

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の

実態の把握と支援内容に関する研究

平成28年度～29年度 総合研究報告書

（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. 総合研究報告

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と 支援内容に関する研究 .....	1
本田秀夫	
横浜分担班総合研究報告書 .....	17
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 上蔵小百合 三隅輝見子 今井美保 冢田三枝子 水谷朱里 笠原丈史	
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 .....	29
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	
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 .....	43
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	

### II. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....

71

## 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。また、地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールとして「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS）」を作成した。

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、反抗性や素行の問題についての質問項目も含めた。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、サービス事業所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。女性や外国人等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の支援ニーズについては本邦で初めての全国調査であり、今後の施策の貴重な資料となる。今後、都道府県や指定都市は、サービス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  
高橋 脩 豊田市福祉事業団理事長

## A. 研究目的

発達障害児者への支援サービスは制度上保証されているが、ニーズの実態把握は不十分である。また、人口規模、地理的条件、財政などの地域特性によって、サービスの量・質ともに異なる可能性がある。さらに、未診断でも発達障害の特性や軽度の遅れがあり支援を要するケースが、潜在的にかなり存在すると考えられる。本研究は、発達障害の支援ニーズおよびわが国の各地で実施されているサービスの実態の全国調査によって把握することを目的とした。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・成人期発達障がいへの対応困難ケースへの危機介入と治療・支援に関する研究」の研究代表者を務め、青年期・成人期の発達障害に関する支援ニーズを疫学的手法で示した。これらの2つの課題で研究分担者および研究協力者を担った研究者の多くが本研究でも研究分担者および研究協力者として引き続き配置されているため、発達障害の実態調査に関して全国の様々な規模の自治体と協力関係がすでに確立している点が、本研究における有利な条件である。

## B. 研究方法

### 1. 地域特性に応じた支援ニーズとサービスの実態に関する研究

#### （1）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

平成28年度は、研究者（研究代表者、研究分担者、研究協力者）が密に関わっており現場の実情を把握している自治体に絞って障害福祉担当部署への詳細なアンケート調査を実施した。これを通じて、各自治体における発達障害の支援体制を把握し、とくに領域間の連携の実態と具体的なサービス事業所の整備の実態が明らかとなった。

これと並行して、地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールとして「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS）」を研

究代表者が作成し、アンケート結果をもとにQ-SACCSで評価を試みた。法律体系は全国共通でも、実際の運用の仕方には地域の事情に応じた多様性がある。とくに法制度では具体的な内容が明記されることの少ない領域間連携、なかでもつなぎ支援については、自治体によって大きな差がみられた。この評価ツールは、自治体における発達障害支援施策の充足度を評価するのに有効であると思われた。

平成29年度には、28年度に得られた情報を参考にしながら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アンケートを作成し、全国調査を行った。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続的に求めた。

## (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

平成28年度は、青年期・成人期の支援ニーズについて、予備的検討として個別の事例に対するインタビューを行った。

平成29年度は、28年度に得られた知見を参考にしながらアンケートを作成し、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、生活実態に係る下記の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に含まれない。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少額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：

## 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「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価 (Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS)」の作成と試行

研究代表者 本田 秀夫 (信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部)

研究分担者 篠山 大明 (信州大学医学部精神医学教室)

研究協力者 樋端 佑樹 (信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部)

発達障害の支援は、地域の行政が関与したシステム化が肝要であり、そのシステムの中のサブシステムを担う機関とそこで働く専門家の技術が鍵となる。

地域支援システムをつくるには、基本的なシステム図を描いておく必要がある。その際、具体的な支援の場をサブシステムとして想定するだけでなく、それらをどのような関係でつなぎ、連携させるかも意識しておかなければならない。そのためには、つなぎ・連携を主たる機能とするインターフェイスをシステム図の中に明記しておくといよい。

縦割りの組織で構成されるわが国の公的サービスでは、連携が保障されにくい。行政が描くいわゆる「ポンチ絵」は、往々にして組織中心の構図となっている。組織は四角や丸などの図形として描かれ、図形の中に名称が書かれている。しかし、連携はベクトルのように矢印1本で、横に「連携」の文字が書かれているだけであることが多い。行政において連携は、誰がどの場で行うかが明示されないままに、現場の実務担当者の誰かが自主的に行うことを期待されているのが現状である。地域システムづくりにおいて本気で連携を考えるのであれば、システム図の中でベクトルでなく四角や丸といった面積のある図

形として連携を記載するとともに、どのような法制度上の根拠に基づいた何という事業で、どの組織あるいは職種が担うのかを明記し、連携という機能を専属で担う人を配置しなければならない。

本田らは、かつて横浜市における支援の地域システムづくりにあたり、早期発見のシステム・モデルであるDISCOVERYおよび早期支援のシステム・モデルであるCHOICEを考案した (Honda & Shimizu, 2002; 本田, 2009)。これらは、サブシステムだけでなく連携を担うインターフェイスを明記したシステム・モデルであるところが特徴であった。

発達障害の早期支援の対象を必ずしも医療が必要ではないケースにまで広げるとすると、医療モデルのみで対応することは合理的でない。そこで本田は、「日常生活水準の支援」(「レベルⅠ」)、「専門性の高い心理・社会・教育的支援」(「レベルⅡ」)、「精神医学的支援」(「レベルⅢ」) からなる3階層モデルによる支援システムづくりを提唱した (本田, 2012)。レベルⅠの支援を担うのは、乳幼児期は市町村の母子保健や保育・幼児教育であり、レベルⅢの支援を担うのは、児童精神科の医療機関である。専門的支援に関する現場の主役は多くの場合、レベルⅡの支援であり、

これを担うべき機関やスタッフを特定したシステムづくりが必要である。さらに本田は、DISCOVERYモデルに3階層モデルの考え方を導入して修正したモデルを作成し(本田, 2014), さらにそれを改変した(本田, 2016)。

本研究班の児童期の調査では、発達障害の支援ニーズの爆発的な増加に伴い、多くの自治体で発達障害児の支援体制整備が急がれていることが示された。多領域の連携推進を行う公的部署または連携会議の設置については、自治体によってかなりの差がみられた。連携のなかでもつなぎ支援については、自治体によってやり方に大きな違いがみられた。

これらの違いを明らかにして、全国的な発

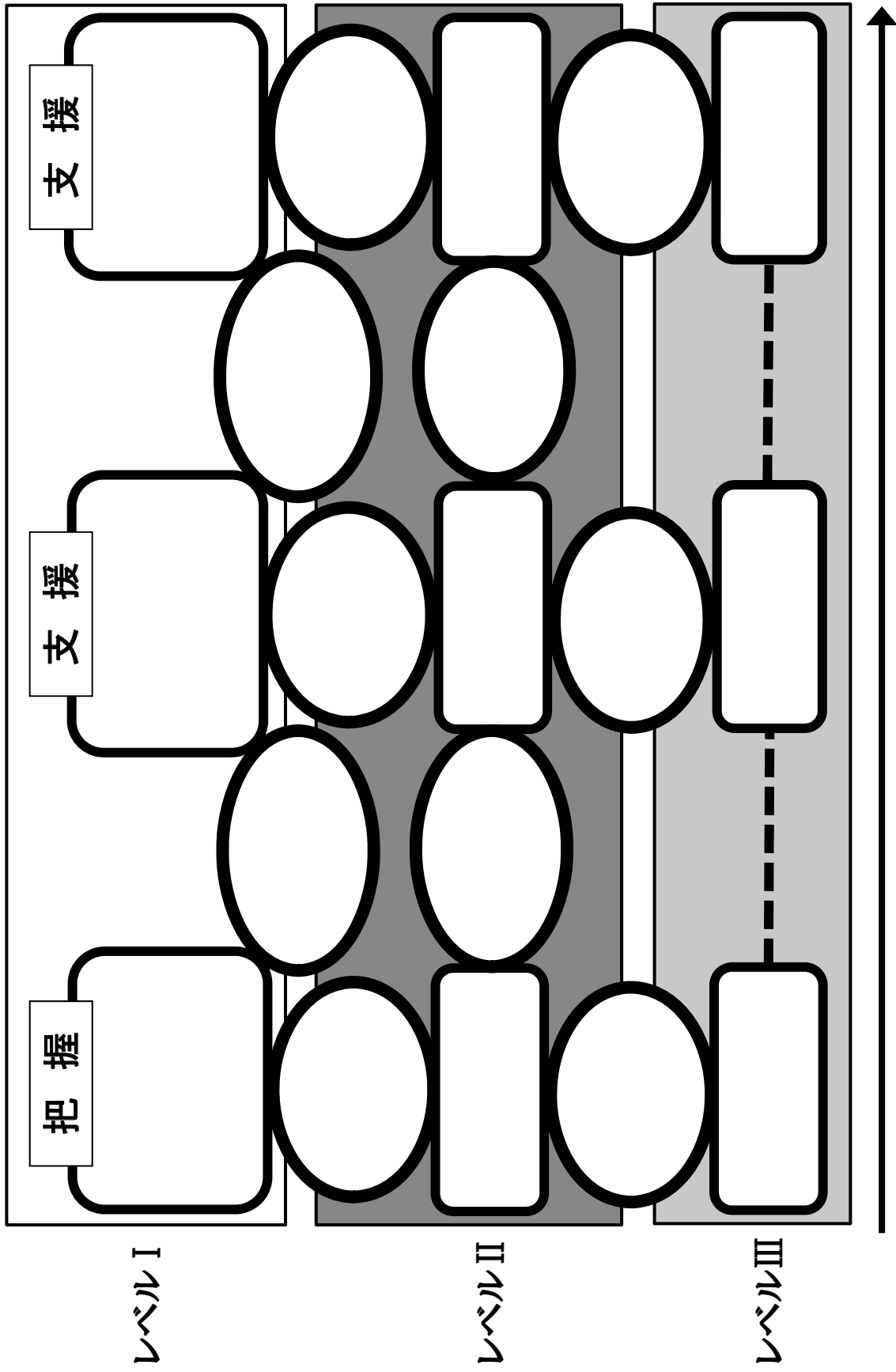
達障害支援の体制整備の実態を明らかにするためには、支援システムの整備状況を評価するための評価ツールが必要である。そこでわれわれは、発達障害の地域支援体制に関する本田(2016)のシステム・モデルをもとに、地域の発達障害児者支援体制の評価を行うための地域評価ツールを開発し、これに「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価(Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS)」の呼称をつけた。

Q-SACCSを用いることで、自治体の発達支援体制の到達点と課題が明確にできると思われる。

# 発達障害の地域支援システムの 簡易構造評価

Quick Structural Assessment of Community Care System  
for neurodevelopmental disorders (Q-SACCS)





発達障害の支援体制に関する地域分析 自治体名 対象時期

この用紙は、幼児期、学童期、思春期、成人期などのライフステージごとに、発達障害の把握を起点として専門的な支援にどのようにつながっていくかを図示することによって、自治体の支援体制が整備され機能しているところと課題が残るところを確認するために使います。

### 記入方法

1. 四角い枠の中には、「把握」や「支援」などの機能を担う機関などの具体的な名称を記入してください（複数可）。
2. 丸い枠の中には、つなぎ（紹介、スーパービジョンなどの連携）の機能を担う機関、会議、事業、職種などの具体的な名称を記入してください（複数可）。
3. 「レベル1」は、障害の有無を問わず受けることのできるサービス（子どもの場合、「乳幼児健診」「幼稚園、保育園、子ども園」「小学校」など）を記入してください。
4. 「レベル2」は、専門性の高い心理・社会・教育的支援のサービス（子どもの場合、「発達支援室」「療育センター」「児童発達支援センター」「放課後等デイサービス」など）を記入してください。
5. 「レベル3」は、発達障害の診断や治療などの医学的サービス（病院やクリニックなど）を記入してください。

## 横浜分担班総合研究報告書（平成28～29年度）

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

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) 横浜市立八景小学校 5) 横浜市立仏向小学校 6) 横浜市教育委員会

### A. 2年間の研究計画

本研究班における大都市グループのなかで我々は横浜市を調査対象として、つぎの2カ年計画を実施した。初年度は横浜市の都市特性の分析、最終年度は平成25年度の小学1年生の時から4年間追跡した地域コホートの悉皆的再調査である。

### B. 初年度（平成28年度）の研究：『横浜市の地域特性にかんする調査報告』

発達障害対策にかんする横浜市の特性については、その地域特性と支援システムの実態を検討した。

#### 1. 地域特性

横浜市は政令指定都市最大の3,731,096人の人口を抱え（平成29年1月1日現在）、人口はゆるやかながら増加傾向にあり、人口密度は全国で大阪市、川崎市に次いで高い。出生率は人口1,000対8.0（平成28年）である。横浜市政の中心地は関内地区（中区）、経済活動の中心地は横浜駅（西区）周辺である。

本研究で調査した港北区は横浜市北東部に位置する。JR横浜線、東海道新幹線、横浜市営地下鉄が交差する新横浜駅を中心としたこの区は新横浜都心として位置づけられると

ともに、都心のベッドタウンとしての機能を持つ。

港北区は18区の1つであって市の北部に位置し、川崎市と接する。面積は31.4km<sup>2</sup>、人口は34.7万人（平成29年1月1日現在）、年間出生数3698人（平成27年）であり、人口も出生もわずかながら増加傾向にある。

港北区の年齢別の人口では0～4歳が4.5%（全国平均4.1%）、15歳未満が12.4%（13.1%）、15歳～65歳未満が69.4%（63.8%）65歳以上が17.5%（23.3%）と、幼児人口は全国平均をやや上回り、生産年齢人口の割合が高い。区内に外国人は5064人、区人口の1.49%が居住し、外国人の密集地域はない。

以上の資料については、主に横浜市政策局総務部統計情報課の横浜市統計ポータルサイトから引用した。（<http://www.city.yokohama.lg.jp/ex/stat/census/>）

#### 2. 発達障害の支援システム

##### 1) 支援システム

横浜市の支援システムは、ライフステージに沿って就学前、学齢前期、学齢後期、成人期と分かれて構成される。

早期発見は各区にある福祉保健センターが

中心的役割を担っており、とくに1歳6ヵ月児健康診査は発達障害の早期発見にとって最も重要である。発見後の継続的な支援を担う地域療育センター（港北区は横浜市総合リハビリテーションセンター、以下YRCと略）と福祉保健センターの間には機能的なインターフェイスが設けられており、福祉保健センターには地域療育センターの医師、心理士、ソーシャルワーカーがチームで出向き、発達評価や養育者への専門相談を行う（療育相談）。幼稚園や保育所に入園した後に集団行動などの点で発達障害が疑われた子どもは幼稚園・保育所から直接、地域療育センターに紹介される。幼稚園・保育所に対しては、地域療育センターのソーシャルワーカーが巡回相談に出向き、子どもの生活の様子を直接みた上で園へのスーパーヴィジョンを行う。近年、養育者の発意で直接受診を申し込む割合が増え、全体の10%を超える。

## 2) 早期支援（就学前）

発達障害の専門機関としては、地域拠点である地域療育センター（港北区はYRC）が担っている。市内に9ヵ所が置かれ、それぞれが担当区を持つ。各地域療育センターには、診療所、児童発達支援センター（福祉型および医療型）、児童発達支援事業所および相談・管理部門が置かれ、これらの有機的な内部連携のもとに様々なタイプの障害児と家族に支援が保障される仕組みになっている。

各ケースの生活空間内には古くから保護者の互助組織である地域訓練会があり、市の補助を受けて運営される。この互助組織は各区に複数置かれる。民間の児童発達支援事業所の開設も進む。

横浜市の幼稚園は全園が私立であり、障害のある児童の受け入れは各園の判断に任せら

る。私立幼稚園が障害のある児童を受け入れることに対しては、私立幼稚園等特別支援教育費補助事業として助成をしている。

横浜市では保育所待機児童ゼロの目標を達成するために、認可保育所や市認定保育室（横浜保育室）の増設に取り組み、施設数は激増している。一方で公立保育所は、その民営化が進み、数は減少しつつある。港北区の認可保育所は平成24年度に49か所であったが、平成27年度には71か所に増えており、逆に公立保育所は平成24年度に1ヵ所減、平成27年度には市内で6ヵ所までになった。また平成27年度には子ども・子育て支援新制度が実施されるに伴い、様々な形態の保育事業が展開されている。

