

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の

実態の把握と支援内容に関する研究

平成28年度 総括・分担研究報告書

（H28－身体・知的－一般－001）

研究代表者 本田 秀夫

平成29（2017）年3月

目 次

I. 総括研究報告

総括研究報告書 -----	1
本田 秀夫	

II. 分担研究報告

II - 1. 政令指定都市

A) 政令都市についてのコメント -----	51
研究分担者 清水 康夫	
B) 横浜市の地域特性にかんする調査報告 -----	52
研究分担者 清水 康夫	
研究協力者 岩佐 光章 原 郁子 三隅輝見子	
岡田 克己 上蔵小百合 中島 智美	
C) 広島市における発達障害児の支援状況および支援体制に関する研究 -----	61
研究分担者 清水 康夫	
研究協力者 大澤多美子 西本 朋子 山根希代子	
梶梅あい子 中嶋みどり	
D) 福岡市における発達障害児の支援状況および支援体制に関する研究 -----	72
研究分担者 清水 康夫	
研究協力者 佐竹 宏之 相部美由紀 小川 弓子 宮崎 千明	

II - 2. 中核市・特例市

A) ～中核市・特例市・特別区の実態と課題～ -----	79
研究分担者 高橋 脩	
研究協力者 内山登紀夫 大庭 健一 須佐 史信	
高橋 和俊 原田 謙 米山 明	
B) 地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態に関する研究 ～豊田市における実態と課題～ -----	83
研究分担者 高橋 脩	
研究協力者 神谷 真巳 川角久美子 東俣 淳子 新美恵里子	
松浦 利明 山田知恵子 若子 理恵	
C) 宮崎市の発達障害支援の現状（初年度調査） -----	118
研究分担者 高橋 脩	
研究協力者 大庭 健一 重黒木真由美 伊東 美和 甲斐 那智	
米澤 征剛 鮫島奈緒美 橋口 浩志 赤松 馨	
澤田 一美 古郷 博 糸数 智美 糸数 直哉	
安部なつみ 井上 美佐 浜崎 純一 大野 路子	

田口 毅

- D) 函館市における発達障害支援の継時的推移に関する研究（中間報告）----- 126
研究協力者 須佐 史信 高橋 和俊
- E) 松本市における発達障害児とその家族に対する継続的な支援の実態と評価のあり方に関する研究----- 130
研究協力者 原田 謙
- F) 板橋区（人口 56 万人）における、「発達障がい児や発達の遅れや偏りなどの気づきの段階の子どもたちを含めた包括的な子育て支援」のあり方 ----- 135
研究分担者 高橋 脩
研究協力者 米山 明
- G) 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（いわき市）
----- 149
研究分担者 内山登紀夫
研究協力者 川島 慶子

II - 3. 小規模市

- A) 小規模市における発達障害児の支援システムに関する研究 ----- 163
研究分担者 篠山 大明 内山登紀夫
研究協力者 山下 洋 関 正樹 金重紅美子 今出 大輔
- B) 糸島市の地域特性と発達障害児の支援体制に関する研究 ----- 169
研究分担者 篠山 大明
研究協力者 山下 洋 香月 大輔
- C) 岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究
----- 173
研究協力者 関 正樹 箭内 友子 元吉 史昭 中野 正大
- D) 山梨市における発達障害の幼児および学童に対する支援体制に関する報告書
----- 186
研究協力者 金重紅美子 片山 知哉 上田 美穂 中嶋 彩
柳原めぐみ 手塚 桜 宮本佳代子 岡 輝彦
雨宮 一昭 山縣然太郎
- E) 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）
----- 193
研究分担者 内山登紀夫
研究協力者 川島 慶子
- F) 岡山県における小規模市の発達支援システムの検討 ----- 208
研究協力者 今出 大輔 畦田 広子 高坂 明美
吉元 映子 山本みゆき 中島 洋子

II - 4. 小規模町村

- 地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態に関する研究
～小規模町村における実態と課題～----- 217

研究分担者 高橋 脩
研究協力者 今出 大輔 神谷 真巳 嘉陽真由美
富樫 恭平 与那城郁子

II - 5. 支援の谷間にある青年期成人期の発達障害者の支援ニーズに関する調査研究
-----229

研究分担者 内山登紀夫
研究協力者 川島 慶子 福留さとみ 志賀 利一

II - 6. 児童発達支援および放課後等デイサービスでのサービス提供に関する実態調査
-----236

研究分担者 神尾 陽子
研究協力者 原口 英之

II - 7. 発達障害児者等の支援体制を評価するための「地域評価ツール」の作成と試行
-----249

研究代表者 本田 秀夫
研究分担者 篠山 大明
研究協力者 樋端 佑樹

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----259

I. 総括研究報告

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の 実態の把握と支援内容に関する研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部部長）

研究要旨：本研究の目的は、発達障害の支援ニーズ、およびわが国の各地で実施されているサービスの実態を把握することである。

研究は「地域特性に応じた支援ニーズとサービスの実態に関する研究」および「サービス内容の評価に関する研究」からなる。前者はさらに児童期～思春期に関する検討と青年期～成人期に関する検討に分けた。

支援ニーズとサービスの実態に関する研究（児童期）については、自治体を政令指定都市、中核市・特例市・特別区、小規模市、小規模町村の4群に分け、それぞれに研究協力を得ることのできた自治体の障害福祉担当部署へのアンケート調査を行った。多領域の連携、なかでもつなぎ支援については、自治体によってやり方に大きな違いがみられた。連携を担うのが特定の機関や部署である自治体もあれば、保健師など個人に委ねられている自治体もあった。これらを整理するために、特につなぎ支援に注目しながら地域の支援体制の充足度を点検するための評価ツールを作成した。

支援ニーズとサービスの実態に関する研究（成人期）では、2年目に予定している全国調査の予備的検討として、当事者、家族、国内外有識者・支援者へのインタビューを行った。

サービス内容の評価に関する研究では、先行研究で作成した調査票が発達支援現場の実態に即したものであるかどうか、実施可能性を探索することを目的として、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、計3施設の責任者および職員のヒアリングを実施した。

研究分担者（五十音順）

内山登紀夫 福島大学教授
神尾 陽子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所部長
篠山 大明 信州大学准教授
清水 康夫 横浜市総合リハビリテーションセンター参与
高橋 脩 豊田市福祉事業団理事長

A. 研究目的

発達障害児者への支援サービスは制度上保証されているが、ニーズの実態把握は不十分である。また、人口規模、地理的条件、財政などの地域特性によって、サービスの量・質ともに異なる可能性がある。さらに、未診断でも発達障害の特性や軽度の遅れがあり支援を要するケースが、潜在的にかなり存在すると考えられる。本研究は、発達

障害の支援ニーズおよびわが国の各地で実施されているサービスの実態の全国調査によって把握することを目的とする。

本研究は、平成25～27年度に行われた2つの厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）を発展的に結合、継承したものである。研究代表者の本田は、「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」の研究代表者を務めた。全国調査によって発達障害の支援ニーズと地域の支援システムの実態について調査・分析し、地域特性に応じた課題の抽出と提言を行った。また、同じコホートの疫学調査を医療機関および学校に対して同時に行うことにより、診断例だけでなく未診断ながら支援ニーズのある子どもが少なからず存在する実態を抽出した。一方、研究分担者の内山は「青年期・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究」の研究代表者を務め、青年期・成人期の発達障害に関する支援ニーズを疫学的手法で示した。これらの2つの課題で研究分担者および研究協力者を担った研究者の多くが本研究でも研究分担者および研究協力者として引き続き配置されているため、発達障害の実態調査に関して全国の様々な規模の自治体と協力関係がすでに確立している点が、本研究における有利な条件である。

B. 研究方法

1. 地域特性に応じた支援ニーズとサービスの実態に関する研究

(1) 自治体を対象としたサービスの実態に関するアンケート調査

児童期と青年・成人期に分けて調査を

実施した。児童期では、自治体を政令指定都市、中核市、小規模市、小規模町村の4群に分け、それぞれに研究協力を得ることのできた自治体の障害福祉担当部署へのアンケート調査を行った。青年・成人期では、知的に正常で20歳以降に初めて診断がついた人のニーズや診断が遅れた理由などを個別の面談により調査した。

(2) 発達障害の子どもにおける支援ニーズの調査

平成25年度～27年度の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」では、障害者発達障害の早期支援を先進的・意欲的に行っている自治体（横浜市、広島市、福岡市、豊田市、宮崎市、函館市、松本市、東京都板橋区、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市）を対象として、平成25年度に小学1年生および6年生であった子どもたちにおける発達障害の頻度調査のデータを毎年追跡調査したデータが得られている。本研究では、このコホートの追跡調査を行い、幼児期から学童期にかけての発達障害の支援ニーズを継続的に求めた。

2. サービス内容の評価に関する研究

全国の発達障害児者への支援サービスを提供している事業所（近年増加している民間のサービス事業所等も含む）においてサービス内容の調査を行うための指標について検討した。

先行研究（神尾ら、2016）で作成した調査票が発達支援現場の実態に即したものかどうか、実施可能性を探索することを目的

として、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、計 3 施設の責任者および職員のヒアリングを実施した。

(倫理面への配慮)

研究対象者への侵襲的介入はない。個人データを収集する調査では、データを連結可能な状態で匿名化した。アンケート調査の調査項目には特定可能な個人情報は含まれない。関連倫理指針（人を対象とする医学系研究に関する倫理指針）に基づいた手続きを遵守するとともに、研究代表者、研究分担者は各所属機関にて倫理委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

1. 地域特性に応じた支援ニーズとサービスの実態に関する研究

(1) 自治体を対象としたサービスの実態に関するアンケート調査

児童期の調査では、発達障害の支援ニーズの爆発的な増加に伴い、多くの自治体で発達障害児の支援体制整備が急がれていることが示された。多領域の連携推進を行う公的部署または連携会議の設置については、自治体によってかなりの差がみられた。連携のなかでもつなぎ支援については、自治体によってやり方に大きな違いがみられた。連携を担うのが特定の機関や部署である自治体もあれば、保健師など個人に委ねられている自治体もあった。これらを整理するために、特につなぎ支援に注目しながら地域の支援体制の充足度を点検するための評価ツールを作成した。

青年・成人期の調査では、よこはま発達

クリニックで診療継続中の患者から知的に正常で 20 歳以降に初めて診断がついた人のニーズや診断が遅れた理由などを個別の面談により調査した。共通した訴えは、日常生活に置ける困難、経済的不安であった。診断については、発達期に専門家に相談したにも関わらず発達障害の存在が否定される事例が多かった。50 歳以上の人では家族がなく老後の不安を訴える人が多かった。

(2) 発達障害の子どもにおける支援ニーズの調査

この調査は 2 年間かけて行う予定であるため、1 年目は中間段階の集計を行った。

2. サービス内容の評価に関する研究

調査票をもとに、現場の視点から意見や希望などを聴取し、改訂すべきポイントが明らかになった。

D. 考察

本研究の目的は、疫学的手法を用いて発達障害の支援ニーズ、およびわが国の各地で実施されているサービスの実態を把握することである。1 年目である本年度は、2 年目に本格的な全国調査を行うための準備段階となる研究を行った。

自治体を対象としたサービスの実態に関する調査では、研究者（研究代表者、研究分担者、研究協力者）が密に関わっており現場の実情を把握している自治体に絞って障害福祉担当部署への詳細なアンケート調査を実施した。これを通じて、各自治体における発達障害の支援体制を把握し、とくに領域間の連携の実態と具体的なサービス事業所の整備の実態が明らかとなった。

これと並行して、地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールを研究代表者が作成し、アンケート結果をもとに評価ツールで評価を試みた。法律体系は全国共通でも、実際の運用の仕方には地域の事情に応じた多様性がある。とくに法制度では具体的な内容が明記されることの少ない領域間連携、なかでもつなぎ支援については、自治体によって大きな差がみられた。この評価ツールは、自治体における発達障害支援施策の充足度を評価するのにある程度有効であると思われるため、2年目はこれを用いた全国調査を行う予定である。

青年期・成人期の支援ニーズについては、予備的検討として個別の事例に対するインタビューを行った。ここから抽出された課題について、次年度はアンケートを用いた全国調査を行う予定である。

発達障害の子どもにおける支援ニーズの調査は、従来の疫学調査の手法に加えて、平成25年度～27年度に行われた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」の調査対象コホートを引き継いでいるため、最終的に5年間の継時的変化をもみることができる。これが達成されれば、国際的にみても類のない貴重な学術的データが得られることになる。

サービス内容の評価については、今年度に行った視察および聞き取り調査をもとに、現場の実態やニーズに即した調査票の改訂を行い、2年目は全国調査を行う予定である。

E. 結論

従来の障害福祉行政では、医療による診断を前提とした障害種別や支援サービスの提供が行われてきたが、発達障害に対しては必ずしも診断がなくても支援ニーズのある人たちの潜在的ニーズを念頭に置いた施策が求められる。本研究で、発達障害の支援に関する幅広いニーズを十分に把握できる。また、かつての想定より支援ニーズが高いことが近年指摘されている発達障害のある女性について、その特有の行政的課題についてはじめて資料が得られることが期待される。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 別紙参照
2. 学会発表
 - 1) 本田秀夫：自閉スペクトラム症への対応ーライフサイクルを見据えてー。沖縄精神神経学会，那覇，2.6，2016。
 - 2) 本田秀夫：わが国における自閉スペクトラム症の早期診断の実態ー多地域疫学調査よりー。第112回日本精神神経学会学術総会，幕張，6.2，2016。
 - 3) 本田秀夫：発達障害の概念および子どもの発達障害と睡眠障害。日本睡眠学会第41回定期学術集会，東京，7.8，2016。
 - 4) 本田秀夫：大人になった発達障害。第21回認知神経科学学会学術集会，東京，8.7，2016。
 - 5) 本田秀夫：自閉スペクトラム症の早期療育と長期予後。第57回日本児童青年精神医学会総会，岡山，10.28，2016。

- 6) 本田秀夫：精神科医からみた「本当に必要な支援」。日本LD学会第25回大会プレコングレス，東京，11.18, 2016。
- 7) 本田秀夫：ライフステージに応じた発達障害支援。メンタルヘルス関連三学会合同大会（第38回全国大学メンタルヘルス学会総会，第32回日本精神衛生学会大会，第20回日本学校メンタルヘルス学会大会），東京，12.11, 2016。

H. 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

I. 参考文献

- 1) 神尾陽子，原口英之，石飛信，山口穂菜美：我が国の発達支援の実態：児童発達支援および放課後等デイサービスの実態に関する予備的調査。厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（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施と評価－平成27年度総括・分担研究報告書（H25－身体・知的－一般－008），p.395-421, 2016。

資料:自治体を対象としたアンケート調査の調査票

市区町村における発達障害児に関する支援状況調査票

この調査は、市区町村における発達障害児と家族への支援モデルを検討することを目的とした実態調査です。下記項目について、ご記入のほどよろしくお願いいたします。

市区町村名 ()

記入者氏名 ()

記入者所属 ()

対象とした地域(市町村区)の地域特性

1. 地理的特徴・人口・人口動態

各自治体で出されている平成28年4月1日時点のデータ(なければ,なるべく最新のデータ)をもとに記入してください。

項目	平成()年()月()日時点
総面積	Km ²
総人口	人
人口密度(可住地面積1km ² 当たり)	人
人口性比(女性100人に対する男性の数)	人
世帯数	人
1世帯当りの人数	人
外国人数	人
社会増	人
社会減	人
出生	人
死亡	人
出生率(人口1000対)	
死亡率(人口1000対)	
乳児死亡率(人口1000対)	
婚姻率(人口1000対)	
離婚率(人口1000対)	
年少人口割合(0~14歳)	%
生産年齢人口割合(15~64歳)	%
老年人口割合(65歳以上)	%
高齢者単身世帯の割合	%
市町村内総生産(名目)	千円
完全失業者数	人
完全失業率	%
生活保護被保護人員(人口千人当たり)	人
財政力指数	
市町村民税(人口1人当たり)	円
児童虐待件数(年間)	件

2. 就業人口

平成 22 年の国勢調査のデータを記入してください。

項目	人口(人)			構成比(%)		
	計	男	女	計	男	女
人口総数				—	—	—
就業人口総数				100	100	100
就業率				—	—	—
産業 分類 別 就 業 者 人 口	農業, 林業					
	うち農業					
	漁業					
	第 1 次産業					
	鉱業, 採石業, 砂利採取業					
	建設業					
	製造業					
	第 2 次産業					
	電気・ガス・熱供給・水道業					
	情報通信業					
	運輸業, 郵便業					
	卸売業, 小売業					
	金融業, 保険業					
	不動産業, 物品賃貸業					
	学術研究, 専門・技術サービス業					
	宿泊業, 飲食サービス業					
	生活関連サービス業, 娯楽業					
	教育, 学習支援業					
	医療, 福祉					
	複合サービス事業					
	サービス業	(他に分類 されないもの)				
	公務					
	第 3 次産業					
	分類不能の産業					

3. 職業大分類別就業者数

平成 22 年の国勢調査のデータを記入してください。

項 目	人口（人）			構成比（％）		
	計	男	女	計	男	女
就業者総数				100	100	100
管理的職業従事者						
専門的・技術的職業従事者						
事務従事者						
販売従事者						
サービス職業従事者						
保安職業従事者						
農林漁業従事者						
生産工程従事者						
輸送・機会運転従事者						
建設・採掘従事者						
運輸・清掃・包装等従事者						
分類不能の職業						

4. 地理的特性の概要

地形、交通の便、気候、産業などの特徴、その他、発達障害の支援体制づくりに関連する可能性のある地理的特性について、自由に記載してください。自治体から出されている資料などがあれば、添付してください。外国人集住地域を含む自治体は、そのことにも触れてください。

発達障害の支援システム

I 知的障害（IとIIは、内容が同じならここにまとめて記入してもかまいません）

1. 自治体における療育手帳の種類と基準

2. 支援システムの概要（自治体から出されている資料があれば、添付してください）

（1）モデル図

（2）発見の場

（3）発見から継続的な支援までの流れ（発見の場が複数ある場合、分けて書いてください）

とくにつなぎ支援や連携については、どのような形で誰が担っているのかをなるべく詳細に記載してください。

(4) 医療の関わり方

(5) 幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

b. 幼稚園・保育所・認定こども園

c. 幼稚園・保育所・認定こども園への外部専門職による支援

d. 学校への引き継ぎ

(6) 学齡期の支援

a. 教育システム内の支援体制：

b. 医療・福祉などとの連携：

(7) 専門家の養成

(8) 普及啓発

II 知的障害のない発達障害

1. 支援システムの概要（自治体から出されている資料があれば、添付してください）

（1）モデル図

（2）発見の場

（3）発見から継続的な支援までの流れ（発見の場が複数ある場合、分けて書いてください）
とくにつなぎ支援や連携については、どのような形で誰が担っているのかをなるべく詳細に記載してください。

(4) 医療の関わり方

(5) 幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

b. 幼稚園・保育所・認定こども園

c. 幼稚園・保育所・認定こども園への外部専門職による支援

d. 学校への引き継ぎ

(6) 学齡期の支援

a. 教育システム内の支援体制：

b. 医療・福祉などとの連携：

(7) 専門家の養成

(8) 普及啓発

Ⅲ 障害児支援の体制

1. 母子保健

担当部署：()

担当スタッフ：

保健師：常勤()人，非常勤()人

保健師1人あたりの0～4歳人口()人

その他：職種名() 常勤()人，非常勤()人

職種名() 常勤()人，非常勤()人

2. 乳幼児健診・就学児健診（平成28年度）

健診（時期）	実施主体	実施場所	年間のべ	1回平均	受診率	フォロー率 （内訳も）
乳児（ 歳 カ月）	市町村・その他（ ）	力所	回	人	%	%
1歳半（ 歳 カ月）	市町村・その他（ ）	力所	回	人	%	%
2歳（ 歳 カ月）	市町村・その他（ ）	力所	回	人	%	%
3歳（ 歳 カ月）	市町村・その他（ ）	力所	回	人	%	%
5歳（ 歳 カ月）	市町村・その他（ ）	力所	回	人	%	%
就学時	教育委員会・その他（ ）	力所	回	人	%	%
その他（ ）	（詳細）	力所	回	人	%	%

*内訳のうち、発達障害が疑われてフォローとなっている子どもはどこに入るかを明記してください。

3. 幼稚園・保育所・認定こども園

園の数，障害児受け入れの実態，専門機関との連携など

4. 専門機関

- (1) 知的障害児を対象とした福祉施設等(施設の経営主体，規模およびプログラムの概要など)
- ・ 障害児通所支援(児童発達支援センター，児童発達支援事業所，医療型児童発達支援センター，放課後等デイサービス，保育所等訪問支援)，障害児入所支援，その他に分けて記載してください。
- (2) 知的障害のない発達障害を対象とした福祉施設等(施設の規模及びプログラムの概要など)
- ・ 障害児通所支援(児童発達支援センター，児童発達支援事業所，医療型児童発達支援センター，放課後等デイサービス，保育所等訪問支援)，障害児入所支援，その他に分けて記載してください。
- (3) 発達障害専門の医療機関(常勤医師および非常勤医師の人数と診療人数)

(4) 特別支援教育

小学校：市区町村立____校，その他の公立____校，私立____校

特別支援学校：

知的障害特別支援学級：市区町村立小学校____校中____校に設置

情緒障害・自閉症特別支援学級：市区町村立小学校____校中____校に設置

通級指導教室：種別と学校数

通級指導を受けている小学生数

IV 発達障害者支援法の改正等に関する質問

1. 発達障害支援の相談窓口となる「発達支援センター」や「発達支援室」などの公的センター等がありますか？ある場合、名称、経営主体、職員数と職種、支援対象、機能について書いてください。複数ある場合はすべて書いてください。

例) 名称：「障害者福祉課発達支援室」(市直営)

職員：ソーシャルワーカー2名(常勤)、保健師1名(常勤)、臨床心理士2名(非常勤)、
児童精神科医師1名(非常勤)

対象：発達障害のある幼児、学童、成人

機能：相談、心理評価、医療相談、巡回相談

2. 自治体(市区町村)には、発達障害に係る連携を目的とした会議が設置していますか？
していない している(会議の名称：_____)
- 設置している場合、委員はどのような職種、立場の人たちで構成されていますか？含まれるものに○をつけてください。

学識経験者 精神科医・児童精神科医 小児科医 児童福祉関係者 障害福祉関係者
普通教育関係者 特別支援教育関係者 就労支援関係者 警察関係者 司法関係者
その他()

複数ある場合、以下に追加してください。

3. 発達障害児者支援に関して、都道府県との連携は行っていますか？
行っている場合、どのような形で行っていますか？

4. 保護者・家族への情報提供，助言等の支援を行うためのプログラムは行っていますか？
行っている場合，どのような形で行っていますか？

5. 発達障害に関する支援体制の中で，以下について何か配慮をしていますか？

(1) 女性

(2) 日本語に通じない子ども（外国人など日本語の能力が十分でない子ども）

(3) 療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども

6. 発達障害児の差別解消，いじめ・虐待防止等のために，何か対策を講じていますか？

V 発達障害の支援体制全般に関する自治体の課題

貴自治体の発達障害の支援体制全般に関して、到達している点と今後の課題についてご自由に書いてください。

資料：発達障害の支援ニーズ調査(医療機関)の調査票

発達障害の累積発生率と有病率

小学1年生用：平成28年度の小学1年生(平成21年4月2日～平成22年4月1日生まれ)

上記の期間に出生した子どもの数(出生コホート) [()人(男) ()人、女()人]
 うち外国人の数 [()人(男) ()人、女()人]

平成28年4月1日現在、地域に居住する小学1年生の子どもの数(居住コホート) [()人(男) ()人、女()人]
 うち外国人の数 [()人(男) ()人、女()人]

(1) 出生コホートからの平成28年4月1日までの発生数(受診した子どものみ)

[人数(男:女)]の形で男女合計と男女別の人数を記入してください(例: [15(8:7)])。外国人の数は下の段に内数として記入してください。

診断された年齢	① PDD (F84)						計
	IQ69以下			IQ70以上			
	重複なし	F90あり	他の重複あり	重複なし	F90あり	他の重複あり	
1歳代以下 (うち外国人)	例 15(8:7) (1(1:0))	()	()	()	()	()	()
2歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
3歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
4歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
5～6歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	② 多動性障害 (F90；①を除外)								
	IQ69 以下				IQ70 以上				計
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	他の重複あり		
1 歳代以下 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
2 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
3 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
4 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
5～6 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80; ①②を除外)				④ 精神遅滞 (F70~F79; ①②③を除外)		
	IQ69 以下		IQ70 以上		計	重複なし	重複あり
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり			
1 歳代以下 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
2 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
3 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
4 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
5~6 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
不明 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
合計 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)

診断された年齢	⑤ その他の発達障害		⑥ 境界知能
	内訳（診断と人数（男:女））		
1 歳代以下 （うち外国人）	（	）	（
2 歳代 （うち外国人）	（	）	（
3 歳代 （うち外国人）	（	）	（
4 歳代 （うち外国人）	（	）	（
5～6 歳代 （うち外国人）	（	）	（
不明 （うち外国人）	（	）	（
合計 （うち外国人）	（	）	（

(2) 出生コホートからの平成 28 年 4 月 1 日までの発生数

① PDD と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
④ ①②③以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑤ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑥ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
うち外国人の数				
① PDD と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
④ ①②③以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑤ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑥ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)

(3) 平成 28 年 4 月 1 日時点での居住コホートに含まれる有病者数 (受診した子どものみ)

[人数 (男:女)] の形で男女合計と男女別の人数を記入してください (例: [15 (8:7)])。外国人の数は下の段に内数として記入してください。

診断された年齢	① PDD (F84)							計
	IQ69 以下			IQ70 以上				
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり		
1 歳代以下 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	
2 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	
3 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	
4 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	
5～6 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	

診断された年齢	② 多動性障害 (F90；①を除外)								
	IQ69 以下				IQ70 以上				計
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	他の重複あり		
1 歳代以下 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	
2 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	
3 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	
4 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	
5～6 歳代 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80; ①②を除外)				④ 精神遅滞 (F70~F79; ①②③を除外)			
	IQ69 以下		IQ70 以上		計	重複なし	重複あり	計
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり				
1 歳代以下 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
2 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
3 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
4 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
5~6 歳代 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
不明 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
合計 (うち外国人)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)

診断された年齢	⑤ その他の発達障害		⑥ 境界知能
	内訳（診断と人数（男:女））		
1 歳代以下 （うち外国人）	（	）	（
2 歳代 （うち外国人）	（	）	（
3 歳代 （うち外国人）	（	）	（
4 歳代 （うち外国人）	（	）	（
5～6 歳代 （うち外国人）	（	）	（
不明 （うち外国人）	（	）	（
合計 （うち外国人）	（	）	（

(4) 平成 28 年 4 月 1 日時点での居住コホートに含まれる有病者数

① PDD と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
④ ①②③以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑤ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑥ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
うち外国人の数				
① PDD と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
④ ①②③以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑤ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)
⑥ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男[	]人、女[	]人)

小学2年生以上用:平成28年度の小学_年生(平成_年4月2日~平成_年4月1日生まれ)

上記の期間に出生した子どもの数(出生コホート) []人(男) []人、女[]人

うち外国人の数 []人(男) []人、女[]人

平成28年4月1日現在、地域に居住する小学1年生の子どもの数(居住コホート) []人(男) []人、女[]人

うち外国人の数 []人(男) []人、女[]人

(1) 出生コホートからの平成28年4月1日までの発症数(受診した子どものみ)

[人数(男:女)]の形で男女合計と男女別の人数を記入してください(例: [15(8:7)])。外国人の数は下の段に内数として記入してください。

診断された年齢	① PDD (F84)						計
	IQ69以下			IQ70以上			
	重複なし	F90あり	他の重複あり	重複なし	F90あり	他の重複あり	
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
3年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
4年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
5年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
6年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
中学1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
中学2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	② 多動性障害 (F90；①を除外)							
	IQ69 以下				IQ70 以上			
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	他の重複あり	計
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
3年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
4年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
5年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
6年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
中学1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
中学2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80；①②を除外)				④ 学力の特異的発達障害 (F81；①②③を除外)		
	IQ69 以下		IQ70 以上		計	重複なし	重複あり
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり			
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
3年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
4年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
5年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
6年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
中学1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
中学2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	⑤精神遅滞 (F70~F79; ①②③④を除外)			⑥ その他の発達障害 内訳 (診断と人数 (男:女))	⑦ 境界知能 人数
	重複なし	重複あり	計		
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()
1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
3年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
4年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
5年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
6年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
中学1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
中学2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()

(2) 出生コホートからの平成28年4月1日までの発生数

① PDDと思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
④ ①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑤ ①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑥ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑦ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
うち外国人の数				
① PDDと思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
④ ①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑤ ①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑥ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑦ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人

(3) 平成 28 年 4 月 1 日時点での居住コホートに含まれる有病者数 (受診した子どものみ)

[人数 (男:女)] の形で男女合計と男女別の人数を記入してください (例: [15 (8:7)])。外国人の数は下の段に内数として記入してください。

診断された年齢	① PDD (F84)							
	IQ69 以下				IQ70 以上			
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	他の重複あり	計
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
1 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
2 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
3 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
4 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
5 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
6 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
中学 1 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
中学 2 年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	② 多動性障害 (F90；①を除外)											
	IQ69 以下					IQ70 以上					計	
	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	重複なし	F90 あり	他の重複あり	計		
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
3年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
4年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
5年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
6年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
中学1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
中学2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	③ 会話および言語の特異的発達障害 (F80；①②を除外)				④ 学力の特異的発達障害 (F81；①②③を除外)		
	IQ69 以下		IQ70 以上		計	重複なし	重複あり
	重複なし	重複あり	重複なし	重複あり			
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
3年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
4年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
5年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
6年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
中学1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
中学2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()	()	()

診断された年齢	⑤精神遅滞 (F70~F79; ①②③④を除外)			⑥ その他の発達障害 内訳 (診断と人数 (男:女))	⑦ 境界知能 人数
	重複なし	重複あり	計		
就学前 (うち外国人)	()	()	()	()	()
1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
3年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
4年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
5年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
6年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
中学1年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
中学2年生 (うち外国人)	()	()	()	()	()
不明 (うち外国人)	()	()	()	()	()
合計 (うち外国人)	()	()	()	()	()

(4) 平成28年4月1日時点での居住コホートに含まれる有病者数

① PDDと思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
④ ①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑤ ①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑥ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑦ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
うち外国人の数				
① PDDと思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
② ①以外で多動性障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
③ ①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
④ ①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑤ ①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑥ その他の発達障害と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人
⑦ 境界知能と思われる子ども	[	]人 (男)	]人、女[	]人

境界知能の症例について

上記のデータのなかに、境界知能であって知的障害や発達障害の診断がついていない子どもがいる場合、その子どもは診断がないのに医療機関を受診していることとなります。これらの子どもたちにもどのような支援ニーズがあるのかを、以下に記入してください。

症例番号 (適宜つけてください)	性別	初診年齢	調査時年齢	受診経路	初診時の主訴	調査時点の支援ニーズ

反抗挑戦性障害・素行障害の症例について

知的障害や発達障害をベースに著しい反抗・暴力や素行の問題を呈し、反抗挑戦性障害や素行障害の診断がつく子どももいます。これらの子どもたちにとどのような支援ニーズがあるのかを、以下に記入してください。

症例番号 (適宜つけてください)	性別	初診年齢	調査時年齢	受診経路	併存する知的・発達障害	調査時点の支援ニーズ

[小学校 2 年生以上用]

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

以下の質問では、平成 28 年度の__学校__年生（平成__年 4 月 2 日～平成__年 4 月 1 日生まれ）で、平成 28 年 4 月 2 日時点で[]市に居住し貴校に在籍していた子どものうち、通常の学級、特別支援学級を問わず貴校が把握しているすべての子どもについて記入してください。平成 28 年 4 月 2 日以前に転出した子どもやそれ以後に転入した子どもは除外してください。人数の中に「日本語の能力に応じた特別な指導」の対象となる子ども児が含まれる場合は、[15 (1)]のように数字の後ろに（ ）をつけて内数として記入してください。

学校名（ ）
ご記入いただいた先生のお名前とお立場（特別支援教育コーディネーター等）（ ）

1. 平成 28 年 4 月 2 日時点で [] 市に居住し貴校に在籍していた__年生の総人数（通常の学級と特別支援学級の計）を記入してください。

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

2. 1のうち、発達に何らかの遅れや偏りがある子どもとして把握している__年生の子どもの総数と、特別支援体制の内容について、それぞれの人数を記入してください。ひとりの子どもが複数の制度を活用している場合には、リストの上位の項目を優先して1つのみ選択してください。

総数 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

内訳

A. 特別支援学級に在籍

(1) 知的障害特別支援学級 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(3) その他の特別支援学級 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

B. 通常の学級に在籍

(1) 情緒障害通級指導教室に通級 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(3) その他の通級指導教室に通級 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(4) 適応指導教室((1)~(3)通級児を除く) [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(5) その他の支援 () [()]人 (男[()]人、女[()]人)

() [()]人 (男[()]人、女[()]人)

() [()]人 (男[()]人、女[()]人)

() [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(6) 学級担任による配慮のみ [()]人 (男[()]人、女[()]人)

3. 発達に何らかの遅れや偏りがある子どもとして把握している子どもの人数を記入してください。() 内にある診断名のついていない子どもを含めますが、診断されていない子どもでもその特徴があれば含めてください。視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、病弱の子どもでも、当てはまる特徴があれば含めてください。

主たる問題が、

(1)-a. 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」「自閉スペクトラム」など）

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

aのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癇癪を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

aのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの真犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

b. aのうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

bのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癇癪を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

bのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの真犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？

- [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 c. a のうち、不登校 (30 日以上) の長期欠席) の子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- (2)-a. (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)
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 a のうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性 (「反抗挑戦性障害」など) を有する子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 a のうち、過去 1 年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った (「素行障害」など) 子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- b. a のうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 b のうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性 (「反抗挑戦性障害」など) を有する子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 b のうち、過去 1 年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った (「素行障害」など) 子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- c. a のうち、不登校 (30 日以上) の長期欠席) の子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- (3)-a. (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)
 ※吃音 (どもり)、場面緘黙が主たる問題の子どもは、ここではなく(6)に含めてください
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 a のうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性 (「反抗挑戦性障害」など) を有する子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 a のうち、過去 1 年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った (「素行障害」など) 子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- b. a のうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 b のうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性 (「反抗挑戦性障害」など) を有する子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 b のうち、過去 1 年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った (「素行障害」など) 子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- c. a のうち、不登校 (30 日以上) の長期欠席) の子どもは?
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- (4)-a. (1) ~ (3) のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れでは説明のつかない学力の問題 (「学習障害」「LD」など)
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
 a のうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど

- 著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- aのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- b. aのうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- bのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- bのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- このうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- c. aのうち、不登校（30日以上長期欠席）の子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- (5)-a. (1)～(4)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）
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- aのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- aのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- b. aのうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- bのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- bのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- c. aのうち、不登校（30日以上長期欠席）の子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- (6)-a. (1)～(5)のいずれにも含まれていない子どもで、なんらかの精神科などの専門的なケアを要すると思われる問題（吃音、場面緘黙、チックなどが主たる問題の場合、ここに含めてください）
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- aのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- aのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)
- b. aのうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

bのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

bのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの真犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

c. aのうち、不登校（30日以上長期欠席）の子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

(7)-a. (1)～(6)のいずれにも含まれていない子どもで、知的に境界知能と思われる問題

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

aのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

aのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの真犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

b. aのうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

bのうち、しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（「反抗挑戦性障害」など）を有する子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

bのうち、過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの真犯または触法行為を行った（「素行障害」など）子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

c. aのうち、不登校（30日以上長期欠席）の子どもは？

[()]人 (男[()]人、女[()]人)

4. 3で、医療機関を受診していない子どもについて、受診しない理由をご存じであれば教えてください。

理由	人数	理由	人数
受診に抵抗がある		必要性を感じない	
家族の理解が得られない		経済的理由	
民間療育機関など他に相談の場がある		宗教的理由	
なんとなく		(以下、適宜加えてください)	

5. 知的に境界知能の子どもの教育について、何か問題点があれば以下に記載してください。

6. 日本語の能力に応じた特別な指導の対象児でかつ発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの教育について、何か問題点があれば以下に記載してください。

ご協力ありがとうございました。

[小学校1年生用]

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

学校名 ()

ご記入いただいた先生のお名前とお立場 (特別支援教育コーディネーター等) ()

以下の質問では、平成28年度の小学校1年生(平成21年4月2日～平成22年4月1日生まれ)で、平成28年4月2日時点で[]市に居住し貴校に在籍していた子どものうち、通常の学級、特別支援学級にかかわらず貴校が把握しているすべての子どもについて記入してください。それ以前に転出した子どもやそれ以後に転入した子どもは除外してください。人数の中に「日本語の能力に応じた特別な指導」の対象となる子ども児が含まれる場合は、[15(1)]のように()内に内数として記入してください。

1. 貴校の小学校1年生の総人数(通常の学級および特別支援学級の計)を記入してください。

[()]人(男[()]人、女[()]人)

2. 発達に何らかの遅れや偏りがある子どもとして把握している子どもの人数を記入してください。()内にある診断名のついている子どもを含めますが、診断されていない子どもでもその特徴があれば含めてください。視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、病弱の子どもでも、当てはまる特徴があれば含めてください。

主たる問題が、

(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)

[()]人(男[()]人、女[()]人)

このうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは?

[()]人(男[()]人、女[()]人)

(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)

[()]人(男[()]人、女[()]人)

このうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは?

[()]人(男[()]人、女[()]人)

(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)

※吃音(どもり)や場面緘黙が主たる問題の子どもは、ここではなく(5)に含めてください

[()]人(男[()]人、女[()]人)

このうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは?

[()]人(男[()]人、女[()]人)

(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)

[()]人(男[()]人、女[()]人)

このうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは?

[()]人(男[()]人、女[()]人)

(5) (1)～(4)のいずれにも含まれていない子どもで、なん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、チックなどが主たる問題の場合、ここに含めてください)

[()]人(男[()]人、女[()]人)

【小学校1年生用】

このうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

(6)(1)～(5)のいずれにも含まれていない子どもで、知的に境界知能と思われる問題
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

このうち、医療機関を受診している、あるいは受診したことがある、と把握している子どもは？
 [()]人 (男[()]人、女[()]人)

3. 2で、医療機関を受診していない子どもについて、受診しない理由をご存じであれば教えてください。

理由	人数	理由	人数
受診に抵抗がある		必要性を感じない	
家族の理解が得られない		経済的理由	
民間療育機関など他に相談の場がある		宗教的理由	
なんとなく		(以下、適宜加えてください)	

ご協力ありがとうございました。

II. 分担研究報告

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究

分担研究報告書

政令指定都市についてのコメント

研究分担者 清水康夫（横浜市総合リハビリテーションセンター）

政令指定都市（以下、政令市）分担班では、全 20 市のなかから福岡市、広島市、岡山市、横浜市の 4 市が選ばれ、それぞれの市で発達障害の地域支援システムに中心的に携わっている研究協力者の参加を得て調査が進められた。基礎自治体は全国で 1,741（平成 28 年 10 月 10 日現在）あるが、政令市はそのうち 20 市のみであって数としては全自治体のわずか 1.1%を構成するに過ぎない。その反面、政令市 20 市を合わせた人口は全国総人口約 1 億 2,700 万人の 21%強に達する。実に我が国の 5 人に一人が政令市民なのである。

しかし同じ政令市とはいえ、分担班 4 市の間でも政令市指定時期や人口規模などに大きな違いがある。たとえば横浜市は昭和 31 年に政令市制度ができる前から、いわゆる「五大都市」のひとつであった。逆に岡山市は平成 20 年に政令市になったばかりであり、福岡市と広島市の指定時期はその中間といえよう。一方、人口の点でも 370 万人を超える横浜市と 72 万人の岡山市は対照的であり、福岡市と広島市はやはりその中間にあたる。これらの違いは建設されている発達障害の地域支援システムの内容にも影響を与えていると思われる。

厚生省（当時）から都道府県知事と政令市長に「心身障害児総合通園センター」構想の通知が出されたのは昭 54 年であった。それに前後して、広島市は昭和 49 年に、福岡市は昭和 54 年に、心身障害福祉センターを開所している。この 2 市は市内に地域拠点を築いて、そこを中心に障害児に対する医療と福祉の総合アプローチを開始した我が国で最も早い都市群である。横浜市が最初に地域療育センターを開いたのはそれに数年遅れた昭和 60 年であった。

上の 3 市では、まず地域の支援拠点を建設することから始まり、そこにおいて種々の支援活動がなされる形がとられた。厚生省通知に忠実な支援システムづくりであったといえる。これに対して岡山市ではそれとは違ったベクトルで支援サービスのネットワークづくりがなされているようである。

そうすると、古くからの政令市の方策は「拠点主義」といえるかもしれない。のちになって横浜市でアウトリーチ形式の学校支援事業が設けられたのは、拠点主義からの脱出や修正を含んでいたであろうか。今後、むしろ古い政令市の方が新しい政令市から学ぶことが多くなりそうな雲行きである。

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究

分担研究報告書

横浜市の地域特性にかんする調査報告

研究分担者 清水康夫¹⁾
研究協力者 岩佐光章¹⁾ 原 郁子¹⁾ 三隅輝見子²⁾
岡田克己³⁾ 上蔵小百合¹⁾ 中島智美¹⁾

1)横浜市総合リハビリテーションセンター 2)川崎市南部地域療育センター
3)横浜市教育委員会事務局東部学校教育事務所

研究要旨

発達障害の地域支援について、その今後のあり方を横浜市の地域特性を描出することによって考察した。横浜市（人口 373 万人余）は政令指定都市として 18 の行政区に分割されており、発達障害の支援はどの行政区においても基本的に同質である。そのため行政サービスの内容の詳細については、ひとつの行政区である港北区（人口 34 万人余）を代表に選んで精査することにして、調査結果の正確さを期した。

発達障害とは複数の障害の集合概念である。横浜市が地域支援システムの建設に入った当時は、支援対象が知的障害（精神遅滞）に一本化される傾向があったが、その後は自閉症や注意欠如多動性障害が加わり、さらに知的な遅れのない種類の発達障害（高機能自閉症、アスペルガー症候群、学習障害など）へと、次々に拡大されてきた。療育手帳の対象も、明らかな知的障害（IQ75 以下）だけでなく、自閉症などの診断に伴うとの条件付きながらも、境界知能（IQ76～91）にまで上げられた。

地域支援システムは当初、地域療育センターを地域拠点とする早期発見・早期療育に中心化されたが、やがて学齢障害児に対しても早期支援と同じ拠点に支援の役割が振られた。外来診療と福祉相談という形式で学齢前期障害児支援事業がすべての拠点に、また学齢後期障害児支援事業がリハビリテーションセンターを含む市内 3ヶ所の事業所にそれぞれ設定された。さらに地域の公立校に対しては、アウトリーチ形式による学校支援事業がすべての拠点に置かれている。

しかし今後の長期展望に立ったとき、現在の地域支援システムは根本的な改革が必要な段階に至っているとも思われる。

A. 研究目的

本研究班における政令市分担班では、横浜市、広島市、福岡市、岡山市の4市それぞれについて自治体調査を行い、各政令市の対発達障害施策の内容、支援体制の実態を明らかにする。さらにそれぞれの特性から基本自治体のなかで政令市の特性や今後の課題について考察する。

本稿では、横浜市について報告する。

B. 研究方法

発達障害をもつ子どもと家族に対する支援の各自治体における到達状況を調査するために本研究班で定められた調査票(「市区町村における発達障害児に関する支援状況調査票」)の項目にそって調査を行った。調査票は、地域特性、発達障害の支援システム、障害児支援の体制、発達障害者支援法の改正等に関連する質問の4つの大項目に分類されている。調査対象である横浜市(面積:約435km²,人口:約373万人)は、国内に20ある政令指定都市の中でも大規模であり、広範囲で複数の組織にまたがる調査項目を一元的に得ることは困難である。そのため、以下の工夫を行った。一つ目は、研究分担者のもとに、横浜市内の発達障害にかかわる福祉、医療、教育の各分野に従事している者を研究協力者として招集し、それぞれの持つ資料を持ち寄り、数回にわたり話し合いを行ってこれらの情報を統合した。また、研究協力者から発達障害をもつ子どもと家族に対する横浜市の行政に携わる関係者に依頼し、行政側からの意見を集約した。二つ目は、横浜市の18ある行政区の中から、横浜市北部地域に位置する港北区(面積:約31km²,人口:約34.6万人)を主な調査対象地域と定め、横浜市全体にかかわる情報のみならず港北区の情報を追記することで、他自治体との比較等をしやすくなるよう努めた。なお、地域特

性のうち、人口動態、就業人口、調査対象となる港北区の地理的特徴・人口・人口動態、就業人口、職業大分類別就業者数に関するデータは、主に横浜市政策局総務部統計情報課の、横浜市統計ポータルサイト(<http://www.city.yokohama.lg.jp/ex/stat/census/>)から引用した。

(倫理面への配慮)

調査にあたっては、氏名、生年月日、住所を含む対象児童の個人を特定できるような一切の情報は扱わなかった。

C. 研究結果

1. 地域特性

主な調査対象地域である横浜市港北区は、横浜市を構成する18区のうちの1つであり、面積は31.4km²,人口は34.6万人で、前回調査時33.9万人(H26年)より増加していた。平成27年の年間出生数は3698人で、前回調査時3455人(H25年)より増加していた。

横浜市政の中心地は関内地区(中区)、経済活動の中心地は横浜駅(西区)周辺であるが、港北区は横浜市北東部に位置し、その横浜市の中心地域と東京都心との間に位置し、都心から約20km圏内である。このような地理的環境のため、港北地域は、明治41年に現在のJR横浜線が、大正15年に現在の東急東横線が開通したことにより、横浜市の内陸部としてはいち早く市街化が始まった。また昭和39年、東海道新幹線の開通に伴って新横浜駅が開業すると、横浜駅周辺・関内・関外地区に次ぐ横浜市第二の拠点として整備された。さらに、新横浜駅を中心とした地域は、新横浜都心として位置づけられ、広域的な施設や基盤の整備が図られつつあり、その1つとして平成10年に横浜国際総合競技場(現:日産スタジアム)が開場している。住宅分布は、

東急東横線沿線を中心とする東側には、一戸建て住宅中心の閑静な住宅地が、横浜市営地下鉄沿線を中心とする西側には集合住宅を中心とした新興住宅地が広がっている。

港北区の15歳以上の通勤通学者のうち、市内で従業・通学する割合は49.1%、東京都に従業・通学する割合は、39.2%であり、都心のベッドタウンとしての機能を持つ。一方、港北区に従業・通学している15歳以上のうち東京から通勤・通学者の割合は10.6%と18区の中で最も高く横浜市の中心と都心との中間として、独自の都市機能も有している。港北区の昼夜間人口比率は94.0、18区の中で流出人口は2番目、流入人口3番目に高く出入りの多い地域と言える。

港北区の年齢別の人口では0～4歳が4.5%（全国平均4.1%）、15歳未満が12.4%（13.1%）、15歳～65歳未満が69.4%（63.8%）65歳以上が17.5%（23.3%）と幼児人口は全国平均をやや上回り、生産年齢人口の割合が高い傾向にある。

港北区の外国人人口は5064人（港北区人口の1.49%）であり、外国人密集地域はない。

横浜市では増え続ける保育所申込者に対応するため、平成22年度から待機児童対策を重点施策とし、保育所定員を拡大して平成25年4月には待機児童ゼロを達成しているが課題は完全には解決していない。H28年4月時点で保育所等を利用できず保留扱いとなった児童は3117人、そのうち横浜保育室・一時保育・幼稚園預かり保育など代替施策が利用できたのは987人いた。

2. 発達障害の支援システム

1) 自治体における療育手帳の種類と基準

横浜市は、標準化された田中ビネー知能

検査に基づいて、最重度（A1）、重度（A2）、中度（B1）、軽度（B2）に分類している。加えて、境界水準（IQ76から91）であれば自閉スペクトラム症者を軽度（B2）と認定している。これは福祉制度の利用を希望する境界知能の子どもを受け皿にもなっている。

2) 支援システムの概要

横浜市の支援システムは、ライフステージに沿って就学前、学齢前期、学齢後期、成人期と分かれて構成されており、その概要は横浜市のホームページに掲載されている。

早期発見は各区にある福祉保健センターが中心的役割を担っており、とくに1歳6ヵ月児健康診査は発達障害の早期発見にとって最も重要である。発見後の継続的な支援を担う地域療育センター（港北区はリハビリテーションセンター）と福祉保健センターの間には機能的なインターフェイスが設けられており、福祉保健センターには地域療育センターの医師、心理士、ソーシャルワーカーがチームで出向き、発達評価や養育者への専門相談を行う（療育相談）。

幼稚園や保育所に入園した後に集団行動などの点で発達障害が疑われた子どもは地域療育センターに紹介される。幼稚園や保育所に対しては、地域療育センターのソーシャルワーカーが巡回相談に出向き、子どもの生活の様子を直接みた上で園へのスーパービジョンを行っている。近年は、養育者が本やインターネットから情報を得ることによって、福祉保健センターや幼稚園・保育所を経由することなく、養育者の発意で直接受診を申し込む割合が増えて10%を超える。

3) 医療の関わり方

早期発見から続く発達障害をもつ子どもと養育者に対する継続的な支援の場は、地域拠点である地域療育センターが担って

おり、港北区においてはリハビリテーションセンターがその機能を有している。

地域拠点の診療所は障害の早期発見と障害児や保護者への早期支援方針の作成について牽引役を果たしている。また地域拠点内に置かれた児童発達支援センター、児童発達支援事業所における早期支援に並行する形で、必要に応じて薬物療法などの医療を提供している。

4) 幼児期の継続的な支援

幼児期の継続的な支援の場として、専門機関、幼稚園・保育所に大きく分類して記述する。まず、発達障害の専門機関としては、地域拠点である地域療育センター（港北区はリハビリテーションセンター）が担っている。その他、民間の児童発達支援事業所の開設が進んでいる。

横浜市には公立幼稚園は存在せず、全園が民間である。このため、障害のある児童の受け入れは各園の判断に任されている。横浜市は、私立幼稚園に対して「私立幼稚園等特別支援教育費補助事業（私立幼稚園の特別支援教育に必要な教員の確保・施設設備の整備改善を行うことを目的とする）」を設け、障害のある児童の受け入れに関する助成を行っている。平成 27 年度に子ども・子育て支援新制度が実施されるに伴い、平成 24 年度調査時に 286 園であった私立幼稚園のうち、57 園（12,550 名）が新制度型園に移行した。横浜市は、新制度移行園に関しては、「障害児等受入加算」により助成を行っている。前回調査（平成 24 年度）と今回調査（平成 27 年度）の比較では、障害のある児童の受け入れ総数はほぼ変わらず、新制度導入により補助の仕組みが変更されても受け入れは継続されている。

横浜市では保育所待機児童ゼロの目標を達成するために、認可保育所や市認定保育室（横浜保育室）の増設に取り組み、施設数は激増している。しかし公立保育所は、

横浜市が民営化を進めているため、前回調査時と比較して施設数は減少している。たとえば、横浜市港北区の認可保育所は平成 24 年度に 49 か所であったが、平成 27 年度には 71 か所に増えており、逆に公立保育所は平成 24 年度に 1 か所減、平成 27 年度には市内で 6 か所までになった。また、平成 27 年度に子ども・子育て支援新制度が実施されるに伴い、様々な形態の保育事業が展開されるようになった。

障害のある児童の受け入れについては、公立保育所では平成 10 年度より全保育所で受け入れているが、民間保育所では各施設の判断に任されている。障害のある児童の受け入れへの助成は、認可保育所（公立、私立）、市認定保育室（横浜保育室）については「障害児保育費（障害のある児童受け入れ）」、「特別支援児童加算費（発達障害のある児童受け入れ）」により、必要な職員体制の加配を保障している。また、認可保育所を中心にした育児相談・育児講座の開催、園庭解放など、地域の子育て支援活動を行っている。

幼稚園・保育所・認定こども園には、いくつかの次元で専門機関による支援システムが構築されている。まず、地域拠点である地域療育センター（リハビリテーションセンター）のソーシャルワーカーが、幼稚園・保育所からの要望に応じて、リハセンター利用児、未利用児を問わず巡回相談を行う。平成 27 年度巡回相談は、幼稚園関係 139 ケース、保育所関係 375 ケース、計 514 ケースであった。ちなみに平成 24 年度の計 481 ケースよりもやや増えていた。保育所等施設の増設に伴い、巡回相談の申込件数は年々増加し、対象施設も小規模事業施設や認可外保育所や子育てサークル等、広がりを見せている。

幼稚園・保育所の保育士等に対する研修事業として、認可保育所の保育士を対象に

担当エリアの療育センターで実地研修を行う「障害児保育実地研修」、幼稚園協会主催の研修会への講師派遣、保育士等対象の専門研修がある。また1年間の期間を区切って公立保育所の保育士をリハビリテーションセンター等に受け入れて早期療育を担当させ、同時に療育センターの保育士を公立保育所に派遣するという相互に乗り入れる形の「横浜市保育士人事交流研修」事業を展開している。

幼児期の継続的な支援から学校への引き継ぎは、指導要録、保育要録等が幼稚園や保育所から学校に送付されている。また、地域療育センターで専門的な支援を受けた子どもについては、養育者の承諾・希望のもと、児童支援専任や通級指導教室担当などとのカンファレンスを通じて情報共有をしている。

5) 学齢期の支援

学齢期の継続的な支援システムについて教育側と医療・福祉側とに整理して記述する。

教育における支援システムは、特別支援教育に関する校内委員会、特別支援教育コーディネーター、特別支援教室が横浜市内の全校に設定されているが、横浜市の特色としてさらに2点を追記する。一つは、発達障害のある、またはそれが疑われる全児童に対する支援、外部機関との連携などを積極的に行う特別支援教育コーディネーター機能をもつ児童支援専任の各校配置である。この児童支援専任はクラス担任をせず、発達障害のある児童等の支援に専念する。

もう一つは、「横浜型センター的機能」と呼ばれる、障害のある児童への支援のために特別支援学校・通級指導教室・地域療育センター等がそれぞれの専門性を生かし、地域を意識した展開によって学校支援を行う仕組みである。この他にも、連続性

のある多様な学びの場の整備、医療・福祉等との連携、その他専門家の育成や普及活動がなされている。

学齢期の継続的な支援の主役は教育であるが、医療・福祉はそれを脇で支え、学齢期の支援システムの維持や機能向上を担う重要な役割をもつ。就学に際しては、養育者に必要な情報を提供し、子どもの特性に合った教育を選択できるように支援をするとともに、学校に対して入学する子どもの幼児期の経過や今後予想されることなどを、カンファレンスを通して情報共有する機会を持つ。

診療は、医師や心理士を含む多職種でチームが構成され、幼児期から診療を継続することに加えて、学童期になって初めて発達障害が疑われた子どもも診療対象としている(学齢前期障害児支援事業)。こうした学童ケースの診断と評価および治療方針をめぐるコンサルテーションの場を学校関係者に向けて用意している。コンサルテーションにはケース担当の医師、心理士、ソーシャルワーカーなどが応じる。

さらに中学校期から18歳までの横浜市在住者を対象として、発達障害にかんするソーシャルワーカーによる相談および医師による診療、心理士による評価と指導などを市内3機関で行っており、リハビリテーションセンターはそのひとつである(学齢後期障害児支援事業)。ただし、その3機関のうち診療機能をもつのは2か所のみであり、成人期への支援も含めて今後の大きな課題となっている。

3. 障害児支援の体制

1) 母子保健

横浜市港北区における母子保健の担当部署は港北区こども家庭支援課こども家庭支援担当であり、常勤の保健師12人(虐待対応調整チーム専任1名を含む)で臨んで

いる。

2) 乳幼児健診

主要な乳幼児健診は、4 ヶ月、1 歳 6 ヶ月、3 歳に設定されており、いずれも主に保健福祉センターにおける集団検診の形式で実施されている。特に 1 歳 6 ヶ月児健診は発達障害の早期発見の拠点として重視されている。ここでのフォロー率は 39.3%と高い。

3) 幼稚園・保育所・認定こども園

<幼稚園関係>

平成 27 年度に子ども・子育て支援新制度が本格実施されるに伴い、横浜市全体では平成 24 年度調査時に 286 園であった幼

稚園のうち、57 園 (12,550 名) が新制度型園に移行した。港北区では、23 園中 11 園 (2,145 名) が移行した。

平成 27 年度では、港北区の従来型幼稚園で全 12 園中 8 園 (66.7%) の 28 名 (1.2%) が補助事業の対象であった。港北区の新制度移行園では、全 11 園中 5 園 (45.5%) の 21 名 (0.97%) が「障害児等受入加算」の対象であった。前回調査 (平成 24 年度) と今回を比較しても、障害のある児童の受け入れ総数はほぼ変わっておらず、新制度導入により補助の仕組みが変更されても受け入れは継続されていた。

表 従来型幼稚園における「私立幼稚園等特別支援教育費補助事業」

	H27 年度		H24 年度	
	港北区	横浜市	港北区	横浜市
全園児数	2,338 名	44,144 名	4,736 名	59,671 名
補助事業対象児数	28 名 (1.2%)	820 名 (1.9%)	50 名 (1.1%)	901 名 (1.5%)
全園数	12 園	225 園	23 園	286 園
補助事業対象園数	8 園 (66.7%)	149 園 (66.2%)	12 園 (52.2%)	176 園 (61.5%)

<保育所関係>

横浜市では、保育所待機児童ゼロの目標を達成するために、認可保育所や市認定保育室 (横浜保育室) の増設に取り組み、施設数が激増している。また、平成 27 年度からは、子ども・子育て支援新制度の導入に伴い、様々な形態の保育事業が展開されるようになり、行政が障害児の受け入れを行っている施設の全容を十分に把握できていない現状が生じている。

認可保育所 (公立 6, 私立 65)・小規模保育事業 (15)・家庭的保育事業 (2)・事業所内保育事業 (1) に該当する施設は、全 89 ヶ所中 36 ヶ所 (40.4%) に、全 6365

名中 82 名 (1.3%) を受け入れている。横浜保育室は、全 20 ヶ所中 3 ヶ所に全 836 名中 3 名 (0.4%) を受け入れている。認可外保育施設は、全 18 ヶ所であるが、利用児総数、障害児の受け入れ数ともに不明である。

<専門機関との連携>

障害児保育講座 (障害児に対する理解および障害児保育に必要な知識を得ることを目的とした研修)、障害児保育実地研修 (認可保育所の保育士が療育センターで 2 日間、障害児療育の実施研修)、横浜市保育士人事交流研修 (保育所と療育センターの保育

士が1年間交流研修を行う)が継続的に行われている。

4) 専門機関

障害児支援にかかわる専門機関を、福祉施設等、医療機関、特別支援教育に分類する。横浜市は全市に渡り人口が密集していて、いずれの地域でも通常の生活圏内に専門機関が確保されてはいるものの、利用者の爆発的な増加やニーズの多様化に対応するための受け皿がまだ十分に備わっているとはいえない。

福祉施設等は、地域拠点として地域療育センター(含リハビリテーションセンター)内に児童発達支援センター、医療型児童発達支援センターを構えており、週5回の濃厚な療育の他、子どもや家庭の状況に合わせて週2日をセンターで療育をうけ残りの3日を幼稚園・保育所に通園するといった併行通園を実施している。近年増加傾向にある児童発達支援事業所については地域療育センター内にこれを導入し、知的な遅れのない発達障害児に特化した早期療育の場として活用している。これらによって自治体が責任をもつ形で、地域の発達障害支援システムを構築していく中核部分を地域拠点が担えるようになってきている。民間の放課後等デイサービスも近年増加傾向にあるが、サービス内容にばらつきが大きく、今後は養育者・相談支援事業者・サービス提供事業者が三位一体で、児童のニーズに真正面から向き合い、一人ひとりの特性や状況に応じた発達支援を実現することが求められている。

発達障害専門の医療機関は、地域療育センター(含リハビリテーションセンター)がその中心的な役割を担っている。そこには発達障害を専門とする常勤医師の配置によって療育や地域支援の質を担保しているが、診察を希望するケースが激増する中、常勤医師だけでは量的な限界があり、何人

かの非常勤医師の協力を得て対応している。

特別支援教育体制は、特別支援学校、知的障害特別支援学級、情緒障害・自閉症特別支援学級、通級指導教室などに大きく分類される。このうち通級指導教室は、横浜市全体で15の小学校と4の中学校に設置されており、通級指導をうけている小学生だけで1786名に上る。

4. 発達障害者支援法の改正等に関連する項目

横浜市には発達障害支援の相談窓口となる公的センターとして9ヶ所の地域療育センターが設置されている。昭和54年に厚生省(当時)児童家庭局が都道府県と政令指定都市に向けて通知した「心身障害児総合通園センター」構想をふまえ、昭和59年に横浜市はそれまでにあった通園施設に医療と相談の要素を組み入れて、発達障害をもつ子どもと養育者に対する総合的な支援活動の地域拠点建設計画を打ち立てた(障害児地域総合通園施設構想)。現在もこの基本構想をもとに、地域療育センターは相談・医療・専門評価・療育・地域支援など多機能を有する発達障害支援の地域拠点と位置づけられている。

横浜市では、発達障害者支援法が施行された平成17年より横浜市発達障害検討委員会を設置している。本委員会は、市主導のもとに学識経験者、医師、福祉関係者、教育関係者、就労支援関係者、当事者団体関係者(親の会等)などの発達障害に関係する代表者を一堂に集め、ライフステージを通じた主要テーマを定めて発達障害施策を検討する会合である。

横浜市は政令指定都市のため障害児者に対する施策において県との連動が優先されることは多くはない。しかし一部、入院治療が必要とされる発達障害児者について、県立こども医療センターの児童思春期精神

科と連携している。

養育者・家族への情報提供については、ソーシャルワーカーが適宜面接を行い、そこで必要に応じた情報提供や助言等を行っている。また、地域療育センター診療所待合室などにはその地域の社会資源や福祉制度、サービス等についての情報が掲示されている。各地域療育センターのホームページには利用の流れや発達障害についての説明が掲載され、養育者向けにプログラムされた講座の案内がダウンロードできるようになっている。

発達障害をもつ女子、日本語に通じない子どもはそれぞれ特有の支援ニーズを有しているという認識のもと、女子のみを対象とした活動（障害者スポーツ文化センター横浜ラポールとの共同でエアロビクス教室の開催など）や外国語に堪能な療育スタッフが担当するなど、個々に合わせた支援を配慮している。

療育手帳や診断をうけていない境界知能の子どもであるが、このような場合、一般には臨床ニーズが生じることがないため、地域拠点である地域療育センターとして疫学的な情報を得ることは困難である。ただし、幼稚園・保育所への巡回相談や学校支援事業による学校訪問の際に訪問先からあげられる事例の中にそのような場合が含まれることがあるかもしれない。しかし、巡回相談や学校支援事業では個々の事例の心理検査や行動評価をするわけではないので、その事例が境界知能であるか否かの正確な判断は困難である。

虐待防止のために、拠点である地域療育センター内に児童虐待予防システムを設置し、児童相談所や福祉保健センターとの連携体制を敷いている。

5. 発達障害の支援体制全般に関する自治体の課題

横浜市では、主に乳幼児に対する障害児の地域での早期の支援体制は、地域療育センターを中心として確立しており、ニーズの変化に対応すべく、養育者を対象とした勉強会の充実や申込直後からの相談を中心としたサービスの展開など、マイナーチェンジを図っている。利用希望者が増加し、両親ともに就労している利用児の増加などニーズが多様化している昨今では、地域療育センターだけでは対応が難しい状況になっていることから、療育センターの機能や組織を現実のニーズに対応できるようモデルチェンジが必要と考えている。

学齢期以降の支援体制は、学齢障害児支援事業や学校支援事業等を通して体制を作っているものの、乳幼児期と比較するとまだ強固ではないという課題がある。外来診療の枠にこだわらず、相談（福祉サービス）を軸にして医療が専門性をバックアップするなど、支援の拡充と質の保証を同時に考えていく必要がある。

平成 24 年度の児童福祉法の改正以来増加し続けている民間事業所との関係や障害児相談支援事業者としての役割についても課題があると考えている。

D. 考察

横浜市は 20 市ある政令指定都市のなかで、人口 373 万人を擁する最大の都市である。横浜市における発達障害対策の根幹を成すものは、市内 9 ヶ所に設置されている地域療育センターである。ここを地域拠点として関連機関との連携のもと、障害の早期発見から早期支援、さらに学齢障害児への支援が市内の各地域で展開されている。

横浜市の地域療育センターは、昭和 54 年の厚生省通知に呼応する形で昭和 59 年に作成された「障害児地域総合通園施設構想」に基づいて建設されてきた。厚生省通知は人口およそ 30 万人に 1 ヶ所の総合通

園センターを設ける想定であったため、横浜市の当時の人口規模から市内 10 ヶ所にこれを設置する計画とされた。

この流れからいえば、現在は当時よりも人口が 300 万人台の前半から後半に増加したことはあるものの、地域拠点（地域療育センター）の設置という観点から見れば、9 ヶ所まで到達できた点で当初の目的はほぼ完遂できたといえよう。実際、横浜市では早期発見の場である乳幼児健診（横浜市では福祉保健センターが健診活動の中心）と地域拠点とのネットワークが早くから形成され、早期診断から早期療育への道筋が切り開かれていった。このようにして横浜市は我が国における発達障害の地域支援モデルを先進的に建設する一翼を担ったと言っても過言ではなからう。

しかし地域療育センターの建設が進むと同時に、当初は想定されなかった課題が次々に出現してきた。それらは知的障害児通園（当時）の利用希望児の待機問題であったり、知的な遅れのない発達障害に対する早期療育の場の確保であったり、あるいは学齢障害児への支援の保障であったりした。さらに昨今では、幼児人口の 5% を優に超える事例が受診するという爆発的なニーズの増大に対する地域療育センター側の量的・質的な対応のあり方が問われている。

“Supply creates its own demand” (Say's law) とは古典経済学の命題であるそうだが、発達障害に対する支援サービスの供給と新たなニーズの掘り起こしの時間的關係がまさにこれであったのかもしれない。

新たな課題に対して現場レベルでは様々な対応の工夫がなされている。また行政的には、児童発達支援事業所の取り込みによって知的な遅れのない発達障害の早期療育を実現したり、学齢障害児に対するいくつかの支援事業を設定したりと、個々の課題に対応した施策がとられてきた。しかし、

もはやこのような個々の課題に対するいわば継ぎ接ぎ施策の連続では根本的な問題の解決にならないように思われる。むしろ従来型の地域支援システムそのものを再考すべき段階に来ているのではなからうか。幸い、行政側もそのような認識を持ち始めている。

横浜市のように発達障害の地域支援システムが先進的に建設されている大都市にとってこそ、根本的な対策としてはパラダイム転換を前提にした再プランニングが求められるかもしれない。横浜市は、ある意味では、時代を先行した有利性と同時に、時代転換の不利性を抱えている。この大都市の特性をふまえた今後の対策の展開に期待したい。

E. 結論

発達障害の地域支援システム建設において、政令指定都市のなかでも横浜市は古くから先進モデルを実現してきた巨大都市である。臨床ニーズの爆発的な増大と多様化は、もはやこれまでのように個々の課題への対策を積み重ねるだけでは根本的な解決にならない。

臨床ニーズの詳細な分析と今後の動向の正確な予測に基づいた地域支援システムの再プランニングが求められる段階に、我々の時代は到達している。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産の出願・登録状況（予定を含む）

特許取得，実用新案登録，その他共になし

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究

平成 28 年度研究報告書

広島市における発達障害児の支援状況および支援体制に関する研究

研究分担者 清水 康夫（横浜市総合リハビリテーションセンター）

研究協力者 大澤 多美子（浅田病院、広島市こども療育センター）

西本 朋子（広島市こども療育センター 地域支援室）

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）

梶梅 あい子（広島大学小児科）

中嶋 みどり（広島国際大学）

研究要旨：広島市における発達障害児の支援状況および支援体制について、行政へのアンケートや関係機関からの情報を基に現況を報告した。発達障害児への支援ニーズは医療、福祉、教育と多領域にわたって増大傾向にあるが、こども療育3センターの新患数は、平成 21 年度の 1925 人をピークに、年々減少し、平成 27 年度は 1668 人となっている。医師の欠員による新患枠の減少や再診の増加の影響と思われるが、依然、新患待機期間は 3～4 ヶ月となっている。全新患数の内、発達障害の割合は、平成 16 年度の約 50%から平成 27 年度の約 80%に次第に増加。また、昭和 55 年の政令都市移行後も、市内：市外の割合は 6：4 のままであったが、次第に広島市内が増加し、平成 27 年度には 9：1 となっている。紹介経路も、医療機関からの紹介は減少し、保健センターや保育園・幼稚園からの紹介が次第に増加している。また、今年度 4 年目となるカルテ調査を実施したが、学年が進むに連れ、発達障害の有病率や発生率は微増し、二次障害も増加している。ここ 10 年の発達障害児者数の増加に対し、特に就学後の医療と教育の連携及び支援体制の構築が求められている。

