

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

広島市における発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた
継続的支援の実態と評価のあり方に関する研究（3年間）のまとめ

分担研究者 大澤多美子(浅田病院, 広島市こども療育センター 精神科医)

研究協力者 樋野義則(元・広島市こども療育センター 管理課長)

西本朋子(広島市こども療育センター 地域支援室長)

坪倉ひふみ(広島市こども療育センター 小児科医)

岸本真希子(広島市こども療育センター 精神科医)

角野直美(広島市こども療育センター 地域支援室主幹 保育士)

夜船展子(広島市北部こども療育センター所長 小児科医)

山根希代子(広島市西部こども療育センター所長 小児科医)

土方希(広島市西部こども療育センター 小児科医)

梶梅あい子(広島大学病院 小児科医)

中嶋みどり(広島国際大学 臨床心理士)

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(旭川荘療育・医療センター, おかやま発達障害者支援センター
臨床心理士)

研究要旨: 広島市(政令指定都市, 人口 119 万)における地域特性に関する調査を 3 年間行った。また, 広島市における発達障害の発生率および有病率については, こども療育センターのカルテから調査した。その結果, 小 1~3 の発生率は 6.7~7.4%, 内 PDD は 5.3~5.9%, 小 1~3 の有病率者は 6.3~7.4%, 内 PDD は 5.0~5.9%であった。また, 小 6~中 2 の発生率は 7.9~8.1%, 内 PDD は 5.0~5.2%であり, 大半が就学前に診断され, アンケート調査でも同様の結果が得られた。ADHD と LD については, 就学後での診断が増加していた。

2 年目は政令指定都市(横浜市, 福岡市, 広島市)の実態を比較表にまとめ, 3 年目は「拠点主義からの脱却」をキーワードに, 3 政令市の提言をまとめた。また, 行政・民間協働型の事業展開をしている政令市の岡山市を取りあげ, 広島市との比較を行った。岡山市は研修や診療の場の確保により, 子どもを診る精神科医が多く, 拠点から地域へ出ていく支援に大きな違いがあった。さらに, 標準的な評価指標に関する研究として, BISCUIT 日本語版(幼児用対人コミュニケーション行動評価尺度)を 2 年間施行した。

A. 研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の体制づくりは、各地域で具体的な取り組みが推進されている。しかし、今のところ、その進捗には地域格差がある。3年間の広島市独自の取り組みを紹介するとともに、地域特性の違いによる、各地域の発達障害者支援ニーズの実態把握をする。その実態を踏まえた上で、横浜市、福岡市と広島市の3政令指定都市の比較を行い、共通点、相違点を踏まえ、比較表を作成し、また提言としてまとめることを目的とした。また、民間主体で早期発見・早期療育をしている、同じ政令市の岡山市とも比較した。その他、「標準的な評価指標に関する研究：幼児用対人コミュニケーション行動評価尺度（BISCUIT）日本語版」を信頼性・妥当性の検証に協力した。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

①一般項目（人口、人口密度、出生率、年少人口、財政力指数、歳入予算額等）について、ホームページ等で調査した。

②3年間にわたり、「広島市発達障害支援体制づくり推進プログラムの報告書（2013－2017）」^{1) 2)}に基づき、3年間の進捗状況調査および、市内の3つのこども療育センターの業務統計資料から抽出した。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

3年度にわたり、広島市内の3つのこども療育センター（以下、こども療育3センター）のカルテ調査（①）を行い、平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ（小1～小3）と平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれ（小6～中2）を継続的に調査した。また、広島市

内の同じ出生期間に生まれた児童が通学している小・中学校及び特別支援学校にアンケート調査（②）を実施した。なお、初年度のみ、広島市内の保育園と幼稚園に、カルテ調査およびアンケート調査を実施した。

① カルテ調査：こども療育3センターを受診した児童（小1～小3：平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ、小6～中2：平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれ）のカルテを抽出し（小1～小3は全8区。小6～中2は、中・南・西・佐伯・安佐北区の5区）、診断された年齢と診断名について、調査した。小3は、発達障害の発生率および有病率を算出し、中2は、発生率のみ算出した。なお、2年目のみ、広島大学病院小児科を受診した児童のカルテ調査を実施した。しかし、受診者数が少数のため、1年目と3年目の比較には含めなかった。

② アンケート調査：調査項目は、対人関係やこだわり、多動・不注意、言語障害、学習障害、知的障害、その他精神的問題の疑いのある児童数と医療機関を受診した児童数を調査した。また、受診していない理由についても尋ねた。

3. 3政令市間の比較及び岡山市との比較

2年目は、3政令市（横浜市、福岡市、広島市）の比較表を作成し、それを基に、①地域特性、②地域拠点（療育センターなど）にと地域支援施設との関係、③学校教育との連携、④地域拠点における人材育成について、3年目に3政令市の提言を行った。

なお、3年目は、3政令市とは異なる、民間医療機関を中心に支援システムを作っていた政令指定都市として岡山市に研究協力を依頼し、広島市と岡山市の比較を行った。

4. BISCUIT 日本語版の検証

2年度にわたり、保護者の同意が得られた2歳前後の幼児に対し、計45名のデータ収集を行った。日本全国から76名のデータが得られ、解析の結果、BISCUIT日本語版は一定の信頼性と妥当性を有することが示唆され、中核症状だけでなく併存症も含む包括的な早期診断ツールとして有用性が期待される。

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

①一般的項目：3年間ほぼ同様であった。人口は119万、年少人口および出生率は全国平均の1.1倍高かった。また人口密度は全国平均の約4倍、財政指数も全国平均より1.7倍高かった。(平成25、26年度の報告書^{1) 2)}を参照)。

②発達障害児の早期支援体制に関する項目：

1) 療育手帳の判定基準

知的障害のない発達障害児(者)に対する療育手帳の判定は、平成21年度より境界線知能を含め、発達障害に伴う生活困難度の評価を加えた判定基準を用いた運用を行っている。18歳未満の交付率は平成24年度1.2%、平成25、26年度は1.3%であった。

2) 医療費補助

発達障害の子どもは小2の3月まで、医療費の補助を行っている。来年度以降、

通院は健常児を含め、小3まで補助期間を延長する予定である。

3) 専門施設の有無と職種

就学前の知的障害児を対象とした児童発達支援センターの定員は、昨年度までは光町30人、北部30人、西部70人であったが、平成25年度より西部に高機能発達障害児10名のつばめ教室が新設された。他にNPOひゅーるぼんの定員は25名、及び社会福祉法人・柏学園が広島市の子どもを一部を受け入れている。平成24年度および平成26年度のこども療育3センターの総新患数は、それぞれ1,767名と1,768名であった。新患数は3年間ほぼ同数であるが、外来療育の教室数や対象者数は、この3年間でやや減少している。依然、3~4か月の新患待機期間は継続しているが、広島市以外の受診者の減少(広島市:市外からの初診数=9:1)及び、広島市内の子どもの療育や支援を優先することで対処している。療育センター以外にも、子どもの心の相談医や、発達障害の診療、訓練や療育を行う医療機関(小児科クリニック3~4か所)の微増、児童発達支援事業、放課後等デイサービスの激増によるものと思われる。しかし、発達障害の診療ができる医師の数は、依然、不足しており、ニーズの増大に対応できていない。また、放課後等デイサービスの質も問われている。

