

3か所、児童発達支援事業所が5か所、運営されている。

宮崎市は前述のように、発達障害の診療と支援を主な業務とした市立の療育センターを開設した。公設公営で、市が設置した宮崎市社会福祉事業団が運営している。診療部、通園部、地域生活支援部を有しており、職員数は平成15年の開設当初が70、平成26年度は、88となっている(図2)。

(2) 支援の開始

発見の場

発達障害の支援ニーズは、1歳半健診や3歳半健診だけでなく、保育園、幼稚園、子育て支援センター、開業医でも把握され、保健所や市センターに、紹介や支援要請がなされてきた(図3)。

この中には健診で把握されなかったケースも多く含まれている。また、一か所だけの相談ではなく、複数の場所で相談を受けているケースも多かった。

頻度は限られるが、1歳半健診・3歳半健診に、平成27年度から市センターの小児科医が派遣され、健診時に判断に迷うケースに対応している。

診断の場

発達障害の早期の診断は、市センター、県立こども療育センター、小児科開業医でなされていた。宮崎市の児童精神科医や精神科医が、早期の診断や支援システムにかかわることは少なく、学校などで問題が生じたケースの診療が中心となっていた。

1か所の小児科開業医では、発達障害が考慮されたケースに対して、発達障害の診断告知を行う前から、発達障害の対応を取り入れた相談が実施されていた。また、その後の診断告知と薬物療法に関しても専門的な対応が行われていた。

宮崎市の発達障害の頻度

宮崎市における発達障害の頻度は、平

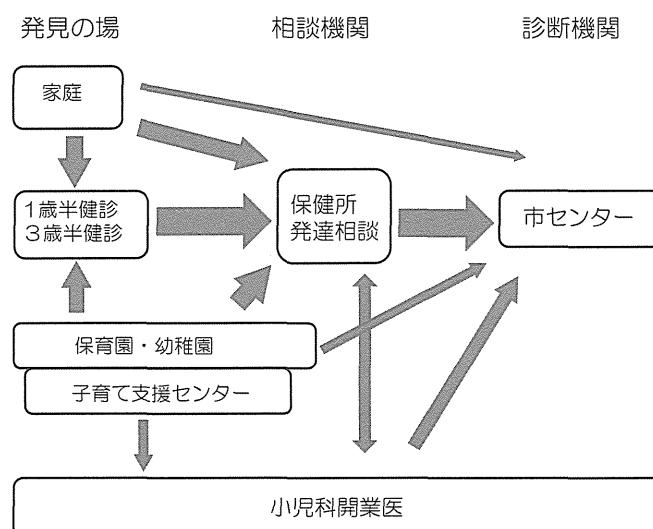


図3 診断までの経緯

成18年4月2日から平成19年4月1日までの生まれの児で、発生率は平成25年度(小1)7.3%、平成26年(小2)8.2%、平成27年度(小3)9.4%。有病率は平成25年度(小1)7.4%、平成26年(小2)8.3%、平成27年度(小3)9.6%であった。

平成13年4月2日から平成14年4月1日生まれの児では、有病率では平成25年度(小6)5.9%、平成26年(中1)5.7%、平成27年度(中2)7.0%であった(表1)。

学校アンケートからは、小3で発達障害が考慮される児童11.5%、中学2年で8.4%の結果であった(表2)。

診断率は、同じ研究班の他地域と比較しても大きな差はなく、学校での発達障害の支援ニーズも、他地域と同様、約1割と推定された。市センターが初診を就学前に限定していることもあり、宮崎市の診断は就学前が多かった。

(3) 支援の実際

保健所での支援

宮崎市では、発達障害の支援ニーズが把握されると、保健所の発達相談や親子教室が案内される。

保健所の発達相談は、医師、心理士、言語聴覚士、保健師で行われる。保健所のスタッフに加えて、市センターから、

表1 宮崎市の発達障害の発生率と有病率
(医療機関調査から)

平成18年4月2日～平成19年4月1日出生		平成13年4月2日～平成14年4月1日出生	
	発生率	有病率	有病率
小学1年生	7.3	7.4	5.9
小学2年生	8.2	8.3	5.7
小学3年生	9.4	9.6	7.0

表2 宮崎市の発達障害の支援ニーズ
(学校アンケートから)

発達障害の疑いを含む率	
小学1年生	11.1
小学2年生	12.5
小学3年生	11.5
発達障害の疑いを含む率	
小学6年生	10.2
中学1年生	9.3
中学2年生	8.4

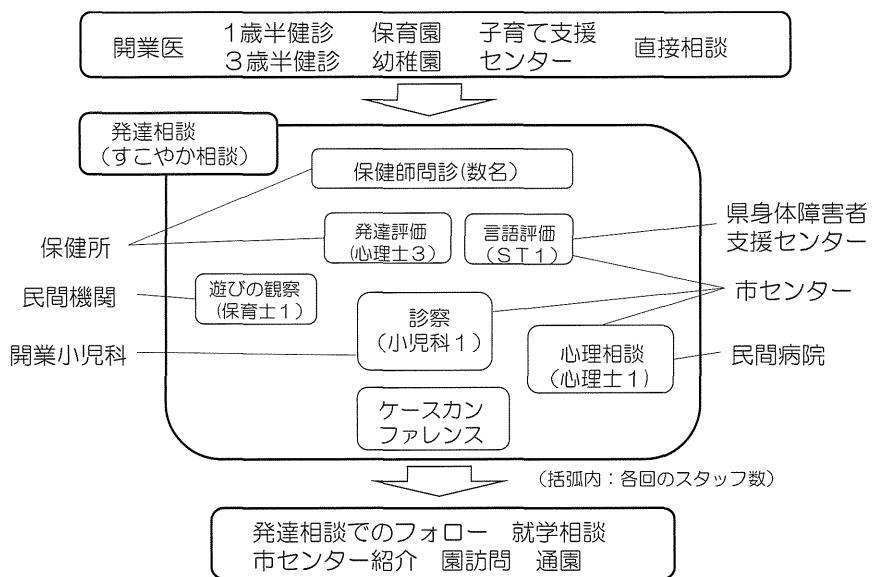


図4 宮崎市の発達相談

医師、心理士、言語聴覚士が派遣され、これに小児科開業医、外部委託の言語聴覚士、心理士が加わる(図4)。

発見から診断のインターフェースとして、保護者にとっては「敷居の低い」相談となっている。相談後に就学相談に直接つながることも多い。発達相談は月に3回行われ、それぞれ8～10組の親子が参加する。

健診とともに、発達障害の支援の方向性を決める重要な段階の一つとなっている。

親子教室は、市を3つに分けた地域ごとに開催されている。頻度は月1回で、10組～20組の親子が参加している。市センターの地域相談支援部の相談員もスタッフとして参加している。

