

表 6-3 震災後のストレスケア H25・26・27年度 震災後のストレスケア 1年生 (いわき市)

内容	H25 n=2019		H27 n=1826	
	人数	%	人数	%
①震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	4	0.2	0	0.0
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	2	0.1	0	0.0
③ ①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	0	0.0	0	0.0

表 6-4 震災後のストレスケア H25・26・27年度 震災後のストレスケア 6年生 (いわき市)

内容	H25 n=2179		H27 n=1986	
	人数	%	人数	%
①震災後のストレスから専門的な心のケアが必要と感じる児	7	0.3	7	0.4
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	2	0.1	7	0.4
③ ①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	2	0.1	4	0.2

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

～中核市・施行時特例市調査のまとめと提言～

- 分担研究者 高橋 脩（豊田市福祉事業団 理事長、児童精神科医）
大庭健一（宮崎市総合発達支援センター センター長、小児科医）
高橋和俊（おしま地域療育センター 所長、小児科医）
原田 謙（長野県立こころの医療センター駒ヶ根 副院長、児童精神科医）
米山 明（心身障害児総合療育センター 外来療育部長、小児科医）
- 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：中核市及び施行時特例市（以下、中核市等）は政令指定都市に次いで有力な基礎自治体である。中核市等における発達支援システムを検討する目的で、平成25年度から5名の分担研究者が担当市等について発達支援の実態調査を、26年度には中核市等の悉皆調査を実施した。これら諸研究を通じて中核市等における発達支援システムの実態と課題を整理し、今後のシステムのあり方について提言を行った。

改正障害者基本法の第17条（「療育」に関する規定）によって、基礎自治体にも障害のある子の発達を支援するための体制整備が求められるようになった。政令指定都市に次いで有力な基礎自治体である中核市、施行時特例市（以下、特例

市)、特別区には、都道府県に依存しない自立した支援体制の整備が期待される。各種調査を通じて中核市及び特例市の支援実態と支援システムのあり方について検討を行った。研究を総括し今後の支援体制のあり方について提言をまとめたので報告する。

なお、本報告書は中核市及び特例市に関する総括的な報告書である。各分担研究者が担当した自治体に関する研究の詳細はそれぞれの総合報告書を参照されたい。

A. 研究目的

中核市及び特例市の発達支援実態を把握し、それに基づき自治体規模に適した発達支援システムを構想すること。

B. 研究概要

I. 方法

平成 25 年度から 27 年度の 3 か年で 3 種類の研究を行った。第 1 は、各分担研究者による担当市及び特別区の発達支援システムの実態調査と累積発生率等の調査、第 2 は中核市悉皆調査（県庁所在市と非県庁所在市の比較研究を含む）、第 3 は特例市の悉皆調査である。各分担研究者と担当市等は次の通りである。

- ・中核市：北海道函館市（高橋和俊）、愛知県豊田市（高橋脩）、宮崎県宮崎市（大庭健一）
- ・特例市：長野県松本市（原田謙）
- ・特別区：東京都板橋区（米山明）

このうち、特別区である板橋区は人口 54 万人と中核市と同レベルであり、保健所を設置するなど中核市と類似の行政権

限を有することから本分担研究グループに含めた。

本総合報告書は、主として中核市悉皆調査及び特例市悉皆調査報告書をもとに発達支援システムを構成する基幹機能の現状と課題についてまとめ、それに基づき今後の支援体制のあり方について提言するものである。各分担研究者の担当市及び特別区の調査報告書については課題を簡潔にまとめ提言に反映した。

なお、特例市は 2014 年度末をもって廃止となり 2020 年 4 月 1 日までに中核市か一般市のいずれかに移行することが求められている。特例市の今後の在り方については、一般市に移行する場合を想定して提案した。中核市に移行する市については当然ながら中核市としての体制の整備が必要である。

ところで発達支援システムの基幹機能とは何か。基幹機能とは、基礎自治体を基盤に発達支援を展開する場合に、それがなくては継続的で一貫性のある支援が成り立たないような必須機能をいう。

基幹機能は、支援が必要な子どもの発達支援と養育者の子育て支援に関わる「直接支援機能」、直接支援をライフステージに沿って継続的に提供するための「間接支援機能」からなる。「直接支援機能」は、障害の発見、障害の有無にかかわらず発達支援が必要とされる子どもと養育者を対象とした心理的な敷居の低い子育て支援（以下、敷居の低い子育て支援）、専門的な通園療育、診断と医学的ハビリテーション、統合保育、学校教育、相談の各機能から構成され、「間接支援機能」は、地域連携及びシステムの運営、

研修・人材育成、研究、行政への施策や事業の提言等の機能からなる。これら諸機能を整備し有機的に結びつけシステムとして機能させることが自治体の役割である。

(倫理面への配慮)

各研究の実施にあたってはそれぞれの分担研究者が所属する機関等の研究倫理審査委員会の承認を得ている。

II. 結果と考察

1. 悉皆調査のまとめ

(1) 調査対象

中核市の有効回答率は 74% (全中核市 43 市のうち 32 市) と高かった。今回の調査は中核市の実態を反映したものと考えられる。

特例市は 44% (全特例市 39 市のうち 17 市) であった。

(2) 自治体人口、出生児数、対象児数

中核市は、それぞれ平均で人口 400, 109 人、年間出生児数 3, 448 人、年少人口割合 (15 歳未満) 13. 5%、財政力指数 0. 77 であった。

特例市は、同様に人口 240, 393 人、年間出生児数 2, 011 人、13. 3%、財政力指数 0. 81、であった。人口と出生児数は中核市のおおよそ半分、年少人口割合と財政力指数はほぼ同程度であった。

