

**地域における障害児の重層的支援システムの構築と
障害児通園施設の在り方に関する研究**

報 告 書

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

平成20年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

主任研究者	宮田 広善	姫路市総合福祉通園センター
研究者	内山 勉	富士見台聴こえとことばの教室
(五十音順)	勝山 真介	東大阪市療育センター第2はばたき園
	加藤 淳	発達センターちよだ
	加藤 正仁	うめだ・あけぼの学園
	岸 良至	こぐま学園
	北川 聡子	むぎのこ
	後藤 進	オリブ園
	近藤 直子	日本福祉大学 子ども発達学部心理臨床学科
	渋谷 千鶴	むくの木学園
	谷口 泰司	関西福祉大学社会福祉学部
	西牧 謙吾	独立行政法人国立特別支援教育総合研究所教育支援部
	増田 健二	広島市西部こども療育センター
	船越 知行	目白大学人間学部人間福祉学科
	前岡 幸憲	鳥取県立鳥取療育園
	峯島 紀子	中央愛児園
	山根 希代子	広島市西部こども療育センター
	米川 晃	柏学園
事務局	岸 良至	こぐま学園

【目 次】

I. はじめに ～障害児通園施設一元化の流れ～	1
II. 本研究における「発達障害」の定義について	2
III. 本研究における「発達支援」の定義	2
IV. 発達支援を必要とする障害児およびその周辺児の状況	3
1. 自閉症等の発達障害児の増加と「(発達上) 気になる子」 への支援ニーズの増大と支援の実際	3
2. 障害の重複化と医療的支援が必要な在宅重度障害児の増加	4
V. 障害児支援の特殊性	5
VI. 現行の障害児通園施設（事業）の問題点と課題	5
1. 障害種別に分かれており利用しにくい	5
2. 指導／支援が施設内に限定される	6
3. 定員枠内の児にしか支援できない	6
4. ケアマネジメント機能が弱い	6
5. 障害の認定がなければ支援が困難	7
6. 親・家族支援機能が弱い	7
7. 発達支援を担う施設・事業の絶対数の不足と地域偏在	8
VII. 発達支援の基盤となる「障害児相談支援」の必要性と課題	8
1. ケアマネジメントと個別支援計画の作成	8
2. 個別支援計画と「(自立支援法) サービス利用計画」	9
3. 親支援、家族支援から始まる障害児発達支援	10
4. (仮称) 発達支援相談員の配置の必要性	10
VIII. 障害児通園施設および児童デイサービスにおける発達支援の実際	11
1. 知的障害児通園施設	11
2. 肢体不自由児通園施設	13
3. 難聴幼児通園施設	16
4. 児童デイサービス I 型	19
5. 放課後型児童デイサービス事業（II 型）について	22

IX. 発達支援機能を有する機関の設置状況（全国マップ）	25
1. 都道府県における発達支援体制の例（北海道）	25
2. 都道府県における発達支援体制の例（秋田県）	28
3. 都道府県における発達支援体制の例（兵庫県）	30
4. 都道府県における発達支援体制の例（広島県）	32
5. 都道府県における発達支援体制の例（福岡県）	34
6. 政令指定都市における発達支援体制の例（名古屋市）	36
X. 新たな障害児通園施設（事業）の概要	39
1. 名称・機能・根拠法について	39
2. 実施主体について	40
3. こども発達支援センター（事業）と 医療型こども発達支援センターの整理	42
4. 新しい障害児通園施設（事業）の職員配置と機能	43
5. 発達支援サービスにおけるサービス管理責任者の役割	46
6. 新しい障害児通園施設（事業） ＝こども発達支援センター（事業）の給付額と各種加算	52
7. こども発達支援センター（事業）による発達支援の提供方法	53
XI. 地域における重層的発達支援体制	56
1. 都道府県域における重層的な発達支援体制の必要性	56
2. 都道府県全体を支援する「総合発達支援機関（＝医療型障害児入所施設）」	57
XII. まとめ	58
資料 1：難聴幼児通園施設のない地域での難聴児の療育の実態調査	60
資料 2：市町村・都道府県との関係（兵庫県小野市の例）	67
資料 3：障害児通園施設の給付額の試算	70
資料 4：障害児支援とおもちゃ図書館	71
資料 5：都道府県・政令指定都市における発達支援のための資源の状況	75

I. はじめに ～障害児通園施設一元化の流れ～

就学猶予・免除された障害児の通う場所の確保のために、昭和 32 年に知的障害児通園施設（以下「知的通園」とする）が創設され、続いて、昭和 44 年に肢体不自由児通園施設（以下、「肢体通園」）、昭和 50 年に難聴幼児通園施設（以下、「難聴通園」）が創設されて現在の通園療育体制が整った。そして、昭和 54 年の「養護学校義務制（学校教育法第 22 条第 1 項、39 条第 1 項、74 条、昭和 54 年 4 月 1 日施行）」に伴って、支援対象のほとんどが就学前（5 歳児まで）の乳幼児となって現在に至っている。以後、通園施設の数は年々増加し、平成 20 年 10 月時点で知的通園 261 ヶ所、肢体通園 121 ヶ所（肢体不自由児施設通園部を含む）、難聴通園 25 ヶ所となっている。

児童デイサービス事業の前身である心身障害児通園事業は、「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（昭和 47 年 8 月 23 日児発第 545 号児童家庭局長通知）」という目的で設置された。実施主体は市町村、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。以後、平成 15 年度の支援費制度で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における介護給付対象に移行した。主に就学前の子どもを中心に受け入れる I 型児童デイサービス事業所は平成 20 年 10 月時点で 786 ヶ所となっている。

このような経緯でそれぞれの専門性を培いつつ障害のある子どもの発達支援を担ってきた 4 つの障害児通園施設と事業であるが、平成 8 年 3 月に児童福祉審議会の意見具申「障害児の通園施設の在り方について」によって「機能統合＝一本化」の方向性が明記された。同意見具申では「現在の障害種別に分けられた通園施設体系は専門性の高い指導を提供するという点では大きな意義があったが一方で障害種別が違えば身近なところで療育が受けられない弊害がある」「重複する障害児等に対する処遇体制が充分整備されていない」「心身障害児通園事業（児童デイサービス事業）や重症心身障害児通園モデル事業などとの役割分担が明確でなく通園施設のもつ専門的な療育機能が地域療育の質の向上に活かされていない」と述べられ、「障害児通園施設の統合が必要」と結ばれている。

その後、4 通園施設（事業）の機能統合について、国レベルでの協議は進んでこなかったが、障害者自立支援法施行にあたって障害児施設の「3 年後の見直し」が義務規定となり、再び国レベルでの協議が始まることになった。そして、平成 20 年 3 月から 7 月まで 11 回にわたって開催された「障害児支援の見直しに関する検討会」で「障害児施設の一元化」の方向性が示され「社会保障審議会障害者部会」でも追認されて現在に至っている。

本研究は、障害児通園施設一元化に向けて、障害児通園施設と児童デイサービス事業の現状と課題を検証し、障害児通園施設（事業）のあるべき姿を提示した。

II. 本研究における「発達障害」の定義について

障害児通園施設が支援やサービスの対象とするのは、発達障害のある子どもである。

発達障害のある子どもとは、「一般の子どもに比べて明らかに発達上の遅れや異常が認められる子ども」だけでなく、「育児への支援や、なんらかの生育環境の調整がなければ、将来の社会生活を妨げるさまざまな問題を将来もつことが予測される子ども」も含む。

発達障害とは本来、「脳性麻痺」や「知的障害」「自閉症」「聾、難聴」「盲、視覚障害」「種々の末梢神経・筋疾患、骨系統疾患、奇形症候群」「染色体異常症」「感染症や事故の後遺症」などを包含する概念であるが、平成 17 年に施行された「発達障害者支援法」において「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの（第 2 条第 1 項）」とされて以後、わが国においては「発達障害」の捉え方に混乱が生じている。

この研究においては、私たちが支援対象とする発達障害の定義として、表の「発達障害者援助と権利規定法 2000 年版（アメリカ）」による定義を使用する。よって、「発達障害」という語句を使用する場合には、とくに但し書きがなければこの定義に含まれる発達障害全般を指し、発達障害者支援法に言う発達障害に言及する場合には「自閉症等の発達障害」と表現することにする。

発達障害の定義

- A. 発達障害とは、重い慢性的・永続的な障害で、
1. 精神的、身体的、あるいは両方の機能障害に起因し、
 2. 22歳以前に現れ、
 3. 明らかに持続するものであり、
 4. 主要な生活活動（①セルフ・ケア、②受容および表出言語、③学習、④移動、⑤自己指南、⑥自立生活、⑦経済的充足）の3つ以上の領域で本質的な機能的制約をもち、
 5. 生涯あるいは長期にわたって、個別に計画された特別で学際的かつ包括的サービスや支援を受けるニーズがあるもの。
- B. 9歳までの乳幼児では、Aの4の基準の①～⑤までの領域のうち3つ以上があてはまらなくても、本質的な発達の遅れや特異な先天的ないし後天的条件をもつ子であって、もしその子がサービスや支援が得られなければ、後にこの基準を満たす確率が高い場合は発達障害に含まれる。

「発達障害者援助と権利規定法 2000 年版（アメリカ）」

III. 本研究における「発達支援」の定義

障害児を支援する主要な目的は、当然、「遅れているか定型的でない発達を支援すること」である。

「発達支援」の意味を考える時、わが国における発達障害のある子どもへの支援の歴史の中で用いられてきた「療育」の意味を改めて考える必要がある。

かつて、日本最初の肢体不自由児施設である整肢療護園の創設に尽力された故高木憲次東京大学名誉教授は、「肢体不自由児」の社会的自立をめざすチームアプローチを「療育」と名づけ、「現代の科学を総動員して不自由な肢体をできるだけ克服し、それによって幸いにも復活した肢体の能力そのものをできるだけ有効に活用させ、以って自活の途の立つように育成させること」と定義された。この時点では、高木氏は「療育」の対象を肢体不自由児に限定されていたと考えられる。

その後、北九州市立総合療育センターの初代所長高松鶴吉氏は、「療育」の対象を障害のある子ども

もすべてに拡大するとともに、「注意深く特別に設定された特殊な子育て、育つ力を育てる努力」として育児支援の重要性を強調された。

現在私たちは、「障害のある子ども（またはその可能性のある子ども）が地域で育つ時に生じるさまざまな問題を解決していく努力のすべて。障害のある子どもの育児への支援や、発達の基盤である家庭生活への支援も含む。その目標は地域での健やかな育ちと成人期の豊かな生活」と定義している（平成 15～16 年厚生労働科学研究「障害児通園施設の機能統合に関する研究」）。

本研究では、障害が確定した子ども達への支援に限定されている印象が強い「療育」からさらに対象を広げ、「障害が確定していない子ども達の育児支援を中心とした支援」も含むことにし、その活動を「発達支援」とする。

つまり「発達支援」とは、「障害の軽減・改善」という医学モデルの支援にとどまらず、地域・家庭での育ちや暮らしを支援する生活モデルの支援を重要な視点としてもつ。その目標は、「発達上の課題を達成しながら、その結果として、成人期に豊かで充実した自分自身の人生を送ることができる人を育てること」である。このような視点に立って、障害のある子ども自身に対する支援課題は、単に運動機能や検査上に表される知的能力の向上にとどまらず、「育つ上での自信や意欲」、そして「(発語だけに限定されない) コミュニケーション能力の向上」や「将来的な地域生活を念頭に入れた生活技術の向上」「自己決定、自己選択の能力向上」などをも射程に入れる必要がある。

本研究では、このような拡大された障害児とその周辺の子どもの親・家族に対する専門的な支援活動を「発達支援」と定義した。

IV. 発達支援を必要とする障害児およびその周辺児の状況

1. 自閉症等の発達障害児の増加と「(発達上) 気になる子」への支援ニーズの増大と支援の実際

医療機関や障害児施設、児童相談所などに相談に訪れる自閉症を中心とする発達障害児は増加の一途をたどっている。表に、対象人口約 55 万人の姫路市総合福祉通園センター内の肢体不自由児通園施設内診療所を初診した患者の障害名を示すが、自閉症児は過半数を占める状況である（学習障害 LD、注意欠陥/多動性障害 AD/HD が少なくなっているのは自閉症の合併では自閉症を優先診断としたこと、近隣に教育相談センターがあり軽度の障害はそちらを受診している可能性があることなどが考えられる）。文部科学省による通常学級を対象にした平成 14 年の全国実態調査においても、学習上、行動上に著しい問題のある児童は 6.3%と報告されており、今後の発達支援の主要な対象になると考えられる。

しかし、自閉症等の発達障害児とくに知的障害を

姫路市総合福祉通園センターの初診患者の障害名

障害名	受診数	
脳性麻痺	28	
精神遅滞	88	
自閉症	精神遅滞なし	113
	精神遅滞あり	109
LD・AD/HD	7	
言語障害	15	
後遺症	5	
神経筋疾患	4	
染色体異常	7	
診断未確定	4	
その他(含:正常)	26	
親のみの相談・治療	5	
計	407	

(2007年度/対象人口約55万人)

伴わない軽度発達障害児は診断が困難だけでなく、親・家族にとっても気づきにくくかつ障害を認め難い障害である。そのため、乳幼児健診や保育所、学校などで問題になっている「(発達上) 気になる子」の多くを占めており、「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)」「その時点で障害の診断が明確にできない」「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ていない」など、発達支援が開始しにくいだけでなく、制度的援助からも外れてしまうことが少なくない。また、保育所や学校に入って集団行動が始まって初めて発見されることが多いため、このような子ども達への保育・教育場面での発達を支援するために、通園施設の専門性を地域の保育所や学校などに提供する派遣型支援の仕組みが必要になってくる。

2. 障害の重複化と医療的支援が必要な在宅重度障害児の増加

小児科医療や新生児医療の進歩によりかつては生存しなかった(生命機能に重大な障害をもつ)重度の障害のある子ども達の救命率が向上している。このような子ども達が、医療保険制度の変化と在宅医療を支える医療機器の進歩の中で「在宅」に向かっている。

在宅の超重度障害児の増加は、障害児通園施設とりわけ医療型障害児施設である肢体不自由児通園施設の重度化をもたらすとともに、在宅医療の「担い手」として 24 時間の過重労働を強いられている親・家族(とくに母親)への支援が通園施設の重要な責務となってきている。

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会の平成 21 年 2 月の実態調査では、精神遅滞の合併は 92.5%、知的障害を対象とする療育手帳の保持率は 63.8%であり、多くの入園児は「重症心身障害児」の様相を呈している。また、摂食機能障害や呼吸障害などにより医療的支援が常時必要な児の増加が顕著であり、就学前の重症心身障害児への支援の多くを、医師や看護師が常駐する医療型施設である肢体不自由児通園施設が担っている状況を示唆している。今後、通園も困難な重度障害児が増加し支援対象になることが考えられるため、訪問・派遣型支援の制度的基盤が整備される必要がある。

肢体不自由児通園施設入園児の
身体障害者手帳/療育手帳の所持状況
2009年2月調査・54施設

	A	B	なし	計
1級	479	37	306	822
2級	123	29	98	250
3級	51	9	16	76
4級	16	6	3	25
5級	0	2	3	5
6級	2	6	3	11
なし	122	154	159	435
計	793	243	588	1624

重複・合併障害の状況

		2007年度	%	2008年度	%	
知的障害	重度	865	54.9	933	57.5	
	中軽度	582	37.0	569	35.0	
自閉性障害		108	6.9	99	6.1	
てんかん	コントロールできている	232	14.7	324	20.0	
	コントロールできてない	275	17.5	270	16.6	
感覚障害	視器官の異常	257	16.3	281	17.3	
	聴器官の異常	118	7.5	116	7.1	
内部障害	循環器系	162	10.3	183	11.3	
	呼吸器系	人工呼吸器	7	0.4	11	0.7
		気管切開	66	4.2	75	4.6
		ネブライザー使用	59	3.7	62	3.8
		酸素使用	58	3.7	57	3.5
		吸引器使用	166	10.5	169	10.4
	消化器系	胃ろう	88	5.6	99	6.1
		チューブ栄養	121	7.7	136	8.4
		誤えんが多い	109	6.9	107	6.6
	泌尿器系(導尿など)		21	1.3	19	1.2
その他		22	1.4	26	1.6	

肢体不自由児通園施設/平成 21 年 2 月実態調査 54 施設 n=1624 人

V. 障害児支援の特殊性

障害のある・なしに関わらず、乳幼児期は発達が質、量とも著しく変化する時期である。

親・家族は、子どもの発達や障害に関する知識や理解、福祉サービスに関する情報などについてほとんど知らない状態であり、子どもに障害があり育児が困難になれば、育児面、生活面、心理面などに大きな問題が生じる。そのため、幅広い相談支援や福祉・医療情報提供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。乳幼児期は生涯を通じた支援の起点となる重要な時期であり、発達支援に必要な社会資源の紹介や具体的なサービス提供について効果的に活用できるようにする積極的な関わりが重要である。

また、乳幼児期における支援の特殊性は、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、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問題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、どんな情報提供システムが構築されたとしても、それを利用できず、結果として支援システムから漏れてしまう子ども、親・家族が必ず存在する。乳幼児期における障害児支援では、親・家族の状況理解と合意形成に基づく積極的かつ専門的な支援が早期から提供され適切な支援に繋がることが必要である。

VI. 現行の障害児通園施設（事業）の問題点と課題

1. 障害種別に分かれており利用しにくい

現状の障害児通園施設は障害種別毎に分けられている。このため、子どもの障害が施設の種別と違えば利用しやすい場所にある施設では発達支援が受けられない。たとえば、近隣に知的障害児通園施設があったとしても、子どもの障害が脳性麻痺などの肢体不自由であれば支援が受けられない。その結果、遠方の通園施設に通うか、通園が無理であれば入所施設に入所する、または発達支援を受けることを諦めざるを得ないという状況がある。まして、難聴幼児通園施設については、全国で25施設しかなく、多くの県や地域で聴覚障害のある子ども達は適切な支援や指導を受けられていない可能性がある。

また、障害の重複化が進んでいる状況の中、障害種別に分かれた障害児通園施設の限界性が見えてきているとともに、前述した自閉症等の発達障害などの新しい概念の障害に対する支援も施設種別が規定されていけば適切な処遇ができない。

施設数の絶対的不足が指摘されている一方で、知的障害児通園施設の50%が定員を満たしていません、肢体不自由児通園施設の平均定員充足率が約80%であるという状況は（平成18年10月調査）、このような「施設の利用しにくさ」に起因するところが多いと推測される。

障害児関連施設の顕著な地域偏在が認められる中で、このような状況は全国で起こっており、在宅福祉、地域療育の方向性からみれば大きな問題である。

前述した「障害児通園施設の一本化（中央児童福祉審議会・平成 8 年 3 月）」の意見具申を受けて、厚生省（当時）は平成 10 年、「障害児通園施設の相互利用（障害種別が施設種別と異なっても定員の 20%までは措置することができる）」を認め、以後相互利用する児童が増加する傾向にあることは、障害種別に分かれた障害児通園施設の問題や地域偏在の証左とも言えるだろう。

2. 指導／支援が施設内に限定される

家庭における育児能力の低下に伴って、地域全体の育児支援機能の向上が求められている。また、知的障害や肢体不自由などの明らかな障害がある訳ではないが、「なんとなく発達が気になる子（境界児またはグレーゾーンに位置する子）」も乳幼児健康診査や医療機関の診療で発見されることが多くなり、これらの子どもへの育児支援や発達支援も課題になってきている。

一般的には保健所・保健センターや保育所・幼稚園などに「育児支援」が求められることが多いが、育児指導の経験や専門的情報の必要性から、障害児通園施設のノウハウが求められる場面も少なくない。

また、近年の周産期医療の進歩や乳幼児健康診査の充実に伴って、障害が発見され通園施設に関わる時期は著しく早くなっている。たとえば、脳性麻痺児の多くは早期産児であるが、NICU（新生児集中治療室）での治療・管理の後、生後 2 ヶ月 3 ヶ月という早い時期に肢体不自由児通園施設を訪れることが多い。早期産児は、脳性麻痺や発達障害だけでなく健康面での問題が多い上に、母子関係での問題をもちやすく、早期からの発達支援や育児支援が不可欠である。しかし、頻回のてんかん発作や呼吸器感染症、人工呼吸器の装着などのために外出できないことが少なくないため、「通園」を原則とする現行の支援体制では十分な支援ができず、訪問・巡回型の支援の在り方が今後検討されなければならない。

3. 定員枠内の児にしか支援できない

施設は「定員」という枠をもっている。この定員の中に入れば、いろいろな援助や指導が受けられるが、定員外になってしまうと何の支援も受けられない。このため、入園契約されているかどうかでサービスの格差が大きくなりすぎるだけでなく、施設側としても適時性のある発達支援や早期からの育児支援ができない。

また卒園した児のアフターケアも困難であり、保育所・学校などとの連携に支障になっているだけでなく、地域の保育所などに移行する際の保護者の不安につながっている。

発達を支援できる施設や事業の絶対数が不足している現在、入園契約外の保護者が育児についての適切な相談ができるとともに、定員の弾力的運用によって適切な療育が早期から継続して提供できる制度が考えられなければならない。

4. ケアマネジメント機能が弱い

これまでの通園施設における支援では、たとえば「一般保育所に通いながら、運動機能の改善の

ために通園施設で理学療法だけ受ける」「医療機関で作業療法や言語聴覚療法を受け、通園施設では専門的な障害児保育を受ける」などのような、必要な時に必要なサービスを選択して利用することは出来ない。このような“all or nothing”のサービス供給は、効果的かつ効率的でないだけでなく、少数の子ども達を施設に集める結果になり障害児の地域での成長を阻害する結果をもたらしている。

発達支援を担う施設や事業が絶対的に不足しており地域的な偏在も大きい現状では、必要なサービスを、必要な時期に、必要な量だけ利用できる、的確なニーズ評価に基づいた合理的な訪問・派遣型発達支援の制度が求められる。

また、このように必要なサービスだけを選べるシステムを構築する基盤として、子どもの障害を的確に診断する診療機能だけでなく、対象児とその家族の支援ニーズを判断して「個別支援計画」を作成し、必要なサービスを自施設だけでなく地域の資源も含めて確保し提供するケアマネジメント機能が必要になる。

しかしながら、そのキーパーソンとなるソーシャルワーカーなどの相談担当職員は配置基準がなく、障害児通園施設の大半が配置できていないのが現状であり、今後、発達上の相談に対応し、子どもを取り巻く地域の機関をコーディネートして適切な時期に発達支援を開始するとともに卒・退園後の支援継続のためには、障害児通園施設に「(仮称)発達支援相談員」が配置されることが必要である。

5. 障害の認定がなければ支援が困難

家庭における育児能力の低下に伴って、地域全体の育児支援機能の向上が求められている。また、育児困難を呈する子どもの中には、前述した自閉症等の発達障害児が含まれることも少なくない。この子ども達は、知的障害や肢体不自由などの明らかな障害がある訳ではないが、乳幼児期から「多動」「視線が合わない」「言葉が遅い」「すぐに痙攣を起こす」など、家庭や保育所などで対応に困っていることが多い。しかし、発達指数や発達指標において明らかな遅れや異常性を示さないため、診断の確定が遅れ支援の開始が遅れることが多い。このような児に対しては、障害の確定以前からの専門的な支援が求められる。

一般的には保健所・保健センターや保育所・幼稚園などに「育児支援」が求められることが多いが、育児指導の経験や専門的情報の必要性から、障害児通園施設のノウハウが求められる場面も少なくない。

また、生後早期に障害が発見される早期産に伴う脳性麻痺児なども、親の障害理解を勘案しつつ障害告知以前に保育やリハビリテーション等の支援を開始する必要があるが、障害の認定と「契約」という問題が支援の開始を阻むことが多い。

6. 親・家族支援機能が弱い

乳幼児健康診査のシステム化と診断技術の進歩に伴い、乳児早期から障害が発見され障害児通園施設を訪れるようになったため、保護者への精神的支援や育児支援が通園施設の重要な業務になっ

てきている。

また、障害の有無にかかわらず家庭における育児能力が低下し、保護者の離婚・失業や同居老親の介護など、家庭自体の問題が表面化してきている。障害児への虐待の問題も含めて、地域での育児支援、家庭支援機能の強化・充実が求められるようになってきている。

しかし、現在の障害児通園施設においては、ケースワーカーや心理職などの配置基準はなく、「日中一時預かり」などの家族機能を支援する事業を実施している施設もほとんどない。また、通園施設の保育士などの職員が対応しようとしても、人員の不足や専門的技術の乏しさから十分な対応が出来る状況にはない。

7. 発達支援を担う施設・事業の絶対数の不足と地域偏在

既述の様に、障害児通園施設（知的障害、肢体不自由、難聴幼児）と児童デイの絶対数の不足は明らかである。

絶対数の不足だけでなく、前述したように障害児通園施設、重症心身障害児（者）通園事業（A型、B型）、医療機関として外来診療・入院機能をもつ肢体不自由児（入所）施設、盲・聾・養護学校幼稚部などの幼児期の発達支援に関わる施設や事業は、別冊の「発達支援のためのリソースマップ」に示したように、明らかに人口が密集し発達支援に積極的な都市部に偏在している傾向がある。

マップで見ると、人口過疎の地域における「発達支援」の場として期待できる資源は、現在のところ児童デイのみであり、この部分の機能強化を図ることは重要である。

発達支援に係る機関の箇所数が増加しない原因として、人口の少ない地域では障害児の絶対数が少なく発達支援機関の設置に至らない現状に加えて、通園施設の財政的基盤の脆弱性があると考えられる。

VII. 発達支援の基盤となる「障害児相談支援」の必要性と課題

1. ケアマネジメントと個別支援計画の作成

今後の障害児への発達支援とその対価としての給付は、子どものもつ障害と障害から生じるニーズの評価や様々なサービスや医療的治療などを提供するための方策を検討して、多職種によって作成される「個別支援計画」に基づいて進められなければならない。

個別支援計画作成が求められる背景には、

- ① 障害別・年齢別に分かれた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

が必要であることがある。

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に基づいて障害をとらえていないことが大きな問題である。また、障害別、年齢別にサービス・制度がつけられてきたため、機関相互の連携は円滑でなく、調整機能が地域に存在しない状況がある。支援の連続性が確保されなければ、障害の部分だけに着目して育児や暮らしが軽視された上に訓練や指導が提供される結果になる。また現在では、関係機関が同じ支援目標に向かって情報を共有し、協働した支援をしていくためのツールや共通言語をもっていない。

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、労働等の関係機関が連携してライフステージ毎のニーズに沿って作成される計画」である。

個別支援計画の必要性は、「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」「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できること」にある。個別支援計画が作成されることによって、子どもを取り巻く異なる機関が共通言語をもち、子どもが抱えている困難（障害）など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に繋げていくことができる。

障害児通園施設（事業）の発達支援においても、後述する発達支援相談員などが中心となって多職種、多機関共同で作成する個別支援計画が不可欠である。

2. 個別支援計画と「(自立支援法) サービス利用計画」

児童期における個別支援計画は、障害者自立支援法における「サービス利用計画」に相当する。しかし、個別支援計画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て個々のニーズに応じて作成されるものであり、障害者自立支援法における現行のサービス利用計画作成費の要件は、障害児を対象にしているものとは考えにくい。乳幼児期、児童期の子どもの支援においては、支給決定を経て作成費が支給される現行のサービス利用計画は意味を成さない。

障害者ケアマネジメントという点についても、乳幼児期支援では、子どもがもつ発達支援ニーズだけでなく、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のケアマネジメント機能が必要となる。このように、子どもへの支援、親・家族への支援、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、本人への支援が中心となる障害「者」ケアマネジメントと障害「児」ケアマネジメントの相違点である。

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。

障害児に対する相談支援を、障害の発見から支援の開始から次なるステージへの旅立ちまで安定

的、継続的に実施していくためには、作成された個別支援計画に基づいて支援をマネジメントする専門職（発達支援相談員）が障害児通園施設などの地域拠点に配置されなければならない。また、「サービス利用計画作成費」は障害者ケアマネジメントの給付手段として評価されるが、平成 20 年 4 月時点で 1,919 件しか算定されていないことから理解されるように、現行の算定要件は限定的で、かつ児童期のケアマネジメントを射程に入れていない。乳幼児期から成人期まで一貫した個別支援計画が作成され利用されるためには、サービス利用計画作成費の算定要件の考慮が必要である。

3. 親支援、家族支援から始まる障害児発達支援

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。氾濫する育児情報や医療情報の中で、若年の親（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る。

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。ゆえにこの時期の支援は、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ことが求められる。

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、療育機関などへの通所や必要なサービスの利用が進まず、反対にドクターショッピングを繰り返し、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、育児不安、育児放棄、虐待などに陥いるなど、子どもの育つ環境に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、理想の障害児の親像を押し付けてしまい、間違った子育てへと駆り立てる結果になることもある。将来への見通しがもてず不安な気持ちを抱いている親・家族に対して、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。発達支援の基盤として障害児相談支援事業は重要であり、相談支援こそ障害児通園施設に不可欠の機能である。

