0:0)	(36:9)	(1:1)	(0:0)	(3:1)	(5:1)	(56:15)

診断された学年	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; ①②を除外)					
	IQ69 以下		IQ70 以上			計
	重複なし	重複あり	重複なし	F81 あり	他の重複あり	
就学前	3(2:1)	0(0:0)	28(18:10)	1(1:0)	2(2:0)	34(23:11)
1 年生	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)
2～3 年生	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)
4～5 年生	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)
不明	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)
合計	3	0	28	1	2	34
(男:女)	(2:1)	(0:0)	(18:10)	(1:0)	(2:0)	(23:11)

診断された年齢	④ 学力の特異的発達障害 (F81 ; ①②③を除外)			⑤ 精神遅滞 (F70～F79 ; ①②③④を除外)			その他	
	重複なし	重複あり	計	重複なし	重複あり	計	内訳 (診断と人数)	計
就学前	0(0:0)	1(1:0)	1(1:0)	55(35:20)	1(1:0)	56(36:20)	MD	20(9:11)
1 年生	0(0:0)	0(0:0)	0(0:0)	2(0:2)	0(0:0)	2(0:2)	登校拒否 (SR)	6(2:4)
2～3 年生	4(4:0)	1(1:0)	5(5:0)	7(2:5)	0(0:0)	7(2:5)	WNL	1(0:1)
4～5 年生	3(2:1)	1(1:0)	4 (3:1)	4(2:2)	1(0:1)	5(3:2)	難聴	5(1:4)
小 6・不明	1(1:0)	1(0:1)	2(1:1)	2 (1:1)	0(0:0)	1(1:0)	緘黙	2(0:2)
合計	8	4	12	69	2	71	児童思春期障害	2(0:2)
(男:女)	(7:1)	(3:1)	(10:2)	(40:29)	(2:0)	(42:29)	チック	3(1:2)
							身体表現性障害	1(1:0)
							睡眠障害	1(1:0)
							OED	1(1:0)
							適応障害	3(2:1)
							分離不安	1(0:1)
							その他合計	46(18:28)

表1. 小1の出生コホートの発生率

医療機関受診 (n=738, 男=554, 女=184)

診断	人数	男女比
発達障害全体	738 (6.7%)	554 : 184
PDD	585 (5.3%)	430 : 155
多動性障害	25 (0.2%)	23 : 2
会話・言語	72 (0.7%)	56 : 16
精神遅滞	56 (0.5%)	45 : 11
その他	0 (0.0%)	—

表2. 小2の出生コホートの発生率

医療機関受診 (n=803, 男=607, 女=196)

診断	人数	男女比
発達障害全体	803 (7.3%)	607 : 196
PDD	633 (5.3%)	469 : 164
多動性障害	41 (0.4%)	37 : 4
会話・言語	72 (0.7%)	56 : 16
精神遅滞	57 (0.5%)	45 : 12

表3. 小1の居住コホートの有病率

医療機関受診 (n=711, 男=530, 女=181)

診断	人数	男女比
発達障害全体	711 (6.3%)	530 : 181
PDD	565 (5.0%)	413 : 152
多動性障害	24 (0.2%)	22 : 2
会話・言語	72 (0.6%)	55 : 17
精神遅滞	50 (0.4%)	40 : 10

表4. 小2の居住コホートの有病率

医療機関受診 (n=771, 男=577, 女=194)

診断	人数	男女比
発達障害全体	771 (6.9%)	577 : 194
PDD	608 (5.4%)	446 : 162
多動性障害	40 (0.4%)	36 : 4
会話・言語	72 (0.7%)	55 : 17
精神遅滞	51 (0.5%)	40 : 11

平成 18.4.2
～19.4.1 生

出生コホート

出生総数 (全8区) 10961 人
(男 5600 人, 女 5361 人)

発生数 (発生率)

居住総数 (全8区) 11227 人
(男 5706 人, 女 5521 人)

医療機関 (n=803)			医療機関 (n=771)		学校 (n=8591)			
診断例			診断例		診断された		疑い	
803	7.3%	発達障害全体	771	6.9%	452	5.2%	827	9.6%
633	5.3%	PDD	608	5.4%	276	3.2%	413	4.8%
41	0.4%	多動性障害	40	0.4%	79	0.9%	248	2.9%
72	0.7%	会話・言語	72	0.7%	25	0.3%	61	0.7%
0	0.0%	学習障害	0	0.0%	26	0.3%	135	1.6%
57	0.5%	精神遅滞	51	0.5%	46	0.5%	80	0.9%

有病数 (有病率)

居住コホート

平成 26.4.1

小学2年生

表 3. 小 6 の出生コホートの出生率

医療機関受診 (n=520, 男=365, 女=155)

診断	人数	男女比
発達障害全体	520 (7.9%)	365 : 155
PDD	326 (5.0%)	235 : 91
多動性障害	64 (1.0%)	52 : 12
会話・言語	34 (0.5%)	23 : 11
学習障害	11 (0.2%)	10:1
精神遅滞	71 (1.1%)	42 : 29
その他	14 (0.2%)	3 : 11

表 4.

中1の出生コホートの出生率

医療機関受診 (n=538, 男=380, 女=158)

診断	人数	男女比
発達障害全体	538 (8.2%)	380 : 158
PDD	336 (5.1%)	245 : 158
多動性障害	71 (1.1%)	56 : 15
会話・言語	34 (0.5%)	23 : 11
学習障害	12 (0.2%)	10:2
精神遅滞	71 (1.1%)	42 : 29
その他	14 (0.2%)	4 : 10

平成 13.4.2
~14.4.1 生

出生コホート

出生総数 (5 区) 6583 人
(男 3355 人, 女 3228 人)

発生数 (発生率)

居住総数 (5 区) 6824 人
(男 3538 人, 女 3286 人)

医療機関 (n=538)		医療機関 (n=)		学校 (n=7798)	
診断例		診断例		診断された	疑い
538	(8.2%)	発達障害全体	— —	369 4.7%	767 9.8%
336	(5.1%)	PDD	— —	219 2.8%	349 4.5%
71	(1.1%)	多動性障害	— —	48 0.6%	176 2.3%
34	(0.5%)	会話・言語	— —	7 0.1%	19 0.2%
— —		学習障害	— —	36 0.5%	138 1.8%
71	(1.1%)	精神遅滞	— —	59 0.8%	85 1.1%
14	(0.2%)	その他	— —	%	%

平成 26.4.1

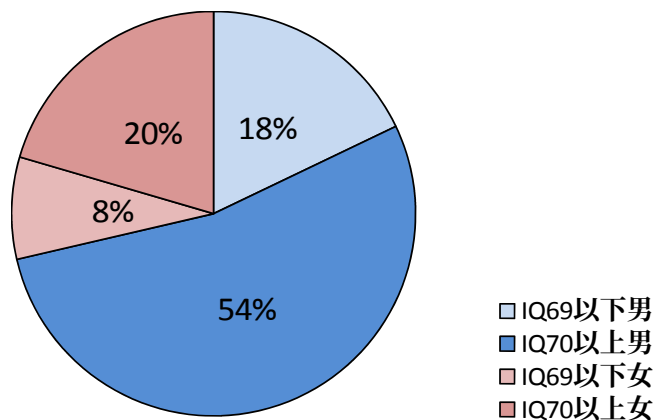
有病数 (有病率)

居住コホート

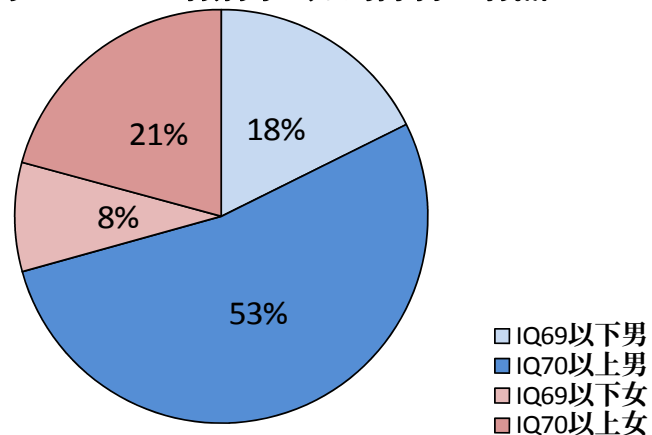
中学 1 年生

小2出生コホート (PDDのみ)		中1出生コホート (PDD)		小2居住コホート (PDD)	
IQ69以下男	90	IQ69以下男	53	IQ69以下男	85
IQ70以上男	269	IQ70以上男	116	IQ70以上男	255
IQ69以下女	41	IQ69以下女	26	IQ69以下女	41
IQ70以上女	103	IQ70以上女	51	IQ70以上女	100
合計	503	合計	246	合計	481

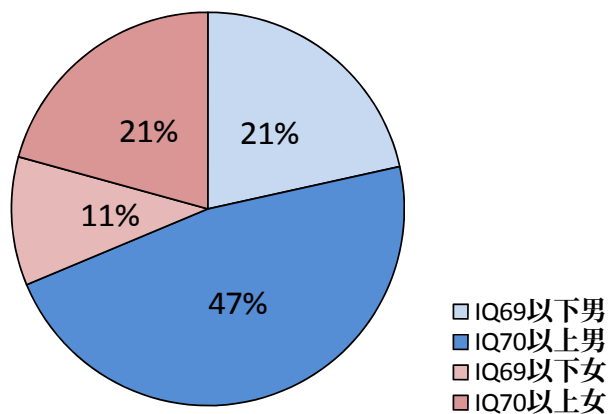
小2 PDD の発生率と知的障害の有無



小2 PDD の有病率と知的障害の有無

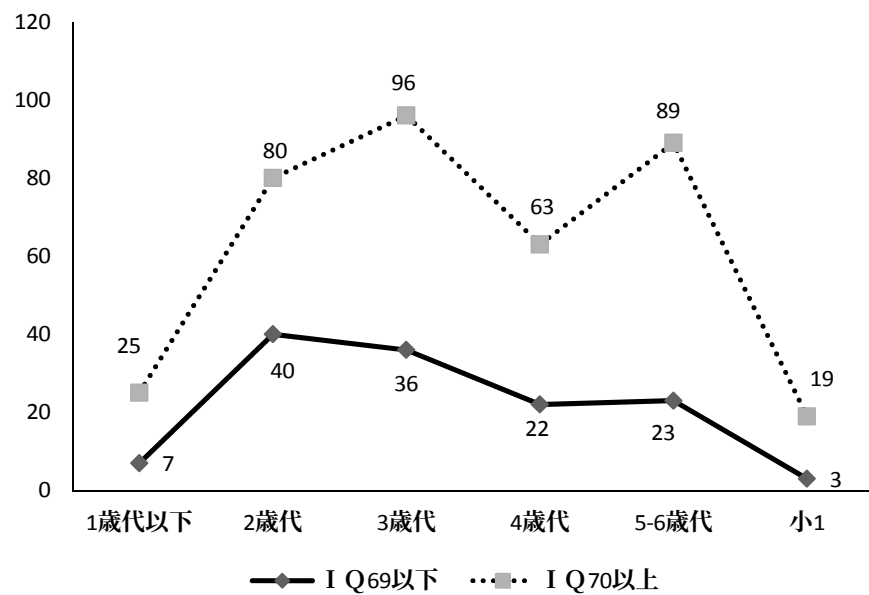


中1 PDD の発生率と知的障害の有無

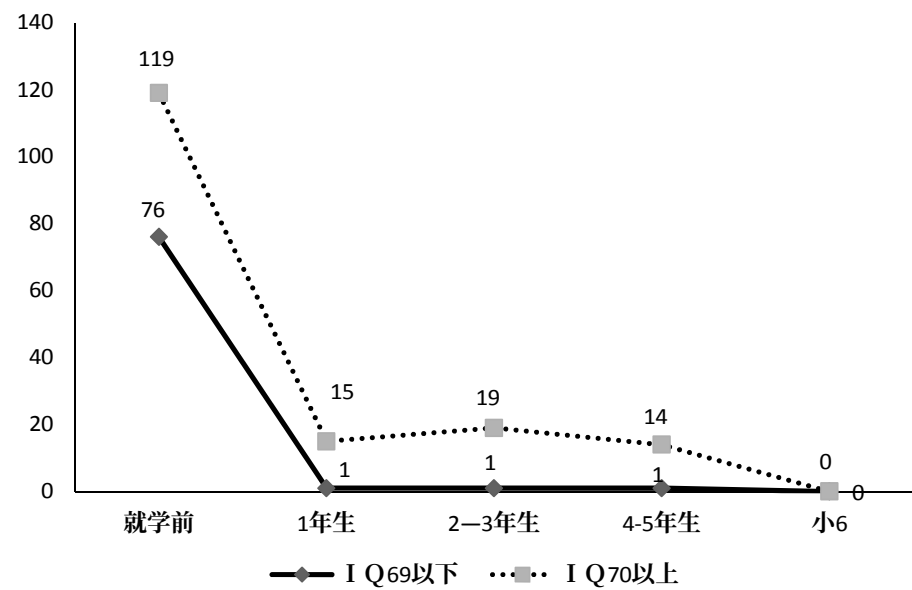


小2	I Q69以下	I Q70以上								中1	I Q69以下	I Q70以上
1歳代以下	7	25								就学前	76	119
2歳代	40	80								1年生	1	15
3歳代	36	96								2-3年生	1	19
4歳代	22	63								4-5年生	1	14
5-6歳代	23	89								小6	0	0
小1	3	19										

小2のPDD診断年齢



中1のPDD診断年齢



4. 政令市比較

(共通点) 3 政令市とも、療育センターがあり、早期診断・早期支援を目的に、「医療モデル」として発足している。乳幼児期の支援については、これまでは早期発見から療育センターにおける早期療育という古典的な「医療モデル」でそれなりに機能してきた。しかし、最近の発達障害疑いの利用児数の増加に伴う待機期間の長期化が問題になっている。その対応の考え方は根本的に異なっており、横浜市では、初診までの相談機能の充実、福岡市では、療育センターの新設や診療枠の増加（待機期間を1～2か月以内に抑えるため）などで対応し、広島市では、市外の患者数の制限や優先順位による支援の提供制限で対応している。今後、横浜市の対応がモデルとなると思われ、拠点主義からの脱却を共通の課題として、お互いに知恵を出し合い、協力すべきである。広島市の取り組みとしては、広島市立の保育園に発達支援コーディネーターを各1名ずつ配置し、保育園の現場で支援する取り組みが、拠点からの脱却の考えに基づいて行われている。診断は、療育センター等で受けるしかないが、実際の支援は現場の保育園で行うための一つ施策である。横浜市の「初診までの相談機能の充実」は、広島市では公立保育園において特に望まれている。

(相違点) 乳幼児期については、横浜市は1歳6月療育相談に、福岡市は保健所への医師派遣を行っているが、広島市では研修講師として医師がかかわっているのみである。学童期の移行支援及び支援システムについては3政令市間に大きな差があった。学校への引継ぎでは、横浜市では入学後に引き継ぎ会議を定例実施。また、福岡市の療育センターは学童児を対象としていないが、就学相談会の資料は療育センターが文書を作成し、引継ぎを行っている。また、同じく福岡市では、医療的ケア検討委員会による医療・教育との連携が行われている。広島市においては、他の政令市と同じく、教育委員会による巡回相談などの事業への個人レベルでの協力はあるが、教育と医療機関が連携してのライフステージに応じた支援システムは今後の課題である。

今後、3政令市の取り組みを踏まえた上で、更にどのような「福祉・教育・医療システム」の在り方が可能か、具体的なモデルを示すことが課題である。

＊広島市における取り組みの実際について

政令市の比較において、広島市における、また、広島市と他県との係りにおける、具体的な取り組みについて、それぞれの担当者が実践例を示した。広島市では、早くから療育センターを中心に、「医療モデル」の取り組みをしてきたが、その現状と今後の「医療・教育・福祉モデル」への過渡期の試みを示した。今後、具体的な支援システムへの構築へと励むべき課題である。

- (1) 自閉症スペクトラム症の超早期発見の試みは、より早期に発見・支援する視点を持つことにより、乳幼児健診や保育園等での早期発見のために、役立っている。
- (2) 広島市西部こども療育センター なぎさ園・つばめ(発達障害児対応クラス)における取り組みは、児童発達支援センターでの、幼稚園・保育園に通う、高機能発達障害児の療育のモデルとなっている。より専門性の高い療育を拠点で行うことで、地域での幼稚園・保育園での、発達障害児の支援レベルが上がるのが期待される。
- (3) 広島市の保育園における乳幼児期の支援～発達支援コーディネーターの役割～は、「医療モデル」では対応できないことを見越し

た広島市の対策である。発達支援コーディネーター制度は、拠点主義の脱却のために、有用な役割を担っている制度と言える。「医療モデル」から、「医療・福祉総合システム」への移行の試みである。

- (4) 自閉症の我が子への取り組み～広島市の公立保育園から公立小学校へ～は、保護者から見た、保育園での発達支援コーディネーターや、小学校への移行の際の就学相談の現状と課題の報告である。「医療・福祉・教育の支援システム」の個人的な試みといえる。
- (5) 広島大学病院小児科の現状と人材育成の試みについては、広島市にひとつだけある大学病院小児科の試みである。広島市において、医師育成のシステムのない段階での、若い小児科医や精神科医たちの試みを知ることができる。
- (6) 広島市における一般小児科クリニックでの発達障害の取り組みである。ますます増大する発達障害の診療・支援は拠点である療育センターだけでは対応しきれない。地域の一般小児科クリニックの試みは、その利点と拠点との役割分担を整理することで、今後ますます期待される。
- (7) 島根県西部圏域での発達障がい支援と医療との連携については、発達障害の専門医がいない地域での試み及び政令市との医療連携についての試みであり、貴重な示唆が与えられる報告である。今後、療育センターのない中核都市や小規模都市の工夫が、拠点主義では対応しきれない政令市へ多くの示唆を与えてくれると思われる。

(1) 広島市こども療育センターにおける自閉スペクトラム症の超早期発見の試み

広島市こども療育センター小児科 坪倉ひふみ

はじめに

自閉スペクトラム症と診断される子ども達は、言葉の遅れ、こだわりの強さ、癇癪を起こすことなどを主訴に来院する。自閉スペクトラム症の診断は対人的な相互反応やコミュニケーションの質的障害が明確になって可能となり、その時期は早くて1歳以上の月齢である。現在日本では自閉スペクトラム症の診断は早くて2～3歳頃が一般的な状況下で、運動発達遅滞を主訴に来院した児のうち、独歩獲得後に発達の問題が運動から言語や対人関係に移行し、自閉スペクトラム症と診断される症例が徐々に増えている。もし運動発達の問題が自閉スペクトラム症の診断を予見できれば、自閉スペクトラム症への介入がより早期に可能となる。そこで運動発達遅滞を主訴に広島市こども療育センターを受診し、のちに自閉スペクトラム症と診断した症例について、後方視的に運動およびその発達の特徴を考察し、詳細なデータ分析なくスクリーニング診察で診断に有用な特徴がみられるかどうか検討した。

対象

対象は平成18年4月から平成20年6月に運動発達遅滞を主訴に来院した乳児。独歩獲得後もフォローし自閉スペクトラム症と診断した41名。初診時月齢は13.7ヶ月、男女比は25:16。周産期は3例（うち1例は低出生体重児）に異常を認めたが、重篤な障害の合併なく、それ以外の症例は頭位経膈自然分娩で出生した正期産児である。