本研究班 (主任研究者：本田秀夫) が平成 25 年度に実施した研究初年度の累積発生率調査⁽¹⁾ (確定診断された厳密な事例のみを対象) による小学 6 年生の発生率 6. 4%に基づくと、年間出生児と年少人口に占める発達障害児数は、中核市でそれぞれ 221 人、3, 457 人と推定される。同

様に特例市は 129 人、2, 046 人である (研究の最終年度である今年度に 3 年間の累積発生率が確定するが、その結果ではさらに増加する可能性が高いことを付記しておく)。

評価と方向性：実に多くの支援を要する子どもの存在が示唆され、自前で質量ともに充実した支援体制の整備が必要である。

(3) 直接支援機能

発達支援システムの整備とはすなわち基幹機能の整備とその有機的連携である。要となる基幹機能の現状について順次まとめる。

1) 発見機能

中核市及び特例市ともに発達障害の発見は主として 1 歳 6 か月児健診と 3 歳児健診で行われており、受診率も 90%を超えていた (ことに 1 歳 6 か月児健診は約 95%)。多くは一次健診のあと二次健診 (事後指導事業) を実施していた。また、すべて集団健診方式であり、医師会等に委託し個別健診方式を採用した自治体はなかった。

中核市及び特例市とも多くの市で、保育園、幼稚園、小中学校、医療機関も発見機関として重要であり、保護者からの相談も発見の機会として重要と回答していた。これら諸機関との連携の重要性も指摘されていた。

中核市調査では、数市で 5 歳児健診・相談を行っていることが確認できた。いずれも試行的・部分的であった。

評価と方向性：健診体制は整備されていた。発達障害の発見には引き続き集団健診体制の維持、多段階的な発見体制の

整備と一層の関係機関の連携が必要である。

2) 敷居の低い子育て支援機能

中核市では約半数（46.9%）が実施していた。主として幼児期前半の幼児が対象であり、実施回数は週1～2回、全て自治体単独事業であった。

特例市では1市を除き全市で親子通園事業が行われていると回答されたが、事業内容については不明な点もあった。

評価と方向性：中核市の約半数で市の自主事業として実施していた。この事業を重要と考えていることが示唆された。

発達障害は疑われても直ちに診断は困難なことも多く、保護者が障害に気づかないことも多い。敷居の低い子育て支援事業（発達支援、子育て支援、そして障害への気づき支援がセット）は現在、最も整備が必要な事業といえる。国の事業として実施されることを期待したい。

3) 専門療育機能

中核市では全市に児童発達支援センター（福祉型、医療型）があり、21市では両タイプのセンターが存在していた。また、多くの児童発達支援事業所も認められた。

非県庁所在市の大多数（94.4%）は市立のセンターを設置していた。県庁所在市は極めて少なく（35.5%）、専門療育機能を県や民間事業所に依存していた。

13市（40.6%）は市立の医療型センターを設置していたが、いずれも発達障害を含めた地域の専門医療機関の役割は担っていなかった。

特例市では13市（76.5%）に児童発達支援センター（福祉型7市、医療型2市、

県立3市）があり、8市（47.1%）のセンターは市立であった。センターがないのは4市（23.5%）であった。

評価と方向性：中核市ではすべての市に児童発達支援センターはあったが、県庁所在市では市立センターの設置率が極めて低かった。特例市の多くにもセンターがあり、約半数は自治体が設置していた。

発達支援システムの中核的役割を担う施設の1つは療育専門性と多様な支援機能を備えた児童発達支援センターである。国も人口10万人に1か所を予定している。システムが機能するためには、児童発達支援センターは必置である。中核市及び特例市では、市が責任をもって支援体制を整備していくためにもその1つは自治体が設置する必要がある。ことに設置率が極めて低い県庁所在市の設置促進が望まれる。

4) 専門医療機能

中核市では、9市（28.1%）は市立の専門医療機関を設置していたが、他は県立の旧肢体不自由児施設、大学病院等に依存していた（ことに、その傾向は県庁所在市で顕著であった）。他に依存している市で県立施設等と組織的連携ができていない自治体は確認できなかった。

特例市では、市立の専門医療機関はなかった。全てが様々な医療機関を利用していた。これら医療機関と組織的連携ができていない自治体は中核市同様に確認できなかった。

評価と方向性：中核市の約3割は市立の専門機関を整備していたが、県庁所在市では市内にある県立施設や大学病院へ

の依存度が高かった。特例市では市立施設はなく、自前で整備することは困難と思われた。

発達支援システムが機能するためには、基幹的専門療育施設と並んで専門医療施設が必置である。中核市は都道府県に依存することなく自前で専門医療施設を整備することが望ましい。特例市は困難かもしれないが、都道府県の施設や大学病院等を活用するにしても、安定的な医療の提供や総合的な支援等を展開するためにも、お互いの役割分担の明確化を前提に相手の機関と組織的な連携を行う必要がある。

5) 統合保育機能

中核市では保育所（市立・私立）及び市立幼稚園での統合保育は実施されており、加配保育士等もごく一部の市を除いて配置されていた。しかし、私立幼稚園については実態把握がなされていない市が多かった。

特例市では保育所及び幼稚園とも公立と私立（私立）の別なく受け入れ、加配保育士等も配置していた。

評価と方向性：中核市及び特例市ともに保育所での統合保育は実施されていた。中核市では私立幼稚園の実態把握が不十分であり多くは不明であった。連携の不足が示唆された。

市の行政権限が及ばない私立幼稚園にも発達障害を含めた多くの障害児がいることを考えると、私立幼稚園との連携を組織的に行い、私立幼稚園を含めた発達支援システムの整備を目指したい。

