

平成19年度・厚生労働省障害者保健福祉推進事業

障害児等療育支援事業と関連させた障害児に対する

相談支援事業の展開方法についての調査・研究

報告書

平成20年3月

障害者相談支援事業全国連絡協議会

〈目次〉

| | |
|---|----|
| I はじめに ～障害児に特化した相談支援事業の展開について～ | 4 |
| II 障害児福祉における障害者自立支援法の位置づけ等 | 5 |
| 1. 障害児福祉と障害者自立支援法の関係 | 5 |
| 2. 障害児施策における相談支援の意義の変遷 | 6 |
| 3. 重層的・多層的な相談・支援環境 | 7 |
| 4. 相談支援の現状および課題(相談支援に関する障害児や家族の意向より) | 9 |
| 1) 保育園、幼稚園や小中学校との関係を視野に入れた相談体制の構築 | 10 |
| 2) 障害を受け止められない状態にある保護者への相談支援 | 11 |
| III 相談支援事業・地域自立支援協議会等の現状 | 13 |
| 1. 調査の概要 | 13 |
| 2. 市町村相談支援事業等の状況 | 13 |
| 1) 障害者相談支援事業の実施方法 | 13 |
| 2) 障害者相談支援事業運営方法 | 14 |
| 3) 相談支援機能強化事業の実施状況 | 14 |
| 4) 障害児を育てる地域の支援体制整備事業 | 15 |
| 5) 相談支援事業にかかる課題等 | 15 |
| 6) その他相談支援全般にかかる課題等 | 16 |
| 3. サービス利用計画作成費の状況等 | 17 |
| 1) サービス利用計画作成費の実績 | 17 |
| 2) サービス利用計画作成費の課題 | 17 |
| 4. 地域自立支援協議会の状況 | 18 |
| 1) 地域自立支援協議会の設置状況 | 18 |
| 2) 地域自立支援協議会にかかる課題等 | 18 |
| IV 障害児の相談支援事業のあり方 | 21 |
| 1. 障害児(者)地域療育等支援事業について | 21 |
| 1) 障害児(者)地域療育等支援事業の理念 | 21 |
| 2) 「障害児(者)地域療育等支援事業」から「相談支援事業(障害者自立支援法)」へ | 22 |
| 2. 療育等支援施設事業「療育3事業」から障害児等療育支援事業へ | 23 |
| 1) 「療育3事業」と障害児等療育支援事業～療育支援事業継続の必要性～ | 23 |
| 2) グレイゾーンの子どもの増加と障害児相談支援の必要性 | 34 |
| 3) 5歳児健康診査の課題 -鳥取県での取り組みを通して- | 38 |

| | | |
|----|-------------------------------------|----|
| 3. | 障害児支援の必要性 | 42 |
| 1) | 育児不安への対応から開始される相談支援 | 42 |
| 2) | 親支援・家族支援の重要性 | 43 |
| 3) | 乳幼児期支援の特殊性と相談支援のあり方 | 43 |
| 4) | 障害告知と親支援 | 44 |
| 4. | ライフステージに応じた支援を継続するための機関連携の必要性 | 45 |
| 1) | 生涯にわたる継続した支援の必要性 | 45 |
| 2) | ライフステージごとの社会資源 | 46 |
| V | 障害児ケアマネジメントの位置づけと相談支援のあり方について | 54 |
| 1. | ケアマネジメントとは | 54 |
| 1) | 障害児におけるケアマネジメントの理念 | 54 |
| 2) | 障害児におけるケアマネジメントの過程 | 55 |
| 3) | 障害児のケアマネジメントにおけるアセスメント | 55 |
| 2. | 子どもの相談支援にかかわる専門性 | 56 |
| 3. | 障害児相談支援における『発達支援コーディネーター』の必要性 | 57 |
| 4. | 「個別支援計画」作成の必要性について | 58 |
| 1) | 個別支援計画が求められる背景とは | 58 |
| 2) | 個別支援計画の必要性について | 58 |
| 3) | 多職種で作成する個別支援計画の実例 | 59 |
| VI | 障害児の相談支援事業の基盤整備について | 61 |
| 1. | 障害児支援における「地域自立支援協議会」の位置づけとそのあり方 | 61 |
| 1) | 地域自立支援協議会の捉え方 | 61 |
| 2) | 従前のネットワーク形成と地域自立支援協議会との相違点 | 61 |
| 3) | 市町村と地域自立支援協議会の関係 | 63 |
| 4) | 地域自立支援協議会が扱う課題と障害児への支援 | 63 |
| 5) | 事例 東大阪市自立支援協議会におけるライフステージに応じた支援について | 66 |
| 2. | 障害児支援における「サービス利用計画作成費」のあり方 | 70 |
| 1) | 関わりから見たサービス利用計画作成費の課題 | 70 |
| 2) | 報酬面から見たサービス利用計画作成費の課題 | 71 |
| 3) | サービス利用計画作成費のあり方 | 73 |
| 3. | 児童デイサービス事業と障害者自立支援法 | 74 |
| 1) | 小規模通園事業の誕生 | 75 |
| 2) | デイサービスという名称 | 75 |
| 3) | 支援費制度へ | 76 |

| | |
|--|------------|
| 4) 障害者自立支援法の施行 | 77 |
| 5) 新しい事業体系の検討 | 78 |
| 6) 障害児相談支援事業における児童デイサービスの今後 | 79 |
| VII 障害児等療育支援事業の展開方法について | 80 |
| 1. 障害児等療育支援事業の位置づけと必要となる社会資源 | 80 |
| 2. 障害児等療育支援事業の展開に関する現状と課題 | 81 |
| 3. 圏域設定と重層的支援体制の構築 | 82 |
| 1) 北海道における子どもの発達支援体制の例 | 82 |
| 2) 広島県における療育3事業の現状について | 88 |
| VIII 特別支援教育と相談支援事業 | 93 |
| 1. はじめに | 93 |
| 2. 社会保障制度改革と特別支援教育 | 93 |
| 3. 特別支援教育と相談支援の関わりについて | 95 |
| 1) 特別支援教育を行うための体制の整備および必要な取組 | 95 |
| 2) 特別支援学校における取組 | 96 |
| 4. 教育機能を活かした事例 | 97 |
| 1) 横浜市 | 97 |
| 2) 三鷹市 | 100 |
| 5. 小学校を利用した地域再生のグランドデザイン | 103 |
| IX 地域の事例から | 104 |
| 事例1: 徳島県子ども支援の教育サイドからのアプローチの実際について | 104 |
| 事例2: 岸和田市保健センターにおける障害児の早期発見・支援システム | 107 |
| 事例3: 東大阪市療育センター・自閉症支援センターPALの取り組みについて | 114 |
| 事例4: 姫路市における保育所等巡回相談事業と発達相談事業からみる障害児への 発達支援の流れと関係機関との連携のあり方について | 119 |
| 事例5: 沖縄県 長期入院児の在宅移行支援 | 123 |
| X 報告のまとめ ～障害児に対する相談支援事業の在り方～ | 125 |

I はじめに ～障害児に特化した相談支援事業の展開について～

平成 18 年（2006 年）10 月、障害者福祉が支援費制度等からの障害者自立支援法へと移行するのと時期を同じくして、障害児福祉についても改正児童福祉法により利用・契約制度である「障害児施設給付費」へと移行した。児童を「(障害のない) 一般の児童」と「障害児」に分断した児童福祉法の問題は後述するが、本研究は、「そもそも『障害児』は障害者自立支援法による支援が適しているのか」という疑問に立脚しつつ、「障害が確定していない（または変化している）時期の相談支援の在り方」「横系（地域ネットワーク）だけでなく縦系（ライフステージを通した一貫性・継続性）を紡ぐこと求められる障害児相談支援の特殊性」を主題として調査・検討した。

WHO の国際生活機能分類（ICF）は、障害のある人達の生活上の不便や社会的不利は社会の責任として負わねばならないと規定している。この理念を社会全体で真摯に受け止めるとともに、社会福祉基礎構造改革による「措置から利用・契約制度への移行」を意義深いものとするために、現時点でのわが国の障害者福祉に最も必要な方策は、「行政－支援者（施設等）－障害当事者・家族が対等な関係で利用・契約関係を結べるシステム」「それを支える権利擁護の仕組み」「過不足なく利用できるサービス量の確保と利用を援助できる相談支援体制」であろう。

障害児福祉には、上記の障害者福祉の立場に加えて、医学的な診断・治療やリハビリテーションなどの医療機能や発達支援（療育）機能の量的確保と地域における提供の仕組みが必要になる。加えて、「障害が確定する前の育児支援」「障害の発見前後の不安定な保護者へのカウンセリング」なども児童期の相談支援の機能として重要視されねばならない。これらは、児童福祉法や児童の権利条約の理念（第 23 条：障害児は可能な限り国によって無償で保護されなければならない）に基づいて提供されなければならないと私たちは考える。

この報告では、障害児に対する相談支援事業の在り方を提起する本来の目的とともに、これからの障害児福祉の在り方を考察し提案した。

Ⅱ 障害児福祉における障害者自立支援法の位置づけ等

1. 障害児福祉と障害者自立支援法の関係

障害児福祉に関しては、これまで児童福祉法を中心に展開されてきた。児童福祉法は言うまでもなく、18歳未満の「児童」全てを対象としている（年齢による区分を一義とするものには他に老人福祉法等がある）。

児童福祉法第1条では、「すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成するよう努めなければならない。」とされ、また同条第2項では「すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。」旨、規定されている。さらに、第2条で「国および地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身共に健やかに育成する責任を負う。」とされている。これらの規定は全ての児童の福祉を保障するための原理であり、全て児童の関する法令の施行にあたって尊重されるべき旨の規定が設けられている（第3条）。

従って、以下に見る障害者自立支援法中のサービス・事業等を含む諸規定においても、こと障害児に関係する限り児童福祉法の原理に則って解釈すべきものである。つまり、国および地方公共団体は児童の健全育成に責任を負うとされているのである。このことには最大の注意が払われなければならない。

次に障害者自立支援法であるが、検討段階において自立支援“給付法”という名称が冠せられていたように、主たる内容は給付に関する諸手続きを規定したものであり、また、法のねらいにもあるとおり、従来個別法に分かれていた障害福祉サービス等を一元化するためのものでもある。

この障害者自立支援法の規定を見ると、大きくは「自立支援“給付”」と「地域生活支援“事業”」に分かれている。前者は個別給付であり、その種類は法に定められている。一方、後者は個人ではなく事業そのものであり、また移動支援事業や相談支援事業等を除き限定的な名称規定はなく領域規定である。これらのうち、障害児に関するものとしては以下のものがあげられる。

1) 自立支援給付中、障害児が対象となりうるもの

- ・ 居宅介護
- ・ 行動援護
- ・ 児童デイサービス
- ・ 短期入所
- ・ 重度障害者等包括支援
- ・ サービス利用計画作成
- ・ 自立支援医療（うち育成医療・精神通院医療）
- ・ 補装具

なお、児童福祉法の特例により障害者とみなされた者は上記以外の障害福祉サービスの利用も可能である。

2) 地域生活支援事業中、障害児が対象となりうるもの

- ・ 相談支援事業（障害児等療育支援事業を含む）
- ・ 移動支援事業
- ・ 地域活動支援センター
- ・ その他市町村の規定により障害児を対象とした事業

以上に見るように、地域生活支援事業にその裾野の広がりの可能性がある以外は、障害者自立支援法の中においては「障害児」の位置付けは限定的なものでしかない。何よりも、障害者自立支援法は現在の障害の状態をベースに、契約に基づいてサービスを提供する仕組みであり、児童に必要な“発達保障”の観念が希薄である点において、重要な課題を有している。

福祉分野における契約制度の導入は、利用者によるサービスの自由な組み合わせの道を開いたことで高く評価できる。しかし、児童の受けるサービスの決定を全面的に保護者に任せてしまうことは児童の発達保障の観点から疑問がある。児童にとって必要なサービスを受けられないことは広い意味で人権侵害である。保護者による自由な契約をサポートする仕組みと共に、行政による何らかのセーフティーネットの構築が必要である。

2. 障害児施策における相談支援の意義の変遷

障害児施策は高齢者施策や障害者施策等と同様に広範な領域にまたがるものであるが、障害児施策を特徴づけるものとして、年齢との関係が強く、またその期間が短いことが挙げられる。そのため、多様な関係機関が児童の年齢によって役割を変えて関わりを持つ構造になっている。

このような特徴を持った障害児施策の主要な構成は、保健・福祉・教育・医療を中核とするものである。これらの領域については、それぞれを主たる目的として法制度が整備され、展開されてきたところであるが、近年、相談・支援の役割がより鮮明になってきていると思われる。もとより従来においても相談が不要であった訳ではなく、また、この部分が確立を見なかったことがこれまでの障害児施策の課題とする指摘もある。しかし、近年における社会福祉制度改革により、障害児およびその保護者が「本人主体」という権利とともにそのリスクとも向き合うという意味で、それまでの法制度とは一線を画するものと考えて良い。

先に掲げた保健・福祉・教育・医療のうち、福祉については戦後から 2003 年度に開始された支援費制度までは措置制度を主体とするものであった。支援費制度では、このうち居宅サービス（居宅介護・児童デイサービス・短期入所）が利用契約制度へと移行し、2006 年度には施設支援についても利用契約が可能となった。

措置制度下では、情報提供・相談支援から決定までが連続的・一体的に行われる一方で、ある意味でその決定過程が不鮮明であったとも言える（措置制度の是非に言及するものではない）。また、一体的に行われることによって、ケアマネジメントで言うところの新たな社会資源の創造とネットワークの構築が困難であったとの指摘もある。

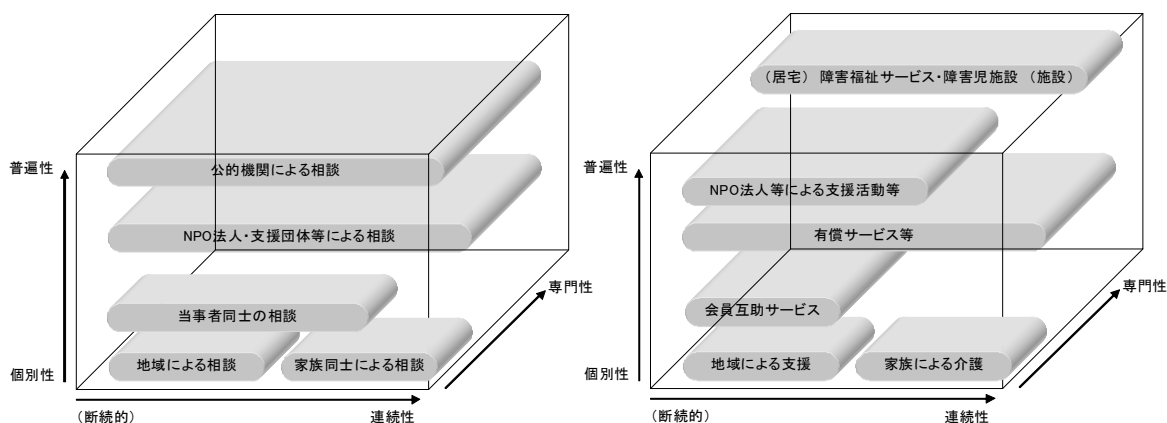
利用契約制度では、「何を利用するか（したいか）」という意向があり、その意向を明確にするための状況把握・情報提供・アドバイス等を含む相談がまずあり、その上で行政が利用決定（支給決定）を行うこととなる。この意味で、相談・支援（特に相談）がより明確に意識される仕組みとなってきた（以下、本節では相談（による）支援との混同を避けるため、居宅介護や児童デイサービス等の直接的なサービスを「支援」としている。）。

また、先に掲げた保健・福祉・教育・医療はもともと異なる法体系に属し、多元的に展開されてきたが、多元的であればそれだけ一層の調整・連携が必要となることは言うまでもない。

さらには、障害者自立支援法の影響も皆無ではない。現時点の障害者自立支援法は成人を中心とした構成であり、障害児施設については検討中であることや、発達段階の支援（機関）との連携は未整理である。成人における雇用との連携が重要であるのと同様に、障害児においては教育との連携、さらには福祉各法に基づく諸施策、地域資源との連携が重要である。

3. 重層的・多元的な相談・支援環境

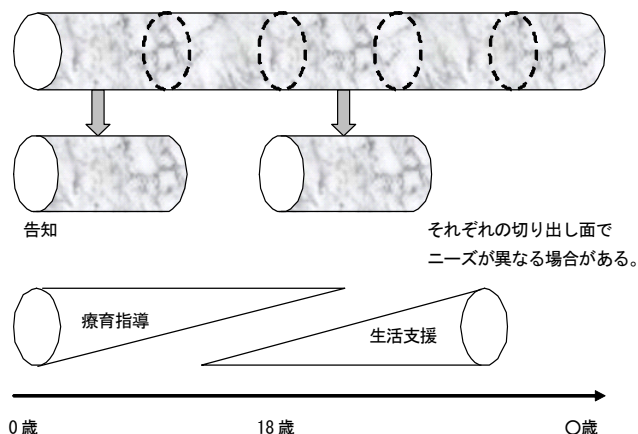
各法制度に基づく障害児施策であるが、それぞれの実施（提供）機関ごとに相談部分は存在する。また、本人および保護者の日常生活における様々な場面で広い意味での相談があり、これらの対応を含めると広く地域社会全体の問題でもある。（図Ⅱ－１）



図Ⅱ－１ 重層的・多元的な相談・支援の環境（イメージ）

直接的な支援が重層的・多面的であるのと同様に、相談についても重層的・多面的な関わりをもって構成される。このような環境は障害児だけに限ったものではないが、障害児にかかる相談の特徴（あくまでも成人期以降との比較）として、

- ア) 最も初期の「障害の発見と告知」前後から子どもが成長する過程においての変化が大きい。
 - イ) 主たるニーズ把握の対象が本人・保護者と二つの焦点であること。
- 等があげられる。(図Ⅱ-2)



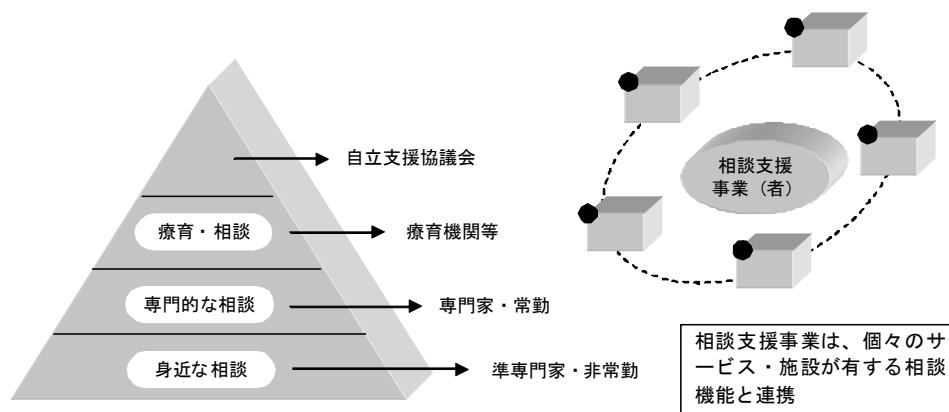
図Ⅱ-2 相談と年齢との関係 (イメージ)

以上のように、重層的・多面的な構成を持ち、また

年齢・対象の点で他とは異なる特徴を持った障害児の相談であるが、これ以外に次の課題、特徴を持っている。

- ・ 市町村による相談は、ともすれば「サービスや制度の紹介」が中心となりがちである。また、人事異動その他で職員の専門性が維持できない場合がある。
- ・ 療育から見た相談は「子育て」に主眼を置くものである。
- ・ 親同士の相談は、専門職による相談と同等に重要な部分を占める。
- ・ 地域・近所による相談は、相談による解決よりも相談できること自体の「安心感」や子どもの将来（地域での生活）への安心感という点で評価できる。
- ・ 個々のサービス事業者や施設においても相談は重要である。

相談体制等について、その専門性および相談内容等を切り口として見ると次の構成が考えられる。(図Ⅱ-3)



図Ⅱ-3 相談レベル・専門性等の関係 (イメージ)

身近な相談については、専門性も必要であるが、それ以上に距離感（時間的・心理的）が重要となる。いつでもすぐに相談できること、気軽に相談できることの意義は大きい。しかしながら、相談内容によってはより専門的な判断やその判断を下すための調査等を要する場合があります、これらは従来から設けられてきた機関や障害者自立支援法により位置付けられた相談支援事業者等が担うことが求められる。

障害者自立支援法における相談支援事業は、障害者ケアマネジメントの技法を根拠としており、特定の課題解決のための中期的な取組を中心としている。そのため、児童や保護者に対して継続的な関わりを持つことは困難である。また、個々の専門機関の窓口的な役割を担っている職員は、所属する機関の内容によって守備範囲が限定されているために、やはり継続的な関わりができない場合が多い。このため、障害児の保護者の不安を受け止めて、必要が生じたら色々な機関の特徴を説明してくれ、場合によっては同行もしてくれる — そのような、いわば「かかりつけ相談員」が、障害者自立支援法による相談支援事業者と別の制度として広く展開されることが望まれる。

ところで、相談・支援は対象者個々に対応するものを第一義としており、今後もこの視点と重要性に変化があるわけではない。しかしながら、個々の相談・支援から浮上してきた地域課題を連携・協働により解決へと向かわせる仕組みが、今後はより認識されるべき時期にきている。この仕組みについては、これまでいくつかの地域では自主的に取り組まれてきたところであるが、障害者自立支援法施行とともに、国としては地域自立支援協議会なるものの設置を全国的に推進しようとしている。

この地域自立支援協議会という機能を備え、地域課題の解決に向けた取り組みを協議しようとする方向性は評価されるべきものである。このような取り組みには、これまでも障害児（者）地域療育等支援事業における連絡調整会議等があったが、いわばこの発展型としてとらえることもできよう。それだけでなく、先に述べた個々の事例から浮上する地域課題を解決する仕組みは、相談機関（相談支援事業者を含む）のみで達成できるわけではなく、また、行政機関の連携だけでも困難である。広く地域住民の参画を求めうるこのような組織が有効に機能するならば、これまで停滞していた課題解決・資源開拓が進む可能性は否定できない。

地域自立支援協議会は、まだその歴史が浅く、取り組みの温度差にも相当のものがあると考えられるが、ここでの協議の場に障害児および保護者の「困った…」が取り上げられ、福祉だけでなく様々な機関・資源の連携による解決へと取り組んでいくことが期待される。

4. 相談支援の現状および課題（相談支援に関する障害児や家族の意向より）

東松山市が2006年に行った調査によると、18歳未満の障害児やその家族の日常生活

の不安や福祉サービスに関する相談相手で最も多かったのが「家族」(58.2%)であり、次いで多かったのが「通園・通学先(保育園・学校)の教職員」(34.1%)、「かかりつけの医師」(27.5%)であった。この数字は、障害児・者等の相談に365日・24時間体制で対応している市の総合相談センターの8.8%を大きく上回っていた。

また、相談窓口に対する今後の希望に対する設問では、「どんな時にどこに相談したらよいか分かるようにしてほしい」という回答が48.4%と半数近くを占め、「身近な所で気軽に相談できる場がほしい」という回答も25%を超えている。

これらのことから、障害児や家族にとっての相談支援の在り方を考える上では、単に委託相談支援事業者の箇所数や人員体制といったことだけでなく、当事者の多様性に着目した「相談できる環境の在り方」としてどのような状態が望ましいかという視点に立って考える必要があることが見て取れる。

また、文部科学省の調査や埼玉県の結果を踏まえると、地域による程度の違いはあるにせよ、保育園、幼稚園、小中学校に通う障害児の存在を十分意識した相談支援の在り方を考えることも不可欠である。(1)(2)

このような認識に基づき、障害児や家族への相談支援の在り方を考える上で踏まえるべき点は以下のとおりである。

1) 保育園、幼稚園や小中学校との関係を視野に入れた相談体制の構築

上述のように、通園・通学先のある児童の場合、3分の1以上が保育士や教職員を相談相手としている実態がある。児童の育ちや学びの多くを委ねる通園先や通学先のスタッフが障害児にとって重要な相談相手となることは自然な流れといえる。保育士は保育の、教員は教育の専門家として子どもたちに日常的に係わる立場にあることから、障害児にとってプライマリーな相談の受け皿としての役割を担っていることを認識する必要がある。

一方で、保育士や教員が障害児と係わることに関しては、コミュニケーションの取り方や刺激のコントロール、食事や姿勢保持など多くの配慮が必要とされるが、これらのことについて一人ひとりの特性を十分に踏まえた保育や教育活動が行われていないという指摘があることも確認しておく必要がある。

また、平日の日中を保育園や学校で過ごす子どもたちは、いつでも障害福祉サービスのユーザーであるかユーザーとなる可能性も持っている。従って、一人ひとりの子どもたちに係わるそれぞれの機関が、本人や家族の意向を踏まえた共通認識の下に揺らぎのない支援を行うことが必要なことはいままでもない。

こうしたことから、保育園、幼稚園、小中学校に通う障害児やその家族への相談支援は、保育士や教員が日常的な相談に当たることを前提に、障害福祉の相談支援担当者がこれらの機関と日常的にやり取りのできる関係と、必要に応じて臨床心理士、理学療法

士、作業療法士、言語聴覚士などが保育や教育の現場に出向いて支援する体制が必要であり、これが行える仕組みづくりを、地域自立支援協議会における議論を経て構築することが必要である。

例えば、障害福祉の相談支援事業者が保育園や幼稚園、小中学校を巡回して保育や教育を行う上で難しさを感じる子どもたちの状況を把握し、保護者の意向を踏まえた上で関係する専門機関につないでいく仕組みがルール化されることにより、児童一人ひとりの日常生活を総合的に支える足がかりが築かれるのではないかと。

そのためには、保育、教育、福祉の関係機関が実務者レベルで定期的に意見交換や情報交換を行い、そこで議論された結果や対応の方策を各機関の責任者が集まって確認して実行していくような協議の場を設けることが望まれる。

こうした取り組みは、当事者にとって身近な生活圏で整備される必要があることから、基本的には市町村単位で行われることが望ましいが、派遣が必要とされる専門家を市町村単位で確保することが難しいという現実もある。したがって、専門家の派遣体制については、地域の実情に応じて複数市町村が共同して取り組んだり、都道府県がこれを支援したりすることも必要となる。

一方、こうした専門家による支援が、それぞれの現場に常駐することは現実的ではなく、また、これらの専門家の支援を受けなくても保育士や教員が障害児の保育や教育に臨むことがむしろ望ましいともいえる。その意味で、日常的な相談に対応する保育士や教員が障害に関する理解を深め、対応力を高めるための研修の仕組みについても同様な方法で構築していくことが必要である。

このように「専門家の確保」「保育士や教員等への情報・技術の提供」という点で、障害児等療育支援事業の活用が課題になってくる（後述）。

2) 障害を受け止められない状態にある保護者への相談支援

発達に不安を持ったり診断を受けたばかりの時期の保護者は、わが子の育ちに不安や戸惑いを感じつつも、福祉事務所や相談支援事業者など障害福祉を標榜する機関と係わることに抵抗感を持つ人が少なくないといわれる。しかしながら、障害を受け止めきれないことにより、公の窓口での相談支援を受けるに至っていない人たちに対してこそ、何らかの形で外部とのつながりを持つための環境を用意することが求められる。

先に引用した東松山市の調査結果の「気楽に相談できる場がほしい」という声は、特に障害の受容期にある人たちにとって敷居の高さを感じる公の相談窓口よりもフランクでインフォーマルな場、例えば子育てをしている親同士の集まりや、発達の遅れが気になる親同士の集まりの中で、少しずつ自分の不安やつらさを表出できる環境の必要性を示しているものと考えられる。その場は保健所や保健センターなどの日常的な場であることも必要である。

また、地域の子育て団体やサークルに障害児や保護者が参加できる環境があれば、保

護者がことさらに障害を意識することなく地域の中での子育てができる一助にもなりうると考えられることから、いわゆる一般の子育て団体が初期の相談支援の働きができるような働きかけを障害福祉分野から行うことも大切であろう。

なお、こうした団体の活動は、外部との係わりを持たない当事者がその存在を認識する機会も少ないことから、行政や相談支援事業者は、さまざまな自助団体の活動内容の把握と周知に努めることも必要であろう。

以上のことから、障害児やその家族への相談支援を考える上では、子どもたちの育ちや学びに係わる領域、中でも福祉と教育が協調性をもって支援に当たることと、各分野の専門家による支援を頂点に、一般的な子育て支援団体を含む当事者によるインフォーマルな相談活動が裾野を支える重層的な環境を整えることが望まれる。

- (1) 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査(2002年 文部科学省調査)によれば、知的発達に遅れはないものの、学習面か行動面で著しい困難を示す子どもの割合が6.3%とされた。
- (2) 「通常の学級に在籍する特別な教育的支援の必要な児童生徒に関する調査」(2004年 埼玉県教育委員会調査)によれば、知的発達に遅れはないものの学習面や行動面で著しい困難を示す子どもの割合が10.5%とされた。

Ⅲ 相談支援事業・地域自立支援協議会等の現状

1. 調査の概要

相談支援事業・地域自立支援協議会等の現状については、厚生労働省の実施した実態調査をベースに本研究班において人口規模を加え検証した結果を含め見ていくこととする。(詳細な結果は巻末「資料1」参照)

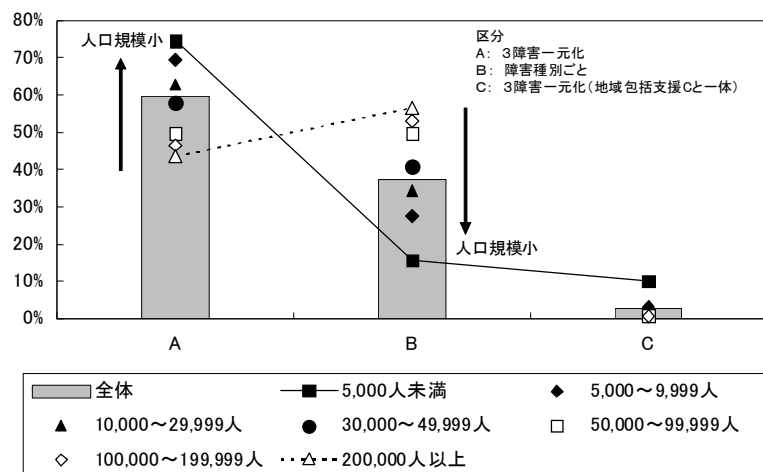
なお、厚生労働省実施の実態調査の概要は以下のとおりである。

- ・ 調査の目的
障害者自立支援法施行後の障害者相談支援事業の実施状況等を把握することを目的に実施
- ・ 調査対象および調査票回収率
全国 1,827 市区町村 (平成 19 年 4 月 1 日現在) ・ 100%
- ・ 調査基準日
平成 19 年 4 月 1 日

2. 市町村相談支援事業等の状況

1) 障害者相談支援事業の実施方法

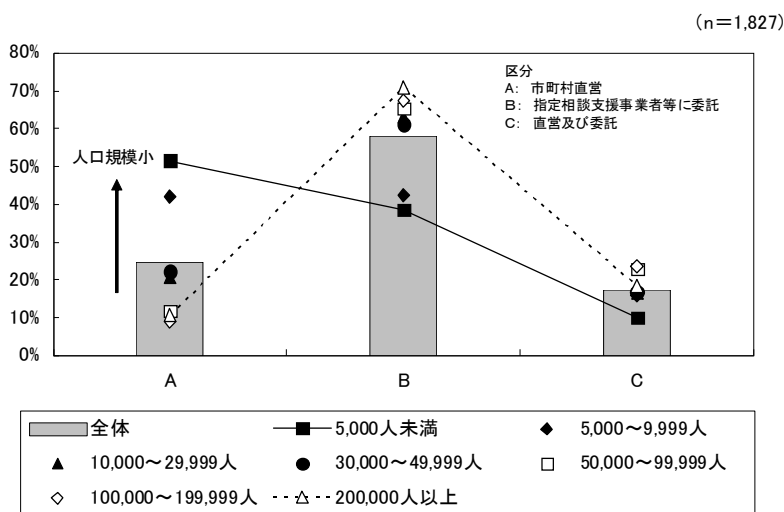
市町村相談支援事業については、1,827 市区町村 (以下「市町村」という。) の全てが実施している。全体としては「3 障害を一元化して実施」が 60% と最も高いが、人口規模別に見ると、小規模市町村ほど一元化した実施の高い傾向にある。背景として、人口規模が大きい市町村では従来から障害種別ごとの相談支援機関等があり、当該機関が従来の領域を専門として相談支援事業を展開しているものと推測される。(図Ⅲ-1)



図Ⅲ-1 相談支援事業の実施方法(人口規模別)

2) 障害者相談支援事業の運営方法

75%の市町村が指定相談支援事業所等に委託しているが、小規模市町村ほど直営の比率が高くなる傾向にあり、特に5,000人未満(51.5%)、5000人以上1万人未満(41.9%)において顕著である。背景として、後述する相談支援事業の課題等に見るとおり、専門職の確保および財政事情等が影響しているものと推測される。(図Ⅲ-2)

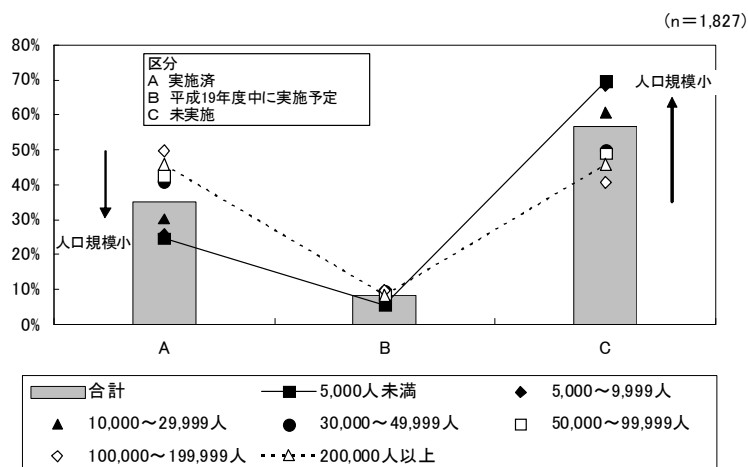


図Ⅲ-2 相談支援事業の運営方法(人口規模別)

3) 相談支援機能強化事業の実施状況

市町村相談支援機能強化事業については、35%の市町村で実施されており、平成19年度中に実施を予定している市町村は8%となっている。

実施および未実施について人口規模との相関が見られる一方で、平成19年度実施予定において差異が見られない。後述の課題からもうかがえるが、機能強化部分の定義が明確でないことを理由とする市町村の存在も一定の影響を及ぼしているものと思われる。財政面・人員確保における課題をあわせ、これら未実施市町村が今後実施へと向かう展望が見えにくい結果となっている。(図Ⅲ-3)



図Ⅲ-3 相談支援機能強化事業の実施状況

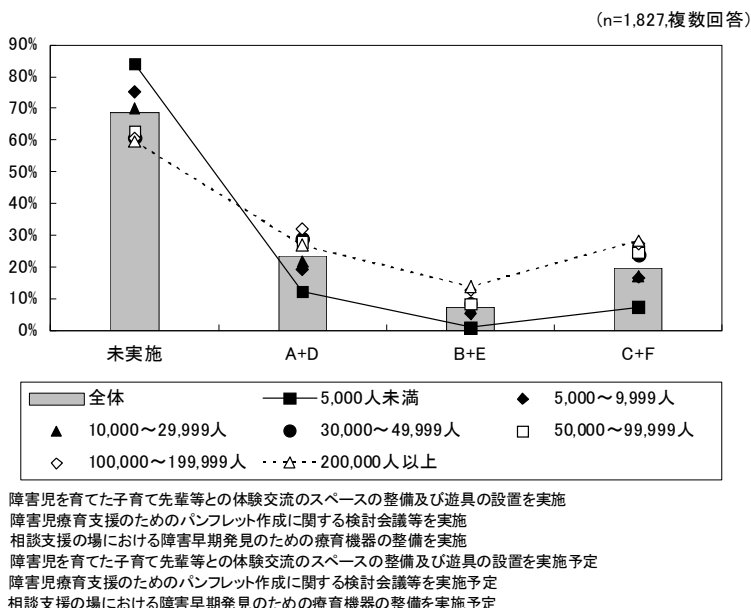
注) 相談支援機能強化事業(市町村分)

市町村相談支援事業の機能強化のため、一般的な相談支援事業に加え、特に必要と認められる能力を有する専門的職員(社会福祉士、保健師、精神保健福祉士等)を配置し、専門的な相談支援等を要する困難ケース等への対応や地域自立支援協議会を構成する相談支援事業者等に対する専門的な指導、助言等を行う事業

4) 障害児を育てる地域の支援体制整備事業

障害児を育てる地域の支援体制整備事業については、「体験交流スペースの整備、遊具の設置」を実施予定の市町村が 426 市町村 (23%) と最も多くなっている。

未実施と人口規模には一定の相関が見られ、小規模市町村ほど実施率が低い傾向にある。(図Ⅲ-4)



図Ⅲ-4 障害児を育てる地域の支援体制整備事業

5) 相談支援事業にかかる課題等

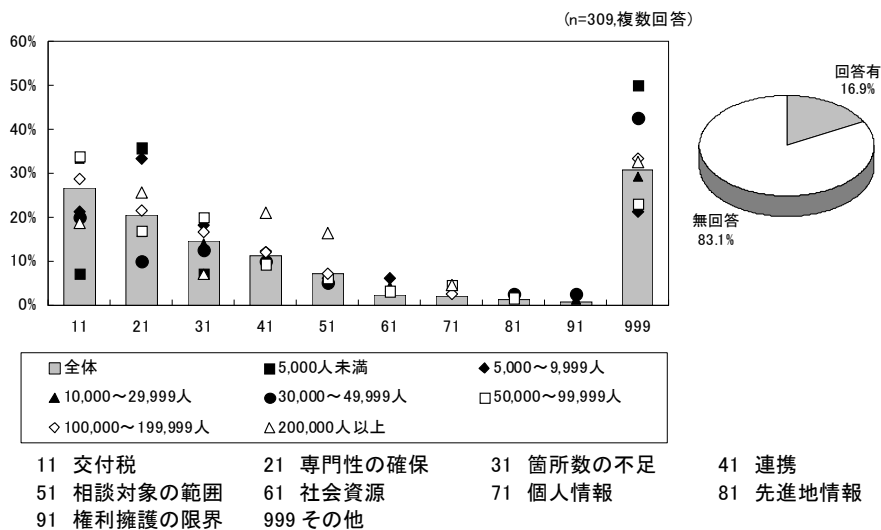
課題等を回答した市町村は 309 にとどまる。無回答 (83.1%) の市町村において課題等がなければ別であるが、市町村調査の常として、回答に対する姿勢のほか、そもそも課題の認識すらないという市町村も存在することは強く推測される。このため、⑪~⑬および 4-③では、無回答を「課題なし」と分類することを避け、無回答を除いた市町村調査結果をもとにその傾向を見た。(図Ⅲ-5)

全体の傾向としては、「交付税 (であること自体)」(26.5%)、「専門性の点で課題」(20.4%)、「事業実施箇所数の不足」(14.6%) を挙げたものが多かった。これらはいずれも構造的な側面であった。

人口規模別に見ると、1 万人未満の市町村の 3 分の 1 (各 35.7%、33.3%) が「専門性の点で課題」とする回答が高かった。加えて、5,000 人未満の市町村では、「その他」回答を除き「交付税」「専門性」「箇所数」以外の回答がなかった。この専門性の点については、人材育成や質の向上を担う都道府県の役割が重要となるものと思われる。一方、1 万人以上の市町村では「交付税」であることに対する課題意識が高い。

事業実施箇所数を課題とする市町村は、5,000 人未満および 20 万人以上の市町村が他の規模の市町村に比べやや低い傾向にある。

交付税を課題とした回答結果は、地方分権・市町村主体の流れで理解される交付税化 (一般財源化) は、障害児 (者) にとって重要な相談・支援を各市町村に根付かせるという点では時期尚早であった証左と思われる。

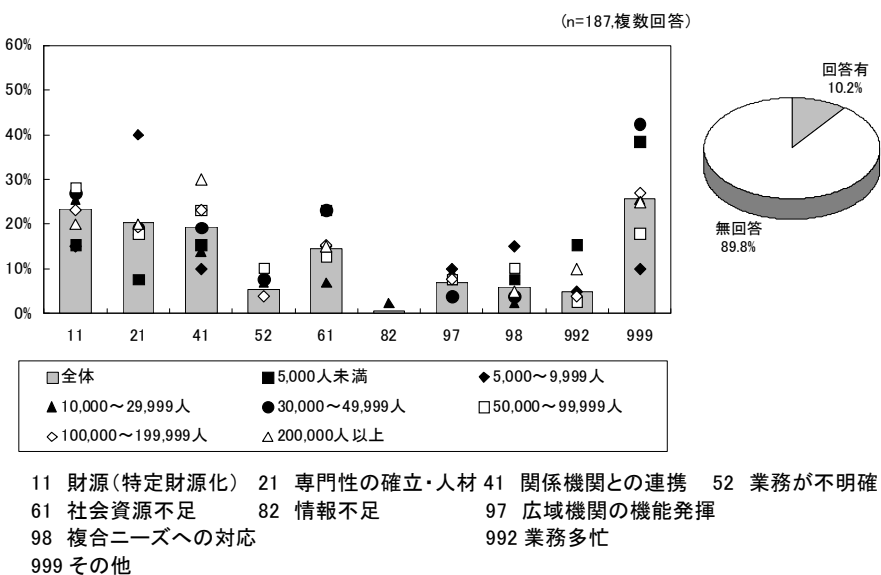


図Ⅲ-5 相談支援事業にかかる課題等

6) その他相談支援全般にかかる課題等

187 (10.2%) の市町村から課題等があげられた。全体としては「財源」(23.5%)、「専門性の確立(人材)」(20.3%)、「関係機関との連携」(19.3%)、「社会資源不足」(14.4%)を課題とするとした回答が多かった。社会資源不足という課題の比率が大きく浮上してきているが、サービス基盤等の資源なしには相談支援全般が確立しにくいとする市町村が一定数存在することがうかがえる結果となっている。(図Ⅲ-6)

ここで危惧される点としては、社会資源の不足(≒直接サービスの不足)を理由に相談・支援の体制整備が遅れることがある。更に言えば、相談・支援や地域自立支援協議会といった機能をもって、“ニーズ・課題の掘り起こし”を行い、もって“社会資源の創出”へと向かうという側面を打ち消してしまうことも考えられる。



図Ⅲ-6 その他相談支援全般にかかる課題等

3. サービス利用計画作成費の状況等

1) サービス利用計画作成費の実績

サービス利用計画費の作成実績のある市町村は 242 市町村（13.2%）にとどまっている。都道府県別で見ると、京都府(46.2%)・福井県(35.3%)・富山県(33.3%)・広島県(30.4%)において実績のある市町村の割合が高い。