4) 専門家養成の場とプログラムの有無

広島市としての、系統だった専門家養成システムやプログラムは無い。平成26年度より、広島県が発達障害を診療できる医師の養成に取り組み、平成27年度には医師養成講座を計3回開催し、広島市内の医師も含め、40数名の医師が受講している。

5) 発達障害支援システムの特徴

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

基本方針としては、(1)発達障害を早期発見し、速やかに適切な支援を行うための体制の充実、(2)乳幼児期から成人期までのライフステージに応じた一貫した支援を挙げている。推進方策としては、(1)市民、企業との協同では、(2)関係機関との連携、(3)発達障害者支援センターの機能強化に取り組む。

3 年間 (1) 早期発見のための取組・体制の充実、(2)療育・訓練体制の充実、(3)保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実、(4)就労支援の充実、(5)相談支援の充実、(6)発達障害についての理解の促進を柱として事業の拡大や新規事業を行っているが、主として研修や情報提供、パンフレット等の作成、配布の啓発等が中心であり、広島市としての抜本的な施策は、殆どみられていない。つまり、対象の数の増大（出生人口の約 10%が受診）と質の変化（高機能群の増加、ADHD や LD も対象になったこと、グレーゾーンの広がり）、支援ニーズの増大と多様性に対して、時代の変化と課題に対応できていない。

6) 他領域との連携体制

(1)広島県地域保健対策協議会との連携：県民の健康福祉増進に寄与する目的で設置され、広島大学、広島県、広島市、広島県医師会の四者で構成され、目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・福祉に関する事項の

調査・研究及び協議等を行っている。広島市の行政職員や医師が委員として参加している。

(2)広島県・広島市教育委員会との連携：就学相談委員会や巡回相談員に、医師や臨床心理士が協力している。

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

(4)広島発達障害研究会との連携；県内の精神科医や小児科医と共に、委員として参加し協力している。

7) 発達障害児の早期支援体制

a) 早期発見のための取組・体制

① 保護者への啓発・普及：3 年間、啓発パンフの配布、保護者教室、講演会などを開催している。

② 乳幼児健診担当保健師の数：3 政令市の中でも 0～4 歳人口 1000 人に対する保健師数が最低である。母子保健に携わる保健師 1 人あたり、平成 24、25、26 年度はそれぞれ、1,724 人、1,625 人、1,614 人。保健師の常勤数、非常勤数は、平成 24、25・26 年度は、常勤 41 名、43 名、非常勤はそれぞれ、10 名、9 名である。

③ 乳幼児健診者への研修の実施：3 年間ほぼ同様であった。

④ 要観察児及び保護者への支援体制の充実

1) 5 歳児を対象とした支援体制整備

就学後の適切な支援に結びつけるため、4、5 歳児を対象とした 5 歳児発達相談が開催されている。しかし、毎年受診率は約 1%で、PDD 以外の発達障害（ADHD など）の発見については十分に機能していない。

b) 療育・訓練体制；3 年間ほぼ同様。

c) 保育園・幼稚園・学校及び地域における支援の充実：3年間ほぼ同様であり、発達支援コーディネーターの養成、保育士等を対象とした専門研修の実施などを行っている。学校との連携は、就学指導委員会や巡回相談に医師などが参加しているが、医療・教育とのシステムとしての協力体制は、ほとんどない。平成27年度より、保育所等訪問支援事業が開始されている。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

①カルテ調査：平成25年度の小学校1年生および平成27年度の小学校3年生の出生児数は、10,961人（男：5,600人、女：5,361人）であった。そのうち、平成25年度の小1までにこども療育3センターを受診したのは、932人、うち発達障害と診断された児童は、738人であった。発生率は、表1のとおりである。

表1. 小1の出生コホートの発生率

医療機関受診 (n=738, 男=554, 女=184)			
診断	人数		男女比
発達障害全体	738	(6.7%)	554 : 184
PDD	585	(5.3%)	430 : 155
多動性障害	25	(0.2%)	23 : 2
会話・言語	72	(0.7%)	56 : 16
精神遅滞	56	(0.5%)	45 : 11

平成27年度の小3までにこども療育3センターを受診し、発達障害と診断された児童は、813人であった。発生率は、表2のとおりである。

表2. 小3の出生コホートの発生率

医療機関受診 (n=813, 男=613, 女=200)		
診断	人数	男女比
発達障害全体	813 (7.4%)	613 : 200
PDD	639 (5.8%)	471 : 168
多動性障害	45 (0.4%)	41 : 4

会話・言語	72 (0.7%)	56 : 16
精神遅滞	57 (0.5%)	45 : 12

平成25年度小1の居住児数は、11,227人（男：5,710人、女：5,517人）であり、そのうち小1までにこども療育3センターを受診したのは、932人、うち発達障害と診断された児童は、711人であった。有病率は、表3のとおりであった。

表3. 小1の居住コホートの有病率

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

平成27年度小3の居住児数は、11,252人（男：5,729人、女：5,523人）であり、そのうち小3までにこども療育3センターを受診し、発達障害と診断された児童は、838人であった。有病率は、表4のとおりであった。

表4. 小3の居住コホートの有病率

医療機関受診 (n=838, 男=635, 女=203)		
診断	人数	男女比
発達障害全体	838 (7.4%)	635 : 203
PDD	663 (5.9%)	492 : 171
多動性障害	46 (0.4%)	42 : 4
会話・言語	72 (0.6%)	56 : 16
精神遅滞	57 (0.5%)	45 : 12

平成25年度の小1の発達障害児のうち、PDDと診断された児童を、知的レベル（IQ＝69以下および70以上）に分けて発生率および有病率を比較したところ、図1、図2のようになった。

小1 PDD の発生率と知的障害の有無

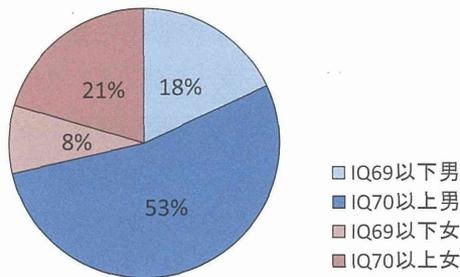


図 1. 小1 PDD 発生率と知的障害の有無

小1 PDD の有病率と知的障害の有無

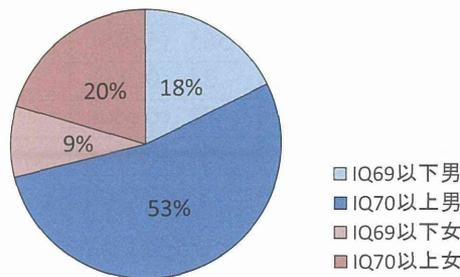


図 2. 小1 PDD 有病率と知的障害の有無

平成 27 年度の小 3 の発達障害児のうち、PDD と診断された児童を、知的レベル (IQ = 69 以下および 70 以上) に分けて発生率および有病率を比較したところ、図 3、図 4 のようになった。