6) 学校教育

中核市及び特例市ともに各種の特別支

援学級が多く設置され通級指導も積極的に行われていた。中核市では10市(31.3%)で市立の特別支援学校を設置しており、特例市では13市(76.5%)に県立特別支援学校が認められた。

評価と方向性：特別支援教育の体制は一通り整備されていた。今後は、研修や人材育成すなわち教員の質の向上や地域の福祉・医療関係機関との連携が課題である。

(4) 間接支援機能

間接支援機能では研修・人材育成と連携組織についてまとめる。

1) 研修・人材育成

中核市では保育所・幼稚園等への専門的支援や研修をほとんどの市(30市)が実施していた。しかし、公立保育所のみ実施、保育所は保育課が幼稚園は学校教育課がそれぞれ別々に実施、私立幼稚園は除外、散発的な実施、多くの専門機関に無計画に依頼等さまざまな問題があった。

特例市でも全市で保育所等への支援や研修は行われていたが、外部の専門家によるものは6市(35.3%)に留まっていた。

評価と方向性：中核市及び特例市ともに保育所等への研修・人材育成はほぼ全てで実施されていたが、実施方法や支援対象等に多くの問題が認められた。

研修・人材育成機能をシステム全体の専門性を向上させるための重要な機能と位置づけ縦割りを排し包括的・組織的・体系的に実施する必要がある。

2) 連携・システム運営

中核市では発達支援に関わる独立した連携組織を設置していたのは1市のみで

あった。自立支援協議会の下部組織等も若干確認されたが内容は不明であり、特別支援連携協議会の設置も8市（25%）に留まった。

特例市では自立支援協議会の下部組織等も若干確認にされたが多くは不明であった。

評価と方向性：連携組織の整備は立ち遅れていることが明らかとなった。

連携組織は多くの機関・団体からなる支援システムを運営・発展させるための要といえる。直接支援機能の整備と並び連携組織の整備を進めるとともに運営の専門性を高めるための研修が望まれる。発達支援システムの整備は自治体評価から始まる。研修には各自治体の社会資源等のアセスメント演習（自治体診断）も含めることが必要であろう。

2. 各担当自治体調査のまとめ

各分担研究者の担当自治体が直面している発達支援システム上の課題について整理する。なお、下線部は近年の制度改革によって新たに生じた課題である〔考察（2）を参照〕。

（1）直接支援機能

1）発見機能

- ・宮崎市：早期からの相談支援の充実
- ・松本市：発見後の医療機関へのつなぎ
- ・板橋区：健診での発見（1歳6か月児健診は個別）、健診後の連携

2）敷居の低い子育て支援機能

- ・宮崎市：早期からの相談支援の充実、初診待機と「診断を前提としない支援」

3）専門療育機能

- ・宮崎市：コンビニ型事業所とデパート型事業所の機能分担

- ・函館市：児童発達支援センターの利用待機児

- ・松本市：中心となる児童発達支援センターがない

- ・板橋区：療育機関の不足

4）専門医療機能

- ・豊田市：専門家、ことに専門医の育成と確保

5）統合保育機能

- ・豊田市：子ども子育て支援新制度による保育所利用障害児の増加と支援強化

6）学校教育機能

- ・豊田市：特別支援学級、通級指導教室の増加と教師の専門性向上

（2）間接支援機能

1）研修・人材育成

- ・函館市：新規事業所の専門性の向上
- ・豊田市：児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の急増と支援の必要性（研修会、実習、運営アドバイス等）、放課後児童クラブの支援強化

- ・松本市：保育所・学校等への巡回支援の充実

- ・板橋区：組織的な巡回

2）連携・システム運営

- ・函館市：公民さまざま多くの関係機関事業所が存在。一貫性・継続性のある支援を展開するための連携組織が必要

- ・豊田市：放課後等デイサービス事業所の急増と連携

- ・松本市：発見、相談、療育、医療の

各機関の連携

- ・板橋区：発達ネットのマネジメント能力（縦横連携の推進が必要）

(3) その他

- ・松本市：2次障害例への対応

3. 考察

中核市及び特例市は政令指定都市に次ぐ有力な基礎自治体であり、発達支援を要する多くの子どもの存在を考えると、自立した支援システムの形成と運営が期待される。

各調査結果を踏まえ今後の在り方について考察を行う。

(1) 2つの悉皆調査から見えてきたこと

今回の調査で中核市と特例市では、幼児健診における障害の発見、専門療育、統合保育、学校教育などの直接支援機能は一通り整備されていることが確認された。また、敷居の低い子育て支援機能についても必要性が認識され、中核市での約半数では自前で整備していた。最も整備が困難な専門医療機能についても、中核市の約3割は自前で専門医療機関を設置しており、中核市でも可能なことを示唆した（一方で、特例市では設置は困難であること、医療型児童発達センターは発達支援システムの医療面のセンター的役割は果たせていないことも明らかになった）。

今回の調査は、中核市及び特例市が抱えている重要な問題も浮き彫りにした。1つは格差であり、もう1つは間接機能の弱さであった。

格差は、中核市の基幹的専門療育機能と専門医療機能の整備に顕著に現れてい

た。中核市のうち、県庁所在市は非県庁所在市に比べ市立の児童発達支援センター及び専門医療施設の整備が極めて遅れ、県等に依存している実態が明らかになった。

間接機能の弱さも深刻であった。中核市、特例市ともに研修・人材育成は一通りなされているが、実施方法や支援対象等に多くの問題を抱えており、行政の縦割りを排し包括的・組織的・体系的な取り組みが課題であった。