市町村あたりの作成件数は平均 5.0 件であり、山梨県（42.3 件）における 1 市の件数（123 件）の影響を除くと、人口

規模とは一定の相関が見られる。利用者数、社会資源などサービス利用計画作成に必要な要件の有無等が影響していることがうかがえる。（表Ⅲ－1）

表Ⅲ－1 サービス利用計画作成費の実績(人口規模別)

| 人口規模 | 合計 | 市町村 | 件数 | 策定率 | 平均 |
|------------------|------|-----|------|-------|-----|
| 5,000人未満 | 231 | 8 | 22 | 3.5% | 2.8 |
| 5,000～9,999人 | 265 | 14 | 23 | 5.3% | 1.6 |
| 10,000～29,999人 | 506 | 38 | 81 | 7.5% | 2.1 |
| 30,000～49,999人 | 257 | 33 | 69 | 12.8% | 2.1 |
| 50,000～99,999人 | 280 | 58 | 240 | 20.7% | 4.1 |
| 100,000～199,999人 | 157 | 44 | 318 | 28.0% | 7.2 |
| 200,000人以上 | 131 | 47 | 462 | 35.9% | 9.8 |
| 全体 | 1827 | 242 | 1215 | 13.2% | 5.0 |

2) サービス利用計画作成費の課題

サービス利用計画作成費については、先の市町村実態調査結果からもわかるように低調である。この理由としては、サービス利用計画作成費が発生する要件にある。

障害者自立支援法第 32 条および厚生労働省令に見るように、

- ① 入所・入院から地域生活へ移行するため、一定期間（6 ヶ月程度を想定）集中的な支援を必要とする者
- ② 単身で生活している者（家族が要介護状態である等のため、同居していても適切な支援が得られない者を含む。）であって、下記の状態にあるために、自ら福祉サービスの利用に関する調整を行うことが困難であり、計画的な支援を必要とする者
 - ア) 知的障害や精神障害のため自ら適切なサービス調整ができない
 - イ) 極めて重度な身体障害のため、サービス利用に必要な連絡・調整ができない
- ③ 重度障害者等包括支援の対象者の要件に該当する者のうち、重度訪問介護等の障害福祉サービスの支給決定を受けた者

でなければ、計画作成費が発生しないこととなっている。

上記要件では障害児の場合、③は比較的考えられるものの、①の退所（院）後の集中的な支援を障害福祉サービスが中心となるケースなどは極めて限定的であり、②に至っては単身という状況はまず想定しにくく、家族の心身状況等の要件を含めても一般的であるとは考えにくい。結果的に指定相談事業者によるサービス利用計画は作成されても費用請求にまで至るケースはほとんどないと考えてよい。特に障害児施設が児童福祉法上にある現時点においてはなお更である。

実際にはこれらの機関・サービスとの連携・調整を踏まえた相談支援が行われていると考えられ、またこれら連携・調整には相当の業務量が発生していると考えてよい。

従って、児童に対する相談支援を行う機関が安定的かつ充実した機能を発揮するためには、

- ・ 仮に個別給付という形態をとり、義務的経費として位置付けていく場合には、サービス利用計画作成費の「対象となる範囲を拡大」し、指定事業者が障害児および保護者に対し行っている相談支援の現実にあわせた収入の道を確保する。
- ・ 地域生活支援事業の必須事業を二分化し、相談支援・権利擁護と直接的なサービス群にわけ、前者を義務的経費とし、計画内容や実績払いではなく、事業実施そのものに対する包括的な支払いによって安定的な運営の道を確保する。

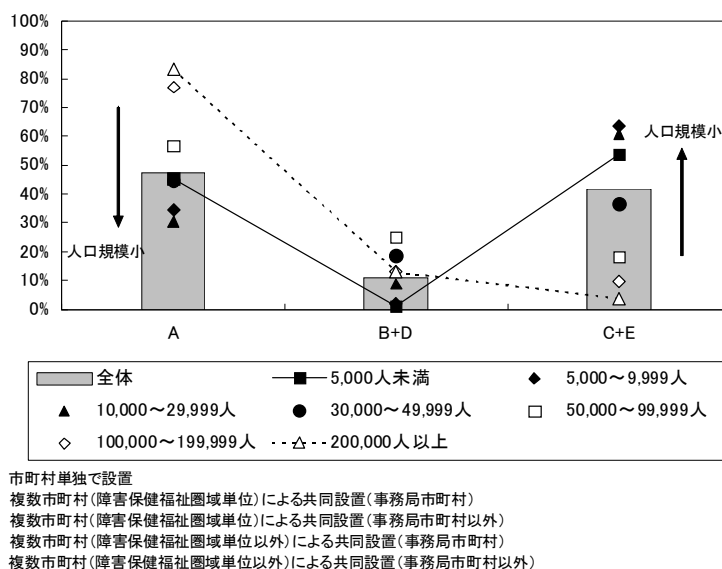
等の方策を検討すべきであろう。

いずれにしても、障害児福祉の現状に合わないサービス利用計画作成費については、早急に見直しが必要である。

4. 地域自立支援協議会の状況

1) 地域自立支援協議会の設置状況

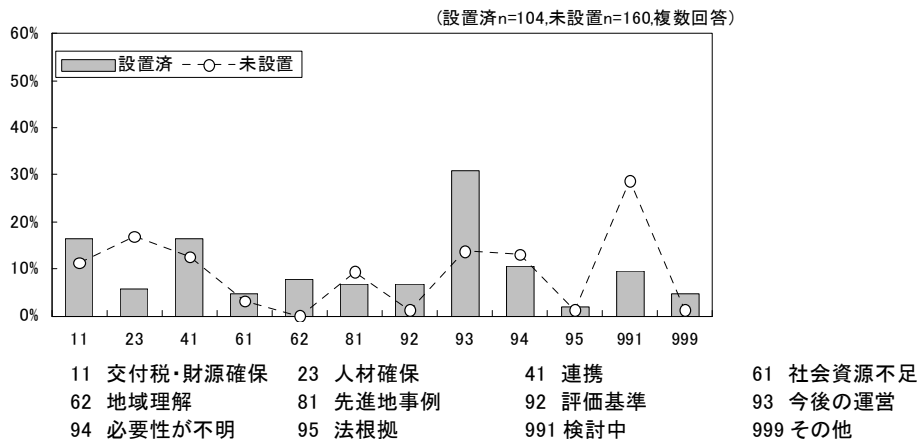
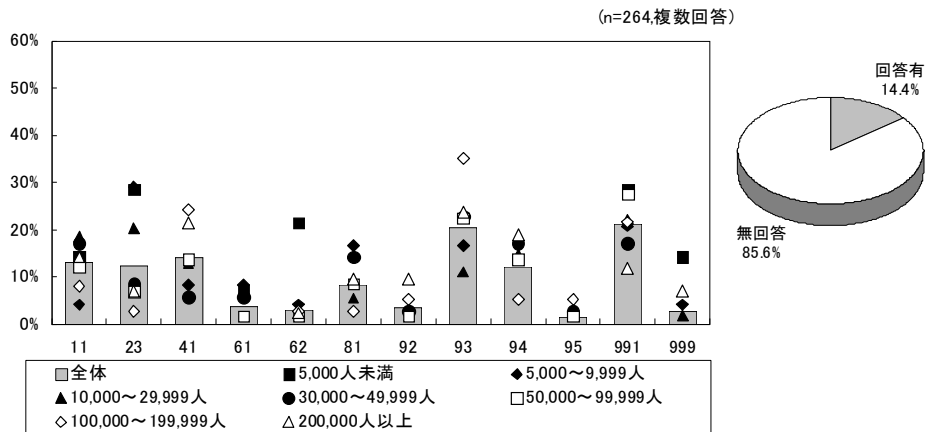
地域自立支援協議会については、38%の市町村で実施されており、そのうち、「市町村単独」で実施している市町村は18%、「複数市町村で共同設置」している市町村は20%となっている。未設置を除く700市町村の状況では、人口規模の大きな市町村および5,000人未満の市町村で単独設置の比率が高く、それ以外の小規模市町村では、共同設置で実質的な事務局の役割を他市町村に委ねている比率が高くなっている。(図Ⅲ-7)



図Ⅲ-7 地域自立支援協議会の設置状況 (未設置を除く)

2) 地域自立支援協議会にかかる課題等

264(14.4%)の市町村から課題等があげられた。全体としては「今後の運営」(20.5%)、「連携」(14.0%)、「交付税・財源確保」(13.3%)、「人材確保」(12.5%)を課題とした回答が多かった(検討中21.2%を除く。)(図Ⅲ-8)



図Ⅲ-8 地域自立支援協議会にかかる課題等

設置済市町村の課題は、「今後の運営」(30.8%)が多いほか、「交付税・財源確保」(16.3%)、「連携」(16.3%)が多くなっている一方で、「人材確保」(5.8%)は少なくなっている。未設置市町村では、「検討中」(28.8%)を除き、「人材確保」(16.9%)が最も多く、以下「今後の運営」(13.8%)「必要性が不明」(13.1%)「連携」(12.5%)「交付税・財源確保」(11.3%)と続いている。

地域自立支援協議会については、まだその歴史も浅く未設置の市町村が依然として多い状況にあるため、今次調査によって一定の仮説を立てるには不十分である。しかしながら、少なくとも未設置および小規模市町村においては「人材確保」が課題であるとする点について、広域での設置呼びかけ、市町村が把握しえていない民間の施設・事業者等の人材等の情報提供(特に従来市町村に権限がなかった分野)等によって、これらの課題が解消へと向かうことは推測される。一方、一定の人口規模以上の市町村にあっては、対象者、事業者の量からも、また、都市構造の点からも、連携および今後の運営にかかる仕掛けが必要であることがうかがえる。

また、交付税・財源確保については、区分を問わず一様に課題として挙げられている

ところであるが、先の相談支援事業と同じく、当初から一般財源の中に位置付けたことについては課題が残る。“地域課題”についてどこが一義的に取り組むべきかという「あるべき論」に立てば、財源構造がいかなるものであれ（たとえ交付税対象とならずとも）、そこに地域課題がある限り、当該地域でこのような組織が設置され、協議が行われてしめるべきであるが、現実的には、自主的に取り組むという地域や住民主導で立ち上がる地域は未だ少数という状況から、財政状況を問わずに誘導しうる財政面での措置が一定期間必要ではなかったかという課題が残る（例として、不交付団体の課題にこのことを挙げている市町村が少なからずあった。）。

IV 障害児の相談支援事業のあり方

1. 障害児（者）地域療育等支援事業について

1) 障害児（者）地域療育等支援事業の理念

半世紀にわたってわが国の社会福祉の基盤となりその発展を支えてきた措置制度は、目覚ましい発展を遂げたわが国の経済状況の変化、国際障害者年（1981年）以後のノーマライゼーション理念の流れ、核家族化・少子高齢化などの家族環境の変化などによって制度的齟齬や矛盾が生じ、「施設から地域へ」「与える福祉から契約し利用する福祉へ」という社会福祉基礎構造改革の流れの中でその役割を終えた。

措置制度の最大の問題は、「障害種別に分かれた援助」「措置定員内に限定された援助」「年齢によって細切れになる援助」「サービス提供者（施設）がより良いサービスへの努力を求められることがない『あたま数主義』」「サービス提供場所の限定」「利用者の選択権が保障されない権利性の弱さ」などの施設中心的・サービス提供者主体の立場性であった。支援費制度においては、このような措置制度の諸課題を克服するため、障害のある人達とその家族への積極的な支援と自立への援助を目標とし、障害児（者）施設は、障害のある人達とその家族に対する施設の枠を超えた地域生活支援の拠点としての重大な役割を期待されることになった。

障害のある人達とその家族への施設の枠を超えた支援策としては、「在宅重度知的障害者訪問診査事業（昭和53年）」「心身障害児（者）巡回療育相談等事業（昭和55年）」「心身障害児（者）施設地域療育事業（昭和55年）」などが実施されてきた。これらの事業の実施は、施設機能のオープン化を図り、施設のあり方を「地域の中で生活を支援する」という観点から見直すきっかけとなった。しかし、これらの事業も「『施設』を基盤とした在宅支援」という立場を崩すことはできず、施設中心主義から完全に脱却することは困難であった。受託した施設の多くが、施設の「余力」の範囲でのサービス提供にとどまり、地域の新しい社会資源を開拓し他施設や行政機関との連携の下で地域生活支援のプログラムを創出、提供していくという事業本来の目的を推進することはほとんどなかった。そのため多くの地域（施設）で、施設の中に障害のある人達を取り込んでしまう、事業の目的と全く相反する結果をもたらすことも少なくなかった。

このような過去の制度的努力の歴史とその反省を踏まえて、「障害児（者）地域療育等支援事業（以下、『支援事業』）」は、平成8年度からスタートした「障害者プラン」の中心的な事業として登場した（図IV-1）。

「支援事業」は、障害児と知的障害者を対象とした生活支援事業として位置づけられており、身体障害者を対象にした「市町村障害者生活支援事業」、精神障害者を対象にした「精神障害者地域生活支援センター」とともに、柔軟な相談支援体制をより身近な地域で整備する目的をもった新しい時代の制度として期待されてきた。これらの事業は、

平成 12 年 6 月の社会福祉事業法の改正に伴って「相談支援事業」として法制化されたが、平成 15 年に「精神障害者地域生活支援センター」以外の事業は一般財源化された。

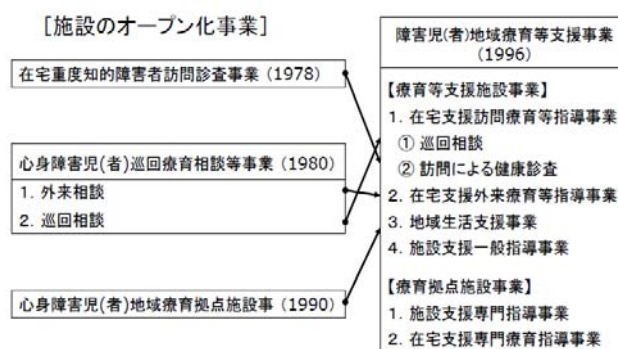
「支援事業」がもつ特徴は以下の 4 点に集約される。

- ① 事業を、人口 30 万人（概ね障害保健福祉圏域に一致）に 2 ヶ所の「療育等支援施設事業」と都道府県・指定都市に 1 ヶ所の「療育拠点施設事業」に分けて、都道府県レベルでの療育の重層化を図ったこと。（図Ⅳ-2）
- ② 市町村エリア（圏域）を活動範囲とするコーディネーターを受託施設に配置し（地域生活支援事業）、在宅の障害児（者）とその家族の支援ニーズを掘り起こし、受託施設だけでなく地域の社会資源も活用して具体的な援助の展開を企図したこと。
- ③ 在宅の障害児（者）への具体的なサービスを、「訪問（巡回）」「外来」「地域の施設への支援」というメニュー（以下、「療育 3 事業」）で展開し、その実績に対して「出来高払い」で支援施設が収入を得るという、従来の障害福祉制度にはみられなかった手法を導入したこと。
- ④ 支援施設の機能だけで対象者のニーズを満たせない場合には、「出来高払い」の収入などによって「再委託」や「専門職の雇い上げ」などの方法を用いて援助できるようにしたこと。

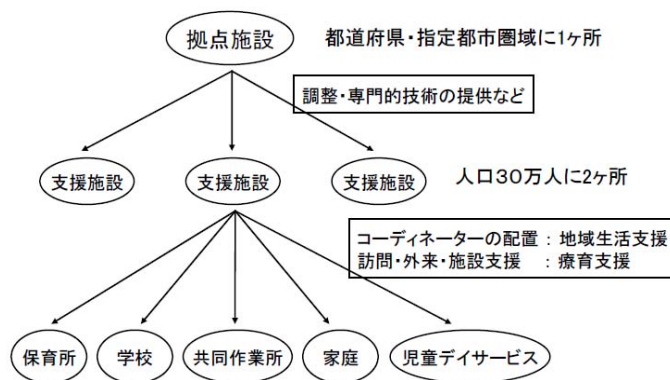
このような新しい理念と新しい手法をもった「支援事業」は、施設を基盤とする従来の制度の限界を超えて、障害のある人達やその家族の地域生活への具体的な支援を展開していくという、新しい「制度モデル」として期待されるものであった。

2) 「障害児（者）地域療育等支援事業」から「相談支援事業（障害者自立支援法）」へ

平成 18 年 10 月、「障害児（者）地域療育等支援事業」は「(身体障害を対象にした)市町村障害者生活支援事業」と「(精神障害を対象にした)精神障害者地域生活支援セ



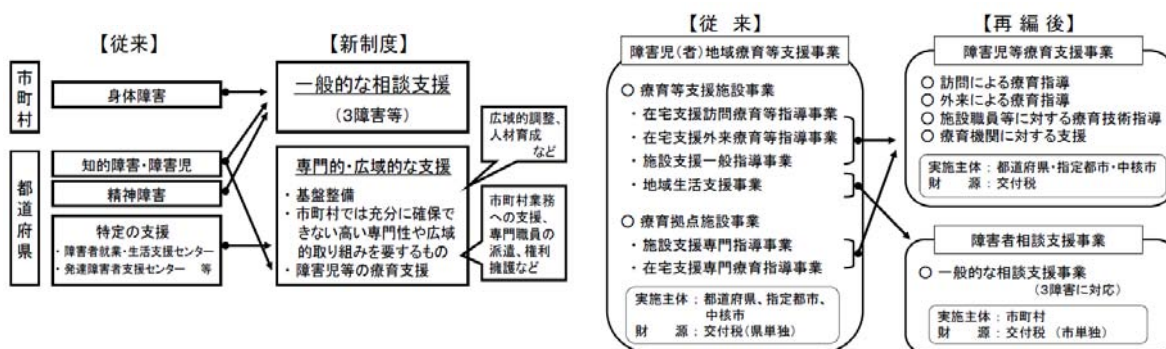
図Ⅳ-1 「施設のオープン化事業」と「障害児（者）地域療育等支援事業」の関係



図Ⅳ-2 障害児（者）地域療育等支援事業における重層構造

ンター」とともに障害者自立支援法の中に組み込まれ、地域生活支援事業は「(3 障害を
対象とする) 相談支援事業」、療育 3 事業は「障害児等療育支援事業」となった。

(図Ⅳ-3・4)



図Ⅳ-3・4 障害児(者)地域療育等支援事業から「障害者相談支援事業+障害児等療育支援事業」への移行

相談支援事業は、都道府県による指定を受けて「指定相談支援事業所」となった上で、市町村からの委託を受けて「委託相談支援事業所」になる。そのため、従来地域生活支援事業として都道府県・指定都市・中核市から支給されていたコーディネーターの人件費は、委託費の中で賄われることになり、「指定」のみの場合は後述する「サービス利用計画作成費」による収入のみとなった。加えて、市町村の窓口でも相談支援事業を実施できるようになったため、実質的に相談支援事業を実施する委託相談支援事業者が減少する結果となった(第三章)。

また、相談支援事業を展開する「武器」として有効であった「療育 3 事業」が都道府県・指定都市・中核市の事業とされたため、市町村事業である相談支援事業と分離される結果となり、その有効性が発揮されにくくなった。

2. 療育等支援施設事業「療育 3 事業」から障害児等療育支援事業へ

1) 「療育 3 事業」と障害児等療育支援事業 ～療育支援事業継続の必要性～

IV-1-2) で述べたとおり、現在の障害児等療育支援事業は、「支援事業」から「地域生活支援事業(コーディネーター事業)」が分離されたものである。既述したように、療育 3 事業とは、地域で暮らす児童とその家族を受託施設に受け入れて療育機能を提供する「在宅支援外来療育等指導事業」、受託施設職員スタッフが巡回や訪問という形で施設外において療育を提供できる「在宅支援訪問療育等指導事業」、さらに子どもたちが通う保育所・幼稚園・学校などを支援する「施設支援一般指導事業」の 3 事業を指す。それまで施設設備や機能を使って提供してきた療育と専門機能を地域に持ち出し、障害児の地域での育ちや障害者の地域生活を支援できる社会資

源として重要である。しかし、さまざまな不安や問題を抱えて子育てを行う保護者や障害当事者が、療育3事業を含めた地域社会資源を有効に活用するためには、生活支援事業（コーディネーター事業）が必要であったにもかかわらず、障害者自立支援法の中で相談支援事業として分離されてしまった。

そこで、在宅障害児の発達支援の入り口でもある障害児通園施設に対して行ったアンケート調査（巻末「資料2」参照）をもとに児童とその家族への支援の必要性と通園施設の役割に関して述べる。

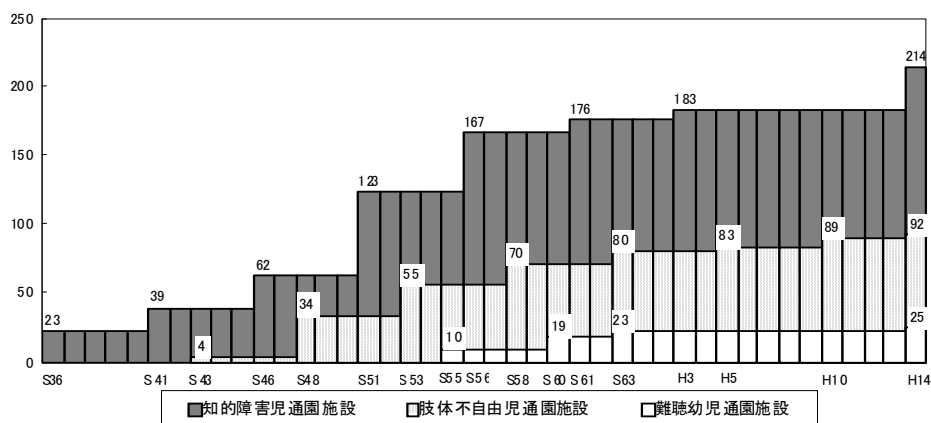
① 障害児通園施設～障害児が地域社会で育つための社会資源～

障害児通園施設は、「知的障害」「肢体不自由」「難聴」の三種別の障害を対象として設置されており、身近な地域で発達支援を提供できる社会資源である。障害のある多くの子どもたちが通過する生活と育ちを支援できる社会資源でもある。そこで、障害児通園施設に注目して療育3事業の必要性を整理し、児童期に特化した「相談支援」の必要性に関して述べる。

【障害児通園施設の設置数と機能】

図IV-5に示すように、昭和32年に知的障害児通園施設（以下、知的通園とする）、昭和44年に肢体不自由児通園施設（肢体通園）、昭和50年に難聴幼児通園施設（難聴通園）が設置されて現在の障害児通園施設体系に至っている。

障害児通園施設体系の確立と同時期に乳幼児健康診査制度が確立し、早期療育の場として多くの障害児通園施設が設置されるに至った。その対象は、通園施設スタートした頃は就学猶予・免除されていた学齢児であったが、昭和54年の「養護学校設置義務化」によって、乳幼児期の児童を対象とすることになり、現在では「早期からの発達支援の場」となっている。その数は、施設種別によって異なるが平成14年までに年々増加し、平成18年10月には、肢体通園99ヶ所、知的通園254ヶ所、難聴通園25ヶ所となった（平成18年度社会福祉施設等の調査の概況）。



図IV-5 通園施設の設置年度と施設

【障害児通園施設の地域社会資源としての機能】

療育3事業を受託している障害児通園施設の実態調査では、通園施設として地域から求められる機能として、契約前の乳幼児に対するフォロー機能、在宅、保育所や幼稚園への通園している児童へのフォロー機能、卒園後の学校（特に小学校）在籍児童へのフォロー機能などが上げられる。多くの障害児がいずれかの種別の通園施設を利用し、保育所や幼稚園、小学校といった所属へつながってゆくことを考えると、生活や育児のための総合的な窓口でもあり、一貫して継続的に対象児を把握しフォローできる機関でもある。

現行の制度では柔軟な支援に関して様々な制限を受ける障害児通園において、他の事業を受託実施し多機能化することや各施設の自己努力によって、NICU等医療機関からの地域の受け皿、乳幼児検診後のフォロー先、学校等の地域移行に伴う継続支援窓口などとして多くの役割を担っている。前述したようにこれらの役割は、療育3事業を受託・実施している施設にとどまらず、どの通園施設においても必要とされており施設の自己努力が求められていることも容易に推測できる。

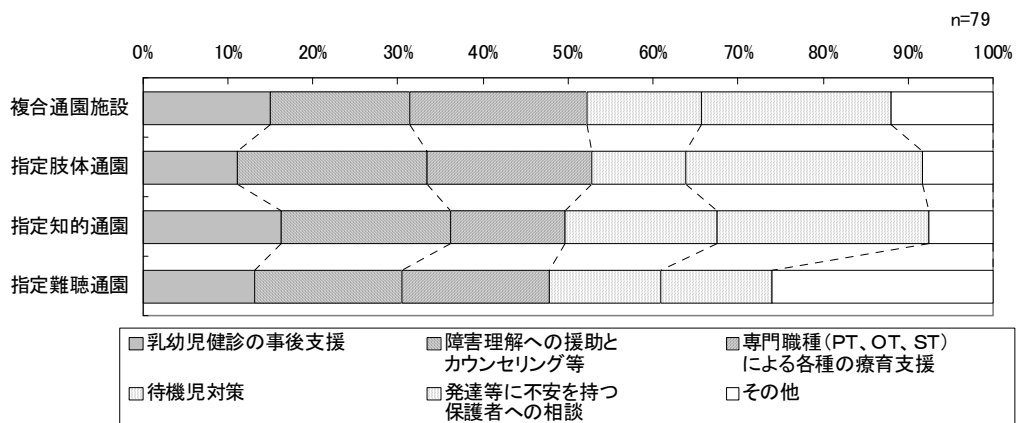
【契約児童以外への福祉サービスと実態】

平成16年度厚生労働科学研究「障害児通園施設の機能統合に関する研究」において、「これまで福祉や特殊教育の対象とならなかった高機能自閉症、注意欠陥/多動性障害（以下、AD/HDと略す）、学習障害（以下、LD）、境界域精神遅滞などの『軽度発達障害児』への支援が大きな課題となり、医療、福祉、教育、労働などの多くの領域で新しいシステムの構築が必要になってきている。」と、障害児福祉における体制の見直しが指摘されている。

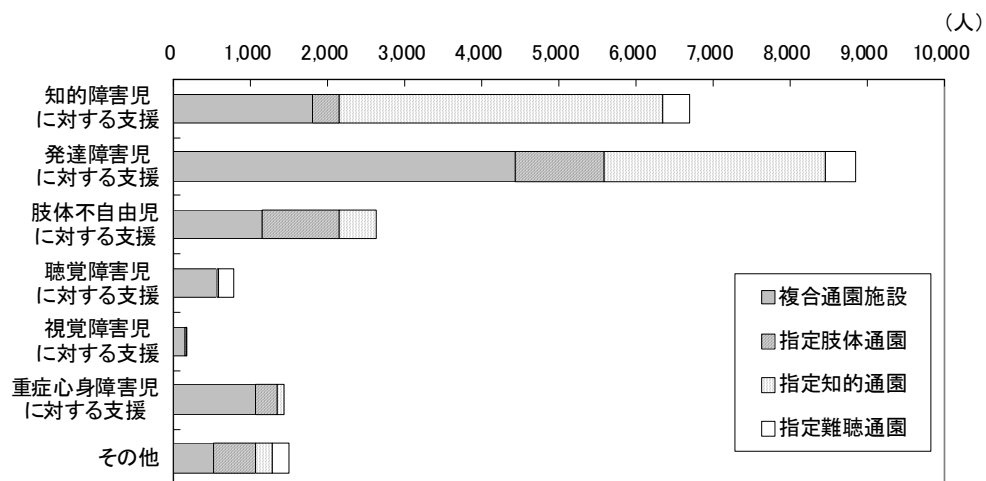
厚生労働省においては、「自閉症・発達障害支援センター」が事業化されて都道府県一ヶ所を目標に設置が進められ、「発達障害者支援法」も平成17年4月から施行された。一方、文部科学省においても、通常学級に6%以上在籍していると考えられる「軽度発達障害児」への教育的支援を中心課題として、障害児教育のあり方が検討され、障害児教育体系を「特殊教育」から「特別支援教育」へ移行させる抜本的な改革が進められている。

平成18年度に実施した我々の調査では、障害児等療育支援事業の訪問療育・外来療育の支援対象内容を障害種別からみた内容においても、それぞれの種別の通園施設が所有する専門性や地域の状況に合わせて実施されるとともに、障害児通園施設の本来の施設種別と異なる障害への対応事例が増加している。（図IV-6）

例えば、知的障害児通園施設における運動障害をもつ子どもへの支援、肢体不自由児通園施設や難聴幼児通園施設の契約の対象とならない自閉症や多動児、発達障害児等、福祉サービス制度が十分とはいえない児童への支援の役割を持たせている状況がある。その中でも特に発達障害児の利用の多さが目立つ。（図IV-7）



図IV-6 各施設種別訪問・外来療育事業における支援内容



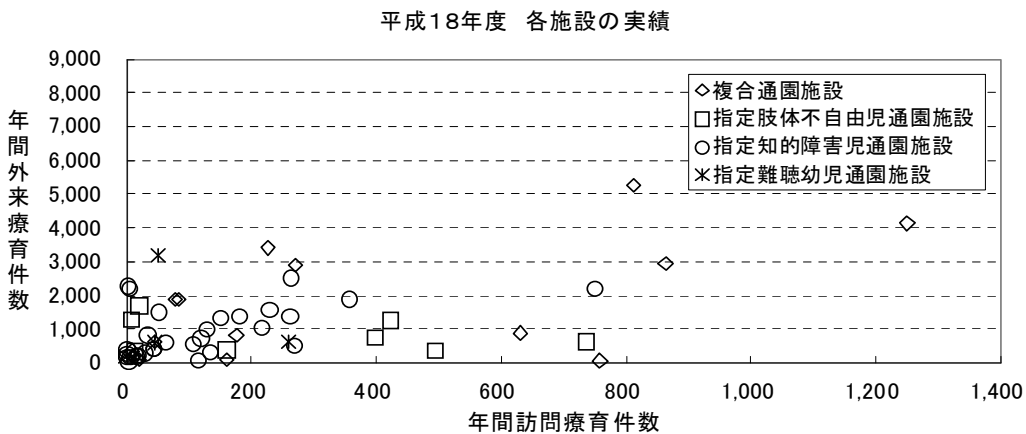
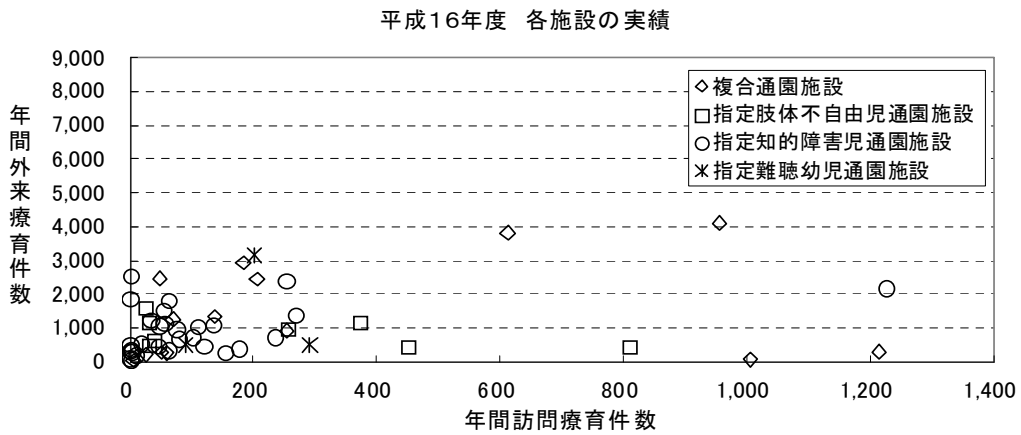
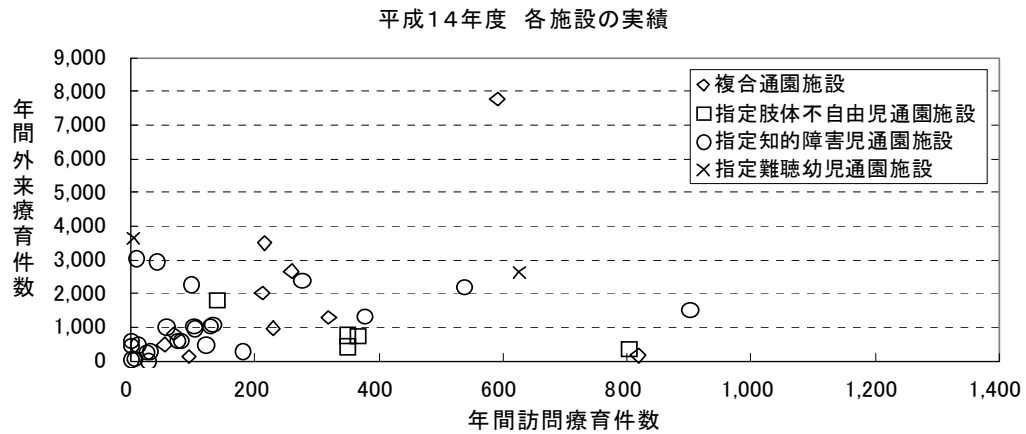
| | 複合通園施設 | 指定肢体通園 | 指定知的通園 | 指定難聴通園 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|
| 知的障害児に対する支援 | 1,803 | 333 | 4,219 | 346 |
| 発達障害児に対する支援 | 4,440 | 1,143 | 2,886 | 374 |
| 肢体不自由児に対する支援 | 1,146 | 995 | 485 | - |
| 聴覚障害児に対する支援 | 555 | 0 | 12 | 197 |
| 視覚障害児に対する支援 | 152 | 1 | 7 | - |
| 重症心身障害児に対する支援 | 1,058 | 278 | 88 | - |
| その他 | 511 | 553 | 211 | 218 |

図IV-7 障害別支援数

【平成 14 年度以降の変化】

実施件数の推移であるが実施件数の多い外来療育支援事業に減少傾向が見られる。

これは障害児(者)地域療育等支援事業が平成 15 年度に一般財源化され、都道府県によっては単価が低くなったところがあることや委託件数も減少傾向にあることなどが大きな要因と考えられる。実施件数は複合施設や特定の知的障害児通園施設を除いては外来療育・訪問療育ともそれぞれ 1,000 件未満 250 件未満に集中している傾向がある。年度を追うごとにその傾向は顕著化している。(図IV-8・9・10)



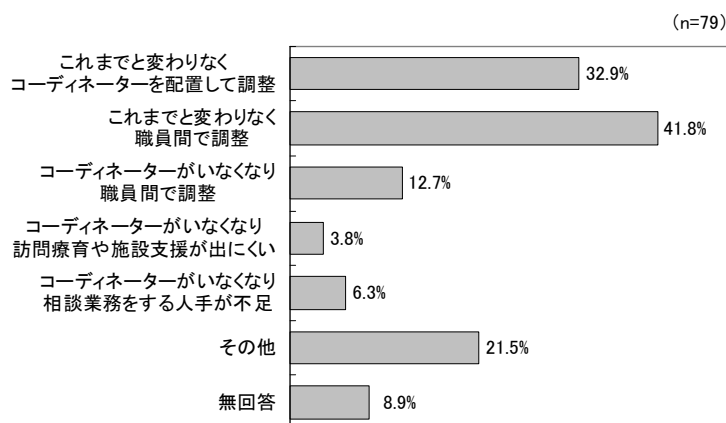
図IV-8・9・10 施設種別ごとの療育支援実施件数の変化

療育3事業は、地域で暮らす障害児が求めるニーズに伴って発展してきた。よって療育3事業を受託できなくなった施設では、十分な入園契約前の支援やフォロー体制がとれずに困る施設も少なくないと思われる。

【地域生活支援事業（コーディネーター事業）の市町村移行について】

障害児（者）療育支援事業における地域生活支援事業（コーディネーター事業）は、療育3事業の調整機能を持っていたため、この部分が分離された障害者自立支援法における相談支援事業では障害児等療育支援事業の展開に混乱が生じていることが予想された。しかし、受託している障害児通園施設では、「これまでと変わらず職員間で調整」が最も多かった。これは、

障害児通園施設は、保健機関や医療機関と密接な連携体制をもっており、施設自体で連絡調整機能を持っていることの証左と考えられる。この背景には障害児通園施設は障害児（者）地域療育等支援事業が実施される以前から自前での相談や心身障害児（者）巡回療育相談等事業を行っていた経緯がある。（図IV-11）



図IV-11 療育支援の「調整役」について

その反面、コーディネーターに関する意見として、コーディネーターの必要性を痛感し、自前で配置もしくは相談担当者の忙しい業務の中に障害児等療育支援事業の調整を組み入れることが多い状況や、コーディネーターの不在により施設職員の負担の増大や実施に影響が出ている旨の回答が多く施設から寄せられている。

本事業に関して意見を求める質問9の回答で、相談支援担当者から業務の増加を訴えるものが多いことから、相談支援事業が地域生活支援事業として市町村事業に移行したことが、今後の本事業の実施に影響を及ぼす可能性が大きいことを示している。

② 各種通園施設の機能と「療育3事業」での支援内容

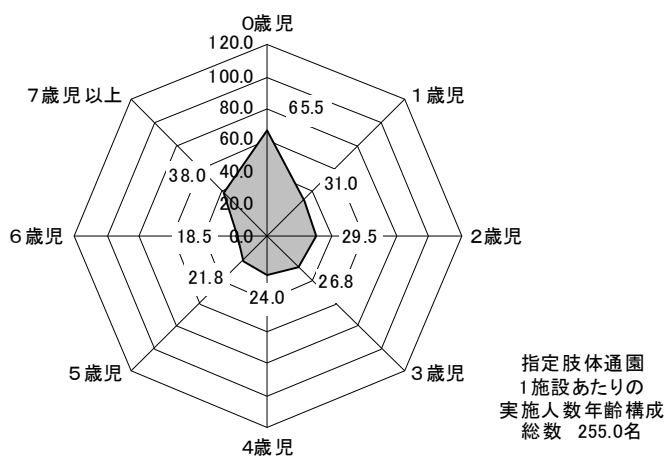
各種別により利用児に関していくつかの傾向が見られた。以下に各機能と内容に関して整理する。

【肢体通園の機能と療育3事業の支援内容】

肢体通園は医療型通園施設である。出生後すぐに診断がつくことが多い肢体不自由児の超早期からの利用やNICUのフォローアップ外来、医療機関や保健機関で行われる乳児健診から紹介される要フォロー児の受け入れ機能を果たしている。よって、身体障害者手帳や療育手帳によって障害認定された児童のみでなく、将来的に障害を持つリスクの高い要フォロー乳幼児の受け入れも行っている。

療育3事業の利用人数として特に顕著だったのは、0歳児からの利用が圧倒的に多いことである。また利用児の所属に関しては圧倒的に在宅児が多く、利用頻度も週1回以上が4割近くであることから、療育や障害理解の支援はもちろんのこと子育てをする上での大きな情報源としての機能を果たしていると推察される。

その設置基準に定められている診療所機能を用いて児童の抱える医療ニーズをカバーするが、対象が乳幼児期ということもあって、親に対する育児機能の強化、保育による子どもの超早期からの発達支援も不可欠である。その機能を促進するために療育3事業が大きな役割を担ってきている。

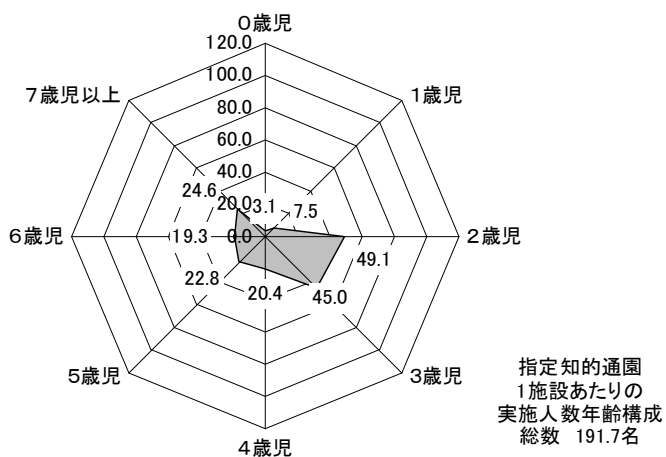


図IV-12 肢体通園における施設あたりの年齢別実施数

【知的通園の機能と療育3事業の支援内容】

知的通園は、知的障害の発症数の多さに比例して障害児通園施設の中でもっとも多い。また、多くの施設が待機児童を抱えている。乳幼児健診とくに1歳6ヶ月健診、3歳児健診の要フォロー児の利用が多いと考えられ、療育3事業においては、際立って2歳児および3歳児の利用が多く、利用開始時の年齢も2歳から4歳未満が6割近くを占めている。

所属として在宅児はもとより保育所・幼稚園通園児の利用が多く、利用頻度も種別の中では最も多い状況で、知的通園を利用する前段階のフォローを目的としていることが伺える。

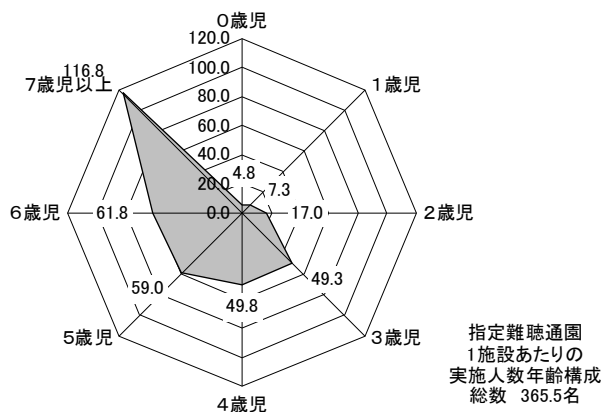


図IV-13 知的通園における施設あたりの年齢別実施数

【難聴通園の機能と療育3事業の支援内容】

難聴通園は、都道府県に設置義務がある盲ろう養護学校幼稚部とともに、地域での難聴幼児の支援を行う通園施設である。新生児聴覚スクリーニング検査等の整備に伴い、超早期に難聴の診断が可能となり、また感覚障害という特性により障害状況が明確なことも多いため、早期に通園施設との契約に結びつく場合が多い。

しかし、施設機能の特殊性と社会資源の少なさから、学齢期以降も継続的な支援を求められ、図IV-14でも明らかなように年齢とともに利用児数は増加している。また保育所・幼稚園利用児も多いが、学齢児（小学校）の利用の多さが際立っている。利用開始年齢も学齢児が飛びぬけて多い訳ではないことや、利用頻度も月1回以上から年1回以上までで8割を占めることから、乳幼児健診要フォロー児の対応に加えて、長期的な経過観察の必要な児への対応（例えば補聴器の調整など）の機能を担っていることが推察される。

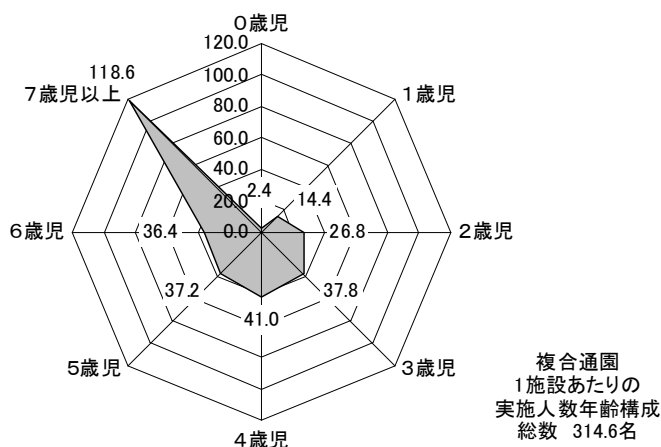


図IV-14 難聴通園における施設あたりの年齢別実施数

【多機能を持つ複合通園の機能と「療育3事業」での支援】

複合施設は、種別の違う通園施設および診療機能を持っていることや、地域の中核施設としての機能を持つことにより、年齢、所属において広く対応している状況が伺える。

一人当たりの利用頻度は各施設種別の平均と比較すると最も少ないが、これは難聴通園と同様に経過観察の必要な児への対応や第2次もしくは第3次療育機関としての機能を持っているからと推察される。



