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２９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３０（２０１８）年３月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告

Ⅰ－１．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 ……1

研究代表者　　本田秀夫

Ⅰ－２．基礎自治体における発達障害児および知的障害児の支援体制に関する全国調査
……27

研究代表者　　本田秀夫
研究分担者　　清水康夫　髙橋　脩　篠山大明
研究協力者　　樋端佑樹　野見山哲生

Ⅱ．分担研究報告

Ⅱ－１．政令指定都市

A）発達障害児・知的障害児に関する自治体の支援状況について
～政令指定都市の状況～ ……49

研究分担者　　清水康夫
研究協力者　　岩佐光章　原　郁子　中島智美　大久保奈々子
大園啓子　二村園恵　上蕨小百合　三隅輝見子
今井美保　冢田三枝子　水谷朱里　笠原丈史

B）発達に問題のある学童についての精神医学的診断および特別支援教育ニーズに
関する疫学研究：横浜市港北区における４年間の悉皆的コホート追跡
……55

研究分担者　　清水康夫
研究協力者　　岩佐光章　原　郁子　中島智美　大久保奈々子
大園啓子　二村園恵　上蕨小百合　三隅輝見子
今井美保　冢田三枝子　水谷朱里　笠原丈史

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 ……67

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ニーズと地域特性に応じた
支援体制に関する研究 ……79

研究分担者　　清水康夫
研究協力者　　佐竹宏之　宮崎千明　小川弓子　相部美由紀
森　孝一　宮崎　仁　鶴澤礼実　井上貴仁
小川　厚

Ⅱ－２．中核市・施行時特例市・特別区

A）発達障害児・知的障害児に関する自治体の支援状況について
～中核市、施行時特例市、特別区の状況～ …… 89
本研究分担者　髙橋　脩
研究分担者　内山登紀夫
研究協力者　大庭健一　須佐史信　高橋和俊　原田　謙

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～ …… 101
研究分担者　髙橋　脩
研究協力者　神谷真巳　川角久美子　東俣淳子　新美恵里子
山田知恵子　若子理恵

C）宮崎市の発達障害支援の現状と課題（中核市・特例市・特別区分担研究最終年度調査)…… 129
研究分担者　髙橋　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 …… 159
研究分担者　髙橋　脩
研究協力者　須佐史信　高橋和俊　廣瀬三恵子　加藤知子

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 …… 197
研究協力者　原田　謙　山田慎二　蓑和路子

F）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・南相馬市)…… 205
研究分担者　内山登紀夫
研究協力者　川島慶子　中村志寿佳　福留さとみ

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 …… 245
研究分担者　篠山大明　内山登紀夫
研究協力者　山下　洋　香月大輔　関　正樹　金重紅美子
川島慶子

B）糸島市における発達障害の児童の支援ニーズと発達支援システムの
評価に関する研究 …… 251
研究分担者　篠山大明
研究協力者　山下　洋　香月大輔　宮崎　仁　鶴澤礼実
井上貴仁　小川　厚
C）岐阜県多治見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
…… 261
研究協力者　関　正樹　箭内友子　元吉史昭　中野正大
D）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
…… 271
研究協力者　関　正樹　箭内友子　元吉史昭　中野正大
E）山梨市における発達障害の支援体制と支援ニーズの実態に関する研究
…… 279
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　雨宮一昭　畠山和男　池田久剛
宇藤千枝子　相原正男　山縣然太朗
F）福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究（会津若松市）
…… 293
研究分担者　内山登紀夫
研究協力者　川島慶子　中村志寿佳　福留さとみ

Ⅱ－4．小規模町村
発達障害児・知的障害児に関する自治体の支援状況について
～小規模町村の状況～ …… 299
研究分担者　髙橋　脩
研究協力者　天久親紀　今出大輔　神谷真巳　嘉陽真由美
東俣淳子　富樫恭平

Ⅱ－5．外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関する研究
…… 309
本研究分担者　髙橋　脩
研究分担者　清水康夫
研究協力者　天久親紀　今出大輔　大澤多美子　金重紅美子
神谷真巳　嘉陽真由美　佐竹宏之　関　正樹
樋端佑樹　東俣淳子　富樫恭平　宮崎千明

Ⅱ－６．発達障害児に併存する反抗挑発症、および素行症の実態に関する研究
……339
研究協力者　　原田　謙
研究分担者　　髙橋　脩　内山登紀夫
研究協力者　　大庭健一　清水康夫　金重紅美子　関　正樹

Ⅱ－７．成人期発達障害者の生活実態に関する調査
～全国の発達障害者支援センターの新規相談者の1202例の分析～ ……345
研究分担者　　内山登紀夫
研究協力者　　志賀利一　川島慶子　福留さとみ

Ⅱ－８．児童発達支援および放課後等デイサービスに関する自治体調査
……369
研究分担者　　神尾陽子
研究協力者　　原口英之

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表 ……393

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））
総括研究報告書

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。

基礎自治体における発達障害児および知的障害児の支援体制に関する全国調査では，全国221の各基礎自治体で発達障害および知的障害の行政業務を行う障害福祉部局の担当者に，発達障害児・知的障害児の直接支援体制，連携体制，人材育成，女性・外国人等・境界知能の子どもへの配慮，差別解消・いじめ・虐待防止への対策，自治体の支援体制の課題に関するアンケート調査を行い，114の自治体（回収率51.6%）から回答を得た。

発達障害の子どもにおける支援ニーズの調査では，横浜市，広島市，福岡市，豊田市，宮崎市，函館市，松本市，いわき市，南相馬市，会津若松市，糸島市，多治見市，瑞浪市，山梨市で疫学調査を行った。今回は，発達障害の経過の中でしばしば問題となる反抗性や素行の問題についての質問項目も入れて調査を行った。また，外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関して，12市区の31の事業所等に対してアンケート調査を行った。

成人期発達障害者の生活実態に関する調査では，全国の発達障害者支援センター91カ所に調査票を送付し，74センター（回収率81.3%）からアンケートが回収され，1,202人分の有効回答について分析を行った。

児童発達支援および放課後等デイサービスに関する自治体調査では，児童発達支援事業所や放課後等デイサービス等に関する自治体の把握状況や取り組みの状況について，47都道府県および20指定都市の障害児支援担当部局を対象としたアンケート調査を実施し，54自治体（都道府県38，指定都市16；回答率80.6%）から回答を得た。

多くの自治体で発達障害および知的障害の支援体制整備が進められているが，医療の量的充実および小規模市町村への県や圏域の後方支援は喫緊の課題である。女性や外国人など日本語の能力が十分でない子どもに特化した対策も必要である。反抗挑発症・素行症の子どもや発達障害のある成人への支援ニーズについての全国調査は本邦で初めての試みであり，今後の施策の貴重な資料となる。発達障害特性を配慮したサービスの質の向上のため，都道府県や指定都市は事業所に対する指針や研修など標準化に向けた対策を講じることが急務である。

研究分担者（五十音順）
内山登紀夫　大正大学教授
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
髙橋　　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した。特に，これまで研究の少ない女性や外国人等における発達障害や境界知能の人たち，発達障害に反抗挑発症や素行症が併発した子どもたちの把握と支援の実態，発達障害の人たちに対する差別解消・いじめ・虐待防止への対策の実態についても調査した。

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）基礎自治体における発達障害児および知的障害児の支援体制に関する全国調査

発達障害および知的障害の子どもに対する地域の支援体制に関する全国調査である。全国221の各基礎自治体で発達障害および知的障害の行政業務を行う障害福祉部局の担当者に，発達障害児･知的障害児の直接支援体制，連携体制，人材育成，女性・外国人等・境界知能の子どもへの配慮，差別解消・いじめ・虐待防止への対策，自治体の支援体制の課題に関するアンケート「発達障害児・知的障害児に関する支援状況調査」への回答を依頼した。

（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，いわき市，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時的に求めた。

（３）外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関する研究

実態がほとんど把握されていない「外国にルーツをもつ障害児」の支援の現状を把握するために，「外国にルーツをもつ障害児」のアンケート調査，「外国にルーツをもつ障害児」支援関係者を対象としたヒアリング調査，および「外国にルーツをもつ障害児」が在籍する小学校への訪問調査を行った。

（４）発達障害に併存する反抗挑発症，および素行症の実態に関する研究

発達障害の経過の中でしばしば問題となる反抗性や素行の問題について，（２）で行った各自治体の疫学調査の項目に反抗，素行の問題の把握に関する質問項目を入れて調査を行った。

（５）成人期発達障害者の生活実態に関する調査

全国の発達障害者支援センター91カ所に郵送により調査票を送付した。調査票の記入者は，発達障害者支援センターの相談担当者ならびに責任者である。調査内容は，平成29年度第２四半期（平成29年７月～９月）において，発達障害者支援センターにはじめて相談に訪れた18歳以上の者すべてについて，生活実態に関係する下記の15項目（多肢選択式）に回答を求めるものとした。①性別　②年齢　③障害者手帳　④診断名　⑤診断時期（発達障害診断のみ）　⑥精神科への通院状況　⑦相談の主訴　⑧紹介者　⑨最終学歴（修了した学歴）　⑩現在の通い先　⑪通勤・通所等の状況　⑫現在の通い先の継続期間　⑬同居家族　⑭家族との同居期間　⑮経済状況。

２．児童発達支援および放課後等デイサービスに関する自治体調査

近年，民間運営を主として急増してきた児童発達支援，放課後等デイサービス事業所は，障害種別によらない一元的なサービスを提供するとされている一方，障害種別を踏まえたサービスを提供することが厚生労働省のガイドラインに示されている。しかし，発達障害児に対してその特性を配慮したサービスが実際に提供されているのかについては不明である。そこで，自治体のこれらの把握状況や取り組みの状況を明らかにすることを目的として，47都道府県および20指定都市の障害児支援担当部局を対象としたアンケート調査を実施した。

調査項目は，児童発達支援と放課後等デイサービスのそれぞれについて事業所数，１ヶ月間の利用者数とそのうち発達障害または発達障害のある可能性のある児童数，年１回以上の定期的な利用者数の把握の有無，利用者制限のある事業所数の把握の有無，関係機関との情報共有・引き継ぎの指針の有無，研修の有無，住民への情報提供の有無を尋ねるも

のとした。

（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）基礎自治体における発達障害児および知的障害児の支援体制に関する全国調査

114の自治体から回答が得られ，回収率は51.6％であった。乳幼児健診を拠点とした早期発見とその後の自治体によるフォローアップ，医療機関の確保，療育，幼稚園･保育園･認定こども園への支援などについては，多くの自治体で支援体制の整備が進んできていることが示された。一方，医療機関はあるものの初診申し込みから受診までの期間は数か月かかるところもあり，医療の量的充実が必要である。人口の多い自治体では多くの機能を市で充足してきているが，小規模市や町村では基礎自治体だけで専門性を確保することが困難であり，県や圏域の後方支援が必要であることが示された。境界知能のある子への教育的配慮や障害児の差別解消への対応は比較的なされていたが，発達障害のある女性や外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもについては，今後もっと注目して対策を講じていく必要がある。

（2）発達障害の子どもにおける支援ニーズの調査

横浜市，広島市，福岡市，豊田市，宮崎市，函館市，松本市，いわき市，南相馬市，会津若松市，糸島市，多治見市，瑞浪市，山梨市で疫学調査を行った。医療機関と学校との両者が同じ対象で実態調査を行うことにより，診断の確定している子どもたちだけでなく，発達障害が疑われる子どもたちと診断確定例との関係についても求めた。また，発達障害全体の割合とICD-10による診断ごとの割合の両者を算出した。それぞれの地域の実情に応じて対象を設定したが，平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれの出生コホートについては可能な限りすべての地域で対象に含めた。これを平成25～27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」で求めたデータとつなげたものが図１～４である。

（3）外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関する研究

アンケート調査は，12市区の31の事業所等に対して行った。外国にルーツをもつ障害児は事業所等の障害児総数の8.1％であった。ヒアリング調査および小学校への訪問調査では，親の国籍が多様であること，両親とも又は母親が外国人の割合が高いこと，障害は自閉スペクトラム症，知的障害が大多数を占めることがわかった。

外国人集住都市会議の会員および元会員都市では対象児も多く，外国人住民を包摂した多文化共生社会の形成に向けた体制整備が進められているが，その他の自治体では通訳者の配置・確保や外国語版の印刷物などについて不十分であることがわかった。

今後，コミュニケーションとそれに起因する各種住民サービス利用の問題，生活文化の違いに伴う問題，障害の発見および発達評価の困難性，家族の環境的要因に支援上の問題があると思われた。

（4）発達障害に併存する反抗挑発症，および素行症の実態に関する研究

データが得られたのは8自治体であった。小学5年生の児童において，何らかの発達特性や知的な問題を持つ子どもは11.5％であった。このうち，広汎性発達障害（PDD）を疑われる子どもは5.4%，注意欠陥多動性障害（ADHD）を疑われる子どもは2.5%を占めた。反抗性が高い子どもの割合は1.6%であったが，発達特性を持つ子どもで見ると13.5％と高い割合を占めた。発達特性別にみると，ADHD特性を持つ子どもの21.2%，PDDの14.9%，境界知能の9.7%に反抗的な子どもが認められ，これらの障害特性と反抗との親和性が示唆された。素行の問題を持つとみなされている子どもは，発達特性を持つ子どもの約2％であった。親や教師など，身近な大人に反抗する心性を持つ子どもは，日本は欧米の半分程度であり，社会規範に反する行動を取る可能性は，さらに少ないと解釈された。欧米に比べれば，まだ低い水準にある今のうちに，発達障害に併存する反抗性の問題には，社会全体で取り組むべきであると考えられた。

（5）成人期発達障害者の生活実態に関する調査

74センター（回収率81.3％）からアンケートが回収された。平成29年度第2四半期において18歳以上の新規相談者が存在しない3センター以外の71センター，1,206人データが集まった。回答内容から生活実態の把握が困難であると判断した4人を除く，1,202人分を有効回答として分析を行った。

調査結果から，以下のことが示された。

①成人支援センターの利用者の多くが高等教育を受けている知的には正常の人たちであり，女性の利用者の比率が高い。

②診断を受けていない人が発達障害者支援センターの支援を求めることが多く，そのことの是非も含めて議論と検討が必要である。

③発達障害者支援センターでは精神科医療との連携は不十分である。

④障害者の就労支援施策の近年の充実が影響しており，発達障害者支援センターは，その枠にはまらない人たちが相談に訪れている。

⑤労働安全衛生・産業医に関係する領域の相談が多いと推測される。

⑥ 一方，特定の所属（通い先）のない，相談件数は相対的に増えてきている。生活保護等の緊急の福祉施策を必要とする割合は少ないが，年齢や家族構成を考えると，中長期的なリスクを抱える事例であり，詳細な事例のニーズの把握等，今後調査が必要である。

2．児童発達支援および放課後等デイサービスに関する自治体調査

67自治体中54自治体（都道府県38，指定都市16）から回答を得た（回答率は80.6%）。

児童発達支援事業所の設置状況は，都道府県および指定都市において，就学前児童の1-2％が利用していると報告された。ただし，利用率は自治体でばらつきが大きかった（0.49-4.51％）。放課後等デイサービス事業所については，都道府県および指定都市において，就学児のほぼ1％が利用していると報告された。

大多数の自治体で利用者総数は把握されて

いる一方，発達障害児の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の利用人数を把握している自治体は少数で，これらの地域の児童集団のうちサービスを受けている発達障害児の利用率について知ることは困難であった。

自治体として関連機関等との情報共有・引き継ぎの指針を示しているのは，2都道府県，4指定都市と少数にとどまった。自治体が主催する両事業の職員向け研修は，1/3の自治体で実施されているにとどまった。

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。最終年度である本年度は，基礎自治体における発達障害児および知的障害児の支援体制，発達障害の子どもにおける支援ニーズ，成人期発達障害者の生活実態，および児童発達支援および放課後等デイサービスに関する自治体の把握状況の4領域について全国調査を行った。これまで研究の少ない女性や外国人等における発達障害や境界知能の人たち，発達障害に反抗挑発症や素行症が併発した子どもたちの把握と支援の実態，発達障害の人たちに対する差別解消・いじめ・虐待防止への対策の実態についても調査した。

発達障害および知的障害の支援ニーズは，小学校入学時点で10%前後はあることが，平成25～27年度の調査で明らかとなっていたが，その群のフォローアップでは小学5年生時点でも学校において同様かそれ以上に高い支援ニーズが示された。

このように支援ニーズの高い発達障害に対する地域支援体制の整備は，全国的に急速に進められていると思われるが，本研究ではその実態を全国調査である程度把握することができた。乳幼児期から学童期にかけては，多くの自治体で支援体制の整備が進んできていることが示された。一方，医療機関はあるものの初診申し込みから受診までの期間は数か月かかるところもあり，医療の量的充実が必要である。また，小規模市や町村では基礎自治体だけで専門性を確保することが困難であり，県や圏域の後方支援が必要であることが示された。境界知能のある子への教育的配慮や障害児の差別解消への対応は比較的なされていたが，発達障害のある女性や外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもについては，今後もっと注目して対策を講じていく必要がある。

女性や，外国人など日本語の能力が十分でない子どもに特化した対策に関する調査や，反抗挑発症・素行症の子どもや発達障害のある成人への支援ニーズについての全国調査は，本邦で初めての試みであり，今後の施策の貴重な資料となると思われる。

発達障害児に対する早期支援の必要性が認識されている今日，発達障害児の利用実態および発達障害特性を配慮したサービス提供の質を向上させるために今後，都道府県や指定都市は事業所に対する指針や研修など標準化に向けた対策を講じることが急務と考えられた。

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た。また，女性

や日本語の能力が十分でない子ども等の細やかなニーズに対応した行政的課題についてはじめて資料が得られたことにより，今後の施策への活用が期待される。

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　別紙参照

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）本田秀夫（研究代表者）：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25～27年度総合研究報告書（H25－身体・知的－一般－008），2016。

平成25年４月（小学１年生）

診断	横浜	広島	豊田	宮崎	山梨
発達障害全体	4.7	6.7	6.4 (5.2)	7.3	5.2
広汎性発達障害	4.2	5.3	4.2 (3.0)	6.6	3.3
多動性障害	0.09	0.2	0.4	0.05	0.4
会話・言語	0.03	0.7	0.6	0.2	0.4
学力	0.03	*	0.02	*	0
精神遅滞	0.3	0.5	1.2	0.4	0.7
その他	0.09	0	0	0	0.4

↓

平成27年４月（小学３年生）

診断	横浜	広島	豊田	宮崎	山梨
発達障害全体	5.1	7.4	6.5 (5.4)	9.4	7.4
広汎性発達障害	4.5	5.8	4.2 (3.1)	8.7	5.2
多動性障害	0.2	0.4	0.4	0.3	1.1
会話・言語	0.03	0.7	0.6	0.1	0.4
学力	0.06	*	0.05	0.03	0
精神遅滞	0.3	0.5	1.2	0.2	0.7
その他	0.09	*	0	0	0

↓

平成29年４月（小学５年生）

診断	横浜	広島	豊田	宮崎	山梨
発達障害全体	5.8	8.2	7.0	*	8.5
広汎性発達障害	5.0	6.3	4.3	*	5.9
多動性障害	0.3	0.7	0.7	*	1.1
会話・言語	0.03	0.7	0.6	*	0.4
学力	0.1	*	0.1	*	0
精神遅滞	0.3	0.5	1.3	*	0.7
その他	0.09	0.1	*	*	0.4

図１．平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれの出生コホートにおける発達障害の発生率の年次推移（医療機関調査）

（＊は欠損データ。豊田市は，広汎性発達障害のうち自閉症とアスペルガー症候群以外のものを除いた数値を（　）内に記した）

平成25年４月（小学１年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	松本	糸島	多治見	瑞浪	山梨
発達障害全体	7.7	6.3	*	7.4	1.7	*	5.3	2.9	4.2
広汎性発達障害	5.4	5.0	*	6.7	1.5	*	2.9	1.6	3.2
多動性障害	0.2	0.2	*	0.05	0.2	*	0.6	0	0.7
会話・言語	1.5	0.6	*	0.3	0	*	0	0	0
学力	0.04	*	*	*	*	*	*	*	0
精神遅滞	0.4	0.4	*	0.4	0	*	0.7	1.0	0.4
その他	0.3	0	*	0.0	0	*	0.8	0	0

↓

平成27年４月（小学３年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	松本	糸島	多治見	瑞浪	山梨
発達障害全体	8.3	7.4	5.5	9.6	*	2.7	5.3	2.9	8.0
広汎性発達障害	5.8	5.9	3.6	8.9	*	1.5	3.0	1.3	5.9
多動性障害	0.3	0.4	0.4	0.3	*	0.9	1.3	0.3	1.0
会話・言語	1.5	0.6	0.6	0.1	*	0.2	0.5	0.3	0.4
学力	0.04	*	0.07	0.1	*	0	0	0	0
精神遅滞	0.4	0.5	0.5	0.3	*	0	0.5	1.0	0.7
その他	0.3	*	0.3	0	*	0.1	0	0	0

↓

平成29年４月（小学５年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	松本	糸島	多治見	瑞浪	山梨
発達障害全体	4.7	8.2	6.1	*	11.9	6.2	4.9	3.9	8.9
広汎性発達障害	4.0	6.3	4.0	*	6.7	2.8	2.4	1.3	6.9
多動性障害	0.2	0.7	0.6	*	2.4	1.2	0.9	0.3	1.0
会話・言語	0	0.6	0.6	*	0.5	1.9	0.5	1.0	0.3
学力	0.07	*	0.1	*	0.2	0	0	0	0
精神遅滞	0.3	0.5	0.5	*	1.1	0.2	0.4	0.7	0.7
その他	0.1	0.1	0.3	*	0.6	0.1	0.5	0.7	0

図２．平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれの子どもにおける発達障害の有病率の年次推移（医療機関調査）

（＊は欠損データ。福岡市の平成26年度のデータは，小学校入学直前の有病率を小学２年生時点で調査した数値）

平成25年４月（小学１年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬
発達障害全体	10.9	11.6	＊	11.1	(6.7)	12.0	10.0	4.9	16.3	7.7	18.5
広汎性発達障害	5.4	4.9	＊	4.9	(3.4)	3.6	5.4	1.0	5.6	2.0	3.4
多動性障害	2.3	2.8	＊	3.0	(1.4)	4.4	1.6	0.7	5.2	2.5	5.6
会話・言語	0.4	2.2	＊	1.0	(0.9)	0.8	1.0	0.7	2.4	0.8	2.6
学力	1.1	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	0	＊	＊
精神遅滞	1.2	1.2	＊	2.1	(0.8)	2.1	1.7	2.6	2.4	1.9	5.2
その他	0.5	0.6	＊	0.2	(0.3)	1.1	0.7	0	0.69	0.5	1.7

↓

平成27年４月（小学３年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬
発達障害全体	13.3	9.6	6.0	11.5	10.6	12.8	12.3	5.8	10.1	7.7	11.8
広汎性発達障害	5.9	5.2	2.0	5.7	4.9	4.6	3.6	1.0	3.8	2.7	4.2
多動性障害	3.6	2.6	1.5	2.7	2.8	3.9	3.3	1.0	1.4	2.1	2.7
会話・言語	0.5	0.6	0.4	0.5	0.4	0.9	0.4	0.3	2.1	0.6	0.9
学力	1.6	1.3	0.7	1.5	1.2	＊	2.0	2.3	0.0	0.6	1.5
精神遅滞	1.1	0.8	1.0	0.9	0.9	2.2	1.9	1.3	2.1	1.4	2.4
その他	0.6	＊	0.3	0.2	0.4	1.2	1.2	0	0.7	0.2	0

↓

平成29年４月（小学５年生）

診断	横浜	広島	福岡	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬
発達障害全体	14.9	＊	8.3	12.9	11.2	12.8	10.5	12.4	9.3	＊	16.3
広汎性発達障害	6.1	＊	1.5	7.0	6.3	5.0	4.8	2.3	5.2	＊	6.5
多動性障害	3.3	＊	0.7	2.1	1.5	3.3	2.2	3.6	1.4	＊	4.4
会話・言語	0.2	＊	0.1	0.1	0.5	0.3	0.1	1.6	0.4	＊	0
学力	2.3	＊	0.1	1.4	1.0	1.2	0.9	0.7	0.7	＊	2.1
精神遅滞	0.9	＊	0.8	1.1	1.4	1.8	0.8	2.0	1.4	＊	2.7
その他	0.8	＊	0.3	＊	0.6	0.4	0.8	0.3	0.4	＊	0.6

図３．平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれの子どものうち，発達障害が疑われる（診断／未診断を問わず）と学校で把握されていた子どもの割合の年次推移（学校調査）
（＊は欠損データ。函館市の平成25年度のデータは，特別支援学校を除いた数値）

平成25年４月（小学１年生）

診断	横浜	広島	福岡	豊田	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬
発達障害全体	4.5	5.4	＊	3.4	4.1	(3.4)	4.6	＊	＊	6.9	3.0	7.7
広汎性発達障害	3.4	3.6	＊	2.8	2.7	(2.7)	2.6	5.9	1.0	3.8	1.2	3.4
多動性障害	0.2	0.5	＊	0.05	0.3	(0.3)	0.6	1.6	0.7	1.0	0.2	0.9
会話・言語	0.08	0.5	＊	0.05	0.3	(0.3)	0.1	1.6	0.7	0.7	0.2	0.4
学力	0.2	＊	＊	0	＊	＊	＊	＊	＊	0	＊	＊
精神遅滞	0.6	0.6	＊	0.5	0.8	(0.1)	1.0	1.8	2.6	1.0	1.3	2.1
その他	0.08	0.2	＊	0	0.03	(0.2)	0.3	0.7	0	0.4	0	0.9

↓

平成27年４月（小学３年生）

診断	横浜	広島	福岡	豊田	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬
発達障害全体	5.3	4.9	3.4	3.6	5.3	4.8	5.8	5.3	2.9	4.5	3.4	5.1
広汎性発達障害	3.6	3.3	1.6	2.8	3.6	3.4	3.4	2.6	1.0	2.4	1.5	2.7
多動性障害	0.6	0.7	0.7	0.1	0.6	0.8	0.9	0.8	0.3	0	0.6	1.5
会話・言語	0.3	0.2	0.3	0.1	0.3	0.1	0.4	0.2	0.3	1.0	0.1	0
学力	0.1	0.3	0.2	0	0.1	0.05	＊	0.2	0	0	0.2	0
精神遅滞	0.6	0.5	0.5	0.6	0.7	0.4	0.9	1.0	1.3	1.0	1.0	0.9
その他	0.1	＊	0.07	0	0.1	0.05	0.3	0.3	0	0	0.1	0

↓

平成29年４月（小学５年生）

診断	横浜	広島	福岡	豊田	宮崎	函館	松本	多治見	瑞浪	山梨	いわき	南相馬
発達障害全体	6.1	＊	3.4	＊	6.0	6.0	7.0	6.8	2.6	5.2	＊	8.9
広汎性発達障害	3.7	＊	1.5	＊	4.6	4.6	3.9	4.0	1.3	3.5	＊	4.7
多動性障害	0.6	＊	0.7	＊	0.3	0.4	1.0	1.1	0.3	0.7	＊	2.1
会話・言語	0.08	＊	0.1	＊	0.03	0.2	0.1	0	0.3	0	＊	0
学力	0.4	＊	0.1	＊	0.2	0.2	0.3	0.5	0	0	＊	0
精神遅滞	0.3	＊	0.8	＊	0.7	0.5	1.3	0.7	0.3	0.7	＊	1.8
その他	0.04	＊	0.1	＊	＊	0.2	0.3	0.4	0	0.4	＊	0.3

図４．平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれの子どものうち，医療機関を受診していることを学校で把握されていた子どもの割合の年次推移（学校調査）
（＊は欠損データ。函館市の平成25年度のデータは，特別支援学校を除いた数値）

資料：学校を対象とした発達障害の支援ニーズ調査で用いた調査用紙の例（横浜市）

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
（小学５年生）

日本語の能力に応じた特別な指導を必要とする児童については、青色の調査用紙に記入してください

以下の質問は、平成29年度の貴校５年生（平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ）についてお伺いするものです。

平成29年４月２日時点で横浜市港北区に居住し貴校に在籍（一般学級、個別支援学級を問いません）している児童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。

児童支援専任会で使用している学校番号　NK－（　　）

記入者（　　）

役職（　児童支援専任・特別支援教育コーディネーター・担任・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

1．平成29年４月２日時点で貴校に在籍している５年生の総人数（一般学級と個別支援学級の計）を記入してください。　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

2．平成29年４月２日時点で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５年生の子どもについて回答してください。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. 個別支援学級に在籍

(1) 知的障害個別支援学級　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

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

(3) その他の個別支援学級　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

B. 一般学級に在籍

(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）

(7) 特別な配慮は必要としない　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

3．平成29年４月２日時点で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。そのうち、「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［　　］の中にご記入ください。

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）。

男	総数　　人	うち、医療　　人

女	総数　　人	うち、医療　　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）

男	総数　　人	うち、医療　　人

女	総数　　人	うち、医療　　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、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

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(4) (1)～(3) のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れでは説明のつかない学力の問題（「学習障害」「LD」など）

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(5) (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）

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(6) (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）

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(7) (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

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 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知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．不登校についてお聞きします 。3 の（1)～(7）それぞれについて、前年度に不登校（30日以上の長期欠席）の状態にあった人数を記入してください。そのうち、「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、［　　］にご記入ください。

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
男	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人
	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人
女	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人
	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人

6．反抗的な特性についてお聞きします。3 の（1)～(7）それぞれについて、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を有すると思われる子どもの人数を記入してください。そのうち、「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、［　　］にご記入ください。

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
男	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人
	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人
女	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人
	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人

7．触法行為についてお聞きします。3 の（1)～(7）それぞれについて、前年度に暴行、器物破損、放火、窃盗、家出、街の徘徊などの触法行為を行った子どもの人数を記入してください。そのうち、「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［　　］にご記入ください。

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
男	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人
	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人
女	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人	総数　人
	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人	うち、医療　人

8．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。

ご協力ありがとうございました。

特別支援学校を対象とした発達障害の支援ニーズ調査で用いた調査用紙の例（横浜市）

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
（小学５年生）

以下の質問は、平成29年度の貴校５年生（平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ）についてお伺いするものです。

平成29年４月２日時点で横浜市港北区に居住し貴校に在籍している児童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。

記入者（　　）

役職（　　）

1．貴校在籍の小学５年生で、平成29年４月２日現在、横浜市港北区に居住の児童数を記してください。

［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

2．平成29年４月２日時点で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。そのうち、「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□の中にご記入ください。

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）。

男	総数　人	うち、医療　人	女	総数　人	うち、医療　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）

男	総数　人	うち、医療　人	女	総数　人	うち、医療　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、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

男	総数　人	うち、医療　人	女	総数　人	うち、医療　人

(4) (1)～(3) のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れでは説明のつかない学力の問題（「学習障害」「LD」など）

男	総数　人	うち、医療　人	女	総数　人	うち、医療　人

(5) (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）

男	総数　人	うち、医療　人	女	総数　人	うち、医療　人

(6) (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）

男	総数　人	うち、医療　人	女	総数　人	うち、医療　人

(7) (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

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 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知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．不登校についてお聞きします 。3の (1)～(7) それぞれについて、前年度に不登校（30日以上の長期欠席）の状態にあった人数を記入してください。そのうち、「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、［　　］にご記入ください。

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
男	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人
	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人
女	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人	総数 人
	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人	うち、医療 人

6．反抗的な特性についてお聞きします。3の（1）～（7）それぞれについて、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を有すると思われる子どもの人数を記入してください。そのうち、「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、［　　］にご記入ください。

	（1）	（2）	（3）	（4）	（5）	（6）	（7）
男	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人
女	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人

7．触法行為についてお聞きします。3の（1）～（7）それぞれについて、前年度に暴行、器物破損、放火、窃盗、家出、街の徘徊などの触法行為を行った子どもの人数を記入してください。そのうち、「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［　　］にご記入ください。

	（1）	（2）	（3）	（4）	（5）	（6）	（7）
男	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人
女	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人

8．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。

ご協力ありがとうございました。

学校を対象とした発達障害の支援ニーズ調査で用いた調査用紙の例
（横浜市；日本語の能力に応じた特別な指導が必要な子ども用）

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
（小学５年生、日本語の能力に応じた特別な指導が必要な子ども用）

以下の質問は、平成29年度の貴校５年生（平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ）についてお伺いするものです。

平成29年４月２日時点で横浜市港北区に居住し貴校に在籍（一般学級、個別支援学級を問いません）している「日本語の能力に応じた特別な指導」の対象とな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。

「日本語指導が必要な児童生徒」としては、海外から帰国した児童生徒、外国人児童生徒、重国籍や保護者の一人が外国籍である等の理由で日本語以外の言語を家庭内で使用しているなどの事情により、「日本語で日常会話が十分にできない児童生徒」及び「日常会話ができても、学年相当の学習言語能力が不足し、学習活動への取組に支障が生じている児童生徒」が考えられます。

その中で「特別の教育課程」による日本語指導の対象となる児童生徒は、在籍学級で行われる教育課程によらず、在籍学級以外の教室で当該児童生徒の日本語の能力に応じた指導を受ける必要がある児童生徒です。

児童支援専任会で使用している学校番号　NK－（　　）

記入者（　　）

役職（　児童支援専任・特別支援教育コーディネーター・担任　・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

1．平成29年４月２日時点で貴校に在籍している５年生の総人数（一般学級と個別支援学級の計）を記入してください。　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

2．平成29年４月２日時点で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５年生の子どもについて回答して下さい。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. 個別支援学級に在籍

(1) 知的障害個別支援学級　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

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

(3) その他の個別支援学級　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

B. 一般学級に在籍

(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）

(7) 特別な配慮は必要としない　　［　　］人（男［　　］人、女［　　］人）

3．平成29年４月２日時点で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。そのうち、「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［　　］の中にご記入ください。

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）。

男	総数　人	うち、医療　人

女	総数　人	うち、医療　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）

男	総数　人	うち、医療　人

女	総数　人	うち、医療　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、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

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(4)（1)～(3）のいずれにも含まれていない子どもで、発達全体の遅れでは説明のつかない学力の問題（「学習障害」「LD」など）

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(5)（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）

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(6)（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）

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 人

(7)（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

男	総数 人	うち、医療 人	女	総数 人	うち、医療 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知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．不登校についてお聞きします 。3 の（1)～(7）それぞれについて、前年度に不登校（30日以上の長期欠席）の状態にあった人数を記入してください。そのうち、「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、［　　］にご記入ください。

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
男	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人
女	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人

6．反抗的な特性についてお聞きします。3 の（1)～(7）それぞれについて、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を有すると思われる子どもの人数を記入してください。そのうち、「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、［　　］にご記入ください。

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
男	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人
女	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人

7．触法行為についてお聞きします。3 の（1)～(7）それぞれについて、前年度に暴行、器物破損、放火、窃盗、家出、街の徘徊などの触法行為を行った子どもの人数を記入してください。そのうち、「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［　　］にご記入ください。

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
男	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人
女	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人	総数　人 うち、医療　人

8．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。

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

基礎自治体における発達障害児および知的障害児の支援体制に関する全国調査

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　清水　康夫（横浜市総合リハビリテーションセンター）
研究分担者　髙橋　脩　（豊田市福祉事業団）
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）
研究協力者　野見山　哲生（信州大学医学部衛生学公衆衛生学教室）

研究要旨：発達障害および知的障害の子どもに対する地域の支援体制に関する全国調査である。全国221の各基礎自治体で発達障害および知的障害の行政業務を行う障害福祉部局の担当者に，発達障害児・知的障害児の直接支援体制，連携体制，人材育成，女性・外国人等・境界知能の子どもへの配慮，差別解消・いじめ・虐待防止への対策，自治体の支援体制の課題に関するアンケート「発達障害児・知的障害児に関する支援状況調査」への回答を依頼した。

114の自治体から回答が得られ，回収率は51.6％であった。乳幼児健診を拠点とした早期発見とその後の自治体によるフォローアップ，医療機関の確保，療育，幼稚園・保育園・認定こども園への支援などについては，多くの自治体で支援体制の整備が進んできていることが示された。一方，医療機関はあるものの初診申し込みから受診までの期間は数か月かかるところもあり，医療の量的充実が必要である。人口の多い自治体では多くの機能を市で充足してきているが，小規模市や町村では基礎自治体だけで専門性を確保することが困難であり，県や圏域の後方支援が必要であることが示された。境界知能のある子への教育的配慮や障害児の差別解消への対応は比較的なされていたが，発達障害のある女性や外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもについては，今後もっと注目して対策を講じていく必要がある。

A．研究目的

発達障害および知的障害の子どもへの支援サービスは制度上保証されているが，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。診断例だけでなく発達障害や知的障害が疑われる未診断例も含めた支援体制の実態を，地域特性ごとに，保健，医療，福祉，教育など多領域にわたって全国調査した調査は少ない。また，発達障害および知的障害のあ

る女性や外国人特有の課題についての研究は，国内外でもまだほとんどない。

本研究の目的は，発達障害および知的障害の子どもに対する地域の支援体制に関する全国調査である。今回は，未診断だが発達障害・知的障害の特性があり配慮を要すると考えられる子どもへの支援の実態について，さらに，女性および外国人特有の課題についても調査した。

B．研究方法

対象は，以下の221基礎自治体で発達障害および知的障害に関する行政業務を行う障害福祉部局担当者である。

政令指定都市：全20市

中核市：全48市

施行時特例市：全36市

特別区（東京）：全23区

上記以外の市（以下「小規模市」）：47市

（全都道府県から１市ずつ抽出）

町村：47町村

（全都道府県から１自治体ずつ抽出）

政令指定都市，中核市，施行時特例市，特別区は，すべての自治体を対象とした。上記以外の市と町村については，まず全国の都道府県の発達障害者支援センターに担当する都道府県から１市１町村ずつ候補を選ぶよう依頼し，複数の候補が挙げられた場合にはその候補の中から，回答が得られなかった都道府県については研究代表者が任意に抽出した。

各基礎自治体で発達障害および知的障害の行政業務を行う障害福祉部局の担当者に，発達障害児・知的障害児の直接支援体制，連携体制，人材育成，女性・外国人等・境界知能の子どもへの配慮，差別解消・いじめ・虐待防止への対策，自治体の支援体制の課題に関するアンケート「発達障害児・知的障害児に関する支援状況調査」（資料）への回答を依頼した。アンケート票は郵送としたが，回答は紙媒体およびインターネット上の回答フォームを介した方法のどちらでも可とした。

回収したデータは，基礎自治体の人口規模によって４群に分けて分析した。

（倫理面への配慮）

研究対象者への侵襲的介入はない。本研究では，人を対象とする医学系研究に関する倫理指針「第５章第12：インフォームドコンセントを受ける手続等」に基づき，収集するデータに個人情報が含まれないため，アンケートへの回答をもって同意したとみなす。本研究は，信州大学医倫理委員会の承認を得ている。

C．研究結果

回収率は，全体で221自治体中114自治体（51.6％）であった。内訳は，政令指定都市20市中14市（70.0％），中核市48市中27市（56.3％），施行時特例市36市中18市（50.0％），特別区（東京）23区中12区（52.2％），小規模市47市中26市（55.3％），町村47自治体中17自治体（36.2％）であった。以下，回答のあった14政令指定都市，27中核市，18施行時特例市，12特別区，26小規模市，17町村について分析した（表）。

１．母子保健

乳幼児健診の実施は，医師会委託のみと回答した１政令指定都市，１中核市，１小規模市以外のすべての自治体で自治体が直接または自治体と医師会委託で行われていた。

健診で発達障害・知的障害が疑われた子どもへの標準的対応については，すべての規模の自治体で「市町村でフォローアップ」と明

記された回答の割合が高かった（政令指定都市13（92.9％），中核市24（88.9％），施行時特例市17（94.4％），特別区11（91.7％），小規模市22（84.6％），町村13（76.4％））。

２．医療

発達障害・知的障害の診療を行っている医療機関は，政令指定都市では最も多かった回答が「市内に10か所以上ある」で，５市（35.7％）あった。中核市，施行時特例市，特別区，小規模市では最も多かった回答が「市内に１～５か所ある」で，中核市で21市（77.8％），施行時特例市で14市（77.8％），特別区で７区（58.3％），小規模市で12市（46.2％）であった。町村では最も多かった回答が「圏域内に１～５か所」で，11町村（64.7％）であった。

３．療育・相談支援

境界知能での療育手帳交付を行っていると回答したのは，政令指定都市13市（92.9％），中核市14市（51.9％），施行時特例市12市（66.7％），特別区７区（58.3％），小規模市９市（34.6％），町村４町村（23.5％）であった。

障害児の診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設（「療育センター」や「子ども発達センター」など）があるかどうかという質問に対しては，１か所以上あると答えたのが政令指定都市で10（71.4％），中核市で15（55.6％），施行時特例市で８（44.4％），特別区で１（8.3％），小規模市で２（7.7％），町村で０（0.0％）であった。「ない」と回答した自治体のうち，「設置の計画あり」と答えたのは政令指定都市２市，施行時特例市１市，小規模市１市のみであった。

基幹施設は，政令指定都市では６市が「市立のものがある」と回答したのに対して，中核市では「市立のものがある」が７市，「市立のものはないが県立の施設がある」が５市，施行時特例市では「市立のものがある」が１市，「市立のものはないが県立の施設がある」が２市であった。

診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設（「療育センター」や「子ども発達センター」など）の診療部門では，初診申し込みから受診まで１か月未満と答えたのは２中核市と３施行時特例市のみであり，最も多かったのが１～３か月であったが，３か月以上，中には１年以上待つという自治体もあった。

基幹施設の児童発達支援センターで知的障害のない発達障害児を受け入れているかどうかとの質問については，回答率が低かったが，政令指定都市，中核市，施行時特例市，特別区で回答があったもののうち３分の２以上で受け入れているとの回答であった。知的障害でも発達障害でもない境界知能の児の受け入れについては，半数強の自治体が受け入れているとの回答であった。児童養護施設に入所している子どもを受け入れていると回答したのは，半数弱の自治体であった。

診療機能のない児童発達支援センターがあるかどうかという質問に対しては，１か所以上あると答えたのが政令指定都市14市（100％），中核市22市（81.5％），施行時特例市15市（83.3％），特別区８区（66.7％），小規模市８市（30.8％），町村０（０％）であった。大多数が自治体立であった。

児童発達支援センターで知的障害のない発達障害児を受け入れているかどうかとの質問については回答率が低かったが，回答のあったものの中では大多数の自治体で受け入れているとの回答であった。知的障害でも発達障害でもない境界知能の児の受け入れについて

はバラつきがあり，政令指定都市，施行時特例市，特別区では6割程度，中核市および小規模市では8割以上が受け入れているとの回答であった。児童養護施設に入所している子どもを受け入れていると回答したのは，半数弱の自治体であった。

児童発達支援事業所は，「ない」と回答した自治体は政令指定都市，中核市，施行時特例市，特別区ではなかったが，小規模市3市（11.5%），町村9町村（52.9%）であった。

児童発達支援事業所で知的障害のない発達障害を受け入れているかどうかとの質問については回答率が低かったが，回答のあったものの中では大多数の自治体で受け入れているとの回答であった。知的障害でも発達障害でもない境界知能の児の受け入れについても，受け入れていると回答した自治体の方が多かった。児童養護施設に入所している子どもを受け入れていると回答した自治体は少数であった。

放課後等デイサービス事業所は，「ない」と回答した自治体は3町村のみであった。放課後等デイサービス事業所で知的障害のない発達障害を受け入れているかどうかとの質問に回答した自治体のほとんどが受け入れていると回答した。知的障害でも発達障害でもない境界知能の児の受け入れについては，町村以外の自治体では回答のあった自治体の大半で受け入れていると回答したが，町村では回答のあった12町村のうち受け入れていると回答したのは2町村で，10町村は受け入れていないと回答した。児童養護施設に入所している子どもを受け入れていると回答した自治体は少数であった。

市区町村の中の保育園・幼稚園・認定こども園等への加配職員配置，補助金，巡回等による後方支援は，回答のあった自治体の多数で行われていた。

4．行政の支援体制

市町村に発達障害支援の相談窓口となる発達支援室（センター）などの部署があるかどうかの質問に対して「ある」と答えたのは，政令指定都市13市（92.9％），中核市13市（48.1%），施行時特例市11市（61.1%），特別区8区（66.7％），小規模市4市（15.4％），町村6町村（35.3%）であった。

教育委員会の中に発達障害・知的障害の特別支援教育専門の部署があるかどうかの質問に対して「ある」と答えたのは，政令指定都市12市（85.7％），中核市19市（70.4％），施行時特例市11市（61.1％），特別区8区（66.7%），小規模市3市（11.5%），町村1町村（5.9%）であった。

発達障害に関係する連携を目的とした会議の設置については，設置していると答えたのが政令指定都市13市（92.9％），中核市19市（70.4%），施行時特例市8市（44.4%），特別区6区（50.0％），小規模市13市（50.0％），町村8町村（47.1%）であった。

市区町村だけでは不十分で，都道府県または圏域の後方支援を要するものがあるかとの質問に対して，「はい」と回答したのは，政令指定都市3市（21.4％），中核市13市（48.1%），施行時特例市9市（50.0%），特別区6区（50.0％），小規模市15市（57.7％），町村10町村（58.8%）であった。

母子保健，障害児福祉，医療，児童福祉，幼児教育，教育等の関係機関同士の情報共有や引継ぎを促進するための事業や指針を市区町村として示しているものはあるかとの質問に対して「はい」と回答したのは，政令指定都市10市（71.4％），中核市15市（55.6％），施行時特例市13市（75.3％），特別区5区

(41.7%)，小規模市10市（38.5%），町村６町村（35.3%）であった。

発達障害や知的障害の支援者を対象とした研修プログラムを市町村で定期的に行っていると回答したのは，政令指定都市13市（92.9%），中核市11市（40.7%），施行時特例市12市（66.7%），特別区８区（66.7%），小規模市７市（26.9%），町村４町村（23.5%）であった。

発達障害，知的障害に関する支援体制の中で女性について何か配慮しているかとの質問に対して「配慮している」と回答したのは，政令指定都市２市（14.3%），中核市５市（18.5%），施行時特例市６市（33.3%），特別区１区（8.3%），小規模市７市（26.9%），町村０町村（０%）であった。

発達障害・知的障害に関する支援体制の中で日本語の通じない子どもについて何か配慮しているかとの質問に「配慮している」と回答したのは，政令指定都市６市（42.9%），中核市12市（44.4%），施行時特例11市（61.1%），特別区２区（16.7%），小規模市12市（46.2%），町村４町村（23.5%）であった。

療育手帳や診断を受けていない境界知能の子どもについて何か配慮しているかとの質問に対して「配慮している」と回答したのは，政令指定都市９市（64.3%），中核市15市（55.6%），施行時特例市13市（72.2%），特別区５区（41.7%），小規模市12市（46.2%），町村７町村（41.2%）であった。

発達障害児の差別解消，いじめ，虐待防止のために何か対策を講じているかとの質問に対して「講じている」と答えたのは，政令指定都市11市（78.6%），中核市15市（55.6%），施行時特例市13市（72.2%），特別区６区（50.0%），小規模市13市（50.5%），町村８町村（47.1%）であった。

D．考察

政令指定都市については清水，中核市・施行時特例市・特別区については髙橋，小規模市については篠山，町村については髙橋の各研究分担者が別稿でまとめた。ここでは，自治体規模による比較を中心に考察する。

まず，母子保健については，乳幼児健診の実施，および健診で発達障害・知的障害が疑われた子どもに対するフォローアップは，多くの自治体が行っていた。

医療については，政令指定都市および中核市では市内に１か所以上の医療機関があった。施行時特例市および特別区でもほとんどが市内・区内に医療機関があったが，一部に「圏域内」との回答があった。人口の少ない市町村では，自治体内に医療機関がなく，圏域または県内まで広げないと医療の得られない地域が過半数を占めた。とはいえ皆無というわけでもなく，小規模の自治体であっても多少範囲を広げれば医療の確保が可能となってきていると思われる。

ただし，発達障害・知的障害の診療については，全国的に医療機関あるいは診療枠の絶対数がまだまだ不足している。今回の調査では，人口の多い自治体で医療機関の数が多いとはいえ，それらの自治体でさえも受診申し込みから初診までの期間は数か月を要するところもあった。

療育については，診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設（以下，「基幹施設」）は政令指定都市の７割，中核市および施行時特例市の半数前後で設置されていたが，特別区，小規模市，町村では１割に達しなかった。診療機能のない児童発達支援センターは政令指定都市のすべて，中核市および施行時特例市では８割以上，特別区の３分の２で設置されており，小規模市では３割，

町村ではゼロであった。小規模市の１割，町村の半数強では，児童発達支援事業所もなかった。

平成25～27年度厚生労働科学研究の提言（以下，「提言」）では，政令指定都市では複数の基幹施設とうち１つの中核施設，中核市・施行時特例市・特別区では１つ以上の基幹施設，小規模市では１つ以上の児童発達支援事業所，町村は人口１万人以上の自治体では１つ以上の児童発達支援事業所が設置されることを提言している。しかし現状ではどの規模の自治体もそこまでの水準に達していないところがまだ多いことがわかった。

一方，放課後等デイサービス事業所はほとんどの自治体ですでにあり，知的障害のない発達障害もほとんどが受け入れていた。幼児期に比べて障害の診断が進み，障害児の放課後の活動の場へのニーズが幼児期に比べて相対的に高まっていることを反映しているのかもしれない。

行政の支援体制では，市町村に発達障害支援の相談窓口を設置しているところは，自治体の規模が大きいほど多く，小規模市が最も割合が低かった。発達障害に関する連携組織を設置している自治体も，政令指定都市と中核市で割合が高く，施行時特例市，特別区，小規模市，町村はすべておおよそ半数であった。一方，都道府県または圏域の後方支援が必要と答えたのは，政令指定都市で割合が低く，それ以外はすべて約半数であった。

提言では，政令指定都市，中核市，施行時特例市，特別区については発達障害・知的障害に関する社会資源のほぼすべてを自治体単独で確保することが望まれるとした。一方，小規模市と町村については，専門職の確保を自前で行うのはまだ困難であるとし，県または圏域による後方支援が必要とした。今回の調査結果からは，政令指定都市でも一部に後方支援が必要と考えている自治体があり，中核市・施行時特例市・特別区では自治体単独で発達障害の支援体制をつくれる段階に達しているところはまだ少ないことが示された。

発達障害の支援にとってきわめて重要なつなぎ支援についても，自治体として事業や指針を示しているところはまだ多くはない。連携が重要な課題であることが，改めて示された。

本調査のもう１つの課題は，発達障害者支援法の改正によって取り組みが求められている諸課題への対応状況を把握することであった。発達障害等のある女性，外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子ども，療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども，発達障害児の差別解消，いじめ，虐待防止等のための対策等である。これらについては，自治体規模による差はあまりなく，どこも比較的同様の傾向がみられた。具体的には，境界知能のある子への教育的配慮，差別解消への対応等は比較的なされていたが，発達障害のある女性や外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもについては，配慮している自治体は少数にとどまった。

これらの「マイノリティの中のマイノリティ」ともいえる人たちにも十分な支援の手が行き届くためには，こうした人たちが少数ながら確実に存在することを意識して自治体の施策に取り入れていく仕組みづくりが必要であろう。

Ｅ．結論

基礎自治体で発達障害および知的障害の行政業務を行う障害福祉部局の担当者を対象に，発達障害および知的障害の子どもに対する地域の支援体制に関する全国調査を行っ

た。乳幼児健診を拠点とした発達障害児・知的障害児の早期発見とその後の自治体によるフォローアップ，医療機関の確保，療育，幼稚園・保育園・認定こども園への支援などについては，多くの自治体で支援体制の整備が進んできていることが示された。一方，医療機関はあるものの初診申し込みから受診までの期間は数か月かかるところもあり，医療の量的充実が必要である。

人口の多い自治体では多くの機能を市で充足してきているが，小規模市や町村では基礎自治体だけで専門性を確保することが困難であり，県や圏域の後方支援が必要であることが示された。

境界知能のある子への教育的配慮や障害児の差別解消への対応は比較的なされていたが，発達障害のある女性や外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもについては，今後もっと注目して対策を講じていく必要がある。

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　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

I．参考文献

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）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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫），2016

表. 「発達障害児・知的障害児に関する支援状況調査」の各項目への回答

		政令指定都市	中核市	施行時特例市	特別区(東京都)	小規模市	小規模町村	全体
送付数		21	49	34	23	47	47	221
回答数		14	29	10	12	32	17	114
回答率(%)		66.7	59.2	29.4	52.2	68.1	36.2	51.6

2(1)a a.乳幼児健診はどこで実施されていますか	市区町村のみの回答	8	20	8	9	20	14	市町村と医師会委託の両方のところが多い年令や対象によって分けるなど
	医師会委託のみの回答	1	1	0	0	2	0	
	市町村＋医師会委託	5	8	2	3	9	3	
	その他	0	0	0	0	0	0	
2(1)b 健診で発達障害・知的障害が疑われた子どもへの標準的な対応は、以下のどれですか？	市町村でフォローアップする	13	26	9	11	27	13	市町村(市の発達センター等は含まない)でフォローアップすることを明記しているかどうかで分けた
	市町村でフォローアップしない	1	2	0	1	3	2	
	無回答	0	1	1	0	2	2	
児童・思春期の発達障害・知的障害を対象に保険診療による診断、心理検査、薬物治療をすべて行っている医療機関はありますか？	市町村内 1～5ヵ所	3	23	6	7	18	1	
	市町村内 6～10ヵ所	4	3	1	3	0	0	
	市町村内 それ以上	5	2	0	0	0	0	
	圏域内 1～5ヵ所	0	0	2	1	7	11	
	圏域内 6～10ヵ所	0	0	0	0	0	1	
	圏域内 それ以上	0	0	0	0	0	0	
	県内 1～5ヵ所	0	0	0	0	4	2	
	県内 6～10ヵ所	0	0	0	0	2	0	
	県内 それ以上	0	0	0	0	0	0	

境界知能での療育手帳の交付	いる	13	16	6	7	13	4	生活能力、養護学校への進学が適当な時、発達障害の併存、適応行動
	いない	1	5	2	0	6	5	
b１　市区町村の中に障害児の診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設(「療育センター」や「子ども発達センター」など)はありますか？なお、「医療相談」などの名称で医師による相談を行っている場合でも、保険診療でなければここでは「診療機能」には含めません。	複数あり、うち一つが中核センター	3	0	0	0	0	0	
	複数あるが中核センターはない	3	4	1	0	0	0	
	１ヵ所ある	4	12	3	1	5	0	
	ない(設置の計画あり)	2	0	1	0	1	0	
	ない(設置の計画なし)	2	13	5	11	22	17	
b２　市区町村立の基幹施設(運営は民間委託を含む)はありますか？	ある	6	7	0	1	1	0	
	ないが県立の施設ある	1	6	1	0	0	0	
	ない	1	0	2	0	1	0	
b３　児童発達支援センターは、知的障害のない発達障害児も受け入れていますか？	はい	6	9	1	1	2	0	
	いいえ	2	3	2	0	0	0	
b４　児童発達支援センターは、知的障害でも発達障害でもない境界知能の児を受け入れていますか？	はい	4	7	1	1	2	0	
	いいえ	4	6	2	0	0	0	
b５　児童発達支援センターは、児童養護施設に入所している子どもも受け入れていますか？	はい	3	4	1	1	2	0	
	いいえ	5	8	2	0	0	0	
b６　診療部門では、平成29年11月時点で初診申し込みから受診までにどのくらい待ちますか？	１ヶ月未満	0	3	1	0	1	0	
	１ヶ月以上３ヶ月未満	4	4	0	0	1	0	
	３ヶ月以上６ヶ月未満	1	1	1	1	0	0	
	６ヶ月以上１年未満	2	2	1	0	0	0	
	１年以上	0	2	0	0	0	0	

C１ 市区町村の中に診療機能（保険診療）のない児童発達支援センターはありますか？なお、「医療相談」などの名称で医師による相談を行っている場合でも、保険診療でなければここでは「診療機能」には含めません。	複数あり、うち一つが中核センター	2	1	0	2	0	0
	複数あるが中核センターはない	10	8	0	1	4	0
	１ヵ所ある	2	15	7	5	10	0
	ない（設置の計画あり）	0	1	2	1	3	3
	ない（設置の計画なし）	0	4	1	3	14	13
	把握していない	0	0	0	0	1	0
C２　市区町村立の児童発達支援センター（運営は民間委託を含む）はありますか？	ある	8	12	3	4	5	0
	ないが県立の施設ある	0	0	1	0	0	0
	ない	2	9	1	3	4	0
C３　児童発達支援センターは、知的障害のない発達障害児も受け入れていますか？	はい	9	21	5	6	9	0
	いいえ	1	0	1	0	1	0
C４　児童発達支援センターは、知的障害でも発達障害でもない境界知能の児を受け入れていますか？	はい	6	16	4	4	7	0
	いいえ	4	4	2	2	3	0
C５　児童発達支援センターは、児童養護施設の入所児も受け入れていますか？	はい	5	5	2	3	3	0
	いいえ	5	14	4	2	7	0

d１　（児童発達支援事業所） 市区町村の中に児童発達支援事業所はありますか？	複数あり、うち一部は市町村立	4	12	6	10	10	0
	複数あり、すべて民間である	10	16	3	1	14	6
	１ヵ所ある （市町村立）	0	0	0	0	1	0
	１ヵ所ある （民間）	0	0	1	0	4	2
	ない、計画あり	0	0	0	0	1	1
	ない、計画もない	0	0	0	0	2	8
	把握していない	0	0	0	0	0	0
d２　知的障害のない発達障害児を受け入れている事業所はありますか？	はい	6	26	8	9	20	7
	いいえ	1	0	0	0	1	0
d３　知的障害でも発達障害でもない境界知能の入所児を受け入れている事業所はありますか？	はい	4	19	6	8	16	2
	いいえ	3	6	2	1	5	4
d４　児童養護施設の入所児も受け入れている事業所はありますか？	はい	3	2	2	3	5	1
	いいえ	4	19	5	4	16	6

e１　市区町村の中に放課後等デイサービス事業所はありますか？	複数あり、うち一部は市町村立	1	4	2	7	4	0
	複数あり、すべて民間である	13	24	8	5	28	7
	１ヵ所ある（市町村立）	0	0	0	0	0	0
	１ヵ所ある（民間）	0	0	0	0	0	6
	ない、計画あり	0	0	0	0	0	0
	ない、計画もない	0	0	0	0	0	3
	把握していない	0	0	0	0	0	0
e２　知的障害のない発達障害児を受け入れている事業所はありますか？	はい	8	25	8	9	23	12
	いいえ	0	0	0	0	0	1
e３　知的障害でも発達障害でもない境界知能の児を受け入れている事業所はありますか？	はい	5	21	6	9	17	2
	いいえ	1	3	2	0	6	10
e４　児童養護施設の入所児を受け入れている事業所はありますか？	はい	1	5	2	2	4	1
	いいえ	5	15	5	5	19	12

市区町村の中に障害児相談支援事業所はありますか？	複数あり、うち一部は市町村立	8	11	5	12	9	0	
	複数あり、すべて民間である	6	16	4	0	21	7	
	1ヵ所ある（市町村立）	0	0	0	0	0	0	
	1ヵ所ある（民間）	0	0	0	0	2	3	
	ない、計画あり	0	0	0	0	0	0	
	ない、計画もない	0	0	0	0	0	6	
	把握していない	0	1	1	0	0	1	
（4）a　市区町村の中の保育園・幼稚園・認定こども園等への発達障害児・知的障害児の通園を促進するために、どのような施策を行っていますか？	加配の職員をつける	14	20	9	10	26	11	複数回答可
	園に補助金をつける	14	26	8	10	21	7	
	その他	1	5	1	0	7	1	
（5）b　保育園、幼稚園、認定こども園等に在籍する発達障害児・知的障害児について、専門家の巡回等による以下の後方支援は行われていますか？（複数回答可）	行われている	14	26	9	11	28	15	
	行われていない	0	3	0	0	2	1	
（5）b　小中学校に在籍する発達障害児・知的障害児について、専門家の巡回等による以下の後方支援は行われていますか？（複数回答可）	行われている	14	25	7	11	28	17	
	行われていない	0	3	2	0	2	0	

（6）a-1 市町村に発達障害支援の相談窓口となる発達支援室（センター）などの部署はありますか？	ある	13	15	4	8	9	6	
	ない（設置する計画あり）		1	0	2	0	0	
	ない（設置する計画なし）	1	13	5	0	23	11	
（6）a-2 発達障害に関する住民向けの周知を広報などで年1回以上行っていますか？	はい	10	21	4	8	10	6	
	いいえ	3	6	5	2	17	10	
2（6）b-1. 市区町村の教育委員会の中に、発達障害・知的障害の特別支援教育専門の部署はありますか？	ある	12	20	6	8	7	1	
	ない（設置する計画あり）	0	0	0	0	0	0	
	ない（設置する計画なし）	1	9	3	2	21	16	
2（6）b-2 特別支援教育に関する住民向けの周知を広報などで年1回以上行っていますか？	はい	10	14	5	7	13	2	
	いいえ	3	11	4	4	16	11	
3（1）a. 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されていますか？	はい	13	20	3	6	17	8	
	いいえ（設置する計画あり）	1	2	2	3	1	0	
	いいえ（設置する計画なし）	0	7	5	3	13	9	
3（2）a市区町村だけでは不十分で、都道府県または圏域の後方支援を要するものはありますか？	はい	3	15	4	6	18	10	ペアトレ、検査、県の建物利用 助言、研修、専門職の確保、派遣など
	いいえ	11	14	4	5	13	6	
3（3）a. 母子保健、障害児福祉、医療、児童福祉、幼児教育、教育等の関係機関同士の情報共有や引き継ぎを促進するための事業や指針を市区町村として示しているものはありますか？	はい	10	17	8	5	13	6	サポートブック、連携会議が多い
	いいえ	4	12	2	7	19	10	

4 a. 以下の職種や職員を対象とした発達障害・知的障害に関する研修プログラムを、市区町村主催の事業または市区町村の予算で定期的に行っていますか？	行っている	13	13	4	8	13	4	
	行っていない	1	13	6	3	17	12	
5（1）.発達障害、知的障害に関する支援体制の中で女性について何か配慮していますか？	配慮している	2	6	3	1	9	0	担当を女性にするなど
	配慮していない	11	19	7	8	23	17	
5（1）.発達障害、知的障害に関する支援体制の中で日本語の通じない子どもについて何か配慮していますか？	配慮している	6	13	7	2	15	4	通訳、日本語講師派遣など VDトーク、外国語の問診票
	配慮していない	8	14	3	8	16	13	
5（1）.発達障害、知的障害に関する支援体制の中で療育手帳や診断を受けていない境界知能の子どもについて何か配慮していますか？	配慮している	9	17	6	5	17	7	相談、外来療育、コーディネーターの配置、サービスの支給
	配慮していない	5	11	4	5	13	10	
5（1）.貴自治体では、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？	講じている	11	17	7	6	17	8	研修、巡回、対応窓口、ペアトレ
	講じていない	3	11	3	4	14	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
（障害者政策総合研究事業 H28－身体・知的－一般－001）

発達障害児・知的障害児に関する支援状況調査

この調査は、地域特性の異なる地方自治体を全国から抽出し、発達障害児の支援体制およびサービス利用の実態を把握することを目的としております。アンケート調査の結果については、厚生労働省に報告し、今後の発達障害児支援に関する施策に活用させていただきます。

本アンケート調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

発達障害児の支援計画および支援状況を把握しておられる担当の方々が回答してください。

市区町村における発達障害児・知的障害児に関する支援状況調査票

以下の質問について、（　　）に記入していただき、該当する項目の□に✓を入れてください。
回答は、平成29年11月１日現在の情報をもとにお答えください。

１．回答者

・市区町村名（　　）部署名（　　）
□政令指定都市　□中核市　□施行時特例市　□特別区（東京都）　□その他の市　□町村
・回答者名（　　）電話（　　）メール（　　）
・回答の際に協力をいただいた部署名（　　）

２．発達障害児・知的障害児の直接支援体制

（１）母子保健

a. 乳幼児健診はどこで実施されていますか？□市区町村　□医師会委託　□その他（　　）

b. 健診で発達障害・知的障害が疑われた子どもへの標準的な対応は、以下のどれですか？

□市区町村でフォローアップせず、医療機関に紹介する（紹介先：　　）

□市区町村でフォローアップせず、発達支援の相談機関（発達障害者支援センターなど）に紹介する（紹介先：　　）

□健診後の子どもを対象としたフォローアップ事業を市区町村で行っている

□その他（　　）

（２）医療

a. 児童･思春期の発達障害･知的障害を対象に保険診療による診断、心理検査、薬物治療をすべて行っている医療機関は？

□市区町村にある（□１～５か所　□６～10か所　□それ以上）

□市区町村にはないが、圏域にある（□１～５か所　□６～10か所　□それ以上）

□圏域にはないが、県内にある（□１～５か所　□６～10か所　□それ以上）

（３）福祉

a. 境界知能（IQで概ね70から85程度）で療育手帳を交付されている子どもがいますか？

□はい…どのような場合ですか？（　　）　□いいえ

b-１．市区町村の中に障害児の診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設（「療育センター」や「子ども発達センター」など）はありますか？なお、「医療相談」などの名称で医師による相談を行っている場合でも、保険診療でなければここでは「診療機能」には含めません（ｃも同様）。

□複数あり、うち１つがそれらの中核センターに位置づけられている

□複数あるが、中核センターは置いていない

□１か所ある

□ない…市区町村に設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

＊b-1．で「ない」以外に✓を入れた場合、基幹施設についての以下の質問にお答えください。

b-2．市区町村立の基幹施設（運営は民間委託を含む）はありますか？

□ある　□ないが、県立の施設がある　□ない

b-3．児童発達支援センターは、知的障害のない発達障害児も受け入れていますか？

□はい　□いいえ

b-4．児童発達支援センターは、知的障害でも発達障害でもない境界知能の児を受け入れていますか？　□はい　□いいえ

b-5．児童発達支援センターは、児童養護施設に入所している子どもも受け入れていますか？

□はい　□いいえ

b-6．診療部門では、平成29年11月時点で初診申し込みから受診までにどのくらい待ちますか？

□1か月未満　□1か月以上3か月未満　□3か月以上6か月未満　□6か月以上1年未満　□1年以上

b-7．診療部門では何歳まで初診を受けていますか？（　　）歳

b-8．診療部門では何歳まで再診を受けていますか？（　　）歳

c-1．市区町村の中に診療機能（保険診療）のない児童発達支援センターはありますか？

□複数あり、うち１つが条例等によって市区町村の中核センターに位置づけられている

□複数あるが、中核センターは置いていない

□１か所ある

□ない…市区町村に設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

□市区町村では把握していない

＊c-1．で「ない」および「市町村では把握していない」以外に✓を入れた場合、以下にお答えください。

c-2．市区町村立の児童発達支援センター（運営は民間委託を含む）はありますか？

□ある　□ないが、県立のセンターがある　□ない

c-3．児童発達支援センターは、知的障害のない発達障害児も受け入れていますか？

□はい　□いいえ

c-4．児童発達支援センターは、知的障害でも発達障害でもない境界知能の児を受け入れていますか？　□はい　□いいえ

c-5．児童発達支援センターは、児童養護施設の入所児も受け入れていますか？

□はい　□いいえ

d-1．市区町村の中に児童発達支援事業所はありますか？

□複数あり、うち一部は市区町村立である

□複数あり、すべて民間である

□１か所ある（□市町村立　□民間）

□ない…市区町村に設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

□市区町村では把握していない

＊d-1．で「ない」および「市町村では把握していない」以外に✓を入れた場合、以下にお答えください。

d-2．知的障害のない発達障害児を受け入れている事業所はありますか？　□はい　□いいえ

d-3．知的障害でも発達障害でもない境界知能の児を受け入れている事業所はありますか？

□はい　□いいえ

d-4．児童養護施設の入所児を受け入れている事業所はありますか？　□はい　□いいえ

e-1．市区町村の中に放課後等デイサービス事業所はありますか？

□複数あり、うち一部は市町村立である

□複数あり、すべて民間である

□１か所ある（□市町村立　□民間）

□ない…市区町村に設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

□市区町村では把握していない

＊e-1．で「ない」および「市町村では把握していない」以外に✓を入れた場合、以下にお答えください。

e-2．知的障害のない発達障害児を受け入れている事業所はありますか？　□はい　□いいえ

e-3．知的障害でも発達障害でもない境界知能の児を受け入れている事業所はありますか？　□はい　□いいえ

e-4．児童養護施設の入所児を受け入れている事業所はありますか？　□はい　□いいえ

f. 市区町村の中に障害児相談支援事業所はありますか？

□複数あり、うち一部は市区町村立である

□複数あり、すべて民間である

□１か所ある（□市町村立　□民間）

□ない…市区町村に設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

□市区町村では把握していない

（4）保育園・幼稚園・認定こども園等

a. 市区町村の中の保育園・幼稚園・認定こども園等への発達障害児・知的障害児の通園を促進するために、どのような施策を行っていますか？（複数回答可）

□加配の職員をつける　（具体的に：　　）

□園に補助金を交付する　（具体的に：　　）

□その他　（具体的に：　　）

b. 保育園、幼稚園、認定こども園等に在籍する発達障害児・知的障害児について、専門家の巡回等による以下の後方支援は行われていますか？（複数回答可）

□保育所等訪問支援（□市区町村内の事業者　□市区町村外の事業者）

□都道府県教育委員会の巡回相談

□その他（　　）

□行われていない

（5）学校

a-1．市立の特別支援学校：□ある（　　）校　□ない

a-2．知的障害特別支援学級：

公立小（　　）校中（　　）校、公立中（　　）校中（　　）校に設置

a-3．自閉症・情緒障害特別支援学級：小学校（　　）校、中学校（　　）校に設置

a-4．情緒障害通級指導教室：小学校（　　）校、中学校（　　）校に設置

a-5．難聴・言語障害通級指導教室：小学校（　　）校、中学校（　　）校に設置

a-6．加配や支援員を導入：□ある…小学校（　　）校、中学校（　　）校　□ない

a-7．その他の支援：□ある（　　）□ない

b. 小中学校に在籍する発達障害児・知的障害児について、専門家の巡回等による以下の後方支援は行われていますか？（複数回答可）

□保育所等訪問支援（□市区町村内の事業者　□市区町村外の事業者）

□都道府県教育委員会の巡回相談

□その他（　　）

□行われていない

（6）行政

a-1．市区町村に発達障害支援の相談窓口となる「発達支援室（センター）」などの部署はありますか？

□ある…名称：（　　）、所管（課など）：（　　）

職員数と職種：（　　）

□ない…設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

a-2．発達障害に関する住民向けの周知を広報などで年１回以上行っていますか？

□はい　□いいえ

b-1．市区町村の教育委員会の中に、発達障害・知的障害の特別支援教育専門の部署はありますか？

□ある…名称：（　　）

職員数と職種：（　　）

□ない…設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

b-2．特別支援教育に関する住民向けの周知を広報などで年１回以上行っていますか？

□はい　□いいえ

３．連携体制

（1）連携会議

a. 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されていますか？

□はい…会議の名称：（　　）

□いいえ…設置する計画はありますか？　□はい　□いいえ

b. 設置されている場合、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（　　）

（2）市区町村と都道府県との連携

a. 市区町村だけでは不十分で、都道府県または圏域の後方支援を要するものはありますか？

□はい…具体的には（　　）

□いいえ

（3）つなぎ支援

a. 母子保健、障害児福祉、医療、児童福祉、幼児教育、教育等の関係機関同士の情報共有や引き継ぎを促進するための事業や指針を市区町村として示しているものはありますか？

□はい…具体的には（　　）

□いいえ

＊「はい」に✓を入れた場合、概要のわかる資料などがありましたら、添付してください。

４．人材育成

a. 以下の職種や職員を対象とした発達障害・知的障害に関する研修プログラムを、市区町村主催の事業または市区町村の予算で定期的に行っていますか？行っているものの□に✓を入れてください。

□行政の事務系職員　□医師　□医療系職種　□母子保健関係職員　□児童発達支援センター職員
□児童発達支援事業所職員　□放課後等デイサービス職員　□相談支援事業所職員
□スクールカウンセラー　□行っていない

５．貴自治体では、発達障害・知的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

□配慮している（　　）
□配慮していない
＊「配慮している」に✓を入れた場合、概要のわかる資料などがありましたら、添付してください。

（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）

□配慮している（　　）
□配慮していない
＊「配慮している」に✓を入れた場合、概要のわかる資料などがありましたら、添付してください。

（３）療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども

□配慮している（　　）
□配慮していない
＊「配慮している」に✓を入れた場合、概要のわかる資料などがありましたら、添付してください。

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？

□講じている（　　）
□講じていない
＊「講じている」に✓を入れた場合、概要のわかる資料などがありましたら、添付してください。

７．貴自治体における発達障害・知的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以下にご自由に書いてください。

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（障害者総合研究事業）
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

発達障害児・知的障害児に関する自治体の支援状況について
～ 政令指定都市の状況 ～

研究分担者　清水康夫[1)]
研究協力者　岩佐光章[1)]　原 郁子[1)]　中島智美[1)]　大久保奈々子[1)]
大園啓子[1)]　二村園恵[1)]　上蕨小百合[1)]　三隅輝見子[2)]
今井美保[3)]　冢田三枝子[4)]　水谷朱里[5)]　笠原丈史[6)]

1）横浜市総合リハビリテーションセンター　2）玉川大学教職大学院　3）横浜市西部地域療育センター
4）横浜市立仏向小学校　5）横浜市立八景小学校　6）横浜市教育委員会

研究要旨：政令指定都市における発達障害支援システムの整備状況を明らかにするために，全国の政令指定都市20市に対してアンケート調査を行った。アンケートへの回答は14市から得られ，回収率は70％であった。歴史の古い政令市よりも，比較的新しい政令市からのアンケート回収率が高かった。政令市では障害の早期発見体制が完備されてよく機能していた。多くの市が基幹施設を有しており，それを複数持つことが少なくないなど，療育や相談，インクルージョン保育を含めた早期支援体制が充実していた。ただ，早期発見の場から基幹施設への橋渡しに迅速さを欠く都市が少なくない。学校教育とのつなぎ支援・後方支援，発達障害の関連分野間の連絡会議の設置などの体制は，ほぼ達成されていた。日本語が通じない子どもについては半数近くの市が配慮していたが，女性についてとくに配慮している市は少なかった。これらの人々の人権擁護のさらなる充実については，政令市においても今後の課題として残る。

A. 研究目的

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班（研究代表者 本田秀夫）は今年度，全国の市町村自治体に対して発達障害の支援サービスの実態に関するアンケート調査を行った。

すでに本田らは，３年間（2015年度～2017年度）にわたる全国的な基礎自治体調査[1)]に基づき，政令指定都市（以下，政令市）についての「提言」[2)]も含めて，それぞれの自治体規模に応じた発達支援システムモデルの提

言を行っている。このシステムモデルを念頭に置いて自治体規模に応じた支援システムの整備状況を検討し，今後の課題を明らかにするためである。

本稿は，そのうち政令指定都市に対する調査について報告する。

B．研究方法

本アンケート調査の対象となったのは全国の221自治体であり，その内訳は政令指定都市（全20市），中核市（全48市），特例市（調査施行時）（全36市），特別区（全23区），小規模市（47市を抽出），小規模町村（47町村を抽出）である。

本研究班が作成したアンケート調査票「発達障害児･知的障害児に関する支援状況調査」（研究代表者の報告書参照）を対象とした自治体に郵送して回答を得た。政令市については，全20市へのアンケート調査に対して14市から回答が寄せられた。回収率は70％であった。回答を得なかった６市のうち４市は1950年代に指定された最も古くからの政令市，いわゆる旧「五大都市」に含まれる。一方，2000年以降に政令市になった８市については，７市から回答を得た。すなわち政令市の標本データは，比較的新しく指定を受けた政令市群に重心が寄っている。

C．アンケート調査結果

１．発達障害児・知的障害児の直接支援体制

（１）母子保健

乳幼児健診は市単独か医師会委託との並行がほとんど（13市）である。健診で障害が疑われた子どもは，市がフォローアップすることをほとんど（13市）が標準としている。

（２）医療

どの市（14市）も児童･思春期の発達障害･知的障害を対象に保険診療による診断，心理検査，薬物治療をすべて行なっている医療機関を有し，かつ多く（９市）はそのような医療機関が市内に６ヵ所以上ある。

（３）福祉

境界知能の場合でも，療育手帳の交付は可能とする市がほとんど（13市）である。この点では中核市，特例市と同じ傾向である。ただし交付の付帯条件として，「社会生活能力が低い」，「家庭生活等において困難さを抱える」，「医師が発達障害と診断」，「IQ75までならば可」，「IQが変動するため総合的に判断」などがあげられている。

診療機能と児童発達支援センターを統合した療育センター，子ども発達センターなどの基幹施設は10市にあり，うち６市には複数ある。基幹施設をもたない４市のうち，その建設計画もないとしたのは２市であるが，これらはいずれも2000年以降の政令市指定である。

基幹施設がある10市において，児童発達支援センターが知的障害のない発達障害を受け入れているのは６市，発達障害でも知的障害でもない境界知能の児を受け入れているのは４市，児童養護施設の入所児を受け入れているのは３市である（以上，欠損データ２）。

基幹施設の診療部門に受診を申し込んでから初診までの待機期間は，１ヶ月未満の市はなく，１～３ヶ月が４市，３～６ヶ月が１市，６ヶ月～１年が２市である（欠損データ３）。１年以上待機させる市はなかった。政令市の初診待機期間は，中核市と同程度であり，特例市よりやや長い傾向がある。

診療機能のない児童発達支援センターは，12市に複数ヶ所，２市に１ヶ所ある。つまり，いずれの市にも少なくとも１ヶ所はある。診療機能のない児童発達支援センターについて

は，８市に市立のものがあり，９市は知的障害のない発達障害児も受け入れ，６市は知的障害でも発達障害でもない境界知能児を受け入れ，５市は養護施設入所児も受け入れている（以上，欠損データ４）。

児童発達支援事業所は，どの市（14市）にも複数あり，４市に市立のものがあり，10市はすべてが民間である。また，６市が知的障害のない発達障害児も受け入れ，４市が知的障害でも発達障害でもない境界知能児を受け入れ，３市が養護施設入所児も受け入れている（以上，欠損データ７）。

放課後等デイサービスは，どの市（14市）にも複数あるが，市立があるのは１市のみであり，13市はすべてが民間である。８市が知的障害のない発達障害を受け入れ（欠損データ６），５市が知的障害でも発達障害でもない境界知能児を受け入れ（欠損データ８），１市が養護施設入所児も受け入れている（欠損データ８）。

障害児相談支援事業所は，どの市（14市）にも複数あり，８市に市立のものがあり，６市はすべてが民間である。

（４）保育園・幼稚園・認定こども園等

市の保育園・幼稚園・認定こども園等への発達障害児・知的障害児の通園を促進するための施策として，どの市（14市）も職員の加配と園への補助金交付をしている。

保育園・幼稚園・認定こども園等に在籍する発達障害児・知的障害児に対する専門家の巡回等による後方支援は，どの市（14市）も行なっている。

（５）学校

小中学校に在籍する発達障害児・知的障害児に対する専門家の巡回等による後方支援は，どの市（14市）も行なっている。

（６）行政

ほとんどの市（13市）には，発達障害支援の相談窓口となる「発達支援室（センター）」などの部署がある。

多くの市（10市）は，発達障害に関する住民向けの周知を広報などで年１回以上行なっている（欠損データ１）。

ほとんどの市（12市）には，市教育委員会の中に発達障害・知的障害の特別支援教育専門の部署がある（欠損データ１）。

多くの市（10市）は，特別支援教育に関する住民向けの周知を広報などで年１回以上行なっている（欠損データ１）。

２．連携体制

（１）連携会議

ほとんどの市（13市）には，発達障害に関係する連携を目的とした会議が設置されている。残る１市は，現在はないものの設置計画がある。いずれも会議の委員には，学識経験者，専門医，児童福祉関係者，教育関係者，就労支援関係者などの関連分野から広く選ばれている。

（２）市区町村と都道府県との連携

市区町村だけでは不十分で，都道府県または圏域からの後方支援については，大部分の市（11市）がこれを不要としている。３市は府県からの後方支援を受けているが，その内容はそれぞれ医療関係者の研修，公立大学・専門学校との連携，専門医の確保などと限定されている。

（３）つなぎ支援

多くの市（10市）が母子保健，障害児福祉，医療，児童福祉，幼児教育，教育等の関係機関同士の情報共有や引き継ぎを促進するための事業や指針を市として示している。具体的には，庁内の関係部署の連絡会議や関係機関

連絡会を開いたり，連携用の相談支援ファイルを作成したりしている。

3．人材育成

ほとんどの市（13市）が各職種や職員を対象とした発達障害・知的障害に関する研修プログラムを，市主催の事業または市の予算で定期的に行なっている。行政の事務系職員のみを対象とする市も一部にあるが，多くは事務系，医療系，母子保健関係，相談・療育・指導サービス系，およびスクールカウンセラーなどのいくつか，あるいはすべてといった広い関係職種を対象にしている。

4．発達障害・知的障害に関する支援体制おける配慮事項

（1）女性

2市が配慮しており，11市はとくに配慮していない（データ欠損1）。

（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）

6市が配慮しており，8市はとくに配慮していない。

（3）療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども

9市が配慮しており，5市はとくに配慮していない。

5．発達障害児の差別解消，いじめ・虐待防止等のための対策

9市が配慮しており，5市はとくに配慮していない。

6．発達障害・知的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（自由記述）

「早期発見しても実際に基幹施設へつながる割合の低さ（3割程度）」，「初診待機期間の長期化」，「支援の質の確保」，「サービスの質の向上と人材育成」，「療育センターを再整備中だが，その診療所で発達障害等を専門とする医師の確保」，「特別支援学級数の増加に伴う施設・専門的な教育などの確保」，「予算の増加」，などの課題があげられている。

D．考察

乳幼児健診を中心に置いた障害の早期発見とフォロー体制については，ほとんどの市において自治体主導で行われ，これに医師会との提携が組まれている。診療機能と児童発達支援センターを統合した基幹施設については，多くの市がこれを有しており，複数を有する市も少なくない。

この基幹施設と乳幼児健診とを連携させた早期発見・診断および早期支援のシステム化が多くの市で建設されている。一方，早期発見された事例の支援ニーズへの対応においては課題が指摘される。すなわち初診待機期間は，すべての市が1ヶ月以上であり，3ヶ月以上に及ぶ市も例外ではなく，この待機期間の縮小を実現すべき喫緊の課題がある。

支援サービスの対象については，児童発達支援センターと児童発達支援事業所の弾力的運用によって，知的障害から発達障害，さらには境界知能にまで支援対象が拡大しつつある。

保育園・幼稚園・認定こども園などにおけるインクルージョンについては，すべての市が職員の加配と園への補助金交付によって，その促進を図っている。専門家の巡回等による後方支援が，基幹施設の有無を問わずどの市でも行なわれており，インクルージョンの質の確保に努められている。

早期発見の場から早期支援の場へ，また早

期支援の場から学校教育へと，異種分野間のつなぎ支援についても，連絡会などの場を設定するなどによってこれを通常の支援活動に組み込んでいる市が多い。

ほとんどの市において行政側で発達障害支援の相談窓口を市民に開いており，発達障害に関する広報活動が定期的になされている。

以上のように，早期発見・早期支援の視点からみると，政令市におけるシステム整備は概ね順調に進んでいると考えられる。ただし，初診待機問題などに一部課題を残している。

教育との連携については，ほとんどの市が分野を超えた関係者による連絡会議を設定し，学校に対しては専門家の巡回等による後方支援をすべての市が行なっている。しかし，この学校への後方支援体制が基幹施設の事業となっているのか，それとも個々の専門家へ教育側が委託しているものかについてはアンケートの調査外である。基幹施設の学齢期における診療機能についてもやはりアンケートの調査外であったため具体的な検討はできない。が，もしも基幹施設等による学校への後方支援が実現できれば，地域における早期から学齢期に至る支援体制の一貫性がより推進されることになろう。

道府県へ後方支援を必要とする市は少数派であり，多くの市は独自に職員研修や人材確保を切り拓いている。

支援体制における配慮事項として，女性や日本語に通じない子どもがあげられるが，女性についてはとくに配慮していないとする市が多い。これは，女性が支援を受ける際に不利を被るという問題がとくに惹起していないからなのか，あるいは本来は配慮が必要であるのにもかかわらず取り組みが遅れているのかについては，このアンケート結果から読み取ることはできない。

日本語に通じない子どもについては，半数近くの市が配慮をしているというが，残る半数以上はそうではない。市内に在住する外国人の割合の多少によっても，このような子どもへの対応は影響を大きく受けるかもしれない。しかし，だからこそマイノリティの人々への細かな気遣いを支援サービスのなかに具体化することが重要である。この点で政令市においても，人権擁護のさらなる充実が望まれる。

以上を通じて，政令市の発達障害支援システムは，基幹施設の建設とそれを中心にした早期発見・診断，早期支援，および学校との連携にまで発展してきていることが十分に窺える。しかし同時に政令市は，支援ニーズの大幅な拡大に伴って生じた初診待機や専門家の確保・育成，学齢期における支援のあり方等をめぐる課題に直面している。この課題の壁は厚く，その対策として支援システムのあり方の再検討も求められるのではなかろうか。たとえば，支援システムの拠点である基幹施設については，ユーザーはここに通所して支援を受けるという基本型が暗黙の前提で事業が展開されてきた経緯がある。政令市における基幹施設建設の大きな根拠とされたいわゆる「心身障害児総合通園センター構想」（昭和54年厚生省通達）には，支援の拠点としての総合通園センターが描かれていた。

しかしその後，時代は大きく変遷し，通達が出された当時は障害カテゴリになかった「発達障害」が支援対象に参入し，しかもその数や人口の５～10％に達することが政令市に共通した新局面を生み出している。インクルージョン思想の普及とともに保育園，幼稚園，認定こども園等における障害児保育が通常となり，むしろこのような場での障害児支援の方が，児童発達支援センターや児童発達

支援事業所で早期療育を受ける児よりも数として優る現状にある。すなわち，基幹施設への通所を早期支援の基本型とする構想はすでに過去のものになっており，今後は支援サービスの多様化を再検討する余地が大いにある。

基幹施設の役割は直接支援とともに，保育園等の職員研修などの後方支援，家族に対するトレーニングプログラムとカウンセリングを重視した支援の強化，学齢児への診療等を通じた直接支援と学校への後方支援，といった諸課題への対応が，次の時代の発達障害地域支援体制を再編するいくつかの鍵となるのではなかろうか。

E. おわりに

アンケート調査は70％が回収されたのであるが，残る30％の未回答部分が小さくはないため，調査結果を通じた結論は少し控えめにしておくべきであろう。とくに，未回答であった都市のなかには最も歴史ある政令市群が多く，これらはいずれも他に類のない大きな人口を抱える都市群であるだけに，その部分については考察を保留せざるを得ない。

F. 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）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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫）, 2016.

2）清水康夫・他：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～政令指定都市のまとめと提言～．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年度～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫）, 108-126, 2016.