保育所での支援

平成26年に市立保育所の1か所で母子通園事業が開始された。3歳までの児で、

週1回、3か月クールで、数組が利用する。健診や発達相談からの紹介が多い。診断を前提としない小集団での親子教室となっている。

市センターでの支援

市センターには、前述のように診療部、通園部、地域生活支援部が置かれている。

診療部は年間300の初診を行う。そのうち約90%を発達障害が占めている。初診後、各訓練士による訓練支援、心理士による外来小グループでの支援、保護者の相談支援、医師によるフォローアップが行われる。薬物療法による医療対応も行われており、抗多動薬、向精神薬、睡眠剤の処方がなされている。

通園部は、診療部と関係を保ちつつも独立しており、医療的ケアのできる福祉型の児童発達支援センターの形をとっている。知的障害や自閉症を含む発達障害、肢体不自由合わせた定員が40。単独

通園で、全例送迎が行われる。視覚障害、聴覚障害には対応しておらず、支援学校の幼稚部が利用される。

地域相談支援部は、福祉サービスの調整と保育園や幼稚園などへの支援、障害児の居場所づくり事業等を行っている。

こうした機能は、児童発達支援センターの業務の一つと位置づけられており、通園部に所属する形で置かれている。平成26年度の相談件数は延べ2,950で、施設支援の回数が111、サービス等利用計画作成数は638であった。

宮崎市の通園体制

前述のように、宮崎市の通園施設は、児童発達支援センター3か所、児童発達事業所5か所で、発達障害に限定すると、通園の定員は、親子通園が30、単独通園が100となる。

(4) 支援の連携

保健所との連携

保健分野（保健所）との連携は、発達障害の発見などの、支援の開始に関しては密に行われていた。

保健所が実施している妊娠出産期や青年期、成人期の精神保健との連携はなかった。

教育との連携

教育分野とは、就学相談に市センターのスタッフ（医師と通園部施設長）が参加している。未診断のケースの相談もあり、改めて市センターに紹介となることが多い。他には後述する連携の試行があるが、医教連携の組織的な仕組みは作ら

れていない。

宮崎市には、前述のように県の教育研修センターと市の教育情報センターが置かれている。県の教育研修センターは、宮崎市を含む県内児童のアセスメントや親子の教育相談を行うとともに、宮崎市を除く公立の小中高の教員研修を受け持つ。市の教育情報センターは宮崎市内の児童の相談と、宮崎市内の小中の公立の教員の研修を行う。このため、県の教育研修センターが実施する研修には宮崎市内の教員は参加できない。県主催の研修会に市センターのスタッフが参加する機会があるが、市の教員の研修には関わっていない。

福祉との連携

福祉分野では、最近増加している日中一時支援や放課後等デイサービスとは、後述するコーディネーター（相談支援専門員）との調整相談のみとなっている。

県の発達障害者支援センターとも、組織的な連携や共同のしくみはなかった。

医療との連携

医療の分野では、薬剤会社の後援で年1回開催される宮崎発達障害治療研究会がある。発達障害にかかる医療機関の関係者の研修機会となっている。発達障害の支援体制やケース検討に関する公的な協議会は開かれていない。

支援機能

日常的な支援を担っている幼稚園、保育所、学校、児童発達支援事業所等に対する専門性の担保のためのしくみを市セ

ンターは持っていないかった。

(5) 周辺の市町村支援（広域化）

市センターは、広域化の圏域とそれ以外の地域からも、受診・相談を受けている。

圏域の市町村からは、診断と訓練支援の希望が多い。市町村の担当保健師から直接公的に紹介されてくることが多い。

圏域以外からは、診断の確認やセカンドオピニオンを求めての受診となっている。市町村からの直接の紹介は少ない。

圏域外の地域も含めて、利用に当たっては、自治体と利用契約を行っており、受診人数に応じた負担をお願いしている。このため、市立のセンターであっても、市以外の児が公的に利用できる形になっている。現在の外来の利用状況は、宮崎市が93%、圏域が5.5%、圏域外が1.5%であった。

2. 宮崎市の課題と考察

(1) 10人に1人の支援ニーズに対応するシステムモデルの構築

国立社会保障・人口問題研究所の推計では、2,040年に宮崎市の人口は35万となり、圏域を含む人口は44万となる。宮崎市は人口消滅都市からは免れているが、人口減少が推定されている。発達障害の支援を計画する際に重要な指標の一つとなる年間出生数は、圏域内で4,000を超える範囲で推移すると見積もられる。

人口減少が推定されているが、発達障害の支援ニーズが1割となると、圏域内で青年期までに各学年で400を超えるケースへの対応が、今後も必要となる。

単独の医療機関や市センターが、直接支援だけでかかるモデルでは、このニーズに対応しきれない。

本研究班代表の本田は、地域精神保健の3階層モデルを提唱した²⁾。

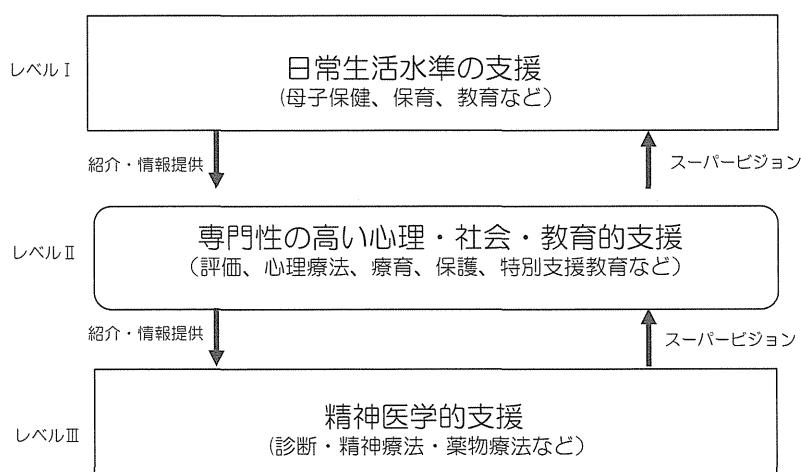


図5 地域精神保健の3階層モデル（本田²⁾）

地域精神保健の機能を3段階に分け、「日常生活水準の支援」をレベルI、「専門性の高い心理・社会・教育的支援」をレベルII、「精神医学的支援」をレベルIIIとする(図5)。

レベルIIを、日常生活と精神科医療をつなぐ重要なインターフェースとして機能させ、レベルIの日常生活水準をきめ細かく支援(スーパーバイズ)することで、レベルIIIの医療機関への受診の遅れや過度の受診を防ぎ、診断後や治療中でも、日常生活レベルでのケアを行い、精神科疾患の発病の予防、進行や再発の防止、複雑化の予防を行う。

増加・多様化した発達障害の支援ニーズに応えるためにも、有用なモデルとなると報告している。

家庭や幼稚園・保育園、学校などの日常生活場面で、発達障害への対応を支援し、高度の支援が必要になった場合は、より専門性の高い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モデルとなる。また、地域の機関や資源との連携を密にしていくことが求められる。

3階層モデルの考え方方が、宮崎市の課題をみていく上で重要な視点となると考える。

(2) 支援の開始にかかる課題

支援の開始時期

発達障害としての支援ニーズのある児のうち、3/4が就学前に把握され、1/4は就学後に支援ニーズが考慮されていた。支援を開始する適切な時期はケースによって異なると思われる。第56回児童青年精神医学会で、今井や本田らが学会報告したように³⁾、適切な支援開始が就学後というケースも存在し、緊急性や必要性に応じた支援開始が望まれる。

