

-2. 中核市・特例市・特別区および小規模町村

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告書

自治体規模に即した発達支援システムに関する研究

～ 中核市調査 ～

- 分担研究者 高橋 脩（豊田市こども発達センター センター長、児童精神科医）
大庭健一（宮崎市総合発達支援センター センター長、小児科医）
高橋和俊（おしま地域療育センター 所長、小児科医）
原田 謙（長野県立こころの医療センター駒ヶ根 副院長、児童精神科医）
米山 明（心身障害児総合療育センター 外来療育部長、小児科医）
- 研究協力者 上里初志（豊田市こども発達センター 地域療育室、社会福祉士）
伊澤裕子（豊田市子ども家庭課、保健師）
神谷真巳（豊田市こども発達センター 地域療育室、臨床心理士）
川角久美子（豊田市こども発達センター 地域療育室、保健師）
新美恵里子（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、臨床心理士）
川原三佳（豊田市教育委員会学校教育課青少年相談センター、教師）
酒井利浩（豊田市こども発達センター 地域療育室、保育士）
松浦利明（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、臨床心理士）
東俣淳子（豊田市こども発達センター 地域療育室、言語聴覚士）
若子理恵（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、児童精神科医）

研究要旨：全中核市を対象に発達支援システム等に関するアンケート調査を行なった。基幹機能のうち、発見、統合保育、学校教育の体制は一通り整備されていた。専門的な療育や医療、支援システムを運営するため連携や研修・人材育成の機能については格差が大きかった。また、公民の役割分担も中核市が解決すべき重要な課題と考えられた。

障害児に対する支援計画の策定が第4期障害福祉計画から義務化され、基礎自治体における発達支援システムの構築が急がれる状況にある。今年度は、有力な基礎自治

体の1つである中核市における発達支援機能の整備状況をさらに把握するため全中核市を対象にアンケート調査を行ったので報告する。

A．研究目的

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

B．研究方法

1．対象

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

2．調査内容

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

(1) 地域特性に関する調査

本研究班共通の調査票「対象とした地域（地域特性）」に従い、調査項目は総面積、人口、人口動態、出生児数、出生率、産業構造、自治体の経済状態、住民の社会経済階層、地理的特性等であった。統計資料は、就業人口と職業大分類別就業者数は2010年の国勢調査結果を記すよう依頼した。その他については、原則として2014年4月1日時点での情報を記載するよう依頼した。

(2) 発達障害支援システムに関する調査

調査内容は、子どもの発達支援と家族の子育て支援に関わる基幹機能〔直接支援機能：障害の早期発見、発見後の子どもの発達及び家族の子育て支援、通園療育、統合保育、学校教育、医療（診断・各種医学

的ハビリテーション）、相談）、支援システムを有機的・継続的・発展的に機能させていくための基幹的機能（間接支援機能：システム運営組織、巡回療育相談、人材育成等）であった。いずれについても、原則として2014年4月1日時点での情報を記載するよう依頼した。

3．実施方法と回収結果

アンケート調査の実施方法は下記の通りであった。

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

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

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

(4) 回収結果

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

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

- ・中国・四国地方：4市（6市）
- ・九州・沖縄地方：4市（6市）

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

支援体制の整備に関係の深い、自治体面積、人口、人口密度、財政力指数、老年人口割合、年少人口割合、出生児数、普通出生率、外国人数について述べる。なお、全国の市町村全体の統計資料が得られた各項目については、対照群として表1の注に記した市町村全体の統計資料を用いた。

1) 自治体面積

市町村全体（以下、「全体」）の平均面積が216.6 km²であるのに対し、調査対象群の平均は423.2 km²（最小36.6～最大1241.9 km²；以下、同様）であった。「全体」の平均より上は20市（62.5%）、平均以下12市（37.5%）であった（表1）。

表1 自治体の概要

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

注：市町村全体の資料は、2013年4月30日

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

2) 人口、人口密度

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

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

3) 財政力指数

「全体」の財政力指数の平均は0.51、対象群の平均は0.77（0.46～1.05）であった。

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

4) 老年人口割合

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

5) 年少人口割合

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

6) 出生児数、普通出生率

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

7) 外国人数

対象群の平均外国人数は4,760人（667～14,303人）であった。

2. 発達障害の支援システムに関する調査

2つの基幹機能(直接及び間接支援機能)の整備状況調査の結果をまとめる。

1) 直接支援機能

(1) 発達障害の発見

発達障害の発見と関連性が高い幼児健診等についてまとめた(表2)。

1歳6か月児健診

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

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

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

表2 健診実施状況

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

3歳児健診

全市で集団健診方式で実施されていた。

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

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

就学時健診

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

他の健診など

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

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

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

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

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

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

保健師

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

(2) 専門的な通園事業

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

のみに特化した専門的な通園療育施設のある自治体はなかった。

親子通園事業

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

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

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

表3 通園事業の概要

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

注:医療型の「市立あり」の1市は近隣12市町との組合立であるが含めた。

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

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

児童発達支援センター

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

(ア) 福祉型

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

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

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

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

(イ) 医療型

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

なお、1市には表3の脚注に記した組合

立と県立の2施設が設置されていた。

(ウ) まとめ

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

表4 設置状況まとめ(N=32)

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

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

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

(3) 専門医療機関

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

表5 専門医療機関(N=32)

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

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

7市(21.9%)では専門医療機関(いずれも診療所)が認められた。6市(全体の18.8%)は市立(1市は民間社会福祉法人が開設した診療所もあり)、1市は民間社会福祉法人が開設した診療所であった(表5)。

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

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

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

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

(4) 医学的ハビリテーション

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

していた。スタッフ人数等については確認できなかった。

(5) 総合的な療育拠点施設など

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

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

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

(6) 統合保育

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

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

(7) 義務教育段階での特別支援教育

10市(31.3%)は市立特別支援学校を設

置していた(2015年4月に開校予定含む)。
1市では特別支援学校に加え聾学校も設置していた。

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

2) 間接支援機能

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

(1) 連携組織

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

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

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

(2) 保育園等への専門的支援・研修

回答のあった30市のうち、市が中心とな

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

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

D. 考察

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

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

1. 中核市の地域特性と発達支援機能

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

今回の調査で中核市の平均人口は 40 万人を越え、出生児数の平均は 3,448 人であることが明らかとなった。本研究班が昨年度実施した 7 自治体における発達障害の有病率調査⁽²⁾では、暫定的ながら有病率は小学 1 年生で 5.1%、6 年生で 4.1%であり、この有病率から推定すれば、控えめに見ても毎年 140～170 人の支援を必要とする発達障害のある子が生まれていることになる。

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

2. 基幹機能の現状と課題

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

(1) 発見

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

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

(2) 専門的療育と専門医療

発達障害のある子と家族の子育てを支援するためには、発見に引き続いて、心理的

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

表 6 市立の療育・診療施設 (N=32)

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

注：児童発達支援センターは、福祉型又は医療型を問わずいずれか一方でもあれば、ありとした。診療所には数年中に開設決定の 2 施設も加えた。

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

我が国の障害児支援は、2012 年の児童福祉法改正により障害児支援が強化され、各自治体で爆発的に民立の障害児通所支援事業所（ことに、児童発達支援事業と放課後

等デイサービス)が増加している。また、旧来の障害児通園施設のほとんどは児童発達支援センターに移行し、施設での子どもと家族への支援に加え、保育所等訪問支援や児童発達支援事業所支援など地域支援も積極的に行うことになった。

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

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

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

門性の高い施設を設置し、関係機関や民立の事業所等と連携しシステムを運営・発展させる必要がある。

(3) 統合保育と外部からの専門的支援

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

(4) 連携組織

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

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

E. 結論

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

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

謝辞

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

F．引用文献

1) 高橋 脩：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～豊田市と小規模自治体における支援実態～．平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価（主任研究者 本田秀夫），

139-176，2014．

2) 本田秀夫：総括研究報告書．平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価（主任研究者 本田秀夫），1-9，2014．

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

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告書

自治体規模に即した発達支援システムに関する研究

～豊田市と小規模町村における調査～

分担研究者 高橋 脩（豊田市こども発達センター センター長、児童精神科医）
研究協力者 上里初志（豊田市こども発達センター 地域療育室、社会福祉士）
伊澤裕子（豊田市子ども家庭課、保健師）
神谷真巳（豊田市こども発達センター 地域療育室、臨床心理士）
川角久美子（豊田市こども発達センター 地域療育室、保健師）
新美恵里子（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、臨床心理士）
川原三佳（豊田市教育委員会学校教育課青少年相談センター、教師）
酒井利浩（豊田市こども発達センター 地域療育室、保育士）
松浦利明（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、臨床心理士）
東俣淳子（豊田市こども発達センター 地域療育室、言語聴覚士）
若子理恵（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、児童精神科医）

研究要旨：昨年度と同様の母集団を対象に1年後の豊田市における累積発生率の調査を行なった。広汎性発達障害はほぼ昨年度と同様であり、中学1年生は3.9%であった。昨年度の調査対象に7町村を加えた小規模自治体24町村の発達支援システム調査では、発見、統合保育、保育園等への巡回支援、特別支援教育の体制整備は行われていたが、診断、医学的ハビリテーション、支援システムを運営するための機能や研修・人材育成については不十分であった。支援システムの核となる通園機能については、少なくとも約6割の自治体で自治体内または近隣自治体の施設を活用するなど整備されていた。

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

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

・ 豊田市調査

A．研究目的

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

B．研究方法

昨年度に引き続き中核市であり分担研究者の勤務施設がある愛知県豊田市を対象に、昨年度と同様の方法⁽¹⁾で、以下の2調査を実施した。

1．発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査

豊田市教育委員会が実施している発達障害児調査に基づき、2014年度の小学2年生及び中学1年生で、学校の教師が児童の医療機関への受診を把握しているか否かにかかわらず、発達に何らかの遅れや偏りがあり発達支援の対象と考えられる児童数について調査した。

遅れや偏りに該当する発達的問題及びそれから推定される関連障害(下記の丸括弧内の障害名が該当)は以下の通りであった。

対人関係やこだわりなどの問題(自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害、自閉症スペクトラム)、落ち着きがない、そそっかしいなどの問題(ADHD、多動性障害)、言葉を理解することや話すことの問題(発達性構音障害、発達性言語障害)、全体発達の遅れでは説明のつかない学力の問題(学習障害、LDなど)、全体発達の遅れ(精神遅滞、知的障害など)、何らかの精神科などの専門的ケアを要すると思われる問題(吃音、場面緘黙、チックなどが主たる問題の場合、これに含める)。

調査は豊田市教育委員会学校教育課の研究協力者(川原三佳)が本研究班共通の調査票に基づき行った。対象校は豊田市の全小学校(75校)、全中学校27校、豊田市に住民票のある該当学年の児童が通学している特別支援学校5校(主たる対象障害は、肢体不自由、知的障害、盲、聾)であった。

2．発達障害等と診断された児童の調査

豊田市生まれの児童(以下、出生コホート：住民票のある外国籍児童を含む)のうち、2014年4月現在で小学2年生又は中学1年生で、豊田市子ども発達センターの障害専門診療所(以下、「のぞみ診療所」)を受診し児童精神科医、一部は小児神経科医によって、米国精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル、第4版』(DSM-)に従い発達障害または知的障害と診断された児童数と累積発生率を調査した。

調査の対象とした障害は、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、コミュニケーション障害、学習障害、精神遅滞(WHOの診断統計マニュアル第10版に従い知能指数69以下を精神遅滞)、その他であった。

調査は、「のぞみ診療所」の医科を受診した該当年齢の豊田市生まれの全児童から上記診断に該当する事例を抽出し、3人の児童精神科医が改めて診断の正確性について確認した。

(倫理面への配慮)

教育委員会など行政機関における調査については、匿名性に留意し数的情報のみ取り扱った。「発達センター」の診療録の研究利用については、初診時に匿名性に配慮したうえで情報を研究に利用することについて保護義務者から文書で同意を得ているが、個人情報の管理については徹底を期した。

また、本研究の実施にあたっては豊田市こども発達センター研究倫理審査委員会の承認（承認番号第57号）を得ている。

C. 研究結果

1. 発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査（表 - 1）

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

全ての事例（271人）で医療機関を受診していることが確認されていた。

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

表 - 1 遅れや偏りのある子（%）

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

2. 発達障害と診断された児童の調査

小学2年生調査（表 - 2）

累積発生率を算出する母集団として、2006年4月1日から2007年3月31日の間に豊田市で生まれた4,271人を出生コホート（以下、2006年度コホート）とした。

表 - 2 発達障害と診断された小学2年生

障害	児童数 (人)	累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	134	3.14
注意欠陥 多動性障害	18	0.42
コミュニケー ション障害	25	0.59
学習障害	2	0.05
精神遅滞	53	1.24

注：広汎性発達障害については、対象を自閉性障害及びアスペルガー障害と診断した児童に限定した。その他の診断名（広汎性発達障害、特定不能の広汎性発達障害）の児童が51人認められたが、これらは診断の正確性に問題がある可能性もあるので除外した。

・広汎性発達障害

自閉性障害及びアスペルガー障害を合わせて134人（3.14%）であった。内訳は、自閉性障害104人（77.6%）、アスペルガー障害30人（22.4%）であった。性別は、男95人、女39人であり、男女比は2.4：1であった。併存症については、知的障害28人（20.9%、全例が自閉性障害の診断）、注意欠陥多動性障害2人（1.5%）であった。

なお、知能評価については、2人を除き知能検査又は発達検査（精神遅滞併存例）

を行っている。2人については、言語機能等から精神遅滞はないと判断した。

・注意欠陥多動性障害

18人(0.42%)に認められた。

・コミュニケーション障害

25人(0.59%)に認められた。内訳は、発達性構音障害21人、表出性言語障害3人、吃音1人であった。

・学習障害は、2人のみであった。

・精神遅滞

53人(1.24%)に認められた。基礎疾患が16人(30.2%：脳性麻痺4人、Down症候群3人、他の染色体異常2人。脳炎後遺症、水頭症、筋緊張性ジストロフィー、小頭症、多発形態異常、Lesch-Nyhan症候群、先天性中枢性肺胞低換気症候群、各1人)に認められた。広汎性発達障害の併存が28名(52.8%)に認められた。

中学1年生調査(表 - 3)

出生コホートとして、2001年4月1日から2002年3月31日の間に豊田市で生まれた4,173人(以下、2001年度コホート)を用いた。

表 - 3 発達障害と診断された中学1年生

障害	児童数 (人)	累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	163	3.91
注意欠陥 多動性障害	43	1.03
コミュニケー ション障害	23	0.56
学習障害	4	0.10
精神遅滞	68	1.63

注：広汎性発達障害については、小学2年生と同様の基準を用いた。その他の診断名(広

汎性発達障害、特定不能の広汎性発達障害)の児童は23人であった。

・広汎性発達障害

163人(3.91%)であった。内訳は、自閉性障害147人(90.2%)、アスペルガー障害16人(9.8%)であった。性別は、男134人、女29人であり、男女比は4.6：1であった。併存症については、知的障害36人(22.1%、全例が自閉性障害の診断)、注意欠陥多動性障害8人(4.9%)であった。なお、知能評価については、全例に知能検査又は発達検査(精神遅滞併存例)を行っている。

・注意欠陥多動性障害

43人(1.03%)に認められた。

・コミュニケーション障害

23人(0.56%)に認められた。内訳は、発達性構音障害18人、表出性言語障害5人(学習障害の併存2人含む)であった。

・学習障害

4人に認められたのみであった。

・精神遅滞

68人(1.63%)に認められた。基礎疾患が19人(28.4%：脳性麻痺7人、Down症候群3人。筋緊張性ジストロフィー、水頭症、神経線維腫症型、Cornelia de Lange症候群、Angelman症候群、脳形成異常、先天性多発性関節拘縮症、頭蓋縫合早期癒合症、脳炎後遺症、各1人)に認められた。広汎性発達障害の併存が36人(52.9%)、注意欠陥多動性障害が1人に認められた。

両学年の累積発生率比較(表 - 4)

小学2年生と中学1年生を比較すると、広汎性発達障害で0.77%、注意欠陥多

動性障害で0.69%、精神遅滞で0.39%の増加が認められた。その他の障害については、変化は認められなかった。

表 - 4 累積発生率の比較

障害	小学2年生 累積発生率 (%)	中学1年生 累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	3.14	3.91
注意欠陥 多動性障害	0.42	1.03
コミュニケーション障害	0.59	0.56
学習障害	0.02	0.10
精神遅滞	1.24	1.63

最も累積発生率の高い広汎性発達障害は、小学2年生群では約65%、中学1年生群では約67%が幼児期前期に確定診断を受けていた。中学1年生群では、約1割の児童は7歳～11歳の間に診断を受けていた(表 - 5)。

表 - 5 確定診断年齢

年齢	小学2年生 N = 134 (%)	中学1年生 N = 163 (%)
1～3歳	87 (64.9)	109 (66.9)
4～6歳	38 (28.3)	34 (20.8)
7～11歳	9 (6.7)	20 (12.3)

昨年度との累積発生率の比較(表 - 6)

広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、精神遅滞について比較してみると、広汎性

発達障害が小学2年生で微増した以外、ほとんど変化は認められなかった。

表 - 6 昨年度調査との累積発生率比較

コホート	2006年度生れ		2001年度生れ	
	小学1年	小学2年	小学6年	中学1年
広汎性 発達障害	3.04	3.14	3.91	3.91
注意欠陥 多動性 障害	0.40	0.42	1.03	1.03
精神遅滞	1.24	1.24	1.61	1.63

D. 考察

発達支援体制の整備にあたっては、対象となる障害児の実態把握が前提となる。

今回実施した「発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査」では、学校教育現場では、広汎性発達障害と関連性が深い「対人関係やこだわりの問題」が最も多く、次いで精神遅滞と関連した「全体発達の遅れ」であった。

多数の該当児童がいることが予想された注意欠陥多動性障害と関連した「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」、学習障害と関連した「全体発達遅れでは説明のつかない学力の問題」は極めて少なかった。

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

「発達障害と診断された児童の調査」では、広汎性発達障害の累積発生率は、昨年

度と同様に小学2年生(2006年度コホート)及び中学1年生(2001年度コホート)でともに3%を超えていた。ことに中学1年生は3.91%で、河村ら(2008)⁽²⁾が報告した豊田市における累積発生率1.81%、Kimら(2011)⁽³⁾有病率2.64%よりはるかに高い値であった。

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

E. 結論

昨年度に引き続き、小学2年生と中学1年生を対象に発達障害(精神遅滞含む)の累積発生率等について調査を行なった。中学1年生の広汎性発達障害の累積発生率は約4%であり、近年の国内外の報告の約2倍と高い結果であった。

F. 引用文献

- 1) 高橋 脩: 自治体規模に即した発達支援システムに関する研究~豊田市と小規模自治体における支援実態~。平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価(主任研究者 本田秀夫), 139-176, 2014.
- 2) Kawamura Y, Takahashi O, Ishii T. (2008): Reevaluating the incidence of pervasive developmental disorders: impact of elevated rates of detection through implementations of an integrated system of screening in

Toyota, Japan. Psychiatry Clin Neurosci; 62, 152-159.

- 3) Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, et al (2011): Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry, 168, 904-912.

. 人口3万人未満の小規模町村調査

A. 研究目的

2014年4月1日現在で我が国には1,742の基礎自治体(市区町村)が存在する。このうち、人口規模で3万未満の小規模自治体が937(54%)と半数以上を占めている。市町村別の内訳は、市が75(8%)であるのに対し、町村が862(92%)と大多数を占めている。なお、この町村の割合は全基礎自治体の49%であり、おおよそ半数の自治体を人口規模が3万人未満の町村が占めていることになる(各基礎自治体の人口は、2010年10月1日現在の国勢調査人口に基づいている)。

我が国の基礎自治体における発達支援体制は、人口が多く、財政力・社会資源とも豊かな大都市または中都市を中心に整備が始まり現在に至っている。しかし、これら都市部におけるシステムモデルを人口が少なく財政力・社会資源も乏しい小規模自治体に適用することは無理があり、規模に相応しいシステムの整備が求められる。

本調査は、昨年度と同様にこれら小規模自治体、ことに町村域の特性を踏まえた発達支援システムを検討するための資料を得ることを目的としている。

B．研究方法

今年度は、全国における小規模町村の発達支援システムの実態を把握するために、

現地調査、人口3万人未満の小規模町村のアンケート調査、を実施した（各研究方法の詳細は研究結果を参照）。以下、両調査について報告し、最後に総括的な考察を行う。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては豊田市子ども発達センター研究倫理審査委員会の承認（承認番号第57号）を得た。

C．研究結果

1．小規模町村の現地調査

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

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

1）秋田県小規模村調査

2015年1月14日に2人の研究協力者（川原三佳、東俣淳子）が現地調査（村役場で、保健センター、障害福祉課、教育委員会の各担当職員に対し面接調査）を実

施した。なお、本調査については北秋田市社会福祉協議会 伊藤清貴氏の協力を得た。

（1）村の概要

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

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

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

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

（2）支援機能の概要

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

必要な場合は、県立医療療育センター（以下、療育センター）に紹介。

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

（3）発達支援の現状

母子保健

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

保育・療育

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

達的に気になる子どもがいる場合には、中央児童相談所の巡回児童相談や、療育センターの巡回相談（療育センター内の秋田県発達障害者支援センターが実施）を利用している。

就学時～就学後

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

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

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

（4）発達支援の課題

母子保健及び療育

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

一方、保健師と保護者が「顔が見える関

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

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

学校教育

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

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

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

2) 東京都の島嶼部にある町の現状

2014年11月25～26日の2日間、2人の研究協力者(上里初志、酒井利浩)が現地調査を行なった。調査機関・施設は、

町福祉けんこう課、保育園(4園)、小学校(1校)、子ども家庭支援センターであった。なお、本調査については高橋英俊氏(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部室長)の協力を得た。

(1) 町の概要

- ・東京都に属する太平洋上に浮かぶ島の1つである。東京から高速ジェット船で2時間弱の距離である。面積は91km²、周囲は5.2km、約7割が山林原野からなっている。海と山に囲まれた自然豊かな島である。人口は約8,500人、所帯数は約4,100世帯、年間出生児数は60人前後である。

(2) 支援機能の概要

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

(3) 発達支援の現状

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

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

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

(4) 施設訪問調査など

町立小学校

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

本町では特別支援学級はA小学校のみ設置されており、知的障害が対象である。自閉症・情緒障害の通級指導教室は、他の2校に設置されている。A小学校は島の中部に位置するが、通級を利用したい子どもは、通級指導教室のある北部の小学校へ通う。南部の小学校にも自閉症・情緒障害の通級指導教室が設置されている。町教育委員会としては、障害の診断の有無にかかわらず、困り感があったり保護者の意向があれば、その子どもたちに合った教育をしていきたい。そのため、通級を利用しやすいように、誰でも利用できるようにしている。しかし、「島嶼部」という閉鎖的な環境のためか、グレーゾーンの子どもたちを育てている家庭からの利用や訴えは少ない。早期発見・早期支援が全国的な流れのため、保育園に通っている段階から、早期発見・早期支援を進めていく必要がある。しかし、それを担える専門職が不在のため、大きな課題であると捉えている。

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

近年取り組みを見直した。1つは、保育園と学校との連携である。保育園の年長児と学区の小学校との交流の機会をつくり、学校と園との垣根を低くした。次に就学時

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

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

島内での教員向けの研修も少しずつ充実させてきた。教育委員会が大学の教官に依頼しWISCについての講演等を行ってきた。これまでは、検査結果の見方、障害や発達の偏りの有無などの講演が多かったが、今後は“かかわり方”“支援方法”という視点へシフトしていく予定である。それらのノウハウがないため、時間かけて浸透させていく予定である。

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

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

保育園（公立2園、私立1園）

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

加配保育士は、診断がついていないと配置されない。臨時の保育士を雇い、フリーのような配置で、各クラスをサポートしてもらっている。S保育園には、東京都内の療育センターへ通っている児童が在籍しており、言語聴覚士や心理士と、園との情報

のやり取りを行っている。多くは母からの情報をもとに保育へ取り入れている。2か月に1回の頻度で東京から来島する心理士による心理相談が2か月に1回行われている。その心理士による相談や研修も行われている。同じように、0保育園でも、同一の心理士による相談を利用している家族がいる。どの園もこの心理相談を利用している事例が多く、頼りにしている様子が見える。そのため、島への心理士の常駐の希望がある。

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

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

ッフの相談先の確保が今後の課題である。

子ども家庭支援センターなど

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

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

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

(5) 考察とまとめ

障害児の早期発見・早期支援において乳幼児期における支援体制の確立は、重要な位置を占めている。本町では、年間出生数60名前後に対し、発達に関する相談窓口

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

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

教育分野からの支援がそれらを補っていることがうかがえる。

早期発見・早期支援体制を構築するために鍵となる条件は、いくつか考えられる。

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

第2は、就学前後における支援体制の構築である。現在は、町の教育委員長が特別支援教育に力を入れており、就学支援シートの見直し、就学児健診前の保育園等の巡回、SSWの配置、園長・校長間の連絡会議など、早期支援の充実を図りつつある。その動きに呼応し保育園等から小学校への有益な情報の引継ぎが行われれば、幼児期

から学童期への円滑な移行が行えることになる。さらに母子保健の情報が加われば、一貫性と継続性のある支援体制への道が開かれるものとする。

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

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

頼、就学前後では学校へも引継ぎも行っていく。できれば、この事務局に心理士を配置し、健診時の相談、育児・発達相談、園への巡回相談等、課内で様々な役割を担えるようにすると、年間出生数60名前後という人口規模、かつ島嶼部ならではの島内で完結できる仕組みとなるのではと考える。

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

3) 愛知県山間部の小規模町村

2014年12月18日、2015年1月7日、2月25日の3日間、2人の研究協力者(神谷真巳、川角久美子)が、現地調査を行なった。調査機関・施設は、町村福祉けんこう課、保育園(4園)、小学校(1校)、子ども家庭支援センターであった。なお、両自治体のある地域は愛知県東北部に位置し長野県と静岡県に県境を接している。

(1) A町

町の概要

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

町の中心部を片側一車線の国道が東西南北に通っている。交通量は少ないものの車で移動のすることの多い町民の交通の中心

となっている。公共交通機関は、郡内唯一の鉄道飯田線の駅があり、バスは町営バス、隣接する村の村営バスが運行している。調査時にはバス停に数人の中学生が集まっており通学のための利用が多いように思えた。町内の最も遠い集落から役場などのある町中心部までは車で30分程度である。豊橋こども発達センター（総合療育センター）のある豊橋市（人口約38万）からは約60kmほどであり車で約2時間、電車で1時間45分の距離にある。2年前に三遠南信自動車道が開通し、隣接した静岡県浜松市（人口約80万人）の市街地へ車で1時間弱となったため、子育て世代を中心として買い物や医療など生活に必要なものは隣県を利用することが多くなっている。

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

産業は、農業、養鶏業が主である。多くは町内あるいは近隣町村で働いており女性就労率も高い。医療機関は、総合診療科のある町立病院と町立診療所がある。小児科は浜松市まで出かける場合もあるが、車で40～50分ほどの新城市にかかりつけ医を持っている人たちが多く。また、新城市民病院には言語聴覚士がおり発達障害の子

どもたちの個別療法や後述する障害児等療育支援事業担当者とともに町の保育園、小学校の巡回相談も担っている。発達障害等の診断機能のある医療機関は車で2時間ほどの豊橋こども発達センターである。

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

支援機能の現状と課題

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

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

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

きるようにしている。

乳幼児の数が少なく健診事後グループの運営は難しいが、保健師が0歳～就園前までの子どもを対象とした月に1度の親子教室で集団での様子も確認・評価している。この教室は、毎回10組ほどの親子が参加している。子どもの少ない町内では、発達や育児の相談ができるだけでなく保護者同士の情報交換の場ともなっているため、ほとんどの親子が利用している。その他にも、保護者が立ち上げた子育てサークルが月に3回開催され、毎回4～5組ほどが参加している。そこにも保健師が出向いているため、頻繁に参加する親子は週に一度保健師と会う設定となっている。また、この2つの教室が開催される子育て支援センターには乳幼児健診のスタッフとして働く保育士が常駐しており、保健師と同じ福祉課に配属されているため役場の席も近いことから、保育士と保健師は就園前のすべての子どもたちについて把握することができる。

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

市にある児童相談センター（児童相談所）を紹介され受診につながることが多い。ただ、医療機関を利用する子どもは数年に1人程度であり、多くは発達が気になるが保健師と保育士が連携を取りながら就学まで支援することとなる。また、重度の遅れのあるケースでは新城市の児童発達支援事業所へ紹介され、町が利用費を負担し保育園と並行通園をしている。

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

施設訪問調査

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

トラブルに発展することは稀であるという。

幼児期から学童期にかけての移行期支援については、前述した保育園等と小学校の連携に加え、小学校が次年度就学する児童を把握する機会として就学時健診と学校の運動会がある。運動会には2つの保育園の年長児も参加し、その時の状態を観察し、就学後の支援態勢を検討することもある。

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

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

（2）B村

村の概要

総面積が155.91km²、北は長野県、東は静岡県に隣接している。愛知県で最も高い山があり、A町と同様に周りを山で囲まれた地形である。しかし、村の中央部に平地が広がっているためこの地域に住宅が集中している。冬季にはグラウンドに氷が張

りスケートができるほど寒い日もあり、年間平均気温は13度ほどである。村内には豊橋市や新城市とつなぐ国道が走り、主要な交通路となっている。鉄道駅はなく村営バスがA町の鉄道駅まで運行している。医療を含む生活圏はA町と同様、隣県の浜松市へ足を延ばすことが多い。

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

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

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

支援機能の現状

健診は3か月に1度、3・4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を併せて実施している。対象人数は各健診で10名前後になり、受診率は100%である。スタッフは、小児科医、歯科医、子育て支援センター保育士、保健師である。保健師の経験年数は25年目が1人、3年目が1人、1年目が1人とかけ離れている。健診で発

達が気になった子どもは、週に1度子育て支援センターが開催する子育てサロンで保育士と保健師が経過を見守っている。0歳～就園前の子どもたちのほとんどが利用しているだけでなく、里帰りで実家に遊びに来ている子どもたちも利用が可能のため、毎回3～5人ほどの子どもたちが参加している。保護者も郡内の出身の人が多く両親の少なくともどちらかと知り合いのため保護者間の交流が盛んである。

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

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

保育園と小・中学校は、同じ敷地内にあり、村に住む子どもたちの全員が毎日一か所に集まることとなる。そのため、0歳～

15歳までの子どもたちの縦のつながりが自然とできあがるという。保育士、小学校及び・中学校の職員もお互いに庭で毎日顔を合わすことができ、発達の気になる子どもたちの支援方法などの情報交換が日常的に行われている。また、中学校には寮が併設されておりほとんどの生徒が入寮する。支援学級に在籍する生徒も週に数日間は寮を利用しているため、教職員は、学校生活だけでなく日常の生活場面でも生徒の状態を把握し支援が可能である。

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

施設訪問調査

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

児童数は47人、各学年1クラスである。教職員は13名だが、退職した2名の教員が支援員として日替わりで算数の授業に入り、学習に遅れのある生徒を個別支援している。また、通常学級在籍の発達が気になる子どもたちについては、特別支援教育コーディネーターが保護者にスクールカウンセラーへの相談を勧奨し、必要な場合は知能検査も行っている。スクールカウンセラーは中学校に今年度（平成26年度）から配置された。月に2～3回程度は小学校での相談活動も行っている。相談活動の主た

る目的は学校での支援体制の整備であり医療機関につなぐことはないが、教職員だけでなく経過や家族背景などを知っている保健師と連携も行われている。その他、小・中学校間でお互いの授業を見学したり、教員研修を合同で行うなど連携はよく取れている。

(3) まとめ

発見のシステムについて

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

研修について

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

移行時の連携について

A町は乳児期から就学までを保健師と保育士が連携を取り、健診から就園までの移行を支えている。小学校から中学校への移行は校長会で情報共有をしている。ただ、保育園から小学校への連携はまだ始まったばかりであり、今後の課題である。

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

4) 小規模町村現地調査の考察

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

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

今回調査をした4自治体について、これら諸機能の整備状況と課題を整理する。

(1) 発見機能

中心となる乳幼児健診の受診率は極めて高く、しっかりと取り組まれていた。また、

子育て支援センターや保育園などでの発見の取り組みもなされていた。発達的に問題がありそうな事例の把握も家族状況など関連情報も含め十分になされ、発見機能は一通り整備されていた。

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

(2) 子育て支援機能

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

(3) 診断、医学的ハビリテーション機能

いずれも他の基礎自治体または都・県の設置した専門機関に依存していた。

(4) 統合保育機能

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

(5) 特別支援教育

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

(6) システム運営・研修等

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

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

(7) その他

発達障害者支援センターとの連携は乏しかった。

2. 人口3万人未満の小規模町村のアンケート調査

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

1) 対象と方法

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

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

存在しなかった(2014年4月1日現在)。

調査内容は、以下のように昨年度と同様である。

地域特性に関する調査

調査内容は、調査票の「対象とした地域(市町村区)の地域特性」の項目に基づいている。

発達障害の支援ニーズに関する調査のうち、発達支援機能及びシステムの整備状況調査

調査内容は、調査票の「発達障害の支援システム」の項目に、「発達障害者支援センターとの連携」(同センターからの支援、センターへの要望等)を加えた。小規模自治体では、発達障害に特化して広域支援を行っている専門機関からの支援が必要ではないかと推測したためである。

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

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

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

結局、分析対象とした自治体の所属する

都道府県と町村及び数は下記の通りであった。北海道4町、秋田県1町1村、福島県1町1村、東京都1町、長野県1町、愛知県3町1村、岐阜県2町、兵庫県1町、広島県1町、島根県1町、徳島県1町、愛媛県1町、鹿児島県2町、沖縄県1町。このうち、北海道1町、東京都1町、鹿児島県2町は島嶼部の自治体であった。

2) 研究結果

(1) 地域特性に関する調査(表 - 1)

支援体制整備に関係の深い自治体面積、人口、人口密度、老年人口割合、出生児数、普通出生率、財政力指数について述べる。なお、全国の市町村全体の統計資料を得られなかった出生児数及び普通出生率を除く項目については、対照群として表 - 1の注に記した市町村全体の統計資料を用いた。

自治体面積

市町村全体(以下、「全体」)の平均面積は216.6 km²、対象群の平均は154.4 km²(最小12.9~最大583.7 km²;以下、同様)であった。「全体」の平均以上の自治体6町(25.0%)、平均未満18町村(75.0%)であった。

表 - 1 自治体の概要

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

注：市町村全体の資料は、2013年4月30日、第30次地方制度調査会第32回専門小委員会資料（抜粋）によった。

人口、人口密度

「全体」の平均人口は69,291人であるのに対し、対象群の平均は10,136人（1,336～25,466人）であった。人口1万人以上は9町村（37.5%）、1万人未満～5千人以上9町（37.5%）、5千人未満6町村（25.0%）であった。

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

老年人口割合

「全体」の老年人口割合（高齢化率）の平均は24.6%、対象群の平均は32.3%（18.6～52.8%）であった。「全体」の平均以上が18町村（75.0%）、平均未満6町村（25.0%）であった。

出生児数、普通出生率

対象自治体の平均出生児数は75.4人（5～278人）、100人以上は7町村（29.2%）、100人未満17町村（70.8%）であった。普通出生率は人口千人当たり6.8人（3.6～10.5人）であった。

財政力指数

「全体」の財政力指数の平均は0.51、対象群の平均は0.39であった。「全体」を上回る自治体5町村（20.8%、最高1.27）、下回る自治体19（79.2%、最低0.14）であった。

（2）発達支援機能及びシステムの整備状況調査

地域で子どもの発達と家族の子育てを支援するために必須の基幹機能（直接支援機能及び間接支援機能）の整備状況に加え、発達障害者支援センターとの関係及び同センターへの要望について調査した。

（1）直接支援機能

発達障害の発見

全自治体が1歳6か月児及び3歳児健診を集団健診方式で実施していた。2012年度の健診受診率の平均は1歳6か月児健診が92.7%（76.2～100%）、3歳児健診が91.3%（64.5～100%）であった。出生児が少ないこともあり未受診児も確実に把握していた。13町村（54.2%）は健診事後指導を実施し、2次スクリーニングと育児相談を行っていた。

就学時健診は回答の得られた18町村のうち16町村は100%であり、他の2町は98%、96%であった。

発達障害の発見は、22町村（91.2%）では主に1歳6か月児健診で行なっていたが、山間過疎の1村では2歳児歯科健診、1町では3歳児健診で行っていた。20町村（83.3%）は、健診とともに育児相談、保育園、学校も発見の場として重要と回答した。

幼児期後期に健診を実施している自治体が5町（20.8%）で認められた。4歳時発達相談1町、4、5歳健診1町、5歳児健診3町であった。

専門的な通園療育（表 - 2）

発達障害に特化した専門的な通園療育施設のある自治体はなかった。

表 - 2 通園施設

通園施設	自治体数 (%)
自治体内	9 (37.5)
近隣自治体	5 (20.8)
なし	10 (41.7)

幼児を対象とした発達障害を含む専門的な通園施設が自治体内にあるところは、昨年と同様に9町村(37.5%：全町村とも母子通園、このうち5自治体は個別及び子どもの実の単独通園あり)であった。8町村は自治体直営又は社会福祉協議会運営(このうち、1町は近隣自治体と共同で設置した隣町の通園施設を利用)であり、1町は民間法人が経営する児童発達支援事業所であった。自治体直営及び社会福祉協議会運営の2町では、通園施設が発達支援のセンター的な役割も果たし、独自に人材育成や保育園巡回も行っていた。

交通の利便性が高い近隣自治体の療育施設を利用しているところは5町村(20.8%)であった。

自治体内及び近隣自治体を含め発達支援を受けることができる専門的な通園施設のある自治体は合わせて14町村(58.3%)であった。

これに対し、利用できる施設がないところは10自治体(41.7%)であった。しかし、徳島県の1町は、通園施設はないが教育委員会が中心となり「特別支援教育モデル」による一貫した地域支援を幼児期から展開していた。また、約600km²と広大な面積をもつ愛媛県の1町は個別訓練で対応していた。沖縄県の1町(沖縄県)は健診事後教室に療育機能を付加しようと努力していた。

独自の対応で幼児期から発達支援を行っ

ている徳島県と愛媛県の2自治体を含めると、16町村(66.7%)が早期からの発達支援体制を整備しているといえる。

人口規模別の設置状況については、1万人以上(9町村)では、7町村で設置され、1町では前述したように「特別支援教育モデル」による支援を展開していた。1万人未満~5千人以上(9町)では4町、5千人未満(6町村)では3町であった。

島嶼部については、4島4町のうち、2町(北海道、鹿児島県各1町)は通園施設を設置しており、1町(鹿児島県)は隣町の通園施設を利用していた。東京都の1町については、島内に通園施設がなく困っていた。

診断と医学的ハビリテーション

自治体内に発達障害を診断できる医療機関がある自治体は2町(福島県、鹿児島県)であり、それぞれ県立精神科病院と私立病院に発達障害の臨床経験を有する、精神科医、小児科医が勤務していた。7町村では近隣の私立病院や診療所で診断等の医療を受けていた。合わせて9町村(37.5%)は、通院しやすい距離に専門医療機関が存在していた。

残りの15町(62.5%)は、地域で障害児医療・福祉でのセンター的な役割を果たしている自治体立の総合療育センターや社会福祉法人(発達障害者支援センターの運営も受託)が設置した専門診療所を受診(北海道3町)するなど、発達障害を含む専門的な医療機能をもつ療育施設を利用していたが、いずれも遠距離であり通院が困難であった。ことに、島嶼部(東京都)や山間部の9町村(秋田県1町1村、愛知県2町1村、島根県1町、徳島県1町、愛

媛県1町)では、専門医療機関が遠いため受診が困難であった。

保育園・幼稚園における保育・教育

全町村の保育園と幼稚園(私立幼稚園を含む)で発達障害児を受け入れていた。保育園に加配保育士を配置していない自治体(1町)も認められた。

学校教育

全町村の小学校で特別支援学級は設置されていた。9町村(37.5%:北海道2町、秋田県1町1村、愛知県2町1村、兵庫県1町、広島県1町)では全小学校に特別支援学級を設置していた。

自治体内に特別支援学校(県立)があるのは福島県の1村のみであった。

その他、3町(福島県、鹿児島県、東京都)はスクールソーシャルワーカーを配置し地域における特別支援教育の充実に活用していた。福島県と東京都の2町は教育委員会に配置していたが、鹿児島県の町は社会福祉協議会に配置していた。

地域における連携等

自治体における発達支援の中心機関があり、支援と連携を行っている自治体が5町認められた。中心機関は、保健センター(鹿児島県1町;主に幼児期の支援)、教育委員会の子育て支援課(岐阜県1町;幼児期から学齢期まで)、教育委員会(徳島県;幼児期から学齢期まで)、社会福祉協議会(鹿児島県1町;主に幼児期と放課後支援)であった。兵庫県の1町は、近隣の自治体で共同運営しているケアステーションが中心となっていた。また、北海道の3町では、自治体における数少ない保健専門家であり、乳児期から健診を通じて子どもと家庭の状況をよく把握している町の保健師が中心とな

り連携と調整を行っていた。

自治体独自で関係機関等が参加する連携組織を設置している自治体は10町村(41.7%)であった。特別支援教育関係の連携組織が7町村(名称は、連絡会議、連携協議会等)で最も多く、次いで2町が地域自立支援協議会に発達支援に関する部会を、1町が幼児期を対象とした連絡会を設置していた。

保育園・幼稚園への外部からの支援

発達障害児を含め発達に特別な支援が必要な児童のいる保育園・幼稚園に対し、定期的な専門的支援(巡回療育相談等)が行われている自治体は、現状が確認できた23町村のうち19町村(82.6%)であり、4町(秋田県、東京都、広島県、島根県)では実施されていなかった。

支援を行っている機関は、町外の療育専門施設や特別支援学校が多かったが、町内の療育機関が手厚い巡回療育相談を実施している3町(北海道、岐阜県、鹿児島県)や独自の特別支援教育巡回相談チームが保育園等も含め活発に相談活動を行っている町(徳島県)もあった。

人材育成

年に1~2回講演会・講習会、定期的な事例検討会を実施している自治体はあったが、関係者の人材育成を計画的に行っている町村は認められなかった。

(9) 発達障害者支援センターとの連携

現状が確認できた23町村のうち、「ない」が12町村、「定期的にない」「講演会程度」が3町、合わせて15町村(65.2%)であった。「あり」は8町村(34.8%)であった。内容は、町への巡回が3町で、他は子ども発達センター連絡会、連絡会年

1回、サポートコーチの訪問を年に3～5回等、相談会と連絡会（いずれも年1回）、事後指導教室への支援が各1町であった。

発達障害者支援センターへの要望は8町からあり、内容は下記の通りであった。

- ・地域の取り組みへの助言
- ・内地での初診と療育が円滑に受けられるようにしてほしい
- ・発達障害の診療ができる小児科医の育成
成人期の支援への助言
- ・指導者の研修、支援の評価
- ・頻繁な支援
- ・療育を受けられる体制の整備
- ・地域における連携の仕方についてのアドバイス、専門職の研修

D．考察

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

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

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

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

れてしていた。

以下、小規模町村における発達支援の現状と課題を整理したい。

1．発達支援に関する基幹機能

発見機能については、1歳6か月児健診を中心に早期発見の体制は整備されていた。

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

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

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

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

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

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

これに対し、以下の諸機能は十分とは言えない状況であった。

連携機能については、小規模自治体であれば容易と思われたが、結果は異なっていた。確かに連携はできている自治体もあったが、それらは個人的なネットワークに近いものが多いようであった。ライフステージに沿った継続的支援の重要性、支援ニーズの多様化、リーダーの加齢化などを勘案すれば、小規模自治体に適した連携組織と中心となるコーディネート機関を検討する必要がある。

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

2. 発達障害者支援センターとの関係

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

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

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

3. 小規模町村における支援の多様性

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

E. 結論

小規模町村における発達支援モデルを検討する基礎資料を得るため、人口3万人未満の24町村を対象に、地域特性に関する調査、発達支援機能及びシステムの整備状況調査（発達障害者支援センターからの支援、相互の連携の現状と同センターへの要望を含む）、4自治体への現地調査を実施した。

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

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

謝辞

本調査にご協力いただいた各町村の行政及び関係機関の皆様、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部室長 高橋英俊氏、秋田市社会福祉協議会 伊藤清貴氏に心よりお礼申し上げます。

F. 引用文献

- 1) 高橋 脩：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～豊田市と小規

模自治体における支援実態～ .平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価(主任研究者 本田秀夫), 139-176, 2014.

- 2) 障害児支援の在り方に関する検討会: 今後の障害児支援の在り方について(報告書)～「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか～, 2014.

G. 研究発表

1. 論文 なし
 2. 学会発表
- 1) 高橋 脩: 自閉症の医学的リハビリテーション(パネルディスカッション 小児リハビリテーションの展開). 第51回日本リハビリテーション医学会, 2014, 6. 20. 名古屋国際会議場, 名古屋市.
- 3 講演
- 1) 高橋 脩: 地域における発達障害の早期診断・早期療育と連携のあり方. 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部 第9回発達障害早期総合支援研修, 2014, 6. 19. (東京都小平市).
- 2) 日本における障碍のある子への教育と早期対応. 四川圣爱特殊教育培训中心障害児支援関係者講演会, 2014, 9. 3. 中華人民共和国四川省成都市.
- 3) 高橋 脩: 21世紀型の地域療育システムとは. 全国発達支援通園事業連絡協議会第18回全国大会, 2014, 10. 25. 名古屋市.
- 4) 高橋 脩: 地域における発達障害児の支援について. 沖縄県発達障がい者支援セ

ンター支援者研修会. 2014. 10. 31. 浦添市.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害児とその家族に対する
地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価のあり方に関する研究(2年目)

分担研究報告書

宮崎市における発達障害支援のあり方に関する実態調査

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

研究要旨

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

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

以上の結果をふまえ、宮崎市の現状と課題に関する考察を行った。

1. 研究目的

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

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

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

2. 研究方法

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

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

(1)医療機関における調査

1)宮崎市総合発達支援センターにおける調査

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

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

2)発達障害の診療に関わる宮崎市内の主な医療機関における調査

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

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

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

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

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

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

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

以上の調査に関して、調査実施期間は、H26年11月下旬から1月中旬とした。

(2)学校における調査

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

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

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

調査期間は、平成26年11月下旬から平成27年1月中旬とした。

(3)宮崎県発達障害者支援センターの調査

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

用期間が長いと思われる「中1群」に絞って行った。

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

調査期間は、平成26年11月下旬から、平成27年1月下旬とした。

3. 研究結果

(1)データの内訳

1)医療機関から得られたデータ

調査協力を依頼した、6つの医療機関から回答を得た。

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

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

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

で 12% (45/388)、中 1 で 32% (86/267) であった。

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

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

表2: 医療機関 各学年の有効データ数

	小学2年生	中学1年生
有効データ数	343	237

2) 学校から得られたデータ

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

表3: 宮崎市在住の児童数

	総数
小学校2年生	3840
中学校1年生	4164

表4: 学校アンケート回収率および有効回答数

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

中学1年生

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

(2) 小 2 群の調査結果

1) 医療機関結果

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

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

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

2) 学校アンケート結果

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

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

以上、小 2 群の発生率および有病率の調査結果を図 1 にまとめた。

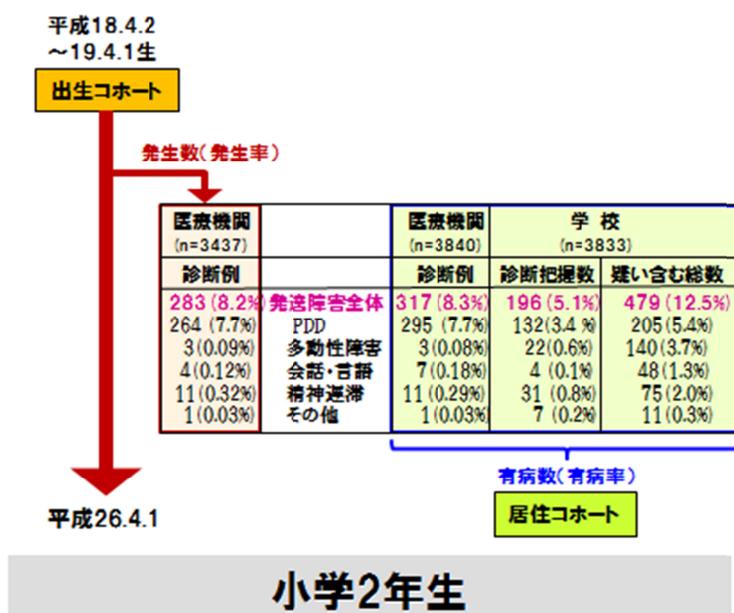


図 1：小学 2 年生における発達障害の発生率と有病率

および発達に何らかの問題のある児童に関する学校認識

(3)中1群の調査結果

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

1)医療機関結果

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

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

2)学校アンケート結果

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

以上、中1群の発生率および有病率の調査結果を図3にまとめた。

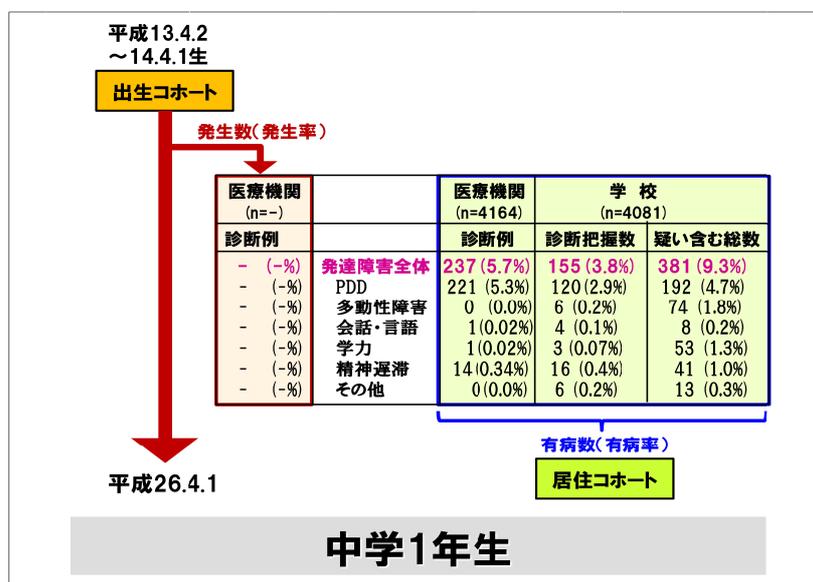


図3：中学1年生における発達障害の発生率と有病率

および発達に何らかの問題のある児童に関する学校認識

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

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

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

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

3)前年度との比較

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

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

昨年度との比較は図4のようになる。

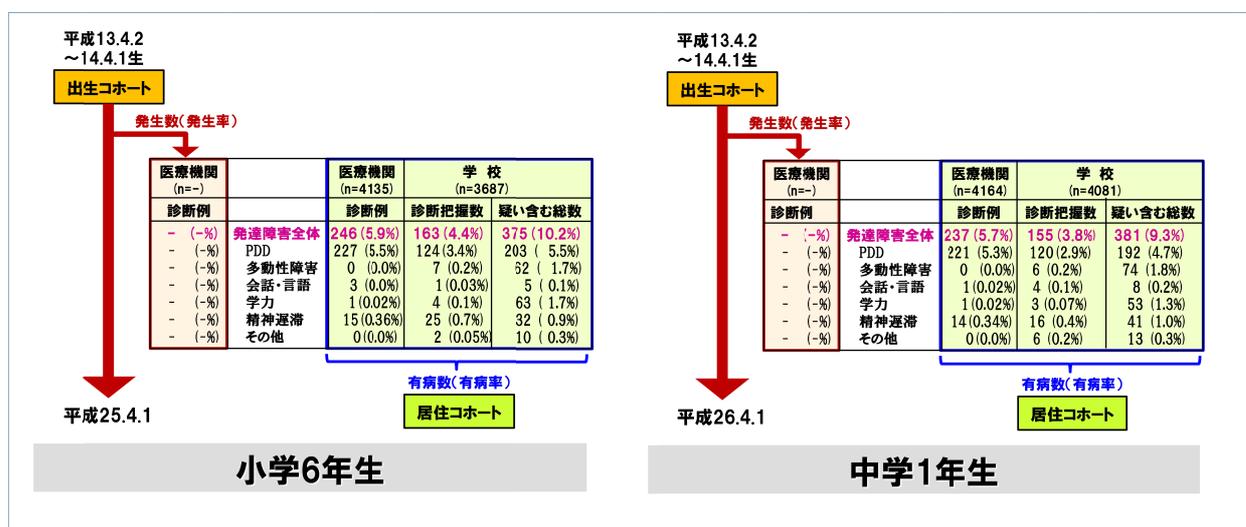


図4：中学1年生における発達障害の発生率と

有病率および発達に何らかの問題のある児童に関する学校認識の年次比較

(4)宮崎県発達障害者支援センターの調査結果

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

4. 考察

(1)10%の支援ニーズ

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

(2)診断によらない支援の実態

宮崎市では、児童精神科医師の不足に伴い診断機能を持つ医療機関は少なく、幼児期に診断を必要とする子どもの多くは市セ

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

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

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

(3) 拠点施設の役割と連携の在り方

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

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

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

ことにより、オンタイムに医療へと橋渡しをすることが事例の複雑化を防ぐうえで役立つということを示していることである。

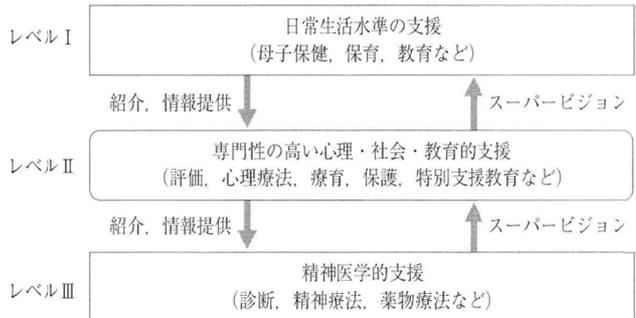


図 5：地域精神保健の 3 階層モデル
(本田、2012)

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

また、図 5 に宮崎市における具体的な機関を当てはめた際、個々の機関が担うレベルが曖昧であるため明確なヒエラルキー構

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

5. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

6. 知的財産の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

7. 引用・参考文献

- 1) 宮崎市 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」運営将来構想[骨子](案) 2015
- 2) 本田秀夫 発達障害の早期発見・早期療育システムー地域によらない基本原理と地域特異性への配慮そだちの科学 No.18/4-2012 p.2-8
- 3) 高橋脩ら 自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～豊田市と小規模自治体における支援実態～平成 25 年度厚生労働科研費補助金(障害者対策総合研究事業)発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価 2014 p.139-176
- 4) 本田秀夫 自閉症スペクトラムが精神病理学および治療学に及ぼす影響 臨床精神病 33, 2012 P.66-72
- 5) 本田秀夫:子どもから大人への発達精神医学 自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践

宮崎市における広域連携モデル事業の取り組み(第1報)

－ 宮崎市総合発達支援センター運営将来構想の策定 －

研究分担者 大庭 健一

要旨

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

はじめに

厚生労働省研究の本田班、「地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価のあり方に関する研究」の2年目として、宮崎市での実態調査を引き続き実施した。また、市センターの「運営将来構想」の策定の議論の

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

運営将来構想の策定

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

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

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

宮崎市はこれを受け、地方中枢拠点都市宣言を行い、広域化に向けての取り組みを開始した。取り組みには3つの柱があり、

圏域全体の経済成長のけん引、高次の都市機能の集積、圏域全体の生活関連機能サービスの向上があげられた。このうち生活関連機能サービスの向上の一つとして、宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の機能強化が取り上げられ、今後に向けての「運営将来構想」が策定されることになった。

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

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

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

将来運営構想の実際

「運営将来構想」は以下の構成となった。

なお、宮崎市は「障害」に対し「障がい」を使用している。

宮崎市総合発達支援センター

「おおぞら」

運営将来構想

I 総論

1 障がい児をとりまく国の動き

2 宮崎市の動き

II 宮崎市・宮崎広域圏における発達障がい児の支援について

1 医療体制の充実

2 教育・療育支援の充実

III 宮崎総合発達支援センター「おおぞら」の果たすべき役割

1 中隔拠点としての位置づけ

(1) 設置当初の役割

(2) 児童福祉法改正前の役割

(3) 児童福祉法改正後の役割

(4) 現在果たしている役割

2 提供サービスの内容とその提供範囲

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

3 事業規模（受け入れる地域）

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

IV 宮崎市・宮崎広域圏の障がい児をとりまく現状

1 宮崎市の障がい者（児）の現状

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

2 宮崎県、宮崎広域圏の状況

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

3 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の現状

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

4 利用者のニーズの把握

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

V 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の

運営上の課題

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

VI 今後の方向性

1 障がいや発達に心配のある児童への支援の

基本的な考え方

2 宮崎総合発達支援センター「おおぞら」を核と

した連携中枢都市圏での障がい児支援

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

- (3) 医療機関のネットワークの構築と医療体制

- (4) エンパワメント支援実施のための体制

3 宮崎市総合発達支援センター「おおぞら」の

機能について

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

4 今後の整備の方針

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

参考資料

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

運営将来構想の解説

(a) 宮崎市・宮崎広域圏と依存率

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

図 1. 宮崎県市町村と宮崎市広域圏



表 1. 宮崎市への依存率（通勤・通学割合）

平成 22 年国政調査

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

(b) 人口動態

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

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

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

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

(c) 福祉関係の予算

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

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

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

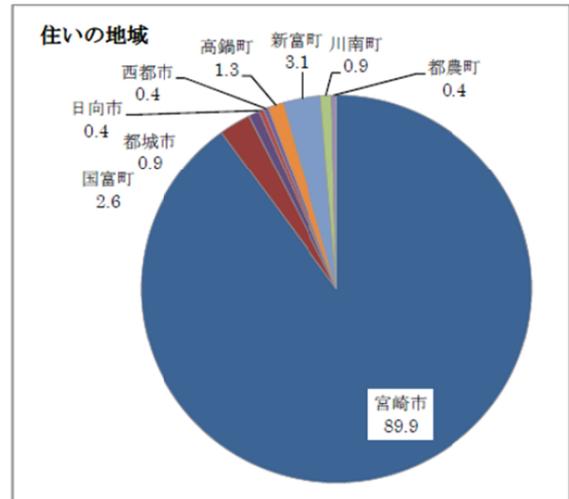
療育拠点はデパート型支援、放課後等デイサービス事業所はコンビニ型支援と呼ばれるが、利便性で勝るコンビニ型支援との機能分担が、大きな課題と考えられた。

(d) アンケート調査から

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

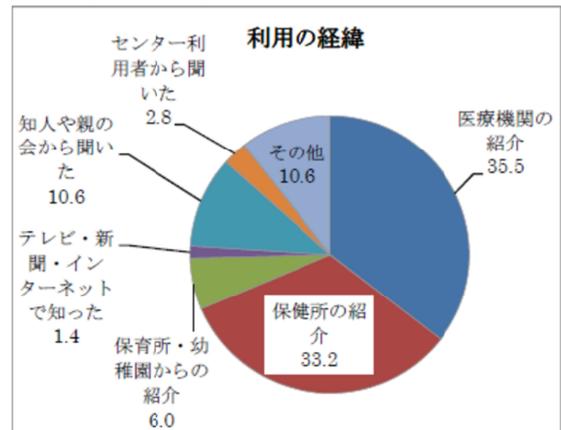
住まいの市町村は、宮崎市が 89.9%、新富町 3.1%、国富町 2.6%、高鍋町 1.3%であった。（図 2）

図 2 . 住まいの地域



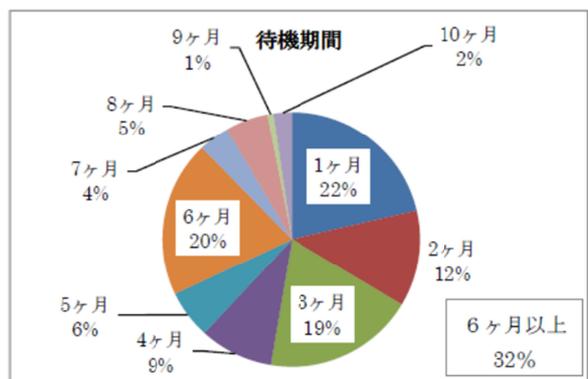
市センター利用の経緯は医療機関からの紹介が 35.5%、保健所 33.2%、知人や親の会から聞いたが 10.6%であった（図 3）。

図 3 . 利用の経緯



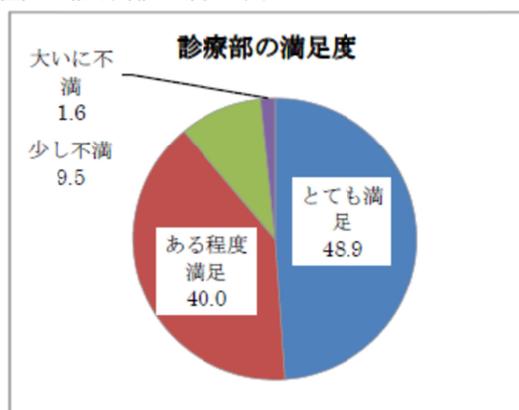
受診までの待機期間は 1 か月 22%、3 か月 19%、2 か月 12%、6 か月以上を合計すると 32%の結果であった（図 4）。

図 4 . 待機期間



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

図 5 . 診療部の満足度



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

拠点施設としての現状と課題

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

思われた。

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

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

アンケート調査からは、訓練に対する要望の強さが依然としてうかがわれた。幼児期の支援においては保護者の思いが少しでも治す方向に向くことは当然ではあるが、発達障害の支援にあたっては、「発達障害は

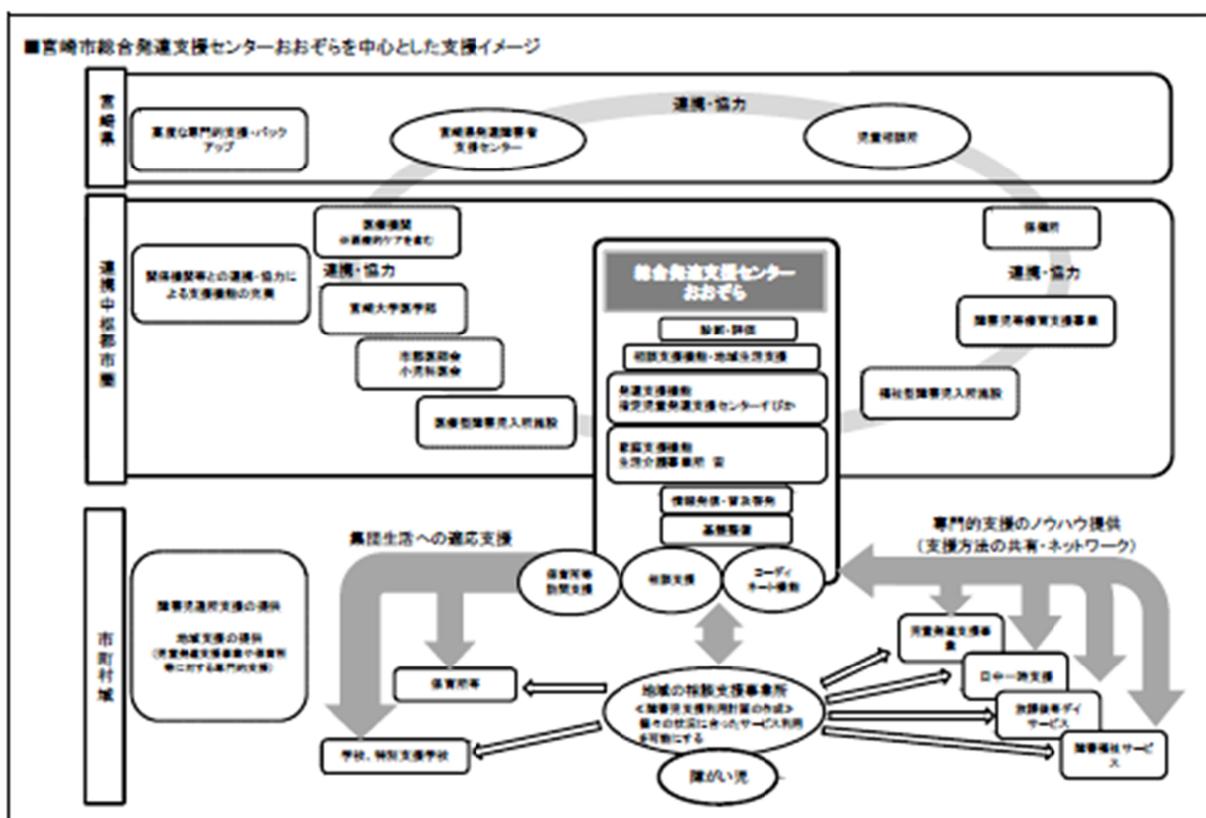
治すというモデルではないこと」,「環境調整と特性に応じた関わりを保護者が学び、自ら必要な支援を求め選択していく力を身につけること」が必要と考える。そのため「早期からの相談機能」が重要な役割を持つ。しかし、センターを利用する保護者の多くが訓練に頼り、相談による成功体験を充分得られていない実態があると考えられた。より質の高い相談機能が望まれる。

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

向けては、今後、この研究班でも議論されている「診断を前提としない支援」や「訓練から相談モデルへの移行」「医療モデルから新しい福祉・医療総合モデルへの移行」など、発達障害の新しい支援モデルを念頭におくことが必要と考えられる。

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

図6 センターを中心とした支援イメージ



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

さいごに

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

F．研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G．知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H．参考文献

- ・増田寛也 編著：地方消滅、東京一極集中が招く人口急減 中公新書 2014 .

