

障害児支援の見直しに関する検討会（第3回）

日時：平成20年4月25日（金）14:00~16:30

場所：港区新橋1-18-1

航空会館7階701・702会議室

次 第

1 開会

2 議事

1) 関係団体よりヒアリング・意見交換

(前半)

財団法人日本知的障害者福祉協会 [10分程度]

社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会 [10分程度]

社団法人日本重症児福祉協会 [10分程度]

社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会 [10分程度]

（意見交換・質疑応答） [35分程度]

(後半)

全国肢体不自由児施設運営協議会 [10分程度]

全国児童相談所長会 [10分程度]

特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク [10分程度]

（意見交換・質疑応答） [35分程度]

2) その他

3 閉会

【配布資料】

資料1 財団法人日本知的障害者福祉協会

資料2 社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会

資料3 社団法人日本重症児福祉協会

資料4 社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会

資料5 全国肢体不自由児施設運営協議会

資料6 全国児童相談所長会

資料7 特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク

障害児支援の見直しに関する検討会への意見

2008.4.25

日本知的障害者福祉協会 政策委員長 柴田洋弥

●障害児支援施策の位置づけと法定系

障害児施策は、障害者自立支援法と切り離し、児童の養育と発達を支援する施策の中に位置づけ、児童福祉法に一本化する。

●援護の実施方法

入所施設は、児童の権利及び行政の義務を明確にするため措置とする。通園施設及びその他の支援は、措置でも契約でもなく、行政の義務と保護者の選択を両立する新たな仕組みを設ける。

●援護の実施機関

入所施設及び通園施設は都道府県とする。その他の支援については、なお検討する。

●支援費用

入所施設及び通園施設は月額制とし、施設運営の基本部分は定額制とする。通園施設の他制度との平行利用を別途考慮する。

●利用者負担

入所施設及び通園施設は、定率負担ではなく応能負担とする。

●障害の一元化

通園施設は障害の一元化を進め、グレーゾーンにも対応する。入所施設の障害一元化は、条件整備が不可欠である。

●支援機能

入所施設及び通園施設は、障害に対応する専門的機能に併せ、家族支援・地域生活支援機能をもつ。

●通園施設と児童デイサービスの再編

通園施設は、高い専門性を有する基幹的な機能をもつとともに、定員を30人から20人に下げ、作りやすくする。

新たに定員5人以上の通園施設併設型を設ける(援護の実施機関については検討)。

児童デイサービスについては、単価が極端に低いため、抜本的な制度改革が必要である。

＜発達支援部会 児童通園施設・児童デイサービス事業分科会＞

目的

障害児である前に児童であることを確認し、まずは児童福祉法のもとでの子どもとしての育ちを保障する視点から、通常の子ども施策との整合性を確保して下さい。

発達の視点

- 1: 発達的には敏感期・未分化・可塑性という乳幼児期という発達的に特別な時期であるが故に、グレイゾーンとか障害の未受容とか家族体制の未成熟などの中心的な支援課題への取り組みを可能とする職員配置や給付費単価にしてください。
- 2: 0才からの子どもと家族の多岐にわたるニーズに対して、発達支援・家族支援を個別と集団での療育体制で、地域での育ちや暮らしを支える理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・心理士・看護師・栄養士・保育士・社会福祉士など小児の各種療法士等を取り込む学際的な支援が可能となる職員配置とそれに基づくインセンティブの効いた給付制度にしてください。
- 3: 乳幼児期の子どもとその家族の不安定な通園状況を踏まえ、現員現給方式を改正し、サービスの安定的な提供が出来るような給付制度にしてください。

地域連携の視点

- 1: 子どもへの直接支援のみならず、日常生活における医療・教育・福祉・保健機関とのネットワーキングも乳幼児期での支援活動の必須の役割・機能として位置づけてください。
- 2: 地域の同世代児との共育・共生を可能とする保育所や幼稚園との併行通園制度を推進しつつも両機関がともに存続出来る給付体制にしてください。

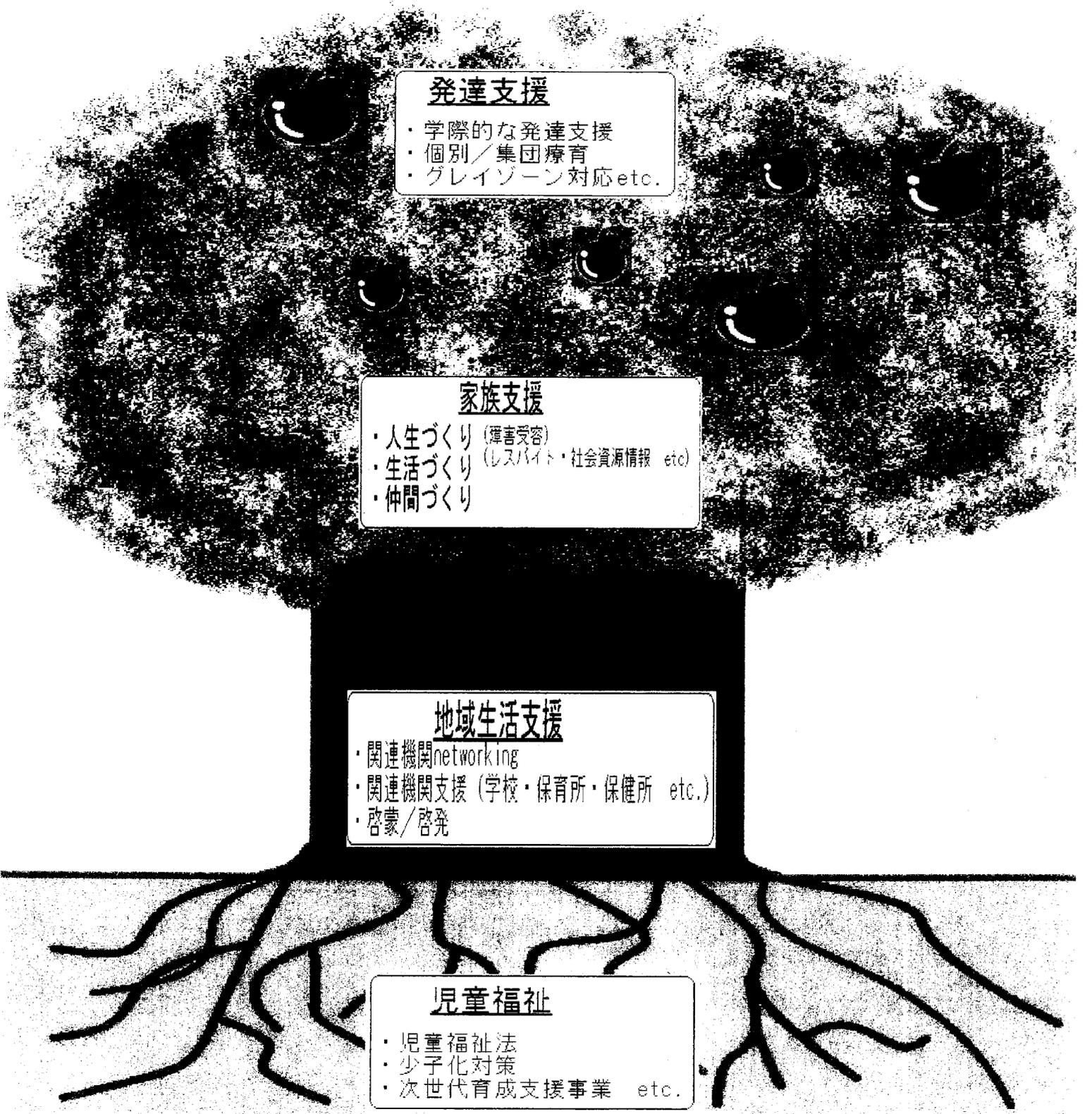
持続的なサービス提供の視点

- 1: 通園頻度と利用数での柔軟な対応は重要であるが、日々利用児が異なる 5人／週と、日々同じ利用児での5人分／週とは計算上は同じであるが、提供サイドの負担度同じではありません。
- 2: 利用率を上げて、地域によっては利用数そのものが多くないことから事業費収入の増加・増大につながらない。
- 3: 給食利用料は食育・eating therapyの視点から無償とし、給付単価に加算してください。
- 4: 知的障害児通園施設と児童デイサービス事業との規模や役割等の違いを明確化し、両サービスを地域での機能水準の違いとして位置づけてください。

＜発達支援部会 児童施設分科会＞

1. 障害児支援の見直しに関する検討に際して、児童福祉法制定からの障害児施策及び施設の歩みを概観し、特に児童福祉法改正施行(平成 18 年 10 月)による措置・契約の支給決定及び知的障害児施設における実態を検証してください。
2. 障害児施策は、障害者自立支援法の枠組みとしないで児童福祉法下の子どもの福祉施策と整合性のあ
る一体的な施策・制度として検討して下さい。
3. 知的障害児施設に入所する児童の多くは「社会的養護」として捉えられるため、障害児の社会的養護
に関する実態の把握と施策推進を図って下さい。
4. ライフステージの一貫した支援の検討に当たり、知的障害児施設等における在所延長規定を見直し、
満 18 歳を基本とした体系を検討して下さい。
5. 知的障害児施設の在籍児童は、虐待・ネグレクト等適切な養育環境に欠けていること、家庭から分
離により成長・発達に及ぼす影響が大きいこと、大人との愛着関係を確保する家庭に代わる養育支
援の役割を基本とし、必要に応じて発達支援・療育支援等一体的に提供できる施設機能を整えて
下さい。
6. 知的障害児施設においても、家庭との連携や施設生活の家庭的環境の整備を促進するため、児童
養護施設に認められているグループケア方式、分園型施設、地域小規模養護施設等を導入し施設ケ
アの小規模化の促進を図って下さい。
7. 知的障害児施設に入所に至らないためのニーズに応じた相談支援、在宅支援、家族支援のあの方を
検討し、また、施設入所後の家族再統合等に向けた支援の重要性からそれらの機能を担う専門職種
を配置した子ども家庭支援センター・子ども地域療育センター(仮称)等の事業を創設するなど障害児
施設の最低基準の抜本的見直しをして下さい。

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



発達支援

- ・学際的な発達支援
- ・個別／集団療育
- ・グレイゾーン対応 etc.

家族支援

- ・人生づくり (障害受容)
- ・生活づくり (レスパイト・社会資源情報 etc)
- ・仲間づくり

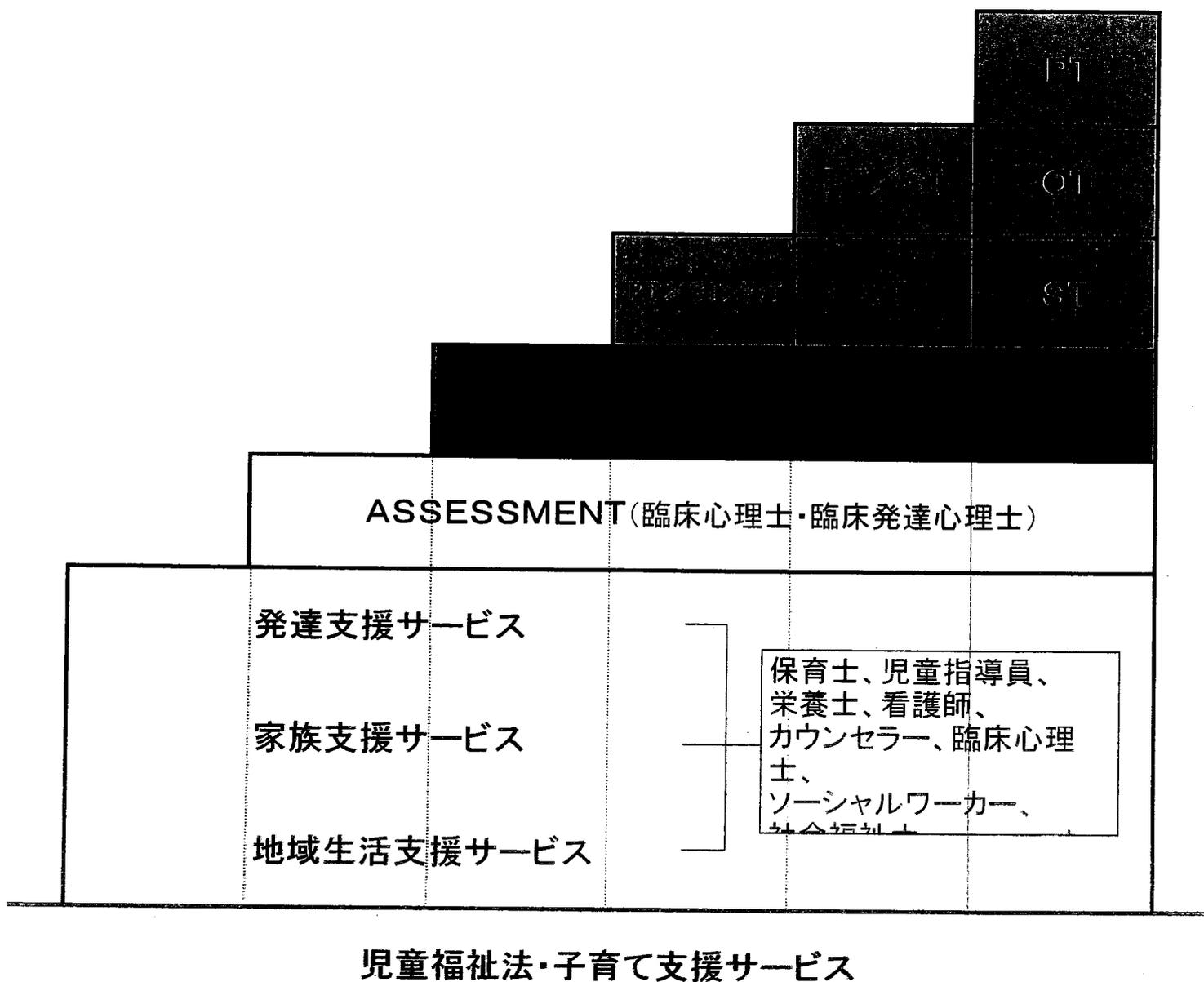
地域生活支援

- ・関連機関networking
- ・関連機関支援 (学校・保育所・保健所 etc.)
- ・啓蒙／啓発

児童福祉

- ・児童福祉法
- ・少子化対策
- ・次世代育成支援事業 etc.