連携の問題も深刻であった。発達支援システムの要である連携組織が確認できたのはごく少数の市に留まり、特別支援教育連携協議会についても同様であった。

今後、これらの問題を自覚して支援体制の整備を行うことが求められる。

(2) 各分担研究者の調査から見えてく

るもの—新たな状況を踏まえた体制整備
本研究班がスタートした2013年度前後から障害児の政策は新たな時代に入っている。障害児福祉分野では通所支援事業や相談支援事業の創設は支援事業所の急増（ことに民立の事業所）とサービス及び選択の多様化をもたらしている。子ども子育て支援新制度の施行とインクルーシブ教育への転換も確実に同様の変化をもたらしつつある⁽²⁾。

我が国で1980年代から取り組みが始まり発展してきた発達支援システムは、基本的に地域の限られた社会資源を有効に活用して一貫性のある継続的な支援を目指す公的な機関が中心のいわば「単線型」のシステムモデルであった。これに対して現在進行している状況は従来の単線型モデルが機能不全に陥る又は崩壊する危

険性をはらんでいる。また、急激な小規模事業所の増加等は支援の質という新たな課題を突き付けている。人口規模が大きく障害のある子どもも多い中核市及び特例市はこの新たな状況が顕著に現れる自治体といえる。

豊田市で今年度（2015年度）に行なった「豊田市における発達支援に関する新たな課題と対応についての研究」⁽²⁾や各分担研究者が担当する自治体から提起された課題にも新たな状況に関連したものが認められる（「各担当自治体調査のまとめ」の下線部参照）。

今後の支援システム整備については、基幹機能の整備と並んでこの新たな状況も踏まえ取り組む必要がある。

そのためには、改めて、公民の役割分担の明確化が必要と思われる。中核市及び特例市にあっては、要となる基幹機能は自ら設置することが実効性のあるシステムの形成と発展につながると考える。

具体的には、直接支援機能のうち、乳幼児健診は集団健診を維持・発展させること、システムの中心的役割を担える高い専門性を備えた市立の児童発達支援センターを1か所は設置し、研修・巡回等の地域支援機能も付与することである。児童発達支援センター、専門医療機関（発達障害を含む障害専門の診療所等）を統合した総合施設が設置できれば理想である。

間接支援機能については、市が責任をもって連携組織を設置し運営に当たること、保育機関、通所支援事業所等への専門的支援は公民の隔てなく、行政の縦割りを排して一元的に管理し体系的に行う

ことである。

4. 終わりに

全基礎自治体に占める中核市と特例市の割合を見てみたい。2015年4月現在で中核市は45市（全基礎自治体の2.6%）、特例市は39市（2.2%）を占めるに過ぎない。しかしながら、人口ではおおよそ1800万人と1000万人であり合わせて2800万人を超え、実に我が国の全人口の5分の1に達する。

中核市及び特例市のシステム整備の成否は我が国の障害児支援の将来にとっても極めて重要である。

また、我が国では人口減少と少子高齢化が進み、地方の衰退はおろか消滅すら危惧されている⁽³⁾。地方における発達支援の行く末が心配される状況を考えると、中核市と特例市における専門性の高いシステム整備は各地方における広域的な支援体制整備にとっても鍵となると思われる。その意味では、中核市及び特例市のシステム整備については自治体の広域連携の観点からも政策的に取り組みたいべきであろう。

C. 提言—中核市・特例市における今後のシステムのあり方について

1. 発達支援システムの原則

中核市や特例市のような規模が大きく多種多様な組織・団体等が関与する自治体で発達支援の体制整備を行う場合には、その原則が明確化され共有されることが重要である。4つの原則を指摘しておきたい。

第1は、発達支援システムは発達障害

を含め支援が必要な全ての子どもの発達と保護者の子育てを支援するものであること。

第2は、あらゆる支援ニーズを包含して総合的であり、それがライフステージに沿って一貫性と継続性を持って提供されるものであること。

第3は多くの機関・団体・事業所が関わるシステムはお互いが得意な領域に特化しそれ以外は他の機関等に委ね、相互補完的に連携し主人公である子どもとその家族を支えるものであること。

第4は公民の役割分担の明確化とそれに基づく基幹機能の適正配置、行政が責任をもってシステムを運営すること。

2. 中核市における支援システム

中核市は自治体の規模、行政権限、支援を必要とする発達障害の子どもの人数を考えると、基幹機能（直接及び間接）のすべてを、広域自治体等の外部機関に頼ることなく、自前で整備したい。1つは、発見－敷居の低い子育て支援機能－専門療育－専門医療（診断と医学的ハビリテーション）－統合保育－学校教育、相談の7機能からなる直接支援機能の整備である。

もう1つは、連携、システム運営、研修・人材育成、研究、行政への提言等からなる間接支援機能の整備である。

これら基幹機能のうち、最も整備が困難な機能は専門医療機能であろう。もしも困難であれば、最低でも市立の児童発達支援センターに複数の心理士、言語聴覚士、作業療法士等を常勤で配置し、充実した地域支援が展開できる高い専門性を確保したい。

3. 特例市における支援システム

特例市は2020年度末で消滅することは既に述べた。中核市に移行する特例市には中核市のモデルを提案したい。

ここでは、一般市（正確には人口20万人程度の中規模一般市）に移行する特例市のシステムについて考える。

基本的には中核市と同様のシステムが望ましい。しかしながら、中核市移行を躊躇する理由の1つに保健所の専門職員の確保の困難性が挙げられるように、専門医療機能を自前で整備することは困難であろう。従って、専門医療機能を除いた他の基幹機能については中核市と同様の基本方針で整備するのが妥当といえる。

D. 引用文献

- 1) 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（主任研究者 本田秀夫），1-9，2014.
- 2) 高橋 脩：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），2016.（印刷中）
- 3) 増田寛也編著：地方消滅 東京一極集中が招く人口急減．中央公論新社，東京，2014.