小3 PDD の発生率と知的障害の有無

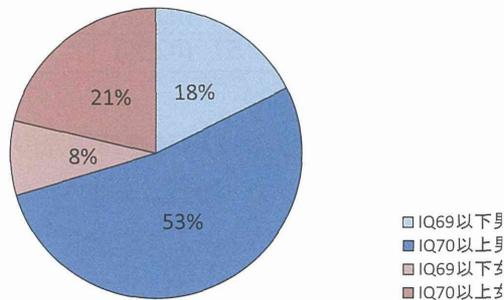


図 3. 小3 PDD 発生率と知的障害の有無

小3 PDD の有病率と知的障害の有無

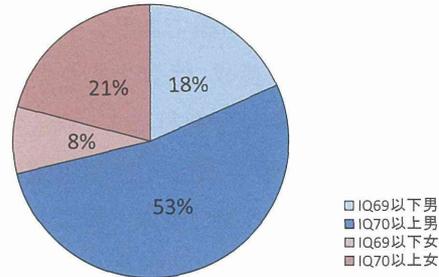


図 4. 小3 PDD 有病率と知的障害の有無
次に、PDD と診断された年齢について検討したところ、図 5、図 6 の通りであった。

小1のPDD診断年齢

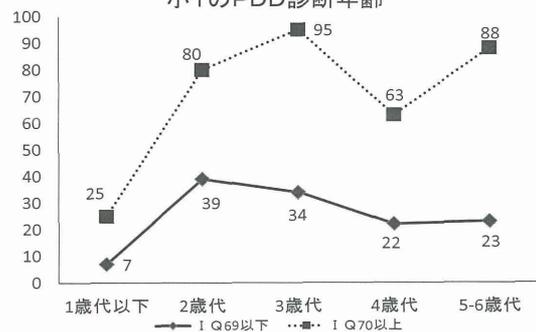


図 5. 小1 PDD 診断年齢

IQ が 69 以下の児童は、2 歳をピークに診断されていた。IQ70 以上は、3 歳代をピークに診断され、次いで 2 歳と 5、6 歳代に診断されていた。しかし、4 歳代での落ち込みが目立った。

小3のPDD診断年齢

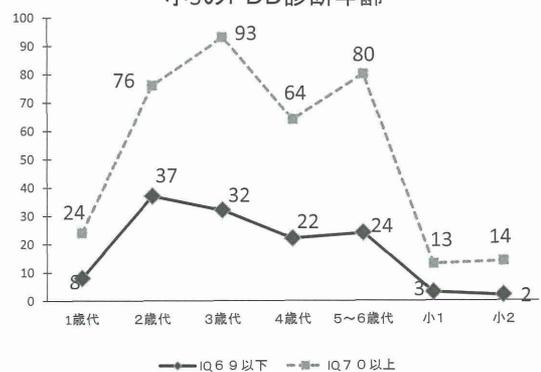


図 6. 小3 PDD 診断年齢

平成 25 年度の小学 6 年生および平成 27 年度の中学 2 年生の出生児数は 8 区中 5 区で 6,583 人（男：3,355 人，女：3,228 人）であり，そのうち小 6 までにこども療育 3 センターを受診したのは，520 人，うち PDD と診断された児童は，326 人であった。発生率は，表 5 のとおりであった。

表 5. 小 6 の出生コホートの発生率
医療機関受診（n=520，男=365，女=155）

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

平成 27 年度の中学 2 年生が，中 2 までにこども療育 3 センターを受診した児童のうち，PDD と診断された児童は，342 人であった。発生率は，表 6 のとおりであった。

表 6. 中 2 の出生コホートの発生率
医療機関受診（n=532，男=385，女=147）

診断	人数	男女比
発達障害全体	532 (8.1%)	385 : 147
PDD	342 (5.2%)	251 : 91
多動性障害	69 (1.0%)	55 : 14
会話・言語	34 (0.5%)	23 : 11
学習障害	13 (0.2%)	11:2
精神遅滞	74 (1.1%)	45 : 29
その他	14 (0.2%)	4 : 10

平成 25 年度小 6 の発達障害のうち，PDD と診断された児童を，知的レベル（IQ=69 以下および 70 以上）に分けて発生率を算出したところ，図 7 のようになった。

小 6 PDD の発生率と知的障害の有無

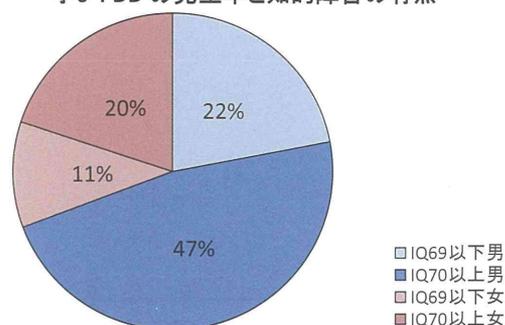


図 7. 小 6 PDD 発生率と知的障害の有無

平成 27 年度中 2 の発達障害のうち，PDD と診断された児童を，知的レベル（IQ=69 以下および 70 以上）に分けて発生率を比較したところ，図 8 のようになった。

中 2 PDD の発生率と知的障害の有無

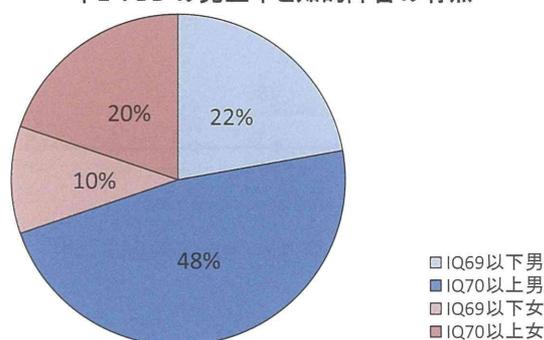


図 8. 中 2 の PDD 発生率と知的障害の有無
小 6 について PDD と診断された年齢について検討したところ，図 9 のようになった。

次に，中 2 も同様に PDD と診断された年齢について検討したところ，図 10 のようになった。IQ が 69 以下でも，IQ70 以上の児童でも，就学前に診断される児童が大半で，就学後に診断される児童は，わずかであった。

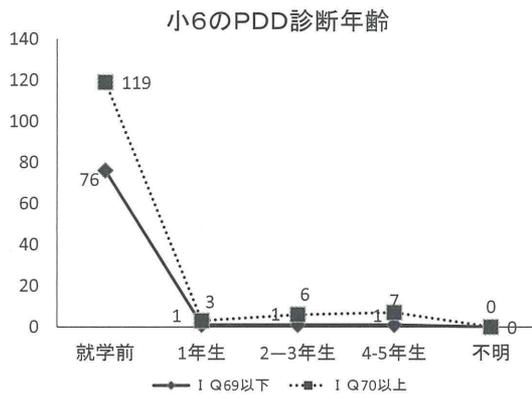


図 9. 小6のPDD診断年齢

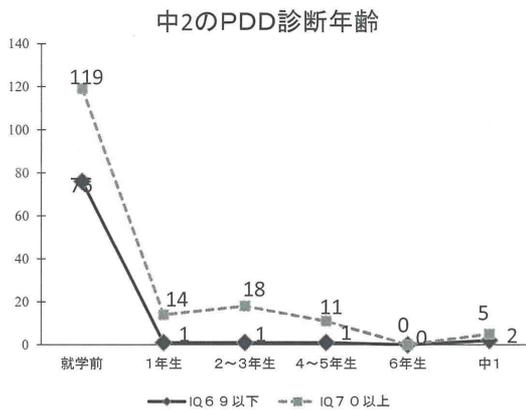


図 10. 中2のPDD診断年齢

- ② アンケート調査:平成 25 年度および平成 27 年度の小学校 1 年生および 3 年生の児童を対象に小学校にアンケートを依頼し、発達障害と思われる児童について調査した。平成 25 年度小 1 児童総数は、7,985 人 (男 4,043 人:女 3,942 人),小 6 児童総数は、8,224 人 (男 4,254 人:女 3,970 人)であった。平成 27 年度小 3 児童総数は、8,812 人 (男 4,457 人:女 4,355 人),中 2 児童総数は、7,668 人 (男 3,988 人:女 3,680 人)であった。

