

市ではソーシャルワーカー、福岡市では保育士が担当しているが、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。また広島市では公立保育所に発達支援コーディネーターを配置するといった独自の取り組みもなされている。

平成 24 年度の児童福祉法一部改正により創設された保育所等訪問支援事業については、既存事業との間でその位置づけを整理する課題があり、福岡市ではまだ事業実績があがっていないが、広島市では平成 27 年度より、保育士 3 名、作業療法士 1 名の増員で開始されている。

拠点施設からのこのような支援により、保育所や幼稚園を通じて拠点施設を受診する発達障害児が増加しており、そのため平成 16 年度と平成 26 年度との比較では、横浜市(ただし平成 17 年度と 26 年度の比較)では 2.8 倍、広島市では 1.7 倍、福岡市では 2.7 倍となっている。また、拠点施設を利用する児童のうち保育所や幼稚園を併行利用している児童の方が拠点施設のみの利用よりもずっと多くなっている。

地域における早期発見の場への支援体制について表 6 にまとめた。

表6 拠点から地域への支援システム

	横浜市	広島市	福岡市
<u>保健センターへ（乳幼児健診・発達相談等）</u>	1:6 療育相談（月1回） 拠点施設医師、ソーシャルワーカー、心理士のチーム派遣（児の評価と保護者面談）	1歳半健診後の親子教室への拠点施設スタッフ（保健師、心理士、保育士）派遣	1歳半、3歳児健診への拠点施設医師の派遣（健診業務とカンファレンス参加）
保健師1人あたりの0～4歳人口	931人	1625人	855人
<u>保育所・幼稚園へ</u>	幼稚園・保育所巡回相談（障害児等療育支援事業、保育所等訪問支援事業）（保健師、心理士、保育士等） 障害児等療育支援事業 施設支援（障害児等療育支援事業）	幼稚園・保育所巡回相談（保育士） 施設支援（障害児等療育支援事業）	幼稚園・保育所巡回相談（保育士） 施設支援（障害児等療育支援事業）
	障害児保育実地研修 保育士人事交流研修 保育士等対象の専門研修 幼稚園協会主催研修 補助金	発達支援コーディネーター 養成講座及びレベルアップ研修（保育所）、発達障害児基礎研修、保育士等対象の専門研修	障害児保育指導委員会研修 障害児保育実地研修 幼稚園連盟主催研修 保育士等対象の専門研修（あいあいセミナー、公開講座）
<u>保育所</u> <u>幼稚園</u> <u>度</u>	障害児保育事業 特別支援児童加算事業	障害児加配制度（4h, 8h 加算）	障害児保育制度
<u>補助金制度</u>	私立幼稚園特別支援教育費補助事業	公立幼稚園への6h 加配制度	私立幼稚園運営費補助事業 特別支援教育加算事業

（3）地域支援システムにおける療育センターの役割（第IV期 変革の時代）

横浜市、広島市、福岡市のように早期から拠点施設が設置された地域では、新たに支援対象としてとらえられるようになった発達障害児についても早期発見や支援体制の充実に取り組んできた。このことは、発達障害概念の広がりとともに早期からの支援ニーズの掘り起こしにつながっている。表7に示したように、各地域の平成26年度の新規受診児数は乳幼児人口の1.5～1.8%で、年間出生人口の8～10%となっている。この3市で見る限り、今や出生人口の約1割が地域療育の拠点施設を受診する時代になっている。

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）
対象地域の人口 (平成27年1月)	341,733	1,188,492	303,487（東区） 1,521,881（全市）
対象地域の幼児人口 (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）

一方で新規受診児の大幅な増加や多様化は、拠点施設において受診までの待機期間の長期化や集団療育の場の不足といった課題を生じさせている。受診申込みから初診までの待機期間の長期化については、診察枠の拡大だけではさらに増大するニーズをカバーするのは困難な状況にある。事実、数カ月（たとえば広島市で3～4カ月間）の待機期間が常態化している。

集団療育については、通園療育枠の拡大や児童発達支援事業所によって場の提供がすすめられている。自治体の財政負担が生じる通園については、ニーズに答えられるだけの設置や枠の拡大には限界があり、一方で増加する民間事業所については、療育の質の底上げや拠点施設との機能的な連携など、地域療育の中で民間活力を活かしていくことが課題となっている。横浜市のように指定日通園制を敷いて対象数を拡大する方法もある。

しかし大幅に増加しつつある知的な遅れのない発達障害児については、拠点での療育をすべての対象児に供給するのは難しいことが次第に明らかになってきた。拠点施設の役割を再検討し、新たな支援のあり方の模索が求められる状況となっている。たとえば横浜市では、受診前のケースを対象としたソーシャルワーカーや心理士による居場所づくりや子育て相談、保護者向け講座といった、拠点から地域に向けてなされる形での「受診前の支援体制」の充実について取り組みが始まっている。広島市では、公立保育所に配置された発達支援コーディネーターへの研修などを通して、保育所における診断前の支援技能の向上や適切な時期での療育センター受診をはかっている。

通園療育については、福岡市では3～5歳児に週5日の単独通園を行っており、幼児期早期からの療育の場として1、2歳児を対象とした親子通園療育（週に1～2回）を設定している（表8）。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。広島市では西部こども療育センターにて、高機能の発達障害児を対象とした週2日の保育所、幼稚園との併行通園可能なクラスを設定している。

表8 児童発達支援センター・児童発達支援事業所の状況

	横浜市	広島市	福岡市
児童発達支援センター	福祉型（知的）9カ所 (難聴) 1カ所 医療型 9カ所	福祉型（知的）4カ所 (難聴) 1カ所 医療型 2カ所	福祉型（知的）8カ所 (難聴) 1カ所 医療型 2カ所
診療所併設	全療育センター 9カ所に併設	福祉型（診療所併設なし） 1カ所	福祉型（診療所併設なし） 5カ所 医療型 1カ所
保育士・児童指導員の配置	3 : 1	2 : 1	4 : 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（併行通園の1カ所；高機能児）	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カ所（高機能児）（平成27年12月現在）	市内に民営139カ所（平成27年12月現在）	指定事業所なし (平成27年12月現在)