方法

1-2か月ごとの定期的な診察^{[5], [6]}・行動観察と遠城寺式発達検査を実施した。診断には主として小児自閉症評定尺度（The Child Autism Rating Scale: CARS）^[10]およびDSM-4-TR^[1]を用いた。CARSはShoplerら(1986)^[10]が小児自閉症を診断するために作った尺度で、様々な自閉の症状を網羅的に診断できる。

結果

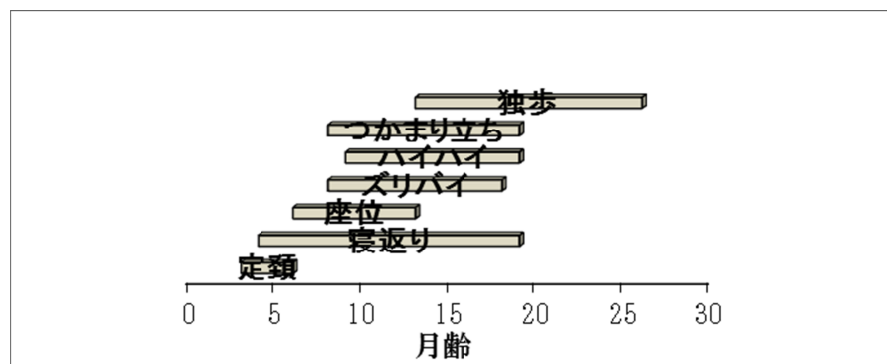


図1：各運動の開始時期のばらつき

運動の開始時期のばらつきを図1に示す。いずれの運動も開始時期が遅れる傾向にあるが、つかまり立ちはやや早い傾向にある。また定額・座位を除いて運動の開始時期のばらつきが大きくなっている。

表 1：運動発達

	性	初診時 月齢	MR の 有無	定額	寝返り	坐位	ズリ バイ	ハイ ハイ	つかま り立ち	独歩
1	M	1:01	+	5	6	10	1:01	1:03	1:03	1:06
2	F	0:11	+	4	6	8	8	-	1:01	1:06
3	M	1:05	+	4	7	7	—	1:07	11	2:01
4	M	0:10	+	3	6	10	8	11	1:00	1:02
5	F	0:11	-	4	11	7	—	11	1:01	1:05
6	F	1:07	-	3	6	6	8	—	1:00	1:07
7	M	0:08	-	4	8	8	9	—	9	1:02
8	F	0:10	-	4	6	11	11	11	1:02	1:09

*1：MR(Mental Retardation) 精神遅滞 *2：—マークは保護者が運動の開始時期をよく記憶していなかったことを示す。

表 1 に、主な症例での精神遅滞（Mental Retardation：MR）の有無と運動の開始時期を時系列で示す。全体で明らかに MR を伴う児(EQ が 65 未満)27%（症例 1～6 を含む）、境界域 MR を伴う児(EQ が 65 以上 75 以下)27%で、46%（症例 5～8 を含む）の児は MR を伴わなかった。個々の運動の開始時期に関しては、定額の遅れは全体の 22%（症例 1, 2）、寝返りの遅れは全体の 73%（症例 1, 5～8）、座位の遅れは全体の 66%（症例 1～5, 7）であった。ズリバイの異常は全体の 85%（症例 1, 4, 6, 8 はズリバイせず、症例 3 は極端にズリバイが遅れた）だった。ハイハイの異常は全体の 68%（症例 7 を除く全例にハイハイの遅れがあり、症例 5 はハイハイをしなかった）だった。つかまり立ちの遅れは全体の 22%（症例 1, 3～5, 7, 8）、独歩の遅れは全体の 49%（症例 3, 6～8）だった。次に運動の獲得順序だが、出現していない運動（ズリバイ、ハイハイに集中、症例 1, 4, 5, 6, 8）は全体の 46%、運動の獲得順序が相前後する例（症例 2 はつかまり立ちして座位獲得、症例 3 はハイハイ・つかまり立ちののちズリバイ開始、症例 2, 3, 6, 7, 8）は全体の 56%だった。

運動の異常を図 2 に示す。図中不規則な発達は、運動の獲得順序が相前後する、獲得すべき運動が出現しない、背バイする、非対称的ハイハイする、這わずに回転して移動するなどを含めた。この不規則な発達は 91%にのぼる。独歩の遅れが 49%、腹臥位を嫌うものが 42%、シャッフリング¹⁾（お尻バイ）が 33%、抱くと反り返るものが 28%であった。

図 3 にその他の異常所見を示す。共同注視(-)とは、共同注視が出現すべき時期に出現しなかった児を指し 96%にのぼる。触覚過敏は 77%、その他の感覚過敏も 46%の児が示した。身体所見である反射の異常（モロー反射²⁾消失の遅れ、パラシュート反射³⁾出現の遅れ、腱反射亢進など）は 68%、筋緊張低下は全例に認めたが、フロッピー・インファント⁴⁾のような著明な低下ではなかった。

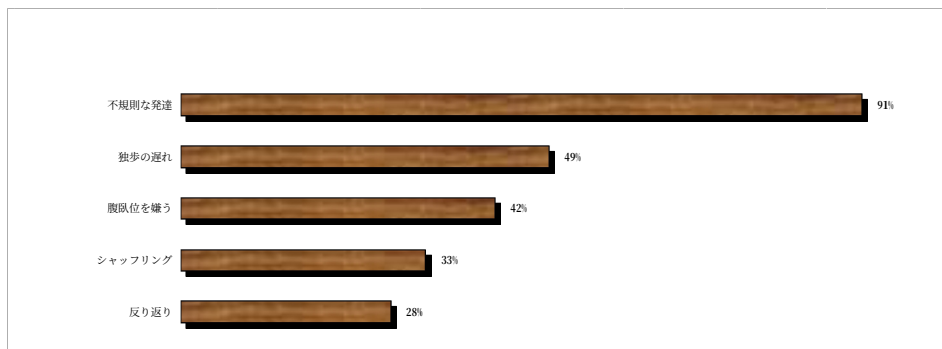


図 2：運動の異常



図 3：その他の異常所見

そのほか特徴的な行動としては、怒りながら笑う、笑いながら母親を噛む、糸くず・毛髪を次々つつまみ上げる、自発的に探索行動をしない、哺乳不良とそれに基づく発育障害などが散見された。

考察

自閉スペクトラム症における運動の問題は今までに様々な研究がなされ^{[3][4]}、運動発達遅滞や協調運動の問題が指摘されてきた (Bauman (1992) ^[2], Miyahara (1997) ^[7])。これらは 6 歳以上の自閉スペクトラム症児・者に関する研究だが、早期発見・早期療育と関連し、一般に自閉スペクトラム症が診断される 2～3 歳より年少の児に関する研究もなされてきた。Teitelbaum ら (1998) ^[11]は、自閉症と診断された児と定型発達児の乳児期のビデオで観察される運動を解析し、4～6 ヶ月にすでに運動発達の問題が認められることを示した。本研究でも様々な運動発達の問題が明らかとなった。

運動発達遅滞と精神遅滞との関係は、独歩獲得が 20 か月以上と著明に遅れた 9 例の 78%が、発達全体の遅れとして精神遅滞を示した。しかし精神遅滞を伴っても独歩獲得は正常であった児 (表 1 の症例 2, 5)、逆に精神遅滞は伴わないが独歩獲得が遅れた児もいた。このように運動発達遅滞と精神遅滞には明確な相関はなく、今後の検討が必要と考えた。また各運動の出現時期の遅れは寝返り 73%、ズリバイ 85%、座位 66%、ハイハイ 68%とかなりの確率で遅れた。運動発達遅滞を診たとき、自閉スペクトラム症も念頭に置く必要があると考えられた。

運動発達や運動そのものの問題に関しても、Teitelbaum らが指摘している問題が本研究の対象児に多くみられた^[13]。「持続的な非対称性(Persistent asymmetry)」^[13]は自閉症児によく認められる特徴で、腹臥位で常に同じ手を胸の下におき動かさないなどが含まれる。運動の非対称性はもちろん定型発達児にもみられるが、非対称性が 1 か月以上持続するとき問題とみなす。本研究では 0.07%にのみ持続的な非対称性が認められ、それが自閉スペクトラム症での主要な運動の問題か否かの検討は今後課題と考えた。

「反射が発達の道筋を外れる(Reflex go astray)」^[13]とは、消失すべき反射が消失しない、あるいは出現すべき反射が出現しないことを指す。反射が発達の道筋を外れた児は 68%と比較的高率だった。乳児健診での診察において反射のチェックは簡便に行える検査で、反射の異常を今以上にチェックする必要性が示唆された。また筋緊張低下は全例にあったが、フロッピー・インファントのような著明な筋緊張低下でなく、軽度の筋緊張低下を指す。しかし筋緊張低下の判断はそれ自体難しく、今後客観的に軽度筋緊

張低下を検出できる手法を考える必要があると考えた。

本研究で不規則な運動発達の中には、運動の獲得順序が相前後する、背バイする、非対称的なハイハイをする、這わずに回転して移動するなども含めた。これらの特徴は一人の児に重複することもあるが、運動の獲得順序が相前後する児が 56%、獲得すべき運動が出現しない児 46%、背バイする児が 0.05%、這わずに回転して移動する児が 20%であった。特に前二者が多く Teitelbaum らが指摘する「運動が発達の道筋を外れる(Motor development go astray)」^[13]ことを指す。運動が獲得順序に沿って生じないと、のちの様々な運動の不安定さ・不器用さを生む原因となる。この特徴も乳児健診の問診において運動発達についてもう少し詳細に尋ねると、検出可能な特徴と考えた。

また獲得される運動についてもいくつか特徴的なものが見出された。「ブリッジ寝返り(Bridge righting)」^[13]は反り返ってブリッジする体勢から寝返るもので、本研究では 0.05%あった。養育者インタビューで反り返りが強かった児が 28%いたが、反り返りの強い児が必ずしもブリッジ寝返りをするわけではないことが示された。

「お座りハイハイ(Sit Crawling)」^[13]は Teitelbaum らの用語で座った状態で移動することを指し、小児科診察ではシャッフリングに相当する。シャッフリングは本来脳性麻痺の可能性を示唆する指標とされたが、本研究では脳性麻痺の合併なくシャッフリングする児が 33%いた。シャッフリングをしている児がいれば、脳性麻痺と考えられなくともフォローを継続する必要があると考えた。

本研究では独歩獲得の遅れが 49%だった。本来運動発達遅滞として当センターに紹介された児だが、その半数は最終的に正常範囲内で独歩を獲得したことを示す。これらの児ではある時期運動発達が遅れるが、急速にキャッチアップし運動発達が正常に追いついた。ただし問題はあり、ぎこちない歩行は全例に認めた。運動スクリーニング場面で歩行を細かく観察することが肝要であると考えた。

その他の異常所見では、まず共同注視の問題がある。本研究で共同注視が出現すべき時期に出現していない児が 96%だった。この指標は以前から自閉症の特徴として指摘され、注意深く行動観察する必要があると考えた。だが経過観察の中で、ほとんどの児が遅れて共同注視した。これは養育者に共同注視を引き出す接し方を指導した結果だが、この点は早期療育を考える上で今後留意すべき点であると考えられた。次に感覚の問題で、触覚過敏を示す児が 77%、その他の感覚過敏を示す児が 47%だった。運動との関係でいえば触覚過敏が一つの指標になりそうである。腹臥位を嫌う、あるいは這わずに回転して移動する 18 例の 83%に触覚過敏があった。触覚過敏のために運動に重要な要素である腹臥位、あるいはズリバイ・ハイハイをしない可能性が示唆された。

以上のように、運動発達遅滞を主訴に当センターに紹介され、のちに自閉スペクトラム症と診断された児の運動には、Teitelbaum(1998, 2004, 2008)^{[11], [12], [13]}らが指摘するような様々な特徴が観察された。だが Teitelbaum らの研究に対して反証となる研究も存在する (Provost ら(2006)^[9], Ozonoff ら(2007)^[8])。自閉スペクトラム症の運動発達の問題に関しては議論が分かれるところだが、自閉スペクトラム症を示唆する運動その他の特徴として、本研究では不規則な運動の獲得順序、ぎこちない歩行、反射異常、軽度筋緊張低下、触覚過敏、共同注視出現の遅れなどがみられ、更に検討を重ねて自閉スペクトラム症の運動その他の問題を掘り下げる必要があると考えた。通常、自閉スペクトラム症というと、相互的な社会関係の問題、コミュニケーションの問題、こだわりなど主要症状について目がいきがちだが、身体の問題がベースにあるということを頭の片隅に置いておくことは肝要である。しかし逆に運動に問題があれば、即座に自閉スペクトラム症と診断されるというものでもない。ベースに基礎疾患を有する可能性も充分にある。特に運動発達の問題を指摘されるのは 2 歳未満の乳幼児期であることが多く、決して子育て不安を煽ることのない

よう配慮しながら、養育者の抱く育てづらさを支援していくことができればと考えている。

今後の課題

さらに症例数を増やすこと、定型発達児を統制群とし運動比較をすること、自閉スペクトラム症のない精神遅滞児の運動発達を検討すること、軽度筋緊張低下の指標を設けること、持続的な非対称性を探る手法を考えること、シャッフリングと関連して脳性麻痺児との鑑別に留意すること、感覚の問題に関する客観的指標を探索することなどが今後の課題として残った。

注

- 1) (shuffling)：原義は足を引きずって歩くの意。転じて、赤ちゃんが座位で下肢をこぐように使い移動すること。
- 2) (Moro reflex)：大きな音に驚く、頭部が後方に倒れる、急に姿勢変化が起こるときに誘発される新生児反射。赤ちゃんは左右対称に手足を大きく拡げ、頸部を伸ばし、その後抱え込むように手を引き上げる。
- 3) (Parachute reflex)：身体が倒れそうになったとき、頭部や胸部を守るために腕を前方に伸ばす新生児反射。
- 4) (floppy infant)：身体が柔らかくぐにゃぐにゃした乳児のこと。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision(DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, 2000/ American Psychiatric Association.DSM-IV - TR 精神疾患の分類と診断の手引. 第4版. 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊卓 (翻訳). 医学書院, 2003
- 2) Bauman, M. L. Motor dysfunction in autism. In Movement disorders in neurology and neuropsychiatry(ed. A.B. Joseph and R.R. Young),pp..658-61.Boston,MA: Blackwell Scientific. 1992
- 3) Filipek, P.A. et. Al. Practice parameter: Screening and diagnosis of autism. NEUROLOGY, 55, 468-479. 2000
- 4) Frith, U. and Hill, E. autism: mind and brain. Oxford University Press. 2004
- 5) 鴨下重彦 (監修) 桃井真理子, 宮尾益知, 水口 雅 (編集) ベッドサイドの小児神経・発達の診かた. 南山堂. 2009
- 6) 前川喜平 写真で見る乳児健診の神経学的チェック法. 南山堂. 2003
- 7) Miyahara,M., Tsujii,M., Hori, M., Nakanashi,K., kageyama,H. and Sugiyama, T. Brief report: Motor incoordination in children with Asperger syndrome and learning disabilities. J. Autism Devl Disord. 27, 595-603. 1997
- 8) Ozonoff, S. et. Al. Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. J Autism Dev Disord. Apr,38(4), 644-656. 2007
- 9) Provost, B. et. Al. A Comparison of Motor Delays in Young Children: Autism Spectrum Disorder, Developmental Delay, and Developmental Concerns. J. Autism Dev Disord. Feb,37(2), 321-328. 2006
- 10) Shopler, E. et. al. THE CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (CARS). Irvington Publishers, Inc. 1986. CARS 小児自閉症評定尺度. 佐々木正美 (監訳) 岩崎学術出版社. 1989
- 11) Teitelbaum, P. et. Al. Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. Proc.Natl.Acad.Sci. USA Vol. 95, 13982-13987. 1998
- 12)Teitelbaum, P. et. Al. Eskol-Wachman movement notation in diagnosis: the early detection of Asperger's syndrome. Proc.Natl.Acad.Sci. USA Vol. 101, 11909-11914. 2004
- 13)Teitelbaum, O. and Teitelbaum, P. Does Your Baby Have Autism? Square One Publishers. 2008/ 自閉症かな?と思ったとき. 坪倉ひふみ (監訳) 大澤多美子, 三ヶ田智弘 (翻訳) 診断と治療社. 2014

(2) 広島市西部こども療育センター なぎさ園・つばめ(発達障害児対応クラス)における取り組み

広島市西部こども療育センターなぎさ園・つばめ(発達障害児対応クラス)

指導員 角田 正博

はじめに

広島市では、近年急増する発達障害児やその保護者への支援を充実させるために、広島市発達障害児推進プログラムを掲げ、様々な取り組みを実施しているところである。

こうした現状を踏まえ、平成 25 年 4 月より、児童発達支援センターなぎさ園（旧 知的通園）内に発達障害児対応クラス（なぎさ園・つばめ）を設置し、支援の充実を図るため運営を開始した。

1 職員体制

心理療法士 1 名、言語聴覚士 1 名、指導員 1 名、嘱託保育士 1 名※ 計 4 名（専任）

※平成 25 年度については保育士を除く 3 名体制で実施。

（参考）児童発達支援センターなぎさ園職員体制（つばめを除く、主たる業務による計上）

園長（児童発達支援管理者）1 名、副園長 1 名、主査 1 名、保育士 21 名、嘱託保育士 17 名、指導員 1 名、看護師 2 名、理学療法士 3 名、言語聴覚士 1 名、作業療法士 1 名、事務員 2 名、栄養士 1 名、調理員 1 名（臨時 3 名）、送迎バス（業者委託）

2 園児状況

(1) 対象エリアの状況

広島市中心部の一部及び周辺の住宅地域を多く含むエリアである。近年、宅地開発もあり、人口は微増傾向にある。広島市西部こども療育センターは、広島市において 3 ヶ所目の診療機能と施設機能を併せ持つ、公的な療育センターとして、平成 16 年 1 月(施設部分は平成 16 年 4 月)より開設される。

広島市西部こども療育センターエリア内の人口及び世帯数

区 分	男	女	計 (人)	世帯数
西 区	90,968	97,245	188,213	90,127
安佐南区 (沼田地区)	18,962	19,156	38,118	14,421
佐 伯 区	66,770	70,516	137,286	58,158
合 計	176,700	186,917	363,617	162,706

※ () の面積は、国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」平成 25 年 10 月 1 日現在に

よるものである。人口及び世帯数は、広島市住民基本台帳登録による平成 26 年 4 月末日の人口である。

(2) 契約児の状況

契約対象については、療育を希望する療育手帳を持たない発達障害児（年少～年長児）とその保護者を対象としている。

①年齢・男女別状況 (単位：人)

区 分		3 歳児	4 歳児	5 歳児	合計
25 年度	男	1	7	51	59
	女	0	1	12	13
	計	1	8	63	72
26 年度	男	0	1	52	53
	女	0	2	15	17
	計	0	3	67	70

②月別契約数（各月初日時点） (単位：人)

区 分	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
25 年度		31	31	31	31	31		41	41	41	41	41
26 年度		35	35	35	35	35		35	35	35	35	35

③居住区別契約数 (単位：人)