早期療育のサービスと給付単価設定イメージ図 (080423)



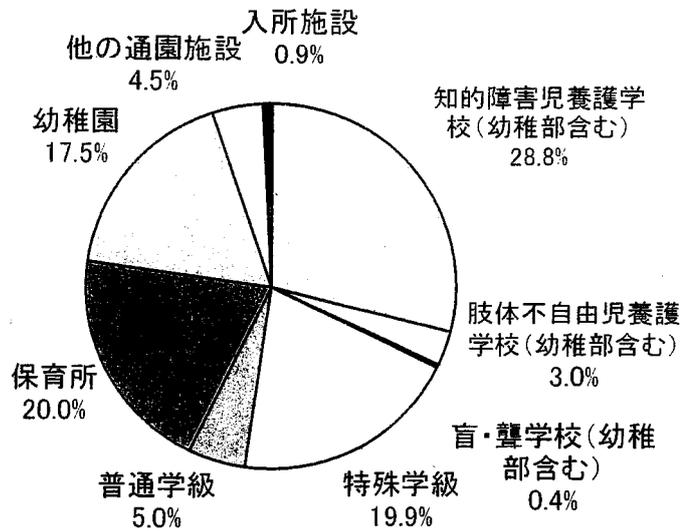
<子どもと家族を支援するより確かな支援者・支援機関であるために>

1. 乳幼児期は障害像が未だ未分化で不確定な時期・段階で多様なニーズ状況にある。

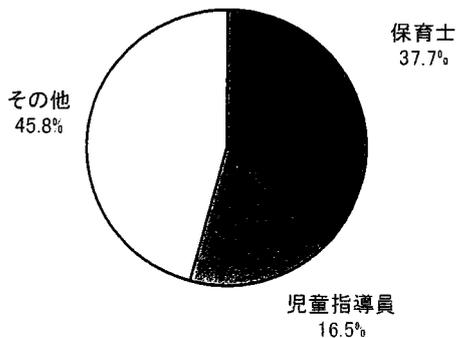
支援のあり方には障害の未受容からのデリケートさと、発達をトータルに捉えた学際的な支援サービス体制の構築が不可欠である。

→子どもの育ちに関する知識・技術・経験・情報をもつ各種スタッフの位置づけを。

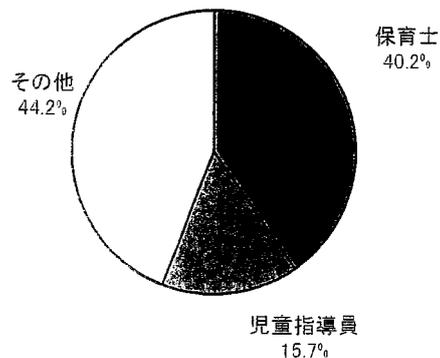
退園後の進路先（福祉協会実態調査2005年度）



1998年度 職種比率
福祉協会・児童通園施設実態調査



2005年度 職種比率
福祉協会・児童通園施設実態調査



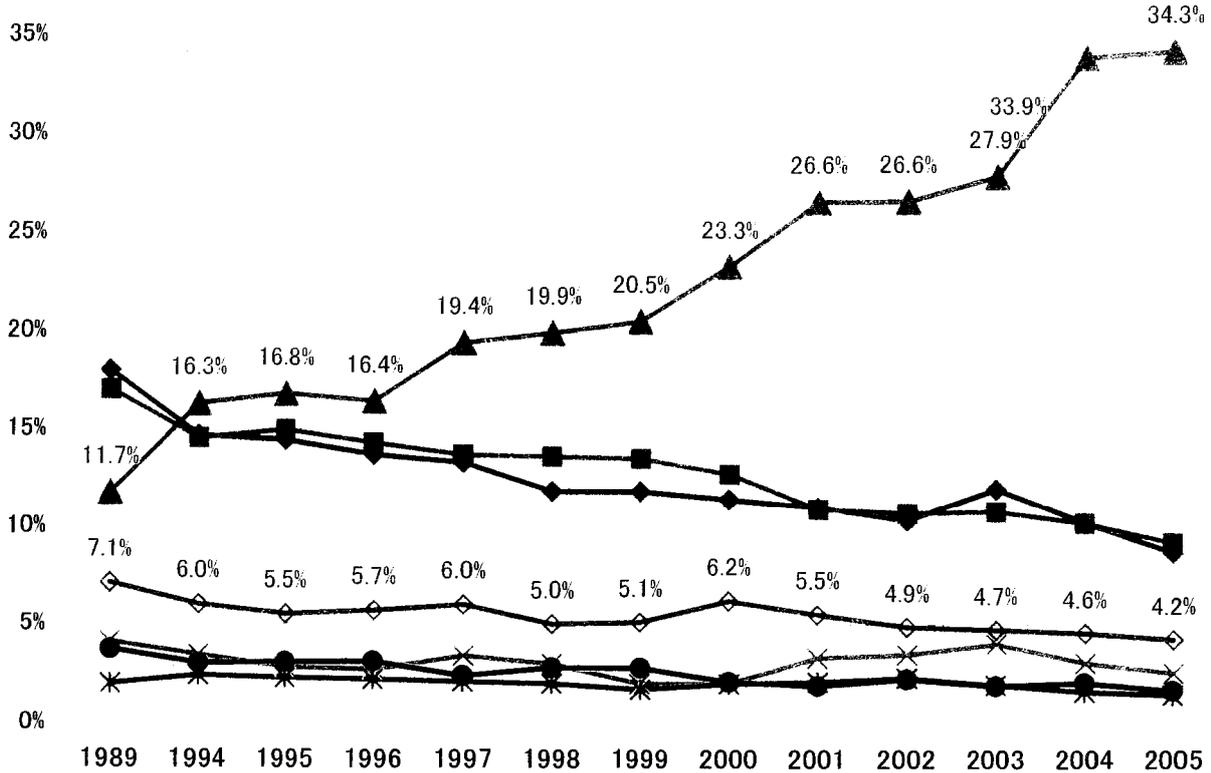
2 乳幼児期は子ども自身の病状・健康状態が不安定であるとか家族の都合などから突発的な欠席事態が派生しやすく安定的なサービス利用体制が確保しにくい時期である。

体力が整わず根治手術前であったり、障害が顕在化や安定化する前であったり、薬物治療への適合化前であったり、さらには親や兄弟姉妹の諸事情などでの療育への出席がなかなか安定しない。

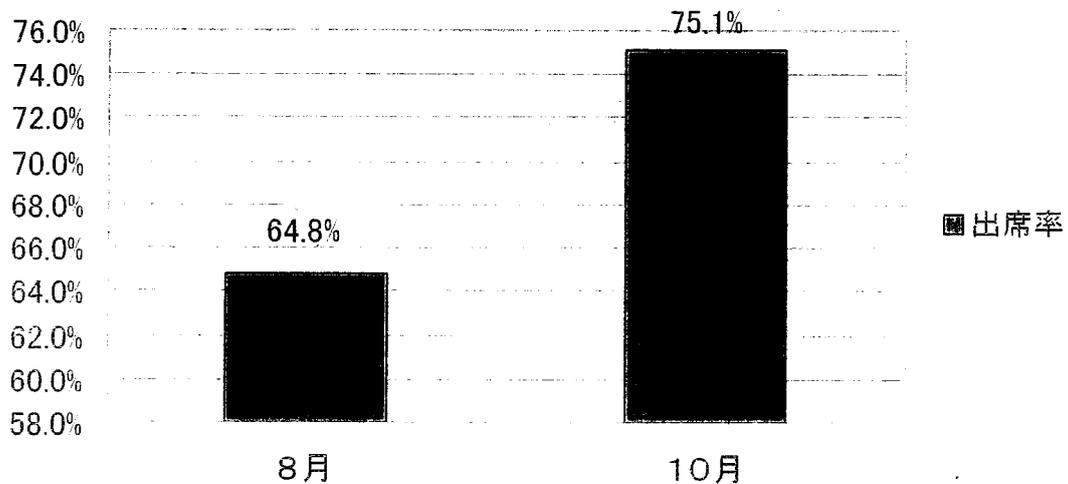
→地域で信頼される水準での発達支援サービスを安定的に提供出来る人的・財政的な体制維持の確保を。

重複障害・合併障害の状況

- ◆ 1. てんかん
- ▲ 3. 強度の自閉傾向
- ✱ 5. 聴覚障害
- ◇ 7. 内部障害
- 2. 肢体不自由児、運動発達障害
- ✕ 4. 顕著な行動障害、行動異常
- 6. 視覚障害



出席率（2004年度協会緊急実態調査）

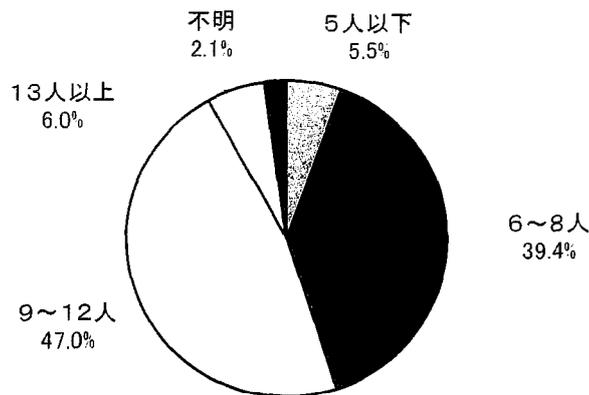


3. 乳幼児期は人間が社会的な存在へと発達するプロセスの初期段階にある。

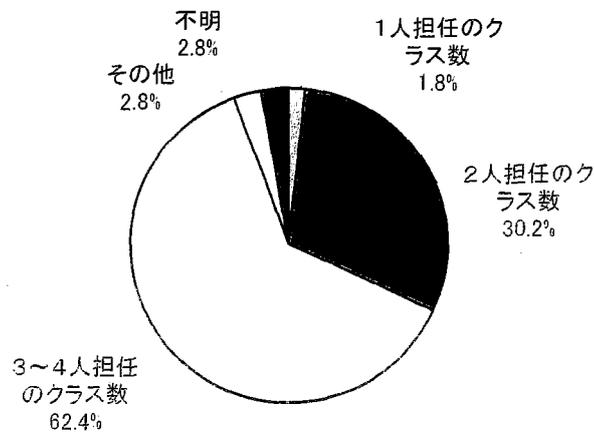
母子だけの人間関係や生活リズム段階から より大きくて複雑なサイズ・ルール集団への適応に向けたソーシャルスキルの獲得段階である。子どもにとっても家族にとっても小集団からのスモールステップでの将来に向けた地域生活者としての自立力を育む生活の場が発達支援サービスの基本となる。

→親の社会化と子どもの社会化・地域化に向けてのサイズ・レベル・テンポの異なる多様な集団活動を基本的な生活の場として位置づけ、母子の状況に合わせた日常生活の場での発達支援サービスを効果的に提供できる体制を。

1クラスの人数 (2005年度)



担任職員数 (2005年度)

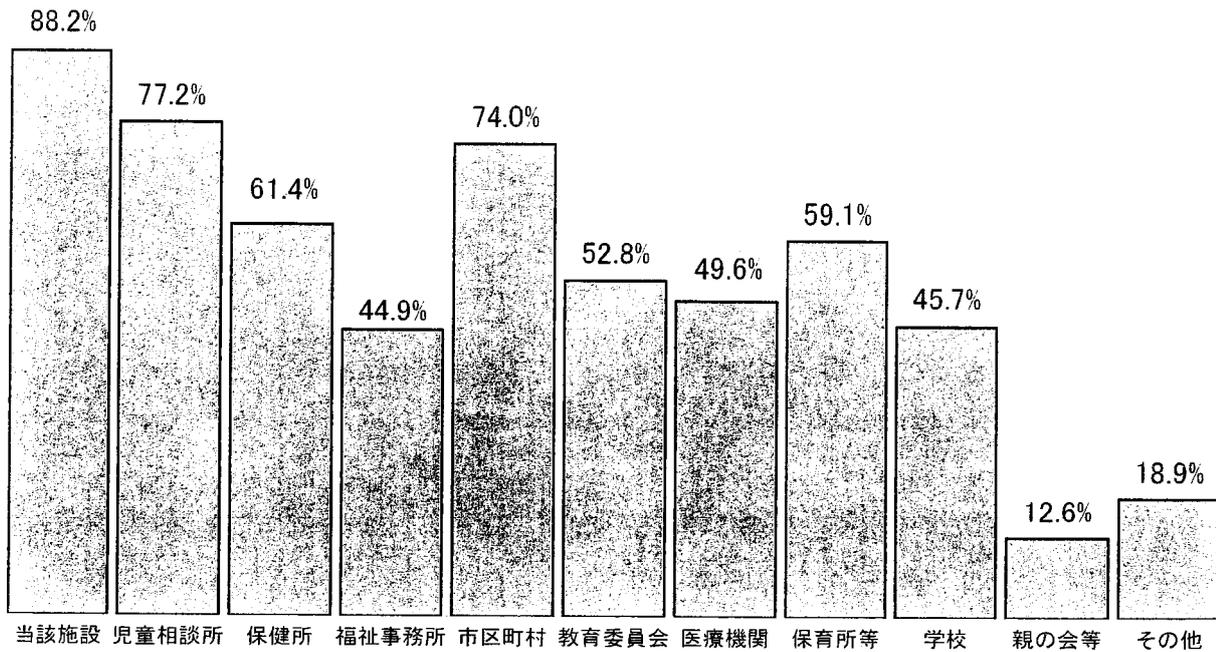


4 乳幼児の保護者は年齢的にも若く、収入面や夫婦の絆や養育力が未だ脆弱で社会的にも孤立しがちな時期である。

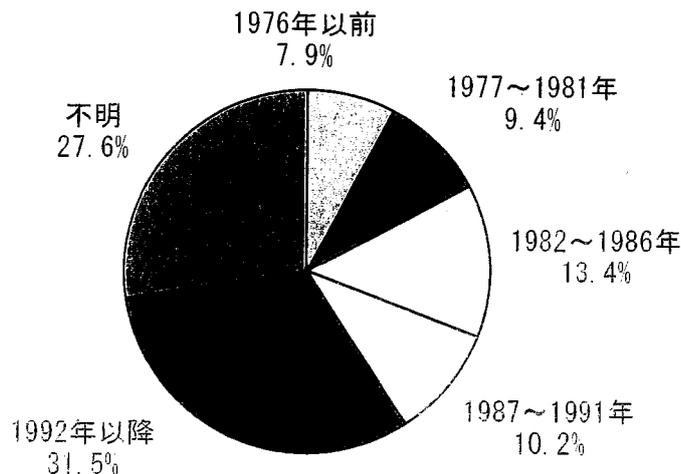
子どもの育ちにくさとか障害や病気がちにもなう過重な金銭的・精神的・肉体的な負担は核家族が進行する状況下にあつて社会的にも精神的にも孤立無援状況に陥っていることがあり、子ども自身とその家族が支援の対象となる。