G. 学会・論文等による発表

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29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

発達に問題のある学童についての精神医学的診断および特別支援教育ニーズに関する疫学研究：横浜市港北区における４年間の悉皆的コホート追跡

研究分担者　清水康夫[1)]
研究協力者　岩佐光章[1)]　原 郁子[1)]　中島智美[1)]　大久保奈々子[1)]
大園啓子[1)]　二村園恵[1)]　上蕨小百合[1)]　三隅輝見子[2)]
今井美保[3)]　冢田三枝子[4)]　水谷朱里[5)]　笠原丈史[6)]

1）横浜市総合リハビリテーションセンター　2）玉川大学教職大学院　3）横浜市西部地域療育センター
4）横浜市立仏向小学校　5）横浜市立八景小学校　6）横浜市教育委員会

研究要旨

平成25年度から追跡を開始した横浜市港北区（人口346,922人，平成29年１月１日現在）における出生コホート，居住コホートの発達障害に関する４年後の追跡調査である。対象児童は小学１年生の追跡開始から現在，小学５年生になっており，これらの児童に対して医療と教育の両分野で同時に調査をした。医療面では横浜市総合リハビリテーションセンターにおける診断例の把握と診断内容を調査した。教育面では，区内の公立小学校25校，横浜市とその周辺都市の特別支援学校８校を調査対象としてアンケート調査を行った。

港北区の出生コホートによる発達障害の累積発生率は，小学５年生で5.8％（うち広汎性発達障害5.0％）であり，小学３年生時点の調査（発達障害全体で5.1%，広汎性発達障害で4.5%）よりも少し増加していた。同地域の居住コホートによる発達障害の有病率は，小学５年生時点で4.7％，広汎性発達障害だけをみると4.0％であった。

学校調査では小学５年生の14.9％が教師によって発達に何らかの問題があると認識されており，小学１年，３年のときよりもかなり増えていた。13.0％が特別支援教育を含むなんらかの特別な教育的処遇を受けていた。発達に問題があるとされた児童の中で不登校状態にある割合は5.6％と非常に高く，反抗的特性は12.2％，触法行為は2.9％にみられた。

A．研究目的

我が国における発達障害の早期支援体制は，各法令などによって全国共通の汎用システムを基盤に据えつつ，人口規模や面積，自治体の経済状態，住民の社会経済階層など地域特性に応じた自治体独自の支援体制を整えることで発展してきた。

われわれは，本研究班の中で，全国に20市（平成29年11月30日現在）ある政令指定都市のひとつである横浜市（人口3,731,096人，平成29年１月１日現在）において，発達障害のある学童の実態把握を目的とした調査を担当している。

調査の一環として平成25年度に小学１年生と６年生を調査対象として，横浜市北部に位置する港北区（人口346,922人，平成29年１月１日現在）において発達障害のある（疑いも含む）学童を医療側と教育側の両面から把握し本研究班で報告した[1)]。また平成27年度には，小学３年生において同様の調査を行った[2)]。今年度は，平成25年度当時小学１年生であった現小学５年生を調査対象として，医療と教育の両面から発達障害の実態を再調査した。

B．研究方法

１．医療機関における調査

調査対象となる児童は，横浜市港北区で出生または在住している平成29年度の小学５年生（平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ）である。これは，平成25年度に本研究事業で調査を行った当時の小学１年生を２年ごとに調査した，４年間にわたる追跡調査の最終回となる。

横浜市総合リハビリテーションセンター（以下，YRCと略）は，横浜市港北区を担当地域とする地域療育センター機能を有しており，市内の関連機関との緊密な連携のもと，幼児期における発達障害の早期診断と早期支援の地域システム拠点となっている[3)]。港北区において発達支援ニーズを持つほとんどの乳幼児がYRCを受診している（図１）。

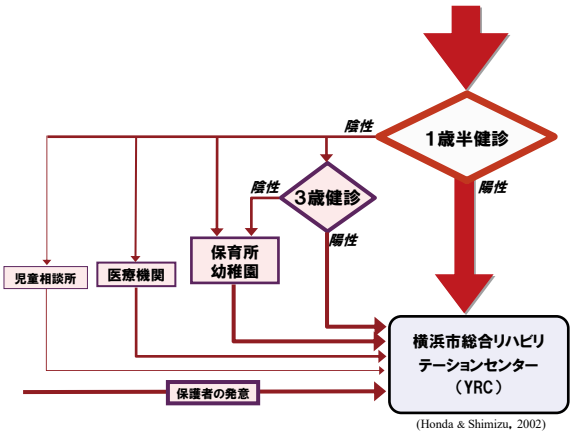


図1．横浜市港北区における発達障害の早期発見システム

YRCに来院したケースは，ソーシャルワーカーのインテークを受けたのち，発達障害を専門とする医師によって１時間以上かけて診察される。診断に際しては，保護者より主訴に基づいて普段の生活の様子を詳細に聞き取るほか，福祉保健センターにおける乳幼児健康診査やその後の保健師などによる子どもの状態に関する様々な記録，心理士による知能検査などの心理評価，ソーシャルワーカーによる幼稚園や保育所へ訪問して相談を行った際の集団活動の様子なども参考にすることができる。１回の診察での判断が困難である場合，その後概ね３～６カ月おきに診察が重ねられ，確定診断がなされる。

初診ののち，いくつかの早期支援サービスが用意されており，障害の種別や重症度および保護者の希望を加味してサービス内容が決定される。各ケースへのサービスは，センター内に設置された診療所，児童発達支援センター，児童発達支援事業所を有機的に組み合わせた支援システムから供給される。

早期支援が終了して就学した後，あるいは

学齢になってから来院した場合にも支援サービスメニューが用意されている。医師による診察や心理士による個別あるいは集団カウンセリングの他，学校に対して緊密な連携を行っている。具体的には，児童を担当しているクラス担任（通常級，特別支援学級，特別支援学校），特別支援教育コーディネーター，児童支援専任，通級指導教室教諭などを対象にしたコンサルテーションや，学校からの依頼に基づいて専任のYRC職員が学校を訪問し，教師の相談に応じる学校支援事業がある。また最近では，児童発達支援センターや児童発達支援事業所で幼児期に子どもの療育を担当したスタッフが，ケースが就学した後も学校や家庭生活における保護者の困り事の相談に応じることができるような卒園児交流会や相談の場を設けるなど，診療所以外のサービスを充実させている。

医療面の調査対象は，港北区在住の小学５年生でYRCの受診歴がある子どもである。診療録から，出生地が港北区と判断される場合は累積発生率のデータとし，現住所が港北区であり，かつ過去３年以内のYRC受診が確認される場合は有病率のデータとした。診療録から，性別，生年月日，診断名，診断時の年齢，知能検査による知的水準の判定などの医療情報を抽出した。

２．学校調査

調査対象となる児童は，横浜市港北区に在住する小学５年生である。学校に対しては，医療機関における調査と同様，平成27年度にも同じ調査をしており，２年ごと計４年間の追跡調査となる。

学齢児に対してYRCは，外来診療と学校支援事業の二重の地域支援を行っている。外来診療は障害のある児童への個別的，直接的な支援であり，これに対して学校支援事業は学校支援スタッフ（ソーシャルワーカー，心理士，児童指導員などの職種で構成）が学校からの依頼を受けて学校を訪問し，教職員に対して相談，助言，技術教示などを行う支援方法である。

外来に通院する小中学校の児童生徒について担当教師らへの個別的コンサルテーション（教師がYRCに来所し，子どもを担当する医師を中心に心理士，ソーシャルワーカーが陪席して対応）の場を設けている。さらに市全体で教育側が主催して年に２回，すべての療育センター（９ヵ所）とすべての情緒障害通級指導教室（10ヵ所）との合同事例検討会を開催している。このようにYRCを中心とした公的な療育機関と学校との密接な連携システムを構築している。本研究にも市の教育側から，教育委員会，学校長，情緒障害通級指導教室教諭が研究協力者として参加している。

各小中学校の通常級，特別支援学級に在籍する児童生徒の発達に関する問題に対しては，通級指導教室，特別支援学校がセンター機能を担い，外部から地域療育センターや専門家支援チームが支援に加わる特別支援教育の体制が築かれている。

本研究で用いた教育機関への調査書は研究班に共通の書式を使用した。その項目は，小学５年生の在籍数，特別支援教育の対象児童数と特別支援教育の内容，発達障害が疑われる児童数と障害別内訳，障害が疑われる児童のうちの不登校児童数，反抗的特性，触法行為，未受診理由である。

表１　港北区在住の小学５年生と調査対象の学校

	男	女	総数
小学５年生	1334名	1188名	2522名

	校数	回収率	港北区在住の小学校５年生
市立小学校	25校	100%	2513名
市立特別支援学校	２校	100%	４名
県立養護学校	４校	100%	５名
国立養護学校	１校	100%	０名
私立養護学校	１校	100%	０名
総　数	33校	100%	2522名

調査対象が在籍する可能性のある学校については，港北区内の小学校が25校（すべてが市立），県立養護学校が４校，市立特別支援学校が２校，私立養護学校が１校，国立大学付属養護学校が１校の計33校であった（表１）。

調査書の配布と回収については以下の手順で進めた。

① 研究協力者Aが港北区小学校長会代表と公立特別支援学校の各校長に口頭で協力を依頼。

② 分担研究者が港北区小学校長会代表と児童支援専任代表に電話にて，調査の説明と協力を依頼。

③ 分担研究者が県立養護学校長，市立特別支援学校長に電話で調査の説明と協力を依頼。調査書一式（依頼文，調査用紙，返信用封筒）を郵送。

④ 分担研究者が事前調査として私立養護学校，国立養護学校の校医を通じて調査協力を依頼し，該当児童の有無を確認。

⑤ 研究協力者Bが港北区小学校の児童支援専任会の場で調査の説明と協力を依頼し，調査書一式を配布。

⑥ 研究協力者Bが港北区小学校の児童支援専任会の場で調査書を回収。

次に，研究協力者Bが回収の促進と点検作業を担当し，以下の手続きを行った。この手続きは，回収率の完全さを期すとともに，回収した調査データの誤謬や脱落を避けてデータの質を高く保つためでもある。

⑦ 全校の調査書の記入者（児童支援専任）に対して，内容の確認（欠損値，児童数の根拠など），記載時に困った点・迷った点，調査への要望等の聞き取り等。原則として電話を使用。

⑧ こちらからの問い合わせのときに活用できるように，記載済みの調査書のコピーを保存するよう依頼。

⑨ 万一の紛失に備えるためアンケートには学校番号のみを書き，学校名や記入者名は記載しなかった。

（倫理面への配慮）

医療機関調査の実施に際しては，個人が特定されないよう匿名性には十分配慮した。学校調査にあたっては，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情報は扱わなかった。

C．研究結果

1．発達障害児童の支援ニーズ

今回の小学５年生の調査コホートは４年前の小学１年生，２年前の小学３年生時の調査と同じコホートであり，それぞれの時点における発達障害の発生率と有病率の継時比較をした（図２）。

過去２回の調査と同様に，港北区における平成18年４月から平成19年３月までの１年間の出生数3197名（男児1658名，女児1539名）を港北区出生コホート数とした。このうち，平成29年11月30日までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断された子どもは，この２年間で21名が増え，小学１年生のときからの通算で34名が新たに加わった。その結果，小学５年生までに185名（男児141名，女児44名）が発達障害と診断されたことになり，港北区における発達障害の累積発生率は5.8％（185／3197）であった。

障害の内訳は，広汎性発達障害160名（発生率5.0％），広汎性発達障害を伴わない多動性障害８名（発生率0.25％），前記２つを伴わない会話および言語の特異的発達障害１名（発生率0.03%），前記３つを伴わない学力の特異的発達障害４名（発生率0.13％），前記４つを伴わない精神遅滞９名（発生率0.28％），その他３名（全て境界知能，発生率0.09％）であった（図２）。

小学１年生から５年生までの間に新たに診断された34名の内訳は，広汎性発達障害が25名と最多であったが，そのうち多動性障害の重複例が12名おり，さらにその12名中４例は学力の特異的発達障害も重複していた。また，広汎性発達障害を伴わない残りの９名中５名は多動性障害（うち１名は学力の特異的発達障害を重複），４名は学力の特異的発達障害であった。

平成29年１月１日現在で港北区に居住する小学５年生は2705名（男児1410名，女児1295名）であった（居住コホート）。

このうち平成26年４月２日から平成29年11月30日までの間，医療機関で発達障害と診断されたのは128名（男児100名，女児28名）であり，港北区の小学５年生における発達障害の有病率は4.7％（128／2705）であった。小学１年生時点の7.7%から3.0%（人数にして79名）減少した。

障害の内訳は，広汎性発達障害109名（有病率4.0%），広汎性発達障害を伴わない多動性障害５名（有病率0.2%），前記２つを伴わない学力の特異的発達障害２名（有病率0.07％），前記３つを伴わない精神遅滞９名（有病率0.33%），その他３名（境界知能３名，有病率0.1％）であった。学校へのアンケート調査では，調査対象とした全33校すべてから回答が得られ，回収率は100％であった（表１）。その調査結果から港北区在住の小学５年生の総数は2522名（男児1334名，女児1188名）と算出された（平成29年４月２日現在）。この数は住民台帳記載人口より183名少ないという誤差はあるが，学校調査の統計処理にはこの数の方を小学５年生の母数として採用した。発達障害が教師によって疑われる児童は377名，そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握している児童は153名であった（図２）。小学５年生の14.9%（377／2522）が発達上の問題を認識されており，6.1％（153／2522）は診断名が学校で把握されていた。

発達障害内の種別ごとにみると，広汎性発達障害（疑いを含む）6.1％（155名），そのうち診断把握3.7％（94名），多動性障害（疑いを含む）3.3％（83名），そのうち診断把握0.6％（15名），会話および言語の特異的発達

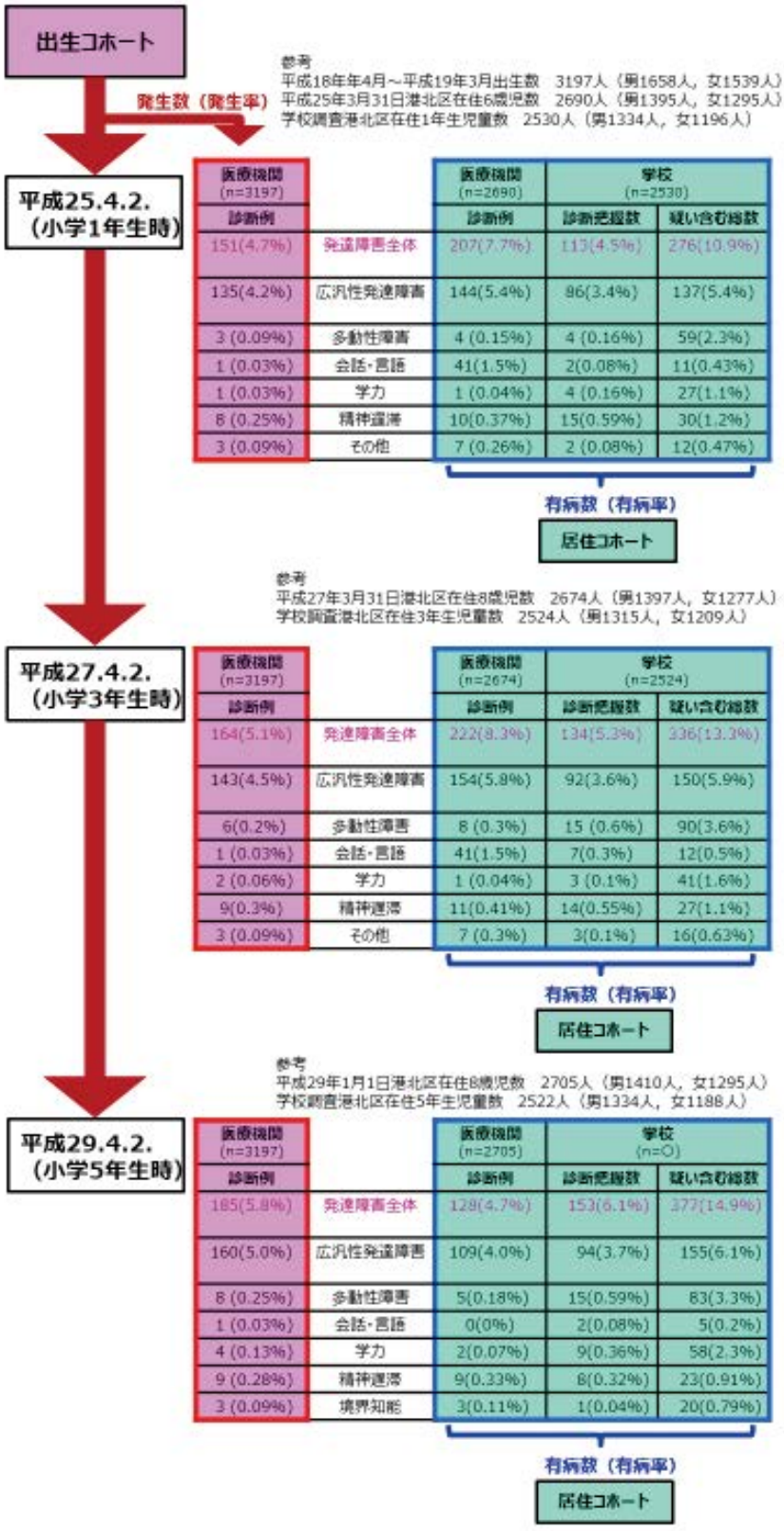


図２．出生コホート,居住コホートごとの発達障害頻度の4年間追跡

表２　特別な教育的配慮を受けている児童（横浜市港北区）

平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ		小学１年生時			小学３年生時			小学５年生時		
		男	女	計	男	女	計	男	女	計
特別支援学校		6	2	8	6	4	10	6	3	9
特別支援学級	特別支援学級(知的)	10	8	18	13	6	19	14	8	22
	特別支援学級(自閉・情緒)	27	7	34	27	8	35	27	6	33
	その他の特別支援学級	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	小　計	37	15	52	40	14	54	42	14	56
通常学級	情緒障害通級指導教室	12	3	15	21	6	27	22	8	30
	難聴・言語障害通級	4	0	4	5	1	6	3	3	6
	その他の通級指導教室	1	1	2	0	0	0	1	0	1
	適応指導教室	0	0	0	0	0	0	2	4	6
	その他(取出し、特別支援教室等)	18	2	20	29	13	42	33	12	45
	小　計	35	6	41	55	20	75	61	27	88
学級担任による配慮のみ		119	27	146	161	28	189	141	35	176
合　計		197	50	247	262	66	328	250	79	329
特に配慮を必要としない		—	—	—	4	4	8	40	8	48

障害（疑いを含む）0.2%（５名），そのうち診断把握0.1%（２名），学力の特異的発達障害（疑いを含む）2.3%（58名），そのうち診断把握0.4%（９名），精神遅滞（疑いを含む）0.9%（23名），そのうち診断把握0.3%（８名），その他の発達の問題（疑いを含む）0.9%（23名），そのうち診断把握0.3%（８名）であった。

今回の小学５年生の調査コホートは４年前の小学１年生，２年前の小学３年生時の調査と同じコホートである。小学１年生時と比較すると，小学５年生時では，発達に問題があると認識された児童は101名，診断把握は40名増加した。障害種別では，広汎性発達障害群で18名（診断把握数８名），多動性障害群で24名（診断把握数11名），学力の特異的発達障害群で31名（診断把握数５名）の増加が主なものであった。

小学５年生で特別支援教育を含む特別な教育的処遇（特別支援体制）を受けている児童は13.0%（329名；男児250名，女児79名）であった。特別支援体制の内容は，特別支援学校0.4%（９名），特別支援学級2.2%（56名；知的障害特別支援学級22名，自閉症・情緒障害特別支援学級33名，その他１名），通常級に在籍し通級指導教室等に通う児童3.5%（88名；情緒障害児通級指導教室30名，難聴・言語障害通級指導教室６名，その他の通級指導教室１名，適応指導教室６名），その他の校内支援1.8%（45名），学級担任による配慮のみ7.0%（176名）であった。また，特別な配慮を必要としないが発達に何らかの遅れや偏りがあると把握されている児童は1.9%（48名）であった。

特別支援教育体制について小学１，３年生時の調査と今回の結果を比較した（表２）。小学１年生時と比較すると，小学５年生時では特別支援学校で１名，特別支援学級で４名が増加していた。通常学級に在籍する児童では，通級指導教室や適応指導教室の利用が22名増加，特別支援教室や取り出し授業，TT

表３　不登校・反抗的特性・触法行為のある小学５年生

	不登校	反抗的特性	触法行為	発達の問題を持つ児童数
対人関係・こだわり	8	17	4	155
多　動	1	22	3	83
言語・構音	2	1	0	5
学　力	3	4	0	58
全体の遅れ	0	0	1	33
その他(要専門的ケア)	5	2	0	23
境界知能	2	0	3	20
合　計	21 (5.6%)	46 (12.2%)	11 (2.9%)	377

(Team Teaching)，学校生活支援員，学習サポーター，AT（Assistive Technology）等の支援を受ける児童が25名，担任に配慮されている児童が30名それぞれ増加するなど，特別な支援を受ける児童の増加と支援レパートリーの拡大があった。

小学５年生の学校調査で発達に何らかの遅れや偏りがあるとされた377名のうち，5.6％（21名）が不登校状態（30日以上の長期欠席）にあり，このうち８名は対人関係・こだわりの問題をもっていた。発達に問題があるとされる児童における不登校状態の割合である5.6％は，港北区内小学校の全児童に対する不登校状態の割合0.41％（66／16002：2016年５月１日現在）と比較すると13倍にも上った。発達に問題がある児童における不登校の割合が高いという結果は，過去２回の調査時（6.32％，1.2％）にも見られたが，５年生においても同じ結果であった。

今回の学校調査では，あらたな項目として反抗的特性と触法行為を加えた。発達に問題があるとされる５年生の12.2％（46／377）に反抗的特性が，2.9％（11／377）に触法行為がみられた。反抗的特性については，対人関係・こだわりは目立たずに多動が前景に出ている児童で26.5％（22／83）と最頻であった。

２．境界知能児童の支援ニーズ

YRCで広汎性発達障害や注意欠如多動性障害といった診断を伴わずに境界知能とのみ診断された児童は３名（0.1%）であった。これら３名は，いずれも乳幼児期に歩行開始の遅れなどの運動発達の問題でYRCの神経小児科を受診し，経過を追ううちに粗大運動には大きな問題がなくなったものの知的発達や微細運動の課題が残り，医療面のフォローをうけていた。

一方，学校において他にいかなる問題も伴わず，たんに境界知能のみと指摘された児童は20名（0.8%）であった。このうち，医療機関で診断されていることを学校が把握している児童は１名（0.04%）のみであった。

境界知能の児童の教育にかんする問題点について学校側に自由記述で尋ねたところ，以下の意見が児童指導専任教諭から挙げられ

た。すなわち，境界知能の児童は特別支援学級や通級指導教室の対象になりにくく，担任による配慮だけの対応になりがちである。境界知能の児童に応じた支援を進めるには，細やかな声掛けやアドバイスなどが必要となる。しかし担任のみの支援ではそれが不十分になることがあり，そのような場合は学校内で取り出し支援やチームティーチング，特別支援教室などの工夫をしている，とのことであった。

境界知能の児童に対する教育上の課題として，a）十分な体制を作るためのマンパワー供給，b）学習支援だけではなく学校生活に対応できるソーシャルスキルを学ぶ場の設定，c）クラスの集団活動についてコーディネーターが担任を支援する仕組みづくり，d）児童の状態について保護者と認識を共有し連携する困難性の克服，の４点が学校側から指摘された。

D．考察

本研究班のなかでこの報告は大都市のひとつとして横浜市についての調査である。われわれは，横浜市全体を広域に調べるのではなく，市の約10分の１の人口規模である港北区を対象に絞り，そこを悉皆的に調べる方法を選択した。この理由は，疫学調査における精度（precision）だけでなく，正確度（accuracy）も高く保つためである。

特定地域の出生コホート，居住コホートにおける発達障害の頻度を４年間にわたって追跡調査した。追跡は平成25年度に開始され，平成27年度の中間調査を経て今年度が最終である。今回は，同一コホートの継時的変化を追う目的のため，平成25年度に小学１年生であった世代に限定して追跡し，５年生になった時点での再調査である。

発達障害の発生率は，小学５年までの累積で5.8％となり，１年生時点の4.7％より１％強増加した。発達障害のなかでは広汎性発達障害が5.0％と大部分を占め，障害種別では広汎性発達障害への対策が最重点となる。

横浜市のように発達障害の早期発見・診断が活発になされている都市であっても，就学したあとになって障害が発見，診断される例も少なくないことが指摘される。これらのほとんどが知的な遅れはなく，通常級に在籍している。

従来型の地域療育センターは，就学前の早期発見と支援に力点を持った設計になっていることが少なくないが，そのような場合，就学後も地域の診断・支援拠点として機能を発揮できるように地域療育センターを再設計する必要性が指摘されよう。

一方，YRCの受診例で計算した有病率は，１年生時点では発達障害全体7.7％，広汎性発達障害5.4％であったが，今回ではそれぞれ4.7％，4.0％と計算上大きく低下した。その理由は，次のように考えることができる。港北区における乳幼児期の早期発見活動はすべてがYRCに集中するシステムが敷かれていて，その結果１年生時点ではYRCで発達障害と診断把握された例数が港北区における発達障害児の数をほぼ反映すると考えられる。しかし就学して障害に応じた特別支援教育がなされ，支援側の重心が学校に移動していくにつれて，YRC通院例が少しずつ減少する。かつてYRCを受診して発達障害と診断され，港北区居住が確認されていた例についても，この３年以内に再受診がないと居住確認ができず，したがって有病率計算のデータから外れることになる。そのことによって生じた「データ損失」分が今回の有病率が低下した主な理由である。学齢の初診例が新た

にデータに加わっていても，その増加分よりデータ損失の数が多かった。

教育の支援ニーズでは，１年生のときに比べて５年生のときでは，発達に問題があるとする児童数がかなり増えていた。その割合をみると，１年生では10.9％であったが５年生では14.9％と，４％も上昇していた。診断名を学校が把握している割合は，１年生では4.5％であったが５年生では6.1％と，これも高くなっていた。発達の問題把握の内訳では，広汎性発達障害（疑いを含む）が大部分を占めた。

発達の問題を認識された児童に対する教育的支援については，特別支援教育を含む何らかの配慮がなされている割合は，１年生のときに9.8％であったのが５年生になると13.0％と，３％以上も高くなった。実際，５年生では2.2％が特別支援学級に在籍し，1.5％が通級指導教室に，0.2％が適応指導教室にそれぞれ通っていた。これらに比べると支援の程度が軽くなる形態として，取り出し指導や特別支援教室の活用が1.8％，学級担任による配慮のみが7.0％であった。教育における発達障害の支援ニーズは，就学間もない時期よりも高学年になっての方がかなり高くなるものと考えられる。

４年前の追跡開始時には当時の６年生についても調査がなされていた。その６年生の結果と今回の５年生を比べると，特別支援教育を含む何らかの特別な教育的配慮がなされている割合がそれぞれ10.7％，13.0％と，わずか４年前と比べても発達に問題がある児童に対して特別な教育的配慮がなされる割合が急増している，と推定される。特別支援教育体制が敷かれて10年前後であることを考えれば，この高い数値をもってしても必ずしも最終地点とはいえず，今もなおもう少し高いニーズが潜在していることを想定すべきであろう。

発達に問題があると学校側が考える５年生の中で5.6％が不登校状態にあり，これは非常に高い数値である。港北区内の市立小学校の全児童に対する不登校児童の割合が0.41％（2016年５月１日現在）と比べると，この割合は13倍以上に達する。発達障害は不登校を生じるハイリスク因子のひとつである，ということができる。

学校側が発達に問題があるとする５年生の中で，反抗的特性は12.2％にみられた。反抗的特性は，対人関係・こだわりが目立たず，多動がある場合に最頻であった。これらの児童の臨床診断は同定できなかったが，注意欠如多動性障害との関連があるのかもしれない。

境界知能については，医療側でこれのみが診断名となっていたのは全５年生のわずか0.1％と稀であり，学校側においてもそれのみが問題とされるのは0.8％にとどまった。しかしながら，他の発達障害を伴わずに単に境界知能とされる児童の調査において，本研究の方法では実態把握が困難であった可能性も否定できない。

E．研究発表

なし

F． 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

G．参考文献

１）清水康夫，原郁子，大園啓子・他：発達に問題のある学童についての精神医学的診断および特別支援教育に関する疫学研究：横浜市港北区における悉皆調査．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支援の実態と評価のあり方に関する研究（平成25年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 本田秀夫）. 11-45, 2014
2）清水康夫, 岩佐光章, 原郁子・他：発達に問題のある学童についての精神医学的診断および特別支援教育に関する疫学研究： 横浜市港北区における悉皆調査. 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支援の実態と評価のあり方に関する研究（平成27年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 本田秀夫）. 23-39, 2016
3）Honda, H. & Shimizu, Y. : Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. Autism, 6 ; 239-257, 2002

平成29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29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（草津病院、広島市西部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、広島市発達障害者支援センター）
山根希代子（広島市西部こども療育センター）
梶梅あい子（広島大学病院小児科）
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調査や関係機関からの情報を基に現況を報告した。発達障害児への多様な支援ニーズは医療、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28年度は1662人となり、新患数の内、発達障害の割合は、平成16年度の52.8％から平成28年度の80.9％と、約1.5倍に増加。また、開設当初は市内：市外の割合は６：４であったが、平成26年度からは９：１を超えている。紹介経路では、発達障害を診療出来る他の医療機関（医師）の増加もあり、医療機関からの紹介は減少、保健センターや保育園・幼稚園からの紹介が増加。また、今年度５年目となるカルテ調査では、小５の発達障害の有病率や発生率は微増、高１年齢では、有病率や二次障害についても、ほとんど変化がみられなかった。外国籍の子どもの調査では、公的な、言語面の支援（通訳や公的書類の翻訳等）が求められていた。

広島市では､「発達障害者支援体制づくり推進プログラム」（2013－2017）の基本方針に基づき、また2018年から６年間の継続案も、現システムのままでの拡充や新規事業であるため、多様化し、複雑化し、高度化している社会的問題や課題への対応は困難になっている。政令市の提言である、直接支援から間接支援へ、また生活の場の充実と質の良い連携など重要課題の実現には、新たなシステムの構築や、時代の急激な変化に応じた、抜本的な支援体制整備計画案が求められている。

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)]。平成27及び28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によって、「発達障害児/知的障害児に関する支援状況調査」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回精神科嘱託医１名が学童期の子どもを診察）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、いず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。

２．幼児期から学齢期の発達障害児支援の現況や支援

（１）こども療育３センターにおける新患患者の変化について；平成29年度版広島市こども療育センター事業概要を参考にした。

（２）発達障害の支援体制全般に関する自治体の実施状況；平成25年度に策定され

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（2013-2017）」と略称）を参考に、平成28年度の事業の実施状況を調査した。

（3）広島市の発達障害の医療支援体制の現況；「支援体制推進プログラム」（2013－2017）の終了後の、平成30年度から35年度の改訂素案（新旧比較）[2]を参考に、広島市の現状と課題、今後の取り組みについて調査した。

3．カルテ調査

こども療育センターを受診した児童（小5：平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ、高1：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5は全8区。高1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5は、発達障害の発生率および有病率を算出し、高1は、有病率のみ算出した。

尚、平成25年度から3年度に渡って、学校へのアンケート調査を行ったが、平成28年度、29年度は、実施していない。

4．広島市の発達障害の支援システム

（1）療育手帳の種類と基準

（2）支援システムの概要

（3）医療のかかわり

（4）特別支援教育

（5）学齢児の通所支援

放課後等デイサービス

（6）広島市における発達障害の医療支援体制の現況

広島県健康福祉局障害者支援課が3年毎に行っている、発達障害の診療実態アンケート調査から、平成29年5月末の広島市の現状について、調査した。

5．その他

（1）外国にルーツを持つ障害の有る子どもの調査（高橋班）に協力；広島市にある児童発達支援センター2ヶ所、放課後デイサービス2ヶ所、保育園1ヶ所が協力した。

（2）発達障害者支援センターにおける成人期発達障害者の相談事例の実態調査(内山班）に協力；広島市発達障害者支援センターに、平成29年7月1日～9月30日の間に、新規相談した18歳以上の35名（男19名、女16名）について、調査協力をした。

（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28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4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（平成27年国勢調査）は1194034人、学齢期前（０～６歳未満）65370人、小学校（６歳～12歳未満）66588人、中学校（12歳～15歳未満）34469人、高等学校（15歳～18歳未満）35008人、18歳以上（18歳～75歳未満）849833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。

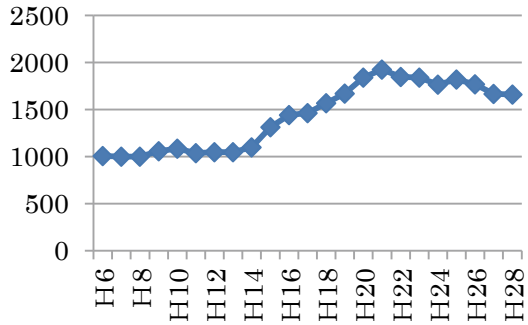
２．幼児期から学齢期の発達障害児支援の現況や支援体制

（１）こども療育３センターにおける新患患者の変化について

１）新患数の変化

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28年度は1662人となっている。

図２．新患数の推移（H６～H28）

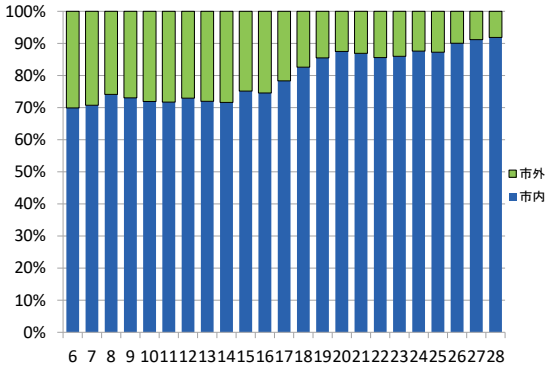


こども療育センターの初診待機期間（平成29年６月時点）は、光町、西部：小児科、精神科共に約１ヶ月。北部：小児科約３ヶ月。平成29年11月時点では、新患待機期間は、１ヶ月から３ヶ月未満となっている。療育センター以外に子どもの心の専門医や発達障害の診療、訓練、療育を行う医療機関も増加し、以前は恒常的に３～４ヶ月であったが、やや短縮している。

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26年度からは市内が90.0％となり、平成27年度91.1％、平成28年度92.0％と、９：１となっている。広島県内の他の市町村における発達障害診療の充実が考えられる。

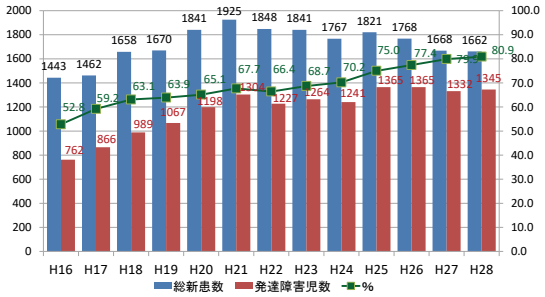
図３．市内と市外の比率（H６～H28）



３）新患数における発達障害の割合

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28年度には80.9％になっている。

図４．発達障害児数の推移（H16～H28）

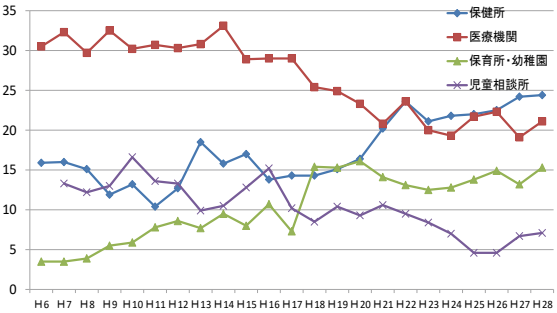


４）受診経路

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28年度には24.4％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28年度は21.1％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28年度には15.3％となっている。

図５．受診経路（H６～H28）



（２）発達障害の支援体制全般に関する自治体の実施状況（平成28年度）

事業・取組の拡充事業の内容は、情報の周知や提供、研修会の実施、家族の集い等の開催であった。新規事業は、社会的スキル訓練を実施。こども療育３センターの職員の増員は、作業療法士１名、心理療法士１名の計２名であった。

（３）広島市の現状と課題及び今後の取組

【広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム　改訂素案（2018－2023)】を基に、主な項目や過去５年間（2013－2017）からの変更について、調査した。

＊取組の柱；５歳児健診の導入を含め、乳幼児健診の充実及び、保護者の気づきを促すための体制の充実を図る。保育園･幼稚園･学校及び地域における充実については、こども療育センター等専門機関との連携や研修の実施等により、子ども達が長時間過ごす生活の場での支援の充実を図る。相談支援の充実については、発達障害者及び家族に対して適切な助言のみでなく、情報提供を行う。

＊推進方策；市民、企業等との協働；医療・保健・福祉・教育・労働などの様々な分野において、発達障害者及びその家族に対して、その障害特性や家族の状況等に配慮した適切な支援が提供されるよう、研修の実施等による発達障害者に関わる人材の養成や企業への実習協力依頼等により、支援の充実を図る。そのため、専門機関だけでなく、より身近な施設・機関における支援の充実を図る。

＊具体的な施策展開

・早期発見のための取組・体制の充実；乳幼児健診等の充実を図り、発達障害の可能性のある子どもを持つ保護者の気づきを促すための取組を行うと共に、こども療育センター等専門機関への受診に至るまでの支援を行う→こども療育センター等の医療機関に変更する。

＊療育・訓練体制の充実

・こども療育センターにおける外来療育教室の充実については、削除。理由:専門家による評価・指導等により、職員に発達障害

児の支援手法や支援の考え方が広まり、定着し、初期の目的は達成したと判断出来るため。

・地域における療育の充実に向けた専門研修の実施【拡充】；児童発達支援（未就学児）及び放課後等デイサービス（就学児）を実施する事業所の専門スタッフを対象として、ソーシャル・スキル・トレーニングなどの発達障害の評価から支援までの専門的な研修を実施する。
・発達障害診断後の家族への研修の実施【拡充】；家庭等で子どもがタブレット型コンピューターを活用できるよう、講座を実施する。
・特別支援教育に係る指定校への支援【拡充】;小･中学校において､特別支援教育コーディネーターの専任化を図り、インクルーシブ教育システム構築に向けた校内体制づくり等に係わる実践的な研究に取り組む「インクルーシブ教育システム構築実戦校」の指定を行う。
・校内の指導体制の充実については、インクルーシブ教育システムの構築、通級による指導を含む高等学校段階の特別支援教育の推進等、本市の特別支援教育の充実を図るための支援体制について検討する。
・災害時に於ける発達障害者への支援の周知【拡充】
・企業に対する普及・啓発【新規】；障害者雇用の企業説明会等で発達障害の特性や発達障害者を雇用する際に配慮すべきことなどを周知する。
・相談窓口用要アセスメントルールの作成/導入【拡充】
・ペアレントメンター制度に基づく支援の実施【拡充】
・関係機関の連携による支援の検討【新規】
・発達障害者家族の集い等の開催【拡充】；思春期・青年期の発達障害者の家族を対象に、日常的な相談援助や身近なサポーター作りの方法等に関する講座を開催する。

上記が今後６年間の主な推進プログラム内容である。

２．カルテ調査の結果

小５の発達障害全体の発生率は、898人（8.2％）、内PDDは690人（6.3％）、多動性障害は75人（0.7％）であった。調査当初小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。

高１年齢の発達障害全体の有病率は、565人（8.2%）、PDDは369人（5.4%）、多動性障害は、75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名と増加しているが、高１になると社会不安障害３名、行為障害１名、計４名のみが受診した。

表２．小５の発生率
医療機関受診（n=898、男=673、女=225）

診断	人数	男女比
発達障害全体	898（8.2%）	673：225
PDD	690（6.3%）	507：183
多動性障害	75（0.7%）	64：11
会話・言語	73（0.7%）	57：16
精神遅滞	60（0.5%）	45：15
（その他）	11（0.1%）	8:3

表３．小５の有病率
医療機関受診（n=922、男=694、女=228）

診断	人数	男女比
発達障害全体	922（8.2%）	694：228
PDD	714（6.3%）	528：186
多動性障害	75（0.7%）	64：11
会話・言語	73（0.6%）	57：16
精神遅滞	60（0.5%）	45：15
（その他）	11（0.1%）	8 ： 3

表４．高１の有病率
医療機関受診（５区）（n=565、男=410、女=155）

診断	人数	男女比
発達障害全体	565（8.2%）	410：155
PDD	369（5.4%）	272：97
多動性障害	75（1.1%）	59：16
会話・言語	34（0.5%）	23：11
学習障害	13（0.1%）	11： 2
精神遅滞	74（1.1%）	45：29
（その他）	45（8.0%）	25：20

（その他；発達障害全体に対する割合）

４．広島市の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ＩＱ76～84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28年度18歳未満人口に対する療育手帳の交付割合は1.23％（平成25～27年度は1.3％）、療育手帳交付人数は8444人（総人口に対する交付割合は0.71％）内18歳未満2645人（平成29年３月末）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

＊モデル図（図６；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

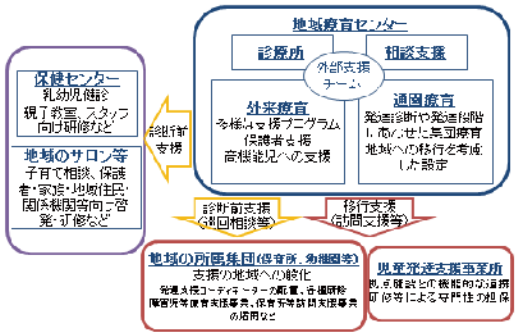


図2 乳幼児期の地域支援システムにおける療育センターの役割
「拠点から地域へ」「直接支援から間接支援へ」の流れ

（３）乳幼児健診における発見と継続支援

平成28年度の保健師数は、常勤43人、非常勤18人、保健師１人あたりの０～４歳人口は1573人、その他子育て支援専門員は15名、非常勤保健師15名である。

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～28年度とほとんど変化なく[4]（４ヶ月健診の事後措置率は8.6％、内発達障害疑いは4.8％、１歳半健診では、24.0％、内発達障害疑い20.5％、３歳児健診では、14.2％、内発達障害疑いは9.8％）であった。また、区による事後措置率の差は４ヶ月、１歳半、３歳児健診では、それぞれ3.6倍、2.7倍、2.2倍であった。

１歳６ヶ月健診の受診児の内、支援が必要な親子に対し、保健センターや保育園を会場として、親子教室を開催している。実施回数は平成28年度68回、参加幼児数は実人数113人、延べ人数397人であった。５歳児発達相談の実施回数は60回、延べ155人が参加した。内、経過観察21人、療育センター紹介60人、他機関紹介は６人であった。

【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。
・平成28年度の広島市障害福祉課のアンケート調査では、発達障害児の18.6％が利用。

【保育園・幼稚園等】

幼稚園の数（定員数）は、公立19園（1650人）、私立72園・幼保連携型認定こども園16園（13359人）、計107園（15009人）。保育園の数（定員数）は、公立88園（11150人）、私立114園（12825人）、その他60園を加え、計262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、46園（1712人）である。

幼稚園・保育園児に関しては、①障害児加配制度；児童の障害などに応じて、４時間ないし８時間の職員を配置する、②補助金助成；加配の職員に対する賃金及び交通費の補助を行う、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；幼稚園に対しては、市教育委員会の専門家チームによる巡回相談指導を実施、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。

（４）医療のかかわり及び医療費補助

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、発達障害に特化した取り扱いは平成28年12月に終了。平成29年１月からは、年齢は、入院は「中学３年生」まで､通院は「小学３年生」まで拡大した。

（５）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、保護者保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

市立の特別支援学校１校、知的障害特別支援学級：公立小142校中130校、公立中63校中57校に設置。自閉症･情緒障害特別支援学級:小学校131校、中学校54校に設置。情緒障害通級指導教室：小学校13校、中学校０校（言語障害のみ、難聴は特別支援学級；小学校４校、中学校４校)、加配や支援員を導入；小学校105校、中学校48校。その他：特別支援教育アシスタントを配置している。

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;142校中112校、２人体制27校､専任は４校｡連携調整等実施校は112校。中学校:１人体制64校中53校、２人体制７校、３人体制以上４校、専任６校。連絡調整等実施校は54校。スクールカウンセラー中学校64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６年間で30ヶ所から158カ所と５倍に増加し、全て民間運営である。

平成28年度の広島市障害福祉課のアンケート調査では、発達障害児の55.0％が利用している。

知的障害のない発達障害児を受け入れている。知的障害でも発達障害でもない境界知能のみの児童を受け入れている事業所は無い。また、児童養護施設の入所児を受け入れている事業所は無い。障害児相談支援事業所は複数有り、うち一部は市区町村立である。

表１．事業所数の変化（H24～H29）

年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
数	30	61	92	113	146	158

（６）広島市における発達障害に係わる医療支援体制の現状について（平成29年５月末）

・発達障害の診療が出来る医療機関数；44医療機関、医師数；77名（小児科20名、児童精神科・小児診療科16名、精神科37名、その他４名）。
・診療の対象年齢（医師数77；複数回答）；学齢期前32名、小学校35名、中学校39名、高等学校41名、18歳以上35名）
・診療領域別医療機関数(52ヶ所､複数回答)；広汎性発達障害44、注意欠如多動性障害45、学習障害等28、発達障害に併発した精神障害37、その他３。診療内容別医療機関数（52ヶ所、複数回答）；診断44、薬物療法46､療育指導25､その他（言語指導など）14。
・医師の初診待ち期間；待機なし25、待機あり25（１ヶ月以内13、２ヶ月以内５、３ヶ月以内4 4、６ヶ月以内３、６ヶ月以上０）、未記入２。
・発達障害の支援体制（障害児通所施設H29.4.1）；児童発達支援41、放課後等デイサービス158、保育所等訪問事業４。
・発達障害児者の推計（厚労省のe-ヘルスネット情報の各特性の推計割合により算定）人口1194034人（H27年国勢調査）

１）自閉症スペクトラム（人口の約１％で算定､11940人）学齢期前654人、小学校666人、中学校345人、高等学校350人、18歳以上8498人。
２）注意欠如多動性障害（学童期の３～７％:３％で算定）；学童期3032人。
３）学習障害（学童期の3.3％で算定）；学童期3032人
４）学習面または行動面で著しい困難を示す（学童期の6.5％で算定）；学童期6569人

５．その他

（１）外国にルーツを持つ障害の有る子どもの調査；両親共にインドネシア籍、中国籍、片方の親のみがアメリカ籍、オーストラリア籍、大韓民国籍の子ども各１名。言葉の問題が大きく、通訳が必要。また、サポートファイルなど、行政から出ている物に対しては、多言語対応を希望。文化の問題では、宗教上の理由でお弁当にしているなど給食への配慮、クリスマス会など宗教関連行事への配慮が必要。経済的問題では、衛生の問題や偏食に栄養士が係わる場合、加算されることを希望していた。また、外国籍の問題以前に、障害受容など個人差の問題も大きいことが言えた。詳細は髙橋班の研究報告参照。

（２）全国の発達障害者支援センターにおける成人期発達障害者の相談事例の実態調査；広島市発達障害者支援センターの概略：対象者35名（男19名、女16名）。主訴；家庭生活22名(男12名､女10名)､情報提供９名(男４名、女５名)､就労について８名(男５名､女３名)、

年齢；20代15名（男11名、女４名）、30代９名（男４名、女５名）、最年長は59歳（女）。診断名；診断名ASD11名（男４名、女７名）、未診断９名（男６名、女３名）、その他の精神障害８名（男５名、女３名）、ADHD７名（男４名、女３名）、所持手帳；なし21名（男14名、女７名）、精神保健福祉手帳11名（男４名、女７名）、学歴大学卒４名（男４名）、その他不明28名（男13名、女15名）、経済的困窮；当面経済的な問題は無い30名（男17名、女13名）などであった。詳細は内山班の研究報告参照。

D．考察

広島市の発達障害者支援体制づくり推進プログラム（2013－2017）[2]の平成28年度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拡充、新規事業を行っているが、こども療育３センターの人員増は作業療法士、心理療法士の計２名のみであった。今後も専門機関としてのこども療育センターとして機能するためには、現場を充実させたり、情報提供したり、質の良い連携のためのコーディネーターが必要であるが、時代の変化に応じた組織改編や抜本策は取られていない。

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。しかし、広島県の施策により、広島市では、発達障害を診療のできる医師の増加があり、こども療育３センターの新患数は平成21年度をピークに次第に減少している。二次障害を伴う受診ケースも中３までは増加しているが、高１になると、療育センター離れが加速し、発達障害を診療する一般の精神科などが対応していると思われる。新患待機期間も以前は３～４ヶ月と恒常化していたが、精神科では約１ヶ月（１ヶ月～３ヶ月未満）とやや短縮し、特に高１年齢になると、他の医療機関へ流れていると推測される。今後は、他の医療機関ではできない、虐待などの困難ケースや、強度行動障害などを伴うケースに対して、情緒障害児短期治療施設も含め専門的な役割を果すなど、抜本的な対策が求められている。そういう意味では、療育センターの存在理由は、設立当初の直接支援の時代は終わり、アウトリーチ機能や、より専門的な役割が求められる時代になっているといえる。平成30年度から35年度までの推進プログラム（案）も、今の事業の継続であり、拡充事業等が中心で、療育センターの新たな役割が求められる時代においては、抜本的な体制などシステムの構築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（広汎性発達障害が優位診断となっているため、正確な発生率や有病率は出ていないが、一般には３～７％と言われている）、学習障害（LD）も含め、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）との緊急性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、また、初期の目的を一応達成した現在において、広島県の多くの中規模や小規模のそれぞれの市町村に対してリーダーシップを発して、これまで培ったノウハウを、提供する責任がある。

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はなく、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、教育と医療との具体的な連携システムは十分ではなく、また、こども療育３センターでは数的にも質的に対応し切れていない。また、発達障害を扱う医療機関（医師）数の微増はあるが、量的拡大の段階であり、十分に機能しているとは言えない。

放課後等デイサービスの数はこの６年間で30ヶ所から158ヶ所と５倍に増加しているが、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。

発達障害を診療することのできる医師の養成については、広島県では、平成27年度より、年３回（平成29年度は４回）、発達障害児・者診療医養成研修会を行っている。平成29年度には、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、「発達障害医療支援体制ワーキング」が設置された。診療医養成研修の継続実施のみならず、発達障害に係わる医療機関の連携や機能分化等の県全体や各圏域の医療支援体制のあり方等について、県内の医療関係者等と連携したオーソライズするための検討が必要であるためである。これを機会に、広島市としても、県と共に、発達障害を診療できる医師の養成や、こども療育３センターとして、指導的役割が求められる。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４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、高機能の発達障害児のための、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、増大する発達障害児への対応は、設立当初のシステムのままでは機能していない。特に学童期以降では、基本方針の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進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　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＆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28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）広島市発達障害者支援体制づくり推進プログラム　改訂素案（2018－2023）

４）厚労省科研：発達障害児者等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（研究代表者　本田秀夫）ｐ61～71)、2017.3.

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27年度　総括・分担研究報告書（研究代表者　本田秀夫）
ｐ40～144、2016.3.

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25～27年度　総合研究報告書（研究代表者　本田秀夫）
ｐ75－88、2016.3.

７）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）
ｐ32～121、2015.3.

８）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、ｐ46－138、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、広島県健康福祉局障害者支援課の関係者の皆様の多大なご協力に感謝します。

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29年度　分担研究報告書
福岡市における発達障害児者の支援ニーズと地域特性に応じた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）
宮崎　千明（福岡市立心身障がい福祉センター）
小川　弓子（福岡市立西部療育センター）
相部　美由紀（福岡市立あゆみ学園）
森　孝一（福岡市教育委員会・福岡市発達教育センター）
宮崎　仁（福岡市立こども病院こころの診療科）
鶴澤　礼実（福岡大学筑紫病院小児科）
井上　貴仁（福岡大学医学部小児科）
小川　厚（福岡大学筑紫病院小児科）

研究要旨：福岡市東区（人口約31万人）において、その地域に居住する小学１年生（小１群）と小学５年生（小５群）を対象として、発達障害に関する疫学調査を医療機関と学校に対して行った。医療機関調査での発達障害の有病率は小１群9.2%、小５群6.1%で、学校調査では、発達に何らかの遅れや偏りがあると把握された児は小１群9.2%、小５群8.3%だった。医療においては広汎性発達障害を、教育においては多動性障害や学習障害の特性を多く把握する傾向がみられた。医療機関では学習障害の診断が殆どなされていなかった。また療育、医療、教育の各機関で発達障害児の支援がなされているが、評価や支援の情報は十分にはつながっていない現状が示唆された。増大し多様化する支援ニーズに対して、児の状態にあわせた幅広い支援の提供が求められるが、各機関の位置づけや機能、評価や支援の情報のつながりについて現体制を検証や検討の必要性が生じている。

A．研究目的

発達障害児の早期発見や早期支援は、自治体によって体制が異なっている。その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、各自治体のこれまでの取り組みの経緯をふまえた様々な地域事情が要因となり形づくられている。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、それぞれの地域特性に合わせた支援の在り方について検討するための支援システムのモデルを示すことを目的としている。平成

25年度から27年度で実施された研究班「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）では福岡市の発達障害児支援の地域特性、発達障害の支援ニーズに関する疫学調査、福岡市と横浜市、広島市の３政令指定都市間の支援体制の比較研究を実施し、発達障害児の支援システムについての提言が示された[1)]。平成28年度からの本研究班においては、平成28年度は福岡市の地域特性に関する調査をあらためて実施した。本年度は、平成26年度、27年度と同様の疫学調査を医療機関と学校に対して実施した。本稿では本年度の疫学調査結果について報告し、支援における現状と今後の検討の方向性について考察する。

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、固有名詞以外は「障害」の表記を用いている。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て「療育拠点施設」としている。

B．研究方法

福岡市の行政区の中で最も人口が多い東区（約31万人）の児童を対象に、発達障害児の有病率を把握するための医療機関調査と学校調査を行った。対象となる児童は平成29年度の小学１年生（平成22年４月２日～平成23年４月１日生まれ:「小１群」）、小学５年生（平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ：「小５群」）とした。小５群は、前研究班における調査とともに平成26, 27, 29年度の経年的調査となった。

１．発達障害の有病率調査（医療機関調査）

福岡市内の３つの療育拠点施設および福岡市内で発達障害児の診療を行っている主な小児科および精神科医療機関（九州大学病院子どものこころの診療部､福岡大学病院小児科、福岡大学筑紫病院小児科、福岡市立こども病院こころの診療科､その他の民間の医療機関）17か所の計20か所に対して調査を行った。調査対象児の氏名のイニシャル、性別、生年月日、診断名と診断年齢、知能検査による知的水準の判定を調査内容とした。診断名は（１）広汎性発達障害、（２）多動性障害、（３）会話および言語の特異的発達障害（構音障害,吃音を含む)、（４）学力の特異的発達障害、（５）精神遅滞、（６）その他の順に優先をつけ、複数の診断がつく場合はケースの重複を避けるために優先順位の高い診断名に分類をした。主病名が脳性麻痺、二分脊椎、筋疾患や神経変性疾患などの運動障害、聴覚障害、視覚障害、精神疾患（統合失調症など）となる児童については、調査対象から除外した。

複数の医療機関や療育拠点施設を重複受診した児については、リストから氏名のイニシャル、性別、生年月日を照合し、複数の機関での症例の重複を避ける形とした。重複データの整理において複数の医療機関で知的水準の評価や診断名が異なる場合には、後に評価した医療機関の診断を優先した。調査時点は平成29年４月２日とし、住民基本台帳データから同年３月末時点の福岡市東区在住の６歳児人口3091人、10歳児人口2949人を有病率算出の際の母集団とした。発生率については、対象児の出生地の全例把握が困難であったため算出ができなかった。

２．学校における発達障害の調査（学校調査）

本研究班共通の調査書式を用いて、学校で把握している発達障害児（疑いを含む）についてのアンケート調査を行った。対象とした学校は、福岡市東区在住の児童が在籍する小学校30校（福岡市東区の公立29校、東区外の私立１校）、知的障害特別支援学校１校の計31校とし、平成29年４月２日を調査時点とした。アンケートは平成26年度、27年度に実施した調査と同じもので、調査項目は発達に何らかの遅れや偏りのある生徒数とその困難の種類、医療機関受診の有無、未受診の理由、特別支援教育を受けている生徒数、不登校状態にある生徒数とした。発達の遅れや偏りについては、医療機関調査の診断名と同様の６種類とし、ケースの重複を避けるために優先順位をつけて分類した。不登校については、文部科学省の定義に準じ「年間30日以上欠席した児童のうち､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もの」とした。

（倫理面への配慮）

以上の調査の実施においては、福岡市立社会福祉事業団、各大学病院および福岡市立こども病院における倫理審査委員会審査の承認を得た。データ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にした。

Ｃ．研究結果

１．医療機関調査および学校調査におけるアンケートの回答状況

（１）医療機関調査

福岡市内の３つの療育拠点施設および福岡市内で発達障害児の診療を行っている主な小児科および精神科医療機関17か所の計20か所にアンケート調査を依頼し、医療機関２か所を除く18か所から回答が得られ、回収率は90%だった。

（２）学校調査

福岡市東区在住の児童が在籍する小学校30校と知的障害特別支援学校１校の計31校にアンケート調査を依頼し、30校から回答が得られ、回収率は97%だった。在籍する東区在住の児童生徒数の合計は小１群で2941人、小５群で2854人だった。

２．発達障害の支援ニーズに関する疫学調査の結果

（１）小１群の調査結果

医療機関調査における発達障害全体（精神遅滞を含む）の有病率は9.2%だった。学校調査においては発達に何らかの遅れや偏りがあると把握された児（疑い児）の割合は9.2%で、受診を把握している児（受診把握児）の割合は4.6%とその約半数だった。発達障害の内訳では広汎性発達障害が最も多く、医療機関調査での有病率は7.7%で、そのうちIQ70以上の例は63%（150/273）だった。学校調査では広汎性発達障害の疑い児の割合は4.5%で、受診把握児の割合は3.1%だった。医療機関調査では次いで精神遅滞、言語障害の順に多かったが、学校調査の疑い児では次いで多動性障害、精神遅滞、学習障害の特性を多く把握していた。

医療機関調査と学校調査の比較では、発達障害全体でみると医療機関調査での有病率は、学校調査での受診把握児の割合よりも有意に高かった（$p<0.001$）が、疑い児の割合と比較するとほぼ同じ割合だった。内訳では、広汎性発達障害の医療機関調査での有病率は、学校調査での受診把握児や疑い児の割合

よりも有意に高かった（p<0.001）。一方、多動性障害については、学校調査における受診把握児や疑い児の割合の方が医療機関調査での有病率よりも有意に高く（p<0.001）、学習障害については、学校調査での疑い児の割合の方が医療機関調査での有病率よりも有意に高かった（p<0.001）（表１）。

表１　小学校１年生における発達障害および発達に問題がある児童の有病率

	医療機関（n=3091）	学校（n=2941）		
	a.診断例	b.受診把握数	c.疑い含む総数	
発達障害全体	283（9.2%）	135（4.6%）	271（9.2%）	a>b※※
PDD	237（7.7%）	92（3.1%）	131（4.5%）	a>b,c※※
多動性障害	1（0.0%）	15（0.5%）	70（2.4%）	a<b,c※※
会話・言語	17（0.5%）	6（0.2%）	14（0.5%）	
学力	0（0.0%）	2（0.1%）	25（0.9%）	a<c※※
精神遅滞	20（0.6%）	19（0.6%）	27（0.9%）	
その他	8（0.3%）	1（0.0%）	4（0.1%）	

平成29年３月31日在住 ６歳児数　3091人　　調査時点：平成29年４月２日
学校調査・有効回答児童数　2941人　　※※p<0.001, ※p<0.01：Fisherの直接確率法

（２）小５群の調査結果

医療機関調査における発達障害全体の有病率は6.1%だった。学校調査における疑い児の割合は8.3%で、受診把握児の割合は3.4%だった。内訳では広汎性発達障害が最も多く、医療機関調査での有病率は4.0%で、そのうちIQ70以上の例は79%（93/117）だった。学校調査では広汎性発達障害の疑い児の割合は2.8%で、受診把握児の割合は1.5%だった。医療機関調査では次いで多動性障害、言語障害、精神遅滞の順に多く、学校調査の疑い児では、次いで学習障害、精神遅滞、多動性障害の特徴を多く把握しており、小１群の結果と異なる傾向がみられた。

医療機関調査と学校調査の比較では、発達障害全体でみると医療機関調査での有病率は、学校調査での受診把握児の割合よりも有意に高かった（p<0.001）が、疑い児の割合と比較すると有意に低かった（p<0.001）。内訳では、広汎性発達障害や言語障害の医療機関調査での有病率が学校調査での受診把握児の割合よりも有意に高かった（p<0.001）。一方、多動性障害については、学校調査における疑い児の割合の方が医療機関調査での有病率よりも有意に高かった（p<0.01）。学習障害、精神遅滞についても、学校調査での疑い児の割合の方が医療機関調査での有病率よりも有意に高かった（p<0.001）（表２）。また小１群と小５群を比較すると、学校調査の疑い児において小５群の方が小１群よりも広汎性発達障害の特性を認める児の割合が有意に低く、学習障害の特性を認める児の割合が有意に高かった（p<0.01, Fisherの直接確率法）。

表２　小学校５年生における発達障害および発達に問題がある児童の有病率

	医療機関（n=2949）	学校（n=2854）		
	a.診断例	b.受診把握数	c.疑い含む総数	
発達障害全体	179（6.1%）	96（3.4%）	238（8.3%）	a>b$^{※※}$,a<c$^{※※}$
PDD	117（4.0%）	43（1.5%）	81（2.8%）	a>b$^{※※}$
多動性障害	19（0.6%）	20（0.7%）	43（1.5%）	a<c$^{※}$
会話・言語	18（0.6%）	2（0.1%）	8（0.3%）	a>b$^{※※}$
学力	2（0.1%）	3（0.1%）	52（1.8%）	a<c$^{※※}$
精神遅滞	15（0.5%）	24（0.8%）	44（1.5%）	a<c$^{※※}$
その他	8（0.3%）	4（0.1%）	10（0.4%）	

平成29年３月31日在住 10歳児数　2949人　　調査時点：平成29年４月２日
学校調査・有効回答児童数　2854人　　$^{※※}$p<0.001, $^{※}$p<0.01：Fisherの直接確率法

（３）広汎性発達障害における併存診断

本研究では発達障害の診断に優先順位をつけ、複数の診断がつく場合はケースの重複を避けるために優先順位の高い診断に分類をした。広汎性発達障害の優先度を最も高くしており、前述の表１、２には併存診断は含まれていない。そこで、医療機関調査のデータから広汎性発達障害における併存診断について分析をした。

小１群では51.5%、小５群では48.7%に何らかの併存診断がみられた。二診断の併存が小１群で49.8%、小５群で44.4%にみられ、三診断の併存が小１群で1.7%、小５群で4.3%にみられた（表３）。小１群、小５群ともに最も多い併存診断は精神遅滞で、次いで多動性障害、言語障害となっていた。その他には学習障害、発達性協調運動障害、不安障害が含まれていた。

表３　広汎性発達障害における併存診断

小１群	広汎性発達障害	237	
二診断例の併存診断	精神遅滞	85	35.9%
	多動性障害	14	5.9%
	言語障害	15	6.3%
	その他	4	1.7%
三診断例		4	1.7%
併存診断例の合計		122	51.5%
小５群	広汎性発達障害	117	
二診断例の併存診断	精神遅滞	22	18.8%
	多動性障害	19	16.2%
	言語障害	9	7.7%
	その他	2	1.7%
三診断例		5	4.3%
併存診断例の合計		57	48.7%

（4）医療機関未受診の理由

学校調査では、発達障害が疑われる児で医療機関を受診していない児童が未受診である理由について尋ねた。小1群､小5群ともに、「必要性を感じない」という回答が最も多かった。次いで受診への抵抗や家族の理解が得られないことが挙げられており、両群ともに同様の傾向がみられた。（図1）。

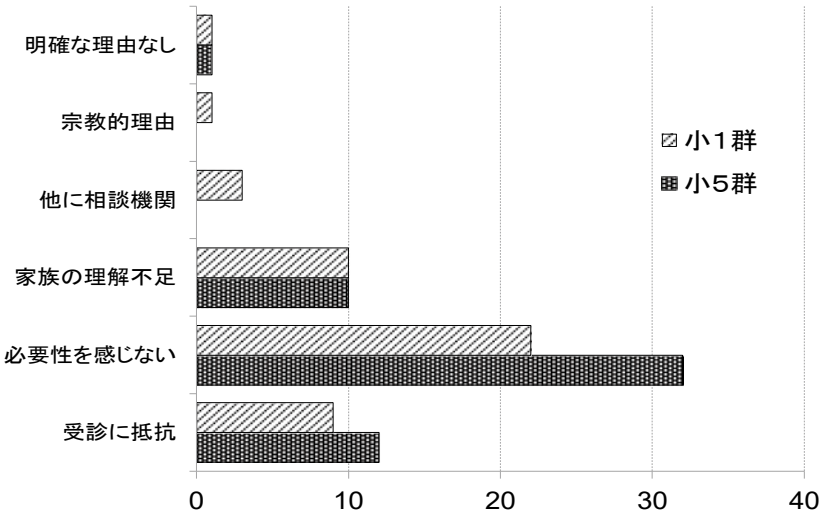


図1　発達に何らかの遅れや偏りのある児童が医療機関を受診しない理由

（5）発達障害児への特別な教育的配慮

学校調査では、特別な教育的配慮の状況を尋ねた。発達障害の疑いを含めた児童への教育的配慮については、小1群、小5群いずれも「学級担任による配慮のみ」が最も多く、それぞれ60%（163/271)､58%（138/238）だった。次いで「知的障害特別支援学級」での配慮が多く、それぞれ23%（61/271)、26%（62/238）だった（表4）。小1群、小5群で何らかの教育的配慮を受けている児の割合には有意な差がみられなかった。

表4　発達に何らかの遅れや偏りのある児童への特別な教育的配慮

		小学1年			小学5年		
		男	女	計	男	女	計
知的障害特別支援学校		23	6	29	11	7	18
特別支援学級	知的障害特別支援学級	46	9	55	34	20	54
	自閉症･情緒障害特別支援学級	6	0	6	5	1	6
	その他の特別支援学級	0	0	0	1	1	2
	小計	52	9	61	40	22	62
通常学級	情緒障害通級指導教室	9	2	11	8	1	9
	難聴･言語障害通級	3	1	4	3	1	4
	その他の通級指導教室	0	1	1	0	0	0
	適応指導教室	0	0	0	0	1	1
	小計	12	4	16	11	3	14
その他の支援		2	0	2	3	3	6
学級担任による配慮のみ		129	34	163	101	37	138
合計		218	53	271	165	71	238

（６）発達の問題と不登校

学校調査では、発達に何らかの遅れや偏りのある児童生徒における不登校について尋ねた。小１群では0.37%、小５群では5.0%に不登校がみられた。これらはいずれも平成28年度の福岡市における不登校児の割合（小学１年0.02%、小学５年0.25%）よりも有意に高かった。（$p<0.001$, Fisherの直接確率法）。発達特性の分類で見ると、広汎性発達障害の特性のみられる児童生徒における不登校が多かった（表５）。

表５　発達の問題と不登校

	小学１年		小学５年	
	不登校児数	発達障害疑い児	不登校児数	発達障害疑い児
（１）対人関係･こだわり	1	131	4	81
（２）多動	0	70	2	43
（３）言語	0	14	1	8
（４）学力	0	25	1	52
（５）全体の遅れ	0	27	1	44
（６）その他	0	4	3	10
合計	1	271	12	238
不登校児割合	0.37%（１/271）		5.04%（12/238）	
不登校児割合（福岡市）H28年５月１日時点	0.02%（３/13787）		0.25%（30/12183）	
	小学生全体：0.19%（148/78730）			
不登校児割合（全国）H28年５月１日時点	0.15%		0.72%	
	小学生全体：0.48%			

D．考察

医療機関調査における発達障害全体の有病率は、小１群9.2%、小５群6.1%だった。内訳では広汎性発達障害が最も多く、小１群で7.7%、小５群で4.0%だった。これは米国の近年の疫学研究[2]で示された３から17歳児の有病率2.47%より非常に高い結果だった。一方で、平成27年度の前研究班の報告[3]では、広汎性発達障害の有病率は横浜市や広島市で約６%（小学３年）と今回の福岡市の調査と同様に高い結果を示していた。研究班では各地域において発達障害児の療育や医療を担っている医療機関が実施主体となっており、発達障害児支援に対する意識の高さ、乳幼児健診におけるスクリーニングからのつながりや専門機関へのケースの集積などが反映されていることが推察される。

医療機関と学校との比較では、学校で受診が把握された発達障害児の割合は、小１群、小５群いずれも医療機関受診児の有病率よりも有意に低くなっており、医療機関における診断が、学校に十分には引き継がれていない可能性が示された。一方で、学校における疑い例を含めた割合をみると、小１群では9.2%、小５群では8.3%と高くなっていた。平成24年度の文部科学省の全国調査では、学習面や行動面で著しい困難を示す児童生徒の割合は小学１年生9.8%、小学５年生6.7%だった[4]。こ

の調査は通常学級に在籍する児童を対象としており、今回の結果と単純に比較はできないが、ほぼ同程度の割合となっていた。疑い児のうちで受診が把握されている児の割合は、小１群で約半数、小５群で約４割だった。医療機関を受診していない理由としては、小１群、小５群ともに必要性を感じないとする回答が最も多く、学校現場では受診や診断に関わらず発達障害の特性を把握し支援が行われていることが示唆された。また小１群、小５群いずれも把握された児の約６割が通常学級のみで支援を受けていた。

福岡市では、療育拠点施設での新規受診や支援を幼児期までとしている。今回の医療機関調査で、療育拠点施設と他の医療機関との重複ケースを考慮すると、幼児期に療育拠点施設を受診したケースのうち学齢期に他の医療機関でのフォローアップを受けていた割合は、小１群で10%（28/276）、小５群で20%（29/143）だった。療育拠点施設を受診した児の多くが、学齢期に他の医療機関でのフォローアップを受けていないことが分かった。先述のように学校における受診把握が疑い児の半数程度であることも含めて、療育、医療、教育のそれぞれの評価や支援内容の情報が十分につながらない状況で支援が行われている現状もみえてくる。

発達障害の内訳をみると、医療機関と学校のいずれも広汎性発達障害の割合が最も高かったが、医療機関の有病率の方が学校で広汎性発達障害の特性を把握した児の割合より高く、小１群では有意な差がみられた。一方で多動性障害や学習障害については学校で特性が把握された割合の方が、医療機関での有病率より小１群、小５群ともに有意に高かった。医療機関では対人関係やコミュニケーション面の障害特性に注目する傾向があり、学校では集団の規律に影響するような多動性や学習面に影響するような障害特性に注目する傾向があることが示唆された。特に学習障害については、医療機関で診断された例が小５群の２例のみだった。先述の文部科学省の全国調査では学習面で著しい困難を示す児童生徒は4.5%で、本研究と同様に障害間の重複を省いても2.9%であり[4]、また米国の研究でも知的発達の遅れがない学習障害児の有病率は5.4%と示されている[5]。本研究では広汎性発達障害の診断を優先させているが、併存診断においても学習障害の診断を受けた例はみられなかった。医療機関が、学習障害の評価や診断を行う機関として位置づけられていない現状が推察された。

学校調査での小１群と小５群の比較では、小５群の方が学習に関連する障害特性（学習障害、精神遅滞）を多く把握しており、学年があがることで学習面での困難を生じるケースが増えていることが示唆された。また多動性障害の特性を把握された児の割合は小５群で小１群より低い傾向がみられ、経年的に多動性が軽減することが示唆された。

広汎性発達障害の併存診断については精神遅滞が最も多かったが、その割合は小１群で約36%、小５群で約19%と小５群で低い傾向がみられ、多動性障害の併存は小１群で約６%、小５群で約16%と小５群で高い傾向がみられた。三診断の併存については小５群で高い傾向がみられた。広汎性発達障害については、経年的に知的に伸びるとともに行動面の問題や併存する問題が増えてくる可能性が示唆された。

不登校については、今回の学校調査で把握された発達障害疑い児において、一般児童生徒を対象とした福岡市の調査よりも有意に高い割合でみられた。これまでの報告と同様

に[6]、発達障害が不適応のリスクとなりうることが示された。また一般児童生徒の調査と同様に学年があがるとともに不登校の割合が高くなる傾向もみられた。

本研究の限界として、療育拠点施設のデータについて、殆どが幼児期までのものであり調査時点までの人口の流入出が反映されていないことがあげられる。これは福岡市において療育拠点施設での新規受診や支援を幼児期までとしているためで、小１群では年度当初を調査時点としたためその影響は少ないと思われるが、小５群においては医療機関の有病率は近似的なものととらえられる。

Ｅ．結論

福岡市における発達障害の支援ニーズに関する調査として、医療機関と学校に対しての疫学調査を行った。発達障害の有病率はこれまでの報告よりも高く、特に広汎性発達障害が幼児期から多く把握されていることがあきらかとなった。知的な遅れのない児を含めて、幅広い発達特性の児が把握されるようになり、支援の内容も多様化している。

今回の調査では、発達障害の特性が不適応のリスクになりうることや、医療と教育において発達障害の特性をみる視点の違い、療育、医療、教育における評価や支援のつながりにおける課題があきらかとなった。

早期に把握する療育の拠点施設から教育、医療、福祉などの各機関まで、増大する支援ニーズにそれぞれが対応をしている。各機関の位置づけや機能、評価や支援の情報のつながりについて現体制を検証し、改めて検討する必要性が生じている。

Ｆ．研究発表

１．論文発表　なし

２．学会発表

宮﨑　千明：自閉症スペクトラムの早期診断と療育の抱える課題．第16回日本自閉症スペクトラム学会、2017.9.2.福岡市

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）清水康夫、大澤多美子、佐竹宏之：提言「政令指定都市」編, 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）, p.108-125, 2016

２）Xu G, Strathearn L, Liu B, Bao W:Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among US Children and Adolescents, 2014-2016., JAMA, 2 ;319(1):81-82, 2018

３）本田秀夫: 総括研究報告書, 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), p.1-21, 2016

４）文部科学省初等中等教育局特別支援教育課: 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について, 2012

５）Altarac M, Saroha E: Lifetime prevalence of learning disability among US children. Pediatrics, 119 Suppl 1:S77-83, 2007

6） Kurita H: School refusal in pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord., 21(1): 1-15, 1991

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（障害者総合研究事業）
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

発達障害児・知的障害児に関する自治体の支援状況について
～中核市、施行時特例市、特別区の状況～

本研究分担者　髙橋　脩（豊田市福祉事業団　理事長）
研究分担者　内山登紀夫（大正大学心理社会学部　教授　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）
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）

研究要旨：中核市、施行時特例市、特別区の発達支援システムの整備状況を明らかにするため、自治体アンケート調査を実施し、該当する全国57自治体から回答を得た。障害の発見と統合保育機能はよく整備されていた。学校教育、小規模な専門療育、相談の各機能は急速に量的整備が進んでいた。これに対し、センター的専門療育機能、後方支援、連携、人材育成、つなぎ支援等の整備は遅れており、今後の課題と考えられた。また、新たな課題である発達障害のある女性、外国人など日本語の能力が十分でない子への支援についても取り組みは遅れていた。今後、啓発と周知が重要と考えられた。

地域の中で、障害のある子の健やかな育ちと家族の子育てを支える仕組み（発達支援体制）の整備が求められている。本田らは３年間（2015年度～2017年度）にわたる全国的な基礎自治体調査に基づき、自治体規模に応じた発達支援システムモデルの提言[(1)]を行った。今回、システムモデルに基づき、中核市、施行時特例市（以下、特例市）、特別区の発達支援システムの整備状況についてサンプル調査を実施、システムの整備状況を評価し今後の取り組み課題についてまとめたので報告する。

A．研究目的

中核市、特例市、特別区の発達支援システムの整備状況と課題について把握すること。

B．研究方法

対象である全ての中核市（48市）、特例市（36市）、特別区（23区）、合わせて107自治体に対し、本研究班が作成したアンケート調査票「発達障害児・知的障害児に関する支援状況

調査」（総括報告書参照）によるアンケート調査を依頼し、合わせて57自治体（53.3%）から回答を得た。

回答のあった中核市27市（回収率：56.3%）、特例市18市（50%）、特例市12区（52.2%）の発達支援システムの整備状況について、中核市、特例市・特別区のシステムモデルを基に分析、考察を行った。

先の研究班で中核市、特例市、特別区の研究を担当した髙橋らが提案した、基礎自治体が整備すべき発達支援システムの基幹支援機能（必須の基幹的支援機能）はそれぞれ以下の通りであった[(2)]。

（1）直接支援機能（子どもの育ちと家族の子育てを支えるための基幹支援機能）

この機能群には、以下の７つの機能が含まれる。

・障害の発見
・母子通園（リスク児を含めた発達に支援が必要な子どもの子育てを支援するための敷居の低い子育て支援グループ）
・診断と医学的ハビリテーション
・単独通園
・統合保育
・学校教育
・相談

（2）間接支援機能（多くの関係機関・事業所等からなる支援システムを運営し、専門性を高め発展させるための基幹支援機能）

この機能群には以下の５つの機能が含まれる。

・連携
・システム運営
・研修・人材育成
・研究
・政策提言（自治体への）

中核市では、システムの中心をなす障害児の診療機能と児童発達支援センターとを統合した「基幹施設」（以下､「基幹施設」）を含め、全基幹機能を自前で整備し、自立した支援体制を確立する必要があるとした。

特例市では､「基幹施設」を除く、全機能を自前で整備する必要があるとした。また、特別区は特例市に準じた整備が望ましいと考える。

今回の調査では、各市区に期待される機能の整備状況に加え、新たな支援課題と考えられている発達障害のある女性、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）、境界知能の子ども等の取り組み状況についても調査を行った。

しかしながら、今回の調査は、郵送法（一部は電子メールによる回答）によるものであり、各機能・システムの質的評価はできなかった。従って、本調査の分析は各機能等が外形的に整備されているか否かの評価に留まるものである。

（倫理的配慮）

本調査では、個人の氏名、生年月日、住所を含む個人を特定できる情報は取り扱わなかった。また、本研究については、研究代表者の属する信州大学医倫理委員会の承認を得た。

C．研究結果

発達支援システムを構成する基幹支援機能の整備状況について母子保健、医療、専門療育（「基幹施設」、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）、相談支援、統合保育、学校教育、行政組織、連携、人材育成、新たな支援課題（女性、日本語に通じない子ども、境界知能の子ども、差別解消等）、自治体の到達点と

課題の順に結果をまとめる。

1．母子保健：発達障害等の発見－乳幼児健診とフォローアップ

乳幼児健診については、中核市、特例市、特別区を合わせて約3分の2（64.9%）が自治体で行い、3分の1（33.3%）が自治体に加え一部を医師会に委託（主に個別健診）して行っていた（表1）。

表1　　乳幼児健診

自治体	自治体 (%)	医師会委託 (%)	自治体と医師会 (%)
中核市 N=27	16 (59.3)	1 (3.7)	10 (37.0)
特例市 N=18	12 (66.7)	0 (0)	6 (33.3)
特別区 N=12	9 (75)	0 (0)	3 (25)
合計 N=57	37 (64.9)	1 (1.8)	19 (33.3)

しかし、特別区では、発達障害や知的障害の主たる発見の場である1歳6か月児健診の一部（内科健診）を医師会に委託している自治体も認められた。

フォローアップについては、自治体実施が大多数（約90%）であった。その他と回答した自治体も、自治体運営の発達支援機関や専門医療機関に紹介していた（表2）。

表2　　健診後のフォローアップ

自治体	自治体 (%)	その他 (%)	無回答 (%)
中核市 N=27	24 (88.9)	2 (7.4)	1 (3.7)
特例市 N=18	17 (94.4)	0 (0)	1 (5.6)
特別区 N=12	11 (91.7)	1 (8.3)	0 (0)
合計 N=57	52 (91.2)	3 (5.3)	2 (3.5)

2．発達障害等を診療できる医療機関

医療機関については、中核市、特例市、特別区ともに、自治体内に発達障害等を診療できる医療機関がある自治体が80%以上を占めていた（表3）。医療機関数は1か所から5か所が多かった。

表3　　医療機関

自治体	自治体内 (%)	圏域 (%)	不明 (%)
中核市 N=27	24 (88.9)	2 (7.4)	1 (3.7)
特例市 N=18	15 (83.3)	2 (11.1)	1 (5.6)
特別区 N=12	10 (83.3)	1 (8.3)	1 (8.3)
合計 N=57	49 (85.9)	5 (8.8)	3 (5.3)

3．専門療育

（1）「基幹施設」（診療機能と児童発達支援センターを統合した「療育センター」や「子ども発達センター」など）

「基幹施設」（医療型児童発達支援センターを含む）については、全体で24自治体（42.1%）に整備されていた。そのうち、自治体立は13自治体（22.8%）であり、中核市は9市（33.3%）、特例市は3市（16.6%）であった。特別区は1区であった（表4）。

「基幹施設」が都道府県立であるものは、合わせて9市、内訳は中核市5市、特例市4市であり、そのうちの8市はいずれも県庁所在地であった。その他の2施設は民間施設であった。

なお、「基幹施設」の設置を計画している自治体は、特例市で1市のみであった。

知的障害のない発達障害児の受け入れについては、18施設のうち13施設（72.2%）で、境界知能のある子については、19施設のうち11施設（57.9%）で、また、児童養護施設に

表４　　「基幹施設」

自治体	ある　うち自治体立 (%)	(%)	ない (%)
中核市 N=27	15 (55.6)	9 (33.3)	12 (44.4)
特例市 N=18	8 (44.4)	3 (16.6)	10 (55.6)
特別区 N=12	1 (8.3)	1 (8.3)	11 (91.7)
合計 N=57	24 (42.1)	13 (22.8)	33 (57.9)

入所している子どもについては、18施設のうち８施設（44.4%）で受け入れていた。

「基幹施設」の初診申し込みから受診までの待機期間については、６か月未満が13施設（72.2%）であるのに対し、６か月以上が５施設（27.8%）であった。１年以上も２施設認められた（表５）。

表５　　初診までの待機期間

期間	施設数 N=18	%
１か月未満	5	27.8
１か月～３か月未満	5	27.8
３か月～６か月未満	3	16.7
６か月～１年未満	3	16.7
１年以上	2	11.1

初診受け入れ年齢は、６歳までが２施設、15歳までが４施設、18歳までが８施設、制限なしが２施設であり、半数は児童期の上限年齢である18歳までを対象としていた（回答は16自治体）。

再診を受け付ける上限年齢は、６歳が２施設、18歳が６施設、20歳が２施設、制限なしが６施設であった。大多数（77.8%）は、18歳かそれ以上まで診ていた（回答は16自治体）。

（２）診療機能のない児童発達支援センター

診療機能のない児童発達支援センター（以下、福祉型児童発達支援センター）については、全体で49自治体（86.0%）が整備をしていた。

中核市は、１市を除き、全ての市（92.6%）、特例市は80%以上（83.3%）が整備していたが、特別区は３分の２（66.7%）であった。

自治体立は中核市と特例市では半数、特別区では３分の１であった。福祉型児童発達支援センターがない８自治体のうち、４自治体（中核市の１市､特例市の２市､特別区の１区）では、設置を計画していると回答した。

表６　　福祉型児童発達支援センター

自治体	ある　うち自治体立 (%)	(%)	ない (%)
中核市 N=27	26 (96.3)	15 (55.6)	1 (3.7)
特例市 N=18	15 (83.3)	9 (50)	3 (16.7)
特別区 N=12	8 (66.7)	4 (33.3)	4 (33.3)
合計 N=57	49 (86.0)	28 (40.4)	8 (14.0)

知的障害のない発達障害児の受け入れについては、全体で38自治体のうち、特例市の２市を除く、36自治体（94.7%）で受け入れている事業所があると回答した。同様に、境界知能の子どもについては、37自治体のうち27自治体（73.0%）で、児童養護施設に入所している子どもについては、35自治体のうち８自治体（44.4%）で受け入れている施設があると回答した。児童養護施設に入所している子どもの受け入れが少なかった。

（３）児童発達支援事業所

児童発達支援事業所については、全ての自治体で整備していた。１市を除いて全て複数の児童発達支援事業所を整備していた。そのうち一部が自治体立であるものは、全体の約６割（58.2%）であった。内訳は、中核市の

約半数（46.2%）、特例市の約８割（83.3%）、特別区ではほぼ全て（90.9%）であり、特別区、特例市、中核市の順に高かった（表７）。

表７　　児童発達支援事業所

自治体	複数　一部自治体立 （%）　（%）	１か所 （%）
中核市 N=26	26 （100）　12 （46.2）	0 （０）
特例市 N=18	17 （94.4）　10 （83.3）	1 （5.6）
特別区 N=11	11 （100）　10 （90.9）	0 （０）
合計 N=55	54 （98.2）　32 （58.2）	1 （1.8）

（４）放課後等デイサービス事業所

放課後等デイサービス事業所については、全ての自治体で複数の事業所を整備していた。自治体立の割合は、特別区が約６割（58.3%）と高かった（表８）。

表８　　放課後等デイサービス事業所

自治体	複数あり （%）	うち自治体立 （%）
中核市N=26	26（100）	4（15.4）
特例市N=18	18（100）	3（16.7）
特別区N=12	12（100）	7（58.3）
合計N=56	56（100）	14（25）

知的障害のない発達障害児ついては、回答した46自治体の全てで受け入れている事業所があるとのことであった。同様に、境界知能の子どもについても、45自治体のうち、大多数の39自治体（86.7%）で受け入れている事業所があると回答した。

しかし、児童養護施設に入所している子どもについては、38自治体うち10自治体（26.3%）で受け入れている施設があると回答したにとどまった。児童養護施設に入所している子どもの受け入れが少なかった。

４．相談支援

障害児相談支援事業所については、事業所を把握していると回答した全ての自治体が複数の事業所を整備していた。一部が自治体立の割合は、特別区、特例市、中核市の順に高かった。

表９　　障害児相談支援事業所

自治体	複数　一部自治体立 （%）　（%）	把握せず （%）
中核市 N=26	25 （96.2）　9 （34.6）	1 （3.8）
特例市 N=18	17 （94.4）　11 （61.1）	1 （5.6）
特別区 N=12	12 （100）　12 （100）	0 （０）
合計 N=56	54 （96.4）　32 （57.1）	2 （3.6）

５．統合保育

（１）保育所・幼稚園等に発達障害児等の通園を促進するための方策

加配保育士の配置、補助金の交付のいずれか又は両方を、中核市の１市を除いて、行っていた。補助金の対象として看護師も含めている自治体が特筆された（特別区１区は不記載のため、対象は56自治体）。

（２）巡回等による後方支援

保育所、幼稚園、認定こども園等に対し、中核市の３市を除く自治体が何らかの専門的支援を行っていた（表10）。

最も多かったのは、保育所等訪問支援事業であり、次いで教育委員会巡回（都道府県教育委員会、自治体教育委員会）、都道府県の特別支援学校、自治体の「基幹施設」・児童発達支援センター、自治体の発達障害支援担当課、自治体雇用の非常勤心理士など専門家による巡回等であった。

都道府県が実施している障害児等療育支援事業の関与が確認できたのは２市（中核市１

市、特例市１市）のみであった。また、発達障害者支援センターによる支援は確認できなかった。

幼稚園は学校教育関係機関が、保育所等は保育所等訪問支援事業や市の関係機関が別々に支援を行っている傾向がうかがえた。また、保育所等訪問支援事業を行っている事業所は市区内に限定しているところが多かったが、市区外の事業所も行っている自治体も認められた。

表10　　保育所等への後方支援

自治体	あり (%)	なし (%)
中核市 N=27	24 (88.9)	3 (11.1)
特例市 N=17	17 (100)	0 (０)
特別区 N=11	11 (100)	0 (０)
合計 N=55	52 (94.5)	3 (5.5)

６．学校教育

（１）特別支援学校

市立又は区立の特別支援学校については、中核市の５市(18.5%)、特例市の２市(11.1%)、特別区の２区（16.7%）でそれぞれ１校ずつ認められた。

（２）特別支援学級

特別支援学級については、全ての中核市及び特例市で、多くの小中学校に知的障害及び自閉症・情緒障害特別支援学級が設置されていた。特別区については、全区で知的障害特別支援学級は多数設置されていたが、自閉症・情緒障害特別支援学級はほとんどなかった。

（３）通級指導教室

情緒障害等通級指導教室については、中核市及び特例市では、中核市の１市で小中学校36校、特例市の１市で21校と多数校に設置されていた。他の自治体では設置していないか少数校のみであった。特別区では、多くの区でほぼ全小学校に設置されていた。

難聴・言語障害通級指導教室については、中核市の１市、特例市の２市を除いて、他の自治体では数校（主に小学校）に設置されていた。

（４）加配教員や支援員の配置

加配教員や支援員については、全ての自治体で多数配置していた。

（５）専門家の巡回等による後方支援

小中学校に対し約９割（89.1%）の自治体で行われていたが、６市（中核市４市、特例市２市）では未実施であった（表11)。

支援機関等は、都道府県教育委員会、都道府県立特別支援学校、自治体立特別支援学校、自治体教育委員会巡回チーム（心理士、大学教員等で編成)、保育所等訪問支援事業所が多かったが、なかには、自治体の「基幹施設」等が加わっている自治体も認められた。

表11　　学校への後方支援

自治体	あり（%）	なし（%）
中核市N=27	23（85.2）	4（14.8）
特例市N=17	15（88.2）	2（11.8）
特別区N=11	11（100）	0（０）
合計N=55	49（89.1）	6（10.9）

７．行政組織

発達障害支援の相談窓口については、窓口となる部署を設置しているのは全体で49自治体（89.1%）であった。特別区、特例市、中核市の順に多かった。担当部署のない６自治体（10.9%）のうち、３自治体は設置計画があると回答した。

担当部署は、発達相談を含む子どもの相談センター、発達相談センター、障害児支援の「基幹施設」、障害者相談支援センターなどが

多かったが、通常の子育て相談や障害者相談の窓口もこれに含まれていた。

教育委員会の担当部署については、全体で約７割（69.1%）が設置していた。設置率は中核市、特例市、特別区ともに同程度であった。担当部署のない17自治体（30.9%）で設置計画のあるところはなかった。

発達障害等に特化した部署をもつところがある一方で、13自治体は学校教育課等の特別支援教育担当係を記載していた（表12)。

表12　　行政窓口等

自治体	行政相談窓口		教育委員会担当部門	
	あり（%）	なし（%）	あり（%）	なし（%）
中核市 N=27	13（48.1）	14（51.9）	19（70.4）	8（29.6）
特例市 N=17	11（64.7）	6（35.3）	11（64.7）	6（35.3）
特別区 N=11	8（72.7）	3（27.3）	8（72.7）	3（27.3）
合計 N=55	49（89.1）	6（10.9）	38（69.1）	17（30.9）

８．連携

（１）連携組織

何らかの連携組織を設置しているのは全体で33自治体（57.9%）であった。中核市は７割（70.4%）が設置していたが、特例市と特別区は２分の１程度（44.4%､50%）であった。連携組織のない24自治体（42.1%）のうち、７自治体（中核市２市、特例市２市、特別区３市）では、特別支援連携協議会等の設置計画があると回答した（表13)。

表13　　連携組織

自治体	あり（%）	なし（%）
中核市 N=27	19（70.4）	8（29.6）
特例市 N=18	8（44.4）	10（55.6）
特別区 N=12	6（50）	6（50）
合計 N=57	33（57.9）	24（42.1）

組織としては、地域自立支援協議会の子ども支援部会、特別支援教育連携協議会、発達支援に関する地域の連携組織、子ども支援に関する地域の連携組織等が多かった。４自治体は発達障害に関する役所内の連携又は連絡組織を記載していたが、これらもありに含めた。

連携組織をもたない24自治体（42.1%）のうち、７自治体（中核市２市、特例市２市、特別区３区）は、特別支援連携協議会等の設置計画があると回答した。

（２）市町村と都道府県との連携

都道府県又は圏域からの支援を要すると回答した自治体は、全体で28自治体（51.9%）であった。内容は、発達障害者支援センターからの専門的支援、研修会の講師、専門職の確保、困難事例への対応、医療体制の整備についての協力、就学相談会の専門家派遣、特別支援学校との人事交流、特別支援学校設置についての相談など多岐にわたっていた（表14)。

いずれも専門性か都道府県の行政権限に関連した領域に関するものであった。

表14　　都道府県等からの支援

自治体	必要（%）	不必要（%）
中核市 N=27	13（48.1）	14（51.9）
特例市 N=16	9（56.2）	7（43.8）
特別区 N=11	6（54.5）	5（45.5）
合計 N=54	28（51.9）	26（48.1）

（３）つなぎ支援

つなぎ支援（子どもが保育所等から小学校に移行する場合など情報共有や引継ぎなど）については､全体で33自治体（57.9%）で行っていた。

内容は、サポートブック、支援シート、移行支援シート、相談支援ファイルなど文書による情報共有と連携に関するものが多かっ

た。発達障害者の業務推進に関する指針、特別支援教育指針を作成し方針の共有と連携を図っている自治体も認められた。また、個別支援会議、ケースの引き継ぎを行っている自治体も少数ながら認められた（表15）。

表15　　つなぎ支援

自治体	あり（%）	なし（%）
中核市 N=27	15（55.6）	12（44.4）
特例市 N=18	13（72.2）	5（27.8）
特別区 N=12	5（41.7）	7（58.3）
合計　N=57	33（57.9）	24（42.1）

9．人材育成

自治体が発達障害等について研修プログラムを実施しているのは、全体で31自治体（58.5%）であった。割合は、特別区、特例市、中核市の順であった（表16）。

対象は、母子保健関係、障害児通所支援事業所、障害児相談支援事業所の各職員が多かった。そのほか、医師、保育士、スクールカウンセラー、行政の事務系職員等を対象とした研修を行っている自治体も認められた。

表16　　自治体による人材育成

自治体	実施（%）	未実施（%）
中核市 N=24	11（45.8）	13（54.2）
特例市 N=18	12（66.7）	6（33.3）
特別区 N=11	8（72.7）	3（27.3）
合計　N=53	31（58.5）	22（41.5）

10．新たな支援課題

新たな支援課題である発達障害等のある女性、日本語に通じない子ども、療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども、発達障害児の差別解消、いじめ、虐待防止等のための対策への回答は以下の通りであった。

（1）発達障害等のある女性

発達障害等のある女性に配慮をしている自治体は、全体では12自治体（24%）にとどまった（表17）。

その中で、中核市の1市では、市が実施している「発達障がい者サポート事業」の当事者の集まりにおいて、女性だけの集まり（女子会）を開催し、女性だけの悩みを話し合い、友達作りをする機会を提供していた。また、特例市の1市では、学校教育の中で同性介助を行っており、他の1市では、女性職員が必ず同席する等の配慮を行っていた。

表17　　発達障害等のある女性への配慮

自治体	あり（%）	なし（%）
中核市 N=23	5（21.7）	18（78.3）
特例市 N=18	6（33.3）	12（66.7）
特別区 N= 9	1（11.1）	8（88.9）
合計　N=50	12（24）	38（76）

（2）日本語に通じない子ども

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発達障害等の子ども）への配慮については、全体で25自治体（47.2%）が何らかの配慮をしていた。

配慮を行っている割合は特例市、中核市、特別区の順であった（表18）。

配慮の内容は、外国語の通訳者の配置（ボランティアを含む）、学校における語学支援員、日本語指導員、日本語教室の設置等であった。

表18　日本語に通じない子どもへの配慮

自治体	あり（%）	なし（%）
中核市 N=25	12（48）	13（52）
特例市 N=18	11（61.1）	7（38.9）
特別区 N= 9	2（20）	8（80）
合計　N=53	25（47.2）	28（52.8）

（3）境界知能の子ども

療育手帳や診断を受けていない境界知能の子どもへの配慮については、全体で33自治体（61.1%）が行っていた（表19）。

内容としては、障害福祉サービスの利用が最も多く、学校における教育相談、個別教育計画の作成、補助員の配置なども多くの自治

体で行っていた。

表19　　境界知能の子への配慮

自治体	あり（%）	なし（%）
中核市 N=26	15　(57.7)	11　(42.3)
特例市 N=18	13　(72.2)	5　(27.8)
特別区 N=10	5　(50)	5　(50)
合計　N=54	33　(61.1)	21　(38.9)

（4）差別解消等への対策

発達障害児の差別解消、いじめ、虐待防止等への対策については、全体で34自治体（64.2%）が行っていた。割合においては中核市､特例市､特別区で大きな差はなかった（表20)。

内容は､発達障害等の啓発研修･講演会（自治体職員、市民を対象)、差別解消対応要領の策定と周知、発達障害への理解を進めるためのリーフレットの配布、子どもへの人権教育、いじめ防止会議の開催などであった。

表20　　差別解消等への対策

自治体	あり（%）	なし（%）
中核市 N=26	15（57.7）	11（42.3）
特例市 N=17	13（76.5）	4　(23.5)
特別区 N=10	6　(60)	4　(40)
合計　N=53	34（64.2）	19（35.8）

11. 自治体の到達点と今後の課題

自治体の到達点と課題については、全体で18の自治体から意見が寄せられた。達成できていることとしては、学校において支援体制が整備されたこと、個別計画に従った対応ができるようになったこと、関係機関が連携し早期発見ができるようになってきたことなどが挙げられていた。

課題としては。連携が共通した課題として挙げられていた。具体的には役所内、障害児通所支援事業所の間、多様な関係機関の間、学校と地域関係機関、ニートの支援に関わる組織の間など、総合的で一貫性・継続性のある支援の実現に向けて連携の必要性と不足が指摘されていた。

その他としては､療育施設の不足や老朽化、民間事業所の増加と質の問題、総合窓口の設置など、各自治体の現状を反映した様々な課題が記されていた。

D．考察

1．中核市、特例市、特別区における発達支援への取り組みの現状

人口20万～50万人程度を有する中規模自治体である中核市、特例市、特別区における発達支援体制の整備現状と課題について考察を行う。

研究方法でも述べたように、髙橋ら[(2)]は、中核市では「基幹施設」を含めた全ての基幹機能を自前で整備する必要があるとした。特例市では「基幹施設」を除く、児童発達支援センターを含めた全ての機能を整備する必要があり、特別区はそれに準ずるとした。

今回の主な調査結果は以下のようにまとめられる。

（1）障害の発見

主たる障害の発見と初期対応の場である乳幼児健診とフォローアップについては、整備がなされ、中核市、特例市、特別区ともに自治体が中心となって行っていた。

乳幼児健診、ことに幼児健診が自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、知的障害等の発見の場であることを考えると、他の保健医療機関に全面的に委託することは望ましくない。今後とも、自治体が責任をもって行う現在の方式を継続することが望まれる。

（2）医療機関

発達障害児等を診療できる医療機関は、中核市、特例市、特別区の80%以上で市区内に存在していた。しかし、施設数としては1か

所から５か所である自治体が多く、推定される医療需要に比して少なかった。また、その専門性の水準も不明であった。

「発達障害の支援ニーズがある子は小学１年生で少なくとも10%程度はいると推定されている」[(3)]ことを考えると、この領域の診療ができる医師の養成に一層努める必要があろう。また、そのためにも、少なくとも中核市では「基幹施設」の設置が望まれる。

（３）専門療育

全体では４割の自治体に「基幹施設」が存在していた。特別区では１区のみであった。

中核市では、自前で「基幹施設」を整備することが望まれるが、設置しているのは３分の１であった。特例市と特別区は少なかった。やはり現状では、「基幹施設」の設置は中核市のみ可能と考えられた。しかし、未設置の中核市で「基幹施設」を計画している自治体はなかった。未設置自治体の次期障害児福祉計画に期待したい。

福祉型児童発達支援センターについては、中核市と特例市では大多数の自治体で整備されており、約半数は自治体立であった。特別区についても３分の２の区にあったが、区立は３分の１にとどまっていた。

中核市と特例市では福祉型児童発達支援センターの設置が可能なことを例証していようが、発達支援システムの中核的な役割を担うセンターとして整備することが今後の課題であろう。

児童発達支援事業所と放課後等デイサービス事業所については、ほぼ全ての自治体で複数存在し、自治体立の事業所がある割合は特別区、特例市、中核市の順に高かった。今後は、自治体立の児童発達支援事業所を地域支援ができる体制を整備した福祉型児童発達支援センターに機能アップしていく必要があろう。

障害児通所支援事業所への知的障害のない発達障害児、境界知能の子どもの受け入れは行われていた。

しかし、児童養護施設に入所している子どもの受け入れは少なかった。その理由としては、自治体内に施設がない、対象児がいない、いてもニーズがない、断っているなど、様々な理由が考えられるが、現在のところ不明である。今後、各都道府県の発達障害者支援地域協議会等で詳細な実態調査を行い、支援の充実を図る必要があろう。

（４）統合保育

統合保育を進めるための加配保育士の配置や補助金の交付は全ての自治体で実施されており、一部の中核市を除いて巡回相談等の後方支援も実施されていた。

統合保育の質を向上させるためにはこの機能は重要であるが、支援を行う機関・事業所が複数に及び、しかも保育所と幼稚園、公立幼稚園と私立幼稚園で実施機関等が異なる自治体が複数認められた。質の高い統合保育を自治体にある全ての保育所・幼稚園等で平等に実現するために、後方支援の体系化、組織化、一体化が望まれる。

（５）学校教育

特別支援学級や通級指導教室の設置、加配教員や支援員の配置については、全ての自治体で量的整備は進んでいた。専門家の巡回等による後方支援についても同様であったが、保育所等への後方支援と同様の課題が認められた。

（６）行政組織、連携、つなぎ支援

行政の窓口や教育委員会の担当部署も中核市、特例市、特別区を問わず大半で整備されていた。

連携組織については中核市では７割の設

置率であったが特例市と特別区では５割程度であった。

つなぎ支援については、文書によるつなぎが中心であり、不十分であった。丁寧な移行支援が望まれる。

「自治体の今後の課題」で記したように、今後の課題で最も多かったのは連携であった。これら中規模都市では、ライフステージに沿って実に多くの設置主体も役割も異なる機関等が支援に関与するようになった。総合的で一貫性のある質の高い支援を継続するためにも連携組織の整備とその適切な運営、移行時のつなぎ支援の充実は支援システムの発展の要となろう。

（７）人材育成

人材育成については、５割から７割程度の実施率で、内容は様々であった。支援の質を保ち向上させるためにも、自治体が職種等に応じて計画的・体系的に研修を実施する必要があろう。

２．新たな支援課題

新たな課題のうち、境界知能の子どもと差別解消等への取り組みは一定程度行われていたが、発達障害等のある女性と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発達障害児等の子ども）への支援は不十分であった。発達障害等のある女性への配慮については、当事者の意向調査を含め、支援ニーズの調査や課題の周知が必要であろう。

外国人児童等の問題と対応については、本研究班に別途報告したので参照されたい（「外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関する研究」）。

３．今後の発達支援体制の整備について

今年度（2017年度）は、わが国で初めて「第１期障害児福祉計画」の策定が行われる節目の年である。

今後、障害児計画が３年ごとに策定されていく中で発達障害等を含めた発達支援体制の整備が進んでいくものと考えるが、最後に中核市、特例市、特別区において当面取り組むべき課題についてまとめる。

（１）センター的専門療育施設の設置

対象児が多く、関与する機関・事業所も多い中規模自治体では、センター的役割を担える高い専門性を有する施設が必要である。具体的には、中核市では「基幹施設」、特例市と特別区では地域支援機能も持った福祉型児童発達センターの設置が必要である。

（２）連携組織の設置

今回の調査で明らかになったことは、療育、保育、教育の各領域において事業所等が飛躍的に増加していることである。これらをまとめ、総合的で一貫性・継続性のある質の高い支援を提供することが課題である。

そのための要となるのが、自立支援協議会や特別支援教育連携協議会等の連携組織である。中規模自治体にあっては、これらを整備し、PDCAサイクルを活用し、関係機関等の有機的連携とシステムの発展的運営を図りたい。

（３）後方支援、人材育成

支援に関与する機関等の増加は支援の質の格差や低下の危険性を孕んでいる。中規模自治体では、保育士、幼稚園教師、学校教師、障害児通所支援事業所等で支援に関わる職員だけでも膨大な人数に及ぶ。

支援サービスの量的整備は充実してきた。今後、自治体は支援の質の向上を図るために、公民の別なく、後方支援と人材育成を計画

的・体系的に進める必要があろう。

連携と後方支援・人材育成が効果的になされなければ、中規模自治体における発達支援は混乱に陥ることが危惧される。

E．結論

中核市、特例市、特別区の発達支援システムの現状を評価し今後の課題を検討するため、以前提案したシステムモデルを基に、全国57自治体から得たアンケート調査の結果を分析した。

専門療育、学校教育、相談などの領域では急速に量的整備が進んでいるが、センター的施設、連携、つなぎ支援、後方支援・人材育成の整備は遅れていることが確認された。今後これらの問題への対応が重要な取り組み課題と言える。

新しい課題である発達障害のある女性や外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもへの対応も甚だ不十分であり、まずは啓発と周知が必要と考えられた。

F．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）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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫), 2016.

2）髙橋　脩ら：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～中核市・施行時特例市のまとめと提言～. 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年度～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫）, 176-184, 2016.

3）本田秀夫：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. 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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫),1-21, 2016.

