

(拠点施設への未受診児を含む) も併せて、保護者の了解のもとで園への支援や保護者面談を行っている。幼稚園については、私立幼稚園障害児支援事業として、中核施設であるあいあいセンターから保育士が巡回相談を行っている。

研修体制としては、保育所については障害児保育指導委員会による全体研修や区別研修、幼稚園については私立幼稚園連盟による研修会が行われており、それぞれの研修に拠点施設から講師を派遣している。また、市内全域の幼稚園、保育所職員を対象として、中核施設であるあいあいセンターを中心とした各拠点施設の共催で年に1回のセミナー（あいあいセミナー）を行っている。西部、東部療育センターでは担当する地域の幼稚園、保育所職員を対象とした公開講座を行っている（図4）。

福岡市には各行政区毎に計7か所の保健福祉センターがあり、4か月健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を集団健診で行っている。10か月児健診は委託医療機関にて個別に行われている。発達面や心理面での問題が疑われる幼児については精神精密の心理面接が行われているが、その人数は平成25年度は1歳半健診で774人（受診児の5.6%）、3歳健診で689人（受診児の5.0%）となっていた。拠点施設からは健診業務や健診後のカンファレンスに医師を派遣しており、早期発見の場との連携が取り組まれている。

### ③ 学齢期への移行支援と就学後の支援体制

福岡市における療育の拠点施設では支

援の対象を原則として幼児期までとしており、学齢期以降は学校教育における支援へと引き継ぐ体制をとっている。学齢期以降で医療的な対応が必要な発達障害の児童については、他の医療機関（主に児童精神科）へ紹介している。

就学前の時期には、拠点施設だけでなく民間を含めた他の児童発達支援センターを利用している児についても拠点施設の職員が発達検査を行い、就学相談のための資料作成を行っている。福岡市で就学相談会に参加した年長児の88%（平成25年度）で拠点施設において作成された評価資料が用いられている。また、拠点施設の利用児は、就学に向けて医師の診察を受けることとなっており、他の児童発達支援センター利用児については拠点施設の医師が出向いて保護者との個別面談を行っている。就学前といった利用者にとって大切な時期に拠点施設の医師が診察を行っていることは、一貫した考え方での適切な就学指導につながっており、利用者にとって大きな利点となっている。また、各学校主催の保幼小連絡会において、拠点施設から就学児の情報提供を行うとともに、保護者の希望に応じて個別の引き継ぎも行っている。また、平成22年度には福岡市発達障害者支援協議会において「就学前から学齢期へ発達障害がある子どもの支援をつなぐためのガイドライン」（移行支援ガイドライン）が策定され、学校との連携のもとでの効率的な移行支援が図られている。

#### 3) 療育拠点施設への新規受診児の推移

福岡市の療育拠点施設では、新規受診

児の大幅な増加がみられており、この10年間で2.2倍となっている（図5）。平成14年度の西部療育センター、平成23年度の東部療育センターの開設に伴う伸びが大きいが、その後も一貫して増加傾向が続いている。各拠点施設では新患枠を増枠して対応しているが、受診待機期間の延長が課題となってきた。

診断の内訳では、発達障害児が顕著に増加しており、平成26年度には全体の6割以上を占めるようになっている（図6）。この10年で受診児の量だけでなく質的にも大きく変化していることが分かる。