→子どもの発達支援からだけでなく親・家族支援のための家庭訪問や関係機関や関係者との情報交換や支援検討会議などの間接的な発達支援サービスを安定的に提供出来る体制の確保を。

処遇を協議する組織の構成員 (2004年度)



地域内の障害児の処遇を協議する組織の設置年 (2004年度)

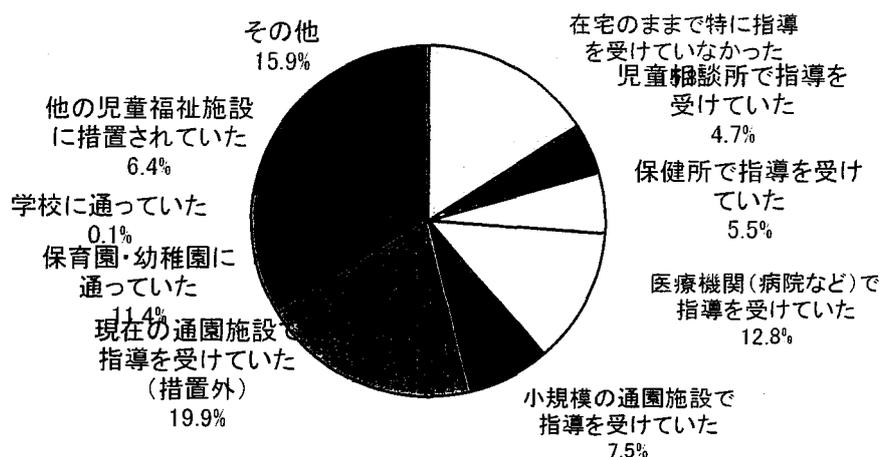


5. 障害というスティグマやトラウマからの苦しみや悲しみのさなかにあり、我が子の事実を未だ肯定的に受容し、安心して安定的家庭生活の構築が困難な時期である。

障害受容は限りなく個人的内容で、支援が困難で、長時間の取り組みとなる課題である。が一方ではこの問題に対する対応が不十分であったり、未着手であったりして離婚に至ることも多い。特に夫婦間での子育て観や人生観の齟齬を拡大させないための支援が子どもの支援効果を確保するためにも不可欠となる。

→親支援・家族支援として父親の障害受容は早期から、時間をかけて、多面的な対応支援が不可欠となるが、この支援は困難を極めるため、医療・福祉・教育関係者が取り組みを避けがちである。地域の発達支援センターとしてのネットワークや生活レベルでの支援のコーディネーターとしてのソーシャルワーカーの位置づけを。

在園児の入園前の状況 (2005年度協会実態調査)

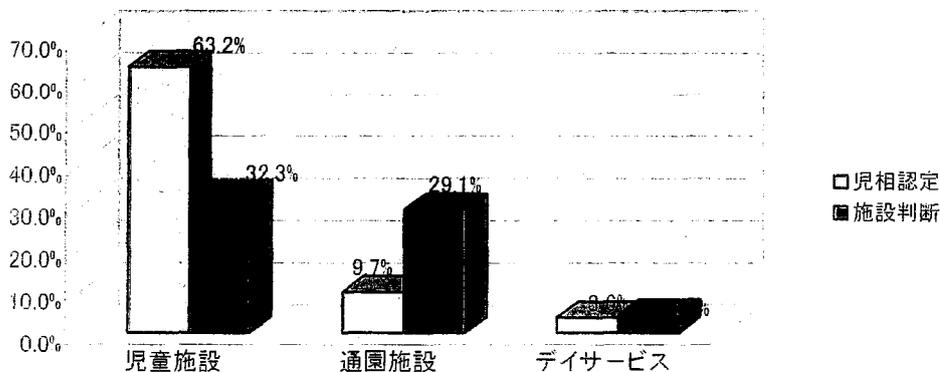


6. 障害に関する知識不足や情報不足からの育てにくさが子どもを取り巻く大人達の児童虐待に繋がれる可能性が極めて高い事が予想される。

日常での聞きわけの無さ、落ち着きの無さ、理解が出来ない行動、学習効率の悪さなどから子育て手法としての「しつけ」の視点からの過剰で暴力的な関わりやしいては「諦め・放置」などから子どもの心身への虐待になりやすい。

→支援対象児は障害乳幼児である前に「子ども」である。その意味では少子化対策としての次世代育成支援事業、児童家庭支援事業や児童虐待防止対策など我が国の全体的な児童福祉施策との整合性や関連性を十分確保した上での障害から来る「育ち難さ」に対するきめ細やかで効果的な対策を。

被虐待児のいる施設比 (2004.9協会調査から)



ヒアリング資料 知的障害児施設の実態

(財)日本知的障害者福祉協会発達支援部会児童施設分科会

日本知的障害者福祉協会発達支援部会児童施設分科会が実施した実態調査等における知的障害児施設の実態について資料として提出いたしますのでご参照下さい。

I 児童福祉法改正施行の実態

1. 支給決定の実態

平成 18 年 10 月 1 日児童福祉法改正施行に伴う支給決定は、児童施設分科会が 10 月 10 日、19 年 1 月 20 日、19 年 5 月 1 日に調査を実施した。その結果は第 1・2 表の通り施設所在の都道府県における措置・契約の決定は、著しい格差がみられた。

(18 年・19 年緊急調査・20 年支給決定の事例調査から：自閉症児施設 3 施設含む)

第 1 表 調査回答における支給決定等の状況及び推移

基準日	回答数	定員	在籍数	在籍率	過剰児率	措置数	措置率	18未満措置率
18年10月1日	224	10,336	8,552	82.7%	39.7%	2,316	27.1%	39.3%
19年5月1日	183	8,095	6,704	82.8%	37.1%	2,200	32.8%	44.6%
20年1月1日	180	7,966	6,789	85.2%	—	2,368	34.8%	—

※ 平成 18 年 12 月の「虐待等」の解釈事例が出た事もあり措置率は上がっているが、都道府県の措置率の格差が続いている。この背景には、「原則契約制度に移行」との説明がある。

※ 契約制度により児童相談所と施設・保護者の関係が弱くなったとの声が増えてきた。

第 2 表 都道府県における措置率(全員)の状況

(都道府県数)

基準日	措置率	～10%未	10～30%未	30～50%未	50～70%未	70%～
18年10月1日		9	24	4	5	3
20年1月1日		7	17	9	8	4

○ 支給決定に対する児相等との協議状況(19 年 1 月)

協議数	措置に変更	変更率	継続協議
830 人	475 人	57.2%	61 人

※ 10 月支給決定を見送った県があったが 19 年 2 月には全県で終了。

※ 契約のケースには、虐待・ネグレクト等社会的養護を要すると考えられるものが含まれている。

※ 自閉症児施設は、専門療育という性格から家庭養育の困難さに対し社会的養護としての認識が弱く、契約が主となっていることから再検討が必要ではないか。

2. 準備不足のまま施行を強行したことの混乱

(1) 18 年 9 月 29 日省令告示にみられるように移行の諸事務が遅延した。

⇒ 受給者証の交付が間に合わない県があったが、10 月 1 日に遡及適用して契約を求められた。

⇒ 一方、準備が間に合わなかったため支給決定の延期、措置・措置費で対応した県がある。

(2) 施設側の運営規程・契約書、利用者負担額の確定等に時間的余裕がない

(3) 契約が 10 月 1 日に完了しないなかで措置解除通知の送付等見切り発車のスタート。

○ 準備状況

主体	説明会開催		契約書作成		重要事項作成		18年10月1日契約の状況				
	施設数	回数	未作成	済	未作成	済	未締結	契約済	契約人	受給証	仮証
施設数	149	261	40	134	42	132	58	102	2,193	770人	115人
%	85.1		22.8	76.5	24.0	75.4	33.1	58.2	49.3	35.1	5.2

3. 利用者負担による混乱

(1) 制度改正の都道府県での説明の不充分さ

⇒ 制度が変わったから必要な書類提出程度の説明に止まる

(2) 措置・契約制度における利用者負担の格差

⇒ 同一施設での援護における異なる負担方式は、法の下での平等を欠く

- ・ 契約は、定率1割、食費・光熱水費、日用品、医療費、学校教育経費
- ・ 措置は課税所得に応じた徴収金により事業費・医療費・学校教育費も公費負担

⇒ 負担増から家庭引取りがみられた。9月末退所164人、10月以降契約を理由に67人退所

4. 契約制度導入における施設運営の混乱

○ 施設給付費の単価は、公立施設が1000分の965と示され、民間施設の民間施設給与改善費は3.5%程度の算定となり、それを超える分の減額や各種加算の打ち切りによる減収

○ 地域区分の適用の問題

⇒ 施設給付費は18年4月、介護給付費（短期入所・児童デイサービス等）は16年4月現在の地域区分の適用という矛盾

○ 定員規模単価は、暫定定員から認可定員となり、入・退所に伴う欠員状態による減収

○ 施設給付費の日額制による影響が大きい

⇒ 外泊・入院等の減算による減額

○ 利用者負担金の滞納・未収等の発生

○ 措置費事業費より1万円程の利用者負担額の増とすることの問題

○ 請求等支払い事務説明に不充分さ、請求事務等による支払の遅延に伴う資金繰りが悪化した

○ 社会福祉法人軽減等の取り扱いが不明のままスタートした。

⇒ 成人に準拠する程度の説明で障害児施設に関する事務連絡が遅れる

○ 措置費についても月末翌月払いに変更、法改正時に18年度保護単価すら示されていない。

○ 措置・契約の混在は、生活支援、保護者との対応等にさまざまな影響を招いている。

○ 9月措置費収入と10月以降の総収入(事務・事業費含む)比較 (減収率の状況)

調査有効回答161施設のうち80%が減収と回答

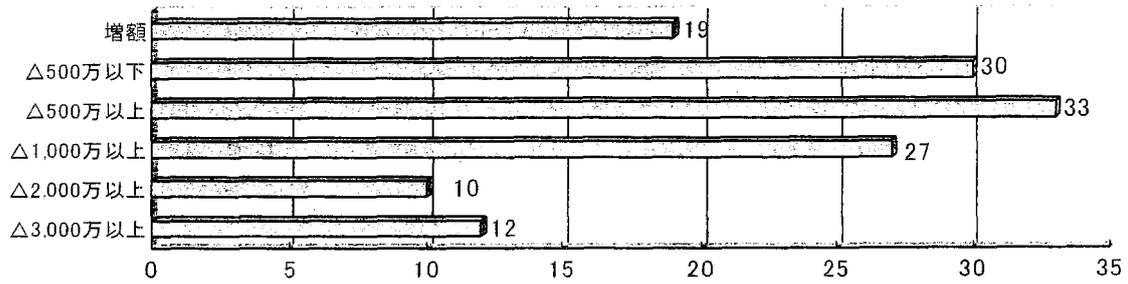
減収率	～5%	～10%	～15%	～20%	～30%	30%～
18年10月	42	27	19	25	12	5
18年12月	29	23	27	23	22	5

○ 18年度決算段階(4月末)においても、会計処理についての都道府県からの通知がない現状である。

○ 18年度決算による資金収支決算経常活動の収入の増減(17年度比)実態(有効回答数138施設)

⇒ 激変緩和の時限措置の撤廃が必要

18年度収入の増減



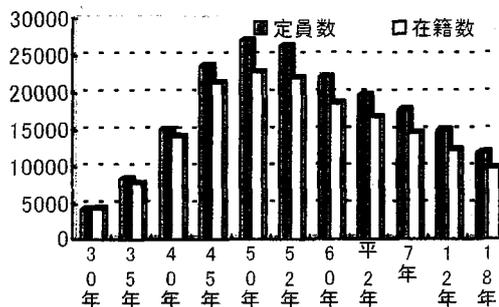
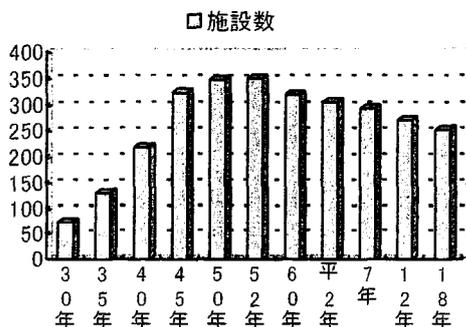
- 経常活動に伴う収支の状況は、17年度に比して減額となったのは112施設(81.1%)、それに伴い支出を削減する107施設(77.5%)である。

これらの現状に対して当面の緊急措置を検討して頂きたい。

- ① 定率1割の負担対象を基本単価に限定し、各種加算は除く。
- ② 契約の場合は、特別児童扶養手当の支給対象とする。
- ③ 運営費は、従前の定員払いとして頂きたい
 - 施設給付費は、安定した施設運営のため経過措置として月額制を基本とする。
 - 入院時には職員の付き添いが必要とされること、外泊は家族再統合に向けてより積極的に実施する必要があること等の児童期の特性を考慮し、減算措置は講じない。
 - 単価の見直し等において人材確保・育成が可能な検討をする。
- ④ 激変緩和措置の90%保障を継続する。また、小規模施設における減収や入・退所の変動等により、施設運営が不安定を招いている事から、単価の見直し及び空床に対する一定の保障をする。
- ⑤ 施設措置費・施設給付費は、児童養護施設と同様の実態に即した対応を検討する。
 - 児童養護施設でのグループケアを導入し加算措置。
 - 児童養護施設での就学前の子どもに対する加算措置。