市センターでは、保健所の健診や発達相談に協力し、就学前の発見から早期の支援に至る過程に介入している。集団健診の全てにかかるることはできていない。また、市センターは、初診を就学前に限定しているため、就学後に支援ニーズが高まったケースの診断と相談にはかかわっていない。就学後の診断は、主に県立宮崎病院、独法宮崎東病院、小児科開業医、精神科開業医によっており、就学後

表4 宮崎市総合発達支援センターの初診状況

	平成24年度	平成25年度	平成26年度
初診数	245	316	324
発達障害	233 (95.1%)	280 (88.6%)	294 (90.5%)
待機日数	7~11か月	6~9か月	5~6か月

平成27年度の待機は
現在3か月

の診断と支援に、センターがどうかかわるかが、課題となっている。

待機問題

発達障害の支援ニーズが多いため、様々な支援の場所で、待機が起こる。公的なサービス開始に診断が必要となることもあり、診断機関の待機の影響は大きい。

市センターの待機は、平成24年度の7～11ヶ月から平成27年度で3か月となっている(表4)。保健所の発達相談は、約6か月の待機となっている。

親子通園は若干の余裕があり、単独通園は年度初めではないと空きがない状態が続いている。

市センターは、以前は診断後に支援開始となっていたが、現在は、初診前でも、緊急性や必要性に応じて、心理士相談やピアカウンセリングが実施される。

平成27年度に、小児科常勤医が増員され、2人体制となり、初診待機を短縮できている。現在、広げた枠以上に予約が増えている。

こうした待機の長さは、医療や福祉のサービスのわかりやすい指標となるため、議会等でもしばしば取り上げられる。

待機をなくすことが目標になりやすいが、待機の問題は、診断を前提とした訓練等の直接支援モデル(訓練モデル)の限界を示しているように思われ、増加・多様化した発達障害の支援ニーズに合わせたシステムへの移行が求められていると考える。

医学的な診断を受けなくても、専門的な支援が提供されるような体制を作るこ

とができなければ、待機の問題は十分には解消できないと思われる。

(3) 支援の実際にかかる課題

発達障害の支援が、宮崎市でもすんでいるが、こうした支援が、実際にどのように行われ、どのような効果があるのか、具体的な検証がなされていない。

市センターの診療部では、訓練モデルから相談モデルへの移行がすんでいない。

保護者支援も適切に行われているとは言えず、後述する「市センターありかた検討会」の保護者アンケートでは、診療部への要望のうち、約3割が診療、特に訓練頻度に関するものであった。訓練に対するニーズの高さが依然としてうかがわれる。市センター全体として訓練モデルからの脱却が望まれる。

通園部においても、重度の肢体不自由児に対する医療的ケアが優先され、自閉症を中心とする発達障害に対する合理的な配慮や基礎的な環境整備は、十分には行われていない。特に重度の知的障害を伴う自閉症児に対する対応は、組織的な取り組みがすんでおらず、就学後に行動障害が重篤化するケースも見られ、大きな課題となっている。

診療部と、通園部、地域生活支援部とのかかわりが弱く、共同による専門性の向上の機会が少ない。地域支援が可能なスタッフも限られている。

県の発達障害者支援センターは、早期の療育グループ等での支援を行っていない。このため、保育所や幼稚園の職員が療育を体験する機会として、市センター

に期待がかかるが、療育場面での発達障害の専門的な指導を、実際に体験できるプログラムを用意できていない。保育所や幼稚園での発達障害支援の専門性を担保するしくみを、市センターは十分に作ることができない。

国を取り組み

本研究班で議論されてきたように、今後支援の質が問われてくると考えられる。

平成26年に制定され、平成27年に施工される障害者差別解消法では、公的機関のみならず、民間事業所においても、障害に合わせた合理的な配慮が義務付けられる。

また、平成25年度からは、すべての障害・福祉サービスに従事する人を対象とする強度行動障害支援者養成研修事業が開始されるなど、国による発達障害支援の質の向上が図られている。

発達障害の支援時の基礎的な環境整備が望まれる地域は、まだまだ多いと考えられる。今後、国の施策として発達障害の支援体制づくりをすすめていく際には、体制モデルだけではなく、より具体的な対応モデルの提示も望まれる。

(4) 支援の連携にかかわる課題

保健所とは、健診後の発達相談に市センターがかかわっている。センターの専門職を派遣することで、機能を広げることができている。発達障害の基本的な評価と判断が可能となり、臨床心理士による保護者の相談支援も実施されている。発達相談で相談支援が完結できることも多い。ただし、前述のように待機が多く

なっており、相談後の支援先に悩むことが多い。

教育分野とは、市センターは、前述のように宮崎市内の教員の研修に関われていない。県庁在地の中核市ではこうした状況が起こることがあると考える。

また、発見の場であり、日常支援の場でもある幼稚園、保育所への専門性の担保を、市センターがどう担っていくかが、大きな課題と考えられる。発見の場については、保健所の専門性の担保のしくみに組み込んでいくことが望まれる。

発達障害者支援センターは、今後も国がすすめる発達障害支援の中心となる機関であり、市センターが対応できていない学童期から青年期、成人期にいたる支援を行っている。支援をつないでいくために、具体的な連携が望まれる。

連携のあり方

施設内の専門職の能力を高め、機能を増やし、施設のグレードアップを図ることが必要である。これだけでは時代の変化に追いつくことが難しい。中途半端なワンストップ型のセンターになりやすく、停滞が起こる。一つのセンター内の改善だけでは、発達障害全体の支援システムを変える革新的な変革はもたらされにくいと思われる。

日常生活レベルでの支援を充実させるために、地域の機関や資源とのかけ合わせによる新たなしくみづくりが望まれる。例えば、「教育委員会×市センター」、「福祉事業所×市センター」、「発達障害者支援センター×市センター」、「小児科医会×市センター」など、考えられるかけ合わせは多い。

市立の機関同士のかけ合わせは行いやすいが、県立や民間とのかけ合わせは容易ではない。ただし、設立の経緯や目的が異なる機関や資源ほど、かけ合わせの効果が大きいと考えられる。市センターでは、まだまだ異質なもの同士のかけ合わせが少ない。

連携を行う際は、一方的な支援の押し付けではなく、お互いの専門性を生かす共同が目標になる。垣根を越えた共同から新しい支援のあり方も生まれてくると考える。

こうした共同で生まれた新しい仕組みを、ビジネスモデルの一つである PDCA (Plan・Do・Check・Action) サイクルで回していくことができれば、柔軟で応用性のある支援体制になると思われる。

コーディネーターとの連携

日中一時支援や放課後児童デイケアなど福祉系の資源が増えたことで、サービスを調整するための相談支援専門員(コーディネーター)がおかれるようになった。

小児の場合、重心児を含めた調整役となるが、発達障害のサービス調整が非常に増えている。市センターでは地域生活支援部が担当している。ニーズが高く、調整が滞ることが多い。福祉資源につなげていく時に、こうしたコーディネーターの存在は大きい。