通園枠の柔軟な運用は、限られた通園枠の効率的な運用だけでなく拠点施設から保育所や幼稚園への更なる支援の般化や支援技能の底上げへとつながり、拠点から地域への流れ、地域の集団へのインクルージョンの流れを推進することとなる。このような運用上の工夫を前提として考えれば、拠点施設での早期療育は、通園に加え診療所が併設されて様々な専門職が配置されていることを生かして、医学的アプローチを含むより高い専門性をもった支援活動を担うべきであろう。同時に、利用者にとって民間の事業所との使い分けをしやすいサービスシステムを地域の中で設定する必要がある。横浜市では高機能の発達障害児に対して公設の児童発達支援事業所を各拠点施設に併設し、年間を通じた早期療育の場として提供している。広島市では診療として外来療育教室（月1～2回）、福岡市では障害児等療育支援事業として外来療育グループ（月1～2日）を行っている。

発達障害の障害特性は典型的な障害像から定型発達児に至るまで連続的に分布していると想定すべきであり、従ってそれぞれのケースが抱える適応上の課題や支援ニーズには非常に大きな幅がある。知的な遅れがなく症状もかなり薄い、いわゆるグレーゾーンと言われるような児については、保護者への支援（障害特性の理解、養育技能への支援等）や所属する集団への環境調整等によって適応状況の改善が期待できる可能性が小さくない。また幼児期は大きな発達的変化がみられる時期、言い換えれば障害像の予後

を定めにくい時期でもあり、実際に知的に軽度や中度の遅れの状態から高機能の状態にまで伸びる児もみられる。このような障害特性をふまえ、支援ニーズに合わせた段階的な支援体制や早期療育から地域支援への移行体制、地域の所属集団へのアウトリーチ支援等、多様化している子どもの状態像にあわせた支援プログラムの柔軟な運営が求められる。

拠点施設内の体制としては、これまで早期療育と呼んできた児への直接的な支援の場をより専門的、治療的な場として提供するとともに、拠点内の複数部署にまたがるチームの結成による関連施設への支援や保護者支援といった地域支援プログラムの開発が必要となる。拠点施設はもはや利用者が拠点に足を運んで初めて支援が成り立つという拠点中心の発想だけでなく保育所・幼稚園を含む関連組織への支援活動も重視しなければならない。「拠点から地域へ」、「直接支援と共に間接支援の充実をも」といったスローガンは、拠点施設、とりわけ早くから建設されている大都市型の拠点施設に共通のものとなろう。そのような支援システムのモデルを図2に示した。

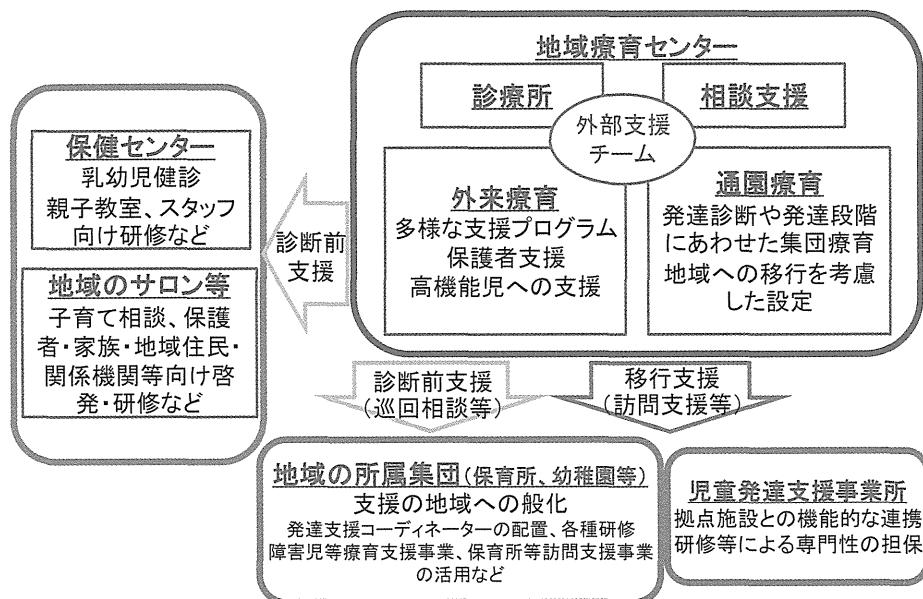


図2 乳幼児期の地域支援システムにおける療育センターの役割
「拠点から地域へ」「直接支援から間接支援へ」の流れ

3. 学校教育との連携

戦後の障害児への学校教育の歴史は昭和 22 年に公布された学校教育法における特殊教育の規定と推進から始まっている。昭和 30~40 年代には重度の心身障害児への学校教育を求める動きが起り、昭和 54 年には養護学校教育の義務制が実施されることになった。これにより、それまで在宅や福祉施設で支援を受けていた障害児に学校教育が保障されることとなり、一方で障害児通園施設は原則として、就学前の児童を対象とする早期療育の場と位置づけられるようになった。それと同時に、早期療育実現の前提となる早期発見・診断の課題が浮き彫りになった。

このような流れの中で、広島市は、昭和 49 年に全国に先駆けて、医療系サービス機能を取り入れた、地域療育の拠点施設を開設している。通園施設など福祉機関の中に医療系の総合診断・判定機能を位置づけた。また、すべての子どもを対象とするため当初から小児科のみならず精神科も常勤化し、対象年齢を 18 歳以上にも拡大し、昭和 50 年には情緒障害児短期治療施設を併設した。障害児・者に対する広島市の施策は、当時としては画期的であったといえる。