保育所の障害児受け入れについては、公立保育所が平成10年度より全園の受け入れを開始した。民間保育所では施設の判断に任せられる。障害のある児童の受け入れへの助成は、認可保育所（公立、私立）、市認定保育室（横浜保育室）については「障害児保育費（障害のある児童受け入れ）」、「特別支援児童加算費（発達障害のある児童受け入れ）」により、必要な職員体制の加配が保障される。また認可保育所を中心にした育児相談・育児講座の開催、園庭解放など、地域の子育て支援活動がなされる。

幼稚園・保育所・認定こども園には、専門機関からいくつかの種類支援がなされる。地域療育センター（YRCを含む）のソーシャルワーカーが、幼稚園・保育所からの要望に応じて、YRC利用児、未利用児を問わず巡回相談をする。保育所等施設の増設に伴い、巡回相談の申込件数は年々増加し、対象施設も小規模事業施設や認可外保育所や子育てサークル等、広がりを見せている。

幼稚園・保育所の保育士等に対する研修事

業として、認可保育所の保育士を対象に担当エリアの地域療育センターにおける実地研修（障害児保育実地研修）、幼稚園協会主催の研修会への講師派遣、保育士等対象の専門研修などがある。また1年間の単位で公立保育所の保育士をYRC等に早期療育担当の職員として受け入れ、それと交換に地域療育センターの保育士を公立保育所に1年間派遣して一般保育の研修をするという相互乗り入れの「横浜市保育士人事交流研修」事業が展開される。

児童発達支援センターや児童発達支援事業所での支援、幼稚園・保育所でのインクルージョンが終了し就学となった時点で、特別支援教育体制への引き継ぎがなされる。地域療育センターからは、養育者の承諾・希望の条件下で、学校の児童支援専任や通級指導教室担当などとのカンファレンスを通じて必要な情報共有がなされる。また、幼稚園や保育所からは指導要録、保育要録等が学校に送付される。

### 3) 学齢期の支援

横浜市の教育における支援システムで特色といえるのは、一つは特別支援教育コーディネーター機能をもつ児童支援専任教師の全校配置である。児童支援専任はクラスを持たず、発達障害のある児童等の支援に専念する。もう一つは、「横浜型センター的機能」である。障害のある児童への支援のために、特別支援学校・通級指導教室・地域療育センター等がそれぞれの専門性を生かし、地域の学校支援を行う仕組みである。これらは教育界内部の支援システムである。

学齢障害児に対する支援の最大拠点は、言うまでもなく学校である。しかし、特別支援教育体制が整備・拡充されてきているだけに、

医療や福祉の分野から教育との連携、あるいは教育への支援がシステム化、制度化される必要がある。発達障害への対策は、医療、教育、福祉のどれかひとつの分野からでは不十分であり、これらの各分野からの支援の有機的な連携があってはじめて最大効果が約束されるからである。

学校教育に並行して、発達障害児の診療と相談が市内の各地域療育センターでなされる（学齢前期障害児支援事業）。幼児期からの継続的な診療の場合もあれば、学校や教育センターで障害が発見されて紹介されてくることもある。学校側からの求めで医療側はコンサルテーションの場を診療所に設けて、医師、心理士、ワーカーによって詳細な応談がなされる。この場合、保護者の同意を前提とする。

また、地域療育センターに配置された学校支援スタッフが、地域の学校からの要請に応じる形で学校訪問をして相談に応じる体制が敷かれている（学校支援事業）。

中学校期から18歳までの横浜市在住者を対象として、発達障害にかんするソーシャルワーカーによる相談および医師による診療、心理士による評価と指導などを市内3機関で行っており、YRCはそのひとつである（学齢後期障害児支援事業）。この3機関のうち2か所に診療機能があり、他のひとつは相談機能のみである。これらは、成人期に向けた対応の拠点となっている。

### 4) 療育手帳

横浜市は、標準化された田中ビネー知能検査に基づいて、最重度（A1）、重度（A2）、中度（B1）、軽度（B2）に分類する。境界水準の知能（IQ76から91）については、自閉スペクトラム症の医学的診断があれば、軽度（B2）と認定する。福祉制度の利用を希

望する境界知能の子どもの受け皿になっている。

IQ91を超える発達障害は療育手帳の適用から外れ、精神保健福祉手帳の適用となる。

### 3. 発達障害支援システムの今後

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

横浜市の地域療育センターは、昭和54年の厚生省通知に呼応する形で昭和59年に作成された「障害児地域総合通園施設構想」に基づいて建設されてきた。厚生省通知は人口およそ30万人に1ヶ所の総合通園センターを設ける想定であったため、横浜市の当時の人口規模から市内10ヶ所にこれを設置する計画とされた。地域拠点（地域療育センター）の設置という観点から見れば、現在9ヶ所まで到達できた点で当初の目的はほぼ完遂できたといえる。実際、横浜市では早期発見の場である乳幼児健診（横浜市では福祉保健センターが健診活動の中心）と地域拠点とのネットワークが早くから形成され、早期診断から早期療育への道筋が切り開かれていった。こうして横浜市は大都市における発達障害の地域支援モデルを先進的に建設する一翼を担った。

しかし地域療育センターの建設が進むと同時に、当初は想定されなかった課題が次々に出現した。そのなかで最大の課題は、発達障害に対する支援サービスの供給がもたらした新たなニーズの掘り起こしであった。昨今では、幼児人口の5%を優に超える事例が受診するというニーズの爆発的な拡大に対する支

援サービスのあり方が根本的に問われる情勢に至っている。地域に大きな拠点を置いて、そこに地域のニーズを集中させて解決を図るという従来型の支援システムのあり方を根本的に再考すべき段階に達したのではなかろうか。一度、構築・完成した支援システムを大きく変革することは必ずしも容易ではないが、国と自治体にとって時代に解決を迫られている課題であろう。横浜市の場合でいえば、時代を先行した有利性と共に時代転換についての不利性を抱えている。

### C. 最終年度（平成29年度）の研究：『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』

#### 1. 本研究に先立つコホート調査とその追跡調査

本分担班の最大の目的は、大都市における乳幼児期から学童期に至る発達障害の詳細で正確な疫学的知見を得ることであった。横浜市を分担したわれわれは、市全体を調査するよりも、その一地区を厳密に調査することの方が良いと考えた。疫学調査結果の再現性を担保するには、標本数が大きいほど精度（precision）は高い。反面、悉皆的な調査をするには標本数が大きくなるほど調査のキメが粗くなる危険、つまり正確度（accuracy）を低める可能性がある。この両面ともに高く保つための方略が、調査対象を港北区に限定するという選択であった。港北区の人口は横浜市全体のおよそ10分の1のであり、標本として市全体のよいモデルになると考えられた。

本研究班での調査に先立って、われわれは

平成25年度に横浜市北部に位置する港北区を対象地区に定め、発達障害のある（疑いを含む）小学1年生について、医療側と教育側の両面から把握し、報告した<sup>1)</sup>。またこれを追跡する形で、平成27年度には小学3年生について同様の調査をした<sup>2)</sup>。

今年度は、平成25年度当時小学1年生であり、現在小学5年生になった出生コホート、在住コホートそれぞれについて、医療と教育の両面から発達障害の実態を調査した。4年間にわたる追跡の最終調査となる。

## 2. 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。

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。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<sup>3)</sup>。

YRCに来院したケースには、ソーシャルワーカーのインタビューと医師の診察がなされる。初診の際は、福祉保健センターにおける乳幼児健康診査や保健師による記録、心理士による心理評価、ソーシャルワーカーによる幼稚園や保育所への訪問記録などを参考にできることが多い。

YRCでは乳幼児例に対していくつもの早期支援サービスが用意され、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例、および学齢になって来院した例に対しても、支援サービスメニューが用意される。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、地域の学校とも緊密な連携をとっている。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診療所における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形式の学校支援事業がある。また、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担当したスタッフが、ケースの就学にも学校や家庭生活における保護者の相談に応じることができる卒園児交流会などの相談の場を設け、診療所以外における学齢児対応を充実させている。

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25年度と

平成27年度にも同じ調査をしており、2年ごとと計4年間の追跡調査となる。

教育機関への調査書は、本研究班に共通の書式を使用した。調査項目は、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。個別の事例が特定されるような情報は扱わなかった。

調査対象が在籍可能な学校は、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。

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。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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 研究協力者Bが港北区小学校の児童支援専任会場で調査の説明と協力を依頼し、調査書一式を配布。
- ⑤ 研究協力者Bが港北区小学校の児童支援専任会場で調査書を回収。

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。

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。

### 3. 研究結果

#### 1) 発達障害児童の支援ニーズ:累積発生率、有病率

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。

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。

## 2) 学校における支援二一ズ

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た（回収率100%）。調査結果から港北区在住の小学5年生の総数が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）。このうち教師によって発達障害が疑われる児童は14.9%（377名）、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6.1%（153名）であった。

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年生時と比べて小学5年生時では、発達に問題があると認識された児童数は101名、診断把握数は40名がそれぞれ増えていた。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。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名がそれぞれ増加していた。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（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名増加，担任による配慮がなされている児童が30名増加するなど，特別な支援を受けるケースが大幅に増加し，支援内容のレポーターも広がっていた。

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。

### 3) 境界知能児童の支援二一ズ

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受けていた。

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やすく，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。

#### 4. 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年度の間接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。年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った。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たい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、ということが出来る。

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たん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。

## 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 DIS-  
COVERY approach in Yokohama, Ja-  
pan. *Autism*, 6 ; 239-257, 2002

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28～29年度（2年間）のまとめ 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、平成28年度及び平成29年度の2年間、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、広島市のこども療育3センターの新患数、全新患数の発達障害の割合、市内:市外の割合、紹介経路とも、この2年間、ほぼ変化は見られなかった。また、今年度5年目となるカルテ調査では、調査開始時小1の、小4、小5時の発達障害の発生率及び、有病率、及び調査開始時小6の、中3、高1年齢時の有病率及びその他の二次障害について継続調査を行った。発達障害全体の内広汎性発達障害、多動性障害は微増。学校へのアンケート調査はこの2年間実施していない。平成29年度は、外国籍の子どもの調査（高橋班）及び、成人期発達障害者の生活実態に関する調査（内山班）に協力した。

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事業を展開し、今後6年間もほぼ同様の方針で継続される予定である。しかし、平成27年度及び28年度の2年間の実施状況をも、現システムのままでの拡充や新規事業であり、社会的問題や課題、複雑化し高度化する多様なニーズへの対応は困難と思われる。本田班の政令市の提言は、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を重要課題としている。広島市においても総論は共通であるが、その実現には、新たなシステムの構築が必要であり、組織の再編など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<sup>5)6)7)8)9)</sup>。平成27及び28年度は新たに「発達障害児等々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、平成28年度は本研究班の共通フォーマットを用いた行政へのアンケートや面接によって、「発達障害児への支援体制の調査」、平成29年度は、「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（他に嘱託医

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、いづれも広島市から社会福祉法人広島市社会福祉事業団へ委託され、平成18年4月以降、同事業団が指定管理者になっている。

図1. こども療育3センター



## B. 研究方法

### 1. 各地方自治体の地域特性の調査

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

### 2. 幼児期から学齢期の発達障害児支援現況や支援

(1) こども療育3センターにおける新患者の変化について；平成28及び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)<sup>1)</sup>、(以後、「支援体制推進プログラム(2013-2017)」と略称)を参考に、平成27及び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)<sup>4)</sup>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

平成27年度及び平成28年度に、こども療育センターを受診した児童(小4、小5：平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれ、中3、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4、小5は全8区。中3、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4、小5は、発達障害の発生率および有病率を算出し、中3、高1は、有病率のみ算出した。

尚、平成25年度から平成27年度の3年間は学校へのアンケート調査を行うことができたが、平成28年度及び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) 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(平成29年度のみ)

(1) 外国にルーツを持つ障害の有る子どもの調査(高橋班)への協力；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)に協力した；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27年度、28年度の具体的な事業展開(継続・新規・拡充事業)の資料<sup>2)3)</sup>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

平成28年度、29年度とも、ほぼ変わりはない。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。

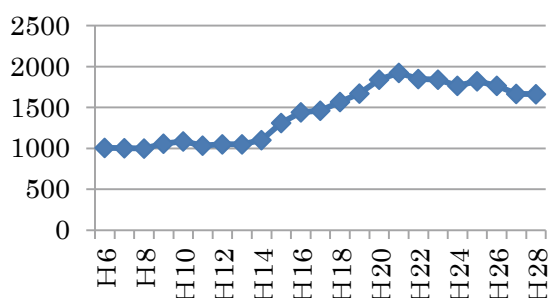
## 2. 幼児期から学齢期の発達障害児支援の現状や支援体制

### （1）こども療育3センターにおける新患者の変化について

#### 1) 新患者数の変化

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。

図2. 新患者数の推移（H6～H28）

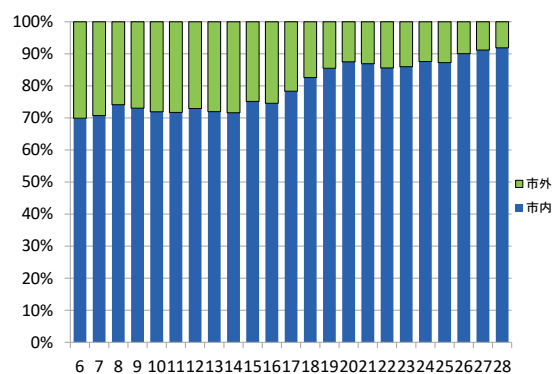


新患者数は、平成14年頃までは各年度とも約1000人ではほぼ一定であったが、その後急増し、平成21年度の1925名が頂点となり、平成22年度には西部こども療育センターに小児科医1名が増員になった。平成25年度には、長年療育センターに勤務していた精神科医2名、平成26年度に小児科医1名が退職。平成29年4月1日現在、医師数は、常勤小児科医6人＋非常勤小児科医1名、常勤児童精神科医4名＋非常勤児童精神科医1名となっている。新患者数は次第に減少していたが、平成27年度1668人、平成28年度は1662人と、やっと歯止めがかかった。新患者待機期間は、療育センター以外に子どもの心の専門医や発達障害の診療、訓練、療育を行う医療機関も増加し（後述）、以前は恒常的に3～4ヶ月であったが、平成29年11月時点で、1ヶ月～3ヶ月未満となっている。

#### 2) 市内と市外の割合

新患者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で維持している。

図3. 市内と市外の比率（H6～H28）

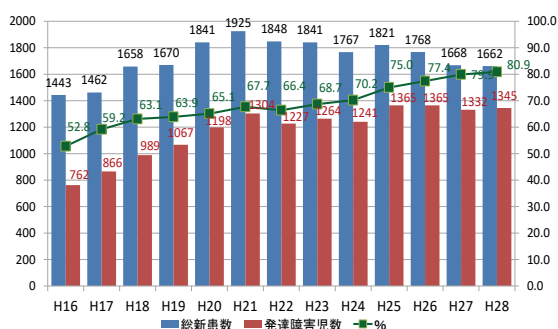


#### 3) 新患者における発達障害の割合

総新患者数の内、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24年度に70.2%、25年度75.0%、26年度77.4%、平成27年度79.9%、平成28年度は80.9%と、この2年間、約80%で落ち着いている。

図4. 発達障害児数の推移 (H16~H28)

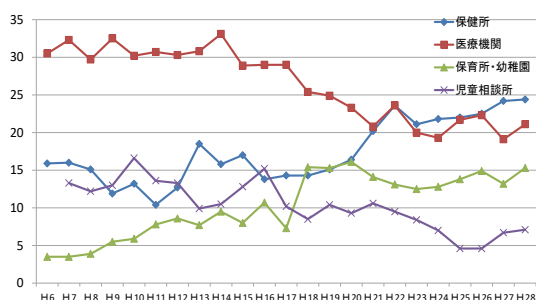


#### 4) 受診経路

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19年度の乳幼児健診項目の改訂後より急増し、平成27年度24.2%、平成28年度は24.4%とほぼ同率で推移している。