区分	広島市内									広島市外				合 計
	中 区	東 区	南 区	西 区	安 佐 南 区	安 佐 北 区	安 芸 区	佐 伯 区	小 計	県 東 部	県 西 部	県 北 部	小 計	
25 年度	1※	0	0	37	11	0	0	23	72	0	0	0	0	72
26 年度	0	0	0	31	17	0	0	22	70	0	0	0	0	70

■ 広島市西部こども療育センター対象エリア（安佐南区は一部分）

※ 中区については、転居のため特例として受け入れる。

県東部…東広島市，呉市，三原市，安芸郡

県西部…廿日市市，大竹市，江田島市

県北部…安芸高田市，山県郡，三次市

④各種福祉手帳の取得状況

(単位:人)

区分	療育手帳						身障手帳							精神手帳				
	エ	A	エ	B	無	計	1級	2級	3級	4級	5~6級	無	計	1級	2級	3級	無	計
25年度	0	0	0	0	72	72	0	1	1	0	0	70	72	0	2	4	66	72
26年度	0	0	0	0	70	70	0	0	0	0	0	70	70	0	0	8	62	70

⑤利用実績

年間を通して、80%を超える利用実績を維持したことからも、ニーズの高さがうかがえる。欠席の内訳は、体調不良によるもの以外では、年長児特有の園行事や就学に向けた健診などによる都合欠席が見られた。子どものインフォーマルのアセスメント（集団療育・個別療育）により把握し、子どもの『強み』と『弱み』を保護者とともに理解するところから開始し、具体的な方法の提案や修正などの支援を提供するためには、子ども1人につき、13回程度の支援回数があることは有益であった。

実績に伴い、施設利用料金が発生するが、トラブルや費用に関する負担感に関する声は聞かれなかった。保護者の所得状況により、費用負担の上限額が定められていることや、各種幼児教育教室などに通わせる感覚での負担として捉えられている声が保護者から聞かれた。

区分	契約数	集団療育 総実績数	個別療育 総実績数	総実績数	一人当たりの 総支援回数
25年度	72名	497回	432回	929回	12.9回/人
26年度	70名	回	回	回	回/人

26年度については未集計

3 グループ編成

(1) グループ編成について

子どもの知的発達状況及び行動特性を中心に集団を編成した。35名の園児を8グループ程度に分け療育を実施している。全ての子どもが地域の幼稚園・保育園へ統合しており、保護者が就労している場合も多いため、保護者の都合等も加味して編成している。

	診断名	児の特徴と取り組み例	頻度	定員	回数
かぶとむし	A S D	知的に高く、A S D特性に合わせた(ソーシャルスキルトレーニング)が対象になる児 例：転がしドッジボール、トランプ、子ども同士でのすごろく、集団遊びでの勝ち負けのこだわりへの対処法、言い方による相手の気持ち、間違えた時の対処法など	1 / 2 w	5～6	8回
ちょうちょ	A S D	A S Dの特性に合わせて、視覚的なルール説明などの支援や工夫があると他児と簡単な集団活動が可能な児 例：色鬼ゲーム、ハンカチ落とし館内ウォークラリーなど	1 / 2 w	4～5	8回
とんぼ	B-MR A S D	知的に境界域の発達でA S Dに合わせた支援が必要な児 例：手順書を活用した製作活動、魚釣りゲーム、綱引き、対大人の対人遊び（すごろく）など	1 / 2 w	4	8回
くわがた	B-MR A S D	A S D特性が強く、不安や不適応が明確に見られる児 例：対大人の対人遊び（黒ひげゲーム）、手順書を活用した製作活動 など	1 / 2 w	3	8回
個別		評価及び個別学習	1～3/M	1	不定
つばめの会	B-MR A S D	つばめを終了した保護者対象の学習会	診療の一環として実施		1回

4 通園方法・給食サービスについて

自主登園とし、通園バスの利用は行わない。また集団療育は、午前もしくは午後の半日での療育とし、給食サービスは提供しない。なお、個別療育についても、給食、通園バス利用は提供しないものとする。

5 療育形態

毎回、集団療育は親子分離療育として実施する。なお、保護者は、別室にて懇談会や学習会等を開催するものとする。（保護者の状況により、見学形式での親子療育の場合もある。）個別療育は親子療育で実施する。また、保護者の状況やスタッフが必要性感じた場合は、半期で2回程度までにおいて、個別懇談（保護者のみの来所）で説明などを行った。

6 日課

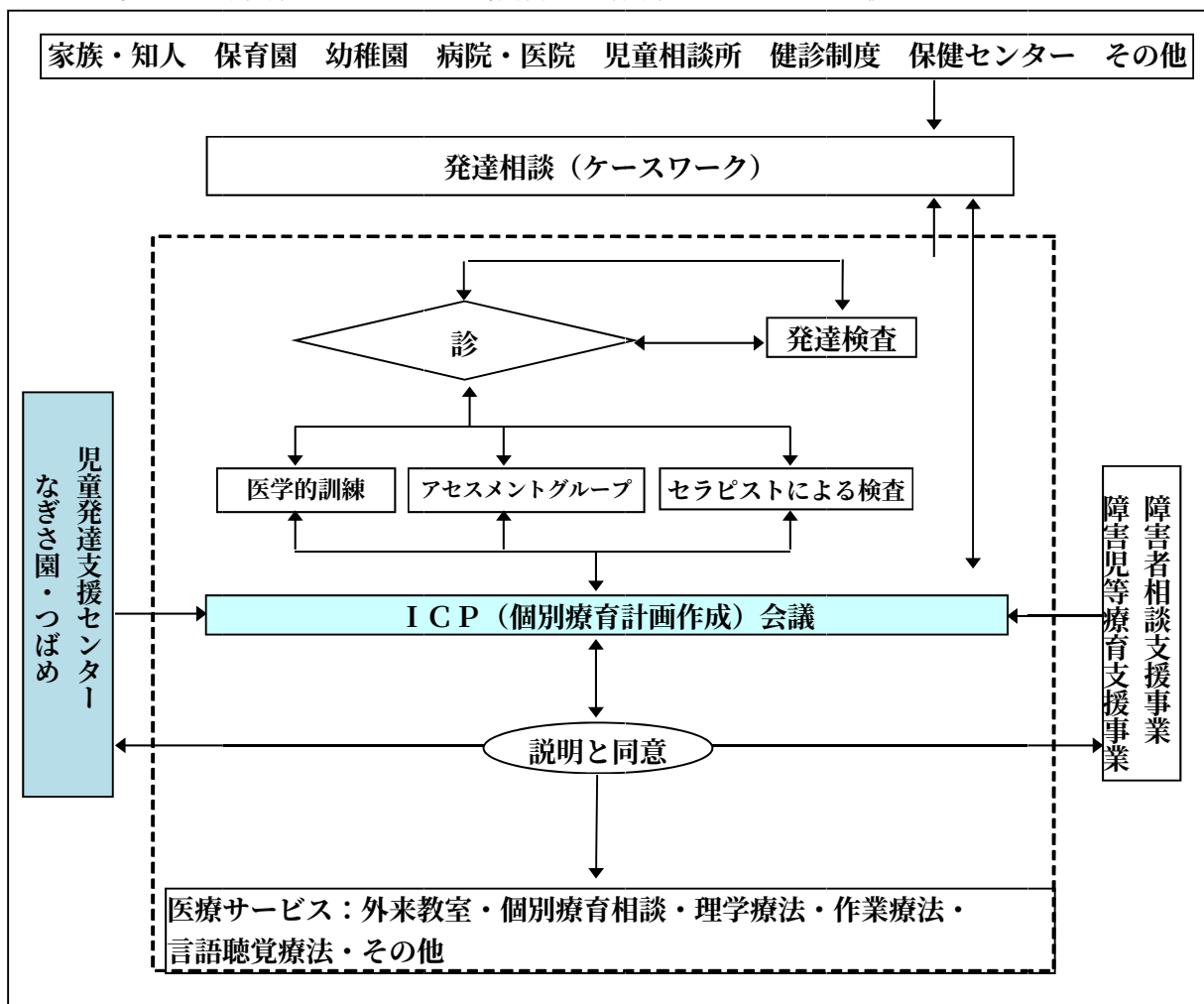
集団療育の場合、おおむね1時間30分のプログラムで午前または午後に行うものとした。
個別療育は、45分を基本時間とした。（保護者と担当で日程を調整）

時間	活 動	
9：30 (14：30)	子ども	保護者
	身辺整理 先生と勉強 勉強 おもちゃ 一緒に遊ぶ 絵本 感覚あそび おやつ つどい 集団活動 身辺整理	学習会 集団懇談 支援グッズ作成
11：00 (16：00)	身辺整理	
	終了	

7 つばめでの療育開始に向けて

次期対象者については、期間中の ICP 会議にて「つばめでの療育が望ましい」と提案されたケースについて入園検討を行い、順次、地域療育等支援事業の外来相談にて「つばめ相談」（保護者に来所して頂き、子どもの様子や療育の説明、サービス等利用計画の作成、障害児通所受給者証取得の手続きについての説明）を実施した。また、小集団編成の資料として、3～4組の親子を対象に約1時間のアセスメント及び評価ミーティングとして実施した。

<西部こども療育センターでの相談から診療・サービスの流れ>



8 療育支援の実践

(1) 支援の枠組み（集団療育と個別療育を併用した療育支援）

これまで発達障害児への支援の枠組みとしては、特殊な事例を除き、同じ主訴（診断）に対する支援は、集団療育もしくは、個別療育のどちらかで実施してきた。発達障害児対応クラスの設置に伴い発達障害児への支援の枠を拡げ、集団療育と個別療育の併用（同日での実施はしない）による支援を提供した。

発達障害のある子ども達は、場面や状況、相手などにより姿が違ふ事や、ADHD を併せ持つ子どもの場合、他児の言動に伴う刺激量が増えることで大きく姿に違いが多い。そうした姿を実際の療育を通して感じることができ、集団療育だけでは見られない様子も保護者と共有できる機会になり、支援の幅を広げることができた。

また、保護者支援においても集団療育時のグループ懇談で、発達障害特性や取り組みについて話し合うとともに、個別療育時により具体的な取り組み提案や再構造化した工夫の提案、保護者の心情に寄り添う懇談なども行うことが可能になり、支援の幅を広げることができた。

今後も質的向上や、子どもや保護者など家族により合わせた支援の在り方の検討が必要である。

(2) 具体的な支援内容

①発達障害に特化した支援

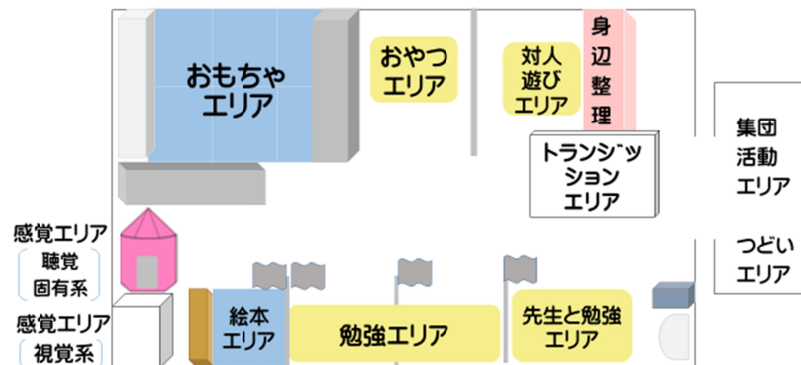
視覚的な理解を促していけるよう、課題や環境調整をおこない、個々に合わせた視覚的なスケジュールで活動の見通しを持つことや、課題に合わせたソーシャルスキルトレーニング等を集団療育、個別療育で実施している。

支援療育及び手立ての概要

領域	課題となる場面	具体的支援(手だて)
行動調整	活動場所の理解 活動がいつ終わるのかの理解 次にする活動予定の理解 予定の変更・中止・追加への対応 活動手順の理解	環境調整（構造化）による活動理解の促進 個々の理解力に合わせたスケジュールの使用による適応行動の増加 視覚的な手順書、ワークシステムの活用による活動内での適応行動の増加
ソーシャルスキル	順番・交代・チーム理解 話の聞き方 場面に合わせた振る舞い方 遊びのルールを理解して守る 勝敗以外の価値観 興奮の鎮め方 当番活動を通して役割を果たす 他児と一緒にのエリアで遊んでいても一人遊びになる	スライドによる学習、クイズ形式での学習 イラスト表示による適応行動の理解 コミック会話による文脈理解 ソーシャルストーリーによる振る舞い方の学習 カームダウンの機会から適切な振る舞い方を理解していく 対人遊びエリアでの机上遊び

コミュニケーション スキル	大人に援助を要請する 友達への声のかけ方（誘い方、拒否の仕方） 発表の仕方	Help カードによる発信 言い方表示による文例理解 発表の選択肢提示による選択
認知学習等	上下、内外、左右、大小、色形等の弁別や概念学習 字を書きたいと思っても書けない 数字に対する苦手意識がある 勉強が続けられない	視覚的なヒントを活用した書字・数量などの学習 1回の学習量についての提案

環境設定



先生と勉強エリア



1人で勉強エリア



感覚エリア(視覚系)



おもちゃエリア

一緒に遊ぶエリア

(3) 継続したアセスメント

①入園前アセスメント（入園前面接で実施）

子どものコミュニケーション（表出、受容、相互交渉）、社会性（つどいやおもちゃエリアなどの小集団場面の観察）、想像力（スケジュールを示した時の反応、終わりの理解など）、認知や実用的な伝達の方法（文字や数字など）について把握するとともに、保護者の状況に関する情報を得るために、3～4組で1時間の『つばめ相談』を実施している。このアセスメントは、療育開始までの待ち期間があるため、今後のことが不安な保護者に対する相談支援の機会でもある。

②継続したインフォーマルアセスメント

療育内容を向上させていくためにはもちろん、保護者も子どものことをより理解していくためにも、集団・個別を問わず、行動観察によるアセスメントを継続している。活動や会話の流れなどの文脈だけに左右されすぎないように、集団療育場面・個別療育場面で繰り返し評価できる点は支援の充実のために有効な方法である。今後もアセスメントを続け、療育にあたることが望まれる。

③フォーマルアセスメント（つばめ実施分）

知能・発達検査については、診療所内で実施するものとして、つばめの中では実施していない。しかし、コミュニケーション関連検査（質問－応答関係検査、PVT-R 絵画語彙発達検査、国リハ式〈S-S 法〉言語発達遅滞検査）や、心の理論検査、自閉症・発達障害児教育診断検査（PEP-3）については、保護者にとって、子どもの姿や困り事への理解（特性理解）に必要であると判断された事例について実施することができるものとしている。また、構音や吃音、感覚面の評価、治療が必要と思われる事例については、ICP 会議に提案し、診療所での支援を提供するものとしている。

(4) スーパーバイズによる支援の充実

年間を通して、こども療育センター(現 浅田病院)精神科医 大澤多美子氏によるスーパーバイズを受け、子どもの評価・支援についてのアドバイスを受け、支援の向上を図ることができた。職員研修として長崎大学准教授 岩永竜一郎氏、(株)ピラミッド教育コンサルタント・オブ・ジャパン今本繁氏より、スーパーバイズを受けることができた。

スーパーバイズを受けることは、子ども達への支援が適しているものであるかどうかの検証を得られるとともに、担当スタッフだけでは解決できないと思われる問題に対して、新たな視点を取り入れることができる。今後も、療育センター内部の専門職はもとより、外部有識者のスーパーバイズを通して、支援の質を向上させていきたい。

(5) 通園施設としての機能を活かした療育支援

①個別療育計画による保護者との共通理解

根拠に基づいた療育を提供していくために、継続したアセスメントを行い、療育プランを立てていくが、保護者と共通の理解となるよう、個別療育計画として書面で子どもの姿と課題・取り組みについて共有化している。

個別療育計画には、子どもの姿として、障害特性に基づいた行動特徴を記載し、姿に合わせた課題や取り組みを記載する

形式とした。また、保護者記入欄を設け、協同して、工夫した子育てを考えていくことのできる形式とした。基礎集団や就学先などへは保護者の判断により情報提供されている方もいたが、保護者が希望された場合の連携方法については、今後の課題である。

個別療育計画

②家庭訪問による家庭生活への支援の実施

通園施設が持つ機能の一つとして、家庭環境を含めた広い視野での支援が行えるメリットを活かし、平成 25 年度に 1 件、平成 26 年度は 5 件に実施している。家庭環境を踏まえた工夫の方法を保護者と提案していくことや、環境調整について検討していくことは、実際に様子を見ることで保護者・スタッフの気づきとなる部分も多い。

毎日通園でなく、保護者とスタッフとの心理的距離感に違いがそれぞれあることから、スタッフが必要と判断し、希望のある事例について今後も実施していくことが有効と思われる。

③退園後のフォローアップについて（「つばめの会」学習会開催）

後期療育終了後、保護者の希望の多かった「発達障害特性の復習」「就学後に起こりやすい姿とその対応」、「把握しづらくなる友人関係などについての対人面への工夫」、「思春期を意識した取り組み」などについて、スタッフからの講義形式での学習会を開催した。実施時期については、幼稚園の卒園時期と重なったため、次年度調整が必要であるが、保護者からは好評であった。

(3) 幼稚園・保育園との連携

①つばめでの療育参観日の開催

生活の主体である統合先の園の先生方の参観は、年間 40 園を超える参加率が高かったことから園生活での困難さがある様子が伺えた。参観では、実際の療育場面の見学後に、子どもの特性について伝え、具体的な方法を提案した。見学後のアンケートによると有意義な機会となっているようである。

②施設支援一般指導事業による連携

平成 25 年度 4 件、平成 26 年度 4 件、対象児が在籍する園からの依頼を受けて、施設支援スタッフとして幼稚園・保育園へ訪問し、子どもの行動特性や配慮できる点についてアドバイスや保護者支援についての共有を行った。

③関係機関連携として対象園との連携

平成 26 年度より、スタッフが必要と判断し、保護者及び在籍する幼稚園・保育園へ関係機関連携として、情報の共有や支援の提案など、基礎集団へスタッフを派遣し、園の先生方とともに検討する取り組みを試行している。平成 26 年度実績として、前期 1 園へ 2 回（公立保育園）、後期 2 園へ 5 回（私立保育園）で取り組みを継続している。

9 これからの課題

(1) 対象児の選定について

子ども自身に必要な力として、ソーシャルスキルの学習に必要な、『他者の立場や気持ちに置き換えて考える力』や『自己客観視する力』、『物事の前後関係、因果関係を把握する力』などがある。もちろん、発達上の偏りがあるため、口頭でのやり取りだけでは理解できない事も多く見られる。

しかし、コミック会話やソーシャルストーリーなど視覚的な情報を用いて、状況や出来事の文脈、関係性を理解していく事ができることがソーシャルスキル学習のためには必要である。

理解の状況により、視覚的な情報でも説明しきれず、ソーシャルスキルの学習に到達しない児も見られ、発達状況が微妙な児については、可能な限り受け入れて対応した。年長児で境界域の知的発達状況では、理解に至らない事例もあり、ソーシャルスキルの学習前の課題に取り組む場合も見られた。