(1) 対人関係やこだわりなどの問題(「自閉症」「アスペルガー症候群」「広汎性発達障害」「自閉症スペクトラム」など。以下、

PDD)を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について学校の担当者(特別支援コーディネーター、教頭、校長等に尋ねた結果、図 11、図 12 の通りになった。

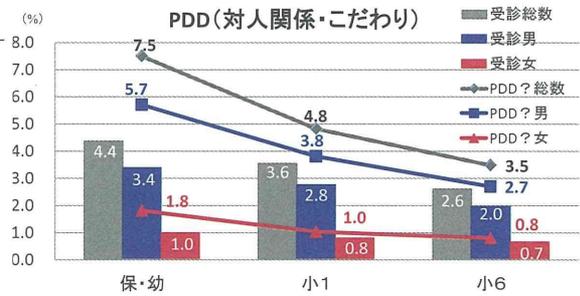


図 11. 平成 25 年度 PDD

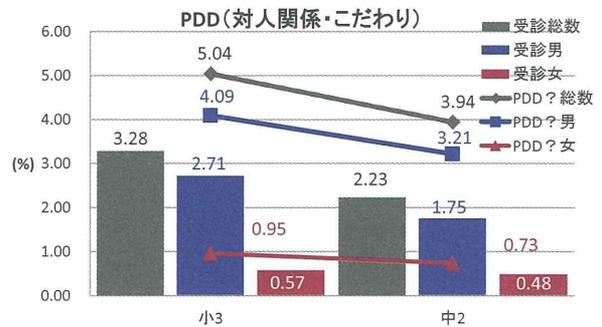


図 12. 平成 27 年度 PDD

(2) (1)に含まれていない子どもで、落ち着きがない、そそっかしいなどの問題(「ADHD」「多動性障害」など、以下 ADHD)を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について学校の担当者に尋ねた結果、図 13、図 14 の通りになった。

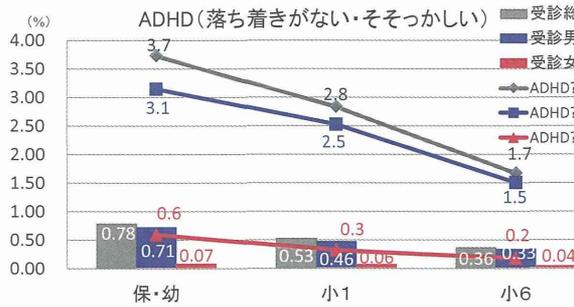


図 13. 平成 25 年度 ADHD

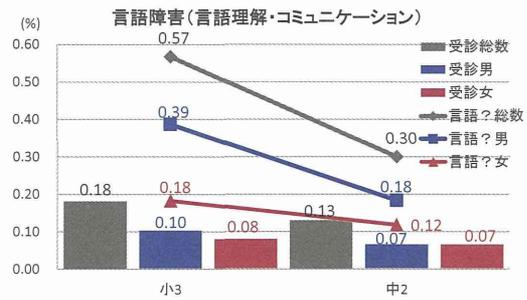


図 16. 平成 27 年度言語障害

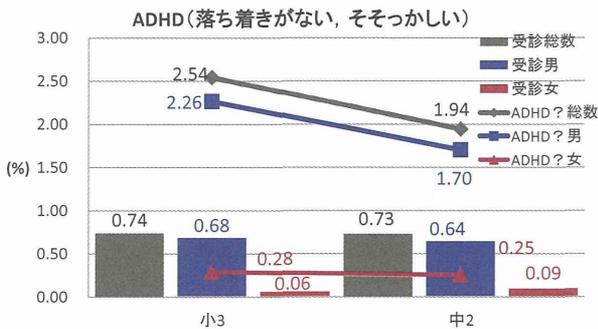


図 14. 平成 27 年度 ADHD

(3) (1) にも (2) にも含まれていない子どもで、言葉を理解することや話すことの問題（「構音障害」、「発達性言語障害」など、以下言語障害）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について学校の担当者に尋ねた結果、図 15、図 16 の通りになった。

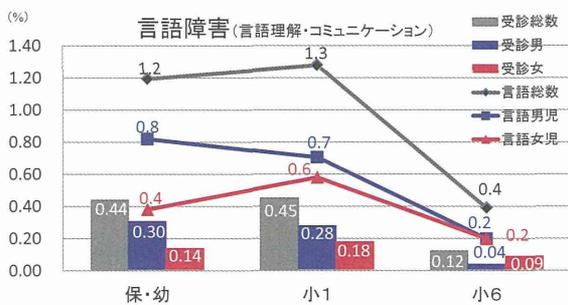


図 15. 平成 25 年度言語障害

(4) (1)～(3) のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れ（「精神遅滞」「知的障害」など）を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について、学校の担当者からみると、図 17、図 18 の通りになった。

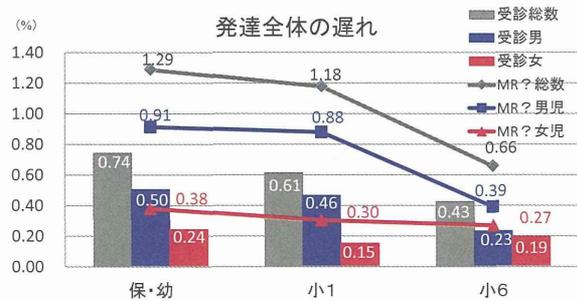


図 17. 平成 25 年度発達全体の遅れ

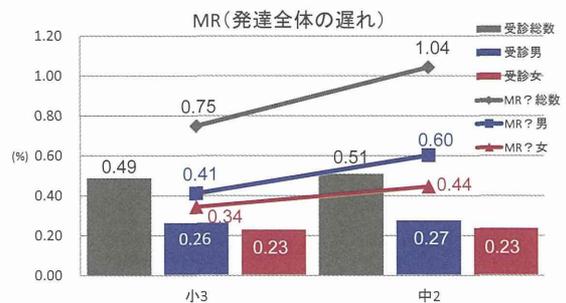


図 18. 平成 27 年度発達全体の遅れ

(5) (1)～(4) のいずれにも含まれていない子どもで、何らかの精神科などの専門的ケアを要すると思われる問題（吃音、場

面緘黙、チック等が主たる問題の場合も含む、以下その他の発達障害)を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について学校の担当者に尋ねた結果、図 19、図 20 の通りになった。