医療機関からの紹介は、長年30%を超えていたが次第に減少。平成27年度は19.1%と底をついたが、平成28年度は21.1%とやや回復している。また保育園・幼稚園からの紹介は平成18年度頃より急激に増加し、平成27年度は13.2%、平成28年度には15.3%となっている。虐待や素行障害を伴う二次障害がらみが中心の児童相談所からの紹介は、平成16年度の16.6%を最高に、平成25年度、26年度は共

図5. 受診経路 (H6~H28)



に4.6%と最低になったが、平成27年度6.7%、28年度7.1%とやや持ち直している。

#### (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27及び28年度)

各年度とも、これまで通り、事業・取組の拡充の内容は、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。平成27年度の新規事業は、社会的スキル訓練の為の研修を3日間実施、平成28年度の新規事業としては、就労に向けた生活訓練の充実のため、就労移行支援事業所への助言等、また、ペアレントメンター制度の検討が行われ、広島県との意見交換等が実施された。以上の拡充・新規事業のための方策としては、こども療育3センターの職員の増員(平成27年度は作業療法士1名、医療ソーシャルワーカー1名の計2名、平成28年度は、作業療法士1名、心理療法士1名の計2名)で対応されていた。

#### (3) 広島市の現状と課題及び今後の取組み

【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)】<sup>4)</sup>を基に、主な項目について、過去5年間(2013-2017)からの変更について、調査した。

\*取り組みの柱; 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、企業等との協働として、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(変更:こども療育センター等の医療機関)への受診に至るまでの支援を行う。

**\*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）及び放課後等出来サービス（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。
  - ・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、講座を開く。
- 以上が主な今後6年間の主な推進プログラムの内容である。これまでの5年間とほぼ同様の事業であるが、大きな相違点は、①こども療育センターの位置づけが、専門機関から、医療機関の1つへ、また、②外来療育も、多様なニーズに応えられる様々なプログラムの導入やこれ以上の高度な専門性は求めず、現状維持とし、他の一般の療育機関と変わらない路線で進むことを意味しているように思われる。

### 3. カルテ調査の結果

小4、小5の発達障害全体の発生率は、それぞれ7.7%、8.2%、内PDDは5.9%、6.3%と増加、多動性障害は0.6%、0.7%と微増していた。小1時のそれぞれの発生率は、6.7%、5.3%、0.2%、有病率は、6.3%、5.0%、0.2%で、就学後、小4、小5では発生率も有病率も微増している。会話・言語、精神遅滞の発生率も有病率も変化がほとんど見られなかった。

中3及び高1年齢の発達障害全体の有病率は、8.1%、8.2%、内PDDは5.3%、5.4%、多動性障害は、両年度共1.1%であった。小6のそれぞれの有病率は、7.9%、5.0%、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名が受診したのみであった。

表2. 小4の発生率  
医療機関受診 (n=839, 男=632, 女=207)

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

(その他；発達障害全体に対する割合)

表3. 小5の発生率  
医療機関受診 (n=898, 男=679, 女=226)

診断	人数	男女比
発達障害全体	898 (8.2%)	679 : 226
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

(その他；発達障害全体に対する割合)

表4. 小4の有病率  
医療機関受診 (n=863, 男=660, 女=210)

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

(その他；発達障害全体に対する割合)

表5. 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%)	666 : 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

(その他；発達障害全体に対する割合)

表6. 中3の有病率  
医療機関受診 (n=555, 男=401, 女=154)

診断	人数	男女比
発達障害全体	555 (8.1%)	401 : 154
PDD	362 (5.3%)	265 : 97
多動性障害	72 (1.1%)	57 : 15
会話・言語	34 (0.5%)	23 : 11
学習障害	13 (0.2%)	11 : 2
精神遅滞	74 (1.1%)	45 : 29
(その他)	40 (7.2%)	22 : 18

(その他；発達障害全体に対する割合)

表7. 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)	43 (7.6%)	25 : 19

(その他；発達障害全体に対する割合)

#### 4. 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（総人口に対する交付割合）は、平成27年度は8053人（0.68%）、平成28年度8444人（0.71%）、内18歳未満は平成27年度2606人（平成28年3月末）、平成28年度2645人（平成29年3月末）である。なお、各年度とも、療育手帳非該当の高機能群は、精神障害者保健福祉手帳で対応している。

##### (2) 支援システムの概要

- 1) モデル図(平成27年度の流れ図。清水、佐竹、大澤)

図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

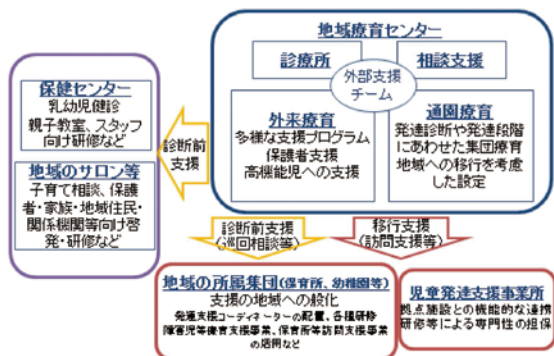


図2 乳幼児期の地域支援システムにおける療育センターの役割  
「拠点から地域へ」「直接支援から間接支援へ」の流れ

##### 2) 乳幼児健診における発見と継続支援

平成27年度及び28年度の保健師数は、両年度共、常勤43人、非常勤18人。保健師1人あたりの0～4歳人口はそれぞれ1598人、1573人。その他の子育て支援専門員は両年度共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<sup>4)</sup>4ヶ月健診の事後措置率は平成27年度、28年度は7.5%、8.6%、内発達障害疑いは4.5%、4.8%、1歳半健診では、23.6%、24.0%、内発達障害疑い20.7%、20.5%、3歳児健診では、14.5%、14.2%、内発達障害疑いは10.2%、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、平成27年度はそれぞれ4.3倍、2.0倍、4.2倍、平成28年度は、それぞれ、3.6倍、2.7倍、2.2倍で、これまで通り、区による差が大きいままであった。

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27年度、平成28年度は、それぞれ90回、68回、参加幼児数は、実人数は118人、113人、延べ人数は、494人、397人であった。5歳児発達相談の実施回数は平成27年度、28年度は、40回、60回、延べ103人、155人が参加した。内、経過観察11人、21人、療育センター紹介49人、60人、他機関紹介は3人、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平成27年度、28年度とも、5ヶ所（知的障害・発達障害を主たる対象とするセンター4ヶ所、難聴を主たる対象とするセンター1ヶ所）
- ・肢体不自由児を主たる対象とする医療型児童発達支援センター 2ヶ所

##### 【保育園・幼稚園等H28、H29年度】

幼稚園の数（定員数）は、H28年度は、公立19園（1615人）、私立71園（15205人）計90園（16820人）。保育園の数（定員数）は、公立88園（11150人）私立112園（12626人）その他を加え、計240園（26635人）。H29年度は、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、H28年度55園(2025人) H29年度は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。

### (3) 医療のかかわり

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

発達障害があれば、これまでは乳幼児等医療費補助の対象を小2まで拡充していたが、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。

### (4) 特別支援教育

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

ターが作成・提出することはない。

2) 特別支援教育の状況(H27及びH28年度)；両年度共、市立の特別支援学校1校、知的障害特別支援学級：公立小141、142校中125、130校、公立中65校、63校中52校、57校に設置。自閉症・情緒障害特別支援学級：小学校125校、131校、中学校49校、54校に設置。情緒障害通級指導教室：小学校10校、13校、中学校3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；141校、142校中119校、112校、2人体制22校、27校、専任はなし、4校。連携調整等実施校は54校、112校。中学校：1人体制65校、64校中61校、53校、2人体制3校、7校 3人体制以上1校、4校 専任なし、0校、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65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。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) 医療支援体制の現況（平成29年5月末現在）

- ・発達障害の診療が出来る医療機関数；44、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、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（平成29年度のみ）

- 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。言語面の問題が大きく、通訳などの配慮が必要。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、子育てや、マナー、教育の考え方の違いと同時に、障害受容など個人差の問題も大きいことが言えた。詳細は高橋班の研究報告を参照。

- 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。詳細は内山先生他の研究報告を参照。

## 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）<sup>2)</sup>の平成28年度及び平成29年度の2年間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、内容は、研修を3日間行った、助言した、意見交換したなどであり、こども療育3センターについては、根本的なシステムの検討など、具体的な、目に見える形での方向性は示されていなかった。また、この2年間で、こども療育3センターの人員増は、医療ソーシャルワーカー1名、作業療法士2名、心理療法士1名、の計4名であったが、直接支援に係わるスタッフの数が増えても、根本的な解決にはならない。本田班による政令市の提言は、今後の発達障害推進プログラム素案においても、子ども達の生活の場を充実させたり、家族や関係機関へ情報提供したり、質の良い連携を図る必要があるなど、目標として書かれている。しかし、多様なニーズが求められる時代の変化に応じた、具体的な組織改編や抜本策は、この研究の行われた過去2年間、全く、提案さえされていなかった。例えば、今後、中核機関であるこども療育センターにコーディネーターを置いて、広島市の他の2つの分館や他の医療機関との連携の中核機関としての機能を発揮すべきである。

広島県の発達障害診療医養成の施策により、広島市においても、発達障害を診療のできる医療機関（医師数）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、特に高1年齢になると、他の医療機関へ流れ、1ヶ月～3ヶ月未満となっている。社会の変化は激しく、社会的な問題や課題でも複雑化・高度化しており、今後は、他の医療機関ではできな

い、虐待や素行症、強度行動障害などを伴うケースに対して、情短施設も含めて、専門的な役割を果すことの出来るよう、抜本的な対策が求められている。

今後、こども療育3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、ますます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おり、2名程度の人員増では、新規事業や事業の拡充を行うというやり方では、時代の変化に追いついていないと言える。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、拡充等が中心で、こども療育3センターの新たな役割が求められる時代においては、優秀な専門性豊かなスタッフがいる今の内に、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<sup>3)</sup>。しかし、その後、平成17年4月の発達障害者支援法の施行に伴い、平成19年度に発達障害特に自閉症スペクトラム障害の早期発見・早期支援を主目的とした乳幼児健診項目の改訂が行われ、療育対象児数の増加や高機能の発達障害児特に自閉症スペクトラム障害児が増加した。多動性障害についての早期発見・早期受診は中3になってようやく1.1%が診断されている現状であり（一般には3～7%と言われている）、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。ただ、広島市教育委員会での取り組



みでは、特別支援コーディネーの専任化は、長足の一步と言える。

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（や、他の医療機関）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。ただ、各区に於ける発見率のあまりに大きな格差は問題である。また、保健師1名当たりの0～4歳児の数が1500人から1600人では、十分な対応は出来ないと言える。その上、5歳児検診の導入も検討されているが、この職員体制では不可能である。保健師の配置についても今後、組織の再編が必要である。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、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。グレーゾーンの子どもの受診も増えるだろうし、また、仕事を持つ女性や母子、父子家庭の増加への対応も考えなければいけない。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、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<sup>4)</sup>。

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充分ではなく、また、こども療育3センターでは数的にも質的にも対応し切れておらず、発達障害を扱う医療機関（医師）数の微増や放課後等デイサービスの増大など、量的拡大の段階である可能性が高い。

放課後等デイサービスの数はこの6年間で30ヶ所から158ヶ所と5倍に増加し、情報の共有や連携、質の問題に対する研修など専門的な支援体制の構築が課題である。

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、中心的な役割が求められる。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、これまでの本田班の研究報告に基づいて指摘した課題が、今年度もそのまま継続している。

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、多様化し、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充分機能しているとはいえない。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27年度発達障害者支援体制づくり推進プログラム実施状況
- 3) 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
- 4) 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）
- 5) 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.
- 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.
- 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25～27年度 総合研究報告書（研究代表者 本田秀夫）p75-88、2016.3.
- 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.
- 9) 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（平成28～29年度）

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（福岡市立西部療育センター）

宮崎 千明（福岡市立心身障がい福祉センター）

小川 弓子（福岡市立東部療育センター）

相部 美由紀（福岡市立あゆみ学園）

森 孝一（福岡市教育委員会・福岡市発達教育センター）

**研究要旨：**発達障害の支援ニーズと支援体制について調査し、平成25～27年度の研究班における結果と比較検討した。発達障害の有病率は経年的に上昇し、今年度の小1群で9.2%、小5群で6.1%だった。小5群については約8割が幼児期に療育拠点施設を受診していたが、そのうち就学後に医療機関を受診していたのは2割程度だった。また学校において受診を把握している児の割合は、発達障害が疑われる児の半数程度だった。幼児期から多くの発達障害児が把握され支援を受けている一方で、評価や支援の情報のつながりに課題がみられた。増大し多様化する支援ニーズに対し療育の拠点施設においては、医療（診断）を前提としないような支援も含めて幅広くコーディネートする役割が重要となっている。大規模都市ではインターフェイスの機能が療育拠点施設内に求められる体制となっているが、民間の事業所を含めた幅広い支援をつなぐ体制の整備は拠点施設内の検討のみでは困難である。行政を含めた連携の場において、各機関の立場をふまえた機能の整理や支援体制の検討が期待される。

## A. 研究目的

発達障害児の早期発見や早期支援は、各自治体によってその体制が異なっている。それ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、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、自治体の規模により政令指定都市、中核市・特例市、小規模市と分け、それぞれの地域で発達障害児の診療を行っている医師が担当となり調査・研究が

行われた。政令指定都市である福岡市では、市の地域特性の調査、支援ニーズに関する疫学調査とともに、横浜市、広島市とともに政令市の分担研究班として総合的な療育機関（療育センター）が設置されている大規模都市の特徴や課題について、3政令指定都市の支援体制の比較を通して検討した。その内容は、地域特性にあわせた発達障害児への支援体制の提言としてまとめられた<sup>1)</sup>。平成28年度から平成29年度で実施された本研究班「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）においては、平成28年度は福岡市の発達障害児支援の地域特性についてあらためて調査を行い報告した<sup>2)</sup>。今年度は支援ニーズに関する疫学調査を、平成27年度に実施した調査と同様の手法を用いて行った。本報告書では、これらの調査をもとに発達障害児の支援状況の経年的変化について検討し報告する。

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」の表記を用いた。また、福岡市には通園施設に診療所や相談支援事業所を併設した総合的な療育機関として、心身障がい福祉センター（愛称あいあいセンター）、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」あるいは「拠点施設」とし、これら3センターのうち難聴児、視覚障害児への支援や障害者支援も行っている中核的な機関である心身障がい福祉センターを「中核施設」と呼称することとした。

## B. 研究方法の概要

### 1. 平成28年度の研究

#### (1) 地域特性に関する調査

本研究班の共通のフォームを用いて地域特性に関する調査を行った。調査においては、福岡市の自治体としての地域特性についての情報と、福岡市における発達障害児への支援体制についての情報を、福岡市のホームページや関係各課からのヒアリングによって収集した。（本論文後に資料として掲載）

### 2. 平成29年度の研究

#### (1) 発達障害の支援ニーズに関する調査

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。調査対象児については、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) 発達障害の発生率および有病率調査（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か所に対してカルテ調査を行った。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でデータを統合し、発達障害の有病率を算出した。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、精神疾患となる児童については、調査対象から除外した。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児の有病率調査(学校調査)

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校に対して、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。調査項目は発達に何らかの遅れや偏りを持つ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。

(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. 地域特性に関する調査

平成28年度の研究報告書から、福岡市の地域特性に関する調査結果の概要を示す。

#### (1) 自治体の地域特性

福岡市は、地方自治法に定められた大都市制度の一つである政令指定都市に、昭和47年に指定されている。政令指定都市は昭和31年に運用が開始され、当初はおおむね人口100万人以上の都市を対象としていたが、市町村合併を進める国の方針の中で現在は人口70万人程度の都市を対象としており、20都市が指定されている。政令指定都市は保健・福祉、教育、都市計画・土木などにおいて県からの事務委譲があり、財源の移譲による主体的な財政運営が可能となっている。