その後、昭和 54 年に厚生省から示された総合通園センター構想に沿って拠点施設が整備された横浜市や福岡市では、早期発見と早期支援を目的に当初は幼児までを診療対象としていた。昭和 60 年から拠点施設整備を開始した横浜市では、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、早い段階から自閉症を中心とした発達障害児への支援に注目し児童精神科医による診療がなされてきた。

前項で「第Ⅲ期 発展の時代」と示したように、療育の拠点施設が設置された地域では、その後の地域療育センターの整備とともに発達障害児が多く把握されるようになり、拠点施設における支援対象児の多様化と支援ニーズの掘り起こしが進んでいる。障害児の進学先が多様化し、特別支援学校や特別支援学級だけでなく通級指導教室の活用を含めた通常級への就学が増え、現在ではむしろ後者の割合が高くなっている。

平成 19 年から施行された特別支援教育においては、個別の教育的ニーズを把握した教育が重視される。したがって早期支援の拠点施設においては、早期支援で把握された障害をめぐる詳細な情報の学校教育への活用と乳幼児期から学齢期に至る支援の継続性とが重要な課題となってきた。自治体内での福祉行政と教育行政との連携を願う保護者は少なくない。教育現場では独自に発達障害が疑われる児童の把握を促進しており、同一地域の拠点施設が進める学齢児支援活動との協力関係をいかに築くかの課題は今後さらに比重を増すことになろう。

横浜市では、学齢期以降の発達障害児への支援ニーズの高まりに対して、平成 13 年度から新規受診児を含めた学齢児の診療を「学齢児支援事業」と称して開始している。拠点施設である地域療育センターは小学生までを対象とする(学齢前期支援事業)が、中核施設であるリハビリテーションセンターを含めた 3 施設では 18 歳までの新規受診を受けている(学齢後期支援事業)。また「学校支援事業」として、各拠点施設に 2 名の支援員を配置し、管轄する区域の小中学校に訪問や助言を行うなど積極的

な連携体制がとられている。

広島市では、学齢期以降は中核施設（広島市こども療育センター）の精神科に他の2療育センターから引き継ぐ形がとられてきた。しかし学齢児の支援ニーズの高まりに対して中核施設のみでは対応が難しくなり、各療育センターに月4枠の精神科診療枠（嘱託医）が新たに設けられた。

福岡市の各拠点施設における診療は、再診を含めて原則として幼児期までとしており、主に小児科医が診療している。学齢期以降の支援の継続については、学校教育における支援への引継ぎを丁寧に行っている。たとえば年長児の就学相談の9割が拠点施設での評価資料を活用している。医療的な支援の継続については、拠点以外の医療機関（主に児童精神科）へ引き継ぐ形をとっている。他の多くの自治体と同様、学齢期の発達障害児の診療を行っている医療機関では、受診待機期間の長期化が常態となっている。

早期支援の拠点施設が整備されている自治体では学齢児への支援体制の整備が新たな課題となっており、たとえば、いわゆるグレーゾーンを含めた障害児に様々な対応が試みられている。医療的資源、医療機関同士の連携、教育機関との連携、拠点の運営組織、自治体の特性等の諸条件をふまえ、学齢期における支援体制の整備を進める課題がある。

乳幼児期に地域拠点を受診するときの主訴は、言語やその他の発達面の遅れが多い。一方、学齢期ではより社会的行動の問題、すなわち集団への不適応やそこからの逸脱行動、他児とのトラブルの頻発などを通じて学校の中で発達障害が疑われ、受診が勧められることが多い。最近では社会的行動の問題に着目して、幼児期後期に保育所・幼稚園の場における障害の発見が急速に増加しつつある。したがって、拠点施設における学齢期の治療や支援活動では学校（特別支援教育、一般教育）や放課後等デイサービス事業所との連携が重要となる。幼児期から学齢期への地域支援の「縦の連携」における拠点施設のあり方を図3に示す。乳幼児期には診断・評価から直接支援（通園療育や外来療育等）や間接支援（相談支援やアウトリーチ等）までの総合的機能を担っている地域の拠点施設も、学齢期に入ると学校教育との関係で立ち位置が変化する。狭義の医療、すなわち薬物療法や心理士、言語聴覚士、作業療法士などの医療スタッフによる療育・訓練が必要な例は一定数存在する。また多動性障害や学習障害のように学齢期になって顕在化する障害の専門的な評価あるいは再評価を担保する意味でも、拠点施設における学齢児支援は重要な意義がある。拠点施設は、地域における医療機関や相談支援事業所、放課後等デイサービス事業所、特別支援教育における巡回相談や特別支援学校のセンター的機能等との機能的な連携を通して学齢児への支援を展開する形が求められる。

学齢期の発達障害児の評価や診断あるいは治療的な対応を行う医療機関不足は多くの地域で共通した問題となっている。その量的な確保のためには、医師の育成、教育機関である大学医学部や地域診療所の連携機能のある医師会、それらをつなぐ行政機関との連携や調整に基づき、救急医療における体制と同様の地域の医療的資源を活

用した一次～三次の医療体制といった階層化が求められている。一次医療機関は、地域で把握された発達障害児のスクリーニングや保護者への説明等の早期支援、状態が安定している児の投薬治療や経過観察を担うことが考えられ、地域の小児科クリニック、精神科クリニックが想定される。二次医療機関は併存障害を含めた児の評価、状態が安定していない児への投薬の調整、環境調整や関係機関との連携を担うことが考えられ、地域の児童精神科診療所が想定される。一次医療機関は発達検査や投薬の調整等を二次医療機関に依頼し、二次医療機関は投薬の継続や経過観察を一次医療機関に依頼する。入院が必要な児については、児童精神科入院病床がある医療機関や大学病院を三次医療機関とするといった体制が考えられる。拠点施設は乳幼児期から学齢期にかけての一次～二次医療の役割があるととらえることができるが、それ以外にも地域で幅広く発達障害児診療が担える一次、二次医療機関の充実と医師の研修体制が望まれる。