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告書

函館市における発達障害支援の状況に関する研究

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

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

A．研究目的

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

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

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

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

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

2. 福祉行政、教育行政に関する調査

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

教育行政のシステムについては、函館市教育委員会に調査表への記入を依頼した。

（倫理面への配慮）

行政機関への調査表には、回答に個人情報が含まれないように配慮した。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

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

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

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



図1 北海道南部地域

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

2. 発達障害の支援システム

1) 「北海道式」早期療育システム¹⁾

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

達支援事業へと移行して現在にいたっている。なお、函館市立の児童発達支援事業は、現在は1か所となった。また、木古内町、知内町は函館市の療育圏から外れることになり、現在、知内町が発達支援センターを開設準備中である。



図2 早期療育機関の分布
(平成26年4月現在)

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

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

さらに、児童発達支援事業の制度化によ

り、平成 25 年度には函館市に 1 か所、七飯町に 1 か所の児童発達支援事業が開設され、さらに放課後等デイサービスの開設も相次ぎ、函館市と近郊では北海道式早期療育システムから発展してきた流れとは異なる独自の事業所の展開が見られるようになってきた。

図 2 に、道南の第 1 次療育圏と早期療育にかかわる施設の分布を示す。函館市およびその近郊では民間主導で新たなサービスの開設が相次ぎ療育の形に変化がみられるが、それ以外の地域では「北海道式」の第 1 次療育圏がそのまま生かされており、原則として従来の母子通園センターが児童発達支援事業に移行した。このうち、今金町、森町、上ノ国町は放課後等デイサービスを併設している。八雲町、奥尻町は法的な規定のない町の単独事業であるが、事業内容は児童発達支援事業と放課後等デイサービスに相当する。原則として複数の町が一つの療育圏を構成し合同で運営している形となっているが、奥尻町のみ離島のため単独運営である。

第 1 次療育圏各機関への支援としては、第 2 次療育圏として整備された体制を生かし、社会福祉法人侑愛会の各施設(所在地：函館市、北斗市)が北海道より専門支援協力機関の指定を受け、障がい児等支援体制整備事業の専門支援事業として各機関の指導や助言を行っている。また、第 3 次療育圏として整備された体制を活用し、北海道立子ども総合医療・療育センター(所在地：札幌市)などが同事業として第 1 次療育圏の機関へ指導・助言を行う場合もある。

2) 療育手帳

函館市では独自の療育手帳の判定・交付は行っておらず、児童相談所が判定を行い、北海道が交付を行っている(表 1)。

【A：重度】

(1) 知能指数がおおむね 35 以下で、日常生活に常時介護を要し、次のいずれかに該当する者。

食事、排泄、入浴および着脱衣などが困難であって、個別的指導や介助を必要とする。頻繁なてんかん発作、または失禁、異食、興奮等の行動を有し、常時注意と指導を必要とする。

(2) 視覚障がい(強度の弱視を含む)や聴覚・音声・言語障がい(強度の難聴を含む)、肢体障がいなどで身体障害者手帳の等級が 1 級～3 級で知能指数がおおむね 50 以下の者。

【B：中度、軽度】

知能指数が 35～50 程度(中度)の者と、50～75 程度(軽度)の者。

表 1 北海道における療育手帳の判定基準

障害程度は A(重度)と B(中度または軽度)の二つに分かれ、重度は知能指数がおおむね 35 以下、中度は 35～50、軽度は 50～75 とされているが、実際には他の障害の合併や生活機能なども考慮される。従来までは知能指数が 75 以上でも、学校生活や家庭生活に一定以上の困難がみられる就学以降の発達障害児については療育手帳が交付されてきたが、成人では知的障害がなければ明確に療育手帳の対象外とされるようになり、今後、小児についても同様の判断が下されるようになる可能性がある。なお、知的に遅れのない発達障害の成人については、精神障害者保健福祉手帳を交付することに対応している。

3) 支援システムの概要

(1) モデル図 (図 3)

函館市福祉事務所より提供を受けた支援システムのモデル図 (一部改編) を図 3 に示す。福祉行政が担当する支援は子どもへの発達支援と家族または本人への相談支援に分けることができる。

子どもへの発達支援

就学前と就学後のサービスに分けられる。就学前は児童発達支援及び保育所等訪問支援が、就学後は放課後等デイサービスが支援の主体となる。図 2 にも示す通り、函館市を支援圏域とするサービスとしては、児童発達支援センターが 2 か所、児童発達支援事業所が 4 か所 (うち 2 か所は放課後等デイサービスを併設) あり、主に就学前の子どもへの直接の発達支援を担当している。

保育所等訪問支援は 2 か所の児童発達支援センターが一般の保育園・幼稚園に通う発達や行動に課題を持つ子どもへの園訪問による直接支援と職員への相談支援を実施している。また、子ども発達支援事業として、おしま地域療育センター内に置かれた

子ども発達支援センターも函館市との契約下で同様の事業を行っている。

就学後のサービスとしては、放課後等デイサービスが 13 か所 (うち 2 か所は児童発達支援事業所を併設) ある。

保護者への相談支援

函館市福祉事務所が直接担当しているのは、主にサービスの調整や支給決定である。函館市子ども未来部母子保健課は、主に乳幼児健診をフォローアップする形で保健師による相談支援を実施しているほか、独自に臨床心理士を配置し、心理相談を行っている。

その他に相談支援事業所が保護者および本人からの直接の相談を受け、小児期から成人期までをカバーしている。従来は発達障害及び知的障害に関する相談支援事業所は障害者生活支援センター「ぱすてる」と渡島・檜山圏域障害者総合相談支援センター「めい」の 2 か所のみであったが、障害者自立支援法 (現障害者総合支援法) 及び児童福祉法の一部改正 (平成 24 年 4 月施行) により、函館市内及び近郊でも相談支

ステージ	未就学	学齢期	成人期
サービス	児童発達支援 保育所等訪問支援	放課後等デイサービス	障害者総合支援法による 障害福祉サービス
サービス 事業所	指定児童発達支援センター 指定医療型児童発達支援センター 指定児童発達支援事業所	指定放課後等デイサービス事業所	
各種相談 支援機関	函館市福祉事務所、函館市子ども未来部母子保健課 (保健師、心理士)		
	相談支援事業所 (函館市及び近郊 10 か所)		
	発達障害者支援センター「あおいそら」		
	函館地域生活支援センター		
	子ども発達支援センター (おしま地域療育センター)		
	函館児童相談所		

図 3 支援システムの概要 (函館市からの提供資料を一部改編)

援専門員を配置する相談支援事業所の開設が相次ぎ、現在は函館市内・近郊を含め10か所となっている。これらの相談支援事業所では、相談全般を担当するほかサービス等利用計画の作成にもかかわり、サービスの支給決定に際して福祉事務所との調整の役割も果たしている。

発達障害者支援センター「あおいそら」も保護者からの相談を受けているが、道のセンターとして渡島・檜山圏域以外の遠隔地も支援範囲としているため担当できる保護者からの相談件数は限定的であり、現在の主な機能は直接支援を行っている機関への支援（間接支援）となっている。

函館地域生活支援センターは精神障害の相談支援を担当しているが、背景に発達障害や知的障害を伴う場合も含まれるものと思われる。

子ども発達支援センターは、前述の保育園・幼稚園への支援に加え、主に幼児期の

保護者への相談を担当している。

児童相談所も、その相談の多くは発達障害に関するものである（「(2) 発見の場」参照）。

(2) 発見の場

乳幼児健診は発達障害をスクリーニングする場として大きな役割を持っている。函館市が実施する集団健診は4か月児、1歳7か月児、3歳1か月児健診であり、そのほかの年齢については医療機関での個別健診となっている。また、全国に広まりつつある5歳児健診は導入されていない（「4）障害児支援の体制」参照）。

保育園、幼稚園、学校も発見の場としての役割を担っている。函館市では、発達障害者支援センターと子ども発達支援センターが共同で市内の保育園、幼稚園を対象とする発達支援コーディネーター養成のための研修会を年間数回開催しており、認識は年々高まってきている。保育園、幼稚園で

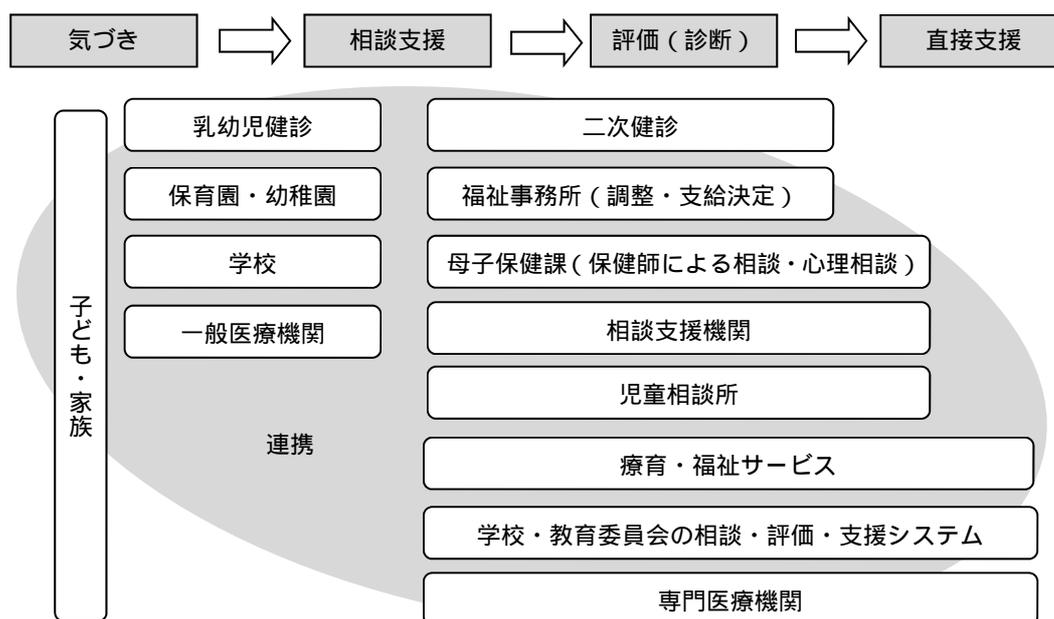


図4 気づきから継続的な支援までの流れ

「相談支援」は主に保護者への相談を、「直接支援」は療育などの子どもへの支援を指す。

子どもの発達について遅れや偏りを疑う場合は、子ども発達支援センターが園に対するコンサルテーションや保護者に対する個別相談を実施している。また、学校でも特別支援教育の普及を背景に発達障害に対する認識が高まっており、教育制度の中で評価や支援が実施されているほか、学校から医療機関や相談機関などへ紹介されるケースも増加している。

児童相談所も、その相談の多くが発達障害にかかわるものであり、重要な役割を担っているといえる²⁾。函館児童相談所は道南地域全体を管轄範囲としているため函館市だけのデータはないが、平成24年度には道南圏域全体で1281件の相談があり、そのうち771件(57.5%)が障害に関する相談であった。また障害相談の内訳としては、自閉症相談が320件(41.5%)、知的障害相談が270件(35.1%)、言語発達障害等相談が108件(14.0%)であり、この3つで障害相談全体の90%以上を占めていた。函館市の年少人口(15歳未満)は道南圏域の56.5%に当たることから推定すると、函館市では少なくとも年に400名以上が児童相談所で障害の判定を受けていることになる。児童相談所への相談経路としては、家族や親戚からの相談が相談全体の57.5%と最も多く、次いで市町からの紹介が23.0%であり、自主的に児童相談所を利用する件数が半数以上を占めていた。教育機関や医療機関からの紹介は少なかった。

これらのほかにも、家族が発達に問題を感じ、自ら相談機関や医療機関に連絡することから発見につながる場合もある。

(3) 気づきから継続的な支援までの流れ

図4に気づきから継続的な支援までの流

れを示す。実際には様々なパターンがあり非常に複雑であるが、あえて概略に絞ると、気づき 相談支援 評価(診断) 直接支援という流れになる。

(4) 医療の関わり方

道南地域では専門医療機関の数が少ないこともあり、発達障害にかかわる相談支援を一般の医療機関が独自に行っていることがある。函館小児科医会の分科会である「道南発達障がいを考える会」は2か月ごとに定例学習会を開催しているが、発達障害を専門とする小児科医、精神科医を中心に、一般医療機関の勤務医や開業医も会員として参加しており、そのような医療機関では公式・非公式に相談支援の仕組みを持っていることがしばしばある。

専門医療機関としては、主に、ゆうあい会石川診療所(おしま地域療育センター)はこだて療育・自立支援センター診療所、函館五稜郭病院小児科、函館中央病院小児科、かとうメンタルクリニックが小児の発達障害及び知的障害の診断を担当している。これらの医療機関は原則として予約診療であり、紹介元としては、乳幼児健診、幼稚園・保育園・学校、一般医療機関、相談支援機関(発達障害者支援センターを含む)療育機関、児童相談所などが中心である。また、インターネットなどの情報を基に、家族が自ら受診する場合もある。これらの専門医療機関では、機関ごとの差はあるものの主に診断、相談、療育(リハビリテーション)、心理療法、薬物療法などを提供している。これらの医療機関での診断に関する調査は平成26年度に実施する予定である。

(5) 幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

函館市在住の子どもが利用できる専門機関には以下のものがある。

知的障害児通園施設から移行した児童発達支援センターとして、児童発達支援センター「うみのほし」(函館市、1日当たり定員30名)及び「つくしんぼ学級」(北斗市、同40名)がある。また、肢体不自由児通園施設から移行した医療型児童発達支援センターとして、はこだて療育・自立支援センター「はぐみ」(函館市、同20名)は主に肢体不自由児・重症心身障害児を受け入れているが、その中に発達障害特性を伴う子どもが含まれている可能性がある。

その他に、児童デイサービスから移行した児童発達支援事業として、おしま地域療育センター「おひさま」(函館市、同10名)、はこだて療育・自立支援センター「つばみ」(函館市、同20名)があり、また児童福祉法の改正に伴い新規に開設された児童発達支援事業(放課後等デイサービス併設)として、「音の森はこだて」(函館市、同10名)及び「ななえあーす」(七飯町、同10名)がある。

b. 幼稚園・保育所

函館市内には、幼稚園26施設、認可保育所が47施設ある。隣接する北斗市及び七飯町には、それぞれ幼稚園4施設、2施設、認可保育所(季節保育所を含む)11施設、6施設あり、函館市内の子どもたちも利用可能である。

幼稚園については一部の園で障害児の受け入れをしており、北海道の私立幼稚園管理運営対策費補助金に障害児の受け入れ数が勘案されているが、実際には気づかれなまま入園し、結果的に各園で対応をして

いるケースも少なくないものと思われる。保育園も同様であり、障害児を受け入れている園に対しては函館市の障害児保育運営費補助金が交付され、平成24年度には15園で36名の受け入れがあった。しかし、実際の受け入れ数はこれをかなり上回るものと思われる。その理由の一つには、幼稚園、保育園ともに補助金の申請には医療機関の診断書(医学判定書)が必要となるが、診断書の発行やそのための医療機関受診に保護者の理解を得ることが難しい場合が少なくないことが挙げられる。特に幼稚園においては申請が年に1回(6月上旬)であり、入園後に気づかれた場合には申請が難しいことが少なくない。

c. 幼稚園・保育所への外部専門職による支援

制度としては、児童福祉法に基づく保育所等訪問支援事業によって児童発達支援センターの職員が園を訪問し相談支援を行うことが可能であるが、実際の運用は年間数件にとどまっている。この理由としては、制度が個別給付のため、原則として利用に際して障害福祉サービス受給者証の発行が必要であり、制度利用に保護者の心理的抵抗が大きいことが挙げられる。

それに対して、函館市との契約によっておしま地域療育センターが実施している子ども発達支援事業は、サービス受給者証が必要ない点で利用しやすい事業であるといえる。支援の方法としては各園への巡回訪問と保護者への個別相談があり、平成24年度には両者を合わせて243件の相談があった。

また、函館市子ども未来部母子保健課では保健師や臨床心理士による園訪問を実施

している。

幼稚園に対しては、教育委員会の中に設置されている特別支援教育サポート委員会が園からの要請に応じてサポート委員や指導主事の派遣を行い、助言等の支援を行っている。

d. 学校への引き継ぎ

乳幼児健診からフォローアップされている子どもについては、保健師が就学に際しての様々な資源を紹介しており、学校見学に同行することもある。就学についての相談支援としては、函館市教育委員会の北海道教育センターで就学相談を実施しており、特別支援学校が教育相談として就学にかかわる相談を行うこともある。療育機関を利用している場合には療育機関が引き継ぎの文書を作成することが多い。

就学の判定は、就学指導委員会が、知能検査、行動観察、保護者からの聞き取りをもとに就学先について提言し、保護者の希望と合わせ、最終的に教育委員会が決定する。

(6) 学齢期の支援

a. 教育システム内の支援体制

函館市内には市立小学校が 47 校、市立中学校が 28 校、私立小学校が 1 校、私立中学校が 3 校、国立小中学校が 1 校、道立・国立の特別支援学校(小、中)が 7 校ある。このうち、特別支援学級が設置されているのは、小学校 38 校(自閉症・情緒障がい 36 校、知的障がい 26 校、病弱 1 校、肢体不自由 1 校)中学校 19 校(自閉症・情緒障がい 13 校、知的障がい 15 校、肢体不自由 2 校)である(平成 26 年度)。また、言語障がい通級指導教室(ことばの教室)が 3 校に設置されており、函館市全域から通

級可能となっている。各学校には校内支援委員会が設置され、支援方法や支援体制の検討を学校全体で行う体制となっている。また、各学校には特別支援教育コーディネーター(SENCO)が配置され、保護者の相談に応じているほか、校外の医療機関、福祉機関などとの連携の窓口となっている。SENCO は専任ではなく、特別支援学級の担任等が兼任していることが多い。また、函館市全体で 50 名の特別支援員を配置し、通常学級の担任のサポートを行っている。

函館市北海道教育センターでは、保護者の来所による教育相談を実施している。また、教育委員会の中に特別支援教育サポート委員会が設置され各学校からの要請を受けて学校の支援を行っているほか、特別支援教育巡回指導員が各学校を訪問し、指導・助言を行うこともある。

特別支援学校は各学校に対して専門的に助言・指導を行うセンターとしての役割もあり、北海道のパートナー・ティーチャー派遣事業として特別支援学校の教師が要請のあった学校を訪問し支援を行っている³⁾。

北海道教育大学函館校では、障害児臨床分野において主に通常学級に通う学習に困難を持つ子どもの個別指導及び小集団によるグループ指導の臨床授業を行っている。平成 23 年度には、個別指導 8 名、小集団指導 9 名の利用であった。また、教育相談を実施し、保護者や教師の相談に応じている⁴⁾。

さらに、一部の中学校では心理士をスクールカウンセラーとして配置している場合があり、函館市だけの件数は不明であるが、平成 22 年度には函館市を含む渡島管内の中学校 51 校中 17 校(33.3%)に配置され

ていた⁵⁾。

b. 医療・福祉などとの連携

学齢期に利用できる福祉サービスとしては放課後等デイサービスや日中一時支援がある。校内のスペースを利用して開設しているところがあるほか、学校からの送迎を行っている事業所もある。特に放課後等デイサービスは新規の開設が相次いでいる。

発達障害者支援センターは、要請のあった学校に定期的に訪問し助言を行う事業を行っている。発達障害者支援センターが定期的に支援を行っている学校は特別支援教育に対して意識が高い傾向があり、モデル校的な性格を持つことも多く、同センターが主催する特別支援教育実践報告会で取り上げられることもしばしばある。定期的な訪問による支援のほか、教師の来所による相談も行っている。

医療機関のかかわりとしては、教育機関から紹介を受けての専門医療機関の受診が増加する傾向にあり、公式・非公式な支援会議等への医師の出席も増えている。また、学校保健委員会及び就学指導委員会には医師も委員として加わっている。

(7) 専門家の養成

北海道教育大学函館校には教員養成課程はないものの、特別支援学校教諭の資格が取得可能な学科がある。

幼稚園・保育所については、子ども発達支援センター及び発達障害者支援センターが共同で研修会を行い、函館市が認定する発達支援コーディネーターを養成している。また、特別支援教育については、教育委員会や各学校で定期的に研修会が開かれている。

函館小児科医会の分科会「道南発達障

いを考える会」は、定例学習会に参加した医師に対し、小児科学会専門医の更新単位3単位を発行している。

(8) 普及啓発

家族に対する情報提供

函館市では、市及び教育委員会のウェブサイトにて利用できる制度や特別支援教育についての基本的な情報を掲載している。その他に、発達障害や福祉制度に関する冊子を作成、関係機関に配布し、様々な場所で入手しやすくする取り組みを行っている。

一般への普及啓発

公的機関が自ら取り組んでいる普及啓発活動はないが、北海道からの委託を受けて発達障害者支援センターが講演会などの啓発企画を開催している。その他に、任意の研究会などで一般への啓発を目的にした企画がなされることがしばしばある。

4) 障害児支援の体制

(1) 母子保健

母子保健は、函館市子ども未来部母子保健課が担当している。保健師は常勤10名、非常勤1名で、保健師1人あたりの0~4歳人口は885人である。その他に、常勤の小児科医師1名、非常勤の臨床心理士1名(29時間/週)が勤務している。

(2) 乳幼児健診・就学時健診(平成24年度)

函館市子ども未来部母子保健課が実施主体となっている健診は4カ月、10カ月、1歳7カ月、3歳1カ月である。その他に、就学時健診を教育委員会が行っている。5歳時健診は実施されていない。

平成24年度の乳幼児健診及び就学時健診の結果を表2に示す。受診率は10カ月健診を除き90%以上と高い。また、フォロ

一率を見ると 10 カ月健診と 3 歳 1 カ月健診で高くなっている。10 カ月健診は運動発達のフォローアップが多く、3 歳 1 カ月健診は言葉の遅れが多いものと推察される。特に 3 歳 1 カ月健診はフォロー率が 13.8%と高くなっている一方、就学時健診では 0.11%と極めて低くなっている。これは、函館市の母子保健は就学でフォローアップを終了する仕組みになっており、反対に 3 歳 1 カ月健診後には保健師によるフォローアップが幅広く行われるためと思われる。

(3) 幼稚園・保育所

“ 3)-(5)-b. 幼稚園・保育所 ”及び“ 3)-(5)-c. 幼稚園・保育所への外部専門職による支援 ”を参照。

5) 専門機関

(1) 福祉施設等

“ 3)-(5)-a. 障害幼児対象の専門機関 ”を参照。

(2) 発達障害専門の医療機関

発達障害を専門としている医師数は、ゆうあい会石川診療所(常勤 1 名)、はこだて療育・自立支援センター診療所(常勤 1 名)、函館五稜郭病院小児科(非常勤 1 名)、函館中央病院小児科(非常勤 1 名、函館五稜郭病院と同医師)、かとうメンタルクリニック(常勤 1 名)である。この中で、ゆうあい会石川診療所は、小児期～成人期の発達障

害、知的障害、身体障害を、はこだて療育・自立支援センター診療所は小児期の知的障害、発達障害及び小児期～成人期の身体障害を専門とする機関である。函館五稜郭病院及び函館中央病院は、小児科の中に発達障害の専門外来を設けている。かとうメンタルクリニックは、一般の精神科クリニックであるが、思春期外来を行っており、発達障害の受診も相当数ある。

各医療機関の受診数などは今後の調査によるが、ゆうあい会石川診療所については平成 24 年度の受診者実数 1355 名、うち新患 205 名であった。また、受診者の診断名の内訳は、頻度順に自閉症スペクトラム障害 58.0%、知的障害(精神遅滞) 22.7%、脳性麻痺 3.8%であった。ゆうあい会石川診療所は、受診待機期間が 1 年を超えており、ニーズに対して十分に応えることができていないことが大きな課題となっている。

(3) 特別支援教育

“ 3)-(6) 学齢期の支援 ”参照。

6) 発達障害者支援センターとの連携

(1) 発達障害者支援センターの名称と運営主体

発達障害者支援センターあおいそらは、社会福祉法人侑愛会が北海道からの委託を受けて運営している。

(2) 発達障害者支援センターとの連絡会

函館市と発達障害者支援センターとの単

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
4カ月	母子保健	2か所	55回	34人	100.2%	4.7%
10カ月	母子保健	2か所	56回	31人	86.2%	10.1%
1歳7カ月	母子保健	2か所	50回	34人	93.9%	5.4%
3歳1カ月	母子保健	2か所	56回	31人	91.4%	13.8%
就学時	教育委員会	26か所	26回	71人	94.3%	0.11%

表 2 乳幼児健診・就学時健診(平成 24 年度)

独での連絡会はないが、発達障害者支援センターが主催する道南地域連絡協議会（年1回）には、函館市の福祉、保健、教育行政担当者が出席している。

(3) 発達障害者支援センターからの支援

幼稚園・保育所に対しては、子ども発達支援センターと協働して函館市の認定する発達支援コーディネーターの養成講座を年間数回開催している。また、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス、日中一時支援事業所などへのコンサルテーションを実施している。

行政職の職員については、新採用職員に対する福祉行政に関する研修会で発達障害者支援センターが講義を担当している。

学齢期については学校への支援が中心であり、“3)-(6)-b. 医療・福祉などとの連携”を参照。

D. 考察

本調査では、主に行政主導の支援について調査を行った。函館市の発達障害支援の仕組みは、現在も基本は「北海道式」早期療育システムの影響下にあると言えるが、児童福祉法の改定及び障害者自立支援法（現障害者総合支援法）の成立によって、放課後等デイサービスなどの新たな事業展開も見られるようになってきた。また、サービス等利用計画の作成が義務付けられたことから、相談支援事業所も増加しつつある。しかしながら、特に児童発達支援センターなどの専門性の高いサービスは例年希望者が定員より多く、待機になるケースが少なくない。また、新規に開設した事業所についてはその支援の質について今後検討が必要と考えられる。

発達障害の発見から継続的な支援への流れとしては、乳幼児健診からの流れが一つの中心となっており、保健師が中心になって対応しているほか、特に支援が必要な家庭については市嘱託の臨床心理士が対応する体制を取っている。その他に、子ども発達支援センターや発達障害者支援センターの支援を受けて幼稚園、保育園でも発達障害に関する意識が高まりつつあり、専門機関への相談や受診も増えている。特に幼稚園・保育園では、乳幼児健診で気づかれず診断を受けないまま入園し、集団活動を経験するようになって初めて気付かれるケースが少なくなく、そのような場合には福祉制度の活用が難しい場合がしばしばみられる。

学齢期は特別支援教育の枠組みが支援の中心であり、放課後等デイサービスなどの福祉サービスの利用も一部に見られるものの、保健師によるフォローアップが就学で終了することなどから、就学指導委員会への協力を除けば就学前の福祉行政と教育との連携は比較的乏しい。

医療機関については、発達障害を担当する医療機関の数が少ないことから待機期間が長いなどの問題がある。また、大学医学部がないため、発達障害医療の専門家の養成については課題が大きい。

E. 結論

函館市の発達障害への支援は現在も「北海道式」早期療育システムの強い影響下にあるが、新たなサービスの展開も見られるようになってきた。今後は、サービスの質についても検討が必要と思われる。また、国の制度の中で法律に基づいたサービス提

供が行われているほか、子ども発達支援事業などの函館市独自の事業もいくつか実施されている。学校については特別支援教育に伴う支援が中心となっているが、教育制度の中で完結する傾向が強く、福祉行政との連携は比較的乏しい。

F．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

高橋和俊「函館市における発達障がい支援の現状」(第25回道南発達障がいを考える会 平成26年12月12日 おしま地域療育センター)

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) 牧野誠一、伊藤則博, “特別な対応が必要な子どもに対する機関連携を巡る諸問題 就学前幼児療育機関と学校教育の連携 その2 北海道における早期療育システムと療育機関の発展 ” 札幌学院大学人文学会紀要, 第89号, pp.45-69, 2011
- 2) 函館児童相談所, “平成25年度北海道函館児童相談所業務概要(平成24年度実績)” 2013
- 3) 三浦友和, “パートナー・ティーチャー派遣事業の効果的活用の試み～「地域担

当制」と奥尻町における実践について～” 特別支援教育ほっかいどう, 第19号, pp.12-15, 2013

- 4) 北海道教育大学特別支援教育プロジェクトウェブサイト

(http://hokutoku.net/?page_id=275)

- 5) 北海道教育委員会, “平成22年度スクールカウンセラーの取組 実践事例集” 2011

資料 1 地域特性（函館市）

1-1. 函館市における地理的特徴・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	677.93 Km ²
総人口	279,127 人
人口密度（可住地面積 1km ² 当たり）	411.7 人
人口性比（女性 100 人に対する男性の数）	83.5 人
世帯数	126,180 人
1 世帯当りの人数	2.21 人
外国人登録者数	667 人
社会増	26,800 人
社会減	31,797 人
出生	1891 人
死亡	3,233 人
出生率（人口 1000 対）	6.68
死亡率（人口 1000 対）	11.42
乳児死亡率（人口 1000 対）	0.0247
婚姻率（人口 1000 対）	4.95
離婚率（人口 1000 対）	2.30
年少人口割合（0～14 歳）	10.92%
生産年齢人口割合（15～64 歳）	61.41%
老年人口割合（65 歳以上）	27.46%
高齢者単身世帯の割合	17.02%
市町村内総生産（名目）	936,000,000 千円
完全失業者数	11043 人
完全失業率	8.3%
生活保護被保護人員（人口千人当たり）	44.0 人
財政力指数	0.462
市町村民税（人口 1 人当たり）	118,829 円（平成 20 年度）

1-2. 函館市の地理的特徴・人口・人口動態（周辺地域、全国との比較）

項目	函館市	北斗市	渡島地域 (函館市、北斗市を除く)	檜山地域	全国平均
人口密度（可住地面積 1km ² 当たり）	411.7 人	120.9 人	35.2 人	16.0 人	343.4 人
人口性比（女性 100 人に対する男性の数）	83.5 人	88.2 人	88.5 人	88.4 人	94.8 人
1 世帯当りの人数	2.21 人	2.61 人	2.46 人	2.35 人	2.42 人
出生率（人口 1000 対）	6.68	9.02	-	-	8.5
死亡率（人口 1000 対）	11.42	8.94	-	-	9.5
婚姻率（人口 1000 対）	4.95	5.07	-	-	5.5
離婚率（人口 1000 対）	2.30	2.68	-	-	1.99
年少人口割合（0～14 歳）	10.92%	15.03%	11.49%	11.03%	13.12%
生産年齢人口割合（15～64 歳）	61.41%	62.54%	58.21%	55.01%	63.28%
老年人口割合（65 歳以上）	27.46%	22.38%	30.29%	33.96%	22.84%
高齢者単身世帯の割合	26.66%	17.70%	19.96%	21.03%	16.4%
完全失業率	8.3%	8.0%	-	-	5.0%
生活保護被保護人員（人口千人当たり）	44.0 人	16.7 人	22.8 人	32.6 人	29.0 人

2-1. 函館市における就業人口（平成22年）

項目	人口（人）			構成比（％）				
	計	男	女	計	男	女		
人口総数	279,127	127,046	152,081	-	-	-		
就業人口総数	248,042	110,930	137,112	100	100	100		
就業率				-	-	-		
産業 分類 別 就 業 者 人 口	農業	845	516	329	0.69	0.78	0.59	
	林業	110	90	20	0.09	0.14	0.04	
	漁業	3,388	2,281	1,109	2.78	3.46	1.98	
	第1次産業	4,343	2,887	1,109	3.57	4.38	2.61	
	鉱業	34	26	8	0.03	0.04	0.01	
	建設業	10,014	8,733	1,281	8.23	13.26	2.29	
	製造業	10,136	5,398	4,738	8.33	8.20	8.48	
	第2次産業	20,184	14,157	6,027	16.58	22.71	10.26	
	電気・ガス・熱供給・水道業	618	532	86	0.51	0.81	0.15	
	情報通信業	1,299	873	426	1.07	1.33	0.76	
	運輸業	7,329	6,439	890	6.02	9.78	1.59	
	卸売・小売業	21,757	10,405	11,352	17.87	15.80	20.32	
	金融・保険業	2,851	1,233	1,618	2.34	1.87	2.90	
	不動産業	1,974	1,171	803	1.62	1.78	1.44	
	学術研究・専門・技術	2,374	1,605	769	1.95	2.44	1.38	
	飲食店・宿泊業	9,158	3,271	5,887	7.52	4.97	10.54	
	生活関連サービス業	5,352	2,064	3,288	4.40	3.13	5.89	
	教育・学習支援業	5,332	2,789	2,543	4.38	4.23	4.55	
	医療・福祉	16,287	4,324	11,963	13.38	6.57	21.41	
	複合サービス業	852	503	349	0.70	0.76	0.62	
	サービス	（他に分類さ れないもの）	8,027	4,760	3,267	6.59	7.23	5.85
	公務		5,841	4,496	1,345	4.80	6.83	2.41
	第3次産業	89,051	44,465	44,586	73.15	67.51	79.80	
	分類不能の産業	8,156	4,355	3,801	6.70	6.61	6.80	

2-2. 旧産業分類に基づく函館市と周辺地域、全国との比較

	函館市	北斗市	渡島地域 (函館市、北斗市を除く)	檜山地域	全国平均
第1次産業	3.6%	8.1%	17.6%	21.1%	4.0%
第2次産業	16.6%	22.7%	24.8%	18.8%	24.8%
第3次産業	73.2%	67.6%	55.6%	60.0%	70.2%
分類不能	6.7%	1.6%	2.0%	0.1%	1.0%

3. 函館市における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	121,834	65,864	58,870	100	100	100
管理的職業従事者	2,997	2,494	503	2.46	3.79	0.90
専門的・技術的職業従事者	16,941	7,961	8,980	13.92	12.09	16.07
事務従事者	18,841	7,559	11,282	15.48	11.48	20.19
販売従事者	17,035	8,980	8,055	13.99	13.63	14.42
サービス職業従事者	17,262	5,476	11,786	14.18	8.31	21.10
保安職業従事者	3,071	2,961	110	2.52	4.50	0.20
農林漁業従事者	3,989	2,807	1,182	3.28	4.26	2.12
生産工程従事者	12,514	7,869	4,645	10.28	11.95	8.31
輸送・機会運転従事者	5,461	5,291	170	4.49	8.03	0.30
建設・採掘従事者	6,254	6,146	108	5.14	9.33	0.19
運輸・清掃・放送等従事者	9,285	3,992	5,293	7.63	6.06	9.47
分類不能の職業	8,084	4,328	3,756	6.64	6.57	6.72

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告書

函館市在住の小学生における 発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成 25 年度調査）

分担研究者 高橋 和俊（おしま地域療育センター所長）

研究要旨：函館市に在住する小学校 1 年生と 6 年生を対象に、学校に対して発達に遅れや偏りのある子どもに関するアンケート調査を行った。該当する子どもの割合は、通常学級・特別支援学級では 1 年生で 6.7%、6 年生で 6.5%、特別支援学校では 1 年生で 95.0%、6 年生で 83.3%であった。特徴の種別ごとにみると、行動面の特徴は学年が進むと減少する傾向があり、特に注意欠如・多動性障害とコミュニケーション障害・構音障害の特徴でその傾向が著しかった。反対に精神遅滞などの学習面の困難は増加する傾向があった。医療機関の受診率は、通常学級・特別支援学級では 1 年生 50.7%、6 年生 59.7%、特別支援学校では 1 年生 78.9%、6 年生 90.0%と、6 年生でやや増加する傾向があったが、特徴の種別による差が大きく、広汎性発達障害の特徴がある場合に受診率が高かった。医療機関を受診していない場合には、その理由として 1 年生、6 年生ともに「必要性を感じない」が最も多かったが、6 年生では「他に相談する場所がある」も多くなっていた。文部科学省の定義に準じた不登校は全体の 0.7%とごくわずかだったが、発達に遅れや偏りがある場合には 10.0%と明らかに高くなっていた。

A．研究目的

発達障害に対する認知が高まるにつれ、教育現場で何らかの困難を示す子どもたちについて、発達障害特性が一つの要因として注目されるようになってきた。平成 24 年度の文部科学省の調査においても、通常学級に在籍する児童生徒の 6.5%に、教育上何らかの困難が見られるとの報告がなされている¹⁾。

教育現場においては、特別支援教育の普及などによって通常学級においても一定の支援を受けられる体制が全国的に整えられつつあるが、現場での把握の状況や対応の

体制については学校差や地域差が見られる²⁾。さらに、学校だけでなく、医療を含めた地域の資源の状況や、教育とそれらの資源との連携についてはさらに地域格差が大きいことが予測される。これらは必ずしも否定的な側面だけでなく、全国一律でない地域特性を考慮した支援システムを構築する上で、積極的に参考にすべき情報であるとも考えられる。

今回、このような基礎資料の一つとすることを目的に、発達に遅れや偏りのある子どもについて、函館市の小学校 1 年生および 6 年生における教育現場での把握の実態

について、アンケートを基に調査を行った。

B．研究方法

函館市教育委員会、北海道教育局および渡島教育局の協力を得て、函館市立小学校46校および函館市在住の生徒が在籍している可能性の高い近隣の北海道立の特別支援学校（盲・聾・養護学校）6校、国立特別支援学校1校にアンケートへの回答を依頼した。函館市内にある国立普通小学校1校および私立小学校1校への調査は行わなかった。

調査対象は平成25年度4月1日現在で函館市に住所のある小学校1年生及び6年生とし、調査項目は、男女別在籍生徒数、発達に何らかの遅れや偏りを持つ生徒数とその特徴（困難）の種類、医療機関受診の有無、受診していない場合にはその理由である。6年生については、在籍学級の種別および不登校の子ども数についても調査を行った。なお、本調査における「発達に何らかの遅れや偏りを持つ生徒」とは、原則としてICD-10のFコードに相当する状態とし、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害などの身体的障害については含めなかった。

このうち発達の遅れや偏りの特徴は、(1) 広汎性発達障害、(2) 注意欠如・多動性障害、(3) コミュニケーション障害・構音障害、(4) 学習障害、(5) 精神遅滞、(6) 吃音・選択性緘黙・チックなどその他、の6種類に分け、複数の特徴がみられる場合には番号の最も小さい項目に分類した。これらの特徴はあくまでも教育現場の判断とし、医学的診断の有無については問わなかった。小学校1年生及び特別支援学校の調査からは(4) 学習障害の項目を省いた。

不登校については文部科学省の定義「年間30日以上欠席した児童生徒のうち、病気や経済的な理由を除き、何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しないあるいはしたくてもできない状況にある者」に従い、平成25年4月2日から10月1日時点までのどこかの期間に一度でも上記の定義に当てはまる状態になったことのある場合とした。

アンケートの送付及び回収は、函館市立の学校については函館市教育委員会に依頼した。特別支援学校については、北海道教育局および渡島教育局の許可を得て、個別に郵送し、郵送により回収した。

（倫理面への配慮）

アンケートは学校名を無記名とした。また、データはすべて集計による解析とし、個別の子どもが特定されることのないようにした。

C．研究結果

函館市立の小学校46校への依頼に対して有効回答は23校から得られた。生徒数については、1年生在籍1840名（男962名、女878名）に対し回答1028名（男503名、女525名）で、生徒数に対する回答率は56.6%（男53.4%、女60.0%）であった。6年生については、在籍2004名（男1047名、女957名）に対し回答1071名（男574名、女497名）で、同54.0%（男55.7%、女52.2%）であった。

特別支援学校については7校中7校から有効回答が得られ、生徒数は1年生20名（男15名、女5名）、6年生12名（男9

名、女 3 名) 生徒数に対する回答率は 100%であった。

発達に何らかの遅れや偏りのある生徒の割合は、1 年生で通常学級、特別支援学級を合わせて 6.7% (男 10.7%、女 2.9%)、6 年生で 6.5% (男 9.9%、女 2.6%) であり、1 年生に比べると 6 年生でやや下がる傾向があったが大きな差異はなかった(表 1)。また、6 年生のこれらの子どもの在籍学級を見てみると、通常学級 50.0% (男 47.4%、女 61.5%)、特別支援学級 41.4% (男 45.6%、女 23.1%)、在籍級不明が 8.6% (男 7.0%、女 15.4%) となっており、男子は通常学級と特別支援学級がほぼ同数で、女子は通常学級に在籍している割合が高かった(表 2)。特別支援学校では、発達に何らかの遅れや偏りのある生徒の割合は 1 年生では 95.0% (男 93.3%、女 100%) であり、6 年生では 83.3% (男 77.8%、女 100%) であった(表 1)。

通常学級、特別支援学級における発達の遅れや偏りの特徴を頻度順に見ると、1 年生では、広汎性発達障害の特徴が 50.7%、注意欠如・多動性障害の特徴が 20.3%、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 13.4%、精神遅滞の特徴が 11.6% であった。同様に 6 年生では、広汎性発達障害の特徴が 42.9%、精神遅滞の特徴が 18.6%、学習障害の特徴が 14.3%、注意欠如・多動性障害の特徴が 4.3%、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 2.9% であった(表 3)。広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、コミュニケーション障害・構音障害の比率は学年が上がるとうがる傾向があり、特に注意欠如・多動性障害とコミュニケーション障害・構音障害でその傾向が著しかった。

反対に、精神遅滞については増える傾向があり、学習障害については 1 年生では質問項目に含めなかったが、6 年生ではかなりの割合を占めていた。

これらを通常学級及び特別支援学級の生徒全体に占める割合として頻度順に示すと、1 年生では広汎性発達障害の特徴が 3.4%、注意欠如・多動性障害の特徴が 1.4%、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 0.9%、精神遅滞の特徴が 0.8% であった。同様に 6 年生では、広汎性発達障害の特徴が 2.8%、精神遅滞の特徴が 1.2%、学習障害の特徴が 0.9%、注意欠如・多動性障害の特徴が 0.3%、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 0.2% であった(表 4)。

これらのうち、通常学級・特別支援学級で医療機関を受診している人数を全体に占める割合で示すと、1 年生全体で 3.4% であり、特徴の種別ごとにみると、頻度順に、広汎性発達障害の特徴が 2.7%、注意欠如・多動性障害の特徴が 0.3%、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 0.3%、精神遅滞の特徴が 0.1% であった。6 年生全体では 3.5% で、特徴の種別ごとにみると、頻度順に、広汎性発達障害の特徴が 2.6%、精神遅滞の特徴が 0.5%、注意欠如・多動性障害の特徴が 0.2%、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 0.1%、学習障害の特徴が 0.1% であった(表 4)。

特別支援学校では、1 年生の広汎性発達障害の特徴の比率が 68.4%、精神遅滞の特徴が 26.3%、注意欠如・多動性障害の特徴が 5.3% であった。6 年生では広汎性発達障害の特徴が 60.0%、精神遅滞の特徴が 30.0%、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 10.0% であった(表 5)。

発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診率については、通常学級・特別支援学級合わせて1年生では50.7%、6年生では59.7%であった。このうち、特徴ごとの医療機関受診率を見ると、広汎性発達障害の特徴がある場合に1年生80.0%、6年生93.3%と医療機関受診の割合が高く、それに対して精神遅滞の特徴の場合には受診率は1年生で12.5%、6年生で38.5%と、比較的低かった。学習障害については6年生で10.0%と受診率は低かった。注意欠如・多動性障害の特徴がある場合には、1年生では受診率は21.4%と低かったが、6年生になると総数は減少するものの受診率は66.7%と高くなっていった(表6)。

特別支援学校では1年生の受診率78.9%、6年生では90.0%で、全体的に医療機関受診の割合は高かったが、実数そのものが少なかったため、1年生と6年生の比較や特徴の種別間での比較は困難であった(表7)。

発達に何らかの遅れや偏りがあっても医療機関を受診していない理由としては、通常学級・特別支援学級合わせて、1年生では、(教師および家族が)必要性を感じない32.4%、(教師は必要性を感じているが)家族の理解が得られない14.7%、(家族は必要性を理解しているものの)受診に抵抗がある11.8%、他に相談する場所がある5.9%、その他11.8%、不明23.5%であった。6年生では、必要性を感じない20.0%、他に相談する場所がある20.0%、家族の理解が得られない16.0%、受診に抵抗がある12.0%、その他4.0%、不明28.0%であり、1年生と比較すると「必要性を感じない」が少なくなり、「他に相談する場所がある」が高くなっていった。特別支援学校では未受

診の実数自体が少なく(表8)、表には示さなかったものの「必要性を感じない」としたケースでも身体的合併症について定期的な医療機関の受診があるという回答が多く、実際に医療機関を全く利用していないケースはまれであった。

文部科学省の定義による不登校は、6年生の通常学級・特別支援学級を合わせて在籍生徒数の0.7%であり、全体に占める割合は低かったが、発達に遅れや偏りのある生徒中に占める割合は10%に上っていた(表9)。特別支援学校では不登校の報告はなかった。

D. 考察

本調査における「発達に遅れや偏りを持つ子ども」の割合は、通常学級と特別支援学級を合わせて1年生で6.7%、6年生で6.5%であり、学年が進んでも大きな変化は見られなかった。また6年生では「発達に遅れや偏りを持つ子ども」の通常学級と特別支援学級の在籍数はほぼ半々であった。

学校における発達障害を疑わせる子どもに関する先行調査としては、文部科学省による平成15年(調査年は平成14年)の「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」が大規模調査の嚆矢であろう³⁾。この調査を受け、いくつかの自治体が同様の調査を行い^{4) 5) 6) 7)}、さらに平成24年にはほぼ同じ内容で文部科学省が再調査を行った¹⁾。

平成24年の全国調査では「知的発達に遅れはないものの学習面、行動面で著しい困難を示す児童生徒」の割合は、1年生で9.8%、6年生で6.3%であった。また、平成14年の調査を受けて行われた各地の調

査を見てみると、「知的発達に遅れはないものの学習面、行動面で著しい困難を示す児童生徒」の割合は、埼玉県では小学校通常学級全体で11.72%⁵⁾、和歌山県では5.6%⁶⁾、東京都では5.1%⁴⁾、秋田県では2.5%⁷⁾と、かなりの地域差があった。さらに、学年による頻度の違いについては、低学年から高学年へと一貫して減少する場合と、1年生で低く、2年生から中学年にかけて上昇、高学年で減少し、1年生と6年生での割合はあまり変わらないという2つのパターンがあった。本調査を含め調査間の違いについては、実際の子どもの違いを反映している可能性や教育現場の捉え方の差による可能性などが考えられるが、少なくとも教育現場での実感にはかなりの地域差があることは間違いないと思われる。なお、本調査では通常学級と特別支援学級を合わせて調査した点で先行調査とは異なっていたが、その点を考慮し全国調査と比較すると、少なくとも通常学級では本調査で明らかに頻度が低かった。

その一方で、全体として男子の数が女子よりも多いという点はいずれの調査でも一貫しており、6年生の通常学級における男女比は3.4:1と、全国調査の2.6:1(小学生、中学生全体)と多少数字は異なるものの傾向は一致していた。これは、発達障害の頻度が男子で高いという傾向を反映しているとも考えられるが、一般的に行動の問題については男子の方が目立ちやすい傾向があるためとも考えられる。特別支援学級においては6年生の男女比8.7:1と男子の比率が高い傾向があり、特別支援学校については実数が少ないため年度によって容易に変動することが予想され単純な比較はで

きないが、今回の調査に限って言えば男女比は2.3:1と男子の比率はむしろ低い傾向があった。

特徴の種別についても興味深い結果が得られている。本調査では、通常学級・特別支援学級において、1年生では広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、コミュニケーション障害・言語障害の特徴の順で頻度が高く、6年生では広汎性発達障害、精神遅滞、学習障害の順となっていた。1年生で頻度の高かった3つの特徴はいずれも学年が上がると頻度が減少する傾向が見られ、特に注意欠如・多動性障害とコミュニケーション障害・構音障害の特徴でその傾向が著しかった。その一方で、精神遅滞の特徴については6年生で増加がみられ、さらに1年生では調査対象としなかった学習障害の特徴は6年生でかなりの割合を占めていた。このことから、低学年では行動面に注目される傾向があり、学年が進むと学習面に注目される傾向があることがうかがわれた。

全国調査では、困難の種別の頻度は「学習面で著しい困難を示す」「『不注意』又は『多動性 衝動性』の問題を著しく示す」「『対人関係やこだわり等』の問題を著しく示す」の順となっており、本調査とは異なる結果であった。種別間の重複を許しているなど調査方法は違うものの、それだけでこの違いを説明することは不可能である。これが地域特性によるものかどうかについては、本調査と同じ方法による調査が全国で行われていることから、それらとの比較が必要であろう。

通常学級・特別支援学級に在籍し医療機関を受診しているケースについては、全数

で見ると注意欠如・多動性障害、コミュニケーション障害・構音障害の特徴は6年生で頻度の明らかな低下がみられた一方で、医療機関の受診自体が少ない点が特徴的であった。また、医療機関の受診率という面からみると、通常学級・特別支援学級では、1年生、6年生ともに50%を超えているのは広汎性発達障害の特徴がある場合のみであった。注意欠如・多動性障害については低学年での受診率は低く、その一方で6年生になると50%を超えていたが、これは全体の数が減ったことによる見かけ上の増加であり、医療機関を受診している実数自体が少なく、実数の増減を判断することは困難であった。

特別支援学校については、もっとも頻度が高いのが広汎性発達障害の特徴であることは通常学級・特別支援学級と変わりなかった。また、全体として医療機関受診の頻度は高く、「医療機関の受診なし」と回答した場合でも、身体的合併症で定期的な医療機関の受診があるなど、医療機関とのかかわりが全くないケースはまれであった。

医療機関を受診していないケースについては、その理由として1年生では「必要性を感じない」が最も多かった。その一方で、6年生になると「必要性を感じない」は減少し、「他に相談する場所がある」の頻度が高くなっていった。これは、高学年になるにつれ発達に遅れや偏りがあるということが固定した課題として認識されやすくなり、医療機関や児童相談所などの相談機関の利用頻度が増えることが原因であろう。

発達に遅れや偏りのある子どもの不登校は、全生徒数の0.7%であった。しかしこれについては、文部科学省による定義では発

達障害の診断を受けている場合には長期欠席が「不登校」ではなく「病気」に分類されている場合があること、通常の登校形態でない保健室登校や放課後登校、場合によってはフリースクールなどへの登校を出席として認めている場合があることなどによって、実際の頻度よりもかなり低く見積もられている可能性があることに注意が必要である。

一方で、発達に遅れや偏りがある子ども全体に占める不登校の割合は10%とかなり高かった。発達障害に占める不登校の割合に関する先行研究は医療機関ベースのものが多く、塩川⁸⁾は発達障害263例の12.2%、武井ら⁹⁾は高機能広汎性発達障害106例の44.3%、加茂ら¹⁰⁾は広汎性発達障害37例の54.1%、小枝ら¹¹⁾は学習障害の小学生29名の34.5%、中学生42名の59.5%、注意欠如・多動性障害の小学生43名の2.3%、中学生33名の39.4%に不登校が見られたと報告している。これらの研究では不登校の定義が一定ではなく母集団も同一ではないため、本調査を含め厳密な比較はできないが、発達に何らかの遅れや偏りがある場合に不登校のリスクが高くなることについてはほぼ間違いないといえる。

本調査については、調査上の様々な限界があり、今回の結果のみで一定の結論を引き出すことは難しい面があった。たとえば、回収率がほぼ半数であり、特徴の種別ごとに分けると実数としてもかなり少なく、母集団をどの程度正確に反映しているのか疑問な点があった。また、1年生と6年生で調査項目に差があり、厳密な比較は困難であった。しかしながら、今回の研究事業では、同一の調査票を使用した調査が全国で

行われていることから、これらの結果を比較することで、様々な地域の特性が明らかになることが期待される。本調査は、そのための基礎資料として一定の役割を果たすものであると考えられる。

E . 結論

今回の調査では、発達に遅れや偏りのある子どもの頻度は文部科学省による全国調査よりも低い傾向があった。また1年生と6年生の間にほとんど差が見られない点にも特徴があった。特徴の種別ごとに見ると、1年生では広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、コミュニケーション障害・構音障害の特徴の頻度が高かったが、6年生では広汎性発達障害、精神遅滞、学習障害の頻度が高く、1年生と6年生の間で差がみられた。特に、注意欠如・多動性障害、コミュニケーション障害・構音障害の特徴は6年生で目立って減少していた。医療機関受診率は1年生、6年生ともに広汎性発達障害の特徴がある場合には高く、その他の特徴では低かった。特別支援学校では発達に遅れや偏りのある子どもの比率は学年にかかわらず高く、医療機関受診の割合も高かった。不登校の頻度は全体では低かったが、発達に遅れや偏りがある場合には著明に高くなっていた。

F . 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

高橋和俊「函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査」(第23回道南発達障がいを考える会 平

成26年8月22日 おしま地域療育センター)

高橋和俊「函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査」第118回日本小児科学会学術集会(平成27年4月17日:口演予定 リーガロイヤルホテル大阪)

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) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, “通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について” 文部科学省, 2012.
- 2) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, “平成20年度特別支援教育体制整備状況調査” 2010.
- 3) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, “通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査” 文部科学省, 2003.
- 4) 東京都教育委員会, “通常の学級に在籍する児童・生徒の学習障害(LD)、注意欠陥/多動性障害(ADHD)、高機能自閉症等に対応した教育的支援に関する研究” 東京都教職員研修センター 紀要, 第4号, pp. 3-26, 2004.
- 5) 埼玉県立総合教育センター特別支援教育担当, “通常の学級に在籍する特別な

教育的支援の必要な児童生徒に関する調査” 2005.

- 6) 出口倫也、小野次朗, “ 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童に関する調査研究 ” 和歌山大学教育学部紀要, 第 55 号, pp. 21-29, 2005.
- 7) 秋田県教育庁特別支援教育課, “ 小・中学校における特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する実態調査結果 ” 2010.
- 8) 塩川宏郷, “ 不登校と経度発達障害 ” 現代のエスプリ 第 474 号, pp. 205-211, 2007.
- 9) 武井明、他, “ 不登校を呈した高機能広汎性発達障害の臨床的検討 ” 精神医学, 第 51 卷 3 号, pp. 289-294, 2009.
- 10) 加茂聡、東條吉邦, “ 発達障害の視点から見た不登校 ” 茨城大学教育学部紀要, 第 58 卷, pp. 201-220, 2009.
- 11) 小枝達也, “ 心身の不適応行動の背景にある発達障害 ” 発達障害研究, 第 23 卷 4 号, pp. 258-266, 2002.

表1 発達に何らかの遅れや偏りのある生徒数（割合）

		1年生						6年生					
		男女計		男		女		男女計		男		女	
		実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
通常学級 ・特別支援学級	有効回答計	1028		503		525		1071		574		497	
	遅れや偏り のある生徒	69	6.7%	54	10.7%	15	2.9%	70	6.5%	57	9.9%	13	2.6%
特別支援学校	有効回答計	20		15		5		12		9		3	
	遅れや偏り のある生徒	19	95.0%	14	93.3%	5	100%	10	83.3%	7	77.8%	3	100%

表2 発達に遅れや偏りのある通常学級・特別支援学級6年生の在籍学級（割合）

在籍学級	男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%
通常学級	35	50.0%	27	47.4%	8	61.5%
特別支援学級	29	41.4%	26	45.6%	3	23.1%
不明	6	8.6%	4	7.0%	2	15.4%
通常学級・特別支援学級計	70	100%	57	100%	13	100%

表3 通常学級・特別支援学級における発達の遅れや偏りの特徴の種別（種別全体に占める割合）

特徴の種別	1年生						6年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	35	50.7%	30	55.6%	5	33.3%	30	42.9%	26	45.6%	4	30.8%
注意欠如・多動性障害	14	20.3%	13	24.1%	1	6.7%	3	4.3%	3	5.3%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	9	13.4%	6	11.1%	3	20.0%	2	2.9%	2	3.5%	0	0%
学習障害	NA		NA		NA		10	14.3%	5	8.8%	5	38.5%
精神遅滞	8	11.6%	3	5.6%	5	33.3%	13	18.6%	9	15.8%	4	30.8%
その他	3	4.3%	2	3.7%	1	6.7%	4	5.7%	4	7.0%	0	0%
不明	0	0%	0	0%	0	0%	8	11.4%	8	14.0%	0	0%
計	69	100%	54	100%	15	100%	70	100%	57	100%	13	100%

表4 通常学級・特別支援学級における発達の遅れや偏りの特徴の種別（全生徒に占める割合）

特徴の種別	1年生（総数）						6年生（総数）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	35	3.4%	30	6.0%	5	1.0%	30	2.8%	26	4.5%	4	0.8%
注意欠如・多動性障害	14	1.4%	13	2.6%	1	0.2%	3	0.3%	3	0.5%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	9	0.9%	6	1.2%	3	0.6%	2	0.2%	2	0.3%	0	0%
学習障害	NA		NA		NA		10	0.9%	5	0.9%	5	1.0%
精神遅滞	8	0.8%	3	0.6%	5	1.0%	13	1.2%	9	1.6%	4	0.8%
その他	3	0.3%	2	0.4%	1	0.2%	4	0.4%	4	0.7%	0	0%
不明	0	0%	0	0%	0	0%	8	0.7%	8	1.4%	0	0%
計	69	6.7%	54	10.7%	15	2.9%	70	6.5%	57	9.9%	13	2.6%

特徴の種別	1年生（医療機関の受診あり）						6年生（医療機関の受診あり）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	28	2.7%	25	5.0%	3	0.6%	28	2.6%	24	4.2%	4	0.8%
注意欠如・多動性障害	3	0.3%	3	0.6%	0	0%	2	0.2%	2	0.3%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	3	0.3%	3	0.6%	0	0%	1	0.1%	1	0.2%	0	0%
学習障害	NA		NA		NA		1	0.1%	0	0%	1	0.2%
精神遅滞	1	0.1%	0	0%	1	0.2%	5	0.5%	3	0.5%	2	0.4%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	35	3.4%	31	6.1%	4	0.8%	37	3.5%	30	5.2%	7	1.4%

表 5 特別支援学校における発達の遅れや偏りの特徴の種別（種別全体に占める割合）

特徴の種別	1 年生						6 年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	13	68.4%	12	85.7%	1	20.0%	6	60.0%	5	71.4%	1	33.3%
注意欠如・多動性障害	1	5.3%	0	0%	1	20.0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	1	10.0%	1	14.3%	0	0%
精神遅滞	5	26.3%	2	14.3%	3	60.0%	3	30.0%	1	14.3%	2	66.7%
その他	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%
計	19	100%	14	100%	5	100%	10	100%	7	100%	3	100%

表6 通常学級・特別支援学級における発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診

特徴の種別	1年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	35	28	80.0%	30	25	83.3%	5	3	60.0%
注意欠如・多動性障害	14	3	21.4%	13	3	23.1%	1	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	9	3	33.3%	6	3	50.0%	3	0	0%
精神遅滞	8	1	12.5%	3	0	0%	5	1	20.0%
その他	3	0	0%	2	0	0%	1	0	0%
計	69	35	50.7%	54	31	57.4%	15	4	26.7%
不明	0	-	-	0	-	-	0	-	-

特徴の種別	6年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	30	28	93.3%	26	24	92.3%	4	4	100%
注意欠如・多動性障害	3	2	66.7%	3	2	66.7%	0	0	-
コミュニケーション障害・構音障害	2	1	50.0%	2	1	50.0%	0	0	-
学習障害	10	1	10.0%	5	0	0%	5	1	20.0%
精神遅滞	13	5	38.5%	9	3	33.3%	4	2	50.0%
その他	4	0	0%	4	0	0%	0	0	-
計	62	37	59.7%	49	30	61.2%	13	7	53.8%
不明	8	-	-	8	-	-	0	-	-

表 7 特別支援学校における発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診

特徴の種別	1 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	13	12	92.3%	12	11	91.7%	1	1	100%
注意欠如・多動性障害	1	0	0%	0	0	-	1	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0	0	0	0	0	-
精神遅滞	5	3	60.0%	2	1	50.0%	3	2	66.7%
その他	0	0		0	0		0	0	
計	19	15	78.9%	14	12	85.7%	5	3	60.0%
不明	0	-	-	0	-	-	0	-	-

特徴の種別	6 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	6	5	83.3%	5	4	80.0%	1	1	100%
注意欠如・多動性障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
コミュニケーション障害・構音障害	1	1	100%	1	1	100%	0	0	-
精神遅滞	3	3	100%	1	1	100%	2	2	100%
その他	0	0	-	0	0	-	0	0	-
計	10	9	90.0%	7	6	85.7%	3	3	100%
不明	0	-	-	0	-	-	0	-	-

表 8 医療機関を受診しない理由

	通常学級・特別支援学級				特別支援学校			
	1年生		6年生		1年生		6年生	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
必要性を感じない	11	32.4%	5	20.0%	3	75.0%	0	0%
家族の理解が得られない	5	14.7%	4	16.0%	0	0%	0	0%
受診に抵抗がある	4	11.8%	3	12.0%	0	0%	0	0%
他に相談する場所がある	2	5.9%	5	20.0%	0	0%	0	0%
なんとなく	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
経済的理由	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
宗教的理由	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
その他	4	11.8%	1	4.0%	0	0%	0	0%
不明	8	23.5%	7	28.0%	1	25.0%	1	100%
計	34	100%	25	100%	4	100%	1	100%

表9 通常学級・特別支援学級の6年生における不登校児童数

特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	全生徒数に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	30	3	42.9%	0.3%	10.0%
注意欠如・多動性障害	3	0	0%	0%	0%
コミュニケーション障害・構音障害	2	0	0%	0%	0%
学習障害	10	0	0%	0%	0%
精神遅滞	13	3	42.9%	0.3%	23.1%
その他	4	1	14.3%	0.1%	25.0%
不明	8	0	0%	0%	0%
計	70	7	100%	0.7%	10.0%

特別支援学校からは不登校の報告はなかった。

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

函館市在住の小中学生における 発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成 26 年度調査）

分担研究者 高橋 和俊（おしま地域療育センター所長）

研究要旨：函館市在住の小学校 2 年生、中学校 1 年生について、発達の遅れや偏りに関する調査を行った。小学校 2 年生では 10.97%、中学校 1 年生では 7.38% に何らかの発達の遅れや偏りがみられ、小学校 2 年生に比べ中学校 1 年生で少なくなっていた。特徴の種別としては、小学校 2 年生では広汎性発達障害の特徴が 5.27% と最も多く、注意欠如・多動性障害の特徴が 1.83% とそれに次いでいたが、中学校 1 年生では広汎性発達障害と注意欠如・多動性障害の割合がそれぞれ 4.05%、0.72% と下がり、学習障害の割合が 1.08% から 1.28% へと増加していた。精神遅滞の特徴は、全体に占める頻度はほとんど変化がなかったが、学年が上がると普通学級の割合が減り、特別支援学の割合が高くなっていた。広汎性発達障害の特徴がある場合には半数程度が医療機関の受診をしていたが、その他の特徴では医療機関の受診率は低く、特に学習障害の特徴では医療機関の受診はまれであった。発達に何らかの遅れや偏りがある場合には、中学校 1 年生で不登校の割合が 12.5% と極めて高くなっていた。

A．研究目的

昨年度、公立小学校（通常学級、特別支援学級、特別支援学校）に在籍する函館市在住の小学校 1 年生と 6 年生を対象に、発達に何らかの遅れや偏りを持つ子どもに関する調査を行った（本報告書に同時収載）¹⁾。その結果、該当する子どもの割合は、普通学級・特別支援学級では 1 年生で 6.7%、6 年生で 6.5%、特別支援学校では 1 年生で 95.0%、6 年生で 83.3% であった。また、小学校 6 年生では、発達に遅れや偏りがある場合の不登校の割合が 10% と極めて高くなっていた。

これらの結果は、函館市における発達障害への支援システムの構築に際し、参考にするべき重要な基礎資料を提供していると考えられる。

本年度は、昨年度の調査結果との比較検討及び経年変化の追跡を行うことを目的に、小学校 2 年生及び中学校 1 年生（昨年度調査と同じ人口）を対象に、同様の調査を行った。

B．研究方法

函館市教育委員会の協力を得て、函館市立小学校 46 校、中学校 28 校にアンケート

への回答を依頼した。函館市在住の生徒が在籍している可能性の高い近隣の北海道立の特別支援学校(盲・聾・養護学校)6校、国立特別支援学校1校へも同様の調査を依頼した。函館市内にある国立普通小・中学校各1校および私立小学校1校、私立中学校3校への調査は行わなかった。

調査対象は平成26年度4月1日現在で函館市に住所のある小学校2年生及び中学校1年生(昨年度の調査と同じ母集団)とし、調査項目は、通常学級、特別支援学級それぞれについて、男女別在籍生徒数、発達に何らかの遅れや偏りを持つ生徒数とその特徴(困難)の種類、医療機関受診の有無、不登校の子どもの数、受診していない場合にはその理由である。なお、本調査における「発達に何らかの遅れや偏りを持つ生徒」とは、原則としてICD-10のFコードに相当する状態とし、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害などの身体的障害については含めなかった。

このうち発達の遅れや偏りの特徴は、(1)広汎性発達障害、(2)注意欠如・多動性障害、(3)コミュニケーション障害・構音障害、(4)学習障害、(5)精神遅滞、(6)吃音・選択性緘黙・チックなどその他、の6種類に分け、複数の特徴がみられる場合には番号の最も小さい項目に分類した。これらの特徴はあくまでも教育現場の判断とし、医学的診断の有無については問わなかった。

不登校については文部科学省の定義「年間30日以上欠席した児童生徒のうち、病気や経済的な理由を除き、何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しないあるいはしたくてもできない状況にある者」に従い、

平成26年4月2日から10月1日時点までのどこかの期間に一度でも上記の定義に当てはまる状態になったことのある場合とした。

アンケートの送付及び回収は、函館市立の学校については函館市教育委員会に依頼した。特別支援学校については、各校に許可を得て個別に郵送し、郵送により回収した。

(倫理面への配慮)

データはすべて集計による解析とし、個別の子どもが特定されることのないようにした。

C. 研究結果

函館市立の小学校46校、中学校28校への依頼に対して有効回答は小学校46校(回答率100%)、中学校28校(同100%)から得られた。特別支援学校については7校中7校(同100%)から有効回答が得られた。

発達に何らかの遅れや偏りのある生徒数と、その全生徒数に占める割合を表1に示す。小学校2年生では10.97%(男16.21%、女5.20%)、中学校1年生では7.38%(男9.47%、女5.03%)と、男児では小学校2年生で多く、中学校1年生では少ない傾向があったが、女児ではほとんど変化がなかった。小学校2年生では男児が女児の3倍以上となっていたが、中学校1年生では2倍程度と男女差は少なくなっていた。

これを学級種別中に占める割合で示すと、通常学級では小学校2年生で8.5%(男14.9%、女3.8%)、中学校1年生では4.3%(男5.1%、女3.4%)、特別支援学級では、

小学校2年生で100%(男100%、女100%)、中学校1年生で97.9%(男100%、女90.9%)、特別支援学校では小学校2年生、中学校1年生ともに100%(男100%、女100%)であった。特別支援学級及び特別支援学校では、ほぼすべての生徒に何らかの発達の遅れや偏りがみられていた。

通常学級における発達の遅れや偏りの特徴の種別を表3-1に示す。頻度順に見ると、小学校2年生で、広汎性発達障害の特徴が39.61%(男42.15%、女30.30%)、注意欠如・多動性障害の特徴が20.78%(男24.79%、女6.05%)、学習障害の特徴が12.99%(男7.44%、女33.33%)、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が11.69%(男10.74%、女15.15%)、精神遅滞の特徴が9.09%(男9.09%、女9.09%)、その他の特徴が5.84%(男5.79%、女6.06%)であった。同様に中学校1年生では、広汎性発達障害の特徴が44.44%(男54.00%、女29.03%)、学習障害の特徴が30.86%(男18.00%、女51.61%)、注意欠如・多動性障害の特徴が17.28%(男24.00%、女6.45%)、精神遅滞の特徴が6.17%(男2.00%、女12.90%)であった。コミュニケーション障害・構音障害の特徴の比率は小学校2年生よりも中学校1年生で低く、反対に学習障害の特徴は中学校1年生で明らかに高くなっていった。精神遅滞の特徴は、中学校1年生では小学校2年生よりもやや低くなっていった。後述するように、特別支援学級では精神遅滞の特徴が小学校2年生よりも中学校1年生で多くなっていることから、この特徴がある場合には学年が進むと通常学級から特別支援学級に転籍する生徒が増えることを反映している