画一的な尺度では判断できないことも多くあり、知能・発達検査や、各種療法などでの臨床像を踏まえて ICP 会議などで検討していくことが必要である。

(2) 保護者の障害受け止めの状況、障害児通所施設受給者証の取得について

保護者自身が子どもに障害があることを受け止め、受給者証を取得するというプロセスは、事務手続きの多さや受給者証を取得するという心理的な負担はあるものの、子どもの姿を受け止め療育に向かうという心理的な準備を整える意味では、有効な方法であった。手続きの簡素化など、今後検討していく必要性もあるものの、療育への意識づけとしても有効であった。

しかし、受給者証の取得に対する拒否感や、療育の必要性を感じないなど、年間で 5～10 組ほどが利用をキャンセルされた事例については、小児科及び、外来療育教室でのフォローを行った。各担当者や外来療育教室との整合性が整理されていく中で、今後、検討が必要である。

10 まとめ

療育内容を考えていくにあたり、スタッフ 4 職種が持つそれぞれの専門性を活かしながら療育プランを立てられたことは有益であった。これまでの療育の中で位置づけられてきたそれぞれの役割のみでの療育とはせず、全スタッフが全ての役割を行うことに

より、それぞれの職種各スタッフの得意分野のみでの判断するのではなく、複数の視点で療育内容を検討していくことができた。このことは、今後の療育の質的向上を考える上でも重要で、『療育者』としてこれからも、スタッフ自身が成長していくことが必要である。

また、発達障害の特性に特化した子ども達への支援が提供でき、子ども達の成長や学びの機会として有益であったことは、多くの子ども達がつばめへの来所を子ども達が期待していたことや保護者からの終了時アンケートが好評であったことから一定の成果として考えられる。療育効果については、今後、子ども達の集団適応や成長から感じられるものと期待し、さらなる検証が必要である。

これまでの、療育手帳を持たない統合児への外来療育としての機能と、多種多様な手厚い支援が可能である通園機能とを合わせた、児童発達支援センター発達障害児対応クラス（なぎさ園・つばめ）の、『子ども、保護者、家族が幸せに暮らしていくために』さらなる質的向上を図ることが必要である。

(3) 広島市の保育園における乳幼児期の支援～発達支援コーディネーターの役割～

広島市こども療育センター 児童発達支援センター育成園

副園長(保育士) 角野直美

1. はじめに

本市では、医療・保健・福祉・教育等の関係機関が連携を図り、共通の視点に立って発達障害者への支援を総合的、計画的に進めていくために「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム」を策定し、発達障害者支援に関する具体的な内容を定めた。その取り組みの柱の1つに、「保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実」が挙げられており、乳幼児期の「気になる子」への必要な支援に向け、状況把握、情報収集を行い、子ども、保護者、保育園職員、適切な関係機関へとつないでいくキーパーソンとして、各公・私立保育園に、平成19年度より発達支援コーディネーター(各園1名)が配置された。

2. 発達支援コーディネーターの役割

- (1)「気になる子」の気になる行動を把握する。
- (2)気になる行動についてのアセスメントを行う。
 - ・行動チェックリストの実施
 - ・クラス集団チェックリストの実施
- (3)支援方法を明確化する(物理的環境整備・保育の方法・保育園内の連携等)
- (4)個別支援計画策定について担任にアドバイスする。
- (5)より充実した支援に向け、専門的な機関を活用するための連携・調整を行う。
- (6)支援について共通理解が持てるよう、保護者へのカウンセリングを行う。
- (7)全職員が「支援」の共通理解をするために会議を開催する。
- (8)就学に向けて、小学校や必要に応じては地域との連携調整を行う。
- (9)区ごとのコーディネーター会議に出席し、支援の検討をする。
- (10)定期的に支援の評価を行い、支援方針や保育体制の見直しをする。

3. 発達支援コーディネーターの養成

発達障害についての理解、ケースに応じた支援方法や環境整備、アセスメント力、保護者へのカウンセリング、個別療育計画策定方法、福祉制度等、発達支援コーディネーターとして必要な力量を高めることを目的とし、年5回の基礎講座やレベルアップ講座を開催する。

(別紙1)

4. 経過

各園に発達支援コーディネーターが配置され7年が経過した。当時保育園では「気になる子」の多くが親の育て方や愛情不足と認識されていたが、発達障害についての理解が進んできたことによって、現場の保育士の気づきにより発見され、専門機関に紹介されるケースが増えた。また、診断の有無に関わらず問題に対する早期の介入も行われるようになった。保護者への子育てのアドバイスも一般的な子育て支

援から、特性に配慮したアドバイスへと変化も見られている。

しかし、一方では子どもを分け隔てなく同じように思いやりを持って丁寧に接することとされる保育の考え方も根強く残っており、一部の子どもへの支援に特別な時間をかけられない物理的な問題とも重なって集団重視の保育が展開され、個々の子どもにとって支援が合わない現状がある。また、せっかく発見されても、支援が合っていないことからますます問題をエスカレートさせてしまうこともある。

保育園の現状の中でどう支援したらいいのか悩んでいる保育士は多く、支援のアイデアやスキルについて、座学のみではなく実践的に学ぶ機会が必要であった。そこで、平成 21 年度には保育士等を対象とした専門研修が新たに実施され、広島市の 8 区の保育園から 8 名の保育士が、1 年間の系統的な実践研修に参加した。

5. 保育士等を対象にした専門研修

(1)目的:自閉症スペクトラムの特性に配慮した支援について、実践を通して学び、保育園現場で支援が必要な児への保育に活かす。

(2)対象:保育課の選定した保育士 8 名

(3)頻度:2週間に1日、1年間

(4)研修担当職員:こども療育センター外来教室担当医師(児童精神科医)・外来教室担当職員(保育士・言語聴覚士)・発達支援センター職員・地域支援室施設支援担当職員

(5)実施方法:

＜前期＞

午前中は、こども療育センターにおいて、自閉症スペクトラム児を対象とした外来教室で実習を行った。実習生(保育士)は 2 組に分かれ、1 組は教室に入り、もう 1 組は別室でモニターを見ながら観察した。各組は回毎に役割を交代した。午後は 2 組合同で、実習を踏まえて療育課題を検討し、専門講師やこども療育センター職員による講義ならびにコンサルテーションを受けた。

＜後期＞

代表保育園(2 園)において実習及び事例発表を行い、これを踏まえて専門講師やこども療育センター職員によるコンサルテーションを受けた。代表園以外の園では、対象児 1 名を決め、その児に対する取り組みのまとめを行い、助言を受けた。

(6)実践研修のまとめ:

＜前期＞

自閉症スペクトラムの特性に合せた支援方法について、外来教室内で実習生に役割を持ってもらうことで、より主体的に対象者の困難さ、必要な支援について考えてもらう場となった。また、自閉症スペクトラムの子どもの行動のアセスメントも、実践を行うことで講義内容の理解が深まった。さらに実践を保育園に持ち帰り実際にやってみることで役立つ支援であることの実感が持てたという声が多く聞かれた。

＜後期＞

保育園では外来教室の支援の工夫を、モデルとなった対象児だけでなく、他の子どもにも応用して実践している様子が見られた。実習生からは、実際に実践する中で、自園の対象児を過大評価していて自閉症の困難さに気付いていなかったことが分かった等が聞かれた。

- ・実践研修会受講前後の自閉症スペクトラムの特性理解については、研修前に自閉症のことを全く知らなかったと答えた保育士はおらず、全員がすでに何らかの知識を持っていたが、実践研修後、さらに理解が深まったと回答していた。また、実践が継続的であったことで、振り返りのミーティングや補足説明等を通して子どもの姿を分析すること、次の支援の手立てを具体的に検討していく過程がとても参考になったとの意見が聞かれた。
- ・講義形式の研修だけでなく、実際の療育現場に参加し、それを自園で実践しフィードバックするという研修形式は、伝える側にとっても学ぶ側にとっても非常に手応えがあった。今後の研修体制を考えていくための1つのモデルになったと思う。
(しかしながらこの実践専門研修は、人的体制や物的条件整備が整わないためか、要望はあるものの、単年度で終わり、現在、継続されていない)

6. 今後の課題

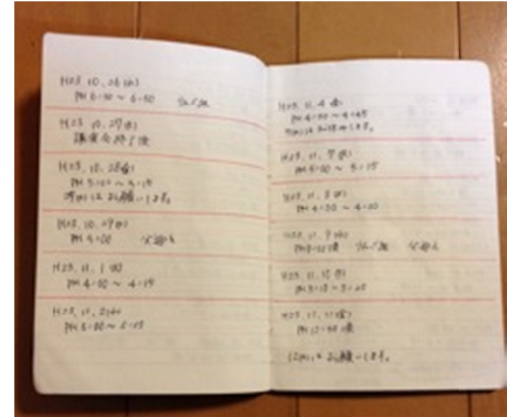
発達支援コーディネーターの養成講座を受講し、発達支援コーディネーターの経験がある保育士は増えている。このことから、各保育園で発達障害についての一定の理解はされるようになった。しかし、特に公立保育園は転勤の度にコーディネーターに任命されたりされなかったりで継続性がないことから、コーディネーターとしての位置づけも不明確となり、自覚の持ちにくさもある。研修で学びえた専門性を維持し、現場で発揮できるような体制作りが必要であると思われる。

(4) 自閉症の我が子への取り組み

～広島市の公立保育園から公立小学校へ～

保護者 向井佳代

写①



●保育園との連携

＊療育センター初診時、保育園から園の様子（集団の様子）を文章で伝えてもらう

（註）広島市では、保育園からの紹介状を持って受診するのが一般的

＊ 診察内容を共有し、支援を統一する。

- ・ 絵カードが有効・・・活動スケジュールなど絵を使う。
- ・ お迎えノート・・・見通しがもてるように迎え時間を書いて渡す。写①
- ・ 個別懇談・・・状況に応じて園での様子を聞きながら支援の方向を担当と一緒に考える。

●行事の取り組み

＊ 特徴に合わせて活動の段階を踏みながらすすめる。

（見る→部分参加→全部参加）

担任と親が本人の不安な所を共通理解、支援方向を考え支援する。写②

担任からの質問を主治医に聞き（外来受診時）、回答を担当に伝える。

主治医とすぐ会えない時、保育園の発達支援コーディネーターに相談する。

（人のにおいを嗅ぐ事を相談した）

写②



●就学相談の流れ

- 1 教育委員会に電話し、就学相談を受けたい旨を伝える。
- 2 相談員と面接・・・生育歴、子どもの特徴を話す。学校の仕組みを聞く。
- 3 相談員が保育園見学・・・園での様子を見て、園長・担任と話をする。
- 4 本人の心理検査・・・検査結果を聞き苦手な所や学校に向けての事を話す。
- 5 相談員、本人、親で小学校を見学

校長先生と面接・・・本人の特徴や支援方法、就学相談の結果報告、友だち関係について話す。

＊ 相談員の方はどんなに細かい事でも気になったり、困ったりしたら相談して欲しいと言われる。学校側は、「できる限りの支援はしていきます」と言われた。新しい担任が決まったら面談と入学式の予行をしてもらうようお願いし、承諾される。

●学校との連携

＊ 入学式前日、校長先生と担任との面談・・・本人の特徴と支援方法を伝える。教室、靴箱の場所を確認、入学式の予行をする。

- ・ 診察内容を共有し、支援を統一する。絵カードの利用（スケジュール、変更時、ルールなど）
- ・ 担任と電話や連絡ノートで連絡を密にする。
- ・トラブルがあった時、良い事があった時など情報を共有し、支援の方向を担当と一緒に考える。

＊ カードファイル 写③

- ・ ルールや要求を書いた絵カードをファイルにまとめ、本人と担任がすぐ手にとれる所におく。見たい時に手にとり確認できる。

写真③



＊ 立て看板 写④

- ・ 学校敷地内の立ち入り禁止場所に立て看板がなく、虫を探しに入っては叱られていたので、見て解るように立て看板をお願いする。親の描いた絵を拡大し、すぐ立て看板を立てる。クラスだけにとどまらず、学校全体で取り組んでいる。

＊ 1日のスケジュール 写⑤

- ・ 登校時、1日のスケジュールを個別に配布
授業の内容や時間が細かく書かれている。変更時もそれに書き込んでいく。
終了時に自己評価する欄もある。

＊ 面談

- ・ 新学年が始まる前（春休み中）に新担任との面談
本人の特徴と支援方法を伝える→サポートファイルを利用する。
新しい教室、靴箱の確認、新しい事への配慮について話す。

写真④



サポートファイル 写⑥⑦

- ・ 広島市から配布されるサポートファイルを利用する。
(註) サポートファイル：幼児期の情報を就学先の学校と共有する仕組みが無く(移行支援)、学校との連携が十分ではないため、出生時から就労までの一貫した個々人の状態の把握・理解できる「サポートファイル」を作成し、平成20年度から配布。
平成21年度に広島県も作成、県・市でファイルを統一して配布)
- ・ 学年末に1年間の様子、集団での様子を担任に書いてもらい、それを持って次年度の担任と面談をする。

● 障害告知された時の思い

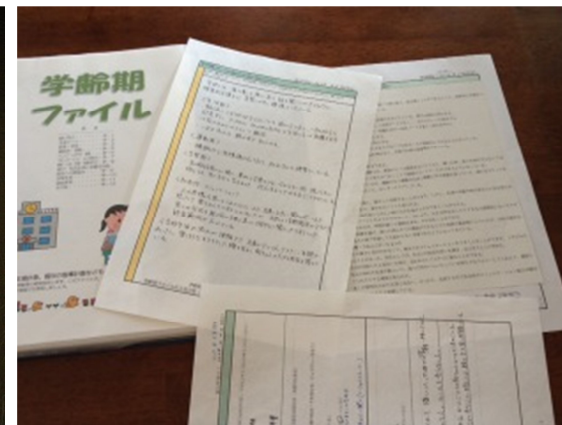
“発達障害では？”と疑い『違って欲しい』気持ちと『はっきりすれば息子は救われる』という気持ちが入り乱れていた。
「自閉症スペクトラム（アスペルガー）」と言われた時に、心に詰まっていた物がすっと落ちるような気持ちになった。

きょうの時間わりとべんきょうのよてい 9月18日(水)

時間	プログラム	よてい	シール
8時00分 ～ 8時15分	朝来たら	①教科書やノートをついの中に入れる。 ②しゃべりたいを出す。 ③生活ノートを書く。 ④おてあそび	○
8時25分 ～ 8時35分	朝読書	①自分の読みたい本を読む。 ②せきで10分間、本を読む。	△
8時40分 ～ 8時45分	朝の会	①朝のあいさつ ②けんこうかんさつ ③うた ④先生の話	○
8時45分 ～ 9時30分	1時間目	①まわりのテストをする。 ②お話を聞いてちやうどいっぴのテストをする。	○
9時35分 ～ 10時20分	2時間目	①みずのかさのたんのいのテストをする。 ②おさんのたんのいのテストをする。	△
10時25分 ～ 10時35分	大きゅうけい	おでげんきにあそぶ。	△
10時40分 ～ 11時25分	3時間目	①新しいかん字の れんしゅうをする。 ②国語の本をかえし、新しい本をかきかへる。 ③しずかにあそび、たいくかんんにけんし。	○
11時30分 ～ 12時15分	4時間目	①ルールをきいておてあそびをする。	○



写⑤



写⑥ 写⑦

●よかった支援

- * 支援が軌道に乗るまで主治医（児童精神科医）の診察を月1回受けられたのは心強かった。（一般に小児科医が主治医の場合、4～5か月に一回の診察だが）
- * 療育センターが行っている保護者・支援者研修は1年を通して様々な内容を知る事ができる。
- * 保護者主催のゼミ（主治医がアドバイザー）は色々な年齢の話が聞けて見通しがもてる。
- * 外来教室・親子共々支援の基礎を教えてもらった。

●あったらいいな

- * 研修の情報などもっと広まり参加しやすかったら。
- * 主治医と会えない時などに相談にのってくれる人。保育園・学校・地域など身近な所にたくさんいると良い

●周りとの連携

主治医と話したことは息子の特性を理解してもらうために必ず、保育園・学校の担任に伝えるようにしている。学校からの要望に応えたり、家での支援方法を報告する。（決して無理強いせず良好な関係が保てるよう心がける）保育園・学校の協力に感謝を忘れず、息子の良き理解者でいてもらえるよう願いをこめて。

●大切にしてきた事

- * 楽しむ。（支援も含め）
- * 嘘はつかない。
- * あきらめない。
- * 信じる。

(5) 広島大学病院小児科の現状と人材育成の試みについて

広島大学病院小児科 梶梅あい子

1. 広島大学病院小児科の役割

広島大学の附属施設である広島大学病院では、「臨床」のみならず「教育」・「研究」という3つの責務がある。その3つを柱に、発達障害に関連することについて述べる。

① 臨床

広島市では、発達障害診療は広島市こども療育センターがその患者の殆どを担っている。ただ、近年の発達障害への興味・関心の増加から、広島大学病院へも受診希望の問い合わせが入ることが増えつつある。広島大学病院小児科では、幼児期の集団療育は行っていないため、乳幼児については基本的に広島市こども療育センター（及び未就学児のみを対象としている西部・北部こども療育センター）を紹介し、学童以降について対応することとしている。

診療は小児科内の専門外来である「子どものこころ外来」や「神経外来」の担当医が対応している。診断・評価や薬物療法に加え、作業療法や集団療育教室も小規模ながら行っている。

② 教育

近年は、毎年約120名の学生が広島大学医学部医学科へ入学する。その中で、子どものこころの診療に興味を持つ学生は少なからず存在する。精神科の講義の中で児童精神科や発達障害領域について講義される時間があるが、小児科の講義や臨床実習においても発達障害について触れられる機会があり、後述の「広島児童青年精神医学研究会」という勉強の場についても案内するようにしている。

また、初期研修医・後期研修医や、それらを終えて大学病院で勤務する者の中にも、発達障害診療に興味を持つ者がいる。希望に応じて、外来診療の陪席や療育教室へのスタッフ参加を案内している。

③ 研究

大学附属機関としての大きな責務である。まだまだ実績は少ないが、精神科・リハビリテーション科等の他科や他学部・学科と時に連携しつつ、発達障害を対象とした脳機能画像研究を進めている。

2. 広島県における人材育成～広島児童青年精神医学研究会（Hiroshima Society for Child and Adolescent Psychiatry；HSCAPの会）について～

平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業の一環として、日本児童青年精神医学会・中国地区担当主催の「児童思春期精神科における専門従事者養成のための研修会」が広島市で開催された。それをもとに、平成22年に広島県内の若手精神科医・小児科医が協同して「広島児童青年精神医学研究会（通称HSCAPの会）」が設立され、活動を継続している。世話人は全て卒後10年目前後（設立時）の精神科医・小児科医で、それまでどのように子どものこころの診療を学んで行くか模索しながら進んできた経緯がある。下記に設立の目的・意義、活動の実際、今後の課題について述べる。