広島市では、「広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム」（2013－2017）の基本方針にもとづき、乳幼児期についてはそれなりに発達障害への取組みがなされてきた。しかし、今後は、特に学童期以降の多様な個々の支援ニーズへの配慮、急増する放課後デイサービスの質の確保や、地域の発達障害を診療する医師（医療機関）との役割分担など、時代の急激な変化に応じた、新たな支援体制整備計画案が強く求められている。

A. 研究目的

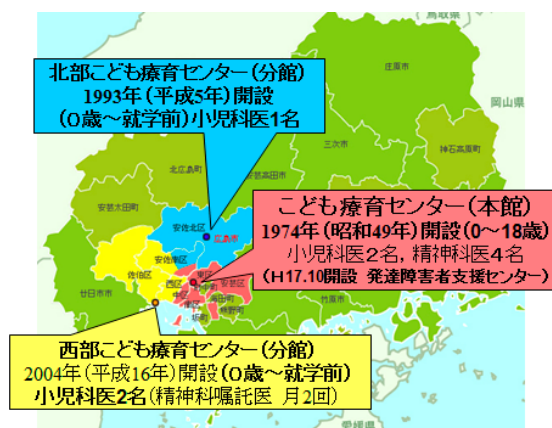
発達障害概念の広がりとともに、各地域の専門機関においては発達障害についての相談や受診希望が増大し、早期発見と早期

支援が進んでいる。それぞれの地域の特性に即した発達障害への支援体制の構築が求められる中、平成 28 年 8 月に施行された、改正発達障害者支援法では国及び地方公共

団体の責務として、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する関係機関及び民間団体相互の有機的連携の下での相談体制の整備を規定している。発達障害児への支援体制は、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システム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検討することを目的としている。平成 25 年度から平成 27 年度は、厚生労働省科学研究費補助金「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」(障害者対策総合研究事業 H25-身体・知的-一般-008) として、自治体規模毎の支援ニーズと支援体制の調査が行われ、その結果は地域特性にあわせた支援体制についての提言としてまとめられた^{3) 4) 5) 6)}。本年度は新たに「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」(障害者政策総合研究事業 H28-身体・知的-一般-001) として、各自治体の支援ニーズと支援体制の調査が行われた。

政令指定都市である広島市においては、今年度は本研究班の共通フォーマットを用いた行政へのアンケートや面接によって、発達障害児への支援体制に関する調査を実施した。また、発達障害の支援ニーズ調査として、広島市こども療育センターのカルテ調査を継続実施し、同一の母集団における発達障害の有病率や累積発生率の推移によって支援ニーズの経年的な変化を把握する研究を行った。なお、広島市には、こども療育センター(昭和 49 年開設、対象児年齢は 0 歳～18 歳、小児科医 2 名(他に嘱託 1 名)、精神科医 4 名)、北部こども療育センター(平成 5 年開設、就学前児を対象、小児科医 1 名)、西部こども療育センター(平成 16 年開設、原則就学前児対象、小児科医 2 名(及び、月 2 回の精神科嘱託医が就学後の子どもを診察)の 3 センターがあるが、本稿ではそれらを総称した名称を「こども療育 3 センター」とする。各拠点センターが担当する平均人口は約 40 万人となっている。また、平成 10 年 4 月より、いづれも広島市から社会福祉法人広島市社会福祉事業団へ委託され、平成 18 年 4 月以降、同事業団が指定管理者になっている。

図 1. こども療育 3 センター



B. 研究方法

1. 各地方自治体の地域特性の調査

広島市の人口統計学的特性や発達障害児支援については、広島市の人口統計学的な地域特性については、地理的特徴、人口動態、財政指標、産業構造を、広島市のホームページで公開されている統計データ等から情報収集した。

発達障害児支援の現況や支援体制については、行政の関係課や広島市教育委員会へ

の聴取等によって情報収集した。

発達障害の支援体制全般に関する自治体の課題については、平成 25 年 5 月に策定された、「広島市発達障害者支援体制推進プログラム（2013－2017）¹⁾」、(以後、「支援体制推進プログラム」と略称)を参考にした。これらの情報を基に、本研究班の共通フォームに沿ってまとめた。

2. カルテ調査

こども療育センターを受診した児童(小4:平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれ、中3: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4は全 8 区。中3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 4 は、発達障害の発生率および有病率を算出し、中3は、有病率のみ算出した。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、研究協力者が所属する広島市社会福祉事業団の承認を得た。

C. 研究結果

本研究班の共通フォームに沿って情報収集した調査結果は、「市区町村における発達障害児に関する支援状況調査票」にまとめた。また、「支援体制推進プログラム」に沿った、平成 27 年度の具体的な事業展開(継続・新規・拡充事業)の資料²⁾を基に、これまでの 3 年間の本田班の報告書のデータを加え、広島市における幼児期から学齢期以降の発達障害児支援の現況や支援体制の研究結果を示す。

1. 広島市の地域特性

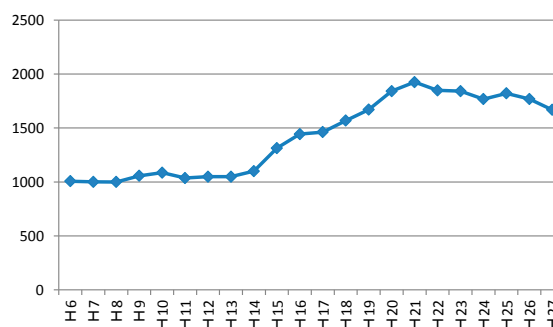
広島市は中国山地と四国山地の間に位置し、年間を通じて晴天の日が多い、温暖な気候の、快適な立地条件となっている。昭和 55 年に、全国で 10 番目に政令指定都市になり、人口は約 120 万人、年少人口及び出生率は全国平均の 1.1 倍と高く、また人口密度は全国平均の約 4 倍、財政指数も 0.82 (平成 26 年度)と、全国平均より 1.7 倍と高く、比較的裕福な市と言える。

2. 幼児期から学齢期の発達障害児支援の現況や支援体制

(1) こども療育 3 センターにおける新患者の変化について

1) 新患者数の変化

図 2. 新患者数の推移 (H6～H27)



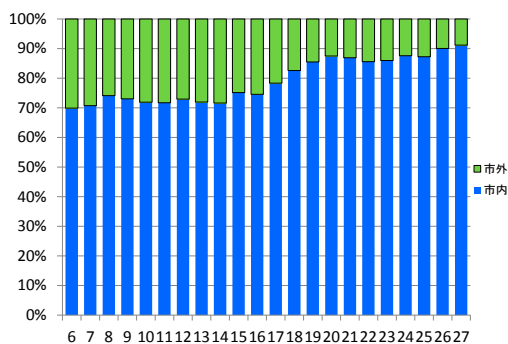
広島市では、昭和 49 年に広島市こども療育センターが開設されたが、合併などによる市域の拡大や人口増加に対して、利用者の利便性が低下したため、平成 5 年に北部こども療育センター、また、平成 16 年に西部こども療育センターが開設された。新患者数は、平成 14 年頃までは約 1000 人でほぼ一定であったが、その後急増し、平成 21 年度の 1925 名が頂点となり、平成 22 年度には西部こども療育センターに小児科医 1 名が増員になった。しかし、その後着任する

医師が減少し、現在、欠員による（正規 2 名及び嘱託医 1 名）新患枠の減少、及び、総件数の増加による再診の増加により、新患数は次第に減少し、平成 27 年度は 1668 人となっている。療育センター以外に子どもの心の専門医や発達障害の診療、訓練、療育を行う医療機関も微増、放課後デイサービスが激増しているが、受診者数の増加、困難事例や多様なニーズの増加に対応できていると言えない。新患待機期間は恒常的に 3～4 ヶ月となっている。

2) 市内と市外の割合

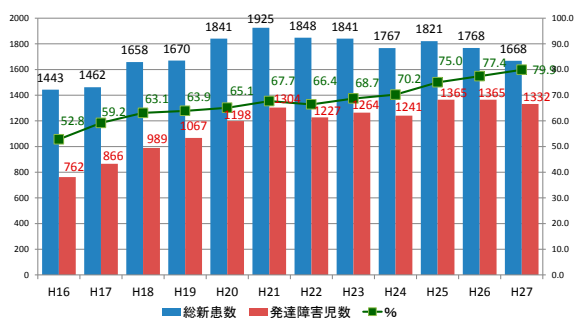
新患の市内と市外の内訳をみると、政令指定都市になった昭和 55 年当時は市内:市外の比率は 6:4 であったが、平成 17 年頃より 8:2 となり、平成 27 年度は市内が 91.1%と、9 割を超えている。

図 3. 市内と市外の比率 (H6～H27)



3) 新患数における発達障害の割合

図 4. 発達障害児数の推移 (H16～H27)



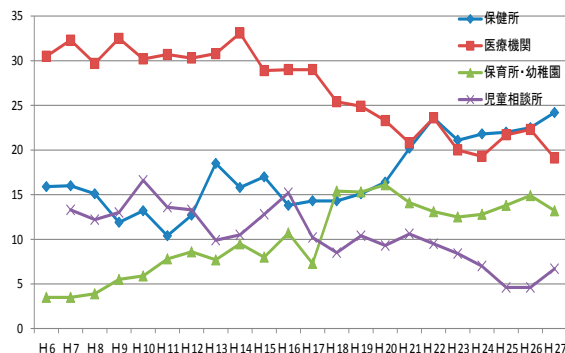
総新患数の内、発達障害（自閉症スペクトラム障害、多動性障害等の特定発達障害、知的障害、コミュニケーション障害）の割合を調べると、平成 16 年度は 52.8%であったが次第に増加し、平成 27 年度には 79.9%になっている。

4) 受診経路

受診経路については保健センターの乳幼児健診からの紹介数が最も多く、平成 18 年度の乳幼児健診項目の改正後より急増し、平成 27 年度には 24.2%となっている。

医療機関からの紹介は、運動発達の遅れを伴う場合が多いが、平成 27 年度は 19.1%と、10 年前より減少しつつある。また保育園・幼稚園からの紹介は平成 18 年度頃より急激に増加し、平成 27 年度には 13.2%となっている。

図 5. 受診経路 (H6～H27)



(2) 発達障害の支援システム

1. 療育手帳の種類と基準

広島市では、平成 21 年 4 月 1 日より、判定基準を見直し、生活困難度の高い発達障害児者が、生活支援のための福祉サービスを受けることができるようにするため、田中ビネーによる I Q 76～84 で、発達障害に伴う生活困難度の評価を加える等、療育手帳の判定基準の運用を行っている。平

成 27 年度 18 歳未満人口に対する療育手帳の交付割合は 1.3%（平成 25 年度、26 年度と同様）、療育手帳交付人数は 8053 人（総人口に対する交付割合は 0.68%）内 18 歳未満 2606 人（平成 28 年 3 月）である。なお、療育手帳非該当の高機能群は、精神障害者保健福祉手帳で対応している。

2. 支援システムの概要

(1) モデル図（平成 27 年度の流れ図。清水、佐竹、大澤）

図 6. 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

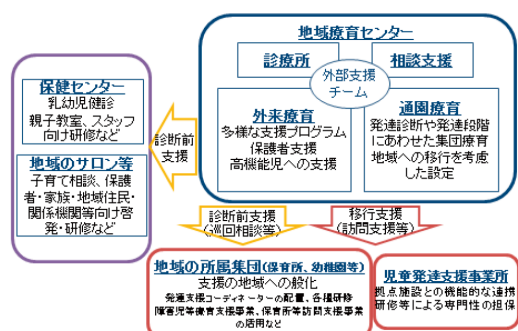


図 6 乳幼児期の地域支援システムにおける療育センターの役割「拠点から地域へ」「直接支援から間接支援へ」の流れ

(2) 乳幼児健診における発見と継続支援

平成 27 年度の保健師数は、常勤 43 名、非常勤 18 人、保健師 1 人あたりの 0～4 歳人口は 1598 人、その他子育て支援専門員は非常勤 15 名である。平成 26 年度では、非常勤保健師が 9 名、また、保健師 1 人あたりの 0～4 歳人口は 1614 名であった³⁾。乳幼児健診における事後措置率及び発達障害疑いの率は、平成 24 年度～27 年度とほとんど変化なく⁴⁾ (4 ヶ月健診の事後措置率は 7.5%、内発達障害疑いは 4.5%、1 歳半健診では、23.6%、内発達障害疑い 20.7%、3 歳児健診では、14.5%、内発達障害疑い

は 10.2%)、また、相変らず区による差が大きいままである。保健師のスタッフ研修及び、1 歳 6 ヶ月健診の受診児の内、支援が必要な親子に対し、これまで通り、親子教室を開催している。

【児童発達支援センター】

- ・福祉型児童発達支援センター 5ヶ所
(知的障害・発達障害を主たる対象とするセンター4ヶ所、難聴を主たる対象とするセンター1ヶ所)
- ・肢体不自由児を主たる対象とする医療型児童発達支援センター 2ヶ所

【保育園・幼稚園・認可外保育施設】

幼稚園の数（定員数）は、公立 19 園（1615 人）、私立 71 園（15205 人）、計 90 園（16820 人）。保育園の数（定員数）は、公立 88 園（11150 人）、私立 112 園（12626 人）、その他を加え、計 240 園（26635 人）であり、原則、発達障害児を受け入れている。また、認可外保育施設数は、55 園（2025 人）である。

幼稚園・保育園児に関しては、①障害児加配制度、②補助金助成、③障害児等療育支援事業、④巡回支援専門員整備事業による巡回相談、⑤保育所等訪問支援事業、⑥5 歳児発達相談などの支援システムがある。また、全ての公立幼稚園・保育園では発達障害児を受け入れており、必要なケースは保健センターとの連携、及び就学に際しては小学校との連携を行っている。

(3) 医療のかかわり

こども療育 3センターは、医療モデルとしてスタートし、診断、療育、訓練、薬物療法、診断書作成を行っている。

発達障害があれば、これまでは乳幼児等

医療費補助の対象を小2まで拡充していたが、平成29年1月より、「子どもの医療費補助」となり対象が入院は「中学3年生」まで、通院は「小学3年生」までに拡充された。

発達障害専門の医療機関はないが、発達障害の診療を行っている医療機関は46機関、医師数64名である（広島県HP；発達障害の診療を行っている医療機関リストより）。

（4）特別支援教育

1）就学支援；広島市HP・リーフレットで就学相談・教育相談について広報し、特別支援学校の見学会を実施。拠点施設である、こども療育3センターでは、保護者等支援者研修や診察時に個別に保護者に案内を行っている。就学相談の資料をこども療育3センターが作成・提出することはない。

2）特別支援教育の状況；特別支援コーディネーターは全校配置。小学校は1人体制；141校中119校、2人体制 22校、専任なし。連携調整等実施校は124校。中学校：1人体制65校中61校、2人体制3校 専任なし、3人体制以上1校 専任無し。連絡調整等実施校は54校。スクールカウンセラー中学校65校、高等学校8校、特別支援学校1校である。

（5）学齢児の通所支援について

放課後等デイサービス事業所が平成24年度の指定開始から急速に増加し、この5年間で30ヶ所から146カ所と5倍に増加し、民間運営の事業所による療育の場が広がっている。

【放課後等デイサービス】

表1.5年間の事業所数の変化(H24～H28)

	24 年 度	25 年 度	26 年 度	27 年 度	28 年 度
事業 所数	30	61	92	113	146

2. カルテ調査の結果

小4の発達障害全体の発生率は、863人(7.7%)、内PDDは642人(5.9%)、多動性障害は64人(0.6%)であった。小1のそれぞれの発生数(率)は、738人(6.7%)、585人(5.3%)、25人(0.2%)で、就学後の受診が微増している。有病率も同様に、微増していた。

中3の発達障害全体の有病率は、555人(8.1%)、PDDは362人(5.3%)、多動性障害は、72人(1.1%)であった。小6のそれぞれの有病率は、520人(7.9%)、326人(5.0%)、64人(1.0%)であり、学年が上がるにつれ微増している。しかし、その他(不登校、不安障害、場面緘黙、チックなど)では、小1は0人、小6は14名、中3では40名に増加している。

表2. 小4の発生率

医療機関受診 (n=839, 男=632, 女=207)

診断	人数	男女比
発達障害全体	839 (7.7%)	638 : 208
PDD	642 (5.9%)	473 : 169
多動性障害	64 (0.6)	57 : 7
会話・言語	73 (0.7%)	57 : 16
精神遅滞	60 (0.5%)	45 : 15
(その他)	7 (0.1%)	6 : 1

(その他；発達障害全体に対する割合)

表3. 小4の有病率

医療機関受診 (n=863,男=660, 女=210)

診断	人数	男女比
発達障害全体	863 (7.7%)	653 : 210
PDD	666 (5.9%)	494 : 172
多動性障害	64 (0.6%)	57 : 7
会話・言語	73 (0.6%)	57 : 16
精神遅滞	60 (0.5%)	45 : 15
(その他)	7 (0.1%)	6:1

(その他；発達障害全体に対する割合)

表4. 中3の有病率

医療機関受診 (n=555, 男=401, 女=154)

診断	人数	男女比
発達障害全体	555 (8.1%)	401 : 154
PDD	362 (5.3%)	265 : 97
多動性障害	72 (1.1%)	57 : 15
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)	40 (7.2%)	22 : 18

(その他；発達障害全体に対する割合)

D. 考察

広島市の平成 27 年度発達障害者支援体制づくり推進プログラム (2013-2017) ²⁾ の実施状況をみると、発達障害児者への支援ニーズが医療、福祉、教育と多領域にわたって増大しているが、広島市としては、毎年、事業・取り組みを少しずつ拡充し、新規事業を整備しているが、増大する支援ニーズに追いついていない。

また、全国的にも福祉関係医療に関わる医師の減少が言われているが、こども療育 3センターにおいても、医師の欠員の状況が続いている。その影響もあり、新患者は平成 21 年度をピークに次第に減少し、学齢時以降の二次障害を伴う受診ケースも増加し、再診数の増加による新患者も減少しているため、新患者待機期間も 3～4ヶ月と恒

常化している。特に少なくともここ 10 年間 は、診療体制の工夫及び拠点での直接支援を含めた個人的努力だけでは限界があり、抜本的な対策が早急に求められている。

広島市の早期発見・早期療育体制は、昭和 50 年度に外来療育事業が開始され、昭和 55 年～60 年にかけて乳児健診の開始と共に、新規外来患者が低年齢化し、また、平成元年の外来療育体制の大改革により、早期発見・早期療育システムの大枠はほぼ確立していた³⁾。しかし、その後、平成 17 年 4 月の発達障害者支援法の施行に伴い、平成 19 年度に発達障害特に自閉症スペクトラム障害の早期発見・早期支援を主目的とした乳幼児健診項目の改訂が行われ、療育対象児数の増加や高機能の発達障害児特に自閉症スペクトラム障害児が増加した。多動性障害についての早期発見・早期受診は中3になってようやく 1.1%が診断されている現状であり (一般には 3～7%と言われている)、まだ多くの子どもが診断も支援も受けていない可能性が高く、未整備のままである。医療と教育との、具体的な連携体制が図られる必要がある。

受診経路をみると、乳幼児健診や、幼稚園・保育所が、こども療育 3センターにつながるスクリーニングとして機能していることが分かった。乳幼児期においては支援までの流れがそれなりに充実してきた一方で、新規受診までの待機期間の長期化といった診療体制、受診後の支援体制に課題が生じてきている。特に、高機能児やグレーゾーンと呼ばれるような障害特性が顕著ではない児が、専門機関に多くつながるようになってきていることによると思われる。また、支援を受けることへの保護者の抵抗

感が薄れてきていることが考えられる。そのためにも、こども療育3センターと地域の発達障害診療医（医療機関）との症状や重症度による役割分担を明確にする必要がある（参考文献4の、図4.発達障害診療を担う医療機関の整備と医師の育成）。

平成24年度児童福祉法改正により、平成25年度より、西部こども療育センター児童発達支援センター・なぎさ園に、高機能の発達障害児クラスの「なぎさ・つばめ」がスタートしている。また、平成31年度からは北部こども療育センターでも同様のクラスがスタートする予定である。しかし、受診者数の増加や多様なニーズに対する抜本的な対応は十分ではなく、マイナーなチェンジ（主に乳幼児健診で見つかった、広島市内の子どもに特化する）で対処せざるを得ない状況である。

診断後の支援についても、こども療育3センターが受診児に対して直接支援するだけでなく、拠点から地域へのアウトリーチ機能を更に充実させる必要がある⁴⁾。

就学後以降については、こども療育3センターでは対応し切れておらず、発達障害を扱う医療機関（医師）数の微増や放課後等デイサービスの増大など、量的拡大の段階である可能性が高い。

放課後等デイサービスの数はこの5年間で30ヶ所から146カ所と5倍に増加し、情報の共有や連携、質の問題に対する研修など専門的な支援体制の構築が課題である。

また、広島市としては、発達障害を診療することのできる医師の養成が課題である。広島県では、平成27年度より、年3回、発達障害児・者診療医養成研修会を行っているが、平成29年度より、広島県、広島県医

師会、広島大学および広島市からなる、広島県地域保健対策協議会に対して、「発達障害料支援体制ワーキング」が設置される予定である。これを機会に、広島市としても発達障害を診療できる医師の養成や、こども療育3センターの欠員への対応が求められる。また、関係医療機関との連携強化により、発達障害の症状や重症度に応じた適切な医療サービスが提供できるよう、こども療育3センターを含め、中核的専門医の養成及び、身近な地域でのかかりつけ医の養成に対して、体制整備対策がなされることが期待される。

E. 結論

広島市では、これまでの3年間の本田班の研究報告に基づく課題が、今年度も継続している。

乳幼児期については、支援体制づくり推進プログラムの基本方針（1）発達障害を早期に発見し、速やかに適切な支援を行うための体制の充実は、平成18年度の乳幼児健診項目の改訂、平成19年度からの発達支援コーディネーター制度の導入、なぎさ園・つばめのスタートなど、こども療育3センターと、保健センター、保育園・幼稚園等とのシステムがそれなりに形を呈しているともいえる。しかし、学童期以降では、基本方針（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、については、医療と教育、放課後等デイサービスなどとの連携を含め、課題は大きい。さまざまな支援制度が有機的につながり、それぞれの多様なニーズに応じて地域で幅広く支援を提供する体制をすすめていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

広島市における広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害の発生率および診断年齢に関する実態調査—3年間のアンケート調査およびカルテ調査より— 第57回日本児童青年精神医学会 2016. 10. 中嶋みどり、大澤 多美子、山根 希代子、梶梅あい子

G. 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

H. 参考文献&資料

- 1) 広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム（2013-2017）平成25年5月、広島市
- 2) 平成27年度発達障害者支援体制づくり推進プログラム実施状況
- 3) 厚労省科研: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施と評価；平成27年度 総括・分担研究報告書（研究代表者 本田秀夫）
p 40～144、2016.3.
- 4) 厚労省科研: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施と評価；平成25～27年度 総合研究報告書（研究代表者 本田秀夫）
p 75-88、2016.3.
- 5) 厚労省科研: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）

p 32～121、2015.3.

- 6) 厚労省科研: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施と評価；平成25年度 総括・分担研究報告書、p 46-138、2014.3

（謝辞）

本研究を行うにあたり、広島市こども未来局こども・家庭課、広島市教育委員会、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の関係者の皆様の多大なご協力に感謝します。

図4 乳幼児健診・就学児健診

H27年度	実施場所	回数	受診者数	1回平均	受診率	事後措置内訳						事後措置率			
						目の異常	耳の異常	心雑音	開閉制限	発達	身体発育不良	その他	合計	合計	(再掲)発達障害を疑って
中	1	35	1,067	30.5	94.9%	2	19	0	10	19	18	5	73	6.8%	3.5%
東	1	35	1,019	29.1	97.3%	0	9	0	13	13	24	7	66	6.5%	3.6%
南	1	40	1,229	30.7	96.2%	3	28	0	12	32	31	7	113	9.2%	5.1%
西	1	33	1,796	54.4	97.7%	4	37	0	29	60	9	8	147	8.2%	3.8%
安佐南	1	50	2,676	53.5	96.5%	3	6	2	27	80	23	14	155	5.8%	3.8%
安佐北	5	55	886	16.1	95.7%	0	6	0	19	64	17	4	110	12.4%	9.1%
安芸	2	30	681	22.7	94.2%	1	10	0	2	19	36	17	85	12.5%	8.1%
佐伯	1	38	1,156	30.4	94.6%	2	0	0	10	18	6	3	39	3.4%	2.1%
合計	13	316	10,510	33.3	96.1%	15	115	2	122	305	164	65	788	7.5%	4.5%

西・安佐南は1回につき、2診体制 安佐北区・安芸区は出張健診あり

H27年度	実施場所	回数	受診者数	1回平均	受診率	事後措置内訳						事後措置率		
						目の異常	耳の異常	心雑音	神経学的所見・運動機能	精神面の問題	その他	合計	合計	(再掲)発達障害を疑って
中	1	33	1,032	31.3	89.3%	0	1	1	18	306	8	334	32.4%	29.7%
東	1	32	958	29.9	94.8%	0	3	0	20	189	9	221	23.1%	19.7%
南	1	39	1,216	31.2	92.1%	0	1	0	23	281	15	320	26.3%	23.1%
西	1	58	1,692	29.2	93.1%	13	22	1	35	250	13	334	19.7%	14.8%
安佐南	1	89	2,720	30.6	93.8%	5	4	0	22	519	11	561	20.6%	19.1%
安佐北	5	43	923	21.5	93.3%	5	1	3	12	244	7	272	29.5%	26.4%
安芸	2	26	714	27.5	95.2%	1	2	0	13	171	4	191	26.8%	23.9%
佐伯	1	34	1,167	34.3	91.7%	3	5	0	16	193	9	226	19.4%	16.5%
合計	13	354	10,422	29.4	92.9%	27	39	5	159	2,153	76	2,459	23.6%	20.7%

安佐北区・安芸区は出張健診あり

H27年度

1歳半

H27年度

3歳

H27年度	実施場所	回数	受診者数	1回平均	受診率	事後措置内訳						事後措置率			
						目の異常	耳の異常	心雑音	神経学的所見・運動機能	精神面の問題	尿たんばく	その他	合計	合計	(再掲)発達障害を疑って
	中	1	861	29.7	85.2%	12	9	2	5	98	5	6	137	15.9%	11.4%
	東	1	1,016	30.8	88.5%	8	8	0	0	115	5	1	137	13.5%	11.3%
	南	1	1,170	30.8	91.2%	32	11	0	3	109	9	19	183	15.6%	9.3%
	西	1	1,682	31.1	89.5%	61	14	0	1	76	14	4	170	10.1%	4.5%
	安佐南	1	2,604	54.3	89.1%	33	9	7	9	287	10	22	377	14.5%	11.0%
	安佐北	5	930	20.7	90.3%	14	10	1	1	168	4	3	201	21.6%	18.1%
	安芸	2	726	25.9	89.6%	9	10	0	0	100	10	9	138	19.0%	13.8%
	佐伯	1	1,163	32.3	89.7%	21	14	0	1	82	4	9	131	11.3%	7.1%
	合計	13	10,152	32.6	89.6%	190	85	10	20	1,035	61	73	1,474	14.5%	10.2%

安佐南は1回につき、2診体制 安佐北区・安芸区は出張診あり

H27年度

5歳児発達相談

H27年度	実施場所	回数	受診者数	1回平均	事後措置内訳			
					助言・指導	経過観察	療育センター紹介	他機関紹介
	中	1	15	3.0	5	2	6	2
	東	1	10	2.5	3	0	7	0
	南	1	14	2.3	7	3	4	0
	西	1	16	2.7	4	1	11	0
	安佐南	1	23	2.9	8	0	15	0
	安佐北	1	9	2.3	6	2	1	0
	安芸	1	7	1.4	2	2	2	1
	佐伯	1	9	2.3	5	1	3	0
	合計	8	103	2.4	40	11	49	3

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究

平成 28 年度研究報告書

福岡市における発達障害児の支援状況および支援体制に関する研究

研究分担者 清水 康夫（横浜市総合リハビリテーションセンター）

研究協力者 佐竹 宏之（福岡市立東部療育センター）

相部 美由紀（福岡市立あゆみ学園）

小川 弓子（福岡市立西部療育センター）

宮崎 千明（福岡市立心身障がい福祉センター）

研究要旨：福岡市における発達障害児の支援状況および支援体制について、行政へのアンケートや関係機関からの情報を基に現況を報告した。発達障害児への支援ニーズは医療、福祉、教育と多領域にわたって増大傾向にあった。幼児期には療育センターに支援ニーズが集中しており、受診までの流れが整理され利便性がある地域環境の影響が考えられた。支援制度の利用ニーズも高く、一部では希望する支援を十分には提供できない状況が生じていた。また医療や教育における支援の継続性にも課題がみられた。発達障害の多様性と支援の個別性を考慮すると、多領域にわたる支援制度が有機的につながり、個々のニーズに応じて幅広く支援を提供する体制をすすめる必要がある。

A. 研究目的

発達障害概念の広がりとともに、各地域の専門機関においては発達障害についての相談や受診件数が増加しており、早期発見と早期支援が進んでいる。それぞれの地域の特性に即した発達障害への支援体制の構築が求められる中、平成 28 年 5 月に改正された発達障害者支援法では国及び地方公共団体の責務として、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する関係機関及び民間団体相互の有機的連携の下での相談体制の整備を規定している。発達障害児への支援体制は、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システム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検討することを目的としている。平成 25 年度から平成 27 年度は、厚生労働省科学研究費補助金「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」（障害者対策総合研究事業 H25—身体・知的—一般—008）として、自治体規模毎の支援ニーズと支援体制の調査が行われ、その結果は地域特性にあわせた支援体制についての提言としてまとめられた。本年度は新たに「発達障害児者

等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」(障害者政策総合研究事業 H28-身体・知的-一般-001)として、各自治体の支援ニーズと支援体制の調査が行われた。政令指定都市である福岡市においては、今年度は本研究班の共通フォーマットを用いたアンケートによって、発達障害児への支援体制に関する調査を実施した。平成 29 年度は、発達障害の支援ニーズ調査として医療機関や学校へのアンケートを実施し、同一の母集団における発達障害の有病率や累積発生率の推移によって支援ニーズの経年的な変化を把握する研究を行う予定である。

なお、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、施設名等の固有名詞以外の表記においては「障害」を用いた。また、福岡市には診療所機能や相談支援機能を持つ総合的な療育機関として、心身障がい福祉センター、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た名称を「療育センター」とした。

B. 研究方法

各地方自治体の地域特性調査として作成された共通フォーマットの調査用紙を用いて、福岡市の人口統計学的特性や発達障害児支援についての調査を行った。調査においては、政令指定都市である福岡市の人口統計学的な地域特性について、地理的特徴、人口動態、財政指標、産業構造を、福岡市のホームページで公開されている統計データ等から情報収集した。また発達障害児支援

の現況や支援体制については、行政の関係課や関係機関へのアンケート等によって情報収集した。これらの情報を基に、本研究班の共通フォームに沿ってまとめた。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、研究協力者が所属する福岡市社会福祉事業団倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

本研究班の共通フォームに沿ってまとめた調査結果の詳細は、本稿の巻末資料として記載した。これに療育センターや医療機関、相談機関、学校の近年のデータ(一部に昨年度の研究結果を含む)を加え、福岡市における幼児期から学齢期の発達障害児支援の現況や支援体制の研究結果として示す。

1. 福岡市の人口統計学的特性

福岡市は全国の政令指定都市の中で 5 番目に人口が多く、平成 28 年の推計人口は 155 万人を超え、関西以西で最も人口が多い都市である。日本の人口が 7 年連続で減少する中で福岡市は人口増加が続き、この 5 年間の人口増加率は政令指定都市の中で最も高く 5.1%とであった(平成 27 年国勢調査)。若者率(15 歳~29 歳の人口割合)においても 19.5%と政令指定都市の中では最も高く、福岡市は 2035 年までの人口増加を予測している。

2. 幼児期から学齢期の発達障害児支援の現況や支援体制

(1) 幼児期における新規の受診や相談体制

福岡市の人口が高い増加率で増えている中で、福岡市内の各療育センターを新規受

診する幼児の数も年々増加しており、平成27年度は1294人となり10年間で2.1倍となっていた(図1)。母集団は異なるが、これを平成27年の福岡市の年間出生数(14987人)と単純比較すると8.6%(1294人/14987人)となる。同様の比較を福岡市の行政区毎で見ると、東区が最も高く9.8%(300人/3058人)となっていた。

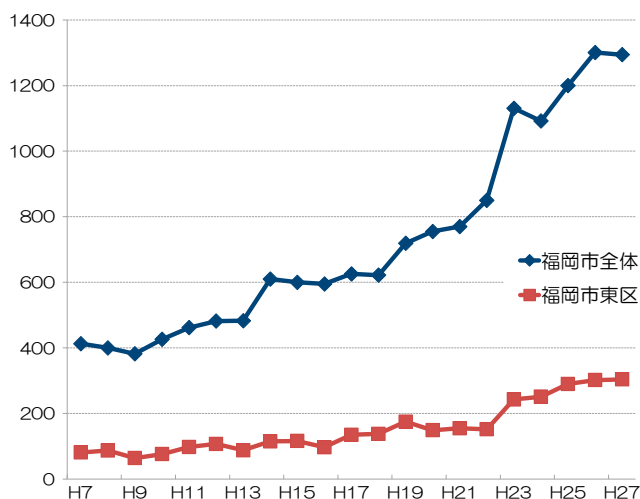


図1. 福岡市の療育センターにおける新規受診児の推移

新規受診児を障害種別で見ると発達障害児の割合が最も高く、平成27年には新規受診児全体の61%を占めていた。新規受診児の増加は主に発達障害によるものであり、この10年間で3.3倍となっていた(図2)。

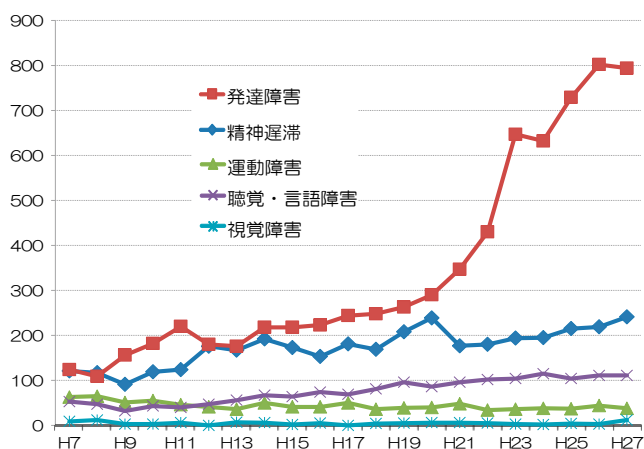


図2. 福岡市の療育センターにおける新規受診児の推移

受診経路については保健福祉センターの乳幼児健診からの紹介数が最も多く、健診におけるスクリーニングからのつながりが有効に機能している。増加割合については幼稚園や保育所からが最も高く、10年間で2.8倍となっていた(巻末資料・図4)。

福岡市の発達障がい者支援センター(ゆうゆうセンター)においては、平成18年度の開所以来相談件数が増加し、平成24年度以降は年間の相談者数が1400人前後で推移しているが、平成27年度は平成21年度と比較して1.6倍の増加となっていた。成人期における相談が半数以上を占めており、全相談件数のうち18歳以下は40.9%で、そのうち6歳以下の幼児は3.5%となっていた(平成27年度)。

(2) 幼児期の支援制度の利用状況

幼児期からの評価や支援を求めて療育センターを新規受診する児が右肩上がりに増加する流れの中で、支援制度の利用ニーズにも変化がみられている。福岡市では療育手帳の対象者を概ねIQ75以下としており従来から変更されていないが、18歳未満の療育手帳所持者は毎年増加傾向にあり、平成25年には9年間の比較で1.5倍となっていた(巻末資料・図1)。児童発達支援センターでの療育においても、幼稚園や保育所よりも手厚い支援の場となる単独通園療育(福岡市では週5日)を希望する保護者が増えており、平成24年度以降は希望児の全てに通園療育を提供することは困難となっている。平成27年度には単独通園療育を行う児童発達支援センターが新規に開設されたが、希望児が定員数を超える状態は続い

ており、療育枠の拡大とともに地域での支援につないでいく柔軟な運用が課題となっている。幼児期に通所支援を行う児童発達支援事業所については、福岡市では平成28年度から指定が一部開始され現在6か所（うち2か所は重心児対応）あり、幼稚園や保育所を利用している児や通園療育の待機児に対して療育の場を提供している。

福岡市の障害児保育制度の利用においても、対象児数がこの10年間で2.5倍に増加しており、障害種別では発達障害が最も多く63%となっていた（巻末資料・図10）。療育センターでは幼稚園や保育所への訪問支援や研修会などを通して、発達障害児を地域において広く支援していくための取り組みを行っている（巻末資料・図6）。平成28年度からは、新たに西部、東部療育センターに訪問支援を行う専任保育士を配置して幼稚園への訪問支援を開始するなど、取り組みを広げている。

（3）学齢期への支援の移行体制

特別支援教育においても支援を希望する児は増加しており、年長児の就学相談への参加人数は5年間で約1.5倍となっていた（巻末資料・図7）。就学後に何らかの特別支援教育の対象となっている児も増加傾向にあり平成27年度は3655人で、5年間で約1.3倍となっていた（巻末資料・図8）。福岡市では療育センターは幼児期のみを支援対象としているため、学校における支援への引継ぎを重視している。年長児の就学相談参加児の約9割で療育センターからの引継ぎ資料が用いられており、その他にも保護者の希望等に応じて個別に学校との引継ぎを行っている。療育センターでは年長になった時点で全例に発達検査や診察を受

けるようにすすめており、療育においてもサポートブックの作成等を行い、児の発達状況についての保護者の理解をすすめ、学齢期以降の適切な支援につなぐように対応している。

医療においては、療育センターは幼児期までを診療対象としているため、学齢期以降は大学病院などの小児科や児童精神科医療機関を受診している。図3は平成27年度の班研究において行った調査からのデータで、福岡市東区での療育センター、医療機関、学校における発達障害の有病率の比較である。医療機関としては、発達障害児の診療を行っている主な小児科、精神科医療機関の13か所を調査した。療育センターにおいては年長時点、医療機関と学校においては小学3年または中学2年時点の有病率を、同学年（平成13年度、平成18年度の出生）の母集団において比較している。調査した2学年のいずれも同様の傾向がみられ、幼児期に療育センターにおいて発達障害児が4～5%の有病率で把握されている一方で、同じ母集団で医療機関における有病率は1%台となっており、幼児期に把握された発達障害児の7割以上が医療面でのフォローアップを受けていないと思われる。

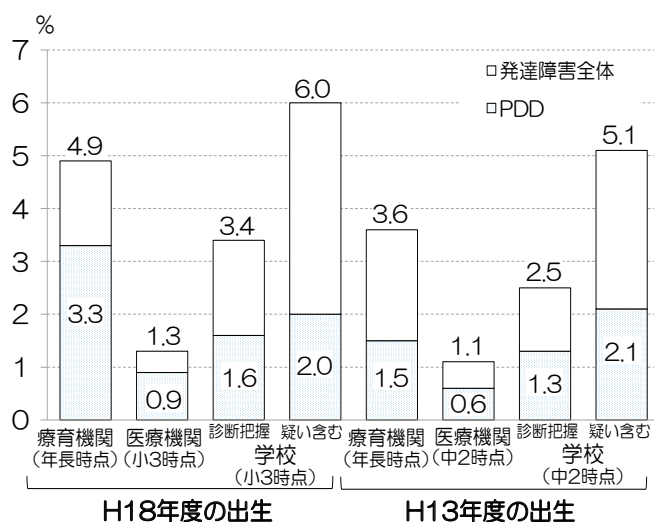


図3. 療育センター、医療機関、学校における発達障害児の有病率の比較

た。

学校で診断を把握している発達障害児の有病率は2～3%と年長時の有病率よりも低下しており、幼児期の診断の3割以上が学齢期に引き継がれていないと思われた。一方で疑い例を含めた有病率は5～6%と年長時の有病率よりも高くなっており、学校現場で新たに支援対象児が把握されていることが分かった。

学齢児の通所支援については、放課後デイサービス事業所が平成24年度の指定開始から急速に増加している。平成28年11月時点で129か所あり、送迎を含めて対象児を預かる形で支援を行っている事業所が多く、療育やレスパイトを含めた放課後支援のニーズの高さを反映している。民間運営の事業所による療育の場の広がりとともに、情報の共有や連携、研修や支援体制といった課題が生じている。

D. 考察

発達障害児支援の現況や支援体制についての調査結果は、発達障害児への支援ニーズが医療、福祉、教育と多領域にわたって増大傾向にあることを示していた。これを幼児期における新規の受診や相談体制、支援制度の利用状況、学齢期への移行体制に整理して報告した。

幼児期の療育センターにおける新規受診児数は経年的に増加し、福岡市の年間出生数の1割に近づいていた。これは福岡市の人口増加率を考慮しても顕著であり、新規支援のニーズ自体が増大している。受診経路をみると、乳幼児健診や幼稚園、保育所が、療育センターにつながるスクリーニン

グとして機能していることが分かった。また市の発達障害者支援センターは幼児の相談割合が低く、療育センターとの役割分担がなされていた。年間出生数に対する割合は、行政区の中では東区が最も高くなっていったが、同区には大学病院やこども病院といった小児の総合医療機関があり、療育センターの担当行政区が一区のみで紹介元となる保健所も一カ所という地域環境にある。米国で行われた自閉症スペクトラム障害の有病率調査では、地域による有病率の差について、教育支援体制、評価や治療へのアクセスのしやすさといった支援体制や利便性の影響を指摘している¹⁾。福岡市においてもスクリーニングから受診までの流れが整理され利便性のある地域環境が、新規受診のニーズを掘り起こしている可能性がある。また療育センターにおいては、評価、診断から相談支援や療育、訪問支援といった支援内容が、ワンストップで提供できる体制になっていることもニーズの集中につながっていると思われる。幼児期において支援までの流れが充実してきた一方で、療育センターでは新規受診までの待機期間の長期化といった診療体制、受診後の支援体制に課題が生じてきている。

支援体制の課題を考慮するうえでは発達障害の特性を考慮する必要がある。Broader Autism Phenotype (Piven et al., 1997) の概念にみられるように障害特性は遺伝的に広く分布しており²⁾、近年は知的に遅れがない高機能児やグレーゾーンと呼ばれるような障害特性が顕著ではない児が、専門機関に多くつながるようになってきた。また支援制度の利用については、例えば学齢期の療育手帳所持者が大幅に増加している

が、手帳該当者の全体数がそのように増加していることは考えにくく、支援を受けることへの保護者の抵抗感が薄れてきていることが考えられる。

支援ニーズの増大に対し、支援内容の選択肢が少なかったり、柔軟性が少ない支援体制の場合には、一部にニーズが集中し量的な課題が生じる可能性がある。多様性のある障害特性を考慮すると、量的な拡大で対応することには限界があり、個々のニーズにあわせた多様な支援の場の設定や、状態による支援内容の移行や並行利用を前提とした多層的で柔軟な支援体制を考える必要がある。福岡市においても平成28年度から訪問支援専任の職員を配置するなど地域における支援の取り組みを広げている。

就学後の支援については、昨年度行った学齢児の有病率調査から、幼児期の診断の一部が学校に引き継がれていない一方で、学校現場では発達障害の特性のある児を新たに把握しており、学齢期においても発達障害児の支援ニーズは高かった。福岡市では、就学相談を受ける年長児が年々増加しており、学齢期へつなぐ体制はあるが、より丁寧な引継ぎや就学後の支援内容の継続性についての検討が考慮される。医療面においては、幼児期に診断された発達障害児の多くが学齢期に医療機関でのフォローアップを受けていないが、一方で、福岡市では発達障害児を診療する主な医療機関で、受診までの待機期間が4カ月以上と長期化しており、医療面での新規ニーズに対応することが困難な状況となっている。発達障害診療を行う専門性のある医師を増やしていく体制とともに、地域の小児科や精神科のクリニック、精神病院、こども病院や大

学病院といった総合医療機関などが役割分担をしつつ繋がることで、個々に異なる支援ニーズに応じて幅広く支援する体制が望まれる。

E. 結論

地域療育の拠点施設が設置され、スクリーニングから支援までの流れが整理されている福岡市では、利便性の高い地域環境によって支援ニーズが掘り起こされ、療育センターに支援ニーズが集中している。また医療や教育を含めたライフステージを通じた支援の継続性といった課題も生じている。発達障害の多様性と支援の個別性を考慮すると、多領域にわたる支援制度が有機的につながり、個々のニーズに応じて地域で幅広く支援を提供する体制をすすめていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

宮崎千明：発達障害への気づきや診断について：医師の立場から．コミュニケーション障害学 33:35-40, 2016

2. 学会発表 特記なし

G. 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

H. 参考文献

- 1) Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum

- Disorder Among Children Aged 8 Years--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ.*, 65(3):1-23, 2016
- 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

平成28年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と
支援内容に関する研究

分担研究報告書

～中核市・特例市・特別区の実態と課題～

研究分担者 高橋 脩（豊田市福祉事業団 理事長、児童精神科医）
研究協力者 内山登紀夫（大正大学心理社会学部 教授 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）
須佐史信（はこだて療育・自立支援センター 診療所長、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）

研究要旨：中核市・施行時特例市・特別区（以下、中核市等）は、全国各地域において中心的役割を担う有力な基礎自治体である。中核市等における、今後取り組むべき発達障害のある人への支援課題を明らかにすることを目的に、発達障害のある子の実態と支援システムの現状・課題について全国6自治体（4中核市、1特例市、1特別区）で調査を行った。多くの調査はなお分析中であるが、中間報告ながら、発達障害のリスク児が小学4年生で増加していること、小規模な指定障害児通所支援事業所の急増と問題、自治体における有機的連携の不足等の問題が共通に認められている。

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。また、2018年度から始まる第5期障害福祉計画では、障害児福祉計画も義務化される。今日的な支援課題を踏まえた基礎自治体におけるライフステージに沿った体系的な発達支援体制の整備が急務である。中核市・施行時特例市・特別区（以下、中核市等）は、各地域における有力な基礎自治体であり、今後は各地域の発達支援体制の整備において中心的役割を果たすことも期待される。

中核市等において今後取り組むべき課題を明らかにすることを目的に、全国6自治体において、発達障害等の実態調査と発達支援システムの現状調査を行ったので、中間報告を行う。なお、各自治体における詳細な報告については、各担当者の報告書を参照されたい。

A. 研究目的

中核市等の発達支援実態を把握し、それに基づき、今後、取り組むべき課題を明らかにすること。研究期間としては、今年度と来年度の2か年が予定されている。

B. 研究方法

今年度に共通して実施した研究、方法、調査都市と担当者は、下記の通りであった。

1. 研究と方法

1) 自治体における発達支援システムの実態把握に関する研究

研究班共通の「市区町村における発達障害児に関する状況調査」に基づき、対象自治体の訪問面接調査等を行った。

なお、今年度の調査票は、本研究班が2015年度から3年間実施した「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」（研究代表者：本田秀夫）で用いた調査票に、重点的に研究班が取り組む課題と新たな今日的課題等を加えたものである。

重点的に取り組むべき課題は、発達支援システムにおける連携（いわゆる縦横連携、または同時的及び継時的インターフェイスなどと称される）である。

中核市等は障害福祉関連の社会資源は豊富であるが、事業規模や設置主体は多様であり、関係機関・事業所がまとまりにくい状況にある。今後のシステム形成に向けて重要な課題である。

今日的課題とは、改正発達障害者支援法等が提起している課題であり、発達障害のある外国人児童、女性、非行少年、不登校

児童、境界知能の子ども等の実態把握と支援課題の抽出等が含まれる。中核市等は人口規模が大きく、都市化された自治体であることから、これら新たな課題について、顕在化していることが予想されている。

2) 発達障害のある子、発達障害のリスクのある子の実態調査

本研究も先の3年間の研究で用いた調査票に、研究1で取り上げた新たな課題を盛り込んだ共通の調査票に基づき2調査を行った。

(1) 有病率及び累積発生率調査

対象は小学4年生と中学3年生である。調査項目には、境界知能を加えた。

(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

対象は、上記調査と同様である。調査項目には、今日的課題で述べたすべて（外国人児童、女性、非行少年、不登校児童、境界知能の子ども）を加えた。

ことに、人口規模が大きく都市化している中核市等では、発達障害ある子で非行（真犯、触法、犯罪等）を犯す子どもが一定数いることが予想される。そのため、本分担研究班では、原田謙（研究協力者）が中心となり実態把握と支援課題について重点的に取り組むことにした。

2. 調査都市と担当者

下記の全国6自治体について、7人で分担し研究を行った。

- ・北海道函館市（中核市）：須佐史信、高橋和俊
- ・福島県いわき市（中核市）：内山登紀夫
- ・東京都板橋区（特別区）：米山 明

- ・長野県松本市（特例市）：原田 謙
- ・愛知県豊田市（中核市）：高橋 脩
- ・宮崎県宮崎市（中核市）：大庭健一

（倫理面への配慮）

各研究の実施にあたってはそれぞれの研究分担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。

C. 研究結果

今年度は、研究初年度で研究の開始が遅れたこともあり、各担当者によって進捗状況が異なっている。調査が終了しほぼまとまった報告をしている者から、調査の一部は終了し、その部分についてのみ分析結果を報告している者、調査がすべて途中である者などさまざまである。

しかしながら、いずれの担当者も、着実に研究を進めており、最終年度である、来年度の総括報告書及び2年間の総合報告書では、確かな成果を報告できると考えている。

以下、中間的な結果にとどまるが、各担当者の成果について、簡単にまとめる。

1. 函館市（担当者：須佐史信、高橋和俊）

- （1）児童発達支援事業や放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児相談支援事業の事業者数は激増し利用児も伸びていた。
- （2）上記の事業者間や保育・教育機関との連携は未整備であることがうかがわれた。

2. いわき市（担当：内山登紀夫）

- （1）幼児期から小学校へのつなぎ支援の方策として「入学支援シート」を導入していた。

- （2）小中学校における支援学級と通級指導教室の利用児童生徒数の増加が認められるが、支援員の不足が深刻な課題となっていた。

- （3）専門医が不足しているなど。

3. 板橋区（担当：米山 明）

- （1）行政内の子育て及び発達障害支援に関わる機関は、類似のサービスを提供していた。
- （2）これらは縦割りで提供されており、サービスの支援内容が異なる、継続性が乏しい、縦横の連携がないなどの問題があった。

4. 松本市（担当：原田 謙）

- （1）発達障害の有病率は、平成25年度の1年生が4年生に上がる段階で、4.6%から6.7%に、平成25年度の小学6年生が中学3年生に上がる段階で4.4%から6.6%に、それぞれ増加していた。
- （2）小学4年生の反抗的な子どもは、PDDが疑われる子どもの20.7%、ADHDが疑われる子どもの23.8%を占めた。中学3年になると反抗的な子どもは、PDDが疑われる子どもでは減少するものの、ADHDが疑われる子どもでは42.9%に増加していた。素行の問題もADHD傾向の子どもでは20%を超え、思春期におけるADHD症状と反抗・非行の親和性をあらためて強く感じさせる結果であった。中学3年になるとPDD、ADHD、学習障害や境界知能が疑われる子どもの、おのおの2割前後が不登校となっており、こうした子ども達の学校での適応の難しさを明確に示している。

5. 豊田市（担当者：高橋 脩）

- （1）小学4年生で「発達に何らかの遅れ

や偏りのある子ども」は、前年度と比較し約2倍の増加を認めた。

- (2) 外国人児童や境界知能の子どもの教育で教師は様々な悩みを抱えていた。
- (3) 発達支援システムの新たな課題として、乳児期より保育所を利用している子どもたちへの発達支援、急増する放課後等デイサービス事業所との連携、中学校から高校等への移行支援が挙げられた。

6. 宮崎市（担当者：大庭健一）

- (1) 小学4年生で「発達に何らかの遅れや偏りのある子ども」は、昨年度より大きく増加した（3年生11.5%、4年生13.6%）。中学3年生は、変化は認められなかったが、医療機関への受診率が増加した。
- (2) 中学3年生で「発達に何らかの遅れや偏りのある子どもの」約1割は不登校であった。

D. 考察・結論

多くの発達障害及びそのリスクのある子どもの存在が再確認されるとともに、新たな課題として指摘されている非行、不登校などの併存率が高いことも示唆される中間結果となった。

発達支援システムでは連携が最大の問題であり、今後取り組むべき課題であることが、再確認される結果となった。

来年度は、さらに分析を深め、中核市等が今後取り組むべき課題について整理をしたい。

E. 研究発表

各担当者の報告書に記載のため省略した。

F. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

各担当者の報告書に記載のため省略した。

平成28年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と
支援内容に関する研究

分担研究報告書

地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態に関する研究

～豊田市における実態と課題～

研究分担者 高橋 脩（豊田市福祉事業団 理事長、児童精神科医）
研究協力者 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）
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）
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、教師）
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：2001年度及び2006年度に豊田市で出生した子ども（出生コホート）の累積発生率を調査した。2001年度コホートの新規事例はなかった。2006年度コホートでは広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害でやや増加し、全障害の発生率も6.9%とやや増加した。「何らかの遅れや偏りのある子ども」は、前年度と比較し大幅な増加（1.9倍）を認めた。豊田市の発達支援システムの現状についても再調査を行った。新たな課題として乳児期より保育所を利用している子どもたちへの発達支援、急増する放課後等デイサービス事業所との連携、中学校から高校・専修学校への移行支援等が挙げられた。

障害のある子に対する福祉計画の策定が、2018年度に始まる第5期障害福祉計画から義務化される。基礎自治体において、発達障害を含めた、障害のある子への発達支援システムの構築が急がれる状況にある。また、発達障害者支援法の改正（2016年）等において、外国人児童、女性、知的障害の可能性のある人への支援など新たな取り組み課題も提起されている。今後はこれら諸課題について、発達障害者地域支援協議会を舞台に取り組みられることになろう。我が国が中核市において取り組むべき課題を明らかにすることを目的に、豊田市における累積発生率、発達支援における現状と課題について調査を行ったので報告する。

I. 発達障害等のリスク児調査、累積発生率調査

A. 研究目的

自治体規模に応じた発達支援システム構築の前提となる支援対象児童数を推定すること。

B. 研究方法

中核市であり研究分担者の勤務施設がある愛知県豊田市を対象に、以下の2調査を実施した。

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

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、2016年度の小学4年生で、学校の教師が児童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児童数等について調査した。調査項目は下記の通りであった。

(1) 遅れや偏りに該当する発達の問題

発達の問題とそれから推定される関連障害（下記の丸括弧内の障害名が該当）は以下の通りであった。

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）、②落ち着きがない、そそっかしいなどの問題（ADHD、多動性障害）、③言葉を理解することや話すことの問題（発達性構音障害、発達性言語障害など）、④全体発達の遅れでは説明のつかない学力の問題（学習障害、LDなど）、⑤全体発達の遅れ（精神遅滞、知的障害など）、⑥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、チツ

クなどが主たる問題の場合、これに含める）。⑦知的に境界知能と思われる問題（今年度新たに加えた調査項目）。

なお、各問題を示す児童のうち、「日本語の能力に応じた特別な指導」対象となる児童についても確認した。

(2) 反抗的特性、非行、不登校にそれぞれ関連した行動

各発達の問題を示す児童については、以下の行動についても調査を行った。①しばしばイライラし、腹を立て、癩癩を起こしたり、大人の要求や規則に逆らうなど著しく反抗的な特性（反抗挑戦性障害など）、②過去1年の間に家出、街の徘徊、暴行、器物破損、放火、窃盗などの虞犯または触法行為を行った（素行障害など）、③不登校（30日以上欠席）

(3) 医療機関の利用

各発達の問題を示す児童について、学校が医療機関を受診したと把握している児童（受診児童）、医療機関を受診していない児童とその理由について確認した。

(4) その他

自由記載方式で、「知的に境界知能の子どもの教育についての問題点」、「日本語の能力に応じた特別な指導の対象児で且つ発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの教育についての問題点」について調査を行った。

調査は豊田市教育委員会学校教育課の研究協力者（山田知恵子）が本研究班共通の調査票に基づき行った。対象校は豊田市の全小学校（75校）、豊田市に住民票のある該当学年の児童が通学している特別支援学校4校（対象障害は、肢体不自由、知的障害、盲、聾）であった。

2. 発達障害等と診断された児童の調査

豊田市生まれの児童（以下、出生コホート：住民票のある外国籍児童を含む）のうち、2016年4月現在、小学4年生又は中学3年生で豊田市こども発達センターの障害専門診療所である「のぞみ診療所」を受診し児童精神科医、一部は小児神経科医によって、米国精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル、第IV版』（DSM-IV）に従い発達障害または知的障害と診断された児童数と累積発生率を調査した。

調査の対象とした障害は、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、コミュニケーション障害、学習障害、知的障害（WHOの診断統計マニュアル第10版に従い知能指数69以下を知的障害）、その他であった。

調査は、「のぞみ診療所」を受診した該当年齢の豊田市生まれの全児童から上記診断に該当する事例を抽出し、最終的には高橋脩が改めて診断の正確性について確認した。

なお、調査結果の分析に当たっては、昨年度（2015年度）に実施した障害者対策総合事業「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」に関する研究結果⁽¹⁾と随時比較を行った。

（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。豊田市こども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、本研究の実施にあたっては豊田市福祉事業団研究倫理審査委員会の承認（承認番号90）を得た。

C. 研究結果

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

全児童4,074人のうち、309人（7.6%）に、問題が認められた（表I-1）。

（1）発達的問題

両学年とも「対人関係やこだわりの問題」が最多で、153人（把握児童の49.5%）、次いで「落ち着きのなさ等」77人（24.9%）、「学力の問題」34人（11.0%）、「全体発達の問題」21人（6.8%）であった。性別は、男247人、女62人であり、男女比は4:1と男性優位であった。発達的問題のある「日本語の能力に応じた特別な指導」を要する児童は10人（対象児童の3.2%）であった。

表I-1 遅れや偏りのある子 (%)

発達的問題	人数(*) (%)	男人(*) 女人(*)	割合 (%)
対人関係 問題等	153 (7) (49.5)	116 (5) 37 (2)	3.8
落ち着き なさ等	77 (1) (24.9)	72 (0) 5 (1)	1.9
言語理解 問題等	8 (1) (2.6)	7 (1) 1 (0)	0.2
学力の 問題等	34 (0) (11.0)	24 (0) 10 (0)	0.8
全体発達 の問題	21 (1) (6.8)	15 (0) 6 (1)	0.5
精神科的 ケア	6 (0) (2.0)	5 (0) 1 (0)	0.1
境界知能	10 (0) (3.2)	8 (0) 2 (0)	0.2
全問題	309 (10)	246 (6) 62 (4)	7.6

注：*は「日本語の能力に応じた特別な指導」対象となる児童数。

全児童に占める割合は、「対人関係問題等」が 3.8%、「落ち着きのなさ等」が 1.9%であった。

(2) 反抗挑戦的特性、非行、不登校にそれぞれ関連した行動

各発達の問題群別の反抗挑戦的特性、非行（虞犯または触法行為等）、不登校の併存は下記の通りであった（表 I-2）。

表 I-2 反抗的特性、非行、不登校

発達的問題	反抗挑戦的 人 (%)	虞犯・触法 人 (%)	不登校 人 (%)
対人関係 問題等	2 8 (18.3)	3 (2.0)	3 (2.0)
落ち着き なさ等	1 6 (20.8)	3 (3.9)	0 (0)
言語理解 問題等	1 (12.5)	0 (0)	0 (0)
学力の 問題等	2 (5.9)	0 (0)	0 (0)
全体発達 の問題	2 (9.5)	0 (0)	0 (0)
精神科的 ケア	1 (16.7)	0 (0)	1 (16.7)
境界知能	1 (10)	0 (0)	0 (0)

広汎性発達障害のリスク群では、反抗挑戦的特性と非行を合わせて 31 人（20.3%）、注意欠陥多動性障害のリスク群では 19 人（26.7%）と多かった。

(3) 医療機関の利用

各リスク群における医療機関の利用児と非利用児、また、利用児に占める反抗挑戦的特性及び非行の併存例は次の通りであった（表 I-3）。

表 I-3 医療機関の利用、利用児と反抗挑戦的特性及び非行との関連

問題	利用 人 (%)	反抗挑戦的 人 (%)	虞犯・触法 人 (%)
対人関係 問題等	1 0 3 (69.9)	2 2 (18.3)	3 (2.0)
落ち着き なさ等	1 3 (16.9)	1 6 (20.8)	3 (3.9)
言語理解 問題等	4 (50)	1 (12.5)	0 (0)
学力の 問題等	3 (14.3)	2 (5.9)	0 (0)
全体発達 の問題	1 1 (52.4)	2 (9.5)	0 (0)
精神科的 ケア	1 (16.7)	0 (0)	0 (0)
境界知能	2 (20)	1 (16.7)	0 (0)

注：反抗挑戦的特性と非行の併存人数及びパーセントは、いずれも医療機関を利用した児童を母集団としたものである。

(4) その他

知的発達が境界知能の水準にあると推定される子どもの教育についての問題点、日本語の能力に応じた特別の指導の対象児で且つ発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの教育に関連した問題点について、多くの意見が現場の教師から寄せられた。以下、代表的な意見を列記する（詳細は資料 1 を参照）。

①境界知能の子どもの教育

- ・複数児童のなかでの学習や指導に限界がある。一斉授業をする度に、全体の進度が適切であったか考える。
- ・個別支援が必要であるが、支援の時間が

十分に取れない。

- ・適切な教育環境：普通学級では子どもの負担が大きい、支援学級では足りない部分も多い。
- ・個別指導に当たるための教員の不足、補助員の一層の充実、通級指導教室の拡充
- ・学習指導要領に縛られて本人に適切な学習内容を指導することが難しい。
- ・療育手帳の取得に至らないケースもあり進学や就労等において、また社会生を送る中で様々な福祉サービスが受けられないということも出てくる。
- ・学年が上がり、困り感が出てくると、集団の中にいることにつらさを感じたりするようになり、登校しぶり、不登校につながることもある。

②発達的問題がある日本語指導が必要な子どもの教育

- ・発達・学習・適応問題の原因（環境、発達の障害の何れか？）
- ・保護者が特別支援教育を拒否（宗教や文化的理由など）
- ・ダブルリミテッド児童の教育困難性
- ・子どもの能力の正確な把握が困難
- ・コミュニケーションが不十分のため、力を過小評価される。
- ・専門教師の不足
- ・母国語ができ、学習支援や個別支援ができる人材の育成

2. 発達障害と診断された児童の調査

1) 2006年度出生コホート調査

累積発生率を算出する母集団として、2006年4月1日から2007年3月31日の間に豊田市で生まれた4,271人を出生コホートとした。

表 I-4 発達障害と診断された小学4年生

障害	児童数 (人)	累積発生率 (%)
広汎性 発達障害	183	4.28
注意欠陥 多動性障害	27	0.63
コミュニケー ション障害	26	0.61
学習障害	6	0.14
知的障害	53	1.24

注：広汎性発達障害には、下記診断名を含む。

自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害、広汎性発達障害（若干名）。

発達障害（知的障害含む）と診断された児童は295人であり、母集団の6.90%であった。各障害の内訳は以下の通りであった（表 I-4）。

(1) 広汎性発達障害

広汎性発達障害は183人であり、累積発生率は4.28%であった。なお、その他2人に特定不能の広汎性発達障害の診断がなされていたが、DSM-IVの診断基準に該当する症状の記載がなかったため除外した。

下位診断の内訳は、自閉性障害108人(59.0%)、アスペルガー障害30人(16.4%)、特定不能の広汎性発達障害（広汎性発達障害の診断含む）45人(24.6%)であった。

性別は、男132人、女51人であり、男女比は2.6:1であった。

併存症については、注意欠陥多動性障害は4人(2.2%)であった。知的障害は29人であり、広汎性発達障害群の16.0%であった（知的能力が不明の2人を除く181人を母集団とした）。

なお、181人の知能評価については、5人を除き知能検査又は発達検査（知的障害併存例）を行っている。検査を実施しなかった5人については、2人は言語機能等から知的障害はない、1人は同様の根拠で境界知能とそれぞれ判断した。

(2) 注意欠陥多動性障害

27人(0.63%)に認められた。

(3) コミュニケーション障害

26人(0.61%)に認められた。内訳は、発達性構音障害22人、表出性言語障害3人、吃音1人であった。

(4) 学習障害

6人(0.14%)に認められた。

(5) 知的障害

53人(1.24%)に認められた。基礎疾患が16人(30.2%：脳性麻痺4人、Down症候群3人、他の染色体異常2人。脳炎後遺症、水頭症、筋緊張性ジストロフィー、小頭症、多発形態異常、Lesch-Nyhan症候群、先天性中枢性肺胞低換気症候群、各1人)に認められた。広汎性発達障害の併存が28名(52.8%)に認められた。

2) 2001年度出生コホート

累積発生率を算出する母集団として、2001年4月1日から2002年3月31日の間に豊田市で生まれた4,173人を出生コホートとした。

本コホートについては新規事例を認めなかった。

D. 考察

支援システム整備の基礎資料及びシステムの機能評価に対象児の把握は重要である。今年度の調査で、特筆すべき幾つかの点について考察を行う。

1. 発達障害等のリスク児の増加

今回の発達障害等のリスク児の調査（「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」）では、昨年度（2015年度）と比較して対象児の大幅な増加（対象児で約2倍）が認められた（表I-5）。

表 I-5 遅れや偏りのある子 比較

問題	2016年度 N=4,074 (%)	2015年度 N=4,079 (%)	比較
全問題	299 (7.3)	150 (3.7)	149人増 2.0倍
対人関係 問題等	153 (3.8)	118 (2.9)	35人増 1.3倍
落ち着き なさ等	77 (1.9)	4 (0.1)	73人増 19倍
言語理解 問題等	8 (0.2)	4 (0.1)	4人増 2倍
学力の 問題等	34 (0.8)	0 (0)	34人増 34倍
全体発達 の問題	21 (0.5)	24 (0.6)	3人減 1割減
精神科的 ケア	8 (0.1)	0 (0)	6人増 6倍

注：昨年度と同一基準で比較するために、今年度の対象児については、新たに調査に含めた「境界知能と思われる問題」のある児童10人は除き、299人（全児童の7.3%）に限定した。

今年度の対象児は、学童期後期年齢の小学4年生である。身体・生理的には前思春期に入り感情のコントロールに困難をきたしやすく、学業不振や学校生活上の不適応も顕在化しやすい年齢である。発達障害のある児童でも、同様の問題が予想され、学業不振や集団不適応を契機に、学童期後期

に改めて障害の発見につながる可能性がある。

問題別では、学習障害と注意欠陥多動性障害のリスク群で実人数及び割合で大幅な増加となった。広汎性発達障害のリスク群についても実人数の増加が認められた。

これらのうち、広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害のリスク群では、それぞれ約5分の1、4分の1の児童が反抗挑戦的特性と非行的行動を示していたのが特筆される。学習障害のリスク群の顕著な増加の理由と合わせ、次年度に増加理由について検討を深めたい。

2. 境界知能及び発達的問題がある日本語指導が必要な子どもの教育について

これらの児童の問題は、従来我が国ではほとんど研究がなされていない分野である。今回の調査で多くの切実な悩みや問題が現場の教師から寄せられた。

ことに、豊田市は在留外国人が多い外国人集住都市の1つとしても知られている。次年度は、発達的問題のある外国人児童等の問題について検討を深め、問題の整理と課題を明らかにしたい。

3. 累積発生率について

2001年度及び2006年度の出生コホートにおける累積発生率は表I-6の通りである（各障害については、主障害である広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、知的障害のみ記載、他は省略）。

2006年度コホートについては、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害でやや増加が認められたが、大幅な増加は認められなかった。リスク児の大幅な増加と対照的であった。

表 I-6 累積発生率

障害	2001年度	2006年度	合計
	人 (%) N=4,173	人 (%) N=4,271	人 (%) N=8,444
広汎性 発達障害	188 (4.51)	183 (4.28)	371 (4.39)
	188 (4.51)	180 (4.21)	368 (4.36)
知的障害	69 (1.65)	53 (1.24)	122 (1.44)
注意欠陥 多動性 障害	43 (1.03)	27 (0.63)	70 (0.83)
	43 (1.03)	19 (0.44)	62 (0.73)
全障害	331 (7.93)	295 (6.90)	626 (7.41)
	331 (7.93)	280 (6.56)	611 (7.24)

注：広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、全障害の下段の人数とパーセントはいずれも昨年度の数值。今年度新規事例のなかった知的障害については不記載。

E. 結論

小学4年生を対象に発達障害（知的障害含む）の発達障害等のリスク児及び累積発生率等について調査を行なった。リスク児は小学3年生を対象とした昨年度と比べ約2倍の増加であった。累積発生率については、やや増加した程度であった。

F. 引用文献

- 1) 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），157-165，2016.