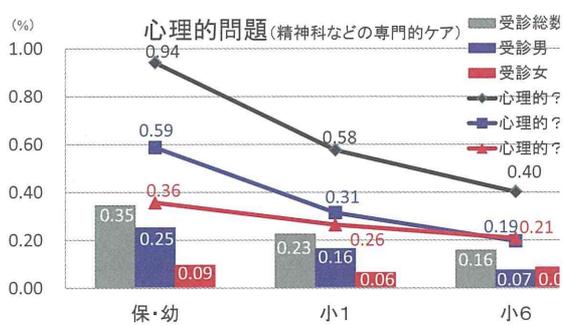


図 19. 平成 25 年度心理的問題

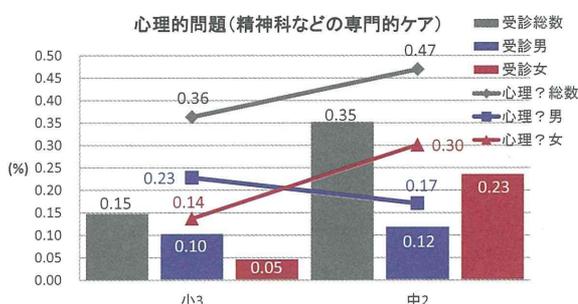


図 20. 平成 27 年度心理的問題

(6) 学習障害 (LD)

なお、PDD, ADHD, 言語障害のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れでは説明のつかない学力の問題(「学習障害」「LD」など、以下 LD)を持つ児童数とそのうち、医療機関を受診している、あるいはしたことがあると把握している児童数について、学校の担当者からみると、図 21、図 22 の通りになった。

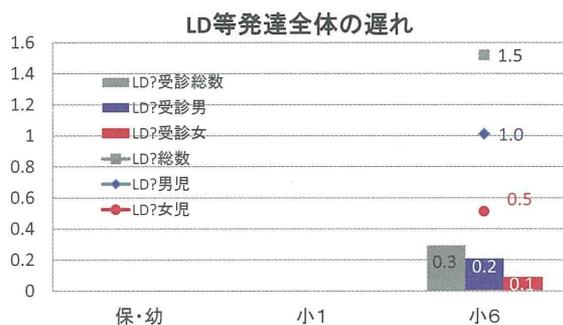


図 21. 平成 25 年度 LD 等発達全体の遅れ

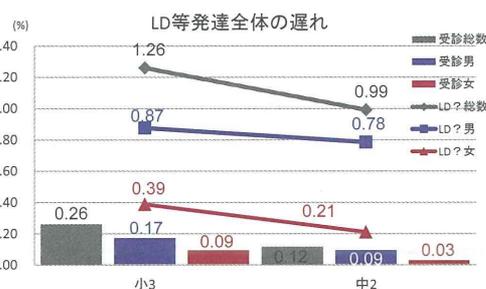


図 22. 平成 27 年度 LD 等発達全体の遅れ

3. 3 政令市間の比較及び岡山市との比較

別紙参照。キーワードは「拠点主義からの脱却」としてまとめた。項目として、地域特性、地域拠点と地域支援システムの関係、学校教育との関連、地域拠点における人材育成について提言した。

なお、民間医療機関を中心に行政・民間協働型支援システムを作っている政令市として岡山市を取りあげ、3 政令市の比較表に沿って、広島市と岡山市の違いについて検討した。

4. B ISCUIT 日本語版の検証への協力

2 年度にわたり、32 名、13 名に BISCUIT 日本語版を施行し、計 45 名の参加協力を得た。1 人の子どもを複数の医師や臨床心理士、保育士たちと観察し、意見を述べあうことは、通常の外来診療ではほとんど経験が無く、お互いの専門性の向上に非常に役立った。

D. 考察

1. 地域特性に関する調査

①一般項目：3年間、ほぼ同様であった。人口は約119万人。3政令市の中で、1,308人/km²と人口密度は最も低いのが広島市であるが、全国平均の4倍近い。また、1000人あたりの出生率は、9.4人と全国平均に比べると高く、比較的若い人が多い地域である。財政力指数0.80~0.82であり、全国平均の約1.7倍であり、財政的には豊かな地域といえる。

②発達障害児の早期支援体制：広島市にはこども療育3センターが設置され、乳幼児健診等で早く発見された子どもが、早期に受診し、基本的な支援システムは整備されているが、増大する高機能発達障害児への対応は、全く追いついてない。特に、就学後は、光町の精神科医による診察および外来療育がわずかにあるのみで、医療・教育・福祉との連携及び支援システムはほとんどなく、各専門職の個人的な努力に任されている。

また、乳幼児健診の保健師1人あたりの担当児童数は1,600~1,700人余りであり、他の政令指定都市や小規模都市に比べると非常に負担が多く、3歳児健診以降の継続的支援には、限界がある。現状として、保育園に発達障害児支援のリーダーとなる保育士(発達支援コーディネーター)を養成し、必要に応じてこども療育3センターの専門家が保育園や幼稚園を訪問し、支援体制をとっているが、小学校入学前、可能なら4~5歳代までに、こども療育3センターを受診し、子どもの特性を理解し、支援の仕方を学ぶことが望まれる。そのためには、5歳児発達相談や就学時健診との連携がなされ、情報が引き継がれ、共有されるべきである。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

①カルテ調査：3年間のPDDの発生率は、小1が5.3%、小3が5.8%であった。小6が5.0%、中2が5.2%であった。他の政令市(横浜市、福岡市)と比較しても、一般に言われる1%よりも多く見られた。PDDの診断は、WHOの国際疾病分類第10改訂版(ICD-10)を用いているが、幅広くPDDと診断している可能性がある。PDDの有病率は、小1が5.0%、小3が5.9%であった。

性差は、男児が女児より3倍多く、これは一般的に言われている値と変わりなかった。PDDの人のうち、正常IQの人は、約70%で、高機能のPDDの支援ニーズが高い。診断年齢は、知的障害を伴う児童の方が若干早く、2~3歳代で診断されている。他の先進的な都市と比べて、それなりに早期診断されていると言える。しかし、4歳代での高機能のPDDの診断率が低く、落ち込みを呈している。広島市では、5歳児発達相談の利用が3年度とも1%でしかなく、特に、PDD以外の発達障害(ADHDなど)の就学前の受診・診断にほとんど結びついていない。そのため、保育園・幼稚園での早期発見・支援を充実させると共に、就学時相談との連動を検討していく必要がある。

中2からみると、ほとんどが就学前に診断を受けており、就学後の診断率はかなり低い。就学までに医療機関を受診し、診断されない人は、その後、診断や支援を受ける機会を逸していると言える。そのためにも、学校と医療との連携が必要であり、こども療育センターとの医療・教育連携システムを整えるべきである。

②アンケート調査

1) 対人関係やこだわりの問題など(PDD)

PDD の疑いのある児童のうち、医療機関を受診したのは、小1が75%、小2が67%、小3が65%、小6が74%、中1が63%、中2が57%であった。学童期の発達障害では、学年が上がるにつれて自閉症の特性が目立たなくなるが、中学進学に向けて受診率が上がっている。学校のように日課の決まった環境に慣れると大きな問題になりにくく、成績に問題がない場合、見逃されている可能性が大きい。しかし、対人関係のトラブル、パニック、自傷・他害等の2次障害を引き起こす場合は、受診に至るケースが多くなる。男児は、女児に比べ約3~4倍多く、一般的に言われている値と同様であった。

今後、学齢児においては、発達障害の疑いのある児童が約8%おり、そのうちPDDが約5%を占めることを踏まえて、少なくとも子どもに関わる全ての人たちがPDDの特性を理解することがのぞまれる。

2) ADHD

ADHDと診断された割合は、小1~小3で0.2~0.4%、小6~中2で1.0~1.1%で、3年間ほとんど変わらなかった。男児が女児に比べ、7~8倍多く、特に女児の場合、ADHDの疑いがある場合、2割から3割が受診するが、疑い自体の数値が非常に少なく、発見されにくいことが明らかになった。