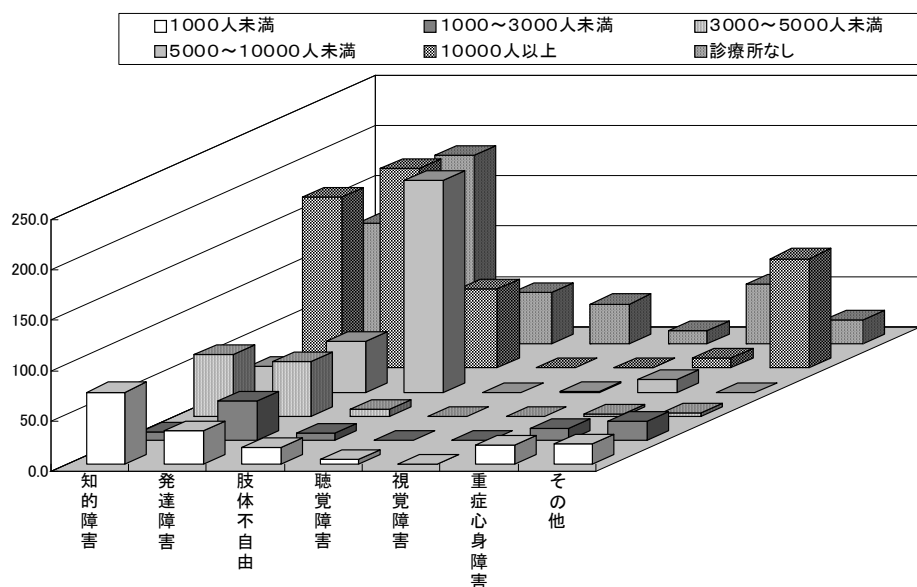
図IV-15 複合通園における施設あたりの年齢別実施数

なお、医療機関を併設している施設と療育3事業との関連性については、以下の状況が明らかになった。(図IV-16・17)

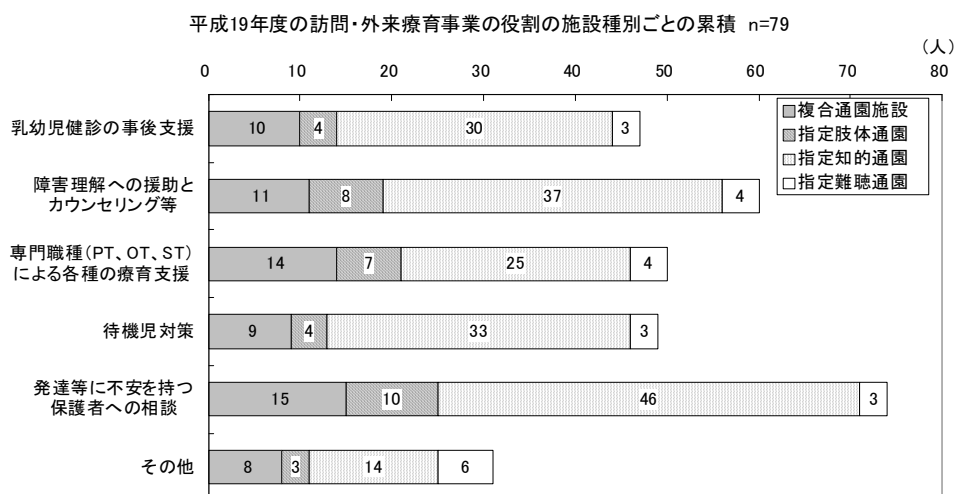
診療所について記述のあった施設は、複合施設 13 施設、肢体不自由児通園施設 8 施設 知的障害児通園施設 6 施設 難聴幼児通園施設 1 施設、計 28 施設であった。

延べ患者数の違いにより、療育3事業の支援対象はばらつきが大きく、各施設がそれぞれの特性を出しながら実施していることが予測できた。また、診療所のある施設でない施設に比して実施件数が期待するほど上がってこない理由として、医療費に計上でき

る支援は医療費でカウントされているため、環境調整などの医療では実施しにくい支援だけを療育3事業の実数として計上していることも考えられた。



図IV-16 診療所受診数からみた障害別支援実数（1施設あたり）



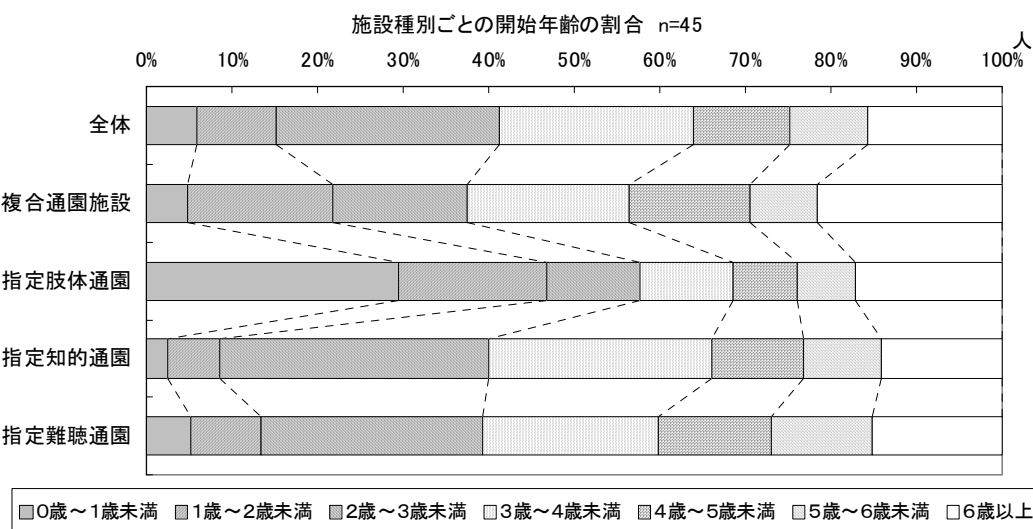
図IV-17 訪問・外来療育事業の役割と施設種別ごとの実数

療育3事業と同様に診療機能は状況に応じて柔軟に対応できる事業であり、各市町村の行政サイドで補えない福祉や教育の補完機能を持つことが可能で、障害が判明する前や診断がつきにくい発達障害児の支援など、新しいニーズなどに即応できるシステムでもある。つまり、障害のリスクをもち、障害の発見、確定診断前後といった不安定な時期の子どもや保護者にも関われることを示している。相談支援事業は、診療機能と相互補完しながら事業展開することが望まれる。

以下に、障害種別ごとの支援開始年齢を示す。いずれの施設種別においても幼児期に

重点を置いた療育を外来療育・訪問療育に持たせていることが伺える。障害児等療育支援事業は、前のアンケート結果にもあるように、発達などに不安を持つ保護者への相談や、乳幼児健診の事後支援、待機児対策、など様々な役割を持ちながら展開されている。それは初めて療育を受ける機会として保護者支援の場と位置づける施設が多いことを示している。(図IV-18)

診療所は、他の施設サービスと違い受給者証等の取得が必要ないなどの利用のしやすさ、医療・保健機関などからの紹介しやすさ、また子どもの状況、保護者の状況にあわせた利用設定が可能なことが大きな要因と考えられる。また待機児対策としての機能を挙げた施設も多かったが、これは施設側にとって契約児確保に大きな役割を果たしている。



図IV-18 施設種別ごとの開始年齢

③ 障害児等療育支援事業（療育3事業）の状況と課題および今後の展開

【療育機能と障害児通園施設の活用】

ア) 児童に特化した社会資源の整備

児童福祉法に定める障害児通園施設の数の少なさからその受託施設数は限られているが、障害児通園施設が持つ特殊性と専門性を利用することで、乳幼児期から児童期にかけて医療機関および保育所・幼稚園から小中学校までの一貫した支援を形成することが可能になる。卒園後に保育所・幼稚園、学校に移行する障害児通園施設は、「通過型施設」という特色を持つ。しかし、本事業に関する質問9では、本事業の不安定な面を訴える意見等が多く寄せられた。最も多かったのは、ニーズの大きさに比べて事業の単価が低い、予算の裏づけが無い等の財源に関する不安であった。その背景として、通園施設の利用契約制度への移行に伴う実利用率と大きく乖離した単価設定のために障害児通園施設そのものの運営が厳しくなっており、財源的な裏づけがない本事業を実施す

る人員や予算が不足し、本来の展開に支障をきたす施設が多くなっていることが考えられる。

障害児が利用できる多くの社会資源を調整して適切な支援をコーディネートできる環境整備が必要である。そのためには、全ての障害児通園施設に対して療育3事業（障害児等療育支援事業）が整備されることが必要であり、発見から療育、そして継続的支援へつながる“児から者への一貫した支援”にとっては、最も有効な方法と思われる。

イ) 障害種別等を限定しない療育3事業の必要性

障害児施設受給者証の取得が難しい知的に遅れを持たない軽度発達障害児にとっては、療育3事業の果たす役割は大きい。また、現在の本事業の内容以外に必要と思われる内容を訊ねた質問9でも「発達障害児対応の事業もしくは発達障害者支援センターを補う事業」と記入した施設が多く、軽度発達障害児に対しては今後さらなる本事業の展開を望む声が多かった。

さらに、障害児通園施設が対象とする低年齢児の保護者にとって、障害理解に関する支援は非常に重要である。その点で、「気になる子ども」への育児に関する相談として関わることができる本事業の敷居の低さは大きな魅力となる。早期療育の必要性が叫ばれる中、保護者の障害理解への支援は、育児不安の解消や子どもの二次障害の予防など、今後の子育てにおいて大きな意味を持つ。また、調査結果からも明らかなように0歳児から高校生までの利用が見られ、児童期を通じた継続的な支援が可能であることを示している。

ウ) 子どもを中心とした関連機関間の相互補完

乳幼児期・児童期の地域支援を行うにあたり、ライフステージに応じた継続的な支援が必要となる。横並びにある関連機関との調整に加えて、進路や発達状況を踏まえた縦並びの支援が必要となる。また、低年齢であればあるほど保護者自身が横のつながりをつくることは難しく、保護者同士の相互支援や制度利用の情報はおろか、地域に用意されている社会資源すら知らない場合がある。

現在、市町村へ移行した相談支援担当者(相談支援専門員)も、相談支援事業と障害児等療育支援事業との関係が曖昧になり、かつ仕事量の増大によって業務が混乱している等の状況も加わり、移行前まで対応していた所属する市町村以外の在住者への相談業務等に不都合が出てきている状況が報告されている。

地域生活支援事業（コーディネーター事業）の復活を望む声も多く、現在の通園施設や本事業の財政面での不安を考えると、自己努力的に一児童に関わる関連機関との進路調整等を行うことは、障害児通園施設の体力を奪い、本事業を含めた横断的かつ継続的な支援が衰退するトリガーとなる可能性がある。

④ 終わりに

今回アンケートに回答してくれた実施施設 79 施設でこの事業に 1 万人を超えるニー

ズがあることは大きな意味を持つ。この事業の自由度の高さ、利用時の「敷居の低さ」の証明ともいえる。今後この事業をコーディネートできる職員を再び配置し、安定かつ継続的な支援を行いうる財源を確保することで、施設機能の地域提供の促進、施設の更なる活性化はもちろんのこと、さまざまな制度の不備を補う機能を発揮することが可能となる。

そのことが地域で暮らす子どもたちと親を早期から継続して支えるための大切な機能であり障害者相談支援事業発展の礎である。

2) グレイゾーンの子どもの増加と障害児相談支援の必要性

① グレイゾーンの子どもの増加と障害児等療育支援事業

障害児の相談・支援の対象となる子どもはどのような子どもなのか。

障害者自立支援法では、サービス受給に際して障害児であることを前提とした受給者証の発行と契約が必要である。障害児であるためには、診断がなされており、そのことがきちんと受容されていることが必要である。

一方、障害児等療育支援事業では、その前身である療育3事業から必ずしも障害児であることを条件にはしてこなかった。いわゆるグレイゾーンといわれる子どもたちも含めて対象としてきたのである。

グレイゾーンとは、①軽度の発達遅滞はあっても知的障害のレベルではない境界域知能（ボーダーライン）児 ②その時点で障害の診断が明確にできない児（ハイリスク児や発達障害児を含む）③まだ診断・告知を受けていない児 ④客観的には障害が認められても、保護者がそのことを受容できず申請に至らない児、などが含まれている。

本事業には、その「困り感」や発達支援の必要性への「気づき」を発端として、支援を開始できる柔軟性がある。

全国アンケート結果では、支援内容による分類で、以下の表のように発達障害にかかわる支援が一番多いことがわかる。なおこの設問では診断名ではなく支援内容を示しており、グレイゾーンがここに含まれる。（図Ⅳ-7）

そして、その対象に対する支援内容は、発達などに不安を持つ保護者への相談や障害理解への援助とカウンセリング等、保護者支援に関するものが多い。（図Ⅳ-17）

広島県で行なわれた調査では、手帳所持の有無を訊いており、以下のような結果が報告されているが、手帳を所持していないケースが圧倒的に多い。①～④に該当する子どもがここに含まれていると思われる。

とりわけ乳幼児期は、将来的にも支援が必要かどうか確定できないことや、保護者が障害の受容を充分できない時期でもあるので、グレイゾーンの子どもの保護者へは、子育て支援の立場で、さりげないが専門的な支援が必要である。

表Ⅳ-1 平成18年度利用者の内、障害手帳の所持状況について

| | 訪問療育 | 外来療育 | 施設支援 | 合計人数 |
|----------|----------------|------------------|------------------|------------------------|
| 身体障害者手帳 | 87名 | 109名 | 86名 | 282名(重複159名) |
| 療育手帳 | 200名 | 304名 | 231名 | 735名 |
| 手帳を所持しない | 622名 | 1,164名 | 1,082名 | 2,868名 |
| 合計人数 | 909名 (重複60) | 1,577名 (重複36) | 1,399名 (重複63) | 3,885名 (手帳重複所持159名) |

(広島県における療育3事業のこれまでの推移と現状についてより)

表Ⅳ-2 平成18年度利用者の内、手帳対象外の利用者の年齢状況

| | 訪問療育 | 外来療育 | 施設支援 | 合計 |
|-----------|------|------|------|-------|
| 0歳 | 6 | 1 | 21 | 28 |
| 1歳 (1歳児) | 12 | 7 | 18 | 37 |
| 2歳 (2歳児) | 44 | 26 | 39 | 109 |
| 3歳 (3歳児) | 42 | 45 | 63 | 150 |
| 4歳 (年少児) | 61 | 137 | 113 | 311 |
| 5歳 (年中児) | 54 | 163 | 131 | 348 |
| 6歳 (年長児) | 48 | 182 | 79 | 309 |
| 小学生 (低学年) | 47 | 142 | 80 | 269 |
| 小学生 (中学年) | 15 | 70 | 44 | 129 |
| 小学生 (高学年) | 5 | 38 | 34 | 77 |
| 中学生 | 6 | 12 | 5 | 24 |
| 高校生 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| その他 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 合計人数 | 341 | 825 | 629 | 1,793 |

(広島県における療育3事業のこれまでの推移と現状についてより)

② グレイゾーンの子ども・保護者への初期支援の重要性

いわゆる「グレイゾーンの子ども」および保護者への支援においては、「障害とわかりにくい、診断を受けていない、障害受容が難しい」などの理由により、障害に関する気づき・発見・診断へのプロセスでの初期における支援が重要となる。

初期の支援に関して、大きく、1、重症心身障害児・肢体不自由児 2、知的障害児 3、難聴など感覚障害のある児 4、発達障害児 に分けて、「気づき」「診断など支援の認知」「療育・治療などの支援」の時期・流れについて、モデル的に図Ⅳ-19に示す。(尚、知的障害等で、ダウン症などは出生前に診断されることもあるので、あくまでイメージとして見ていただきたい。)

【気づき・発見・診断・療育などの支援のスタートの流れ】

ここでは、①重症心身障害児・肢体不自由児、②難聴など感覚障害のある児、③知的障害児、④発達障害児に分け、それぞれモデル的に説明を行うこととするが、共通していることとして、『障害の気づき』はこども・保護者・周りの大人にとっては『ゼロからのスタート』である。」ことがあげられる。

まず、保護者もしくは周りの大人が発達に対する不安・困り感・疑問・違いを感じ始める。障害かどうか分からないが発達への支援が必要なこども、いわゆる“グレーゾーンといわれるこども”として発達相談・育児支援が始まるが、初期の段階では保護者への対応が中心となる。この時期の保護者は発達への不安や心配のため、通常よりも育児が困難となると共に、子育ての見通しも立たず、保護者への心理面へのサポートが重要となる。

そして、発達への不安・疑問などが、障害の気づき・診断へとつながると、保護者に対しては更なる心理的サポートと、子どもの障害の理解への支援および育児の具体的支援が必要となってくる。また、子育てにおいて様々な機関の・施策・事業の利用が必要となるため、子どもの相談支援に当たるものは、関係機関や施策を橋渡しする役割や活動を行うことも重要となる。これらのことから、相談支援に携わる者の高い専門性が求められるとともに、障害児療育等支援事業などのように行政や施策、機関の谷間を埋め、柔軟に展開できる事業は、障害認知前の具体的な育児・療育支援として要の事業となる。

障害の気づき・診断や支援の必要性について保護者が認識した後は、その障害特性に応じた対応が必要となる。



図IV-19 障害の気づきから診断・療育への流れ

「障害の気づき」は子ども・保護者・周りの大人にとっては「ゼロからのスタート」である。

まず、保護者もしくは周りの大人が子どもの発達等に対する不安・困り感・疑問・違いを感じ始める。障害かどうか分からないが発達への支援が必要な子ども、いわゆる「グレーゾーンの子供」として発達相談・育児支援が始まるが、初期の段階では保護者への対応が中心となる。この時期の保護者は発達への不安や心配のため、通常よりも育児が困難となると共に、子育ての見通しも立たないことから、保護者への心理面へのサポートが重要となる。発達への不安・疑問などが、障害の気づき・診断へと移行すると、保護者に対しては更なる心理的サポートと、「子どもの障害の理解への支援」および「育児の具体的支援」が必要となってくる。

そして、障害の気づきがなされ、診断や支援の必要性について保護者が認識した後は、その障害特性に応じた対応が必要となってくる。

重症心身障害児・肢体不自由児の場合は、胎児エコーなどで脳奇形などに気づかれる場合もあり、出生前からの遺伝カウンセリングなどの支援を必要とする場合もある。また、運動機能障害は早期に気づかれやすく、診断・治療・リハビリと医療的な支援が早期に開始され、療育のスタートも早い。保護者への心理的サポートはもとより、医療との連携の元、姿勢・食事・呼吸など身体機能の把握をしたうえで、家庭での育児・療育支援や外来療育、保育園などの環境に対する支援など、具体的な子どもへの支援が必要である。

難聴・視覚障害等の場合は、新生児聴覚スクリーニングや健診などで新生児・乳児期早期に発見され、診断・療育も早期にスタートするケースが多い。保護者の障害理解とともに、難聴においては、補聴器のフィッティング・聴覚管理・人工内耳についての情報提供等、子どもに対してのコミュニケーション支援が必須であり、視覚障害においては、外界の情報把握・処理のための具体的支援が必要である。また、幼稚園・保育園など健聴者等の集団での支援、など早期からの具体的支援が必要である。

知的障害の場合は、1～3歳ころに「気づき」を主体とした保護者支援が重要で、集団や個別での外来療育を実施しながら、子どもの障害特性や支援の必要性の理解を促進する必要がある。また、その後のデイサービスや保育園・幼稚園や通園施設、日々の生活での支援など育児・療育環境の調整・選択を促す必要がある。

発達障害の場合は、早期に気づく場合もあるが、一般的には、3～4歳ころに集団の中で気づかれるため、保護者へ気づき自体への支援が重要となる。また、気づきと同時に、子どもの集団生活など育児環境への具体的支援が欠かせない。幼児期は、気づき・診断・療育が交錯しながら支援をしていく必要がある。

発達障害は、「グレーゾーンの子供たち」の多くを占めており、同時に、長い期間、不安・困り感・疑問・違いなどを感じながらの子育てが余儀なくされるため、その支援システムの構築は非常に大きな課題である。次に述べる鳥取県での5歳児健康診査の取

りくみは、発達障害児もしくは疑われる子どもへの支援の新しい試みとして注目されている。

以上、初期支援の概要を述べたが、グレイゾーンを含む障害児の支援においては、障害という認識や診断よりも、「支援の必要性」からスタートすることが重要と考える。

そして、乳幼児期の「支援」においては、様々な機関・施策・事業の利用とともに、その機関や施策を橋渡しする役割が重要となる。したがって、子どもの相談支援に当たるものは、「子どもの発達・保護者の支援」の専門性とコーディネート力を欠かすことが出来ない。

同時に、上記にあげた具体的な支援内容は、障害児療育等支援事業やその類似事業が担ってきており、今後も、行政や施策、機関の谷間を埋め、柔軟に展開できる事業として、障害認知前の具体的な育児・療育支援の要の事業と言えるであろう。

3) 5歳児健康診査の課題 ー鳥取県での取り組みを通してー

乳幼児健康診査の充実および国民皆保険制度や乳幼児医療費の補助等、我が国の子どもに対する保健・医療体制が整備されるに伴い、医療機関での乳幼児の早期の受診が容易になった。また 1970 年代の脳性麻痺の早期発見・早期療育の提唱以来、障害児の早期発見・早期療育体制は全国的に普及した。しかし、早期発見・早期療育で障害が“軽減しても治癒しない”ことも明らかになった。一方、少子化・核家族化が進んだ現状においては育児支援の充実は重要な課題となっている。このような社会状況の中で、乳幼児健診の重心は、かつての病気や障害の早期発見、早期治療・早期療育から育児支援へと推移してきている。

一方で、軽度の発達障害とされる学習障害 (LD)、注意欠陥／多動性障害 (ADHD)、高機能自閉症やアスペルガー症候群等の高機能広汎性発達障害 (HFPDD)、あるいは軽度精神遅滞については、これまで行われて来た 1 歳 6 ヶ月健診、3 歳児健診では十分に把握し得ないことが指摘されてきた。これは乳幼児健診の精度の問題ではなく、成長・発達年齢と共に明らかになる行動と関係する課題とされている。すなわち上記の軽度の発達障害とされる一群 (以下、「軽度発達障害」という。) の多くは、集団生活を始める 4 歳以降に「問題とされる行動上の特徴」が明確になってくるためである。

軽度発達障害は、親からは子育てのしにくい子として受け止められ、保育園・幼稚園からは集団行動から逸脱する子として受け止められやすい。また、これらの子どもの示す行動は、親の育て方の悪さとしてしばしば指摘され、親の育児不安を増大させる要因ともなってきた。加えて、軽度発達障害の特性を理解しない不適切な育児や保育園・幼稚園における指導は、軽度発達障害児の行動をより悪化させ二次障害を生じさせている。さらにこの問題は、就学後にも引き継がれ学校教育で大きな課題となっている。

① 5歳児健診の意義

落ち着きがない、かんしゃくが多い、指示が入りにくい、マイペースな行動が多い、集団行動がとれない等の「軽度発達障害」児に見られやすい行動特徴は、3歳以前の子どもにはごく一般的にみられる行動でもある。これが先に述べた1歳6ヶ月健診、3歳児健診で把握しにくい理由である。軽度発達障害の場合には、3歳以降の集団生活を経験する時期にもこれらの行動が顕著であることにより発見されることが多いため、3歳児健診後から就学するまでの期間で集団生活を経験している5歳児での健康診査の有用性が提唱されるようになった。5歳児健診により、「軽度発達障害」の多くが就学前に把握でき、その後の適切な対応により就学後の対応がスムーズになる、二次障害の予防にもつながるなど、多面的な効果を有するものである。

② 5歳児健診診査の進め方

鳥取県全県下の19市町村では、平成19年度より5歳児健康診査が実施されるようになった。5歳児健診の実施方法としては、15町村が健康診査方式、4市が発達相談方式で行っている。

ア) 5歳児健康診査方式

従来の1歳6ヶ月健診、3歳児健診と同じ健康診査方式で、市町村の全5歳児を対象として健康診査を行う。保育園、幼稚園の情報が不可欠とされ、健診時には担当保育士が同席することが多い。

イ) 5歳児発達相談方式

全5歳児を対象とするのではなく、相談を希望する児を対象とする方式である。親に発達相談のアンケートを配布して相談希望者を募る方法やスタッフが保育所・幼稚園を巡回し、相談希望のある児を対象とする方法である。基本的には相談希望のある児に関しては、親同伴のもと医師の診察、保健師、保育士、臨床心理士な等の多スタッフによる行動評価等が同時に行われている。鳥取県では、比較的人口の多い4市部でこの方式を採用している。

米子市を例にとると、平成19年5月から5歳児発達支援事業を開始した。発達支援事業は巡回相談、発達相談、就学前教室に分かれている。年間の予算額は150万6千円を組んでいる。

発達相談方式で実施され、保育所・幼稚園、認可外保育施設を巡回し、保育士・幼稚園教諭・親から発達障害に関する相談を受ける。「軽度発達障害」が疑われる児は希望を確認し発達相談へとつなげる。巡回スタッフは、保健師、障害児保育担当保育士、臨床心理士各2名ずつで、2班に分かれて巡回を行っている。

発達相談では、小児神経科医師が診察するとともに、保健師、臨床心理士が親からの相談に応じる。ここでは施設職員が同行し日常生活情報を診察医師に伝えるようにしている。開催頻度は月1回である。

就学前教室では、発達相談での診察に基づき、集団行動への適応促進および就学に向けた支援が行われる。「軽度発達障害児」とその親に対しては就学につなげる支援を行う。ここでは医師1名、保育士2名、保健師3名、臨床心理士1名、小学校関係者（LD等専門員）1名が対応する。開催頻度は月1回である。

なお、県内市町村のうち、5歳児健診に参加スタッフとして臨床心理士等心理職を配置したのは13市町村、教育関係者の配置が10市町村となっている。

③ 5歳児健康診査の成果

文部科学省特別支援教育課が2002年度に小中学校を対象として行った調査では、軽度発達障害の比率は6.3%と報告されている（この中には軽度精神遅滞は含まれていない）。一方、対象児全員を診察する5歳児健診では、「軽度発達障害」（この中には軽度精神遅滞が含まれる）は8-9%となっており、このうちの半数以上が1歳6ヶ月健診、3歳児健診では何の問題も指摘されなかった。一方、相談を希望する児を主として診る発達相談形式では、対象児全員を診る健康診査方式よりも「軽度発達障害」児の発見率は1/6程度であったことが鳥取市の5歳児発達相談の実績から報告されている。これだけでも5歳児健診が評価に値することがわかる。

④ 5歳児健診の課題

5歳児健診の意義および成果は以上に見たように明確なものである。しかしながら、その意義および成果も、あくまでも軽度発達障害児が的確に気づかれ、診断され、診断後の対応が適切になされるという前提に立った上でのことである。以下に5歳児健診にかかる課題を指摘したい。

【診断上の課題】

5歳児健診における「軽度発達障害」の診断が、子どもの成長・発達していく過程でも正しいか否かである。

「軽度発達障害」の診断は行動上の集団平均からの変位によって判定しており、明確な基準があるわけではない。変異が大きいほど発達障害の診断はつけやすいが、「軽度発達障害」では健常との差異を見つけて診断することは難しくなる。

発達障害の支援体制の多くは、発達障害ないしは軽度発達障害の診断が確定した子どもたちに対する事後対応のものが多く、そして常に「診断」が要求されている。しかしながら、重要なことは“子どもたちの示す行動上の問題への対応”である。軽度発達障害児では、短期・長期の視点から適切な環境整備がされないと問題とされる行動が改善されないどころか悪化することにある。その点で診断は重要な意味があるが、問題とされる行動は健常とされる子ども達にもよく見られる行動であり、それらの子を軽度発達障害児と診断すべきではない。

【対応課題】

ここで強調されるべきは、問題とされる行動への気づきであり、対応であり、その後のフォローであり、教育へしっかりつなげることである。

あくまでも求められていることは、問題とされる行動を示す子どもたちへの対応を適切に行うことにある。ただし、問題とされる行動への対応方法は健常児と軽度発達障害児では基本的に同じである。適切な対応後に両者の差異が見られることとして、健常児の場合には問題とされる行動が比較的早く解消に向かうのに対し、発達障害児の場合にはその速度がゆっくりであり、長期的な対応が必要な点であろう。また、発達障害児の場合には、問題行動が一時的に改善しても不適切な環境下で育てられれば再び生ずることにある。

上記を考慮したとき、強調すべき点は、発達障害ないしは軽度発達障害を早期発見することではなく、問題とされる行動への早期の適切な対応が重要と言うことになる。問題行動が早期の適切な対応により解消すれば良しとし、問題行動がゆっくり改善されていけば長期の視点から対応することである。問題行動がゆっくり改善されている経過を踏まえた時点で発達障害 ないしは軽度発達障害と診断しても遅くはない。

確定診断の意味は予後予測を踏まえて短期・長期の対応策が明瞭になると言うことであって、診断が付かないから対応出来ないと言うことではない。

【効率的な体制作りにかかる課題】

5歳児健診の意義は、問題とされる行動を呈している子どもたちへの早期の適切な対応である。問題行動を呈するのは子ども側のみの問題ではなく、多くは育児環境の問題である。それゆえに、家庭、保育園、幼稚園、そして学校との連携が何よりも必要である。その意味で、連携の在り方を含めて健診後のフォロー体制はまだ不十分である。体制整備はこれからの課題である。

このような状況の中で、鳥取県の5歳児健診には10市町村で教育関係者が参加している。軽度発達障害児が学校生活をおくる中で顕在化しやすい心身症や学校不適応等の二次障害の予防のために5歳児健診が提唱された経緯もある。その意味で5歳児健診に10市町村で教育関係者が参加していることは大きな意義がある。今後、学校生活において軽度発達障害児に対する早期からの適切な教育がなされ、連携が強化される体制作りが求められている。

参考文献

厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業 「軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究」 平成18年度研究報告書 主任研究者
小枝達也 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会発行 2007

3. 障害児支援の必要性

1) 育児不安への対応から開始される相談支援

核家族化、少子化が進む中で、子育てを間近に見聞きせずに大人になった世代が子どもを育てることの困難さが増している。その裏返しとして、さらには高度情報化社会を迎え、巷では育児書、育児雑誌、インターネットなどで育児情報が提供されているが、地域での交流の希薄化とともに対話・対面による情報の交流は途絶しがちとなり、消化不良となるほどの一方的な情報の洪水の中で、正しい子育てを求めて未熟な親（特に母親）が孤立し、不安を抱えながら幼い我が子と向き合っているのが、現在の子育て事情であろう。

親が抱える子育てについての不安は、親経験や周囲からの育児協力の有無など親自身が置かれている環境によってさまざまである。はじめての育児に戸惑いやストレスを感じる、子どもの身体的、知的発達の遅れを指摘され不安になる、虐待をしてしまう、自分の思いどおりにならない育児に自信をなくしてしまうなど、子どもを持つことによって親もこれまでの生活スタイルを変更せざるを得なくなり、そのことが大きなストレスサーになっているものと考えられる。

子ども自身に何らかの発達上の問題がある時、その子どもは明らかに発達支援ニーズをもつことになる。しかし、親がそのことをどのような不安として感じとっているか、誰にいつ不安感や困り感を訴えるのかなどによって、子どもへの支援の時期や環境が大きく異なってくる。子どもの発達上の問題は、意外と早くから親（特に母親）自身が気づいていることが多い。例えば、授乳がスムーズにいかない、ほとんどぐずることがない、少しの音にも過敏に反応する、不機嫌でよく泣く、あやしても笑わない、人見知りをしない、身体にさわられるのを嫌がる、抱きにくいなどその多くは乳児期のエピソードとして聴き取られるものである。

子どもの発達の遅れや問題への気づきは、“ふつう”でないことへの不安へとつながっていく。発達の遅れがあるということを認めることは、子どもだけではなく親自身もふつうの人生・生活の枠からはじきだされてしまうのではないかという不安を抱えることになる。

親は否応なく、出産前に思い描いていた子どものイメージや将来への希望や期待が打ち砕かれるという体験をする。このような子どもの発達をめぐる不安や心配は、子育ての楽しみや喜びを感じられないばかりか、育児に対して見通しが持ちづらく、不安が不安を呼び込むような悪循環に陥りやすい状況を創りだすことになる。

育児や子どもの発達に不安を抱える親に対して、早期に心理的なサポートを中心とした子育て支援を行いながら、子どもの発達を注意深く見守っていくことが、子どもの相談支援のスタートとして認識されなければならない。

2) 親支援・家族支援の重要性

出生前後や乳幼児期、児童期において発達に何らかの問題や不安を抱えている子どもに対する支援の最終目標は、彼らが成人して地域の中で自立した生活ができるようになることである。この時期の支援は、親・家族のニーズと子どもの発達ニーズを踏まえながら生涯を見通し、さまざまな専門的な支援や各分野・機関のサービスを注意深く慎重に提供していくまさに第一歩となる。

我々の目の前にいる親とは、はじめて子どもをもった、核家族で育児への協力者がいない、育児に自信がない、今まで障害のある人と接した経験がないなど、発達の遅れや何らかの障害がある子どもの子育てに関しては、全くない経験がない場合がほとんどである。そのため、子どもの育ち（成長）とともに親自身が同じようなプロセスをたどり親として成長していくことが必要である。子どもの発達に必要な療育機関などへの通所や必要なサービスを利用しない、反対にドクターショッピングを繰り返す、子どもの発達状況や障害を理解できずに、過干渉や過保護、放任など不適切な関わりをする、親自身が精神的に不安定になり前向きな子育てができないなど、親の考え方や姿勢によって子どもの環境は大きく変わることになる。この時期に専門機関等による積極的な相談支援がない場合、育児不安、育児放棄、虐待など深刻な事態を引き起こしかねない。

また、子どもの発達支援にのみ焦点をあてた関わりを行うと、支援サイドからみた理想の障害児の親像（例えばもっとも身近な支援者としての役割、共同治療者としての過剰な期待や役割分担など）を押し付けてしまうことになり、間違っただ子育てへと駆り立てる結果になることもある。関わりの難しい子育てを一生懸命している親・家族、将来への見通しがもてず不安な気持ちを抱いている親・家族としてとらえ、親のニーズや個々の家族状況に合わせた情報提供や心理的サポートを柱にした親支援が必要になるのである。そこにこそ、相談支援事業の大きな役割がある。

3) 乳幼児期支援の特殊性と相談支援のあり方

乳幼児期は、発達が質、量とも著しく変化する時期である。また、この時期は、生涯を通じた支援の起点となる重要な時期でもある。

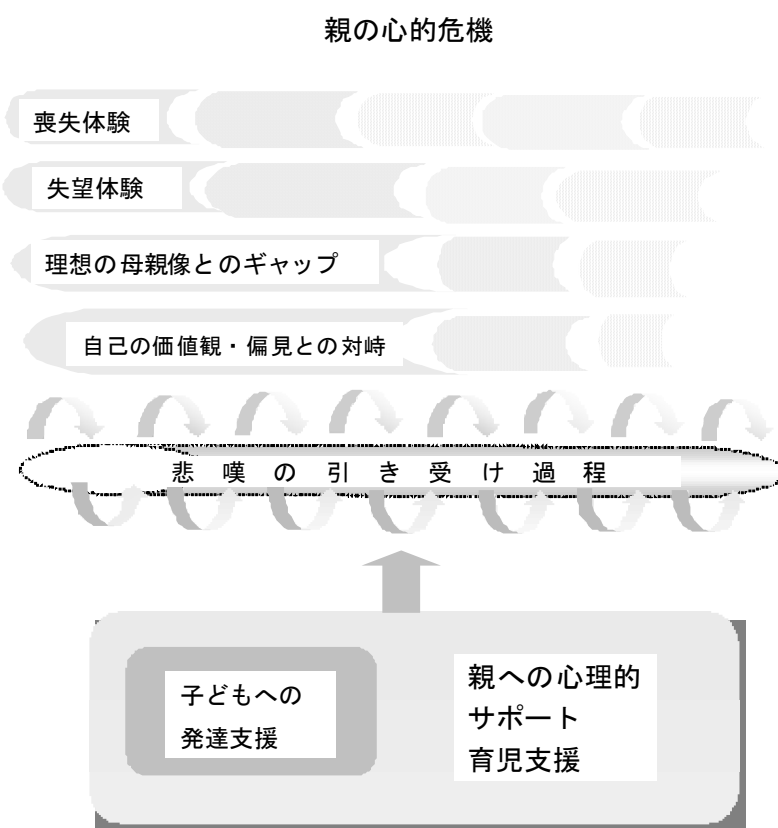
親・家族にとっては、子どもの発達や障害に関する知識・理解、福祉サービスに関する情報などについては白紙に近い状況であるため、育児面・医療面・療育面・心理面等に渡る幅広い相談支援や情報理解のための支援が早い段階から効果的に提供される必要がある。これから始まる発達支援に必要な社会資源の紹介やサービス提供は、子どもが成長し地域の中で生活していくために準備されたシステムであることについて親・家族の理解を得たうえで、これらのシステムを効果的に活用できるようになるための積極的な関わりが重要となる。

また、乳幼児期支援の特殊性は、親・家族からの発達の遅れや障害の気づきがなければ支援が開始できないことに加え、子ども自身が自分のもつ発達支援ニーズの自覚が弱

いという二重の枠をもっていることにある。措置制度にせよ利用契約制度にせよ、申請を前提とした仕組みである以上、だれもがアクセス可能な情報提供システムが構築されたとしても、その情報提供システムを意識・無意識に利用せず、結果としてそこから漏れる子ども、親・家族が必ず存在することを考えなければならない。乳幼児期支援において、早期の合意形成と積極的な関わりの必要性が相談支援事業の中に明確に位置づけられ、事業展開されることによって、障害の有無にかかわらず子育て不安を抱えた時からしっかりと親支援を開始することができ、ゆるやかで柔軟性のある相談機能の発揮が期待できるのではないだろうか。

4) 障害告知と親支援

子どもに障害があると告知を受けた親・家族の多くが、怒り、拒否、絶望、否認、哀しみ、抵抗、混乱、不安などの精神状態になる。まさに、親・家族としての心的危機に直面するのである。子どもに障害があることで、その親・家族は子どもの障害を受容していく過程（障害受容）と、子どもの抱える障害を家族がいかに引き受けていくかという過程（障害認知）の2つの課題を乗り越えていく必要があると言われる。（図Ⅳ-20）



図Ⅳ-20 障害受容の過程と親支援の関係

障害告知を受けた時、親は自分の思い描いていた健康な赤ちゃんを喪失（対象喪失）するという体験をする。その後療育支援が開始され、「訓練すれば治るかもしれない」という期待をもって療育機関などに通うが、“治る”というその期待を打ち砕かれる体験を幾度となく経験する。一方で、自分を犠牲にしても子どもに愛情を注ぐものという価値観の中で、子どもに上手く関われないことや拒否的な感情をもつことに罪悪感を覚えるなど、理想の母親像・父親像とのギャップに苦しむことがある。さらには、子どもの障害と向かい合うことで、障害に対する自己の価値観や偏見に気づくことになり、意識するかしないかは別として、ほとんどの親がこのように精神的に苦しい時期に向き合わざるを得ない状況になるのである。

「障害受容」「障害認知」の過程は容易ではなく、親としての苦悩や痛みに焦点をあてた対応が必要である。現行の福祉制度やサービスは、本人支援・本人主体を中心とした制度設計となっており、乳幼児期のこのような家族のストレスに対する支援についてはその必要性の認識に比べ制度的に追いついていないのが現状である。子どもの一番身近な存在としての親や家族には、当然のように介護や養育者として多くの役割を担うことが期待されているが、親・家族が直面する問題が周囲から理解されず、そこから派生する様々な身体的、精神的、経済的な負担を抱え込んでしまうなど、親・家族が危機的な状況に陥る危険性を常に孕んでいるのである。

このような親・家族のストレスに対応できるように、乳幼児期、児童期に特化された特殊な相談支援の必要性和充実が求められている。

4. ライフステージに応じた支援を継続するための機関連携の必要性

1) 生涯にわたる継続した支援の必要性

我が国の障害児・者福祉分野の施策は、障害種別や年齢、サービス提供場所など様々な枠を持った法体系の下で整備されてきた。そのため、生涯を通して必要な支援を提供できる体制ではなく、連続性の確保という点が確保できないまま、部分的な対応に終始してきたといえる。

生涯にわたって支援をつないでいくためには、生活の連続性と関わりの連続性への視点が必要になってくる。その人の誕生から死までの一生の過程であるライフサイクル（時間の流れ）とその人の一生を乳幼児期、児童期、青年期、老年期などに区切った段階であるライフステージ（今生きている時期）を縦軸、横軸ととらえ、必要な支援や関わる機関同士の連携を図っていくことが必要である。このように縦軸、横軸の視点をもつことによって、ライフイベントとその時期の課題がしっかりと支援の中で想定することができ、年齢に応じた役割（働き）が担えるような機会を保障し活動場所の準備や家族状況の変化に目を向け、介助・介護機能の分散を図ることができるなどトータルサポートが可能になるのである。

成人期以降を見据えるのであれば、その人が地域の中でどのように自分らしく生活していくのが主テーマとなり、豊かな生活を創るための支援の幅を広げていくという横のネットワークが重視される。子ども特に乳幼児期の支援の場合、このネットワーク形成を含めた支援全般に与えられた期間が極めて短期間であることに留意する必要がある。医療、保健、福祉、教育が様々な場面で関わり、職種も医師、保健師、医療系スタッフ、心理士、保育士、相談員、教師など多職種にわたる。また、質量ともに著しい変化が見られる乳幼児期、児童期は、個々がもつ発達課題や支援ニーズも子どもの成長とともに変化していくが、支援機関も数年以内の単位で大きく変化するため、生活の連続性、関わり方の連続性を強く意識しておく必要がある。また、子どもの将来の自立に向けては、スムーズに移行期支援ができるように縦のネットワークを構築していくことも重視されなければならない。

日々成長し発達していく子どもの発達ニーズと子どもの発達とともに変化していく親・家族が抱える生活ニーズを一つの機関で全て抱えることは現実的ではない。地域の支援システムを創るには、移行期支援の視点、横断的な連携、乳幼児期支援のためのケアマネジメントの必要性への認識、継続性・一貫性のある支援体制をつくるための努力が必要不可欠である。

機関相互の有機的連携が成功するためには、関係機関で実施されるケース検討会議がシステムとして整備されていることに加えて、子どもの分野に深い専門性をもつ相談支援専門員（発達支援コーディネーター）と移行期支援をスムーズに行うためのキーパーソン（例えば、特別支援教育コーディネーター）が分野ごとのたて割的な配置ではなく、ライフサイクルの中で縦へのネットワークの流れとして配置されていることが必要である。