Ⅱ. 豊田市の発達支援状況調査

A. 研究目的

発達障害者支援法の改正等による新たな支援課題の提起、民間の小規模な指定障害児通所支援事業所の爆発的増加等が、中核市の発達支援システムに与える影響について検討し、今後の取り組みに向けて課題を整理すること。

B. 研究方法

本研究班共通の「市区町村における発達障害児に関する状況調査票」（資料2参照）を基に、豊田市の状況を熟知している、2名の研究協力者（神谷真巳、川角久美子）が中心となり、山田知恵子等の協力で2016年10月から12月の間に状況をまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては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（承認番号第90号）。

C. 研究結果と考察

1. 発達支援システムの基幹機能

基幹機能の現状については、本研究班の構成員を中心に行われた「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あり方」に基づく提言⁽¹⁾が求めている直接・間接の基幹機能は、連携を含めすべて整備されている（詳細は、資料2「市区町村における発達障害児に関する支援状況

調査結果」参照）。

2. 新たな時代状況によって生じた問題

今回の調査では、従来の発達支援システムに関わる基幹機能の調査に加えて、外国人、女性、境界知能、児童虐待、小規模な指定障害児通所支援事業所等の当面する問題・課題についての現状と対応も重要なテーマとなっている。これらについても、調査を行ったが、重要な点に絞って結果を報告する。

1) 外国人児童

豊田市は、外国人集住都市の1つであり、外国人居住者が多い。2016年10月1日現在、住民基本台帳に登録されている外国人は、15,017人であり、全人口の3.5%に相当する。また、0歳から14歳までの年少人口は1,973人である。全外国人住民に占める年少人口割合13.1%である（実人数は、豊田市役所 経営戦略室国際まちづくり推進課の豊田市外国人データ集による）。

これに対して、同日の豊田市の人口は、424,716人、年少人口は58,987人である（豊田市役所 豊田市の人口詳細データによる）。全人口および年少人口から外国人を除いて算出した日本人年少人口割合は13.9%であり、この割合は、外国人もほぼ同じである。さらに、年少人口に占める外国人の割合も3.3%であり、人口に占める全外国人の割合と変わらない。

表Ⅱ-1 豊田市在住外国人

豊田市	うち外国人	外国人割合
人口 424,716人	15,017人	3.5%
年少人口 58,977人	1,973人	3.1%

国籍は、ブラジル、中国、韓国・朝鮮、フィリピン、ペルー、ベトナムの順に多く、全国籍を合わせると71か国（未記載15人除く）にも及ぶ。豊田市が外国人集住都市と呼ばれる所以である。同都市会議には全校23の市町が加盟（2016年4月1日現在）、共通する諸問題に対応するとともに、政府に対しても様々な働きかけを行っている。

「日本語の能力に応じた特別な指導」が必要な外国人の子どもについてみると、「外国人児童生徒に関する報告書」（詳細は、同報告書である資料3参照）にあるように、842人であり、全児童生徒の2.3%を占めている（2016年11月現在）。そのため、豊田市では、2015年度より、外国人児童が多数を占める市立小学校に「豊田市外国人児童・生徒サポートセンター」を設置するなど、積極的な教育支援を展開してきた。

また、市内小中学校等に在籍している障害のある外国人の子どもが豊田市こども発達センター（以下、「発達センター」）を受診し、保護者が日本語でのコミュニケーションが不自由な場合には、学校に配置されている通訳が同行する。

「発達センター」では、ブラジル人通訳を雇用し、通園児の保護者の通訳や文書の翻訳、診察や心理検査を行う場合の通訳を行っている。その他、「発達センター」の案内パンフレットをはじめ、利用する家族向けの印刷物は各国語版（英語、ポルトガル語等）を作成するなど、様々なコミュニケーションバリアの解消と合理的配慮を行っている（資料2参照）。

しかしながら、ダブルリミテッドの児童への支援、バイリンガルな療育者、各種療法士、心理検査のできるバイリンガル臨床

心理士などの確保は極めて困難な課題である。しかしながら、このようなバイリンガルな専門家の確保・養成は地方自治体である豊田市が単独で取り組むには限界がある。都道府県及び国が積極的に取り組むべき重要な課題と考える。

2) 障害児通所支援事業所

急増する障害児通所支援事業所の専門性の向上をいかに図るか、発達支援システムがどのように関わり相互補完的連携を図るか、直面している最大の課題と言えよう。

豊田市でも、調査時点で24か所の放課後等デイサービス事業所が存在する。「発達センター」では、2015年度に上記事業所の支援ニーズ調査を行い、それに基づいて豊田市役所障がい福祉課と共同で研修（講演会、事例検討会）を行ってきた。それと合わせて、事業所との連携を深め、「発達センター」、障がい福祉課、放課後等デイサービス事業所からなる連携組織を立ち上げている。今後とも、「発達センター」が中心となり、障害のある子どもと家族の支援を目的に、相互補完的連携を深め、システムのさらなる拡大・発展を目指している。

3) 引きこもり

引きこもりについては、子ども若者支援推進法に基づき、青少年センター内に「若者サポートステーション」を開設（2015年4月）するとともに、連携組織「豊田市若者支援地域協議会」を設置し、積極的に支援を始めている。引きこもり群には、発達障害の若者も含まれる。上記の協議会には、障害のある人の支援機関と代表として、「発達センター」と就労支援のセンターである豊田市障がい者就労生活支援センターが当初より参加している。また、上記の2機関

は、発達障害やその可能性のある青年について、若者サポートステーションとも連携しながら支援を行っている（詳細は、資料4「豊田市における若者支援事業」参照）。

4) その他

その他、現在直面している主要課題は以下の2つである。

(1) 乳児期より保育所を利用している子どもたちへの発達支援

子ども子育て支援新制度の施行に伴い、3歳未満児（以下、未満児）を対象とした保育所の増加と利用定員の増加が著しい。それに伴い、保育所を利用する未満児も増加の一途であり、発達の支援が必要な未満児も増加している（2016年に全保育所を対象に調査）。また、障害があっても、療育施設を利用せず、保育所に早期から入所する事例も増えてきている。このような状況にどのように対応するか大きな課題である。

(2) 中学校から高校・専修学校への移行支援、高校・専修学校と「発達センター」等の地域専門機関との連携

高等学校等の通学範囲は広く、設置主体も県立または私立であるため、事例及び組織のいずれにおいても連携が困難である。

一貫した継続的支援を行うためにも、高校等との連携は今後の重要な課題である。

D. 結論

今年度の調査で特筆すべきは、発達障害のリスク群の増加であった。その要因について、来年度は分析を進めたい。

発達支援システムについては、当面している新たな課題への対応について検討を深めたい。

E. 引用文献

1) 高橋 脩：提言：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あり方 II 中核市及び特例市. 平成 25 年度～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），26-27，2016.

F. 研究発表

1. 論文

- 1) 高橋 脩：広汎性発達障害. 本城秀次，野邑健二，岡田俊（編），臨床児童精神医学ハンドブック，pp. 122-135，西村書店，東京，2016.
- 2) 高橋 脩：てんかん. 本城秀次，野邑健二，岡田俊（編），臨床児童精神医学ハンドブック，pp. 262-267，西村書店，東京，2016.
- 3) 神谷真巳：地域で親子の発達を支える. 永田雅子（編），別冊発達32 妊娠、出産、子育てをめぐる心のケア，pp. 233-242，ミネルヴァ書房，京都，2016.
- 4) 若子理恵：知的障害. 本城秀次，野邑健二，岡田俊（編），臨床児童精神医学ハンドブック，pp. 115-121，西村書店，東京，2016.
- 5) 若子理恵：早期発見・療育の地域システム. 本田秀夫（編），発達障害の早期発見、早期療育・親支援，pp. 18-27，金子書房，東京，2016.

2. 学会発表

- 1) 神谷真巳，若子理恵，高橋脩：保育所等の0，1，2歳児クラスに在籍する障がいのある子および発達が気になる子の

- 現状と課題. 第57回日本児童青年精神医学会総会, 2016. 10. 29, 岡山コンベンションセンター, 岡山市.
- 2) 高橋 脩:子ども臨床の魅力. 第57回日本児童青年精神医学会総会, 2016. 10. 27, 岡山コンベンションセンター, 岡山市.
 - 3) 高橋 脩:発達障碍医療における児童期から成人期への移行支援. 第57回日本児童青年精神医学会総会, 2016. 10. 28, 岡山コンベンションセンター, 岡山市.
 - 4) 東俣淳子:3歳未満児保育の発達に関する問題の現状と課題. 第51回日本発達障害学会, 2016. 8. 28, 京都教育大学, 京都市.
 - 5) 富樫恭平, 与那城郁子, 天久親紀:「平成27年度市町村乳幼児健診事後教室実施状況およびフォロー事業に関する調査」結果概要報告. 第57回日本児童青年精神医学会総会, 2016. 10. 28, 岡山コンベンションセンター, 岡山市.
 - 6) 若子理恵:わが国における早期療育システムの整備と支援の実際～愛知県豊田市を例として～. 第57回日本児童青年精神医学会総会, 2016. 10. 28, 岡山コンベンションセンター, 岡山市.
 - 7) 与那城郁子, 天久親紀, 富樫恭平:「平成26年度市町村発達障害児(者)支援体制整備状況に係る実態調査」結果概要～保健/保育領域を中心に. 第57回日本児童青年精神医学会総会, 2016. 10. 28, 岡山コンベンションセンター, 岡山市.
- 3 講演
- 1) 高橋 脩:自治体特性に応じた発達障害支援のあり方, 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部 第11回発達障害早期総合支援研修, 2016, 6. 15. 小平市.
 - 2) 高橋 脩:中核市・特例市の支援システム. 国立障害者リハビリテーションセンター学院 平成28年度 発達障害者地域支援マネジャー研修会(応用研修), 2016, 10. 7. 所沢市.
- 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

資料 1

知的に境界知能の子どもの教育、日本語の能力に応じた特別な指導の対象でかつ発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの教育に関する現場教師の意見

1. 知的に境界知能の子どもの教育

- ・子どもの特性に応じた支援をしようと思っても、諸条件を満たす場所がない。つまり、普通学級では、子どもの負担が大きいが、特別支援学級では足りない部分も多くなってしまう。
- ・個別指導に当たるための教員の不足
- ・一斉授業をするたびに、全体の進捗として適切であったのか考えてしまう。
- ・保護者から家庭でのできごとについて相談を受けることがある。ある程度のアドバイスは行うが、その保護者も児童と同様の特性があり、家庭の教育力があまり期待できない。
- ・一斉の学習では理解できないことが多いため、個別の対応が必要になるが、教員の数に限りがあため十分な個別対応ができない。
- ・複数児童の中での学習や指導に限界がある。
- ・大規模校の子どもたちや障がいの重い子どもたちのために学級運営補助員が配置されていき、小規模の学校の子どものや障がいの程度の軽い子どもには、なかなか学級運営補助員が見つからない。しかし、子どもの教育・成長のためには、ぜひとも補助員を配置してほしい。
- ・豊田市は、パークとよたを中心に、学級運営補助指導員・通級指導担当教員・スクールカウンセラーなどによる、子どもや家庭に合わせた支援体制が整っており、非常に助かっている。そうした支援が、年々、時間的にも、人的にも、質的にも向上しており、大きな効果を感じている。今後も、さらなる支援体制の向上に期待しています。
- ・学習指導要領やカリキュラムに縛られて、本人に適切な学習内容を指導することが難しい（教師や学校側の意識と、保護者の障がい受容のむつかしさ、また将来に対する見通しなさから）
- ・学校や教師にアセスメントの視点やそれに応じた個別支援のスキルがないこと。また、教育委員会や文科省においてもどうようであり、エビデンスのない取り組みをずっと続けていること。
- ・通常学校の教員には、実は個に対する支援スキルや知識を持っていないにもかかわらず、その自覚も研修の場も全くない現状にある。通常学級では、集団に対する一斉指導を決まったカリキュラムに従い教科書、指導書をつかって、半ばマニュアル化して指導することしかしていないので、教員は個別支援に対しても、その方法論をそのまま適用する

ことしかできないのだが、そのことを自覚していない。

- ・一部教科における少人数授業でしか、個別に支援する機会を設けることができない。
- ・個別支援が必要であるが、殆どの児童が通常の学級に在籍しているため、支援の時間が十分に取れない。
- ・通常学級での個別支援が行き届きにくい。通級指導教室の拡大や学級運営補助指導員の配置拡大をしていただきたい。
- ・学年が上がるにしたがって、授業に参加できにくくなるため、担任が学級とはちがう内容を個別指導することを余儀なくされる。しかし、一斉指導を行いながら、個別指導を継続することは無理がある。
- ・境界児童は、療育手帳の取得に至らないケースもあり、進学や就労等において、また社会生活を送る中で様々な福祉サービスが受けられないということも出てくる。どこでラインを引くかというのは難しいことではあるが、卒業生の進路を見ると境界児童の自立と社会参加は憂慮することが多いのが現状である。
- ・境界知能の場合、保護者も本人も「通常学級在籍」しか考えていないケースがほとんどである。しかし、実際の学習場面では、通常学級だと、最高 40 人の中で活動が展開していくため、当該児童に必要な支援が行き届かない場合がある。
- ・ワークシートや視覚的支援等、その子に合った支援を行うとき「みんなと同じがいい」といって、支援を受けたがらないことがある。
- ・保護者及び本人の困り感が表面化しにくい。特に、多動や他害のない子は、担任教師にとって「集団の中で困らない子」なので見逃されやすく、「静かに困っている」状況に陥りやすい。高学年（4年生以上）になってから、やっと困り感がクローズアップされてくる。静かに困っている期間が長いと、「どうせ自分は何をやってもだめだ」という気持ちが大きくなったり、集団の中にいることにつらさを感じたりするようになり、登校しぶり、不登校につながることもある。

2. 日本語の能力に応じた特別な指導の対象児で発達に遅れや偏りがある子どもの教育

- ・日本語指導の先生が、日本語を個別に指導できる時間は限られている。その時その時の学習において、日本語が理解できない児童に学習内容を理解させるのは困難。また、日本語がわからないから学習内容が理解できないのか、発達に何らかの問題があるのか判断できない場合もあり、指導の方向性が見出しにくい。
- ・ことばの理解による遅れがないかどうかという線引きが難しい。家庭環境が大きく影響

していると考えられる場合、その原因を探ることや適切な支援を進めることが、学校だけでは難しい。外国人に対して、学校では外国語教育という視点だけで支援を進めようとしていることが多いが、実際には知的に高い子どもや家庭の教育力が高い場合を除いてはうまくいかないことが多い。学校現場や医療、心理、行政など関係諸機関との連携ができたり、それぞれの知識スキルを横断的に持っている人材でないと、現場で児童生徒に適切な支援を進めることができないが、そのことを市教委や学校現場自体が理解していないし、そうした人材が全く育てられていない。

- ・ 知的な遅れや学習への不適応が、本人の障がいのよるものなのか、日本語能力の不足によるものなのか判断しづらいことがある。
- ・ 外国籍児童・生徒の場合、母語・日本語共に怪しくなり、コミュニケーションツールが不十分になってしまうこと。
- ・ 日本語習得が難しい場合、本当は「発達」に課題があるための遅れが生じているのに、保護者が「外国籍だから」「海外に長くいたので日本語を忘れていたから」などと、実際の課題に目を向けようとしない。または、発達に課題があることに意識が向かない。保護者が外国籍の場合、宗教上の理由や文化の違いで、「特別支援学級」への就学を頑なに拒否するケースがある。
- ・ 母語と日本語どちらも中途半端で、理解できておらず、通訳も介せない（ダブルリミット）児童がいる。
- ・ 学校での生活、学習場面において不適応を示す外国籍児童がいるが、問題が日本語力に起因しているのか、発達障がいに起因しているのかの判断が難しい場合がよくある。個別対応しながら、状況を見極めていけるとよいのであるが、教員の余裕もなく、人材も不足している。
- ・ 専門的な技量を持つ教員などスタッフの不足
- ・ 子どもの能力を正確に把握することが難しい。子どもが自分の考えや感情をうまく表現できないため、相手に正確に伝えることができない。したがって、知的に遅れがあるのか、性格的なものに起因するのか単なる勘違いなのか判断しにくいいため、最適な支援の方法を見つけることが困難である。
- ・ 家庭での教育、協力をお願いしているが、支援していただけない場合がある。
- ・ 個別指導が必要だが、教員の人数に限りがあるため個別指導ができない。

資料2 市区町村における発達障害児に関する支援状況調査結果

対象とした地域(市町村区)の地域特性

1. 地理的特徴・人口・人口動態

各自治体で出されている平成28年4月1日時点のデータ（なければ、なるべく最新のデータ）をもとに記入してください。（注：項目のH22などは、調査した平成年度を表す）。

項目	平成(28)年(11)月(1)日時点
総面積	918,322Km ²
総人口	422,947人
人口密度(可住地面積1km ² 当たり) H27	460, 1人
人口性比(女性100人に対する男性の数)	109人
世帯数	173,621人
1世帯当りの人数	2,44人
外国人数(H26)	13,377人
社会増	人
社会減(H26)	411人
出生(H26)	3,848人
死亡(H26)	2,799人
出生率(人口1000対)(H26)	9.5
死亡率(人口1000対)(H26)	6.7
乳児死亡率(人口1000対)(H26)	1.6
婚姻率(人口1000対)(H26)	6.34
離婚率(人口1000対)(H26)	1.65
年少人口割合(0~14歳)	14%
生産年齢人口割合(15~64歳)	64%
老年人口割合(65歳以上)	21%
高齢者単身世帯の割合(H27)	6.53%
市町村内総生産(名目)(H2)	2,990,538,000千円
完全失業者数 H22	9,134人
完全失業率(H22)	%
生活保護被保護人員(人口千人当たり)(H27)	5.50人
財政力指数(H27)	1.27
市町村民税(人口1人当たり)(H27)	281,253円
児童虐待件数(年間)(H27)	85件

2. 就業人口

平成 22 年の国勢調査のデータを記入してください。

項目	人口（人）			構成比（％）				
	計	男	女	計	男	女		
人口総数	421487	221,198	200,289	—	—	—		
就業人口総数	217,365	135969	81396	100	100	100		
就業率				—	—	—		
産業 分類 別 就 業 者 人 口	農業、林業	4345	2625	1720	2.00	1.93	2.11	
	うち農業	4145	2452	1693	1.91	1.80	2.08	
	漁業	10	7	3	0.00	0.01	0.00	
	第 1 次産業	4,355	2,632	1,723	2.00	1.94	2.12	
	鉱業、採石業、砂利採取業	68	52	16	0.03	0.04	0.02	
	建設業	10,656	8,479	2,177	4.90	6.24	2.67	
	製造業	86,037	68,556	17,481	39.58	50.42	21.48	
	第 2 次産業	96,761	77,087	19,674	44.52	56.69	24.17	
	電気・ガス・熱供給・水道業	499	413	86	0.23	0.30	0.11	
	情報通信業	2,098	1,489	607	0.96	1.10	0.75	
	運輸業、郵便業	9,067	7,131	1,936	4.17	5.24	2.38	
	卸売業、小売業	23,275	9,604	13,671	10.71	7.06	16.80	
	金融業、保険業	2,775	1,096	1,679	1.28	0.18	2.06	
	不動産業、物品賃貸業	2,131	1,242	889	0.98	0.91	1.09	
	学術研究、専門・技術サービス業	6,687	4,939	1,748	3.08	3.63	2.15	
	宿泊業、飲食サービス業	11,077	3,486	7,591	5.10	2.56	9.33	
	生活関連サービス業、娯楽業	6,511	2,340	4,171	3.00	1.72	5.12	
	教育、学習支援業	7,101	2,783	4,318	3.27	2.05	5.30	
	医療、福祉	14,698	2,624	12,074	6.76	1.93	14.83	
	複合サービス事業	1,072	580	492	0.49	0.43	0.60	
	サービス業	(他に分類 されないも の)	10,956	6,536	4,420	5.04	4.81	5.43
	公務		3,709	2,465	1,244	1.71	1.81	1.53
	第 3 次産業	101,654	46,728	54,926	46.77	34.37	67.48	
	分類不能の産業	14,595	9,522	5,073	6.71	7.00	6.23	

3. 職業大分類別就業者数

平成 22 年の国勢調査のデータを記入してください。

項目	人口（人）			構成比（％）		
	計	男	女	計	男	女
就業者総数	217,365	135,969	81,396	100	100	100
管理的職業従事者	2,956	2,627	329	1.4	1.9	0.4
専門的・技術的職業従事者	29,846	18,433	11,403	13.7	13.5	14.0
事務従事者	34,979	15,712	19,267	16.1	11.5	23.7
販売従事者	18,505	9,043	9,462	8.5	6.6	11.6
サービス職業従事者	20,158	5,641	14,517	9.3	4.1	17.8
保安職業従事者	2,280	2,146	134	1.0	1.6	0.2
農林漁業従事者	4,449	2,822	1,627	2.0	2.1	2.0
生産工程従事者	62,763	50,247	12,516	28.9	36.9	15.4
輸送・機会運転従事者	6,457	6,136	321	3.0	4.5	0.4
建設・採掘従事者	6,157	5,968	189	2.8	4.4	0.2
運輸・清掃・包装等従事者	14,571	7,799	6,772	6.7	5.7	8.3
分類不能の職業	14,244	9,835	4,859	6.6	7.2	6.0

4. 地理的特性の概要

地形、交通の便、気候、産業などの特徴、その他、発達障害の支援体制づくりに関連する可能性のある地理的特性について、自由に記載してください。自治体から出されている資料などがあれば、添付してください。外国人集住地域を含む自治体は、そのことにも触れてください。

豊田市は愛知県のほぼ中央に位置し、愛知県全体の 17.8% を占める広大な面積を持つまちである。全国有数の製造品出荷額を誇る「クルマのまち」として知られ、世界をリードするものづくり中枢都市としての顔を持つ一方、市域のおよそ 7 割を占める豊かな森林、市域を貫く矢作川、季節の野菜や果物を実らせる田園が広がる、恵み多き緑のまちとしての顔を併せ持っている。

市制施行から約 60 年。それぞれの地域の持つ特性を生かし、多様なライフスタイルを選択できる満足度の高い都市としてさらなる成長を目指している。

発達障害の支援システム

I 知的障害（IとIIは、内容が同じならここにまとめて記入してもかまいません）

1. 自治体における療育手帳の種類と基準

- A1 判定 IQ20 以下
- A2 判定 IQ21-35
- B 判定 IQ36-50
- C 判定 IQ51-75

原則として、田中ビネー式で判定（小学校：Ⅴ 中学校以上：全訂版を使用）。ただし、県の基準では明記していないが、知的に重度あるいは年齢が低い場合は、便宜的に遠城寺式乳幼児分析的発達検査のDQを採用（3歳未満が6領域DQ、3歳以上は移動運動と基本的習慣を除く4領域の平均DQ）

2. 支援システムの概要（自治体から出されている資料があれば、添付してください）

(1) モデル図

図1「豊田市早期発達支援システム」、図2「豊田市の特別支援教育」

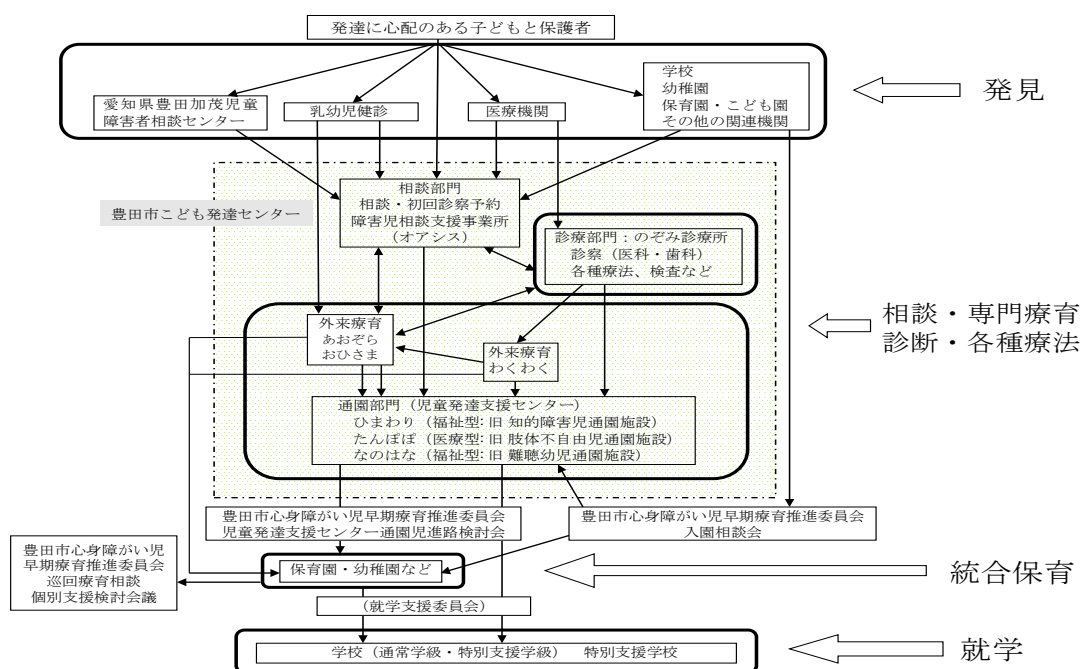


図 豊田市早期発達支援システム



図2 豊田市の特別支援教育

(2) 発見の場

知的障がいおよびASDのある子のほとんどは、受診率95%前後である1歳6か月児健診で発見される。落ち着きのなさを主とするAD/HDは3歳児健診で発見されることもあるが、医療機関、保育園、幼稚園で発見され、専門機関である豊田市こども発達センター（以下、「発達センター」）につながる場合も少なくない。

(3) 発見から継続的な支援までの流れ（発見の場が複数の場合、分けて書いてください）

とくに**つなぎ支援**や**連携**については、どのような形で誰が担っているのかをなるべく詳細に記載してください。

1歳6か月児健診及び3歳児健診で発達的な問題が発見されると、「発達センター」の障がいの有無に関わらず発達支援を必要とする幼児期前期の児童を対象とした子育て支援グループ（外来療育グループ“あおぞら”“おひさま”）を紹介される。その後、「発達センター」の児童精神科受診を経て、必要があれば個別療法（言語聴覚療法、作業療法など）が開始される。「あおぞら」等の退所後は、診療所の利用を続けながら、地域の保育園・幼稚園へ就園、もしくは「発達センター」の通園部門（母子または単独通園形式の3種類の児童発達支援センターからなる）へとつながる。

乳幼児健診で、発達的な問題を指摘され、「発達センター」を紹介しても、保護者の心理的な抵抗などから「発達センター」につながらない場合には、就園後に地域園を対象とし

た巡回療育相談を通してつながるケースもある。就学後は、豊田市教育委員会学校教育課が所管している青少年相談センター（以下、「パルクとよた」）が相談・連携の中心機関となり、学齢期の教育支援と特別支援教育システムをマネジメントしている（「学齢期の支援」の項、参照）」

（４）医療の関わり方

「発達センター」の一部門である、障がい専門の診療所（のぞみ診療所）が豊田市の障がい児医療と医療連携における中心的な役割を担っている。「発達センター」と地域医師会は相互に役割を分担し、「発達センター」は障がいの診断・ハビリテーション及び医療面における地域連携を、地域医療機関は障がいの発見と一般医療（予防接種を含む）をそれぞれ担当、相互補完的に連携し、障がいの早期発見と継続的な医療支援を進めてきた。また、医師会の中でも障がい児医療に重要な役割を果たす小児科医会との連携とともに、市内 2 つの基幹総合病院小児科とも定期的な学習会を行うなど緊密な連携を行っている。

このような役割分担と連携・協力を基盤として地域医療機関を受診した子どもに心身の発達の問題が疑われると、ほぼすべての子どもは「発達センター」のぞみ診療所を紹介されるシステムが整備されている。診療科は児童精神科、小児神経科、小児整形外科、リハビリテーション科、泌尿器科、耳鼻科、小児歯科の計 7 科で構成されている（詳細は、Ⅲ 障がい児の支援体制、4 専門機関を参照）。リハビリテーション部門には、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、心理療法の 4 科があり、必要に応じて各種療法等を行っている。また、医師や各療法士は各療育部門の職員と連携し、総合的な発達及び子育て支援を行うとともに、乳幼児健診、保育園・幼稚園、小中学校・特別支援学校等への支援も積極的に行っている。

各児童発達支援センターから保育園や小学校等へ就園・就学する際は、円滑な移行のため作成される移行児支援シート（地域へ移行する子どもたちの生活状況、発達特性、発達状態等が記載されている）に、担当の通園スタッフに加え担当療法士も必要な医療情報を記入し、保護者の同意を得て移行先へと必要な情報の引き継がれるようにしている。

（５）幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

「発達センター」が運営している、外来療育グループ「あおぞら」、「おひさま」がある（Ⅲ 障がい児支援の体制 4. 専門機関、を参照）。1 歳 6 か月児健診等で発見された、障がいの有無に関わりなく発達に支援が必要な 1～3 歳の子どもと母親が通い、発達支援・子育て支援を受けている。集団保育モデルで行うので、親の心理的敷居は低く、豊田市で出生する 2 歳児の約 1 割が通園している。

「発達センター」の障がい児を対象とした専門の通園療育施設として、医療型児童発達支援センター「たんぼぼ」（家族通園）、福祉型児童発達支援センター「ひまわり」（単独通

園)、福祉型児童発達支援センター「なのはな」(家族通園)の3施設がある。(詳細はⅢ 障がい児支援の体制4、参照)

b. 幼稚園・保育所・認定こども園

公立保育園、公私立幼稚園、認定こども園を合わせて103園、全園で統合保育を実施している。保育園及び公立幼稚園では、発達に支援が必要な子どもには、原則として3人に1人の加配保育士を配置している。私立幼稚園・私立幼保連携型認定こども園(21園)が障がい児を受け入れた場合には愛知県からの特別支援教育費補助金とは別に、豊田市独自で補助金を出し支援している。

c. 幼稚園・保育所・認定こども園への外部専門職による支援

豊田市における障がい児の早期発見と継続的な支援を目的に、「発達センター」開設に合わせて設置された「豊田市心身障がい児早期療育推進委員会」(関係11機関・組織から構成、いわゆるPDCAサイクルでシステムを運営している。事務局機関は「発達センター」)が中心となり保育園・幼稚園へ専門的支援を行っている。ひとつは、巡回療育相談である。巡回療育相談については、発達センターの地域支援部門(地域療育室)が園からの主訴に沿って派遣スタッフを編成し、年間350名を超える子どもたちを対象に、200回以上実施している。スタッフの多くは「発達センター」職員であるが、ニーズにより児童・障害者相談センター(児童相談所)、特別支援学校、市教育委員会学校教育課の特別支援教育担当指導主事等の職員も加わり実施される。

もう一つは公開保育研修である。毎年7か所の公立こども園を会場に実施される。市内の保育士・幼稚園教師が集まり、対象児の観察を行ったあと事例検討会を行う。「発達センター」の医師を含む専門家も毎回参加し助言を行っている。その他、加配の保育士を対象とした「発達センター」実習、困難な事例等の検討会、1年目の保育士を対象とした講演会、3年目保育士を対象とした「発達センター」の通園療育部門の実習等々、上記推進委員会が推進母体となり、保育園・幼稚園における障がい児保育を支援している。

なお、豊田市心身障がい児早期療育推進委員会は、以下の11機関・団体から構成されている：愛知県豊田加茂児童・障害者相談センター、「パークとよた」、豊田市保育課、地域保健課、子ども家庭課、子育て総合支援センター、障がい福祉課、豊田市私立幼稚園協会、愛知県三好特別支援学校、豊田市立豊田特別支援学校、「発達センター」(事務局)

d. 学校への引き継ぎ

児童発達支援センター通園児については、各児童発達支援センターが就学する学校を訪問し、全例引き継ぎを行っている。保育園・幼稚園に通園する児童については保護者の同意が得られた場合には、豊田市特別支援教育連携協議会が中心となり作成した移行支援のための引き継ぎ書に記入をし、それをもとに引き継ぎが行われる。

(6) 学齢期の支援

a. 教育システム内の支援体制

学齢期の支援については、「パルクとよた」の特別支援教育担当指導主事が中心となり、特別支援教育を推進している。パルクとよたには、図 2 にあるように、配置された多くの専門家（スクールソーシャルワーカー、臨床心理士等）に加え、2つの特別支援学校、「発達センター」の専門家も加わり、教育現場を支援している。特別支援教育を推進するための連携組織として「豊田市特別支援教育連携協議会」がある。PDCA サイクルの手法で、豊田市の特別支援教育の発展を図っている。

主として乳幼児期の支援（医療的支援と相談について児童期全般）のセンター的役割を担っている「発達センター」と特別支援教育におけるセンターである「パルクとよた」は、明確な役割分担を行い、両機関の連絡調整会議を通じて緊密な連携と協力を行っている。

放課後児童クラブについては、次世代育成課が所管している。発達障がい児を含め多くの発達の課題のある児童が利用していることもあり、専門のスーパーバイザーを配置するとともに「発達センター」が児童クラブの指導員を対象に講演や事例検討会を行い、専門機関の立場から支援を行っている。

b. 医療・福祉などとの連携

前項(6)の学齢期の支援に既述したように、「パルクとよた」がセンター的な役割を果たし、「発達センター」、豊田市立豊田特別支援護学校、愛知県立三好特別支援学校（隣市に設置）等とも連携し、特別支援教育を推進している。特別支援学級数も多く、通級指導対象児も小中合わせて211学級793名を数えるようになっている。

入学前から「のぞみ診療所」に通院している児童は、必要に応じて学校と「のぞみ診療所」の連携を行っている。小中学校で発見された発達障がい疑われる児童は「発達センター」のぞみ診療所を紹介される。以降は、幼児期からの通園児と同様である。不登校などを主訴に「パルクとよた」に相談に行き、発達障がい疑われることも多い。そのような場合には「パルクとよた」の児童精神科医（非常勤）から「発達センター」の児童精神科を紹介される。放課後児童クラブについては、先に述べたとおりである。

(7) 専門家の養成

システム全体の専門性の向上や、一貫性・継続性のある支援を図るため、豊田市心身障がい児早期療育推進委員会（事務局：「発達センター」）、豊田市特別支援連携協議会（事務局：パルクとよた）を中心に、障がい児支援に関わる専門家を対象に様々な研修を行っている。保健師を対象とした講演会や「発達センター」での実習、保育士を対象とした巡回療育相談や「発達センター」での実習、各校に配置されている特別支援コーディネーターを対象とした講演会、学校教師を対象とした学習障がいや不器用に焦点を絞った研修会（教

育委員会と共催)、基幹病院の小児科医を対象とした勉強会、地域で障がいに関わる心理士の連携組織の育成と研修会の開催などである。

また、発達障がいに関わる専門医を養成するため、「発達センター」開設以来、毎年度 1～2 名の若手精神科医・小児科医の通年研修を行っている。関連職種の専門性を向上させるためには、研究も重要である。新たな課題が出現するごとに、豊田市早期療育推進委員会の重点取組事業として位置づけ、「発達センター」と関係機関が共同研究を行い、相互の専門性の向上を図るとともに、課題をまとめ支援体制の充実に結び付けている(研究例:外国人障がい児の実態把握と支援、早期発見システムの検証等)。研究成果は、「発達センター」療育紀要に掲載、「発達センター」が所属する豊田市福祉事業団のホームページに資料として掲載する、などを通じ一般への情報提供も行っている。

(8) 普及啓発

「発達センター」では、様々な職種の職員が合わせて年間 100 回を超える講演を行うとともに、1996 年開設以来「公開セミナー」の開催や「療育紀要」の発刊を通じて、一般市民を含め啓発を行っている。また「パルクとよた」も、公開セミナーを年 8 回開催し、市民啓発を行っている。

II 知的障害のない発達障害

豊田市のシステムは、知的障がいの有無にかかわらず、発達支援が必要なすべての子どもたち(発達障がい含む)を対象としたシステムである。知的障がいの項と同様なため、省略する。

III 障害児支援の体制

1. 母子保健

担当部署：(乳幼児健診：子ども家庭課 地域支援・健診事後支援：地域保健課)

担当スタッフ：

保健師：常勤(子ども家庭課 14 地域保健課 24)人、非常勤(地域保健課 8)人
保健師 1 人あたりの 0～4 歳人口(約 347)人

その他：職種名(医師)非常勤(7)人、職種名(臨床心理士)非常勤(8)人

職種名(看護師)非常勤(6)人、職種名(助産師)非常勤(5)人

職種名(管理栄養士)非常勤(4)人、職種名(保育士)非常勤(5)人

職種名(視能訓練士)非常勤(2)人

2. 乳幼児健診・就学児健診（平成28年度）

健診（時期）	実施主体	実施場所	年間のべ	1回平均	受診率	フォロー率 （内訳も）
乳児 （3.4カ月）	○市町村・その他 （ ）	5カ所	回	100人	96.6%	計 20.7% 要精検・観察 13.9% 要指導 6.8%
1歳半 （1歳6.7カ月）	○市町村・その他 （ ）	5カ所	回	60~70人	96.4%	計 80.3% 要精検・観察 30.3% 要指導 50.0%
2歳 （ 歳 カ月）	市町村・その他 （ ）	カ所	回	人	%	%
3歳 （3歳1カ月）	○市町村・その他 （ ）	5カ所	回	60~70人	94.9%	計 61.1% 要精検・観察 32.4% 要指導 28.7%
5歳 （ 歳 カ月）	市町村・その他 （ ）	カ所	回	人	%	%
就学時	○教育委員会・ その他（ ）	76カ所	76回	人	%	%
その他 （ ）	（詳細）	カ所	回	人	%	%

*内訳のうち、発達障害が疑われてフォローとなっている子どもはどこに入るかを明記してください。

3. 幼稚園・保育所・認定こども園

園の数，障害児受け入れの実態，専門機関との連携など

公立こども園 67 園 私立こども園 15 園(豊田市では公私立保育園と公立幼稚園を合わせて、市独自の「こども園」制度を創設している)、私立幼稚園 15 園、私立幼保連携型認定こども園 6 園、合計 103 園である。全園統合保育を実施している(幼児期の継続的な支援 b を参照)。

「発達センター」が中心となってスタッフを編成し、全園を対象とした巡回療育相談を実施、必要であれば園への随時訪問支援も行っている(発達障がいの支援システム I 知的障がい(5) 幼児期の継続的な支援 c を参照)。

4. 専門機関

(1) 知的障害児を対象とした福祉施設等(施設の経営主体，規模およびプログラムの概要など)

- ・障害児通所支援(児童発達支援センター，児童発達支援事業所，医療型児童発達支援センター，放課後等デイサービス，保育所等訪問支援)，障害児入所支援，その他に分けて記載してください。

福祉施設

豊田市福祉事業団 豊田市こども発達センター

1996 年豊田市によって設立された心身障がい児総合通園センター、職員数約 130 名(医師など 20 職種)、事業部門は大きく 3 部門からなる。

①地域療育室

- ・外来療育グループ「あおぞら」「おひさま」：発達に支援が必要な 1～3 歳の前期幼児を対象とした豊田市独自の子育て支援事業、保育モデルであり、無料、利用児数年間約 700 名。
- ・相談支援グループ・障がい相談支援事業所「オアシス」：主として各種相談、計画相談、豊田市心身障がい児早期療育推進委員会の事務局、障がい児等療育支援事業を含め地域連携を包括的に担当。

②通園部門

- ・福祉型児童発達支援センター「ひまわり」(定員 50 人、知的障がい等対象、単独通園)
- ・福祉型児童発達支援センター「なのはな」(定員 30 人、難聴 ASD 等対象、家族通園、ASD などの通園期間は 1 年)
- ・医療型児童発達支援センター「たんぽぽ」(定員 40 人、肢体不自由児対象、家族通園)

通園部門では、保育所等訪問支援事業を実施している。

③診療部門

児童期以前に発症したすべての障がいを対象とする専門診療所（のぞみ診療所）、全児童期を対象（0～18歳未満）としている。

- ・常勤医師：児童精神科 1 人、小児神経科 2 人、小児整形外科 1 人
- ・非常勤医師：児童精神科 6 人、小児神経科 1 人、小児整形外科 1 人、耳鼻咽喉科 1 人、泌尿器科 1 人、小児歯科 5 人
- ・ハビリテーション：理学療法、作業療法、言語聴覚療法、心理療法
- ・年間新患実人数（医科）：733 人
- ・年間受診患者延べ数：16, 110 人

④放課後等デイサービス事業所

- ・市内に 24 箇所あり、それぞれ独自の方針で運営している。平成 26 年度から発達センターが中心となり、豊田市障がい福祉課とともに、専門性の向上を目的とした研修と連携組織の立ち上げに向けた取り組みを行っている。現在、全事業所から参加を募り、講演会、事例検討会などの研修と各事業所の情報交換会を開催している。

(2) 知的障害のない発達障害を対象とした福祉施設等（施設の規模及びプログラムの概要など）

- ・障害児通所支援（児童発達支援センター，児童発達支援事業所，医療型児童発達支援センター，放課後等デイサービス，保育所等訪問支援），障害児入所支援，その他に分けて記載してください。

Ⅱ 知的障害のない発達障害と同様であるので、省略。

(3) 発達障害専門の医療機関（常勤医師および非常勤医師の人数と診療人数）

Ⅱ 知的障害のない発達障害と同様であるので、省略。

(4) 特別支援教育

小学校：市区町村立 75 校，その他の公立 75 校，私立 0 校

特別支援学校：2 校

知的障害特別支援学級：市区町村立小学校 75 校中 24 校に設置

情緒障害・自閉症特別支援学級：市区町村立小学校 75 校中 30 校に設置

通級指導教室：種別と学校数

種別：言語・情緒・自閉症・ADHD・LD・難聴

通級指導を受けている小学生数 178人

IV 発達障害者支援法の改正等に関連する質問

1. 発達障害支援の相談窓口となる「発達支援センター」や「発達支援室」などの公的センター等がありますか？ある場合、名称、経営主体、職員数と職種、支援対象、機能について書いてください。複数ある場合はすべて書いてください。

例) 名称：「障害者福祉課発達支援室」(市直営)

職員：ソーシャルワーカー2名(常勤)、保健師1名(常勤)、臨床心理士2名(非常勤)、児童精神科医師1名(非常勤)

対象：発達障害のある幼児、学童、成人

機能：相談、心理評価、医療相談、巡回相談

「発達センター」参照

2. 自治体(市区町村)には、発達障害に関係する連携を目的とした会議が設置していますか？していない している

会議の名称：豊田市心身障がい児早期療育推進委員会

設置している場合、委員はどのような職種、立場の人たちで構成されていますか？含まれるものに○をつけてください。

学識経験者 精神科医・児童精神科医 小児科医 児童福祉関係者 障害福祉関係者 普通教育関係者 特別支援教育関係者 就労支援関係者 警察関係者 司法関係者

その他(母子保健、幼児教育に関係した機関と団体)

複数ある場合、以下に追加してください。

会の名称 豊田市特別支援連携協議会

学識経験者 精神科医・児童精神科医 小児科医 児童福祉関係者

障害福祉関係者 ○普通教育関係者 ○特別支援教育関係者 ○就労支援関係者
警察関係者 司法関係者
その他（障がいのある児童の保護者代表）

3. 発達障害児者支援に関して、都道府県との連携は行っていますか？
行っている場合、どのような形で行っていますか？

愛知県発達障がい者支援センター連絡協議会への参加

4. 保護者・家族への情報提供、助言等の支援を行うためのプログラムは行っていますか？
行っている場合、どのような形で行っていますか？

(1) 保護者向けの各種啓発冊子の発行

- ・『お子さんの発達は順調ですか？』の発行（日本語、英語、ポルトガル語、スペイン語、中国語の各版）
- ・『スプーン・フォークの選び方&使い方』

(2) 医療機関受診用「健康手帳」の作成と普及（知的・発達障がいのある人向け、身体に障がいのある人向け；いずれも、日本語、英語、ポルトガル語の各版）

(3) 『障がいのある方への災害時対応の手引き』（本人家族編、医療関係者編、一般支援者編）の発刊

(4) 自助グループの育成（ADHD、高機能自閉症等の保護者による自助グループの育成）

5. 発達障害に関する支援体制の中で、以下について何か配慮をしていますか？

(1) 女性

特化した支援は、行っていない。今後、調査を行い、支援策を検討したい。

(2) 日本語に通じない子ども（外国人など日本語の能力が十分でない子ども）

- ・「発達センター」でポルトガル語通訳者の配置（各種翻訳、通訳）
「発達センター」の診療・検査における、各種通訳の積極的利用（市役所、各学校に配置の通訳、あいち医療通訳システムに登録の通訳；主に、ポルトガル語、スペイン語、中国語、タガログ語）
- ・豊田市の学校教育における取組は、資料3「外国人児童生徒に関する報告書」（ことに、豊田市外国人児童生徒サポートセンターの項）を参照

(3) 療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども
「発達センター」及び「パルクとよた」で相談対応等

6. 発達障害児の差別解消、いじめ・虐待防止等のために、何か対策を講じていますか？

差別解消法：

豊田市障がい福祉課が差別解消法リーフレットを作成

いじめ：

豊田市青少年相談センター（パルクとよた）内に相談部門を設置している。市役所内にある学校教育課でも対応している。校内でいじめが疑われた場合は、既定の様式「いじめ早期相談表」に教師が記入、上記のいずれかの部門に相談する仕組みとなっている。

虐待防止：

「発達センター」では虐待検討委員会を設置し、児童相談センター、豊田市家庭児童相談室と緊密に連携。当事者向けの虐待防止リーフレットの作成等

ひきこもり：

豊田若者サポートステーションおよび若者支援地域協議会を設置（資料 4 参照）

V 発達障害の支援体制全般に関する自治体の課題

貴自治体の発達障害の支援体制全般に関して、到達している点と今後の課題についてご自由に書いてください。

課題

- ・ 乳児期より保育所を利用している子どもたちへの発達支援
- ・ 急増する放課後等デイサービス事業所との連携
- ・ 中学校から高校・専修学校への移行支援、高校・専修学校と「発達センター」等の地域専門機関との連携

資料 3

外国人児童生徒に関する報告書

1. 外国人のうち支援が必要な児童・生徒の数

平成28年11月現在 842人（全児童生徒数の2.3%）。

2. 外国人児童生徒の居住区

35～40%が保見地区に在住。この地区の小中学校では児童の60%が外国人

3. 外国人児童生徒に対する支援のしくみ

来日⇒学校教育課の面接⇒ことばの教室⇒通常学級（巡回指導員の支援）

↑

豊田市外国人児童・生徒サポートセンター

(1) 学校教育課の面接

来日後、日本の学校への移行を円滑にするために、保護者に日本の学校について説明している。内容は、主として学校行事、給食、持ち物など。日本の習慣を強要せず、それぞれの母語や母国の文化を尊重し、家庭ではこれまでの生活を大切にしてもらうように伝えている。

(2) ことばの教室

西保見小、野見小、大林小に設置。在籍校に近い学校を選択。

来日して間もない外国籍の子どもを対象とし、4か月を超えない期間、毎日登校。5時間授業。後半は在籍校の体験を繰り返しながら、移行を支援する。

毎年60人弱が通学している（平成28年度11月現在では84名、各クラス担任2名）。ただし、家族が送迎できるものに限られるため、10名程度は、ことばの教室を利用せず、直接在籍校へ入学する。

(3) 豊田市外国人児童・生徒サポートセンター（以下、サポートセンター）

学校教育課が所管。学校日本語指導員（常駐・巡回）全50名が在籍。

西保見小学校に設置。

職員体制

勤務時間 8:30～16:30

常勤 2名（ポルトガル語1名、英語1名）

非常勤 48名（日本人も含む）

言語 英語 月、火、金曜日 14:00～16:00

タガログ語 月曜日 14:00～16:00

金曜日 8:30～16:00

スペイン語 水曜日 11:00～13:00

	木曜日	14:00～16:00
中国語	木曜日	11:00～16:00
ベトナム語	随時	

※職員は、通訳の資格はないが、18歳高等学校卒業以上の学歴で、学校教育課で筆記試験、面接を経て採用

主な業務

- ・ 通訳・翻訳業務
成績表や“おたより”など家庭への連絡や通知の翻訳。個別懇談や家庭訪問時の通訳。後述する巡回指導員が担当しない学校を対象とし、学校⇒学校教育課⇒サポートセンターの経路で依頼を受け、学校へ派遣。
- ・ 学習支援
日本語習得のための教材（宿題を含む）を提供。教材を日本語に翻訳するだけでなく、子どもの日本語レベルに合わせた表現に翻訳。
- ・ 子どもの相談
学校生活で不適応を示した子どもの支援方法について、指導主事とともに学校に出向き相談に応じる。
- ・ 保護者の面接
学校から依頼のもと保護者との相談・面接
(保護者からの直接相談には対応しておらず、学校からの依頼のみ)

4. 学校日本語指導員について

常駐指導員と巡回指導員に分かれる。

- ・ 常駐指導員
 - ①サポートセンター
 - ②保見中学校、西保見小学校・東保見小学校の国際教室
 - ③ことばの教室
- ・ 巡回指導員
言語に合わせて子どもの学習や生活を支援するために週に1～2時間、該当校を訪問する。通常学級に入り、あるいは別教室で担任の指導方針のもと、学習の補助を行う。その他、保護者との連絡、宿題の翻訳など家庭学習のサポートの他、日本語が不十分なために担任や友達とのコミュニケーションが困難な子どもに母国語で相談に応じている。

5. 課題

- (1) こども園では日本語でのコミュニケーションが十分に可能な子どもでも、国語や算数などの教科学習で躓くことがある。日常の会話は問題がないように思えるが

基本的な語彙数が少なく、抽象的な表現や長文の読解、作文などが難しい。このような子どもの中に、母国語も不確かな子どもがおり、ダブルリミテッドと呼ばれ、乳幼児期から母語の獲得が不十分なまま第 2 外国語を学ぶためにどちらの言葉も習得しにくい子どもたちがいる。

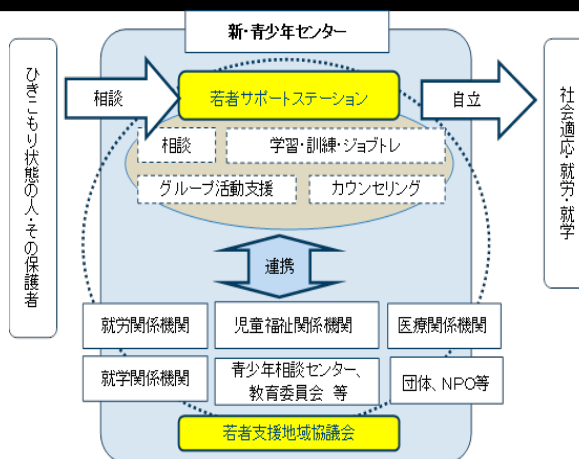
- (2) 通訳を介すると微妙な言い回しが伝わりにくく、保護者の意向も確認しづらい。また、国によって障がいに対する考え方も違う。すべてを考慮に入れながら慎重に子どもの様子を伝えるが共通理解することの難しさを感じる。
- (3) 来日して間もない子どもたちでは、母国では不自由なく普通にできていたことが、途端にできなくなる。また、ことばのコミュニケーションが成り立たないことや学習が進まないために周囲からも過小評価される。一時的ではあるが、思春期に入る中学生頃では不安定になりやすい。子どもに対する心理的サポートも必要であるが人員が不足している。
- (4) 人材が不足している。母国語ができ、学習支援や個別支援ができる人材を育成する必要がある。外国人のいる学校には必要な通訳が常駐できる体制があれば、学習だけでなく心理的なケアも含めた手厚い支援ができる。最近では、児童期にことばの学級を利用して日本の学校に適応した人たちが日本語指導員として子どもたちの支援をすることもある。来日したばかりで不安を抱える子どもたちの良き理解者になっている。このような人たちを活用したいと思うが、限られた予算であり雇用が難しい。

1 若者を支援する体制づくり

平成27年4月1日より「豊田市若者サポートステーション」と「豊田市若者支援地域協議会」を開設した。

「若者サポートステーション」は、困難を抱えた若者に関する総合的な相談窓口・支援機関とするとともに、包括的支援を行う際の調整機関として位置づける。

「若者支援地域協議会」は、若者が抱える複雑な課題に対し、包括的にかつ適正な支援が行えるよう、支援ネットワークの形成と情報交換を行う機関とする。



2 豊田市若者支援地域協議会

(1) 根拠・開設日

子ども・若者育成支援推進法第19条第1項の規定 平成27年4月1日

(2) 会議の構成

- ①代表者会議（原則年1回開催）
 - ・若者支援に係る情報交換及び連携による支援について
- ②実務者会議（必要に応じて開催。平成28年度は2回開催予定）
 - ・関係機関の情報交換、研修、啓発、調査等について

(3) 構成機関

- ・豊田公共職業安定所
- ・豊田市社会福祉協議会（生活困窮者事業受託者）
- ・豊田市福祉事業団（こども発達センター等）
- ・豊田加茂医師会
- ・豊田市文化振興財団（青少年センター）
- ・西三北地区高等学校生徒指導研究会
- ・豊田市民生委員児童委員協議会
- ・NPO法人育て上げネット中部虹の会（市若者サポートステーション、安城若者サポートステーション等）
- ・豊田市青少年相談センター パルクとよた
- ・豊田市 地域福祉課、障がい福祉課、生活福祉課、健康政策課、ものづくり産業振興課、子ども家庭課、次世代育成課

(4) 平成27年度の開催状況

- ①代表者会議（1回）

平成27年5月28日（木）午後3時～ 豊田市青少年センター 交流室

②実務者会議（2回）

i) 平成27年8月21日（金）午後1時～豊田市青少年センター 交流室
 ・「豊田市若者支援地域協議会の運営について」

講師：豊橋市子ども・若者総合窓口 相談員 横田 小百合氏

・意見交換（グループワーク）

ii) 平成28年2月18日（木）午後1時30分～豊田市こども発達センター

・豊田市若者支援地域協議会の役割について

講師：札幌若者支援総合センター 館長 松田 考氏

・意見交換（グループワーク）

・子ども発達センター見学

3 豊田市若者サポートステーション

豊田市若者サポートステーションは、困難を抱えた若者に関する総合的な相談窓口・支援機関として位置づけ、各専門機関をつなぐ連結ピンとしての役割を担う。

《運営体制》 事業受託：NPO法人育て上げネット中部 虹の会への委託

人員：常勤相談員1名、専門相談員(非常勤)1名、運営スタッフ2名

開設場所：豊田市青少年センター(小坂本町1-25 産業文化センター1階)

《主な機能・事業》

(1)総合相談窓口機能

①常設窓口相談 ・常勤相談員による相談。1F相談室にて実施。

②専門相談 ・心理カウンセラーによる相談。週1日（4件/日）程度の定期開催。

(2)居場所・交流活動・体験

・居場所（フリースペース、卓球等交流事業、ジョブトレーニング）

・ジョブトレ体験会、職場見学会

(3)支援者連携機能

①家族の学習会 親同士の情報交換と親の負担感を和らげる。

②支援者養成講座 市民ボランティアの支援者を育成

《実績》

■平成27年度利用者数

(人)

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	小計	
登録者数(継続14人)	15	15	8	10	8	7	6	12	8	11	6	6	126	
相 談	通常(件)	17	28	26	38	29	39	34	40	42	45	39	35	412
	電話(件)	10	14	19	24	20	32	35	30	36	42	24	27	313
	専門(件)	14	13	14	15	13	16	16	17	16	15	12	17	178
居場所・ジョブトレ	5	44	64	92	71	68	93	83	101	100	102	136	959	
ジョブトレ体験会	18	19	23	20	17	16	19	11	13	中止	10	13	226	
職場見学			14				10						24	

■登録者(126人)の相談主訴

主訴	人数	割合(%)
就労・仕事探し	65人	51.6%
ひきこもり	27人	21.4%
病気・障がい	13人	10.3%
不登校・中退	10人	7.9%
その他(仕事不安、生活困窮更正、外国人、子育て等)	11人	8.8%

発達障害児者等の地域特性に応じた
支援ニーズとサービス利用の
実態の把握と支援内容に関する研究

宮崎市の発達障害支援の現状
(初年度調査)

- 研究分担者 高橋 脩 (豊田市福祉事業団 理事長、児童精神科医)
- 研究協力者 大庭 健一 (宮崎市総合発達支援センター センター長、小児科医)
重黒木真由美 (宮崎市総合発達支援センター 診療所長、小児科医)
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)
鮫島奈緒美 (宮崎県中央発達障害者支援センター 心理士)
橋口 浩志 (県立宮崎病院 精神医療センター所長、児童精神科医)
赤松 馨 (独法国立病院機構 宮崎東病院、児童精神科医)
澤田 一美 (宮崎県立こども療育センター 小児科医)
古郷 博 (こごうメンタルクリニック 院長、精神科医)
系数 智美 (どんぐりこども診療所 院長、小児科医)
系数 直哉 (どんぐりこども診療所 副院長、小児神経科医)
安部なつみ (なつみ小児科クリニック 院長、小児科医)
井上 美佐 (宮崎市役所 健康支援課 親子の健康係 主査)
浜崎 純一 (宮崎市役所 障がい福祉課 生活支援係 主任主事)
大野 路子 (宮崎市役所 こども課 施設給付係 主任主事)
田口 毅 (宮崎市教育委員会 特別支援教育係 主幹)

研究要旨

宮崎市の発達障害の支援の現状を調査した。学校アンケート、医療機関調査、自治体アンケートを実施。期日までに集計が可能であった学校アンケートの結果を報告する。小学4年生の発達障害の支援ニーズは13.6%、男女比1:0.37、医療機関の受診率は5.4%。中学3年生の発達障害の支援ニーズは8.2%、男女比1:0.55、医療機関の受診率は4.2%。支援ニーズは小学4年生で増加、中学3年生で微減であった。非行(触法、虞犯)は小学4年生で10名(支援ニーズ者の2.1%)、中学3年で10名(同3.3%)であった。

A 研究目的

発達障害の支援体制に対する新たな提言を行うために、中核市・特例市・特別区の例として、宮崎市の発達障害の支援ニーズ調査を実施した。

B 研究方法

研究班の共通評価項目に従い、学校アンケート、医療機関調査、自治体アンケートを実施した。学校アンケートは平成 28 年 10 月に送付。医療機関調査は、平成 28 年 11 月に研究協力者に説明を行い、調査を依頼した。自治体アンケートは、12 月に行政担当者に依頼。いずれも 12 月中の回収を予定した（一部は 1 月再依頼）。

C 研究結果

今回、期間内に集計と解析が可能であった学校アンケート結果を報告する。

小学 4 年生

平成 18 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの平成 28 年度の小学 4 年生を対象とした。宮崎市内の在籍数は 3,826 名、男女比は 1 : 0.98。

居住コホート(在籍数):	3826 名		
内訳)	総数	男	女
市立小学校	3693	1863	1830
附属小学校	101	49	52
特別支援学校	32	18	14
	3826	1930	1896

小学校の回答率は 93%であった。

このうち、有効回答数は 3469 名で、88.3%。

回答率 51 / 55 校 (93%)

内訳)

市立小学校 45 / 48 校

附属小学校 1 / 1 校

特別支援学校 5 / 6 校

51 / 55 校

有効回答数: 3469 名 (88.3%)

内訳)

男 1745 名

女 1724 名

総数 3469 名

発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの在籍と対応は下記の通り。

遅れや偏りがある子	総数	479	男	342
			女	137
知的級	総数	30	男	17
			女	13
情緒級	総数	58	男	46
			女	12
その他	総数	0	男	0
			女	0
情緒通級	総数	36	男	20
			女	16
ことば通級	総数	7	男	5
			女	2
その他通級	総数	23	男	18
			女	5
適応指導教室	総数	0	男	0
			女	0
その他	総数	55	男	38
			女	17
担任対応のみ	総数	238	男	180
			女	58

集計	総数	447	男	324
			女	123

研究目的に合わせて、回答の有効性を検討し集計を実施すると、小学4年生で、発達に何らかの遅れや偏りがある子どもは

473名と判断された。発達障害の支援ニーズは13.6%、男女比1:0.37、医療機関の受診率は5.4%となった。

平成27年4月2日時点での居住コホートに含まれる有病者数(未受診例を含む)				
※調査対象となった子どもの数(有効回答数)	[3469]人	(男 1745人、	女 1724人)	
※発達に何らかの遅れや偏りがあると思われる子ども	[473]人	(男 335人、	女 125人)	
①PDDと思われる子ども	[240]人	(男 178人、	女 62人)	
②①以外で多動性障害と思われる子ども	[112]人	(男 96人、	女 16人)	
③①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思	[15]人	(男 8人、	女 7人)	
④①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子	[54]人	(男 35人、	女 19人)	
⑤①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども	[33]人	(男 17人、	女 16人)	
⑥その他の精神科的支援が必要な子ども	[6]人	(男 1人、	女 5人)	
⑦境界域の知能を持っている子ども	[13]人	(男 4人、	女 9人)	
※ %計算式=人数÷有効回答数×100				

	総数				診断把握数				疑い	
	総数	%	男	女	総数	%	男	女	総数	%
ASD	240	6.92	178	62	138	3.98	101	37	102	2.9
ADHD	112	3.23	96	16	10	0.29	9	1	102	2.9
Com障害	15	0.43	8	7	4	0.12	3	1	11	0.3
LD	54	1.56	35	19	6	0.17	4	2	48	1.4
MR	33	0.95	17	16	26	0.75	13	13	7	0.2
精神科	6	0.17	1	5	2	0.06	1	1	4	0.1
境界域	13	0.37	4	9	2	0.06	0	2	11	0.3

集計	総数				診断把握数				疑い	
	総数	%	男	女	総数	%	男	女	総数	%
	473	13.64	335	125	188	5.42	131	55	285	8.2

30 日以上の長期欠席は 11 名。男女比は 1 : 1.2。

不登校		
	男	女
①	4	6
②	0	0
③	0	0
④	0	0
⑤	1	0
⑥	0	0
⑦	0	0

総数		
総数	男	女
11	5	6

反抗的な特性があると判断されたものは、95 名。

反抗的な特性				
	男	医男	女	医女
①	57	31	6	3
②	22	4	1	0
③	1	0	0	0
④	3	1	4	1
⑤	0	0	1	1
⑥	0	0	0	0
⑦	0	0	0	0

総数		診断数		
総数	男	女	男	女
95	83	12	41	36
			5	5

非行（触法、虞犯）のため、児童相談所や警察が関わっている子どもは 10 名（2.1%）。男女比は 1 : 0.25、診断を受けている児は 2 名であった。

触法行為				
	男	医男	女	医女
①	2	1	0	0
②	4	1	1	0
③	0	0	0	0
④	1	0	1	0
⑤	0	0	0	0
⑥	1	0	0	0
⑦	0	0	0	0

総数		診断数			
総数	男	女	男	女	医女
10	8	2	2	2	0
	2	2			

医療機関を受診していない子どもの、受診しない理由は「必要性を感じない」が多かった。

人数	
受診に抵抗	14
家族の理解が得られない	21
他に相談の場がある	4
必要性を感じない	72
経済的理由	0
宗教的理由	0
なんとなく	5
その他	9

発達に何らかの遅れや偏りがある子ども
在籍と対応は下記の通り。

中学3年生

平成13年4月2日～平成14年4月1日
生まれの平成28年度の中学3年生を対象と
した。宮崎市内の在籍数は4,184名。

(※H27.12.15時点)

居住コホート(在籍数):		4184	名
内訳)	市立中学校	3471	名
	私立中学校	426	名
	附属中学校	241	名
	特別支援学校	46	名

遅れや偏りがある子	総数	314	男	202
			女	112
知的級	総数	34	男	19
			女	15
情緒級	総数	34	男	27
			女	7
その他	総数	8	男	4
			女	4
情緒通級	総数	4	男	3
			女	1
ことば通級	総数	1	男	1
			女	0
その他通級	総数	4	男	2
			女	2
適応指導教室	総数	6	男	2
			女	4
その他	総数	16	男	8
			女	8
担任対応のみ	総数	161	男	109
			女	52

中学校の回答率は79.5%であった。

集計	総数	268	男	175
			女	93

回答率: 31 / 39校 (79.5%)

内訳)	市立中学校	21 / 25校
	私立中学校	4 / 6校
	附属中学校	2 / 2校
	特別支援学校	4 / 6校

有効回答数は3,703名。

<u>有効回答者数:</u>	3703名
・男	1909名
・女	1794名

研究目的に合わせて、回答の有効性を検討し集計を実施すると、中学3年生で、発達に何らかの遅れや偏りがある子どもは

304名と判断された。発達障害の支援ニーズは8.2%、男女比1:0.55、医療機関の受診率は4.2%となった。

平成27年4月2日時点での居住コホートに含まれる有病者数(未受診例を含む)				
※調査対象となった子どもの数(有効回答数)	[3703]人	(男	1909人、	女 1794人)
※発達に何らかの遅れや偏りがあると思われる子どもの総数	[304]人	(男	196人、	女 108人)
①PDDと思われる子ども	[153]人	(男	104人、	女 49人)
②①以外で多動性障害と思われる子ども	[47]人	(男	34人、	女 13人)
③①②以外で会話および言語の特異的発達障害と思われる子ども	[1]人	(男	0人、	女 1人)
④①②③以外で学力の特異的発達障害と思われる子ども	[32]人	(男	18人、	女 14人)
⑤①②③④以外で精神遅滞と思われる子ども	[42]人	(男	23人、	女 19人)
⑥その他の発達障害と思われる子ども(精神科的支援が必要)	[7]人	(男	4人、	女 3人)
⑦境界域の知能を持っている子ども	[22]人	(男	13人、	女 9人)

※ %計算式=人数÷有効回答数×100

	総数				医療機関				疑い	
	総数	%			総数	%			総数	%
ASD	153	4.13	男	104	102	2.75	男	75	51	1.3773
			女	49			女	27		
ADHD	47	1.27	男	34	20	0.54	男	9	27	0.7291
			女	13			女	11		
Com障害	1	0.03	男	0	1	0.03	男	0	0	0
			女	1			女	1		
LD	32	0.86	男	18	3	0.08	男	1	29	0.7831
			女	14			女	2		
MR	42	1.13	男	23	27	0.73	男	14	15	0.4051
			女	19			女	13		
精神科	7	0.19	男	4	1	0.03	男	1	6	0.162
			女	3			女	0		
境界域	22	0.59	男	13	2	0.05	男	1	20	0.5401
			女	9			女	1		

集計	総数		%		医療機関				疑い	
	総数	%	男	女	総数	%	男	女	総数	%
	304	8.21	男	196	156	4.21	男	101	128	3.46
			女	108			女	55		

30 日以上の長期欠席は 31 名。男女比は 1 : 0.48。発達障害の支援ニーズ者に占める割合は 10.2%。

不登校		
	男	女
①	16	6
②	1	2
③	0	0
④	1	1
⑤	0	0
⑥	1	0
⑦	2	1

総数		
総数	男	女
31	21	10

反抗的な特性があると判断されたものは、44 名。男女比は 1 : 0.1。

総数			診断数		
総数	男	女	総数	男	女
44	40	4	24	20	4

反抗的な特性				
	男	医男	女	医女
①	20	16	1	1
②	19	4	1	1
③	0	0	0	0
④	0	0	2	1
⑤	0	0	1	1
⑥	0	0	0	0
⑦	1	0	0	0

非行（触法、真犯）のため、児童相談所や警察が関わっている子どもは 10 名

(3.3%)。男子のみで、6 名が診断を受けていた。

触法行為				
	男	医男	女	医女
①	7	5	0	0
②	3	1	0	0
③	0	0	0	0
④	0	0	0	0
⑤	0	0	0	0
⑥	0	0	0	0
⑦	0	0	0	0

総数			診断数		
総数	男	女	総数	男	女
10	10	0	6	6	0

医療機関を受診していない子どもの、受診しない理由は「不明」が多かった。

受診に抵抗	0
家族の理解が得られない	0
他に相談の場がある	0
必要性を感じない	0
経済的理由	1
宗教的理由	1
なんとなく	1
その他	0

【その他内訳】

- ・ 不明 11
- ・ 家族が必要性を感じていない 2
- ・ 小学校の先生からのアドバイス 1

14

D 考察

昨年度に本研究班で実施した宮崎市の発達障害の支援ニーズ（括弧内：医療機関への受診率）は小学3年生 11.5%（5.3%）、中学2年生 8.4%（3.2%）。今回は、小学4年生 13.6%（5.4%）、中学3年生 8.2%（4.2%）であった。