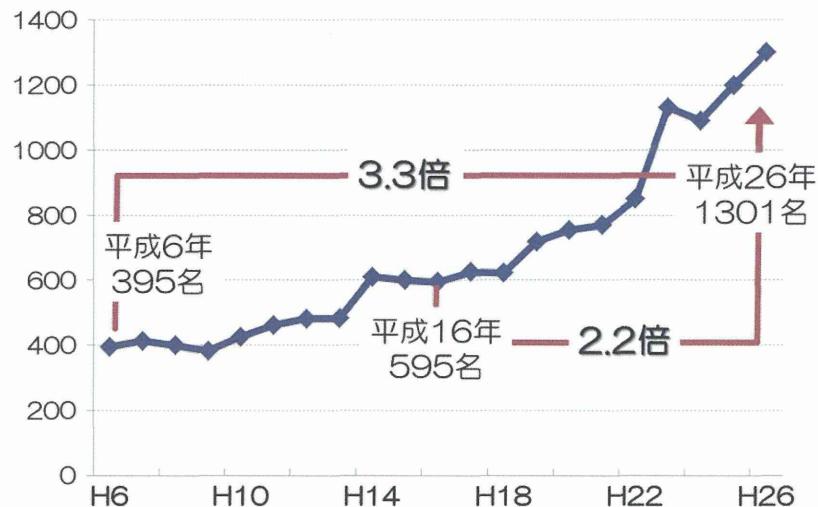


図5 福岡市内の療育拠点施設における新患児数の推移

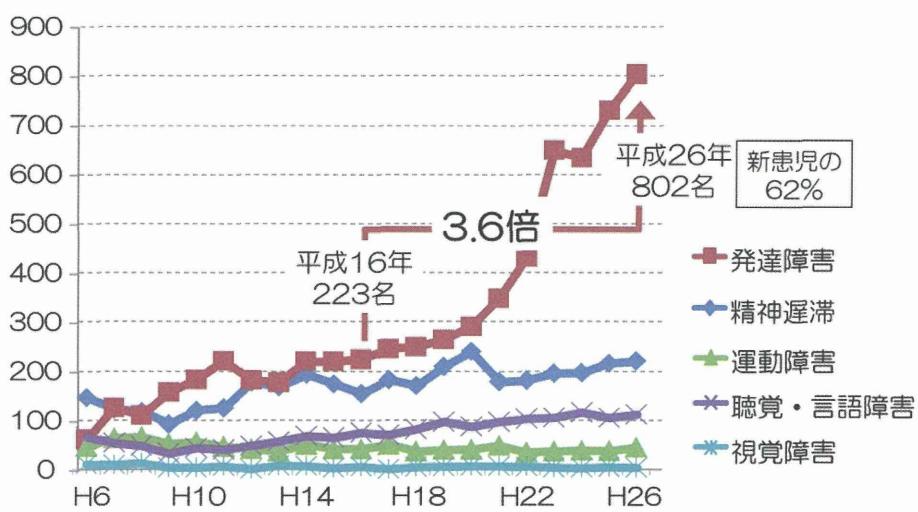


図6 福岡市内の療育拠点施設における新患児数の推移（診断分類別）

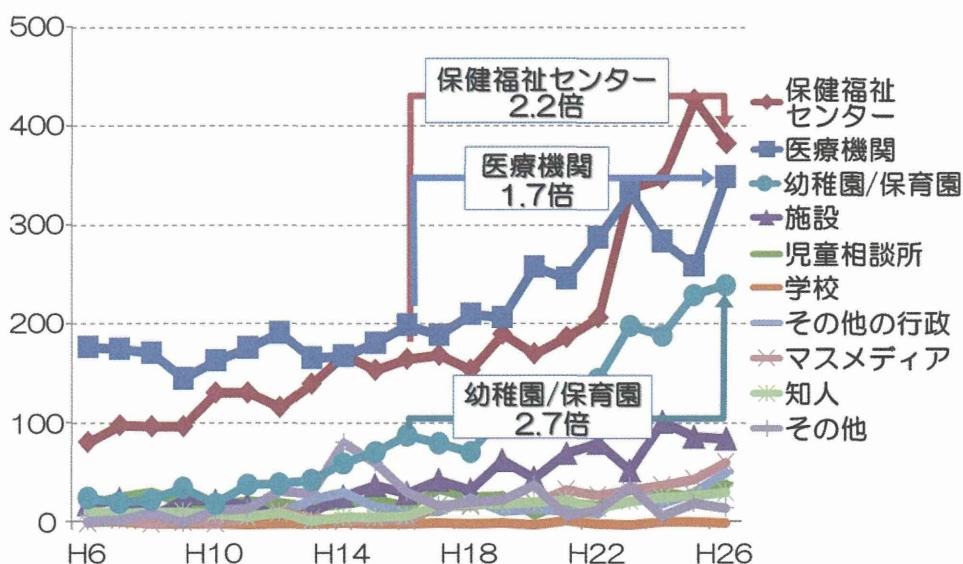


図7 福岡市内の療育拠点施設における新患児数の推移(受診経路別)

受診経路は、主に保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育所の3か所となっており、平成23年度までは医療機関からの紹介が最も多かったが、近年は保健福祉センターの乳幼児健診経由の紹介数が上回っている。福岡市では平成24年度に1歳半健診と3歳健診の問診票を発達障害児の特性を考慮したものに改定しており、その影響でより多くの幼児に発達面の問題がとらえられるようになったと考えられる。また、増加割合では幼稚園・保育所からが2.7倍と最も高くなっている(図7)。

## 2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

平成26年度、平成27年度で行った発達障害の支援ニーズに関する調査結果の概要を以下に示す。

### (1) 調査の実施状況

1) 平成26年度

療育機関調査として拠点施設診療所のデータベースを基にカルテ調査を行い、100%の有効回答が得られた。学校調査におけるアンケートの回収率は、小学校31校中30校(97%)、中学校17校中16校(94%)だった。このうち有効な回答が得られた小学校29校(在籍児2526人)、中学校15校(在籍児2356人)を調査対象とした。

### 2) 平成27年度

医療機関調査におけるアンケートの回収率は100%で、各医療機関でのケースの重複は小3群で11.3%、中2群で9.6%だった。重複データの診断名については、後に評価した医療機関のものを優先した。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) 調査結果

表1 平成18.4.2～19.4.1生の児童生徒生における発達障害の発生率と有病率および発達に問題がある児童についての学校の認識（平成26年度）

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

平成18年4月～平成19年3月出生数 2757人

調査時点：療育機関調査 平成25年3月31日

平成25年3月31日在住 6歳児数 2927人

学校調査 平成26年4月2日

学校調査・有効回答児童数 2526人

\*p<0.01, \*\*p<0.001, Fisher の直接確率法

表2 平成13.4.2～14.4.1生の児童生徒における発達障害の発生率と有病率および発達に問題がある児童についての学校の認識（平成26年度）

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

平成13年4月～平成14年3月出生数 2779人

調査時点：療育機関調査 平成20年3月31日

平成20年3月31日在住 6歳児数 2794人

学校調査 平成26年4月2日

学校調査・有効回答児童数 2356人

\*p<0.01, Fisher の直接確率法

### 1) 平成26年度の調査結果

平成26年度小2群の調査結果を表1、中1群の調査結果を表2に示す。調査結果の概要として、療育機関調査と学校調査の比較、療育機関調査の経年的変化についての検討について触れる。先述のよう

に福岡市の療育拠点施設では診療対象を幼児までとしているため、療育機関調査の調査時点はそれぞれの群の年長時の3月末時点としている。そのため療育機関調査と学校調査の比較は、年長末までに診断された児が小2当初、中1当初に学

校でどのように把握されているかを示していることとなる。発達障害全体と広汎性発達障害の診断例の把握については、小2群では有意に学校調査の方が低くなっているが、診断が就学後に十分には引き継がれていないことが示された。中1群でも同様の傾向がみられたが、有意差は得られなかった。学校において疑いも含めて発達に問題があると把握された児童の割合については、小2群では多動性障害や学習障害について、年長児に療育機関にて診断された例の有病率よりも有意に高く、中1群では学習障害や精神遅滞について同様の結果が得られた。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学習障害の特性は、就学後に診断の有無に関わらず学校現場で把握されていることが分かった。

療育機関調査は、小2群で平成25年度末、中1群で平成20年度末を調査時点としているが、この2群間の比較は、5年の期間での療育機関での診断例の変化を表

していることとなる。両群間の比較では発達障害全体で、3.6%から4.9%へと有病率が高くなっており、特に広汎性発達障害において1.5%から3.3%へと2倍以上に上昇していた。一方で多動性障害については有病率が低下しており、5年間で広汎性発達障害の特性を幅広く評価するようになっている診断の変化をとらえることができる。