① 設立の目的・意義

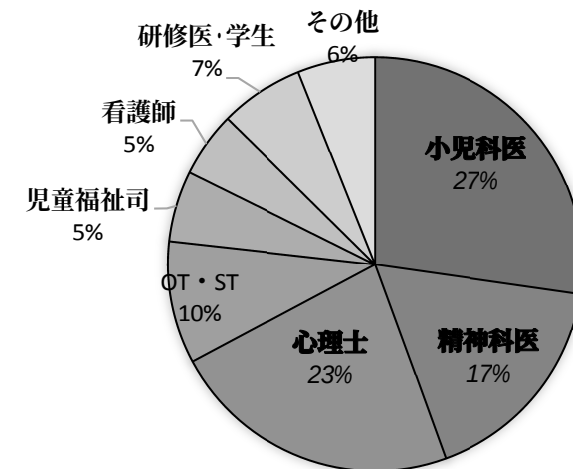
最大の目的である「子どものこころの診療について学ぶ場を確保すること」に加え、「同志を増やし同志とのつながりの場を確保すること」、「広島市においてもすばらしい学びの場が存在することを若い医師や学生たちに伝えていくこと」も大きな意義があると考えている。若い医師や学生には、広島でどのような研修が可能であるかという情報を得る機会がなく、こちらから積極的に活動についてアピールしていくことを欠かさないようにしている。

② 活動の実際

平成 22～27 年度までに 30 回の研究会と 2 回の特別セミナーを行い、精神科医・小児科医をはじめとして心理士等のコメディカルや医学部生等が参加している。過去 2 年度分の参加者内訳（当会単独で主催したもの）を下に示す。内容は講演会，症例検討会，合宿形式の研修会，ワークショップ等様々である。具体的なテーマについては，発達障害，生物学的精神医学，力動的精神医学，ブリーフセラピー等多岐に渡っており，柔軟に幅広い内容について学ぶ機会を設けられることを目指している。広島県の「若手医師等育成支援助成金」を得て，それを元に活動する年もある。

③ 今後の課題

学生時代から子どものこころの診療に興味を持ち当会に参加していた者も，初期研修や後期研修を関東地区の専門性の高い施設を選び広島を離れることも少なくない。しかし，一度広島を離れた者が再び広島に帰って子どものこころの診療に従事したいというケースも出始めている。広島のような，大学内に児童精神医学の講座や子どものこころの診療に特化した部門がない地域で，子どもの心の診療を志す医師が育って行くことは容易ではないかもしれないが，当会の活動を地道に継続して行くことで，関東圏で研修を終えた医師が再び広島に戻って来やすくなることが期待できると考えている。また，同じ道を志す者同士が顔の見えるつながりを継続し，子どもの心の診療について研鑽を積むことに心が折れてしまわないように，お互いが情報交換しつつ支え合っていくことも重要であると考えている。



《平成 25～26 年度の参加者内訳 (n=190)》

(6) 広島市における一般小児科クリニックでの発達障害の取り組み

医療法人あすか 高橋内科小児科 高橋真弓(小児科医)

当院はこどもの急性疾患や気管支喘息やアトピー性皮膚炎、夜尿症などの慢性疾患などの一般診療と予防接種、乳幼児健診などを行っているふつうの小児科クリニックです。発達障害については、子どもの心の相談医として、セミナーや講演会で学ぶ機会が多くなりました。そして外来を受診する患者さんの中にも発達障害と思われる子どもたちも増えてきました。発達障害は児童精神科医や療育センターの小児科医師しか診療できない領域であると思っていましたが(後述)、以前から存じ上げていた発達障害の専門医の先生や心理の専門家の協力を得ることが出来て、平成25年4月に発達障害や登校しぶりの子どもたちのための発達外来と児童デイサービスを開設いたしました。

[当院の発達外来]

現在、発達外来には5名の臨床心理士が在籍しそれぞれの臨床心理士には心理学科の大学院生が陪席し2名で発達検査やプレイセラピー、カウンセリングなどを行っています。発達外来での検査としては遠城寺式発達検査、新版K式、WISC、DNCAS、PARS、ADHD RS-IV、バウムテスト、M-CHATなどを行っています。平成25年4月から26年10月までの18か月間の発達外来受診数は163名で診断名としてはASDが最も多く、ADHD、MRの併存が多く見られます。

診断後、療育が必要な子どもは当院の児童デイサービスで療育を行う仕組みにしていますが、症状の重症度によって療育センターの療育機関を利用したほうがいい場合や保護者が希望する場合、高学年や中学生で暴力や犯罪にかかわるような場合、また保護者が発達障害という病名を受容できない場合のセカンドオピニオンの目的などで療育センターに紹介をしています。また、脳波検査や脳腫瘍や変性疾患などの器質的疾患の除外が必要な場合、精神疾患を疑われる症例なども病院や精神科に紹介をしています。不登校に関しては幸いにも力量の高い臨床心理士に恵まれており精神疾患などの心配がなさそうな場合は外来でカウンセリングを継続することも多いです。

[児童デイサービス]

平成25年4月に始めたデイサービス「ぱる」は、午前は児童発達支援デイサービス、午後が放課後等デイサービスとしていましたが、2年目の平成26年4月からはそれぞれを独立させてデイサービスを2つにしました。

デイサービスは発足当時から療育センターに長年勤務したベテラン保育士3名+臨床心理士+カウンセラーたちが療育を担当してくれました。発達外来での診断後、デイサービスで継続した療育が出来ることは子どもたちや保護者にとっても安心できるようです。現在、保育士、介護福祉士、臨床心理士、社会福祉士を中心としてST、OTがパートで入りチームでの療育を行っています。

児童発達支援デイサービスでは、集団遊び(ソーシャルスキル)、運動遊び(感覚統合)、基本的生活習慣の確立、見通す力(視覚支援)、要求手段を学ぶ、ふれあい遊びなどを通して、それぞれが楽しめ、自己肯定感を育てることを大切にした療育を進めています。個別指導としてはP E C S(絵交換式コミュニケーションシステム)などを行っています。放課後デイサービスでは「難しいことがあるのは、あなたのせいじゃないよ。あなたに合うやりかたを一緒に探してみよう。楽しく生きるために今できることをやってみよう」をコンセプトにしてほぼ同様の支援を行っています。このような療育を受けることで子どもたちが驚くほど変化し、

成長していくことに大きな手ごたえを感じています。

【小児科医と発達障害児の診断・支援】

人口 120 万人の広島市では発達障害の療育も含めた診療を行っている小児科開業医は 3－4 か所しかありません。発達障害の診療を行うには、医師が知識を身に付け経験を積むことだけでなく、心理検査、発達検査、カウンセリングなどを担うスタッフ、療育を行うスタッフが必要です。しかしながら十分経験を積んだ有能な人材の確保はそんなには容易ではないように思います。さらに、発達障害の子どもの初診に要する時間は一人 30-40 分くらいかかりますので特別な時間枠の設定が必要ですので今までの診療時間を長くするか、一般の診療時間を削ってそれに充てる必要があります。ちなみに私は午前中の外来が終了後に 1 名の枠で（予約制）診察をしています。

今後、私どものようにスタッフをそろえて診断・支援を行う診療所は増えてくると想像しています。実際多くの小児科医がこどもの心の相談医であり、発達障害に関心をもっていらっしゃいます。今後、より多くの小児科医が診断・療育も含めて発達障害の診療をできるだけ担当することで、療育センターはより専門的な仕事に専念できると思われます。療育センターは児童精神科、小児科、耳鼻科、眼科、整形外科などの多岐にわたる専門医、看護師、OT、PT、ST などのセラピスト、臨床心理士、保育士など専門職がそろっています。多面的、総合的な診断を行ったり、さらに専門的な療育を提供する機関として、また困難事例を引き受けたり、地域の核として機能していただければと思います。そして軽装備で診療や療育を行っているクリニックに情報提供、勉強会や症例検討会、療育のアドバイスなどのスーパーバイズを行なっていたければとても心強いです。

チームで仕事をしていくことで子どもたちが見えてきます。自分が診断した子どもたちがその後どのような経過を辿っていくのか、日常生活の中でのどんなことに困っているのか、どんな特性があるのか本人や親が外来で語ってくれたり療育のスタッフから情報を得ることで発達障害の理解を深めていくことが出来ます。しかし、発達障害疑いの段階で他の医療機関や療育機関に紹介してしまうとその後の経過が分からないのでなかなか経験を深めることが出来ないように思います。

【18 か月間の発達外来のデータ】

平成 25 年 4 月から 26 年 10 月までの 18 ヶ月間の発達外来の状況を簡単にまとめてみました。

受診者数は 163 名、1 か月平均 9 名の新患がありました。男女比は男児が女児の約 2.5 倍です。

	男児	女児	合計
全体	116	47	163

受診経路下記のとおりです。療育センターや行政、学校や保育園・幼稚園との連携も進んできました。

インターネットを 見て	療育センター や公的機関か らの紹介	院内掲示を 見て	知人からの 紹介	学校や保育園 などからの紹介	当院医師から の勧め	その他	合計
45	26	19	19	14	10	30	163

初診時の年齢構成です。3才以下が予想以上に多かったです。発達障害に対する意識が保護者や保育士の間で浸透してきていることをうかがわせます。3歳以下では、言葉の遅れや目が合わない、多動などの訴えでの受診が多いです。

3歳以下	4～6歳	7～12歳	13歳以上	合計
48	43	62	10	163

転帰は当院のデイサービスでの療育を受けている子どもが最も多いです。

ばる利用	外来継続	その他 療育機関	経過観察 のみ	不明	終了	その他	
68	16	11	2	3	41	22	163

以上、広島市における一般小児科医の発達外来や療育の現状、また、今後、専門機関である療育センターと一般小児科との役割分担について、私の考えを述べました。

(7) 島根県西部圏域での発達障がい支援と医療との連携について

島根県西部発達障害者支援センターウィンド 相談支援員 三沢 智

中国地方の日本海に面して位置する島根県は、平成 27 年現在で人口が 696,070 人となっており、海や山などの自然環境や海産物に恵まれている一方、少子高齢化が進み大きな課題となっている県である。また、島根県が東西に長い地域的な特徴もあり、発達障害者支援センターは東部センターウィッシュが出雲市、西部センターウィンドが浜田市のそれぞれ 2 箇所に平成 18 年から民間法人委託の形態で設置されている。

島根県西部発達障害者支援センターウィンドは、知的障害者入所更生施設桑の木園を母体とする社会福祉法人いわみ福祉会が委託を受け運営を行っており、島根県西部地方の大田市、江津市、浜田市、益田市を主とする 4 市 5 町、人口約 21 万人を対象範囲としている。

相談の傾向として、年齢層についてはセンター開設当初 7 歳～12 歳、成人期の相談が全体の相談件数の中で占める割合が多かったものの、近年は 13 歳～15 歳、16 歳～18 歳の相談が増加傾向にある。状況としては中学校・高校・特別支援学校からの相談が増えており、また相談だけではなく、教職員や福祉事業所の職員を対象に発達障がいの特性や支援・対応に関する機関コンサルテーションの件数もそれに伴って学齢期の機関から増加している。

障がいの種別では、センターへ初回相談時は未診断が最も多く、相談の内容では中学校や高校、大学を不登校状態からの中退、または短期間で離職をした後自宅で生活する期間が長期化し、家族以外の社会的関係が無いひきこもり状態から相談につながって医療機関の受診、そして発達障がいの診断につながるケースが増加傾向にある。

島根県西部圏域での大きな課題として、医療機関の絶対数自体が非常に少なく、また発達障がいの診立て・診断について専門的な対応が可能な受診先となると非常に限られている現状がある。そこでウィンドでは平成 18 年のセンター開設当初より、「いきなり医療機関への受診はハードルが高い。」、もしくは「一度発達や本人の状態について医師の判断を聞いてみたい。」といったご本人や家族の状況、ニーズに合わせ、「発達障がいの特性の診立て」、「医療機関受診の必要性を判断」等を目的として医療相談事業を実施している。センターから県内 3 医師に委託を行い、年間 10 回～12 回、予約制で 3 件（1 ケース 1 時間）の相談を年齢層や相談内容に合わせて実施している。

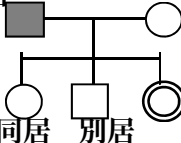
しかし、医療相談はあくまで診立てで診断の場ではないため、その後本人やご家族が診断を希望される、もしくは医師が医療の必要性を判断され受診を検討する段階となった際、現状においても浜田圏域にある小児神経科では予約 3 ヶ月待ち状態になっていることや、青年期から成人期の受診可能な機関となると更に限られている。また、県東部の医療機関には西部圏域からの通院に片道 3 時間～4 時間を要する距離があり、JR や自家用車の移動自体が困難である場合や、ご本人やご家族の心身の状態や感覚面での過敏さから長時間の移動負担に耐えられない場合もある。そのため、県西部圏域では医療や支援を必要とする方にとってスムーズな受診、そして支援やサービス利用につながらない状況が生まれてしまうのが実際に起きている。

そのような現状を踏まえ、近年では発達障がい専門の診立てを含めた医療受診を必要とされているご本人やご家族への紹介先として、島根県外の医療機関を紹介してつなぐケースが増加している。

島根県の形状として、県西部地域の浜田市や益田市から県庁所在地のある松江市まで移動に約3～4時間要するのに対し、広島県の政令指定都市である広島市には高速道を利用し車で約1時間15分～2時間で到着することが可能である。往復の時間を考えても広島市への受診であればご本人やご家族の負担はかなり軽減されることもあり、相談の中で県内外複数の医療機関を提案した際も、ご家族やご本人が広島市の医療機関受診を希望し選択するケースが多くなっている。現在では広島市の浅田病院を受診先とし、予約から短期間で受診につながり（約1カ月前後）、大澤多美子医師の診察によって発達障がいの特性、そして精神的な2次症状も含めて専門的な診立てを得られることによって、診断書の発行からその後のスムーズな支援や制度・サービス利用はもちろん、ご本人やご家族の安定や安心につながっている。

島根県西部圏域のように医療機関が限られた地域の中で、発達障害者支援センターが果たす役割として、相談から医療を必要とされる利用者に対して、成育歴や状態、検査も含め発達障がいの特性をアセスメントし、ご本人やご家族に対して丁寧な説明を行いながら個別のニーズに合わせた支援について提案を行えること。そして適切な情報を医療機関へ情報提供し、診断、治療や支援が受けられるようにする専門性の向上が必須である。

その際には、センターとして専門的な医療が受けられる医療機関の把握を行い、相談者の状況や地域性も含め県内に限らない医療機関との連携を構築し受診につなげていくことは今後も必要な機能と考える。そして、単に医療機関へ紹介するだけに留まらず、本人の症状や状態変化など医療機関との情報共有を図りながら特性に配慮した支援を検討し、受診及び診断後には必要な地域の教育・福祉支援機関や事業所につなげて連携体制を構築しながら、地域全体の発達障がい支援体制の構築を進めていくことが求められている。

インテイク（情報収集）	アセスメント（評価）		プランニング（支援計画策定）
成育歴	基礎情報	特性について	対応・支援方針について
乳幼児健診等で発達に関して指摘を受けたことは無い。保育園の時、いつもバスの送り迎えする母親が行けず祖母が行ったところ、その日は押し入れの中でずっと泣いていた。その後送迎は全て母親が行う。 質問したことと違う答えが返ってくるがあった。普段通りの手順などが急に変更することで戸惑いやすい。大きな音が苦手だった。今は小さな音に対して非常に敏感である。暑がり、本人はエアコンをかけて母親がコタツに入る状況が起きる。たくわんや煮豆など匂いに非常に敏感である。ざわざわした環境や人の視線が苦手。 小学校に入ると算数と地理(都道府県名)が非常に苦手であった。中2の時父親が難病を発症し、号泣し続ける等感情が不安定に。高校では集団への適応困難から神経内科を受診、以後カウンセリングを受ける。 高校卒業（平成X-4）後、コールセンターに採用され1ヶ月の研修に参加するも適応困難で離職。 その後喫茶店で3年勤務し、離職後2箇所レストランへ就職。計算やメニュー記憶が難しく休職となる⇒平成X年6月、ウィンドへ相談。	本人について 家族構成  同居 別居 診断名等 【診断名】うつ病 【手帳】無し 【年金】無し 【手当】無し 関係機関 精神科A病院：カウンセリング ウィンド 環境について 【家族状況】 同居の祖母から働いていないことに対して非難めいた発言が多く、本人との関係が悪化している。 【学校・職場】 所属無し 【友人・近隣など】 継続した友人関係はない状況。	・文字が苦手、インターネットも絵や写真しか見ていない。見たことを絵で覚えると話す。 →喫茶店時代、1度しか来店していないお客さんの名前を覚えていた。 ・高校時代「このテスト問題を出す」と配られたプリントは写真のように覚えて答えられたが、問題が違っていると全く分からなかった。 ・複数処理が苦手。ただ何事も完璧にしなければ気が済まない傾向にあり、できない自分を頑張っていない、努力が足りないと責めることが多い。 ・相手から言われたことを理解することが難しく、具体的に言ってもらえないと分かりにくい。 →アルバイト先のフロア掃除で、排水溝とは逆の向きにホースの先を向けており、「（水が溜まるから）ホースの向きを逆に」と言われても、母親が家で説明するまで意味が分からなかった等	1. アセスメント ～平成X年6月ウィンド初回相談。その後母親から生育歴の聞き取り、本人の生活・就労・医療等に関する相談を実施。 ※6月、A病院でWAIS-III検査実施 2. 医療機関受診 ～受診機関を検討した結果、浅田病院（広島市）へ平成X年7月初診予定。主治医は大澤多美子Dr（紹介状、WAIS-III及びAQの検査結果を同封） 3. 福祉制度・サービスの検討 ～受診結果によって、今後手帳等の制度利用についても検討を実施。 4. 就労支援&機関連携 ～受診結果によって、今後の就労について診断名を開示しての支援を検討。職業評価・チャレンジ実習等の活用についても提案予定。 ＜連携機関＞ ※就業・生活支援センター ハローワーク 障害者職業センター （公表の許可をご本人及びご家族から得ています）

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

福岡市における発達障害児の支援体制に関する研究 政令指定都市間の発達障害支援システムの比較研究

分担研究者 本田 秀夫（信州大学医学部附属病院 子どものこころ診療部）

研究協力者 佐竹 宏之（福岡市立東部療育センター）

森 孝一（福岡市教育委員会・福岡市発達教育センター）

宮崎 千明（福岡市立心身障がい福祉センター）

小川 弓子（福岡市立西部療育センター）

相部 美由紀（福岡市立あゆみ学園）

研究要旨：地域特性にあった発達障害の支援システムを考えるため、政令指定都市である福岡市における発達障害のニーズ調査を行った。また福岡市の地域特性の調査とともに横浜市、広島市の 2 政令指定都市との療育システムの比較研究を行った。ニーズ調査として、療育機関調査では、小学 2 年生の幼児期における発達障害の発生率は 5.3%、有病率は 4.9%だった。中学 1 年生では、それぞれ 3.5%、3.6%だった。学校調査では、疑いを含めた発達障害の有病率は小学 2 年生で 6.8%、中学 1 年生で 5.0%であり、そのうち医療機関での診断を把握しているものは半数程度だった。比較研究を行った 3 政令指定都市は、拠点となる療育機関が早くから整備され、そこを中心として支援が展開されてきたのは共通していたが、福岡市では療育センターは主に幼児期への支援を行っており、教育への支援の移行を重視しているのが特徴的であった。また近年の療育対象児の増加と多様化に対して、3 政令指定都市では様々な取り組みを行っており、拠点施設が整備された地域に共通した課題もみられた。

A. 研究目的

近年、自閉症スペクトラム障害を中心とした発達障害児の相談が急増しており、その認識の広がりとともに行政、福祉、教育等の様々な施策が行われている。早期発見と支援開始の場である各地域の療育機関においても、そのニーズの高まりと広がりに対して、地域の実情にあわせた様々な具体的な取り組みがなされてきた。