4. (仮称) 発達支援相談員の配置の必要性

乳幼児期、児童期における相談支援の必要性と特殊性については前述した。

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」などに向けられる。このような治療・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による母親の心理的葛藤など、多くの潜在的ニーズへの対応が遅れがちになったり忘れられたりすることが多い。

この時期には乳幼児の特殊性に基盤を置いた相談支援が必要であるが、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困難である。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「発達支援相談員」として位置づけ、研修プログラムや資格要件を検討した上で、障害児通園施設に配置していく必要がある。

VIII. 障害児通園施設および児童デイサービスにおける発達支援の実際

1. 知的障害児通園施設

1) 現状

昭和 32 年に設置された知的障害児通園施設は、平成 20 年 10 月の段階で全国に 261 施設ある。1 施設の定員は 30～49 名が 75.9%を占めており最も多い（平成 17 年度全国知的障害児通園施設実態調査報告 203 施設回答、以下の数値も同様）。

2) 知的障害児通園施設における発達支援について

① 入園前

障害の発見は、出生直後の場合と保健センターにおける 4 ヶ月、10 ヶ月、1 歳半、3 歳児健診で発見されることが多い。保健センターや医療機関での発見は 3 歳児健診後が多いが、最近では、1 歳半健診、4 ヶ月健診後に継続観察や専門機関に紹介される子どもも増えてきている。発見後のフォローアップから通園施設との契約につながるまでの間は、在宅が 14.9%のみであり、残りの 85%は通園施設での定員外、医療機関、児童デイサービスなどで、契約前に親支援や発達支援が提供されている場合が多い。

② 利用児について

知的障害児通園施設を利用する子どもは、約 70%が療育手帳を所持し、残りの子どもは所持していない。また、身体障害者手帳を所持する子どもが 10.0%、両方の手帳を所持する子どもも 7.9%となっており、知的障害児通園施設でも肢体不自由児の通園も受けいれている実態がある。

障害は知的障害が中心であるが、自閉症児の増加が著しい。その他、聴覚障害 11.5%、視覚障害 1.7%、内部障害 4.3%の子どもが利用している。利用年齢は、2 歳児 19.2%、3 歳児 42.0%、4 歳児 21.9%、5 歳児 9.0%となっており、3 歳児を中心に多くなり、その後幼稚園・保育所への移行が進んでいる。

③ 卒園後の進路先

進路先は、特別支援学校が 31.0%、特別支援学級 19.9%、普通学級が 3.9%、保育所 20.0%、幼稚園 17.5%となっており、特別支援学校への入学が少しずつ増加してきている。また、学校、保育所、幼稚園等と連携し卒園後のフォローアップを行っているところが多い。

3) 知的障害児受け入れのための必要機能

① 発達支援

・多職種によるチームアプローチ

知的障害児通園施設の職員は保育士が全体の 40.1%、指導員が 15.6%を占め、支援の中心を担っている。看護師、心理士、作業療法士 OT、理学療法士 PT、言語聴覚士 ST 等の医療職も 10.7%

を占め、各種アセスメント、運動発達、言語、摂食、コミュニケーション、虐待のケア等子どもの障害の多様化に対応するための専門職も配置されている。

・特別な「療法」や「プログラム」

日常の療育における特別な「療法」や「プログラム」を用いている園は 55.7%と約半数ある。特に、自閉症を合併する子どもの受け入れが多くなってきているため、視覚的なアプローチを専門的に取り入れているところが増えている。

同時に、知的障害児通園施設の特徴として、子どもの発達段階に合わせた遊び、コミュニケーション、情緒の安定など発達を促す保育・生活を中心とした療育に取り組んでいるところが多い。

② 家族支援

知的障害児通園施設において、なんらかの形で母子通園を実施している施設は 86.2%となっており、母子通園が障害のある子どもを育てていく子育てスキルの獲得、相談、他の親たちとの出会いなど、障害のある子どもを養育者が育てていくための力を得る場となっている。

しかし、知的障害は発見が遅れやすく、予後が分かりにくいいため、障害の受容に関しては他の障害に比較して課題となりやすく、知的障害児通園施設の大切な支援機能の1つである。しかし、現在の職員配置基準に心理士は含まれていない。

③ 地域支援

利用児以外の子どもを対象として、療育相談・発達診断、療育グループ開設、肢体不自由等の訓練事業、在宅児訪問指導等、保育所・幼稚園への指導援助、地域療育グループ等への指導援助等は全国 74%の通園施設が実施している。

4) 今後の課題

① 発達支援

利用契約後、発達アセスメント、家族アセスメントを実施し、子ども一人一人と家族にあった個別支援計画や家族支援計画を作成して支援を実施するとともに定期的にモニタリングを行っていく必要がある。その場合、子どもの多様な障害やニーズに合わせて、ST、OT、心理等の医療職と連携していく必要がある。また、発達障害の子どもに合併する不登校や行為障害などや、虐待による発達の遅れの子どもの増加している中では、医療との連携は大きな課題である。

② メンタルヘルスサポート

障害の受容に関しては、親・家族にとって大変大きな課題であるため、その支援は身近な地域にある通園施設の重要な機能である。

現在は、鬱など精神疾患を抱える養育者も増えてきている。子どもを受けとめられない感情が、攻撃や、依存症になって表出される場合もある。障害受容への援助にはクライシスをどう受けとめていくかという専門性が必要である。そのため、ある時期養育者が子どもを受容できない気持ちも受け止めて、障害のある子どもを肯定する力、養育する力につなげていくためのカウンセリングが必要であり、心理士の配置が必要である。また、仲間とのつながり、励ましあいのためにグループカウンセリングやピアカウンセリングも必要である。

③ 家族支援

通園施設の役割として発達支援のみならず家族への支援も重要である。障害のある子を抱えた生活は困難な家庭生活につながる場合も多く、育児への負担は兄弟など他の家族にも影響し、家庭機能が維持できなくなることもある。地域にあるホームヘルパーやショートステイホームの機能の利用、児童相談所などの他機関との連携、社会的養護の必要性など、専門性の高いファミリーソーシャルワーク機能も求められる。

④ 地域支援・ライフステージを見通して

地域の保育所、幼稚園、学校に在籍している子どもに対しても関係機関・教育機関と連携し、個別指導計画を作成し、医療なども含めた専門支援を行っていく必要がある。

また、小学校のみならず中学校、高等学校においても年齢に適した支援が必要であり、最近では、思春期・成人期における触法問題などの問題も浮き彫りになり、専門的な発達支援や介入が必要となってきた。

5) 障害種別一元化にむけて

障害児通園施設は、障害がある子どもや発達に弱さをもつ子どもたちにとって、家族支援も含めたトータルな専門性の高い子育て支援ができる社会資源である。

今後、障害児施設の一元化に向けて、子どもの多様な障害、発達課題、心理的課題に合わせた多職種による支援の充実と共に、「子どもである」という観点に立つ保育サービスの充実によって子どもらしい育ちを支援することが日常的に求められる。

課題としては、多様な障害をもつ子ども達の具体的な目標をもったグループ指導や遊びの展開、生活指導をいかに提供していくかという点であるが、これまで様々な発達段階の子ども達を支援してきたスキルの延長線上に解決策はある。

また、障害のある子どもへの肯定につなげる養育者への心理的サポートは、当事者のエンパワメントであり、虐待への予防であり、障害がある子どもの存在を肯定的に受け入れる社会に対する地域支援にもつながる。

子どもと家族が地域で育っていくために、家族機能が弱体化している現在、トータルなコーディネートができる相談支援の仕組みが必要である。つまり、施設内のマンパワーだけではなく教育も含めた地域の様々な資源を活用し、障害がある子どもと家族が孤立せず、豊かに生きていくための支援が求められる。

2. 肢体不自由児通園施設

1) はじめに

肢体不自由児通園施設（以下「肢体通園」）は、「在宅」「通園」での療育の提供を目的として昭和38年に児童福祉法43条の3に定める肢体不自由児（入所）施設の通園部として設置され、昭和44年には入所施設から分離して通園施設として制度化されて現在に至っている。よって、障害児通園施設の中で唯一、診療所を設置している医療型障害児施設としての特徴をもつ。

ここでは、肢体不自由児通園施設の現状から考えた子どもたちの状況を整理し、医療を必要とする子どもたちに必要な支援をまとめる。

2) 肢体不自由児通園施設における発達支援について（診療所機能と通園機能）

肢体不自由児通園施設は医療型障害児施設であり、医療機能（診療所）を活用することによって医療機関と連携したり、保育所・幼稚園、学校へとつながる一貫した支援を提供したりすることができる施設である。

地域の実情により、設置状況にはばらつきがあり、肢体不自由児通園施設が設置されずに他の医療型障害児施設（肢体不自由児施設、自閉症児施設、重症心身障害児施設）や病院の利用によって在宅障害児への医療体制を構築している県も存在する。

肢体不自由児のみでなく障害のある子どもたちにとって、診断機能やリハビリテーション医療などは不可欠なものであるが、医療型の児童福祉施設は、併設する診療機能を地域に開放することによって、地域における障害児医療の供給源の役割も担っている。

3) 要医療児童受け入れのための必要機能

① 利用児の傾向

契約児童の障害の重度化・重複化が進み「医療的ケア」が常態化している。脳性運動障害児はほとんどが知的障害や認知障害を合併し、てんかんや摂食障害、消化器障害・呼吸器障害などを合併する子どもも増加してきている(全国肢体不自由児通園施設連絡協議会・平成21年2月実態調査)。すなわち、肢体不自由児通園施設では「重症心身障害」の状態の子どもが増加しており、「医療的ケア」の実施が不可欠な子どもたちが増えてきている。

NICUや病院などからつながることの多い肢体不自由児は、0～1歳児などの早期から通園を開始する傾向にあり、乳児期早期から子どもとその保護者に対する支援が必要になる。そのため、保育と並行して、保護者の精神的援助や障害理解への援助、育児支援、医療的援助などが強く求められる。よって、健康管理や摂食指導、育児支援や家族支援などライフサイクルに応じたきめ細やかな総合的支援を行う医療と福祉にまたがる多くの職員の知識とスキルが必要とされる。

② 多職種かつ職員の多面的なスキル

対象児とその家族は、診療や投薬など医療的要素の強い健康管理、発達段階に応じたリハビリテーションや保育の提供、摂食や栄養指導などの総合的な支援を必要としている。特に早期から医療的な支援を受けてきた子どもの親は、リハビリテーションに傾倒する傾向が強く、しばしば訓練への依存心が強くなってしまう。幼少期にはあまり表面化しなかった関節拘縮や身体の変形も学齢期になると著明になり、知的能力と運動能力とのギャップによって自尊心が育ちにくい子どもたちも存在する。

よって、育児支援や家族支援のためにはPT、OTなどのリハスタッフと保育士、ソーシャルワーカー、心理士などの配置が必要であり、それらの職種で協力し合っ一連の保育活動と支援を作り上げることが必要である。

具体的には、脳性運動障害児に対するリハは、「歩く」「手を使う」「しゃべる」など経験したこと

がない機能を「一から教えていく（ハビリテーション）」が必要とされる。乳児期の子どもや知的障害が合併する子どもの知的能力、認知能力に合わせ、正しい感覚運動パターンを治療によって積み重ね、「自立的な（意識せず自然な）運動を覚えていく」ように進めなければならない。すなわち、「病院のリハで子どもたちの機能を向上させ、保育所で遊び経験を増やす」というような分離された関わりではなく、子どもたちの遊び（保育）の場で状況を見極めながら活動経験を保障することが必要である。これは、遊びの場のみでなく、一日のスケジュールの中で食事、排泄、着替えなどの具体的な場面を通して伝える十分な時間をかける必要がある。保護者はここに同席することにより子どもの理解を深めると同時に子育てのための具体的なスキルを得て、家庭で再現することはもちろんのこと、学校や保育所等にも援助方法を伝えることができるようになる。

また、幼若な重症児や味覚過敏を伴う児童の受け入れに際しては、摂食方法、栄養指導などの療育効果を目的とした柔軟な食形態自園調理での給食提供とを保障が必要なため栄養士の配置が不可欠である。

③ 療育ニーズに応える多機能化

発達支援の特殊性と社会資源の脆弱性を鑑みると、障害児通園施設（事業）が施設内で提供するプログラムにとどまらず、子どもたちの受け入れを促進するために学校や保育所等に出向き、移行支援や継続支援に努める必要がある。施設給付費や医療費によって担保されない家庭・保育所・保健センター・学校などに対する療育機能を提供するための制度的基盤が必要である。とくに、子どもを取り巻く多職種をコーディネートし、発達期の相談支援に関わる専門職員（発達支援相談員）を配置することが有効である。

また、肢体不自由児に対する補装具の処方や日常生活器具に対する助言など、子どもとその生活を理解できる診療機関もしくは作業療法士などの専門職の継続的関わりは重要である。

4) 障害種別の一元化にむけて

① 総合的「発達・育児・家族」支援機能と医療の活用

重度の障害児には、療育支援と医療支援との連携がさらに必要になる。幼弱な重症児だけでなく、味覚過敏をもつ自閉症児など、食べることそのものに配慮が必要な子どもたちの食に関する療育にも保育士、栄養士だけでなく OT や ST などの対応が今以上に求められる。

障害児通園施設は福祉、医療の専門技術を提供できる機能を確立し、地域の保育所や学校、福祉行政機関などに対して医療専門性を提供していくことが求められる。医療型障害児施設は、地域で育ち、暮らし、将来の「自立」を促すための医療と福祉の専門性に基づいた支援を柔軟に供給、調整できる社会資源として活動しなければならない。

② 一貫した支援の提供

NICU からの乳児の受け入れ、乳幼児の育児支援、乳幼児健診後のフォロー、発達に応じた保育や医療の提供、特別支援教育へのバックアップなど、医療と福祉を必要とする障害のある子どもをライフステージに応じて長期に支援できる社会資源として、医療型障害児（通園）施設は位置づけられ発展させられなければならない。

③ 障害種別を限定しない意義

障害児施設受給者証の取得が難しい知的に遅れのない自閉症等の発達障害児に対して、障害理解に対する支援は非常に重要であり、「気になる子ども」の育児に関する相談として関わることができる相談機能の充実、保護者の障害理解を促進し育児不安を解消するとともに、子どもの二次障害の予防等に大きな意味を持つ。

④ 子どもを中心とした関連機関の相互補完

乳幼児期・児童期の地域支援には、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。

5) おわりに

障害児通園施設（事業）は、在宅障害児支援のスタート地点であり、障害のある子どもたちの多くが通過する施設であり、障害児が地域社会で育つ援助のために必要不可欠な社会資源である。

宮田は、「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、AD/HD、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の必要性を指摘している。また、厚生労働省においては、「自閉症・発達障害支援センター（現・発達障害者支援センター）」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。文部科学省においても、通常学級に6.3%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、障害児教育体系が「特殊教育」から「特別支援教育」へ移行する抜本的な改革が行われている。

さらに、多くの障害児通園施設において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。たとえば、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などの発達障害児への支援などが求められるようになっている状況がある。

障害児施設の一元化に際して、診療機能を持つ医療型障害児施設はその機能を存分に発揮するとともに、医療型でない通園施設も医療機関との密な連携を強めて、さまざまな障害のある子どもに対する多様な受け入れ態勢を用意することが必要であろう。

3. 難聴幼児通園施設

1) はじめに

難聴と診断される子どもの発生率は、おおよそ1000人に1~2人といわれ、多くは健聴の親から生まれると言われている(厚生労働科学研究「新生児聴覚スクリーニングマニュアル」三科潤 平成19年3月)。難聴から聾まで聴力損失の程度や聴力損失の病型もさまざまである。従来からの身体障害者手帳は、左右の平均聴力損失が70dB以上とされているが(身体障害者福祉法)、乳幼児期における70dB以下の中軽度の難聴であっても、補聴器の必要性とその効果が報告され(Audiology Japan 1998 Vol.41 No.5 P.623 同 Vol.48 No.5 2005 P.593 等)、公的支援の必要性が叫ばれて久しい。

聴覚障害の発見の経過は、従来、保護者の気づき（ことばの遅れ、音への反応の少なさ等）による耳鼻科受診が主であった。この経過では、重い難聴の気づきには対応出来たが、中軽度の難聴には十分対応出来ず発見・対応が遅れるケースも多かった。

この間の難聴の発見・支援への医学的進歩、テクノロジーの進歩は、新生児聴覚スクリーニング（新生児期に検査出来る自動 ABR などの機器の開発、中軽度難聴の発見）、人工内耳（聴神経を直接電氣的に刺激する）、補聴器のデジタル化等に見られるように大きい。しかし、新生児聴覚スクリーニングが普及したとはいえ地域によりまちまちであり、すべての出生児までにはまだ及ばない。それゆえ新生児聴覚スクリーニングから漏れた難聴児や、後発性の難聴等に対して乳幼児期の発見システムは必要である。また、新生児聴覚スクリーニングにおいては、当然ながらそのフォローアップ体制確立の重要性は言うまでもない。人工内耳手術も各地域に行き渡っているとは言いがたく、他県や首都圏に依存している地域も見られ、術後ケアの困難性を抱えている場合も少なくなく、今後の課題である。

2) 難聴幼児通園施設の発達支援について

従来、聾学校幼稚部からの支援に限定されていた難聴支援は、昭和 50 年の難聴幼児通園施設（以下難聴通園）が制度化されて以後、より早期に支援されることになった。しかし、（地域によっては）難聴児のみの対象とされ、聴能言語専門職員の必須雇用、耳鼻科嘱託医の配置、聴力検査室必置等のハードルの高い設置基準によって、全国的で 25 ヶ所と乳幼児期の一貫した難聴支援を全国的に格差なく提供出来たと言いがたい。

難聴通園は、難聴幼児の早期療育の場として制度化されたが、全国的に展開したとは言いがたく、乳幼児期の難聴支援が、聾学校や病院に多く依拠してきたことは事実である。難聴通園の設置が始まった同じ時期に、聾学校もまた、早期支援に「教育相談」として取り組みだした。しかし、もともと幼稚部からの教育を前提としての教員養成や制度運営がなされてきた故に、学校格差が生まれそれが地域格差となって表れるという限界をもっていたことは否めない。

また、難聴幼児通園施設は、難聴児のみに限定して支援してきた施設と、難聴以外の障害を受け入れてきた施設が混在してきた。措置・契約等についても、地域格差があり、相互利用としての利用や、言語発達やコミュニケーションへの支援を受ける場として難聴通園を利用している地域、というばらつきは各自治体に存在する。

ただ、難聴通園は、当初の設置基準からくる職員の専門性によって、難聴の有無にかかわらず言語・コミュニケーションを中心にした支援が行われてきたが、診断確定以前の乳幼児期から、相談・支援を行ってきた難聴通園としては当然の結果である。

3) 難聴通園の支援の内容

新生児聴覚スクリーニングの登場によって、難聴通園の対象年齢がより低年齢化したのは近年であるが、新生児期の難聴診断による保護者の不安は、以前に比較すれば内容が大きく異なる。そのため、保護者支援のきめ細かさ、難聴受容への支援の大切さは逆に重要性を増している。新生児聴覚スクリーニングが部分的かつ地域格差がある状況でしか実施されていない現在、なお発見時期の

遅れる難聴や後発性の難聴への支援も欠かせない。

低年齢では個別支援と子育て支援、その後に母子小集団支援（同じ難聴児を持つ家族の出会いは保護者の子育てへの大きな動機づけとなる）につながる。保育年齢になれば、保育所・幼稚園への難聴支援機能の提供、保育所・幼稚園への移行支援、外来での1対1の個別言語・コミュニケーション支援、社会性の向上のための難聴児小集団支援などを実施し、就学期を迎えると学校への橋渡しなどがおおまかな支援の流れである。

難聴診断後、聴力の特定、補聴器のフィッティング、聴覚管理、人工内耳の情報提供、耳鼻科との密接な連携、子どもによっては補聴器とともにコミュニケーションモードの選択も課題である。保育的な対応は、難聴幼児通園施設の制度化以降次第に二次的になり、年少時は家庭を中心に、保育年齢に達すると保育所・幼稚園入園という形が定着し、併行通園が日常的になっている。

4) 難聴以外の言語・コミュニケーション支援

難聴以外の障害の受け入れの状況は、以下のようなものである。

乳幼児期の発達の指標は、「運動」と「ことば」に象徴されるが、難聴以外のことばの遅れで相談に来られる場合は、知的な障害、広汎性発達障害など「言語発達遅滞」という範疇で対応してきた。また、特発性言語発達遅滞（現在のいわゆる発達障害が多くを占めているのではないかとされている）も多く経験してきた。

低年齢では、子どもの障害の理解、子どもへの対応など家庭での困り感や、遊びへの働きかけなど、保育的な対応を中心にしながら、「ことば」や「コミュニケーション」に視点を当てて行ってきた。

保育年齢になると難聴児と同様に保育所・幼稚園への移行、保育所・幼稚園への支援、1対1の個別言語・コミュニケーション支援、子ども達によっては、社会性の向上のための小集団、就学期を迎えると学校への移行支援などがおおまかな支援の形態と考えられる。

一定年齢に達すると、構音障害、吃などの話しことばへの支援が必要な子ども達が現れる。保育所・幼稚園に入園している子どもと保護者、就学期を迎えた子どもと保護者にとっては、大きな問題としてのしかかっている場合があるため、子どもと家族の立場に立った支援が多くは期間限定的に行われてきている。

難聴児以外への保育的対応も、同様に次第に二次的になっている。保育所入所前は保育的な要素を持った母子集団を作るが、保育のみでなく言語・コミュニケーション、保護者の障害受容等の課題を背負っている。保育所年齢に達すると、難聴同様に保育所・幼稚園への移行という形が定着し併行通園が日常的である。就学期は保護者支援と学校との連携が必須である。

このように、難聴以外の他障害の子どもたちも言語・コミュニケーション支援を必要としている。

5) 難聴通園の機能

以上、難聴通園の歴史、内容についての現状を述べたが、難聴通園の職員構成を考えると通園全体が言語クリニック、すなわち肢体通園・知的通園のST対応の部分を通園全体で担っているのが現状である。また、地域によって、対象児が難聴のみに限定できる地域と、難聴と様々な他障害（自

閉症等の発達障害も含む)に対応している地域に大きく分けられるが、他障害を含めて支援している難聴通園は、ある意味ですでに障害種別の一元化を実現していると考えられる。乳幼児期の早期の相談支援として、難聴を含めた様々な子どもたちの現状を把握し、難聴通園の現在持っている機能(聴覚・言語・コミュニケーション)を活かしていく方向が大切と思われる。

6) 障害種別の一元化に向けて

聴覚障害をもって生まれた子どもや、後に聴力が低下し聴覚障害となった子どもへの支援は、長期的でシステムティックな課題を背負っている。さらにそれが全国的に展開される事(少なくとも各都道府県に難聴通園の機能を持つ支援施設 1~2 の設置)が、一元化に向けてのこれからの課題である。先に述べたように、従来の難聴通園の設置基準は、時代的な制約を背負い、ハードル(職員構成・聴力検査・補聴器対応・囁託耳鼻科医確保等)が高かったが、現在の地域資源を連携の中でうまく活用出来れば、全国展開も可能と思われる。

聾学校(幼稚部)と難聴通園は多くの点で重なり合う機能を持っているが、異なる部分も多い。新生児聴覚スクリーニングが広範に普及している現在、聴覚管理・補聴器・人工内耳に関する情報・連携・術後支援、さらに新生児スクリーニング未受診、後発性難聴発見・支援そして長期的な支援の枠組みを医療機関-難聴幼児通園施設(難聴通園の機能をもった通園)-聾学校・聴覚特別支援学級・学校-その他の諸機関との活きた連携の中で作り出していくことが求められている。子どもと保護者にとって、選択肢が増えるだけでなく、医学とテクノロジーの進歩が、新生児期から乳幼児期にかけてしっかりと行きわたる事が考えられなければならない。また、この中で、聴覚だけでなく言語・コミュニケーションまで相談・支援の幅が広げられる事が重要であり、職員の育成・資質向上などが強く求められる。障害種別の一元化の中で、聴覚への関心が高まる事、つなげていける事などが、それぞれの地域で実現するならば、それは結果的に支援を必要としている他の多くの子どもたちにとっても大切な支援となると思われる。

なお、難聴幼児通園施設の未設置地域における今後の課題については、巻末資料 1 に掲載したので参照されたい。

4. 児童デイサービス I 型

1) はじめに

児童デイサービス I 型(以下、「I 型児童デイ」)は、支援費制度とともに登場した。

その前身である「心身障害児通園事業」の要綱には、「児童福祉法に基づく精神薄弱児通園施設(当時)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」において、「精神薄弱(当時)、肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有し、通園による指導になじむ幼児」を対象としていると記されている。

つまり、「通園施設」を設置するには、人口規模、財政規模ともに困難な市町村において通所による療育の提供を行ってきたのである。また、現在論議されている「一元化」についても、事業の誕生の時点から対応してきた先駆けであると言えるかもしれない。

おおむね 20 名の子どもに対しての専任職員と嘱託医の配置で、年額 1000 万円ほどの補助金を国が 1/2 を県と市町村が 1/4 ずつ負担することとされていた。15 対 2 の職員配置では必然的に親子通園の形をとることになったが、1990 年代半ばには 350 箇所前後に達していたといわれている。

平成元年 8 月の障害保健福祉部長通知において、「学齢児が学校終了後に本事業を利用する道を開くため」に 12 歳までとし、「障害児通園（デイサービス）事業」と名称が変わった。一方、利用人員については「概ね 5 名以上とする」（同通知 第四 利用人員）とされた。ここに、小規模の事業所の根拠が見られる。保育所などの空き教室の利用も認められた。

その後平成 15 年の支援費制度開始時に、障害児通所事業では唯一当該制度の「居宅支援事業」児童デイサービス事業となり、いち早く「契約」「自己負担」「日払い」に移行した。

そして平成 18 年自立支援法に移行する際、就学前後に必要な支援の違いにあることから現在の I 型（主に就学前、サビ管必須）、II 型（主に学齢児）の 2 つの類型が誕生した。

平成 20 年 10 月現在 1539 ヶ所の児童デイがあるうち、I 型と I・II 型併用をあわせて 788 ヶ所である。

2) I 型児童デイについて

① 入園前

保健所・保健センターの乳幼児健康診査（1 歳 6 ヶ月前後、3 歳前後）の際の発達スクリーニングで「要観察」等発達障害のリスク、心配がある子どものファイルが起こされる。その中から経過観察を目的として実施される「親子教室」（月 1 回程度）に紹介される。丁寧なフォローが必要な子どもの場合、週 1 回は集団保障が必要と考えられ、その受け皿のひとつに I 型児童デイが位置づけられている。なお、保健所・保健センターの「親子教室」には 41%の事業所が参加している。

② 利用児について

I 型児童デイを利用する子どもの内訳は、0 歳児が 2.3%、1 歳児 8.0%、2 歳児 14.7%、3 歳児 26.2%、4 歳児 23.1%、25.5%という構成である。0 歳児から利用されており、0,1 歳児で 1 割を占めている。早期対応という点で重要な役割を果たしている。一方 3~5 歳児については、幼稚園・保育所等との並行利用児も含まれている。

なお、診断・判定のない子どもが 0 歳児 12.1%、1 歳児 28.6%、2 歳児 53.4%、3 歳児 33.7%、4 歳児 29.2%、5 歳児 14.4%と各年齢で見られるのは、「小規模通園」時代の地域での役割や機能との関係が色濃いと考えられる。

対象児の状況として、小規模通園時代より「気になる」子どもから重症児までを対象としてきた。

③ 利用児のその後の進路

通園施設の有無など地域の療育資源の状況や、地域の障害児保育の制度の状況など、一律ではないが、進路先は多い順に保育所 28.1%、幼稚園 28.0%、通園施設 13.0%、小学校通所学級 12.0%、特別支援学級 11.0%、特別支援学校 8.0%となっている。

通園施設に移行する子どもが 1 割以上いる地域は、「対応」と「療育」の役割が分担されていることを示す。児童デイが療育までを担っている地域では就学までの支援を行っている。

3) I型児童デイの機能

① 発達支援

家庭では経験しにくい様々な経験を保障することで偏りつつある興味の対象を広げたり、そのことを通じて人と関わる楽しさを伝えたり、子どもの「育てにくさ」に直接働きかける。障害種別に関わらず支援する事業であるため、いろいろなタイプの子どもへ対応できることは求められている。そのためには、事業の継続性と知識や経験の蓄積が重要である。

