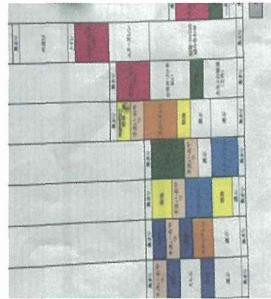


1月7日(月)	
(1)	おつくり
(2)	スヌーズレン(着)
3	貰う(貰)
4	えらう
5	勉強(書)
6	おやつ

字のリスト式



スタッフ用スケジュール

ウ 活動スケジュール

スッカでの活動スケジュールは、勉強・余暇・おやつ又はおやつ作りを組み合わせています。

- (1) 勉強 自立課題を中心に自立して出来ている課題を行い、自己肯定感を高めます。
- (2) 余暇 トランポリン、プラレール、DVD、タブレット、本、お絵かき、やすらぎ、スヌーズレンなどの活動があります。

この他、選択する力がある子どもには「選ぶボード」から余暇を選択してもらいます。

- (3) おやつ おやつカードでおやつを数種類の中から選んで交換して、選ぶ力を養います。
- (4) おやつ作り

一人一人の理解に合わせて手順書を準備し、自立的に行います。

- (5) その他 ワークシステムを活用したり、視覚的構造化を取り入れるなど、環境面への配慮や一人一人の認知面への配慮を行っています。P E C S (絵カード交換式コミュニケーションシステム) を使ったコミュニケーション指導なども必要に応じて行っています。

3、人材育成と研修

専門的な療育を提供していくためには、人材の育成が必要不可欠です。

私事ですが、長い間社会福祉法人で勤務し、研修を受ける環境に恵まれていました。構造化された支援等の専門的な支援法も、5年間専門的に学んだというベースがあり、知識がなく児童発達・放課後等デイの療育に携わった訳ではありません。

事業所が療育内容を充実するためには、職員全体のレベルアップなくして「質の高いサービスを提供する」ことはできません。こうした基本的な考えのもとにスッカでは以下の職員研修を行っています。

ア 研修会の開催・参加について

- ・自閉症支援の専門家によるスーパーバイズ 毎月 2 回
- ・自閉症支援者研修会 年間 5 ~ 7 回

自閉症支援の専門家を講師に迎えて実施。

広島市内に於ける事業のレベルアップを目的に、広島市内で児童発達・放課後等デイを行っている事業所へも参加を呼びかけています。

- ・P E C S の研修会等、専門的な研修会の受講を非常勤職員も含めて参加を勧奨。

(公的機関が実施する研修)

- ・広島市こども未来局が年1~3回程度実施する児童発達・放課後等デイの職員向け研修会に参加。
- ・広島市内に3か所あるこども療育センターが企画する保護者等支援者研修会への参加。

イ 人材育成の課題

アで掲げた専門研修と日々の療育活動を通じた職員指導を組み合わせて、質の高いサービスが提供できるように人材育成に取り組んでいます。

しかし、「障害特性を理解すること」や「特性に配慮した支援を組み立てる」、または「支援内容を理解し、指示された支援を忠実に実行する」ことは簡単ではありません。「障害特性の理解」が無ければ個人の思いが支援に反映され、意図しない支援を行ってしまうことになります。

「障害特性を理解し、特性に配慮した支援を行う」ためには、日々の研鑽と経験値を積み重ねていくこと、常に障害特性と支援の根拠を職員と共に学んでいくことが必要になります。当たり前のことですが人材育成には時間がかかることや、専門的な視点の重要性を理解した職員集団を作る事の大変さを日々感じています。

4、事業のシステム化の提言について

事業を進めていくうえで必要なシステムについて、私の考えを述べてみます。

ア 専門研修の創設

現行の人員基準では、児童発達支援センター以外の児童発達支援または放課後等デイに勤務する従業者には資格要件がありません。（福祉専門職員配置等加算、児童指導員加配加算など加算はあります）

しかし、児童発達支援または放課後等デイで、療育が必要な児童に対して専門知識を持たずにサービスを提供することは、二次障害や強度行動障

害を引き起こす危険性があります。児童発達支援または放課後等デイにも、行動援護従事者養成研修や強度行動障害支援者研修と同じように、障害児童の療育に特化した支援者研修を創設し、研修受講を必要な認定要件にすることが望ましいと考えます。

自閉症に特化して言えば、「障害特性の理解」と「特性に沿った支援がなぜ大切か」を理解せず支援を行うことは、子どもたちの将来に多大な影響を与えます。また多くの事業所が実際に困っているのは、自閉症の子どもたちの困った行動にどう対処したら良いのかわからないという内容が非常に多いのが現状です。

このため、「自閉症の障害特性の理解」と「特性に沿った支援」については、専門研修の必須項目にしていただきたいと考えます。

イ 市役所の実地指導について

実地指導には専門家が同行して行うとともに、事業所の研修計画の策定とその実施状況の点検を実地指導の項目に盛り込むことが必要だと思います。

現在も広島市健康福祉局・障害自立支援課による実地指導が、市内の障害児通所支援事業所に行われています。しかし、実地指導にあたる障害自立支援課の職員に専門療育に関する知識はないに等しく、また数年ごとに部署の異動がある職員に専門療育の知識の習得まで求めるることは難しいと思います。

そのため、広島市社会福祉事業団が運営する療育センターの専門家を、実施指導に同行するなどして、障害児通所支援事業所の提供する療育内容に専門的な視点からの指導が行えるようなシステム作りが必要だと考えます。

また、人材育成は療育の質を確保する上で大きな必須条件になると思いますので、事業所での人材育成や研修への取り組みも実地指導の内容に入れていくべきだと考えます。

ウ 行政、事業所、当事者、専門機関の連携

「障害児通所支援事業所における電子機器を用いた支援について」の通知を受け、その後、市役所障害自立支援課、市内の事業所や自閉症協会の代表の方達とで話し合いました。今回のこととは、電子機器の使用という限られた課題ではなく、広島市の障害福祉の質の向上という大きな課題の中に位置づけられると思います。また、市役所内でも関係部署が通知に関して徹底した話し合いがなされたようにも思えませんでした。市役所の関係部署間の横の連携、市役所、専門機関、事業所や当事者との連携など、それぞれの地域の実情に合わせた一緒に考える仕組み作りが「質の向上」のためには必要だと考えています。