## 2) 平成27年度の調査結果

平成27年度小3群の調査結果を表3、中2群の調査結果を表4に示す。平成27年度は新たに福岡市内で学齢児の診療を行っている主な医療機関に対するアンケート調査を行った。幼児期に療育拠点施設で診断を受けている児の多くが、医療機関でのフォローアップを受けていないことが想定されたため、本調査では前年度の療育機関調査の結果とデータを統合する形をとった。そのため療育機関のデータとその他の医療機関からのデータの

表3 平成18.4.2～19.4.1生の児童生徒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（平成27年度）

	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  
学校調査・有効回答児童数 2749人

調査時点：医療機関調査 平成27年10月31日  
学校調査 平成27年4月2日

\*\*\*p<0.001, Fisher の直接確率法

表4 平成13.4.2～14.4.1生の児童生徒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（平成27年度）

	医療機関 (n=2802)	学校 (n=2155)			
		a. 診断例	b. 診断把握数	c. 疑い含む総数	
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  
学校調査・有効回答児童数 2155人

調査時点：医療機関調査 平成27年10月31日  
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

調査時点が異なることが本調査における限界点となっている。実際に、今回の医療機関調査のデータは9割程度が前年度の療育機関調査のデータとなっており、医療機関からの平成27年度のデータのみだと、有病率が小3群で1.3%、中2群で1.1%と非常に低い値となった。これは福岡市における学齢期の医療的資源についての課題を反映しているととらえることもできる。

上記の影響もあり、平成27年度における医療機関調査と学校調査の比較では、前年度の調査と同様の傾向で有意差がみられた。発達障害の内訳で見ると、多動性障害や学習障害の有病率が、これまでの報告と比較して非常に低いことが分かった。これは診断間の重複を避ける形とした調査方法の影響が考慮されるが、それをふまえても、このような障害特性についての医学的評価は十分には行われていないものと思われる。

### 3) 平成26年度と平成27年度の調査結果の比較

平成27年度に行われた学校調査は、同じ出生年度の群の前年度からの追跡調査となっている。学校において疑いも含めて発達に問題があると把握された児童の割合は、この2年間で小3群では6.8%から6.0%とやや低下し(表1, 表3)、中2群では5.0%から5.1%とほぼ変化がみられなかった(表2, 表4)。把握している児童数に5名以上の変化がみられた学校が小3群で4校、中2群で2校みられた。

医療機関を受診しない例における未受診の理由として、平成26年度は必要性を感じないとする回答が最も多かったが、平成27年度は大きく減っていた。一方で家族の理解不足とする回答が中2群で大きく増加していた(図8)。不登校児の割合は小3群よりも中2群で高くなっている、その傾向は前年度と同様だった。高学年児ほど不適応のリスクが高まるとともに、学校では受診に向けた調整に困難

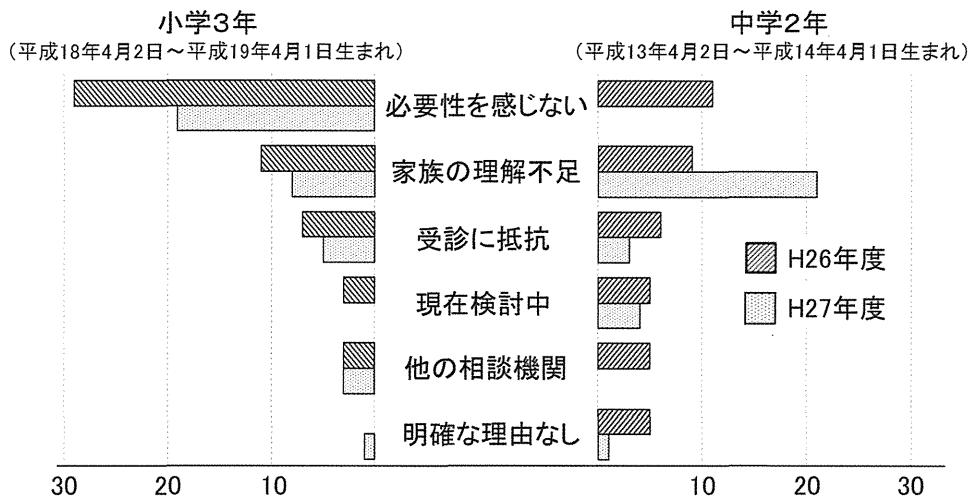


図8 医療機関を受診しない理由 (H26年度、H27年度比較)

を感じていることがうかがわれた。

### 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

平成26年度に行った3政令指定都市の比較研究は、同年度の研究報告書に表としてまとめて報告している。以下に研究報告書から抜粋する形で、3政令指定都市間の発達障害児支援体制の比較研究の概要を示す。

本研究班に参加した3政令指定都市は、いずれも早い段階で政令指定都市の指定を受けている人口100万人以上の大規模都市である。福岡市は3政令市の中では出生率が最も高く、全国20市の政令指定都市平均を大きく上回っている。年少人口割合も高く、若い世代が多い都市で、人口1人あたりの歳入予算額は3市の中で最も高くなっている（表5）。

療育の拠点施設における体制について

表5 政令指定都市3市の地域特性

	横浜市	広島市	福岡市	政令市平均	全国平均
政令指定都市指定年	昭和31年 (最初)	昭和55年 (10番目)	昭和47年 (9番目)	昭和31年～ 平成27年	
拠点となる療育機関の設置年	昭和60年	昭和49年	昭和54年		
総人口(人)	3,703,258	1,184,269	1,509,893	1,368,300	
出生率(/1000人)	8.2	9.4	9.8	8.5	8.2
年少人口(%) (0～14歳)	12.9%	14.4%	13.8%	13.3%*	12.9%
財政力指数	0.96	0.80	0.84	0.84 (0.66～1.00)	0.46
歳入予算額(円) (人口1人当たり換算)	949,245	967,432	1,271,878		