G．研究発表

髙橋脩の研究発表、「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～」報告書と同様であるので省略した。他の研究分担者、研究協力者については各報告書を参照されたい。

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29年度厚生労働科学研究費補助金（障害者総合研究事業）
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　髙橋　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）
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:2006年度に豊田市で出生した子ども（出生コホート）の累積発生率調査を行った。注意欠陥多動性障害と知的障害では微増したものの、発生率はほぼ前年度と同様の7.0%であった。「何らかの遅れや偏りのある子ども」は、一昨年度の小学３年生調査と比較し２倍であり、大幅な増加を認めた。豊田市の発達支援システムの現状評価では、中核市に求められる基幹的機能については整備されているが、対象児の増加に伴う初診待機期間の延長などの問題に直面していた。新たな課題として､外国にルーツをもつ障害のある子どもへの支援、乳児期より保育所を利用している子どもへの発達支援、急増する放課後等デイサービス事業所との連携等が挙げられた。このような事態は豊田市に留まらず、全国共通と考えられる。1980年代に始まった発達支援システムは、その根幹を揺るがす新たな問題に直面しており、システムの再検討を要する段階にあると思われる。

今後の支援の基礎となる疫学的データを得る目的で、昨年度に引き続き、発達障害等の累積発生率調査及びリスク児調査を行った。また、発達支援における新たな課題について昨年度行った調査結果の考察も合わせて行った。新たな課題のうち、外国にルーツをもつ障害のある子どもについては、全国の指定障害児通所支援事業所等を対象にしたアンケート調査を含む３調査（「外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関する研究」）を実施、別途に報告を行った。

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整備の基礎資料及びシステムの有効性評価の指標となる支援対象児童数を推定すること。

B．研究方法

今年度も昨年度に引き続き、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

豊田市在住の小学５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を行った。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的問題

発達的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（注意欠陥多動性障害、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、チッ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（昨年度から加えた調査項目）。

なお、昨年度実施した、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の対象となる児童」についての調査は、今年度は行わなかった。

（２）反抗的特性、非行、不登校にそれぞれ関連した行動

各発達的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、癇癪を起こす、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非行に含まれる、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（素行障害など）、③不登校（30日以上の欠席）。

（３）医療機関の利用

各発達的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。

（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の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の問題点」について調査を行った。

調査は、昨年度と同様に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、

2017年４月現在、小学５年生で豊田市こども発達センターの障害専門診療所「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』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、最終的には髙橋脩が改めて診断の正確性について確認した。

なお、調査結果については、一昨年度及び昨年度の研究[(1),(2)]と随時比較を行った。

（倫理面への配慮）

小学校調査については、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。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102号）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4,079人のうち、317人（7.8%）に、問題が認められた（表Ⅰ－１)。

（１）発達的問題

「対人関係やこだわりの問題」が最多で、166人（把握児童の52.4%)、次いで「落ち着きのなさ等」77人（24.3%)、「学力の問題」29人（9.1%)、「全体発達の問題」21人（6.6%）であった。性別は、男249人、女68人であり、男女比は3.7：１と男性優位であった。

表Ⅰ－１　遅れや偏りのある子

発達的問題	人数（%）	男 女	割合*（%）
対人関係問題等	166 (52.4)	125 41	4.1
落ち着きのなさ等	77 (24.3)	73 4	1.9
言語理解問題等	3 (0.9)	3 0	0.1
学力の問題等	29 (9.1)	20 9	0.7
全体発達の問題	21 (6.6)	15 6	0.5
精神科的ケア	9 (2.8)	7 2	0.2
境界知能	12 (3.8)	6 6	0.3
全問題	317	249 68	7.8

注：＊は全児童（4,079人）に占めるパーセント。

全児童に占める割合は、「対人関係問題等」が最も多く4.1%、次いで「落ち着きのなさ等」が1.9%であった。

（２）子どもの所属

対象児317人の所属別（通常学級、特別支援学級、特別支援学校）の人数と割合は以下の通りである（表Ⅰ－２)。

表Ⅰ－２　子どもの所属

所属	人数（%） N=317	全児童（4,079人）に占める割合%
通常学級	255 (80.4)	6.3
特別支援学級	49 (15.5)	1.2
特別支援学校	13 (4.1)	0.3

通常学級が80.4%、特別支援学級が15.5%、

特別支援学校が4.1%であり、８割は通常学級に所属していた（表Ⅰ－２）。

（３）反抗挑戦的特性、非行、不登校にそれぞれ関連した行動

各発達的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－３）。

表Ⅰ－３　反抗的特性、非行、不登校

発達的問題	反抗挑戦的 人（%）	非行* 人（%）	不登校 人（%）
対人関係問題等 N=166	26 (15.7)	0 (０)	6 (3.6)
落ち着きのなさ等 N=77	18 (23.4)	1 (1.3)	0 (０)
言語理解問題等 N=３	0 (０)	0 (０)	0 (０)
学力の問題等 N=29	3 (10.3)	0 (０)	0 (０)
全体発達の問題 N=21	0 (０)	1 (4.8)	0 (０)
精神科的ケア N=９	1 (11.1)	0 (０)	2 (22.2)
境界知能 N=12	0 (０)	0 (０)	0 (０)
全問題 N=317	48 (15.1)	2 (0.6)	8 (2.5)

注：＊は昨年度の表では虞犯・触法行為と表記

広汎性発達障害のリスク群では、反抗挑戦的特性が26人（15.7%）、注意欠陥多動性障害のリスク群では反抗挑戦的特性と非行を合わせて19人（24.7%）と多かった。

（４）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下記の通りであった（表Ⅰ－４）。

表Ⅰ－４　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

発達的問題	利用 人（%）	反抗挑戦的 人（%）	非行* 人（%）
対人関係問題等 N=166	115 (70.5)	11 (9.４)	0 (2.0)
落ち着きのなさ等 N=77	15 (19.6)	7 (46.7)	0 (3.9)
言語理解問題等 N=３	0 (０)	0 (０)	0 (０)
学力の問題等 N=29	4 (13.8)	0 (０)	0 (０)
全体発達の問題 N=21	12 (57.1)	0 (０)	0 (０)
精神科的ケア N=９	5 (55.6)	1 (20)	1 (20)
境界知能 N=12	5 (41.7)	0 (０)	0 (０)
全問題 N=317	156 (49.2)	19 (12.2)	1 (0.6)

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。＊は昨年度の表では虞犯・触法行為と表記。

医療機関の利用は、全体で218人、68.7%であった。広汎性発達障害のリスク群で70.5%、知的障害のリスク群で57.1%と高かった。一方、注意欠陥多動性障害のリスク群では19.6%、学習障害のリスク群では13.8％と低かった。

反抗挑戦的特性を示す事例は、広汎性発達障害のリスク群で9.4%、注意欠陥多動性障害のリスク群で40.7%と高い割合を示した。

（５）医療機関を受診していない理由

教師が把握している、医療機関未受診の理由は、下記の通りであった（表Ⅰ－５）。

表Ⅰ－５　未受診の理由

理由	人数 N=50（%）
受診への抵抗	12（24）
家族の理解得られず	7（14）
相談の場あり	1（２）
なんとなく	1（２）
必要を感ぜず	36（72）
経済的理由	0（０）
宗教的理由	0（０）

対象となった317人のうち、未受診児は99人、31.2%であった。そのうちで、未受診の理由について回答があったのは50人、未受診群の50.5%であった。

理由としては、必要を感じないが72%と最も多く、次いで、受診への抵抗が24%、家族の理解が得られないが14%などであった。経済的な理由又は宗教的理由によるものはなかった。

（６）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、14小学校（全75小学校の19%）から合わせて20件の意見が寄せられた。

代表的な意見を列記する（詳細は資料１、２を参照）。

①境界知能の子どもの教育

・少人数指導等で、個々への対応はしているが、学年が進むごとに、他の児童との理解力の差が増しているように思う。
・個別に支援してあげたいと思うが、制度的にも対応できる教員がいない。特別支援学級や通級学級の対象にはならないことが多く、担任が一人で支援をしている状態である。
・問題行動を起こさない子どもについては、集団の中に埋もれやすく対応が遅れることがある。
・保護者の理解が得られず、特別支援のための体制づくりができないことがあった。

②発達的問題がある日本語指導が必要な子どもの教育

・日本語の問題で支援が必要なのか、発達に遅れがあるので困り感があるのかの見極めが難しい。検査をしようと思っても、保護者の同意をとることが難しかったり、通訳が必要であったりし。なかなかうまく支援をすることができない。
・保護者の特別支援教育に関する理解が得られないために、自閉傾向と診断されても通常学級にこだわっている。
・日本語ができないがゆえに学習の理解ができない。学習内容を対応学年からかなり下げていかなければならず、高学年であるほど学習遅滞は進む。
・母語でも日本語でも自分の気持ちをうまく表現できない。特に分からない日本語の中で生活することにストレスを感じ、些細なことで感情を爆発させてしまう。

２．発達障害と診断された児童の調査

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。結果は以下の通りであった（表Ⅰ－６）。

発達障害（知的障害含む）と診断された児童は298人であり、母集団の6.98%であった。昨年度より注意欠陥多動性障害が２人、知的障害が１人増加したのみで、ほとんど変わりはなかった。

各障害の内訳は下記の通りである（ただし、上記２障害を除き、他の３障害は昨年度と同様である）。

表Ⅰ－6 発達障害と診断された小学５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	29	0. 68
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	54	1. 26

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）。

（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、新たに、１人に自閉スペクトラム症の診断がなされていたが、米国精神医学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル、５版」に該当する症状の記載がなかったため除外した。

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

29人（0.68%）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

54人（1.26%）に認められた。基礎疾患が16人（29.6%：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（51.9%）に認められた。

D．考察

支援システムを整備するための基礎資料として、また、システムが有効に機能しているか評価するための指標として対象児の把握は重要である。

昨年度と今年度の２年間にわたり、小学５年生（2006年度生れ）を対象に２つの調査を行った。発達障害等のリスク児調査である「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」、及び発達障害等の累積発生率調査である「発達障害等と診断された児童の調査」である。

２年間の調査を終わるに当たり、特筆すべき幾つかの点について考察を行う。

１．学齢期後期における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では、昨年度（2016年度）と同様に、一昨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－７）。

しかしながら、昨年度との比較では、広汎性発達障害のリスク群でさらなる増加を見たものの、他のリスク群では変化はなかったことを考えると、リスク児は小学校高学年でプラトーに達する可能性もある。なお、リスク児の所属については８割が通常学級であった。

各リスク群別にみると、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害のリスク群の増加が顕著であった。その一因としては、上記３障害群では学習内容が高度になる高学年（小学４年以降）になると、学業不振が顕在化することも多く、これを契機に問題に気付かれるのであろう。

また、他の要因としては、昨年度調査の結果と同様、今年度の調査でも広汎性発達障害及び注意欠陥多動性障害のリスク群では反抗挑戦的特性や非行的行動を示す子どもの割合が高かったことが挙げられる。学童後期に深刻化するこれら不適応行動も発達的問題の発見につながる可能性が高い。

今後は、学童後期に学業不振、反抗挑戦的特性や非行的行動を示す子どもについては、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害の可能性も考慮するよう、教育現場等に情報提供をすることが必要であろう。

表Ⅰ－７　遅れや偏りのある子　比較

問題	2015年度 N=4,079 (%)	2016年度 N=4,074 (%)	2017年度 N=4,079 (%)
全問題	150 (3.7)	299 (7.3)	305 (7.5)
対人関係問題等	118 (2.9)	153 (3.8)	166 (4.1)
落ち着きのなさ等	4 (0.1)	77 (1.9)	77 (1.9)
言語理解問題等	4 (0.1)	8 (0.2)	3 (0.1)
学力の問題等	0 (0)	34 (0.8)	29 (0.7)
全体発達の問題	24 (0.6)	21 (0.5)	21 (0.5)
精神科的ケア	0 (0)	8 (0.1)	9 (0.2)

注：一昨年度の調査には「境界知能と思われる問題」のある児童は含まれていなかった。一昨年度と同一基準で比較するために、昨年度と同様に、今年度も「境界知能と思われる問題」のある児童（12人）を除いた305人（全児童の7.5%）を比較の対象とした。

各リスク群別にみると、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害のリスク群の増加が顕著であった。その一因としては、上記３障害群では学習内容が高度になる高学年になると、学業不振が顕在化することも多く、これを契機に問題に気付かれるのであろう。

２．境界知能の子どもの教育について

境界知能の子どもの問題は、わが国ではほとんど研究がなされていない分野である。今回の調査でも、昨年度調査[(2)]と同様に切実な悩みや指摘が小学校の教師から寄せられた。

境界知能の子どもは、従来は特別支援教育の対象ではなく、障害福祉の対象でもない。従って、発見・診断を行ったとしても、都道府県の中には療育手帳の対象としている自治体があるものの、国の制度上は何ら公的な支援が提供されないことを考えると、現状では子どもと親にとって利益はない。

しかし、日々子どもと接する教師は主として学業の遅れの問題に直面していることは、昨年度と今年度の調査でも明らかである。今後は、境界知能の子どもの発達及び適応上の問題に特化した実態調査がなされ、それに基づき「子どもの最善の利益」の観点から、適切な対応がなされることを期待したい。

3．累積発生率について

2006年度の出生コホートにおける累積発生率は、昨年度とほとんど変わらなかった。

リスク児の医療機関の利用状況をみると、それぞれおおよそ、広汎性発達障害リスク群では70%、知的障害リスク群では57%であるのに対し、注意欠陥多動性障害のリスク群では20%、学習障害リスク群では14%が受診をしているに過ぎない。

広汎性発達障害は、累積発生率と教師の把握しているリスク群の割合は、それぞれ、4.28%と4.1%であり、ほぼ同様の値を示している。また、リスク群の70%は受診をしていることを勘案すれば、広汎性発達障害のある児童については、適切に発見と医学的対応がなされ、保護者も障害について学校に伝え、障害の理解に基づき教育的支援がなされていると考えられる。

一方、注意欠陥多動性障害と学習障害は、『DSM-Ⅳ-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、新訂版』[(3)]によれば、有病率はそれぞれ３～７％（対象は学齢期の子ども）、約５％（対象は米国の公立学校の生徒）である。

これに対し、発達支援システムが整備されている豊田市での累積発生率でも、注意欠陥多動性障害で0.68%、学習障害で0.14%と極めて低率であった。また、リスク児調査でもそれぞれ1.9%と0.7%と同様の結果であった。

米国とわが国における割合の違いは、何に起因するものなのか、信頼性の高い疫学研究を行い、結論を出す必要があろう。

E．結論

小学５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。両調査の結果は、４年生を対象とした昨年度の結果と大きな違いはなかった。

しかし、リスク児については、小学３年生を対象とした一昨年度と比べ、昨年度と同様に、２倍の増加であった。また、学童期後期になると、広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害のリスク群では反抗挑戦的傾向を示す子どもの割合が高いことが特筆された。この点については、今後、学校教育関係者等に広く周知し支援に活用することが重要と考えられた。

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）髙橋　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　平成27年度総括・分担研究報告書（研究代表者 本田秀夫），157-165，2016.

2）髙橋　脩：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～．平成28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（研究代表者 本田秀夫），83-117，2017.

3）American Psychiatric Association（2000）：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC.

Ⅱ．豊田市の発達支援状況調査

A．研究目的

第１は、2013年度から３年間にわたり実施された研究[(1)]（「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」）でまとめられた、基礎自治体の人口規模に即した発達支援システムモデル、及び地域評価ツールに従って、豊田市の現状を評価すること。

第２は、発達障害者支援法の改正等により提起されている支援課題、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わが国のシステム、ことに中核市の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問題を整理すること。

B．研究方法

２つの研究目的を達成するため、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」（昨年度の報告書[(1)]資料２参照）を基に、改めて豊田市の実態について調査を行った。なお、上記調査については、昨年度実施し報告ずみである。

今年度は、調査結果に基づき、提案され発達支援システムモデル及び地域評価ツールを用いて、豊田市のシステム整備状況を評価するとともに、新たな発達支援上の問題について検討を行う。

（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102号）。

C．結果と考察

１．豊田市の発達支援システムの評価

豊田市のシステムの現状と問題については、昨年度の報告書[(1)]（「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～」）で詳細に報告した。それを基に、豊田市における発達支援システムの整備状況の評価を行う。

発達支援システムの整備で求められている、基礎自治体における基幹支援機能は下記の通りである。

（１）基幹支援機能（必須の基幹的支援機能）

①直接支援機能（子どもの発達と家族子育てを支えるための基幹支援機能）

この機能群には、以下の７つの機能が含まれる。

・障害の発見
・母子通園（リスク児を含めた発達に支援が必要な子どもの子育てを支援するための敷居の低い子育て支援グループ）
・診断と医学的ハビリテーション
・単独通園
・統合保育
・学校教育
・相談

②間接支援機能（多くの関係機関・事業所等からなる支援システムを運営し、専門性を高め発展させるための基幹支援機能）

この機能群には以下の５つの機能が含まれる。

・連携
・システム運営
・研修・人材育成
・研究
・政策提言（自治体への）

中核市には、２つの機能群のすべてを自前で整備する必要があるとしている。ことに、システムの中核となる障害のある子を専門とする診療所を有する総合的な通園療育施設

（児童発達支援センター）の設置を期待している。

豊田市の基幹機能を、施設や事業などハード面の整備と機関等の間の有機的連携などソフト面の整備について、地域評価ツールを用いて評価してみると、ハード･ソフト面とも、すべての基幹機能が自前で整備されており、一通りシステムは整備されていると評価された（資料２、ことに、図１豊田市の早期発達支援システム、図２豊田市の特別支援教育を参照）。

しかしながら、以下の「２．新たな時代状況によって生じた問題」で指摘した諸課題に加え、豊田市こども発達センターを中心に単線型の包括的なシステムが整備されたゆえに、増加の一途を辿る対象児の支援ニーズに供給が追い付かない部門ができ、システムの再検討も必要な状況である。

当面している問題の１つは、乳幼児健診、ことに１歳６か月児健診で発見された発達障害等のリスク児の発達支援と子育て支援の機能を担っている豊田市こども発達センターの母子通園部門（あおぞら等）の利用時が定員700名を遥かに超え900人に達していることである。

もう１つは、こども発達センターの診療部門、ことに児童精神科の受診希望児の増加によって、診察の申し込みから初診までの待機期間が実質で１年以上に及んでいることである。対策として、状態が安定した18歳を超える発達障害者については、市内の４つの精神科病院等と連携し、豊田市こども発達センターから市内の精神科医療機関へ転院するシステムをつくり、よく機能している。しかしながら、それ以上に圏域の小児医療機関、乳幼児健診、母子通園部門（あおぞら等）、保育園・幼稚園、小中学校からの紹介は増加の一方で、根本的な解決には至っていない。

２．新たな時代状況によって生じた問題

今回の調査では、外国にルーツをもつ障害のある子ども（以下、「外国にルートをもつ障害児」）、女性、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についての現状の把握と対応も重要なテーマとなっている。これら諸問題について豊田市の現状を述べる。

（１）「外国にルートをもつ障害児」

豊田市で明らかになった課題としては、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などであるが、これらはいずれも解決には時間を要する困難な課題である。ことに、バイリンガルな専門家の確保・養成は１基礎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であろう。

なお、この問題については、序文でも述べたように、別途に報告（「外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関する研究」）を行ったので、詳細は同報告書を参照されたい。

（２）小規模な通所支援事業所

豊田市でも小規模な通所支援事業所が着実に増加している。2018年１月１日現在で、放課後等デイサービス事業所は29か所、児童発達支援事業所は９か所、合わせて38か所を数える。今後もさらに増加していくことであろうが、急速な増加に職員の専門性が伴わず、その向上が大きな問題となっている。これに対し、豊田市では、豊田市こども発達センターと豊田市障がい福祉課が共同で、小規模な通所支援事業所職員を対象とした研修会を実施

し、専門性の向上を図っている。

もう１つの問題は、これら事業所と既存の発達支援システムとの連携である。この問題についても、豊田市こども発達センターと圏域内の２市が協力し、圏域内の通所支援事業所連絡会を組織し、有機的な連携を図っている。

（３）児童養護施設と療育機関の連携

豊田市内には児童養護施設が１か所あり虐待を受けた発達障害のある子どもも多く入園している。これらの児童で児童精神科や小児神経科の専門的医療を要する子どもについては、豊田市こども発達センターの障害専門診療所（のぞみ診療所）で診療を受けるなど、連携が定着している。

（４）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

昨年度の報告書でも記したように、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、発達的支援が必要な未満児も増加している。また、障害があっても、療育機関を利用せず、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。保育所等への訪問支援を増やすなど対応を行っているが、十分とは言えない。

３．まとめ－発達支援システムの現状と今後の方向性

（１）当初の発達支援システム構想

わが国の発達支援システム（地域療育システム）の整備は1970年代に始まり、1980年代に本格化した。このシステムは基本的に３つの前提に支えられ、発展してきたように思われる。

第１は、少ない対象児である。当時、発達的支援を必要とする子どもは、すべての障害を合わせても１～３％と推定されていた。このうちの１％は、長期間にわたり継続的な支援を要する脳性麻痺、二分脊椎、ダウン症候群、重度知的障害を伴う自閉症など重度障害であり、残りの１～２％は言語発達遅滞や運動発達遅滞など一時的に支援を要する子どもと考えられていた。

第２は、公的機関によるシステム、である。当時は、地域で障害のある子どもの発達と家族の子育てを支えるための体制整備は不十分であり、関係する社会資源も乏しかった。そのため、障害の発見、療育、統合保育、教育の各機能は公的機関が担うことを前提に、これら諸機関の連携による単線型の支援システムを想定にしていた。

第３は、インクルーシブな処遇・社会を実現すること、である。1981年の国際障害者年を機に、わが国にもノーマライゼーション思想は導入されてはいたが、その実現にはほど遠い状況であった。発達支援システムの目標の１つは、保育と教育の領域における統合的処遇（インテグレーション）の実現にあったが、他の領域同様に実現にはほど遠い状況にあった。

（２）発達支援の現状

現状はどうであろうか。支援が必要な子どもは、発達障害だけでも小学校１年生で約10%[(3)]は存在するとされている。これは、発達支援システムを構想した当時の少なくとも３倍から10倍に及ぶ人数である。

現在生じている発達障害児の初診待機期間の長期化、専門医の不足、幼児期の療育関連事業所の不足、保育所等に入所する障害児の増加とそれに伴う混乱、小中学校における特別支援教育対象児の爆発的増加と支援体制の

遅れ（ことに、教師の専門性）等は、すべて想定をはるかに超える対象児の増加に起因している。

システムに関わる機関・事業所についてみると、わが国の社会福祉事業は、2000年のいわゆる社会福祉基礎構造改革によって、多様な事業者の参入が進み、障害児支援の領域でも各種相談支援事業所と民間の小規模な指定障害児通所支援事業所が爆発的に増加してきた。その増加によって、サービスの供給量は格段に増え、利用者の選択肢も広がった。

しかしながら、発達支援システムが目指してきた総合的で一貫性・継続性をもった質の高い一元的・単線型の支援システムという観点で捉えてみると、現在の状況は従来のシステムにとっては大きな試練と言えよう。民間の事業所の増加は、支援を受ける子どもと家族が、質や発達支観の異なるさまざまな事業所で支援を受けることを意味する。また、保育所等訪問支援事業を通じて、様々な異なった事業所が保育・教育現場に入れ代り立ち代り入ることになる。これらは、総合的で一貫性と継続性をもった質の高い単線型の支援システムの混乱、崩壊につながる可能性をはらんでいる。

ことに、民間社会資源が豊富な中核市、政令市等はこの影響を強く受けることになる。一元的・単線型のシステムを修正してさらに進むか、多元的でネットワーク型のシステムへの転換を行うか、改めて検討が必要であろう。

インクルーシブな処遇・社会の実現についてはどうであろうか。かつて、統合的処遇・インクルージョンは目標であり、その実現を目指してシステムの整備は行われてきた。

しかしながら、法制度上は、2011年の障害者基本法の改正によりインクルージョンという目標は達成された。これにより、誰と、どこで、どのように療育、保育、教育を受けるかは、本人及び保護者の自由となった。

今後は、重度の障害のある乳幼児でも療育機関に通わないで早くから保育所に入所をする、同様な状態の児童生徒でも特別支援学校に行かないで地域の小中学校を選択することが当たり前になっていくであろう。このような状況の進展は、保育所、幼稚園、学校に施設、設備、職員の体制・専門性等の面で、抜本的な見直しを求めるものとなろう。また、システムの中心的な役割を期待されている児童発達支援センター等の役割の見直しをも求めるものとなるであろう。

1980年代から本格的に整備が始まった発達支援システムからおおよそ40年、システムの３つの前提が根本的に変化している状況のなかで、わが国の発達支援システムは、重大な岐路に立っているといえる。

（３）豊田市のシステムを振り返る

豊田市の発達支援システムは、1996年に開設された豊田市こども発達センターを中心とする典型的な一元的・単線型のシステムである。しかし、1980年代に構想されたシステムと異なるところも多い。１つは当初ないし開設後まもなくから、発達障害、医療的ケア児を対象に含め対応したこと、子どもの発達支援及び家族の子育て支援と並んで地域支援（保育所等への訪問支援、関係職員研修等）等にも力を入れきたことなどである。

しかしながら、対象児の増加、指定障害児通所支援事業所の急速な増加、インクルージョン政策に伴う保育・教育現場の変化等へは十分に対応できているとは言い難い状況である。大きな時代の変化を正しく認識し、新たな状況とニーズに対応したシステムの見直

しが求められている。

D．結論

中核市の発達支援システムモデルと地域評価ツールを活用し豊田市の発達支援システムの評価を行い、豊田市のシステムは一通り整備されていることを確認した。合わせて、わが国で起きている発達支援システムに関わる３つの重要な問題を取り上げ、今後の在るべき方向性についても言及した。

E．引用文献

1）髙橋　脩：発達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～．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（研究代表者 本田秀夫), 83-117, 2017.

2）髙橋　脩、他：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～中核市・施行時特例市調査のまとめと提言～．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), 176-184, 2016.

3）本田秀夫：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．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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫), 1-21, 2016.

F．研究発表

1．書籍

1）髙橋　脩：発達障害のある子と家族．荒牧重人、榎井　緑他編、外国人の子ども白書 権利・貧困・教育・文化・国籍と共生の視点から, pp. 77-79, 明石書店, 東京, 2017.

2．論文

1）髙橋　脩：早期発達支援の現状と今後の展開～地域特性を踏まえて～．日本社会精神医学会雑誌, 26(1), 37-41, 2017.

2）髙橋　脩：小規模町村における発達支援の現状と今後の方向性．児童青年精神医学とその近接領域、58(1), 22-25,2017.

3）若子理恵：我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－．児童青年精神医学とその近接領域, 58(5), 34-39, 2017.

3．学会発表

1）髙橋　脩：ワークショップ「障がいのある子の臨床と描画」．第27回日本描画テスト・描画療法学会，2017.9.2，中京大学名古屋キャンパス，名古屋市.

2）神谷真巳，若子理恵，新実恵里子，髙橋脩：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どもおよび発達が気になる子どもの現状と課題　第２報～認可外保育施設へのアンケート調査から～．58回日本児童青年精神医学会総会，2017.10.6，春日野国際フォーラム甍，奈良市.

4．講演

1）髙橋　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12回発達障害早期総合支援研修，2017,6.15.小

平市.

2）髙橋　脩：障害のある子の育ちと健康. 第55回全国知的障害福祉関係職員研究大会，2017.9.23，名古屋国際会議場，名古屋市.

3）髙橋　脩：発達障害者支援法と自治体の規模に応じた支援システムづくり．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), 2017,10.19, 所沢市.

4）髙橋　脩：基調講演『自閉症の未来を明るくするために』～本人主体の支援を考える～．愛知県自閉症協会(つぼみの会)創立50周年記念フォーラム, 2017.10.29, ウィルあいち, 名古屋市.

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

・個別に支援してあげたいと思うが、制度的にも対応できる教員がいない。特別支援学級や通級学級の対象にはならないことが多く、担任が一人で支援をしている状態である。
・個別指導や通級指導を行っているため、少しずつできることが増えているが、個別指導の回数が少なかったり、補助できる時間が限られるため、修得できる内容の差は、どんどん開いていく。
・一斉の指導では理解できないため、個別での指導が必要となる児童が複数いる。身についている力も偏りが有り、低学年の内容の定着から進めなければならない場合もある。授業後の時間を使うことも難しいうえ、家庭の協力が得られないことも大きい。
・問題行動を起こさない子どもについては、集団の中に埋もれやすく対応が遅れることがある。
・境界知能の児童については通常学校で担任が個別に支援をしているが、それでも学年が上がるにつれ、ついていくことが難しくなる。教科によっては少人数指導を行い、個別に支援できる頻度を多くしているが、５年生の算数は学習内容が多く、習得率が下がる。
・普通学級で授業に参加する場合、授業全体の進度を保ちながら本人のペースに合わせる部分を作ることは、なかなか授業技術の要ることで難しい部分がある。若い教師の増加により、これからますます難しいケースが増えてくると考える。本人の自己肯定感の低下も心配される。学級運営補助員等も、増員どころか減っているため、なかなかその子にあった学習の時間が取りにくくなっている。
・義務教育終了後の進路について、経済的に困難な家庭において、進路選択の幅が極めて狭い（受け皿がない）。
・複式の通常学級で学ぶ境界知能の複数の子どもに対して、授業中、丁寧にきめ細かく支援したり、放課等にそばについて学習を見てあげたりしたいが、担任１人では難しさを感じており、また、多忙化にもつながっている。
・保護者の理解が得られず、特別支援のための体制づくりができないことがあった。
・少人数指導等で、個々への対応はしているが、学年が進むごとに、他の児童との理解力の差が増しているように思う。

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

・日本語の問題で支援が必要なのか、発達に遅れがあるので困り感があるのかの見極めが難しい。検査をしようと思っても、保護者の同意をとることが難しかったり、通訳が必要であったりし、なかなかうまく支援をすることができない。
・言葉の問題なのか、体の機能の問題なのか、何らかの発達に関する遅れや障がいなのかなど、原因の見極めが難しい。

・週２時間程度、日本語指導や授業のサポートを受けているが、知的遅れの傾向があり、学んでできるようになったことを、次の指導のときには、ほとんど忘れていて、なかなか身に付いていかない。
・保護者の特別支援教育に関する理解が得られないために、自閉傾向と診断されても通常学級にこだわっている。
・日本語ができないがゆえに学習の理解ができない。学習内容を対応学年からかなり下げていかなければならず、高学年であるほど学習遅滞は進む。
・読み書きの能力が著しく低い児童に、読んで理解する部分を音声でカバーしたいが、その準備には膨大な時間がかかる。
・母語と日本語の習得が困難なため、コミュニケーションが非常に取りにくい。
・母語でも、日本語でも、自分の気持ちをうまく表現できない。特に分からない日本語の中で生活することにストレスを感じ、ささいなことでも感情を爆発させてしまう。
・現在の本校５年生にこのような児童は在籍していないが、かつて担任した子どもの中に、日本語の能力の問題なのか、発達障がいなど問題なのかがわからず、また、保護者の協力も得られずに指導、支援に苦労した。
・どのように指導を進めたり、専門機関と連携をとったりしていけばよいか困ると思う。
・外国籍児童の場合、日本語の理解もゆっくりなので、学習進度もさらに遅れがちになる。

資料２　　**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」

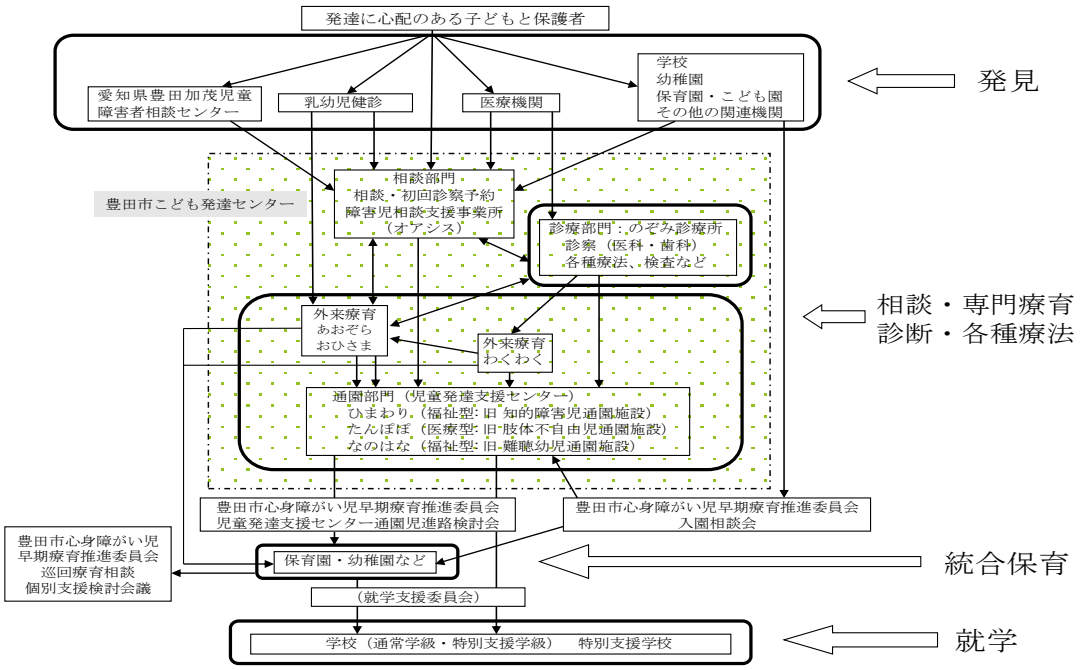


図１「豊田市早期発達支援システム」



図２　豊田市の特別支援教育

（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的な問題が疑われると、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）。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「たんぽぽ」（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、「パルクとよた」、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的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が疑われる児童は「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、発達障がいが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　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はありますか？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）
・豊田市の外国人児童生徒に対する学校教育における取組は、豊田市外国人児童生徒サポートセンタを中心に行われている。

（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

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

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と課題 （中核市・特例市・特別区分担研究最終年度調査）

研究分担者　髙橋　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（独法国立病院機構　宮崎東病院、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）
糸数　智美（どんぐりこども診療所　院長、小児科医）
糸数　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ニーズとサービス実態について、学校調査（平成29年度の小学５年生）、医療機関調査（平成28年度）、自治体アンケート（平成28年度）、および周辺自治体の調査を行った。学校調査では、小学５年で発達障害が考慮される児童12.9%、医療機関調査では、小学４年の発達障害の発生率9.7%、有病率10.5%、中学３年の有病率7.5%であった。自治体アンケートでは、発達障害の理解に行政部署による温度差があり、多様化していく支援ニーズを施策に反映していくことの難しさがあげられた。周辺自治体の調査では、従来の母子保健のシステムに外部の専門職が加わることで専門性が確保されており、保健師の役割の大きさが確認できた。発達障害の支援ニーズは宮崎市と周辺地域でも依然として高く、基幹機能の充実と連携による良質なサービス提供が望まれた。

A　研究目的

研究班が目的としている発達障害の支援ニーズとサービス実態の把握のために、中核市・特例市・特別区の分担研究として宮崎市の調査を実施した。今年度は第二期の研究班の最終年度で、第一期の研究班で行った調査を継続し、支援ニーズの変化を確認した。宮崎市と周辺自治体の発達障害支援の連携をすすめるために、研究班で出された提言と報告を元に、周辺自治体の支援体制を調査し、広域支援の課題を検討した。

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。平成29年度の学校アンケートは平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ（以下小１開始群）を対象とした。

医療機関調査は、平成28年度に実施。小１開始群と平成13年４月２日～平成14年４月１日生まれ（以下小６開始群）を対象とし、発達障害の発生率と有病率を求めた。

２回目となる自治体アンケートは、筆者が所属する宮崎市総合発達支援センター（以下市センター）の指導管理にあたる宮崎市の健康支援課、障がい福祉課、こども課、および市教育委員会に依頼した。

小６開始群で、平成29年度に高校１年となる生徒に関しては、高校を対象としたアンケートの実施は困難と判断し実施していない。医療機関調査は、平成29年に研究協力者の移動に伴う医療体制の改変があり、統計の継続が困難と考え、平成29年度の調査は実施していない。

広域での支援体制に関しては、西都・児湯地域の子どもの発達支援に関する情報交換会を開催し、アンケート調査を実施。電話による確認を行い、東諸県郡の調査と合わせ、周辺自治体の支援体制の現状を調査した。調査は、就学までの母子保健体制を対象とし、市センターでの広域支援の状況と合わせ検討した。

C　研究結果

１．学校調査（平成29年度）

平成29年度は、小１開始群の小学５年生を対象とした学校アンケート調査を実施した。結果は**資料１**に記載。

対象となった小学校は55校で、小学５年生の全在籍児童は3,824人。53校から回答が得られ（回答率96％）、回答が得られた学校の在籍児童は3,706人で、男子1,866人、女子1,840人。特別支援学校には41人（対象児の1.1％）が在籍していた。回答が得られた小学５年生は、全在籍児童の97％に相当している。

発達に遅れや偏りがある児として把握とされた児は471人（男子331人、女子140人）、支援体制で回答があった人数は416人（支援学級100人、通常級316人）、研究班の質問項目で確認され、発達障害の支援ニーズが考慮される児は479人であった。

研究目的から、今回の学校調査での発達障害の支援ニーズ児は479人と判断した。これは在籍児童の12.9％に相当。内訳はPDDが考慮される児 259人（診断171人）、多動性障害79人（診断12人）、コミュニケーション障害４人（診断１人）、LD 50人（診断８人）、知的障害42人（診断25人）、精神科的支援が必要と考えられる子ども16人（診断３人）、境界域知能と考えられる児29人（診断２人）であった。

男女比は１対0.42。男女比が高かったのがADHDで１対0.07、コミュニケーション障害と知的障害では男女差がなかった。

医療機関による診断を把握されていた児は222名で、発達障害の支援ニーズがある児の46.3%、在籍児の5.99%。

診断把握率が高いものは知的障害で59.5%、低いのは境界知能で、診断を受けているものは6.9%に過ぎなかった。

反抗的な態度は、PDDが考慮された259人中39人（15.0 %）、多動性障害79人中11人（14.0%）、コミュニケーションの障害およびLDでは０。精神遅滞では42人中２名(4.8%)、その他16人中１人（6.3%）、境界知能29人中９人（31.0%）に認められた。

素行に問題があるものは、PDD259人中１人（0.4%）、境界知能29人中１人（3.4%）の結果であった。

不登校は、PDDが考慮された259人中10人(3.9%)、多動性障害が考慮された79人中１人（1.3 %）、LDが考慮された50人中１人(2.0%)、精神遅滞が考慮された42人中１名(2.4%)、その他０人、境界知能29人中３人(10.3%）であった。

境界知能に関する自由記述を、指導の難しさ、本人への影響、保護者とのかかわり、指導環境、療育手帳などの福祉サービスとの関連等の５つに分類し、代表的な記載を**資料２**にあげた。

２．医療機関調査（平成28年度）

詳細は**資料３**。

今回の医療機関調査は、平成28年度に実施したもので、小１開始群の小学４年生および小６開始群の中学３年生を対象としている。

小１開始群の小学４年生で、宮崎市で出生し発達障害と診断されているもの332人(3,437人中の発生率9.7%)、内PDDと診断されたもの305人（発生率 8.9%)、多動性障害と診断されたもの11人（PDDを除外した発生率0.3%)。

小１開始群の小学４年生で、宮崎市に現在在住し、発達障害と診断されているもの402人（3,826人中の有病率10.5%)、内PDDと診断されたもの367人（有病率9.6%)、多動性障害と診断されたもの14人（PDDを除外した有病率0.4%)。

小６開始群の中学３年生で、宮崎市に在住し、発達障害と診断されているものは312人(4,184人中の有病率7.5%)、内PDDと診断されたもの286人（有病率6.8%)、多動性障害と診断されたもの３人（PDDを除外した有病率0.07%）であった。

３．平成25年～平成29年度調査のまとめ

小１開始群の学校調査と医療機関調査の結果を、**資料４**に記載。

学校調査は、小学１年から小学５年まで実施。発達障害が考慮される児童は11.1%から12.9%に増加した。

医療機関調査は、小学１年から小学４年まで実施。発達障害の発生率は7.3%から9.7%へ、有病率は7.4%から10.5%に増加した。この年代では支援ニーズの増加とともに診断も増えていた。

小６開始群の調査結果を、**資料５**に記載。

学校調査は、小学６年から中学３年まで実施。発達障害が考慮される生徒は10.2%から8.2%に減少した。

医療機関調査では、同じく小学６年から中学３年まで実施。有病率は、5.9%から7.5%に増加した。

この年代は、学校での支援ニーズが減少する一方で、医療機関での診断は増加していた。

４．宮崎市の自治体アンケート（平成28年度）

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」をもとに、宮崎市の健康支援課、障がい福祉課、こども課、市教育委員会に、それぞれの部署で記載可能な問いに答えてもらう形で依頼した。依頼は平成28年11月に行い、平成29年２月に回収が終了した。結果は**資料６**に記載。

平成25年度の報告と比較して、発達障害に対する基本的な支援体制には、大きな変化はなかった。

宮崎市をとりまく状況の変化としては、人口が40万人をピークに減少に転じており、出生数の低下が始まったことがあげられる。

支援機関のうち、放課後児童デイサービス事業所の増加が宮崎市でも顕著で、利用者が大幅に増えていた。

アンケートの結果を、宮崎市の現状と課題として、考察でまとめて記載する。

５．周辺自治体調査（平成29年度）

調査の概要は**資料７**に記載。

中核市の圏域は、中核市への通勤・通学の依存率が10％を超える自治体とされる。宮崎市の圏域には、西都市、国富町、綾町、新富町、高鍋町、木城町、川南町が該当する。また距離的に近い西米良村、都農町も合わせて調査対象とした。

宮崎市の人口は40万人、９市町村は全体で12.6万人、年間の出生数は宮崎市の3,900に対し960。広域圏内に約50万人が生活し、５分の１が宮崎市外となる。

市センターの利用状況は、平成28年度初診336人のうち60人（17.9％）、平成29年度は予定を含め、初診322人中58人（18.0％）となっていた。

周辺市町村で、行政内に発達障害支援室などの専門部署を持っている自治体はなかった。発達障害の発見と支援は、母子保健業務の一環として行われている。発達障害は健診による把握の対象とされており、発達相談や発達教室でも、発達障害の支援が想定されていた。５歳児健診を実施している自治体はなかったが、５歳児相談として、園に訪問し、ゆるやかな評価と相談を実施している自治体が３か所あった。健診から相談、調整、療育へのつなぎは保健師が行っていた。

健診や発達評価、発達相談、発達教室に、発達障害の支援経験のある外部の専門職（児童精神科医、小児科医、保育士、心理士、言語聴覚士、音楽療法士、相談員）が参加しており、宮崎市から通う専門職が多かった。

専門職の所属は、個人や民間機関の他、宮崎県発達障害者支援センター、特別支援学校、公立病院など多岐に及んでいた。

周辺市町村内には、福祉型児童発達支援センター１か所、児童発達支援事業所６か所、保育所等訪問支援を行う事業所が２か所、放課後等児童デイサービス事業所が10か所作られており、申請中の事業所もあった。発達障害の支援資源となる民間事業所は、周辺自治体でも非常に増加しており、発達障害の支援体制に深くかかわっている事業所もでてきていた。木城町にある児童発達支援センター（はぐはぐこども村）は、心理士でもある施設長と所属のスタッフ（ＳＴ、ＯＴ）が、木城町以外の３か所の市町村の発達支援事業にかかわっていた。

公的な施設として、宮崎県発達障害者支援センターの分院（サテライト）が高鍋町と新富町の２か所に設置されていた。新富町には特別支援学校（児湯るぴなす支援学校）があり、地域支援コーディネーターが配置され、巡回相談や就学相談に参加していた。

圏域内には、児童精神科医（西都市鶴田病院）が１名、市センターでの診療経験のある

小児科医が２名おり、健診や就学相談を始めとする発達支援事業や判定業務にかかわっていた。

児童発達支援事業所や放課後児童デイサービスの利用には、原則として診断書が必要とされていたが、調査した自治体の多くで、保健師やかかりつけ医の意見での利用開始が可能で、経過中に充分な継続支援が必要とされた時などに、市センターのような専門医療機関での診断が求められた。

D　考察

１．学校調査と医療機関調査の精度

学校調査では、５年間のアンケートの回収率は79.5％～98.2％で、いずれの年度も全校回収はできていない。研究期間中に、支援ニーズ数が大きく変動した学校があったが、アンケートを担当した担当教諭の交代による影響と考えられた。

医療機関の調査は、平成25年度のみ公的機関３か所、民間４か所で実施。26年度からは公的機関３か所、民間３か所で実施した。いずれも宮崎市で発達障害の診断を積極的に行っている機関で、調査はそれぞれの機関の同一の医師からの回答が得られている。

研究２年目に研究協力者の野崎病院の児童精神科医が他県に移動、研究５年目に（平成29年度）、研究協力者の県立宮崎病院の児童精神科医が宮崎東病院に移動となった。

現在、宮崎東病院では児童精神科の専門病棟が完成し、病弱対象であった併設の特別支援学校でも精神科対応がすすめられている。小学生以降の初診と相談が集中し、現在初診受付が中止されており、今年度は統計の継続が困難と考え、５年目の医療機関調査は実施していない。

複数の医療機関での調査のため、ケースの重複を避けるために、生年月日とイニシャルで照合を行った。

成人を対象とする精神科クリニックや心療内科での診断例もあると思われるが、今回の研究では把握できていない。

２．学校調査での発達障害の把握と支援状況

小１年開始群では、５年間に発達障害が考慮される児童は11.1％から12.9％に増加しており、小６年開始群では４年間で発達障害が考慮される生徒は10.2％から8.2％に減少していた。

小学生では発達障害に伴う周囲の困り感や問題行動が顕在化しやすく、中学ではやや落ち着いてくる傾向がうかがわれる。

学校での支援に関しては、小１年開始群の小学５年時は、対象児の1.1％が支援学校に在籍。発達障害が考慮される児では、支援学級に24.1％（知的級6.3％、情緒級17.8％）が在籍し、通級指導教室13.0％、担任の対応のみは54.1％であった。

小６年開始群の中学３年時は、対象児の1.3％が支援学校に在籍。発達障害が考慮される児では、支援学級に21.9％（知的級10.0％、情緒級11.9％）が在籍し、通級指導教室3.8％、担任の対応のみは68.7％であった。

中学では、情緒級と通級指導教室の利用が減少し、担任対応が増加している。年齢による症状の変化とともに、小学校と中学校での支援体制の差がうかがわれた。

３．医療機関調査による発生率と有病率

医療機関調査による発達障害の累積発生率は、小１開始群で、小学１年7.3％から小学４年9.7％に上昇、有病率も小学１年の7.4％から小学４年の10.5％と上昇した。

小６開始群の発達障害の有病率は、小学６

年で5.9%、中学３年で7.5%に上昇した。

小１開始群のPDDの発生率は小学１年6.6％、小学４年8.9％、有病率は小学１年6.7%、小学４年9.6%であった。

小６開始群のPDDの有病率は小学６年5.5%、中学３年6.8%であった。

市内に発達障害の診断が可能な医療機関が複数あり、同一機関、同一医師による一定した診断ではないこと、支援クラスや福祉サービスの開始に診断が必要であることなどの地域特性が考慮されるが、診断に関して積極的な地域の一つとなっている。

今回の調査では、特にPDDの診断率と支援ニーズの大きさが目立つ。自閉症の概念が広がりスペクトラムと捉えられるようになったこと、ADHDとの併記が可能となったことなど、いくつかの要因が考えられているが[1)]、発達障害の中核となるPDD（ASD）の理解と対応が一層求められる時代になってきたと考えられる。支援ニーズに後押しされるような形で診断が増えているように思われる。

研究代表者の本田は、ASDの臨床診断に関して３つの判断基準をあげている[1)]。その１つに「社会不適応の主たる原因は他にあるものの、自閉スペクトラムの特性に配慮することによって問題の改善が促進されるときも、積極的に診断して治療に望むことが求められる」と述べている。

スペクトラム概念の診断自体にもあいまいさや難しさがあると思われる。分担研究者の神尾があげた「診断閾下」[2)]の問題や発達障害全体をスペクトラムとしてとらえる考え方も出てきており[3)]、今後も発達障害の概念の変化とともに、診断の問題が続くと思われる。

４．宮崎市の自治体アンケートから

分担研究者の髙橋が提唱した発達障害の支援のための「基幹機能」[4)]および研究班代表の本田が提唱した「地域評価ツール」[5)]を用いて、平成25年度の報告と比較し、市センターの経験も踏まえて、宮崎市の現状と課題をあげる。

１）発達障害支援の基本方針と体制

宮崎県は、宮崎県発達障害者支援計画を制定し、「就学前の発見からつなぎ支援と連携」、「就学時の学校へのつなぎ」、「学校と外部との連携」等のモデル図を発表している。

県の施策では、県が設立した宮崎県社会福祉事業団が運営する宮崎県発達障害者支援センターが支援体制の中心に位置づけられている。宮崎市においても、果たす役割が今後も大きくなっていくと考える。

宮崎市では、独自の支援体制モデルは作成されておらず、県の方針に則った施策が原則となる。行政組織内にも、発達障害に特化した部門は作られてはいない。発達障害に関しては、宮崎市自立支援協議会で検討され、課題をそれぞれの部署に持ち帰り施策に生かす形となっている。

協議会内の部会でも、発達障害を念頭においた「幼稚園・保育所等と小学校の連携手引き」等が作成され、改定が行われている。

行政からは、発達障害の理解に部署による温度差があり、増加･多様化している支援ニーズを施策に充分に反映できていないことがあげられていた。

市センターの機能と運営を見直す中で、市センターを中心とした発達支援ネットワークの考え方が出されている。このため、広域での情報交換会の開催や中学区の連絡会議への出席など、ネットワークを広げる取り組みを

市センターでも始めている。

宮崎市は、平成30年３月に第５期宮崎市障がい福祉計画の発行を予定している。その中に第１期宮崎市障がい児福祉計画が取り込まれている。発達障害に特化した計画ではないが発達障害が含まれ、小児期の支援が改めて強調された計画になっている。

２）直接支援機能

（１）発見と発見後の発達・子育て支援

保健所の健診事後教室と発達相談が、「すこやか広場」として変更された。診断を前提とせず、より敷居が低く利用しやすい発達教室として工夫されている。保健師に加えて、小児科医や心理士、言語聴覚士などの専門職も参加し、必要に応じて個別の評価や相談を行うことができる。市センターからも専門職を派遣している。

（２）専門療育

今回、児童発達支援事業所や児童発達支援センターの増加はなかったが、経験を積んだ事業所が増え、市センターでも診断後の小集団療育や訓練を民間の事業所に依頼し、協力して経過をみることが増えている。

市内の２か所の児童発達支援センターは年度当初しか空きがないことが多い。年度途中からの通園が困難で、通園開始までを民間の事業所に担ってもらうことが増えている。こうした役割分担を今後もすすんでいくと考えられる。

放課後児童デイサービス事業所は、数が増加、利用者数の伸びも顕著となっている。事業所毎に得意とする支援分野が異なり、発達障害に対する考え方も異なる。利用者のニーズに合わせたマッチングがより必要となっている。

事業所の課題の共有や自主的な研修を目的に、宮崎市放課後児童デイサービス事業所連絡協議会が設立されていた。

行政からは、民間事業所の支援の力は伸びているものの、事業所による差が大きく、困難ケース（親の受容がない等）に対応できる事業所が少ないことがあげられていた。

（３）統合保育

加配の制度があり、医療機関の診断書の提出が求められることが多い。保護者によっては診断の受け入れに時間がかかる場合があり、園とトラブルになることを経験する。公的な補助のあり方にも今後工夫がすすむと考える

（４）学校教育

ほぼ全校に、知的障害支援クラス、自閉症・情緒障害支援クラスが設置されている。複数の情緒支援クラスを持つ学校もあるが、これ以上の支援クラスの設置は難しいと考えられる。支援クラスでも不適応を起こす子どもを経験する。通級指導教室の充実や、特別支援教育支援員の事業の再構築など、新たな取り組みも始まっており、今後も対応の拡充が望まれる。

（５）医療

発達障害の医療を行う公的な医療機関は、市センター、宮崎東病院、県立こども療育センターの３か所であったが、平成29年度に新しく宮崎大学付属病院精神科に児童精神科医が赴任した。精神科講座のなかの大きな部門として確立されていくことが期待される。

研究協力者となってもらっている民間の医療機関とも合わせ、医療的な資源は少なくない。それぞれの医療機関で主に初診・相談を

行う年代が異なり、医療機関同士では周知したすみ分けであるが、利用する家族にとってはわかりにくい体制になっている。

3）間接支援機能

（1）連携

宮崎市の行政内には、発達障害に関係する機関の連携を目的とした専門会議は設置されていない。

宮崎市では、市の教育委員会が主催する就学相談が、就学時のつなぎに大きな役割を果たしている。平成28年度の新入学児のうち285名、7.3％が就学相談を利用していた。医療機関や保健所での発達相談を利用している児も多いが、医療機関で行われた診断や評価結果、保健所の相談情報、および、自立支援協議会が作成した「引継ぎシート」等が就学相談で十分には活用されていない。こうした情報を家族の同意のもと、適切に伝えていくことができればと考える。

（2）研修・人材育成

県が計画的に企画しているものがあるが、宮崎市で計画的に企画され定期的に実施されているものは少ない。

（3）自治体分析と評価

研究班代表の本田が提唱した「地域評価ツール」[5)]を用いて、宮崎市の発達障害の支援体制を改めて分析してみる（**資料８**）。

基幹となる支援体制は整っているが、支援ニーズにあった実用的な運用になっているかが今後も課題である。特に就学に向けてのつなぎの部分や就学後の医療と教育、教育と福祉といった連携が深められていくことが望まれた。

５．周辺自治体の支援体制

宮崎県には７か所の医療圏が設定されている。圏域内で医療が完結するように、資源を共有し、効率的に運用することが目指されている。宮崎市と周辺部には、宮崎市・東諸県郡医療圏と西都・児湯郡医療圏の２つの医療圏がある。

宮崎市にかかわる発達障害の広域支援は、２つの医療圏をまとめた２市８町村での対応が現実的と考えられた。

２つの医療圏域には、中核市（宮崎市）、小規模市（西都市）、小規模町村（国富町、綾町、新富町、高鍋町、木城町、川南町、西米良村、都農町）が含まれる。

第一期の研究班で提言された発達障害の地域支援モデルのうち３つが存在する。３つの地域モデルを、地域性や自主性を考慮しながら、有機的・効率的に組み合わせることが目標になる。

綾町、国富町（東諸県郡）とは、市保健所主催の宮崎市郡乳幼児健康診査検討会で、定期的な情報交換が行われている。今回他の地域の支援の現状を把握するために、西都・児湯地域の子どもの発達支援に関する情報交換会を開催した。

いずれの自治体でも発達障害に特化した支援部署はないが、従来の母子保健のシステムに、発達障害の相談と支援機能を追加することで対応が行われていた。発達評価や相談、発達教室には、多くの外部専門職が参加していた。

今回の調査では、専門職の個人名や所属先を、事情が許す限り特定してみた。普段から発達障害の支援を行っている専門職が多く、専門性は外部の専門職に参加してもらうことで確保されていると考えられた。

外部の専門職が、地域での支援に直接参加

することは、専門性を確保しつつも、地域の特性と自主性を生かすことになっていると思われる。

現在、市センターからの専門職派遣は限られているが、他の公的な機関からの派遣も多くはなく、公的な機関同士の連携の難しさがうかがわれる。今後、新たなしくみが必要な領域と考える。宮崎県発達障害者支援センターのかかわりが増えていくことが期待される。

この地区には、もともと県立の精神科病院（県立富養園）があり、児湯養護学校（現児湯るぴなす支援学校）が併設されていた。同院には児童精神科医が常勤し、発達障害を含む子どもの精神疾患への対応を行っていた。併設の支援学校もこうした精神疾患の子どもを受け入れ、対応がなされていた。現在、富養園は廃止され、支援学校も通常の特別支援学校に移行しているが、発達障害の巡回支援が早くからすすめられている地域ではあった。

今回の地域調査にも、研究班で出された提言を、支援体制の「ものさし」として活用した。分担研究者の髙橋による発達障害の支援のための「基幹機能」および本田による「地域評価ツール」は、自治体の分析をすすめる際にも非常に有用と考えられた。今後、ツールを用いて、実際に保健師に記載してもらうことを予定している。発達障害の支援の基本的なシステムを再確認してもらい、地域の問題点を把握してもらうことで、今後の広域連携に生かしたいと考えている。

6．広域支援について

発達障害の支援に関して、限られた資源を生かすために、地方では「広域支援」の考え方が必要となる。宮崎市の周辺自治体の多くが、外部の専門職に参加してもらうことで、専門性の確保に努めていた。

周辺自治体においても民間の事業所が増加しており、発達障害の支援に占める役割が増していた。公的な支援との協働やすみわけなど、連携のあり方が今後の課題と思われる。

人口規模が大きく広域支援の中心となる市の「療育センター」が、周辺自治体の全てに専門職を派遣し、発達障害の支援の全てに関与することはできないが、地域全体の発達障害の支援の向上のための役割を果たしていくことができると考える。診断を中心とした医療資源の提供、困難ケースへの対応、専門職の派遣、相談や支援技術の情報伝達と共有があげられる。また、重度の知的障害を伴う自閉症は、より高い専門性が求められ、地域での対応が困難なことが多い。区域を越えた医療や療育支援が望まれる。

小規模市町村での発達障害の支援は、保健師が担っている役割が非常に大きい。ゆるやかな5歳児相談など、地域の保健師の工夫から教えられることが多かった。地域の保健師を支える一端を、市センターが持つことができればと考えた。相談を受ける体制の工夫やスーパーバイズ、圏域内連絡協議会の定期的な開催が有用と思われた。

E　結論

宮崎市の発達障害の支援ニーズと支援体制の調査を行った。調査は就学児と就学前に限定されるが、発達障害は依然として高い支援ニーズがあった。発達障害者支援センターに加えて民間の事業所が増えており、発達障害の支援の大切な資源として、今後も果たす役割を広げていくことが期待された。支援ニーズに応えていくためにも、発達障害の啓発や支援機関の連携の新たな取り組みが望まれ

た。本研究班で出された提言は、発達障害の自治体診断に有用であり、地域の問題点や弱点を適切に把握しながら、地域の特性と自主性を生かした発達障害の支援システムを作り上げていくことが今後も課題と考えた。

F　引用文献

１）本田秀夫：自閉症スペクトラム症の理解と支援. Pp. 43-44、星和書店、東京、2017.

２）神尾陽子:グレーゾーンという診断閾下. 神尾陽子（編）発達障害 最新医学別冊 pp.53-54、最新医学社、大阪、2018.

３）船曳康子:発達障害の概念. 神尾陽子(編) 発達障害 最新医学別冊 pp.16-21、最新医学社、大阪、2018.

４）髙橋脩:小規模町村における実態と課題、厚生労働省科学研究費補助金 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、pp217-228、平成28年度総括・分担研究報告書 2017.

５）本田秀夫：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、厚生労働省科学研究費補助金 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、pp249-258、平成28年度総括・分担研究報告書 2017.

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

資料１　学校調査 平成29年度の小学５年生（小１開始群）

問１.

居住コホート（在籍数）：　3824名			
内訳）	総数	男	女
市立小学校	3687	1865	1822
附属小学校	96	49	47
特別支援学校	41	23	18
	3824	1937	1887

回答率　53/55校　（96%）	
内訳）	
市立小学校	47 / 48校
附属小学校	1 / 1 校
特別支援学校	5 / 6 校
	53 / 55校

有効回答数：　3706名（97%）	
内訳）	
男	1866 名
女	1840 名
総数	3706 名

問３.

遅れや偏りがある子	総数	471	男	331
			女	140
知的級	総数	26	男	12
			女	14
情緒級	総数	74	男	58
			女	16
その他	総数	0	男	0
			女	0
情緒通級	総数	20	男	10
			女	10
ことば通級	総数	6	男	3
			女	3
その他通級	総数	28	男	18
			女	10
適応指導教室	総数	4	男	3
			女	1
その他	総数	33	男	29
			女	4
担任対応のみ	総数	225	男	162
			女	63

集計	総数	416	男	295
			女	121

問２.

	総数				診断把握数				疑い	
	総数	%			総数	%			総数	%
ASD	259	6.99	男	181	171	4.61	男	118	88	2.4
			女	78			女	53		
ADHD	79	2.13	男	74	12	0.32	男	11	67	1.8
			女	5			女	1		
Com 障害	4	0.11	男	2	1	0.03	男	0	3	0.1
			女	2			女	1		
LD	50	1.35	男	32	8	0.22	男	4	42	1.1
			女	18			女	4		
MR	42	1.13	男	21	25	0.67	男	13	17	0.5
			女	21			女	12		
精神科	16	0.43	男	11	3	0.08	男	3	13	0.4
			女	5			女	0		
境界域	29	0.78	男	17	2	0.05	男	2	27	0.7
			女	12			女	0		

					診断把握数				疑い	
	総数	%			総数	%			総数	%
集計	479	12.92	男	338	222	5.99	男	149	257	6.9
			女	141			女	71		

問４.

未受診理由	人数
受診に抵抗	12
家族の理解が得られない	36
他に相談の場がある	11
必要性を感じない	80
経済的理由	2
宗教的理由	0
なんとなく	18
その他	5

問５．６．７.

小５	PDD		多動性障害		会話および言語の特異的発達障害		学力の特異的発達障害		精神遅滞		その他の発達障害		境界知能			
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
母数	181	78	74	5	2	2	32	18	21	21	11	5	17	12	合計	%
反抗的な態度	35	4	10	1	0	0	0	0	1	1	1	0	9	0	62	12.94
（受診歴あり）	21	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	5.43
触法行為	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0.42
（受診歴あり）	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.21
不登校	5	5	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	16	3.34
（受診歴あり）	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1.88

資料２　学校調査　平成29年度の小学５年生（小１開始群）境界知能に関する自由記述のまとめ

□【指導の難しさ】に関する記述　14件

（回答例）

・一斉指導ではついてこれないし、個別指導でもなかなか効果がない。
・通常の学級で学習している境界知能の子どもに対し、学級担任は個別指導の時間を確保することが難しい。一斉指導の中では、学習の成果が望めない。
・高学年になると、プライドも高くなり、素直に支援に応じて力を発揮しようとしない場合がある。
・言語事項の定着、作文力、読後の感想を的確に伝える力の3点が特に大きな課題があると考える。
・集団の中で学習を理解させることや定着させることが難しい。
・学年があがるにつれ、前学年までの学習の積み残しが増大し、当該学年の学習が厳しくなる。

□【本人への影響】に関する記述　11件

（回答例）

・授業内容が理解できず、はじめから諦めてしようとしない。（自信をなくしている）
・無理をしてまわりに合わせたり、努力してペースに合わせたり、追いつこうとしたりして、その分、疲れやストレスもたまりがちではと思われる。本人の自覚はない。
・学年が進むと、学習の遅れが全ての教科で大きくなる。学習や登校の意欲を持たせ続けることがとても難しい。また、集団の中で過ごす自信ももてなくなり、二次障がいが心配される。
・療育手帳が取得できれば、その児童に応じた教育課程が組めるが、取得できないために、高校進学等を考えても通常の教育課程で通常の学習内容を学ぶしかなく、大変無理させてしまう。その結果、意欲をなくし、不適切な行動をとらせてしまうことにつながってしまうことがある。

□【保護者との関わり】に関する記述　６件

（回答例）

・子どもの学修や生活について保護者の関心がうすく、協力を得にくい。
・自閉症スペクトラム、LDなどの特性は、保護者との相談につながりやすいが、知的に境界知能の児童については、実態を伝えても（教育相談）、専門機関との相談になかなか進み難い。

□【環境的な問題】に関する記述　12件

（回答例）

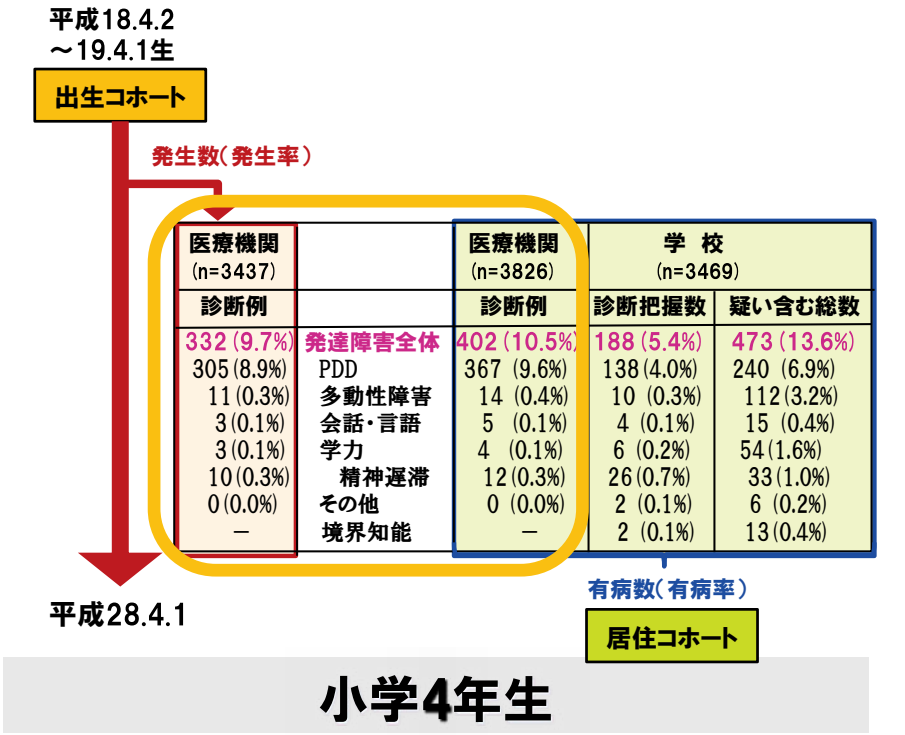
・通級指導教室の不足（各校に必要）
・学担のみでの指導や支援には、限界がある。（1クラスの人数が40名いるのでかなり厳しい）
・境界知能の児童については、心理検査を通してアセスメントはするものの、認知特性に応じた指導に活かすまでに至っていない。理由としては、個別の指導の時間が足りない事が大きい。通級教室が設置されている学校でもニーズが増えて通級するのを待っているのが現状である。境界知能の子どもの教具、教材づくりにもっと人員と予算をかければ、もっと伸びてくるし問題行動も減ってくると考える。
・学級内での学力さが非常に大きく、個別の対応に限界がある。診断名の有無にかかわらず、個に応じた支援・指導を行うためにも、支援員等の配置が必要である。

□【療育手帳取得の影響について】に関する記述　４件

（回答例）

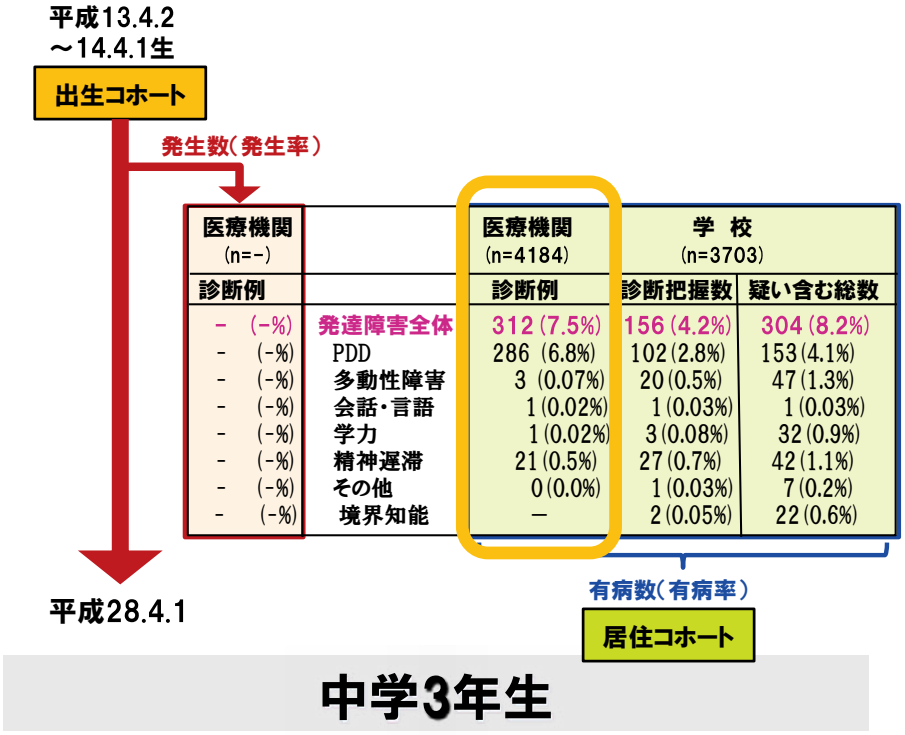
・療育手帳が取れないので、実際には困っているが、支援学級には入級できず、通級での指導も難しい面がある。
・通常学級での学習は困難である。しかし、手帳もないため支援学級に入ることもできず、困り感をもって過ごしている。就労を考えると厳しいものがあり、将来生活する事が困難であると予想される。支援を必要とする児童の実態にあった環境のもとに進学できる学校があるとよい。

資料３　医療機関調査 平成28年度



医療機関 (n=3437) 診断例		医療機関 (n=3826) 診断例	学　校 (n=3469) 診断把握数	学　校 (n=3469) 疑い含む総数
332 (9.7%)	発達障害全体	402 (10.5%)	188 (5.4%)	473 (13.6%)
305 (8.9%)	PDD	367 (9.6%)	138 (4.0%)	240 (6.9%)
11 (0.3%)	多動性障害	14 (0.4%)	10 (0.3%)	112 (3.2%)
3 (0.1%)	会話・言語	5 (0.1%)	4 (0.1%)	15 (0.4%)
3 (0.1%)	学力	4 (0.1%)	6 (0.2%)	54 (1.6%)
10 (0.3%)	精神遅滞	12 (0.3%)	26 (0.7%)	33 (1.0%)
0 (0.0%)	その他	0 (0.0%)	2 (0.1%)	6 (0.2%)
–	境界知能	–	2 (0.1%)	13 (0.4%)

小学4年生



医療機関 (n=-) 診断例		医療機関 (n=4184) 診断例	学　校 (n=3703) 診断把握数	学　校 (n=3703) 疑い含む総数
– (-%)	発達障害全体	312 (7.5%)	156 (4.2%)	304 (8.2%)
- (-%)	PDD	286 (6.8%)	102 (2.8%)	153 (4.1%)
- (-%)	多動性障害	3 (0.07%)	20 (0.5%)	47 (1.3%)
- (-%)	会話・言語	1 (0.02%)	1 (0.03%)	1 (0.03%)
- (-%)	学力	1 (0.02%)	3 (0.08%)	32 (0.9%)
- (-%)	精神遅滞	21 (0.5%)	27 (0.7%)	42 (1.1%)
- (-%)	その他	0 (0.0%)	1 (0.03%)	7 (0.2%)
- (-%)	境界知能	–	2 (0.05%)	22 (0.6%)

中学3年生

資料４　小１開始群の５年間のまとめ

発生率

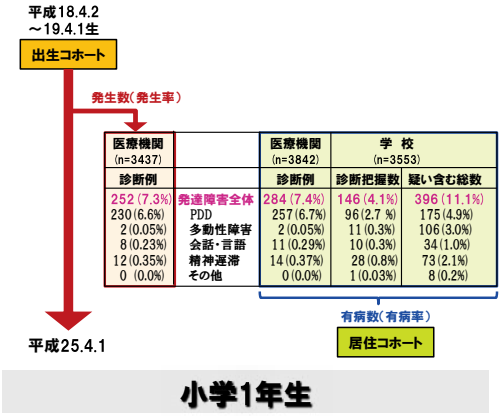
	小１	小２	小３	小４
診断数	252	283	323	332
出生数	3437	3437	3437	3437
発生率	7.3	8.2	9.4	9.7

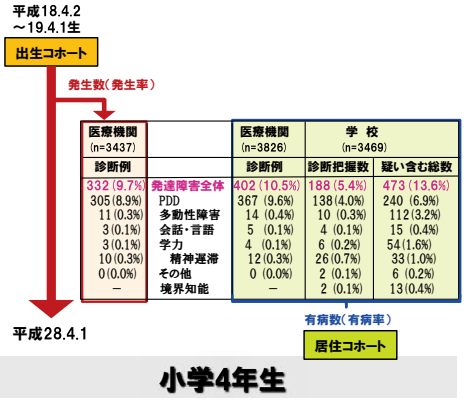
支援ニーズ

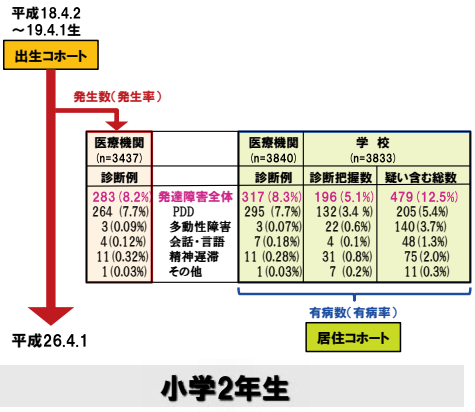
	小１	小２	小３	小４	小５
児童数	396	479	386	473	479
母数	3553	3833	3364	3469	3706
	11.1	12.5	11.5	13.6	12.9

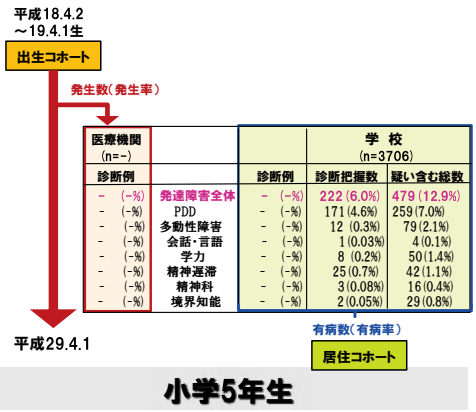
有病率

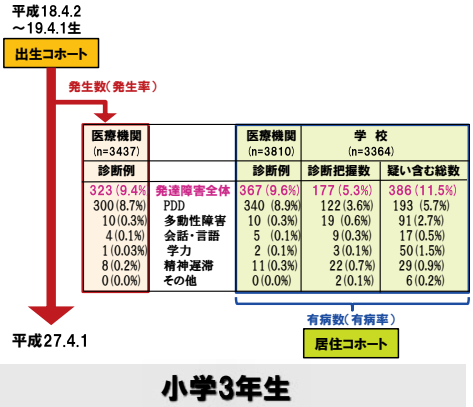
	小１	小２	小３	小４
診断数	284	317	367	402
居住数	3842	3840	3810	3826
有病率	7.4	8.3	9.6	10.5











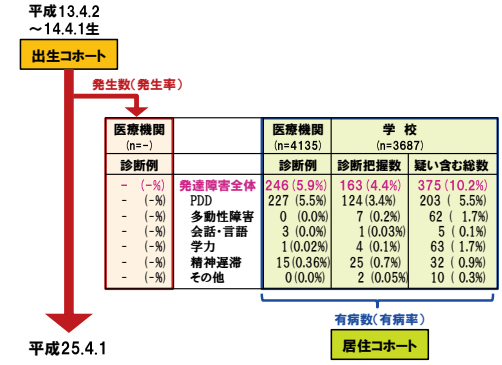
資料５　小６開始群の４年間のまとめ

有病率

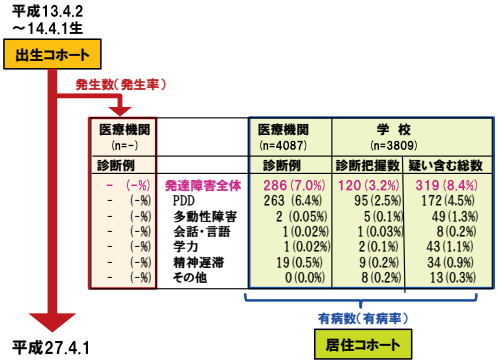
	小６	中１	中２	中３
診断数	246	237	286	312
居住数	4135	4164	4087	4184
有病率	5.9	5.7	7.0	7.5

支援ニーズ

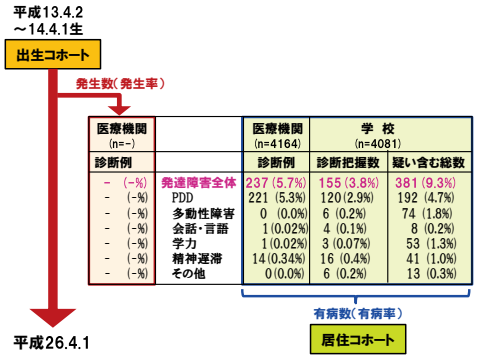
	小６	中１	中２	中３
児童数	375	381	319	304
母数	3687	4081	3809	3703
	10.2	9.3	8.4	8.2



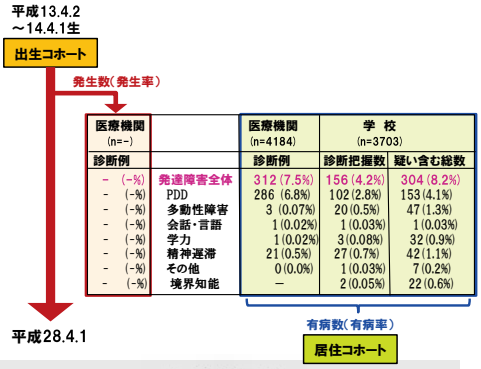
小学6年生



中学2年生



中学1年生



中学3年生

資料６　市区町村における発達障害児に関する支援状況調査票
（平成28年度調査）

市区町村名　　（　宮崎市　）

記入者氏名と所属　（　井上美佐：健康支援課　親子の健康係　主査　）

（　浜崎純一：障がい福祉課 生活支援係　主任主事　）

（　大野路子：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　）

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

項目	平成（28）年（12）月（１）日時点
総面積	643.67 km^2
総人口	404,386人
人口密度（可住地面積１km^2当たり）	1,371人
人口性比（女性100人に対する男性の数）	88.1人
世帯数	192,261世帯
１世帯当りの人数	2.1人
外国人数	1,805人
社会増	14,112人
社会減	14,197人
出生	3,678人
死亡	3,698人
出生率（人口1000対）	8.88
死亡率（人口1000対）	9.35
乳児死亡率（人口1000対）	2.5
婚姻率（人口1000対）	5.01
離婚率（人口1000対）	2.06
年少人口割合（０～14歳）	14.28％
生産年齢人口割合（15～64歳）	60.55％
老年人口割合（65歳以上）	25.17％
高齢者単身世帯の割合	7.1％
市町村内総生産（名目）	1,331,707,000千円
完全失業者数	12,875人
完全失業率	6.36％
生活保護被保護人員（人口千人当たり）	18.7人
財政力指数	0.636
市町村民税（人口１人当たり）	128,000円
児童虐待件数（年間）	延べ2,934件

2．就業人口

項目			人口（人）			構成比（%）		
			計	男	女	計	男	女
人口総数			400,583	187,619	212,964	−	−	−
就業人口総数			189,573	101,041	88,532	100	100	100
就業率			43.3	53.9	41.6	−	−	−
産業分類別就業者人口	農業		8,896	4,804	4,092	4.7	4.8	4.6
	林業		346	294	52	0.2	0.3	0.0
	漁業		372	296	76	0.2	0.3	0.0
	第１次産業		9,614	5,394	4,220	5.1	5.3	4.8
	鉱業		17	14	3	0.0	0.0	0.0
	建設業		13,972	11,775	2,197	7.4	11.7	2.5
	製造業		15,172	9,352	5,820	8.0	9.3	6.6
	第２次産業		29,141	21,141	8,020	15.4	20.9	9.1
	電気・ガス・熱供給・水道業		1,091	954	137	0.6	0.9	0.2
	情報通信業		3,549	2,342	1,207	1.9	2.3	1.4
	運輸業		7,691	6,384	1,307	4.1	6.3	1.5
	卸売・小売業		33,674	16,424	17,250	17.8	16.3	19.5
	金融・保険業		5,584	2,808	2,776	2.9	2.8	3.1
	不動産業		3,258	1,915	1,343	1.7	1.9	1.5
	飲食店・宿泊業		12,823	5,070	7,753	6.8	5.0	8.8
	医療・福祉		25,460	6,208	19,252	13.4	6.1	21.7
	教育・学習支援業		10,942	5,102	5,840	5.8	5.0	6.6
	複合サービス業		1,161	687	474	0.6	0.8	0.5
	サービス	（他に分類されないもの）	11,180	6,483	4,697	5.9	6.4	5.3
	公務		8,384	6,187	2,197	4.4	6.1	2.5
	第３次産業		138,209	67,470	70,739	72.9	66.8	79.9
	分類不能の産業		12,589	7,036	5,553	6.6	7.0	6.3

３．職業大分類別就業者数

項　目	人口（人）			構成比（%）		
	計	男	女	計	男	女
就業者総数	189,573	101,041	88,532	100	100	100
管理的職業従事者	4,419	3,710	709	2.3	3.7	0.8
専門的・技術的職業従事者	30,780	14,262	16,518	16.2	14.1	18.7
事務従事者	34,494	13,209	21,285	17.4	13.1	24.0
販売従事者	26,741	15,329	11,412	14.1	15.2	12.9
サービス職業従事者	24,499	8,163	16,336	12.9	8.1	18.5
保安職業従事者	3,355	3,136	219	1.8	3.1	0.2
農林漁業従事者	9,334	5,428	3,906	4.7	5.4	4.4
生産工程従事者	18,387	12,003	6,384	9.7	11.9	7.2
輸送・機会運転従事者	5,412	5,213	199	2.7	5.2	0.2
建設・採掘従事者	8,721	8,435	286	4.6	8.3	0.3
運輸・清掃・放送等従事者	10,970	5,150	5,820	5.8	5.1	6.6
分類不能の職業	12,461	7,003	5,458	6.6	6.9	6.2

４．地理的特性の概要

【未来を創造する太陽都市 みやざき】

宮崎市は、平成10年（1998年）に中核市に移行。平成18年に佐土原町、田野町、高岡町と、平成22年に清武町と合併。「太陽」と「緑」に象徴されるように、温暖な気候や豊かな自然に恵まれ、都市機能の集積がすすめられてきた。九州・沖縄では７番目の人口があり、南九州の中核都市として位置づけられている、プロ野球、プロサッカーのキャンプ地でも有名な観光都市でもあり、平成36年（2024年）には、市制施行100周年を迎える。

平成28年度の一般会計予算は1,605.6億円､特別会計は1,186.8億円、企業会計は373.7億円。全会計の予算総額は3,166.3億円で、前年度予算からは2.2％の増となっている。財政力指数は0.636。宮崎県全体の指数は0.3。県内では高いが、中核市では37位に相当しており、財政的な余裕は決して多くはない。また、人口も平成25年402,572人をピークに、平成29年は399,565人となり、減少が始まっている。

県庁所在地であり、市内には、県庁を初めとする県の中枢機関が置かれている。発達障害に関しても、国立、県立、市立の公的機関に加えて、民間機関が多数存在する。地方創生の中枢拠点都市として、発達障害の支援に関しても周辺地域への対応が求められている。

「未来を創造する太陽都市みやざき」は、平成30年度が初年度となる第五次宮崎市総合計画のキャッチフレーズであり､地方で人口減少という将来の変化をしっかり見据えながらも、豊かで明るいまちづくりが目指されている。

発達障害の支援システム

Ⅰ・Ⅱ 知的障害および知的障害のない発達障害

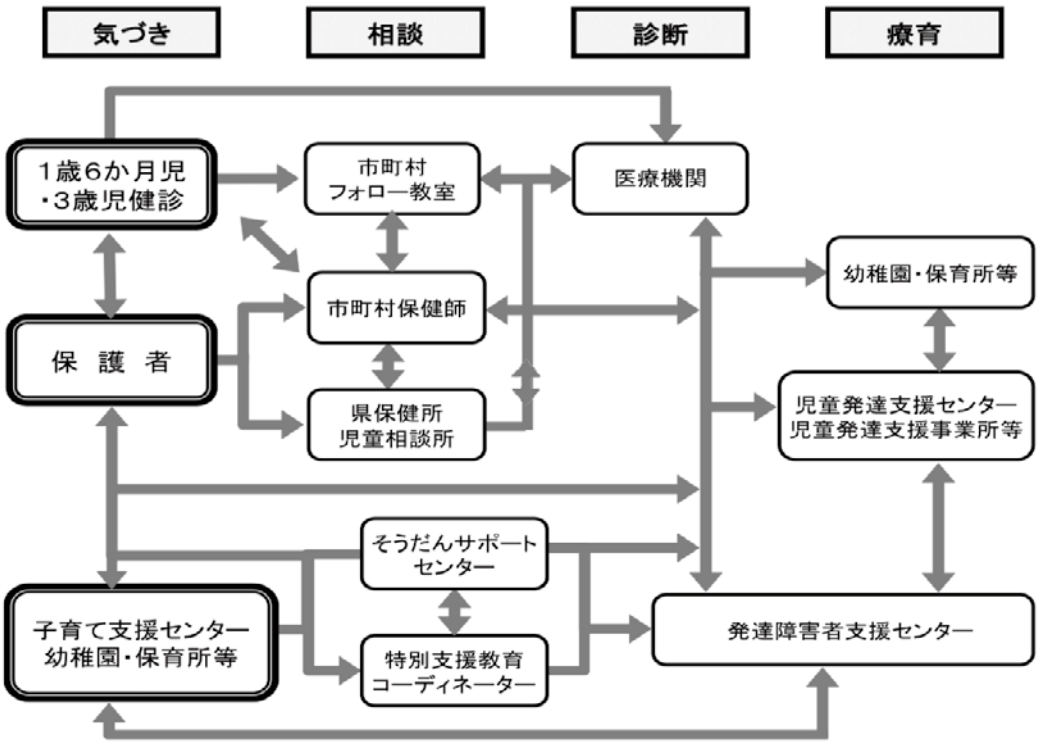
1　自治体における療育手帳の種類と基準

・県の施設である「宮崎県中央児童相談所」で判定。
・知的障害と判断された者に交付。
・判定基準　A　　重度知的障害 IQ おおむね35以下
　　B－1　中度知的障害 IQ おおむね36～50
　　B－2　軽度知的障害 IQ おおむね51～70以下
・身体障害者手帳の有無により、等級が考慮される。
・合併する行動障害の強弱によっては、判定が配慮される場合あり。
・発達障害や境界線知能（70～84）に対する公的な対応はない。
・宮崎市の療育手帳所持者3,281人（A1,448人、B1 914人、B2 919人）
（平成29年 3 月31日現在）

2　支援システムの概要

（1）モデル図

宮崎県発達障がい者支援計画（平成26年 3 月）
【就学前の発見からつなぎ支援と連携】



（2）発見の場

健診だけではなく、家庭、保育所や幼稚園などの集団場面、医療機関、子育て支援センターなどが発見の場となっている。

（3）発見から継続的な支援までの流れ

（つなぎ支援や連携については、どのような形で・・詳細に）

① 保健所

保健所への直接相談や集団健診で気づかれた後は、保健所の発達教室、発達相談を紹介。ケースによっては市センターに紹介。モデル図が目標となるが、就学前は保健所から市センターへが、基本の流れになっている。

宮崎市保健所は、組織改変が行われ、地区毎に担当保健師が決められた。１人の保健師が受け持つ区域内の家庭の保健業務の全て（母子～精神～高齢者まで）を担う。この地区担当保健師が、支援の基点となり、フォローアップでもキーマンとなっている。

② 家庭

本やネットなどの情報や祖父母や親戚の指摘などから、保健師、かかりつけ小児科医、幼稚園･保育所の担任への相談。保健所の発達教室、発達相談への紹介を経て、市センターに紹介となる。

③ 教育機関（幼稚園・保育所、小学校）

幼稚園・保育所では、担任による気づきの後、保健師への連絡、訪問支援の利用、保健所の発達相談への紹介となる。市センターへの直接の紹介もあり。

小学生では、担任の気づきがあり、診断や支援が必要となると、市センターが小学生の初診を行っていないため、発達障害を診ることができる小児科医や県立宮崎病院、国立病院機構宮崎東病院､県立こども療育センターに受診となる｡宮崎県発達障害者支援センターは原則として、医療機関では発達障害の診断後の利用となるが、初回の相談は受け付けている（継続相談の場合は診断が必要)。

④ 医療機関

一般の小児科医からは､未就学であれば､保健所の発達相談への紹介が多い。市センターへの直接紹介もある。小児科医会のネットワークから、発達障害を診ることが可能な小児科医を紹介となったり､県立宮崎病院､国立病院機構宮崎東病院､県立こども療育センターへの受診がすすめられる。

⑤ 地域子育て支援センター、児童館・児童センター

保護者からの相談や、指導員や相談員による気づきの後、保健師への連絡、保健所の発達相談への紹介となる。未就学であれば、市センターへも直接紹介される。児童館・児童センターでは、学校の担任や保護者への相談を経て、病医院への受診となる。

（4）医療の関わり方

【発達障害の診療が可能な医療施設】

宮崎市総合発達支援センター	初診は就学まで、診断、教室、訓練、薬物療法
宮崎東病院	小児～15歳、心理評価、診断、薬物療法、入院治療
県立こども療育センター	県内全域、小児、心理評価、診断、薬物療法
県立宮崎病院	18歳以降～成人の初診、診断、薬物療法、入院治療
宮崎大学病院	児童精神科医赴任、小児～思春期 診断、薬物療法
こごうメンタルクリニック	小児～成人の初診、診断、薬物療法
どんぐりこども診療所	小児の初診、診断、相談、薬物療法
なつみ小児科クリニック	小児の初診、診断、相談
友絵こどもクリニック	小児の初診、診断、心理評価、相談、訓練

（5）幼児期の継続的な支援

a　障害幼児対象の専門機関

【児童発達支援センター（福祉型）】

すぴか（市センターに併設）（定員40）　　わかば園（定員50）

県立こども療育センター（福祉型・医療型、肢体不自由）（定員10）

【児童発達支援事業所】

つくし園、おれんじ・すまいる、しんがくどう

日向の杜（多機能型）、みなみ（多機能型）

b　幼稚園・保育所・認定こども園

【発達障害を受け入れている園の数と受け入れ人数】

	受け入れ園数	受け入れ人数
保育園	36	76
認定こども園	17	48
幼稚園	8	14

【受け入れのための助成事業名（発達障害以外の障害も含む）】

・障害児保育事業費補助

・保育所障害児受入促進事業

・市立幼稚園障害幼児保育事業

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

【巡回支援専門員整備事業】

発達障害等のある児童への福祉の向上を図るため、保育所等に通う児童やその保護者が集まる施設・場に、発達障害等に関する知識を有する専門員が巡回支援を実施。

事業所 市センター（すぴか）

実施回数　82回、相談支援回数　267回

【療育等支援事業】

事業所　市センター（すぴか）、わかば園、県立こども療育センター

訪問療育支援 158件 外来療育支援 412件、施設職員等支援 333件

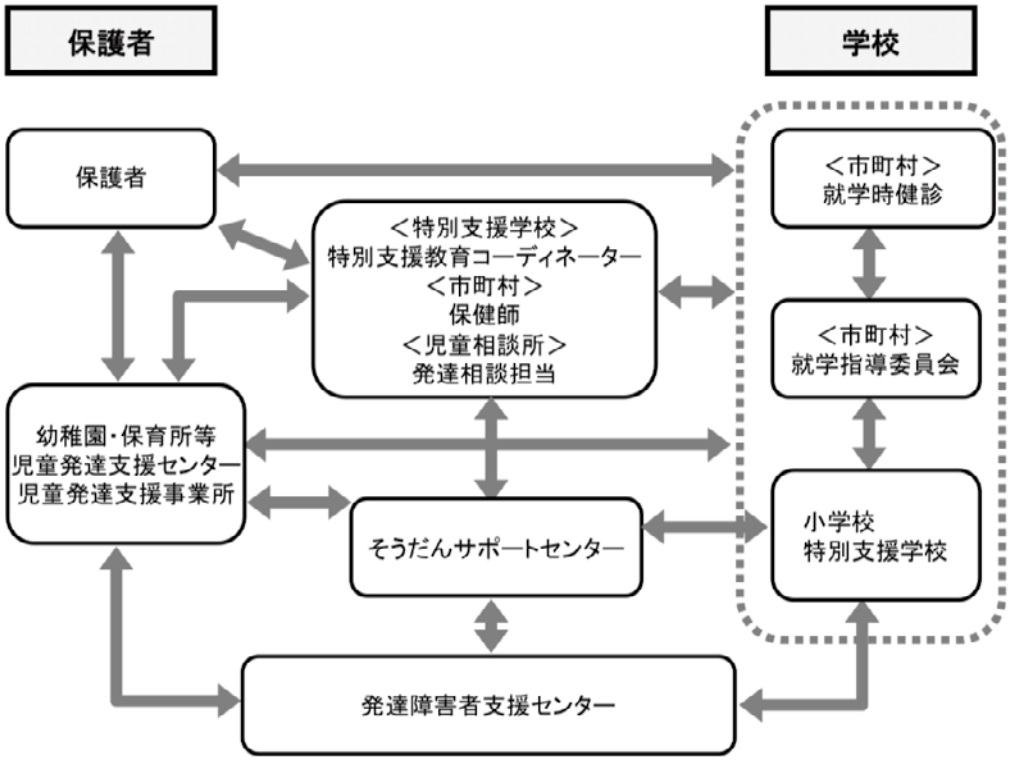
d　学校への引き継ぎ

【宮崎市自立支援協議会が引き継ぎの手引きを作成（平成26年２月 改訂）】

幼稚園･保育所（園）等と小学校の連携手引きの中に引継ぎシートが提案されている。

【宮崎県発達障がい者支援計画（平成 26 年３月）】

就学時の学校へのつなぎ



（6）学齢期の支援

a　教育システム内の支援体制

支援の中心は従来通り、各学校に配置されている特別支援教育コーディネーターで、担任と協力して個々のケースの支援を実施。また、特別支援教育の理解啓発（校内研修等）、校内委員会、ケース会議、個別の支援計画、支援員との連携、保護者との相談を行い、関係機関との調整等も行っている。特別支援クラスに加えて通級指導教室の機能拡充が検討されており、３種（授業スタッフ、スクールサポーター、生活・学習アシスタント）に分かれていた特別支援教育支援員の事業が再構築され、支援対象学級の拡大が実施されている。

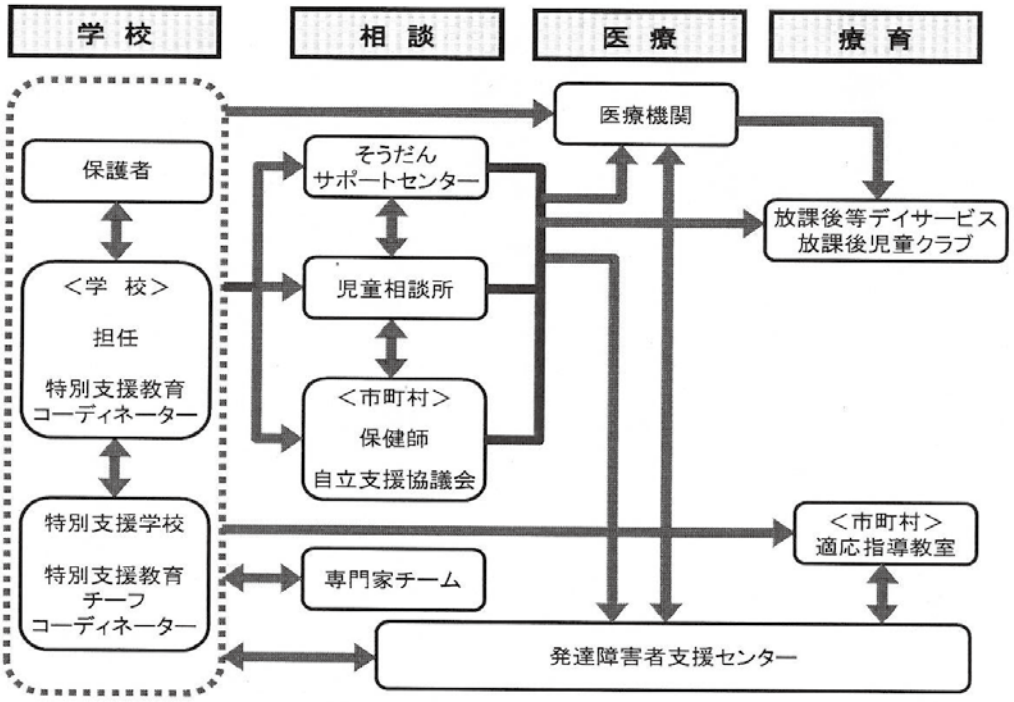
b　医療・福祉などとの連携

【宮崎市特別支援教育連絡会議】

平成24年に部局横断型の連絡会議として発足。地域ごとに、小・中学校、幼稚園・保育所、特別支援学校、医療・福祉機関が一同に会する会議を開催。中学校区ごとの中学区会が中心に実施され、特別支援学校ごとのブロック会、および全体会も設定されており、新たな連携の場としての活動がすすめられている。

【宮崎県発達障がい者支援計画（平成26年３月）】

学校と外部の連携



（7）専門家の養成

宮崎市の単独事業として計画されていない。

（8）普及啓発

宮崎市と単独事業として定期的に実施しているものはない。

Ⅲ 障害児支援の体制

1　母子保健

担当部署：【健康支援課・親子の健康係（企画、予算、事務担当)】
保健師（常勤４、非常勤２）
心理相談員　非常勤３
看護師　　非常勤３
理学療法士　常勤２
【医療介護連携課・地域保健センター：実際の健診業務担当)】
保健師（常勤35、非常勤18）
看護師（常勤１、非常勤２）