おわりに～これから障害児支援のために～

スッカでの取り組みをとおして気がついた課題を振り返り、必要と思われるシステムについて述べました。

それぞれの障害によって必要とされる専門性は違ってくると思いますが、専門性なくして根拠のある療育を行うことはできないと考えています。また、知識や専門性のない支援者に誤った対応を受けた子どもたちのダメージは大きく、その後の人生を大きく左右しかねないと言っても過言ではありません。

国として、予防的な側面もしっかりと考慮した人材育成を行うシステムと、障害児通所支援の質的内容を保つ制度の構築を願ってやみません。

4. 必要性を感じるシステムについて

1～3ではスッカでの取り組みや課題をまとめました。4では、スッカでの取り組みを通して感じた、必要なシステムについて私の考えを述べたいと思います。

(1) 専門研修の創設

現行の人員基準では、児童発達支援センター以外の児童発達支援または放課後等デイに勤務する従業者資格の要件はありません。（福祉専門職員配置等加算、児童指導員加配加算など加算はあります）しかし、本サービスで療育が必要と思われる児童へ専門知識なくサービスを提供することは、二次障害や強度行動障害を引き起こす危険性もあり、行動援護従事者養成研修や強度行動障害支援者研修と同じように、障害児童の療育に特化した支援者研修を創設し研修受講を従業者の必要要件にすることが望ましいと考えます。自閉症に特化して言えば、「障害特性の理解」と「特性に沿った支援がなぜ大切か」を理解せず支援を行うことは、子どもたちの将来に多大な影響を与えます。また沢山の事業所で実際に困っているのは、自閉症の子どもたちの困った行動にどう対処したら良いのかわからないという内容が非常に多い現状です。「自閉症の障害特性の理解」と「特性に沿った支援」については専門研修の中の必須項目にしていただきたいと思います。

(2) 市役所の実地指導へ専門家も同行する。また事業所の研修計画及び実施状況を実地指導の内容に盛り込む。

現在、広島市健康福祉局・障害自立支援課が市内の障害児通所支援事業所へ実地指導を行っています。しかし、障害自立支援課の職員に専門療育に関する知識はないに等しく、また数年ごとに部署の異動がある職員に専門療育の知識まで求めることは難しいと思います。そのため、広島市社会福祉事業団が運営する療育センターの専門家を同行するなどして実地指導を行い、障害児通所支援事業所の提供する療育内容に専門的な視点からの指導が行えるようなシステム作りが必要だと思います。また、人材育成は療育の質を確保する上で大きな必須条件になると思いますので、事業所での人材育成や研修への取り組みも実地指導の内容に入れていくべきだと思います。

(3) 行政、事業所、当時者、専門機関の連携

今回の「障害児通所支援事業所における電子機器を用いた支援について」の通知を受け、その後、市役所障害自立支援課、市内の事業所や自閉症協会の代表の方達と話し合いました。今回ることは、電子機器の使用という限られた課題ではなく、広島市の障害福祉の質の向上という大きな課題の中

に位置づけられると思います。また、市役所内でも関係部署が通知に関して徹底した話し合いがなされたようにも思えませんでした。市役所の関係部署間の横の連携、市役所、専門機関、事業所や当事者との連携など、それぞれの地域の実情に合わせた一緒に考える仕組み作りも「質の向上」のためには必要だと考えています。

おわりに

スッカでの取り組みや課題を振り返り、必要と思われるシステムについて、私の考えを述べました。

それぞれの障害で必要とされる専門性は違ってくると思いますが、専門性なくして根拠ある療育を行うことはできないと思います。また、知識や専門性のない支援者に誤った対応を受けた子どもたちのダメージは大きく、その後の人生を大きく左右しかねないと言っても過言ではありません。国としては、予防的な側面もしっかりと考慮して人材育成を行うシステムと障害児通所支援の質を保つ制度の構築を願ってやみません。

3. こども療育センターの建て替えの体制整備について(取りまとめ)

—137—

平成 25 年度から、こども療育センターの利用者へアンケート調査をはじめ、同施設での業務に従事する医師などスタッフの説明会を踏まえた上で、平成 26 年度に、学識経験者などからの意見聴取、追加・拡充する機能について確認作業を行い、平成 27 年度中には、建て替えに関する基本計画に着手予定。こども療育センターについては、建て替えに伴う運営体制等の整備について、主にソフト面の拡充の検討を行い、将来的な診療などのイメージや組織の整備のイメージなどを作成し、市に提出された。平成 27 年 6 月 5 日付けの取りまとめがホームページに紹介されている。その『イメージ』に対する、コメントを書いておく。

- ① 障害特性等に応じ、適切な相談・診療を行うとともに、効果的な訓練・療育を行うため、相談室、診察室、訓練室、療育室などを拡充する。
 - ② また、光や音、振動などの感覚刺激空間を提供し、障害児やその保護者などが楽しみや安らぎを共有しながら療育効果も期待できるスヌーズレン室や、在宅での日常生活の動作を訓練するために浴室やトイレなどの設備を有した日常生活訓練室などを設置する。
 - ③ 児童発達支援センターに専用の屋内プールや多目的ホールを設置するとともに、発達障害児の受け入れを行うため、発達障害児の推計人数などを考慮し、児童発達支援センターの定員（現行 100 名）を拡充する。
 - ④ 発達障害者及びその保護者等への相談、就労支援等に適切に対応するため、発達障害者支援センターの相談室、検査室等を拡充する等。
- (コメント) 基本的には、こども療育センターの部屋を拡充したり、スタッフの数を増やしたり、児童定員を増やすのではなく、療育センター

の専門職からなる療育チームを組むなどして、地域に出て行き、地域の質を上げる方向で取り組むべきである。発達障害者支援センターのように、困難例には療育センターが一体になって、全力で取り組む。中核的なこども療育センターは置いておくが、何ヶ所かに支部である 地域療育センターを作り、こども療育センターは、後方支援の役割をとるべきである。

イ 地域支援機能の充実

『障害児の地域での生活を支えるため、障害児を受け入れている保育園、幼稚園、学校等との連携・協力に基づく支援の充実を図る必要がある。また、専門的支援のノウハウを広く提供することにより、身近な療育の場である児童発達支援等の事業所の質の向上を図る必要がある。このため、在宅の障害児に対する地域生活への支援のための相談等を行うとともに、保育所等訪問支援などにより、地域の保育園等に在籍する障害児に対する集団生活への適応のための訓練や当該施設スタッフに対する支援方法の指導、研修の実施など、地域支援の充実に取り組む。保育園、幼稚園、学校等との連携・協力に基づく障害児の地域生活支援の充実や、児童発達支援等の事業所の質の向上を図るために、相談室、研修室を拡充する。』