ものと考えられる。男女の違いで見ると、男児では広汎性発達障害及び注意欠如・多動性障害の特徴の占める割合が高く、女児では学習障害の特徴の割合が高かった。精神遅滞の特徴は小学校2年生では男女の差は見られなかったが、中学校1年生では女で高くなっていった。

特別支援学級における発達の遅れや偏りの種別を表3-2に示す。小学校2年生では広汎性発達障害の特徴が76.67%(男81.82%、女62.50%)、精神遅滞の特徴が16.67%(男9.09%、女37.50%)、注意欠如・多動性障害の特徴が6.67%(男9.09%、女0%)であった。中学校1年生では広汎性発達障害の特徴が72.34%(男75.68%、女60.00%)、精神遅滞の特徴が27.66%(男24.32%、女40.00%)であった。通常学級とは異なり学習障害の特徴は見られなかったが、精神遅滞の特徴は小学校2年生よりも中学校1年生で多くなっていった。

特別支援学校における発達の遅れや偏りの種別を表3-3に示す。小学校2年生では、広汎性発達障害の特徴が70.00%(男86.67%、女20.00%)、精神遅滞の特徴が30.00%(男13.33%、女80.00%)、中学校1年生では、広汎性発達障害の特徴が56.25%(男63.64%、女40.00%)、精神遅滞の特徴が43.75%(男36.36%、女60.00%)であり、その他の特徴は見られなかった。特別支援学級及び特別支援学校では精神遅滞の割合が通常学級に比べて高い傾向があり、特に女児で高くなっていった。

これらの結果を全生徒の合計として表3-4に示す。小学校1年生では、頻度順に、広汎性発達障害の特徴が48.04%(男51.90%、女34.78%)、注意欠如・多動性

障害の特徴が 16.67% (男 20.25%、女 4.35%)、精神遅滞の特徴が 12.25% (男 9.49%、女 21.74%)、学習障害の特徴が 9.80% (男 5.70%、女 23.91%)、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 8.82% (男 8.23%、女 10.87%)、その他の特徴が 4.41% (男 4.43%、女 4.35%)であった。中学校 1 年生では、同様に、広汎性発達障害の特徴が 54.86% (男 63.27%、女 36.96%)、学習障害の特徴が 17.36% (男 9.18%、女 34.78%)、精神遅滞の特徴が 17.36% (男 14.29%、女 23.91%)、注意欠如・多動性障害の特徴が 9.72% (男 12.24%、女 4.35%)、その他の特徴が 0.69% (男 1.02%、女 0%)となっていた。小学校 2 年生でも中学校 1 年生でも広汎性発達障害の特徴が最も多いことは変化がなく、頻度もほぼ同じであったのに対し、注意欠如・多動性障害の特徴は小学校 2 年生よりも中学校 1 年生で少なく、反対に学習障害と精神遅滞の特徴は中学校 1 年生で多くなっていた。コミュニケーション障害・構音障害の特徴は、小学校 2 年生では一定の割合を占めていたが、中学校 1 年生では見られなかった。

これらを生徒全体に占める割合として表 4-1 から表 4-4 に示す。全生徒の合計 (表 4-4) で頻度順に見ると、小学校 2 年生では、広汎性発達障害の特徴が 5.27% (男 8.41%、女 1.81%)、注意欠如・多動性障害の特徴が 1.83% (男 3.28%、女 0.23%)、精神遅滞の特徴が 1.34% (男 1.54%、女 1.13%)、学習障害の特徴が 1.08% (男 0.92%、女 1.24%)、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 0.97% (男 1.33%、女 0.56%)、その他の特徴が 0.48% (男

0.72%、女 0.23%)であり、中学校 1 年生では同様に、広汎性発達障害の特徴が 4.05% (男 5.99%、女 1.86%)、学習障害の特徴が 1.28% (男 0.87%、女 1.75%)、精神遅滞の特徴が 1.28% (男 1.35%、女 1.20%)、注意欠如・多動性障害の特徴が 0.72% (男 1.16%、女 0.22%)、その他の特徴が 0.05% (男 0.10%、女 0%)であった。

これらのうち、医療機関を受診している人数を全体に占める割合で示すと、小学校 2 年生全体で 4.78% (男 7.38%、女 1.92%)であり、特徴の種別ごとにみると、頻度順に、広汎性発達障害の特徴が 3.23% (男 5.33%、女 0.90%)、注意欠如・多動性障害の特徴が 0.54% (男 0.92%、女 0.11%)、精神遅滞の特徴が 0.54% (男 0.41%、女 0.68%)、コミュニケーション障害・構音障害の特徴が 0.22% (男 0.41%、女 0%)、その他の特徴が 0.16% (男 0.21%、女 0.11%)、学習障害の特徴が 0.11% (男 0.10%、女 0.11%)であった。中学校 1 年生全体では 3.79% (男 5.41%、女 1.97%)で、特徴の種別ごとにみると、頻度順に、広汎性発達障害の特徴が 2.72% (男 4.06%、女 1.20%)、精神遅滞の特徴が 0.77% (男 0.97%、女 0.55%)、注意欠如・多動性障害の特徴が 0.21% (男 0.29%、女 0.11%)、学習障害の特徴が 0.10% (男 0.10%、女 0.11%)であった。男児では医療機関の受診は小学校 2 年生よりも中学校 1 年生で少ない傾向があったが、女児ではほぼ変化がなかった。

これらを特徴の種別ごとの医療機関受診率としてみたものが表 5-1 から表 5-4 である。全体の合計 (表 5-4) で見ると、小学

校2年生で43.6%(男45.6%、女37.0%)、中学校1年生で51.4%(男57.1%、女39.1%)と、小学校2年生よりも中学校1年生でやや高くなっていった。特徴の種別ごとに見ると、小学校2年生では、受診率が高い順に、広汎性発達障害の特徴で61.2%(男63.4%、女50.0%)、精神遅滞の特徴で40.0%(男26.7%、女60.0%)、その他の特徴で33.3%(男28.6%、女50.0%)、注意欠如・多動性障害の特徴で29.4%(男28.1%、女50.0%)、コミュニケーション障害・構音障害の特徴で22.2%(男30.8%、女0%)、学習障害の特徴で10.0%(男11.1%、女9.1%)であった。中学校1年生では、同様に、広汎性発達障害の特徴で67.1%(男67.7%、女64.7%)、精神遅滞の特徴で60.0%(男71.4%、女45.5%)、注意欠如・多動性障害の特徴で28.6%(男25.0%、女50.0%)、学習障害の特徴で8.0%(男11.1%、女6.3%)であった。広汎性発達障害の特徴では受診率は学年、性別を問わず半数を超えていたが、その他では比較的受診率は低く、特に学習障害の特徴がある場合には医療機関の受診率は低かった。

発達に何らかの遅れや偏りがあっても医療機関を受診していない理由(表6)としては、通常学級・特別支援学級合わせて、小学校2年生では、教師および家族が必要を感じない32.6%、教師は必要を感じているが家族の理解が得られない29.1%、家族は必要性を理解しているものの受診に抵抗がある8.1%、他に相談する場所がある5.8%、なんとなく2.3%、その他4.7%、不明17.4%であった。6年生では、必要を感じない16.0%、家族の理解が得られな

い8.0%、なんとなく8.0%、受診に抵抗がある4.0%、その他36.0%、不明28.0%であり、1年生と比較すると「必要性を感じない」「理解が得られない」が少なく、「その他」と「不明」が高くなっていった。

文部科学省の定義による不登校の生徒数を表7-1から表7-4に示す。全体の合計(表7-4)では小学校2年生で在籍生徒数の0.05%、中学校1年生では0.92%と、小学校2年生よりも中学校1年生で多くなっていったが、生徒全体に占める割合は比較的低かった。その一方で、発達に遅れや偏りのある生徒中に占める割合は小学校2年生では0.49%とそれほど高くなかったが、中学校1年生では12.5%と高くなっていった。特徴の種別ごとに見ると、小学校2年生では不登校の数自体が1名と少なかったため評価が難しいが、中学校1年生ではそれぞれ広汎性発達障害、学習障害、精神遅滞の特徴がある場合に不登校がみられており、不登校中の割合も特徴の種別中に占める割合も、広汎性発達障害で最も高くなっていった。

D. 考察

本調査における「発達に遅れや偏りを持つ子ども」の割合は、通常学級、特別支援学級、特別支援学校を合わせて小学校2年生で10.97%、中学校1年生で7.38%であり、小学校2年生と比較して中学校1年生では低くなっていった。

昨年度の報告¹⁾でも述べたように、学校における発達障害を疑わせる子どもに関する先行調査としては、文部科学省による平成15年(調査年は平成14年)の「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」があ

る²⁾。この調査を受け、いくつかの自治体が同様の調査を行い^{3) 4) 5) 6)}、さらに平成 24 年にはほぼ同じ内容で文部科学省が再調査を行っている⁷⁾。

平成 24 年の文部科学省の全国調査では「知的発達に遅れはないものの学習面、行動面で著しい困難を示す児童生徒」の割合は、通常学級の小学校 2 年生で 8.2%、中学校 1 年生で 4.8%であった。また、平成 14 年の調査を受けて行われた各地の調査を見てみると、「知的発達に遅れはないものの学習面、行動面で著しい困難を示す児童生徒」の割合は、埼玉県では小学校通常学級全体で 11.72%⁵⁾、和歌山県では 5.6%⁶⁾、東京都では 5.1%⁴⁾、秋田県では 2.5%⁷⁾と、かなりの地域差があった。さらに、学年による頻度の違いについては、低学年から高学年へと一貫して減少する場合と、小学校 1 年生で低く、2 年生から中学年にかけて上昇、高学年で減少し、1 年生と 6 年生での割合はあまり変わらないという 2 つのパターンがあった。

本調査では、通常学級の小学校 2 年生で 8.51%、中学校 1 年生では 4.29%と、全国調査に近い数字となり(表 4-1)、昨年度の小学校 1 年生で 6.7%、6 年生で 6.5%(いずれも通常学級・特別支援学級の合計)も加味すると、小学校 1 年生で低く、中学年に向かって上昇し、高学年から低下するというパターンが予測された。

特徴の種別については、小学校 2 年生では広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害特徴など行動の特徴の頻度が高く、6 年生では広汎性発達障害の特徴が最も多いことは変わらなかったが、広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、コミュニケーション

障害・構音障害の特徴は頻度が下がり、学習障害の特徴はやや増える傾向があった。精神遅滞の特徴は、全体の頻度はほとんど変化がなかったが、高学年になると普通学級から特別支援学級に移っていることがうかがわれる結果となっていた(表 4-1、4-2)。昨年度の結果では、低学年では行動面に注目される傾向があり、学年が進むと学習面に注目される傾向があると考察したが、本年度の結果も同様と思われる。

文部科学省による全国調査では、困難の種別の頻度は「学習面で著しい困難を示す」「『不注意』又は『多動性 衝動性』の問題を著しく示す」「『対人関係やこだわり等』の問題を著しく示す」の順となっていたが、本調査では広汎性発達障害の特徴(文部科学省の調査でいえば「『対人関係やこだわり等』の問題を著しく示す」に相当)が最も多くなっており、文部科学省の調査とは異なる結果であった。本研究班による昨年度の全国調査は本調査とほぼ同じであったことから、調査票の様式による影響や調査地域の特殊性(発達障害を専門とする医師が比較的活発に活動している)についても考慮が必要かもしれない。

医療機関の受診については、通常学級では受診率自体が全般的に低く、最も受診率の高い広汎性発達障害の特徴でも約半数にとどまっていた(表 5-1)。その一方で、特別支援学級や特別支援学校に在籍している場合には医療機関受診の頻度は高かった(表 5-2、5-3)。

本調査は教育現場での認識に関するものであり、必ずしも医療機関での診断の有無を反映してはいない。しかし、各診断についての医療機関ベースの調査による有病率

は、表 4-4 の「医療機関の受診あり」の頻度に近くなることが推定される。これをもとに推計すると、広汎性発達障害の診断率は人口の 3%前後となり、国内外の過去の有病率調査⁸⁾⁹⁾よりも高くなっている。また、その他の特徴の場合には医療機関の受診率自体がかなり低くなっていたが、特に学習障害の特徴については受診率の低さが目立っており、この地域において医療機関が学習障害に関わる診断機関としての役割を十分に果たしていないことがうかがわれた。

医療機関を受診していないケースについては、その理由として小学校 2 年生では「必要性を感じない」が最も多く、「家族の理解が得られない」がそれに続いていた。その一方で、中学校 1 年生では「必要性を感じない」「家族の理解が得られない」はともに減少し、「その他」と「不明」の頻度が高くなっていた。

発達に遅れや偏りのある子どもの不登校は、小学校 2 年生では 1 名のみと著しく少なく、中学校 1 年生でも全生徒数の 0.92%にとどまっていた。しかしこれについては、昨年度も考察したように実質的な頻度よりもかなり低く見積もられている可能性があることに注意が必要である。

その一方で、発達に遅れや偏りがある子ども全体に占める不登校の割合は 12.5%とかなり高く、特徴の種別でみると広汎性発達障害の割合が最も高かった。しかし、学習障害や精神遅滞でも特徴の種別中に占める不登校の割合自体は決して低くないことに注意が必要であろう。発達障害に占める不登校の割合に関する先行研究については、昨年度の報告で述べたとおりであるが、本調査を含め、いずれの研究も発達に何らか

の遅れや偏りがある場合に不登校のリスクが高くなることを裏付けている。

本年度の調査に際しては、昨年度の反省を踏まえ、通常学級と特別支援学級を分けて調査を行った。また、回収率がすべての学級、学校で 100%であったことから、私立小学校 1 校、国立小学校、中学校各 1 校を調査から除いたとはいえ、ほぼ全数調査に近い結果が得られた。表 8-1 及び 8-2 に、昨年度調査と本年度調査の比較を示した。小学校 2 年生で発達の遅れや偏り全体の頻度がやや高くなっているが、学級中に占める種別ごとの頻度は昨年度と今年度でほぼ一貫した結果となっており、調査の再現性の高さを示していると考えられる。

E . 結論

昨年度に引き続き、函館市在住の小学校 2 年生、中学校 1 年生について、発達の遅れや偏りに関する調査を行った。小学校 2 年生では 10.97%、中学校 1 年生では 7.38%に何らかの発達の遅れや偏りがみられていた。広汎性発達障害の特徴がある場合には半数程度が医療機関の受診をしていたが、その他の特徴では医療機関の受診率は低く、特に学習障害の特徴がある場合には医療機関の受診はまれであった。発達に何らかの遅れや偏りがある場合には、中学校 1 年生で不登校の割合が 12.5%と極めて高くなっていた。

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) 高橋和俊, “ 函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査 (第 1 報) ” (本報告書に収載)
- 2) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, “ 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査 ” 文部科学省, 2003.
- 3) 東京都教育委員会, “ 通常の学級に在籍する児童・生徒の学習障害 (L D) 、注意欠陥 / 多動性障害 (A D H D) 、高機能自閉症等に対応した教育的支援に関する研究 ” 東京都教職員研修センター 紀要, 第 4 号, pp. 3-26, 2004.
- 4) 埼玉県立総合教育センター特別支援教育担当, “ 通常の学級に在籍する特別な教育的支援の必要な児童生徒に関する調査 ” 2005.
- 5) 出口倫也、小野次朗, “ 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童に関する調査研究 ” 和歌山大学教育学部紀要, 第 55 号, pp. 21-29, 2005.
- 6) 秋田県教育庁特別支援教育課, “ 小・中学校における特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する実態調査結果 ” 2010.
- 7) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, “ 通常の学級に在籍する発達障害

の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について ” 文部科学省, 2012.

- 8) 河村雄一、高橋脩、石井卓, “ 広汎性発達障害の累積発生率 豊田市での支援システム確立後の再評価 ” 精神神経医学雑誌, 111 巻 5 号、pp. 479-485, 2009
- 9) Kim YS, et al: Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry, 168 (9): 904-912, 2011

表1 発達に何らかの遅れや偏りのある生徒数と全生徒に占める割合

		小学校 2 年生						中学校 1 年生					
		男女計		男		女		男女計		男		女	
		実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
通常学級	全生徒	1,810	97.31%	938	96.21%	872	98.53%	1,886	96.72%	987	95.36%	899	98.25%
	遅れや偏り のある生徒	154	8.28%	121	12.41%	33	3.73%	81	4.15%	50	4.83%	31	3.39%
特別支援学級	全生徒	30	1.61%	22	2.26%	8	0.90%	48	2.46%	37	3.57%	11	1.20%
	遅れや偏り のある生徒	30	1.61%	22	2.26%	8	0.90%	47	2.41%	37	3.57%	10	1.09%
特別支援学校	全生徒	20	1.08%	15	1.54%	5	0.56%	16	0.82%	11	1.06%	5	0.55%
	遅れや偏り のある生徒	20	1.08%	15	1.54%	5	0.56%	16	0.82%	11	1.06%	5	0.55%
合計	全生徒	1,860	100%	975	100%	885	100%	1,950	100%	1,035	100%	915	100%
	遅れや偏り のある生徒	204	10.97%	158	16.21%	46	5.20%	144	7.38%	98	9.47%	46	5.03%

表2 発達に何らかの遅れや偏りのある生徒数と学級種別中に占める割合

		小学校2年生						中学校1年生					
		男女計		男		女		男女計		男		女	
		実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
通常学級	全生徒	1,810	100%	938	100%	872	100%	1,886	100%	987	100%	899	100%
	遅れや偏り のある生徒	154	8.51%	121	12.90%	33	3.78%	81	4.29%	50	5.07%	31	3.45%
特別支援学級	全生徒	30	100%	22	100%	8	100%	48	100%	37	100%	11	100%
	遅れや偏り のある生徒	30	100%	22	100%	8	100%	47	97.92%	37	100%	10	90.91%
特別支援学校	全生徒	20	100%	15	100%	5	100%	16	100%	11	100%	5	100%
	遅れや偏り のある生徒	20	100%	15	100%	5	100%	16	100%	11	100%	5	100%
合計	全生徒	1,860	100%	975	100%	885	100%	1,950	100%	1,035	100%	915	100%
	遅れや偏り のある生徒	204	10.97%	158	16.21%	46	5.20%	144	7.38%	98	9.47%	46	5.03%

表 3-1 通常学級における発達の遅れや偏りの特徴の種別と割合

特徴の種別	小学校 2 年生 (総数)						中学校 1 年生 (総数)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	61	39.61%	51	42.15%	10	30.30%	36	44.44%	27	54.00%	9	29.03%
注意欠如・多動性障害	32	20.78%	30	24.79%	2	6.06%	14	17.28%	12	24.00%	2	6.45%
コミュニケーション障害・構音障害	18	11.69%	13	10.74%	5	15.15%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	20	12.99%	9	7.44%	11	33.33%	25	30.86%	9	18.00%	16	51.61%
精神遅滞	14	9.09%	11	9.09%	3	9.09%	5	6.17%	1	2.00%	4	12.90%
その他	9	5.84%	7	5.79%	2	6.06%	1	1.23%	1	2.00%	0	0%
計	154	100%	121	100%	33	100%	81	100%	50	100%	31	100%

特徴の種別	小学校 2 年生 (医療機関の受診あり)						中学校 1 年生 (医療機関の受診あり)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	30	62.50%	27	64.29%	3	50.00%	16	69.57%	12	75.00%	4	57.14%
注意欠如・多動性障害	8	16.67%	7	16.67%	1	16.67%	4	17.39%	3	18.75%	1	14.29%
コミュニケーション障害・構音障害	4	8.33%	4	9.52%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	2	4.17%	1	2.38%	1	16.67%	2	8.70%	1	6.25%	1	14.29%
精神遅滞	1	2.08%	1	2.38%	0	0%	1	4.35%	0	0%	1	14.29%
その他	3	6.25%	2	4.76%	1	16.67%	0	0%	0	0%	0	0%
計	48	100%	42	100%	6	100%	23	100%	16	100%	7	100%

表 3-2 特別支援学級における発達の遅れや偏りの特徴の種別と割合

特徴の種別	小学校 2 年生 (総数)						中学校 1 年生 (総数)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	23	76.67%	18	81.82%	5	62.50%	34	72.34%	28	75.68%	6	60.00%
注意欠如・多動性障害	2	6.67%	2	9.09%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	5	16.67%	2	9.09%	3	37.50%	13	27.66%	9	24.32%	4	40.00%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	30	100%	22	100%	8	100%	47	100%	37	100%	10	100%

特徴の種別	小学校 2 年生 (医療機関の受診あり)						中学校 1 年生 (医療機関の受診あり)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	20	80.00%	15	83.33%	5	71.43%	29	78.38%	24	80.00%	5	71.43%
注意欠如・多動性障害	2	8.00%	2	11.11%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	3	12.00%	1	5.56%	2	28.57%	8	21.62%	6	20.00%	2	28.57%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	25	100%	18	100%	7	100%	37	100%	30	100%	7	100%

表 3-3 特別支援学校における発達の遅れや偏りの特徴の種別と割合

特徴の種別	小学校 2 年生 (総数)						中学校 1 年生 (総数)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	14	70.00%	13	86.67%	1	20.00%	9	56.25%	7	63.64%	2	40.00%
注意欠如・多動性障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	6	30.00%	2	13.33%	4	80.00%	7	43.75%	4	36.36%	3	60.00%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	20	100%	15	100%	5	100%	16	100%	11	100%	5	100%

特徴の種別	小学校 2 年生 (医療機関の受診あり)						中学校 1 年生 (医療機関の受診あり)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	10	62.50%	10	83.33%	0	0.00%	8	57.14%	6	60.00%	2	50.00%
注意欠如・多動性障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	6	37.50%	2	16.67%	4	100%	6	42.86%	4	40.00%	2	50.00%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	16	100%	12	100%	4	100%	14	100%	10	100%	4	100%

表 3-4 発達の遅れや偏りの特徴の種別と割合（全学級・全学校合計）

特徴の種別	小学校 2 年生（総数）						中学校 1 年生（総数）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	98	48.04%	82	51.90%	16	34.78%	79	54.86%	62	63.27%	17	36.96%
注意欠如・多動性障害	34	16.67%	32	20.25%	2	4.35%	14	9.72%	12	12.24%	2	4.35%
コミュニケーション障害・構音障害	18	8.82%	13	8.23%	5	10.87%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	20	9.80%	9	5.70%	11	23.91%	25	17.36%	9	9.18%	16	34.78%
精神遅滞	25	12.25%	15	9.49%	10	21.74%	25	17.36%	14	14.29%	11	23.91%
その他	9	4.41%	7	4.43%	2	4.35%	1	0.69%	1	1.02%	0	0%
計	204	100%	158	100%	46	100%	144	100%	98	100%	46	100%

特徴の種別	小学校 2 年生（医療機関の受診あり）						中学校 1 年生（医療機関の受診あり）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	60	67.42%	52	72.22%	8	47.06%	53	71.62%	42	75.00%	11	61.11%
注意欠如・多動性障害	10	11.24%	9	12.50%	1	5.88%	4	5.41%	3	5.36%	1	5.56%
コミュニケーション障害・構音障害	4	4.49%	4	5.56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	2	2.25%	1	1.39%	1	5.88%	2	2.70%	1	1.79%	1	5.56%
精神遅滞	10	11.24%	4	5.56%	6	35.29%	15	20.27%	10	17.86%	5	27.78%
その他	3	3.37%	2	2.78%	1	5.88%	0	0%	0	0%	0	0%
計	89	100%	72	100%	17	100%	74	100%	56	100%	18	100%

表 4-1 通常学級における発達の遅れや偏りの特徴の種別と通常学級全体に占める割合

特徴の種別	小学校 2 年生 (総数)						中学校 1 年生 (総数)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	61	3.37%	51	5.44%	10	1.15%	36	1.91%	27	2.74%	9	1.00%
注意欠如・多動性障害	32	1.77%	30	3.20%	2	0.23%	14	0.74%	12	1.22%	2	0.22%
コミュニケーション障害・構音障害	18	0.99%	13	1.39%	5	0.57%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	20	1.10%	9	0.96%	11	1.26%	25	1.33%	9	0.91%	16	1.78%
精神遅滞	14	0.77%	11	1.17%	3	0.34%	5	0.27%	1	0.10%	4	0.44%
その他	9	0.50%	7	0.75%	2	0.23%	1	0.05%	1	0.10%	0	0%
計	154	8.51%	121	12.90%	33	3.78%	81	4.29%	50	5.07%	31	3.45%

特徴の種別	小学校 2 年生 (医療機関の受診あり)						中学校 1 年生 (医療機関の受診あり)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	30	1.66%	27	2.88%	3	0.34%	16	0.85%	12	1.22%	4	0.44%
注意欠如・多動性障害	8	0.44%	7	0.75%	1	0.11%	4	0.21%	3	0.30%	1	0.11%
コミュニケーション障害・構音障害	4	0.22%	4	0.43%	0	0.00%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	2	0.11%	1	0.11%	1	0.11%	2	0.11%	1	0.10%	1	0.11%
精神遅滞	1	0.06%	1	0.11%	0	0%	1	0.05%	0	0%	1	0.11%
その他	3	0.17%	2	0.21%	1	0.11%	0	0%	0	0%	0	0%
計	48	2.65%	42	4.48%	6	0.69%	23	1.22%	16	1.62%	7	0.78%

表 4-2 特別支援学級における発達の遅れや偏りの特徴の種別と特別支援学級全体に占める割合

特徴の種別	小学校 2 年生 (総数)						中学校 1 年生 (総数)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	23	76.67%	18	81.82%	5	62.50%	34	70.83%	28	75.68%	6	54.55%
注意欠如・多動性障害	2	6.67%	2	9.09%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	5	16.67%	2	9.09%	3	37.50%	13	27.08%	9	24.32%	4	36.36%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	30	100%	22	100%	8	100%	47	97.92%	37	100%	10	90.91%

特徴の種別	小学校 2 年生 (医療機関の受診あり)						中学校 1 年生 (医療機関の受診あり)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	20	66.67%	15	68.18%	5	62.50%	29	60.42%	24	64.86%	5	45.45%
注意欠如・多動性障害	2	6.67%	2	9.09%	0	0.00%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	3	10.00%	1	4.55%	2	25.00%	8	16.67%	6	16.22%	2	18.18%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	25	83.33%	18	81.82%	7	87.50%	37	77.08%	30	81.08%	7	63.64%

表 4-3 特別支援学校における発達の遅れや偏りの特徴の種別と特別支援学校全体に占める割合

特徴の種別	小学校 2 年生 (総数)						中学校 1 年生 (総数)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	14	70.00%	13	86.67%	1	20.00%	9	56.25%	7	63.64%	2	40.00%
注意欠如・多動性障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	6	30.00%	2	13.33%	4	80.00%	7	43.75%	4	36.36%	3	60.00%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	20	100%	15	100%	5	100%	16	100%	11	100%	5	100%

特徴の種別	小学校 2 年生 (医療機関の受診あり)						中学校 1 年生 (医療機関の受診あり)					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	10	50.00%	10	66.67%	0	0%	8	50.00%	6	54.55%	2	40.00%
注意欠如・多動性障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
精神遅滞	6	30.00%	2	13.33%	4	80.00%	6	37.50%	4	36.36%	2	40.00%
その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	16	80.00%	12	80.00%	4	80.00%	14	87.50%	10	90.91%	4	80.00%

表 4-4 発達の遅れや偏りの特徴の種別（全学級・全学校合計）と全生徒中に占める割合

特徴の種別	小学校 2 年生（総数）						中学校 1 年生（総数）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	98	5.27%	82	8.41%	16	1.81%	79	4.05%	62	5.99%	17	1.86%
注意欠如・多動性障害	34	1.83%	32	3.28%	2	0.23%	14	0.72%	12	1.16%	2	0.22%
コミュニケーション障害・構音障害	18	0.97%	13	1.33%	5	0.56%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	20	1.08%	9	0.92%	11	1.24%	25	1.28%	9	0.87%	16	1.75%
精神遅滞	25	1.34%	15	1.54%	10	1.13%	25	1.28%	14	1.35%	11	1.20%
その他	9	0.48%	7	0.72%	2	0.23%	1	0.05%	1	0.10%	0	0%
計	204	10.97%	158	16.21%	46	5.20%	144	7.38%	98	9.47%	46	5.03%

特徴の種別	小学校 2 年生（医療機関の受診あり）						中学校 1 年生（医療機関の受診あり）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	60	3.23%	52	5.33%	8	0.90%	53	2.72%	42	4.06%	11	1.20%
注意欠如・多動性障害	10	0.54%	9	0.92%	1	0.11%	4	0.21%	3	0.29%	1	0.11%
コミュニケーション障害・構音障害	4	0.22%	4	0.41%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
学習障害	2	0.11%	1	0.10%	1	0.11%	2	0.10%	1	0.10%	1	0.11%
精神遅滞	10	0.54%	4	0.41%	6	0.68%	15	0.77%	10	0.97%	5	0.55%
その他	3	0.16%	2	0.21%	1	0.11%	0	0%	0	0%	0	0%
計	89	4.78%	72	7.38%	17	1.92%	74	3.79%	56	5.41%	18	1.97%

表 5-1 通常学級における発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診

特徴の種別	小学校 2 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	61	30	49.2%	51	27	52.9%	10	3	30.0%
注意欠如・多動性障害	32	8	25.0%	30	7	23.3%	2	1	50.0%
コミュニケーション障害・構音障害	18	4	22.2%	13	4	30.8%	5	0	0.0%
学習障害	20	2	10.0%	9	1	11.1%	11	1	9.1%
精神遅滞	14	1	7.1%	11	1	9.1%	3	0	0.0%
その他	9	3	33.3%	7	2	28.6%	2	1	50.0%
計	154	48	31.2%	121	42	34.7%	33	6	18.2%

特徴の種別	中学校 1 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	36	16	44.4%	27	12	44.4%	9	4	44.4%
注意欠如・多動性障害	14	4	28.6%	12	3	25.0%	2	1	50.0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
学習障害	25	2	8.0%	9	1	11.1%	16	1	6.3%
精神遅滞	5	1	20.0%	1	0	0.0%	4	1	25.0%
その他	1	0	0.0%	1	0	0.0%	0	0	-
計	81	23	28.4%	50	16	32.0%	31	7	22.6%

表 5-2 特別支援学級における発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診

特徴の種別	小学校 2 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	23	20	87.0%	18	15	83.3%	5	5	100%
注意欠如・多動性障害	2	2	100%	2	2	100%	0	0	-
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
学習障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
精神遅滞	5	3	60.0%	2	1	50.0%	3	2	66.7%
その他	0	0	-	0	0	-	0	0	-
計	30	25	83.3%	22	18	81.8%	8	7	87.5%

特徴の種別	中学校 1 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	34	29	85.3%	28	24	85.7%	6	5	83.3%
注意欠如・多動性障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
学習障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
精神遅滞	13	8	61.5%	9	6	66.7%	4	2	50.0%
その他	0	0	-	0	0	-	0	0	-
計	47	37	78.7%	37	30	81.1%	10	7	70.0%

表 5-3 特別支援学校における発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診

特徴の種別	小学校 2 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	14	10	71.4%	13	10	76.9%	1	0	0.0%
注意欠如・多動性障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
学習障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
精神遅滞	6	6	100%	2	2	100%	4	4	100%
その他	0	0	-	0	0	-	0	0	-
計	20	16	80.0%	15	12	80.0%	5	4	80.0%

特徴の種別	中学校 1 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	9	8	88.9%	7	6	85.7%	2	2	100.0%
注意欠如・多動性障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
学習障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
精神遅滞	7	6	85.7%	4	4	100.0%	3	2	66.7%
その他	0	0	-	0	0	-	0	0	-
計	16	14	87.5%	11	10	90.9%	5	4	80.0%

表 5-4 発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診（全学級・全学校合計）

特徴の種別	小学校 2 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	98	60	61.2%	82	52	63.4%	16	8	50.0%
注意欠如・多動性障害	34	10	29.4%	32	9	28.1%	2	1	50.0%
コミュニケーション障害・構音障害	18	4	22.2%	13	4	30.8%	5	0	0%
学習障害	20	2	10.0%	9	1	11.1%	11	1	9.1%
精神遅滞	25	10	40.0%	15	4	26.7%	10	6	60.0%
その他	9	3	33.3%	7	2	28.6%	2	1	50.0%
計	204	89	43.6%	158	72	45.6%	46	17	37.0%

特徴の種別	中学校 1 年生								
	男女計			男			女		
	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	79	53	67.1%	62	42	67.7%	17	11	64.7%
注意欠如・多動性障害	14	4	28.6%	12	3	25.0%	2	1	50.0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0	0	-	0	0	-
学習障害	25	2	8.0%	9	1	11.1%	16	1	6.3%
精神遅滞	25	15	60.0%	14	10	71.4%	11	5	45.5%
その他	1	0	0%	1	0	0%	0	0	-
計	144	74	51.4%	98	56	57.1%	46	18	39.1%

表 6 医療機関を受診しない理由

	通常学級・特別支援学級				特別支援学校			
	小学校 2 年生		中学校 1 年生		小学校 2 年生		中学校 1 年生	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
必要性を感じない	28	32.6%	4	16.0%	0	-	0	-
家族の理解が得られない	25	29.1%	2	8.0%	0	-	0	-
受診に抵抗がある	7	8.1%	1	4.0%	0	-	0	-
他に相談する場所がある	5	5.8%	0	0.0%	0	-	0	-
なんとなく	2	2.3%	2	8.0%	0	-	0	-
経済的理由	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
宗教的理由	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
その他	4	4.7%	9	36.0%	0	-	0	-
不明	15	17.4%	7	28.0%	0	-	0	-
計	86	100%	25	100%	0	-	0	-

表 7-1 通常学級における不登校生徒数

小学校 2 年生 (全生徒数=1,810)					
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	学級に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	61	1	100%	0.06%	1.6%
注意欠如・多動性障害	32	0	0.0%	0.0%	0.0%
コミュニケーション障害・構音障害	18	0	0.0%	0.0%	0.0%
学習障害	20	0	0.0%	0.0%	0.0%
精神遅滞	14	0	0.0%	0.0%	0.0%
その他	9	0	0.0%	0.0%	0.0%
計	154	1	100%	0.06%	0.6%

中学校 1 年生 (全生徒数=1,886)					
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	学級に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	36	8	72.7%	0.42%	22.2%
注意欠如・多動性障害	14	0	0.0%	0.0%	0.0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	0.0%	0.0%	-
学習障害	25	2	18.2%	0.11%	8.0%
精神遅滞	5	1	9.1%	0.05%	20.0%
その他	1	0	0.0%	0.0%	0.0%
計	81	11	100%	0.58%	13.6%

表 7-2 特別支援学級における不登校生徒数

小学校 2 年生 (全生徒数=30)					
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	学級に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	23	0	-	0%	0.0%
注意欠如・多動性障害	2	0	-	0%	0.0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0%	-
学習障害	0	0	-	0%	-
精神遅滞	5	0	-	0%	0.0%
その他	0	0	-	0%	-
計	30	0	-	0%	0.0%

中学校 1 年生 (全生徒数=48)					
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	学級に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	34	5	71.4%	10.4%	14.7%
注意欠如・多動性障害	0	0	0%	0%	-
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	0%	0%	-
学習障害	0	0	0%	0%	-
精神遅滞	13	2	28.6%	4.2%	15.4%
その他	0	0	0%	0%	-
計	47	7	100%	14.6%	14.9%

表 7-3 特別支援学校における不登校生徒数

小学校 2 年生 (全生徒数=20)					
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	学級に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	14	0	-	0%	0%
注意欠如・多動性障害	0	0	-	0%	-
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0%	-
学習障害	0	0	-	0%	-
精神遅滞	6	0	-	0%	0%
その他	0	0	-	0%	-
計	20	0	-	0%	0%

中学校 1 年生 (全生徒数=16)					
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	学級に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	9	0	-	0%	0%
注意欠如・多動性障害	0	0	-	0%	-
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	-	0%	-
学習障害	0	0	-	0%	-
精神遅滞	7	0	-	0%	0%
その他	0	0	-	0%	-
計	16	0	-	0%	0%

表 7-4 不登校生徒数（全学級・全学校合計）

特徴の種別	小学校 2 年生（全生徒数=1,860）				
	在籍数	不登校数	不登校中の割合	全生徒に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	98	1	100%	0.05%	1.02%
注意欠如・多動性障害	34	0	0%	0%	0%
コミュニケーション障害・構音障害	18	0	0%	0%	0%
学習障害	20	0	0%	0%	0%
精神遅滞	25	0	0%	0%	0%
その他	9	0	0%	0%	0%
計	204	1	100%	0.05%	0.49%

特徴の種別	中学校 1 年生（全生徒数=1,950）				
	在籍数	不登校数	不登校中の割合	全生徒に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	79	13	72.2%	0.67%	16.5%
注意欠如・多動性障害	14	0	0%	0%	0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0	0%	0%	-
学習障害	25	2	11.1%	0.10%	8.0%
精神遅滞	25	3	16.7%	0.15%	12.0%
その他	1	0	0%	0%	0%
計	144	18	100%	0.92%	12.5%

表 8-1 通常学級・特別支援学級に在籍する発達に遅れや偏りのある生徒の特徴の種別の割合（昨年度調査との比較）

特徴の種別	通常学級・特別支援学級合計（総計）		同（医療機関の受診あり）	
	小学校 1 年生	小学校 2 年生	小学校 1 年生	小学校 2 年生
	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）
広汎性発達障害	50.7%	45.7%	80.0%	68.5%
注意欠如・多動性障害	20.3%	18.5%	8.6%	13.7%
コミュニケーション障害・構音障害	13.4%	9.8%	8.6%	5.5%
学習障害	NA	10.9%	NA	2.7%
精神遅滞	11.6%	10.3%	2.9%	5.5%
その他	4.3%	4.9%	0%	4.1%
不明	0%	0%	0%	0%
計	100%	100%	100%	100%
特徴の種別	小学校 6 年生	中学校 1 年生	小学校 6 年生	中学校 1 年生
	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）
	広汎性発達障害	42.9%	54.7%	75.7%	75.0%
注意欠如・多動性障害	4.3%	10.9%	5.4%	6.7%
コミュニケーション障害・構音障害	2.9%	0%	2.7%	0%
学習障害	14.3%	19.5%	2.7%	3.3%
精神遅滞	18.6%	14.1%	13.5%	15.0%
その他	5.7%	0.8%	0%	0%
不明	11.4%	0%	0%	0%
計	100%	100%	100%	100%

表 8-2 通常学級・特別支援学級に在籍する発達に遅れや偏りのある生徒の学級中に占める割合（昨年度調査との比較）

特徴の種別	通常学級・特別支援学級合計（総計）		同（医療機関の受診あり）	
	小学校 1 年生	小学校 2 年生	小学校 1 年生	小学校 2 年生
	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）
広汎性発達障害	3.4%	4.6%	2.7%	2.7%
注意欠如・多動性障害	1.4%	1.9%	0.3%	0.5%
コミュニケーション障害・構音障害	0.9%	1.0%	0.3%	0.2%
学習障害	NA	1.1%	NA	0.1%
精神遅滞	0.8%	1.0%	0.1%	0.2%
その他	0.3%	0.5%	0%	0.2%
不明	0%	0%	0%	0%
計	6.7%	10.0%	3.4%	4.0%
特徴の種別	小学校 6 年生	中学校 1 年生	小学校 6 年生	中学校 1 年生
	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）	（平成 25 年度調査）	（平成 26 年度調査）
	広汎性発達障害	2.8%	3.6%	2.6%	2.3%
注意欠如・多動性障害	0.3%	0.7%	0.2%	0.2%
コミュニケーション障害・構音障害	0.2%	0%	0.1%	0%
学習障害	0.9%	1.3%	0.1%	0.1%
精神遅滞	1.2%	0.9%	0.5%	0.5%
その他	0.4%	0.1%	0%	0%
不明	0.7%	0%	0%	0%
計	6.5%	6.6%	3.5%	3.1%

分担研究報告書

函館市における発達に遅れや偏りを持つ子どもに関する

医療機関調査

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

研究要旨：函館市で発達障害の診療を行っている 5 つの医療機関を対象に、平成 26 年度の小学校 2 年生と中学校 1 年生について共通のデータベースを構築し、主診断、診断時年齢、知能指数・発達指数について調査を行った。また、各医療機関内で集計した結果を合計し、共通データベースによる結果と比較を行った。主診断の内訳は、小学校 2 年生、中学校 1 年生ともに広汎性発達障害が最も多く、その他の診断は比較的少なかった。診断時年齢は、小学校 2 年生、中学校 1 年生ともに 3 歳半ごろにピークがみられたが、小学校 2 年生では 6 歳ごろにもピークがみられた一方で、中学校 1 年生では 6 歳ごろのピークはなく、高学年にもう一つのピークがみられていた。知能指数・発達指数については、平均の下～境界域をピークとする幅広い釣鐘状の分布をしているものと推定された。有効同意率が 36.3%と低く、各診断について正確な受診人数を算出することはできなかったため、今後、さらに正確なデータが得られるように調査方法を改善し、再調査を行う予定である。

A．研究目的

我々は昨年度、函館市における発達障害支援の状況に関する研究（行政機関調査）

¹⁾および函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（教育機関調査）²⁾を行った。教育機関調査では、発達に遅れや偏りがあると推察される子どもの割合は、通常学級・特別支援学級では 1 年生で 6.7%、6 年生で 6.5%であ

り、そのうち医療機関の受診率は、通常学級・特別支援学級では 1 年生 50.7%（全生徒数の 3.4%）、6 年生 59.7%（同 3.5%）であった。

今年度は、同じ人口について医療機関側から見た特徴について明らかにし、函館市における今後の発達障害支援のありかたを考えるための一つの材料とすることを目的として、昨年度の教育機関調査の対象となっ

た函館市在住の平成 26 年度の小学校 2 年生および中学校 1 年生（平成 25 年度の小学校 1 年生及び小学校 6 年生）について、発達障害の診療を行っている 5 つの医療機関に対して、診断名、診断時年齢、知能指数（IQ）または発達指数（DQ）などに関する調査を行った。

B．研究方法

函館市内で発達障害の診療を行っている、かとうメンタルクリニック、函館五稜郭病院小児科、函館中央病院小児科、はこだて療育・自立支援センター診療所、ゆうあい会石川診療所の 5 つの医療機関に対して、発達の遅れや偏りを疑われ受診した函館市在住の平成 26 年度の小学校 2 年生および中学校 1 年生を対象に調査を行った。

各医療機関より、対象となる子どもの家庭に対し研究への同意書を郵送し、郵送により回収した。同意の得られたケースについて、商用クラウドサービス（サイボウズ）上に構築した医療機関間の共有データベース（1 次データベース）に、診療録に基づいて、イニシャル、生年月日、性別、学年、初診年月日、診断名（ICD-10 に基づく）、診断日、知的障害の有無、IQ または DQ、検査名、検査年月日を入力した。イニシャルおよび生年月日を照合し同一ケースの重複登録を除いた後、イニシャルと生年月日を削除することで個人情報を含まない 2 次データベースを作成した。1 次データベースは破棄し、以降の解析は 2 次データベ

スによって行った。

また、診断名、診断時年齢区分（0 歳より 6 カ月ごとに 13 歳まで）、IQ・DQ 区分（ ≤ 20 , 21-30, 31-50, 51-70, 71-85, 86-100, 101-115, >115 ）、検査時年齢区分（0 歳より 6 カ月ごとに 13 歳まで）について、個人情報を含まない医療機関ごとの集計も行い、2 次データベースの集計結果と比較を行った

同意書は各医療機関の合計で 212 名（小学校 2 年生 100 名、中学校 1 年生 112 名）を発送し、77 名（小学校 2 年生 43 名、中学校 1 年生 34 名）の有効同意を得た（有効同意率 36.3%）。共有データベースに重複して登録されたケースが中学校 1 年生で 1 名あったことから、2 次データベースへの登録数は小学校 2 年生 43 名（男 37 名、女 6 名）、中学校 1 年生 33 名（男 26 名、女 7 名）の合計 76 名となった。さらに、登録数の少ない 2 次データベースによる分析の信頼性を補うため、個人情報を含まない医療機関ごとの集計を合計した結果と比較を行った。医療機関ごとの集計は各医療機関から報告された人数が同意書発送数と異なるため、合計 221 名（小学校 2 年生 106 名、中学校 1 年生 115 名）と同意書発送数よりもやや多かった。

（倫理面への配慮）

本研究は、函館五稜郭病院の倫理委員会で審査され承認を得た。

共有データベース（1次データベース）への登録に際しては、入力者（研究協力者）は自らの入力したデータ以外は閲覧できず、

集計担当者（分担研究者）のみがすべてのデータを閲覧・集計できる設定とした。また、集計に際してはイニシャルと生年月日

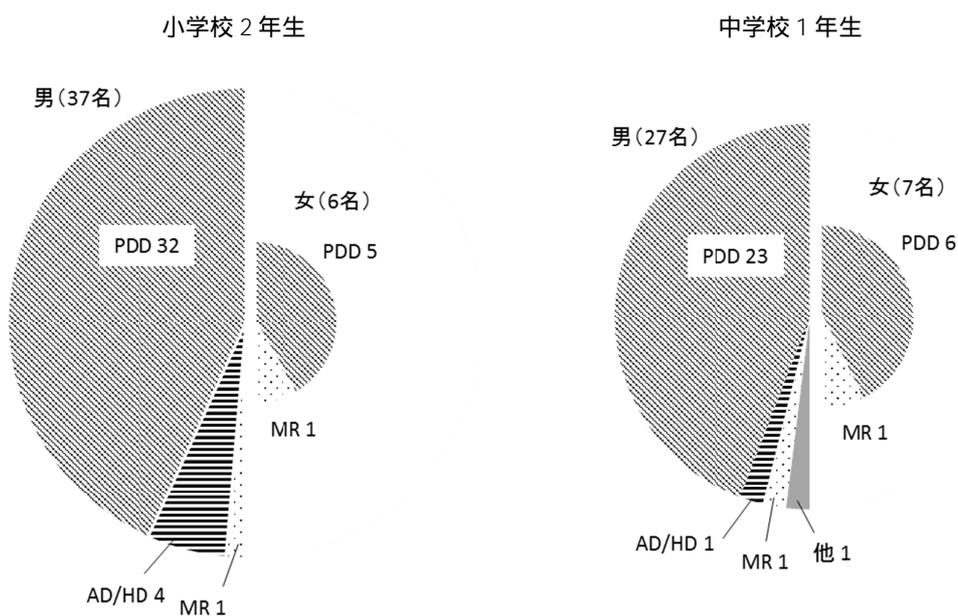


図 1-1 2次データベースによる主診断の内訳

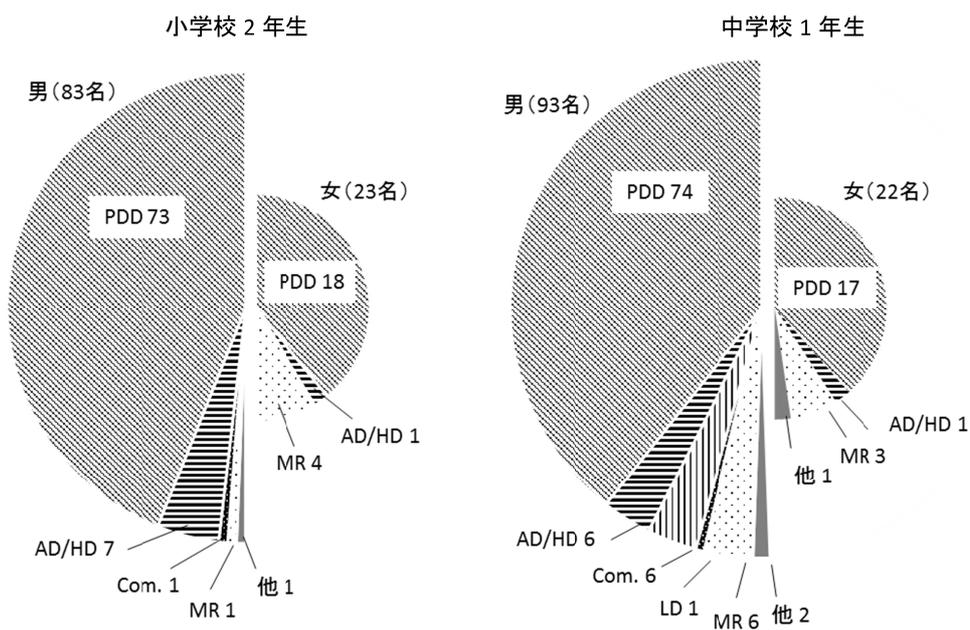


図 1-2 医療機関内調査の合計による主診断の内訳

PDD: 広汎性発達障害 AD/HD: 注意欠如・多動性障害
Com.: コミュニケーション障害・構音障害 LD: 学習障害 MR: 精神遅滞

で重複したデータを除いた後、イニシャルと生年月日を削除し個人情報を含まない 2 次データベースを作成した。1 次データベースは 2 次データベースが完成した後に破棄し、それ以降は個人が特定されないようにした。

また、同意書のないケースのデータはすべて各医療機関内での集計とし、個人情報を含まないものとした。

C. 研究結果

1. 診断名

2 次データベースによる主診断名の内訳を図 1-1 及び表 1-1 に示す。小学校 2 年生では、広汎性発達障害の診断が 86.0% (男 86.5%、女 83.3%)、注意欠如・多動性障害が 9.3% (男 10.8%、女 0.0%)、精神遅滞が 4.7% (男 2.7%、女 16.7%) で、コミュニケーション障害・構音障害及び学習

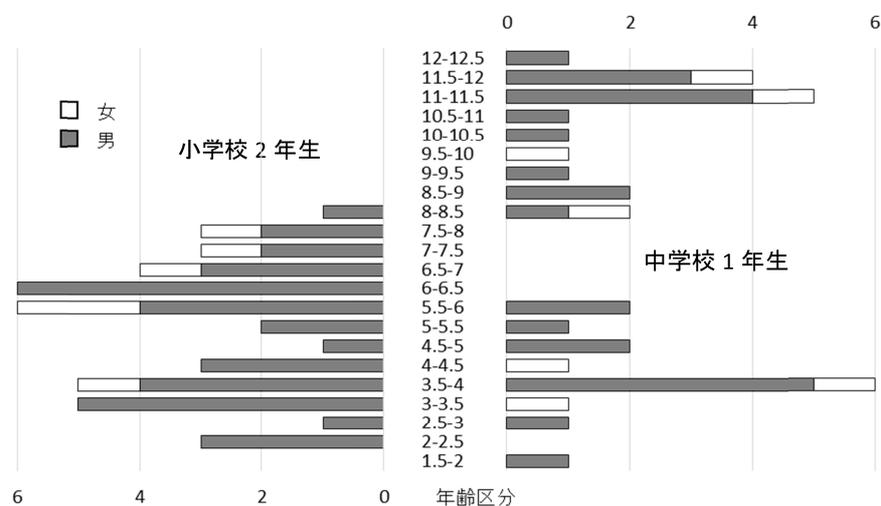


図 2-1 2 次データベースによる診断時年齢の分布

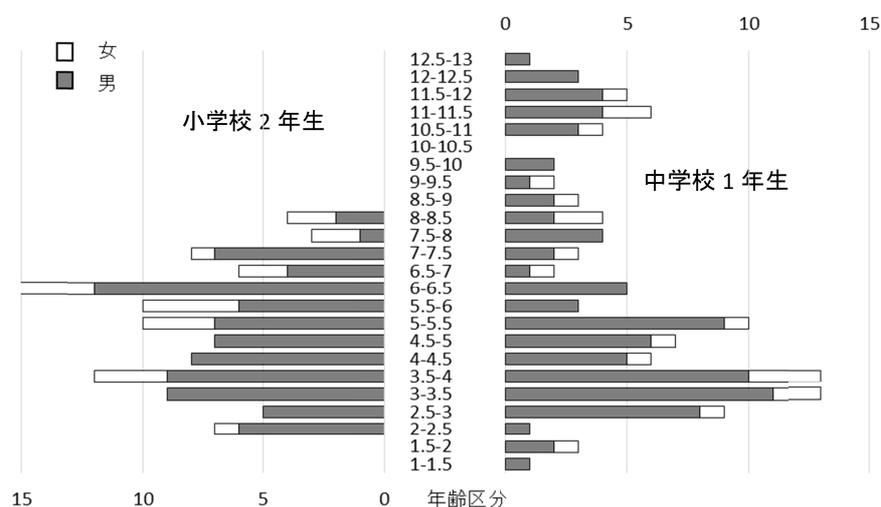


図 2-2 医療機関内調査の合計による診断時年齢の分布

障害の診断はなかった。中学校 1 年生では、広汎性発達障害の診断が 87.9%(男 88.5%、女 85.7%)、注意欠如・多動性障害が 3.0%(男 3.8%、女 0.0%)、精神遅滞が 6.1%(男 3.8%、女 14.3%)、その他 3.0%(男 3.8%、女 0.0%) であった。

医療機関内調査の合計による主診断の内訳を図 1-2 及び表 1-2 に示す。小学校 2 年生では、広汎性発達障害の診断が 85.8%(男 88.0%、女 78.3%)、注意欠如・多動性障害が 7.5%(男 8.4%、女 4.3%)、学習障害が 0.9%(男 1.1%、女 0.0%)、精神遅滞が 4.7%(男 1.2%、女 17.4%)、その他が 0.9%(男 1.2%、女 0.0%) であり、コミュニケーション障害・構音障害の診断はなかった。中学校 1 年生では、広汎性発達障害が 79.1%(男 79.6%、女 77.3%)、注意欠如・多動性障害が 6.1%(男 4.5%、女 6.1%)、コミュニケーション障害・構音障害が 5.2%(男 6.5%、女 0.0%)、学習障害が 0.9%(男 1.2%、女 0.0%)、精神遅滞が 6.1%(男 4.3%、女 13.6%)、その他が 2.6%(男 2.2%、女 4.5%) であった。

2 次データベースと医療機関内調査に共通した傾向としては、広汎性発達障害の診断が小学校 2 年生と中学校 1 年生の両方で男女とも最も多かった点、精神遅滞の診断は男児と女児で実数に差が少なく結果的に女児で全体に占める割合が高くなっている点、学習障害の診断は男女とも非常に少ない点などが挙げられる。その一方で、広汎性発達障害の診断は、2 次データベースに比べると医療機関内調査の合計では中学校 1 年生でやや少ない傾向があり、また、注

意欠如・多動性障害の診断は 2 次データベースでは小学校 2 年生と中学校 1 年生では差がみられたが、医療機関内調査の合計ではその差は少なかった。

2. 診断時年齢

2 次データベースによる診断時年齢を図 2-1 及び表 2-1 に示す。小学校 2 年生では診断時年齢のピークは 3~4 歳と 6 歳前後の 2 か所に見られたのに対し、中学校 1 年生では 3 歳 6 か月~4 歳には小学校 2 年生と同様のピークが見られたが、6 歳前後の診断は少なく、11~12 歳ごろの診断が再び多くなっていた。医療機関内調査の合計による診断時年齢を図 2-2 及び表 2-2 に示すが、2 次データベースと医療機関内調査はほぼ同様の傾向を表していると考えられる。

3. IQ または DQ

2 次データベースによる IQ または DQ 区分を図 3-1 及び表 3-1 に示す。知能検査や発達検査が一定ではないため厳密に言えばこれらの数値を一律に扱っての統計的な解釈はできないが、参考値としてこれらの数値をもとに算出した統計値は次のようになった。小学校 2 年生では IQ または DQ の平均は 85.9、標準偏差は 24.3、中央値は 90.0 であった。中学校 1 年生では平均は 78.8、標準偏差は 23.7、中央値は 80.0 であった。小学校 2 年生と中学校 1 年生の結果に有意差があるかどうかを確かめるため Median 検定を行ったが、有意差は見られなかった ($p=0.159$)。

医療機関内調査の合計による IQ または DQ 区分を図 3-2 及び表 3-2 に示す。これらは実数データではなく区分データのみを集計したため統計的な検討を行うことはできないが、2 次データベースとほぼ同様の分布を示しているものと考えられたが、IQ 86~100 付近を頂点とするやや偏った釣鐘状の分布を思わせる結果であった。

本年度の教育機関調査は、函館市立小学校 46 校及び中学校 28 校、函館市及び近隣の特別支援学校（盲・聾・養護学校）7 校のすべてから回答を得ることができ、ほぼ全数に近い調査を行うことができた。この教育機関調査と、今回行った 2 次データベース及び医療機関内調査の合計における診断名の比率を比較した（表 4）。

4. 教育機関調査との比較

本年度は、函館市在住の小学校 2 年生及び中学校 1 年生について、昨年度とほぼ同じ内容で教育機関に対する調査を行った³⁾。

教育機関調査でも医療機関調査でも、広汎性発達障害の特徴が最も多いという点は共通していたが、比率にはかなりの違いがあった。医療機関調査では広汎性発達障害の比率が突出して多くその他の診断は少な

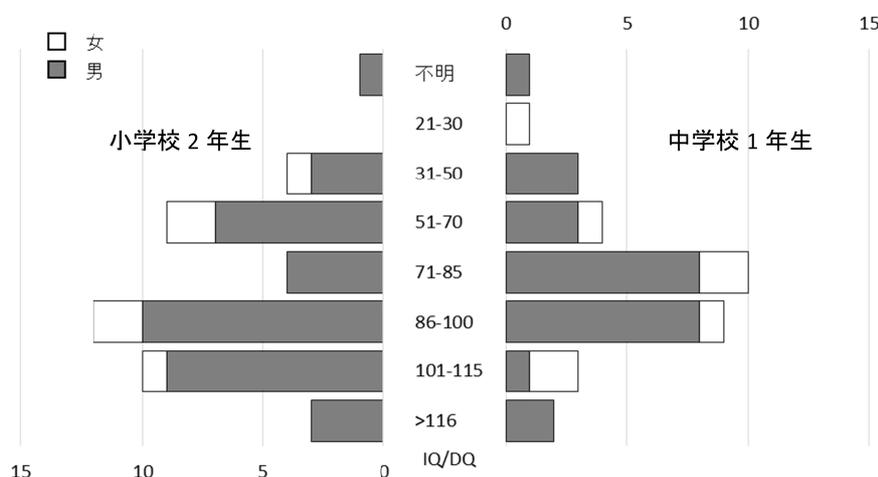


図 3-1 2 次データベースによる IQ/DQ の分布

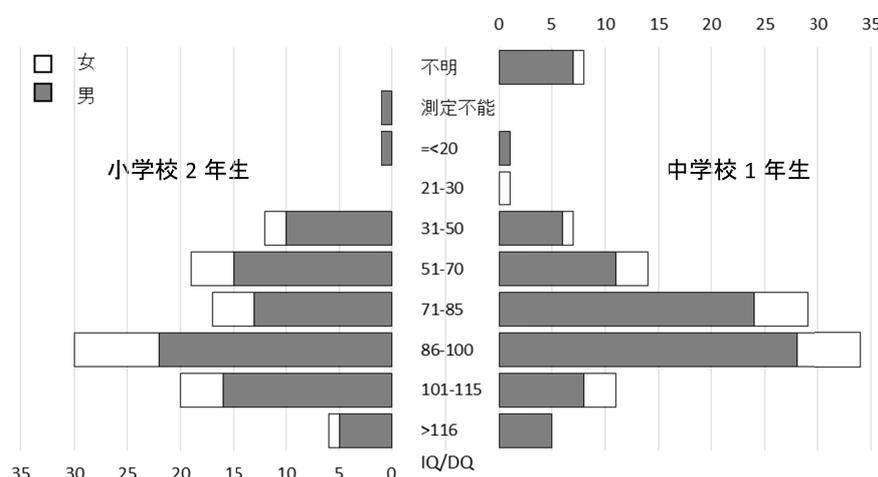


図 2-2 医療機関内調査の合計による IQ/DQ の分布

かったが、教育機関調査では医療機関調査に比べると広汎性発達障害以外の特徴の比率が明らかに高く、教育機関調査で医療機関の受診がある場合には医療機関調査に近づく傾向はあったが、それでも医療機関調査とは差があった。特に、教育機関調査では学年や性別にかかわらず学習障害と精神遅滞の特徴の比率が医療機関調査と比べて明らかに高くなっていた。

D. 考察

今回の調査の本来の目的の一つは、発達障害特性を持ち医療機関を受診する子どもが同じ年齢の人口に占める割合を算出することであった。しかし、今回の調査では同意書の回収率が低く、この目的を達成するには不十分な結果となった。

ただし、本年度の教育機関調査³⁾においては、函館市立小学校および中学校（通常学級及び特別支援学級）函館市及び近隣に位置する北海道立及び国立の特別支援学校（盲・聾・養護学校）に対して調査を行い、すべての学校から小学校2年生及び中学校1年生に在籍する発達に遅れや偏りのある子どもの人数について回答を得ることができた。その結果、発達に何らかの遅れや偏りがあり医療機関を受診したことのある子どもの数は、小学校2年生で89名（男72名、女17名）、中学校1年生で74名（男56名、女18名）であり、全生徒に占める割合は、小学校2年生で4.78%（男7.38%、女1.92%）、中学校1年生で3.79%（男5.41%、女1.97%）であった。今回の医療機関内調査の単純な合計では、医療機関を受診し何らかの発達障害の診断を受けた子どもは、小学校2年生で106名（男83名、

女23名）、中学校1年生で115名（男93名、女22名）であり、教育機関が把握している医療機関の受診数よりも明らかに多くなっていた。これは、医療機関内調査の合計は複数の医療機関を受診している子どもが重複して集計されている可能性がある、医療機関の受診を教育機関が把握していない場合がある、などが理由として考えられる。特に中学校1年生については、過去に受診し診断を受けたものの現在は定期的には受診していないため、学校も過去の受診や診断を把握していないケースも含まれていると考えられる。

医療機関調査による診断の内訳と教育機関調査による特徴の種別との間にはかなりの違いがあった。特に、医療機関調査では広汎性発達障害の診断が突出して多かった。これは、医療機関ではICD-10コードのヒエラルキーから広汎性発達障害を優先して診断する傾向があるためと推察される。その一方で、教育機関調査では医療機関を受診している場合を含め、広汎性発達障害以外の特徴が認識されていることが比較的多く、特に学習障害と精神遅滞の特徴の比率が一貫して高い傾向があった。これは、教育現場では子どもに軽度の広汎性発達障害の特徴があっても明らかな行動面のトラブルがなければ認識されることが少なく、反対に学習が学校生活の中での主な困難である場合には学習障害や精神遅滞の特徴として認識されるといった傾向があるためかもしれない。また、学習障害や精神遅滞の特徴が主な問題として認識されている場合には医療機関の受診率は低く、学習の問題が直接に医療機関の受診につながることは少ないものと推察される。

診断年齢についても興味深い結果が得られた。小学校 2 年生では 3 歳半ごろと 6 歳ごろの 2 つのピークがあり、おそらく乳幼児健診後と就学前の受診が多いためと考えられる。その一方で中学校 1 年生では 6 歳ごろのピークは見られず、現在の中学校 1 年生が小学校に入学する前には就学前に発達障害の特徴について意識されることは少なかったものと推察される。函館市では 5 歳児健診は実施されていないが、そうであっても就学前に発達障害を疑われ医療機関を受診する人数は増加しているものと考えられる。また、中学校 1 年生では高学年になってからの診断も目立っていた。これが小学校 2 年生の 6 歳ごろのピークに相当する人口であるかどうかについては、今後の追跡調査が必要であろう。

IQ/DQ については、ピークを平均の下～境界域付近に持つ釣鐘状に近い分布をしていた。完全な正規分布ではないものの、仮に計算した標準偏差が 24 前後と大きく、医療機関を受診する人口の母集団の IQ は、一般人口に比べると平均がやや低く、広がりにより大きい分布となっていることが推定される。

今回の調査は、同意書の回収率が低く、そのため結論も限定的なものとならざるを得なかった。今後、調査方法を検討し、函館市における発達障害を持つ子どもの医療機関受診の状況について、さらに正確な調査を行う必要があるものと考えられた。

E．結論

今回の調査では、広汎性発達障害の診断の比率が突出して高く、その他の診断は少なかった。診断時年齢については、小学校

2 年生、中学校 1 年生ともに 3 歳半ごろにピークがある点は共通していたが、小学校 2 年生で見られた就学前のピークは中学校 1 年生では見られなかった。IQ/DQ については、一般人口に比較すると平均がやや低く、広がりが大きい釣鐘状の分布をしていた。

今回の調査では、同意書の回収率が低く、医療機関を受診する発達障害を持つ子どもの人数についての明確な結論は得られなかった。今後、調査方法を見直し、正確な調査が可能になるよう検討したい。

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) 高橋和俊 他 “函館市における発達障害支援の状況に関する研究”(本報告書に収載)
- 2) 高橋和俊 “函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査(第 1 報)”(本報告書に収載)
- 3) 高橋和俊 “函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査(第 2 報)”(本報告書に収載)

表 1-1 診断名内訳（2次データベースによる）

特徴の種別	小学校 2 年生						中学校 1 年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	37	86.0%	32	86.5%	5	83.3%	29	87.9%	23	88.5%	6	85.7%
注意欠如・多動性障害	4	9.3%	4	10.8%	0	0.0%	1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	2	4.7%	1	2.7%	1	16.7%	2	6.1%	1	3.8%	1	14.3%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	43	100%	37	100%	6	100%	33	100%	26	100%	7	100%

表 1-2 診断名内訳（医療機関内調査合計）

特徴の種別	小学校 2 年生						中学校 1 年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	91	85.8%	73	88.0%	18	78.3%	91	79.1%	74	79.6%	17	77.3%
注意欠如・多動性障害	8	7.5%	7	8.4%	1	4.3%	7	6.1%	6	6.5%	1	4.5%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	5.2%	6	6.5%	0	0.0%
学習障害	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	1	0.9%	1	1.1%	0	0.0%
精神遅滞	5	4.7%	1	1.2%	4	17.4%	7	6.1%	4	4.3%	3	13.6%
その他	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	3	2.6%	2	2.2%	1	4.5%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	106	100%	83	100%	23	100%	115	100%	93	100%	22	100%