② 家族支援

職員配置の条件もあって、親子通園の事業所がほとんどである。そのため常時保護者と接する状況である。合わせて、「気になる」段階からの支援なので、保護者の相談対応が必須である。通う場所を保障することも重要な役割であるが、そこで保護者同士の交流や学習などを行うことで悩みを共有する仲間を見つけたり、相談できる仲間と出会ったりできる場にもなっている。とりわけ「障害の受容」という点について、入り口の時期でもあるので、保護者を孤立させないためのプログラムが必要とされる。

③ 地域支援

事業所として専門的力をいくら蓄えたとしても、地域での暮らしを支えるには不十分である。前述のように、半数以上は地域の幼稚園・保育所へと転園していくことから、送り出すだけではなく、アフターケアが必要である。保護者に対してだけではなく、受け入れ先の園への支援も欠かせない。障害、発達などに関する専門知識や、保育上の留意点などを専門機関として伝えていく役割を負っているからである。

同じ地域で子どもに関わって行く事業所、施設、機関が連携をとって、地域に暮らす子どもとその家族を見守っていく体制をつくっていくことが重要である。

4) 今後の課題

① 発達支援

平成8年10月の法改定で7.5対1から5対1の職員配置になったとは言え、I型635箇所のうち431箇所が、I・II型併用153箇所のうち131箇所が、10名以下の小規模事業所である。最低で2名の保育士・指導員の配置であり、国制度だけでは、その他の職種の配置は非常に困難である。実際に3/4程度は市町村立であり、職員配置も加配され、他職種を配置しているところも半数ほどある。そのように、支援の継続性が図られ、知識や技術が蓄積されることで発達支援の専門性を高めることが重要であり、に職員配置の実態に見合った報酬単価の設定が望まれる。

② 家族支援

児童デイになって子どもの通園実績のみが事業実績となるにもかかわらず、保護者会の実施66%、個人懇談の実施93%、保護者学習会の実施88%、家庭訪問の実施63%と家族支援の事業は当然のこととして行われている。I型児童デイにとって家族支援は不可欠である。「気になる」段階から、必要に応じて障害の受容にいたる丁寧な支援を行うために、子どもに対してだけでなく、保護者に対してもきめ細かな個別支援計画が必要となる。さらにそれを保護者集団に依拠しながらすすめる

ための組織力も必要となり、職員の経験も大きな要素である。長く働き続けられる条件づくりが欠かせない。

③ 地域支援

第2種事業であるために、旧「障害児（者）地域療育等支援事業」を受託することはできなかったが、幼稚園・保育所へのアフターケアは78%が実施。並行通園も83%で実施している。また、63%の事業所が、地域の療育連絡会等への参加をしている。

このように、地域によっては療育の専門機関としての役割を担っているといえるが、報酬の算定がない現状では事業所の恣意に任されている。重要かつ必要な役割であり、地域支援機能を報酬単価に位置づけることが必要である。

5) 障害種別の一元化にむけて

I型デイは「小規模通園」以来障害種別に関わらず発達支援を行ってきた。もちろん施設・設備の条件、職員配置や職員集団の力量などにより、ある程度制約されることはあるだろうが、通える範囲ならば、どんな子どもも受け入れていこうという姿勢である。

現在、三通園（知的・肢体・難聴）とI型児童デイの数を足しても、全国の1800市町村の数に満たない状況であり、今後あらたな事業所を立ち上げる必要がある。

その中でも、施設基準や職員配置のゆるやかな児童デイは、地域で必要な数を確保する上で、もっと数を増やしていくことが必要であろう。

わが子に「気になる」状況があれば、まず身近に相談できる場所、通える場所、集まれる場所が必要である。そして、より専門的な立場での情報提供や紹介などのつなぎの役割もそれ以上に必要である。

つまり、市町村の第一次的な通園の場＝療育の拠点としての役割をI型児童デイが果たしていくことになるだろう。その上で、現在の三通園が種別を取り払い（各種別通園間の報酬単価の不均等を是正することは「一元化」は進めるうえでは不可欠）、第二次的な通園の場＝療育の拠点としての役割を持つ。そして、圏域、または都道府県の単位では、より専門的な第三次療育機関を整備していくことで、重層的な地域も療育システムを構築していくのである。

ただし、より小規模な自治体や山間地、離島など対象となる子どもの絶対数が少ない地域では、I型児童デイが第二次療育機関までの役割を持つ必要があることは現状から見ても明らかであり、人員配置等を担保する報酬単価の設定などの配慮が不可欠だろう。

5. 放課後型児童デイサービス事業（Ⅱ型）について

1) 放課後型児童デイの経過

学齢障害児の放課後、週末、長期休暇中の支援は、（保護者への）就労支援として留守家庭児童健全育成事業（学童保育）で部分的に担われていたものと、一部の自治体で障害児学童保育として行われていたのみであったが、平成15年の支援費制度で「児童デイサービス事業」が法制化され急速に広がった。

「心身障害児通園事業（昭和 47 年）」を引き継いだ「障害児通園（デイサービス）事業」（平成 10 年）を前身とする児童デイサービス事業は、就学前の子どもだけでなく小学生も対象とした。

自立支援法の本格施行に際して、主に就学前の子どもの療育を担う I 型デイと、学齢児の余暇支援を担う II 型デイの 2 つの体系に分かれ、単価も差別化が計られた。I 型デイの報酬単価が上がり、サービス管理責任者の配置と 5 対 1 の職員配置に変わった一方で、II 型デイは 7.5 対 1 の基準はそのまま報酬単価が約 20% 減と大きく下がった。さらに平成 20 年度までの経過的事業と位置づけられたことで、利用者にも事業所にも不安が広がった。

そんな状況の中でも、事業所の数は増え続けてきた。平成 20 年 11 月現在児童デイサービス事業全体で 1500 を超える事業所があるうち、I 型が 635 あるのに対して、II 型もほぼ 9 割に相当する 581 箇所。I・II 型併用（就学前にも、学齢にも対応）事業所を合わせれば 700 箇所を超え、学齢児の放課後・週末・長期休暇の支援ニーズが高いことを物語っている。

しかし、II 型デイの多くが NPO、有限会社、株式会社などの事業者が担っているため採算性が低いことで撤退する事業所も出てきており、社会福祉事業の継続性という点で不安材料である。

2) 個別支援計画の必要性

「居場所」事業として日中一時支援事業が市町村事業としてメニュー化された。

一方で学齢期の障害児のかかえる様々な問題への対応のために「療育」や「個別支援計画」が必要となるケースも多く存在する。

名古屋市内の児童デイへの聞き取りから把握した「個別対応が必要なケース」には右表のようなものがあつた。学齢児の場合、学校が主な活動の場であり基礎集団であるので、放課後の事業だけですべて対応できる訳ではないが、重要な役割を果たしていることは確かである。「本人の行動上の問題に対して継続的に働きかける場合」「不登校や引きこもりなどの受け皿になっている場合」「本人への支援だけでなく、家族の相談対応等の支援を行っている場合」「本人が安心して暮らせるように、学校と家庭や地域での生活をつなぐ役割を果たしている場合」など、「個別支援計画」に基づいた丁寧な支援が必要となる。今後、II 型デイも「学齢期の発達支援の場」としての機能を認められ、培っていかねばならない。

そのため、放課後型の II 型デイについても、I 型同様の人員配置（日々通っているなら 5 : 1 程度での対応も可能かもしれないが、週 1~2 度の利用となれば、2 : 1、もしくは 1 : 1 の職員配置が必要である）と合わせてサービス管理責任者の配置や、個別支援計画の立案等のサービス管理の仕組みを取り入れていかなければならない。

行動上の問題
自傷、他害、パニック、異食、集団不適應
多動、飛び出し、性的関心強い、女性にさわる
自慰行為
障害の種別、程度等
全介助、重複障害で長期的な療育課題あり
行動障害を伴う自閉症
学校との関係
不登校
家庭との関係
学校で落ち着いているが家で暴れる
家族にも障害者、引きこもり
家族の相談対応、家庭での過ごし方

(ケース 1) 家族を含めた支援が必要だったケース

自閉症 知的障害（療育手帳：C判定） 小学校 特別支援学級 1年生。家族構成は父と本児

概要：父はうつ病で就労できず生活保護受給。保育所通園時からアザがあったり、食事をとらせていなかったりと身体的虐待やネグレクトが疑われていた。児相、学校に対する不満も大きい。

父と子どもの生活を豊かにし、父の育児負担を軽減することを目的に、デイを利用することになった。

しかし、子ども同士のトラブルの多発、父子の緊張関係などは引き続いてみられた。

対応：①本児の安心できる場の保障。

②父親の気持ちに寄り添う。

③学校、保健所、区役所、児相、他事業所と一緒にケース会議を行い、情報の共有を計る。

経過：根本的な解決はまだだが、本児にとって、デイが安心できる場になり表情が明るくなった。ケース会議後各機関の間で情報の流れがスムーズになった。

(ケース 2) 障害への理解を深め丁寧な個別支援計画を立てたケース

自閉症 知的障害（療育手帳B判定）小学校特別支援学級 1年生。家族構成は父、母、本児、弟

概要：2歳で週1回の療育グループに通った後、通園施設に3年間通った。小学校に入学と同時に、デイ利用開始。自分の思い通りにならないと怒って泣いて、スタッフや周りの友達を噛む、ひっかくという行動が多い。

対応：①スタッフ間で、本児の障害、発達、学校や家庭での様子などの把握に努める。

②ケース検討を重ね、落ち着ける場づくりと、好きな活動探しを継続的に行う。

経過：少しずつ落ち着ける場所を見つけて安定。見通しが持てずに怒るのではなく、自分の思いと違う、やりたくないときは怒ることがわかった。友達への興味も広がってきた。

3) まとめ

「障害児支援の見直しに関する検討会」では、放課後・長期休暇中の支援の必要性について各方面から意見が出された。そのことを受けて平成 21 年度以降もⅡ型デイが制度化される方向で検討されているが、さらに発展的に「学童期の発達支援」の場としての機能を向上させる方向に進むことが必要であろう。

事業所の指定基準に保育士・児童指導員が必置で、専門性が求められる事業であるのにもかかわらず、現行の報酬単価では、単独事業として事実上成り立たない。まして、前項のような個別支援計画に基づいた丁寧な対応はできない。事業内容・実績に応じた加算などの仕組みが必要であり（例えば、サービス管理責任者配置加算、個別支援計画立案加算、職員配置加算、家族支援加算など）、財政的な裏づけによってよりよい内容づくりを担保していくことは不可欠である。

（注：上記の数値でとくに断りがないものはすべて「全国発達支援通園事業連絡協議会」の平成 19 年度全国実態調査による）

Ⅸ. 発達支援機能を有する機関の設置状況（全国マップ）

都道府県、市町村における発達支援への取り組みの格差が大きいことは記述した。しかし、格差がある状況を当該の都道府県や政令指定都市が気付かず、「どこで生まれ、どこで育っていても必要最低限の発達支援を受けられる権利」が保障されない状況は、子ども達の未来を考えれば看過できない不幸な事態である。今回の研究では、全国の都道府県の就学前の発達支援の資源を調査し、「発達支援のためのリソースマップ・リソースリスト」を別冊で印刷し報告したので参照されたい。

本章では、全国の都道府県、政令指定都市、中核市の中から過疎地域、人口過密地域、その混合地域など、さまざまな地域の典型モデルを抽出しその発達支援の状況を紹介する。

1. 都道府県における発達支援体制の例（北海道）

1) 北海道の状況

① 北海道の地理的状況

北海道は面積が約83,000km²の（東北6県相当）で国土の22%を占め広いが、人口は約560万人（平成20年9月現在）で日本全体の4.4%である。また、人口の3分の1に当たる180万人が道都の札幌市（政令指定都市）に集中し、残りの380万人が180の市町村に住み、広域で過疎と過密が同居した地域である。

② 北海道における発達支援システム

北海道の広域で過疎と過密が同居した地域における療育システムには2つの形態がある。

一つは、札幌市や旭川市、函館市（共に中核市）を除いた、広域かつ人口過疎地域である全道域を支援対象エリアとする療育システムである。もう一つは、政令指定都市であり独自の発達支援施策を展開している札幌市を基盤とした都市型の療育システムである。北海道は広域過疎地域型発達支援システムと都市型発達支援システムの両方を展開している。

2) 北海道における障害児関係施設（含：特別支援学校幼稚部）の状況

① 子ども発達支援事業

「北海道のどこに生まれ、どこに住んでいても、必要な時に必要なサービスが受けられるシステムづくり」を目指し、平成元年に、地域へ重層的な支援を行う「北海道早期療育システム」が構築された。その後、北海道行政の変化および新制度（支援費制度、特別支援教育）への移行、地域の通園センターや支援療育機関の機能格差の拡大、障害児（者）地域療育等支援事業の一般財源化による財政的問題等の理由から、「北海道早期療育システム」は、平成17年に「北海道子ども発達支援事業」に変更されて広域圏での療育体制が整備されてきた。

平成17年に開始された「北海道子ども発達支援事業」は、札幌市、旭川市、函館市を除く北海道全域をエリアに、市町村を基本として生涯を通じた地域の発達支援体制を整備するため、各地域に北海道の単独事業として発達支援と相談を担う「子ども発達支援センター」を設置した。さらに、「発達支援センターの資質向上や地域のネットワーク化を進めるために、保健福祉事務所圏域（14

支庁)を単位として、地域の福祉施設や個人等を「専門支援協力機関」として登録して専門支援を行う専門支援事業を創設し、専門支援機能が確保できない地域には広域的観点から道立施設(札幌療育センター、旭川療育センター)が年1、2回、道費で発達支援を提供する「道立施設専門支援事業」が開始された。

また、発達支援センターおよび専門支援協力機関職員の資質向上を目的に、全道域での地域療育関係職員研修(4日間約30名)や発達支援関係職員専門研修(2日間)、各支庁圏域で開催する発達支援関係職員実践研修等(2日間)を実施している。

さらに、全道域及び各支庁内の療育体制の推進のために、北海道発達支援体制推進協議会および発達支援体制推進協議会を設置している。

この事業では、発達支援の要素を、①子どもへの支援(発達相談、評価・個別の療育支援)、②家族への支援(相談・生活支援)、③市町村内の連携の確立(システム作り)の3つに整理している。

一方、札幌市は独自のシステムを展開しており、保健センターの1才半健診、3才児健診後のフォローとして「さっぽろ・こどもの広場」が設置された。保健センター(月1回)、児相(週1回)、10ヶ所の児童会館(週1回)と市内全域で療育を行い、その後、幼稚園、保育所、通園施設、デイサービス等の情報提供を行い次の療育機関への橋渡しを行っている。しかし、最近では紹介数の増加により対応が難しくなり、利用の有期限化をせざるを得ない状況になってきている。また、超早期療育「こやぎの広場」は週1回、生後まもなくから、ダウン症児等の発達援助を行っている。

② 専門療育施設

北海道には、道立の総合療育センター(札幌総合療育センターは20年9月に子ども総合医療・療育センターに変更開所)が札幌市と旭川市に2ヶ所あり、主に診断や外来相談、肢体不自由児の入院訓練等を行ってきた。さらに、両療育センターの他には、社会福祉法人や医療機関が設置している相談機関が6ヶ所(函館、伊達、旭川、帯広、静内、美幌地域)あり、発達支援としての診断や専門療育、コーディネート(調整)等を実施している。しかし、広域な北海道においては、これらの専門療育機関の受診し専門療育を受けるには車で4~5時間かかるため年に4~5回に限られているのが現状である。

また、「早期療育システム」の時代に、二次圏支援機関として療育支援を展開していた10ヶ所の地域療育センターは、障害児(者)地域療育等支援事業の廃止により、市町村への日常的な支援が困難となり、現在は前述の7ヶ所が協力専門機関として活動している。この他に、一部医療機関のPT、OT、ST、心理士等が個人で登録し活動している。しかし、「専門協力機関の登録及び支援可能エリアが都市部に多いこと」「支援に伴う事業費が財政基盤の弱い市町村の負担となったこと」などから、市町村(発達支援センター)からの支援要請量と実際の支援ニーズとのギャップが課題である。札幌市は、発達医療センターが設置され、肢体不自由の子どもたちを中心にPT、OT、ST、心理士等が療育にあたっている。自閉症等の発達障害児のケアは、市立病院児童精神科が民間の児童精神科の医療機関とともに担っている。

③ 障害児通園施設

障害児通園施設は、知的障害児通園施設 11 ヶ所（うち札幌市は 4 ヶ所）、肢体不自由児通園施設 6 ヶ所（うち札幌市は 3 ヶ所）計 17 施設が設置されている。設置主体は、7 ヶ所（知的 6 ヶ所、肢体 1 ヶ所）が社会福祉法人で他の 10 ヶ所は公立である。

④ 発達支援センター（児童デイサービス）事業＞

平成 20 年 4 月現在、札幌市を除き全道には、発達支援センター（児童デイサービス）が 85 ヶ所、その他に民間そやNPO法人設置の児童デイが約 15 カ所前後設置されている。設置形態は、市町村の行政単位でみると、市では単独設置が多く、町村では 2～3 カ町村での共同設置が多い。職員構成では、指導員、保育士が約 7 割で、PT、OT、ST、心理士等の専門職は 1 割であり、市部に集中している。札幌市は、現在 I 型の児童デイが、36 ヶ所設置されている。平成 18 年 10 月の自立支援法施行から、急激に増加して特に発達障害児の療育に役割を果たしている。

⑤ 発達障害者支援センター

発達障害者支援センター「あおいそら」は平成 14 年に函館市に設置され、その後、平成 17 年に北海道単独事業としてランチが旭川市と帯広市に 1 ヶ所ずつ設置されている。札幌市にも 1 ヶ所「おがる」が設置され、「相談支援」「療育支援」「就労支援」「啓発・研修事業」などを展開している。

⑥ 重症心身障害児施設

札幌 2 ヶ所、小樽市 2 ヶ所、旭川市、帯広市、美幌町、八雲町と全道に 8 ヶ所あり、ベッド数は 1304 床ある。そのほかショートステイのベッド数は 29 床、空床型で行われている。

⑦ 重症心身障害児（者）通園事業＞

A 型 2 ヶ所、B 型 9 ヶ所が設置されている。（うち札幌市は B 型 5 ヶ所）。

⑧ 特別支援学校幼稚部

特別支援学校幼稚部は、聴覚特別支援学校は、全道で 7 ヶ所設置が設置されている。

⑨ 自閉症児施設

第一種自閉症児施設が札幌市に、第二種自閉症児施設が北斗市に 1 ヶ所設置されている。

3) 北海道における発達支援体制

北海道における発達支援は、広域過疎地域においては発達支援センター（児童デイ）が中心となっており、資質向上や地域の体制整備のために、療育センターや専門支援協力機関（専門療育施設）が巡回による支援を行っている。

子ども発達支援事業の目的として「市町村を基本とする発達支援の充実」を掲げていたが、地域の発達支援センターからの専門支援のニーズが減少せず恒常化している等の問題が指摘され、地域での発達支援内容の質的向上や支援システムの見直し、職員の身分保障等が課題とされている。また、全道的な発達支援機能のコーディネートは療育推進協議会が担うが、地域のニーズの把握や事業内容への展開の弱さ等の問題がみられる。札幌市は、増加した子どものニーズに対応して乳幼児健診後のさっぽろ・子どもの広場を設置したが、急増した 38 の児童デイ I 型、通園施設、地域支援、

相談機関等の早期療育体制の連携・構築が新たな時代の課題となっている。

2. 都道府県における発達支援体制の例（秋田県）

1) 秋田県の状況

秋田県の総面積は 11,613 平方 km と全国 6 位の広さである。人口は 112 万人（平成 19 年 10 月 1 日）で、およそ 3 分の 1 が県中央部に集中する中央集中型の県である。

北から南まで西側が日本海に面し、東側はほとんど奥羽山脈に接し、岩手県から隔てられている。北は白神山地から連なる山々で青森県と隔てられ、南は、奥羽山脈と鳥海山麓によって宮城県、山形県と隔てられている。北部の大館周辺は、秋田市よりも青森県の弘前市、岩手県の盛岡市が距離的にも交通の便からも近く、医療等は弘前市・盛岡市の病院に多くを依拠してきた。それに比較すると、県南部は奥羽山脈に隔てられた形で、秋田県中央部に依拠せざるを得ない地形でもある。こうした状況の歴史の中で、同じ県内でもその拠り所によって地域性は異なってきたと考えられる。

2) 秋田県における障害児関係施設（含：特別支援学校幼稚部）の状況

① 障害児通園施設

秋田県の発達支援は、昭和 40 年代半ばまで多くを入所型の施設に依拠してきた。障害児通園施設は全県に 2 ヶ所で、秋田市立の知的障害児通園、能代市の知的障害通園のみであり、通園施設の目的としては保護者支援（＝保護者の負担を取り除くこと）に主眼がおかれた。昭和 47 年、発達支援・教育を目的とした民間の社会福祉法人による心身障害児通園事業（小規模通園施設「ことば」の教室）が開設され、多くの子どもがここから巣立って、発達支援・教育の幕開けとなった。その後、秋田市立の知的障害通園は昭和 40 年代後半に廃園となり、能代市の知的障害通園も平成 6 年の能代養護学校設立に伴って廃園となったが現在は児童デイとして活動を再開している。

昭和 50 年制度改正に伴い、難聴児への早期支援をめざした難聴幼児通園施設が、前述の小規模通園事業を土台に設立された。全国で最初に認可された 2 ヶ所うちの 1 つであった。（認可とともに小規模通園施設を返上したが、「ことば」の教室は、秋田市単独事業として継続し、現在は障害児等療育支援事業再委託先となっている。）

この難聴幼児通園施設は地域性を鑑みて、当初より難聴のみではなく広く言語とコミュニケーションの支援を必要とする子どもたちへの通園施設として門戸を開いた。しかし、秋田県全体への支援としては民間ゆえの限界も持っていた。昭和 58 年に、当時全国的に展開されていた療育センター構想の元に、秋田県全体への発達支援とその指導的拠点として位置づけるという県の意向の下、医療機能をもった心身障害児総合通園センターとして秋田県小児療育センター（知的・肢体・難聴）が設置された。

このように、知的障害通園 1、肢体不自由 1、難聴 2 の通園施設が秋田市にあり、現在も続いている。このため、郡部の子ども達にとっては、県中央部の秋田市まで通わねばならないという通園上の困難性があるため、小児療育センターは各地域の入所施設にランチを作り、地域での

支援をめざした。しかし、専門性への要求や、地域の入所施設への敷居の高さなどが、多くの保護者に秋田市まで足を運ばせている事も事実である。現在こうしたブランチが、児童デイサービスや障害児等療育支援事業として定着している。

なお障害児通園施設における過去の措置外児（現在は契約外）の支援に対して、小児療育センターは外来診療と障害児等療育支援事業で、民間の難聴幼児通園施設は、社会福祉法人による第二種社会福祉事業（心身障害児の福祉の増進について相談に応ずる事業）である「ことば」の教室（障害児等療育支援事業再委託を含む）で対応してきた。

保育年齢に達した通園児の地域の保育所・幼稚園への受け入れは早くから活発で、併行通園の割合は高く、小児療育センター6割、民間難聴幼児通園施設8割となっている。保育所・幼稚園との連携も古くから積み重ねられ、保育所・幼稚園とも配慮の必要な子どもたちへの公的支援も（数的な問題はあったが幼稚園は現在1人以上に支援、保育所は指定保育所制度から始まり現在認定加配）早くから行われてきた。

② 児童デイサービス事業

児童デイは、現在6ヶ所設置されており、I型3ヶ所、II型3ヶ所となっているが、I型の条件を満たさないためにII型となっているが、就学前も対象としているところがほとんどである。6ヶ所のうち5ヶ所が県北部にあり、県北部は県中部・県南部の通園施設と独立した形でやっていくという気質が強く現れている。県南部は、遠距離でもあるにも関わらず県中部の通園施設に依拠しながら各地域の障害児療育等支援事業を利用している状況がみてとれる。

③ 発達障害者支援センター

平成17年に、特別支援教育と発達障害者支援法の流れを受けて、特別支援教育会議が秋田県教育委員会と秋田県障害福祉課との合同会議の諮問を受けて、小児療育センターの中に「発達障害者支援センターふきのとう」を設置した（平成19年10月）。19年度実績をみると、0～6歳の延支援割合が10%と、主に就学後支援が大きな割合を占めている。また、地域別に見ると県央57.2%、県南22.3%、県北9.6%と（秋田県小児療育センター「平成20年度業務概要」）、先に延べた地域性が如実に現れている。

④ 圏域コーディネーターの配置による障害保健福祉圏域の相談支援体制

障害者自立支援法施行後、名称は指定相談支援事業所、相談支援専門員と変更されたが、基本的に従来の「障害児（者）地域療育等支援事業」を踏襲している。各圏域に1ヶ所であるが、県中部の事業所（小児療育センター）は、男鹿圏域と重なるため、市町村の枠を越えざるを得ず、事業は継続しているが指定相談支援事業所とはなっていない。

⑤ 重症心身障害児施設

重症心身障害児施設は、由利本荘市にある国立療養所1ヶ所である。病床数は160床で、継続的な療育と医療を担っている。

⑥ 重症心身障害児（者）通園事業

県中部にある肢体不自由児施設に1ヶ所、大館・鹿角圏域に1ヶ所、横手圏域に1ヶ所で行

われており、すべてB型である。

⑦ 特別支援学校幼稚部

特別支援聾学校幼稚部は昭和 38 年に設置され、3 才からの通級指導が行われている。近年聴覚障害教育支援部を設置し、県内に 2 ヶ所のサテライト教室を設置し、週 1 回の頻度で、乳幼児・学童への支援を行っている。新生児聴覚スクリーニング等様々な場面で、難聴幼児通園施設との連携も図っている。

特別支援学校には幼稚部は設置されていないが、中央部の特別支援学校では、相談・療育的な通級教室を開催している。

3) 秋田県における障害児等療育支援事業

秋田県の障害児等療育支援事業は、県事業として 8 ヶ所、中核市の事業として 1 ヶ所（再委託含めて 2 ヶ所）で実施されている。障害保健福祉圏域ごとの配置としては、各 1 ヶ所、中核市 1 ヶ所である。中央部以外では、障害児等療育支援事業の基盤は入所施設である。

4) 秋田県における発達支援体制

秋田県は県中央部と、郡部との人口差が大きく、以前から中央集中型で機能してきた。各地域での支援が、全県レベルで実現されるためには、地域での敷居の低い受け入れ理解の問題や、専門性の地域への提供等の様々な課題が残っている。

このような課題に対応するために、平成 22 年に「(仮称) 秋田県こども総合支援エリア」が実現する予定となっている。肢体不自由児施設と小児療育センターの統合構想や、特別支援教育の流れの沿った各特別支援学校の統合（知的をのぞく）の構想については以前から検討されてきたが、この数年間ににわかに浮上し、平成 22 年に開設予定となった。この構想に対し、様々な意見が寄せられたが、救急医療を視野に入れた重症心身障害の通園を望む声などがこの構想に大きく拍車をかけた。このエリアが真に子どもと保護者たちのために機能していくには、現在の子どものための発達支援に必要な課題を整理統合し、未来的な目標をもって設置・運営されていくことが求められている。

3. 都道府県における発達支援体制の例（兵庫県）

1) 兵庫県の状況

兵庫県は、瀬戸内海から日本海へ日本列島を横断する面積 8,395.61 km²の比較的広い県であるが、人口（平成 20 年 11 月 1 日現在 559 万人）のほとんどが瀬戸内沿岸に集中しており、内陸から日本海側に広がる広大な「人口過疎地域」が存在する。障害のある子ども達の発達支援を考える時、兵庫県は都市型の発達支援システムと人口過疎地域型のシステムの両方が求められる「日本の縮図」的な様相を呈している。

兵庫県は、二次医療圏に一致する 10 障害保健福祉圏域（神戸、阪神南、阪神北、東播磨、北播磨、中播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路）で構成されるが、それぞれの圏域に県民局と健康福祉事務所（県保健所、福祉事務所）が配置されており行政単位として機能している。なお県内には、政

令指定都市が 1 箇所（神戸市）、中核市が 2 箇所（姫路市、西宮市）あり、それぞれの行政規模に合った独自の発達支援施策を展開している。

2) 兵庫県における障害児関係施設（含：特別支援学校幼稚部）の状況

① 障害児通園施設

障害児通園施設は、知的障害児通園施設 13 ヶ所（うち神戸市は 4 ヶ所）、肢体不自由児通園施設 10 ヶ所（うち神戸市は 2 ヶ所）、難聴幼児通園施設 1 ヶ所（神戸市）、計 24 施設が設置されている。設置主体は知的障害児通園施設の 1 ヶ所を除きすべて公立で、マップで示すように、姫路市から大阪府との県境に至る瀬戸内海沿岸地域に集中しており、姫路市から岡山・鳥取県に至る地域（西播磨圏域）と内陸～日本海側に至る地域（姫路市を除く中播磨、丹波、但馬圏域）および淡路圏域には通園施設は設置されていない。