表6 横浜市、広島市、福岡市における拠点施設と通園療育の体制

	横浜市	広島市	福岡市
拠点施設	拠点の数	9か所	3か所
	1拠点が担当する平均人口	41万	39万
	設置開始	1985年	1974年
	拠点の運営母体	市外郭団体1か所 民間社会福祉法人2か所	市外郭団体1か所
	中核センター	横浜市総合リハビリテーションセンター	心身障がい福祉センター
	医師の人数	常勤医12名 (精神科、小児科、リハ科) 非常勤医10~20名	常勤医10名 (小児科、精神科) 非常勤医1名
通園療育	保育士・児童指導員の配置	3:1	2:1
	通園対象	3~5歳児	2~5歳児 1, 2歳児(親子通園) 3~5歳児(単独通園)
	通園形態	週5日 週2日/3日(併行通園)	週5日 週2日(高機能、1か所) 3~5歳児:週5日 (併行通園なし) 1, 2歳児:週1日/2日
児童発達支援事業所	市内に9か所 高機能、拠点に併設(公設民営) (平成27年12月)	市内に民営139か所 (平成27年12月)	指定事業所なし (平成27年12月)

は、3市のいずれも同様の構成となっている。すなわち、診療所を併設し相談支援や通園療育を行っている拠点施設が、複数個所それぞれの担当行政区を決めて整備されており、それらの中核となる施設がおかかれている。拠点施設の数は横浜市が9か所と多いが、総人口比だと福岡市は拠点施設あたり約50万人、横浜市や広島市は約40万人と大きく異なってはいない(表6)。

発達障害児の診療は、福岡市では主に小児科医が行っているが、横浜市、広島市では小児科医とともに児童精神科医が常勤し、学齢児の診療を行っている。特に横浜市では中核施設である横浜市総合

リハビリテーションセンターで発達精神科を標榜し、幼児期からの児童精神科医による診療が行われている。

福岡市は、拠点施設である3療育センターの他に福祉型児童発達支援センターが民間法人の運営を含めて5か所あり(図2)、3~5歳の児童に週5日の通園療育を行っている。横浜市では3~5歳児に対し、週2、3、5日と複数の通園日数を設定し、保育所や幼稚園との並行通園を可能としている(表6)。平成26年度の3~5歳の通園在籍児数を同年齢の人口比(平成26年1月)でみると、横浜市は人口千人あたり7.4人(691人/93329人)、福岡市は7.3人(309人/42203人)となってお

り、ほぼ同程度だった。これらの在籍児が横浜市では週 2、3、5 日で通園施設を利用し、福岡市では全員週 5 日で利用していることを考慮すると、福岡市は通園療育の規模が横浜市よりも大きく、手厚い支援を行っていることが分かる。また、福岡市では 1、2 歳の低年齢児への親子通園療育を行っており、障害理解を早い時期から進め、母子関係を支援する場として有効に機能している。

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

外部機関へのアウトリーチ支援の体制について、保健福祉センターに対しては、福岡市では健診業務や健診後のカンファレンスに医師を派遣しており、広島市では 1 歳 6 か月健診後の親子教室に保健師、心理士、保育士を派遣している。横浜市では、月に 1 回で拠点施設からチーム（医師、心理士、ソーシャルワーカー）を派遣し、保健所との合同クリニック形式の療育相談を行なうなど、それぞれの市で連携の取り組みが行われている。

幼稚園や保育所に対しては、3 政令指

定都市それぞれに拠点施設からの巡回支援体制や研修体制がとられている。巡回相談は、福岡市では同職種である訪問支援保育士、横浜市ではソーシャルワーカーが担当しており、広島市では多職種チーム（心理士、保育士等）によって行われている。また、広島市では保育所に発達支援コーディネーターを配置しており、地域で能動的に支援を行っていく核となる人材の育成を制度化している。平成 24 年度に制度化された保育所等訪問支援事業については、広島市では平成 27 年度から、保育士 3 名、作業療法士 1 名の増員にて拠点施設で開始されている。

#### 4. 政令指定都市における療育体制についての提言

本研究班の最終年度となる今年度は、自治体の規模によって分けられた分担研究班のグループごとに、自治体の特性にあわせた発達障害児への地域療育体制についての提言を作成した。政令指定都市のグループとして参加した横浜市、広島市、福岡市は、本研究班で行った疫学調査の結果や 3 市の療育体制の比較研究をもとに、地域療育の拠点施設が整備された大都市における療育体制についての提言として作成した。提言の作成においては平成 26 年度に行った比較研究の後、さらにお互いの情報交換により得られた情報も参考にしている。以下にその内容を引用するとともに提言の概要を示す。

福岡市では図 5 で示したように、平成 16 年度からの 10 年間で療育拠点施設への乳幼児の新規受診児数が 2.2 倍に増加している（図 5）。横浜市港北区において

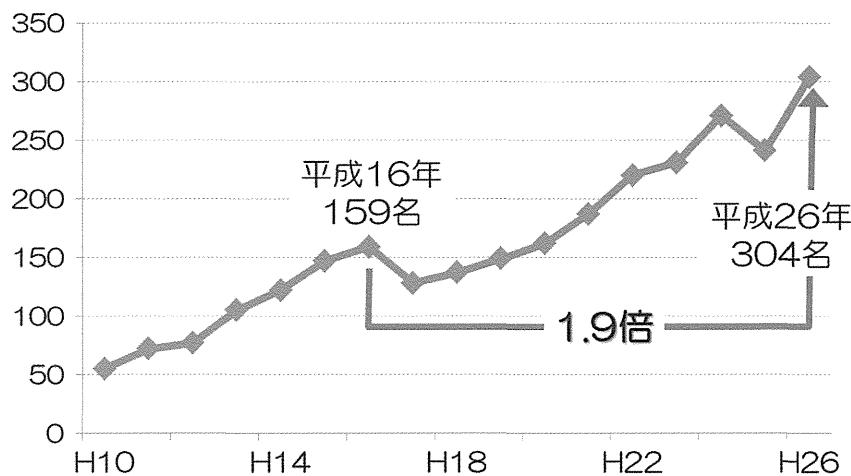


図9 横浜市港北区における新患児数の推移（乳幼児）

表7 横浜市、広島市、福岡市における地域療育拠点の新規受診児数（乳幼児）

	横浜市（港北区）	広島市（全市）	福岡市
新規受診児数 (平成26年度)	304	1,115	298（東区） 1,300（全市）
対象地域の乳幼児人口 (0～5歳) (平成27年1月)	18,767	67,499	17,757（東区） 84,773（全市）
対象地域の 年間出生数 (平成26年中)	3,646	10,925	3081（東区） 14,799（全市）