Ⅱ 知的障害児施設の現状

1. 施設数・定員等の現状



○法2条の公的責任により公立施設等の設置促進。

○施設の減少は過齢児対策としての成人施設への転換による。

○入所児童数の減少は、特別支援学校の整備により育代替機能の終焉、在宅支援サービス教の整備、家庭不分離を基本とする指導等から施設に対するニーズの変化による。

(厚労省：毎年10月1日現在)

	30年	35年	40年	45年	50年	52年	60年	平2年	7年	12年	17年
施設数	75	131	219	325	349	352	321	307	295	272	255
定員数	4,281	8,396	15,124	23,582	27,022	26,237	22,096	19,694	17,776	14,975	12,152
在籍数	4,382	7,791	14,126	21,380	22,758	21,960	18,622	16,754	14,597	12,276	10,155
充足率	102.4	92.7	93.4	90.6	84.2	83.6	84.2	85.0	82.1	81.9	83.5

2. 入所の状況 (調査回答率 80%による実態)

(1) 年間1,400～1,500人程度の受け皿が必要である。

協会全国調査による入所数の動向は、現状では年間約1,500人前後で推移している。

(*基準日は10月1日でその前1年の数値)

	3年	7年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年
入所数	1,704	1,301	1,279	1,546	1,429	1,870	1,664	1,373	1,372	1,727	1,457	1,627
%	9.7	8.3	8.8	10.9	11.8	13.4	13.1	11.9	14.3	16.2	15.0	17.1

(2) 入所に係わる動向

- ・ 入所時の年齢では小学1年入学時が12.5%、次いで高校入学15歳時11.5%が多く、就学前8～10%程度を占める
- ・ 思春期に親よりも体格が上回り養育課題が深刻化する30～40%
- ・ 入所時期は、4月に30%程度入所し、年間概ね平均的に分散して入所している。
- ・ 障害の程度は、㊤・A-1 11.2%で、中軽度が55.8%と知的能力が高いが社会性、適応行動等に課題のある者の入所が年々増えている。
- ・ 入所前の生活の場としては、家庭が75%であるが、他の児童福祉施設等からの措置変更、特に児童養護施設からの変更が8～10%程度見られる。

○ 平成 17 年度の入所数と年齢状況

		人数	5 歳以下	6~11 歳	12~14 歳	15~17 歳	不明
17 年度入所者		1,246	92	355	282	292	245
		%	7.4	26.9	22.6	23.4	19.5
内 訳	男	841	70	234	190	189	158
		69.1%	8.3	27.8	22.6	22.5	
	女	405	22	101	92	103	87
		30.9%	5.4	24.9	22.7	25.4	

○ 障害の程度

		人数	㊤	A-1・2	B-1	B-2
17 年度入所者		1,246	312	239	379	316
		%	25.0	19.2	30.4	25.4

○ 入所月の動向(17 年)

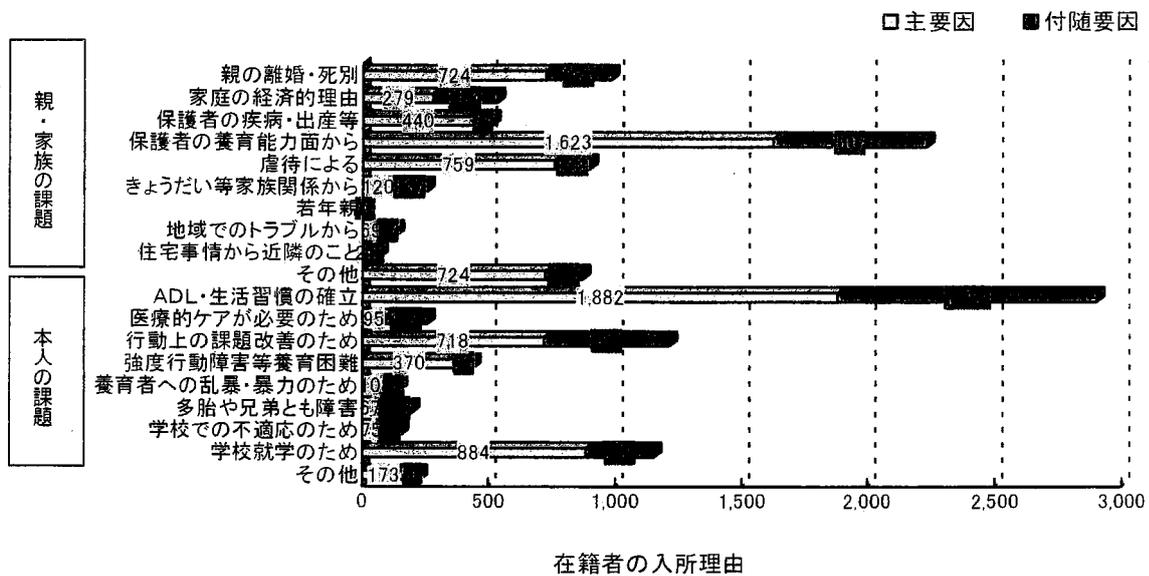
月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	不明
計	526	46	62	63	57	57	56	50	58	48	55	100	68
%	42.2%	3.7%	5.0%	5.1%	4.6%	4.6%	4.5%	4.0%	4.7%	3.9%	4.4%	8.0%	5.5%

○ 入所前の生活の場 (％は 17 年入所数比)

生活の場	人数	%	生活の場	人数	%
家庭	831	66.7	病院等医療機関	17	1.4
他の知的障害児施設	37	3.0	学校寄宿舎	9	0.7
児童養護施設	69	5.5	その他	17	0.9
乳児院	9	0.7	不明	277	
その他の児童福祉施設	36	2.9			

(3) 入所理由・動向

在籍児童全員(在籍数 7,945 人)の入所時の理由は、虐待による入所や親の養育能力に関する事情が多く前年より 5~6ポイント増加している。



入所の傾向について

- ① 離婚・死別等による家庭機能の崩壊・低下から養育困難
→ 家庭の状況は、両親世帯は 50%程度に止まり、両親のいない世帯、ひとり親世帯で家族への支援等の要保護世帯が半数を占めている。
 - ② 疾病・傷病、養育力、養育不安・疲労からの家庭養育の困難、
 - ③ 虐待等の身体的・精神的な課題から家庭分離の必要性の増加
 - ④ 地域でのトラブル
 - ⑤ 子どもの ADL 等生活能力の未熟さ
 - ⑥ 情緒・行動の課題からの家庭養育の困難さ
- 等さまざまな要因が重なり合っている。子ども本人の課題に対する対応の困難さが家庭養育困難さを増幅している。これらの要保護児童は 5 割以上と推計できる。

3. 虐待に関する状況

(1) 虐待による入所数

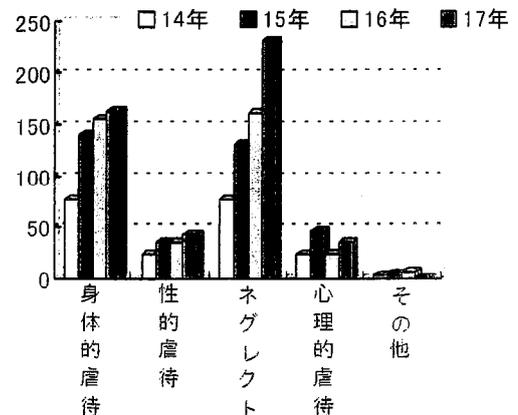
16 年度 336 人、17 年度は 43 人増の 379 人。

(2) 虐待の内容

身体的虐待が 164 人と前年より 8 人増加、ネグレクトが 162 人、前回より 31 人増加している。男女別では、性的虐待を除いて男子が高く、特に身体的虐待における男子の割合が高くなっている。

(3) 16 年 9 月調査では、児童相談所での認定した以外に施設として入所後の状況から虐待と判断した事例も多く虐待に対する判断の難しさがある。特に養育能力等から適切に養育されない影響と発達障害

に起因する状態像の区別をつける臨床的なデータもない。虐待、特にネグレクトの分類は児童の発達の状況から養育環境の二次的要因(障害)を広義に捉える必要があり、思春期以降にその矛盾が表面化する。



○ 虐待による入所動向及び内容（※複数回答）

	計	%	男	女	身体的虐待	性的虐待	ネグレクト	心理的虐待	その他
14年	126	9.6%	76	50	77	24	77	24	3
15年	284	24.1%	156	128	140	34	131	46	5
16年	336	29.3	184	152	156	35	162	24	6
17年	379	30.4	223	156	164	42	231	34	1

入所児童の障害の程度や特性から親の養育困難さは、虐待と判断に至る背景も含めて障害児の育ちの環境が悪化しているというのが現場の率直な感想である。

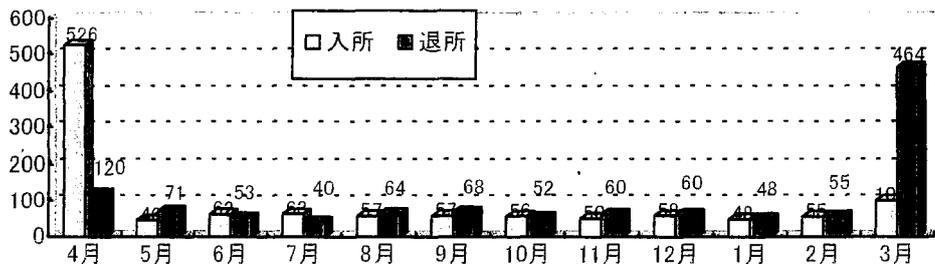
障害児の家庭、学校、地域でのさまざまな課題から施設入所に至る経緯から社会的養護の観点による実態把握が必要である。（発達支援部会 17年6月障害児の虐待に関する調査報告）

虐待防止法に伴う対策は、障害児に対する予防から障害児の福祉サービスのあり方を含めてトータルな対策の検討も必要ではないか。

4. 退所の状況

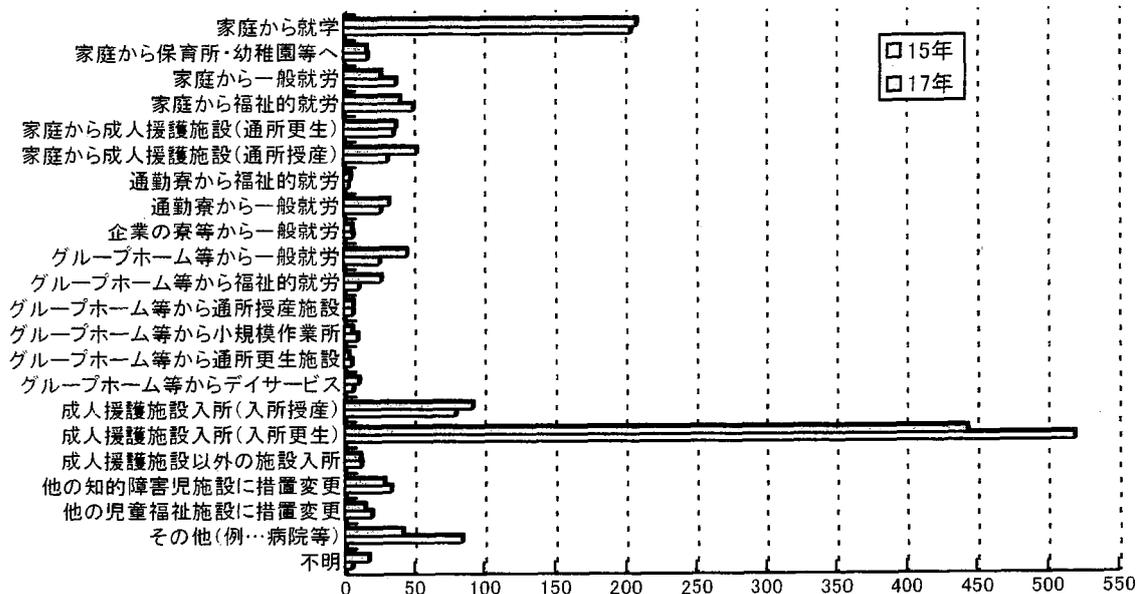
- 退所児童の進路 年間 1,200～1,500 人程度退所している。
- 児童期に家庭にもどるのは 18.1%で家族再統合の困難さがあるのは、入所時点で既に家族機能が崩壊していることから要支援家庭が多い事と関係している。
- 就労は 7.6%に止まり、自立した地域生活への移行の困難さがある。満 18 歳から年金受給の 20 歳までの間の経済的理由から選択肢が少ない事も影響している。
- 退所月は、3月末に集中し、次いで 10 月が多く毎月一定数が分散している。
- 児童施設の過齢児対策が進まない理由に入所更生施設への移行を希望しないことや自立生活が困難なため入所施設への依存度が高く、成人援護施設の整備状況に左右されている。

17年度月別入・退所の状況



	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年
退所数	1,247	1,355	1,363	1,470	1,222	1,268	1,161
%				11.2	12.1	12.5	12.7

退所児童の進路先



□平成 18 年度入・退所の状況(法改正の影響)

(1)入所状況

- 平成 18 年度入所児童数 948 人、入所率 11.3% (平成 17 年度 1,457 人、入所率 15.0%全国調査)
 - ・ 前期 587 人 入所率 14.0%
 - ・ 後期 361 人 入所率 8.6% [契約 167 人(46.3%) 措置 194 人(53.7%)]
 - ・ 平成 19 年 4 月の入所は、18 年 4 月に比して 35 人増加している。

(2)退所状況

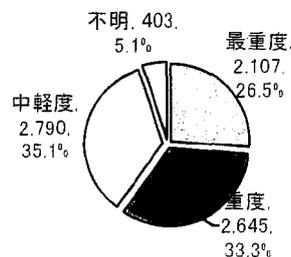
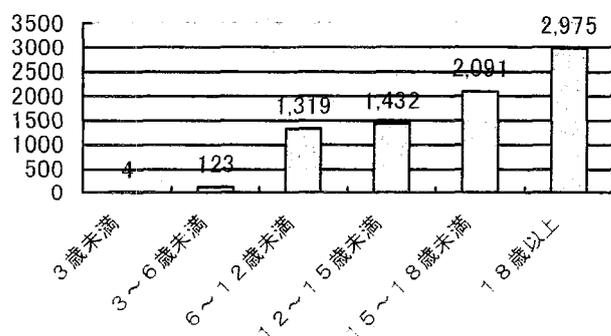
- 18 年度退所児童数 1,188 人 退所率 14.7% (平成 17 年度退所率 11.0% 全国調査)
- 前期 512 人 と法改正施行前の 9 月退所が 164 人と多く、制度改正の影響、特に利用者負担増が関係していると思われる。
 - 後期 676 人 後期内訳 契約 458 人(68.6%) 措置 210 人(31.4%) と契約は措置の 2 倍多い。
 - 契約を理由に退所したと報告したのは 67 人(9.9%)である。