本研究班は、地方自治体の規模による発達障害児の支援ニーズの実態把握と支援システムの現状調査を通して、地域特性に合わせた支援の在り方についてモデルを示すことを目的としている。その目的に沿って、政令指定都市である福岡市について、①地域特性に関する調査、②発達障害の支援ニーズに関する調査、③政令指定都市である横浜市、広島市との支援システムの比較研

究を行った。

なお、福岡市では平成 17 年から公文書やパンフレット等において「障害」の表記を「障がい」としているが、本稿は研究論文であるため他の研究報告との一貫性を考慮し、「障害」の表記を用いた。また、福岡市には診療所機能や相談支援機能を持つ総合的な療育機関として、心身障がい福祉センター、西部療育センター、東部療育センターの 3 センターがあるが、本稿ではそれらを総称した名称を「療育センター」としている。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

本研究班は平成 25 年度に調査研究を開始しているが、福岡市に関しては今年度(平成 26 年度)からとなるため、本研究班において昨年度行われた各地方自治体の地域特性調査と同一内容の調査を、共通フォームを用いて行った。調査においては、政令指定都市である福岡市の地域特性について、地理的特徴、人口動態、産業構造などを、福岡市のホームページや関係各課からのヒアリングによって情報収集した。これらの情報と福岡市の発達障害児への支援システムについて、共通フォームに沿ってまとめた。

本調査の結果に関しては、今年度行われた後述の政令指定都市間の比較研究と重複する部分が大きいため、比較研究の中でまとめて考察した。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

福岡市の行政区の中で最も人口が多い東区(約 30 万人)の児童を対象に、発達障

害児の発生率や有病率を把握するための療育機関調査と学校調査を行った。対象年齢は平成 26 年度の小学 2 年生(平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれ)、中学 1 年生(平成 13 年 4 月 2 日～平成 14 年 4 月 1 日生まれ)で、昨年度本研究班で行われた調査と同年齢の児童を対象とした。

(1) 幼児期における発達障害の発生率および有病率調査(療育機関調査)

福岡市には現在 3 か所の療育センターがあり、幼児期に把握された障害児の殆どが各療育センターを受診している。また療育センターでは支援の対象を主に幼児期までとしており、支援を教育へと引き継ぐ体制をとっている。療育センターを年長までに受診した対象児のカルテ情報から、幼児期における発達障害の発生率、有病率を算出した。調査時点は、多くのケースで支援が終了となる年長時の 3 月末(小 2 群:平成 25 年 3 月 31 日、中 1 群:平成 20 年 3 月 31 日)とした。出生コホートについては、対象児の出生地の全例把握が困難であったため、近似的に療育センター初診時の居住地をもとに調査し発生率を算出した。居住コホートについては、ケース終了時点の居住地をもとに調査し有病率を算出した。主病名が脳性麻痺、二分脊椎や筋疾患などの運動障害、聴覚障害、視覚障害となる幼児については、調査対象から除外した。

(2) 学校における発達障害児の有病率調査(学校調査)

福岡市東区在住の児童が在籍する小中学校(福岡市東区外を含む)、知的障害児特別支援学校に対して、対象児童についてのアンケート調査を行い、有病率を算出した。調査時点は平成 26 年 4 月 2 日とした。

3. 政令指定都市（横浜市、広島市、福岡市）における支援体制の比較研究

政令指定都市である横浜市、広島市の療育機関と共同で、発達障害児の支援体制の比較調査を行い表にまとめた。これらの中で、福岡市と他2政令指定都市の間で特徴的と思われる内容について考察した。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

調査結果は、昨年の本研究班の共通フォームに基づき巻末にまとめた。地域特性調査の中で発達障害の支援システムに関する内容については、政令指定都市間の比較調査表においても概要を簡潔に記載している。

福岡市は全国の政令指定都市の中で5番目に人口が多く、関西より西では最大の人口となっている。人口増加率は政令指定都市の中で最も高く（2.1%）、少子高齢化は進行中だが生産年齢人口や年少人口の割合が比較的高い、若い人口構成となっている。今回調査を行った福岡市東区は、福岡市の7行政区の中では最も人口が多く（平成26年4月1日現在の推計人口301,062人）、人口増加数も多い地域で、人工島を含めて複数の都市整備事業が進行中の福岡市のベッドタウンである。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

アンケート調査（学校調査）の回収率は、小学校31校中30校（97%）、中学校17校中16校（94%）だった。このうち有効な回答が得られた小学校29校（在籍児2526人）、中学校15校（在籍児2356人）を調査対象

とした。

（1）小2群の調査結果（図1・3、表1・2）

発達障害全体（精神遅滞を含む）でみると、療育機関での診断による幼児期の発生率は5.3%、有病率は4.9%だった。小2時点の学校調査による疑いを含む有病率は6.8%で、このうち医療機関での診断を把握しているものは47%（81/172）だった。医療機関未受診の理由として把握された中で最も多かったものは「必要性を感じない」で、次いで「家族の理解不足」だった。教育的配慮としては、通常学級での担任による配慮のみの場合が最も多く53%（91/172）だった。不登校（30日以上長期欠席）状態の児童は2例（1.2%）のみだったが、市立小学校全児童における不登校児の割合0.2%（149/76057：平成25年5月1日現在）よりも高かった。

発達障害の内訳では広汎性発達障害が最も多く、幼児期診断例の67%（96/143）を占めており、そのうち精神遅滞を伴わないものは75%（72/96）だった（巻末の表参照）。幼児期診断例では、次いで精神遅滞、言語障害、多動性障害の順に多かった。学校調査においても広汎性発達障害は最も多く、疑いを含む総数の37%（63/172）で、次いで多動性障害、精神遅滞、学習障害、言語障害の順に多かった。

（2）中1群の調査結果（図2・3、表1・2）

発達障害全体（精神遅滞を含む）でみると、療育機関での診断による幼児期の発生率は3.5%、有病率は3.6%だった。中1時点の学校調査による疑いを含む有病率は5%で、このうち医療機関での診断を把握している

ものは 52% (62/118) だった。医療機関未受診の理由は、小 2 群と同様に、「必要性を感じない」が最も多かった。教育的配慮としては小 2 群と同様に、担任による配慮のみが最も多く、51% (60/118) だった。不登校状態の児童は 9 例 (7.6%) で、市立中学校全児童における不登校児の割合 2.3% (814/ 35762：平成 25 年 5 月 1 日現在) よりも高かった。

発達障害の内訳は、小 2 群と同様に広汎

性発達障害が最も多く、幼児期診断例の 42% (42/100) で、そのうち精神遅滞を伴わないものは 60% (26/42) だった (巻末の表参照)。幼児期診断例では、次いで精神遅滞、多動性障害、その他 (境界知能、吃音等)、言語障害の順に多かった。学校調査においては小 2 群とは異なり精神遅滞が最も多く、疑いを含む総数の 34% (40/118) で、広汎性発達障害は 32% (38/118) だった。次いで多動性障害、学習障害の順に多かった。

平成 18.4.2
～19.4.1 生

出生コホート

発生数（発生率）

参考（福岡市東区）

平成 18 年 4 月～平成 19 年 3 月出生数 2757 人

平成 25 年 3 月 31 日在住 6 歳児数 2927 人

学校調査（小学 2 年）有効回答児童数 2526 人

療育機関 (n=2757)		療育機関 (n=2927)	学校 (n=2526)	
診断例		診断例	診断把握数	疑い含む総数
145 (5.3%)	発達障害全体	143 (4.9%)	81 (3.2%)	172 (6.8%)
95 (3.4%)	PDD	96 (3.3%)	43 (1.7%)	63 (2.5%)
4 (0.15%)	多動性障害	3 (0.10%)	8 (0.32%)	40 (1.6%)
14 (0.51%)	会話・言語	14 (0.48%)	4 (0.16%)	10 (0.40%)
1 (0.04%)	学力	1 (0.03%)	1 (0.04%)	15 (0.59%)
27 (0.98%)	精神遅滞	25 (0.85%)	21 (0.83%)	37 (1.5%)
4 (0.15%)	その他	4 (0.14%)	4 (0.16%)	7 (0.28%)

療育機関調査 平成 25 年 3 月 31 日時点
学校調査 平成 26 年 4 月 2 日時点

有病数（有病率）

居住コホート

図 1 小学校 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問題がある児童についての学校の認識

平成 13.4.2
～14.4.1 生

出生コホート

発生数（発生率）

参考（福岡市東区）

平成 13 年 4 月～平成 14 年 3 月出生数 2779 人

平成 20 年 3 月 31 日在住 6 歳児数 2794 人

学校調査（中学 1 年）有効回答児童数 2356 人

療育機関 (n=2779)		療育機関 (n=2794)	学校 (n=2356)	
診断例		診断例	診断把握数	疑い含む総数
98 (3.5%)	発達障害全体	100 (3.6%)	62 (2.6%)	118 (5.0%)
40 (1.4%)	PDD	42 (1.5%)	20 (0.85%)	38 (1.6%)
16 (0.58%)	多動性障害	16 (0.57%)	7 (0.30%)	21 (0.89%)
9 (0.32%)	会話・言語	9 (0.32%)	0 (0.0%)	1 (0.04%)
3 (0.11%)	学力	3 (0.11%)	4 (0.17%)	14 (0.59%)
19 (0.68%)	精神遅滞	19 (0.68%)	31 (1.3%)	40 (1.7%)
11 (0.40%)	その他	11 (0.39%)	0 (0.0%)	4 (0.17%)

療育機関調査 平成 20 年 3 月 31 日時点
学校調査 平成 26 年 4 月 2 日時点

有病数（有病率）

居住コホート

図 2 中学校 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問題がある児童についての学校の認識

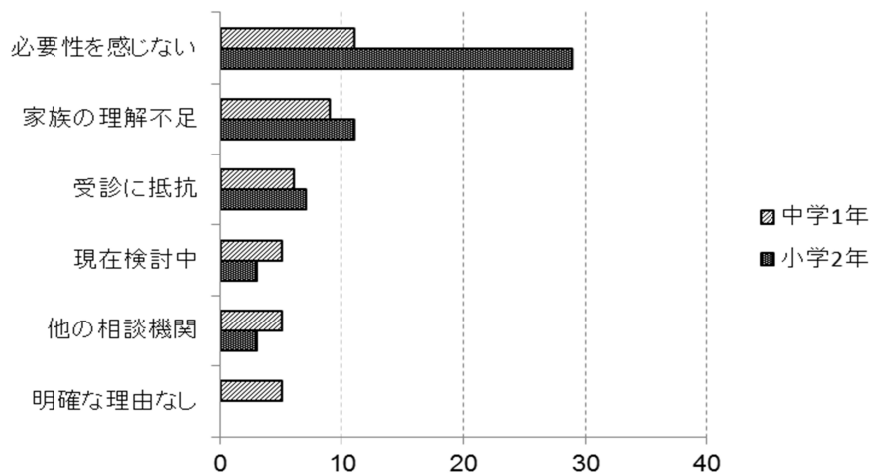


図3 医療機関を受診しない理由

表1 発達障害児への特別な教育的配慮（知的障害を含む）

		小学2年			中学1年		
		男	女	計	男	女	計
特別支援学校		11	5	16	12	3	15
特別支援学級	知的障害特別支援学級	30	16	46	22	12	34
	自閉症・情緒障害特別支援学級	4	2	6	0	0	0
	その他の特別支援学級	0	2	2	0	0	0
	小計	34	20	54	22	12	34
通常学級	情緒障害通級指導教室	1	1	2	3	0	3
	難聴・言語障害通級	1	0	1	0	0	0
	その他の通級指導教室	2	0	2	1	0	1
	適応指導教室	0	1	1	2	0	2
	小計	4	2	6	6	0	6
その他の支援		4	1	5	1	2	3
学級担任による配慮のみ		70	21	91	46	14	60
合計		123	49	172	84	34	118

表2 発達の問題と不登校

	小学2年		中学1年	
	不登校児数	疑い含む総数	不登校児数	疑い含む総数
(1) 対人関係・こだわり	0	63	3	38
(2) 多動	0	40	1	21
(3) 言語	0	10	0	1
(4) 学力	1	15	1	14
(5) 全体の遅れ	1	37	3	40
(6) その他	0	7	1	4
合計	2(1.2%)	172	9(7.6%)	118

3. 政令指定都市（横浜市、広島市、福岡市）における支援体制の比較研究

3 政令指定都市の比較研究の結果は、政令指定都市グループ報告の巻頭に表で示している。

D. 考察

1. 発達障害の支援ニーズに関する調査

療育機関調査による幼児期の発達障害の発生率、有病率を小2群、中1群で比較すると、小2群は中1群よりも5割程度高く、両群の調査時点の5年間で、発達障害の診断を受ける幼児が大きく増加していたことが分かった。診断名については、両群とも広汎性発達障害が最も多かったのは変わらなかったが、その割合は小2群で高く、高機能児（境界知能以上）の割合も小2群で高かった。一方で中1群では多動性障害の有病率が小2群の約6倍高かった。これらから5年間で広汎性発達障害の概念が浸透し、高機能児がより多く把握されるようになったとともに、幼児期に多動性障害と診断されていた多くが広汎性発達障害として捉えられるようになったという、診断の変化を読み取ることができる。

今年度4月時点の学校調査を幼児期の療育機関調査と比較すると、学齢期の疑いを含む発達障害の有病率は、小2群、中1群のいずれにおいても、幼児期診断の有病率よりも4割程度高かった。一方で医療機関での診断を学校が把握している例の有病率は、幼児期診断の有病率よりも低かった。幼児期に診断された児童の一部で、その情報が学齢期以降に引き継がれていなかった可能性が考えられる一方で、幼児期に診断されなかった児童で、就学後に学校教員に

よって発達障害の特性が把握されるようになるものが多数あることが分かった。また医療機関未受診の理由としては必要性を感じないとするケースが最も多かった。福岡市の療育センターでは学齢期以降の支援は教育へと引き継ぐ形をとっており、他の療育センターがある都市と比較して学齢期の医療的資源が比較的少ない状況にあるが、診断を必要としない発達特性の把握と支援の開始が、教育現場の力で進められてきている状況を推察することができる。

診断の内訳について、幼児期診断と学齢期の疑いを含む教員評価を比較すると、学校教員の評価では多動性障害の割合が高くなっていた。規律が求められる集団場面での評価の特徴を表しているのかもしれない。不登校児については、小2群、中1群ともに市立小中学校全児童の割合よりも高く、発達障害によって不登校のリスクが高められている可能性が考えられた。特に中1群では高く、中学校環境への適応の難しさが示唆された。

2. 政令指定都市（横浜市、広島市、福岡市）における支援体制の比較研究

今回比較研究の対象となった3政令指定都市は、早くから診療所を併設した拠点となる療育機関を設置し、医療診断のもとで幼児期の療育が開始されており、早期発見から療育までの流れが整備されてきた比較的恵まれた地域である。また拠点施設での相談支援や他機関への支援にも早くから取り組んできており、近年の発達障害概念の広がりや、相談件数の増加に対しても、それぞれに対応をしてきている。以下に、3政令指定都市の比較から、福岡市の療育体

制について考察する。

（１）地域療育拠点の構成と療育体制

３政令指定都市における療育の拠点施設は、いずれも同様の組織構成と支援機能を有している。すなわち診療所を併設しており、相談支援機能と通園機能がある。拠点施設の数には横浜市が９か所と多いが、総人口比だと福岡市は拠点施設あたり約５０万人、横浜市や広島市は約４０万人と大きくは異なっていない。発達障害児の診療は、福岡市では主に小児科医が行っているが、横浜市、広島市では小児科医とともに児童精神科医が常勤し、学齢児の診療を行っている。

福岡市は、拠点施設である３療育センターの他に福祉型児童発達支援センターが民間法人の運営を含めて４か所（平成２７年度から５か所）あり、３～５歳の児童に週５日の通園療育を行っている。通園形態は、横浜市では週２、３、５日と複数の体制をおき幼稚園や保育園との並行通園を行っているのが特徴的であり、広島市でも並行通園が行われている。在籍児数を３～５歳人口比（平成２２年国勢調査）でみると、横浜市は人口千人あたり７．４人（６９１人／９３５９３人）、福岡市は８．２人（３０９人／３７５０５人）と、人口当たりの通園規模は福岡市がやや大きく、週５日通園であることを考慮すると、福岡市では通園療育で手厚い支援を行っていることが分かる。保育士配置は、福岡市では４：１と児童福祉法の定める基準としているが、横浜市では３：１、広島市では２：１と独自の配置基準を設定している。また福岡市では１、２歳の低年齢児への親子通園療育を行っており、早期に支援を開始し保

護者の発達理解につながる場となっている。

知的障害のない発達障害児に対しては、横浜市では市の指定管理制度のもとで療育センターに児童発達支援事業所を併設して支援を行っているのが特徴的で、広島市では高機能発達障害児を対象とした通園療育を一部で行っており、増加する民間の児童発達支援事業所でも高機能発達障害児への支援が行われている。福岡市では各療育センターで障害児等療育支援事業による外来療育グループが行われているが、今後は児童発達支援事業所が認可される見通しであり、利用者の選択肢が広がり、通園療育とともに重層的な支援の展開が期待される。

（２）乳幼児健診からの早期支援体制

福岡市では平成２４年度から健診における問診票に発達障害の関連項目を加えている。その影響もあり保健福祉センターから療育センターへの受診件数が増加しており、受診経路としては最も多くなっている。横浜市では１歳半健診において多職種チームによる連携が行われており、広島市では親子教室への参加や研修による連携が図られている。福岡市では、１歳半健診や３歳健診に療育センターの医師を派遣して連携を行うなど、それぞれの地域で早期発見の場との連携の取り組みが行われている。

（３）幼稚園・保育園への支援体制

幼稚園や保育園は多くの発達障害児が生活する重要な支援の場であり、３政令指定都市それぞれで、療育センターからの巡回支援体制や研修体制がとられている。福岡市の各療育センターでは、同職種である訪問支援保育士が巡回支援を行っているのが

特徴的である。その実績は増加傾向でニーズが高いことがうかがえる。広島市では公立保育所に発達支援コーディネーターを配置しているのが特徴的である。研修体制としては、福岡市では、市内全域の幼稚園、保育園職員を対象として、心身障がい福祉センターを中心とした各療育センターの共催で年に1回のセミナー（あいあいセミナー）を行っており、基礎講座、実践講座で構成される充実した内容となっている。西部、東部の両療育センターでは地域の幼稚園、保育園を対象とした研修を行っている。また各療育センターでの実習や講師派遣なども行っており、幼稚園、保育園との連携を深め、支援の輪を広げるための幅広い取り組みを行っている。これらの影響もあり福岡市では幼稚園、保育園から療育センターへの紹介受診がこの10年間で約3倍と大幅に増加している。

（４）就学への移行支援や学齢児支援

福岡市では療育センターは主に幼児への支援を行っており、学齢期以降は教育へと支援を引き継ぐ体制を取っている。このため学校への移行支援が重視されており、就学相談を受ける年長児の約9割で療育センターの資料が用いられ、療育センター職員が就学指導委員会に委員として参加するなど、療育と教育の積極的な連携が行われている。平成22年には福岡市発達障害者支援協議会において「就学前から学齢期へ発達障害がある子どもの支援をつなぐためのガイドライン」（移行支援ガイドライン）が策定されるなど、有効かつ効率的な移行支援が図られている。