も同様の傾向がみられ、この10年間で1.9倍となっている（図9）。広島市からは18歳未満の新規受診児のデータが得られたが、この10年間で1.2倍となっていた。

福岡市では平成26年度に1300人の乳幼児が新規に受診しており、これを年間出生数との比率でみると、市全体では8.8%（1300/14799）で、本研究班で有病率調査を行った東区では9.7%（298/3081）だった。他の政令指定都市においても同様に、横浜市港北区では8.4%（304/3646）、広島市では10.2%（1115/10925）となっており、広島市が最も比率が高くなっていた（表7）。この3市で見る限り、出生人

口の約1割が地域療育の拠点施設を受診する状況となっている。先に示した新規受診児数の伸びとあわせて考えると、その増加の時期は、広島市、横浜市、福岡市の順に生じており、福岡市ではその変化が3市の中で最も短期間に生じていると思われる。広島市では、この5年間で新規受診児数の伸びがみられなくなっているが、受診枠の増枠が困難で受診待機期間が3～4か月と延長している状況にある。福岡市においても受診待機期間の長期化が課題となってきた。

表5に示したように、3市はいずれも早い段階から地域療育の拠点施設が整備されている。それぞれの市で早期の障害児

支援体制を充実させる取り組みが行われてきたが、その結果として地域の支援ニーズが掘り起こされ、障害児の拠点への集中が進んできた。乳幼児健診においては、3市はいずれも健診の質問項目が発達障害の早期発見にも重点をおいた内容にされている。保健福祉センターから拠点施設への紹介ケースはこの10年間で広島市では2.0倍、福岡市では2.2倍、横浜市ではこの9年間のデータとなるが1.6倍となっていた。保育所や幼稚園に対しても、それぞれの市で巡回相談などのアウトリーチ支援を行っており、保育所や幼稚園からの紹介ケースは、この10年間で広島市では1.7倍、福岡市では2.7倍、横浜市ではこの9年間で2.8倍となっていた。

平成17年度に施行された発達障害者支援法では、発達障害の早期発見や発達支援を自治体の責務としている。発達障害児が早期支援の対象として認識されるとともに、拠点施設の新規受診児における発達障害児の割合も高くなっている（図6）。地域療育を推進してきた拠点施設は、支援対象児の増加と支援ニーズの多様化に順応した体制へと変化する途上にあるととらえられ、その努力は政令指定都市3市における療育体制の比較研究で示された様々な取り組みからも読み取ることができる。提言の中では、地域療育の拠点施設における歴史的変遷を表としてまとめ、拠点施設をめぐる環境変化と適応への試みを、「変革の時代」と位置付けている。

発達障害の障害特性は、一般的にグレーゾーンと呼ばれるような非典型例も含

めて連続して分布している。提言ではこのような障害特性をふまえた拠点施設内の体制について、多様化するニーズにあわせた柔軟な運営を前提とするスキームを提案した。そこでは「拠点から地域へ」、「直接支援と共に間接支援の充実をも」といったキーワードをあげてアウトリーチ支援を重視し、積極的に外部支援を開拓する多職種のチーム構成を提示した。また、拠点施設内の直接支援の場である通園機能については、横浜市の指定日通園制のように、地域の所属集団とのつながりをもつ中間的な支援の場を提示した。このような体制は、並行通園によって限られた通園枠を有効に活用するとともに、保育所等訪問支援といったアウトリーチ支援との組み合わせによって地域への支援の般化や地域移行の流れにつながるものと思われ、多職種の連携が有効に機能する拠点施設において提供される必要がある。

平成26年に厚生労働省から示された「今後の障害児支援の在り方について（報告書）」<sup>1)</sup>では、障害児支援を子ども・子育て支援新制度やその他の一般的な施策をバックアップする後方支援と位置づけている。子育て支援につながるような地域における幅広い発達支援と、拠点施設によって提供される専門性の高い支援を効率的に共存させる仕組みが求められている。その全体図は、福祉、教育、医療、行政といった分野の関係機関の協力体制にもとづく地域支援のシステムとして構成され、拠点施設はその中心的な要素の一つとして位置づけられる。提言では、幼児期から学齢期における地域支援

全体のスキームを提案している。

提言では最後に、地域において発達障害児支援を担う人材育成を取り上げている。その中では保護者支援の重要性について述べている。発達障害児に関する支援者の視点からは、保護者は支援を受ける立場となるが、子どもの視点からみると支援をする立場もある。ライフステージを通じた支援の継続性や一貫性を担保するためには、保護者の障害特性の理解への支援や適切な養育技能を育むペアレント・トレーニングなどの心理教育的アプローチとともに、子どもの代弁者としての役割機能（アドボカシー）を高めるための支援も重要となる。また、近年では保護者同士のピア・カウンセリング機能も重要視されており、提言ではペアレンツメンターの育成についても触れている。

#### D. 考察

広汎性発達障害にみられる社会的認知の傾向は、遺伝的に幅広く分布していることが指摘されており、Broader Autism Phenotype (Piven et al., 1997) と呼ばれている<sup>2)</sup>。また、近年では、情報メディア普及の影響もあり発達障害の概念は世間に広く知られるようになっており、定型発達に近く一般的にグレーゾーンと呼ばれるような児まで幅広く障害特性が把握され、専門機関を訪れるようになってきている。幼児期に地域療育の拠点施設を受診する発達障害児は、今後さらに増加していく可能性も考慮される。