18 年度入・退所数 (回答施設 183 施設)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月		10月	11月	12月	1月	2月	3月	小計	%	4月
入所							契約	45	24	25	24	14	35	167	46.3	183
							措置	37	29	27	22	22	57	194	53.7	94
							計	82	53	52	46	36	92	361		277
退所							契約	34	54	45	24	30	279	466	68.6	123
							措置	42	13	14	13	10	118	210	31.4	28
							計	76	67	59	37	40	397	676		151

5. 児童の状況

- ・在籍数 7,945 人で在籍率 81.7%、年齢は 18 歳以上が多く 2,975 人 37.4%であるが前年度より 1.5 ポイント減少している。次いで高校生の年齢が 26.3%となっている。(平成 18 年 10 月 209 施設)



- ・就学は、4,967 人 62.5%、うち高等部就学 1,906 人(38.3%)
 - ・障害の程度は、重度域が 59.8%と前年より 4.1 ポイント減少し、中軽度が 35.1%と増加している。
 - ・重複障害は、てんかん 24.3%、自閉症 26.8%、身体機能障害・低下 9.1%と多様な状態像を示している。
 - ・生活支援面では、行動課題等が多く見られ、安全上、常時目を離せない 29.3%がマンツーマン対応を必要としている。設備上安全対策を必要とする者も 12.3%にのぼる。
 - ・医療面では、てんかん薬の服用が 25.2%、精神薬 25.4%、睡眠剤 7.3%と小児神経医療の対応度が高いことを示している。
- ⇒ これらのことから配置基準の児童 4.3 : 職員 1 の配置では十分な対応が困難であり、週 40 時間労働時間制では運営が困難な実態にある。

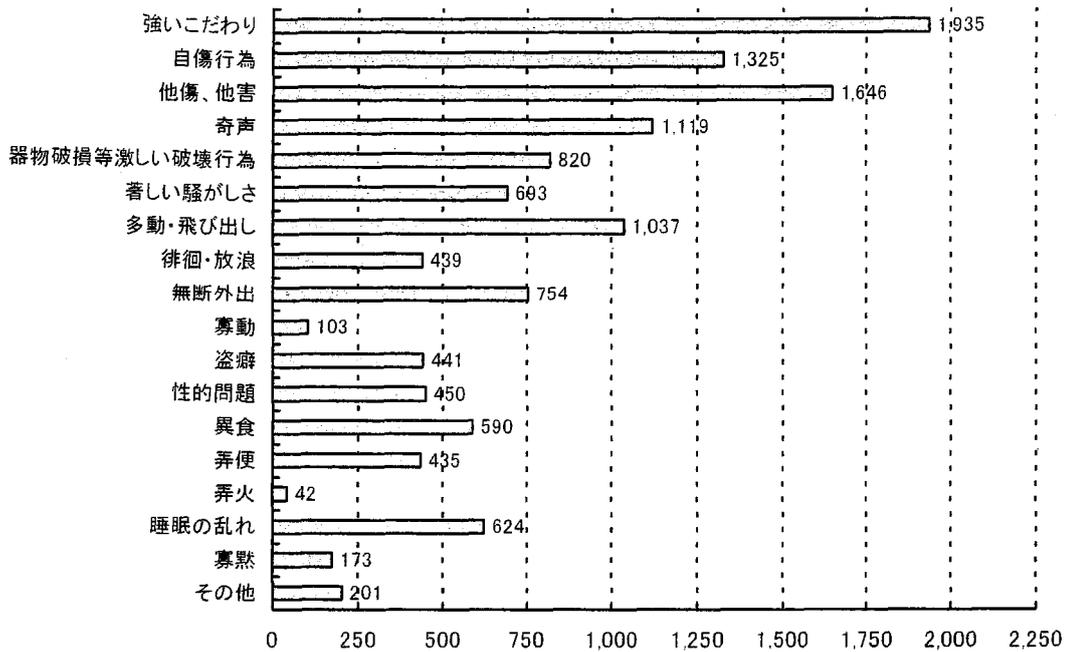
(1) 就学の状況

	人数	%
訪問教育	53	1.1%
施設内分校・分教室	290	5.8%
施設隣接提携学校	496	10.0%
地域の養護学校通学	3,382	68.1%
地域の小中学校の障害児学級通学	448	9.0%
地域の小中学校の普通学級通学	24	0.5%
幼稚園への通園	11	0.2%
保育所への通園	10	0.2%
不明	23	0.5%

(2) 重複障害の状況

	施設	人数	%
てんかん	194	1,933	24.3
自閉症(傾向)	179	2,128	26.8
その他の精神障害	122	440	5.5
視覚障害	92	167	2.1
聴覚障害	91	113	1.4
肢 体 不 自 由	上肢	97	166
	下肢	116	284
	体幹	95	160
	運動機能	66	108
内 部 疾 患	心臓	85	121
	腎臓	48	37
	喘息	77	128
	糖尿	36	17
	その他	59	126

(3) 療育上の課題



(4) 通院等の状況

	施設数	実人員	%	延べ回数	1施設平均	1人平均
精神科・脳神経外科	190	4,739	59.6%	27,423	144.3	5.8
小児科・内科	193	7,567	95.2%	32,562	168.7	4.3
外科・整形	190	2,118	26.7%	7,223	38.0	3.4
耳鼻咽喉科	191	2,477	31.2%	9,374	49.1	3.8
歯科	192	4,005	50.4%	15,740	82.0	3.9
皮膚科	192	3,333	42.0%	12,785	66.6	3.8
眼科	187	1,547	19.5%	3,362	18.0	2.2
計				108,469	519.0	13.3

○ 服薬の状況

	人数	%
抗てんかん薬	2,232	25.2%
抗精神薬	1,623	18.4%
抗不安薬	618	7.0%
睡眠薬	645	7.3%
心臓疾患	44	0.5%
腎臓疾患	30	0.3%
糖尿病	18	0.2%
喘息	146	1.7%
貧血	76	0.9%
その他	556	6.3%

○ 入院の状況

施設数	人数	日数
147	345	10,287
70.3	4.3	

○ 付き添いの状況

	施設数	%	人数	%
職員で対応	49	33.3%	96	27.8%
保護者で対応	61	41.5%	111	32.2%
職員・保護者で対応	69	46.9%	98	28.4%
第三者依頼	26	17.7%	23	6.7%

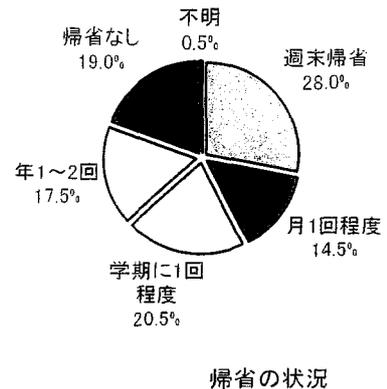
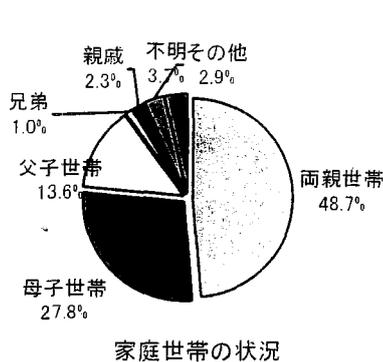
○ 通院の頻度から10月に医療費の公費負担がなくなると医療費の支払い等の負担、怪我等の責任問題等におけるトラブル等の課題が大きい。

○ 入院の比率は、児童の5%で入院数の半数は職員だけが付添う実態にある。

6. 家庭の状況

- (1) 両親世帯は48.7%程度に止まる。ひとり親世帯が何らかの要支援家庭と捉えられる。
- (2) 面会は、面会なしが12%、年に1～2回14.2%と25%以上は親子関係の継続が困難
- (3) 帰省なし27.3%、年1～2回14.2%と40%以上がほぼ施設だけの生活となっている。

これらの事から要保護児童に対する家庭養育困難さを招いている状態を要支援家庭とすれば、子どもの側から見ると家族再統合が難しく、児童期に施設入所すると一生施設暮らしというケースも多く、社会が責任を持って児童の健全育成を図ることが子どもの生存権を保障する事になる。



○ 家庭の状況

	人数	%
両親世帯	3,868	48.7
母子世帯	2,211	27.8
父子世帯	1,077	13.6
兄弟	81	1.0
親戚	186	2.3
その他	227	2.9
未成年後見	17	0.2
成年後見	54	0.7

○ 帰省の状況

	人数	%
週末帰省	2,228	28.0
月1回程度	1,149	14.5
学期に1回程度	1,630	20.5
年1～2回	1,394	17.5
帰省なし	1,508	19.0

○ 帰省できない理由

	人数	%
親がいない	237	3.0
地理的条件	22	0.3
家庭の事情で帰らない	732	9.2
家庭状況から返せない	424	5.3
その他	40	0.5

○ 面会等の状況

	人数	%
家族の訪問なし	1,085	13.7
月1～2回来園	2,327	29.3
学期に1回来園	1,556	19.6
年に1～2回来園	1,080	13.6
職員引率で家庭に	58	0.7
面会の制限の必要あり	96	1.2

○ 面会者の状況

	人数	%
両親	1,215	15.3
きょうだいの来園	354	4.5
父親	926	11.7
母親	2,440	30.7
祖父母等	333	4.2

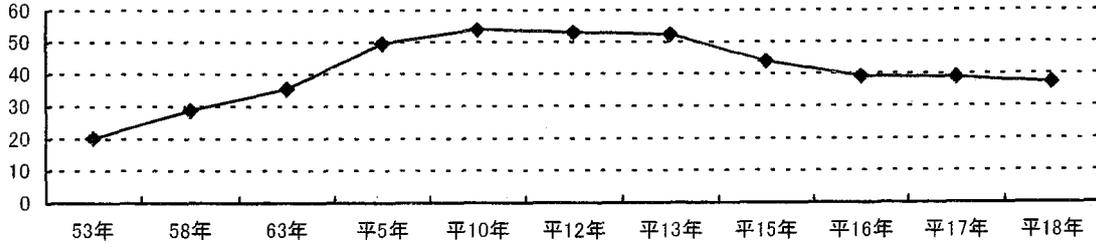
7. 過齢児の現状と対策

(1) 過齢児の推移

○ 過齢児(満 18 歳の法定年齢の超過)の在籍率の推移(児童施設実態調査)

18年10月 満18歳以上 2,975人(37.4%) うち満20歳以上 2,242人(28.2%)でこの変動は、児童施設の者併設型施設への転換等に左右されている。

○ 大人になったら大人としての生活を保障する事が本人の権利として対応する事が必要である。



年	53年	58年	63年	平5年	平10年	平12年	平13年	平15年	平16年	平17年	平18年
割合	20.2	28.8	35.5	49.5	53.9	53.0	52.3	44.0	39.2	38.9	37.4

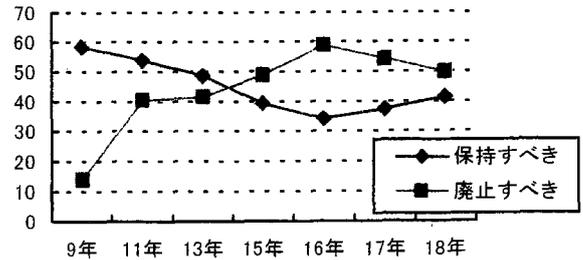
(2) 63条2項の措置延長規定に対する見解は二分している

□ 法63条2項を「廃止すべきである」104施設(49.8%)「保持すべきである」87施設(41.6%)、意見が分かれている。

・廃止すべき理由は、「年齢に応じた生活支援が困難」が82施設(78.8%)、「通過型施設としての機能に限定すべき」が68施設(65.4%)。

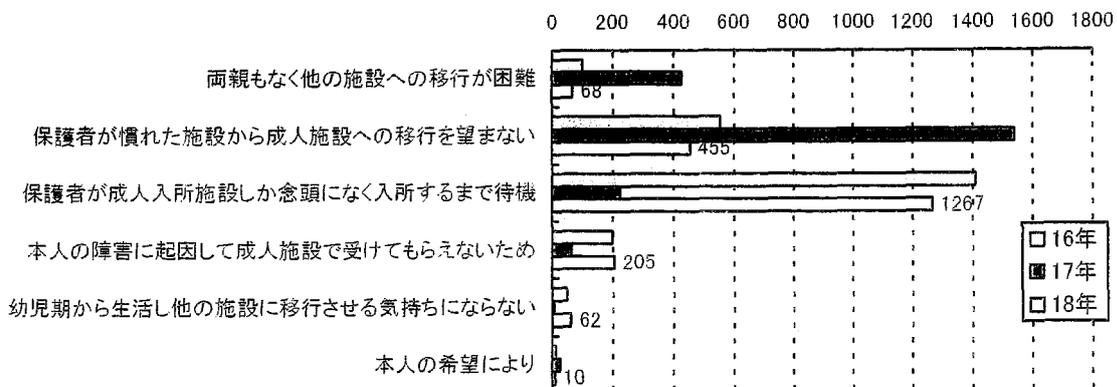
・保持すべき理由は、「他に受け皿がない」が66施設(75.9%)、「本人の生活支援の上から」46施設(52.9%)、「児者一元化が必要」10施設(11.5%)

○ 調査年による推移(単位%)



	平成9年	11年	13年	15年	16年	17年	18年
廃止すべき	13.8	40.5	41.6	48.9	58.7	54.1	49.8
保持すべき	58.3	53.7	48.6	39.4	34.3	37.4	41.6