2) ライフステージごとの社会資源

① 医療機関

・産婦人科等

医療技術の向上とともに、胎児エコーで脳奇形が発見される、トリプルマーカーや羊水検査などでダウン症がわかるなど、日常診療の中で出生前診断が比較的簡便に行えるようになった。出生前診断が疾患の早期治療に結びつく一方で、これらの疾患が胎児期に判明することにより、不安や罪悪感などを併せ持ちながら妊娠の後期を過ごす場合もある。この場合には、遺伝カウンセリングや同じ病気を持つ保護者からピアカウンセリングなどを受けることで、子どもの出産後の生活が予測でき、安心して出産を迎えられる場合もある。医療機関にはこれらの役割が今後一層求められる。

・NICU等

新生児医療の進歩により、低出生体重児も生存可能となる一方で、脳室周囲白質軟

化症（PVL）などの脳障害を併せ持つ子どもも増加している。また、先天性心疾患や水頭症など早期に手術などの治療の必要な疾患、また、ダウン症などの染色体異常は、出生早期に診断がなされることは先と同様であるが、難聴に関しても新生児聴覚スクリーニングによって、出生早期の診断が可能となってきた。

出生後まもなく診断がなされることで、親は誕生の喜びと同時に、障害の理解と手術などの治療の決定を早々に行なわなければならない。医療従事者は、医療的な支援とともに、保護者の精神面・子育て意欲への支援、また、次のステップである哺乳や姿勢などの具体的な育児への支援、在宅生活への支援も行うことも必要となる。フォローアップ外来では子育て支援・発達健診などを実施している。

・地域の医療機関（小児科・児童精神科・耳鼻科・眼科・整形外科・リハビリテーション科等）

小児科では、かかりつけ医としての健診・予防注射・感染症の治療など医療に関わる様々な支援とともに、一般診療の傍ら、様々な子育ての悩みを聞き、育児相談も行なっている。健診の場では、保健センターでの健診と同様に障害の気づき・発見がなされ診断に至ることもある。入院施設を持つ総合病院などでは、感染症に罹りやすく重篤化しやすい子どもの入院、てんかんの治療、障害の原因精査などを実施している。

耳鼻科では、新生児聴覚スクリーニングの後の聴力検査や聴力障害の診断を行なうとともに、人工内耳などの手術も実施している。また、歯科とともに、口蓋裂・摂食嚥下障害などの診断・治療も行なっている。加えて、かかりつけ医として、中耳炎の治療やダウン症などの外耳道の狭い子どもの耳垢除去など、一般診療での役割も重要である。

眼科では、視覚障害・未熟児網膜症・白内障・屈折異常・斜視などの診断・視力検査・治療を行なっている。

児童精神科では、小児科とともに、知的障害児・発達障害児の診断や治療・薬物療法を行い、情緒障害に関しては、カウンセリングや指導、家族支援を行なっている。また、思春期の様々な課題に関して、他科・学校・児童相談所など機関連携をしながら子どもの成長の支援を行っている。

整形外科・リハビリテーション科では、最近では、一般の医療機関においても、脳性まひや二分脊椎など、肢体不自由児の診断・治療・リハビリテーションを行っている。また、これらの子どもは、脳神経外科・泌尿器など多岐に渡る医療的な支援を必要としている。

② 教育機関等

・幼稚園・保育所等

まず、障害の有無にかかわらず、こども自身が集団の中で成長し、主体的に生活できるよう適切な保育・教育、障害児保育・教育がなされる必要がある。また、

肢体不自由児の場合の施設改修や日常生活用具の工夫、自閉症の場合の部屋の構造化など、環境への配慮も欠かせない。

加えて、乳児期早期から、保育園などに在籍している子どもも増加しており、知的障害・発達障害のある子は運動発達や言葉の発達の遅れ、集団行動に馴染まないなど、集団の中で障害の気づきと発見がなされることも多い。保育士・教諭は、子どもの障害について保護者に伝え、支援や配慮の必要性の理解を促し、評価・診断を行う医療機関へつなぐこと、また、具体的な子どもへの関わり方などの育児支援などの保護者支援を行うことも重要となる。

日常的な保育場面の配慮について相談支援・障害児等療育支援事業との緊密な連携を要する。

・特別支援学校幼稚部

難聴・視覚障害の子どもを対象とした幼稚部においては、幼児教育を行うとともに早期からの教育相談も実施されている。通園施設・保育園・幼稚園に通いながら幼稚部に在籍している子どももおり、機関相互の連携が欠かせない。また、障害児通園施設・児童デイサービスなどが無い地域では、療育機能を補完しているところもある。

・特別支援教育

平成 19 年度より特別支援教育がスタートし、子ども一人一人の教育的ニーズを把握し、もてる力を高め、生活や学習上の困難を改善することを目的に、適切な指導および必要な支援を行うこととなった。その対象は、従来の特殊教育の対象児に加えて、通常学級や通級学級に在籍する高機能自閉症、AD/HD、LD、境界域知能などの発達障害児にも拡大されている。発達障害児に関しては、就学後に集団不適応や行為障害として気づかれることも多々あり、子どもへの支援と共に、障害の気づきのための保護者支援も重要である。

特別支援学校では障害児教育のセンター的機能として、小・中学校等の教員への支援・研修協力、特別支援教育等に関する相談・情報提供、障害のある子どもへの指導・支援・施設設備等の提供などの機能が発揮されることが求められている。

小・中学校や特別支援学校には特別支援教育コーディネーターが校務分掌に位置づけて配置され、学校内の連絡調整、人材養成の推進、関係諸機関との連携協力体制を構築するとともに、保護者への相談支援を行っている。また、障害のある幼児・児童・生徒の一人一人のニーズを正確に把握し、乳幼児期から学校卒業後までを通じて一貫して長期的な支援を的確に行うことを目的に「個別の教育支援計画」の策定が求められている。この、「個別の教育支援計画」は、特別支援教育コーディネーターなどが中心となって開かれる校内委員会や、専門的知識を有する専門家チームなどの関係機関の連携協力のもと、的確かつ質の高いものを作成されることが望まれている。

③ 療育関係機関等（設置数は注釈がなければ平成 18 年 10 月 1 日現在）

・障害児通園施設（肢体不自由児、知的障害児、難聴幼児）

児童福祉法に根拠を持つ障害児施設であり、肢体不自由児 99 施設、知的障害児 254 施設、難聴幼児 25 施設が設置されており、多くの施設は就学までの障害児の通園療育を実施している。施設の障害種別ごとの専門性をもった育児支援や保育、機能訓練などが提供されており、現在は他障害の子どもの利用も可能となっている。サービスの利用は、児童相談所からの受給決定による利用契約により開始されるため、子どもの障害に対する保護者の認知・診断の受け入れが必要となる。発達障害児（高機能自閉症、注意欠陥/多動性障害、学習障害など）については、都道府県によっては受給決定がされることもある。

肢体不自由児通園施設は診療所を併設し、医療職（医師、看護師、理学・作業療法・言語聴覚士など）が配置されている施設も多く、脳性麻痺等の診断や機能訓練、肢体不自由児以外の知的障害や軽度発達障害児などの診断や指導等にも対応している。

・重症心身障害児（者）通園事業・児童デイサービス事業

重症心身障害児（者）通園事業は、肢体不自由・知的障害を併せ持つ児を対象とし、A 型（15 名定員）が 42 ヶ所、B 型（5 名定員）が 161 ヶ所設置されている（平成 15 年 12 月時点）。A 型には医師・医療職（看護師、理学・作業療法・言語聴覚士など）が配置されており、成人の重症心身障害のある者を中心として運営されているところが多く、B 型は小規模で保育職や指導員が主体で運営されていることが多い。この事業は在宅で過ごす重症心身障害児の活動の保障・社会参加家族のレスパイトの役割も果たしている。

児童デイサービス事業は地域での障害児の育児支援や保育保障のための事業であり、全国で 1,092 ヶ所設置され、人口過疎の地域にも展開し、障害児通園施設と同様の機能を持つところもある。社会福祉法人だけでなく最近では NPO 法人による設置や、保育所・小児科診療所に併設されることもある。しかし、障害者自立支援法では利用のための受給者証が必要であるため、障害児通園施設と同様に保護者の理解が必要となる。障害児等療育支援事業、障害児通園施設とともに、障害の気づき・発見の初期段階での子育て支援・保護者支援がなされている。

・医療機能を有する障害児入所・通園施設（肢体不自由児通園施設等）

入所としては肢体不自由児施設、重症心身障害児施設のほか、国立療養所重症心身委託病床、国立療養所進行性筋萎縮症児委託病棟など、通園施設は上記の肢体不自由児通園施設などがある。

入所施設は入院を含む医療機能があり、主に、肢体不自由児の診断・リハビリテーションなどを実施している。また、ショートステイなどレスパイト的な機能も持つ。

肢体不自由児施設は、全国で 62 施設が設置されており、整形外科を中心として発展してきた。脳性まひなどの疾患の股関節の手術、リハビリ、生活支援を行うとともに

に、親子入院などを通じ保護者への脳性まひの理解と具体的支援などを行っている。また、最近では小児科や精神科も設置され育児支援への対応をしている施設も増えてきており、外来診療で肢体不自由児以外の診療にも対応できるところは増加している。

重症心身障害児施設は 115 ヶ所が設置されており、呼吸器など医療ケアを必要とする超重症児・準超重症児の入所も増えてきている。ショートステイや重症心身障害児通園事業などを実施しているところも多く、在宅で過ごす重症児の様々なサポート機能をもつ。

・児童養護施設・知的障害児施設・盲ろうあ児施設など

家庭機能不全や虐待、こどもの強度行動障害等の不適応行動等で、家庭での生活が困難となった場合に利用することが多い。指導員・保育士などを中心としたスタッフで、家庭に準じた日々の生活を基盤とした支援を行っている。学校には施設で生活しながら通学している。児童養護施設では、軽度から中度の知的障害のある児童を受け入れることもある。知的障害児施設では、強度行動障害や自閉症などへの専門的なアプローチも実施している。

・情緒障害児短期治療施設・児童自立支援施設など

発達障害児や軽度の知的障害などは周囲が障害に気づきにくく適切な環境の準備ができないなどの障害特性があり、場合によっては虐待や不適切な子育てを惹起し、情緒障害・反抗挑戦性障害などの障害を併発することがある。保護者への障害理解、学校などの環境の調整とともに、子どもには自我発達の支援・適切な行動の学習など“育て直し”といわれる作業が必要となり、これらの子どもの支援を行っている。

情緒障害児短期治療施設は 31 ヶ所あり、児童精神科医師、臨床心理士、指導員、教員などが、通所・入所により支援を行っている。

児童自立支援施設は、58 か所あり犯罪などの触法行為をした、するおそれがある児童や、家庭環境等から生活指導を要する児童を入所または通所させ、必要な指導を行なって自立を支援する児童福祉施設である。また、退所後の児童にたいしても必要な相談や援助を行なっている。

④ 保健機関

・保健センター

保健センターでは、生涯にわたる保健活動を行っている。母子保健に関しては、妊娠初期から主に就学前を中心として、保健指導・訪問指導、1歳6ヶ月・3歳児健康診査などの乳幼児健康診査などを実施している。妊娠中は、母子手帳の交付、母親・父親教室、また、機関によっては遺伝カウンセリングを実施しているところもあり、妊産婦のさまざまな支援の窓口でもある。訪問指導に関しては、新生児訪問として早期産児が対象となっており、また、虐待・育児支援・障害などが心配される場合も家庭訪問を依頼できる。

乳幼児健康診査は大半の子供が受診しており、障害の気づきや発見の大きな役割を担っている。乳幼児健康診査にて、遅れが発見された児に対しては、定期的な保健師を中心としたフォローアップと共に、児童相談所や通園施設のスタッフ・育児等健康支援事業による保育士・心理士などとの連携による育児支援教室などを実施している市町村が多く、早期支援の要でもある。この育児支援教室は、脳性麻痺など障害を疑った後の親への相談機能だけでなく、いわゆる「気になる児」のフォローアップや育児指導にも役割を果たしている。

・保健所

保健所は、公衆衛生行政の機関として主に都道府県や政令指定都市が設置主体となっており、児童福祉および母子保健や身体障害者等の福祉の分野で大きな役割を果たしている。保健所には、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、保健師などの職員が配置されている。

保健所における児童福祉関係業務の主なものは、①児童や妊産婦の保健について正しい知識の普及を図ること。②身体に障害のある児童の療育について指導を行うこと。③疾病により長期にわたる療育が必要な児童の療育について指導を行うこと。④児童福祉施設に対し、栄養の改善その他衛生に関し必要な助言を行うこと。などがあげられる。

保健センター・保健所は、保健行政の施策に沿った事業とともに、新しいニーズや施策の谷間となっている事業も実施しつつ、これらのニーズを行政施策へ展開する役割も持っている。

⑤ 地域の各種支援機関など

・子育て支援センター

保育士・保健師などが育児の悩みや子育てに関する相談を行ない、子育てサークルの紹介や育児講座の開設など地域の子育て家庭に対する育児支援を行なっている。

・児童館・留守家庭子ども会・放課後児童対策など

ともに、学童期の放課後対策として児童の健全育成をうたっており、障害児の利用も多い。

児童館は、屋内外問わず、指導員などから子どもに健全な遊びを提供される。

留守家庭子ども会は、保護者の就労等の理由により、小学校低学年児童を対象に、児童館や小学校の教室などで開設されている。

放課後児童対策は、小学校の余裕教室を活用して、1～6年生の児童を対象に、子どもの安全確保を図り、主に自主学習や集団による遊び・スポーツ活動等を行い、自主性・社会性・協調性を養うことを目的に開設されている。

・訪問看護ステーション

在宅で寝たきりまたはそれに近い状況にあるとして医師が訪問看護を認めた場合に、

保険診療（週 3 回）で看護師が家庭に訪問し、医療面のアドバイスや介助、場合によっては理学療法士の訪問などで在宅での看護を行っている。症状の観察や看護のアドバイス、カテーテルなどの医療処置などを行っており、医療ケアを要する子どもの日常生活の支援に欠かすことができない。

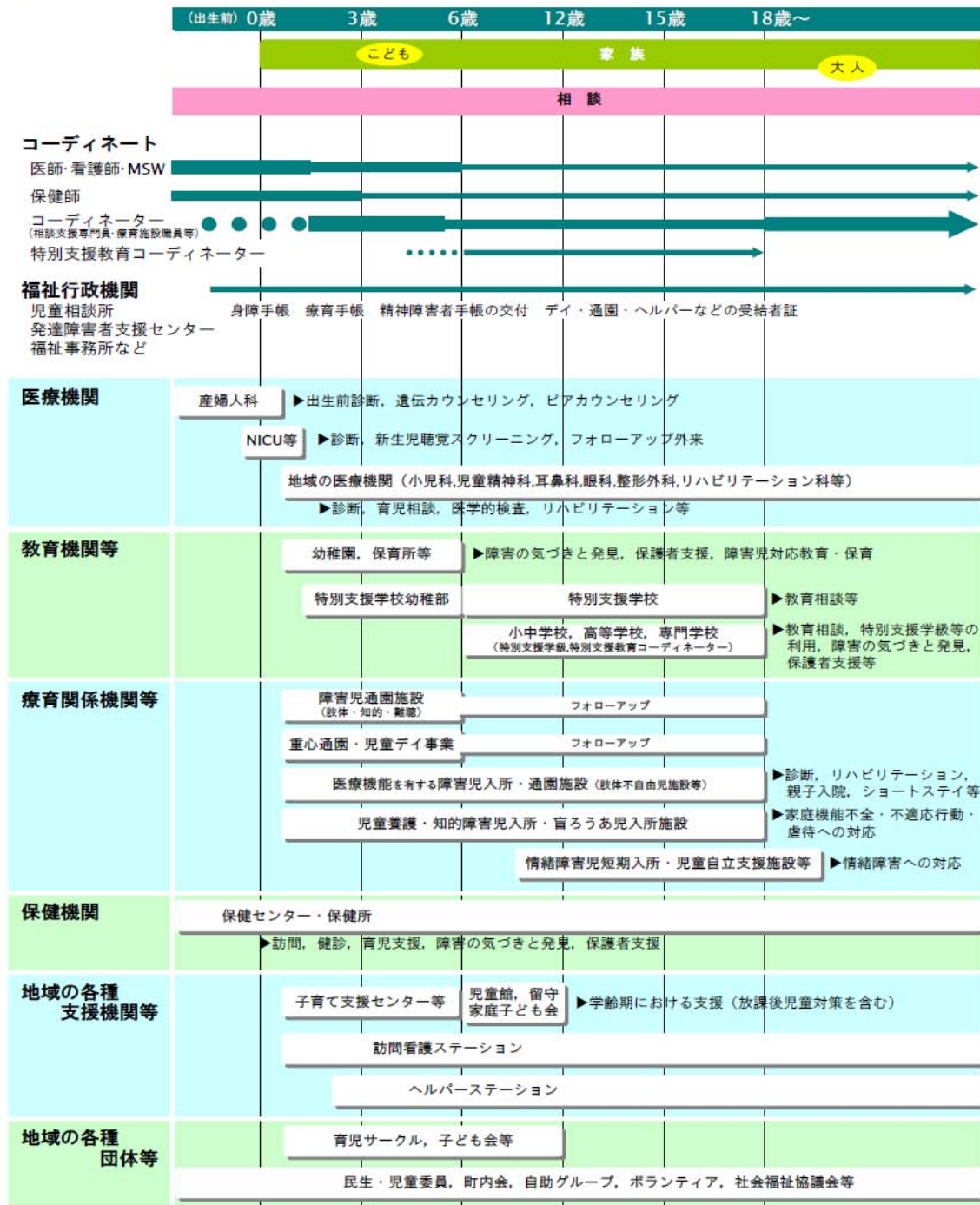
・ヘルパーステーション

ニーズのある障害児・家族に対し、心身の特性を踏まえて、受給決定に応じ居宅介護（家事援助・身体介護・通院支援）や移動支援などを行っている。

⑥ 地域の各種団体等

上記の公的な支援機関や事業だけでなく、地域には様々な団体等による支援が行われている。このうち、乳幼児・学童期に関わる団体等の代表的なものとしては、育児サークルや子ども会等がある。また、生涯を通じて関わる団体等の代表的なものとしては、民生・児童委員による活動、社会福祉協議会の地域福祉活動、自助・互助グループやボランティアによる活動、町内会・老人クラブ・婦人会等による活動などがある。

障害児の分担機関別支援システム



図IV-21 障害児の年齢と支援機関

V. 障害児ケアマネジメントの位置づけと相談支援のあり方について

1. ケアマネジメントとは

1) 障害児におけるケアマネジメントの理念

1998年に、身体障害、知的障害、精神障害の3障害者用のケアガイドライン（ケアマネジメント指針）が国より公表され、それぞれの障害特性に応じた基本理念、介護の原則、ケアマネジメントの具体的な進め方などの点が明らかにされた。これらのガイドラインは主として成人期以降の障害者を対象にしており、障害児に対するケアガイドラインは、現在に至るまで明確な形で公表されていない。

ケアガイドラインの内容は、趣旨（ガイドラインの必要性）、ケアの理念、ケアの原則、介護等支援サービスの意義と留意点、介護等支援サービス調整（ケアマネジメント）の過程、おわりに、の6項目から成っている。

ケアガイドラインにおけるケアの理念では、ノーマライゼーションの理念の具体化、QOL（生活の質）の向上、自立のための支援が共通している。これに加えて、精神障害では一般社会の理解促進、知的障害では適応行動への支援が特徴的である。この背景には、精神障害の場合、一般社会からの差別、反対運動は現実の社会復帰促進をする上で大きな阻害要因となっていること、が考えられる。また、知的障害では、社会環境に適応しにくいことを障害の概念に位置づけないと捉えにくいこと、が考えられる。

ノーマライゼーションの理念の具体化、QOL（生活の質）の向上、自立のための支援といったケアの理念では、障害児も全く同様である。ただし、理念の具体化に意味することは成人期以降の障害者とは異なることが考えられる。障害児に対するノーマライゼーション理念の具体化に関しては、統合教育や統合保育にみられるような機会均等的な環境の整備だけでなく、障害児の個別的な発達特性に応じた支援プログラムと状況に応じた統合された療育環境の提供の2側面をバランスよく調整していくことが重要である。この点では、ノーマライゼーションという概念よりもインクルージョン（個別性、多様性を踏まえた包摂（受け入れ））の概念の方がふさわしいと思われる。

QOLの向上では、障害児の場合、QOLを「生活の質」と訳すよりも、「人生の質」と訳し、ライフステージ（より個別性を重視した表現としてはライフコース）に応じた質の向上と捉えることが重要である。障害児の発達を支援するシステムという点でライフステージに応じた支援プログラムは重要であるが、他方、障害児の個別的な発達の特徴と将来の希望や思い、家族（主に親）の障害児の受容状況、障害児に対する希望や思いやりなど、障害児と家族の個別性を重視したライフコースに対応した支援プログラムも重要である。

自立のための支援では、障害児の自立をどのように考えるのかが重要である。リハビリテーションにおける自立とは、「心身機能における自立」から自己決定により「活動」

や「参加」のできる状態を意味することに変化してきた。そのため「自立」の中心的な概念も「自己決定による自立」になってきた。しかしながら、障害児における「自己決定」に関してはこれまであまり検討されてこなかった。そのため、どのような決定をもって障害児の自己決定とするのかはケアマネジメントの実践において重要な課題である。障害児の場合は、完全な自己決定の状態を想定することは現実的に困難であるため、家族と障害児の相互的な意識や関係性を把握しながら、家族と障害児の両者によって最適な決定を「自己決定」として捉えることが重要である。

2) 障害児におけるケアマネジメントの過程

障害者ケアガイドラインにおけるケアマネジメントの意義では利用者中心と生活モデルの強調は3障害に共通している。身体障害ではセルフマネジメント（障害者自身がマネジメントすること）の重視、精神障害では退院促進、医療の継続性の重視が特徴的である。知的障害と精神障害とで偏見と差別の問題に言及している点も特徴的である。障害児では、セルフマネジメントの主体を家族として捉えるならば、家族のエンパワメントを支援することによって、セルフマネジメントを推進していくことは可能である。また、障害児においても偏見と差別の問題は重要であり、特に、学齢期の児童の支援においては、生活上の問題の背景にある環境因子の中に、周囲からの偏見、差別の問題を視野に入れることはきわめて重要なポイントである。

ケアマネジメントの援助過程（進め方）に関しては3障害および障害児に違いはほとんどみられないので、共通したガイドラインの作成は可能であると思われる。しかし、障害者の置かれている状況によっては、障害者（障害児）自身のニーズに焦点をあてるのか、といった課題を含んでいるので、その状況を理解することが大切である。

ICF（国際生活機能分類）では、環境要因をより重視した形で、心身機能・構造、活動、参加、という3つの次元が提案されている。このICFでは、環境因子、個人因子によって、心身機能および構造の機能障害が生じたり、活動が制限されたり、社会参加の制約が生じたりすることが示され、相互作用を含んだ複雑なモデルになった。このモデルにある環境と相互作用によって生じる生活ニーズのとらえ方は障害者および障害児に共通した支援を考える上で重要である。

3) 障害児のケアマネジメントにおけるアセスメント

障害者ケアマネジメントで使用されてきた様式にはさまざまあるが、いずれもアセスメント様式では、生活基盤、健康、日常生活、コミュニケーション・スキル、社会生活能力、社会参加、教育・就労、家族支援、の8領域の支援の必要性和「本人の能力と制限」、「環境の能力と制限」といったICFの視点を用いている点が特徴的である。これらのアセスメント様式の有効性を評価するには、この様式を用いて作成されたケアプランが利用者（障害児および家族）にとってどのくらい有効だったのかという評価が必要で

ある。ケアプランの評価基準はニーズ解決だけでなく、QOL（人生の質）の向上、家族の問題解決能力（エンパワメント）の向上などがある。

アセスメント様式だけではなく、障害児のケアマネジメントにおけるケアプラン作成を考える前提条件として、作成者である相談支援事業者とサービス管理責任者の資質も重要である。相談支援事業者とサービス管理責任者の役割はケアマネジメントのプロセスに合わせて考えると、障害児・家族とのインテーク（面接および主訴の聞き出し）、障害児・家族のニーズの記述と把握（アセスメント）、ケアプラン作成能力、サービス調整（サービスリンケージ）、障害児・家族の自己決定の支援、家族のエンパワメントの強化、モニタリングと権利擁護をあげることができる。この役割に対応して特に必要な能力としては、インテークにおける面接およびコミュニケーション能力、アセスメントにおける正確で重要な情報収集の能力および家族の参加を促進する働きかけの能力、サービス調整における社会資源の内容理解力、障害児・家族の主体性を重視する能力があげられる。

2. 子どもの相談支援にかかわる専門性

発達に何らかの遅れや不安を抱える子どもへの支援を考える時、まず親・家族が子どもを理解する、一人の人間、一人の子どもであることを認識することからスタートする。つまり、親自身が子育てをすることに喜びを感じることを、子育てに対する親の自主性を支えることを始点にした相談支援機能が必要である。

従来は子どもの発達や身体的な機能訓練などに重点を置いた支援が展開されてきた。早期発見のシステムは、障害を早く見つけ、まずその障害を親に認めさせることから子どもへの支援を開始してきたのである。さらに、早期療育の名の下に、親に対しても「共同治療者」として、療育機関と同じように家庭での治療者としての役割を期待してきたのである。そのため、介護や養育からくる親・家族の負担や生活上の様々な問題は、家族の中での自助努力によって解決されたかに見え、潜在化してきたのである。

親・家族のライフサイクルにみられる課題やストレスの多くは、発達の遅れや障害がある子どもの育児のしにくさから生じるものである。障害に対する周囲の無理解や偏見・差別、社会施策や制度の不備、障害のある成人期の人たちが生き生きと地域で働き、活動し生活しているモデルの乏しさなどが、子どもの将来に対し漠然とした不安を抱える要因になり、親・家族への大きなストレスとなる。

子どもの相談支援にかかわる場合、子ども自身がもつニーズと子どもを養育する親・家族のニーズがあり、子どもの育ちとともに時間（年齢）軸を意識し、関係機関と連携した支援を組み立てていかなければならないところに高い専門性が求められている。

子どもの相談支援に関わる場合には、

- ① 障害、療育、制度・サービスに関する知識

- ② 地域の社会資源に関する情報収集力、ネットワーク力
- ③ 必要な関係機関、専門職種につないでいくための調整力
- ④ ソーシャルワークに関する知識・技術、面接技術
- ⑤ 個別支援計画作成のためのアセスメント力（データーの分析力）
- ⑥ 障害告知、障害受容過程への理解と親自身をエンパワメントしていくサポート力
- ⑦ 親・家族、保育所、幼稚園、学校等に的確で具体的な指導・助言ができる実践力
- ⑧ 地域の環境改善（社会資源の開発）のための事業化、施策化にむけた課題解決力
- ⑨ 人間関係形成力とコミュニケーション能力

など、かなり幅広い視野での質の高い専門性が要求されることになる。

地域で子どもと家族にとって必要な相談支援機能は、親の育児不安や子どもの将来への漠然とした不安などに対応するため、在宅サービスのように必要な量を提供するサービスとは基本的に質の異なるサービスでなければならない。また、子どもや親・家族があきらかな支援ニーズをもっているにもかかわらず、乳幼児期にはいろいろなサービスを利用しようという意識や動機づけが弱く、子どもや家族の状況を見ながら的確な情報を提供し、関係機関との連携、調整を行うなど個々に応じて支援方法を柔軟に変えていくなどの判断力が求められる。

3. 障害児相談支援における『発達支援コーディネーター』の必要性

乳幼児期、児童期における相談支援の必要性については、第Ⅲ章（P.33）に見たとおりであるが、なお補足するならば、子どもの発達の遅れや障害が虐待のリスクファクターとなる場合があり、乳幼児期支援にはリスクアセスメントを含めた危機的介入の手段が必要であるという認識をもたなければならない。

乳幼児期のニーズは子ども自身からではなく、親・家族から発信される。親の関心は当然子どもの発達の遅れを解消する、障害を治す、良くすることに向けられる。このような状況の中で表面化する治療・訓練ニーズに隠れて親の障害受容や育児に向かう姿勢、夫婦や家族関係の葛藤、対立、緊張や障害のある子どもを産んだことを責める母親の心理的葛藤など、多くの潜在的ニーズを抱えていることを念頭において、支援を開始しなければならない。ここに、合意形成と積極的な関わりの手段、手法として、障害児におけるケアマネジメントの積極的な導入が求められると考える。

現在の相談支援専門員の研修では、成人期の生活支援を中心にプログラムが組まれており、乳幼児期・児童期の相談支援に対応できるスタッフ養成は現行のままでは困難であり、障害児ケアマネジメントを担当する相談支援専門員を新たに『発達支援コーディネーター』として位置づけた上で、研修プログラムのあり方や資格要件を検討していく必要がある。

資格要件としては、障害児に対する一定期間の実務経験（保健師、心理士、保育士、

ケースワーカー、コーディネーターなど）を有する者とし、現行の相談支援専門員研修に障害児ケアマネジメント、コーディネート機能に関する専門研修を付加し専門性の確保を図るなど、位置づけの明確化と厳正化を期待したい。『発達支援コーディネーター』の配置は市町村単位（人口規模によっては圏域）で必置を義務付け、トータルサポートシステムの要としてケアマネジメントが担っていける人員配置にしていかなければならない。

相談支援事業あるいは障害児等療育支援事業の中に、明確に『発達支援コーディネーター』の位置づけを行い、地域にあった人員配置が可能となる施策や仕組みづくりが必要である。

4. 「個別支援計画」作成の必要性について

1) 個別支援計画が求められる背景とは

個別支援計画作成が求められる背景には、

- ① 障害別に分立した法の下での支援の連続性の確保
- ② サービス提供機関相互の連携、調整による効果的な支援の確保
- ③ 障害にのみ焦点をあてた訓練や指導から自己実現のための総合的な支援の確保
- ④ 施設（機関）内自己完結型サービスから地域における多元的な支援への転換

が重視されるようになってきたことによる。

身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、精神保健福祉法などに規定される障害は医学的判断に基づく判定であり、生活上の困難や社会参加を実現する上で必要な支援との関わりで障害をとらえていないことに大きな問題があった。また、障害別、年齢別、それを所管する行政分野別にサービス・制度がつくられてきたため、機関相互の連携はスムーズにできず、調整機能が地域に存在しない状況であった。支援の連続性が確保されない場合は、その人の思いや希望を尊重しその人らしく生活を創るという視点を持ちづらくし、結果として障害部分だけを対象として訓練や指導が行われてきた。また、関係機関が同じ支援目標に向かって情報を共有化したり、協働した支援をしていくためのツールや共通言語を持ちえていなかったのである。

2) 個別支援計画の必要性について

個別支援計画とは、「乳幼児期から一生涯にわたり一貫して必要な生活支援を行うために、保健・医療、福祉、教育、労働等関係機関が連携し、個々のニーズに応じて作成される計画」のことである。

個別支援計画の必要性は、個々のニーズや状態に応じたきめ細やかな支援と成果をつねに現在の支援にフィードバックすることが可能になること、将来の生活を見据えた支援目標の設定ができること、具体的な目標設定により多職種との連携・役割分担・情報

の共有化が図れて、チームアプローチが可能になること、支援の継続性と一貫性が確保できることにある。今後は、積極的に ICF を単にツールにとどまらずその理念的背景も含めて導入していくことで、異なる機関が共通言語をもつことが可能になり、子どもが今抱えている困難（障害）は何か、各次元や各要素の状況と評価について、スタッフ間での共通理解が深まるとともに、問題や改善点の明確化、関係者の把握、共通の支援目標・方針を設定し協働支援の体制をつくることが期待できる。

継続性、一貫性のある生涯支援の核として、個別支援計画の位置づけを明確化し、ICF の活用によって関係機関、多職種が協働支援体制のとれる仕組みづくりが必要である。

3) 多職種で作成する個別支援計画の実例

支援の開始にあたり、支援者はケアマネジメントの手法を駆使して、子どもそれぞれの状態と家庭や地域の環境などを考慮した「個別支援計画」を作成する必要がある。

支援計画の作成に際しては、支援者サイドの情報や目標だけでなく、家族の希望や家庭状況、地域の環境、利用できる福祉サービスや社会資源の状況などが反映されなければならない。また、自明のこととして個別支援計画は、相談支援担当者、医療職、保育士、心理士、市町村担当者、保健師、教師などが加わることはもとより、何よりもまず当事者の参加のもとに作成されなければならない。

「個別支援」とは、障害のある子どもとその家族を支援する地域ネットワークそのものである。そして同時に、ライフステージごとに見直されながら、乳幼児期から成人期まで継続できる一貫した計画でなければならない。

図 V に姫路市総合福祉通園センターでの個別支援計画作成の流れを示す。相談支援専門員のインテークと医師の診察の後に「評価会議」が開かれ、医師、理学・作業療法士、言語聴覚士、心理士、保育士、（ケースが成人の場合には）指導員の協議に基づいて個別支援計画が作成される。また、医療費、障害児等療育支援事業、障害児施設給付費利用契約など、治療や指導のために利用する制度も家族の意向や状況に合わせて考察する。この支援計画は、この評価会議によって 3 ヶ月ごとに見直されることになっている。

ここでは、ひとつの施設での個別支援計画の作成の流れを示したが、一般的には地域の関係者・関係機関が集まってサービスに係る個別会議を開催して同様の支援計画を作成することになる。地域の関係機関が集まって支援計画を作成することは、障害児とその家族のニーズを多面的に検討できるだけでなく、関係機関同士の強力なネットワークを形成する土壌を作ることに繋がる。

今後の課題として、当事者自身（児童の場合には保護者）が単に初回訪問や計画見直し時の聴き取りだけにとどまらず、ケース検討会儀自体にも参加しうる環境を構築していくこと、さらには ICF をその理念的背景に至るまで咀嚼したマネジメントを確立していくこと、そのための相談支援員の資質の更なる向上と体制確保があげられる。

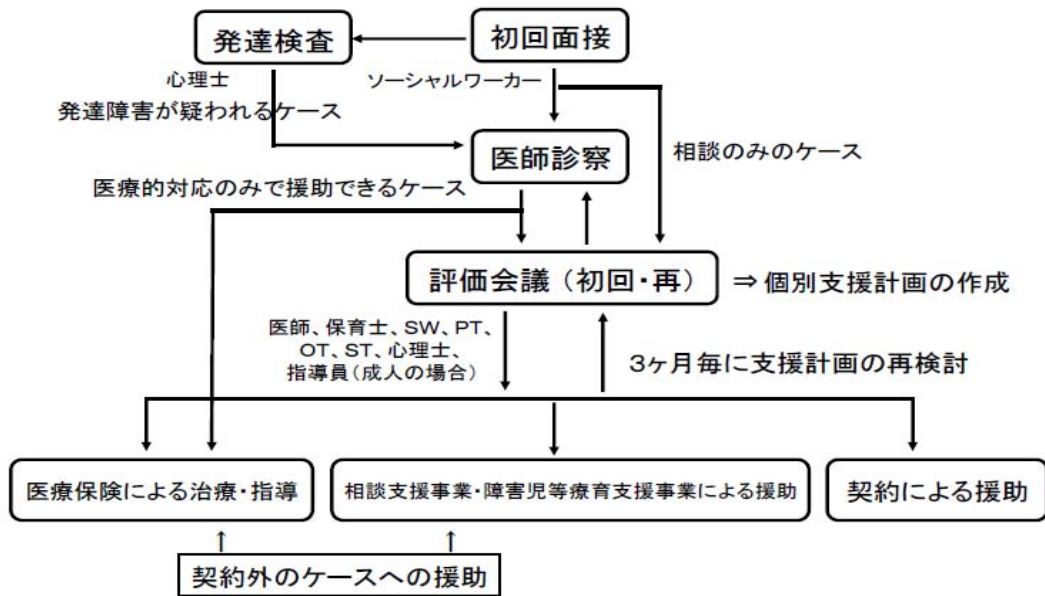


図 V 姫路市総合福祉通園センターにおける個別支援計画作成過程

VI 障害児の相談支援事業の基盤整備について

1. 障害児支援における「地域自立支援協議会」の位置づけとそのあり方

1) 地域自立支援協議会の捉え方

国は地域自立支援協議会について、「地域生活支援事業の実施について」H18.8.1 障発0801002 号障害保健福祉部長通知)の中で次のように示している。「相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステム作りに関し、中核的な役割を果たす定期的な協議の場として、市町村が設置する。」このように、地域自立支援協議会は今後障害者福祉推進の核となることが求められている。

本来地域で生活する障害者のサービス提供や障害福祉計画などに関する責務の実行は、市町村に委ねられているが、この地域自立支援協議会の「協議の場」という位置づけにより、障害者福祉に関して市町村とは別に独立した組織を設け、そこがサービス提供にかかる計画と実行に関与する、あるいは責任を持つことになる。つまり、市町村（ローカルガバメント）による統治とは別に障害者福祉に関する自治機能を設けるものと理解できる。

このような枠組みが必要となる背景には、障害者の生活を支えるサービスや資源が公助によるものだけでは十分ではないことがあげられる。地域で生活する障害者の生活状況を見ると、彼らの支援に必要な資源は多彩である。保健師やホームヘルパー、障害児等療育支援事業で派遣される専門職といった「公助」に属する資源以外に、例えば本人が住むアパートの隣人や、買い物に行く商店街の店主などが日々何らかの支えとなっているといったインフォーマルな「互助」に基づく資源をも包括したサービス提供体制を視野に入れる必要があるからである。

2) 従前のネットワーク形成と地域自立支援協議会との相違点

地域自立支援協議会の構成メンバーとしては、相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、保健・医療関係者、教育・雇用関係機関、企業、障害者関係団体、学識経験者等といった様々な団体と個人が想定されており、地域自立支援協議会はこのような団体と個人が集まる地域内のネットワークと位置づけられる。

障害者の地域支援におけるネットワークについては、以前より地域支援の取組みが比較的進んでいる地域の「サービス調整会議」や「ケア会議」として形成されてきた。

ネットワークの必要性とその形成について、わが国の近年の施策を簡単に振り返ってみると、特に平成 9 年の「今後の障害者保健福祉施策の在り方について（中間報告）」の中で相談支援やケアマネジメントの重要性が示された時期が一つのポイントと考えることができる。その後ケアマネジメント従事者養成が本格化し、続いて社会福祉基礎構造改革、支援費制度導入といった過程を経る中で、障害児の場合ではその保護者を含

め、障害者の地域生活を支えるための中核的な機能として、ケアマネジメント技法に基づく相談支援事業の重要性が認識されてきた。また地域で生活する障害者の生活ニーズは多様であり、これを満たすためには様々な団体が集まり、支援計画を立て、支援に当たることが有効であると認識されるようになり、ネットワーク構築は必然的な課題となった。このネットワークは、一人の障害者を支える過程を通じて、結果的に地域の資源開発に繋がるとも考えられるものであり、ここに集まる相談支援事業者やケアマネジメント従事者による高い意識を持ったソーシャルアクションが地域課題の解決に向かう糸口となる。

つまり、地域生活を続ける障害者各人を主体として、彼らのニーズに向き合い、ともに解決していく活動の中にネットワークが形成される源流があると考えられるものであり、この活動の過程は極めて弾力的でダイナミックな経過を辿るものである。

地域自立支援協議会のネットワーク形成・発展に関しては、当然、今日までの地域支援ネットワークの有効性が認知されていることを前提としている。しかし、未だネットワークを組織できていない地域にとっては、地域自立支援協議会の立ち上げが行政の指示に基づくものとして映り、ソーシャルアクションを基本としたネットワークとの認識が生まれにくい状況にある。

一方、国は地域自立支援協議会に求める機能として、「地域生活支援事業の実施について」の通知の中で以下の6点をあげている。

- ① 中立・公平性を確保する観点から、委託相談支援事業者の運営評価等を実施。
- ② 困難事例への対応のあり方に関する協議、調整（当該事例の支援関係者等による個別ケア会議を必要に応じて随時開催）
- ③ 地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議
- ④ 地域の社会資源の開発、改善
- ⑤ 市町村相談支援機能強化事業および都道府県相談支援体制整備事業の活用に関する協議
- ⑥ 権利擁護等の分野別のサブ協議会等の設置、運営 等

この6点のうち、従前の「サービス調整会議」や「ケア会議」の機能に該当するものを考えると、地域により若干違いはあるとしても②・③・④が一般的であり、⑥も見方によっては同様に整理できる。しかし、①については本来、市町村が責任を負うべきものであったと理解できる。⑤についても各々の地域の実情に合わせ、事業を実施するための企画と実行の責任を市町村が負うべきものであろう。

地域自立支援協議会にはこのように従前のネットワークの機能に加えて、地域の障害者福祉サービス全般に対する、管理、企画、運営、評価といった機能が求められているが、ややもすれば自治体の責任転嫁や回避の根拠となる危険性をはらんでおり、協議会立ち上げに苦慮している地域で市町村の責任分担が不明瞭であるとの不安や疑問の原因ともなっている。

しかし、近年地域福祉を推進する有効な手法として、特定の地域課題を直接市町村が担うのではなく、地域の関係団体等のネットワークに委ねる手法がとられる場合がある。つまり、特定の課題に関係する団体のネットワークによる自治型社会の創設である（ローカルガバナンス）。地域自立支援協議会もこのローカルガバナンスとして捉えてみると、国が6つの機能を提示した理由が理解できる。

この手法の利点は、多角的な情報やアイデアが集中された上で課題解決を図ることができ、市町村行政の事情のみが優先され、課題解決に強く影響することある程度防ぐことができるものである。また市町村行政を客観的に評価することも可能である。

3) 市町村と地域自立支援協議会の関係

地域自立支援協議会は市町村が設置し、必要な予算は地方交付税で賄われるものであるから、市町村の裁量が大きく影響することとなる。地域自立支援協議会をローカルガバナンスとして捉えるのであれば、課題である障害者の地域生活支援や相談支援事業については地域自立支援協議会の決定を尊重し、協議会の独立性を認めることが先ず肝要である。そのために地域自立支援協議会側としても集合する団体や個人の間での合意に基づく運営ルールや組織構造を決める必要がある。

市町村の役割としては、この独立性を認めた上で運営費用の保障をしなければならない。また、市町村自体もこのガバナンスに集まる一団体として、他の団体よりも優れている点で協力または支援をしなければならない。例えば、東松山市では地域自立支援協議会の設立に当たり、当事者からの聞き取りや市民へのアンケート等を実施し、その結果に基づき地域自立支援協議会の基本的スタンスや組織構成を図っている。同市が地域自立支援協議会の目的を、「障害の有無にかかわらずすべての市民がともに暮らすことのできる地域づくりの方策を検討し、推進する。」とした前提にはこのような自治体のメリットを生かしたリサーチがあり、地域自立支援協議会設立に多大な貢献をしたといえる。一方で、地域自立支援協議会設立以前より比較的相談支援や直接サービスの資源が整っている自治体であっても、設立の段階で市町村が意見調整を十分行わず、地域ネットワークの中核的役割を果たしていない団体に地域自立支援協議会の運営を委託したことから、協議会に集合する団体間の軋みを生じさせ、運営に支障を来している地域もある。