表 2-1 診断時年齢（2次データベースによる）

年齢区分（歳）	小学校2年生						中学校1年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
1.5-2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
2-2.5	3	7.0%	3	8.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
2.5-3	1	2.3%	1	2.7%	0	0.0%	1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
3-3.5	5	11.6%	5	13.5%	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	1	14.3%
3.5-4	5	11.6%	4	10.8%	1	16.7%	6	18.2%	5	19.2%	1	14.3%
4-4.5	3	7.0%	3	8.1%	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	1	14.3%
4.5-5	1	2.3%	1	2.7%	0	0.0%	2	6.1%	2	7.7%	0	0.0%
5-5.5	2	4.7%	2	5.4%	0	0.0%	1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
5.5-6	6	14.0%	4	10.8%	2	33.3%	2	6.1%	2	7.7%	0	0.0%
6-6.5	6	14.0%	6	16.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
6.5-7	4	9.3%	3	8.1%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
7-7.5	3	7.0%	2	5.4%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
7.5-8	3	7.0%	2	5.4%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
8-8.5	1	2.3%	1	2.7%	0	0.0%	2	6.1%	1	3.8%	1	14.3%
8.5-9							2	6.1%	2	7.7%	0	0.0%
9-9.5							1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
9.5-10							1	3.0%	0	0.0%	1	14.3%
10-10.5							1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
10.5-11							1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
11-11.5							5	15.2%	4	15.4%	1	14.3%
11.5-12							4	12.1%	3	11.5%	1	14.3%
12-12.5							1	3.0%	1	3.8%	0	0.0%
計	43	100%	37	100%	6	100%	33	100%	26	100%	7	100%

表 2-2 診断時年齢（医療機関内調査合計）

年齢区分（歳）	小学校 2 年生						中学校 1 年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
1-1.5	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%	1	1.1%	0	0.0%
1.5-2	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.7%	2	2.2%	1	5.0%
2-2.5	7	6.6%	6	7.2%	1	4.3%	1	0.9%	1	1.1%	0	0.0%
2.5-3	5	4.7%	5	6.0%	0	0.0%	9	8.2%	8	8.9%	1	5.0%
3-3.5	9	8.5%	9	10.8%	0	0.0%	13	11.8%	11	12.2%	2	10.0%
3.5-4	12	11.3%	9	10.8%	3	13.0%	13	11.8%	10	11.1%	3	15.0%
4-4.5	8	7.5%	8	9.6%	0	0.0%	6	5.5%	5	5.6%	1	5.0%
4.5-5	7	6.6%	7	8.4%	0	0.0%	7	6.4%	6	6.7%	1	5.0%
5-5.5	10	9.4%	7	8.4%	3	13.0%	10	9.1%	9	10.0%	1	5.0%
5.5-6	10	16.0%	6	14.5%	4	21.7%	3	4.5%	3	5.6%	0	0.0%
6-6.5	15	16.0%	10	14.5%	5	21.7%	5	4.5%	5	5.6%	0	0.0%
6.5-7	9	5.7%	7	4.8%	2	8.7%	3	1.8%	2	1.1%	1	5.0%
7-7.5	9	7.5%	7	8.4%	2	8.7%	4	2.7%	3	2.2%	1	5.0%
7.5-8	2	2.8%	1	1.2%	1	4.3%	4	3.6%	4	4.4%	0	0.0%
8-8.5	4	3.8%	2	2.4%	2	8.7%	4	3.6%	2	2.2%	2	10.0%
8.5-9							3	2.7%	2	2.2%	1	5.0%
9-9.5							2	1.8%	1	1.1%	1	5.0%
9.5-10							2	1.8%	2	2.2%	0	0.0%
10-10.5							0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
10.5-11							4	3.6%	3	3.3%	1	5.0%
11-11.5							9	5.5%	7	4.4%	2	10.0%
11.5-12							5	4.5%	4	4.4%	1	5.0%
12-12.5							3	2.7%	3	3.3%	0	0.0%
12.5-13							1	0.9%	1	1.1%	0	0.0%
計	106	100%	83	100%	23	100%	110	100%	90	100%	20	100%

表 3-1 IQ または DQ (2 次データベースによる)

IQ または DQ	小学校 2 年生						中学校 1 年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
>116	3	8.1%	0	0.0%	2	4.7%	2	7.7%	0	0.0%	2	6.1%
101-115	9	24.3%	1	16.7%	10	23.3%	1	3.8%	2	28.6%	3	9.1%
86-100	10	27.0%	2	33.3%	12	27.9%	8	30.8%	1	14.3%	9	27.3%
71-85	4	10.8%	0	0.0%	4	9.3%	8	30.8%	2	28.6%	10	30.3%
51-70	7	18.9%	2	33.3%	9	20.9%	3	11.5%	1	14.3%	4	12.1%
31-50	3	8.1%	1	16.7%	4	9.3%	3	11.5%	0	0.0%	3	9.1%
21-30	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	14.3%	1	3.0%
=<20	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
測定不能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
不明	1	2.7%	0	0.0%	1	2.3%	1	3.8%	0	0.0%	1	3.0%
計	37	100%	6	100%	43	100%	26	100%	7	100%	33	100%

表 3-2 IQ または DQ (医療機関内調査合計)

IQ または DQ	小学校 2 年生						中学校 1 年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
>116	6	5.7%	5	6.0%	1	4.3%	5	4.5%	5	5.6%	0	0.0%
101-115	20	18.9%	16	19.3%	4	17.4%	11	10.0%	8	8.9%	3	15.0%
86-100	30	28.3%	22	26.5%	8	34.8%	34	30.9%	28	31.1%	6	30.0%
71-85	17	16.0%	13	15.7%	4	17.4%	29	26.4%	24	26.7%	5	25.0%
51-70	19	17.9%	15	18.1%	4	17.4%	14	12.7%	11	12.2%	3	15.0%
31-50	12	11.3%	10	12.0%	2	8.7%	7	6.4%	6	6.7%	1	5.0%
21-30	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.9%	0	0.0%	1	5.0%
=<20	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	1	0.9%	1	1.1%	0	0.0%
測定不能	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	7.3%	7	7.8%	1	5.0%
計	106	100%	83	100%	23	100%	110	100%	90	100%	20	100%

表 4 各調査間の特徴の種別・診断名の比率の比較

小学校 2 年生 (平成 25 年度の小学校 1 年生)	男女計				男				女			
	教育機関		医療機関		教育機関		医療機関		教育機関		医療機関	
	総数	受診あり	2 次データ ベース	医療機関内 調査合計	総数	受診あり	2 次データ ベース	医療機関内 調査合計	総数	受診あり	2 次データ ベース	医療機関内 調査合計
広汎性発達障害	48.0%	67.4%	87.9%	85.8%	51.9%	72.2%	88.5%	88.0%	34.8%	47.1%	85.7%	78.3%
注意欠如・多動性障害	16.7%	11.2%	3.0%	7.5%	20.3%	12.5%	3.8%	8.4%	4.4%	5.9%	0.0%	4.3%
コミュニケーション障害・構音障害	8.8%	4.5%	0.0%	0.0%	8.2%	5.6%	0.0%	0.0%	10.9%	0%	0.0%	0.0%
学習障害	9.8%	2.3%	0.0%	0.9%	5.7%	1.4%	0.0%	1.2%	23.9%	5.9%	0.0%	0.0%
精神遅滞	12.3%	11.4%	6.1%	4.7%	9.5%	5.6%	3.8%	1.2%	21.7%	35.3%	14.3%	17.4%
その他	4.4%	3.4%	3.0%	0.9%	4.4%	2.8%	3.8%	1.2%	4.4%	5.9%	0.0%	0.0%
不明	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

中学校 1 年生 (平成 25 年度の小学校 6 年生)	男女計				男				女			
	教育機関		医療機関		教育機関		医療機関		教育機関		医療機関	
	総数	受診あり	2 次データ ベース	医療機関内 調査合計	総数	受診あり	2 次データ ベース	医療機関内 調査合計	総数	受診あり	2 次データ ベース	医療機関内 調査合計
広汎性発達障害	54.9%	71.6%	86.0%	79.1%	63.3%	75.0%	86.5%	79.6%	37.0%	61.1%	83.3%	77.3%
注意欠如・多動性障害	9.7%	5.4%	9.3%	6.1%	12.2%	5.4%	10.8%	6.5%	4.4%	5.6%	0.0%	4.5%
コミュニケーション障害・構音障害	0%	0%	0.0%	5.2%	0%	0%	0.0%	6.5%	0%	0%	0.0%	0.0%
学習障害	17.4%	2.7%	0.0%	0.9%	9.2%	1.8%	0.0%	1.1%	34.8%	5.6%	0.0%	0.0%
精神遅滞	17.4%	20.3%	4.7%	6.1%	14.3%	17.9%	2.7%	4.3%	23.9%	27.8%	16.7%	13.6%
その他	0.7%	0%	0.0%	2.6%	1.0%	0%	0.0%	2.2%	0%	0%	0.0%	4.5%
不明	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

松本市における発達障害児とその家族に対する

継続的な支援の実態と評価のあり方に関する研究

分担研究者 原田 謙 長野県立こころの医療センター駒ヶ根

研究協力者 河西美奈 長野県波田学院

櫻井 孝 長野県波田学院

太田沙希 松本児童園

研究要旨

研究 2 年目に当たる本年は、昨年度の小学 1 年生と 6 年生の発達障害の有病率について、その推移を調査した。その結果、H25 年度の 1 年生が H26 年度に 2 年生に上がる段階で、発達障害と診断された子どもは 4.6%から 5.0%に、H25 年度の 6 年生が中学 1 年生に上がる段階で、発達障害と診断された子どもは 4.4%から 5.5%に増加していた。これらの学年が上がることによる発達障害診断例の増加は、松本市に限定したことなく、一般にも認められる現象ではないかと考えられた。

A. 研究目的

規模や特性の異なる自治体における発達障害支援ニーズの把握とともに、規模や特性に応じた発達障害の支援システムの現状を調査し、具体的な支援のあり方についてのモデルを示すことが本研究の目的である。

本年度は、昨年度に引き続き、松本市の協力のもとに、発達障害の支援ニーズに関する調査を行った。

B. 研究方法

1. 発達障害の支援ニーズの推移に関する調査

昨年度の小学 1 年生及び小学 6 年生における発達障害全体及び主たる発達障害の種別ごとに、有病率の推移を調査した。平成 26 年 4 月 1 日現在で、松本市内に在住する平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの小学 2 年生（平成 25 年度の小学 1 年生）と、平成 13 年 4 月 2 日～平成 14 年 4 月 1 日生まれ

の中学 1 年生（平成 25 年度の小学 6 年生）について、発達障害の診断名、その人数、重複診断を調査した。

C. 研究結果

1. 発達障害の支援ニーズの推移に関する調査

(1) 松本市の学校調査

松本市の市立小学校 29 校、市立中学校 22 校と特別支援学校 4 校に、松本市および長野県教育委員会を通して調査を行い、54 校から回答を得た（回答率 98.2%）。

a. 小学 2 年生における発達の問題が疑われる児童

小学 2 年生 2100 名（男子 1083 名、女子 1017 名）において、学校が発達障害の疑いを持っている児童と、発達障害が診断されている児童、および、著しく反抗的な言動を示す児童の割合は表のとおりである。

学校で把握している発達障害児	H25年度 n=2146		H26年 n=2100	
	診断された		疑い	
	H25年 人数 (%)	H26年 人数 (%)	H25年 人数 (%)	H26年 人数 (%)
発達障害全体	98 (4.6)	105 (5.0)	258 (12.0)	283 (13.5)
PDD	56(2.6)	49(2.3)	78(3.6)	79(3.8)
ADHD	12(0.6)	20(1.0)	94(4.4)	102(4.9)
会話・言語	3(0.1)	5(0.2)	17(0.8)	24(1.1)
精神遅滞	21(1.0)	19(0.9)	46(2.1)	51(2.4)
その他	6(0.3)	12(0.6)	23(1.1)	27(1.3)
反抗	12(0.6)	16(0.8)	33(1.5)	39(1.9)

b. 松本市の中学1年生における発達の問題が疑われる児童

中学1年生 2173名(男子 1078名、女子 993名)において、学校が発達障害の疑いを持っている児童と、発達障害が診断されている児童、および、著しく反抗的な言動を示す児童の割合は表のとおりである。

学校で把握している発達障害児	H25年 n=2303		H26年度 n=2173	
	診断された		疑い	
	H25年 人数 (%)	H26年 人数 (%)	H25年 人数 (%)	H26年 人数 (%)
発達障害全体	101 (4.4)	120 (5.5)	186 (8.1)	225 (10.4)
PDD	61(2.6)	60(2.8)	69(3.0)	78(3.6)
ADHD	16(0.7)	19(0.9)	38(1.7)	47(2.2)
会話・言語	4(0.2)	3(0.1)	6(0.3)	6(0.3)
LD	10(0.4)	9(0.4)	45(2.0)	40(1.8)
精神遅滞	7(0.3)	18(0.8)	18(0.8)	34(1.6)
その他	3(0.1)	11(0.5)	10(0.4)	20(0.9)
反抗	6(0.2)	5(0.2)	10(0.4)	9(0.4)

D. 考察

1. 発達障害の支援ニーズの推移に関する調査

(1) 小学1年生から2年生にかけての推移

H25年度の1年生が2年生に上がる段階で、発達障害と診断された子どもは4.6%から5.0%に、疑いをもたれている子どもは12.0%から13.5%に増加していた。その内訳をみると、ADHD診断を受けた児童が0.6%から1.0%に、疑いをもたれた子が4.4%から4.9%に増加していた。

この理由としては、小学1年生のうち、他の児童も落ち着きがなく、その中に紛れていたADHD児が、他の子が落ち着いてくる小学2年生になって、浮き彫りになったのではないかと推測された。

(2) 小学6年生から中学1年生への推移

H25年度の6年生がH26年度に中学1年生に上がる段階で、発達障害と診断された子どもは4.4%から5.5%に、疑いをもたれている子どもは8.1%から10.4%に増加していた。

診断された子どもの内訳をみると、精神遅滞の診断を受けた子が0.3%から0.8%に、疑いをもたれている子どもの内訳をみると、精神遅滞に加えて、ADHDやPDDなども増加していた。

この理由としては、中学進学に際し、あらかじめ知能検査などを行うことによって、発達障害が判明する子どもたちが増えたのではないかと推測された。

上記の、学年が上がることによる発達障害の診断例や疑い例の増加は、松本市に限定したことなく、一般にも認められる現象ではないかと考えられた。

この検証は、次年度の課題としたい。

E. 結論

以上、松本市の発達障害のニーズ(有病率)の推移について報告した。次年度は、これらの研究を発展させるとともに、将来的に中核市に組み込まれる特例市に焦点づけ、中規模地方都市における、適切な発達障害児支援体制を模索して行く予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1 原田 謙：反抗挑戦性障害、素行障害．齊藤万比古、小平雅基（編）臨床医のための小児精神医療入門、pp40-44，永井書店、東京．2014
- 2 原田 謙：反抗挑発症 / 反抗挑戦性障害．神庭重信（総編集）DSM-5 を読み解く、pp146-152，中山書店、東京．2014
- 3 原田 謙：素行症、素行障害．神庭重信（総編集）DSM-5 を読み解く、pp146-152，中山書店、東京．2014
- 4 原田 謙：ADHD に併存しやすい精神症状の治療．精神科治療学．29:349-354，2014

2. 学会発表

- ・富永、楠田洋子、原田謙：「反抗挑戦性障害児の看護」 全国児童精神科治療施設協議会，2015年2月

G. 知的財産権の出願・登録状況

特記なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））

発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な

支援の実態と評価のあり方に関する研究

分担研究報告

「板橋区（人口54万人）における、障害児とその家族への支援

－医療・保健・福祉・教育の縦横支援の実態と今後の在り方－

分担研究者 米山 明 心身障害児総合医療療育センター 小児科

板橋区子ども発達支援センター 所長

研究協力者 平山貴度 平山医院 板橋区医師会 理事（学校医会）

研究要旨 中規模都市に該当する、東京都板橋区は、人口 54 万人（年間出生数およそ 4400 人）で、東京 23 区のうち北西部に位置し、面積は 32.22 km²、東京 23 区中 9 番目の広さをもつ地域である。

「発達障害」を中心とした障害児支援資源で特に早期発見・早期支援の必要のある就学前の乳幼児を主な対象とした場合の地域背景の特徴として、専門医療機関として、筆者が所属する、心身障害児総合医療療育センター（日本で最古の肢体不自由児施設（整肢療護園（昭和 17 年開設）現在は医療型障害児入所施設）、医学部小児科学教室のある大学（日本大学医学部、帝京大学医学部）が 2 大学、5 歳児健診（東京都医師会方式）の研修を修了した板橋区医師会所属の診療所が 31 ケ所あり、さらに隣接区に東京都立北療育医療センターがあるなど、医学的診断や医療的支援の場が多く、いわゆる従来の「医療モデル」の支援が行なわれる傾向が強い。一方で、福祉型児童発達支援センターが 1 ケ所、児童発達支援事業 2 ケ所のみで福祉的なサービスが不足している（図表 1-1、2-5）

発達障害者支援法に基づいた「板橋区立子ども発達支援センター」が平成 23 年に開設され、地域や子どもの生活現場でできる障がい児への支援、「社会モデル」の推進が始まり、気付きの段階からの個別相談支援から、支援者への研修等を実施、関係機関の縦横連携などが始まっているが、未だ十分ではない。

そのため相談・支援先の拡張や開発として、かかりつけ医が発達障害児とその家族への支援できるように、板橋区医師会と協力して「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」が発足し子どもの心の診療医（板橋版）の養成を試みている。

平成 26 年度は、区内の療育機関と板橋区子ども発達支援センターと板橋医師会との連携した活動を中心に、板橋区内の発達障害支援の実態を併せて報告する。

【研究目的】

「発達障害」を中心とした障害児とその家族支援においては、その地域特性に即した支援資源の確保と支援体制整備が急務である。支援の資源として「医療」は診断・治療において重要な役割を担っているが、全国的に各地域医師会が各々の地域の医療活動の中心的役割を果たしている。

今回、中規模都市に該当する、東京都板橋区(人口 54 万人、年間出生数およそ 4400 人)の医師会と、大学病院関係者、心身障害児総合医療療育センターと板橋区子ども発達支援センターと協力して、発達障がい児の相談・支援先の拡張や開発としてかかりつけ医が発達障害児とその家族への支援できるように、「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」を発足させ、独自に子どもの心の診療医(板橋版)の養成を試み、専門医療機関(医療)療育機関(福祉)および、保健福祉センター(保健) 保育所(福祉) 幼稚園(教育) 学校などとの連携整備を行っているので、板橋区の障がい児とその家族支援の現状と医師会の活動を後方視的に検証考察し、他の地域における発達障がい児とその家族への支援体制整備の参考となるよう報告する。

【研究方法】

1 板橋区医師会が中心となって発足させた、「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」について発足から現在までの活動を後方視的に検証する。

2 板橋区の障がい児支援の実態を、板橋区子ども発達支援センターの事業報告や区から報告されているデータなどを後方視的に検証する。

【研究結果】

1 「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」

2 板橋区子ども発達支援センターの現況と板橋区の発達障がいへの支援の現状(概況)

東京都 板橋区 概要と 板橋区子どもの心の診療 Map 2015 年 3 月

東京都板橋区は、人口 54 万人(年間出生数およそ 4400 人)で、東京 23 区のうち北西部に位置し、面積は 32.22 km²、東京 23 区中 9 番目の広さをもつ地域である。



図表 1-1 板橋区の地図と発達障がい支援のマッピング



研究結果 1 「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」について

1) 「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」の発足の背景と経緯

板橋区内では発達障がいのある子どもと親向けの専門医療機関が複数あるが、開業医レベルでは、5歳児健診事業「東京方式」（東京都医師会 2011 1）2）の研修を修了した板橋区医師会所属の診療所が 31ヶ所あり、それを採用して発達障がい（疑い）のある就学前の子どもへの相談対応がされており、発達障がいに対し、医師会の、母子保健活動と医療としての支援活動は、他区より活動性が高く整備された状況と言える（図表 1-1）

5歳児健診の有用性は報告されているが、図で示すように東京都方式5歳児健診での要観察・要精密の割合は、26.8%と鳥取県の悉皆健診での割合 9.3%（小枝 3）と比較して高い割合であった（図表 1-2,3）。これ

は悉皆健診ではなく、本人や家族の任意の健診であるため、3歳児健診等ですでに把握されている知的障害など障害のある子どもの親などが、就学に向けての心配があるための受診であった例があるなどが高率の理由であると推測され、今後の課題である。

(図表 1-2)

図表3

5歳児健診で気になる子の診察のポイント
(厚労省「発達障害児に対する気付きと支援のマニュアル」より抜粋)

- ・会話をする
 - ・動作模倣
 - ・物の用途を聞く
 - ・比較概念を聞く
 - ・左右の確認
 - ・左右を使った構文の理解
 - ・安静閉眼
 - ・じゃんけん勝負・しりとり
 - ・読字
- 板橋区医師会：5歳児発達診療
(「5歳児健診事業」東京方式を利用)
www.tokyo.med.or.jp/old_inf/
gosaiji.toukyouhousiki.pdf

(図表 1-3)

板橋区医師会5歳児発達診療

板橋区医師会 31 医療機関 登録(図1 参照)

判定結果	判定	診察数	
問題なし	134	73.2%	26.8%
要観察	26	14.2%	
要精密	23	12.6%	
計	183	100%	

5歳児健診における「発達障がい疑い」
5歳児健診東京方式に基づく5歳児健診のデータ(板橋区医師会+東京都医師会)

平成 23 年 7 月 20 日より、日本肢体不自由児協会が板橋区の委託を受けて「板橋区子ども発達支援センター」事業が開始された(研究結果 2 別項参照)。

この事業は、子どもの保護者からの相談を主事業としており、診断を下す専門機関ではなく、敷居の低い、相談しやすい機関として機能することを掲げている。即ち、保護者の「気付きの段階」からの支援により、障がい特性の理解を促し、特性に対して適切な対応を学び、また必要に応じて、医療機関や療育機関を紹介し、診断(見たて)や専門療育を受けることをコーディネートする「繋ぎ」の役割を担っている。医師はカンファレンス等へ参加して助言する役割を担い、直接子どもを診療はしない。

利点として、保護者の感想として、診断

されないのが相談しやすい、具体的支援が得られるなどの評価を得ている。また、健康福祉センター、保育所・幼稚園、学校などからも、相談を保護者に勧めやすいし、具体的支援が得られるなどの評価されている。最近では、保護者がインターネットで調べ相談に訪れる例も増えている。その結果相談件数の増加している。

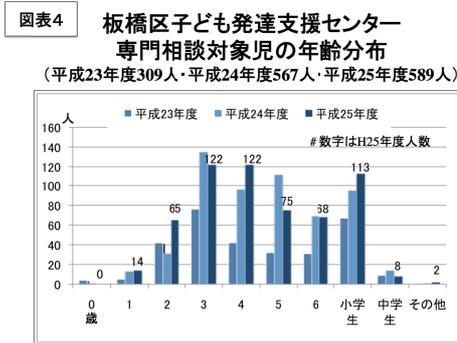
当然であるが、受診理由は、行動に関する相談のほか、コミュニケーション・言葉についての相談が続いており、直接、発達の相談ではなく、保護者の困り感の相談が多かった。一方で、「繋ぎのための相談の場」として位置づけ、継続した相談が必要なケースは地域の医療機関での診断、療育機関での相談、指導援助を受けるように紹介する役割であった。しかし、板橋区内の専門療育機関は3ヶ所と限られており、児童発達支援事業の定員はオーバーな状況であった。そのため、紹介先が限られているため、継続相談数が増え、結果的に新規ケースの受け入れが困難な状況は続き、その他相談対応の工夫などをしたが、タイムリーに相談が始まるのが理想であるがおおよそ2ヶ月待ちと相談の待機例が増加している状況にあった。

文部科学省の平成 24 年度の調査で、発達障がい児(疑いを含む)は学齢期の児童で 6.5%とされているが、相談数は年々増加している。それは単に対象事例の増加でなく、発達障がいに対する認知度が上がり、保健・医療機関、学校、保育園等からの最初の相談アプローチが子ども発達支援センターに紹介されることが多くなったためであろう(図表 1-4,5,6)。

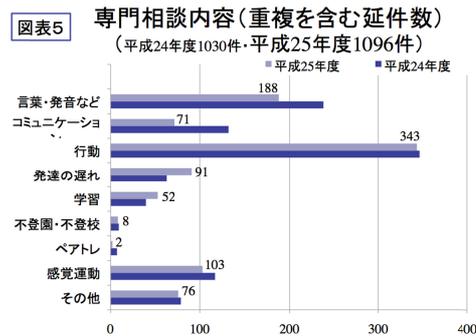
区内にある日本大学板橋病院小児科でも心理外来への受診児は平成 20 年と比較すると 23 年は約 2 倍に増えている。また、発達障がいの相談先の中心である心身障害児総合医療療育センターでは、年間 1100 名の新規患者(内、板橋区内在住はおおよそ 4 分の 1)が登録されているが、そのおおよそ 7 割が発達障がい圏の相談であり、新規受診待機は 4 から 6 か月の状態である(図表 1-7)。

その状況を踏まえ、「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」を発足させ、子どもの心の診療における専門医と診療所医師との医療連携を構築し、専門機関に殺到する患者を協力して診ることにより、患者および専門機関の負担を減らすとともに、子どもの心の診療に従事する会員医師の診療技術の向上を図ることを目標とする事業を展開することとなった。

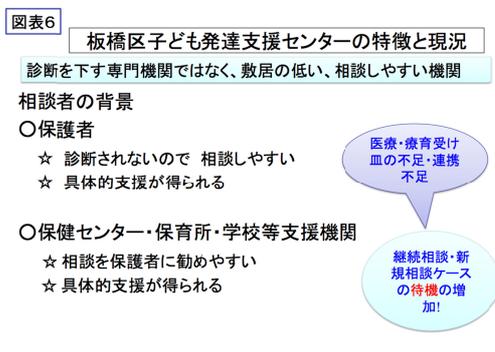
(図表 1-4)



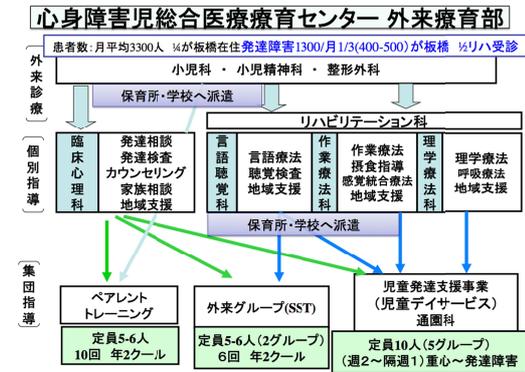
(図表 1-5)



(図表 1-6)



(図表 1-7)



2) 「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」の発足と医師会へ向けたアンケート調査

そこで地域の先生方が専門機関、療育機関や行政と連携し、ともに対応していく体制を築くことを目標とする「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」を発足した。発足の趣旨をまとめたものを(資料 1-1)に示す。

会の発足に際しては、心身障害児総合医療療育センター、日本大学板橋病院小児科の先生方と相談しながら、平成25年4月、続いて6月の準備会を経て活動内容をまとめ、9月に「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」を開催し、会の規約の作成、会員の先生方へのアンケート、そして医療連携を図る上に必要な研修会等の実施内容が決められた(資料 1-1,2)。

子どもの心の医療連携に関するアンケートについて述べる(図表 1-8,9,10,11,12,13、資料 1-2,3 参照)

平成25年10月に医師会会員へ「子どもの心の診療に係わるアンケート」を施行した。結果は、回答数 75人(診療科目)設問2(53人)設問3(49人)の医師会会員から回答があった。設問1から、診療科目の内訳は、小児科(19

人 25%) 内科(36 人 48%)、眼科(4 人 5%)、精神科(3 人 4%)耳鼻科(2 3%)で、発達障がいを含む子どもの心の診療への関心の高さが伺えた。

設問 2 の結果から、回答のあった 53 人中、16 人(30%)が日常診療で子どもの心の診療に携わっていることがわかった。実際心理士を雇い相談をしている複数がある(今回はアンケートせず)。

一方、設問 3 では、子どもの心の診療に今後携わっても「いい」は 10 人(25%)に留まり、日常で診療している医師の回答で 6 人減少しているのは、発達障がい診療の難しさが伺えた。

4. どのような体制を整えば、今後子どもの心の診療に新たに携わることが出来ますか、あるいは安心して今後も携わっていただけますか?(複数回答可)(図表 1-11)

設問 4 の回答では、が 40(37%) が 36(34%)と多く、地域での支援体制の整備充実を望む声と、専門機関との病診連携の確立を望んでおり、さらに、前述のアンケート 2 では発達障がい診療への関わりを来遺忘する医師は少なかったものの 28 人は子どもの心の診療の知識や情報の収集を希望するとの結果となり、関心の高さが伺えた。

1. 診療科目について (図表 1-8)

科目	小児科	内科	眼科	耳鼻科	精神科	その他 ()
回答数 75	19	36	4	2	3	11
%	25 %	48%	5%	3%	4%	15%

() 「その他」【呼吸器科、循環器内科、皮膚科、外科、整形外科、乳腺、心療内科、産婦人科】

2. 日常診療で子どもの心の診療 (心身症、不登校、発達障害等) に携わっていますか。
(図表 1-9)

回答	N 50
はい	16 (30%)
いいえ	37 (70%)

3. 今後子どもの心の診療に今後携わっても良いと思いますか。(図表 1-10)

回答	N 53 (回答 49 未回答 4)
はい	10 (25%)
いいえ	29 (75%)

(図表 1-11)

内容	回答数 (%)
患者に対する支援体制 (発達支援センター、療育機関の情報、健康福祉センター) や保育や教育現場における支援内容の情報、専門医療機関等の情報の充実。	40 (37%)
専門病院との病診連携の確立。	36 (34%)
子どもの心の診療についての講習会の開催 (診療に関する知識・情報の収集)	28 (26%)
板橋区医師会 5 歳児診療事業への新規参加	0 (0%)
その他 (自由記載)	3 (3%)

その他 (自由記載) の内容

- ・心因性の視機能生涯に関してのみ可。
- ・主治医 (小児科医) への補助、例えば、主治医休診日に診療を受けるなど。
- ・高齢になり子供の診療はやめました。
- ・午前のみ診療、順次縮小していく予定です (高齢のため)
- ・皮膚科以外に特に受診する病気がなく、どこに相談するか困っている方に何か情報提供できるようにしたいです。

5. 先生が子どもの心の診療に携わる場合、以下のどの段階まで対応可能でしょうか。現状ないしは今後の予定でもかまいませんので、該当するものに をお願いします (これからすぐにこの範囲で診療をお願いするというものではありません)。(図表 1-12)

	ステップ 1	ステップ 2	ステップ 3	ステップ 4
回答数	44	18	11	1
%	60%	24%	15%	1%

「ステップ 3」に の場合、「ステップ 1」「ステップ 2」にも を加算してカウントしています。

(図表 1-13)

ステップ1:発達障害児とその家族が安心して受診できる一般診療医（小児科医・精神科医・眼科医・耳鼻咽喉科医）

待合室での環境調整が可能（好きなグッズの持ち込み、外で待てる等）笑顔 ほめる 落ち着かなくても怒らない、子育てのせいにしない、親への労い 診療の流れの予告（例「3数える間だけ大きな口にしてね。上手だね」）

ステップ2:発達障害を理解し、発達障害についての簡単な説明ができる医師。

対応のワンポイントアドバイスができる。薬の足りない時（数日など）補充の処方 薬についての知識、福祉・保健・教育の支援の情報を提供できる。

ステップ3:発達障害児にある程度携わる医師（ある程度の診断と紹介ができる医師）、

心に問題のある子どもの保護者に、ある程度の対応法をアドバイス、安定期の処方（調整は専門機関が基本的に行う）副作用の確認（身長・体重、血圧、血液検査などのチェック）診断書の作成（専門的診断がいらぬもの（例：保育所の要支援児認定（加配）申請のためのもの）

ステップ4:発達障害児を定期的に診療する医師

診断ができる。薬物治療・心理社会的治療。診断書（特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳など）。関係機関との連携（学校、保育園、児童相談所など）ができる。

設問5の結果として、ステップ2(18人24%)及びステップ3(11人15%)までの段階まで対応可能もしくは、今後の希望があるとしており、質問項目4の結果と同様に医師会員の関心の高さが伺えた。

今回のアンケートは「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」の発足にあたり、医師会のメンバーの発達障がいに対する意識、即ちどのようにすれば今後子どもの心の診療に新たに携わることができるのか、あるいは安心して今後も携わっていただけるかなどを調査し、今後の会の在り方について検討した。

その結果から、発達障がい児（その疑いの子ども）に対する保育や教育を含めた支援の情報や専門機関の情報の充実、病診連携の確立、そして子どもの心に関する講習会の開催がその上位を占め今後の会の運営の方向が明確となった。

また、設問の5（図表1-11）では「先生が子どもの心の診療に携わる場合、以下の

どの段階まで対応可能でしょうか。現状ないしは今後の予定でもかまいませんので、該当するものを1つお願いします（これからすぐにこの範囲で診療をお願いするというものではありません）」という質問を行った。

この質問は、2007年厚生労働省の「子どもの心の診療医」養成のための提言（図表1-14）において「子どもの心の診療医」を習熟度別に三類型に分類したものを基本とし、心身障害児総合医療療育センターの医師（長瀬・米山）が、医師会向けに、携わり度別4つのステップにアレンジしたものである（図表1-13）。その回答として（図表1-12）のように、やはりステップ1「発達障害児とその家族が安心して受診できる一般診療医」を目指す先生が多かったが、ステップ3の「発達障害児にある程度携わる医師（ある程度の診断と紹介ができる医師）」を15%もの先生が目指す結果となり連携のためには心強い結果となった。

子どもの心の診療医の養成のための提言 2007.3(厚生労働省) (図表 1-14)

1 一般の小児科医・精神科医	卒後臨床研修修了後、小児科や精神科の一般的な研修を修了し、一般的な診療に携わる医師
2 子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医	1を経て、さらに子どもの心の診療に関する一定の研修を受け、子どもの心の診療に定期的に携わる医師
3 子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医	1又は2を経て、子どもの心の診療に関する専門的研修を受け、専ら子どもの心の診療に携わる医師

(図表 1-15)

NO.	年月日	講師	テーマ
1	10月28日	板橋区子ども発達支援センター 小児精神科医師	板橋区子ども発達支援センターの概況と福祉制度の活用
	10月28日	同センター 臨床心理士	気になる行動の理解と関わり方
2	11月28日	同センター 言語聴覚士	ことばを育てる関わり方
	2014年 1月23日	同センター 小児科医師	子育てのコツ(ペアレントトレーニング)と親支援
3	1月23日	同センター 作業療法士	感覚運動遊びについて
	3月13日	日大病院小児科医師(教授)	診断について
4	3月13日	日大病院小児科医師(講師)	薬物療法について

3) 子どもの心の医療連携研修会の開催

アンケート結果に基づいて子どもの心の連携医として必要となるスキルの向上を目指し、計4回7項目についての講習会を25年度中に開催し連携医を目指す医師が参加した。平成25年度の講習会の内容と担当講師を(図表1-15)に示す。そしてこれら4回すべての講習会に参加いただいた先生には研修修了証を発行し連携医として登録していただくこととし、そのシステムを規約に定めた。

医療連携研修会への参加状況は、板橋区医師会会員診療所医師の参加は43名延べ83回、関連病院医師参加は13名であった。ま

た、4日(回)すべてに参加した医師は14名で、この14名に規約に基づき研修修了証を発行し「子どもの心の医療連携医」として認定した。14名は、板橋区医師会のホームページ、関係者用の「発達障がい児支援ガイドブック」の掲載の検討をしている。

4) 26年度の事業展開

平成26年4月「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」を開催し、医療連携の充実のために26年度の事業展開を話し合った。その結果、(図表1-16)に示したように年間3回の講習会の開催を決定し、平成26年度の講習会参加を通じて新しく連携医として認定される先生の認定基準も設けた。

(図表 1-16) 板橋区子どもの心の医療連携研修会

NO.	年月日	講師	テーマ
1	7月28日	日本大学病院小児科 臨床心理士 2名	知能検査について(WISC- とビネー) 外来でできる質問紙検査について
2	10月23日	児童精神科 医師(開業)	「こんな時どうする!?!」ケースから考える発達障がい診療のポイント
3	2015年 2月16日	東京都 教育委員会 指導主事	東京都における特別支援教育の展開

5) 27年度以降の事業展開

平成27年度については、研修会では、

- 1 不登校(発達障がいと併存率の高いとされる)関連した研修会
- 2 広汎性発達障害(自閉スペクトラム症)の診断(PARS-TR)の利用の研修
- 3 症例検討会(開業医で経験した症例を中心に)
- 4 区内大学病院、療育機関等で開催される研修会の参加
- 5 平成27年度に都内で開催される、子どもの心に関する関連学会学術集会への参加

を奨励することとなった。

さらに、平成27年度の法制の改正に伴い、「障害児支援計画書」作成と関連し、サポートブックの検討をすることとなっている。

【考察】

「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」の発足の背景と経緯の項目で述べたように、医師会主導の活動は、地域での障害児支援の資源開発、啓蒙および関係機関の連携において有効なものであると思われた。医師会で特に小児科医は、子どもの成長発達支援の重要な担い手である。乳幼児定期健康診断、予防接種など区の保健行政から委託を受けている。今回、その開業医が、子どもの身体の診療から、心の診療へとその範囲を広げる試みであり、子どもとその家族にとっては、「かかりつけ医」にまず相談できることは、地域での、保健・保育所など

福祉の現場だけでなく、身近な医療の現場で相談できる窓口が増えたことは、意義のあるものと言える。さらに、開業医の多くが、保育園・幼稚園の園医や学校医であることから、今後、福祉・教育との顔の見える連携が促進されることが期待される。

一方、診断と専門機関への紹介、子ども発達支援センターへの紹介等の連携さらに日常の診療とともに必要に応じて専門医から逆紹介を受けての薬物療法などは可能となりつつあるが、診断後の療育など発達保障を行なう機会は不足しており、例えば、心身障害児総合医療療育センター初診の待機が4-6ヶ月待ちであることを考えると、次項でも述べているが、療育施設の不足は深刻な課題である。

今後、板橋区の行政が、インクルージョンを意識しながら、障がい児通所事業等の拡大など図る必要が有ろう。

尚、平成26年より、板橋医師会と心身障害児総合医療療育センターは共催して、重症心身障害児者の在宅支援についての研修会を行っており、人工呼吸器管理や経管栄養管理などのいわゆる「医療的ケア」の必要な在宅重症児ケアを地域で支援する技術とネットワーク作りについても取り組み平成26年度は4回の研修会を行なった。(板橋区医師会主催 小児在宅医療実技講習会 共催：社会福祉法人日本肢体不自由児協会)尚、この研修会は東京都在宅療養推進区市町村支援事業を利用して開催された。

その結果、小児在宅医療に関わるにあたり、重症児者の終末期の対応などが、高齢者の在宅医療

の場面と異なり、家族の覚悟やその心情への配慮や対応の難しさ、全国で課題とされているレスパイトケアのベッド不足、急性疾患に罹患した場合の入院治療受け入れ先（バックベッド）確保の困難さ（特に小児期から成人となったケース）などの課題があることが共有でき、重症心身障害児者についての理解が増した。そして、小児在宅医療に関わる意思を表明された診療所が8施設候補することとなった。これは、医療ニーズの高いケースの地域連携であるが、医師会主導の活動は、発達障がいを含む障害児支援の資源開発、啓蒙および関係機関の連携において有効なものであり、地域支援の連携構築の在り方の参考となる。

（平山貴度・米山 明）

研究結果 2

2 板橋区子ども発達支援センター と板橋区の発達障がい児の支援の現状 (概況)

1) 板橋区子ども発達支援センター事業の概要

板橋区子ども発達支援センター事業は、平成 15 年より板橋区保健所・健康福祉センターが立ち上げた「乳幼児の発達の遅れに関する相談・支援機関連絡会(略称:発達ネット)を通じて、主に板橋区保健所、板橋区生きがい部健康推進課と心身障害児総合医療療育センターの、筆者を含む小児科医らが主となって、研究事業結果(早期の発達障害児に対する地域での支援の現状の調査研究 発達障害児に対する早期からの地域生活を効果的に行うための調査研究 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業 2008 4)5)」を踏まえて、検討を重ねた結果「社会モデル(生活モデル)」を意識して作られたものである。

要綱には、発達障害者支援法 第 1 条「発達障がい者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障がいの症状の発見後できるだけ早期に発達支援を行うことが重要である」という理念に准じ、乳幼児及び児童の発達障がいに特化した専門相談窓口を開設することにより、本人及び保護者に対する発達障がいの早期発見、早期支援体制の充実を図ることを目的とする。(板橋区子ども発達支援センター事業実施要綱(平成 23 年 4 月 板橋区長決定)より)とし、平成 23 年 7 月 20 日より、板橋区の委託を受けて事業を開始した。(図表 2-1,2)

相談対象は、板橋区内在住の乳幼児から概ね 15 歳までの子どもを対象とし、発達障がいに関する専門相談機関として、早期支援を行った。職員は言語聴覚士・臨床心理士・福祉相談員が常勤勤務し、作業療法士・医師が非常勤として勤務している。

具体的な事業内容としては、

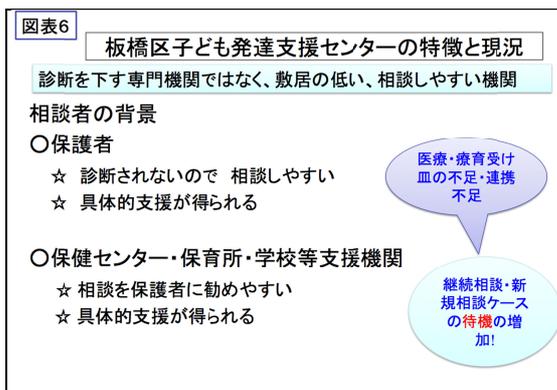
(1) 個別支援は、保護者の児の発達に関する心配や困り感などの「気付き」やそれ以前の段階からの支援を意識した専門相談と位置づけ、専門スタッフによる相談の他に保護者支援(家族支援)の機会として、より生活に役立つ具体的な育児(子育て)支援を各種教室として開催することとしている。さらに、個別支援調整会議は、各関係機関との連携を図ることと、発達障がい児は、児童虐待ハイリスクである(要支援・一部は要保護児童)ことを意識して、児童虐待予防と防止を意識して、要保護児童対策地域協議会(子どもを守る地域ネットワーク 通称:要対協)に基づく連携会議としても開催できるとした(図表 2-2 資料 2-2)。

ア) 専門相談: 言葉・行動・コミュニケーション等の発達の偏りや遅れに心配のある乳幼児及び児童の家族等からの発達障がいに関する相談と支援。

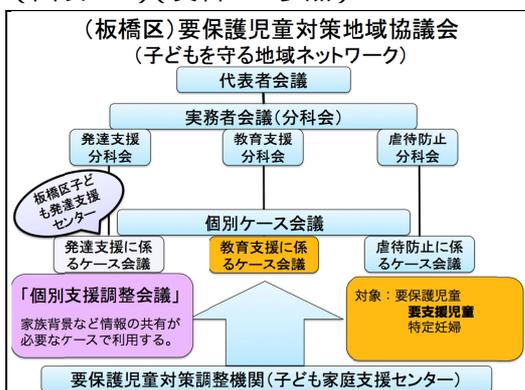
イ) 保護者(親)支援: 言葉・行動・コミュニケーション等の発達の偏りや遅れに心配のある子どもの保護者に、日常生活において、子どもの特徴に応じた適切な対応ができるよう集団的に助言や指導行う: a) ペアレントトレーニング、b) ことばの教室、c) 運動遊びの教室、d) 発達特性理解の講義、e) 地域の生活資源利用の活用の講義

ウ) 個別支援調整会議の開催: 専門相談を受けた中で支援が必要な事例について、支援方針の検討及び関係機関(健康福祉センター、福祉事務所、保育園、幼稚園、小中学校、療育機関等)の支援内容の共有化を図り、各支援機関の役割を確認するための、板橋区要保護児童対策地域協議会設置要綱第 6 条、7 条に基づく関係機関の連携会議。(図表 2-2 資料 2-2)

(図表 2-1)



(図表 2-2) (資料 2-2 参照)



(2) 地域支援は、「社会モデル(生活モデル)」を意識して、地域社会へ発達障がいについての理解と啓蒙をはかるとともに、主に日中の時間帯に世話をしたり一緒に過ごしたりするなど子どもと関わる現場の、保健師、保育士や幼稚園教諭など、スタッフ(支援者)の人材育成と質の向上を図ることを目標においた研修と各関係の顔の見える会議を開催し連携を強化することを目標としている。

ア) 発達障がいに関する人材育成として、保育士、保健師、教師等を対象に発達障がいの理解とその対応についての研修。

イ) 地域連携推進会議の開催
板橋区における、発達を支援している関係機関(専門医療機関、かかりつけ医、療育機関、健康福祉センター、福祉事務所、保育園、児童館、幼稚園、小・中学校、教育相

談所等の実務を担当する責任者等)の情報の共有化及び支援体制の課題について検討し、有機的な連携体制を推進するための、板橋区要保護児童対策地域協議会設置要綱第6条、7条、8条に基づく会議「個別支援調整会議」。平成15年より板橋区保健所・健康福祉センターが立ち上げた「乳幼児の発達の遅れに関する相談・支援機関連絡会(略称:発達ネット)平成15年2月21日に第1回開催」を年2回開催する(資料2-1,2)。

ウ) 発達障がいに関連する、各種ガイドブック(例:板橋区 発達障がい児支援ガイドブック(関係者用) 板橋区保健所リーフレット(1歳6か月・3歳の発達の目安とワンポイントアドバイス)などの作成を行なう。などである。

2) 板橋区子ども発達支援センター 平成25年度の現況(事業結果)

板橋区子ども発達支援センターは、平成23年7月20日より板橋区からの委託事業は開設し、平成26年3月末で2年9ヶ月が経過した。相談件数は、新規283人(前年比115%)、相談総数589件(3.9%増)となっている。

専門相談は、相談者にとって「敷居の低い」相談しやすい場となっている一方、初回相談までの待機期間が2ヶ月近くとなっており、相談のニーズが多い状態が続いている。

相談対象児の年齢分布は、0-4歳までが323人54.8%(平成24年度276人48.7%)と過半数を占め、昨年より年齢が早期化しており早期からの発見・支援が進んでいる。(図表2-2,3,4.5.6)

具体的な事業内容として、1)専門相談事業、2)個別支援事業(ペアレントトレーニング・ことばの教室などによる親支援事業の実施、平成24年度から新規事業として始まった乳幼児発達健康診査、個別支援調整

会議開催) 3) 地域支援事業として、支援者研修会、「乳幼児の発達を支援する関係機関連絡会(通称発達ネット)」の開催、4) 1歳6ヶ月、3歳児へ健康診査の案内と同封し各家庭へ配布するリーフレットを改訂した。また、5) 平成25年度の新たな委託事業として、「発達障がい児支援ガイドブック関係機関用」の大幅な改訂を行い、板橋区保健所を通じ、板橋区内の発達障がいの子どもとその家族に関係する各機関に配布した(616箇所)。

詳細は、以下である。(図表2-2,3,4.5.6、資料2-3,4,5,6,7,8)

1) 専門相談事業 (平成25年4月1日～平成26年3月31日)

電話・来所受付件数 556件

専門相談 589件(前年比103%)

うち新規283人(前年比115%)

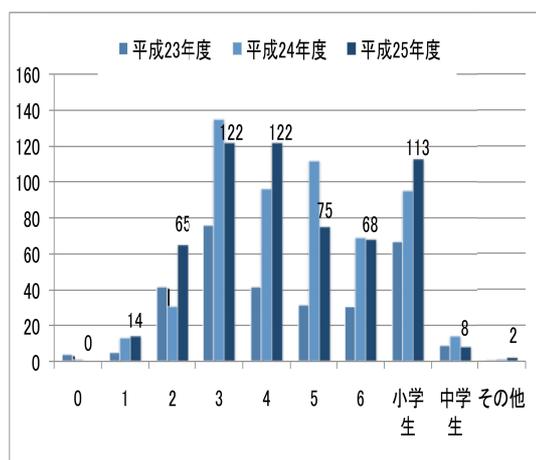
年齢別では、3歳、4歳代各122人(各20.7%)で多く、5歳75人、6歳68人で合計143人(24.3%)、小・中学生それぞれ以上は123人(20.9%)であった。0-3歳、0-4歳について比較すると、0-3歳は201人・34.1%(平成24年度180人・31.7%)、0-4歳は323人・54.8%(平成24年度276人・48.7%)と割合は増加しており、昨年度同様、就学前に相談に来るケース、早期の相談が増加した。これは発達障害者支援法、平成25年母子保健法の改正でさらなる早期発見とその支援が提言されているが、健康福祉センターでの健康診査や保育所・幼稚園など日中の生活の場で気づかれて紹介される、また親自身のわが子の発達についての関心が高まってインターネットなどの情報を通じての相談が早まっているためと推測される。

相談元(紹介)は、昨年に引き続き、健康福祉センター、保育所・幼稚園からの紹介が多いが、区が開設したホームページを見て直接申し込みをされた例が増加している。

専門相談件数と年齢内訳の、平成25年度(589件)平成24年度(567件)平成23年度(309人)の比較を以下に示す。

(図表2-2)

専門相談対象児の年齢分布
(平成23年度309人・平成24年度567人・平成25年度589人)



専門相談の内容内訳(重複を含む延べ1096件)は、行動に関すること(343件)が最も多く、次いでことばに関すること(233件)、コミュニケーションに関すること(117件)の相談が多かった。非常勤契約である作業療法士(OT)への相談(運動が苦手、手先が不器用等)数は103件であった。

相談対応結果として、医療機関紹介253件、療育機関紹介17件、教育相談所紹介21件であった。専門相談終了は45件で、継続した例は395件と増加した。

昨年からの課題として新規ケースの相談待機の解消に努力してきた。新規ケースの相談待機件数の増加の理由としては昨年も報告したが紹介先となった医療機関は個別の療育支援のニーズが高いため、心身障害児総合医療療育センターに繋がることが多い。その心身障害児総合医療療育センターの初診待機期間が長いため、発達支援センターでの専門相談継続となっていることが挙げられる(資料2-5,6,7,8)。

平成25年度はその解消に向けた取り組みとして、板橋区医師会と協力し「子どもの心の医療連携を考える会」が発足した。

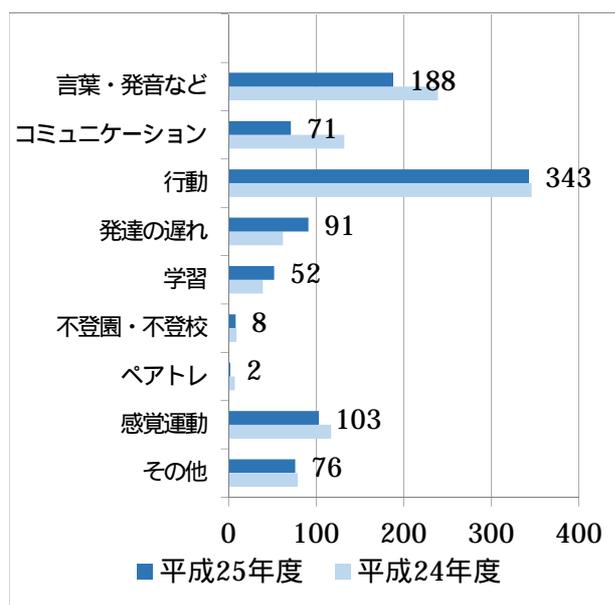
その会主催で「発達障がい診療連携のための研修会」が開催された。発達障がい診療が可能な医療機関の増加につながった（研究結果 1 参照）。

さらに「考える会」を通じて連携ができ、日本大学板橋病院や帝京大学病院など専門家を有する医療機関へ、診断と治療のための紹介連携数は増加した。その結果、平成 24 年度 107 件中 97 件（91%）が心身障害児総合医療療育センターへの紹介だったが、平成 25 年度は 118 人中 87 人（73%）と減少した。平成 26 年度も引き続き地域医療・療育機関との連携の強化が求められる。

一方、受け皿である療育機関の受け入れ枠数は変わっておらず、板橋区の療育支援のシステムの大きな課題であり、今後の子ども子育て支援法の施行などを踏まえ区全体として体制づくりが喫緊の課題である。

（図表 2-3）

専門相談内容（重複を含む延件数）
（平成 24 年度 1030 件・平成 25 年度 1096 件）



2) 個別支援

個別支援事業として、親支援事業、乳幼児発達健康診査、個別支援調整会議を

行った。

親支援事業

今年度は、各種教室に全 10 回実施した。

各種教室（参加者延べ 105 人）

- ・「ことばを育てる関わり方」の教室（言語聴覚士担当）2 回（21 人）
- ・「子育てのコツ教室ペアレントトレーニング」1 日制（小児科医、臨床心理士担当）2 回（29 人）
- ・「感覚運動遊び」の教室（作業療法士担当）1 回（30 人）
- ・「気になる行動の理解と関わり方」の教室（臨床心理士担当）1 回（14 人）
- ・「医療・福祉制度の活用の仕方」の教室（ソーシャルワーカー担当）1 回（8 人）
- ・「子育てのコツ教室ペアレントトレーニング」5 回制（小児科医、臨床心理士担当）1 回（11 人）
- ・「低年齢向け子育てのコツ教室ノーバディズ・パーフェクト」5 回制（臨床心理士他担当）1 回（25 人）

を行った。各種教室の内容等の結果は概ね好評であったが、平成 24 年度と比較すると参加者は減少した。区民へ各種教室の開催周知は健康推進課を通し区報や HP で行なっているが、さらに早期の案内の周知とともに、参加しやすい会場設定を検討する。

乳幼児発達健康診査（通称：発達診）

乳幼児発達健康診査は、日頃から保健師などが、「要支援児」として把握しながらも、子ども発達支援センターまで相談に家族自ら出向けないようなケースについて、相談場所を健康福祉センターとして、医師・保健師・臨床心理士・ソーシャルワーカーがチームを組み、地域担当保健師が同行するなどして、対象児の評価と相談を同時に行なう事業である。平成 24 年度は 7 回 7 名であったが、平成 25 年度は 8 回 12 名に増加した。発達診を行ったことで 8 件は医療機関紹介、4 件は発達支援センター・教育相談所等

の紹介がスムーズにつながる事が出来た。今後もより支援の在り方が難しいケースにおいては地域連携が必須であり、発達診を通じて健康福祉センターを中心に身近な地域と連携して子どもとその家族の支援ができる体制づくりを行いたい。

個別支援調整会議

個別支援調整会議は、要支援児童を、家族と一緒に地域関係者が協力連携してどのように養育や発達を支援していくかを協議できる機会である。平成 24 年度制度改正で、児童発達支援センター事業の 1 つである「専門相談事業」と類似した機能であり、併せてケースによっては「要保護児童対策地域協議会」の機能をもつ会議である。平成 25 年度は 5 回（平成 24 年度 10 回）と開催回数は減少した。平成 26 年度は、この会議利用の周知をはかるとともに、開催時間・場所、参加者の選定など改善策や工夫、検討をすすめていきたい。

3) 地域支援

支援者研修（資料 2-8）

平成 25 年度 6 回開催し、参加者数は 165 人で平成 25 年度より減少となった。対象を地域保健師、区内保育園や幼稚園、学校や子どもを直接支援する関係機関、ボランティア等としランティア等とし、今年度もテーマを各種教室や発達障害についての支援(手立て)の実際などとした。参加者からのアンケートでは、研修会内容はおおむね好評だった。何らかの配慮も含めた介入、支援の必要とされる発達障害の子どもは就学前で 8-10%、学齢で通常学級に通っている児童生徒 6.5%程度と推定されており、支援は療育専門機関だけの指導ではその多さからして現実的ではなく、日中生活をしている現場の支援者の研修による知識・技術の習得とその現場への支援が必要である。

地域連携推進会議（発達ネット）開催（資料 2-1）

平成 23 年度前期まで板橋区健康推進課（健康福祉センター）が主幹してきたものを移管された。

平成 25 年度も 2 回実施した。区内 30 関係機関以上からの参加があり、療育機関・保健・教育・福祉の行政からの説明や関係機関同士の情報交換と今後の支援の在り方などについて議論された。

3) 板橋区子ども発達支援センター以外の、保健・福祉・教育支援の概況

板橋区内の発達障がいに関連する、関係機関の活動状況について報告する。

(1) 健康推進課(保健)

保健所 1ヶ所 保健福祉センター：5ヶ所 が活動をしている。定期健康診査と発達障がいについてその一部の概況を報告する。

3歳児健康診査の受診状況は、以下の表のような結果である。

平成 20 年から 24 年度まで、健診対象者数は、年間 4,000 前後でこの数年は、若干増加している。また、受診率は、平成 25 年度では、94.7%であるが、平成 20-24 年度平均は、92.9%と高い数値にあり全国平均(H24 年度 92.8%) とほぼ同じである。有所見者については、総数も年々増加しているが、特に精神・言語についての実数と割合が増加しているのが特徴だが、これは、板橋区子ども発達支援センターの開設による保健師の意識の高まりと発達障がいの早期発見の推進（例；支援者研修への保健師の参加など）による影響が大きい。

尚、板橋区は、1歳6か月健診を、地域医師会と連携し、登録開業医などに委託され実施しており、

H20 年度 85.5%（全国 93.7%）、H21 年度 86.2%（全国 93.5%）、H22 年度 86.0%（全国 94.0%）、H23 年度 90.2%（全国 94.4%）

H24 年度 92.0% (全国 94.8%) と全国平均を下回っている。平成 23 年度からは、90% を超え割合は増加しているが、特に、自閉スペクトラム症などの早期発見とその支援の観点からすると、医師会での丁寧な健診が実施されることを期待したい。

(図表 2-4、資料 2-9)

表 3 歳児健康診査受診状況

項目 (H25 状況)	総数 H20-24	H24	H23	H22	H21	H20
実施回数 (100)	506	100	101	101	102	102
対象者数 (4,241)	20,273	4,064	4,199	4,077	3,993	3,940
受診者数 (4,071)	18,834	3,949	3,932	3,649	3,728	3,576
管外から管内へ(343)	1,944	419	428	354	370	373
管内から管外へ(343)	1,674	149	428	354	370	373
受診率 (%) (94.7%)	92.9%	97.2%	93.6%	89.5%	93.4%	90.8%
有所見者数(実数) (1,114)	4,858	1,080	1,123	913	867	875
有所見者数(延数) (1,433)	5,975	1,394	1,334	1,114	1,065	1,068
発育(132)	313	81	65	43	61	63
皮膚(143)	683	173	133	133	115	129
運動(10)	45	12	5	9	7	12
精神(124)	318	81	80	57	64	36
言語(201)	658	175	142	109	121	111
日常習慣(270)	1,242	255	309	248	204	226
その他の所見(553)	2,716	617	600	515	493	491

(2) 福祉関係 子ども家庭部保育サービス課の現況

保育園等における発達障がいへの支援について

現在、H26 年度 4 月現在、保育所入所待機児童は 515 人で東京都内ワースト 3 であった。一方、要支援児と認定されている乳幼児は、238 人で、区立保育園 134 人(内 129 人は加配対象と認定)、私立保育園は 104 人(内 97 人は加配対象)であった。尚 保育園・幼稚園(数)は以下のようなものである。保育所区立：39

私立：65
 公設民営：2
 幼稚園：区立：2 私立：34
 認証保育所：20
 認定こども園：3
 保育室：1
 ベビールーム(家庭福祉員)：7
 家庭福祉員：42
 小規模保育施設：24
 病児・病後児保育施設：4
 一時保育制度：12
 ショウトステイ、トワイライトステイ：1

(ほいくじょうほう - 2015年版-)より引用
(数字は施設(人)数) 2014.10.1

(3) 障がい福祉部と療育サービス(受け皿)の現況

平成25年度現在、板橋区内では、児童発達支援センター1ヶ所 児童発達支援事業2、放課後等デイサービス13ヶ所であるが、H26年度では放課後等デイサービス事業増加している。その内、児童発達支援センターと児童発達支援事業の枠総数134人分(内10人の枠は区外受け入れ可能)し

がなく常時定員いっぱいの状態で待機者常時いる状態である。尚、保育所等の要支援認定児は238人で加配など適宜配慮されている。今後、いわゆる専門的な療育を受けられる、障害児通所事業を増やすような行政施策が望まれる。

また、保育所等訪問事業、児童発達支援相談事業についても、児童発達支援センターの役割であるが、平成27年度に向けて準備中である。

25年度	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス	保育所等訪問支援	計	保育園等要支援認定
25年4月	115	6	206	0	327	238

(4) 学校(特別支援教育)と教育委員会(教育)

以下は、板橋区特別支援教育推進状況などである。

板橋区の独自調査(調査法は未公開)による、通常学級における配慮の必要な児童・生徒の推定割合

(板橋区 H 24:5.6% H25: 5.8% H26:

6.0%)と微増している。)

その内、既に医学的診断がついている割合は、H 24:28.8% H25: 30.5% H26: 32.3% と診断がされている児童が増加している。これは、医療との連携が進んでいると推測される。

平成26年5月1日現在：教育機関と児童・生徒数は以下の通りある。

区立小学校：52校 児童数：21,561人

特別支援学級(固定)	12校	30クラス	201人(0.92%)
特別支援学級(情緒通級)	6校	18クラス	144人(0.66%)
特別支援学級(聴覚・言語)	2校	6クラス	74人(0.34%)
特別支援学校(病弱：天津わかしお学校千葉県)	1校	4クラス	32人(0.15%)

区立中学校：23校 児童数：9,414人

特別支援学級(固定)	7校	23クラス	158人(1.68%)
特別支援学級(情緒通級)	2校	18クラス	61人(0.65%)

その他；

都立 特別支援学校 3校

東京都立 高島特別支援学校(小学部・中学部)	(知的障害)
東京都立 板橋特別支援学校(高等部)	(知的障害)
東京都立 志村学園(小学部・中学部・高等部)	(肢体不自由)
志村学園(高等部)	(職業技術科)

国立 特別支援学校 1校

筑波大学附属桐が丘特別支援学校(小・中・高等部)(肢体不自由)

(5) 利用者側からみた板橋区の障がいに関連するサービスの現状

利用者側からみた板橋区の障がいに関連するサービスの実態をまとめてみた。

1 地域の日中の生活における発達障がいを含む障がい児(その疑いのある子ども)と全ての子どもへの支援と育児(子育て)相談などの場

- 1) 区立保育園(全園) 育児相談幼稚園(区立・私立)
- 2) 児童館(平成26年より児童館の役割の変更あり)
- 3) 幼稚園(区立・私立)
- 4) 健康福祉センター
- 5) その他: 赤ちゃんの駅(図表参照) 淑徳短期大学ボランティアセンター子育て支援相談室)

2 専門的な相談への「つなぎの場」としての相談機関

- 1) 子ども発達支援センター(専門相談)
- 2) 健康福祉センター(0,1,2 遊びの会)
- 3) 加賀児童ホーム(メロングループ)
- 4) 子ども家庭支援センター
- 5) 教育相談所(蓮根・成増)(H27より教育支援センターへ変更)
- 6) その他

3 専門的な相談ならびに支援機関(区内に限定)

- 1) 心身障害児総合医療療育センター(外来・通園: 児童発達支援事業)
- 2) 日大病院(診断、個別・集団指導)
- 3) 帝京大病院(診断・個別資料)
- 4) 加賀児童ホーム(児童発達支援センター)
- 5) 東京 YWCA キッズガーデン(児童発達支援事業)
- 6) 教育委員会(学務課特別支援教育係)
- 7) 特別支援学校 都立高島特別支援学校(知的・自閉) 国立筑波大学附属桐が丘特別支援学校(肢体不自由) 都立大塚聾学校(地域支援部 幼稚部)

8) その他

(6) 心身障害児総合医療療育センターと地域連携の状況

板橋区子ども発達支援センターと心身障害児総合医療療育センターはスタッフを共有しており、板橋区との契約が、子ども発達支援センターである場合と療育センターとの契約も含みまとめる。

板橋区子ども発達支援センターとの契約

健康福祉センター(健康推進課): 乳幼児発達健診スタッフ派遣(医師・心理士・MSW)
各種連携会議

- 1) 個別支援調整会議
 - 2) 地域連携推進会議(発達ネット)
 - 3) 特別支援教育連絡会
 - 4) 保育園との連絡会
 - 5) 健康福祉センター保健師・心理士との連絡会
 - 6) 学校スクールカウンセラーとの連絡会
各種研修
- 1) 支援者研修(保育士等向け)
 - 2) 学校教員・補助職員向け
 - 3) 児童館職員向け
 - 4) 学校養護教諭研修・連絡会
 - 5) 心身障害児総合医療療育センターとの契約

保育園(保育サービス課): 保育園巡回相談(医師 25回/年)

学校(教育委員会 特別支援教育): 通級(情緒)顧問医4校(他の2校は大学病院医師)(学校訪問のべ20回/年) 入級相談(通級(小中学校))10-12回/年、就学相談: 2回(中学)

福祉園(障がい福祉部)成人: 健康相談(2施設 各10-12回/年)

【考察】

1 療育機関の不足と子ども発達支援センター機能と関係機関の縦横連携

合理的配慮も含めた現場における何らかの介入や支援の必要とされる発達がい
に定義される子どもは就学前で8-10%、
学齢で通常学級に通っている児童生徒
6.5%程度と推定されており、
相談は今後とも増加すると推測される。

報告したように、気づきの段階からの
支援として、専門相談機能を充実（質と
量を確保）するために、発達支援セン
ターの機能を強化しさらに、困った、悩ん
だ時にタイミングよく相談ができるよう
に、待機解消にむけた機能拡大を含めて
見直しが必要である。板橋区では、その
改善策として平成27年度より志村地区に
子ども発達支援センター出張所（週1回）
が開設することになった。

「障がい福祉部の現況」で前述したよ
うに区内の療育支援（個別・集団の）専
門施設が不足していることは、新規ケ
ース相談の遅れに繋がっている推定される。
子ども出生数の約2%は専門的療育支援
が必要とされている。しかし集団の療育
支援の場は常時定員（134人）満杯の状況
である。さらに個別療育の公的な機関は、
区内は心身障害児総合医療療育センター、
日大板橋病院、近隣では都立北医療療育
センター、都立大塚病院などの医療機関
が実施している例もあるが、慢性的に満
杯状況は集団の療育支援の場と同様であ
る。そのため板橋区として療育の受け皿
（児童発達支援事業など集団・個別支援
の機関）を増やす施策が望まれる。

2 法律の改正下での子育て・療育支援について

平成25年6月「障害者差別解消法」が
制定（平成28年4月施行予定）され、平
成26年1月に国連の障害者権利条約を日
本は批准した。それにより、いわゆるイン
クルーシブな社会（共生社会）作りが促進
される法律の整備がされた。平成24年度、