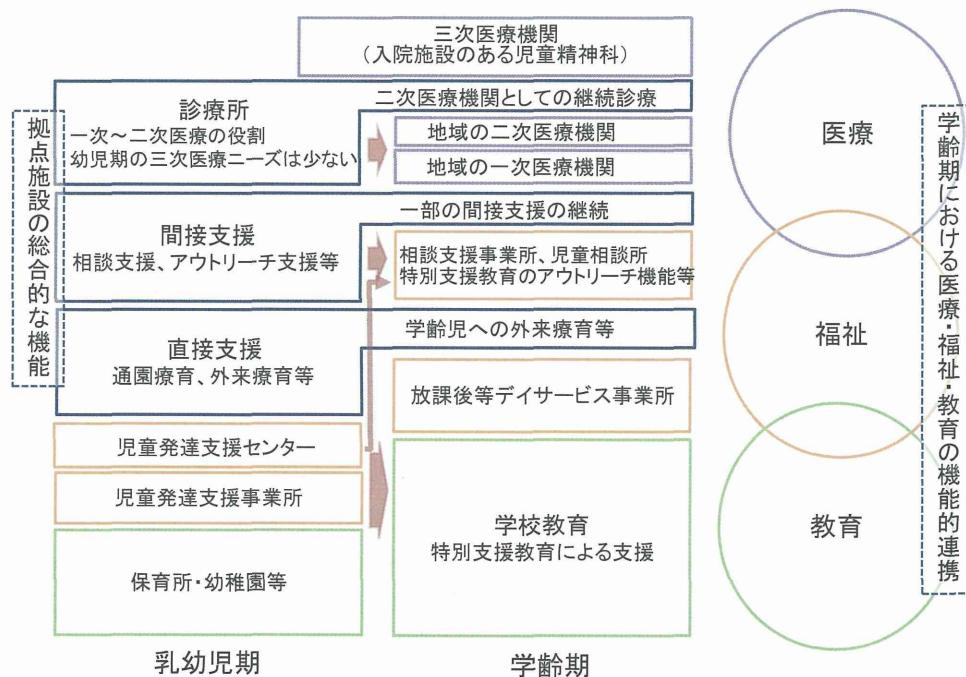


図3 拠点施設の機能を考慮した幼児期から学齢期にかけての発達障害児への支援体制

4. 拠点施設における人材の供給と育成

(1) 地域へのアウトリーチ

保健センターや保育所・幼稚園へのアウトリーチについては本研究班に参加した3政令市のいずれの拠点施設でもなされていたが、担当職種は異なっていた。アウトリーチで求められる支援内容は児と家族の双方にかかる問題になることが多いことを考えれば、医師、ワーカー、心理士、保育士などの複数職種によるチーム支援の形の方が問題の多様さへの適切な対応を保障できるであろう。地域支援においては、保育所や幼稚

園といった所属集団だけでなく、診断前支援としての保健センターの乳幼児健診における早期スクリーニングや親子教室における早期支援との連携や、地域のサロンなどの育儿をサポートする場での養育技能への支援（ペアレントトレーニングなど）も考慮される。このようなチーム支援の利点は、支援の視点の狭隘化を回避できたり、異なる職種から支援技能を学べたりすることである。

（2）地域での人材育成に対する支援

本研究班に参加した 3 政令市いずれにおいても、保育所や幼稚園の職員や保健センターの保健師等に対しての発達障害児支援についての研修が行われていた。これは早期発見と地域における支援の技能を向上させる人材育成を目的としている。たとえば広島市では、発達支援コーディネーターや保健センターの健診業務に携わる保健師など、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。

（3）コーディネーターの育成

支援ニーズの大幅な増加と多様化は、同時に支援内容の多様化にもつながっている。親子関係に負の影響を与えることのある発達障害の特性は、すなわち虐待のリスク因子ともなりうる。また保護者にも発達障害の特性や、ときには精神障害が認められることもある。虐待を予防し、保護者のメンタルヘルスを維持・向上させる仕事も軽視できない重要性を持つ。そのためには保健センターや児童相談所、相談支援事業所、介護サービス事業所、医療機関等の幅広い機関との連携や、要保護児童対策地域協議会や地域自立支援協議会への参加等を通して、家族支援をコーディネートする役割が拠点施設の相談支援機能にも求められる。また障害児福祉サービスの体系が平成 24 年度の障害者自立支援法の一部改正により見直され、サービス受給が障害児支援利用計画に基づいて行われるようになった。行政との連携の中で、相談支援を行うことができる人材は、拠点施設の中だけでなく地域においても育成すべき課題が生じている。そこにも拠点からの支援が求められる。

（4）ペアレントメンターの育成

早期支援の 3 本柱のひとつである保護者支援は、ソーシャルワーカーによる相談支援、療育や福祉制度のガイダンスといった情報提供、発達障害の理解を促す保護者教室やペアレントトレーニング技法の教授といった心理教育的支援、医師や心理士による保護者カウンセリング、さらには拠点外の福祉施設での日中一時支援や短期入所等によるレスパイト支援と多岐にわたっている。

また近年では保護者同士のピア・カウンセリングも重要視されており、カウンセリング技能の研修を受けたペアレントメンターの育成が進められている。ペアレントメンターは、発達障害者支援の推進に係る検討会報告書（平成 20 年 8 月）においてその役割が明記され、平成 22 年度より厚生労働省の発達障害者支援体制整備事業に組み込まれている。福岡市では発達障害者支援センターにて平成 24 年度から養成講座を実施しており、平成 25 年に策定された福岡市ペアレントメンター派遣要綱に沿って事業が展開されている。広島市では平成 27 年度以降に事業実施が予定されている。