2　乳幼児健診・就学時健診（平成28年度）

	３～４か月健診	７～８か月健診	１歳児健診	１歳半健診	３歳半健診
実施主体	医療機関	医療機関	医療機関	保健所	保健所
実施回数				69	74
対象者数				3,710	3,822
受診者数	3,490	3,466	3,341	3,567	3,746
受診率	97.9	95.1	91	96.1	98
問題なし	3,033	3,071	2,984	1,829	1,945
要指導				1,021	880
要観察	295	255	203	377	228
要精密	41	19	15	80	475
管理中				258	218
要医療	8	13	8	2	0
その他	113	108	131		

3　幼稚園・保育園・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

・保育所　95、地域型保育事業　8 、幼保連携型認定こども園　43、幼稚園　26
・障害のある児童（発達障害を含む）の受け入れ、
　障害児保育事業費補助を受けている保育所とこども園　61、児童数　193
　市立幼稚園障害幼児保育事業をうけている幼稚園　19

4　専門機関

（1）知的障害児を対象とした福祉施設等

（2）知的障害のない発達障害を対象とした福祉施設等

児童発達支援等の利用状況を、平成29年度の宮崎市の資料からあげる。

種類	項目	見込値（平成29年度）	実績見込（平成29年度）	評価
児童発達支援	サービス量／月	2,714人日分	2,451人日分	90.3%
	実利用者数／月	151人	153人	101.3%
医療型児童発達支援	サービス量／月	73人日分	24人日分	32.9%
	実利用者数／月	10人	4 人	40.0%
放課後等デイサービス	サービス量／月	6,300人日分	8,371人日分	132.9%
	実利用者数／月	450人	605人	134.4%
保育所等訪問支援	サービス量／月	5 人日分	3 人日分	60.0%
	実利用者数／月	1 人	2 人	200.0%
障がい児相談支援	実利用者数／月	153人	175人	114.4%

放課後等デイサービスに関しては、利用数の経過をあげる。
デイサービス事業所は、平成26年の 16 か所から、平成29年の 45 か所に増加。
利用児童（実績値）も大きく増えており、今後も見込値より増加することが予測される。

		平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度
実利用者数／月	見込値	340	391	450	611	617	623
	実績値	386	484	623	—	—	—
利用日数／月	見込値	4,760	5,474	6,300	8,432	8,515	8,597
	実績値	4,930	6,463	8,371	—	—	—

（4）特別支援教育 小学校、支援学校、支援学級、通級指導教室

小学校	市立48校、国立１校、私立０校、特別支援学校５校	
知的障害特別支援学級	市立小48校中43校に設置	
自閉症・情緒支援学級	市立小48校中42校に設置	
通級指導教室	難聴通級指導教室（きこえの教室）	1
	言語障害指導教室（ことばの教室）	4
	情緒障害通級指導教室（こころの教室）	7
	LD・ADHD通級指導教室	11

Ⅳ 発達障害者支援法の改正等に関する質問

1　相談窓口があるか

設置されていない。

2　自治体に関係機関の連携を目的とした会議があるか

設置されていない。

3　都道府県との連携をおこなっているか

行っていない。

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があるか

行っている。
市内３ヶ所の社会福祉法人で療育等支援事業を実施。
上記のうち１ヶ所（市総合発達支援センター）では、巡回支援専門員を配置し、巡回支援も行っている。

5　発達障害に関する支援体制の中で、以下の配慮があるか

（1）女性

特に配慮等していない。

（2）日本語に通じない子ども

特に配慮等していない。

（3）療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども

保育園や幼稚園等に事業の周知を行い、早期の発見に努めている。

6　発達障害児の差別解消、いじめ・虐待防止のための対策

発達障害に限ることではないが、健常児の障害理解という観点から、市内の小学校教諭等を対象に研修会を行ったり、宮崎大学教育学部の協力を得ながら、年代に合わせた福祉教育の開発を行っている。

Ⅴ 発達障害の支援体制全般に関する自治体の課題

到達している点、今後の課題

【到達している点】

市総合発達支援センターや療育等支援事業実施事業所に繋がったケースについては、同センター等を中心に、障害福祉関係事業所等が連携を取り、各種支援に繋がっている。

【今後の課題】

・上記事業所以外の指定事業所については、知識や技量の差が目立つ。

・困難ケース（特に親の受容がない場合等の対応）について､対応できる事業所が少ない。

・市の関係部署内において、発達障害への理解度が低く、早期発見の重要性が浸透していないことから、各部署の施策に反映されにくい。

以上を踏まえると、指定事業所のスキルアップ、発達障害の理解促進が早急な対策として挙げられる。

市町村名	人口	出生数	５歳健診	発達相談	発達教室	巡回相談	心理評価	言語訓練	小学校CO	支援学校	発障Ｃ	協力病院・機関
宮崎市	399,709	3,600	なし	２回/月	２回/月	あり	あり	２回/月			○	市センター どんぐり診療所
国富町	19,090	116	５歳相談	個別	なし	希望時	あり	２回/月		○		
綾町	7,120	66	５歳相談	個別	なし	あり	あり	あり	○	○		
西都市	29,883	206	５歳相談	１回/月	１回/月	各園１回/年	あり	なし	○	○		鶴田病院
新富町	16,874	140	なし	６回/年	１回/月	２～３回/年	あり	６回/月	○	○		東病院・鶴田病院
高鍋町	20,576	189	なし	１回/月	なし	２回/年	児発所	あり		○		鶴田病院
川南町	15,620	99	なし	８回/年	なし	あり	あり	１回/週		○	○	鶴田病院
木城町	5,169	59	５歳相談	６回/年	４回/年	１回/年	児発所	１回/月				宮日母子福祉事業団
西米良村	1,062	7	なし	健診後	１回/月	１回/月	児発所	なし				西米良診療所
都農町	10,253	82	なし	３回/年	１回/月	３回/年	あり	２回/月		○	○	都農町国保病院
周辺市町村計	125,647	964										
宮崎市との合計	525,356	4,564										

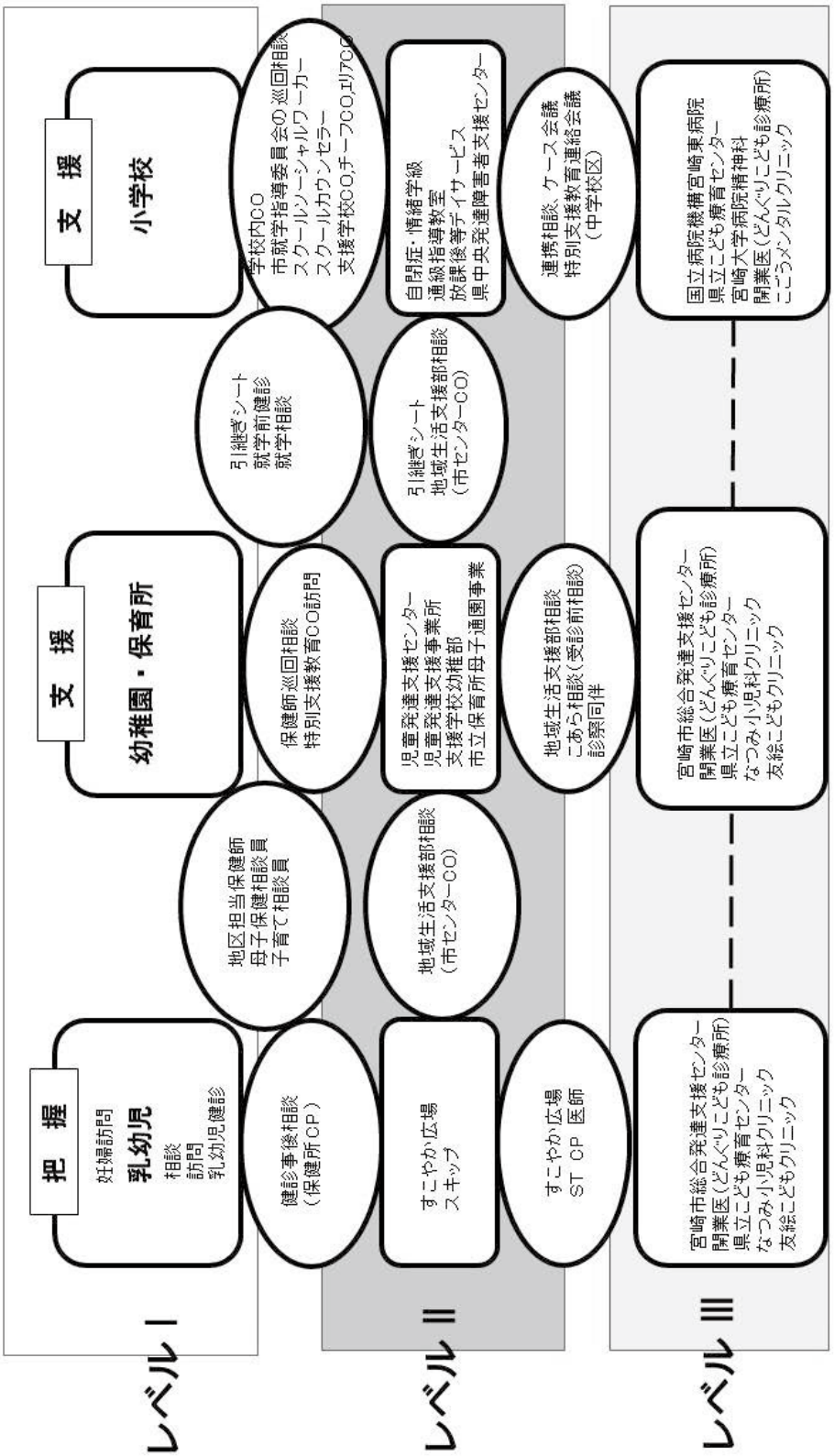
小学校ＣＯ　小学校の特別支援教育コーディネーター

支援学校　　支援学校のコーディネーター

発障Ｃ　　発達障害者支援センター相談員

児発所　　児童発達支援事業所（はぐはぐ）

資料８　宮崎市の地域評価図



平成29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）
発達障害の子どもの支援ニーズの継時的推移に関する多地域調査

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

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　須佐　史信　（はこだて療育・自立支援センター診療所所長、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）
廣瀬　三恵子（函館中央病院小児科、小児科医）
加藤　知子　（かとうメンタルクリニック副院長、精神科医）

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（25年度の小学校１年生と同６年生の２集団）の支援ニーズの推移と、それに対する地域でのサービス整備の状況を調べた。28年度の総括・分担報告書で中間報告として骨子を述べたが、本年度は各種アンケート調査の集計結果をふまえて改めて報告する。１）教育機関への調査として、28、29年度の両年度、対象となる小学校、中学校、特別支援学校に対してアンケート調査を行い、全校から回答を得た。25年度から毎年度行っており推移を追跡できた。ほぼ全数のデータを得られた26年度以降、何らかの発達の遅れや偏りを認める子どもの割合は、当初１年生のコホートでは10～11％台で推移し大きく変化しなかった。当初６年生のコホートでは７％台で推移していたが、中学校３年生になると5.9％に減少した。特徴の種別としては、全学年を通じて広汎性発達障害の特徴が最多で50％前後だった。多動性障害の特徴は小学校３年生をピークに次第に減少した。一方、学習障害や精神遅滞の特徴は増加した。医療機関への受診率や不登校率は次第に増加し、ともに広汎性発達障害の群で顕著だった。２）医療機関への調査として、29年度、小児の発達障害を診断している函館市内の医療機関４施設に対して当初１年生のコホートについてアンケート調査を行い、全施設から回答を得た。26年度に続き２回目で、前回と比較した。実数はともに100人前後で、有病率は５％台だった。診断名は広汎性発達障害が最多の80％台で変化はなかった。診断時年齢は３歳台と６歳台にピークがあるが、就学後も小学校３年生までは高水準だった。IQは過半数が平均以上だった。３）支援サービスの供給側である行政への調査として、28年度、函館市に対してサービスの整備や連携の状況に関するアンケート調査を行った。25年度に続き２回目。児童発達支援事業や放課後等デイサービスなどの事業者数の伸びが顕著で、乳幼児健診でのフォロー率が激増した。早期療育を受けられる機会が増していることがうかがわれた。一方、行政、医療機関、療育機関の連絡・連携は不十分だった。医療機関の受診までの待機期間の長さも課題と考えられた。

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、有病率などでみると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．発達障害の支援ニーズに関する調査

1）教育機関調査

平成28年度、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26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道立特別支援学校（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25～27年度の調査対象と同一コホート（25年度の小学校1年生と同6年生）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。

平成29年度、同様の手法で、29年4月2日

現在で函館市に住所のある小学校５年生についてアンケート調査を行った。ただ、28年度に中学校３年生だったコホートに関しては、中学校卒業後で追跡が困難であるため調査対象としなかった。25年度に小学校１年生だったコホートに関しては５年間、小学校６年生だったコホートに関しては４年間、毎年度の調査を行ったことになる。

２）医療機関調査

函館中央病院倫理委員会での承認を得て、平成29年度に実施した。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、函館中央病院小児科、かとうメンタルクリニック、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29年度の小学校５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、知能指数を調査した。同様の調査は26年度、小学校２年生､中学校１年生を対象に行った。このため、同一コホートの小学校２年生時点と同５年生時点との比較が可能になった。

２．地域特性に関する調査

平成28年度、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。25年度に続き２回目の調査であり、前回との比較を行った。

（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。

医療機関への調査では、個人を特定できないよう、実名は用いず、イニシャルと生年月日によるデータとした。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、イニシャル、性別、生年月日により照合した。

Ｃ．研究結果

１．発達障害の支援ニーズに関する調査

１）教育機関調査

平成28年度、函館市立小学校46校、同中学校26校、道立・国立特別支援学校７校への依頼に対して、全校から回答を得た。うち小学校１校が無効回答だったため、集計から除外した。29年度は函館市立小学校46校、道立・国立特別支援学校７校へ依頼し、全校から回答を得た。うち小学校１校が無効回答だったため、集計から除外した。

小学校４年生在籍2083名（男1100名、女983名)、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、27年度調査と著変はなかった。小学校５年生在籍1770名（男925名、女845名)、そのうち遅れや偏りのある児童は199名（男149名、女50名）だった。総数に占める割合は11.2％（男16.1％、女5.9％）で、28年度調査と著変はな

かった。

特徴種別では、小学校４年生、同５年生とも広汎性発達障害が最多で、48.4％（４年生）、55.8％（５年生）だった。次いでともに多動性障害だが、21.2％（４年生）、13.1％（５年生）と減少傾向が見られた。精神遅滞が12.9％（４年生）、12.6％（５年生）と続いた。

医療機関への受診率は44.2％（４年生）、53.8％（５年生）と増加した。総数が２桁の特徴種別で比較すると、広汎性発達障害の受診率が高く63.8％（４年生）、73.9％（５年生）、次いで精神遅滞が32.1％（４年生）、32.0％（５年生）、多動性障害が30.4％（４年生）、26.9％（５年生）だった。未受診の理由としては、「学校としては必要性を感じているが、家族の理解が得られない」「家族も学校も必要性を感じない」が多かった。

発達に遅れや偏りを認める子どもの不登校率は1.4％（４年生）、3.0％（５年生）だった。特に広汎性発達障害に多く、不登校中の割合で100％（４年生）、66.7％（５年生）だった。

中学校３年生は在籍1877名（男998名、女875名）で、そのうち遅れや偏りのある生徒は110名（男80名、女30名）だった。総数に占める割合は5.9％（男8.0％、女3.5％）で、27年度調査から２ポイントの減少だった。

特徴種別では、広汎性発達障害が54.6％、精神遅滞21.8％、学習障害16.4％だった。

医療機関への受診率は60.9％で、総数が２桁の特徴種別で比較すると、広汎性発達障害の受診率が高く81.7％、精神遅滞が45.8％だった。未受診の利用としては、「学校としては必要性を感じているが、家族の理解が得られない」が多かった。

不登校率は17.3％と小学生に比して激増し、不登校中の割合では広汎性発達障害78.9％、精神遅滞15.8％だった。

２）医療機関調査

小児の発達障害を診断する函館市内の医療機関４施設への依頼に対して、全施設から有効回答を得た。重複受診例は１例だった。ICD-10 に基づき発達障害と診断された小学校５年生の受診者は90名（男71名、女19名）で、小学校５年生全体に占める有病率は5.0％だった。学校が受診を把握している小学校５年生107名と近い値だった。

診断種別では、広汎性発達障害が83.3％（有病率4.2％）、多動性障害12.2％（同0.6％）、精神遅滞3.3％（同0.2％）だった。診断時年齢では３歳台18.9％、６歳台14.4％とピークを成し、その後も９歳台まで10％台の高水準が続いた。

知能指数（IQ）はWISC知能検査（ⅢまたはⅣ）、田中ビネー式知能検査で評価した。平均以上（IQ86以上）が48.8%でほぼ半数を占め、境界域（IQ71-85）23.3%を含めると７割を占めた。

２．地域特性に関する調査

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（4.4%減）、少子高齢化（出生数14.2%減、老年人口割合５ポイント増）は一層進行していたが、財政力指数（0.46台）は横ばいだった。

一方、各種の支援サービスの増加が顕著だった。児童発達支援センター４か所（前回３か所）、児童発達支援事業10か所（同４か所）、放課後等デイサービス33か所（同13か所）、保育所等訪問支援４か所、障害児相談支援事業15か所と、事業所数は激増し利用者も伸びていた。

特別支援学級の設置数は市立小学校46校中

37校（知的障がい31校、自閉症・情緒障がい35校、肢体不自由３校、病弱１校）、市立中学校26校中18校（知的障がい13校、自閉症・情緒障がい15校）だった。総設置校数は大きく変化はなかったが、小学校の知的障がい級が26校から大きく増加した。また、言語障がい通級指導教室（ことばの教室）が市立小学校３校に設置されており、函館市全域の小学校普通学級から通級可能で、88人が利用している。

また、乳幼児健診では、主として発達障がいを疑われて要指導になる率が大きく増加した。１歳６か月健診のフォロー率（要指導と要医療）は5.4%から13.0%になり、要指導195人中167人（86%）が発達障がい疑いだった。また、３歳児健診でのフォロー率（同）は13.8%から18.4%となり、要指導213人中186人（87%）が発達障がい疑いだった。

D．考察

原則として、教育機関からのアンケート回収率が低かった平成25年度を除き、26年度から29年度までのデータをもとに考察した。

何らかの発達の遅れや偏りを認める子どもの割合は、当初小学校１年生のコホートでは小学校２年生から同５年生まで10～11％台で推移し、実数で比較しても200人前後と大きな変動はなかった。それに対して、当初６年生のコホートでは中学校１～２年生では７％台だったが、同３年生になると5.9％に減少した。

特徴種別としては、全学年を通じて広汎性発達障害の特徴が最多で46～60％とほぼ半数を占めた。多動性障害は小学校３年生の26％をピークに次第に減少し、中学生では一桁だった。一方、学習障害は小学生で９～12％台、中学生で16～17％台、精神遅滞は小学生で８～12%台、中学生で12～21％と、ともに学年が上がると増加した。あくまでも教師側から見た特徴であるので、行動上の問題が優先され社会性やコミュニケーションの苦手さは軽度であれば看過されがちであること、また、学習障害と精神遅滞が判別しにくいことなどのバイアスがあると思われる。

また、受診率は小学校４年生までは40％台だが、同５年生で50％台になり、中学３年生では60％を超え、明らかに経年で増加傾向を示した。不登校に関しては、小学校高学年から増加し、中学生では10％以上となった。ただ、不登校の定義を特定の半年間の欠席日数としたので、過去の不登校の有無は不明であり、またフリースクール利用者や病欠扱いは含まれていないと思われるので、実数はさらに多いと考えられる。

これらから､別のコホートではあるものの、教師から見た小学生と中学生での行動面、学習面での困難感の差違が認められる。すなわち、学年が上がるにつれて多動性・衝動性が軽減し、集団適応が改善する例が一定数いることがうかがわれる。一方、広汎性発達障害の比率が増加し、その群で受診率や不登校の率も増加していた｡自閉症特性が明瞭な例や、環境とのミスマッチが大きい例、自他の差違を否定的に認識してしまう例などでは、学年が上がるにつれて２次障害を生じ、集団適応が不良となることが想像される。また、学習内容の高度化に伴い、軽度の精神遅滞が判明する例も多いと思われた。

環境の面に着目すると、小学校と中学校では急激に環境が変化すること、一般に小学校に比べて中学校では教師の発達障害に関する知識や配慮が不十分であることなどが挙げられる。このため、子どもの行動の変容が急激に促されることや、教師が子どもの特性を把

握できていないこと等が生じ、中学校では実数が低く見積もられている可能性がある。中学校１年生での不登校率の急激な増加もこれを示唆するものと考えられる。

教育機関調査　発達に遅れや偏りのある児童・生徒の推移

	小学校１年生	小学校２年生	小学校３年生	小学校４年生	小学校５年生
全児童中の割合	8.4%	11.0%	10.8%	10.4%	11.2%
特徴の種別内訳(上位４種)					
広汎性発達障害	54.5%	47.4%	46.2%	48.4%	55.8%
注意欠如・多動性障害	17.0%	18.0%	26.2%	21.2%	13.1%
精神遅滞	14.8%	11.9%	8.2%	12.9%	12.6%
学習障害	NA	10.0%	11.3%	12.4%	9.1%
受診率	56.8%	42.7%	44.6%	44.2%	53.8%
不登校率	NA	0.5%	2.6%	1.4%	3.0%

	小学校６年生	中学校１年生	中学校２年生	中学校３年生
全児童・全生徒中の割合	7.4%	7.0%	7.9%	5.9%
特徴の種別内訳(上位４種)				
広汎性発達障害	45.0%	54.9%	60.0%	54.6%
注意欠如・多動性障害	3.8%	9.7%	8.0%	3.6%
精神遅滞	20.0%	17.4%	12.7%	21.8%
学習障害	12.5%	17.4%	16.0%	16.4%
受診率	63.9%	51.4%	56.7%	60.9%
不登校率	10.0%	12.5%	10.0%	17.3%

医療機関調査では、発達障害の診断数がやや減少した。平成25年度の小学校２年生の診断数106名（男83名、女23名)、小学校２年生全体に占める有病率5.5％に対して、29年度の小学校５年生では90名、有病率5.0％だった。転出や受診中断例があると思われる。男女比はともにほぼ８：１で、最多診断名も広汎性発達障害でともに80％台だった。５年生では女児の多動性障害がやや増えており、診断時年齢の男女差もふまえると、不注意優勢型の女児が比較的高学年で診断されていると思われる。教育機関調査とは診断名(特徴名)の割合が乖離している原因は、それぞれの着目点の違いによると考えられる。すなわち、医療機関は現症としての重要度よりICD-10のヒエラルキーに基づき診断するが、教育機関は日々の現症を優先する違いであろう。

診断時年齢は３歳台と６歳台にピークがあり、３歳児健診後のフォローや就学先の検討が受診契機であるとみられる。就学後も小学

校３年生までは高水準だった。乳幼児健診でフォローされない層は、まず小学校低学年で集団適応の困難さが表面化しやすいことがうかがわれた。知能指数は過半数が平均以上だった。高機能発達障害の受診増が裏付けられた。

サービス供給の面では、児童発達支援事業や放課後等デイサービスなどの事業者数の伸びが顕著で、利用者も増加していた。明らかなニーズがあったことが裏付けられた。函館市は当初、デイサービス利用に際しては障害者手帳や診断名を求めていた。しかし、利用ニーズが大きい半面、専門医療機関の待機期間が長期化しているため、発達障害としての診断名を求めず、療育を必要とする「言語発達遅滞」など状態像の診断で認める方針に転じた。このため、発達障害を確定診断しない一般医療機関の受診でもデイサービス利用が可能となった。

療育施設の増加に加え、乳幼児健診でのフォロー率の増加も、早期療育に向けた追い風になっている。

特別支援学級のうち、自閉症・情緒障がい級の数はほぼ同じだが、知的障がい級が増加した。より子どもの特性に応じた少人数の学級編成が進んでいると思われる。

一定のサービス体制の充実が認められる一方、その運営では課題も多かった。サービス事業者間の連携は不十分で、支援の質の評価法については明確なものはいまだない。また、行政、医療機関、療育機関の間の連絡・連携も不十分である。さらに、29年度現在、函館市内の専門医療機関の受診までの待機期間は早くても８か月以上になっており、大きな課題である。

しかし、地域の状況として財政難による硬直した予算運営や専門スタッフの恒常的な不足などの制約があり、短期的な解決は困難である。長期的には複数の専門医療機関や療育センターを統合し、スケールメリットや専門性の向上を図ることが期待される。また、発達障害の診断を経ずとも、発達障害支援のエッセンスを得られる支援体制の構築が求められる。すなわち児童発達支援事業などをさらに利用しやすく、かつ質を高めていくこと、また、一般の保育園・幼稚園や学校の支援能力の向上を図ること、ひいては家庭や地域などに発達障害支援のモチベーションや知識を広めていくことが必須と考えられる。

E．結論

函館市における発達障害支援のニーズとサービス体制の推移を、平成25年度から29年度まで追跡した。その結果、学校で発達障害が疑われる率は小学生で10％前後、中学生で６～７％だった。特徴の種別では、全学年を通じて広汎性発達障害が最多、多動性障害は減少し、精神遅滞は増加した。医療機関への受診率や不登校の率は増加した。医療機関での調査でも広汎性発達障害が最多で、診断時期は３歳と６歳にピークがあった。高機能発達障害が過半数を占めた。支援サービスは増加し、早期発見・療育の流れも進んだが、行政、医療機関、療育機関の連携などサービス運用には課題が認められた。

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：函館市における発達障害支援の状況に関する研究（中間報告）―平成25年度総括・分担研究報告書（H25―身体・知的―一般―008），2014。

3）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：函館市における発達障害支援の状況に関する研究―平成26年度総括・分担研究報告書（H26―身体・知的―一般―008），2015。

4）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：函館市在住の小学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成25年度調査）―平成26年度総括・分担研究報告書（H26―身体・知的―一般―008），2015。

5）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：函館市在住の小中学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成26年度調査）―平成26年度総括・分担研究報告書（H26―身体・知的―一般―008），2015。

6）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：函館市における発達に遅れや偏りを持つ子どもに関する医療機関調査―平成26年度総括・分担研究報告書（H26―身体・知的―一般―008），2015。

7）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：函館市在住の小中学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成26年度調査）（修正版）―平成27年度総括・分担研究報告書（H26―身体・知的―一般―008），2016。

8）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：函館市在住の小中学生における発達に遅れや偏りのある子どもに関する調査（平成27年度調査）―平成27年度総括・分担研究報告書（H26―身体・知的―一般―008），2016。

9）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。

10）須佐史信：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：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）―平成28年度総括・分担研究報告書（H28―身体・知的―一般―001），2017。

教育機関調査　表１-１　発達の遅れや偏りの特徴の種別と割合（小学校４年生、５年生）

	小学校４年生（総数）						小学校５年生（総数）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
特徴の種別	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	105	48.4%	85	48.9%	20	46.5%	111	55.8%	94	63.1%	17	34.0%
注意欠如・多動性障害	46	21.2%	41	23.6%	5	11.6%	26	13.1%	23	15.4%	3	6.0%
コミュニケーション障害・構音障害	6	2.8%	5	2.9%	1	2.3%	8	4.0%	4	2.7%	4	8.0%
学習障害	27	12.4%	23	13.2%	4	9.3%	18	9.1%	7	4.7%	11	22.0%
精神遅滞	28	12.9%	17	9.8%	11	25.6%	25	12.6%	15	10.1%	10	20.0%
その他	5	2.3%	3	1.7%	2	4.7%	11	5.5%	6	4.0%	5	10.0%
計	217	100%	174	100%	43	100%	199	100%	149	100%	50	100%

	小学校４年生（医療機関の受診あり）						小学校５年生（医療機関の受診あり）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
特徴の種別	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	67	69.8%	56	73.7%	11	55.0%	82	76.6%	69	85.2%	13	50.0%
注意欠如・多動性障害	14	14.6%	12	15.8%	2	10.0%	7	6.5%	5	6.2%	2	7.7%
コミュニケーション障害・構音障害	2	2.1%	2	2.6%	0	0.0%	4	3.7%	2	2.5%	2	7.7%
学習障害	4	4.2%	2	2.6%	2	10.0%	3	2.8%	0	0.0%	3	11.5%
精神遅滞	9	9.4%	4	5.3%	5	25.0%	8	7.5%	4	4.9%	4	15.4%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.8%	1	1.2%	2	7.7%
計	96	100%	76	100%	20	100%	107	100%	81	100%	26	100%

教育機関調査　表１-２　発達の遅れや偏りの特徴の種別と割合（中学校３年生）

	中学校３年生（総数）					
	男女計		男		女	
特徴の種別	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	60	54.6%	48	60.0%	12	40.0%
注意欠如・多動性障害	4	3.6%	4	5.0%	0	0.0%
コミュニケーション障害・構音障害	1	0.9%	1	1.3%	0	0.0%
学習障害	18	16.4%	10	12.5%	8	26.7%
精神遅滞	24	21.8%	15	18.8%	9	30.0%
その他	3	2.7%	2	2.5%	1	3.3%
計	110	100%	80	100%	30	100%

	中学校３年生（医療機関の受診あり）					
	男女計		男		女	
特徴の種別	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	49	73.1%	41	77.4%	8	57.1%
注意欠如・多動性障害	3	4.5%	3	5.7%	0	0.0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学習障害	4	6.0%	2	3.8%	2	14.3%
精神遅滞	11	16.4%	7	13.2%	4	28.6%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	67	100%	53	100%	14	100%

教育機関調査　表２　発達の遅れや偏りの特徴の種別と全生徒中に占める割合

	小学校４年生（総数）						小学校５年生（総数）					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
特徴の種別	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	105	5.0%	85	7.7%	20	2.0%	111	6.3%	94	10.2%	17	2.0%
注意欠如・多動性障害	46	2.2%	41	3.7%	5	0.5%	26	1.5%	23	2.5%	3	0.4%
コミュニケーション障害・構音障害	6	0.3%	5	0.5%	1	0.1%	8	0.5%	4	0.4%	4	0.5%
学習障害	27	1.3%	23	2.1%	4	0.4%	18	1.0%	7	0.8%	11	1.3%
精神遅滞	28	1.3%	17	1.6%	11	1.1%	25	1.4%	15	1.6%	10	1.2%
その他	5	0.2%	3	0.3%	2	0.2%	11	0.6%	6	0.7%	5	0.6%
計	217	10.4%	174	15.8%	43	4.4%	199	11.2%	149	16.1%	50	5.9%

	中学校３年生（総数）					
	男女計		男		女	
特徴の種別	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	60	3.2%	48	4.8%	12	1.4%
注意欠如・多動性障害	4	0.2%	4	0.4%	0	0.0%
コミュニケーション障害・構音障害	1	0.1%	1	0.1%	0	0.0%
学習障害	18	1.0%	10	1.0%	8	0.9%
精神遅滞	24	1.3%	15	1.5%	9	1.0%
その他	3	0.2%	2	0.2%	1	0.1%
計	110	5.9%	80	8.1%	30	3.4%

教育機関調査　表３-１　発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診　（小学校４年生、５年生）

	小学校４年生								
	男女計			男			女		
特徴の種別	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	105	67	63.8%	85	56	65.9%	20	11	55.0%
注意欠如・多動性障害	46	14	30.4%	41	12	29.3%	5	2	40.0%
コミュニケーション障害・構音障害	6	2	33.3%	5	2	40.0%	1	0	0.0%
学習障害	27	4	14.8%	23	2	8.7%	4	2	50.0%
精神遅滞	28	9	32.1%	17	4	23.5%	11	5	45.5%
その他	5	0	0.0%	3	0	0.0%	2	0	0.0%
計	217	96	44.2%	174	76	43.7%	43	20	46.5%

	小学校５年生								
	男女計			男			女		
特徴の種別	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	111	82	73.9%	94	69	73.4%	17	13	76.5%
注意欠如・多動性障害	26	7	26.9%	23	5	21.7%	3	2	66.7%
コミュニケーション障害・構音障害	8	4	50.0%	4	2	50.0%	4	2	50.0%
学習障害	18	3	16.7%	7	0	0.0%	11	3	27.3%
精神遅滞	25	8	32.0%	15	4	26.7%	10	4	40.0%
その他	11	3	27.3%	6	1	16.7%	5	2	40.0%
計	199	107	53.8%	149	81	54.4%	50	26	52.0%

教育機関調査　表３-２　発達に遅れや偏りのある子どもの医療機関受診　（中学校３年生）

	中学校３年生								
	男女計			男			女		
特徴の種別	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率	総数	受診あり	受診率
広汎性発達障害	60	49	81.7%	48	41	85.4%	12	8	66.7%
注意欠如・多動性障害	4	3	75.0%	4	3	75.0%	0	0	
コミュニケーション障害・構音障害	1	0	0.0%	1	0	0.0%	0	0	
学習障害	18	4	22.2%	10	2	20.0%	8	2	25.0%
精神遅滞	24	11	45.8%	15	7	46.7%	9	4	44.4%
その他	3	0	0.0%	2	0	0.0%	1	0	0.0%
計	110	67	60.9%	80	53	66.3%	30	14	46.7%

教育機関調査　表４-１　不登校児童数　（小学校４年生、５年生）

	小学校４年生（全児童数= 2,083）				
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	全児童に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	105	3	100.0%	0.14%	2.86%
注意欠如・多動性障害	46	0	0.0%	0.00%	0.00%
コミュニケーション障害・構音障害	6	0	0.0%	0.00%	0.00%
学習障害	27	0	0.0%	0.00%	0.00%
精神遅滞	28	0	0.0%	0.00%	0.00%
その他	5	0	0.0%	0.00%	0.00%
計	217	3	100.0%	0.14%	1.38%

	小学校５年生（全児童数= 1,770）				
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	全児童に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	111	4	66.7%	0.23%	3.60%
注意欠如・多動性障害	26	0	0.0%	0.00%	0.00%
コミュニケーション障害・構音障害	8	0	0.0%	0.00%	0.00%
学習障害	18	1	16.7%	0.06%	5.56%
精神遅滞	25	0	0.0%	0.00%	0.00%
その他	11	1	16.7%	0.06%	9.09%
計	199	6	100.0%	0.34%	3.02%

教育機関調査　表４-２　不登校生徒数　（中学校３年生）

	中学校３年生（全生徒数= 1,877）				
特徴の種別	在籍数	不登校数	不登校中の割合	全生徒に占める割合	特徴の種別中に占める割合
広汎性発達障害	60	15	78.9%	0.80%	25.00%
注意欠如・多動性障害	4	0	0.0%	0.00%	0.00%
コミュニケーション障害・構音障害	1	0	0.0%	0.00%	0.00%
学習障害	18	1	5.3%	0.05%	5.56%
精神遅滞	24	3	15.8%	0.16%	12.50%
その他	3	0	0.0%	0.00%	0.00%
計	110	19	100.0%	1.01%	17.27%

教育機関調査　表５　発達に遅れや偏りのある児童・生徒の推移　（全児童生徒に占める割合と特徴の種別内訳）

	小学校１年生	小学校２年生	小学校３年生	小学校４年生	小学校５年生
全児童中の割合	8.4%	11.0%	10.8%	10.4%	11.2%
特徴の種別内訳					
広汎性発達障害	54.5%	47.4%	46.2%	48.4%	55.8%
注意欠如・多動性障害	17.0%	18.0%	26.2%	21.2%	13.1%
コミュニケーション障害・構音障害	10.2%	8.5%	4.1%	2.8%	4.0%
学習障害	NA	10.0%	11.3%	12.4%	9.1%
精神遅滞	14.8%	11.9%	8.2%	12.9%	12.6%
その他	3.4%	4.3%	4.1%	2.3%	5.5%
計	100%	100%	100%	100%	100%

	小学校６年生	中学校１年生	中学校２年生	中学校３年生
全児童・全生徒中の割合	7.4%	7.0%	7.9%	5.9%
特徴の種別内訳				
広汎性発達障害	45.0%	54.9%	60.0%	54.6%
注意欠如・多動性障害	3.8%	9.7%	8.0%	3.6%
コミュニケーション障害・構音障害	3.8%	0％	0.7%	0.9%
学習障害	12.5%	17.4%	16.0%	16.4%
精神遅滞	20.0%	17.4%	12.7%	21.8%
その他・不明	15.0%	0.7%	2.7%	2.7%
計	100%	100%	100%	100%

医療機関調査 表１ 診断名内訳

	小学校２年生						小学校５年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
特徴の種別	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
広汎性発達障害	91	85.8%	73	88.0%	18	78.3%	75	83.3%	62	87.3%	13	68.4%
注意欠如・多動性障害	8	7.5%	7	8.4%	1	4.3%	11	12.2%	7	9.8%	4	21.0%
コミュニケーション障害・構音障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学習障害	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	1	1.1%	1	1.4%	0	0.0%
精神遅滞	5	4.7%	1	1.2%	4	17.4%	3	3.3%	1	1.4%	2	10.5%
その他	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	0	3.0%	0	3.8%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	106	100%	83	100%	23	100%	90	100%	71	100%	19	100%

医療機関調査　表２ 診断時年齢

	小学校２年生						小学校５年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
年齢区分(歳)	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
2	12	11.3%	11	13.3%	1	4.3%	6	6.7%	6	8.5%	0	0.0%
3	21	19.8%	18	21.7%	3	13.0%	17	18.9%	14	19.7%	3	15.8%
4	15	14.2%	15	18.1%	0	0.0%	7	7.8%	7	9.9%	0	0.0%
5	20	18.9%	13	15.7%	7	30.4%	9	10.0%	5	7.0%	4	21.0%
6	24	22.6%	17	20.5%	7	30.4%	13	14.4%	11	15.5%	2	10.5%
7	11	10.4%	8	9.6%	3	13.0%	11	12.2%	9	12.7%	2	10.5%
8	4	3.8%	2	2.4%	2	8.7%	10	11.1%	7	9.9%	3	15.8%
9							10	11.1%	8	11.3%	2	10.5%
10							6	6.7%	3	4.2%	3	15.8%
11							1	1.1%	1	1.4%	0	0.0%
計	106	100%	83	100%	23	100%	90	100%	71	100%	19	100%

医療機関調査　表３　　IQまたはDQ

	小学校２年生						小学校５年生					
	男女計		男		女		男女計		男		女	
IQまたはDQ	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
>116	6	5.7%	5	6.0%	1	4.3%	4	4.4%	3	4.2%	1	5.3%
86-115	50	47.2%	38	45.8%	12	52.2%	40	44.4%	33	46.5%	7	36.8%
71-85	17	16.0%	13	15.7%	4	17.4%	21	23.3%	18	25.4%	3	15.8%
51-70	19	17.9%	15	18.1%	4	17.4%	12	13.3%	9	12.7%	3	15.8%
31-50	12	11.3%	10	12.0%	2	8.7%	8	8.9%	6	8.5%	2	10.5%
21-30	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%	1	1.4%	1	5.3%
=<20	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	1	1.1%	1	1.4%	0	0.0%
測定不能	1	0.9%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%	0	0.0%	2	10.5%
計	106	100%	83	100%	23	100%	90	100%	71	100%	19	100%

医療機関調査　表４ 各調査間の特徴の種別・診断名の比率の比較

小学校２年生	男女計				男				女			
	教育機関		医療機関		教育機関		医療機関		教育機関		医療機関	
	総数	受診あり	２次データベース	医療機関内調査合計	総数	受診あり	２次データベース	医療機関内調査合計	総数	受診あり	２次データベース	医療機関内調査合計
広汎性発達障害	47.4%	67.8%	87.9%	85.8%	51.2%	72.6%	88.5%	88.0%	34.0%	47.1%	85.7%	78.3%
注意欠如・多動性障害	18.0%	11.1%	3.0%	7.5%	22.0%	12.3%	3.8%	8.4%	4.3%	5.9%	0.0%	4.3%
コミュニケーション障害・構音障害	8.5%	4.4%	0.0%	0.0%	7.9%	5.5%	0.0%	0.0%	10.6%	0 %	0.0%	0.0%
学習障害	10.0%	2.2%	0.0%	0.9%	5.5%	1.4%	0.0%	1.2%	25.5%	5.9%	0.0%	0.0%
精神遅滞	11.9%	11.1%	6.1%	4.7%	9.2%	5.5%	3.8%	1.2%	21.3%	35.3%	14.3%	17.4%
その他	4.3%	3.3%	3.0%	0.9%	4.3%	2.7%	3.8%	1.2%	4.3%	5.9%	0.0%	0.0%

小学校５年生	男女計				男				女			
	教育機関		医療機関		教育機関		医療機関		教育機関		医療機関	
	総数	受診あり	２次データベース	医療機関内調査合計	総数	受診あり	２次データベース	医療機関内調査合計	総数	受診あり	２次データベース	医療機関内調査合計
広汎性発達障害	55.8%	76.6%		83.3%	63.1%	85.2%		87.3%	34.0%	50.0%		68.4%
注意欠如・多動性障害	13.1%	6.5%		12.2%	15.4%	6.2%		9.8%	6.0%	7.7%		21.0%
コミュニケーション障害・構音障害	4.0%	3.7%		0.0%	2.7%	2.5%		0.0%	8.0%	7.7%		0.0%
学習障害	9.1%	2.8%		1.1%	4.7%	0.0%		1.4%	22.0%	11.5%		0.0%
精神遅滞	12.6%	7.5%		3.3%	10.0%	4.9%		1.4%	20.0%	15.4%		10.5%
その他	5.5%	2.8%		3.0%	4.0%	1.2%		3.8%	10.0%	7.7%		0.0%

小学５年生の医療機関調査（平成29年度）では２次データベースは作成していない

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（　　函館市　　）
記入者氏名（　　渡邉隆宏
　　須佐史信　　）
記入者所属（　函館市保健福祉部障がい保健福祉課
　　函館市保健福祉部はこだて療育・自立支援センター　　）

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	677.86Km^2	平成27年10月１日現在
総人口	26,6773人	平成28年３月末現在 住民基本台帳
人口密度(可住地面積１km^{2}当たり)	2,119.8人	平成26年10月１日現在の可住地面積と平成26年９月末現在の住民基本台帳人口を基に算出
人口性比(女性100人に対する男性の数)	83.4人	平成28年３月末現在 住民基本台帳
世帯数	143,210人	平成28年３月末現在 住民基本台帳
１世帯当りの人数	1.86人	平成28年３月末現在 住民基本台帳
外国人数	808人	平成28年３月末現在 住民基本台帳
社会増	9,470人	平成27年中 住民基本台帳
社会減	10,323人	平成27年中 住民基本台帳
出生	1,622人	平成27年中 人口動態統計
死亡	3,718人	平成27年中 人口動態統計
出生率(人口1000対)	6.0	平成27年中 人口動態統計
死亡率(人口1000対)	13.9	平成27年中 人口動態統計
乳児死亡率(人口1000対)	0.6	平成27年中 人口動態統計 出生1000対
婚姻率(人口1000対)	4.4	平成27年中 人口動態統計
離婚率(人口1000対)	2.11	平成27年中 人口動態統計
年少人口割合(０～14歳)	10.3%	平成28年３月末現在　住民基本台帳
生産年齢人口割合(15～64歳)	57.3%	平成28年３月末現在　住民基本台帳
老年人口割合(65歳以上)	32.5%	平成28年３月末現在　住民基本台帳
高齢者単身世帯の割合	16.3%	H27年国勢調査　一般世帯に占める高齢者単身世帯の割合
市町村内総生産(名目)	863,651,672千円	平成24年度推計
完全失業者数	11,043人	H22年国勢調査
完全失業率	8.3%	H22年国勢調査
生活保護被保護人員(人口千人当たり)	47.0人	平成27年度
財政力指数	0．467	平成27年度
市町村民税(人口１人当たり)	41，590円	平成27年度
児童虐待件数(年間)	120件	平成27年度

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			279,127	127,046	152,081	―	―	―
就業人口総数			121,734	65,864	55,870	100	100	100
就業率			43.6	51.8	36.7	―	―	―
産業分類別就業者人口	農業, 林業		955	606	349	0.8	0.9	0.6
		うち農業	845	516	329	0.7	0.8	0.6
	漁業		3,388	2,281	1,107	2.8	3.5	2.0
	第１次産業		4,343	2,887	1,456	3.6	4.4	2.6
	鉱業, 採石業, 砂利採取業		34	26	8	0.0	0.0	0.0
	建設業		10,014	8,733	1,281	8.2	13.3	2.3
	製造業		10,136	5,398	4,738	8.3	8.2	8.5
	第２次産業		20,184	14,157	6,027	16.6	21.5	10.8
	電気・ガス・熱供給・水道業		618	532	86	0.5	0.8	0.2
	情報通信業		1,299	873	426	1.1	1.3	0.8
	運輸業, 郵便業		7,329	6,439	890	6.0	9.8	1.6
	卸売業, 小売業		21,757	10,405	11,352	17.9	15.8	20.3
	金融業, 保険業		2,851	1,233	1,618	2.3	1.9	2.9
	不動産業, 物品賃貸業		1,974	1,171	803	1.6	1.8	1.4
	学術研究, 専門・技術サービス業		2,374	1,605	769	2.0	2.4	1.4
	宿泊業, 飲食サービス業		9,158	3,271	5,887	7.5	5.0	10.5
	生活関連サービス業, 娯楽業		5,352	2,064	3,288	4.4	3.1	5.9
	教育, 学習支援業		5,332	2,789	2,543	4.4	4.2	4.6
	医療, 福祉		16,287	4,324	11,963	13.4	6.6	21.4
	複合サービス事業		852	503	349	0.7	0.8	0.6
	サービス業	(他に分類されないもの)	8,027	4,760	3,267	6.6	7.2	5.8
	公務		5,841	4,496	1,345	4.8	6.8	2.4
	第３次産業		89,051	44,465	44,586	73.2	67.5	79.8
	分類不能の産業		8,156	4,355	3,801	6.7	6.6	6.8

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	121,734	65,864	55,870	100	100	100
管理的職業従事者	2,997	2,494	503	2.5	3.8	0.9
専門的・技術的職業従事者	16,941	7,961	8,980	13.9	12.1	16.1
事務従事者	18,841	7,559	11,282	15.5	11.5	20.2
販売従事者	17,035	8,980	8,055	14.0	13.6	14.4
サービス職業従事者	17,262	5,476	11,786	14.2	8.3	21.1
保安職業従事者	3,071	2,961	110	2.5	4.5	0.2
農林漁業従事者	3,989	2,807	1,182	3.3	4.3	2.1
生産工程従事者	12,514	7,869	4,645	10.3	11.9	8.3
輸送・機会運転従事者	5,461	5,291	170	4.5	8.0	0.3
建設・採掘従事者	6,254	6,146	108	5.1	9.3	0.2
運輸・清掃・包装等従事者	9,285	3,992	5,293	7.6	6.1	9.5
分類不能の職業	8,084	4,328	3,756	6.6	6.6	6.7

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。

■位置

函館市は，北海道の渡島半島南東部に位置し，面積677.86km ，東・南・北の三方を太平洋・津軽海峡に囲まれ，西は北斗市，七飯町，鹿部町と接している。

気候は，積雪量も比較的少なく，温暖で恵まれた自然環境を有する生活しやすい地域である。

特に，函館市民の憩いの場ともなっている函館山は，この地帯を北限とする杉をはじめ，動植物の宝庫であるため学術的にも貴重であり，四季を通じて豊かな自然を観察することができる。

■市勢

当市は，日米修好通商条約により，安政６年（1859年）に横浜・長崎とともに日本最初の国際貿易港として海外に門戸を開き，いち早く西欧文化を取り入れるなど，長い歴史と文化を有する，異国情緒豊かな街である。

平成16年12月１日には戸井町・恵山町・椴法華村・南茅部町との合併により，人口約30万人の新「函館市」が誕生，さらには，平成17年10月１日に中核市に移行し，豊かな海を擁する国内屈指の水産都市として，「函館国際水産･海洋都市構想」を推進するなど，中核市のスケールメリットを活かした，21世紀を展望したまちづくりに取り組んでいる。

当地域では，平成28年３月に北海道新幹線が開業し，総合交通体系の充実が進むとともに，観光資源・施設やコンベンション機能を生かした，国際観光都市として世界に通用する，通年・滞在型観光を目指したまちづくりを進めているところである。

隣接する北斗市には，昭和40年代から発達障がいも含めた知的障がい者を支援する「社会福祉法人　おしまコロニー」が開設されており，函館市，北斗市などにおいて，入所・通所施設のほか，診断・訓練機関など幅広く展開しており，発達障がいの支援機関の中核を担っている。

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

【A：重度】

（１）知能指数がおおむね35以下で，日常生活に常時介護を要し，次のいずれかに該当する者。

①　食事，排泄，入浴および着脱衣などが困難であって，個別的指導や介助を必要とする。

②　頻繁なてんかん発作，または失禁，異食，興奮等の行動を有し，常時注意と指導を必要とする。

（２）視覚障がい（強度の弱視を含む）や聴覚・音声・言語障がい（強度の難聴を含む），肢体障がいで身体障害者手帳の等級が１級～３級で知能指数がおおむね50以下の者。

【B：中度，軽度】

知能指数が35～50程度（中度）の者と，50～75程度（軽度）の者。

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

教　育	幼稚園，保育園，認定こども園	特別支援学級，特別支援学校	
ステージ	未就学	学齢期	18歳到達（障害者）
サービス	児童発達支援 保育所等訪問支援	放課後等デイサービス	障害者総合支援法による 障害福祉サービス
サービス事業所	■ 指定児童発達支援事業所 13事業所　定員（194人）	■ 指定放課後等デイサービス事業所 33事業所　定員（336人）	
	■ 指定医療型児童発達支援事業所 1事業所　定員（20人）		
	■ 指定保育所等訪問支援事業所 4事業所		

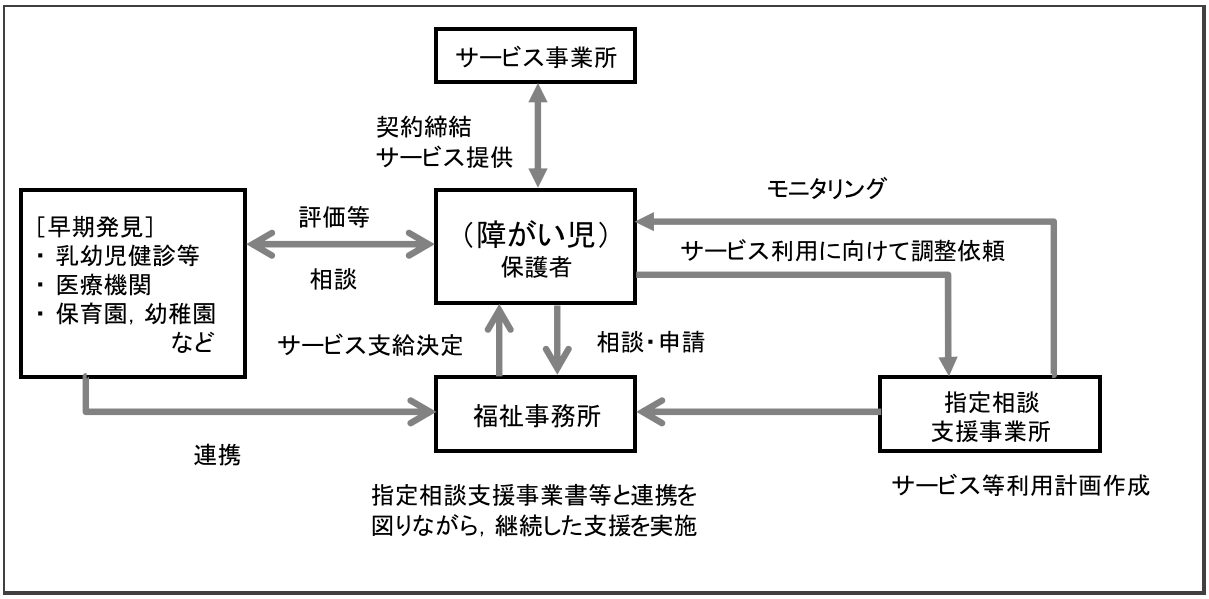
各種相談支援機関	■ 知的障害児への相談支援等	■ 知的障害者への支援
	函館市福祉事務所（障がい保健福祉課，亀田福祉課）	継続した支援を行う。
	障害者生活支援センター（ぱすてる）	
	発達障害者支援センター（あおいそら）	
	函館児童相談所	
	子ども発達支援センター（おしま地域療育センター）	

※上記の他，添付資料①を参照

（2）発見の場

- 函館児童相談所
- 保健所で実施する乳幼児健診（4か月児，10か月児，1歳半児，3歳児）
- 保育所・幼稚園
- 療育機関等
  （診断できる専門機関：おしま地域療育センター石川診療所，
  はこだて療育・自立支援センター診療所，その他の医療機関）

（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

発達障がいが疑われる児への相談支援・診断

（5）幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

- 「おしま地域療育センター」および「はこだて療育・自立支援センター」のほか児童発達支援事業所において，未就学の障がい児に日常生活における基本的動作の指導，集団生活への適応訓練を行う。

b. 幼稚園・保育所・認定こども園

- 発達支援コーディネーターを配置し，発達の遅れがあると思われる児童の発見や保護者への周知，児童発達支援の利用について市の相談・申請等の促しを行ってもらう。

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

・ 保護者から市へ申請があった場合に，児童発達支援センターの職員が，幼稚園や保育所にいる児童に対し，専門的な支援を行う（保育所等訪問支援）。
・ 保護者や幼稚園・保育所からの相談を受け，子ども発達支援センターの職員が，幼稚園や保育所に対し，専門的な支援を行う（子ども発達支援事業）。

d. 学校への引き継ぎ

子ども未来部母子保健課から，特別な支援を要する児の一覧をまとめ，引き継いでいる。

（6）学齢期の支援

a. 教育システム内の支援体制：

・ 各学校においては，全校的な支援体制を確立し，障がいのある子どもの実態把握や支援方策の検討を行うため校内支援委員会を設置している。必要に応じ，個別のケース会議も開催される。
・ 各担任や支援員等が日常の支援で感じた気づきを校内支援委員会につなげるようにしている。
・ はこだて子どもサポートシート（様式Ｂ）は「個別の指導計画」となっており，各校の教育課程や指導計画，教育的ニーズをふまえ，具体的な指導目標や内容，方法を盛り込んだ計画を作成している。
・ 支援方法の在り方について，サポートチーム，特別支援教育巡回指導員から助言を得ることができる

b. 医療・福祉などとの連携：

・ 特別支援教育コーディネーターは各校における特別支援教育の推進のため，関係機関等との連絡調整を行っている。
・ はこだて子どもサポートシート（様式Ａ）は「個別の教育支援計画」となっており，保護者や関係機関が教育的ニーズ等に関わる情報を共有し，的確で一貫した支援が行えるようにしている。

（7）専門家の養成

主に【発達障害者支援センターあおいそら】において実施している
・自閉症講座基礎コース
・実務研修
・函館市保育士発達支援コーディネーター養成研修
・特別支援教育支援員研修　等

（8）普及啓発

・自閉症啓発デーに伴うイベントの参加・周知・協力。
・療育手帳の申請時に「障がい福祉のしおり」を配付。
・福祉事務所窓口で「ぱーそなるすけっち（療育カルテ）」を配付。
・企画部広報広聴課で「市民生活のしおり」を全戸配付。
・市のＨＰに障がい児通所支援等について掲載。

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

教　育	幼稚園，保育園，認定こども園	特別支援学級，特別支援学校	
ステージ	**未就学**	**学齢期**	**18歳到達 （障害者）**
サービス	児童発達支援 保育所等訪問支援	放課後等デイサービス	障害者総合支援法による 障害福祉サービス
サービス事業所	■ 指定児童発達支援事業所 3事業所　定員（60人）	■ 指定放課後等デイサービス事業所 7事業所　定員（70人）	
	■ 指定医療型児童発達支援事業所 1事業所　定員（20人）		
	■ 指定医療型児童発達支援事業所 1事業所　定員（20人）		
各種相談支援機関	**■ 発達障害児への相談支援等**		**■ 精神障害者への支援**
	函館市福祉事務所 （障がい保健福祉課，亀田福祉課）		継続した支援を行う。
	函館地域生活支援センター		
	障害者生活支援センター （ぱすてる）		
	発達障害者支援センター （あおいそら）		
	医療機関 （精神科）		
	子ども発達支援センター （おしま地域療育センター）		

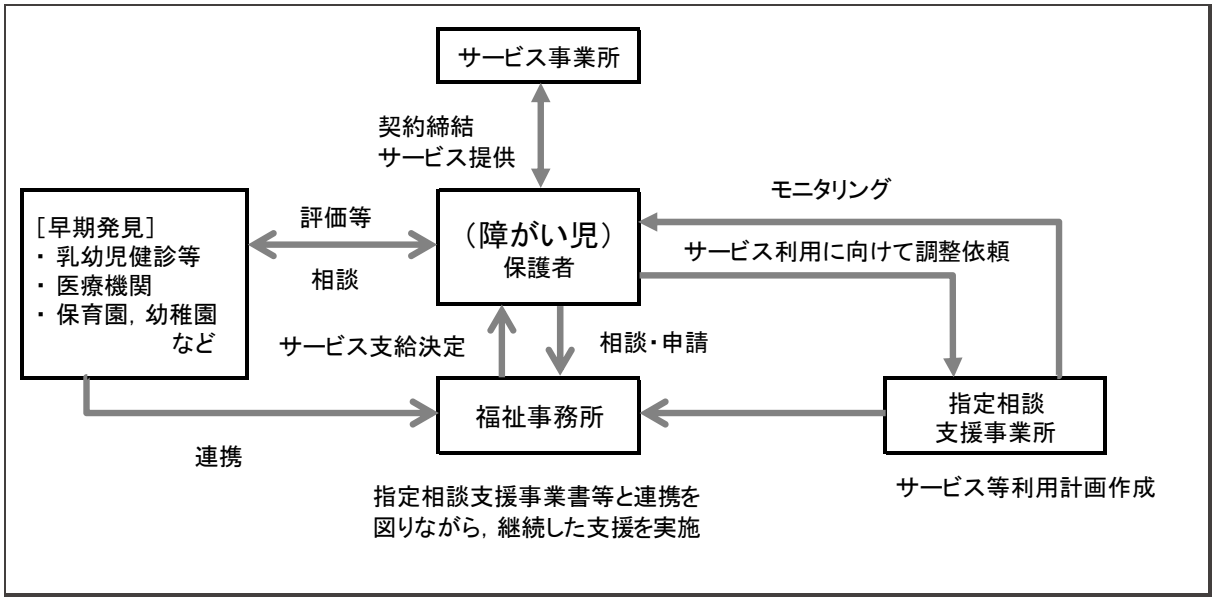
※　上記の他，別添資料①を参照

（２）発見の場

- 函館児童相談所
- 保健所で実施する乳幼児健診（４か月児，10か月児，１歳半児，３歳児）
- 保育所・幼稚園
- 療育機関等

（診断できる専門機関：おしま地域療育センター石川診療所，
はこだて療育・自立支援センター診療所，その他の医療機関）

（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

児童発達支援等のサービスの支給決定を行う際に，知的障害のない発達障害児の確認を行うため，保護者に対し医療機関の診断書を提出するよう指導している。

（5）幼児期の継続的な支援

a. 障害幼児対象の専門機関

「おしま地域療育センター」および「はこだて療育・自立支援センター」のほか児童発達支援事業所において，未就学の障がい児に日常生活における基本的動作の指導，集団生活への適応訓練を行う。

b. 幼稚園・保育所・認定こども園

各幼稚園・保育所職員を対象に市が養成した発達支援コーディネーターを配置し，保護者の協力のもと特別な支援が必要な児童に対して適切な支援を行う。
また，児童発達支援センターや福祉事務所と連携を図る。

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

- 保護者から市へ申請があった場合に，児童発達支援センターの職員が，幼稚園や保育所にいる児童に対し，専門的な支援を行う（保育所等訪問支援）。
- 保護者や幼稚園・保育所からの相談を受け，子ども発達支援センターの職員が，幼稚園や保育所に対し，専門的な支援を行う（子ども発達支援事業）。

d. 学校への引き継ぎ

子ども未来部母子保健課において，幼児期から経過観察している特別な支援を要する児の一覧をまとめ，引き継いでいる。

（6）学齢期の支援

a. 教育システム内の支援体制：

- 各学校においては，全校的な支援体制を確立し，障がいのある子どもの実態把握や支援方策の検討を行うため校内支援委員会を設置している。必要に応じ，個別のケース会議も開催される。
- 各担任や支援員等が日常の支援で感じた気づきを校内支援委員会につなげるようにしている。
- はこだて子どもサポートシート（様式Ｂ）は「個別の指導計画」となっており，各校の教育課程や指導計画，教育的ニーズをふまえ，具体的な指導目標や内容，方法を盛り込んだ計画を作成している。
- 支援方法の在り方について，サポートチーム，特別支援教育巡回指導員から助言を得ることができる

b. 医療・福祉などとの連携：

- 特別支援教育コーディネーターは各校における特別支援教育の推進のため，関係機関等との連絡調整を行っている。
- はこだて子どもサポートシート（様式Ａ）は「個別の教育支援計画」となっており，保護者や関係機関が教育的ニーズ等に関わる情報を共有し，的確で一貫した支援が行えるようにしている。

（7）専門家の養成

主に【発達障害者支援センターあおいそら】において実施している

・自閉症講座基礎コース
・実務研修
・函館市保育士発達支援コーディネーター養成研修
・特別支援教育支援員研修　等

（8）普及啓発

・自閉症啓発デーに伴うイベントの参加・周知・協力。
・教育・福祉合同作品展の実施。
・発達障がいに関する研修会・講演会等の周知・協力。

Ⅲ　障害児支援の体制

１．母子保健

担当部署：(子ども未来部母子保健課)

担当スタッフ：

保健師：常勤（11）人，非常勤（１）人

保健師１人あたりの０～４歳人口（837．１）人

＊平成28年３月31日０～４歳人口（８，371）人　地区担当10人

その他：職種名（小児科医）　常勤（　）人，非常勤（１）人

職種名（看護師）　常勤（　）人，非常勤（２）人

職種名（臨床心理士）　常勤（　）人，非常勤（１）人

２．乳幼児健診・就学児健診（平成27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
４か月児 (対象４～６か月未満)	(市町村・) その他(　　)	１カ所	51回	30．9人	97.6%	要指導： 4.8% 76人 要医療 0.5% ８人
10か月児 (対象10～12か月未満)	(市町村・) その他(　　)	１カ所	51回	29.1人	88.2%	要指導 7.7% 115人 要医療 0.2% ３人
１歳６か月児健診 (対象１歳６か月～２歳未満)	(市町村・) その他(　　)	１カ所	48回	31.9人	95.3%	要指導 12.7% 195人＊ **＊発達障がいを疑われてフォローになった児(167名)を含む。** 要医療 0.3% ５人
２歳児健診	(市町村・)その他	カ所	回	人	%	
３歳児健診 (対象３～４歳未満)	(市町村・) その他(　　)	１カ所	48回	33.7人	95.1%	要指導 13.2% 213人＊ **＊発達障がいを疑われてフォローになった児(186名)を含む。** 要医療 5.2% 84人
５歳児健診 (　歳　か月)	市町村・ その他(　　)	カ所	回	人	%	
就学時	(教育委員会)	25カ所	５回	327人	92．８％	※フォローのデータなし
その他(　　)						

＊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

○　園の数

幼稚園　　14園
保育所　　24園
認定こども園　31園

○　障害児受け入れの実態

平成27年度に子ども・子育て支援新制度が始まり，特別な支援が必要な子どもが施設を利用することを希望した場合，これを受け入れることが基本となっているが，障害の程度や施設側の受入能力により，各施設が判断し，受け入れを行っている。

○　専門機関との連携

施設を利用する子どもが専門機関を利用していない場合，保護者に施設での子どもの様子を伝え，専門機関を勧めることで，専門機関との連携に繋げている。また，専門機関から施設に子どもの様子を見に来てもらい，療育の観点等から技術的な助言をもらうなどの連携を図っている。

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。

児童発達支援センター３施設，児童発達支援事業所10施設，医療型児童発達支援センター１施設，放課後等デイサービス33施設，保育所等訪問支援４施設，障害児相談支援事業15施設，障害児入所１施設

（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。

同上

（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）

・おしま地域療育センター診療所　（常勤医１人，非常勤医５人
診療実人数1410人/平成27年度）

・はこだて療育・自立支援センター診療所　（常勤医１人，非常勤医２人
診療実人数598人/平成27年度）

他に総合病院小児科１か所，精神科診療所１か所が小児の発達障害の診断・治療をしている

（4）特別支援教育

小学校：市区町村立46校，その他の公立１校，私立１校

特別支援学校：北海道教育大学附属特別支援学校，北海道函館五稜郭支援学校，
北海道函館盲学校，北海道函館聾学校，北海道函館養護学校
北海道七飯養護学校，北海道七飯養護学校おしま学園分校

知的障害特別支援学級：市区町村立小学校46校中31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46校中35校に設置

通級指導教室：種別と学校数：言語障がい通級指導教室　学校数：３
通級指導を受けている小学生数　88名

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はありますか？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

名称：「発達障害者支援センターあおいそら」（社福　侑愛会：北海道より受託）
職員：センター長１名（兼務），チーフコーディネーター１名（常勤）
コーディネーター３名（常勤），非常勤相談員１名（非常勤）
対象：発達障害児・者
機能：機関支援，講師派遣，就労・発達相談

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：　函館市自立支援協議会　）

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（　精神保健福祉士　　）

複数ある場合，以下に追加してください。

会議の名称：発達障害者支援センター道南地域連絡協議会
委員の職種等：児童福祉関係者，障害福祉関係者，普通教育関係者，就労支援関係者

会議の名称：函館市特別支援教育推進協議会
委員の職種等：学識経験者，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

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？

「発達障害者支援センターあおいそら」および
「発達障害者支援センター道南地域連絡協議会」により連携を図っている。

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？

特になし

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

特になし

（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）

特になし

（2）療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども

幼稚園や保育園，認定こども園において，「発達支援コーディネーター」が，子どもや家族に対応している。

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？

研修会や講演会を実施している。

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。

○「早期の発見と早期からの療育・支援」

・乳幼児健診の充実を図ることが重要であり，乳幼児健診を子育て支援の場とするための体制整備が必要

・母子保健，子育て支援等一般施策との連携を図り，連続した支援のための役割分担や情報共有が必要。

○「家族への相談支援」

・同じような子どもを育てた経験のある家族に対する相談ニーズが極めて高いことから，「ペアレントメンター」の養成や，活動の仕組み作りなどに取り組むことが必要。

○「ライフステージを通じた支援」

・保健，医療，福祉，教育などの関係機関につなげるコーディネート機能や，一貫した支援のため，支援等の情報を継続して共有するために函館市が作成した「療育カルテ」の利用を促進する取り組みが必要。

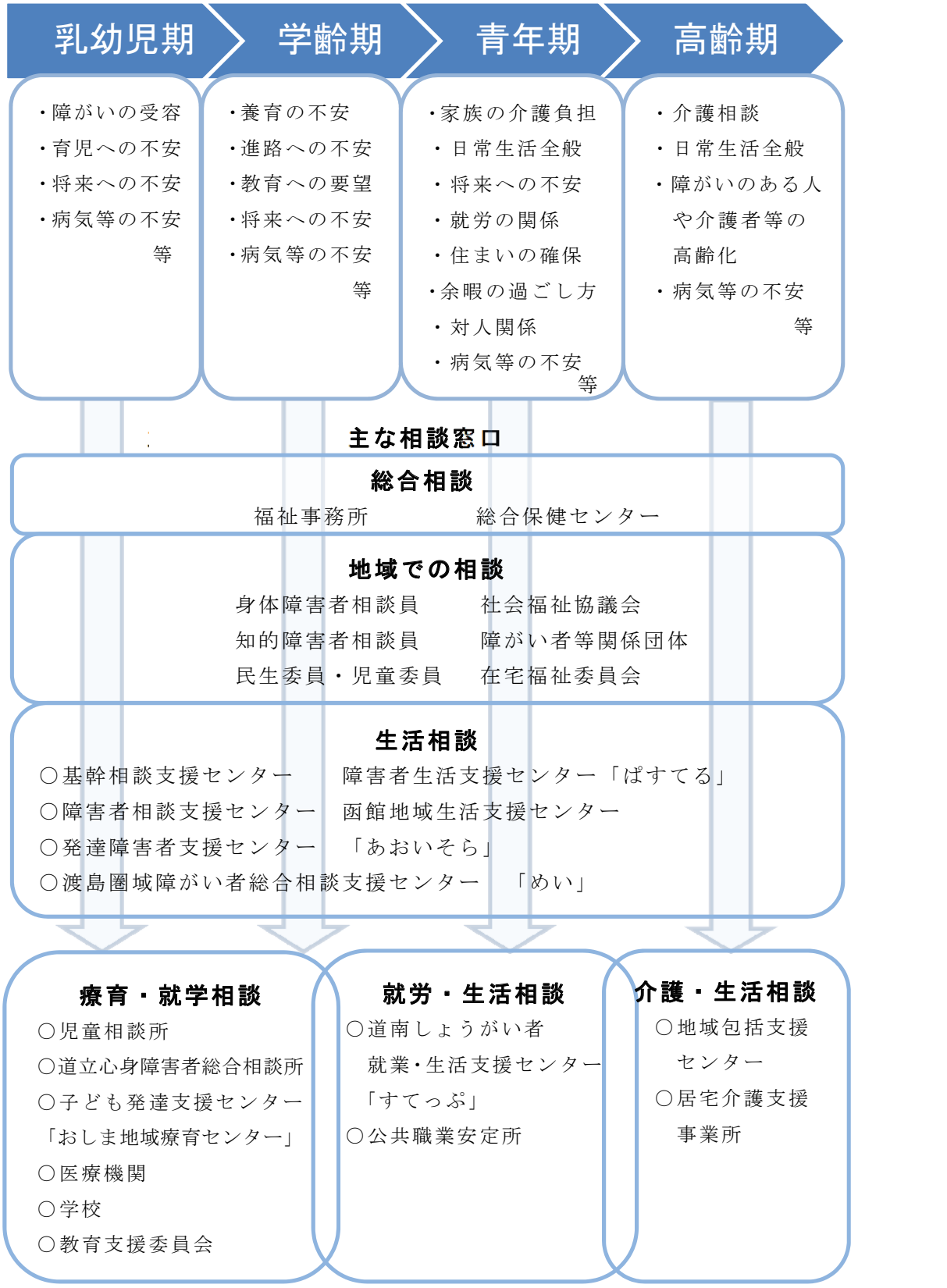
・「療育カルテ」を軸とした母子保健，子育て支援等児童一般施策，特別支援教育施策との連携体制の構築が必要。

○「青年・成人期の支援」

・青年期・成人期における職業生活を含めた社会生活を支援する仕組み作りが必要。

・働きやすい雇用形態を様々な業種で工夫し，広げる取り組みが必要。

○　ライフステージごとの障がいのある人を支える相談体制



厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
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（県立こころの医療センター駒ケ根）
山田慎二（県立こころの医療センター駒ケ根）
蓑和路子（県立こころの医療センター駒ケ根）

研究要旨
【概　要】 研究２年度（通算５年目）に当たる本年は、松本市におけるH25年度の小学１年生（H29年現在小学５年生）の発達障害の有病率について調査し、H25年度からの有病率の推移を検討した。また、松本市の発達障害診療を行っている主要な児童精神科、小児科における、発達障害の有病率について調査し、学校調査と比較検討した。
【結　果】 １．H25年度の１年生が５年生に、H25年度の６年生が中学３年生に上がる過程で、何らかの発達障害を疑われた子どもは１割前後で横這いであったが、医療にかかっている子どもは年々増加していた。このうち､広汎性発達障害（PDD）の子どもの割合は増加し、注意欠陥多動性障害（ADHD）の子どもの割合は減少していた。
２．小学１年生から中学３年生までを俯瞰すると、PDDと全体数は小学５年と中学３年をピークとした２峰性を示し、ADHDの割合は減少した。これには種々の要因の影響が考えられた。
３．小学５年生の反抗的な子どもは、PDD、ADHDを疑われる子どものうちで各々12-13%を占めており、特性を持つ子どもの養育の困難さを象徴していると考えられた。不登校は少数であった。
４．市内の主要な病院において発達障害と受診された子どもの割合は、PDDもADHDも学校が受診していると認識している子どもより多かった。
【まとめ】 この５年間の調査からは、松本市内の小・中学校の中に、発達特性を有し特別の支援が必要な児童が約１割存在することが示された。また、PDDやADHDの特性を持つ子どものやはり１割強に、反抗的心性を持つ子どもがいることが示された。

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、病院を受診した子どもの実数も調査し、比較検討した。

B．研究方法

平成25年度入学の小学１年生において発達障害の特性ごとに、疑われている子どもの人数の推移を調査した。平成29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５年生（平成25年度の小学１年生）について、発達特性を有すると疑われる子どもの人数、反抗的特性を持つもの、素行不良のもの、不登校の人数を調査した。

また、市内および隣接する安曇野市において発達障害を重点的に診療している、信州大学医学部附属病院、長野県立こども病院、国立松本医療センター中信松本病院、城西病院、松本協立病院に依頼して、同じく、平成29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５年生について、発達障害の診断名、その人数、重複診断について調査を行った。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、分担研究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

松本市の市立小学校28校と特別支援学校４校（計32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、全校から回答を得た（回答率100%）。

１．小学５年生における発達の問題が疑われる児童

平成29年４月１日現在、調査対象となった小学５年生児童は、2109名（男子1099名、女子1010名）であった。

平成25年から平成29年までの各年度で、平成25年度入学の子どものうち、学校が発達障害の疑いを持っている児童と医療にかかっている児童の割合の変化は表１のとおりである。

	疑い人数(%)					医療にかかっている人数(%)				
	H25年 (n=2146)	H26年 (n=2100)	H27年 (n=2107)	H28年 (n=1825)	H29年 (n=2109)	H25年 (n=2146)	H26年 (n=2100)	H27年 (n=2107)	H28年 (n=1825)	H29年 (n=2109)
発達障害全体	258 (12.0)	283 (13.5)	270 (12.8)	219 (12.0)	270 (12.8)	98 (4.6)	105 (5.0)	122 (5.8)	122 (6.7)	148 (7.0)
(１)広汎性発達障害	78 (3.6)	79 (3.8)	96 (4.6)	92 (5.0)	105 (5.0)	56 (2.6)	49 (2.3)	71 (3.4)	76 (4.2)	83 (3.9)
(２)注意欠陥多動性障害	94 (4.4)	102 (4.9)	83 (3.9)	42 (2.3)	69 (3.3)	12 (0.6)	20 (1.0)	18 (0.9)	20 (1.1)	20 (1.0)
(３)構音・言語障害	17 (0.8)	24 (1.1)	19 (0.9)	13 (0.7)	6 (0.3)	3 (0.1)	5 (0.2)	8 (0.4)	8 (0.4)	2 (0.1)
(４)学習障害	―	―	―	21 (1.2)	27 (1.2)	―	―	―	4 (0.2)	6 (0.3)
(５)知的障害	46 (2.1)	51 (2.4)	47 (2.2)	18 (1.0)	37 (1.8)	21 (1.0)	19 (0.9)	19 (0.9)	6 (0.3)	28 (1.3)
(６)その他	23 (1.1)	27 (1.3)	25 (1.2)	14 (0.8)	8 (0.4)	6 (0.3)	12 (0.6)	6 (0.3)	5 (0.3)	6 (0.3)
(７)境界知能	―	―	―	19 (1.0)	18 (0.9)	―	―	―	3 (0.2)	3 (0.1)

表１　平成25年度入学の子どものうち、学校が発達障害の疑いを持っている児童と医療にかかっている児童の割合の変化

また、平成28年度までの調査で集計された、平成25年度小学６年生の児童が平成28年度に中学３年生になるまでの各年度で、学校が発達障害の疑いを持っている児童と医療機関を受診していることが把握されている児童の割合の経年変化は表２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)広汎性発達障害	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)注意欠陥多動性障害	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)構音・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)

表 2　平成25年度 6 年生の子どものうち、学校が発達障害の疑いを持っている児童と医療にかかっている児童の割合の変化

これらの表を合わせると、小学 1 年生から中学 3 年生までの学校が発達障害の疑いを持っている児童と医療にかかっていると把握している児童の割合の経年変化は下表のとおりである。

	疑い人数(%)					疑い人数(%)			
	H25年(小1) (n=2146)	H26年(小2) (n=2100)	H27年(小3) (n=2107)	H28年(小4) (n=1825)	H29年(小5) (n=2109)	H25年(小6) (n=2146)	H26年(中1) (n=2100)	H27年(中2) (n=2107)	H28年(中3) (n=1788)
発達障害全体	258 (12.0)	283 (13.5)	270 (12.8)	219 (12.0)	270 (12.8)	186 (8.1)	225 (10.4)	218 (9.4)	193 (10.8)
(1)広汎性発達障害	78 (3.6)	79 (3.8)	96 (4.6)	92 (5.0)	105 (5.0)	69 (3.0)	78 (3.6)	84 (3.6)	94 (5.3)
(2)注意欠陥多動性障害	94 (4.4)	102 (4.9)	83 (3.9)	42 (2.3)	69 (3.3)	38 (1.7)	47 (2.2)	31 (1.3)	28 (1.6)
(3)構音・言語障害	17 (0.8)	24 (1.1)	19 (0.9)	13 (0.7)	6 (0.3)	6 (0.3)	6 (0.3)	0 (0)	4 (0.2)
(4)学習障害	—	—	—	21 (1.2)	27 (1.2)	45 (2.0)	40 (1.8)	34 (1.5)	18 (0.1)
(5)知的障害	46 (2.1)	51 (2.4)	47 (2.2)	18 (1.0)	37 (1.8)	18 (0.8)	34 (1.6)	34 (1.5)	24 (1.3)
(6)その他	23 (1.1)	27 (1.3)	25 (1.2)	14 (0.8)	8 (0.4)	10 (0.4)	20 (0.9)	35 (1.5)	12 (0.7)
(7)境界知能	—	—	—	19 (1.0)	18 (0.9)	—	—	—	15 (0.8)

表 3　小学 1 年生から中学 3 年生までの学校が発達障害の疑いを持っている児童の割合の経年変化

	医療にかかっている人数(%)					医療にかかっている人数(%)			
	H25年(小1) (n=2146)	H26年(小2) (n=2100)	H27年(小3) (n=2107)	H28年(小4) (n=1825)	H29年(小5) (n=2109)	H25年(小6) (n=2146)	H26年(中1) (n=2100)	H27年(中2) (n=2107)	H28年(中3) (n=1788)
発達障害全体	98 (4.6)	105 (5.0)	122 (5.8)	122 (6.7)	148 (7.0)	101 (4.4)	120 (5.5)	122 (5.3)	118 (6.6)
(1)広汎性発達障害	56 (2.6)	49 (2.3)	71 (3.4)	76 (4.2)	83 (3.9)	61 (2.6)	60 (2.8)	65 (2.8)	70 (3.9)
(2)注意欠陥多動性障害	12 (0.6)	20 (1.0)	18 (0.9)	20 (1.1)	20 (1.0)	16 (0.7)	19 (0.9)	15 (0.6)	14 (0.8)
(3)構音・言語障害	3 (0.1)	5 (0.2)	8 (0.4)	8 (0.4)	2 (0.1)	4 (0.2)	3 (0.1)	0 (0)	4 (0.2)
(4)学習障害	—	—	—	4 (0.2)	6 (0.3)	10 (0.4)	9 (0.4)	8 (0.3)	7 (0.4)
(5)知的障害	21 (1.0)	19 (0.9)	19 (0.9)	6 (0.3)	28 (1.3)	7 (0.3)	18 (0.8)	18 (0.8)	13 (0.7)
(6)その他	6 (0.3)	12 (0.6)	6 (0.3)	5 (0.3)	6 (0.3)	3 (0.1)	11 (0.5)	16 (0.7)	10 (0.6)
(7)境界知能	—	—	—	3 (0.2)	3 (0.1)	—	—	—	0 (0)

表 4　小学 1 年生から中学 3 年生までの学校が発達障害で医療にかかっていると把握している児童の割合の経年変化

2．小学５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５年生において、学校が知的・発達障害の疑いを持っている児童のうち、反抗的、あるいは素行不良との疑いを持っている児童と不登校の割合は表５のとおりである。

	特性あり	うち医療	反抗的	うち医療	素行不良	うち医療	不登校
(１)広汎性発達障害	105 (5.0)	83 (3.9)	13 (0.6)	11 (0.5)	1	1	6 (0.3)
(２)注意欠陥多動性障害	69 (3.3)	20 (1.0)	9 (0.4)	2 (0.1)	0	0	1
(３)構音・言語障害	6 (0.3)	2 (0.1)	0	0	1	1	1
(４)知的障害	27 (1.3)	28 (1.3)	0	0	0	0	1
(５)学習障害	18 (0.9)	6 (0.3)	3 (0.1)	1	0	0	0
(６)その他	8 (0.4)	6 (0.3)	0	0	0	0	2 (0.1)
(７)境界知能	18 (0.9)	3 (0.1)	1	1	0	0	0
計	219 (10.4)	98 (4.7)	26 (1.2)	15 (0.7)	2 (0.1)	2 (0.1)	13 (0.6)

表５　小学５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
（　）内は%

3．松本市の主要病院を受診した小学５年生における発達障害をもつ児童の割合

同じく松本市に在住する小学５年生において、信州大学医学部附属病院、長野県立こども病院、国立松本医療センター中信松本病院、城西病院、松本協立病院のいずれかの病院を受診し、発達障害と診断されている児童の割合は表のとおりである。

	男(n=1099)		女(n=1010)		計(n=2109)	
	N	%	N	%	N	%
広汎性発達障害	105	9.6	36	3.6	141	6.7
注意欠陥多動性障害	37	3.4	14	1.4	51	2.4
構音・言語障害	6	0.5	4	0.4	10	0.5
学習障害	3	0.3	1	0.1	4	0.2
知的障害	14	1.3	10	1.0	24	1.1
その他	10	0.9	2	0.2	12	0.6
境界知能	7	0.6	1	0.1	8	0.4

表６　松本市の主要病院を受診した小学５年生における発達障害をもつ児童の割合

D．考察

1．小学１年生から小学５年生、小学６年生から中学３年生の経年推移

平成25年度に入学した１年生が平成29年度５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。医療機関にかかっていることが把握されている子どもは、4.6 ⇒ 7.0%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、医療にかかっている子どもも2.6 ⇒ 3.9%と増加していた。注意欠陥多動性障害（ADHD）は、疑われる子どもは4.4 ⇒ 3.3%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、知能に関係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、ADHDを疑われる子どもが減少し、受診している子どもが一定である現象の推測としては、１つは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という理由、２つ目は症状として多動が主であった子どもがPDDの診断をされていったという理由などが考えられた。

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。受診している子どもは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、受診している子どもも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、受診している子どもは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、定型発達の子どもと対人関係を構築・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受診す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、疑われたり受診する子どもは減少すると考えられた。

２．小学１年生から中学３年生の経年変化

表３、４をつなげて２つの母集団（小１～小５、小６～中１）の傾向をグラフ化したものを比較した。母集団の構成は主にASDの割合に左右されており、ADHDの割合が若干影響を与えていると考えられる。

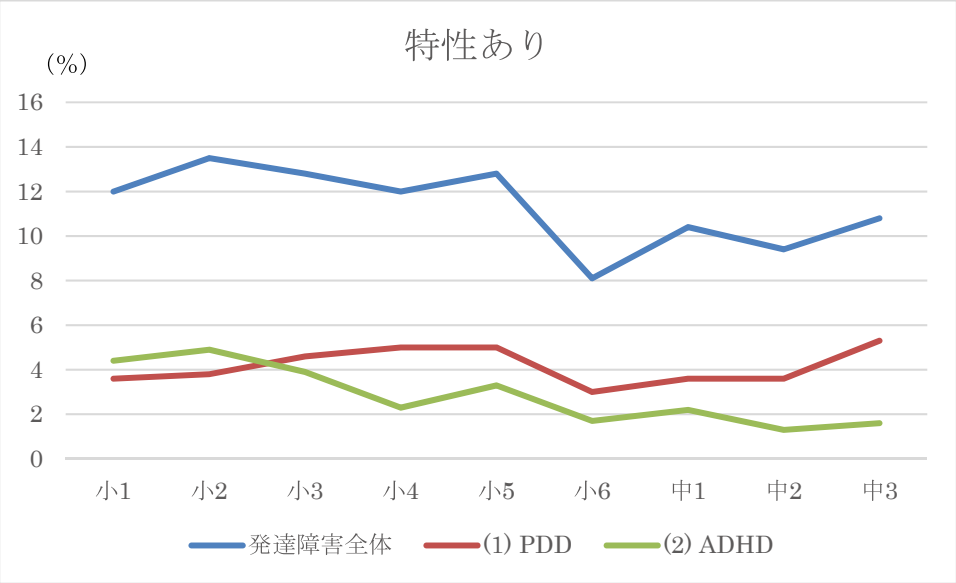


図１　発達障害の特性を持つ子どもの全体、PDD、ADHDの割合の推移
PDD：広汎性発達障害、ADHD：注意欠陥多動性障害

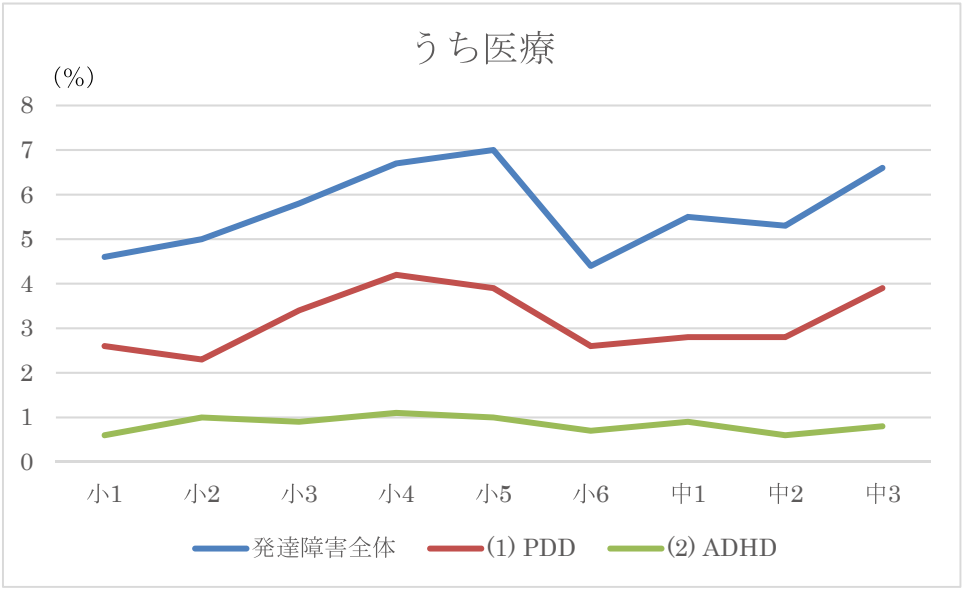


図２　発達障害を疑われる子どものうち医療にかかっている子どもの全体、PDD、ADHDの割合の推移
PDD：広汎性発達障害、ADHD：注意欠陥多動性障害

全体とPDDのグラフは２峰性を示しているが、これは以下の３つの可能性が考えられた。

１．研究開始から現在まで年を経るごとに、調査される教員の意識が高まり、PDD特性に気づくことが多くなったため
２．もともとの２つの母集団における、PDDの割合と重症度の差がでたため
３．その他、未知の要因（例：法改正、発達障害に対する啓蒙の広がりなど）によって、学校で認識されるPDD児童の数が増えていったため

３．小学５年生における反抗性、素行不良、および不登校

発達障害全体では反抗的な子どもは全体の1.2%、学校が受診していると認識している子どもは0.7％であった。一方、素行不良と見なされている子どもも、学校が受診していると認識している子どもも、わずか0.1%であった。昨年度行った調査では、反抗的な子どもが1.7%, 素行不良の子どもが0.4%であったことを考えると、減少傾向にある。これが、思春期前という過渡期に起きる現象で一過性のものなのか、集団の特徴なのかは判別できなかった。

発達障害別にみると、反抗的な子どもは、PDDが疑われる子どものうちの12%、ADHDが疑われる子どもの13%を占めており、この両者に集中し、かつ、この両者の中で一定の割合を占めていることが理解された。他の発達障害では反抗性や素行の問題はほとんど認められない。このことは、PDD, ADHDの特性を有する子どもの養育の困難さを示していると考えられた。

発達障害における不登校は、小学５年生の段階では殆ど問題にならないほど少数であった。

４．病院において診断された発達障害との比較

小学５年生における、学校が受診していると認識しているPDDの子どもは3.9％だったのに対し、５病院を受診しているPDDの子どもは、6.7％であった。また、小学５年生における、学校が受診していると認識しているADHDの児童は1.0％だったのに対し、病院を受診しているADHDの子どもは2.4％であった。つまり、PDDもADHDも病院に受診している子どもの方が、

学校が受診していると認識している子どもより多かった。これは、病院に受診していることを学校には伝えていない子どもがいることと、受診はしているものの、良好にコントロールされ、学校では認識されない子どもがいるからなのではないかと考えられた。

小学５年生における、学校が受診していると認識している知的障害の子どもは1.3％、病院を受診している知的障害の子どもは1.1％で、あまり違いがなかった。知的障害は、病状に変化が乏しいこと、児童扶養手当など福祉関係の書類作成の都合などで、知的な面での改善がみられなくても病院に受診し続けているからではないかと思われた。

E. まとめ

この５年間の調査からは、松本市内の小・中学校の中に、発達特性を有し特別の支援が必要な児童が１割を超えることが示された。また、広汎性発達障害や注意欠陥多動性障害の特性を持つ子どものやはり１割強に反抗的心性を持つ子どもがいることが示された。

その割合には経年的な変動が観られたが、それが普遍的なものであるのかどうかについては、今後も調査を継続し、また、他の自治体と比較検討する必要があると考えられた。

F. 研究発表

１. 論文発表

Sasayama D, Kurahashi K, Oda K, Yasaki T, Yamada Y, Sugiyama N, Inaba Y, Harada Y, Washizuka S, Honda H. Negative Correlation between Serum Cytokine Levels and Cognitive Abilities in Children with Autism Spectrum Disorder. J Intell. 5 (2):19, 2017

2. 学会発表

・原田謙、蓑和路子、山田慎二、吉崎洋介:「反抗挑発症における入院治療の試み」信州精神神経学会　第36回総会、2017年11月

・阿部佳正、松崎いつか、原田　謙：「社会的養護が必要な被虐待児と入院治療」 全国児童青年精神科医療施設協議会　第48回研修会、2018年２月

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

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
（いわき市・南相馬市）

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）
中村志寿佳　（福島大学　子どものメンタルヘルス支援事業推進室 特任助教）
福留さとみ　（大正大学　研究員）

研究要旨：

本研究班の目的に基づき、福島県沿岸部のいわき市（人口約34万人）南相馬市（人口約６万人）を“小規模市”の対象として、発達に遅れや偏りのある子どもの実態と支援について各市の小・中学校を対象にアンケート調査を実施した。

今回の調査結果から、南相馬市では、時間の経過と共に落ち着きのない子どもの割合の緩やかな増加傾向と高学年における医療機関受診率の高まりがみられた。震災の影響を受けていない同規模市の自治体との比較検討を行う必要がある。いわき市では、H27年度より震災後の避難者受け入れなどにより大幅な人口増加がみられており、医療・福祉サービスの不足が懸念されると共に、学校現場における子どもの把握や支援における課題も明らかにしていく必要がある。いずれの市にも共通していたのは、教育における配慮や支援においては、通常学級における学級担任による配慮のみで対応する子どもの割合が高まっていることが確認された。支援員の配置など､担任以外に授業をサポートする人材の確保が求められる。成長･発達する子どもの特徴を経時的に、震災後の地域特性を踏まえて、実態を把握することが福島県の子どもの理解や支援の検討において重要であると考える。

A. 研究概要と目的

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るサービスの実態把握の一資料とするため､福島県では、沿岸部のいわき市と南相馬市を対象として学校における発達に遅れや偏りのある子どもの気づきと支援の現状について調査を行う。

H25年度より、１）H18・H14年度生まれの子ども（H25年度の小学１年・小学６年）の追跡調査、２）毎年の小学１・６年生の定点調査を行ってきた。今回は、H28、29年度の調査結果について報告を行う。

福島県沿岸部はH23年３月11日から現在に至るまで、東日本大震災（以下、震災）後の

第一原子力発電所事故の影響により、避難や帰還などにより人口変動が大きい地域である。子どもの実態と支援ニーズを経時的に把握することは、震災に起因する地域特性も踏まえた支援ニーズの変化を確認することにつながり、今後の支援体制整備の基礎資料となることが期待される。

B. 研究方法

・H28年度実施

H28年12月~H29年１月にアンケートを配布回収した。

(いわき市)

対象の学校:市内の小学校67校、中学校39校、特別支援学校３校である。

対象の子ども：いわき市に居住している小学１・４・６年生、中学３年生である。

(南相馬市)

対象の学校：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校である。

対象の子ども：南相馬市に居住している小学１・４・６年生、中学３年生である。

・H29年度実施

実施期間：H29年12月~H30年１月にアンケートを配布回収した。

(南相馬市)

対象の学校：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校である。

対象の子ども：南相馬市に居住している小学１・５・６年生、中学３年生である。

調査項目：H28、29年度とも同様の内容である。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)

本研究は、福島大学の倫理指針に基づき、承認を得て行った。

C. 研究結果

アンケートの配布回収に関する各市の結果は次の通りである。

(いわき市)

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。

<u>H28年度</u>

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）

(南相馬市)

H28年度は南相馬市立の小学校全15校、中学校全６校、近隣の支援学校全１校から回答を得た（回収率100%)。H29年度は、小学校全15校、支援学校１校から回答を得た（回収

率100%)。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　336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 ）

H29年度

小学１年生　317名（男156名、女161名）
小学５年生　338名（男179名、女159名）
小学６年生　396名（男212名、女184名）

１）追跡調査

（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日生まれ）

H25年度から開始した調査である（内山ら、2016）が、今回はH28、29年度の結果を中心に報告する。

a. 発達に何らかの遅れや偏りがある子ども

（いわき市）【表１-２参照】

・H28年小学４年生（n=2595）の「発達に遅れや偏りがある子どもの総数」は194名(7.5%)であり、その内訳をみると「医療機関の受診を把握している子ども」は76名（2.9%)、「医療機関の受診の把握はしていないが発達の遅れや偏りを感じる子ども（疑い含む)」は118名（4.5%）であった。

（南相馬市）【表２-２参照】

・H28年小学校４年生（n=339）の「発達に遅れや偏りがある子どもの総数」は54名（15.9%）であり、H29年小学５年生（n=338）は57名（16.9%）であった。その内、「医療機関の受診を把握している子ども」は、H28年小学４年生16名（4.7%)、H29年小学５年生30名（8.9%）であり、増加がみられた。

b. 主たる問題の内訳

（いわき市）

・H28小学４年生

【表１-２、表１-６、表１-10、表１-14参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」38名（1.5%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」16名（0.6%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」１名（0.04%)、「学習面の問題;LDなど 」４名（0.2%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」12名（0.5%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」４名（0.2%)、「知能が境界域」１名（0.04%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり;ASDなど」24名(0.9%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」14名（0.5%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」９名（0.3%)、「学習面の問題；LDなど 」15名(0.6%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」16 名（0.6 %)、「その他の精神科的ケアを要する;吃音･場面緘黙･チックなど」３名（0.1%)、「知能が境界域」37名（1.4%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」は22名（0.8%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は11名（0.4%)、「学習面の問題;LDなど 」、「発達全体の遅れ;精神遅滞など」、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」、「知能が境界域」は各１名（0.04%）であった。「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発

達性言語障害など」は0名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」と「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」が各2名（0.1%）、「学習面の問題；LDなど」が1名（0.04%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」と「知能が境界域」は0名であった。

「不登校の子ども」は、主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」が1名（0.04%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」が2名（0.1%）、その他0名（0.0%）であった。

（南相馬市）

・H28小学4年生

【表2-2、表2-6、表2-10、表2-14参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」6名（1.8%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」5名（1.5%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」0名（0.0%）、「学習面の問題；LDなど」1名（0.3%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」4名（1.2%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」0名（0.0%）、「知能が境界域」0名（0.0%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」7名（2.1%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」13名（3.8%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」3名（0.9%）、「学習面の問題；LDなど」4名（1.2%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」6名（1.8%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」4名（1.2%）、「知能が境界域」1名（0.3%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は5名（1.5%）、「対人関係やこだわり；ASDなど」では4名（1.2%）、その他はすべて0名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみるとすべて0名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」は、主たる問題別にみると「発達全体の遅れ；精神遅滞など」が1名（0.3%）、その他すべて0名（0.0%）であった。

・H29小学5年生

【表3-2、表3-5、表3-8、表3-11参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」16名（4.7%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」7名（2.1%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」0名（0.0%）、「学習面の問題；LDなど」0名（0.0%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」6名（1.8%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」1名（0.3%）、「知能が境界域」0名（0.0%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の

遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり;ASDなど」6名(1.8%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」8名（2.4%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」0名（0.0%)、「学習面の問題；LDなど」7名(2.1%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」3名（0.9%)、「その他の精神科的ケアを要する;吃音･場面緘黙･チックなど」1名(0.3%)、「知能が境界域」2名（0.6%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」では2名（0.6%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は5名(1.5%)、その他はすべて0名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみるとASD、ADHD、吃音・場面緘黙・チック等、LD、言語、境界知能すべてにおいて0名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」は、主たる問題別にみると「発達全体の遅れ；精神遅滞など」が1名（0.3%)、その他0名（0.0%）であった。

c. 特別な教育的配慮

（いわき市）

・H28小学4年生（n=2570）【表1-17参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもの総数は147名（5.7%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍する児童は31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。

（南相馬市）

・H28小学4年生（n=335）【表2-17参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもの総数は45名（13.4%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍9名（2.7%)、自閉症・情緒障害特別支援学級3名（0.9%）であった。情緒障害通級指導教室2名（0.6%)、難聴・言語障害通級指導教室5名（1.5%)、学級担任のみによる配慮のみ25名(7.5%)､その他の支援(学習支援員･介助員等）1名（0.3%）であった。

・H29小学5年生（n=334）【表3-13参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもの総数は44名（13.2%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍9名（2.7%)、自閉症・情緒障害特別支援学級3名（0.9%)、情緒障害通級指導教室2名(0.6%)、難聴・言語障害通級指導教室4名(1.2%)、学級担任のみによる配慮のみ25名(7.5%)、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

（いわき市）

・H28小学4年生【表1-18参照】

発達の遅れや偏りを問わず、全ての小学4年生について、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と回答があった子どもは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子どもは４名（0.2%）、医療機関を受診したと把握している子どもは４名（0.2%）であった。

（南相馬市）

・H28小学４年生【表２-18参照】

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子どもは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子どもは３名（0.9%）、医療機関を受診したと把握している子どもは１名（0.3%）となっている。また、震災後、すべての子ども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。

・H29小学５年生（n=338）【表３-14参照】

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子どもは９名（2.7%）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子どもは５名（1.5%）、医療機関を受診したと把握している子どもは０名（０%）であった。H28年度よりも増加がみられるが、医療機関の受診までには至らないことがわかる。

（２）<u>H25年度小学６年生の追跡調査</u>（H13年４月２日～H14年４月１日生まれ）

H25年度から開始した調査であるが、本報告ではH28、29年度の結果を中心に報告する。

a. 発達に何らかの遅れや偏りのある子ども

（いわき市）【表１-４参照】

H28中学３年生（n=2980）の「発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの総数」は135名（4.5%）であり、その内「医療機関の受診を把握している子ども」は78名（2.6%）、「医療機関の受診の把握はしていないが発達の遅れや偏りを感じる子ども（疑い含む）」は57名（1.9%）であった。

（南相馬市）【表２-４参照】

H28中学３年生（n=435）の「発達に何らかの遅れや偏りがある子どもの総数」は33名（7.6%）であった。その内、「医療機関の受診を把握している子ども」は23名（5.3%）、「医療機関の受診の把握はしていないが発達の遅れや偏りを感じる子ども（疑い含む）」は10名（2.3%）であった。

b. 主たる問題の内訳

（いわき市）

・H28中学３年生

【表１-４、表１-８、表１-12、表１-16参照】

<u>医療機関を受診したと把握している子どもの内訳</u>は、「対人関係やこだわり；ASDなど」39名（1.3%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」16名（0.5%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」１名（0.03％）、「学習面の問題；LDなど」１名（0.03%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」17名（0.6%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」４名（0.1%）、「知能が境界域」０名（0.0%）であった。

<u>医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りに問題があると感じる子どもの内訳</u>は、「対人関係やこだわり；ASDなど」10名（0.3%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」８名（0.3%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」１名（0.03%）、「学習面の問題；LDなど」９名（0.3%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」17名（0.6％）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」５名（0.2％）、「知能が境界域」７名（0.2%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」は6名（0.2%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は2名（0.1%)、「学習面の問題；LDなど 」は1名（0.04％)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」は8名（0.3％)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」、「知能が境界域」は各0名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」4名（0.1%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」と「学習面の問題；LDなど 」が各1名（0.03%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」、「知能が境界域」は0名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」は、主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」が7名（0.2%)、精神遅滞の不登校に関しては、今回は未採取である。

（南相馬市）

・H28中学3年生

【表2-4、表2-8、表2-12、表2-16参照】

医療機関を受診を把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」11名（2.5%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」4名（0.9%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」0名（0.0 %)、「学習面の問題；LDなど 」0名（0.0%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」5名（1.1%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」1名（0.2%)、「知能が境界域」2名（0.5%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」3名（0.7%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」1名（0.2%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」0名（0.0%)、「学習面の問題；LDなど 」2名（0.5%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」1 名（0.2%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」1名（0.2 %)、「知能が境界域」2名（0.5%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」は3名（0.7%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」、「学習面の問題；LDなど 」、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」、「知能が境界域」はいずれも0名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると全て0名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」は、主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」が

１名（0.2%）であった。

c. 特別な教育的配慮

（いわき市）【表１-17参照】

・H28年中学３年生生（n=2948）

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもの総数は96名（3.3%）であった。

その内訳は、特別支援学級（知的障害）に在籍32名（1.1%）、特別支援学級（情緒障害）13名（0.4%）、情緒障害通級指導教室０名（0.0%）、難聴・言語障害通級指導教室１名（0.03%）、その他の支援（支援員の配置等）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。

（南相馬市）

・H28年中学３年生（n=432）【表２-17参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもは26名（6.0%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍７名（1.6 %）、自閉症・情緒障害特別支援学級０名、情緒障害通級指導教室０名（0.0%）、学級担任のみによる配慮のみ17名（3.9%）、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

（いわき市）【表１-18参照】

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子どもは０名（0.0%）であった。

（南相馬市）【表２-18参照】

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子どもは１名（0.2%）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子どもは０名（0.0%）、医療機関につながったと把握している子どもも０名（0.0%）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

a. 発達に何らかの遅れや偏りのある子ども

（いわき市）【表１-１参照】

H28小学１年生（n=2330）の「発達に遅れや偏りがある子どもの総数」は186名（8.0%）であり、その内「医療機関の受診を把握している子ども」は60名（2.6%）、「医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子ども（疑い含む）」は126名（5.4%）であった。

（南相馬市）【表２-１参照】

H28小学１年生（n=336）の「発達に遅れや偏りのある子どもの総数」は71名（21.1%）であった。その内、「医療機関の受診を把握している子ども」は17名（5.1%）、「医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子ども（疑い含む）」は54名（16.1%）であった。H29小学１年生（n=317）の「発達に遅れや偏りのある子ども」は60名（18.9%）であった。その内、「医療機関の受診を把握している子ども」は12名（3.8%）、「医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子ども（疑い含む）」は48名（15.1%）であった。

b. 主たる問題の内訳

（いわき市）

・H28小学１年生

【表１-１、表１-５、表１-９、表１-13参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」33名（1.4%）、「落ち着きがない、そそっかし

い；ADHDなど」11名（0.5%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」８名（0.3%）、「学習面の問題；LDなど 」１名（0.04%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」６名（0.3%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」１名（0.04%）、「知能が境界域」０名（0.0%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」35名（1.5%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」16名（0.7%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」26名（1.1%）、「学習面の問題；LDなど 」５名（0.2%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」14 名（0.6 %）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」８名（0.3 %）、「知能が境界域」22名（0.9%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」は16名（0.7%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は５名（0.2%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」、「学習面の問題；LDなど 」、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」は各１名（0.04%）、「知能が境界域」は２名（0.1%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」、「知能が境界域」において、それぞれ１名（0.04%）であった。

「不登校の子ども」は、主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」が１名（0.04%）、その他０名（0.0%）であった。

（南相馬市）

・H28小学１年生

【表２-１、表２-５、表２-９、表２-13参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」11名（3.2%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」１名（0.3%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」０名（0.0%）、「学習面の問題；LDなど 」１名（0.3%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」４名（1.2%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」０名（0.0%）、「知能が境界域」０名（0.0%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」３名（0.9%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」16名（4.7%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」15名（4.4%）、「学習面の問題；LDなど 」６名（1.8%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」９ 名（2.6 %）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」２名（0.6%）、「知能が境界域」３名（0.9%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「落ち着きがない、そそっ

かしい；ADHDなど」は５名（1.5%）、「対人関係やこだわり；ASDなど」では２名（0.6%）、その他はすべて０名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」１名（0.3%）、その他すべて０名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」は、主たる問題別にみると「その他の精神科的ケアを要する;吃音・場面緘黙・チックなど」が３名（0.9%）、その他すべて０名（0.0%）であった。

・H29小学１年生

【表３-１、表３-４、表、表３-７、表３-10参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」11名（3.5%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」１名（0.3%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」０名（0.0%）、「学習面の問題；LDなど 」０名（0.0%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」０名（0.0%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」０名（0.0%）、「知能が境界域」０名（0.0%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり;ASDなど」５名（1.6%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」16名（5.0%）、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」15名（4.7%）、「学習面の問題；LDなど 」３名（0.9%）、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」４名（1.3%）、「その他の精神科的ケアを要する;吃音･場面緘黙･チックなど」１名（0.3%）、「知能が境界域」４名（1.3%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」では７名（2.2%）、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は３名（0.9%）、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」１名（0.3%）、その他はすべて０名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは０名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」も医療機関の受診を問わず０名（0.0%）であった。

c. 特別な教育的配慮

（いわき市）

・H28小学１年生（n= 2304）【表１-17参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもの総数は147名（6.4%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍27名（1.2%）、情緒障害特別支援学級14名（0.6%）、情緒障害通級指導教室１名（0.04%）、難聴・言語障害通級指導教室22名（1.0%）、その他の通級指導教室２名（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56名（2.4%）であった。

（南相馬市）

・H28小学１年生（n=332）【表２-17参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもの総数は68名（20.5%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍11名（3.3%）、自閉症・情緒障害特別支援学級は２名（0.6%）、情緒障害通級指導教室０

名（０％）、難聴・言語障害通級指導教室20名（5.9%）、学級担任のみによる配慮のみ24名（7.1%）、その他の支援（学習支援員・介助員等）10名（3.0%）であった。

・H29小学１年生（n=317）【表３-13参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもの総数は60名（18.9%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍９名（2.8 %）、自閉症・情緒障害特別支援学級は０名（0.0%）、情緒障害通級指導教室３名（0.9%）、難聴・言語障害通級指導教室14名(4.0%)、その他の通級指導教室１名(0.3%)、適応指導教室１名（0.3%）、学級担任のみによる配慮のみ29名（9.1%)、その他の支援（学習支援員･介助員等）３名（0.9%）であった。

d.　震災後のストレス

（いわき市）【表１-18参照】

H28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子どもは０名であった。

（南相馬市）【表２-18、表３-14参照】

H28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子どもは１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子どもは１名(0.3%)であった。また、医療機関の受診は０名(0.0%)である

H29小学１年生（n=317 ）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子どもは11名（3.5%)、そのスクールカウンセラーの面接を受けた子どもは６名(1.9%)、医療機関を受診している子どもは１名（0.3%）であった。また、回答において、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の意見があった。

（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子ども

（いわき市）【表１-３参照】

H28年度小学６年生（n=2703）の「発達に遅れや偏りがある子どもの総数」は136名(5.0%）であり、その内「医療機関の受診を把握している子ども」は53名（2.0%)、「医療機関の受診は把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子ども（疑い含む)」は83名（3.1%）であった。

（南相馬市）【表２-３、表３-３参照】

H28小学６年生（n=394）の「発達に遅れや偏りのある子どもの総数」は､40名（10.2%）であった。その内「医療機関の受診を把握している子ども」は17名（4.3%)、「医療機関の受診は把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子ども（疑い)」は23名（5.8%）であった。

H29小学６年生（n=396）の「発達に遅れや偏りのある子どもの総数」は69名(17.4%)であった。その内､「医療機関の受診を把握している子ども」は34名（8.6%)、「医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子ども（疑い含む)」は35名(8.8%）であった。

b.　主たる問題の内訳

（いわき市）

・H28小学６年生

【表１-３、表１-７、表１-11、表１-15参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」26名（1.0%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」16名（0.6%)、「言葉を理

解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」１名（0.04%)、「学習面の問題；LDなど 」１名（0.04%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」５名（0.2%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」３名（0.1%)、「知能が境界域」１名（0.04%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」24名（0.9%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」14名（0.5%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」２名（0.1%)、「学習面の問題；LDなど 」９名（0.3%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」17名（0.6%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」５名（0.2%)、「知能が境界域」12名（0.4%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると、「対人関係やこだわり；ASDなど」では17名（0.6%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は10名（0.4%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」０名（0.0%)、「学習面の問題；LDなど 」０名（0.0%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」０名（0.0%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」１名（0.04%)、「境界知能」２名（0.1%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」と「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は各２名（0.1%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」が１名（0.04%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」、「学習面の問題；LDなど 」、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」、「境界知能」において０名であった。不登校では、「対人関係やこだわり；ASDなど」が２名（0.1%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」が３名（0.1%）であった。

（南相馬市）

・H28小学６年生

【表２-３、表２-７、表２-11、表２-15参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」14名（3.6%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」０名（0.0%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」１名（0.3%)、「学習面の問題；LDなど 」０名（0.0%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」２名（0.5%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」０名（0.0%)、「知能が境界域」０名（0.0%）であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」２名（0.5%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」５名（1.3%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」３名（0.8%)、「学習面の問題；LDなど 」６名（1.5%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」３名（0.8%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」１名（0.3%)、「知能が境界域」３名（0.8%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子ども

の内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」では１名（0.3%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」は２名（0.5%)、その他はすべて０名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは０名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」は、医療機関の有無を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」１名（0.3%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」１名（0.3%)、その他は０名（0.0%）であった。

・H29小学６年生

【表３-３、表３-６、表１-９、表１-12参照】

医療機関を受診したと把握している子どもの内訳は、「対人関係やこだわり；ASDなど」15名（3.8%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」７名（1.8%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」０名（0.0%)、「学習面の問題；LDなど 」１名（0.3%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」７名（1.8%)、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」３名(0.8%)、「知能が境界域」１名(0.3%)であった。

医療機関の受診を把握していないが発達の遅れや偏りがあると感じる子どもの内訳は、「対人関係やこだわり;ASDなど」３名(0.8%)、「落ち着きがない、そそっかしい；ADHDなど」７名（1.8%)、「言葉を理解することや話すこと；構音障害、発達性言語障害など」１名（0.3%)、「学習面の問題；LDなど 」３名(0.8%)、「発達全体の遅れ；精神遅滞など」６名（1.5%)、「その他の精神科的ケアを要する;吃音･場面緘黙･チックなど」５名（1.3%)、「知能が境界域」10名（2.5%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、反抗的な特性がある（反抗挑戦性障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると「対人関係やこだわり；ASDなど」１名（0.3%)、「学習面の問題；LDなど 」１名（0.3%)、その他はすべて０名（0.0%）であった。

発達の遅れや偏りがあると把握する子どもの内、触法行為などの問題がある（素行障害など）子どもは、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると、「その他の精神科的ケアを要する；吃音・場面緘黙・チックなど」１名（0.3%)、その他０名（0.0%）であった。

「不登校の子ども」は、医療機関の受診を問わず主たる問題別にみると、「対人関係やこだわり；ASDなど」１名（0.3%)、「知能が境界域」１名（0.3%)､その他は０名（0.0%）であった。

c. 特別な教育的配慮

（いわき市）

・H28小学６年生（n=2683）【表１-17参照】

教育において何らかの支援や配慮を必要とする子どもは114名（4.2%）であった。

その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍30名（1.1 %)、自閉症・情緒障害学級は12名（0.4 %)、情緒障害通級指導教室７名(0.3%)、難聴・言語障害通級指導教室１名(0.04%)、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。

（南相馬市）

・H28小学６年生（n=392）【表２-17参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもは38名（9.7%）であった。その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍４名（1.0%）、自閉症・情緒障害特別支援学級４名（1.0%）、情緒障害通級指導教室１名（0.3%）、難聴・言語障害通級指導教室７名（1.8%）、学級担任のみによる配慮のみの子どもは21名（5.4%）、その他の支援（学習支援員・介助員等）が１名（0.3%）であった。

・H29小学６年生（n=393）【表３-13参照】

教育において何らかの支援や配慮が必要な子どもは49名（12.5%）であった。その内訳は、知的障害特別支援学級に在籍10名（2.5%）、自閉症・情緒障害特別支援学級５名（1.3%）、情緒障害通級指導教室１名（0.3%）、難聴・言語障害通級指導教室４名（1.0%）、適応指導教室２名（0.5%）、学級担任のみによる配慮のみの子どもは26名（6.6%）、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

（いわき市）【表１-18参照】

H28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子どもは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のは２名（0.1%）、医療機関を受診したと把握しているは２名（0.1%）であった。

（南相馬市）【表２-18、表３-14参照】

H28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子どもは８名（2.0%）であり、全員がスクールカウンセラーの面接を受けた。その内、医療機関を診したと把握する子どもは０名（0.0%）であった。

H29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子どもは２名（0.5%）であり、スクールカウンセラーの面接を受けたのも２名（0.5%）、医療機関の受診を把握しているのは０名（0.0%）であった。

D. 考察

１）追跡調査

いわき市は、H28年度のみの調査となったが、医療機関の受診の把握率において調査を行ったすべての学年（小学１・６年、中学３年）で2.0～2.9%を示しており、大きな変動が見られなかった。それに対し、南相馬市では医療機関の受診を把握する子どもの割合はH28年度の小学４年生が4.7%であるのに対しH29年度の小学５年生では8.9%と１年間で大幅な増加がみられた。

いわき市は、H27年以降、東日本大震災（以下、震災）の影響から避難者の帰還や生活再建に伴う大幅な人口増加がみられており『いわき市の人口（平成29年度）』、人口規模に対する医療機関の不足が推測される。一方で、南相馬市では、震災以降、県外からの医療支援を経て市独自で事業を展開するなど精神科医の確保に努めている背景があり、人口規模に対して専門医や専門職の充足度が高いとも考えられる。南相馬市における急激な受診率の高まりについては、人口規模や地域特性、支援システムの違いによる影響だけではなく、震災後の社会資源の変化も含めて捉える必要がある。

教育における配慮や支援が必要な子どもの割合と支援内容について、H28年度（小学４年）とH29年度（小学５年）の南相馬市の追跡調査結果を比較すると、いずれも約13%と支援を必要とする子どもの割合に変化は見ら

れなかった。この特徴が低学年にも共通する場合には、今後の支援ニーズの高まりが推測され、他市や他学年における傾向を確認する必要がある。

2）定点調査

（1）小学1年生

いわき市では、H28年度のみの結果であるが、発達の遅れや偏りのある子どもは他の学年よりも最も高く8.0%の結果であった。

南相馬市における発達の遅れや偏りのある子どもの割合は、H29年度では前年度と比較してやや減少がみられた。しかしながら、他県の同規模市と比較するとやや高い割合を示している。同市の教育における配慮や支援の必要な子どもの割合も同様に減少したが、支援内容の内訳をみると「学級担任による配慮のみ」の割合は高まっており、通常のクラス名において、配慮が必要な子どもが増加していることが推測される。

（2）小学6年生

いわき市では、H28年度の結果で発達の遅れや偏りのある子どもは5.0%の結果であった。

南相馬市では、H28年度は発達の遅れや偏りのある子どもの総数の割合は10.2%、H29年度では17.4%と大きな差がみられ、医療機関を受診した子どもの割合は2倍になった。医療機関の受診の有無を問わず主たる問題別（内訳）をみると、「落ち着きがない」、「発達全体の遅れ」、「緘黙やチックなど」、「知能が境界域」において割合が高まっていた。支援内容では、今後も継続的に調査を行うと共に、より詳細な内容を確認する必要がある。

E. まとめ

今回の結果から、福島県沿岸部の中核市（いわき市）では、H28年度のみの結果報告となるが、小規模市と比較すると発達の遅れや偏りのある子どもの割合、医療機関の受診率共に低い結果であった。H27年度より震災後の避難者受け入れなどにより大幅な人口増加がみられており、医療・福祉サービスの不足が懸念されると共に、学校現場における子どもの把握や支援における課題も明らかにしていく必要がある。一方で、福島県沿岸部の小規模市（南相馬市）ではH28年度と比較してH29年度では小学校5年生と6年生において医療機関の受診率に大幅な増加がみられた。教育における配慮や支援においては、通常学級における学級担任による配慮のみで対応する子どもの割合が高まっていることが確認された。支援員の配置など、担任以外に授業をサポートする人材の確保が求められる。

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

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

内山登紀夫, 川島慶子, 鈴木さとみ（2015）. 震災と子どものメンタルヘルス 福島の乳幼児のメンタルヘルス. 発達障害医学の進歩, 27, 1-8.

内山登紀夫, 川島慶子, 鈴木さとみ（2016）. 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、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（身体・知的等障害分野））「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価」（研究代表者 本田秀夫）平成25-27年度総合研究報告書.
筒井雄二（2015）．福島における原子力災害が引き起こした心理学的問題．発達障害医学の進歩, 27, 37-44.
八木淳子（2016）．東日本大震災後の子どものケアにおけるTF-CBTの実践．児童青年精神医学とその近接領域, 57, No.4, 64-72.
本田秀夫（2016）．発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価．厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価」（研究代表者 本田秀夫）平成25-27年度総合研究報告書.
いわき市の人口平成29年版(2017)．いわき市.
福島県勢要覧平成28年版（2016）．福島県統計協会.
南相馬市統計集 まちDス2016（2017）．南相馬市役所.

【H28年度いわき市】

表１－１　　H28小学１年生　n=2330（男=1151,女=1179）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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１－３　　H28小学６年生　n=2703（男=1360,女=1343）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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１－２　　H28小学４年生　n=2595（男=1325,女=1270）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	10	0.4%	7	0.5%	3	0.2%	1	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	9	0.3%	6	0.5%	3	0.2%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	38	1.5%	21	1.6%	17	1.3%	1	0.0%	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１－４　　H28中学３年生　n=2980（男=1478,女=1502）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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%

表１－５　　H28小学１年生　n=2330（男=1151,女=1179）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	2	0.1%	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	1.2%	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１－６　　H28小学４年生　n=2595（男=1325,女=1270）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	1	0.00%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	37	1.4%	35	2.6%	2	0.2%	15	0.6%	13	1.0%	2	0.2%	22	0.8%	22	1.7%	0	0.0%

表１－７　　H28小学６年生　n=2703（男=1360,女=1343）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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%
計	31	1.1%	26	1.9%	5	0.4%	13	0.5%	11	0.8%	2	0.1%	18	0.7%	15	1.1%	3	0.2%

表１－８　　H28中学３年生　n=2980　（男=1478,女=1502）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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%

表１－９　　H28小学１年生　n=2330（男=1151,女=1179）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	0.04%	1	0.1%	0	0.0%	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%

表１－10　　H28小学４年生　n=2595（男=1325,女=1270）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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１－11　　H28小学６年生　n=2703（男=1360,女=1343）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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１－12　　H28中学３年生　n=2980　（男=1478,女=1502）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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%

表１－13　　H28小学１年生　n=2330（男=1151,女=1179）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.04%	1	0.1%	0	0.0%

表１－14　　H28小学４年生　n=2595（男=1325,女=1270）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	1	0.0%	1	0.1%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	3	0.1%	2	0.2%	1	0.1%

表１－15　　H28小学６年生　n=2703（男=1360,女=1343）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	3	0.1%	1	0.1%	2	0.1%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	5	0.2%	2	0.1%	3	0.2%

表１－16　　H28中学３年生　n=2980　（男=1478,女=1502）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	7	0.2%	6	0.4%	1	0.1%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	1	0.03%	0	0.0%	1	0.1%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	8	0.3%	6	0.4%	2	0.1%

表１－17　　教育において配慮や支援が必要な子どもの人数と割合

支援内容		H28小学１年生 n=2304（男=1131,女=1173）						H28小学４年生 n=2570（男=1308,女=1262）						H28小学６年生 n=2683（男=1348,女=1335）						H28中学３年生 n=2948（男=1455,女=1493）					
		計		男		女		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	%	人数	%	人数	%	人数	%
A.特別支援学級に在籍	（１）知的障害特別支援学級総数	27	1.2	16	1.4	11	0.9	31	1.2	18	1.4	13	1	30	1.1	23	1.7	7	0.5	32	1.1	19	1.3	13	0.9
	（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）情緒障害通級指導教室に通級	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
	（２）難聴・言語障害通級指導教室に通級	22	1	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
	（３）その他の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
	（４）適応指導教室（（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	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0
	（５）学級担任による配慮のみ	56	2.4	41	3.6	15	1.3	72	2.8	55	4.2	17	1.3	55	2	39	2.9	16	1.2	47	1.6	36	2.5	11	0.7
	（６）その他の支援	23	1	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

表１－18　　震災後のメンタルヘルスケアの必要な児童生徒数

内容	H28小学１年生 n=2330（男=1151,女=1179）						H28小学４年生 n=2595（男=1325,女=1270）						H28小学６年生 n=2703（男=1360,女=1343）						H28中学３年生 n=2980（男=1478,女=1502）					
	計		男		女		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	%	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	0	0	0	0	0	0	7	0.3	4	0.3	3	0.2	7	0.3	6	0.4	1	0.1	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	4	0.2	4	0.3	0	0	2	0.1	0	0	2	0.1	0	0	0	0	0	0
③①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	4	0.2	4	0.3	0	0	2	0.1	0	0	2	0.1	0	0	0	0	0	0

【H28年度南相馬市】

表２－１　　H28小学１年生　n=336（男=161,女=175）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	14	4.2%	13	8.1%	1	0.6%	11	3.3%	10	6.2%	1	0.6%	3	0.9%	3	1.9%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	17	5.1%	13	8.1%	4	2.3%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	16	4.8%	12	7.5%	4	2.3%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	15	4.5%	7	4.3%	8	4.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	4.5%	7	4.3%	8	4.6%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	13	3.9%	9	5.6%	4	2.3%	4	1.2%	4	2.5%	0	0.0%	9	2.7%	5	3.1%	4	2.3%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	2	0.6%	0	0.0%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%	0	0.0%	2	1.1%
境界域知能	3	0.9%	1	0.6%	2	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%	1	0.6%	2	1.1%
計	71	21.1%	48	29.8%	23	13.1%	17	5.1%	16	9.9%	1	0.6%	54	16.1%	32	19.9%	22	12.6%

表２－２　　H28小学４年生　n=339（男=176,女=163）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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２－３　　H28小学６年生　n=394（男=190,女=204）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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２－４　　H28中学３年生　n=435（男=230,女=205）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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%

表２－５　　H28小学１年生　n=336（男=161,女=175）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	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%

表２－６　　H28小学４年生　n=339（男=176,女=163）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	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%

表２－７　　H28小学６年生　n=394（男=190,女=204）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	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%

表２－８　　H28中学３年生　n=435　（男=230,女=205）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	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%

表２－９　　H28小学１年生　n=336（男=161,女=175）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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２－10　　H28小学４年生　n=339（男=176,女=163）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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２－11　　H28小学６年生　n=394（男=190,女=204）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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２－12　　H28中学３年生　n=435　（男=230,女=205）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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２－13　　H28小学１年生　n=336（男=161,女=175）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	3	0.9%	1	0.6%	2	1.1%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	3	0.9%	1	0.6%	2	1.1%

表２－14　　H28小学４年生　n=339（男=176,女=163）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%

表２－15　　H28小学６年生　n=394（男=190,女=204）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	1	0.3%	0	0.0%	1	0.5%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	2	0.5%	1	0.5%	1	0.5%

表２－16　　H28中学３年生　n=435（男=230,女=205）

主たる問題	不登校					
	計		男		女	
	人数	%	人数	%	人数	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	1	0.2%	1	0.4%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
境界域知能	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
計	1	0.2%	1	0.4%	0	0.0%

表２－17　教育において配慮や支援が必要な子どもの人数と割合

	支援内容	H28小学１年生 n=332（男=157,女=175）						H28小学４年生 n=335（男=173,女=162）						H28小学６年生 n=392（男=189,女=203）						H28中学３年生 n=432（男=228,女=204）					
		計		男		女		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	%	人数	%	人数	%	人数	%
A.特別支援学級に在籍	（１）知的障害特別支援学級総数	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）自閉症・情緒障害特別支援学級総数	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
	（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
B.通常学級に在籍	（１）情緒障害通級指導教室に通級	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
	（２）難聴・言語障害通級指導教室に通級	20	6	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
	（３）その他の通級指導教室に通級	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
	（４）適応指導教室（（１）～（３）通級児を除く）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3	1	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0
	（５）学級担任による配慮のみ	24	7.2	14	8.9	10	5.7	25	7.5	22	12.7	3	1.9	21	5.4	13	6.9	8	3.9	17	3.9	11	4.8	6	2.9
	（６）その他の支援	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２－18　震災後のメンタルヘルスケアの必要な児童生徒数

内容	H28小学１年生 n=336（男=161,女=175）						H28小学４年生 n=339（男=176,女=163）						H28小学６年生 n=394（男=190,女=204）						H28中学３年生 n=435（男=230,女=205）					
	計		男		女		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	%	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	1	0.3	0	0	1	0.6	6	1.8	4	2.3	2	1.2	8	2	5	2.6	3	1.5	1	0.2	0	0	1	0.5
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	1	0.3	0	0	1	0.6	3	0.9	2	1.1	1	0.6	8	2	5	2.6	3	1.5	0	0	0	0	0	0
③①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	1	0.3	1	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

【H29年度南相馬市】

表３－１　　H29小学１年生　n=317（男=156,女=161）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	16	5.0%	15	9.6%	1	0.6%	11	3.5%	10	6.4%	1	0.6%	5	1.6%	5	3.2%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	17	5.4%	12	7.7%	5	3.1%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	16	5.0%	11	7.1%	5	3.1%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	15	4.7%	6	3.8%	9	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	4.7%	6	3.8%	9	5.6%
学力の問題（LD等）	3	0.9%	2	1.3%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%	2	1.3%	1	0.6%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	4	1.3%	3	1.9%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%	3	1.9%	1	0.6%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	4	1.3%	3	1.9%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%	3	1.9%	1	0.6%
計	60	18.9%	42	26.9%	18	11.2%	12	3.8%	11	7.1%	1	0.6%	48	15.1%	31	19.9%	17	10.6%

表３－２　　H29小学５年生　n=338（男=179,女=159）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	22	6.5%	19	10.6%	3	1.9%	16	4.7%	14	7.8%	2	1.3%	6	1.8%	5	2.8%	1	0.6%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	15	4.4%	15	8.4%	0	0.0%	7	2.1%	7	3.9%	0	0.0%	8	2.4%	8	4.5%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	7	2.1%	4	2.2%	3	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	2.1%	4	2.2%	3	1.9%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	9	2.7%	5	2.8%	4	2.5%	6	1.8%	2	1.1%	4	2.5%	3	0.9%	3	1.7%	0	0.0%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	2	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.6%
境界域知能	2	0.6%	1	0.6%	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%	1	0.6%	1	0.6%
計	57	16.9%	45	25.1%	12	7.5%	30	8.9%	24	13.4%	6	3.8%	27	8.0%	21	11.7%	6	3.8%

表３－３　　H29小学６年生　n=396（男=212,女=184）

主たる問題	発達の遅れや偏りのある子どもの総数						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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	18	4.5%	16	7.5%	2	1.1%	15	3.8%	13	6.1%	2	1.1%	3	0.8%	3	1.4%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	14	3.5%	10	4.7%	4	2.2%	7	1.8%	5	2.4%	2	1.1%	7	1.8%	5	2.4%	2	1.1%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%
学力の問題（LD等）	4	1.0%	4	1.9%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	3	0.8%	3	1.4%	0	0.0%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	13	3.3%	5	2.4%	8	4.3%	7	1.8%	2	0.9%	5	2.7%	6	1.5%	3	1.4%	3	1.6%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	8	2.0%	6	2.8%	2	1.1%	3	0.8%	2	0.9%	1	0.5%	5	1.3%	4	1.9%	1	0.5%
境界域知能	11	2.8%	6	2.8%	5	2.7%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	10	2.5%	5	2.4%	5	2.7%
計	69	17.4%	48	22.6%	21	11.4%	34	8.6%	24	11.3%	10	5.4%	35	8.8%	24	11.3%	11	6.0%

表３－４　　H29小学１年生　n=317（男=156,女=161）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	7	2.2%	7	4.5%	0	0.0%	2	0.6%	2	1.3%	0	0.0%	5	1.6%	5	3.2%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	3	0.9%	3	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%	3	1.9%	0	0.0%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	11	3.5%	11	7.1%	0	0.0%	2	0.6%	2	1.3%	0	0.0%	9	2.8%	9	5.8%	0	0.0%

表３－５　　H29小学５年生　n=338（男=179,女=159）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	2	0.6%	2	1.1%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.6%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD等）	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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	2.1%	7	3.9%	0	0.0%	4	1.2%	4	2.2%	0	0.0%	3	0.9%	3	1.7%	0	0.0%

表３－６　　H29小学６年生　n=396（男=212,女=184）

主たる問題	反抗挑戦性障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD等）	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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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	2	0.5%	2	0.9%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%

表３－７　　H29小学１年生　n=317（男=156,女=161）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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３－８　　H29小学５年生　n=338（男=179,女=159）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	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%
境界域知能	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３－９　　H29小学６年生　n=396（男=212,女=184）

主たる問題	素行障害の特性のある子ども 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	%
対人関係やこだわりなどの問題（自閉症等）	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%
落ち着きがない、そそっかしい等の問題（ADHD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%
言葉を理解すること話すことの問題（構音障害等）	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%
学力の問題（LD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%
発達全体の遅れ（精神遅滞等）	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%
その他何らかの精神科的なケアを要する（チック、緘黙等）	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%
境界域知能	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	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.5%	0	0.0%

表３－13　教育において配慮や支援が必要な子どもの人数と割合

支援内容		H29小学１年生 n=317（男=156,女=161）						H29小学５年生 n=334（男=176,女=158）						H29小学６年生 n=393（男=211,女=182）					
		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	%
A.特別支援学級に在籍	(１)知的障害特別支援学級総数	9	2.8	8	5.1	1	0.6	9	2.7	6	3.4	3	1.9	10	2.5	5	2.4	5	2.7
	(２)自閉症・情緒障害特別支援学級総数	0	0	0	0	0	0	3	0.9	2	1.1	1	0.6	5	1.3	4	1.9	1	0.5
	(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
B. 通常学級に在籍	(１)情緒障害通級指導教室に通級	3	0.9	3	1.9	0	0	2	0.6	2	1.1	0	0	1	0.3	1	0.5	0	0
	(２)難聴・言語障害通級指導教室に通級	14	4.4	9	5.8	5	3.1	4	1.2	3	1.7	1	0.6	4	1	3	1.4	1	0.5
	(３)その他の通級指導教室に通級	1	0.3	1	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(４)適応指導教室((１)～(３)通級児を除く)	1	0.3	0	0	1	0.6	0	0	0	0	0	0	2	0.5	2	0.9	0	0
	(５)学級担任による配慮のみ	29	9.1	19	12.2	10	6.2	25	7.5	21	11.9	4	2.5	26	6.6	20	9.5	6	3.3
	(６)その他の支援	3	0.9	3	1.9	0	0	1	0.3	1	0.6	0	0	1	0.3	1	0.5	0	0

表３－14　震災後のメンタルヘルスケアの必要な児童生徒数

内容	H29小学１年生 n=317（男=156,女=161）						H29小学５年生 n=338（男=179,女=159）						H29小学６年生 n=396（男=212,女=184）					
	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	%
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	11	3.5	9	5.8	2	1.2	9	2.7	5	2.8	4	2.5	2	0.5	1	0.5	1	0.5
②このうち、SCの面接を受けたことがある児	6	1.9	4	2.6	2	1.2	5	1.5	3	1.7	2	1.3	2	0.5	1	0.5	1	0.5
③①の児のうち、医療機関を受診したと把握している児	1	0.3	1	0.6	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（障害者対策総合研究事業）
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）
香月大輔（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）
川島　慶子（大正大学心理社会学部）

研究要旨

本研究は，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検討を行うことを目的とし，人口20万人未満の市を対象に，行政機関，教育機関，医療機関にアンケート調査を行った。研究期間は２年間であり，２年目である平成29年度の研究成果を本報告書にて報告する。行政機関へのアンケート調査は，各都道府県からの47市を抽出して実施し32市から回答を得た。教育機関へのアンケート調査は，多治見市，瑞浪市，山梨市，南相馬市，いわき市，会津若松市，また，医療機関へのアンケート調査は，多治見市，瑞浪市，山梨市，糸島市を対象とし，各市を担当する研究協力者によって実施された。行政機関へのアンケートから，大部分の小規模市において，発達障害児支援の中核センターとなる基幹施設が設置されておらず，つなぎの支援を行う上での地域システムの課題が浮かび上がった。一方で，学校，保育所，幼稚園の支援においては，専門家の巡回等の後方支援の実施によって支援の質を担保できている市が多かった。教育機関，医療機関を対象とした支援ニーズの調査では，前回までの調査と同様，学齢期児童の約１割に発達障害児支援が必要とされていることが示唆された。本研究によって，小規模市における発達障害児支援システムの現状と課題を明らかにすることができた。小規模市の実情を踏まえた支援体制の構築が望まれる。

A．研究目的

発達障害児を効果的に支援するためには，地域特性に応じたシステムを構築することが求められている。本研究は，小規模市における発達障害児の支援システムの現状と課題を明らかにし，小規模市の今後の支援システム構築に役立てることを目指している。研究期間は２年間であり，本報告書では２年目であ

る平成29年度の研究成果について報告する。

本年度は全国各都道府県の小規模市の行政担当者にアンケートを依頼し，各市の発達障害児の支援体制に関する調査を実施した。全国的な調査によってわが国の発達障害児の支援体制の実態を明らかにすることが目的である。また，支援システムの対象児数の推定を行うことを目的に，昨年度に引き続いての教育機関へのアンケート調査および医療機関へのアンケート調査を行った。

B．研究方法

1．行政機関へのアンケート調査

発達障害児の支援状況に関するアンケート調査を，47市の行政担当者に依頼した。対象は全国の人口20万人未満の市のうち各都道府県で標準的な規模の人口を有する小規模市とし，各都道府県から1市ずつ有意抽出した。アンケートの内容は別紙（42ページ）のとおり発達障害児の支援体制に関するものであり，得られた回答をもとに，発達障害児支援の現状と課題について分析した。

2．教育機関へのアンケート調査

調査対象は，人口20万人未満の小規模市である岐阜県多治見市，岐阜県瑞浪市，山梨県山梨市，福島県南相馬市，福島県会津若松市とした。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」の調査および本研究において平成28年度に実施した調査と同一コホートである平成29年度の小学5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教育機関に依頼した。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。

3．医療機関へのアンケート調査

調査対象は，岐阜県多治見市，岐阜県瑞浪市，山梨県山梨市，福岡県糸島市とした。各市において発達障害児の診療を行っている医療機関にアンケートを依頼し，発達障害と診断した児について，診断別および知能区分別に件数の調査を行った。

（倫理面への配慮）

「1．行政機関へのアンケート調査」は行政システムに関する調査であり個人情報を含む内容ではないためインフォームド・コンセントは不要であり，信州大学医倫理委員会の承認を得た上で実施した。「2．教育機関へのアンケート調査」「3．医療機関へのアンケート調査」は研究対象者への侵襲的介入がない疫学研究であり，信州大学医倫理委員会の承認を得た上で実施した。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．行政機関へのアンケート調査

調査対象となった47市のうち，32市（回収率68.1％）から回答を得た。結果の詳細は別紙（34ページ）のとおりである。発達障害児の診療を行う医療機関が市内にあると回答した市は18市であった。診療機能と児童発達支援センターとを統合した基幹施設を有すると回答した市は5市であったのに対し診療機能のない児童発達支援センターを有すると回答した市は14市であった。29市が市内に児童発達支援事業所があると回答し，そのうちすべて民間であると回答したのは18市であった。

すべての市が放課後等デイサービス事業所を有しており，そのうち28市では民間の事業所のみであった。障害児相談支援事業所もすべての市に設置されており，そのうち23市では民間の事業所のみであった。保育園，幼稚園，認定こども園等に在籍する発達障害児・知的障害児について，専門家の巡回等による後方支援は28の市で行われていた。また，小中学校に在籍する発達障害児・知的障害児についての専門家の巡回等による後方支援も28の市で行われていた。市に発達障害支援の相談窓口となる発達支援室（センター）などの部署を設置しているのは９市のみであった。職員を対象とした発達障害・知的障害に関する研修プログラムを，市主催の事業または市の予算で定期的に行っていると回答した市は13市のみであった。

２．教育機関へのアンケート調査

多治見市，瑞浪市の小学校，山梨市，南相馬市，いわき市の小中学校，会津若松市の保育園・幼稚園・こども園等施設からの回答を得た。主な調査対象であったH29年度の小学５年生の対象者人数は，山梨市289名，多治見市956名，瑞浪市307名，南相馬市338名であった。平成29年度の小学５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，山梨市9.3%，多治見市10.5%，瑞浪市12.4%，南相馬市16.9%であった。

教育機関へのアンケート調査結果の詳細は各市の報告書に記載されている。

３．医療機関へのアンケート調査

多治見市，瑞浪市，山梨市，糸島市の医療機関からの回答を得た。主な調査対象であった各市内在住のH29年度の小学５年生における発達障害の有病率は，医療機関で把握された診断数を元に算出すると多治見市4.9％，瑞浪市3.9％，山梨市8.9％，糸島市6.2％であった。

医療機関へのアンケート調査結果の詳細は各市の報告書に記載されている。

Ｄ．考察

発達障害児の支援状況に関する行政機関へのアンケート調査では，小規模市における発達障害児支援システムの実態を調査した。また，教育機関及び医療機関を対象としたアンケートでは，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」の調査を継続する形で，学校および医療機関で発達障害や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の結果からは，対象となった小規模市の発達障害児支援システムの現状と課題を把握することができた。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」において提言された小規模市の発達障害支援の在り方がどの程度実現しているかを，本アンケートの結果から検証し，内容を表１に示した。

ハード面においては，小規模市では，診療機能を有する療育センターはもちろん，診療機能を持たない児童発達支援センターも有していない市が多いことが明らかとなった。一方，ソフト面においては，ほとんどの市において保育園や幼稚園の支援の質を向上させるために巡回等の後方支援が実施されていることが確認できた。さらに，多くの市が人材の育成と供給に力を入れていたが，市単独ではなく都道府県または圏域の後方支援を要すると回答した市が過半数であった。

表１：提言と現状

・提言：中核機能を担う組織の設置 ・現状：中核機能を担う組織が設置されている市は少ない ➢ 診療機能のある基幹施設の設置 …有効回答の17.9% ➢ 発達支援室（センター）などの設置　…有効回答の28.1%
提言：保育所・幼稚園での支援の質の向上 現状：後方支援，加配職員の設置などにより支援の質の向上に努めている ➢ 専門家の巡回等の後方支援が実施されている ……有効回答の93.3% ➢ 加配の職員が配置されている ……有効回答の81.3% ➢ 発達障害児の通園促進のために園に補助金をつけている ……有効回答の65.6%
提言：都道府県の施策の中で支援者を対象とした人材育成の場と機会を保証する仕組みを作る必要がある 現状：市単独での人材育成は困難である ➢ 職員を対象とした発達障害に関する研修プログラムを市の事業または市の予算で定期的に実施できている …有効回答の43.3% ➢ 研修や専門職の確保等のためには都道府県または圏域の後方支援を要する …有効回答の58.1%

教育機関，医療機関を対象とした支援ニーズの調査では，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」の調査及び本研究１年目の調査に引き続き，学校の生徒の１割程度は発達障害児支援を必要としていることが示唆された。

E．結論

小規模市は，大都市とくらべて人口当たりの支援者の数が多い一方で，専門性の高いサービスが得られにくいという現状がある。保育所・幼稚園における巡回相談等は，小規模市で専門性や妥当性を担保するために有効であり，多くの市で実施されていることが本研究で明らかになった。また，専門職の確保や人材育成のための研修プログラムの実施に関しては，市単独では困難であるため，都道府県の施策の中での実施が望ましいことが示された。

支援の中核センターを持たない小規模市が継続的な支援を行う上では，つなぎの支援の在り方が大きな課題である。小規模市である強みを生かした多職種連携の顔の見える支援を行うことで，ライフサイクルに応じた途切れない支援を提供できている市も存在する。しかし，スムーズなつなぎの支援を促進し，さらには，巡回支援や訪問支援の調整と連携，人材育成のための研修，専門医療とのつなぎ等を行っていくためには，各市に，発達障害の支援に特化して企画，調整，連携を行える，中核機能を担う組織の設置が望まれる。

F．参考文献

１．関正樹，箭内友子，元吉史昭，中野正大：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（H28－身体・知的－一般－001），173-185，2017.

２．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に関する報告書．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（H28－身体・知的－一般－001），186-192，2017.

3．内山登紀夫，川島慶子：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）．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（H28－身体・知的－一般－001），193-207，2017.

4．篠山大明，内山登紀夫，山下洋，関正樹，金重紅美子，今出 大輔：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．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（H28－身体・知的－一般－001），163-168，2017.

平成29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29年度総括・分担研究報告書

糸島市における発達障害の児童の支援ニーズと発達支援システムの評価に関する研究

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）
宮崎　仁（福岡市立こども病院　こころの診療科）
鶴澤礼美（福岡大学筑紫病院　小児科）
井上貴仁（福岡大学医学部　小児科）
小川　厚（福岡大学筑紫病院　小児科）

研究要旨：糸島市における発達障害に対する地域支援のシステムを、発達障害の診断を受けている児童の数の調査と、地域評価ツールを用いた体系的なシステムの評価という２つの側面から研究した。医療機関を対象とした調査により、糸島市に在住する小学１年生の発達障害の有病率は6.64%、小学５年生は6.17%だった。高学年の児童は市外の医療機関を受診する傾向があり、市外の医療機関との連携を踏まえた支援システムの構築が求められる。より広域の支援ネットワークの構築においては、福岡県の発達障害者支援センターと「発達障がい者支援拠点病院」がその役割を担うことが期待されており、ネットワークの構築に伴ってより高い精度で支援ニーズの把握が可能になると考えられる。

A. 研究目的

本研究班では発達障害の児童に対する地域支援の現状を、地域で発達障害の診断を受けている児童の数の調査と、自治体規模に応じた発達支援システムの調査という２つの切り口から把握し、地域特性に応じた支援システムについて提言を行ってきた（「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な支援のあり方」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態と評価」）。

糸島市においては、平成27年度に医療機関を対象とした調査を行い、糸島市に在住する発達障害の診断を受けている児童数並びに有病率を報告した。本年度は同一のコホート集団を対象に疫学調査を行うとともに、これまで調査を行ってきた糸島市の発達支援システムの評価と合わせて、地域の支援システムのあり方と今後の課題について考察を行う。

B. 研究方法

Ⅰ. 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

糸島市に在住する児童の発達障害の有病率を算定するため、発達障害の児童の診療を行っている医療機関を対象に、受診している児童の診断について尋ねるアンケート調査を行った。これまでの糸島市の発達支援システムの調査から、糸島市に在住する一定数の児童が発達障害に対する医療サービスを求めて市外の医療機関を受診している状況が確認されている。そのため、平成27年度の前回調査と同様に、糸島市内の医療機関に加えて市外の医療機関も調査対象とした。同様の調査手法を用いた福岡市の有病率調査と協同し、糸島市と福岡市、更に近隣市町村の医療機関を対象としたアンケート調査を行った。対象とした医療機関のプロファイルと所在地の地理的関係は下記の通りである（表１、図１）。

糸島市内には言語療法士が個別療育を行っている診療所が１カ所あり、前回調査では市内唯一の対象医療機関であった。平成28年１月に小児科や整形外科を備える障害児医療を専門とした診療所が市内に開院されたため、市内２カ所目の医療機関として今回新たに調査対象とした。福岡市内の対象医療機関として、平成27年度調査と同じく、大学病院２カ所（九州大学病院子どものこころの診療部、福岡大学病院小児科）、その他病院４カ所、精神科クリニック５カ所、小児科クリニック１カ所に調査を依頼した。また、新たに開院された福岡市内の小児科診療所１カ所を調査対象として加えた。福岡市以外の医療機関として、福岡市東区に隣接する新宮町の小児科診療所１カ所、新たに筑紫野市の総合病院１カ所に調査を依頼した。

	所在地	種別	診療科
1	糸島市	診療所	内科
2	糸島市	診療所	精神科
3	福岡市 西区	診療所	精神科
4	福岡市 早良区	診療所	小児科
5	福岡市 早良区	総合病院	小児科
6	福岡市 城南区	診療所	精神科
7	福岡市 城南区	大学病院	小児科
8	福岡市 中央区	診療所	精神科
9	福岡市 中央区	診療所	精神科
10	福岡市 中央区	診療所	精神科
11	福岡市 南区	総合病院	小児科
12	福岡市 東区	精神科病院	精神科
13	福岡市 東区	小児科 総合病院	精神科
14	福岡市 東区	大学病院	精神科
15	福岡市 博多区	診療所	小児科
16	筑紫野市	総合病院	小児科
17	新宮町	診療所	小児科

表１　対象医療機関のプロファイル

以上、糸島市内より２つの医療機関、市外より15の医療機関、合計17の医療機関をアンケート調査の対象とした。

17の医療機関に対して、対象となる児童のイニシャル、生年月日、性別、知的発達、発達障害の診断とその診断時期を尋ねる調査票を送付した。発達障害の診断は、広汎性発達障害(自閉症スペクトラム障害)、多動性障害、会話および言語の特異的発達障害(構音障害、吃音を含む)、学力の特異的発達障害、精神

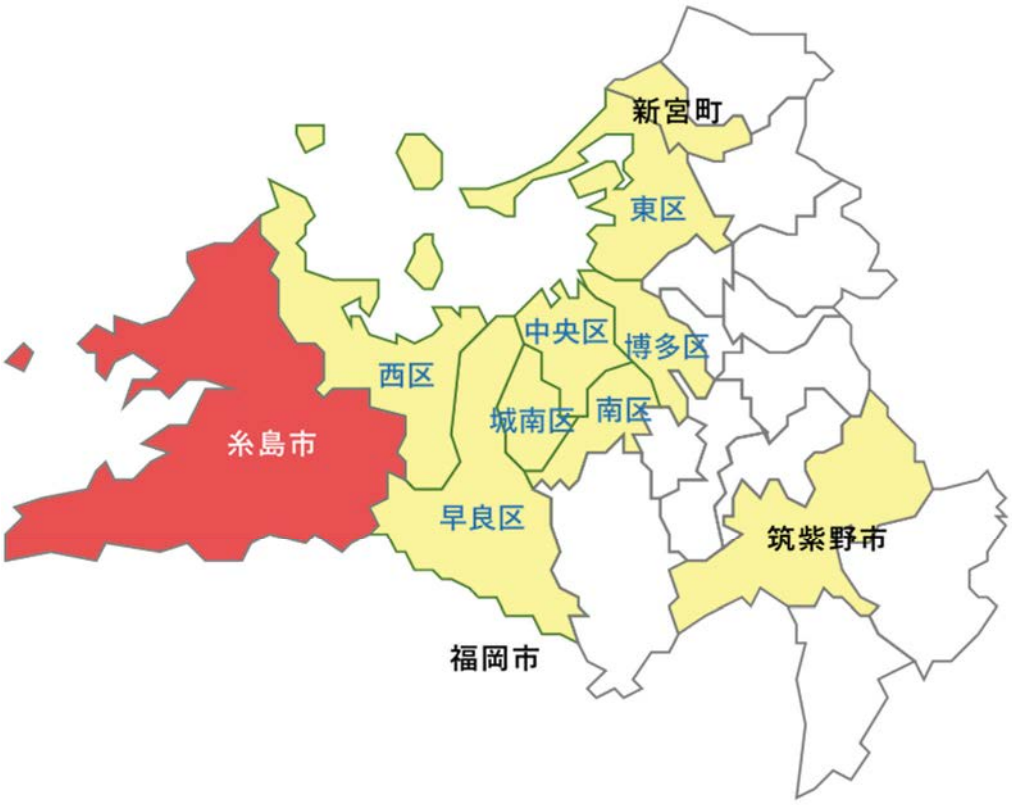


図１　糸島市と周辺市町村の地理的関係

遅滞、その他の６つに分類され、該当する診断を全て記載するよう依頼した。平成29年４月２日を調査時点とし、平成29年度に糸島市に在住している小学１年生（平成22年４月２日～平成23年４月１日生まれ）と小学５年生（平成18年４月２日～平成19年４月１日）の児童を調査票の回答対象とした。異なる医療機関を受診している同一の児童を、イニシャルと生年月日を用いて特定し、症例が重複して計算されることがないようにした。

（倫理面への配慮）

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

Ⅱ．Q-SACCSを用いた発達支援システムの評価

糸島市の支援システムの評価には、本田ら（2017）が考案した「コミュニティケア・システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System：Q-SACCS）」を用いた。Q-SACCSは発達障害の地域支援のシステムを基本的なサブシステムとそれらをつなぐインターフェイスという２つの機能の観点で評価し、「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」）という３階層のモデルの中に布置することで、地域の支援システムを体系的に把握、評価することを可能とするものである。平成28年度に行った糸島市の支援システムに関するアンケート調査の結果に基づき、Q-SACCSを用いて支援のシステム図を作成した。

C．研究結果

Ⅰ．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

17の医療機関に対して調査を依頼し、15の医療機関から回答を得た（回答率88%）。

1．診断の階層構造を適用した有病率

本研究班では、個々の発達障害の有病率と発達障害全体の有病率の算出にあたり、①広汎性発達障害、②多動性障害、③会話および言語の特異的発達障害、④学力の特異的発達障害、⑤精神遅滞、⑥その他、の順番で個々の発達障害の診断に階層構造を設けている。1人の児童に対して発達障害の診断が複数報告された場合は、より上位の診断1つのみが有病率として算出され、個々の発達障害の有病率の総和と発達障害全体の有病率が等しくなるよう、有病率の算出手法が統一されている。診断の階層構造を適用した有病率を小学1年生と5年生でそれぞれ算出した。

（1）小学1年生の調査結果（表2）

居住コホートは、住民基本台帳より平成29年4月1日時点での糸島市の6歳人口918人を近似値として採用した。65人の児童がアンケート調査により報告され、異なる2つ医療機関から同一の児童が報告されているケースが4人見られた。平成29年4月2日時点に医療機関で何らかの発達障害の診断を受けたものは61人であり、糸島市の小学1年生における発達障害の有病率は6.64%（61/918）と推計された。

発達障害の診断の内訳は、③会話および言語の特異的発達障害が29人（有病率2.98%）と最も多く、①広汎性発達障害が21人（有病率2.16%）とそれに続いた。

発達障害の診断を受けた61人のうち、糸島市内の医療機関を受診していた児童は59人、市外の医療機関を受診していた児童は6人であった。2つの医療機関を受診していた4人のうち、1人は糸島市内の2つの医療機関を、3人は市内と市外の2つの医療機関を受診していた。

診断	人数	有病率（%）
発達障害全体	61	6.64
①　広汎性発達障害	21	2.16
②　多動性障害	4	0.41
③　会話および言語の特異的発達障害	29	2.98
④　学力の特異的発達障害	0	0.00
⑤　精神遅滞	7	0.72
⑥　その他	0	0.00

表2　小学1年生の有病率

（2）小学5年生の調査結果（表3）

居住コホートは、住民基本台帳より平成29年4月1日時点での糸島市の10歳人口 972人を近似値として採用した。63人の児童がアンケート調査により報告され、異なる2つ医療機関から同一の児童が報告されているケースが3人見られた。平成29年4月2日時点に医

診断	人数	有病率（%）	（H27）有病率（%）
発達障害全体	60	6.17	2.68
①　広汎性発達障害	27	2.78	1.50
②　多動性障害	12	1.23	0.86
③　会話および言語の特異的発達障害	18	1.85	0.21
④　学力の特異的発達障害	0	0.00	0.00
⑤　精神遅滞	2	0.21	0.00
⑥　その他	1	0.10	0.11

表3　小学5年生の有病率

療機関で何らかの発達障害の診断を受けたものは60人であり、糸島市の小学５年生における発達障害の有病率は6.17%（60/972）であった。

発達障害の診断の内訳は①広汎性発達障害が27人（有病率2.78%）と最も多く、③会話および言語の特異的発達障害が18人（有病率1.85%）とそれに続いた。

発達障害の診断を受けた60人のうち、糸島市内の医療機関を受診していた児童は38人、市外の医療機関を受診していた児童は25人だった。２つの医療機関を受診していた３人のうち、２人は市内と市外の２つの医療機関を、１人は市外の２つの医療機関を受診していた。

２．診断の階層構造を適用しない有病率

個々の発達障害の有病率を把握し、比較を行うために診断の階層構造を適用しない有病率を算出した。１人の児童に対して発達障害の診断が複数報告された場合は、それぞれの診断が全て有病率として算出される。個々の発達障害の有病率の総和と発達障害全体の有病率が等しくならず、発達障害全体の有病率は算出していない。

（１）小学１年生の調査結果（表４）

有病率はそれぞれ、①広汎性発達障害が2.16%、②多動性障害が1.13%、③会話および言語の特異的発達障害が3.81%、④学力の特異的発達障害が0.00%、⑤精神遅滞が1.23%、⑥その他が0.00%であった。

（２）小学５年生の調査結果（表５）

有病率はそれぞれ、①広汎性発達障害が2.78%、②多動性障害が2.78%、③会話および言語の特異的発達障害が2.78%、④学力の特異的発達障害が0.51%、⑤精神遅滞が0.51%、⑥その他が0.41%であった。⑥ その他の診断は４人のうち３人がチック障害、１人が発達性協調運動障害であった。

合わせて、平成27年度の調査データから同様の手法を用いてそれぞれの発達障害の有病率を算出した。

	人数	有病率（%）
① 広汎性発達障害	21	2.16
② 多動性障害	11	1.13
③ 会話および言語の特異的発達障害	37	3.81
④ 学力の特異的発達障害	0	0.00
⑤ 精神遅滞	12	1.23
⑥ その他	0	0.00

表４　小学１年生の有病率（非階層）

	人数	有病率（%）	（H27）有病率（%）
① 広汎性発達障害	27	2.78	1.50
② 多動性障害	27	2.78	1.50
③ 会話および言語の特異的発達障害	27	2.78	0.54
④ 学力の特異的発達障害	5	0.51	0.43
⑤ 精神遅滞	5	0.51	0.54
⑥ その他	4	0.41	0.11

表５　小学５年生の有病率（非階層）

Ⅱ．Q-SACCSを用いた発達支援システムの評価

作成した図を示す（図２）。

①乳幼児期の把握から支援へのつなぎ

乳幼児健診（１歳半健診、３歳児健診）は全ての乳幼児を対象とした発達評価と相談の場であり、乳幼児期に発達障害を把握する機能も担っている。発達に問題が見られた場合は、母子通園の形態で集団場面での行動観察

を行う機会が設けられている（「わんぱく広場」「ぐんぐん子育て教室」）。これらレベルⅠとレベルⅡの把握のサブシステムをつなぐインターフェイスとして、健診後の相談が設定されている（「のびのび相談」）。

保健師は保護者の気づきや受容を支援するとともに、必要に応じて医療機関へのつなぎを行っている。糸島市内には発達障害の診療を専門的に行う医療機関が２カ所あり、乳幼児期から学童期を対象に言語訓練や身体の個別療育を実施している。

乳幼児期の把握から支援へとつなぐインターフェイスとしては、心理士が行っている「子どものこころ発達相談（心理）」と言語聴覚士が行っている「ことばの相談」が挙げられる。発達に関する専門的な相談な場であるとともに、必要に応じて療育への橋渡しが行われる。また、「定期巡回相談」として発達に関して心配のある保護者や園からの相談に応じている。

②乳幼児期の支援

保育所と幼稚園から発達相談や療育につなげるインターフェイスとして、巡回相談が設定されている。発達相談や療育を受けている児童が在籍している園へ巡回し、支援の助言や相談を行っている。

乳幼児期の専門的な支援の場として、市直営の療育事業（「きらきら教室」）と民間が実施している複数の児童発達支援事業所が挙げられる。また市の療育や医療機関での療育、民間での療育など、療育の選択肢も複数存在しており、そうした療育に関する相談や調整の場として、「療育相談」「きらきら広場」「きらきらサロン」が用意されている。

乳幼児期の医療支援として外部の小児整形外科医による「子どものからだ発達相談」、同じく外部の児童精神科医による「子どものこころ発達相談」が実施されている。

③乳幼児期から学童期へのつなぎ

乳幼児期の支援から学童期への支援をつなぐインターフェイスとして、専門的支援を受けている子どもは「就学相談」により特性を

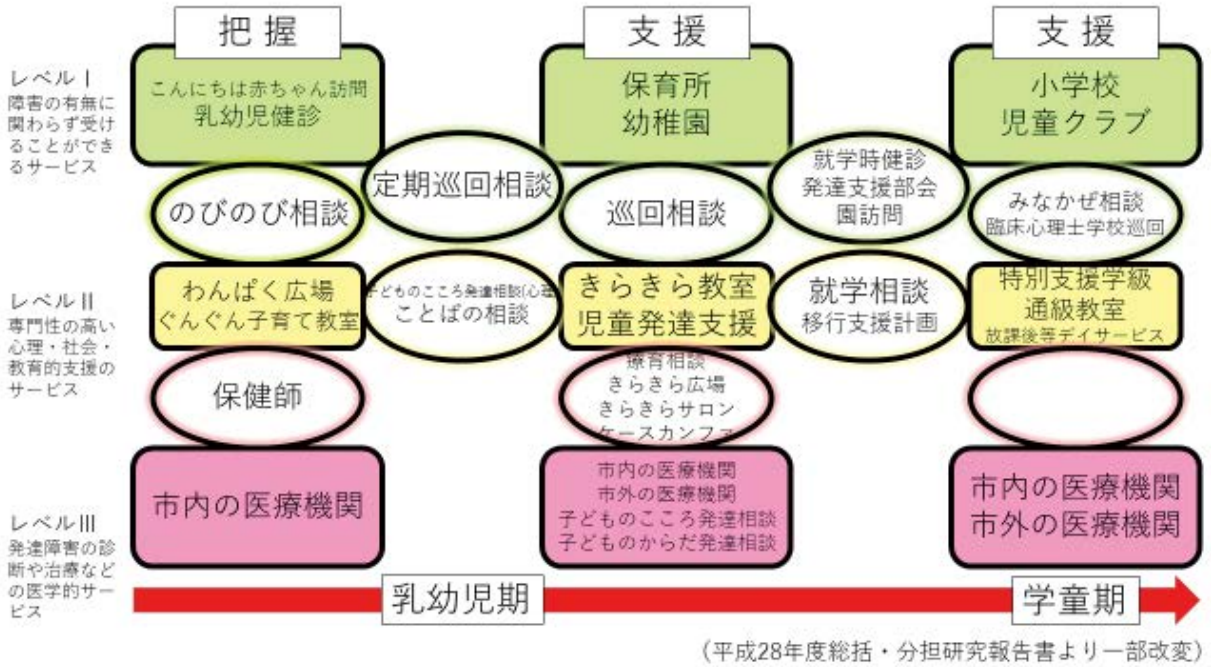


図２：Q-SACCSを用いた糸島市の発達支援システムの簡易図（平成30年１月時点）

踏まえた学校環境が検討され、「移行支援計画」によりまとめられた情報が小学校へと引き継がれる。

上記以外のインターフェイスとして、発達の課題に対し支援が必要と思われる子どもを母子保健や障害福祉、学校教育等の関係機関で情報共有するシステムが設計されている(「発達支援部会」)。また、集団場面で子どもを直接観察し、関係機関が評価や引き継ぎを行う機会が設定されている(「就学時健診」「園訪問」)。

④学童期の支援

学童期の専門的支援は特別支援教育が中心であり、支援へつなげるインターフェイスとして「みなかぜ相談」や「臨床心理士学校巡回」といった相談や様子観察の機会が設けられている。

D. 考察

糸島市における発達障害の有病率は小学1年生が6.64%、小学5年生が6.17%、内訳では①広汎性発達障害の有病率が小学1年生で2.16%、小学5年生で2.78%という結果であった。手法が異なるため直接比較は難しいが、2.64%と高い有病率が報告された疫学研究に近い数値であった。前回調査と同一のコホート集団である小学5年生の有病率を前回と今回で比較すると、発達障害全体の有病率は平成27年度の2.68%から今回6.17%と大きな上昇が確認された。上昇をもたらした要因として、糸島市内の医療機関が新たに調査対象となったことで、前回調査で捕捉できなかった児童が捕捉できたことと、言語の個別療育が行われている医療機関で③会話および言語の特異的発達障害の児童が多数報告されたことが挙げられる。

階層構造を適用しない発達障害の有病率では、④学力の特異的発達障害と⑥その他が小学1年生でともに0.00%となっている。算出された有病率は特定の医療機関のみを調査対象として得られた数値であり、その有病率の解釈には発達障害の児童が地域でどのようなタイミングでどのような医療機関を受診する傾向があるか、という点を考慮しなければならない。④学力の特異的発達障害と⑥その他は小学5年生でそれぞれ0.51%、0.41%と有病率の上昇が見られており、前述の受診傾向という点からは、小学1年生から5年生にかけての学習の進行や本人を取り巻く周囲の環境の変化が問題の顕在化をもたらし、医療機関の受診と診断へとつながり、有病率の上昇として表われたことが推測される。

階層構造を適用しない⑤精神遅滞の有病率は小学1年生で1.23%、小学5年生で0.51%と、それ以外の発達障害の有病率と比較して低値であり、前回調査の0.54%からも大きく変化していないことが認められる。特定の発達障害の児童が何らかの傾向をもって特定の医療機関を受診していることを想定すると、精神遅滞のみを主たる障害としている児童は、今回対象としたような発達障害を専門的に診療している医療機関ではなくその他の医療機関を受診している可能性や、精神遅滞を支援の中心に据えている既存の特別支援教育や障害福祉制度によって十分に支援され、こうした児童は医療サービスではかえって捕捉されていない可能性などが考えられる。そうした可能性を考慮しつつも、何らかの支援を求めて専門的な医療機関を受診した児童の診断を比較した今回の調査で、⑤精神遅滞の有病率はそれ以外の発達障害の有病率を下回る、という結果が得られたことは、例えば療育手帳や特別児童扶養手当のように、精神遅滞の有無に重きが置かれている従来の障害福祉の制度

設計が発達障害の実際の支援ニーズと乖離している現状の一端を表していると考える。

Q-SACCSを用いた糸島市の発達支援システムは図２の通りであり、サブシステム、インターフェイスともに充実していると評価される。その一方で、特に小学５年生で市外の医療機関を受診している児童が多数見られるように、レベルⅢの医療サービスは支援システムとして自治体単独で完結するものではなく、糸島市外の医療機関との連携を前提とした支援システムの構築が必要であると考えられる。自治体単位を超えた、より広域の地域支援体制として、発達障害者支援センターのネットワーク機能と、「発達障がい者支援拠点病院」の医療ネットワーク機能がその役目を果たすことが期待されている。福岡県には政令指定都市の２つの発達障害者支援センターを含めて合計で６つの発達障害者支援センターが設置されており、それぞれの発達障害者支援センターは複数の自治体の関係機関と連携し、より広域の地域支援ネットワークを構築することを模索している。九州大学病院は平成29年６月に国と福岡県から「発達障がい者支援拠点病院」に指定されており、今後は医療機関マップの作成による各医療機関の診療機能の明確化や診療機能に応じた紹介―逆紹介の円滑化などが検討されている。支援ニーズの把握という観点からは、医療ネットワークの構築に伴って発達障害の診断を有する児童の受診行動が明確になり、支援ニーズの把握もより精度の高いものになると考えられる。更には、教育機関における発達障害の支援ニーズの調査のように、医療以外の関係機関における調査を組み合わせることで、発達障害の児童がどの程度地域支援に捕捉されているか、或いはどのような児童が支援の網から逃れてしまっているかを把握することが可能になると考える。

E. 研究発表

１．論文発表　なし

２．学会発表　香月大輔：「第12回発達障害地域包括支援研修：早期支援」伝達研修. 平成29年度第１回福岡県かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修, 2017.11.5, 福岡

F. 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

G. 参考文献

１）本田秀夫：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。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, 249-258, 2017

２）Kim YS., et al: Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry, 168, 904-912, 2011

３）本田秀夫：発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価。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, 1-22, 2016

４）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29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

岐阜県多治見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：岐阜県多治見市における発達障害の子ども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。多治見市においては支援システムが一通り整備されており、発見から継続的な支援につながるまでに、「発達支援総合窓口相談」における心理評価と「発達支援委員会」での専門職による検討を経てから、「発達支援センター」などの療育の場につながっていくシステムが特徴的であった。

多治見市においては、支援ニーズのある子どもの多くが就学する以前に把握され、継続的な支援につながり、受診する傾向にあることが示唆された。支援ニーズの調査から、小学校１年生時点において支援が必要と思われる子どもはおおよそ10%であり、今後、多治見市においてもこの数字を念頭に置いた発達障害支援システムのブラッシュアップが求められるであろう。

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、前年度に引き続き本年度も発達障害の支援ニーズに関する疫学的調査を行った。

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、多治見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。

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るか調査するために、多治見市内の小中学校と多治見市在住の生徒が通う特別支援学校の小学校１年生、５年生、６年生を対象としたアンケート調査を行った。（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を調査するため，診療録より診断名，診断を受けた年齢，IQ等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が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

多治見市は人口11万人程の小規模都市である。市街地の周辺を丘陵地に取り囲まれた盆地状の地形をしており、市の中心部を東西方向に土岐川が流れている。標高100m以下の低地は市域の20％と少なく最低標高は土岐川の愛知県境で約60m、最高標高は同じく愛知県境の深山で556.3mとなっている。

寒暖の差が大きく、降水量が少ない特徴にあります。特に夏には最高気温が35℃を超えるなど酷暑となり、平成19年８月16日には、国内観測史上最高気温となる40.9℃を記録した。岐阜県の南東部、愛知県の県境に位置し、県庁所在地の岐阜市からは東に約40kmの距離にある。また、中部圏の中枢都市である名古屋市からは北東に30km、JR中央本線の快速で30分の距離にある。

古くから美濃焼の主産地として栄えてきた焼き物のまちであり、人口を産業別にみると、卸売・小売業、製造業、サービス業の割合が高くなっている。

２．発達障害の支援システムに関する調査

（１）母子保健

多治見市には常勤保健師が14名配置されている。また、発達相談員や発達相談支援員なども配置して、母子保健事業を展開している。乳幼児健診は４－５ヶ月児、10-11ヶ月児、１歳７－８ヶ月児、２歳３ヶ月児、３歳１ヶ月児を対象に実施されている。それぞれの受診

率は97.2%、99.6%、97.1%、97.2%、98.9%である。保健センターによる健診は主要な発達障害の発見の場となっており、２歳３ヶ月児健診及び３歳児健診から直接､もしくは､フォローアップ教室（わんぱく教室）を経て「発達支援総合窓口相談」へと繋がるシステムになっている。「発達支援総合窓口相談」は非常勤の臨床心理士が担っており、相談と子どものアセスメントを行なっている。

（２）幼稚園、保育園における早期発見

多治見市には公立幼稚園６園、私立幼稚園５園、公立保育園７園、公設民営保育園２園、私立保育園４園、幼保連携型認定子ども園１園があり、いずれの園にも療育機関に通う子どもが在園している。園で発見された子どもにおいても､「発達支援総合窓口相談」につながるシステムとなっている。

（３）発見から継続的な支援に至るまで

「発達支援総合窓口相談」にて支援を要すると思われる子どもについては､「発達支援委員会」にて専門職の意見を踏まえ、支援の要否を決定している。その結果を受けて保護者に対し「発達支援センター」または「ことばの教室」などの療育機関の利用を勧奨することとなっており､「発達支援総合窓口相談」と「発達支援委員会」が発達障害支援の入り口の大きな役割を担っているシステムである。

（４）幼稚園や保育園における継続的な支援

多治見市では、公立私立問わず25園が存在するがいずれの園にも療育施設に通う子どもが在園しており、療育施設との並行通園を行なっている。園における継続的な支援の向上を図るために、外部支援も取り入れており、特別支援学校のセンター的機能や東濃圏域発達障害支援センターによる支援なども行われている。また、保健センターや療育施設である発達支援センター及びことばの教室が園訪問等を通じ全園に関わりを持つことにより間接的なサポートが行われている。

直接的な療育は２ヶ所の「発達支援センター」および「ことばの教室」が担っている。「発達支援センター」のひとつである「なかよし」の職員配置は指導員８名、訪問支援員６名,作業療法士１名である。もう一つの「発達支援センター」である「ひまわり」の職員配置は指導員８名、作業療法士１名となっている。

（５）学校への引き継ぎ

学校への引き継ぎは幼保小連絡会などの場がそのような機能を担っている。また、就学支援シートを利用して必要な情報の引き継ぎが行われている。

また、小学校就学に向けて､「就学に向けての学習会」を行なうとともに､「小学校見学会」も実施されている。

（６）多治見市の学齢期における発達障害支援体制

多治見市には市立小学校が13校あり、知的障害特別支援学級は13校中12校に設置されている。また、情緒障害・自閉症特別支援学級も13校中12校に設置されている。通級指導教室２校に言語および発達の通級指導教室が設置されており通級指導を受けている小学生数は言語が27名、発達が54名である。

また、市をあげてインクルーシブ教育を推進しており、そのためのタブレット端末の活用や特別支援コーディネーターの資質向上のための特別支援コーディネーターリーダーを育成し、研修を行なっている。

（７）「発達支援委員会」の設置

発達障害に関係する連携を目的として「発達支援委員会」が設置されており､小児科医、児童福祉関係者、教育関係者などで構成され

ている。

（８）医療機関の関わり

多治見市において、公的な療育施設や幼稚園、保育園での継続的な支援は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。東濃圏域にも２ヶ所設置されており、多治見市にある多治見市民病院　小児科は拠点となる発達障害診療医療機関の一つである。

（９）現在の到達点と今後の課題

多治見市では平成28年度より保健センターにて２歳３ヶ月健診が始まり、要支援児の早期発見に努めている。また、早期発見による療育対象児の増加に対して、待機を解消することや対象児の状態の変化の見極めを発達支援委員会「個別ケース検討会議」にて検討している。「個別ケース検討会議」は、要支援児の療育の必要性の有無を検討するとともに当該児童の療育的な課題も明確にしている。一方で課題としては、個別ケース検討会議において要支援児への療育の要否を審議する際、書面のみでの確認が中心となってしまっており、これを改善することが課題としてあげられる。

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	10.4 (4.26)	2.58
広汎性発達障害	4.49 (2.24)	1.57
多動性障害	2.02 (0.34)	0.45
コミュニケーション障害	1.57 (0.56)	0.22
学習障害	0.34 (0.22)	0.11
精神遅滞	1.23 (0.67)	0.22
その他	0.34 (0)	0
境界知能	0.45 (0.22)	0

平成29年度の多治見市の小学校１年生児童（N = 891）においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が4.49%、多動性障害が疑われ支援ニーズのある児童が2.02%認められ、境界知能を含む発達障害全体では10.4%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は1.57%、多動性障害と診断されている児童は0.45%であった。発達障害全体で2.58%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表２>
平成28年度における多治見市の小学校１年生児童の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	8.79 (5.36)	3.64
広汎性発達障害	4.82 (3.43)	2.25
多動性障害	1.82 (0.86)	0.64
コミュニケーション障害	0.32 (0.11)	0.21
学習障害	0.43 (0)	0
精神遅滞	0.86 (0.75)	0.21
その他	0.43 (0.11)	0.32
境界知能	0.11 (0.11)	0

<表２>は平成28年度の小学校１年生児童（N=933）の調査結果である。教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が4.82%、多動性障害が疑われ、支援ニーズのある児童が1.82%認められ、境界知能を含む発達障害全体では8.79%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は2.25%、多動性障害と診断されている児童は0.64%であった。発達障害全体で3.68%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

（2）小学5年生児童の調査

<表3>
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	10.5 (6.799)	4.92
広汎性発達障害	4.81 (3.97)	2.41
多動性障害	2.197 (1.05)	0.94
コミュニケーション障害	0.105 (0)	0.52
学習障害	0.94 (0.52)	0
精神遅滞	0.83 (0.73)	0.42
その他	0.83 (0.42)	0.52
境界知能	0.42 (0.105)	0.104

平成25年度の小学校1年生児童の追跡調査として、平成28年度には小学校4年生児童の調査を、平成29年度には小学校5年生児童の調査を行った。

平成29年度の小学校5年生児童（N=956）の調査では、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が4.81%認められ、境界知能を含む発達障害全体では10.5%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関で広汎性発達障害と診断されている児童は2.41%であり、4.92%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

平成28年度の調査（N=960）においても、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ支援ニーズのある児童が5％認められ、境界知能を含む発達障害全体では10.2%の支援ニーズが存在した。

<表4>
平成28年度の調査における多治見市の小学4年生児童の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	10.2 (5.31)	4.895
広汎性発達障害	5.00 (3.23)	1.88
多動性障害	1.15 (0.83)	1.35
コミュニケーション障害	0.104 (0.104)	0.52
学習障害	1.15 (0.104)	0
精神遅滞	0.63 (0.52)	0
その他	1.04 (0.42)	0.83
境界知能	1.15 (0.104)	0.31

（3）小学6年生児童の調査

<表5>
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	6.83 (2.49)	4.01
広汎性発達障害	3.04 (1.41)	2.06
多動性障害	0.87 (0.22)	0.22
コミュニケーション障害	0.11 (0.11)	0.22
学習障害	0.33 (0.11)	0.11
精神遅滞	1.301 (0.43)	0.33
その他	0.54 (0.22)	1.08
境界知能	0.65 (0)	0

平成29年度の多治見市の小学校6年生児童（N=922）においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が3.04%、境界知能を含む発達障害全体では6.83%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は2.06%認められ、境界知能を含む発達障害全体で4.01%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表6>平成28年度の調査における多治見市の小学6年生児童の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	7.04 (4.46)	3.97
広汎性発達障害	3.08 (2.48)	1.79
多動性障害	1.49 (0.79)	0.496
コミュニケーション障害	0.297 (0.099)	0.397
学習障害	0.397 (0.198)	0
精神遅滞	0.595 (0.397)	0.298
その他	0.496 (0.397)	0.79
境界知能	0.69 (0.099)	0.198

<表6>は平成28年度の小学校6年生児童（N=1008）の調査結果である。教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が3.08%、境界知能を含む発達障害全体では7.04%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は1.79%であり、境界知能を含む発達障害全体で3.97%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

４．発達障害の支援ニーズに関する調査の５年間の推移

（１）小学校１年生児童の調査

<表７>多治見市の小学校１年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

多治見 小１	H25 (N=961)	H26 (N=952)	H27 (N=946)	H28 (N=933)	H29 (N=891)
発達障害全体	11.6	9.8	12.3	8.8	10.4
広汎性発達障害	5.89	3.46	4.33	4.82	4.49
多動性障害	1.58	2.42	2.65	1.82	2.02

<表７>は多治見市の教育機関調査におけるこの５年間の推移を抜粋したものである。

広汎性発達障害の支援ニーズの把握の推移を見てみると、平成25年度の調査開始時点が5.89%であり、その後も概ね４％台の推移が続いており、大きな変動は少ない。発達障害全体で概観しても､細かな変動は見られるが､概ね把握されている支援ニーズは10%前後で変化が少ない。

（２）小学校６年生児童の調査

<表８>多治見市の小学校６年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

多治見 小６	H25 (N=1077)	H26 (N=952)	H27 (N=946)	H28 (N=1008)	H29 (N=922)
発達障害全体	9.1	7.6	8.8	7.0	6.8
広汎性発達障害	4.36	3.33	2.61	3.12	3.04
多動性障害	1.86	1.41	2.61	1.53	0.87

<表８>は多治見市の教育機関調査における発達障害の把握率の推移を抜粋したものである。平成25年度の時点における広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童の割合は4.36%であったが、平成29年度調査では3.04%と、緩やかな減少が見て取れる。発達障害全体でみても、平成25年度調査では9.1%であったのに対して、現在は6.8%となっており、ゆるやかな減少傾向が見てとることができる。

５．平成25年度の小学校１年生の追跡調査５年間の推移

<表９> 平成25年度の小学校１年性児童の医療機関調査における５年間の推移

医療機関	小１ (N=1077)	小２ (N=955)	小３ (N=943)	小４ (N=960)	小５ (N=956)
発達障害全体	5.1	5.7	5.4	4.9	4.92
広汎性発達障害	2.91	3.24	3.07	1.88	2.41
多動性障害	0.62	1.04	1.27	1.35	0.94

<表９>は平成25年度に調査を行なった小学校１年生児童の追跡調査の結果の要約である。小学校１年生時点での医療機関における把握率は、広汎性発達障害が2.91%、多動性障害が0.62%であり、発達障害全体で5.1%であった。その後も広汎性発達障害の把握率は２%から３%台で推移しており、大きな変動は見られない。発達障害全体でみてもおおよそ５%前後の把握であり、小学校入学以降に事例化して受診が増加する傾向は見出されなかった。

<表10>平成25年度の小学校１年生児童の教育機関調査における５年間の推移

教育	小１ (N=1077)	小２ (N=955)	小３ (N=943)	小４ (N=960)	小５ (N=956)
発達障害全体	11.57	11.51	12.3	10.2	10.5
広汎性発達障害	5.89	3.76	3.6	5	4.81
多動性障害	1.58	3.35	3.18	1.15	2.2

<表10>は平成25年度に調査を行なった小学校１年生児童の教育機関における追跡調査である。５年間で大きな数字の変動は少なく、発達障害の支援ニーズの把握の推移は概ね

10％程度である。

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

多治見市のような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、多治見市においても、その実情に応じた発達障害の支援システムが整備されている。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、多治見市の調査を行い、その結果を分析することは全国の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。

多治見市においては、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療育の場である「発達支援センター」や「ことばの教室」での支援に繋げるようなシステムが整備されていた。

その中で大きな役割を担っているのが「発達支援総合窓口相談」と「発達支援委員会」である。すなわち、発見の場から「発達支援総合窓口相談」での臨床心理士によるアセスメントを経て、「発達支援総合窓口相談」による療育課題の検討を経てから、実際の療育へとつながるシステムになっている。このように、療育へとつながるアセスメントとして「心理評価」がなされており、医療的な発達障害の診断の前に療育が開始される。

岐阜県では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、そのうちの一つが多治見市民病院の小児科である。市内に存在することやリハビリとの連携ができることから、この地域における発達障害診療の中核を担っている。

以上をまとめると、多治見市では２ヶ所の「発達支援センター」と「ことばの教室」が設置されており、療育が開始される前のアセスメントに「心理評価」と「発達支援委員会」による検討を加えており、医療的な評価も多治見市民病院が中心的な役割を担うなど、支援システムとしては一通りの支援システムが揃った形であると言える。

さらに、多治見市では平成28年度より保健センターにて２歳３ヶ月健診が始まり、要支援児の早期発見に努めている。また、早期発見による療育対象児の増加に対して、待機を解消することや対象児の状態の変化の見極めを発達支援委員会「個別ケース検討会議」にて検討している。一方で、「個別ケース検討会議」において要支援児への療育の要否を審議する際、書面のみでの確認が中心となってしまっているなどの課題も浮き彫りになっている。

後述するように、実際に療育的な支援ニーズがある子どもは10%程度認められるものと思われ、10%の子どもが利用することを念頭に置いた療育システムへのブラッシュアップが求められるのであろう。

具体的には、小規模市であるからこそ、人材の育成が重要であると考えられる。学齢期支援の場においては特別支援コーディネーターリーダー研修などインクルーシブ教育を念頭に置いた、人材育成が始まっている。幼児期の支援においても、「発達支援センター」で働く職員を中心とした核となる人材の育成プログラムは求められる。

２．支援ニーズの調査から

（１）小学校１年生児童の調査からみえてくるもの

平成28年度に行った調査、本年度の調査のいずれにおいても、教育機関の調査においては比較的高い支援ニーズが発達障害全体として認められる。中でも広汎性発達障害の支援ニーズが小学校１年生時点では最も高く、支援ニーズ全体に占める割合も大きいようである。この５年間の推移を見ても、小学校１年生児童の発達障害全体の支援ニーズの把握率はおおよそ10%で一定である。このことは多治見市においては支援ニーズの把握そのものは比較的早期から進んでいる地域であることを示唆している。

では、受診の傾向はどうであろうか。今回調査できた医療機関での把握はそれほど高いとまでは言えないが、学校側が受診を把握している割合は比較的高い。すなわち平成28年度の調査においては発達障害が疑われ支援ニーズが把握されている児童のうちのおおよそ60%はすでにどこかの医療機関受診をしていることが把握されている。広汎性発達障害において、この傾向は顕著であり、広汎性発達障害が疑われ支援ニーズが把握されている児童のうち、71％はすでにどこかの医療機関受診をしていることも把握されている。平成29年度の調査でも､同様の傾向は続いている。以上のことから、多治見市では早期に支援ニーズを把握された子どもの多くが、就学以前に受診をしていることが示唆される。

前述したように多治見市には市の療育システムとしての医療機関は有していない。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、設置しており、多治見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、発達障害診療を行なっており、これらの医療機関への受診が増加しているものと思われる。

また、もう一点考えられる背景として、多治見市の特別支援教育における手続き上の特徴がある。つまり、多治見市では特別支援教育の利用にあたって、必ず医師の診断書が求められており、特別支援学級への入級から通級の利用に至るまで診断書が必要であり、この制度そのものが受診の後押しをしている可能性も考えられる。しかし、本研究の限界として、受診に至った動機まで調査できていないため、今後の調査において受診増加に至った質的な検討が求められるだろう。

（２）小学校６年生児童の調査からみえてくるもの

平成28年度、29年度の調査からは多治見市の小学校６年生の支援ニーズは、発達障害全体でおおよそ７％程度である。小学校１年生における調査と同様、広汎性発達障害が支援ニーズに占める割合が大きいようである。それに対して多動性障害の支援ニーズの把握は平成28年度が1.49%、平成29年度が0.87%とそれほど高くない。小学校１年生調査と比べると多動性障害に対する支援ニーズの把握は減少しているように見える。

確かに、多動性障害そのものは成長により落ち着いてくることはよく知られており、このことが支援ニーズの減少に繋がったものとも考えられる。しかし、一方で、多動性障害の子どもの不注意特性や学習の困難は、この学年に至っても続くこともよく知られており、それらの支援ニーズを正確に反映できているかは疑問が残る。本研究の限界として、学校へのアンケート調査をしていることから、ある程度は学校の教師の困り感そのものをとらえており、本人は困っていても、周り

には気がつかれにくい特性である不注意特性などは把握されにくい傾向にあるかもしれない。

この５年間の推移をみてみると、多治見市の小学校６年生児童の発達障害全体の支援ニーズの把握率は、全体にゆるやかな減少傾向にある。ポジティブに捉えれば、多治見市ではインクルーシブ教育がここ数年推進されてきており、適切に機能することにより、発達障害の支援ニーズがある子どもが少なくなってきているとも考えられる。今後このような減少傾向が続くのか、それともどこかで平衡状態に達するのか、今後も継続的な調査を行なっていきたい。

（３）平成25年度の小学校１年生児童の追跡調査からみえてくるもの

平成25年度の小学校１年生児童の教育機関における把握率は概ね10%強で大きな変化は少なかった。

医療機関受診が小学校入学以降に増加するような傾向も見られず、このコホートの支援ニーズのある子どもたちの多くは、やはり就学以前に医療機関受診をしていることが示唆される。

以上から多治見市においては、少なくとも平成25年度の時点においては、早期把握、早期支援がある程度進んでおり、就学前に多くの子どもがその支援ニーズについて把握され、医療機関受診もする傾向にあると言える。

（４）考察のまとめ

多治見市はある程度整備されて、成熟した発達障害の早期支援システムを備えた小規模市である。本年度調査も５年間の調査データの推移も、多治見市においては、就学前に支援ニーズのある子どもの多くが把握され、受診する傾向にある。小学１年生時点における支援が必要と思われる子どもはおおよそ10%であり、今後多治見市においてもこの数字を念頭に置いたシステムのブラッシュアップが求められるであろう。そのための人材育成が求められる。

（５）本調査の限界

本報告書における５年間の推移における考察は、過去５年間の調査に基づいて行ったが、対象となる医療機関が全て同一ではなく、平成28年度、29年度は愛知県心身障害者コロニー中央病院や県立多治見病院のデータが得られていないため、解釈には慎重を要し、単純な比較はできないという点も本調査の限界として挙げられる。

また、この５年間の間に、岐阜県瑞浪市の所在する東濃圏域では、多治見市民病院　小児科における発達障害診療が始まっており、データの集積生という点でも平成25年度から３年間と、平成28年度以降とでは異なる。

また、教育機関データについては、教師によるアンケート調査の結果であり、その性質上、子ども自身が困っていることでなく、教師の困っていることを反映してしまいやすいと思われる。そのため、本人は困っていても、周りは気がつきにくい特性である不注意特性などは把握されにくい傾向にあるかもしれない。

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：岐阜県多治見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　pp257-297

3）関　正樹：岐阜県多治見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　358-393

4）関　正樹：岐阜県多治見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29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

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の支援ニーズの把握のために瑞浪市在住の小学校１年生、小学校６年生児童を対象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。

教育機関、医療機関における支援ニーズの調査からは、前年まで同様、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。特に、小学校１年生児童の教育機関での支援ニーズの把握はこの５年間の間に急速に進んでいた。つまり、平成25年度の調査では発達障害全体で4.6%の把握であったが、平成29年度の調査では13.9%の把握となっており、特に多動性障害の把握が進んでいた。小学校６年生児童の教育機関での把握は、平成29年度の調査において発達障害全体で6.7%であり、この５年間の間に大きな変化は見られなかった。

平成29年度の医療機関の診療録調査からは、小学校１年生の時点で1.69%の子どもが何らかの発達障害で受診しており、教育機関における支援ニーズの把握との間に乖離が目立っていた。

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、前年度に引き続き本年度も発達障害の支援ニーズに関する疫学的調査を行った。

B．研究方法

１．発達障害の支援ニーズに関する調査

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、５年生、６年生を対象としたアンケート調査を行った。（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など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が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．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

岐阜県瑞浪市の小学校１年生児童（N=295）においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が3.39%、多動性障害が疑われ、支援ニーズのある児童が

<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	13.9（1.36）	1.69
広汎性発達障害	3.39（1.02）	1.02
多動性障害	5.42（０）	0.34
コミュニケーション障害	2.37（０）	0.34
学習障害	1.36（０）	0
精神遅滞	0.34（0.34）	0
その他	0.34（０）	0
境界知能	0.68（０）	0

5.42%認められ、境界知能を含む発達障害全体では13.9%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は1.02%、多動性障害と診断されている児童は0.32%であった。発達障害全体では1.69%が何らかの発達障害として診断を受けており、小学校１年生時点における教育機関の把握と医療機関の把握の間には大きな乖離が認められた。

<表２>医療機関調査　内訳

広汎性発達障害 N＝３（１）	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＝１	0	0	0
学習障害 N＝０	0	0	0
精神遅滞 N＝０	0	0	0
その他 N＝０	0	0	0
境界知能 N＝０	0	0	0

瑞浪市の小学校１年生児童においては、この時期の不登校、反抗挑戦症、素行症は医療機関において把握されていない。

（２）小学５年生児童の調査

平成25年度の小学校１年生児童の追跡調査として、瑞浪市の小学校５年生児童（N=307）における調査も同様に行った。

<表３>
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	12.4 (2.61)	3.91
広汎性発達障害	2.28 (1.303)	1.303
多動性障害	3.58 (0.33)	0.33
コミュニケーション障害	1.63 (0.33)	0.98
学習障害	0.65 (0)	0
精神遅滞	1.95 (0.33)	0.65
その他	0.33 (0.33)	0.65
境界知能	1.95 (0)	0

教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が2.28%、多動性障害が疑われ、支援ニーズのある児童が3.58%認められ、境界知能を含む発達障害全体では12.4%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は1.3%、多動性障害と診断されている児童は0.33%であった。発達障害全体で3.91%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表４>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＝3	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＝2	1 (50)	0	0
境界知能 N＝0	0	0	0

小学校５年生児童においては、この時期の反抗挑戦症、素行症は調査した医療機関において把握されていないが、１名に不登校が認められた。

（３）小学校６年生児童の調査

<表５>
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	6.69 (1.82)	4.86
広汎性発達障害	2.13 (1.22)	3.34
多動性障害	0.61 (0)	0.61
コミュニケーション障害	0.304 (0.304)	0
学習障害	2.43 (0)	0.303
精神遅滞	0.61 (0)	0.303
その他	0.304 (0.304)	0.303
境界知能	0.304 (0)	0

平成29年度の瑞浪市の小学校６年生児童（N=329）においては、教育機関にて広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズのある児童が2.13%、多動性障害が疑われ、支援ニーズのある児童が0.61%認められ、境界知能を含む発達障害全体では6.69%の支援ニーズが存在した。

一方、医療機関を受診し、広汎性発達障害と診断されている児童は3.34%、多動性障害と診断されている児童は0.61%であった。発達障害全体で4.86%が何らかの発達障害として診断を受けていた。

<表６>医療機関調査　内訳

広汎性発達障害 N＝11	3 (27.3)	2 (18.2)	1 (9.09)
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＝1	0	0	0
精神遅滞 N＝1	0	0	1 (100)
その他 N＝1	0	0	0
境界知能 N＝0	0	0	0

広汎性発達障害と診断されているもののうち３名(27.3%)に不登校が認められた。また、２名（18.2%）に反抗挑戦症が１名（9.09%）に素行症が認められた。

２．発達障害の支援ニーズに関する調査の５年間の推移

（１）小学校１年生児童の調査

<表７>瑞浪市の小学１年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

瑞浪 小１	H25 (N=307)	H26 (N=301)	H27 (N=300)	H28 (N=273)	H29 (N=295)
発達障害全体	4.6	6.6	8.3	11.7	13.9
広汎性発達障害	1.3	1.66	3.66	2.93	3.39
多動性障害	0	1.66	2.33	4.39	5.42

<表７>は瑞浪市の教育機関調査におけるこの５年間の推移を抜粋したものである。平成25年の調査開始時点においては、瑞浪市の小学校１年生児童において、教育機関で広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童は1.3%、多動性障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童は０％であり、発達障害全体でも4.6%程度の把握であった。この５年間で発達障害全体において把握されている支援ニーズは上昇を続けており、平成29年度調査では13.9%の支援ニーズが把握されていた。なかでも、多動性障害の把握率の上昇傾向は著しく、平成25年度は０%、平成26年度は約1.7%、平成28年度は2.33%と上昇を続け、平成29年度には約5.4%へと至っている。

（２）小学校６年生児童の調査

<表８>瑞浪市の小学６年生児童の教育機関における発達障害の把握率の推移

瑞浪 小６	H25 (N=365)	H26 (N=358)	H27 (N=323)	H28 (N=322)	H29 (N=329)
発達障害全体	5.5	7.0	8.4	5.9	6.7
広汎性発達障害	2.19	2.51	2.47	2.17	2.1
多動性障害	0.82	1.12	1.85	1.86	0.61

<表８>は瑞浪市の教育機関調査におけるこの５年間の推移を抜粋したものである。

平成25年度の調査開始時点における広汎性発達障害が疑われ、支援ニーズが把握されている児童の割合は2.19%であった。その後も、把握率は２%台で推移し、平成29年度における広汎性発達障害の把握率は2.1%であった。

発達障害全体としても、数字のばらつきはいくらかあるものの、概ね６-７%の把握率であると言える。

３．平成25年度の小学１年生の追跡調査　５年間の推移

<表９> 平成25年度の小学校１年生児童の医療機関調査における５年間の推移

医療機関	小１ (N=307)	小２ (N=306)	小３ (N=308)	小４ (N=310)	小５ (N=307)
発達障害全体	2.9	2.94	2.92	3.87	3.91
広汎性発達障害	1.62	1.0	1.31	1.29	1.3
多動性障害	0	0.33	0.32	0.32	0.33

<表９>は平成25年度に調査を行なった小学校１年生児童の追跡調査の結果の要約である。小学校１年生時点での医療機関における把握率は、広汎性発達障害が1.62%、多動性障害が0.33%であり、発達障害全体で2.9%であった。学年があがるにつれて医療機関の把握率も増加し、小学５年時点では約3.9%の児童が医療機関を受診し、何らかの発達障害として診断されていることとなる。