兵庫県では、通所（通院）でのリハビリテーション（以下、「リハ」と略す）機能をもっていた県立肢体不自由児（入所）施設が平成 20 年 3 月に廃止され、同年 4 月から県立総合リハセンターに児童部門が設置されて通院でのリハを開始している。集中リハや手術などを実施する入院病棟も設置されたが、小児科医の確保ができず未だ業務を開始していない。

② 児童デイサービス事業

児童デイ I 型は 22 ヶ所（うち、神戸市 4 ヶ所）である。兵庫県は従来から障害児通園施設が設置されていない圏域への児童デイ設置を誘導してきており、22 ヶ所中 10 ヶ所（丹波圏域 3 ヶ所、淡路圏域 1 ヶ所、西播磨圏域 3 ヶ所、但馬圏域 3 ヶ所）が障害児通園施設のない圏域に設置されている。障害児通園施設が設置されていない地域の児童デイでは、PT、OT、ST などが配置されているところも少なくない。利用児の年齢が上がり II 型となった児童デイは今回の療育マップには掲載しなかったが、幼児期の療育を継続して実施している。

③ 発達障害者支援センター

発達障害者支援センター（旧：自閉症・発達障害支援センター）は平成 15 年 12 月に設置され（職員数 4 名）、その後、平成 17 年 6 月に兵庫県単独事業として職員数 2 名のランチが 2 ヶ所設置された。知的障害児・者入所施設が受託しており、入所機能も利用しつつ「相談支援」「療育支援」「就労支援」「啓発・研修事業」などを展開している。

④ 圏域コーディネーターの配置による障害保健福祉圏域の相談支援体制

兵庫県は、都道府県相談支援事業体制整備事業の一環として「障害者相談支援コーディネート事業」を実施し、神戸市を含む 10 圏域に「圏域コーディネーター」を配置している。平成 20 年度に 10 圏域すべてにコーディネーターの配置が終了し、市町村や圏域で行われる地域自立支援協議会などと連携して、地域の障害福祉資源間のネットワークを構築するなど、地域における相談支援事業の発展のために側面的支援を開始している。

⑤ 重症心身障害児施設

兵庫県内には 5 ヶ所の重症心身障害児施設（神戸市 1 ヶ所）と 1 ヶ所の旧国立療養所重症心身障害児病棟が設置されており、総病床数は 760 である。ほとんどの施設で外来診療を開設し

ており、緊急一時保護病床も設置されている。

⑥ 重症心身障害児（者）通園事業

A型3カ所、B型11ヶ所が設置されている（うち神戸市はA型1ヶ所、B型8ヶ所）。利用者のほとんどは成人期の重症心身障害者である。

⑦ 特別支援学校幼稚部

特別支援学校幼稚部は、肢体不自由養護学校5ヶ所（県立1ヶ所、市立4ヶ所）、聴覚特別支援学校5ヶ所（すべて県立）に設置されている。とくに聴覚特別支援学校には指導相談部があり、0～2歳児の教育相談に応じている。

3）兵庫県における障害児等療育支援事業

障害児等療育支援事業は県事業として20ヶ所、神戸市は1ヶ所、中核市は8ヶ所（姫路市3ヶ所、西宮市5ヶ所）で実施している。障害保健福祉圏域ごとの配置としては、神戸市1ヶ所、阪神南11ヶ所、阪神北3ヶ所、北播磨2ヶ所、東播磨2ヶ所、中播磨4ヶ所、西播磨1ヶ所、但馬1ヶ所、丹波2ヶ所、淡路1箇所となっている。

平成15年度から一般財源化された「障害児（者）地域療育等支援事業」から継続して、障害児等療育支援事業受託施設への専門的技術や情報の提供などを行う「療育拠点施設事業」を継続して姫路市総合福祉通園センターが県から受託しており、療育資源の少ない圏域からの外来受付や職員派遣を実施している。また、「療育従事者養成研修事業」として県内の児童デイを中心とした施設や学校の職員の養成研修も実施している（本事業は平成20年度から姫路市の単独事業として「教育福祉従事者研修」となった）。

4）兵庫県における発達支援体制

兵庫県における発達支援は、都市部においては障害児通園施設、人口過疎地域においては児童デイが中心となって展開している。難聴幼児通園施設は神戸市立で1ヶ所しかなく、他市町の聴覚障害児は、聴覚特別支援学校の指導相談部（0～2歳）、幼稚部（3～5歳）で指導を受けていることが多い。

障害児通園施設における契約外の児に対する発達支援は、肢体不自由児通園施設では診療所での外来診療と29ヶ所に委託されている障害児等療育支援事業で提供されている。

全県的な発達支援機能のコーディネートを果たすシステムは構築されていない。今後、圏域ごとに配置を終えた圏域コーディネーターが、発達支援機能を持つ施設・事業との連携体制を構築し、「乳幼児期から成人期に継続できる発達支援、地域生活支援」の中心として活躍することが、兵庫県の発達支援システムの課題であり期待でもある。

4. 都道府県における発達支援体制の例（広島県）

1）広島県の状況

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、8479平方キロメートル、東西132キロメートル、南北119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指定都市（人口 115 万人）として、東部の中心地である福山市は中核市（人口 38 万人）として独自色を強めているが、本県の殆ど占める山間部では人口 4 万人の三次市を中心として、各市町の連携の中、地域生活が支えられている。また、広島県は 7 障害保健福祉圏域（広島、広島西、呉、広島中央、尾三、福山・府中、備北）で構成される。

2）広島県における障害児関係施設（含：特別支援学校幼稚部）の状況

① 障害児通園施設

障害児通園施設は、昭和 53 年の心身障害児総合通園センターのモデル施設となった 1 ヶ所の他、1 ヶ所の総合通園センター（すべて広島市）を含む、知的障害児通園施設 8 ヶ所（広島市 3 ヶ所、福山市 2 ヶ所）、肢体不自由児通園施設 3 ヶ所（広島市 2 ヶ所、福山市 1 ヶ所）、難聴幼児通園施設 2 ヶ所（広島市 1 ヶ所、福山市 1 ヶ所）、合計 13 施設が設置されているが、殆どが広島市、福山市に集中しているのが現状である。設置主体は、知的障害児通園施設 5 ヶ所、難聴幼児通園施設 1 ヶ所を除き公立となっている。

② 児童デイサービス事業

児童デイサービス事業は、21 ヶ所（うち広島市 2 ヶ所、呉市 4 ヶ所、三原市 3 ヶ所、尾道市 3 ヶ所、福山市 3 ヶ所、府中市 1 ヶ所、東広島市 3 ヶ所、廿日市市 2 ヶ所、安芸郡 1 ヶ所）が設置されている。設置主体は、社会福祉法人が 14 ヶ所、NPO 法人が 4 ヶ所、民間会社が 2 ヶ所、医療法人が 1 ヶ所となっている。

③ 発達障害者支援センター

発達障害支援センター（旧：自閉症・発達障害支援センター）は、発達障害のある人の日常生活での気づきや悩みに対する相談に応じ、福祉サービス情報の提供や必要に応じて医療・福祉・保育・教育・就労などの関係機関への紹介を行っている。政令市広島市に 1 ヶ所と東広島市に 1 ヶ所が設置されている。

④ 重症心身障害児施設

広島県内には、6 ヶ所の重症心身障害児施設と 2 ヶ所の重症心身障害児病棟が設置されており、総定員数は 545 名である。

⑤ 重症心身障害児（者）通園事業

広島県内には 4 ヶ所が設置されている。その内 2 ヶ所は県が設置主体である。

⑥ 特別支援学校幼稚部

特別支援学校幼稚部は、聴覚障害特別支援学校 3 ヶ所（全て県立）と視覚障害特別支援学校 1 ヶ所が設立されている。在籍幼児数は、視覚障害 7 人（6 人）、聴覚障害 18 人（1 人）となっている。（平成 20 年 5 月 1 日現在）

*（ ）は、重複障害学級又は訪問学級の在籍字数の内数

3）広島県における障害児等療育支援事業

障害児等療育支援事業は、県事業として 7 ヶ所、政令市事業 6 ヶ所、中核市事業 3 ヶ所が実施し

ている。障害保健福祉圏域ごとの配置としては、広島圏域 7ヶ所、広島西圏域 1ヶ所、広島中央圏域 2ヶ所、呉圏域 1ヶ所、尾三圏域 1ヶ所、福山・府中圏域 3ヶ所、備北圏域 1ヶ所となっている。旧療育 3事業は、平成 10年から急激に増加している。これは、下表（広島市分を除く）からもわかるように、2ヶ所の通園施設と 1ヶ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ヶ所の通園施設、平成 14年にも 1ヶ所の通園施設が受託し、それぞれ急増した。一般財源化された平成 15年以降においても、実施件数はもと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える。また、平成 16年 4月以後、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とも一律 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。

	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	1609	1908	2414	2380	3912	3877	3421
						656	625	797	938	849
外来療育	130	1866	3974	7075	8719	9363	10103	9862	9585	10923
						1302	1387	1501	1618	1541
施設支援 (箇所)	75	236	377	534	959	1126	1099	1119	1133	1164
						315	331	350	354	398
事業箇所数	3ヶ所	5ヶ所	6ヶ所	8ヶ所	8ヶ所	10ヶ所	10ヶ所	10ヶ所	10ヶ所	10ヶ所

上段：実施件数（件） 下段：実人数（名）

4) 広島県における発達支援体制

広島県における発達支援は、各種の相談支援の窓口や乳幼児健診などの充実・向上はなされているものの、保育所・幼稚園等における集団に馴染みにくく、育ちにくい子ども達への発達支援は充分であるとは言い難い。今後は、各障害保健福祉圏域に乳幼児からおとな成人に至るまでの発達支援が実施できる事業所を整え、適正に配備を行い、それぞれの機関の情報提供を行うとともに、各機関との連携強化を行うことが急務である。

5. 都道府県における発達支援体制の例（福岡県）

1) 福岡の地理的状況

福岡は九州の玄関口であり、約 4976.1 km²の面積を持つ。南北に約 105 km、東西に約 105 kmの菱形の地形である。県のほぼ中央に山間部が縦列し、地域的には北九州、福岡、筑後、筑豊の4地域に分けられる。人口は約 506万人（平成 20年 11月現在）で、各圏域人口は北九州 132万人、福岡 246万人、筑後 84万人、筑豊 44万人である。県内には九州縦貫道および国道 3号線、鹿児島本線によって結ばれる政令指定都市の北九州市（人口 98万人）、福岡市（144万人）の二つと中核市の久留米市（30万人）があり、ほか 25市 34町 4村で構成されている。障害保健福祉圏域は県 13（福岡・糸島、粕屋、宗像、筑紫、甘木・朝倉、久留米、八女・筑後、有明、飯塚、直方・鞍手、田川、北九州、京築）で構成されている。

2) 福岡県における障害児関係施設（含：特別支援学校幼稚部）の状況

① 障害児通園施設

障害児通園施設は、知的障害児通園施設 20 ヶ所（うち北九州市は 6 ヶ所、福岡市は 6 ヶ所）、肢体不自由児通園施設（通園部を含む）5 ヶ所（うち北九州市 1 ヶ所、福岡市 2 ヶ所）、難聴幼児通園施設 2 ヶ所（うち北九州市 1 ヶ所、福岡市 1 ヶ所）、計 27 施設が設置されている。地図で示すように、政令指定都市である北九州市、福岡市もあり、県北部・北西部に集中していることに加え、知的障害通園施設は、福岡・糸島圏域では糸島地区、甘木・朝倉、八女・筑後、直方・鞍手、宗像、粕屋には設置されていない。また、肢体不自由児通園施設は、政令指定都市以外には久留米圏域に 2 ヶ所のみという地域較差の大きな状況である。

② 児童デイサービス事業

児童デイは 21 ヶ所設置されており、うち I 型が 8 ヶ所である。事業開始当初は利用児童の大半が就学前児であった事業所も地域ニーズに応えるべく継続した受け入れを実施し、児童の加齢に伴い学齢児の人数が増大することで経営的な努力を強いられている事業所もある。

③ 発達障害者支援センター

発達障害者支援センターは、障害児の社会資源が皆無であった田川圏域と八女・筑後圏域の 2 ヶ所設置（別途北九州市、福岡市にはそれぞれ 1 ヶ所ずつ設置）されている。入所機能も利用しつつ「相談支援」「啓発・研修事業」などを展開しているが、その地域の障害児のための社会資源の少なさから、ニーズの高い個別指導などの対応に苦慮している現実がある。

④ 重症心身障害児施設

福岡県内には 7 ヶ所の重症心身障害児施設の 530 床と 3 ヶ所の旧国立療養所重症心身障害児病棟のベッド約 300 床弱（障害者自立支援法に定める療養介護病棟に移行されているものや進行性筋ジス病棟を含む）が設置されている。

⑤ 重症心身障害児（者）通園事業

北九州市に A 型 1、B 型 1 ヶ所。福岡市に国立病院機構の A 型 1 ヶ所がある。それらを含む県内の事業所は A 型 4 ヶ所、B 型 3 ヶ所が設置されている。よって、政令指定都市以外の重症心身障害児（者）通園事業は A 型 2 ヶ所、B 型 2 ヶ所がある。設置状況としては、障害児通園施設と同様に県の西部に偏在している状況である。

⑥ 特別支援学校幼稚部（聾）

県立の 4 箇所の特別支援学校幼稚部（聾）がある。教育機関ということもあり設置状況としては県内に分散されているものの設置地域は、それぞれ政令指定都市に各 1 ヶ所である。それぞれに頻度は様々であるが、3 歳未満のこどもの教育相談も実施している

3) 福岡県における障害児等療育支援事業

障害児等療育支援事業は県事業として 13 圏域（政令指定都市および中核市はのぞく）のそれぞれ 1 ヶ所に委託することとなっているが、平成 20 年 11 月現在で福岡・糸島圏域では福岡市以外、北九州圏域では北九州市以外の地区を担当する受託施設ははまだ設置されていない。受託施設の内訳としては、障害児関連施設 4 施設で障害者関連施設 7 施設となっている。

平成 15 年度から一般財源化された「障害児（者）地域療育等支援事業」は継続してきたが、障害者自立支援法の施行に伴い廃止されて以降、12ヶ所の委託事業のうち4ヶ所は療育事業のみの受託となっている。北九州市、福岡市においては障害児等療育支援事業の受託施設は障害児に特化した相談支援事業を受託しており、福岡県における障害児相談支援体制の確立のためのモデルを示しているともいえよう。

4) 福岡県における発達支援体制

福岡県における発達支援は、地域偏在型の典型である。しかし、障害児の医療体制としては NICU を有する九州大学医学部病院、福岡大学医学部病院、久留米大学医学部病院、聖マリア病院があり生後まもなくからの子どものフォローアップを構築するための資源は存在する。

療育支援体制としては、都市部においては障害児通園施設が点在しているが、人口過疎地域においての資源の不足は地図からも明らかである。

障害児通園施設における契約外の児に対する発達支援は、診療所を有する知的・肢体不自由児通園施設および一部の重症心身障害児施設では積極的に行われている。リハビリテーション病院等への障害児の受け入れも広がりつつあるが、リハビリテーション診療機能の提供に限らざるを得ないため、地域ごとの発達支援体制・相談支援体制を整備し子育て一般施策も含めた要支援児童へのかかわりをコーディネートする必要がある。このように、県全体の発達支援機能のコーディネートを果たすシステムは構築されていない。よって今後、県内4地域もしくは圏域ごとに発達支援機能を持つ施設・事業との連携体制を構築し、「乳幼児期から成人期に継続できる発達支援、地域生活支援システム」の構築が課題である。

6. 政令指定都市における発達支援体制の例（名古屋市）

1) 名古屋市の状況

名古屋市は、愛知県（面積 5164.17 k m²、人口 7,402,265 人—平成 20 年 11 月 1 日）の西部に位置する面積 326.45 km²（全県の 6.3%）、人口 225 万人—同上—全県の 30.4%）の政令指定都市である。人口は微増を続けているが、16 ある行政区のうち高齢化の進んでいる区と出生数が伸び続けている区に分かれる。東西南北に位置し宅地開発の余地のある中川区、天白区、緑区、守山区などが出生数も増え転入も多い。それらの区では保育所の待機児も多く、区によっては毎年 100 名を超える場合もある。幼稚園・保育所の新設、小・中学校の新設に加えて特別支援学級の新設などが取り組まれているが、焼け石に水の状態が続いている。

① 障害児通園施設

障害児通園施設は、知的障害児通園施設 7ヶ所、肢体不自由児通園施設 1ヶ所、難聴幼児通園施設 1ヶ所、計 9施設が設置されている。設置主体は知的障害児通園施設のうち4ヶ所が社会福祉法人でその他は公立公営。

内訳は名古屋市総合通園センターの中に知的通園（30人）、肢体通園（40人）、難聴通園（30人）がある。他に、知的通園と診療所を併設した地域療育センター（40人）が3ヶ所（西部、

北部が公立公営、南部が民間法人）と知的通園が 3 ヶ所（定員は 30 人 2 ヶ所、20 人 1 ヶ所：すべて民間法人）が設置されている。

総定員は、知的通園が 230 人、肢体通園が 40（実質 32）人、難聴通園が 30 人である。

障害の種別を問わず、0 歳からの入園が可能という建前を持っている 3 ヶ所の「地域療育センター」は平成 5 年から 15 年にかけて整備され、現在総合通園センターの新築移転に伴って、総合通園センターとしての役割を明確にしていくか、4 ヶ所目の地域療育センターになるかについて検討されている。名古屋市新基本計画では、「平成 22 年までに 5 ヶ所」と明記されており、市内における地域間格差に対して早急に 5 ヶ所目の整備が求められている。

② 児童デイサービス事業

児童デイは 48 ヶ所指定されている。うち I 型は 2 ヶ所、II 型が 39 箇所、I・II 型併用が 7 箇所となっている。事業者は、多い順に有限会社 15、NPO 法人 12、株式会社 9、社会福祉法人 9、その他の企業 3 である。

名古屋市は、総合通園センター、通園施設の整備と地域療育センター化を基盤にして療育システムをつくってきたため「心身障害児小規模通園事業」は整備しなかった。そのため、すべての児童デイサービス事業は、学齢障害児の余暇支援事業として平成 15 年の支援費制度以降に事業を開始している。I 型事業の指定を受けているところ事業所も、市内の療育システムとの関わりは薄く、単に就学前の子どもを対象に「預かり事業」を行っているだけの状況である。

3 つの通園施設を運営する社会福祉法人が併設する形で実施しているうち 2 ヶ所の I・II 型併用の事業所では、乳幼児健診後の週 1 回の親子教室として事業を実施している。この 2 ヶ所に関しては、管理者でもある通園施設園長が必要と認めた場合代理で受給申請することが可能である。受給申請に至らないケースは名古屋市の「障害児施設等療育グループ事業」（児童デイの単価の半額程度の補助金）で実施しているが、こちらは利用者負担のない事業なので、児童デイ利用者負担分は徴収せず、事業所が負担する形になっている。

なお、児童デイ週 2 回程度の利用で、通園施設の待機児への対応も行っているが、一日利用定員など通園施設の定員の考え方が変わってきているため今後のあり方が検討されているところである。

単に事業所が立ち上がるだけでは療育システムの中で機能はしない。保健所、医療機関での障害の発見から対応へのつながりが何より重要であり、児童福祉センター（児童相談所）や、地域療育センター、発達障害者支援センターなどの公的な機関が中心となるネットワークの構築が重要である。

③ 障害児（入所）施設

入所施設は、220 万の人口に対して名古屋市立あけぼの学園（知的障害児施設）が 1 ヶ所（84 人）のみ設置されているのみである。加齢児の存在も含めて高年齢化が進んでおり、短期入所でも就学前の子どもが利用しにくく、養護性が高いケースでは乳児院を利用したり、学齢児では市外の施設を利用したりするケースも多い。

④ 発達障害者支援センター

発達障害者支援センターは、平成 18 年 4 月に設置された。(職員数 4 人)

組織的には名古屋市児童福祉センター(児童相談所)の療育係に属する形で、隣接地に設置された。すべてのライフステージを通じての支援を掲げつつも、あくまでも「直接処遇はしない」とされており、相談、研修、コンサルテーションが主な業務である。

⑤ 障害保健福祉圏域の相談支援体制

16 区に 8 つの障害保健福祉圏域(千種・名東、東・守山、北・西、中村・中川、中・昭和、熱田・港、瑞穂・天白、南・緑)を設定し、相談支援の体制の基盤と位置づけている。

委託相談支援事業所としては、知的または身体障害の相談支援事業は区ごとに最低 1 ヶ所で 18 ヶ所、精神障害を専門とする相談支援事業所は圏域ごとで 8 ヶ所設置されている。圏域はブロックとして相談支援事業所間の連携の形はできているが、「地域の相談支援事業所」としての機能は旧コーディネーター事業の範囲であり、(旧)療育 3 事業への関与はほとんどない。自立支援協議会も区ごとに形式的には動き出したが、子ども部分は、地域療育センターや児童福祉センターのケースワーカー、相談員等を中心になっているのが現状である。

⑥ 重症心身障害児者施策

重症心身障害児施設はない。愛知県の管轄である肢体不自由児施設や、愛知県コロニー、国立療養所などを利用するほか、県外施設へ入所している。整備計画はあり、民間での運営を原則に計画を進めているが採算がとれず、これまでに実施を名乗り出た事業者はいない。重症心身障害児(者)通園事業は B 型 1 ヶ所のみが設置されているが、利用者はすべて成人である。

⑦ 特別支援学校幼稚部

特別支援学校幼稚部は、聴覚特別支援学校 2 ヶ所(県立)にのみ設置されている。知的、肢体の各学校の幼稚部は休級となっているが、実際には廃級。

2) 名古屋市における障害児等療育支援事業

障害児等療育支援事業は市事業として引き継がれているが、きわめて限定された展開となっている。施設支援、訪問の 2 事業については 3 つの地域療育センターのみでの実施となっている。対象エリアは 16 区のうち 9 区のみ。

外来療育は、前述の「障害児施設等療育グループ事業」として実施されている。3 つの地域療育センターと、4 つの通園施設の 2 本立ての単価設定(3:2 の差がある)で行われている。

単体の通園施設は、地域療育センターの持つ専門性を持ち合わせないという理由で、施設支援、訪問は持ち出しで実施し、外来は低い単価での実施を余儀なくされているが、地域の保育所・幼稚園等からの期待もあって応える努力をしている。今後、補助対象の拡大が必要である。

3) 名古屋市における発達支援体制

福祉圏域との整合性はないが、総合通園センターと 3 つの地域療育センターによる相談、診断の機能とさらに 3 ヶ所の知的通園施設を加えた 7 ヶ所で行う療育グループを中心に、「療育相談」の体制をつくっている。各区 1 ヶ所に 4 つの支所を加えた 20 ヶ所の保健所で実施される乳幼児健診の

受診率は高く、相談の数は近年増え続けており、初診まで 2、3 ヶ月の待ちが常態化している。もともと地域療育センターは就学前の子どもを対象に設置されているため、学齢期の児童に対応できず、学齢児の初診は児童福祉センターに集中するため、診療や相談の枠はまったく足りない状況がある。また、療育グループの数も枠の制限があるものの増え続けている。幼稚園・保育所に通いながら利用する並行グループ、施設支援への要望は多い。

また、障害児保育（統合保育）は公立保育所を中心に 30 年の歴史があるが、全市で 500 人を超える対応をしているにもかかわらずまだ受け入れ枠が不足している。

行政区	北	西	東	守山	千種	名東	中	昭和	天白	瑞穂	中村	中川	港	熱田	南	緑
福祉圏域	北・西		守山・東		千種・名東		中・昭和		瑞穂・天白		中村・中川		熱田・港		南・緑	
療育相談エリア	北部地域療育C			総合通園センター						西部地域療育C			南部地域療育C			
知的通園エリア	北部地域療育C			さわらび ちよだ		みどり		あつた		西部地域療育C			あつた		南部地域療育C	

4) まとめ

都市の場合は、直線距離はさほどなくても、公共交通機関の沿線でなければ遠回りになってしまうなど、社会的な距離も問題になる。その点からも名古屋市では、身近な相談・療育機関という場合に療育資源が充分とは言いがたい。実際、増え続ける相談ケース、療育グループの利用者、通園施設の待機児など対応しきれない状況になっている。

通園施設・地域療育センターに二次療育機関、総合通園センターに三次療育機関としての機能をもたせた上で、児童デイサービスが一次療育機関としての役割を果たしていくことが必要であるが、どの資源も不足しているため、今後さらに充実させる必要がある。

X. 新たな障害児通園施設（事業）の概要

以上の障害児通園施設及び児童デイサービスの問題点や課題、必要とされる機能の提供方法などを踏まえ、新たな時代の新たな障害児通園施設（事業）の在り方を示す。

1. 名称・機能・根拠法について

1) 定員 20 人以上の施設（従来の障害児通園施設と児童デイサービス I 型の一部が対象）

- ① 名称：こども発達支援センター
- ② 根拠法：児童福祉法
- ③ 対象：すべての障害児（自閉症等の発達障害児を含む）および（未診断であるが）発達上の問題をもつ子ども
- ④ 機能：
 - ・発達支援機能（基本機能）
 - ・複数の市町村にわたる地域支援機能（必置）
 - ・家族支援機能（必置）

- ・診療機能（診療所を設置する施設は「医療型こども発達支援センター」となる）

（* 以下「医療型センター」と略す）

2）定員 10～20 人の事業（従来の児童デイサービス I 型の大部分が対象）

- ① 名 称：こども発達支援事業
- ② 根拠法：児童福祉法
- ③ 対 象：すべての障害児（自閉症等の発達障害児を含む）および（未診断であるが）発達上の問題をもつ子ども
- ④ 機 能：
 - ・発達支援機能（基本機能）
 - ・市町村ごとの地域支援機能（地域の状況に応じて設置）
 - ・家族支援機能（地域の状況に応じて設置）

2. 実施主体について

障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの実施主体及び児童福祉法に基づく保育サービスの実施主体が市町村であることは、住民に最も身近な基礎自治体により地域特性に応じたきめ細かな対応が行われることを期待したものである。

これに加え、児童分野における“横の連続性（ネットワーク）”と「児童から成人へ」という“縦の連続性”の双方を確保するという観点からも、こども発達支援センター（事業）の実施主体については、一義的に市町村とすることが望ましい。

しかしながら、障害児分野における施設支援の実施主体を直ちに全面的に市町村にすることについては、以下の理由から慎重な対応が求められる。

1）施設の設置主体の問題

こども発達支援センターの提供主体の中核をなす現行の障害児通園施設の多くは公立（多くは市立）である。実施主体を市町村へ移行させた場合、設置市在住の児童のみが支援対象となる可能性や、付加的サービスや各種の利用者負担において区域内外での差を設ける可能性は否定できない。

このように公立施設に偏る障害児通園施設サービスの実施主体を市町村へ移行させる場合には、条例制定についての国や都道府県の技術的助言や、都道府県による市町村間の調整が不可欠となる。

2）施設の地域偏在（地域偏在については、別冊「全国版 発達支援のためのリソースマップ」を参照）

障害児通園施設は、概ね障害保健福祉圏域単位で整備がなされてきており、全ての市町村に障害児通園施設が存在する訳ではない。この現状に加え、都道府県などからの適切な指導・助言が行われない場合、施設不在市町村と設置市町村の地域格差が一挙に顕在化することが考えられる。

さらには、施設運営にかかる対価の構造が今後も利用日数に対する個別給付を中心に構成されるならば、対象者を拡大（利用要件を拡大）しない限り、障害児施設（事業）への民間参入も期待できない。結果として公設を選択しようとしても、一定の超過負担は避けられず、財政収支の悪化にあえぐ市町村が積極的に基盤整備に向き合うことは期待しがたい。一方で、近隣の市町村が積極的

に新たな基盤整備を行い、既設置市の対応が遅れた場合には、既存施設における利用者減すなわち運営収支の急減という事態が起こりうる。

これらを勘案して、こども発達支援センター（事業）が、市町村を実施主体としてあまねく普及していくためには、まず利用要件（障害種別、障害認定による支給決定が必要、原則的に通園による支援が対象）の捉え方の格差を解消しておくなど基本的な条件整備が必要である。同時に、市町村の規模に関わらず運営が可能な支給単価が用意されなければならない。理念だけを先行させ、いたずらに市町村の責務を強調するだけでは、地域格差は容易に埋まるものではない。

一方、市町村においても「財源がない」「対象者の捉え方が難しい」「専門性が確保できない」という、従来からの主張を繰り返すだけでは何も進まないことを認識しなければならない。障害児施策をはじめとして、児童福祉施策及び障害者福祉施策が公費により行われてきたことの意味を再確認し、こどもの将来を担う基礎自治体として最低限必要なことは何かについて、市町村は広く共通認識を持つことが必要である。教育を例に取るならば、小学校の存在しない市町村はない。福祉においても、保育所や特別養護老人ホームが市町村の区域内に存在しないことは、住民レベルはもとより市町村の認識においても一種の危機感として捉えられる。「障害児関連の施設（事業）がない」ことも全く同じ次元で論ぜられるべきであり、数の大小や、数と必要性や経営的観点は全く別次元のものであり、これらを強引に結びつけた論調は厳に慎まなければならない。