これらの増加する発達障害児に対しての支援の必要性を、障害特性の程度によ

って判断することは非常に難しい。発達障害における社会生活上の困難は、障害特性の程度のみではなく、児をとりまく環境との相互的な関係の中で生じてくる。特に幼児期の評価においては、その後のライフステージを見通したうえで、発達障害の特性をその後の生活環境における不適応のリスクとしてとらえる必要性もあるため、障害特性の評価は必然的に幅広くなる。本研究班の疫学調査では、発達障害、特に広汎性発達障害における有病率が従来報告してきたよりも非常に高く示された。これは本研究班が、幼児期からの発達障害児支援に熱心な地域の医師によって構成されていることが影響しているのかもしれない。

本研究班に参加した政令指定都市3市では、早期に地域療育の拠点施設が整備され、整備が始まった時期から現在まで、障害児の拠点への集中が進み支援対象児が増加するとともにニーズも多様化している。本研究班で行った疫学調査の結果は、その大きな変化を裏付けるものであった。政令指定都市3市での療育体制の比較研究からは、それぞれの地域で変化に順応するための取り組みが進められていることが示された。提言ではそれらを参考にし、直接支援とともに間接支援をさらに充実させながら、「拠点から地域へ」と支援の重心を移していくような支援体制のスキームを提案している。本研究班に参加した政令指定都市と同様の変化は、拠点施設が整備された他地域でも生じていることが想定され、様々な取り組みが行われているものと思われる。そのような努力の粹を生かした支援体制のあり方

の検討が、今後も継続されていくことを期待したい。

## E. 結論

各自治体において社会保障制度の維持等のために効率的で効果的な財政運営が図られる中で、福祉の現場では新たな民間事業所の参入や人材の流動化が進んでいるが、その状況はそれぞれの地域で異なっている。本研究班では、発達障害の疫学調査と自治体間での支援体制の比較研究を行い、その結果をふまえて最終年度の総括として、発達障害児への支援体制における提言を示した。その全体図は、福祉、教育、医療、行政といった分野の連携にもとづく地域支援システムであり、早期療育の拠点施設はその中心的な要素の一つと位置づけられる。そこでは、重要な公益的役割が求められる拠点施設や

他の公的機関と、収益性を必要とする民間事業所とが役割分担しつつ、地域事情を考慮した行政機関による連携のもとで、支援の効率化や質の向上へのインセンティブに配慮した効果的な支援体制が展開していくものと思われる。

## F. 参考文献

- 1) 厚生労働省. 今後の障害児支援の在り方について（報告書）. 2014 July; <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000050945.html>
- 2) Piven J, Palmer P, Jacobi D, Childress D, Arndt S. Broader: Autism Phenotype: Evidence From a Family History Study of Multiple-Incidence Autism Families. Am J Psychiatry, 154:185-190, 1997

## 提言：「政令指定都市」編

### はじめに

全国の市町村で発達障害に対する地域支援が推進されつつある。地域支援は、保健、医療、福祉、教育、労働のそれぞれの分野内においても、またそれらの分野間のネットワーク形成においても着実に進歩している。地域支援を障害者（本人）・家族、専門家、および行政の三位一体として考える基本的発想を関係者が共有するところまで、我が国の歴史は到達している。しかし、少なくとも現段階では、行政による公的支援システムがその先導的役割を担っていることも事実である。実際、地域支援へのアクセシビリティと享受できるサービスの良否は、公的支援システムのあり方によって大きな影響を受ける。たとえば、発達障害の早期発見から学校教育までの子どもと家族への継続的で一貫性のある支援が実現されるか否かは、その地域における公的支援システムの構築と運用に依存するといつても過言ではない。

本研究班では、発達障害の地域支援のあり方に自治体規模による差異が少なからず存在する現実に着目し、自治体規模を5つに分類して精密な検討がなされた。5つの中で最大規模と分類される政令指定都市（以下、政令市）は全国に20市（2015年4月1日現在）あり、その中から本研究班では横浜市、広島市、福岡市の3市がそれぞれ分担研究班に割当てられた。

政令市における地域支援システムのあり方にかんする提言は、我々の3年間の研究成果を踏まえて以下のようにまとめる。すなわち、1. 地域特性、2. 地域支援システムと地域拠点（療育センター等）の関係、3. 学校教育との連携、4. 拠点施設における人材の供給と育成、の4点である。

### 1. 地域特性

政令市は地方自治法に定められた大都市制度のひとつであり、昭和31年に運用が開始されている。当初はおおむね人口100万人以上の都市を対象として五大都市（大阪市、名古屋市、京都市、横浜市、神戸市）が指定された。しかし市町村合併を進める国の方針で政令市の指定基準が人口50万人以上と緩やかになった後、対象が拡がった。こうして平成27年5月までに政令市は20市となつたが、このうち10市は平成になってから指定されている。現在、政令市20市の合計人口は日本の全人口の21.6%を占めている（平成27年4月現在）。

政令市は、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、

表1 自治体規模別の人口構成比や財政状況（平成24年度）

	政令市	中核市	特例市	中都市	小都市
団体数	20	41	40	166	522
人口構成比	22.7	13.9	8.9	21.6	23.1
平均歳入決算額（千円） (人口1人当たり)	459	377	347	376	479
財政力指数	0.84	0.76	0.81	0.77	0.54

表2 政令指定都市3市の地域特性

	横浜市	広島市	福岡市	政令市平均	全国平均
政令指定都市指定年 (最初)	昭和31年	昭和55年 (10番目)	昭和47年 (9番目)	昭和31年～ 平成27年	
拠点となる療育機関の設置年	昭和60年	昭和49年	昭和54年		
総面積(km <sup>2</sup> )	435.2	905.4	341.7	600.5	
総人口(人)	3,703,258	1,184,269	1,509,893	1,368,300	
人口密度(人/km <sup>2</sup> )	8,510	1,308	4,419	3,751	336.6
幼児人口(人) (0～4歳)	156,128	56,040	70,781		
出生率(/1000人)	8.2	9.4	9.8	8.5	8.2
年少人口(%) (0～14歳)	12.9%	14.4%	13.8%	13.3%*	12.9%
財政力指数	0.96	0.80	0.84	0.84 (0.66～1.00)	0.46
歳入予算額(円) (人口1人当たり換算)	949,245	967,432	1,271,878		