宮崎県の小中学校では、一定の地域を単位としたエリアサポート体制が構築されている。小中学校の拠点校にエリアコーディネーターを設置し、特別支援学校のチーフコーディネーターと連携してエ

リア内の学校支援を行う。市センターの心理士や作業療法士も学校支援に参加している。試行期ながら、教育現場との新たな支援のしくみとなっている。

市の教育委員会は、幼稚園、保育所にも発達障害を担当する園内コーディネーターの設置が呼びかけている。市センターは、こうした情報を共有できておらず、幼稚園、保育所のコーディネーターとかかわるしくみを持つことができていなかった。今後、積極的に連携していくためのシステムづくりが望まれる。

コーディネーターの役割は、今後も増していくと考える。支援ニーズに応えるために、市センターは個別支援を調製するコーディネーターとの協力が不可欠と考える。

(5) 広域化にかかる課題

地方創生

国がすすめる地方創生の一つに、「地方中枢拠点都市構想」がある。宮崎市も国の意向を受け、平成 26 年に拠点都市宣言を行った。拠点都市は、結びつきが強い周辺の小規模自治体と連携し、小規模自治体では持てない機能を補うことで地域を活性化させ、人口流出を防止する役目を担う。

市センターでも、周辺自治体からの受診依頼に応じ、診断や支援を実施している。

国富町と綾町とは、宮崎市との合同の健診検討会が開かれている。町の発達相談や巡回相談、健診にも市センターの相談員が参加している。

川南町では、一時期、市センターの心

理士が派遣され、発達評価と相談を担当し、ケース検討会に参加していたが、健診担当者の移動により中止となっている。

発達障害に対する安定した支援のためには、診断の肩代わりだけではなく、小規模自治体が持つ機能と共同したしくみを立ち上げることが望まれる。

また、宮崎市内在住者とはサービス提供にある程度の傾斜を生じさせが必要となる。適切なサービス提供の差も検討課題の一つである。

いずれにしても、発達障害の支援をすすめる上で、中核市（地方中枢拠点都市）の機能への期待は大きい。

3. 中核市の一モデルの提示

中核市規模になると、市立保健所など、様々な資源が存在している。特に宮崎市のような県庁所在地では、県の様々な機関が集中している。それぞれの機関は、

設立の経緯が異なり、目的や専門も異なっている。

発達障害の支援体制のシステムの一端を担い、こうした地域の機関や資源と連携し、支援をつないでいくためには、一貫性を持ったマネジメントが必要となる。小児期を支える地域の療育センターにこうした機能を持たせ、早期の支援を充実させることは、発達障害の支援システムの大きな柱になると考える。

さらに発達障害の増加・多様化した支援ニーズに応えるためには、中核市が運営するセンターが、前述した3階層モデルのレベルⅡの機能を持つことが求められる。

日常生活レベルの支援を支え、日常生活の安定を図り、過度の受診や過度の訓練期待を減らし、問題行動の出現や悪化を予防する。診断後も引き続き、日常生活レベルでの支援を支えていく。

また、同じレベルⅡの機関（宮崎市で

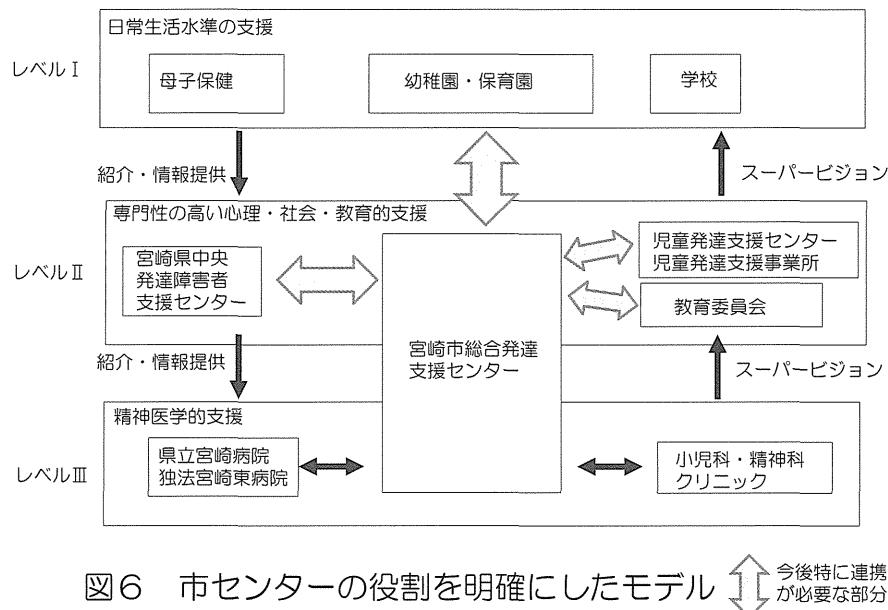


図6 市センターの役割を明確にしたモデル

は県発達障害者支援センター、教育委員会、児童発達支援事業所等)と連携を行い、市センターへの相談の一極集中を避け、他の機関と専門的な相談や支援技術を共有していく。

こうした機能を果たすことで、発達障害の10人に1人の支援ニーズに応えていくことができると考えた。

宮崎市の発達障害支援体制を、市センターを核として、3階層モデルに当てはめてみる(図6)。

医療型児童発達支援センターは、医療機能を持つため、3階層モデルでは、特異な位置付けとなるが、モデルを生かすためには、やはり、日常生活レベルへの支援と地域の機関や資源との連携が課題となる。

本研究班の研究¹⁾から、県庁所在地の中核市は、市立の医療型児童発達支援センターを設置している所は少なく、県や民間施設に依存している市が多くかった。

財政上の問題があり、市立のセンターを持つことは容易ではなく、市立のセンターを核としたモデルは一般的ではない。

ただし、市センターが、日常生活レベルでのケアを行う機関や資源を支え(レベルⅠへの支援)、専門的な相談と支援を行う機関や資源と連携し、専門的な相談技術や支援技術を共有することができれば(レベルⅡへの連携と支援)、発達障害の支援ニーズを持ったケースが、一か所のセンターにのみ集中しないですむと考えられ、大規模なセンターを整備しなくても、増加・多様化した発達障害の支援

ニーズに対応可能なシステムモデルの一つになるとを考えた。

さいごに

中核市の発達障害に対する支援システムモデルの一つとして、宮崎市のシステムを、課題と合わせて提示した。

昨年、報告したように、宮崎市では市センターの現状と課題を見直すため、市の担当部署、県の関係者、利用者代表からなる「市センターあり方検討会」が開かれ、運営将来構想が出された。構想に基づき、平成27年12月に、今後5年間の事業計画が策定された。事業計画の基本となったのは、専門職等の充実、地域資源の活用、新たな事業創出の3つである。

スタッフの支援技術を高め、地域機関と連携共同して、地域の日常生活ケアをすすめていくことが、改めて方向付けされることとなった。

謝辞

3年間の調査にご協力いただいた関係者の皆様に心よりお礼申し上げます。

研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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

参考文献

- 1) 高橋 僕：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～. 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（主任研究者 本田秀夫），151～161, 2015.
- 2) 本田秀夫：発達障害の早期発見・早期療育システム. 地域によらない基本原理と地域特性への配慮, そだちの科学18号2～8, 2012.
- 3) 今井美保、本田秀夫、他：発達障害の早期発見・診断システムの到達点と課題 その3, 第56回児童青年精神医学会, 横浜, 2015.