市町村は設置段階で繊細で十分な調整の上、その方向性を指し示すとともに、指導的役割を果たすべきであるが、その後の運営においては、間接的な管理と支援という立場に立って、地域自立支援協議会のガバナンスを支えるべきである。ただし、地域の実情に応じて関与の実際には違いがあるであろうことを追記しておく。

4) 地域自立支援協議会が扱う課題と障害児への支援

障害をもつ方たちへのサービスを考えた場合、障害の状況やライフステージ等ごとの

特定のニーズ（固有ニーズ）に応えるサービスと、障害のあるなしに関わらず、生活者として持つニーズ（普遍ニーズ）に応えるという2つの面が必要である。

地域自立支援協議会は地域で暮らす障害者を支えるネットワークであり、これをもとに地域の障害者福祉のガバナンスを果たすものである。東松山市では、これに加え地域で暮らすすべての人たちを支える「まちづくり」のツールとして位置づけている。これらは、生活者を支えるという普遍的な課題への対応を地域自立支援協議会の役割としていることに由来している。

また、地域自立支援協議会には「権利擁護等の分野別のサブ協議会等の設置」という機能が付されている。地域のニーズに応じ、必要な協議組織をつくることのできるものであるが、このサブシステムにおいて、固有の課題への対応を図るものとする。

近年のわが国の障害者施策は、地域支援にシフトしてきており、相対的に普遍的な課題への対応を中心とするものが多く、固有の課題については、精神障害者や自閉症等一部を除き、軽視されがちという批判がある。勿論、医療モデル中心のサービスを無批判に擁護するものではないが、障害をもつ人の社会生活における自己実現能力を高めるための手段としては、両者がバランスよく機能される必要がある。

地域自立支援協議会で扱う課題もこの点を考慮すべきであり、固有の課題が掘り起こされ、対応が必要であるならば、分科会やプロジェクトを設け、より専門的な対応を行うべきである。

このような観点で障害児への対応を考えると、障害児は、そのライフステージにおいて、心身ともに成長・発達の段階にあり、成長・発達に何らかの制限や課題を持っている。この意味で障害児は全て発達支援という固有ニーズを持っていることになる。

したがって、地域自立支援協議会での対応は、固有ニーズへの対応が中心となることから、分科会やプロジェクトに委ねることが妥当と考えられる。決して障害児に特化した地域自立支援協議会を新たに設けるということではない。

東松山市では、基本的に地域自立支援協議会を構成する関係機関による課題の掘り起こしが行われ、必要があればその解決を図るためのプロジェクトチームを立ち上げることとなっている。そして障害児に関するものとしては、「学校卒業後の進路検討支援プロジェクト」、「保育園、幼稚園、学校に通う障害のある子どもへの支援を確立するプロジェクト」が検討されている。

ただし、地域のニーズとして子育ての中に障害児の「育ち」あるいは「育て」の課題があることは容易に想定でき、心身機能の発達に対する支援と保護者に対する支援が同時に且つ迅速に行われるべきである。障害児支援については、地域に療育拠点のようなワンストップで、障害児と保護者を包括的支援する場が望まれる。また、障害児の課題は保護者や家庭環境等を背景とした複合的な場合が多いことから、様々な組織や団体が構成される地域自立支援協議会の機能を使うことも必要であり有効な手段である。

視点を変えて、上記のようなシステムの参考として、ロンドン市タワーハムレット区の障害児支援システム簡単に紹介したい。

ロンドン市には、33の自治区（BOROUGH）があり、その中の一つがタワーハムレット区である。この区の人口は約19万人であり、英国でも人口密度が非常に高い地域である。歴史的にバングラディッシュを中心とする移民が多く居住し、失業率も高いことからロンドン市の中では貧困地域として知られている。

ロンドン市の場合、自治区ごとにヘルスケアトラストが組織されており、コミュニティサービスが展開されている。ここには、健康センターや家庭医（GP）、小児科医の他、地域内の全ての健康・福祉サービス関係機関が統合されている。これをそのまま地域自立支援協議会と比較することはできないが、組織間のローカルガバナンスがあるという意味では注目できるものである。

このヘルスケアトラストの中に、“Child Development Team”（CDT）という、障害児とその保護者の相談からケアまでのマネジメントと評価を実施する機関がある。地域内の病院の中にこの機関は設置されているが、あくまでも地域の資源であり、病院の一組織ではない。

乳児期から幼児期にかけて、障害があると思われる場合、CDTによって多角的な評価が行われる。CDTに集まる様々な専門職には、ファミリードクター（GP）、小児科専門医、ヘルスビジター（家庭を訪問して指導や家族への情報提供する看護師。日本で言う保健師のような存在か）、OT、PT、STといった医療関係の専門職の他、教育心理士、臨床心理士、教員、ソーシャルワーカーといった、教育や福祉の専門職もおり実に多彩である。また、この地域の特徴からバングラディッシュ移民を対象とした Parent Adviser といった専門職も参集している。環境的要因にも配慮した、まさに複合的なニーズを前提とした組織体制である。

相談から、ケア計画作成までの流れを簡単に示すと以下のようなになる。

- ① 病院やソーシャルワークセクション等から照会を受けると、受入可否の判断を行うためにより詳しい情報収集を行う。
- ② アセスメントの前段階評価として、ヘルスビジター又はそれにふさわしい専門職が家を訪問する。
- ③ その後 CDT において、プレイグループに子供を参加させ、この中で各専門職が評価を行っていく。
- ④ この評価に基づき、チームでケアプログラムを打ち立てる。
- ⑤ 再度プレイグループに子供を参加させ、各専門職が第1回目の評価を基にさらに評価を行っていく。
- ⑥ その後医学チェックを行う。
- ⑦ チームと家族との間でケア計画が作成される。

その後、ケア計画に基づき、家庭への訪問指導を含めた支援がケアトラスト傘下の組織を中心に、実施されるのである。必要があれば保育園や学校にも出向いた支援がプログラムされている。障害児と保護者の支援をワンストップで支援できる体制が整っているのである。文化や行政の仕組みが違うわが国においてこのような仕組みをそのまま導入することはかなり困難であるが、今後障害福祉のローカルガバナンスとして地域自立支援協議会を位置づけ、地域づくりを行っていくのであれば、このようなコミュニティシステムはおおいに参考になるものである。

5) 事例：東大阪市自立支援協議会におけるライフステージに応じた支援について

障害者自立支援法に基づく「地域生活支援事業」の中で、市町村が相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的な役割を果たす協議の場として、「地域自立支援協議会」を設置することとされており、東大阪市でもこれを受けて、平成19年1月23日「東大阪市自立支援協議会」が発足した。その目的は、地域における相談支援ネットワークの形成、障害児(者)の生活支援体制の整備と、ケアマネジメントの取り組み体制の整備をはかり、「マイノリティの存在をマジョリティーへ」をかけ声に、障害児(者)の自立と社会参加を実現することにある。

東大阪市自立支援協議会設置要項

(設置)

第1条 本市における障害者、障害児、障害児の保護者または障害者若しくは障害児の介護を行う者が、障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的な役割を果たす協議の場として、東大阪市自立支援協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 協議会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 福祉サービス利用に係る相談支援事業の中立・公平性の確保に関すること。
- (2) 困難事例への対応のあり方に関する協議、調整に関すること。
- (3) 地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議に関すること。
- (4) 障害福祉計画の推進状況の点検および進行管理
- (5) 前4号に掲げるもののほか、協議会の目的を達成するために必要な事項に関すること。

(以下略)

協議会は、協議会委員会、運営委員会、個別ケア会議の3層からなっており、それぞれの役割については以下のとおりである。(図VI-1)

ア) 協議会委員会

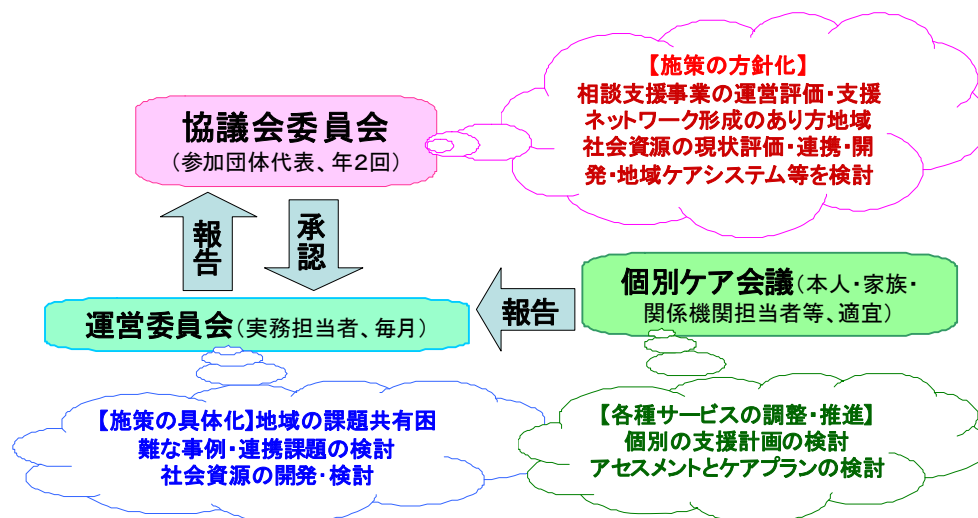
関係参加団体の代表により構成された委員による。年2回開催され、施策の方針化をはかる。具体的には、①相談支援事業の運営評価(中立・公平性の確保)、②支援ネットワークの形成のあり方検討、③地域社会資源の現状評価、連携・開発・地域ケアシステム等の検討をおこなう。

イ) 運営委員会

各団体の実務担当者が委員となり、毎月開催される。主な役割は施策の具体化であり、①地域の課題を共有、②特に困難な事例、複数機関の連携が必要な事例の課題解決に向けた検討、③新たな社会資源の開発・検討、をおこなう。

ウ) 個別ケア会議

本人・家族・相談支援事業者・サービス提供事業者・課題に応じた関係機関の実務担当者等により必要に応じ随時開催される。各種サービスの総合的な調整・推進を行い、特に個別の支援計画(アセスメント・ケアプラン)について検討する。



図VI-1 東大阪市自立支援協議会全体図

運営委員会に事務局がおかれ、委託指定相談支援事業者、福祉部障害者支援室、健康部保健所健康づくり課の担当で組織される。また、事務局は、必要に応じて個別ケア会議よりなお広域的な連絡調整を必要とする事例について、新たな資源の検討・開発を目的としたケア連絡会議を設置できる。さらに、運営委員会は、課題別のプロジェクト会議を持つことができることになっている。(表VI-1)

東大阪市の場合も、就学前はこども家庭室、学齢期は教育委員会、児童が者になれば障害者支援室、就労となれば経済部、高齢になれば高齢介護室、というように各年齢層によって担当部署が変わり、縦割り組織のために、連続したサービスの提供や、実際に連携をとるということは難しかった。しかし、支援法の施行により、ライフステージをとおして一貫したサービスの提供、相談支援システムの整備の重要性が認識されるようになったこと、また、自立支援協議会の設置によって、その構成メンバーに各部署の責任者が同席することとなった結果、個別ケア会議からあげられてきた諸問題、検討課題について、運営委員会で施策の具体案を検討し、それが協議会委員会に報告され検討・承認されるというシステム(図VI-1)によって、同時に情報の共有がはかられるようになり、縦割り行政の垣根を取り崩す可能性がうまれた。そして各部署が連携しやすくな

ただだけでなく、行政・民間支援団体とのネットワークも構築しやすくなり、足並みをそろえて問題解決の施策の展開ができる環境が整った。

東大阪では、就学前児童の場合、昭和 55 年末に療育センター、児童相談所(後の子ども家庭センター)、保健所、家庭児童相談室の 4 機関よりなる四所合同連絡会が立ち上げられ、児童部児童課(後の子育て支援課)の調整のもと、就学前障害児およびその周辺児に関する処遇についての意見交換の場として開催されてきた。この四所合同連絡会との関係や、学童期の子どもについての特別支援教育・学校の連携の問題をどう反映するかが議論となったが、個別ケア会議に取り上げ、協議会の流れの中で把握できるとして、どのようにリンクすることができるのか引き続き検討を加えることになっている。

表 VI-1 各委員会の構成員

【協議会】

| | |
|----------------------|-----------------------|
| 相談支援事業者の代表 | 指定障害福祉サービス事業者の代表 |
| 東大阪障害児者福祉施設連絡会の代表 | 東大阪市就業・生活支援準備センター所長 |
| 高齢介護等の関係機関の代表 | 障害当事者のうち市長が定める者 |
| 地域ケアに関する学識経験者 | 障害者を雇用している企業の代表 |
| 布施公共職業安定所業務部長 | 大阪府障害者自立相談支援センター所長 |
| 大阪府東大阪子ども家庭センター所長 | 大阪府こころの健康総合センター所長 |
| 大阪府立東大阪養護学校長 | 大阪府立八尾養護学校長 |
| 大阪府立たまがわ高等支援学校長 | 社会福祉法人東大阪市社会福祉事業団常務理事 |
| 財団法人東大阪市雇用開発センター専務理事 | 社会福祉法人東大阪市社会福祉協議会事務局長 |

【運営委員会】

| | |
|-------------------|----------------------|
| 相談支援事業者（市内 8 ヶ所） | 指定障害福祉サービス事業者 |
| 東大阪障害児者福祉施設連絡会 | 東大阪市就業・生活支援準備センター |
| 高齢介護等の関係機関 | 布施公共職業安定所(障害者雇用担当) |
| 大阪府障害者自立相談支援センター | 大阪府東大阪子ども家庭センター |
| 大阪府こころの健康総合センター | 大阪府立東大阪養護学校(進路担当) |
| 大阪府立八尾養護学校(進路担当) | 大阪府立たまがわ高等支援学校(進路担当) |
| 東大阪市療育センター | 財団法人東大阪市雇用開発センター |
| 社会福祉法人東大阪市社会福祉協議会 | 東大阪市経済部労働雇用政策室 |
| 東大阪市福祉部障害者支援室 | 東大阪市東福祉事務所(福祉係) |
| 東大阪市中福祉事務所(福祉係) | 東大阪市西福祉事務所(福祉係) |
| 東大阪市福祉部子ども家庭室 | 子育て支援課家庭児童相談員 |
| 東大阪市健康部保健所健康づくり課 | 東大阪市保健所東保健センター |
| 東大阪市保健所中保健センター | 東大阪市保健所西保健センター |
| 東大阪市教育委員会学校教育推進室 | 東大阪市教育委員会教育センター |

【今後の課題】

平成 19 年度の重点課題として、主に障害者就労、発達障害、地域移行、短期入所の 4 項目があげられている。

① 就労支援促進

就業・生活支援準備センターを中心に市内の就労移行支援事業所や就労継続事業所、地域活動支援センターⅢ型、小規模通所授産施設、養護学校等による就労支援会議(仮

称)の確立と企業開拓情報を共有化するジョブバンク(仮称)のシステム確立

② 発達障害児(者)への支援

発達障害児を対象としたニーズ調査をふまえ、者も含む支援システムの構築と地域サポーターの育成

③ 地域移行支援センター

地域移行支援センター運営委員会のもとに入居者が望む生活などの検証システムの確立や空き情報管理システムの構築など

④ 短期入所事業の拡充

新たな短期入所事業所の創設や既設の事業所の入所定員の枠拡大を追求
また、ニーズから新たに取り組む課題として、

⑤ 医療的ケアを必要とする重症心身障害児(者)への支援

短期入所事業への医療的ケアを必要とする重症心身障害児(者)のニーズも高く、また居宅における支援のあり方と医療の連携を検討

当面医療的ケアを必要とする重症心身障害児(者)のニーズを把握するためのアンケート調査などを検討

⑥ 特別な支援の必要な障害者へのソーシャルワークやケアマネジメント

再び罪を犯さないための支援のシステムづくり

例えば医療少年院から地域で生活していくための支援はどうあるべきか。更生保護施設と福祉サービス事業をつなぐ支援システムの確立

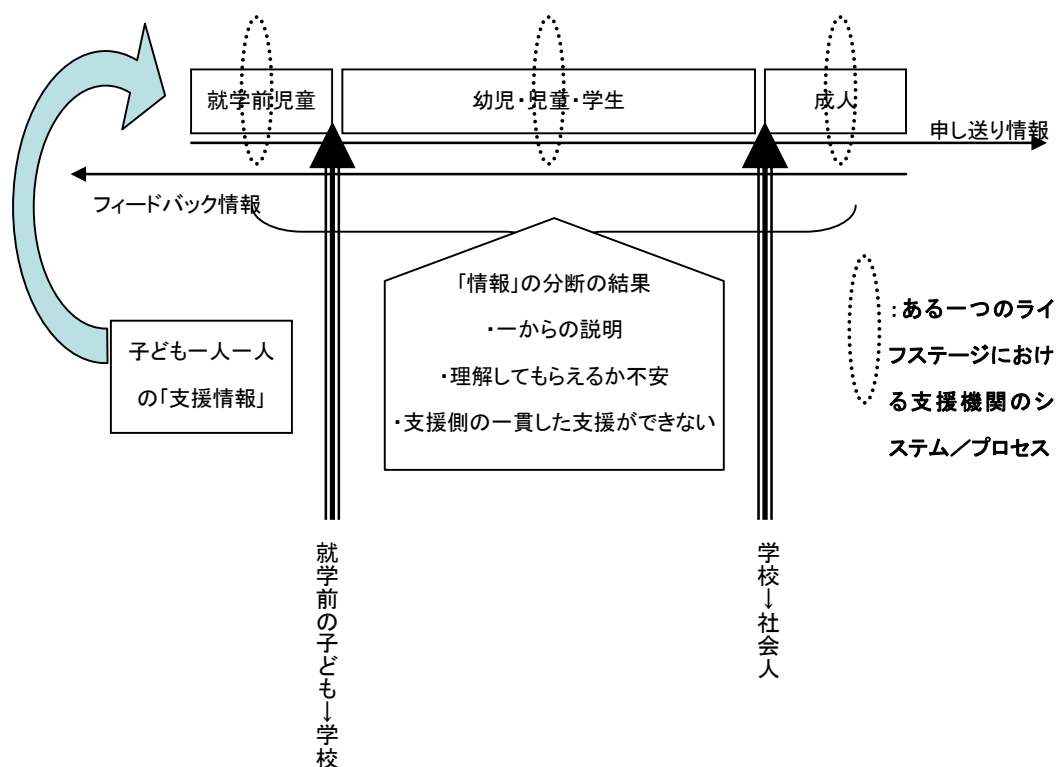
の2項目が追加された。

平成19年度後半期より、発達障害児(者)の支援システムの構築を目的に、就学前・学齢期の児童を対象として発達障害児(者)支援モデル事業に取り組んでいる。医療、保健、福祉、就労、教育等の関係部局、当事者、親の会、自閉症児支援センター、障害児タイムケア事業などのNPO法人などからなるプロジェクト会議が設置され、発達障害に関わるネットワークの確立および相談支援のあり方を検討するものである。さらに支援ニーズやライフステージに応じた一貫した支援のあり方・手法の検討・開発を行い、地域における発達障害児(者)や家族を支えるサポーターを育成することを内容としている。

(図VI-2)

東大阪市は、人口51万人からなる中核都市で、中小企業を産業地盤とする「ものづくり」のまちで知られる。市の財政もきびしい状況にあるが、「手弁当でできることがある」との認識で、関連機関が“うち(内情)”をさらけ出し、一緒にやることを確認し、自立支援協議会が発足した。“ライフステージ”という考え方と、委員会の構成メンバーに各部署の責任ある立場の人々を配置できたことが、縦割り行政というまず最初の垣根を崩し、下部組織を占める現場からの要望を、実効性のある施策に反映できる可能性が飛躍的に拡大したと思われる。そして、ライフステージのスケールで考えるとき、各

ステージで断面上にとらえられる第2の垣根である支援機関のシステムやプロセスをどのようにコーディネートし拡充できるのか、また、就学前から就学、学校から社会人へと変化するライフステージにおける節目の時期(第3の垣根)に、どうすればとぎれのない一貫した支援がコーディネートできるのかを明らかにする必要があるが、自立支援協議会の流れの中で対応を可能にするには、障害児等療育支援事業を活用し、このコーディネート機能を十二分に発揮することが必須と考えられる。



図VI-2 発達障害児(者)支援モデル事業

2. 障害児支援における「サービス利用計画作成費」のあり方

1) 関わりから見たサービス利用計画作成費の課題

サービス利用計画作成費のあり方を検討する前に、そもそもサービス利用計画とは何をさしているのかを確認しておく必要がある。サービス利用計画作成費が支給されるための条件として、①対象者がサービス利用計画作成費の対象者として支給決定されていること、②指定相談支援の提供について指定相談支援事業者に依頼していること、③指定相談支援事業者と対象者が契約をして、市町村に契約内容の報告をしていること、その上でサービス利用計画が作成されモニタリングが実施されてはじめて報酬単価が相談支援事業者を支払われる仕組みとなっている。(表VI-2)

表VI-2 サービス利用計画作成費の支給されるための条件

| 流れ | 支給条件など |
|----------------------|--|
| ①サービス利用計画作成費 支給申請 | 対象者が、障害福祉サービスの介護給付等の支給決定されているもので次の要件を満たすもの。 ・長期間の入所・入院から地域生活へ移行しようとする者 ・家族や周囲からの支援が得られず、孤立しており、具体的な生活設計ができない者 ・その他、福祉サービスを利用しようとする者であって、自らその利用を調整することが困難であり、計画的な支援を必要とする者 |
| ②支給決定 | 申請に基づき、支給期間を定め、市町村が決定 |
| ③利用者への通知・受給者証記載 | 地域生活移行の場合は6ヶ月の範囲内（原則1回更新）で支給決定 単身者等の場合は福祉サービス支給決定の有効期間の範囲内 契約内容報告書の提出により契約始期を確認（初回のみ）する |
| ④サービス利用計画作成依頼と契約 | 計画の作成にあたって、利用者宅を訪問し、利用者及びその家族に面接する〈課題分析〉。初回訪問時および計画の変更時に訪問実施。 |
| | 担当者会議の開催、担当者に対する照会等のより、サービス提供事業者の担当者から意見を求める。提出されたサービス利用計画の「会議実施日」により確認（初回及び計画変更時）する |
| | サービス利用計画について、利用者またはその家族に対して説明し、同意を得る。サービス利用計画を利用者等及びサービス事業者等に交付。市町へ写しを提出 |
| ⑤モニタリング | 1カ月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者等に面接するほか、その結果を記録する。また、サービス事業者等との連絡調整を行う。 提出されたモニタリング記録票により当月にモニタリングが行われたことを確認する |
| ⑥上限管理 | 利用者負担額の上限管理を行い、利用者負担額合計額を市町村に報告する。提出された利用者負担額上限管理結果票により上限管理が実施されたことを確認する |
| ⑦サービス利用計画作成費の請求 | 市町へ請求 サービス利用計画作成費（Ⅰ） 850 単位 サービス利用計画作成費（Ⅱ） 1,000 単位 （上限管理を行った場合にⅡを適用） |

乳幼児期から一生涯にわたり一貫して必要な生活支援を行うために、保健・医療、福祉、教育、労働等関係機関が連携し、個々のニーズに応じて作成される個別支援計画とサービス利用計画は全く異質のものである。乳幼児期、児童期の子どもの支援においては、現行の障害者自立支援法でいうサービス利用計画はなんら意味を成さないとっても過言ではない。

2) 報酬面から見たサービス利用計画作成費の課題

次に、サービス利用計画作成費のあり方を検討するにあたり、現時点での各サービス単価はどのような要素を持って構成されているのかを整理しておきたい。

サービス単価には基本的に、

- ・ 直接支援職員の人件費
- ・ 運営に係る基本的な管理経費等（管理事務相当分の人件費等・交通費・消耗品費・備品費・その他事務管理経費）

を包括評価分とし、これに各種加算（減算）が加わる（なお、級地区分はここでは言及しないものとする。）。

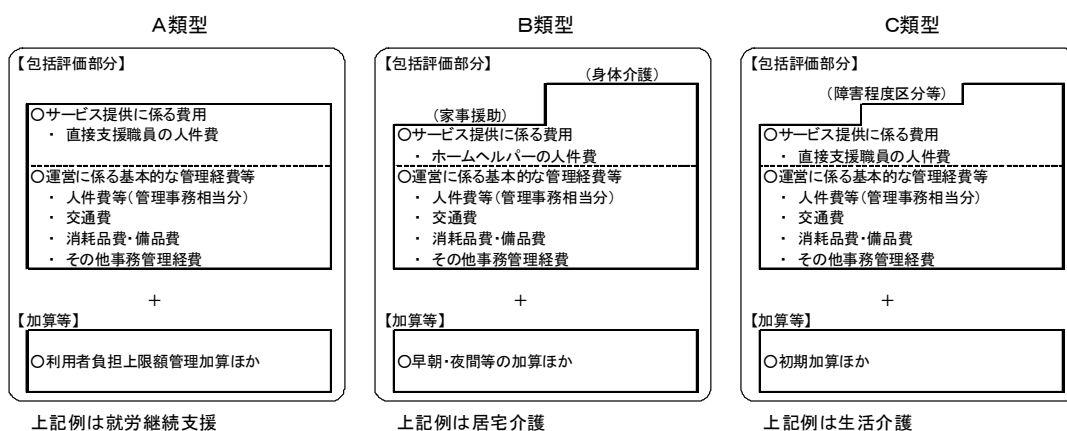
上記のうち、運営に係る基本的な管理経費部分は障害程度区分その他を問わず“一律”であるが、直接支援職員の人件費については、

- A) 定員規模による区分以外は支援内容を問わず一律であるもの
 - B) 支援内容により区分されるもの
 - C) 利用者の心身状況（障害程度区分）により区分されるもの
- の類型に分かれる。（図VI-3）

A) の代表例としては、訓練等給付に属するサービス（自立訓練等）があり、サービス利用計画作成費も当該類型に属する。

B) は居宅介護であり、身体介護と家事援助という、支援内容によって単価差が設けられている。

C) の代表例としては、介護給付系に属する短期入所、生活介護や施設入所支援に見られるものである。



図VI-3 単価構造のイメージ

サービス利用計画作成費は先に述べたように、A類型の構成となっている。

心身状況に関わらず「一律単価」であること自体は否定されるべきものではない。是非はともかく、障害程度区分の認定が行われないサービス（就労移行・継続支援等）の存在もさることながら、障害程度区分自体の精度に課題を有している現状にあっては、状態比例報酬（C類型）への移行は適切ではない。

次に、サービス利用計画の算定要件であるが、III-3.及び上記の関わりからみた課題からもその間口が極めて限定的であり、実際に報酬請求に至るケースが少ないことが課題としてあげられる。特に利用サービス数が算定に影響することは必ずしも適切ではな

い。介護報酬における居宅介護サービス計画費の報酬で 2003-2005 年度にのみ設けられたこの考え方が僅か 3 年で消滅していることは参照されるべきであろう。加えて、障害児の場合には“教育”という、そもそも障害者自立支援法にない領域や、障害福祉サービスに位置付けられていない“障害児施設”が重要な要素を占めることを考えると、現行の算定要件には無理があるものと思われる。

次に、サービス利用計画作成費の標準的な件数やこれを大幅に超過した場合等の報酬への反映がないことも将来的な課題として指摘されなければならない。今後の制度の浸透さらには制度改正等によって計画作成件数が飛躍的に伸びた場合であるが、従事者 1 名で対応可能な対象者には自ずと上限があり、適正規模を維持し、相談支援の質を高めるための設定は必要である。

さらには、より高い基準を満たしている事業所に対する配慮も必要である。これらはいずれも指定相談支援事業所を誘導する特性を有している。ただし、取扱件数に応じた区分設定を行うためには、全国あまねく資格者の確保がなされた時期を見極める必要がある。十分な量の介護支援専門員の存在に裏打ちされた介護保険に対し、事業者数そのものの地域格差が顕著な障害者福祉にあっては、やや時期尚早の観があることも事実であろう。

以上に見た課題を有しているサービス利用計画作成費であるが、より根本の問題として、対象者個人への現金給付を現物給付化したものであり、基本として実績払いであることについては一考を要する。それはとりもなおさず「実績が少ない⇨収入が少ない」ということとなる。これは他のサービスにも共通する課題でもあるが、高齢者や医療と比べ、対象者数が圧倒的に少ない障害児において、この実績払いが通用するかという根本的な課題を抱えている。

特に、現状のようにサービス利用計画作成費が発生する要件を限定し、また、障害児そのものの捉えかたにおいても限定する（軽度発達障害などを対象外とする等）ならば、小規模市町村においては、実績払いのみで安定的な収入が確保できる事業者は皆無であると断言してよい。また、その他の市町村においても、収入を確保するためには相当のエリアをカバーする必要がある。制度的にはそれでも良いであろうが、対象者との物理的な距離というものはやはり重要であり、また、市外から訪問し、相談支援を行う事業者が、果たして当該対象者が居住する市内の資源を十分に調整し、地域生活支援を行うかについては、現実の問題として考えられなければならない。

3) サービス利用計画作成費のあり方

乳幼児期支援では、子どもがもつ発達ニーズや親・家族の多様なニーズに応じて行われる相談や情報提供、複数の機関やサービスの調整などケアマネジメント機能が必要であり、「発達支援コーディネーター」がかかわりをもち、個別支援計画を作成し支援が

開始されたケースについては、サービス利用計画作成費が相談支援事業者に支払われるという形態が考えられるべきである。

本人への支援が中心的課題となる障害者ケアマネジメントと違い、障害児ケアマネジメントは子どもへの支援、親への支援、親子関係への支援など複眼的な視点から対応していくことが求められている。子どもの場合、実際のサービスに繋がるかどうかの問題ではなく、相談支援事業というシステムと関わることが重要であるため、障害福祉サービスの利用を前提とした現行の仕組みの中に当てはめることは難しい。そのため、関わりが始まった段階で1ケースあたりの報酬が支払われ、個別支援計画が作成され支援が開始されるとさらに報酬が加算される仕組みを新たに検討される必要がある。

また、乳幼児期支援にはライフステージを繋ぐ縦へのネットワークが重視されるため、関係機関間の連携や多職種がチームを組み、個別支援計画や移行支援計画、教育支援計画に関わることを想定しておかなければならない。「発達支援コーディネーター」の配置にかかる財源確保とチームアプローチが可能となる単価設定や支払い方法の検討もあわせて必要である。子どもの支援における個別支援計画作成費の支給要件も、乳幼児期支援に見合う見直しをかけていくことは言うまでもない。しかし、一方では個別支援計画作成にあたっての報酬は何を根拠にするのか明確ではなく、障害児ケアマネジメントのマニュアルと計画書の様式を整備することで、質の担保と積算根拠となり得るのか、議論を重ねていく必要がある。

障害児に対する相談支援を安定的・継続的に実施していくためには、サービス利用計画費により収入の道を確保することが重要となる。何となれば、当該費用は個別給付であり、個別給付であるがためにその対象が明確なものである。現行の地域生活支援事業の委託相談支援、その原資を交付税に基づいている委託相談支援では、必ずしも障害児に対する相談支援が地域格差なく行えるという保障はどこにもなく、制度の浸透に伴い成人の相談件数が増大してきた場合、包括算定であればその影響を受けないとは言い切れない。個別給付要件と対象を拡大しておくことで、成人とは独立したものとして、その影響を受けないようにする仕組みづくりが必要である。

3. 児童デイサービス事業と障害者自立支援法

児童デイサービスは、他の通園施設とは異なる道程を歩んできた。平成15年度の支援費制度では、施設支援ではなく居宅生活支援に位置づけられ、平成18年度には障害者自立支援法の介護給付へと移行している。障害児通園施設が措置制度にあって定額単価であった時代に、先行して利用契約制度の日額実績単価に変わったことも今後の障害児施設のあり方を考える上で重要な変更であった。本節ではこれまでの児童デイサービスの歴史を振り返りながら、相談支援事業における役割について検証していく。

1) 小規模通園事業の誕生

児童デイサービスの前身は心身障害児通園事業である（昭和 47 年 8 月 23 日児発第 545 号児童家庭局長通知）。実施要綱には次のように規定されていた。

目的としては、「児童福祉法に基づく精神薄弱児通園施設または肢体不自由児通園施設を利用することが困難な地域に、市町村が通園の場を設けて心身に障害のある児童に対し通園の方法により指導を行ない、地域社会が一体となってその育成を助長すること」とされた。実施主体は市町村とされ、対象は「精神薄弱、肢体不自由、もう、ろうあ等の障害を有し、通園による指導になじむ幼児」とされた。本事業は、おおむね 20 名の子どもに対して専任職員と嘱託医が配置され、年額約 1,000 万円の運営費が充てられた(国 1/2・都道府県 1/4・市町村 1/4)。

1970 年代後半には障害の早期発見・早期療育が一般化し、1 歳 6 ヶ月健診も法制化されている。本事業の役割は、地域の早期療育体系の中での発見後の受け皿として期待され、1990 年代半ばには 350 箇所前後に達した。短期間の間に急速に増えた背景として、通園施設の設置が進まない地域にも障害のある子ども達への育児支援ニーズが強かったこと、小規模市町村でも国庫補助を受けて実施しやすかった等の要素が考えられる。「発達心配といわれたがどうしたらいいのかわからない。」という保護者の声と、「発見はしたけれどつなぐところがない。」という保健師たちの声が創りだした施設と言える。

2) デイサービスという名称

その後、「障害児通園（デイサービス）事業について（平成 10 年 8 月 11 日障 476 厚生大臣官房障害保健福祉部長通知）」により先の要綱が廃止され、従来の障害児通園事業は一般的に児童デイサービスと呼ばれるようになった。本通知で留意すべきは、「(略) 今般、学齢児が学校終了後に本事業を利用する道を開くため、対象児童の学齢要件を緩和することとし、(略)」とした点にあり、また、デイサービスとしたことでより強く居宅生活支援としての位置づけにシフトするなど、他の施設通園と異なる性格が強くなった。対象年齢については、市町村長の裁量により 12 歳まで利用が可能となった。しかし、他の地域資源などとの関係から学齢期障害児の放課後対策・余暇支援として児童デイサービスが利用されるなど、求められる役割が多様化していくこととなり、児童デイサービスの性格が現在のように事業所によって大きく異なるものとなるきっかけとなった。

もう一つ注目すべきこととして利用人員の小規模化が挙げられる。従来の 20 名規模から「概ね 5 名以上とする」とされたが、これらの機能を地域に根付かせるための措置（20 名確保となると困難な地域が存在）として一定の評価をすべきである。その後の「障害者プラン（平成 7 年）」では、平成 14 年度までに 1,300 箇所（重心通園 300 箇所を含む）の整備を掲げており、保育園などの空き教室の利用も認められることとなった。

支援費制度を迎えるまでの本事業の果たした意義としては、専門的な支援もさることながら、「利用のしやすさ、敷居の低さ」にあったと思われる。事業の対象である「通園による指導になじむ障害のある幼児」を考えると、また、先に挙げた「早期発見後の受け皿」としての役割を考えると、診断や手帳などの諸条件をつけることが必ずしも適切ではなく、保健所・保健センターの保健師等の意見があれば利用できるとして、他の事業よりも幅広い裾野を持ちえたことは評価すべきであろう。1歳6ヶ月健診や3歳児健診の場で、「子どものことが心配」と「子どもに障害を理解して指導や治療を受ける」のとでは大きな隔たりがある。前者の不安に応えるためには、支援を必要とする親子が気軽に利用できるための仕組みが必要であった。

以上の役割を担った児童デイサービスは、単なる一事業所としてではなく地域の保健所・保健センターと密接につながり、保育園・幼稚園、学校などと連携する地域療育の拠点としての役割を担ってきたのである。

3) 支援費制度へ

量的拡大をなしえた児童デイサービス事業所は、従来の障害児通園施設（知的障害、肢体不自由、難聴の3種別）による「全国三通園連絡協議会」に参加することとなり、ここに「全国発達支援四通園連絡協議会」が発足した。この協議会への参加と前後して、相互の情報交流や制度政策提言等の機会を得たことの意義は大きい。このような状況の中、平成12年の社会福祉事業法等の改正で謳われた支援費制度への移行準備が平成14年度から本格化することとなる。

平成15年度、障害者支援費制度がスタートしたが、この時点で障害児通園施設の中で唯一、児童デイサービスだけが支援費制度に移行することになった。この時点を境に施設支援とは異なる位置づけがより鮮明になるとともに、利用契約制度に共通の“個別給付”の単価体系への移行は、事業運営に一定の改革をせまるものであった。

表VI-3 児童デイサービスの単価（丙地）

（単位：円）

| 一日利用定員 | 03年度 | 04年度 |
|----------------|-------|-------|
| 小規模（10人以下） | 5,390 | 5,320 |
| 標準（11人以上20人以下） | 3,710 | 3,670 |
| 大規模（21人以上） | 2,840 | 2,820 |

支援費制度における法定化および個別給付化の長所としては、全国一律の単価設定（級地区分を除く）がなされたことである。これは居宅介護の日常生活支援と同様、ややもすると市町村の裁量により著しく安価な設定がなされるという危険を回避するとともに、適正な価格設定がなされた場合には民間参入によって基盤整備が進むという点で評価すべきであろう。

しかしながら、個別給付へ移行することはすなわち対象者を明確にする（支給決定）ことを意味するものであり、従来の利用しやすさ、敷居の低さという特性が維持できるかという点に関心が集まった。支給申請手続きおよび支給決定の段階等で、従来の特性

が十分に発揮できないことが懸念された。

厚生労働省の以下の通知は、対象限定が極端に行われないう市町村に認識を促すものとして理解することもできる。平成 10 年の要綱改訂時の対象に加え、「なお、市町村が必要と認めれば、現在は著しい障害がなくても、現存する疾患等を放置すれば将来一定の障害を招来するおそれのある児童についても対象となるものである。」とした上で、留意事項として「市町村は、身体障害者手帳および療育手帳の交付を受けていない場合でも、必要な場合はサービスを利用させることができるものである。なお、身体障害者手帳および療育手帳を有しない障害児の保護者から居宅生活支援費の支給の申請等があり、障害を有するか否か又はおそれのある児童に該当するか否かの判断が困難な場合は、市町村は、必要に応じ児童相談所の意見を求めた上で、支給決定等を行うこととなる。」としている。

さらには、支援費制度という利用契約制度に移行することはすなわち申請がない場合にはサービスが提供されないということとなるが、その結果として漏れる者を救うための措置権の行使についても規定している。やむを得ない事由による措置の例として、「乳幼児健診等で、児童に何らかの障害等が認められた場合」、「医師、保健師、ケースワーカー等から児童デイサービスの利用を勧奨されているが、保護者が当該児童の障害を受容するに至らず、支援費の支給申請を躊躇している場合」が挙げられている。保護者への配慮とともに、乳幼児期は障害の受容に対しても支援が必要な特別な時期として考えられていることがわかる。

残念ながら、この認識が市町村の全てに徹底されることはなかった。窓口において診断や手帳の取得を強いるほか、将来的なリスクに備えるという事業の意味を理解できず、また、利用選択制度を強調しすぎるあまりに措置権の行使を躊躇（または認識そのものが欠如）する市町村は少なくはなかった。さらには、利用契約制度への移行に伴う情報支援の停滞と、事業委託先から実施主体へと事業所の位置が変わったことへの市町村の対応は、これまで地域の療育システムの一翼を担ってきた小規模通園事業をより困難な状況へと追いやった場合もある。

また、制度移行により利用者負担（応能負担）が生じたことも影響があった。年齢的に所得が高くない児童の保護者が多いが、応能負担ではというものを境界として負担に差が設けられているため、市民税非課税・課税の境界付近に位置する保護者にとって“負担感”が大きくなる結果を招いた。

児童デイサービスがたどってきた道程は、今後児童施設の障害者自立支援法を含む新体系への移行を考える時に参照すべきだろう。

4) 障害者自立支援法の施行

児童デイサービスは、障害者自立支援法に移行する中で、発達支援・家族支援・地域支援を柔軟に提供できる機能と役割が曖昧になってしまったとの指摘がある。児童デイ

サービスは居宅生活支援事業となり、「日々通う療育の場」のイメージが薄れるとともに、支援費制度時代には「託児」的なイメージの事業所も出てきていた「柔軟な利用」という点でも問題が生じている。この点について、厚生労働省は、「乳幼児期は障害の診断が確定もしくは受容されていない場合も多い特別な時期であること」、「家族への支援も同様に重要であること」「グレイゾーンの子どもも含めて対応しているのが児童デイサービスであること」等を認めて柔軟な利用を確認している。

障害者自立支援法の中で、児童デイサービスは、「療育型」「預り型」などというキーワードに象徴されるⅠ型・Ⅱ型の類型に分けられた。職員配置を見ると、Ⅰ型が子ども10人に対して2名の保育士等とサービス管理責任者の配置に対し、Ⅱ型は15人に2人の保育士等のみの配置となっている。さらに、Ⅰ型の事業では、クラス単位で70%以上就学前児童の対応をしている場合にはより高い単価が適用される。

Ⅱ型事業については、大幅な単価ダウンとなったが、施設運営という点だけでなく、学齡児の放課後・余暇支援をどうしていくのかという議論は必要であろう。留守家庭児童対策や学校利用の全児童対策など他の放課後・余暇支援事業や、地域生活支援事業の中の障害児タイムケア事業（中高生も含む。）などとの関連を含めての検討が急務である。

表VI-4 児童デイサービスの指定基準（変更点）

| | 新指定基準 | 旧指定基準 (経過措置) |
|-------------------------|-------|-----------------|
| 保育士及び指導員の 人員配置基準 | 10:2 | 15:2 |
| サービス管理責任者の 配置 | 必要 | 未配置でも可 |
| 就学前児童を実際に 7割受け入れているか | | |
| 利用定員の設定 | 10人以上 | 10人未満でも可 |

5) 新しい事業体系の検討

児童デイサービスは、短期間のうちに支援費制度から障害者自立支援法へと移行させられてきたが、法律や制度に関わらず、地域に必要な療育システムは何か、児童デイサービスが果たすべき役割は何かということを考えていくことが重要である。

改めて、今後の障害児支援システムの中で、障害児やグレイゾーンの子ども達の発達支援や子育て支援の中心となるために、児童デイサービスは以下のような機能をもつことが求められている。

- ① 子育て支援策の一環として、育てにくい子どもの子育てを支援する取り組み。
- ② 障害発見後の親子の受け皿機能。
- ③ 子どもへの支援だけでなく、障害の受容の過程もふくめて家族への支援も重要。
退所後も含めて地域生活への支援も不可欠。
- ④ 子育て支援の側面を持ちながらも障害に対する専門性が必要。

などのポイントが挙げられる。問題点として、「診断や手帳の取得を求められること」「煩雑な申請や契約の手続き」「受給者証等の『障害』の文字」「費用負担」「通所の利便性」などが挙げられ今後の検討が必要である。また、診断が確定できない、保護者が受容

しにくいなどの状況がある場合でも抵抗なく利用できる仕組みも必要である。

①に関して、そもそも障害者自立支援法は障害を現に有する者に受給資格を認める制度である。このことを考えると、特に3歳未満児については障害を前提にせずに子育て支援策の延長として児童福祉法の範囲で対応をすべきである。