小学4年生で、支援ニーズが大きく増加、中学3年生は、変化が認められなかったが、受診率が増加していた。

小学4年生で支援ニーズが増えた何らかの機序があると思われるが、他地域の結果と比較してみたい。

今回の研究のテーマである男女比は、支援ニーズのある小学4年生で男女比 1:0.37、中学3年生で 1:0.55 であり、中学生で女子の割合が増えていた。

反抗的な特性は、発達障害の支援ニーズのある小学4年生の 20.1%、中学3年生の 14.5%に認められ、頻度の高い問題行動の一つと考えられた。

非行（触法、虞犯）は、小学4年生 10名（支援ニーズ者の 2.1%）、中学3年生 10名（同 3.3%）で、医療機関で診断を受けていたのは、小学4年生で 2名。中学3年生で 6名であった。

不登校は、小学4年生で 11名（支援ニーズ者の 2.3%）、中学3年生で 31名（同 10.2%）。昨年実施した中学2年生の不登校率は 10%で、増加してはいるが、発達障害の支援ニーズが考慮される中学生の約 1割が不登校を示す結果となっている。

今回のアンケートでは、外国人の子どもに関する情報は得られなかった。

子どもの問題行動は様々な要因から生じると考えられる。発達障害以外にも、愛着

障害・虐待、未熟児・低出生体重児、貧困・家庭環境など、多くの要因があげられる。

学校アンケートによる発達障害の高い支援ニーズは、問題行動が、発達障害として過剰にカウントされた可能性があるが、要因は重なっていると思われ、問題行動を示す子どもと家族や学校に対する支援として、発達障害の考え方と対応は、汎用性が大きいと考える。

発達障害の支援の質を高め、高い支援ニーズに応じていくシステムを作ることは、母子保健を中心として地域社会を支えていく基本のシステムになると考えられ、調査研究による質の向上が今後も望まれる。

E 結論

宮崎市の発達障害の支援ニーズ調査の一環として、学校アンケート調査を実施した。発達障害の支援ニーズは、小学4年生で 13.6%、中学3年生で 8.2%。小学生は前年よりも大きく増加、中学生は大きな増減はなかったが、両学年とも依然として高い支援ニーズが認められた。

F 引用文献

なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H 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

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に
関する研究

分担研究報告書

函館市における発達障害支援の継時的推移に関する研究

（中間報告）

研究協力者 須佐 史信 （はこだて療育・自立支援センター診療所所長）
高橋 和俊 （おしま地域療育センター所長）

研究要旨：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 25～27 年度)に引き続き、函館市における同一コホートの支援ニーズの推移を調べた。具体的には、対象となる小学校、中学校、特別支援学校に対し、発達障害支援に関するアンケート調査を行い全校から回答を得た。現在、集計および解析を行っている。また、同一コホートに関して医療機関に対するアンケート調査を、倫理委員会の承認を得て来年度に行う予定である。このほか、函館市から、支援サービスの整備や連携の状況に関するアンケート調査の回答を得て解析中である。

A. 研究目的

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 25～27 年度)では、いくつかの地方自治体を選び、それぞれの発達障害の支援ニーズや地域特性に応じた発達障害の支援システムの現状について調査し、自治体規模に応じた支援体制モデルを提言した。

この中で、函館市に関しては中規模市の一つとして調査を行い、以下の知見を得た。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、を重視した。具体的には、一般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と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・拠点化を提言した。

本研究では、函館市におけるその後の発達障害支援ニーズの推移や支援体制の整

備・連携状況を明らかにし、さらなる課題を探り、提言実現へ向けた道筋を示したい。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

函館市保健福祉部障がい保健福祉課に依頼し、函館市教育委員会学校教育部、函館市子ども未来部母子保健課の協力も得て、発達障害児に関する支援状況調査を行った。具体的には、函館市の地域特性、ライフステージごとの発達障害の支援システムや連携体制、発達障害者支援法の改正等に関連した相談窓口や連携組織の整備・運用状況、発達障害の支援全体に関する課題を自治体としてどう認識しているか、等について調査票への記入を依頼した。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

函館市教育委員会、北海道教育局および渡島教育局の協力を得て、函館市立小学校46校、同中学校22校、および函館市在住の児童・生徒が在籍している函館市ならびに近隣の北海道立の特別支援学校（盲・聾・養護学校）6校、国立特別支援学校1校にアンケートへの回答を依頼した。

調査対象は平成28年度4月2日現在で函館市に住所のある小学校4年生および中学校3年生であり、これらは平成25～27年度の調査対象と同一コホートである。調査項目は、男女別在籍児童・生徒数、発達に何らかの遅れや偏りを持つ児童・生徒数とその特徴（困難）の種類、医療機関受診の有無、受診していない場合にはその理由、不登校の数である。

このうち発達の遅れや偏りの特徴は、(1) 広汎性発達障害、(2) 多動性障害、(3) コミ

ュニケーション障害・構音障害、(4) 学習障害、(5) 精神遅滞、(6) 吃音・選択性緘黙・チックなどその他、の6種類に分け、複数の特徴がみられる場合には番号の最も小さい項目に分類した。これらの特徴はあくまでも教育現場の判断とし、医学的診断の有無については問わなかった。

不登校については文部科学省の定義「年間30日以上欠席した児童生徒のうち、病気や経済的な理由を除き、何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しないあるいはしたくてもできない状況にある者」に従い、平成28年4月2日から9月1日時点までのどこかの期間に一度でも上記の定義に当てはまる状態になったことのある場合とした。

アンケートの送付および回収は、函館市立の学校については函館市教育委員会に依頼した。特別支援学校については、北海道教育局および渡島教育局の許可を得て、個別に郵送し、郵送により回収した。

医療機関への調査については、函館中央病院倫理委員会での承認を得た上で、平成29年度に実施する予定である。調査対象となる医療機関は、函館市内で発達障害児の診断を行う4医療機関(ゆうあい会石川診療所、かとうメンタルクリニック、函館中央病院小児科、はこだて療育・自立支援センター診療所)である。調査対象者は、上記医療機関を受診した函館市在住の平成28年度の小学校4年生および中学校3年生で、教育機関への調査と同一コホートである。診療録等から、性別、診断名、診断を受けた年齢、知能指数、不登校の有無等を調査する予定である。

(倫理面への配慮)

行政機関への調査票には、回答に個人情報が含まれないように配慮した。

学校へのアンケートに関しては、学校名を無記名とした。また、データはすべて集計による解析とし、個別の子どもが特定されることのないようにした。

医療機関用データベースについては、個人を特定できる形でデータを公表しないこととする。なお、複数の医療機関を受診した児童・生徒の重複を防ぐため、集計段階で、性別、生年月日により照合することとする。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

函館市保健福祉部障がい保健福祉課から調査票の提出を受けて、現在、解析中である。この中で、平成 25 年度調査と比較し、28 年度調査では函館市の人口減、少子高齢化は一層進行している一方、財政難や失業率はほぼ横ばいだった。また、児童発達支援事業や放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児相談支援事業の事業所数は激増し利用者も伸びている一方、事業所間や保育・教育機関との連携は未整備であることがうかがわれた。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

函館市立小学校 46 校、同中学校 22 校、道立・国立特別支援学校 7 校への依頼に対して、全校から有効回答を得た(回収率 100%)。児童・生徒数については、小学校 4 年生在籍 2083 名(男 1100 名、女 983 名)で、そのうち遅れや偏りのある児童は 217 名(男 174 名、女 43 名)だった。総数

に占める割合は 10.4%(男 15.8%、女 4.4%)で、平成 27 年度調査と著変はなかった。中学校 3 年生在籍 1877 名(男 998 名、女 875 名)で、そのうち遅れや偏りのある生徒は 111 名(男 80 名、女 31 名)だった。総数に占める割合は 5.9%(男 8.0%、女 3.5%)で、平成 27 年度調査から 1 ポイント以上の減少だった。これらの背景については、本報告で考察したい。

医療機関への調査については、前回調査で用いたデータベースを利用する予定である。倫理委員会の正式な承認を得られ次第、各医療機関に対して調査を依頼する予定である。

D. 考察

本年度はデータの収集および解析の準備で終わり、詳細な解析および考察は来年度に行う予定である。

E. 結論

同上

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

(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

H. 参考文献

- 1) 本田秀夫：厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業総括研究報告書：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25～27年度総合研究報告書(H25—身体・知的—一般—008)，2016。
- 2) 高橋和俊：厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業分担研究報告書：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—平成25～27年度総合研究報告書(H25—身体・知的—一般—008)，2016。

平成28年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と
支援内容に関する研究

分担研究報告書

松本市における発達障害児とその家族に対する
継続的な支援の実態と評価のあり方に関する研究

研究協力者 原田 謙 （長野県立こころの医療センター駒ヶ根）

研究要旨

研究初年度（通算4年目）に当たる本年は、H25年度の小学1年生（現在小学4年生）とH25年度の小学6年生（現在中学3年生）の発達障害の有病率について、その推移を調査した。また、各発達障害における反抗的な子ども、素行の問題のある子ども、不登校の割合を調べた。

その結果、H25年度の1年生が4年生に上がる段階で、発達障害と診断された子どもは4.6⇒6.7%に、H25年度の6年生が中学3年生に上がる段階で、発達障害と診断された子どもは4.4⇒6.6%に増加していた。

小学4年生の反抗的な子どもは、PDDが疑われる子どもの20.7%、ADHDが疑われる子どもの23.8%を占めた。中学3年になると反抗的な子どもは、PDDが疑われる子どもでは減少するものの、ADHDが疑われる子どもの42.9%に増加した。素行の問題もADHD傾向の子どもでは20%をこえており、思春期におけるADHD症状と反抗・非行の親和性をあらためて強く感じさせた。

中学3年になるとPDD、ADHD、学習障害や境界知能が疑われる子どもの、おのおの2割前後が不登校となっており、こうした子ども達の学校での適応の難しさを明確に示していると考えられた。

A. 研究目的

規模や特性の異なる自治体における発達障害支援ニーズの把握とともに、規模や特性に応じた発達障害の支援システムの現状を調査し、具体的な支援のあり方についてのモデルを示すことが本研究の目的である。

本年度は、昨年度に引き続き、松本市の協力のもとに、発達障害の支援ニーズに関する調査を行うとともに、特に臨床的に問題となる、反社会的行動の併存の割合を調査した。

B. 研究方法

H25年度の小学1年生及び小学6年生における

発達障害全体及び発達障害の種類ごとに、有病率の推移を調査した。平成28年4月1日現在で、松本市内に在住する平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの小学4年生（平成25年度の小学1年生）と、平成13年4月2日～平成14年4月1日生まれの中学3年生（平成25年度の小学6年生）について、発達障害の診断名、その人数、重複診断と反抗、素行の問題、反抗挑戦性障害（ODD）、素行障害（CD）の併存率を調査した。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、研究分担者が所属する長野県立こころの医療センター駒ヶ根倫

理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 発達障害の支援ニーズの推移に関する調査

(1) 松本市の学校調査

松本市の市立小学校 30 校、市立中学校 22 校と特別支援学校 4 校（計 56 校）に、松本市

および長野県教育委員会を通して調査を行い、46 校から回答を得た（回答率 82.1%）。

A. 小学 4 年生における発達の問題が疑われる児童

小学 4 年生 1825 名（男子 956 名、女子 869 名）において、学校が発達障害の疑いを持っている児童と発達障害が診断されている児童の割合の変化は表のとおりである。

	疑い人数(%)				診断された人数(%)			
	H25 年 (n=2146)	H26 年 (n=2100)	H27 年 (n=2107)	H28 年 (n=1825)	H25 年 (n=2146)	H26 年 (n=2100)	H27 年 (n=2107)	H28 年 (n=1825)
発達障害全体	258(12.0)	283(13.5)	270(12.8)	219(12.0)	98 (4.6)	105 (5.0)	122 (5.8)	122 (6.7)
(1) PDD	78 (3.6)	79 (3.8)	96 (4.6)	92 (5.0)	56 (2.6)	49 (2.3)	71 (3.4)	76 (4.2)
(2) ADHD	94 (4.4)	102 (4.9)	83 (3.9)	42 (2.3)	12 (0.6)	20 (1.0)	18 (0.9)	20 (1.1)
(3) 言語障害	17 (0.8)	24 (1.1)	19 (0.9)	13 (0.7)	3 (0.1)	5 (0.2)	8 (0.4)	8 (0.4)
(4) 学習障害	—	—	—	21 (1.2)	—	—	—	4 (0.2)
(5) 知的障害	46 (2.1)	51 (2.4)	47 (2.2)	18 (1.0)	21 (1.0)	19 (0.9)	19 (0.9)	6 (0.3)
(6) その他	23 (1.1)	27 (1.3)	25 (1.2)	14 (0.8)	6 (0.3)	12 (0.6)	6 (0.3)	5 (0.3)
(7) 境界知能	—	—	—	19 (1.0)	—	—	—	3 (0.2)

B. 松本市の中学 3 年生における発達の問題が疑われる児童

中学 3 年生 1788 名（男子 920 名、女子 868

名）において、学校が発達障害の疑いを持っている児童と発達障害が診断されている児童の割合の経年変化は表のとおりである。

	疑い人数(%)				診断された人数(%)			
	H25 年 (n=2146)	H26 年 (n=2100)	H27 年 (n=2107)	H28 年 (n=1788)	H25 年 (n=2146)	H26 年 (n=2100)	H27 年 (n=2107)	H28 年 (n=1788)
発達障害全体	186 (8.1)	225 (10.4)	218 (9.4)	193 (10.8)	101 (4.4)	120 (5.5)	122 (5.3)	118 (6.6)
(1) PDD	69 (3.2)	78 (3.6)	84 (3.6)	94 (5.3)	61 (2.6)	60 (2.8)	65 (2.8)	70 (3.9)
(2) ADHD	38 (1.7)	47 (2.2)	31 (1.3)	28 (1.6)	16 (0.7)	19 (0.9)	15 (0.6)	14 (0.8)
(3) 言語障害	6 (0.3)	6 (0.3)	0 (0)	2 (0.1)	4 (0.2)	3 (0.1)	0 (0)	4 (0.2)
(4) 学習障害	45 (2.0)	40 (1.8)	34 (1.5)	18 (1.0)	10 (0.4)	9 (0.4)	8 (0.3)	7 (0.4)
(5) 知的障害	18 (0.8)	34 (1.6)	34 (1.5)	24 (1.3)	7 (0.3)	18 (0.8)	18 (0.8)	13 (0.7)
(6) その他	10 (0.4)	20 (0.9)	35 (1.5)	12 (0.7)	3 (0.1)	11 (0.5)	16 (0.7)	10 (0.6)
(7) 境界知能	—	—	—	15 (0.8)	—	—	—	0 (0)

C. 小学 4 年生における反抗的な児童、素行不良な児童および不登校の割合

小学 4 年生 1825 名において、学校が知的・発達障害として把握している児童のうち、反

抗的、あるいは素行不良との疑いを持っている児童と、ODD/CD が診断されている児童、お

よび不登校の割合は表のとおりである。

	疑い	反抗	非行	診断	ODD	CD	不登校
(1) 対人関係など	92	19 (20.7)	1 (1.1)	76 (82.6)	15 (16.3)	1 (1.1)	0
(2) 落ち着きなさ	42	10 (23.8)	5 (11.9)	20 (47.6)	1 (2.4)	1 (2.4)	0
(3) 言葉の問題	13	0	0	8 (18.6)	0	0	0
(4) 学習の遅れ	21	0	0	4 (19.0)	0	0	0
(5) 知的な遅れ	18	0	0	6 (33.3)	0	0	1 (5.6)
(6) その他	14	1 (7.1)	1 (7.1)	5 (35.7)	0	0	1 (7.1)
(7) 境界知能	19	1 (5.3)	0	3 (15.8)	0	0	0
計	219	31 (14.2)	7 (3.2)	122(55.7)	16 (7.3)	2 (1.0)	2 (1.0)

D. 松本市の中学3年生における反抗的な児童、および素行不良な児童の割合

ち、反抗的、あるいは素行不良との疑いを持っている児童と、ODD/CD が診断されている児童、および不登校の割合は表のとおりである。

同じく小学4年生 1825 名において、学校が知的・発達障害として把握している児童のう

	疑い	反抗	非行	診断	ODD	CD	不登校
(1) 対人関係など	94	13 (13.8)	6 (6.4)	70 (74.5)	9 (1.0)	3 (3.2)	26 (27.7)
(2) 落ち着きなさ	28	12 (42.9)	6 (21.4)	14 (50.0)	2 (7.1)	1 (3.6)	6 (21.4)
(3) 言葉の問題	4	0	0	4 (100)	0	0	0
(4) 学習の遅れ	18	6 (33.3)	1 (5.6)	7 (38.9)	2 (11.1)	1 (5.6)	3 (16.7)
(5) 知的な遅れ	24	4 (16.7)	1 (4.2)	13 (54.2)	2 (8.3)	1 (4.2)	1 (4.2)
(6) その他	12	1 (8.3)	1 (8.3)	10 (83.3)	0	0	7 (58.3%)
(7) 境界知能	15	3 (20.0)	1 (6.7)	0 (0)	0	0	3 (20.0)
計	193	39 (20.2)	16 (8.3)	118 (61.1)	15 (7.8)	6 (3.1)	46 (23.8)

E. 考察

1. 発達障害の支援ニーズの推移に関する調査

(1) 1年生から4年生の経年推移

H25 年度に入学した 1 年生が H28 年度 4 年生に上がるまでに、何らかの発達障害を疑われた割合は、約 12%でほぼ横ばいであった。診断される子どもは、4.6 ⇒ 6.7%と年々増加していた。このうち広汎性発達障害(PDD)を疑われる子どもは 3.6 ⇒ 5.0%と増加、診断される子どもも 2.6 ⇒ 4.2%と増加していた。

注意力欠如多動性障害(ADHD)は、疑われる子どもは 4.4 ⇒ 2.3%と、全体とは逆に減少し、診断される子どもは 1%前後でほぼ横ばいであった。

この理由としては、知能に関する障害は入学時に診断されているものが多いが、気持ちの汲み取れなさなどの PDD 症状は、周りの子の成長につれ、年々浮き彫りになるのではないかと推測された。一方、診断されるほどではない ADHD 傾向の子どもは、多動などの症状が年々落ち着いていくため、疑われる子ど

もが減り、診断される子どもも一定数にとどまるのではないかと推測された。

(2) 小学6年から中学3年の経年推移

H25年度の6年生がH28年度に中学3年生に上がるまでに、何らかの発達障害を疑われた割合は10%前後で、ほぼ横ばいであった。診断される子どもは4.4⇒6.6%に増加していた。このうちPDDを疑われる子どもは3.0⇒5.3%と増加、診断される子どもも2.6⇒3.9%と増加していた。

ADHDは、疑われる子どもは1.7%前後、診断される子どもは0.7%前後でほぼ横ばいであった。

年齢が上がって思春期に入ると、PDD傾向を有する子どもは、定型発達の子どもの対人関係を構築・維持する力の差が大きくなるため、発達障害を疑われたり診断される割合が増えるのであろう。一方、ADHD症状は思春期前に落ち着いてくるため、疑われたり診断される子どもはさらに減少すると考えられた。

(3) 小学校4年生におけるODD/CD

発達障害全体ではODDが疑われる子どもは全体の1.7%、学校が診断を受けていると認識している子どもは0.8%であった。一方、CDが疑われている子どもは0.4%、学校が診断を受けていると認識している子どもは、わずか0.1%であった。これは学校現場の感覚と医療の診断のギャップを示しており、医療側のODD/CD診断に対する意識の向上が望まれた。

発達障害別にみると、反抗的と受け止められている子どもは、PDDが疑われる子どものうちの1/5、ADHDが疑われる子どもの1/4を占めており、この両者に集中し、かつ、この両者の中で高い割合を占めていることが理解された。ODDと診断されている子どもは圧倒的にPDDに多く、他の発達障害ではODD/CDはほとんど認められなかった。

これらは、PDD、ADHDの養育の困難さを示していると考えられた。

(4) 中学3年生におけるODD/CD

発達障害全体ではODDが疑われる子どもは全体の2.2%と増加。学校が診断を受けていると認識している子どもは0.8%で小学4年生と同数であった。CDが疑われている子どもは全体の0.9%、学校が診断を受けていると認識している子どもは0.3%と、小学4年に比べれば増加していた。これは、いわゆる反抗期と称される思春期ゆえの攻撃的・反抗的行動が増えることと関連していると推測された。

発達障害別にみると、ADHDが疑われる子どもの半数近くが反抗的と受け止められており、素行の問題も同じく2割をこえていた。思春期におけるADHD傾向と反抗・非行の親和性をあらためて強く感じさせた。学習の遅れや知的な遅れ、境界知能をもつ症例でも反抗的な子どもは増えていたが、これは、進学に向けて学習成績が明確になる段階で、これらの子どもの自己評価が低下することと関連していると推測された。

(5) 発達障害における不登校

発達障害における不登校は、小学校4年生の段階では殆ど問題にならないほど少数であった。一方、中学3年になるとPDD、ADHD、学習障害や境界知能が疑われる子どもの2割前後が不登校となっており、こうした子ども達の学校での適応の難しさを明確に示していると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 原田 謙：反抗挑戦性評価尺度のADHD臨床における意義と限界。齊藤万比古、(編)、注意欠陥多動性障害の診断治療ガイドライン第4版、pp63-65、じほう社、東京、2016
2. 原田 謙：併存症 1. 行動障害群（反抗挑発症、素行症）ほか。齊藤万比古、(編)、注意欠陥多動性障害の診断治療ガイドライン第4版、pp149-157、じほう社、東京、2016

3. 原田 謙: 反抗挑発症、素行症. 小児内科、小児外科編集委員会 (共編)、小児疾患診療のための病態生理、pp757-761, 東京医学社、東京. 2016

神科医からの提案—」 第 119 回日本小児科学会学術集会, 2016 年 5 月

2. 学会発表

1. 原田謙: 「秩序破壊的、衝動制御、素行症群 —ADHD との関連も含めて—」 日本 ADHD 学会第 7 回総会, 2016 年 2 月
2. 原田謙: 「DBD マーチをたどらせないために、小児科医は何をすべきか? —児童精

G. 知的財産権の出願・登録状況
特記なし

H. 参考文献
特記なし

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と

支援内容に関する研究

研究協力 研究報告

板橋区（人口56万人）における、「発達障がい児や発達の遅れや偏りなどの気づきの段階の子どもたちを含めた包括的な子育て支援」のあり方

主任研究者：本田秀夫

研究分担者：高橋 脩

研究協力者 米山 明

（所属）心身障害児総合医療療育センター 外来療育部長

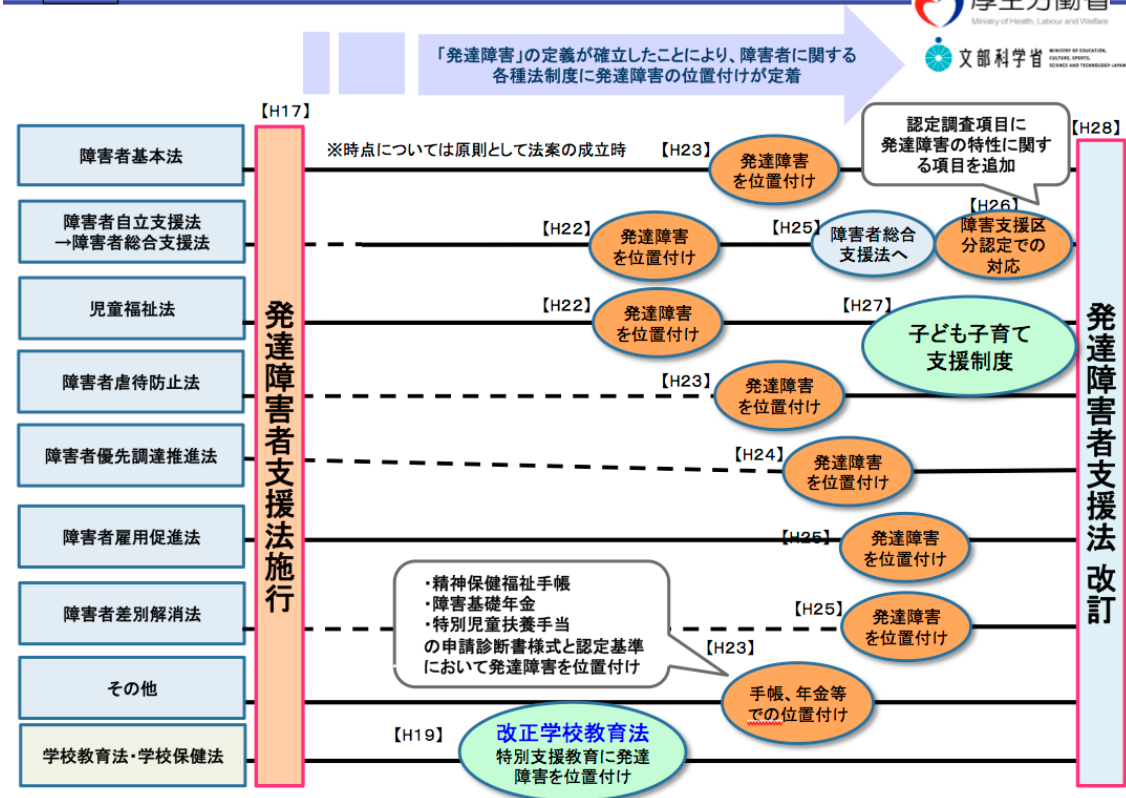
板橋区子ども発達支援センター 所長

研究要旨

発達障害児とその家族への早期からの支援においては、「見立て」より「手立て」が優先されるべき発達特性から、障害福祉分野と子ども・子育て支援即ち、子ども家庭福祉分野が協働して各地域で支援が行なわれるのが理想である。さらに、発達障害は子ども虐待の子ども側のハイリスク要因でもあり、社会的養護についても協働を必要とする。

障害を含む子どもの育ちを保障する権利や制度は、重なりはあるものの、国の施策・地方自治体での施策は縦割りの部分が多く、中規模都市に該当する、人口 56 万の東京都板橋区においても関係部署とそのサービスは類似したサービスが提供されているが、その支援内容が異なる、継続性が乏しい、縦横の連携がないなど現状がある。それらの統一された仕組みづくりが急務である。今回、子どもとその家族からみた、発達障害への支援のあり方について、障害福祉と子ども家庭福祉（子ども・子育て、社会的養護を含む）支援について、支援の現状を分析考察するとともに、関係部署の合同協議会（発達ネットと自立支援協議会障がい児部会 共催）を「障がい児や発達の遅れや偏りなどの気づきの段階の子どもたちを含めた包括的な子育て支援」をテーマに行ったのでその結果を考察し報告する。

図1 関連する各種法制度における発達障害の位置付け



A. 研究目的

「発達障害」を中心とした障害児とその家族支援においては、その地域特性に即した支援資源の確保と支援体制整備が急務である。

発達障害に関連した法制度は、図1のようになる。

一方、発達障害への早期介入支援においては、「見立て」より「手立て」が優先されるべき発達特性から、障害福祉分野と子ども・子育て支援即ち、子ども家庭福祉分野が協働して各地域で支援が行なわれるのが理想である。さらに、発達障害は子ども虐待の子ども側のハイリスク要因でもあり、社会的養護についても協働を必要とする。

表1 子育て・発達障害を含む障害児支援 関連制度の現状（国・板橋区）

施策対象	根拠法	国 省庁担当部署	板橋区 担当部署
障害児 (発達障害を含む)	障害者総合支援法 児童福祉法	厚労省 社会援護局 障害福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室	区福祉部障がい者福祉課
親・赤ちゃん	母子保健法（児福法）	厚労省雇用均等・児童家庭局 母子保健課	健康生きがい部 健康推進課
保育・子育て支援	子ども・子育て支援法	内閣府 子ども・子育て本部	子ども家庭部 子ども政策課/保育サービス課

社会的養護	児童福祉法	厚労省雇用均等・児童家庭局 家庭福祉課	子ども家庭部 子ども家庭支援センター
学齢期（児童・生徒） （幼児を含む）	改正学校教育法	文部科学省	教育委員会 特別支援教育支援係

表1のように、障害を含む子どもの育ちを保証する制度は、重なりはあるものの、国の施策・地方自治体での施策は縦割りの部分が多い。

中規模都市に該当する、人口 56 万人（年間出生数およそ 4400 人）で増加傾向にある。東京 23 区のうち北西部に位置し、面積は 32.22 km²、東京 23 区中 9 番目の広さをもつ地域である。その板橋区においても関係部署と子育て支援に関連するサービスは、類似、重複したサービスが提供されている。しかし、その支援内容が異なる、継続性がない、縦横の連携がなされていないなどの現状があり、それらの統一された仕組みづくりが急務である。

今回、子どもとその家族からみた、発達障害への支援のあり方について、障害福祉と子ども家庭福祉（子ども・子育て、社会的養護を含む）支援について関係部署の合同協議会（発達ネットと自立支援協議会障がい児部会共催）を「障がい児や発達の遅れや偏りなどの気づきの段階の子どもたちを含めた包括的な子育て支援について」テーマとして行ったので考察し報告する。

B. 研究方法

1 板橋区の発達障害を含む障害（その疑いのある）子ども、ない子どもの、子育て支援の現状の検討と考察

2 平成 28 年度 板橋区地域自立支援協議会 第 2 回 障がい児部会と

乳幼児の発達を支援する関係機関連絡会（発達ネット）の共催について
関係機関の現状と今後の在り方への意見アンケート調査の検討考察

【倫理面への配慮】

以上のいずれの調査についても、データ結果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配慮した。

【参考データ】

3 参考の基本データとして 障害福祉部における相談支援利用計画書の利用について、

- 1) 板橋区内・外の療育機関の状況
- 2) 学齢期における「特別支援教育」が必要とする、児童生徒数
- 3) 保育所等に通う、要支援認定を受けている児童数
- 4) 板橋区子ども発達支援センターの相談件数 など
- 5) 関係機関の連携について
- 6) 障害児相談支援計画書・個別支援計画の現状について（作成と利用）[図 2](#)

(1) 福祉間連携（保育所・幼稚園と障害児通所施設、並行通園状況）

(2) 福祉・教育（移行支援連携、就学支援シート利用状況）

(3) 特別支援教育（小中学校での「発達障害」の疑いのある児童生徒の

C. 研究結果と考察

1 板橋区の発達障害を含む障害（その疑いのある）子ども、ない子どもの、子育て支援の現状

板橋区の、子育て・発達障害支援に関連したサービスと関連する機関は、表 2 の通りである。担当部署と子育て支援・発達障害支援に関連するサービスは、類似、重複

したサービスが提供されている。さらに、その支援内容が異なっている、継続性や縦

横の連携がなされていないことが明らかとなった。

表2 子育て・発達障害支援に関連したサービスと機関（板橋区）

施策対象	区内 担当部署	サービス場所・内容など
障害児 (発達障害を含む)	障がい者福祉課	児童発達支援センター(1)・児童発達支援事業(4)、放課後等デイサービス(29)
親・赤ちゃん	健康推進課	保健センター(5) 乳幼児健診・育児相談・妊婦相談・母と子の会・遊びの会(3) <u>ネウボラ(H28～事業)</u> 子ども発達支援センター： 個別相談・子育て支援：親教室・支援者研修 要対協議会など
保育・子育て支援	子ども家庭部 保育サービス課	保育所（待機児童 328人 2016.10） 障害児保育（249 要支援申請（新） 58 ・（一時保育）
社会的養護	子ども家庭部 子ども家庭支援センター	子育て相談・親プログラム ショートステイ・トワイライトステイ 要対協議会運営
幼児・学齢期の子ども	教育委員会 学務課（幼稚園） 教育支援センター 文科省（国立）	幼稚園・学校・特別支援教育・特別支援学級・学校（病弱）（知的・肢体・盲・ろう） いじめ・各種相談 学童保育（あいキッズ） <u>障害児枠撤廃</u>
子ども	子ども家庭部 子ども政策課	子ども子育て支援事業 子育て応援児童館 CAPS (Children&Parents' Station) (子育て相談(5) 子育て応援教室) <u>26ヶ所（統廃合）</u>

以下に、代表的な課題についてまとめた。

板橋区の発達障害を含む障害（その疑いのある）子ども、ない子どもの、子育て支援の現状（代表的な子育て相談機関の機能）

1) 板橋区「子ども発達支援センター」機能

「板橋区子ども発達支援センター」事業は、発達障害者支援法 第1条「発達障がい者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障がいの症状の発見後できるだけ早期に発達支援を行うことが重要である」という理念に准じ、乳幼児及び

児童の発達障がいに特化した専門相談窓口を開設することにより、本人及び保護者に対する発達障がいの早期発見、早期支援体制の充実を図ることを目的とする。(板橋区子ども発達支援センター事業実施要綱（平成23年4月 板橋区長決定）より)とし、平成23年7月20日より、板橋区の委託を受けて事業を開始した。(図表 2-1,2)

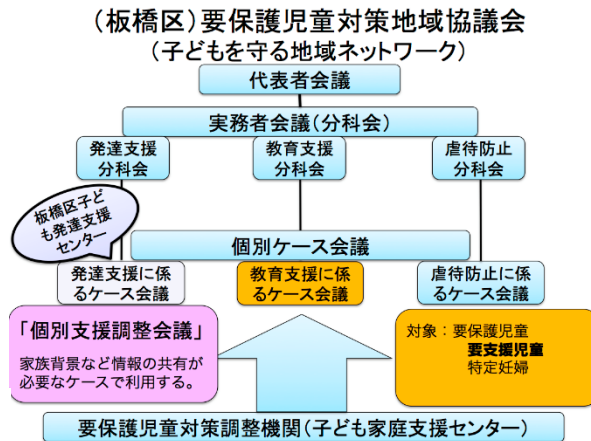
①個別支援は、保護者の児の発達に関する心配や困り感などの「気づき」やそれ以前の段階からの支援を意識した専門相談。

ア) 専門相談、イ) 保護者（親）支援：a) ペアレントトレーニング、b) こ

とばの教室、c) 運動遊びの教室、d) 発達特性理解の講義、e) 地域の生活資源利用の活用の講義 ウ) 個別支援調整会議の開催

専門相談を受けた中で支援が必要な事例について、支援方針の検討及び関係機関（健

康福祉センター、福祉事務所、保育園、幼稚園、小中学校、療育機関等）の支援内容の共有化を図り、各支援機関の役割を確認するための、板橋区要保護児童対策地域協議会設置要綱第6条、7条に基づく関係機関の連携会議。（図表2-1）



(図表 2-2)

② 地域支援は、ア) 発達障がいに関する人材育成として、保育士、保健師、教師等を対象に発達障がいの理解とその対応についての研修。

イ) 地域連携推進会議の開催

a) 「個別支援調整会議」区内発達を支援している関係機関（専門医療機関、かかりつけ医、療育機関、健康福祉センター、福祉事務所、保育園、児童館、幼稚園、小・中学校、教育相談所等の実務を担当する責任者等）の情報の共有化及び支援体制の課題について検討し、有機的な連携体制を推進するための、板橋区要保護児童対策地域協議会設置要綱第6条、7条、8条に基づく（要対協）会議。

平成15年より板橋区保健所・健康福祉センターが立ち上げた「乳幼児の発達を支援する関係機関連絡会（発達ネット）」

b) 情報発信：発達障がいに関連する、各種ガイドブック（例：板橋区 発達障がい児支援ガイドブック（関係者用）、板橋区保健所 リーフレット（1歳6か月・3歳の発達の目安とワンポイントアドバイス） などである。

2) 板橋区子ども家庭部 「子ども家庭支援センター」機能

東京都の場合、「子ども家庭支援センター」（他県では家庭児童相談室：家児相）と呼ばれるが、虐待予防・対応の要保護児童対策地域協議会：要対協の機能が設置されている。

子ども家庭支援の事業は、

- ① 育児支援ヘルパー派遣事業
 - ② 子ども家庭在宅サービス事業（ショートステイ・トワイライトステイ）
 - ③ ファミリー・サポート・センター事業
 - ④ すくすくカード
 - ⑤ 赤ちゃんの駅
 - ⑥ 情報発信：いたばし子育て情報ブック（こどもイエローページを含む）
 - ⑦ 支援員養成：板橋区子育て支援員養成講座
 - ⑧ 子育てを学ぶ：親プログラム（Star Parenting）
- などである。

1) 2) 板橋区の代表的な子ども・保護者（家族）支援についても、重複が複数見ら

れる。
その重複について、例1、子育て支援指導の手法である「ペアレントトレーニング」
例2：「子育て相談」について、検討してみると、

例1：子育て支援：ペアレントトレーニング

現在、国の施策として、「ペアレントトレーニング」「ペアレントプログラム」を啓発しているが、

○子ども発達支援センターでペアレントトレーニング（まめの木式）とノーバディズパーフェクト(NP)

○「子ども家庭支援センター」ではスターペアレンティング

○健康推進課主導で、いたばし版ネウボラが平成28年スタートした。

※ネウボラ…フィンランドの子育て支援

これらは、行動療法で正の強化「肯定的な注目：ほめる」などを軸としているが、各々異なりがある。指導支援内容に「発達障害」のある子どもや親自身の精神心理的課題などがある場合のフォローなど慎重にする必要性があり、指導内容やフォローアップや連携体制など関係機関で擦り合わせ確認が必要である。

尚、区内大学病院、心身障害児総合医療療育センターでも「ペアトレ」を実施しているが、まめのき式（精研式）で統一しフォローアップと連携も各機関で行なわれている。

例2 子育て相談

1) 健康推進課（生きがい部）保健センター

①「乳幼児健診」 ②育児相談
③「あそびの会」

④板橋区子ども発達支援センター
2) 子ども家庭部：①子ども家庭支援センター ②子育て政策課：児童館

③保育サービス課：保育所
3) 療育機関：子育て相談 障害児相談支援事業所

4) 教育機関 ①教育相談所（2ヶ所）言語・心理相談 ②学校：特別支援学校地域支援室：発達相談

5) 医療機関 1歳6ヶ月健診、3歳児健診、子どもの心の診療連携クリニック、5歳児診療（健診）大学病院・一般病院

6) 大学（東京家政大学）：発達相談（教室・指導を含む）帝京大学：LDセンター

など相談窓口は多岐にわたるが、「発達障害」に関連した子育て相談の場合、専門性をもたず、傾聴と経過観察だけで終えてしまい、「手立て」を提供できないなど、相談者側の「発達障害」支援の研修は課題である。

2 合同開催となった、板橋区地域自立支援協議会（障がい児部会）と発達

ネットの結果（予定）

2月16日開催予定の「自立支援協議会障がい児部会」と「乳幼児の発達を支援する関係機関連絡会（発達ネット）」との合同開催となった、テーマである

「障がい児や発達の遅れや偏りなどの気づきの段階の子どもたちを含めた包括的な子育て支援について」の会議に向けたアンケート（参考資料1を参照）を課題と提案（こうしたら良くなる）を以下の点にまとめ、自立支援協議会障がい児部会の提言とした。

（資料2 参加者所属名簿）

さらに、子育て・子育て援助論（淑徳大学 柏女霊峰先生、和洋女子大学 佐藤まゆみ先生編集）（資料 別添付）を踏まえ、当日佐藤まゆみ先生を講師として、「地域での包括的な子育て支援」について講演予定とした。

【まとめ】

今回の研究結果と考察をもとにまとめた内容を、3月開催予定の、自立支援協議会全体会へ報告と提言として提出予定である。

これをまとめとする。

板橋区地域自立支援協議会への提案 (2017.3 月開催予定へ向け)(案)

2017.2.16 開催 自立支援協議会 障がい児部会

1 療育支援体制のさらなる整備をお願いします。

区内の療育機関（児童発達支援センター・児童発達支援事業）は著しく不足しています。

- ・療育機関の開設の推進をお願いします。また、
- ・保育園・幼稚園等への支援強化（インクルージョンの推進）をお願いします。
- ・放課後等デイサービス事業は、肢体不自由児・「医療的ケア」を必要とする児を含む重度障害児向けの事業所の充実と児童の発達特性に配慮した支援プログラムの作成とその実施をお願いします。

2 板橋区の障害のある子どもない子ども、社会的養護の必要な子どもすべての子どもが大切に守られ育つ、子育てできる、支援システムの構築をお願いします。

児童福祉法・子育て世代包括支援、子ども子育て支援新制度の下、保健・福祉・障害福祉・教育・医療の分野を超えた連携の強化と支援システムの構築をお願いします。

3 就学前の児童の発達支援の内容(障害児発達支援利用計画書)の充実と療育機関での活用、および就学に向けての学校への移行支援など縦の連携の参考資料と利用できる充実・活用の推進をお願いします。

4 支援者と関係機関を繋ぐコーディネーターの役割の人の専門性の向上に向けた研修の充実をお願いします。

【資料 1】

発達ネット・板橋区地域自立支援協議会 障がい児部会(2017.2.16 向け)アンケート結果

関係機関	現状課題（困難感）	提案 (こうすれば良くなる)
健康福祉事務所 障害者支援係	<p>・相談場所は増えているが、療育が必要と言われても、児童発達支援の待機児が多く受け皿も少ないため受けることができない。早い者勝ちや遠くても親が連れて行ければうけられるというように、本当に必要な子へのサービスが届いていないように感じる。また幼稚園や保育園も療育の場であるはずなのに、登園を制限したり断られるケースがある。集団を経験できずに就学を迎える場合もある</p> <p>・一方で放課後デイサービスは充実しており、毎日利用している子もいる。親の就労は条件にしていなため、学校からデイサービスに行き、7時過ぎに帰宅し家族と過ごす時間があまりないのではないかと。</p>	<p>・必要としているお子さんにある程度公平にサービスが受けられるように窓口を一本化する（杉並方式）</p> <p>・子発でも集団を月に1回～2回やってもらえると親も安心するのではないかと</p> <p>・どのお子さんでも公平にサービスが受けられるように相談窓口の一本化や個別のケースを管理する仕組みがあるとよい</p>

	<p>親自身も子供がいない生活に慣れてしまい、預ける事に抵抗がないように思う。(健常児より自宅にいる時間は少ないように思う)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者の熱心さや家庭状況にもよるが、専門機関の相談や療育など利用する機会にバラつきがあり、利用できる人、できない人の差が大きい ・医療ケアが必要な子供の受け皿が少ない 	
子ども家庭支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・発達障がい(疑)の子どもをあずかることのできるショートステイ事業が少ない。 	<p>疲弊している保護者の方へ提供できるサービスとして実施できるとよいと考える。</p>
児童館 子ども家庭部子ども政策課	<ul style="list-style-type: none"> ・今年度より、区内2ヶ所(高島平・西徳)の児童館で、発達が気になるお子さんを対象としたほっとプログラム、おやこっこ(0~2才)、げんきっこ(3才~未就学児)、きらりん(0~未就学、小学生)の3プログラムを実施している。0~2才までのおやこっこときらりん広場はほぼ毎月定員(10組)を上回る希望者がいる。現在、児童館職員が実践しているが、10組みとなると見守りをしてくれる人が必要で、その手配に苦慮している(民生・児童医院に協力依頼中) 	
都立 児童発達支援センター(医療型) <u>(板橋区外)</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援事業をどれくらい(時間、場所など)利用するかについて、お子さん主体に考えながらどう折り合いをつけるか(保護者、事業所、関係機関) ・待機児童数(幼保、発達支援共に) ・保育園の要支援枠より狭き門になってしまう。 人数を増やすのか、あるいは枠というものの考え方を変えていくか ・要支援児に対する地域の理解 例えば「要支援の子がいると園の評判がおちる」という声 	<ul style="list-style-type: none"> ・時間をかければかけるほど発達は促されるのか。 ・休憩の重要性 ・発達に大切なものは効果がすぐ見えるものだけではないこと <p>等々、幼児の発達についての情報をどう伝えていくか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幼児期の発達についての見方、考え方を広く伝えていく。 ・子どもを主体に、保育や発達支援の量を考えていききっかけとする。 ・保育園、幼稚園、発達支援事業所が、行政上でもスムーズに連携できる組織づくりは可能か
都立 特別支援学校 (ろう)	<ul style="list-style-type: none"> ・本校の乳幼児教育相談(0~5才児)に継続相談に通っているお子さんの数が1月現在103名。うち、45名が重複した障害のあるお子さんである。療育施設とのさらなる連携の必要を感じている。現在担当の学校教員が2名のため、施設に訪問になかなか行けていない。 	

<p>児童発達支援センター（福祉型）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援事業をどれくらい（時間、場所など）利用するかについて、お子さん主体に考えながらどう折り合いをつけるか（保護者、事業所、関係機関） ・待機児童数（幼保、発達支援共に） ・保育園の要支援枠より狭き門になってしまう。人数を増やすのか、あるいは枠というものの考え方を変えていくか ・要支援児に対する地域の理解 例えば「要支援の子がいると園の評判がおちる」という声 	<ul style="list-style-type: none"> ・時間をかければかけるほど発達は促されるのか。 ・休憩の重要性 ・発達に大切なものは効果がすぐ見えるものだけではないこと等々、幼児の発達についての情報をどう伝えていくか。 ・幼児期の発達についての見方、考え方を広く伝えていく。 ・子どもを主体に、保育や発達支援の量を考えていくきっかけとする。 ・保育園、幼稚園、発達支援事業所が、行政上でもスムーズに連携できる組織づくりは可能か
<p>教育委員会 特別支援教育係</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・学校現場での気づきに対して、保護者が認めないケースが多い。特別支援学級（知的・情緒等）への入級を勧めても、2～3年以上かかる場合が多い。本来は、知的の特別支援学級が対象である児童が、特別支援教室を利用し、その後、知的の特別支援学級へ繋がることもある。（本来は、特別支援教室の対象児童ではない。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・学校だけではなく、学齢前から他の機関と連携して、そのお子さんに適した学習環境に繋がる環境を作っていけないものだろうか。
<p>都立 特別支援学校 （知的障害）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・子育てや発達の相談が充実すること ・障がい全般（特に発達障がい）に対応できる専門的知識をもつ人の不足。 ・障がいの重い鼓動や大人の方の一時保護や日数を増やすこと ・発達の相談を受け、本人の困難さに寄り添い成長を促すことができる機関の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的知識、アドバイスができる人の研修制度の充実 ・赤塚ホーム以外にも保護ができる施設を増やす ・発達障がいをもつ子ども・大人が相談できるまでに長い間待たされる現状を解決する（5歳時検診の推進やPR等も含めて）
<p>福祉事務所 障害福祉</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園との連携が理解がなく困難です。 ・事業所が児の必要性に関わらず、利用日数を増やすため待機児童への配慮を切にお願いしていますが、伝わらない。 ・児の通所日数まで決めることができるシステムが必要と思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・待機児童解消のため、どんな療育が何日必要な児であるかを明確にしたい。できる機関や医師の意見書があると良いと思います。
<p>児童発達支援事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・障がい児の療育機関への待機児について。その中でも他にどこにも通う場がないまま家庭で過ごしている子どもと家族へのアプローチをどうするか。 ・学齢期にはいり通常級に入学して療育的な支援が 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援に繋がっていない子どもの発見のために、療育機関の待機児リストから現状把握をもう少ししめに行う。健康福祉センター、子ども家庭

	急に途切れる子ども、または必要性がありながら幼児期に療育に繋がらないまま学齢期を迎える子どもと家族に支援をどのように継続させるか。	支援センター等との情報共有を定期的に行う。児童発達支援センターの一般相談でインテーク段階の情報を把握。 ・保育所等訪問に代わる事業を行うキッズガーデンとしては、学齢期を迎え放デイに繋がらなかった子どもの通常級やあいキッズとの連携を試みる。
放課後等デイサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・未就学児童の通園施設が足りない ・緊急時に利用できるショートステイがない（赤塚ホームのみ） ・移動支援や居宅介ゴ等、障害児が利用するのに条件がきびしく、保護者の負担が大きい 	・障がいをもつ子どものための複合型の専用施設（通所、短期入所、一時預かり、相談等、ワンストップで支援が受けられる施設）
地域教育力推進課	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有をスムーズに行える体制（要支援、状況など） ・子どものことで心配な時、すぐ相談しにくいこと（予約待ち多い） ・専門の医療機関が少ないこと 	・子育て相談しやすい場所

児童発達支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・区内に肢体不自由の幼児を単独で受け入れる場がなく、他区に移行せざるをえない（加賀児童ホーム10 枠が非運動系になったため） ・医療的ケアの中でも、呼吸器疾患の家族が長時間利用できる場がない ・（ヘレンは対象外） 	
医療機関 (大学病院小児科)	・当院へは板橋区内の他、近くの区、約30%が埼玉県から軽傷から重症までの初診患者さんが来院しています。小児神経科医の退職にともないマンパワー不足となっております。最近十分な対応が難しくなっております。	・発達特性を有する小児を見守る上では、医療機関、各家庭、保育・幼稚園、それぞれの地域の連携が重要であると考えます。重症度に合わせ、地域との連携を体制化することが重要と考えます。
健康福祉センター	・医療ケアを受けている児（腸ろう）の集団保育を受け入れてくれる施設を探すのに苦労しました。	・子発の先生方は気になった方についてご連絡を下さり助かっています。
健康推進課健康サービス係	・保育の需要が高まる中、保護者が児の集団参加による成長刺激の期待を含め、集団参加の場を保育園に求めた場合、保育に欠ける要件の指数が低い場合には、入園の可能性は低い。療育機関の利用が必要な場合には、絶対数が少なく、待機	<ul style="list-style-type: none"> ・相談機関では、療育機関利用の待機期間中に、相談を継続して、保護者の不安に寄り添う支援をしている。 ・療育機関が増える。

	<p>期間が長い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園によっては、障がい児の受け入れの可否が分かれる。 	
健康福祉センター	<ul style="list-style-type: none"> ・早期発見・療育といわれるが、障害のうけとめができない母に対し、気になるということはどう返していくか悩む 	<ul style="list-style-type: none"> ・児童館の取り組みはとても良い。今後ひろげていく予定なのでしょうか。児童館で一般の母むけに児童館の活動で行っている遊びの意味など伝えていく機会があってもよいかもという意見あり。 ・療育は順番待ちの人が多いが、複数利用している人もいる様ですが、利用のルールがどうなっているのかと思います。

【資料2】 「乳幼児の発達を支援する関係機関連絡会」出席者名簿

機関別	所 属
1	心身障害児総合医療療育センター
2	板橋区医師会学校医部理事（医師）
3	北療育医療センター 通園科 代表
4	心身障害児総合医療療育センター 通園科長
5	高島特別支援学校 教育相談担当
6	桐が丘特別支援学校 支援部代表
7	大塚ろう学校 乳幼児教育相談担当
8	東京家政大学ヒューマンライフ支援センター わかくさグループ
9	東京YWCA板橋センター 代表
10	加賀児童ホーム 園長
11	子ども発達支援センター所長
	子ども発達支援センター（臨床心理士）
	子ども発達支援センター（言語聴覚士）
	子ども発達支援センター（作業療法士）
	子ども発達支援センター（MSW）
12	教育委員会事務局指導室 特別支援教育係長
13	教育委員支援センター 係長
15	板橋区立 幼稚園長
16	板橋区 私立 幼稚園 長
17	板橋区立上板橋児童館館長
18	板橋区立 保育園長
19	障がい者福祉課施設係長
20	板橋福祉事務所障がい者支援係 副係長(保健師)
	赤塚福祉事務所障がい者支援係(保健師)
	志村福祉事務所障がい者支援係(保健師)

21	子ども家庭支援センター相談支援グループ 係長
22	板橋区保健所長
23	板橋健康福祉センター所長（母子保健担当）
24	板橋健康福祉センター保健指導係長（母子保健担当）
	板橋健康福祉センター保健指導係（保健師）
25	上板橋健康福祉センター保健指導係（保健師）
26	赤塚健康福祉センター保健指導係（保健師）
27	志村健康福祉センター保健指導係（保健師）
28	高島平健康福祉センター保健指導係（保健師）
29	日本大学医学部附属病院 小児科（教授）
	帝京大学医学部附属病院 小児科（教授）
事務局	健康推進課長
	健康推進課健康サービス係長
	健康推進課健康サービス係

【参考資料2】

3 その他 現状結果（H27年度調査結果を含む）

(1) 子ども子育て支援新制度下の障がい福祉部と療育サービス（受け皿）、保育サービスの現況

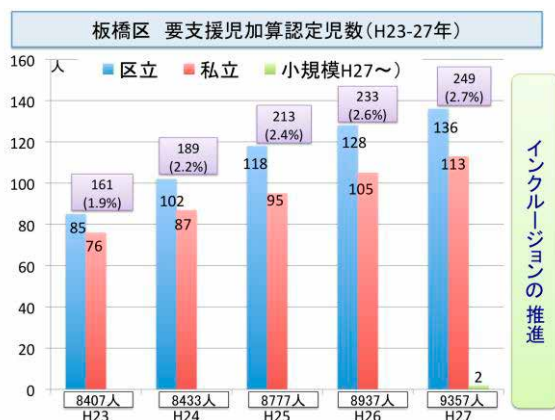
平成28年度現在、板橋区内では、児童発達支援センター1ヶ所 児童発達支援事業4、放課後等デイサービス29ヶ所で、児童発達支援センターと児童発達支援事業の枠総数145人分（内10人の枠は区外受け入れ可能）常時定員オーバーの状態です。待機者が常時いる状態で、区外の療育機関と契約し通所している例は1/3にのぼる（表）

また、保育所等の平成27年要支援認定児は249人(2.7%)と増加し、加配など適宜配慮されている。これはインクルージョン推進の考えからすれば好ましい結果と言える。今後、さらに保育園・幼稚園への加配や専門スタッフの派遣（心理士巡回が公立保育園で実施されている）などの充実が望まれる。

また、専門的な療育を受けられる、障害児通所事業を増やすような行政施策が望まれる。また、保育所等訪問事業（1）、児童発達支援相談事業（児童専門は1のみ）であるが、今後の子ども発達支援センターが担うべき役割の1つとして検討すべき課題である。

	施設数（ヶ所）	利用人数（人）
板橋区内	5	140
板橋区外	25	70

	施設数（ヶ所）	利用人数（人）
板橋区内	29	
板橋区外	28	



○ 福祉関係 子ども家庭部保育サービス課の現況

尚、保育園などの現況は(数)は以下のものである。

保育所区立：39 私立：65 公設民営：2

幼稚園：区立：2 私立：34 認証保育所：20 認定こども園：3

保育室：1 ベビールーム(家庭福祉員)：7 家庭福祉員：42

小規模保育施設：24 病児・病後児保育施設：4

一時保育制度：12 ショウトステイ、トワイライトステイ：1

(ほいくじょうほう - 2015年版-)より引用(数字は施設(人)数) 2014.10.1

(3) 学校(特別支援教育)と教育委員会(教育)

以下は、板橋区特別支援教育推進状況などである。

板橋区の独自調査(調査法は未公開)による、通常学級における配慮の必要な児童・生徒の推定割合

(板橋区 H24:5.6% H25: 5.8% H26: 6.0% H27 :6.1%と微増している。)

板橋区と全国の特別支援教育等配慮の必要な小中学校児童生徒数 (板橋区:平成26・27年5月1日基本調査 全国:平成23年度学校基本調査)		
	小学校	中学校
板橋区の児童生徒数(H26) (公立) (H27)	21,762 21,992	9,414 9,310
全国児童生徒数(H23) (人)	6,887,292	3,573,821
特別支援学校(割合)	36,659 (0.53%)	28,225 (0.79%)
板橋区の児童生徒数(H26) (公立) (固定学級) (H27)	(12校30クラス) 201(0.92%) (12校34クラス) 222(1.00%)	(7校23クラス) 158(1.68%) (7校24クラス) 162(1.74%)
全国 特別支援学級(割合)	107,597 (1.56%)	47,658 (1.33%)
板橋区の児童生徒数(H26) (情緒) (聴覚・言語) (H27)	情緒(6校18クラス)144(0.66%) (聴覚・言語)(2校 6クラス)74(0.34%) 情緒(6校19クラス)169(0.76%) (聴覚・言語)(2校 7クラス)79(0.35%)	情緒(2校7クラス)61(0.65%) 情緒(2校7クラス)56(0.60%)
※ 全国 通級学級利用児数	60164 (0.87%)	5196 (0.15%)
全国 不登校児童生徒数 (全児童生徒数に対する割合)	22,622 (0.33%)	94,836 (2.64%)
※ 在籍は通常学級		

【資料】子育て・子育て援助論 (柏女霊峰・佐藤まゆみ 編集) 別添付

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害児等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の
把握と支援内容に関する研究

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（いわき市）

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 川島 慶子（福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室 研究員）

研究要旨：本研究班の目的に基づき、福島県いわき市（人口約 34 万人）を“中核市”の対象として、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。

研究 1 本研究班共通の調査票を用い、市担当者に発達障害の発見と支援システムに関する項目（H25 年度調査時からの変更箇所、追加項目）について調査票への記入を依頼した。その結果、発達障害に関する主な発見の場は乳幼児健診（1 歳 6 か月、3 歳）であり、その後の支援の中核は行政が運営する子育てサポートセンターが担っている点は変わりなかったが、新たな取り組みとして、就学時の繋ぎの支援として入学支援シートが H28 年度より導入され、効果測定も含め、今後の課題となっていることが明らかとなった。また、小中学校における支援学級と通級指導教室の利用児童生徒数の増加がみられ、支援員の配置人数は変更がなく人材不足が深刻な課題として挙げられた。

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・4・6、中学 3 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」を実施した。質問紙の内容は、診断名（疑い含む）、医療機関の受診の有無、反抗挑戦性障害等に関する項目と、特別な教育的配慮（支援）、震災後のストレスケア等である。

小学校 1・4・6 年生については、現在も調査継続中であり、参考値とする。

中学 3 年生（調査終了）の結果では、医療機関の受診がある生徒は医療機関受診なし（疑い含む）の割合よりも多く、発達障害の疑いのある生徒の半数以上が医療機関に繋がっていることがわかる。また、反抗挑戦性障害については、「吃音・場面緘黙・チック等」の割合が高かった。発達障害等の 2 次的な問題を抱えていることも推測される。特別な教育的配慮については、いずれの学年も学級担任による配慮のみの割合が最も高く、支援ニーズの把握や対応など、業務負担が課題となっている。

今後も継続的に行う予定である。

A. 研究目的

本研究班の目的である“地域特性”ごとの発達障害の支援ニーズと提供されているサービスの実態把握の一資料とするため、いわき市を対象として発達障害児の発見と支援の現状に関する調査を行う。

本研究では、H25年度調査時に実施した調査結果を踏まえ、3年が経過した現在、事業内容の変化や現在の課題等について確認することを研究1の目的とした。研究2では、H25年度から追跡調査対象となっているH18・H14年度生まれの子ども、定点調査の対象となっている小学1・6年生について、学校における発達障害の支援ニーズと特別な教育的配慮（支援内容）を調査することを目的とする。

B. 研究方法

研究1

実施時期：H28年12月～H29年1月

対象者（行政担当者）：

いわき市子どもみらい部子ども家庭課
子育てサポートセンター

方法：調査票（H28年度版；本研究班作成）への記入を依頼した。

研究2

実施期間：H28年12月にアンケートを配布・回収を行った。

対象（学校）：いわき市内の小学校67校、中学校39校、特別支援学校3校。

対象（児童生徒）：いわき市に居住している小学1・4・6年生、中学3年生。

調査項目：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（「自閉スペクトラム症（以下、ASD）」、「注意欠如多動性障害（以下、ADHD）」、「構音障害・

発達性言語障害（以下、言語）」、「学習障害（以下、LD）」、「精神遅滞」、「その他精神科的な問題（吃音、緘黙、チック等）」、「境界知能」）について、②『特別な教育的配慮（「特別支援学級」や「通級指導教室の利用」「支援員による支援」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。

さらに、①の診断名に関する質問については、「医療機関の受診の有無」、重複して「反抗挑戦性障害」「素行障害」の特徴があるか、「不登校」についても確認する。

（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。

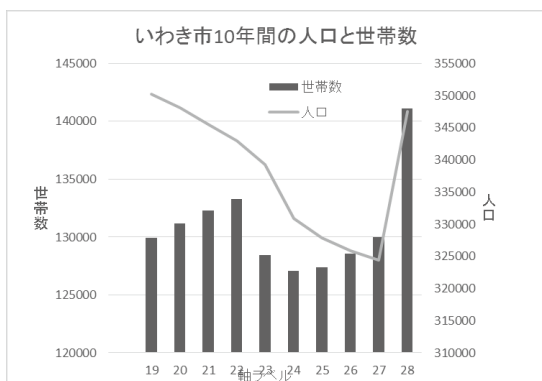
C. 研究結果

研究1

1) 地理的特徴と人口動態

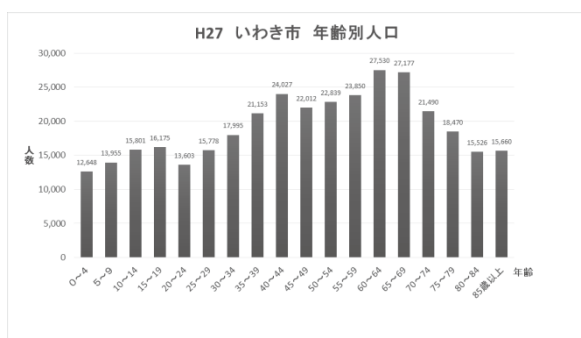
いわき市の過去10年の人口の推移はH27年までは減少傾向にあったが、H28年に急激な人口と世帯数の増加がみられる（図I-1参照）。H23年の東日本大震災後、居住制限区域の地域から避難者が気候・風土に馴染みのあるいわき市を居住先として選択することや、H28年度で県の自主避難者への支援の打ち切りが検討されるなどの影響も考えられるが、いずれも震災後の避難の混乱の影響を現在も受けていると予測される。

図 I -1



(“いわき市人口”平成28年4月1日より作成)

図 I -2



(福島県ホームページ「ふくしま統計情報 BOX」；福島県現住人口調査年報 平成27年版より作成)

2) 福島第一原子力発電所事故（以下、原発事故）による避難

東日本大震災による県内への避難者数は41,028人、県外への避難者数は39,838人（平成29年1月29日現在：復興庁）となっている。いわき市内で受け入れている避難者数（双葉8町村+4町村）は23,447名、その内0歳は210名、1歳が199名と100名前後を推移した乳幼児が避難しており（H28.11.11現在；いわき市より情報提供）、乳幼児健診は原発避難者特例法によりいわき市で受診が可能となる。

3) 発達障害児の発見から支援

(1) 母子保健

いわき市の平成27年度の出生数は2,427人であり、保健師数は40名、保健師1人あたりの0～4歳人口は417人（平成28年4月1日現在）となっている。市内7箇所の地区保健福祉センターで乳幼児健診（1歳6ヶ月児、3歳児）が実施される。健診の年間の実施回数は1歳6ヶ月児健診が延べ79回、1回の平均受診数は32人（受診率96.1%）、3歳児健診は延べ79回、1回の平均受診数は29人（受診率94.2%）である。福島県発達障がい児事業「気づきと支援」ガイドライン及びM-CHATをもとに問診票の改定を行い、H25年度8月より施行しており、H28年度では乳幼児健診で約10%となっている。

(2) 幼稚園・保育所・認定こども園

- ・市内の保育所61箇所（公立34、へき地保育所2、私立25）
 - ・認定こども園2箇所
 - ・地域型保育事業6箇所
 - ・幼稚園57箇所（公立18園、私立39園）
- 障害児保育を受けている児童は約200名となっている。

(3) いわき市子育てサポートセンター

いわき市子育てサポートセンターは、所長1名（行政職）、保健師4名（常勤3名、嘱託非常勤1名）、臨床心理士3名（常勤2名、嘱託常勤1名）で構成されており、発達障がい疑われるもしくは発達障がいがある幼児を対象に相談・発達検査・心理教育・継続支援を行っている。行政の一部署として設置されている。

先に述べた乳幼児健診で発達に偏りや遅れなどが心配されるケースについては、子

育てサポートセンターの各種相談会へ誘導され、その後の支援がなされる。

評価面接後に支援が必要であると判断された児童は、子育てサポートセンター事業の乳幼児発達観察相談等において児童精神科医につながる。1歳から2歳前半の場合、医師により経過観察（半年後に再相談等）とされることもあるが、概ね何らかの診断名が付くことが多い。相談会後は、相談会で医師から受けた話の内容の“振返り面接”を行う。その中で、診断についての“心理教育”や療育等関係機関療の紹介を行う。年齢によっては“就学相談”や、子どもの状態により“医療機関の紹介”を行う。

また、普及啓発に関する事業として、保育士、幼稚園教諭を対象とする発達障害に関する研修会の開催、保育士や学校教育関係者向け研修会の講師などを担当する。

（3）就学支援システムについて

H28年度より「いわきっ子入学支援（保幼小連携）システム」が導入された。具体的には、就学前の療育・相談等の情報を就学先へ伝達、情報を引き継いだ学校側を支援するシステムである。活用方法は、“入学支援シート”が入学予定者全員に配布される。保護者が主体となり、記入し、就学全機関（保育園・幼稚園、療育機関、保健・医療機関等）に記入を依頼し、就学先に連絡して提出する。就学先（小学校・特別支援学校）では、校内での支援体制整備や個別の支援計画、個別の教育支援計画等へ活用する。

この事業は、子育てサポートセンターと教育委員会が連携して取り組んでいる。

5) 学校

（1）構内支援体制について

H28年度調査時において、いわき市内には小学校67校、中学校39校がある。支援員については、支援級と通常学級含めていわき市の支援員が92名配置されている。H25年度時点では約半数が、震災支援として国と県から補助を受けている生活支援員であったが、H28年度現在は全て市が雇用している。身体的介助が必要な児童生徒の存在そして特別支援学級で5名以上の児童・生徒が在学しているクラスが優先されるが児童の状況に合わせて配置している。

支援学級は、H25年度調査時点では、小学校40校58学級（知的40学級179名、情緒17学級64名、弱視1学級2名）、中学校が20校31学級（知的22学級86名、情緒7学級16名、弱視1学級1名、難聴1学級2名クラス）であった。

H28年5月1日現在では、小学校42校68学級（知的43学級207名、情緒24学級106名、弱視1学級2名）、中学校24校34学級（知的22学級95名、情緒12学級43名、弱視と難聴は0名）であり、知的と特に情緒の支援学級の人数の増加が目立っている。それに対し、支援員の人数はH25年度も同様に92名であったことから、大きな人員の不足が推測される。

通級指導教室は5学校7学級（言語5学級、情緒1学級、ADHD1学級）があり、小・中合わせて81名（平成25年度5月1日現在）から、5学校9学級（言語5学級、情緒2学級、ADHD2学級）と2学級追加設置されており、小・中合わせて106名が通う。20名以上の児童生徒の増加がみられる。

通級指導教室は、高機能の広汎性発達障害、アスペルガー症候群も含み、住んでい

る地域も考慮され、審議会で決定する。“情緒”と“ADHD”の学級は設置地区が異なるが、概ね同じような状態像の児童が在籍している。保護者の送迎が必要となる。1クラスに教諭1名配置している。

“言語”の学級は構音障害、吃音の児童が主であり、発達障害の合併もあるが、言語の困りがある児童を対象としている。

7) 療育機関について

- ・児童発達支援事業 9 箇所
- ・放課後等サービス 11 箇所
- ・児童発達支援センター 1 箇所
- ・保育所等訪問支援 2 箇所

TEACCHプログラムなどを取り入れて自閉症について取り組んでいる機関が1か所ある。避難者については、福島県の事業である「被災した障害児に対する相談・援助事業」により、2か所の無料の療育機関が設置され、療育を受けられる体制があったが、平成28年より支援は打ち切りとなり、児童発達支援事業へ移行した。

8) 医療機関の現状

発達障害に関しての主な紹介先は市内1か所、市外1か所(小児科、児童精神科等)となっている。

医療との連携が必要な場合、または保護者からの希望があった場合には、保護者の同意の下、子育てサポートセンターから情報提供書(発達検査結果や健診時の様子など)を医療機関に送付している。

以前より発達障害に関する専門医の不足により長期の待機期間があったが、避難者

の増加により、さらに早期の受診が困難になっている。

避難者を対象とした事業として福島県では、巡回相談会(児童精神科は小児科医師と心理士、相談員)を定期的にいわき市で開催しているが、継続的な通院機能は持たないなどの課題がある。

研究2

1) 発達に遅れや偏りのある児童に関するアンケート結果

アンケートについては、H28年度は小学校67校中62校(回収率92.5%)、中学校校39校中36校(回収率92.3%)、特別支援学校3校中3校(回収率100%)から回答を得た。