ただし、市町村が真に障害児支援に向き合うとした場合の手法については、こども発達支援センター（事業）だけに固執するのではなく、地域特性や、何よりも発達支援に対する住民レベルでの合意形成の有無に応じた柔軟な取り組みを容認する必要がある。例えば、保育所の障害児保育を軸として、当該保育所に発達支援の機能を持たせるなど、専門的支援とインクルージョンを小地域ごとに実現しようとする場合にまで、こども発達支援センター（事業）の有無を持って評価軸とすることは避けなければならない。

これらの実施状況の監視については、都道府県自立支援協議会などで地域格差を監視し、市町村に対する指導・助言を行いうる体制をもったり、市町村障害福祉計画などに盛り込むことを義務付けたりするなどの方策が求められる。

3) 専門性の確保

実施主体を市町村とした場合に、こども発達支援センター（事業）の専門性をいかにして確保し、維持していくかという課題が生じる。このことについては、他分野の行政計画における市町村と都道府県との役割に見るように、人材確保や質の向上に向けた取り組みを都道府県ごとに推進していくことが必要である。

全ての市町村がこども発達支援センター（事業）やそれに類似する機能を持つことは現実的ではないことから、一次圏域を市町村としつつ、より高度な専門性が必要となる場合や、一次圏域の施設（事業）に対する質の維持・向上の役割を担うために、二次圏域（障害保健福祉圏域）にこども発達支援センターなどの設置、都道府県域に後述する総合発達支援機関を整備するなど、市町村—都道府県の連携・協働による重層的発達支援体制の構築が重要となる。

これらを勘案した上で、実施主体を市町村に移行するための準備期間を設定し、当該期間において、国及び都道府県の指導・助言のもと、全障害保健福祉圏域にこども発達支援センター（事業）の整備を行う（人員確保を含む）とともに、地域自立支援協議会や障害者相談支援事業を核とした横の連携体制の構築、市町村—都道府県の縦の連携体制の構築を行うことが望ましい。

3. こども発達支援センター（事業）と医療型こども発達支援センター^{注）}の整理

障害児通園施設の一元化にあたって、従来、措置費や障害児施設給付費の収入のみで運営されてきた福祉型障害児通園施設（知的障害児通園施設・難聴幼児通園施設、以下「福祉型施設」と略す）と、障害児施設給付費と医療費（障害児施設医療費）によって運営されてきた医療型障害児通園施設（肢体不自由児通園施設）の整合性を図ることが必要である。

現在、医療型施設である肢体不自由児通園施設は、平均 22 人（平成 19 年 3 月・こども未来財団）の医療専門職を含む多職種の職員を配置（障害児通園施設中最多）しており、多くの施設は超重症を含むさまざまな程度や障害種別の児の支援に対応できる機能をもつ。しかし、常駐医師が確保できず医療費を請求できていない肢体不自由児通園施設も少なくなく、逆に、福祉型施設でも診療所を設置したり障害児等療育支援事業を受託したりして、入園外の子どもへの支援機能をもち定員を超えた支援ニーズに対応している施設も少なくない。このような点から、一元化を契機に福祉型と医療型の機能を見直し役割を整理する必要がある。

まず、三障害に分かれた現在の障害児通園施設を一元化する際には、基本的な発達支援機能を整備し「こども発達支援センター（事業）」とする。こども発達支援センター（事業）を基盤機能として、診療所を開設して定員外の障害児や重度障害児、発達障害児への適時的な専門的支援を積極的に実施する施設を「医療型こども発達支援センター」とする。増加傾向にある発達支援対象児に対応できる医療専門機関を地域に増加させていくためには、市町村の財政的努力も含め、医療型への転換を誘導する仕組みを考慮する必要がある。

注）「医療型こども発達支援センター」について

本報告では、医師を配置して診療所を開設し、さまざまな障害や重度障害に対応でき、定員外の児も広く支援できる施設を「医療型こども発達支援センター」とする。

本来、発達支援は育ちや暮らしを重視する福祉モデルであるべきである。本報告でも、「こども発達支援センター（事業）」は保育・相談機能を中心とする育児支援・発達支援が基本であると考えており、現行の障害児通園施設や児童デイサービス事業所は、早急に従来の施設種別を脱却して、どのような障害にも対応できる「こども発達支援センター」としての機能を整備すべきである。しかし、障害の発見と診断、重症心身障害児の体調管理や発達障害児への投薬、さらには定員外の障害児へのリハビリテーション提供など、身近な地域での医療機能の確保も急務であり、障害保健福祉圏域における障害児医療の拠点として拡張・増設が図られなければならない。本報告では、医療機能（診療所）を併設した「こども発達支援センター（事業）」を「医療型こども発達支援センター」と位置づけている。

障害児施設給付費については「こども発達支援センター（事業）」共通とし、医療型こども発達支援センターにおける診療報酬算定対象の支援に対しては障害児施設医療費を給付する。なお、医療型施設には障害児施設医療費の算定を認める代わりに診療報酬で請求できるサービスに係る加算（後述）を算定できないものとする。また、入園契約していない（定員外）子どもに対する医療支援については、診療所の外来診療として医療費のみの算定とする。

4. 新しい障害児通園施設（事業）の職員配置と機能

1) 通園による発達支援機能（基本機能）

すべてのこども発達支援センター（事業）は、基本機能として通園による発達支援機能（保育・育児指導・個別指導など）をもつ。

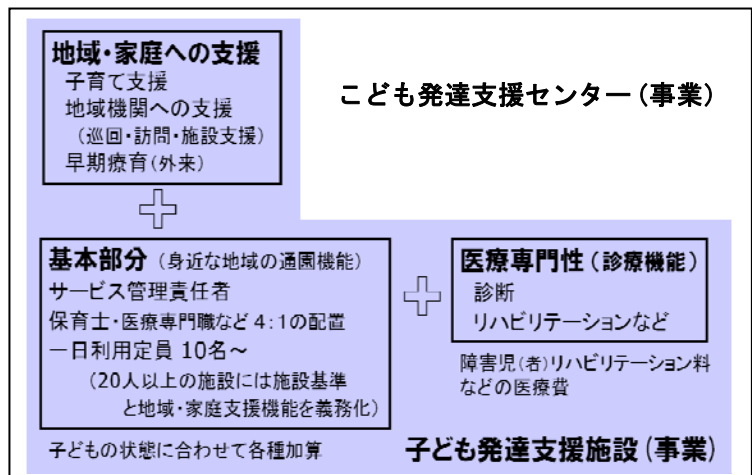
こども発達支援センター（事業）による発達支援の内容や頻度は、サービス管理責任者を中心として直接処遇職員によって個々の児に作成される「個別支援計画」に基づいて決定され提供される。

施設の定員は「一日利用定員」とし、利用契約に基づく「個別給付」を原則とする（保護者の養育能力に合わせ一部「措置」を残す）。発達支援に対する給付は、定員に対する施設への基本給付（経営安定には 300 単位が必要）と利用日数と子どもの状況に応じた個別給付と各種加算を併給する。

利用定員を 20 人で区切り、20 人以上でかつ発達支援相談員[※]を配置して地域・家庭への支援機能を有する事業所を「こども発達支援センター」とし、従来の施設設置基準等を遵守する共に、給食提供も義務とする。通園利用定員 20 人未満の事業所および 20 人以上でも地域・家庭支援機能をもたぬ事業所は「こども発達支援事業」とし、施設設置基準は設定せず保育所や学校の空き教室なども活用できることとする。給食提供は任意として、提供する場合には食事提供加算を設定する。

2) 地域・家庭への支援機能

こども発達支援センターには地域・家族への相談支援機能を義務付け、担当職員として発達支援相談員を配置する。発達支援相談員は、施設（事業）と契約している子どもと親への支援を主な業務とする「サービス管理責任者」と異なり、「支給決定を受けていない子ども」を主な支援対象として「障害の診断を受けていない未就園児の育児支援や家族の相談」「地域の保育所・幼稚園への巡回・訪問」「学校などとの連絡連携・移行支援」などを行う。また発達支援相談員は、障害者相談支援事業の相談支援専門員や特別支援教育コーディネーターなどと連携して、幼児期から学齢期、成人期へとつながる一貫した地域支援体制を構築することになる。



注) 発達支援相談員について

乳幼児期における相談支援の特殊性については、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」で報告し、本報告の V 章でも述べた。

障害児施設の一元化をはじめとする障害児支援体制の抜本的改革の中で、子どもの発達支援のための専門技術や情報が家庭や保育所などの地域機関に対して的確に提供されるシステムの構築が重要であり、その基盤となる障害児相談支援機能の整備は不可欠である。しかし、乳幼児期の相談支援は特殊である。前面に立つ発達支援ニーズだけでなく、「親の障害理解と受容」「夫婦や家族関係の葛藤」「障害のある子どもを産んだ母親の心理的葛藤」「保育所や学校への移行支援」など、親・家族の潜在的ニーズを念頭に相談支援が提供されなければならない。加えて、障害認定や診断を受けていない「(発達上) 気になる子ども」への早期対応も重要な業務として位置付けられなければならない。また、特別支援教育において「一般児童の教育にも資する」と謳われているように、障害のある子どもへの発達支援は、障害のない子ども達の「育児支援」にも展開できる重要な要素をもっており、その役割も障害児相談支援事業に求められる機能である。

しかし、成人期の生活支援を中心課題として活動する現在の相談支援専門員では、乳幼児期・児童期の相談支援に対応できない。加えて、この時期の相談支援には発達支援の専門性が求められることが多いため、障害児施設に相談支援機能が併置されることが合理的かつ機能的である。ここで、施設・事業への配置が義務化されている「サービス管理責任者」は入園児のサービス管理を主な業務とするため、新たに「発達支援相談員」を新たな障害児通園施設＝こども発達支援センターに配置する必要がある。

発達支援相談員の資格要件としては、障害児に対する一定期間の実務経験と資格（保健師、看護師、心理士、保育士、児童指導員、社会福祉士、理学・作業療法士・言語聴覚士など）を有する者とし、現行の相談支援専門員研修に加えて障害児ケアマネジメントに関する専門研修を準備する必要がある。

3) 診療機能（診療所の設置）

診療所を設置する医療型こども発達支援センターは、従来の肢体不自由児通園施設と同様に入園児の医療費を障害児施設医療費で算定するが、入園児以外にも診療機能を開放し「障害児（者）リハビリテーション料」などの診療報酬によって支援を展開する。

医療型こども発達支援センターは、入園契約児への発達支援に対して「障害児施設給費」と「障害児施設医療費（診療所加算）」を算定できるが、後述する各種加算のうち、医療費で請求できる項目は算定できない。

4) 職員配置

① 現行障害児通園施設の職員配置の現状

日本総合研究所が実施した「障害児に対するサービス提供実態調査（平成 19 年 3 月）」に基づく各障害児通園施設の職員配置状況は以下の通りである。

肢体通園は、平均定員 35.7 人に対して職員数（常勤換算）は 22.24 人、施設長や事務員などの間接処遇職員を除くと直接処遇職員 16.84 人、うち保育士・指導員などは 7.42 人（有効回収率 84.7%）で入園児に対する職員数は 1.6 : 1（直接処遇のみでは 2.1 : 1、保育職のみでは 4.8 : 1）である。

知的通園は、同様に 37.6 人に 19.35 人、直接処遇職員だけで 14.05 人、保育職 12.27 人（同

76.3%)で、入園児に対する職員数は1.9:1(直接処遇のみ2.6:1、保育職のみ3.1:1)である。

難聴通園は、34.2人に12.96人、直接処遇職員だけで9.47人、保育職4.07人(同72.0%)で、入園児に対する職員数は2.6:1(直接処遇のみ3.6:1、保育職のみ8.4:1)となっている。

児童デイについても、把握できた1,101事業所を調査し有効回答があった625事業所(同56.8%)の職員配置は2.9:1(直接処遇職員のみ3.7:1、保育職のみ4.2:1)であった。

このように、すべての障害児通園施設(事業)における直接処遇職員の配置は2.1~3.7:1でなされており(保育職のみでは3.1~8.4:1)、各施設ともにPT、OT、ST、心理士などの専門職の配置が目立ってきている。その理由は、それぞれの施設(事業)の協議会の実態調査によれば、「障害の重度化・重複化による医療職の配置」「入園児の幼若化に伴う親の精神的支援や育児指導の必要性増加」「多種の障害児の受け入れに伴う多様なクラス編成」「発達支援ニーズの多様化」などのニーズの高まりに応じたものであり、設置法人や自治体の努力によって加配が進んだ結果であると考えられる。

現状の職員配置状況から今後の職員配置を考えれば、入園定員4人に対して1人以上の保育職員配置を原則として、医療専門職などについては専門職加算(こども発達支援センター)や診療所職員としての雇用(医療型こども発達支援センター)で対応することが現実的かつ適切であろうと考えられる。保育職のみで4:1を確保できていない施設においても、「一日利用定員」を導入して定員数を変更することによって対応できるものと思われる。

また、利用児のさまざまな支援困難な状況への調整は、後に述べる各種加算によって実情に合わせた職員配置を図ることが必要と思われる。

② こども発達支援センターにおける職員配置

基本となる通園部分には、定員4人に対して1人の保育職を中心とする職員を置くとともに(乳児期の育児支援機能の充実を図るため0~1歳児対しては乳児加算として3:1の配置が必要)、サービス管理責任者を配置する。

診療所を併設しないこども発達支援センター(事業)では、児の状況や従来の施設機能などを勘案し、看護師、心理士なども専門職加算をはじめとする各種加算などによって確保を図る。

医療型こども発達支援センターでは、基本部分である通園機能の他に診療所を設置して、診療報酬を請求できる医療職(PT、OT、STなど)は診療所に配置することとする。

(一般型)こども発達支援センターは診療所を設置していないので、当然ながら医療職が個別対応しても障害児施設医療費の請求は出来ない。

加えて、地域・家族支援機能に対して1

新たな障害児通園施設(事業)	
□ (一般型)障害児通園施設(事業)	
■ 名称	こども発達支援センター(事業)
■ 職員配置	子ども:保育職員=4:1 (+サービス管理責任者、主発達支援相談員) 医療職(PT・OT・ST)等は「専門職加算」
■ 契約定員	一日利用定員
■ 給付	障害児施設給付費+各種加算
□ 医療型障害児通園施設	
■ 名称	医療型こども発達支援センター
■ 診療所の設置	必須(医師・看護師の常駐)
■ 職員配置	通園部分 子ども:保育職員=4:1 (+サービス管理責任者、主発達支援相談員) 医療職(医師・看護師・PT・OT・ST等)は診療所配置
■ 給付	障害児施設給付費+障害児施設医療費+各種加算 (各種加算のうち医療費で請求できるものは算定不可)

人の「発達支援相談員」を配置する（契約定員 61 人以上の施設においては 2 人の配置とする）。また、定員 30 人以上の施設では栄養管理、食育、摂食指導等のために栄養士を配置する。

配置職員を 0～1 歳児が 12 人在籍する 40 人定員のこども発達支援センターを例にとると、職員最低基準は、保育系職員 11 人に加えて、施設長 1 人、サービス管理責任者 1 人、事務職 1 人、栄養士 1 人、調理員 1 人、発達支援相談員 1 人で、職員数の最低基準は計 18 人となる。同定員の医療型こども発達支援センターでは、18 人に加えて、医師、看護師、PT、OT、ST などの医療専門職を診療所に配置することになる。

この職員数はあくまで「最低基準」であり、都道府県・市町村の実態に合わせた職員配置努力に加えて、後に述べる各種加算を利用して職員の増員を図るべきである。とくに発達支援相談員は定員規模や対象地域の人口などを勘案して適切に配置するべきである。

③ こども発達支援事業

サービス管理責任者（施設長兼務可）に加えて、直接処遇職員は同様に定員 4 人につき 1 人とする（0～1 歳児対しては乳児加算として 3 : 1）。地域の状況に応じて（都道府県が認めた場合）発達支援相談員 1 人を配置する。

0～1 歳児が 3 人在籍する 10 人定員の事業所を例にとると、直接処遇職員 3 人に加えて、サービス管理責任者（施設長兼務可）、事務職（兼務可）を合わせて 5 人となる。

人口過疎地や離島などで 10 人の定員が現実的でない場合には、実際の一日利用児数を 4 で除した数を直接処遇職員数とすることも可とする。

5. 発達支援サービスにおけるサービス管理責任者の役割

1) はじめに

平成 18 年 4 月に施行開始された障害者自立支援法による「利用契約制度」が、半年遅れの平成 18 年 10 月に児童福祉法に基づく児童通園施設と児童入所施設にも適用開始された。基本的には厚生労働省障害福祉課所管の児童福祉関係者から出されていた多くの要望や課題が十分に検討されることのないままに、半ば見切り発車的に障害者自立支援法の中に組み入れられてしまった。すなわち、発達期にある子どもとその家族の置かれている状況には他のライフステージとは全く異なる課題やニーズが存在することは一般常識からも十分類推できたにもかかわらず、あたかも「子どもに大人の靴を履かせて、大人並みの走力発揮を課す」がごとき改変であった。

例えば、

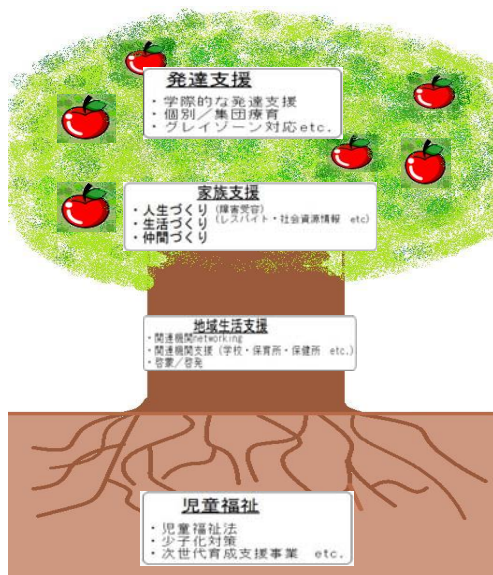
- ① 発達が気になる子どもの育ちを申請主義的な契約で、しかも一割負担の有料になれば、本来必要な支援サービスの利用が出来なかったりタイミングが遅れたりする可能性がある。
- ② 発達の敏感期のただ中にある乳幼児期の子どもの未分化な発達様相に対して、可能な限り早期に多面的な発達支援をする緊急性と効果性は大きい。
- ③ 子育て経験の浅さや日々の子育てのしにくさからの生活上の不安や混乱や悩みは孤立感や疎外感に苛まれるという事態に陥ってしまい、安定的で養育的なバランスの取れた母子関係の構築

が困難になりがちである。

- ④ 親として我が子の育ちを受け止め切れないでいる間は、不安や焦燥感の中でドクターショッピングやホスピタルショッピングを続けたり、夫婦関係が脆弱になったりするリスクがある。
- ⑤ 個性的な育ちに対する無理解や偏見から周囲の大人による体罰やネグレクトなどの虐待を受けやすくなる。など。

このような関係者の不安や懸念の中で開催された「障害児支援の見直しに関する検討会」における意見陳述で加藤は図のような発達支援サービスのイメージ図を示した。

リンゴ樹図：発達が気になる子の育ち支援における基本的課題とそれらの関係樹図



2) 発達支援機関に求められる新たな課題

地域に生まれ育つ子どもとその家族の置かれている状況は近年急激に変貌してきていることが関係者の多くの実感である。その背景にはもちろん混迷する政治状況や経済状況の影響が大きいことは論を待たないが、さらには世の中の価値観や人生観、ひいては家族観や夫婦観などが大きく変貌していること、地球的規模での拡がりを示すノーマライゼーション理念と人権意識の高揚、支援サービスのハード、ソフト両面での多様化とハイレベル化などがあるだろう。そうした状況下で、発達支援サービスの提供にはあらためていくつかの課題が浮上している。例えば、

- ① 障害種別ごとの支援体系が崩れ、それぞれの種別の機関で多様な障害児や発達ニーズのある利用児が日常的にサービスを利用している。例えば知的障害児通園施設に肢体不自由児、難聴児、視覚障害児、発達障害児、重複障害児などが通園している。
- ② 地域の保育所や幼稚園など他の乳幼児関係機関と並行利用児が増加している。
- ③ 乳幼児期では医療・保健・福祉などの面からの発達の生活的なニーズが多種多彩に混在していて、病院に定期的に通院し治療を受けながら、保健所の親子教室に通い、さらにはスイミングや体操教室にも通っているなど、地域のさまざまなサービスを同時並行的に利用している傾向にある。

④ 家族関係が脆弱な状態にあり、障害受容の困難性とも絡みながら、家族という心理的にも経済的にも安定的なべき養育環境の確保の困難さが増大し、特に離婚が増大傾向にある。

⑤ 社会病理現象とも言われている生活上、仕事上のストレスや心の病から、当該の子どもへの支援だけでなく、保護者やさらには職員等へのメンタルな支援の必要性が近年急増している。

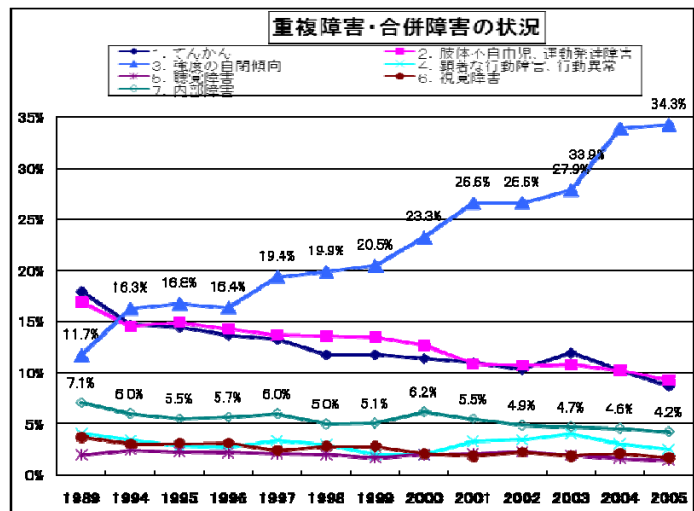
⑥ サービスの内容や方法などに対する社会や利用者からの厳しい要望が積極的に出てくるようになったり、事業に対する効率・能率・コストの意識を持ったりすることが強く求められるようになっている。

⑦ 多様な支援ニーズに対する対応の必要性から児童福祉法で規定される保育士・児童指導員以外のコメディカル系のPT・OT・ST・臨床心理士などの導入が着実に進んでいる。

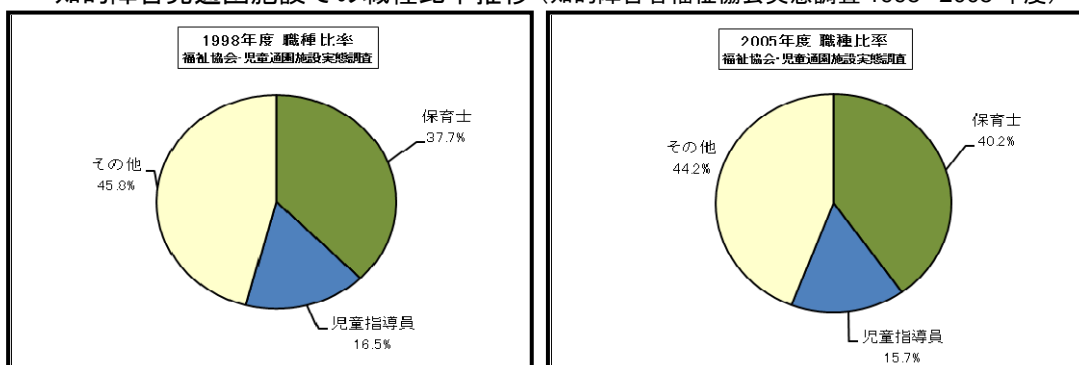
このように、今までの医療モデル的な視点や障害児を対象とした保育中心主義や素朴な人類愛、ボランティア的な善意などだけでは立ちゆかなくなっていることは明白であり、とりわけ「障害者の権利条約」が近々我が国の国会でも採択されようという時代であってみれば、一人ひとりの子どもの発達権を十二分に担保した視点からのサービス提供、サービスシステムの点検は我々の喫緊の課題である。

財政難・地方分権化・規制緩和など諸改革の嵐吹きすさぶ国情であって、障害児者支援についても支援サービス内容の質の向上を担保するために、サービス管理責任者が障害者自立支援法 42 条第 2 項において成人を中心とした支援事業所に位置づけられた。

重複障害・合併障害の状況（福祉協会実態調査から）



知的障害児通園施設での職種比率推移（知的障害者福祉協会実態調査 1998・2005 年度）



結果として平成 18 年から 3 年間にわたって介護・地域生活（身体）・地域生活（知的／精神）・就労・児童デイサービスの 5 領域でのサービス管理責任者の養成が実施されている。その意味では今日的には法内児童施設だけがこのような理念・体制から取り残されている状況であり、ライフステージを通じた障害施策の中で整合性に問題が生じる危険性もある。

3) 発達支援サービスとサービス管理責任者の配置の必要性とその役割

子どもとその家族の多様化とそれに伴って複雑化する支援課題、関係する情報や関係機関が錯綜する中での利用者側からの要求の高度化、職員の多職種化とストレスの増大など、発達支援サービス提供側の抱える課題は今や古典的・経験主義的なサービス内容や権威主義的なシステム等と決別した根本的なパラダイム転換を強く求められている。その課題解決に向けて、児童関係施設へのサービス管理責任者の配置が不可欠な状況となっている。

具体的には、サービス管理責任者の役割は以下の2点であろう。

- ① 提供されるべきサービス内容とその提供プロセス・システムのマネジメントやコントロール
- ② 提供する事業者側の職員養成やリスクマネジメントや人事マネジメント

とりわけ今日的には教育界をも含む発達支援現場では、個別的な発達支援を保障しようとする流れになっており、そのための個別支援計画の作成とその前提となるアセスメントの実施が重要なキーワードとなっている。しかし、この2点については、児童通園分野ではある程度実施されてきているとしても、教育を含む発達支援分野全体としては十分になされてこなかったといえる。その背景には、今日のサービス管理責任者に期待されている役割の十分な現場での認識、そうした役割の人的な位置づけがなされてこなかったことが考えられる。

例えば、サービスに関しては、

- ① 利用者（子どもと家族）についてのデータの収集・分析・アセスメントに始まり、課題設定と優先順位、参加スタッフの選定、期間設定、個別支援計画の作成のマネジメントをする。
- ② 地域の社会資源情報を収集しながら利用者ニーズとのマッチング、さらには支援計画作成への利用者（子どもの場合保護者）の参加・同意を得る。
- ③ 学期ごとあるいは半年をスパンとして、利用者の状態やそれまでの支援効果の中間アセスメントを実施し、個別支援計画の修正と支援内容の修正を行う。
- ④ 最終的には、設定された目標が達成されたか、次なる課題が新たに出てきてはいないか、利用者側は満足しているか、さらには利用者の人権が守られているかなどの確認作業をする。

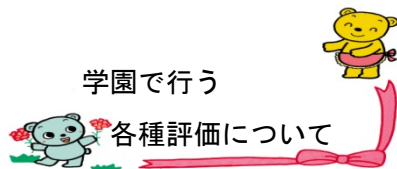
一方、サービス提供側に関しては、

- ① 事業所内での関係者会議を企画開催し、提供しようとするサービスがニーズにマッチしているか、関係者間で十分な検討合意や役割分担が出来ているか、個別支援計画が適切に遂行されているかなどについて検討する場を設定する役割がある。
- ② 支援サービス環境が安全で、適切な状態になっているか。
- ③ 自己完結的ではなく、地域の社会資源を十分視野に入れての面的支援がされているか。
- ④ それぞれの職員が自らの専門性を発揮しながら、心身共に元気に前向きに勤務し、機能できているか。等の事業所内についての諸管理責任が期待されるであろう。

記述してきたように、サービス管理責任者に求められる役割は利用者と事業者両面からの多岐にわたるマネジメント業務である。しかし、自立支援協議会や関係諸機関など外部との連絡調整についての役割、地域での生活暮らしを乳幼児期から支援するのに必要不可欠なワーカー機能としては、