②の発見に関しては、地域差はあるにしても保健所・保健センターの健診で「要観察」などフォロー対象となる子どもは1歳6ヶ月健診後で10%前後(名古屋市の場合)といわれている。その半数に対応するとしても出生数の4-5%程度の枠が必要である。

③の家族支援、地域支援のとりくみは、大半の事業所で行なわれているが、児童デイサービスではカウントされない。

④については、1歳半から3歳の発達障害に該当する児童だけでなく、出生直後に障害の診断がされるダウン症や脳性まひなどの児童もいる。障害や合併症への医療的アプローチと育児支援を両立しうる人員の配置が求められる。

これらの機能はどの地域にも必要なものであり、障害児の施策としてではなく子育て支援の延長線上として、児童福祉法で対応すべき内容である。

6) 障害児相談支援事業における児童デイサービスの今後

障害児に対する相談支援事業の展開を考える時、相談を受けた後の発達支援の場の確保が重要な課題となる。しかし、知的、肢体、難聴の各通園施設の設置は都市部に偏っていて、人口が少ない地域では適切な支援が提供できていないという現状がある。また、障害児通園施設では、児童相談所の利用決定が必要であることなど、親が子どもの障害を理解できていない、または受け切れていないなどの状況では利用が難しい。

児童デイサービスは、全国1,100ヶ所程度が設置されており、その範囲は人口過疎地域にも広がっている。障害者自立支援法の中でさらに充実させていくこと、相談支援事業との協働の中で地域の療育資源として発展させていくことが求められる。

参考文献

「あなたの街にも発達支援の場を」(編著 近藤直子、全国発達支援通園事業連絡協議会 クリエイトかもがわ刊)

Ⅶ 障害児等療育支援事業の展開方法について

1. 障害児等療育支援事業の位置付けと必要となる社会資源

本報告書での北海道および広島県の事例からも分かるように、広域的な療育支援体制を構築するには、「圏域を越えた情報収集や情報提供」「支援困難ケースの検討から生じる社会資源の把握や開発」などの都道府県等の共同作業が不可欠である。本事業の前身である障害児(者)地域療育支援事業では、「療育の重層化」として、「保育所、幼稚園、児童デイサービスなどの地域に密着した資源」「支援施設」「拠点施設」が三層構造をもって展開するものと述べられている。これは、療育支援を展開していくうえでの基本であり、重要な目的となっている。都道府県（政令市、中核市）事業として位置付けられた本事業の目的と意義は、以下のように整理することが出来る。

① 乳幼児期から児童期の子どもに特化した社会資源の整備

乳幼児期から児童期における特殊性については、子どもが障害児通園施設などで療育支援を受け、親の育児への支援も含めて、誕生から保育所・幼稚園、学校へ、そして社会活動へと一貫した支援が必要なことである。

障害福祉施設を、他の社会資源や進路へとつながる「通過型」と、将来にわたり安定した生活の提供を目的とした「継続型」に分類するとすれば、児童福祉施設の多くが通過型の性格を持つ。その中でも障害児通園施設は、子どもの進路にともない多様な機関への移行を目的としたものとして位置付けられる。障害児が利用する多くの社会資源に対して各種別の機能を提供し、円滑な生活を提供するためにすべての障害児通園施設に対して障害児等療育支援事業のシステムが整備されることが、発見から療育、そして継続的な支援への効率的な方法となる。

② 障害種別等を限定しない障害児等療育支援事業の重要性と有効性

措置制度の下で、支援や療育を受ける場合には児童相談所での判定や療育手帳取得などによって障害状況を確定させることが求められていたため、グレイゾーンにある児童や発達障害児等への支援を行う機能を発揮できない場面が多かった。施設利用においては、知的障害児は知的障害児通園施設、肢体不自由児は肢体不自由児通園施設、難聴児は難聴幼児通園施設と、障害種別等により区分され、身近な地域で適切な支援を受けることも難しかった。通園施設の設定がない発達障害児についても、支援体制の整備が社会的に急務となってくると思われ、障害児等療育支援事業が果たす役割はさらに大きくなると思われる。さらに、早期療育の必要性が叫ばれる状況の中、低年齢児の保護者への障害への理解に関する支援は大変重要なものである。保護者の障害理解への支援は、その後の子育てに関わっていく上で、育児不安の解消や子どもの二次障害の予防等に大

きな意味を持つ。また、アンケート調査結果や広島県の現状からも分かるように、0歳児から高校生までの利用状況から、乳幼児期から児童期・青年期に亘る広範囲な継続的な支援が必要である。

③ 地域機関間のネットワーク機能

乳幼児期・児童期の地域支援を行うにあたり、ライフステージに応じた継続的な支援が重要である。並列的な位置関係にある機関との横方向の連絡・調整に加えて、成長・発達過程や進路状況を踏まえた縦方向の連絡・調整も必要となる。また、低年齢であればあるほど保護者同士の関係作りや保護者個々のゆとりを確保することは、子どもの安定した成長にとって何よりも重要である。地域に存在する様々な社会資源の情報提供・連絡調整機能を有している障害者相談支援事業と障害児等療育支援事業は、保護者にとっても大変重要である。

平成18年10月より、コーディネーター事業（地域生活支援事業）が障害者相談支援事業として市町村事業に移行し、地域に根ざした活動支援が期待されている。しかしながら、専門的な療育支援が必要な子どもには、部分的な地域生活の安定だけではなく、その子の発達を保障しうる事業が必要である。このような広い視野をもった専門性を確保するためには、市町村事業としてではなく、都道府県事業として位置付けることが適切である。

2. 障害児等療育支援事業の展開に関する現状と課題

乳幼児健診が昭和22年から開始され、その後3歳児健診、1歳6ヶ月健診へと健診体制が整備され、障害児支援のシステムも牽引されてきた。その後、平成9年の地域保健法改正により乳幼児健診の受診率が向上するとともに、発達の遅れや障害が早期に発見されるようになってきた。

子どもへの療育支援や親・家族支援を展開していくにあたって早期の合意形成と積極的な関わりのあり方については、この乳幼児健診後のフォローシステムとして検討していくことが現実的である。例えば、1歳6ヶ月健診、3歳児健診後に保健師や心理士、(仮称)子ども発達支援コーディネーター(=相談支援専門員)が家庭訪問や巡回相談を実施し、必要な情報提供やサービス調整、利用支援を行っていくようなシステムが必要である。また、保育所や学校を利用している子どもについては、必要な職種が機関を超えてチームを組み、育児支援、療育支援、家族支援が一体的に提供できる新たな仕組みを創っていく必要がある。

軽度発達障害児については、従来の健診では把握が難しく、保育などの日常生活場面で気づかれることが多い。特に、保育所や幼稚園など集団生活の中で保育士や教諭がコミュニケーションや行動面などで気づきはあるが、適切な対応や専門機関への紹介方法

が分らず、就学を迎えてしまうケースも見受けられる。また、親・家族の意向や想いを十分に把握せず、専門機関への受診を勧めたため、診断・告知の受け入れが非常に困難になり、その後の積極的な支援がスムーズに行えないケースも少なくない。このような課題に対して5歳児健診の有効性が提起されているところであるが、5歳児健診については従来の保健センターで行う健診スタイルではなく、保育所、幼稚園など集団生活場面でチェックできるスタイルが望ましい。これは、単に把握率を上げるだけでなく、保健師、(仮称)子ども発達支援コーディネーター、心理士、保育士、教諭、特別支援教育コーディネーターなどがチームとして支援するシステムにつながりやすいという副次効果を持つものである。

障害児等療育支援事業を活用し、機関を超えて専門職種がチームを組み支援する体制をつくることができれば、子どもへの発達支援や親・家族への支援の幅が広がるばかりか、過疎地域や離島、療育機関などの社会資源未整備地域においても、必要な支援が提供することが可能になる。

子どもの年齢や環境などによって、チームの組み方は保育ベース、教育ベースなど様々であり、子どもによってチームのメンバーは当然異なる。子ども発達支援コーディネーター(あるいは特別支援教育コーディネーター)が調整し、子どもが主に所属している機関で支援チームの協議などを踏まえ、個別支援計画(あるいは、個別の教育支援計画)が作成されるシステムを新たに提示していくことが必要である。

さらには、障害者自立支援法施行を機に全国で設立されつつある地域自立支援協会との関係整理も重要な課題である。児童に限らず高齢者を含めたあらゆる分野でネットワーク化が進みつつあるが、全てに共通する課題と個別課題があることを相互に認識しないままのネットワーク化は時として重複による非効率および関係機関の衝突とともに、狭間部分の放置といった事態を招きかねない。

障害児等療育支援事業がネットワークの中心となるか、地域自立支援協会でどのような位置を占めるかについては、専門性・個別性の視点から“障害を有する子ども”としてとらえるか、地域で生活する“特別なニーズを有する子ども”としてとらえるかで異なる。ネットワーク形成にあたっては専門性・個別性ととともに普遍性についても注意が払われなければならない。

3. 圏域設定と重層的支援体制の構築

1) 北海道における子ども発達支援体制の例

北海道は面積が国土の22%を占めるものの、人口は約563万人で日本全体の4.4%に過ぎない。札幌市189万人を含む札幌圏域に約232万人と全道の半数近くが集中するなど、北海道は過密と過疎が同居している。加えて寒冷地であることや、面積があまりにも広大(函館市から根室市までは約700キロ弱、車で11時間前後を要する。)であるこ

となど、他の都府県にはない特徴を併せ持っている。

北海道庁は札幌市内に位置し、出先である保健福祉事務所（旧支庁）は 14 ヶ所、北海道立児童相談所が 8 ヶ所（分室 1 ヶ所）となっている。なお、札幌市は政令指定都市であり他の市町村とは保健福祉の権限および機能面で大きく異なっている。

【障害児早期療育システム推進事業】

昭和 62 年度に「障害児早期療育調査検討委員会」による北海道の早期療育の検討の結果、療育圏の重層設定（3 層）がなされた。第一次圏域を複数又は単独市町村、第二次圏域を地域生活圏域（ほぼ児童相談所管内）、第三次圏域を全道域と位置づけた上で、それぞれの圏域内の機能充実とネットワーク化、さらに各圏域のシステムについての基本的な考え方、展開方法等を提言した。

その後平成元年 3 月には「中核的施設の機能のあり方に関する調査検討報告書」がまとまった。

「中核的施設」とは三次圏域を対象に、北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター、北海道立旭川肢体不自由児総合療育センターおよび北海道立太陽の園援助センターの 3 ヶ所を位置づけ、専門的で高度な療育・医療機能を備えるとともに、一次圏域および二次圏域での実践定着、水準の向上を促進する機能を担うものであった。

二次圏域では 8 ヶ所の道立児童相談所管内の障害児入所施設が「障害児（者）地域療育等支援事業」等の機関としての役割と機能を持った。

また、同年から「障害児早期療育システム推進事業」がスタートし、平成 8 年度には第一次圏域で当初予定していた母子通園センター 67 ヶ所全ての設置と全体の仕組みが整い、北海道早期療育システムが全道域で動き始めた。

北海道早期療育システムは着手から 15 年間に渡り展開されてきたが、

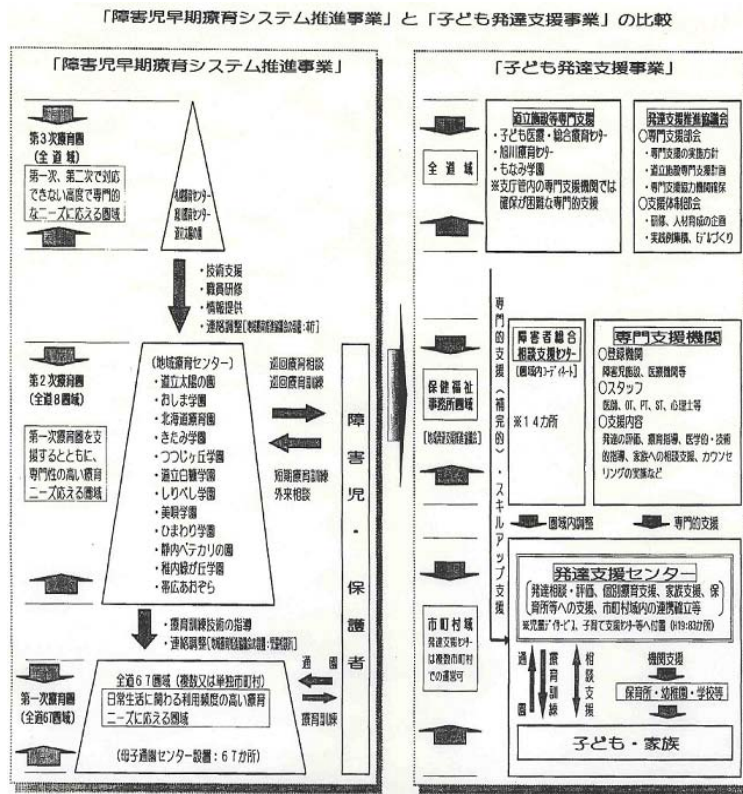
- ・ 乳幼児健診との連携を通じて早期発見から早期療育につなげる道筋を確立し、障害確定前の子どもを含めて就学までの期間を中心として、住んでいる地域において子どもの成長・発達を支援することが可能となった。
- ・ 親がわが子の障害理解を深め安心した子育てにつながるよう相談支援等の機能を果たしてきた。
- ・ 一次圏域、二次圏域、三次圏域の重層的療育・支援体制を通じて一定の専門支援を確保してきた。等の成果を挙げえたものと評価したい。

この間、障害児の在宅福祉サービスは支援費制度が導入され、福祉施策の一部が市町村に移行する中、北海道は早期療育システムの見直しを行い、平成 17 年度からは市町村子ども発達支援事業として新たな仕組みに再編成した。それに伴って二次圏域としての役割を果たしてきた障害児入所施設は地域の専門機関として新たな役割のもと、子ども発達支援事業にかかわることとなった。

【市町村子ども発達支援事業】

① 障害児早期療育システム推進事業から子ども発達支援事業へ

北海道では、平成 16 年度で障害児早期療育システムを終えて、従来の取り組みで出来上がった基盤を活かしながらも、平成 17 年度から市町村子ども発達支援事業として再構築した。(図Ⅶ-1)



図Ⅶ-1

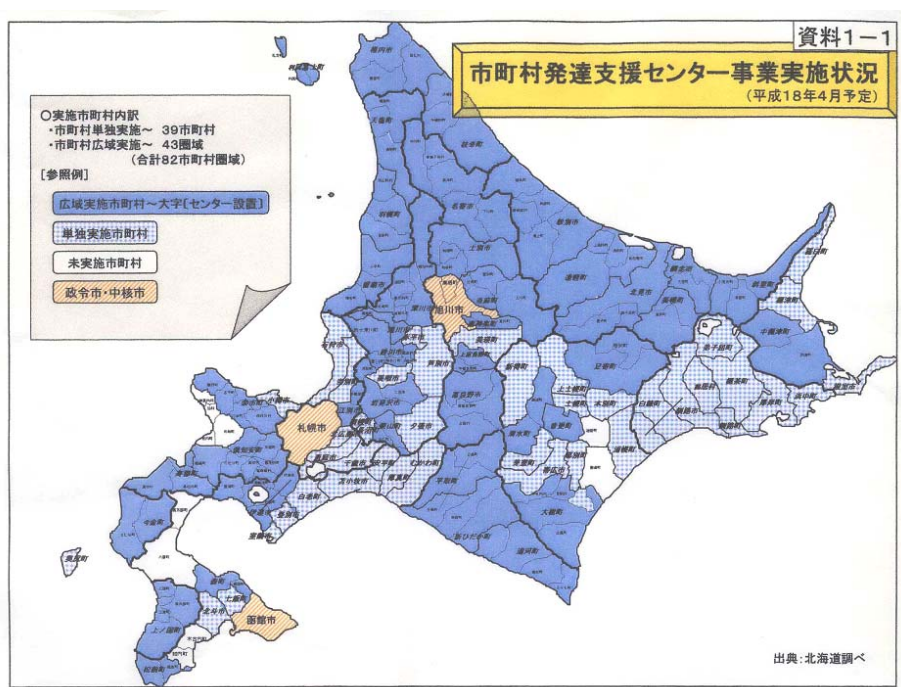
市町村子ども発達支援事業は、従来の重層的支援体制の一次圏域である母子通園センター67ヶ所から子ども発達支援センター82ヶ所へ、従来の二次圏域の児童相談所管内8圏域(障害児施設)から保健福祉事務所(支庁)管内14ヶ所(地域の様々な専門機関)となり、三次圏域は道立療育センターとなった。中間的調整機能・事務局は8ヶ所の道立児童相談所管内から14ヶ所の保健福祉事務所管内にとって代わる事となった。北海道全体の子ども発達推進協議会と各保健福祉事務所に子ども発達推進協議会を設置し、地域のネットワーク作りと子どもと家族の支援等の推進協議がよりきめ細かく出来る仕組みとなった。

北海道では、平成 14 年度に発達障害者支援センターが開設(現在、2ヶ所の地域センター増)、平成 17 年度から子ども発達支援センターと同時に障害者総合相談支援センターが各保健福祉事務所管内に1ヶ所、計14ヶ所が設置された。そしてそれぞれの機関は子ども発達支援センターと密接な関わりを持ち補完・協力し合っている。

子どもの発達支援体制は、乳幼児期に重点を置きつつ、一生涯を通じた支援体制のあり方や地域の多様な子ども達と一緒に生活することも目指している。

② 市町村発達支援センター

子ども発達支援事業の中心となるのが市町村の子ども発達支援センターである。現在、複数市町村と単独市町村実施の82ヶ所がスタートしており、センターは市町村の裁量で、従来の母子通園センターだけでなく保育所や幼稚園、子育て支援センター等もある。また、センターは通園児以外の支援（外来・巡回療育相談）とそのため財源の保障がされている。子ども発達支援センターの多くが児童デイサービス事業を実施しており、子ども発達支援センターとして通園児以外の事業を付加したことは大きな前進と言える。また、地域の幼稚園や保育所、子育て支援センター等の多様な子どもと共に育つ仕組みも目指している。



図Ⅶ-2

③ 専門支援事業

専門支援事業の目的は、発達が心配される子どもおよび障害のある子どもとその家族が身近な地域において適切な相談支援および療育を受けることができるように子ども発達支援センターが必要な専門的支援を確保することにより、子ども発達支援体制の充実を図ることにある。

専門支援事業は、従来の障害児地域療育等支援事業を再構築したものとも言える。専門支援員は、医師、歯科医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・心理士、および発達支援専門員（福祉施設・保育所・幼稚園・指定居宅事業所等）である。

子どもの発達支援に欠くことが出来ない専門性については、出来るだけ市町村での確保を目指す。市町村で確保できない専門性については保健福祉事務所管内で保障する仕組みである。各保健福祉事務所の子ども発達推進協議会が必要な支援と量を検討して取り組んでいる。全道の各保健福祉事務所に登録している様々な機関の専門支援員は現在のところ 100 名である。専門支援員派遣に伴う経費は左記の通りであり、北海道とその市町村が 2 分の 1 ずつ負担することになっている。また、従来の支援した子どもの人数ではなく携わった職種と時間で単価が決められている。

表Ⅶ-1

| 補助基準額 | 補助率 |
|--|-----------------|
| 専門支援員による支援 | 北海道 |
| (1) 医師、歯科医師 44,380 円×延日数 | 2 分の 1 (各市町) |
| (2) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、 心理士 25,000 円×延日数 | 2 分の 1) |
| (3) 発達支援員 12,860 円×延日数 | |
| 但し、1 日の支援のかかる時間が 4 時間 未満の場合は、基準額に 1/2 を乗じて得た 額とする。 | |

④ 南北海道の子ども発達支援センターの取り組み

このエリアは車で 2 時間半である。子ども発達支援センターは、旧母子通園センターであるが、子育て支援センターに組み込まれた八雲町（長万部町含む）を除く 6 ヶ所となり、児童デイサービス事業との二枚看板になっている。早期療育システム時代に知的障害児施設おしま学園が二次圏域として療育等支援事業に取り組んできたが、その役割は函館市内にあるおしま地域療育センターに引き継がれ、地域保健師や各市町村との協力関係のもと新たに専門支援事業としてその役割を果たしている。専門支援派遣調整は、おしま地域療育センター（子ども発達支援センター）が担い、センターの ST が派遣調整を行っている。その ST も加わった渡島・檜山保健福祉事務所子ども発達推進協議会が地域のネットワーク化やその年度の派遣調整や量等について各市町村と協議し実施している。

渡島・檜山保健福祉事務所に登録している専門員は、8 機関 20 名で構成されている。

- ・発達支援員 10 名・医師 1 名・OT3 名・PT2 名・ST3 名・心理士 1 名

- ・発達支援員:福祉施設支援員・幼稚園教諭・保育所保育士・相談支援機関相談員等

平成 18 年度の専門支援で述べ 159 組の親子と乳幼児保育・療育機関・教育機関等の支援を行っている。従来から療育等支援事業という柔軟な形態で地域保健師とタイ・アップし、子どもの発達支援と保護者の心のケア、家族の成長支援、地域関係機関の支援を行ってきた歴史がある。今後もこの形態は不可欠であり新たな仕組みの中で継続されている。



<市町村>

渡島保健福祉事務所管内
(449,371人)

| | |
|------|-----|
| 函館市 | 北斗市 |
| 七飯町 | 松前町 |
| 福島町 | 知内町 |
| 木古内町 | 鹿部町 |
| 森町 | 八雲町 |
| 長万部町 | |

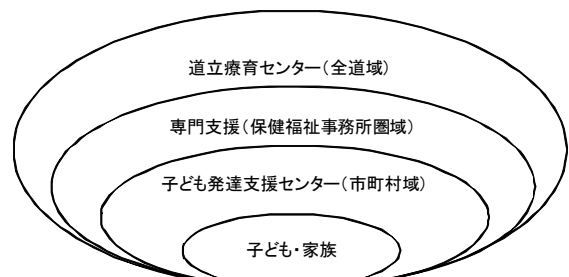
檜山保健福祉事務所管内
(46,999人)

| | |
|------|------|
| 上ノ国町 | 江差町 |
| 乙部町 | 厚沢部町 |
| 今金町 | せたな町 |
| 奥尻町 | |

図Ⅶ-3

【子ども発達支援の新たな視点】

- 保健福祉事務所管内で得ることが出来ない高度な専門的支援は2ヶ所の道立センターが行う。
- 従来の二次圏域が児童相談所管内の8圏域から福祉事務所管内14圏域となった。
- 14ヶ所の保健福祉事務所に登録している専門支援員が市町村の依頼で専門的な支援が必要な子どもと家族に対して支援を行う。
- 子ども発達支援センターは、政令指定都市や中核市を除く全ての市町村の設置を目指し、子どもと家族の一生涯を通じて身近な地域で発達・生活を支える。
- 北海道の地域特性を考慮して、二次圏域を従来より小さく、また重層的な支援の整備による専門性の確保で各市町村と子ども発達支援センターを支える。
- 従来の北海道と二次圏域関係中心から北海道と市町村関係中心とし市町村の成長支援を図る。
- 市町村の裁量で子ども発達支援センターの運営を従来の母子通園センターだけでなく、保育所や幼稚園子育て支援センターや障害児通園施設等も実施可能である。
- 地域の多様な子ども達と共に育つ仕組み。
- 親の心のケアと家族の成長支援、同じ立場の家族との出会い。
- 医療・保健・福祉・教育との連携・強調の強化。
- 乳幼児期から一生涯を視野に入れている。



図Ⅶ-4

2) 広島県における療育3事業の現状について

広島県は中国地方中部に位置し瀬戸内海に面する県で、人口 287 万人、14 市 9 町、8,478 平方キロメートル、東西 130 キロメートル南北 90 キロメートルの中国地方の中核的な役割を果たす県である。南部は瀬戸内海沿岸の平地と諸島群に大別され、西部の中心地広島市は政令市（人口 115 万人）として、東部の中心地福山市は中核市（人口 38 万人）として、また本県の殆ど占める山間部における中心地三次市は、人口 4 万人など、各市町の連携の中、地域生活が支えられている。本事業について、政令市である広島市のみの現状に偏ることなく、県内各市町をも重点においた現状を統計調査した上でここに述べることは、今日の全国における平均的な地域での状況であり、本事業における我が国の現在共通の内容といっても差し支えない。

① 本県における障害保健福祉圏域と事業所について

本県は、政令指定都市広島市を除く広島障害保健福祉圏域をはじめ、県内 7 障害保健福祉圏域に 10 カ所の事業所が存在する。（表Ⅶ-2）

表Ⅶ-2

| 障害保健福祉圏域 | 事業所 | 事業開始時期 | 施設種別 | 対象市町 | 人口 |
|----------|-----|---------|----------|------|---------|
| 広島圏域 | A | H10年10月 | 児童通園施設 | 1市6町 | 180,000 |
| 広島西圏域 | B | H12年10月 | 通所授産施設 | 2市 | 146,000 |
| 呉圏域 | C | H11年10月 | 児童通園施設 | 2市 | 281,500 |
| 広島中央圏域 | D | H10年10月 | 肢体不自由児施設 | 2市1町 | 224,000 |
| | E | H14年10月 | 入所更生施設 | 2市1町 | |
| 尾三圏域 | F | H08年10月 | 入所更生施設 | 2市1町 | 273,000 |
| 福山・府中圏域 | G | H08年10月 | 児童入所施設 | 2市1町 | 515,000 |
| | H | H12年10月 | 児童通園施設 | 2市1町 | |
| | I | H14年10月 | 児童通園施設 | 2市1町 | |
| 備北圏域 | J | H09年10月 | 重心施設 | 2市 | 102,000 |

参考：広島市障害保健福祉圏域の状況（人口 115 万人）

| 障害保健福祉圏域 | 事業所 | 年度事業開始 | 施設種別 |
|----------------------|-----|---------|---------------|
| 広島市圏域 (東区・南区・安芸区) | A | H09年04月 | こども療育センター |
| | B | H09年10月 | 児童入所施設 |
| (中区・西区) | C | H14年10月 | 入所更生施設 |
| | D | H16年01月 | こども療育センター(西部) |
| (安佐南区・安佐北区) | E | H09年10月 | こども療育センター(北部) |
| | F | H11年10月 | 入所更生施設 |

② 本県における療育3事業のこれまでの推移について

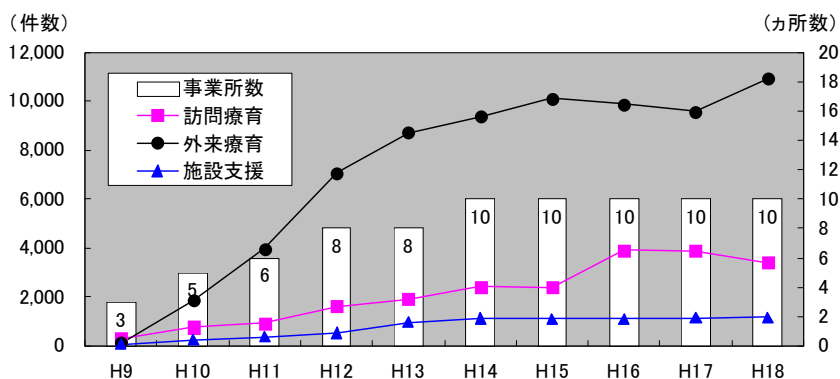
平成 10 年から、3 事業とも急激な増加になっているのは、2 カ所の幼児通園施設と 1 カ所の肢体不自由児施設が委託を始めたことがその主な理由であり、平成 12 年は 1 カ所の幼児通園施設、平成 14 年にも 1 カ所の幼児通園施設が委託を始め、それぞれ急増した。平成 15 年以降においても、実施件数は元より、実人数も増加の傾向が有り、本

事業に対する期待が多いことが伺うことが出来る。また、平成16年4月の一般交付税移行に伴い、本県においても、出来高払いからそれぞれの事業所で上限設定が行われ、平成17年4月からは全ての事業所共一律750万円となり、単価の少ない外来療育を控えて訪問療育重視へ立場を変えざるを得ない状況になった。しかし、実人数は、増加の一途をたどり本事業の必要性のある利用者は、確実に増えているのが現状である。

表Ⅶ-3

上段：実施件数(件) 下段：実人数(名)

| | 平 9 | 平 10 | 平 11 | 平 12 | 平 13 | 平 14 | 平 15 | 平 16 | 平 17 | 平 18 |
|--------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|
| 訪問療育 | 317 | 767 | 932 | 1,609 | 1,908 | 2,414 | 2,380 | 3,912 | 3,877 | 3,421 |
| | | | | | | 656 | 625 | 797 | 938 | 849 |
| 外来療育 | 130 | 1,866 | 3,974 | 7,075 | 8,719 | 9,363 | 10,103 | 9,862 | 9,585 | 10,923 |
| | | | | | | 1,302 | 1,387 | 1,501 | 1,618 | 1,541 |
| 施設支援 (箇所) | 75 | 236 | 377 | 534 | 959 | 1,126 | 1,099 | 1,119 | 1,133 | 1,164 |
| | | | | | | 315 | 331 | 350 | 354 | 398 |
| 事業箇所数 | 3カ所 | 5カ所 | 6カ所 | 8カ所 | 8カ所 | 10カ所 | 10カ所 | 10カ所 | 10カ所 | 10カ所 |



※ 訪問療育：在宅支援訪問療育等支援事業
 外来療育：在宅支援外来療育等支援事業
 施設支援：施設支援一般指導事業

図Ⅶ-5 広島県における療育3事業のこれまでの推移について

③ 外来療育における年次別年齢層別実施件数等の推移について

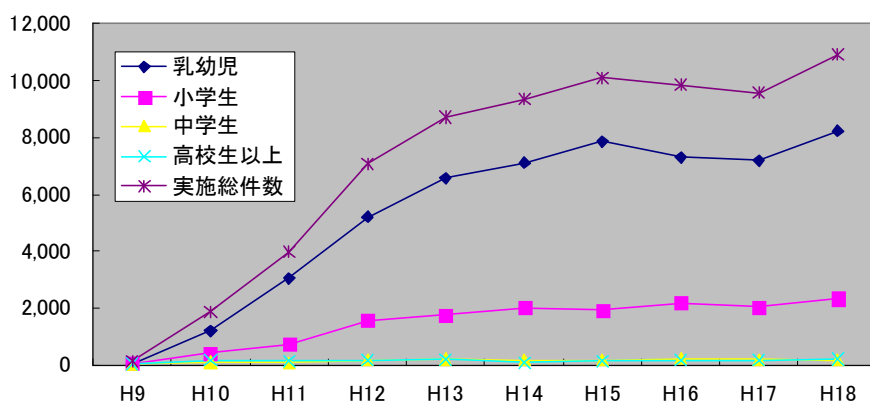
外来療育に関しては、本事業が、一般交付税に移行された平成16年度、一律750万円になった平成17年度以外は全ての年度で実施件数は増加している。また、平成18年度の実施件数は増加しているにもかかわらず実人数が減少しているのは、高校生対象の特別支援が充実したことと併せて乳幼児への一人に対する療育回数を増やしたことに関係すると考えられる。また、実施件数の内乳幼児を対象とした外来療育が殆どの年度で75%を超えていること、そして、実人数においても統計を取り始めた平成14年以降に於いて殆ど65%以上であることも合わせて、この事業の最大の特徴といえる。

一人当たりの実施回数においても、乳幼児に対しては、年間8回以上実施し、小学生や中学生の年間4～5回の実施と比較すると明らかにこの事業の必要性が感じられる。

表Ⅶ－4

上段：実施件数(件) 下段：実人数(名)

| | 平 9 | 平 10 | 平 11 | 平 12 | 平 13 | 平 14 | 平 15 | 平 16 | 平 17 | 平 18 |
|-------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 乳幼児 | 29 | 1,201 | 3,044 | 5,202 | 6,567 | 7,111 | 7,864 | 7,297 | 7,204 | 8,228 |
| (実人数) | | | | | | 855 | 912 | 912 | 1,016 | 973 |
| 小学生 | 58 | 412 | 727 | 1547 | 1751 | 2,011 | 1,928 | 2,170 | 2,032 | 2,331 |
| (実人数) | | | | | | 390 | 400 | 483 | 477 | 486 |
| 中学生 | 11 | 91 | 82 | 169 | 206 | 171 | 171 | 230 | 182 | 166 |
| (実人数) | | | | | | 33 | 36 | 47 | 49 | 46 |
| 高校生以上 | 32 | 162 | 121 | 157 | 195 | 70 | 140 | 165 | 167 | 198 |



図Ⅶ－6 在宅支援外来療育等指導事業における年度毎の対象者の年齢層別実施件数の推移

④ 施設支援における年次別支援施設の推移

施設支援においては、乳幼児を対象とした施設が中心となっているが、幼稚園の割合が極端に低くなっている。保育所では、午前中に保育参観をして、子供の午睡の時間を活用して、相談を実施していくことが多く支援を依頼しやすいが、幼稚園では一日の様子を見た上で、夕方の話し合いとなり、施設支援を希望する幼稚園としても、都合をつけることの困難さが多くあるように思える。反面、幼稚園より小学校の依頼件数が多くなるのは、軽度発達障害児において、就学以後に様々な問題行動や集団授業における困難さが出してくることと、あわせて特別支援教育の重要性が叫ばれている中で、一日かけて支援を受けることの意義を学校側が感じていることの現れであるかもしれない。

なお、平成9年から平成13年まで、「その他」の項目が増加傾向のため、平成14年より、母子関係という項目を新たに設けて、より具体的な内容を表すことにした。しかし、平成17年から減少傾向であることは、母子保健関係施策（子育て支援）の充実があるのではないかとと思われる。

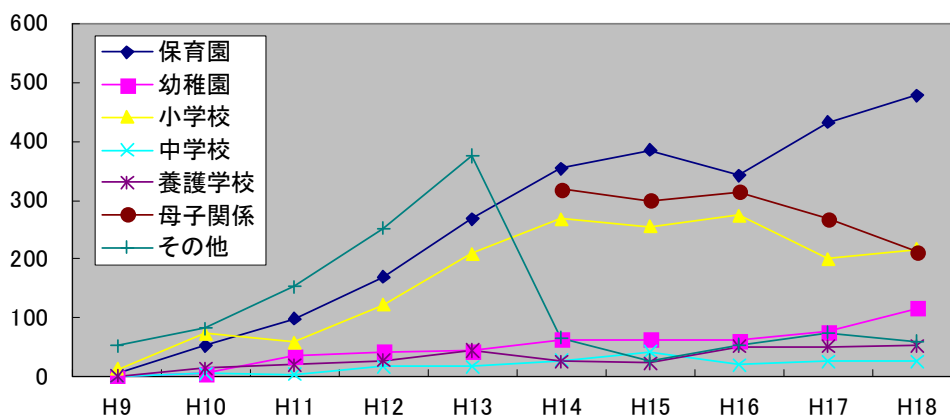
表Ⅶ－５

上段：実施件数(件) 下段：実施箇所数

| | 平 9 | 平 10 | 平 11 | 平 12 | 平 13 | 平 14 | 平 15 | 平 16 | 平 17 | 平 18 |
|------|-----|------|------|------|------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 保育所 | 6 | 53 | 99 | 170 | 268 | 355 132 | 386 145 | 343 137 | 433 130 | 478 156 |
| 幼稚園 | 0 | 6 | 35 | 43 | 44 | 64 27 | 63 24 | 62 22 | 77 40 | 116 51 |
| 小学校 | 13 | 74 | 59 | 123 | 209 | 268 85 | 256 103 | 274 134 | 201 102 | 217 117 |
| 中学校 | 1 | 6 | 5 | 17 | 17 | 28 10 | 43 13 | 20 13 | 26 15 | 26 15 |
| 養護学校 | 2 | 15 | 20 | 28 | 45 | 26 10 | 23 8 | 51 12 | 52 9 | 53 9 |
| 母子関係 | | | | | | 319 33 | 300 27 | 315 27 | 269 28 | 212 20 |
| その他 | 53 | 82 | 153 | 253 | 376 | 66 18 | 28 11 | 54 12 | 75 30 | 60 28 |

(1)保育所数 広島県：619カ所 [その内広島市：138カ所] (平成18年)

(2)幼稚園数 広島県：310カ所 [その内広島市：120カ所] (平成18年)



図Ⅶ－７ 施設支援一般指導事業における対象施設別実施件数の推移

⑤ 平成18年度各事業所における主な活動範囲

図Ⅶ－８は、平成18年における事業所ごとの活動範囲と活動回数に応じて太い線や細い線を表示することでそれぞれの事業所の活動状況を示したものである。D事業所は県の拠点施設として委託されていた関係からそれぞれの障害保健福祉圏域に専門的機能の不足している地域へは、積極的に支援活動を実施している。また、I事業所のように、難聴施設特有の専門性を求められ、より広範囲な活動も要求されている。そして、C事業所のように、本県特有の島しょ部への支援活動もあることから、1日の相談範囲が限られている事業もある。これらのことから、それぞれの事業所は、地域の事業を味した活動方法を工夫し、それぞれの専門性を生かした事業展開を行っている。



図Ⅶ－８ 障害児（者）地域療育等支援事業の委託を受けていた事業所の所在地と各事業所の所在地以外の主な活動範囲

【総括】

本来の障害児(者)地域療育等支援事業が目指した「療育の重層化」にはほど遠く、それぞれの事業所が療育3事業をそれぞれの施設機能を発揮しながらの地域での療育支援に成らざるを得ず、拠点施設も専門的機能の不足している地域への優先的に訪問せざるを得ない状況である中、それぞれの事業所がタイムリーな活動を目指すために有効な重層化が構築できなかったことを今後の課題とする。また、平成18年10月より従来の地域生活支援事業(Co事業)は市町事業となり、それぞれの委託市町からの契約内容により、それまでの活動範囲や療育内容に制約が加えられ、各地域での不都合さが徐々に現れている。今後は、県において、障害保健福祉圏域の在り方とともに都道府県事業としての障害児等療育支援事業の在り方を検討することの必要性が急務であり、今後「子ども支援」として、安易に市町村事業へ移行されることは、この療育3事業を必要とする子供達への継続的な発達保障は勿論のこと、保護者支援・家族支援の継続が困難となることは明らかである。

Ⅷ 特別支援教育と相談支援事業

1. はじめに

平成15年3月に「今後の特別支援教育のあり方（最終報告）」が公表されて以来、特別支援教育推進体制モデル事業、特別支援教育体制推進事業を通して、盲・聾・養護学校（現在の特別支援学校）だけでなく、幼稚園、小中学校、高等学校においても特別支援教育に関する教職員の意識改革が進んできたといえる。21世紀を迎えるにあたり特殊教育を変革しようとする契機は、平成13年1月に出された「21世紀の特殊教育の在り方について（最終報告）」にあり、そこに述べられた課題の多くはすでに対策が打たれていることが分かる。21世紀をにらんで特殊教育は特別支援教育へ動く必然性があったのである。

では、特別支援教育へ動く必然性とは何か。戦後の学校教育法（1947）により、日本の障害児教育が公教育として成立して以来、経済成長に支えられて、障害児教育はどのような重度の障害のある子ども達も学校教育を受けることが出来る国になった。しかし、障害者自立支援法の意図する養護学校卒業後の障害のある子ども達の社会経済的自立は難しく、社会的不適応を起こす人も少なくはない。背景因子は異なるが、不登校や引きこもり、学校を出ても働かないニートとも関連する現象である。これらに共通する課題は、現在の学校教育（義務教育）で子どもの自立を促せるかということであろう。

このような状況の中で、平成18年度幼稚園、小学校、中学校、高等学校におけるLD、ADHD、高機能自閉症等のある幼児児童生徒への教育支援体制整備状況調査（文部科学省）では、「校内委員会の設置」「特別支援教育コーディネーターの指名」「実態把握」等は、80%以上の学校で実施されており、個別の教育支援計画の策定も年々実施率が増加し、平均で17.1%になった。平成19年4月からの幼稚園、小中学校、高校における特別支援教育の完全実施に向けて、体制整備は数値上着実に進んだことになる。

しかし、この数値には現れていない気になる状況がある。それは、LD、ADHD、高機能自閉症等のある幼児児童生徒が通常の学級で教育を受けるという意識が一部学校現場で進んでおらず、特別支援学級等で対応すればよいというところがあり、その結果かどうかは更なる検証が必要であるが、特別支援学級在籍者が増えているのである。

ここでは、特別支援教育の進み方、進み方についての現状を説明し、特別支援教育推進の重要なツールである個別の教育支援計画策定との関連で、地域における相談支援体制の構築のあるべき姿について述べる。

2. 社会保障制度改革と特別支援教育

21世紀を前にして、これからの社会保障の方向性を示す戦後3回目の総合勧告である

「社会保障体制の再構築」（95年勧告）が、1995年（平成7年）に社会保障制度審議会から出された。この報告書の特徴の一つが、国や地方公共団体の厳しい行財政事情を反映して、従来にも増して社会連帯を重視する表現が見て取れるという点である。

教育との関連を見ると、第2節改革の具体策（9）国民の理解を得るためには、『思いやり』すなわち『福祉の心』や共生と連帯の考えを国民の中に育てていくためには、長期的な視点に立って取り組まねばならない。1人1人の自発性を尊重しながら、家庭内での教育を基本とし、学校、企業、地域など様々な場を通じて社会連帯意識の醸成や福祉教育の推進を図ることが重要である。」と述べられている。

95年勧告の論点と教育基本法改正に向けての検討の中で平成17年に出された「新しい時代の義務教育を創造する（答申）」の論点を比較すると興味深い。

ここで重要なのは、義務教育とは何を指すものかということである。義務教育により、国民を育成するという姿勢は、日本において個人の自由に基づく連帯、即ち民主主義の成熟を前提として国のあり方を考えることが出来ず、人々の連帯と国家（未だ、おおよけ）を切り離してとらえるという戦前からの一貫した考え方に符合する。この日本的連帯主義は、20世紀初期に日本で強調された道徳的規範としての連帯と共通するものであり、障害のある人に個別の支援計画を策定するときの「自立」の意味を考えると、一番問われなければならない問題であり、自立をどのようにして学び、教えるかという根源的課題を意識させる。おりしも、日本人論が再びブームになる背景にも、国民の中に社会的規範が失われつつあるという声なき国民の危機感が現れているかもしれない。

一方で、1990年代半ば以降、この勧告の流れを具体化する社会福祉の基礎構造改革がはじまった。基礎構造改革の中で示された「利用者本位」という考え方とそれを保障する福祉サービスの受け手の「自立」の意義を、日本国憲法から捉え直すと、その議論の本質が明らかになると考える。

まず想起されるのは、憲法第13条（個人の尊重と生命・自由・幸福追求の権利の尊重）と憲法第25条（生存権と国の生存権保障義務）である。第13条（個人の尊重と生命・自由・幸福追求の権利の尊重）の起源は、国家の権限が及ばない、個人の基本的公民権として確立した。それだけでは、生存が保障されない国民のために広く国家により社会保障のセイフティーネットをかける根拠として第25条がある。

障害のある人の自立は、憲法第25条によるのか、憲法13条によるかを、現代的な意味で捉え直す必要があると考える。従来の福祉国家からの脱却のテーマが、国家介入が要請される社会権的解釈としての自立を目指した高負担高福祉からの脱却とするならば、本来は、この両方に基盤を持ち、社会的連帯の中でも、個人が尊重され（憲法13条の保障）、国民の1人1人が社会連帯への権利（それはすなわち生活責任を全うできる権利ということにつながる）を持つという考え方により、日本型の社会福祉国家を形成するということになる。