福岡市は全国の政令指定都市の中で5番目に人口が多く、平成28年の推計人口は155万人を超え、関西以西で最も人口が多い都市である。日本の人口が7年連続で減少する中で福岡市は人口増加が続き、この5年間の人口増加率は政令指定都市の中で最も高く5.1%とであった(平成27年国勢調査)。若者率(15歳~29歳の人口割合)においても19.5%と政令指定都市の中では最も高く、福岡市は2035年までの人口増加を予測している。平成29年度に疫学調査を行った福岡市東区は、福岡市の7行政区の中では最も人口が多く(平成29年4月1日現在の推計人口311,580人)、人工島を含めて複数の都市整備事業が進行中の福岡市のベッドタウンである。

#### (2) 福岡市における療育体制

##### 1) 療育施設の現況

福岡市では、昭和45年に知的障害児通園施設、昭和48年に肢体不自由児通園施設が設立され、障害児への地域療育が行われるようになり、昭和54年には早期発見、早期支援のた

めの中核的な施設として、通園施設などの福祉機能に医療系の総合的診断・判定機能を位置付けた福岡市立心身障がい福祉センター（現在の愛称「あいあいセンター」）が開設された。その後、居住地における支援ニーズの高まりに伴い、平成14年度に西部療育センター、平成23年度には東部療育センターが整備された。それぞれのセンターは担当区を決めて、そこに居住する障害児への支援を行っている（資料・図3）。現在福岡市には、療育拠点施設の他に通園療育を行う児童発達支援センターが、民間法人が運営するものを含めて6か所あり、福岡市における療育施設の現況は資料の図2のようになっている。

福岡市内の各療育センターを新規受診する幼児の数は経年的に増加しており、平成28年度は1423人となり10年間で2.0倍となっていた（図1）。

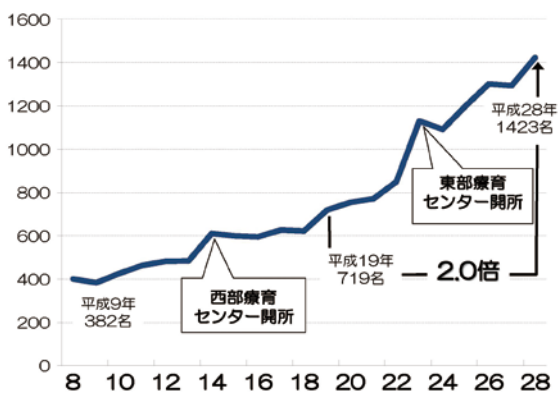


図1. 福岡市の療育拠点施設における新規受診児の推移

新規受診児を障害種別で見ると発達障害児の割合が最も高く、平成28年には新規受診児全体の66%を占めていた。新規受診児の増加は主に発達障害によるものであり、この10年間で3.6倍となっていた（図2）。

受診経路については保健福祉センターの乳幼児健診からの紹介数が最も多く、健診におけるスクリーニングからのつながりが有効に機能している。増加割合については幼稚園や

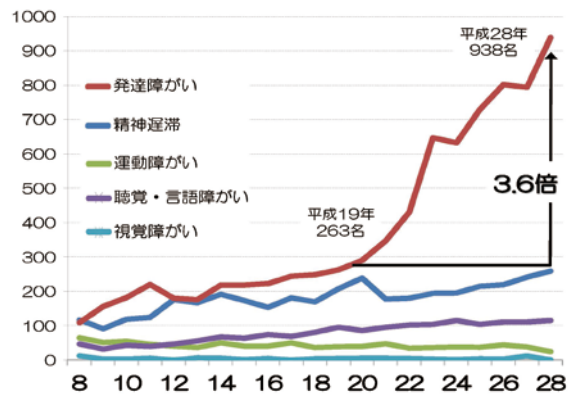


図2. 福岡市の療育拠点施設における新規受診児の推移（障害種別毎）

保育所からが最も高く、10年間で2.8倍となっていた（資料・図4）。

### 1) 早期発見から継続的な支援の流れ

#### ① 受診後の支援体制

幼児期に把握される発達障害児は、保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育所を主な受診経路として、療育の拠点施設を受診している。拠点施設の診療所への受診を経由して療育に参加することとなっているため、幼児期の発達障害児の殆どが拠点施設を受診しており、年齢分布、受診経路、診断名といった情報を一元的に把握することができる状況にある。このことは今回のような疫学調査や行政施策の検討において有利な条件ともなっている。

拠点施設における療育体制は、外来療育と通園療育とに分かれている。知的障害、発達障害児への通園療育は1、2歳児の親子通園（週1、2日）と3歳児以降の単独通園（週5日）が行われている（資料・図5）。児童発達支援センターは3歳以降の知的障害児や発達障害児は週5日通園を基本としており、各通園施設の利用にあたっては、福岡市が設置した利用調整委員会により、支援が必要な児が地域によって偏りなく利用できるように調整を行っている。外来療育は主に幼稚園・保育所に在籍している児が月1回程度で利用

しており、発達状況によって異なるグループ療育や個別療育が行われている。福岡市では児童発達支援センターの分園として市内に4か所の児童発達支援事業所があり、週1回程度の並行通園による療育を提供するとともに、児童発達支援センターの利用待機児の受け皿として週4日の単独通園療育を提供している。

## ② アウトリーチ支援や外部研修の体制

拠点施設では、外部機関へのアウトリーチ支援や、地域における人材育成のための研修や講師派遣を行っている。

保育所については、福岡市では認可保育所の全園を対象に障害児保育事業が行われており、市の障害児保育指導委員会による判定に基づき障害程度に応じた助成金が給付されている。また拠点施設では障害児保育訪問支援事業を受託し、拠点施設の保育士による訪問支援が行われており、障害児保育の対象児だけでなく対象外児（拠点施設への未受診児を含む）への支援も行っている。幼稚園については、私立幼稚園障害児支援事業として、3か所の療育拠点施設から保育士が訪問支援を行っている。研修については、保育所では障害児保育指導委員会による全体研修や区別研修、幼稚園では私立幼稚園連盟による研修会が行われており、拠点施設から講師を派遣している。また、市内全域の幼稚園、保育所職員を対象として、中核施設であるあいあいセンターを中心とした各拠点施設の共催で年に1回のセミナー（あいあいセミナー）を行っている（資料・図6）。

## ③ 学齢期以降の支援機関や支援制度の利用状況

福岡市の発達障がい者支援センター（ゆうゆうセンター）では、平成18年度の開所以来相談件数が増加し、平成27年度は平成21年度

と比較して1.6倍の増加となっていた。成人期における相談が半数以上を占め、6歳以下の幼児は3.5%だった（平成27年度）。

発達障害児への特別支援教育の枠組みとしては、知的障害特別支援学級、自閉症・情緒障害特別支援学級、通級指導教室（情緒、LD/ADHD、難聴・言語）、知的障害特別支援学校が設置されている。いずれも対象児数が増加しており、通級指導教室の設置数は政令指定都市で5番目に多くなっている。何らかの特別支援教育の対象となっている児童は平成27年度までの10年間で1.7倍となっていた。（資料・図8）。

療育手帳については、福岡市では概ねIQ75以下を対象としているが、18歳未満の手帳所持者は増加しており、平成25年度は9年前の1.5倍となっていた（資料・図1）

認可保育所における障害児保育制度の利用については、対象児が平成27年度までの10年間で2.5倍に増加しており、障害種別では発達障害が最も多く63%となっていた（資料・図10）。

## 2. 発達障害の支援ニーズに関する調査の経年的変化

平成29年度に実施した発達障害の支援ニーズに関する疫学調査の結果とともに、平成26年度、平成27年度に前研究班で実施した疫学調査の結果との比較について報告し、支援ニーズの経年的な変化について考察する。

（1）横浜市、広島市、福岡市の3政令指定都市における発達障害の有病率

平成25年度から3年間で行われた前研究班の疫学調査で得られた、横浜市、広島市、福岡市の3つの政令指定都市における発達障害の有病率と平成29年度の調査で得られた福岡市の有病率を図3に示す。福岡市においては



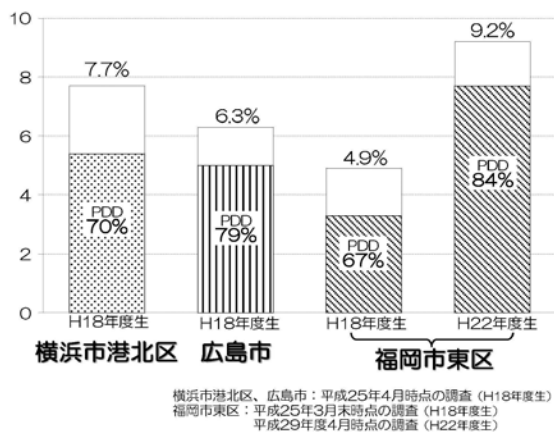


図3. 3政令市における発達障害の有病率

平成18年度生まれの児童の発達障害の有病率は4.9%で、内訳では広汎性発達障害が最も多く、そのうちIQ70を超える児は75%を占めていた。横浜市港北区については7.7%や広島市では6.3%と福岡市よりも高い有病率が報告されていた。一方で今回実施した平成29年度の疫学調査では、平成22年度生まれの小学1年における有病率は9.2%と大きく上昇していた（図3）。療育拠点施設の受診児の大幅な増加

（図1）とともに、福岡市における発達障害の有病率も近年大きく上昇していることがわかる。

（2）平成18年度生まれの児童における発達障害児の経年的な変化

本研究では、平成18年度生まれの児童について継時的な疫学データを得ることができた。医療機関調査については、平成25年度（療育機関のみ）、平成27年度、平成29年度の疫学データを比較し、学校調査については、平成26年度、平成27年度、平成29年度の疫学データを比較検討した。

医療機関調査について各年度のデータを比較すると、同じ母集団においても発達障害の有病率は経年的に増加していることが分かった。平成25年度と平成29年度の比較で約2割の児が新たに診断を受けていた。内訳では、広汎性発達障害や多動性障害の診断に経年的な増加傾向がみられた（図4）。

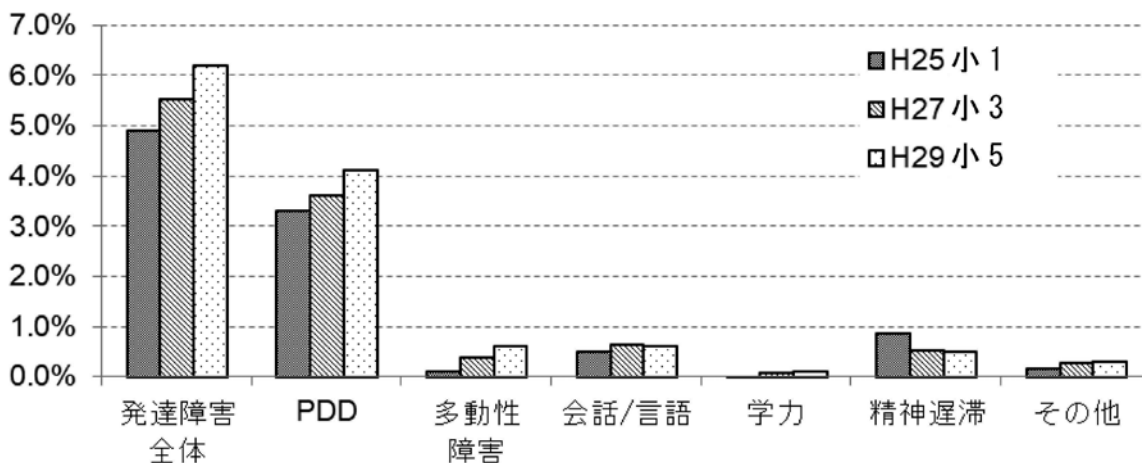


図4. 医療機関調査における発達障害診の有病率の経年的変化（平成18年度生）  
（平成25年は療育センターのみ3月末時点の調査）

学校調査について各年度のデータを比較すると、医療機関への受診を把握している児の割合は、3%台前半とほぼ横ばいだった。

内訳をみると経年的に広汎性発達障害の診断が低下傾向にあり、多動性障害の診断に増加傾向がみられた（図5）。

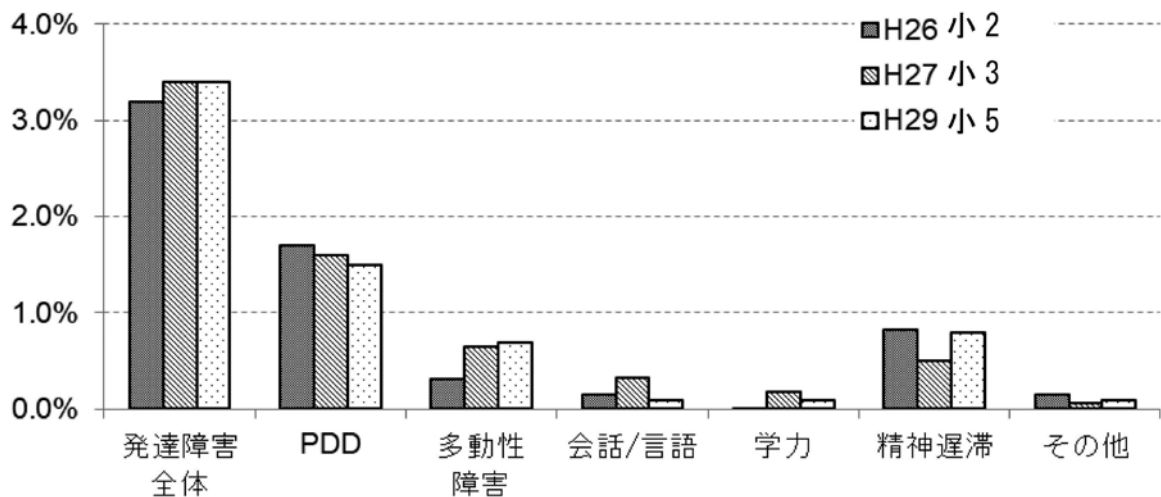


図5. 学校調査における発達障害の受診把握例の経年的変化 (平成18年度生)

学校調査において、発達に何らかの遅れや偏りが疑われる児の割合は、年度によって一貫していなかったが、平成29年度は大幅に増

加していた。内訳では経年的に学習面の問題を多く把握するような傾向がみられた(図6)。

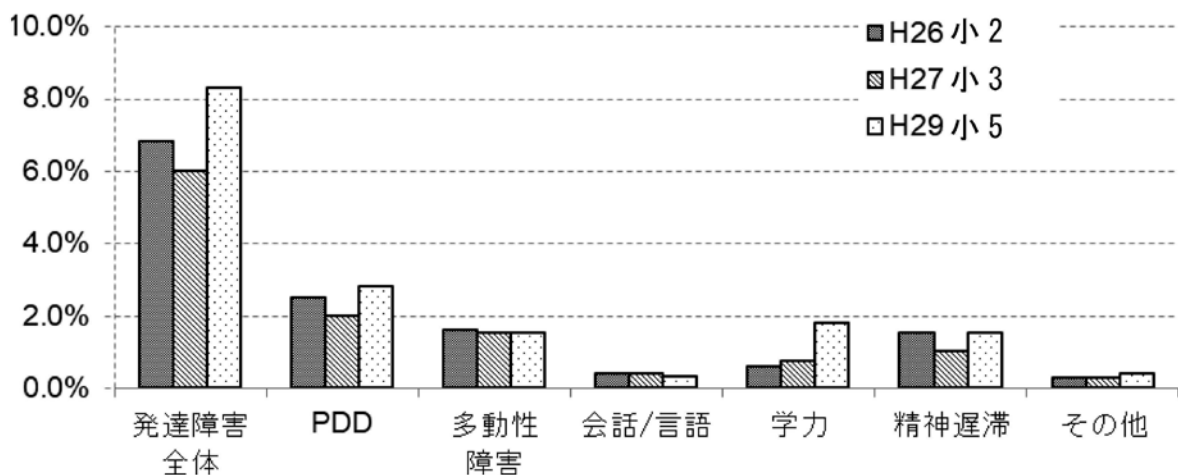


図6. 学校調査における発達障害疑い児の割合の経年的変化 (平成18年度生)