II-3. 小規模市

分担研究報告書

糸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

分担研究者 山下 洋（九州大学病院 子どものこころの診療部）
研究協力者 香月大輔（九州大学病院 子どものこころの診療部）
大神英裕（九州大学 人間環境学府）

研究要旨：平成 25 年から 27 年にかけて小規模市である糸島市の地域特性と療育システムのあり方について調査を行なった結果、以下のことが明らかになった。

- ① 地域特性と支援システム：地域人口約 10 万人の療育センターをもたない小規模市における発達支援のあり方のモデルとして、就学前の発達早期では、保健師を中心に乳幼児健診、地域の保育園・幼稚園などの訪問活動、発達相談をつなぐ多職種チームによる支援は有効性をもつことが考えられた。
- ② 学齢期の支援システムと移行支援：早期支援からの連携に関しては、サポートブックなど個別の子どもの資料作成や移行支援キャンプ、園訪問などの連携活動を通じて、小学校への橋わたしがなされていた。センター的機能を有する児童発達支援センターや特別支援学校を擁していないが、小規模ゆえに情報の共有をしやすい各機関同士の‘顔の見える’関係での連携が特長と思われた。
- ③ 学齢期の支援ニーズの実態把握：糸島市および隣接する福岡市の医療機関へのアンケート調査を行った結果、糸島市における発達障害全体の推定有病率は、小学 3 年生が 2.68%、中学 2 年生が 1.76%であり、合同して実施した福岡市東区の発達障害全体の有病率を下回る結果となった。

今後は学齢期の累積有病率の地域人口での調査を通じてライフスパンを通じた支援のニーズを明らかにするとともに、他の自治体での調査結果との違いを分析するプロセスにおいて診断機能をもつ医療機関が地域外に分散する支援システムの課題とその対応を検討する必要がある。

A. 研究目的

近年、発達障害の概念にライフステージを通じた一貫性と多様性が含まれるようになり、成育環境との相互作用も重

視されるようになっている。地域ごとの支援の実践においても発達障害児の暮らし家庭や、それを取りまく、福祉、保健、医療、教育など多領域の支援環境の整備

はますます重要となってきた。

本研究では糸島市の小規模市としての地域特性と、それらが発達障害をもつ子どもと家族への支援体制に与える影響および学齢期までを含めた支援ニーズの実態を把握することによって支援システムの課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

地域の人口動態、産業構造、自治体や住民の社会経済的状態を表す諸指標および発達障害児の早期支援体制（専門施設の有無・規模、専門家の有無と職種、専門家養成の場とプログラムの有無、発達障害支援システムの特徴、他領域との連携体制等）を調査項目とした。社会経済的諸指標については糸島市が公開しているホームページや報告書、早期支援体制については担当部署の協力を得て、へ聞き取り調査や関係資料の提供を得た。

2. 学齢期の支援システムと移行支援の実態に関する調査

糸島市を含む5つの小規模市（糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市）の発達障害児の支援体制に関する調査結果をもとに、学齢期の支援システムの検討を行った。①特別支援学級の学級数など特別支援教育に関して、②就学相談など就学時の支援体制に関して、③早期支援からの連携に関して、④医療機関や福祉機関との支援体制に関して、以上4つの観点から比較を行った。

3. 学齢期の支援ニーズの実態調査

糸島市内には発達障害の診療を主にしている精神科や小児科の医療機関はなく個別療育を行う内科クリニックが1カ所であるため、就学後の発達障害の児童が医療サービスを必要とする場合は、その多くが市外の医療機関を受診することになる。

このような地域の背景を考慮して、今回糸島市における発達障害の児童の実態を把握するにあたり、福岡市の調査と合同する形をとって糸島市と福岡市の医療機関に対してアンケート調査を行った。

（倫理面への配慮）

調査にあたっては、データの集計後は数的情報のみを解析し、個人を特定されることがないように匿名性に配慮した。また、本研究は分担研究者の所属する九州大学の倫理審査委員会ならびに調査を依頼した各医療機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 糸島市の地域特性について

糸島市はいわゆる20万人未満のその他の市町村であり、地域療育センターはなく保健師を中心とする公的サービスによる発達支援システムにより対応されていた。糸島市の支援システムの特色としては、平成11年から開始された大学主導の乳幼児期の社会認知発達の縦断的調査研究との連携がある。連携の目的として発達障害児のなかでも自閉症スペクトラム障害をもつ子どもの乳幼児健診におけるスクリーニングのあり方を検討することがあった。その策定を手がかりに、多職種連携によるASDへの早期介入—継続

支援システム作りが発展し、地域の支援システムの基盤整備がなされていたという特徴があった。追跡研究の継続と並行して学齢期以降の継続支援を目指して就学移行支援キャンプが開催されたが、これにより教育機関との支援者ベースでのネットワーク形成と地域内の人的リソースの拡大につながった。

2. 小規模市における学齢期の支援システムと移行支援の実態

小規模都市（糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市）の学齢期の支援システムの実態は以下の通りであった。