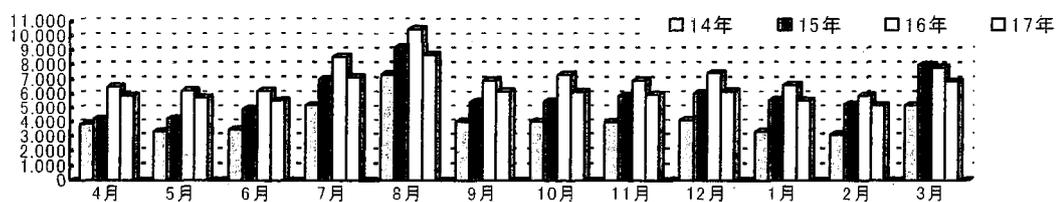
□ 満20歳以上の方が在籍している理由



8. 在宅支援事業の状況

(1) 短期入所・宿泊利用の実態

- 短期入所の実施施設は、18年10月自立支援法による138施設(66.0%)、空床型94施設、併設型50施設、利用定員805人である。その利用実績は、年間100日未満の利用が36施設と一番多く、1,000日を超える利用は、17施設(12.3%)に止まっている。利用実態は、地域や施設の立地要件等により相当のバラツキが見られる。
- 利用月は、特に8月、7月、3月が多く、例年、学校の長期休みの時期が多くなっている。
- 訓練目的の利用は、30施設で延べ2,557日、1件当たり3.4日。
- 幼児の利用は、59施設で260人、延べ3,684日、1人平均14.1日。
- 宿泊を伴う短期入所の送迎加算の実績は、20施設、670回と利用者数の10.7%。
- 宿泊利用の理由は、親の疾病・入院、療育疲労・休養のレスパイトの利用が最も多く、療育目的、行動改善、生活リズムの改善等で入所施設の特性を活用した利用もみられる。



月別利用状況

宿泊の利用状況

	14年度	15年度	16年度	17年度
実人員(人)	6,202	6,069	6,753	6,220
延べ件数(件)	18,775	30,350	42,411	34,563
延べ日数(日)	51,174	71,181	85,988	76,297

○ 月別利用状況

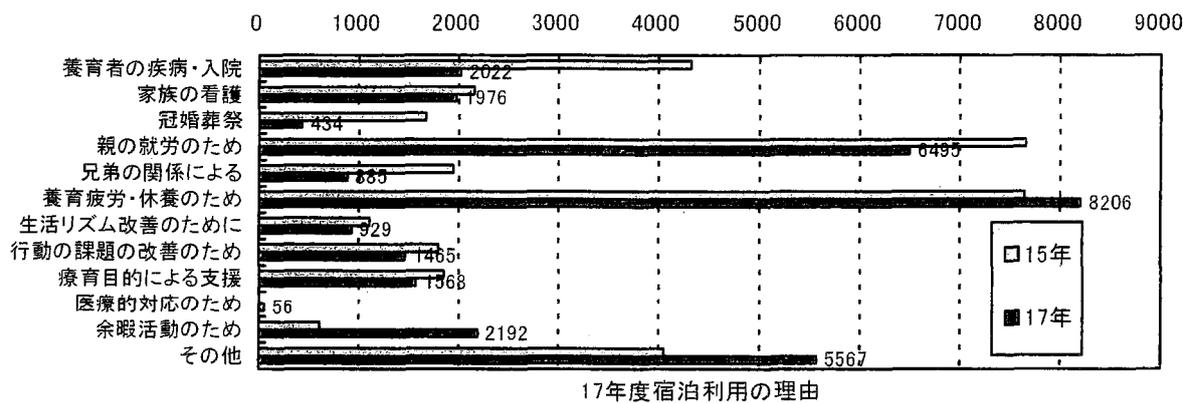
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
15年	4,244	4,289	4,965	7,026	9,243	5,458	5,484	5,880	6,051	5,594	5,280	8,004
17年	5,900	5,739	5,572	7,149	8,715	6,223	6,183	6,007	6,223	5,553	5,176	6,883

年間利用実績の状況

年間利用日数	施設数	%
100日未満	36	26.1
100~200日未	25	18.1
200~300日未	18	13.0
300~400日未	14	10.1
400~600日未	15	10.9
600~1000日未	13	9.4
1000~2000日未	13	9.4
2000~	4	2.9

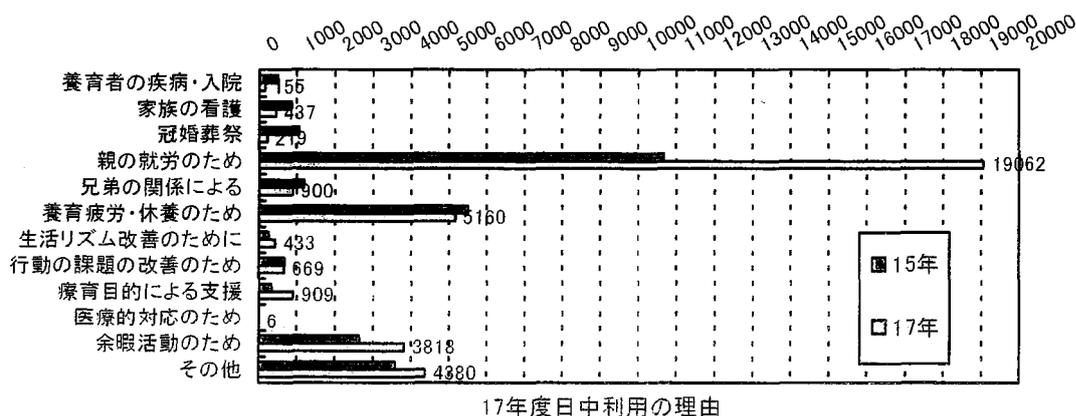
利用の実態

	施設数	数
20~30日の利用(人)	34	72
30日を超える利用(人)	47	61
通学校まで送迎(人)	42	266
施設通学校で対応(人)	50	542
訓練目的の利用数(人)	30	670
訓練目的の利用日数		2,557
幼児の利用数(人)	59	260
幼児の利用延べ日数		3,684
送迎の実施数(人)	20	670

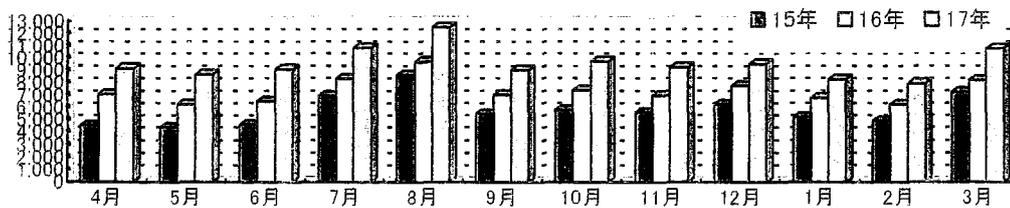


(2) 日中利用の実態 ⇒ 自立支援法で日中一時支援事業

- ・実施施設 128 施設、定員 612 人、17 年度の利用状況は延べ 105,960 人で前年度より 25,666 人多くなっている。
- ・時間単位では、4 時間未満の利用が最も多く、48,933 人(46.1%)、次いで 4～8 時間の利用で 40,156 人(37.8%)、8 時間以上が 16,871 人(15.9%)となっている。4 時間未満の利用は、平日の学校放課後が中心である。
- ・月別利用状況は、宿泊利用状況と同様に「春・夏・冬」の学校長期休みの時期の利用が多い。
- ・18 年 10 月から本事業は廃止され、自立支援法の市町村による地域生活支援事業に衣替えのため、その継続が課題となっている。
- ・利用の理由は、親の就労による利用が 52.7%と際立って多くなっている。障害児の放課後対策が不十分なため本事業が代替していることを示している。また、生活リズム、行動改善、療育目的での利用もあり、単なる預かりではなく学齢期の学校外での療育の必要性がみられる。児童デイサービスの学齢期の利用も同様な理由のニーズがある。



月別の日中利用状況



Ⅲ 今後の暮らしの場に向けて

児童施設分科会では、平成 15 年「子どもの施設としての知的障害児施設の検証と提言」を発表し、

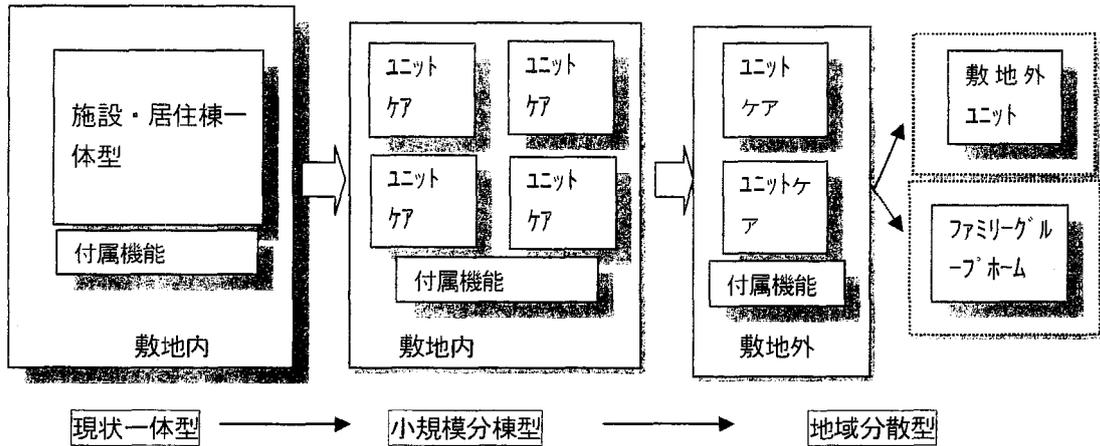
○ 子どもの特性に応じた施設形態・基準、あり方の検討

- ・小規模・地域分散型体系へ
- ・ファミリーグループホーム、専門里親の設置・拡充へ

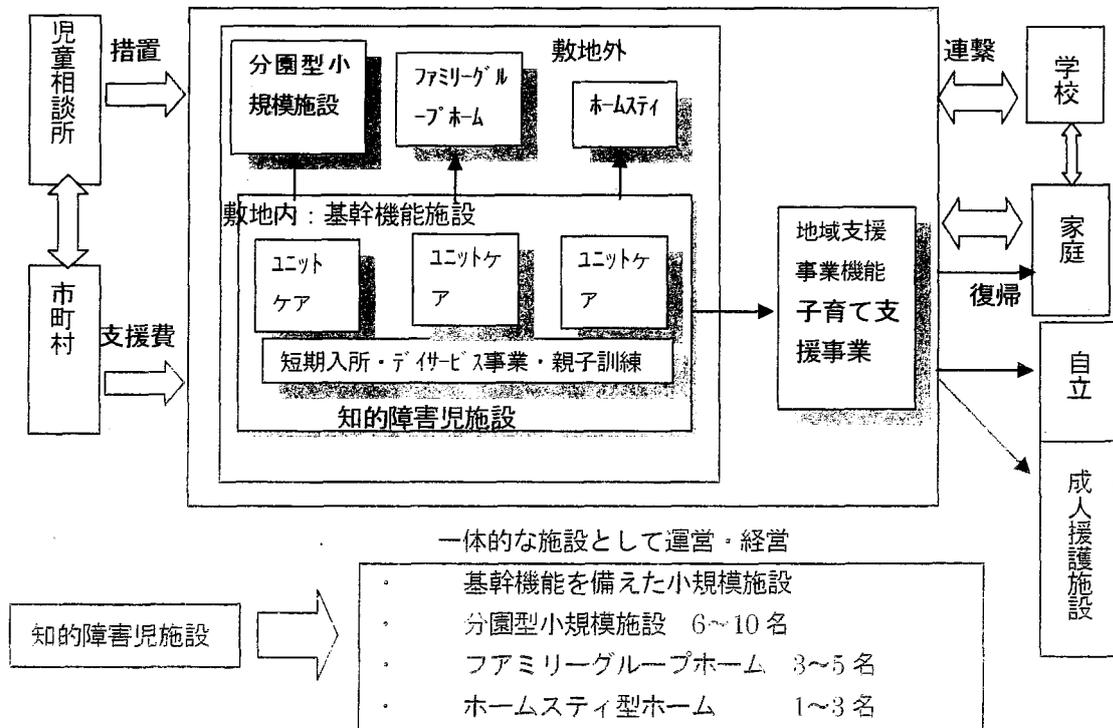
少なくとも児童養護施設に地域小規模型の体系を導入する。

以下のようなイメージを示した。

施設の改革の提案イメージ



児童施設の将来像のイメージ図 (厚生科学研究 16 年岡田主任研究山村分担班)



今後の施設のあり方を検討するあたり

障害児入所施設は、福祉型施設と医療型施設に大別して、その目的や生活に応じた機能の整備を行なう。知的障害児施設の実態は、児童養護施設と同様な実態があり他の児童福祉施設と一体的に検討する。その具体的な事項を以下の点を提案したい。

- (1) 障害児施策と障害者施策は、ライフステージの特性に応じた満 18 歳を基本とした支援体系を確立する。
 - ① 利用の延長規定を見直す。満 18 歳の年度末(高校卒業まで)を基本として障害者支援施設への移行を促進する。
 - ② 経過措置として障害児施設の在籍延長は、満 20 歳までを基本として最大満 23 歳に止める支援体制を整備し、その上で児童福祉施設としての機能を維持確立する。
 - ③ 過剰児施策は、知的障害児施設で成人施設の代替をすることなく、障害者支援施設等の整備計画により円滑に移行できる体制を整備する。
 - ④ 平成 11 年の児・者併設施設は、盲児・ろうあ児施設と同様に知的障害児施設も定員 5 名からの措置を講じ、者の併設型施設への導入の弾力化を図る。
- (2) 今後の知的障害児施設のあり方、機能について以下の点を考慮する。
 - ① 知的障害児施設は、学校教育、社会教育や地域活動、医療等の連携の上で生活支援を行なうこと、1 日、1 週間、1 ヶ月、1 年の生活全般を通して児童の成長発達を図ることから大人の場合とは異なり日中活動と夜の生活とは分離できないため、児童期の特性に応じた一体的な施設機能とする。
 - ② 知的障害児施設は、虐待・ネグレクト等適切な養育環境に欠けることから家庭から分離されることになった児童に対する成長・発達に及ぼす影響が大きいため、大人との愛着関係を確保する家庭に代わる養育支援の役割を基本とし、必要に応じて発達支援・療育支援等一体的に提供する施設とする。
 - ③ 知的障害児施設においても、家庭との連携や施設生活の家庭的環境の整備を促進するため、児童養護施設に認められているグループケア方式、分園型施設、地域小規模養護施設等を導入し施設ケアの小規模化の促進を図る。
 - ④ 施設入所前の家族支援、入所後の家族再統合等に向けた支援の重要性が増しており、その機能を担う相談支援等の専門職種を配置した子ども家庭支援センター・子ども地域療育センター等を新たな事業として創設する。
 - ⑤ 知的障害児施設の機能は、文部科学省との連携のもとに特別支援学校等の高等部までの就学保障、更には専攻科 2 年の設置を促進し、大人の福祉サービスへの移行支援が円滑となるように教育・医療との連携のもとに確立する。
 - ⑥ 障害児入所施設は、他の児童福祉施設と整合性を図るとともに障害の特性に応じた最低基準等を抜本的に見直しをする。
 - 最低基準の居室面積、居室定員の見直しをする。
 - 職員配置基準の児童 4.3 人に 1 人を 2 人に 1 人以上の配置とする。
 - 施設整備国庫補助基準の拡充を図り、家庭支援センター等必要な事業も対象とする。

以上

障害児支援の見直しに関する意見集約

2008. 4. 25.