平成29年度は、平成18年度生まれ(小5群)、平成22年度生まれ(小1群)について疫学調査を行ったが、学校調査においては小5群の方が学習障害の特性を多く把握している傾向がみられた。平成18年度生まれの母集団での経年的比較でも同様の傾向があり(図6)、学年があがることで学習面に困難を生じるケースが多くなっていることがわかる。平成29年度の医療機関調査では小5群のうち広汎

性発達障害の診断がついた児において、多動性障害の併存診断や三つの併存診断がつくケースの割合が小1群よりも高い傾向にあり、また学校調査で発達に何らかの遅れや偏りが疑われる児における不登校の割合は、小1群小0.37%、5群5.0%と福岡市の一般児童生徒における不登校の割合(小5:0.25%)よりもかなり高い結果となっていた。これらの結果から、発達障害児は学年があがること

に学習面や情緒行動面での困難が高まり、適応が難しくなる例が増えていく傾向にあることがわかる。

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おり、学齢期以降で受診が必要なケースは他の医療機関を紹介している。平成29年度の調査で、療育拠点施設以外の医療機関のデータから得られた有病率は小5群で2.2%(65/2949)だった(図7)。データの重複を照合すると、そのうち45%(29/65)が幼児期に療育拠点施設を受診していた。年長末時点で療育拠点施設で発達障害の診断を受けた143ケースの約2割(29/143)が小5時点で医療機関でのフォローアップを受けていることが分かった。臨床的にはフォローアップを希望するケースは多いが、療育拠点施設での支援が終了することに加え、発達障害の診療を専門的に行っている医療機関がまだ少なく、新患待機期間が半年以上と長期化が常態化している。これらの状況が学齢期の医療機関でのフォローアップの割合が低いことに影響していると思われる。

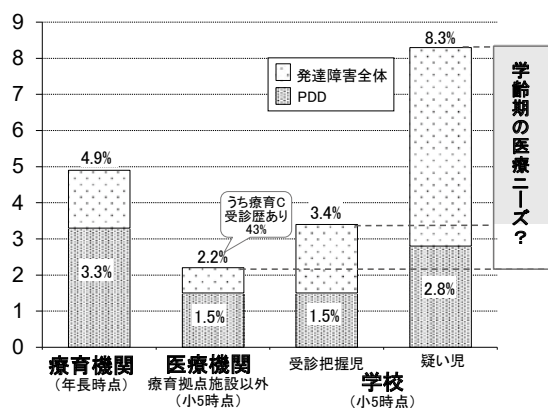


図7. 小5群(平成18年度生)における有病率の推移

平成29年度の学校調査では、小5時点で受診を把握していた児の割合は3.4%(96ケース)で、診断された児の半数程度(96/179)しか受診の情報が学校で把握されていなかった。医療機関調査が主な医療機関20か所で回収率

が90%、学校調査の回収率が97%であったことを考慮すると、この割合は更に低いことも考えられる。一方で、疑いを含めて発達に何らかの遅れや偏りを持つ児童生徒の割合は、小5時点で8.3%と幼児期の療育機関における有病率4.9%よりも高く、学齢期に学校現場において発達障害の特性を示す多くの児が新たに把握されていることが分かった。医療機関を受診しない理由としては、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すすめられている現状が示唆された。

前述のように幼児期から学齢期の医療におけるフォローアップが2割程度と低い状況にあること、学校における受診把握が半数程度であることを考慮すると、評価や支援を受けてきた情報が十分につながらないまま、支援が行われている現状もみえてくる。学年があがるにつれて併存する診断や適応が難しくなるケースが増えていることを考慮すると、評価やフォローアップを含めて一定の医療ニーズはあることが推察される(図7)。複数の機関(療育、医療、教育)における連携によって評価や支援内容の情報の連続性をどのように担保するかが、支援における課題としてみえてくる。

### (3) 幼児期に療育拠点施設を受診する発達障害児の経年的な変化

先述のように福岡市では、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。平成29年度調査で把握された受診児は、その多くが幼児期に療育拠点施設を受診していた(小1群 98%(276/283)、小5群 80%(143/179))。これまでの疫学調査で得られた療育拠点施設のデータから、年長末時点での有病率を平成13年度生まれ、平成18年度生まれ、平成22年

度生まれで比較したところ、療育拠点施設における年長末時点の有病率は経年的に大きく上昇傾向にあった（図8）。かなりの数の発達障害児が幼児期の早い段階から発達障害の特性を把握され、療育対象となっている状況が分かる。

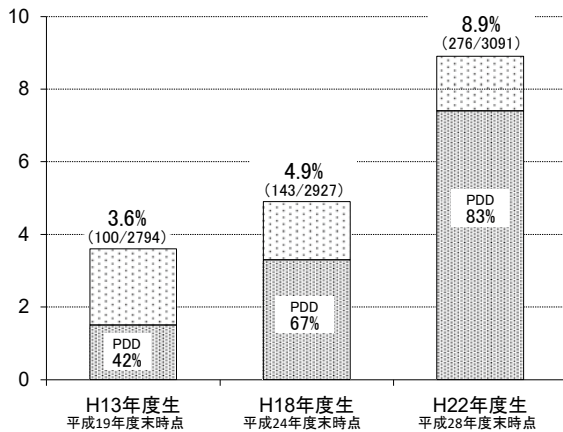


図8. 療育拠点施設における幼児期の有病率の推移（各年長末時点）

#### D. 考察

昭和54年に当時の厚生省から「心身障害児総合通園センター」構想が通知され、おおむね人口30万人以上の大規模都市を中心に療育の拠点施設が整備されるようになった。福岡市では昭和54年に地域療育の拠点として心身障がい福祉センターが設置され、福祉系の通園施設とともに医療系の総合的診断・判定機能が位置づけられ、診断・判定から支援につながる療育体制がつけられた。その後、福岡市の西部地域、東部地域の拠点施設として2か所の療育センターが整備され、早期発見、早期支援のニーズの高まりとともに、地域から拠点施設への障害児の集中が促進されてきた。

さらに平成17年度の発達障害者支援法の施行以降は、発達障害の概念が広く認知されるようになり、療育における新たな支援対象となった。Szatmariら（2015）は、幼児期の自閉症の特性の程度や適応状態の発達の变化を

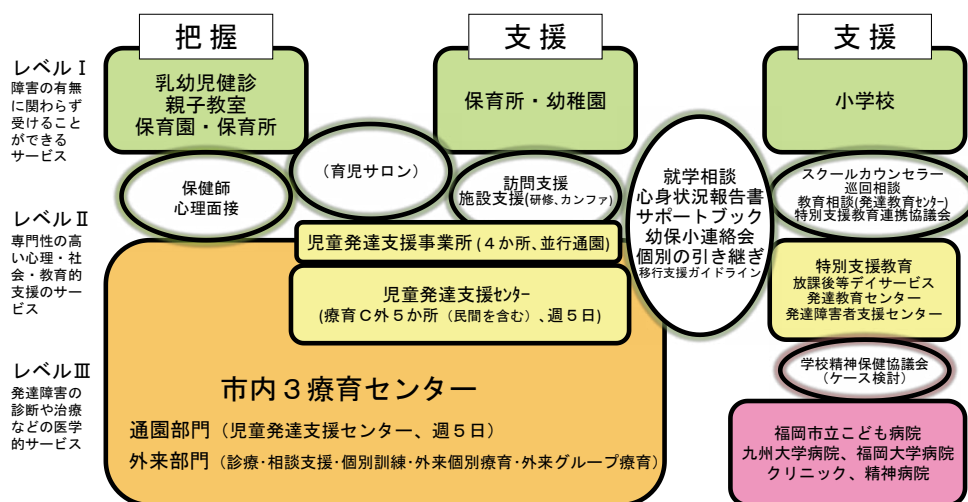
複数の群に分け、発達障害の特性と適応状態との相関が低いことを報告している<sup>3)</sup>。発達障害の特性は年齢とともに変化し、適応状態も環境など様々な要因によって変わる。発達の早期においては、特性が行動としてとらえやすい一方で、健診のスクリーニングを通して言語発達の遅れを主訴としてつながるケースも多く、保護者の養育上の負担感や不安感、児の状態の受け止めは様々である。一方で、早期の発達評価においては発達障害の特性をその後のライフステージにおける不適応のリスクとしてとらえる面があり、特性を幅広く把握する傾向にある。平成29年度の我々の疫学調査では幼児期から多くの発達障害児が把握され、有病率が9.2%（平成22年度生）と大きく上昇していることが分かった。保護者の受け止めを含め様々なニーズを抱える幼児期のケースが、評価や支援を求めて療育の拠点施設に集中してきている状況がある。これらの多様なケース対応するために提供する支援も幅広いものとなり、必ずしも医療（診断）を必要としないような状況も考えられる。そのため療育の拠点施設においては、児の状態に応じて利用できる様々な支援を開拓し、コーディネートする役割が重要となってきている。

本田らは支援の階層を「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）」の3つに分け、それぞれをつなぐインターフェイスを置いた地域支援システムの評価ツール（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））を作成した<sup>4)</sup>。本田は、拠点となる診療機能を備えた児童発達支援センターがすでに「療育センター」等の名称で設置されている自治

体の例として福岡市をあげ、1つの施設の中に複数の機能が内包されている拠点施設がある場合、サブシステムだけではなくインターフェイスもその拠点の中に設置できるといふ、利用者からみて切れ目のない支援を保障する利点を述べている。一方で、巨大な拠点施設があることによって、発見から幼児期の

支援にかけての他の関連機関の役割が弱くなってしまふ可能性を指摘している<sup>4)</sup>。

平成26年度、平成28年度に実施した福岡市の発達障害児支援体制の調査（平成28年度分は本論文後に資料として掲載）をもとに、本田らのQ-SACCSを用いた福岡市の発達障害児支援体制についての簡易図を図9に示す。



平成28年度総括・分担研究報告書（本田 2016）をもとに一部改変

図9. Q-SACCSを用いた福岡市における発達障害児支援体制の簡易図

平成25～27年度に実施された研究班では、福岡市と同様に療育の拠点施設を早期に設置した横浜市、広島市の2つの政令指定都市を含め、3つの市における発達障害の支援体制の比較検討を行った<sup>1)</sup>。各地域とも早期から診療所を併設した療育拠点施設を設置し、診察、診断から支援につながる医療モデルに基づいた支援体制が整備されていた。また拠点施設によって担当する行政区を定めており、拠点施設における新規受診の発達障害児が急激に増加していることも3市で共通していた。

3政令指定都市のいずれも保健師1人あたりの0～4歳人口が多く（横浜市931人、広島市1625人、福岡市855人；平成26年）、小規模市のような顔の見える関係での地域における支援は難しく、健診からの情報のつなぎ役

としての機能は相対的に低くならざるを得ない状況にあった。福岡市では保健所でのフォローアップは3歳児健診までで、その時点で療育拠点施設につなぐ形となっており、そこで漏れたケースは保育所や幼稚園から別のインターフェイスを通して療育拠点施設につながっていた。横浜市や広島市においては、健診からのインターフェイスとして、保健所での療育相談や親子教室への療育スタッフの参加が行われていた。地域においてレベルIとレベルIIの中間に位置するものとして各区で保健師が運営に関わる育児サロンがあるが、地域での居場所づくりを主な目的としていた。保育所や幼稚園とのインターフェイスとしては、3政令指定都市ともに保育所や幼稚園への訪問支援を行っていた。園への訪問支

援には制度の異なる複数の事業があり、民間事業所の参入が増えている地域もあるが、保育所や幼稚園に在籍する支援対象児が増加する中で、支援体制の充実とともにインターフェイスの機能的な整理が課題となっている。

また幼児期に支援を提供するサブシステムについては、保育所や幼稚園、療育拠点施設における外来療育（個別、グループ）、民間を含めた児童発達支援事業所、児童発達支援センターといった様々な場が想定される。福岡市では週に数回の並行通園を行う中間的な療育の場として4か所の児童発達支援事業所を置いている。支援対象児が増加し多様化している現状をふまえると、最も数が多いレベルⅠのサブシステムである保育所や幼稚園と、レベルⅡ以上のサブシステムの並行利用が多くなるが、訪問支援事業等のインターフェイスとつながりながら、対象児の年齢や状態によってサブシステムの利用状況が変わるような機能的な体制の検討が課題となっている。

平成29年度の疫学調査では、小学5年生の発達障害児の約8割が幼児期に療育拠点施設を受診していたが、そのうち医療機関でのフォローアップを受けていた割合は2割程度だった。また学校において受診を把握している児の割合は、発達障害が疑われる児の半数程度だった。図9では、幼児期からの発達の評価や支援の情報を学齢期以降の支援につないでいく既存の複数のインターフェイスが記載されているが、発達障害が疑われる児の約6割が通常学級に在籍している中で、その機能が十分ではない可能性が示唆された。

今回の研究結果から、多くの発達障害児が療育拠点施設を受診するなかで、多様な児の状態にあわせて、拠点外の資源ともつながり

ながら幅広い支援を提供するとともに、評価や支援の情報にライフステージを通してのつながりを持たせるような、機能的・階層的な支援体制の全体像の検討が課題となっていることが分かった。拠点施設を含めて各機関が持つ機能を整理しつつ、既存のインターフェイスが機能しているかを検証し再検討する持続的な仕組みが求められる。

## E. 結論

療育拠点施設が整備された大規模都市においては、インターフェイスの機能が拠点施設内に求められる体制となっているが、近年の療育対象児の大幅な増加の中で、その体制整備をすすめることは拠点施設内の検討のみでは難しい状況となっている。民間を含めて複数のサブシステムが存在する支援体制の検討においては、公益的役割が求められる拠点施設や他の公的機関と、収益性を必要とする民間事業所とが役割分担しつつ、それぞれの立場をふまえた機能的な整理が前提となり、支援の効率化や質の向上へのインセンティブにも配慮する必要がある。福祉、教育、医療、行政といった各分野の機関が行政の調整のもとでつながるような場において、そのような検討が継続的に行われることが期待される。

## F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

宮崎 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) 清水康夫、佐竹宏之他：福岡市における発達障害児の支援状況および支援体制に関する研究、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28年度総括・分担研究報告書（H28－身体・知的－一般－001）、p.72-78, 2017
- 3) Szatmari P et al.:Developmental trajectories of symptom severity and adaptive functioning in an inception cohort of preschool children with autism spectrum disorder., JAMA Psychiatry, 72 (3): 276-283, 2015.
- 4) 本田秀夫、篠山大明他：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」の作成と施行－平成28年度総括・分担研究報告書（H28－身体・知的－一般－001）、p.249-258, 2017

## 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（福岡市）

記入者氏名（佐竹宏之<sup>1)</sup>、相部美由紀<sup>2)</sup>、小川弓子<sup>3)</sup>、宮崎千明<sup>4)</sup>）

記入者所属（福岡市立東部療育センター<sup>1)</sup>、福岡市立あゆみ学園<sup>2)</sup>、福岡市立西部療育センター<sup>3)</sup>、福岡市立心身障がい福祉センター<sup>4)</sup>）

### 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(28)年(4)月(1)日時点
総面積	Km <sup>2</sup>
総人口	1,556,000人
人口密度(可住地面積1km <sup>2</sup> 当たり)	4524.82人
人口性比(女性100人に対する男性の数)	89.5人
世帯数	780,000人
1世帯当りの人数	2.02人
外国人数	28,818人
社会増	8,762人
社会減	人
出生	14,780人
死亡	11,222人
出生率(人口1000対)	0.94
死亡率(人口1000対)	0.72
乳児死亡率(人口1000対)	1.9
婚姻率(人口1000対)	6.6
離婚率(人口1000対)	1.99
年少人口割合(0～14歳)	13.1%
生産年齢人口割合(15～64歳)	66.7%
老年人口割合(65歳以上)	18.9%
高齢者単身世帯の割合	8.5%
市町村内総生産(名目)	6,565,600千円
完全失業者数	52,881人
完全失業率	7.378%
生活保護被保護人員(人口千人当たり)	44,000人
財政力指数	0.836
市町村民税(人口1人当たり)	186,252円
児童虐待件数(年間)	563件