- ①特別支援学級の学級数など特別支援教育に関しては、自治体の規模や年少人口あたりの設置数で比較すると、各小規模都市においては発達障害をもつ子どもへの支援のニーズに対して、受け皿としては同程度のリソースを持っていた（表1）。
- ②就学相談など就学時の支援体制に関しては、各小規模都市とも、専門家が関わる移行支援の受け皿を整備していた。
- ③早期支援からの連携に関しては、糸島市ではサポートブックなど個別の子どもの資料作成や移行支援キャンプ、園訪問などの連携活動を通じて、幼稚園や保育園から小学校への橋わたしがなされていた。
- ④医療機関や福祉機関との支援体制に関しては、個別のケースごとの医療と教育の連携に加え、巡回相談などの事業に医療保健領域の専門家が参加するかたちで専門知識の提供を行っていた。糸島市ではセンター的機能を有する児童発達支援センターや特別支援学校を擁していないが、小規模ゆえに保健師を中心とした情

報の共有をしやすい各機関同士の‘顔の見える’関係での連携が特長になっていた。

3. 糸島市における学齢期の支援ニーズの実態

糸島市内の医療機関では、言語療法士が個別療育を行っている内科のクリニック1カ所、福岡市内の医療機関では、大学病院2カ所(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)、その他病院4カ所(福岡市立こども病院こころの診療科など)、精神科クリニック5カ所、小児科クリニック1カ所、福岡市東区に隣接している糟屋郡新宮町の小児科クリニック1カ所のの合計14カ所の医療機関に調査を依頼した。

糸島市における発達障害全体の推定有病率は、小学3年生が2.68%、中学2年生が1.76%であり、合同して実施した福岡市東区の発達障害全体の有病率よりも下回る結果となった。糸島市では就学前からの支援システムにおいて診断機能をもつ児童発達支援センターがないため、発達障害の児童の受診先が糸島市外の医療機関に分散し、今回の医療機関への調査では十分にその実態を把握できなかった可能性が考えられた。

D. まとめと考察

1. 糸島市の発達障害支援システムからみた小規模市の特長と課題

人口150万人の福岡都市圏の西部に位置する糸島市には地域の療育センターはなく、糸島市健康作り課、子ども課、障害福祉課などの公的サービスが、所属す

る保健師を中心に集団・個別療育および発達相談、養育支援などの発達障害児への支援事業を運営している。発達障害児への支援の専門性として、九州大学人間環境学府の乳幼児の社会認知発達研究プロジェクトの研究スタッフが支援事業にも、非常勤スタッフとして加わり、発達検査や療育相談などの専門技術を提供している。

医療型の療育センターにおける診断評価という場がないため、1次スクリーニングから療育につながる相談・調整の場が必要となってくる。このような相談・調整の場では、大学および大学病院の外部リソースからの心理職および医療職が加わった多職種チームが療育へのつなぎに大きな役割を果たしていた。つまり、心理職・医療職が発達相談というかたちで診断・評価と相談・調整に関与することにより専門性が担保されるとともに、療育の必要性や妥当性について適切なアセスメントを行うことが可能になっていた。

このような支援システムの強みとして乳幼児健診での発達障害スクリーニングにおける精度と専門性の高さが挙げられる一方で、その後の継続的支援に必要な内部リソースの確保が課題となる。これに対し九州大学人間環境学府の協力のもと、糸島市発達支援部会が教育委員会と共催する就学移行支援キャンプにおいて、地域支援スタッフ、学校教諭と外部専門家が協働して個別支援計画を作成することで、地域内の支援者が実践的スキルを学ぶ場や支援ネットワークの形成の機会を提供し内部リソースを拡充する試みが続けられている。このような移行支援の

あり方は、出生児数が少なく人口の流入がそれほど多くない小規模市だからこそ可能な顔の見える連携と支援のあり方であろう。

2.小規模市における学齢期の発達障害支援の実態と課題

特別支援学校を有していない小規模市では、特別支援学級と通級教室が特別支援教育の中心として発達障害のある子どもの支援の場となっている。比較調査を行った各市は人口規模は異なるが、年少人口あたりで比較すると、特別支援学級の数に大きな違いは見られなかった。また通級学級は自治体あたり1-2校に設置されているという実態であった。これらが十分な受け皿として機能しているかどうかは、学齢期における有病率調査の結果を踏まえ、さらに質的な評価も行う必要がある。いわゆる幼保小連携による早期発見・療育システムでフォローアップされている子どもたちとは異なり、通常学級に在籍し、就学後にはじめて発達障害特性に気づかれた子どもたちも多く存在する。糸島市の就学相談では、就学前後で新たに発達障害の支援ニーズを示す子どもたちも増加し、相談件数も倍増している事実があった。自閉症スペクトラム以外の注意欠如多動性障害や学習障害などの状態像を示す子どもたちや、非定型の混合した状態と複雑な支援ニーズをもつ子どもと家族も増えており、今後学齢期におけるさらに詳細な実態把握は必要と思われる。また実際に就学前の療育や相談の対象とはならないまでも、健診システムや訪問活動において気になる子

どもとして、気づかれていた子どもたちについての情報共有のあり方なども今後の課題であろう。

3. 学齢期における支援ニーズの包括的な把握と連携に向けて

平成27年度に実施した調査では糸島市における発達障害全体の有病率は、小学3年生が2.68%、中学2年生が1.76%という結果だった(表2, 3)。この数値自体は国際的にみると最近の一般人口を対象とするコホート調査で示された有病率と同程度である一方、合同で調査を行った福岡市東区の平成26年度の療育機関に対する調査結果では、発達障害全体の有病率は、小学2年生(平成27年度の小学3年生)で5.3%、中学1年生(平成27年度の中学2年生)で3.5%という結果であった。糸島市の発達障害の有病率は、これらの数字をとともに下回っていた。このギャップが調査の対象と方法によるものかどうか、発達障害特性のある子どもの支援ニーズの学校における把握状況とのあいだで比較検討する必要があるだろう。糸島市では、健診によるスクリーニングから多職種による療育や巡回相談へとつなぐ早期介入システムは整備されているものの、診断機能をもつ支援センターに発達障害のリスクをスクリーニングされた児童が集約されているわけではない。この事が学齢期以降の発達障害をもつ子どもと家族が示す多様な育ちのあり方と支援ニーズに継続的に答えることの出来るシステム作りにおいてどのように影響するのかを検証していく必要があるだろう。