男児の場合、中学に入るとADHDの疑いはやや減少し、多動性や衝動性が目立たなくなったためと推測される。しかし、受診率は小1が19%、小2が32%、小3が29%であり、小6が21%、中1が27%、中2が38%であった。このように受診率は小学生は2割から3割程度で、ほとんど下がっていない。中学に入ると、学年が上がるにつれ、受診率は3割から4割弱に上昇している。このこと

は、二次障害が目立ち、受診を勧められたり、保護者も問題意識が強まった可能性が高いと考えられる。

どの年齢でもADHDの疑いのある児童数の30~40%程度の受診率でしかない点は、大きな課題である。保護者をはじめ社会への啓発を促し、知識と正しい理解を高めることが重要である。また、教育と医療が連携し、保護者支援など診断や治療に結び付けるために、就学時相談を充実させると共に、教師が保護者に医療機関受診を勧める手立てを研修等で学ぶ必要がある。

3) 言語障害

言語障害について、小1で疑いが一旦高まり、小3から中2につれ顕著に減少し、性差も小さくなるのが特徴である。医療機関受診は、約30~40%程度しか受診していない。しかし、こういう児童・生徒に目を向ける必要があると思われる。

4) 発達全体の遅れ(MR)

発達全体の遅れの疑いの受診率は、小1で52%、小3で65%、小6で65%、中2で49%であった。発達全体の遅れについて、学齢期以降では、学習面での遅れが目立つことから、軽度の知的障害が疑われ、受診につながりやすい。

5) その他の発達障害(吃音、緘黙等)

心理的な問題は、疑いも受診も、中学になると非常に増えることが特徴的である。この増大は発達障害の二次障害も含まれる可能性があることも推察される。また、受診率も7割を超えることから、学校が受診を勧めている可能性が高いと考えられる。

また、中2になると女児が男児を上回って増えているのが特徴的であるが、その要因ははっきりしない。

6) 学習障害 (LD)

LDについて、文科省の調査では、約4.5%と言われていたが、広島市では1%前後しか疑われていない。医療機関受診率も小3が21%、小6が20%、中2が12%で、診断も支援も、ほとんどなされていないことがわかった。学習に困難を抱えている子どもに対し、学習障害の可能性を疑い、早期に診断し、子どもの認知特性に合った学習支援を行う必要がある。

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

3. 3政令市間の比較及び岡山市との比較

3政令市のキーワードは「拠点主義からの脱却」として提言をまとめた。項目として、地域特性、地域拠点と地域支援システムの関係、学校教育との関連、地域拠点における人材育成について提言した。

また、岡山市との比較(別紙参照)では、岡山市が発達障害者支援法以降の時代の変化に合わせて取り組んできた、拠点(民間であれ公的機関であれ)からのアウトリーチ支援と行政との協働についてのノウハウは、広島市にとって良いモデルになると思われる。

4. BISCUIT 日本語版の検証

BISCUIT 日本語版は、PDDの評価指標として具体的であり、3歳以下の早期診断ツールとして実用的で有用性が高いことが確認された。また、PDDには、発達早期からの多彩な併存症が認められ、社会適応や長期予

後に影響を与えることが明らかになっている。中核症状だけでなく、併存症も含む包括的な早期診断ツールとして、臨床現場での有用性が期待される。

E. 結論

発達障害のうち、特にPDDの発見は、乳幼児健診で要フォローとした児童に関しては、医療機関で2~3歳の早期に診断されている。しかし、ADHDは、要フォローとなっても、医療機関への受診に結びきにくい。また、3歳児健診以降は、保健師の絶対数があまりにも少ないため、発見は保育園・幼稚園に任されている。保育園・幼稚園で発見された子どもは、医療機関を受診し、就学前までにほとんどが診断されている。平成19年度から保育園に発達支援コーディネーターが配置され、その効果が大きいと考えられる。

乳幼児健診で要フォローとならず、また保育園・幼稚園で指摘されても受診しなかった子どもは、就学後に6割が受診に至っている。これらのことから、3歳児健診以降は、保育園・幼稚園、小学校での発見に任されている。問題点として、知的に問題のないPDDの子どもが就学前に診断された場合も、外来療育に一時的に通う程度のわずかな支援しか受けられていない。就学後は、発達障害の支援体制は、医療機関では、ほとんどないため、大半が診断のみで終わっている。中には、激増している放課後等デイサービスに通う児童がいるが、そのサービスの質が問われている。就学後は、巡回相談はあるが、巡回回数が非常に少なく、半数が担任のみの支援になっており、学校内のシステムが十分に機能していないといえる。担任が子どもの特性を理

解し、個々の子どもにあった指導や学級運営のために、医療面では、教育現場へこども療育3センターから支援ができるよう、システム作りが必要である。

ADHDに関しては、その疑いをもっても、受診し、診断を受ける割合が非常に少ない。LDにいたっては、中2の時点においても疑いを持つことも少なく、診断や支援もほとんど受けていないと思われる。また、心理的問題については、中学以降に疑われることが増えるため、スクールカウンセラーが関わり、心理的問題に対応するだけでなく、発達障害がベースにあるかどうかを判別し、必要に応じて医療機関受診を勧める介入が求められる。そのためには、拠点であるこども療育センターから地域へアウトリーチ出来る療育チームを作り、現場との協力や現場のレベルアップを図る必要がある。

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

広島市はこども療育3センターがあり、保育園・幼稚園、学校との連携システムも整い、事業や取組が新規・拡充されてきているが、現実には以上のような結果であった。今後は、行っている事業や取組の検証を行い、行政と関係機関と当事者とが連携し、よりよい支援のための新たな施策やシステム作りを行う必要がある。また、保護者が医療機関を受診しやすくするために、啓発や保護者対応の実践的研修が求められている。さらに、医師をはじめ、発達障害児支援の専門家養成のためには、実践的な研修を行い、その効果を検証していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H. 参考文献

- 1)厚生労働科学研究費補助金 障害対策総合研究事業 『発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価』 平成26年度総括・分担研究報告書（研究代表者 本田秀夫）
- 2)厚生労働科学研究費補助金 障害対策総合研究事業 『発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価』 平成25年度総括・分担研究報告書（研究代表者 本田秀夫）

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

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の支援ニーズと支援体制に関する研究 政令指定都市間の発達障害支援システムの比較研究

分担研究者 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：本研究班では、発達障害児の支援ニーズに関する疫学調査と自治体間での発達障害児支援体制の比較研究を行った。疫学調査としては、医療機関（療育の拠点施設における診療所を含む）と学校を対象とした発達障害の有病率調査を行った。平成 27 年度の医療機関調査では小学 3 年生における発達障害全体の有病率は 5.5%、中学 2 年生では 4.1%で、学校調査で発達に何らかの問題があると把握された児の有病率は、それぞれ 6.0%、5.1%だった。これを平成 26 年度の調査と比較すると経年的に大きな変化はみられなかった。本研究班に参加した政令指定都市 3 市（横浜市、広島市、福岡市）の療育体制の比較研究では、障害児の拠点施設への集中が進み、増加する支援対象児と多様化するニーズに対応するために様々な取り組みが行われていることが分かった。それらの取り組みを参考にし、本研究班の最終年度の総括として、3 政令指定都市の分担研究者により早期療育の拠点施設が整備されている大都市にお