(コメント) 相談室や研修室はあるにこしたことはないが、療育スタッフがチームを組んで、地域に出て行き、現場での支援がないと質の向上は難しい。こども療育センターに相談に来てもらって、また、集団の講義形式の研修はまずは初步レベルで必須であるが、こども療育センターから専門職が現場に出て行って、一人ひとりに具体的に支援することが (On the Jobsite Training;OJT), 現場の力を付けていく一番の早道である。

ウ 家族支援機能の充実

『保護者の「子どもの育ちを支える力」を引き出すことが、子ども本人への支援に良い影響を及ぼすことから、保護者の子育てに対する不安をなくし、子育てに自信が持てるよう、保護者及びその家族に対する支援の充実を図る必要がある。このため、保護者が子どもを理解し、より良い対応を身に付けるための方法を学ぶ「ペアレントトレーニング」の実施や、精神面でのケア、カウンセリング等の支援を行うほか、相談・診療等の間における兄弟姉妹の一時預かりや、保護者間のネットワークづくりへの交流スペースを確保する、また、十分な駐車・駐輪スペースを確保する。』としている。

(コメント) 家族についての時代変化、例えば就労している場合、ひとり親の場合など様々な家族形態や支援ニーズに応じた施策が必要である。これまで通りに、日中、子どもや他の兄弟も一緒に連れて來ることのできる、働いていない母親を対象に、日中に来やすいように、兄弟を一時預かりしたり、駐輪スペースを確保したり、交流スペースを確保するだけの対応だけでは、様々な多様なニーズの対応できない。土曜日曜など仕事の休みの日や、仕事が終わった夜に相談したい保護者の場合などへの対応はどうするのか。また虐待の保護者や子どもへの支援、二次障害の子ども達への対応や一時預かりを含め、どうするのか、情緒障害児短期治療施設「愛育園」の役割の検討も含めて、施策を考える必要である。こども療育センターの建築面積の拡充やスタッフの増員、ペアレントトレーニングなどの療育の中身の充実は、支援者養成のためにモデル的に行うなど、地域に出て行き、間接支援の方針をはっきりすべきである。

1. 中核施設としての役割を担う(専門性・ノウハウを提供する)
2. 身近な地域で障害児を支援する施設の質と量的な拡大のため、効果的な役割分担に基づく共同体制を構築する
3. そのため、ボランティアや大学・専門学校などからの実習生を受け入れ、
4. 地域の医療機関、事業所のスタッフの研修を実施する』としている。

そのためには、3政令市が提言している、

- (1)児童精神科領域の問題に対応できる医師の養成、
- (2)地域へのアウトリーチ支援の出来る人材の養成。
- (3)多様な発達状態の児の福祉サービスをコーディネートする人材の育成、
- (4)ピアカウンセリングの専門性を持つ保護者(ペアレントメンター)の育成が重要である。

『平成26年度末現在実施している事業・取り組みとしては、大学等からの医師等の研修生の受け入れや研修、地域の障害児支援事業所等の職員や乳幼児健診従事者や医師への研修がある。今後は、こども療育センターにおける診療場面への陪席、訓練・療育場面への陪席・参加、症例検討などの実践的な研修の実施が求められている。

- ① 医療ソーシャルワーカー(MSW)の配置;保護者の受診後の相談やフォロー、医療制度に関する相談・所管行政機関との連絡。調整、診療情報の収集、受診・受療の援助、転移先の開拓、地域の医療機関との連携などについて検討する
- ② 医療クラークの配置;増加している診断書や医師意見書などの作成業務の補助を行う
- ③ アセスメントグループの実施;診断のための諸検査などを行う。
- ④ ICP会議(個別療育計画作成会議の設置;医師が診察で、児童の処遇を決定するのではなく、児童の状況について多職種での情報共有を図り、多職種で適切な治療・訓練・療育の支援プログラムを策定するため。
- ⑤ その他、電子カルテの導入など』

(コメント) 発達障害を診断できる医師の養成は緊急の課題であるが、数の確保と共に、まずは、医師の役割を明確にするべきである。医師でないと出来ないことは、診断、薬物療法、診断書の作成などである。医師が診察、研修、研究に専念できる体制を構築し、診療体制の強化を図るため、医療連携室を設置することも考えられているが、いずれも素晴らしい案であり、医師が本来の仕事に専念できる体制を作ることが大切である。発達障害を診療することのできる医師の養成については、広島市としては、医師養成についての具体的な対策は予定されておらず、広島県の計画に便乗する形になっている。広島県の現状と対策は以下のとおりである。

現状：学校基本調査（H25）の小・中学生の人数の6.5%から、広島県内の発達障害者数（推計）は15303人（内広島圏域7597人）、発達障害の診療実態アンケート調査（H24）によると、医療機関数75ヶ所（内広島圏域38ヶ所）、医師数は103人（内広島圏域58名）、医師1人に対する発達障害児数は149人（内広島圏域131名）。乳幼児や成人を加えると発達障害児者数はさらにもっと多くなる。