アンケートにおける各年度の児童・生徒数は、次の通りである。

H28年度

小学1年生2330名(男1151名,女1179名)
小学4年生2595名(男1325名,女1270名)
小学6年生2703名(男1360名,女1343名)
中学3年生2980名(男1478名,女1502名)

1) 追跡調査結果

①H25年度小学1年生の追跡調査

(H18年4月2日~H19年4月1日生)

a.発達に何らかの遅れや偏りのある児童数
(表Ⅲ-1-1、表Ⅲ-1-2、表Ⅲ-1-3、表Ⅲ-1-4
表Ⅳ、表Ⅴ参照)

H28年度小学4年生(n=2595)の「発達に何らかの遅れや偏りがある児童総数」は194名(7.5%)であり、その内「医療機関の受診あり」76(2.9%)、「医療機関の受診なし(疑い含む)」118名(4.5%)であった。

b.診断の内訳

「医療機関受診あり」の診断の内訳は、ASD 38名(1.5%)、ADHD 16名(0.6%)、言語1名(0.04%)、LD 4名(0.2%)、精神遅滞12名(0.5%)、吃音・場面緘黙・チック等4名(0.2%)、境界知能1名(0.04%)であった。

「医療機関受診なし(疑い含む)」の内訳は、ASD 24名(0.9%)、ADHD 14名(0.5%)、言語9名(0.3%)、LD 15名(0.6%)、精神遅滞16名(0.6%)、吃音・場面緘黙・チック等3名(0.1%)、境界知能37名(1.4%)であった。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある児童は、ASDでは22名(0.8%)、ADHDは11名(0.4%)、言語は0名、LD、精神遅滞、吃音・場面緘黙・チック等、境界知能はそれぞれ1名(0.04%)であった。素行障害(疑い含む)のある児童はASDとADHD、吃音・場面緘黙・チック等が各2名(0.1%)、LDが1名(0.04%)、言語と境界知能は0名であった。不登校では、ASDが1名(0.04%)、吃音・場面緘黙・チック等が2名(0.1%)、その他0名であった。

c.特別な教育的配慮

知的障害特別支援学級に在籍する児童は32名(1.2%)、情緒障害特別支援学級に在籍する生徒は14名(0.5%)、その他の特別支援学級は2名(0.1%)、情緒障害通級指導教室は6名(0.2%)、難聴・言語障害通級指導教室は7名(0.3%)、その他の通級指導教室が6名(0.2%)、適応指導教室が1名(0.04%)、その他の支援が8名(0.3%)、学級担任による配慮のみが最も多く72名(2.8%)であった。

d. 震災後のストレスケア

小学4年生の内、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童数は7名(0.3%)であった。その内、スクールカウンセラーの面接を受けた児童は4名(0.2%)、医療機関を受診したと把握している児童も4名(0.2%)であった。

②H25年度小学6年生の追跡調査

(H13年4月2日～H14年4月1日生)

(表Ⅲ-2-1、表Ⅲ-2-2、表Ⅲ-2-3、表Ⅲ-2-4表Ⅳ、表Ⅴ参照)

H28年度中学3年生(n=2980)の「発達に何らかの遅れや偏りがある生徒総数」は135名(4.5%)であり、その内「医療機関の受診あり」は78名(2.6%)、「医療機関の受診なし(疑い含む)」は57名(1.9%)であった。

b.診断の内訳

「医療機関受診あり」の診断の内訳は、ASD 39名(1.3%)、ADHD 16名(0.5%)、言語とLDが各1名(0.03%)、精神遅滞17名(0.6%)、吃音・場面緘黙・チック等4名(0.1%)、境界知能0名であった。

「医療機関受診なし(疑い含む)」の内訳は、ASD 10名(0.3%)、ADHD 8名(0.3%)、言語1名(0.03%)、LD 9名(0.3%)、精神遅滞17名(0.6%)、吃音・場面緘黙・チック等5名(0.2%)、境界知能7名(0.2%)であった。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある生徒は、ASDでは6名(0.2%)、ADHDは2名(0.1%)、LDは1名(0.04%)、吃音・場面緘黙・チック等は8名(0.3%)、言語と境界知能は0名であった。素行障害(疑い含む)のある生徒は、ASD 4名(0.1%)、ADHDとLDが各1名(0.03%)、言語、

精神遅滞、吃音・場面緘黙・チック等、境界知能は0名であった。不登校では、ASDが7名(0.2%)、LDが1名(0.03%)、その他0名であった。精神遅滞の不登校に関しては、データが得られなかった。

c.特別な教育的配慮

知的障害特別支援学級に在籍する児童は32名(1.1%)、情緒障害特別支援学級に在籍する生徒は13名(0.4%)、その他の特別支援学級は0名、情緒障害通級指導教室は0名、難聴・言語障害通級指導教室は1名(0.03%)、その他の通級指導教室は0名、その他の支援が3名(0.1%)、学級担任による配慮のみが最も多く47名(1.6%)であった。

d. 震災後のストレスケア

中学3年生の内、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生徒は0名であった。

③小学校1年生の定点調査

(表Ⅲ-3-1、表Ⅲ-3-2、表Ⅲ-3-3、表Ⅲ-3-4表Ⅳ、表Ⅴ参照)

H28年度小学1年生(n=2330)の「発達に何らかの遅れや偏りがある児童総数」は186名(8.0%)であり、その内「医療機関の受診あり」は60(2.6%)、「医療機関の受診なし(疑い含む)」は126名(5.4%)であった。

b.診断の内訳

「医療機関受診あり」の診断の内訳は、ASD 33名(1.4%)、ADHD 11名(0.5%)、言語 8名(0.3%)、LD 1名(0.04%)、精神遅滞 6名(0.3%)、吃音・場面緘黙・チック等 1名(0.04%)、境界知能 0名であった。

「医療機関受診なし(疑い含む)」の内訳は、ASD 35名(1.5%)、ADHD 16名(0.7%)、言語 26名(1.1%)、LD 5名(0.2%)、精神遅滞 14名(0.6%)、吃音・場面緘黙・チック等 8名(0.3%)、境界知能 22名(0.9%)であった。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある児童は、ASDでは16名(0.7%)、ADHDでは5名(0.2%)、言語、LD、精神遅滞、吃音・場面緘黙・チック等それぞれ1名(0.04%)、境界知能 2名(0.1%)であった。素行障害(疑い含む)のある児童はADHD、吃音・場面緘黙・チック等、境界知能においてそれぞれ1名(0.04%)であった。不登校では、ASDで1名(0.04%)であった。

c.特別な教育的配慮

H28年度では、知的障害特別支援学級に在籍する児童は27名(1.2%)、情緒障害特別支援学級に在籍する生徒は14名(0.6%)、情緒障害通級指導教室は1名(0.04%)、難聴・言語障害通級指導教室は22名(1.0%)、その他の通級指導教室が2(0.1%)、その他の支援が23名(1.0%)、学級担任による配慮のみが最も多く56名(2.4%)であった。

d. 震災後のストレスケア

小学1年生の内、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童数は0名であった。

④小学校6年生の定点調査

(表Ⅲ-4-1、表Ⅲ-4-2、表Ⅲ-4-3、表Ⅲ-4-4表Ⅳ、表Ⅴ参照)

a.発達になんらかの遅れや偏りのある児童数

H28年度小学6年生(n=2703)の「発達に何らかの遅れや偏りがある児童総数」は

136名(5.0%)であり、その内「医療機関の受診あり」53名(2.0%)、「医療機関の受診なし(疑い含む)」83名(3.1%)であった。

b.診断の内訳

「医療機関受診あり」の診断の内訳は、ASD 26名(1.0%)、ADHD 16名(0.6%)、言語、LDが各1名(0.04%)、精神遅滞5名(0.2%)、吃音・場面緘黙・チック等3名(0.1%)、境界知能1名(0.04%)であった。

「医療機関受診なし(疑い含む)」の内訳は、ASD 24名(0.9%)、ADHD 14名(0.5%)、言語2名(0.1%)、LD 9名(0.3%)、精神遅滞17名(0.6%)、吃音・場面緘黙・チック等5名(0.2%)、境界知能12名(0.4%)であった。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある児童は、ASDでは17名(0.6%)、ADHDでは10名(0.4%)、言語、LDは0名、精神遅滞と吃音・場面緘黙・チック等は各1名(0.04%)、境界知能2名(0.1%)であった。素行障害(疑い含む)のある児童は、ASDとADHDが各2名(0.1%)、精神遅滞が1名(0.04%)、言語、LD、吃音・場面緘黙・チック等、境界知能において0名であった。不登校では、ASDが2名(0.1%)、吃音・場面緘黙・チック等が3名(0.1%)であった。

c.特別な教育的配慮

知的障害特別支援学級に在籍する児童は30名(1.1%)、自閉症・情緒障害学級は12名(0.4%)であった。通常学級に在籍し、情緒障害通級指導教室に通う児童は7名(0.3%)、難聴・言語障害通級指導教室は1名(0.04%)であり、適応指導教室

は1名(0.04%)、その他の支援が4名(0.1%)学級担任による配慮のみが55名(2.0%)の結果であった。

d.震災後のストレスケア

小学6年生の内、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生徒数は7名であった。その内、スクールカウンセラーの面接を受けたのは2名、医療機関を受診したと把握しているのも2名であった。

D. 考察

本研究の1と2において、いわき市の地域特性と発達障害の発見と支援システムと同市の発達障害の子どもの実態について調査を行った。その結果、地域特性については、人口動態において、急激な人口の増加がみられた。東日本大震災から6年が経過し、避難者が新たな居住先としていわき市を選択する者の増加も影響していることが考えられる。また、住民票を移していない避難者においては、いわき市の出生数の1割である約200人の0歳児、1歳児が生活しており、乳幼児健診や発達障害の発見、支援の中で、震災に関する問題を踏まえた対応も求められている。

中核市であるいわき市の発達障害の発見と支援システムについては、子育てサポートセンターが中核となっており、医師と連携しながら個別の丁寧な対応を行っている。診断についての“心理教育”や療育等関係機関療の紹介も行うなど、重要な役割を担うが、職員の負担が大きいことも推測される。また、人口に対する発達障害の専門医の不足が課題となっている。H25年度の調査時からの変更点としては、H28年度から新たに導入された入学支援シートが活用さ

れるようになった。これは、保護者を主体として幼稚園・保育所、療育機関等が記入するが、アセスメント（評価）的な内容が盛り込まれ、何がどの程度出来るのかを入学前に学校が把握することが可能となり、支援員の配置等、校内体制を整えることにも役立つことが期待される。

中核市など人口の多い地域における一貫した支援に係る組織体制づくりはいずれの地域においても課題となることが考えれ、事業を行った後の効果測定等を行うことも重要である。

研究2の学校における発達障害の実態調査については、小学校1・4・6年生について、現在も調査継続中であり、参考値とする。

中学3年生（調査終了）では、医療機関の受診がある生徒は医療機関受診なし（疑い含む）の割合よりも多く、発達障害の疑いのある生徒の半数以上が医療機関に繋がっていることがわかる。また、反抗挑戦性障害については、「吃音・場面緘黙・チック等」の割合が高かった。発達障害等の2次的な問題を抱えていることも推測される。特別な教育的配慮については、いずれの学年も学級担任による配慮のみの割合が最も高く、支援ニーズの把握や対応など、業務負担が課題となっている。

震災後のメンタルヘルスについては、小学4年生と6年生のみ支援の必要な児童が数名いたが、小学1年生と中学3年生は0名であり、震災後のPTSD等の問題が発達障害等の問題に含まれてしまっていることも懸念される。

また、いわき市内の全ての支援学級や通級指導教室に通う児童生徒数について、H25年度とH28年度を比較すると、増加傾向がみられた。しかしながら、支援員の人数に変化はない。発達障害の特性を呈する児童生徒への特別な教育的配慮や、PTSDも含めた避難児童への対応も含めると、今後も人材（支援者）の不足は深刻な課題と言える。

E. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
・川島慶子,内山登紀夫,鈴木さとみ.第56回児童青年精神医学会総会.2015

F. 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

引用・参考文献

- 1) 内山登紀夫. ライヴ講義 発達障害の診断と支援, 岩崎学術出版社. 2013.
- 2) 平成28年度福島県勢要覧
- 3) 福島県ホームページ「ふくしま統計情報BOX」;福島県現住人口調査年報 平成27年版
- 4) いわき市の人口(平成27年4月1日現在)
- 5) 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27年度 総括・分担報告

発達に何らかの遅れや偏りのある児童生徒数（いわき市）

表Ⅲ-3-1 小学1年生 n=2330(男=1151,女=1179)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	68	2.9%	55	4.8%	13	1.1%	33	1.4%	25	2.2%	8	0.7%	35	1.5%	30	2.6%	5	0.4%
ADHD	27	1.2%	22	1.9%	5	0.4%	11	0.5%	8	0.7%	3	0.3%	16	0.7%	14	1.2%	2	0.2%
言語	34	1.5%	24	2.1%	10	0.8%	8	0.3%	6	0.5%	2	0.2%	26	1.1%	18	1.6%	8	0.7%
LD	6	0.3%	4	0.3%	2	0.2%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	5	0.2%	3	0.3%	2	0.2%
精神遅滞	20	0.9%	10	0.9%	10	0.8%	6	0.3%	3	0.3%	3	0.3%	14	0.6%	7	0.6%	7	0.6%
吃音・場面緘黙・チック等	9	0.4%	6	0.5%	3	0.3%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	8	0.3%	5	0.4%	3	0.3%
境界知能	22	0.9%	9	0.8%	13	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	22	0.9%	9	0.8%	13	1.1%
計	186	8.0%	130	11.3%	56	4.7%	60	2.6%	44	3.8%	16	1.4%	126	5.4%	86	7.5%	40	3.4%

表Ⅲ-1-1 小学4年生 n=2595(男=1325,女=1270)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	62	2.4%	52	3.9%	10	0.8%	38	1.5%	29	2.2%	9	0.7%	24	0.9%	23	1.7%	1	0.1%
ADHD	30	1.2%	28	2.1%	2	0.2%	16	0.6%	14	1.1%	2	0.2%	14	0.5%	14	1.1%	0	0.0%
言語	10	0.4%	7	0.5%	3	0.2%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	9	0.3%	6	0.5%	3	0.2%
LD	19	0.7%	14	1.1%	5	0.4%	4	0.2%	2	0.2%	2	0.2%	15	0.6%	12	0.9%	3	0.2%
精神遅滞	28	1.1%	18	1.4%	10	0.8%	12	0.5%	6	0.5%	6	0.5%	16	0.6%	12	0.9%	4	0.3%
吃音・場面緘黙・チック等	7	0.3%	2	0.2%	5	0.4%	4	0.2%	1	0.1%	3	0.2%	3	0.1%	1	0.1%	2	0.2%
境界知能	38	1.5%	21	1.6%	17	1.3%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	37	1.4%	20	1.5%	17	1.3%
計	194	7.5%	142	10.7%	52	4.1%	76	2.9%	54	4.1%	22	1.7%	118	4.5%	88	6.6%	30	2.4%

表Ⅲ-4-1 小学6年生 n=2703(男=1360,女=1343)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	50	1.8%	42	3.1%	8	0.6%	26	1.0%	20	1.5%	6	0.4%	24	0.9%	22	1.6%	2	0.1%
ADHD	30	1.1%	27	2.0%	3	0.2%	16	0.6%	15	1.1%	1	0.1%	14	0.5%	12	0.9%	2	0.1%
言語	3	0.1%	3	0.2%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%
LD	10	0.4%	9	0.7%	1	0.1%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	9	0.3%	8	0.6%	1	0.1%
精神遅滞	22	0.8%	17	1.3%	5	0.4%	5	0.2%	4	0.3%	1	0.1%	17	0.6%	13	1.0%	4	0.3%
吃音・場面緘黙・チック等	8	0.3%	4	0.3%	4	0.3%	3	0.1%	1	0.1%	2	0.1%	5	0.2%	3	0.2%	2	0.1%
境界知能	13	0.5%	7	0.5%	6	0.4%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	12	0.4%	6	0.4%	6	0.4%
計	136	5.0%	109	8.0%	27	2.0%	53	2.0%	43	3.2%	10	0.7%	83	3.1%	66	4.9%	17	1.3%

表Ⅲ-2-1 中学3年生 n=2980(男=1478,女=1502)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	49	1.6%	37	2.5%	12	0.8%	39	1.3%	31	2.1%	8	0.5%	10	0.3%	6	0.4%	4	0.3%
ADHD	24	0.8%	21	1.4%	3	0.2%	16	0.5%	13	0.9%	3	0.2%	8	0.3%	8	0.5%	0	0.0%
言語	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	1	0.03%	0	0.0%	1	0.1%	1	0.03%	0	0.0%	1	0.1%
LD	10	0.3%	6	0.4%	4	0.3%	1	0.03%	1	0.1%	0	0.0%	9	0.3%	5	0.3%	4	0.3%
精神遅滞	34	1.1%	19	1.3%	15	1.0%	17	0.6%	10	0.7%	7	0.5%	17	0.6%	9	0.6%	8	0.5%
吃音・場面緘黙・チック等	9	0.3%	4	0.3%	5	0.3%	4	0.1%	1	0.1%	3	0.2%	5	0.2%	3	0.2%	2	0.1%
境界知能	7	0.2%	5	0.3%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	0.2%	5	0.3%	2	0.1%
計	135	4.5%	92	6.2%	43	2.9%	78	2.6%	56	3.8%	22	1.5%	57	1.9%	36	2.4%	21	1.4%

反抗挑戦性障害の特徴のある児童生徒数（いわき市）

表Ⅲ-3-2 小学1年生 n=2330(男=1151,女=1179)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	16	0.7%	10	0.9%	6	0.5%	13	0.6%	7	0.6%	6	0.5%	3	0.1%	3	0.3%	0	0.0%
ADHD	5	0.2%	5	0.4%	0	0.0%	2	0.1%	2	0.2%	0	0.0%	3	0.1%	3	0.3%	0	0.0%
言語	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
LD	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%
境界知能	2	0.10%	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
計	27	1.0%	19	1.7%	8	0.7%	17	0.7%	11	1.0%	6	0.5%	10	0.4%	8	0.7%	2	0.2%

表Ⅲ-1-2 小学4年生 n=2595(男=1325,女=1270)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	22	0.8%	21	1.6%	1	0.1%	9	0.3%	8	0.6%	1	0.1%	13	0.5%	13	1.0%	0	0.0%
ADHD	11	0.4%	11	0.8%	0	0.0%	4	0.2%	4	0.3%	0	0.0%	7	0.3%	7	0.5%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
精神遅滞	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
計	37	1.4%	35	2.6%	2	0.2%	16	0.6%	14	1.1%	2	0.2%	22	0.8%	22	1.7%	0	0.0%

表Ⅲ-4-2 小学6年生 n=2703(男=1360,女=1343)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	17	0.6%	14	1.0%	3	0.2%	8	0.3%	6	0.4%	2	0.1%	9	0.3%	8	0.6%	1	0.1%
ADHD	10	0.4%	9	0.7%	1	0.1%	5	0.2%	5	0.4%	0	0.0%	5	0.2%	4	0.3%	1	0.1%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%
境界知能	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%
計	31	1.1%	26	1.9%	5	0.4%	14	0.5%	12	0.9%	2	0.1%	18	0.7%	15	1.1%	3	0.2%

表Ⅲ-2-2 中学3年生 n=2980(男=1478,女=1502)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	6	0.2%	6	0.4%	0	0.0%	6	0.2%	6	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	1	0.03%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.03%	1	0.1%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	8	0.3%	4	0.3%	4	0.3%	4	0.1%	1	0.1%	3	0.2%	4	0.1%	3	0.2%	1	0.1%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	17	0.6%	13	0.9%	4	0.3%	10	0.3%	7	0.5%	3	0.2%	7	0.2%	6	0.4%	1	0.1%

素行障害の特徴のある児童生徒数（いわき市）

表Ⅲ-3-3 小学1年生 n=2330(男=1151,女=1179)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%
境界知能	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
計	3	0.1%	2	0.2%	1	0.1%	1	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%

表Ⅲ-1-3 小学4年生 n=2595(男=1325,女=1270)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	2	0.1%	2	0.2%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
ADHD	2	0.1%	2	0.2%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	2	0.1%	0	0.0%	2	0.2%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%	1	0.04%	0	0.0%	1	0.1%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	7	0.3%	5	0.4%	2	0.2%	3	0.1%	2	0.2%	1	0.1%	4	0.2%	3	0.2%	1	0.1%

表Ⅲ-4-3 小学6年生 n=2703(男=1360,女=1343)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	5	0.2%	4	0.3%	1	0.1%	4	0.1%	3	0.2%	1	0.1%	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%

表Ⅲ-2-3 中学3年生 n=2980(男=1478,女=1502)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	4	0.1%	4	0.3%	0	0.0%	4	0.1%	4	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	1	0.03%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.03%	1	0.1%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	1	0.03%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.03%	1	0.1%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	6	0.2%	6	0.4%	0	0.0%	4	0.1%	4	0.3%	0	0.0%	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%

発達障害の不登校の児童生徒数

表Ⅲ-3-4 小学1年生 n=2330(男=1151,女=1179)

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.0%	1	0.1%	0	0.0%

表Ⅲ-1-4 小学4年生 n=2595(男=1325,女=1270)

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	3	0.1%	2	0.2%	1	0.1%

表Ⅲ-4-4 小学6年生 n=2703(男=1360,女=1343)

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	3	0.1%	1	0.1%	2	0.1%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	5	0.2%	2	0.1%	3	0.2%

表Ⅲ-2-4 中学3年生 n=2980(男=1478,女=1502)

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	7	0.2%	6	0.4%	1	0.1%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	1	0.03%	0	0.0%	1	0.1%
精神遅滞	-	-	-	-	-	-
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	8	0.27%	6	0.4%	2	0.1%

表Ⅳ 特別な教育的配慮に関する児童生徒数

支援内容	小学1年生 n=2330人			小学4年生 n=2595人			小学6年生 n=2703人			中学3年生 n=2980人															
	計 人数 %	男 人数 %	女 人数 %	計 人数 %	男 人数 %	女 人数 %	計 人数 %	男 人数 %	女 人数 %	計 人数 %	男 人数 %	女 人数 %													
A. 特別支援学級に在籍	27	1.2	16	1.4	11	0.9	32	1.2	19	1.5	13	1	30	1.1	23	1.7	7	0.5	32	1.1	19	1.3	13	0.9	
(1) 知的障害特別支援学級総数																									
(2) 自閉症・情緒障害特別支援学級総数	14	0.6	11	1	3	0.3	14	0.5	10	0.8	4	0.3	12	0.4	11	0.8	1	0.1	13	0.4	9	0.6	4	0.3	
(3) その他の特別支援学級総数	0	0	0	0	0	0	2	0.1	2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
B. 通常学級に在籍	1	0.04	1	0.1	0	0	6	0.2	5	0.4	1	0.1	7	0.3	7	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	
(1) 情緒障害通級指導教室に通級	22	1.0	17	1.5	5	0.4	7	0.3	5	0.4	2	0.2	1	0.04	0	0	1	0.1	1	0.03	0	0	1	0.1	
(2) 難聴・言語障害通級指導教室に通級	2	0.1	2	0.2	0	0	6	0.2	4	0.3	2	0.2	4	0.1	4	0.3	0	0	0	0	0	0	0	0	
(3) その他の通級指導教室(1)~(3)通級児を除く	0	0	0	0	0	0	1	0.04	0	0	1	0.1	1	0.04	1.0	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0	
(4) 通級指導教室(1)~(3)通級児を除く	56	2.4	41	3.6	15	1.3	72	2.8	55	4.2	17	1.3	55	2.0	39	2.9	16	1.2	47	1.6	36	2.5	11	0.7	
(5) 学級担任による配慮のみ	23	1.0	14	1.2	9	0.8	8	0.3	8	0.6	0	0	4	0.1	4	0.3	0	0	3	0.1	3	0.2	0	0	
(6) その他の支援	2	0.1	2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
(7) その他の支援																									

表Ⅴ 震災後のメンタルヘルスキューアの必要な児童生徒数

内容	小学1年生 n=2330人			小学4年生 n=2595人			小学6年生 n=2703人			中学3年生 n=2980人														
	計 人数 %	男 人数 %	女 人数 %	計 人数 %	男 人数 %	女 人数 %	計 人数 %	男 人数 %	女 人数 %	計 人数 %	男 人数 %	女 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	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.2%	3	0.2%	6	0.4%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
② このうち、SCの面接を受けたことがある児	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	0.2%	4	0.3%	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	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%	0	0.0%	4	0.2%	4	0.3%	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に
関する研究

分担研究報告書

小規模市における発達障害児の支援システムに関する研究

研究分担者 篠山 大明（信州大学医学部精神医学教室）
内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部）
研究協力者 山下 洋（九州大学病院 子どものこころの診療部）
関 正樹（大湫病院、土岐市立総合病院 精神科）
金重 紅美子（山梨県立こころの発達総合支援センター）
今出 大輔（おかやま発達障害者支援センター）

研究要旨

地域特性に応じた発達障害児の支援システムの構築が求められている。本研究では人口 20 万人未満の市を対象に調査を実施し、小規模市の発達障害児の支援システムのあり方についての検討を行う。研究期間は 2 年間であり、初年度である平成 28 年度の研究成果を本報告書にて報告する。調査は、糸島市、多治見市、瑞浪市、山梨市、南相馬市、美作市、真庭市を対象とし、各市を担当する研究協力者によって実施された。平成 28 年度は、各市で行政機関と教育機関にアンケートを依頼した。行政機関へのアンケートでは、発達障害の支援システムについての調査を行い、教育機関へのアンケートでは、学校で把握している発達障害またはその疑いがある子どもについての調査を行った。調査結果より、発達障害児支援は学校の生徒の 1 割前後に必要であることが示唆された。小規模市の一部は発達障害の支援に特化し中核機能を担う組織を設置することで支援体制を整えていた。一方で中核機能を担う組織が設けられていない市でも、多職種連携による体制の構築により、継続的・総合的なつながりの支援が実施されていた。調整、連携のシステム化、とくに、就学時の引き継ぎや、学齢期以降の支援体制の整備は、小規模市の発達障害児支援における今後の課題である。

A. 研究目的

発達障害児の支援においては、人口動態、経済状況、地理的条件等の地域特性に応じた支援システムを構築することが求められ

ている。平成 25 年度～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」では、

人口 20 万人未満の小規模市における支援システムのあり方について、以下のような提言が行われた。

- ・ 発達障害の支援に特化した「発達支援室」のような中核機能を担う組織を各市に設置することによって、調整、連携、つなぎの支援が行われることが望まれる。
- ・ 専門性の高いサービスの確保および人材育成のためには、小規模市への支援体制を県が作っていくことが求められる。県の発達障害施策の中で、小規模市の支援者を対象とした人材育成の場と機会を保障する仕組みが必要である。
- ・ つなぎの支援に関しては、健診の場や相談・調整の場に心理職を含めた適切な支援者を配置すると同時に、組織的な連携体制も整備していくことが望まれる。

この背景を踏まえ、本年度は各機関の連携に焦点をおいた調査を実施した。行政機関へのアンケートとヒアリングを行うことにより、行政からみた地域特性と発達障害の支援システムについて調査し、小規模市における発達障害児の支援状況を分析することが本研究の第一の目的である。

本研究の第二の目的は、教育機関が把握している発達障害またはその疑いがある子どもに関する調査である。平成 25 年度～27 年度「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」で実施した調査と同一の母集団を対象とした調査を行い、支援システムの対象児数の推定を行った。

B. 研究方法

調査対象は、人口 20 万人未満の小規模市である福岡県糸島市、岐阜県多治見市、岐阜県瑞浪市、山梨県山梨市、福島県南相馬市、岡山県美作市、岡山県真庭市とした。

1. 地域特性に関する調査

各市の行政担当者にアンケートを依頼し、以下の項目について調査を行った。

- ・ 地理的特徴・人口・人口動態
- ・ 就業人口
- ・ 職業大分類別就業者数
- ・ 地理的特性の概要

2. 行政機関へのアンケート調査

発達障害の支援システムに関するアンケートへの回答を各市の行政担当者に依頼した。アンケートには、療育手帳の種類や基準、支援システムの概要、障害児支援の体制、発達障害者支援法の改正等に関連する質問を含め、得られた回答をもとに、発達障害児支援の実態と課題について分析した。

3. 教育機関へのアンケート調査

平成 25 年度～27 年度「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」の調査と同一コホートである平成 28 年度の小学 4 年生および中学 3 年生を主な調査対象とし、発達障害またはその疑いがあることが把握されている子どもに関するアンケートを各市の学校に依頼した。得られた回答をもとに、支援システムの対象となる児童数を推定した。

(倫理面への配慮)

「1. 地域特性に関する調査」および「2.

行政機関へのアンケート調査」は行政システムや地域の制度に関する調査であり、人を対象とした医学研究ではない。「3. 教育機関へのアンケート調査」は疫学研究であり、研究対象者への侵襲的介入はない。研究結果を公表する際には、原則として特定可能な個人情報等を排した上で数値化されたデータのみを統計学的手法によって処理した。各地域で集めた個票は連結可能な状態で匿名化し、研究代表者は匿名化されたデータを集約して統計解析した。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

糸島市、瑞浪市、山梨市、南相馬市、美作市、真庭市から回答を得た。平成 28 年度 4 月 1 日時点におけるそれぞれの市の人口は糸島市 99,687 人、瑞浪市 38,785 人、山梨市 36,089 人、南相馬市 63,653 人（ただし平成 26 年 10 月 1 日時点）、美作市 28,780 人、真庭市 48,544 人（ただし平成 26 年 4 月 1 日時点）であった。年少人口割合（0-14 歳）は、糸島市のみ 13.54%であったが、他はいずれも 11%台または 12%台前半であった。調査したすべての市で人口の自然減が自然増を上回ったが、糸島市と瑞浪市では社会増が社会減を上回った。

2. 行政機関へのアンケート調査

糸島市、瑞浪市、山梨市、南相馬市、美作市、真庭市から回答を得た。いずれの市も、支援システムの概要のモデル図を作成しており、発見から支援までの流れや連携が図示されていた。

一部の市では専門性が高く発達障害の支援に特化した組織が設置されることによっ

て、つなぎの支援、巡回支援がスムーズに行えていた。瑞浪市では市の委託を受けて社会福祉協議会が運営する瑞浪市子ども発達支援センターが発達相談、巡回相談、児童発達支援、放課後等デイサービスを行っている。南相馬市は市の健康福祉部男女共同こども課発達支援室の保健師、言語聴覚士、保育士が、発達支援体制の構築、心理評価、医療相談、親向けプログラム、巡回相談などを実施している。美作市は発達支援センターが市の保険部門の係として独立しており、保健師、看護師、心理職、教員、保育士が相談、心理評価、医療相談、巡回相談等の支援を担っている。

一方で、中核機能を担う組織が設置されていない市では、各領域の支援者が連携して支援を行う体制が構築されていた。糸島市では、地域の福祉機関、教育機関、医療機関が連携して気づきから支援へとつなぎ、市直営の子育て支援センターで母子通園事業や個別療育が行われている。山梨市は、発達障害に特化した相談窓口は設置していないが、市の健康増進課のすこやか発達相談で心理発達相談員、言語聴覚士、保健師がつなぎ支援を行い、専門的な相談、診療等が必要な場合は主に甲府市の山梨県立こころの発達総合支援センターに紹介している。真庭市では市の担当保健師が市内 4 ヶ所の発達支援教室と市内 1 ヶ所ずつの療育訓練事業、児童発達支援事業の管理調整を行っている。

今回調査した小規模市の多くは、県との連携により、人材育成の場と機会が与えられていた。精神保健福祉センター等の県立の専門機関と学習会や事例検討会を開催している市が多かった。一方で、糸島市は特

別支援学校，発達教育センター，児童精神科外来を有する専門病院，児童相談所がなく，地理的にも県からの支援を受けることが難しい地域であったが，九州大学の協力を得て共催で講演会や発達障害に関する知識の普及啓発を実施している。

3. 教育機関へのアンケート調査

瑞浪市および南相馬市の教育機関から回答を得た。調査対象となった H28 年度の小学 4 年生および中学 3 年生の人数は，瑞浪市ではそれぞれ 310 名，343 名であり，南相馬市ではそれぞれ 339 名，435 名であった。

学校アンケート調査にて，平成 28 年度小学 4 年生で発達に何らかの遅れや偏りがあると考えられた児童は，瑞浪市では 6.2%，南相馬市では 15.9%であった。その内，医療機関受診を学校が把握している児童は瑞浪市では 1.95%，南相馬市では 4.7%であった。疑われる診断の内訳の一部は，瑞浪市では広汎性発達障害 3.3%，多動性障害 1.9%であり，南相馬市では広汎性発達障害 3.9%，多動性障害 5.3%であった。

学校アンケート調査にて，平成 28 年度中学 3 年生で発達に何らかの遅れや偏りがあると考えられた児童は，瑞浪市では 5.5%，南相馬市では 7.6%であった。その内，医療機関受診を学校が把握している児童は瑞浪市では 3.2%，南相馬市では 5.3%であった。疑われる診断の内訳の一部は，瑞浪市では広汎性発達障害 3.2%，多動性障害 1.2%であり，南相馬市では広汎性発達障害 3.2%，多動性障害 1.1%であった。

D. 考察

本研究では，地域特性に関する調査と発達障害の支援システムに関する行政機関へのアンケート調査で，小規模市における発達障害児支援システムの実態について調査した。また，平成 25 年度～27 年度「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」の調査を継続する形で，学校で発達障害またはその疑いがあることが把握されている子どもの実数調査を行った。

行政機関へのアンケート調査では，市によって公的センターの規模や支援体制に違いはあるものの，各市がそれぞれのシステムを活用し，相談，調整，療育へのつながりを行っていることが明らかになった。今回アンケート調査を実施した市はいずれも，保健，福祉，教育，医療の連携を取りながら効果的な支援体制を築いていた。

今回調査した中で診療機能を有する療育施設を持つ小規模市はなかったものの，一部の市では発達障害の支援に関する企画，調整，連携などに特化し，発達障害支援の中核機能を担う組織が設置されていた。それらの市では，巡回支援，訪問支援等や，気づきから専門的な相談や専門医療へのつながりがスムーズに行われていた。一方で，そのような中核機能を担う組織がない市では，保健師，心理士等が相談，調整，療育へのつながりに重要な役割を担っていた。各市で，研修会や事例検討会などによる人材育成の取り組みがみられた。多くは市単独のものではなく，県の組織との連携によるものであった。

小規模市の発達障害児支援における強みは，多職種の顔の見える連携によってつな

ぎの支援が行われていることである。調査対象となった市では、関係者で情報や課題を共有できており、また、自治体内で発達障害の連携を目的とした会議が設置されているところも多かった。

発達障害支援の中核機能を担う組織を有する市は小規模市の一部に過ぎないため、多くの小規模市において、支援をスムーズに行うための調整、連携のシステム化が課題となっている。とくに、就学時の引き継ぎや、学齢期以降の支援体制が十分に整っていないと考えている行政担当者が多かった。具体的なシステム化によって、担当者が交代しても適切な引継ぎが行われるような組織を作ることが今後の課題として残る。

また、つなぎ、引継ぎが実際に行われていてもその内容が周知されていない市が多かった。それぞれの市が支援システムの概要のモデル図を作成しているが、就学後の支援体制の説明はあるものの就学時の引継ぎの説明はないものが多い。つなぎ、引継ぎをシステム化した上でその体制を積極的に周知することも今後の課題である。

支援ニーズに関する調査では、平成 25 年度～27 年度「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」の調査を継続し、小学 1 年生及び小学 6 年生からの学校における疑い例も含めた 4 年間の経時的な把握の推移を調べている。本年度の調査でも今までと同様、国際的な研究で発表されている値よりも高い有病率が示された。本研究では、医療受診をできていない疑い例も含めて有病率を計算しているため、確定診断例のみを対象とした研究とくらべて発達障害児支援のニーズをより实际的に表している可能性がある。

E. 結論

平成 25 年度～27 年度の調査結果と同様、発達障害児支援が学校の生徒の 1 割前後に必要であることが示唆された。本年度中の回答を得られなかった市が多かったが、支援ニーズの実態を明らかにするために、来年度も引き続き調査を行いデータを蓄積する予定である。

小規模市が診療機能を有する療育施設を有することは困難であるが、一部の市は発達障害の支援に特化し中核機能を担う組織を設置することで支援体制を整えている。一方で中核機能を担う組織が設けられていない市でも、多職種連携による体制の構築により、継続的・総合的なつなぎの支援が実施されていることが明らかとなった。調整、連携のシステム化、とくに、就学時の引き継ぎや、学齢期以降の支援体制の整備は、小規模市の発達障害児支援における今後の課題である。

F. 参考文献

1. 関正樹, 本田秀夫, 山下洋, 内山登紀夫: 小規模市の地域特性に即した発達支援システムのあり方—まとめと提言—。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—平成 25～27 年度総合研究報告書 (H25—身体・知的—一般—008), 212-218, 2016.
2. 関正樹, 伊藤友子, 栗林英彦, 荒川武, 元吉史昭, 中野正大, 吉川徹: 岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究。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－平成 27 年度総括・分担研究報告書 (H26－身体・知的－一般－008), 298-302, 2016.

3. 内山登紀夫, 川島慶子, 鈴木さとみ：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 3 (南相馬市).

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－平成 27 年度総括・分担研究報告書 (H26－身体・知的－一般－008), 335-350, 2016.

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に
関する研究

平成 28 年度分担研究報告書

糸島市の地域特性と発達障害児の支援体制に関する研究

研究分担者 篠山大明（信州大学医学部附属病院 精神科・子どものこころ診療部）

研究協力者 山下 洋（九州大学病院 子どものこころの診療部）

香月大輔（九州大学病院 子どものこころの診療部）

研究要旨：糸島市における発達障害児の支援システムについて行政機関からの情報提供を元に調査を行った。糸島市は児童発達支援センターを有さないためセンターに機能が集約する形ではなく、福祉や教育、医療の関係機関が相互に協力して発達障害児を支援する体制が構築されていた。一方で医療や学齢期の支援のように小規模自治体において社会資源の不足している分野では、市外の医療機関や民間の放課後等デイサービスなど既存の体制の枠外で支援が広がっている現状も明らかになった。既存の体制を超えて広がる支援のニーズやサービスをどのように把握し、今ある支援体制とどのように統合していくか、方策と対応が求められている。

A. 研究目的

本研究班は平成 25 年度から 3 年にわたり全国の異なる規模の自治体における発達障害児の支援システムについて調査を行い得られた知見から提言を示した。平成 28 年度より「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」として保護者支援など新たな視点を加えて支援システムのあり方の調査を行うこととなった。そこで今年度は小規模市における支援ニーズとサービス利用の実情を明らかにすることを目的に、糸島市の人口統計学的指標および支援システムに関するアンケート調査を実施することとした。

B. 研究方法

地域特性や発達障害児の支援システムを尋ねる本研究班共通のフォーマットによる調査票を用いて、糸島市の行政機関を対象とするアンケート調査を行った。地理的特性についてはウェブページ上で公表されている国勢調査（政府統計：<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>）や福岡県の人口統計データ（ふくおかデータウェブ：<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/dataweb>）などを参照し、人口動態、経済指標、産業構造などについて調査を行った。支援システムの実態については糸島市健康づくり課を代表とし、発達障害児の支援に

関わっている各部署の状況をとりとまとめた上でアンケートへの回答を依頼した。

(倫理面への配慮)

調査にあたっては個人を特定されるような情報は扱わず、匿名性に配慮した。

C. 研究結果

1) 地理的特性

糸島市は福岡県の西端に位置し、その東部は福岡市（西区・早良区）に、南西部は佐賀県（佐賀市・唐津市）にそれぞれ接している。他県と政令市に囲まれている地理的特性から小規模市ながらも県域単位での療育センターなどの支援システムにつながりにくいという特徴がある。平成22年に前原市、志摩町、二丈町の3市町村が合併して誕生した。人口は99687人（平成28年4月1日時点）であり、自然増加率と社会増加率は共にマイナスが続いているため、人口は減少基調にあるとともに、少子高齢化も進行している。

自治体の規模から特別支援学校や児童相談所などは有しておらず、地域の施設を利用しているが、前述の地理的特性から県域の機能が十分に利用しにくい状況がある。児童発達支援センターは医療型、療育型ともに擁していないため、療育センターに機能が集約する形ではなく、地域の福祉機関、教育機関、医療機関が連携を図る形で発達障害児の支援システムを構築してきた経緯がある。

2) 発達障害児の支援システム

(障がい者支援システム体系図を参照)

①一次スクリーニング～相談・調整の場

1歳半健診、3歳児健診が就学以前の発達障害の主な発見の場とされている。1歳半健診の場では共同注意尺度を用いた社会認知発達の兆候を評価し、発達障害のリスクを持つ子どもをスクリーニングしている。3歳児以降は保育園や幼稚園からの相談窓口を設けるとともに、保育園・幼稚園を対象とした巡回相談を実施し、それらも発見の場となっている。

保護者の支援やより詳細な行動観察が必要と判断された場合は、集団活動を行う機会を案内している（「わんぱく広場」「ぐんぐん教室」）。

②二次スクリーニング

観察を継続しながら必要に応じて言語聴覚士による相談（保健所が実施主体、「ことばの相談」）や臨床心理士による相談へとつなげている。心理相談で行動観察と発達の評価を実施し、臨床心理士と保健師で支援の方向性を決め、療育（集団・個別）や言語訓練の導入、巡回相談を実施する。

療育の経過中、必要に応じて児童精神科医師の診察（「子どものこころ発達相談」）を受け、診断が確定されることになる。

③療育

療育は市直営の子育て支援センターの療育部門（「きらきら」）で母子通園事業（「きらきら教室」）や個別療育が行われている。重度の知的障害や身体障害を対象とした療育施設が不足している現状がある。

幼稚園や保育園への支援として、既に一定のアセスメントや療育を受けている児と、これからアセスメントや支援に向けて検討が必要な児を対象とした巡回相談がそれぞれ行われている。

④就学移行支援

就学之际して、関係機関が情報を共有し、支援に向けて理解を深める機会が幾つか設けられている。その1つである就学移行支援キャンプでは、教育、医療、就学等の多職種の関係者と保護者が参加し、個別の移行支援計画を作成している。作成した移行支援計画は保護者が直接小学校へ手渡し、小学校へ情報が引き継がれるようになっていいる。これらの引継ぎはキャンプに参加した事例に限られる。同じく前述の子どものころ発達相談では幼稚園保育園年長児を対象に発達評価や診断を行っており、その結果は保護者の承諾を得て就学相談会に情報提供されている。

⑤学齢期の支援

前述の就学時の移行支援とともに、小学校から中学校への移行についても就学移行支援キャンプにおいて心理士の助言及び教育を含む多職種の関係者間での支援の引き継ぎが行われている。

学齢期の通所支援として放課後等デイサービスの提供が行われている。市内に開設された3カ所の民間事業所のみならず市外の事業所を利用する例も増えている。学齢期でのニーズが高まり利用が広がる一方で、福祉機関や教育機関を中心に地域多職種の相互協力により構築された従来の乳幼児期からの支援システムとの連携はまだ十分ではない。事業所との情報共有や支援体制の統合などが新たな課題となっている。

⑥医療との連携

平成27年度班研究において実施した医療機関を対象とする調査により、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%であり、同じ班研究の他の地域より低い有病率であっ

た。同時に実施した福岡市の医療機関に対する調査結果から、糸島市の児童が市外の医療機関に多く受診していることが示唆された（医療機関を受診した児の28%が糸島市内の医療機関を利用、72%が福岡市の医療機関を利用）。隣接する佐賀県の医療機関を受診している例もあり、そうした例では福祉機関や教育機関との連携が困難になることが報告された。

⑦保護者支援

就学移行支援キャンプでは、保護者も教育や就学等の関係者と協力して、個別の移行支援計画を作成している。また、情報提供の場として、講演会や身近な相談の場を積極的に設けている。今後はピアサポートの機能を目指し保護者同士が協力できるような機会を設定していくことも検討されている。

D. 考察

発達障害児の支援に必要な施設や機能を自治体単独では満たすことのできない小規模自治体においては、福祉や教育、医療の関係機関が互いに連携し、密に協力することで既存の社会資源をより有効に活用しているものと思われた。一方で社会資源の不足しがちな医療面の支援においては市外の医療機関との連携や、拡大傾向にある放課後等デイサービス事業との連携などで課題を抱えていることも明らかになった。学齢期以降での支援を中心に民間の事業所との連携を模索している過程にあり、小規模自治体の強みである顔の見える関係を学齢期以降も維持する仕組み作りとともに、支援内容と支援者のスキルの一定の質を担保で

きるようなモニタリングや研修などの制度の整備が必要だと考えられる。

E. 結論

糸島市では、小規模な自治体が有する社会資源を有効活用し、関係機関が相互に協力する形で発達障害児を支援する体制が構築されていた。支援のニーズの高まりに呼応して既存の支援体制の枠外で支援が広がってきている現状に対して、それらをどのように把握し、今ある支援体制とどのように統合していくか、方策と対応が求められている。

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（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

H. 参考文献

- 1) 山下洋：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。厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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 年度分担研究報告書，241-256，2014
- 2) 山下洋：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。厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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 27 年度総括・分担研究報告書，287-292，2016

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に
関する研究

分担研究報告書

岐阜県瑞浪市の地域特性と

発達障害児の支援体制の特徴に関する研究

研究協力者 関 正樹（大湫病院、土岐市立総合病院 精神科）

箭内 友子（大湫病院）

元吉 史昭（土岐市立総合病院 小児科）

中野 正大（土岐市立総合病院 小児科）

研究要旨:岐阜県瑞浪市における発達障害の子どもへの支援システムの特徴を抽出するために、発達障害の支援項目や支援システムに関するアンケート調査を行った。また、支援ニーズの把握のために教育機関へのアンケート調査を行うとともに、発達障害診療を行なっている医療機関における診療録調査を行なった。境界知能の児童や外国人児童についても調査を行なった。瑞浪市においてはミニマムなサイズながら支援システムが一通り整備されていた。一方で、熱意ある担当者がそれぞれの機関での中心を担っており、担当者が交代するなどした場合の支援や連携の継続性が今度の課題であった。

教育機関、医療機関における支援ニーズの調査からは、この数年の間に早期発見、早期受診が進みつつあることが示唆された。境界知能の調査からは、学習支援を行いたい人員の配置が不足しており、適切な支援が難しい現状が示唆された。外国人児童に関する調査からは、支援ニーズも多岐にわたり、支援ニーズを把握しつつも、どう支援していいかわからないと言った現状が示唆され、多職種の連携を行なっていくような支援システムの整備が求められた。

A. 研究目的

発達障害の早期発見と早期支援の開始の重要性が強く叫ばれるようになり、各地域において具体的な取り組みが推進されつつあるが、その進捗には地域格差も大きい。また、大都市と小規模都市では、おのずとできることも異なってくる。従って、特性の異なる

自治体における発達障害の支援ニーズを把握し、発達障害の支援システムの現状について調査を行い、地域の特性に応じた発達障害の子どもや家族の支援システムのモデルを提示することには大きな意義がある。そのような背景から、今回は小規模市である岐阜県瑞浪市における発達障害の子どもや家族の支援ニーズを把握し、そ

の支援システムの特徴を抽出することが本調査の目的である。

B. 研究方法

1. 地域特性に関する調査

一般的項目（人口、人口動態、産業構造、自治体の経済状態、住民の社会経済階層等）について、瑞浪市の関係各課にアンケート調査を行った。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査

発達障害支援に関する項目として、支援システムの概要や専門施設の有無、発見の場、医療の関わり方、幼児期の継続的な支援、学齢期の支援に加えて、発達障害支援の相談窓口としての公的センターの有無、連携会議の有無や都道府県との連携などについてアンケート調査を行った。

また、教育機関（各学校）が発達障害について把握している、もしくは疑いを持っている子どもたちがどの程度認められ、そのうちのどの程度の生徒が不登校や反抗、非行などの困難を抱えているか調査するために、瑞浪市内小中学校と瑞浪市在住の生徒が通う特別支援学校の小学校1年生、4年生、6年生、中学校3年生を対象としたアンケート調査を行った。また境界知能や外国人児童の支援についてもアンケート調査を行なった（回収率は100%）。

さらに、当地域の発達障害診療を行っている医療機関である、大湫病院、土岐市立総合病院において、該当学年における発達障害の有病率及びそのうちの不登校や反抗、非行などの併存率を調査するため、診療録等より診断名、診断を受けた年齢、IQ、重複障害や不登校、反抗挑戦性障害や素行障害の有無について調査を行った。

（倫理面への配慮）

教育委員会、行政機関におけるアンケート調査においては、個人を特定し得ることのないように数的情報のみを取り扱った。

医療機関における診療録調査においては、一般診療行為から得られる臨床情報のみを診療録等を介して収集、利用することが目的であり、倫理的な問題は生じない。診療録からの転記の際、また外部の機関との情報の受け渡しの際には個人情報漏れないように厳重に注意を行った。

また、インフォームド・コンセントは取らないが、研究の意義・目的・方法、問合せ先等を記載したポスターを外来に掲示し、情報の公開を行った。また、本研究を行うにあたって、各医療機関における倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 地域特性に関する調査

瑞浪市は人口3.8万人程の小規模都市である。市域の70%を森林が占めており、市中央部の平坦な地に市街地が形成され、北部、南部は山林である。市内中心部にはJR中央本線が東西に走り、瑞浪駅、釜戸駅の2駅が市内にある。瑞浪駅と名古屋駅の間は鉄道で約1時間である。

広域的な道路網として中央自動車道が東西に走り、市内にインターチェンジもあるため、比較的アクセスはよいものの、周辺地域と市内中心部との交通アクセスは、公共交通機関は少なく、マイカーを持つ家庭が多い。

古くから陶磁器の産地として栄えていたが、現在は独自の「みずなみ焼き」ブラン

ドの創出に向けた取り組みが行われている。一方で単一産業から複合型産業構造への転換と若者の雇用創出、産業発展を目指した工業団地「瑞浪クリエーションパーク」の基盤整備が完了している。また、畜産を含む農業が盛んな地域でもある。

2. 発達障害の支援システムに関する調査

(1) 母子保健

瑞浪市には常勤保健師が7名、非常勤が4名配置され、母子保健事業を展開している。保健師一人当たりの0-4歳人口は209名であり、乳幼児健診は4ヶ月児、1歳8ヶ月児、3歳児を対象に実施されている、それぞれの受診率は98.5%、96.0%、97.6%である。3歳児健診で要観察となった児童については、加配保育士の配置人数の検討のためもあり、各幼稚園や社会福祉課子育て支援室に情報提供がなされる。

(2) 幼稚園、保育園における早期発見

瑞浪市には私立保育園2園、公立幼稚園(幼保一体化)が8園、私立幼稚園が1園あり、公立幼稚園では障害児の受け入れを行なっている。現在診断書もしくは療育手帳所持の子どもを4園12名受け入れている。幼稚園、保育園等で保育士や家族が子どもの発達を心配されている場合、「瑞浪市子ども発達支援センター」への発達相談を勧められる。瑞浪市社会福祉課が行う臨床心理士の巡回相談訪問や「瑞浪市子ども発達支援センター」におけるスタッフの巡回相談も早期発見に寄与しているものと考えられる。

(3) 学齢期における早期発見

特別支援教育コーディネーターを中心とした特別支援教育委員会(校内教育支援委員会)が市内全小中学校に設置されており、

個別に支援の必要な児童生徒の把握、支援方法の検討などが行われている。前述の臨床心理士による巡回訪問相談は学校でも行われており、発達障害のある児童の把握に寄与しているものと考えられる。

(4) 発見から「瑞浪市発達支援センター」における継続的な支援に至るまで

瑞浪市においては1歳半健診、3歳児健診が主要な早期発見の場の一つとなっており、フォローされている児童の割合は、1歳半健診で39.2%、3歳児健診で27.4%である。3歳児健診で把握された児童は、「瑞浪市子ども発達支援センター」での発達相談を経て、療育が開始される。「瑞浪市子ども発達支援センター」に通所する就園児の多くは、幼稚園や保育園との並行通園を行っている。そのため、3歳児健診で要観察となった児童については健康づくり課と幼稚園との間で連携し、情報共有がなされている。

(5) 幼稚園や保育園における継続的な支援

瑞浪市では、公立幼稚園において障害のある児童を受け入れており、加配保育士などによる対応もなされている。市内の各園では個別支援計画作成検討会の場を年に2回設けており、園の特別支援教育コーディネーターを中心に関係者と連携しながら、児に対する支援方法を検討している。また、先述の臨床心理士による巡回相談や発達支援センター相談員による巡回相談、東濃圏域発達支援センターの相談員による訪問など外部専門家による支援も幼稚園、保育園における継続的な支援に寄与している。

(6) 学校への引き継ぎ

就学時には成長引き継ぎ書という成長発達の記録、支援方法などを記載した書類を

3月の引き継ぎ会にて引き継ぎを行なっている。また、随時の交流を通じて、園や学校での子どもの情報の共有をできるようにしている。

(7) 瑞浪市の学齢期における発達障害支援体制

瑞浪市内には、特別支援学校の設置はなく隣接する土岐市の東濃特別支援学校に通学している。瑞浪市内の小学校においては、特別支援学級（知的）が7校中6校に、特別支援学級（情緒）が7校中4校に設置されるとともに、言語通級指導教室が1校に1教室、発達（LD,ADHD）通級が2校2教室（1教室は分室）設置されており、言語通級に11名、発達通級に12名の生徒が通級している。学校の中での配慮として、学習支援員や非常勤講師の配置がなされることもある。市内すべての小中学校に特別支援教育委員会が設置されており、前述の支援ニーズの把握と同時に支援方法の検討も行なっている。また、臨床心理士による巡回相談なども発達障害のある児童の継続的な支援に寄与している。

(8) 療育関係者連絡会の設置

瑞浪市においては療育関係者連絡会が設置されており、児童福祉関係者、障害福祉関係者、教育関係者、児童精神科医（筆者）や精神保健福祉士が参加し、月に一回程度開催されている。

(9) 医療機関の関わり

公的な療育や幼稚園での継続的な支援はこれまで書いてきたように、医療機関による診断の前に開始されていることが多い。岐阜県においては、県内各圏域に発達障害を診療する外来を委託、設置している。瑞浪市のある東濃圏域においては大湫病院、

多治見市民病院 小児科の2つの医療機関の外来が委託されている。瑞浪市内には東濃圏域の発達障害外来の一つである大湫病院があり、就学前など家族の不安が高まりやすい時期やご家族からの希望に応じて紹介されることが多い。また、受診待機などの問題から土岐市立総合病院の小児科や多治見市民病院の小児科などを受診するケースも多い。しかし、診療を行う医療機関が不足しているのは否めない。

また、言語聴覚士や作業療法士などのセラピストによる個別のリハビリテーションを求めて、土岐市立総合病院や多治見市民病院を受診するケースもしばしばある。

(10) 現在の到達点と今後の課題

瑞浪市においては、発達障害のある子どもに関わるそれぞれの機関が継続的に支援内容を見直しつつ、研修を重ねていることから、ある程度支援システムはできつつあり、連携についても療育関係者連絡会議の設置を始め、その取り組みがなされている。現在は熱意ある担当者を中心にシステムが作られているが、今後はこのような支援システムの継続性が課題になるものと考えられる熱意ある担当者に依存するシステムを、今後は担当者が代わっても引き継ぐことができるシステムにしていくことが課題であると考えられる。

3.発達障害の支援ニーズに関する調査

(1) 小学校1年生児童の調査

<表1>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	11.7(2.56)	4.76
広汎性発達障害	2.93(1.46)	1.83
多動性障害	4.39(0.36)	0.73
コミュニケーション障害	1.09(0.36)	0.73
学習障害	0.73(0)	0
精神遅滞	1.46(0)	0.36
その他	0.36(0.36)	0.73
境界知能	0.73(0)	0.36

<表2>学校アンケート調査 内訳

広汎性発達障害 N=8	0	2 (25)	0	4 (50)	0	0
多動性障害 N=12	0	2 (16.6)	0	0	0	0
コミュニケーション障害 N=3	0	0	0	1 (33.3)	0	0
学習障害 N=2	0	0	0	0	0	0
精神遅滞 N=4	0	0	0	0	0	0
その他 N=1	0	0	0	1 (100%)	0	0
境界知能 N=2	0	0	0	0	0	0

平成28年4月1日現在、瑞浪市に居住する小学校1年生児童は273名であった。学校アンケート調査では、発達障害が疑われる児童は11.2%であり、医療機関受診を学校が把握している児童は2.56%であった。学校アンケート調査における診断内訳は広

汎性発達障害が2.93%、多動性障害が4.39%であった。

<表3>医療機関調査 内訳

広汎性発達障害 N=5	0	0	0
多動性障害 N=2	0	0	0
コミュニケーション障害 N=2	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=1	1 (100)	0	0
その他 N=2	0	0	0
境界知能 N=1	0	0	0

汎性発達障害が疑われる児童の25%、多動性障害の疑われる児童の16.6%は反抗挑戦性障害が疑われた。素行障害が疑われる児童は見られなかった。

小学校1年生の4.76%が医療機関受診をしており、何らかの発達障害の診断がついていた。診断内訳は広汎性発達障害1.83%、多動性障害が0.73%であった。精神遅滞を有する児童1名に不登校を認めたと、反抗挑戦性障害や素行障害の併存は認められなかった。

発達障害の病名がつかない境界知能の児童を1名認め、その支援ニーズは学習支援であった。

(2) 小学4年生児童の調査

<表4>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	6.18(1.95)	3.87
広汎性発達障害	3.29(2.25)	1.29
多動性障害	1.93(0.32)	0.32
コミュニケーション障害	0	0.64
学習障害	0.32(0)	0
精神遅滞	0.96(0.32)	0.64
その他	0.96(0.32)	0.96
境界知能	0.32(0)	0

<表5>学校アンケート調査 内訳

広汎性発達障害 N=9	0	3 (33.3)	0	7 (77.7)	0	0
多動性障害 N=6	0	1 (16.6)	0	1 (16.6)	0	0
コミュニケーション障害 N=0	0	0	0	0	0	0
学習障害 N=1	0	0	0	0	0	0
精神遅滞 N=3	0	0	0	1 (33.3)	0	0
その他 N=3	0	0	0	1 (33.3)	0	0
境界知能 N=1	0	0	0	0	0	0

平成28年4月1日現在、瑞浪市に居住する小学校4年生児童は310名であった。学校アンケート調査では、発達障害が疑われる児童は6.18%であり、医療機関受診を学校が把握している児童は1.95%であった。学校アンケート調査における診断内訳は広汎性発達障害が3.29%、多動性障害が1.93%であった。広汎性発達障害が疑われる児童の33.3%、多動性障害の疑われる児

童の16.6%は反抗挑戦性障害が疑われた。素行障害が疑われる児童は見られなかった。不登校の児童も認められなかった。

<表6> 医療機関調査 内訳

広汎性発達障害 N=4	0	0	0
多動性障害 N=1	0	0	0
コミュニケーション障害 N=2	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=2	0	0	0
その他 N=3 (100)	1	0	0
境界知能 N=0	0	0	0

小学校4年生児童の3.87%が医療機関受診をしており、何らかの発達障害の診断がついていた。診断内訳は広汎性発達障害1.29%、多動性障害が0.32%であった。その他の発達障害の児童1名に不登校が認められたが、反抗挑戦性障害や素行障害の併存は認められなかった。

発達障害の病名がつかない境界知能の児童を1名認め、その支援ニーズは緘黙傾向に対するコミュニケーション支援であった。

(3) 小学6年生児童の調査

<表7>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	5.9(3.41)	2.5
広汎性発達障害	2.17(1.24)	0.93
多動性障害	1.86(1.55)	0.62
コミュニケーション障害	0	0
学習障害	0	0
精神遅滞	0	0.31
その他	1.86(0.62)	0.31
境界知能	0	0.31

<表8>

学校アンケート調査の内訳

広汎性発達障害 N=7	1 (14.2)	1 (14.2)	0	4 (57.1)	0	0
多動性障害 N=6	0	1 (16.6)	0	5 (83.3)	0	0
コミュニケーション障害 N=0	0	0	0	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0	0	0	0
精神遅滞 N=0	0	0	0	0	0	0
その他 N=6	1 (16.6)	0	0	2 (33.3)	0	0
境界知能 N=0	0	0	0	0	0	0

平成28年4月1日現在、瑞浪市に居住する小学校6年生児童は322名であった。学校アンケート調査では、発達障害が疑われる児童は5.9%であり、医療機関受診を学校が把握している児童は3.41%であった。学校アンケート調査における診断内訳は広汎性発達障害が3.29%、多動性障害が

2.17%であった。広汎性発達障害が疑われる児童の14.2%、多動性障害の疑われる児童の16.6%は反抗挑戦性障害が疑われた。素行障害が疑われる児童は見られなかった。広汎性発達障害の疑われる児童の14.2%に不登校が認められた。

<表9>医療機関調査 内訳

広汎性発達障害 N=3	0	0	0
多動性障害 N=2	0	0	0
コミュニケーション障害 N=0	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=1	0	0	0
その他 N=1	1 (100)	0	0
境界知能 N=0	0	0	0

小学校6年生の2.5%が医療機関受診をしており、何らかの発達障害の診断がついていた。診断内訳は広汎性発達障害0.93%、多動性障害が0.62%であった。その他の発達障害の児童1名に不登校が見られたが、反抗挑戦性障害や素行障害の併発は認められなかった。

発達障害の病名がつかない境界知能の児童を1名認め、その支援ニーズは学習支援であった。

(4) 中学3年生の調査

<表 10>

学校アンケート調査と医療機関調査の比較

発達障害全体	5.53(3.2)	6.12
広汎性発達障害	3.20(2.33)	1.45
多動性障害	1.16(0.58)	1.45
コミュニケーション障害	0.29(0.29)	0
学習障害	0	0
精神遅滞	0	0.58
その他	0	2.33
境界知能	0.87(0)	0.29

<表 11>

学校アンケート調査の内訳

広汎性発達障害 N=11	1 (9.09)	7 (63.9)	0	8 (72.7)	4 (36.3)	0
多動性障害 N=4	0	2 (50)	0	2 (50)	1 (25)	0
コミュニケーション障害 N=1	0	0	0	1 (100)	0	0
学習障害 N=0	0	0	0	0	0	0
精神遅滞 N=0	0	0	0	0	0	0
その他 N=0	0	0	0	0	0	0
境界知能 N=3	0	0	0	0	0	0

平成28年4月1日現在、瑞浪市に居住する中学3年生は343名であった。学校アンケート調査では、発達障害が疑われる児童は5.53%であり、医療機関受診を学校が把握している生徒は3.2%であった。学校アンケート調査における診断内訳は広汎性発達障害が3.2%、多動性障害が1.16%であった。広汎性発達障害が疑われる児童の

63.9%、多動性障害の疑われる児童の50%は反抗挑戦性障害が疑われた。素行障害が疑われる児童は見られなかった。

広汎性発達障害の疑われる児童の9.09%に不登校が認められた。

<表 12>医療機関調査の内訳

広汎性発達障害 N=5	0	0	0
多動性障害 N=5	2 (40)	2 (40)	0
コミュニケーション障害 N=0	0	0	0
学習障害 N=0	0	0	0
精神遅滞 N=2	0	0	0
その他 N=8	4 (50)	2 (25)	1 (12.5)
境界知能 N=1	0	0	0

中学校3年生の6.12%が医療機関受診をしており、何らかの発達障害の診断がついていた。診断内訳は広汎性発達障害1.45%、多動性障害が1.45%であった。医療機関で診断がついている児童で反抗挑戦性障害の児童や素行障害の児童は認めなかった。発達障害全体の30%に不登校歴が認められた。また、多動性障害の40%に反抗挑戦性障害を認めた。(医療機関における不登校の調査については、過去の不登校歴も含めてカウントしてあるため、現在は登校している群を含んでいる)

発達障害の病名がつかない境界知能の児童を3名認め、その支援ニーズは学習支援

や怒りのコントロールであった。

(5) 境界知能・外国人児童への支援ニーズに関する調査

境界知能の児童に関する調査の自由記述部分を以下に抜粋する。

(小1、4、6)

- 個別に指導したり、少人数で指導したりできる支援体制を充実できるとよいが、現状のスタッフの人数では限界がある。

(中3)

- 学校としては、特別支援学級で学んだ方が効果的に学力を身に付けられると考えても、本人や保護者の合意が得られない場合がある。
- 通常学級で学ぶ際、支援員等の人員が十分ではない。
- 通常学級の授業についていくことが難しい。その子に応じた課題に取り組んで、支援をしたいが、授業中、教師1人では対応しきれない。別教室における取り出し指導は効果的であると思うが、1人みんなと別の場所で学習することや、別の学習を行うことについては、本人・保護者の意志や本人への配慮はもちろん、周りの生徒への理解と指導が必要である。また、取り出し指導をする職員も必要である。

境界知能の子どもにおいては、小学校1年時点や中学3年時点での支援ニーズが多く見られた。上記を考え合わせると、学校内での支援ニーズとしては、学習支援が必要だが、学校内での支援員や個別指導などの人員の配置が足りない現状や周りへの理解啓発を促していくとの困難さが示唆される。

医療機関調査においても、支援ニーズとしては学習の支援が多く見られ、そのうちの一部は総合病院の言語聴覚士が関与し、個別の学習支援を行っていた。

外国人児童の支援ニーズに関する自由記述は家庭環境の問題、文化差の問題、日本語の困難から両親へのアドバイスや支援が入りにくい点など多岐に渡るため、以下に抜粋する。

(小1)

- 家庭の環境が様々で、母国語も日本語もあいまいな状況の中、どのように判断、支援していけばよいのかということが難しい。

(小4)

- 父親が日本人、母親が中国人、子どもは5歳から日本にきているが、中国語はほとんど忘れてしまっている。4年生であるが同級生の日本の子に比べて日本語の理解力や語彙数は少ない。家庭では、母親の帰りが遅く、子どもとコミュニケーションがとれていない状況である。学校では、本人が気に入らないこととやりたくないことがあるとやらなければならないことをかたくなに拒否するため、指導上大変困っている。WISC 検査を行い、結果を保護者に伝え、家庭と学校の指導に生かしていきけるよう懇談を行った。
- 保護者が日本語を理解できない時のコミュニケーション
- 言語の問題か発達の問題かを区別できない
- 専門的に指導ができる人材の確保が難しいことや、一般的な教員はそうした子どもへの指導スキルを身に付けてき

ていないため、指導が難しい。

D. 考察

1. 地域特性と発達障害の支援システムに関する調査から

瑞浪市のような人口5万人未満の地方都市の多くは大都市に見られるような大規模な専門の療育センターを持つことは難しい。しかし、発達障害の早期発見・早期支援が推進される現代において、その支援システムを自治体規模に応じて過不足なく構築する必要性から、瑞浪市においても、その実情に応じた発達障害の支援システムが整備されつつある。このような実情は、全国的にどこの自治体でも同じであることが推測され、瑞浪市の調査を行い、その結果を分析することは全国と同規模の自治体の実情をある程度反映し、意義があるものと考えられる。

瑞浪市においては、母子保健分野のヒューマンリソースは大都市に比べて比較的潤沢であり、健診で気がつかれた子どもの情報を幼稚園での支援に繋げるようなシステムが整備されていた。公立の幼稚園では障害のある児童を受け入れており、加配保育士による対応がなされるとともに、幼稚園での継続的な支援の質を高めるために、市内の各園では個別支援計画作成検討会の場を設けており、園の特別支援教育コーディネーターを中心に関係者と連携しながら、児に対する支援方法を検討していた。また、心理士による巡回相談や発達支援センター相談員による巡回相談を活用しながら継続的な支援にあたっていた。

瑞浪市の中心的な療育施設は「瑞浪市子ども発達支援センター」が担っていた。「瑞浪市子ども発達支援センター」は医療機関

機能を持たないため、瑞浪市では療育は診断以前に開始されることとなっており、保護者の受け入れ状況を見つつ医療機関受診が勧められていた。

さて、岐阜県は、岐阜市、大垣市、各務原市、多治見市を除いた残りの38市町村は人口10万人未満であり、多くの市町村は発達障害診療を行うような医療機関を自前で整備することが難しい。そこで、岐阜県では圏域ごとにいくつかの医療機関に発達障害外来を委託しており、診療を行なっている。一方、全国的な傾向と同様、受診までの期間が数ヶ月以上あるなど、受診待機の問題は瑞浪市のような小規模市でも見られていた。