保護者支援においては、児の評価や効果的な支援についてサポートブックを作成する

こと等を通して保護者が子どもの代弁者としての役割機能（アドボカシー）を高め、ライフステージを通じた支援を保障し、二次障害の予防をねらう視点も重要である。また保護者が当事者を代弁する立場として、地域支援体制の整備そのものに一定の役割を取ることも期待される。

（5）発達障害の診療に関する医師の育成

地域における発達障害の医療については、診療を担う医療機関の整備とともに医師確保や専門医育成の体制を、大学病院を含めた複数の機関の協力に基づく包括的な体制として進めていく必要がある。発達障害者支援法では、都道府県の役割として専門的に発達障害の診断及び発達支援を行うことができる病院や診療所の確保が明記されており、厚生労働省では子どもの心の診療医の養成に関する検討会の報告書（平成19年）を受けて、子どもの心の診療ネットワーク事業が推進されている。これらをふまえて、前述のような発達障害の一次から三次医療体制の整備とともに、特定地域に偏在しがちの発達障害診療の専門医（小児科、児童精神科）を幅広く育成する体制が求められる。

自由な発想をお許しいただければ、地域の小児科、精神科診療所に対する一次～二次医療機関としての研修会、拠点施設や児童精神科診療所といった二次医療機関や児童精神科の入院病床がある三次医療機関への医師派遣による実地研修、研修活動としての抄読会や症例検討会等を通じた医師間交流、診察場面への陪席やケーススーパーバイズによる診療機能の向上等の諸活動が有機的に相互作用しながら、地域における発達障害医療の確保と発展に寄与するであろう、と考えられる。たとえば広島市では、卒後10年目前後の精神科医、小児科医らが平成22年度に広島児童青年精神医学研究会を設立し、子どものこころの診療を共に学ぶ場として継承している。

拠点施設、大学医学部、医師会、自治体行政などの相互関係、それに自主的な医師間交流を含んだ連動体制を背景に敷いた、医療機関の整備と医師の育成体制案を図4に素描した。

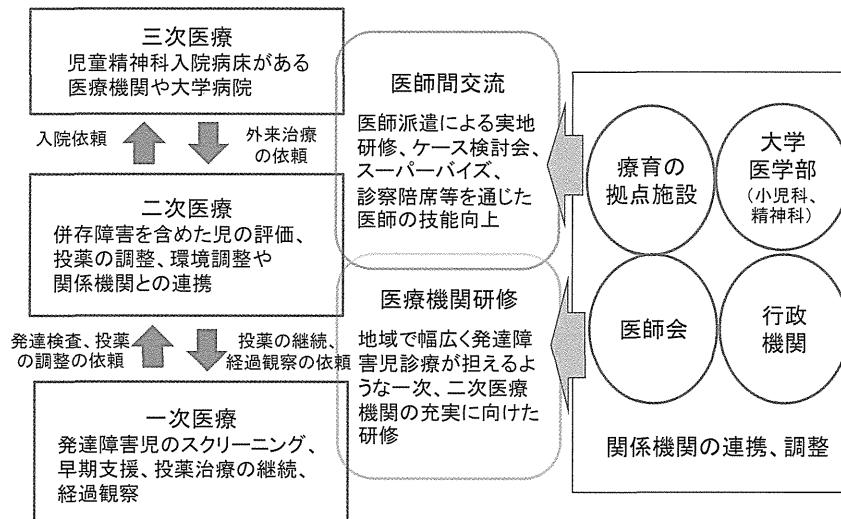


図4. 発達障害診療を担う医療機関の整備と医師の育成

5. おわりに

全国に 1700 を超える市町村のなかで政令市は 20 市と数のうえでは 1% 強でしかないが、すべての政令市を合わせた人口は全国人口の 20% を優に超える。わが国の人囗が年々緩やかな減少傾向をとどっている一方、政令市のなかには人口が毎年増加し続いている都市が少なくない。政令市は高い人口密度のもとに多くの人口を抱え、公共交通機関が発達している。大学などの高等教育機関や各種の文化施設が多く、産業構造も二次産業や三次産業に比重が置かれる。地域における発達障害児やその家族への支援のあり方をこのような政令市の特徴と考えあわせれば、地域支援システムの政令市版モデルを想定しておく必要があろう。

政令市、とくに横浜市のように初期の段階から指定を受け、地域支援システムが比較的早く整ってきた都市では、組織立った大きな拠点施設を中心にして関連機関との緊密な連携を築きつつ早期支援や学齢児支援が展開されている。しかし昨今の爆発的な拠点への受診集中の陰で、拠点施設とつながらないまま就学を迎える障害児も少くない。そのような例への支援の重心移動が今まさに拠点の活動レパートリーに求められている。拠点の建設により地域から拠点へという障害児の集中が促進されてきたが、拠点の方にはこれとは逆に、拠点から地域へのアウトリーチ支援のあり方を開発していく課題がある。

担当：清水康夫 大澤多美子 佐竹宏之

II -2. 中核市・特例市・特別区

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

分担研究総合報告書
自治体規模に即した発達支援システムに関する研究
～豊田市調査～

分担研究者 高橋 僕（豊田市福祉事業団 理事長、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）
小川しおり（愛知県青い鳥医療福祉センター、児童精神科医）
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）
川原三佳（豊田市立若園小学校、教諭）
酒井利浩（豊田市こども発達センター 地域療育室、保育士）
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）
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）
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）
森下典代（みよし市児童発達支援事業所 よつば、言語聴覚士）
山崎仁美（豊田市こども発達センター のぞみ診療所、児童精神科医）
山田知恵子（豊田市教育委員会学校教育課青少年相談センター、教諭）
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：豊田市において3年間で4研究を実施した。（1）累積発生率の研究：発達障害（知的障害含む）の発生率は7.24%、広汎性発達障害4.36%であった。（2）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：発達障害と推定される児童生徒はおおよそ3.5%であった。（3）発達支援機能及びシステムの整備状況調査：豊田市は単線型の支援システムがよく整備されていたが、専門医の養成と確保、急速に増えている小規模な通所支援事業所への対応などの問題も明らかとなった。（4）発達支援に関わる新たな課題と対応についての研究：サービスの多様化と事業所の増加が支援システムに重大な影響を与える可能性を指摘した。