前述した「発達支援相談員」を別途配置することが望まれる。

＜アセスメント関係資料＞



うめだ・あけぼの学園

うめだ・あけぼの学園では、お子さんの状態を正しく把握し、ご家庭や療育で活用していくために、様々な職種が、いろいろな評価を行っております。

学園で行っている評価にどのような物があるのか、どのようなお子さんが対象になるのか、評価によってどのようなことがわかるのかといったことを、ご紹介いたします。

なお、評価希望のある方は、担当者にお申し出下さい。

＜発達検査や知能検査＞

発達検査や知能検査はお子さん達の状態を保護者の方や療育担当者と共に理解し、支援の方向性を一緒に考えるために行います。検査者は、検査課題に取り組むお子さんの様子、検査の課題について「できた」「できない」というだけではなく、どのようにできたか、どのように失敗したか、どのようにすればできるようになるのかということを見せていただきます。そして、「お子さんの発達の長所」「今伸びつつあるところ」「支援が必要なところ」「自閉性の有無やその程度」を明らかにしていきます。普段のご家庭での様子なども教えて頂くことで、より正確にお子さんの状態を把握することができると思います。お子さんのことで気になることがありましたら、遠慮なくご質問ください。お子さんの発達の状態によって「遠城寺式乳幼児分析的発達検査」「新版K式発達検査 2001」「K-ABC 心理教育バッテリー」「WISC-Ⅲ」「CARS」「ASQ」などを実施します。



＜食事評価＞

食事評価は、食べる時のお子さんの口や舌の動かし方・姿勢・道具の使用方法の様子を見せていただいたり、偏食のあるお子さんには食事の様子をチェック表に記入していただいたりして、保護者の方や関係職員と一緒に確認しながら、今後に向けたアドバイスを伝えていくために行います。



＜ST（言語）評価＞

ST評価は言語発達の様子や、発音や吃りが気になるお子さん、難聴のお子さんへの評価を行います。お子さんの発達の様子（2～3語文の表出が可能）に応じて、「構音検査」や「ITPA」などを使用します。「構音検査」は発音の様子をみるもので、「ITPA」は言語発達のバランスを見るものです。



＜AAC（拡大・代替コミュニケーション）評価＞

AAC評価は、ことばを話し始める前にどのようなコミュニケーション手段が使用していけるかを評価したり、理解はしているが、ことばがまだ少ないお子さんへの補助的な手段や、AAC機器を使用して表出の拡大や自発性を目指すことなどを検討するための評価です。

<視覚評価>

お子さんの姿勢・運動について評価をし、日常生活に生かせるように考えていきます。姿勢や運動というとても範囲が広くていったい何をやるんだろう？と思いますが、できる・できないではなくどんなふうに動いているのか、何が苦手で動きにくいのか、動きやすくなるためにどんなことができるのか。本人がしたいと思うことがしやすい身体を作っていくには今何が必要なかを考えていきたいと思っています。家庭や生活のいろいろな場面で遊びをより自発的に、効果的に行うための姿勢や運動の調整が基本になりますが、食事やトイレなどの日常の活動を行いやすくするためや、健康の維持に必要な運動機能を保つこと、長期的なスパンで筋肉や関節を大事に使うこともふまえてアドバイスを行っていきます。

運動発達の特徴を捉える（移動方法、活動しているときの姿勢のとり方、筋肉状態・使い方）、日常生活場面で身体を作っていくための活動の検討、支援方法の伝達、日常生活場面での椅子・机など生活用具・インソールの検討・作成・調整、靴の紹介・調整などを行います。



目を細めたり首を傾けたりしてものをみる、本を近づけてみたり、テレビを近くでみたりするお子さんはいませんか。また「他の遊びは得意なのにパズルとか積木遊びが苦手」「文字の読み間違いや書き間違いが多い」など、目に関わることで気になることはありませんか？視覚評価では、発達に合わせた視力検査を行ったり、目の使い方やどのくらいの範囲がみえているのか、遊びを通してものの見え方や空間のとらえ方をチェックし、どのようなサポートが必要なかをアドバイスしていきます。

<OT（作業療法）評価>

「物を触ろうとしない」「物でうまく遊べない」「不器用だな」「はさみ、箸などの道具をうまく使えない」「手元をよく見ない」そのようなことの背景にあるものを探り、必要なサポートを探ることを行います。ご家庭でできるようなちょっとした遊びや設定の工夫を紹介します。



<SI（感覚統合）評価>

「触られることを嫌がる」「人と遊ぶのが苦手」「遊びがワンパターンになる、なかなか広がらない」「走り回ってしまう」「パワフルだったり、眠そうだったり…」そのような行動の背景にあるものを探ることを行います。どんなことでお子さんが困っているのか、どうすればお子さんが捉えている世界や遊びが広がるのか、関わり方のヒントを提案します。



*SIスクリーニングを実施します。

<PT（運動）評価>

お子さんの姿勢・運動について評価をし、日常生活に生かせるように考えていきます。姿勢や運動というとても範囲が広くていったい何をやるんだろう？と思いますが、できる・できないではなくどんなふうに動いているのか、何が苦手で動きにくいのか、動きやすくなるためにどんなことができるのか。本人がしたいと思うことがしやすい身体を作っていくには今何が必要なかを考えていきたいと思っています。家庭や生活のいろいろな場面で遊びをより自発的に、効果的に行うための姿勢や運動の調整が基本になりますが、食事やトイレなどの日常の活動を行いやすくするためや、健康の維持に必要な運動機能を保つこと、長期的なスパンで筋肉や関節を大事に使うこともふまえてアドバイスを行っていきます。

運動発達の特徴を捉える（移動方法、活動しているときの姿勢のとり方、筋肉状態・使い方）、日常生活場面で身体を作っていくための活動の検討、支援方法の伝達、日常生活場面での椅子・机など生活用具・インソールの検討・作成・調整、靴の紹介・調整などを行います。

2008.6.1.アセスメントチーム作成

6. 新しい障害児通園施設（事業）＝こども発達支援センター（事業）の給付額と各種加算

1) 障害児施設給付費

一元化された障害児通園施設＝こども発達支援センター（事業）の給付額は同一とする。人件費等から試算される給付額は、40人定員の施設で「1,140単位／児／日（月20日通園、雇用費を総事業費の70%として試算）」～「900単位／児／日（月20日通園、同80%として試算）」となる（資料4参照）。

通園児の低年齢化・重度化、併行通園児の増加、乳幼児期特有の突発的な疾患、両親の就業などの理由で出席率の低下が問題となっている状況があり、施設（事業）の経営の安定化を図るため、給付は「(施設定員と各種加算による)定額給付(300単位が必要)」と「(出席日数に応じた)出来高払い給付」の併用とすることが不可欠である。

2) 障害児施設医療費

医療型こども発達支援センターにおける在園（利用契約）児の医療費は、従来通り、障害児施設医療費で算定し障害児施設給付費との併給とする。なお、平成19年度における肢体不自由児通園施設（肢体不自由児施設通園部を含む）の障害児施設医療費の平均は、37,070円／児／月（平成21年2月調査）であり、診療所開設に必要な職員（医師、看護師、PT、OT、STなど）の雇用を担保する「診療所加算」という捉え方が適当である。

3) 各種加算

幼弱な乳児期の発達支援には育児援助も含めた「親ぐるみ」「家族ぐるみ」の支援が必要であり、加えて体調の不安定さから生じる出席率の低下も施設運営にとって重要な課題になる。また、複数の障害が重複している児や行動障害等で支援困難な児の受け入れにも、施設の基本的能力を超えた力量が求められる。このような児を受け入れる場合には、各種の加算を設定して職員の確保などの施設の円滑な運営に向けた財政的支援が必要となる。

各種の加算は、以下のように「施設運営の充実に向けた加算」と「個々の児のもつ障害状況に応じた加算」が考えられる。

ただし、さまざまな障害状況への加算が個別給付として算定されれば、親の納得が得られないだけでなく、加算が多くなる重度の児では利用の差し控えにつながる危険があることも考慮しておく必要がある。また、加算額の変動は施設運営を不安定にするとともに事務作業も非常に煩雑になるため、加算額は年度初めなどの状況で決定され、1年間通した給付にするべきである。

① 施設運営の充実に向けた加算

- ・ 初期指導加算（1年間）
- ・ 移行加算（入園前後3ヶ月、退園前後3ヶ月）
- ・ リハビリテーション専門職配置加算（PT、OT、ST、心理士の配置）
- ・ 看護師配置加算
- ・ 医療機関連携加算

：以上は医療型センターでは算定できない

- ・ 臨時休園配慮加算：気象警報発令時、伝染性疾患発生時の休園への対応
- ・ 緊急措置対応加算：緊急措置入園に対応した時に6ヶ月間に限って算定
- ・ 欠席時対応加算
- ・ 福祉専門職配置加算：基準どおり
- ・ 栄養マネジメント加算：児童入所施設に準ずる
- ・ 食事提供加算、栄養士配置加算、利用者負担上限額管理加算：従来どおり

② 子どもの障害状況に応じた加算（個別給付）

- ・ 重度重複障害加算（2つ以上の障害の合併）
- ・ 聴覚障害加算：難聴児5人に1人の言語聴覚士の配置加算
- ・ 視覚障害加算：視能訓練士などの確保
- ・ 強度行動障害加算
- ・ 医療的ケア加算（医療的ケアが必要な内部障害）：看護師の配置加算
- ・ 難治性てんかん加算：投薬によっても発作が抑制されておらず常に監視が必要な児
- ・ 超重症児加算（超重症児診断基準による）：看護師の配置加算
- ・ 乳児加算（0～1歳児）

職員配置の義務が生じる「聴覚障害加算」「医療的ケア加算」「超重症児加算」などについては、職員の安定的確保を維持するため前年度実績数で算定し、1年を通した給付とする。

なお、聴覚障害児を受け入れる施設に対しては移行措置として聴力検査室設置補助金（資料2）を交付する。

7. こども発達支援センター（事業）による発達支援の提供方法

1) インテーク

施設（事業）の利用に際して、発達支援の基盤となる的確な評価と親に対する情報提供が必要である。発達支援相談員が中心になり、多職種の職員による的確な評価と「個別支援計画」の作成を実施する。

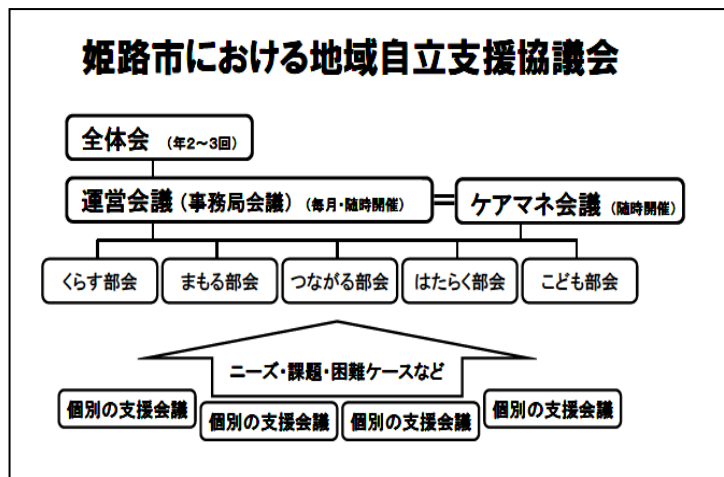
障害児施設におけるインテークは、前述した乳幼児期の発達支援・相談支援の特殊性を考慮すれば、障害を告知された直後の親の不安や混乱に寄り添い、子どもの将来に向けて歩みだす支援のスタートと位置付けられる。市町村行政や保健センター、保育所などとの強固な連携を前提とした地域における育児支援の流れの中で実施されなければならない。

2) 市町村・都道府県との関係

こども発達支援センター（事業）は、ケアマネジメントや給付の主体となる市町村行政と連絡・連携を密にして活動し、加えて、母子手帳の交付や乳幼児健康診査など母子保健の拠点となっている市町村保健センターとも個別支援会議などを通して協働体制を構築することが求められる。

地域自立支援協議会は、障害者自立支援法における相談支援事業の展開だけでなく、今後の障害児・者福祉に不可欠な制度として重視されているが、地域における事業者－行政機関の連携・協働

による障害児・者地域生活支援体制の根幹としても発展が図られる必要がある。とくに、児童福祉行政と障害福祉行政の「挟間」に落ち込み制度基盤が脆弱なことが多い障害児支援を発展させるためには、障害のある子どもについて専門的に討議する専門部会の立ち上げが望まれるところである。そのためには、都道府県自立支援協議会からの指導や支援の強化も図られる必要がある（参考：姫路市自立支援協議会の組織図）。



これまでの障害児支援の主体は都道府県であり、「措置制度」の枠も残ることから、広域性ととともに、児童福祉や障害児支援の専門性を考慮すれば、都道府県の役割は減じることなくますます重要になる。今後、市町村域を越える事例の利用調整をはじめ、市町村への情報提供、虐待事例への介入など、都道府県の関与を促す仕組みが必要である。

資料 2 に、兵庫県小野市を中心とした取り組みを示す。

3) 施設利用契約による発達支援

入園後の発達支援については、サービス管理責任者が主導する「個別支援計画」に基づいて提供される。

在園（利用契約）児の定員は「一日利用定員」とし、市町村・都道府県と協力してできるだけ多くの児が利用できる態勢を整える。施設の収入は、在園（利用契約）児の利用日数に応じた「出来高払い部分」と利用契約数に応じた固定給付と前年度実績に応じた各種加算を合算した「定額部分」で確保する。

施設資源や医療資源などが豊富な都市部では、従来の専門性を活かした発達支援機能を他種別障害に対する支援機能を有する施設との連携・協力を基盤に提供していくことも可能である。この場合においても、対象となる児ができるだけ身近な施設（事業）を利用できるよう、障害種別の垣根を無くす方向で相互の専門性を伝達し合う努力が必要である。

一方、施設資源や他の支援機関が少ない地方では、施設（事業）は障害種別を問わず児を受け入れ、通園による発達支援を実施しなければならない。この場合、従来の施設の対象以外の障害児についての情報・知識や技術についての研修を都道府県の責任として実施する必要がある。

施設における発達支援は利用契約を原則とするが、「保護者の養育能力が弱い場合」「被虐待児」に加えて「保護者の障害理解や受容が進まず契約が結べない場合」などにおいては、児童相談所の関与の下に「措置」の可能性を残しておく必要がある。

4) 入園以外の児への発達支援

入園契約をしていない児への発達支援は、現状では、一部の医療機関の診療機能や既存の障害児

施設の「ボランティア的努力」で賄われているにすぎない。しかし、自閉症等の発達障害児の急激な増加、在宅重症心身障害児の増加、両親の就労・核家族化による通園困難児の増加などによって、このような支援形態は限界を迎えている（こども病院や施設併設の診療所で初診まで1年以上を要する状況が日常化している）。故に、障害児施設体系の見直しを考えるにあたっては、地域における発達支援機能の拡大と強化が強く求められている。しかし、障害児の増加に対して施設を増設することは地方行政の財政状況から現実的ではなく、出生数の減少に伴う保育所等への障害児受け入れの増加の状況もあることから地域の保育所・幼稚園、学校との連携を基盤にした既存施設の機能活用を図る事が現実的である。そこで、通園定員の柔軟な運用（一日利用定員制の導入）に加えて、定員外の障害児に対する外来や巡回などによる支援機能の拡大を図る仕組みが不可欠になってくる。このような通園機能の拡大と地域展開こそが、こども発達支援センター（事業）の大きな課題である。

こども発達支援センター（事業）における「定員外の児」に対する発達支援の方法を以下に示す。

① 外来支援

施設に来所して支援する（各種相談、具体的な指導・訓練）場合には利用契約が原則となる。

育児や発達の相談などについては施設に配置されている発達支援相談員が対応し、対価は請求しない。具体的な訓練や指導（保育指導、理学療法、言語指導など）については、一般のこども発達支援センター（事業）ではすべて個別給付（入園児の半額程度の個別給付が適当）で算定する。医療型こども発達支援センターでは、医療費で算定できるものは医療費で、保育指導などの医療費請求に該当しないものは一般のセンターと同様に個別給付で算定する。

個別給付の算定には、事前に作成した「個別支援計画」を市町村が認めることが前提となる。

② 巡回・訪問による支援

卒園児や併行通園児の連絡・連携については発達支援相談員を中心に展開し、算定対象にしない。ただし、保育所や学校からの依頼に基づく巡回については、交通費などが支弁されるよう市町村の調整によって委託契約を結び展開する方策が必要である。

その他種々の理由で施設に通園できない児や保育所や学校の中で施設の専門性の提供が求められる児（「超重症児で通園や外出ができない児」「保育所に通園している障害児で両親の就業のため通園できない児」「集団の中で指導した方が効果のある発達障害児」など）などについては、施設（事業）の職員が訪問や巡回の方法で専門的技術を提供することになる。訪問・巡回による発達支援のために新たな事業を創設する（保育所等訪問支援事業）必要がある。この事業は、障害児施設が都道府県等から事業認定を受けて実施するが、「外来支援」と同様、事前に作成した「個別支援計画」を市町村が認め保護者と契約を結ぶ必要がある。算定は個別給付となる。

障害受容ができておらず契約締結や個別支援計画作成が困難な児についての巡回指導については、障害児等療育支援事業（地域生活支援事業）などを活用して支援し、できるだけ早く入園契約や巡回による発達支援（保育所等訪問支援事業）に向けた契約が結ばれるよう進めることが望ましい（概ね3カ月以内の支援期間が適当）。

卒園して保育所や学校に通っているが関わり方などの伝達が必要な児、並行通園の保育所への情報伝達を求められる児など、職員研修を中心とした施設支援が必要な場合については、発達支援相談員を中心として各機関と密接な連携を図り、障害児等療育支援事業、保育所等訪問支援事業、移行加算などを利用して実施・展開することが適当である。

③ 増加する「グレイゾーンの児」への支援

利用契約制度では、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。障害児として支援を受けるためには、診断がなされており、それが保護者に受容されていることが必要である。しかし最近では、障害の確定が困難であったり保護者・家族の障害に対する理解が乏しかったりして支援の開始が躊躇される「グレイゾーン」の子どもが増加している。

グレイゾーンとは、「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」「その時点で障害の診断が明確にできない児（ハイリスク児や自閉症等の発達障害児を含む）」「まだ診断・告知を受けていない児」「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」などである。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に至らない時期でもあるので、グレイゾーンの子ども・保護者へは、子育て支援の立場で、発達支援相談員などによるさりげないが専門的な支援が必要である。障害に関する気づき・発見・診断というプロセスの初期における支援として、「施設の体験的利用」などの市町村事業の創設や障害児等療育支援事業などの利用が考慮されなければならない。

④ こども発達支援センターによる地域機関支援、人材育成

障害のある子どもを育てている親・家族、障害児を受け入れている一般保育所の保育士、地域ボランティアなどに対して、施設がもつ情報や技術を伝えたり研修会を開いたりするなど、障害児支援に係る人材の育成や地域ネットワークの構築は施設の重要な業務である。

この点については、成人であれば障害者相談支援事業の中で展開されるべきであるが、障害児支援の領域では、施設に配置された発達支援相談員の業務として義務付けられる必要がある。

XI. 地域における重層的発達支援体制

1. 都道府県域における重層的な発達支援体制の必要性

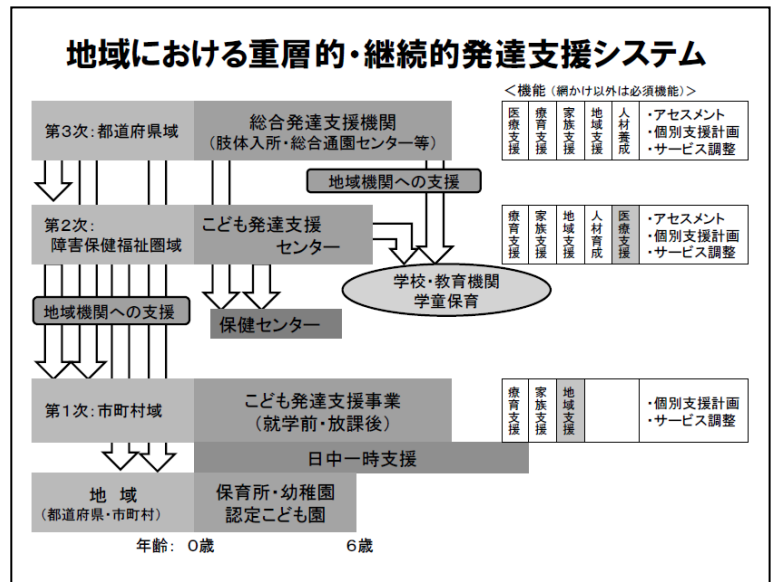
「全国版 発達支援のためのリソースマップ」で示したように、都道府県によって発達支援資源には大きな格差がある。また、都道府県の中でも、市町村の姿勢や人口密集度によって発達支援資源の設置状況は画一ではない。

障害のある子ども達が、適切かつ専門的な発達支援を身近な地域で過不足なく受けられるようにするためには、都道府県一市町村が協働して構築する「重層的発達支援体制」が必要である（図）。つまり、

- ① 身近な地域で子どもを受け入れ日々通う場所を提供していく「保育所等の地域機関」
- ② 市町村域で、より障害に特化して発達を支援し親・家族の日常的な相談に対応していく「こども発達支援事業（＝I型児童デイサービス）」
- ③ 障害保健福祉圏域を対象にして、専門的発達支援機能を持ち職員数や施設面でも充実した機能を有する「こども発達支援センター（＝障害児通園施設）」

- ④ 都道府県全域を射程に入れ医療的専門性を持ち、障害保健福祉圏域の「こども発達支援センター」を支援しつつコーディネート機能も有する「総合発達支援機関（＝医療型障害児施設である肢体不自由児施設、重症心身障害児施設など）」である。

このような機関の協力・協働の活動体制を構築する必要がある。



第一次と第二次の発達支援機能に

ついては既述したので、都道府県域全体の発達支援体制をサポートする「第三次発達支援センター機能＝総合発達支援機関」について述べる。

2. 都道府県全体を支援する「総合発達支援機関（＝医療型障害児入所施設）」

第三次発達支援センターは、「医療専門性」「コーディネート・カウンセリング機能」「初期通園機能」の機能を有し、都道府県全域に向けて障害児発達支援機能を展開する。既存の肢体不自由児（入所）施設、重症心身障害児施設などの入所機能（ショートステイ機能を含む）をもつ医療型施設の発展型を想定する。

医療専門性としては、小児科・精神科・整形外科などの医師や療法士を配置して、全県を対象にした診断機能、初期リハビリ機能をもつとともに、県内のこども発達支援センターや学校等に対して専門職員の派遣機能をもつ。

コーディネート・カウンセリング機能としては、児童相談所と協力して第二次発達支援センターであるこども発達支援センターの活動を支援するとともに、障害保健福祉圏域を越えた支援機能の調整をする。また、診断・告知前後の

都道府県全域を支援する総合発達支援機関

<医療専門性>
(医師、理学・作業療法士、言語聴覚士などの配置)

- 診療所機能：全県対応
- 専門職員の派遣機能：全県対応(教育機関にも)
- 小児科、精神科、整形外科、その他の診療機能

<コーディネート・カウンセリング機能>
(発達支援相談員・心理士・ソーシャルワーカーの配置)

- こども発達支援センター間の調整機能
- 家族支援・カウンセリング機能
- 全県域の療育従事者・保育士・教師などへの研修機能

<初期通園機能>

- 期間限定 ⇒ 子ども発達支援センター(事業) or 保育所へ
- 通所だけでなく保健センター等への派遣機能(乳健後指導)

親・家族に対するカウンセリング機能を提供して各圏域のこども発達支援センター（事業）につなぎ、地域における発達支援活動をバックアップする。加えて、全地域の療法士、保育士などの職員の研修を実施して人材育成に寄与する。

初期通園機能は、診断直後の親の不安に寄り添いつつ、その後の家庭生活や地域での育ちを前提とした専門的発達支援（療育、リハビリテーション）を円滑に開始できるようにするものである。在住地から遠方になる可能性があるため、期間を限定して確実に地域の発達支援機関に繋げていけるようにする。遠方のために通えない子どもに対しては、市町村保健センターへの職員巡回などにより、地域の発達支援機関と協力して初期の対応を円滑に進められる援助も考える。

このような第三次機能を都道府県の責任の下で設置し展開することは、地域格差の大きい発達支援機能の均等化をもたらす、「どこで生まれ育っても必要最低限の発達支援が身近な地域で受けられる体制」の構築につながるものである。都道府県の努力を期待するとともに、こども発達支援センター（事業）と同様に、職員派遣や定員外、診療報酬対象外の支援については、新たな制度基盤を考慮していく必要がある。

XII. まとめ

平成 8 年 3 月の中央児童福祉審議会の意見具申に端を発した「障害児通園施設の統合」の論議は、厚生労働省障害福祉課が平成 20 年 3 月から 11 回にわたって開催した「障害児支援の見直しに関する検討会」と、検討会に続く「社会保障審議会障害者部会」によって方向性が定まり、新たな通園施設体系の創設に向けた検討が開始されている。

私たちのプロジェクトでは、三種別の障害児通園施設と児童デイサービス事業代表者の参加の下、それぞれの施設および事業の歴史と特徴、発達支援の方法論の相異点などを検証し、障害像や家族機能の変化に伴うニーズの変化への対応策、今後求められる発達支援機能、機能統合に向けた検討課題などを考察して、今後の障害児通園施設（事業）の在り方を示した。

以下にまとめを示す。

- ① 障害種別を超えて機能を統合した新たな障害児通園施設（事業）の名称を「こども発達支援センター（事業）」とする。従来の（福祉型）障害児通園施設（知的障害児通園施設、難聴幼児通園施設）と児童デイサービス事業に対応する「（一般型）こども発達支援センター（事業）」と、一般型を基盤として診療所を開設し医師、療法士などの医療専門職を配置する「医療型こども発達支援センター」を設置する。「センター」と「事業」の相違は、定員規模（20 人以上、20 人未満）と地域・家族への支援機能の有無（「発達支援相談員」の配置）、施設基準と給食提供の有無などによる。
- ② こども発達支援センター（事業）の定員は「一日利用定員」とする。職員配置は、保育職を入園児 4 人に対して 1 人とし、PT、OT、ST、心理士などの専門職は専門職加算で配置するか、医療型センターにおいては診療所職員として別途配置する。各種加算措置を設けて職員配置の充実につなぎ、障害種別の「枠」の柔軟化を誘導する。

- ③ こども発達支援センターには、入園契約児のサービス提供を管理する「サービス管理責任者」に加えて「発達支援相談員」を配置する。発達支援相談員は、家庭や地域の保育所などに存在する「発達上の問題はあるが障害認定を受けていない子ども」「障害はあるが親が認めておらず契約に結びつかない子ども」「障害はないが育児への不安などに障害児施設の知識や技術の提供が必要な子どもと親」「卒・退園して地域の保育所や学校に通う子ども」などの支援に活躍が期待される職員であり、障害の発見から支援の開始、こども発達支援センター卒園後のフォローと保育所・学校への移行支援など、地域における一貫した発達支援を中心的に担い、地域ネットワークを構築する重要な人材となる。
- ④ 家庭、保育所、学校などで発達支援が必要な子どもが増加しているため、こども発達支援センター（事業）の訪問や巡回による施設外支援が求められている。この点について、前述の発達支援相談員による相談支援に加えて、訪問・巡回の方法で家庭、保育所、学校などの場でセンターの専門機能を提供する「保育所等訪問支援事業」の創設が必要である。
- ⑤ 全国の発達支援資源の分布を調査して、報告書別冊「全国版発達支援のためのリソースマップ・リスト」を作成した結果、発達支援資源の地域格差が明確になった。地域格差については、市町村、都道府県の責任の下で是正が図られなければならないが、人口過密地域と過疎地域の格差については大きな課題として残ることが予想される。その対処として、市町村に密着した保育所等の機関、一次、二次、三次の発達支援機関による重層的な発達支援システムが都道府県の責任と指導の下に構築される必要がある。

以上。

本報告書が、今後の発達障害のある子どもとその周辺児に対する発達支援システムの構築に寄与できることを期待して稿を終える。

資料 1：難聴幼児通園施設のない地域での難聴児の療育の実態調査

1. はじめに

障害児通園の今後のあり方について、難聴幼児通園施設、知的障害児通園施設および肢体不自由児通園施設の3通園、ならびに児童デイサービスについては、地域および施設の状況に応じて多様な障害を受け入れることが求められている（「障害児支援の見直しに関する検討会」報告、平成20年7月）。上記の知的障害児通園施設および児童デイサービスの在籍児は知的障害もしくは発達遅滞が疑われる事例、また肢体不自由児通園施設の在籍児は知的障害を合併する肢体不自由児が多数と推定されることから、これら3種の通園施設は知的障害を伴う障害児を療育することで一致しており、一元化は比較的容易と思われる。またこれら3種の施設の設置数と配置状況を考慮すると、これらの施設の対象児は少なくとも同一県内で何らかの療育サービスを受けることが可能と思われる。しかし難聴幼児通園施設は23都府県25カ所しか配置されていないため、難聴幼児通園施設のない地域での難聴児の療育が問題となる。そこで今回は、難聴幼児通園施設のない地域（道・県）での難聴児の療育の実態について調査することとした。