対策：①地域にある小児科、精神科クリニック（病院）の医師を発達障害の診断・診療の出来る医師に養成すること

② 支援機関としては、地域にある保育園・幼稚園の支援体制の充実

③ 放課後等デイサービスなど、児童発達支援事業所の量（過疎地には出来ていない）や質の充実

3政令市の提言に示されている図4. 発達障害診療を担う、医療機関の整備と医師の養成を下記に示す。

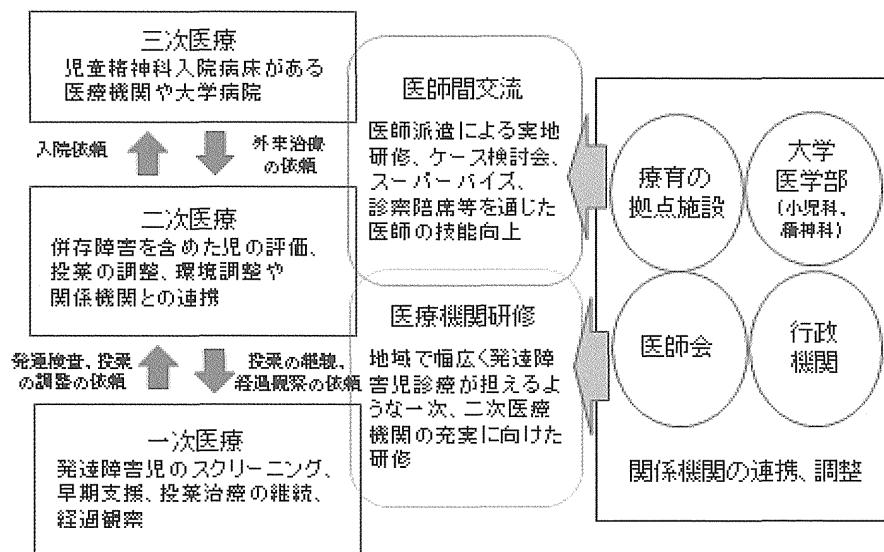


図4. 発達障害診療を担う医療機関の整備と医師の育成

5. 岡山市と広島市の比較

発達障害者支援における岡山市の特色について

政令指定都市（広島市・岡山市）の発達障害児・者支援システム

～比較表からみえること～

中島洋子（まな星クリニック 児童精神科医）

壺内昌子（岡山市発達障害者支援センター 児童精神科医）

本田輝行（旭川荘療育・医療センター 児童精神科医）

今出大輔（おかやま発達障害者支援センター 臨床心理士）

大澤多美子（浅田病院 広島市こども療育センター 精神科医）

1. はじめに

本報告では、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（政令指定都市における発達障害児・者支援システムの到達点と横浜市、広島市、福岡市の比較：分担研究者 清水康夫先生）で活用された比較表に準じて、岡山市の発達障害児・者システムをまとめる経過の中で見えてきた岡山市の特色について報告する。

なお、岡山市の発達障害児・者支援システムを比較表項目に沿って点検していくことは次年度以降も継続・検討していく予定であり、本報告では比較表は添付しない。

2. 経緯（年表）

1973（昭和 48）年より岡山県精神衛生センターにて、自閉症の子どもと家族への集団療育（精神衛生センターセンター嘱託児童精神科医の中島洋子と心理職）を実施している。

1974（昭和 49）年より、小児科・精神科外来を受診する自閉症のある子どもと家族への療育（理学・作業・言語・心理）が旭川荘療育・医療センターで始まる（末光茂精神科医師）。

1976 年（昭和 51 年）より、岡山県精神衛生センターで実施していた自閉症集団療育が継続困難となり、社会福祉法人旭川荘にて集団療育（診療報酬外）を引き継ぎ、その後、重症心身障害児通所訓練事業として自閉症療育の開始する（現：児童発達支援事業所バンビの家）。

1981（昭和 56）年に、岡山県岡山保健所に、岡山県精神衛生センター医師（藤田）および児童精神科嘱託医（中島）が出向して、週 1 日子ども発達相談が始まる。

①小児科：身体発達、遺伝疾患等の相談

②小児整形：股関節脱臼等の相談

③小児神経：首の坐り、初歩などの運動発達等の相談

④児童精神科：言葉の発達と行動面の相談

1982年（昭和57年）より、旭川莊療育・医療センターと市町村が契約し、発達障害児総合検診（児童精神科医・PHN・ST・心理）・療育指導事業（OT・ST・心理）が始まり、落合町（現：真庭市）、灘崎町（現：岡山市）、山陽町（現：赤磐市）が対象となったが、その後、契約市町村が増加していく。

一方で、岡山県精神衛生センターで実施していた児童精神科の相談件数が年々増加することに伴って、1992年（平成4年）に他の県保健所で児童精神科相談を拡充するよう提案し、「子どものこころとからだの発達相談事業」として予算化される。県内全保健所で事業化され、井笠保健所を除いて、民間から児童精神科医・OT・ST・心理が派遣された。

1996年（平成8年）に岡山市の中核市となり、乳幼児健診が市の事業となった。2次健診「乳幼児心の相談」を児童精神科医による早期介入の場として実施するようになった。主に早期療育を行う民間の医師が協力し、早期療育への導入の場としている。

また、

2005年（H17年）発達障害者支援法；発達障害（ICD-10 F80-98）の診断後の支援の充実に加えて、診断前の気づき支援、特性把握などの早期介入や、家族支援の必要性が明記。

2008年（H20年）発達障害者支援施策検討委員会；発達障害者支援は、市町村単位で、個々の特性に応じて、ライフステージを通した支援が提供できるような仕組みづくりの重要性が明記。

2014年（H26年）発達支援が必要な子ども支援に関する報告書；発達支援の定義は、地域における縦横連携、ライフステージごとの支援、個別の支援（診断前、診断、診断後）の充実、家族支援の充実などが明記。

3. 現在の特色

①子どもを診る精神科医が多いこと

→大人と思春期を診る精神科医が発達に关心を持っている、

発達に关心を持って診療（研修）できる場がある。

まな星クリニック、岡山県精神科医療センター児童思春期部門での研修や診療

→地域ベースで診療できる

岡山市の要観察児指導教室への関与や乳幼児こころの相談、遠隔地の地域総合検診

保健所要経過観察児教室への民間医療機関の心理職・児童精神科医の協力

乳幼児健診心理相談への療育機関心理職の協力 *準備中

乳幼児健診 2 次健診への民間医療機関の児童精神科医の協力

②児童精神科医ネットワークがある（顔の見える信頼関係）

③障害児保育拠点園

障害児保育拠点園への専門家派遣（年 3 回保護者と職員への支援）

障害児保育認定園（10 名以上の障害児）への専門家派遣

その他、公立保育園に在園する障害児 2 名に 1 名の保育士加配・私立保育園に加算

障害児保育研修：年 3 回

また、幼稚園は、特別支援教育推進園を指定：年 3 回専門家の指導

④行政、民間拠点にそれぞれ児童精神科医がいる

⑤発達障害者支援センターの発達障害のある児童と児童に関わる機関への支援

◇上記①②③への協力（心理職・医師）

◇発達の心配のある診断前の幼児とその親の居場所事業

（15 名定員 児童館など 4 会場で実施

医療・保育園など次の支援先に繋がるまで利用可能）

◇受診待機中の保護者の不安の高い親子の療育前教室

（1 クール 8 名 参加 10 回年 3 クール実施）

◇心理職による就学前児童の保育園幼稚園に訪問しての保護者相談

4. まとめと考察

まず、広島市との比較をすると、

1. 財政状況；財政力指数は財政の自立度を示し、1.0 に近いほど収支のバランスが取れていることを示している。広島市は 0.80 で、3 政令市の中で一番低く、政令都市の平均（0.84）のやや下に位置するが、全国平均に比べると高い。岡山市は 0.79（平成 26 年度）であり、広島市とほぼ同様の財政状態である。