発達障害に関係する連携を行う会議として、療育関係者連絡会が設置されており、圏域の医療機関の児童精神科医もこの会議に参加するなどの連携が図られていた。

就学への連携としては、成長引き継ぎ書を用いた引き継ぎの会議を行うなどの連携が図られていた。学齢期の支援としても市内の多くの学校に特別支援学級が整備されるとともに、2校には通級指導教室が整備されていた。学校内では特別支援コーディネーターを中心とする特別支援教育委員会が設置されており、ここで発達障害の疑われる児童の把握、支援方法の検討が行われていた。

以上から瑞浪市では発達支援センター、療育関係者連絡会が設置されており、保育園における継続的な支援にも発達支援センターや心理職などの専門職が関与するシステムや発見した児の情報を幼稚園そして、学校へと繋ぐシステムも整備されていた。発達障害の診療医療機関は県の委託を受け

た圏域の医療機関がその中心を担っており、支援システムとしてはミニマムなサイズながら一通りの支援システムが揃った形であると言える。また、各幼稚園で特別支援コーディネーターを中心とした検討が行われるなど熱意ある支援が行われている市であると言える。

その一方で、他の小規模市同様、瑞浪市は人材の供給と育成を継続的に行うことは難しい地域であると言え、この分野に関しては、圏域もしくは県と連携をとっていく必要があるであろう。

2. 発達障害の支援ニーズに関する調査から

瑞浪市の小学校1年児童の調査からは、小学校1年の時点で、学校において発達障害が疑われる児童は、11.7%であり、小学校1年の時点で医療機関を受診し、何らかの発達障害の診断がついているものが4.76%であった。過去3年間の調査では、小1の時点で医療機関受診をしている割合が、2.93%(平成25年度調査)、2.66%(平成26年度調査)、2.66%(平成27年度調査)であり、本年度の小学1年児童は発達障害に関して早期受診が進んでいる傾向が示唆される。

小学校4年生の調査では、学校において何らかの発達障害が疑われる児童は6.18%、小学校4年生で医療機関受診をしており、発達障害の診断がついている者は3.87%であった。この集団は過去3年間の調査で追跡してきた集団であり、本年度は診療録調査を行うことができた医療機関が減っているため、単純な比較はできないが、小学校1年時1.62%(平成25年度)、小学校2年時2.94%(平成26年度)、小学校3年時2.92%(平成27年度)と徐々に発達障害で受

診する割合が増加している傾向が示唆され、何らかの学校での不適應などから、小学校以降も受診が増加していることが推測された。

小学校6年児童の調査からは、小学校6年の時点で、学校において何らかの発達障害が疑われる児童は、5.9%であり、小学校6年の時点で医療機関を受診し、何らかの発達障害の診断がついているものが2.5%であった。過去3年間の調査では、小6の時点で医療機関受診をしている割合が、4.66%(平成25年度調査)、4.47%(平成26年度調査)、3.71%(平成27年度調査)であり、本年度は2.5%と減少している。しかし、教育機関調査では小学校6年時点における何らかの発達障害が疑われる割合は5.47%(平成25年度調査)、6.98%(平成26年度調査)、8.35%(平成27年度調査)、5.9%(本年度)であり、大きな減少傾向は認められないことから、この減少傾向の背景には診療録調査を行うことができた医療機関が少なくなったことやサンプルサイズが小さいことも関与しているものと思われる。

中学校3年生の調査では、学校において何らかの発達障害が疑われる児童は5.53%、中学校3年生で医療機関受診をしており、発達障害の診断がついている者は6.12%であった。この集団は過去3年間の調査で追跡してきた集団である。医療機関調査における発達障害の有病率の推移を見ると4.66%(平成25年度)、4.68%(平成26年度)、4.4%(平成27年度)であり、中学3年になってからの受診もいくらかあることが示唆される。

全体として概観すると、教育機関の支援

ニーズは低学年ほど高く、高学年になる程低くなると言える。これには広汎性発達障害や多動性障害の子どもが、学校という集団教育の場に入ってからすぐの頃は、学校側もその支援の方策などに戸惑いを持っているが、高学年になるにつれて個々のスキルの発達や支援や配慮が上手くいくようになった結果、支援ニーズが少なくなっていることなどが推測され、今後さらなる調査を要するものと考えられる。

不登校や併存障害の調査からは、不登校、反抗挑戦性障害ともに年齢が上がるにつれて増加する傾向が示唆されるとともに、反抗挑戦性障害は広汎性発達障害や多動性障害の子どもに多く見られる傾向が示唆された。不登校に関しては、発達障害全体で見れば、30%に不登校歴が見られた。学校の中に居場所を見つけにくい一群が存在することが示唆された。素行障害の子どもはそれほど見られなかったが、これには瑞浪市が山間部の小規模市であるという地域特性が関与している可能性がある。

境界知能の子どもの支援ニーズは学校での学習の困難であることが多く見られた。現場の教員は、適切な配慮を行おうと努力をしており、個別支援や支援員の配置などを行いたい、人員の不足からそれを行うことが難しい現状が示唆された。また、そのような支援や配慮を行う際の周囲の児童や生徒への理解を求めていくことも現場の課題として見て取れた。

外国人児童の支援ニーズは家庭の問題への介入が必要であったり、学習の支援が必要であったり、そもそも発達の問題なのか言語や文化の問題なのかがわからなかったりと多岐にわたっていた。

上記のようにニーズが多岐に渡る以上、現場の担任の教師のみで支援や配慮を行っていくことは困難であることが推測されるため、今後は他職種も関わりながら支援継続できるシステムの整備が求められる。

E. 結論

岐阜県瑞浪市における地域特性と、その発達障害支援体制に関するアンケート調査を行うとともに、医療機関における診療録調査を行った。

瑞浪市は平成25年度の調査においては、早期発見、早期支援に関する地域への啓発に課題があり、療育につながる事や医療機関受診に大きなハードルがあるものと考えられていたが、この数年の間にある程度早期発見や早期受診が進みつつあることが示唆された。

支援システムとしてはミニマムなサイズながら一通りの支援システムが揃った形であると思われるが、現在熱意ある担当者によって運営されている支援の継続性が今後の課題であると考えられた。

学齢期の支援システムも整備されてきているが、境界知能や外国人児童への支援については支援ニーズを把握しつつも、どう支援していいかわからない、もしくはそれだけの人員配置がないことが示唆された。特に外国人児童への支援に関してはその支援ニーズは多岐に渡るため、ソーシャルワーカーや心理職など多職種が連携しながら支援にあたることのできるシステムの整備が求められる。

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

(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

H. 参考文献

- 1) 本田秀雄 子どもから大人への発達精神医学 金剛出版 2013
- 2) 関 正樹 :岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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 pp298-329
- 3) 関 正樹 :岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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 pp394-416
- 4) 関 正樹 :岐阜県瑞浪市の地域特性と発達障害児の支援体制の特徴に関する研究；厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合事業 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 27 年度 総括・分担研究報告書 pp293-302

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に
関する研究
分担研究報告書

山梨市における発達障害の幼児および学童に対する支援体制に関する報告書

研究協力者: 金重紅美子 (山梨県立こころの発達総合支援センター 主任医長)
片山知哉 (山梨県立こころの発達総合支援センター 所長)
上田美穂 (山梨県立こころの発達総合支援センター)
中嶋 彩 (子育て・発達の里 こころとそだちの相談室ぽーれ)
柳原めぐみ (山梨市市役所)
手塚桜 (山梨市市役所)
宮本佳代子 (山梨市市役所)
岡 輝彦 (山梨県教育長新しい学校づくり推進室)
雨宮一昭 (山梨市教育委員会学校教育課 課長)
山縣然太朗 (山梨大学 教授)

研究要旨: 発達障害児者へのサービスは制度上保証されており、各地でそのシステム整備が行われているが、その実態は十分把握されておらず、地域特性によってサービスの質、量ともに異なる可能性がある。本調査では山梨県山梨市における発達障害のこどもの支援体制について調査し、その実態を把握した。山梨市は少子高齢化が進む人口約 36,000 人の地方都市で、発達障害のこどもたちの支援に特化した専門機関を市単独では設置できていない。一方で人口あたりの保健師の数が多く、母子保健を担う保健師が中心となって、教育や福祉分野と連携し、発達障害の早期発見、早期支援および特別支援教育体制を整備してきた。課題は、専門機関につなぐ際の待機期間中の支援体制や中学校卒業以降の支援体制が不十分なことと考えられた。また、今後ニーズが増加すると考えられる日本語の使用が困難な発達障害児への支援に対応するためにも、発達障害の支援に関する企画、調整、連携などに特化した「発達支援室」のような組織を設置することが望ましいと思われた。

A. 研究目的

発達障害児者への支援サービスは制度上保障されており、各地でそのシステム整備が行われているが、その実態の把握は十分なされておらず、人口

規模、地理的条件、財政などの地域特性によってサービスの質、量ともに異なる可能性がある。また支援ニーズの把握も不十分であり、未診断でも発達障害の特性や軽度の遅れがあつて支援を要する

ケースが、潜在的にかなり存在する可能性がある。発達障害の女性特有の課題に関しても実態把握はなされていない。

本研究では、発達障害の支援ニーズとサービスについて地域特性ごとに、児童期から成人期まで、診断例だけでなく発達障害や軽度の遅れが疑われる未診断例も含め、医療、福祉、教育、就労支援など多領域にわたって全国調査を行って実態を把握する。小規模市である山梨県山梨市において、研究初年度である今年度は、その地域特性について調査を行い発達障害支援体制の特徴とその課題を抽出した。

B. 研究方法

山梨市の地理的特徴、人口、人口動態、就業人口、職業大分類別就業者数に関するデータは山梨市から出されている「統計やまなし」¹⁾から引用したほか、市役所職員である研究協力者が担当部署に問い合わせ調査した。また、発達障害児の発見と早期支援体制について、本研究班で定められた調査票を用いて調査を行った。

(倫理面への配慮)

調査にあたっては、氏名、生年月日、住所を含む個人を特定できるような情報は扱わなかった。

C. 研究結果

1. 山梨市の概要

山梨市は甲府盆地の東部に位置し、2016年4月1日現在、人口 36,089 人、面積 289.87km²の市である。南部の平坦地にはJR 中央本線山梨市駅、東山梨駅の 2 駅を中心に市街地が形成されている。市街地周辺から丘陵地帯にかけては、桃、ぶどうなどの果樹園が広がり、市街地の北側は笛吹川上流に向かって標高が高くなるにつれ、山林の占める割合が高くなり、市全体の 8 割を森林が占める。南部の平坦地と北部の山岳地域では約 2,300m の標高差があり、地域によって人口密度や年齢構成割合が大きく異なっている。

2009 年 3 月に山梨市、牧丘町、三富村の 3 町市が合併して新しい山梨市となった。2015 年の高齢化率は 31.3% (県 28.4%、国 26.6%)、出生率は 6.4 (県 7.3、国 8) と少子高齢化が進んでいる。

2. 母子保健

2016 年 4 月現在、市全体で 19 名の保健師が在籍しており、本庁の他、2 カ所にある支所にも保健師が配置されている。保健師活動は地区担当業務分担併用型で健康増進課に配属されている保健師 8 名と各支所の保健師 2 名の合計 10 名で母子保健事業を展開している。

妊娠中に 2 回、新生児期に 2 回の助産師による家庭訪問を実施し、生後 2 ヶ月で地区担当保健師による家庭訪問を行い、早期から母子と保健師との関係を築いている。乳幼児健診は、3 ヶ月児、7 ヶ月児、1 歳 6 ヶ月児、2 歳児、3 歳 4 ヶ月児、5 歳児を対象に保健センターにて実施し、1 ヶ月児、11 ヶ月児健診は医療機関委託で実施している。このため地区担当保健師が母親と関わる機会が多く、複数の子どもがいる家庭の場合は対象児童の同胞の健診場面などでも保健師に会う機会があるなど、担当保健師と母親との接点が多いことが特徴である。

3. 発達障害の支援体制

(1) 発見・把握の場

[幼児期]

乳幼児健診では、保健師が母子の状況を把握しながら発達障害の疑いのあるこどもの把握に努めている。平成 23 年度より山梨県立こころの発達総合支援センターの協力を受けて問診票の改良を行い、保健師の経験にかかわらず一定の基準で発達障害の疑いのあるこどもを把握できるようになった。

幼稚園・保育園に入園後にこどもの発達に何らかの問題があると気付かれた場合には、担当保育士から市保健師に連絡があり、保健師がこどもの状態を把握するとともに、家族は保健センターで相談を受けるよう勧められる。必要に応じて障害児(者)地

域療育等支援事業による施設支援一般指導事業により、地域療育コーディネーター、保健師、心理士らが園訪問を実施し、今後の支援方針について保育士へ助言を行う。保育士が問題を感じていても、保護者が承諾しないなどで介入に至らないケースもある。

すべての年長児を対象として健康増進課と学校教育課が合同で「就学時訪問」を行っており、これも発達障害の早期発見に寄与している。

[小学校]

小学校で初めて発達障害の疑いに気付かれた場合には、学校長や特別支援教育コーディネーターの要請により、市教委に所属している心理発達相談員または特別支援学校によるセンター的機能を利用した学校訪問や本人・家族との面接、スクールカウンセラーによる巡回および面接等が行われ、こどもの状態が把握される。また、学童保育からこどもへの対応について福祉課や市教委に相談があったり把握されるケースもある。

また、幼児期に保健師が把握していたが保護者の意向などで特別な支援を受けずにいたケースが、就学後、改めて担当保健師に相談して市の発達相談につながることもある。

(2) 発見から継続的な支援までの流れ

1歳6ヵ月以降のすべての乳幼児健診に心理士が参加しており、発達障害が疑われるこどもは心理相談を経て、継続相談である「すこやか発達相談」（心理士、言語聴覚士による相談）に導入される。相談の中で、こどもの障害に対する家族の気づきの程度を見計らいながら、医療機関や福祉機関を紹介する。幼稚園・保育園から紹介されたこどもについても、まず保健師が相談を受け、必要に応じて園訪問（保健師、地域療育等支援事業、特別支援学校センター的機能など）を実施しながら、継続が必要であれば「すこやか発達相談」に紹介される。専門機関との相談を開始してからも継続して担当保健師がかかわり、こどもの状態に合わせてきめ細

やかに対応していく。

学齢期においては、まず学校長や担任、特別支援教育コーディネーターが、学校生活の様子をふまえて家族との相談を実施する。市教委に所属している心理発達相談員や特別支援学校によるセンター的機能を利用した学校訪問、本人・家族との面接、またはスクールカウンセラーによる授業観察や面接などを利用して本人の状態を把握し、必要に応じて医療・福祉等の専門機関を紹介する。また校内支援として、特別支援学校によるセンター的機能を利用した学校訪問やスクールカウンセラー、通級指導教室、特別支援学級、支援員の利用等を検討していく。特別支援学級の利用や支援員による対応などの支援体制の検討にあたって市教育がこどもの状態像を把握する必要があるため、支援体制の確立まで継続して市教委が関わることが多い。

(3) 医療のかかわり方

知的障害が疑われるケースや言語発達の遅れが目立つケースは隣接する笛吹市にある石和共立病院を紹介され、言語聴覚士や作業療法士などのセラピストによる個別のリハビリテーションを受けることが多い。もともと身体機能等の疾患があるケースは山梨大学附属病院や地元の総合病院である山梨厚生病院などを紹介されることもある。家族がこどもの特性を理解する上で特別な配慮が必要だと考えられる場合には、児童精神科医がいる県立こころの発達総合支援センターを紹介され、そこを經由して石和共立病院のリハビリテーションに繋がることもある。

家族がこどもの特性を正しく理解し、適切な対応ができるように支援することを医療受診の主たる目的とする場合には、県立こころの発達総合支援センターに紹介される。ただし、こころの発達総合支援センターは、直接支援よりは地域の保健師と連携して支援体制を構築するための支援を中心に行っているため、頻度の高い直接支援が必要なケースについては他機関が紹介されることが多い。

学齢期以上のケースで、学校生活に支障となるような多動や危険な行動上の問題がある場合など、薬物療法を含む医療的な関与が速やかに必要だと考えられる時には、地元の総合病院である山梨厚生病院の小児科に紹介されることが多い。また、こころの発達総合支援センターで服薬調整を行った後に地元の病院に紹介されて薬物療法を継続しているケースもある。

いずれの年齢帯でも療育手帳(特別児童扶養手当の診断書を含む)の取得を目的とする場合は、児童相談所の医学判定を利用することが多い。

(4) 幼児期の継続的な支援

山梨市には認定こども園が1カ所(私立)、保育所が11カ所(公立6、私立5)、幼稚園が2カ所(公立1、私立1)無認可保育所が1カ所、ある。保育所、幼稚園ともに公立の園に発達障害の診断を受けているこどもまたは小児リハビリを利用しているこどもが在籍していることが多い。児童発達支援センターとの並行通園をしている児は、公立保育所に保育士を増員して受け入れている。市内の公立保育所での障害等による加配保育士の配置について明確な基準はなく、現状では市で認めた者に対して加配を行っている。平成28年度は、14人の加配保育士がおり、本来の基準でいくと保育士68人のところに82人を配置している。さらに公立幼稚園で支援員1名の加配がなされている。保育所、幼稚園では地域療育コーディネーターの事業として心理職の派遣を受けることができる。また専門機関につながっているケースでは、担当保健師を介して専門機関からの助言を受けることがある。児童発達支援センター等と並行通園しているこどもについて、児童発達支援センターの保育所等訪問支援事業で助言を受けたり、小児リハビリに通っているこどもについてセラピストと連絡ノートのやり取りをしたり、セラピストによる園訪問で助言を受けたりすることもある。

福祉サービスを利用するには相談支援専門員

等による計画相談支援が必要である。現在、山梨市のこどもが利用している福祉サービスは、児童発達支援センターおよび児童発達支援事業所が1カ所ずつ、放課後等デイサービス11カ所、保育所等訪問支援事業所1カ所である。放課後等デイサービスは、制度導入当初、市内の事業所は1カ所だけだったが、平成27年に中高生も対象とした事業所が1カ所でき、平成28年にも1カ所増えた。近隣市にも多くの放課後等デイサービスが開設され、児童や保護者の目的によって事業所が選択できるようになっている。

医療としては県内3カ所にある共立病院や県立あけぼの医療福祉センター、健康科学大学リハビリテーションクリニック等で小児リハビリテーションを行っている。また児童精神科医がいる県立こころの発達総合支援センターで診療を受けたり、幼児のグループに参加したりすることもいる。それぞれの機関と必要に応じて連携をとっている。

ことばの発達について特に支援が必要と考えられるこどもでは、発達障害・情緒障害および言語障害を対象とした通級指導教室「ことばの教室」を利用することができる。「言葉の教室」は市内で1カ所、日下部小に設置されており、基本的には小学生以降を対象としているが、年長幼児も必要に応じて受け入れている。主に構音障害、吃音、緘黙などが対象となる。

(5) 学校への引き継ぎ

幼児期に継続相談である「すこやか相談」を利用している家族には、就学に向けて健康増進課の情報を学校教育課と共有すること、園訪問でこどもの生活の様子を観察してくることを説明し、承諾をもらう。また、就学相談は学校教育課が中心となって行うことを伝え、担当する職員を紹介する。ただし健康増進課と学校教育課は同じ建物内にあり、実際にはどちらの相談申し込み窓口からでも対応が出来る体制をとっている。双方の課で連携しながら、就学時健診の結果も踏まえて学校生活に向けて準

備すべき課題を検討する。また、就学後の支援をこれまでどおり主として健康増進課で保健師が行うか、学校教育課で行うかについて、ケースごとに個別に検討する。

就学に向けて、年長時に健康増進課と学校教育課と合同で就学時園訪問を実施し、それぞれのこどもの状態を把握して、就学後の支援方針について確認する。何らかの理由で保健師による支援が中断されていたり、かかわりが乏しくなっていたりするケースについても現状を把握して支援方針を再検討する。

就学時健診では、各学校にて集団で知能検査（市販の集団スクリーニング検査）を実施するとともに、担当教員が「行動チェックシート」（平成19、20年度 発達障害早期総合支援モデル事業にて作成）を記入する。就学児健診の結果は学校教育課に集められ、発達障害が疑われる児童は学校教育課にて再検査を実施する。保護者同席のもとで簡単な検査を実施し、15分程度の家族との面接を行った上で、特別支援学級、特別支援学校への就学の検討が必要な場合は県の教育センターを紹介し、あわせて就学先の学校見学を実施する。

支援が必要と思われるこどもは、就学先が決定した時点で、学校教育課職員とともに学校に行き、状況を説明する。この時、家族にサポートブック（平成19、20年度 発達障害早期総合支援モデル事業にて作成）を書いてきてもらう場合もある。さらに、新しい場面で緊張しやすい特徴があるこどもが学校教育課の仲介で学校見学を行ったり、学校側がこどもの様子を確認するために直接保育園に見に行ったりすることがある。

(6) 学齢期の支援

山梨市には、小学校が8校（すべて市立）と中学校が3校（すべて市立）、県立ろう学校がある。すべての小学校が30人学級を実施している。知的障害特別支援学級は小学校8校中7校、中学校3校中2校に設置され、情緒障害特別支援学級は小学校

8校中7校と中学校3校すべてに設置されている。通級指導教室は、発達障害・情緒障害・言語障害の併設された学級が小学校1校に設置されている。

就学後は、学校から要請があれば市教委から心理士、市担当職員が訪問し、対象となったこどものこれまでの経緯を踏まえてコンサルテーションを行う。何らかの支援が必要となった場合は、学校を通じて家族へ連絡して個別相談を実施し、他の機関へのつなぎや学校支援体制の検討を行う。

専門機関との連携は、保護者の了解を得てケースごと個別に情報共有を行っている。

(7) 専門家の育成

山梨市では年に4回、こころの発達総合支援センタースタッフ（医師、心理士、保健師）、山梨市すこやか相談スタッフ（心理士、言語聴覚士）、峡東保健福祉事務所職員（保健師、精神保健福祉士）が市役所に集まり、山梨市保健師とともにケースカンファレンスおよび健診内容についての検討会を実施している。また平成25年度は、学校現場より支援員が勉強する機会を得たいという声があがり、支援員および特別支援学級教員のための研修会を実施した。

(8) その他の支援ニーズについて

山梨市の発達障害支援において、特に性別について配慮を必要とすることはなかった。また、これまでに日本語の能力が十分でないこどもの発達障害に関する相談ケースはなかった。

療育手帳を取得していない軽度精神遅滞や境界知能のこどもの場合、幼児期は発達相談等の心理面接と保健師の相談が継続される。就学後は学校での支援が中心となり、学校教育課に配置されている心理士による学校訪問等で対応についての助言を受けることができる。2015年に県立高等特別支援学校が開校したことで、これらのこどもたちの進路の選択肢が広がっている。

(9) 普及啓発

4月2日の世界自閉症啓発デーおよび4月2日～8日の発達障害啓発習合わせて、4月の広報に世界自閉症啓発デーの趣旨を掲載している。

4. 発達障害者支援法の改正に関連する項目

山梨市では発達障害に特化した相談窓口は設置されていない。社会福祉協議会に委託している「山梨市「障害者総合相談センター」または「福祉課障害福祉担当」が他の障害者相談とあわせて相談を受けている。より専門的な相談が必要とされる場合には、県立こころの発達総合支援センターを紹介している。また、発達障害に関係する連携を目的とした会議も市単独では設置していないが、峡東保健福祉事務所圏域(山梨市・笛吹市・甲州市)で主催する峡東地域発達障害者支援検討会議に参加している。

保護者、家族への情報提供、助言等の支援を行うためのプログラムとして、発達障害に特化したものはないが、幼児期の母を対象としたペアレントトレーニング事業「にこにこママクラス」を年1コース開催している。また、発達障害のこどもの親の精神的フォローとして、必要に応じて保健師の相談や心理士による「こころの健康相談」を行っている。発達障害に特化したプログラムとしては、県立こころの発達総合支援センターのプログラムを利用しているケースもある。

発達障害児の差別解消、いじめ・虐待防止等のために、学童クラブの指導員、保育士等こどもにかかわる関係者に対して発達障害に関する研修会を行っている。また地域療育等支援事業による施設支援一般指導事業により、地域療育等支援コーディネーターと学童クラブや園訪問等を行っている。

5. 現在の到達点と今後の課題

山梨市では、発達障害のあるこどもについて、保健、福祉、教育が連携して情報や課題を共有し、

定期的にカンファレンスを行うなど、継続的な支援を行う体制が出来ている。また乳幼児期から成人期まで各ライフステージに対応できる一貫した支援体制を整備するために、庁内の関係課が集まって定期的に発達障害者支援庁内検討会議を開催している。平成23年に県立こころの発達総合支援センターが開所して以降は、専門的な医療との連携もすすみ、幼児期の段階で診断を受けて支援を受けるケースが増えてきた。一方で発達障害の早期発見がすすむにつれて全県で専門機関の利用希望者が増加し、専門機関につないでから利用開始までの待機期間が長くなっている。この待機期間の間の支援が求められるようになっており、今後の課題と考えられる。また、中学校卒業後の支援体制が不十分であること、今後ニーズが増加すると思われる日本語の使用に困難がある発達障害児の支援体制の整備も課題であると考えられた。

D. 考察

山梨市の人口は前回調査²⁾を行った平成25年度と比較しても37,106人から36,089人に減少しており、平成27年度の出生率は6.4、高齢化率は31.3%と、人口減少および少子高齢化が進んでいる。また市の財政力も低い。このような小規模の地方都市では大都市のように発達障害のこどもたちの支援に特化した専門機関を市単独で設置することが難しく、専門性の高いサービスが受けにくいという課題がある。山梨市では県立の専門機関であり、児童精神科医がいる「こころの発達総合支援センター」と連携することで専門性を担保している。

一方で、小規模市の利点は、大都市に比べると保健師の数が多く、ほとんどの乳幼児健診を市保健センターで行い、地区担当保健師が密に関わることができる点である。対象児のみでなく母子を含めた家庭全体のことを把握できるため、必要に応じて福祉担当者や連携しながらフォローすることもある。発見後の支援についても保健師が中心となって心理士による相談への導入や専門機関への紹介を

行っている。幼稚園・保育所などの生活の場とリハビリテーションを行う医療機関や療育機関、また就学に際しての学校教育課との連携についても保健師が中心となって行っている。小規模市であるがゆえ、福祉や教育の担当者と保健師が顔の見える関係であり、連携が取りやすくなっている。成人期までの各ライフステージで一貫した支援体制を整備するための試みも始まっている。

課題は、こころの発達総合支援センターをはじめとした専門機関の利用希望者が多く、待機期間が長くなっていることから、市としてその間に行うべき支援が必要とされていることと、中学校卒業後の支援体制が体系化されておらず整備が必要なこと、日本語の使用に困難がある発達障害児の支援体制が整備されていないことである。

E. 結論

山梨市のような小規模な都市では、母子保健や教育委員会の密接な連携によって一定水準の発達障害への支援を早期から行うことが可能であると思われる。ただし、専門性の高いサービスと人材育成については専門機関との連携が不可欠である。

今回課題となった専門機関につながるための待機期間中の支援や中学校卒業後の支援体制の整備、今後必要となると考えられる日本語の使用に困難がある発達障害児の支援体制の整備のためには、平成27年度の報告書³⁾で言及されている発達障害の支援に関する企画、調整、連携などに特化した「発達支援室」のような組織を市内に設置していくことが望ましいと考えられる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得、実用新案登録、その他

なし

H. 参考文献

- 1) 統計やまなし。
<http://www.city.yamanashi.yamanashi.jp/citizen/docs/yamanashi.html>
- 2) 本田秀夫, 金重紅美子, 宮沢久江, 佐藤かおる, 齊藤由美子, 三神恭子, 中嶋彩, 宮本佳代子, 岡輝彦, 雨宮一昭, 畠山和男, 池田久剛, 保坂裕美, 宇藤千枝子, 相原正男, 山縣然太朗: 山梨市における発達障害の幼児および学童に対する支援体制と支援ニーズの実態に関する研究。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—平成 25 年度総括・分担研究報告書 (H25—身体・知的—一般—008), 330-367, 2014。
- 3) 関正樹, 本田秀夫, 山下洋, 内山登紀夫: 小規模市の地域特性に即した発達支援システムのあり方—まとめと提言—。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—平成 25～27 年度総合研究報告書 (H25—身体・知的—一般—008), 212-218, 2016。

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））
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の
把握と支援内容に関する研究

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（大正大学 心理社会学部 教授）
研究協力者 川島 慶子（福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室 研究員）

研究要旨：本研究班の目的に基づき、福島県南相馬市（人口約6万人）を“小規模市”の対象として、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。

研究1本研究班共通の調査票を用い、市担当者に発達障害の発見と支援システムに関する項目（H25年度調査時からの変更箇所、追加項目）について調査票への記入依頼とインタビュー調査を実施した。その結果、これまでの乳幼児健診と巡回相談会を活用した発達障害の発見と支援のシステムを継続するとともに、新たな連携システムとしてH28年度より就学支援シートの導入がみられた。自立支援協議会を中心に作成、活用と普及については市の発達支援室が担当し、就学に向けた支援のつなぎの強化を行う。シートの内容は、評価的な内容ではなく、子どもの発達特性や関わり方のポイントを保護者と幼稚園・保育所等が記入することが特徴的であった。今後の課題としては、シートの活用は保護者を主体とするため、理解が得られにくい場合の対応等が挙げられた。

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・4・6、中学3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」を実施した。質問紙の内容は、診断名（疑い含む）、医療機関の受診の有無、反抗挑戦性障害、素行の問題等に関する項目と、特別な教育的配慮（支援）、震災後のストレスケア等である。その結果、小学校1年生（n=341）の発達障害特性のある児童総数は66名（19.4%）であった。H25年度の小学校1年生の追跡調査では、小学校1年生で18.5%、小学校2・3年生時点で約10%であったのに対し、今年度の小学校4年時点で15.9%と増加した。震災後の避難からの帰還による人口変動の影響も考えられる。特別な教育的配慮については、主な支援として学級担任による配慮のみの割合が全学年ともに最も高いことが明らかとなった。また、小学1年生については、前年度と比較して言語の通級指導教室と知的障害特別支援学級在籍児童の割合に増加傾向がみられた。今後も追跡的に調査を行い、実態の把握と支援の在り方について検討する必要がある。

A. 研究目的

本研究班の目的である“地域特性”ごとの発達障害の支援ニーズと提供されているサービスの実態把握の一資料とするため、南相馬市を対象として発達障害児の発見と支援の現状に関する調査を行った。

福島県の浜通り地域（太平洋側）にある南相馬市は、H22年度より行政に発達支援室（発達障害児・者の支援にあたる部署）が設置された。本研究では、H25年度調査時に実施した調査結果を踏まえ、3年が経過した現在、事業内容の変化や現在の課題等について確認することを研究1の目的とした。研究2では、H25年度から追跡調査の対象となっているH18・H14年度生まれの子ども、定点調査の対象となっている毎年の小学1・6年生について、学校における発達障害の支援ニーズと特別な教育的配慮（支援内容）を調査することを目的とする。南相馬市は、H23年3月11日の東日本大震災後の第一原子力発電所事故による影響を受け、現在に至るまで継時的に避難の混乱から人口変動が大きい地域である。その点からも子どもの支援ニーズを毎年把握することは重要であると考えられる。

B. 研究方法

研究1

実施時期：H28年12月

対象者（行政担当者）：福島県南相馬市男女共同子ども課発達支援室1名、健康増進課母子保健係1名。

方法：調査票（H28年度版；本研究班作成）への記入とインタビュー調査を行った。

（統計資料は、H27・28年度市町村勢調査結果、統計集「まちDス2013」参考）

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

実施期間：H28年12月にアンケートを配布し、H29年1月までに回収した。

対象（学校）：南相馬市内の小学校15校、中学校6校、近隣市の特別支援学校1校。

対象（児童生徒）：南相馬市に居住している小学1・4・6年生、中学3年生。

調査項目：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（「自閉スペクトラム症（以下、ASD）」、「注意欠如多動性障害（以下、ADHD）」、「構音障害・発達性言語障害（以下、言語）」、「学習障害（以下、LD）」、「精神遅滞」、「その他精神科的な問題（吃音、緘黙、チック等）」、「境界知能」）について、②『特別な教育的配慮（「特別支援学級」や「通級指導教室の利用」「支援員による支援」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。

さらに、①の診断名に関する質問については、「医療機関の受診の有無」、重複して「反抗挑戦性障害」「素行障害」の特徴があるか、「不登校」についても確認する。また、「日本語に通じない子ども（外国人等）」についても質問を設定したが、有効回答は得られなかった。

（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

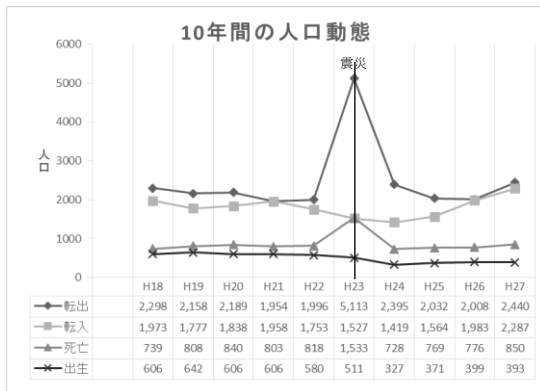
研究 1

1. 地域特性に関する調査

1) 地理的特徴と人口動態

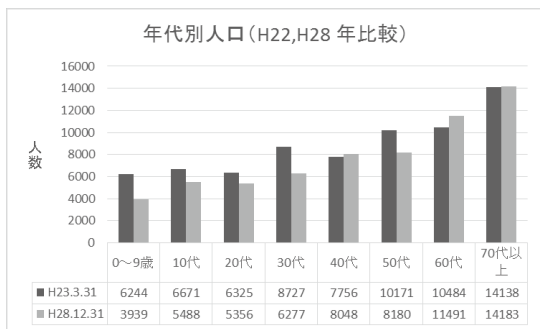
南相馬市は、福島県の沿岸部に位置し、福島第一原子力発電所（以下、“原発”）から10～40 km圏内にある。東日本大震災（以下“震災”）では、津波被害に加え原発事故の影響も受けた。原発からの距離によって避難指示の内容が市内でも3種類に分かれ、市内での避難、または近隣町村の避難者の受け入れを行うなど、複雑な状況がある。現在も仮設住宅・復興住宅に暮らす近隣町村の住民が存在すると共に、自主避難で他県、近隣市で居住する市民もおり、実際の居住先の特定が難しいケースもある。

図 I - 1



(南相馬市 HP『南相馬市人口動態推移』より作成)

図 I - 2



(南相馬市 HP『小高区・鹿島区・原町区の年齢別人口』より作成)

現在の人口は56,694人（平成29年1月1日現在；南相馬市HPより）となり、過去10年間の人口動態は、図I-1の通りである。H23年から原発事故の影響で大きな人口変動があり、その後、転入者が増加傾向にあるが、転出者も同じく増加している。

2) 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：

H22年度の出生数は580人、H27年度は393人であった。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。H28年4月～11月時点での1歳6ヶ月児健康診査における受診率は100%、1回の受診者数平均は18人、事後フォロー率は49.5%、その内訳は言語41.7%、発育1.4%、身体疾患等1.9%、発達障がい疑い4.2%であった（いずれも対受診者割合）。

3歳6ヶ月児健康診査では、受診率88.1%、1回の受診者数平均は13人、事後フォロー率は37.2%、その内訳は、言語14.1%、発育3.2%、身体疾患等7.7%、発達障がい疑い8.9%である（いずれも対受診者の割合）。

3歳6か月では受診率が下がるが、避難中のために他市で受診しているケースがいることも推測される。また、1歳6ヶ月では言語面の問題について経過観察となる児童が41%と高い割合を示すが3歳6ヶ月児では減少し、他の項目に分散する。発達障害に関しては、4.2%から8.9%に増加して

いる。

H28年度就学時健診では、297人が受診（受診率96.7%）し、その内3.4%が不通過（知的）となっている。

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年に配布され、福島県の各地域で健康診査票の改定が進められたが、それ以前より発達障害児の発見に関する項目を追加するなどの経過がある。

③スタッフ：1歳半、3歳半健診では、健康福祉部健康づくり課母子保健係と男女共同こども課発達支援室と合わせて常勤保健師概ね6名、作業療法士1名（常勤）、臨床心理士（非常勤）から成る。

健診を巡回相談会（市主催）につなげる工夫として、健診時に問診票情報を園と共有することに関して、保護者から同意を得る（問診票に選択項目あり）ため、情報の共有が円滑である。

（2）発達障害支援の相談窓口

「健康福祉部男女共同こども課“発達支援室”」は、保健師1名、言語聴覚士1名、保育士1名から成り、対象を発達障害のある幼児、学童、成人としている。事業内容は、発達支援体制の構築、相談、心理評価医療相談、支援者向け研修会、ペアレント・プログラム、市内全園への巡回相談会等を行う。

発見から継続的な支援への主な流れとして、市内全園への巡回相談会が機能しており、一般に「巡回相談会→母子保健係→個別相談会→療育」の流れがある。しかし、

保護者や園とそれまでに対象児童について連携を図ってきた担当者（担当課）がいる場合には、そちらからのアプローチを優先するなど、各ケースで対応の工夫を行う。

母子保健と発達支援室で年2回のケースカンファを行い、いずれの課から保護者へアプローチするか等を検討する。

巡回相談会後は、相談支援事業所の相談支援専門員へ相談を促し、多くのケースは療育機関へつなぐ。その際、アドバイザー事業（県事業）として各圏域に1名程度、相談支援専門員が委託されており、相談、療育機関へのつなぎ、個別支援計画の作成、学校や園を訪問して助言を行うなどの業務を担っている。

<巡回相談事業>

発達支援室では、現在開園中の幼稚園・保育所等15園（原町区、鹿島区）に対し、巡回相談会事業を実施し、発達障害のある児の発見ともに対応方法に関する助言、その後の継続的支援につなぐためのケースカンファ等を行っている（各園2回+α/年）。H28年度実施状況は、12園×2回=24回、3園×2回×2回=12回 計36回実施し、703人について支援の検討が行われた。

<就学支援シート>

H28年度からは個別の教育支援計画「就学支援シート」（A4用紙1枚）を用いて引継ぎを行っている。本シートは、自立支援協議会において作成された。使い方は、発達支援室主催の研修会、学校での研究授業で活用方法の検討などを行う。実際には、園の先生が対象児童の保護者に声かけを行い、一緒に作成し、学校への提出資料（要

録)と併せて提出する。作成にあたっては保護者の理解が必要となるため、園側からは負担の声があげられている。

そこで、発達支援室では、小学校の先生(使用者)と園の先生(作成者)が顔合わせや情報交換が出来るよう研修会を設定している。シートの有効性を直接感じられる機会として、作成者側の意欲を上げることもつながる。また、年一回の就学時の引継ぎに関するアンケートを幼稚園・保育園及び小学校、特別支援学校に実施している。

3) 療育機関について

児童発達支援事業は2か所、放課後等デイサービスは3か所、学習支援(震災支援)1か所が設置されている。震災後の支援としてNPO法人トイボックスによる学習支援を行う施設は、利用者が中学生を中心とした療育の必要な児童生徒が多く、放課後等デイサービスとして申請を検討中であるが、人材不足から、設置基準に満たない等の課題がある。

4) 保育所・幼稚園

震災前には市内に保育所・幼稚園は26園あったが、震災後に原発事故の影響により休園となる園があいつぎ閉園したり休業したため、現在開園しているのは次の15園となる。

- ・公立幼稚園5園／私立幼稚園3園
- ・公立保育園4園／私立保育園2園
- ・私立こども園1園

私立保育園の2園が障がい児の受け入れをしないとしているが、実際は入園後に障害がわかる場合もあり、どの園にも在籍している。発達支援室が、すべての園に巡回

相談しており、必要に応じて医療機関や療育機関等へつないでいる。

園によっては、独自に専門職を雇上げ等している(臨床心理士、発達心理士、作業療法士)。

5) 学校

(1) 校内支援体制について

平成25年度は、小学校は16校あったが、平成26年度より1校が閉校となり、現在は15校となっている。内、現在も仮設校舎を使用している学校は4校である。小学校における支援の必要な児童数と、特別支援学級の設置については次の通りである。

・知的障害特別支援学級：

小学校15校中11校に設置 51名在籍
中学校6校中6校に設置 21名在籍

・情緒障害・自閉症特別支援学級：

小学校15校中7校に設置 22名在籍
中学校6校中4校に設置 8名在籍

・肢体不自由：小学校1校に設置1名在籍

・通級指導教室：

(小学生)

言語通級指導教室 1校 53名

ADHD通級指導教室 1校 4名

6) 医療機関の現状

発達障害に関する医療機関は、病院2か所(児童精神科医1名)週2~3日診療、クリニック2か所(小児科医各1名)月2日診療がある。また、福島大学子どものメンタルヘルス支援事業(児童精神科医1名)として月2日訪問相談事業がある。震災前は、発達障害児のための医療サービスの不足があり、片道2時間程度かけて市外や県外の医師の診察を受けることも多かったが、

子どもの発達に関する医療は震災後に充実しつつある。

7) 県との連携

県の圏域の保健福祉事務所の担当保健師は人員 2 名、担当地域も広域であること、配属された担当者の経験やフットワークなどもあり、安定的、継続的な連携に発展しにくさがあるが、自立支援協議会、情報交換会、支援者研修会への参加、必要に応じてケース会議等における関わりがある。

8) その他の支援

・ペアレント・プログラム

発達支援室が主催し、1 クール定員 10 名までとして実施。毎回の参加者は数名程度と少ないこともあったが、それが話しやすさにつながったのか参加者同士で育児サークルを立ち上げた回もあった。その際には、場所の提供や心のケアセンターの心理士が SV として入るようにサポートを行っている。

・女性の発達障害への支援

発達支援室では、子どもの相談をきっかけに、両親が診断に至るケースや、診断まではいかないが、子どもが受診している医師から指摘(保護者も発達障害ではないか)を受けることもあるなどの状況がある。

・日本語に通じない子ども(外国人など日本語の能力が十分でない子ども)への支援

母子保健事業の乳幼児健診では、子どもの行動や言葉の遅れなどが気になっても、母親(外国人)とコミュニケーションが上手く取れない、関係性が築きにくいことから継続した支援や関わりがしにくいケースがある。文化的背景の違いもあり、指導も

難しい(食事なども含め)。また、言葉の遅れに関する評価がしにくい(母親が外国人といった養育環境も含めた検討の必要性)。こうしたケースは、増加しないが一定数存在する。他地域から市内に移動してきた場合については、さらに把握しにくい(周産期や乳児期がわからないため、学校や園で問題としてあがっても発達の評価が難しい)状況がある。

・療育手帳や診断を受けていない境界知能の子どもへの支援

発達支援室は、手帳や診断に関わらず、困り感のある子どもは相談の対象としている。必要があれば、療育機関も利用できるようにしている。また、特別児童扶養手当で経済的な部分から支援につなげることもある。

9) 到達点と課題

○到達点

- ・乳幼児期の早期発見、早期支援については、これまで関係機関との連携を重視しながら、支援体制を構築してきた。
- ・特に今年度は、療育機関と幼稚園・保育園とのケース会議を行い、子どもの状況と支援内容について情報共有を行った。
- ・昨年度からは、市内の医療機関で児童精神科医による診療が行われるようになり、医療の面でも充実してきている。

○今後の課題

- ・就学時の引継ぎは、現在も検討を重ねており、今後も継続的に協議が必要である。発達支援システムとして、担当者が変わっても活用できるものになるよう検討。
- ・学齢期の支援は、家庭児童相談室との連携により徐々に支援ケースが出てきてい

る。学齢期以降～成人の支援体制は課題である。

発達支援室設立（H22年度）から7年目となり継続ケースについては年齢も上がってきている。また、最近では学校から発達支援室への相談が増えており、発達の観点での子どもの見立て（検査・相談・助言）のニーズが高まっていることがわかる。市内全校にスクールカウンセラーが配置されているものの、そうしたニーズは満たされていないことが推測される。

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

アンケートについて、H25年度は小学校15校中15校（回収率100%）、中学校6校中6校（回収率100%）、特別支援学校1校中1校（回収率100%）から回答を得た。

アンケート結果から得られた児童・生徒数は、次の通りである。

H28年度

小学1年生 341名（男161名、女175名）

小学4年生 339名（男176名、女163名）

小学6年生 394名（男190名、女204名）

中学3年生 435名（男230名、女205名）

1) 追跡調査結果

(1) H25年度小学1年生の追跡調査 (H18年4月2日～H19年4月1日生)

(表Ⅲ-1-1、表Ⅲ-1-2、表Ⅲ-1-3、表Ⅲ-1-4、表Ⅳ、表Ⅴ参照)

a. 発達に何らかの遅れや偏りがある児童数

H28年度小学校4年生（n=339）時点での「発達に何らかの遅れや偏りがある児童

総数」は54名（15.9%）であった。その内「医療機関の受診あり」は16名（4.7%）、「医療機関受診なし（疑い含む）」は38名（11.2%）であった。

b. 診断の内訳

「医療機関受診あり」におけるASDは6名（1.8%）、ADHD5名（1.5%）、言語0名（0%）、LD1名（0.3%）、精神遅滞4名（1.2%）、吃音・場面緘黙・チック等と境界知能は各0名であった。

「医療機関受診なし（疑い）」は、ASDは7名（2.1%）、ADHD13名（3.8%）、言語3名（0.9%）、LD4名（1.2%）、精神遅滞6名（1.8%）、吃音・場面緘黙・チック等4名（1.2%）、境界知能1名（0.3%）であった。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある児童は、ASDでは4名（1.2%）、ADHDでは5名（1.5%）、その他の障害では0名であった。素行障害（疑い含む）のある児童はいずれの診断名においても0名であった。不登校では、精神遅滞で1名のみであった。

c. 特別な教育的配慮

知的障害特別支援学級に在籍する児童は9名（2.7%）、自閉症・情緒障害特別支援学級は3名（0.9%）であった。通常学級に在籍し、情緒障害通級指導教室に通う児童数は2名（0.6%）、難聴・言語障害通級指導教室に通う児童数は5名（1.5%）、その他の通級指導教室は0名であった。また、学級担任のみによる配慮のみの児童は25名（7.5%）であり、その他の支援（学習支援員・介助員等）が1名（0.3%）であった。

d. 震災後のストレスケア（表Ⅴ参照）

小学4年生の内、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童数は6名（1.8%）であった。その内、スクール

カウンセラーの面接を受けたことがある児童は3名(0.9%)、医療機関につながったと把握している児童は1名(0.3%)となっている。また、震災後、すべての児童がスクールカウンセラーの面接を受けたという学校もあったが、この数字には含まれない。

(2) H25年度小学6年生の追跡調査

(H13年4月2日～H14年4月1日生)

(表Ⅲ-2-1、表Ⅲ-2-2、表Ⅲ-2-3、表Ⅲ-2-4、表Ⅳ、表Ⅴ参照)

a. 発達に何らかの遅れや偏りがある生徒数

H28年度中学3年生(n=435)の「発達に何らかの遅れや偏りがある生徒総数」は33名(7.6%)であった。その内、「医療機関の受診あり」は23名(5.3%)、「医療機関の受診なし(疑い)」は10名(2.3%)であった。

b. 診断の内訳

「医療機関受診あり」におけるASDは11名(2.5%)、ADHD4名(0.9%)、言語とLDは0名、精神遅滞5名(1.1%)、吃音・場面緘黙・チック等1名(0.2%)、境界知能2名(0.5%)であった。

「医療機関受診なし(疑い)」は、ASDは3名(0.7%)、ADHD1名(0.2%)、言語0名、LD2名(0.5%)、精神遅滞1名(0.2%)、吃音・場面緘黙・チック等1名(0.2%)、境界知能2名(0.5%)であった。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある児童は、ASDでは3名(0.7%)、その他の障害では0名であった。素行障害(疑い含む)のある児童はいずれの診断名においても0名であった。不登校では、ASDで1名のみであった。

c. 特別な教育的配慮

知的障害特別支援学級に在籍する生徒は7名(1.6%)、自閉症・情緒障害特別支援学級は0名であった。通常学級に在籍し、情緒障害通級指導教室に通う生徒数は0名、学級担任のみによる配慮のみの生徒は17名(3.9%)であり、その他の支援(学習支援員・介助員等)が2名(0.5%)であった。

d. 震災後のストレスケア

中学3年生の内、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生徒数は1名であった。その内、スクールカウンセラーの面接を受けたことがある児童は1名、医療機関につながったと把握している児童は0名となっている。

2) 各年度の小学1・6年生の定点調査

(1) 小学1年生の結果

(表Ⅲ-3-1、表Ⅲ-3-2、表Ⅲ-3-3、表Ⅲ-3-4、表Ⅳ、表Ⅴ参照)

a. 発達に何らかの遅れや偏りのある児童数

H28年度小学1年生(n=341)における「発達に遅れや偏りのある児童の総数」は66名(19.4%)であった。その内、「医療機関の受診あり」は17名(5.0%)、「医療機関の受診なし(疑い)」は49名(14.4%)であった。

b. 診断の内訳

「医療機関受診あり」におけるASDは11名(3.2%)、ADHD1名(0.3%)、言語0名、LD1名(0.3%)、精神遅滞4名(1.2%)、吃音・場面緘黙・チック等、境界知能は0名であった。「医療機関受診なし(疑い)」のASDは3名(0.9%)、ADHD16名(4.7%)、言語15名(4.4%)、LD6名(1.8%)、精神遅滞9名(2.6%)、吃音・場面緘黙・チック等、境界知能は0名であった。医療機

関を受診していないが、多動・衝動性や言語面の問題を有している児童の割合が高いことがわかる。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある児童は、ASDでは2名(0.6%)、ADHDでは5名(1.5%)、その他の障害では0名であった。素行障害(疑い含む)のある児童はASDで1名(0.3%)、であり、その他の診断名では0名であった。不登校は、吃音・場面緘黙・チック等で3名(0.9%)を示した。

c. 特別な教育的配慮

知的障害特別支援学級に在籍する児童は11名(3.3%)、自閉症・情緒障害特別支援学級は2名(0.6%)であった。通常学級に在籍し、情緒障害通級指導教室に通う生徒数は0名、難聴・言語障害通級指導教室に通う児童は20名(5.9%)、学級担任のみによる配慮のみの児童は24名(7.1%)であり、その他の支援(学習支援員・介助員等)が10名(3.0%)であった。

d. 震災後のストレスケア

小学1年生の内、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童数は0名であった。震災当時はまだ乳幼児であったことから、震災後のストレスと判断することは難しいと考えられる。

(2) 小学6年生の結果

a. 発達に何らかの遅れや偏りのある児童数(表Ⅲ-4-1、表Ⅲ-4-2、表Ⅲ-4-3、表Ⅲ-4-4、表Ⅳ、表Ⅴ参照)

H28年度の小学6年生における「発達に遅れや偏りのある児童の総数」は、40名(10.2%)であった。その内「医療機関の受診あり」は17名(4.3%)、「医療機関の受診なし(疑い)」は23名(5.8%)であっ

た。

b. 診断の内訳

「医療機関受診あり」において、ASDは14名(3.6%)、ADHDは0名、言語は1名(0.3%)、LD0名、精神遅滞2名(0.5%)、吃音・場面緘黙・チック等、境界知能は0名であった。「医療機関受診なし(疑い)」では、ASD2名(0.5%)、ADHD5名(1.3%)、言語3名(0.8%)、LD6名(1.5%)、精神遅滞3名(0.8%)、吃音・場面緘黙・チック等1名(0.3%)、境界知能3名(0.8%)であった。

次に、反抗挑戦性障害の特徴がある児童では、ASDでは1名(0.3%)、ADHDでは2名(0.5%)、その他の障害では0名であった。素行障害(疑い含む)のある児童はASDで0名であった。不登校は、ASDが1名(0.3%)、精神遅滞で1名(0.3%)であった。

c. 特別な教育的配慮

知的障害特別支援学級に在籍する児童は4名(1.0%)、自閉症・情緒障害特別支援学級は4名(1.0%)であった。通常学級に在籍し、情緒障害通級指導教室に通う生徒数は0名、難聴・言語障害通級指導教室に通う児童は7名(1.8%)、学級担任のみによる配慮のみの児童は21名(5.4%)であり、その他の支援(学習支援員・介助員等)が1名(0.3%)であった。

d. 震災後のストレスケア

小学6年生すべての児童において、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童数は8名であり、8名ともスクールカウンセラーの面接を受けたことがあった。医療受診は0名である。

D. 考察

本研究の1と2において、南相馬市の地域特性と発達障害の発見と支援システムと同市の発達障害の子どもの実態について調査を行った。その結果、H28年度の1歳半健診での発達障害疑いは4.2%であり、今年度調査を行った全て学年の発達障害（医療受診あり）の児童の割合が4~5%の結果であった。

発達障害特性があるが医療機関を受診していない（疑い含む）子どもの数の変動が大きく、追跡調査や定点調査における数字の変動に影響していることが考えられる。

これらの医療機関受診なし（疑い含む）群については、発見の感度、震災後の環境の変化等の影響から十分に検討する必要があり、今後の発見や支援システムにおける課題であると考えられる。また、研究2の結果では、震災後のメンタルヘルスに関する専門的な支援の必要な児童はごく少数であり、さらにスクールカウンセラーによるケアのみの児童がほとんどであった。PTSD症状と発達障害特性に関する鑑別は難しく、発達障害の疑い群に含まれている可能性もある。

また、支援については、特別の教育的配慮において、知的障害支援学級、言語通級の児童数の増加傾向がみられると共に、学級担任による配慮のみの児童の割合は最も高く、担任への負担がある。そうした中、就学支援シートの活用は有効に働くことが期待されるが、作成者となる保護者への理解促進が課題となっている。

こうした問題への解決として研修システムの工夫も挙げられているが、地域特性として祖父母との同居世帯が多い等、祖父母

も含めた家族（一般市民向け）の発達障害の理解、普及・啓発活動も重要である。

震災後、発達障害や子どもの医療が充実した経過がある。しかしながら、市外からの派遣等、医師が常駐でないといった問題、震災当時はまだ乳幼児であった子どもは、発達障害特性と震災後の環境等の影響について、今後はさらに鑑別が難しくなるなどの問題が残されている。また、発見や診断された後の療育機関では、保育士や指導員の人材確保が課題となっている。

今後も、実態把握と共に対応や支援について検討する必要がある。

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

引用・参考文献

- 1) 内山登紀夫. 発達障害医学の進歩 27. 震災と子どものメンタルヘルス. 2015
- 2) 平成 28 年版福島県勢要覧
- 3) 統計集「まち D ス 2013」
- 4) 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 27 年度 総括・分担報告

発達に何らかの遅れや偏りのある児童生徒数（南相馬市）

表Ⅲ-3-1 小学1年生 n=341(男=161,女=175)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	14	4.1%	13	8.1%	1	0.6%	11	3.2%	10	6.2%	1	0.6%	3	0.9%	3	1.9%	0	0.0%
ADHD	17	5.0%	13	8.1%	4	2.3%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	16	4.7%	12	7.5%	4	2.3%
言語	15	4.4%	7	4.3%	8	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	4.4%	7	4.3%	8	4.6%
学習障害	7	2.1%	5	3.1%	2	1.1%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	6	1.8%	4	2.5%	2	1.1%
精神遅滞	13	3.8%	9	5.6%	4	2.3%	4	1.2%	4	2.5%	0	0.0%	9	2.6%	5	3.1%	4	2.3%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	66	19.4%	47	29.2%	19	10.9%	17	5.0%	16	9.9%	1	0.6%	49	14.4%	31	19.3%	18	10.3%

表Ⅲ-1-1 小学4年生 n=339(男=176,女=163)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	13	3.8%	10	5.7%	3	1.8%	6	1.8%	5	2.8%	1	0.6%	7	2.1%	5	2.8%	2	1.2%
ADHD	18	5.3%	16	9.1%	2	1.2%	5	1.5%	5	2.8%	0	0.0%	13	3.8%	11	6.3%	2	1.2%
言語	3	0.9%	2	1.1%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%	2	1.1%	1	0.6%
LD	5	1.5%	3	1.7%	2	1.2%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	4	1.2%	2	1.1%	2	1.2%
精神遅滞	10	2.9%	6	3.4%	4	2.5%	4	1.2%	3	1.7%	1	0.6%	6	1.8%	3	1.7%	3	1.8%
吃音・場面緘黙・チック等	4	1.2%	4	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.2%	4	2.3%	0	0.0%
境界知能	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%
計	54	15.9%	42	23.9%	12	7.4%	16	4.7%	14	8.0%	2	1.2%	38	11.2%	28	15.9%	10	6.1%

表Ⅲ-4-1 小学6年生 n=394(男=190,女=204)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	16	4.1%	11	5.8%	5	2.5%	14	3.6%	11	5.8%	3	1.5%	2	0.5%	0	0.0%	2	1.0%
ADHD	5	1.3%	4	2.1%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.3%	4	2.1%	1	0.5%
言語	4	1.0%	2	1.1%	2	1.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	3	0.8%	1	0.5%	2	1.0%
LD	6	1.5%	2	1.1%	4	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.5%	2	1.1%	4	2.0%
精神遅滞	5	1.3%	3	1.6%	2	1.0%	2	0.5%	1	0.5%	1	0.5%	3	0.8%	2	1.1%	1	0.5%
吃音・場面緘黙・チック等	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%
境界知能	3	0.8%	3	1.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%	3	1.6%	0	0.0%
計	40	10.2%	25	13.2%	15	7.4%	17	4.3%	13	6.8%	4	2.0%	23	5.8%	12	6.3%	11	5.4%

表Ⅲ-2-1 中学3年生 n=435(男=230,女=205)

診断名	総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	14	3.2%	12	5.2%	2	1.0%	11	2.5%	9	3.9%	2	1.0%	3	0.7%	3	1.3%	0	0.0%
ADHD	5	1.1%	4	1.7%	1	0.5%	4	0.9%	3	1.3%	1	0.5%	1	0.2%	1	0.4%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	2	0.5%	0	0.0%	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%	0	0.0%	2	1.0%
精神遅滞	6	1.4%	1	0.4%	5	2.4%	5	1.1%	1	0.4%	4	2.0%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.5%
吃音・場面緘黙・チック等	2	0.5%	0	0.0%	2	1.0%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.5%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.5%
境界知能	4	0.9%	3	1.3%	1	0.5%	2	0.5%	2	0.9%	0	0.0%	2	0.5%	1	0.4%	1	0.5%
計	33	7.6%	20	8.7%	13	6.3%	23	5.3%	15	6.5%	8	3.9%	10	2.3%	5	2.2%	5	2.4%

反抗挑戦性障害の特徴のある児童生徒数（いわき市）

表Ⅲ-3-2 小学1年生 n=341(男=161,女=175)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし							
	計		男		女		計		男		女		計		男		女			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
ASD	2	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	2	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	5	1.5%	4	2.5%	1	0.6%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.6%	4	1.2%	4	2.5%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	7	2.1%	5	3.1%	2	1.1%	3	0.9%	1	0.6%	2	1.1%	4	1.2%	4	2.5%	0	0.0%	0	0.0%

表Ⅲ-1-2 小学4年生 n=339(男=176,女=163)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし							
	計		男		女		計		男		女		計		男		女			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
ASD	4	1.2%	4	2.3%	0	0.0%	2	0.6%	2	1.1%	0	0.0%	2	0.6%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	5	1.5%	5	2.8%	0	0.0%	3	0.9%	3	1.7%	0	0.0%	2	0.6%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	9	2.7%	9	5.1%	0	0.0%	5	1.5%	5	2.8%	0	0.0%	4	1.2%	4	2.3%	0	0.0%	0	0.0%

表Ⅲ-4-2 小学6年生 n=394(男=190,女=204)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし							
	計		男		女		計		男		女		計		男		女			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
ASD	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	2	0.5%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.5%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	3	0.8%	3	1.6%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	2	0.5%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%

表Ⅲ-2-2 中学3年生 n=435(男=230,女=205)

診断名	反抗挑戦性 総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし							
	計		男		女		計		男		女		計		男		女			
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
ASD	3	0.7%	2	0.9%	1	0.5%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.5%	2	0.5%	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	3	0.7%	2	0.9%	1	0.5%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.5%	2	0.5%	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%

素行障害の特徴のある児童生徒数（南相馬市）

表Ⅲ-3-3 小学1年生 n=341(男=161,女=175)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%

表Ⅲ-1-3 小学4年生 n=339(男=176,女=163)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表Ⅲ-4-3 小学6年生 n=394(男=190,女=204)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表Ⅲ-2-3 中学3年生 n=435(男=230,女=205)

診断名	素行総数						医療機関受診あり						医療機関受診なし					
	計		男		女		計		男		女		計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

発達障害の不登校の児童生徒数

表Ⅲ-3-4 小学1年生 n=341(男=161,女=175)

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学習障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	3	0.9%	1	0.6%	2	1.1%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	3	0.9%	1	0.6%	2	1.1%

表Ⅲ-1-4 小学4年生 n=339(男=176,女=163)

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%

表Ⅲ-4-4 小学6年生 n=394(男=190,女=204)

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	2	0.5%	1	0.5%	1	0.5%

表Ⅲ-2-4 中学3年生 n=435 人数 %

診断名	c.不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
ASD	1	0.2%	1	0.4%	0	0.0%
ADHD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言語	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
LD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
吃音・場面緘黙・チック等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.2%	1	0.4%	0	0.0%

表IV 特別な教育的配慮に関する児童生徒数

支援内容	小学1年生 n=337 人数 %			小学4年生 n=335 人数 %			小学6年生 n=392 人数 %			小学3年生 n=432 人数 %														
	男		女	男		女	男		女	男		女												
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%												
A. 特別支援学級に在籍	計																							
	11	3.3	6	3.8	5	2.9	9	2.7	6	3.5	3	1.9	4	1.0	2	1.1	2	1	7	1.6	3	1.3	4	2
	2	0.6	2	1.3	0	0	3	0.9	2	1.2	1	0.6	4	1.0	3	1.6	1	0.5	0	0	0	0	0	0
B. 通常学級に在籍	(3) その他の特別支援学級総数																							
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	2	0.6	2	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A. 特別支援学級に在籍	(1) 知的障害特別支援学級総数																							
	20	5.9	12	7.6	8	4.6	5	1.5	3	1.7	2	1.2	7	1.8	4	2.1	3	1.5	0	0	0	0	0	0
	1	0.3	1	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	24	7.1	14	8.9	10	5.7	25	7.5	22	13	3	1.9	21	5.4	13	6.9	8	3.9	17	3.9	11	4.8	6	2.9
	10	3	6	3.8	4	2.3	1	0.3	1	0.6	0	0	1	0.3	1	0.5	0	0	2	0.5	1	0.4	1	0.5

表V 震災後のメンタルヘルスケアの必要な児童生徒数

内容	小学1年生 n=337			小学4年生 n=335			小学6年生 n=392			小学3年生 n=432													
	男		女	男		女	男		女	男		女											
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	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	計																						
	0	0	0	0	6	1.8	4	2.3	2	1.2	8	2	5	2.6	3	1.5	1	0	0	0	0	1	1
	0	0	0	0	3	0.9	2	1.1	1	0.6	8	2	5	2.6	3	1.5	0	0	0	0	0	0	0
② このうち、SCの面接を受けたことがある児	計																						
	0	0	0	0	1	0.3	1	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究

分担研究報告書

岡山県における小規模市の発達支援システムの検討

研究協力者： 今出大輔（おかやま発達障害者支援センター 臨床心理士）
畦田広子（真庭市健康推進課 臨床心理士）
高坂明美（真庭市健康推進課 保健師）
吉元映子（美作市健康づくり推進課発達支援センター 保健師）
山本みゆき（美作市健康づくり推進課発達支援センター 臨床心理士）
中島洋子（まな星クリニック 児童精神科医）

研究要旨

岡山県内の自治体は、政令指定都市（人口約 70 万人）、中核市（人口約 48 万人）、以上の小規模市（13 市）、人口 3 万人未満の小規模町村（12 町村）であり、それぞれの地域特性に応じた発達支援システム作りが求められている。そこで、本研究では、平成 28 年に報告された「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あり方に関する提言（2016）」にそって、岡山県内の小規模市 2 市の発達支援システムの現状と課題を明らかにする。

初年度は、小規模市 2 市に協力得て発達支援システムに関する行政調査およびヒアリング調査をおこなった。その結果、1)自治体の特性は、2 市ともに保健師活動が重要な役割を占めており、母子保健活動を中心とした子育て支援体制の中で発達支援システムを構築していくことが必要であった。2)ハードウェアは、発達支援ニーズのアセスメントと専門療育等の支援は自治体機能と、圏域や民間事業所との協力体制があり、それぞれの特徴的な取り組みが抽出された。一方で、2 市ともに自治体内外の児童精神科医療と体系的な連携体制の構築が課題であった。3)ソフトウェアは、2 市ともにつなぎ支援（共時的インターフェイス）は、専門職種個人に依存しておらず、発達支援センターや療育教室など組織化された動きになっていた。また、自治体内の発達支援システムの運用を点検する組織は最近になって設置されており、今後は、事例の集積による PDCA サイクルの点検が課題である。特に、自治体内の発達支援システムの中で、社会福祉法人が運営する児童発達支援事業の役割を明確にすることや、自治体内の専門職種同士が互いの専門性を点検するための研修機会を設けていくことが課題である。

A.研究目的

発達障害者支援法（2005）が施行されて以降、自治体内では、障害認定後の支援の充実に加えて、診断前の特性把握と気づき支援や、家族支援の必要性が周知されつつある。また、発達障害者支援施策検討委員会（2008）によって、市町村単位で、個々の特性に応じて支援を提供するライフステージを通じた仕組みづくりの必要性が報告された。しかし、国内の各自治体の実態は人口規模や動態、経済状況、年間出生数など多様であり、単一のモデルを呈示されるのみでは、各自治体の発達支援システム作りは促進されないと考えられる。

岡山県内の自治体は、政令指定都市（岡山市：人口約70万人）、中核市（倉敷市：人口約48万人）、人口3万人以上の小規模市（13市）、人口3万人未満の小規模町村（12町村）であり、それぞれの地域特性に応じた発達支援システム作りが求められている。

そこで、本研究では、岡山県内の小規模市2市を対象に実態把握をおこない、平成28年に報告された「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あり方に関する提言（2016）」（以下、提言）にそって、自治体における発達支援システムの現状と課題を明らかにする。

B.研究方法

本研究班共通の「市区町村における発達障害児に対する支援状況調査票」に基づい

てヒアリング調査をおこなった。2016年11月15日に研究分担者および研究協力者からの依頼文書、調査票を送付し、事前に回答された調査票を基にヒアリングをおこなった。ヒアリング日程、実施機関および対象者は、以下の通りである。

a：人口20万人未満の小規模市：2016年12月5日（月） 保健センター

保健部門発達支援センターに所属する常勤保健師・常勤臨床心理士

b：人口20万人未満の小規模市：2016年12月7日（水） 市役所内会議室

保健部門に所属する常勤保健師・常勤臨床心理士

（倫理面への配慮）

本研究班の共通の調査票を用いた行政データに関する調査であるため、個人を特定し得る情報は扱っていない。

C.研究結果および考察

提言で示された1)自治体の特徴、2)ハードウェア、3)ソフトウェア、4)人材育成といった項目に沿って、結果をまとめた。

1) 自治体の特性

自治体の発達支援システムの構築に影響する面積、人口、人口密度、出生児数等の項目を抜粋し（表1）、母子保健を中心とした保健師の活動を据えた子育て支援の状況（表2）の基礎データの特徴を示した。

表 1 地域特性の調査結果

	a	b
面積 (k m ²)	429.2	828.53
人口 (人)	28,780	48,544
人口密度 (人/k m ²)	65.2	54.9
出生児数	157	317
普通出生率	6.5	6.83
老年人口 (%)	37.8%	33.8%
財政力指数	0.26	0.31

表 2 母子保健に関する特徴

	a	b
保健師 (内、非常勤)	10 人 (0 人)	19 人 (1 人)
保健師 1 人あたりの 0 歳～4 歳人口	78 人	81 人
栄養士 (内、非常勤)	1 人 (0 人)	7 人 (4 人)
臨床心理士 (内、非常勤)	2 人 (1 人)	1 人 (0 人)
その他の職種 (内、非常勤)	2 人 (0 人) 事務職	4 人 (1 人) 保育士
1 歳半健診の受診率	81.5%	95.6%
1 歳半健診の要フォロー率	71.0%	5.9%
3 歳健診の受診率	87.8%	91.9%
3 歳健診の要フォロー率	44.6%	10.7%

自治体 ab は、保健師 1 人あたりの 0 歳～4 歳人口は、本田他 (2014)、関他 (2015) が調査した自治体に比べて少なく、乳幼児健診での要フォロー率も高い。要フォローとは、子どもの発達特性の把握のみではなく、保護者の子育て不安も含めており、地区担当保健師の担う役割は大きい。また、ab とともに乳幼児健診の未受診者への追跡調