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
全国調査との比較から見た
函館市の発達障害支援の現状と今後への展望

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:本研究班における過去 2 年間の中規模市の調査と函館市における今年度調査を含む 3 年間の調査を比較し、函館市における発達障害支援の今後のあり方について考察した。中規模市調査では、教育現場の認識と医療機関における診断に大きな地域差がみられた一方で、医療機関を受診する子どもの頻度には地域差は少なかった。このことから、発達障害支援の基本的なあり方として、厳密な医学的診断にこだわらずまずは発達の遅れや偏り全般を包括的に捉え、個々の子どもの支援は医療機関の利用の必要性も含め個別の評価によって決定していくという包括的かつ個別的なアプローチが重要であると考えられた。人口統計学的指標や財政指標から見た函館市は、人口減少、少子高齢化、財政難が中規模市の中でも際立っていた一方で、発達障害支援のニーズ自体は他市と大きな違いはなかった。これらのことから、函館市における今後の発達障害支援のあり方として、①財政的に効率的であること、②未診断の子どもたちを含め幅広い層に発達障害支援のエッセンスを含む支援を提供すること、③一部の子どもたちへは医療を含む専門的な支援を提供すること、の 3 つが重要であると考えられ、具体的な方向性としては、一般的の子育て支援の中に位置づけられるような発達障害支援の充実、普通教育と特別支援教育が継ぎ目なく連続するような個別性の高い教育環境、発達障害診療を行う医療機関の集約化・拠点化が望ましいと考えられた。

A. 研究目的

本研究班で行われた過去 2 年間の中規模市（中核市、特例市）の調査と函館市における今年度調査を含む 3 年間の調査を比較し、函館市の発達障害をめぐる現状を明らかにするとともに、支援の今後のあり方について考察する。

B. 研究方法

I 中規模市調査との比較から
豊田市（人口 42.2 万人、中核市）、宮崎市（同 40.0 万人、中核市、県庁所在地）、松本市（同 24.3 万人、特例市）及び函館市（同 27.9 万人、中核市）について本研究班で行われた過去 2 年間の調査結果を比較した。本研究班の過去 2 年間の報告

書¹⁾²⁾より、平成25年度研究として行われた各市の人口統計的・財政的特徴及び発達障害支援のシステム、小学校1年生、

小学校6年生を対象とする教育機関調査、同年齢人口を対象として行われた医療機関調査、平成26年度調査として行われた

	豊田市	宮崎市	松本市	函館市
人口（人）	422,010	400,583	243,037	279,127
人口密度（人/km ² ）	457	1,367	248	412
人口性比（女100人当たり男）	109	88.1	96.4	83.5
社会増減（人）	-1,872	+544	+292	-4,997
出生率（人口1000対）	10.3	9.4	9.0	6.7
死亡率（人口1000対）	6.7	9.0	9.3	11.4
年少人口割合（0-14歳）	14.3%	14.6%	14.1%	10.9%
生産年齢人口割合（15-64歳）	63.5%	63.5%	62.2%	61.4%
老人人口割合（65歳以上）	17.7%	21.2%	23.7%	27.5%
完全失業率	2.6%	6.4%	5.3%	8.3%
生活保護人員（人口1000対）	5.9	17.3	7.6	44.0
財政力指数	1.05	0.61	0.71	0.46

表1 人口統計指標及び財政指標

	診断機関	療育センター（医療機能あり）
豊田市	豊田市子ども発達センターのぞみ診療所 (市立)	豊田市こども発達センター（市立）
宮崎市	宮崎市総合発達支援センター（市立） 県立宮崎病院精神医療センター（県立） 宮崎県立こども療育センター（県立） 国立病院機構宮崎東病院（国立） 弘潤会野崎病院（民間） こごうメンタルクリニック（民間） どんぐりこども診療所（民間） なつみ小児科クリニック（民間） 県立こども病院（県立） 信州大学医学部附属病院（国立）	宮崎市総合発達支援センター（市立） 宮崎県立こども療育センター（県立）
松本市	国立病院機構まつもと医療センター (国立) 松本協立病院（民間）	なし
函館市	はこだて療育・自立支援センター（市立） 函館五稜郭病院（民間） 函館中央病院（民間） おしま地域療育センターゆうあい会石川 診療所（民間） かとうメンタルクリニック（民間）	はこだて療育・自立支援センター（市立） おしま地域療育センター（民間）

表2 診断機関及び発達障害支援に対応できる療育センター（医療機能あり）

		豊田市	宮崎市	松本市	函館市
3 (4) か月	受診率	95.5%	97.6%	97.9%	100%
	フォロー率	12.8%	10.6%	16.3%	4.7%
1歳 6 (7) か月	受診率	94.9%	92.2%	95.9%	93.9%
	フォロー率	25.1%	不明	26.9%	5.4%
3歳 (1か月)	受診率	93.4%	87.6%	97.0%	91.4%
	フォロー率	24.1%	不明	16.4%	13.8%
5歳	受診率			未実施	
	フォロー率				
就学時	受診率	100%	99.1%	不明	94.3%
	フォロー率	不明	3.86%	不明	0.11%

表3 乳幼児健診とフォロー率

小学校2年生、中学校1年生を対象とする教育機関調査の結果を抽出し、比較検討を行った。

度の小学校3年生、中学校2年生を対象とする同調査⁵⁾を比較し、他の中規模市調査の結果とも比較しながら函館市の発達支援障害の現状について考察した。

II 函館市調査の検討

平成25年度に行われた小学校1年生、小学校6年生を対象とする教育機関調査³⁾、平成26年度の小学校2年生、中学校1年生を対象とする同調査⁴⁾、平成27年

(倫理面への配慮)