E. 参考文献

- 1) 大神英裕(2008): 発達障害の早期支援 研究と実践を紡ぐ新しい地域連携、東京、ミネルバ書房
- 2) 山下 洋 〈教育に関する委員会セミナー シンポジウム〉「今の子どもの育ちと支援 -就学に向けて-」 就学までの子どもの育ちと家族の気づき -発達支援相談の経験から- Jpn. J. Child Adolesc. Psychiatr., 56(1); 80-95(2015)
- 3) 本田 秀夫: 小規模市における地域特性の検討. 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), 323-328, 2015.

表 1 小規模市における学齢期の発達障害支援の実態

	人口	年少人口割合 (%)	市立 小学校数	特別支援学級 (設置校数)		通級指導教室 (設置校数)		支援員 (人)
				知的	情緒	言語	発達	
糸島市	99,885	13.6	17	14	12	2 (併設)		25
多治見市	112,595	12.9	13	13	12	2	2	29
瑞浪市	40,387	13.2	7	6	5	1	1	17
山梨市	37,106	12.9	11	11	5	1(併設)		9

表 2 小学校 3 年生における発達障害の有病率

診断	人数(人) (男:女)	有病率 (%)
発達障害全体	25 (22:3)	2.68
① 広汎性発達障害	14 (11:3)	1.50
② 多動性障害(①を除く)	8 (8:0)	0.86
③ 会話および言語の特異的発達障害(①②を除く)	2 (2:0)	0.21
④ 学力の特異的発達障害(①②③を除く)	0	0.00
⑤ 精神遅滞(①②③④を除く)	0	0.00
⑥ その他(①②③④⑤を除く)	1 (1:0) (運動チック症)	0.11

表 3 中学校 2 年生における発達障害の有病率

診断	人数(人) (男:女)	有病率 (%)
発達障害全体	18 (15:3)	1.76
①広汎性発達障害	8 (6:2)	0.78
②多動性障害(①を除く)	5 (4:1)	0.49
③会話および言語の特異的発達障害(①②を除く)	2 (2:0)	0.20
④学力の特異的発達障害(①②③を除く)	0	0.00
⑤精神遅滞(①②③④を除く)	3 (3:0)	0.29
⑥その他(①②③④⑤を除く)	0	0.00

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
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態と評価

分担研究報告書

福島県浜通りにおける発達障害の気づきと支援に関する研究（南相馬市）

分担研究者 内山 登紀夫（福島大学 人間発達文化学類 教授）
研究協力者 川島 慶子（福島大学 人間発達文化学類 研究員）
鈴木 さとみ（国立障害者リハビリテーションセンター）

研究要旨：本研究班の目的である地域特性に応じた発達障害の発見と支援システムにおけるモデルの提言に向けて、小規模市の資料として福島県南相馬市（人口約6万人）を対象に、研究1：地域特性と発達障害の発見と支援システムに関する調査、研究2：発達に遅れや偏りのある児童の実態について調査を実施した。

1年目：研究1本研究班の調査票に基づき、市担当者に発達障害の発見と支援システムについてヒアリング調査を実施した。その結果、行政内に発達支援室が設置され、保健師・保育士・言語聴覚士が常勤職員として配置されており、幼児期の発見から成人期を対象とし、発見から支援の中心として他機関との連携が行われていることが明らかとなった。研究2同市内の児童が通う小・中学校と特別支援学校に小学1年生と小学6年生を対象として「発達に遅れや偏りのある児童に関するアンケート」を依頼した。発達障害に関して医療機関の受診の有無、診断名、特別の教育的配慮、震災後のストレスケアについて調査を実施した。

2年目及び3年目：1年目と同じ母集団（H25年度小学1年生、6年生）に対して継続的にアンケートを行った。併せて、各年度の小学1年生と6年生についても調査を行った。その結果、「医療機関を受診している児童」の診断名の内訳としては「広汎性発達障害」の割合が高く、「医療機関を受診していない児童（疑い含む）」については、診断名の内訳について各年度、各学年において特徴がみられた。発達の遅れや偏りのある児童の割合は、H25年度小学1年生は18.5%を示し、H26年2年生で10.0%と減少したが、3年生11.8%では横這いとなった。H26年度小学6年では9.6%、H27年度中学2年生は9.9%であり、約10%前後で推移していることが推測された。今後も継続的に調査を行う必要がある。

A. 研究目的

本研究においては、南相馬市における発達障害児の発見と支援の現状について明らかにし、小規模市における発達障害

児の早期発見と支援のためのモデル提言の参考にするための資料とすることを目的とする。

福島県の浜通り地域（太平洋側）にあ

る南相馬市は、発達支援室（発達障害児・者の支援にあたる部署）を設置している。東日本大震災と、その後の原発事故により行政機能が危機に面した際にも、県やその他の機関と連携し、発達障害児・者への支援にあたり、現在も積極的に連携を継続し、発達障害に関する事業の充実と強化に努めている。本市の支援システムを長所と課題を検討することは同規模市の発達障害の支援システムづくりに役立つものと考え、調査を実施した。南相馬市における発達障害児の発見と支援に関する実態調査を行い、さらに小・中学校を対象に平成 25 年度から継続的に発達に偏りのある児童の実態についての調査を実施した。