査は全数におこなっている。これらの結果より、ab は、母子保健活動を中心とした子育て支援の体制の中で発達支援システムを構築していくことが必要であるといえる。

2) ハードウェア

提言では、福祉職、保健師、心理職が配置される中核機能を担う組織を設置することが示されている。専門性の高いサービス

確保および人材育成のカリキュラム確保は
 県あるいは圏域ごとの支援体制を組むこと
 が求められている。本田（2015）の発達障
 害の子どもと家族への地域支援の基本モデ
 ルに沿って、調査対象 ab の自治体が単独で

整備している機能とその他の機能（県や圏
 域単位で整備している機能）を整理した（表
 2）。なお、共時的・継時的インターフェイ
 スは、後述（ソフトウェアの項）する。

表 3 自治体の機能とその他の機能の整理（ハードウェア）

	a（年間出生 157 人）		b（年間出生 317 人）	
	自治体	その他	自治体	その他
把握 (レベル 1)	乳幼児健診	なし	乳幼児健診 (M-CHAT 導入)	なし
把握 (レベル 2)	ST 相談 心理相談	なし	ST 相談 心理相談	地域巡回 (6/y) (児童相談所)
把握 (レベル 3)	なし	自治体外の民間精 神科病院	なし	自治体内の民間精 神科病院
就学前 (レベル 1)	一般園 (全て公立)	なし	一般園 (公立 27 私立 1)	なし
就学前 (レベル 2)	発達支援教室*1 (1 か所) 通級指導教室*2	自治体内の民間児 童発達支援 ペアレントトレー ニング*3	療育教室*1 (1 か所)	自治体内の民間児 童発達支援
就学前 (レベル 3)	なし	自治体外の民間精 神科病院	なし	自治体内の民間精 神科病院
就学後 (レベル 1)	学校 (全て公立)	なし	学校 (全て公立)	なし
就学後 (レベル 2)	通級指導教室 (1) 知的学級 7/9 自情学級 6/9	自治体外の特別支 援学校	通級指導教室 (2) 知的学級 7/24 自情学級 9/24	自治体外の特別支 援学校
就学後 (レベル 3)	なし	自治体外の民間精 神科病院	なし	自治体内の民間精 神科病院

*1 a : ST・心理、保育士(非常勤)、保健師が中心に発達支援教室を運営

b : 保育士が中心に療育教室を運営し、民間専門機関から ST・心理が、
 定期的 (2/M) にスーパーバイズをおこなっている。

*2 年長児が対象。在籍する園に通級担当教員が訪問して、個別療育 (1/2w)

- *3 ペアレントトレーニングを広域自治体が協働（地域自立支援協議会専門部会）で実施しており、保健師、心理職、相談支援専門員の多職種によって運営している。その中で、自治体所属の常勤心理がファシリテート等を担っている。また、県発達障害者支援センターからは、ペアレントメンターの定期派遣とコンサルテーション機能として心理職を派遣している。

自治体 ab は、いずれも乳幼児健診後の評価（レベル2）は、自治体所属の ST（非常勤）、心理（非常勤）が担っていた。また、発達支援教室・療育教室での支援（レベル2）は、a は自治体所属の ST（非常勤）、心理（非常勤）が担い、b は保育士が教室運営をおこない、民間専門機関が ST・心理を定期的に派遣していた。しかし、児童精神科医療（レベル3）は、民間病院であり、連携が課題である。a の連携先である自治体外の精神科病院は、常勤児童精神科医による診療があるが、多数の自治体を医療圏域としている。限られた診療枠の中で、自治体ごとの連携体制の構築が課題である。b の連携先である自治体内の精神科病院には、県内の拠点医療機関から 1/2w の頻度で児童精神科医が派遣された診療枠がある。初診前後の情報共有などの連携が始まっており、現在事例の集積によって点検をおこなっていくことが課題である。

また、いずれも自治体内に民間社会福祉法人が運営する児童発達支援事業所が設置されているが、課題も多い。a の課題は、近隣の自治体から利用を受入れており、自治体内の発達支援システムに沿って運営することが困難である。b の課題は、重症心身障害児を対象にした医療型児童発達支援

事業（4 日/w）と福祉型児童発達支援事業（1 日/w）であることと、自治体の中心部から片道 40 分の距離にあることで、利用は限定的にならざるを得ない状況である。いずれも、自治体内の発達支援システムの中での児童発達支援事業が担う役割を民間社会福祉法人と検討することが課題である。

3) ソフトウェア

提言では、多職種連携による巡回相談や児童発達支援事業所職員による訪問支援のモデルが示されている。本田（2015）の発達障害の子どもと家族への地域支援の基本モデルに沿って、調査対象 ab のつなぎ支援（共時的・継時的インターフェイス）を整理した（表 4）。なお、自治体が単独で整備している機能とその他の機能（県や圏域単位で整備している機能）の整理もおこなった。なお、つなぎ支援は、保健師や心理職などの専門職（個人）に依存している場合は、「なし」と記載した。

また、自治体内の発達支援システムを PDCA サイクルによって点検する組織的な連携体制や、自治体内の発達障害者支援の窓口の設置、人材育成の体制についても整理した（表 5）。

表 4 自治体内の機能とその他の機能の整理（ソフトウェア）

	a（年間出生 157 人）		b（年間出生 317 人）	
	自治体	その他	自治体	その他
把握 共時(1～2)	発達支援センター	なし	発達支援教室 (4 か所)	なし
把握 共時(2～3)	発達支援センター	県 HC 総合相談	なし	療育検診*1 県 HC 総合相談*2
就学前 共時(1～2)	発達支援センター (園巡回)	県サポート校 (4 歳児巡回) *3	市委託コーディネー ター (園巡回)	自治体内の保育所 等訪問事業
就学前 共時(2～3)	発達支援センター	県 HC 総合相談	なし	療育検診*1 県 HC 総合相談
就学後 共時(1～2)	発達支援センター (学校巡回)	県サポート校	市委託コーディネー ター (学校巡回)	なし
就学後 共時(2～3)	発達支援センター	なし	なし	なし
継時 (レベル 1)	就園前後 発達支援センター 就学前後 モデル地区*4	就園前後 なし 就学前後 県モデル事業	就園前後 なし 就学前後 モデル市*4	就園前後 なし 就学前後 県モデル事業
継時 (レベル 2)	就園前後 発達支援センター 就学前後 学区会議	なし	就園前後 なし 就学前後 特別支援教育支 援委員会	なし

- *1 民間専門機関と自治体が契約し、児童精神科医、ST、心理、PHN を派遣する。
療育教室を利用している児と家族を対象に定期的に評価をおこなう（5/y）。
- *2 圏域ごとに県保健所と民間専門機関が契約し、児童精神科医・小児神経科医、ST、
心理が、子どもと家族の評価、自治体内の担当保健師へのスーパーバイズを実施する。
県保健所の圏域内に複数の自治体がある場合（a）と近隣の 2 つの自治体（b）の場合
がある。
- *3 県教育庁のモデル事業。各圏域の特別支援学校の特別支援教育コーディネーターが
4 歳児を対象に園への巡回支援をおこなう（自治体 a は幼稚園のみ対象）
- *4 県福祉部局、県教育庁、県発達障害者支援センターによるモデル事業。
通常学級に進学する発達障害児の情報共有を促進するための仕組みづくり。
a はモデル地区（2 園 2 校）、b は自治体内全園と全校で実施している。

自治体 ab は、いずれも共時的インターフェイスは組織的な動きになっている。a は発達支援センターが自治体内の保健部門の係として独立しており、職員体制は、保健師（常勤）、看護師（非常勤）、心理職（常勤・非常勤）、元小学校教諭（非常勤）、保育士（非常勤）である。乳幼児健診、二次相談、発達支援教室、園巡回の機能を集約しており、インターフェイスの役割を果たしている。このため、レベル 2 からレベル 1 への見立てや支援内容をフィードバックすることはスムーズに実施できる。しかし、a の圏域の県 HC 総合検診は、複数の自治体を対象にしているため、レベル 3 からレベル 2 を自治体 a にフィードバックする機会が限定されている。自治体内の機能強化（レベル 2 を担う専門職の人材育成）を体系的に実施することが今後の課題である。

また、b は市町村体制整備事業（県 1/2 市町村 1/2 3 年補助）をきっかけに設置された市発達障害者支援コーディネーターを自治体内の民間社会福祉法人に委託している。職員体制は社会福祉士（常勤）、相談支援専門員（常勤）、教員（非常勤）である。自治体内のレベル 1 からレベル 2 へのつなぎ支援は発達支援教室（自治体内に 4 か所あり、

保育士（常勤）と心理（常勤）が運営している）体系化されており、児童精神科医療へのつなぎは、療育検診と県 HC 総合相談が担っている。レベル 2 とレベル 3 のつなぎ支援も、県 HC 総合相談（近隣の 2 つの自治体のみを対象）と療育検診が担っており、フィードバックもスムーズに実施でき、自治体内の機能強化をおこなっている。

つぎに、ab の継時的インターフェイスの内、就学前後のつなぎ支援は、県モデル事業であるトータルライフ支援プロジェクトのモデル自治体として、県のサポートを受けている。この取り組みは、就学前までに診断、もしくはレベル 2 以上の支援を受けている児を把握し、進学先の小学校との情報共有を体系化している。誰の、どんな情報を、どのように引き継ぐのか、引き継いだ後のモニタリングを定例化する取り組みであり、特に、通常学級に進学する児を対象にしている。一方で、就学後の児童精神科医療へのつなぎ支援と就園前後のつなぎ支援は、地区担当保健師や学校内の特別支援教育コーディネーターが個別事例に応じて担っていた。

表 5 自治体内の機能の整理

	a（年間出生 157 人）	b（年間出生 317 人）
組織的連携体制	発達支援センター モデル学区（発達支援ミーティング） トータルライフ支援プロジェクト WG	療育教室 子育て世代包括支援センター トータルライフ支援プロジェクト WG
発達支援の窓口	発達支援センター（直営）	市コーディネーター（委託）
研修体制	近隣の自治体での研修	療育教室と園との計画的な人事異動

*トータルライフ支援プロジェクトWGは、県事業（単県費）をきっかけに設置された自治体内の保健、子育て、教育、福祉等の行政担当者が集い、自治体内の発達支援ニーズを共有し、発達支援システムの点検をおこなう組織である。

自治体 ab の発達支援システム全体を把握、点検する機能はそれぞれ設置されているが、いずれも数年（a：2016年4月、b：機能強化は2015年4月）しか経過していないため、事例の集積も少ない現状である。自治体内の発達支援システムを点検するためには、各年代の出生集団（年間出生が300人程度）を追跡し、いずれの時期に把握され、支援につながっているのかをモニタリングしていくことが必要である。また、abそれぞれに設置されている窓口寄せられる相談は、自治体内の発達支援システムの谷間や隙間であることを自覚して、個別事例への対応のみに留まらず、発達支援システム全体の課題としてトータルライフ支援プロジェクトWGにフィードバックしていくことが必要である。

また、レベル2の支援として、abいずれも自治体内に児童発達支援事業が民間社会福祉法人によって運営されており、自治体内の専門職との相互研鑽の機会を定期的にもつことも今後の課題である。自治体内の発達支援システムのなかで、それぞれがどのような役割を担っているのかを定期的に点検し、互いの専門性を確認する研修機会を充実させていくことが必要である。

D.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

本田秀夫（2016）発達障害者支援センター全国連絡協議会徳島大会・発達障害者地域支援マネージャー専門研修会 発達障害の支援体制に関する地域分析 資料

本田秀夫他（2014）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）

今出大輔・大内卓也・金島久美子・山野井尚美・長野扶佐美・磯濱亜矢子・大谷美佐恵・池内豊・河本茂美・新谷義和（2015）保幼小の連携（就学前後の移行期の情報連携）を中心にした市町村の支援体制づくり～発達障害のある人のトータルライフ支援プロジェクトによる実践から～岡山県保健福祉学会（おかやま保健福祉研究）21号 52-55

今出大輔・藤本りつ子・横山美知・本田輝行・笹野京子・中島洋子（2015）小規模市町村における発達支援～行政・民間の協働型の取り組み～第56回日本児童青年精神

医学会総会発表抄録

今出大輔・村下志保子・小島恵・富士原智子・本田輝行・福田玲子（2014）真庭地域における発達支援の現状と課題～荘内各部署の取り組みから～旭川荘研究年報 46 巻 1 号 115-118

関正樹・伊藤友子（2015）小規模市における発達障害支援システムの比較 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）

山下洋・関正樹・内山登紀夫（2016）：提言（小規模市）.平成 25 年度～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）

平成28年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と
支援内容に関する研究

分担研究報告書

地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態に関する研究

～小規模町村における実態と課題～

研究分担者 高橋 脩（豊田市福祉事業団 理事長、児童精神科医）
研究協力者 今出大輔（おかやま発達障害者支援センター、臨床心理士）
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）
嘉陽真由美（沖縄県発達障がい者支援センター、社会福祉士）
富樫恭平（沖縄県発達障がい者支援センター、臨床心理士）
与那城郁子（沖縄県発達障がい者支援センター、臨床心理士）

研究要旨：人口3万人未満の小規模町村（3町1村、うち1町は離島）を対象に、発達障害児の発達支援システムに関する訪問面接調査を行い、現状と課題について検討した。発達支援システムを構成する基幹機能のうち、発見、子育て支援、統合保育、学校教育の各機能については、自ら整備している自治体が多かった。専門療育機能と専門職の確保は地理的条件や自治体の方針により様々であった。診断機能の整備は極めて困難なことが、再確認された。連携を組織的に行っている自治体は少なく、今後の課題と考えられた。研修と人材育成については、いずれも外部の専門施設や県の地域支援事業等を活用し行っていたが、体系性と計画性が今後の課題である。

障害児に対する福祉計画の策定が2018年度に始まる第5期障害福祉計画から義務化される。基礎自治体において、発達障害を含めた、障害のある子どもへの発達支援システムの構築が急がれる状況にある。また、2016年の発達障害者支援法の改正において、外国人児童、女性、知的障害の可能性のある人への支援等新たな取り組み課題も提起された。今後は、これら諸課題について、発達障害者地域支援協議会等を舞台に取り組みされることになる。

我が国が、小規模自治体において今後取り組むべき課題を明らかにすることを目的に、全国4町村において訪問面接調査を行ったので報告する。

A. 研究目的

小規模町村における発達支援システムの現状の把握（改正発達障害者支援法で新たに含まれた内容含む）と今後取り組むべき課題について明らかにすること。

2017年1月1日現在で我が国には1,741の

基礎自治体（市区町村）があるが、このうち、人口3万未満の小規模自治体が954（55%）と半数以上を占めている。市町村別では、市が91（10%）であるのに対し、町村が863（90%）と大多数を占める。なお、この町村の割合は全基礎自治体の49.6%であり、基礎自治体に半数

は人口 3 万人未満の町村が占めていることになる（各基礎自治体の人口は、2015 年 10 月 1 日現在の国勢調査人口に基づいている）。

今後の基礎自治体における発達障害児を含めた発達支援体制の整備を考えるにあたっては、自治体規模の即した支援体制の整備が求められる。その意味では、半数を占める、人口規模も小さく社会資源及び自治体の財政力も乏しい、小規模町村に適した実効性のある体制整備は重要な施策課題である。

今後の取り組みに向けて、課題を明らかにすることを目的に、以下の調査を行った。

B. 研究方法

調査の対象基準を満たす人口 3 万未満の小規模町村 4 自治体について、本研究班共通の「市区町村における発達障害児に関する支援状況調査票」を基に、各自治体の関係職員及び関係機関等に対して現地に出向き面接調査を行った。いずれの調査についても、調査前に研究分担者からの依頼文書、調査票を送付し、事前に回答された調査票を基に面接調査を行った。

調査対象は、愛知県の 1 町（A 町）、沖縄県の 1 町（B 町、離島）、岡山県の山間部の 1 町（C 町）、1 村（D 村）であった。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては豊田市福祉事業団研究倫理審査委員会の承認（承認番号第 90 号）を得た。

C. 研究結果

初めに、各自治体の個別調査報告を行い、次いで、それに基づき小規模自治体の現状と直面する課題についてまとめる。

I. 愛知県小規模町調査

本調査は、2016 年 12 月 5 日に研究協力者である神谷真己が、現地を訪問しそれぞれ町の福祉課同保育士、保健介護課保健師、学校教育課指導主事を対象に面接調査を行ったものである。

1. 町の概要

愛知県知多半島の南端部に位置する A 町は、数キロメートル沖合にある有人 2 島等を含め面積 38 km²、人口 18,000～19,000 人の町である。半島の中央に小高い山があり町を東西に分けている。主要都市からは専用自動車道知多半

島道路や電車で約 1 時間弱であり、主な産業は近海漁業と観光業である。半島の東側や 2 つの島には漁港があり、新鮮な魚を県内各地に運ぶだけでなく、夏は海水浴、冬は温泉と四季を通じて多くの観光客が訪れる町である。

2 つの島は、半島まで高速船で 10 分程度であり、島から半島へ通勤、通学している人たちも多く往来は盛んである。出生数は年間 80 名前後であり、普通出生率は 3‰、年少人口割合は 9.8%と極めて低い（2016 年 11 月末時点）。これに対し、高齢人口割合は 34.45%（2015 年国勢調査による）であり、少子高齢化の進んだ自治体である。町の財政力指数は 0.53 である。

2. 発達支援の現状

A 町における発達支援の現状について、2 つの基幹機能を中心に順次整理する。なお、直接支援機能とは、対象となる子どもの発達支援と家族の子育て支援に直接関わる必須機能であり、発見、発見後の発達及び子育て支援、専門療育、統合保育、学校教育、医療、相談からなる。また、間接支援機能とは、多くの関係機関等からなるシステムを運営・発展させるための必須機能であり、連携、研修・人材育成等からなる。

1) 直接支援機能

(1) 発見とその後の支援

3 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診の受診率はそれぞれ、98%、98.8%、97.9%と高い。3 つの悉皆健診以外に、新たに生まれた子どもについては、誕生月の 2 か月後に家庭を訪問する「赤ちゃん訪問」を、第 1 子については 1 歳児の「バースディ訪問」を、それぞれ全ての対象児に対し行っている。

3 か月健診で定額、追視など発達の状態が気になるケースについては、毎月実施している保健師による「すくすく相談」で主に 1 歳 6 か月児健診までフォローしている。「すくすく相談」の多くは運動発達の遅れや育児相談が主であり、発達障害児は 1 歳 6 か月児健診でスクリーニングされるという。

(2) 発見後の発達及び子育て支援

1 歳 6 か月児健診で発達が気になったケースは、健診事後支援教室「ひよこの会」（1 歳児）、「うさぎの会」（2 歳児）を紹介される。これら事後教室には、発達的にリスクのある子どもが、それぞれ現在 8 名ずつ通っており、出生児の約 1 割が対象となっている。事後教室のスタッフは健診担当保健師、福祉課の指導保育士、子育

て支援センターの保育士に加え、家庭相談員や臨床心理士も随時参加しており、毎回2名～6名が担当している。

この教室には年間を通して随時参加が可能である。母子での参加を基本とし、月に3回程度開催される。午前中の3時間は自由遊び、親子遊び、絵本の読み聞かせやおやつを食べて過ごし、保育を基盤とした集団療育を行っている。町が運営しているが、傷害保険料(800円)と参加費(1か月150円)は自己負担である。

進路については、3歳になると、ほとんどの子どもたちが町内の保育所へ入所する。一方、教室での活動の様子から、より専門的な療育が必要と判断されたケースは、町立の児童発達支援事業所「どんぐり園」(家族通園)へと移行していく。また、教室に参加しているケースについては、早くは1歳代から保護者とともに個別のサポートファイルを作成し、就学まで引き継いでいる。

(3) 専門療育

専門療育を担当するのは、町立の児童発達支援施設「どんぐり園」である。

市単独事業の施設であり、福祉課の指導保育士等が療育の必要があると認めれば利用可能である。障害児通所受給者証の取得及び医師の診断書の提出がなくても利用できることもあり、保護者の心理的敷居は低い。従って、通園児のほとんどが未診断で入園してくることになる。

通園形態は母子を中心とした家族通園であり、子どもの特性理解と保護者の育児支援、基本的な生活習慣の習得や集団生活の適応力を育てるなど、発達支援を主な目的としている。対象年齢は2歳から就学前、利用定員は10名であり、出生児の約3～4%の子どもを支援できる態勢が整っている。

常勤職員は園長1名、保育士2名であるが、非常勤の臨床心理士による個別相談、作業療法士・言語聴覚士による個別療法も可能である。療育時間は午前9時から午後1時30分、週に5日間利用可能である。各月の初めに随時入退所が可能であり、視察した当日には6人の児童が利用していた。

なお、指定障害児通所支援事業所である放課後等デイサービス事業所が町内に2か所(いずれも民間)ある。

(4) 統合保育

町内には6か所の公立保育園(2島各1園含

む)と私立幼稚園が1園あり、全園で障害児を受け入れている。

入園後に発達が気になるケースが見つかった場合には、園長が所管課(福祉課)の指導保育士に相談し、対応する仕組みとなっている。この指導保育士は健診事後支援教室の担当スタッフも兼ねており、就学まで支援が必要と思われる子どもについては全ケースを把握している。

保育園には、必要に応じて指導保育士が巡回をするほか、年に数回、保健センター所属の保育士や臨床心理士、圏域の障害児等療育支援事業を担当する施設の専門職員などが訪問し、子どもの状態の観察と保育士への支援を行っている。また5歳児については、学校教育課の職員も訪問に参加し就学に向けて円滑な移行ができるよう支援している。

(5) 学校教育

町内には、小学校6校(2島各1校含む)、中学校5校(2島各1校含む)があり、いずれも町立である。

特別支援学級は、小学校では、知的障害5校、自閉症・情緒障害5校、肢体不自由等1校に設置されており、通級指導担当教員は1名である。拠点校の教員が自校の児童に加え、他校(3校)へも訪問し支援にあたっている。その他、発達が気になる子どもへの支援として通常学級に生活学習支援員(資格要件なし、1クラス1名に限定)が配属される場合もある。

発達に支援が必要な子どもについては、各担任から校内委員会で報告がなされ、特別支援教育コーディネーターが把握するとともに、校内で情報を共有し支援する仕組みが整えられている。

小中学校への外部からの専門家による支援については、町が特別支援教育アドバイザーとして委嘱した福祉サービス事業所職員が保護者や教職員への助言、生活学習支援員を対象とした研修を行っている。

知的障害児を対象とした特別支援学校は町内にはなく、対象児童は近隣市にある県立の知的障害特別支援学校に通学している。その他、肢体不自由、病弱、難聴を対象とした支援学校も町外にあるが現在利用している児童はいない。

(6) 医療

町内及び近隣自治体の医療機関は7か所ある。最近、古くから町内にある民間精神科病院

にこども発達外来が開設され児童精神科医（非常勤）が勤務するようになった。

しかし、この発達外来に児童発達支援施設や小学校から受診に至る子どもがいるが、いずれも少ない。また、幼児期前期で、自閉スペクトラム症（以下、自閉症）の特性が顕在化する、健診事後支援教室の利用時期に受診するケースはない。

（7）相談など

保護者等の相談は、保健センターや福祉課、A町を担当する県の児童・障害者相談センターが行っている。学校や児童生徒の保護者の相談は町の学校教育課が担当している。また、学校と保健師の連携も良く、家族支援も含めて協力して支援を行っている。

（8）2島における支援について

半島から数kmの海上に位置する有人2島の面積はいずれも1km²弱、人口は2,000人前後である。両島では、古くから近海漁業を営む人が多く、人の流入も少ない島である。島内は親戚縁者が多く、漁船の進水式の日には就学児の半数が学校を休むこともあるという。

発達障害についての認識が各世代で異なるようだ。たとえば、落ち着きのない子どもに対し、両親は心配するが、祖父母はおおらかに捉えて問題にしない。そのため、支援に結びつきにくいこともある。また、島の人々のおおらかな気質に加え、保育所と小学校が隣接、小学校と中学校が同地敷地内にあることもあり、乳幼児期から子どもたち同士が親密である。そのため、少々の問題行動に対しては、発達のな問題として顕在化することが少ないとのことであった。

2) 間接支援機能

（1）連携

障害の発見から学校教育に至る様々な支援の中心的役割を担っているのは、福祉課の指導保育士と臨床心理士である。出生児が少なく対象児の把握が容易なことも関係しているようだが、関係者がよく連携し、発見から学校教育に至るまで各ケースをよく把握しフォローもなされている。しかしながら、発達支援に関わる各組織を結びつける連携組織はない。

（2）研修・人材育成

保育所等への専門的支援機能（いわゆる、地域支援）についても、前述したスタッフに加え障害児等療育支援事業を実施している施設の地域支援機能を活用し、定期的な巡回訪問等を

通じて、支援と専門性の向上を図っている。

3) その他

外国人の子どもがいるが、両親のいずれかが日本人であるため、コミュニケーションを含め、大きな問題はない。また、非行についても、現在のところ大きな問題はない。性別に配慮した取り組みは、特別行っていない。

3. まとめと課題

発達障害児の早期支援に必要な発見、発見後の発達及び子育て、療育、診断、保育・教育の各支援機能がすべて整えられており、小規模自治体の良きモデルとなりうる自治体である。

小規模な町の利点を活かして、福祉課の指導保育士を中心に保健師・保育士・学校教諭などが連携し、発達支援が必要な子どもたちを乳幼児期から把握するとともに、各ケースにサポートファイルを作成して就学まで引き継ぐ体制も整えられている。ただし、この仕組みは始まったばかりであり、今後に向けていくつかの課題が挙げられる。

第1の課題は、発達障害の専門医療、ことに診断機能である。町内に発達外来のある民間精神科病院があるものの、開設されたばかりで十分には機能していない。受診率は児童発達支援施設に通園した子どもの約50%、受診時期就学前後から学童期と遅い。この理由としては下記のような要因が関与しているようだ。

①診断がされなくても療育的な支援が開始されていること。②猟師町で楽観的であり、発達についてあまり問題意識がなく、成長すればどうにかなるとの思いが保護者に強いこと。③発達外来がある病院は地域に古くからある単科の精神科病院であり町民にとって心理的な敷居が高く、加えて児童精神科の認知度も低いため、乳幼児の精神科受診に対する抵抗も強いこと。

第2の課題は、組織的連携、支援機関の連携に必要な組織体の設置である。保健センター、福祉課、学校教育課はそれぞれ早期からの発達支援と連携の必要性を認識しており、各ケースについては、個別の支援やサポートファイルの作成などを通して連携している。

今後は、より幅広く、早期からの総合的で一貫性と継続性のある支援を発展させるために、発達支援に関わる各機関等が組織的連携を図りシステムを管理・発展させていくことが望まれる。

II. 沖縄県小規模町調査

本面接調査は、2016年12月15日～16日にかけて、高橋脩（研究分担者）が3名の研究協力者（与那城郁子、嘉陽真由美、富樫恭平）とともに現地を訪問し行ったものである。

調査対象は、町役場福祉課、教育委員会教育課、町立小学校・幼稚園（特別支援学級を設置している1校）、町立保育園（障害児保育を実施している1園）であった。また、島で唯一の公立医療機関の小児科医、特別支援学校高等部分教室の退職教師（前年度まで勤務）へも聞き取り調査等を行い多くの示唆を得た。

調査終了後に、前述した各機関関係者を含む多数の支援者の参加を得て、調査報告会（内容は、高橋脩による発達障害の支援システムについての講演と調査報告、町の発達支援の在り方についての意見交換、からなる）を行った。

なお、障害児等療育支援事業の統計については、担当施設の相談室の協力を得た。

1. 町の概要

B町は沖縄本島（以下、本島）から約100kmの海上に位置する孤立型離島である。面積は63.65km²であり、交通の便としては本島との間を結ぶ一日6～7往復の航空便と1往復のカーフェリーがある。基幹産業は農業、次いで漁業、観光である。近年は移住者も増加傾向にある。

2015年3月31日現在の人口は7,755人、年間出生児数は75人、普通出生率は9.7‰である。年少人口割合は15.6%であるのに対し、老年人口割合は23.8%と我が国の平均を下回っている。

2. 発達支援の現状

B町における発達支援の現状について、愛知県A町と同様に、2つの基幹機能を中心に順次整理する。

1) 直接支援機能

(1) 発見と発見後の発達・子育て支援

B町における発達に支援が必要な子どもの発見は多段階的に行われている。最初の発見の場は、3大乳幼児悉皆健診である。次いで、保育所、幼稚園、就学時健診、そして小学校である。

3大乳幼児悉皆健診の受診率は、乳児健診（3～6か月児）が88.0%、1歳6か月児健診が77.2%、3歳児健診が67.2%であり、全体的に低い。発達的に支援が必要な子どものスクリーニング

は、担当の保健師（1人）と臨床心理士（非常勤：本島より来島、月に2～3日勤務）が協力し行っている。健診担当医は島内で唯一の公立病院の小児科医であり、上記の2名と協力し健診の充実に努力している。

発達の支援が必要と判断されると、「親子支援事業」を紹介される。これは、2015年度から町が始めた発達等の支援が必要な子どもと保護者への支援を行う事業で、保護者への個別相談、療育（月1回の療育相談）、保育士等への助言を柱とし、先の母子保健担当保健師と臨床心理士が中心となって実施している。個別相談（60～90分）では、発達検査を実施、保護者に結果を説明するとともに助言等を行う。

保育所、幼稚園、医療機関等で発見された場合には、各機関・施設等から母子担当保健師に情報提供がなされ支援に結びつく場合と、保護者が直接に保健師に相談を行い支援が開始される場合がある。

支援が必要な子どもの把握と保護者からの相談に応じる態勢は出来てはいるが、医師による診断にいたる事例は少ない。

B町で実質的に最も高い発見機能を発揮しているのは、前述した公立病院に勤務する小児科医が担当する就学時健診であり、多くの子どもたちが発見される。2016年度の就学時健診では、受診児のうち16人（19%）が発達障害と知的障害を含め、発達的な問題があると指摘を受けている。小児科医の勧めで、専門医を受診し診断にいたる例もある（医療の項を参照）。

(2) 専門療育

B町には、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、放課後児童クラブはない。また、障害児に対応できる言語聴覚士、作業療法士、理学療法士もいない。そのため、専門療育と医学的ハビリテーションが必要な障害児は、専門療育機関のある本島に航空機等を利用して通院する。場合によっては、移住していくこともある。

(3) 統合保育

保育所は4か所（町立1か所、私立3か所）、幼稚園は6園（すべて町立）である。そのほか、家庭的保育事業所が1か所ある。保育所の入所率は3歳未満児でも70%と高率である。

沖縄県の乳幼児保育及び幼児教育行政は他の都道府県とは異なり、保育所には0歳から4歳の乳幼児が通い、幼児期最後の1年（5歳児）は、地域の小学校に併設されている幼稚園に通

うことが多い。

保育所で加配保育士を配置して障害児保育を実施しているのは、町立の1施設のみである。他の1保育所には加配保育士は配置されていないが、障害児（自閉症、知的障害など）がおり、保育士も自分たちで独自に学習しながら保育を行っているとのことであった。

障害児保育を実施している町立保育所を調査団が訪問したときには、3名（それぞれ、ダウン症候群、軽度知的障害、脳性麻痺）の幼児が在籍していた。しかしながら、親子支援事業の一環として行っている担当者2名による訪問以外は外部の専門家による定期巡回等の職員への支援はなく、試行錯誤しながら保育を行っていた。また、障害が疑われる子どもがいても、保護者と問題を共有することは難しく、対応に悩んでいた。保育所の所長会はなく、障害児保育について問題を協議する機会もないようであった。また、支援が必要な子どもについて、保育所から幼稚園への引き継ぎも組織的にはなされていない。

幼稚園では、発達的な支援が必要な児童には、手厚く支援員（無資格の教育補助者）が配置されている。しかしながら、ここでも専門家による定期的な支援はない。

幼稚園から小学校への引き継ぎなどの移行支援については、2施設が同一敷地内にあり、また小学校長が園長を兼務して関係から、円滑に行われている。

園で支援が必要と疑われる子が発見された場合には、就学時健診に情報が提供され、健診に活用されるようになっていく。

（4）学校教育

島内に小学校は6校（いずれも町立）ある。特別支援学級は、知的障害学級が5校、情緒障害・自閉症学級が1校に設置されている。通級指導は行われていない。

調査団が訪問した小学校（敷地内に幼稚園併設）は児童数123名、通常の学級は各学年1学級の編成であった。特別支援学級は知的障害と情緒障害・自閉症学級がそれぞれ1学級あり、いずれも3名の児童が在籍していたが、確定診断はなされている児童は少なかった。

特別支援学級には、それぞれ担任教員1名と補助員（幼稚園と同様に無資格者、勤務時間は午前8時30分から午後4時）が配置されていた。通常の学級との交流も活発であった。そのほか、通常の学級にも、支援が必要な児童がい

れば補助員を配置していた。授業終了後に支援員会議（教頭主催）を毎日実施、特別支援教育校内委員会を年4回開催するなど、校長を中心に取り組み体制はしっかりしていた。

問題は、専門性であった。同校での調査と町教育委員会での調査を通じて明らかになったのは、専門性の確保と蓄積ができない深刻な状況であった。島内に知的検査を行える教員はいない。また、町教育委員会沖縄県の教員人事は離島勤務が3年と限定されているため、多くの教員が短期間で交代し、専門性の蓄積、指導者の育成が極めて困難とのことであった。加えて、専門性を高めるための外部専門家等による定期的な研修はなく、各教員・学校の努力で特別支援教育を行っている状況であった。

特別支援学校の小中学部は島内にはなく、本島浦添市にある県立特別支援学校高等部の分教室が県立高校に設置（対象は軽度知的障害に限定）されているが、現在は対象となる生徒がいないため休室中である。

この分教室の教師は島内で貴重な特別支援教育の専門家であり、町内の特別支援教育・障害児福祉において重要なコーディネーター役を果たしていた。しかし、休室に伴い分教室スタッフも本島勤務となったため、コーディネーター役が不在の状態となっている。

（5）医療

発達障害を含め障害児の医療専門家は公立病院に勤務する小児科医が1名のみである。障害児専門のリハビリテーション職種はいない。

幼児期の小児保健で重要な3大悉皆健診、保育所・幼稚園の園医、就学時健診はすべて先の小児科医が担当している。しかしながら、障害児医療の専門家ではないため、診断を含めその専門性には限界がある。継続的に診療を受けているのは注意欠陥多動性障害で服薬中の児童に限られている。

沖縄県障害児等療育支援事業の実施施設である本島の療育施設専門スタッフ（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、相談員）が、年3回（春、夏、秋）来島し相談活動を行っているが、その折に診断や助言を受ける例もある。2016年の対象児童は延44名であった。そのうち、発達障害は、疑い1名を含め14名、知的障害は3名、合わせて17名（39%）であった。しかしながら、単発的相談であり、当然ながら定期的な医学的ハビリテーションが受けられるわけでもない。

2) 間接支援機能

(1) 連携

関係機関や個別事例の連携の要になっているのは、親子支援事業の中心的役割を担っている母子保健担当保健師である。それを本島から来島する非常勤の臨床心理士と島の公立病院の小児科医がサポートし、3者が中心となって発見から学校教育に至るまで連携を維持していた。いわば、個人の努力によって連携を行っている状態であり、当然ながら限界がある。

B町には自立支援協議会の設置要綱はあるが、協議会は設置されておらず、特別支援連携協議会もない。また、保育所の所長会もないなど、小さな町ではあるが公的な連携・協議組織が存在しない。それぞれの関係機関及び関係者はとても意欲があり、連携や協議の必要性も認識しているが、組織的連携には至っていない。

(2) 研修・人材育成

発達障害を含め障害児支援に関わる、専門医、リハビリテーション職種、教師などの専門家が島内には存在しない。また、本島から遠いこともあり、外部からの専門家による巡回相談や研修会の開催も容易ではない。そのため、各関係者とも、支援への意欲は十分あるが、自分たちの支援の質に不安を抱きつつ、試行錯誤で支援を行っている状態であった。

3) その他

療育手帳の取得率は低いようだ。町が説明会を開催しているが、参加者は少ない。地域社会で肩身が狭くなる、障害のレッテルを貼られてしまう、受けられる福祉サービスが島内にないので取得するメリットがないなどが主な理由であった。なお、境界知能の子どもの実態は不明であった。

女性、外国人児童への配慮については、特に行われてはいなかった。

3. まとめと課題

関係者は乳幼児健診、保育所、幼稚園、小学校など、それぞれの機関等で意欲的に取り組んでいた。基幹機能のうち、発見機能とその後の発達支援・子育て支援機能、特別支援教育の体

制は整備されていた。

直接支援機能の課題は、専門療育（児童発達支援事業所等）、医療（診断・医学的ハビリテーション）であった。発達障害等のリスクが高い子どもを発見しても、専門療育機関がなく、障害に関する専門家もいないため、必要な発達支援・子育て支援、診断等が受けられないまま、時間が経過している状況がある。

専門的支援の充実を図るためにも、児童発達支援事業所（放課後等デイサービス事業等との一体型等）の設置が望まれる。中心となる療育施設職員の専門性が蓄積されれば、地域との関係機関への巡回支援も可能となり、発達支援システムのセンターとしての役割も果たすことができるようになっていくことであろう。

専門医療機能については、公立病院の小児科医の専門性の向上と障害児等療育支援事業実施施設との計画的連携による態勢の強化を期待したい。

間接支援機能の課題は、組織的連携と研修・人材育成であった。現在の優れた個人的ネットワークがいつまで続くかわからない。支援の総合性・一貫性・継続性・発展性を考えると公的な連携組織を立ち上げる必要がある。そのためにも、要となる自立支援協議会の設置（下部組織としての子ども支援部会の設置）が望まれる。

専門家の確保が難しいのは離島共通の問題である。幸いにも沖縄県では、離島が有効活用できる発達障がい者支援センターによる訪問支援、障害児等療育支援事業、特別支援学校による地域支援事業、圏域アドバイザーの派遣事業等、様々な専門機関・施設による事業を行っている。

B町は、研修や各種相談にこれら事業を活用してはいるが、計画性と体系性に乏しいように思われる。人材育成と専門性の向上を目的に、発達支援に関わる機関・施設が一堂に会し、体系性のある活用計画を立案し、事業として展開していくことが望まれる。

Ⅲ. 岡山県小規模町村調査

本面接調査は、研究協力者である今出大輔（おかやま発達障害者支援センターにおいてC町、D村の支援を担当、地域事情を熟知）が、下記の日程で実施したものである。

C町については、2016年12月5日に役場内の会議室で、保健福祉課に所属する常勤保健師と非常勤臨床心理士を対象に実施した。D村については、同年12月13日に役場内の会議室で、保健福祉課に所属する常勤保健師・行政担当者を対象に実施した。以下、最初に両自治体の概要を説明し、次いで、同じく両自治体の現状と考察をまとめて行う。

1. C町、D村の概要

C町は、岡山県の北部、中国山地の山麓部に広がる総面積419km²と比較的大きな自治体である。北は鳥取県に接しており気候は夏冬の格

差が大きい内陸型である。主産業は農業と林業であるが、温泉等の観光資源も豊かな町である。

D村は岡山県の北東端、中国山脈の南斜面に開かれた総面積57.97km²の自治体である。緑あふれる釣り鐘型の地形の中央を清流が流れ、それに沿って細長い平野部が広がり農地と集落がある。面積の95%を山林が占めている。林業が主産業、スギの美林があり、山菜も多い。天然林、温泉、スキー場などがあり、観光にも力を注いでいる。ターンによる転入者も多い。

自治体の発達支援システムの構築に影響する基本情報（面積、人口、出生児数、年少人口割合、財政力指数等）については下記の通りである（表1）。なお、各統計値は2016年4月1日現在のものである。

表1 自治体の基本統計

	C町	D村
面積（km ² ）	419.69	57.97
人口（人）	13,538	1,504
人口密度（人/km ² ）	30.6	503
出生児数	94	6
普通出生率（‰）	6.94	3.99
年少人口割合（％）	11.9	12.3
老年人口（％）	35.13	35.6
財政力指数	0.35	0.13

2. 発達支援の現状と考察

両自治体の現状について、本研究班の構成員を中心にまとめられた「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あり方」に基づく提言⁽¹⁾を基に現状を整理し考察を行う。

1) 直接支援機能

提言によれば、小規模町村が自前で整備する必要がある基幹機能は以下の通りである。子どもの発達および保護者の子育て支援に関連した直接支援機能〔発見、子育て支援、診断（ハビリテーション含む）、単独通園、統合保育、教育、相談の7機能からなる〕については、発見、統合保育、学校教育、専門療育の整備を提案している。

このうち、中心的な役割を担う専門療育機能（小規模の児童発達支援事業所等）については、人口1万人以上は必置であり、可能なら5千人以上は設置、それ未満は統合保育や圏域の社会資源を活用でも可能、としている。

C町、D村について、自治体が自前で整備している機能と、近隣の市町村もしくは広域の行政機関、民間事業所へ委託等している機能を整理した。なお、一貫性のある支援には、基幹機能を担当する機関・事業所等の連携と移行支援が重要である。従って、本項では、基幹機能に加え、移行支援の状況についてもまとめ記載した。ただし、つなぎ支援や連携が支援者個人に依存するものは除いた（表2）。

表2 自治体の自前機能と委託等の機能

	C 町		D 村	
	自治体	委託など	自治体	委託など
発見 (1次スクリーニング)	乳幼児健診	なし	乳幼児健診	近隣自治体の児童発達支援 C の心理職・ST を招聘
子育て支援	発達応援教室 (1/月) 保健師・心理士	児童発達支援 C の保育士を招聘	広域自治体によるペアレントトレーニングの実施	近隣自治体の児童発達支援 C の心理職が個別相談
発見～診断 (2次スクリーニング)	なし	県保健所総合検診後の多職種カンファレンス	なし	県保健所総合検診後の多職種カンファレンス
診断	なし	民間医療機関	なし	民間医療機関
専門療育 (単独通園)	なし	近隣自治体の児童発達支援 C	なし	近隣自治体の児童発達支援 C
統合保育	全園で実施	県費による加配	全園で実施	県費による加配
園巡回相談	心理職が全園に巡回相談を実施	県特別支援学校の巡回相談	なし	近隣自治体の児童発達支援 C の心理が巡回相談
就学移行期	特別支援委員会 就学前後引継会	仕組みづくりに県事業を活用	全例で情報共有	なし
特別支援教育	多数の支援学級	県費による加配	知的障害支援学級	県費による加配
学校巡回相談	心理職が全校に巡回相談を実施	県特別支援学校の巡回相談	なし	近隣自治体の児童発達支援 C の心理が巡回相談

注：児童発達支援 C は児童発達支援センター、ST は言語聴覚士の略称。

C 町、D 村のいずれにおいても、乳幼児健診後の 1 次スクリーニング(支援が必要か否かの評価)は自治体が自前で実施し、2 次的なスクリーニング(いずれの障害かの評価)両自治体ともに県保健所の総合検診で行っていた。加えて、C 町では自治体が雇用している非常勤の心理職が評価を担っていた。また、診断へのつなぎ機能(いわゆる、共時的インターフェイス)と診断と専門療育については、いずれも自治体外の民間法人に委託していた。

C 町の課題は、町外の民間の社会福祉法人から派遣されている非常勤の心理職が 2 次的評価と連携・調整など様々な機能を担っていることである。C 町の年間出生児数は 94 人であるが、乳幼児健診では 10%を発達的問題でフォローアップしている。非常勤心理士が一人で様々な支援ニーズに個別対応していくことには限界がある。自治体が自前で担う役割と自治体外

に協力を求める役割の整理が必要になると考えられた。

一方で D 村は、乳幼児健診、子育て支援、2 次スクリーニング、診断へのつなぎ、巡回相談など様々な機能を村外の民間児童発達支援センターに委託して、心理士、言語聴覚士の派遣を受けていた。また、保護者への相談支援機能に含まれるペアレントトレーニングについては、広域の自立支援協議会が主催し、ファシリテートを担う心理職は他の自治体に所属しているなど、専門機能を村外に求め実施していた。

特筆すべきは、D 村が児童発達支援センターから派遣される専門職に一方的に依存するのではなく、重要な基幹機能が円滑に遂行できるよう専門職を目的に沿って上手にコーディネートし、主体的に活用していることである。しかしながら、村外の民間社会福祉法人が運営する児童発達支援センターに専門機能を委託し

ている状況は、当然ながら法人の運営方針に大きく左右されることになる。支援体制の安定性と継続性の確保が課題である。

専門療育機能については、C町に重症心身障害児を対象とした民間の多機能型障害児通所支援事業所があるのみである。発達障害や知的障害のある幼児と家族を対象とした専門療育機能（児童発達支援事業所）は、両自治体ともない。利用している近隣の人口10万人都市の児童発達支援センターおよび児童発達支援事

業所は、複数の自治体からの利用を受入れており、スムーズに利用できる状況にはなく、通園には親子の負担も大きい。

2) 間接支援機能

主要な間接支援機能としては、連携のための発達支援の窓口の設置と組織的連携体制、研修・人材育成が挙げられる。いずれの機能についても、提言では小規模自治体においても必要とされている。C町、D村の実態を以下に整理した（表3）

表3 自治体内の支援体制

	C町	D村
組織的連携体制	発達支援担当者連絡会議 事務局：保健福祉課 行政職 保健福祉課（心理士 保健師） 学校教育課（指導主事） 県発達障害者支援センター	連絡会議なし 個別事例に応じて対応
発達支援の窓口	発達支援相談窓口 非常勤心理士*	役場内の保健福祉課と教育委員会 年齢により1次窓口を分担 (6歳まで・18歳まで・19歳以上)
研修体制	町：非常勤心理士による巡回相談による園や学校でのOJT 県：保健所総合相談後の多職種カンファレンスによるスーパーバイズ	村：児童発達支援センター心理士の巡回相談による園や学校でのOJT 県：保健所総合相談後の多職種カンファレンスによるスーパーバイズ

*：岡山県市町村体制整備事業（県1/2 市町村1/2 3年補助）をきっかけに設置。

(1) 組織的連携

C町には役所内の関連課職員と県発達障害者支援センターのスタッフからなる行政内の連携組織（発達支援担当者連絡会議）が設置されているが、自立支援協議会及び特別支援教育連携協議会はない。上記の連絡会議は、自治体単位でシステムの点検をおこなうことが役割であり、年間出生数の10%の子どもと家族への発達支援を切れ目なく引き継ぐことができているかを追跡することが求められている。しかし、現在は、年度末における整理（対象児の把握）に留まっている。

体系的な進捗管理の実施が今後の大きな課題である。体系的な進捗管理によって、発達支

援の窓口で支援ニーズを的確に把握でき、システムの現状把握とそれに基づく改善を行うことができよう。また、現状の分析から得られた新たな支援課題は関係者の研修にも活かすことができる。支援体制の着実な発展のためにも、PDCAサイクルによる進捗管理が望まれる。

上記の連携組織はいわば庁内組織である。社会資源を結集・活用してライフステージに沿った総合的な支援を展開するためにも、人口1万人を超えるC町では、自立支援協議会の設置が望ましい。

D村についても、C町と同様に自立支援協議会と特別支援教育連携協議会はなく、その他の連携組織も設置されていない。しかしながら、

年間出生児数は10人以下であり、少人数の有能な行政担当者と非常勤心理士等による充実した個別支援のネットワークによって、ライフステージに沿った総合的で一貫性のある支援がなされている。現在の優れた支援ネットワークを継続・発展させるためにも、後継担当職員の育成を行い、円滑な世代交代を図ることが課題といえる。

(2) 研修・人材育成

C町、D村のいずれにおいても、臨床心理士や言語聴覚士等の専門職の養成は困難である。外部の各種専門職を活用し、関係者の専門性や視野の拡大を図るための研修が必要である。

今後は、従来に増して県内の精神科拠点病院や医療福祉総合施設等の拠点機関が連携し、小規模町村の現任者への研修（臨地研修）を実施していく必要がある。

3) その他

両自治体とも、発達に支援が必要な外国人の子どもの経験はなく、女性特有の課題への配慮についても特別に行ってはいない。境界知能の子どものについては、診断がついていなくても柔軟に支援を行っているとのことであった。

発達障害児のいじめ・虐待防止等への取り組みとして、C町では乳幼児健診場面での早期発見、学校への積極的な巡回を行っているという回答、D村では、家庭への戸別訪問相談、ケア会議、学校への巡回相談を行っているという回答した。

参考資料

小規模町村の支援体制整備には、都道府県等による自治体への専門的支援が必須と言える。今後、発達障害者支援センターの役割を含め、都道府県が基礎自治体の支援体制整備にどのような役割を担うのが効果的か、検討がなされる必要がある。岡山県で取り組まれてきた県と民間専門施設等による公民協働型の小規模自治体支援の一端を参考までに紹介する。

岡山県では1980年代より児童精神科医を中

心に、近隣に専門医療・療育機関がない小規模市町村において総合検診を実施してきた。児童精神科医を中心とした専門スタッフが地域に出向き評価することで、①地域の潜在的な発達障害児支援のニーズが浮き彫りになる。そのため、②行政は、早期発見後の支援ニーズに対応すべく資源創出のため療育教室を事業化し、③民間機関は、ST・心理等の専門スタッフを派遣し、療育教室の運営に協力する（地域療育センターの役割）。派遣される専門スタッフの役割は、その地域の子どもと家族に療育サービスを提供することに留まらず、④療育教室を運営する保健師・保育士等の支援者へのコンサルテーションの役割を果たすことになる。療育教室の多くは専従スタッフ1～2名で、他のスタッフは2年周期で地域の保育所・幼稚園から派遣されてきており、地域の発達支援に携わる支援者全体の理解や技術を現場で学ぶ研修機会にもなっている。また、同時に、総合検診や療育教室に民間機関が継続的に関与することで、⑤時代と共に多様な発達支援や子育て支援のニーズを把握し、保健、教育、福祉（子育て・障害）の行政と共有する（発達障害者支援センターの役割）ことができる。その結果、市町村内の発達支援の仕組みを固定化せず、多様なニーズに応じて、柔軟に修正・変更するために行政・民間協働で検討していくことが可能となった。

（出典：今出大輔，本田輝行，笹野京子，中島洋子，他：行政と民間小規模市町村における発達支援～行政・民間の協働型の取り組み。第56回日本児童青年精神医学会総会抄録集，2015.）。

D. 調査の全体考察と結論

人口1万以上の2町、1万人未満5千人以上の1町、5千人未満の1村を対象に、発達支援システムの整備状況と改正発達障害者支援法施行に伴う新たな施策課題について、各自治体を訪問し面接調査を行った。結果について、提

言⁽¹⁾を基に検討をおこない、暫定的に以下の結論を得た。

1. 小規模町村でも優れた支援体制整備は可能
2. 人口5千人以上では、専門療育施設と自立支援協議会など公的連携組織の有無が支援体制の整備に大きく影響
3. 広域自治体による小規模自治体支援の在り方については、都道府県の実施している各種地域支援事業（発達障害者支援センター等の市町村発達障害者支援体制サポート事業、障害児等療育支援事業、特別支援学校の地域支援事業、障害者相談支援事業等）を効果的に組み合わせ、体制整備と専門性の向上に結び付けることが必要
4. 外国人、非行等は小規模自治体では課題に挙がっていない。

次年度、さらに考察を深め、小規模町村が抱えている諸問題・課題についてまとめる予定である。

謝辞

本調査にご協力いただいた各町村の行政及

び関係機関の皆様に心よりお礼申し上げます。

E. 引用文献

- 1) 高橋 脩：提言：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あり方
IV 小規模町村. 平成25年度～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），30-31，2016.

F. 研究発表

今出大輔の研究発表はない。他の4名については、「地域特性に応じた支援ニーズとサービスの実態に関する研究～豊田市における実態～」に一括して報告したので省略した。

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

分担研究報告書

支援の谷間にある青年期成人期の発達障害者の支援ニーズに関する調査研究

研究分担者 内山登紀夫¹⁾

研究協力者 川島慶子²⁾ 福留さとみ³⁾ 志賀利一⁴⁾

1)大正大学心理社会学部 2)大正大学大学院・博士課程

3)大正大学カウンセリング研究所 4)のぞみの園

研究要旨

未診断でも発達障害の特性や軽度の遅れのため支援が必要な事例が少なからず存在することが、教育、福祉、就労支援などの現場で指摘されている。本研究は、そうした地域で生活する未把握・未診断の青年期成人期の発達障害者の支援ニーズとサービスの実態、発達障害・軽度知的障害のある女性特有の課題について医療、福祉、教育、就労支援、若者支援など多領域にわたって明らかにすることを目的とする。具体的には20歳以上の自閉症スペクトラムの人を対象に、①診断が20歳以降まで遅れた事例、②女性例、③50歳以上の高齢を対象に支援ニーズを明らかにし、今後の支援体制の構築や支援方法の検討に資する情報を得ることを目指した。方法は当事者への丁寧なインタビューと支援者へのインタビューを行い、ナラティブな情報を得ることで、これまで把握されていない潜在的なニーズや課題を把握した。その結果、成人期以降に診断された事例の多くが、発達期に専門家に相談していること、子どもの支援者は親の発達障害特性に気付いても支援に繋げることを躊躇すること、支援制度の谷間にいる人の支援方法として自立生活アシスタント事業やサポートマネージャー事業などの新しい方法のニーズが高いことなどが明らかになった。

A. 研究目的

障害者総合支援法および発達障害者支援法により、発達障害の人たちに対する支援サービスは制度上保証されている。しかし、支援ニーズの実態は十分に検証されていない。また、人口規模、地理的条件、財政などの地域特性によって、サービスの量・質ともに異なる可能性がある。さらに、未診断でも発達障害の特性や軽度の遅れのため支援が必要な事例が少なからず存在することが、教育、福祉、就労支援などの現場で指摘されている。本研究は、そうした地域で生活する未把握・未診断の青年期成人期の発達障害者の支援ニーズとサービスの実態、発達障害・軽度知的障害のある女性特有の課題について医療、福祉、教育、就労支援、若者支援など多領域にわたって明らかにすることを目的とする。具体的には20歳以上の自閉症スペクトラムの人を対象に、①診断が20歳以降まで遅れた事例、②女性例、③50歳以上の高齢を対象に支援ニーズを明らかにし、今後の支援体制の構築や支援方法の検討に資する情報を得る。

本研究によって、従来の障害福祉行政では把握が不十分であった未診断例の潜在ニーズも含めた発達障害者の支援ニーズの実態を把握し、発達障害支援施策の裾野が広がることを目指す。

B. 研究方法

1年目は、当事者・家族へのインタビューと支援者へのインタビューにより支援ニーズの把握に努めた。

1) 当事者・家族インタビュー

分担研究者が所属するよこはま発達クリニックにおいて半年以上治療を継続している患者の中から①20歳以上、②知能指数80以上、③インタビューに対応できるだけの会話能力があり、精神的に安定した状態

の方で自閉症スペクトラムと診断された人に研究目的等を説明し、研究参加に同意された方を対象にインタビュー調査を行なった。

なお、本人にインタビューすることで精神症状が悪化したり不安を与える恐れのある方は、家族にインタビューを行った。一部の事例では本人の希望により家族と同伴のもとでインタビューを実施した。インタビューはICレコーダーで記録し、その後テープ起こし原稿を作成した。テープ起こし原稿を研究者らが読み、支援ニーズを把握した。なお①診断が20歳以降まで遅れた事例については、その理由、②女性例については女性特有のニーズ、③50歳以上の高齢者については、高齢者特有のニーズの把握に努めた。インタビューは誘導を避けるため、『「現在や過去困っていることや心配なこと』や『欲しいと思う支援について』、『診断を受けた経緯』などについて自由に語って下さい』という質問を行い、なるべく当事者あるいは家族が自由に語れるように配慮した。

本調査では、これまで支援者が把握していなかったような「潜在的なニーズ」を発掘することも目的としているためである。

2) 支援者インタビュー

発達障害の支援を行っている支援者に1)と同様の点について意見を求めた。個人インタビューとグループインタビューを組み合わせで行った。複数の発達障害者支援センタースタッフ、行政スタッフ、長野県で活動を行っている発達障害者サポートマネージャー、若者サポートステーションスタッフ、行政機関保健師など30名のインタビューを終えた。

(倫理面への配慮)

本研究は大正大学倫理委員会にして審査し、承認を得ている。調査にあたっては、氏名、生年月日、住所を含む対象者の個人を特定できるような一切の情報は扱わず、個人情報厳重に管理した。

C. 研究結果

現在男性 12 例、女性 9 例の面談を終えた。年齢内訳は 20 代 4 名、30 代 6 名、40 代 6 名、50 代 3 名、60 代 2 名である。

比較的共通した訴えは、①診断についての混乱、②専門的サービスの乏しさ、③日常生活に置ける困難、④障害認知に関わる問題、⑤経済的不安、⑥孤立、孤独への不安、⑦精神科・身体的症状、⑧災害などの緊急時対応への不安などに大別された。

① 診断については、発達期に専門家に相談したにも関わらず発達障害の存在が否定される事例が多いこと、医療機関によって診断が異なることへの不満や混乱、診断に関する説明が乏しいことや明確に診断を伝えられなかったことへの不満を訴える人が多い。20 歳以降に診断が下された事例の多くが発達期に教師やスクールカウンセラー、小児科医などへの相談歴があった。診断が遅れる理由については医師の発達障害概念の狭さ、当事者や家族の医療サービスにアクセスする意識の乏しさなどが関係していた。また、子どもの支援者の多くが「子ども専門」であり、父母に発達障害特性を見いだしても診断や評価を促すことに躊躇することで、虐待などの問題が事例化して初めて精神医学的評価を受けることもあった。その他、触法行為などで警察や弁護士、裁判所などが関与する過程で、弁護士などが発達障害を疑い診断に繋がる事例もみられた。

② 専門的サービスの不足については、「どの行政サービスが利用可能なのかわからな

い」、「行政の窓口職員の対応に不満で利用したくない」などに加えて、障害年金などの基本的な福祉サービスの存在も知らない人が多いことがわかった。また行政の窓口のスタッフや専門家が発達障害の知識が不十分であるという不満がきかれた。

③ 日常生活については多くの人が困難があった。

実行機能と感覚過敏の問題が特に語られた。実行機能については掃除・片付けの困難や家賃や光熱費の滞納、買い物の困難、身体不調の際に医療機関を受診することの困難、職場や家庭における対人葛藤などの訴えが頻度が高かった・特に女性では家事や子育てが難しく、支援が欲しいとのニーズが強かった。「溜め込み症候群」に相当する事例も複数例みられた。

感覚過敏については成人期にも多くの困難に関係していた。音過敏、臭いへの過敏、視線への過敏さ、触覚過敏などの訴えがしばしばなされた。

④ 身体障害とは異なり、見た目でわからないため障害ではなく、わがままな人や変な人という目で見られることへの言及が多かった。

⑤ 経済的不安を訴える人は非常に多い。収入が不安定なことや給与の安さに加えて、家族が十分な資力があっても、お金の使い方計画性がなくギャンブルやネットゲーム、遊興などに無計画に大金を浪費してしまうことへの不安が多くみられた。特にネットゲームでは、実生活で評価されることの少ない発達障害者が、ゲームの世界では高得点を獲得するなど周囲から評価されることがあり、承認欲求の満足につながり、ネットの世界に耽溺することに加えて、課金されるアイテムなどに給料のほとんどをつぎ込む人が複数みられた。

⑥ 孤立・孤独への不安は、すべての年代でみられた。同じ立場の同年代者との交流

を求める声が特に20から30歳の若年層でみられた。精神障害者や知的障害者対象のサービス機関では発達障害の利用者が少ないことや中年期以降の利用者が多いことへの不満がみられた。また自己対策としては、ネットゲームやSNSへの参加、宗教活動への参加で孤独をいやしていると思われる事例があった。

⑦ 精神科・身体的症状

抑うつ、不安などに加えて、醜貌恐怖、視線恐怖、怒り発作、溜め込み症候群などの症状を訴える人がいた。特に身体的な不定愁訴を長期にわたって訴える人が複数いた。

⑧ 災害時など緊急事態への対応

これについても、災害時に逃げ遅れる、避難所が感覚過敏などのために利用できないなどの訴えがあった。また行政の配布する災害時マニュアルは抽象的で使えない、より具体的なマニュアルが必要との訴えがあった。

⑨ 50歳以上の人では家族がなく老後の不安を訴える人が多かった。親の高齢化や定年退職などに伴い若年者よりも、孤立がより目立ち、孤独感や災害時、病気の時などの不安を訴える人が多かった。収入は若年者よりもさらに不安定になり、兄弟や公的支援などに経済的に依存することの不安が強い人がいた。またこの年代でもお金の管理は

⑩ 兄弟などが行っている事例が多くみられた。身体の合併症も増えて、身体疾患や健康管理に関する課題が多かった。グループホームなどの居住サービスを利用しているも、サービスの継続性に関する不安を訴える人が多い。50歳以上でも年老いた親に暴力を振るう人が複数みられた。

⑪ 女性特有の問題

性的搾取の対象になること、子育ての負担、家事の負担、月経前緊張症、「更年期障害」の辛さなどの訴えがみられた。子育て、家

事についての負担感の一部の女性で非常に強く、ネグレクトなどの虐待に近い事例もみられた。

2) 支援者インタビュー

子どもを対象とする支援者の多くは、子どもを支援する過程の中で、発達障害や軽度知的障害の可能性のある親に出あうことがあると語った。しかしながら、サービス機関が子どもを対象とする機関の場合、親の特性に気付いても診断や障害特性に配慮した支援に導入することの困難を感じていた。

発達障害の成人を支えるシステムとして横浜市の自立生活アシスタント事業、長野県の発達障がい者サポート事業についてインタビューにより調査した。両事業は若干性格が異なるが、いずれも成人発達障がい者への支援について国の制度の支援の網から漏れる部分の支援を行っており、有用である。以下に概要を記載する。

① 自立生活アシスタント事業（横浜市）自立生活アシスタント事業は、「自立生活アシスタント」が、施設の専門性を活かし、利用者の障害特性を踏まえた社会適応力・生活力を高めるための支援を行うことにより、地域で生活する障害者の生活の安定と福祉の向上を図ることを目的としており、発達障害者も対象にしている。ア) 市内に在住する単身者、イ) 同居家族の障害、高齢化、長期にわたる病気等で日常生活又は社会生活上の支援を受けられない者、ウ) 家族と同居またはグループホームに入居しているが、自立生活アシスタントの支援を利用しながら単身生活等への移行を希望する者を対象にし、(1) 訪問による生活支援 ア 衣食住に関する支援 イ 健康管理に関する支援 ウ 消費生活に関する支援 エ 余暇活動に関する支援

(2) コミュニケーション支援 ア 対人関

係の調整 イ 職場・通所先との連絡調整等を行う。本研究の対象者についての支援内容は、支援付きアパートに入居する人の引越や行政手続き、買い物の支援、アパートの中の掃除や片付け、お金の使い方の助言などを行っていた。

②長野県では平成 25 年度より、地域の中で発達障害のある人に対する支援を進めることを目的に害保健福祉圏域毎に「発達障がいサポート・マネージャー」を配置した。平成 27 年度には長野県の 10 圏域すべてに配置されている。直接的に発達障害のある人や家族の支援をするのではなく、多分野に渡る発達障害のある人の支援者同士の情報共有などに取り組みながらネットワークを形成し、支援体制を構築していくのが業務の中心である。発達障害に関わる関係機関としては、保健所、医療機関、福祉機関、学校、就労支援機関、司法機関、行政機関など、年齢やその状況によって多岐にわたるが連携や役割分担が適切に行うことが困難なことが多い。サポートマネージャーはそれらの「間」に入り込み、情報の橋渡しやそれぞれの役割の確認などをしながら「つながり」を作っていく役割を担っている。

本調査では長野県内の角圏域からサポート・マネージャーに集まって貰い、ヒアリング調査を行った。その結果、発達障がいの児・者の非行や触法行為などの問題行動について警察や弁護士との連携を行ったり、精神科病院に入院中の発達障がいの人の支援について病院所属の看護師などの支援者に発達障害の特性を見据えた支援方法のアドバイスを行うなどの支援を行っており、効果をあげていることが確認できた。

D. 考察

本調査により、これまで十分に支援されてこなかった多くの課題が明らかになった。

① 診断については、医師の考えや経験によってある程度意見が分かれるのはやむを得ないかもしれない。しかしながら、非常に典型的な自閉症スペクトラムの場合も前景にある「うつ状態」などの精神科的症状のみが診断される事例が少なくなかった。また当事者が発達障害の可能性について医師に問うと発達障害の概念そのものを否定されたなどといった陳述もあった。精神科医師の診断技術の向上が求められる。また診断名は告げられても患者や家族が知りたい障害特性の説明はなかったとか、心情的症状を訴えると今後の受診を拒否されるなどの医師のサービスのあり方に疑問を投げかける当事者や家族が多かった。さらに多くの事例が発達期に小児科医やスクールカウンセラー、教育相談所などで相談歴があった。成人期まで診断が遅れないためには、小児科医やスクールカウンセラー、学校関係者の啓発や診断トレーニングが必要である。

② 専門的サービスについては質・量ともに不十分であること、サービス機関の利用に必要な行政手続きの段階で断念する人の多いことなどが課題である。質については就労支援サービスを利用しようとしたら担当者から「あなたが障害があるとは、どうしても思えない」と否定された事例、就労支援会社のサービスの質の低さを指摘する事例が多くみられた。サービス提供者の知識や技術の向上が求められる。

③ 日常生活の支援ニーズが高かった。既存の公的サービスは使えず、民間の掃除会社や便利屋などを利用したり年老いた両親や兄弟などに依存している事例が多くみられた。横浜市の 制度は活用している事例が多く、このようなサービスが全国で利用できることが好ましい。

④ 障害が見えにくい故の不利益を感じている人は多かった。特に行政の窓口や支援者が理解していないとの不満が多く、関係

者の啓発が必要である。一方、要支援者であることを明示する「ヘルプカード」の使用については意見が分かれ、使うつもりはないという当事者が比較的多かった。

⑤ 経済的不安を訴える人が多いが、生活保護や障害年金について無知な人が多く、福祉制度の啓発が必要である。またお金の使い方が未熟で、悪質な業者などの搾取にあたりネット課金などに浪費する事例も多く、お金の使い方に関する教育を学校時代から始めておく必要がある

⑥ 孤立・孤独についての不安感をもつ人が多く、同年代の人と出会える場所を設定することが望ましい。

⑦ 精神科的症状については従来言われているような不安や抑うつとの合併が多くみられたが、心気的な症状を執拗に訴える人への対策が必要である。

⑧ 災害時などの緊急事態への対処が困難な人が多かった。長野県で行ったヒアリングから同県の「安心サポーター」制度が有効であり、全国に広がることを望ましい。

⑨ 50歳以上の人は、老後について非常に強い不安を感じていることが明らかになった。主な理由は親の高齢化のために行政や専門家の利用を支援する人がいなくなり、当事者のみでは新たな支援を受ける手続きができないからであった。適切な支援を受けられるようにサポートする人材が必要である。

⑩ 女性特有の問題は性被害、子育て、月経前緊張症や更年期障害などの内分泌的障害について支援ニーズが高かった。いずれの領域についても発達障害を考慮した支援体制は構築されていない。学校教育、子育て支援、婦人科医や保健師の教育内容に発達障害の女性の内容を盛り込むことが必要である。

本年度の調査は次年度に向けての予備的調査の側面も合わせ持つ。平成29年度の

調査においても成人、女性例、50歳以上の発達障害の人の調査を継続するとともに、軽度知的障害、境界知能の人の支援ニーズについても調査を行う。面談によるナラティブな情報収集を継続しつつ、これまで把握されていなかったニーズの把握に努める。さらに質問紙を用いた量的な調査を開始する。男性70例、女性30例、計100例を目標にアンケート調査を行う。さらに子育て支援、就労支援、若者支援、その他の福祉関連相談、医療福祉等の分野、ハローワーク等のサービス利用の実態を調査する。特に、今年度の調査で明らかになった子どもの支援者が把握する親の発達障がいの人を支援する方法について検討する予定である。

E. 結論

成人期の発達障害者支援については課題が多くあり、現行の支援システムだけでは対応できない。

診断が遅れる事例を減らすためには小児科医、スクールカウンセラーなどの児童期の支援者のスキルを高める必要がある。

発達障害者の支援には多様な機関・職種が関与するため、支援者間の横の繋がりを強化することや、自立生活アシスタントのような日常生活の個別の支援を行える支援者の養成が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

内山登紀夫 成人ADHDの診断、ASDとの合併と鑑別に着目して 精神医学 50: 217-222. 2017.

内山登紀夫 発達障害の不応性, 対応困難ケースの発生予防と危機介入について, 26, p42-47, 2017.