全日本手をつなぐ育成会

1. はじめに

障害の有無や障害種別に関わらず、子どもは家庭および地域の中で育っていくものである。近年、家族の保育力や関係調整力が低下してきている今日、子どもが子どもらしく健全に成長できるような環境を整えるための支援が必要となっている。

「障害」を通して子どもを見るのではなく、全ての子どもにとって必要な環境が障害の存在によってどのように疎外されているのかという観点から障害児の成長や発達支援を捉え直し、母子保健・子育て支援・家族支援・地域支援・教育支援（インクルージョンのあり方）を再編・拡充していく必要があると考えられる。

2. ライフステージを通して必要となる支援のポイント

乳幼児期から学齢期までの障害児支援は、「障害児を通して行う親への支援」から、「親の支援を通して子の支援を行う」ことができるように転換する必要がある。

親の支援（＝家族機能の支援）は、子どもが子どもらしく健全に育つための環境を用意する手段（＝生活問題の発生予防）としてとらえる。家族機能の低下は、高度経済成長期以降の日本の重篤な問題である。

学齢期から青年期の支援は、「生活意欲」と「生活イメージ」の構築が主眼となる。

(1) 乳幼児期

①家庭が子どもの安全基地になる（衣食住の保障と両親の関係良好による精神的安定）、②親子の愛着形成ができる、③自分の身体の使い方を覚える、④五感を通して外界の情報を取り入れ、自分から情報を発信する、⑤さまざまな生活体験を積み生活スキルを習得する。⇒ これらが「心身機能の状態」によってどのように疎外され・強化されているのかを見極め、補っていく手段を講じる。

* 家族の課題：親業の学習、子どもの世話の仕方と生活リズムやパターンの変化への対応、夫婦関係や家族関係の調整、障害児が生まれたことの自分の人生への意味付け、障害への対応スキルの習得、サービスや相談場所の確保、自分の人生と子どもの人生のバランス確保など。

(2) 学齢期

①豊かな生活体験による生活スキルの習得、②地域での人間関係を広げる、③性を含めて自分の身体の状態を把握し訴えるスキルの習得、④放課後や余暇の過ごし方を学ぶ、⑤自身の心身機能の状態の理解（障害認識の初歩）、⑥サービス選択の練習。

⇒ インクルーシブな環境で発達支援を行うためには、どの機能をどの場で扱うのが適当かを検討する必要がある。

(3) 青年期

①大人としてのアイデンティティ構築、②親離れするための生活スキルの習得とサービス利用の練習、③労働・余暇・政治を通しての社会参加スキルの習得、④社会性を含めた

就労に必要なスキルの習得、⑤障害の自己認識を深める、⑥生涯学習の機会を得る。

⇒ 失敗しても自尊感情を肯定的に保てるように支援することが重要。自尊感情が否定的だと、障害を否定し不適応や依存性の高さ、精神疾患の発症につながる。否定的な障害の認識を変えるには、本人同士のグループワークが有効。

* 家族の課題：子どもの発達に応じたかかわり方の習得、夫婦関係や家族関係の調整、子離れの準備、サービスや相談場所の確保、自分の人生と子どもの人生のバランス確保、など。

3. 現行制度の問題点（意見集約）

(1) 乳幼児期

障害認知の問題による家族の孤立化・生活問題の重度化が防げない
親の不安や混乱の軽減を対象としたサービスがない
両親に対して、育てにくい子どもへの対応スキルを高める支援を行う場がない
一般の幼稚園・保育園での職員のスキルが不十分
生涯を見通して今行うべきことを支援できる専門性が不足している
療育センターのない市町村があるなど、相談機関が少ない
早期発見の地域間格差が大きい
児童デイサービスと通園施設では果たす機能が違うので、同系列で扱うのは無理

(2) 学齢期

サービスの過剰利用で子どもとの関わりが希薄なケースが出ている(精神的ネグレクト)
長期休暇中および余暇の活動支援が不十分 ⇒ サービス量およびメニュー(親離れ体験、豊かな生活体験のための)増加が必要
学校の送迎にヘルパーが使いにくい ⇒ 移動支援を訓練等給付に
学童保育の受け入れが少ない
重度の子どもの施設の短期利用が難しい
基本的な生活習慣や身辺自立など卒業後に活かせるスキルが身につけていない
差別・偏見の解消や地域資源の開発など地域に働きかける専門家がない

(3) 青年期

放課後支援・余暇支援・土日に親が就労している場合の支援が不十分
生涯教育への対応が不十分
親離れ・子離れを支援する方策がない
養護学校卒業後、就労過渡期のための専門学校的施設がない
⇒ 中学卒業後に入れる技能習得の場(職人養成タイプ)も必要だが、サラリーマンタイプの就労をする人のための技能習得の場も必要

(4) 全体的に

継続的な記録を作れるシステムがない
専門職の不足、コーディネーターがない
本人および家族のセルフヘルプの場を用意することについて公的支援がない
成人してからの、本人の能力を伸ばす働きかけ(療育的視点)があまりに希薄

4. 支援制度、法整備への提言（意見集約）

（1）方針の転換

障害児の療育のみ⇒家族関係（家族機能）を良好に保つことで、子どもの適切な発達環境を確保し、一次障害を軽減し二次障害の発生を予防する。

ライフステージごとの、障害児の課題と家族の課題の両方を扱える体制を作る。

保健・医療・福祉・教育などの既存サービスにおいて、どの機能（本人・家族の課題達成にかんする機能）を担えるかを検討しコーディネートできる仕組みの創設。

（2）支援体制と専門家の配置

* 家族機能の健全化と、家族の孤立防止を目的として

乳児検診の時に障害者相談員が同席し、子育て支援員・民生委員・相談員・保健師が連携し相談支援センターのコーディネーターにつなげるシステムを構築する

子育て支援員や保育など子どもに関わる職員に障害の専門教育を行う

⇒地域療育等支援事業のコーディネーターや生活支援ワーカーのような機能が必要

家族ぐるみ（父・母・障害児・健全なきょうだいも含めて）の支援体制を確立し、家族支援を専門に行う職員を配置する

市の自立支援協議会で、幼児期から成人期まで統一した個別支援シートを作成する

乳児期から成人期までの記録を残せるノート（例：三重県「総合生活支援ノート」、滋賀県手をつなぐ育成会「本人氏名_____の記録～健康生活支援ノート～」など）を作成し利用する

（3）相談場所の設置

* ライフステージを通じた支援提供を目的として

行政の中での連携（担当課の違いによる）不足を改善する

発達支援や家族支援を行えるセンター的機能を、各地の資源状況にあわせ配備する

- ・ 診断直後の混乱期から親同士がサポートできる仕組みを、地域資源（公民館・保健所・空き教室等）を有効活用して作る
- ・ 子どもや親に過剰な負担を強くないよう、（家族機能や発達支援機能の）コーディネーターを相談できる
- ・ サービスの適切な使い方を支援する
- ・ 親自身が発達障害をもつ場合や多重問題家族への介入ができる
- ・ 放課後や余暇を適切に過ごす機会を得て、楽しく過ごす練習ができるよう企画・プログラム作りをする
- ・ 家族および本人の障害の認識（障害理解）を支援するプログラムが提供できる
- ・ 家族および本人のセルフヘルプ活動を支援できる

県立施設利用の子どもが市町村のサービスと複籍できるようにする

以上

第3回障害児支援の見直しに関する検討会

重症心身障害児施設に関連する説明資料および要望事項

日本重症児福祉協会

1. 重症心身障害児（者）とは

重症心身障害→重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態にある子どもを重症心身障害児、さらに成人した人を含めて「重症心身障害児（者）」と呼びます。

これは、医学的診断名でなく、児童福祉法上の定義です。

その細かい判断基準を、国は明示していませんが、現在では、「大島の分類」で判定するのが一般的です。

重症心身障害児（者）の数は、日本ではおよそ3万8,000人いると推定されています。

(1)大島の分類*

				(IQ)	
				80	
21	22	23	24	25	
20	13	14	15	16	
19	12	7	8	9	
18	11	6	3	4	
17	10	5	2	1	
走れる	歩ける	歩行障害	すわれる	寝たきり	
				0	

1. 1, 2, 3, 4の範囲に入るものが重症心身障害児（者）

2. 5, 6, 7, 8, 9は重症心身障害児の定義には当てはまりにくいですが、

- ① 絶えず医学的管理下に置くべきもの
- ② 障害の状態が進行的と思われるもの
- ③ 合併症のあるもの

が多く、「周辺児」と呼ばれています。

*元東京都立府中療育センター院長大島一良博士により考案された判定方法

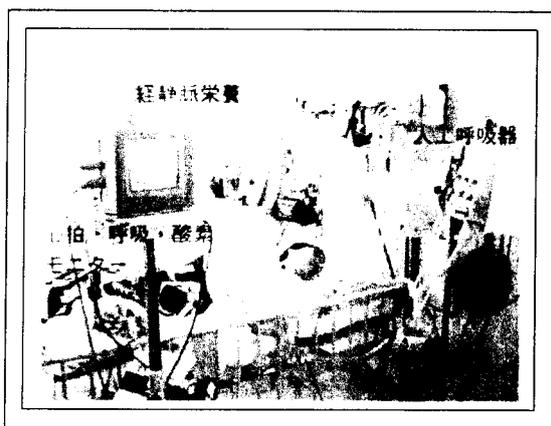
(2)「超重症児」・「準超重症児」とは

「超重症児」は、従来の重症児と比較して、呼吸管理を中心とした継続的な濃厚医療、濃厚ケアを必要とし、モニタリングやこまかな観察を要し人手がかかる、病状が急変しやすいなどから、診療報酬上、入院費の加算が設定されて

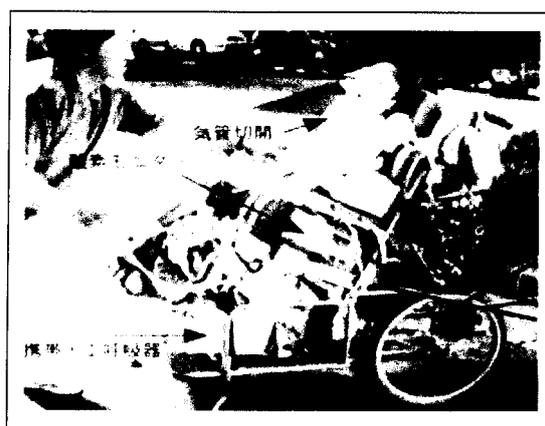
います。「超重症児（者）入院診療加算」1日300点、6歳未満 600点）

超重症児判定基準は、①運動機能は座位までで、②呼吸管理、食事機能、胃・食道逆流の有無、補足項目（体位変換、定期導尿、人工肛門など）の各々の項目のスコアの合計が25点以上で、それが6カ月以上続く場合を「超重症児」と判定します。「準超重症児」は、それに準じるもので10点以上（準超重症児（者）入院診療加算1日100点、6歳未満200点）。

超重症児



準超重症児



(3) 「準・超重症児」の実態

- ・ 重症児施設（国立を含む）入所中

「超重症児」 1,426名

「準超重症児」1,958名

合計 3,384名

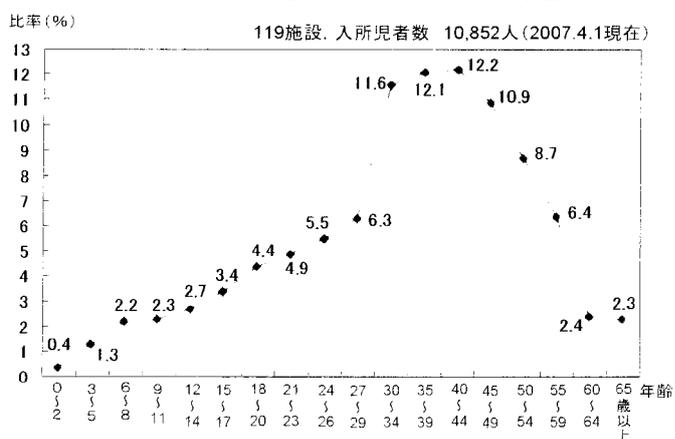
（全入所者の約18%）

- ・ NICU等に長期入院中 約300名

- ・ 在宅（「重症児通園」から推計）

1,300名

公法人立重症児施設入所児者の年齢分布



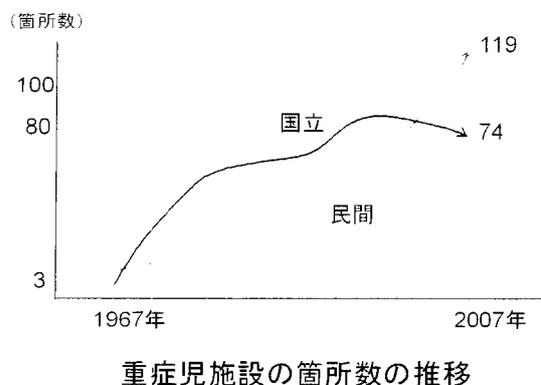
2. 医療・福祉上の課題

(1)入所部門：児童福祉法上の生活施設でありかつ医療法上の病院

公立・法人立重症児施設（119ヶ所、定員11,522床（入所率96%））

国立・国立病院機構 74ヶ所、定員 7,488 床（人所率 96～97%）

合計 193ヶ所 19,010 床



重症児施設の入所児(者)内訳

区分	昭和50(1975)年		平成19(2007)年		
	入所者	割合	入所者	割合	
I	1,694人	47.9%	7,883人	72.7%	定義どおりの重症心身障害児(者) 大島の分類1・2・3・4
II	1,465人	41.5%	2,300人	21.2%	いわゆる動く重症児をさす 大島の分類5・6・10・11・17・18
III	327人	9.2%	550人	5.1%	重度肢体不自由児(者) 大島の分類8・9・15・16・24・25
IV	48人	1.4%	117人	1.1%	肢体不自由も知的障害も中軽度のケース 大島の分類7・12・13・14・19・20・21・22・23
合計	3,534人	100.0%	9,889人	100.0%	