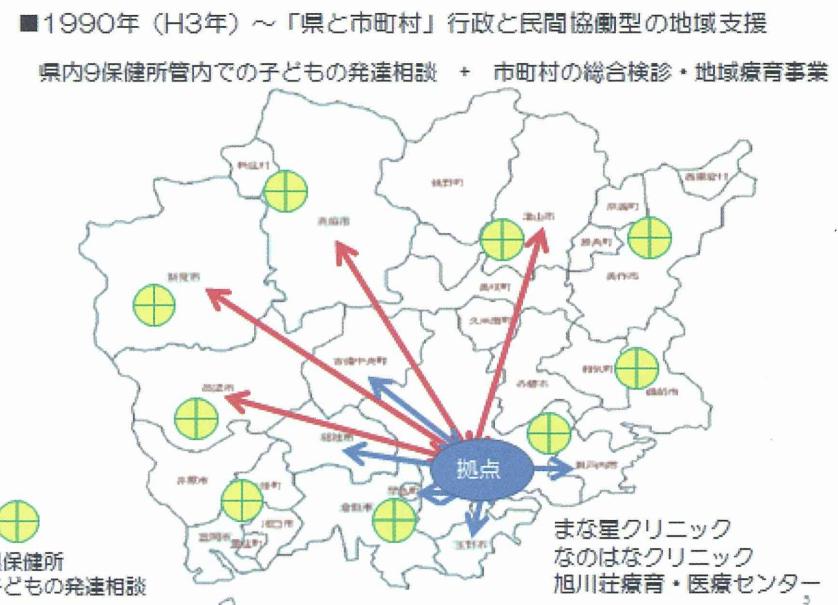
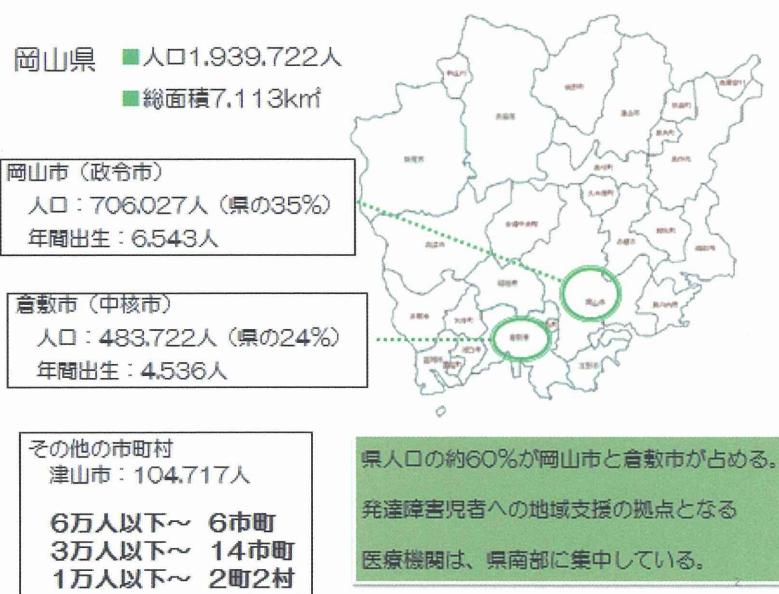
2. 拠点について；岡山市は、広島市のような公的な拠点（こども療育センター）はないが、民間の医療機関が拠点として、様々な施策を展開してきてい

る。特に、1990年(H3年)以降の「県と市町村」行政と民間協働型の地域支援は特徴的で、広島市との大きな違いである。

3. 医師などの人材育成と供給について

岡山市では、民間医療機関である旭川荘を拠点として、地域において必要な事業を、県や市町村の事業を受託し、展開してきている。初めは拠点の民間医療機関の医師が、地域の行政に対して協力し（最初はボランティア的かもしれないが）、それによって地域との繋がりが増え、児童精神科医やスタッフが求められ、児童精神科医やスタッフが活動できる場が確保されている。それらの行政民間協働型の事業により、ますます優秀な児童精神科医もスタッフが多く育ち、顔の見える繋がりや信頼関係が育っていったと思われる。拠点からの脱却のキーワードは、専門性と人間性である。

広島市では開設当初以来、岡大からの医師の人材供給を中心の体制が約40年続き、広大や地域との人事交流は殆どないままに、現在に至っている。長年勤務していた児童精神科医が定年退職でいなくなると同時に、拠点には児童精神科医がほとんど誰も残っていないという現実に直面している。拠点の児童精神科医と行政、県医師会や大学（広島大学）との繋がりは基本的にはないため、増大する発達障害児に個人的に対応せざるを得ない現状がある。そのため、拠点の医師は日常業務に追われ、ますます忙しくなり、地域に出る余裕はなくなり閉鎖的になり、地域も児童精神科医も育たないという悪循環に陥っている。これからは、広島県や広島市の行政、広大や医師会と共に、拠点の児童精神科医やスタッフの人事異動を計画し、広島市を含めて、県の発達障害児を診療できる医師やスタッフが育つシステムを、岡山市に学び、作っていくことが重要である。



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

福岡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（平成 27 年度）

分担研究者 佐竹 宏之（福岡市立東部療育センター）

研究協力者 宮崎 千明（福岡市立心身障がい福祉センター）

小川 弓子（福岡市立西部療育センター）

相部 美由紀（福岡市立あゆみ学園）

森 孝一（福岡市教育委員会・福岡市発達教育センター）

井上 貴仁（福岡大学医学部小児科）

宮崎 仁（福岡市立こども病院こころの診療科）

研究要旨：福岡市東区（人口約 30 万人）において、その地域に居住する小学校 3 年生（小 3 群）と中学校 2 年生（中 2 群）を対象として、発達障害に関する疫学調査を医療機関と学校に対して行った。医療機関調査での発達障害全体の有病率は小 3 群 5.5%、中 2 群 4.1% で、内訳では広汎性発達障害が最も高く、それぞれの群で 3.6%、1.8% だった。学校調査では、発達に何らかの問題があると把握された児は小 3 群 6.0%、中 2 群 5.1% だった。医療機関調査と学校調査の比較では診断を受けた発達障害の有病率に有意な差がみられ、医療機関の診断情報の引継ぎにおける課題が示唆された一方で、学校では診断の有無に関わらず障害特性が把握されて支援が進められている可能性が示された。医療機関では広汎性発達障害の特性を、学校では多動性障害や学習障害の特性を多く把握しており、学習障害については潜在的なニーズが高いことが推察された。地域療育の拠点施設では、増加し多様化する支援対象児への対応とともに、医療を含めた支援の継続性の担保が新たな課題となっている。