2. 学会発表

第5回日本司法・共生社会学会第5回京都大会, 大会シンポジウム「再生と寛容-被害

者にも加害者にもならない切れ目のない支援を目指して」シンポジスト内山登紀夫,2017.1.15

G. 知的財産権の出願・登録状況

特記なし

H. 参考文献

横浜市障害者自立生活アシスタント事業要綱制定 平成 22 年 3 月 1 日健障支第 3649 号 (局 長 決 裁)
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/shitei-kanri/seikatsu-shien-center/koubo2/7.pdf>

(平成 29 年 2 月 9 日アクセス)

長野県健康福祉部保健・疾病対策課；平成 26 年度発達障害者支援開発事業（厚生労働省補助事業）

実施結果報告書、長野県発達障がいサポート・マネージャーによる支援手法の開発～連携体制構築による二次障がい、行動障がいへの対応～平成 27 年 5 月

厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究

分担研究報告書

児童発達支援および放課後等デイサービスでのサービス提供に関する実態調査

研究分担者 神尾陽子 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)

研究協力者 原口英之 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)

研究要旨

本研究は、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所で行われているサービス提供に関する実態と課題を明らかにすることを目的としている。今年度は、先行研究で作成した調査票が、この目的において発達支援現場の実態に即したものであるかどうか、実施可能性を探索することを目的とした。現在までに、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、計3施設の責任者および職員のヒアリングを実施し、調査票をもとに、現場の視点から意見や希望などを聴取し、改訂すべきポイントが明らかになった。これらを参考に、次年度の調査の実施に向けて、現場の実態やニーズに即した調査票の改訂を継続する予定である。

A. 研究目的

近年、児童発達支援、放課後等デイサービスが急増している。事業所により、運営主体、施設・設備、職員配置、受け入れている子どもの障害種と人数、開所日・時間、サービス内容は、多種多様であるが、発達支援の実態と課題についてはデータに基づいて十分に整理されていない状況にある。

神尾ら(2016)は、地域特性の異なる10地域の発達障害児者支援を直接担う立場の医師(研究分担者)より選定された(有意抽出法)各地域の児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス、計108か所を対象に発達支援の実態を明らかにするための予備的調査を実施した。調査内容は、施設の運営主体と職員配置、発達支援の内容に関しては、療育の形態(集団療育と個別療育)、週当たり時間数(頻度)、アセスメント、療育内容・方法、計画書の作成、並行通園、療育内容の見直

し、保護者への成果の報告、療育の終了基準についてであった。回答の得られた71施設の発達支援の実態は、保育士による集団療育が中心であり、言語療法士や心理士などの有資格者が関与している施設は4割に満たないことが明らかになった。また標準的なアセスメントを実施していない施設も少なくなく、知能検査や発達検査は実施しても、発達障害の特性を評価する尺度を用いている施設は少数であった。そのため、個別療育についての回答内容は詳細が不明で解釈が難しく、必ずしも子どものアセスメント結果から個別ニーズに即して計画的に実施されていない実態が推測された。ただし、サンプル数が少数であるため、結果の一般化には大規模な調査が必要である。また、設問によって無回答や、設問と自由記述回答の内容との適合が不十分なため分類と集計が困難な回答があるなど、設問と回答方法の工夫が必要と思われた。アセスメントが浸透していない現状では、

サービス内容の質的な側面についての客観的な情報は入手が困難であると判断された。「療育」を規定する国の基準が不在のなかで、療育内容それ自体を明らかにすることよりもむしろ、それぞれの事業所が地域の中で分担している役割や地域ネットワーク内での紹介の流れが、当初の予定通り、利用者（保護者）や行政から見えるかたちで機能しているのかどうか、をまず明らかにする必要性も感じられた。そして有資格者の不在の施設における発達支援の質を上げるために、自治体はどのような後方支援を計画、あるいは実施しているのかについても調査することが必要と思われた。

神尾ら（2016）と類似した調査に、小澤ら（2016）の調査がある。小澤ら（2016）は、全国の児童発達支援、放課後等デイサービスの677事業所（回収率36.1%）から回答を得て、通所支援の状況、職員体制・支援内容、児童の状況、提供しているサービスの質の向上のための取り組み、家族支援、関係機関との連携などについて明らかにしている。しかしながら、調査は障害児支援全体について報告されており、急増している発達障害児（なお、調査では「発達障害」を、知的障害を伴わない（IQが概ね70以上「広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）、注意欠陥／多動性障害、学習障害」とし、有効回答の得られた597施設の全契約児数のうちの32.2%が「発達障害」と報告されている）の支援状況については、「発達障害（IQ70以上）の児童の言語・コミュニケーション障害に対する個別指導」の有無と指導をしている職種しか記載されていない。しかしながら、発達障害と知的障害は合併することはよくあることで、知的障害の合併ケースを排除してしまうと、発達障害への療育の実態が把握できない。また前述の事業所が地域の中で分担している役割や地域ネットワーク内での紹介の流れについては調査されていない。これより、発達障害児への支援に特化して別途調べる必要がある

と思われる。

本年度の目的は、発達支援の事業所が発達障害児に対して提供するサービスに関する実態と課題を明らかにするための調査項目について検討を行い、決定することである。

B. 研究方法

神尾ら（2016）の予備的調査で作成、使用した調査票（参考資料1）について、予備的調査の対象とは別の、地域で中核的な役割を果たしている児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所の責任者および職員を対象に、各施設を訪問し、研究の趣旨を説明し、同意を得てインタビューを実施した。現在までに、以下の3施設の責任者および職員より現場に即した意見や希望などを聴取した。

- ・区の児童発達支援センターA（公設民営）の施設長1名
- ・児童発達支援事業所および放課後等デイサービス事業所B（民設民営：各1施設運営）の代表取締役1名
- ・児童発達支援事業所および放課後等デイサービス事業所C（民設民営：各複数施設運営）の代表取締役、児童発達支援管理責任者、スーパーバイザー計3名

C. 研究結果と考察

本報告書作成時点（1月）では、3施設（A、B、C）の責任者および職員とのインタビューが終了した。具体的で詳細なコメント（参考資料2）は巻末に添付した。参考資料1に掲載した調査票の項目に沿って、訂正ポイントを記載し、次年度の調査票改訂に向けての課題を要約した。

1. 調査対象に関して

（指摘） 施設では必ずしも発達障害だけに対応していないため、障害児全体について回答

されている可能性がある。

(修正) 発達障害に特化した質問であることを明記する。

(指摘) 児童発達支援か放課後等デイサービスによって、また設置・運営主体(公設公営、公設民営、民設民営)によって、実態は大きく異なる。

(修正) 児童発達支援、放課後等デイサービスのそれぞれについて調査票を作成する。また、設置・運営主体を尋ね、それらの比較が可能となるよう、設置・運営母体別の解析も行う。

2. 調査項目(調査内容)に関して

1) 職員について

(1) 職員の資格について

(指摘) 「職種」という表現よりも、現場では資格の有無が重要である。

(修正) 有資格者の有無を尋ね、「有」の場合には具体的な資格を回答してもらうようにする(調査票の回答欄に資格の選択肢を挙げる)。また、資格の有無にかかわらず、発達障害児への支援にかかわる経験の有無・年数などについても尋ねる。

2) 支援内容について

(1) 支援形態

(指摘) 「集団療育」「個別療育」という用語の具体的な内容が定義されていないため、事業所ごとに解釈が異なると思われる。なかには、「療育」という意識をもっていない事業所もあると思われる。

(修正) 「集団療育」については、「集団での活動」と定義して、実施の有無、具体的な内容、大人と子どもの人数比など、具体的な事柄を尋ねる。「個別療育」については、「一定の時間、一定の場所で、職員が子どもに対して1対1で、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団

生活への適応訓練などを行うこと」と定義したうえで、実施の有無、具体的な内容などについて尋ねる。

(2) 時間数

(指摘) 同じ事業所でも利用している子どもによってサービス提供の実態は様々であるため、事業所として単一の回答をすることが難しい。

(修正) 開所時間を尋ねる。個別療育を実施している場合には一人あたりの1回の時間数および頻度など、利用者ごとの具体的な数字を記入する欄を作り回答を求める。

(3) 支援方法

(指摘) 特定の技法を、職員が療法・セラピーとして実施しているのか、単にそれらの知識を支援の参考にしているのか、回答者によって質問のとらえ方は様々なことが予想され、厳密な意味での前者に該当する支援は実態では稀少なのではないかと。

(修正) 「個別療育」を行っているとは回答した事業所のみ、用いる技法を尋ねるとともに、個別ケースの支援のねらい(目的)、その技法を選択した根拠を尋ねる。また用いた技法についての習熟の程度については、大学院での教育歴、有している資格、専門家による研修受講の有無などを尋ねる。

(4) 保護者の支援

(指摘) 子どもへの支援とは別に、実態を調べてほしい。

(修正) 新たに調査項目を立てて尋ねる。

3) 個別支援計画の作成について

(指摘) 「療育計画書」という言葉がわかりにくい。

(修正) 「個別支援計画」という行政的に用いられている表現に変更する。支援計画

をどのように作成しているか、また保護者が関与しているか（計画を立てる際に希望を聞いているか、また立てた計画について保護者に説明しているかなど）など、単に作成したかどうかに加え、そのプロセスを明らかにする。

4) 支援の定期的なモニタリング・支援計画の見直しについて

(指摘) 事業所で行っている支援計画の見直し・モニタリングについては、調査票に挙げた「子ども一人一人の療育内容の見直しを定期的に行っていますか」「成果を保護者に説明しているか？」という調査項目はぜひ含めてほしい。

(修正) 子どもおよび保護者に対して行った支援の日々の記録と振り返り、支援の検証・改善の方法、個別支援計画の見直しの方法、頻度について尋ねる。

5) その他

(1) 地域の園・学校、他の事業所、支援・相談機関（保健センター、教育センター等）、医療機関との連携・情報の共有

(指摘) 事業所を利用している子どもの中には、保育所・幼稚園に通っている子どもや、他の児童発達支援（センター、事業所）などを利用している子どももいるが、その場合、保育所・幼稚園や、他の児童発達支援センター・事業所との連携が必要と思われる。しかしながら、実態は明らかではない。

(修正) どこから紹介された子ども引き受けているのか、引き継ぎがあるのか、他の事業所と併用することはありうるか、その場合、他の事業所と情報共有しているのか、併行通園の保育所などとの連携の有無、内容、頻度について尋ねる。医療機関に受診しているケースについての情報共有について尋ねる。

(2) 職員のスキル向上の取り組みおよびサポート

(指摘) 無資格者が大半を占める我が国の療育現場では、職員のスキル向上が実際にどのように取り組まれているか、明らかにしてほしい。

(修正) ①研修（自治体が主催している研修、専門家を招いての研修、事業所の自主研修）の有無、内容、頻度、参加・実施状況、②専門家による職員指導（子どもに対して直接支援を行う担当職員への指導のこと；スーパーバイズ、コンサルテーション、ケースカンファレンス）の有無、内容、頻度、実施状況を尋ねる。専門家が外部者（事業所職員以外）である場合には、自治体の事業などにより費用がかからず専門家に指導を受けることができるものか、事業所自身が費用負担し専門家に指導を依頼しているのか、または、事業所に有資格者である専門家がいるかなどについても尋ねる。また、①や②に関する具体的なニーズについても自由記述を組み合わせるなどして尋ねる。

(3) 子どもへの対応の困難さおよび具体的な対応

(指摘) 専門性が低い職員が外部機関からのサポートがないなかで発達障害のある子どもにかかわる場合、困難は容易に想像できる。例えば、子どもの問題行動が激しい、危険を伴う場合には、対応に関する専門的な知識や支援技術がないと、危険な場合もありうる。

(修正) 現場での、子どもへの対応の困難さの有無、現在の具体的な対応、外部機関のサポートの有無と具体的な内容（研修や専門家による職員指導など）について調査する。また、対応の満足度と課題、外部機関に期待することなどについて、自由記述を組み合わせるなどして尋ねる。

(4) 利用者（保護者・子ども）を対象とした調査

(指摘) 事業所のサービスを評価する上で、利用者側からの評価も重要である。

(修正) 保護者（子ども）がどのくらい事業所のサービスを利用しているかの実態として、利用日数、利用のきっかけ（自分で調べた、地域の支援機関から紹介されたなど）、事業所の支援計画・支援内容に関する説明の有無や納得できているか、支援計画作成や計画見直しに関与し合意しているかなど、保護者と事業所との連携について尋ねる。また、利用の満足度と課題、事業所に期待することなどを調査する。

D. 結論

本研究は、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所で行われているサービス提供に関する実態と課題を明らかにすることを目的としている。今年度は、先行研究で作成した調査票が、この目的において発達支援現場の実態に即したものかどうか、実施可能性を探索することを目的として、現在までに、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、計3施設の管理者および職員のヒアリングを実施した。その結果、調査票をもとに、現場の視点から意見や希望などを聴取し、改訂すべきポイントが明らかになった。調査では、発達障害児への支援に特化し、地域でのサービス提供に焦点を当て調べることを重視し、子どもへの支援だけでなく、保護者の支援、地域の他機関との連携・情報の共有、職員のスキル向上の取り組みとサポート、利用者を対象とした調査、という新たな点を追加して調査する必要性が明確になった。

E. 引用文献

- 神尾陽子・原口英之・石飛信・山口穂菜美 (2016). 我が国の発達支援の実態:児童発達支援および放課後等デイサービスの実態に関する予備的調査. 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」分担研究報告書
- 小澤温 (2016). 障害児支援の現状分析と質の向上に関する研究. 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)総括研究報告書

参考資料 1 調査票

療育機関で行われている療育内容に関する調査

I. 貴機関についてお尋ねします。

1. 貴機関は、以下のいずれに該当するか、ご回答ください。

- 児童発達支援センター 児童発達支援事業所 放課後等デイサービス事業所
 その他 ⇒以下に具体的にお書きください。

2. 貴機関の設置及び実施主体は、以下のいずれに該当するか、ご回答ください。

- 公設公営 公設民営 民設民営

II. 貴機関で提供している療育についてお尋ねします。

1. 療育に直接的にかかわる方の職種は以下のいずれに該当するか、あてはまるものすべてに✓をつけてください。

- 心理士 保育士 言語聴覚士 作業療法士
 その他 ⇒以下に具体的にお書きください。

2. 療育に間接的に（プログラム作成やケース・カンファレンスなどに参加するなど）かかわる方の職種は以下のいずれに該当するか、あてはまるものすべてに✓をつけてください。

- 児童精神科医 小児科医 心理士 保健師 言語聴覚士
 作業療法士 保育士 その他 ⇒以下に具体的にお書きください。

3. 集団療育を実施していますか？

- はい いいえ

⇒「はい」の方は、以下についてお答えください。

3-A) 集団療育の頻度・時間数はどのくらいですか？貴機関で平均的な頻度・時間数についてお答えください。

(回答例：週に5日・10時～15時、週に2日・1日あたり2時間など)

3-B) 一グループの子どもの人数はおよそどのくらいですか？

(回答例：○人～○人)

参考資料 1 調査票

4. 個別療育（大人と子どもが1対1で行う療育）を実施していますか？

- はい いいえ

⇒「はい」の方は、以下についてお答えください。

4-A) 個別療育の頻度・時間数はどのくらいですか？貴機関で平均的な頻度・時間数についてお答えください。

(回答例：週に2日・1日あたり2時間、2週に1日・1日あたり1時間など)

5. 子ども一人一人の療育内容をどのように決めていますか？あてはまるものすべてに✓をつけてください。

- 医学的診断 療育場面での子どもの状態 親の希望
 療育開始前に実施された検査結果（知能検査・発達検査、親回答式尺度等）⇒検査名を具体的にお書きください。

- 貴機関で独自に設けられた基準（チェックリスト等）⇒どのようなものか具体的にお書きください。また、もしさしつかえなければ、一部いただけますと幸いです。

- その他 ⇒具体的にお書きください。

6. 以下のうち、どのような考え方や方法に基づいて療育を行っていますか？あてはまるものすべてに✓をつけてください。

- 行動的アプローチ（応用行動分析、行動療法など）
 視覚的構造化
 絵カードを用いたコミュニケーションシステム
 発達・関係性アプローチ（対人関係発達指導法（RDI）、フロアタイム（DIR）など）
 言語療法（言語聴覚士によるもの、あるいは言語聴覚士の作成したプログラムによるもの）
 作業療法あるいは感覚統合（作業療法士によるもの、あるいは作業療法士の作成したプログラムによるもの）
 ソーシャルスキルトレーニング
 音楽療法
 動作法
 ペアレントトレーニング

参考資料 1 調査票

その他、貴機関独自に行っている子ども向けプログラムについて、具体的にお書きください。

その他、貴機関独自に行っている親向けプログラムについて、具体的にお書きください。

7. 子ども一人一人の療育計画書を作成していますか？

はい いいえ

⇒「はい」の方は、もしさしつかえなければ、計画の様式（サンプル）を一部いただけますと幸いです。

8. 貴機関に通っている子どもで、保育所・幼稚園を利用している（並行通園）の子どもはいますか？

いる いない 小学生以上の子どものみを受け入れているため、いない

⇒「いる」の方は、以下についてお答えください。

8-A) 貴機関に通っている子どものおよそ何%くらいが並行通園をしていますか？

8-B) 並行通園の開始の時期は何歳頃が一番多いですか？

8-C) 並行通園をしている子どもの場合、貴機関で受ける療育の平均的な頻度・時間数はどのくらいですか？

8-D) 保育所・幼稚園に通所後の療育の頻度・時間数はどのようにして決定されますか？ 機関で基準が決まっている、親の希望に応じている、個別的に担当者が判断するなど、具体的にお書きください。

参考資料 1 調査票

9. 子ども一人一人の療育内容の見直しを定期的に行っていますか？

はい いいえ

⇒「はい」の場合、何か月ごとに行っているか、またその方法などについて、できるだけ具体的にお書きください。

10. 子ども一人一人の療育の成果を保護者に説明していますか？

はい いいえ

⇒「はい」の場合、どのように説明しているか（希望があったときに説明する、定期的に説明する機会を設けている、検査結果を用いて説明している／していないなど）、できるだけ具体的にお書きください。

11. 子ども一人一人の療育の終了をどのように決めていますか？ 機関で基準や時期が決まっている、保護者と話し合っって個別的に決めているなど、できるだけ具体的にお書きください。

これで、すべてのアンケートが終了しました。
回答し忘れないかどうか、もう一度お確かめください。

ご協力くださり誠にありがとうございました。
回答済の調査票を返送用封筒に入れて投函してください。

1. 調査対象に関する意見・助言

- ・発達支援に関する調査では、障害児支援全体（知的障害、聴覚障害なども含む）として回答されている可能性があり、発達障害に特化して、発達障害の子どものニーズをどのくらい踏まえて支援が行われているか、についての実態はわからない。(A)
- ・調査目的とそれに合わせた対象を明確にする上で、児童発達支援、放課後等デイサービスの調査を分けた方がよい。また、調査対象や結果の分析では、民設民営なのか、公設公営・公設民営か、を明確に分けた方がよい。実態は明らかに異なると思われる。(B)
- ・児童発達支援と放課後等デイサービスの調査は分けた方がよいと思う。実態は違うはずである。(C)

2. 調査項目（調査内容）に関する意見・助言

Q1「療育に直接的にかかわる方の職種は以下のいずれかに該当するか、あてはまるものすべてに✓をつけてください。」

- ・回答欄は「心理士、保育士、言語聴覚士、作業療法士」となっており、「その他」以外につけることができない（つまり、ほとんどの事業所は専門職を配置していない）ため、回答への動機づけを下げってしまう可能性がある。回答できるように「指導員」「社会福祉士」「介護職員」などを選択肢に予め入れておくとういと思われる。(B)
- ・まず、「施設に専門家はいますか？」の設問で、「いる」か「いない」かを尋ね、「いる」と回答した場合にのみ、資格を尋ねるとよいと思う。(B)
- ・「資格」を明記し、回答欄には選択肢として列挙した方が回答しやすい。(C)

Q2「療育に間接的に（プログラム作成やケース・カンファレンスなどに参加するなど）かかわる方の職種は以下のいずれに該当するか、あてはまるものすべてに✓をつけてください。」

- ・「資格」を明記し、回答欄には選択肢として列挙した方が回答しやすい。(C)
- ・サービス提供者以外のスーパーバイザーのような役割をおいているか、つまり外部（もしくは内部でも）の専門家の巡回訪問やコンサルテーションを受けているか否か、を受けている場合にはその頻度などを聞くとよい。児童発達支援の制度上、そのような立場の方への費用は利用者から得られるものではないため（加算などがあるわけではないので）、施設の負担になり、外部の専門家からの支援を受けたくても費用面（また時間の面でも）で難しいという現状がある。(C)

Q3「集団療育を実施していますか？」

- ・「集団療育」というものがなにを指すのか、ある程度具体的に定義した方がよいと思われる。「集団療育」の定義がどういうものを指すのかわからないため、この設問で悩んでしまう。例えば、放課後等デイサービスで、“複数の児童を預かっている”という意識をもっている施設であれば「集団療育」という意識をもっていないかもしれない。そうなると、「いいえ」（もしくは選択肢にはなかったが「わからない」という回答）に回答することになり、その後の設問に回答しにくい気持ちになってしまうかもしれない。(C)

参考資料2 調査票への回答（意見・助言）の詳細

- ・集団療育において、大人と子どもの人数の割合を具体的に聞いた方がよい（大人との割合）(C)

Q4「個別療育を実施していますか？」

- ・調査項目全体に関連するが、行っている支援が単一（例えば、個別療育のみを行っている事業所）であれば答えやすいが、児童発達支援センターのように複数の支援（毎日通園、指定日通園など）があり、子どもによって行う支援が様々である場合には答えにくい。(A)
- ・通っている子どもによって、頻度はバラバラなことが多く、まとめて回答するのは難しい。(B)
- ・①開所時間、②一人あたり、1回当たりの時間、③契約人数、を尋ねる流れがよいと思われる。③については、「週1日が何人、週2日が・・・、週5日以上が何人」というように、それぞれ人数を聞いていくとよい(B)
- ・定期的ではなく、希望のあるときに不定期で受けている児童（キャンセル待ちなど）もいる。そのような児童の受け方をしているか否かを尋ねてもよい。(B)
- ・「個別療育」というのは、どういうものかのイメージ（1対1でかかわること）を、施設はもっていることが多く、「わからない」ではなく、「はい」「いいえ」を回答しやすいと思う。(C)
- ・「平均的な頻度・時間数」という回答よりも、事務職の人でも回答できるような設問にして、例えば施設のスケジュール（一人当たりの時間数、内容等）と契約者の人数および契約者ごとの利用日数を回答してもらえばよいと思う。(C)

Q5「子ども一人一人の療育内容をどのように決めていますか？あてあまるものすべてに✓をつけてください。」

- ・民設民営の事業所の場合、専門職を配置していないことも多く、検査を実施していないことがほとんどである。検査の情報を利用するという点でも、検査自体を知らないことも少なくない。(B)

Q6「以下のうち、どのような考え方や方法に基づいて療育を行っていますか？あてあまるものすべてに✓をつけてください。」

- ・答えられる内容ではあるが、療法として行っているか、参考になっているか、によって答え方が変わり、参考にしているということであれば、全ての選択肢を選んでしまいやすい。どの程度やっているかについては評価しにくい。それらの考え方や療法を、どういうねらいでやっているか、を聞くのも1つの案だが、ねらいが「社会性」というようにざっくりになってしまうかもしれない。(A)
- ・選択肢について知らない、わからない、という事業所が多いと思われる。昨年度の調査結果でも、その他を選び、自由記述で回答した事業所が多かった。回答できなくなってしまうので、回答しやすいように工夫ができるとよい。(B)
- ・児童発達支援でも、放課後等デイサービスでも、なんらかの療育プログラムを行っている事業所では、回答できる事業所はあると思われるが、一時的な預かりという意識で支援を行っている事業所では、選択肢に挙げられているようななんらかの理論や技法に基づいて支援を行っている意識や、「療育」という意識自体をあまり持っていないと思われる。(B)

参考資料2 調査票への回答（意見・助言）の詳細

- ・ Q3、Q4 を回答でき、療育をしているという意識をもっている施設は回答できると思われるが、これでは質は評価できないと思われる。なにか工夫はできないか？ (C)

Q7 「子ども一人一人の療育計画書を作成していますか？」

- ・ 児童発達支援、放課後等デイサービスの調査であれば「個別支援計画」という用語に変更した方がよいと思われる。(C)

Q8 「貴機関に通っている子どもで、保育所・幼稚園を利用している（並行通園）の子どもはいま すか？」

- ・ 特に気になる点はなく、意見等はなかった。

Q9 「子ども一人一人の療育内容の見直しを定期的に行っていますか？」

- ・ 特に気になる点はなく、意見等はなかった。

Q10 「子ども一人一人の療育の成果を保護者に説明していますか？」

- ・ 特に気になる点はなく、意見等はなかった。

Q11 「子どもの一人一人の療育の終了をどのように決めていますか？」

- ・ 特に気になる点はなく、意見等はなかった。

3. その他の意見

- ・ 前年度の調査では、有意抽出法によるものであったため回収率がよかったのだと思われるが、多くの民設民営の事業所（児童発達支援も放課後等デイサービスも）を対象とした場合には、調査項目の意味がわからない、答えることができない、などの理由から、回収があまりできないのではないかとと思われる。調査の仕方に工夫が必要だと思われる。(B)
- ・ 民間の事業所、特に放課後等デイサービスでは、回答できる方が限定されると思われる。各設問に関して回答できる施設が回答すると思われ（つまり、回答できない施設はそもそも調査自体に協力しないのではないかと）、集められた回答の結果は、実態よりもよいもの（偏った結果）になってしまうのではないかとと思われる。(C)
- ・ 民設民営の事業所は確かに増えているが、問題となるような事業所はその一部であり、多くは、事業所独自の考え方があるにしても支援を熱心に行っているところは多い。親子にはニーズがあり、そして親との契約で行っている事業であり、いわゆる預かりを中心に行っている事業所となんらかの療育プログラムを中心に行っている事業所のどちらがよいか、という評価は難しいのではないかと。一部の事業所の実態で、事業所全体の取り組みが縮小される（減算など。実際受給者証の日数が減るなどすでに起こっている）のは残念なことである。(B)
- ・ 民設民営の立場からは、事業所のニーズや困り感の実態はどうか？例えば、専門職からのスーパーバイズ・コンサルテーションや研修のニーズはあるのか？事業所として子どもへの対応に困っていることがあるか？どのような問題があるか？などの実態を知りたい。(B)

参考資料2 調査票への回答（意見・助言）の詳細

- ・県の独自事業で、児童発達支援事業所が、県の療育センターの心理士もしくは作業療法士による巡回訪問支援を受けることが可能である（希望制）。実際には、どのくらいの事業所が、どのようなニーズで、その制度を利用しているのか？また事業所がどのくらいそれにより助かっているのか、満足しているのか？などの実態を知りたい。(B)
- ・職員を対象として、職員の実態について、常勤なのか非常勤なのか、どのような資格をもっているのか、児童にかかわる支援の経験の有無・年数、そして、現場で困っていること（子どもの問題行動など）、困っている子どもに対する支援の実態、研修やコンサルテーション（専門職からの助言等）のニーズなど、を調査してほしい (C)
- ・利用者調査（保護者を対象）により、事業所のサービス利用の実態、満足度、親のメンタルヘルス、子どもの特徴などを、調査してはどうか？ (B)

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に
関する研究
分担研究報告書

発達障害児者等の支援体制を評価するための「地域評価ツール」の作成と試行

研究代表者 本田 秀夫 （信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部）
研究分担者 篠山 大明 （信州大学医学部精神医学教室）
研究協力者 樋端 佑樹 （信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部）

研究要旨：発達障害の支援は、地域の行政が関与したシステム化が肝要であり、そのシステムの中のサブシステムを担う機関とそこで働く専門家の技術が鍵となる。

本研究では、本田が考案（本田，2014）し、改変（本田，2016）した地域支援システムのモデル図をもとに、特につなぎ支援に注目しながら地域の支援体制の充足度を点検するための「地域評価ツール」を作成した。

本研究班における自治体を対象としたアンケート調査の回答をもとに、研究代表者およびその研究協力者が地域評価ツールに記入してみた。それ以外にもいくつかの自治体の発達障害児者支援担当者に依頼して試行的に評価ツールへの記入を依頼した。

多領域の連携推進を行う公的部署または連携会議の設置については、自治体によってかなりの差がみられた。連携のなかでもつなぎ支援については、自治体によってやり方に大きな違いがみられた。連携を担うのが特定の機関や部署である自治体もあれば、保健師など個人にゆだねられている自治体もあった。

2年目は、地域評価ツールを用いて全国の自治体を対象としたアンケート調査を行う予定である。

A. 研究目的

発達障害の支援は、地域の行政が関与したシステム化が肝要であり、そのシステムの中のサブシステムを担う機関とそこで働く専門家の技術が鍵となる。

地域支援システムをつくるには、基本的なシステム図を描いておく必要がある。その際、具体的な支援の場をサブシステムとして想定するだけでなく、それらをどのような関係でつなぎ、連携させるかも意識し

ておかなければならない。そのためには、つなぎ・連携を主たる機能とするインターフェイスをシステム図の中に明記しておくとい。

縦割りの組織で構成されるわが国の公的サービスでは、連携が保障されにくい。行政が描くいわゆる「ポンチ絵」は、往々にして組織中心の構図となっている。組織は四角や丸などの図形として描かれ、図形の中に名称が書かれている。しかし、連携は

ベクトルのように矢印1本で、横に「連携」の文字が書かれているだけであることが多い。行政において連携は、誰がどこで行うかが明示されないままに、現場の実務担当者の誰かが自主的に行うことを期待されているのが現状である。地域システムづくりにおいて本気で連携を考えるのであれば、システム図の中でベクトルでなく四角や丸といった面積のある図形として連携を記載するとともに、どのような法制度上の根拠に基づいた何という事業で、どの組織あるいは職種が担うのかを明記し、連携という機能を専属で担う人を配置しなければならない。

本田らは、かつて横浜市における支援の地域システムづくりにあたり、早期発見のシステム・モデルである DISCOVERY および早期支援のシステム・モデルである CHOICE を考案した (Honda & Shimizu, 2002 ; 本田, 2009)。これらは、サブシステムだけでなく連携を担うインターフェイスを明記したシステム・モデルであるところが特徴であった。

発達障害の早期支援の対象を必ずしも医療が必要ではないケースにまで広げるとすると、医療モデルのみで対応することは合理的でない。そこで本田は、「日常生活水準の支援」(「レベルⅠ」)、「専門性の高い心理・社会・教育的支援」(「レベルⅡ」)、「精神医学的支援」(「レベルⅢ」) からなる3階層モデルによる支援システムづくりを提唱した (本田, 2012)。レベルⅠの支援を担うのは、乳幼児期は市町村の母子保健や保育・幼児教育であり、レベルⅢの支援を担うのは、児童精神科の医療機関である。専門的支援に関する現場の主役は多くの場合、

レベルⅡの支援であり、これを担うべき機関やスタッフを特定したシステムづくりが必要である。さらに本田は、DISCOVERY モデルに3階層モデルの考え方を導入して修正したモデルを作成し (本田, 2014)、さらにそれを改変した (図1 ; 本田, 2016)。

今年度、本研究班の児童期の調査では、発達障害の支援ニーズの爆発的な増加に伴い、多くの自治体で発達障害児の支援体制整備が急がれていることが示された。多領域の連携推進を行う公的部署または連携会議の設置については、自治体によってかなりの差がみられた。連携のなかでもつなぎ支援については、自治体によってやり方に大きな違いがみられた。

これらの違いを明らかにして、全国的な発達障害支援の体制整備の実態を明らかにするためには、支援システムの整備状況を評価するための評価ツールが必要である。そこで、今年度は地域の発達障害児者支援体制の評価を行うための「地域評価ツール」を開発し、今回行った自治体を対象としたアンケートの結果をもとに試行的に筆者らが評価ツールに記入して、その有用性について検討した。

B. 研究方法

本田 (2016) が作成したシステム・モデル図 (図1) をもとに、地域評価ツールを作成した (図2)。ツールでは、基本的なサブシステムを角丸長方形、インターフェイスを楕円として設定し、中を空白にして自由に書き込めるようにした。

記入方法については、以下の通りとした。

(1) 角丸長方形の中には、「把握」や「支援」などの機能を担う機関などの具体的な

名称を記入する（複数可）。

(2) 楯円の枠の中には、つなぎ（紹介、引き継ぎ、カンファレンス、スーパーヴィジョンなどの連携）の機能を担う機関、会議、事業、職種などの具体的な名称を記入する（複数可）。

(3) 「レベル1」は、障害の有無を問わず受けることのできるサービス（子どもの場合、「乳幼児健診」「幼稚園、保育園、認定こども園」「小学校」など）を記入する。

(4) 「レベル2」は、専門性の高い心理・社会・教育的支援のサービス（子どもの場合、「発達支援室」「療育センター」「児童発達支援センター」「放課後等デイサービス」など）を記入する。

(5) 「レベル3」は、発達障害の診断や治療などの医学的サービス（病院やクリニックなど）を記入する。

この評価ツールに、今年度の本研究班で行った自治体を対象としたサービスの実態に関するアンケート調査で回収された情報をもとに、筆者らが試行的に記入した。

（倫理面への配慮）

研究対象者への侵襲的介入はない。

C. 研究結果

平成 25 年度～27 年度に実施された厚生労働科学研究費補助金「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」（研究代表者：本田秀夫）の最終年度に作成された「提言」では、政令指定都市、中核市・特例市・特別区、小規模市、小規模町村に分けて、それぞれの人口規模に応じた発達障害の早期支援体制のあり方について提言されている。

この中で、人口規模が 20 万人を超える政令指定都市や中核市・特例市・特例区は、全直接支援機能（発見・子育て・専門療育・医療・統合保育・教育・相談）の整備を行うべきであり、なかでも政令指定都市および中核市では、地域支援機能と診療機能を備えた市立・区立の児童発達支援センターの設置が望ましいとの提言がなされた。

拠点となる診療機能を備えた児童発達支援センターがすでに「療育センター」等の名称で設置されている自治体の例として、福岡市（人口 155.6 万人）を挙げる（図 3）。ここでは、発見から幼児期の支援のレベル 2 からレベル 3 にかけてを、療育センターが一手に網羅していた。また、近年都市部において急増している民間の児童発達支援事業所などがレベル 2 に位置づけられていた。一方、レベル 1 における発見から支援へのインターフェイスおよび、学齢期の支援におけるレベル 2 とレベル 3 との共時的インターフェイスの欄が、空欄となった。

小規模市について「提言」では、「発達支援室」等の中核機能を担う組織を設置し、高い専門性は都道府県または圏域による支援体制を活用すること、および児童発達支援事業所と保育所・幼稚園の充実を図ることを提言した。ここでは小規模市の例として、山梨市（人口 3.6 万人）を挙げる（図 4）。市単独ではレベル 2、レベル 3 の施設を持っておらず、県や圏域で利用できる関連機関をうまく活用しながら支援体制を作っている。インターフェイスの欄はすべて複数の名称が記入されており、「保健師」といった個人を示す職種だけでなく「すこやか相談」「連携パス」などの事業や開発されたツールの名前も記入されていた。

小規模町村について、「提言」では、人口1万人以上（可能なら5千人以上）は児童発達支援事業所を設置し、それ未満は統合保育や圏域を活用すること、としている。ここでは、小規模町村の例として、南知多町（人口1.9万人）を挙げる（図5）。「どんぐり園」という児童発達支援事業所があるが、近隣の自治体にある療育施設も利用できるようになってきているなど、レベル2～3については町単独ではなく県や圏域のバックアップを得ていた。インターフェイスについては、複数の欄に「保健師」と記載されており、中には「保健師」のみが記載されている欄もあった。

D. 考察

平成25年度～27年度に実施された厚生労働科学研究費補助金「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」（研究代表者：本田秀夫）では、全国調査によって発達障害の支援ニーズと地域の支援システムの実態について調査・分析し、地域特性に応じた課題の抽出と提言を行った。総合報告書に記載された提言は、発達障害情報・支援センターのウェブサイト別途アップロードされている。

今回作成した「地域評価ツール」に記入した各自治体の支援体制の実情を上記の提言と参照しながら検討することによって、それぞれの自治体の支援体制の特徴が見えやすくなる。

たとえば、福岡市のように、1つの施設の中に複数の機能が内包されている拠点施設がある場合、サブシステムだけでなくインターフェイスもその拠点の中に設置でき

るという利点がある。これは、利用者から見たときに切れ目のない支援を保障するためのきわめて有利な条件となる。しかしその一方で、巨大な拠点施設があることによって、発見から幼児期の支援にかけての他の関連機関の役割が相対的に弱くなってしまふかもしれない。たとえば図3では、発見のレベル1と2との間の共時的インターフェイスが「心理面接」のみであり、レベル1における発見から支援へのインターフェイスおよび、学齢期の支援におけるレベル2とレベル3との共時的インターフェイスの欄が空欄であった。他の地域では、たとえば保健師が記入されることの多かった箇所であるが、福岡市のアンケート回答ではその記載がなかった。拠点施設が発達障害児支援において大きな比重を占めたことにより、総体的に保健師の役割が小さくなっていることの反映かもしれない。

療育センターのような拠点施設のない小規模市および小規模町村では、それぞれの地域の事情に応じてさまざまな形で支援のサブシステムとそれらをつなぐインターフェイスが設置されていた。レベル1は自治体の中にあるものの、レベル2、レベル3は存在しない場合も多い。そこで、周囲の自治体に存在する施設も含めて利用したり、県立などの施設を利用したりすることによって、支援の機能を確保していた。それらをつなぐインターフェイスとして、さまざまな形で事業を行っている自治体もあったが、一方で多くのインターフェイスの欄に「保健師」とのみ書かれている自治体もあった。子どもの数が少ない小規模自治体では、保健師が母子保健だけでなく地域のさまざまな資源をつなぐインターフェイスと

してきわめて重要な役割を果たすことによって、地域の発達障害支援体制が保持されていると思われた。

E. 結論

地域評価ツールを用いることで、自治体の発達支援体制の到達点と課題が明確にできる可能性が示された。多領域のつなぎ支援については、自治体によってやり方に大きな違いがある。連携を担うのが特定の機関や部署である自治体もあれば、保健師など個人にゆだねられている自治体もあった。

2年目は、本ツールを用いて全国の自治体を対象とした調査を行う予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表 別紙参照
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

Honda, H. and Shimizu, Y.: Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism*, 6: 239-257, 2002.

本田秀夫：広汎性発達障害の早期介入ーコミュニティケアの汎用システム・モデルー。精神科治療学 24(10): 1203-1210, 2009。

本田秀夫：子どものメンタルヘルス。精神科臨床サービス 12(2): 247-249, 2012。

本田秀夫：発達障害の早期支援。精神療法 40(2): 299-307, 2014。

本田秀夫：早期発見から早期支援へ。本田秀夫編著：発達障害の早期発見・早期療育・親支援。金子書房，東京，pp.11-17, 2016。

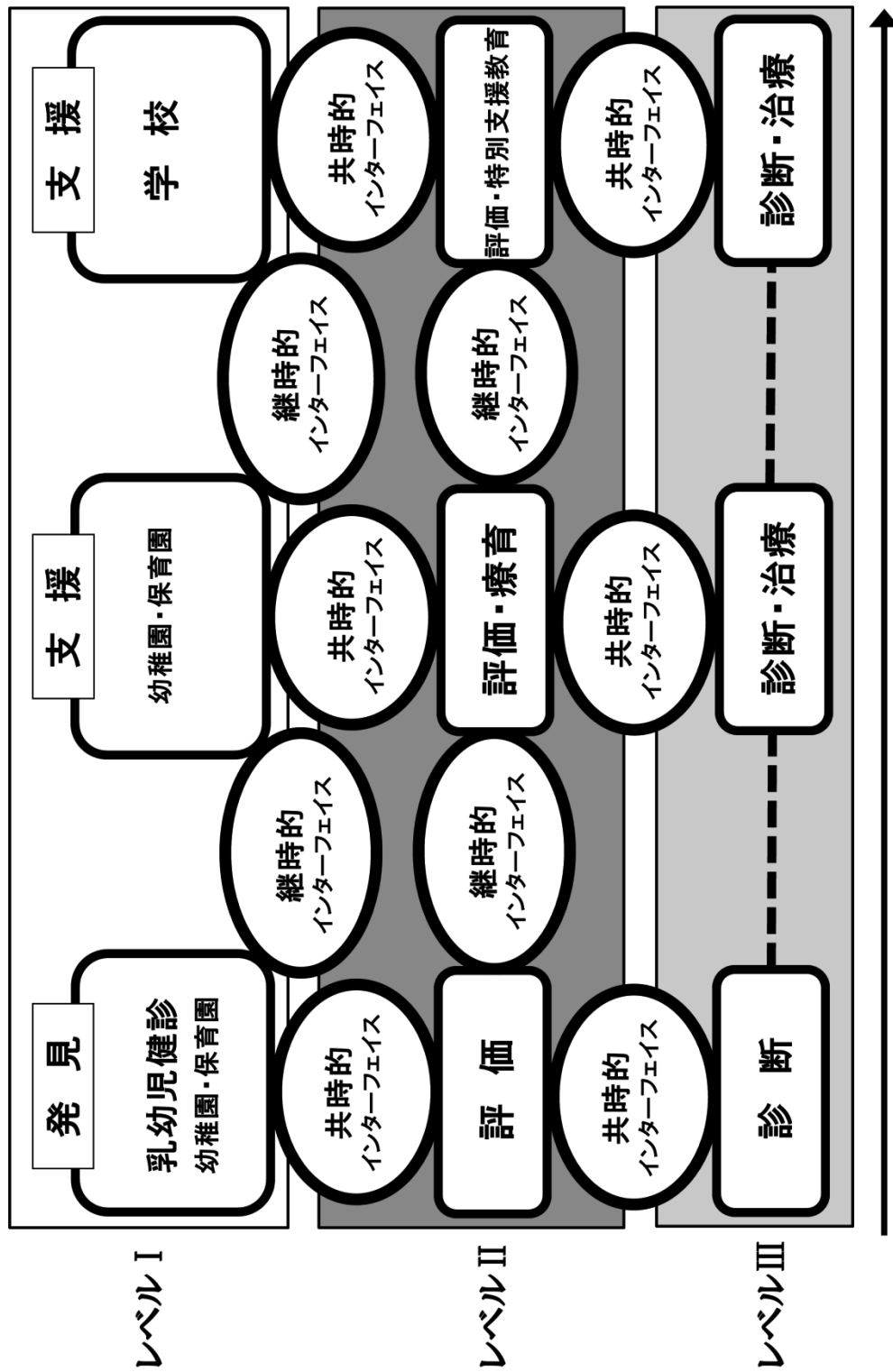
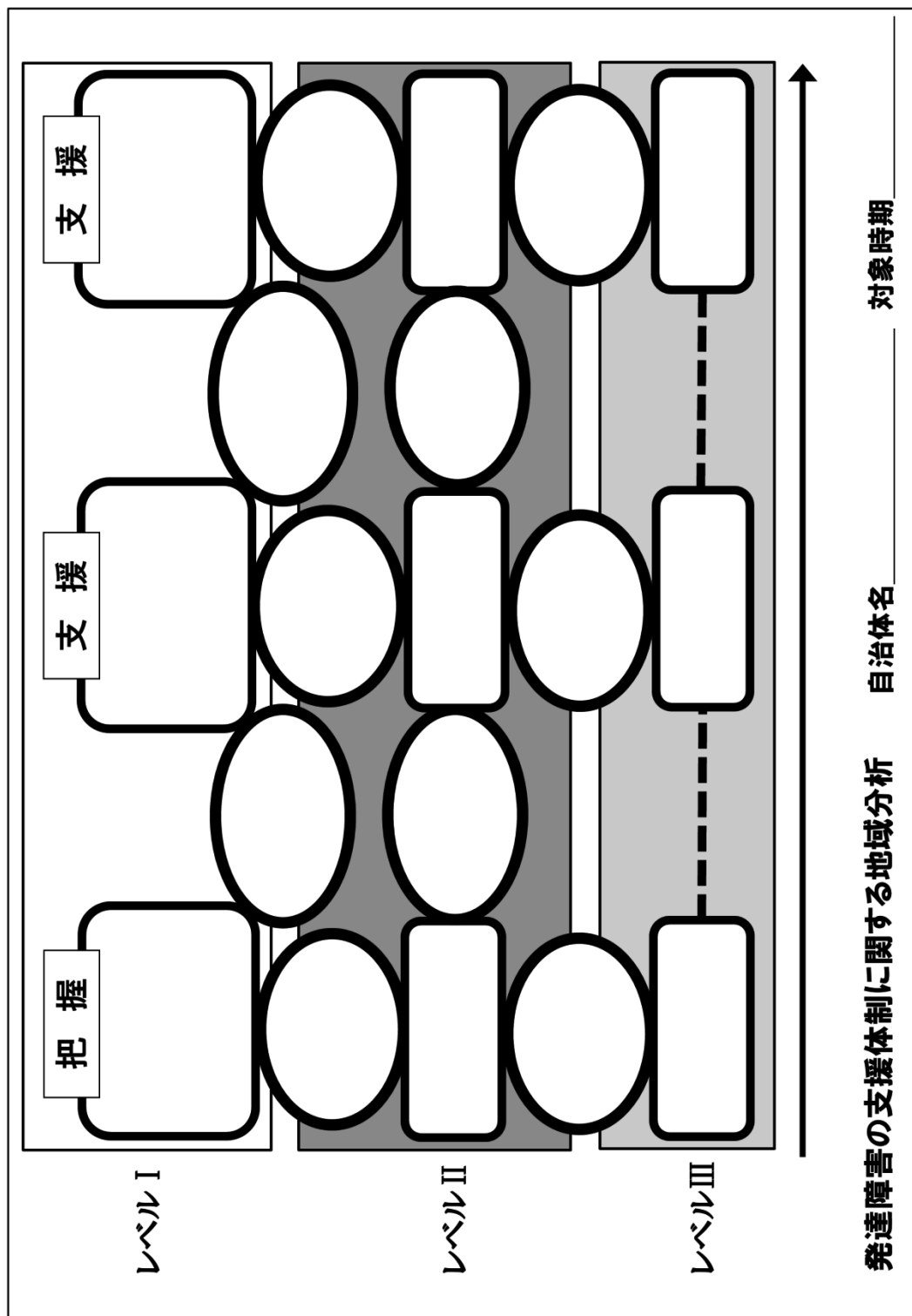


図1 発達障害の子どもと家族への地域支援の基本モデル



発達障害の支援体制に関する地域分析 自治体名 対象時期

図2 地域評価ツール

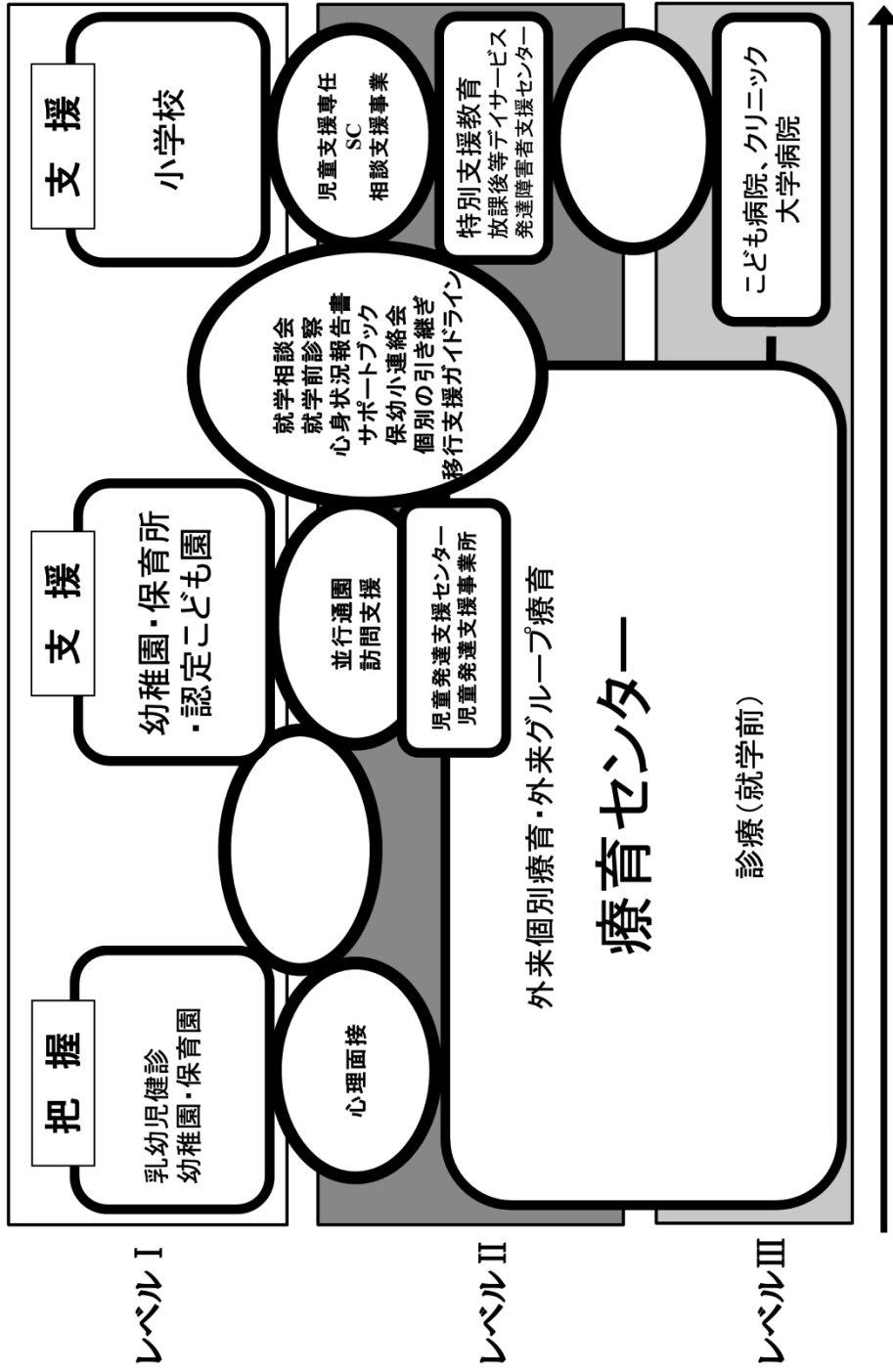


図3 地域評価ツールの記入例：療育センター（拠点となる診療機能を備えた児童発達支援センター）のある政令指定都市・中核市の一例（福岡市：人口1,556,000人）

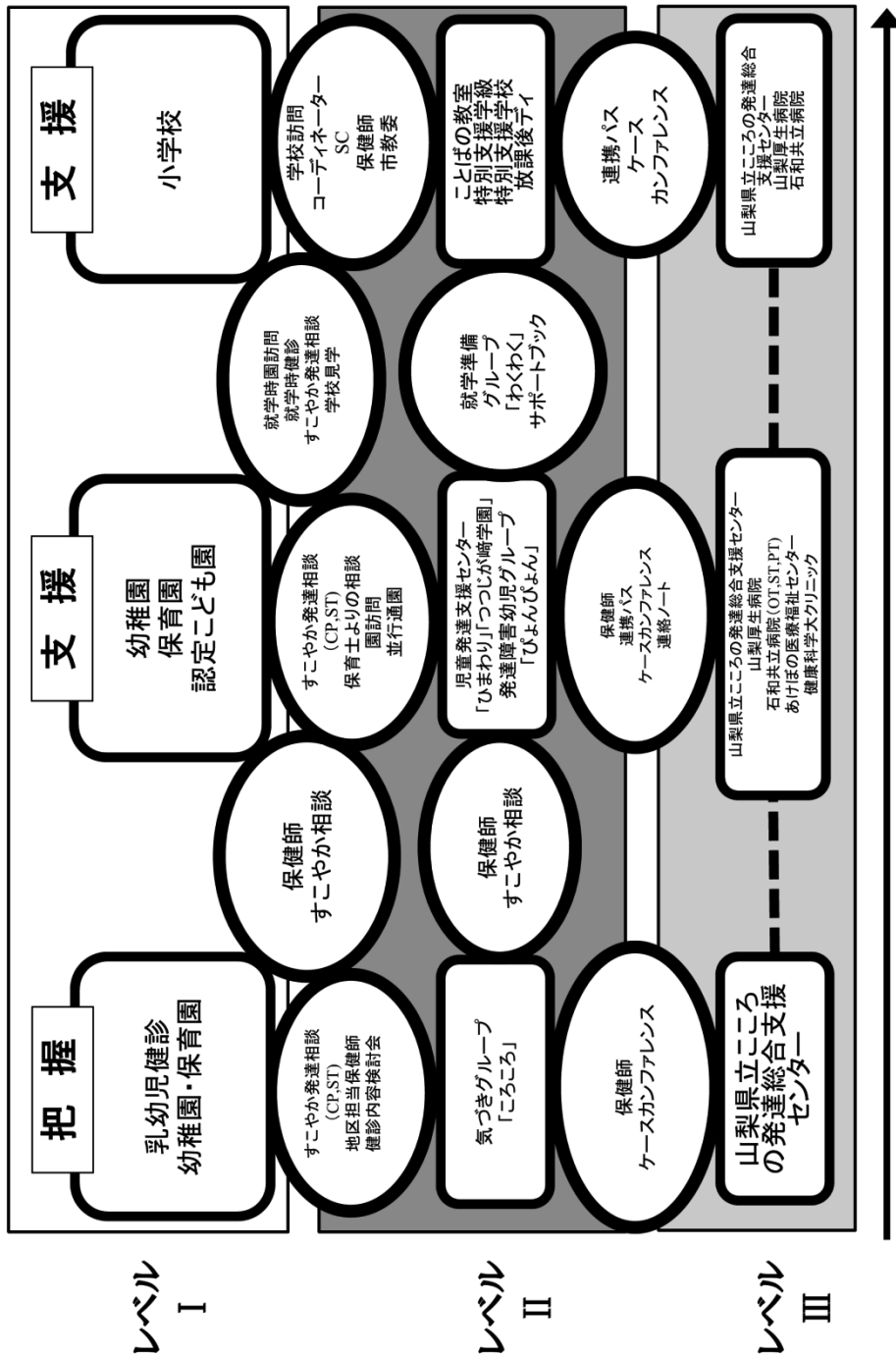


図4 地域評価ツールの記入例：小規模市の一例（山梨市：人口36,089人）

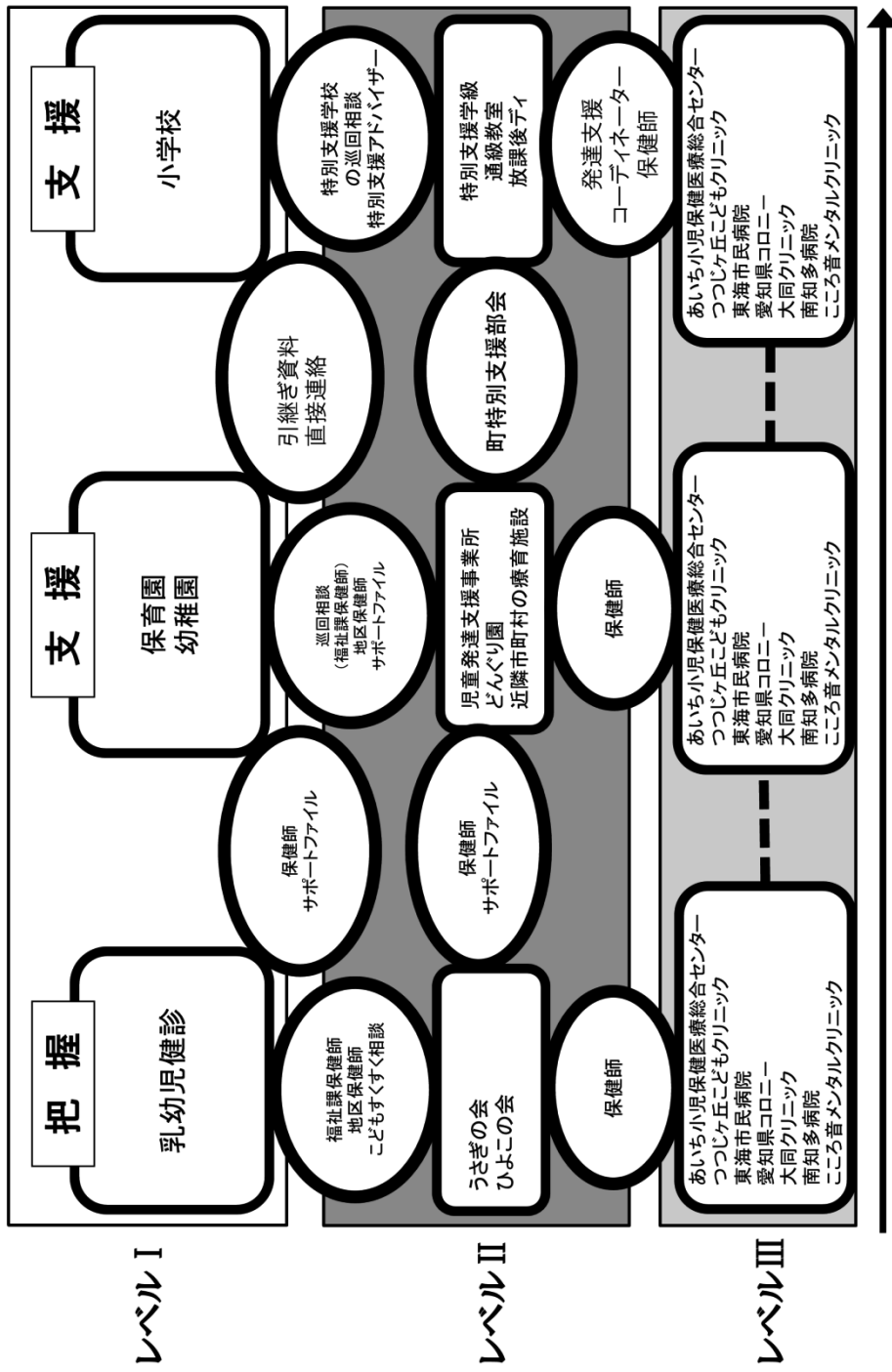


図5 地域評価ツールの記入例：小規模町村の一例（南知多町：人口18,707人）

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本田秀夫	パーソナリティ？それとも発達？		こころの科学 No.185	日本評論社	東京	2016	82-83
本田秀夫	障害のある児童およびその保護者の理解と対応	原田眞理	教育相談の理論と方法－小学校編－	玉川大学出版部	東京	2016	125-154
本田秀夫	早期発見・早期療育・親支援はなぜ重要なのか？	本田秀夫	発達障害の早期発見・早期療育・親支援	金子書房	東京	2016	2-10
本田秀夫	早期発見から早期支援へ	本田秀夫	発達障害の早期発見・早期療育・親支援	金子書房	東京	2016	11-17
手島将彦, 本田秀夫			なぜアーティストは生きづらいのか？－個人的すぎる才能の活かし方－	リットーミュージック	東京	2016	
西村顕, 本田秀夫			知的障害・発達障害のある子どもの住まいの工夫ガイドブック－危ない！困った！を安全・安心に－	中央法規	東京	2016	
本田秀夫	発達障害の理解と支援に向けて①	下山晴彦, 村瀬嘉代子, 森岡正芳	必携発達障害支援ハンドブック	金剛出版	東京	2016	15-24
本田秀夫	発達障害の理解と支援に向けて②	下山晴彦, 村瀬嘉代子, 森岡正芳	必携発達障害支援ハンドブック	金剛出版	東京	2016	25-34
本田秀夫, 鮫島奈緒美	社会参加促進を目指すコミュニティづくり支援	下山晴彦, 村瀬嘉代子, 森岡正芳	必携発達障害支援ハンドブック	金剛出版	東京	2016	150-154

本田秀夫, 日戸由刈			自閉症スペクトラムの子のソーシャルスキルを育てる本ー幼児・小学生編ー	講談社	東京	2016	
本田秀夫	統合失調症と自閉スペクトラム症		今日の精神疾患治療指針第2版	医学書院	東京	2016	99-100
本田秀夫	鶏が先か、卵が先かーゲームにハマって昼夜逆転の子どもへの薬物療法		こころの科学 No.190	日本評論社	東京	2016	72-75
本田秀夫	神経発達症群との鑑別／併存	「精神科治療学」編集委員会	「精神科治療学」第31巻増刊号：統合失調症のベストプラクティス	星和書店	東京	2016	419-422
本田秀夫	思春期における発達障害のある生徒の支援ポイント	柘植雅義監修，小林靖編	[中学校]通級指導教室を担当する先生のための指導・支援レシピー今日から役立つ！基礎知識&指導アイデア	明治図書	東京	2016	143
本田秀夫, 日戸由刈			自閉症スペクトラムの子のソーシャルスキルを育てる本ー思春期編ー	講談社	東京	2016	
高橋 脩	広汎性発達障害	本城秀次，野呂健二，岡田俊	臨床児童精神医学ハンドブック	西村書店	東京	2016	122-135
高橋 脩	てんかん	本城秀次，野呂健二，岡田俊	臨床児童精神医学ハンドブック	西村書店	東京	2016	262-267
神谷真巳	地域で親子の発達を支える	永田雅子	別冊発達32 妊娠、出産、子育てをめぐる心のケア	ミネルヴァ書房	京都	2016	233-242
若子理恵	知的障害	本城秀次，野呂健二，岡田俊	臨床児童精神医学ハンドブック	西村書店	東京	2016	115-121

篠山大明	ADHDの異種性	教育と医学の会	教育と医学	慶應義塾大学出版会	東京	2016	4-14
神尾陽子	自閉症スペクトラム障害(ASD)診断をめぐって	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集 平岩幹男 総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	6-10
神尾陽子	自閉症スペクトラム障害(ASD)自然経過・成人移行	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集 平岩幹男 総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	16-19
神尾陽子	主な検査 M-CHAT	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集 平岩幹男 総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	122-125
神尾陽子	コラム 女性の ASD	総編集 平岩幹男, 専門編集 岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016年	125-125
石飛信, 小阪浩隆, 神尾陽子	治療と療育の原則 薬物療法と注意点 ASD	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集 平岩幹男 総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	186-190
神尾陽子	悩みが身体症状や行動に現れるとき		児童心理 No.1026	金子書房	東京	2016年	20-26
神尾陽子	自閉スペクトラム症.	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田隆, 中込和幸編	今日の精神疾患治療指針第2版.	医学書院	東京	2016	313-318
神尾陽子	乳幼児における精神保健	樋口輝彦, 小阪憲司, 荒田寛	精神保健福祉士養成セミナー:精神保健学—精神保健の課題と支援. 第2巻第6版	へるす出版	東京	2016	17-24

神尾陽子	学童期における精神保健	樋口輝彦, 小阪憲司, 荒田寛	精神保健福祉 士養成セミナー: 精神保健学— 精神保健の 課題と支援. 第2巻第6版	へるす出版	東京		24-33
神尾陽子	思春期における精神保健	樋口輝彦, 小阪憲司, 荒田寛	精神保健福祉 士養成セミナー: 精神保健学— 精神保健の 課題と支援. 第2巻第6版	へるす出版	東京		33-41
Takahashi H, Kamio Y, Tobimatsu S	Autism spectrum disorders	Tobimatsu S, Kakigi R (eds.)	Clinical Applications of Magnetoenceph alography	Springer Japan KK	Tokyo	2016	247-274

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
江間彩子, 本田 秀夫	統合失調症と自閉スペ クトラム症	精神科治療学	31(3)	297-302	2016
本田秀夫, 小田 佳代子, 篠田直 子	自閉スペクトラム症の 青年期—大学における 男性例の支援を中心に—	精神医学	58(5)	383-390	2016
本田秀夫	学校と精神科医療の連 携のあり方	精神科治療学	31(5)	607-612	2016
本田秀夫	乳幼児の精神医学的診 察の実際—子どもの行 動観察を中心に—	精神科治療学	31(7)	913-919	2016
本田秀夫	自閉症におけるスペク トラム	精神科診断学	9(1)	68-74	2016
本田秀夫	発達障害児支援をめぐ る課題と改革の方向性	公衆衛生	80(11)	837-842	2016
本田秀夫	発達障害者の理解と職 業生活の支援	産業ストレス研究	23	261-265	2016

樋端佑樹、篠山 大明、本田秀夫	発達障害の併存症(Comorbidity)への早期介入	精神医学	58巻7号	623-631	2016
篠山大明、本田 秀夫	自閉スペクトラム症は 増えているのか	臨床精神医学	45(1)	29-34	2016
篠山大明	自閉スペクトラム症と 児童精神科医療	信州医学雑誌	64巻6号	329-339	2016
Sasayama D, Washizuka S, Honda H	Effective Treatment of Night Terrors and Sleepwalking with Ramelteon	Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology	26(10)	948	2016
Kobayashi M, Sugiyama N, Sasayama D, Sasamoto H, Miyashiro Y, Arima K, Washizuka S	Sex differences in the serum level of endogenous ligands for estrogen receptor β in the elderly population	Scientific Reports	6	25878	2016
Tada H, Ogihara T, Nakamura T, Sasayama D, Sugiyama N, Takahashi Y, Washizuka S, Amano N	A case of severe parkinsonism in an elderly person induced by valproic acid	Psychogeriatrics	17(1)	76-77	2017
Joko T, Washizuka S, Sasayama D, Inuzuka S, Ogihara T, Yasaki T, Hagiwara T, Sugiyama N, Takahashi T, Kaneko T, Hanihara T, Amano N	Patterns of hippocampal atrophy differ among Alzheimer's disease, amnesic mild cognitive impairment, and late-life depression	Psychogeriatrics	16(6)	355-361	2016

Hori H, Sasayama D, Teraishi T, Yamamoto N, Nakamura S, Ota M, Hattori K, Kim Y, Higuchi T, Kunugi H	Blood-based gene expression signatures of medication-free outpatients with major depressive disorder: integrative genome-wide and candidate gene analyses	Scientific Reports	6	18776	2016
内山 登紀夫	学校における合理的配慮と精神医学(特集 学校と精神医学 (1))	精神科治療学	31 (4)	449-455	2016
内山 登紀夫	発達障害の不適応、対応困難ケースの発生予防と危機介入について	日本社会精神医学会	Vol.26 No.1	42-47	2017
Takahashi H, Nakahachi T, Stickley A, Ishitobi M, Kamio Y.	Relationship between physiological and parent-observed auditory over-responsiveness in children with typical development and those with autism spectrum disorders	Autism		DOI: 10.1177/1362361316680497	2017
Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Inoue Y, Kamio Y	Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population.	Research in Developmental Disabilities,	62:	115-123.	2017
Kuroki T, Ishitobi M, Kamio Y, Sugihara G, Murai T, Motomura K, Ogasawara K, Kimura H, Aleksic B, Ozaki N, Nakao T, Yamada K, Yoshiuchi K, Kiriike N, Ishikawa T, Kubo Ch, Matsunaga C, Miyata H, Asada T, Kanba S	Current viewpoints on DSM-5 in Japan	Psychiatry and Clinical Neuroscience	70(9)	371-393	2016

Ohki T, Gunji A, Takei Y, Takahashi H, Kaneko Y, Kita Y, Hironaga N, Tobimatsu S, Kamio Y, Hanakawa T, Inagaki M, Hiraki K	Neural oscillations in the temporal pole for a temporally congruent > audio-visual speech detection task	Scientific Reports		6	2016年
Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Kamio Y	ADHD symptoms and pain among adults in England	Psychiatry Research 2016	246	326-331	2016年
Takahashi H, Nakahachi T, Stickley A, Ishitobi M, Kamio Y.	Stability of the acoustic startle response and its modulation in children with typical development and those with autism spectrum disorders: a one-year follow-up.	Autism Research			2016年
荻野和雄, 原口 英之, 石飛信, 神尾陽子	自閉スペクトラム症の 早期介入の長期効果	精神科治療学	31(7)	873-879	2016
神尾陽子	発達障害児・者の思春 期・青年期の社会的課題	日本医師会雑誌	145	2337-2340	2017
神尾陽子	地域ベースの研究の枠 組みを通じた子どもの 発達や心の健康等の向 上に資する社会実装	精神保健研究	63	5-10	2017
中西陽, 石川信 一, 神尾陽子	自閉的特性を強く示す 中学生に対する通常学 級での集団社会的スキ ル訓練の効果	教育心理学研究	64	544-554	2016

厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))
発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の
実態の把握と支援内容に関する研究
平成 28 年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成 29 (2017) 年 3 月
発行者 「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」
研究代表者 本田 秀夫
発行所 信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部
〒390-8621 長野県松本市旭 3-1-1
TEL : 0263-37-3060 FAX : 0263-37-3060