中核市における発達支援システムのあり方を検討するため、豊田市において4つの研究を行った。累積発生率の研究、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、発達支援機能及び

システムの整備状況調査、そして、発達支援に関わる新たな課題と対応についての研究である。研究を総括し、今後の支援体制の在り方について考察した。

A. 研究目的

中核市である豊田市の発達支援実態を把握し、それに基づき中核市に適した発達支援システムを構想すること。

B. 研究方法

分担研究者の勤務施設である愛知県豊田市を対象に、3年間で4研究を行った。

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（2013年度～15年度）

2. 発達障害と診断された児童の調査（2013年度～15年度）

3. 発達支援機能及びシステムの整備状況調査（2013年度）

4. 発達支援に関する新たな課題と対応についての研究（2015年度）

以下、各研究の概要を報告する。
(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、各研究の実施にあたっては毎年度、豊田市こども発達センター研究倫理審査委員会の承認を得た。

C. 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

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、2013年度は小学1年生と小学6年生、2014年度は小学2年

生と中学1年生、2015年度は小学3年生と中学2年生の全児童生徒（特別支援学校在籍の子どもを含む）を対象に、学校の教師が子ども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子どもについて調査した。

小学1年生は3.4%、2年生は3.5%、3年生は3.7%であり、平均3.5%であった。小学6年生は4.4%、中学1年生は3.1%、中学2年生は3.3%であり、平均3.6%であった。いずれの群も3.5%程度であった。今回リストアップされた子どもは全例が医療機関を受診しており、学校で把握しているなんらかの診断がなされている事例と考えられた。累積発生率調査の結果から考えると、実際はさらに多くの発達支援を必要な子どもがいるものと推測される。

問題別では、いずれの年度とも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、次いで知的障害と関連した「全体発達の遅れ」であった。

2. 発達障害と診断された児童の調査

研究初年度以来、実施してきた調査において、広汎性発達障害については診断の正確さを期するため対象を自閉性障害とアスペルガー障害と診断された事例に限定し、特定不能の広汎性発達障害や広汎性発達障害と診断された事例は累積発生率を算出する対象には含まなかった。

しかしながら、他の分担研究者は後者の事例も広汎性発達障害に含め累積発生率を算出しているので、本総合報告書では他の研究者と同様の基準で累積発生率

をまとめた（表－1）。なお、自閉性障害とアスペルガー障害に限定した場合の累積発生率については、高橋脩の2015年度分担報告書（豊田市調査）⁽¹⁾を参照されたい。

（1）広汎性発達障害

2006年度の出生コホートは4.21%、2001年度コホートは4.51%であり、ほぼ同率であった。2つの出生コホートを合計した累積発生率は4.36%であった（表－1）。

表－1 広汎性発達障害の累積発生率

出生 コホート	広汎性 発達障害
2006 年度 人数 (%)	1 8 0 (4.21)
2001 年度 人数 (%)	1 8 8 (4.51)
合計 人数 (%)	3 6 8 (4.36)

いずれも、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⁾が報告した有病率2.62%よりはるかに高い値を示した。

また、知的障害（知能指数69以下）の併存率は従来の諸家の報告よりさらに低く18.9%であったことも、特筆される。

（2）知的障害

知的障害の2つのコホートを合わせた累積発生率は1.44%であった。知的障害の累積発生率に関する研究は少ないが、今回の発生率はフィンランドのHeikuraら⁽⁴⁾の1.26%、米国のKatusicら⁽⁵⁾の0.91%より高い値を示した。

（3）注意欠如多動性障害、学習障害

注意欠如多動性障害の2つのコホートを合わせた累積発生率は0.74%であり、学

習障害は0.08%であった。

先進諸外国の研究では両障害とも5%を超える高い有病率が報告されているが、今回の調査では極めて低率であった。これは他の分担研究者の報告も同様である。我が国での発見と対応が遅れていることが示唆された。

（4）発達障害の累積発生率

発達障害（知的障害含む）の累積発生率は小学3年生で6.56%、中学2年生では7.93%であった。2つのコホートを合わせた累積発生率は7.24%であった（表－2）。

表－2 発達障害の累積発生率

出生 コホート	累積 発生率
2006 年度 人数 (%)	2 8 0 (6.56)
2001 年度 人数 (%)	3 3 1 (7.93)
合計 人数 (%)	6 1 1 (7.24)

今回の調査では、発達障害の発生率は7%を超える結果であった。発見が遅れていると考えられる注意欠如多動性障害や学習障害のことを考えると実際の発生率はさらに高いものと推測される。

3. 発達支援機能及びシステムの整備状況調査

豊田市は人口約42万人の中核市であり財政力指数も1以上と比較的豊かな地方都市である。元来、障害児関連の社会資源が乏しい自治体であったが1990年代半ばから急速に体制整備が進み現在に至っている。

豊田市の支援システムは、1996年に市が設置した心身障害児総合通園センター

「豊田市こども発達センター」を中心にシステムを運営する求心力の強い「単線型」のシステムモデルといえる。

豊田市の発達支援システムの特長はシステムを主導する総合的な療育施設、豊田市こども発達センターの存在にあるが、関係機関・団体の連携の良さも注目される。

公民を問わず保健、児童福祉、障害福祉、幼稚園及び学校教育に係わる機関・団体が「豊田市心身障がい児早期療育推進委員会」に結集しPDCAサイクルを活用して、発達支援システムを共同で管理・運営している⁽⁶⁾。この連携の良さに支えられて障害の発見から学校教育に至る一貫性と継続性のある支援システムが機能しているといえる。