A. 研究目的

発達障害児の早期発見や早期支援は、自治体によって体制が異なっている。その体制は自治体の財政状況、人口構成、医療資源、民間の福祉施設など様々な地域事情が要因となって形づくられている。本研究班は、地方自治体の規模による発達障害児の支援ニーズの実態把握と支援システムの現

状調査を通して、地域特性に合わせた支援の在り方についてモデルを示すことを目的としている。昨年度はその目的に沿って、政令指定都市である福岡市について、地域特性に関する調査、発達障害の支援ニーズに関する調査、横浜市、広島市と併せた 3 政令指定都市間の支援システムの比較研究を行った。

平成 27 年度は、発達障害の支援ニーズに関する調査を引き続き実施し、昨年度に行った 3 政令指定都市の比較研究と併せて検討し、政令指定都市における発達障害児支援についての提言をまとめた。本研究班に参加した 3 政令指定都市はいずれも、地域療育の拠点施設である療育センターを早期から整備しているという特徴がある。今回の政令指定都市における提言は、拠点施設を整備している大規模都市におけるものと位置付けられる。

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

B. 研究方法

福岡市の行政区の中で最も人口が多い東区（約 30 万人）の児童を対象に、発達障害児の有病率を把握するための医療機関調査と学校調査を行った。対象となる児童は平成 27 年度の小学 3 年生（平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれ：「小 3 群」）、中学 2 年生（平成 13 年 4 月 2 日～平成 14 年 4 月 1 日生まれ：「中 2 群」）とした。

1. 発達障害の有病率調査（医療機関調査）

福岡市内で発達障害児の診療を行っている主な小児科および精神科医療機関（九州大学病院子どものこころの診療部、福岡大学病院小児科、福岡市立こども病院こころ

の診療科、その他の民間の医療機関）の 13 か所に依頼し、福岡市東区に在住し調査対象学年となる児童について、性別、生年月日、診断名と診断年齢、知能検査による知的水準の判定についてのカルテ調査を行った。診断名は(1) 広汎性発達障害、(2) 多動性障害、(3) 会話および言語の特異的発達障害（構音障害、吃音を含む）、(4) 学力の特異的発達障害、(5) 精神遅滞、(6) その他の順に優先をつけ、複数の診断がつく場合はケースの重複を避けるために優先順位の高い診断名に分類した。主病名が脳性麻痺、二分脊椎、筋疾患や神経変性疾患などの運動障害、聴覚障害、視覚障害、精神疾患（統合失調症など）となる児童については、調査対象から除外した。

福岡市の療育拠点施設は診療対象が幼児期まで、幼児期に把握された障害児の殆どが市内 3 か所にある拠点施設を受診するが、学齢期以降は学校教育や他の医療機関に支援を引き継ぐ体制となっている。そのため今回の医療機関調査では、昨年度行った療育拠点施設における同様のカルテ調査のデータを統合する形をとった。各医療機関や療育拠点施設の患者リストから氏名のイニシャル、性別、生年月日を照合し、複数の機関での症例の重複を避ける形とした。療育拠点施設については、ケース終了時点の居住地をもとに調査を行い、他の医療機関についてはアンケートを回収した平成 27 年 10 月末を調査時点として近似的に有病率を算出した。平成 27 年 10 月末の住民基本台帳データから、福岡市東区在住の 9 歳児人口 2910 人、14 歳児人口 2802 人を有病率算出の際の母集団の大きさとした。発生率については、対象児の出生地の全例把握

が困難であったため算出ができなかった。

した。

2. 学校における発達障害児の有病率調査 (学校調査)

昨年度に引き続き本研究班共通の調査書式を用いて、学校で把握している発達障害児（疑いを含む）についてのアンケート調査を行った。対象とした学校は、福岡市東区在住の児童が在籍する小中学校（福岡市東区外を含む）、知的障害特別支援学校とし、平成27年4月2日を調査時点として発達障害の有病率を算出した。

調査項目は特別支援教育を受けている生徒数、発達に何らかの遅れや偏りを持つ生徒数とその困難の種類、不登校状態にある生徒数、医療機関受診の有無、未受診の理由である。発達の遅れや偏りについては、医療機関調査の診断名と同様の6種類とし、重複を避けるために優先順位をつけて分類した。不登校については、文部科学省の定義に準じ「年間30日以上欠席した児童のうち、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もの」とし、平成27年度中の10月末までの期間で、定義に該当する状態となった生徒とした。

本調査は、昨年度に本研究班で行われた調査と同じ生年月日の児童を対象にした追跡調査となっており、昨年度の調査結果との比較検討を行った。

（倫理面への配慮）

以上のいずれの調査にあたっても、データはすべて集計の後に数的な情報のみを解析し、個人が特定されることのないように

C. 研究結果

1. 医療機関調査および学校調査におけるアンケートの回答状況

（1）医療機関調査

アンケートを送付した医療機関からの回収率は100%だった。各医療機関でのケースの重複は小3群で159人中18人（11.3%）、中2群で115人中11人（9.6%）だった。重複データの整理については、複数の医療機関で知的水準の評価や診断名が異なる場合には、後に評価した医療機関の診断名を優先した。

（2）学校調査

学校調査におけるアンケートの回収率は、小3群では97%（31校中30校）、中2群では82%（中学校17校中14校）だった。いずれも有効な回答が得られ、在籍児数は小3群で2749人、中2群で2155人だった。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査の結果

（1）小3群の調査結果

発達障害全体（精神遅滞を含む）でみると、医療機関での診断による有病率は5.5%だった。学校調査による疑いを含む有病率は6.0%で、そのうち医療機関での診断を把握している例は3.4%だった。発達障害の内訳では広汎性発達障害が最も多く、医療機関調査での有病率は3.6%で、そのうちIQ70以上の例は76%（80/105）だった。学校調査による疑いを含む広汎性発達障害の有病率は2.0%で、そのうち医療機関での診断を把握している例は1.6%だった。医療機関調査では次いで言語障害、精神遅滞の順に多