25年度から改正され施行された、母子保
健法の下での母子保健事業、児童福祉法、
障害者総合支援法の下での障がい児支援
体制整備が進んでいる。板橋区子ども発達
支援センターの事業は、専門相談事業、個
別支援事業である各種の子育て支援教室
などの親支援事業、乳幼児発達健康診査、
個別支援調整会議と地域支援事業（支援者
研修、発達ネット等）がある。児童福祉法
の下で、専門的な療育支援（医学モデル）
と、家族とともに保育所・幼稚園など生活
の場にいる職員による地域支援（社会モ
デル）が、皆で協働してできるように、障
がいのある子どもを含む子育て支援ネッ
トワークの構築に向けた事業運営を平成26
年度も展開していく所存である。

3 将来（成人期）を見据えた支援

板橋区では、平成27年度から、成人の
発達障がいの対する支援として、成人向け
の発達障がい者支援センターを新設する
計画が進行中である。新設される予定のセ
ンター機能については、まだ未定であるが
今後、教育からの移行連携が進むこと、発
達障がい者に併存しやすい精神障害への
支援先としての医療と就労関係・福祉との
連携した支援の充実が望まれる。

また、板橋区には、発達障がいのある子
どもをもつ家族会があり、「板橋区発達障害
児をもつ親の会（通称IJの会 会員100
人超）」があり、子どもから成人まで、皆
が身近な地域で共に生きる社会づくりの
活動や啓蒙をしている。家族会とも大学関
係者、療育施設関係者なども参加しており、
より地域に根ざした当事者を含んだネッ
トワーク作りが望まれる。

【まとめ】

障害児支援の現場で長年培われてきた「療
育」は、法律的には平成23年公布の改正障
害者基本法で、第17条「療育」という項目とし
て新設された。そして、平成24年児童福祉法
の改正や平成25年障害者総合福祉法の制定、
母子保健法の改正、そして平成27年4月より

施行される「子ども子育て支援新制度」など、障害のある子どもに関わる法制度が大きく変わる中、いわゆる「医療モデル」であった従来の療育から、「社会モデル」として統合された本人最善の利益保障（発達支援）と家族支援を含む「療育」へと変貌が求められている。特に発達障がいのある有病率の高さを考慮すると、「社会モデル」的支援が各地域で求められている。障害のある子ども、ない子ども、全ての子どもが、住み慣れた身近な地域において健康で心豊かに育ち生活できる共生（インクルーシブ）社会づくりに向けて、医療・保健・教育・福祉・就労などが縦横連携が始まっているがまだその進捗状況は十分ではない。今回、筆者らは、平成 26 年度は中規模都市に該当する、人口 54 万人の板橋区について、障がいへの支援の実態を把握検討した。「療育の発祥の地」とも言われている心身障害児総合医療療育センターの在する板橋区の障がい児への支援サービスは、それぞれの関係機関で支援の資源をもっていることがわかった。今年度は、特に板橋区立子ども発達支援センターと板橋医師会との連携した活動について報告中心に報告した。平成 27 年度は、区内の障がい児支援の資源の繋がり即ち、各機関同士の「縦横連携」を推進するシステム作りを行い、成果を報告したい。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省「軽度発達障害児に対する気づきと支援のマニュアル」2007
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken07/index.html>
- 2) 5 歳児健診事業 - 東京方式
www.tokyo.med.or.jp/old_inf/gosai_ji.toukyouhousiki.pdf 2011
- 3) 「軽度発達障害児に対する気づきと支援のマニュアル」平成 18 年度 厚生労働科学研究「軽度発達障害児の発見と

対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究」報告書（主任研究者：小枝達也）2009

- 4) 米山明・児玉真理子・岩崎博之．早期の発達障害児に対する地域での支援の現状の調査研究 発達障害児に対する早期からの地域生活を効果的に行うための調査研究 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業．2008:82-92, 2-5
- 5) 長瀬美香、北道子 米山 明 保育園等における発達障害児の対応の現状と支援のあり方 ペアレントトレーニングの手法を用いた保育実践の効果と啓蒙 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業 発達障害児に対する早期からの地域生活を効果的に行うための調査研究 2008

【参考資料】

【資料 1-1】

板橋区医師会「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」 発足 2013.9.19
「板橋区子どもの心の医療連携を考える会」（規約の一部抜粋）

【総則】

- ・本会は「橋区子どもの心の医療連携を考える会」と称する（以下「連携の会」とする）。
- ・本会の事務局は板橋区医師会に置く。

【目的および事業】

- ・本会は板橋区における発達障がいを含む子どもの心の疾患に対する効果的な対応及び治療と医療連携を目的とする。
 - ・本会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。
 - －板橋区における「子どもの心の医療」において関係機関の連携のネットワークを構築運営する。－その他、前条の目的を達成するため必要な事業（学術講演会など）を行う。
- 医療連携する医師のために、連携医の養成講座（研修修了証の発行）
共通の診断ツール・サポートファイル検討（板橋区内、医療機関・療育機関共通診断ツールを作成して専門機関と相互連携を円滑にする） など

会長：平山貴度（学校医部会）

副会長： 淵上達夫（日本大学医学部附属小児科学系小児科分野 准教授）

米山 明（板橋区子ども発達支援センター 所長

心身障害児総合医療療育センター 外来療育部長 ）

【資料 1-2】

子どもの心の医療連携に関するアンケート (2013 板橋区医師会)

1. 先生ご自身の診療科目に をお願いします(以下同じ)。
 () 小児科 () 内科 () 眼科 () 耳鼻科 () 精神科
 () その他【科目名: _____】
2. 先生は日常診療で子どもの心の診療(心身症、不登校、発達障害等)に携わっていますか。
 () はい 質問4へ () いいえ
3. 先生は今後子どもの心の診療に今後携わっても良いと思いますか。
 () はい () いいえ
4. どのような体制が整えば、今後子どもの心の診療に新たに携わることができますか、あるいは安心して今後も携わっていただけますか。 をお願いします(2.で「いいえ」とお答えの先生もご記入ください)。(いくつでも可)
- 患者に対する支援体制(発達支援センター、療育機関の情報、健康福祉センター)や保育や教育現場における支援内容の情報、専門医療機関等の情報の充実。
 専門病院との病診連携の確立。
 子どもの心の診療についての講習会の開催(診療に関する知識・情報の収集)。
 板橋区医師会5歳児診療事業への新規参加。
 その他【具体的に: _____】
5. 先生が子どもの心の診療に携わる場合、以下のどの段階まで対応可能でしょうか。現状ないしは今後の予定でもかまいませんので、該当するものに を1つお願いします(これからすぐにこの範囲で診療をお願いするということではありません)。

(を記入)	目 安	具体的内容
	ステップ1	発達障害児とその家族が安心して受診できる一般診療医(小児科医・精神科医・眼科医・耳鼻咽喉科医) 待合室での環境調整が可能(好きなグッズの持ち込み、外で待てる等)笑顔 ほめる 落ち着かなくても怒らない、子育てのせいにしない、親への労い 診療の流れの予告(例「3数える間だけ大きな口にしてね。上手だね」)。
	ステップ2	発達障害を理解し、発達障害についての簡単な説明ができる医師。 対応のワンポイントアドバイスができる。薬の足りない時(数日など)補充の処方 薬についての知識、福祉・保健・教育の支援の情報を提供できる。
	ステップ3	発達障害児にある程度携わる医師(ある程度の診断と紹介ができる医師)、 心に問題のある子どもの保護者に、ある程度の対応法をアドバイス、安定期の処方(調整は専門機関が基本的に行う)、副作用の確認(身長・体重、血圧、血液検査などのチェック)、診断書の作成(専門的診断がいないもの(例:保育所の要支援児認定(加配)申請のためのもの))。
	ステップ4	発達障害児を定期的に診療する医師 診断ができる。薬物治療・心理社会的治療。診断書(特別児童扶養手当、精神障害者保健福祉手帳など)。関係機関との連携(学校、保育園、児童相談所など)ができる。

(例) **ステップ3**に ステップ1、2の内容も対応可能と考えます
 以上です。ご協力ありがとうございました。 _____ 支部 氏名

【資料 1-3】

「子どもの心の医療連携に関するアンケート」結果

平成 25 年 10 月 4 日配布 回答数：53（10 月 17 日現在）

1. 診療科目について

科目	小児科	内科	眼科	耳鼻科	精神科	その他（ ）
回答数	19	36	4	2	3	11
%	25 %	48%	5%	3%	4%	15%

（ ）「その他」の内容【呼吸器科、循環器内科、皮膚科、外科、整形外科、乳腺、心療内科、産婦人科】

2. 日常診療で子どもの心の診療（心身症、不登校、発達障害等）に携わっていますか。

回答	N 50
はい	16（30%）
いいえ	37（70%）

3. 今後子どもの心の診療に今後携わっても良いと思いますか。

回答	N 50（未回答 4）
はい	10（25%）
いいえ	29（75%）

4. どのような体制が整えば、今後子どもの心の診療に新たに携わることができますか、あるいは

安心して今後も携わっていただけますか。（複数回答可）

内容	回答数（%）
患者に対する支援体制（発達支援センター、療育機関の情報、健康福祉センター）や保育や教育現場における支援内容の情報、専門医療機関等の情報の充実。	40（37%）
専門病院との病診連携の確立。	36（34%）
子どもの心の診療についての講習会の開催（診療に関する知識・情報の収集）	28（26%）
板橋区医師会 5 歳児診療事業への新規参加	0（0%）
その他（自由記載）	3（3%）

その他（自由記載）の内容

- ・心因性の視機能生涯に関してのみ可。
- ・主治医（小児科医）への補助、例えば、主治医休診日に診療を受けるなど。
- ・高齢になり子供の診療はやめました。
- ・午前のみ診療、順次縮小していく予定です（高齢のため）
- ・皮膚科以外に特に受診する病気がなく、どこに相談するか困っている方に何か情報提供できるよう にしたいです。

5. 先生が子どもの心の診療に携わる場合、以下のどの段階まで対応可能でしょうか。現状ないしは今後の予定でもかまいませんので、該当するものに をお願いします（これからすぐにこの範囲で診療をお願いするというものではありません）。

	ステップ 1	ステップ 2	ステップ 3	ステップ 4
回答数	44	18	11	1
%	60%	24%	15%	1%

「ステップ3」に の場合、「ステップ1」「ステップ2」にも を加算してカウントしています。

【資料 1-4】

【参考】 **子どもの心の診療医の養成のための提言** 2007.3(厚生労働省)

1 一般の小児科医・精神科医	卒後臨床研修修了後、小児科や精神科の一般的な研修を修了し、一般的な診療に携わる医師
2 子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医	1を経て、さらに子どもの心の診療に関する一定の研修を受け、子どもの心の診療に定期的に関わる医師
3 子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医	1又は2を経て、子どもの心の診療に関する専門的研修を受け、専ら子どもの心の診療に関わる医師

【資料 2-1】

「乳幼児の発達を支援する関係機関連絡会」 委員名簿 2015

	所 属	備 考
1	心身障害児総合医療療育センター（療育外来部）	
2	子ども発達支援センター所長	
3	板橋区医師会学校医部理事（小児科医）	
4	北療育医療センター 通園科長	
5	心身障害児総合医療療育センター 通園（児童発達支援事業）	
6	高島特別支援学校 教育相談担当	
7	桐が丘特別支援学校 支援部代表	
8	大塚ろう学校 乳幼児教育相談担当	
9	わかくさグループ（東京家政大学内） 代表	
10	東京YWCA板橋センター 代表（児童発達支援事業）	
11	加賀児童ホーム 代表（児童発達支援センター）	
12	教育委員会事務局学務課特別支援教育係長	
13	教育委員会指導室指導主事	
14	教育相談所 相談担当	

15	板橋区立幼稚園長	
16	板橋区私立幼稚園長	
17	板橋区立児童館長	
18	板橋区立保育園長	
19	障がい者福祉課施設係長	
20	板橋区福祉事務所障がい者支援係（保健師）	
21	子ども家庭支援センター相談支援グループ 係長	
22	板橋区保健所長	
23	健康福祉センター所長（母子保健担当）	
24	健康福祉センター保健指導係長（母子保健担当）	
25	板橋健康福祉センター保健指導係（保健師）	
26	上板橋健康福祉センター保健指導係（保健師）	
27	赤塚健康福祉センター保健指導係（保健師）	
28	志村健康福祉センター保健指導係（保健師）	
29	高島平健康福祉センター保健指導係（保健師）	
30	子ども発達支援センター 相談担当	
31	健康推進課健康サービス係	

【資料 2-2】

板橋区要保護児童対策地域協議会設置要綱

平成19年10月2日 区長決定

（設置）

第1条 児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）第25条の2の規定により、要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るため、板橋区要保護児童対策地域協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

（定義）

第2条 この要綱で使用する用語は、法で使用する用語の例による。

（所掌事務）

第3条 協議会の所掌事務は、次のとおりとする。

- （1）要保護児童等に関する情報その他要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るために必要な情報の交換

- (2) 要保護児童等に対する支援の内容に関する検討
- (3) 要保護児童等の早期発見、適切な保護若しくは適切な支援又は再発の防止に関する啓発活動の推進
- (4) その他第 5 条第 3 項に規定する会長が必要と認める事項
(構成)

第 4 条 協議会は、別表 1 に掲げる機関をもって構成する。

- 2 協議会に、代表者会議、実務者会議及び個別ケース会議を置く。

(代表者会議)

第 5 条 代表者会議は、第 3 条各号に掲げる事項について、要保護児童等に対する適切な保護又は適切な支援の実施を図るため、関係機関等の連携を確保し、次条の規定による実務者会議が円滑に行われるよう、協議を行う。

- 2 代表者会議は、別表 2 に掲げる者をもって構成する。
- 3 代表者会議の会長(以下「会長」という。)は、板橋区子ども家庭部長の職にある者をもって充てる。
- 4 会議は会長が招集し、会務を総理する。
- 5 会長は、特に必要と認めるときは、代表者会議の構成員以外の者を代表者会議に出席させることができる。

(実務者会議の所掌事務)

第 6 条 実務者会議は、第 3 条各号に掲げる事項について、次に掲げる分科会の区分に応じ、当該各号に定める事項に係る具体的な調査及び検討を行う。

- (1) 発達支援分科会 子どもの心身の発達の支援に関すること。
- (2) 教育支援分科会 児童、生徒の学校における問題行動に関すること。
- (3) 虐待防止分科会 児童虐待の発生防止及び早期発見並びに児童虐待への対応に関すること。

(実務者会議の組織)

第 7 条 分科会の長(以下「分科会長」という。)は、次に掲げる分科会の区分に応じ、当該各号に定める職にある者をもって充てる。

- (1) 発達支援分科会 保健所長
- (2) 教育支援分科会 教育委員会事務局次長
- (3) 虐待防止分科会 子ども家庭部長

- 2 分科会の構成員の構成に関する事項は、各分科会長が定める。
- 3 分科会の招集は、各分科会長が行う。
- 4 分科会長は、各分科会の会務を総理する。
- 5 分科会長は、特に必要と認めるときは、当該分科会の構成員以外の者を当該分科会に出席させることができる。

(個別ケース会議)

第 8 条 分科会長は、子ども及び子どもを養育する家庭等に対する具体的な支援内容等を検討するため、必要に応じ個別ケース会議を開催することができる。

- 2 個別ケース会議の構成員の構成に関する事項は、各分科会長が定める。
- 3 分科会長は、必要と認めるときは、当該分科会長が開催する個別ケース会議に当該分科会構成員以外の者を出席させることができる。

(要保護児童対策調整機関)

第 9 条 区長は、法第 25 条の 2 第 4 項の規定により、板橋区子ども家庭支援センターを要保護児童対策調整機関として指定する。

(代表者会議の庶務)

第 10 条 代表者会議の庶務は子ども家庭部子ども家庭支援センターにおいて処理する。

- 2 実務者会議及び個別ケース会議の庶務は、次に掲げる分科会の区分に応じ、当該各号に定め

る者が処理する。

- (1) 発達支援分科会 板橋区健康生きがい部健康推進課
 - (2) 教育支援分科会 板橋区教育委員会事務局指導室
 - (3) 虐待防止分科会 板橋区子ども家庭部子ども家庭支援センター
- (補則)

第 11 条 この要綱に定めるもののほか、代表者会議の運営に関し必要な事項は子ども家庭部長が定める。

- 2 この要綱に定めるもののほか、実務者会議及び個別ケース会議に関し必要な事項は、各分科会長が定める。

付 則

- 1 この要綱は、平成 1 9 年 1 0 月 2 日から施行する。
- 2 板橋区児童虐待防止協議会設置要綱（平成 12 年 6 月 27 日区長決定）は、廃止する。

付 則

- 1 この要綱は、平成 2 0 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

- 1 この要綱は、平成 2 0 年 6 月 2 0 日から施行する。

付 則

- 1 この要綱は、平成 2 3 年 9 月 1 6 日から施行する。

別表 1 協議会構成機関

東京都北児童相談所
警視庁板橋警察署
警視庁志村警察署
警視庁高島平警察署
警視庁生活安全部少年育成課巣鴨少年センター
板橋区
板橋区教育委員会
板橋区医師会
区内の医療機関
板橋区歯科医師会
板橋区民生・児童委員
区内の私立保育園
区内の私立幼稚園
区内の児童養護施設
区内の社会福祉法人
区内の母子生活支援施設
区内の療育機関
区内の子どもと家庭に関する事業を行う特定非営利活動法人

別表 2 代表者会議名簿

板橋区子ども家庭部長
板橋区子ども家庭部子ども政策課長
板橋区子ども家庭部保育サービス課長
板橋区子ども家庭支援センター所長

板橋区健康生きがい部長
板橋区保健所長
板橋区健康福祉センター所長（代表者）
板橋区健康生きがい部健康推進課長
板橋区福祉事務所長（代表者）
板橋区教育委員会事務局次長
板橋区教育委員会事務局指導室長
板橋区立小学校校長（代表者）
板橋区立中学校校長（代表者）
板橋区民生・児童委員（代表者）
東京都北児童相談所長
板橋警察署生活安全課長
志村警察署生活安全課長
高島平警察署生活安全課長
警視庁生活安全部少年育成課巣鴨少年センター所長
区内の医療機関（代表者）
区内の私立保育園園長（代表者）
区内の私立幼稚園園長（代表者）

【資料 2-3】平成 25 年度 板橋区子ども発達支援センター事業(受付状況)

受付状況	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話受付	34	74	57	51	32	48	64	44	53	34	25	33	549
来所受付	0	1	0	2	0	1	1	2	0	0	0	0	7
合計	34	75	57	53	32	49	65	46	53	34	25	33	556

内訳

専門相談予約	24	26	41	41	19	34	35	38	34	24	18	23	357
親支援事業関係	2	39	9	0	8	9	21	3	12	6	3	0	112
その他	8	10	7	12	5	6	9	5	7	4	4	10	87
合計	34	75	57	53	32	49	65	46	53	34	25	33	556

【資料 2-4】

相談員職種(延件数)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
臨床心理士	27	24	24	26	30	21	26	17	27	24	13	21	280
再掲(新規)	19	9	8	14	18	13	11	9	14	12	10	10	147
言語聴覚士	24	23	27	31	23	24	29	24	24	27	25	30	311
再掲(新規)	20	13	15	18	9	18	16	14	9	15	11	18	176
作業療法士	9	8	5	10	11	7	6	8	7	8	8	9	96
再掲(新規)	6	5	4	7	9	4	4	5	4	6	5	4	63
ソーシャルワーカー	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	5
再掲(新規)	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
合計	61	55	56	68	65	52	62	49	58	59	47	60	692

【資料 2-5】

相談対応結果(延件数)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
医療機関紹介	15	17	15	29	27	19	17	23	23	25	21	22	253
療育機関紹介	5	1	0	2	2	0	2	1	0	3	0	1	17
教育相談所紹介	6	2	2	1	3	0	0	2	2	0	1	2	21
専門相談(継続)	31	32	39	35	36	27	43	31	30	35	22	34	395
終了	3	1	5	6	6	4	3	3	7	0	4	3	45
その他(情報提供等)	3	3	1	2	4	5	4	0	1	1	3	3	30
合計	63	56	62	75	78	55	69	60	63	64	51	65	761

* 医療機関で実施している通園科への紹介は、「医療機関紹介」に含まれる。

* 「紹介」は、文書や電話によるものを計上する。

【資料 2-6】

H25 年度 年齢別相談内容

	未就学							就学等			合計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	小学生	中学生	その他	
ことばに関すること		10	54	91	50	12	8	8			233
発音・吃音に関すること			3	20	23	14	6	5			71
コミュニケーションに関すること		6	19	28	32	11	10	11			117
行動に関すること		8	18	58	75	51	44	79	8	2	343
全体的な発達の遅れ		3	15	22	13	13	15	10			91
学習に関すること				2	4	5	9	30	3		53
不登校・不登園					3		1	2	2		8
ペアレントトレーニング利用							5	1			6
感覚運動に関すること		2	16	15	20	17	14	19			103
その他		1	9	16	15	11	8	11	1		72
合計		30	134	252	235	134	120	176	14		1097

【資料 2-7】

(6) 専門相談(面接)後の支援

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話相談		19	23	18	18	22	13	14	17	7	23	17	18	209
関係機関連絡		9	10	9	14	12	8	11	15	6	6	12	7	119
内 訳	医療機関		5						3					8
	健康福祉センター	1	1	1	4	3	3	6	4	3	4	6	2	38
	療育機関					1								1
	教育相談所	1							2				1	4
	通園・通学先	6	3	8	7	2	3	4	6	2	2	6	3	52
	その他	1	1		3	6	2	2	2	2	1		1	19
合計		28	33	27	32	34	21	25	32	13	29	29	25	328

専門相談(面接)実施後、保護者からの電話相談を受けたり、(保護者に了解を得た上で)関係機関への連絡を行っている。

【資料 2-8】

○ 支援者養成講座				
回数	実施月日	内容	参加人数(延べ)	対象者
1	7月25日	発達支援センターの概要、感覚統合療法、グループ別討議等	48	区立小学校養護教諭
2	11月20日	発達障がいの特徴に配慮したコミュニケーション支援	17	区内幼稚園・保育園職員、家庭福祉員、保健師、児童館、O12広場職員の方など
3	12月3日	乳幼児期の感覚運動遊びの大切さ	26	〃
4	2月6日	健康福祉センターとの連絡会 発達支援センター事業と「ノーバディズ・パーフェクト」について	14	健康福祉センター心理、保健師
5	2月13日	気がかりな行動の理解と対応	19	区内幼稚園・保育園職員、家庭福祉員、保健師、児童館、O12広場職員の方など
6	3月7日	発達障がいの行動の理解と対応・治療	41	区内幼稚園・保育園職員、家庭福祉員、保健師、児童館・学童職員、支援学級の先生など
合計6回			165人	

【資料 2-9】

板橋区 3 歳児健康診査受診状況

項 目 (H25 状況)	総数 H20-24	H24	H23	H22	H21	H20
実施回数 (100)	506	100	101	101	102	102
対象者数 (4,241)	20,273	4,064	4,199	4,077	3,993	3,940
受診者数 (4,071)	18,834	3,949	3,932	3,649	3,728	3,576
管外から管内へ(343)	1,944	419	428	354	370	373
管内から管外へ(343)	1,674	149	428	354	370	373
受診率 (%) (94.7%)	92.9%	97.2%	93.6%	89.5%	93.4%	90.8%
有所見者数(実数) (1,114)	4,858	1,080	1,123	913	867	875
有所見者数(延数) (1,433)	5,975	1,394	1,334	1,114	1,065	1,068
発育(132)	313	81	65	43	61	63
皮膚(143)	683	173	133	133	115	129
運動(10)	45	12	5	9	7	12
精神(124)	318	81	80	57	64	36
言語(201)	658	175	142	109	121	111
日常習慣(270)	1,242	255	309	248	204	226
その他の所見(553)	2,716	617	600	515	493	491

-3. 小規模市

分担研究報告書

小規模市における地域特性の検討

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 部長）
研究協力者：片山 知哉（山梨県立こころの発達総合支援センター 所長）
金重紅美子（山梨県立こころの発達総合支援センター 医長）
佐藤かおる（山梨県立こころの発達総合支援センター）
齊藤由美子（山梨県立こころの発達総合支援センター）
中島 彩（子育て・発達の里 こころとそだちの相談室ぼーれ）
日原寿美子（山梨市役所健康増進課）
岡 輝彦（山梨県教育庁新しい学校づくり推進室）
雨宮 一昭（山梨市教育委員会学校教育課 課長）
畠山 和男（山梨県立あけぼの医療福祉センター 副所長）
池田 久剛（山梨厚生病院 診療部長）
保坂 裕美（山梨厚生病院）
宇藤千枝子（石和共立病院）
相原 正男（山梨大学 教授）
山縣然太郎（山梨大学 教授）

研究要旨：本研究では、人口が概ね 10 万人規模以下の小規模市における発達障害の地域支援システムのあり方を考えるための基礎資料として、小規模市の地理的特性および発達障害の支援システムづくりに関連すると思われる因子を抽出した。昨年度の本研究班において糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市を対象として行われた調査の結果の中から、各市の地域特性に関する検討を行った。さらに、南相馬市についても同じ調査を行い、その結果も加えた。共通する特性として、少子高齢化の進行が深刻であることと、財政が厳しいことが挙げられた。一方、保健師の数が相対的に多く、乳幼児期の母子保健を中心とした保健師の活動を核に据えた子育て支援が、小規模市では重要な位置を占めると考えられた。交通の便がよくないことや共働き率が高いことなどを考慮すると、療育専門の児童発達支援センターなどに通所させることが家庭の事情で困難となるケースが多くなるかもしれず、保育園における子育ておよび保護者支援の機能の充実が重要なテーマとなることが示唆された。

A．研究目的

わが国の全 1,718 自治体のうち、政令指定都市、中核市、特例市、特別区（東京都）以外の小規模自治体は 1,592（92.7%）を占めており、そこにわが国の全人口の過半数である 6,753 万人が住んでいる（平成 26 年 4 月 1 日現在）。発達障害に対する早期発見と早期支援の地域システムづくりについて、発達障害者支援法では市町村がその主体となるよう求めている。しかし、政令指定都市のように総合的な専門施設を作ることが難しい小規模自治体の場合、作れるとしても中度～重度の知的障害の子どもたちを受け入れる（診療所の併設されていない）児童発達センターくらいである。知的障害のない発達障害のケースに対しては、市町村の保健師と地域の医療機関が連携しながら発見と診断を行い、地域の幼稚園・保育園でインクルージョンしていくしか方法がない。そこで、地域の幼稚園・保育園がインクルージョンを強化できるよう支援していくためのプログラムが必要となる。また、県（圏域）の基幹となるセンターを設置するなどの工夫が必要となる。たとえば、発達障害者支援センターと医療機関などをうまく結びつけて、複数の市町村に対応するなどの工夫が求められる。

本研究班には、人口が 10 万程度以下の小規模市である福岡県糸島市、岐阜県多治見市、岐阜県瑞浪市、山梨県山梨市、福島県南相馬市において発達障害の地域システムづくりに関わっている発達障害の専門医が分担研究者あるいは研究協力者として参加

している。小規模自治体にとって地域システムづくりで最も関わりを得ることの難しい専門医が関与しているこれらの地域で作られている地域システムを検討することによって、多くの小規模自治体における発達障害の支援システムに関する一定の方向性を示すことができるかもしれない。

本研究では、昨年度の本研究班において糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市を対象として行われた調査の結果の中から、各市の地域特性に関する検討を行うことを目的とした。さらに、南相馬市についても同じ調査を行い、その結果も加えた。

B．研究方法

昨年度、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市にて行われた調査項目（本田，2014）を、本年度は南相馬市に対しても行った。これらの計 5 つの市の調査報告をもとに、地域特性に関する検討を行った。

（倫理面への配慮）

本研究はすでに昨年度に報告されている調査報告書および、それと同じ項目からなる調査の結果の検討を行う研究である。行政データに関する調査であるため、個人を特定し得る情報は扱っていない。

C．研究結果（表 1）

1．地理的特性

わが国の多くの小規模市と同様、5 市ともに少子高齢化が進んでいた。ただ、比較的人口の多い糸島市と多治見市は、1990 年

代はそれぞれ福岡市と名古屋市のベッドタウンとして人口が流入し、その後 2000 年代に入ってから人口減少に転じていたのに対して、瑞浪市と山梨市は以前から産業構造などがあまり変わらないまま徐々に人口が減少してきていた。南相馬市は、2011 年の東日本大震災の影響で県外あるいは県内他地域への避難者があり、震災以前に比して人口が大きく減少した。2014 年現在、市の一部は旧警戒区域で、日中に訪れることは可能だが、隣接している双葉郡は警戒区域であり、立ち入り禁止となっていた。

糸島市と多治見市は、人口密度が全国平均(337 人/km²)より高く、他の地域は低い。出生率(人口千人あたり)は、データの得られなかった南相馬市を除く 4 市で国の出生率を下回っていた。

財政力指数(地方公共団体の財政力を示す指標として用いられる指数であり、基準財政収入額を基準財政需要額で除した数値)はいずれの市も 1.0 を大きく下回っており、財政的に厳しい状況にあった。平成 26 年度の歳入予算総額を人口で割った額は、60~70 万円代であり、政令指定都市である横浜市、広島市、福岡市が 90 万円代以上あるのに比べ、かなり低額であった。

2. 発達障害の支援システムづくりに影響すると思われる因子

糸島市、山梨市、南相馬市は、いわゆる「平成の大合併」の時期に複数の自治体が合併して誕生した。多治見市も 2006 年に笠原町を編入した。瑞浪市だけは、平成に

入ってから他の自治体との合併や併合を行っていなかった。人口 1000 人当たりの市職員数は、糸島市(5.15)と多治見市(6.88)は政令指定都市(横浜市(5.32)、広島市(6.45)、福岡市(5.19))とほぼ同程度、人口の少ない瑞浪市(8.67)、山梨市(8.84)、南相馬市(12.09)は市の職員数が相対的に多かった(各市の「平成 26 年度の給与・定員管理の状況」をもとに算出)。障害児支援に関連する職員でみると、保健師 1 人当たりの 0~4 歳人口は糸島市が 281 人、多治見市が 251 人、瑞浪市が 160 人、山梨市が 134 人であり、本研究班に参加している政令指定都市(横浜市が 1,363 人、広島市が 1,724 人、福岡市が 855 人)と比べ、かなり低い数値であった。

平成 22 年国勢調査のデータによると、都道府県別の「就業者がいる夫婦世帯」に占める「夫も妻も就業者である夫婦世帯」の割合(以下、「共働き率」とする)は、全国平均が 53.9%であったのに対して山梨県が 60.3%(16 位)、岐阜県が 60.2%(17 位)、福島県が 59.9%(18 位)、福岡県が 52.5%(38 位)であった。

交通手段では、瑞浪市、山梨市、南相馬市では全般的に移動は自家用車を中心であった。ベッドタウンとして開発された経緯のある糸島市と多治見市では大都市への鉄道の便が良いものの、市内の移動は自家用車を中心であった。

瑞浪市および山梨市では、祖父母との同居も多くあり、療育通所に祖父母の協力や支援がある家庭が多い。古くから人口の流

出入の少ない地域特有の姿として、障害のある人を家族に持つことについて世間体を気にする方が壮年期以降の市民に多く、療育施設を利用することを祖父母に反対されるケースもあるという特徴がみられた。

D. 考 察

全国の多くの小規模市に共通する特性として、少子高齢化の進行が深刻であることと、財政が厳しいことが挙げられる。今回対象としている5つの市についてもこれらは該当した。東日本大震災の影響が残る南相馬市では、人口動態と財政について他の自治体との比較が困難であるが、残る4市では出生率が低く、財政力指数も1人当たりの歳入予算額も低い数値であった。

一方、政令指定都市と比較して保健師の数が充実していたことが特記される。市職員数でみると、人口10万規模の糸島市と多治見市は政令指定都市と同程度であり、人口10万未満の瑞浪市、山梨市、南相馬市では職員数が多かった。しかし、保健師に限定すれば、糸島市および多治見市でも政令指定都市の数倍、瑞浪市、山梨市に至っては、横浜市や広島市の10倍程度の規模で数の保障がなされていた。ただでさえ人口が少ない上に少子高齢化が進む自治体では、都市部のように民間企業による子育て支援サービスが導入されにくい。一方、都市部に比べて保健師の数が多ことから、乳幼児期の母子保健を中心とした保健師の活動を核に据えた子育て支援が、小規模市では重要な位置を占めると思われた。

発達障害の早期支援システムを検討する上で、家族構成に関する地域特性についても考慮しておく必要がある。筆者らがアクセスした行政データの中で、共働き率に関するデータは都道府県別のものしか得られなかったが、多治見市と瑞浪市が属する岐阜県、山梨市が属する山梨県、南相馬市が属する福島県は奇しくも共働き率において都道府県の上位16位～18位に名を連ねていた。両親が共働きの場合、保育園に日中の子育てを委ねることになる。もし子どもに何らかの障害がある場合、療育専門の児童発達支援センターなどに通所させることが家庭の事情で困難となるケースが多くなるかもしれない。

今回対象とした小規模市では、ベッドタウンとして人口が流入した歴史のある市と人口の流出入が乏しい市とに大別された。前者（糸島市や多治見市）では核家族が多く、通常の保育園以外の専門的な療育の場があったとしても送迎が困難かもしれない。一方、後者（瑞浪市や山梨市）では、祖父母が同居または近くに住む場合が多く、理解が得られれば子どもの送迎等の協力が得られる可能性がある。反面、地域内の固定した人間関係の中で世間体を気にする祖父母が特別な場への通所に反対するケースも想定される。

E まとめ

本研究班に参加した小規模市である糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市の調査をもとに、小規模市に共通する地理

的特性を抽出し、発達障害の支援システムづくりに関連すると思われる因子について考察した。小規模市における幼児期の支援システムについては関ら、学童期の支援システムについては山下ら、人材育成のシステムについては内山らによる報告を参照されたい。

参考文献

本田秀夫(研究代表者):厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業:発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価 - 平成 25 年度総括・分担研究報告書(H25 - 身体・知的 - 一般 - 008), 2014。

表 1 . 本研究班に参加した分担研究者および研究協力者が発達障害の支援システムに関わっている小規模都市の地域特性

	糸島市 (H25.4.1)	多治見市 (H25.4.1)	瑞浪市 (H25.4.1)	山梨市 (H25.10.1)	南相馬市 (H24.10.1)
総面積	2 1 6 . 2 km ²	9 1 . 2 km ²	1 7 5 . 0 km ²	2 8 9 . 9 km ²	3 9 8 . 5 km ²
総人口	1 0 0 , 1 7 9 人	1 1 2 , 5 9 5 人	3 9 , 7 4 1 人	3 7 , 1 0 6 人	6 5 , 1 0 2 人
人口密度 (1 km ² あたり)	4 6 3 人	1 , 2 3 4 人	2 2 7 人	1 2 8 人	1 6 3 人
出生率 (人口 1000 対)	7 . 2	7 . 0	7 . 8	6 . 8	-
年少人口割合 (0 ~ 14 歳)	1 3 . 9 %	1 2 . 9 %	1 2 . 6 %	1 2 . 4 %	1 2 . 3 %
財政力指数 (平成 25 年度総務省資料)	0 . 5 1	0 . 7 4	0 . 6 1	0 . 4 2	0 . 5 6
平成 26 年度歳入予算額 (人口 1 人当たり換算)	6 0 7 億円 (6 0 5 , 9 1 5 円)	6 9 1 億円 (6 1 3 , 7 0 4 円)	2 7 1 億円 (6 7 1 , 0 0 8 円)	2 7 8 億円 (7 4 9 , 2 0 5 円)	1 , 4 8 2 億円 (2 , 2 7 6 , 4 2 8 円) うち、震災関連事業を除くと 5 1 4 億円 (7 8 9 , 5 3 0 円)
職員数* (人口 1000 対)	5 1 6 人 (5 . 1 5)	7 7 5 人 (6 . 8 8)	3 5 0 人 (8 . 6 7)	3 2 8 人 (8 . 8 4)	7 8 7 人 (1 2 . 0 9)

*各自治体の「平成 26 年度の給与・定員管理の状況」より

分担研究報告書

小規模市における発達障害支援システムの比較

分担研究者 関 正樹（大湫病院、土岐市立総合病院 精神科）

研究協力者 伊藤 友子（大湫病院）

研究要旨： 発達障害の早期発見と早期支援の開始の重要性が強く叫ばれるようになり、各地域においては具体的な取り組みが推進されつつある。しかし、大都市と小規模都市ではおのずとできることも異なってくる。したがって、地域の特性に応じた発達障害の支援システムのモデルを提示する事には大きな意義があり、その一環として、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市における、ハードウェア、ソフトウェア、ヒューマンリソースという観点から発達障害の支援システムの比較検討を行った。

ハードウェアにおいては、小規模市においては、大都市にみられるような医療型の療育施設は存在せず、多くの地域では小規模な療育施設が療育の主体を担っており、なかには糸島市のように公の療育施設をもたない地域もみられた。

ソフトウェア（発達障害の支援システム）に着目すると、多くの小規模市において発見の場から継続的な支援につなげるシステムは整備されており、1歳半健診、3歳児健診が主な発見の場となっていた。フォロー率についてデータがある地域を見てみると、いずれもフォロー率は高い傾向が認められた。

保育士や保護者の気づきを継続的な支援につなげるシステムとしては相談窓口や巡回相談を行っている地域が多く認められた。

このような発見を継続的な支援につなげるシステムの整備は、発達障害支援システムにおいて重要な役割を担うものと思われる。つまり、保護者に十分なインフォームドコンセントがなされ、その必要性について説明し、了解を得られなければ、適切に支援につながることはない。このような相談・調整の場は小規模市においても、医療型とは異なる形で整備されており、臨床心理士や言語聴覚士など多職種がそのような役割を担っていた。ここにおける専門性は小規模市におけるの課題となるが、そのような専門性を担保するような形で糸島市においては、大学との連携が行われていた。

継続的な支援のシステムとしては、多くの市が加配保育士による対応がなされているが、比較的規模が大きな市であるほど、加配保育士の不足の問題が深刻であるようであった。保育園や幼稚園における専門性を担保するためには、外部専門家による支援が不可欠である。小規模市においては巡回相談その他を活用している地域が多いようであった。

このような形で支援を受けてきた子どもがスムーズに学校生活に移行するためのシステムとしては、就学支援シートの活用(多治見)や移行キャンプの開催(糸島)や小規模市ならではの顔をあわせた引き継ぎ会の開催なども行われていた。ヒューマンリソースに関しては、小規模市においては、保健師や加配保育士の配置は比較的手厚い傾向があるが、臨床心理士などの専門職の配置はばらつきが大きく見られた。

以上をまとめると、小規模市においては、横浜モデルである DISCOVERY¹⁾のように、発見と診断を繋ぐシステムはどの地域においても設けられておらず、診断の前に何らかの支援が開始されている地域が多い。療育へのつながりは臨床心理士や保健師による継続的な相談がその役割を担っている。多くの療育施設は小規模であり、生活の場である保育園との並行通園を行っている。

小規模市においては、大規模都市に比べ、不足している部分は確かにあり、専門性のあるヒューマンリソースの継続的な確保は大きな課題である。それを埋めるべく、大学などとの協力や巡回相談の充実を図る動きも始まっている。しかし、小規模市においては、大規模市に比べ大きなアドバンテージもある。それは地域の支援者の多くが、その子どもの顔や、その子どもの家庭を知っていることである。それは「療育へのつながり」、「就学へのつながり」など、つながりの場における家族の安心につながるものと思われる。

A．研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の開始の重要性が強く叫ばれるようになり、各地域において具体的な取り組みが推進されつつあるが、その進捗には地域格差も大きい。また、大都市と小規模都市では、おのずとできることも異なってくる。従って、特性の異なる自治体における発達障害の支援ニーズを把握し、発達障害の支援システムの現状について調査を行い、地域の特性に応じた発達障害の支援システムのモデルを提示することには大きな意義がある。その一環として、小規模市である糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市における、発達障害の支援システムについて比較検討

を行うことが本分担研究の目的である。

B．研究方法

昨年度、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市にて行われた発達障害支援システムに関する項目(専門施設の有無と規模, 専門家の有無, 専門家養成の場とプログラムの有無, 発達障害支援システムの特徴等)の調査報告書に加えて本年度同様の項目で行った、南相馬市の調査報告書についての比較検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究はすでに報告されている調査報告書とそれと同様の項目で構成されている調査報告書の比較検討を行う研究であり、個

人を特定し得ることのない数的情報や発達障害支援システムの比較検討を行う研究である。調査報告書に関する実態の理解の不足の責任はすべて分担研究者である筆者にあり、各市町村や参考にした調査報告書の分担研究者にあるものではない。

C. 研究結果

1. ハードウェアの比較

まず、最初に障害幼児を対象とする専門機関の比較を行う。大都市における療育センターのような医療型の療育施設は、今回調査を行ったすべての地域において、有していなかった。療育施設としては小規模なものがほとんどであり、多治見市（人口11万人）、瑞浪市（人口4万人）、山梨市（人口4万人）、南相馬市（人口6万5千人）においては小規模な児童発達支援事業所や「ことばの教室」が地域の療育の中核を担っていた。しかし、中には糸島市（人口10万人）のように、公の療育施設を持たない地域もみられた。

2. ソフトウェア（発達障害支援システム）の比較は

- 1) 発見の場
 - 2) 発見から継続的な支援に至るつなぎのシステム
 - 3) 継続的な支援のシステム
 - 4) 就学へのつなぎのシステム
- の4点に着目して行う

1) 発見の場から継続的な支援につなげるシステム

健診から継続的な支援につなげるシステム

多くの小規模市において、1歳半健診、3歳児健診は主な発見の場となっている。1歳半健診の受診率、3歳児健診の受診率は、報告書に記載のあるいずれの地域においても高い。フォロー率は、多治見市においては1歳半健診で27.4%、3歳児健診で23.3%であった。瑞浪市においては、1歳半健診59.4%、3歳児健診36.7%、山梨市においては1歳半健診37.1%、3歳児健診46.1%であった。

5歳児健診を行っている地域は少なく、山梨市において行われているのみであり、そのフォロー率は44.6%となっていた。

保育士や保護者の気づきを継続的な支援につなげるシステム

今回調査した地域においては、保育士や保護者の気づきを継続的な支援につなげるシステムとして、相談窓口の設置（多治見市、瑞浪市、糸島市、南相馬市）や保健センターでの相談（山梨市）が行われていた。また、保育士の発見を継続的な支援につなげるシステムとして多職種による巡回などの巡回相談が行われている地域も多かった。例えば南相馬市においては13園の幼稚園、保育園があるが、一年につき年3回（大規模園では6回）の巡回相談を行っており、発見から相談という支援につながっている。瑞浪市や多治見市においては、南相馬市に比べて小規模ではあるものの臨床心理士や相談員による巡回相談が定期的に行われている。

2) 発見から継続的な支援に至るつなぎのシステム

発達障害の子どもが発見から継続的な支援に至る過程においては、保護者に十分なインフォームドコンセントがなされ、その必要性について説明し、了解を得られなければ、適切に支援につながることはない。いわゆる、相談・調整の場は小規模市においても比較的整備されていた。例えば、山梨市においては、すべての健診に臨床心理士が参加し、発達障害が疑われる子どもは心理相談を経て、継続相談である「すこやか発達相談」(言語聴覚士、臨床心理士)に導入されることで、障害に対する家族の気づきの程度を見ながら、医療機関や福祉機関を紹介するシステムを整備していた。多治見市においても、発達相談窓口において臨床心理士が発達検査などを行い継続的に関わる事で、相談調整の役割を担っている。療育が勧められる場合、この情報を参考にしながら、医師、臨床心理士、保健師、子ども相談センター職員、療育施設や保育園職員、行政職員など多職種が集まった発達支援委員会により検討がなされ通所施設が案内されることとなっている。

糸島市においては、地域の療育センターがなく、健康づくり課、子ども課、障害福祉課などの公的サービスが所属する保健師を中心に運営する集団、個別療育と九州大学人間環境学部の乳幼児の社会認知発達研究プロジェクトのスタッフが連携をとっているのが大きな特徴の一つである。1歳半

健診にて共同注意行動を項目に含むスクリーニング質問紙を使用するとともに、臨床心理士の観察を行っている。チェックを受けた子どもは、臨床心理士、保健師、保育士が関わる継続的な母子の集団療育が行われた後、子どものこころ発達相談(臨床心理士や児童精神科医)が行われ、それを経て個別療育へとすすんでいくようなシステムとなっている。瑞浪市においても、「ぼけっと」が相談支援事業も行っており、ここでの発達相談がなされた後、療育へとつながることが多いようである。

3) 継続的な支援のシステム

幼稚園、保育所で支援を受けるシステム
今回調査した多くの地域において、公立の保育園、幼稚園において発達障害等のある児童を受け入れており、保育士を増員しての対応が行われていることが多い。(多治見、瑞浪、山梨)中でも、多治見市においては、公立保育園、幼稚園における支援児数167名に対して、園児1人(重度)から園児3人(軽度)に1人程度の障害担当保育士が配置されており、その合計は63名となっている。(全体の保育士数は正規140名、臨時110名)

瑞浪市においても、公立8幼児園において、療育手帳や診断書を参考に園児1人(中等度以上)から3人に1人(集団生活の困り感)の加配の障害担当保育士の配置を行っている。

山梨市においては、明らかな基準はないものの市が認めたものに対して加配の保育

士の配置を行っており、平成 25 年度においては保育園に 9 名の加配保育士、公立幼稚園に 1 名の加配保育士が配置されている。(全体の保育士数は 54 名)

幼稚園、保育所等への外部専門家による支援システム

上記のような生活の場での支援は生活の場においてなされているが、障害担当保育士として経験を積んでいる保育士が担当になるとは限らず、園の中での支援の専門性を担保するシステムは必要不可欠である。

南相馬市、多治見市、瑞浪市などいくつかの小規模市では先述のように定期的な巡回相談が保育園、幼稚園に対してなされており、これらが幼稚園、保育所等における担当保育士の支援にもつながっている。山梨市においても、定期的ではないものの必要に応じて園訪問<保健師、地域療育等支援事業(臨床心理士)、特別支援学校センター的機能事業、児童発達支援センターの保育所等訪問支援事業など>が活用されていた。また、岐阜県の施策として、圏域毎に発達相談員を配置しているが、そのうちのひとつ東濃圏域(多治見、瑞浪、土岐、恵那、中津川の 5 市をあわせた地域)の発達相談員による園訪問が、瑞浪市の園からの相談に応じてなされていた。

つまり、幼稚園、保育所等における外部専門家による支援として、定期的な巡回相談が整備されている地域もあるが、そうでない地域においても児童発達支援センターの保育所等訪問支援事業、地域療育等支援事業による心理職の訪問、特別支

援学校のセンター的機能事業、その他のいずれか、もしくはすべてを活用する事で、幼稚園、保育所等における支援をサポートするような体制がとられていた。

4) 就学へのつながりのシステム

保育園での支援を受けてきた子どもが、学校において不適應を起こさないためにも、保育の場から教育の場への移行支援が必要であることは言うまでもない。

就学移行支援に関しては各市において様々な取り組みがなされている。

糸島市においては、就学相談にあわせてそれまで保育や療育にあたってきたスタッフとこれから教育の場で子どもと接するスタッフが情報を共有するための事業として、移行支援キャンプが行われており、成果を挙げている。

多治見市においては保護者の同意のもとに就学支援シートを作成し、幼稚園・保育所や療育施設での支援の様子を記載したものを作成することや、就学後の 4 月に障がい児巡回支援専門員が各小学校を訪問し、現状把握を行っていた。また、就学支援シートのみでは伝わらない事も多いため、小学校教頭と幼稚園・保育所の 5 歳児担当との顔をあわせての引き継ぎも行われていた。

小規模市ならではの顔の見える連携としては他にもある。山梨市においては、就学に向けて健康増進課と学校教育課が合同で就学時園訪問を実施し、子どもの状態の把握と今後の支援方針を検討している。また継続的な発達相談を行っている場合には引

き継ぎを行い、担当職員の紹介を行っている。瑞浪市でも小規模市であることを生かして、関係者が顔をあわせながら支援を検討する引き継ぎ会が行われていた。また、振り返り授業参観（園の保育士が学校を訪問）や小学校からの保育体験（夏休みに学校の教員が保育体験と意見交換）を行っていた。

3. ヒューマンウェアの比較

1) 母子保健の分野

	糸島	多治見	瑞浪	山梨
人口	100,261	112,595	40,387	37,106
保健師	15	常14, 非4	常9, 非3	常10, 非1
心理職	4	1	0	4
保育士	4	1	0	0
言語聴覚士	0	0	0	1

母子保健分野における障がい児支援の体制の人員の配置は表の通りである。南相馬市に関しては参考となるデータがなかった。臨床心理士など心理職の配置に関しては、自治体間で差が見られた。これら4市に関しては小規模市においても、比較的保健師は手厚く配置されている傾向が伺われた。

2) 各療育施設におけるヒューマンウェアの比較は統一したフォーマットによるものではないため、不正確なものかもしれないが以下ようになる。4万人規模の瑞浪

市における児童発達支援事業所「ぼけっと」の人員配置は定員20名/日に対して、指導員6名が配置されている（資格は養護学校教諭、社会福祉士、言語聴覚士、保育士など）が医師、心理職は配置されていない。多治見市の療育を行う4施設においても、言語聴覚士や作業療法士の配置されている施設はあるものの、医師、心理職は配置されていない。山梨市の児童発達支援センター「ひまわり」においては指導員・保育士9名が配置されている。心理職の配置はない。

3) 加配保育士の配置に関する比較

加配保育士の配置に関しては、多治見市、山梨市のみデータがあるため、両市間で比較を行う。出生人口872人の多治見市において、市内の幼児期の要支援児は167名。それに対して63名の加配保育士の配置がある全保育士数は250名であり、約25%が加配の障がい幼児担当保育士となっている。対して、出生人口270名の山梨市においては、全体の保育士数54名に対して、9名の加配保育士の配置であり、その比率は約17%である。

4) 巡回相談におけるヒューマンウェアの比較

先述のように、多くの自治体で巡回相談は行われているが、そこに割いているリソースには自治体間で大きな差がある。例えば南相馬市においては、母子保健系の保健師、発達支援室の保健師、保育士、言語聴覚士、心のケアセンターの作業療法士、臨

床心理士、小児科医などのチームが全員ではないものの、チームで13園を1園につき年3回、大規模な園に対しては年に6回の巡回相談を行っている。

多治見市、瑞浪市においても臨床心理士、保育士による巡回は行われているが、その頻度は年2回（瑞浪）など南相馬ほどの頻度ではなく、その他の専門職も参加していない。

D. 考察

今回調査した5市のように人口規模が少ない地域では大都市のように発達障害の子どもたちの支援に特化した専門機関を市単独で設置する事は難しいばかりか、糸島のように、公的な療育施設を持たない地域もある。このような実情を抱えた市町村は全国にも数多く、小規模市に共通する特徴や差異から、小規模市でも行える発達障害の支援システムを抽出していくことは、意義があるものと思われる。

1) 小規模市における、療育へのつながりの装置の意義

小規模市の発達障害支援システムにおいて、最も特徴的な点は医療との関わりであると言える。例えば横浜モデルであるDISCOVERY¹⁾のように、発見と診断を繋ぐシステムはどの地域においても設けられておらず、診断の前に何らかの支援が開始されている地域が多い。発見の場は多くの自治体で1歳半健診や3歳児健診となっており、そこでなされる保健師からの説明が支援の始まりとなる。しかし、集団健診の

場でただ療育を勧めれば療育（支援）につながるかということというわけでは決していない。従って、継続的な支援につなげていくための「つながりの支援」である「相談・調整の場」の整備がなされているかどうか、早期からの継続的な支援につながるために重要な装置となり得る。例えば、山梨市では臨床心理士が健診に同席し、その後の継続的な相談を行っている。多治見市においても、臨床心理士による評価と相談が療育へのつながりの支援として行われている。糸島市においても、母子のフォローアップ教室に臨床心理士が加わり、専門性を担保しながらフォローアップ教室を行っている。

以上から、小規模市においては、臨床心理士や保健師による継続的な相談、フォローアップ教室で生活療育を行う場に臨床心理士が関与する事は、「相談・調整の場」として、「発見」と「継続的な支援」を繋ぐ装置として機能する可能性が示唆される。

の継続的な相談に関しては、今回調査した市では例がなかったがソーシャルワーカーが活躍できる分野でもある。このような、「相談・調整の場」が機能することで、保護者の生活の中での困り感が整理されるとともに、子どもの障害への気づきが整理されていき、スムーズに継続的な支援につながることを期待される。いくつかの自治体では、健診の場に臨床心理士が同席し、その心理士が相談やフォローアップ教室への参加をしていくことで、最初から相談へのハードルを下げる取り組みもなされている。臨床心理士やソーシャルワーカーのような

専門性をもった職種の者が健診の場に参加し、その後の相談も担当できる装置が可能であるのは、小規模市の強みの一つでもある。

2) 幼稚園・保育所等における継続的な支援の方法

小規模市においては、大規模市のように、療育センターのみで生活の支援までも完結させていくことは難しく、幼稚園・保育所等と並行通園を行っているケースも多いため、生活の場においても、障害のある幼児が継続的な支援を受けられるシステムは必須である。

今回調査した5市において抽出される装置は、障害幼児担当保育士を増員して配置する事(加配保育士) 巡回相談などの外部専門職による幼稚園・保育所等の支援である。

今回調査した市の多くでは、公立の幼稚園・保育所において障害のある幼児を受け入れており、その重症度に応じて、障害幼児担当保育士を配置するような対応がなされている。その配置には地域差が見られ、多治見市のように、加配された保育士がおおよそ全体の保育士数の1/4を占めるような地域もある。生活の場で直接関わるといふ意味での利点はあるものの、ある一定の人口規模以上の地域では加配保育士を配置していく事が、予算を圧迫していく事や、地域に募集をかけてもそれ以上の加配保育士が集まらないことが考えられる。

一方、定期的な巡回相談もいくつかの地

域で行われており、一定の成果を挙げているようである。南相馬市のように多職種のチームが生活の場である幼稚園・保育所等における支援を行う事により、保育士や加配保育士の専門性を高めていくことが期待される。大規模な療育施設のない小規模市において、このような支援システムは、日常生活の場での療育につながるものと思われる。また、市単独で行う事が難しい場合、岐阜県のように圏域という単位で相談支援を行うようなシステムも参考になるものと思われる。ただし、糸島市や南相馬市を除いては、ここに配置されている人員はそれほど潤沢なものとは言えないようである。小規模市であるため、障害幼児の人数もそれほど多くないことから、1人が巡回相談を担当しているケースも見られる。しかし、そのような場合、その1人が何らかの事情で退職する事により、支援が停滞する事態が容易に想定されるため、ここに2人以上の人員を配置していくことが今後の支援の継続性という意味でも望まれる。

3) 小規模市における小学校へのつなぎの支援：就学移行支援

小規模市における就学移行支援の最大の特徴は、「顔の見える就学移行支援」を行う事ができる点である。多治見市の小学校訪問や引き継ぎ会、瑞浪市の引き継ぎ会、振り返り授業参観、保育体験、山梨市の福祉、教育合同の園訪問や担当の引き継ぎ、糸島市の移行支援キャンプなど各市において顔の見える就学移行支援が行われている。

これに加えて就学移行支援シートを活用している地域もあり、このような定型的な情報のフォーマットと顔の見える支援を組み合わせたハイブリッドな支援が、小規模市の就学移行支援では可能であることが示唆される。

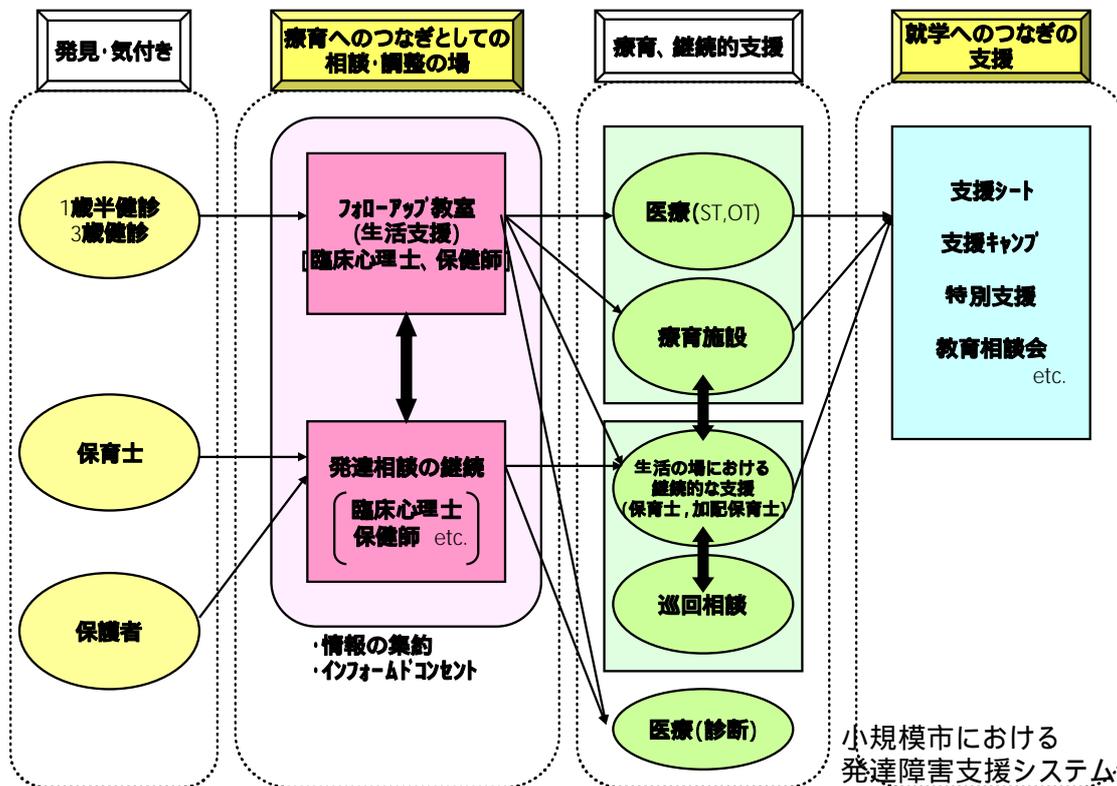
E まとめ

小規模市における発達障害支援システムの比較検討を行った。小規模市では、医療型の大規模な療育施設を持つ事は難しく、発見と診断が直接結びつかない支援システムをとらざるを得ない。しかし、療育へのつなぎの支援である「相談・調整の場」の整備や、巡回相談の充実、そして定型的なフォーマットと顔の見える引き継ぎを組み

合わせた就学移行支援を行うことは、十分に可能であることが示唆される。むしろ、小規模市であるからこそ、多職種の「顔の見える」連携により、生活の場におけるきめ細やかな支援ができる可能性が秘められている。

参考文献

- 1) 岩佐 光章(2015):自閉スペクトラム症、早期療育・支援の横浜モデル 臨床精神医学 44(1):73-79
- 2) 大神英裕(2008) 発達障害の早期支援 研究と実践を紡ぐ新しい地域連携 ミネルヴァ書房



分担研究報告書

糸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

分担研究者 山下 洋¹⁾

研究協力者 香月大輔¹⁾ 大神英裕²⁾

1) 九州大学病院 子どものこころの診療部 2) 九州大学 人間環境学府

研究要旨：小規模都市（糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市）の発達障害児の支援体制に関する調査結果をもとに学齢期の支援システムの検討を行った。特別支援学級の学級数など特別支援教育に関しては、自治体の規模や年少人口あたりの設置数で比較すると、各小規模都市においては発達障害をもつ子どもへの支援のニーズに対して、受け皿としては同程度のリソースを持っていた。

就学相談など就学時の支援体制に関しては、各小規模都市とも、専門家が関わる移行支援の受け皿を整備していた。早期支援からの連携に関しては、サポートブックなど個別の子ども資料作成や移行支援キャンプ、園訪問などの連携活動を通じて、幼稚園や保育園から小学校への橋わたしがなされていた。医療機関や福祉機関との支援体制に関しては、個別のケースごとの医療と教育の連携に加え、巡回相談などの事業に医療保健領域の専門家が参加するかたちで専門知識の提供を行っていた。小規模市ではセンター的機能を有する児童発達支援センターや特別支援学校を擁していないが、小規模ゆえに情報の共有をしやすい各機関同士の「顔の見える」関係での連携が特長になると思われた。

A．研究目的

近年、発達障害の概念にライフステージを通じた一貫性と多様性が含まれるようになり、支援の実践においても発達障害児の暮らす家庭や、それを取りまく、福祉、保健、医療、教育など多領域の連携による支援環境の整備が重要となってきた。

発達障害児への新たな支援の体制づくりのためには、地域特性により異なる発達障害者の支援ニーズの実態把握が必要である。

本研究は、地域特性の違い（人口規模、自治体の経済状態、療育センターの有無、専門家を養成する教育機関の多少等）が、発達障害児とその支援体制の実態にどのような影響を与えているかを明らかにするこ

とを目的とする。2年目の研究の目的として、1年目の研究で得られた小規模自治体の各自治体の支援の実態を元に、就学前の幼小児期から学齢期など発達段階ごとに支援における関係機関の連携のあり方を明らかにすることとする。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

昨年度に得られた糸島市を含む5つの小規模市（糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市）の発達障害児の支援体制に関する調査結果をもとに、小規模市における学齢期の支援システムの検討を行った。

特別支援学級の学級数など特別支援教育に関して、就学相談など就学時の支援体制に関して、早期支援からの連携に関して、医療機関や福祉機関との支援体制に関して、以上4つの観点から比較を行った。

2. 発達障害の支援ニーズの把握

福岡市東区の調査と合同して、糸島市と福岡市東区の発達障害児の診療を行っている主な医療機関を対象に、学齢期の発達障害の有病率などを明らかにすることを目的として、次年度アンケート調査を行う予定としている。

C. 研究結果

1. 学齢期の支援システム

特別支援教育とインクルージョン教育の体制

特別支援学校の設置義務は都道府県に課せられており、今研究の5つの小規模市は特別支援学校を擁していなかった。特別支援学校は特別支援教育におけるセンター

的機能を果たしており、特別支援学校を持たない小規模市ではセンター的機能を他の自治体の特別支援学校に依拠する形となる。

本版研究に参加している小規模市の特別支援学級の数、支援員の配置など発達障害児に対する、教育システムにおける支援のリソースを検討した。表1に示すように、糸島市では特別支援学級が14校に設置され、多治見市では知的障害特別支援学級が13校、情緒障害特別支援学級が12校、瑞浪市では知的障害特別支援学級が6校、情緒障害特別支援学級が5校、山梨市では知的学級が11校、自閉症・情緒学級が5校、難聴学級が1校でそれぞれ設置されていた。通級教室の数を比較すると、糸島市で発達障害や情緒障害を対象にした通級が2校、多治見市で言語通級と発達通級が2校ずつ、瑞浪市で言語通級と発達通級が1校ずつ、山梨市で発達障害や情緒障害を対象にした通級が1校、それぞれ設置されていた。自治体の規模や年少人口あたりの設置数で比較すると、各小規模都市においては発達障害をもつ子どもへの支援のニーズに対して、受け皿としては同程度のリソースを持っていると考えられる。

就学時の支援体制

糸島市では、園や小中学校、教育委員会、児童相談所、保健所、九州大学などの担当者からなる糸島市発達支援部会のスタッフが、就学指導委員会のメンバーとして参加していた。多治見市では、特別支援コーディネーターを中心とした定期的な校内就学指導委員会が開かれていた。山梨市では、就学健診での集団知能検査、その後の個別の検査や面談が就学先の検討に活用されて

いた。南相馬市では、教育委員会からなる専門調査委員に母子保健係なども参加した就学審議会において、ケースごとの特別支援教育の必要性について検討がなされていた。

早期支援からのつなぎ、連携

小学校への就学は、保健や療育機関で主に行われていた支援が、学校教育場面での支援に重点が移っていく時期である。その移行に際して、支援が途切れないようにするため、関係機関間の連携が様々な形で図られている。保健機関から教育機関に向けた診断や検査結果等の情報提供は、保護者の同意が得られれば最も行いやすい連携であり、5つ全ての小規模市で行われている。情報提供の際には、いわゆるサポートブックなど児童の支援方法などをまとめた書類(糸島市、多治見市、瑞浪市)が用いられていることが多い。情報提供に加え、小学校と園の情報交換やケース検討も行われている(多治見市、瑞浪市)。児童や保護者と各機関の関係者が直接会う機会として、就学支援キャンプ(糸島市)や園訪問(多治見市、瑞浪市、山梨市)などが実施されていた。

学齢期の医療・福祉の支援体制

学齢期においては個別のケースについては医療機関と教育機関でも連携が行われている。この場合、就学前から病院で行われていた療育が就学後も継続されるケースも多い。就学後の小学校訪問(多治見市、こども支援課)や小中学校の訪問相談(瑞浪市)、入学後学校訪問(山梨市)などの巡回事業も行われている。

2. 発達障害の支援ニーズの把握

次年度に小学3年生か中学2年生になる発達障害児を対象に、糸島市内における累積発生率と有病率を算出する。

D. 考察

1. 小規模市における学齢期の支援システム

発達障害をもつ子どもと家族にとって、就学は大きな環境の変化であり、子どもを取り巻く支援の提供者や制度も変化する時期である。就学までは主に保健や福祉の領域で発達相談や療育が行われるが、就学後は主な担い手が学校教育へと移っていく。子どもの療育において橋渡し機能 - Scaffolding の重要性は常に指摘されるところであるが、このような制度の移行期において支援機関の間での橋渡しも等しく重要な課題である。移行支援として、早期発見から関わった子どもと家族が就学後も継続的な支援が行われるよう、各自治体で様々な取り組みが行われていることが今回の研究で明らかとなった。療育施設や園から小学校への情報提供に加え、小学校担当者が園を訪問して直接児童を確認したり、担当者と情報交換を行うような双方向のやり取りが何らかの形で行われるよう工夫がなされていた。小規模市ではセンター的機能を有する児童発達支援センターや特別支援学校を擁していないが、小規模ゆえに情報の共有をしやすい各機関同士の‘顔の見える’関係での連携が特長になると思われる。

特別支援学校を有していない小規模市では、特別支援学級と通級が特別支援教育の

中心となっている。比較した3市でも、10万人前後の糸島市、多治見市と、4万人前後の瑞浪市・山梨市で人口規模は異なるが、年少人口あたりで比較すると、特別支援学級の数に大きな違いは見られなかった。一方通級学級に在籍している児童数の比較は調査結果からは明らかにはできなかったが、自治体あたり1-2校という結果であった。実際に通常学級に在籍する発達障害をもつ子どもの数からみて、このように自治体ごとに1-2校に集約するような方式が十分な受け皿となっているかどうかは、本班研究での疫学調査の結果も踏まえ、今後さらに通級で提供されている学習や発達支援の方法を量的・質的に明らかにするなど検討する必要があると考える。また通級指導教室については、いわゆる幼保小連携による早期発見・療育システムでフォローアップされている子どもたちとは異なり、通常学級に在籍し、就学後にはじめて発達障害特性に気づかれた子どもたちも多く存在することが考えられる。実際に就学前の療育や相談の対象とはならないまでも、健診システムや訪問活動において気になる子どもとして、気づかれていた子どもたちについての情報共有のあり方なども今後の課題であろう。

E. 研究発表

1. 論文発表

1) 山下 洋 教育に関する委員会セミ

ナー シンポジウム「今の子どもの育ちと支援 - 就学に向けて -」 就学までの子どもの育ちと家族の気づき - 発達支援相談の経験から - Jpn. J. Child Adolesc. Psychiatr., 56(1); 80-95(2015)

2) 山下 洋 (2015) ビッグデータと臨床経験を結ぶ発達精神病理学 こころの科学 181 pp54-59.