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

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。そのため政令市の多くは他の自治体と比較して歳入決算額が大きく、財政力指数が高い（表 1、表 2）。こうした行政機能の優位性が、たとえば児童や障害者などの福祉に使える、人口 1 人当たりの決算額に有利な影響を与えている。

本研究班には政令市である横浜市、広島市、福岡市それぞれを活動拠点とする分担研究班が置かれている。政令市の指定は、横浜市が昭和 31 年に 1 番目、福岡市が昭和 47 年に 7 番目、広島市が昭和 55 年に 10 番目と比較的早い 3 市である。3 市を比較すると、広島市や福岡市が出生率や年少人口割合が高く、横浜市は総人口及び幼児人口数が多くて財政力指数が高いという特徴がある（表 2）。

療育体制については、3 市のいずれにも地域の拠点となる地域療育センターが複数あり、それぞれの拠点施設には担当する地域が設定され、かつそれらの複数拠点の中核となる施設を置いている（図 1）。人口規模が非常に大きく、市をいくつかの行政区に分けて保健・福祉行政が運営されている政令市では、地域支援システムは単一ではなく複数が置かれ、それらが独立して機能しつつ、かつそれらを束ねる上位機能を担う中核センターの存在が必要になる。

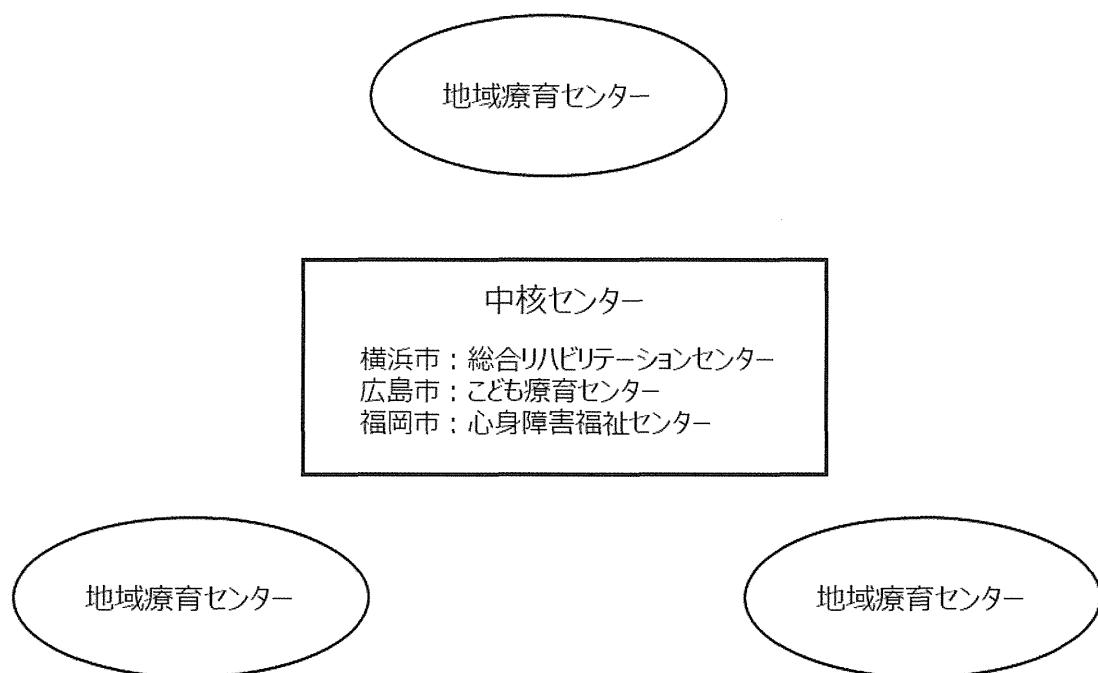


図 1. 横浜市、広島市、福岡市における療育拠点施設の設置

※ 地域療育センター（含、中核センター）：担当する行政区を設定  
横浜市9か所、広島市3か所、福岡市3か所

## 2. 地域支援システムと地域拠点（療育センター等）の関係

### （1）政令指定都市における拠点施設の整備（第Ⅰ期 黎明期～第Ⅱ期 設立の時代）

障害児に対する地域支援は、昭和30年から40年代における精神薄弱児または肢体不自由児通園施設の設置から始まったといえる。これらの通園施設は、児童福祉法に基づき施設設備や人員配置の最低基準が定められており小規模自治体では設置が困難であったため、昭和47年に心身障害児通園事業（後の児童デイサービス事業）が開始された。一方で、人口や財政規模の大きな自治体の一部では、早期発見・早期療育のニーズの高まりとともに、通園機能に早期の総合的診断・判定機能を担う診療所を併設した中核的な拠点施設を設置する動きがみられるようになった。

昭和54年には都道府県と政令市およびおおむね人口30万以上の市を対象に、厚生省から「心身障害児総合通園センター」構想が通知され、大規模都市を中心に肢体不自由、知的障害および聴覚障害のうち複数の通園機能を持ち、相談・指導・診断・検査・判定等を行うことができる拠点施設の整備が計画されるようになった。これらの時期は、それぞれ地域療育における拠点施設の「黎明期」、「設立の時代」と考えられ、さらにそれに続く早期療育・早期支援拠点施設の歴史的な変遷について表3にまとめた。

本研究班に参加している政令市3市では、広島市が昭和49年、福岡市が昭和54年、横浜市が昭和60年と、早い段階から拠点施設の設置が始まっている。これら3市では、政令市である特色から、担当する行政区単位を設定した複数個の「地域療育センター」整備が推進されてきた。また、それら地域療育センターをまとめる上位機能を担う中核センターが置かれているのも100万を超える人口規模の政令市における拠点施設整備計画の特徴となっている（図1）。3市における地域療育拠点の設置状況について表4に示した。