かったが、学校調査では次いで多動性障害、精神遅滞の順に多かった。

医療機関調査と学校調査の有病率の比較では、発達障害全体でみると、学校調査で診断を把握している例の有病率よりも医療機関調査の有病率の方が有意に高かった ($p<0.001$)。発達障害の特性でみると、広汎性発達障害については、医療機関調査での有病率は学校調査で疑いを含めて把握している例の有病率よりも有意に高く ($p<0.001$)、多動性障害や学習障害の特性については逆に、学校調査で疑いを含めて把握している例の有病率の方が医療機関調査よりも有意に高かった ($p<0.001$) (表 1)。

医療機関調査における診断名で最も多かった広汎性発達障害について診断を受けた時期をみると、小学校入学前が最も多く 93% (98/105) を占めていた (図 1)。

(2) 中 2 群の調査結果

発達障害全体（精神遅滞を含む）でみると、医療機関での診断による有病率は 4.1% だった。学校調査による疑いを含む有病率は 5.1% で、そのうち医療機関での診断を把握している例は 2.5% だった。発達障害の内訳では広汎性発達障害が最も多く、医療機関調査での有病率は 1.8% で、そのうち IQ70 以上の例は 67% (34/51) だった。学校調査による疑いを含む広汎性発達障害の有病率は 2.1% で、そのうち医療機関での診断を把握している例は 1.3% だった。医療機関調査では次いで多動性障害、精神遅滞の順に多かったが、学校調査では次いで精神遅滞、学習障害の順に多かった。

医療機関調査と学校調査の有病率の比較では、発達障害全体でみると、学校調査で

診断を把握している例の有病率よりも医療機関調査の有病率の方が有意に高かった ($p<0.01$)。発達障害の特性でみると、学習障害については学校調査で疑いを含めて把握している例の有病率の方が医療機関調査よりも有意に高かった ($p<0.001$) (表 2)。

医療機関調査における診断名で最も多かった広汎性発達障害について診断を受けた時期をみると、小学校入学前が最も多く 84% (43/51) を占めていた (図 2)。

(3) 発達障害児への特別な教育的配慮

学校調査では、発達障害児への特別な教育的配慮の状況を尋ねた。教育的配慮については、小 3 群、中 2 群いずれも「学級担任による配慮」が最も多く、それぞれ 46% (75/164)、56% (54/96) だった。次いで「知的障害特別支援学級」での配慮が多く、それぞれ 30% (56/164)、27% (26/96) だった (表 3)。

(4) 発達の問題と不登校

学校調査では、疑いを含めて発達に何らかの遅れや偏りを持つ児童生徒における不登校について尋ねた。発達に問題を持つ児童生徒のうち不登校児の割合は小 3 群で 1.8%、中 2 群では 6.4% で、いずれも平成 26 年度の福岡市における不登校児の割合（小学生 0.18%、中学生 2.20%）を大きく上回っていた。発達特性の分類で見ると、中 2 群では対人関係やこだわりを持つ児童における不登校が多かった (表 4)。

(5) 平成 26 年度の学校調査との比較

今年度行った学校調査は、昨年度（平成 26 年度）に本研究班で行われた調査と同じ

生年月日の児童を対象とした追跡調査となっている。学校現場で発達に何らかの遅れや偏りを持つと把握された児童生徒の有病率について、昨年度と今年度の調査結果を比較した。小3群の有病率は、昨年度と今年度でわずかに低下しており(平成26年度6.8%、平成27年度6.0%)、中2群についてはわずかに上昇していた(平成26年度5.0%、平成27年度5.1%)。その内訳についてもいずれも1%未満の増減となっており、大きな変化はみられなかった(図3、図4)。各学校のデータをみると年度によって発達障害児の総数に5名以上の増減があった学校が、小3群で4校(増加1校、減少3校)、中2群で2校(増加1校、減少1校)みられた。

医療機関を受診しない理由については、小3群では「必要性を感じない」という回答が最も多かったが、経年的に減少していた。中2群では平成26年度は「必要性を感じない」という回答が最も多かったが、平成27年度はその回答がみられなくなり、「家族の理解不足」とする回答が最も多くなっていた(図5)。

D. 考察

医療機関調査における発達障害の有病率は、小3群5.5%、中2群4.1%で、内訳では両群とも広汎性発達障害の有病率が最も高かった。小3群では広汎性発達障害の有病率が3.6%だったが、米国の多施設研究における8歳児の有病率の1.47%¹⁾よりも2倍以上高い結果となった。特にIQ70以上の知的発達の遅れがない例が8割弱と多くを占めていた。本研究班の平成25年度の結果²⁾と比較すると、他地域でも広汎性発達障害の有病率は3~6%となっており、今回の福岡

市の調査と同様の結果を示していた。診断時期をみると、小3群では9割以上、中2群では8割以上が幼児期までに診断を受けており、幼児期の早い段階から幅広く広汎性発達障害の特性を把握していることがわかつた。

医療機関と学校との比較では、学校で診断が把握された発達障害児の有病率は、小3群、中2群いずれも医療機関よりも有意に低くなっている。医療機関における診断が、学校に十分には引き継がれていない可能性が示された。一方で、学校における疑い例を含めた発達障害の有病率をみると、小3群では6.0%、中2群では5.1%となっていた。これは平成24年度の文部科学省の全国調査で示された、知的発達に遅れはなく学習面や行動面で著しい困難を示す例の小学3年生7.5%、中学2年生4.1%³⁾と同程度の結果となっていた。未受診であったり診断を受けていてもそれを把握していないかつたりする場合においても、学校現場では発達障害の特性が把握され、支援が行われているものと思われた。医療機関を受診していない理由としては、小3群では必要性を感じないとする回答が最も多かったが、中2群では家族の理解不足を最も多くあげていた。不登校児の調査では中2群で小3群よりもその割合が高い傾向があり、学年があがる程不適応のリスクが高まっている可能性とともに、学校現場では医療機関につなげることに苦労している状況が推察された。