## 2. 就業人口

平成22年の国勢調査のデータを記入してください。

項目	人口(人)			構成比(%)				
	計	男	女	計	男	女		
人口総数	1,463,743	692,648	771,095	—	—	—		
就業人口総数	663,826	360,260	303,566	100	100	100		
就業率	57.2%	67.3%	48.5%	—	—	—		
産業分類 就業者人口	農業, 林業	3,520	2,170	1,350	0.5	0.6	0.4	
	うち農業	3,418	2,093	1,325	0.5	0.6	0.4	
	漁業	618	524	94	0.1	0.1	0.0	
	第1次産業	4,138	2,694	1,444	0.6	0.7	0.5	
	鉱業, 採石業, 砂利採取業	51	44	7	0.0	0.0	0.0	
	建設業	47,828	39,398	8,430	7.2	10.9	2.8	
	製造業	36,276	23,193	13,083	5.5	6.4	4.3	
	第2次産業	84,155	62,635	21,520	12.7	17.4	7.1	
	電気・ガス・熱供給・水道業	4,118	3,498	620	0.6	1.0	0.2	
	情報通信業	27,270	18,748	8,522	4.1	5.2	2.8	
	運輸業, 郵便業	37,975	30,747	7,228	5.7	8.5	2.4	
	卸売業, 小売業	135,850	69,703	66,147	20.5	19.3	21.8	
	金融業, 保険業	22,694	10,275	12,419	3.4	2.9	4.1	
	不動産業, 物品賃貸業	20,131	11,866	8,265	3.0	3.3	2.7	
	学術研究, 専門・ 技術サービス業	26,624	17,255	9,369	4.0	4.8	3.1	
	宿泊業, 飲食サービス業	47,615	20,296	27,319	7.2	5.6	9.0	
	生活関連サービス業, 娯楽業	25,841	10,441	15,400	3.9	2.9	5.1	
	教育, 学習支援業	33,200	14,884	18,316	5.0	4.1	6.0	
	医療, 福祉	70,552	18,132	52,420	10.6	5.0	17.3	
	複合サービス事業	2,228	1,241	987	0.3	0.3	0.3	
	サービス業	(他に分類さ れないもの)	45,623	24,669	20,954	6.9	6.8	6.9
	公務		17,593	12,195	5,398	2.7	3.4	1.8
	第3次産業	517,314	263,950	253,364	77.9	73.3	83.2	
	分類不能の産業	58,219	30,981	27,238	8.8	8.6	9.0	

### 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	663,826	360,260	303,566	100	100	100
管理的職業従事者	16,963	14,193	2,770	2.6%	3.9%	0.9%
専門的・技術的職業従事者	107,513	56,220	51,293	16.2	15.6	16.9
事務従事者	141,376	49,803	91,573	21.3	13.8	30.2
販売従事者	118,305	74,567	43,738	17.8	20.7	14.4
サービス職業従事者	82,099	30,299	51,870	12.4	8.4	17.1
保安職業従事者	9,162	8,608	554	1.4	2.4	0.2
農林漁業従事者	4,168	2,798	1,370	0.6	0.8	0.5
生産工程従事者	43,846	29,231	14,615	6.6	8.1	4.8
輸送・機会運転従事者	20,652	20,006	646	3.1	5.6	0.2
建設・採掘従事者	25,249	24,670	579	3.8	6.8	0.2
運輸・清掃・包装等従事者	37,005	18,973	18,032	5.6	5.3	5.9
分類不能の職業	57,488	30,962	26,526	8.7	8.6	8.7

### 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。

福岡市は、福岡県の県庁所在地であり、県の西北部に位置する。推計人口は約155.6万人（平成28年12月時点）で、全国の政令指定都市の中では第5位となっており、関西より西では最大の人口を擁する。平成27年の国勢調査では、人口増加率（平成27年－平成22年比較）は、政令指定都市の中では最大の5.1%（2位川崎市3.5%）で、昭和50（1975）年の100万人突破から38年、政令指定都市では神戸市に次いで6番目に人口150万人突破している。若者率（15歳～29歳）も政令指定都市の中で最も高く19.5%となっている。7つの行政区で構成され、最も人口が多いのは東区で、以下南区、博多区、早良区、西区、中央区、城南区の順となっており、全区で人口が増加している（平成27年国勢調査）。産業構造は第3次産業、中でも卸売、小売業、飲食店、サービス業が大きな割合を占めている。

#### ・外国人の集住について

福岡市の在留外国人は28,125人（平成27年1月末時点）で、総人口の1.9%を占め、割合が

高い区は東区、博多区で2.9%となっている。

参考HP <http://www.city.fukuoka.lg.jp/shisei/profile/>  
<http://www.city.fukuoka.lg.jp/promo/magazine/index.html>  
<http://www.city.fukuoka.lg.jp/soki/tokeichosa/shisei/toukei/index.html>

## 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）
- II 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

区分	表示	程度	
A	A 1	最重度	概ね I Q20以下
	A 2	重度	概ね I Q21～35
	A 3	重度・合併	概ね I Q36～50で、 身体障害者手帳 1～3 級を所持
B	B 1	中度	概ね I Q36～50
	B 2	軽度	概ね I Q51～75

療育手帳の申請は各区の福祉・介護保険課で受け付けており、18歳未満はこども総合相談センター、18歳以上の人は障害者更生相談所で判定を行っている。

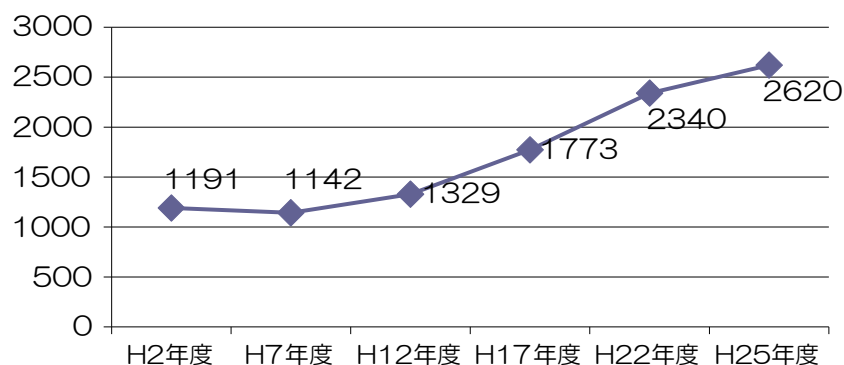


図1. 療育手帳所持者の推移(0～17歳)

### 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

昭和54年に障害福祉の中核的な施設として福岡市立心身障がい福祉センター（愛称「あいあいセンター」）が開設された。あいあいセンターは診療所を併設し、視覚障害児、聴覚障害児や成人期の障害者も対象としている。その後、平成14年度に西部療育センター、平成23年度に東

部療育センターが開設された。両療育センターは、知的障害や発達障害、肢体不自由の幼児を療育対象としている。その他に知的障害児通園施設が5か所、肢体不自由児通園施設が1か所あり、現在の福岡市における幼児期の通園施設（児童発達支援センター）の現況は図2のようになっている。

また平成28年11月現在で放課後等デイサービス事業所129か所、児童発達支援事業所が6か所（うち2カ所が重心対応）、指定を受けている。福岡市では、前述の3つの総合的療育機関（あいあいセンター、西部・東部療育センター）が幼児期の支援の入り口となっており、担当区を決めて幼児期における発見の段階から受診、療育の方針決定やケースワーク、通園療育、幼稚園や保育所への支援を行っている（図3）。

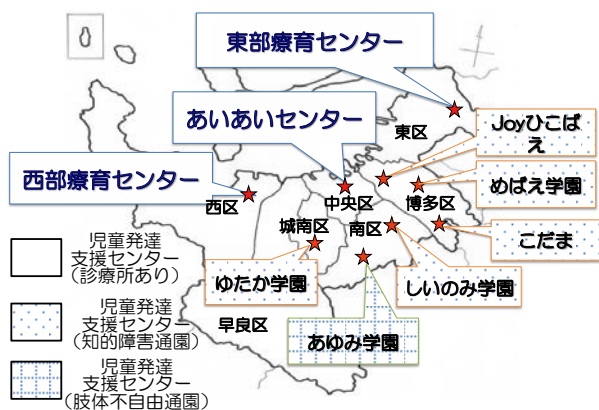


図2. 福岡市の児童発達支援センター

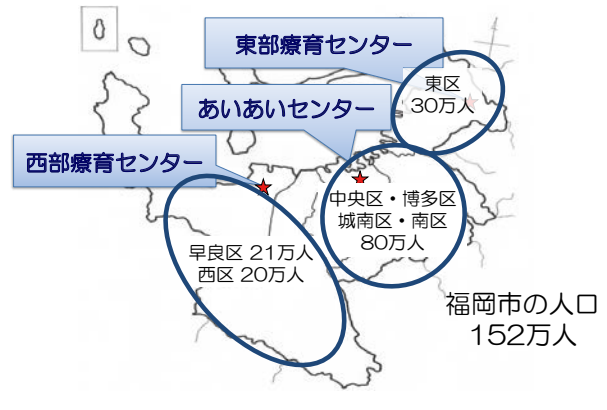


図3. 各療育センターの担当区

## (2) 発見の場

保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育園が、療育センターの主な受診経路で、発見の場となっている。平成23年度までは医療機関からの紹介が最も多かったが、近年は保健福祉センターの乳幼児健診経由の紹介数が上回っている。また増加割合では幼稚園・保育園からがこの10年間で2.8倍と大幅に増加しており、保健福祉センターからは2.2倍、医療機関からは1.9倍なっ

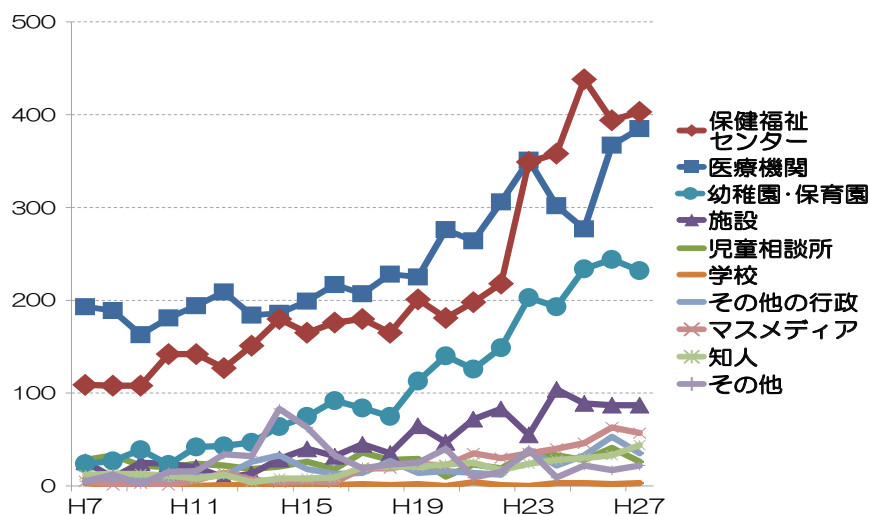


図4. 市内療育機関の新規受診児数（受診経路別）

ている（図4）。福岡市には各行政区毎で計7か所の保健福祉センターがあり、4か月健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を集団健診で行っている。10か月児健診は委託医療機関にて個別に行われている。発達障害児の多くは、1歳6か月健診、3歳児健診で言葉の遅れにて把握され、精神精密の心理面接や親子教室を経由して各療育センターへと繋がっている。

（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。

保健福祉センター、医療機関、幼稚園・保育園などで発達面の問題に気づかれると、それぞれの担当区の療育センターへと紹介される（図3）。平成27年度の新規受診児数は1294人で、10年間で2.1倍（発達障害児は3.2倍）となっている。これは福岡市の出生人口と単純比較して約8.9%となる。受診待機期間については、診療枠の拡大により2カ月以内に抑えている。受診から療育までの流れがスムーズにつながるように初診の段階で発達検査を施行し、小児科医（常勤4名+非常勤）の診察による暫定診断と療育方針のガイダンスを行っており、週1回の受理事議で療育方針を決定している。

（4）医療の関わり方

幼児期の発達障害児の殆どが、療育センターの受診を経由して診断を受けた後に療育を開始しており、いわゆる医療型モデルとなる。就学前の年長幼児は発達検査や診察を通して、再度診断の確認や進路相談を行っている（図5）。民間児童発達支援センターに通園する児に対しても療育センターの小児科医が訪問して年長児の診察を行っている。

各療育センターは主に幼児期までを支援の対象としているため、教育委員会による就学相談会への情報提供を含め、学齢期の教育への移行支援を重要視している。そのため就学相談を受ける

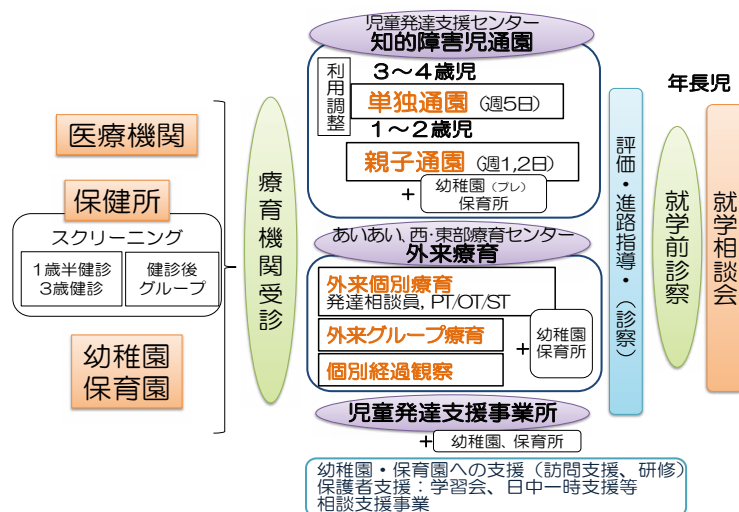


図5. 療育開始から就学までの流れ（知的障害・発達障害）

年長児の多くが療育センターでの評価を受けて、教育委員会へ資料を提出している。

### (5) 幼児期の継続的な支援

#### a. 障害幼児対象の専門機関

幼児期の障害児支援を行う専門機関としては、各療育センターを含めて児童発達支援センター（旧知的障害児通園施設）および医療型児童発達支援センターが図2のように設置されている。知的障害児、発達障害児の通園療育は1、2歳児は週2日の親子通園、3歳児以降の幼児は週5日の単独通園を基本としている。3歳児以降の知的障害児、発達障害児の各通園施設利用には、福岡市が設置した利用調整委員会により通園の利用調整を行っているが、一部の児童は単独通園での受入が困難な状況となっている。また平成28年度から知的障害や発達障害児を対象とした児童発達支援事業所が4か所指定され、主に幼稚園や保育所に在籍する幼児への通所支援を行っている。

#### b. 幼稚園・保育所・認定こども園

幼稚園、保育所、認定こども園で支援を受ける障害児は年々増加しており、認可保育所に在籍し障害児保育制度を利用する園児はこの10年間で2.5倍に増加している。各療育センターでは、園への訪問支援や職員を対象とした研修を複数実施している。

#### 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

福岡市では、認可保育所の全園を対象に障害児保育制度を実施している。市の障害児保育指導委員会による判定に基づき、障害程度に応じた障害児一人あたりの保育士雇用経費の助成金が出される。また各療育センターは障害児保育訪問支援事業を受託しており、訪問支援担当の保育士が希望園への訪問支援を行っており、障害児保育の対象児だけでなく対象外児（療育センター未受診児を含む）も併せて、保護者の了解のもとで園への支援や保護者面談を行っている。幼稚園については、私立幼稚園障害児支援事業として、各療育センターから訪問支援保育士が訪問支援を行っている（図6）。