本研究で取り扱ったデータはすべて個人情報を含まない、すでに公開されているものである。

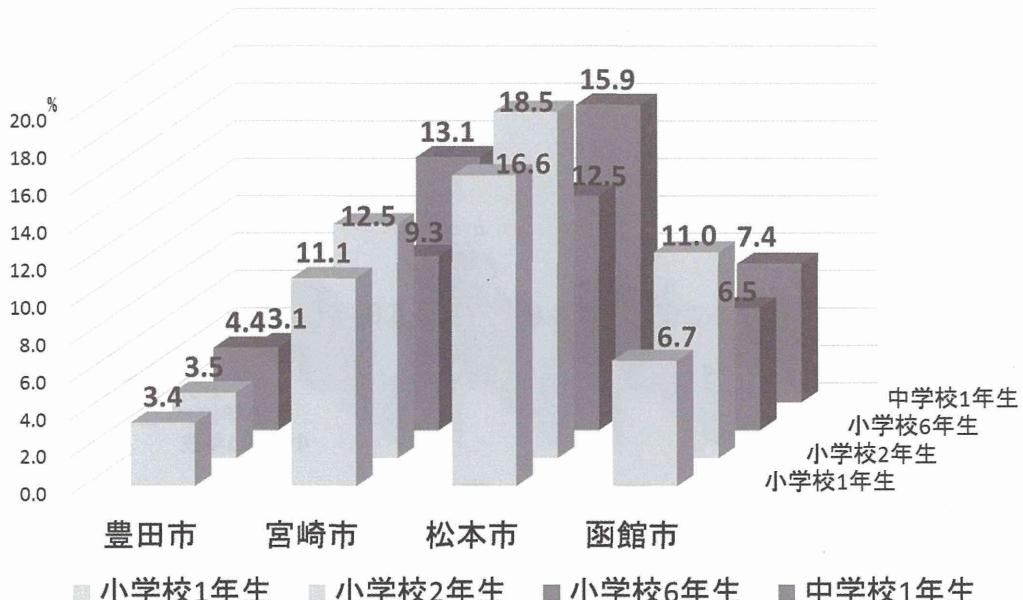


図1 教育機関調査：生徒数全体に占める発達に遅れや偏りがある子どもの割
※函館市の小1、小6は特別支援学校を含まないデータである。

C. 研究結果

I 中規模市調査との比較から

1. 人口規模・財政状況（表1）

豊田市はトヨタ自動車の工場があり財政的に豊かである。宮崎市は県庁所在地であることから年少人口割合が高く社会的人口増も多い。松本市はこれらの指標の上では中間的な性格を示している。函館市は人口統計上も財政上も際立って厳しい数字が並んでおり、中規模市の中では人口減少、高齢化、財政的困難が著しい。

2. 産業構造

旧産業分類に基づく就業人口についてみると、豊田市は第1次産業2.0%、第2次産業44.5%、第3次産業46.8%、その他6.7%と、第2次産業の比率が高いという点で明確に他市と性格を異にしており、

宮崎市は、同5.1%、15.4%、72.9%、6.6%と第3次産業を中心である。松本市は同5.9%、23.1%、68.6%、2.4%と、豊田市ほどではないが第2次産業の割合が比較的高い。函館市は同3.6%、16.6%、73.2%、6.7%と第3次産業の比率が高いという点で旧産業分類上の産業構造は宮崎市と比較的似ている。

3. 診断機関と療育センター（表2）

豊田市は市の施設が一元的に診断から支援まで行うという特徴がある。宮崎市は市が中心になり、市、県、国、民間の施設をまとめている。松本市は市の施設がなく、県立、国立の医療機関が中心で、療育センターがない一方で大学病院があることが大きな特徴である。函館市は最近になり市の療育センターに常勤医師が配置されたが、これまで民間主導で市

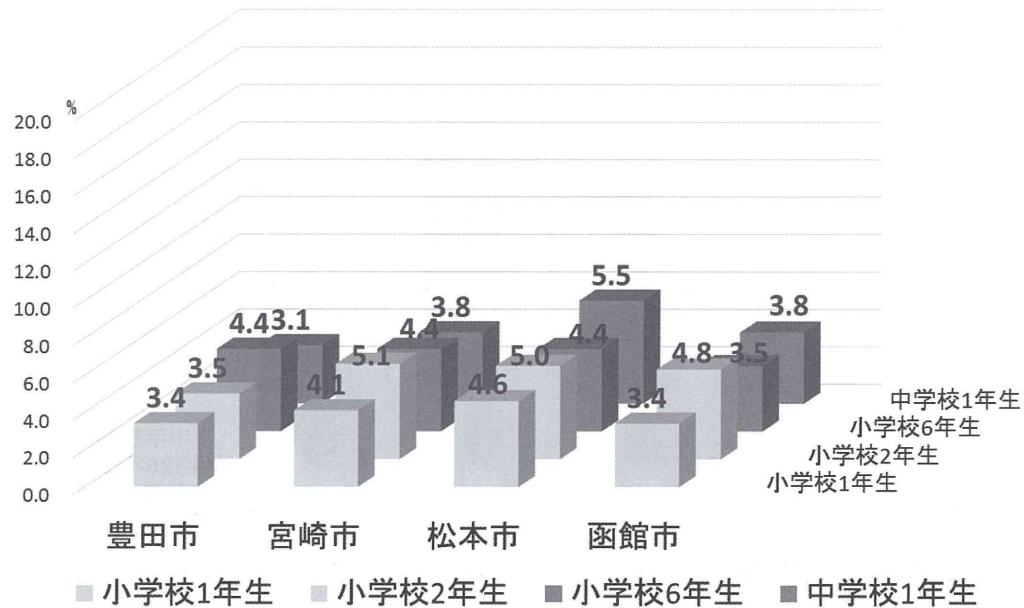


図2 教育機関調査：学校が医療機関の受診を把握している発達に遅れや偏りのある子どもの割合

※函館市の小1、小6は特別支援学校を含まないデータである。

の関与は比較的弱かった。

4. 乳幼児健診（表3）

健診のフォロー率は自治体によってばらつきが大きいが、函館市は特にフォロー率が低い点で特徴的である。就学時健診のフォロー率はデータのある宮崎市、函館市だけを見てもかなり低く、中規模市においては全国的に母子保健と教育の役割が明確に分離され、連携が弱いことを示唆している。

5. 教育機関調査

①発達に遅れや偏りを持つ子どもの割合

発達に遅れや偏りを持つ子どもが生徒全体に占める割合を図1に示す。自治体ごとのばらつきが大きく、また、学年ごとの比較という面でも自治体ごとによって傾向が異なり、明らかな共通性は見ら

れない。その一方で、これらのうち学校が医療機関の受診を把握している子どもの割合を見ると地域間のばらつきは少なくなる（図2）。反対に、発達に遅れや偏りを持つ子どもも全体に占める医療機関受診の割合という面から見ると、自治体ごとの差は極めて大きくなる（図3）。これらの面から見ると、函館市は他の中規模市と明らかに異なる特徴は見られなかった。

②発達に遅れや偏りを持つ子どもの特徴の種別

発達に遅れや偏りを持つ子どもをその特徴によって分類すると、対人関係やコミュニケーションの問題（広汎性発達障害を疑わせる特徴）が最も多いという点では共通しているものの、特徴の種別の内訳はばらつきが大きく一定の傾向は見いだせない（図4）。ただし、これらを行