A. 研究目的

発達障害児の早期発見や早期支援は、各自治体によってその体制が異なっている。それ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体制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。自治体の規模により政令指定都市、中核市・特例市、小規模市と分け、それぞれの地域で発達障害児の診療を行っている医師が担当と

なり、平成 25 年度から平成 27 年度の 3 年間で調査・研究が行われた。政令指定都市である福岡市は平成 26 年度からの 2 年間で本研究班に参加し、平成 26 年度は、①地域特性に関する調査、②発達障害の支援ニーズに関する調査、③横浜市、広島市と併せた 3 政令指定都市間の支援体制の比較研究を行った。平成 27 年度は、さらに、発達障害の支援ニーズに関する調査を前年度と同じ対象児を追跡調査する形で行い、3 政令指定都市における発達障害児支援の比較研究の検討を通して、政令指定都市における発達障害児支援についての提言が 3 政令指定都市の分担研究者によってまとめられた。

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、福岡市には通園施設に診療所や相談支援事業所を併設した総合的な療育機関として、心身障がい福祉センター（愛称あいあいセンター）、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て「拠点施設」とし、これら 3 センターのうち難聴児、視覚障害児への支援や障害者支援も行っている中核的な機関である心身障がい福祉センターを「中核施設」と呼称することとした。

B. 研究方法の概要

1. 平成 26 年度の研究

(1) 地域特性に関する調査

本研究班は平成 25 年度に調査研究を開

始している。福岡市に関しては平成 26 年度から本研究班に参加したため、前年度に他の地域で行われた調査と共通のフォームを用いて地域特性に関する調査を行った。調査においては、福岡市の自治体としての地域特性についての情報と、福岡市における発達障害児への支援体制についての情報を、福岡市のホームページや関係各課からのヒアリングによって収集した。

(2) 発達障害の支援ニーズに関する調査

福岡市の行政区の中で最も人口が多い東区（約 30 万人）の児童を対象に、発達障害児の発生率や有病率を把握するための医療機関調査と学校調査を行った。平成 26 年度における医療機関調査は、療育機関に併設された診療所のみで行ったため「療育機関調査」とした。調査対象児の年齢は他都市における調査研究と同じ平成 26 年度の小学 2 年生（平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれ：小 2 群）、中学 1 年生（平成 13 年 4 月 2 日～平成 14 年 4 月 1 日生まれ：中 1 群）とした。

1) 幼児期における発達障害の発生率および有病率調査（療育機関調査）

福岡市には現在 3 か所の地域療育の拠点施設があり、幼児期に把握された障害児の殆どが拠点施設の診療所を受診している。また、拠点施設では支援の対象を主に幼児期までとしており、学齢期は支援を教育へと引き継ぐ体制をとっている。平成 26 年度は医療機関調査として療育機関の調査のみを行い、拠点施設を年長ま

でに受診した対象児のカルテ情報から幼児期における発達障害の発生率、有病率を算出した。調査時点は、多くのケースで支援が終了となる年長時の3月末（小2群：平成25年3月31日、中1群：平成20年3月31日）とした。出生コホートについては、対象児の出生地の全例把握が困難であったため、近似的に拠点施設の診療所初診時の居住地をもとに調査し発生率を算出した。居住コホートについては、ケース終了時点の居住地をもとに調査し有病率を算出した。

2) 学校における発達障害児の有病率調査（学校調査）

学校で把握している発達障害（疑いを含む）についてのアンケート調査を行い、発達障害の有病率を算出した。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）、知的障害児特別支援学校とした。

（3）政令指定都市（横浜市、広島市、福岡市）における支援体制の比較研究

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

2. 平成27年度の研究

（1）発達障害の支援ニーズに関する調査

平成26年度と同様に福岡市東区（約30万人）の児童を対象に、発達障害児の発生率や有病率を把握するための医療機関

調査と学校調査を行った。調査対象児については前年度と同じ生年月日の児童を追跡調査する形をとり、平成27年度の小学3年生（小3群）、中学2年生（中2群）とした。

1) 発達障害の発生率および有病率調査（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のカルテ調査を行った。前年度に行った療育機関調査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でデータを統合し、発達障害の有病率を算出した。調査時点はアンケート回収期限の平成27年10月31日とした。

2) 学校における発達障害児の有病率調査（学校調査）

前年度と同じ小中学校と知的障害児特別支援学校を対象としてアンケート調査を行った。

前年度と同じ生年月日の児童を対象にした追跡調査として、前年度の結果との比較検討を行った。

（2）政令指定都市における療育体制についての提言

前年度に行った疫学調査と3政令指定都市間の療育体制の比較研究をふまえて、政令指定都市における療育体制についての提言を作成した。

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を早期から整備してきたという特徴があった。そ

のため政令指定都市における提言は、療育の拠点施設を整備している大都市におけるものと位置付けられる。

(倫理面への配慮)

以上のいずれの調査にあたっては、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した。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

平成 26 年度の研究報告書から、福岡市の地域特性に関する調査結果の概要を以下に示す。

(1) 自治体の地域特性

福岡市は、地方自治法に定められた大都市制度の一つである政令指定都市に、昭和 47 年に指定されている。政令指定都市は昭和 31 年に運用が開始され、当初はおおむね人口 100 万人以上の都市を対象としていたが、市町村合併を進める国の方針の中で現在は人口 70 万人程度の都市を対象としており、20 都市が指定されている。政令指定都市は保健・福祉，教育，都市計画・土木などにおいて県からの事務委譲があり、財源の移譲による主体的な財政運営が可能となっている。

福岡市の人口は全国の政令指定都市の中で 6 番目に多く、関西から西では最も人口が多い都市である。人口増加率は政令指定都市の中で最も高く、生産年齢人口や年少人口の割合が比較的高い、若い人口構成となっている。今回調査を行った福岡市東区は、福岡市の 7 行政区の中

では最も人口が多く（平成 27 年 9 月 1 日現在の推計人口 305,295 人）、人口増加数も多い地域で、人工島を含めて複数の都市整備事業が進行中の福岡市のベッドタウンである。

(2) 福岡市における療育体制

1) 療育施設の現況

福岡市では、昭和 45 年に知的障害児通園施設、昭和 48 年に肢体不自由児通園施設が設立され、障害児への地域療育が行われるようになり、昭和 54 年には早期発見、早期支援のための中核的な施設として、通園施設などの福祉機能に医療系の総合的診断・判定機能を位置付けた福岡市立心身障がい福祉センター（現在の愛称「あいあいセンター」）が開設された。その後、居住地域における支援ニーズの高まりに伴い、平成 14 年度に西部療育センター、平成 23 年度には東部療育センターが整備された。それぞれのセンターは図 1 のように担当区を決めて、そこに居住する障害児への支援を行っている。現在福岡市には、拠点施設の他に通園療育を行う児童発達支援センターが、民間法人が運営するものを含めて 6 か所あり、福岡市における療育施設の現況は図 2 のようになっている。福岡市では、平成 27 年度現在で児童発達支援事業所はまだ認可されていないが、これまで通園療育を中心として充実した支援体制が構築され、運用されてきた。全通園施設において 3 歳以上の知的障害児、発達障害児は週 5 日通園を基本としており、各通園施設の利用にあたっては、福岡市が設置した利