特殊教育は、これに加えて憲法第26条の教育権に基づき、世界でも類を見ないほどの

インクルーシブな教育を実現している（どのように障害が重くても教育保障するという意味で）。また、特別支援教育においては、障害のある子どもの教育保障は、すべての学校で行えることになった。

特別支援教育を更に推進する中で、障害福祉分野で、障害者自立支援法（それに関連した児童福祉法改正を含める）と発達障害者支援法という大きな法制度上の動きがあった。特別支援教育は、上記の議論でいけば、社会保障制度改革と特殊教育改革の二つの流れを受けた議論に帰着すると考えられる。

では、現実の教育や福祉現場の受け止め方はどうなのだろうか。障害者の「支援」という共通の言葉を使用しているも、学齢期の障害児を支援する教員は、未だニーズに基づく支援ではなく、特別支援学校や特別支援学級のような場における障害のある子どもの支援をイメージすることが多い。まして、適切な指導と必要な支援の方法論を、通常の学級で工夫する機運は、小中学校現場では未だ盛り上がり欠ける現状がある。その意味では、現実的には教育関係者は未だ教育の中だけで捉えている人が多い。

そして障害福祉関係者は、児童の福祉サービスを、障害のある子の日常生活支援を中心に考え、学校教育のことは知ろうとする努力が少なかつたのではないか。特に、発達障害のある子どもの支援を行う上で重要な小中学校と障害福祉関係者との連携はほとんどなかったといえる。

しかしながら、平成13年1月、「21世紀の特殊教育の在り方についての最終報告」（21世紀の特殊教育の在り方に関する調査協力者会議）を受け、障害のある子どもに対し、教育だけではなく福祉や医療・就労機関が連携して乳幼児期から学齢期、就労期まで一貫して支援することと、LD・AD/HD・高機能自閉症等発達障害のある子どもも、特別支援教育や福祉等の支援の対象とし、ようやく教育側でも、障害福祉と連携をする準備が整ってきたといえる。

障害の発見から、早期発達支援、障害児保育、特別支援教育、就労支援等、障害者へのライフステージに応じた一貫した支援は、特別支援教育をはじめ、障害福祉関連の法に共通の理念である。その支援の基盤は生活支援であり、その上に教育支援、就労支援、何か困ったことが出てきたときに相談支援がある。

このような視点から、教育関係者だけではなく、福祉担当者や保健関係者、就労支援担当者、医療従事者等が互いに協力しながら、必要な支援を必要な時に適切に提供するためには、福祉圏域（現在は市町村が基本単位）の関係者のネットワークの形成と個々の障害者へのケアマネジメントが必要となるのである。

3. 特別支援教育と相談支援の関わりについて

1) 特別支援教育を行うための体制の整備および必要な取組

特別支援教育のシステム論において、特別支援教育コーディネーターの業務は、地域

生活支援事業でのコーディネーターの業務とは異なり地域のコーディネートを行うわけではない。特に小中学校等で指名された特別支援教育コーディネーターは、主に校内業務についてコーディネートすることが多い。なお、特別支援学校の特別支援教育コーディネーターは、機関間のコーディネートを行うところが増えている。

特別支援教育コーディネーター同様、個別の教育支援計画は、地域ネットワークを作るために必要なツールである。全国のそれぞれの地域では障害のある子どもを支える社会資源に差が見られるが、障害者が地域でよりよく生きていくためには、効率よく必要な支援（支援してくれる人、支援機関等）をつなぐことが必要になる。これは、今まで地域生活支援事業でのコーディネーターが行ってきた業務と同じことである。計画を策定することでネットワークができ、「人の思い」（車のエンジンに相当）、「情報」（ガソリンに相当）がネットワークを機能させる。

体制作りにおいて必要な手順および視点は以下のとおりである。

- (1) 特別支援教育に関する校内委員会の設置
- (2) 実態把握。
- (3) 特別支援教育コーディネーターの指名
- (4) 関係機関との連携を図った「個別の教育支援計画」の策定と活用
- (5) 「個別の指導計画」の作成
- (6) 教員の専門性の向上

2) 特別支援学校における取組

平成 19 年 5 月 1 日現在、全国に特別支援学校は 1,013 校と教職員 66,807 人（児童生徒数 108,173 人）の社会資源があることから、これを地域の障害のある子どもを支える社会資源として利用することになった（平成 19 年 4 月 1 日施行改正学校教育法）。障害児通園施設の機能統合の方向性が宮田報告にも見られるが、それと同じ動きである。

特に、特別支援学校では、障害のある乳幼児やその保護者に対して、子どもの発達段階や障害に配慮した療育の在り方、遊びの工夫等について、早期からの教育相談が行われており、全国の特別支援学校の約 70%が幼稚部在籍以外の乳幼児期の子どもの支援を行っており、年齢が上がるに従って支援する学校数に増加が見られ、支援している障害の約 50%が発達障害（発達障害者支援法の意味で）であった（国立特別支援教育総合研究所調査）。また、教育、福祉、医療や労働等とも連携し、乳幼児期から学校卒業後まで一貫した障害のある子どもとその保護者等に対する相談支援体制・整備の充実を図っているとされるが、これで実際の全国の障害のある乳幼児のニーズをどの程度カバーしているかの調査はない。

宮田報告では、発達障害児を支援するシステムが比較的整備されている広島市、姫路市での実態調査を報告している。それによれば、広島市では、人口 30 万人の障害福祉圏域で約 182 人（予測 600 人）の発達障害児（広義に捉えている）しか支援できていな

いと報告している。同様に姫路市では 212 人であった。両者とも、県立聾学校幼稚部を社会資源として取り上げているがカバー率は非常に低い。多くは、保育所、幼稚園の障害児保育やセンターの措置外発達支援でカバーされていた。これは、実感として全国的な状況と符合する。

このように、児童福祉の資源や教育の資源だけでも、全国的に未だ大いに不足状況が続いていると言わざるを得ない。このような状況をふまえ、特別支援学校では以下の取り組みが求められる。

- (1) 特別支援教育のさらなる推進
- (2) 地域における特別支援教育のセンター的機能
- (3) 特別支援学校教員の専門性の向上

4. 教育機能を活かした事例

1) 横浜市

① 横浜市の地域療育体制

横浜市には、地域療育センター条例に規定される 6 つの地域療育センターと横浜市総合リハビリテーションセンターが、担当行政区を受け持ち、地域療育体制を構築している。

各地域療育センターは、外来診療部門、通園療育部門、相談・地域サービス部門の③部門で構成されており、0 歳から小学校 6 年生までを対象としている。

対象児の数について、例えば中部地域療育センターは 3 区を対象圏域としており、対象人口は約 42 万人、出生数は、約 3,300 人である。平成 16 年度新規利用児数（初診）は 230 人で、これは年度ごとに増加傾向にある。また、年間利用者実数は 1,349 人であった。

新規利用児 230 人のうち学齢児は 14 名で、全体のわずか 6%であり、残り 94%は乳幼児の利用で、これは横浜市の区福祉保健センターや他機関との連携による早期療育システムが確立しているためである。新規利用学齢児 14 人の診断（疑いを含む）としては、アスペルガー症候群 5 人、AD/HD5 人、LD2 人、高機能広汎性発達障害 1 人、精神遅滞 1 人であった。これは、知的に標準域にあるため乳幼児期に問題が表面化していないこと、また乳幼児スクリーニングも通過している場合や要フォローとなっても日常生活上、保護者に必要性が感じられない場合などの人数と考えられる。

一方、年間利用者実数 1,394 人のうち学齢児は 741 人で、乳幼児 608 人を上回った数値となっている。ただし、関わりの密度では、学齢児の場合は、定期診療・発達評価・相談にほぼ限られているため、乳幼児療育よりも薄い。診断(疑いを含む)としては、自閉症 259 人、広汎性発達障害 203 人、精神遅滞 177 人、AD/HD111 人など精神発達障害群が 80%を占め、また、自閉症領域の診断が多くなっている。肢体不自由児群（リハ

ビリテーション科受診)については、脳性麻痺をはじめ染色体異常、後遺症、奇形症候群等となっている。

② 発達障害児の発見

発達障害の発見については、総合リハビリテーションセンターで開発した YACHT16 (1歳6ヶ月児用横浜自閉症およびその他の発達障害チェックアップツール) というチェックリストを用い、問診や行動観察に基づいて評価している。

これまでの研修や事例検討等の積み重ねによって発達障害の発見率が向上し、自閉症については港北区におけるコホート研究で5歳まで自閉症と診断された子どもの70%が1歳6ヶ月健康診査で診断されて、同センターへの適所等の支援が開始されている。

この段階で明確に診断ができなかった子どもについては、保健師等が訪問や電話によるフォローアップを行って、3歳児健康診査や同センターへの受診へとつなげている。

3歳児健康診査時には、3歳児用の YACHT36 (3歳児用横浜自閉症およびその他の発達障害チェックアップツール) というチェックリストを用い、問診や行動観察に基づいて評価している。先述のコホート研究によると、5歳まで自閉症と診断された子どもの13%が3歳児健康診査で診断され、この時点で自閉症と診断された子どもで後に自閉症と診断された子どもは皆無であったとしている。

健康診査の結果について、明確な診断はされなかったものの発達障害の可能性が疑われた事例については、福祉保健センターや児童相談所等で事例検討を行い、密度の濃いフォローを行っている。この結果、フォローアップによって乳幼児健康診査後に自閉症と診断された子どもは3%であった。

③ 療育と保育所、幼稚園の連携

早期支援については、障害の特性に対応したプログラムを組んで外来における集団療育を行っている。横浜市総合リハビリテーションセンターでは、集団療育は、2クラス体制で年間を通して週1回程度で実施している。同時にコミュニケーション面に重点を置いた言語聴覚士による個別療育も実施する。また、同センターは、知的障害児通園施設を持っており、発見された知的障害を伴う発達障害の子どもは幼稚園・保育園との並行通園を進めている。

並行利用児については、エリア内の幼稚園・保育園へソーシャルワーカー等の専門職を派遣して巡回相談を行う。その際にできるだけ事例検討会を持ち、事例を通して具体的な対応を幼稚園教諭や保育士が身に付けることができるように努めている。これらに加えて、様々な情報提供や療育参観、研修も行っている。また、並行通園はしないで同センターへの相談対応で養育方法等について保護者に助言をする等の支援も行っている。その他、保健師等によるフォローアップでは、保護者に対しての様々な相談に応じている。

④ 療育から教育へ

中部地域療育センターを例に、療育から教育への申し送りの現状を紹介する。幼児期に療育センターを利用していた場合、必要に応じて申し送りを実施している。これは、療育を受けてきた児に対してスムーズな学校生活への移行を目的とし、発達の経過や療育的観点から見た状態像を伝え、教育場面での継続した支援への参考にしてもらうためのシステムである。

- (1)事前把握： 療育センターの通園施設を利用している児については、通園卒園前（2月～3月）に学校関係者が通園療育に参加し、児の状態を把握する。中部療育圏域の特別支援学校は、知的障害、肢体不自由ともに実施している。また、地域の小学校に関しては、保護者の要望によって対応している。
- (2)文書情報提供： 通園施設では、個別療育計画に対する報告書を作成しており、その報告書を申送書として保護者と全文確認了承後、校長に提供している。内容は、運動・認知・コミュニケーション・社会性・ADL・その他担当者所見を整理したものである。外来利用児については、保護者からの依頼で対応しており、主に医師診断書、心理発達検査報告書を保護者から学校に提出してもらう。
- (3)訪問申し送り： 学校生活が開始された後、療育センター関係スタッフが学校を訪問し口頭での申し送りを実施。その際可能であれば授業参観し、放課後にカンファレンスを実施している。通園施設卒園児は、基本的に全員実施し、外来利用者は、希望者のみ実施している。学校訪問では、巡回訪問機能も併せ持っている。

⑤ 地域療育センターと教育との連携

横浜市には、公立小学校の個別支援学級（特別支援学級）の教職員の研究会が各区にあり、月1回程度の活動をしている。そのうちの実践提案（取り組み学習の紹介、検討）の発表にソーシャルワーカーがオブザーバー参加し、福祉、医療の情報や療育手法を提案・助言している。

各小学校の個別支援学級担任が一同に介する場であるため、各小学校と療育センターの細かな連携の場として、双方で具体的な情報交換が実施できるため、より児童・家族・地域に即した対応が可能となっているが、小学校により取り組みに温度差も見られる。

教育機関の特別支援教育に関する研修にも積極的に協力している。内容を例示すると、通常の学級における軽度発達障害の理解と工夫をテーマに、療育センター所長（医師）、臨床心理士がレクチャー形式で実施し、1回を事例検討会とし、ソーシャルワーカーがコメンテーターとなった。事例は、小学校から提供し、通常の学級での対応の実践を紹介してもらった。最近では、学校からの依頼研修が増えている。年度、区によって内容は異なるが、「発達障害の現状と理解」「学校との連携の検討」「障害の受け止めのプロセス」「自閉症の理解」「教材・プログラムの実践紹介」等を実施し、現場教職員が対象のため、踏み込んだ内容となっている。

地域療育センターでは、ソーシャルワーカーを中心に関係スタッフが地域の様々な関係機関に訪問し連携を図っており、学校については、定期的な対応ではなく、保護者の依頼もしくは、保護者の了承後、学校からの依頼で対応している。

横浜市では、平成 13 年度から学齢障害児支援事業を地域療育センターに導入し新規利用児の受け入れを実施している。それにあわせて学校との連携の充実化も図ってきた。巡回訪問は、その一つである。訪問のスタイルは、1日を基準とし、まず校長に訪問の趣旨と意義を説明した後、対象となる児童のクラスに入り、午前と午後の授業を参観し様子を把握する。可能であれば給食時間も参加し、放課後に担任教員とミーティングを行う。校長、副校長（教頭）、特別支援教育コーディネーターにも出席を要請する。

学校訪問も年度ごとに増加している。平成 16 年度実績では、37 回の訪問で対応した実際の学校数は、26 校であり、うち 6 校が養護学校で、20 校が地域の公立小学校であった。訪問の内容は、「巡回訪問」「申し送り」「カンファレンス」「理学療法士による技術支援、福祉機器の調整」で、重複した内容で訪問することも多くある。学校訪問の対応スタッフは、ソーシャルワーカーを中心に臨床心理士、理学療法士、作業療法士、児童指導員、保育士と様々である。

大都市域で、障害福祉に力を入れている横浜市の事例は、財政と社会資源が豊富な地域事例であるが、公設民営で、社会福祉法人の経営理念に基づく興味深い事例と考える。

2) 三鷹市

もう一つ、国立特別支援教育総合研究所の調査を基に、三鷹市の事例を紹介する。乳幼児健診、地域療育、教育相談等、今まで取り組んできた事業を、特別支援教育への転換を機会に、一貫した支援体制構築に向けて、行政主導で取り組んでいる事例である。

三鷹市は人口約 17 万人の東京近郊都市で、住民意識が高く地域ボランティア活動が盛んな地域である。民学産公の協働による NPO 三鷹ネットワーク大学推進機構は 15 の大学等の教育機関・研究機関（正会員）と 49 の企業・団体（賛助会員）で構成する NPO 法人も生まれ、地域住民主導のまちづくりが推進されている。

① 教育委員会：総合教育相談窓口

これまで、教育委員会の各課でそれぞれが実施していた教育相談に関わる事業（教育相談、就学相談、就学指導委員会）を、総合教育相談窓口に統合し、乳幼児・児童・生徒および保護者のニーズにあった支援を行うようにした。必要に応じて、福祉・療育、保健・医療機関等と連携を図り、0 歳から 18 歳までのライフステージに応じた支援を行える体制を構築した。この総合教育相談窓口のワンストップサービスを充実し、相談援助体制の充実を図ることを目指している。

② 三鷹市北野ハピネスセンター

三鷹市北野ハピネスセンターは、心身の発達・発育に課題やつまずきのある就学前の児童・保護者を対象に療育相談に応じ、医療・保健・福祉の各分野から総合的・専門的なアドバイスを行うと共に、療育訓練を実施している。また、巡回指導事業として、市内の発達障害児の早期発見・早期療育を推進するため、保育園、幼稚園を巡回し、保育士や幼稚園教諭への指導・助言を行っている。

③ 早期発見と乳幼児健診体制

(1) 健診における発見とフォロー体制（平成 17 年度の実績）

1 歳 6 か月児健診（受診率 91.2%）では、来所数のうち 11.1%に心理相談を実施している。内容は、ことばの相談・社会性の問題・養育者の問題が多い。発達障害等のグレイゾーンの発見をしても、養育者の拒否が強く、2 歳児フォローに繋げるのが難しいことが課題である。

3 歳児健診（受診率 88.3%）は、障害の早期発見だけではなく、子どもの健全育成、保護者の育児支援を図ることを目的としている。来所数のうち 13.5%に心理相談を実施、その中で 1.5%が要精密・10%が要継続であった。要精査の内訳は、精神発達・ことば・社会性等が中心である。

フォロー体制としては、心理相談員による子育て相談（健診後のフォロー事業）と経過観察心理グループ（親子教室）がある。健診審査等の結果、心理面の経過観察が必要とされた幼児を対象に集団指導と個別相談しながら、親の育児支援を行う。1 グループ 30 人前後 1 歳 6 か月～3 歳のグループ 集団遊び・個別相談 3 歳以上 4 歳未満のグループ 集団遊び・個別相談参加者の主訴は、ことばの問題・落ち着きがない・かんしゃく・集団に入れない、子どもとのつきあいが分からない等である。

(2) 幼稚園・保育園等における発見とフォロー体制

公立保育園では、一般保育のほかに、0 から 2 歳 4 人、3～5 歳で 14 人の障害児枠を設けている。保育上個別的な配慮が必要と思われる園児は 10%おり、中には 1 対 1 の介助を行っている。北野ハピネスセンターによる巡回指導と専門家のスーパーバイズによる障害児研修会を実施している。この研修会は、テーマを分けて専門家によるスーパーバイズを受けながらの勉強会である。

④ 北野ハピネスセンターと保育所・幼稚園との連携

乳幼児健診や北野ハピネスセンターの外来相談、園への巡回相談等からあがってきた子どもに対し（0 歳から 5 歳）、北野ハピネスセンターにおいてインテークを実施し（園長面接および生育歴問診）、発達検査、医療相談）、療育方針決定会議により、北野ハピネスセンター通園部門、親子グループ、外来部門等の支援を受ける。通園（くるみ幼稚園）は 2 歳から 5 歳までの子ども 18 名、外来は 0 歳から 5 歳までの子ども 230 名が、

親子グループ・心理、ST、PT、OTによる相談外来に通っている。定期的に評価を実施し、継続指導を行っている。

また、北野ハピネスセンターでは、保育園、幼稚園への巡回指導を実施し、保育技術の援助を行いながら、保育士のレベルアップを図っている。この巡回相談を受けるには、各園で子どもの実態を所定の様式の申込書に記入し申し込む必要がある。この申し込みの目的は、保育士等が今の子どもの状態を客観的に他者に伝える力がつくことにより、保育士等の子どもの困り感に気づく力を伸ばすことである。

⑤ 切れ目のない連携とツール

(1) 総合教育相談窓口と福祉、保健、医療機関等との連携

個別の教育支援計画や、個別の指導計画を保護者の了解のもとに、機関から機関へ確実に引き継ぐ体制整備に努めている。そのために、小中学校教員・保育士・幼稚園教諭に対する、個別の教育支援計画研修の実施している。

(2) 幼稚園・保育園等と小学校との連携

三鷹ネットワーク大学推進機構と連携して、幼稚園教諭・保育園保育士・学童保育の保育員等を対象に、発達に課題を有する幼児・児童への支援の在り方について専門的な研修を実施している他、幼稚園・保育園等から小学校への円滑な接続を図るため、プレスクールの実施を検討している。

(3) 進路、就労を見通した支援のための連携

総合教育相談窓口で支援してきた生徒等について、義務教育修了後も、個別の支援計画を関係機関に引き継いでいく。義務教育修了後の生徒について、社会性を育てるための個別の相談またはソーシャルスキルトレーニング等のプログラムの作成等を検討している。

⑥ 小中一貫教育校で推進する特別支援教育

市の重要課題であるコミュニティー・スクール構想を基盤とした小中一貫教育の中で、特別支援教育も位置づけ、義務教育9年間を一貫して支援していく。乳幼児期、幼稚園・保育園在園中、小・中学校在学中はもとより、義務教育修了後においても障害のある人や家族をコミュニティー全体で支え合い、助け合うシステムの構築をめざしている。各中学校区を単位とし、義務教育9年間を通して、継続かつ系統的な支援・キャリア教育の視点に立ち、市内各中学校区に特別支援学級か通級指導学級を計画的に配置し、特別支援教育のセンター的機能を持たせることにした。また、東京都の進める特別支援教育推進体制モデル事業と連動して、コミュニティーの中の学校・都立特別支援学校と連携した交流活動を進めている。

5. 小学校を利用した地域再生のグランドデザイン

特別支援教育は、障害者権利条約の批准を控えインクルーシブ教育への転換にむけて準備する必要に迫られている。

開かれた学校は、歴史的には郷土教育（大正自由主義教育）にはじまり、戦後の地域教育計画、現在のコミュニティスクール（学校運営協議会）につながる流れを持つ。

社会を支える制度の総和ではなく、様々な制度を結びつける接着剤として、地域の子育ての課題を解決するために、学校の可能性を考えてみたい。元々、地域の小学校とは、地域の人が集うハレの場（例えば運動会）として機能していたからである。

学校を利用して行えることは、いろいろある。例えば、学校施設設備の開放（空き教室活用等）、学校施設の複合化（学校と地域施設の合築）、地域人材の積極的活用（ボランティア等）、地域資源の積極的活用（地域遺産、伝統芸能等）、学校運営への地域住民の参画（学校評議員、学校運営協議会等）、学校と地域教育との連携（居場所づくり、子育て支援等）等々である。

教員一人ひとりから進める特別支援教育として、障害者施策との連続性を常に意識した活動が望まれるが、同時に小学校が地域において占める有形無形の価値を再認識し、教育の場でのインクルージョンだけでなく、地域でのソーシャルインクルージョンの実現にむけ、各地域特性に応じた地域再生のグランドデザインを担いうるものとして小学校の活用を考える時期にきている。

参考文献

1. 宮田広善編著、障害児（者）地域療育等支援事業ハンドブック、ぶどう社
2. 独立行政法人特殊教育総合研究所、プロジェクト研究報告（平成16年度～17年度）「個別の教育支援計画」の策定に関する実際研究、平成18年3月
3. 厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）分担研究報告書「障害児通園施設の機能統合に関する研究」（宮田報告）
4. 文部科学省、19文科初第125号、特別支援教育の推進について（通知）、
http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/07050101.htm
5. 杉万俊夫編著、コミュニティのグループダイナミクス、京都大学学術出版会、2006
6. 独立行政法人特殊教育総合研究所、プロジェクト研究報告（平成18年度～19年度）「発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムに関する研究」研究協議資料
7. 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課、特別支援教育資料（平成18年度）、平成19年5月

Ⅸ 地域の事例から ～障害児等療育支援事業に関連させた相談支援事業の展開～

事例 1 徳島県 子ども支援（特に保育所に入所している幼児）の教育サイドからのアプローチの実際について

1) はじめに

徳島県において、特別支援学校による保育所巡回相談は、障害児教育指導員制度の実施に始まる。この制度は、昭和60年度にスタートした。障害児教育諸学校の教員を障害児教育指導員として任命し、各関係機関への理解啓発を目的として活動を開始した。

その後、幼稚園、小学校、中学校を中心に教育相談が増えてきたことをふまえ、平成7年度にその活動を教育相談による地域支援とし、広範囲な連携をとりながら活動を行ってきた。このころから、保育所での「いわゆる気になる子ども」に関しての相談も多くなり、定期的な相談対象として位置づけられてきた。

特別支援教育への転換が図られてきた現在においても特別支援教育巡回相談員による保育所支援が実施されている。

2) 相談の実際

幼稚園、小学校、中学校などの教育機関への相談・支援に比べて、保育所支援ではいくつの特徴がみられる。第一の特徴としてそれぞれの市町村の現状にあった保育所支援が形成されてきたことがあげられる。これは人口比の違いや管轄の違い、それまでの取り組みの違いなどが反映されている。第二の特徴は、この年齢の子どもたちに関わる関係者が多いということ。母子担当保健師をはじめ、家庭児童相談員、児童民生委員、保育所担当保育士など多くの療育関係者が関わっている。また何らかの障害が疑われるケースでは、児童相談所、保健センター、各医療機関、小児担当PT、ST、OTなども関係者となる。就学を控えては、教育関係者も関わりが生じてくる。その結果、必然的にその連携の在り方が支援の成否に関係することになる。第三の特徴としては、相談・支援時に求められるコーディネーターの役割の多様さと複雑さがあげられる。相談対象者も子ども本人、保護者（特に母親）、家族、所属先の保育所、幼稚園、通園施設などの広がりがあり、その一つ一つに違った支援が必要になる。

以下、三つの特徴をふまえながら、相談・支援の要請、内容、連携について述べてみたい。

3) 保育所への支援の特徴

① 相談・支援の要請について

- ・ **A市の場合** A市は人口 26 万人余り。市役所内に子育て支援課と保育課があり、障害児保育に関しても過去積極的に取り組んでいる。相談・支援は保育課からの要請に

基づき地区割りで担当保育所を分担し、特別支援学校の巡回相談員が定期的に巡回を行っている。この市では、障害児保育にかかる幼児の把握ができており、必要に応じて保健センターや、教育委員会、幼稚園、小学校などへの連携も保育課を通じてできている。また、担当保育士が移動したような場合でも、前年度に受けた支援内容などの引き継ぎができています。

- ・ **B市の場合** B市は人口4万4千人余り。母子担当保健師が中心になり、1歳6か月児健診、3歳児健診などで継続指導が必要な幼児に関して保育所巡回を実施している。また、子育て教室などを活用し、専門家との連携も積極的に行っている。保育所訪問に関しては、その担当保健師が保育所や保護者との調整役を果たしてくれている。
- ・ **C市の場合** C市は人口4万1千人余り。ここでは福祉事務所の家庭児童相談員が保育所と連携をとり、相談や支援に関して調整役を果たしてきた歴史がある。必要に応じて特別支援学校のコーディネーターと連絡をとり、地域の療育センターへのつなぎなども積極的に行っている。

その他、個々の保育所からの依頼や、保護者同士の情報網、先輩の保護者、学童保育の指導員などその相談要請については、多岐にわたっている。

② 相談・支援内容について

- ・ 「気になる子どもたち」ということで相談があるので、その内容は子どもたちの生活全般にわたる。保育所での生活にとどまらず、家庭生活の支援まで含まれる。
- ・ 子ども本人の支援が中心になるが、その家族とくに母親への支援も大きな部分を占める。子育てを担っている母親支援は、カウンセリング的アプローチが必要になる。支援に関しては、必要に応じて子どもへの支援担当と母親への支援担当と分けて行うことが有効な場合もある。それぞれの担当者の役割分担が大切になるし、いつ、誰が、誰に、どんな関わりをしたかなどの情報の共有が必要である。

③ 相談・支援の連携について

- ・ 保育所での支援は、次の幼稚園、小学校と引き継ぎがなされなければ一過性で終わってしまう。その継続の責任が母親だけに求められることがあってはならない。その支援の継続において、誰が調整役を果たすのかについて関係者が共通理解し、確実に連携を継続していくことが何より必要になる。この点では、特別支援教育の中で取り組まれている「個別の教育支援計画」や「個別の指導計画」などの整備と活用が急がれる。

4) まとめ

- ① 現在徳島県においても、教育サイドにとどまらず、医療サイドや福祉サイドからの子ども支援がなされてきている。しかし、市町村格差が大きく、社会資源に乏しい地域では十分に相談・支援がなされているとはいえない現状がある。

徳島県においては10年以上にわたり特別支援学校による地域支援の一環として保育

所などの巡回相談を行ってきた歴史がある。このような先行事例をふまえ、地域資源の一つである特別支援学校の有効活用がもっと検討されなければならない。

- ② 保育所支援を通しての障害児支援は、一方で教育にどう結びつけるかが問われることになるが、他方では将来の社会自立を見すえた相談支援事業に結びつけていかねばならない。そのために子どもに関わるさまざまな専門家とどのように連携をとっていくのかは大きな課題である。特に相談・支援に関わる相談員はその地域の社会資源に精通し、どのような場所で誰がどんな支援を行っているのかについての具体的な情報を集約していることが必要である。

特別支援教育の実践は始まったばかりであり、福祉サイドや医療サイドへの情報提供をしつつ、個別の実践を積み重ねていく必要がある。

事例 2. 岸和田市保健センターにおける障害児の早期発見・支援システムからみたコーディネート機能の重要性について

1. 岸和田市保健センターにおける障害児の早期発見・支援システムについて

(1) 岸和田市の概要

- ① 人口 204,384 人、出生数 1,911 人、就学前人口 12,281 人（いずれも H19 年 4 月）
- ② 世帯の特徴
 - ・ 就学前児童を持つ家族のうち核家族は 7 割弱、三世帯世帯は 2 割弱程度
 - ・ 発達相談等でのフォロー児は 5～6 %前後
- ③ 職員配置 保健師：正職 9 名
発達相談員：正職 2 名（アルバイト 7 名）

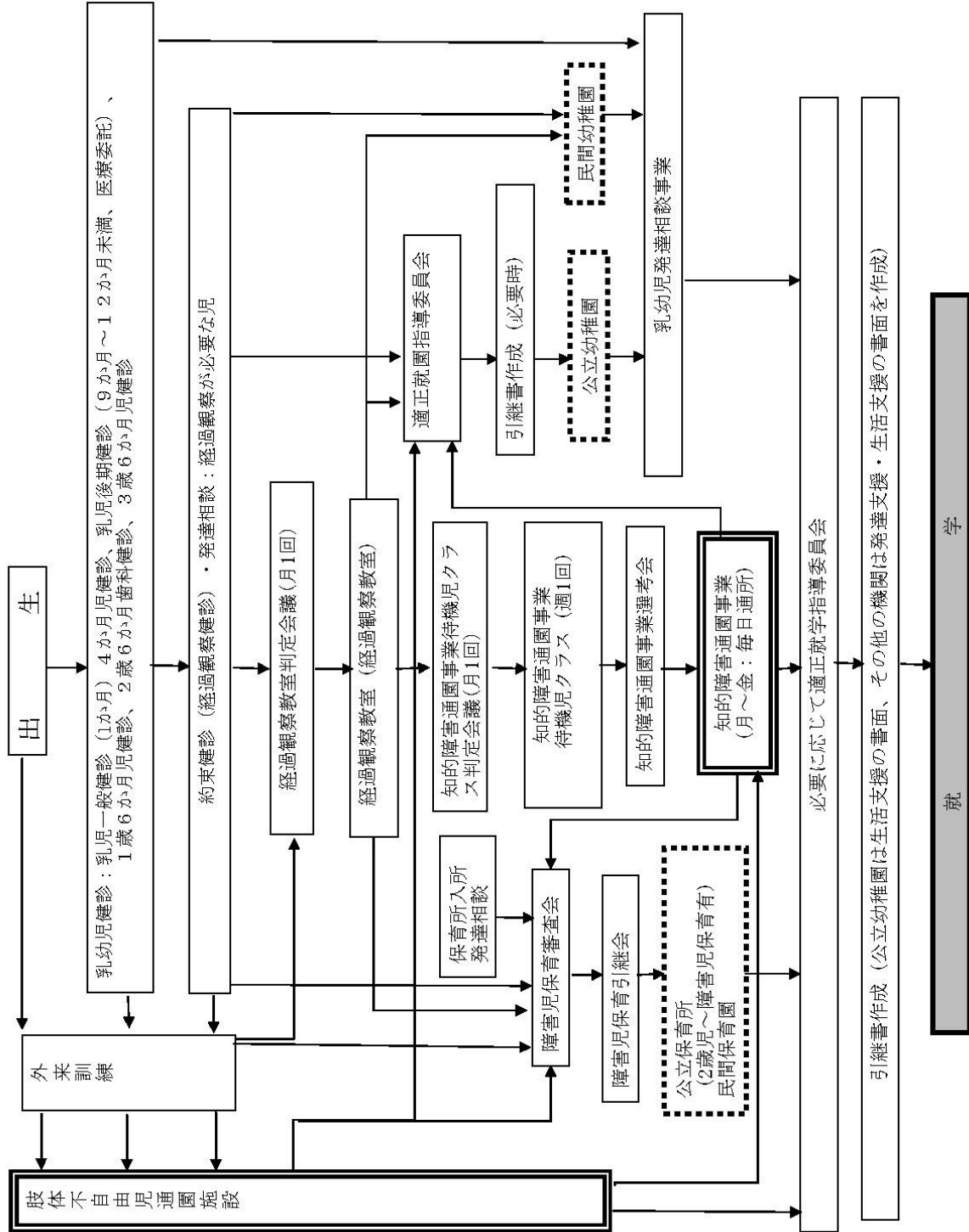
(2) 岸和田市での取り組みの特徴

- ① 就学前の療育支援体制の充実
 - ・ 早期発見後、就学まで継続した発達支援
 - ・ 保護者との信頼関係を構築
- ② 就学前後の連携システムの構築
 - ・ 保護者と協働して就学への引継ぎを実施
 - ・ 特別支援学校・特別支援学級だけではなく、通常学級に進む児童（発達障害児含む）の引継ぎも実施
 - ・ 発達相談事業体系図（図 1）

(3) 障害児の早期発見・対応の現状

- ① 乳幼児健診
 - ・ 4 ヶ月・1 歳半・2 歳半・3 歳半：集団健診
 - ・ 乳児後期健診：医療機関委託
- ② 健診におけるフォロー体制
 - ・ フォロー対象者：保健センターの基準により要フォローとなった児
 - ・ 健診のフォロー方法：基準によって、フォロー方法は異なる（電話確認、文書確認、発達相談・約束健診・医療機関への紹介、訪問などを実施）
- ③ 約束健診（経過観察健診）
 - ・ 経過観察を必要とする乳幼児を対象に医師・発達相談員・栄養士・保健師による健診・発達相談を行い異常の早期発見・健全育成を行う
- ④ 乳幼児発達相談
 - ・ 一般市民向けに月 3 回実施している。
 - ・ 現在は幼稚園児のフォローの場がないため、乳幼児発達相談の枠を利用

図1 岸和田市発達相談事業体系図



(4) 障害児への早期対応・親支援の現状

① 経過観察教室（親子教室）－岸和田市役所健康推進課主管

- ・ 役割： ア) 子どもの発達支援－独歩後の二次的問題を軽減や発達の改善をはかるために、早期に対応、集団の中で発達支援を行う。
イ) 保護者支援－保護者へ関わり方のアドバイス、安心して通える場の提供
- ・ 複数の専門職の協働による発達支援： スタッフとして、保育士正職 2 名、保育士アルバイト 1 名、保健師 2 名、必要時に発達相談員
- ・ 回数： 週 1 回、午前中（9 時 15 分～11 時 30 分）
- ・ 対象児： 発達相談で発達支援が必要と判断された児童（判定会議で保健師、保育士等複数の目で判断）
- ・ 定員： 1 クラス 20 名
- ・ 待機児対策： 待機児を出さない方針で、定員を超えた時点で（毎年 8～9 月頃）、保育士（アルバイト）を配置し、1 クラス 25 名を限度に対応しているが年度末には若干の待機児が出ている。
- ・ 保育内容： 集団での保育（生活リズム、身辺自立、対人関係などの支援）

| | |
|-------|-------------------|
| 9：00 | スタッフによる打ち合わせ |
| 9：15 | 登室 自由遊び |
| 10：00 | おはようのあつまり 設定保育 |
| 11：00 | 地域の公園に行く |
| 11：30 | 保健センターにて解散 |
| 終了後 | スタッフによる反省会 |

- ・ 経過観察教室（親子教室）での保護者支援
 - ア) 連絡帳： 保護者が育児の記録や悩み事などを記録する。それに対して保健師が対応。育児不安が大きい保護者に対しては、家庭訪問などを行い、きめ細かい育児相談に応じる。
 - イ) 保護者教室： 年に 2 回程度の学習会を実施する。7 月から 8 月にかけて、「発達・育児の学習会」を発達相談員が行う。進路の時期には、教育委員会・保育課に協力を要請し、進路説明会を行う。
 - ウ) 発達相談： 6 ヶ月～1 年に 1 度、個別の発達相談を行い、発達相談・進路相談に応じる。3 ヶ月クールで保育士・保健師が中間検討を行い、子どもの状況を評価し、発達相談時に支援方針を保護者に伝えるシステムが作られている。

(5) 健診以外での発見・フォロー体制

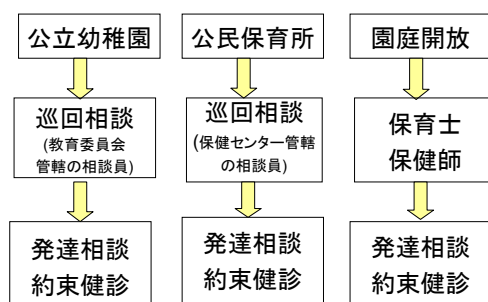
① 公立保育所（17園）

- ・ 平成 16 年度から障害児保育開始（2 歳児～5 歳児が対象）。保護者の就労要件がなくても、子どもの発達支援の要件で入所可能。
- ・ 知的障害児、知的障害を伴う自閉症児だけでなく、ADHD や高機能自閉症などの発達障害児も対象となっている。
- ・ 保健センターの発達相談員による巡回相談で、1 年に 2 回発達の評価や目標の確認をおこなう（年間発達相談受診児童 150 名程度、うち発達支援の要件の児童 70 名程度）

② 健診では見つけにくい障害（ADHD、ADD、アスペルガー症候群等）の発見と対応

- ・ 3 歳半健診で、行動面や対人面の問診項目を入れているが発見が難しい。
- ・ 在宅児の場合は保護者も問題意識を持ちにくく、フォローがつながりにくい。
- ・ 健診での発見も望まれるが、集団の中で発見し、対応していく連携システムを構築中である（図 2）

図 2. 健診以外での発見・フォローのシステム



③ 公立保育所の園庭開放（毎週火曜日の午前中に実施）

- ・ 経過観察教室を退室後のフォローの場合
- ・ 発達相談や乳幼児健診につながりやすい保護者に対して、保健師が園庭開放を紹介し、要観察児童の経過を観察する。この場で保健師は保護者と信頼関係を築き、発達相談につなげていく。
- ・ 保育士が発達上少し気になる児を発見した場合は、保護者に発達相談などの情報提供を行っている。

(6) 保健センターから各機関への引継のシステム

① 引継システムができるまでの経過

- ・ 平成 16 年度 岸和田市障害児療育部会（障害児療育に関連する機関による会議）にて、「連携マニュアル」を作成。就学前から就学後における公的な情報の引継システムの構築を今後の課題として確認。
- ・ 平成 17 年度 部会の中で、引継情報の内容を検討し、引継書のフォーマット

を作成

- ・ 平成 18 年度就学児から引継書を作成し、連携を行う。

② 引継の流れの実際

| 《公立幼稚園の場合》 | 《公立幼稚園以外の就学前施設の場合》 |
|--|--|
| ①資料作成者：保護者、担任教諭 ②生活面の資料のみ作成 ③流れ 1 月末～2 月：担任が生活支援の資料作成 ↓ 保護者と内容確認、承諾のサイン ↓ 3 月中旬：保護者が直接、資料を学校へ渡す。 4 月～5 月：引継会を実施。 | ①資料作成者：保護者、発達相談員、 担任の保育士、民間幼稚園教諭、 ②発達支援面・生活支援面の資料作成 ③流れ 1 月中：巡回相談を実施：保護者・保育士・ 発達相談員の情報共有 ↓ 2 月中：発達支援面の資料：発達相談員 生活支援面の資料：保育士・教諭 ↓ 3 月上旬：保護者と内容確認、承諾のサイン ↓ 3 月中旬：発達相談員が回収し、教育委員会 へ提出 ↓ 3 月下旬：教育委員会から各学校へ。 |

③ 引継書作成・活用のための人材育成

- ・ 平成 18 年度 公立保育所・幼稚園の先生対象に引継書作成講習会を実施し、生活支援面の引継資料作成を実現。
- ・ 平成 19 年度 民間の保育園・幼稚園の先生対象に引継書作成講習会を実施。養護学級担任・特別支援教育コーディネーターに対する引継書の活用方法の講習を実施。

(7) 引継システムの今後の課題

- ・ 就学前から就学後の引継ぎシステムについてはおおよそ完成してきているが、公立幼稚園の児童は定期的に発達相談が継続されていないこともあり、発達支援面の資料を作成できていない。今後、教育委員会と協働で公立幼稚園の児童に対する発達支援の体制や引継ぎシステムの検討を行っていく予定である。
- ・ 引継ぎ資料が学校へ引継ぎされるようになり、今年で 3 年目である。過去 2 年の子どもたちの資料が学校側でどのように活用されているのか、1 年目は教師対象、2 年目は保護者対象にアンケートを実施した。その中で、引継ぎ資料に関する認識や保護者に活用の内容を知らせることなど学校間で差があることが明らかになってきた。またどの情報がどのように個別の教育支援計画に利用されているかが詳しい情報はアンケートで確認できなかった。今後は、学校側への活用に関する啓発活動ならびにどのような情報を学校へ送り出すべきかについての再検討などを行ってきたい。

2. 岸和田市の取り組みの分析による「コーディネーターとしての機能」の抽出

岸和田市では市役所健康推進課に所属する2名の正規職員の発達相談員が、障害児ケアマネジメントのコーディネーターとしての機能を果たし、障害児とその家族（親）や、保健師、医師、保育士、幼稚園・小学校の教諭等の専門職や支援機関が、効果的に機能できるような動きをつくり出している。そこで、岸和田市のモデルから、障害児ケアマネジメントにおけるコーディネーター機能を抽出してみた。

① コーディネーター機能のリスト

- ・ 地域内の社会資源について、実態を十分把握している。
- ・ ソーシャルワークに関する知識・技能を有している。
- ・ 地域内の関係機関の担当者とのフォーマルなネットワークを持っていると同時に、人的ネットワークを効果的に活用している。
- ・ 地域内の効果的な支援システム構築のために、現状の課題について認識し、実現可能で具体的な提案を、フォーマルな検討会等で行うことができる（支援を点としてとらえるのではなく、システムとしてとらえる視点を有している）。
- ・ ライフサイクルの中の縦への支援（移行支援）の引継の重要性を認識し、必要な引継情報や引継書作成および活用方法について、知識と経験を有している。
- ・ 保護者や保育所・幼稚園の保育士・教諭が、個別の支援計画を作成し、有効に活用できるよう指導・助言を行うことができる。
- ・ 定型発達に関する知識、障害に関する知識、療育に関する知識、障害児に対する制度やサービスについて、一定の知識を有している。また、常に新しい情報を取り入れるよう研鑽に努めている。
- ・ 一人ひとりの子どもの発達のニーズについて、評価結果等からの読み取りができ、必要な情報を収集し、全体像を的確に把握することができる。
- ・ 保護者の障害受容のプロセスへの理解があり、個々の保護者や家族に応じた障害告知のタイミングや方法について適切な判断をし、関係者と連携しながら、保護者を支援することができる。
- ・ 多職種や異なる立場の人たちとチームで仕事をするためのコミュニケーション能力を有している。