<表10>平成25年度の小学校１年生児童の教育機関調査における５年間の推移

教育	小１ (N＝307)	小２ (N＝306)	小３ (N＝308)	小４ (N＝310)	小５ (N＝307)
発達障害全体	4.56	12.4	5.84	6.18	12.4
広汎性発達障害	1.3	2.94	0.97	3.29	2.28
多動性障害	0	1.96	0.97	1.93	3.58

<表10>は平成25年度に調査を行なった小学校１年生児童の教育機関における追跡調査である。小学１年生時点での教育機関における把握率は広汎性発達障害が1.3%、多動性障害が０%であり、発達障害全体で4.56%であった。調査年によりばらつきは大きいが、小学校５年生時点では広汎性発達障害が2.28%、多動性障害が3.58%であり、発達障害全体で12.4%が把握されている。

D．考察

１．小学校１年生児童の調査からみえてくるもの

本年度の教育機関における小学校１年生児童の調査では広汎性発達障害は3.39%、多動性障害は5.42%の把握率であった。これに対して、医療機関での把握率はそれぞれ1.02%と0.34%であり、その把握率には大きな乖離が認められる。発達障害全体で見ても、教育機関での把握率は13.9%であるのに対して、今回調査できた医療機関における把握率は1.69%であり、教育機関での把握率と医療機関における把握率に大きな乖離が認められている。

医療機関における把握率は、過去５年間大きな変化は見られない。それにもかかわらず、瑞浪市の教育機関における発達障害全体の把握率、多動性障害の把握率の上昇は著しい。

前年度の報告書にもあるように、瑞浪市は、ここ数年間、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、ある程度早期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。小学校１年生時点での教育機関調査における発達障害の把握率の上昇は、瑞浪市においてシステムの整備や引き継ぎ、連携の充実などが図られ、早期の発見が進んでいることを示唆している。

一方で小学校１年生の医療機関の把握率は５年間上昇しておらず、医療機関における診断は小学校１年生以降を待たねばならないことが多いということが示唆される。

岐阜県瑞浪市においては、公的な療育や幼児園での継続的な支援は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。しかし、カバーしている圏域の抱える人数に対して、発達障害のフォローをできる医療機関とそこでフォローできるキャパシティが少ないのは否めない。

また、瑞浪市特有の事情として、瑞浪市は人口流入が少ない地域であり、受診に対する抵抗が都市部よりも強い傾向にあることは平成25年度調査においても見られている。また、教育機関において、医療機関に受診していることを確認できている割合が、実際に受診に至っている割合よりも低い傾向がある。このことは、事例化して受診するに至った児童のことを把握できていない可能性もある。

２．小学６年生児童の調査からみえてくるもの

本年度の小学６年生児童の教育機関における調査からは、発達障害全体で6.89%の支援ニーズが把握され、広汎性発達障害は2.13%、多動性障害は0.61%の把握率であった。医療機関における把握率は、発達障害全体で4.86%であり、そのうち広汎性発達障害は3.34%、多動性障害は0.61%の把握率であり、小学１年生児童に比べて、把握率の乖離は認められなかった。

この５年間の推移をみても、教育機関での支援ニーズの把握率は概ね６-７％を推移しており、医療機関における把握率は４％程度を推移しており、大きな把握率の乖離は認められない。このことから、瑞浪市では把握された発達障害の子どもたちは、小学校６年生までにその多くが医療機関受診をしているということになる。

３．平成25年度の小学１年生児童の追跡調査からみえてくるもの

平成25年度の小学１年生児童については５年間の追跡調査を行った。医療機関での把握率は学年があがることに増加し、小学校５年生の時点では約3.9%の児童が医療機関を受診し、何らかの発達障害として診断されていた。

教育機関における把握率は、年度毎の変化が著しく、解釈は慎重を要するが、初年度よりは増加傾向である。この背景としては、ここ数年のシステムの整備とともに、教育機関内でも啓発が進み、把握が進んだことが挙げられる。また、小学校に進学以降も、学校での事例化などから把握が進んだということも考えられるだろう。いずれの要因の方が強いかなどについては、今回得られたデータからは推測することが難しいが、実際のところは、これらの二つの要因が重なって起こっているのだろう。

４．考察のまとめ

瑞浪市ではここ数年、システムの整備や引き継ぎ、連携の充実などが図られたことから、発達障害の早期の把握率は上昇の一途をたどっており、10%を超える水準となってきている。しかし、医療機関の把握率は上昇しておらず、医療機関における診断は小学校１年生以降を待たねばならず、特に多動性障害に関してはその傾向が著しい。しかし、啓発などが進み、受診の敷居も下がるなか、小学６年生の発達障害の医療機関の把握率はそれほど伸びておらず、発達障害のフォローをできる医療機関とそこでフォローできるキャパシティは臨界に達していることや受診への抵抗感が推測される。

５．本調査の限界

本報告書における５年間の推移における考察は、過去５年間の調査に基づいて行ったが、対象となる医療機関が全て同一ではなく、平成28年度、29年度は県立多治見病院のデータが得られていないため、解釈には慎重を要し、単純な比較はできない。また、この５年間の間に、岐阜県瑞浪市の所在する東濃圏域では、多治見市民病院　小児科における発達障害診療が始まっており、データの集積性という点でも平成25年度から３年間と、平成28年度以降とでは異なる。

また、教育機関データについては、教師によるアンケート調査の結果であり、ある程度教師の困り感を反映してしまい、そこにバイアスが生じることは否めない。

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29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（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支援体制と支援ニーズの実態に関する研究

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　（子育ち･発達の里 こころのサポートセンター ネストやまなし 所長）
柳原めぐみ（山梨市市役所健康増進課）
雨宮一昭　（山梨市教育委員会学校教育課　課長）
畠山和男　（山梨県立あけぼの医療福祉センター　副所長）
池田久剛　（山梨厚生病院　診療部長）
宇藤千枝子（石和共立病院）
相原正男　（山梨大学　教授）
山縣然太朗（山梨大学　教授）

＜研究要旨＞
山梨県山梨市において，平成28年度の小学校２年生～４年生，および中学３年生，平成29年度の小学校３～５年生および中学校卒業後１年目のこどもを対象として，２年間にわたって発達障害の疫学調査を行った。医療機関と学校の調査を同時に行うことで，診断にまで至っていない支援ニーズも含めた実態把握に努めた。発達障害全体の累積発生率は就学後少しずつ増加しており，平成28年度の小学校２年生で3.0%，小学校３年生で6.6%，小学校４年生で7.8%であったのに対し，平成29年度の小学校３年生で4.5%，小学校４年生で7.3%，小学校５年生で8.5%であった。発達障害全体の有病率は平成28年度の小学校２年生で3.4%，小学校３年生で8.4%，小学校４年生で8.3%，平成29年度の小学校３年生で4.7%，小学校４年生で9.3%，小学校５年生で8.9%であった。いずれも就学後から高学年まで少しずつ増加しており，従来の想定よりも高い割合のこどもたちが発達障害の診断を受けていた。学校を対象とした調査では，医療機関調査から求められた有病率よりも高い割合のこどもが教師から発達に気になるところがあると把握されていた。平成28年度の中学校３年生の発達障害全体の有病率は3.5%，同じ対象の平成29年度の有病率は4.1%であり，小学校６年生から５年間の調査でほとんど変化がなかった。

A．研究目的

本研究班の目的は，発達障害の支援ニーズおよび我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。この目的にそって，小規模市である山梨県山梨市を対象としたサービスの実態把握のための調査を行い，平成28年度に報告した[1)]。本報告書では，山梨県山梨市で平成28年度の小学校２～４年生と中学３年生のこどもたちを対象として２年間にわたって行った発達障害者の支援ニーズの実態調査について報告する。先行研究[2)]で，同じ対象に対する同じデザインの調査を平成25年度から３年間継続して行っており，５年間の調査をつなげることで発達障害の発生の継時的な様式と支援ニーズの変化の実態を把握することも本調査の目的とした。

B．研究方法

平成20年４月２日～平成21年４月１日生まれ（①）の出生コホートと①の平成28年および29年４月２日時点における居住コホート，平成19年４月２日～平成20年４月１日生まれ（②）の出生コホートと②の平成28年および29年４月２日時点における居住コホート，平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ（③）の出生コホートと③の平成28年および29年４月２日時点における居住コホート，平成13年４月２日～平成14年４月１日生まれ（④）の平成28年および29年４月２日時点における居住コホートを対象とした。平成28年および29年４月２日時点で①は小学校２年生および小学校３年生，②は小学校３年生および小学校４年生，③は小学校４年生および小学校５年生，④は中学校３年生および中学校卒業後１年目である。①の出生コホートを対象とした７歳および８歳の４月までの発達障害の累積発生率，①の平成28年および29年４月２日時点の居住コホートを対象とした発達障害の有病率，②の出生コホートを対象とした８歳および９歳の４月までの発達障害の累積発生率，②の平成28年および29年４月２日時点の居住コホートを対象とした発達障害の有病率，③の出生コホートを対象とした９歳および10歳の４月までの発達障害の累積発生率，③の平成28年および29年４月２日時点の居住コホートを対象とした発達障害の有病率，④の平成28年および29年４月２日時点の居住コホートを対象とした発達障害の有病率をそれぞれ求めた。

調査は発達障害児の診療を行っている医療機関（山梨厚生病院，山梨県立あけぼの医療福祉センター，石和共立病院，山梨大学医学部附属病院小児科，山梨県立こころの発達総合支援センター）に依頼して，該当年齢のこどものうち，山梨市で出生したか，または平成28年４月２日あるいは平成29年４月２日の時点で山梨市に居住しており，発達障害と診断されたこどもについて調査した。診断は，支援ニーズの実態把握という本研究の目的に鑑み「ICD-10　臨床記述と診断ガイドライン」（F８およびF９）に基づく診断とし，診療録をもとに連結可能な匿名化されたデータベースを作成して学年別，診断別および知能区分別に件数の集計を行った。複数の医療機関を受診しているこどもについては，イニシャル，性別，生年月日によって照合し，集計の重複を防いだ。同時に対象となる年齢のこどもが通っている可能性がある小学校，中学校，特別支援学校にアンケートの記入を依頼し，学校教師などが発達障害を疑っているが診断に至っていないケースまで含めた支援ニーズの調査を行って実態把握に努めた。集計にあたって，医療機関調査，教育機関調査ともに，重複した特徴を持つこどもについて

は①広汎性発達障害②多動性障害③会話および言語の特異的発達障害④学力の特異的発達障害⑤精神遅滞⑥その他⑦境界知能（教育機関のみ）の順で優先順位をつけて集計した。

（倫理面への配慮）

本研究は疫学研究であり，研究対象者への侵襲的介入はない。医療機関への調査では，各医療機関で集めた個票は連結可能な状態で匿名化してから集計した。学校へのアンケート調査では，調査項目には特定可能な個人情報は含まれない。

C．研究結果

1．平成20年４月２日～平成21年４月１日生まれのこどもの調査結果（図１）

平成20年４月２日から平成21年４月１日までの１年間の山梨市の出生数は267人（男児129人，女児138人）であった。このうち，平成28年４月１日（小学校２年生）までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断されたこどもは８人（男６人，女２人）であり，発達障害の７歳までの累積発生率は3.0％（男4.7％，女1.5％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害６人（発生率2.2％），多動性障害１人（発生率0.37％），その他１人（発生率0.37％）であった。同じ対象で平成29年４月１日（小学校３年生）までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断されたこどもは12人（男９人，女３人）であり，発達障害の８歳までの累積発生率は4.5％（男7.0％，女2.2％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害８人（発生率3.0％），多動性障害２人（発生率0.75％），その他２人（発生率0.75％）であった。

該当年齢のこどもで平成28年４月２日（小学校２年生）時点で山梨市に居住していた数（居住コホート）は294人（男児160人，女児134人）であった。このうち，平成28年４月１日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは10人（男児７人，女児３人）であり，小学２年生における発達障害の有病率は3.4％（男児4.4％，女児2.2％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害８人（有病率2.7％），多動性障害１人（有病率0.34％）その他１人（有病率0.34％）であった。平成29年４月１日（小学校３年生）時点で山梨市に居住していた該当年齢のこどもは295人（男児161人，女児134人）であった。このうち，平成29年４月１日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは14人（男児10人，女児４人）であり，小学校３年生における発達障害の有病率は4.7％（男児6.2％，女児3.0％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害10人（有病率3.4％），多動性障害２人（有病率0.68％），精神遅滞１人（0.34％），その他１人（有病率0.34％）であった。

学校アンケート調査では，平成28年度の小学校２年生の総数は291人（男児159人，女児132人）であった。発達障害が疑われるこどもは36人（12.4％）で，そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握しているこどもは15人（5.2％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数10人（3.4％），診断把握数６人（2.1％）多動性障害の疑いを含む総数６人（2.1％），診断把握数５人（1.7％），会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数６人（2.1％），診断把握数１人（0.34％），学力の特異的発達障害の疑いを含む総数４人（1.4％），診断把握数０人，精神遅滞の疑いを含む総数３人（1.0％），診断把握数２人（0.69％），その他の疑いを含む総数７人（2.4％），診断把握数

１人（0.34%）であった。発達障害の診断には当てはまらないが，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもの数が６人（2.1%），診断把握数０人であった。小学校２年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けていたこどもは36人（12.4%）で，知的障害の特別支援学校に在籍したこどもが１人，自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍したこどもが３人，通常学級に在籍し難聴・言語障害通級指導教室を利用したこどもが11人，その他の校内支援を受けていたこどもが６人，学級担任による配慮のみのこどもが15人であった。平成29年度の小学校３年生の総数は291人（男児159人，女児132人）であった。発達障害が疑われるこどもは32人（11.0％）で，そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握しているこどもは12人（4.1％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数12人（4.1％），診断把握数９人（3.1％），多動性障害の疑いを含む総数５人（1.7％），診断把握数２人（0.69％），会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数４人（1.4％），診断把握数０人，学力の特異的発達障害の疑いを含む総数３人（1.0％），診断把握数１人（0.34％），精神遅滞の疑いを含む総数２人（0.69％），診断把握数０人，その他の疑いを含む総数６人（2.1％），診断把握数０人であった。発達障害の診断には当てはまらないが，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもの数が８人（2.7%），診断把握数０人であった。小学校３年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けているこどもは35人（12.0％）で，知的障害の特別支援学校に在籍するこどもが１人，自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍するこどもが４人，通常学級に在籍し通級指導教室を利用するこどもが11人(情緒障害通級指導教室２人，難聴・言語障害通級指導教室２人，その他の通級指導教室７人)，その他の校内支援を受けているこどもが５人，学級担任による配慮のみのこどもが14人であった。

２．平成19年４月２日～平成20年４月１日生まれのこどもの調査結果（図２）

平成19年４月２日から平成20年４月１日までの１年間の山梨市の出生数は289人（男児155人，女児134人）であった。このうち平成28年４月１日（小学校３年生）までにいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断されたこどもは19人（男児12人，女児７人）であり，発達障害の８歳までの累積発生率は6.6％（男児7.7％，女児5.2%）であった。障害の内訳は広汎性発達障害17人（発生率5.9％），会話および言語の特異的発達障害１人（発生率0.35%)，精神遅滞１人（発生率0.35％）であった。同じ対象で平成29年４月１日（小学校４年生）までに何らかの発達障害と診断されたこどもは21人（男12 人，女児９人）であり，発達障害の９歳までの累積発生率は7.3％（男児7.7％，女児6.7％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害19人（発生率6.6％），会話および言語の特異的発達障害１人（発生率0.35％)，精神遅滞１人（発生率0.35％）であった。

該当年齢のこどもで平成28年４月２日（小学校３年生）時点で山梨市に居住していた数（居住コホート）は309人（男児163人，女児146人）であった。このうち，平成28年４月１日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは26人（男児17人，女児９人）であり，小学３年生における発達障害の有病率は8.4％（男児10.4％，女児6.2％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害24人（有病率7.8％），会話および言語の特異的発

達障害１人（有病率0.32%），精神遅滞１人（有病率0.32％）であった。平成29年４月２日（小学校４年生）時点で山梨市に居住していた該当年齢のこどもは312人（男167人，女145人）であり，平成29年４月１日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは29人（男児18人，女児11人）で，小学校４年生における発達障害の有病率は9.3％（男児10.8％，女児7.6％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害27人（有病率8.7％），会話および言語の特異的発達障害１人（有病率0.32%），精神遅滞１人（有病率0.32％）であった。

学校アンケート調査では，平成28年度の小学校３年生の総数は308人（男児165人，女児143人）であった。発達障害が疑われるこどもは48人（15.6％）で，そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握しているこどもは22人（7.1％）であった。障害の内訳は，広汎性発達障害の疑いを含む総数19人（6.2％），診断把握数14人（4.5％），多動性障害の疑いを含む総数８人（2.6％），診断把握数３人（0.97％），会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数７人（2.3％），診断把握数２人（0.65%），学力の特異的発達障害の疑いを含む総数６人（1.9％），診断把握数０人，精神遅滞の疑いを含む総数５人（1.6％），診断把握数２人（0.65%），その他の疑いを含む総数３人（0.97％），診断把握数１人（0.32%）であった。発達障害の診断には当てはまらないが，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもの数が６人（1.9%），診断把握数１人（0.32%）であった。小学校３年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けていたこどもは51人（16.6％）で，特別支援学校に在籍したこどもが３人（ろう学校１人，肢体不自由の特別支援学校１人，知的障害の特別支援学校１人），特別支援学級に在籍したこどもが９人（知的障害特別支援学級５人，自閉症・情緒障害特別支援学級４人），通常学級に在籍し通級指導教室を利用したこどもが12人（情緒障害通級指導教室１人，難聴・言語障害通級指導教室８人，その他の通級指導教室３人），その他の校内支援を受けていたこどもが15人，学級担任による配慮のみのこどもが12人であった。平成29年度の小学校４年生の総数は310人（男児167人，女児143人）であった。発達障害が疑われるこどもは36人（11.6％）で，そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握しているこどもは17人（5.5％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数11人（3.5％），診断把握数８人（2.6％），多動性障害の疑いを含む総数４人（1.3％），診断把握数２人（0.65％），会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数５人（1.6％），診断把握数２人（0.65％），学力の特異的発達障害の疑いを含む総数７人（2.3％），診断把握数１人（0.32％），精神遅滞の疑いを含む総数５人（1.6％），診断把握数３人（0.97％），その他の疑いを含む総数４人（1.3％），診断把握数１人（0.32％）であった。発達障害の診断には当てはまらないが，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもの数が２人（0.65%），診断把握数０人であった。小学校４年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けているこどもは40人（12.9％）で，特別支援学校に在籍するこどもが４人（知的障害特別支援学校２人，肢体不自由特別支援学校１人，ろう学校１人），特別支援学級に在籍するこどもが９人（知的障害特別支援学級４人，自閉症・情緒障害特別支援学級５人），通常学級に在籍し通級指導教室を利用するこどもが９人（難聴・言語

障害通級指導教室５人，その他の通級指導教室４人），その他の校内支援を受けているこどもが８人，学級担任による配慮のみのこどもが10人であった。

３．平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれのこどもの調査結果（図３）

平成18年４月２日から平成19年４月１日までの１年間の山梨市の出生数は270人（男児123人，女児147人）であった。平成28年４月１日（小学校４年生）までの間にいずれかの医療機関で何らかの発達障害と診断されたこどもは21人（男児14人，女児７人）であり，発達障害の９歳までの累積発生率は7.8％（男児11.4％，女児4.8％）であった。障害の内訳は，広汎性発達障害14人（発生率5.2％），多動性障害３人（発生率1.1％），会話および言語の特異的発達障害１人（発生率0.37％），精神遅滞２人（発生率0.74％），その他１人（発生率0.37％）であった。同じ対象で平成29年４月１日（小学校５年生）までの間に何らかの発達障害と診断されたこどもは23人（男児14人，女児９人）であり，発達障害の10歳までの累積発生率は8.5％（男児11.4％，女児6.1％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害16人（発生率5.9％），多動性障害３人（発生率1.1％），会話および言語の特異的発達障害１人（発生率0.37％），精神遅滞２人（発生率0.74％），その他１人（発生率0.37％）であった。

該当年齢のこどもで平成28年４月２日（小学校４年生）時点で山梨市に居住していた数（居住コホート）は290人（男児145人，女児145人）であった。このうち，平成28年４月１日（小学校４年生）までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは24人（男児16人，女児８人）であり，小学４年生における発達障害の有病率は8.3％（男児11.0％，女児5.5％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害18人（有病率6.2％），多動性障害３人（有病率1.0％），会話および言語の特異的発達障害１人（有病率0.34％），精神遅滞２人（有病率0.69％）であった。平成29年４月２日（小学校５年生）時点で山梨市に居住していた該当年齢のこどもの数は291人（男143人，女148人）であった。このうち，平成29年４月１日（小学校５年生）までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは26人（男児16人，女児10人）であり，小学校５年生における発達障害の有病率は8.9％（男児11.2％，女児6.8％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害20人（有病率6.9％），多動性障害３人（有病率1.0％），会話および言語の特異的発達障害１人（有病率0.34％），精神遅滞２人（有病率0.69％）であった。

学校アンケート調査では，平成28年度の小学校４年生の総数は292人（男児144人，女児148人）であった。発達障害が疑われるこどもは25人（8.6％）で，そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握しているこどもは14人（4.8％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数17人（5.8％），診断把握数11人（3.8％），多動性障害の疑いを含む総数１人（0.34％），診断把握数０人，会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数４人（1.4％），診断把握数１人（0.34％），学力の特異的発達障害の疑いを含む総数１人（0.34％），診断把握数０人，精神遅滞の疑いを含む総数２人（0.68％），診断把握数２人（0.68％）であった。発達障害の診断には当てはまらないが，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもの数が７人（2.4％），診断把握数０人であった。小学

校４年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けていたこどもは33人（11.3％）で，知的障害の特別支援学校に在籍したこどもが１人，特別支援学級に在籍したこどもが10人（知的障害特別支援学級３人，自閉症・情緒障害特別支援学級６人，その他の支援学級１人），通常学級に在籍し難聴・言語障害通級指導教室を利用したこどもが５人，その他の校内支援を受けていたこどもが３人，学級担任による配慮のみのこどもが14人であった。平成29年度の小学校５年生の総数は289人（男児143人，女児146人）であった。発達障害が疑われるこどもは27人（9.3％），そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握しているこどもは15人（5.2％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数15人（5.2％），診断把握数10人（3.5％），多動性障害の疑いを含む総数４人（1.4％），診断把握数２人（0.69％），会話および言語の特異的発達障害の疑いを含む総数１人（0.35％），診断把握数０人，学力の特異的発達障害の疑いを含む総数２人（0.69％），診断把握数０人，精神遅滞の疑いを含む総数４人（1.4％），診断把握数２人（0.69％），その他の発達障害の疑いを含む総数１人（0.35％），診断把握数１人（0.35％）であった。発達障害の診断には当てはまらないが，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもの数が１人（0.35%），診断把握数０人であった。小学校５年生の時に特別支援教育を含む特別な配慮を受けているこどもは28人（9.7％）で，知的障害の特別支援学校に在籍するこどもが１人，特別支援学級に在籍するこどもが13人（知的障害特別支援学級４人，自閉症・情緒障害特別支援学級８人，その他の支援学級１人），通常学級に在籍し通級指導教室を利用するこどもが４人（情緒障害指導教室２人，難聴・言語障害通級指導教室２人），その他の校内支援を受けているこどもが２人，担任による配慮のみのこどもが８人であった。

４．平成13年４月２日～平成14年４月１日生まれのこどもの調査結果（図４）

平成28年度の中学３年生については出生地が明らかでないケースが多かったため，医療機関の調査で累積発生率を求めることができず，有病率のみ求めた。また中学校卒業後の進路先である高等学校等へのアンケートは行っていない。

平成28年４月２日時点で山梨市に居住していた該当年齢のこどもの数（居住コホート）は345人（男児177人，女児168人）であった。このうち平成28年４月１日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは12人（男児９人，女児３人）であり，中学３年生における発達障害の有病率は3.5％（男児5.1％，女児1.8％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害10人（有病率2.9％），多動性障害１人（有病率0.29％），会話および言語の特異的発達障害１人（有病率0.29％）であった。平成29年４月２日時点で山梨市に居住していた該当年齢のこどもの数は337人（男児167人，女児170人）で，このうち平成29年４月１日までの間にいずれかの医療機関で発達障害と診断されたこどもは12人（男児９人，女児３人）であり，中学卒業直後の発達障害の有病率は4.1％（男児5.4％，女児1.8％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害10人（有病率3.4％），多動性障害１人（有病率0.34％），会話および言語の特異的発達障害１人（有病率0.34％）であった。

学校アンケート調査では，平成28年度の中学３年生の総数は336人（男児169人，女児167人）であった。発達障害が疑われるこど

もは10人（3.0％）で，そのうち医療機関で診断されていることを学校が把握しているこどもは３人（0.89％）であった。障害の内訳は広汎性発達障害の疑いを含む総数４人（1.2％），診断把握数２人（0.60％），精神遅滞の疑いを含む総数５人（1.5％），診断把握数１人（0.30％），その他の疑いを含む総数１人（0.30％），診断把握数０人であった。発達障害の診断には当てはまらないが，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもの数が４人（1.2%），診断把握数０人であった。中学３年生で特別支援教育を含む特別な教育的配慮を受けていたこどもは14人（4.2％）であった。知的障害の特別支援学校に在籍したこどもが２人，特別支援学級に在籍したこどもが７人（知的障害特別支援学級４人，自閉症・情緒障害特別支援学級３人），その他の校内支援を受けたこどもが４人，担任による配慮のみのこどもが１人であった。

D．考察

山梨県山梨市は甲府盆地の東部に位置する人口３万６千人あまりの地方都市で，平成27年の高齢化率が31.3％，出生率が6.4％と少子高齢化がすすんでいる。市全体で19名の保健師が在籍しており，大都市に比べると人口あたりの保健師の数が多く，活発に母子保健活動が行われている。小規模市のメリットを生かし，母子保健，教育，福祉が連携することで発達障害の早期把握，早期支援および特別支援教育体制の整備に取り組んでいる。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はできていないが，平成23年４月に山梨県立こころの発達総合支援センターが開設されて以降，同センターの診療機能との連携を強化することで専門的な評価と診断を行うことが可能となっている[1)]。

平成20年４月２日～平成21年４月１日生まれのこども（①）の過去３年間の調査結果（図１），平成19年４月２日～平成20年４月１日生まれのこども（②）の過去４年間の調査結果（図２），平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれのこども（③）の過去５年間の調査結果（図３）を比較する。発達障害全体でみると，小学校３年生の時点で①での累積発生率が4.5％，有病率が4.7％，②での累積発生率が6.6％，有病率が8.4％，③での累積発生率が7.4％，有病率が8.0％で，①での累積発生率，有病率ともに②③に比べてかなり低い。小学校１～３年生すべての学年で比較しても，②と③に比べて①での累積発生率および有病率が低い値となっている。一方，学校で教師が発達に気になるところがあると把握したこどもの割合は①の小学校３年生で11.0％，②の小学校３年生で15.6％，③の小学校３年生で10.1％であり，①で特に低いということはない。このことから，①で発達障害のこどもの割合が少ないということではなく，学校で把握されていても診断に至っていないこどもが多くいると考えられた。今のところ，その要因は不明であり，①のこどもたちと②③のこどもたちとの間で，特徴を把握されてから診断までの支援体制が変化した可能性について検討が必要である。

平成19年４月２日～平成20年４月１日生まれ（②）のこどもと，平成18年４月１日から平成19年４月１日生まれ（③）のこどもの調査結果から，９歳までの発達障害全体の累積発生率がそれぞれ7.3％，7.8％，広汎性発達障害の累積発生率がそれぞれ6.6％，5.2％であった。また，小学校４年生の時点の発達障害全体の有病率は②で9.3％，③で8.3％，広汎性発達障害の有病率は②で8.7％，③で6.2％

であり，累積発生率，有病率ともに従来の想定を大きく超えた値であった[3)]。平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ（③）のこどもたちの調査結果から10歳までの発達障害全体の累積発生率が8.5％，広汎性発達障害の累積発生率が5.9％，小学校５年生の時点での発達障害全体の有病率が8.9％，広汎性発達障害の有病率が6.9％であった。累積発生率，有病率ともに小学校高学年になってからも少しずつ増加しており，さらに追跡調査を行う必要があると考えられる。

５年間の学校調査を概観すると，小学校で教師が発達に気になるところがあると把握したこどもの割合は，小学校１年生で11.3～16.3％，小学校２年生で10.2～12.4％，小学校３年生で10.1～15.6％，小学校４年生で8.6～11.6％，小学校５年生で9.3％であり，いずれも医療機関の調査から求めた有病率を上回る値であった。また，平成28年度および29年度の調査では，教師が境界知能の疑いがあると把握したこどもが各学年にいるが，ほとんど医療機関でフォローされていない実態が明らかとなった。

平成13年４月２日から平成14年４月１日生まれ（④）のこどもの小学校６年生から中学校卒業後までの５年間の調査結果では，発達障害全体の有病率が3.3％から4.1％と微増しているものの，実数で１人しか増えておらず，先述の平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれ，平成19年４月２日～平成20年４月１日生まれ，平成20年４月２日～平成21年４月１日生まれのこどもたちと比較して低い値であった。学校で教師が発達に気になることがあると把握した割合は小学校６年生で10.1％であることから，④で発達障害のこどもの割合が少ないのではなく，学校教師に特性を把握されていても診断に至っていないこどもが数多くいると考えられた。診断に至るこどもが少なかった理由として，④のこどもたちは山梨県立こころの発達総合支援センターが開所した平成23年にすでに小学校４年生であり，保健師や学校教師が発達に気になるところがあると把握していても，専門的な評価や診断を受ける場所が少なかったために診断を受けずに経過してしまった可能性が考えられた。

E. 結論

山梨市では，就学から小学校高学年までの間に少しずつ発達障害の診断を受けるこどもが増加しており，従来の想定よりも高い割合のこどもたちが発達障害と診断されていた。学校調査では，医療機関調査の有病率よりも高い割合のこどもたちが発達障害の疑いがあると把握されており，学校での支援ニーズはあるが診断に至っていないこどもたちの実態が示された。また，学校で境界知能の疑いがあると把握されたこどもたちが一定数いたが，ほとんど医療に結びついていなかった。これらのこどもたちの支援ニーズの実態も調査していく必要があると考えられた。

F. 研究発表

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

１）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，畠山和男，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に関する報告書。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），186-192，2017。

2）本田秀夫，片山知哉，金重紅美子，上田美穂，中嶋彩，柳原めぐみ，日原寿美子，岡輝彦，小川鉄男，畠山和男，池田久剛，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（第3報）。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），323-330，2016。

3）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

	出生コホート			居住コホート					
	発生数（発生率）			有病数（有病率）					
平成27.4.2（小学校１年生）	医療機関（n=267）			医療機関（n=296）		学校（n=293）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	5	**1.9%**	**発達障害全体**	**8**	**2.7%**	**9**	**3.1%**	**33**	**11.3%**
	4	1.5%	PDD	6	2.0%	5	1.7%	9	3.1%
	0	0.0%	多動性障害	1	0.34%	1	0.34%	6	2.0%
	0	0.0%	会話・言語	0	0.0%	0	0.0%	6	2.0%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	5	1.7%
	0	0.0%	精神遅滞	0	0.0%	1	0.34%	2	0.68%
	1	0.37%	その他	1	0.34%	2	0.68%	5	1.7%
平成28.4.2（小学校２年生）	医療機関（n=267）			医療機関（n=294）		学校（n=291）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	8	**3.0%**	**発達障害全体**	**10**	**3.4%**	**15**	**5.2%**	**36**	**12.4%**
	6	2.2%	PDD	8	2.7%	6	2.1%	10	3.4%
	1	0.37%	多動性障害	1	0.34%	5	1.7%	6	2.1%
	0	0.0%	会話・言語	0	0.0%	1	0.34%	6	2.1%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	4	1.4%
	0	0.0%	精神遅滞	0	0.0%	2	0.69%	3	1.0%
	1	0.37%	その他	1	0.34%	1	0.34%	7	2.4%
	−	−	境界知能	−	−	0	0.0%	6	2.1%
平成29.4.2（小学校３年生）	医療機関（n=267）			医療機関（n=295）		学校（n=291）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	12	**4.5%**	**発達障害全体**	**14**	**4.7%**	**12**	**4.1%**	**32**	**11.0%**
	8	3.0%	PDD	10	3.4%	9	3.1%	12	4.1%
	2	0.75%	多動性障害	2	0.68%	2	0.69%	5	1.7%
	0	0.0%	会話・言語	0	0.0%	0	0.0%	4	1.4%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	1	0.34%	3	1.0%
	0	0.0%	精神遅滞	1	0.34%	0	0.0%	2	0.69%
	2	0.75%	その他	1	0.34%	0	0.0%	6	2.1%
	−	−	境界知能	−	−	0	0.0%	8	2.7%

図１　平成20年４月２日～平成21年４月１日生まれにおける発達障害の累積発生率，有病率および発達に問題のあるこどもについての学校の認識

＊境界知能は発達障害全体の数に含まれていない

	出生コホート			居住コホート					
	発生数（発生率）			有病数（有病率）					
平成26.4.2（小学校１年生）	医療機関（n=289）			医療機関（n=312）		学校（n=307）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	17	**5.9%**	**発達障害全体**	**19**	**6.1%**	**19**	**6.2%**	**42**	**13.7%**
	12	4.2%	PDD	15	4.8%	12	3.9%	16	5.2%
	3	1.0%	多動性障害	3	0.96%	3	0.98%	11	3.6%
	1	0.35%	会話・言語	0	0.0%	0	0.0%	6	2.0%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	1	0.33%	4	1.3%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	2	0.65%	4	1.3%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
平成27.4.2（小学校２年生）	医療機関（n=289）			医療機関（n=310）		学校（n=306）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	19	**6.6%**	**発達障害全体**	**22**	**7.1%**	**21**	**6.9%**	**37**	**12.1%**
	15	5.2%	PDD	19	6.1%	14	4.6%	16	5.2%
	2	0.69%	多動性障害	2	0.65%	1	0.33%	4	1.3%
	1	0.35%	会話・言語	0	0.0%	2	0.65%	7	2.3%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	1	0.33%	4	1.3%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	3	0.98%	5	1.6%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	0	0.0%	1	0.33%
平成28.4.2（小学校３年生）	医療機関（n=289）			医療機関（n=309）		学校（n=308）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	19	**6.6%**	**発達障害全体**	**26**	**8.4%**	**22**	**7.1%**	**48**	**15.6%**
	17	5.9%	PDD	24	7.8%	14	4.5%	19	6.2%
	0	0.0%	多動性障害	0	0.0%	3	0.97%	8	2.6%
	1	0.35%	会話・言語	1	0.32%	2	0.65%	7	2.3%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	6	1.9%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	2	0.65%	5	1.6%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	1	0.32%	3	0.97%
	−	−	境界知能	−	−	1	0.32%	6	1.9%
平成29.4.2（小学校４年生）	医療機関（n=289）			医療機関（n=312）		学校（n=310）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	21	**7.3%**	**発達障害全体**	**29**	**9.3%**	**17**	**5.5%**	**36**	**11.6%**
	19	6.6%	PDD	27	8.7%	8	2.6%	11	3.5%
	0	0.0%	多動性障害	0	0.0%	2	0.65%	4	1.3%
	1	0.35%	会話・言語	1	0.32%	2	0.65%	5	1.6%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	1	0.32%	7	2.3%
	1	0.35%	精神遅滞	1	0.32%	3	0.97%	5	1.6%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	1	0.32%	4	1.3%
	−	−	境界知能	−	−	0	0.0%	2	0.65%

図２　平成19年４月２日～平成20年４月１日生まれにおける発達障害の累積発生率，有病率および発達に問題のあるこどもについての学校の認識

＊境界知能は発達障害全体の数に含まれていない

	出生コホート			居住コホート					
	発生数（発生率）			有病数（有病率）					
平成25.4.2（小学校１年生）	医療機関（n=270）			医療機関（n=283）		学校（n=288）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	14	**5.2%**	**発達障害全体**	**12**	**4.2%**	**20**	**6.9%**	**47**	**16.3%**
	9	3.3%	PDD	9	3.2%	11	3.8%	16	5.6%
	1	0.37%	多動性障害	2	0.71%	3	1.0%	15	5.2%
	1	0.37%	会話・言語	0	0.0%	2	0.69%	7	2.4%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	0.74%	精神遅滞	1	0.35%	3	1.0%	7	2.4%
	1	0.37%	その他	0	0.0%	1	0.35%	2	0.69%
平成26.4.2（小学校２年生）	医療機関（n=270）			医療機関（n=291）		学校（n=285）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	19	**7.0%**	**発達障害全体**	**21**	**7.2%**	**17**	**6.0%**	**29**	**10.2%**
	13	4.8%	PDD	16	5.5%	10	3.5%	12	4.2%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	3	1.1%	7	2.5%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.34%	1	0.35%	4	1.4%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	1	0.35%
	2	0.74%	精神遅滞	1	0.34%	2	0.70%	3	1.1%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	1	0.35%	2	0.70%
平成27.4.2（小学校３年生）	医療機関（n=270）			医療機関（n=286）		学校（n=288）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	20	**7.4%**	**発達障害全体**	**23**	**8.0%**	**13**	**4.5%**	**29**	**10.1%**
	14	5.2%	PDD	17	5.9%	7	2.4%	11	3.8%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	0	0.0%	4	1.4%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.35%	3	1.0%	6	2.1%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.70%	3	1.0%	6	2.1%
	0	0.0%	その他	0	0.0%	0	0.0%	2	0.69%
平成28.4.2（小学校４年生）	医療機関（n=270）			医療機関（n=290）		学校（n=292）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	21	**7.8%**	**発達障害全体**	**24**	**8.3%**	**14**	**4.8%**	**25**	**8.6%**
	14	5.2%	PDD	18	6.2%	11	3.8%	17	5.8%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	0	0.0%	1	0.34%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.34%	1	0.34%	4	1.4%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	1	0.34%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.69%	2	0.68%	2	0.68%
	1	0.37%	その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	—	—	境界知能	—	—	0	0.0%	7	2.4%
平成29.4.2（小学校５年生）	医療機関（n=270）			医療機関（n=291）		学校（n=289）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	23	**8.5%**	**発達障害全体**	**26**	**8.9%**	**15**	**5.2%**	**27**	**9.3%**
	16	5.9%	PDD	20	6.9%	10	3.5%	15	5.2%
	3	1.1%	多動性障害	3	1.0%	2	0.69%	4	1.4%
	1	0.37%	会話・言語	1	0.34%	0	0.0%	1	0.35%
	0	0.0%	学力	0	0.0%	0	0.0%	2	0.69%
	2	0.74%	精神遅滞	2	0.69%	2	0.69%	4	1.4%
	1	0.37%	その他	0	0.0%	1	0.35%	1	0.35%
	—	—	境界知能	—	—	0	0.0%	1	0.35%

図３　平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれにおける発達障害の累積発生率，有病率および発達に問題のあるこどもについての学校の認識

＊境界知能は発達障害全体の数に含まれていない

	出生コホート			居住コホート					
	発生数（発生率）			有病数（有病率）					
平成25.4.2（小学校６年生）	医療機関（n=330）			医療機関（n=338）		学校（n=347）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	ー	ー	**発達障害全体**	**11**	**3.3%**	**8**	**2.3%**	**35**	**10.1%**
	ー	ー	PDD	11	3.3%	6	1.7%	8	2.3%
	ー	ー	多動性障害	0	0.0%	1	0.29%	7	2.0%
	ー	ー	会話・言語	0	0.0%	0	0.0%	1	0.29%
	ー	ー	学力	0	0.0%	0	0.0%	13	3.7%
	ー	ー	精神遅滞	0	0.0%	1	0.29%	6	1.7%
	ー	ー	その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
平成26.4.2（中学校１年生）	医療機関（n=330）			医療機関（n=350）		学校（n=338）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	ー	ー	**発達障害全体**	**13**	**3.7%**	**11**	**3.3%**	**26**	**7.7%**
	ー	ー	PDD	11	3.1%	10	3.0%	12	3.6%
	ー	ー	多動性障害	1	0.29%	0	0.0%	6	1.8%
	ー	ー	会話・言語	1	0.29%	0	0.0%	0	0.0%
	ー	ー	学力	0	0.0%	0	0.0%	1	0.30%
	ー	ー	精神遅滞	0	0.0%	1	0.30%	7	2.1%
	ー	ー	その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
平成27.4.2（中学校２年生）	医療機関（n=330）			医療機関（n=349）		学校（n=339）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	ー	ー	**発達障害全体**	**13**	**3.7%**	**13**	**3.8%**	**23**	**6.8%**
	ー	ー	PDD	11	3.2%	5	1.5%	6	1.8%
	ー	ー	多動性障害	1	0.29%	2	0.59%	4	1.2%
	ー	ー	会話・言語	1	0.29%	1	0.29%	1	0.29%
	ー	ー	学力	0	0.0%	1	0.29%	4	1.2%
	ー	ー	精神遅滞	0	0.0%	3	0.88%	7	2.1%
	ー	ー	その他	0	0.0%	1	0.29%	1	0.29%
平成28.4.2（中学校３年生）	医療機関（n=330）			医療機関（n=345）		学校（n=336）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	ー	ー	**発達障害全体**	**12**	**3.5%**	**3**	**0.89%**	**10**	**3.0%**
	ー	ー	PDD	10	2.9%	2	0.60%	4	1.2%
	ー	ー	多動性障害	1	0.29%	0	0.0%	0	0.0%
	ー	ー	会話・言語	1	0.29%	0	0.0%	0	0.0%
	ー	ー	学力	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	ー	ー	精神遅滞	0	0.0%	1	0.30%	5	1.5%
	ー	ー	その他	0	0.0%	0	0.0%	1	0.30%
	ー	ー	境界知能	ー	ー	0	0.0%	4	1.2%
平成29.4.2	医療機関（n=330）			医療機関（n=337）		学校（n=）			
	診断例			診断例		診断された		疑い	
	ー	ー	**発達障害全体**	**12**	**4.1%**				
	ー	ー	PDD	10	3.4%				
	ー	ー	多動性障害	1	0.34%				
	ー	ー	会話・言語	1	0.34%				
	ー	ー	学力	0	0.0%				
	ー	ー	精神遅滞	0	0.0%				
	ー	ー	その他	0	0.0%				
	ー	ー	境界知能	ー	ー				

図４　平成13年４月２日～平成14年４月１日生まれにおける発達障害の有病率および発達に問題のあるこどもについての学校の認識

＊境界知能は発達障害全体の数に含まれていない

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

福島県における発達障害の気づきと支援に関する研究
（会津若松市）

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）
中村　志寿佳（福島大学　子どものメンタルヘルス支援事業推進室 特任助教）
福留　さとみ（大正大学　研究員）

研究要旨：

本調査は、約12万人の人口規模である会津若松市を対象地域とした。市内の保育園、幼稚園、子ども園すべてを対象に発達の遅れや偏りのある子どもの実態についてアンケート調査を行った。その結果、発達の遅れや偏りのある子どもの総数は66名（7.3%）であった。医療機関を利用する子どもは35名（3.9%）、療育機関を利用する子どもは20名（2.2%）であった。子どもの発達の遅れや偏りに気づきながらも支援については施設内で完結しやすい傾向にあった。外部専門機関（行政・民間）との連携可能な支援体制構築が課題である。今後は、新たな事業展開と子どもの実態把握の変化について検討する予定である。

A. 研究目的

本調査は、本研究班の「発達の遅れや偏りのある子どもの実態把握と支援システムに関する検討」に関する研究の基礎資料とすることを目的とする。併せて、今後、発達障害の発見と支援システムに関して、新たな事業や取り組みを行う自治体を対象とし、その支援システムの変化により子どもの実態把握や支援の在り方の経時的変化について検討することを目的とした。

1）地域特性

今回調査対象とした会津若松市は、福島県の西部に位置し、面積38,299㎢、山に囲まれた平坦な会津盆地の中心部であり、気候は福島県沿岸部とは大きく異なり、夏は蒸し暑く冬はまとまった降雪がある。観光地としても知られる。県庁所在地のある福島市までは約100㎞の距離がある。交通機関はJR磐越西線が新潟－会津若松－郡山をつなぎ、高速道路は磐越自動車道が新潟県といわき市をつないでいる。東日本大震災直後は、東京電力第一原子力発電所から20㎞圏内にある大熊町の行政移転先となるなど、約5000人の震災避難者を受け入れた。しかし、風土や気候の違いから、避難元と風土や気候が似ているいわき市（福島県沿岸部）などに移り住む避難者が多

い。大熊町の避難者数の推移をみると、H26年５月１日現在では会津若松市2,087人に対し、いわき市4,111人、H29年２月１日現在では会津若松市921名に対しいわき市4,661名となっている(大熊町ホームページ;避難状況)。

会津若松市の人口は、市勢統計データにおいて、H30年１月１日現在で121,910人、世帯数は49,868世帯、国勢調査が実施されたH22年度の人口は126,220人、H27年度は124,062人であり、ゆるやかな減少傾向がある。H28年度の出生数は893人、H27年度は941名、H22年度は1,028名であり減少傾向がみられる。医療機関は、福島県立医科大学の附属医療センター１施設、民間総合病院が２施設ある。

市の母子保健事業である乳幼児健康診査は４か月児、９・10ヶ月児、１歳６か月児、３歳６か月児を対象として実施される。H29年度は１歳６か月児、３歳６か月児健康診査は月２～３回（年間全29回)、２箇所いずれかの保健センターで開催される。

発達障害の発見と支援システムについては、乳幼児健康診査において共通のフロー図に基づき１次スクリーニングを行う。経過観察となった子どもに対しては、必要に応じて相談会（小児科医師、心理士）等へつなぎ、母親の相談や子どもの発達検査等を行う。その後、医療機関の受診や療育機関等の紹介を行う。近年、行政では１歳６か月児健康診査の健康診査票の改訂や心理士の相談会の在り方の検討、発達検査の導入など発達の遅れや偏りのある子どもの発見に関する新たな取り組みや検討がなされている。

B. 研究方法

実施時期は、H29年12月中旬であり、対象地域は福島県会津若松市である。実施場所は、会津若松市内にあるすべての保育園・幼稚園･認定こども園などの施設である。アンケートの対象者は、年長児クラスの担任または発達障害の支援に関する担当者とし、協力を依頼した。

アンケート内容は､H29年度の年長児（H23年度生まれ；H29年５月１日現在、会津若松市に居住し各施設に在籍していた子ども）について､「１．発達の遅れや偏りのある子どもの人数」､「２．施設内における支援内容、施設外の支援内容」「３．相談や連携」､「４．医療や療育を利用していない理由」などから構成される（独自に作成)。アンケートの実施は、行政担当課の協力を得て電子媒体にて配布回収を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、福島大学の倫理指針に基づき、承認を得て行った。

C. 研究結果

会津若松市内の保育園、幼稚園、認定こども園等、全34施設にアンケートを配布し、33施設から回答を得た。回収率は97%である。回答に確認が必要な場合は、担当者より各施設に電話連絡を行い回答者に確認した。アンケート回答結果における対象児数は902名(男459名、女443名）であった。

１．発達の遅れや偏りのある子ども

会津若松市のH23年度の出生数は1000名、H29年度５月１日現在の対象施設を利用するH23年度生まれの子どもの総数943名であった（担当課より情報提供；H29年12月現在)。今回のアンケート回答における対象児数は902名であった。

発達の遅れや偏りが気になる子どもの総数

は66名（7.3%）である。その内、医療機関を受診している子どもは35名（3.9%）、療育機関を利用している子どもは20名(2.2%)であった。(表１参照)

表１　発達の遅れや偏りのある子どもの実態
N=902（男459,女443）

項目	人数	%
発達の遅れや偏りのある子どもの総数	66	7.3
医療機関を受診している子どもの総数	35	3.9
療育機関を利用している子どもの総数	20	2.2

発達の遅れや偏りのある子どもの総数の内訳は、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題」が2.9%と最も高い割合を示し、次いで「対人関係やこだわりなどの問題」1.7%、「言葉を理解することや話すことの問題」1.1%、「その他（チックや緘黙など)」0.9%、「発達全体の遅れ」0.8%の結果となっている（図１参照)。

医療機関の受診を把握している子どもは35名（3.9%）であり、その内訳は、「対人関係やこだわりなどの問題」1.2%が最も高く、「落ち着きがない、そそっかしい等の問題」は0.8%の結果であった（図２参照)。

療育機関を利用していると把握している子どもは20名（2.2%）であった（表１)。

その内訳は、「対人関係やこだわり等の問題」が0.9%と最も多く、次いで「言葉を理解することや話すことの問題」0.6%、「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」と「発達全体の遅れ」が0.3%、「その他の問題（緘黙、チック等)」0.1%の結果であった（図３参照)。

図１　発達の遅れや偏りのある子どもの割合

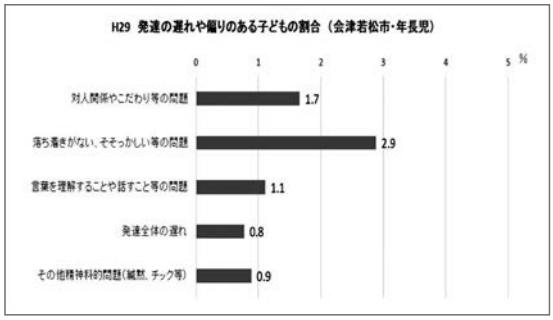


図２　医療機関受診の割合

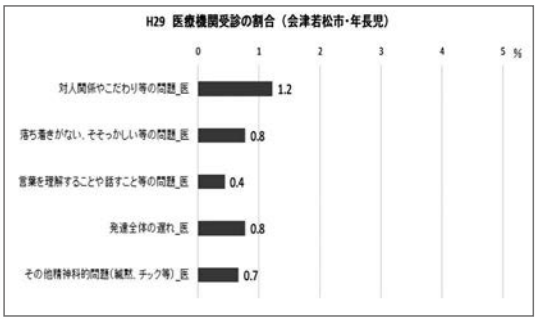
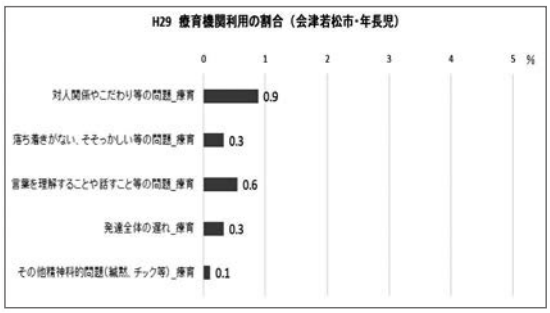


図３　療育機関利用の割合



２．支援内容

（１）施設内の支援の内訳

施設内において支援の必要な子どもは36名（4.0%）であり、「担任による配慮のみ」が最も多く13名（1.4%）であった（表２－１参照)。次いで、「加配保育」と「園独自に保育士を個別に配置している」が10名（1.1%）と同数であった（表２－１参照)。

表２－１　施設内の支援内容 N=902（男459,女443）

施設内の支援		人数	%
支援の必要な子どもの総数		36	4.0
内訳	加配保育	10	1.1
	園独自で保育士を個別に配置している	10	1.1
	担任により配慮のみ	13	1.4
	その他の支援	3	0.3

（２）施設外の支援内容

保育園、幼稚園、認定こども園などの施設外の支援内容では、療育機関（児童発達支援等）を利用している子どもが最も高く25名、言語訓練が22名、作業療法４名、その他の支援５名の結果であった（重複回答可、延べ人数）（表２－２参照）。

表２－２　施設外の支援内容 N=902（男459,女443）

施設外の支援内容	延べ人数
療育	25
言語訓練	22
作業療法	4
理学療法	0
その他	5

３．相談や連携

「他機関との連携・相談」の結果では、行政に相談したり連携して対応している子どもは21名、民間の相談機関に相談したり連携している子どもは５名、教育委員会などその他の機関へ相談し連携している子どもが10名であった（重複回答可､延べ人数）（表３参照）。

４．医療や療育を利用していない理由

医療機関、療育機関のそれぞれについて、利用していない理由をあげてもらった。その結果､「必要性を感じない」が最も多く、医療機関12名、療育機関９名であった。次いで「抵抗がある」であり､いずれも４名であった。「家族の理解が得られない」は医療機関４名、療育機関３名の結果であった（重複回答可、延べ人数）（表４参照）。

表４　医療・療育機関を利用しない理由
N=902（男459,女443）

	医療機関を受診しない理由（件数）	療育機関を利用しない理由（件数）
抵抗がある	4	4
必要性を感じない	12	9
家族の理解が得られない	4	3
経済的理由	0	0
民間療育機関など他に相談の場がある	1	1
宗教的理由	1	0
なんとなく	0	0
その他	3	1

D．考察

上記の結果から、医療機関と療育機関を利用している子どもでは､「対人関係やこだわりなどの問題」を主とするケースが最も高い割合を示した。しかしながら、医療機関を受診していない子どもも含めた発達の遅れや偏りがある子どもの総数では､「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」を主とする子どもの割合が最も高い結果であった。「落ち着きがない、そそっかしいなどの問題」の捉え方については、詳細について確認する必要がある。

発達の遅れや偏りがある子ども66名(7.3%)に対し、施設内外の支援につながっていないケースも存在することが明らかとなった。成長が著しい幼児期では発達の見立てが難しく、施設内で支援が完結してしまいがちであることも推測される。各施設で発達の遅れや偏りの心配のある子どもを把握すると共に、子どもの見立てや支援につながる支援体制の整備が必要であり、行政や民間の外部専門機

関、専門家との連携を充実させることが求められる。

E. まとめ

本調査は、約12万人の人口規模の自治体を対象とした。発達の遅れや偏りのある子どもの人数は66名（7.3%）であった。発達の遅れや偏りのある子どもへの配慮や支援については施設内で完結しやすい傾向にあった。子どもの発達の遅れや偏りに関する気づきをどのように捉え、支援につなげるか、外部専門機関（行政・民間）との連携可能な支援体制構築が課題であった。今回の調査結果は、行政の発達障害に関する気づきと支援体制構築に役立てると共に、今後も子どもの実態の変化について経時的に調査を行う予定である。

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

内山登紀夫，川島慶子，鈴木さとみ（2015）．震災と子どものメンタルヘルス 福島の乳幼児のメンタルヘルス．発達障害医学の進歩，27, 1-8.

内山登紀夫，川島慶子，鈴木さとみ（2016）．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、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（身体・知的等障害分野））「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価」（研究代表者 本田秀夫）平成25-27年度総合研究報告書.

本田秀夫（2016）．発達障障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価．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)）「発達障障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価」（研究代表者 本田秀夫）平成25-27年度総合研究報告書.

福島県勢要覧平成28年版（2016）．福島県統計協会.

会津若松市ホームページ『こんなところです会津若松』
http://www.city.aizuwakamatsu.fukushima.jp/docs/2007081000255/

会津若松市.『会津若松市移住ガイドブック』

大熊町ホームページ.避難状況.
http://www.town.okuma.fukushima.jp/

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（障害者総合研究事業）
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

発達障害児・知的障害児に関する自治体の支援状況について
～小規模町村の状況～

研究分担者　髙橋　脩（豊田市福祉事業団　理事長）

研究協力者　天久親紀（沖縄県発達障がい者支援センター　臨床心理士）
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　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）
東俣淳子（豊田市こども発達センター　言語聴覚士）
富樫恭平（沖縄県発達障がい者支援センター　臨床心理士）

研究要旨：小規模町村における発達支援体制の整備状況を把握し、今後の課題を明らかにするため、自治体アンケート調査を実施し、全国17町から回答を得た。障害の発見、統合保育、学校教育の各機能についてはよく整備されていた。専門療育機能については、全て民間事業所ではあるが、約半数で児童発達支援事業所、４分の３で放課後等デイサービス事業所を整備していた。連携については不十分であった。巡回訪問・研修など専門性を要する人材育成機能については、発達障害者支援センターなど外部の専門機関に依存していた。発達障害のある女性、外国人など日本語の能力が十分でない子どもへの取り組みについては、今後の課題であり、啓発と周知が重要と考えられた。

地域の中で、障害のある子の健やかな育ちと家族の子育てを支える仕組み（発達支援体制）の整備が求められている。本田らは３年間（2015年度～2017年度）にわたる全国的な基礎自治体調査に基づき、自治体規模に応じた発達支援システムモデルの提言を行った[(1)]。今回、システムモデルに基づき、小規模町村（人口３万人未満の町村）の発達支援システムの整備状況についてサンプル調査を実施し、システムの現状評価と今後の取り組み課題についてまとめたので報告する。

A．研究目的

小規模町村の発達支援システムの整備状況と今後の課題について把握すること。

B．研究方法

研究代表者である本田らが、基礎自治体の発達支援システムの整備及び新たな支援課題への取り組み状況を把握するために、アンケート調査票（「発達障害児・知的障害児に関する支援状況調査」）を作成した（詳細は総括報告書参照）。

次いで、全国８地方から無作為に抽出した47の小規模町村に対し、研究班が作成したアンケート調査への協力を依頼した。

回答のあった17町（回収率36.2%）の発達支援システムの整備状況について、小規模町村のシステムモデルを参考に、整理・検討を行った。

回答のあった自治体の地方は次の通りであった。北海道１町､東北地方３町（宮城県、山形県、福島県）、関東地方３町（茨城県、千葉県、埼玉県）、中部地方２町（長野県、愛知県）、近畿地方２町（大阪府、奈良県）、中国地方４町（鳥取県、岡山県、広島県、山口県）、九州地方２町（長崎県、鹿児島県）。

うち、愛知県の１町を除く16町は、初めて調査の対象となった自治体である。

人口については、５千人未満が１町、１万人台10町、２万人台３町、３万人～４万人台３町であった。なお、提言に含めた小規模町村のシステム対象自治体は人口３万人未満に限定していたが、それらを除くと対象自治体数が少数にとどまることもあり、今回の分析には３万人以上の３町も含めた。

先の研究班で小規模町村の研究を担当した髙橋が提案した基礎自治体が整備すべき発達支援システムの基幹支援機能（必須の基幹的支援機能）は以下の通りであった[(2)]。

（１）直接支援機能（子どもの発達と家族子育てを支えるための基幹支援機能）

この機能群には、以下の７つの機能が含まれる。

・障害の発見
・母子通園（リスク児を含めた発達に支援が必要な子どもの子育てを支援するための敷居の低い子育て支援グループ）
・診断と医学的ハビリテーション
・単独通園
・統合保育
・学校教育
・相談

（２）間接支援機能（多くの関係機関・事業所等からなる支援システムを運営し、専門性を高め発展させるための基幹支援機能）

この機能群には以下の５つの機能が含まれる。

・連携
・システム運営
・研修・人材育成
・研究
・政策提言（自治体への）

これらの機能のうち、小規模町村が自前で整備が必要かつ可能と考えられる機能は、以下の通りとした。

（１）直接支援機能

・発見（乳幼児健康診査等）
・専門療育(小規模な児童発達支援事業所;人口１万人以上は必置、５千人以上は可能なら設置、５千人未満は統合保育で代替、または圏域の事業所の活用も可）
・統合保育
・学校教育

（２）間接支援機能

・連携組織（地域自立支援協議会の発達支

援部会等）
・研修･人材育成（保育所等への巡回相談、各種研修会など）
・調整担当機関（役所で発達障害の相談に応じる担当部署）

その他の機能については、対象児数、社会資源、財政力等を勘案すれば、小規模町村が自前で整備する必要はなく、圏域及び都道府県域の社会資源を活用するのが現実的であるとした。

今回の調査では、上記の自前で整備すべき機能、する必要のない機能（外部の機能の活用）の整備状況、及び新たな支援課題と考えられている発達障害のある女性、外国人など日本語の能力が十分でない子ども、境界知能の子ども等についての取り組み状況についても調査を行った。

しかしながら、今回の調査は、郵送法（一部は電子メールによる回答）によるものであり、各機能の質的評価はできなかった。従って、本調査の分析は各機能等が外形的に整備されているか否かの評価に留まるものである。

（倫理的配慮）

本調査においては、個人の氏名、生年月日、住所を含む個人を特定できるような情報は取り扱わなかった。また、本研究については、研究代表者の所属する信州大学医倫理委員会にて承認を得た。

C．研究結果

発達支援システムを構成する基幹支援機能の整備状況について母子保健、医療、専門療育（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）、相談支援、統合保育、学校教育、行政組織、連携、人材育成、新たな支援課題（女性、外国人など日本語の能力が十分でない子ども、境界知能の子ども、発達障害児の差別解消等）、自治体の到達点と課題､の順に結果をまとめる。

1．母子保健：発達障害等の発見 - 乳幼児健診とフォローアップ

乳幼児健診を自治体で行っているところが14町（82.4%）、自治体と医師会・特定の医療機関に委託が３町（17.6%）であった。

フォローアップについては、自治体で行う13町（76.5%）、行わない２町（11.8%）、不明２町（11.8%）であった。

大多数は自治体で健診を行い、フォローアップも行っていた。

2．発達障害等を診療できる医療機関

圏域内にある12町（70.6%）、県内２町（11.8%）､町内１町（5.9%）､不明２町（11.8%）であった。町内及び圏域を合わせると13町（76.5%）であった。これには、人口５千人未満の１町も含まれていた。予想に反し、多くの自治体で身近に発達障害等の診療ができる医療機関があるとの結果であった。

3．専門療育

（１）基幹施設（診療機能と児童発達支援センターを統合した「療育センター」や「子ども発達センター」など）

すべての自治体が、町内、圏域、県・府・道内にはないとの回答であった。

（２）診療機能のない児童発達支援センター

すべての自治体が、町内にはない、また設置計画もないとの回答であった。

（３）児童発達支援事業所

町内にある８町（47.1%）、うち複数が６町であった。８町のいずれも全て民間事業所で

あった。ないは９町（52.9%）であり、うち１町では設置の計画があった。

あると答えた７町では知的障害のない発達障害児も受け入れていたが、境界知能の子どもの受け入れは２町にとどまっていた。

児童養護施設の児童の受け入れが確認できたのは２町（11.8%）のみであった。

（４）放課後等デイサービス事業所

町内にあるは13町（76.5%）であり、うち７町は複数あると回答した。13町のいずれも全て民間事業所であった。ないは３町、不明１町であった。ないと答えた３町は、設置の計画もないとのことであった。

４．相談支援

障害児相談支援事業所が町内にあるのは10町（58.8%）であり、うち複数が７町であった。いずれも民間事業所であった。

ないは６町、把握していない１町であった。ないと答えた６町は計画もないとのことであった。

５．統合保育

発達障害児等の統合保育を促進するための対応として、加配保育士を配置しているのは11町（64.7%）、補助金を出しているのは７町（41.1%）であった（複数回答あり）。

全ての自治体が、少なくともいずれかは実施しており、障害のある子を積極的に受け入れていると考えられた。

専門家の巡回等による支援については、15町（88.2%）が行っていると回答した。行っていないは１町（人口１万人台の町）、不明１町であった。

支援内容については、圏域の児童発達支援センター等の保育所等訪問支援４町、県特別支援学校・県教育委員会巡回３町、障害児等療育支援事業２町、県発達障害者支援センター巡回１町など、県など外部の専門機関・専門家によるものが多かった。一部の町では、子育て支援センターの心理士、保健師の巡回を行っていた。

６．学校教育

（１）特別支援学校

町内に特別支援学校がある自治体はなかった。

（２）特別支援学級

知的障害特別支援学級は、すべての町で設置されていた。自閉症・情緒障害特別支援学級は１町（人口５千人未満）を除き、設置されていた。両特別支援学級ともに多くの学校に設置されていた。

（３）通級指導教室

通級指導は、確認ができた16町のうち12町（75%）で行われていた。多くは、情緒障害、難聴・言語障害のいずれにも対応していた。

（４）加配教員や支援員の配置

確認できた16町のうち、14町（87.5%）で配置していた。人口５千人未満の町で配置している一方で、１万人台、４万人台の２町では配置していなかった。

（５）専門家の巡回等

全ての町で行われていた。特別支援学校・県教育員会等の道や県による巡回10町、保育所等訪問支援事業４町などであった。

自治体外部からの専門機関・専門家によるものがほとんどであった。

７．行政組織

発達障害支援の相談窓口となる部署を設置しているのは６町（35.3%）、していないのは11町（64.3%）であった。部署としては障害や子育てに対応する通常の窓口である障害福

祉課、子育て支援課などが記載されていた。発達障害に特化したものはなかった。

教育委員会に同様な部署があるのは１町（5.9%）のみであり、この町では発達支援室を設置していた。

８．連携

（１）連携組織

設置しているのは８町（47.1%）、いないは９町（52.9%）であった。地域自立支援協議会のこども部会や発達支援部会３町、特別支援連携協議会１町、独自の連携組織（早期療育担当者会議、子育て支援会議等）が４町であった。

（２）市町村と都道府県との連携

都道府県等からの支援を要するは10町（58.8%）、要しないは８町（47.1%）、不明１町であった。内容としては、専門的助言、知能検査、研修講師などが多かった。

（３）つなぎ支援

子どもが保育所等から小学校に移行する場合など、情報共有や引継ぎなどを行っているは６町（35.3%）、いないは10町（58.8%）、不明１町であった。

内容は、共通ファイルの作成、幼保小連絡会、幼保小中一貫プロジェクト、個別支援計画の作成等であった。

９．人材育成

自治体が発達障害等について研修プログラムを実施しているのは４町（23.5%）であり、していない12町（70.6%）、不明１町であった。

10．新たな支援課題

新たな支援課題である発達障害等のある女性、外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子ども、療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども、発達障害児の差別解消、いじめ、虐待防止等のための対策への回答は以下の通りであった。

（１）発達障害等のある女性

発達障害等のある女性に配慮をしている自治体はなかった。

（２）外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子ども

配慮しているが４町（23.5%）、していないが13町（76.5%）であった。配慮の内容は、語学支援員、日本語指導員、外国語の通訳者配置、個別教育計画の作成であった。

（３）境界知能の子ども

配慮しているが７町（41.2%）、していないが10町（58.8%）であった。内容としては、個別教育計画、補助員の配置などであった。

（４）差別解消等への取り組み

取り組んでいるは８町（47.1%）、取り組んでいないは８町（47.1%）、不明１町であった。

内容は、人権フェスティバルの開催、発達支援講演会など関連研修会の開催、差別解消対応要領の策定と周知などであった。

11．自治体の到達点と今後の課題

８町から意見が寄せられた。達成できていることとしては、関係機関及び庁内の連携により早期から継続的な支援ができるようになったことが共通して挙げられていた。

課題としては、住民啓発、親が障害についてなかなか理解してくれないこと、義務教育終了後の支援、相談支援事業所がないことなど、様々であった。

Ｄ．考察

１．小規模町村における発達支援の取り組みの現状

今回の調査対象となった17町は、人口が１

万人未満は１町であり、他の16町は１万人から４万人台の町であった。従って、今回の調査は人口１万人以上の町の発達支援システムについての分析と言える。

さて、先に述べたように、髙橋は小規模町村の発達支援システムモデルで、自治体が自前で整備が必要かつ可能と考えられる機能は、直接支援機能では発見、専門療育（人口１万人以上は必置）、統合保育、学校教育、そして、間接支援機能では連携組織、研修・人材育成、調整担当機関とした。

そして、小規模町村の最大の課題は専門性と専門家の確保であるが、それらについては、都道府県の発達障害者支援センター等の外部専門機関・専門家を活用するのが現実的であるとした。

今回の調査結果は、提案されたモデルとほぼ一致した結果であった。すなわち、発達支援システムの基幹機能のうち、直接支援機能については、発見、統合保育、学校教育の各機能は良く整備されていた。

専門療育機能については、全ては民間事業所ではあるが、おおよそ50%の自治体では町内に児童発達支援事業所を少なくとも１か所は整備しており、放課後児童デイサービス事業所も４分の３の自治体で整備していた。

間接支援機能については、保育所や小中学校等への巡回相談など外部機関等からの専門的支援もほぼ全ての町で行われており、支援機関・支援者は道や県などの専門機関・専門家が多かった。

ただ、連携組織を設置しているのはおおよそ50%であり、発達障害支援の相談窓口を設置しているのは３分の１にとどまっていた。また、一貫性のある継続的支援にとって重要なつなぎ支援についても不十分であった。小規模町村の発達支援システムの特徴の１つは、この領域に熱心かつ有能な個人（保健師、保育士等）の力に依存する傾向が強いことである[(2)]。システムを安定的に運営し発展させるためにも、連携組織のさらなる整備、つなぎ支援の充実が望まれる。

その一方で、医療機能については良い結果が得られた。小規模町村では発達障害の診療を行う医療機関を確保することは困難と考えていたが、調査の対象となった自治体の70%で、町内及び圏域内に発達障害児を診療できる医療機関があることが確認された。今回は診療の質については調査を行っていないが、医療資源の乏しい小規模自治体でも多くの医療機関が発達障害児の診療を行っていることが確認できたことは、今後に希望の持てる結果と言える。

これらを総合すれば、小規模町村でも発達支援システムの構築に向けて着実に歩んでいると評価できよう。

本調査のもう１つの課題は、発達障害者支援法の改正によって取り組みが求められている諸課題への対応状況を把握することであった。発達障害等のある女性、外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子ども、療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども、発達障害児の差別解消、いじめ、虐待防止等のための対策等である。

これらの課題については、境界知能のある子への教育的配慮、差別解消への対応等は比較的なされていた。

外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもについては、自治体によっては対象児がいないことも大きな要因であろうが、配慮している自治体は少数にとどまった。

発達障害等のある女性への配慮については、その支援ニーズがまだ十分に認識されていないことが主たる要因と考えるが、取り組

んでいる自治体はなかった。

これらは、今後の重要な課題であり、当面は啓発と周知が重要であろう。

2．今後の発達支援体制の整備について

今年度（2017年度）は、わが国で初めて「第１期障害児福祉計画」の策定が行われる節目の年である。今回の調査は、各基礎自治体の策定作業が終わりに近い2017年11月から2018年１月にかけて行われた。そのため、児童発達支援事業所等の専門療育機能を持たない自治体には、「設置する計画はありますか？」と計画の有無についての質問項目を設けた。

しかしながら、児童発達支援事業所のない９町で、計画がある、と回答としたのは１町にとどまった。

厚生労働省の「第１障害児福祉計画」の指針では、平成32年度までには「児童発達支援センター」を各市町村に少なくとも１か所以上設置することを基本目標にしているが、今回の調査では、児童発達支援センターを設置している自治体及び設置を計画している自治体は、人口３万人から４万人台の自治体を含め、１か所もなかった。

発達障害や知的障害を含めた障害のある子どもへの発達支援体制の整備にとって、児童発達支援センターのような高い専門療育機能を備えた施設の整備は重要であるが、小規模な自治体にその設置を求めることは現実的ではない。また、我々の研究からは、センターはなくとも、小さな児童発達支援事業所を中心に優れた支援体制を整備している町が各地にあることが明らかとなっている[(3)]。今後は、小規模自治体の現状に即した提案がなされることを期待したい。

小規模町村の発達支援体制の整備にとって最も困難な課題は、この領域に関わる専門家（心理士、言語聴覚士、作業療法士、特別支援教育の専門教師等）を得ることである。今回の調査でも、巡回相談や研修など高い専門性を要する事業については、都道府県の専門機関（発達障害者支援センター、特別支援学校、県教育委員会派遣の専門家等）や町外の児童発達支援センターなどに依存していることが改めて確認された。

財政力や社会資源が豊富な政令指定都市や中核市と異なり、いずれにおいても乏しい小規模町村である。高度な専門機能については都道府県などの持つ専門機能をライフステージと現場のニーズに合わせて組織的・体系的に提供し、小規模自治体のシステム整備を援助することが必要と考える[(4)]。

基礎自治体を主体として発達支援体制の整備が進む現在、広域的な支援を行っている発達障害者支援センターは、子どもや家族への直接支援は各基礎自治体・圏域に任せ、地域の自治体及び事業所支援、すなわち地域支援（地域の体制整備）に力を注ぐことを期待したい。そのもっとも重要な支援対象が小規模町村と考える。

E．結論

小規模町村の発達支援システムの現状を評価し今後の課題を検討するため、以前提案したシステムモデルを基に、全国17町から得たアンケート調査の結果を分析した。

システムモデルの有効性を確認するとともに、小規模な町においても着実に体制整備が進んでいる現状が確認された。

しかしながら、連携組織、つなぎ支援、発達相談の相談窓口の設置は不十分であった。また、発達障害のある女性や外国人など日本語の能力が十分でない発達障害等の子どもへの対応は甚だ不十分であり、今後の取り組み

が必要と考えられた。

最後に、今後の支援体制の整備と発達障害者支援センターの方向性について提案を行った。

F．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）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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫）, 2016.

2）髙橋　脩：自治体規模の応じた発達支援システムに関する研究～中核市・施行時特例市調査のまとめと提言～．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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫）, 176-184, 2016.

3）髙橋　脩：自治体規模に即した発達支援システムに関する研究～豊田市と小規模町村における調査～．厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）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（研究代表者 本田秀夫）, 181-187, 2015.

4）髙橋　脩：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～. 厚生労働科学研究費補助金（障害者総合研究事業）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年度総括・分担研究報告書（研究代表者 本田秀夫）, 217-228, 2017.

G．研究発表

1．学会発表

1）天久親紀：発達障害の疑いのある方への就労支援ネットワーク構築に向けた取組み．第25回職業リハビリテーション研究・実践発表会，2017.11.9，東京ビックサイト，東京.

2）Daisuke Imade & Shigeru Suemitsu：Current states and challenge of ASD support system: The role of Okayama center for persons with ASD. IASSIDD 4th Asia-Pacific Regional Congress, 2017.11.15, The Ambassador Hotel, Bangkok, Thailand.

3）池内豊,今出大輔,河本茂美：就労継続中の発達障害者に対する支援や課題に関する調査報告．第58回日本児童青年精神医学会総会, 2017.10.6, 春日野国際フォーラム甍, 奈良市.

4）冨樫恭平：実践報告「各地のトラブルシューター（TS）ネットワークの報告」. 日本司法・共生社会学会第6回大会, 2017. 10. 8, 東京医科大学病院 維持堂記念講堂, 東京.

2．講演

1）天久親紀：関係機関との連携を通した発達障がい支援. 平成29年度県立高等学校学年主任研修, 2017.5.19, 沖縄県立総合教育センター, 沖縄市.

2）天久親紀：「仕事に就きづらい長続きしない働きづらさを感じている方への支援について（基礎編）」. 沖縄県おしごと応援センターOne×One宮古地域就労支援員研集会, 2017.12.7, 沖縄県宮古合同庁舎, 宮古市.

3）今出大輔：発達障害者に対する就労支援プログラムの地域展開. 平成29年度発達

障害者支援センター全国連絡協議会総会・実務者研修会, 2017.6.3, 福岡市民福祉プラザ, 福岡市.

4）今出大輔：地域における発達障害者支援「岡山県における取り組み」. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所（知的障害研究部）第23回発達障害児・者支援のための医学研修プログラム：発達障害支援医学研修（発達障害の診断・治療と支援の実際）, 2017.7.5, 国立精神・神経医療研究センター, 所沢市.

5）今出大輔：岡山県における地域支援の取組について～トータルライフ支援プロジェクト事業～. 国立障害者リハビリテーションセンター　平成29年度　発達障害者地域支援マネージャー研修会（応用研修プログラムⅠ　早期の支援体制作り）, 2017.10.19, 国立障害者リハビリテーションセンター, 所沢市.

6）嘉陽真由美：発達障害について. 沖縄県社会福祉協議会 平成29年度福祉事務所等生活保護担当職員研修, 2017.8.30, 沖縄県総合福祉センター, 那覇市.

7）嘉陽真由美：大人の発達障がいの理解と支援.　沖縄市役所こども・相談健康課こんにちは赤ちゃん事業研修会, 2017.12.19, 沖縄県助産師会 母子未来センター, 沖縄市.

8）冨樫恭平：発達障害への理解を深めるための教養研修. 沖縄警察署警務課, 2017.9.26, 沖縄警察署訓授場, 沖縄市.

9）冨樫恭平：発達障害の理解と支援. 那覇地方裁判所職員向研修, 2018.2.8, 那覇地方裁判所, 那覇市.

なお、髙橋　脩、神谷真巳の研究発表については豊田市に関する分担研究報告書「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～」に掲載したので、省略した。

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29年度厚生労働科学研究費補助金（障害者総合研究事業）
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

外国にルーツをもつ障害のある子どもの実態と支援に関する研究

本研究分担者　髙橋　脩（豊田市福祉事業団　理事長）
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　参与）
研究協力者　　天久親紀（沖縄県発達障がい者支援センター　臨床心理士）
今出大輔（おかやま発達障害者支援センター　臨床心理士）
大澤多美子（浅田病院、広島市子ども療育センター　精神科医）
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）
神谷真巳（豊田市こども発達センター　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）
佐竹宏之（福岡市立東部療育センター　センター長）
関　正樹（大湫病院　精神科医）
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　精神科医）
東俣淳子（豊田市こども発達センター　言語聴覚士）
富樫恭平（沖縄県発達障がい者支援センター　臨床心理士）
宮﨑千明（福岡市立心身障がい福祉センター　センター長）

研究要旨：外国にルーツをもつ障害のある子の実態と今後の支援課題を明らかにするため、３調査（アンケート調査、支援関係者のヒアリング調査、小学校への訪問調査）を行った。生活文化の違いによる支援上の問題、親とのコミュニケーションバリア、発達評価の困難性等が明らかになった。今後の支援課題をまとめ、提言を行った。

発達障害者支援法が2004年に成立してから10年余り、新たな時代のニーズを受けて2016年に発達障害者支援法が改正された。幼児期における障害の発見から成人期の就業・生活支援に至るまで、多様なニーズに対応したライフステージに沿った地域での支援体制の整備が求められる。

時代の変化がもたらした新たな支援対象の１つに「外国にルーツをもつ障害のある子ども」（以下、「外国にルーツをもつ障害児」）がある。わが国の国際化に伴い日本で暮らす外国人は増加している。それに伴い、「外国にルーツをもつ障害児」も増加していると考えられるが、その実態はいまだ不明のままである。今回、発達障害を中心に「外国にルーツをもつ障害児」の支援に関する実態調査等を実施し、現状の把握と今後の支援のあり方について検討したので報告する。

A．研究目的

「外国にルーツをもつ障害児」の支援実態を把握し、今後の支援のあり方を明らかにすること。

B．研究方法

実態がほとんど把握されていない「外国にルーツをもつ障害児」の支援の現状を把握するために、昨年度に本研究班で髙橋 脩が豊田市において実施した外国人児童の調査[(1)]に加え､今年度は下記の３調査を実施した（｢外国にルーツをもつ障害児｣のアンケート調査、｢外国にルーツをもつ障害児」支援関係者を対象としたヒアリング調査、｢外国にルーツをもつ障害児」が在籍する小学校への訪問調査)。以下、各調査方法の概要を記す。

１．｢外国にルーツをもつ障害児｣のアンケート調査

本研究班の研究分担者及び研究協力者の協力を得て、所定のアンケート調査票（資料１参照）に基づき｢外国にルーツをもつ障害児」の支援に関する実態調査を実施した。方法は下記の通りであった。

（１）対象

本調査における｢外国にルーツをもつ障害児」とは、父母（養育をしている義親含む）の両方、またはそのどちらかが外国籍で、下記（２）に該当する障害のある子ども（疑いのある子も含む）とした。

（２）対象障害

発達障害（発達障害者支援法による）と知的障害とし、疑いのある子どもも含めることとした。

障害名については、自閉スペクトラム症には、自閉症、広汎性発達障害、特定不能の広汎性発達障害、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラム障害と診断されている子どもも含めた。また、注意欠如・多動症には、注意欠陥・多動性障害、ADHD、多動症候群と診断されている子ども、限局性学習症には学習障害、LDと診断されている子どもも、それぞれ含めた。

（３）調査項目

下記の７項目について調査を実施した（いずれも、2017年10月１日現在で調査)。

①利用又は通所（保育所）している子ども、②障害のある子ども、③障害名、④｢外国にルーツをもつ障害児」の親の国籍（地域を含む)、⑤｢外国にルーツをもつ障害児」及び家族への支援上の配慮、⑥｢外国にルーツをもつ障害児」及び家族への支援等で困っていること、⑦｢外国にルーツをもつ障害児」及び家族への支援に関する行政（市区町村、都道府県、国）への要望

（４）調査の対象とした事業所等

指定障害児通所支援事業所に含まれる児童発達支援センター（医療型含む)、児童発達支援センター以外の児童発達支援事業所（以下、児童発達支援事業所)、放課後等デイサービス事業所、及び保育所・認定こども園、その他であった。

（５）その他

調査の実施については、本研究班のメンバー（研究代表者、研究分担者、研究協力者）の協力を得た。2017年10月から12月の間に、各メンバー等が、それぞれの研究対象自治体及び近隣の自治体で、｢外国にルーツをもつ障害児」が在籍している上記事業所等を訪問し所定のアンケート調査票に従い面接調査を実施した（一部は、郵送回収調査法での調査も含まれている)。

２．｢外国にルーツをもつ障害児」支援関係者を対象としたヒアリング調査

｢外国にルーツをもつ障害児」の実態を具

体的に把握するため、実際に精力的に支援を行っている関係者を対象に面接調査を実施した。

（1）対象

NPO法人 国際社会貢献センター（東京都港区浜松町2-4-1　世界貿易センタービル23階）の柴崎敏男ブラジル教育支援プロジェクトスタッフと森 和重中南米コーディネーター、NPO法人 トルシーダ（愛知県豊田市保見ヶ丘5-1-1 141棟1F UR 保見ヶ丘第二集会所）の伊東浄江代表であった。

なお、NPO法人 国際社会貢献センターは、日系ブラジル人の子どもと家族を主たる対象に、全国の外国人集住都市を中心に、外国にルーツをもつ子どもの支援を精力的に行っている。

また、NPO法人 トルシーダは、豊田市において、外国籍の青少年・住民に、日本での生活を支援する活動を行い、日本語教育を通じて外国籍住民と日本人住民との相互理解を促すファシリテーターとしての役割を果たしている。

（2）調査内容

わが国の小中学校における外国にルーツをもつ子ども（障害児を含む）の実態、外国人を対象とした託児所や外国人学校における発達障害が疑われる子どもの問題、暮らしや生活習慣の違いに起因する社会適応上の諸問題、通訳者の専門性、発達障害の発見と評価の困難性等であった。

（3）その他

調査は、髙橋 脩、神谷真巳の両名が行い、実施場所は両名が勤務する豊田市こども発達センター、実施日時は2018年1月午後1時30分から午後4時であった。

3.「外国にルーツをもつ障害児」が在籍する小学校への訪問調査

小学校における「外国にルーツをもつ障害児」の実態を調査するために、外国人児童の割合が高い小学校の訪問面接調査を行った。

（1）対象

わが国で最も外国にルーツをもつ児童の割合が高い小学校の1つ豊田市立西保見小学校（愛知県豊田市保見ヶ丘2-185）を対象とした。面接調査は主として同校の平吹洋子校長を対象に行った。

（2）調査内容

外国にルーツをもつ子ども（障害児を含む）と家族の現状、学校教育の現状と課題等についてであった。

（3）その他

調査は、髙橋 脩、神谷真巳の両名が行い、実施日時は2017年10月20日午前10時から12時であった。

（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102号）を得た。

C．研究結果

1.「外国にルーツをもつ障害児」のアンケート調査

（1）調査対象

調査を実施した事業所等のある基礎自治体は12市区（政令市3市、中核市1市、特別区1区、一般市7市）であった。内訳は、東京都港区、神奈川県横浜市、山梨県甲州市、長野県上田市、長野県飯田市、愛知県豊田市、岐阜県可児市、岡山県総社市、広島県広島市、福岡県福岡市、沖縄県沖縄市、沖縄県宜野湾市であった。うち、4市（下線）は外国人集

住都市会議の会員都市、岐阜県可児市は元会員都市であり、両者を合わせると全自治体の42%にあたる。

なお、北海道函館市、福島県いわき市、福岡県糸島市､宮崎県宮崎市の３市については、該当事業所等を認めなかった。

（２）事業所等

調査を実施した事業所等は31か所であった。内訳は、乳幼児を対象とする通所支援事業所である児童発達支援センターと児童発達支援事業所が合わせて14か所（45.1%)、次いで、放課後等デイサービス事業所８か所(25.8%)、保育園・認定こども園７か所(22.6%)、その他２か所（6.5%）であった。その他には注に記したように57か所の保育所が含まれている（表１）。

表１　　事業所等

事業所等	箇所数 N= 31（%）
児童発達支援センター	9 （29.0）
放課後等デイサービス事業所	8 （25.8）
保育所・認定こども園	7 （22.6）
児童発達支援事業所	5 （16.1）
その他	2 （6.5）

注：児童発達支援センターには、医療型センター３か所が含まれている。その他は、市保育課、市福祉事務所である。それぞれ、市内保育所30施設、27施設を、異なった方法（郵送法）で調査していたが、結果の集計に含めた。

事業所等の設置主体は、公立（運営は民間委託含む）10か所、社会福祉事業団４か所、民間社会福祉法人４か所、NPO法人５か所、株式会社・合同会社５か所であった。

（３）対象児

「外国にルーツをもつ障害児」は115人であった。

性別は男86人、女29人、性比は３：１と男性優位であった。年齢は、幼児、学童、中学生以上の順に多かった（表２）。

表２　　年齢

区分	人数 N= 115（%）
幼児	63（54.8）
学童	34（29.6）
中学生以上	16（13.9）
不明	2 （1.7）

（４）「外国にルーツをもつ障害児」の割合

事業所等の障害児総数は1,115人であり、そのうち「外国にルーツをもつ障害児」は90人、総数の8.1%であった。ただし、調査対象は、障害児総数不記載の６事業所等を除く25事業所等に限定した。

（５）対象児の主障害

自閉スペクトラム症が62.6%、知的障害が25.2%、合わせて87.8%であり、２障害で約９割を占めていた。自閉スペクトラム症には、知的障害を併存している事例も多く含まれていた。

その他は、脳性麻痺、その他の神経疾患に起因する障害が含まれていた（表３）。

表３　　主障害

障害	人数 N= 115（%）
自閉スペクトラム症	72（62.6）
知的障害	29（25.2）
注意欠如・多動症	5 （4.3）
限局性学習症	1 （0.9）
その他	8 （7.0）

（６）事業所等の「外国にルーツをもつ障害児」の人数

事業所等を利用する「外国にルーツをもつ障害児」の人数は、１人が約半数、４人以下が９割であった（表４）。しかしながら、豊田市の２つの放課後等デイサービス事業所では、12人、23人と多く、いずれも利用児がす

べて「外国にルーツをもつ障害児」であった。また、可児市の児童発達支援事業所でも15人と多くの「外国にルーツをもつ障害児」が通っていた。

表４　　事業所等と人数

「外国にルーツをもつ障害児」の人数	事業所等 N=29　(%)
１人	14（48.3）
２人	5（17.2）
３人	4（13.8）
４人	3（10.3）
５人以上	3（10.3）

注：事業所等の箇所数は、市保育課と市福祉課を除いたものである。

（７）親の国籍（地域を含む）

親の国籍は、16か国以上に及んでいた。大多数は、1980年代以降に来日し在留している外国人（以下、ニューカマー）と考えられた。国名では、ブラジルが最も多く、次で中国（中国系を含む）、アメリカ、フィリピン、ネパールの順であった。

その他の国で確認できたのは、ベトナム、トルコ、タイ、ベネズエラ、ボリビア、オーストラリア、アイルランドの７か国、他は上記以外の国籍と考えられたが、国籍は不明であった（表５）。

表５　　親の国籍

国籍	人数（%） N=179	国籍	人数（%） N=179
ブラジル	93（52.0）	ネパール	3（1.7）
中国	21（11.7）	台湾	3（1.7）
アメリカ合衆国	10（5.6）	インドネシア	3（1.7）
ペルー	9（5.0）	パキスタン	3（1.7）
フィリピン	9（5.0）	その他	25（14.0）

（８）父母の国籍

対象児115人の父母の国籍は、父母ともに外国が64組（55.7%）であった。外国と日本は51組（44.3%）であり、うち、父親が外国人は30人、母親が外国人は21人であった。

主養育者である母親の国籍については、外国籍が85人（73.9%）であった。

なお、以上の統計には両親が離婚している事例も含まれている。

（９）「外国にルーツをもつ障害児」及び家族への支援上の配慮

何らかの配慮を行っている事業所等は23か所（74.2%）、行っていないのは８か所（28.8%）であった。行っていない事業所のうち、４か所では母親が日本人であり、特に配慮は必要がないとのことであった。

以下に具体的な配慮の内容を記す。

①外国人指導員、保育士等の配置

配置していたのは豊田市の４か所（12.9%）であった。放課後等デイサービス事業所の１つでは、外国人の心理士（常勤）、言語聴覚士（週３日勤務）、作業療法士（週１日勤務）を雇用していた。また、他の放課後等デイサービス事業所でも、専門職（職種は不明）を雇用していた。同市の１保育所と１認定こども園では外国人の加配保育士を配置していた。

②通訳者の配置

通訳者を配置していた事業所等は10か所（32.3%）であった。職員として配置していたのは６か所（飯田市１か所、豊田市５か所）であった。飯田市の１保育所では両親が中国人であるため、中国語の通訳者を配置していた。豊田市の１児童発達支援センター、２か所の放課後等デイサービス事業所、１保育園、１認定こども園では、ブラジル人やペルー人を対象にポルトガル語等

の通訳者を配置していた。

他の４か所（飯田市、可児市、総社市）では市役所等が雇用している通訳者を随時活用していた。可児市の１児童発達支援事業所では、通訳者が市役所にいて、事業所に来られない場合にはSkypeも活用していた。これら４か所はすべて公的または公的性格の強い（自治体又は社会福祉協議会）組織によって設置された児童発達支援センター､児童発達支援事業所､保育所等であった。

その他、通訳者の配置はないものの、広島市の１児童発達支援センターでは、中国人の母親に障害を説明する折などに、母親の中国人の友人､卒園児の中国人保護者(母親）に依頼していた。

③外国語版の施設案内等の印刷物

外国語版の印刷物を作成している事業所等は５か所（16.1%）であり、内訳は、豊田市４か所、福岡市１か所であった。豊田市の１児童発達支援センターでは、３か国語（ポルトガル語、英語、中国語)、福岡市の１医療型児童発達支援センターでは英語版の「通園のしおり」を作成していた。

④連絡帳等の文書の翻訳

日常的な連絡文書等の翻訳については６か所（19.4%）で行われていた。内訳は、豊田市５か所、可児市１か所であった。可児市立の児童発達支援事業所では、市役所に配置された翻訳担当者に依頼し個別支援計画等の重要書類の翻訳を行っていた。

⑤その他のコミュニケーションの配慮

保護者に対し多くの事業所等で下記のような配慮・工夫を行っていた。

・片言の英語と日本語でコミュニケーションを行う、連絡帳はローマ字で書く。
・易しい日本語で伝える。
・お便りや手紙は平仮名で書く、カタカナで書く、漢字にはルビを打つ。
・PCの自動翻訳アプリを活用する（十分には伝わらないが)。
・母親とは簡単な日本語でゆっくり話す。写真や実物を見せて説明する。身振りで個別に伝える。
・母親と密な情報交換をする。
・両親とも外国人だが、母親は日本語が不自由なので、母親より日本語が話せる父親に伝える。
・保育士が日本語で書く個別支援計画とその達成報告は曖昧な表現が多く、そのまま英語に翻訳すると保護者に伝わりにくいので、英語で書かれたESDMなどの本の英語表現や巻末の課題リストを利用している。

⑥日常療育、保育、行事の工夫

コミュニケーションと同様に、文化や宗教に関連した配慮・工夫を行っていた。

・ハロウィン、イースター、節分等の飾りはしない。
・イスラム教徒については、クリスマス会は自由参加
・クリスマス会という名称は使わず､「冬のお楽しみ会」としている。
・ジェスチャーを多く取り入れている。
・懇談や行事等で必要時には通訳の同席

⑦給食への配慮（イスラム教徒、ユダヤ教徒への配慮等）

食文化や宗教に配慮した様々な対応を行っていた。

・ブタ（豚肉、ブタ肉エキス、ゼラチンが含まれているもの）を使わない。
・おやつの材料の配慮（豚肉由来の原料）
・イスラム教徒のため､弁当をお願いする。
・ベジタリアンへは、配慮をする（事前に

話し合う)。
・偏食があるため、個別に対応している。
・肉の除去
⑧その他の配慮
・文化の違いで、障害についての理解が異なることを念頭に支援する。
・宗教上の理由で、水泳では母は肌を隠す必要があることに配慮（本国から水着を取り寄せてもらった)。
・いろんな言語の図鑑を置いている。
・同じ施設内の診療所を受診するときは通訳が同席する。
・日本の公共サービスがあまりよくわかっていないので、時間をかけて説明する。
・行事の持ち物が分かっていないことも多いので、個別に話す。
・母親が孤立しがちになるので、園長や担任が積極的に声掛けをしている。
・個人懇談の時間を長くとる。
・支援計画をシンプルにしている。
・ファミリーデーや土曜日のイベント（夕涼み会、運動会）で、外国人のお父さんも参加してもらえるよう、日本人のお母さんを通して呼びかける。
・中国人の子どもも多いので音楽会などでも中国語でアナウンスしたりしている(その効果か、子どもたちも自然に日本語と中国語も使うなど交流も生まれている)。
・発達検査では、母親に母国語に翻訳してもらう、簡単な英語を使う、保育園で日本語を使っている子には日本語で検査を行う（結果は参考値にとどめている)。
・何語をベースにするか？家庭内での使用語、長く日本で生活する計画があるか、里帰りをするか、保育園や幼稚園に通っているかなどを勘案して、日本語で全部通すか、父母の国の言葉も少し使うかを決めている。家庭から療育まで全部を一つの言語で統一するのは難しいと思う。

(10) 子ども及び家族の支援で困っていること

親とのコミュニケーションと関わりについて多くの悩みが記されていた（表6：問題の詳細については資料2を参照)。

しかしながら、母親が日本人である場合には、支援上の問題は少なかった。また、子ども自身の支援についても大きな問題はないようであった。

表6　　支援上の問題

問題	件数 N= 63（%）
発達及び子育て支援と文化	21（33.3）
通訳・コミュニケーション	19（30.2）
制度理解と利用	10（15.9）
家庭環境・暮らし	4（6.3）
発達の評価が困難	4（6.3）
親同士の交流	3（4.8）
文書が読めず理解できない	2（3.2）

発達支援や子育て支援に関わる文化の違いに起因すると考えられる問題（生活時間､躾､子育ての方法等)が21件(33.3%)と最も多かった。小学校に行くまで哺乳瓶で飲むという習慣、厳しく躾ける文化などへの支援者の戸惑いが多く記されていた。

次に多かったのは通訳者の確保や質（専門性)、コミュニケーションの問題であり19件(30.2%）であった。文書が読めず理解できない問題と合わせると、コミュニケーション関連の問題も21件認められた。通訳者については、障害や日本の社会制度について理解がないと、適切な通訳ができないとの指摘が注目された。

次いで、わが国の制度がよく理解できない

ために、暮らしに関係した行政サービスを適切に利用できない問題が10件(15.9%)であり、以下、家庭環境や暮らしに関わる問題（貧困や転居など)、発達評価の困難さ（子どもの発達の問題が言語や生活環境又は発達の障害のいずれに起因するものか、はっきりしないなど)、同じ出身国の親同士での母語による交流に関する問題の順であった。

(11) 行政（市区町村、都道府県、国）への要望

通訳者の配置や派遣に関するものが15件(32.6%）と最も多く、外国人向けの多言語による障害や関連行政サービスに関する文字情報の提供（自閉スペクトラム症に関する外国人向けのパンフレット、日本文化を学ぶための行事に関するQ&A集、外国語の福祉サービスガイドブックなど)、行政サービスの充実と利用の促進（総合的に相談できる窓口の設置、健診への受診を勧めてほしいなど）がそれぞれ11件（23.9%）であった。その他、文化の相互理解、支援における関係者・機関等の連携、同じ出身国の保護者同士が交流できる機会や組織の立ち上げなどであった（表７)。

表７　　行政への要望

要望	件数 N= 46（%）
通訳者	15（32.6）
多言語による文字情報の提供、文書の翻訳	11（23.9）
行政サービスの充実と利用の促進	11（23.9）
文化の相互理解	4（8.7）
連携	2（4.3）
自助グループ	2（4.3）
その他	1（2.2）

２.「外国にルーツをもつ障害児」支援関係者を対象としたヒアリング調査

NPO法人 国際社会貢献センターの２人からは、最初に同センターで日系ブラジル人を中心とした外国につながる子どもの支援に取り組み始めた経緯が語られた。

同センターの支援は、2008年のリーマンショック後に失職した保護者とともに準備不足のまま突然ブラジルに帰国せざるを得なくなった子どもたちへの支援から始まった。当初の目的は、日本にいる帰国希望の家族を対象に、ガイダンスセミナー（「子どもの将来を考える懇談会」）を開催し、ブラジルの状況及び帰国後の子どもたちの様子を説明しブラジル帰国前に必要な手続き・教育問題など様々な情報提供とアドバイスをすることであった。アドバイスチームにはサンパウロ市在住の日系心理学者も主要メンバーとして加わり、セミナーでは個別面談も実施していた。