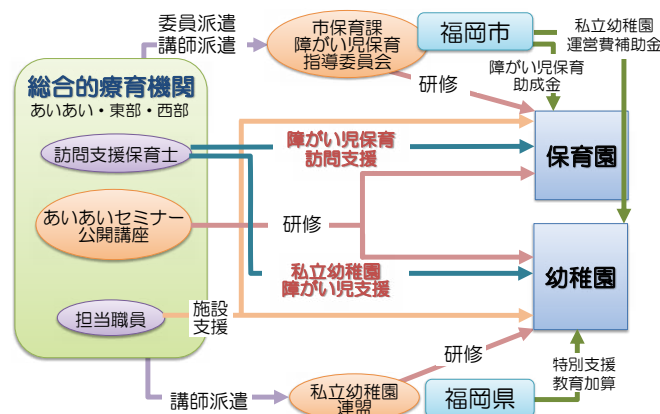


図6. 幼稚園、保育所への支援体制と療育センターとの連携

#### d. 学校への引き継ぎ

教育委員会が実施する就学相談会において、療育センターからは児の状態像をまとめた資料(心身状況報告書)を提出している。療育センターからの資料は、就学相談会に参加する就学前年長児の約9割をカバーしている。福岡市の就学相談件数は平成26年度まで毎年増加傾向にあり、平成27年度からは就学相談会を介さずに自校内の支援委員会を通しての校内措置変更が可能となったため、就学相談の全件数は減少したが、年長児の就学相談件数は変わらず増加傾向にある(図7)。

その他に、療育センターから各学校への引継ぎとして、各学校主催の保幼小連絡会に療育センターからも参加して就学児の情報提供を行うとともに、保護者の希望に応じて個別の引き継ぎも行っている。また平成22年度には福岡市発達障害者支援協議会において「就学前から学齢期へ発達障害がある子どもの支援をつなぐためのガイドライン」(移行支援ガイドライン)が策定され、学校との連携のもとでの効率的な移行支援が図られているが、利用件数はまだ少ない状況にある。

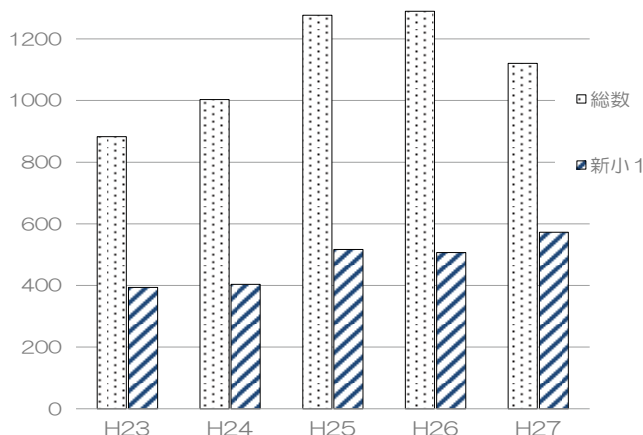


図7. 福岡市の就学相談件数の推移

#### (6) 学齢期の支援

##### a. 教育システム内の支援体制：

発達障害児への特別支援教育の枠組みとしては、知的障害特別支援学級、自閉症・情緒障害特

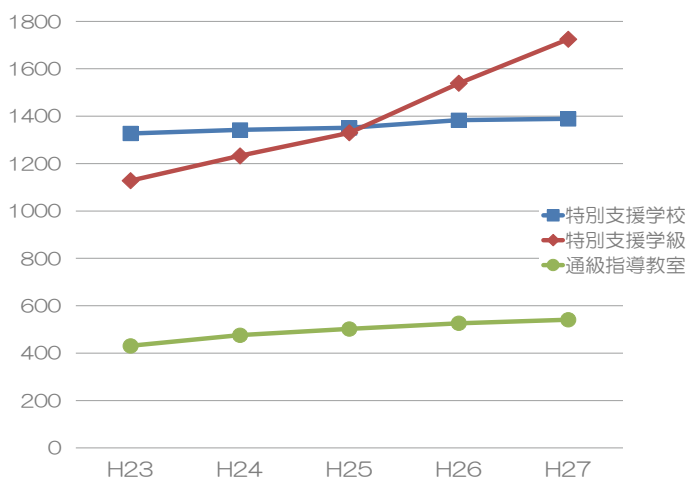


図8. 福岡市における特別支援教育対象児数の推移

別支援学級、通級指導教室（情緒、LD/ADHD、難聴・言語）、知的障害特別支援学校が設置されている。知的障害特別支援学級は毎年設置校が増加やされており、平成28年度では小学校143校中137校（95.8%）、中学校69校中63校（91.3%）に設置されている。自閉症・情緒障害特別支援学級は小学校、中学校ともに6校に設置されている。通級指導教室は、情緒障害が小学校4校、中学校2校、LD・ADHD等が小学校11校、中学校3校、難聴・言語が小学校3校に設置されており、設置数は全国の政令指定都市で5番目に多くなっている。いずれの特別支援教育の場においても対象児童数は増加しており、過去10年間で比較すると通級指導教室で2.0倍、特別支援学級で2.4倍、特別支援学校で1.2倍となっている（図8）。これらを併せ、何らかの特別支援教育の対象となっている児童は福岡市全体で3655人（平成27年度）となり、10年間で1.7倍となっている。

b. 医療・福祉などとの連携：

各療育センターでは主に幼児期を対象に診療と療育を行っている。学齢期以降で医療的対応が必要な児童については、大学病院小児科（九州大学、福岡大学）、九州大学病院児童精神科（子どものこころの診療部）、福岡市立こども病院児童精神科（こころの診療科）、複数の民間児童精神科クリニックなどを受診している。また相談機関としては、各療育センターの相談支援事業、こども総合相談センター（えがお館）、発達障害者支援センター、こども家庭支援センター（子どもの村福岡）などがある。

（7）専門家の養成

a. 幼児期：障害児保育指導委員会による研修、私立幼稚園連盟による研修会等が行われており、それぞれの研修には各療育センターから講師を派遣している。また、市内外の幼稚園、保育園職員を対象として、各療育センターの共催で年に1回のセミナー（あいあいセミナー）を開催し、基礎講座や実践講座を設定し、幅広いテーマで研修を行っている。西部、東部療育センターでは地域の幼稚園、保育所職員を対象とした講座も行っている。

b. 学齢期：福岡市の策定した特別支援教育推進プランに基づき、特別支援教育支援員の配置、特別支援教育連携協議会、特別支援教育研修会、医療的ケア検討委員会、福岡市特別支援学校就労促進ネットワーク（夢ふくおかネットワーク）といった事業が行われている。（参考HP：<http://www.city.fukuoka.lg.jp/kyoiku-iinkai/hattatuc/ed/newplan-edu.html>）。また、発達障害者支援センターでは、ペアレントトレーニング、ペアレントメンター養成研修、支援者養成研修等の支援の裾野を広げる各事業を展開している。また、療育の未経験者が多い放課後等デイサービス事業所職員を対象に、平成27年度からあいあいセンター主催で、発達と療育に関する初期的な研修を行っている。



## (8) 普及啓発

各療育センターでは、保護者向けの様々な研修会や外部からの委託に応じて出前講座を行っている。

学齢期の特別支援教育の中核施設である発達教育センターでは、教員や保護者向けセミナーを行っている。またHPで各学校の特別支援教育で活用できる様々なハンドブックやマニュアル、サポートファイル等を公開している。(参考HP：<http://www.fuku-c.ed.jp/schoolhp/hattatuc/>)

発達障害者支援センターでは、研修会への講師派遣、自閉症啓発デーや発達障害啓発週間などの啓発活動を行っている。

## Ⅲ 障害児支援の体制

### 1. 母子保健（平成28年度データ）

担当部署：こども未来局こども部こども発達支援課、各区保健福祉センター健康課、地域保健福祉課

担当スタッフ：

保健師：常勤 こども未来局こども発達支援課1人、区健康課1人、区地域保健福祉課84人  
非常勤 8人（市1、区7）

保健師1人あたりの0～4歳人口 855人（H27.1月71,811人/校区担当保健師84人）

その他：職種名（助産師）常勤（区健康課9）人、非常勤（市2、区20）人

### 2. 乳幼児健診・就学児健診（平成28年度）

福岡市では、4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診を集団健診で行っている。発達面や心理面での問題が疑われる幼児については精神精密の心理面接が行われているが、その人数は平成25年度は1歳半健診で774人（受診児の5.6%）、3歳健診で689人（受診児の5.0%）だった。

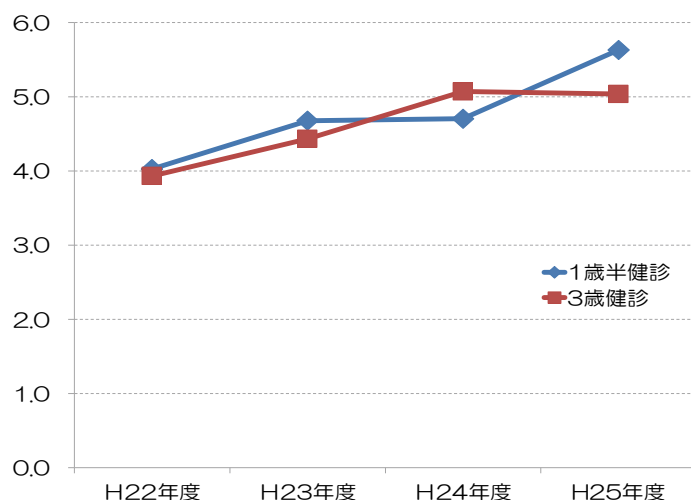


図9. 1歳半、3歳健診の受診児における精神精密の割合

図7のように精神精密を受ける幼児の割合は年々増加している。福岡市では平成24年度に1歳半健診と3歳健診の間診票を発達障害児の特性を考慮したものに改定しており、その影響でより多くの幼児が把握されるようになったと考えられる。

表1. 平成27年度 乳幼児健診結果

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
乳児(4カ月)	市町村母子保健	11カ所	240回	60.6人	97.7%	33.3%
1歳半	市町村母子保健	10カ所	228回	60.3人	96.5%	41.3%
3歳	市町村母子保健	11カ所	240回	57.0人	96.3%	36.1%
5歳	なし					

### 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

福岡市における園の数としては、幼稚園は私立幼稚園が120園、公立幼稚園が7園あり(平成28年5月)、保育所は、認可保育所が236園(うち公立8園)、認定こども園が2か所、地域型保育事業所43か所開設されている(平成28年6月)、認可外保育所は134園開設されている(平成28年11月届け出分)。

認可保育所については障害児保育制度があり、平成28年4月時点で障害児の受け入れ園は159園となっている。対象児の内訳は保育所373人、認定こども園4人、地域型保育事業所5人で、全対象児数は382人(全園児の1.13%)となっており、年度末には約500人弱が対象となっている。障害児保育対象児の推移を各年度末で見ると、この10年間で2.5倍に増加している(図8)。年齢割合では4、5歳児で6割以上、障害種別では発達障害が最も多く63%を占めている。幼稚園では、障害児の受け入れ数に応じて福岡市から私立幼稚園運営費補助金や、福岡県から特別支援教育加算が出されている。連携については、前項目1-(5)-bに記載した。

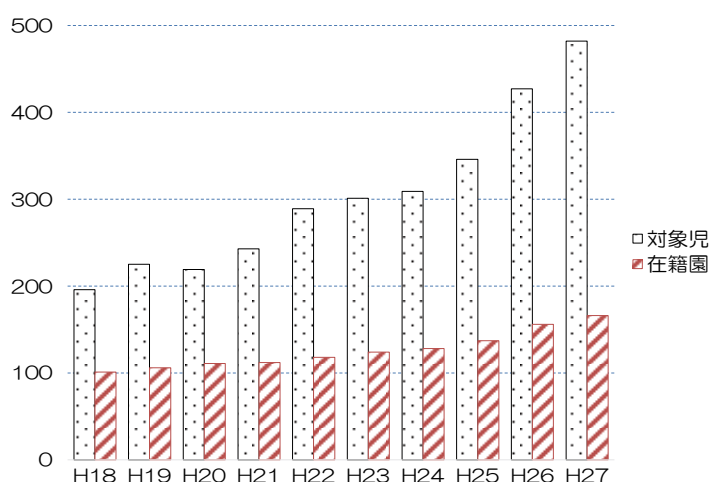


図10. 障害児保育制度の対象児と在籍園数の推移  
(各年度3月末時点)

### 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、医療型児童発達支援、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。

通園施設（児童発達支援センター）については前記2-（1）および図2に記載したように、民間を含めて知的障害児通園施設が8か所（あいあいセンター等内の施設を含む）、肢体不自由児通園施設が4か所（あいあいセンター等内の施設を含む）開設されている。知的障害児通園は、1、2歳児については週1、2回の親子通園、3歳児以降については週5日の単独通園を原則としている。その他に、児童発達支援事業所が6か所（うち2カ所が重心対応）指定を受けており、主に幼稚園や保育所に在籍している幼児を対象としており、学齢児については放課後等デイサービス事業所が129か所指定を受けている（平成28年11月現在）。

（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、医療型児童発達支援、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。

幼児期には、各療育センターの外来療育グループにおいて、不器用児への感覚統合、高機能発達障害児へのソーシャルスキルグループ、コミュニケーショングループ等の発達特性に応じた療育グループを行っている。

民間が運営する放課後等デイサービス事業所は、先述のように129か所（平成28年11月現在）あり増加傾向にあるが、発達障害児を対象とすることを謳っている事業所もみられる。

（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）

各療育センター診療所（主に幼児期） 常勤小児科医4名、非常勤小児科医3名、児童精神科医1名、平成27年度の新規受診児数 1294名

他医療機関として、大学病院小児科（福岡大学、九州大学）、数カ所の児童精神科クリニックがある。

（4）特別支援教育

特別支援学校：市立8校（知的障害5校、肢体不自由2校、病弱児1校）

知的障害特別支援学級：市立小学校143校中137校に設置

情緒障害特別支援学級：市立小学校143校中6校に設置

通級指導教室：種別と設置校数

情緒障害通級指導教室：4校、LD・ADHD等通級指導教室：11校

難聴・言語障害通級指導教室：3校

延べ数で、2種類以上の通級指導教室を併置している学校が2校あるため、実数は合計16校となる。

#### IV 発達障害者支援法の改正等に関連する質問

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

名称：「福岡市発達障がい者支援センター」（委託）

職員：相談員9名（常勤、うち臨床心理士1名）

対象：発達障害のある幼児、学童、成人

機能：相談、啓発・研修、機関連携

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されていますか？  
行っていない  行っている（会議の名称：発達障がい者支援協議会）

行っている場合、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（発達障がい児・者の親の会）

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？

県が行う、相談支援専門員や施設職員向けの各種研修会（例えば強度行動障害支援者研修）などに福岡市社会福祉事業団職員が関わっている。市と県との定期的な連携の枠組みはない。

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？

幼児期は各療育センターの通園部門や外来部門で保護者勉強会、ペアレントトレーニングなどを行っている。学齢期以降は発達障がい者支援センターが主催する各種講座などで情報伝達を行っている。

平成24年度からは、発達障がい者支援センターにてペアレントメンター養成講座を実施しており、平成25年に策定された福岡市ペアレントメンター派遣要綱に沿って事業が展開されている。

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

幼児期はとくにない。成人期の強度行動障害者短期集中支援には性別を配慮した対応をしている。

(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）

外国語での受診が可能な医療機関リストを県が作っている。

九州大学等への主にアジアからの留学生、外国籍（外国語メイン）の住民等の子弟が療育センターを利用する例が増えており、複数言語環境への支援・療育に苦慮している。個別支援計画などは英語で作成している。行政や大学による通訳あっせん制度もあるが、利用頻度は低い。

(3) 療育手帳や診断を受けていない境界知能の子ども

日中一時支援、児童発達支援事業所、放課後等デイサービスの利用を希望する境界域知能±発達障害児には、療育手帳を所持していなくても療育センターの医師による意見書を根拠に利用可能としている。療育手帳の範囲は概ねIQ75以下である。境界域知能以上の発達障害児については、精神保健福祉手帳を取得する児もある。

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？

いじめに関しては、小学校のPTA主催の保護者研修会や市民向けの一般的な啓発活動を行っている。差別解消や虐待防止については、市外の含め各自治体や社会福祉行議会主催の研修会に、社会福祉事業団職員が派遣されることがある。また、あいあいセンターには福岡市障がい者虐待防止センターが設置されており、実働している。