3) 山下 洋 吉田敬子 ポウルビーの発達論からみた発達障害 そだちの科学 24 pp52-57.

F. 参考文献

1) Belsky, J., & Hartman, S. (2014). Gene environment interaction in evolutionary perspective: differential susceptibility to environmental influences. *World Psychiatry*, 13(1), 87-89.

2) Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to the environment: An evolutionary-neurodevelopmental theory. *Development and psychopathology*, 23(01), 7-28

3) 本田秀夫 他(2014)：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 26 年度報告書、pp241-367

表1 小規模市における特別支援教育の体制

	人口	年少人口割合 (%)	市立 小学校数	特別支援学級 (設置校数)		通級指導教室 (設置校数)		支援員 (人)
				知的	情緒	言語	発達	
糸島市	99,885	13.6	17	14	12	2(併設)		25
多治見市	112,595	12.9	13	13	12	2	2	29
瑞浪市	40,387	13.2	7	6	5	1	1	17
山梨市	37,106	12.9	11	11	5	1(併設)		9

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障がい者対策総合研究事業）
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告

小規模市の“発達障がいの気づきと支援”における人材の育成と供給について

分担研究 内山登紀夫（福島大学 人間発達文化学類 教授）
鈴木さとみ（国立障害者リハビリテーションセンター）
川島 慶子（福島大学 人間発達文化学類 研究員）

研究要旨：小規模市における発達障がい児の早期発見と支援における人材育成について、小規模市の取り組みと県との連携について調査を行い、今後の小規模市の人材育成に関するモデル提言へ向けて検討することを目的とした。今年度は、福島県南相馬市（人口約 6 万人）と福島県の人材育成に関する取り組みについてアンケートとヒアリングにて調査を行った。また、福島県内の医師を対象とする発達障がい児支援者スキルアップ研修「医師向け研修会」についてアンケートを実施した。

その結果、南相馬市の発達障害に関する人材育成において、小規模市の取り組みとして行政に“発達支援室”を設置し、母子保健や保育所・幼稚園、療育機関、教育との連携を行うと共に、情報の交換、研修会の開催など大きな役割を果たしていることが明らかとなった。県としては、「子どもの発達『気づきと支援』推進事業」を柱に市町村向けガイドラインの配布を行うと共に、地域の課題に応じた研修会の開催が圏域ごとの保健福祉事務所を中心に行われ、市町村の人材育成をサポートしていた。市と県が抱える新人研修の課題として、業務多忙により指導が円滑に進みにくいことが挙げられた。『医師向け研修』では、現場の医師が「保護者への理解の促し方、伝え方に困難さを感じる」との回答が多く、今後の研修に期待することについては、「専門医の講演」を希望する割合が高かった。

このように、現場のニーズに合わせた研修会の開催や職場内の発達障害に関する普及啓発・情報の共有が業務負担にならない形で行えるシステムが求められていた。今後は、他の小規模市の調査を行うとともに小規模市の人材育成のシステムづくりについて検討したい。

A. 問題と目的：

本研究においては、小規模市における『人材の育成と供給』について調査を行い、発達障害の発見と支援に積極的に取り組んでいる小規模市においてどのような取り組みがなされているのか実態を把握するとともに、同規模市へのモデル提言に向けて有効な取り組みについて検討することを目的とした。

小規模市（人口 3 ～ 6 万人程度）においては、発達障害の発見と支援システムの要素として、ハード面（地域特性・センターや医療機関の有無等）、ソフト面（市の事業等の取り組み）に加えて『人材の育成と供給』が大きな要素としてあげられる。どのような人材を育成し、どのように配置するのかについては、重要な問題である。特に、人とのつながりが密である小規模市においては、発達障害児の発見と支援において、事業の充足やシステムづくりが早急に求め

られており、それらの要となる人材の育成は、長期的かつ大きな課題と言える。

そこで、今回は、小規模市の中でも行政として“発達支援室”を設置した福島県南相馬市について『人材の育成と供給』におけるアンケート調査を行うとともに、福島県の取り組み（市町村との連携）について調査を行った。

今回は、福島県南相馬市（小規模市）と福島県（都道府県）の結果について報告する。今後は、同規模の山梨市、糸島市、多治見市、瑞浪市において、同様のアンケートを実施し比較検討を行う予定である。

（倫理面への配慮）

アンケートについては匿名化の上、数的データとして処理し、個人が特定できないよう配慮した。福島大学において倫理委員会の承認を得ている。

B. 研究方法

1. 人材育成と供給に関する調査

福島県南相馬市役所“発達支援室”と福島県庁“児童家庭課”を対象に、発達障害の発見と支援に携わる職員の人材育成についてアンケートを作成し担当者へ記入を依頼した。併せて担当者へのヒアリング調査を実施した。

2. 医師向け研修会アンケート調査

福島県主催の発達障がい児支援者スキルアップ研修「医師向け研修会」の参加者を対象に自作のアンケートを研修会前に配布し、事後に回収を行った。

C. 研究結果

1. 人材育成と供給に関する調査

1) 南相馬市調査結果

南相馬市は、平成 22 年度より南相馬市健康福祉部男女共同こども課に“発達支援室”が設置された。幼児から成人までの発達障害児・者を対象とし、乳幼児健康診査、市内の保育所・幼稚園、学校、児童発達支援事業所、相談事業所等の関係機関との連絡調整等を行っている。

保健師 1 名、保育士 1 名、言語聴覚士 1 名がおり、巡回相談会や研修会の開催、発達障害に関する研修会への参加を積極的に行い、普及・啓発にも努めている部署である。今回のアンケートについて、発達支援室に依頼をした。結果は次の通りである。

<アンケート結果（“発達支援室”）>

（1）人材の配置について

母子保健や発達障害に関わる職員は、“母子保健係”が保健師 5 名、“発達支援室”が保健師 1 名、保育士 1 名、言語聴覚士 1 名であり、いずれも市の正規職員となっている。

（2）人材育成について

“人材育成”についてのイメージ

「研修会」、「事例検討会」、「カンファレンス」、「職場内での啓発」、「現場経験」、「先輩の指導」（選択肢より複数回答可）

人材育成に関する予算

表 - 1

部署名	予算額	内容
健康づくり課母子保健係	31,920 円	研修会参加（旅費、書籍代）
男女共同こども課発達支援室	651,000 円	研修会参加（旅費、受講料、書籍代）

今年度の発達障害の気づきと支援に関する人材育成のための予算額とその内容については、表 - 1 の通りである。また、昨年度から予算額の見直しがあったかについては、「変更なし」であった。

研修会への参加について

参加した研修会については、県主催の研修会 2 回、市主催の研修会への参加 4 回については、母子保健係と発達支援室の職員が参加した。その他団体主催の研修会 6 回については発達支援室の保健師、保育士、言語聴覚士が 1 名ずつ参加した。『伝達研修』については、1 か月以内に所属部署内で行われることとなっている。また、発達支援室の職員が参加した研修会の内容が、他の連携機関において役立つと考えられた場合、研修会の情報を提供し、参加を呼びかけるといった日々の啓発もコミュニケーションの中で行われていた。(前年度までは、国が主催する発達相談支援員研修に発達支援室職員が参加していた。)

事例検討会、カンファレンスについて

事例検討会、カンファレンスいずれも行われている。スーパーバイザーや講師の参加はなかった。

乳幼児健康診査後(1:6、3:6)におけるカンファレンスは、保健師、心理士、保育士、言語聴覚士、作業療法士が、経過観察が必要な児童について検討する機会として毎回健診後に行われる。

専門職(保健師等)の新人研修について

実施期間は 3 年間であり、研修担当者は健康福祉部健康企画係保健師(同部所内)となっている。

指導内容は「福島県保健師現任教育プロ

グラム」に基づいて実施としているが、課題としては担当プリセプターの負担増があり、指導・相談が不十分の恐れがあるとしている。

発達障害に関する職場内の啓発活動や取り組み

・事例検討会や勉強会(研修伝達)

乳幼児健康診査の間診方法に関する指導について

新任期間半年から 1 年目まではプリセプター又は先輩保健師とペアで問診・相談を行う。2 年目は単独実施となるが、必要に応じてプリセプターや先輩保健師と相談しながら実施する。課題としては、保護者との関わりや子どもの発達の理解があげられる。

人材育成の課題

人事異動があるため、発達障がい者支援の専門性の積み重ねが難しい場合がある。

福島県や発達障がい者支援センターとの連携について

人材育成に役立つと感じられる県の取り組みとして、県庁児童家庭課主催の『発達障がい児支援者スキルアップ研修』が挙げられた。

福島県発達障がい者支援センターについては、『家族のためのワークショップ(発達障がい児の保護者に対し、サポートブックの書き方研修を行い、その後保護者同士のグループ活動を行う)』『被災した障がい児に対する医療支援事業(被災地への巡回相談会)』が挙げられた。

人材育成に関して、効果測定

実施、検討の予定はない。

研修会の開催について

平成 25 年、26 年における発達障害に関

する研修会の開催と参加人数については表の通りである。日常の業務の中で発達障害に関して連携を図っている専門職（医師、指導主事、相談支援事業所相談員、児童発達支援事業所、臨床心理士等）を講師に開催された。そのため、市の現状に合った内容がテーマとなっている。

2) 福島県調査結果

・子どもの発達「気づきと支援」推進事業

本事業は、福島県庁児童家庭課、障がい福祉課、福島県発達障がい者支援センターが連携して平成 21 年から検討を重ね、平成 22 年度より実施となった。発達障がい児の早期発見及び適切な支援を行うために、市町村の母子保健・児童福祉担当職員や保育所・幼稚園の保育士を対象に、“「気づきと支援」ガイドライン”を活用し、集合研修及び各地域での実務研修を実施している。また、乳幼児健診に関わる小児科医に対し、健診場面で発達障がい児を早期発見するための研修を行っている。このように、気づきと支援ガイドラインの活用と研修（集合・実務）を併せて実施することで、早期発見と支援を目指すものとなっている。

・発達障がい児支援者スキルアップ事業

発達障がい児とその保護者が地域で安心して生活や子育てができるために、乳幼児やその保護者を支援する市町村、保育所、幼稚園の職員及び小児科医等が発達障がい児の早期発見、早期支援及び地域での支援体制の構築ができるよう研修会を実施することを目的としている。

平成 26 年度の取り組みは、次の通りである。

a. 保健師向け研修会

各保健福祉事務所単位で市町村保健師、保育士、その他関係施設職員を対象に研修会を実施している（1～3回/年）。内容は、事例検討や講話等、また講師は大学教授や発達支援センター職員等、各保健福祉事務所によって異なる。（結果については年度末の報告となるため本調査においては未聴取）

b. 団体等が開催する研修会への講師派遣

市町村や保育所等で研修会を実施する際、講師の報償費旅費を支援している。平成 26 年は 12 月末までに 3 件の申込みがあった。

c. 医師向け研修の開催

小児科医、乳幼児健診に携わる医師、保健師等について研修会を実施し、122 名の参加があった。参加者は医師、保健師、心理士等であった。（結果については、2. 医師向け研修のアンケート結果参照のこと。）

d. 教材の貸し出し

市町村や保育所等の施設内研修等で活用できる学習教材の貸し出しを行っている。平成 26 年は 12 月末までに 4 件の申込みがあった。

福島県の『人材育成と供給』に関するアンケートについては、児童家庭課の担当者にアンケートを依頼した。結果は、次の通りである。

<アンケート結果>（県庁児童家庭課）

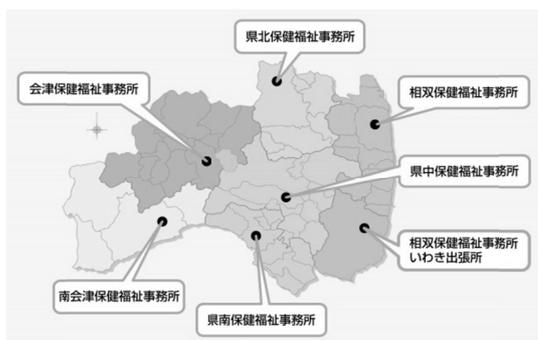
（1）人材の配置について

福島県庁児童家庭課における母子保健、発達障害に関わる人員については、児童家庭課の保健師 3 名、障がい福祉課の臨床心理士 1 名であり、すべて正規職員である。

福島県の保健福祉事務所は、県北、県中、県南、会津、南会津、相双保健福祉事務所

の6か所となっている。また、中核市であるいわき市において、原発避難者（相双地域より）が多いことから、相双保健福祉事務所の出張所を設置している（図1 参照）。

図1 福島県保健福祉事務所



（福島県ホームページより）

（2）人材の育成について

人材育成のイメージ

「研修会」、「事例検討会」、「カンファレンス」、「勉強会」、「職場内での啓発」、「現場経験」、「先輩の指導」、「その他（市町村保健師からの指導）」（選択肢より複数回答可）

人材育成に関する予算

表 - 2

部署名	予算額	内容
児童家庭課	544,700 円	研修会開催
児童家庭課	380,400 円	アドバイザー派遣

研修会参加についての予算はみられなかったが、研修会開催について、また市町村からの要請に応じて専門家を派遣する「アドバイザー派遣」についての予算が組まれていた。前年度と比較すると、全体で10%未満の増の結果であった。

研修会への参加について

研修会参加についての記述はなかったが、研修会へ参加した場合の伝達研修会については、所属部署内で同職種間において1週間以内に行うこととされている。

事例検討会、カンファレンスについて

県庁内での実施なし。

専門職（保健師等）の新人研修について

入庁後1か月目から5年目までであり、担当は所属内の中堅期保健師をプリセプターとして位置付けることとされている。内容は『福島県保健師現任教育プログラム』に従って実施する。課題としては、現認教育プログラムの作成時は新任期保健師が本庁採用になることを想定していなかったため、実質的にプログラムの内容がマッチングしていないことがある。また、現場がない環境でのスキルアップの限界、見学中心の学びとなることがある。業務が多忙であり、計画的に現任教育が実施出来ないこと、本庁職員としての業務が優先され、保健師としての活動が少ないため現場保健師からの技術や精神面での学びが少ないことがあげられた。

人材育成に役立つと思う職場内の取り組みについて

発達障がい者スキルアップ事業において、発達障害児支援に関する書籍や教材（DVD等）の貸し出しを行っていること、発達障がい児の支援に限らず、保健福祉事務所では必要な書籍等は必要時に購入することが出来る。

人材育成における課題

「集合研修については参加できる人が限られるため、教材貸し出し等の工夫が必要」との回答であった。

人材育成に関する効果測定について

現認教育プログラムとして、年に2回『目標到達度チェック』を実施しており、本人とプリセプターが同じ指標で評価を行っている。自己評価だけでなく他者評価も含めて本人が自己の成長を把握すると共に、今後取り組んでいくべきこと(足りない部分)を知ることが出来るシステムになっている。指導を受ける側と指導する側が互いに納得しながら取り組むことが出来ることがメリットである。

2. 医師向け研修会アンケート結果

福島県庁児童家庭課主催の“発達障がい児支援者スキルアップ研修”において「医師向け研修」の参加者に対し、研修会に参加した感想についてアンケートを行った。

発達障害に関する県内の専門医の不足から医師の人材育成についても検討することを目的とし、「医師向け研修会」のアンケートについて結果を報告する。

「医師向け研修会」は県内5か所で実施され、計122名が参加した。参加者は、医師、心理士、保健師である。内容は、発達障がいに関すること、講師は発達障がいを専門とする児童精神科医であった。100名から回答があり、回収率は82%の回収率であった。

Q1. 講義内容について (4件法) n=100

項目	回答数
聞きたい内容だった	66
既に知っていた	6
もう少し聞きたかった	25
違う内容が良かった	0

66名(54%)が「聞きたい内容だった」、25名(25%)が「もう少し聞きたかった」と回答した。自由記述にて「もう少し聞き

たい内容」を調べたところ、「直接的支援について(具体的な対応方法や療育の映像をもう少し見たかった、これまでの事例について知りたい等)」「健診でのチェックポイント(具体的な早期発見の方法や現状等)」等の回答となっている。

Q2. 研修会の感想 (3件法) n=100

項目	回答数
良かった	64
ふつう	30
あまり良くなかった	2

64名(64%)が「良かった」と回答し、30名が「ふつう」(30%)の結果であった。自由記述として、「内容として医師の講話がもう少し聞きたい」が2件あげられていた。

Q3. 来年度の研修会に期待する内容

(6件法、複数回答可) n=100

項目	回答数
発達障害の専門医による講演	60
福島県の発達障害児支援の現状についての報告や、社会資源の紹介等	48
事例検討会	29
保健師や療育に携わる専門職からの事例報告等	23
グループワーク(意見交換中心の研修)	7
その他	6

専門医の講演が最も60名が選択し、次いで現状報告や社会資源の紹介となっている。「その他」の自由記述については、「県内の現場の医師の発表」「具体的な養育の方法を学ぶ場」「保護者支援」「成人期のASDについて」等の結果となっている。

Q4. 乳幼児健診や診療で発達障がい児やその保護者と関わる際に難しいと感じるこ

と（自由記述）

- ・保護者の理解、伝え方の難しさ。（19名）
- ・医療機関に関すること（待機の長さ、紹介先、専門機関の少なさ等）。（6名）
- ・短時間の健診での判断が難しい。（2名）
- ・保健師と医師の連携。（2名）
- ・実際の関わり方への支援。（1名）
- ・親の精神疾患等の問題。（1名）
- ・支援を継続すること。（1名）
- ・祖父母の協力を得ること。（1名）
- ・その他（2名）

上記の結果から、保護者へ発達障害について説明する際に理解を得ること、伝えることの難しさについて困難を感じている参加者が多かった。

Q5 . 研修会の案内について、医師会を通じてお送りしたことに支障はなかったか

（2件法）n=100

項目	回答数
特に支障ない	64
不都合があった	5

未回答が31名。コメントの中に、「研修会の開催について情報がなく知人を通じて知った」「案内を見落としていた」「各地区センターへ通知することがわからず、連絡が遅れた」などの回答があった。

D . 考察

発達障害者支援法では、国及び地方公共団体に発達障がい児者に対する支援を適切に行うことができるよう専門的知識を有する人材の確保を定めている。

南相馬市では、独自に開設した“発達支援室”を中心に発達障害の早期発見と支援が取り組むと共に、研修会の開催や他機関

へ向けての情報の発信等、地域全体の人材育成における役割も果たしていた。

乳幼児健診において保健師、心理士、言語聴覚士、保育士等が参加すると共に、事後のカンファレンスも同メンバーで行われており、日常業務の中でお互いの専門性を高める機会となっていた。

福島県児童家庭課は、市町村向けに乳幼児健康診査についてのガイドラインの作成や発達障害及び関連領域に関する研修会の開催により市町村の人材育成についてバックアップが行われていた。

小規模市では専門医師の不足が依然として課題である。こうした課題に対応するため、福島県は地域の乳幼児健康診査に携わる小児科医等を対象に研修会を開催している。これらも地域の人材育成であり、地域資源の向上へ向けた取り組みの一つと考えられる。

また、各保健福祉事務所5か所で地域の保健師に向けて発達障害に関する研修会が開催されている。地域の特徴やニーズに合わせた内容とするため、日常の連携が重要となる。しかし、各保健福祉事務所の母子保健を担当する職員の数は2名程度（調査中）であり、業務負担が予測される。日常業務の負担と人材育成に向けた取り組みは県と市いずれにおいても課題として挙げられており、それらを解消するシステムの開発も必要である。さらに、人事異動に左右されないシステムづくりも行政においては大きな課題と言える。

E . 今後について

小規模市（山梨市、糸島市、多治見市、瑞浪市）において発達障害に関する人材育

成のアンケートを実施する予定である。

引用文献

- ・福島県保健師現任教育指針『福島県保健師現任教育プログラム』福島県保健福祉部保健福祉総務課 2013年12月

参考文献

- ・ Natasha Marrus, Jeremy Veenstra-VanderWeele, John R Pruett Jr, et al.(2014) Training of child and

adolescent psychiatry fellows in autism and intellectual disability, Autism, Vol.18(4) 471-475

- ・厚生労働省社会援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室 行政説明資料,平成27年度発達障害者支援施策について
- ・本田秀夫(2012) 発達障害の早期発見：保健師に求められること,保健師ジャーナル 68(11), 962-967

表

	実施日	内容・講師	参加人数
平成25年度	平成25年5月9日(木)	「子どもの発達とその応援」 講師：南相馬市立総合病院 安藤幸典 氏(小児科医師)	30名
	平成26年1月24日(金)	「支援を要する子どもへの対応について ～衝動性のある子どもとSOSのさせない子どもを中心に～」 講師：横浜市総合リハビリテーションセンター 尾崎浩子氏	38名
	平成26年2月7日(金)	テーマ：療育機関の利用と内容について 療育の法的根拠と利用方法について 相談支援相馬事業所 四條拓哉氏 児童発達支援の内容について のびっこらんど愛愛 志賀一美氏 放課後等デイサービスの内容について じゅにあサポート「かのん」 新妻直恵氏	46名
	平成26年2月26日(水)	テーマ：支援を要する児童の個別教育支援計の作成について ～小学校へのつなぎを見据えて～ 講師：指導主事 大和田浩氏 相双教育事務所学校教育課	35人
	平成26年3月15日(土)	テーマ：「子どもの愛着形成を促すためには」 講師：大上 律子氏(臨床心理士) NPO法人 西神戸トラウマカウンセリングルーム	24名
平成26年度	平成26年5月1日(木)	テーマ「困っている子供たち - 理解と支援 - 」 講師：南相馬市立総合病院 小児科長 安藤幸典 氏	59名
	平成27年1月9日(金)	テーマ：就学指導の現状と就学時の効果的な連携について 講師：南相馬市教育委員会 学校教育課 指導主事 鈴木 和一郎 氏	33名
	平成27年1月21日(水)	テーマ：不器用なお子さんへの支援について ～感覚統合の視点から～ 講師：作業療法士 岸本 光夫 氏	
	平成27年2月16日(月)	テーマ：子どもが力を発揮できる環境の設定(構造化)について ～合理的配慮の視点から～ 講師：福島県養護教育センター 指導主事 江田 貴洋 氏	

『人材の供給と育成』に関するアンケート

記入日 平成 年 月 日

ご所属・職名

ご記入者名

アンケートについて

発達障害に関する“気づき(発見)”と“支援”に関わる職員の人材育成に関する質問です。本調査の詳細につきましては、研究計画案をご参照ください。質問ごとに選択式、自由記述の形式となります。ご無理のない範囲でお答えください。また、後日、担当者より不明な点などについて問い合わせをさせていただく場合もございますが、ご了承いただければ幸いです。問い合わせ不可の場合は、その旨ご記入ください。

・人材供給について

1. 母子保健、発達障害に関わる職員についてお伺いします。組織図がありましたら、添付願います。

発達障害のお子さんに関わるすべての所属名と、職種、雇用形態、人数、をお教えてください。

所属名	職種	雇用形態	人数

・人材育成について

1. 現在のご所属の中で、“人材育成”についてのイメージをお聞かせください。

[]の中のアてはまるものすべてに を付け、その他についてはご記入ください。

[研修会 ・ 事例検討会 ・ カンファレンス ・ 勉強会 ・ 職場内での啓発 ・ 他機関との連携

・ 人事交流 ・ 現場経験 ・ 先輩の指導 ・ その他()
()

2. 人材育成に関する予算についてお聞かせください。

今年度の発達障害の気づきと支援に関する人材育成のための予算額とその内容

		()	
		保健師 心理士 言語聴覚士 保育士 ()	

記入欄が足りない場合は、別紙にご記入願います。

2. 研修会参加後の他の職員への伝達するための機会について（伝達研修について）お聞かせください。

参加されるメンバー構成

{ 所属部署内 ・ 同じ職種のみ ・ 機関の希望参加者すべて ・ その他
() }

実施時期

{ 研修会終了後1週間以内 ・ 1か月以内 ・ 半年以内 ・ 1年以内 ・ その他
() }

3. 事例検討会についてお聞かせください。

事例検討会は実施されていますか。

{ はい ・ いいえ ・ その他 () }

「はい」の場合、お答えください。

事業名、回数、参加されている方の職種、スーパーバイザーまたは講師の有無とその職種をお教えてください。

{ 事業名 : }

{ 回数 : 参加者の職種 : }

{ スーパーバイザー(講師) : 有 ・ 無 (職種 :) }

4. カンファレンスについてお聞かせください。

カンファレンスは実施されていますか。

{ はい ・ いいえ ・ その他 () }

「はい」の場合、お答えください。

事業名、回数、参加されている方の職種、スーパーバイズまたは講師の有無とその職種を

お教えてください。

[事業名 :]

[回数 : 参加者の職種 :]

[スーパーバイザー又は講師 : 有・無 (職種 :)]

5. 専門職(保健師等)の新人研修についてお聞きます。

実施期間

[入社後 か月目 ~ か月目 (合計 か月間)]

新人研修担当者 []

内容

指導内容 :

課 題 : (取り組みにおいて苦慮するところ)

その他 :

乳幼児健康診査の問診方法に関する指導について、どのように実施されていますか。期間や指導方法について、課題となるところ等、具体的にご記入ください。

期 間 :

指導方法 :

課 題 :

その他 :

6. 人材育成に役立つと思われる職場内の啓発活動・取り組みなどありましたら、お教えてください。

・ご自由にご記入ください。例)書籍を見える位置にしている。自由に貸し出しできる等。

7. 人材育成における課題についてご記入ください。

・ご自由にご記入ください。

8. 県との連携についてお聞きします。

これまでの県主催の研修・事業において、発達障害の気づきと支援に関する人材育成に役立つと感じる取り組みがありましたら、ご記入ください。

・ご自由にご記入ください。

9. 発達障がい者支援センターとの連携についてお聞きします。

これまでの発達障がい者支援センターの研修・事業において、発達障害の気づきと支援に関する人材育成に役立つと感じる取り組みがありましたら、ご記入ください。

・ご自由にご記入ください。

10. 人材育成に関する取り組みにおいて、効果測定(どれくらい効果があったか等)は行われていますか。

[はい ・ いいえ ・ 検討中 ・ その他()]

・「はい」と回答の場合は、お答えください。どのように取り組まれていますか。具体的にお答えください。

・ご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

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

岐阜県多治見市の

発達障害児の支援体制の特徴に関する研究

分担研究者 関 正樹（大湫病院、土岐市立総合病院 精神科）

研究協力者 伊藤 友子（大湫病院）

栗林 英彦（県立多治見病院 精神科）

荒川 武（県立多治見病院 小児科）

元吉 史昭（土岐市立総合病院 小児科）

中野 正大（土岐市立総合病院 小児科）

吉川 徹（愛知県心身障害者コロニー中央病院 児童精神科）

研究要旨：発達障害の早期発見と早期支援の重要性が強く叫ばれるようになり、各地域で具体的な取り組みが推進されつつあるが、その進捗には地域格差も大きい。特性の異なる自治体における、発達障害の支援ニーズの把握とともに、地域の特性に応じた発達障害支援システムの現状を調査し、具体的な地域支援のあり方についてモデルを示す事を目的とした調査研究の一環として、前年度に引き続き、岐阜県多治見市において、教育機関、医療機関における有病率調査を行った。多治見市においては、広汎性発達障害の小学 1 年、2 年児童における医療機関把握率はそれぞれ、1.79%、3.24%であり、小学 6 年児童、中学 1 年では 2.11%、2.74%であった。教育機関の把握率と医療機関における把握率には差が認められたが、年代があがっても、把握率は概ね変化せず、教育機関と医療機関の把握率の差にも大きな変化は認められなかった。多治見市においては、比較的早期から、医療機関受診を含めた支援がなされている傾向が示唆された。

A．研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の開始の重要性が強く叫ばれるようになり、各地域において具体的な取り組みが推進されつつあるが、その進捗には地域格差も大きい。また、大都市と小規模都市では、おのずとできることも異なってくる。従って、特性

の異なる自治体における発達障害の支援ニーズを把握し、発達障害の支援システムの現状について調査を行い、地域の特性に応じた発達障害の支援システムのモデルを提示することには大きな意義がある。

その一環として、前年度に引き続き、多治見市における発達障害の支援ニーズに関する調査を疫学的手法を用いて行うことが

本調査研究の目的である

B．研究方法

1. 発達障害の支援ニーズに関する調査

本年度も前年度に引き続き、教育機関(各学校)が発達障害について把握している、もしくは疑いを持っている子どもたちがどの程度存在するかを調査するために、教育機関(市内全小中学校、市内在住の対象の子どもが通う特別支援学校)にアンケート調査を行った(回収率は100%)

さらに、当地域の発達障害診療を行っている医療機関である、大湫病院、土岐市立総合病院、県立多治見病院、愛知県心身障害者コロニー中央病院において、前年度と同様の小学1年生及び小学6年生の有病率を発達障害全体及び主たる発達障害の種別を調査するため、診療録等より診断名、診断を受けた年齢、IQ、重複障害の有無について調査を行った。また昨年度調査を行った居住コホートの追跡調査を行う目的で、小学2年生、中学1年生においても同様の調査を行った。

(倫理面への配慮)

教育機関におけるアンケート調査においては、個人を特定し得ることのないように数的情報のみを取り扱った。

医療機関における診療録調査においては、一般診療行為から得られる臨床情報のみを診療録等を介して収集、利用することが目的であり、倫理的な問題は生じない。各医療機関で集めた個票は連結可能な状態で匿名化した後に集計を行った。

また、インフォームド・コンセントは取らないが、研究の意義・目的・方法、問合せ先等を記載したポスターを外来に掲示し、

情報の公開を行った。

さらに、本研究を行うにあたって、各医療機関における倫理委員会の承認を得た。

C．研究結果

1. 発達障害の有病率調査

表1

多治見市 小学1年 N=952	教育機関 ()内は教育機 関における診断 把握率	医療機関
発達障害全体	9.77	3.26
広汎性発達障害	3.46(2.0)	1.79
多動性障害	2.42(0.21)	0.21
コミュニケーション 障害	1.35(0.52)	0.52
精神遅滞	1.57(1.1)	0.73
その他	0.21(0)	0.10

表1は多治見市における小学1年児童の有病率調査の結果をまとめたものである。多治見市において、市内各小学校、対象となる特別支援学校におけるアンケート調査の結果(回収率100%)、教育機関において広汎性発達障害を疑っている、もしくは、診断を把握している児童の居住コホートにおける割合は3.46%であった。多動性障害も2.42%、精神遅滞1.57%であった。医療機関を受診しない理由としては、「必要性を感じない」が突出して多かった。

医療機関における診療録調査では、広汎性発達障害は1.79%、多動性障害は0.21%であった。広汎性発達障害と診断されている児童の70.6%は精神遅滞を併発していなかった。発達障害全体で見れば、多治見市の小学1年児童の3.26%が就学前に医療機関で何らかの発達障害の診断を受けていた。

表 2

多治見市 小学2年 N=955	教育機関 ()内は教育機 関における診断 把握率	医療機関
発達障害全体	11.51	5.66
広汎性発達障害	3.76(2.7)	3.24
多動性障害	3.35(0.7)	1.04
コミュニケーション 障害	0.52(0.3)	0.63
学習障害	1.57(0.3)	0
精神遅滞	1.67(1.0)	0.42
その他	0.63(0.3)	0.33

表 2 は多治見市の小学 2 年児童における発達障害の有病率調査の結果をまとめたものである。教育機関において、広汎性発達障害を疑っている、もしくは診断を把握している児童は 3.76%、多動性障害は 3.35%、学習障害は 1.57%であった。医療機関受診に至らない理由は「必要性を感じない」が突出して多かったが、医療機関の「受診の予約がとれない」「保護者に伝えるか悩んでいる」というものも見られた。医療機関における診療録調査では、小学 2 年児童の 3.24%が医療機関で広汎性発達障害と診断されており、1.04%が多動性障害と診断されていた。広汎性発達障害と診断されている児童の 67.7%は精神遅滞を併発していなかった。発達障害全体としては教育機関では、11.51%が何らかの発達障害として把握されており、5.66%が医療機関で診断を受けていた。

表 3 は多治見市の小学 6 年児童における発達障害の有病率調査の結果をまとめたものである。教育機関において、広汎性発達障害を疑っている、もしくは診断を把握し

ている児童は 3.33%、多動性障害は 1.41%、学習障害は 0.91%であった。医療機関の受診に至らない理由としては「必要性を感じない」が突出して多かったが、「家族の理解が得られない」や「保護者に伝えるべきか悩んでいる」という回答も散見された。医療機関における診療録調査では、小学 6 年児童の 2.11%が医療機関で広汎性発達障害と診断されており、0.40%が多動性障害と診断されていた。広汎性発達障害と診断されている児童の 76.2%が精神遅滞を併発していなかった。発達障害全体としては 7.57%が教育機関で把握されており、3.41%が医療機関で診断を受けていた。

表 3

多治見市 小学6年 N=991	教育機関 ()内は教育機 関における診断 把握率	医療機関
発達障害全体	7.57	3.41
広汎性発達障害	3.33(1.7)	2.11
多動性障害	1.41(0.4)	0.40
コミュニケーション 障害	0.50(0.1)	0.10
学習障害	0.91(0.2)	0.10
精神遅滞	1.11(0.5)	0.40
その他	0.30(0.3)	0.30

表 4 は多治見市の小学 6 年児童における発達障害の有病率調査の結果をまとめたものである。教育機関において、広汎性発達障害を疑っている、もしくは診断を把握している児童は 2.54%、多動性障害は 1.12%、学習障害は 0.83%であった。医療機関受診をしていない理由としては「必要性を感じない」が最も多かった。医療機関における診療録調査では、小学 6 年児童の 2.51%が

医療機関で広汎性発達障害と診断されており、0.84%が多動性障害と診断されていた。発達障害全体としては4.47%が医療機関で診断を受けていた。

表4は多治見市の中学1年生における発達障害の有病率調査の結果をまとめたものである。教育機関において、広汎性発達障害を疑っている、もしくは診断を把握している児童は4.80%、多動性障害は1.57%、学習障害は1.97%であった。医療機関の受診に至らない理由は「必要性を感じない」が突出して多かった。医療機関における診療録調査では、中学1年生の2.74%が医療機関で広汎性発達障害と診断されており、1.46%が多動性障害と診断されていた。広汎性発達障害と診断されている生徒の46.4%が精神遅滞を併発していなかった。発達障害全体としては教育機関において10.2%が把握されており5.11%が医療機関で診断を受けていた。

表4

多治見市 中学1年 N=1019	教育機関 ()内は教育機関における診断把握率	医療機関
発達障害全体	10.20	5.11
広汎性発達障害	4.80(3.04)	2.74
多動性障害	1.57(0.58)	1.08
コミュニケーション障害	0.49(0.20)	0.20
学習障害	1.97(0)	0.10
精神遅滞	1.18(0.88)	0.69
その他	0.20(0)	0.30

D. 考察

1. 多治見市における広汎性発達障害の有

病率について

本年度の調査では、多治見市の小学1年児童において、教育機関における発達障害全体の把握率は9.77%であるのに対して、医療機関における把握率は3.26%とおおよそ1/3が診断にまで至っていると言う事ができる。小学校2年、小学校6年、中学1年の調査では、教育機関で把握されている児童、生徒のおおよそ1/2が診断に至っている傾向が示唆される。このことから、多治見市においては、比較的早期から医療機関受診に至りやすい傾向が示唆される。

医療機関受診に至らない理由として、突出して多く見られるのは、「受診の必要性を感じない」というものである。ここからは「気になる児童、生徒」として学校は既に把握しているが、特別支援教育や通常学級における配慮を通じて、何とか支援が成功している様子が透けて見える。

しかし、「保護者に伝えるべきか悩んでいる」という回答もいくつか見られており、このような現場の教師を支援するシステムの必要性が示唆される。多治見市においては、現在、インクルーシブ教育が推進されており¹⁾、多くの発達障害を有する児童、生徒が通常学級に在籍している。そのため、現場の教師を支援するような巡回支援の取り組みもなされつつある。今後、巡回支援が軌道に乗った際に、このような声はどう変化していくか、来年度もフォローアップを継続したい。

診断の内訳に目を向けてみると、広汎性発達障害の医療機関における有病率は小学1年時こそ1.79%と2%を下回っているが、その他の学年では2%を超えており、中でも小学2年児童では3.24%となっている。

これらは最近の広汎性発達障害の有病率のデータである、韓国における有病率(2.64%)²⁾とほぼ同様もしくは高い傾向のある数値であった。

また、併存症に目を向けてみると広汎性発達障害を有する児童の多くが精神遅滞を併発しない傾向が、多くの学年で示されており、このことから多治見市においては精神遅滞を伴う中核群の自閉症のみならず、非典型的で症候が薄い広汎性発達障害群も比較的早期から検出されていることが示唆される。

E . 結論

岐阜県多治見市における発達障害の支援ニーズを検討するために、教育機関における発達障害の把握に関するアンケート調査を行うとともに、医療機関における診療録調査を行った。

多治見市においては、発達障害を有する児童、生徒は比較的早期から教育機関、医療機関において把握、支援が開始される傾向にあった。医療機関における併存症調査からは、非典型的で症候の薄い事例も比較的早期から検出されていることが示唆された。医療機関の受診を必要とせず、教育の中で適応できている児童、生徒も多いものの、現場の教師の中には「保護者に伝えるべきか悩んでいる」生徒を抱えている教師も存在する。今後、適切にインクルーシブ教育を推進していくためにも、多治見市においては、そのような教師を支援していくシステムの整備、成熟が期待される。

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) 関 正樹:岐阜県多治見市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究;厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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・分担研究報告所 pp257-297
- 2) Kim YS et al :Prevalence of autism spectrum disorder in a tortal population sample. Am J Psychiatry 168;904-912,2011

(多治見市 小1)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	PDD (F84)															計
	IQ69 以下			IQ70 以上			知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	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	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	F90 あり	他の重複 あり	
1 歳代以下																
2 歳代					1:0											1:0
3 歳代				4:0	1:0		1:0									6:0
4 歳代				1:0												1:0
5～6 歳代	2:1		1:0	3:1	1:0											7:2
不明																
合計	3		1	9	3		1									17
(男:女)	(2:1)	(:)	(1:0)	(8:1)	(3:0)	(:)	(1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(15:2)

診断された 年齢	多動性障害 (F90 ; を除外)															計
	IQ69 以下			IQ70 以上			知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	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	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	F80 あり	他の重複 あり	
1 歳代以下																
2 歳代																
3 歳代																
4 歳代																
5～6 歳代				2:0												2:0
不明																
合計				2												2
(男:女)	(:)	(:)	(:)	(2:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(2:0)

診断された 年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)										
	IQ69 以下		IQ70 以上		知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる		知的障害の有無は不明		計
	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	
1 歳代以下											
2 歳代											
3 歳代									0 : 1		0 : 1
4 歳代									0 : 1		0 : 1
5 ~ 6 歳代			1 : 0						2 : 0		3 : 0
不明											
合計 (男:女)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	4 (2:2)	(:)	5 (3:2)

診断された年 齢	精神遅滞 (F70~F79 ; 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						
2 歳代	1:0		1:0	神経症 1:0	ホーダーIQ 1:0	2:0
3 歳代		1:0	1:0	AD/HD ｽﾟ外 1:0		1:0
4 歳代	2:0		2:0	神経症 1:0		1:0
5 ~ 6 歳代	1:2		1:2	チック 0:1		0:1
不明						
合計 (男:女)	6 (4:2)	1 (1:0)	7 (5:2)			5 (4:1)

(4) 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 (未受診例も含む)

PDD とと思われる子ども	[17]人 (男[15]人、女[2]人)
以外で多動性障害と思われる子ども	[2]人 (男[2]人、女[0]人)
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	[5]人 (男[3]人、女[2]人)
以外で精神遅滞と思われる子ども	[7]人 (男[5]人、女[2]人)
その他の発達障害と思われる子ども	[]人 (男[]人、女[]人)

(多治見市 小2) 平成26年4月2日現在、地域に居住する小学2年生の子ども数(居住コホート)

(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 た年齢	PDD (F84)																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F90 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり
1 歳代 以下								0:1													0:1	
2 歳代	0:1	2:0		3:1													0:1				5:3	
3 歳代	1:0			2:0																	3:0	
4 歳代				2:1	1:0																3:1	
5-6 歳代	1:0			5:2	2:0																8:2	
1 年生	1:0				1:0		1:0										1:0				4:0	
2-3 年 生		1:0																			1:0	
4-5 年 生																						
不明																						
合計 (男女)	4 (3:1)	3 (3:0)	(:)	16 (12:4)	4 (4:0)	(:)	1 (1:0)	(:)	1 (0:1)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	2 (1:1)	(:)	(:)	(:)	(:)	31 (24:7)

診断され た年齢	多動性障害 (F90; を除外)																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F80 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり
1 歳代 以下																						
2 歳代																						
3 歳代	1:0																					1:0
4 歳代	0:1																					0:1
5~6 歳代	1:0			3:0													0:1					4:1
1 年生				0:1													1:0					1:1
2~3 年 生				1:0																		1:0
4~5 年 生																						
不明																						
合計 (男女)	3 (2:1)	(:)	(:)	5 (41)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	2 (1:1)	(:)	(:)	(:)	(:)	10 (7:3)

診断された 年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)													計
	IQ69 以下		IQ70 以上			知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	
1 歳代以下														
2 歳代														
3 歳代											1 : 0			1 : 0
4 歳代											1 : 0			1 : 0
5 ~ 6 歳代											2 : 2			2 : 2
1 年生														
2 ~ 3 年生														
4 ~ 5 年生														
不明														
合計											6			6
(男:女)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(4:2)	(:)	(:)	(4:2)

診断された年齢	学力の特異的発達障害 (F81 ; を除外)			精神遅滞 (F70~F79 ; 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
1歳代以下				0 : 1		0 : 1		
2歳代				1 : 0		1 : 0		
3歳代				1 : 0		1 : 0	神経症 1 : 1 ホーダ-IQ 1 : 0	2 : 1
4歳代							神経症、不安 1 : 0 分離不安 1 : 0 神経症 1 : 0 ホーダ-IQ 1 : 0	4 : 0
5~6歳代				1 : 0		1 : 0	ホーダ-IQ 0 : 1 適応障害、チック 1 : 0 チック 1 : 0 吃音 1 : 0	3 : 1
1年生							チック(疑い) 1 : 0 夜尿 1 : 1	2 : 1
2-3年生								
4-5年生								
不明								
合計 (男:女)	(:)	(:)	(:)	4 (3:1)	(:)	4 (3:1)		14 (11:3)

(2) 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)

PDDと思われる子ども	[31]人(男[24]人、女[7]人)
以外で多動性障害と思われる子ども	[10]人(男[7]人、女[3]人)
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	[6]人(男[4]人、女[2]人)
以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[0]人(男[0]人、女[0]人)
以外で精神遅滞と思われる子ども	[4]人(男[3]人、女[1]人)
その他の発達障害と思われる子ども	[]人(男[]人、女[]人)

(多治見市 小6) 平成26年4月2日現在、地域に居住する小学6年生の子どもの数(居住コホート)

(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)

診断された年齢	PDD (F84)																				計	
	IQ69以下			IQ70以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F90あり		他の重複あり		
					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり		重複なし	F81あり	重複なし		F81あり
1歳代以下																						
2歳代				2:0																	2:0	
3歳代	1:1			2:0																	3:1	
4歳代	0:1			2:0	1:0																3:1	
5~6歳代	1:0			3:0	2:0												1:0				7:0	
1年生				1:0	1:0																2:0	
2~3年生				1:0	1:0																2:0	
4~5年生																						
不明																						
合計	4			11	5																21	
(男女)	(2:2)	(:)	(:)	(11:0)	(5:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(1:0)	(:)	(:)	(:)	(19:2)	

診断され た年齢	多動性障害（F90； を除外）																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F80 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり
1 歳代 以下																						
2 歳代																						
3 歳代																						
4 歳代																						
5～6 歳代				1:1																	1:1	
1 年生																						
2～3 年 生				1:0			1:0														2:0	
4～5 年 生																						
不明																						
合計 (男女)	(:)	(:)	(:)	3 (2:1)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	4 (3:1)	

診断された 年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)													計
	IQ69 以下		IQ70 以上			知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	
1 歳代以下														
2 歳代														
3 歳代														
4 歳代														
5 ~ 6 歳代			0 : 1											0 : 1
1 年生														
2 ~ 3 年生														
4 ~ 5 年生														
不明														
合計			1											1
(男:女)	(:)	(:)	(0 : 1)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(0 : 1)

診断された年齢	学力の特異的発達障害 (F81 ; を除外)			精神遅滞 (F70~F79 ; 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
1歳代以下								
2歳代								
3歳代								
4歳代								
5~6歳代				1:1		1:1	分離不安・緘黙 1:0 不安 1:0	2:0
1年生				1:0		1:0	チック 1:0	1:0
2-3年生	1:0		1:0	0:1		0:1	SR 1:0 神経症 0:1 愛着障害 0:1 チック 0:1	1:3
4-5年生							不安障害 1:0	1:0
不明								
合計	1		1	4		4		
(男:女)	(1:0)	(:)	(1:0)	(2:2)	(:)	(2:2)		(:)

(2) 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)

PDDと思われる子ども	[21]人(男[19]人、女[2]人)
以外で多動性障害と思われる子ども	[4]人(男[3]人、女[1]人)
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)
以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[1]人(男[1]人、女[0]人)
以外で精神遅滞と思われる子ども	[4]人(男[2]人、女[2]人)
その他の発達障害と思われる子ども	[]人(男[]人、女[]人)

(多治見市 中1) 平成26年4月2日現在、地域に居住する中学1年生の子どもの数(居住コホート)

(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 た年齢	PDD (F84)																				計				
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明										
	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	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	F90 あり		他の重複あり					
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり	重複なし	F81 あり	
1 歳代 以下																									
2 歳代	2:0				0:1															1:0		3:1			
3 歳代	1:0			3:0																		5:0			
4 歳代	1:0																					1:0			
5-6 歳代	4:0			2:0																4:0		10:0			
1 年生																									
2-3 年 生	0:1			2:1																		3:2			
4-5 年 生	1:0				1:0			1:0														3:0			
不明																									
合計 (男:女)	10 (9:1)	(:)	(:)	8 (7:1)	2 (1:1)	(:)	2 (2:0)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	5 (5:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	28 (25:3)

診断され た年齢	多動性障害（F90；を除外）																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F80 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり
1 歳代 以下																						
2 歳代																						
3 歳代																						
4 歳代				1:0																	1:0	
5～6 歳代				1:0																	1:0	
1 年生				1:1																	1:1	
2～3 年 生				3:1																	3:1	
4～5 年 生				0:1			1:0										1:0				2:1	
不明																						
合計 (男女)	(:)	(:)	(:)	9 (6:3)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	11 (8:3)

診断された 年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)													計
	IQ69 以下		IQ70 以上			知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	
1 歳代以下														
2 歳代			0 : 1											0 : 1
3 歳代														
4 歳代														
5 ~ 6 歳代														
1 年生														
2 ~ 3 年生														
4 ~ 5 年生														
不明											1:0 (13 歳)			1 : 0
合計			1								1			2
(男:女)	(:)	(:)	(0 : 1)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(1 : 0)	(:)	(:)	(1 : 1)

診断された年齢	学力の特異的発達障害 (F81 ; を除外)			精神遅滞 (F70~F79 ; 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
1歳代以下				2:0	1:0	3:0		
2歳代								
3歳代				1:0		1:0		
4歳代								
5~6歳代				2:0		2:0	チック1:0 神経症1:0	2:0
1年生				1:0		1:0	ホ-ダ-IQ 1:0	1:0
2-3年生							神経症1:0 トレット、不安0:1	1:1
4-5年生							SR、トレット0:1 神経症1:0	1:1
不明	0:1 (13歳)		0:1					
合計 (男:女)	1 (0:1)	(:)	1 (0:1)	6 (6:0)	1 (1:0)	7 (7:0)		7 (5:2)

(2) 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)

PDDと思われる子ども	[28]人(男[25]人、女[3]人)
以外で多動性障害と思われる子ども	[11]人(男[8]人、女[3]人)
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	[2]人(男[1]人、女[1]人)
以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[1]人(男[0]人、女[1]人)
以外で精神遅滞と思われる子ども	[7]人(男[7]人、女[0]人)
その他の発達障害と思われる子ども	[]人(男[]人、女[]人)

発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査（小学校1年生 集計表）

（小学校1年生）

1. 児童数

	小学校															合計
	養正	精華	共栄	昭和	小泉	池田	市之倉	滝呂	南姫	根本	北栄	脇之島	笠原	東濃特支		
	62	134	63	56	111	55	36	118	20	105	109	34	48	1	952	
内、男	32	61	38	27	55	30	21	56	9	52	60	12	21	1	475	
内、女	30	73	25	29	56	25	15	62	11	53	49	22	27	0	477	
2. 特別支援体制の内容																
A. 特別支援学級に在籍																
(1)知的障害特別支援学級	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	
内、男	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(2)自閉症・情緒障害特別支援学級	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	5	
内、男	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
(3)その他の特別支援学級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
B. 通常の学級に在籍																
(1)情緒障害通級指導教室	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	5	
内、男	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	5	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(2)難聴・言語障害通級指導教室	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
内、男	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
内、女	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
(3)その他の通級指導教室	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
内、男	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(4)適応指導教室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

(5)その他の支援 キキョウスタッフ	0	3	4	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	11
内、男	0	1	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7
内、女	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4
(5)その他の支援 ほほえみ相談員	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
(5)その他の支援 言語障害通級指導教室に体験通級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 知的障害特別支援学級に通級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
(5)その他の支援 特別支援学校	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(6)学級担任による配慮のみ	5	12	3	0	1	1	3	17	5	3	8	0	2	0	60
内、男	5	6	3	0	1	0	3	13	4	2	5	0	2	0	44
内、女	0	6	0	0	0	1	0	4	1	1	3	0	0	0	16
合計	8	16	7	2	3	5	3	19	6	8	10	2	3	1	93
内、男	8	8	7	2	3	2	3	14	5	6	7	1	2	1	69
内、女	0	8	0	0	0	3	0	5	1	2	3	1	1	0	24
3. 何らかの遅れや偏りのある子ども															
(1)対人関係やこだわりなどの問題	3	7	2	0	2	1	0	5	2	6	4	0	1	0	33
内、男	3	4	2	0	2	1	0	2	2	4	2	0	1	0	23
内、女	0	3	0	0	0	0	0	3	0	2	2	0	0	0	10
内、医療機関受診	3	2	1	0	2	1	0	1	1	5	3	0	0	0	19
内、男	3	2	1	0	2	1	0	1	1	4	1	0	0	0	16
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3

(2)落ち着きがない、そっかしいなどの問題	1	4	4	1	0	0	1	8	1	0	2	1	0	0	23
内、男	1	1	4	1	0	0	1	7	1	0	2	1	0	0	19
内、女	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
内、医療機関受診	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
内、男	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)言葉を理解することや話すことの問題	1	1	0	1	0	2	2	0	2	1	3	0	0	0	13
内、男	1	1	0	1	0	0	2	0	2	1	2	0	0	0	10
内、女	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
内、医療機関受診	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
内、男	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4
内、女	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
(4)学力の問題(学習障害、LD)	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	7
内、男	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	6
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)発達全体の遅れ	1	4	1	0	0	1	0	4	0	0	1	1	1	1	15
内、男	1	2	1	0	0	1	0	4	0	0	1	0	0	1	11
内、女	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4
内、医療機関受診	1	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	10
内、男	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	6
内、女	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4
(6)その他の発達の問題	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
内、男	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

対象者の合計	8	16	7	2	3	5	3	19	6	8	10	2	3	1	93
内、男	8	8	7	2	3	3	3	14	5	6	7	1	2	1	70
内、女	0	8	0	0	0	2	0	5	1	2	3	1	1	0	23
対象者のうち病院受診者の合計	5	5	1	2	2	3	2	2	2	6	4	1	1	1	37
内、男	5	3	1	2	2	2	2	2	2	5	2	0	0	1	29
内、女	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	0	8
4. 不登校の人数															
(1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. 医療機関を受診しない理由															
受診に抵抗がある															0
家族の理解が得られない			4								3				7
民間療育機関など他に相談の場がある															0
必要性を感じない	1	11				2	1	16	3		3				37
経済的理由															0
宗教的理由															0
なんとなく															0
予約が取れない								1							1
合計	1	11	4	0	0	2	1	17	3	0	6	0	0	0	45

発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査（小学校2年生 集計表）

（小学校2年生）

1. 児童数

	小学校															合計
	養正	精華	共栄	昭和	小泉	池田	市之倉	滝呂	南姫	根本	北栄	脇之島	笠原	東濃特支		
	54	141	66	55	107	65	44	93	42	102	81	37	64	4	955	
内、男	28	76	39	22	60	31	23	48	19	53	42	20	27	0	488	
内、女	26	65	27	33	47	34	21	45	23	49	39	17	37	4	467	
2. 特別支援体制の内容																
A. 特別支援学級に在籍																
(1)知的障害特別支援学級	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	
内、男	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	
内、女	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
(2)自閉症・情緒障害特別支援学級	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	6	
内、男	0	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
(3)その他の特別支援学級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
B. 通常の学級に在籍																
(1)情緒障害通級指導教室	0	0	1	0	2	0	0	1	0	3	1	1	0	0	9	
内、男	0	0	1	0	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	7	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	
(2)難聴・言語障害通級指導教室	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	4	
内、男	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	
(3)その他の通級指導教室	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	
内、男	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(4)適応指導教室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

(5)その他の支援 特別支援教室	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内、男	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 キキョウスタッフ	0	4	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	10
内、男	0	3	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	9
内、女	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
(5)その他の支援 言語障害通級指導教室に体験通級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 情緒障害特別支援学級に通級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 特別支援学校	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
(6)学級担任による配慮のみ	4	9	2	2	9	4	5	4	8	4	8	1	4	0	0	64
内、男	4	7	2	2	9	2	5	4	7	1	8	0	2	0	0	53
内、女	0	2	0	0	0	2	0	0	1	3	0	1	2	0	0	11
合計	6	21	7	2	13	7	5	7	9	10	12	3	6	4	4	112
内、男	6	18	6	2	13	5	5	7	7	6	11	1	3	0	0	90
内、女	0	3	1	0	0	2	0	0	2	4	1	2	3	4	4	22
3. 何らかの遅れや偏りのある子ども																
(1)対人関係やこだわりなどの問題	2	10	1	1	7	1	0	1	2	4	2	1	3	1	1	36
内、男	2	9	1	1	7	1	0	1	1	2	1	0	1	0	0	27
内、女	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	1	1	9
内、医療機関受診	2	5	1	1	3	1	0	1	2	3	2	1	3	1	1	26
内、男	2	5	1	1	3	1	0	1	1	2	1	0	1	0	0	19
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	7

(2)落ち着きがない、そっかしいなどの問題	2	4	5	0	4	0	3	4	3	1	4	1	1	0	32
内、男	2	4	5	0	4	0	3	4	3	1	4	1	1	0	32
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、医療機関受診	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	7
内、男	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	7
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)言葉を理解することや話すことの問題	0	1	0	0	0	2	0	0	1	2	1	0	0	0	7
内、男	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4
内、女	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
内、医療機関受診	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
内、男	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
(4)学力の問題(学習障害、LD)	0	4	0	0	2	0	2	1	2	1	2	0	1	0	15
内、男	0	2	0	0	2	0	2	1	1	0	2	0	1	0	11
内、女	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4
内、医療機関受診	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
内、男	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
(5)発達全体の遅れ	1	2	1	1	0	1	0	1	1	2	2	0	1	3	16
内、男	1	2	0	1	0	1	0	1	1	2	2	0	0	0	11
内、女	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5
内、医療機関受診	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	3	10
内、男	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	6
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
(6)その他の発達の問題	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	0	0	6
内、男	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	5
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
内、男	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

対象者の合計	6	21	7	2	13	7	5	7	9	10	12	3	6	4	112
内、男	6	18	6	2	13	5	5	7	7	6	11	1	3	0	90
内、女	0	3	1	0	0	2	0	0	2	4	1	2	3	4	22
対象者のうち病院受診者の合計	3	10	2	2	4	4	0	2	2	7	5	1	6	4	52
内、男	3	10	2	2	4	4	0	2	1	4	4	0	3	0	39
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	3	4	13
4. 不登校の人数															
(1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. 医療機関を受診しない理由															
受診に抵抗がある							1								1
家族の理解が得られない	1								1		2	2			6
民間療育機関などに相談の場がある															0
必要性を感じない	1	11				2	4	5			4				27
経済的理由															0
宗教的理由															0
なんとなく						1			2		1				4
予約が取れない					2										2
保護者に伝えるかどうか悩んでいる			4												4
合計	2	11	4	0	2	3	5	5	3	0	7	2	0	0	44

発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査（小学校6年生 集計表）

（小学校6年生）

1. 児童数

	小学校															合計
	養正	精華	共栄	昭和	小泉	池田	市之倉	滝呂	南姫	根本	北栄	脇之島	笠原	東濃特支		
	56	133	76	45	133	54	53	91	43	98	90	28	89	2	991	
内、男	23	71	44	26	67	35	33	46	21	51	55	16	46	0	534	
内、女	33	62	32	19	66	19	20	45	22	47	35	12	43	2	457	
2. 特別支援体制の内容																
A. 特別支援学級に在籍																
(1)知的障害特別支援学級	0	0	0	0	0	1	0	0	3	2	0	1	3	0	10	
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	2	0	7	
内、女	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3	
(2)自閉症・情緒障害特別支援学級	1	0	1	0	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	7	
内、男	1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
(3)その他の特別支援学級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
B. 通常の学級に在籍																
(1)情緒障害通級指導教室	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5	
内、男	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(2)難聴・言語障害通級指導教室	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5	
内、男	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	
内、女	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
(3)その他の通級指導教室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(4)適応指導教室	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
内、男	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

(5)その他の支援 キキョウスタッフ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 学年体制による支援	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内、男	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 特別支援学校	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
(6)学級担任による配慮のみ	3	5	5	0	5	3	4	8	6	5	5	0	1	0	50	
内、男	2	4	5	0	4	3	3	7	5	5	4	0	1	0	43	
内、女	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	7	
合計	8	7	7	1	7	5	4	8	10	11	6	1	4	2	81	
内、男	6	6	6	1	6	4	3	7	8	10	5	1	3	0	66	
内、女	2	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	2	15	
3. 何らかの遅れや偏りのある子ども																
(1)対人関係やこだわりなどの問題	3	6	2	1	5	1	2	3	3	5	0	0	0	2	33	
内、男	3	5	2	1	4	1	1	3	2	5	0	0	0	0	27	
内、女	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	6	
内、医療機関受診	3	1	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	17	
内、男	3	1	2	1	2	1	1	2	0	1	0	0	0	0	14	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	
(2)落ち着きがない、そそっかしいなどの問題	3	0	1	0	1	1	1	1	3	1	2	0	0	0	14	
内、男	2	0	1	0	1	1	1	1	3	1	2	0	0	0	13	
内、女	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
内、医療機関受診	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4	
内、男	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4	
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

(3)言葉を理解することや話すことの問題	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5
内、男	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3
内、女	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4)学力の問題(学習障害、LD)	0	1	2	0	0	1	1	3	0	0	2	0	2	0	12
内、男	0	1	2	0	0	1	1	3	0	0	2	0	2	0	12
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
内、男	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)発達全体の遅れ	0	0	1	0	1	1	0	1	4	2	0	1	2	0	13
内、男	0	0	0	0	1	0	0	0	3	2	0	1	1	0	8
内、女	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	5
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	2	0	6
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	4
内、女	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
(6)その他の発達の問題	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	4
内、男	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
対象者の合計	8	7	7	1	7	5	4	8	10	11	6	1	4	2	81
内、男	6	6	5	1	6	4	3	7	8	10	5	1	3	0	65
内、女	2	1	2	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	2	16
対象者のうち病院受診者の合計	4	1	2	1	2	4	1	2	1	5	3	1	3	2	32
内、男	4	1	2	1	2	3	1	2	0	4	2	1	2	0	25
内、女	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	2	7

4. 不登校の人数															
(1)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
(2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
5. 医療機関を受診しない理由															
受診に抵抗がある															0
家族の理解が得られない	2		1						4						7
民間療育機関など他に相談の場がある			1												1
必要性を感じない		6				1	3	6			3				19
経済的理由															0
宗教的理由															0
なんとなく															0
予約が取れない															0
保護者に伝えるかどうか悩んでいる			3												3
合計	2	6	5	0	0	1	3	6	4	0	3	0	0	0	30

発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの把握に関する実態調査（中学校1年生 集計表）

（中学校1年生）

1. 生徒数

	中学校										合計
	多治見	平和	陶都	小泉	北陵	南ヶ丘	南姫	笠原	多治見西	東濃特支	
	168	52	182	160	157	113	62	93	19	13	1019
内、男	87	19	100	92	86	51	30	51	9	12	537
内、女	81	33	82	68	71	62	32	42	10	1	482
2. 特別支援体制の内容											
A. 特別支援学級に在籍											
(1)知的障害特別支援学級	3	0	2	0	4	2	1	2	0	0	14
内、男	3	0	2	0	3	1	1	2	0	0	12
内、女	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
(2)自閉症・情緒障害特別支援学級	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内、男	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)その他の特別支援学級	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. 通常の学級に在籍											
(1)情緒障害通級指導教室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2)難聴・言語障害通級指導教室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)その他の通級指導教室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(4)適応指導教室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 教科担任による支援	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10
内、男	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
内、女	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
(5)その他の支援 不登校に対する支援	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
(5)その他の支援 スクールカウンセラー	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
(5)その他の支援 キキョウスタッフ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)その他の支援 特別支援学校	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
(6)学級担任による配慮のみ	3	12	32	0	9	12	1	1	1	0	0	71
内、男	3	7	21	0	7	9	1	1	1	0	0	50
内、女	0	5	11	0	2	3	0	0	0	0	0	21
合計	7	12	34	0	13	26	3	4	1	13	13	113
内、男	7	7	23	0	10	16	2	4	1	12	12	82
内、女	0	5	11	0	3	10	1	0	0	1	1	31

3. 何らかの遅れや偏りのある子ども											
(1)対人関係やこだわりなどの問題	2	6	10	0	2	17	1	1	1	9	49
内、男	2	2	8	0	1	11	1	1	1	9	36
内、女	0	4	2	0	1	6	0	0	0	0	13
内、医療機関受診	2	6	4	0	2	6	1	0	1	9	31
内、男	2	2	3	0	1	5	1	0	1	9	24
内、女	0	4	1	0	1	1	0	0	0	0	7
(2)落ち着きがない、そそっかしいなどの問題	2	5	3	0	2	1	1	1	0	1	16
内、男	2	5	3	0	2	1	1	1	0	1	16
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、医療機関受診	2	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6
内、男	2	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)言葉を理解することや話すことの問題	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	5
内、男	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
内、医療機関受診	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4
内、男	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4)学力の問題(学習障害、LD)	0	1	18	0	4	6	0	0	0	0	29
内、男	0	0	9	0	4	3	0	0	0	0	16
内、女	0	1	9	0	0	3	0	0	0	0	13
内、医療機関受診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(5)発達全体の遅れ	3	0	1	0	4	2	0	2	0	0	12
内、男	3	0	1	0	3	1	0	2	0	0	10
内、女	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
内、医療機関受診	0	0	1	0	4	2	0	2	0	0	9
内、男	0	0	1	0	3	1	0	2	0	0	7
内、女	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
(6)その他の発達の問題	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
内、医療機関受診	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
内、男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内、女	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
対象者の合計	7	12	34	0	13	26	3	4	1	13	113
内、男	7	7	23	0	10	16	2	4	1	12	82
内、女	0	5	11	0	3	10	1	0	0	1	31
対象者のうち病院受診者の合計	4	7	7	0	7	9	2	2	1	12	51
内、男	4	3	6	0	4	7	2	2	1	12	41
内、女	0	4	1	0	3	2	0	0	0	0	10
4.不登校の人数											
(1)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
(2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(5)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
(6)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
合計	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3

5. 医療機関を受診しない理由											
受診に抵抗がある								1			1
家族の理解が得られない		3					1				4
民間療育機関など他に相談の場がある		2									2
必要性を感じない			27					1			28
経済的理由											0
宗教的理由											0
なんとなく											0
予約が取れない											0
診察してもらえる医療機関がなかなかない										1	1
合計	0	5	27	0	0	0	1	2	0	1	36

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

岐阜県瑞浪市の

発達障害児の支援体制の特徴に関する研究

分担研究者 関 正樹（大湫病院、土岐市立総合病院 精神科）

研究協力者 伊藤 友子（大湫病院）

栗林 英彦（県立多治見病院 精神科）

荒川 武（県立多治見病院 小児科）

元吉 史昭（土岐市立総合病院 小児科）

中野 正大（土岐市立総合病院 小児科）

吉川 徹（愛知県心身障害者コロニー中央病院 児童精神科）

研究要旨：発達障害の早期発見と早期支援の重要性が強く叫ばれるようになり、各地域で具体的な取り組みが推進されつつあるが、その進捗には地域格差も大きい。特性の異なる自治体における、発達障害の支援ニーズの把握とともに、地域の特性に応じた発達障害支援システムの現状を調査し、具体的な地域支援のあり方についてモデルを示す事を目的とした調査研究の一環として、前年度に引き続き、岐阜県瑞浪市において、教育機関、医療機関における有病率調査を行った。瑞浪市においては、広汎性発達障害の小学 1 年、2 年児童における医療機関把握率はそれぞれ、0.6%、1.0%であり、小学 6 年児童、中学 1 年では 2.51%、2.63%であった。前年の調査でも、小学 1 年児童における医療機関把握率は低く、小学 6 年児童においては高い傾向にあった。瑞浪市では発達障害に対する早期支援の体制はある程度整っているものの、医療機関の受診は小学校入学以降なんらかの形で事例化してからの受診が多い事が示唆された。