中核市及び施行時特例市の悉皆調査の結果で明らかなように、公民の役割分担と連携はどの自治体でも課題であるが、豊田市では私立幼稚園協会も早くから連携組織の構成員となり重要な役割を果たしている。

課題としては、増加の一途をたどる利用児への対応、専門家ことに専門医の養成と確保、急速に増えていくことが予想される小規模な通所支援事業所と既存のシステムとの連携が挙げられる。これらはいずれも全国の政令指定都市や中核市が直面する共通の課題といえる。

4. 発達支援に関わる新たな課題と対応についての研究

調査3で課題となった小規模通所支援事業所の増加など、昨今の障害児、子ども子育て支援、特別支援教育に関わる制度改革により新たに出現した状況も今後

の重要な取り組み課題である。

社会資源の多様化と増加は子どもと家族の選択肢の拡大につながり望ましいが、障害の発見から始まり総合的で一貫性と継続性のある支援のシステム化を目指す観点からは、システムの混乱、支援の質の低下が懸念される。豊田市における実情と対応を検討するため実態調査を行なった。

豊田市では急速に小規模な通所支援事業所が増加し、隣市では新たに市立の児童発達支援事業所が設置された。いずれも専門性や運営に課題を抱えていた。また、子ども子育て支援新制度の施行に伴い、放課後児童クラブを利用する障害のある子が増加しており、幼児期早期から保育所を利用する発達に支援が必要な子の増加も予想される状況であった。

これらはいずれも地域の発達支援の質とシステムの運営に重大な影響を及ぼすとの認識の下に、豊田市こども発達センターと関係課が連携し積極的に対応を始めていた。

取り組みの焦点の1つは、新たに参入してくる通所支援事業所の専門性の向上を目的とした支援者研修（事業所の希望に沿った実習や研修会）の実施、事業所相互及び既存の関係機関との連携協力関係の形成であった。

2つ目は、保育所や放課後児童クラブの新たな動向への対応であった。これについては、豊田市こども発達センターと豊田市の所管課が連携し、利用する障害児の状況と現場の保育士・指導員の支援ニーズについての実態調査を実施し対応策の検討を始めていた。

D. 考察

豊田市における調査研究を発達障害に関する政策との関係に絞って考察する。

1. 累積発生率

正確な累積発生率の確定は政策や支援体制を検討する前提として重要である。

豊田市における総累積発生率は 7.24% であり、発達障害群の中で最も困難性が高い広汎性発達障害の発生率は 4.36% であり、いずれも極めて高率であった。

豊田市は豊田市こども発達センターを中心に一元的なシステム管理がなされていることもあり、事例の把握率が高く診断基準も一定に保たれ診断の信頼性も高い。従って、今回の調査結果の信頼性は高いと考えられる。

2. 豊田市の発達支援システムと新たな課題への対応

豊田市のシステムは「単線型」モデルとして 20 年の歴史がある。培われた成果は、自治体規模に関わらず「単線型」システムを志向する自治体にとって有益と考える。

また、豊田市で生じている制度改革に伴う新たな状況は全国共通といえる。それに伴う新たな課題の重要性が共有され、総合的かつ一貫性のある支援の提供という原則に立って、地域特性に即した適切な対応がなされることが必要と考える。

E. 文献

- 1) 高橋 岳：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～豊田市調査～. 平成27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），印刷中.

- 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.
- 4) Heikura U, Taanila A, Olsen P, et al (2003): Temporal changes in incidence and prevalence of intellectual disability between two birth cohorts in Northern Finland. *Am J Ment Retard*; 108, 19-31.
- 5) Katusic SK, Colligan RC, Beard CM, et al (1996): Mental retardation in a birth cohort, 1976-1980, Rochester, Minnesota. *Am J Ment Retard*; 100, 335-344.
- 6) 高橋 岳：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.

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

地域特性に応じた発達障害支援体制のあり方
中核市の1モデルの提示
—宮崎市の現状と課題から—

分担研究者 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）
研究協力者 重黒木真由美（宮崎市総合発達支援センター 診療所長、小児科）
 鮫島奈緒美（宮崎県中央発達障害者支援センター 心理士）
 伊東 美和（宮崎市総合発達支援センター 心理士）
 甲斐 那智（宮崎市総合発達支援センター 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）
 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（独法国立病院機構 宮崎東病院、児童精神科）
 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）
 糸数 智美（どんぐりこども診療所 院長、小児科）
 糸数 直哉（どんぐりこども診療所 副院長、小児神経科）
 安部なつみ（なつみ小児科クリニック 院長、小児科）

要旨 宮崎市の現況と課題から、発達障害支援体制の中核市モデルを検討した。本研究班の研究から、発達障害の支援体制は地域によって大きく異なり、発達障害の支援ニーズは増加・多様化し、小児の約1割に発達障害の支援ニーズがあることがわかつてきた。中核市の宮崎市が目指していたシステムは、市立の療育センターが、発達障害の早期発見・早期療育を担い、小集団指導や訓練などの直接支援を充実させることで、発達障害への対応をすすめていくものであったが、こうした直接の支援だけでは、増加・多様化した発達障害の支援ニーズに応えられてないことが明らかとなってきた。多数の支援ニーズに応えるためには、支援ニーズのある子どもの家庭生活や、幼稚園・保育園、学校などの集団生活を普段から支えるしくみが必要と考えられた。市立のセンターが、地域の機関・資源と連携し、日常的なケアが実践される家庭や集団生活を支え、より高度な支援を要するケースには専門的な支援を提供しながら、日常生活レベルでの支援を継続していく。こうした支援をマネジメントすることができれば、中核市においても、市立のセンターを核としたシステムが、10人に1人の発達障害の支援ニーズに応えていけるモデルになると考えた。

はじめに

宮崎市は、平成15年に、障害児のための施設として、宮崎市総合発達支援センター（以下市センター）を開設した。医療と福祉の機能を持つ療育センターで、現在の医療型児童発達支援センターに相当する。