発達障害の内訳をみると、医療機関と学校のいずれも広汎性発達障害の割合が最も高かった。医療機関と学校で差がみられた発達面の特性としては、小3群で広汎性発

達障害の有病率が医療機関で有意に高く、逆に、多動性障害や学習障害については、学校での疑いを含めた有病率の方が有意に高くなっていた。中2群では学習障害において同様の有意差がみられた。医療機関では対人関係やコミュニケーション面の障害特性に注目する傾向があり、学校では集団の規律に影響するような多動性や学習課題に影響するような障害特性に注目する傾向があることが分かる。また学習障害の有病率については医療機関、学校ともに、1%に満たない低い結果が得られた。先述の文部科学省の全国調査では学習面で著しい困難を示す児童生徒は4.5%で、本研究と同様に障害間の重複を省いても2.9%であり³⁾、また米国の研究でも知的発達の遅れがない学習障害児の有病率は5.4%と示されている⁴⁾。医療機関や学校で学習障害の評価が十分には行われていない現状が推察される。

不登校については、発達に何らかの遅れや偏りを持つ児童では不登校の割合が高い傾向があり、発達障害が学校環境への不適応のリスクとなりうることが示された。小3群よりも中2群の方がその傾向が高く、中2群では対人関係やこだわりといった特性を持つ児童において特に多い傾向がみられた。広汎性発達障害が不登校のリスクとなりうることは、これまで報告されている⁵⁾。

昨年度行った学校調査との比較では、発達に何らかの遅れや偏りを持つと把握された児童の有病率に大きな変化はみられなかった。またその内訳の障害特性の分布も同様の結果だった。学校毎でみると、一部の学校では把握された児童の人数に大きな増減がみられており、担当する教師によって

とらえ方が異なる面があることがうかがわれた。

本研究の限界として、医療機関調査において療育拠点施設の診療所とその他の医療機関との間で調査時点が異なっていることがあげられる。これは療育拠点施設では学齢期以降の児に対する診療を行っておらず、就学を機に学校教育へ支援の移行を図り、医療における支援が必要な児については他の医療機関を紹介しているためで、療育拠点施設については調査時点を年長末のケース終了時点とした。幼児期に療育拠点施設を受診し、学齢期に他の医療機関で診療を受けていた重複ケースは小3群、中2群のいずれも全体の1割程度で、多くは療育拠点施設の受診が終了した後の医療機関でのフォローアップを受けていないことが分かった。調査時点を平成27年度当初のみとした場合の医療機関における有病率は小3群1.2%（35/2910）、中2群1.0%（28/2802）と非常に低い値となる。これは福岡市での学齢期の発達障害診療を行う医療的資源における課題を反映しているととらえることができる。この課題を臨床的な視点からとらえると、療育拠点施設の受診が終了したケースの適応状況や医療的ニーズについての追跡調査が考慮される。今回の研究結果からは学年があがる程に医療的支援のニーズが高まり、特に学齢期以降に問題が把握されることが多い多動性障害や学習障害についてはニーズが高いことが推測される。

E. 結論

福岡市における発達障害の支援ニーズに関する調査として、医療機関と学校に対しての有病率調査を行った。発達障害の有病

率は、特に広汎性発達障害においてこれまでの報告よりも高く、知的発達の遅れがない児が幼児期から多く把握されていることがあきらかとなった。福岡市では昭和 54 年と早い時期に、地域療育の拠点として通園施設などの福祉機関の中に医療系の総合的診断・判定機能を位置づけた心身障がい福祉センターが設立された。その後、福岡市の西部地域、東部地域の拠点施設として 2 か所の療育センターが整備され、早期発見、早期支援のニーズの高まりとともに、地域から拠点施設への障害児の集中が促進されてきた。近年では平成 17 年度の発達障害者支援法において定義された発達障害（広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害等）が療育機関における支援対象としてとらえられるようになり、支援対象児の増加とともに多様化も進んでいる。これらの支援対象児への新たな支援ニーズに拠点施設としてどのように対応していくか、またライフステージを通じての医療を含めた支援の継続性をどのように担保するかが、地域療育の拠点施設における新たな課題となっている。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

佐竹宏之：福岡市における発達障害児の発生率と有病率に関する調査、第 56 回日本児童青年精神医学会総会、H27. 9. 30

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

H. 参考文献

- 1) Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ., 28;63(2):1-21, 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、p. 1-5, 2014
- 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、2012
- 4) Altarac M, Saroha E: Lifetime prevalence of learning disability among US children. Pediatrics, 119 Suppl 1:S77-83, 2007
- 5) Kurita H: School refusal in pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord., 21(1):1-15, 1991

表1 小学校3年生における発達障害の有病率および発達に問題がある児童についての学校の認識

	医療機関 (n=2910)	学校 (n=2749)		
		a. 診断例	b. 診断把握数	
発達障害全体	159 (5.5%)	93 (3.4%)	164 (6.0%)	a>b***
PDD	105 (3.6%)	45 (1.6%)	56 (2.0%)	a>b***, a>c***
多動性障害	11 (0.38%)	18 (0.65%)	41 (1.5%)	a<c**
会話・言語	18 (0.62%)	9 (0.33%)	11 (0.40%)	
学力	2 (0.07%)	5 (0.18%)	20 (0.73%)	a<c**
精神遅滞	15 (0.52%)	14 (0.51%)	28 (1.0%)	
その他	8 (0.27%)	2 (0.07%)	8 (0.29%)	

平成27年10月31日在住 9歳児数 2910人 調査時点：医療機関調査 平成27年10月31日
学校調査・有効回答児童数 2749人 学校調査 平成27年4月2日
***p<0.001, Fisher の直接確率法

表2 中学校2年生における発達障害の有病率および発達に問題がある児童についての学校の認識

	医療機関 (n=2802)	学校 (n=2155)		
		a. 診断例	b. 診断把握数	
発達障害全体	115 (4.1%)	53 (2.5%)	109 (5.1%)	a>b*
PDD	51 (1.8%)	28 (1.3%)	46 (2.1%)	
多動性障害	23 (0.82%)	7 (0.32%)	12 (0.56%)	
会話・言語	10 (0.36%)	1 (0.05%)	1 (0.05%)	
学力	1 (0.04%)	2 (0.09%)	17 (0.79%)	a<c***
精神遅滞	19 (0.68%)	15 (0.70%)	28 (1.3%)	
その他	11 (0.39%)	0 (0.0%)	5 (0.23%)	

平成27年10月31日在住 14歳児数 2802人 調査時点：医療機関調査 平成27年10月31日
学校調査・有効回答児童数 2155人 学校調査 平成27年4月2日
*p<0.01, ***p<0.001, Fisher の直接確率法