A．研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の開始の重要性が強く叫ばれるようになり、各地域において具体的な取り組みが推進されつつあるが、その進捗には地域格差も大きい。また、大都市と小規模都市では、おのずとできることも異なってくる。従って、特性

の異なる自治体における発達障害の支援ニーズを把握し、発達障害の支援システムの現状について調査を行い、地域の特性に応じた発達障害の支援システムのモデルを提示することには大きな意義がある。

その一環として、前年度に引き続き、発達障害の支援ニーズに関する調査を疫学的手法を用いて行うことが本調査研究の目的

である

B．研究方法

1. 発達障害の支援ニーズに関する調査

本年度も前年度に引き続き、教育機関(各学校)が発達障害について把握している、もしくは疑いを持っている子どもたちがどの程度存在するかを調査するために、教育機関(市内全小中学校、市内在住の対象の子どもが通う特別支援学校)にアンケート調査を行った(回収率は100%)

さらに、当地域の発達障害診療を行っている医療機関である、大湫病院、土岐市立総合病院、県立多治見病院、愛知県心身障害者コロニー中央病院において、前年度と同様の小学1年生及び小学6年生の有病率を発達障害全体及び主たる発達障害の種別を調査するため、診療録等より診断名、診断を受けた年齢、IQ、重複障害の有無について調査を行った。また昨年度調査を行った居住コホートの追跡調査を行う目的で、小学2年生、中学1年生においても同様の調査を行った。

(倫理面への配慮)

教育機関におけるアンケート調査においては、個人を特定し得ることのないように数的情報のみを取り扱った。

医療機関における診療録調査においては、一般診療行為から得られる臨床情報のみを診療録等を介して収集、利用することが目的であり、倫理的な問題は生じない。各医療機関で集めた個票は連結可能な状態で匿名化した後に集計を行った。

また、インフォームド・コンセントは取らないが、研究の意義・目的・方法、問合せ先等を記載したポスターを外来に掲示し、

情報の公開を行った。

さらに、本研究を行うにあたって、各医療機関における倫理委員会の承認を得た。

C．研究結果

1. 発達障害の有病率調査

表1

瑞浪市 小学1年 N=301	教育機関 ()内は教育機関における診断把握率	医療機関
発達障害全体	6.64	2.66
広汎性発達障害	1.66(1.3)	0.66
多動性障害	1.66(0)	0.66
コミュニケーション障害	1.66(0)	1.00
精神遅滞	1.66(0)	0.33
その他	0(0)	0

表1は瑞浪市における小学1年児童の有病率調査の結果をまとめたものである。瑞浪市において、市内各小学校、対象となる特別支援学校におけるアンケート調査の結果(回収率100%)、教育機関において広汎性発達障害を疑っている、もしくは、診断を把握している児童の居住コホートにおける割合は1.66%であった。多動性障害も1.66%、精神遅滞も1.66%であった。医療機関への受診を把握している割合は総じて低く、受診しない理由としては、「必要性を感じない」「家族の理解が得られない」が多かった。

医療機関における診療録調査では、広汎性発達障害は0.66%、多動性障害は0.66%であった。発達障害全体としては、6.64%が教育機関で把握されており、2.66%が就学前に医療機関で何らかの発達障害の診断を受けていた。

表 2

瑞浪市 小学2年 N=306	教育機関 ()内は教育機 関における診断 把握率	医療機関
発達障害全体	12.4	2.94
広汎性発達障害	2.94(1.0)	1.00
多動性障害	1.96(0.7)	0.33
コミュニケーション 障害	0.33(0.33)	0.33
学習障害	3.92(0.33)	0
精神遅滞	2.61(1.00)	1.00
その他	0.65 (1.3)	0.3

表 2 は瑞浪市の小学 2 年児童における発達障害の有病率調査の結果をまとめたものである。教育機関において、広汎性発達障害を疑っている、もしくは診断を把握している児童は 2.94%、多動性障害は 1.96%、学習障害は 3.92%であった。医療機関受診をしない理由は「必要性を感じない」「現在様子を見ている」が多かった。医療機関における診療録調査では、小学 2 年児童の 1.00%が医療機関で広汎性発達障害と診断されており、0.33%が多動性障害と診断されていた。発達障害全体としては 12.4%が教育機関で把握されており、2.94%が医療機関で診断を受けていた。

表 3 は瑞浪市の小学 6 年児童における発達障害の有病率調査の結果をまとめたものである。教育機関において、広汎性発達障害を疑っている、もしくは診断を把握している児童は 2.54%、多動性障害は 1.12%、学習障害は 0.83%であった。医療機関を受診しない理由としては「必要性を感じない」が多かった。医療機関における診療録調査

では、小学 6 年児童の 2.51%が医療機関で広汎性発達障害と診断されており、0.84%が多動性障害と診断されていた。発達障害全体としては 6.98%が教育機関で把握されており、4.47%が医療機関で診断を受けていた。

表 3

瑞浪市 小学6年 N=358	教育機関 ()内は教育機 関における診断 把握率	医療機関
発達障害全体	6.98	4.47
広汎性発達障害	2.51(2.51)	2.51
多動性障害	1.12(0.84)	0.84
コミュニケーション 障害	0(0)	0
学習障害	0.83(0)	0
精神遅滞	1.40(0.28)	0.56
その他	1.12(0.28)	0.56

表 4 は瑞浪市の中学 1 年生における発達障害の有病率調査の結果をまとめたものである。教育機関において、広汎性発達障害を疑っている、もしくは診断を把握している児童は 2.34%、多動性障害は 0.88%、学習障害は 0.00%であった。医療機関を受診しない理由は「必要性を感じない」「家族の理解が得られない」が多かった。医療機関における診療録調査では、中学 1 年生徒の 2.63%が医療機関で広汎性発達障害と診断されており、1.46%が多動性障害と診断されていた。発達障害全体としては、7.02%が教育機関で把握されており、4.68%が医療機関で診断を受けていた。

表 4

瑞浪市 中学1年 N=342	教育機関 ()内は教育機関 における診断把 握率	医療機関
発達障害全体	7.02	4.68
広汎性発達障害	2.34(1.46)	2.63
多動性障害	0.88(0.29)	1.46
コミュニケーション障害	0.58(0.29)	0
学習障害	0(0)	0
精神遅滞	2.92(1.16)	0.58
その他	0.29(0.29)	0

D. 考察

1. 瑞浪市における広汎性発達障害の有病率について

本年度の岐阜県瑞浪市においては、小学1年児童において、教育機関における発達障害全体の把握率は6.64%であるのに対して、医療機関における把握率は2.66%に留まっている。小学2年児童においても、同様に教育機関においては把握されているが、医療機関受診には至っていない傾向は続いており、教育機関把握率12.4%に対して、医療機関受診率は2.94%となっている。

小学校6年児童においては、教育機関把握率6.98%に対して、医療機関受診率は4.47%となっており、その差は明らかに小さくなっている。この傾向は中学1年においても同様である。

多くの小規模な市町村では大都市型のように医療機能をもつ療育施設を単独で設置する事は困難である。そのため、1歳半健診や3歳児健診などでチェックを受けた子

どもの多くは、相談・調整を経た後、小規模な療育施設や園においての生活支援が開始されることが多い。

瑞浪市においても同様の支援システムがとられており¹⁾、園での支援や巡回支援、小規模な療育施設での療育が診断を待たずに行うことができる。しかし、地域の特徴として、祖父母同居世帯も多く、療育や医療機関の受診につながることは抵抗感も大きい。就学移行支援のシステムとして、引き継ぎ会などもなされており、そのため教育機関は医療機関の診断を待たずとも、支援を開始する事ができる。その結果、小学校低学年までは教育機関把握率は高いが、医療機関受診率は低い傾向につながっているものと推測される。

しかし、特別支援の枠組みだけではうまくいかず、小学校での事例化を経て、医療機関受診につながっている者も多いため、小学校6年時、中学1年時には、教育機関把握率と医療機関把握率の差が縮小しているものと考えられる。

診断の内訳に目を向けてみると、広汎性発達障害の診断例は小学校6年、中学校1年時点でそれぞれ2.5%を超えていた。これらは最近の広汎性発達障害の有病率のデータである、韓国における調査データ²⁾とほぼ同様の数値であった。しかし、チェックを受けている児童、学生の全数が医療機関受診につながっているわけではないため、真の有病率はこの数値よりも高い事が想定される。

E. 結論

岐阜県瑞浪市における発達障害の支援ニーズを検討するために、教育機関における

発達障害の把握に関するアンケート調査を行うとともに、医療機関における診療録調査を行った。

瑞浪市においては、早期発見は比較的達成されており、小学1年生の時点で教育機関が支援ニーズを把握しているものは、比較的多く認められが、この時点での医療機関受診率は低い。この背景には、小規模市特有の発達障害支援システムが影響を及ぼしている事が示唆された。

また、早期に支援は開始されるものの、何らかの意味でゆきづまりが生じ、小学校入学以降医療機関受診につながっている者も多い地域であることも示唆された。

population sample. Am J Psychiatry
168;904-912,2011

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) 関 正樹 :岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究 ; 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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・分担研究報告所 pp298-329
- 2) Kim YS et al:Prevalence of autism spectrum disorder in a tortal

(瑞浪市 小1)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	PDD (F84)															計
	IQ69 以下			IQ70 以上			知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	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	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	F90 あり	他の重複 あり	
1 歳代以下																
2 歳代																
3 歳代																
4 歳代						1:0										1:0
5 ~ 6 歳代				1:0												1:0
不明																
合計				1		1										2
(男:女)	(:)	(:)	(:)	(1:0)	(:)	(1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(2:0)

診断された 年齢	多動性障害 (F90 ; を除外)															計
	IQ69 以下			IQ70 以上			知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	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	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	F80 あり	他の重複 あり	
1 歳代以下																
2 歳代																
3 歳代																
4 歳代																
5 ~ 6 歳代				1:0												1:0
不明				1:0 (7 歳)												1:0
合計				2												2
(男:女)	(:)	(:)	(:)	(2:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(2:0)

診断された年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)										
	IQ69 以下		IQ70 以上		知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる		知的障害の有無は不明		計
	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	
1 歳代以下											
2 歳代											
3 歳代			0 : 1								0 : 1
4 歳代											
5 ~ 6 歳代			0 : 1						1 : 0		1 : 1
不明											
合計			2						1		3
(男:女)	(:)	(:)	(0:2)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(1:0)	(:)	(1:2)

診断された年齢	精神遅滞 (F70~F79 ; 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					
2 歳代				神経症 1 : 0	1 : 0
3 歳代	0 : 1		0 : 1		
4 歳代					
5 ~ 6 歳代				ホ-ダ-IQ 0:1 吃音 0 : 1	0 : 2
不明					
合計	1		1		3
(男:女)	(0:1)	(:)	(0:1)		(1:2)

(4) 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 (未受診例も含む)

PDD とと思われる子ども [2]人 (男[2]人、女[0]人)

以外で多動性障害と思われる子ども [2]人 (男[2]人、女[0]人)

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 [3]人 (男[1]人、女[2]人)

以外で精神遅滞と思われる子ども [1]人 (男[0]人、女[1]人)

その他の発達障害と思われる子ども []人 (男[]人、女[]人)

(瑞浪市 小2) 平成 26 年 4 月 2 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)

(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)

診断された年齢	PDD (F84)																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F90 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり
1 歳代以下																						
2 歳代																						
3 歳代																						
4 歳代																						
5 - 6 歳代	2 : 0			1 : 0																		
1 年生																						
2 - 3 年生																						
4 - 5 年生																						
不明																						
合計 (男女)	2 (2:0)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	3 (3:0)

診断され た年齢	多動性障害（F90；を除外）																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F80 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり
1 歳代 以下																						1:0
2 歳代																						
3 歳代																						
4 歳代																						
5～6 歳代																	1:0					
1 年生																						
2～3 年 生																						
4～5 年 生																						
不明																						
合計 (男女)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	1 (1:0)

診断された 年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)													計
	IQ69 以下		IQ70 以上			知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	
1 歳代以下														
2 歳代														
3 歳代														
4 歳代														
5 ~ 6 歳代														
1 年生											1 : 0			1 : 0
2 ~ 3 年生														
4 ~ 5 年生														
不明														
合計											1			1
(男:女)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(1:0)	(:)	(:)	(1:0)

診断された年齢	学力の特異的発達障害 (F81 ; を除外)			精神遅滞 (F70~F79 ; 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
1歳代以下				1:0		1:0		
2歳代				1:0		1:0		
3歳代					1:0	1:0		
4歳代								
5~6歳代								
1年生							吃音 1:0	1:0
2-3年生								
4-5年生								
不明								
合計 (男:女)	(:)	(:)	(:)	2 (2:0)	1 (1:0)	3 (3:0)		1 (1:0)

(2)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)

PDDと思われる子ども	[	3]人(男[	3]人、女[	0]人)
以外で多動性障害と思われる子ども	[	1]人(男[	1]人、女[	0]人)
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[	1]人、女[	0]人)
以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人(男[	]人、女[	]人)
以外で精神遅滞と思われる子ども	[	3]人(男[	3]人、女[	0]人)
その他の発達障害と思われる子ども	[	]人(男[	]人、女[	]人)

(瑞浪市 小6) 平成26年4月2日現在、地域に居住する小学6年生の子どもの数(居住コホート)

(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)

診断された年齢	PDD (F84)																				計	
	IQ69以下			IQ70以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F90あり		他の重複あり		
					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり		重複なし	F81あり	重複なし		F81あり
1歳代以下																						
2歳代	0:2																					0:2
3歳代	0:1			1:0																		1:1
4歳代																						
5-6歳代	1:0																1:0					2:0
1年生	1:0																					1:0
2-3年生				1:0																		1:0
4-5年生					1:0																	1:0
不明																						
合計(男女)	5 (2:3)	(:)	(:)	2 (2:0)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	9 (6:3)

診断された年齢	多動性障害（F90； を除外）																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F80あり		他の重複あり		
					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり		重複なし	F81あり	重複なし		F81あり
1歳代以下																						1:0
2歳代																						1:0
3歳代																						0:1
4歳代																						
5-6歳代				1:0																		
1年生																						
2-3年生																		1:0				
4-5年生																						
不明																						
合計 (男女)	(:)	(:)	(:)	2 (1:1)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	3 (2:1)

診断された 年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)													計
	IQ69 以下		IQ70 以上			知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	
1 歳代以下														
2 歳代														
3 歳代														
4 歳代														
5 ~ 6 歳代														
1 年生														
2 ~ 3 年生														
4 ~ 5 年生														
不明														
合計 (男:女)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)

診断された年齢	学力の特異的発達障害 (F81 ; を除外)			精神遅滞 (F70~F79 ; 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
1 歳代以下								
2 歳代								
3 歳代				1 : 0		1 : 0		
4 歳代								
5 ~ 6 歳代							ボ-ダ-IQ 1 : 0	1 : 0
1 年生								
2-3 年生							かん黙 1 : 0	1 : 0
4-5 年生					1 : 0	1 : 0		
不明							吃音 1 : 0	1 : 0
合計 (男:女)	(:)	(:)	(:)	1 (1 : 0)	1 (1:0)	2 (2:0)		3 (3:0)

(2) 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)

PDD とと思われる子ども	[	9]人 (男[	6]人、女[	3]人)
以外で多動性障害と思われる子ども	[	3]人 (男[	2]人、女[	1]人)
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	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
以外で精神遅滞と思われる子ども	[	2]人 (男[	1]人、女[	1]人)
その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)

(瑞浪市 中 1) 平成 26 年 4 月 2 日現在、地域に居住する中学 1 年生の子ども数 (居住コホート)

(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 た年齢	PDD (F84)																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F90 あり		他の重複あり		
					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり					重複なし	F81 あり	重複なし	F81 あり		重複なし	F81 あり	重複なし		F81 あり
1 歳代 以下																						
2 歳代	1 : 0																					1:0
3 歳代																						
4 歳代	2 : 1																					2:1
5 - 6 歳代				1 : 0																		1:0
1 年生				1 : 0																		1:0
2 - 3 年 生																						
4 - 5 年 生				0:1																		0:1
不明				0:1 (12 歳)													1:0 (12 歳)					1:1
合計 (男女)	4 (3:1)	(:)	(:)	4 (2:2)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	1 (1:0)	(:)	(:)	(:)	(:)	9 (6:3)

診断された年齢	多動性障害 (F90; を除外)																				計	
	IQ69 以下			IQ70 以上				知的障害があると思われる			知的障害がないと思われる				知的障害有無は不明							
	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	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	F80あり		他の重複あり		
					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり					重複なし	F81あり	重複なし	F81あり		重複なし	F81あり	重複なし		F81あり
1歳代以下																						
2歳代																						
3歳代																						
4歳代																						
5～6歳代																						
1年生				2:0																		2:0
2～3年生							0:1															0:1
4～5年生				1:0																		1:0
不明				1:0 (12歳)																		1:0
合計 (男:女)	(:)	(:)	(:)	4 (4:0)	(:)	(:)	1 (0:1)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	5 (4:1)

診断された 年齢	会話および言語の特異的発達障害 (F80 ; を除外)													計
	IQ69 以下		IQ70 以上			知的障害があると思われる		知的障害がないと思われる			知的障害の有無は不明			
	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	重複なし	F81あり	他の重複あり	
1 歳代以下														
2 歳代														
3 歳代														
4 歳代														
5 ~ 6 歳代														
1 年生														
2 ~ 3 年生														
4 ~ 5 年生														
不明														
合計 (男:女)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)

診断された年齢	学力の特異的発達障害 (F81; を除外)			精神遅滞 (F70~F79; 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
1歳代以下								
2歳代				2:0		2:0		
3歳代								
4歳代								
5~6歳代								
1年生							ホ-ダ-IQ 1:0	1:0
2-3年生							神経症、ホ-ダ-IQ 1:0 うつ、PTSD 1:0	2:0
4-5年生							神経症、ホ-ダ-IQ 1:0 SR 1:0 頻尿、SR 1:0	3:0
不明								
合計 (男:女)	(:)	(:)	(:)	2 (2:0)	(:)	2 (2:0)		6 (6:0)

(2) 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)

PDDと思われる子ども	[	9]人(男[	6]人、女[	3]人)
以外で多動性障害と思われる子ども	[	5]人(男[	4]人、女[	1]人)
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	[	]人(男[	]人、女[	]人)
以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人(男[	]人、女[	]人)
以外で精神遅滞と思われる子ども	[	2]人(男[	2]人、女[	0]人)
その他の発達障害と思われる子ども	[	]人(男[	]人、女[	]人)

平成 26 年度 瑞浪市 小学 1 年生 集計表

総人数	301 名	男	158 名	女	143 名						
2(1) ASD	5 名	男	5 名	女	0 名	受診有り	4 名	男	4 名	女	0 名
総数の	1.66112%	男子の	3.16455%			総数の	1.3289%	男子の	2.53164%		
2(2) AD/HD	5 名	男	3 名	女	2 名	受診有り	0 名	男	0 名	女	0 名
総数の	1.66112%	男子の	1.89873%	女子の	1.3986%						
2(3) 構音障害等	5 名	男	2 名	女	3 名	受診有り	0 名	男	0 名	女	0 名
総数の	1.66112%	男子の	1.26582%	女子の	2.0979%						
2(4) MR	5 名	男	2 名	女	3 名	受診有り	0 名	男	0 名	女	0 名
総数の	1.66112%	男子の	1.26582%	女子の	2.0979%						
2(5) 緘黙、チック等	0 名	男	0 名	女	0 名	受診有り	0 名	男	0 名	女	0 名
(1) ~ (5) 合計	20 名	男	12 名	女	8 名	受診有り	4 名	男	4 名	女	0 名

HP を受診しない理由(受診なし 16 名)			
受診に抵抗がある	1 名	必要性を感じない	2 名
家族の理解が得られない	2 名	経済的理由	0 名
民間療育機関など他に相談の場がある	1 名	宗教的理由	0 名
なんとなく	0 名		

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

山梨市における発達障害の幼児および学童に対する 支援体制と支援ニーズの実態に関する研究（第 2 報）

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 部長）
研究協力者：片山 知哉（山梨県立こころの発達総合支援センター 所長）
金重紅美子（山梨県立こころの発達総合支援センター 医長）
佐藤かおる（山梨県立こころの発達総合支援センター）
齊藤由美子（山梨県立こころの発達総合支援センター）
中島 彩（子育て・発達の里 こころとそだちの相談室ばーれ）
日原寿美子（山梨市役所健康増進課）
岡 輝彦（山梨県教育庁新しい学校づくり推進室）
雨宮 一昭（山梨市教育委員会学校教育課 課長）
畠山 和男（山梨県立あけぼの医療福祉センター 副所長）
池田 久剛（山梨厚生病院 診療部長）
保坂 裕美（山梨厚生病院）
宇藤千枝子（石和共立病院）
相原 正男（山梨大学 教授）
山縣然太郎（山梨大学 教授）

研究要旨：山梨市において、地域特性に関する調査および小学 1 年生、2 年生および中学 1 年生を対象とした発達障害の疫学調査を行った。小学 2 年生および中学 1 年生は昨年度と同じコホートを対象とした継続的な調査である。山梨市は人口 3 万 7 千人の地方都市で、発達障害の子どもたちの支援に特化した専門機関を市単独では設置できていない。しかし、母子保健、教育、福祉の連携により、発達障害の早期発見、早期支援および特別支援教育体制の整備に取り組んできた。平成 23 年 4 月の山梨県立こころの発達総合支援センター開設以降は、同センターの診療機能との連携強化により、早期診断が活性化している。疫学調査では、小学 1 年生までの発達障害の累積発生率が 5.2% で、大半を広汎性発達障害（PDD）が占めた（発生率 3.8%）。小学 2 年生では発達障害の累積発生率が 6.7%（うち PDD が 4.8%）で、小学 1 年生のときの 4.1%（PDD 3.0%）よりも 2.6 ポイント（PDD 1.8 ポイント）上昇した。居住コホートにおける発達障害の有病率は、小学 1 年生で 6.1%、小学 2 年生で 7.2%、中学 1 年生で 3.7%であった。学校を対象とした調査では、1 年生の 13.4%、2 年生の 10.2%、中学 1 年生の 7.7%が学校によって発達に問題があると認識されていた。

A．研究目的

本研究班は、特性の異なるいくつかの地方自治体を選び、3年間でそれぞれの地域における発達障害の支援ニーズの実態の把握を行うとともに、地域の特性に応じた発達障害の支援システムの現状を調査し、具体的な地域支援のあり方についてのモデルを示すことを目的とする。山梨県山梨市は人口3万7千人の地方都市であり、発達障害の子どもたちの支援に特化した専門機関を市単独で設置できる環境にはない。しかし、同様の状況にある地方自治体は全国に数多くあるのが実情である。

山梨県では、平成23年4月に県立こころの発達総合支援センターを開設した。2名の常勤の精神科医と15名の相談支援スタッフを擁する発達障害支援の専門機関である。人口85万人の県としては異例の規模の発達支援センターである。したがって、山梨市の場合、市としての規模は小規模ながら、県の専門機関との連携を構築することによって高い専門性を保障することができる可能性を秘めている。

今年度も昨年度に引き続き、現時点での検出力のもとでの発達障害の支援ニーズを、疫学的手法を用いて求めた。

B．研究方法

平成19年4月2日～平成20年4月1日生まれの出生コホートと平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの出生コホートを対象とした。さらに、平成25年4月2日時点における平成19年4月2日～平成20年4月1日生ま

れの居住コホート、平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの居住コホート、平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれの居住コホートを対象とした。と は平成26年度の小学校1年生、 と は小学2年生、 は中学校1年生である。

を対象として6歳(小学1年生)までの発達障害の累積発生率、 を対象として7歳(小学2年生)までの発達障害の累積発生率、 ～ を対象として平成26年4月2日時点における発達障害の有病率を求めた。本研究における調査方法には、過去に例のない2つの特徴がある。ひとつは、地域で発達障害の診療を担っている医療機関の調査を行うと同時に、学校への調査も行ったことである。もうひとつは、地域の保健師、学校教師などが発達障害を疑っているが診断にまで至っていないケースまで含めた支援ニーズの実態も調査したことである。また、 、 については、これらを対象として昨年度も同じデザインで調査を行っており、発達障害発生の継時的な様式を調べることができる。

調査は本研究班で共通に用いたアンケートによって行った。アンケートは対象となる山梨市の母子保健担当、対象児が通っている可能性のある小学校、特別支援学校に記入を依頼し、集計した。

また発達障害児の診療を行っている医療機関(山梨厚生病院、山梨県立あけぼの医療福祉センター、石和共立病院、山梨大学医学部附属病院、山梨県立こころの発達総合支援センター)に依頼し、該当年齢の児で、山梨市で出生したか平成

26年4月1日の時点で山梨市に居住しており、発達障害と診断した児について、診療録に基づき連結可能な匿名化されたデータベースを作成し、学年別、診断別および知能区分別に件数の集計を行った。複数の医療機関を受診している児童については、イニシャル、性別、生年月日によって照合し、集計の重複を防いだ。

(倫理面への配慮)

本研究は疫学研究であり、研究対象者への侵襲的介入はない。医療機関への調査では、各医療機関で集めた個票は連結可能な状態で匿名化してから集計した。学校へのアンケート調査では、調査項目には特定可能な個人情報に含まれない。

C. 研究結果

1. 小学1年生の調査結果(図1)

平成19年4月2日から平成20年4月1日までの1年間の出生数は、289人(男児155人、女児134人)であった。このうち平成26年4月1日までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断された子どもは15人(男8人、女7人)であり、発達障害の6歳までの累積発生率は5.2%(男児5.2%、女児5.2%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害11人(発生率3.8%)、多動性障害3人(発生率1.0%)、精神遅滞1人(発生率0.35%)であった。

小学1年生のうち平成26年4月1日現在で山梨市に居住していた数(居住コホート)は、312人(男児166人、女児146人)であった。このうち平成26年4月1日までの間にいずれかの医療機関で

発達障害と診断された子どもは19人(男児11人、女児8人)であり、小学1年生における発達障害の有病率は6.1%(男児6.6%、女児5.5%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害15人(有病率4.8%)、多動性障害3人(有病率0.96%)、精神遅滞1人(有病率0.32%)であった。

学校アンケート調査では、小学1年生の総数は306人(男児167人、女児139人)となった。発達障害が疑われる子どもは41人(13.4%)、そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握している子どもは18人(5.9%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害の疑いを含む総数16人(5.2%)、診断把握数12人(3.9%)、多動性障害の疑いを含む総数11人(3.6%)、診断把握数3人(0.98%)、会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数6人(2.0%)、診断把握数0人、学力の特異的発達障害の疑いを含む総数4人(1.3%)、診断把握数1人(0.33%)、精神遅滞の疑いを含む総数4人(1.3%)、診断把握数2人(0.65%)であった。

小学1年生で特別支援教育を含む特別な教育的配慮を受けている子どもは15人(4.9%;男児11人、女児4人)で、特別支援学校が1人、通常の学校に就学し知的障害特別支援学級に在籍したのが4人、自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍したのが2人、通常学級に在籍し難聴・言語通級指導教室を利用したのが8人であった。

2. 小学2年生の調査結果(図2)

平成19年4月2日から平成20年4月

1日までの1年間の出生数は、270人(男児123人、女児147人)であった。昨年度の調査では、このうち平成25年4月1日までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断された子どもは11人(男児7人、女児4人)であり、発達障害の発生率は4.1%(男児5.7%、女児2.7%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害8人(発生率3.0%)、多動性障害2人(発生率0.74%)、精神遅滞1人(発生率0.37%)であった。今年度の調査では、平成26年4月1日までの間に何らかの発達障害と診断された子どもは18人(男児13人、女児5人)であり、発達障害の発生率は6.7%(男児10.6%、女児3.4%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害13人(発生率4.8%)、多動性障害3人(発生率1.1%)、会話および言語の特異的発達障害1人(発生率0.37%)、精神遅滞1人(発生率0.37%)であった。小学1年生の間に広汎性発達障害5人、多動性障害1人、会話および言語の特異的発達障害1人が新たに診断されていた。

小学2年生のうち平成26年4月1日現在で山梨市に居住していた数(居住コホート)は、291人(男児138人、女児153人)であった。このうち平成26年4月1日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断された子どもは21人(男児14人、女児7人)であり、小学2年生における発達障害の有病率は7.2%(男児10.1%、女児4.6%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害16人(有病率5.5%)、多動性障害3人(有病率1.0%)、会話および言語の特異的発達障

害1人(有病率0.34%)、精神遅滞1人(有病率0.34%)であった。

学校アンケート調査では、小学2年生の総数は285人(男児138人、女児147人)となった。発達障害が疑われる子どもは29人(10.2%)、そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握している子どもは17人(6.0%)であった。障害の内訳は、広汎性発達障害の疑いを含む総数12人(4.2%)、診断把握数10人(3.5%)、多動性障害の疑いを含む総数7人(2.5%)、診断把握数3人(1.1%)、会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数4人(1.4%)、診断把握数1人(0.35%)、学習障害の疑いを含む総数1人(0.35%)、診断把握数0人、精神遅滞の疑いを含む総数3人(1.1%)、診断把握数2人(0.70%)、その他の疑いを含む総数2人(0.70%)、診断把握数1人(0.35%)であった。

小学2年生で特別支援教育を含む特別な教育的配慮を受けている子どもは18人(6.3%;男児10人、女児8人)で、知的障害児特別支援学校に在籍する子どもはおらず、通常の学校に就学し知的障害特別支援学級に在籍したのが3人、自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍したのが5人、その他の特別支援学級に在籍したのが1人、通常学級に在籍し自閉症・情緒障害通級指導教室を利用したのが1人、難聴・言語通級指導教室を利用したのが8人であった。

3. 中学1年生の調査結果(図3)

中学1年生については、医療機関の調査では出生地が明らかでないケースが多かったため、累積発生率を求めることは

できなかった。

平成 26 年 4 月 1 日時点における山梨市の中学 1 年生の居住コホートは、350 人(男児 185 人,女児 165 人)であった。このうち平成 26 年 4 月 1 日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断された子どもは 13 人(男児 9 人,女児 4 人)であり,中学 1 年生における発達障害の有病率は 3.7%(男児 4.9%,女児 2.4%)であった。障害の内訳は,広汎性発達障害 10 人(有病率 2.9%),多動性障害 2 人(有病率 0.57%),会話および言語の特異的発達障害 1 人(有病率 0.29%)であった。

学校アンケート調査では,中学 1 年生の総数は 338 人(男児 169 人,女児 169 人)となった。発達障害が疑われる子どもは 26 人(7.7%),うち医療機関で診断されていることを学校が把握している子どもは 11 人(3.3%)であった。障害の内訳は,広汎性発達障害の疑いを含む総数 12 人(3.6%),診断把握数 10 人(3.0%),多動性障害の疑いを含む総数 6 人(1.8%),診断把握数 0 人,学力の特異的発達障害の疑いを含む総数 1 人(0.30%),診断把握数 0 人(0%),精神遅滞の疑いを含む総数 7 人(2.1%),診断把握数 1 人(0.30%)であった。

中学 1 年生で特別支援教育を含む特別な教育的配慮を受けている子どもは 9 人(2.7%;男児 3 人,女児 6 人)であった。知的障害特別支援学校在籍は 1 人,特別支援学級在籍は 8 人(知的障害特別支援学級 4 人,自閉症・情緒障害特別支援学級 3 人,その他の特別支援学校在籍 1 人)であった。通常級に在籍する児童の中に

通級指導教室等を利用する児童はいなかった。

D. 考 察

山梨県では平成 23 年 4 月に県立こころの発達総合支援センターを開設した。2 名の常勤の精神科医と 15 名の相談支援スタッフを擁する発達障害支援の専門機関である。したがって,山梨市の場合,市としての規模は小規模ながら,県の専門機関との連携を構築することによって高い専門性を保障することができる可能性を秘めており,これは,小規模市の今後のあり方を示す指標となり得る。

こころの発達総合支援センター開設以前の山梨市では,健康増進課の保健師,心理士,言語聴覚士による早期発見および早期支援活動がすでに活発に行われていたものの,保育園や幼稚園における把握率が低く,さらに保健師が把握しても医療機関につなげられる割合がきわめて低いという問題が指摘されていた(本田ら,2014)。本研究は,山梨市にとっては県立こころの発達総合支援センターが開設して 2 年が経過したところで開始された調査であり,新しい中核機関が稼働し始めることによって発達障害の把握と支援開始の時期がどの程度早くなるのかを調べるのにちょうどよい機会となった。また,医療機関の把握と学校における把握の両面からみることで,地域の支援ニーズの実態をより立体的にみることができた。

まず,昨年度と今年度の小学 1 年生のデータを比較してみる。平成 18 年 4 月 2 日~19 年 4 月 1 日の出生コホートでは,

就学前に医療機関で発達障害の診断を受けていたのが11人(4.1%)であった(昨年度調査)。その後、小学1年生の間に新たに7人が診断を受け、今回の調査では累積発生率が6.7%に上昇した。一方、平成19年4月2日~20年4月1日の出生コホートでは、就学前に15人(5.2%)が医療機関で発達障害の診断を受けていた。1学年上の出生コホートよりも高い数値であるが、1学年上の小学2年生の時点での累積発生率よりは低値である。わずか2学年の2年間のデータではあるが、県の中核センターと市との連携が軌道に乗り始めたことにより、早期発見から診断にかけての連携がスムーズに行われるようになったことと関係があるかもしれない。とはいえ、おそらく就学後に診断を受けることになる子どもが潜在的にまだ存在すると思われる。来年度も引き続き同じデザインで調査を行えば、このような発見と診断の動態がより一層明らかになると思われる。

一方、学校の調査からは、教師たちの発達障害への感度がきわめて高まっていることが示唆された。小学1年生の入学時点で学校教師が発達に気になるところがあると把握した子どもの割合は、昨年度が16.3%、今年度が13.4%であった。ただ、昨年度の小学1年生は、今年度2年生の時点で再調査すると10.2%とやや低下していた。入学時点で教師たちが発達に気になるところな子どもたちをやや広めに把握しており、1年の経過の中でその一部について把握は不要と判断した可能性がある。1年生から2年生にかけてで疑いありとの教師の判断がほぼ半減したのは、

多動性障害、会話および言語の特異的発達障害、精神遅滞であった。一方、広汎性発達障害が疑われる子どもも減少したものの、半減とまではいかなかった。学力の特異的発達障害は1年生では疑われている子どもはおらず、2年生で1人であった。今年度の1年生では、発達障害の疑いがあると教師が把握した数は昨年度よりわずかに減少しているが、ほぼ同程度であった。しかし、学力の特異的発達障害が疑われる子どもの数は、1学年上よりも多かった。知的障害や社会的行動の問題のみられない発達障害は、幼児期には気づかれにくく、教科学習がある程度進んでから始めて学業不振などで明らかとなる可能性がある。多動性障害、学力の特異的発達障害、軽度精神遅滞などは、就学後に教師によって気づかれるケースが相当数存在する可能性がある。今後、学年を追ってこれらの発達障害がどの程度把握されるようになるのかを明らかにしていくことは、きわめて意義のあることである。

中学1年生は、こころの発達総合支援センターが開設する前に幼児期を過ぎ、就学した後にこころの発達総合支援センターが開設した子どもたちである。医療機関の有病率データと学校のデータのいずれでも、小学6年生のときに比べて中学1年生の方が広汎性発達障害の数が増加していた。一方、学力の特異的発達障害の数は、医療機関の診断例はもともとゼロであったのに対し、小学6年生の教師の把握数が13人(3.7%)と多かった。ところが中学1年生になると、教師の把握数が1人(0.30%)と激減していた。

診断例がほとんどいないことについては、学力の特異的発達障害の子どもが医療機関機会を受診する機会が少ない可能性や、医師があまり積極的にこの診断をつけない可能性などが考えられる。一方、学校の調査については、小学校教師と中学校教師とで学力の特異的発達障害に関する認識が異なる可能性がある。

診断の内訳をみると、昨年度同様に広汎性発達障害が従来の想定より多いことが特記される。昨年度の他市のデータでも同様の傾向があったことから、広汎性発達障害は少なくとも我が国では従来の想定を超えた割合で存在するとみておく必要がありそうである。

E. 結論

地域の基幹となる医療機関を設置することで、小学校入学前に診断される子どもたちが増加している可能性があることが示された。また、就学前に診断される子ども以外にも学校で発達障害が疑われる子どもたちはたくさん存在し、それらの子どもが就学後に徐々に診断されていく動態の一部を今回示すことができた。3年目も同様の調査を行い、さらに把握と診断の動態を明らかにしていきたい。

(お詫びと訂正)

昨年度の報告書の筆者ら担当部分(p.330-367)で、学校調査の結果の数値の一部に誤りがありました。本報告書の図2および図3では、昨年度のデータを修正したものも含めて掲載しました。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 本田秀夫：発達障害の早期支援。精神療法 40(2): 299-307, 2014。
- 2) 篠山大明, 本田秀夫：自閉症序論。神経内科 81(4): 369-374, 2014。
- 3) 本田秀夫：親の対応に苦慮する発達障害の幼児症例。精神科治療学 29(10): 1243-1248, 2014。
- 4) 本田秀夫, 鮫島奈緒美：発達障害の人たちの社会参加促進を目指すコミュニティづくり支援。臨床心理学 14(6): 813-817, 2014。
- 5) 本田秀夫：広汎性発達障害(PDD)の臨床における診断・評価のあり方。小児科診療 77(12): 1737-1744, 2014。
- 6) 本田秀夫：Autism Spectrum Disorder(自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害)。児童青年精神医学とその近接領域 55(5): 518-526, 2014。
- 7) 本田秀夫：自閉スペクトラム症, 早期療育・継続支援から見えてきたこと。臨床精神医学 44(1): 19-24, 2015。
- 8) 本田秀夫：児童青年精神医学の今後10年の展望。精神科治療学 30(2): 259-264, 2015。
- 9) 本田秀夫：認知行動療法が効いたのか?それとも,その治療者だから良かったのか?精神療法 41(2): 216-217, 2015。
- 10) 本田秀夫：山梨県立こころの発達総合支援センター。子育て支援合同委員会監修：子育て支援と心理臨床 vol.8, 福村出版, 東京, pp.117-121, 2014。

- 11) 宮本佳代子：山梨市における「2歳児健診」の取り組み - 育児支援の枠組みで行う発達障害の早期把握・早期支援 - 。保健師ジャーナル 69; 991-997, 2013。
2. 学会発表 なし
- G . 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得 2. 実用新案登録 3. その他
いずれもなし
- H . 参考文献
- 1) 本田秀夫, 金重紅美子, 宮沢久江, 佐藤かおる, 齊藤由美子, 三神恭子, 中

嶋彩, 宮本佳代子, 岡輝彦, 雨宮一昭, 畠山和男, 池田久剛, 保坂裕美, 宇藤千枝子, 相原正男, 山縣然太郎：山梨市における発達障害の幼児および学童に対する支援体制と支援ニーズの実態に関する研究。厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業：発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価 - 平成 25 年度総括・分担研究報告書 (H25 - 身体・知的 - 一般 - 008), 330-367, 2014。

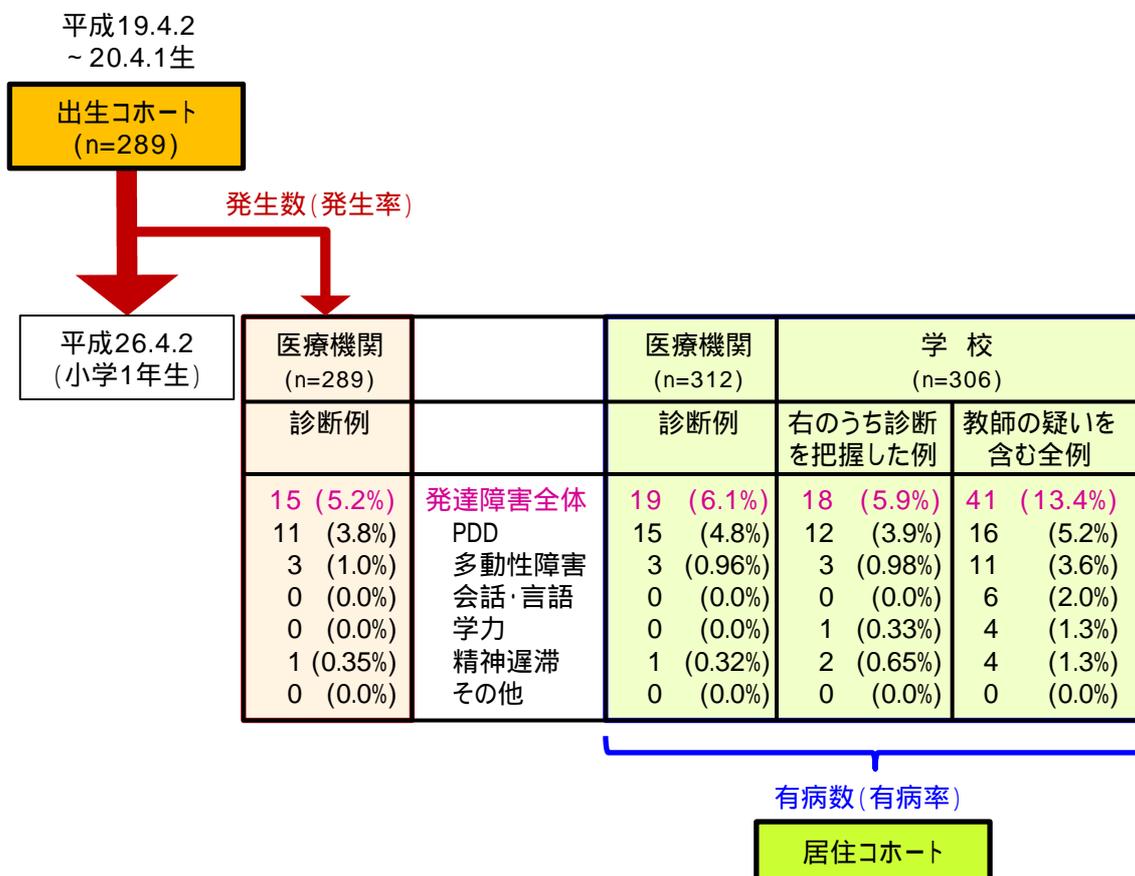


図1 平成19年4月2日~20年4月1日生まれ(小学1年生)における発達障害の累積発生率, 有病率, および発達に問題のある児童についての学校の認識

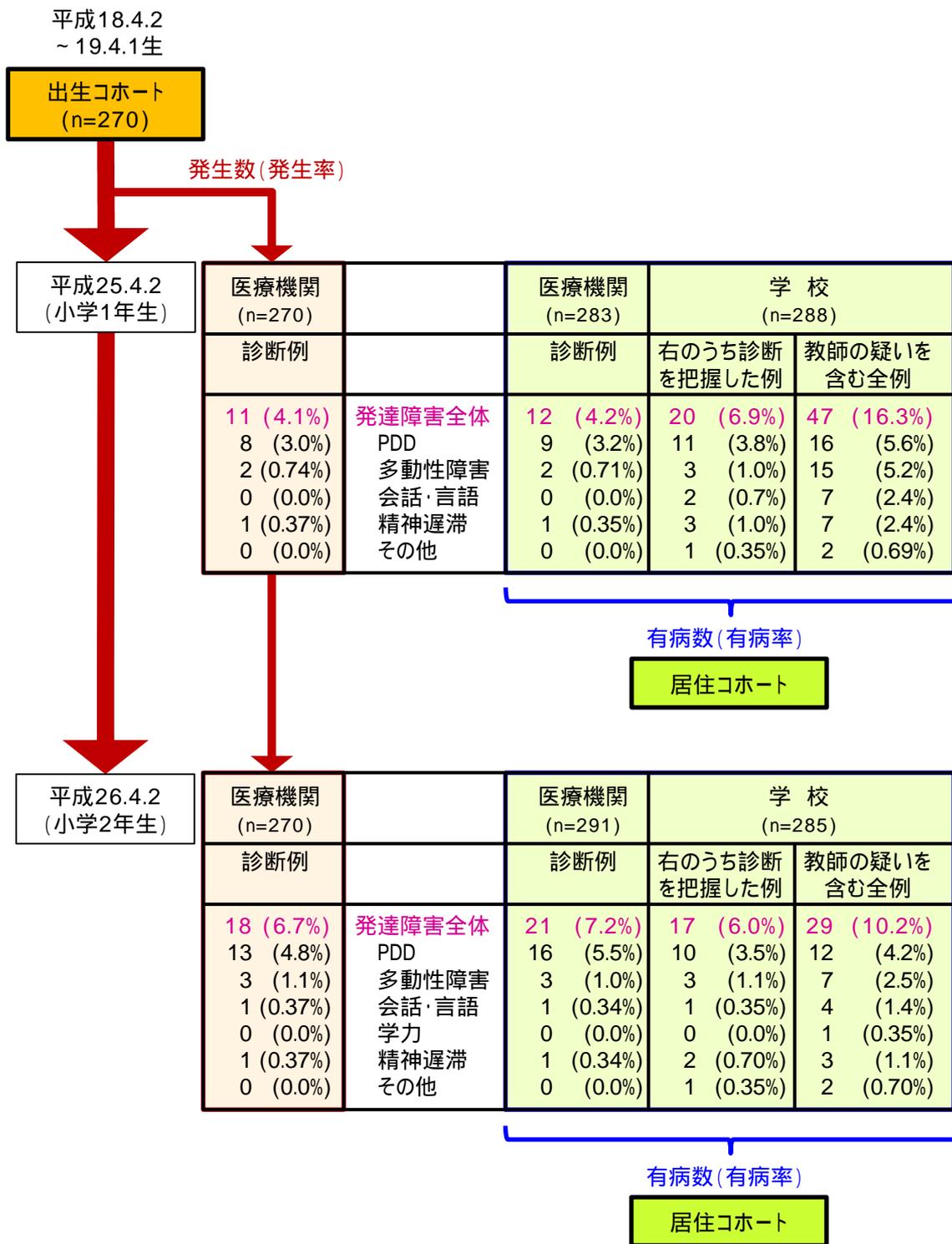


図2 平成18年4月2日~19年4月1日生まれ(小学2年生)における発達障害の累積発生率, 有病率, および発達に問題のある児童についての学校の認識

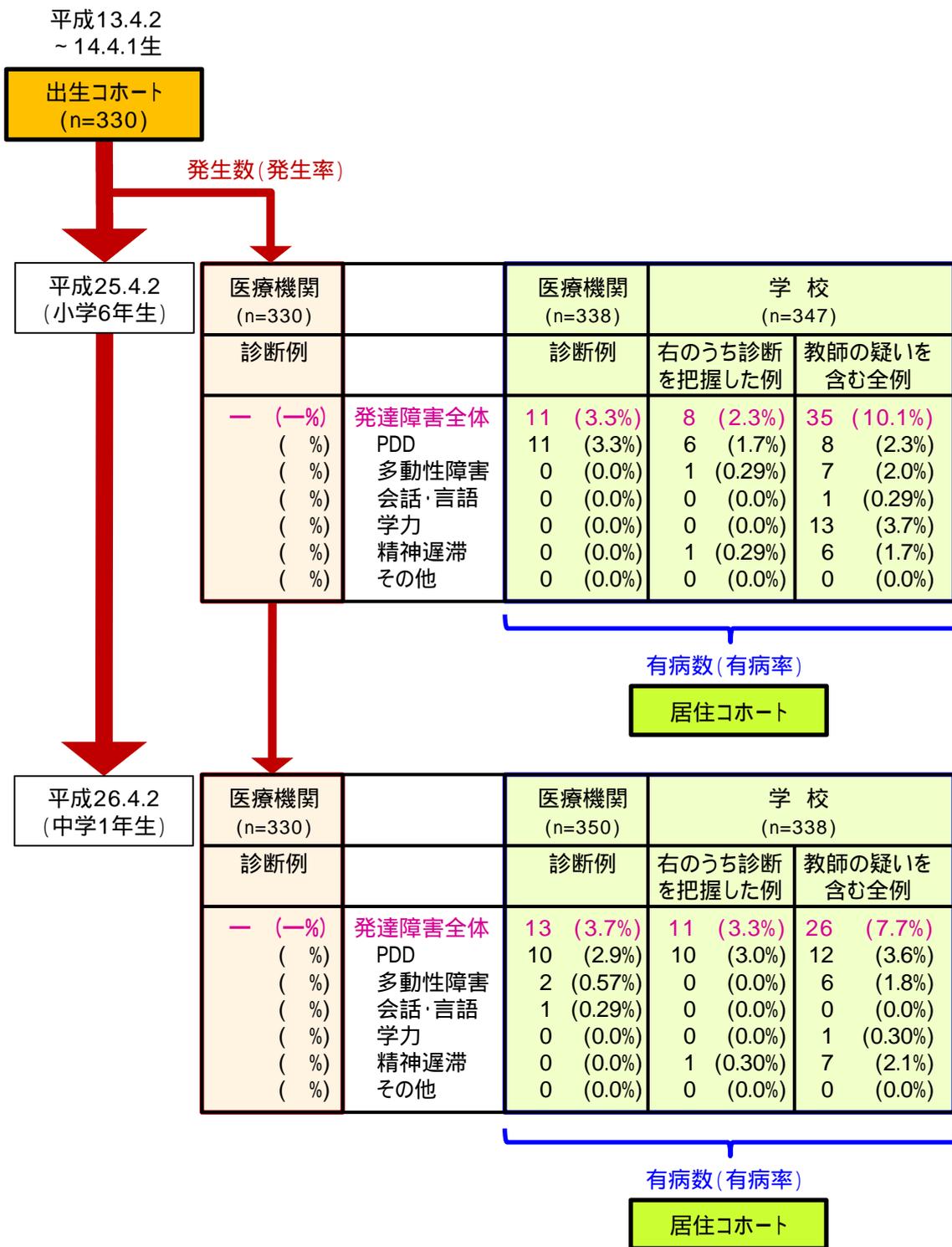


図3 平成13年4月2日~14年4月1日生まれ(中学1年生)における発達障害の有病率, および発達に問題のある児童についての学校の認識

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障がい者対策総合研究事業）
発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価

分担研究報告

福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究 2

分担研究 内山登紀夫（福島大学 人間発達文化学類 教授）
鈴木さとみ（国立障害者リハビリテーションセンター）
川島 慶子（福島大学 人間発達文化学類 研究員）

研究要旨：発達障害児の早期発見と支援について、南相馬市の取り組みを調査した。併せて、発達障害児の実態について市内の小学校と近隣市の特別支援学校を対象に H25、26 年度にアンケートを実施した。その結果、行政における取り組みとして、“発達支援室”の設置が早期発見から乳幼児期 - 成人期の支援について大きく機能していた。学校アンケートの結果は、学校が把握している発達障害児の数は小学校 1 年生では、H25 年度と H26 年度に変化はなかった。しかし、6 年生においては H26 年度の方が「ADHD」を疑われる児童の割合がやや増加にあった。

小規模市の特徴（メリット）として、行政が中心となることで、地域全体で発達障害に関する問題を共有すること、専門性を高めながら支援へ向けた取り組みが円滑に進められることが挙げられる。課題としては、人材の確保やシステムの構築等があげられ、今後、同規模の市町村と比較を行い、検討が必要である。

A . 研究目的

本研究においては、南相馬市における発達障害児の発見と支援における現状について明らかにし、小規模市における発達障害児の早期発見と支援のためのモデル提言へ向けての特徴と課題を検討することを目的とした。

福島県の浜通り地域（太平洋側）にある南相馬市は、行政として発達支援室（発達障害児・者の支援にあたる部署）を設置している。東日本大震災と、その後の原発事故により行政機能が危機に面した際にも、県やその他の機関と連携し、発達障害児・者への支援にあたり、現在も積極的に連携を継続し、発達障害に関する事業の充実と強化に努めている。そこで、同規模市の発達障害の支援システムづくりに役立つものと考え、本研究班

の調査票を用いて地域特性や支援システムについて調査を実施することとした。また、震災後の原発事故の影響から人口変動（転出入）が大きい状態が現在も続いている。それらの状態も含め、発達障害児の実態把握に関する調査（学校へのアンケート）も併せて報告する。

B . 研究方法

1 . 地域特性に関する調査

(1) 対象：福島県南相馬市
(2) 手続き：市の担当者へヒアリングを実施し、研究協力者が調査票を作成した。福島県、南相馬市の統計資料については、平成 24・25 年度市町村勢調査結果、統計集「まち D ス 2013」よりデータを引用した。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

(1) 対象：平成 25 年度は、南相馬市の小学校 16 校と近隣市の特別支援学校 1 校について、南相馬市に居住している小学校 1 年生と 6 年生を対象に調査を行った。平成 26 年度については、同市の小学校 15 校（平成 26 年度より 1 校閉鎖のため）と近隣市の特別支援学校 1 校の小学校 1 年生、2 年生、6 年生を対象に調査を行った。

(2) 手続き

平成 25 年度は、平成 25 年 11～12 月にアンケートを配布し、回収した。平成 26 年度は、平成 27 年 1 月～2 月にアンケートを配布し、回収した。（倫理面への配慮）

アンケートについては匿名化の上、数的データとして処理し、個人が特定できないよう配慮した。福島大学において倫理委員会の承認を得ている。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

1) 地理的特徴と人口動態

南相馬市は、福島県の沿岸部に位置し、原発から 10～40 km 圏内にある。東日本大震災では、津波被害に加え原発事故の影響も受けた地域である。市内において、原子力発電所からの距離によって避難指示が分かれたため混乱が生じた経過がある。

アクセスとして、震災後は原発事故により交通制限を受け、日常生活に様々な影響がみられ、医療機関受診についても困難さがある状態であった。しかし、平成 27 年 3 月 1 日より常磐道が東京 - 南相馬市 - 仙台市まで開通し、今後の復興が期待されることである。

人口動態として、震災前より年々人口の減少がみられていたが、図 - 1 の通り、平成 23 年 3 月の東日本大震災により転出者が急激に増加し、人口が激減した。しかし、その後徐々に転入者が増え、現在は人口が 63492 人（平成 27 年 2 月 1 日現在：南相馬市ホームページより）となっている。

震災後、南相馬市から避難する人がいる一方で、原発事故により居住困難となった地域の住民の避難を受け入れている。また、同市内で避難する（居住の制限がある区域から制限のない区域へ）そうした複雑な特徴がある地域である。

就労人口については、就業率 47.0%となっており、第 3 次産業に従事している割合が 57.2%と最も多い。産業分類別就業者人口の構成比では、製造業が 20.9%と最も多く、次いで卸売・小売業が 15.3%、建設業 11.8%となっている。沿岸部であるため、大手企業の工場がいくつかあることや原子力・火力発電所が近隣にあるため、関連する仕事へ従事している人も多く、製造と建設業への就労が集中していることが考えられる。

出生数は、図 - 1 のように、平成 22 年まではゆるやかな減少傾向にあったが、平成 24 年で急激に減少し、平成 25 年度より増加となっている。平成 22 年と平成 24 年を比較すると、世帯数は、23,898 世帯（23 年 2 月末）から 22,577 世帯へ減少したが、1 世帯当たりの人数については 3.0 人から 2.9 人へと大きな変化はなかった。年代別人口（図 - 2 参照）では、10 歳未満の児童の数、30 代、50 代の人数が平成 22 年度と比較して減少が明らかであり、幼い子どもがいる家族が、世帯ごと避難したことが推測できる。

図 - 1

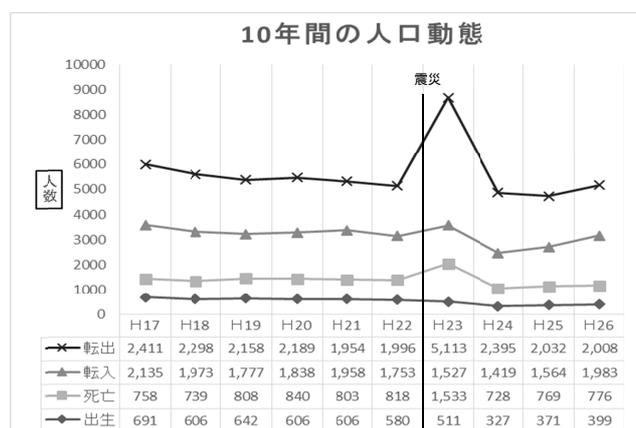
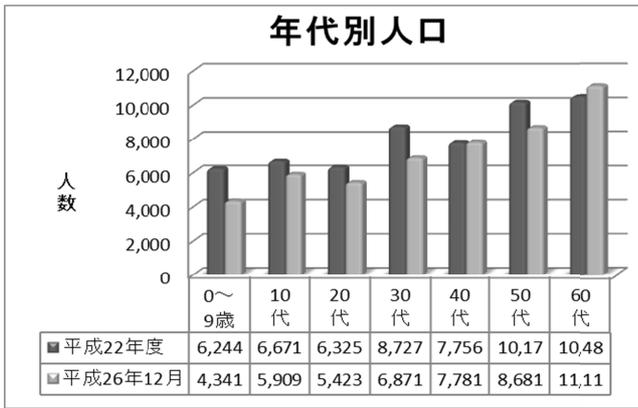


図 - 2



(南相馬市ホームページ『小高区・鹿島区・原町区の年齢別人口』平成 25・26 年度より作成)

2) 南相馬市発達障害児の発見から支援

(1) 母子保健

出生と乳幼児健康診査：

平成 22 年度の出生数は 580 人、平成 24 年度においては 327 人であった。震災後の原発事故の影響で避難となり、出生数が激減したが、平成 25 年度より増加の傾向がみられる(図 - 1 参照)。乳幼児健康診査は、4 か月、10 か月、1 歳半、3 歳半において実施している。そのうち 1 歳半、3 歳半乳幼児健康診査が主な発達障害の発見の場となっている。「異常あり」が必要となる児童の割合は 60%前後であった(表 参照)。震災後、表の通り、心理相談において震災後は年々増加していた。平成 24 年度の 1 歳半健診後の言葉の相談においては 20%に達しているが、3 歳児健診では横這いであった。

乳幼児健康診査票：

福島県のこどもの発達『気づきと支援』推進事業のガイドラインが平成 24 年に配布され、福島県の各地域ごとに健康診査票の改定が進められたが、それ以前より発達障害児の発見に関する項目を追加するなど、南相馬市においては毎年改定が行われていた。

健診の場所：

市内に 3 つの保健センターがあり、それぞれに

において健診が実施されていたが、震災の影響から平成 23 年度は 1 か所(鹿島保健センター)で、現在は 2 か所(鹿島保健センター、原町保健センター)で実施されている。小高保健福祉センターにおいては、まだ実施には至っていない。

スタッフ：1 歳半、3 歳半健診では、健康福祉部健康づくり課母子保健係と男女共同こども課発達支援室から常勤保健師概ね 6 名、ST1 名、保育士 1 名、その他として心理 3 名(1 名は非常勤、2 名は福島県事業からの派遣)・OT1 名(心のケアセンター)となっている。

相談会・巡回相談会：1 歳半、3 歳半乳幼児健康診査後、発達の心配な児童について、発達支援室と母子保健係で連携を行い、保護者と児童に合わせた相談会へつなげる。相談会は、母子保健係では乳幼児発達相談会、ことばの相談会があり、発達支援室においては、保育所・幼稚園等への巡回相談、個別相談、すこやか教室がある。

表

	1歳6か月健診			3歳児健診			
	H22	H23	H24	H22	H23	H24	
受診者数	549	159	174	562	209	238	
異常あり	282 (51%)	98 (62%)	114 (66%)	314 (56%)	122 (58%)	143 (60%)	
助言 再掲	心理 相談	85 (15%)	28 (18%)	42 (24%)	85 (15%)	40 (19%)	52 (22%)
	言葉の 相談	58 (11%)	21 (13%)	35 (20%)	72 (13%)	25 (12%)	33 (14%)

(2) 発達支援室

南相馬市役所健康福祉部男女共同こども課に平成 22 年度に“発達支援室”として開設され、保健師、保育士、言語聴覚士が在籍する。乳幼児健診から成人まで発達障害に関する相談や支援等について、関係機関との連絡調整を行いながら、ライフサイクルに応じた支援を行っており、業務内容は多岐に渡る。

1歳半、3歳半乳幼児健康診査に参加するとともに、保育所・幼稚園の巡回相談会、個別のケース対応なども行っており、『発見から継続的な支援につなぐ』ための重要な役割を果たしている。

また、発達障害に関する研修会の企画・運営を行い、普及・啓発についても事業内容に含まれる。

4)療育機関について

母子保健、発達支援室からの相談会を経て療育機関を紹介する場合と、福島県におけるサポートコーチ事業による相談支援専門員（民間相談支援事業所へ委託）へつなぎ、療育機関へつながる場合がある。ケースに応じてそれぞれが連絡調整を行いながら対応する。福祉サービスの提供において、サービス機関には年齢制限があるが、相談支援専門員は幼児期から成人期までの福祉サービスのマネジメントに対応する。

南相馬市では、児童発達支援事業所の数は2事業所、放課後等デイサービスは3事業所となっている。また、震災後の支援として学齢期を対象に学習支援を行っている機関もある。

5)保育所・幼稚園

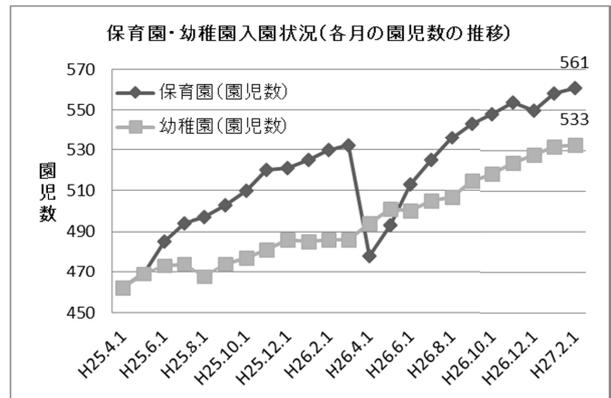
市内に保育所・幼稚園は26園であったが、震災後に原発事故の影響により休園となっている箇所もあるため、現在開園している保育園は6園、幼稚園は8園となっている。また、入園後に発達の心配がみられるなど、支援を要する児童はいずれの園でも多い状況がある。また、震災後の避難先からの帰還等により転園する児童も多い。保育園の定員数は1013人、幼稚園の定員数は2220人であり、震災前は(平成23年4月在籍予定数)保育園は1142人在籍、幼稚園は1198人が在籍していた(図5)。現在は震災前に対して在籍数は46.8%(保育園・幼稚園合計:平成27年2月1日現在)である。

発達支援室での巡回相談の実施では、助言内容として、園全体へ向けた内容の話、個別のケース

について、環境面についてなど、参加スタッフそれぞれの立場から園に合わせて行っている。行政、福祉、園が連携して発達障害の児童への支援を行っている。

平成25年4月から平成27年2月までの保育園・幼稚園の児童の数(各月の推移)は図II-1の通りである。

図 - 1 南相馬市ホームページ『児童生徒・園児数の推移』より作成(他市からの避難児数も含む)



6)学校

(1)発達障害の児の就学へ向けて

ほとんどの園および小学校で直接面接による引き継ぎの必要性を感じているが、入学者が一定ではないため調整が困難となっている。特に震災後は、学区とは異なる避難先の小学校への入学や他市町村から帰還しての入学などのケースがあり、入学寸前まで就学予定の児童が把握できない状態である。そのため、要録の送付にとどまっている場合もある。

学校では集団生活の様子や問題行動の対応についての情報を必要としている。就学審議会では、専門調査委員(教育委員会により構成。特別支援の教員など10名ほどのチームで事前に子どもの状態を見て、検査を行っている)により、主にケースとしてあがった子どもについて知的・情緒・通常配慮の必要があるかを判定する。市の母子保健係と発達支援室の保健師も参加して情報の交換

を行っている。

(2) 校内支援体制について

平成 25 年度においては、小学校 16 校であったが、平成 26 年度より 1 校が閉校となり、現在は 15 校となっている。内、現在も仮設校舎を使用している学校は 4 校である。支援の必要な児童数と、特別支援学級の設置については表 -1、表 -2 の通りとなっている。

南相馬市では、震災前、特別支援学校を希望する場合、隣の市である相馬市の福島県立相馬養護学校、次いで近隣にある富岡町の福島県立富岡養護学校への入学がほとんどを占めていた。しかし、福島県立富岡養護学校は原発事故による避難のため、現在いわき市に仮設校舎が設置されている。平成 25 年 11 月時点では、南相馬市において特別支援学校に在籍する児童生徒数は小学校は 1 年生から 6 年生まで合計 43 名であった。しかし、県内外への避難のため、相馬養護学校以外に通う生徒も多くいるものと考えられる。

表 -1 の通り、平成 25 年度において、小学校 16 校中 9 校に知的障がい学級が設置され、自閉症・情緒障がい学級は 4 校に設置されている。

表 -1 障がい別特別支援学校及び児童生徒数(平成 25 年度小学校)：『南相馬市の教育』平成 25 年度より

区分	設置校数	児童生徒数
知的障がい学級	9	32
自閉症・情緒障がい学級	4	11
計	22	43

通級指導教室は、言語と ADHD について 1 校ずつの設置であった(表 -2)。

表 -2 障がい別通級指導実施校及び児童生徒数(平成 25 年度小学校)：南相馬市提供資料より作成

区分	実施校数	児童生徒数(自校・市内他校)
言語障がい	1	15
ADHD	1	7

保育所・幼稚園と同様に、小学校の在籍児童数も在籍予定人員を下回る人数となっている。また、学期ごとに変動(増加)が続いている(表 -3)。

表 -3 南相馬市立小学校 児童の在籍推移：南相馬市ホームページ 教育委員会資料より作成

年度	在籍予定人数	1学期開始日 (在籍数)	2学期開始日 (在籍数)	3学期開始日 (在籍数)
H23年	4058	1231	1586	1779
H24年	3846	1914	1991	2036
H25年	3593	2039	2064	2088
H26年	3474	2131	2151	2163

7) 医療機関の現状

震災後、診療を行っている精神科の病院が 1 か所、クリニックが 2 か所ある。発達障害の児童においては、福島県内の中通り、または宮城県の医療機関へ通うことも多い。また、震災後は隣の市に“メンタルクリニックなごみ”が新設され、児童の専門の医師が支援に来ている。また、福島県における“被災した障害児のための医療支援事業”により、年に数回、児童精神科医または小児科医が診察する巡回相談が実施された。

このように、市内では、震災前より十分に発達障害児のための医療が整っていない状況であり、片道 2 時間程度かけて診察を受けることも多い。震災後に専門医による診療の機会が出来たが、年間に数回といった県事業によるものであり、常勤医が定期的に診察可能となる十分な状態ではない。

8) 発達障がい者支援センターとの連携

先に述べた発達障害児のための福島県“被災し

た障害児のための医療支援事業”により、児童精神科医又は小児科医と心理士、ワーカーのメンバーで巡回相談会を行っている。これまでに事業に参加した児童は、平成 23 年 9 月～平成 26 年 12 月末までで 31 名であった。福島県内の各地の同期間における参加児童の合計は 116 名であり全体の 26.7%となっている。この事業については、“発達支援室”が発達障がい者支援センターと連絡調整を行い、市内の事業所のマネジメントを行った。