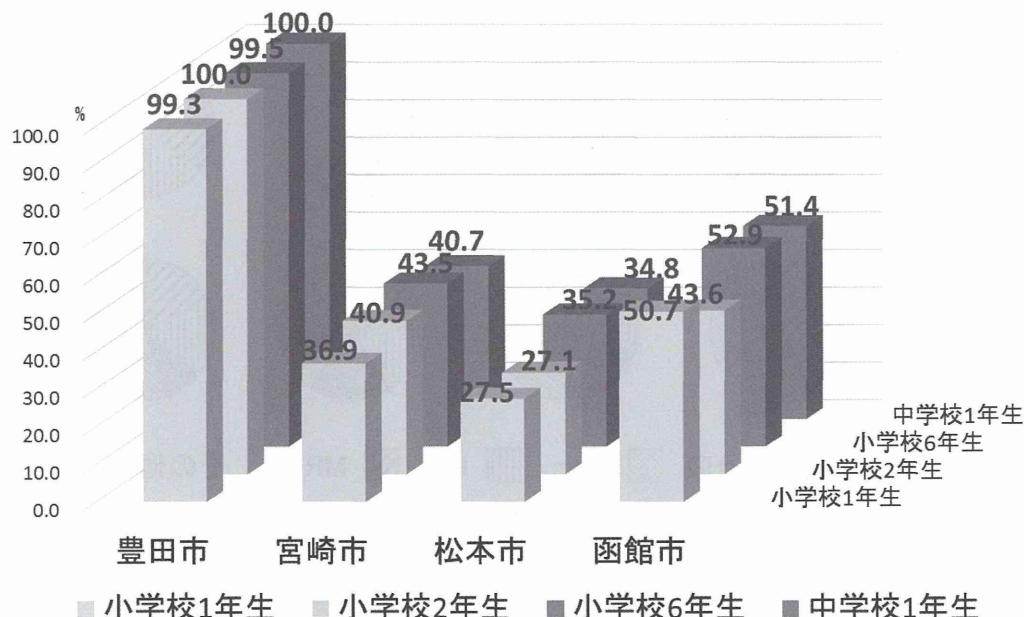


図3 教育機関調査：発達に遅れや偏りのある子どもに占める専門医療機関受診の割合

※函館市の小1、小6は特別支援学校を含まないデータである。

動面の問題（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を疑わせる特徴）と学習の問題（学習障害、精神遅滞を疑わせる特徴）の二つに分けると、低学年では行動面の問題が多く、学年が進むにつれて学習の問題の頻度が高くなっていく傾向があることは地域によらず共通していた。医療機関の受診がある場合は、ない場合と比較するとどの地域でも広汎性発達障害を疑わせる特徴

の比率が高くなっていたが、特徴の種別の内訳にばらつきが大きいという点に変化はなかった（図5）。この点で見ても、函館市には他の市と顕著に異なる特徴や傾向は見られなかった。

6. 医療機関調査

医療機関を受診し発達障害の診断を受けている子どもの同学年人口に占める割合を図6に示す。ほかの自治体に比べる

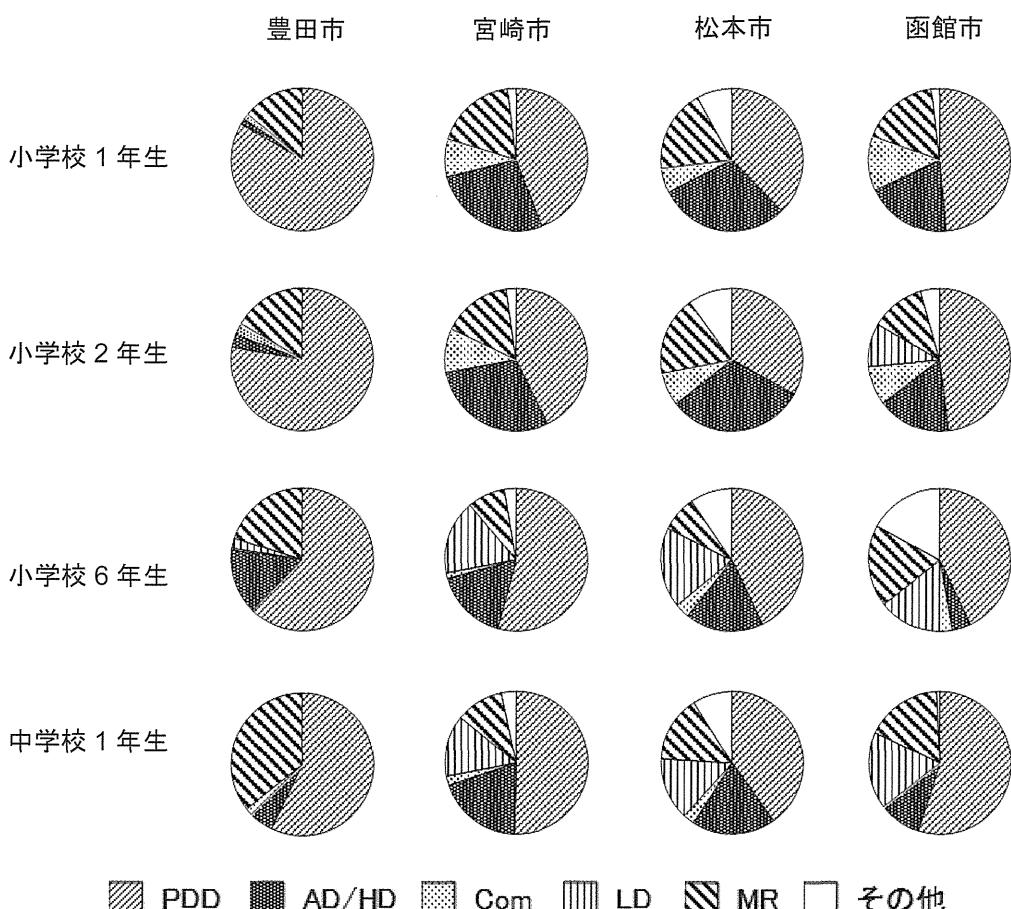


図4 教育機関調査：特徴の種別の内訳

※函館市の小1、小6は特別支援学校を含まないデータである。

PDD: 広汎性発達障害の特徴、AD/HD: 注意欠如・多動性障害の特徴、Com: コミュニケーション障害・構音障害の特徴、LD: 学習障害の特徴、MR: 精神遅滞の特徴をそれぞれ示す。