2. 目的

難聴幼児通園施設のない地域（道・県）での難聴児療育の実態調査。

3. 方法

難聴幼児通園施設のない地域（道・県）での難聴児の処遇状況を以下の方法で調査を行った。事例調査について、平成12年4月～平成20年12月（2000.4～2007.12）に下記外来に来院した難聴児について、親および問い合わせ先の専門職よりえられた難聴児療育に関する資料を集計対象とした。文献調査について、平成15年～平成20年（2003～2008）に発行された下記の文献とした。

・事例調査

東京大学医学部付属病院耳鼻咽喉科難聴相談外来（平成12年4月～平成19年3月）

国立東京医療センター耳鼻咽喉科小児難聴クリニック（平成19年4月～平成20年12月）

・文献調査

日本聴覚医学会発行「AUDIOLOGY JAPAN Vol.46～51」、日本音声言語医学会発行「音声言語医学 Vol.46～51」、平成16年度盲ろうあ児施設実態調査資料および平成17年度難聴幼児通園施設実態調査資料（現地訪問調査記録を含む）、平成18年度障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究報告書（こども未来財団）、平成19年度人工内耳全国実態調査報告（日本耳鼻咽喉科学会）他。

4. 結果

上記の外来資料および文献資料で調査対象とした難聴幼児通園施設のない地域（北海道および23県）とは、北海道、青森県、岩手県、福島県、宮城県、群馬県、栃木県、茨城県、山梨県、新潟県、長野県、静岡県、滋賀県、三重県、和歌山県、山口県、愛媛県、徳島県、大分県、佐賀県、長崎県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県であった。道県別にえられた療育状況の一覧表を作成し、検討を行った。なお、一人の難聴児から複数の療育先（施設、ろう学校、病院）

の情報をえている場合が多く、療育可能な施設数や療育先の難聴児数を把握できないなど数量的な集計は困難であった。

医療機関で診断を受けた難聴児の処遇先について、難聴が重度の場合「聴覚障害を主に教育する特別支援学校（以下ろう学校と表記）」以外に上記地域で共通する難聴児の公的療育機関はなかった。難聴が中軽度の場合は近くの医療機関・療育センター等の言語聴覚士に言語指導を受ける場合が多かったが、ろう学校で重度難聴児とともに手話併用で教育される場合があった。また小学校難聴学級で指導を受ける場合があった。また、親の希望でろう学校と並行して医療機関などで言語聴覚士に言語指導を受ける場合があった。

5. 考察

1) 調査方法について

難聴幼児通園施設のない地域について、ろう学校にすべての難聴児が在籍しているならば調査は容易である。そこで文部科学省平成 20 年度特別支援教育資料をもとに検討を行った。同資料によると全国での難聴児のろう学校幼稚部在籍数（3,4,5 歳組総数）は 1,200 人（概数、以下省略）である。そこで同年齢の全国での難聴幼児通園施設在籍児推定 300 人を加えると、総計で 1,500 人となる。しかしながら、同年齢児（3,4,5 歳組）の総人口は 330 万人と推定されることから、難聴児数 2,200 人（中重度難聴児出現率：出生 1,500 人に 1 人）と明らかな差がある。すなわち全国的にみて適切な早期療育を受けないでいる中重度難聴児が少なからず存在していると推定される。難聴幼児通園施設のない地域である青森県で検討すると、出生児数はここ数年 25,000 人程度であることから、中重度難聴児の出現率「出生 1,500 人：1 人」を当てはめると毎年 17 人の難聴児が生まれる計算になる。しかしながら、文部科学省の平成 20 年度特別支援教育資料によると、青森県のろう学校幼稚部の在籍難聴児数は 11 人であり、難聴出現率からの推定難聴児数（ $17 \times 3 = 51$ 人）と在籍難聴児数（11 人）に明らかな差が生じている。他の県のろう学校についても程度の差はあるものの、幼稚部在籍難聴児数は明らかに難聴出現率からの推定難聴児数を下回っており、ろう学校在籍児以外に難聴児が存在していることは明白である。さらに文献調査によると、群馬県、神奈川県小田原市周辺、新潟県、宮崎県での小学校就学後に発見もしくは処遇された中軽度難聴児についての学会報告があり、ろう学校だけの調査では難聴児を把握できないことが確認できるとともに、難聴幼児通園施設のない地域ほど早期療育を受けられない難聴児が多いことが考えられる。しかしながら、地域に在住するすべての難聴児を把握するためには、地域の医療機関、療育施設、教育機関すべてを対象とする大規模な調査が不可欠であり、今回は時間的にも体制的にも大規模調査は不可能であった。

そこで今回は、全国から難聴の診断に集まる上記耳鼻咽喉科専門外来の受診難聴児に関連してえられた情報をもとに、難聴幼児通園施設のない地域の療育の実情について調べることにした。本調査方法による調査の信頼性および妥当性について、事例ごとに居住地域から通える範囲のろう学校、療育施設、医療機関の専門職に受け入れの可能性を外来担当者（調査者）が直接電話等で問い合わせをする、親が上記施設を訪問する、さらに受け入れ施設から文書での回答をえることで療育に関する具体的な情報を入手しており、個々の事例については調査内容の信頼性および妥当性は高い。しかし、個々の事例から入手した情報は、期間的には 8 年程度の幅があり同時に乏しいこと、また報告した親および専門職の主観的印象や個々の難聴児の事情（聴力の軽重、他障害合併の有無、家庭事情、その他）が情報に含まれるため、客観性に乏しい側面があるなど欠点がある。またこの方法では、療育可能な施設数や療育先の

難聴児数を把握できないため数量的集計ができない欠点がある。しかしながら、大規模調査が行えない現状では、他の調査資料や文献資料で情報不足を補足することで、本調査方法によって難聴幼児通園施設のない地域の療育のおおまかな状況を調査することは可能と思われる。

2) 難聴幼児通園施設のある地域とない地域での難聴児療育の相違

難聴幼児通園施設のある地域から上記外来を受診した難聴乳幼児について、外来担当者は難聴児の親に早期療育の場所として「ろう学校」、「難聴幼児通園施設」および「その他の療育施設、医療機関、教育機関」があること、そして療育内容や状況の相違（聴覚口話か手話併用か、通所経費、通所時間、通所日数、療育効果、将来の就学先：小学校普通学級またはろう学校小学部）があることを説明し、これら施設の見学を勧めている。そして施設見学の後に親の要望に応じて療育先を決定している。

難聴幼児通園施設に通園した難聴児の実態であるが、難聴児の80%は知的に正常範囲であり、施設で言語聴覚士より0,1歳から補聴器もしくは人工内耳を装用して早期療育を受けることで、6歳までに小学校普通学級に就学できる言語力を習得できることが「平成17年度難聴幼児通園施設実態調査」で確認されている。

しかしながら難聴幼児通園施設がない地域では、特に難聴が重度の場合にはろう学校以外に公的な療育機関がない。このため、親が聴覚口話法での療育を希望しても「手話併用での対応しかない、人工内耳装用後に聴覚活用による療育(聴覚言語法)を受けられない、療育の質を問えない」、など親の要望に応じられないのが現状である。また、療育効果については報告がないため不明であるが、難聴幼児通園施設より低い水準にあるのではないかとと思われる。

3) ろう学校での難聴児早期教育の問題点

ろう学校が地域の難聴児教育に果たしてきた意義は認められる。しかし難聴幼児の早期療育の観点からみて「ろう学校教育相談・幼稚部」の最大の問題点は、担当教員の難聴児早期教育の専門性を保証できないことである。特別支援教育関係者（旧ろう学校校長会関係者）によると、地域に関わり無く3年目からろう学校教員は普通校や他の特別支援学校への転勤の可能性がある、さらに新任教員はろう学校以外から転勤してくる場合が少なくない。このため、難聴児の早期教育に習熟した教員を常にろう学校で確保することはできない。さらに上記関係者によると、教育技量のある教員がいる反面、教育技量が不足している教員がおり、また0,1,2歳児を扱う教育相談部門については、全国的にみて集団指導が主であったり、月に1,2回であったりなど体制的に整えられていない状況であるという。なお、0,1歳児の聴力検査および補聴器装用指導は医療行為の一部と解釈できるため、医師法および言語聴覚士法の制約から耳鼻咽喉科医の了解・指示の下で言語聴覚士が行うべきであるが、言語聴覚士はほとんどう学校に配属されていないのが現状である（日本言語聴覚士協会職能部調査結果報告、平成20年12月）。

4) 医療機関での難聴児療育

医療機関では、難聴の診断と補聴器の装用指導までが役割といえる。難聴児の療育（言語指導）については、言語指導の保険点数(220+)が低いため、言語聴覚士は外来患者の聴力検査などで保険点数を稼ぐ必要があり、言語聴覚士は難聴児の療育に専念できない状態が一般の医療機関の現状である。一般の医療機関では、言語聴覚士を常勤よりはパートで雇用する方が、また常勤では4年程度で給与の低い新卒言語聴覚士と交代する方が経営上有利である。難聴児療育のできる言語聴覚士の養成には3年以上の年数が必要なことから、もし医療機関の言語聴覚士が4年程度で交代する傾向があるならば、医療機関の難聴児療育の質的な向上は期待できない。

大学病院等の耳鼻咽喉科に付設されている難聴児支援センター・人工内耳センター等は難聴幼児通園施設に比べ設

備（部屋の面積・遊具・教材など）が整っていないのが実情であり、また国立・公立医療機関であっても担当言語聴覚士（1～3名程度）は医療費収入を高めるため、難聴児療育以外の用務が求められている。また、医療機関の方針および診療科長の交代により、縮小または廃止される可能性がある。たとえば国立障害者リハビリテーションセンター病院では難聴担当言語聴覚士の人数が削減されたため、難聴児への療育設備は整っているが、療育できる難聴児の数は10年前より少なくなっている。

熱心な耳鼻咽喉科開業医が診療所で難聴児の療育を行っているところがある。経営的には開設者の経済的負担（一般診療での収入で療育の経費不足分を補填）が大きいと推定される。また、設備および人員については限界があり、このような診療所が各地に広く普及することは期待できない。

5) 難聴幼児通園施設以外での療育

地域の療育センター、難聴幼児通園施設以外の通園施設および児童デイサービスに所属する言語聴覚士について、大多数は難聴児の療育経験が乏しいと推定される。また上記の施設で聴力検査室、補聴器適合機器などが配備されている施設は少数と推定される。このような施設で難聴児の療育を行っている場合、個別言語訓練として週1回60～40分程度と思われる。

ただし、難聴児に対応できる療育センターもあり、中には優れた療育成果を上げているところもある。優れた実績のある施設は、聴力検査室、補聴器適合機器等が整っている上、療育に熱心な言語聴覚士が長年勤務している施設である。しかし人員は3名程度なため処遇できる難聴児数には限界があり、標準的な難聴幼児通園施設での在籍難聴児数を下回っている。また、言語聴覚士がいない施設に在籍する難聴児（例：知的障害を合併する難聴児）も少なくないと推定される。

なお、日本言語聴覚士協会の推定では小児難聴を専門にする言語聴覚士は協会の10%未満と推定しているが、同協会として今後調査を検討している（同協会職能部、平成20年12月）。

6) 難聴幼児通園施設の必要性

難聴幼児通園施設であっても、その実態はさまざまである。軽度を含めた難聴児の発生数は出生1,000人に1人であるから、人口の少ない地域にある施設では在籍児の中で難聴児が占める比率は低いが、大都市圏の人口の多い地域にある施設は在籍児の大多数は難聴児で占められている。また、療育水準にも施設間に差があるのは事実である。そこで、療育経験が豊富な職員（言語聴覚士）が熱心に難聴児早期療育を行っている施設を標準的な難聴幼児通園施設として、この想定された標準的な難聴幼児通園施設と他の障害児施設・病院・ろう学校等とを比較することとした。

・ 十分な療育時間の確保

施設・病院での療育時間は週1回1時間程度が基本であるが、標準的な難聴幼児通園施設では1人の難聴児への療育は1日当たり最大6時間まで、1週間の療育日は最大週5日まで可能である。

・ 難聴への専門的な対応

聴力検査室、補聴器調整機器等の設備、機器の充実しており、技能の高い補聴器販売店との連携、医療機関、とくに小児難聴を診療できる耳鼻咽喉科医との連携、さらに診療所併設の場合人工内耳への対応（人工内耳調整機器：マッピング等）が可能である。ろう学校の場合は難聴児への医療的ケアは基本的に不可能である。

・ 小児難聴の専門職の確保

難聴児の療育経験が豊富で療育技量のある言語聴覚士を常勤職員として雇用できる。また、小児難聴を専門とす

る耳鼻咽喉科医を嘱託医（診療所併設の場合は非常勤医師）として、さらに心理職や幼児教育者など難聴児の療育を支援できる専門職を常勤または非常勤で雇用できる。とくに 0,1 歳レベルでの難聴児の聴力検査と補聴器装用指導は医療行為の範囲に入る活動であり、公的には施設の嘱託耳鼻咽喉科医との連携のもとに言語聴覚士が行う活動である。

このような専門職が施設に在籍することで、難聴児の早期発見、診療、充実した多様な療育プログラム（聴力検査と補聴器適合、個別言語指導、集団保育活動、健常児との統合保育）、多様な行事（運動会、夏季合宿、遠足…）、修了した難聴児への支援が可能となる。一方、ろう学校では教員のみであるため、難聴幼児通園施設のもつ多様な専門的対応ができない。

このように難聴幼児通園施設には責任を持って難聴児の早期療育を行う体制ができています。また、同一県内に難聴幼児通園施設とろう学校とがあっても、相互に補う合うことで療育内容の質的向上が期待できる。

新生児聴覚スクリーニング検査が全国的に普及する傾向にある現在、難聴幼児通園施設のない地域でも難聴児が早期発見されている。新生児聴覚スクリーニング後の医学的診断や人工内耳手術について、親はインターネットで調べることで、地域の医療機関だけでなく都市部の高度の診断機能のある大学病院等を探し、受診している。しかし難聴の確定診断を受けた難聴児、および人工内耳手術後の難聴児は居住地域で適切な療育を受ける必要がある。地域に適切な療育先がない場合、より望ましい療育を望む親は転居までして親の選ぶ施設またはろう学校で療育を受けているが、このような事例は経済的および社会的に恵まれた一部の難聴児であり、多くの難聴児は選択肢がない中、地域で療育を受けているのが現状と思われる。

6. 結論および今後の対応

1) 難聴幼児通園施設がない地域の難聴児の療育の実態

「難聴幼児通園施設が近隣にない地域に居住する難聴児」の療育先は重度の場合は主に公立ろう学校であり、難聴程度が中軽度の場合、ろう学校以外の医療機関や療育機関で言語指導を受ける場合が多かった。またこのような地域に居住する難聴児では、早期療育を受けられない場合も少なくないと思われる。

「難聴幼児通園施設がある地域の難聴児」に比べ「難聴幼児通園施設がない地域の難聴児」では、「療育先の選択肢が限られる、療育の量と質を問えない、親の希望に添えない、療育成果が予想できない」など、明らかに難聴児と親にとって不利益な状況となっている。また、このような地域の難聴児は適切な早期療育を受けなかった結果、6 歳時点での言語力が同年齢の健常児と比較して低いレベルにある場合が少なくないと思われる。反面、難聴幼児通園施設で適切な早期療育を受けた結果、最重度の難聴児であっても 6 歳時点で小学校普通学級に就学できる言語力を習得できた難聴児が少なくないことから、難聴幼児通園施設の早期療育に果たす役割の重要性は明らかである。

2) 今後の対策

本調査より、難聴幼児通園施設の機能は他の通園施設の機能で容易に対応できないことは明らかである。そこで通園施設一元化にあたり、今後とも現存の難聴幼児通園施設の機能を維持する必要がある。また、難聴幼児通園施設は今後県境を越えて広域での難聴児への対応（聴力検査、補聴器装用指導と調整、療育相談、療育実践）を行う必要がある。

難聴幼児通園施設のない地域に居住する難聴児について、小規模ながら特定の通園施設に聴力検査室、補聴器調整機器、療育教材、訓練室を整備するとともに、難聴児の療育のできる言語聴覚士が難聴児療育に専念できる勤務体

制、および小児難聴を診療できる耳鼻咽喉科医との連携体制を整える必要がある。

難聴児を療育できる言語聴覚士の養成および難聴児の早期療育について広く関係職員の理解を深めるために、難聴・言語障害についての定期的な職員研修体制と施設間での情報交換、相互支援体制を確立する必要がある。

(参考資料 1)

難聴幼児通園施設のない地域にある障害児通園施設で難聴乳幼児の療育に必要な最低限の設備・機器について、参考までに提示する。

1. 聴力検査機器

- ・ 0 歳～2 歳対象：乳幼児聴力検査機器 費用 120～150 万円

(スピーカ法による条件詮索聴力検査機器 COR、ピープショウ検査機器)

- ・ 3 歳以上対象：標準聴力検査機器一式 費用 100～130 万円

聴力検査について、設備のある医療機関、他の地域の難聴幼児通園施設等と密接な連携がとれるならば、当面は簡便な聴力測定機器で代用可能である。

2. 補聴器調整機器

標準補聴器特性検査装置 350 万円

簡易補聴器特性検査装置 50 万円

デジタル補聴器用ソフトとパソコン一式費用 70 万円

補聴器調整に関しては、補聴器外来のある医療機関、設備・技術者の勤務する補聴器専門店と連携することで、当面は機器がなくとも可能である。

3. 簡易聴力検査室、療育機材、個別訓練室整備

カーテン、じゅうたん、簡易防音設備、乳幼児用療育設備（机、いす…）、療育材料（絵カード、絵本…）50 万円程度

- ・ 難聴乳幼児の聴力検査、補聴器適合、療育ができる言語聴覚士の確保が不可欠である。なお、経験のない言語聴覚士に難聴児の療育を担当させる場合は、難聴児の療育で実績のある難聴幼児通園施設での長期研修が必須である。
- ・ 小児難聴の診療のできる耳鼻咽喉科医（非常勤）との連携が不可欠である。
- ・ 診療所併設の施設ならば、聴力検査機器、補聴器調整機器を医療保険収入によって費用の回収および更新が可能である。

(参考資料 2)

中等度難聴の療育効果を明らかにする資料として、「加我君孝、内山勉、新正由紀子編：小児の中等度難聴ハンドブック（金原出版、2009.3.）、第 15 章中等度難聴の療育計画」より、療育効果についての記述を引用する。

*** *** ***

中等度難聴児の療育効果は、難聴の程度、難聴の発見年齢および療育開始年齢、動作性 IQ で示される潜在的な知的能力、親の教育力および療育への熱意、療育担当者の技量、療育の内容、療育回数、地理的条件（療育施設への通

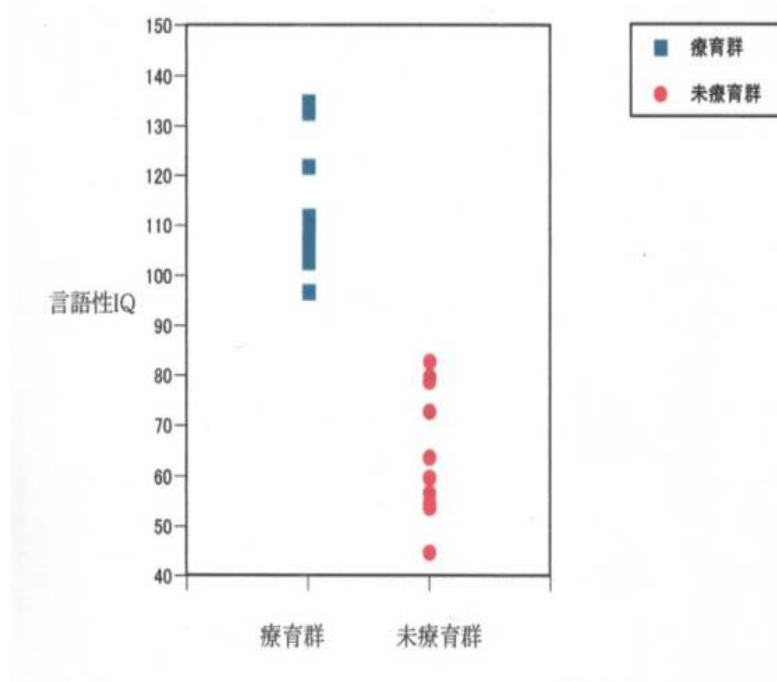
所時間) などさまざまな要因により影響を受ける。

中等度難聴の療育効果を明らかにするため、難聴幼児通園施設で週 3~5 日の総合的な療育を 3 歳より受けた難聴児 10 名(療育群)と、発見の遅れやさまざまな理由で療育を受けていない難聴児 11 名(未療育群)の言語発達について検討を行った。

療育群の聴力平均は 54dB (43~60dB)、療育開始年齢は平均 2 歳 4 カ月 (6 カ月~3 歳 9 カ月) であり、未療育群の聴力平均は 51dB (41~60dB) であった。小学校就学前の 6 歳時点(未療育群: 平均 6 歳 3 カ月、療育群: 平均 6 歳 6 カ月) で行った WPPSI 知能検査結果をもとに両群を比較した。

WPPSI 動作性 IQ について、療育群は平均 118、未療育群は平均 113 であり、両群に有意差はなかった。WPPSI 言語性 IQ について、療育群の平均 113、未療育群の平均 72 であり、明らかな有意差 ($p<0.01$) がみられた。

この結果は、聴力 40~59dB の中等度難聴児は、遅くとも 4 歳までに難聴を発見して適切な療育を行うことで、小学校就学までに年齢相応の言語能力を習得できるが、適切な療育を受けなければ、中等度難聴児の言語発達は明らかに遅れることを示している。



療育群と未療育群の言語性 IQ の比較

資料 2 : 市町村・都道府県との関係 (兵庫県小野市の例)

1. 兵庫県北播磨圏域 (5 市 1 町) の障害者自立支援法への対応

この圏域は 5 市 1 町で構成され、2007 年 4 月現在の人口は、小野市 50,415 人、加西市 49,894 人、加東市 40,199 人、西脇市 45,396 人、三木市 84,424 人、多可町 24,849 人である。この圏域全てをあわせても 295,177 人と、近隣の明石市 (290,878 人)、加古川市 (266,630 人) と同程度、姫路市 (535,661 人) の半分程度 (55%) でしかない。いずれの市ものどかな田園が広がる地方都市であり、これまで福祉分野で特に注目を浴びてきたわけではない。福祉先進の市町村とは基盤整備ほかの点で後発に位置するが、この圏域内 5 市 1 町の地域自立支援協議会での取り組みにはいくつかの注目に値するものがある。

まず一つには、その成り立ちとして行政主導ではなく、それぞれの分野の危機意識が共通に芽生えた上での自然発生であったことが挙げられる。当圏域の地域自立支援協議会の立ち上げは 2006 年 4 月の準備会にさかのぼり、同年 10 月すなわち障害者自立支援法の全面施行と同時に正式に協議会が発足したが、その時点では既に実質的な協議が部会単位で行われていた。当時の基盤整備状況に加え制度の抜本的見直しは、行政だけでなく、地域で活動する施設や団体に共通の危機意識をうみだしたが、それぞれの Key Person が従来の対立から対話・交流へと歩み寄ったことが早期立ち上げに繋がっている。

幸いなことに最も異動の激しい行政において、創設当時の考え方が継承されていることも活動継続の理由であるが、そこで当協議会の果たした役割は少なくはない。協議会や部会で常に顔の見える、声のよく聞こえる距離で各機関が接することの意義は大きかったと考えられる。

次にその活動内容を見ると、そこには住民自治の実現へ向かう可能性が見られる。先行事例の模倣に始まることなく、圏域の現状認識に立ったという点で評価しうる点でもある。

まず、2006 年度においては「圏域内支給決定基準」と「入所調整システム」を策定しているが、前者は措置制度から支援費制度までにあった圏域内地域格差を当該基準により是正するとともに、水準以下の市町の支給決定量を大幅に引き上げるといった効果を生み出した。単独市町村での財政折衝等の困難さを考えると、圏域内の共通基準策定が現状打破に果たした役割は大きく、協議会機能を市町担当がうまく利用した例であろう。また、後者は利用選択制度の欠陥を補正しようとするものであった。利用選択は時代の要請でもあるが、当時から現在に至るまでの需給バランス (売り手市場)、障害程度区分が施設に及ぼす影響 (軽度者の入所が困難)、情報不足等の条件下では、必ずしも最も必要な者から優先的に入所できるわけではなく、実際には施設側の意向が強く働きがちとなる。大半の施設は良識を持って行動していると思われるが、報酬誘導や情報不足により必ずしも市町村全体または圏域内の待機者の中から公平かつ公正に優先的に入所が行われるとは限らない。入所調整システムとは、客観的な指標等に基づく待機者情報を圏域内市町において集約し、施設側の意向等も聴取しながら、最も優先度の高い者が待機状態に放置されることを防ぐ仕組みとして機能している。一見すると措置制度と同じではないかという批判があることを承知で、利用契約制度の課題に鑑みあえて採用したシステムであった。このことについて施設側と行政側が利用者支援の一点で共通理解と協力が得られたことは、協議会の一つの功績であると言ってよい。

翌 2007 年度には、市町職員、サービス提供機関、当事者の協議のもとに圏域で共通化した「サポートノート」を策定している。様々な効果が期待されるサポートノートであるが、自己決定の支援という点を強調している点、行政・

施設（事業者）・教育関係機関ほかの共通理解が得られている点など、今後の活用状況を注視していきたい。

以上に見るように、障害福祉サービスの水準が既に一定以上の水準に達し個別具体的に活動の領域を展開している先進的な市町村（圏域）とは異なり、現状認識に基づきまずシステムとしての整備を図ってきたことがこの協議会の特徴であったが、2008 年度においては更なる発展が期待されている。2008 年度事業の一つとして注目されるのは「（仮）特性評価区分」の検討である。

「（仮）特性評価区分」とは、いわば現行の障害程度区分の持つ“考え方の昇華”を目指すものである。自立支援法第4条第4項において「当該障害者等の心身の状態を“総合的”に示すもの」とされた状態は、その前文の障害福祉サービスの必要性和後に続く厚生労働省令で定める区分によって、“総合的”ではなくマイナス面のみの評価となっていることについて、行政自体が疑問を持ったことがその発端である。

障害者の持つプラス面についても調査し、積極的に評価していこうとする基準作りと、これを実施していこうという姿勢は、市町村が度重なる制度変更に疲弊し、通知通達以外の自主的な現状変更を極力避ける傾向にあることから見れば、別次元の姿勢であるといつてよい。このような認識を行政が持つに至った背景には様々なものがあるが、協議会での顔の見える、声の届くこれまでの検討の積み重ねが、意識無意識に変革を促したとも考えられよう。障害程度区分から個々の特性を評価することへの発想の転換は、言葉の遊びにとどまらない様々な可能性を秘めていると言えるし、ICF（国際生活機能分類）をツールとしてのみ使った現行方式から離脱し、理念としても消化したものとなることに期待したい。

2. 兵庫県小野市の障害児相談支援等の状況

小野市は兵庫県北播磨圏域にあり、三木市と並んで圏域の中心的な存在である。先に見た北播磨自立支援協議会であるが、当該協議会の準備から設立段階において、小野市は北播磨5市1町の牽引車的な役割を担い、今日に至っている。

上記の役割に加え、小野市においては、相談支援体制についても障害者自立支援法の施行当初から、“障害児”をも広く視野に入れた体制整備を行ってきた。以下は、「小野市障害者地域生活・相談支援センター事業（実施）計画（平成18年度）」から、主な項目を抜粋している。

名称等：小野市障害者地域生活・相談支援センター

設置主体：小野市

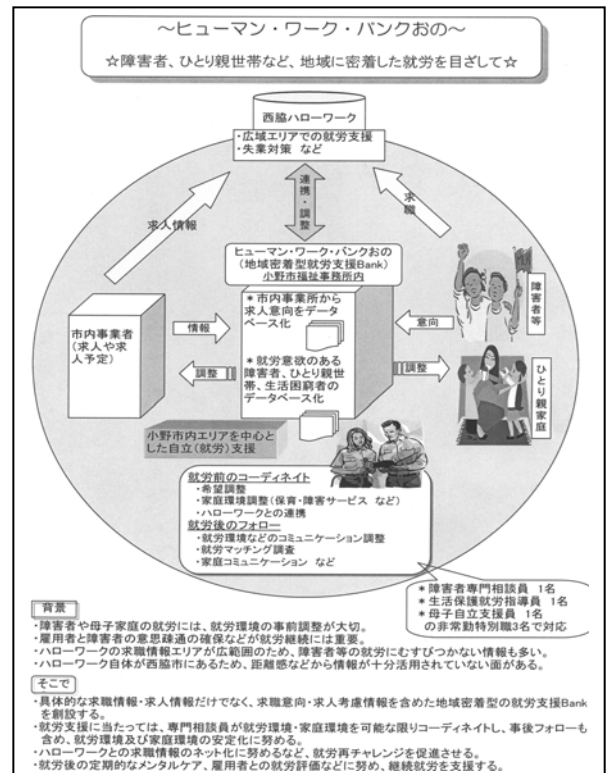
運営主体：医療法人樹光会

開所時間：午前9：00から午後5：00

休所日：土曜・日曜日、祝日 12月29日～1月3日

相談方法：電話・来所、必要に応じて訪問

夜間・休日等の対応：夜間等における緊急時の対応のため、事業者・市と連絡が必要と想定される場合に備え、連絡体制を整備する。



支援施設： 医療法人樹光会大村病院（デイケア併設）、訪問看護ステーションあびい、訪問介護あびい、あびい居宅介護事業所、生活訓練施設こもれび（短期入所併設）、ひかり（GH・CH）