また、平成 23 年 3 月の東日本大震災後の福島第一原子力発電所（以下、原発）の影響から人口変動（転出入）が大きい状態が現在も続いている。それらの状態も含め報告する。

B. 研究方法

研究 1

平成 25 年に福島県南相馬市の担当者へ調査票（本研究班作成）を基に聴取した。人口動態等の統計資料については、平成 24・25 年度市町村勢調査結果、統計集「まち D ス 2013」よりデータを引用した。調査票は、地域特性と発達障害の発見システム等についての項目から成る。

研究 2

実施期間は、平成 25 年度～27 年度であり、平成 25 年 11～12 月、平成 27 年 1 月～2 月、11 月～12 月にアンケートを

配布し、回収した。

平成 25 年度は、南相馬市内の小学校 16 校と近隣市の特別支援学校 1 校について、南相馬市に居住している小学校 1 年生と 6 年生を対象に調査を行った。

平成 26 年度は、同市内の小学校 15 校（平成 26 年度より 1 校閉校のため）と近隣市の特別支援学校 1 校の小学校 1 年生、2 年生、6 年生を対象に調査を行った。

平成 27 年度は、同市内の小学校 15 校と中学校 6 校、近隣市の特別支援学校 1 校の小学校 1 年生、3 年生、6 年生、中学 2 年生を対象とした。

調査項目は、①『発達に何らかの遅れや偏りのある児童』の総数とその内訳（「広汎性発達障害」、「注意欠陥・多動性障害」、「構音障害・発達性言語障害」、「精神遅滞」、「その他精神科的な問題（吃音、緘黙、チック等）」）について、②『支援内容（「特別支援学級」や「通級指導教室の利用」等）』、③『震災後のストレスケアに関する項目（「専門的な心のケアが必要な児童」「スクールカウンセラーの利用」「医療機関受診）」』等により構成されている。

（倫理面への配慮）

アンケートについては匿名化の上、数的データとして処理し、個人が特定できないよう配慮した。

C. 研究結果

研究 1

1. 地域特性に関する調査
- 1) 地理的特徴と人口動態

南相馬市は、福島県の沿岸部に位置し、原発から 10～40 km 圏内にある。東日本大震災では、津波被害に加え原発事故の影響も受けた地域である。同市内で原発からの距離によって避難指示の内容が 3 種類に分かれたため混乱が生じた経過がある。

人口動態については、震災前より年々人口の減少がみられていたが、図 I-1 の通り、平成 23 年 3 月の東日本大震災により転出者が急激に増加し、人口が激減した。しかし、その後徐々に転入者が増え、現在は人口が 62,987 人（平成 28 年 1 月 1 日現在；南相馬市 HP より）となっている。

震災後、南相馬市から避難する人がいる一方で、原発事故により居住困難となった地域の住民の避難を受け入れている。また、同市内で避難する（居住の制限がある区域から制限のない区域へ）。そうした複雑な特徴がある地域である。

出生数は、図 I-1 のように、平成 22 年まではゆるやかな減少傾向にあったが、平成 24 年で急激に減少し、平成 25 年度より増加となっている。

図 I-1

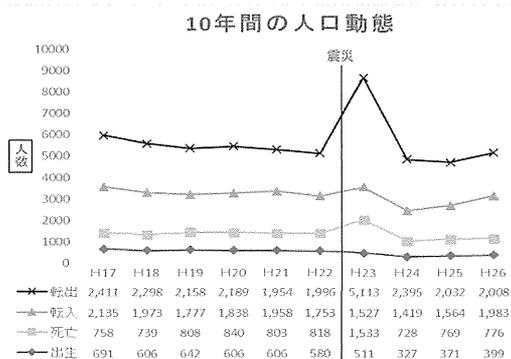
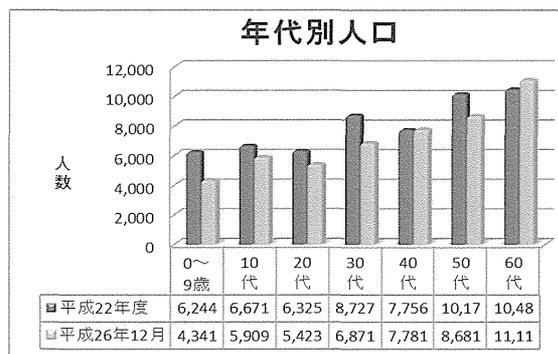


図 I-2



（南相馬市ホームページ『小高区・鹿島区・原町区の年齢別人口』平成 25・26 年度より作成）

2) 南相馬市発達障害児の発見から支援

(1) 母子保健

①出生と乳幼児健康診査：

平成 22 年度の出生数は 580 人、平成 24 年度は 327 人であった。震災後の原発事故の影響で避難する家族が増加し出生数が激減したが、平成 25 年度より増加の傾向がみられる（図 I-1 参照）。乳幼児健康診査は、4 か月、10 か月、1 歳半、3 歳半の児を対象に実施している。そのうち 1 歳半、3 歳半乳幼児健康診査が主な発達障害の発見の場となっている。「異常あり」と判断されフォローが必要となる児童の割合は 60%前後であった（表 I 参照）。震災後、表 I の通り、心理相談の希望者は年々増加していた。1 歳半健診後の言葉の相談希望者は年々増加し平成 24 年度は 20%に達したが、3 歳児健診ではそのような変化はみれなかった。

②乳幼児健康診査票：

福島県のこどもの発達『気づきと支援』推進事業のガイドラインが平成 24 年に