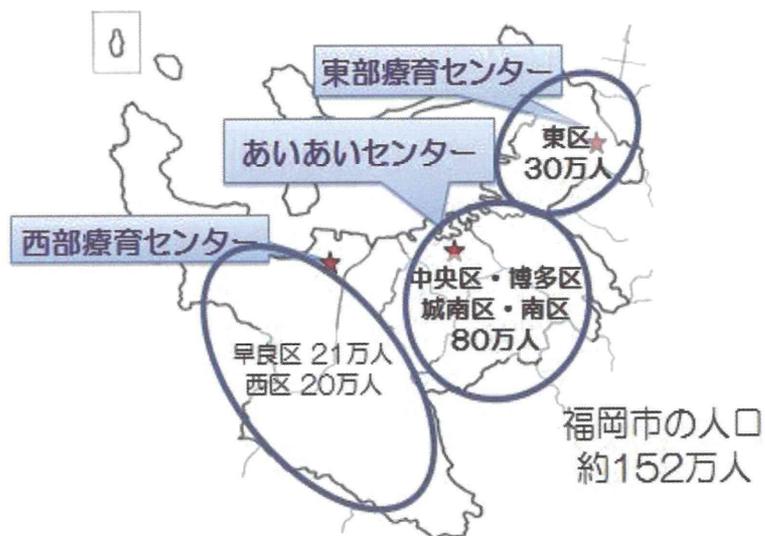


図1 福岡市における地域療育の拠点施設の現況

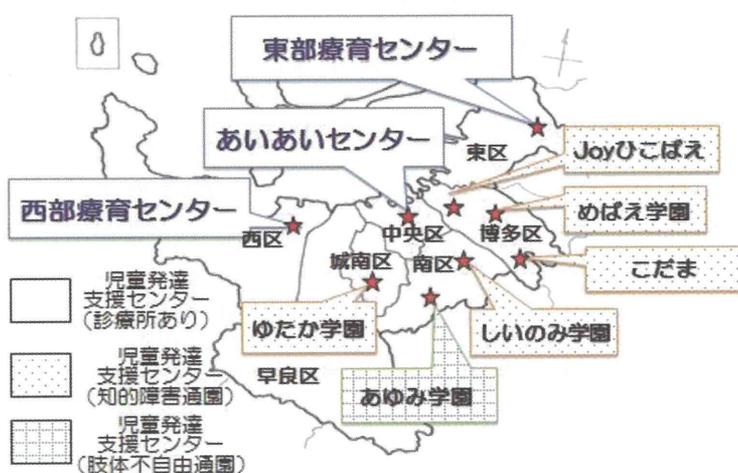


図2 福岡市における療育施設の現況

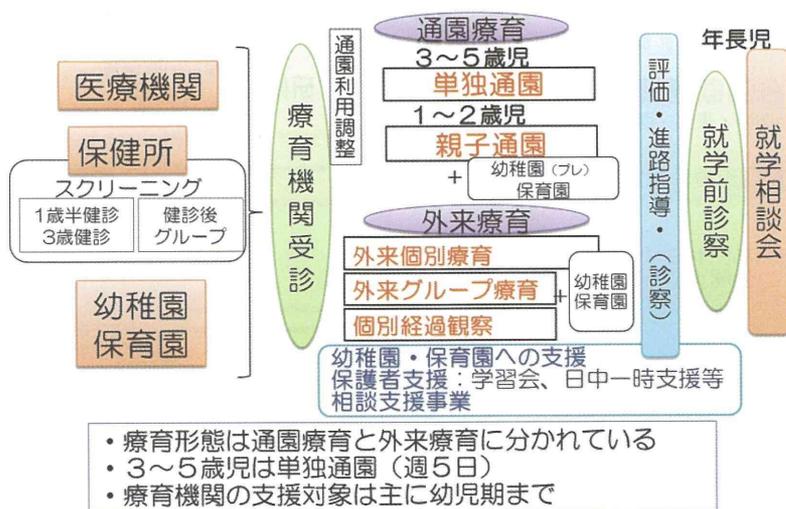


図3 福岡市における療育の流れ（知的障害・発達障害児）

用調整委員会により、支援が必要な児が地域よっての偏りなく出来るだけ多く利用できるように調整を行っている。

2) 早期発見から継続的な支援の流れ

① 受診後の支援体制

幼児期に把握される発達障害児は、保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育所を主な受診経路として、居住している行政区を担当している拠点施設を受診している。療育への参加は、拠点施設の診療所への受診を経由することとなっているため、幼児期の発達障害児の殆どが拠点施設を受診しており、年齢分布、受診経路、診断名といった情報を一元的に把握することができる状況にある。このことは疫学調査や行政施策の検討において有利な条件ともなっている。また、拠点施設の医師は定期的の中核施設での診療も行い、支援方針を決める会議で評価・診断の擦り合わせをしており、医師の診断における質や一貫性が保たれるようにしている。

療育体制は、外来療育と通園療育とに分かれている。知的障害、発達障害児へ

の通園療育は1,2歳児の親子通園(週1,2日)と3歳児以降の単独通園(週5日)が行われている(図3)。3歳以降の単独通園の利用においては先述のように、利用調整委員会によって調整が行われている。外来療育は主に幼稚園・保育所に在籍している児が利用しており、発達状況によって異なるグループ療育や個別療育が行われている。

② アウトリーチ支援や外部研修の体制

拠点施設では、幼稚園・保育所や保健福祉センターといった外部機関へのアウトリーチ支援や、地域で障害児支援を行う人材育成のための研修や講師派遣を行っている。

保育所については、福岡市では認可保育所の全園を対象に障害児保育事業が行われており、福岡市が設置した障害児保育指導委員会による判定に基づき、障害程度に応じた助成金が給付されている。また、拠点施設では障害児保育訪問支援事業を受託し、拠点施設の保育士によって希望園への巡回相談が行われており、障害児保育の対象児だけでなく対象外児

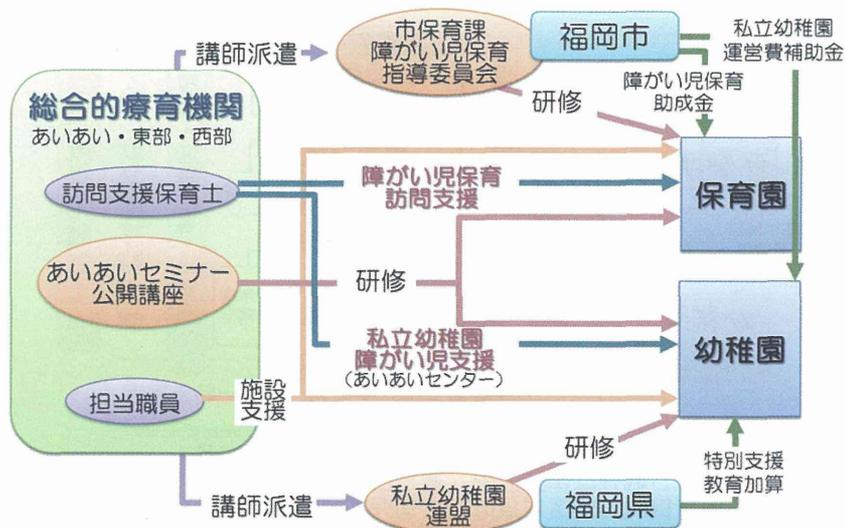


図4 幼稚園、保育所へのアウトリーチ支援体制