職員配置： 相談支援専門員（常勤、社会福祉士・精神保健福祉士）、

相談員（常勤、社会福祉士・精神保健福祉士）

臨床心理士（大村病院より派遣）

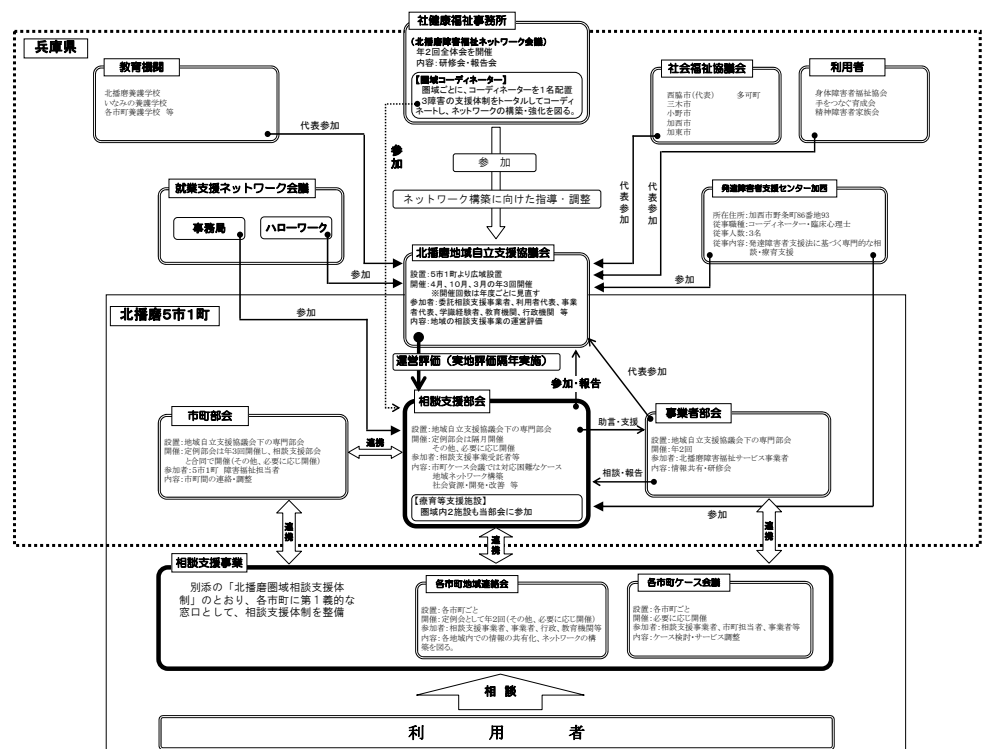
事業内容：① 障害者相談支援事業

- ② 市町村相談支援機能強化事業
- ③ 発達障害者基礎相談支援事業（市独自事業）
- ④ サービス利用計画作成（作成費支給対象）
- ⑤ ボランティアの育成等地域住民啓発事業（市独自事業）

上記のうち発達障害者基礎相談支援事業であるが、相談支援専門員・相談員・臨床心理士を配置した小野市障害者地域生活・相談支援センターの日常的な相談窓口として行われるものである。当該センターでは、必要に応じ各種心理検査を行い、発達障害者の支援を行うほか、隣接の加西市にある発達障害者支援センター（ランチ）と連携し、重層的な相談支援体制にあたる。また、障害児・者本人だけでなく、その家族に対する相談・支援も行っている。

基礎的な相談支援等については、小野市障害者地域生活・相談支援センターの守備範囲であるが、発達障害者支援センター（クローバー加西ランチ）の関与のもと、市と連携して進めている取り組みに“ニート支援”がある。特色であるが、教育機関との連携だけでなく、発達障害を有する離職者の就労支援（≒卒業生）についても従来から独自の展開をしてきているものであり、一見すると“ニート”と呼ばれるような若者のうち、発達障害の場合には当該事業所が支援にまわっている。また、小野市では、小規模であるがゆえの利点を活かし、小野市障害者地域生活・相談支援センターに近接する生活保護関連業務との連携が密であることも特徴である（障害者福祉・生活保護業務は同一の課（社会福祉課）となっ

ている。）。障害児が青年期に移行する時期や、障害児を育てる家庭のうち母子家庭等に対しても、就労を目指した取り組みが、市・相談支援センター・発達障害者支援センターの緊密な連携のもとに進められている。



規模別利用単位数表

定員規模	雇用金額	雇用費85%総事業費利用単位数	雇用費80%総事業費利用単位数	雇用費75%総事業費利用単位数	雇用費70%総事業費利用単位数	雇用費65%総事業費利用単位数
20名	54012089	1324	67515111	1407	72016119	1500
(兼務)	46660540	1144	58325675	1215	62214053	1296
30名	68598870	1121	85748588	1191	91465160	1270
40名	76863906	942	96079883	1001	102485208	1068
45名	91165482	993	113956853	1055	121553976	1125
50名	96446087	946	120557609	1005	128594783	1072
医療型						
30名	86595108	1415	108243885	1503	115460144	1604
					123707297	1718
						133223243
						1850

* 定員規模ごとに、雇用金額を総事業費の何%を占めるかを予想確定をして、それぞれの利用単位数を算出しました。

* 利用単位の計算式は、総事業費÷定員人数÷20日÷12ヶ月÷10として、割り出しています。

* $385-(土・日:102+祝祭日:14+年末年始:6+盆休:3)=240$ 240日÷12ヶ月=20日

雇用費70%総事業費とした場合

現在の単位	基本+幼児+食事+栄養	20日/1ヶ月	基本+幼児+食事+栄養
30名:1361単位	663+264+42	1065単位	729+290+46
40名:1144単位	607+264+42	1004単位	668+290+46
50名:1148単位	550+264+42+30	974単位	605+290+46+33
20名:1608単位		1402単位	1066+290+46
兼務:1389単位			

加算について

初期指導加算	管理師加算	小規模施設加算
84単位(保育士2名)	53単位	159単位
84単位(保育士2名)	53単位	
84単位(保育士2名)	53単位	
84単位(保育士2名)	53単位	
84単位(保育士2名)	53単位	69単位
84単位(保育士2名)	53単位	

* 22日単位を全て20日単位で割り出します。

* 各雇用費前総額÷定員(40名)÷12月÷20日÷10で加算単位数を算出

* 小規模施設加算は、定員30名以下の施設とする。

資料4：障害児支援とおもちゃ図書館

発達支援資源の不足や地域格差が問題となっている状況下、各地に広がる「おもちゃ図書館」も、子育てに悩む多くの保護者に対するサポート資源としての活用が考えられる。ここでは、常設のおもちゃ図書館の活動紹介と発達支援資源としての活用について資料提供する。合わせて、文末に全国の常設事業所の所在地を掲載する。

1. はじめに

障害児支援については、障害の早期発見から早期療育につなげ、発達支援及び家族支援を行うことが重要である。療育の場としては、障害児通園施設やデイサービス等の公的機関がその役割を担っているが、身近な地域で家族が気兼ねなく利用可能な NPO 法人等の様々な主体が提供する、個々のニーズに合わせたきめ細かな支援の重要性が増している。

1981 年、ボランティアによるおもちゃ図書館が日本に誕生して以来、障害児に豊かな遊びの場、親たちには肩の力をぬいてほっと出来る安らぎの場を提供するおもちゃ図書館活動は、障害児福祉の隙間を埋める新しい文化活動として障害児の家族・地域支援システムを構築してきた。

本項では、現在全国約 500 ヶ所に展開して障害児の発達支援・家族支援を行い、地域の貴重な社会資源としてインフォーマルな地域支援システムを構築しているおもちゃ図書館について述べる。

2. おもちゃ図書館の歴史

障害児のためのおもちゃ図書館活動は 1963 年スウェーデンで 2 人の障害児の母親により始められ、その後ヨーロッパ各国に広がりイギリスで発展した。日本では、1975 年、大阪で治療教育の場として“レコテク”の名称でおもちゃによる療育が試みられたのが最初であった。1981 年東京三鷹市でボランティア活動としてのおもちゃ図書館代 1 号が開設されたのを契機に、おもちゃ図書館活動が燎原の野火のように瞬く間に全国に広がった。その根拠として第一に、当時障害児には遊ぶ仲間とその機会が不足していたという障害乳幼児を持つ母親のニーズが高かったことがあげられる。第二の根拠は、通園施設など障害児の療育環境が整いつつあった当時、医師やセラピスト・学者等の専門家も、障害児の「生活の質=QOL」を高めることの重要性に気付いて協力したことである。第三には、おもちゃ図書館ボランティア育成のための国の援助他、諸機関・団体からの支援・助成があったことがあげられる。

3. おもちゃ図書館の現況

「障害のある子どもたちに、おもちゃの素晴らしさと遊びの楽しさを」との願いから始まったおもちゃ図書館は、平成 21 年 1 月現在、全国組織「おもちゃの図書館全国連絡会」加盟数の 457 館、非加盟を含めると約 500 館が活動していると思われる。おもちゃの図書館全国連絡会加盟の、週 3 日以上開館しているおもちゃ図書館のリストを章末に示す。

他の障害児支援と同様に、人口密度に比例した分状況となっている。人口の多い地域では、それに比例して障害児とその親のニーズが数量的に多くなり、又ニーズも多様化する。更にマンパワーも多い為、ボランティア活動が活発

化するものと思われる。

おもちゃの図書館全国連絡会が実施した平成 19 年おもちゃ図書館実態調査によると、設置主体は、①ボランティアグループ、②社会福祉協議会、③法人、④親の会など、⑤NPO、⑥行政の順となっている。活動主体は、①ボランティアグループ、②法人、③親の会、④社協、⑤NPO、⑥行政となっている。設置・活動主体ともにボランティアグループが多い。開設場所は、福祉会館・福祉センターが一番多く、障害児者施設・医療センターがこれに次ぐ。比較的優先的に場所が借りられるところは 79%、おもちゃの収納場所は 91%があると回答している。月平均開館日は 2 日が 29%、1 日が 22%で半数を占めており、ボランティアが活動しやすい形態になっている。一方では月 20 日以上開館している常設館が 12%あり、設置主体及び開設場所の関与が推察される。一回の開館時間は 2 時間 38%、3 時間 17.4%、5 時間 16.8%であり、利用者の要望では、開館日や開館時間を増やして欲しいという声が大きい。活動の対象者はすべての子どもと保護者というところが一番多い。当初は障害のある子どものための活動であったが、近年は障害のある子もない子どもともに育つ場をとしての活動に移行している。その結果発達障害児や境界児、発達に気がかりな点のある子どもの親と子が気兼ねなく遊びにくることが出来る場所となっている。更に、ノーマライゼーション、インクルージョンの実践の場として機能している。おもちゃの保有数は 200 点未満が 48%、200～400 点未満が 25%、400 点以上が 24%であり、83%のおもちゃ図書館が貸し出しをしている。施設・特別支援学校等への団体貸し出しは 49%で行っている。ボランティアとして関わっている人の立場は、障害児の家族 32%、専門的立場の人 19%、地域の福祉関係団体 17%、障害のある人 12%である。おもちゃで遊ぶ以外の活動・イベントはクリスマス会等 65%で実施、更に、25%が障害のある青年のための余暇活動をしている。

4. おもちゃ図書館の持つ機能

沢山のおもちゃと安全な場所を準備して障害児に豊かな遊びの場、そして親達には肩の力を抜いてほっと出来る場を提供するおもちゃ図書館は、障害児を全人的に育て上げる「療育」の重要な部分を担ってきた。昭和 58 年のおもちゃの図書館全国連絡会結成以来 25 年を経て、この間の社会情勢の変化に伴い、おもちゃ図書館の役割にも変化が見られている。即ち、障害児とその家族を中心にすえた活動であることに変わりはないが、障害のある子とない子の交流の場・ともに集い、遊びをとおして子どもたちの心にバリアフリーを育て広げる場・全ての子どもの幸せを願って孤立する人をなくす場となっている。それに伴いおもちゃ図書館の活動形態も多様化している。障害のある子どもの成長に伴い、障害のある青年の余暇を充実させるためのレジャー活動を行うレジャーライブラリーや、福祉就労・生活の場を作ったおもちゃ図書館もある。障害児者の一生にわたるライフサイクルの支援システムがおもちゃ図書館を核に構築されてきている。

① おもちゃ図書館の発達支援

「遊び」は本来自発的、自立的なものであり、「遊び」に目的はなく、活動自体が目的で「遊びの産物」は“ああ楽しかった”という喜びや満足感である。しかし、気にいったおもちゃで遊ぶ時、子どもの集中力や集中時間が増し、楽しく遊んだ後には“機能の発達”即ち“遊びの副産物”が見られる。おもちゃ図書館が発達支援の場として評価される所以である。

② おもちゃ図書館の家族支援

家族支援の視点から「障害のある子どもの親・家族」に実施したアンケート調査における“おもちゃ図書館を利用

して良かった点”の分析で、子どもの年齢が小中学生では「兄弟姉妹がボランティアさんと遊んでもらえた」が有意に高かった。また、“子育て情報の提供の場となった”“様々な人に会うことが出来た”“地域とのつながりが広がった”などの項目は15歳以上で有意に高く、療育機関から離れて孤立しがちな就学期以降の家族支援の場となっていることが推察された。何事につけても障害児が優先されてしまい常に我慢を強いられ家庭で寂しい思いをしていることが多い兄弟姉妹にとって、おもちゃ図書館でボランティアと一緒にのびのびと遊べるおもちゃ図書館は、家族支援の場としても機能している。

③ おもちゃ図書館と子育て支援

西郷は、おもちゃ図書館の設立背景を、「障害児の親たちが地域で相互に支えあうことで生活防衛をするために、支えあいの子育ての拠点としておもちゃを媒体に設立した」とし、「おもちゃ図書館は親同士の支えあいの関係作りの拠点としての性格が強く、地域子育て支援拠点の一形態」であると述べている。

障害児の子育て支援に専門性を持つおもちゃの図書館のボランティアは、障害のない子どもの育児支援にも豊富な知識・経験・意欲を持っており、おもちゃ図書館でソーシャルインクルージョンを実現しながら障害のない子どもの育児支援にも貢献している。

(この項は、平成19年度こども未来財団児童関連サービス調査研究等事業報告書「障害児における家族・地域システム構築に関する調査研究」より引用)

5. 障害児通園施設の地域支援とおもちゃ図書館

この項では、障害児通園施設の機能との関連において、おもちゃ図書館がどのように位置づけられるかを論じる。

第一に考えられるのは、障害児通園施設の地域支援機能の受け皿としての位置づけである。即ち、障害児通園施設が地域支援を行う場の一つとして、おもちゃ図書館を利用するのである。おもちゃ図書館では障害のある子どもない子どもと一緒に楽しく遊んでいる。グレイゾーンの子どもや、まだ診断を下されていない発達障害児も含まれている。障害の未受容の親もいる。親が肩の力をぬきリラックスして、ボランティアと遊ぶ我が子を見守りながら子育ての悩みや不安を語り合う、またアドバイスに耳を傾け自然体で受け入れることが出来る。兄弟姉妹はのびのびと遊んでいる。この日常生活そのものの雰囲気の中に“療育の出前”をすることは、理想的な地域支援ではないであろうか？おもちゃ図書館にとっても、障害児のためのボランティア活動の場に専門機能が加わることは、障害児の親の期待に応える付加価値として非常に有難いことである。おもちゃ図書館は施設と違って敷居が低い。一方、子育て支援では、障害があると子どもも親も寛げない。おもちゃ図書館という参加しやすい場所から、子どもも親も慣れていって欲しい。おもちゃ図書館は療育のデリバリー先の一つに加えられるべきである。

第二に、更に一歩進めて障害児通園施設の中でおもちゃ図書館を開館することも、障害児通園施設の地域支援の一つと考えたい。スタッフをコーディネーターとし、地域の社会資源としてのマンパワー、即ちおもちゃ図書館のボランティアを導入しておもちゃ図書館を障害児通園施設内で開館することは、施設を地域に開くという意味において、又地域の障害に対する理解を掘り起こすという点でも非常に効果的である。実際に施設内で開かれているおもちゃ図書館も存在する(前記調査では、障害児施設及び医療センターを開館場所とするおもちゃ図書館は16.8%にのぼる)。おもちゃ図書館活動には前述したように数多くの利点がある。既存のおもちゃ図書館に、施設を開館場所として定期的(頻度は施設の状況により様々でよい)に提供し、おもちゃ図書館ボランティアのマンパワーを活用出来る事は施設にとっても有益である。おもちゃ図書館にとっても、開館場所及び専門性の確保という点で利点がある。障害児通

園施設のコーディネーターがコミュニティソーシャルワーカー的役割も担って施設と地域を結びつけることが、地域ぐるみのノーマライゼーションの実現を促して障害児者が地域で暮らしやすくなる等、より充実した障害児支援を提供出来ると考える。

<常設おもちゃ図書館の所在地>

団体名	郵便番号	住所	活動場所
おもちゃの図書館といらんど	981-3825	宮城県 黒川郡大和町吉田字上童子沢21	宮城県セツの森希望の家
栗山の森おもちゃ図書館	981-0917	仙台市 仙台市青葉区栗山町8-1	仙台産生園ユニットケア施設群2F栗山地域交流プラザ
おもちゃ図書館 こすもす	983-0824	仙台市 仙台市宮城野区鶴ヶ谷3-17	コスモスクラブ
おもちゃの図書館「めだか」	999-4601	山形県 山形県最上郡舟形町舟形2387-1	障害児(者)相談支援センターもがみ
児童ふれあいセンター内 おもちゃライブラリー	974-8252	福島県 いわき市仁井田町寺前9-1	児童ふれあいセンター
とらぎおもちゃ図書館	328-0027	栃木県 栃木市今泉町2-1-40	栃木市保健福祉センター内
おもちゃ図書館ありんこ	358-0001	埼玉県 入間市向陽台1-1-6	入間市児童センター
おもちゃ図書館ピーチクラブ	355-0361	埼玉県 比企郡ときがわ町桃木32	ときがわ町社会福祉協議会
星の子ほえみ会 おもちゃ図書館	368-0051	埼玉県 秩父市中村町3-12-23	秩父市ふれあいセンター内
おもちゃライブラリーはひぶべほん	179-0072	東京都 練馬区光が丘2-9-6	光が丘なかよし児童館
荒川おもちゃ図書館	116-0002	東京都 荒川区南千住1-13-20	荒川区社会福祉協議会
アグネス園おもちゃライブラリー	254-0013	神奈川県 平塚市田村4-25-5	
金沢地域活動ホームりんごの森おもちゃ文庫室	236-0058	福浜市 福浜市金沢区能見台東2-4	能見台ふれあい館
かながわ地域活動ホーム ほのほのおもちゃ文庫	221-0865	横浜市 横浜市神奈川区神大寺2-28-19	かながわ地域活動ホーム ほのほの
和泉おもちゃとしよかん	400-0073	山梨県 山梨県甲府市湯村3-12-13	和泉子供館
あそびじゆくおもちゃ図書館	400-0065	山梨県 甲府市賣川1-2-23	
富士吉田市 おもちゃ図書館	403-0004	山梨県 富士吉田市下吉田1900-1	富士吉田市社会福祉協議会
南部町おもちゃ図書館	409-2305	山梨県 南巨摩郡南部町内船8812	南部町社会福祉協議会
おもちゃ図書館うたえだりーランド	386-0012	長野県 上田市中央5-9-29	蓮の音こども園
ひみおもちゃの図書館	935-0021	富山県 水見市幸町34-13	
きずな学園 ミニ・トイ・ライブラリー	933-0062	富山県 高岡市江尻279	高岡市心身障害児総合通園センター きずな学園
かみいちおもちゃの図書館	930-0345	富山県 中新川郡上市町南町2-6	上市児童館2階
高岡おもちゃの図書館	933-0935	富山県 高岡市博労本町4-1	高岡市ボランティアセンター
七尾市おもちゃ図書館こあら	926-0046	石川県 七尾市神明町1番地	七尾駅前第2再開発ビル3F
おもちゃライブラリー がんこっこ	916-0016	福井県 鯖江市神中町3-4-14	がんこっこの家
一宮市おもちゃ図書館「なかよし」	491-0821	愛知県 一宮市丹陽町重吉字北屋敷380	ふれあいセンターなごみ
二宮市社協 おもちゃ図書館おもちゃの城	491-0103	愛知県 一宮市浅井町前野字西敷34	ふれあいセンターめぐみ内
おもちゃ図書館さらら	485-0832	愛知県 小牧市応時3-230	障害者デイサービス施設 ひかり内
にじの学園おもちゃライブラリー	447-0835	愛知県 碧南市高町4-1-2	にじの学園
四日市市おもちゃ図書館	510-0085	三重県 四日市市諏訪町2-2	四日市市社会福祉協議会
名張市 おもちゃ図書館	518-0718	三重県 名張市丸之内79	名張市総合福祉センター ふれあい内
おもちゃ図書館どろんこ	520-1217	滋賀県 高島市安曇川町田中366-1	
倉吉おもちゃの図書館	682-0852	鳥取県 倉吉市生田73-4	高治医院
旭川荘 さくら児童館おもちゃライブラリー	703-8560	岡山県 岡山市祇園地先	旭川荘さくら児童館
倉敷市おもちゃ図書館	710-0834	岡山県 倉敷市笹沖180	くらしき健康福祉プラザ
福山おもちゃ図書館	720-8512	広島県 福山市三吉町南2-11-22	福山すこやかセンター内2F
虫の家 ひだまり文庫	820-1101	福岡県 鞍手郡小竹町御徳167-31	ちくほう共学舎「虫の家」
校舎の無い学校附属おもちゃの図書館	779-3301	徳島県 吉野川市川島町川島438-1	校舎の無い学校
栗央おもちゃライブラリー ひまわり館	854-0001	長崎県 諫早市福田町357	諫早通動寮
おもちゃ図書館ゴーゴー	869-0524	熊本県 宇城市松橋町豊福2910	熊本県立松橋東養護学校
おもちゃ図書館 てんじゆえん	861-4125	熊本県 熊本市奥古閑町4375-1	特養ホーム天昇園 内
おもちゃ図書館 うばめ園	879-2461	大分県 津久見市上青江3549	うばめ園
おもちゃ図書館自遊ランド	898-0032	鹿児島県 枝崎市別府13959-7	別府児童館
おもちゃ図書館 ベンギン村	904-0203	沖縄県 中頭郡嘉手納町250-1	町総合福祉センター 社会福祉協議会

資料5：都道府県・政令指定都市における発達支援のための資源の状況

都道府県・政令指定都市	肢体不自由 児通園施設	肢体不自由 児施設通園 部	知的障害児 通園施設	難聴幼児通 園施設	児童デイ サービス1 (事業所)	特別支援学 校幼稚部 (数)	肢体不自由 児施設	重症心身障害 児(者)通園事 業A (事業所)	重症心身障害 児(者)通園事 業B (事業所)	自閉症児施 設	児童相談所	発達障害者支 援センター事 業 (事業所)	障害児等療 育支援事業 (事業所)	市町村発達支 援センター (事業所)
010 北海道	4	-	7	-	62	7	1	1	4	1	9	3	6	83
020 青森県	-	2	3	-	3	3	3	-	3	-	6	1	8	-
030 岩手県	-	1	2	-	8	1	1	-	4	-	3	1	1	-
040 宮城県	-	-	3	-	9	2	-	-	5	-	4	1	14	-
050 秋田県	1	-	1	2	4	1	1	-	3	-	3	1	9	-
060 山形県	-	1	3	1	9	2	1	-	1	-	2	1	1	-
070 福島県	1	1	2	-	23	4	2	-	2	-	7	1	11	-
080 茨城県	-	-	2	-	25	2	1	-	2	-	5	1	10	-
090 栃木県	2	-	2	-	16	1	1	1	7	-	3	1	-	-
100 群馬県	-	-	3	-	9	1	2	3	1	-	3	1	-	-
110 埼玉県	2	-	11	-	26	2	1	2	4	-	6	1	16	-
120 千葉県	7	-	14	-	25	3	-	1	7	1	6	1	60	-
130 東京都	5	1	12	2	37	7	3	10	5	1	11	1	8	-
140 神奈川県	3	-	9	-	30	4	-	-	6	1	6	1	3	-
150 新潟県	-	-	2	-	6	2	-	1	1	-	5	1	8	-
160 富山県	2	-	4	1	2	2	1	-	4	-	2	2	10	-
170 石川県	-	1	2	-	1	1	1	-	5	-	3	2	8	-
180 福井県	-	-	-	1	6	1	1	1	2	-	2	1	5	-
190 山梨県	-	1	3	-	3	1	1	1	3	-	2	1	8	-
200 長野県	-	1	5	-	13	3	2	1	9	-	5	1	14	-
210 岐阜県	2	1	2	1	32	1	1	-	5	-	5	2	12	-
220 静岡県	-	-	5	-	8	3	-	-	8	-	5	1	13	-
230 愛知県	3	-	13	1	34	4	1	-	5	-	10	1	14	-
240 三重県	-	-	1	-	10	1	1	1	3	1	5	3	9	-
250 滋賀県	1	-	2	-	17	1	-	1	3	-	2	1	7	-
260 京都府	1	-	1	-	16	2	1	1	3	-	3	1	6	-
270 大阪府	17	-	18	-	15	3	-	1	6	1	6	1	37	-
280 兵庫県	8	-	9	-	18	5	-	2	3	-	8	3	28	-
290 奈良県	1	-	2	1	8	1	1	2	2	-	2	1	5	-
300 和歌山県	1	-	3	-	16	1	1	1	7	-	3	1	7	-
310 鳥取県	2	1	2	-	9	2	1	-	2	-	3	1	6	-
320 島根県	-	-	-	-	7	2	2	-	4	-	5	2	10	-
330 岡山県	1	1	5	1	24	1	1	2	5	-	5	1	8	-
340 広島県	1	-	5	1	17	3	1	-	3	-	3	1	10	-
350 山口県	-	-	5	-	6	2	1	2	1	-	5	1	16	-
360 徳島県	-	-	3	-	9	1	1	-	6	-	3	1	12	-
370 香川県	-	1	-	1	7	1	1	1	3	-	2	1	8	-
380 愛媛県	-	-	4	-	13	2	1	1	4	-	3	1	17	-
390 高知県	-	-	1	1	3	1	1	1	2	-	2	1	15	-
400 福岡県	1	1	7	-	7	4	2	2	2	-	6	2	13	-
410 佐賀県	-	1	2	-	7	1	1	1	3	-	2	1	5	-
420 長崎県	-	-	3	-	7	2	1	-	5	-	2	1	7	-
430 熊本県	1	-	3	1	22	1	1	1	4	-	2	1	20	-
440 大分県	1	1	2	-	13	1	2	1	4	-	2	1	10	-
450 宮崎県	1	1	4	-	9	2	1	1	4	-	3	3	15	-
460 鹿児島県	-	-	2	-	28	1	1	1	1	-	3	1	9	-
470 沖縄県	-	2	-	-	5	1	2	1	5	-	3	1	8	-
011 札幌市	3	-	4	-	37	-	1	1	5	1	1	1	6	-
041 仙台市	-	-	2	-	20	-	1	1	3	-	1	1	5	-
111 さいたま市	1	-	2	1	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-
121 千葉市	2	-	1	1	3	-	1	1	1	-	1	1	19	-
141 横浜市	8	-	9	1	3	-	1	1	12	-	4	1	8	-
142 川崎市	2	-	3	-	2	-	-	1	-	-	2	1	1	-
151 新潟市	-	-	1	-	1	-	1	1	1	-	1	-	1	-
221 静岡市	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-	1	1	4	-
222 浜松市	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-
231 名古屋市	1	1	7	1	9	-	1	-	1	-	1	1	5	-
261 京都市	1	-	7	1	6	-	1	1	3	-	1	1	2	-
271 大阪市	2	3	6	1	12	-	3	1	3	-	1	1	14	-
272 堺市	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-
281 神戸市	2	-	4	1	4	-	-	1	8	-	1	1	1	-
341 広島市	2	-	3	1	-	-	-	1	-	-	1	1	6	-
401 北九州市	1	-	6	1	-	-	1	1	1	-	1	1	5	-
402 福岡市	2	-	7	1	1	-	-	1	-	-	1	1	2	-
計	98	23	261	25	786	100	62	60	220	7	217	75	607	83