（５）福祉制度の違い（療育手帳等）

3政令指定都市ともに、療育手帳の判定基準に大きな違いはないが、横浜市と広島市では知的に境界域にある発達障害児を療育手帳の対象としているのが特徴的で、横浜市ではIQ76～91、広島市ではIQ76～84を対象としている。福岡市では知的に境界域の発達障害児は精神障害保健福祉手帳の対象としている。3政令指定都市ともに、高機能の発達障害児については、精神障害保健福祉手帳で対応している。

E. 結論

発達障害の概念は、自閉症スペクトラムに代表されるように、定型発達との連続性があり多様性のあるものである。それが広く世間に浸透し日常的に知られるようになってきたことは、専門機関においては、支援対象児の増加や多様化へとつながっている。今回の我々の学校調査では、小学2年生の約7%が発達障害の診断あるいは疑いとなっていたが、昨年度の本研究班の調査では1割程度の結果を示した地域も多く見られた。これは従来の報告からすると高い数値であり、発達障害の特性を幅広くとらえるようになってきていると解釈することができる。特に知的に高い自閉症スペクトラム児が増えていることは各地域で共通する傾向となっており¹⁾、今回の我々の調査でも同様の結果が示された。

今回療育システムについて調査をした3政令指定都市は、いずれも早くから拠点施設が整備され、障害の発見から医師の診断を経て支援を開始するという、充実した医療型モデルを展開することができている。

従来からの障害児療育の対象に多くの発達障害児が含まれるようになった環境変化にも逸早く取り組んでいるが、受診待機が数か月になるなど対応が難しくなっている面があることも共通していた。幼児期に把握されるケースの中には、その後キャッチアップして発達障害の特性がとらえにくくなるものもある²⁾。発達障害への理解が深まり早期発見も進んできている中で、把握される多くの子ども達をすべて支援の対象とするべきかという議論も生じるが、一方で、後に不適応に陥るケース（いわゆる二次障害）の予防を考えると、早期から特性を共有し何らかの支援を開始することは必要と思われる。

平成26年7月に厚生労働省から示された「今後の障害児支援の在り方について（報告書）」³⁾では障害児支援を、子ども・子育て支援新制度やその他の一般的な施策をバックアップする後方支援と位置づけている。地域の子育て支援につながるような幅広い発達支援と、状態によって必要とされる診断手続きを経ての専門性の高い支援を、どのようにシステムとして共存させるかが、共通した課題の一つとなっている。

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

- 1) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014 Mar 28;63(2):1-21.
- 2) Fein et. al. Optimal outcome in individuals with a history of autism. J Child Psychol Psychiatry. 2013 Feb;54(2):195-205.
- 3) 厚生労働省. 今後の障害児支援の在り方について（報告書）. 2014 July; <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000050945.html>

報告書作成のために必要な項目（全地域共通）

地域特性に応じた発達障害の支援モデルを考えるために必要な地域の実態を把握するにあたり、全地域共通に必要な調査項目を以下に挙げます。これらのデータをまとめるにあたっては、別に作成した個票などを適宜ご活用ください。これら以外に研究分担者ごとに独自のデータを収集される場合、できるだけ共通項目と独自の項目とを分けて記載してください。共通項目については、研究分担者の報告書でまとめていただくほか、研究代表者の報告書で全体を集計したものを報告したいと思います。

市町村区名（ 福岡市 ）

記入者氏名（ 佐竹 宏之 ）

記入者所属（ 福岡市立東部療育センター ）

対象とした地域（市町村区）の地域特性

国勢調査（平成 22 年）のデータをもとに記入してください。

1. 地理的特徴・人口・人口動態

項目	平成 22 年 10 月 1 日時点でのデータ
総面積	341.32 (67.98) Km ²
総人口	1,463,743 (292,199) 人
人口密度（可住地面積 1km ² 当たり）	4,288.5 (4,298.3) 人
人口性比（女性 100 人に対する男性の数）	89.8 (94.8) 人
世帯数	707,358 (133,165) 人
1 世帯当りの人数	2.07 (2.19) 人
外国人登録者数	17,325 (5,896) 人
社会増	72,326 (13,662) 人
社会減	67,782 (12,534) 人
出生	14,656 (3,146) 人
死亡	10,206 (2,052) 人
出生率（人口 1000 対）	9.8 (10.0)
死亡率（人口 1000 対）	6.4 (6.6)
乳児死亡率（人口 1000 対）	2.4 (2.8)
婚姻率（人口 1000 対）	6.9 (6.7)
離婚率（人口 1000 対）	2.2 (2.3)
年少人口割合（0～14 歳）	13.3 (14.3) %
生産年齢人口割合（15～64 歳）	69.1 (68.4) %
老年人口割合（65 歳以上）	17.6 (17.3) %
高齢者単身世帯の割合	8.5 (9.3) %
市町村内総生産（名目）	653,360 千円
完全失業者数	52,881 人
完全失業率	7.4%
生活保護被保護人員（人口千人当たり）	25.9 人
財政力指数	0.84
市町村民税（人口 1 人当たり）	180,655 円

2. 就業人口（平成 22 年）

項 目			人口（人）			構成比（％）			
			計	男	女	計	男	女	
人口総数			1,463,743	692,648	771,095	—	—	—	
就業人口総数			663,826	360,260	303,566	100	100	100	
就業率						—	—	—	
産 業 分 類 別 就 業 者 人 口		農業、林業	3,520	2,170	1,350	0.5	0.6	0.4	
		漁業	618	524	94	0.1	0.1	0.0	
		第 1 次産業	4,138	2,694	1,444	0.6	0.7	0.5	
		鉱業	51	44	7	0.0	0.0	0.0	
		建設業	47,828	39,398	8,430	7.2	10.9	2.8	
		製造業	36,276	23,193	13,083	5.5	6.4	4.3	
		第 2 次産業	84,155	62,635	21,520	12.7	17.4	7.1	
		電気・ガス・熱供給・水道業	4,118	3,498	620	0.6	1.0	0.2	
		情報通信業	27,270	18,748	8,522	4.1	5.2	2.8	
		運輸業	37,975	30,747	7,228	5.7	8.5	2.4	
		卸売・小売業	135,850	69,703	66,147	20.5	19.3	21.8	
		金融・保険業	22,694	10,275	12,419	3.4	2.9	4.1	
		不動産業	20,131	11,866	8,265	3.0	3.3	2.7	
		飲食店・宿泊業	47,615	20,296	27,319	7.2	5.6	9.0	
		医療・福祉	70,552	18,132	52,420	10.6	5.0	17.3	
		教育・学習支援業	33,200	14,884	18,316	5.0	4.1	6.0	
		複合サービス業	2,228	1,241	987	0.3	0.3	0.3	
		サービス	（他に分類されないもの）	45,623	24,669	20,954	6.9	6.8	6.9
		公務		17,593	12,195	5,398	2.7	3.4	1.8
		第 3 次産業		517,314	263,950	253,364	77.9	73.3	83.2
		分類不能の産業		58,219	30,981	27,238	8.8	8.6	9.0

3. 職業大分類別就業者数（平成 22 年）

項 目	人口（人）			構成比（％）		
	計	男	女	計	男	女
就業者総数	663,826	360,260	303,566	100	100	100
管理的職業従事者	16,963	14,193	2,770	2.6%	3.9%	0.9%
専門的・技術的職業従事者	107,513	56,220	51,293	16.2	15.6	16.9
事務従事者	141,376	49,803	91,573	21.3	13.8	30.2
販売従事者	118,305	74,567	43,738	17.8	20.7	14.4
サービス職業従事者	82,099	30,299	51,870	12.4	8.4	17.1
保安職業従事者	9,162	8,608	554	1.4	2.4	0.2
農林漁業従事者	4,168	2,798	1,370	0.6	0.8	0.5
生産工程従事者	43,846	29,231	14,615	6.6	8.1	4.8
輸送・機会運転従事者	20,652	20,006	646	3.1	5.6	0.2
建設・採掘従事者	25,249	24,670	579	3.8	6.8	0.2
運輸・清掃・放送等従事者	37,005	18,973	18,032	5.6	5.3	5.9
分類不能の職業	57,488	30,962	26,526	8.7	8.6	8.7

4. 地理的特性の概要

地形、交通の便、気候、産業などの特徴、その他、発達障害の支援体制づくりに関連する可能性のある地理的特性について、自由に記載してください。自治体から出されている資料などがあれば、添付してください。

福岡市は、福岡県の県庁所在地であり、九州の北部にある福岡県の西部に位置し、北は玄界灘に臨み、海の中道と糸島半島によって仕切られ、大きく羽を広げているような博多湾を擁し、南は脊振山地、東は三郡山地に囲まれた半月型の福岡平野にある。気候は年平均 17.1℃(平成 20 年)と比較的温暖な地である。

日本の主要都市（大阪、東京、札幌）までの距離と、東アジアの主要都市（釜山、ソウル、上海、北京、台北など）までの距離がほぼ同じ範囲内にあるため、国際線の定期航空路線も多く、韓国、中国をはじめ、アジア諸国との交流に適した位置にある。福岡と博多、2つの呼び名を持つ都市としても知られており、空の玄関口は「福岡空港」で、鉄道の玄関口は「博多駅」となる。博多っこ気質、博多商人、博多織、博多人形など、全国的に「博多」という名称で有名であり、中世の頃には全国の中でも活気ある経済的に豊かな国際商業都市であった。

推計人口は約 152 万人（平成 27 年 2 月時点）で、全国の政令指定都市の中では第 5 位となっており、関西より西では最大の人口を擁する。平成 22 年の国勢調査以降の人口増加率(平成 25 年—平成 22 年比較)は、政令指定都市の中では最大の 2.1%（2 位さいたま 1.3%）で、昭和 50（1975）年の 100 万人突破から 38 年、政令指定都市では神戸市に次いで 6 番目に人口 150 万人突破している。生産年齢人口や年少人口の割合が比較的高く、若い人口構成となっているが、少しずつ少子高齢化は進んでいる。7 つの行政区で構成され、最も人口が多いのは東区で、以下南区、博多区、早良区、西区、中央区、城南区の順となっており、城南区を除く 6 区で人口が増加している（平成 22 年国勢調査）。

産業構造は第 3 次産業に集中しており、事業所数で見ると第 3 次産業の中でも卸売、小売業、飲食店、サービス業が大きな割合を占めている。サービス業は重要性が高まっており、市内総生産（2006 年調べ）に占める割合は産業別で、卸売・小売業に次いで 2 位で、主な業種は医療業、情報サービス業、土木建築サービス業となっている。

今回調査を行った福岡市東区は市の東部に位置し、福岡市周辺郡部の一部編入の後、昭和 47 年に福岡市が政令指定都市となると同時に発足した行政区である。福岡市の行政区の中では最も人口が多く、かつ増加数も高い区である（平成 22 年国勢調査）。北は糟屋郡新宮町に、東は糟屋郡久山町及び粕屋町に、南は福岡市博多区に隣接しており、西には博多湾及び玄界灘の海が広がっている。

市内都心部に対してベッドタウンとしての色合いが濃く、臨海部では、埋め立て方式による人工島（アイランドシティ）の整備事業が進行中で、市東部広域拠点としての都市機能強化が期待される地域となっている。

参考 HP <http://www.city.fukuoka.lg.jp/shisei/profile/>
 <http://www.city.fukuoka.lg.jp/promo/magazine/index.html>
 <http://www.city.fukuoka.lg.jp/soki/tokeichosa/shisei/toukei/index.html>

発達障害の支援システム

I 知的障害、II 発達障害

1. 自治体における療育手帳の種類と基準

区分	表示	程度	
A	A 1	最重度	概ね I Q 2 0 以下
	A 2	重度	概ね I Q 2 1 ～ 3 5
	A 3	重度・合併	概ね I Q 3 6 ～ 5 0 で、 身体障害者手帳 1 ～ 3 級を所持
B	B 1	中度	概ね I Q 3 6 ～ 5 0
	B 2	軽度	概ね I Q 5 1 ～ 7 5

各区の福祉・介護保険課に申請。18 歳未満はこども総合相談センター、18 歳以上の人は障害者更生相談所で判定。

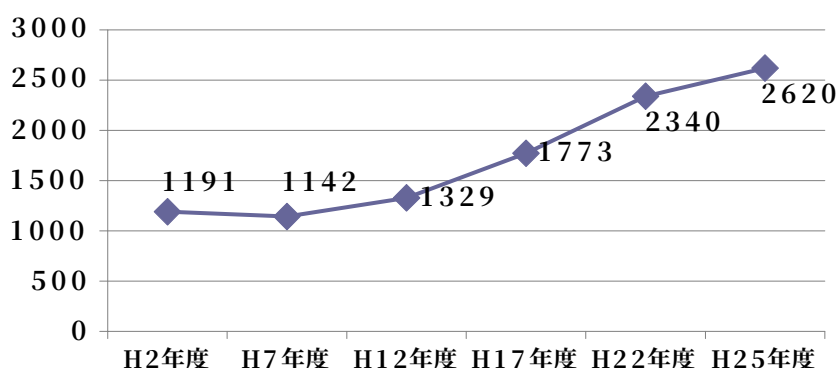


図 1. 療育手帳所持者の推移 (0～17 歳)

2. 支援システムの概要 (自治体から出されている資料があれば、添付してください)

(1) モデル図

福岡市では、昭和 45 年に知的障害児通園施設、昭和 48 年に肢体不自由児通園施設が開設され地域療育が行われるようになり、昭和 54 年には、障害福祉の中核的な施設として福岡市立心身障がい福祉センター（愛称「あいあいセンター」）が開設された。あいあいセンターは診療所を併設し、視覚障害児、聴覚障害児や成人期の障害者も対象としている。その後、療育対象児の増加や支援の広がりとともに平成 11 年に福岡市の西部、東部地域に総合的療育機関を整備する地域療育センター構想が示され、平成 14 年度に西部療育センター、平成 23 年度に東部療育センターが開設された。両療育センターは、知的障害や発達障害児、肢体不自由の小児を対象としている。その他に知的障害児通園施設が 4 か所(平成 27 年度に 1 か所開設予定)、肢体不自由児通園施設が 1 か所あり、現在の福岡市における療育施設の現況は図 2 のようになっている。福岡市では、前述の 3 つの総合的療育機関を中心として、担当区を決めて (図 3)、幼児期における発見の段階から受診、療育の方針決定やケースワーク、市内にある全通園施設の利用調整を行っている。



図2. 福岡市の療育機関

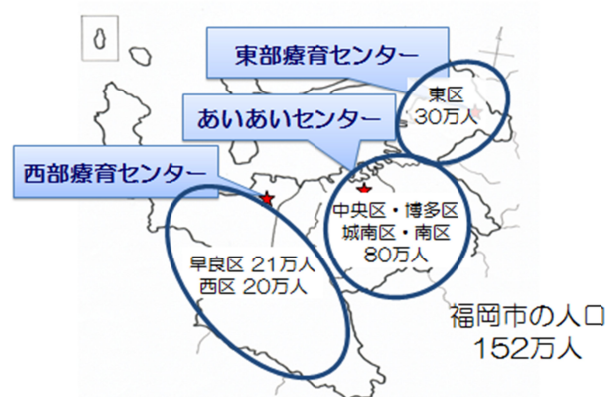


図3. 各療育センターの担当区

(2) 発見の場

保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育園が、療育センターの主な受診経路で、発見の場となっている。平成23年度までは医療機関からの紹介が最も多かったが、近年は保健福祉センターの乳幼児健診経路の紹介数が上回っている。また増加割合では幼稚園・保育園からが3倍以上と最も高くなっている(図4)。

福岡市には各行政区毎で計7か所の保健福祉センターがあり、4カ月健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を集団健診で行っている。10か月児健診は委託医療機関にて個別に行われている。発達障害児の多くは、1歳6か月健診、3歳児健診で言葉の遅れにて把握され、精神精密の心理面接や親子教室を経由して各療育センターへと繋がっている。

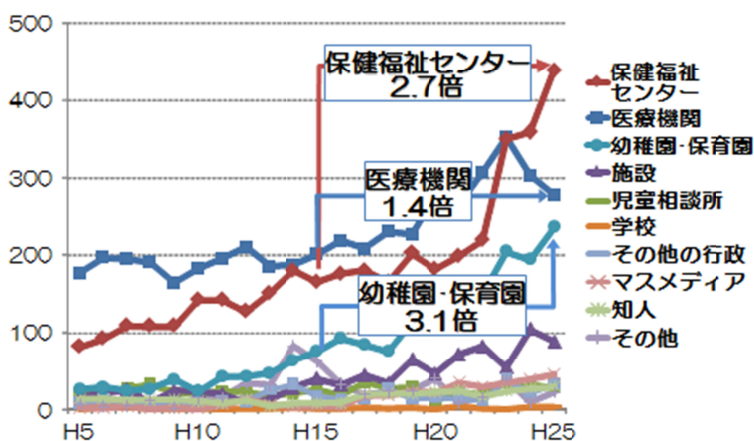


図4. 市内療育機関の新規受診児数(受診経路別)

(3) 発見から継続的な支援までの流れ

主な受診経路である、保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育園などで発達面の問題に気づかれると、それぞれの担当区の療育センターへと紹介される。近年の発達障害児の急激な増加により、新規受診児数はこの10年間で2倍(発達障害児は3.3倍)となっているが、診療枠の拡大により、受診待機を2カ月以

内に抑えることができています。初診の段階で発達検査を施行し、小児科医の診察による暫定診断と療育方針のガイダンスを行っており、週1回の受理事業で療育方針を決定している。

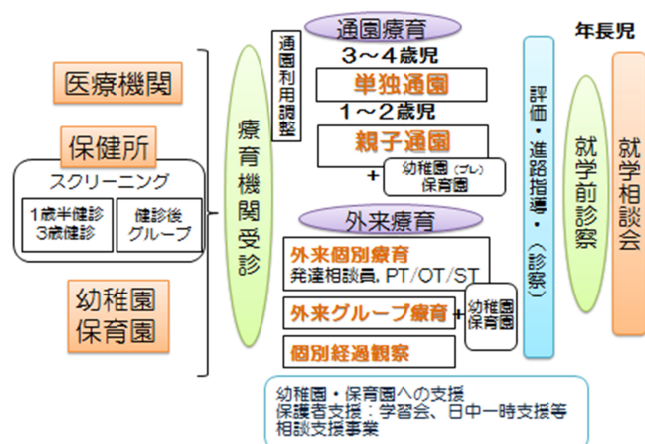


図5. 療育開始から就学までの流れ（知的障害・発達障害）

（4）医療の関わり方

幼児期の発達障害児の殆どが、療育センターの受診を経由して診断を受けた後に療育を開始しており、いわゆる医療型モデルとなる。また、就学前の年長幼児についても、民間児童発達支援センターに療育センター小児科医が訪問して診察を行い、進路相談や発達のガイダンスを行っている。

各療育センターは主に幼児期までを支援の対象としているため、教育委員会による就学相談会への情報提供を含め、学齢期の教育への移行支援を重要視している。そのため就学相談を受ける年長児の殆どが療育センターでの評価を受けて、教育委員会へ資料を提出している。