② コーディネーター機能に関する予算措置の方法について

- ・ 岸和田市の場合は、市の健康推進課（保健センター）の正規職員2名が、発達相談員としてコーディネーター機能を果たしている。多くの市町村では保健センターの心理士は、非常勤嘱託やアルバイトの場合が多く、乳幼児健診での発達検査や心理発達相談等の部分的業務を担っている場合が多い。
- ・ コーディネーターとして機能するためには、先のリストに挙げたように、幅広い知

識と経験が必要であり、「発達支援コーディネーター」として専門職として資格化し、市町村単位で配置すべきであるとする。

- ・ それぞれの支援機関で、より充実した内容の「個別の支援計画」が作成されるべきであるが、就学前期から就学へ、また学齢期から卒後への移行期における「移行支援計画」や「個別の教育支援計画」については、多職種がチームで立案する必要があり、いつ、誰が作成するかの責任の明確化と、そのための予算化について、縦割り行政の枠を越えて検討する必要がある。

③ コーディネーターとしての専門性の養成について

- ・ 障害児ケアマネジメントを実務として担当する「発達支援コーディネーター」をまず、重要かつ不可欠な職種として位置づける。
- ・ 養成研修を実施する機関を定める。
- ・ 一定期間の障害児に対する実務経験（保健師、心理士、ケースワーカー等）を有する者に対して、現任訓練として、コーディネーター機能に関する専門研修を実施する。

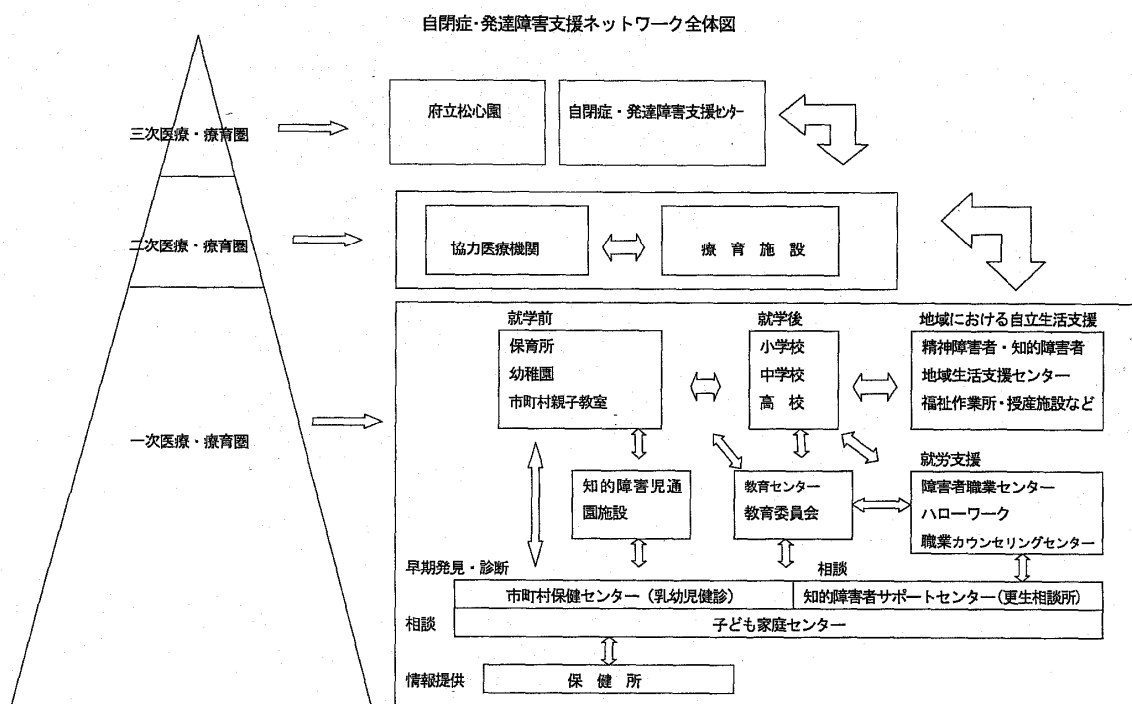
事例3 東大阪市療育センター・自閉症支援センターPALの取り組みについて

1. はじめに

自閉症支援センターPAL(パル)は、大阪府の「発達障害療育等支援事業」を社会福祉法人東大阪市社会福祉事業団が委託を受け、自閉症およびアスペルガー症候群等の子供およびその保護者を対象に、自閉症の特性に合わせた療育と、保護者に対する研修を行うことを目的に、同事業団が運営する東大阪市療育センター内に設置された。本稿では、自閉症支援センターPALの設置にいたる経過、その役割や機能、ならびに東大阪市における療育のシステムとの関連からみた今後の課題について報告する。

2. 大阪府「発達障害療育等支援事業」について

平成16年、大阪府は、自閉症・発達障害を適切に理解し、家族も含めた総合的支援のあり方を検討するために、「自閉症・発達障害支援拠点ネットワークづくり検討委員会」を全5回開催し、今後の支援ネットワーク構築のための検討を行った。その結果、府内の自閉症・発達障害に関する実態と課題、府における自閉症・発達障害児支援の今後の方向性が報告書にまとめられた。そのなかで、医療・療育支援ネットワークの構築の必要性が説かれ、自閉症・発達障害支援ネットワークのモデル図が提示された。



ここで、

一次医療・療育圏(市町村域)

→ 自閉症・発達障害児(者)と日常的に関係のある地域の市町村保健センター・保育所・学校等

二次医療・療育圏(6圏域+2政令指定都市)

→ 専門的な診断や療育を行える協力医療機関や療育施設＝自閉症支援センター

三次医療・療育圏(府域)

→ 高度な診断や療育を行い、困難事例や研修等を受け持ち指導的役割を担う松心園や自閉症・発達障害支援センター

と、階層性を持たせた位置づけを行い、これらが連携し、医療・療育支援ネットワークを構築することとなった。これを受けて大阪府は新たに「自閉症・発達障害支援事業」として、医師・施設関係者(指導員・心理士)養成事業、啓発冊子作成事業とならび、療育等支援事業を開始した。

療育等支援事業は、原則として医療機関で診断を受けた自閉症およびアスペルガー症候群等の発達障害児を対象とし、関係機関のネットワークを構築しながら、発達障害の診断や療育を実施する拠点施設(自閉症支援センター)を二次医療福祉圏域に1ヶ所設置し、発達障害児とその家族を支援するものである。大阪府は豊能、三島、北河内、中河内、南河内、泉州の6つの圏域と大阪市・堺市の2つの政令指定都市からなっているが、平成17年度は、

- ① 三島圏域(高槻市) …(社福)北摂杉の子会・自閉症療育センターwill(ウィル)
- ② 南河内圏域(河内長野市)…(社福)大阪府障害者福祉事業団・自閉症支援センターSun(サン)
- ③ 泉州圏域(貝塚市) …(社福)三ヶ山学園・自閉症支援センターWave(ウェーブ)
の3ヶ所で開始された。平成18年度の後半期より、
- ④ 中河内圏域(東大阪市)…(社福)東大阪市社会福祉事業団・自閉症センターPAL(パル)が参加し、平成19年より、
- ⑤ 豊能圏域(箕面市)…(社福)大阪府障害者福祉事業団・自閉症支援センター青空(そら)

そして、平成20年度には残る北河内圏域での自閉症センターもほぼ決定している。

3. 自閉症支援センターPALについて

【業務について】

各圏域における自閉症支援センターは、事業に係る共通フォーマットに則って支援を展開することになっている。前述したように、その目的は、関係機関がネットワークを構築しながら、発達障害の診断や療育を実施する拠点施設として発達障害児(者)とその

家族を支援することにある。各支援センターは児童デイサービスの指定障害福祉サービス事業者の指定を受け、相当の経験と知識を有する者、またはそれと同等と府が認めるものを職員として配置し、①発達検査、②療育訓練、③保護者指導、④療育相談を行う。その内容は以下のとおりである。

- ① 発達検査 …療育開始前に1回の実施。PEP-Rを使用。
- ② 療育訓練 …年間20回(月に2回)の実施。TEACCHによる指導。
- ③ 保護者指導…療育訓練を受けている保護者を対象に年間10回(月1回)の実施
- ④ 療育相談 …療育訓練を受けている保護者および一般府民

【対象児について】

定員児童数は各施設50名で、

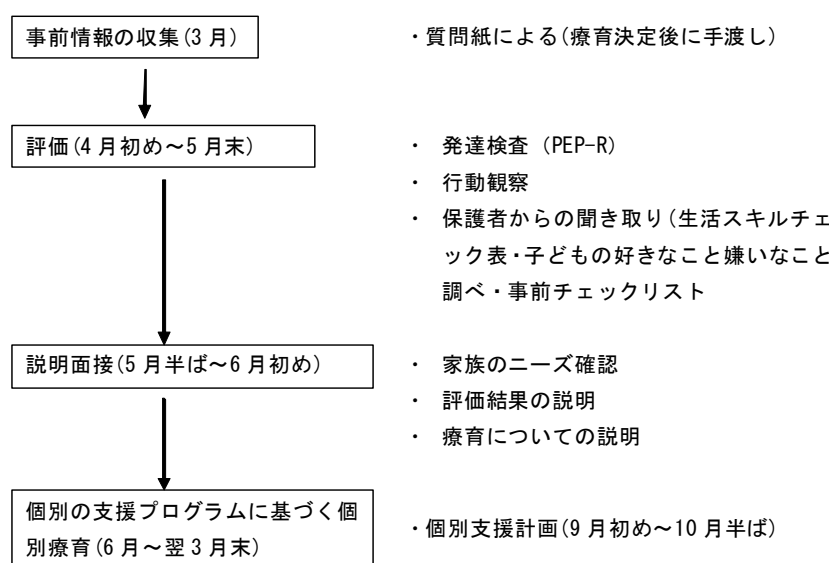
- ① 大阪府内に在住する就学前児童～小学2年生の、自閉症あるいはアスペルガー症候群などの診断を受けた子どもとその保護者。(Will：就学前児童および小学生、Sun：就学前児童、Wave：PALと同様)
- ② 保護者同伴で1年間継続して通所が可能な児童。
- ③ これまでに府の実施する療育事業(府立松心園および発達障害者支援センター・アクト大阪、本事業委託の自閉症支援センターでの療育訓練)を、原則受けたことのない児童。

に該当する方から公募(定員を超えた場合は抽選)する。

【利用料について】

児童デイサービス受給者証の利用者は、療育、保護者研修とも1回につき432円(学童児)～800円(未就学児)の利用者負担となり、受給者証の取れない場合は、府の定める料金(1回1360円：府立松心園の医療費負担額に相当)

【療育の流れ・療育訓練について】



【個別療育について】

50名の対象者を、正規スタッフ2名、契約スタッフ2名で、ケースを分担して受け持ち TEACCH プログラムによる療育を行っている。声かけと促しがなくても、構造化された環境の中で、自発的に行動し、活動に参加することを目的とし、同伴されている保護者には、基本的に子どもの様子を見ながらどのような支援が必要なのかをスタッフと一緒に考えられるようにしている。発達検査の結果、保護者ニーズ、療育での評価を元に、個別支援計画を作成し、面談の中で保護者と検討した上で、支援計画を決定する。

支援計画の中で、目標とされたことについては、療育プログラムに盛り込み、家庭でも実践できるようにし、その経過から目標達成の実施方法を探っている。2月には目標達成の再評価を行い、実施方法についての再検討を加える。

【保護者研修・その他】

保護者研修は全10回、ほぼ月に1回の頻度で行っている。そのほか、療育対象者が通っている学校・園の担当者等の同伴見学や療育内容の説明のほか、学校園巡回指導、特別支援教育コーディネーター・担当者研修、ならびに通園卒園児の保護者や PAL 療育希望の保護者等からの療育相談を行っている。

【課題と今後の展開について】

自閉症支援センターPALは、人口80万を抱える中河内圏域を担っている。平成19年度は78名の応募があり、抽選により50名が決定した。その内訳は、学齢児が25名、未就学児が25名で、市域で分類すると、東大阪市31名、大阪市7名、八尾市3名、大東市、寝屋川市、堺市がそれぞれ2名、豊中市、柏原市、守口市がそれぞれ1名であった。PALのスタッフは東大阪市療育センターからの正規職員2名と契約スタッフ2名で構成されているが、東大阪市からの応募が過半数を占めるものの、居住地が圏域を越えた市町村からの応募も比較的多いことや、この事業の核心である、50名の対象者に対する個別支援計画の作成と保護者研修並びに学校園巡回指導や特別支援教育コーディネーター・担当者研修、保護者に対する療育相談まで幅広い相談支援をコーディネートするには、担当職員のマンパワーが限られていることから、市域・圏域を超えたネットワークの拡がりやアシストし、地域生活を支援する上で欠かすことのできない関係機関との円滑な連携を築き、障害児者とその家族の支援体制を確実なものにするには、その母体である東大阪市療育センターの機能に頼ることになる。

東大阪市療育センターは1980年に開設され、「障害を持つすべての子どもたち・人々が地域の中でごく当たり前暮らししていけるよう、その生活と健康を支える」ことを理念に、通園部門(第一、第二はばたき園)・診療部門(施設内診療所)・相談部門の3部門から構成されている。今回、自閉症支援センターPALを療育センターに設置したことで、施設内診療所は協力医療機関となり、当然その対象エリアは広域を担うことになった。相談部門もPALの療育相談のコーディネート機能を側面からサポートしている。また児者一貫した支援を行えるよう事業団が運営を委託されている施設は、療育センター、障

害者センター、相談センター、老健施設の4施設があり、それぞれがライフステージに沿った相談支援事業を展開しているが、児の成長とともに連携を持つ必要性が生まれている。さらに、東大阪市では、療育センター開設当初から統合保育・教育をサポートするシステムとして、保育所巡回指導、学校園巡回指導事業を開始しており、療育センターの医療スタッフや指導員、ソーシャルワーカー、心理判定員などを派遣、市の子育て支援課や教育委員会学校教育推進室と協働で、地域で障害児者に係わる人たちの支援も施設支援の形で行っている。PALの施設支援にもそのノウハウが導入され、療育センターの各部門の職員が参画している。制度の変革とともに細部の修正や調整は必要ではあるが、早期発見・早期対応が可能な療育システムも整っていて、子ども家庭センター、保健センター、児童家庭相談室、療育センターの4機関からなる四所合同連絡会議がもたれ、連携できるシステムをもっている。

自閉症支援センターPAL(パル)は、東大阪市、八尾市、柏原市の3市からなる中河内圏域を担当しているが、それ以外の市町村からの利用者も多い(他の自閉症支援センターも同様のことが当てはまる)ことから、もっとも身近な地域での相談支援体制の状況や資源などについての情報収集が可能であり、その情報を利用者や地域、地域の関係機関へフィードバックしていくことで地域格差を是正する一助となすことは、個別支援計画の作成、学校園巡回指導や特別支援教育コーディネーター・担当者研修、保護者に対する療育相談などに並んで、今後、圏域の相談支援のコーディネート機能の大きな役割となるのではないかと考えられる。

事例4 姫路市における保育所等巡回相談事業と発達相談事業からみる障害児への発達支援の流れと関係機関との連携のあり方について

1. 姫路市における乳幼児健診後のフォロー体制について

姫路市では乳幼児健診や保育所などで発達の遅れが発見された子どもに対して、診断・評価を含めてスムーズに子どもに応じた支援が提供できるように、保健所・保健センターや市保育課、姫路市総合福祉通園センター（以下、「センター」）が連携して主に乳幼児健診後のフォロー体制の検討、整備を進めてきた。保健機関や地域の保育所などから療育機関へと緩やかに繋がり、早い段階から育児支援や発達支援などが開始できるように、センターでは医師や臨床心理士、保育士などのスタッフを保健センターや保育所などに派遣して、障害児等療育支援事業に基づく以下のような事業を展開し、早期発見から早期対応が機関移行を経て可能となるようなシステムづくりをおこなってきた。

- 集団健診後の精密健診への医師派遣
- 1歳6ヶ月健診後の発達相談、発達支援として、心理相談に臨床心理士を、育児教室に保育士、臨床心理士、言語聴覚士を派遣。
- 3歳児健診後の育児相談（支援）として、保健センターでなかよしクラブ（出張保育グループ）を週1回（午前）実施。
センター受診に抵抗がある、もしくは通所が困難な親子を対象として、保健センター内で開催。
スタッフ：保育士2名、臨床心理士（月1回）、保健師
- 健診後の療育支援、発達支援、親支援としてのセンター外来保育グループ、個別指導
- 健診ではチェックされなかったが、保育所や幼稚園で気になる子、関わりの難しい子への評価（診断）・相談のために、保健所で「めだか相談室（発達相談事業）」をセンターから医師、作業療法士を、県児童相談所から臨床心理士、市保育課から保育士、保健所から保健師が参加して、多機関協働事業として実施している。
- 地域資源（保育所、幼稚園等）へのバックアップ機能として、保育所等巡回相談事業を実施。
スタッフ：相談支援専門員（コーディネーター、ケースワーカー）、臨床心理士
子どもの状況に応じて必要な職種（PT、OT、ST、保育士等）

2. 保育所等巡回相談事業について

保育所等巡回相談事業は、平成4年から保育所、幼稚園での障害児のスムーズな受け入れと、保育士や教諭へ障害特性に応じた対応方法についてのアドバイスを行うことを

目的に、ケースワーカー、心理士などのスタッフの派遣を開始した。当初は、入所要件を満たしているにもかかわらず、障害があると集団生活に馴染めないなどの理由で保育所の受け入れを断られるケースがみられ、入所した場合も適切な対応方法や必要な環境整備をすることが困難な状況であった。公立保育所（27ヶ所）については、年2回巡回相談を定期的に行い、私立保育園、幼稚園に関しては保護者や園側からの要請によって随時行うという形態をとった。平成8年に障害児(者)地域療育等支援事業を受託後は、コーディネーターが巡回相談であがってくる子どもの状態について事前に情報収集を行い、派遣職種の調整や関係機関との連携を行うとともに、保育士や関係機関の職員を対象とした研修会を開催するなど地域資源へのバックアップ機能の強化を図った。

徐々に保育士等の障害に関する知識や具体的な対応方法のレベルが向上し、障害児の受け入れもほぼ全園で可能な状況となっている。さらに巡回相談を行うことで、就学に向けて教育機関との連携していく意識が芽生え、保育所の中でどう関わったら幼稚園、小学校へうまく繋いでいくことができるかなど、子どもを観る視点も大きく変化してきた。

3. 発達相談事業（めだか教室）について

保育所等巡回相談事業を実施していく中で、保育所、幼稚園等のスタッフからはっきりした遅れはないが、友達とのトラブルが多い、皆と一緒に行動できない、関わりにくいといった印象を受ける子どもの相談がよせられるようになった。しかし、明らかな遅れがないため、医療機関や療育機関などに紹介しても受診が進まないばかりか、発達の問題を園側に指摘されたことで親の不信感を生じさせることになり、関係が悪化してしまうなど対応が困難なケースが増えてきた。そのため、親の抵抗が比較的少なく、子どもの評価や具体的な対応方法が検討できる相談場所での新たな事業の創設が必要となった。

平成9年度から保健センター、県児童相談所、市保育課（保育所）、センターの協働事業として、月1回保健所で小集団での行動評価と個別評価を行い、相談や具体的な対応方法などについてのアドバイスを行う発達相談事業（めだか教室）を開始した。スタッフは、医師、保健師、臨床心理士、作業療法士、保育士で構成され、親への育児支援や保育所など子どもが在籍する機関の職員に対しても子どもに応じた具体的な助言を実施している。

特に、保健所での実施は、医療機関や施設に行くことに抵抗のある親に対し、育児相談の場の提供と子どもを集団の中で客観的に観察していく場の提供を行うことができ、ゆるやかに専門の療育機関へとつないでいけることが大きな特徴である。

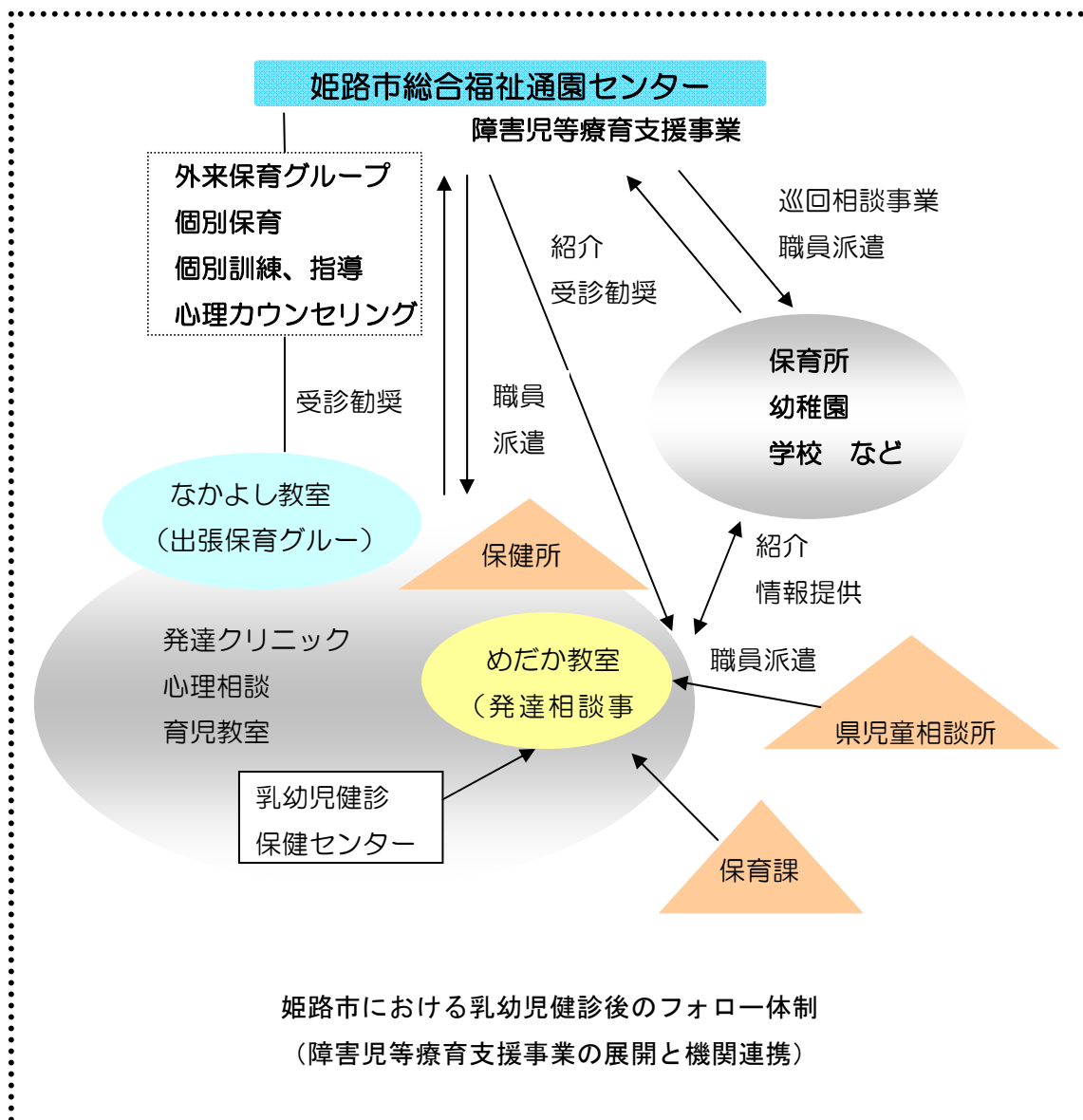
4. 地域の中で障害児と家族にとって必要とされている機能とは

乳幼児健診で発達の遅れや障害が発見された子どもと親・家族に対して、乳幼児健診から発達や障害について専門性をもつ療育機関へ繋がり早期から必要な支援が提供できるように、兵庫県姫路市では、障害児（者）地域療育等支援事業により配置されたコーディネーターを中心に関係機関などの調整や相談機能の充実を図ってきた。同時に、関係機関への巡回相談、グループや個別指導、保健・医療、教育との連携などサービスや機関間のはざまを埋める事業として障害児等療育支援事業を積極的に活用し、地域の実情を踏まえ柔軟な事業展開を行ってきた。

姫路市としてのこれらの取り組みを通して、以下のような機能が地域の中では必要とされていると考えている。

- ① 子どもに障害が発見されてから、新たにさまざまな生活上の問題が生じてくる可能性がある。そのため、親・家族が抱える生活課題に対応できる具体的な相談機能が求められる。ここで、親の育児不安や子どもの将来への漠然とした不安などに対応する相談機能は、在宅サービスのように必要な量を提供するものとは基本的に質の異なる支援サービスでなければならない。
- ② 子どもの発達については個人差があり、子どもに対応する職員には発達や障害に関する深い知識が求められる。
- ③ 子どもや親・家族が明らかなニーズをもっているにもかかわらず、乳幼児期にはいろいろなサービスを利用しようという意識や動機づけが弱い。そのため、子どもや家族の状況を見ながら的確な情報を提供する機能と必要な関係機関・職種などとの連携・調整を行う機能が求められる。
- ④ 子どもの将来の見通しを立て、個々の専門職種が行う支援内容の意味づけや日常生活場面への般化などについて親が理解できるように支援する機能も求められる。

今後の相談支援事業と障害児等療育支援事業の展開を考えた時、一つには乳幼児期支援には、その時期特有の子ども、親・家族への相談支援に対応できる「子ども発達支援コーディネーター」的な人的資源の配置が必要であること、縦のネットワークを意識した関係機関協働の支援チームで子どもの発達ニーズ、親・家族への育児支援や心理的支援などに対応していく必要があることが明らかになってきたのではないかと考える。今後は、人的資源の配置や関係機関協働の支援チームの設置についての手法や施策化について、喫緊の課題として検討していく必要がある。



事例5 沖縄県 長期入院児の在宅移行支援

沖縄県における障害児(者)地域療育等支援事業（現在の障害児等療育支援事業）は、平成 12 年から沖縄本島の北側にある自然の豊かな地域で通称「やんばる」と呼ばれる人口 12 万人の過疎地域からスタートした。受託をした重症心身障害児施設・名護療育園では、平成 14 年から圏域唯一の小児科基幹病院である沖縄県立北部病院の長期入院児に対して退院へ向けた支援を行っている。

もともと同事業で在宅支援サービスを受けていた児が地域の基幹病院に入院したものの、いっこうに退院する気配がなく結果として支援から遠ざかっている現実に直面したのがきっかけで、長期の入院を余儀なくされた児の生活の質を高める支援や早期に退院してもとの家庭・地域での暮らしを取り戻すことへの支援も必要なサービスと考えたことからこのような支援が始まった。

事業所では長期入院児への退院へ向けた支援を「新しい在宅支援」と位置づけ、外来の療育相談やリハビリ機能、重症児通園事業、更に短期入所を含めた入所・レスパイト機能とコーディネーターの相談機能を組み合わせることで進めてきた。一般に子どもが病気で入院するにあたっては病院にいたることが一番であると常識的に考えてしまう。治療の必要がなくなればいつか退院してくるだろうと考えている。

しかし、実際は退院できない理由は他にあることを知らない。例えば、障害児特に重度の障害のある児については、生活に必要な医療的ケアがあることで、保護者が退院して生活することに対して展望を持つことができずに退院をためらうことがある。また、医療スタッフも病院内の治療的介入の手法には慣れているが、在宅の障害児の生活をプランすることに不慣れなため、退院へのイメージを持つことが難しく、結果として家族をして在宅へ向けてのハードルを越えることに適切に支援することができずにいることがある。

このような状況に対して、在宅の障害児支援のノウハウや具体的支援メニューのある療育機関が病院内に直接入り、入院児への支援を行ったらどうだろうかと考えたのである。方法としては、

- 1) 支援事業コーディネーターが病室を訪問し、本人や家族のニーズを把握し相談を行った。
- 2) 地域の保健師と病棟のスタッフ（医師、看護師、病院ケースワーカー）と名護療育園在宅支援スタッフ（医師、理学療法士、看護師）、支援事業コーディネーターらとの月に一度の連絡会「ひびきの会」を通じて、本人や家族のニーズを確認し対策を話し合った。
- 3) 在宅支援スタッフが病棟を訪問し、療育相談・訓練指導を行った。
- 4) 名護療育園で保育（重症児通園事業や外来保育）や外来での療育相談を提供した。

これらの支援を開始した平成 14 年には、支援対象児 9 人（平均年齢 2 歳 5 カ月、

平均入院期間 1 年 7 カ月) に対して、支援期間 1 年 2 カ月間のうちに、全員の退院(重症心身障害児施設等への転院を含む)をみるに到った。その後も、「ひびきの会」は月一回の定例会として北部圏域基幹病院において継続して行われており、長期入院児の退院への支援行っている。特に有効であったのは、重症児通園事業への通園を病棟から直接、通わせるというプログラムであった。

このプログラムでは、退院(在宅化)を前提とした計画の中で徐々に病院外の活動を増やして、地域への移行を行うというものである。重症児通園への参加を通じた本人の変容も大変意義深い、その成長を間近にみた親が地域への移行のイメージを具体的にすることができ、同時に支援者や仲間を得ることで実際の退院後のサービス利用につながるができることが大きいと思われた。

沖縄県の入院病床を持つ全ての小児医療機関(17 施設)にアンケート調査を行ったところ、平成 16 年から 18 年にかけての調査では、長期入院児(NICU で 6 カ月以上、一般病床で 1 年以上の入院と最も厳しい定義を行った)が、28 人確認された。

長期入院の子どもへの支援は、本人と家族への具体的な支援が必要である。長期入院児の実態に無頓着であることは「放置」といわれてもしかたがない。これらの児への退院のための支援、家庭や地域生活を獲得するための支援は、まさに「在宅支援」といえよう。特に医療度や介護度の高い障害児については、重症心身障害児施設を経由した在宅化が選択肢として重要である。本人と家族には長期入院した医療機関からいきなり自宅に帰ることには高いハードルを感じて抵抗があるケースがある。このような場合に、療育機関での支援や直接療育文化に触れることで、障害受容や将来展望を持つことができ、かつ在宅化へのステップを家族毎のペースで踏んでいけるのである。このような意味で、重症心身障害児施設の後方支援施設としての活躍が期待される。

全国の調査によると 5,000 床ほどある NICU において平均の入院期間は約 30 日であるのに対して、1 年以上入院している児は約 340 人とされ、増加傾向にあるとのことである。厚生労働省研究班の調査(平成 18 年)では、NICU に 1 年以上入院している児のうち、10%は小児科での治療が相応しいが、58%は重症心身障害児施設で、28%は在宅で療養可能とみられるとのことである。

厚生労働省では、平成 20 年より、NICU の長期入院児に対して後方支援施設への移行を支援するコーディネーターを全都道府県に配置する対策を決めている。これらのコーディネーターと障害児等療育支援事業や相談支援専門員との連携で、単なる病床を空ける為の「追い出し」でなく、長期入院児への「新しい在宅支援」の視点を持つ支援となることが重要である。

参考文献

泉川良範ら：長期入院児のための新しい在宅支援－地域基幹病院と療育機関の連携－。沖縄の小児保健 31:31-36, 2004.

泉川良範ら：沖縄県の長期入院児の実態と「在宅支援」へむけて。沖縄の小児保健 34:32-35, 2007.

X 報告のまとめ ～障害児に対する相談支援事業の在り方～

1. 障害児支援の特殊性

「障害児」は「子ども」である。“disabled child”ではなく“child with disability”として、一般の児童と同様に、児童福祉法に基づいて成長・発達を保障され、愛護されなければならない。また、障害児に対するすべての支援は国家の責任において無償で提供されねばならない（児童の権利条約）。

障害者の自立を目指す障害者自立支援法は、その基本理念は評価されるものの、障害児支援においてはいくつかの解決すべき課題を有している。特に、障害者の生活や障害児の育児や育ちを柔軟かつ継続的に支援するべき「障害者相談支援事業」の実施においては、なお検討すべき部分が多い。

障害児支援の特殊性について以下にまとめると、

① 発達期の支援である

発達過程にある障害児支援では、「育児支援、保育保障などの福祉的支援」と「リハビリテーションをはじめとする医療的支援」などの適切な提供によって、育つ環境の整備と精神・身体の発達を促すことが第一義的に求められる。そのため、地域における専門機能の開発・確保とそのコーディネートが必要である。

② 保護者・家族への支援が重要である

支援すべき対象は障害児本人とともに障害児を育てている保護者・家族である。障害がある故の育児困難や育児不安に寄り添って障害発見前後の混乱を支え、子どもの成長の基盤である家庭機能の維持を図ることが障害児支援の前提として不可欠である。

③ 「障害確定」以前から支援を開始する必要がある

医療機関や乳健で発達の遅れなどを指摘されてから、リハビリテーションや障害児保育などの支援が提供されるまでに、保護者の障害理解が進まなかったり、専門機能の確保が困難であったりして相当の時間を要することが多い。とくに最近注目されている軽度発達障害児等では、障害の確定が困難で長い時間を「グレイゾーンの子ども」として不安な日々を過ごすことが多い。しかし、より早い治療と指導が彼らの成長・発達にとって重要であることは多くの専門家が指摘しているところである。障害児（またはその周辺児）への支援は、障害の確定を待たず（各種手帳や受給者証なしに）、また保護者の障害理解への援助も含めて開始できるべきである。

④ 「横」と「縦」を紡ぐ地域ネットワークの構築が必要

「(地域資源の)横の連携」が強調される成人期の支援に比べて、児童期の支援は「(幼児期－学齢期－成人期へとライフステージをつなぐ)縦の連携」も重要な課題になる。

わが国の障害福祉施策では、「幼児期は通園施設、児童期は学校、そして成人期は成

人施設」というように年齢ごとに区分されており、幼児期からの支援が成人期の生活に繋がりにくいという問題がある。しかし、この移行期における支援の困難さこそ障害者の社会的自立を阻む大きな原因である。障害児に対する相談支援には、障害児の相談支援には横の連携だけでなく、ライフステージを通じた縦の連携や移行期支援が求められる。

このように、障害児の相談支援は成人を対象にした相談支援とは違う「特殊性」をもっており、その実施に当たってはその点を勘案して取り組むことが必要である。

本報告では、児童期の特殊性を勘案した相談支援事業の実施のために、障害者相談支援事業で配置を求められている「相談支援専門員」に加えて、地域自立支援協議会から任命される「(仮称) 発達支援コーディネーター」の配置が必要であることを示した。

2. 障害児支援における個別支援計画（≒サービス利用計画）の作成と地域資源の活用

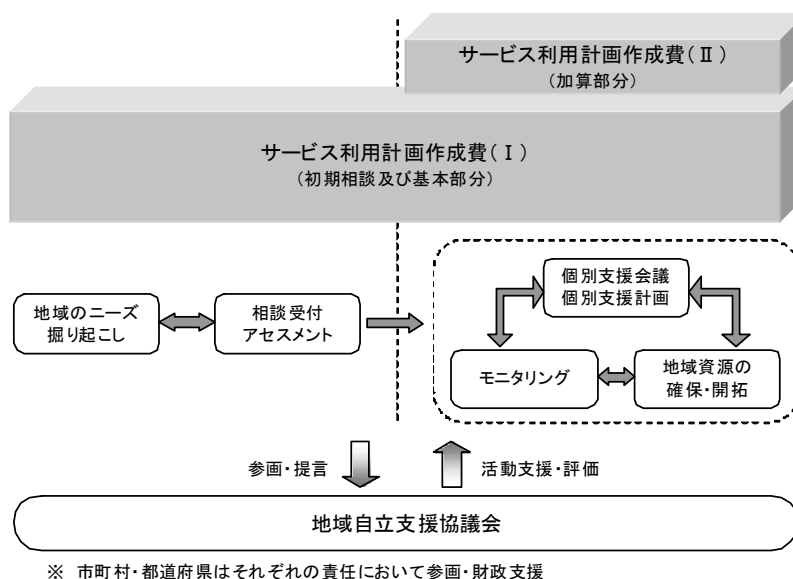
障害者相談支援事業における「サービス利用計画作成費」の実績が上がらない原因として、支給要件の狭さや給付額の少なさ、手続きの煩雑さ等の問題が指摘されている。障害児は、支給要件に当てはまらないだけでなく、相談からアセスメントに至る過程が重要かつ時間を要するものの、作成費の対象となるサービスも少ないため、個別支援計画（サービス利用計画）を作成しても費用請求に至ることはほとんどない。

しかも、その後の支援が障害児通園施設などの専門機関に委ねられてしまうため、前述したように、乳幼児期から成人期へと一貫した支援の継続を阻害する大きな原因になっている。

障害児への相談支援の継続性を考えれば、障害児に対する福祉や医療などさまざまな支援機関をコーディネートしつつ継続して本人、保護者・家族を支援する「発達支援コーディネーター」の配置が不可欠である。加えて、相談受け付け時点から支給され発達支援コーディネーターの人件費を賄える、「障害児」相談支援事業に特化した「サービス利用計画作成費」の設定が必要である。

図X-1に、障害児相談支援事業におけるサービス利用計画作成費のイメージを示す。まず、月平均20～30人程度の相談を標準として、相談の受け付けからアセスメント、個別支援計画の作成、地域資源の確保と提供などを一貫してコーディネートする「発達支援コーディネーター」の人件費及び管理事務費等を対象とした「サービス利用計画作成費（Ⅰ）」を設定し、当該費用だけで基本的な運営基盤を確保する。さらに、個別支援会議、モニタリング、資源確保のための活動やより専門的な連携等が必要な場合に、当該業務に対し支払われる「サービス利用計画作成費Ⅱ」が支給される仕組みである。

なお、これらの業務評価については地域自立支援協議会が行うものとしている。

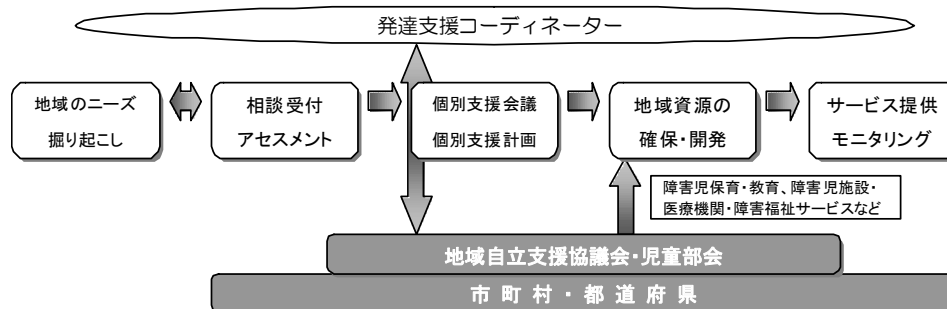


図X-1 障害児相談支援事業におけるサービス利用計画作成費(イメージ)

3. 地域自立支援協議会の活用

地域自立支援協議会は、市町村圏域で障害児・者に関わる機関が緊密なネットワークを形成し、新たな社会資源を創成し、障害者サービスの質を検証する今後の障害福祉のシステム作りの中核となるべき重要な機能である。加えて、市町村が設置するが、障害認定や支給決定権をもつ市町村とは独立して、障害福祉における「自治機能」を有するべき機関である。かつて、障害児(者)地域療育等支援事業には、同様の協議会である「連絡調整会議」の設置が求められていたが、設置率も低くかつ障害保健福祉圏域全体の障害福祉施策に影響を及ぼすものとなり得なかった。

障害者自立支援法施行より、厚生労働省においては地域自立支援協議会の設置を積極的に呼びかけているが、当該協議会の活動を実効性のあるものとしていくことで、地域における新しい障害福祉システムづくりが進むことが期待される。なお、前述したように障害児への相談支援の特殊性を鑑みれば、協議会に設置される専門部会の中に障害児への支援策を専門的に考えていく部会の発足が期待される。(図X-2)



図X-2 障害児の相談支援事業の流れ

4. 障害児相談支援事業および障害児等療育支援事業の活用方法

障害児施設体系の見直しが平成 21 年度を目途に進められている。都市部に偏在する傾向がある既存の障害児施設の機能を活用して、人口過疎で障害児支援機関の少ない地域にも、過不足のない障害児への医療的・福祉的支援を展開するためには、障害児相談支援事業の確立と障害児等療育支援事業の活用が不可欠である。既存の障害児施設や医療機関、特別支援学校などだけでなく、本文中にも記述したさまざまな事業が持つ専門的機能を保育所や家庭に提供するシステムが必要である。この機能は、一義的には障害保健福祉圏域で整備されるべきであるが、圏域で確保できない専門性については都道府県域で確保されなければならない。その調整は「障害児相談支援事業」に配置された「発達支援コーディネーター」が実施し、専門機能を提供した施設や事業所に対する報酬は、都道府県・指定都市・中核市の責任の下、「障害児等療育支援事業」で担保されることになる。

図 X-3 に、障害児等療育支援事業を活用した地域療育システムのモデルを提示する。

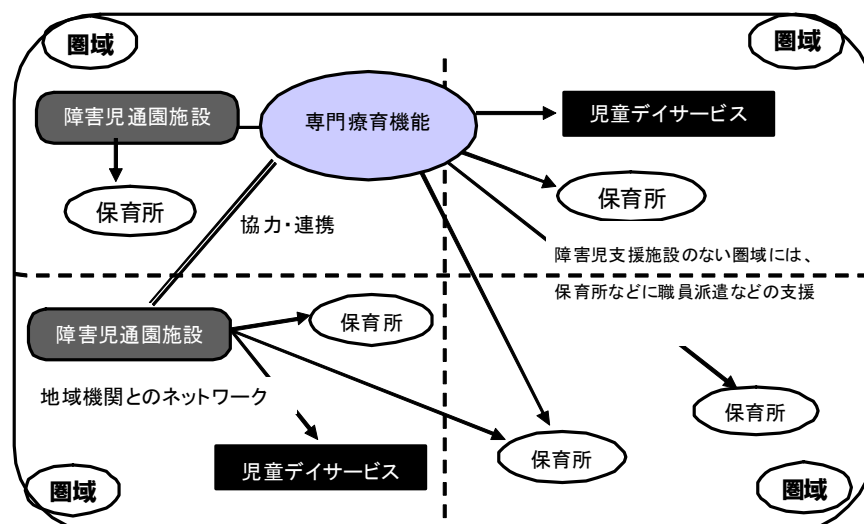


図 X-3 障害児等療育支援事業を活用した地域療育システムのイメージ

5. むすびにかえて

我々の対象は“それぞれの個性のある”そして“発達し続ける”子どもである。

障害者相談支援事業は、障害のある人それぞれのニーズに対して、適切な福祉的支援や医療などの専門的支援を提供して充実した暮らしの基盤を作る事業である。そうであるなら、発達期にある障害のある子どもとその保護者・家族への相談支援はより注意深く設計され実行されなければならないだろう。

我々の進むべき方向を照らし出す“尊厳を持った輝き”に満ち溢れた子どもたちに、明るい未来を保障する責務を痛感しつつ研究の結びに代える。