肢体不自由児の訓練と入所機能を持つ宮崎県立こども療育センター（医療型障害児入所施設）との機能分担を図るため、主な業務として発達障害の診療が取り上げられた。

宮崎市の発達障害の早期支援は、保健所と市センターを中心として動いている。

宮崎市は中核市であり、本研究班の「地域特性の応じた発達障害支援体制のあり方研究」では中規模市グループに相当する。また、地方創生に伴う広域化により、周辺市町村への支援も行っており、今回の研究対象でもある小規模市町村の発達障害支援体制とも関連を持つ。

共同研究者の高橋脩は、中核市規模であれば、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とした¹⁾。公的機関の果たす役割が期待されるが、本研究班の研究から、療育センターが従来から行ってきた訓練モデルだけでは、増加・多様化した発達障害の支援ニーズに応えていくことが難しいこともわかつてきた。

宮崎市の現状と課題から、発達障害の支援をすすめる際に、市立の療育センターが果たすべき役割について検討し、中核市モデルの一つとして提示する。

（倫理面への配慮）

研究は宮崎市総合発達支援センターの倫理委員会の承認を得て、実施している。

1. 宮崎市の現状（3年間の研究の概観）

（1）地域特性

人口動態

宮崎市は県庁所在地で、佐土原町、清武町、田野町との市町村合併により、人口は40万となり、年間出生は4,000で推移している。

地方創生に伴う広域化により、さらに

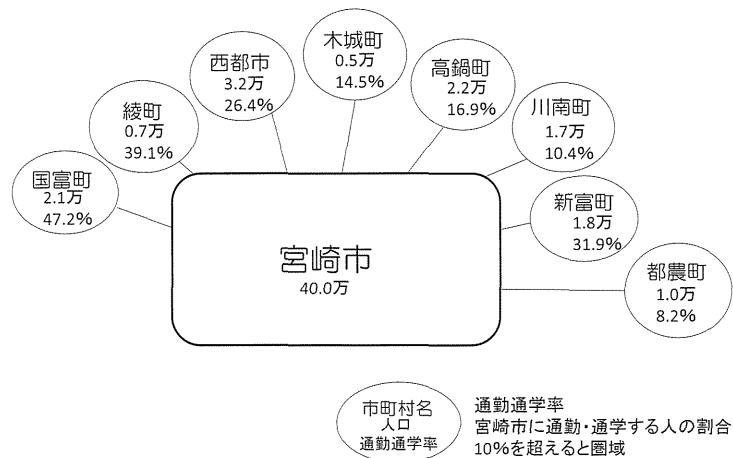


図1 広域化と宮崎市圏域

周辺の 7 市町村が宮崎市の圏域として指定された。圏域とは宮崎市への通勤通学率が 10% を超える市町村と定義される(図 1)。

また、通勤通学率が 8.2% の都農町も、圏域に準ずる扱いとなっている。いずれも人口 5 万人以下の小規模自治体で、圏域内の総人口は 52 万となり、宮崎県の総人口約 100 万の半数を占める。圏域内の年間出生数は 4,500 となる。

地域の機関と資源

宮崎市には、県庁を始め、県の中枢機関が置かれている。発達障害に関しても、複数の公的な機関が存在する。

医療では、市町村合併により、宮崎大学付属病院が宮崎市となった。発達障害の診療を専門とする科はないが、精神科と小児科が応じている。

発達障害の医療対応は、児童精神科の入院病棟のある県立宮崎病院と独立行政法人(独法) 国立病院機構宮崎東病院でなされる。前述の宮崎県立こども療育セ

ンターには、発達障害の診断と相談が可能な小児科医が非常勤医として勤務している。

開業医の中にも、発達障害に関心が深い小児科医や精神科医が複数おり、一般診療の中で発達障害の診療が行われていた。

教育関係では、県の教育研修センター、市の教育情報研修センターが置かれ、児童の評価と相談機能とともに、教員への研修機能を有している。

支援学校は、知的障害を対象とする学校が 2 校、視覚障害が 1 校、病弱対象が 1 校あり、いずれも県立で、市立の支援学校はない。

宮崎大学の教育文化学部も市内にあり、発達障害のペアレントトレーニングなど、学部学生の実習もかねて、発達障害の指導と相談が行われている。

福祉関係では、宮崎県中央児童相談所、宮崎県中央発達障害者支援センターが置かれている。平成 24 年に改正された児童福祉法に基づく児童発達支援センターが

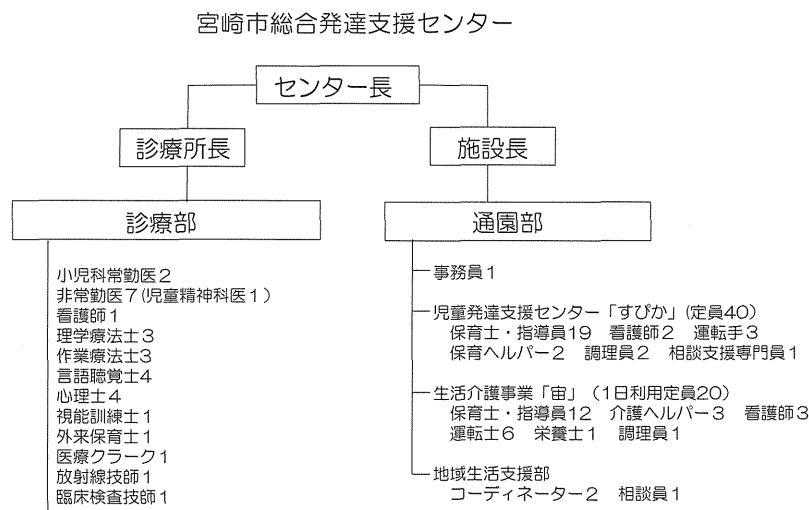


図2 宮崎市総合発達支援センターの概要