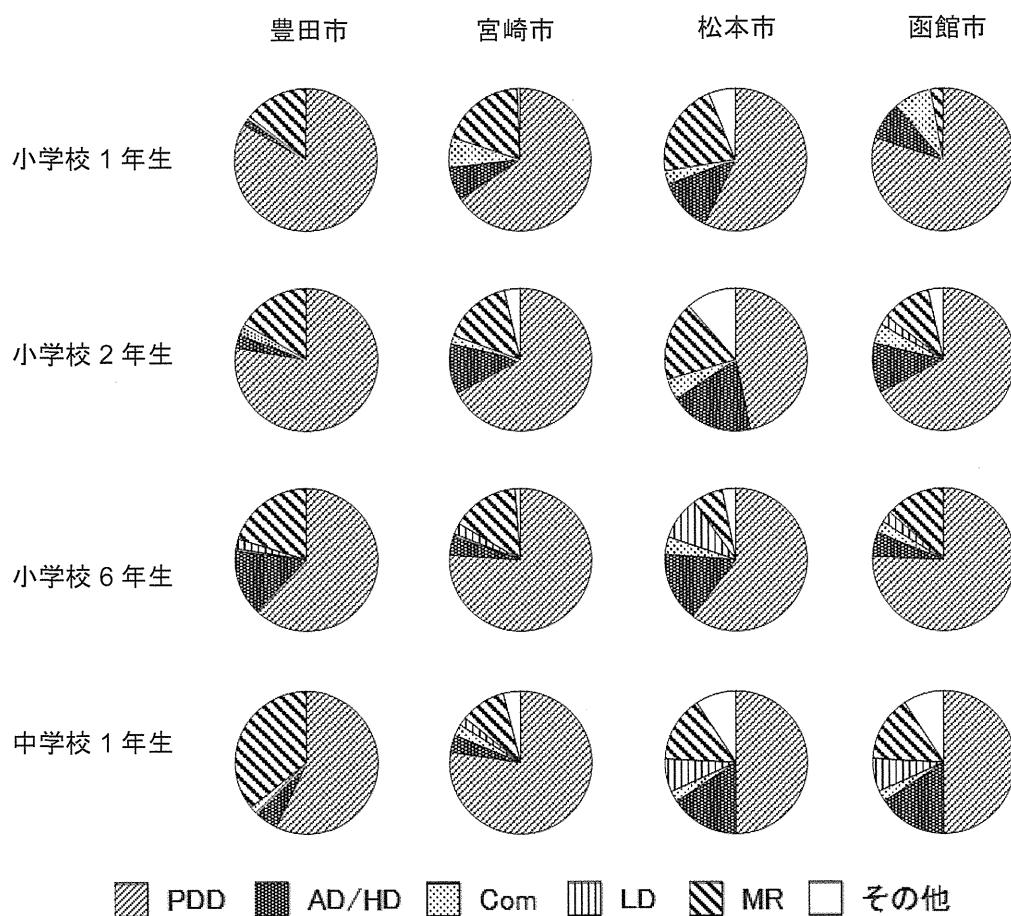


図 5 教育機関調査：特徴の種別の内訳（医療機関受診のある場合）

※函館市の小1、小6は特別支援学校を含まないデータである。

PDD: 広汎性発達障害の特徴、AD/HD: 注意欠如・多動性障害の特徴、Com: コミュニケーション障害・構音障害の特徴、LD: 学習障害の特徴、MR: 精神遅滞の特徴をそれぞれ示す。

と松本市の頻度が低くなっているが、その他の市は 5.3%~7.1%とそれほど大きな頻度の差は見られなかった。医療機関調査の結果を教育機関調査と比較すると、松本市を除き、小学校 1 年生でも 6 年生でも教育機関が受診を把握している人数は実際に医療機関を受診した人数よりも明らかに少なかった。医療機関における診断の内訳は地域差が激しく、広汎性発達障害の診断が最も多いという点は共通

していたが、その他には共通する傾向は見られなかった（図 7）。教育機関調査で示された特徴の種別と医療機関調査で示された診断の内訳を比較しても、広汎性発達障害を疑わせる特徴が最も多いこと以外には一定の傾向は見られなかった。この点についても、函館市には他の市と異なる顕著な特徴や明らかな傾向は見られなかった。

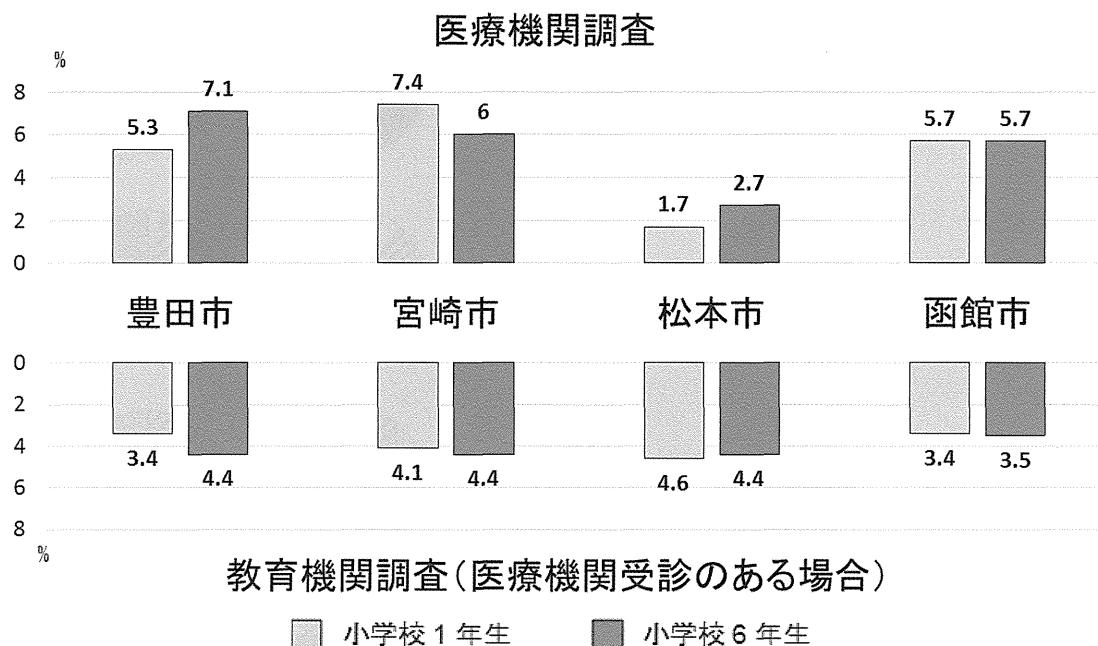


図6 医療機関を受診した子どもの割合：医療機関調査と教育機関調査の比較

II 函館市調査の検討

平成25年度（小学校1年生、小学校6年生を対象）、平成26年度（小学校2年生、中学校1年生を対象）、平成27年度（小学校3年生、中学校2年生を対象）の3年間の研究について、通常学級と特別支援学級の合計に占める特徴の種別の頻度を調査年度（学年）ごとの比較として表4に示す。特別支援学校を入れずに通常学級と特別支援学級の合計として比較をした理由は、平成25年度調査は通常学級と特別支援学級の調査票の回収率が約50%と低かったため、これに回収率100%の特別支援学校を加えると背景人口を反映しない結果となる可能性が高かったためである。結果の比較のため、回収率がすべての学級、学校で100%だった平成26年度、27年度についても同様

の集計を行った。

発達に遅れや偏りのある生徒の比率は小学校2年生、3年生でやや高く、小学校1年生、小学校6年生、中学校1年生、中学校2年生ではそれよりもやや低かった。

特徴の種別の頻度では、広汎性発達障害の特徴については学年による変動は少なかったが、注意欠如・多動性障害、コミュニケーション障害・構音障害の特徴は低学年で多く、高学年では少なくなる傾向があった。学習障害と精神遅滞の特徴は学年が高くなると微増の傾向はあったが顕著ではなかった。医療機関を受診している場合には、学年による変動は少なく、比較的一貫した傾向がみられていた。