9) サポートブックの利用

南相馬市では、平成 24 年より相談支援ファイル『かけはし』を作成し、発達障害児へ活用を促している。相馬養護学校とも連携し、児童生徒への利用を勧めている。内容として、災害に備えて記述する、確認するための内容が盛り込まれるなど、緊急時により活用しやすいものとなっている。乳幼児期から成人期において家族や本人が記述して使うものであり、内容としては、プロフィール(本人に関すること・関係機関等)、つたえたいページ(本人への支援方法・生活面のサポート)、医療・相談の記録(かかりつけ医について、受診・相談の記録など)、保育・教育・卒業後の記録(学年ごとの家庭や幼稚園・保育園、学校での様子など)、相談機関、災害に備えるためのページと構成されている。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査結果

アンケートの回収について、平成 25 年度は 14 校から(回収率 82.4%)、平成 26 年度は 13 校から回答があり(回収率 81.3%)、特別支援学校は後日回答予定となっている。

1) 学校で把握している発達障害児の実態調査 (表 -1、表 -2 参照)

1 年生については、平成 25 年度の発達に遅れや偏りのある児童総数において、「診断あり」18 名(7.7%)、「診断なし(疑い)」25 名(10.7%)、計 43 名(18.5%)であった。平成 26 年度は「診断

あり」17 名(7.1%)、「診断なし(疑い)」24 名(10.0%)、計 41 名(17.1%)であった。

平成 26 年度 2 年生(平成 18 年 4 月から 19 年 3 月生まれ)は、平成 25 年度の 1 年生と比較して、発達に遅れや偏りがある児童の総数は「診断あり」8 名(3.1%)、「診断なし(疑い)」11 名(4.3%)、計 19 名(7.4%)と大きく減少している。

小学校 6 年生については、平成 25 年度は「診断あり」19 名(5.9%)、「診断なし(疑い)」12 名(3.7%)、計 31 名(9.6%)であった。平成 26 年度は「診断あり」21 名(6.0%)、「診断なし(疑い)」17 名(4.9%)、計 38 名(10.9%)であった。概ね同じであるが、疑いのある児童がやや増加していた。

診断名ごとにみると、平成 25、26 年度共に 1 年生で最も割合が高いのは「診断あり」が「PDD」、「疑い」が「ADHD」であった。

平成 26 年度の 2 年生は、「診断あり」では「PDD」3 名、「ADHD」3 名、「発達性言語障害」2 名であった。「疑い」は「ADHD」3 名、「発達性言語障害」3 名、「学習障害」2 名、「精神遅滞」3 名であった。「疑い」においては、小学校 1、2 では「PDD」は 0 名であった。

小学校 6 年生については、平成 25 年、26 年共に「診断あり」において「PDD」が最も多く、次いで「ADHD」であった。「診断なし」は、平成 26 年度で「ADHD」6 名(1.7%)が最も多く、次いで「学習障害」5 名(1.4%)であった。

2) 特別な教育的配慮を必要とする児童について (表 -3、表 -4 参照)

平成 25 年度の 6 年生、平成 26 年度のすべての学年において、最も多かった支援内容は「学級担任による配慮のみ」であった。また、受診をしない理由としては、「必要性を感じない」が平成 25・26 年度、1、2、6 年生いずれも最も多かった。

3) 震災後のストレスケアについて (表 -5、表 -6 参照)

「震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児童」については、平成 25 年度は 1 年生 15 名 (6.4%)、6 年生 8 名 (2.5%) であったが、平成 26 年度では、1 年生 2 名 (1.0%)、6 年生 14 名 (4.0%) となった。平成 25 年度の 1 年生と平成 26 年度の 2 年生 1 名 (0.4%) を比較すると、減少していた。平成 26 年度の 1 年生は 2 名中 1 名のみ医療機関を受診し、2 年生は 1 名がスクールカウンセラーと医療機関の両方を受診していた。6 年生においては 14 名中 6 名がスクールカウンセラーの面接を受け、5 名が医療機関を受診した。いずれのケアも受けていない児童の割合は、平成 26 年度の方が高い。

D. 考察

南相馬市における発達障害児の早期発見と支援の取り組みとして、特徴的だったことは“発達支援室”の設置であった。専門職が乳幼児期から成人期まで、発達障害をキーワードに関わる部署があることは、発見から支援までを円滑につなぐために機能していた。横のつながりとして地域の保育所・幼稚園や医療、福祉サービスについても連携がとりやすく、支援のマネジメントに大きな役割を果たしていると考えられる。また、研修会の開催は専門職の人材育成、支援者の専門性の向上に役立つものであり、地域全体の発達障害児支援の向上が期待される。

小学校へのアンケートについては、小学校 1 年生では「診断あり」において「PDD」、「疑い」では「ADHD」が多い傾向にあった。低学年で落ち着きがないため、発達障害が疑われていることが考えられる。しかし、小学校 2 年生になると昨年度に「診断あり」「疑い」の児童共に半数以上減少しており、把握されにくいことが推測される。平成 26 年の小学校 6 年生では、「疑い」で最も多かったのは「ADHD」であり、平成 25 年度の結果と比較しても増加している。高学年においても落ち着きのなさが目立つ児童の割合が増えていること

が窺えた。保育所・幼稚園、学校のいずれにおいても在籍数の変動がみられ、避難や帰還の混乱があり、大人も落ち着かない生活が影響していることも推測される。

E. 結論

乳幼児健康診査においては、発達障害児の早期発見について全国的に取り組みが進められているが、小規模市においては子どもの発達に加えて家庭環境の確認も行いやすいため、熱心に取り組んでいる市町村では発見率（経過観察率）が高まりやすい傾向がある。しかし、支援につなぐことが課題になりやすい。

南相馬市においては、“発達支援室”が支援につなぐ役割として機能しているが、小規模市においては、予算や人材の関係から新しい部署の設置はすぐに行うことが難しい場合もある。しかし、乳幼児健康診査から支援につなぐ際に担当保健師に加え、専門の職員と一緒に取り組むシステムが機能していると考えられ、そうした人員の配置を検討をすることも有効である。また、南相馬市の取り組みから、乳幼児期から成人期まで長期にわたるサポート体制の構築を見据え、成長に合わせた地域の社会資源の活用について、市が中心に動くことは、発達障害の支援を円滑に進める上で重要であった。地域全体の発達障害についての専門性を高める（問題や知識を共有する）ことも、福祉機関や保育所・幼稚園との連携を図りやすくするものであった。今後は、このよう効果的であった取り組み（人材の確保・システム構築）を他の小規模市と比較するとともに導入に関する課題についての検討が必要である。

引用・参考文献

- ・平成 24・25・26 年版福島県勢要覧
- ・統計集「まち D ス 2013」
- ・相談支援ファイル『かけはし』
- ・『南相馬市の教育』平成 25 年度

- ・福島県庁児童家庭課提供 統計資料
- ・内山登紀夫、川島慶子、鈴木さとみ、吉田香織
『福島県沿岸部における東日本大震災前後の乳幼児の変化 乳幼児健診の記録を通して』第24回乳幼児医学心理学会 2014年

表 - 1 平成25年度_学校で把握している発達障害児の実態について 単位:人数(%)

診断名	1年生 (n=233)		6年生 (n=322)	
	診断あり	診断なし(疑い)	診断あり	診断なし(疑い)
発達に遅れや傾りがある児童の総数	18(7.7%)	25(10.7%)	19(5.9%)	12(3.7%)
「広汎性発達障害(PDD)」	8(3.4%)	0(0%)	8(2.5%)	3(0.9%)
「ADHD」「多動性障害」	2(0.9%)	11(4.7%)	7(2.1%)	2(0.6%)
「構音障害」「発達性言語障害」	1(0.4%)	5(2.1%)	0(0%)	0(0%)
「学習障害」			0(0%)	3(0.9%)
「精神遅滞」	5(2.1%)	7(3.0%)	2(0.6%)	4(1.2%)
なんらかの精神科的な問題(吃音、場面緘黙、チックなど)	2(0.9%)	2(0.9%)	2(0.6%)	0(0%)

表 - 2 平成26年度_学校で把握している発達障害児の実態について 単位:人数(%)

診断名	1年生 (n=240)		2年生 (n=258)		6年生 (n=349)	
	診断あり	診断なし(疑い)	診断あり	診断なし(疑い)	診断あり	診断なし(疑い)
発達に遅れや傾りがある児童の総数	17(7.1%)	24(10.0%)	8(3.1%)	11(4.3%)	21(6.0%)	17(4.9%)
「広汎性発達障害(PDD)」	12(5.0%)	3(1.3%)	3(1.2%)	0(0.0%)	10(2.9%)	2(0.6%)
「ADHD」「多動性障害」	2(0.8%)	11(4.6%)	3(1.2%)	3(1.2%)	9(2.6%)	6(1.7%)
「構音障害」「発達性言語障害」	0(0.0%)	6(2.5%)	2(0.8%)	3(1.2%)	0(0.0%)	1(0.3%)
「学習障害」	0(0.0%)	2(0.8%)	0(0.0%)	2(0.8%)	0(0.0%)	5(1.4%)
「精神遅滞」	3(1.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(1.2%)	2(0.6%)	1(0.3%)
なんらかの精神科的な問題(吃音、場面緘黙、チックなど)	0(0.0%)	2(0.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.6%)

表 - 3 平成25年度_特別な教育的配慮を必要とする児童 単位:人数(%)

	支援内容	6年生 (n=320)
A. 特別支援学級に在籍	(1) 知的障害特別支援学級総数	5(1.6%)
	(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	2(0.6%)
	(3) その他の特別支援学級総数	0(0.0%)
B. 通常学級に在籍	(1) 情緒障害通級指導教室に通級	0(0.0%)
	(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	2(0.6%)
	(3) その他の通級指導教室に通級	4(1.3%)
	(4) 適応指導教室((1)~(3)通級児を除く)	0(0.0%)
	(5) その他の支援	8(2.5%)
	(6) 学級担任による配慮のみ	14(4.4%)

表 - 4 平成26年度_特別な教育的配慮を必要とする児童 単位:人数(%)

	支援内容	1年生 (n=240)	2年生 (n=258)	6年生 (n=349)
A. 特別支援学級に在籍	(1) 知的障害特別支援学級総数	2(0.8%)	4(1.6%)	4(1.1%)
	(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	0(0.0%)	1(0.4%)	5(1.4%)
	(3) その他の特別支援学級総数	1(0.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)
B. 通常学級に在籍	(1) 情緒障害通級指導教室に通級	0(0.0%)	2(0.8%)	7(2.0%)
	(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	6(2.5%)	5(1.9%)	2(0.6%)
	(3) その他の通級指導教室に通級	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
	(4) 適応指導教室((1)~(3)通級児を除く)	0(0.0%)	1(0.4%)	2(0.6%)
	(5) その他の支援	3(1.3%)	2(0.8%)	4(1.1%)
	(6) 学級担任による配慮のみ	10(2.9%)	6(2.3%)	10(2.9%)

表 - 5 平成25年度_震災後のストレスケア 単位:人数(%)

内容	1年生(n=233)	6年生(n=322)
震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	15(6.4%)	8(2.5%)
このうち、SCの面接を受けたことがある児	7(3.0%)	7(2.2%)
このうち、医療機関を受診したと把握している児	12(5.1%)	4(1.2%)

表 - 6 平成26年度_震災後のストレスケア 単位:人数(%)

内容	1年生(n=240)	2年生(n=258)	6年生(n=349)
震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	2(1.0%)	1(0.4%)	14(4.0%)
このうち、SCの面接を受けたことがある児	0(0.0%)	1(0.4%)	6(1.7%)
このうち、医療機関を受診したと把握している児	1(0.5%)	1(0.4%)	5(1.4%)

-4. 標準的な評価指標に関する研究

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））

発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な
支援の実態と評価のあり方に関する研究

分担研究報告書

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

分担研究者

神尾 陽子（（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 部長）

研究協力者

本田 秀夫（山梨県立こころの発達総合支援センター 所長）

大澤 多美子（広島市こども療育センター 部長）

内山 登紀夫（福島大学人間発達文化学類 教授）

外岡 資郎（鹿児島県こども総合療育センター）

村松 陽子（京都市児童福祉センター）

石飛 信（（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長）

小原 由香（（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 研究員）

研究要旨：自閉症スペクトラム障害（Autism spectrum disorders: 以下 ASD）は、発達早期から生涯に渡る支援が必要な発達障害である。ASD の発達を促進し、症状を軽減するためには早期介入が重要であり、そのためにはまず中核症状に着目した ASD の早期診断を発達早期に行う必要がある。また ASD は、中核症状に加え、注意欠如/多動性障害・不安障害・チック・強迫性障害・感覚過敏・睡眠障害・気分障害・カタトニアなど多種類の併存症が、高頻度に認められ、ASD の臨床像を複雑にしている。このような併存症は ASD 児者の日常の社会適応に大きな影響を及ぼし、長期予後を左右する因子となることがわかってきた。しかしながら、国内外において ASD の併存症を含めた包括的に評価するための臨床評価尺度として確立されたものはなく、このことが併存症の介入への遅れに繋がる要因の一つと考えられる。したがって中核症状・併存症状双方の観点から ASD の早期診断をすすめ、幼児期から個別ニーズに応じた支援体制を確立していくことが今後の重要課題である。このためには、中核症状・併存症双方の観点から子どもを包括的に評価可能で、実臨床にも使用可能な簡便な評価尺度が必要であり、今後、多施設共同研究や国際間比較研究を進める上でも必須と考えられる。そこで本研究は、米国で開発された The Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT) の日本語版を作成し、本邦での信頼性・妥当性を検証することを目的とする。H26 年度は、“国際共同研究プロトコール”に準じ、計 46 名のデータ収集を行った。

A . 研究背景と目的

自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders: ASD) は、発達早期から生涯に渡る支援が必要な発達障害である。ASD 児者の発達を促進し、症状を軽減するためには発達早期からの介入が重要であり、そのためにはまず ASD の早期診断を発達早期に行う必要がある。ASD の医学的診断に関しては、熟練した専門医による ASD の中核症状 (社会性の障害、コミュニケーションの障害、こだわり) の評価による臨床診断が黄金基準とされているが、評価尺度に基づき、施設間や評定者間で客観的な診断評価を行うことは、臨床に有用であるだけでなく、多施設共同研究や、国際間での比較を可能とし、研究の発展に必須であることから、早期診断のための評価尺度の整備が必要である。現在、ASD 早期診断目的の評価尺度として、親からの聴取に基づき評価する The Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R)、対象児の行動観察に基づき評価する The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) などがあるが、使用するためには英語圏でトレーニングを受ける必要があり、特に ADI-R の実施時間は約 2 時間と長く、日本では、乳幼児を対象とした自閉症的行動特性を客観的に評価する実用的な尺度は乏しく、臨床や研究で使用する際のバリアとなっている。こうした事情を鑑み、2004 年に日本で開発された日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PDD-Autism Society Japan Rating Scales: PARS) は問診をベースに幼児から成人まですべてのライフステージにおける広汎性発達障害の特徴を尋ねるもので、Ito ら

(2012)は ADI-R を外的基準として妥当性を検証した。2012 年には質問項目の解説部分の文言のみテキスト改訂して、テキスト改訂版 (Pervasive Developmental Disorders Autism Spectrum Disorders Rating Scale - Text Revision) に移行した。現在、PARS および PARS-TR は幼児対象として使用すると 30 分から 1 時間程度以内で終了できる簡便さから日本で広く使われている。しかしながら、その信頼性および妥当性は 3 歳以降の幼児を対象としたもので、現在、早期診断の主たる対象である 2 歳前後の幼児に適切な項目がほとんど含まれていない。1 歳 6 ヶ月時の乳幼児健診で ASD が強く疑われた後、フォローして 2 歳前後でまず診断評価を行い、以降は定期的にモニターして最終的に 3 歳以降で確定診断するといった流れが望ましいが、早期発見できたケースを高い信頼性と妥当性を持って診断評価する際の標準的ツールは本邦で前述の ADI-R と ADOS 以外には存在しない。これらは優れた評定尺度であるが、臨床現場にはなじみにくいといふ欠点がある。このため、2 歳児に適応できる、比較的簡便で臨床場面で使いやすい、信頼性と妥当性の高い ASD 評価尺度の開発が求められている。

さらに、ASD は、中核症状に加え、注意欠如/多動性障害・不安障害・チック・強迫性障害・感覚過敏・睡眠障害・気分障害・カトニアなど多種類の併存症が、高頻度に認められ、ASD の臨床像を複雑にしている。このような併存症は ASD 児者の日常の社会適応に大きな影響を及ぼし、長期予後を左右する因子となることがわかってきた (Kamio et al., 2013)。まだ併存症の発症時期

やその経過については明らかになっていないが、我々の先行研究で5歳児にはすでに年長児と同程度に多種類の併存症が、同程度に高頻度に見られることが明らかになり、さらに2歳前後の行動特徴がある程度それを予測しうる可能性が示された(神尾ら、印刷中)。早期から途切れないASD支援を計画するうえで、併存症の現われを見逃さず、その程度を的確に評価することは適切なタイミングで支援を始め、慢性化、重症化を防ぐためにも重要である。しかしながら、国内外においてASDの併存症を含めた包括的に評価するための臨床評価尺度として確立されたものはなく、このことが併存症の介入への遅れに繋がる要因の一つと考えられる。したがって中核症状・併存症状双方の観点からASDの早期診断をすすめ、幼児期から個別ニーズに応じた支援体制を確立していくことが今後の重要課題である。

そうしたなかで、ASDの中核症状・併存症状双方の観点からASDの早期診断を行う際の診断用ツールとして、Matsonらによって開発されたthe Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT)は、2-3歳前後の幼児(月齢17-37ヵ月)に特化してあまり評価に時間と負担をかけずに実施できるように作成されており、有用性のエビデンスが蓄積されつつある(Matson et al., 2009, 2011a, 2011b; Rojahn et al., 2009)。BISCUITは、13項目から成る行動観察項目に加えて、親からの聴取にもとづいてASDを他の発達障害から区別し、自閉症的行動特性を量的に評価するPart1(62項目:20-30分程度)、ASDに付随しやすい不安などの情緒面の問題や多動などの併存症を評価するPart2(57項目)、ASDに付

随しやすい問題行動を評価するPart3(15項目)から構成される。BISCUITの利点として、ADI-RやADOSより短時間で実施でき、それらに含まれない併存症や問題行動も評価できる包括的診断が可能となる点が挙げられる。本邦での導入を想定すると、乳幼児健診の事後健診など発達を専門とする小児科医や児童精神科医の包括的診断を助けると期待される。また、現在、開発者のMatsonらを中心として妥当性検証の国際比較研究が始まっており、日本での検証がなされれば、将来、国際比較が容易になる。

本研究は、BISCUIT日本語版の作成と信頼性・妥当性の検証を目的とする。H25年度は評価尺度およびそのマニュアルの日本語訳と原著者とのバックトランスレーションの手続きを完了し、本研究班の研究代表者を含む複数の分担研究者を、本研究の研究協力者として計画を立て、協力者の所属するすべての機関の倫理委員会の審査を経て本研究計画の承認を受けた。H26年度は、以下に示した“国際共同研究プロトコール”に準じた研究計画を遂行し、計46名のデータ収集を行った。

B. 研究方法

【対象】

対象は、ASDあるいは発達の遅れ/障害を疑われて紹介された17-37ヵ月の幼児である。対象児は、小児科医あるいは健診で指摘を受けた幼児のうち、保護者から研究協力の同意が得られた者とする。

【除外基準】

・身体障害、感覚障害のあるものや、その他主治医が合併症や治療経過により不適切と認めたもの。

【BISCUIT について】

先に示したように、BISCUIT は、ASD の中核症状・併存症状双方の観点から ASD の早期診断を行う際の診断用ツールとして、Matson らによって開発された。対象は、2 - 3 歳前後の幼児(月齢 17-37 ヶ月)である。ASD 診断には、13 項目から成る行動観察項目に加えて、親からの聴取にもとづいて自閉症的行動特性(中核症状)を量的に評価する Part1 (62 項目)が用いられる。BISCUIT パート 1 は、情報提供者(親または養育者)ベースの尺度で、乳幼児における自閉症と特定不能の広汎性発達障害(PDD-NOS)の症状を評価するようデザインされている。評価尺度は 62 項目で構成され、各項目ごとに典型例と非典型例の記載がなされており、評定者により親または養育者に対して読み上げられる。親または養育者は各項目について当の子供と同じ年ごろの他の子供を比較することにより、次の評点により評価する: 0 = 「差がない; 障害はない」、1 = 「ある程度差がある; 中等度の障害」、2 = 「大きく差がある; 重度の障害」。BISCUIT パート 1 の内部整合性係数は .97 である(Matson, Wilkins, et al., 2009)。0 ~ 120 の範囲でスコアリングされ、17 ~ 37 ヶ月齢の合計 1,007 名の参加者(M = 26.44; SD = 4.98。330 名が ASD)をもとにした研究(Matson, Wilkins, et al., 2011)により、PDD-NOS と定型発達とのカットオフ値は 17 (感度 84.7、特異度 86.4)、PDD-NOS と自閉性障害のカットオフ値は 39 (感度 84.4、特異度 83.3)とされた(Matson, Wilkins, et al., 2009)。

併存症の評価には、ASD に付随しやすい不安などの情緒面の問題や多動などの併存

症を評価する Part2 (57 項目)、ASD に付随しやすい問題行動を評価する Part3 (15 項目)が用いられる。BISCUIT パート 2 には、57 項目が含まれ、下位尺度は、(かんしゃく/反動的・挑戦的行動、不注意/衝動性、不安/反復的行動、摂食/睡眠の問題)のカテゴリーに分類されており、幅広い併存症を網羅している。各項目において、最近どの程度問題があったかについて以下のように評価される: 0 = 「まったく問題でも障害でもない」、1 = 「中等度の問題または障害」、2 = 「重度の問題または障害」、または X = 「当てはまらない、またはわからない」。BISCUIT パート 2 の内部整合性係数は .96 である(Matson, Wilkins, et al., 2009)。BISCUIT パート 3 には、15 項目が含まれ、その下位尺度は、(攻撃的/破壊的行動、常同行動、自傷行動)のカテゴリーに分類されており、challenging behavior を中心としたものである。各項目は、最近どの程度そういう問題があったかについて以下のように評価される: 0 = 「まったく問題でも障害でもない」、1 = 「中等度の問題または障害である」、2 = 「重度の問題または障害である」。BISCUIT パート 3 の内部整合性係数は .91 である(Matson, Wilkins, et al., 2009)。

【手続き】

評定者 A (BISCUIT による評価担当)、A 以外の評定者 (BISCUIT の情報にブラインドな総合臨床診断を担当)による対象者の評価を行う。

双方とも経験のある医師あるいは臨床心理士が担当。

1. 全員に DSM-IV および DSM-5 のチェックリストを用いて診断評価を実施する。

- (A以外の評定者)
2. 全員にM-CHATを実施する(親回答および専門家評価)。注) M-CHATは2歳まででしか妥当性が検証されていない(Kamio et al., 2014)が、本研究では研究用としてその年齢幅を超えた対象児に対しても全員に実施する。(A以外の評定者)
 3. すでに発達検査が終了している場合にはその結果を転記する。まだ発達検査がなされていない場合には新K式発達検査を実施する(やむを得ない場合には他の検査や親回答のKIDSでも可)。(A以外の評定者)
 4. 全員にBISCUIT観察13項目の評定を実施する。(評定者A)
 5. 全員に、残りのBISCUITを完了する(フェイスシート、Part 1, Part 2, Part 3)。(評定者A)
 6. 定型発達以外のハイリスク児に対してのみ、SDQ(Strength and Difficulties Questionnaires)2 - 3歳用(25項目)を実施する。
 7. BISCUITの結果にブラインドな評定者(経験のある医師あるいは臨床心理士)がBISCUIT以外の情報(DSM-IV チェックリスト、M-CHAT, 新K式発達検査)に基づいて臨床判断を行う。
 - 自閉性障害
 - PDD-NOS
 - 非定型発達 (非ASD)
 - 定型発達
 (A以外の評定者)
 8. 個人情報を外して ID 番号を振り当てた対照表を作成する。

9. 個人情報をはずした臨床情報は、国立精神・神経医療研究センターの分担研究者神尾まで送付され、入力後電子情報として保管される。

統計解析計画

1. 信頼性検討

内部一貫性：Part1, 2, 3 それぞれについて Cronbach の α 係数を調べる。

2. 妥当性検討

・収束的妥当性： Part1 総得点と M-CHAT スコア、新版 K 式の「言語・社会」領域 DQ、SDQ スコアとの相関関係を調べる。

Part2, 3 総得点と SDQ 総得点および下位項目との相関関係を調べる。

・弁別妥当性：ASD 群と non ASD 群の Part1, 2, 3 それぞれの得点の平均の差を調べ、カットオフ値を算出する

(倫理面への配慮)

本研究はすべて、臨床研究に係る倫理指針に基づき、(独)国立精神・神経医療研究センター、福島大学の倫理委員会の承認を得て行う。

C . 研究の進捗状況と今後の予定

2015 年 1 月現在、46 名のデータ収集を完了した。H27 年度は、ASD 児・非 ASD 児を含め、さらに約 40 名を目標にデータ収集を継続し、信頼性・妥当性の最終的な検証を行う予定である。今年度は、データ収集の完了した 46 名のデータに基づく中間解析結果を呈示する。

対象

対象児は、ASD あるいは発達の遅れを疑われて紹介された 46 名(男児 34 名、女児

12名、月齢 26.6±5.3 ヶ月)であった。BISCUITの結果にブラインドな評定者がBISCUIT以外の情報(DSM-IV チェックリスト、M-CHAT, 新K式発達検査)に基づいて臨床診断を行った結果、自閉症障害が36名(78%)、PDD-NOSが10名(22%)で、非定型発達(nonASD)および定型発達の診断がついた者はいなかった。また、「自閉症もしくはASDと診断されたあるいは自閉症もしくはASDが疑われているきょうだいの有無」に関しては、有が15人(33%)、無が31人(68%)であった。出生時の両親の平均年齢は、母親が33±4.3歳、父親が33.7±5.3歳であった。M-CHAT不通過項目数の平均は、全体で10.9±5.1、自閉症障害(36名)では11.6±4.9、PDD-NOS(10名)では7.9±4.8であった。現在、身体疾患、遺伝性疾患、知的障害などの併存症を有している児は、13名(28.2%)であった。

BISCUIT Part1, 2, 3の各項目の平均、標準偏差、項目合計相関(表1、2、3)

各Partとも、Mean < 0.05のLow endorsement ratesを示す項目は見られなかった(先行研究(Matson, Wilkins, et al., 2009)では、Mean < 0.05のLow endorsement ratesを示す項目は除外されている)。これは、今回解析対象とした46名全てがASDの診断を受けていることも影響している。項目合計相関が0.3未満の項目の数は、Part1では62項目中11項目、Part2では57項目中9項目、Part3では15項目中5項目あり、今後nを増やしたうえで再検討する必要がある。

内部一貫性(BISCUIT Part1, 2, 3)

46名(自閉症障害:36名、PDD-NOS:10名)の対象児に行った、BISCUITの各partのCronbachの α 係数(以下)は以下の通りであった。

- Part1(全62項目) = 0.961
- Part2(全57項目) = 0.881
- Part3(全15項目) = 0.784

一般に、 α が0.6を超える場合、その評価尺度は高い内的一貫性を有していると考えられことから、BISCUIT日本語版の内的一貫性は3つのpartとも高いと考えられる。(参考:米国での先行研究(Matson, Wilkins, et al., 2009)でのBISCUITの各partの α は以下の通りである。0.97(Part1全体)、0.96(Part2全体)、0.91(Part3全体))。46名のデータにおける各partのサブカテゴリーごとの α も以下に示す。

【Part 1】

- Part1(社会化・非言語性コミュニケーション:24項目) = 0.948
 - Part1(反復行動・限局的な興味:23項目) = 0.872
 - Part1(コミュニケーション:7項目) = 0.899
- (参考:米国での先行研究(Matson, Wilkins, et al., 2009)でのBISCUIT Part1の各カテゴリーの α は以下の通りである。
- Part1(社会化・非言語性コミュニケーション:24項目) = 0.93
 - Part1(反復行動・限局的な興味:23項目) = 0.90
 - Part1(コミュニケーション:7項目) = 0.87)

【Part 2】

・Part2 (かんしゃく / 反抗・挑戦的行動 : 18 項目) = 0.870

・Part2 (不注意 / 衝動性 : 16 項目) = 0.885

・Part2 (回避行動 : 9 項目) = 0.298

・Part2 (不安 / 反復的行動 : 11 項目) = 0.759

・Part2 (摂食 / 睡眠の問題 : 4 項目) = 0.626

(参考: 米国での先行研究 (Matson, Wilkins, et al., 2009) での BISCUIT Part 2 の各カテゴリーの は以下の通りである。

・Part2 (かんしゃく / 反抗・挑戦的行動 : 18 項目) = 0.870

・Part2 (不注意 / 衝動性 : 16 項目) = 0.92

・Part2 (回避行動 : 9 項目) = 0.83

・Part2 (不安 / 反復的行動 : 11 項目) = 0.82

・Part2 (摂食 / 睡眠の問題 : 4 項目) = 0.75)

【Part 3】

・Part3 (攻撃的 / 破壊的行動 : 10 項目) = 0.761

・Part3 (常同行動 : 3 項目) = 0.555

・Part3 (自傷行動 : 2 項目) = 0.281

(参考: 米国での先行研究 (Matson, Wilkins, et al., 2009) での BISCUIT Part 3 の各カテゴリーの は以下の通りである。

・Part3 (攻撃的 / 破壊的行動 : 10 項目) = 0.88

・Part3 (常同行動 : 3 項目) = 0.72

・Part3 (自傷行動 : 2 項目) = 0.51)

BISCUIT Part1

46 名 (自閉症障害 : 36 名、PDD-NOS : 10 名) の BISCUIT Part1 のトータルスコアは平均 56 ± 25 であった。また、自閉性障害群 (36 名) では平均 61.4 ± 25.4 、PDD-NOS 群 (10 名) では平均 39.8 ± 17.8

であり、米国の先行研究と同様、BISCUIT Part1 のトータルスコアは自閉性障害群 > PDD-NOS であった。また、PDD-NOS 群での平均値が米国でのデータに比して若干高い傾向にあった (表 4-1, 4-2)。今回、米国での先行研究 (Matson, Wilkins, et al., 2009) に基づき、BISCUIT Part1 のトータルスコアが 17 以上の場合に「ASD の可能性が高い」と定義し、BISCUIT のスコアにブラインドな評価者による総合臨床診断 (A 以外の評定者) と BISCUIT に基づく診断 (評定者 A) の一致度を調べた。結果、46 名中 2 名 (自閉症障害群 1 名/36 名、PDD-NOS 群 1 名/10 名) で、BISCUIT Part1 のトータルスコアが 17 点未満であった (表 1 参照)。すなわち、自閉症障害または PDD-NOS の総合臨床診断を受けた乳幼児のうち、96% が BISCUIT Part1 によっても「ASD の可能性が高い」と判定された。本研究での対象児のサンプリングの影響も考慮に入れる必要性はあるが、日本語版 BISCUIT Part1 の ASD の早期診断における有用性が示唆される。一方、現段階では定型発達群、非定型発達群 (non ASD) が対象に含まれておらず、ASD 群と非 ASD 群との弁別妥当性の検証が課題である。また、自閉性障害の臨床診断がなされた乳幼児 1 名/36 名において、BISCUIT Part1 のトータルスコアが 16 と境界域であった。米国での先行研究で示された PDD-NOS と定型発達とのカットオフ値 17 の感度、特異度はそれぞれ 84.7、86.4 であることを考えても、BISCUIT Part1 は、あくまで best clinical diagnosis のための補助的手法として検討することが重要であると考えられる。

BISCUIT Part2

BISCUIT part2 のカテゴリーごとの平均値を表 5-1 に示す。また、米国での先行研究 (Matson et al., 2011) での平均値とカットオフ値を表 5-2 に示す(平均の 1 標準偏差上がカットオフ値を設定するのに用いられた。平均から 1 標準偏差以内およびそれより下の範囲にあるスコアは「障害なし / 最軽度の障害」、平均から 1 標準偏差から 2 標準偏差上の範囲にあるスコアは「中等度の障害」と分類され、平均から 2 標準偏差以上、上にあるスコアは「重度の障害」とみなされた。)

ASD を有する乳幼児の下位尺度ごとの併存疾の重篤度の分布を表 6 に示した。

各下位カテゴリーにおいて、中等度以上の障害を有するとされた対象者の割合は、

- ・かんしゃく / 反抗的・挑戦的行動 (15%)
- ・不注意 / 衝動性 (24%)
- ・回避行動 (13%)
- ・不安 / 反復的行動 (22%)
- ・摂食 / 睡眠の問題 (18%)

であった。尚、下位カテゴリーのトータルスコアで、中等度以上の障害を有するとされた対象者の割合は、21%であった。以上のデータを解釈する上で、一個人が複数の併存症を有している可能性を考慮する必要があるが、約 2 割前後の ASD 乳幼児において、なんらかの併存症カテゴリーにおいて「中等度以上の障害」に該当することになる。しかし、このカットオフ値自体は、先に示したように米国での 309 名の乳幼児を対象としたデータにおいて便宜的に「平均から 1 標準偏差以上」と設定されただけであり、スコアが「中等度以上の

障害」に該当してもその併存症が臨床的レベルで認められることを意味するものではないことに留意する必要がある。一人の ASD 児が有する併存症は多岐に渡る場合もあり、この時期からの多面的評価の重要性が示唆される。

BISCUIT Part3

BISCUIT part3 のカテゴリーごとの平均値を表 7-1 に示す。また、米国での先行研究 (Matson et al., 2009) での平均値とカットオフ値を表 7-2 に示す (BISCUIT part2 同様、平均の 1 標準偏差上がカットオフ値を設定するのに用いられた。平均から 1 標準偏差以内およびそれより下の範囲にあるスコアは「障害なし / 最軽度の障害」、平均から 1 標準偏差から 2 標準偏差上の範囲にあるスコアは「中等度の障害」と分類され、平均から 2 標準偏差以上、上にあるスコアは「重度の障害」とみなされた。) ASD を有する乳幼児の下位尺度ごとの併存疾の重篤度の分布を表 8 に示した。トータルスコアで、中等度以上の障害を有するとされた対象者の割合は、11%であった (先行研究では 17.0%)。BISCUIT part2 の解釈と同様に、「中等度以上の障害」に該当すること自体が併存症の診断を意味するわけではなく、あくまでフォローアップの必要性を示唆する情報の一つとして捉える必要がある。

H27年度以降の課題

研究参加者リクルート

- ・約40名の新規研究参加者を目指す。
(ASD群とnon ASD群の弁別的妥当性の検証のため、non ASD群のリクルート

- も積極的に行う)
- 収束的妥当性の検証
- ・Part1 総得点と M-CHAT 不通過項目数、新版 K 式の「言語・社会」領域 DQ との相関関係。
 - ・Part2、3 総得点と SDQ 総得点および下位項目との相関関係。
- 弁別的妥当性の検証
- ASD 群と non ASD 群の Part1, 2, 3 それぞれの得点の平均の差を調べ、カットオフ値を算出する。
- F . 研究発表
1. 論文発表
 - 1) Asano M, Ishitobi M, Kosaka H, Hiratani M, Wada Y.
Ramelteon Monotherapy for Insomnia and Impulsive Behavior in High-Functioning Autistic Disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 34(3) 402-403, 2014 Jun.
 - 2) Fein D, Kamio Y
Editorial: Commentary on The Reason I Jump by Naoki Higashida.
Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2014 Oct.
 - 3) Hidetsugu Komeda., Hirotaka Kosaka., Daisuke N. Saito., Yoko Mano., Minyoung Jung., Takeshi Fujii., Hisakazu T. Yanaka., Toshio Munesue., Makoto Ishitobi., Makoto Sato., Hidehiko Okazawa.
"Autistic empathy toward autistic others"
Social Cognitive and Affective Neuroscience. 2014 Oct 20.
 - 4) Ishitobi M, Kawatani M, Asano M, Kosaka H, Goto T, Hiratani M, Wada Y.
Quetiapine responsive catatonia in an autistic patient with comorbid bipolar disorder and idiopathic basal ganglia calcification.
Brain Dev. 36:823-825, 2014 Oct.
 - 5) 石飛信, 荻野和雄, 高橋秀俊, 神尾陽子
自閉症の症候
神経内科 81(4), 375 - 380, 2014
 - 6) 石飛信, 荻野和雄, 高橋秀俊, 原口英之, 神尾陽子
自閉スペクトラム症と精神科的併存症
臨床精神医学, 第 44 巻 1 号, 2015.1.
 - 7) Jung, M., Kosaka, H., Saito, D. N. Ishitobi, M., Morita, T., Inohara, K., Asano, M., Arai, S., Munesue, T., Tomoda, A., Wada, Y., Sadato, N., Okazawa, H., Iidaka, T.
Default mode network in young male adults with autism spectrum disorder: relationship with autism spectrum traits.
Molecular Autism. 11;5:35. doi: 10.1186/2040-2392-5-35. 2014 Jun.
 - 8) Kitamura S, Enomoto M, Kamei Y, Inada I, Moriwaki A, Kamio Y, Mishima K.
Association between delayed bedtime and sleep-related problems among community-dwelling 2-year-old children in Japan
Journal of Physiological Anthropology. (In Press)

- 9) Matsuo J, Kamio Y, Takahashi H, Ota M, Teraishi T, Hori H, Nagashima A, Kinoshita Y, Ishida I, Hiraishi M, Takei R, Higuchi T, Motohashi N, Kunugi H
Autistic-like traits in adult patients with mood disorders and schizophrenia (In Press)
- 10) Naomi Matsuura., Makoto Ishitobi., Sumiyoshi Arai., Kaori Kawamura., Mizuki Asano., Keisuke Inohara., Tadamasu Narimoto., Yuji Wada., Michio Hiratani., Hirotaka Kosaka
Distinguishing between autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder by using behavioral checklists, cognitive assessments, and neuropsychological test battery.
Asian Journal of Psychiatry. 2014 (In Press)
- 11) Takei R, Matsuo J, Takahashi H, Uchiyama T, Kunugi H, Kamio Y
Verification of the utility of the Social Responsiveness Scale for Adults in non-clinical and clinical adult populations in Japan.
BMC Psychiatry. 2014 Nov.
- 12) Yuko Okamoto., Ryo Kitada., Hiroki C. Tanabe., Masamichi J. Hayashi., Takanori Kochiyama., Toshio Munesue., Makoto Ishitobi., Daisuke N. Saito., Hisakazu T. Yanaka., Masao Omori., Yuji Wada., Hidehiko Okazawa., Akihiro T. Sasaki., Tomoyo Morita., Shoji Itakura., Hirotaka Kosaka., Norihiro Sadato.
Attenuation of the contingency detection effect in the extrastriate body area in Autism Spectrum Disorder.
Neuroscience Research. 87:66–76, 2014
- 13) 神尾陽子
DSM-5 と発達障害
小児科臨床ピクシス改訂第2版. 発達障害の理解と対応. pp.158-162, 2014.8.
- 14) 神尾陽子
発達障害へのアプローチ 最新の知見から. 発達障害のアセスメント
精神療法, 40 (3), 445-450, 2014.6.
- 15) 神尾陽子
発達障害児の子育てを支援する
途切れない発達障害支援. 子育て支援ガイドブック:「逆境を乗り越える」子育て技術. 橋本和明編, pp33-44, 金剛出版, 2014.8.
- 16) 神尾陽子
発達障害の概念・分類とその歴史的変遷.
発達障害ベストプラクティス 子どもから大人まで
精神科治療学, vol.29, 増刊号, pp10-13
2014.10.26.
- 17) 神尾陽子
児童精神医学の診断概念と DSM-IV 以降 DSM-5 を読み解く: 伝統的精神病理, DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神科診断 pp24-33, 総編集 神庭重信, 編集 神尾陽子, 中山書店, 2014.10.10.

18) 神尾陽子
自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム
障害

DSM-5 を読み解く：伝統的精神病理,
DSM-IV, ICD-10 をふまえた新時代の精神
科診断, pp68-74, 総編集 神庭重信, 編集
神尾陽子, 中山書店, 2014.10.10.

19) 神尾陽子
自閉症, 情緒・行動関連の評価
特集: 小児の言語発達とその障害. 小児内
科, vol46, No.11, pp.1623-1627, 2014.11.1.

20) 神尾陽子
自閉症スペクトラムの縦断的発達研究
臨床心理学, 14 (3), 378-381, 2014.5.

2. 学会発表 (国際学会)

1. Hirotaka Kosaka^{1,2}, Minyoung Jung^{1,2,3},
Daisuke Saito^{1,2}, Makoto Ishitobi^{1,4},
Keisuke Inohara^{1,5}, Sumiyoshi Arai^{1,2},
Yasuhiro Masuya¹, Tohru Fujioka¹,
Yuko Okamoto^{1,2}, Toshio Munesue^{2,6},
Akemi Tomoda^{1,2}, Makoto Sato^{1,2},
Norihiro Sadato⁷, Hidehiko Okazawa^{1,2},
Yuji Wada^{1,2}
Effects of long-term oxytocin
administration on functional
connectivities with default mode
network in autism spectrum disorder
第 37 回日本神経科学学会大会
Neuroscience2014, 2014 年 9 月
2. Keisuke Inohara, Takashi X. Fujisawa,
Yasuhiro Masuya, Mizuki Asano,

Makoto Ishitobi, Daisuke N. Saito,
Minyoung Jung, Sumiyoshi Arai,
Yukiko Matsumura, Akemi Tomoda,
Yuji Wada, Hirotaka Kosaka
Relationship between gaze fixations and
oxytocin levels in adults with autism
spectrum disorders: an eye-tracking
study.

International Workshop for Molecular
Functional Imaging
-Brain and Gynecologic Oncology-
(Fukui2014: The Fifth International
Workshop on Biomedical Imaging)
March 3-4, 2014

3. M. Ishitobi, H. Kosaka, M. Hiratani, A.
Tomoda, Y. Wada, Y. Kamio. Low-dose
aripiprazole for behavioural symptoms
in antipsychotics naive subjects with
autism spectrum disorders: A
prospective open-label study
The 16th World Congress of Psychiatry,
Sep 14-18, 2014, Madrid, SPAIN
4. Minyoung Jung, Hirotaka Kosaka,
Daisuke Saito, Makoto Ishitobi, Tomoyo
Morita, Keisuke Inohara, Akihiro Sasaki,
Mizuki Asano, Sumiyoshi Arai,
Yasuhiro Masuya, Toshio Munesue,
Akemi Tomoda, Yuji Wada, Norihiro
Sadato, Hidehiko Okazawa, Tetsuya
Iidaka
Default mode network in autism
spectrum disorder (1)-Differences of
functional connectivities compared
individuals with typical development

- International Workshop for Molecular Functional Imaging
-Brain and Gynecologic Oncology-
(Fukui2014: The Fifth International Workshop on Biomedical Imaging)
March 3-4, 2014
5. Minyoung Jung, Hirotaka Kosaka, Daisuke Saito, Makoto Ishitobi, Tomoyo Morita, Keisuke Inohara, Akihiro Sasaki, Mizuki Asano, Sumiyoshi Arai, Yasuhiro Masuya, Toshio Munesue, Akemi Tomoda, Yuji Wada, Norihiro Sadato, Hidehiko Okazawa, Tetsuya Iidaka
Default mode network in autism spectrum disorder (2)-Strength of functional connectivities in default mode network predicts autism spectrum traits?
International Workshop for Molecular Functional Imaging
-Brain and Gynecologic Oncology-
(Fukui2014: The Fifth International Workshop on Biomedical Imaging)
March 3-4, 2014
6. Sumiyoshi Arai, Naomi Matsuura, Keisuke Inohara, Toru Fujioka, Makoto Ishitobi, Mizuki Asano, Kaori Kawamura, Minyoung Jung, Yuji Wada, Akemi Tomoda, Michio Hiratani, Hirotaka Kosaka
Effects of Methylphenidate in Children with attention deficit hyperactivity disorder: A Near-Infrared Spectroscopy Study using CANTAB®
International Workshop for Molecular Functional Imaging-Brain and Gynecologic Oncology-(Fukui2014: The Fifth International Workshop on Biomedical Imaging)
March 3-4, 2014
7. Sumiyoshi Arai, Naomi Matsuura, Keisuke Inohara, Toru Fujioka, Makoto Ishitobi, Mizuki Asano, Kaori Kawamura, Minyoung Jung, Yuji Wada, Akemi Tomoda, Michio Hiratani, Hirotaka Kosaka
Effects of Methylphenidate on Neuropsychological Performance in Children with ADHD Using the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB®)The 2nd Asian Congress on ADHD Jointly with The 5th Annual Meeting of Japanese Society of ADHD March 8-9, 2014
8. Tomoyo Morita, Hirotaka Kosaka, Daisuke N. Saito, Takeshi Fujii, Makoto Ishitobi, Toshio Munesue, Keisuke Inohara, Hidehiko Okazawa, Ryusuke Kakigi, Norihiro Sadato
Does being observed modulate self-conscious emotion in individuals with autism spectrum disorders? (他者による観察が自閉症スペクトラム障害者の自己意識情動に及ぼす影響の検討)
第 37 回日本神経科学学会大会

Neuroscience2014, 2014年9月

9. Yamazaki T, Tobimatsu S, Kamio Y. Neural development of voice and linguistic processing in preschool children: A NIRS study. 2014 ICME International Conference on Complex Medical Engineering. June 26-29, 2014.
10. Yuko Okamoto¹, Ryo Kitada^{2,3}, Ayumi Seki⁴, Hiroki C. Tanabe⁵, Masamichi J. Hayashi^{6,7}, Takanori Kochiyama⁸, Toshio Munesue⁹, Makoto Ishitobi¹⁰, Daisuke N. Saito¹, Hisakazu T. Yanaka⁴, Masao Omori¹¹, Yuji Wada¹, Hidehiko Okazawa¹, Hiroataka Kosaka¹, Tatsuya Koeda⁴, and Norihiro Sadato^{2,3}
The neural response in the object-selective visual regions for children and adults with ASD.
第37回日本神経科学学会大会
Neuroscience2014, 2014年9月13日
(国内学会)
 1. 新井清義、藤岡徹、石飛信、浅野みずき、滝口慎一郎、丁ミンヨン、岡本悠子、友田明美、平谷美智夫、松浦直己、小坂浩隆
10歳以下のADHD児におけるOROS-MPH治療効果の検討:
CANTABによる実行機能評価
第55回日本児童青年精神医学会総会、
2014年10月11-13日 浜松
 2. 石飛信
自閉症スペクトラム障害に対する非定型抗精神病薬治療について
(Atypical antipsychotics in the treatment of subjects with autism spectrum disorder)
第110回日本精神神経学会学術総会
(招待講演、シンポジウム)、2014年6月26-28日 横浜
 3. 神尾陽子
委員会シンポジウム 14 (精神科用語検討委員会・精神科病名検討連絡会):
神経発達障害と衝動制御障害について。DSM-5の基本を理解する
第110回日本精神神経学会学術総会、
2014年6月27日 横浜
 4. Kamio Y, Ogino K, Iida Y, Endo A, Komatsu S, Takahashi H, Ishitobi M, Miyake A.
Do early autistic symptoms predict later mental health problems?
The 9th International Conference on Early Psychosis-To the new horizon, Tokyo, November 17-19, 2014
 5. 神尾陽子, 高橋秀俊, 荻野和雄
シンポジウム 55: 神経症と発達障害の診断と治療。神経症とその併存症の診断と治療
第110回日本精神神経学会学術総会、
2014年6月27日 横浜
 6. 升谷泰裕、岡本悠子、藤沢隆史、田中志保、新井清義、浅野みずき、丁ミンヨン、石川俊介、藤岡徹、石飛信、松村由紀子、友田明美、小坂浩隆

青年期 ASD 者における視線計測と血漿オキシトシン濃度の関連

第 55 回日本児童青年精神医学会総会、2014 年 10 月 11-13 日 浜松

7. 高橋 秀俊、神尾 陽子
自閉症スペクトラム障害児における聴覚性驚愕反射の特性とエンドフェノタイプ候補可能性の検討
第 36 回日本生物学的精神医学会第 57 回日本神経化学会大会 合同年会、2014 年 9 月 29 日 奈良
8. 丁 ミンヨン、石飛 信、棟居 俊夫、岡本 悠子、藤岡 徹、新井 清義、浅野 みずき、升谷 泰裕、友田 明美、小坂 浩隆
Resting-state functional connectivity MRI を用いた自閉症スペクトラム障害と Default-mode network の関連性
第 55 回日本児童青年精神医学会総会、2014 年 10 月 11-13 日 浜松

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

Kamio Y, Inada N, Koyama T (2013): A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 17 (1): 16-27.

Kamio Y, Inada N, Koyama T, et al. (2014).

Effectiveness of using the Modified Checklist for Toddlers with Autism in two-stage screening of autism spectrum disorder at the 18-month health check-up in Japan. *J Aut Dev Disord*, 44 (1), 194-203.

神尾陽子, 飯田悠佳子, 小松佐穂子
他: 幼児期における発達障害の有病率と関連要因に関する研究 . 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 精神障害分野「就学前後の児童における発達障害の有病率とその発達の变化: 地域ベースの横断的および縦断的研究 (研究代表者: 神尾陽子)」総括・分担研究報告書, 印刷中 .

Matson JL, Wilkins J, Sevin JA et al. (2009). Reliability and item content of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT): Parts 1-3. *Res Autism Spec Disord* 3, 336-344.

Matson JL, Boisjoli JA, Wilkins J. (2011a). Comorbid psychopathology factor structure on the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits: Part 2 (BISCUIT-Part 2). *Res Autism Spec Disord* 5, 426-432.

Matson JL, Wilkins J, Fodstad JC. (2011b). The validity of the the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits: Part 1 (BISCUIT-Part 1). *J Aut Dev Disord* 41(9), 1139-1146.

Rojahn J, Matson JL, Mahan S et al. (2009). Cutoffs, norms, and patterns of problem behaviors in children with an ASD on the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT-Part3). *Res Autism Spec Disord* 3, 989-998.

(表1 : PART1 各 62 項目の平均、標準偏差、項目合計相関)

項目番号と項目内容	Mean	SD	項目合計相関
1 意思伝達のスキル	1.13	0.72	.616
2 知的能力(同年齢の他児と比較した知的水準)	0.96	0.76	.469
3 年齢相応の自立スキルと適応スキル(身辺自立能力など)	1.02	0.75	.570
4 理由のない反復的運動をする(手を振る、ロックング、頭をぶつける、手をひらひらさせるなど)	0.52	0.69	.362
5 言語性コミュニケーション	1.33	0.76	.533
6 特定の感触や臭いがする食べ物を好む	0.52	0.72	<u>.151</u>
7 他者の感情を認識する能力	0.91	0.76	.512
8 アイコンタクトの保持	1.07	0.74	.612
9 意思を伝えるために言語と非言語を使用する	1.11	0.80	.608
10 同年齢の他児との対人相互交渉	1.37	0.68	.560
11 日常生活での普通の音(掃除機の音、コーヒー豆を挽く音など)への反応	0.48	0.66	<u>.192</u>
12 他者の対人的手がかりへの反応	1.04	0.79	.487
13 日常生活での普通の光(街灯など)への反応	0.37	0.57	<u>.239</u>
14 仲間関係	1.22	0.76	.725
15 話し方のリズム(歌を歌っているように聞こえるなど;無言語の場合は0と評定する).	0.13	0.34	<u>.107</u>
16 会話に言語と非言語を使用する	1.22	0.84	.592
17 楽しみ、興味、達成を他者(親、友人、養育者など)と共有する	0.87	0.81	.714
18 友人になり仲よくする能力	1.46	0.75	.616
19 対人的ゲーム、運動、活動に参加することへの興味	1.11	0.71	.534
20 会話で相手の話を聞くことへの関心(他者が話そうとしていることを聞く態度を示して会話するなど)	1.22	0.81	.759
21 他者がほのめかす合図や身ぶり(皮肉、怒りを示すために腕を組むなど)を理解する能力	1.07	0.80	.586
22 対人的身ぶりの使用が過剰、あるいは、過少である	0.91	0.84	.687
23 身体の姿勢や身ぶり	0.89	0.85	.686
24 効果的にコミュニケーションする(言葉、身ぶり、サイン言語を用いるなど)	1.17	0.74	.572

25	愛情（称賛、抱きしめなど）を示されることを好む	0.37	0.57	.627
26	社会的に適切な表情を示す	0.78	0.81	.679
27	限局された興味や活動	0.93	0.77	.542
28	他者（仲間、養育者、親など）を喜ばせようとする	0.87	0.78	.814
29	目と目で見つめあうこと	1.04	0.79	.716
30	音や視覚への反応	0.67	0.70	.525
31	対人的遊びの暗黙のルール（交替、共有など）への気づき	1.43	0.72	.531
32	身の回りで起こる出来事に対応した表情	0.85	0.82	.739
33	目的のない、あるいは変えられない奇妙なやり方や儀式に固執する	0.70	0.84	<u>.126</u>
34	ものやものの部分への異常な没頭	0.61	0.71	.515
35	他児と適切に遊ぶ	1.48	0.75	.598
36	他者の非言語的なサイン（身ぶり）が分かる（盲目の場合は 0 と評定する）	0.98	0.83	.719
37	話し方が単調である（声が平板である、声の調子に変化がない；無言語の場合は 0 と評定す	0.24	0.52	<u>.101</u>
38	伝えなくても、他者が自分の考え、経験、意見を知っていると期待する	1.35	0.82	.530
39	限局された活動への過度な興味	0.96	0.79	.628
40	社交的に他者と話す（無言語の場合は 0 と評定する）	0.87	0.86	<u>.218</u>
41	表情の使用	0.83	0.74	.638
42	回転するもの（回転ドア、扇風機など）への異常な興味	0.67	0.73	.464
43	周囲への好奇心	0.78	0.70	.635
44	単語やフレーズを繰り返して言う	0.52	0.72	<u>.245</u>
45	ごっこ遊びやふり遊び	1.04	0.79	.667
46	年齢相応の冗談、比喩を理解する	1.33	0.73	.638
47	他者とコミュニケーションの際に、意思をほのめかすような合図や身ぶりを使う	1.13	0.81	.689
48	日課が変わると動揺する	0.48	0.72	<u>.091</u>
49	計画が予定通りでない場合、落ち着かせる必要がある	0.54	0.72	<u>.108</u>
50	言語発達	1.37	0.68	.372
51	他者が困っていたり痛がっていることに反応する	1.20	0.83	.567
52	他児との関わり	1.35	0.77	.715
53	非言語性コミュニケーションの使用	1.09	0.78	.759
54	不器用	0.74	0.71	.330

55	興味の対象が限られている	0.74	0.77	.723
56	他の大人や子どもを模倣する（養育者が“さようなら”と手を振ると、子どもも“さようなら”と手を振る）	0.76	0.77	.670
57	異常な反復的な手や腕の運動	0.24	0.52	.436
58	異常な反復的な全身の運動	0.43	0.69	<u>.265</u>
59	対人関係の発達	1.30	0.76	.711
60	他者のパーソナルスペースを尊重する	0.83	0.85	.551
61	孤立（ひとりになりたがる）	0.78	0.84	.716
62	他児とのゲームや対人的活動に参加する	1.30	0.81	.648

(表2 : PART2 各57項目の平均、標準偏差、項目合計相関)

項目番号と項目内容	Mean	SD	項目合計相関
1 動揺しやすい	.91	.84	.305
2 集中力に問題がある	.93	.83	.656
3 特定のもの、人、動物に近づいたり触ることに理由の分からない恐れを示す	1.39	5.13	<u>.042</u>
4 ストレスを軽減するために、行為や言葉を繰り返す	.46	.75	<u>.227</u>
5 落ち着きがない	.96	.87	.599
6 他者の活動を妨害する	.76	.77	.573
7 物事を決定するのが難しい	.39	.68	<u>.066</u>
8 学校、家庭、社会的状況で周りに他者がいることに恐怖を感じる	.46	.69	.302
9 身体の障害（脳性麻痺など）とは関係のない、突発的で急速な反復性の運動や発声	.13	.34	<u>.292</u>
10 泣く	.93	.80	.472
11 同年齢の他児より走ったり、何かに登ることが多い	.76	.82	.516
12 特定の食べ物だけを好む（アレルギーや特別な食事制限によるものである場合は、“X”と評定する）	.72	.83	.577
13 年齢不相応な不安が持続する	.52	.75	.489
14 他者の持ち物を壊す	.35	.57	.606
15 特定のものや状況に対しコントロールを失いパニックや意識消失を起こす	.59	.80	.427
16 いつも“動き回る”	.83	.85	.569
17 他者の活動を邪魔する	.59	.69	.556
18 明らかな理由なく、あるいはストレスを軽減するために反復的行動（ものを並べる、手もみ、手洗い、など）をする	.48	.69	.324
19 指示に従う	.91	.76	.502
20 食欲が乏しい	.46	.66	.423
21 身の回りのものや人のせいで混乱する	.54	.75	.437
22 恨みを抱きやすい、執念深い、他者へ仕返しをしたがる	.20	.45	.394
23 ほとんど食べない	.20	.40	.542

24	社会的状況から引きこもる、あるいは避ける	.39	.61	.338
25	睡眠困難がある	.65	.79	.299
26	持ち物を傷つける	.52	.69	.589
27	突発性の急速な反復性の一連の運動や音声（チック）	.11	.31	.308
28	持ち物（本、おもちゃなど）をよくなくす	.41	.69	.535
29	特定の状況、人、出来事を避ける	.52	.66	.389
30	明らかな理由なく、あるいはストレスを軽減するためにものを並べる	.48	.62	.245
31	課題や遊びで注意を維持する	.85	.73	.652
32	泣きやすいまたは涙もろい	.80	.86	.324
33	通常の日課ややり方を崩すことにつながる特定のもの、人、状況を避ける	.37	.68	.273
34	持続的な精神的努力を要する活動を避ける	.74	.80	.453
35	与えられた課題（幼稚園（保育園）での課題、家事、義務など）を達成する	.89	.80	.452
36	特定のものや状況があると震える	.33	.63	.170
37	意図的に他者をいらいらさせる	.30	.59	.608
38	日課や日常の活動を妨げる行動をする	.43	.65	.688
39	怒りっぽい	.65	.77	.486
40	特定のもの / 状況があるとすぐに年齢不相応な動揺を示す	.57	.78	.522
41	玩具を必要以上に確認する	.30	.59	.473
42	人や動物に身体的な苦痛を与える	.26	.53	.452
43	かんしゃくを起こす	1.15	.70	.571
44	そわそわ、あるいは、もじもじする	.50	.66	.546
45	活動を妨害する衝動（叫ぶ衝動など）が持続する、あるいは繰り返される	.37	.64	.573
46	明らかな理由のない精神的行為（祈る、数えるなど）を繰り返す	.13	.40	.401
47	直接話しかけられると耳を傾ける	.93	.77	.520
48	食べられないもの（塗料片、ごみ、髪、布など）を食べる	.39	.68	.329
49	他者をいじめる、脅す、あるいは脅迫する	.15	.42	.340
50	怒りっぽい気分である	.41	.65	.362
51	課題、活動、持ち物を整理することが難しい	.93	.85	.519
52	遊んでいるときは騒々しい	.48	.72	.426
53	順番を待つ	1.00	.87	.500
54	明らかな理由のない突発性の急速な反復性の運動や音声を出す	.15	.47	.551

55	集中できない	.78	.79	.663
56	すぐけんかを始める	.24	.57	.366
57	話しすぎる	.33	.67	<u>.286</u>

(表3 : PART3 各 15 項目の平均、標準偏差、項目合計相関)

項目番号と項目内容	Mean	SD	項目合計相関
1 自分自身の目をつつく	.09	.35	<u>.137</u>
2 叩く、つねる、ひっかくなどにより自分自身を傷つける	.20	.45	<u>.147</u>
3 もの(ドア、壁など)を蹴る	.22	.51	.544
4 不適切なときに服を脱ぐ	.22	.55	.304
5 ものの遊び方が普通でない(くるくる回す、並べる、おもちゃをじっと見つめるなど)	.61	.71	.312
6 自分の唾液で遊ぶ	.15	.42	<u>.108</u>
7 他者にものを投げつける	.39	.65	.489
8 手でもの(ドア、壁、窓など)をバンバン叩く	.54	.69	.480
9 養育者のもとから許可なく抜け出す(即ち、脱走)	.72	.83	<u>.280</u>
10 他者への攻撃性	.48	.72	.588
11 他者の髪を引っ張る	.41	.69	.608
12 他者に対して怒鳴ったり叫ぶ	.20	.45	.464
13 持ち物を破壊する(破る、壊す、引き裂く、つぶすなど)	.43	.65	.614
14 普通でない反復的な発声(怒鳴る、鼻歌を歌う)	.28	.54	.597
15 普通でない反復的な身体の運動(手をひらひらさせる、腕を振るなど)	.24	.52	<u>.293</u>

(表4-1) BISCUIT Part1: 総合臨床診断別スコア

	平均	SD	最頻値	範囲	17未満 (%) 非 ASD	17以上 39未満 (%) PDD-NOS	39以上(%) AD
PDD-NOS (n=10)	39.8	17.8	54	11-65	1(10)	3(30)	6(60)
自閉症 (n=36)	61.4	25.4	61	16-101	1(3)	6(17)	29(80)

(表4-2) 参考: 先行研究におけるBISCUIT-Part 1の群別合計スコア (Matson, Wilkins, et al., 2009)

群	平均	標準偏差	最頻値	範囲
診断なし (n = 640)	9.76	5.70	6	0-25
PDD-NOS (n = 144)	27.76	9.95	21, 28	8-53
自閉症 (n = 173)	59.28	19.01	34, 46	24-101

(表5-1) BISCUIT Part2: ASD 群(46名)における下位尺度および合計スコアの代表値

	平均	標準偏差	最頻値	範囲
かんしゃく / 反抗・挑戦的行動(0-36)	10	6.9	5	0-32
不注意 / 衝動性(0-32)	10.8	7.3	12	0-28
回避行動(0-18)	5.1	6.4	0	0-31
不安 / 反復的行動(0-22)	3.9	3.6	2	0-16
摂食 / 睡眠の問題(0-8)	2	1.9	0	0-7
すべての併存問題(0-114)	32	19.9	49	3-90

(表5-2) 参考: 先行研究におけるASD群(312名)のBISCUIT-Part 2の群別合計スコア

	平均	標準偏差	障害なし / 最軽度の障害	中等度の 障害	重度の 障害
かんしゃく / 反抗・挑戦的行動(0-36)	8.36	8.17	0-16	17-24	25以上
不注意 / 衝動性(0-32)	8.59	6.83	0-15	16-22	23以上11
回避行動(0-18)	2.74	3.73	0-6	7-10	以上
不安 / 反復的行動(0-22)	2.53	3.55	0-6	7-9	10以上
摂食 / 睡眠の問題(0-8)	1.61	2.13	0-3	4-5	6以上
すべての併存する問題(0-114)	24.51	19.78	0-44	45-64	65以上

(表6) ASD診断による併存する問題の重篤度の度数とパーセンテージ(PART2)

	両方合わせた ASD(46)	自閉症(36)	PDD-NOS(10)
	F (%)	F (%)	F (%)
かんしゃく / 反抗・挑戦的行動			
障害なし / 最軽度の障害(0-16)	39(85)	31(86)	8(80)
中等度の障害(17-24)	5(11)	4(11)	1(10)
重度の障害(25~)	2(4)	1(3)	1(10)
不注意 / 衝動性			
障害なし / 最軽度の障害(0-15)	35(76)	27(75)	8(80)
中等度の障害(16-22)	7(15)	6(17)	1(10)
重度の障害(23~)	4(9)	3(8)	1(10)
回避行動			
障害なし / 最軽度の障害(0-6)	33(72)	28(78)	5(50)
中等度の障害(7-10)	8(17)	5(14)	3(30)
重度の障害(11~)	5(11)	3(8)	2(20)
不安 / 反復的行動			
障害なし / 最軽度の障害(0-6)	36(78)	27(75)	9(90)
中等度の障害(7-9)	7(15)	6(17)	1(10)
重度の障害(10~)	2(7)	3(8)	0
摂食 / 睡眠の問題			
障害なし / 最軽度の障害(0-3)	38(83)	31(86)	7(70)
中等度の障害(4-5)	4(9)	2(6)	2(20)
重度の障害(6~)	4(9)	3(8)	1(10)
すべての併存する問題			
障害なし / 最軽度の障害(0-44)	36 (78)	28(78)	8(80)
中等度の障害(45-64)	6(13)	6(17)	0
重度の障害(65~)	4(9)	2(6)	2(20)

(表 7-1) BISCUIT Part3: ASD 群(46 名)における下位尺度および合計スコアの代表値

	平均	標準偏差	最頻値	範囲
攻撃的 / 破壊的行動(0-20)	3.8	3.5	1	0-18
常同性(0-6)	1.1	1.3	0	0-5
自傷行為(0-4)	0.3	0.6	0	0-3
すべての問題行動(0-30)	5.2	4.5	4	0-21

(表7-2) 参考; 先行研究におけるASD群(309名)のBISCUIT-Part 3の群別合計スコア

	平均	標準偏差	障害なし / 最軽度の障害	中等度の障害	重度の障害
攻撃的 / 破壊的(0-20)	4.36	5.05	0-9	10-13	14以上
常同症(0-6)	1.33	1.79	0-3	-	4以上
SIB(0-4)	.51	.95	0-1	2	3以上
すべての問題行動(0-30)	6.2	6.41	0-12	13-18	19以上

(表8) ASD 診断による併存する問題の重篤度の度数とパーセンテージ(PART3)

	両方の ASD の合計(46)	自閉症(36)	PDD-NOS(10)
	F (%)	F (%)	F (%)
攻撃的 / 破壊的行動			
障害なし / 最軽度の障害(0-9)	43(94)	34(94)	9(90)
中等度の障害(10-13)	2(4)	1(3)	1(10)
重度の障害(14~)	1(2)	1(3)	
常同性			
障害なし / 最軽度の障害(0-3)	44(96)	34(94)	10(100)
重度の障害(4~)	2(4)	2(6)	-
自傷行動			
障害なし / 最軽度の障害(0-1)	44(96)	35(97)	9(90)
中等度の障害(2)	1(2)	1(3)	-
重度の障害(3~)	1(2)	-	1(10)
すべての問題行動			
障害なし / 最軽度の障害(0-12)	41(89)	32(89)	9(90)
中等度の障害(13-18)	4(9)	3(8)	1(10)
重度の障害(19~)	1(2)	1(3)	-