表3 地域療育における拠点施設の歴史的変遷

<u>第Ⅰ期・黎明期 昭和30～40年代</u>
精神薄弱児通園施設（昭和32年）
肢体不自由児通園施設（昭和44年）
心身障害児通園事業（昭和47年）
<u>第Ⅱ期・設立の時代 昭和50年代～</u>
心身障害児総合通園センター（昭和54年） 厚生省児童家庭局通達
⇒ 通園施設に医療機関を併設
地域療育センターの設置
横浜市9か所、広島市3か所、福岡市3か所（平成27年度現在）
⇒ 担当する行政区、上位機能を担う中核センターを設定
<u>第Ⅲ期・発展の時代 平成10年代～</u>
発達障害者支援法の施行（平成17年）
⇒ 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）が支援対象に
療育対象児や療育環境の変化
⇒ 療育対象としての発達障害児（特に高機能児）の増加
早期発見と支援ニーズの掘り起こし
<u>第Ⅳ期・変革の時代 平成20年代～</u>
出生数の1割が受診する時代へ
⇒ 支援の場の不足（療育センター受診待機期間の長期化、療育枠の待機児）
児童福祉法の一部改正（平成24年）

表4 横浜市、広島市、福岡市における地域拠点（療育センター）

	横浜市	広島市	福岡市
拠点の数	9カ所	3カ所	3カ所
1拠点が担当する平均人口	41万	39万	50万
設置開始	1985年	1974年	1979年
拠点の運営母体	市外郭団体 1カ所 民間社会福祉法人 2カ所	市外郭団体 1カ所	市外郭団体 1カ所
中核センター	横浜市総合リハビリテーションセンター	広島市こども療育センター	心身障がい福祉センター
医師の人数	常勤医 12名（精神科、小児科、リハ科） 非常勤医 10~20名	常勤医 10名（小児科6名 精神科4名） 非常勤医 1名	常勤医 4名（小児科） 非常勤医 7名
常勤の医療職	心理士 33名、理学療法士 16名、作業療法士 10名、言語聴覚士 13名	心理士 18名、理学療法士 13名、作業療法士 4名、言語聴覚士 16名	発達相談員 12名、理学療法士 7名、作業療法士 6名、言語聴覚士 11名
学齢期以降の診療体制	・小学校期まで 全療育センター対応 ・中学校期以降は 市内 3カ所(医療は2カ所)	・1カ所に集約し 18歳まで ・外来療育は中学生まで	・診療対象は幼児期のみ ・学齢期以降は 診断書作成の受診に対応

(医師、医療職の人数は平成26年度)

## (2) 療育対象児や療育環境の変化（第Ⅲ期 発展の時代）

### ① 療育対象児の変化

昭和54年の「心身障害児総合通園センター」構想で対象としていた児童は、肢体不自由児、知的障害児、難聴児であり、各地域の拠点施設の整備は主にこれらの障害を対象として行われてきた。一方で、その後の自閉症概念の広がりとともに、以前から療育の対象とされていた知的障害児の多くに自閉症の特性を伴っていることが認識されるとともに、広汎性発達障害を中心とした発達障害児が新たに早期療育の対象に含まれるようになった。平成17年度に施行された発達障害者支援法により各自治体は発達障害児の早期発見や発達支援を責務とすることが明記された。最近では知的な遅れのない高機能の発達障害児が、幼児期から多く把握されるようになっている。

本研究班報告で平成25年度に小学校1年生であった児童における有病率をみると、横浜市では知的障害を含む発達障害全体が7.7%、広汎性発達障害が5.4%であった。同

様に、広島市ではそれぞれ 6.3%, 5.0%であり、福岡市では 4.9%, 3.3%であった（横浜市と広島市では平成 25 年 4 月時点の医療機関調査、福岡市は平成 25 年 3 月末時点の療育機関調査）。広汎性発達障害のうち IQ70 以上の児童の割合は、横浜市 79%，広島市 73%，福岡市 75%となっていた。本研究班報告からは、全国的に知的に高い発達障害児が多く把握されるようになっている現状が分かる（表 5）。

表 5 小学 1 年生における発達障害、広汎性発達障害（PDD）の累積発生率と有病率

市	累積発生率 (%)		有病率 (%)		
	発達障害全体	PDD	発達障害全体	PDD [IQ70 以上の割合]	
横浜	4.7	4.2	7.7	5.4	[79%]
広島	6.7	5.3	6.3	5.0	[73%]
福岡	5.3	3.4	4.9	3.3	[75%]
豊田	5.3	3.0	—	—	
宮崎	7.3	6.6	7.4	6.7	[83%]
松本	—	—	1.7	1.5	[81%]
多治見	—	—	5.3	2.9	[78%]
瑞浪	—	—	2.9	1.6	[33%]
山梨	4.1	3	4.2	3.2	[89%]

注：福岡市は療育機関のみの調査、豊田市の PDD は自閉性障害とアスペルガー障害のみ

## ② 早期発見と支援ニーズの掘り起こし

本研究班に参加した 3 政令市では、拠点施設から早期発見の場である各地域の保健センターや保育所・幼稚園への支援や連携を進めてきた。保健センターの乳幼児健診に対しては、それぞれの地域で専門職を派遣しており、早期発見への支援や健診後の拠点施設へのつながりに対する支援を行っている。福岡市では健診業務や健診後のカンファレンスに医師を派遣しており、広島市では 1 歳 6 か月健診後の親子教室に保健師、心理士、保育士を派遣している。横浜市では、月に 1 回で拠点施設からチーム（医師、心理士、ソーシャルワーカー）を派遣し、保健所との合同クリニック形式の療育相談を行っている。

この 3 市では、健診の質問項目が発達障害の早期発見にも重点をおいた内容にされており、1 歳 6 か月健診や 3 歳児健診を通じて早期に拠点施設につながる発達障害児が増加している。実際に保健センターから拠点施設への紹介ケースは、平成 17 年度の発達障害者支援法施行前の平成 16 年度と平成 26 年度との比較で、横浜市(ただし平成 17 年度と 26 年度の比較)では 1.6 倍、広島市では 2.0 倍、福岡市では 2.2 倍となっている。

保育所や幼稚園に対しては、拠点施設からの訪問支援や巡回相談、障害児保育制度による支援が行われており、拠点施設が関わる研修も実施されている。巡回相談は、横浜