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。

到達している点

○発達障がい児の早期把握（発見）については、乳幼児健診や保育所・園や幼稚園から、療育機関の診断につながる児童が増加してきており、保健福祉センターや保育所等の職員の発達障がいについての認識はかなり向上してきていると考えている。

今後の課題

○発達障がい児の診断・アセスメントについては、本市においては、未就学児について市立の療育センター等で実施しているが、診断のニーズが年々増加しており、診断・アセスメントの体制の強化が課題となっている。また、学齢期以降は市立こども病院や大学病院等がその役割を担っているが、未就学児と同様に診断のニーズの増加しており、診断・アセスメントの機能の充実が課題となっている。

- 発達障がい児の早期支援については、従来からある児童発達支援センターなど、就学前の障がい児を支援するスキームは、肢体不自由児や知的障がい児を念頭において構築されており、新規診断が増加している発達障がい児（特に知的障がいを伴わない児）を支援するスキーム（並行通園など）を充実させていく必要があると考えている。
  
- 障がい児・者を支援する仕組みは種類や量的には充実してきたため、今後は、支援する職員について発達障がいの特性等を十分に理解し、対応できる人材の育成が重要であると考えている。

## Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

---

---

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本田秀夫	障害のある児童およびその保護者の理解と対応	原田眞理	教育相談の理論と方法－小学校編－	玉川大学出版部	東京	2016	125-154
本田秀夫	早期発見・早期療育・親支援はなぜ重要なのか？	本田秀夫	発達障害の早期発見・早期療育・親支援	金子書房	東京	2016	2-10
本田秀夫	早期発見から早期支援へ	本田秀夫	発達障害の早期発見・早期療育・親支援	金子書房	東京	2016	11-17
本田秀夫	パーソナリティ？それとも発達？		こころの科学 No.185	日本評論社	東京	2016	82-83
手島将彦, 本田秀夫			なぜアーティストは生きづらいのか？－个性的すぎる才能の活かし方－	リットーミュージック	東京	2016	
西村顕, 本田秀夫			知的障害・発達障害のある子どもの住まいの工夫ガイドブック－危ない！困った！を安全・安心に－	中央法規	東京	2016	
本田秀夫	発達障害の理解と支援に向けて①	下山晴彦, 村瀬嘉代子, 森岡正芳	必携発達障害支援ハンドブック	金剛出版	東京	2016	15-24
本田秀夫	発達障害の理解と支援に向けて②	下山晴彦, 村瀬嘉代子, 森岡正芳	必携発達障害支援ハンドブック	金剛出版	東京	2016	25-34
本田秀夫, 鮫島奈緒美	社会参加促進を目指すコミュニティづくり支援	下山晴彦, 村瀬嘉代子, 森岡正芳	必携発達障害支援ハンドブック	金剛出版	東京	2016	150-154
本田秀夫, 日戸由刈			自閉症スペクトラムの子のソーシャルスキルを育てる本－幼児・小学生編－	講談社	東京	2016	
本田秀夫	統合失調症と自閉スペクトラム症		今日の精神疾患治療指針第2版	医学書院	東京	2016	99-100
本田秀夫	鶏が先か, 卵が先か－ゲームにハマって昼夜逆転の子どもへの薬物療法		こころの科学 No.190	日本評論社	東京	2016	72-75



本田秀夫	神経発達症群との鑑別／併存	「精神科治療学」編集委員会	「精神科治療学」第31巻増刊号：統合失調症のベストプラクティス	星和書店	東京	2016	419-422
本田秀夫	思春期における発達障害のある生徒の支援ポイント	柘植雅義, 小林靖	[中学校]通級指導教室を担当する先生のための指導・支援レシピー 今日から役立つ！基礎知識&指導アイデアー	明治図書	東京	2016	143
本田秀夫, 日戸由刈			自閉症スペクトラムの子のソーシャルスキルを育てる本ー思春期編ー	講談社	東京	2016	
高橋 脩	広汎性発達障害	本城秀次, 野邑健二, 岡田俊	臨床児童青年精神医学ハンドブック	西村書店	東京	2016	122-135
高橋 脩	てんかん	本城秀次, 野邑健二, 岡田俊	臨床児童青年精神医学ハンドブック	西村書店	東京	2016	262-267
神尾陽子	自閉症スペクトラム障害(ASD)診断をめぐって	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集, 平岩幹男総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	6-10
神尾陽子	自閉症スペクトラム障害(ASD)自然経過・成人移行	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集, 平岩幹男総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	16-19
神尾陽子	主な検査 M-CHAT	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集, 平岩幹男総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	122-125
神尾陽子	コラム 女性のASD	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集, 平岩幹男総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	125-125
石飛信, 小阪浩隆, 神尾陽子	治療と療育の原則 薬物療法と注意点 ASD	岡明, 神尾陽子, 小枝達也, 金生由紀子編集, 平岩幹男総編集	データで読み解く発達障害	中山書店	東京	2016	186-190

神尾陽子	悩みが身体症状や行動に現れるとき		児童心理No.1026	金子書房	東京	2016	20-26
神尾陽子	自閉スペクトラム症.	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田隆, 中込和幸編	今日の精神疾患治療指針第2版.	医学書院	東京	2016	313-318
神尾陽子	乳幼児における精神保健	樋口輝彦, 小阪憲司, 荒田寛	精神保健福祉士養成セミナー:精神保健学—精神保健の課題と支援. 第2巻第6版	へるす出版	東京	2016	17-24
神尾陽子	学童期における精神保健	樋口輝彦, 小阪憲司, 荒田寛	精神保健福祉士養成セミナー:精神保健学—精神保健の課題と支援. 第2巻第6版	へるす出版	東京	2016	24-33
神尾陽子	思春期における精神保健	樋口輝彦, 小阪憲司, 荒田寛	精神保健福祉士養成セミナー:精神保健学—精神保健の課題と支援. 第2巻第6版	へるす出版	東京	2016	33-41
Takahashi H, Kamio Y, Tobimatsu S	Autism spectrum disorders	Tobimatsu S, Kakigi R (eds.)	Clinical Applications of Magnetoencephalography	Springer Japan KK	Tokyo	2016	247-274
神谷真巳	地域で親子の発達を支える	永田雅子	別冊発達32 妊娠、出産、子育てをめぐる心のケア	ミネルヴァ書房	京都	2016	233-242
若子理恵	知的障害	本城秀次, 野邑健二, 岡田俊	臨床児童青年精神医学ハンドブック	西村書店	東京	2016	115-121
若子理恵	早期発見・療育の地域システム	本田秀夫	発達障害の早期発見、早期療育・親支援	金子書房	東京	2016	18-27
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－診療お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
本田秀夫	デジタルメディアの子どもへの影響は, 因果関係とは限らない	長野医報	644	25-26	2016
本田秀夫	発達障害者の理解と職業生活の支援	産業ストレス研究	23	261-265	2016
Sasamaya D, Washizuka S, and Honda H	Effective treatment of night terrors and sleepwalking with ramelteon.	Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology	26 (10)	948-948	2016
江間彩子, 本田秀夫	統合失調症と自閉スペクトラム症	精神科治療学	31 (3)	297-302	2016
本田秀夫, 小田佳代子, 篠田直子	自閉スペクトラム症の青年期—大学における男性例の支援を中心に—	精神医学	58 (5)	383-390	2016
本田秀夫	学校と精神科医療の連携のあり方	精神科治療学	31 (5)	607-612	2016
樋端佑樹, 篠山大明, 本田秀夫	発達障害の併存症(Comorbidity)への早期介入	精神医学	58 (7)	623-631	2016
本田秀夫	乳幼児の精神医学的診察の実際—子どもの行動観察を中心に—	精神科治療学	31 (7)	913-919	2016
本田秀夫	自閉症におけるスペクトラム	精神科診断学	9 (1)	68-74	2016
本田秀夫	発達障害児支援をめぐる課題と改革の方向性	公衆衛生	80 (11)	837-842	2016
篠山大明, 本田秀夫	自閉スペクトラム症は増えているのか	臨床精神医学	45 (1)	29-34	2016
篠山大明	自閉スペクトラム症と児童精神科医療	信州医学雑誌	64巻6号	329-339	2016

Kobayashi M, Sugiyama N, Sasayama D, Sasamoto H, Miyashiro Y, Arima K, Washizuka S	Sex differences in the serum level of endogenous ligands for estrogen receptor $\beta$ in the elderly population	Scientific Reports	6	25878	2016
Joko T, Washizuka S, Sasayama D, Inuzuka S, Ogihara T, Yasaki T, Hagiwara T, Sugiyama N, Takahashi T, Kaneko T, Hanihara T, Amano N	Patterns of hippocampal atrophy differ among Alzheimer's disease, amnesic mild cognitive impairment, and late-life depression	Psychogeriatrics	16 (6)	355-361	2016
内山登紀夫	学校における合理的配慮と精神医学 (特集 学校と精神医学(1))	精神科治療学	31 (4)	449-455	2016
内山登紀夫	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			2016
Kuroki T, Ishitobi M, Kamio Y, Sugihara G, Murai T, Motomura K, Ogasawara K, Kimura H, Aleksic B, Ozaki N, Nakao T, Yamada K, Yoshiuchi K, Kiriike N, Ishikawa T, Kubo Ch, Matsunaga C, Miyata H, Asada T, Kanba S	Current viewpoints on DSM-5 in Japan	Psychiatry and Clinical Neuroscience	70 (9)	371-393	2016

Ohki T, Gunji A, Takei Y, Takahashi H, Kaneko Y, Kita Y, Hironaga N, Tobimatsu S, Kamio Y, Hanakawa T, Inagaki M, Hiraki K	Neural oscillations in the temporal pole for a temporally congruent > audio-visual speech detection task	Scientific Reports		6	2016
Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Kamio Y	ADHD symptoms and pain among adults in England	Psychiatry Research 2016	246	326-331	2016
Takahashi H, Nakahachi T, Stickley A, Ishitobi M, Kamio Y.	Stability of the acoustic startle response and its modulation in children with typical development and those with autism spectrum disorders: a one-year follow-up.	Autism Research			2016
荻野和雄, 原口英之, 石飛信, 神尾陽子	自閉スペクトラム症の早期介入の長期効果	精神科治療学	31 (7)	873-879	2016
中西陽, 石川信一, 神尾陽子	自閉的特性を強く示す中学生に対する通常学級での集団社会的スキル訓練の効果	教育心理学研究	64	544-554	2016
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
高橋 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
高橋 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 Cerebrospi- nal 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 $\beta$ -selective ligand reduces obesity and depressive-like behaviour in ovariecto- mized 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-Psy- chopharmacology & 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 Emo- tional/Behavioral Out- comes.	J Aut Dev Disord	47 (11)	3333-3345	2017
Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Inoue Y, Kamio Y	Attention-deficit/hyperac- tivity disorder symptoms and physical multimorbid- ity: 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 communica- tive impairments ascer- tained in a large national survey of Japanese chil- dren.	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-ob- served auditory over-re- sponsiveness in children with typical development and those with autism spec- trum disorders	Autism		DOI: 10.1177/ 1362361 31668 0497	2017
Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Inoue Y, Kamio Y	Attention-deficit/hyperac- tivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population.	Research in Develop- mental 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, 桃井真里子, 児玉浩子, 山中龍宏, 高田ゆり子, 衛藤隆, 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じた子どもの発達や心の健康等の向上に資する社会実装	精神保健研究	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じた子どもの発達や心の健康等の向上に資する社会実装	精神保健研究	63	5-10	2017
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例 - 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
本田秀夫	自閉スペクトラム症への対応－ライフサイクルを見据えて－	沖縄精神神経学会	那覇	2.6, 2016
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－	第112回日本精神神経学会学術総会	幕張	6.2, 2016
篠山大明, 鷺塚伸介, 本田秀夫	夜驚症および睡眠時遊行症にたいしてラメルテオンが有効であった一例	第46回日本神経精神薬理学会		7, 2016
Yamamoto, K., Sasayama, D., Yui, S., Hagiwara, T., Inuzuka, S., Harada, Y., Honda, H., and Washizuka, S.	Treatment of catatonia in autism spectrum disorder: 2 case reports and literature review.	CINP 2016 Seoul World Congress	Seoul	July 4, 2016
Sasayama, D., Kurahashi, K., Oda, K., Yasaki T., Yamada, Y., Sugiyama, N., Inaba, Y., Harada, Y., Washizuka, S., and Honda, H.	Association between peripheral cytokine levels and cognitive abilities in children with autism spectrum disorder.	CINP 2016 Seoul World Congress	Seoul	July 4, 2016
本田秀夫	発達障害の概念および子どもの発達障害と睡眠障害	日本睡眠学会第41回定期学術集会	東京	7.8, 2016
本田秀夫	大人になった発達障害	第21回認知神経科学学会学術集会	東京	8.7, 2016

篠山大明, 小泉典章, 八木芳雄, 金子和可子, 工藤哲也, 野見山哲生, 小田佳代子, 倉橋佳那, 本田秀夫	母子保健情報を活用した子どもの精神健康問題の早期発見と早期支援－岡谷市における悉皆的コホート研究－	第35回信州精神神経学会	松本	10.15, 2016
本田秀夫	自閉スペクトラム症の早期療育と長期予後	第57回日本児童青年精神医学会総会	岡山	10.28, 2016
本田秀夫	精神科医からみた「本当に必要な支援」	日本LD学会第25回大会プレコンgres	東京	11.18, 2016
本田秀夫	ライフステージに応じた発達障害支援	メンタルヘルス関連三学会合同大会(第38回全国大学メンタルヘルス学会総会, 第32回日本精神衛生学会大会, 第20回日本学校メンタルヘルス学会大会)	東京	12.11, 2016
高橋 脩	子ども臨床の魅力	第57回日本児童青年精神医学会総会	岡山市	10.27, 2016
高橋 脩	発達障害医療における児童期から成人期への移行支援	第57回日本児童青年精神医学会総会	岡山市	10.28, 2016
神谷真巳, 若子理恵, 高橋 脩	保育所等の0, 1, 2歳児クラスに在籍する障がいのある子および発達が気になる子の現状と課題	第57回日本児童青年精神医学会総会	岡山市	10.29, 2016
Uchiyama, T., Maeda, M., & W.Walker, D.	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.	the 32nd Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies	USA	2016
内山登紀夫, 川島慶子, 鈴木さとみ他	東日本大震災後の福島県における乳幼児と保護者に関するメンタルヘルスの現状調査と支援ニーズの把握に関する研究	Banyu Foundation Research Grant 震災研究支援 研究最終報告会	ステーションコンファレンス東京	2016
神尾陽子	シンポジウム ASD 児の早期発見の地域実装とコミュニティベースの早期療育の試み—M-CHAT と JASPER プログラム	日本発達心理学会第28回大会	広島	3.25, 2017
神尾陽子	シンポジウム 社会性の発達に困難を抱える子どもの早期発見と早期支援—乳幼児健診におけるM-CHAT 項目を活用したアセスメントと支援ツールの有効性	日本発達心理学会第29回大会	広島	3.26, 2017
東俣淳子	3歳未満児保育の発達に関する問題の現状と課題	第51回日本発達障害学会	京都市	10.28 2016

富樫恭平, 与那城郁子, 天久親紀	「平成27年度市町村乳幼児健診事後教室実施状況およびフォロー事業に関する調査」研究概要報告	第57回日本児童青年精神医学会総会	岡山市	10.28, 2016
若子理恵	わが国における早期療育システムの整備と支援の実際～愛知県豊田市を例として	第57回日本児童青年精神医学会総会	岡山市	10.28, 2016
与那城郁子, 天久親紀, 富樫恭平	「平成26年度市町村発達障害児(者)支援体制整備状況に係る実態調査」結果概要～保健/保育領域を中心に	第57回日本児童青年精神医学会総会	岡山市	10.28, 2016
鶴澤正寛, 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
高橋 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, 高橋脩	保育所等の0,1,2歳児クラスに在籍する障がいのある子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 子ども・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 Research (IM-SAR)	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 Research (IM-SAR)	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
宮崎千明	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 Sue- mitsu	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
富樫恭平	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28年度～29年度 総合研究報告書

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

---