（5）幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

幼児期の障害児支援を行う専門機関としては、児童発達支援センター（旧知的障害児通園施設）が図2のように開設されている。全通園施設は週5日通園を基本としており、幼稚園や保育園での適応が困難な幼児への療育を行っている。各施設の利用にあたっては、福岡市が設置した利用調整委員会により、支援が必要な児が地域による偏りなく利用できるように調整を行っている。福岡市では、これまで民間を含めて充実した通園体制を中心として療育が行われており、現在のところ児童発達支援事業所（旧児童デイサービス）は認可されていない。

b. 幼稚園・保育所、外部専門職による支援

福岡市では、認可保育所の全園を対象に障害児保育制度を実施している。福岡市が設置した障害児保育指導委員会による判定に基づき、障害程度に応じた障害児一人あたりの保育士雇用経費の助成金が出される。また各療育センターでは障害児保育訪問支援事業を受託しており、訪問支援担当の保育士が希望園への巡回相談を行っており、障害児保育の対象児だけでなく対象外児（療育センター未受診児を含む）も併せて、保護者の了解のもとで園への支援や保護者面談を行っている。幼稚園については、私立幼稚園障害児支援事業として、あいあいセンターから訪問支援保育士が巡回相談を行っている（図6）。

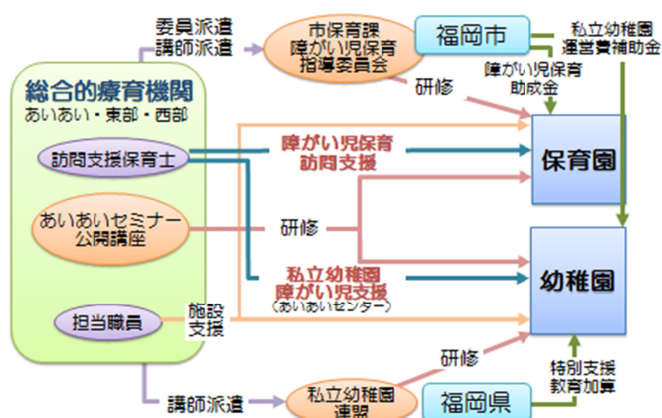


図 6. 幼稚園、保育園への支援体制と療育センターとの連携

d. 学校への引き継ぎ

教育委員会が実施する就学相談会においては、各療育センター受診児について療育センターでまとめた資料（心身状況報告書）を提出する流れとなっている。幼児期の発達障害児の殆どが療育センターを受診するため、就学相談会に参加する年長児の 88%で各療育センターの資料が使われている。また各学校主催の保幼小連絡会において療育センターから就学児の情報提供を行うとともに、保護者の希望に応じて個別の引き継ぎも行っている。また平成 22 年度には福岡市発達障害者支援協議会において「就学前から学齢期へ発達障害がある子どもの支援をつなぐためのガイドライン」（移行支援ガイドライン）が策定され、学校との連携のもとでの効率的な移行支援が図られている。

（6）学齢期の支援

a. 教育システム内の支援体制：

特別支援教育の枠組みとしては、知的障害児特別支援学級（小学校 91%、中学校 87%）、情緒障害児特別支援学級（小学校、中学校ともに 5 校）、通級指導教室（情緒、LD/ADHD、難聴・言語）、特別支援学校（知的障害 5 校）が設置されている。中核施設として発達教育センターがあり、就学相談、教育相談、自立活動、巡回相談、専門家チームによる助言などを行っている。

b. 医療・福祉などとの連携：

各療育センターでは主に幼児期を対象に診療と療育を行っている。学齢期以降で医療的対応が必要な児童については、大学病院小児科（九州大学、福岡大学）、九州大学病院児童精神科（子どものこころの診療部）、福岡市立こども病院児童精神科（こころの診療科）、複数の民間児童精神科クリニックなどを受診している。また相談機関としては、各療育センターの相談支援事業、こども総合相談センター（えがお館）、こども家庭支援センター（子どもの村福岡）、発達障害者支援センターなどがある。

（7）専門家の養成

a. 幼児期：保育所については障害児保育指導委員会による全体研修や区別研修が行われており、幼稚園については私立幼稚園連盟による研修会が行われている。それぞれの研修には各療育センターから講師を派遣している。また、市内全域の幼稚園、保育園職員を対象として、あいうえおセンターを中心とした各療育センターの共催で年に 1 回のセミナー（あいうえおセミナー）を行っている。本セミナーでは、経験年数に応じて基礎講座や実践講座を設定し幅広いテーマで研修を行っている。西部、東部療育センターでは担当する地域の幼稚園、保育園職員を対象とした公開講座を行っている。

b. 学齢期：福岡市の策定した特別支援教育推進プランに基づき、特別支援教育支援員の配置、特別支援教育連携協議会、特別支援教育研修会、医療的ケア検討委員会、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）といった事業が行われている。（参考HP：

<http://www.city.fukuoka.lg.jp/kyoiku-inkai/hattatuc/ed/newplan-edu.html>）。また、発達障害者支援センターでは、ペアレントトレーニング、ペアレントメンター養成研修、支援者養成研修等の支援の裾野を広げる各事業を展開している。

（８）普及啓発

各療育センターでは、保護者向けの様々な研修会や外部からの委託に応じて出前講座を行っている。

学齢期の特別支援教育の中核施設である発達教育センターでは、教員や保護者向けセミナーを行っている。またHPで各学校の特別支援教育で活用できる様々なハンドブックやマニュアル、サポートファイル等を公開している。（参考HP：<http://www.fuku-c.ed.jp/schoolhp/hattatuc/>）

発達障害者支援センターでは、研修会への講師派遣、自閉症啓発デーや発達障害啓発週間などの啓発活動を行っている。

Ⅲ 障害児支援の体制

1. 母子保健

担当部署： こども未来局こども部こども発達支援課、各区保健福祉センター健康課、地域保健福祉課

担当スタッフ：

保健師：常勤 こども未来局こども発達支援課 1 人、区健康課 1 人、区地域保健福祉課 84 人

非常勤 7 人

保健師 1 人あたりの 0～4 歳人口 855 人（H27.1 月 71,811 人/校区担当保健師 84 人）

その他：職種名（助産師） 常勤（区健康課 6）人、非常勤（市 3 人、区 15）人

2. 乳幼児健診（平成 25 年度）

福岡市では、4 カ月健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診を集団健診で行っている。発達面や心理面での問題が疑われる幼児については精神精密の心理面接が行われているが、その人数は平成 25 年度は 1 歳半健診で 774 人（受診児の 5.6%）、3 歳健診で 689 人（受診児の 5.0%）だった。図 7 のように精神精密を受ける幼児の割合は年々増加している。福岡市では平成 24 年度に 1 歳半健診と 3 歳健診の間診票を発達障害児の特性を考慮したものに改定しており、その影響でより多くの幼児が把握されるようになったと考えられる。

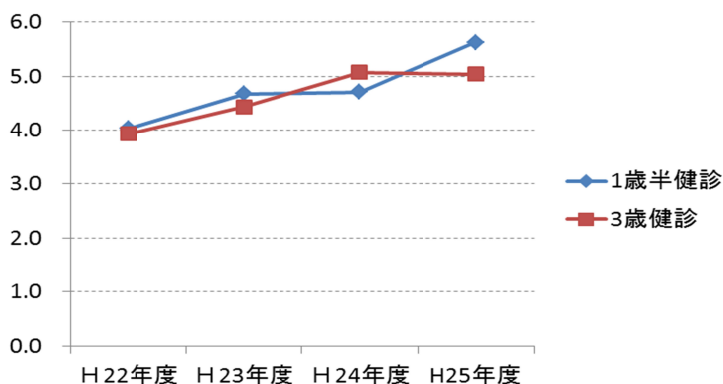


図 7. 1 歳半、3 歳健診の受診児における精神精密の割合

健診（時期）	実施主体	実施場所	年間のべ	1回平均	受診率	フォロー率
乳児（4カ月）	市町村母子保健	11カ所	240回	60.6人	97.7%	33.3%
1歳半	市町村母子保健	10カ所	228回	60.3人	96.5%	41.3%
3歳	市町村母子保健	11カ所	240回	57.0人	96.3%	36.1%
5歳	なし					

3. 幼稚園・保育所

園の数、障害児受け入れの実態、専門機関との連携など

障害児保育制度による、障害児受け入れ園と園児数は、150園、393名（1.24%）（公立：8園、31名（2.51%）、私立：142園、393名（1.19%））となっている。

幼稚園では、障害児の受け入れ数に応じて福岡市から私立幼稚園運営費補助金や、福岡県から特別支援教育加算が出されている。連携については、前項目1-(5)-bに記載。

4. 専門機関

（1）知的障害児を対象とした福祉施設等（施設の規模およびプログラムの概要など）

施設については、前記図2、療育内容については図5を参照。

（2）知的障害のない発達障害を対象とした福祉施設等（施設の規模およびプログラムの概要など）

幼児期には、各療育センターの外来療育グループにおいて、不器用児への感覚統合、高機能発達障害児へのソーシャルスキルグループ、コミュニケーショングループ等の発達特性に応じた療育グループを行っている。

（3）発達障害専門の医療機関（常勤医師および非常勤医師の人数と診療人数）

各療育センター診療所（主に幼児期） 常勤小児科医3名、非常勤小児科医3名、児童精神科医1名
平成25年度の新規受診児数 1200名

他医療機関として、大学病院小児科（福岡大学、九州大学）、数カ所の児童精神科クリニックがある。

（4）特別支援教育

特別支援学校：市立8校（知的障害5校、肢体不自由2校、病弱児1校）

知的障害特別支援学級：市立小学校143校中130校に設置

情緒障害特別支援学級：市立小学校143校中5校に設置

通級指導教室：種別と設置校数

情緒障害通級指導教室：4校、LD・ADHD等通級指導教室：10校

難聴・言語障害通級指導教室：3校

発達障害の累積発生率と有病率

I 対象1：平成26年度の小学2年生（平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ）

上記の期間に出生した子どもの数（出生コホート） [2757]人

平成25年3月31日現在、地域に居住する小学1年生の子どもの数（居住コホート） [2927]人

（1）療育機関調査：出生コホートからの平成25年3月31日までの発生数

診断された 年齢	① PDD (F84)						計
	IQ69 以下			IQ70 以上			
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	1	0	0	1
2 歳代	3	0	0	8	0	1	12
3 歳代	11	0	0	17	0	1	29
4 歳代	5	0	0	12	1	0	18
5～6 歳代	3	0	0	23	1	8	35
合計 (男:女)	22 (18:4)	0 (0:0)	0 (0:0)	61 (49:12)	2 (0:2)	10 (8:2)	95 (75:20)

診断された 年齢	② 多動性障害 (F90 ; ①を除外)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F80 あり	他の重複あり	重複なし	F80 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0	0	0
2 歳代	0	0	0	0	0	1	1
3 歳代	0	0	0	1	0	0	1
4 歳代	0	0	0	0	1	0	1
5～6 歳代	0	0	0	1	0	0	1
合計	0	0	0	2	1	0	4
(男:女)	(0:0)	(0:0)	(0:0)	(2:0)	(1:0)	(0:1)	(3:1)

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; ①②を除外)				
	IQ69 以下		IQ70 以上		計
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0
2 歳代	0	0	3	0	3
3 歳代	0	0	2	0	2
4 歳代	0	0	3	0	3
5～6 歳代	0	0	6	0	6
合計 (男:女)	0 (0:0)	0 (0:0)	14 (11:3)	0 (0:0)	14 (11:3)

診断された年齢	④ 精神遅滞 (F70～F79 ; ①②③を除外)			その他	
	重複なし	重複あり	計	内訳 (診断と人数)	計
1 歳代以下	6	0	6		0
2 歳代	2	0	2	吃音	1
3 歳代	3	0	3	特異的発達障害 (LD リスク)	1
4 歳代	8	0	8		0
5～6 歳代	7	1	8	吃音	3
合計 (男:女)	26 (13:13)	1 (1:0)	27 (14:13)		5 (3:2)

(2) 療育機関調査：平成 25 年 3 月 31 日時点での居住コホートに含まれる有病者数

診断された 年齢	① PDD (F84)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	1	0	0	1
2 歳代	4	0	0	7	0	1	12
3 歳代	12	0	0	17	0	1	30
4 歳代	5	0	0	11	1	0	17
5～6 歳代	3	0	0	24	1	8	36
合計 (男:女)	24 (20:4)	0 (0:0)	0 (0:0)	60 (48:12)	2 (0:2)	10 (8:2)	96 (76:20)

診断された 年齢	② 多動性障害 (F90 ; ①を除外)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F80 あり	他の重複あり	重複なし	F80 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0	0	0
2 歳代	0	0	0	0	0	1	1
3 歳代	0	0	0	0	0	0	0
4 歳代	0	0	0	0	1	0	1
5～6 歳代	0	0	0	1	0	0	1
合計 (男:女)	0 (0:0)	0 (0:0)	0 (0:0)	1 (1:0)	1 (1:0)	1 (0:1)	3 (2:1)

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; ①②を除外)				
	IQ69 以下		IQ70 以上		計
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0
2 歳代	0	0	3	0	3
3 歳代	0	0	2	0	2
4 歳代	0	0	3	0	3
5～6 歳代	0	0	6	0	6
合計 (男:女)	0 (0:0)	0 (0:0)	14 (11:3)	0 (0:0)	14 (11:3)

診断された年齢	④ 精神遅滞 (F70～F79 ; ①②③を除外)			その他	
	重複なし	重複あり	計	内訳 (診断と人数)	計
1 歳代以下	4	0	4		0
2 歳代	2	0	2	吃音 1	1
3 歳代	3	0	3	特異的発達障害 1	1
4 歳代	8	0	8		0
5～6 歳代	7	1	8	吃音 3	3
合計 (男:女)	24 (11:13)	1 (1:0)	25 (12:13)		5 (3:2)

(3) 学校調査：平成 26 年 4 月 2 日時点での居住コホートに含まれる有病者数 (未受診例も含む)、有効回答児童数 2526 人

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| ① PDD とと思われる子ども | [63]人 (男[51]人、女[12]人) |
| ② ①以外で多動性障害と思われる子ども | [40]人 (男[36]人、女[4]人) |
| ③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども | [10]人 (男[8]人、女[2]人) |
| ④ ①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども | [15]人 (男[6]人、女[9]人) |
| ⑤ ①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども | [37]人 (男[18]人、女[19]人) |
| ⑥ その他の発達障害と思われる子ども | [7]人 (男[5]人、女[2]人) |

Ⅱ 対象２：平成２６年度の中学１年生（平成１３年４月２日～平成１４年４月１日生まれ）

上記の期間に出生した子どもの数（出生コホート） [2779]人

平成２０年３月３１日現在、地域に居住する小学１年生の子どもの数（居住コホート） [2794]人

（１）出生コホートからの平成２０年３月３１日までの発生数

診断された 年齢	① PDD (F84)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	1	0	0	2	1	0	4
2 歳代	11	1	0	2	0	0	14
3 歳代	2	0	0	8	0	0	10
4 歳代	0	0	0	3	1	0	4
5～6 歳代	2	0	0	6	0	0	8
合計 (男:女)	16 (10:6)	1 (1:0)	0 (0:0)	21 (48:12)	2 (0:2)	0 (8:2)	40 (76:20)

診断された 年齢	② 多動性障害 (F90 ; ①を除外)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F80 あり	他の重複あり	重複なし	F80 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	2	0	0	2
2 歳代	0	0	0	1	0	0	1
3 歳代	0	0	0	4	0	1	5
4 歳代	0	0	0	3	0	0	3
5～6 歳代	0	0	0	4	0	1	5
合計	0	0	0	14		2	16
(男:女)	(0:0)	(0:0)	(0:0)	(13:1)	(0:0)	(2:0)	(15:1)

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; ①②を除外)				
	IQ69 以下		IQ70 以上		計
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0
2 歳代	0	0	0	0	0
3 歳代	0	0	1	0	1
4 歳代	0	0	3	0	3
5～6 歳代	0	0	5	0	5
合計 (男:女)	0 (0:0)	0 (0:0)	9 (7:2)	0 (0:0)	9 (7:2)

診断された年齢	④ 精神遅滞 (F70～F79 ; ①②③を除外)			その他	
	重複なし	重複あり	計	内訳 (診断と人数)	計
1 歳代以下	6	1	7	特異的発達障害 1	1
2 歳代	0	0	0	特異的発達障害 1、境界知能 1	2
3 歳代	7	1	8	特異的発達障害 1、境界知能 4、その他 1	6
4 歳代	2	0	2	吃音 1、境界知能 1、その他 1	3
5～6 歳代	2	0	2	境界知能 2	2
合計 (男:女)	17 (8:9)	2 (1:1)	19 (9:10)		14 (11:3)

(2) 平成 20 年 3 月 31 日時点での居住コホートに含まれる有病者数

診断された 年齢	① PDD (F84)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	1	0	0	3	1	0	5
2 歳代	11	1	0	2	0	0	14
3 歳代	2	0	0	9	0	0	11
4 歳代	0	0	0	3	1	0	4
5～6 歳代	2	0	0	6	0	0	8
合計 (男:女)	16 (10:6)	1 (1:0)	0 (0:0)	23 (19:4)	2 (2:0)	0 (0:0)	42 (32:10)

診断された 年齢	② 多動性障害 (F90 ; ①を除外)						
	IQ69 以下			IQ70 以上			計
	重複なし	F80 あり	他の重複あり	重複なし	F80 あり	他の重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	2	0	0	2
2 歳代	0	0	0	1	0	0	1
3 歳代	0	0	0	4	0	1	5
4 歳代	0	0	0	3	0	0	3
5～6 歳代	0	0	0	4	0	1	5
合計	0	0	0	14		2	16
(男:女)	(0:0)	(0:0)	(0:0)	(13:1)	(0:0)	(2:0)	(15:1)

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; ①②を除外)				
	IQ69 以下		IQ70 以上		計
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり	
1 歳代以下	0	0	0	0	0
2 歳代	0	0	0	0	0
3 歳代	0	0	1	0	1
4 歳代	0	0	3	0	3
5～6 歳代	0	0	5	0	5
合計 (男:女)	0 (0:0)	0 (0:0)	9 (7:2)	0 (0:0)	9 (7:2)

診断された年齢	④ 精神遅滞 (F70～F79 ; ①②③を除外)			その他	
	重複なし	重複あり	計	内訳 (診断と人数)	計
1 歳代以下	6	1	7	特異的発達障害 1	1
2 歳代	0	0	0	特異的発達障害 1、境界知能 1	2
3 歳代	7	1	8	特異的発達障害 1、境界知能 4、その他 1	6
4 歳代	2	0	2	吃音 1、境界知能 1、その他 1	3
5～6 歳代	2	0	2	境界知能 2	2
合計 (男:女)	17 (8:9)	2 (1:1)	19 (9:10)		14 (11:3)

(3) 平成 26 年 4 月 2 日時点での居住コホートに含まれる有病者数 (未受診例も含む)

① PDD とと思われる子ども	[38]人 (男[29]人、女[9]人)
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[21]人 (男[18]人、女[3]人)
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[1]人 (男[0]人、女[1]人)
④ ①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[14]人 (男[10]人、女[4]人)
⑤ ①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども	[40]人 (男[25]人、女[15]人)
⑥ その他の発達障害と思われる子ども	[4]人 (男[2]人、女[2]人)