当初はいじめ問題への相談が多かったが、その後は、発達の問題、ことに発達障害が疑われる子どもが注目されるようになり、全国の基礎自治体から選ばれた自治体を対象に特別支援学級に在籍する児童のサンプル調査(2)が実施された。その結果、日本人児童の在籍率が１～２%であったのに対し、外国人児童では６%を超えていることが明らかになった。

この調査結果に基づき、日本に住む外国につながる子どもの発達障害の問題に取り組み始めたとのことであった。その活動を通じて、以下のような問題が指摘された。

（１）外国人児童の発達障害は多いか否か、調査が必要である。

外国人児童では、同児童群に占める特別支援学級の在籍児の割合が日本人児童より高いように思われる。正確な調査を行い、その要

因と支援課題を明らかにし、適切な支援計画を立案すべきである。

（2）正確な発達評価の困難性

子どもの発達支援には、正確な発達・学力の評価が重要であるが、外国人にルーツをもつ子どもの発達の評価は難しい。ことに、日本語及び親の出身国の言語のいずれも不自由（いわゆる、ダブルリミテッド）な子どもの検査と評価は極めて困難である。子どもの発達・学力の評価に重要なコミュニケーションの困難性や異なった文化が評価に及ぼす影響、また通訳者を介した評価の場合には通訳が適正に行われたかの問題など、様々な影響が複雑に関与しているように思われる。当該出身国の研究者とも連携し評価法の研究と開発が必要である。また、バイリンガルな評価者の確保及び養成も必要である。

（3）通訳者の専門性

発達障害に関わる通訳者は、発達、障害、福祉や教育に関わる一定の基礎知識がなければ、適正な通訳が行えないように感じている。今後は、基礎知識を学ぶための研修が必要である。

NPO法人 トルシーダの伊東浄江代表からは、豊田市にある外国人が多く居住する保見団地を拠点とした、日本の学校に通っていない外国にルーツをもつ子どもたちへの昼間安心していられる「居場所づくり」事業の概要と、そこから見えてくる発達支援に関係した問題が語られた。

トルシーダは、1990年代末から外国にルーツをもつ子どもへの支援活動を始めていたが、事業の充実を図るため2003年にNPO法人を設立。主として7歳から18歳頃までの日本の学校に通っていない子どもたち（外国人学校在籍児、不就学児、不登校児、来日直後の子ども）を対象に、日本語の学習支援、様々な体験活動、進路などの相談活動を行っている。

対象児はブラジル系にとどまらず、ペルー、フィリピン、ベトナム、中国、ネパールなど多国に及び、西三河地区から名古屋市など広いエリアから通ってきている。

以前は、出稼ぎを目的に来日し、一定の収入を得ると帰国する家族が多かったが、近年は定住志向が高まり、子どもたちが日本社会の中で健やかに育ち自立できるための長期的な視点での支援が必要になってきている、とのことであった。

発達障害のある子の支援に関連する以下のような問題の指摘や提案がなされた。

（1）ブラジル人学校の教育と問題

日本への定住化が進んでいるにもかかわらず、学校では日本語の授業がほとんどないので、子どもたちの日本語力がなかなか向上しない。

また、日本の学校保健安全法の適用を受けないので、学校健診がない。そのため、様々な病気や障害が見逃される、発見が遅れる心配がある。

発達障害や知的障害が疑われる子がいるが、親は心配していない。保健所、専門の発達支援機関、医療機関とも交流がないので、どこに相談に行けばよいかわからない。

（2）保護者の日本語力と情報提供

外国人の親は音声・書記言語いずれも不自由な人が多い。また、日本生まれの親も増加してきたが、日本生まれでも親もダブルリミテッドであることもしばしばである。そのため、文書での情報提供をする場合には、文字情報を少なくし、絵や図を多くするなどの工夫が必要である。

（3）母子保健、保育の問題

新生児訪問事業（注：母子保健法第11条による事業、豊田市では「おめでとう訪問」と呼んでいる）を断る人が多い（叱られる気がする、などの理由）。また、乳幼児健診を受けない人も多い。外国人乳幼児を対象とした無認可の託児所に子どもを預けている人も多いが、自治体の保健師と接触がないので、心身の発達の問題に気付かれにくい。

3.「外国にルーツをもつ障害児」が在籍する小学校への訪問調査

調査では、まず校長室で校長から学校の概要説明を受けたのち、特別支援教育の対象となっている児童の在籍する通常学級、特別支援学級を見学した。その後、同校に設置されている「豊田市外国人児童・生徒サポートセンター」を訪問し、豊田市における外国人児童・生徒への教育支援体制[(1)]について説明を受けた。最後に、校長と「外国にルーツをもつ障害児」の支援課題について意見交換を行った。以下、調査のまとめと問題点について整理を行う。

（1）保見小学校の概要

西保見小学校のある保見ヶ丘は、南米系を中心に外国人家族が多数居住する地区である。2017年10月1日現在の人口は7,138人、うち外国人が3,767人（52.8%）と半数以上を占めている。また、外国人のうちブラジル人が大多数（87.9%）を占めている（豊田市外国人データ集；豊田市経営戦略部国際まちづくり推進課による）。

西保見小学校の在籍児童と国籍は、児童総数、特別支援学級在籍児数ともに、外国籍児童が6割以上を占めている（表8）。児童総数に占める外国籍の内訳では、ブラジル国籍の児童が134人（89.9%）と圧倒的に多く、次いでペルーが12人（8.1%）、その他3人（2.0%）であった。

表8　　西保見小学校の児童

所属	日本人（%）	外国人（%）
全学級 N= 223	74 （33.2）	149 （66.8）
特別支援学級 N= 14	5 （35.7）	9 （64.3）

多数の外国人児童に対して、4人の専属の日本語指導員（通訳の資格はないが、高等学校以上の学歴で、豊田市学校教育課が面接し、採用した通訳・翻訳ができる外国人）が配置されており、また、多くの通常学級で学級運営補助員が配置されていた。

日本語指導員は、必要に応じ授業に加わりコミュニケーション等の支援を行うとともに、通訳・翻訳、子どもの相談、保護者の面接なども行っていた。

特別支援学級は、知的障害特別支援学級1学級（児童6人、うちブラジル人3人）、自閉症・情緒障害特別支援学級2学級（合わせて8人、うちブラジル人4人、ペルー人2人）であった。校長の話では、特別支援学級に在籍している外国人児童は、少人数で教育ができることもあり、通常学級の外国人児童より学校での適応は良いとのことであった。

療育機関である豊田市こども発達センターとの連携も良好であった。障害又は障害が疑われる外国人児童で保護者が日本語が不自由な場合には、診察や各種検査（知能検査等）には必ず通訳者を同行させていた。また、診察時には、必ず担当教師から書面で近況報告がなされていた。

障害の早期発見の機会として就学時健診も重要である。昨年度の就学時健診では、日本語とポルトガル語で簡易知能検査を実施したが、精密検査を必要とした児童は10人、そのうち7人は外国籍であった。

（2）「外国にルーツをもつ障害児」の支援に関連する問題

外国人が多く住み、豊田市教育委員会も外国人児童・生徒の教育支援に力を入れていることもあり、支援体制はよく整備されていたが、以下のような問題が指摘された。

①養育環境の問題

両親とも昼夜の2交代勤務で子どもと接するゆとりがない、経済的に困窮した家庭も多く生活保護と就学援助を受けている児童も多い（100人、44.8%）、親がうつ病など病気のために十分に子どもの世話や療育機関等へ通わせられない、両親ともダブルリミテッドの状態であり家庭では宿題が教えられないなど、子どもの育ちに大きな影響を与える養育環境の問題が大きい。

外国人児童、ことにニューカマーの発達支援に取り組む場合には、家庭の経済・健康・言語など養育に関わる環境をよく把握し、実情に即した支援を展開することが求められる。

②行動や発達評価の困難性

子どもに規律が守れない、学業が不振である、知的発達が遅れている、言葉が遅れダブルリミテッド状態であるなどの問題がある場合に、その原因が発達の障害によるものか、養育環境による一過性の発達の遅れ・偏りなのか、判断が難しい。

発達障害の子どもも含め、子どもの言語能力・発達の評価に、文部科学省が作成した「外国人児童生徒のためのJSL対話型アセスメント」（DLA：Dialogic Language Assessment for Japanese as a Second Language）があるが、複雑であり活用に限界がある。外国人児童の発達の評価を適切にできるより簡便な検査法の開発と専門家の養成が必要である。

③通訳者・翻訳者の専門性

発達、関連諸制度、そして地域の事情をよく理解した通訳者、翻訳者の養成・確保が必要である。

最後に、校長は「外国人児童・生徒に対する教育は、特別な体系的で継続的な支援と合理的配慮を必要としている。その意味では外国人児童・生徒の教育は特別支援教育である」、と外国人児童・生徒の教育をまとめられた。

D．考察

発達障害者支援法が2004年に成立して10年余り、新たな支援の対象と問題に対応すべく2016年に発達障害者支援法が改正された。今後、新たな支援の対象と問題をよく把握し、適切な支援を展開することが求められている。

新たな支援対象の1つに発達障害をはじめとする「外国にルーツをもつ障害児」がある。しかしながら、この新たな支援対象群については、各地で試行錯誤しながら取り組みがなされているものの、実態はほとんど知られていない。まとまった研究は、寡聞にして豊田市こども発達センターの調査[3]を知るのみであり、この問題に触れた論考は髙橋[4]の小論があるのみである。

しかしながら、わが国の国際化に伴い在留する外国人は増加し、在留外国人（中長期滞在者及び特別永住者）は238万2,822人（2016年末現在;法務省「入国管理局統計」）に達し、これは名古屋市の総人口に匹敵する。出身国籍の上位5位は中国、韓国、フィリピン、ベトナム、ブラジルであるが、近年は、特別永住者の減少とアジアと南米からのニューカマーの増加が著しい。

在留外国人児童数（0～17歳）は245,993

人(2016年末現在;法務省「入国管理局統計」)、約25万人であり、在留外国人に占める割合は10.3%である。また、14歳以下でみると、対象年齢人口の1.3%を占め、77人に１人は外国人の子どもということになる。

国籍にかかわらず、父母の両方、またはそのどちらかが外国出身者である子どもについてみると、2015年に生まれた子どもは33,393人であり全出生児1,019,993人の3.3%を占めている（2015年厚生労働省「人口動態統計」により計算)。これは、出生児の約30人に１人は外国出身者の子どもであることを意味する。

本田[(5)]を研究代表者として実施された大規模な疫学調査によれば、未診断例も含めた発達障害の支援ニーズは小学１年生で少なくとも10%程度は存在するとしている。

発達障害の有病率・累積発生率が国や民族により差がないと仮定すれば、外国出身の親から生まれた子の中から、「毎年3,000人を超える発達障害の支援ニーズのある子が発生」していることになる。さらに、14歳以下の在留児では２万人、17歳以下では２万４千人を超える対象児がいることになる。今後、発達障害の領域において重点的に取り組まれるべき重要な課題と言えよう。

日本は、「児童の最善の利益」、「児童の生存及び発達を可能な最大限の範囲において確保する」ことを謳った子どもの権利条約の締結国である。日本国籍の有無にかかわらず、障害のある子どもの発達を保障する体制を整備する必要がある。

日本で暮らす「外国にルーツをもつ障害児」と家族は、２つのバリアに直面する。１つは言うまでもなく障害ゆえのバリアであり、もう１つは異文化の中で育ち暮らすことによるバリアである。この２つのバリア、ことに後者のバリアフリー化と合理的配慮をいかに図り進めるかが、「外国にルーツをもつ障害児」の発達支援と家族の子育て支援の鍵となろう。

そのためには、まずは「外国にルーツをもつ障害児」の実態把握とそれに基づく支援策の取り組みが必要となる。

今回の全国的な実態調査等において、幼児期から学齢期の療育、保育、教育、生活の現場における実態の把握と問題点、今後取り組むべき課題が整理できたように思われる。以下、考察と提言を行う。

１．家族と子どもの現状

今回の実態調査で明らかになったのは、以下の３点である。

（１）親の国籍は多様である。

今回の調査で親の国籍は少なくとも16か国以上と多くの国に及び、多様であることが明らかになった。また、国別では第３位のアメリカ合衆国を除くと、ブラジル、中国、フィリピン、ネパールなど南米とアジアであり、いずれもニューカマー家族と考えられた。

山根[(6)]は、2017年に全国児童発達支援協議会が障害児通所支援事業所を対象に行った我々と類似の調査結果について分析をしている。

それによると親の国籍は38か国、国別では中国、フィリピン、ブラジル、アメリカの順であり、今回の調査と同様の結果であった。様々な言語・文化に対応したバリアフリー化と合理的配慮の推進が今後の課題となろう。

（２）両親とも又は母親が外国人の割合が高い。

異国の文化・社会の中で暮らす場合のバリア、困難は、両親とも外国人である場合が最も高く、次いで通常は主養育者である母親が

外国人の場合が高いことが予想される。一方、母親が日本人であれば、文化やコミュニケーションのバリアはなく、社会資源についての情報の入手とアクセスも容易なこともあり、困難は最も少ないと考えられる。

今回の調査でも、母親が日本人であれば、外国人である父親との子育て観の違いから生じる問題は多少あるものの、支援上の深刻な問題は生じないとの結果であった。

これに対して、より困難性が高い母親が外国人の割合は、両親とも外国人を合わせて74%、約４分の３に達した。多くの外国人家族及び国際結婚をした家族が、異国での障害のある子どもの子育てで悩み、支援者も支援に悩んでいることが示唆される結果であった。

（３）障害は、自閉スペクトラム症、知的障害が大多数を占める。

障害のある子に占める「外国にルーツをもつ障害児」の割合は８％であり、山根[(6)]の調査結果1.27%より遥かに高い結果であった。

主障害の種別についてみると、自閉スペクトラム症と知的障害で約90%を占めている。支援に関する取り組みを進める場合には、まずは２つの障害を中心に研究・研修を実施するとともに、外国人向けの啓発パンフレット等についても、まず両障害から始めることが妥当と言える。

２.「外国にルーツをもつ障害児」及び家族への支援上の配慮

外国人集住都市会議の会員及び元会員都市では対象児も多く、外国人住民を包摂した多文化共生社会[(7)]の形成に向けた体制整備が積極的に進められている。その一環として、学校を含め、市役所や事業所等への通訳者の配置、住民サービスに関連した外国語版の行政文書の作成等は充実していた。

しかし、その他の自治体にある事業所では様々な合理的配慮に相当する配慮・工夫を行っていたが、通訳者の配置・確保や外国語版の印刷物、文書の翻訳などについては甚だ不十分であった。これらは、「外国にルーツをもつ障害児」の支援に特有なコミュニケーションバリアの解消には要のサービスであり、政策的に対応すべき課題と考えられた。

日常生活上のバリアは、主に生活習慣、生活マナー、宗教、季節の行事、食生活に関するものであった。支援者は、出身国の生活文化が理解できる範囲内で配慮を行っていたが、他国の日々の暮らしを深く理解し支援に活かすことは極めて困難なことである。外国人の親の立場から見れば不十分なことも多々あることであろう。

「外国にルーツをもつ障害児」の利用者主体の支援を考えるとき、「出身国の生活文化を踏まえた支援」という視点は重要である。今後は、支援の前提となる出身国の子ども観、子育て観と方法、障害観、生活文化等についての学習の機会の提供や学習書の出版も必要となろう。

しかしながら、根本的な問題は各出身国（ことに開発途上国）の最新かつ正確な現地情報の不足にある。この問題を解決しなければ、「外国にルーツをもつ障害児」と家族に対して、その出身国の文化（暮らしや価値観）を踏まえた利用者主体の支援の実現は不可能であろう。

３.「外国にルーツをもつ障害児」支援上の問題と課題、行政への要望

アンケート調査、ヒアリング調査、小学校への訪問調査を通じて共通した問題が指摘された。

第１は、通訳や翻訳などコミュニケーションの問題である。第２は、生活文化の違いによる問題である。第３は、障害の発見や発達評価の困難性の問題、そして、第４は外国人家族であることによる個別的で多様な環境要因（貧困、家族関係、親の病気等）であった。

（１）コミュニケーションの問題

最も重要な問題の１つはコミュニケーションと、それに起因する各種住民サービスの利用に関する問題であった。

障害の理解、子育ての支援、サービスへのアクセス、福祉サービス利用時の契約などあらゆる局面でコミュニケーションは前提となる。通訳者、ことに障害、発達、関連社会制度とサービスに通じた通訳者が得られないことは共通した悩みであった。

また、母子保健、障害、教育等に関わる行政サービスや制度に関する住民向けの情報冊子、障害福祉サービス利用時の契約書等については、なるべく多くの言語に翻訳されることを求めていた。

（２）生活文化の違いに伴う問題

もう１つの重要な問題は、生活文化の違いに伴う、支援者の戸惑いであった。

発達支援と子育て支援にとっては、生活習慣及び子育て文化の違いは大きな影響を及ぼす。ことに、生活リズム、時間感覚、生活習慣、子育ての目標、子どもの育児法、障害観等については、出身国の実情を理解することが必要であり、そのような学習の機会を求めていた。

（３）障害の発見、発達評価の困難性

子どもの発達は素因と環境の相互作用によって成り立つと考えられている。したがって、子どもが標準的発達からの遅れや逸脱を示す場合に、それが子どもの知的障害や発達障害によるものか、家庭の養育環境や文化や社会環境に起因するものか判断が必要となる。

同じ文化や社会環境を共有している場合には、その判断は容易であるが、外国人の場合には、その文化における標準的な行動、子育て課題の優先順位、基本的生活習慣を習得する時期も異なることも多く、判断は困難となる。また、評価には本人及び家族とのコミュニケーションが前提となるため、情報の聴取にも困難が伴う。加えて、評価に用いる発達検査や知能検査の検査項目も、各文化の中での行動、発達過程を基準に標準化がなされているが、それが外国人の子どもにも適用できるか否か、少なくとも日本には信頼できる研究はないようだ。支援の現場で保健師、保育士、療育者、心理士等が頭を抱えるのも当然である。

また、この問題には、もう１つ制度利用の問題が存在することも明らかになった。外国人の親は、日本の母子保健サービスについての知識も乏しいため、乳幼児健診を受診しないことも多く、外国人学校には学校保健安全法が適用されないため、各種疾患、障害の発見の機会でもある学校健診が実質的に行われておらず、それを補完する行政的対応も欠けている。

「外国にルーツをもつ障害児」の評価法についての研究、バイリンガル心理士の確保、外国人学校と地域保健、障害児支援に関わる機関等との連携が取り組み課題として挙げられていた。

（４）家族の環境的要因

家庭の貧困、親の心身の病気、親のダブルリミテッド、労働条件や給料のよい仕事を求めての突然の転居など、子どもの養育及び発達に悪影響を及ぼす要因が重なっていることが多いのも「外国にルーツをもつ障害児」家

庭の特徴である。家庭の経済、健康、言語等の状況をよく把握し、各家族の実情に即した支援の展開が求められる。

しかしながら、このような多くの問題を抱えた家族の支援にはチームで対応することが必要となる。そのためにも、関係者・関係組織の連携強化が重要となろう。

4．当面の取り組み課題について（提言）

3つの調査を通じて明らかになった「外国にルーツをもつ障害児」の実態と支援上の問題を基に、今後取り組むべき課題についてまとめる。

（1）発達障害者地域支援協議会等での周知と課題化

現在のところ、「外国にルーツをもつ障害児」が利用する事業所等は限定されており、利用児も少数であるところが多い。1事業所、1市区町村で「外国にルーツをもつ障害児」支援上の諸課題に取り組むことは、極めて困難であり、広域的対応が求められる。都道府県等の発達障害者地域支援協議会等で実態を把握・共有するとともに、問題の解決に向けて取り組む必要がある。

そのためにも、まずは、都道府県等における発達障害者支援の中心的組織である発達障害者支援センター職員の全国的な研修会等で「外国にルーツをもつ障害児」の現状と課題の共有を図る必要があろう。

（2）多国語版の契約文書、障害啓発冊子、福祉・教育情報等の提供

障害のある子及び家族が福祉・医療・教育等の社会資源を有効に活用できるためには、適切に情報が届くことが前提である。発達障害、乳幼児健診、障害児福祉関連のサービス、特別支援教育等に関する情報が、文字や映像など様々な媒体を活用し、対象児の多い言語から順次、それぞれの母国語で提供される必要がある。また、指定通所支援事業関連の契約文書についても、同様に多言語で対応する必要がある。

（3）支援法の研究・開発、研修の実施

「外国にルーツをもつ障害児」支援の取り組みについては、対象児が少なく、散在化していることもあり、経験の蓄積に欠ける。支援方法について研究が必要である。研究にあたっては、各出身国の研究者との共同研究が、各国の子育て文化を踏まえた適切な支援法の開発には必要かつ有効であろう。また、研究の成果を積極的に研修に活用し、「外国にルーツをもつ障害児」支援についての普及啓発を図る必要もあろう。

研修については、経験を持ち寄り事例検討を行うことも効果的である。出身国の実情についての学習も研修の重要なテーマであるが、その中には生活文化、子育て観と方法、障害観、障害児福祉・教育・医療の現状等が含まれていると実践的である。

利用者主体の支援を学ぶには、外国人の親を講師に招き、体験談や要望を聞くことも、良き研修の機会となろう。そのような取り組みの中から、「外国にルーツをもつ障害児」の親同士の交流の機会や組織が生まれることも期待したい。

（4）通訳者等の確保、通訳者等に対する発達障害者支援研修の実施

医療の世界においては、適切な医療提供の障壁となっているコミュニケーションバリアの解消に向けて、外国人医療通訳者の養成がなされ、その専門性の向上に向けた取り組みが本格化しようとしている。

障害児・者支援の領域における通訳者、翻訳者についても、同様の取り組みが必要である。ことに、ニューカマーに関わる通訳者、

翻訳者の大多数も外国人であることを勘案すれば、発達障害者支援に関連した日本の関連社会制度・サービス、障害や発達についての基礎知識を修得した通訳者・翻訳者の養成を図る必要がある。そのためには、オンライン研修を含めた専門研修の実施が必要である。

（5）発達評価法の研究・開発

母子保健、福祉、医療、教育のいずれの領域においても最も困っている問題の１つは子どもの発達及び能力を評価することの困難さである。

障害の発見と診断、子どもの発達や学力を正確に評価するためにも、各種評価法の研究・開発も中長期的な重要な課題である。この領域の研究についても、出身国の研究者との共同研究が望まれる。

（6）出身国（開発途上国含む）の現地情報集約システムの確立・定期更新

「外国にルーツをもつ障害児」と家族への利用者主体の支援を実現するためには、出身国の関連情報を収集し広く活用できるシステムが必要である。常に現地の最新情報を集約・発信でき、また全国からの問い合わせに対応できるナショナルセンターの整備が望まれる。

（7）バイリンガル心理士の確保

子どもの発達評価に用いる各種心理検査は日本語である。心理検査を行う場合には、日本語と母国語に通じたバイリンガル心理士が実施することが望ましい。人材の確保の困難性を勘案すれば、広く都道府県単位で確保し対応することが現実的であろう。

（8）予算的対応

コミュニケーションバリアの解消に必須の通訳者及び翻訳者の確保には、多額の人件費を要する。何らかの公的な予算的措置（通訳加算等）が望まれる。

（9）「外国にルーツをもつ障害児」の有病率の把握

支援を進めるための基礎資料として対象障害（発達障害、知的障害等）の有病率の把握は重要である。「外国にルーツをもつ障害児」について正確な有病率調査を行い、今後の支援計画に生かしたい。

E．結論

全国の指定障害児通所支援事業所、保育所等を対象に「外国にルーツをもつ障害児」の実態調査を実施した。また、「外国にルーツをもつ障害児」支援関係者へのヒアリング調査、外国人児童（障害児含む）が多数通う小学校への訪問調査を実施した。

３調査を通じて「外国にルーツをもつ障害児」の実態と今後の課題を明らかにするとともに、課題解決に向けた提言を行った。

謝辞

アンケート調査にご協力いただいた事業所、保育所、各市の関係者の皆様にお礼申し上げます。また、ヒアリング調査にご協力いただいたNPO法人国際社会貢献センター ブラジル教育支援プロジェクトスタッフ 柴崎敏男氏、中南米コーディネーター 森　和重氏、NPO法人 トルシーダ代表 伊東浄江氏、豊田市立西保見小学校校長 平吹洋子先生にお礼申し上げます。

本調査については、法政大学現代福祉学部福祉コミュニティ学科准教授 佐野竜平先生にも開発途上国の視点からの有益な助言を頂きました。深謝申し上げます。

F．引用文献

1）髙橋　脩：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～．平成28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）, 83-117, 2017.
2）柴崎敏男：在日ブラジル人児童の心の支援　外国につながる子どもたちの「育てられる権利」を守る．川村千鶴子(編著)，いのちに国境はない 多文化「共創」の実践者たち，pp. 147-162，慶応義塾大学出版会，東京．2017.
3）豊田市こども発達センター：豊田市における外国人障がい児の現状と課題に関する調査報告書．2010.
http//www.fukushijigyodan@city.toyota.aichi.jp
4）髙橋　脩：発達障害のある子と家族．荒牧重人他（編），外国人の子ども白書 権利・貧困・教育・文化・国籍と共生の視点から, pp. 77-79, 明石書店, 東京. 2017.
5）本田秀夫：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．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～平成27年度総合報告書（研究代表者 本田秀夫），1 -21, 2016.
6）山根希代子：全国児童発達支援協議会による事業所実態調査「外国人ルーツをもつ児童についての項目」についての分析析, 2017.（未発表）
7）総務省：多文化共生の推進に関する研究会報告書～地域における多文化共生の推進に向けて～. 2006.

G．研究発表

研究分担者、研究協力者の研究発表については、それぞれの担当自治体報告書に記載されているので省略した。各報告書を参照されたい。

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

資料１　外国にルーツをもつ障害のある子どもの調査

調査年月日：2017年　　月　　日

調査対象施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿

対象施設種別（いずれかに○）：児童発達支援センター、医療型児童支援センター、
それ以外の児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、保育所

調査対象者氏名（職種）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

調査実施者氏名（職種）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．利用または通所（保育所）している子ども（2017年10月１日現在、以下同様）

年齢	人数（＊）	男（＊）	女（＊）
乳児	（　　）	（　　）	（　　）
幼児	（　　）	（　　）	（　　）
小学生	（　　）	（　　）	（　　）
中学生以上	（　　）	（　　）	（　　）
合計	（　　）	（　　）	（　　）

＊各項目のうち、外国にルーツをもつ子どもの人数をご記入下さい。

２．障害のある子どもについて

年齢	人数（＊）	男（＊）	女（＊）
乳児	（　　）	（　　）	（　　）
幼児	（　　）	（　　）	（　　）
小学生	（　　）	（　　）	（　　）
中学生以上	（　　）	（　　）	（　　）
合計	（　　）	（　　）	（　　）

＊各人数のうち、外国にルーツをもつ子どもの人数をご記入下さい。

3．障害名について

障害名	人数（＊）	男（＊）	女（＊）
自閉スペクトラム症	（　　）	（　　）	（　　）
注意欠如・多動症	（　　）	（　　）	（　　）
限局性学習症	（　　）	（　　）	（　　）
知的障害	（　　）	（　　）	（　　）
その他	（　　）	（　　）	（　　）
合　計			

＊各人数のうち、外国にルーツをもつ障害のある子どもの人数をご記入下さい。

4．外国にルーツをもつ障害のある子どもの親の国籍について

国籍	父母とも（人）	父のみ（人）	母のみ（人）
中国			
ブラジル			
フィリピン			
ベトナム			
ペルー			
ネパール			
その他*			
合計			

＊その他の国名（無国籍等も含む）を下記空欄にご記入下さい。また、父母の外国籍が異なる場合には、それぞれの国籍欄にご記入下さい。

5．外国にルーツをもつ障害のある子ども及び家族への支援上の配慮について

（1）外国人指導員又は保育士の配置（いずれかに○）：あり（職種：　　）、なし

（2）通訳者の配置（いずれかに○）：あり（言語：　　）、なし

（3）施設案内の外国語版（いずれかに○）：あり（言語：　　）、なし

（4）連絡帳などの翻訳あり（言語：　　）、なし

（5）その他のコミュニケ―ションの配慮：

（6）日常療育・保育内容：

（7）行事の工夫（クリスマス会へのイスラム教徒の自由参加など、いずれかに○）：

（あり：　　、なし）

（8）給食（イスラム教徒、ユダヤ教徒への配慮など）

（あり：　　、なし）

（9）その他の配慮

6．外国にルーツをもつ障害のある子ども及び家族への支援等で困っていること

7．外国にルーツをもつ障害のある子ども及び家族への支援に関する行政（市区町村､都道府県､国）への要望

ご協力、まことにありがとうございました。

お願い

1．対象となる「外国にルーツをもつ子ども」とは

父母（養育をしている義親含む。以下、同様）の両方、またはそのどちらかが外国籍の子どもをいいます。

2．本調査で対象となる「障害」とは

発達障害（発達障害者支援法による）と知的障害であり、疑いのある子どもも含めてください。

3．障害名について

自閉スペクトラム症には、自閉症、広汎性発達障害、特定不能の広汎性発達障害、アスペルガー症候群、自閉症スペクトラム障害と診断されている子どもも含めてください。

また、注意欠如・多動症には、注意欠陥・多動性障害、ADHD、多動症候群と診断されている子どもも、限局性学習症には学習障害、LDと診断されている子どもも、それぞれ含めてください。

資料２「外国にルーツをもつ障害児」及び家族への支援等で困っていること

１．発達及び子育て支援と文化の問題（21件）

・文化のちがい（子どもへの厚着､朝シャワーで結局風邪をひきやすい､など）（放課後等デイサービス事業所）
・小学校に行くまで哺乳瓶で飲むという習慣に戸惑う（児童発達支援事業所）。
・朝食を食べずに来所していくことがある（朝食をきちんと食べてくるようにご家族に話している）。もし、自宅で朝食を食べさせることが難しい場合は、パンを事業所に持ってきてもらうように伝えることもあるが、その際、お菓子を持ってこられるご家族があるため、お菓子は朝食にならないことを伝えている（放課後等デイサービス事業所）。
・母は連れてくる時間や行事への参加も気まぐれで、肉のみを食べさせたりするので支援が難しい（児童発達支援事業所）。
・「10時に来てね」、と言うと、10時台に来てしまう（児童発達支援事業所）。
・平然と、時間を守らないことや、連絡無く利用日に休むこと、迎えにいくと不在であることがあるため苦慮している（放課後等デイサービス事業所）。
・連絡が不明になりやすいこと（生活が不安定なためと思われる）（児童発達支援事業所）。
・子どもの育ちのために、子どもが楽しんで通うことが出来れば良いとのポジティブな認識で通所しているが、時間にルーズな面があり、療育開始に間に合わない、迎えに間に合わないことが多々ある（児童発達支援事業所）。
・トラブルの背景に人種や文化差が影響すること。体臭、給食（豚肉・牛肉など）が食べられない、お弁当文化がなくおかずの違い、体感温度の違いなどがあった。特に、お茶をこぼした際に、日本人の子どもは火傷しなかったが、ブラジル国籍の子どもは酷い火傷（皮膚のただれなど）になった（放課後等デイサービス事業所）。
・『子育て観』が異なっており、出身国では、５歳（定かではないが）までは、服の着脱や食事や排せつなどは全て母親が世話をする文化であり、当事業所では、子どもの身辺自立（服の着脱なども）を促すことに困惑している。母親は、一時帰国する際に、子供が自立していると母親が世話をしないことを批判されることを心配しており、また、自身も世話をしないことに負い目を感じている。そのため、子どもの身辺自立が進んでいくことの喜びを共有できない悩みがある（児童発達支援事業所）。
・知的障害、自閉症の子ども達対象の園なので、他の日本の子ども達と同様に、日本文化の中で、分け隔てなく療育を積み重ねてきている。生活リズム・日常生活動作等。しかし、母国の文化でたっぷり食べる、というのがあるのか、食事の量の制限に関しては、なかなか同意を得ることが出来ず、６歳の夏時点で21kgと大きな身体の児であり、行動を制止する際に、大人の肋骨にヒビが入るほどのパワーがある。今は、母国に帰国して治療を受けているので、その後どの

ような体重になっているのか…心配である（児童発達支援センター）。
・ある国の方は厳しくしつけをしてほしいという要求もあり、「先生たちやさしすぎる。勉強をもっとさせればおりこうになっていく」などと言われることもある。一方で別の国の人はゆるく、「大きくなれば言葉も覚えていく、今はまだ小さいから。」というような感じ（保育所）。
・教育、文化、しつけに対する考え方（厳しくしつける、たたいて教えるなど）（保育所）
・外国籍の方だからという点なのかは不明だが、父が子どもや母に優しく、仕事を休んでお出かけや通院、母のリフレッシュのために等、欠席することも多く、療育が積み重ねづらいこともある。しつけのスタンスなど子育ての感覚が日本と違うこともある。しつけの部分、生活づくりの部分で、どう園の側の様子をつたえ、家庭内での実践をするかということに難しさがある。文化の違い（クラス全員にプレゼントしたがるなど）（児童発達支援センター）。
・園では排泄などもできてきているが家ではおむつ使用、英語の動画ばかりみている（そのため両親はポルトガル語中心、子どもに対しては日本語、施設でも日本語だが英語が一番通じるとのこと）など、今後の就学を見据えて園と家とでおなじ目線で療育していくのが難しい。医療にもつながり、病院の言語療法にも通っており、情報交換しながらやっている（児童発達支援センター）。
・文化の違いもあり、家庭でどの程度、協力していただけるかなど戸惑うことがある（児童発達支援センター）。
・外国人お父さんは、しつけに厳しい印象があり、お母さんも悩んでおり、文化の違いを感じる。例えば、食事中の立ち歩きは絶対に許さない。癇癪を起したら、理由も聞かず、その場から立ち去る。子どもの気持ちを受け止めてほしいと思うが、アドバイスが難しい（児童発達支援センター）。
・家庭での母国語のみでの生活が心配（保育所）。
・父は英語、母は日本語と英語、本児は日本語でコミュニケーションという状況で、父と本児の日常でのコミュニケーションが、非言語又は通訳が主であるため、会話が弾まず父の育児意識が育ち辛い（放課後等デイサービス事業所）。
・日本人の母は日本で安定した生活をしたい、アメリカ人の父はアメリカに連れて行きたいなど両親の考えに差があることもあり、支援が難しい（保育所）。
・一時帰国して日本へ帰ってきた時に、該当児の“こだわり”が顕著になる（保育所）。

2．通訳・コミュニケーションの問題（19件）

・通訳がいない。いても制度の理解まで及んでいないので細かいことが伝わらない。日本語が話せても文化や考え方が違うなど（こちらができないことに対して怒られてしまうなど）。こちらの意図やルール、システムを理解してもらうのが大変（児童発達支援事業所）。
・通訳：通訳者も障害・療育のことを理解できている方でないと誤って訳されてしまい、伝わり

にくいことを実感している（医療型児童発達支援センター）。
・言葉と制度を両方がわかる通訳がいない（保育所）。
・一人の通訳者が、継続的に経過も分かって、通訳してくれるとベストだが、一人の確保は困難なため複数人になることでより伝わりにくい（医療型児童発達支援センター）。
・会議などでも通訳が入ると30分で10分の１くらいの内容しか話せない（放課後等デイサービス事業所）。
・通訳が常勤でないため、すぐに保護者と話したいときに、伝えづらいことがある。コミュニケーションがとりづらい（どんな言葉をかければ、気持ちをくんだり、伝えたりできるのかわからない）（保育所）。
・複雑な話が伝わりにくい（必要なことを通訳を介して話していても、本当にこちらの意図が伝わったのかわからないときがある（児童発達支援事業所）。
・市役所の通訳は常勤でないため、３年に１度の交代がある。そのため、指導員の伝えた内容がきちんと親御さんに伝わっているか不安がある（児童発達支援事業所）。
・通訳を事業所に配置することは難しく、必要な際には、市役所に在籍する通訳者（ブラジル人）にお願いすることになる。しかし、通訳の利用に対しては、10日～１週間前の事前予約になるため、その時々の日常的な報告をはじめとしたスピーディな伝達ができないことや、予約しても市役所の窓口まで行かないと利用できないという‘制約’があるため、なかなか活用できない（放課後等デイサービス事業所）。
・外国語対応ができて療育のできるスタッフがいないこと（福祉事務所）。
・問題なのは保護者とのコミュニケーション、保護者の精神保健への支援や障害理解を促す支援に苦慮する。日本語で会話ができない保護者には通訳が必要。子どもは遅れのあるASD児であれダウン症児であれ、視覚支援・構造化を図ることで言語が違っても大きな問題はなく支援ができる。（医療型児童発達支援センター）。
・受診などでも片言の日本語で、微妙なニュアンスが伝わらない。通訳を介しても今度は発達に関するニュアンスが通じないことも多い。インドネシア語の方もいて身内に頼っていたが上手く伝わらず日本語学級のボランティアに依頼している。当初はコミュニケーションが難しかったが何回か相談を重ねるうちにだんだん理解されるようになった（保育所）。
・児の様子を十分に伝えられない。家庭での様子を十分に聞き取る事が出来ない。保護者からの協力の要請が出来ない（児童発達支援事業所・放課後等デイサービス事業所）。
・お母さんは日常会話を日本語でできる方ですが、子どもの状況やその都度伝えたいことを説明してもなかなか伝わりにくかった（児童発達支援センター）。
・個人懇談で細やかな支援方法が伝わりにくい（放課後等デイサービス事業所）。
・「障害の疑いがあること」をうまく伝えられない。保育園での支援と家庭での支援が連携しにくい（保育所）。

・微妙なニュアンスが伝わりにくい（医療型児童発達支援センター）。
・いつも、にこにこして「はい」と言われるが、どこまで解っているか、分かりづらい（児童発達支援センター）。
・インターネット上で見つけた翻訳機能を用いて手紙を書いたりすることもあるが、どうしても直訳になってしまうため､事業所の真意や細かいニュアンスが伝わりづらい（放課後等デイサービス事業所）。

3．制度理解と利用の問題（10件）

・障害福祉制度の理解が不足している（福祉事務所）。
・母が日本語を話せないケースは大変で、制度の理解などが難しい。しかし、外国にルーツの親は、障害にこだわらず、おおらかで、「それくらいなら大丈夫ですよ」というスタンスの親が多い印象。（児童発達支援事業所）。
・文化が違い、健診って何のこと？というレベルのこともある（保育所）。
・健診の必要性や予防接種や感染症の知識がないなど（保育所）。
・外国籍だと、赤ちゃん訪問や乳幼児健診などで漏れることもあった（保育所）。
・就学に対する対応に苦慮する（保育所）。
・サービスの意味を良く理解していない。療育の場所と言うより、保育所と思っている（児童発達支援事業所・放課後等デイサービス事業所）。
・家族の中での問題意識や困り感も少ないため、自ら困って相談に足を運ばなかったり動かない家族が多く、必要な子ども・家族に支援が行き届かない（放課後等デイサービス事業所）。
・外国籍向けの福祉サービス事業所が足りない（児童発達支援センター）。
・外国籍の方は障害が疑われても医療や支援につながりづらい（そのため、園として加配も受けられず、親とのコミュニケーションにも手間がかかることになる）（保育所）。

4．発達評価の問題（4件）

・集団の様子で明らかに気になっても、外国語だと言葉の発達のレベルがわからないので、どの程度の発達レベルかがつかみきれない。就学相談などの面接だけでは把握されないこともある（児童発達支援事業所）。
・言語の問題か発達の問題かがわかりにくい（児童発達支援センター）。
・集団の中で当初は言葉の遅れできづかれ言語の問題かと思っていたら、母国語もたどたどしいことから知的、発達障害に気づかれることもある（保育所）。
・検査に関して：そもそも「人差し指をさして」、みたいな指示をしても、ポルトガル語においてはそのような指の名称はなさそうなので（裏付けは取っていない）、通訳を介して実施した検査結果が、どれくらい正しく再現性があるのかわからないと思う（保育所）。

5．家庭環境、暮らし（4件）

・母子家庭の方も結構いるが、パートナーもいたり、いろいろ事情があったりして支援が難しい（保育所）。

・収入が不安定で親の就労が必要なため、重度ASDの子どもを療育に通わせられない家庭がある。母子家庭、両親ともに国籍が違う、ステップファミリー、収入不安定など多様な支援が必要な家庭が増えつつある印象（児童発達支援センター）。

・ご両親の方々は日本語がわからない方々が多いので、特に学校の宿題をデイサービスで全て終わらせないといけない。残ったまま家へ持ち帰るとご両親がわからないので、家では宿題をしなくなってしまう（放課後等デイサービス事業所）。

・引っ越しが多く、所在が分からなくなることも多い。利用料金未払いのまま引っ越して所在不明になる場合もあり、苦慮している（放課後等デイサービス事業所）。

6．親同士の交流の問題（3件）

・細かな文化の違い：宗教や生活習慣の文化以外に、同じ国であっても階層の違いがあり、保護者同士繋がれないことがある。異国で孤独になりがち、分かり合える仲間づくりができれば良いと思うが単純ではなく難しさを感じる（児童発達支援事業所）。

・外国籍の母親自身の就労継続を支援することが必要である。子ども自身は地域の園に通い、学校に通うが、母親が日本文化との交流機会が少ないため、家庭での母子の生活が安定しないことがある（児童発達支援事業所）。

・療育が必要な子どもをもつ外国籍の母親の会など集いの場の創出（児童発達支援事業所）。

7．文書の問題（2件）

・書類の関係が大変。日本語の理解が出来ず、契約等が大変である（放課後等デイサービス事業所）。

・行政からくる､提出しなければならない書類の内容がわからないらしく､よく質問をうける（放課後等デイサービス事業所）。

資料３　「外国にルーツをもつ障害児」及び家族への支援に関する行政（市区町村、都道府県、国）への要望

１．通訳（15件）

・一番困るのはコミュニケーションなので、その支援が一番必要（医療型児童発達支援センター）。
・通訳があると、気持ちをもっと深く理解できるように思う（児童発達支援センター）。
・発達障害の知識をもつ通訳者の派遣が市町村であるとありがたい（医療型児童発達支援センター）。
・通訳の無料派遣（医療型児童発達支援センター）。
・公費での通訳の派遣（保育所）。
・必要に応じて、通訳者の派遣や配布文書作成のための翻訳者等が必要（医療型児童発達支援センター）。
・必要に応じて通訳の派遣をお願いしたい（保育所）。
・日本での滞在期間が少ない父母の場合、通訳等の支援があると伝わりやすい（保育所）。
・一定の割合で外国籍が多い地域で継続的に通訳が必要な場合、障がい児の在籍の有無にかかわらず、無条件に通訳を一定数配置する仕組みがあるとありがたい（児童発達支援センター）。
・必要に応じて、通訳者の派遣や配布し文書作成のための翻訳者等が必要（医療型児童発達支援センター）。
・国別の通訳を増やしてほしい（放課後等デイサービス事業所）。
・通訳のできる語学指導員を増やしてほしい、ポルトガル語のほかに英語、中国語など（保育所）。
・通訳の人の数が少ないので増やしてほしい（児童発達支援事業所）。
・施設見学及び契約、その他の重要な連絡事項について通訳をお願いしたいが、制約があるため利用者・事業者双方が十分に意思を伝える事が出来ない。通訳をお願いしても、時間・日数を必要とし伝えるべき、伝えたい事が伝えたい時に伝えられないもどかしさを感じる。通訳に関して言えば、行政は柔軟に対応してほしい（児童発達支援事業所・放課後等デイサービス事業所）。
・外国籍の子どもの福祉ニーズは、当市に限ったことではなく、他の市町村のニーズも対応している現状がある。現在、県内の通訳者ネットワークがある訳でない（知らないだけかもしれないが）。県での通訳者（登録リスト）バンクを設置して、他の市町村ニーズに対応できる仕組みづくりを望む（市国際交流担当職員）。

２．多言語による文字情報の提供、文書の翻訳など（11件）

・自閉症スペクトラムの障害説明がある外国人向けのパンフレットの作成（医療型児童発達支援センター）。

・日本文化を学ぶための行事ごとに対するQ&A集を望む。例えば、「学校へ持参する弁当の中身」、「遠足の準備物」など、日本特有の文化に対する相談ニーズが多い。各学校、各園単位で対応するのは、学校内で外国籍の児童家族への対応の温度差が発生していくために行政として、「よくある質問Q&A」を発行していく必要がある（市国際交流担当職員）。
・サポートファイル等、行政から出るものに対しては、少なくとも多言語対応をしてもらいたいと思います（放課後等デイサービス事業所）。
・就学や制度の説明など多言語の案がほしい（保育所）。
・支援に関する情報をポルトガル語等外国語で得やすい環境を整える（放課後等デイサービス事業所）。
・行政刊行物・配布物の外国語版の普及、事業所が保護者に手渡す配布物の翻訳サービス（医療型児童発達支援センター）。
・翻訳された各種手続き書類を用意してほしい（児童発達支援センター）。
・県レベルの療育手帳の取得、障害福祉サービスの受給のための申請書類（記入例や記入マニュアル）が翻訳されていないため、サービスの利用が制限されている現状がある。通訳者が申請のために同行して、記入支援をおこなっているので、申請書等は翻訳されることを望む。また、同時に、障害者手帳を取得することで受けることが出来る国レベル、都道府県レベルの行政サービス等の案内文書が翻訳されることを望む。ある事例は、身体障碍のある子どもの家を新築するときに移動するための機器の貸し出しが可能なのかどうかが記されておらず、機器貸し出しのみに時間的な労力を要した（市国際交流担当職員）。
・翻訳ができるボランティアを派遣できるシステムをつくってほしい（医療型児童発達支援センター）。
・必要に応じて、通訳者の派遣や配布文書作成のための翻訳者等が必要（再掲）（医療型児童発達支援センター）。
・翻訳機の貸し出しができるようお願いしたい（医療型児童発達支援センター）。

3．行政サービスの充実と利用の促進（11件）

・市町村が自ら地域の社会診断を行い、地域特性の実情に合わせた外国籍家庭への支援を組み立て、通訳を派遣する等の仕組みを国が定め予算補助を行ってほしい（児童発達支援センター）。
・総合的に相談できるところがほしい。医療機関も英語対応可というところもあるが、発達をふくめてきめ細やかな対応が難しい。英語のWISCなども民間で取れるところもあるが、自費で30万円ほどかかるなど高額（保育所）。
・外国籍の方の支援に行政において間に入る人（コーディネーターのような人）を配置していただけるとうれしい（児童発達支援センター）。
・いろいろな書類をただ自宅に送るだけではなく、内容についてもサポートしてほしい（放課後

等デイサービス事業所)。
・子どもに関しては問題ないが、親をサポートできる人を行政のコストでお願いしたい（放課後等デイサービス事業所)。
・様々な手続きなど知らず知らずに過ぎていることがあり、困っている状況があったら丁寧な働きかけや確認につながる方法があると良いと感じる（児童発達支援センター)。
・健診の受診を勧めてほしいなど（保育所)。
・外国籍の永住者の子どもが多くいる（日本語教育が義務化されていない）ため、日本語教育のためのボランティア（学校のクラブ時間帯、学童クラブの時間帯など）制度の導入を望む。また、両親が宿題を手伝えない（日本語が話せない）ため、外国籍の方への教科学習のサポートの制度化も望む（市国際交流担当職員)。
・療育基盤として、日常生活を支える生活支援者が必要な場合もある。留学生の場合は、経済的な支援が必要なケースもある（医療型児童発達支援センター)。
・市への要望：市役所勤務の通訳者がSNS等で催しをキャッチして、園長が該当の家族に発信しているが、私立の園長会への啓発が少ないため、実施してほしい。保育実践の情報交換のテーマに『外国籍の方への保育』があっても良い。市内は、いずれの園にも１名は在籍しているため、保育者同士の情報交換が必要である。保育士や栄養士等の職員も外国籍の方の受け入れに何らかの不安を持っており、その不安を発信できる先や情報交換の場所が必要（保育所)。
・県への要望：通訳者の情報や催し（外国籍の方が集える場など）は、全園へのメール発信のほかに、県保育協議会→市保育協議会→園長のルートでの情報発信が必要である（保育所)。

４．文化の相互理解（４件）

・外国籍の方を受け入れるにあたって、療育担当者が事前に外国の習慣、文化を学ぶ研修機会が必要である。日本であたり前（お辞儀をするなど）との押し付けになっている可能性もあり、療育目標等の説明と同意のプロセスにおいても、互いに習慣や文化を理解していくことが必要であると感じている（放課後等デイサービス事業所)。
・日本文化を学ぶための行事ごとに対するQ&A集を望む。例えば､「学校へ持参する弁当の中身」､「遠足の準備物」など、日本特有の文化に対する相談ニーズが多い。各学校、各園単位で対応するのは、学校内で外国籍の児童家族への対応の温度差が発生していくために行政として､「よくある質問Q&A」を発行していく必要がある（市国際交流担当職員)。
・当市では、日本国内で永住することを見通して、子育てが求められており、事業所を越えて、保護者同士の座談会の設定や、交通ルール、標識の意味の理解、公共交通機関の利用、通貨の理解学習など体系的な日本文化などの療育目標を設定していくことが必要である（再掲）（放課後等デイサービス事業所)。
・当該国の文化についてのコーディネーション（医療型児童発達支援センター)。

5．連携（2件）

・外国籍の方が利用している事業所の把握と事業所同士での情報交換の場が必要。例えば、自立支援協議会療育部会の会合等で､外国籍の方への配慮や母親支援の内容等を情報交換したい（児童発達支援事業所）。

・当事業所で作成している個別支援計画は、平易なひらがなで表記しているが、相談支援事業所が作成するサービス等利用計画は、漢字で表記されているため、母親は理解できてない可能性が高く、事業所間の意識共有が必要である（放課後等デイサービス事業所）。

6．自助グループ（2件）

・外国人（障害児をもつ）の集まれるコミュニティーの場（医療型児童発達支援センター）。

･外国人を父母にもつ親子の集まりなど企画すると､気楽に交流の機会がもてると思う（パパクッキング教室など）（児童発達支援センター）。

7．その他（1件）

・宗教上の利用で給食ではなくお弁当対応しているが、栄養士が衛生上の保管や偏食相談等にもかかわっている。しかし、加算の対象外になっているため、認めてもらえればと感じる（児童発達支援事業所）。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

発達障害児に併存する反抗挑発症、および素行症の実態に関する研究

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）
研究分担者：髙橋　脩　（豊田市福祉事業団）
研究分担者：内山登紀夫（大正大学心理社会学部）
研究協力者：大庭健一　（宮崎市総合発達支援センター）
清水康夫　（横浜市総合リハビリテーションセンター）
金重紅美子（山梨県立こころの発達総合支援センター）
関　正樹　（大湫病院）

研究要旨
【概要】 本研究では、臨床的に問題となる反抗性や素行の問題の、発達障害に併存する割合を、８自治体の小学５年生児童を対象に調査した。
【結果】
１．小学５年生の児童において、何らかの発達特性や知的な問題を持つ子どもは11.5％であった。このうち、広汎性発達障害（PDD）を疑われる子どもは5.4%、注意欠陥多動性障害（ADHD）を疑われる子どもは2.5%を占めた。
２．小学５年生の児童において、反抗性が高い子どもの割合は1.6%であったが、発達特性を持つ子どもで見ると13.5％と高い割合を占めた。発達特性別にみると、ADHD特性を持つ子どもの21.2%、PDDの14.9%、境界知能の9.7%に反抗的な子どもが認められ、これらの障害特性と反抗との親和性が示唆された。
３．素行の問題を持つとみなされている子どもは、発達特性を持つ子どもの約２％であった。
【考察】 親や教師など、身近な大人に反抗する心性を持つ子どもは、日本は欧米の半分程度であり、社会規範に反する行動を取る可能性は、さらに少ないと解釈された。欧米に比べれば、まだ低い水準にある今のうちに、発達障害に併存する反抗性の問題には、社会全体で取り組むべきであると考えられた。

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、発達障害の支援ニーズに関する調査を行うとともに、複数の自治体で、臨床的に問題となる反抗性や素行の問題の併存の割合を調査した。

B．研究方法

本研究班で行っている学校を対象とした発達障害の実態調査の中に、反抗、素行の問題の把握に関する質問項目を入れて、データの得られた８自治体のデータをまとめた。対象となった自治体は、愛知県豊田市、宮崎県宮崎市、神奈川県横浜市港北区、長野県松本市、福島県南相馬市、岐阜県多治見市、岐阜県瑞浪市、山梨県山梨市（対象人口の多い順）である。

この各自治体に平成29年４月１日現在在住する、平成18年４月２日～平成19年４月１日生まれの小学５年生について、発達障害の診断名と人数、反抗、素行の問題の併存と、医療機関の受診の有無を調査した。本研究の実施にあたっては、研究協力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に関する調査自治体の学校調査結果

各自治体の人口、対象学校数、回答率、小学５年生の児童数は、表１のとおりである。

自治体名	人口(万人)	対象学校数	回収率(%)	小学５年児童数
愛知県豊田市	42.3	75	100	4065
宮崎県宮崎市	40.1	55	96.4	3706
神奈川県横浜市港北区	33.3	33	100	2522
長野県松本市	24.3	32	100	2109
岐阜県多治見市	11	13	100	956
福島県南相馬市	5.6	13	100	334
岐阜県瑞浪市	3.8	7	100	307
山梨県山梨市	3.5	9	100	289
合計	163.9	237		14288

表１　今回の調査対象自治体の人口、対象学校数、回収率、対象児童数

２．小学５年生における知的・発達障害と反抗的な児童、素行不良な児童の割合

８自治体の小学５年生合計14288名（男児7360名、女子6928名）において、学校が知的・発達障害の特性を有すると見なしている児童の割合は表２のとおりである。

	特性あり(%は全児童に対する割合)						うち医療にかかっている児童 (%は特性を持つ児童に対する割合)					
	男	%	女	%	計	%	男	%	女	%	計	%
PDD	564	7.7	201	2.9	765	5.4	391	69.3	132	65.7	523	68.4
ADHD	333	4.5	26	0.4	359	2.5	74	22.2	8	30.8	82	22.8
Com. D	16	0.2	9	0.1	25	0.2	3	18.8	3	33.3	6	24.0
MR	100	1.4	53	0.8	153	1.1	63	63.0	35	66.0	98	64.1
LD	118	1.6	66	1.0	184	1.3	21	17.8	11	16.7	32	17.4
その他	44	0.6	24	0.3	68	0.5	20	45.5	9	37.5	29	42.6
BIF	57	0.8	36	0.5	93	0.7	8	14.0	4	11.1	12	12.9
合計	1232	16.8	415	6.0	1647	11.5	580	47.1	202	48.7	782	47.5

表２　８自治体における知的・発達障害の特性を有すると見なしている児童の内訳

PDD：広汎性発達障害、ADHD：注意欠陥多動性障害、Com D：構音・言語障害、MR：知的障害、LD：学習障害、BIF：境界知能

これらの児童のうち、反抗性が高いと見なされている児童と、そのうち医療機関を受診していることを学校が把握している児童の割合は、表3のとおりである。

	発達特性あり			反抗的児童（%は特性を持つ児童に対する割合）						うち医療関与（%は反抗的な児童に対する割合）					
	男	女	計	男	%	女	%	計	%	男	%	女	%	計	%
PDD	564	201	765	103	18.3	11	5.5	114	14.9	62	60.2	9	81.8	71	62.3
ADHD	333	26	359	73	21.9	3	11.5	76	21.2	22	30.1	1	33.3	23	30.3
Com. D	16	9	25	1	6.3	1	11.1	2	8.0	1	100	0	0.0	1	50.0
MR	100	53	153	1	1.0	2	3.8	3	2.0	0	0.0	1	50.0	1	33.3
LD	118	66	184	7	5.9	3	4.5	10	5.4	1	14.3	1	33.3	2	20.0
その他	44	24	68	4	9.1	4	16.7	8	11.8	0	0.0	2	50.0	2	25.0
BIF	57	36	93	9	15.8	0	0.0	9	9.7	1	11.1	0	0.0	1	11.1
合計	1232	415	1647	198	16.1	24	5.8	222	13.5	87	43.9	14	58.3	101	45.5

表3　8自治体の知的・発達障害の特性を有する子どもにおける反抗的児童の内訳

PDD：広汎性発達障害、ADHD：注意欠陥多動性障害、Com D：構音・言語障害、MR：知的障害、LD：学習障害、BIF：境界知能

8自治体の小学5年生において、学校が知的・発達障害の特性を有するとして把握している児童のうち、素行不良とみなされている児童と、それらのなかで医療機関を受診していることを学校が把握している児童の割合は、表4のとおりである。

	発達特性あり			素行不良（%は特性を持つ児童に対する割合）						うち医療（%は素行不良の児童に対する割合）					
	男	女	計	男	%	女	%	計	%	男	%	女	%	計	%
PDD	564	201	765	12	2.1	0	0.0	12	1.6	9	75.0	0	0.0	9	75.0
ADHD	333	26	359	8	2.4	0	0.0	8	2.2	1	12.5	0	0.0	1	12.5
Com D	16	9	25	1	6.3	0	0.0	1	4.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
MR	100	53	153	2	2.0	0	0.0	2	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
LD	118	66	184	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	44	24	68	2	4.5	1	4.2	3	4.4	0	0.0	1	100.0	1	33.3
BIF	57	36	93	3	5.3	1	2.8	4	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計	1232	415	1647	28	2.3	2	0.5	30	1.8	11	39.3	1	50.0	12	40.0

表4　8自治体の知的・発達障害の特性を有する子どもにおける素行に問題のある児童の内訳

PDD：広汎性発達障害、ADHD：注意欠陥多動性障害、Com D：構音・言語障害、MR：知的障害、LD：学習障害、BIF：境界知能

D．考察

1．5年生における発達障害

8自治体における小学5年生の児童14288名において、何らかの発達特性や知的な問題を持つ子どもは1647名であった。これは全体の11.5％にあたる。これまでも本研究班の各自治体を担当する研究者から報告されているところではあるが、今の日本の教育現場では、何らかの支援が必

要な子どもは、全体の１割強を占めていることが明らかとなった。

これらの子どものうち、最も多いのは広汎性発達障害（PDD）を疑われている子どもの5.4%であり、注意欠陥多動性障害（ADHD）の2.5%、学習障害（LD）の1.3%、知的障害（ＭＲ）の1.1%が続いた（この統計は、ICD－10における診断のヒエラルキーに従っており、主たる特性に基づいて分類している）。

このうち、PDDと知的障害（MR）は、特性を有する子どもの約２/３が医療機関にかかっていた。主としてPDDは周囲の人間関係を損なうがゆえに、MRは教育上の配慮（例：支援学級の利用）を得るために、医療との連携が密であると考えられた。また、ADHD特性を持つ子どもの医療機関の受診は22.8％であった。今回の調査におけるADHD特性を持つ子どもはPDD特性の少ない子どもであり、落ち着きのなさや不注意は認識されるものの、治療が必要と考えられるほど周囲を困らせることは少ないため受診も少ないのであろうと考えられた。

一方、医療機関の関与が少ないのは、境界知能（BIF、12.9％）、LD（17.4％）であった。これらの障害は、主に学習面では問題になるものの、医療が関与する必要性は少ないと判断されるためであろうと推測された。

２．小学５年生における反抗性、素行不良の問題

８自治体において、反抗性が高い子どもは合計222名であり、児童全体（14288名）からみると1.6%を占めた。圧倒的に男児に多く、男児だけで見ると2.7％（7360名中198名）に上った。逆に女児では0.3％に過ぎなかった。

発達特性を持つ子どもでみると、13.5％（男児の16.1％、女児の5.8％）と高い割合の子どもが反抗性が高いと判断されていた。

発達特性別にみると、ADHDの21.2%、PDDの14.9%、BIFの9.7%に、反抗的な子どもが認められた。ADHDにおける反抗挑戦性の併存は、かねてから指摘されている通りであるが、それに加えて、かつて筆者が指摘した（Harada 2002）ように、PDDや知的なハンディキャップも反抗の元にある知的･発達障害として看過できない存在であることが、今回改めて示された。これは、これらを有する子どもの養育の困難さを示していると考えられた。

一方でこうした反抗的な子どものうち、学校が医療機関を受診していると把握している子どもは、反抗的な子どもの半数に満たなかった。しかも、この数字は元にある発達障害に対する受診なのか、反抗性に対する受診なのか、今回の調査からは判別できない。そもそも、反抗性は医療の対象になるとはみなされていないのではないかと推測された。もちろん、反抗に対して医療が何もしなくていいというわけではない。一人の子どもが発達障害をベースに反抗的になっているわけで、両者は不可分のものだからである。

素行不良と認識されている子どもは少なく、発達障害全体で30名（特性を持つ児童の約２％）であった。その大半は男児であり、女児にはほとんど認められなかった。

３．これまでの報告との比較

これまでの欧米のcommunity sampleを対象とした疫学研究(Feehan et al 1994, Loeber et al

1998, Costello and Angold 1998)では、大まかにはODDは男児２－５％女児２％、CDは男児６％女児１％程度と言われている。11歳に限ると、ODDは、男児は４％前後、女児は２％。CDは男児平均４％、女児は１％となる。

一方、ADHDにODD、CDが併存する割合は、ADHDの30％－45%がODDを併存し（Faraone et al 1991, Spitzer et al 1990)、16歳でCDを呈する割合は35％との報告がある(Mannuzza et al 1991)。発達障害の診断において、欧米はADHDを広くとり、日本はPDDを広くとると言われており、これらの報告の数字にはADHDだけでなくPDDもある程度の割合で含まれていると考えられる。このため、今回の反抗や素行の結果は、PDDとADHDを合わせて、欧米のデータと比較する必要があろう。

今回の調査において、PDDとADHD特性を有する子どもにおける反抗的な子どもの合計は、約17％（1124名中190人）であった。したがって上記の報告のおおよそ半分となる。一方、素行の問題を持つとみなされている子どもは約２％であり、欧米の報告からすると低値であった。今回のデータは小学５年生に限定しており、これをもって全体を推測するのは困難であるが、親や教師など、身近な大人に反抗する心性は日本と欧米で共通するものの、その割合は半分程度であり、社会規範に反する行動を取る可能性は、日本ではさらに少ないと解釈された。

E．提言

１．発達障害特性､特に広汎性発達障害特性や注意欠陥多動性障害特性を有する子どもにおいて、反抗性が併存する割合は看過できない。将来にわたって社会全体に及ぼす影響を鑑れば、欧米に比べれば低い水準だからと静観するのではなく、低い水準にある今のうちに、社会全体で取り組むべきである。

２．この問題には、教育機関を中心に、児童精神科を中心とした医療機関、発達障害者支援センター、児童相談所を主とした福祉機関が、相互に連携し解決する方策を模索すべきである。

F．研究発表

１．論文発表

Sasayama D, Kurahashi K, Oda K, Yasaki T, Yamada Y, Sugiyama N, Inaba Y, Harada Y, Washizuka S, Honda H. Negative Correlation between Serum Cytokine Levels and Cognitive Abilities in Children with Autism Spectrum Disorder. J Intell. 5 (2):19, 2017.

２．学会発表

・原田謙、蓑和路子、山田慎二、吉崎洋介:「反抗挑発症における入院治療の試み」 信州精神神経学会　第36回総会、2017年11月

・阿部佳正、松崎いつか、原田　謙：「社会的養護が必要な被虐待児と入院治療」 全国児童青年精神科医療施設協議会　第48回研修会、2018年２月

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29年度厚生労働科学研究費補助金（障害者総合研究事業）
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

成人期発達障害者の生活実態に関する調査
～全国の発達障害者支援センターの新規相談者の1202例の分析～

研究分担者　内山登紀夫[1)]
研究協力者　志賀利一[2)]川島慶子[3,4)]福留さとみ[3)]

1）大正大学心理社会学部　2）のぞみの園
3）福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室　4）大正大学カウンセリング研究所

研究要旨
【目的】本調査は、全国の発達障害者支援センターを対象に、はじめて相談に訪れる人たちの生活実態とそのニーズについて、把握することで、発達障害者支援の体制整備の基礎資料に資すものである。
【方法】平成29年10月～12月に、全国の発達障害者支援センター91カ所に郵送により調査票を送付し、回収した。調査票の記入者は、発達障害者支援センターの相談担当者ならびに責任者である。調査内容は、平成29年度第２四半期（平成29年７月～９月）において、発達障害者支援センターにはじめて相談に訪れた18歳以上の者すべてについて、生活実態に関係する下記の15項目（多肢選択式）に回答を求めるものである。①性別　②年齢　③障害者手帳　④診断名　⑤診断時期（発達障害診断のみ）⑥精神科への通院状況　⑦相談の主訴　⑧紹介者　⑨最終学歴（修了した学歴）⑩現在の通い先　⑪通勤・通所等の状況　⑫現在の通い先の継続期間　⑬同居家族　⑭家族との同居期間　⑮経済状況
【結果】
①成人支援センターの利用者の多くが高等教育を受けている知的には正常の人たちであり、女性の利用者の比率が高い。②診断を受けていない人が発達障害者支援センターの支援を求めることが多く、そのことの是非も含めて議論と検討が必要である。③発達障害者支援センターでは精神科医療との連携は不十分である。④障害者の就労支援施策の近年の充実が影響しており、発達障害者支援センターは、その枠にはまらない人たちが相談に訪れている。⑤労働安全衛生・産業医に関係する領域の相談が多いと推測される。⑥ 一方、特定の所属（通い先）のない、相談件数は相対的に増えてきている。生活保護等の緊急の福祉施策を必要とする割合は少ないが、年齢や家族構成を考えると、中長期的なリスクを抱える事例であり、詳細な事例のニーズの把握等、今後調査が必要である。

A．研究概要と目的

発達障害者支援法が施行されてから、医療、福祉、労働の分野で、成人期発達障害者の相談件

数が増え続けている。例えば、全国の発達障害者支援センターにおける支援実績では、平成18年度において18歳以上の就労支援件数が936件（全国53センター）であったのに対し、直近の平成28年度では19歳以上の相談・就労支援件数が9,848件（全国67センター）に増えている[1]。また、全国の地域障害者職業センター（52カ所）における、１センターあたりの発達障害者の利用件数は、平成18年度が25人であったのに対し、平成27年度では146人に伸びている[2]。

また、成人期発達障害者の生活実態は、非常に多様である。いくつかの地方自治体で、発達障害者支援の体制整備の基礎資料に資することを目的に、実態調査が行われている。例えば、大阪府は、平成21年度に15歳以上の発達障害者の相談を受けていると想定される府内の約1,000カ所の福祉・医療・労働機関にアンケート調査を行っており、発達障害が疑われる相談者が2,230人いると報告している[3]。その内訳として、一般就労している者が全体の９％に過ぎず、福祉施設等の通所している者が39%、無職・在宅の者が20%であった。また、療育手帳取得者が55%、精神障害者保健福祉手帳が17%と、知的障害を併存する自閉症の割合が多い結果になっている。愛知県は、平成23年度に、当事者・保護者会等の協力関係団体の会員に郵送による調査を行い、167人の回答を得ている[4]。なお、回答者のうち23%は本人記入で、他は家族が記入している。この調査においても、療育手帳取得者が66％、特別支援学校高等部が最終学歴の者が41％という結果であり、知的障害を併存する割合が多い。しかし、大阪府と違い、回答者の41％は一般就労している。青森県では、平成27年度に相談支援事業所、障害者就業・生活支援センター、自閉症協会会員に郵送によるアンケート調査を実施している[5]。この調査も療育手帳取得割合が75％～83％と高い割合を示している。

一方、近藤は、平成21年に就労支援の実績のある６カ所の発達障害者支援センターを対象に成人期発達障害者407人の生活実態について分析している[6]。この調査の結果は、療育手帳取得者は全体の20％、精神障害者保健福祉手帳31％、身体障害者手帳１％、複数の手帳取得１％であった。最も多いのは、障害者手帳未取得であり、47％とほぼ半数を占めていた。また、企業等に就労している人、障害福祉施設やデイケア等を利用している人、日中の通い先が定まっていない在宅状態に人がほぼ均等の割合で存在していた。障害者手帳の取得者の割合や障害福祉サービス利用率から、先の自治体で実施された調査と異なる生活実態が明らかになっている。

近年､成人期発達障害者が何らかの支援を求め相談に訪れる事例が増えているのは間違いない。一方で、その生活実態については、調査者、調査方法、調査対象により異なった結果になっており、成人期発達障害者は、非常に多様なグループであることが推測される。また、成人期以降、初めて心理・社会的問題に直面し、医療機関で診断を受ける者が多く、特に最近は、中高年になりはじめて診断を受ける人も増え始めている。成人期発達障害者の生活実態を包括的に把握することが益々難しくなっている。

本調査は、全国の発達障害者支援センターを対象に、はじめて相談に訪れる人たちの生活実態とそのニーズについて、大まかに把握することで、発達障害者支援の体制整備の基礎資料に資すものである。これまで発達障害の検討は男性中心になされてきたことから、女性の発達障害の特性についての検討することも目的とした。さらに発達障害者支援センターの相談者の中で境界知能、軽度知的障害の成人がどの程度いるかも可能な範囲で検討する。

B．研究方法

平成29年10月～12月に、全国の発達障害者支援センター91カ所に郵送により調査票を送付し、回収した。調査票の記入者は、発達障害者支援センターの相談担当者ならびに責任者である。調査内容は、平成29年度第２四半期（平成29年７月～９月）において、発達障害者支援センターにはじめて相談に訪れた18歳以上の者すべてについて、生活実態に関係する下記の15項目（多肢選択式）に回答を求めるものである（注１）。男女差を検討するために、すべての調査項目について男女差を統計的に検討した。調査項目の選定にあたっては発達障害者支援センターの現職の職員も含む研究班の班員、研究協力者間で協議し、センターの職員に過大な負担をかけず、新たに利用者にインタビューなどをしなくても回答可能な項目を選定した。

表１．調査項目

①性別　②年齢　③障害者手帳　④診断名　⑤診断時期（発達障害診断のみ）⑥精神科への通院状況 ⑦相談の主訴　⑧紹介者　⑨最終学歴（修了した学歴）⑩現在の通い先　⑪通勤・通所等の状況 ⑫現在の通い先の継続期間　⑬同居家族　⑭家族との同居期間　⑮経済状況

C．研究結果

調査票の回答数は74センター、回収率81.3％である。ただし、平成29年度第２四半期において、18歳以上の新規相談者が存在しない３センター以外の71センター、1,206人分のデータが集まった。そして、回答内容から生活実態の把握が困難であると判断した４人を除く、1,202人分を有効回答として分析を行った。

１）性別（図１）と女性の発達障害の特徴

男性が724人（60.2％）、女性が478人（39.8％）である。本調査の目的の一つに女性の発達障害の特性を検討することがあった。すべての項目についてクロス集計等を行い性差を検討した。その結果明確な性差が存在する項目は次の二つを除いてみられなかった。男女で、項目別で10％以上の差が出たクロス集計項目は以下の２項目であった。

①直近３ヶ月間の通院状況この項目については「毎月通院」と回答した件数が、男性30.3％、女性42.3％あるが、ただし、この通院状況の項目に全体の90.7％が無回答のため有効なデータとは言えない。

②相談の紹介者（複数回答）については「本人」と回答した件数が、男性31.1％、女性47.3％と女性が多く、一方「父母」と回答した件数が、男性25.8％、女性15.4％と男性が多くなっていた。ただし、どちらも紹介者の順位は、１位本人、２位関係機関、３位父母の順であり、「僅かに」違いである。

2）年齢（図２）

年齢不明（20歳代等の回答も不明とした）の８人を除く1,195人の平均年齢は31.0歳、標準偏差は10.6である（範囲18歳～78歳）。20歳代前半がもっとも多く、年齢が上がる毎に相談者数は減っている。ただし、65歳以上が４人（0.3％）、50歳以上が62人（5.2％）、40歳以上が258人（21.5％）と中高年になりはじめて相談に訪れる者が一定の割合存在することがわかる。

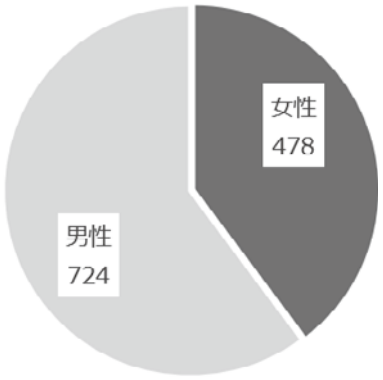


図１．相談者の性別

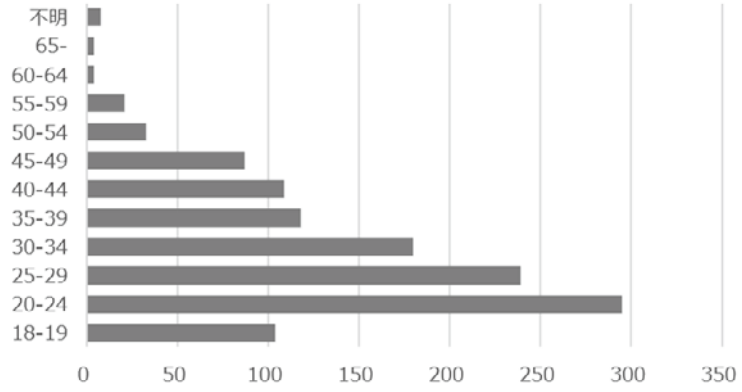


図２．相談者の年齢

ちなみに、65歳以上の者は４人（72歳～78歳）。全員、障害者手帳を取得しておらず、精神科による診断も受けていないか不明である。また、全員が生活面での経済的な問題は無く、単身者１人、兄弟姉妹と同居１人、配偶者と同居１人、子どもと同居１人である。

3）障害者手帳：複数回答（図３）

障害者手帳を持たない者が919人（76.5％）と大多数を占めており、不明55人を除く229人（19.0％）が障害者手帳を取得している（２つの障害者手帳を持つ者が６人いる）。各手帳の取得者数は、精神障害者保健福祉手帳162人（13.5％）、療育手帳61人（5.1％）、身体障害者手帳12人（1.0％）である。

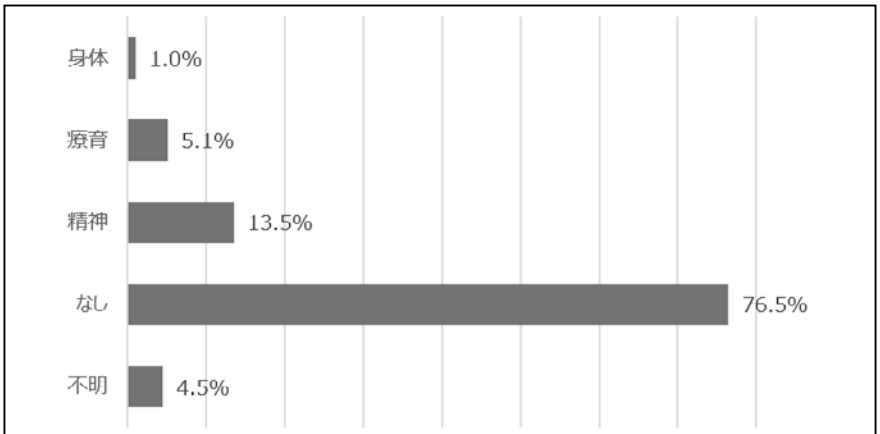


図３．相談者が取得している障害者手帳の状況

４）診断名：複数回答（図４）

未診断が435人（36.2%）、不明が39人（3.2%）であり、精神科等による診断を発達障害者支援センターが把握している者は新規相談者の６割である。発達障害に関係する診断としてはASDが443人（36.9%）、ADHDが221人（18.3%）、LDが５人（0.4%）であり、その他の精神科の診断がついている者は180人（15.0%）いる。なお、複数の診断を受けている者は119人（9.9%）おり、最も多いのはASD＋ADHDで61人（5.1％）、次いでASD＋その他精神科が40人（3.3％）、ADHD+その他精神科が15人（1.3%）の順である。発達障害の３つの診断（ASD、ADHD、LD）のどれかの診断を受けている者は、実数で604人（50.2%）である。

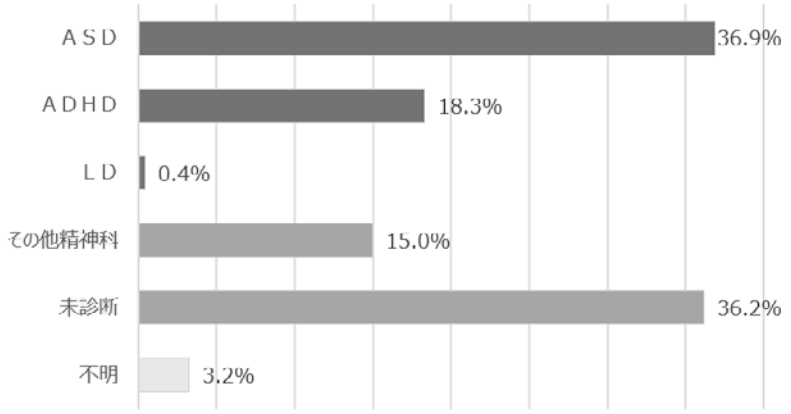


図４．相談者の診断状況（複数回答）

５）診断時期：発達障害診断のみ（図５）

発達障害の診断を受けていた604人が最初に診断を受けた時期は図５の通りである。

20歳代が221人（36.6％）と最も多く、次いで30歳代が102人（16.9％）、７～15歳未満が81人（13.4％）、15～19歳が66人（10.9％）の順である。50歳以上で初めて診断を受けた者も18人（3.0％）いる。また、就学前の７歳未満に診断を受けている者は27人（4.5％）だけであり、乳幼児期に診断から療育等のサービスを繋がった人は、非常に少数であろうと推測される。

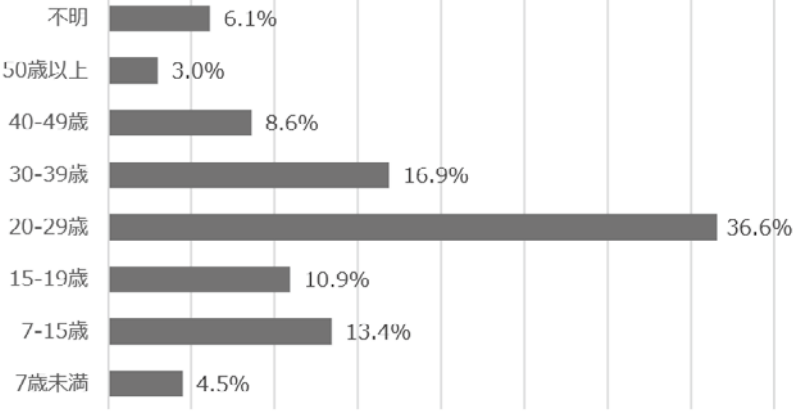


図５．ASD、ADHD、LDの診断を受けた年齢の分布

発達障害者支援センターの新規相談者については、20歳以降にはじめて診断を受けている者が393人、図４の通り未診断・不明474人、そして発達障害以外の精神科診断のみの診断を受けている者も124人おり、合計991人、全相談者の82.4％を占めることから、大人になってから精神科診断を受けている人が大多数であることが推測できる。

また、表１は、発達障害の診断を受けた者が（年齢データが不十分な４人除く600人）、いつ診断を受けたか集計したものである。現在の年齢と発達障害の診断時期が非常に近く、発達障害者支援センターに初めて相談に訪れる成人期発達障害者は、その前後に医療機関で診断を受ける人が多いことが推測できる。さらに、７歳未満に診断を受けた者の内、最高齢者は35歳（１人）であり、同様に７歳～15歳未満で診断を受けた者の内、最高齢者は同じく35歳（１人）である。義務教育終了以前に発達障害の診断を受けた人で、36歳以上の人はいない。ちなみに、義務教育以前に発達障害の診断を受けた35歳の２人は、どちらも療育手帳を持つ、特別支援学校が最終学歴で、現在障害福祉サービス等を利用し、関係機関の職員から紹介され発達障害者支援センターに訪れている。

表２．現在の年齢（横軸）と発達障害の診断時期（縦軸）のクロス集計

	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-	合計
7歳未満	10	12	2	2	1	0	0	0	0	0	0	27
7-15歳	21	44	11	3	1	0	0	0	0	0	0	80
15-19歳	29	28	5	2	0	2	0	0	0	0	0	66
20-29歳	0	78	99	27	11	3	2	0	0	0	0	220
30-39歳	0	0	0	41	41	15	4	1	0	0	0	102
40-49歳	0	0	0	0	0	27	20	5	0	0	0	52
50歳以上	0	0	0	0	0	0	0	13	4	1	0	18
不明	3	10	6	3	4	6	2	1	0	0	0	35
合計	63	172	123	78	58	53	28	20	4	1	0	600

６）過去３カ月の精神科への通院状況

この設問については、不明と無記入が合計1,091人（90.7％）あり、発達障害者支援センターでは新規相談後間もない時期で把握していないことがうかがわれる（新規相談者の約半数が未診断であることから、診断後の確認とされている場合が多いと推測）。把握している112人のうち、「毎月定期的に通院」が51人、「不定期だが継続通院」が16人、「状態変化や診断書が必要な時に通院」が15人、「決まった通院先無し」が30人である。

ちなみに、毎月定期的に通院している51人の内、診断名別の割合では、ASDが29人、ADHDが18人、その他精神科が15人であり、重複診断が13人（ASD+ADHD：６人、ASD+その他精神科：４人、ADHD＋その他精神科：３人）いる。

７）相談の主訴：複数回答（図６）

発達障害者支援センターにおける相談の主訴は、就労が640人（53.2％）と最も多く、半数以上を占める。次いで、家庭生活が310人（25.8％）、対人関係が204人（17.0％）、健康・医療が167

人（13.9％）、情報提供が153人（12.7％）の順である。なお、複数の主訴をあげているものが444人（36.9％）おり、重複数の最高は５つで、３人いる。

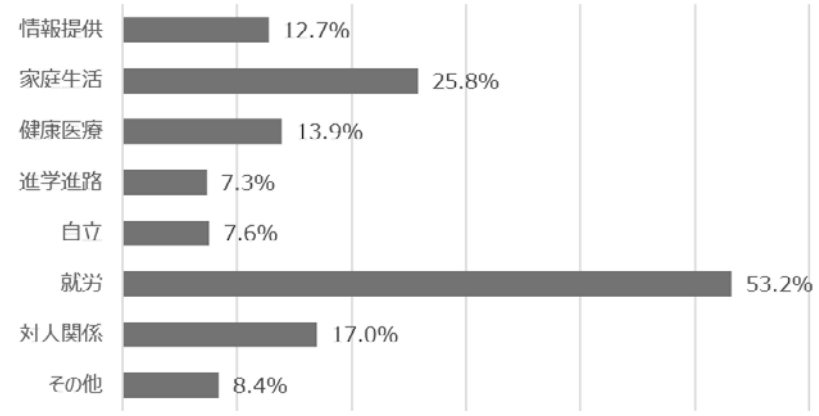


図６．相談の主訴

８）発達障害者支援センターへの紹介者：複数回答（図７）

発達障害者支援センターの紹介者は、本人自らが相談の申し込みが最も多く478人（39.7％）である。次いで、関係機関355人（29.5％）、父母275人（22.9％）の順である。

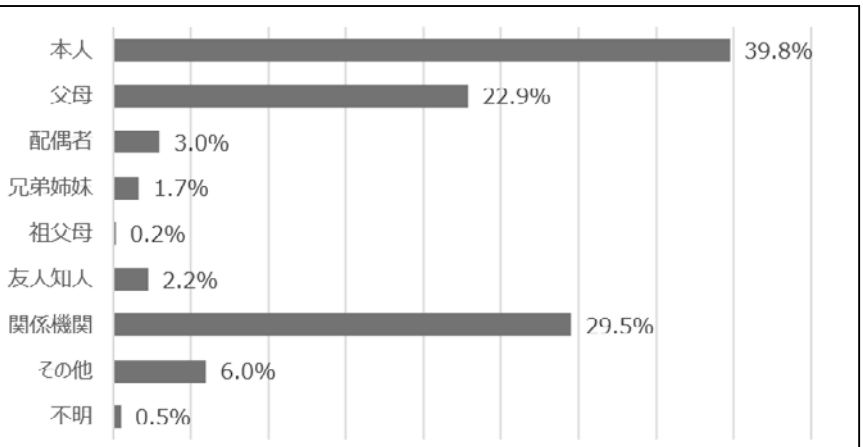


図７．発達障害者支援センターへの紹介者

この紹介者の上位３者について、障害者手帳の取得状況とクロス集計し、手帳毎に割合を示したものが、図８である。関係機関からの紹介の割合は、療育手帳43.3％、精神保健福祉手帳39.8%、身体障害者手帳33.3%の順で、手帳なしが24.9%と最も低い。また、本人からの紹介の割合は、身体障害者手帳41.7%、手帳なし40.2%、精神障害34.7%の順で、療育手帳14.9%と最も低い。本人からの紹介が低い療育手帳については、父母からの紹介が39.8%と明らかに高くなっている。障害特性や既に医療・労働・福祉の関係機関の利用状況が影響していると考えられる。

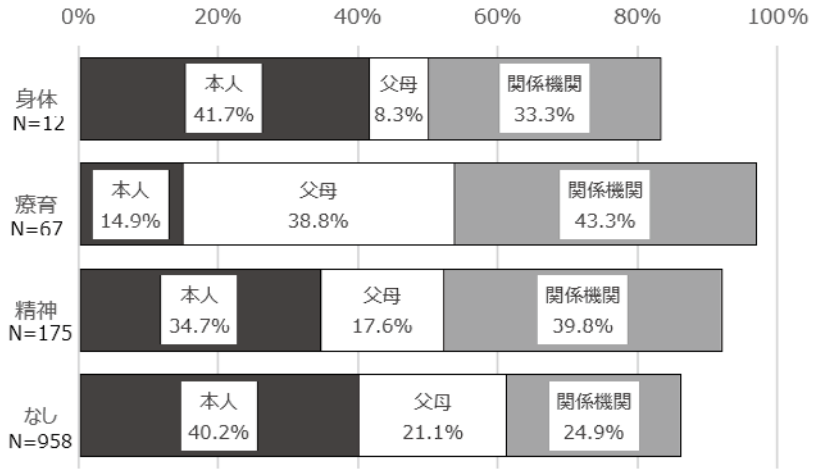


図８．障害者手帳毎別の紹介者ベスト３の割合の比較

９）最終学歴（図９）

最終学歴として最も多いのは、大学で407人（33.8%）である。次いで、高校323人（26.8%）、専門学校146人（12.1%）、その他不明146人（12.1%）の順である。なお、相談時点で学校に通学している者が128人おり、その大多数が高等教育機関に在学中である。

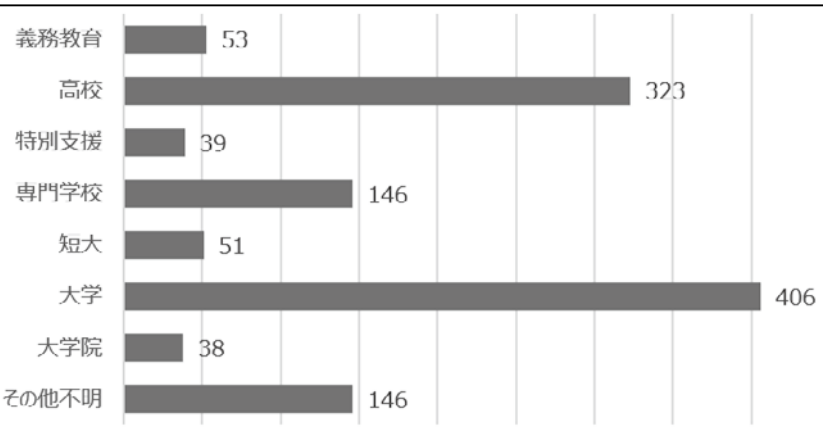


図９．最終学歴の状況

表３は、最終学歴別に診断名の割合を集計したものである（未診断・不明を除く）。特徴的な数字としては、特別支援学校を最終学歴とする37人のうち、ASDが34人（94.4%）と非常に高い割合であり、他の診断が少ない。一方、短大卒の39人のうち、16人（41.0%）がその他精神科の診断を受けている割合が比較的高く、12人（30.8%）がASDと他より低い傾向にある。

表３．最終学歴別に診断名の割合を集計

	ASD	ADHD	LD	その他精神科	合計
義務教育	59.5%	24.3%	2.7%	13.5%	100%
高校	54.8%	24.9%	1.4%	19.0%	100%
特別支援	94.4%	0.0%	0.0%	5.6%	100%
専門学校	46.4%	28.6%	0.9%	24.1%	100%
短大	30.8%	28.2%	0.0%	41.0%	100%
大学	49.3%	29.0%	0.0%	21.7%	100%
大学院	52.0%	24.0%	0.0%	24.0%	100%
その他不明	52.3%	26.1%	0.0%	21.6%	100%
合計	52.2%	25.9%	0.6%	21.2%	100%

10）通勤・通所等（図10）

日中の通勤・通所等の状況として、一般雇用が472人（39.3%）と最も多く、次いで特になし412人（34.3%）、学校128人（10.6%）、福祉施設等92人（7.7%）の順である。一般就労であっても、障害者雇用促進法上の障害者雇用枠で働いている者は30人（2.5%）と少数であり、さらに職業訓練機関の利用も少ない。発達障害者支援センターに相談に訪れる前段に、障害者としての就労するコースを選択している人は非常に稀である。

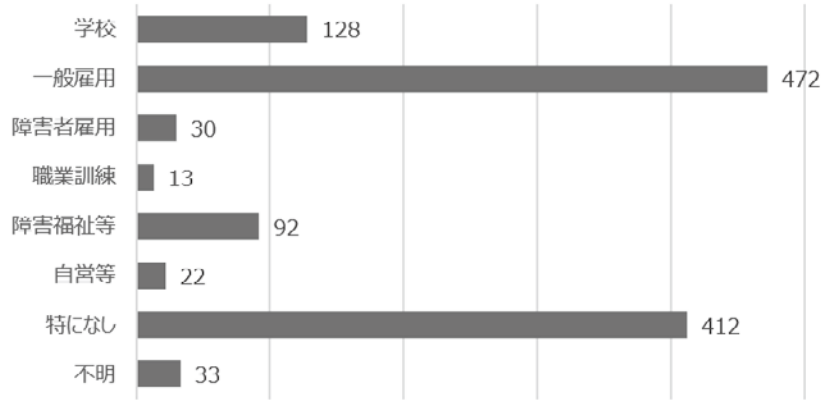


図10. 現在の通勤・通所等

11）通勤・通所等の週あたりの日数（表４）

図10のうち、学校、一般雇用、障害者雇用、職業訓練、障害福祉等について、週あたりの通勤・通所の状況についてまとめる。「ほとんど通えていない」と「概ね月に２～３回程度通う」と回答した数は、学校で26人、一般雇用で42人、障害者雇用で４人、職業訓練で１人、障害福祉等で10人いる。つまり、合計83人は、通勤・通所先に在籍してはいるものの、実質通勤・通所していない。図10の「特になし」に83人を加えると、少なくとも新規相談者のうち495人（41.2%）が定期的な就業等についていないことが推測される（ただし、専業主婦や定年退職後の生活等もこの数字に含まれる）。

表４．通勤・通所等の週あたりの日数（通い先毎に集計）

	学校	一般雇用	障害者雇用	職業訓練	障害福祉等
週５	50.8%	72.7%	80.0%	69.2%	48.9%
週半分以上	10.9%	9.5%	3.3%	0.0%	18.5%
週半分以下	9.4%	1.9%	0.0%	0.0%	14.1%
月数回	1.6%	1.1%	3.3%	7.7%	3.3%
通えていない	18.8%	7.8%	10.0%	0.0%	7.6%
不明	8.6%	7.0%	3.3%	23.1%	7.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

12）現在の通い先の継続期間（表５）

現在の通勤・通所等にどの程度の期間通っているか、通い先毎に集計したものが表５である。概ね、現在の通勤･通所先に通いはじめたのは、多い順に「１年未満から」、「１年～３年前から」、「３年～10年前から」となっている。通い先が特にない人のうち、１年以上その状況が続いているのは151人にのぼる。

表５．現在の通い先の継続期間（通い先毎に集計）

	学校	一般雇用	障害者雇用	職業訓練	障害福祉等	自営等	特になし	合計
10年以上	3	79	1	2	4	5	35	129
３年以上	42	103	8	0	11	8	61	233
１年以上	56	120	7	4	22	2	55	266
１年未満	23	125	11	7	48	2	107	323
不明	2	42	2	0	6	3	40	95
無記入	0	1	1	0	0	0	4	6
合計	126	470	30	13	91	20	302	1,052

13）同居家族：複数回答（図11）

単身生活者が197人（16.4%）であり、多くは家族と同居している。同居者の続柄について多い順に、母親661人（55.0%）、父親559人（46.5%）、兄弟姉妹335人（27.9%）、配偶者216人（18.0%）、子ども173人（14.4%）である。今回の調査では、単身生活より配偶者と同居している者が若干多い結果になった。

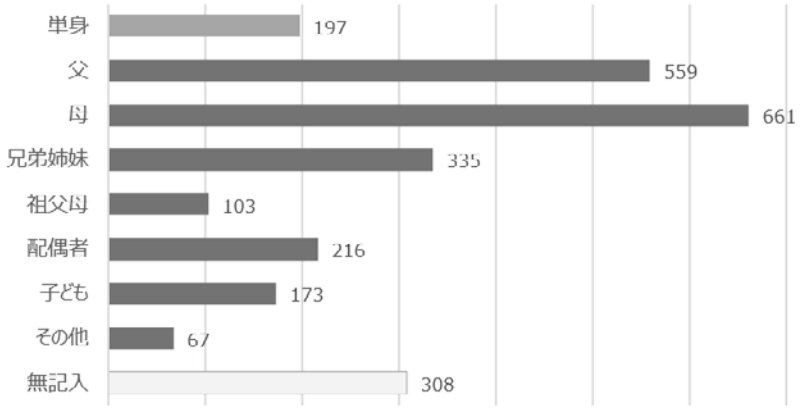


図11. 同居家族

14）家族との同居期間（表６）

家族と「いつから同居しているか」を集計したものが表６である。当然のことながら、父、母、兄弟姉妹、祖父母については10年以上が非常に多い。単身生活、配偶者、子どもと同居している者については、比較的最近の者から、10年以上の者まで非常に多様である。

表６．家族との同居期間（同居家族毎に集計・含む単身期間）

	単身	父	母	兄弟姉妹	祖父母	配偶者	子ども	その他
10年以上	36	423	472	247	64	76	68	5
３年以上	49	43	55	25	14	77	63	6
１年以上	47	20	25	17	4	17	12	15
１年未満	25	30	42	21	1	6	6	8
不明	40	42	65	24	19	40	24	32
合計	197	558	659	334	102	216	173	66

15）経済的な困窮（図12）

居住の場の確保が困難であったり、衣食住に必要な所持金の持ち合わせがない、いわゆる経済的に早急に解決が必要な事例は（あるいは返済困難な借金）16人（1.3%）、経済的に困窮状態にあり１ヶ月程度の間に検討必要18人（1.5%）経済的に課題ありだが困窮状態ではないが349人（29.0%）である。一方、全体の過半数である697人（58.0%）は、現段階で経済的な問題を抱えていない。発達障害者支援センターは、生活の困窮状態があり早急に福祉的支援の構築が必要な人の相談は少ない。

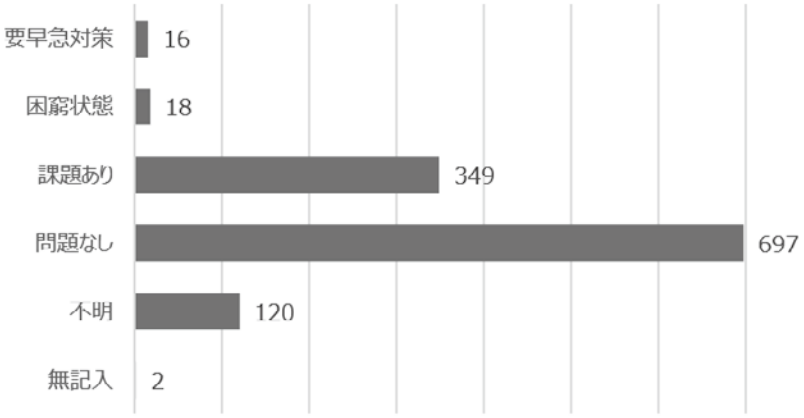


図12. 経済的な困窮

早急に対策が必要な16人のうち４人は療育手帳を取得しており、親と同居しているが困窮状態にある者が３人（経済的困窮世帯：２人は強度行動障害あり）、触法関係で勾留中の者が１人である。他の12人は障害者手帳を取得していない。この12人のうち６人は発達障害の診断を受けており（ASDが５人、ADHDが１人）、全員が就学前に診断を受けている。その他は、大人になって他の精神科の診断を受けている者が１人、未診断が５人である。発達障害者支援センターを紹介したのは、関係機関が６人、両親が２人、兄弟姉妹が２人、本人１人、友人･知人１人である。

D. 考察

考察の前提

今回の調査は、平成29年度第２四半期という限られた期間における、発達障害者支援センターの18歳以上の新規相談者（本人面接が行われた者を中心に）の生活実態を調査したものである。さらに、発達障害者支援センターは、各地方自治体の発達障害者支援体制の一環として事業展開している。地域の医療、労働、保健福祉の状況等により、発達障害者支援センターに求められる役割は異なってくる。当然、相談者のニーズや状態像は、それぞれの地域の発達障害者支援体制により左右される。

また、発達障害者支援センターの事業は、都道府県・政令指定都市単位のいわゆる広域の事業である。多くの発達障害者支援センターでは、専門的あるいは二次的な相談機能を担っており、厚生労働省もこのような専門的機能の強化を推進している。実際、本調査において、成人の直接事例が３カ月間ゼロの発達障害支援センターが３センターあった。一方で、３カ月間で50件を越える相談件数を抱えるセンターも複数存在する。今回の調査では、各地域の発達障害者支援センター機能の違いを分析するものではないが､センター毎に相談のあり方が異なることは､アンケートの回答から容易に想像がつく。

本調査の結果は、必ずしも成人期発達障害者の生活実態を表すものでは無いこと、さらに、全国のすべての地域の発達障害者支援センターの相談者の状況を表すものでも無いことに留意する必要がある。成人期発達障害者の生活実態の全体像を反映したものではない。

調査結果の解釈には上記のような限界が存在する。しかし、全国の大多数の発達障害者支援センターにおける、総数で1,200人を越えるデータは、成人期発達障害者を支援する体制整備に関して、何らかを示唆できるものと考える。なぜなら、生活実態を明らかにする同様の規模の量的調査は、私たちの国ではこれまで実施されていないからである。

性差

欧米の成人発達障害の疫学に関する代表的な報告では、ASDの有病率は男性が女性の約９倍（ASDは人口1000対18.2、女性は同2.0）[7]、ADHDについては男性が1.5倍である[8]。本調査で男性対女性が３対２であった。ASDと診断された人が多いことを考慮すれば、発達障害者支援の相談者が女性の比率が多いことが注目された。事例の状況を詳細に聞き取りすると、「育児不安」、「配偶者との関係の不安」、「子ども世帯との同居不安」など女性が多い可能性はあるが、今回は多数例を対象にした悉皆調査であり、詳細な支援ニーズの内容についての検討は今後の課題である。

年齢（図２）

本調査では40歳以上が258人（21.5％）と中高年になりはじめて相談に訪れる者が一定の割合存在することが注目された。中高年の発達障害についての検討は我が国では十分に検討されていない。中年期から老年期に目を向けると多数例を対象にした国内の研究は我々の知る限り皆無であり、一例あるいは数例の逸話的報告である。

障害者手帳、診断等について

障害者手帳を持たない者が919人（76.5％）と大多数をしめた。さらに未診断が435人（36.2％）である。発達障害者支援センターの利用者の多くが医学診断がなく、さらに公的なサービスを受けていない事実が浮き彫りになった。本調査の結果を裏付ける全国調査が複数みられる。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が行った「生活しづらさ調査」によるとH23年12月１日現在における「医師から発達障害と診断された」、と本人又は家族が答えた者の数（全年齢）は31.8万人であり、20歳以上の成人期は、わずかに168,100人である。もっとも、この数値は、知的障害を伴うASDの人が半数以上を占めている可能性があることや、老人の頻度が高いことなど信頼性に疑問は残る。その点を考慮すると、本稿で話題にするような知的障害のないASDやADHDの成人で医師から診断をうけている人は、31万人の半分以下であることが推測される[9]。次に患者調査の結果を見てみよう。H26年度調査によると発達障害を主訴として受診している総患者数（全年齢）は19.5万人（抽出調査のため推計値）で人口のわずかに0.15％に相当する[10]。精神障害者保健福祉手帳を交付されている人の統計もある。 H27年６月のICD-10の発達障害に相当するＦ８カテゴリー（広汎性発達障害）、Ｆ９カテゴリー（多くが多動性障害）を主診断とする精神障害福祉手帳交付者数は全年齢で2,458人（実数値）である。同時期の統合失調症（Ｆ２カテゴリー）の人の交付数は13,111人であり、統合失調症の19％に過ぎない。本手帳は２年ごとの更新なので単純に所持者数が24か月分になると推計すると広汎性発達障害の人は5.9万人（推計値）

であり人口の0.05%に相当する[11]。

障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）が批准され2016年４月に障害者差別解消法が施行され障害のある人に合理的配慮を行うことになった。では発達障害の人で合理的配慮を受けている発達障害の人はどの程度いるのだろう？そのデータは乏しいが、センター試験における配慮の統計が参考になる。センター試験のH29年度の全受験者数は575,967人である。そのうち、発達障害を理由に配慮が決定した事例はわずかに249人であり、0.043％に過ぎない[12]。

このようにみていくと、発達障害の診断で医療や福祉のサービスの対象になっている成人は、文科省調査の6.5％と比較すると無論のこと、児童期の有病率２％前後[13]、成人期の疫学調査が１％前後[7]などと比較して桁違いに少数である。むろん、このような行政統計の診断の信頼性については議論が必要だが、それを考慮しても、日本全体をマクロの視点でみたときには、過少診断されているかもしれない。

診断時期、精神科通院状況について

発達障害者支援センターの新規相談者については大人になってから精神科診断を受けている人が大多数であることが推測できる。診断時期が明らかな600例中７歳未満がわずか27例、19歳以下が173例と28.3%に過ぎなかった。未診断の603例は当然診断を発達期には受けていない。したがって1202例中発達期に診断がついたのは14％に過ぎない。

また「過去３カ月の精神科への通院状況」については、不明と無記入が合計1,091人（90.7％）あり、発達障害者支援センターでは新規相談後間もない時期で把握していないことがうかがわれる。発達障害は精神科合併症の頻度が高く［8, 14-16］、精神科通院状況についての把握は支援をする上で重要である。このことが発達障害者支援センターのスタッフに認識されていない可能性があり、支援者研修の際には発達障害の精神科合併症についても触れることが必要であろう。

相談の主訴：複数回答（図６）

発達障害者支援センターにおける相談の主訴は、就労についての相談が半数以上を占め、就労支援についてのニーズが高いことがわかった。就労支援の在り方については検討は後述する。

発達障害者支援センターへの紹介者と学歴等

障害者手帳を持たない者が919人（76.5％）と大多数を占めていたが、療育手帳保持者61人（5.1％）であった。この人たちは知能水準としては軽度知的障害、あるいは境界知能であることが推定される。この人たちの多くが特別支援学校を最終学歴とする。ASD傾向をもたない、「純粋」の軽度知的障害、境界知能の人がどの程度存在するかについては本調査から明らかにすることはできなかった。ただし、特別支援学校の卒業生の９割以上がASDであったことから、発達障害支援センターの利用者の多くはASDなどの発達障害特性を持つと考えられた。

最終学歴として最も多いのは、大学であり、相談時点で学校に通学している者の大多数が高等教育機関に在学中であった。

児童のASDについての最も信頼できる大規模データの一つである、CDC（Centers for Disease

Control and Prevention）が設置したADDM（The Autism and Developmental Disabilities Monitoring）Networkのデータによれば 3,390人の子どものうち31.6% が知的障害レベル（IQ70以下）であり、24.5%が境界域（IQ：71–85）, 43.9%が正常か正常以上の知的水準であった[17]。ASDの成人についてのIQ分布についての報告は我々の知る限りない。またADHD, LDはその定義上、多くが知能は正常域である。我が国の発達障害の中心は明らかな知的障害はなく高等教育を受けていることが想定される。

通勤・通所状況等（図10, 図11、表15）

日中の通勤･通所等の状況として､一般雇用が39.3%と最も多く､次いで｢特になし｣412人(34.3%)であった。発達障害者支援センターに相談に訪れる前段に、障害者としての就労するコースを選択している人は非常に稀であり、障害者就労を選択する人がなぜ少数であるのか検討する必要がある。少なくとも新規相談者のうち495人（41.2%）が定期的な就業等についていない、また通い先が特にない人のうち、１年以上その状況が続いているのは、いわゆる「ひきこもり」状態の人が多いことが推測された。

同居家族と同居期間（図11, 表６）

多くは親と同居している。配偶者と同居は18％であり、年齢層を考慮すると一般の人より独身者が多いことがうかがえる。ASDは独身者が多い[7]こと、ADHDでは離婚率が高いこと[18]が指摘されており、本調査でも同様の結果であった。家族との同居期間については父、母、兄弟姉妹、祖父母については10年以上が非常に多く、家族への支援ニーズの高さがうかがえた。

経済的な困窮（図12）

発達障害者支援センターは、生活の困窮状態があり早急に福祉的支援の構築が必要な人の相談は少ない。経済的な困難がある事例は発達障害者支援センターのサービスを受ける余裕がないのかもしれない。

発達障害者支援の体制整備を示唆する２つの視点

以下には、現在、さらには今後、益々重要性が増すと考えられる体制整備について、「労働政策と就労支援施策との連携」、「集団適応前提の社会参加が困難なグループ」といった視点からまとめる。

①　労働政策と就労支援施策との連携

労働安全衛生の視点から、発達障害者の問題が論じられることが増えている。例えば、平成29年度に、厚生労働省職業安定局雇用開発部長が「今後の障害者雇用促進制度の在り方に関する研究会」を開催しており、産業医等の役割を含む、労働安全衛生に関係する対策が必要であると議論されている［19, 20］。また、産業医からみた、職場における発達障害者への支援のあり方についてのレポートも登場している[20]。障害者雇用の領域から少し離れた所で、職場における発達

障害者への対応の在り方が議論される時代になった。

本調査と同様、平成21年に発達障害者支援センターを対象とした、近藤（2011）の調査結果のうち、日中の通勤・通所先の状況を図13に示す[6]。平成21年調査では、6カ所の発達障害者支援センターのみを対象としており、なおかつ前年度（平成20年度）に継続的に相談を行った者を集計している。また、設問内容も若干異なるため、正確な比較データにはならないが、発達障害者支援センターに相談に訪れる成人の状況について、大まかな傾向の違いは読み取れる。近藤の調査では、通勤・通所先について、不明以外を「在宅群」が117人（28.7％）、「集団生活群」が141人（34.6％）、「就労群」が129人（31.7％）と3類型に分け、それぞれほぼ同数の相談者が存在しているとまとめている。図10で示した、本調査の結果も同様に3つに類型化すると、「在宅群（特になし）」が412人（34.2％）、「集団生活群（学校、障害福祉等、職業訓練）」234人（19.5％）、就労群「（障害者雇用、一般雇用、自営等）」が524人（43.65％）である。両者を比較すると、集団生活群の割合が減り、在宅群と就労群が増えている。

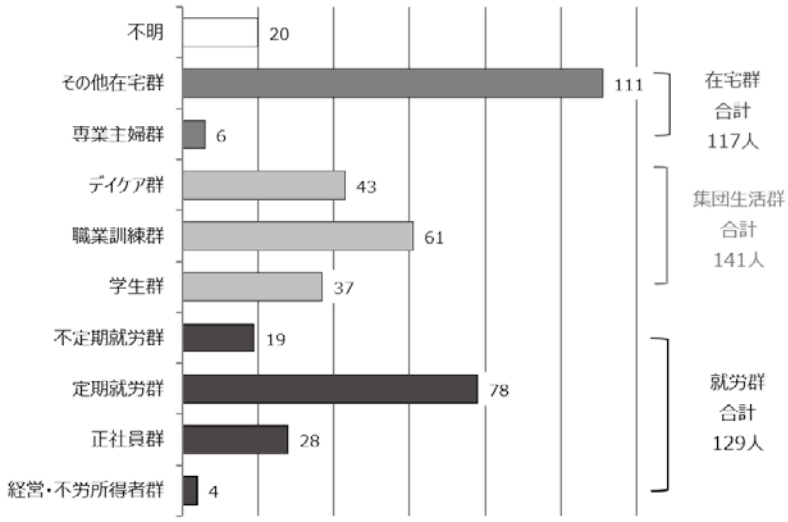


図13.　8年前の調査の通勤・通所状況（近藤（2011）より）

また、平成21年の調査項目には、一般雇用と障害者雇用に分けた設問が設けられていない。しかし、雇用群については、賃金収入の状況についての設問を設けている。結果は、経営者・不労所得生活以外、同年代と遜色のない賃金を得ている者は20％強であり、最低賃金に近い労働条件で、なおかつ障害者雇用枠で働いている者がかなりの割合を占めると推測できる。一方、本調査では、一般雇用の人数（472人）は、障害者雇用（30人）の15倍を超えている。この間、障害者枠で企業等に働いている者が、発達障害者支援センターに相談に訪れる機会が減っている可能性がある。

つまり、発達障害者支援センターに相談に訪れる対象者として、学校や職業訓練・障害福祉サービス・精神科デイケア等に通っている者（集団生活群）、障害者枠で企業等に働いている者（障害者雇用群）の割合が減少し、一般雇用の者（一般雇用群）、集団生活を前提とした社会参加の機会がない者（在宅群）が増えていると考えられる。図14は、この変化のイメージ図である。

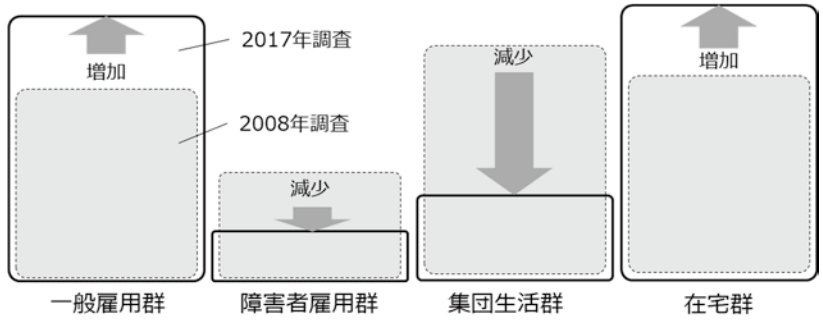


図14. 発達障害者支援センターに訪れる相談者の変化のイメージ

このような変化の背景には、障害者雇用や就労支援に関係する施策が急激に広がり、成人期発達障害者が利用できるサービスが全国に誕生したことと関係があると考えられる。例えば、障害福祉分野では、平成18年10月から障害者自立支援法が施行され、「福祉から雇用へ」を合言葉に、就労移行支援事業所が全国に誕生してきた。就労移行支援事業の利用者数は、平成20年１月にはじめて１万人に到達し、平成23年１月には２万人、そして平成27年５月には３万人を超えており、最近は概ね3.2～3.3万人が、企業等への就労を目指し通所している。特に、都市部では、知的障害のない発達障害者を主な対象とした訓練プログラムを開発し、就労移行支援事業を運営している組織が増えている。また、労働施策としても、障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターにおける発達障害者を対象とした職業準備訓練、そして若年コミュニケーション能力要支援者就職プログラムや精神障害者トータルサポート等が随時整備・拡大してきており、発達障害者支援センターを通過すること無く、職業リハビリテーションに繋がりやすくなっていると考えられる（注２）。

一方、増加しているのは、企業等の在職期間に何らかの心理・社会的問題が生じる相談者である。

本調査では、一般雇用群の新規相談者のうち高学歴（大卒・大学院卒）の者は205人おり、全相談者の17.0％を占める（平均年齢32.4歳、標準偏差8.4）。この205人の年齢分布は図15の通りである。職業生活の経験が短い20歳代が最も多いが、働き盛りの年代と言われている40歳以上の新規相談者が42人いる（最高齢59）。

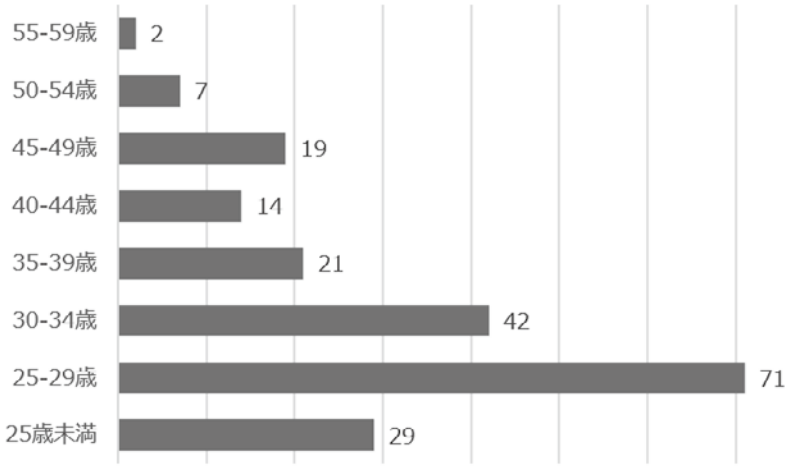


図15. 高学歴・一般雇用の相談者の年齢構成

また､高学歴で一般雇用の者205人のうち､配偶者と子どもと一緒に生活している者が40人いる。この40人は、自分だけではなく、家族の経済状況を支えるに重要な役割を担っていると考えられる。平成21年調査では、高学歴の就労者（障害者雇用や不安定雇用含む）のうち、配偶者ないし子どもと同居している相談者は皆無であった。就労している発達障害者であっても、発達障害者支援センターに相談に訪れる発達障害者の社会的状況は大きく変化していると推測できる。

西村（2015）は、発達障害者支援センターにおける様々な支援の方向性のひとつとして、一般企業で正社員として働く相談者の労務管理の重要性を指摘している[21]。相談に訪れる背景には、①高学歴であり表面上はコミュニケーションの問題が見えず幹部候補として企業等に採用される、②多様な部署への異動や場合にほっては関連会社の出向等がある、③配置された職場環境により職務遂行状況が周囲の許容範囲を超え不適応状況と判断される、④上司や産業医から専門の精神科医療の受診等が勧められることがあると指摘している。また、永田・廣（2014）は、障害が明らかになり、産業医が業務負担軽減策を職場に提案する場合、原則、一定の期間の実施を前提にすると指摘している[20]。しかし、発達障害者については、一時的な対策だけでは解決が難しいうえ、①業務負担軽減策としての障害特性に合った業務内容を確定することが困難、②適した業務内容が確定しても、職場で十分それを用意することが難しい（安定した業務量が存在しない、給与や職制との不釣り合い)、③適した業務が職場で準備できても、本人がその負担軽減策に同意しない（職務遂行状況の理解の違い)、④本人が同意しても、職場の上司や同僚の合意や支援の取り付けが困難（既に双方の関係修復が困難で感情的に受け入れできない）といった現実的な問題に対処する必要がある。

成人期発達障害者の支援体制を考える上で、企業等の在職期間中に何らかの心理・社会的な問題が表面化する人への対策が必要になってきている。また、西村は、医療、福祉、教育分野で働く者からの相談事例の増加を指摘しており[21]、このような対策は、業種や組織の大小に関係なく対策が求められるものと考えられる。そして、このような対策は、障害者手帳の取得を前提とした、現在の障害者雇用や就労支援サービスとは大きく異なる。多様な人材の能力開発を前提と

した雇用管理のあり方、労働安全衛生の仕組によるリスク回避など、これまで発達障害者支援の分野ではほとんど議論されていないテーマである。

このようなテーマは、地域の発達障害者支援の体制整備として議論するには、あまりにも複雑で規模の大きな論点であるかも知れない。しかし、実際に、この問題を抱える事例は増えている。そして、発達障害の特性が背景にあり、何らかの心理・社会的問題が表面化している相談事例とその対応を担っている機関として、情報が最も集約されているのは発達障害者支援センターである。実践事例を通して、課題を集約・整理し、今後の障害者雇用促進制度の改正（職業上の障害の定義と運用の改正を含め）等を想定した情報発信が求められる。

② 集団適応前提の社会参加が困難なグループ

図14で、発達障害者支援センターの相談件数が増えているもうひとつのグループが「在宅群」である。この中には、家事労働や子育てを中心とした、いわゆる専業主婦も含まれるが（本調査で通勤・通所等の場所なしで、配偶者と生活している女性は69人いる）、多くは就学・就労・職業訓練のいずれも行っていない、いわゆるニートと同様な状況にある。それも、若年だけではなく、中高年も存在することから、社会的課題はより広範囲である。

図16は、通勤・通所等の所属先が１年以上無い者のうち、単身生活者（15人）と両親のみと生活している者（43人）の年齢構成を表したものである。ちなみに、両親のみと生活している者のうち、父母と同居が29人、母親と同居が14人である（父親のみとの同居者はいない）。両親のみと同居している者のうち、40歳未満の若年者が多数を占めるが、40歳以上も12人（27.9%）おり、さらに、通勤・通所等の所属先が無い単身生活者のうち、40歳以上が10人（66.7%）いる。

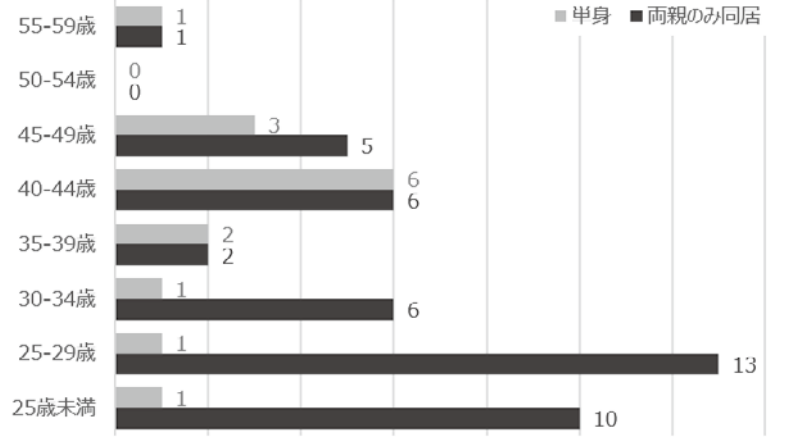


図16. 通勤等していない、単身生活と両親のみ同居者の年齢構成

在宅群には、給与所得がない。図12の結果から、発達障害者支援センターの相談者には、生活困窮等、早急な経済的支援を必要とする人が非常に少ないことが明らかである。生活保護等で生活している、通勤･通所等の所属先が10年以上無い者が12人（単身生活４人、両親のみ同居８人）であった。比較的少数であっても、このような在宅群の支援については十分な検討がされておら

ず、重要な課題である。

E. まとめ

1）成人支援センターの利用者の多くが高等教育を受けている知的には正常の人たちであり、女性の利用者の比率が高い。

2）診断を受けていない人が発達障害者支援センターの支援を求めることが多く、そのことの是非も含めて議輪と検討が必要である。

3）発達障害者支援センターでは精神科医療との連携は不十分である。

4）8年前（近藤班）調査と比較して､障害者雇用や職業リハビリテーションを求めた相談が減っている。ハローワークを中心とした障害者の就労支援施策の近年の充実が影響しており、発達障害者支援センターは、その枠にはまらない人たちが相談に訪れている。

5）障害者雇用ではない一般雇用、それも休職中の者と想定される相談者が10%に満たないことを考えると、労働安全衛生・産業医に関係する領域の相談が多いと推測される。保健福祉分野で個別相談を行う同センターの専門性とのミスマッチが心配される。

6）一方、特定の所属（通い先）のない、相談件数は相対的に増えてきている。生活保護等の緊急の福祉施策を必要とする割合は少ないが、年齢や家族構成を考えると、中長期的なリスクを抱える事例であり、詳細な事例のニーズの把握等、今後調査が必要である。

【文献】

1．発達障害者情報支援センター. 発達障害者情報支援センター：発達障害者支援センターにおける相談実績. 2018 [cited 2018 02/01]; Available from: http://www.rehab.go.jp/ddis/相談窓口の情報/発達障害者支援センターにおける支援実績/.

2．遠藤雅仁，et al.，発達障害者に係る地域の就労支援ネットワークの現状把握に関する調査研究：発達障害者支援法施行後10年を迎えて，調査研究報告書，障害者職業総合センター. 2017.

3．大阪府，大阪府：大阪府成人期発達障がい者実態調査報告書. 2010.

4．愛知県，愛知県：成人期の発達障害者の生活・支援状況調査の概要. 2013.

5．青森県，青森県：青年・成人期（15歳以上）の発達障害児者の基礎情報に関する調査. 2016.

6．近藤直司，青年期・成人期の発達障害へのネットワーク支援に関するガイドライン，厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業報告書 2011.

7．Brugha, T.S., et al., Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Arch Gen Psychiatry, 2011. 68(5): p. 459-65.

8．Fayyad, J., et al., The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Atten Defic Hyperact Disord, 2017. 9(1): p. 47-65.

9．厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部. 平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）. 2013 [cited 2017 1224]; Available from: http://www.mhlw.

go.jp/toukei/list/seikatsu_chousa_c.html.
10. 厚生労働省，平成26年患者調査. 2014.
11. 精神保健計画研究部，精.，精神保健福祉資料630調査表96. 2016.
12. 大学入試センター，志願者数・受験者数の推移. 2017.
13. 篠山，大. and 秀. 本田，【臨床現場から見た精神疾患の変貌】自閉スペクトラム症は増えているのか. 臨床精神医学，2016. 45(1): p. 29-34.
14. Lever, A.G. and H.M. Geurts, Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord, 2016. 46(6): p. 1916-30.
15. Yoshimasu, K., et al., Adults With Persistent ADHD: Gender and Psychiatric Comorbidities-A Population-Based Longitudinal Study. J Atten Disord, 2016.
16. 樋端佑樹，篠山大明，and 本田秀夫，【精神疾患の予防と早期治療アップデート】発達障害の併存症（Comorbidity）への早期介入. 精神医学，2016. 58(7): p. 623-631.
17. Christensen, D.L., et al., Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. 2016（1545-8636（Electronic））.
18. Bouchard, G. and J. Saint-Aubin, Attention deficits and divorce. Can J Psychiatry, 2014. 59(9): p. 480-6.
19. 厚生労働省，関係者ヒアリングにおいて関係者及び委員から出された意見等の整理（今後の障害者雇用促進制度の在り方に関する研究会. 2017.
20. 永田昌子 and 廣尚典，発達障害の労働者への配慮―産業医の役割 精神科治療学，2014. 29増刊号.
21. 西村浩二，【発達障害者の就労支援の現状】発達障害支援センターにおける就労相談の現状. 職業リハビリテーション，2015. 29(1): p. 23-27.

G．研究発表

1．論文発表

2018年

内山登紀夫　発達障害の過剰診断と過少診断、それぞれのリスク　総合病院精神医学（印刷中）

内山登紀夫、川島慶子、福留さとみ、志賀利一　大人の発達障害の課題と支援　LD研究」第27巻１号（印刷中、2018年２月25日刊行予定）

内山登紀夫「切れ目のない発達障害児者支援を目指して」発達障害児者支援と犯罪『発達障害研究』40巻１号（2018年２月末発行予定）

Mahdi, S., Albertowski, K., Almodayfer, O., Arsenopoulou, V., Carucci, S., Dias, J. C., . . . Bölte, S.（2018）. An International Clinical Study of Ability and Disability in Autism Spectrum Disorder Using the WHO-ICF Framework. J Autism Dev Disord, 48（302）, pp 1–16.

2017年

内山登紀夫.（2017）．ライフステージに応じた発達障害の診断、治療、支援 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雑誌，26(1)，42-47.

2016年

内山登紀夫.（2016）．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.

内山登紀夫.（2016）．併存症，神経発達症群－1（自閉スペクトラム症）ADHDの診断・治療指針に関する研究会，齊藤万比古編:注意欠如・多動症-ADHD-の診断・治療ガイドライン（第4版 ed.）：じほう

単行本

2017年

内山登紀夫（編），宇野洋太（編集協力），& 蜂矢百合子（編集協力）.（2017）．子ども・大人の発達障害診療ハンドブック：中山書店.

内山登紀夫（編）.（2017）．発達障害支援の実際：医学書院.

内山登紀夫, & 鈴木さとみ.（2017）. Part 3　発達障害データ集　11.診断･評価ツール　［診断ツール］ e.ASDI 子ども・大人の発達障害診療ハンドブック（pp. 269-270）：中山書店.

内山登紀夫，川島慶子，& 鈴木さとみ.（2017）．Part 1　総説編　C. 周辺の問題　10. 災害時の反応と対応 子ども・大人の発達障害診療ハンドブック：中山書店.

内山登紀夫，宇野洋太，& 鈴木さとみ.（2017）． 2 診断とその方法 ASDの診断ツール　A ASDとDISCO 発達障害支援の実際（pp. 54-49）：医学書院.

内山登紀夫，宇野洋太，& 蜂矢百合子.（2017）．Part 3　発達障害データ集　11.診断・評価ツール　［診断ツール］ b.DISCO 子ども･大人の発達障害診療ハンドブック（pp. 261-262）: 中山書店.

内山登紀夫，宇野洋太，& 佐々木康栄.（2017）． 3 その他の精神疾患の合併・鑑別 自閉症スペクトラム（ASD）とその他の発達障害の合併 発達障害支援の実際：医学書院.

内山登紀夫.（2017）．Part 1　総説編 B. 年代別に発達障害を診る 5.成人期. In 内山登紀夫（Ed.），子ども・大人の発達障害診療ハンドブック（pp. 84-89）：中山書店.

内山登紀夫.（2017）．Part 3　発達障害データ集　［スクリーニングツール］ b.質問紙（AQ, SRS，他）子ども・大人の発達障害診療ハンドブック（pp. 252-254）：中山書店.

内山登紀夫.（2017）．Part 1 総説編 A.総論 発達障害とはなにか. In 内山登紀夫，宇野洋太，& 蜂矢百合子（Eds.），子ども・大人の発達障害診療ハンドブック（pp. 2 - 5 ）：中山書店.

内山登紀夫.（2017）． 1 発達障害の疫学 総論 発達障害支援の実際（pp. 2 - 6 ）：医学書院.

内山登紀夫.（2017）． 6 発達障害の支援方法 支援方法総論. In 内山登紀夫（Ed.），発達障害支援の実際（pp. 122-123）：医学書院.

内山登紀夫.（2017）． 4 発達障害と問題行動 問題行動総論. In 内山登紀夫（Ed.），発達障害支援の実際（pp. 84-86）：医学書院.

内山登紀夫.（2017）．面接の進め方と注意すべき事項 発達障害の支援（pp. 43-49）：医学書院.

佐々木康栄，& 内山登紀夫.（2017）．Part 1　総説編　A.総論　3.支援の原則 子ども・大人の発

達障害診療ハンドブック（pp. 47－54）：中山書店.
宇野洋太，高梨淑子，& 内山登紀夫.（2017）． 3 その他の精神疾患の合併・鑑別 発達障害とその他の精神･身体疾患との合併. In 内山登紀夫（Ed.），発達障害支援の実際（pp. 76-83）:医学書院.
宇野洋太，高梨淑子，& 内山登紀夫.（2017）． 5 発達障害の支援の原則 TEACCHとSPELLの原則. In 内山登紀夫（Ed.），発達障害支援の実際（pp. 108-113）：医学書院.
宇野洋太，高梨淑子，& 内山登紀夫.（2017）． 2 診断とその方法 診断総論－主な症状と特徴 発達障害支援の実際（pp. 38-42）.
稲田尚子，黒田美保，& 内山登紀夫.（2017）． 2 診断とその方法 ASDの診断ツール CCARS-2 発達障害支援の実際（pp. 63-65）：医学書院.

２．学会発表
内山登紀夫，他.（2017）．福島県浜通り地区における、子どもたちの諸問題．シンポジウム こども・若者支援をとおして考える災害復興期. 第16回日本トラウマティック・ストレス学会 武蔵野大学有明キャンパス 東京..
内山登紀夫.（2017）．ライフステージに応じた発達障害の診断、治療、支援 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雑誌，26(1)，42-47.
内山登紀夫（2017）発達障害児者支援と犯罪　発達障害学会、内山登紀夫（2017）シンポジウム７：PARS-TRとWechsler内山登紀夫（2017）知能検査をASD児者の支援につなぐ「Wechsler検査とPARS-TRの情報を治療に活用する試み」日本児童青年精神医学会
内山登紀夫（2017）教育講演　大人の発達障害の支援と課題　ＬＤ学会
Uchiyama, T., Maeda, M., & W.Walker, D.（2016）. The Long-Term Impact of Man-made Disasters on Community Mental Health and Resilience: The Great East Japan Earthquake, Tsunami, Nuclear Disaster and Deepwater Horizon Oil Spill.: Panel presentation presented at the 32nd Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies at Sheraton Dallas Hotel, Dallas,Texas, USA.

Ｈ．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

Ｆ．研究発表
１．論文発表

２．学会発表

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

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に関する自治体調査

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　近年、民間運営を主として急増してきた児童発達支援、放課後等デイサービス事業所は、障害種別によらない一元的なサービスを提供するとされている一方、障害種別を踏まえたサービスを提供することが厚生労働省のガイドラインに示されている。しかしながら、早期支援の重要性に関するエビデンスが蓄積されている発達障害児に対して、発達障害の特性を配慮したサービスが実際に提供されているのかについては不明である。本調査は自治体のこれらの把握状況や取り組みの状況を明らかにすることを目的として、47都道府県および20指定都市を対象として行われた。都道府県および指定都市において、就学前児童の1-2％が児童発達支援事業所を、就学児のほぼ1％が放課後等デイサービス事業所を利用していると報告された。ただし、児童発達支援事業の利用率は自治体でばらつきが大きかった（0.49-4.51％）。利用者のうち、発達障害児の利用人数を把握している自治体は少数であった。事業所が特定の診断など利用者制限を設けているかどうかの把握は都道府県では把握しておらず、半数の指定都市は把握していた。自治体として関連機関等との情報共有・引き継ぎの指針を示しているのは、2都道府県、4指定都市と少数にとどまった。自治体が主催して両事業の職員向けに行う研修は、1/3の自治体で実施されるにとどまった。発達障害児に対する早期支援の必要性が認識されている今日、発達障害児の利用実態および発達障害特性を配慮したサービスの質を向上させるために今後、都道府県や指定都市は事業所に対する指針や研修など標準化に向けた対策を講じることが急務と考えられる。

A．研究目的

今日、発達障害の早期発見・早期支援は世界共通の課題である（http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/）。一方、早期支援の内容に踏み込む国の基準が不在のなかで、エビデンスに基づく早期支援は地域に定着していない（神尾ら、2016）。発達障害者支援法（平成17年施行）の第三条には「国及び地方公共団体は、発達障害の症状の発現後..（中略）..発達障害の早期発見のため必要な措置を講じるものとする」のように国及び地方公共団体の責務としてその対策を講じることが明記されており、平成28年8月1日に施行された「発達障害者支援法の一部を改正

する法律」（以下「改正法」）には、さらに市町村は早期発見と早期支援を講じなくてはならないこと、そして都道府県はそのための体制整備や技術指導、助言、専門性の向上に必要な措置を行うこと、などが明確に謳われた。

また、近年、児童発達支援、放課後等デイサービスを提供する事業所が急増しており、国保連データによると、平成29年４月実績で、児童発達支援の事業所は全国で4758、利用者数は74680、放課後等デイサービスの事業所は10613、利用者数は160487、となっている（厚生労働省第10回（平成29年９月22日）障害福祉サービス等報酬改定検討チーム資料３）。

児童発達支援、放課後等デイサービスは障害種別によらない一元的なサービスを提供することになっているが、いずれのガイドラインにおいても実際の支援にあたっては障害種別によって支援方法や配慮事項が異なる点を明記している（厚生労働省、2015；厚生労働省、2017）。しかしながら、児童発達支援、放課後等デイサービスの事業所が発達障害のある子どもたちに提供する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。

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。調査では全契約児の主たる障害が、「知的障害」が43.2%、「発達障害」が32.2%、「肢体不自由」が6.5%、「聴覚障害」が3.1%、「重症心身障害」が6.4%、「その他」が3.3%、「不明」が5.4%と報告されている。この調査では、「発達障害」は、「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」」と定義されており、知的障害を伴う発達障害は「知的障害」としてカウントされている。また「主たる障害」が「肢体不自由」、「聴覚障害」、「重症心身障害」、「その他」、「不明」にカウントされており、発達障害を重複合併しているケースは発達障害として統計に含まれていない。そして就学前に支援を要する子どもの多くは知的障害も合併するため、発達障害に特徴的な支援ニーズを有する児童全体の実態を把握することは困難である。

また、児童発達支援、放課後等デイサービス事業所のほとんどは民間運営であり、都道府県など自治体が、自治体内の事業所の支援の実態と課題についてどのように把握し、またそれらの整備にどのような措置をとっているかについては不明である。今後、地域の児童発達支援、放課後等デイサービスの質を高め、普及・定着を推進するためには、改正法に規定されているように自治体の役割は大きく、自治体間での取り組みの違いは、将来の早期支援サービスと発達障害児とその家族に与える効果にも影響するものと考えられる。そうした社会実装の観点から、現時点での自治体の取り組みについての情報を得ることは、自治体の児童発達支援、放課後等デイサービスに対する取り組みの進捗を知り、これらのサービスの効果を評価する際の基礎資料となる。

本研究は、都道府県および指定都市が、児童発達支援、放課後等デイサービスの実態把握に基づく推進措置をおこなっているかについて明らかにすることを目的として計画された。

B．研究方法

1．調査票の作成

調査項目は、児童発達支援と放課後等デイサービスのそれぞれについて後掲する調査票（参考資料１）に示すように、事業所数、１ヶ月間の利用者数とそのうち発達障害または発達障害のある可能性のある児童数、年１回以上の定期的な利用者数の把握の有無、利用者制限のある事業所数の把握の有無、関係機関との情報共有・引き継ぎの指針の有無、研修の有無、住民への情報提供の有無を尋ねるものとした。回答方法は選択式を主とした。

調査票は、全体の研究班班会議において協議を行い、コンセンサスを得て完成させた。

通常、「児童発達支援」は福祉型を指して用いられるが（厚生労働省、2012)、一部の自治体は医療型児童発達支援が実施されていることから、医療型児童発達支援を除いた福祉型児童発達支援についての調査であることを再度連絡し、そのうえで回答を確認してもらった（図１)。

2．調査対象

47都道府県および20指定都市の障害児支援担当部局を対象とした。一覧は参考資料２に示した。追加調査は、医療型児童発達支援のない自治体（14箇所)、すでに回答された児童発達支援センターと事業所の数が各自治体で公表している児童発達支援センターと事業所の一覧表に掲載されている数と一致していることが確認できた自治体（９箇所）を除く残りの自治体（29箇所）に対してのみ実施した。

3．調査方法

本調査の流れは図１に示した通りである。平成29年度11月に47都道府県および20指定都市の計67自治体に調査票を郵送した。平成30年１月～２月にかけてメールと電話で追加調査を実施した。

4．倫理的配慮

本調査は、国立精神･神経医療研究センターの倫理委員会で承認を得て実施した。回答結果は、回答地域が特定されないようプライバシーに十分し、全体をまとめた形で報告することとした。

5．分析

都道府県と指定都市の回答率に関して、Fisherの正確確率検定を行った。また、６地域（北海道･東北、関東、中部、近畿、中国･四国、九州・沖縄）に分けて、回答地域に偏りがあるかどうか、χ^2検定を行った。

児童発達支援および放課後等デイサービスの事業所数については、それぞれが対象とする年齢の児童人口、すなわち１～５歳の児童人口１万人あたりの児童発達支援の事業所数、６～18歳の児童人口１万人あたりの事業所数を「人口比」として算出した。同時に、該当年齢帯の児童人口のうち事業所を利用している割合を「利用率」として算出した。なお、用いた人口データは平成27年の国勢調査に基づいた（政府統計の総合窓口（e-Stat)」)。

児童発達支援および放課後等デイサービスに関する自治体の取り組み状況については、指定都市がある都道府県、指定都市がない都道府県、指定都市に分けて群別に集計し、群によって取り組み状況（利用者のうちの発達障害児（可能性も含む）の数の把握の有無、年１回以上の定期的な利用者数の把握の有無、利用者制限のある事業所の数の把握の有無、関係機関との情報共有・引き継ぎの指針の有無、研修の実施の有無、住民に対する情

報提供の有無）に偏りがあるかどうか、χ^2検定を行った。

C．結果と考察

回答率（表１）

67自治体中54自治体（都道府県38、指定都市16）から回答を得た（回答率は80.6%）。都道府県と指定都市とでは回答率に有意差（両側）は認められなかった（$p = 1.000$）。回答率に地域別（北海道・東北、関東、中部、近畿、中国・四国、九州・沖縄）の偏りも認められなかった（$\chi^2(5) = 3.794, p = 0.579$）。よって、都道府県と指定都市を偏りなく、また地域によって偏りなく回答を得られたと言える。

追加調査の回答は、尋ねた29自治体中26自治体から回答を得られ、うち13自治体が、最初の回答では医療型発達支援の数を含んで回答していたため、修正した数を新たに回答した（図１）。これより、福祉型の児童発達支援についての回答と確認できたのは51自治体であり、残りの３自治体は医療型児童発達支援が含む回答か否かは不明である。

自治体の児童発達支援事業所数と利用者数（表２、表３、表４）

表は指定都市がある都道府県（N=14）、指定都市のない都道府県（N=24）、指定都市（N=16）の３群に分けて、事業所数（センターを含む）、就学前の児童（１歳～５歳）の人口１万人あたりの事業所数（「人口比」）、利用者数と就学前の児童のうちの利用者数の割合（利用率）、そして利用者のうちの発達障害児数と割合を示す。自治体の呈示順は総人口の大きいものから並べた。

児童発達支援事業所数の人口比は、指定都市のある都道府県、指定都市のない都道府県、指定都市のそれぞれに対して平均12.50、12.36、11.99といずれも近似した人口比で設置されている状況がわかった。一方、利用率の平均は、それぞれ1.73、1.49、1.71％と近い数値であった。しかしながら、３群とも群内の自治体間の利用率のばらつきは大きく、１％に満たない自治体から22人に１人は利用している利用率の突出して高い自治体まで幅広かった。利用者のうち、発達障害児の人数を把握している自治体は６都道府県、２指定都市にとどまり、これらの発達障害児の事業所利用率（利用している発達障害児の人数/１-５歳児人口）を単純に比較することは困難であるが、その大部分が１％に満たない数値であった一方で、1.49%と報告された自治体もあった。この利用率が発達障害の有病率を考慮して妥当な数値かどうかは、定義や集計方法について不明なため判断できない。とりわけ、知的障害の明らかでない発達障害児へも早期支援の必要性が認識されている今日、知的障害を伴う、そして伴わない発達障害児の利用者数をそれぞれ分けて行政が把握することが急務と考えられる。

自治体の放課後等デイサービス事業所数と利用者数（表２、表３、表４）

６歳～18歳の児童を対象とした放課後等デイサービス事業について、対象児童人口１万人あたりの事業所数（人口比）の平均は、指定都市のある都道府県、指定都市のない都道府県、指定都市でそれぞれ8.02、7.17、8.56と近似する人口比で設置されていることがわかった。６歳～18歳の児童母集団における利用率の平均はそれぞれ1.23、1.07、1.33％にあり、児童発達支援事業所と比べるとばらつきは大きくなかった。児童発達支援事業所同様、発達障害児の利用者数を把握している自

治体は６都道府県、２指定都市にとどまり、これらの自治体における発達障害児の利用率（利用している発達障害児の人数/６-18歳児人口）は0.06-0.62％と１％に満たず、児童発達支援の発達障害児の利用率と比べると低い数値であった。

児童発達支援に関する自治体の取り組み状況（表５）

前述したように、利用者のうちの発達障害児（可能性も含む）の数を把握していた自治体は少数で、指定都市のある都道府県、指定都市のない都道府県、指定都市の３群で有意差はなかった。一方、年１回以上の定期的な利用者数の把握は大多数の自治体で行われていた。これは国保連データに、月ごとの児童発達支援の利用者数が集計されているためと思われる。しかしながら、児童発達支援の利用者数が一括して集計がなされているため、障害種等について把握することは困難である。

特定の診断や年齢などに関して利用者制限のある事業所数を把握している都道府県はなかった。一方、指定都市では半数が把握していた。これについては、市町村、都道府県のどのレベルで把握できているか明らかでなく、今後、できるだけ都道府県レベルでの実態把握がなされることが期待される。

自治体として児童発達支援センター・事業所と、母子保健、子育て支援、教育機関等との情報共有・引き継ぎの指針を示しているのは、２都道府県、４指定都市と全体としては少なく、指定都市に多い傾向があるが有意差はなかった。指針の現物は２都道府県、３指定都市から提供があった。例えば、１つの自治体では、作成は自治体の障害福祉部局が担当し、内容は、支援の引継等に関する課題と支援のシステム構築の意義、手引きの使い方・考え方、引継等を実施するにあたっての留意点、ライフステージの移行時における支援の引継（縦の連携）、地域内の関係機関間の情報共有・連携（横の連携）、先進事例、そして関係機関一覧などについて記載されていた。１自治体を除く３自治体において自治体のHP上で公開されていた（参考資料３）。

自治体が主催して実施する児童発達支援センター・事業所の職員向け研修については、３群とも１/３の自治体で実施されていた。研修の実施は、発達障害者支援センター事業、あるいは障害児等療育支援事業として行われているものよりも、その他の事業（自治体独自事業、地域生活支援事業、療育センターの事業など）で行われているものが多かった。呈示のあった研修概要からは、「発達障がい専門療育力向上事業」、「障害児通所支援事業所等従事者研修」、「発達障がい児者事業所職員研修」、「発達障害支援基礎研修」、「発達障害児等療育支援職員研修」などの名称で、発達支援等に関する講義・演習、児童発達支援のガイドラインに関する説明、情報交換会、事例検討会などが実施されていた。

住民に対する児童発達支援センター・事業所の一覧（サービス内容、連絡先など）の情報提供はすべての自治体がすでに行っていた。

放課後等デイサービスに関する自治体の取り組み状況（表６）

利用者のうち発達障害児（可能性も含む）数の把握、年１回以上の定期的な利用者の把握、利用者制限のある事業者数の把握、関係機関等との情報共有･引き継ぎの指針の公表、そして住民に対するサービスについての情報提供に関しては、児童発達支援事業所で得ら

れた結果と酷似していた。研修については、指定都市では４割を超えていた他、実施率についても児童発達支援の研修とほぼ同じで、住民に対するサービスについての情報提供もすべての自治体で行われていた。

以上より、放課後等デイサービスに関する自治体の取り組みは、児童発達支援に関する自治体の取り組みにみられた状況と基本的には変わらず、両サービスについての地域の課題は共通するものと考えられる。

D．結論

54自治体から得られた回答から以下のことが明らかになった。

1．児童発達支援事業所の設置状況は、都道府県および指定都市において、就学前児童の１-２％が利用していると報告された。ただし、利用率は自治体でばらつきが大きかった（0.49-4.51％）。放課後等デイサービス事業所については、都道府県および指定都市において、就学児のほぼ１％が利用していると報告された。

2．大多数の自治体で利用者総数は把握されている一方、発達障害児の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の利用人数を把握している自治体は少数で、これらの地域の児童集団のうちサービスを受けている発達障害児の利用率について知ることは困難であった。

3．自治体として関連機関等との情報共有・引き継ぎの指針を示しているのは、２都道府県、４指定都市と少数にとどまった。自治体が主催する両事業の職員向け研修は、１/３の自治体で実施されているにとどまった。

4．発達障害児に対する早期支援の必要性が認識されている今日、発達障害児の利用実態および発達障害特性を配慮したサービス提供の質を向上させるために今後、都道府県や指定都市は事業所に対する指針や研修など標準化に向けた対策を講じることが急務と考えられる。

E．引用文献

厚生労働省（2012）．児童福祉法の一部改正の概要について．http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisajuhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/setdumeikai_0113_04.pdf（2018年２月26日現在）

厚生労働省（2015）．放課後等デイサービスガイドライン http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000082829.pdf（2018年２月26日現在）

厚生労働省（2017）．児童発達支援ガイドライン http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000171670.pdf（2018年２月26日現在）

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

政府統計の総合窓口（e-Stat. 国勢調査 / 平成27年国勢調査 / 人口等基本集計（男女・年齢・配偶関係，世帯の構成，住居の状態など）全国結果　https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001080615&cycle=0&tclass1=000001089055&tclass2=000001089056&stat_infid=000031473212&survey=%E5%9B%BD%E5%8B%A2%E8%AA%BF%E6%9F%BB&result_page=1&second=1&second2=1（2018年２月26日現在）

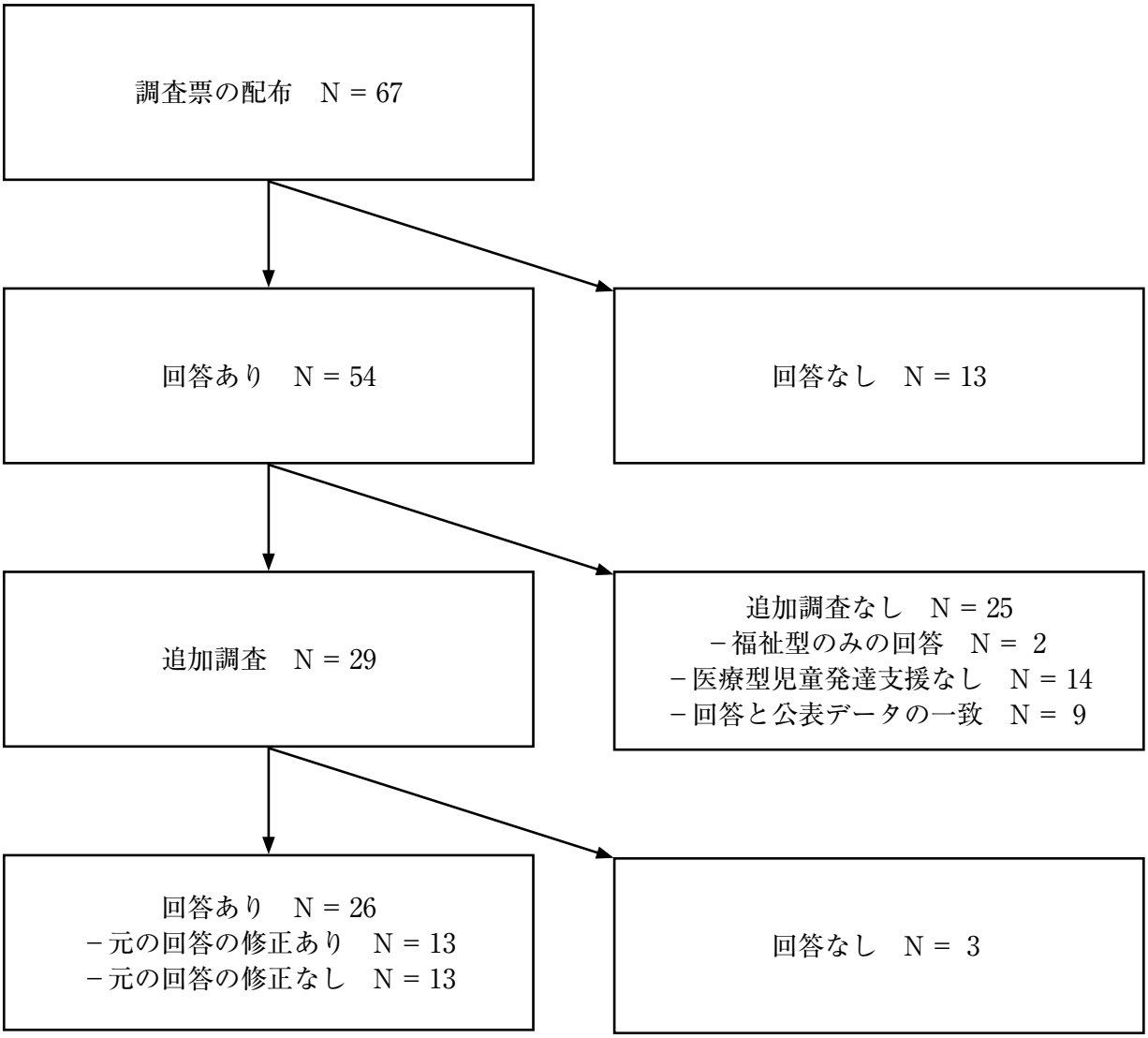

調査票の配布　N = 67
回答あり　N = 54
回答なし　N = 13
追加調査　N = 29
追加調査なし　N = 25
－福祉型のみの回答　N = 2
－医療型児童発達支援なし　N = 14
－回答と公表データの一致　N = 9
回答あり　N = 26
－元の回答の修正あり　N = 13
－元の回答の修正なし　N = 13
回答なし　N = 3

図１　調査の流れ

表１　各地域の回答数と割合

	北海道・東北	関東	中部	近畿	中国・四国	九州・沖縄	合計
都道府県 N (%)	6 / 7 (85.7)	5 / 7 (71.4)	9 / 9 (100)	5 / 7 (71.4)	8 / 9 (88.9)	5 / 8 (62.5)	38/47 (80.9)
指定都市 N (%)	2 / 2 (100)	5 / 5 (100)	2 / 4 (50.0)	2 / 4 (50.0)	2 / 2 (100)	3 / 3 (100)	16/20 (80.0)
合計 N (%)	8 / 9 (88.9)	10/12 (83.3)	11/13 (84.6)	7 /11 (63.6)	10/11 (90.9)	8 /11 (72.7)	54/67 (80.6)

回答した自治体の数/地域の自治体の数

表２　指定都市がある都道府県における事業所数および利用者数（N = 14）

自治体	人口	児童発達支援							放課後等デイサービス						
		1－5 歳児人口	事業所数	人口比	利用者数	利用率	発達障害児数	発達障害児利用率	6 -18歳児人口	事業所数	人口比	利用者数	利用率	発達障害児数	発達障害児利用率
都道府県 1	9164373	369657	308	8.33	5253	1.42	−	−	1039883	654	6.29	11730	1.13	−	−
都道府県 2	8835598	347263	763	21.97	5339	1.54	−	−	1020153	1106	10.84	13071	1.28	−	−
都道府県 3	7526911	333450	457	13.71	−	−	−	−	925346	769	8.31	−	−	−	−
都道府県 4	7310177	290441	277	9.54	2358	0.81	−	−	843753	538	6.38	5979	0.71	−	−
都道府県 5	6242474	240136	321	13.37	3153	1.31	−	−	706169	509	7.21	6686	0.95	−	−
都道府県 6	5502755	223076	287	12.87	4274	1.92	−	−	660798	540	8.17	9345	1.41	−	−
都道府県 7	5370807	190546	566	29.70	6137	3.22	−	−	574222	703	12.24	10535	1.83	−	−
都道府県 8	5125000	223561	193	8.63	2518	1.13	−	−	607224	514	8.46	6675	1.10	−	−
都道府県 9	3674874	151200	116	7.67	2334	1.54	1077	0.71	439825	339	7.71	5746	1.31	1186	0.27
都道府県11	2808773	122620	124	10.11	2424	1.98	−	−	339842	345	10.15	5970	1.76	−	−
都道府県12	2322024	90359	60	6.64	627	0.69	−	−	268189	184	6.86	2563	0.96	−	−
都道府県13	2270264	86199	45	5.22	615	0.71	−	−	261964	87	3.32	1424	0.54	−	−
都道府県17	1908447	78775	94	11.93	3114	3.95	−	−	231156	157	6.79	3450	1.49	−	−
都道府県20	1774538	78745	120	15.24	1731	2.20	−	−	217682	209	9.60	3439	1.58	−	−
平均	4988358	201859	267	12.50	3067	1.73	−	−	581158	475	8.02	6663	1.23	−	−
標準偏差	2584949	104490	209	6.52	1740	0.96	−	−	296897	280	2.23	3602	0.39	−	−
最小値	1774538	78745	45	5.22	615	0.69	−	−	217682	87	3.32	1424	0.54	−	−
最大値	9164373	369657	763	29.70	6137	3.95	−	−	1039883	1106	12.24	13071	1.83	−	−

「１－５歳児人口」と「６－18歳児人口」：平成27年国勢調査結果に基づく。「事業所数」：平成29年４月１日現在の数。「人口比」：児童発達支援の人口比は１歳～５歳の人口１万人あたりの事業所の数、放課後等デイサービスの人口比は６歳～18歳の人口１万人あたりの事業所の数。「利用者数」：平成29年４月サービス提供分の数。「利用率」：児童発達支援の利用率は、１歳～５歳の人口のうちの利用者数の割合、放課後等デイサービスの利用率は６歳～18歳の人口のうちの利用者数の割合。「発達障害児数」：利用者数のうちの発達障害または発達障害の可能性のある児童数。

「発達障害児利用率」：児童発達支援の発達障害児利用率は、１歳～５歳の人口のうちの発達障害児または発達障害のある可能性のある児童の利用者数の割合、放課後等デイサービスの発達障害児利用率は、６歳～18歳の人口のうちの発達障害児または発達障害のある可能性のある児童の利用者数の割合。なお、表３、表４についても同様。

表３　指定都市がない都道府県における事業所数および利用者数（N = 24）

自治体	人口	児童発達支援							放課後等デイサービス						
		1－5 歳児人口	事業所数	人口比	利用者数	利用率	発達障害児数	発達障害児利用率	6 -18歳児人口	事業所数	人口比	利用者数	利用率	発達障害児数	発達障害児利用率
都道府県10	2897065	111900	133	11.89	1793	1.60	−	−	346021	261	7.54	4566	1.32	−	−
都道府県14	2075420	82552	53	6.42	607	0.74	−	−	254650	119	4.67	1911	0.75	−	−
都道府県15	2010698	82779	101	12.20	2433	2.94	−	−	252584	188	7.44	2490	0.99	−	−
都道府県16	1962433	78565	69	8.78	1161	1.48	−	−	233882	131	5.60	2049	0.88	−	−
都道府県18	1896758	68554	68	9.92	960	1.40	652	0.95	222382	102	4.59	1889	0.85	834	0.38
都道府県19	1798886	72807	72	9.89	873	1.20	−	−	219157	136	6.21	2155	0.98	−	−
都道府県21	1637272	71822	173	24.09	3236	4.51	−	−	199613	215	10.77	3073	1.54	−	−
都道府県22	1436683	83100	185	22.26	855	1.03	−	−	214625	300	13.98	3278	1.53	−	−
都道府県23	1363464	53231	55	10.33	912	1.71	−	−	158866	101	6.36	1731	1.09	−	−
都道府県24	1348021	51804	113	21.81	1389	2.68	770	1.49	163739	170	10.38	2453	1.50	629	0.38
都道府県25	1293681	44396	35	7.88	348	0.78	−	−	147082	103	7.00	1411	0.96	−	−
都道府県26	1154008	46425	69	14.86	226	0.49	−	−	139445	88	6.31	1201	0.86	−	−
都道府県27	1152383	47094	44	9.34	467	0.99	−	−	134635	106	7.87	1381	1.03	−	−
都道府県28	1101452	41441	46	11.10	332	0.80	−	−	129341	83	6.42	1199	0.93	−	−
都道府県29	1064009	38990	28	7.18	392	1.01	−	−	122710	43	3.50	877	0.71	−	−
都道府県30	999636	31379	19	6.06	297	0.95	49	0.16	104848	44	4.20	670	0.64	66	0.06
都道府県31	967640	38390	46	11.98	357	0.93	206	0.54	114343	68	5.95	1117	0.98	250	0.22
都道府県32	944320	35860	70	19.52	707	1.97	−	−	111811	85	7.60	1242	1.11	−	−
都道府県33	823553	31205	20	6.41	224	0.72	−	−	100003	61	6.10	816	0.82	−	−
都道府県34	782232	32024	24	7.49	319	1.00	218	0.68	96888	51	5.26	966	1.00	337	0.35
都道府県35	743082	27003	74	27.40	1137	4.21	−	−	82630	101	12.22	1977	2.39	−	−
都道府県36	728276	25745	24	9.32	308	1.20	−	−	80400	50	6.22	704	0.88	−	−
都道府県37	684668	27317	24	8.79	207	0.76	−	−	79872	70	8.76	838	1.05	−	−
都道府県38	565233	23296	27	11.59	151	0.65	−	−	67976	49	7.21	553	0.81	−	−
平均	1309620	51987	66	12.36	820	1.49	−	−	157396	114	7.17	1689	1.07	−	−
標準偏差	565433	23853	46	6.09	761	1.07	−	−	70771	69	2.52	969	0.37	−	−
最小値	565233	23296	19	6.06	151	0.49	−	−	67976	43	3.50	553	0.64	−	−
最大値	2897065	111900	185	27.40	3236	4.51	−	−	346021	300	13.98	4566	2.39	−	−

表４　指定都市における事業所数および利用者数（N = 16）

自治体	人口	児童発達支援							放課後等デイサービス						
		1－5 歳児人口	事業所数	人口比	利用者数	利用率	発達障害児数	発達障害児利用率	6 -18歳児人口	事業所数	人口比	利用者数	利用率	発達障害児数	発達障害児利用率
指定都市１	3734580	152036	80	5.26	1918	1.26	－	－	426515	226	5.30	4636	1.09	－	－
指定都市２	2714497	99433	289	29.06	1700	1.71	－	－	262583	374	14.24	3959	1.51	－	－
指定都市３	1963299	71422	299	41.86	2383	3.34	－	－	204356	340	16.64	4802	2.35	－	－
指定都市４	1569066	68649	15	2.19	842	1.23	－	－	175138	142	8.11	2686	1.53	－	－
指定都市５	1496035	63922	51	7.98	1127	1.76	－	－	156150	104	6.66	1544	0.99	－	－
指定都市６	1472904	52410	43	8.20	1760	3.36	127	0.24	152106	118	7.76	1781	1.17	330	0.22
指定都市７	1291446	53674	42	7.83	441	0.82	－	－	150787	89	5.90	1329	0.88	－	－
指定都市８	1196456	55076	40	7.26	552	1.00	－	－	148161	158	10.66	2582	1.74	－	－
指定都市９	1087182	42637	27	6.33	321	0.75	－	－	119353	95	7.96	1451	1.22	－	－
指定都市10	973856	37771	49	12.97	603	1.60	－	－	114319	85	7.44	1153	1.01	－	－
指定都市11	950568	38430	44	11.45	567	1.48	194	0.56	109548	104	9.49	1771	1.62	682	0.62
指定都市12	806407	34427	23	6.68	758	2.20	－	－	96884	74	7.64	1250	1.29	－	－
指定都市13	797110	31508	22	6.98	324	1.03	－	－	91895	40	4.35	770	0.84	－	－
指定都市14	730708	34172	40	11.71	610	1.79	－	－	93972	80	8.51	1261	1.34	－	－
指定都市15	720986	28669	34	11.86	355	1.24	－	－	82409	75	9.10	1136	1.38	－	－
指定都市16	707625	31542	45	14.27	880	2.79	－	－	88438	63	7.12	1214	1.37	－	－
平均	1388295	55986	71	11.99	946	1.71	－	－	154538	135	8.56	2083	1.33	－	－
標準偏差	823621	31933	88	9.96	645	0.82	－	－	87171	97	3.14	1294	0.38	－	－
最小値	707625	28669	15	2.19	321	0.75	－	－	82409	40	4.35	770	0.84	－	－
最大値	3734580	152036	299	41.86	2383	3.36	－	－	426515	374	16.64	4802	2.35	－	－

表５　児童発達支援に関する自治体の取り組み状況

	指定都市がある都道府県（N = 14）	指定都市がない都道府県（N = 24）	指定都市（N = 16）	χ^2検定
利用者のうち発達障害児（可能性も含む）の数を把握している				
はい	1（7.1）	5（20.8）	2（12.5）	n.s.
いいえ	13（92.9）	19（79.2）	14（87.5）	
年１回以上の定期的な利用者数を把握している				
はい	9（64.3）	20（83.3）	12（75.0）	n.s.
いいえ	5（35.7）	4（16.7）	4（25.0）	
利用者制限のある事業所の数を把握している				
はい	0	0	8（50.0）	
特定の診断のみ受け入れている事業所の数を把握している	−	−	8	$p < .001$
年齢の制限のある事業所の数を把握している	−	−	7	
いいえ	14（100）	14（100）	8（50.0）	
関係機関との情報共有・引き継ぎの指針を示している				
はい	1（7.1）	1（4.2）	4（25.0）	n.s.
いいえ	13（92.9）	23（95.8）	12（75.0）	
研修を実施している				
はい	5（35.7）	8（33.3）	6（37.5）	
発達障害者支援センター事業により実施	2	1	2	n.s.
障害児等療育支援事業により実施	0	1	0	
その他により実施	2	6	4	
いいえ	9（64.3）	16（66.7）	10（62.5）	
住民に対する情報提供を実施している				
はい	14（100）	24（100）	16（100）	−
いいえ	0	0	0	

表6　放課後等デイサービスに関する自治体の取り組み状況

	指定都市がある都道府県（N = 14）	指定都市がない都道府県（N = 24）	指定都市（N = 16）	χ^2検定
利用者のうち発達障害児（可能性も含む）の数を把握している				
はい	1（7.1）	5（20.8）	2（12.5）	n.s.
いいえ	13（92.9）	19（79.2）	14（87.5）	
年1回以上の定期的な利用者数を把握している				
はい	9（64.3）	20（83.3）	12（75.0）	n.s.
いいえ	5（35.7）	4（16.7）	4（25.0）	
利用者制限のある事業所の数を把握している				
はい	0	1（4.2）	8（50.0）	
特定の診断のみ受け入れている事業所の数を把握している	−	1	7	$p < .001$
年齢の制限のある事業所の数を把握している	−	0	6	
いいえ	14（100）	23（95.8）	8（50.0）	
関係機関との情報共有・引き継ぎの指針を示している				
はい	1（7.1）	1（4.2）	4（25.0）	n.s.
いいえ	13（92.9）	23（95.8）	12（75.0）	
研修を実施している				
はい	5（35.7）	9（37.5）	7（43.8）	
発達障害者支援センター事業により実施	2	1	0	n.s.
障害児等療育支援事業により実施	1	1	1	
その他により実施	2	7	5	
いいえ	9（64.3）	15（62.5）	9（56.3）	
住民に対する情報提供を実施している				
はい	14（100）	24（100）	16（100）	−
いいえ	0	0	0	

参考資料１　調査票（都道府県用）

発達障害または発達障害の可能性がある児童の通う
児童発達支援センター・事業所 に関する調査

回　答

１．回答者について

・自治体名：　　部局名

・回答者名：　　電話　　メール

・回答の際に協力をいただいた部局名

２．自治体の人口、年間出生数

・人口　　人

・年間出生数　　人

３．児童発達支援センター・事業所の数

（１）箇所数　　か所（平成29年４月１日現在）

（２）利用者数（実人数）　　人（平成29年４月サービス提供分）

（３）（２）のうち発達障害または発達障害の可能性のある児童数　　人　□不明

４．市区町村の児童発達支援センター・事業所の実態把握状況について

＜利用者数＞

（１）定期的（年１回以上）に、都道府県内の利用者数（総数）を把握していますか？

□はい　□いいえ

＜利用者制限＞

（２）利用者の受け入れに際して条件をつけているセンター･事業所の数を把握していますか？

□はい　□いいえ

「はい」の場合

・特定の診断のみ受け入れている　　か所　□不明

・年齢で制限している　　か所　□不明

５．児童発達支援センター・事業所への働きかけについて

＜関係機関との情報共有＞

（１）児童発達支援センター・事業所と、母子保健、子育て支援、教育機関等との情報共有、引き継ぎについて都道府県として指針を示していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊指針の概要の分かる資料を添付してください。

＜研修＞

（２）対象を児童発達支援センター・事業所の職員に特化した研修を、都道府県主催で実施していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合（複数回答可）

□発達障害者支援センターの事業により実施

□障害児等療育支援事業により実施

□その他（　　）

＊研修の概要の分かる資料を添付してください。

６．住民に対する情報提供状況について

（１）児童発達支援センター・事業所の一覧（サービス内容、連絡先など）を住民向けに公開していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊公表内容の分かる資料を添付してください。

上記の項目に関連してご意見がありましたら自由にお書きください（任意）。

ご回答ありがとうございました。

参考資料１　調査票（都道府県用）

発達障害または発達障害の可能性がある児童の通う 放課後等デイサービス事業所 に関する調査

回　答

１．回答者について

・自治体名：　　部局名

・回答者名：　　電話　　メール

・回答の際に協力をいただいた部局名

２．自治体の人口、年間出生数

・人口　　人

・年間出生数　　人

３．放課後等デイサービス事業所の数

（１）箇所数　　か所（平成29年４月１日現在）

（２）利用者数（実人数）　　人（平成29年４月サービス提供分）

（３）（２）のうち発達障害または発達障害の可能性のある児童数　　人　□不明

４．市区町村の放課後等デイサービス事業所の実態把握状況について

＜利用者数＞

（１）定期的（年１回以上）に、都道府県内の利用者数（総数）を把握していますか？

□はい　□いいえ

＜利用者制限＞

（２）利用者の受け入れに際して条件をつけている事業所の数を把握していますか？

□はい　□いいえ

「はい」の場合

・特定の診断のみ受け入れている　　か所　□不明

・年齢で制限している　　か所　□不明

５．放課後等デイサービス事業所への働きかけについて

＜関係機関との情報共有＞

（１）放課後等デイサービス事業所と、母子保健、子育て支援、教育機関等との情報共有、引き継ぎについて都道府県として指針を示していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊指針の概要の分かる資料を添付してください。

＜研修＞

（２）対象を放課後等デイサービス事業所の職員に特化した研修を、都道府県主催で実施していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合（複数回答可）

□発達障害者支援センターの事業により実施

□障害児等療育支援事業により実施

□その他（　　）

＊研修の概要の分かる資料を添付してください。

６．住民に対する情報提供状況について

（１）放課後等デイサービス事業所の一覧（サービス内容、連絡先など）を住民向けに公開していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊公表内容の分かる資料を添付してください。

上記の項目に関連してご意見がありましたら自由にお書きください（任意）。

ご回答ありがとうございました。

参考資料１　調査票（指定都市用）

発達障害または発達障害の可能性がある児童の通う
児童発達支援センター・事業所 に関する調査

回　答

１．回答者について

・自治体名：　　部局名

・回答者名：　　電話　　メール

・回答の際に協力をいただいた部局名

２．自治体の人口、年間出生数

・人口　　人

・年間出生数　　人

３．児童発達支援センター・事業所の数

（１）箇所数　　か所（平成29年４月１日現在）

（２）利用者数（実人数）　　人（平成29年４月サービス提供分）

（３）（２）のうち発達障害または発達障害の可能性のある児童数　　人　□不明

４．児童発達支援センター・事業所の実態把握状況について

＜利用者数＞

（１）定期的（年１回以上）に、市内の利用者数（総数）を把握していますか？

□はい　□いいえ

＜利用者制限＞

（２）利用者の受け入れに際して条件をつけているセンター･事業所の数を把握していますか？

□はい　□いいえ

「はい」の場合

・特定の診断のみ受け入れている　　か所　□不明

・年齢で制限している　　か所　□不明

５．児童発達支援センター・事業所への働きかけについて

＜関係機関との情報共有＞

（１）児童発達支援センター・事業所と、母子保健、子育て支援、教育機関等との情報共有、引き継ぎについて市として指針を示していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊指針の概要の分かる資料を添付してください。

＜研修＞

（２）対象を児童発達支援センター・事業所の職員に特化した研修を、市主催で実施していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合（複数回答可）

□発達障害者支援センターの事業により実施

□障害児等療育支援事業により実施

□その他（　　）

＊研修の概要の分かる資料を添付してください。

６．住民に対する情報提供状況について

（１）児童発達支援センター・事業所の一覧（サービス内容、連絡先など）を住民向けに公開していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊公表内容の分かる資料を添付してください。

上記の項目に関連してご意見がありましたら自由にお書きください（任意）。

ご回答ありがとうございました。

参考資料１　調査票（指定都市用）

発達障害または発達障害の可能性がある児童の通う
放課後等デイサービス事業所に関する調査

回　答

１．回答者について

・自治体名：　　部局名

・回答者名：　　電話　　メール

・回答の際に協力をいただいた部局名

２．自治体の人口、年間出生数

・人口　　人

・年間出生数　　人

３．放課後等デイサービス事業所の数

（１）箇所数　　か所（平成29年４月１日現在）

（２）利用者数（実人数）　　人（平成29年４月サービス提供分）

（３）（２）のうち発達障害または発達障害の可能性のある児童数　　人　□不明

４．放課後等デイサービス事業所の実態把握状況について

＜利用者数＞

（１）定期的（年１回以上）に、市内の利用者数（総数）を把握していますか？

□はい　□いいえ

＜利用者制限＞

（２）利用者の受け入れに際して条件をつけている事業所の数を把握していますか？

□はい　□いいえ

「はい」の場合

・特定の診断のみ受け入れている　　か所　□不明

・年齢で制限している　　か所　□不明

５．放課後等デイサービス事業所への働きかけについて

＜関係機関との情報共有＞

（１）放課後等デイサービス事業所と、母子保健、子育て支援、教育機関等との情報共有、引き継ぎについて市として指針を示していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊指針の概要の分かる資料を添付してください。

＜研修＞

（２）対象を放課後等デイサービス事業所の職員に特化した研修を、市主催で実施していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合（複数回答可）

□発達障害者支援センターの事業により実施

□障害児等療育支援事業により実施

□その他（　　）

＊研修の概要の分かる資料を添付してください。

６．住民に対する情報提供状況について

（１）放課後等デイサービス事業所の一覧（サービス内容、連絡先など）を住民向けに公開していますか？　□はい　□いいえ

「はい」の場合

＊公表内容の分かる資料を添付してください。

上記の項目に関連してご意見がありましたら自由にお書きください（任意）。

ご回答ありがとうございました。

参考資料３　児童発達支援センター・事業所／放課後等デイサービスと、母子保健、子育て支援、教育機関等との情報共有、引き継ぎに関する指針（実物提供のあった５自治体の資料）

大阪府：支援者のための発達障がいのある方のための支援の引継等に関する手引き
http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikiseikatsu/hattatsusyogai_osaka/2703hikitsugi_tebiki.html
（2018年３月１日現在）

沖縄県：新サポートノートえいぶる
http://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/shogaifukushi/eiburu2.html（2018年３月１日現在）

横浜市：横浜市版放課後等デイサービスガイドライン
http://www.city.yokohama.lg.jp/kodomo/fukushi-hoken/tusyo/file/yokohamabanhoudeiguideline.pdf（2018年３月１日現在）

浜松市：サポートかけはしシート

大阪市：大阪市発達障がい者支援指針
http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000303813.html（2018年３月１日現在）

参考資料２　本調査の回答部局

都道府県および指定都市名は省略

都道府県

・保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課
・健康福祉部障害福祉課
・保健福祉部障害福祉課
・健康福祉部障害福祉課
・健康福祉部障がい福祉課
・保健福祉部こども未来局
・保健福祉部障害福祉課
・保健福祉部障害福祉課
・福祉部障害者支援課
・健康福祉部障害福祉事業課
・保健福祉局福祉部障害福祉課
・福祉保健部障害福祉課
・厚生部障害福祉課
・健康福祉部障害保健福祉課
・健康福祉部障害福祉課
・福祉保健部障害福祉課
・健康福祉部障がい者支援課
・健康福祉部障害福祉課
・健康福祉部障害者支援局障害福祉課
・健康福祉部障害福祉課
・健康福祉部障がい福祉課
・福祉部障がい福祉室地域生活支援課
・健康福祉部障害福祉局障害者支援課
・健康福祉部障害福祉課
・福祉保健部福祉保健政策局障害福祉課
・福祉保健部子育て王国推進局子ども発達支援課
・健康福祉部障がい福祉課
・保健福祉部障害福祉課
・健康福祉局障害者支援課
・保健福祉部障がい福祉課
・健康福祉部障害福祉課
・保健福祉部生きがい推進局障がい福祉課
・地域福祉部障害保険福祉課
・福祉労働部障がい福祉課
・健康福祉部子ども障がい福祉局障がい者支援課
・障害福祉課
・保健福祉部障害福祉課
・子ども生活福祉部

指定都市

・保健福祉部障がい福祉課
・健康福祉局障害福祉部障害者支援課
・障害支援課
・保健福祉局高齢障害部障害福祉サービス課
・こども青少年局障害児福祉保健課
・健康福祉局障害計画課
・健康福祉局福祉部障害政策課
・福祉部障がい福祉課介護給付係
・健康福祉部障害保健福祉課
・子ども若者はぐくみ局子ども若者未来部子ども家庭支援課
・福祉局心身障がい者リハビリテーションセンター発達障がい者支援室
・発達障害者支援センター
・健康福祉局障害福祉部障害自立支援課
・保健福祉局障害福祉部障害者支援課
・こども未来局こども部こども発達支援課
・健康福祉局障がい者支援部障がい保健福祉課

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	自閉スペクトラム症（ASD）	齊藤万比古, 小枝達也, 本田秀夫	知ってほしい 乳幼児から大人までのADHD・ASD・LD ライフサイクルに沿った発達障害支援ガイドブック	診断と治療社	東京	2017	8-15
本田秀夫	発達障害	近藤直司, 田中康雄, 本田秀夫	こころの医学入門	中央法規	東京	2017	126-132
本田秀夫	児童期・思春期と精神医学的問題	近藤直司, 田中康雄, 本田秀夫	こころの医学入門	中央法規	東京	2017	133-138
本田秀夫, 日戸由刈			ADHDの子の育て方のコツがわかる本	講談社	東京	2017	
本田秀夫	B.年代別に発達障害を診る：2.学童期	内山登紀夫（編集）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック－年代別にみる症例と発達障害データ集	中山書店	東京	2017	66-71
本田秀夫			自閉スペクトラム症の理解と支援－子どもから大人までの発達障害の臨床経験から－	星和書店	東京	2017	
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	2017	4-14
篠山大明	ASDの概念	神尾陽子	発達障害・診断と治療のABC	最新医学	大阪	2017	22-28
内山登紀夫	Part1 総説編 A.総論 発達障害とはなにか	内山登紀夫（編）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック	中山書店.		2017	2-5
佐々木康栄, 内山登紀夫	Part1 総説編 A.総論　3.支援の原則	内山登紀夫（編）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック	中山書店.		2017	47－54
内山登紀夫	Part1 総説編 B.年代別に発達障害を診る 5.成人期	内山登紀夫（編）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック	中山書店.		2017	84-89

内山登紀夫, 川島慶子, 鈴木さとみ	Part1　総説編 C.周辺の問題 10.災害時の反応と対応	内山登紀夫（編）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック	中山書店.		2017	
内山登紀夫	Part3　発達障害データ集 [スクリーニングツール]　b.質問紙（AQ, SRS, 他）	内山登紀夫（編）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック	中山書店.		2017	
内山登紀夫, 宇野洋太, 蜂矢百合子	Part3　発達障害データ集 11.診断・評価ツール　[診断ツール] b.DISCO	内山登紀夫（編）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック	中山書店.		2017	261-262
内山登紀夫, 鈴木さとみ	Part3　発達障害データ集 11.診断・評価ツール　[診断ツール]　e.ASDI	内山登紀夫（編）, 宇野洋太, 蜂矢百合子（編集協力）	子ども・大人の発達障害診療ハンドブック	中山書店.		2017	269-270
内山登紀夫	1 発達障害の疫学 総論	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	2-6
宇野洋太, 高梨淑子, 内山登紀夫	2 診断とその方法 診断総論－主な症状と特徴	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	38-42
内山登紀夫, 宇野洋太, 鈴木さとみ	2 診断とその方法 ASDの診断ツール　A ASDとDISCO	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	54-49
稲田尚子, 黒田美保, 内山登紀夫	2 診断とその方法　ASDの診断ツール C CARS-2	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	63-65
宇野洋太, 高梨淑子, 内山登紀夫	3 その他の精神疾患の合併・鑑別 発達障害とその他の精神・身体疾患との合併	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	76-83
内山登紀夫, 宇野洋太, 佐々木康栄	3 その他の精神疾患の合併・鑑別 自閉症スペクトラム（ASD）とその他の発達障害の合併	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	
内山登紀夫	4 発達障害と問題行動 問題行動総論	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	84-86

宇野洋太, 高梨淑子, 内山登紀夫	5 発達障害の支援の原則 TEACCHとSPELLの原則	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	108-113
内山登紀夫	6 発達障害の支援方法 支援方法総論	内山登紀夫	発達障害支援の実際	医学書院		2017	122-123
内山登紀夫	面接の進め方と注意すべき事項		発達障害の支援	医学書院		2017	43-49
Constantino, J. N., & Gruber, C. P,神尾陽子(監訳)	日本版SRS-2対人応答性尺度 マニュアル－児童版・幼児版尺度換算表付－	神尾陽子編著	日本版SRS-2対人応答性尺度 マニュアル－児童版・幼児版尺度換算表付－	日本文化科学社	東京都	2017	
神尾陽子	SRS-A	内山登紀夫	発達障害支援の実際－診療の基本から多用な困難事例への対応まで	医学書院	東京都	2017	50-53
神尾陽子	有害環境因子によるおもな疾患:成長と発達②発達障害など. 環境による健康リスク	監修 車谷典男, 編集 村田勝敬, 川本俊弘, 五十嵐隆	日本医師会雑誌, 第146巻特別号(2)	日本医師会	東京都	2017	137-140
神尾陽子	自閉スペクトラム症の疫学―早期診断・支援に向けて―		精神科臨床Legato[レガート]. Vol.3, No.3	メディカルレビュー社	東京都	2017	12-16
石飛信, 神尾陽子	自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害(ASD)		1336専門家による私の治療 [2017-2018年度版]	日本医事新報社	東京都	2017	1673-1674
高橋秀俊, 神尾陽子	離島・過疎地域における児童・思春期精神保健と災害:東京都大島町での学校精神保健の取組	中込和幸, 山田光彦, 北洋輔, 鈴木友理子	精神保健研究第30号(通巻63号)	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所	東京都	2017	31-36

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
日戸由刈, 本田秀夫, 原郁子, 藤野博	知的発達に遅れのないASD児者の友人関係にかんする追跡調査－地域療育センターを幼児期から成人前期まで利用した12事例の場合－	LD研究	26 (4)	464-473	2017
本田秀夫	子どものこころの診療における大学病院の役割	長野医報	658	36-38	2017
本田秀夫	発達障害に対する薬物療法のアンメットニーズとは何か	臨床精神薬理	20 (6)	615-620	2017
本田秀夫	他科への手紙:児童精神科→精神科一般	日本医事新報	4858	51	2017
飯沢美文, 本田秀夫	自閉スペクトラム症：最近のトピックス【従来の「広汎性発達障害」がDSM-5で「自閉スペクトラム症」へ改訂された】	日本医事新報	4859	50	2017
岩佐光章, 本田秀夫	ASDの疫学研究	分子精神医学	17 (4)	229-234	2017
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 －多地域疫学調査より－	精神神経学雑誌	119 (10)	727-734	2017
本田秀夫	大人になった発達障害	認知神経科学	19 (1)	33-39	2017
広野ゆい, 関根礼子, 樋端佑樹, 本田秀夫(司会)	[座談会]大人の発達障害について考える	精神科治療学	32 (12)	1549-1559	2017
本田秀夫	大人の発達障害を診断することの意義と問題点	精神科治療学	32 (12)	1561-1565	2017
新美妙美, 樋端佑樹, 本田秀夫	発達障害診療における小児科から精神科へのトランジション	精神科治療学	32 (12)	1573-1578	2017
本田秀夫	自著とその周辺「なぜアーティストは生きづらいのか？－個性的すぎる才能の活かし方－」	信州医学雑誌	65 (2)	129	2017
髙橋　脩	早期発達支援の現状と今後の展開～地域特性を踏まえて～	日本社会精神 医学会雑誌	26 (1)	37-41	2017
髙橋　脩	小規模町村における発達支援の現状と今後の方向性	児童青年精神医学とその近接領域	58 (1)	22-25	2017

Ogawa S, Koga N, Hattori K, Matsuo J, Ota M, Hori H, Sasayama D, Teraishi T, Ishida I, Yoshida F, Yoshida S, Noda T, Higuchi T, Kunugi H	Plasma amino acid profile in major depressive disorder: Analyses in two independent case-control sample sets	Journal of Psychiatri Research	96	23-32	2017
篠山大明	大人の発達障害と双極性障害との関係	精神科治療学	32 (12)	1597-1603	2017
Yoon HS, Hattori K, Ogawa S, Sasayama D, Ota M, Teraishi T, Kunugi H	Relationships of Cerebrospinal Fluid Monoamine Metabolite Levels With Clinical Variables in Major Depressive Disorder	Journal of Clinical Psychiatry	78 (8)	e947-e956	2017
Sasayama D, Sugiyama N, Yonekubo S, Pawlak A, Murasawa H, Nakamura M, Hayashi M, Ogawa T, Moro M, Washizuka S, Amano N, Hongo K, Ohnota H	Novel oestrogen receptor β-selective ligand reduces obesity and depressive-like behaviour in ovariectomized mice	Scientific Reports	7 (1)	4663	2017
篠山大明	発達障害に併存する気分変動の評価と治療	臨床精神薬理	20	655-664	2017
Ishiwata S, Hattori K, Sasayama D, Teraishi T, Miyakawa T, Yokota Y, Matsumura R, Yoshida F, Nishikawa T, Kunugi H	Plasma and cerebrospinal fluid G72 protein levels in schizophrenia and major depressive disorder	Psychiatry Research	254	244-250	2017

Sasayama D, Kurahashi K, Oda K, Yasaki T, Yamada Y, Sugiyama N, Inaba Y, Harada Y, Washizuka S, Honda H	Negative Correlation between Serum Cytokine Levels and Cognitive Abilities in Children with Autism Spectrum Disorder	Journal of Intelligence	5 (2)	19	2017
Hidese S, Hattori K, Sasayama D, Miyakawa T, Matsumura R, Yokota Y, Ishida I, Matsuo J, Noda T, Yoshida S, Teraishi T, Hori H, Ota M, Kunugi H	Cerebrospinal fluid neural cell adhesion molecule levels and their correlation with clinical variables in patients with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder	Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry	76	12-18	2017
Ninomiya-Baba M, Matsuo J, Sasayama D, Hori H, Teraishi T, Ota M, Hattori K, Noda T, Ishida I, Shibata S, Kunugi H	Association of body mass index-related single nucleotide polymorphisms with psychiatric disease and memory performance in a Japanese population	Acta Neuropsychiatrica	29 (5)	299-308	2017
Sasayama D, Hattori K, Ogawa S, Yokota Y, Matsumura R, Teraishi T, Hori H, Ota M, Yoshida S, Kunugi H	Genome-wide quantitative trait loci mapping of the human cerebrospinal fluid proteome	Human Molecular Genetics	26 (1)	44-51	2017

内山登紀夫	ライフステージに応じた発達障害の診断、治療、支援 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雑誌	26 (1)	42-47	2017
Tachibana Y, Miyazaki C, Ota E, Mori R, Hwang Y, Kobayashi E, Terasaka A, Tang J, Kamio Y	A systematic review and meta-analysis of comprehensive interventions for pre-school children with autism spectrum disorder (ASD)	PLOS ONE	12 (12)		2017
Kamio Y, Takei R, Stickley A, Saito A, Nakagawa A	Impact of Temperament and Autistic Traits on Psychopathology in School-Age Children.	Personality and Individual Differences	124	1-7	2017
Akimoto Y, Takahashi H, Gunji A, Kaneko Y, Asano M, Matsuo J, Ota M, Kunugi H, Hanakawa T, Mazuka R, Kamio Y.	Alpha band event-related desynchronization underlying situational context integration during irony comprehension: a magnetoencephalography source localization study.	Brain and Language	175	42-46	2017
Saito A, Stickey A, Haraguchi H, Takahashi, H, Ishitobi M, Kamio Y	Association between Autistic Traits in Preschool Children and Later Emotional/Behavioral Outcomes.	J Aut Dev Disord	47 (11)	3333-3345	2017
Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Inoue Y, Kamio Y	Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and physical multimorbidity: a population-based study.	European Psychiatry.	45	227-234	2017
Oi M, Fujino H, Tsukidate N, Kamio Y, Yoshimura Y, Hasegawa C, Kikuchi M, Gondou K, Matsui T	Quantitative communicative impairments ascertained in a large national survey of Japanese children.	J Aut Dev Disord,	47 (10)	3040-3048	2017

Takahashi H, Kamio Y.	Acoustic startle response and its modulation in schizophrenia and autism spectrum disorder in Asian subjects	Schizophrenia Research			2017
Ohta M, Matsuo J, Sato N, Teraishi T, Hori H, Hattori K, Kamio Y, Kunugi H.	Correlation of reduced social communicational and interactional skills with regional grey matter volumes in schizophrenia patients	Published online:	29 (6)	374-381	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: 10.1177/13623613 16680497	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
野中俊介, 岡島純子, 三宅篤子, 小原由香, 荻野和雄, 原口英之, 山口穂菜美, 石飛信, 高橋秀俊, 石川信一, 神尾陽子	自閉スペクトラム症児童の不安に対する集団認知行動療法プログラムの開発;実施可能性に関する予備的検討	児童青年精神医学とその近接領域	58 (2)	261-277	2017
神尾陽子	乳幼児期からの発達支援.	発達障害研究,	39 (1)	75-78	2017
石飛信, 荻野和雄, 神尾陽子	自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害(ASD)の治療と療育	別冊日本臨牀 新領域別症候群シリーズ37「精神医学症候群(第2版) Ⅰ－発達障害・統合失調症・双極性障害・抑うつ障害－」	37	60-63	2017
神尾陽子, 桃井眞里子, 児玉浩子, 山中龍宏, 高田ゆり子, 衞藤隆, 原寿郎, 水田祥代	子どもの心の健康を学校で育て、守る:教育と医療を統合した心の健康支援.	叢書23子どもの健康を育むために－医療と教育のギャップを克服する		100-114	2017

神尾陽子	地域ベースの研究の枠組みを通し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	30 (63)	5-10	2017
五十嵐隆, 平岩幹男, 神尾陽子, 中邑賢龍	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 (11)	2337-2340	2017
神尾陽子	思春期における精神保健	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	2 (6)	33-41	2017
神尾陽子	学童期における精神保健	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	2 (6)	24-33	2017
神尾陽子	乳幼児における精神保健	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	2 (6)	17-24	2017
神尾陽子	地域ベースの研究の枠組みを通し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
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
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―	児童青年精神医学とその近接領域	58	640-645	2017
Ishiwata S, Hattori K, Sasayama D, Teraishi T, Miyakawa T, Yokota Y, Matsumura R, Nishikawa T, Kunugi H	Cerebrospinal fluid D-serine concentrations in major depressive disorder negatively correlate with depression severity	Journal of Affective Disorders	226	155-162	2018
内山登紀夫	発達障害の過剰診断と過少診断、それぞれのリスク	総合病院精神医学			投稿中
内山登紀夫, 川島慶子, 福留さとみ, 志賀利一	大人の発達障害の課題と支援	LD研究	27 (1)		2018 刊行予定

研究発表

発表者氏名	タイトル名	学会名	場所	開催日
鵜澤正寛, 樋端佑樹, 篠山大明, 本田秀夫	脳動静脈奇形術後の高次脳機能障害を背景とした学校不適応, 行動障害のため入院を要した1例	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.24, 2017
髙橋　脩	ワークショップ「障がいのある子の臨床と描画」	第27回日本描画テスト･描画療法学会	名古屋市	9.2, 2017
神谷真巳, 若子理恵 新美恵里子, 髙橋脩	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どもおよび発達がきになる子どもの現状と課題　第2報～認可外保育施設へのアンケート調査から～	第58回日本児童青年精神医学会	奈良市	10.6, 2017
内山登紀夫, 他	福島県浜通り地区における､子どもたちの諸問題. シンポジウム こども･若者支援をとおして考える災害復興期	第16回日本トラウマティック･ストレス学会	東京	2017
内山登紀夫	発達障害児者支援と犯罪	発達障害学会		2017
内山登紀夫	シンポジウム7:PARS-TRとWechsler知能検査をASD児者の支援につなぐ 「Wechsler検査とPARS-TRの情報を治療に活用する試み」	日本児童青年精神医学会		2017
内山登紀夫	人の発達障害の支援と課題	ＬＤ学会		2017
神尾陽子	学校での心の健康対策に児童精神医学ができること	第5回JASCAP-C総会.	福岡	4.16, 2017
神尾陽子	成人期の発達障害:発達特性を把握することの意義	第10回うつ病リワーク研究会年次研究会	福岡	4.22, 2017
Haraguchi H, Inoue M, Noro M, Stickley M, Miyake A, Kamio Y	Outcomes of a low-intensity early behavioral intervention among Japanese preschoolers with autism spectrum disorders: A 1-year follow-up	International Meeting for Autism Research Annual Meeting of the International Society for Autism Resarch (IMSAR)	San Francisco	5.11, 2017
H. Takahashi, T. Nakamura, J. Kim, H. Kikuchi, T. Nakahachi, M. Ishitobi, K. Yoshiuchi, T. Ando, A. Stickley, Y. Yamamoto and Y. Kamio	The Relation between Locomotor Dynamics and the Acoustic Startle Response and Its Modulation in Children with Typical Development and Those with Autism Spectrum Disorders	International Meeting for Autism Research Annual Meeting of the International Society for Autism Resarch (IMSAR)	San Francisco	5.12, 2017

Takahashi H, Gunji A, Kaneko Y, Hironaga N, Hagiwara K, Inagaki M, Tobimatsu S, Hanakawa T, Kamio Y.	Atypical auditory steady-state gamma responses of MEG in children with autism spectrum disorders	Biomagnetic Sendai 2017	Sendai	5.24, 2017
高橋秀俊, 軍司敦子, 金子裕, 廣永成人, 萩原鋼一, 稲垣真澄, 飛松省三, 花川隆, 神尾陽子	自閉症スペクトラム障害の聴覚誘発脳磁界反応の高周波振動について	第59回日本小児神経学会学術集会	大阪	6.17, 2017
神尾陽子(シンポジウム企画), 今村弥生(コーディネーター)	委員会シンポジウム9 アンチスティグマ委員会 発達症のスティグマ	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.22, 2017
神尾陽子	最適な精神医学的・心理的治療を提供する際のバリアを克服する	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.22, 2017
神尾陽子	自閉症治療の確立に向けて研究はどこを目指すべきか？	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.22, 2017
高橋秀俊, 神尾陽子	障害者職業能力開発校における精神科医の役割：地域・多職種との連携を中心に	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.24, 2017
神尾陽子(コーディネーター)	シンポジウム65 日本における一般精神科外来成人患者における注意欠如・多動性障害の他施設共同横断研究(J-PAAP研究)	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.24, 2017
神尾陽子	児童期の内在化障害の予測要因	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.24, 2017
神尾陽子, Stickley A, 立森久照, 新開隆弘, 中村純, 齊藤彩.	J-PAAP研究：自閉症症状が成人ADHD患者のQOLに及ぼす影響	第113回日本精神神経学会学術総会	名古屋	6.24, 2017
神尾陽子	発達障害支援をめぐる教育と医療、福祉、労働との連携：医療の立場から	日本発達障害学会第52回研究大会	群馬	8.11, 2017
神尾陽子(大会委員長)	Social Implementation of Evidence-Based Early Identification and Intervention for ASD in Japan	International Autism Conference Tokyo 2017-Bridging the Gap between Advances in Research and Social Challenge	Tokyo	10.15,2017
神尾陽子	自閉症研究の今～社会の課題に挑戦する	国際自閉症カンファレンス東京2017	東京	10.15,2017

佐竹宏之	福岡市の発達障害の現状と支援－医療の立場から－	第31回福岡発達･障害懇話会シンポジウム	福岡市	7.29, 2017
原田謙	反抗挑発症に対する入院治療の試み	信州精神神経学会	松本市	11. 2017
宮﨑千明	自閉症スペクトラムの早期診断と療育の抱える課題	第16回日本自閉症スペクトラム学会	福岡市	9.2, 2017
天久親紀	発達障害の疑いのある方への就労支援ネットワーク構築に向けた取組み	第25回職業リハビリテーション研究･実践発表会	東京	11.9, 2017
池内豊, 今出大輔, 河本茂美	就労継続中の発達障害者に対する支援や課題に関する調査報告	第58回日本児童青年精神医学会総会	奈良市	10.6, 2017
Daisuke Imade & Shigeru Suemitsu	Current states and challenge of ASD support system: The role of Okayama support center for persons with ASD.	IASSIDD 4th Asia-Pacific Regional Congress	Bangkok, Thailand	11.15,2017
冨樫恭平	実践報告「各地のトラブルシューター（TS）ネットワークの報告」	日本司法･共生社会学会第6回大会	東京	10.8, 2017
高橋和俊, 須佐史信	発達障害が疑われる児童生徒の不登校～函館市の公立小中学校経年調査から～	第121回日本小児科学会学術集会		4.2, 2018 発表予定

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29年度　総括・分担研究報告書

発　行　日　平成30（2018）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