- ①医師・看護師等の確保の困難
- ②定義どおりの「重症心身障害児・者」なかでも「超重症児」「準超重症児」の増加が顕著
- ③常時ほぼ満床で、ショートステイへの対応に苦慮
- ④入所待機者、とくに「準・超重症児」の受け入れ条件の改善（NICU等での滞留状態の改善と在宅児のショート受け入れのため）
 - 「準・超重症児入院診療加算」の大幅増額
 - ・NICUの診療報酬：一人一日約8万円
 - ・重症児施設の診療報酬：一人一日約2万3,000円～2万6,000円程度
 - ・入所待機者のアンケート調査結果（公法人立重症児施設78施設のみで925名。全国推計約3,000名～東京都・横浜市・大阪市の状況を勘案すると5,000名）

入所待機者の状況

人数	0～1	2～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～
施設数	13	31	18	9	2	3	2

「超重症児」・「準超重症児」の措置入所者の推移（公法人立のみ）

年度	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
超重症児	347	416	468	494	590	656	687	818	903
準超重症児	694	858	682	812	850	939	888	1128	1148
準+超重症児合計	1,041	1,274	1,150	1,306	1,440	1,595	1,575	1,946	2,111

6歳未満の超重症児者・準超重症児者数（公法人立の2008年4月1日現在）

超重症児者数	987人中63人（6.4%）
準超重症児者数	1,155人中45人（3.9%）

(2) 在宅部門

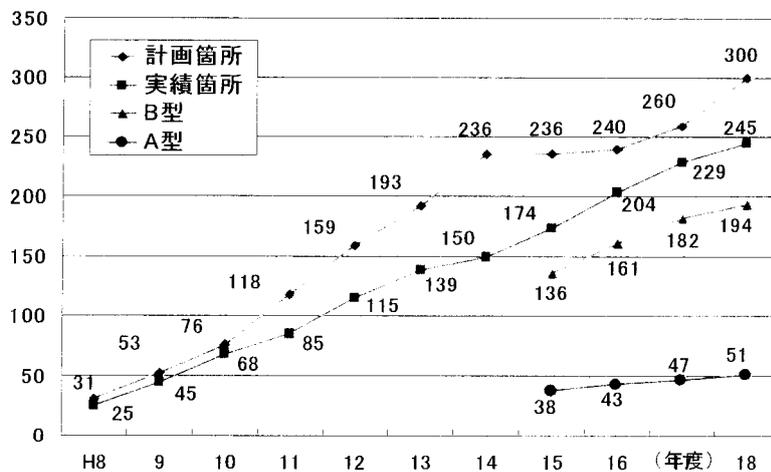
在宅重症児は約2万5,000人（推計）

重症心身障害通園事業利用者は約5,000人（20%）で、そのうち「準・超重症児者」は約1,300名（A型30.5%、B型20.0% 平均24.4%）

① 「重症心身障害通園事業」の維持・改善

A型（15名定員）での「準・超重症児加算」の新設

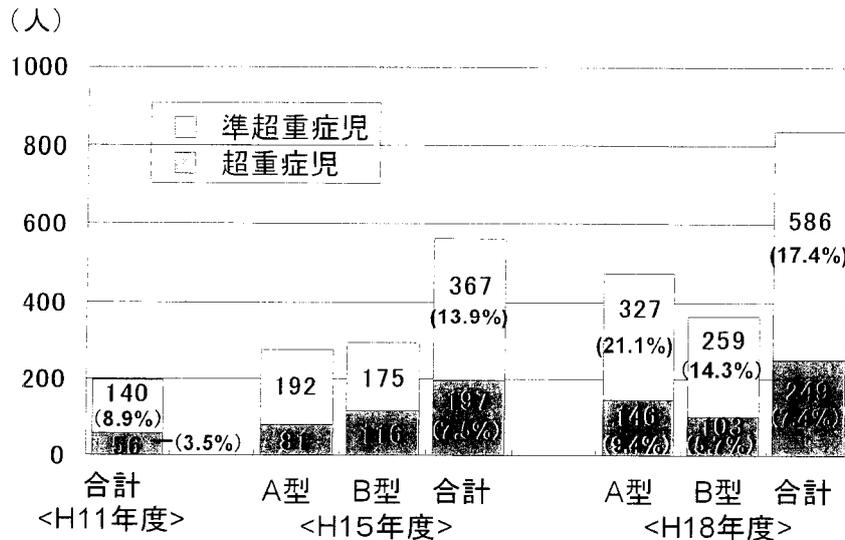
（箇所数）



重症児通園の整備状況

② 「障害者自立支援法」下での「療養介護型」の重症児通園事業の設定（「生活介護」でなく）

③ 「短期入所」での「準・超重症児加算」の新設



超重症児・準超重症児数の変化

短期入所受け入れ状況

	宿泊			日中			総合		
	実人数	延件数	延べ日数	実人数	延件数	延べ日数	実人数	延件数	延べ日数
	132	964	3,641	63	683	665	156	1,647	4,306
うち 通園在籍者	49	489	1,590	31	423	423	51	912	2,013

3. 「児童福祉法」上の課題

児・者一貫体制の維持（「成育医療」の観点から）

成育医療とは、これまで小児年齢の中に限って考えてきた小児医療を、人の一生の最初のライフステージの医療としてとらえ、小児年齢をこえてその後のライフステージにまで伸展するとともに、次世代、次々世代につながるライフサイクルの中でとらえ直した新しい医療体系である。これには胎児医療、周産期医療、新生児医療、小児医療、思春期医療、生殖医療、産科医療などが含まれ、さらには加齢医療、老年医療につながる。

白木和夫(鳥取大学名誉教授, 聖路加看護大学大学院)
小児内科 Vol.32 No.12, 2000-12より

国立成育医療センターの対象とする医療

新しい国立高度専門医療センター(以下「新センター」という)においては、子どもが生まれ、成長して次の世代を産み育てるといった一連のライフサイクルを捉え、これらを含む医療を提供するものである。

新センターの対象とする医療は、小児・母性等を対象とする医療を中心としているものの、必ずしもこうしたカテゴリーに当てはまらない分野(例えば成人に達した小児難病患者に対する医療、胎児に関する医療、思春期患者に対するこころの医療等)も対象とすることとしている。

これらの医療を包括する概念及び用語として、「成育医療」が関係学会等において一定の定着が見られるところである。

小林 登(東京大学名誉教授, 国立小児病院名誉院長)
小児科診療 1998年 6号(9)1057より

障害児支援の見直しに関する検討会資料

平成20年4月25日

社会福祉法人

全国重症心身障害児(者)を守る会

見直しの基本的な視点についての意見

このたび、意見発表の機会を設けていただきましたこと、深く感謝申し上げます。
当会の意見の要旨は次の通りです。

I 重症心身障害児者に関する法体系について

児童福祉法

(重症心身障害児施設)

第43条の4

重症心身障害児施設は、重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに、治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設とする。

(都道府県がとることができる措置)

第63条の3

都道府県は、当分の間、必要があると認めるときは、重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している満18歳以上の者について、その者を重症心身障害児施設に入所させ、又は指定医療機関に対し、その者を入院させて治療等を行うことを委託することができる。

2 前項に規定する措置は、この法律の適用については、第27条第1項第3号又は同条第2項に規定する措置とみなす。

参議院厚生労働委員会における付帯決議 (平成17年10月13日)

12 重症心身障害児施設における入所者の福祉サービスは、現行のサービス水準を後退させることなく継続して受けられるよう配慮すること。

Ⅱ 見直しの基本的な視点に対する意見

1 子どもの自立に向けた発達支援について

(1) 重症心身障害児者にとっての自立

子どもは、自立とは、可能性を伸ばすこと。

その助長・支援することを自立支援と理解している。

重症心身障害児者(以下「重症児者」という。)にあつては、自ら生きようとする力、可能性を伸ばすこと、人の愛を感じて表す笑顔や、何かを伝えようとする微かなサインが送れることを自立であると理解している。

もしも、独立自活ができるようになることのみを自立だとしたら、重症心身障害児者(以下「重症児者」という)には自立がないことになるからである。

(2) 発達支援について

ある重い障害をもつ子どもの母親が、自分の子どもは何も分からないというので、医師が脳波をとるとき母親に声掛けをさせたところ、母親の声にだけ反応したのを見て、母親は驚き感動し、それから毎日声かけをしながら、手を握ったり、身体をさすってあげていたら、呼びかけに、ある日につこり笑顔を見せるようになったという。これこそ発達支援の基本であり、可能性を伸ばす原点であると確信している。支援の根底には、常に温かい精神性がなければならない。

2 子どものライフステージに応じた一貫した支援

(1) 福祉サービス体制の整備

障害児の自立には、障害の早期発見、早期療育体制を充実し、早期からのきめ細かい基本的な生活指導・訓練等の発達支援を行い、障害の軽減や生活適応能力の体得を支援することから始まり、ライフステージに応じてそれぞれのニーズに適合する充実した関わりをすることが重要な課題である。このため、次の施策が整備され、着実に機能し、障害児の特性に応じて適切に提供されることである。

- ① 早期発見、早期療育体制の整備
- ② 障害の特性に適合した、かつ年齢に応じた適切な療育支援施策の実施

(2) 特別支援教育について

特別支援学校における医療的ケアの実施については、体制整備が推進されていることに感謝しているが、更なる充実が図られる必要がある。

19年4月、特別支援学校制度が創設され、障害種別の学校制度の弾力化が図られたことは通学児にとって喜ばしいことである。1日も早く医療ケアの

必要な障害の重い児童が安心して通学できるように体勢整備を願うものである。

(3) 重症児者の一貫した処遇体制

重症児者の支援は、医療と福祉的支援を一体的に行う必要があり、周産期（誕生時）、幼児期の発達段階で受けた障害の場合には、基本的な支援のあり方は年齢に関係なく生涯を通して一貫して行われるべきものと思う。

欧米諸国においては、幼児期からの発達障害に関しての福祉的支援は、生涯を通じ一貫してなされることが常態化されている。

わが国においては、昭和42年に児童福祉法第63条3で、重症児者について児者一貫（18歳以上についての入所特例）が行われている。これは、当時の社会的要請に応えたものである。

施設入所の場合には、施設は入所者の全生活を支えるものであり、乳幼児期に受けた中枢神経障害からくる麻痺、変形、緊張、てんかんなどの疾患・諸症状は、小児神経科医の専門分野であり、治療、症状をコントロールしながら、生活を支え続けているのである。

これを年齢、例えば18歳を境にして、施設体系や係わり方、処遇環境を変えた場合には、環境の変化に影響されやすい重症児者にとって、長年にわたって継続してきた療育方法、生活リズムが崩れ、重症児者の心身に与える影響が極めて大きく、生命的リスク度が高まってくる可能性がある。

したがって、乳幼児時期の発達段階で受けた中枢神経障害からの疾患を持つ重症児者の場合には、その療育情報・事情を熟知した療育者、療育環境を変えことなく継続して関ることが最も望ましいことであり、処遇体系は、生涯を通して児者一貫の体制がとられるべき必要がある。

児者一貫の支援体制は、成人に達した者の人権を侵すものであるという意見があるが、一貫とは年齢で区切ることなく連続・継続した処遇体制を確保することであり、成人に対しての人権・尊厳を守る配慮、また、加齢化に伴う成人病等の疾患に対応する措置は当然に講じられるべきものである。

要は、その重症児者にとって、生涯を全うするために、何が最良であるか。ということであり、法律制度は、一人の人間としての尊厳が保てる生活を保障することができるようにすることである。

3 家族を含めたトータルな支援について

わが子の誕生時、またその後には障害があると分かった時、親、家族はそのことをすぐには受け容れられない。それは、殆どの親たちが見せる最初の自

然な反応であると言われている。

それほどに、わが子に障害があると分かった時の親の衝撃は計り知れないものがある。戸惑い、障害を否定したい気持ち、あらゆる手を尽くしても治したい。これから、どんな生活が待っているのかの不安、葛藤の中で自問自答が続くのである。

障害の受容過程については、ショック⇒否認⇒怒り・絶望⇒再起・適応の四段階のモデルが定説化している。受容にいたる時間・過程はその人それぞれによって異なるという。しかし、親たちのこうした不安を取りのぞき、支える仕組みは十分機能しているとは言えない状況である。

次の段階では、母親には自責の念が強く孤立することが多い。母親の深い愛情から、その障害の子のために掛かりつきりになり、他を顧みる余裕がなくなってしまうのである。

夫（家族）の協力が必要なことは言うまでもないが、他に兄弟姉妹がいる場合には、社会の無理解や、母親の関わりが少なくなった同胞が、障害の兄弟を疎ましく思うことも起り得るので、彼らに支援する仕組みが必要である。

こうした家庭への支援は如何にあるべきか。私どもの会では、障害児者の兄弟姉妹が日常的に体験している悩み、苦しみなどの心情をみんなで共有することができれば支援に役立つものと考え、作文や意見発表の機会を持つことと合わせて交流を図る事業を実施している。

(1) 障害児本人に対する支援

- ① 障害福祉施策等の社会的な支援があることは親に安心感を与える。
治療・訓練・日常生活（場所・介護・社会参加を含む）支援、手当年金等の所得支援、教育的支援
- ② 支援の場所：入所施設、通所施設、学校教育、その他

(2) 家族への支援（精神的・实际的）

- ① 障害の受容への精神的な協力・相談支援
- ② 各種相談支援・家族の休養支援（短期入所）
- ③ 障害児の親同士の交流・情報交換の場を提供
- ④ 兄弟姉妹への精神面での相談支援、体験の共有と理解

社会的なバリアをなくし、家族が障害者を支えことによる社会的ハンデイをできるだけ少なくすることが肝要である。

また、サービスの利用料負担については、障害者の家庭には、有形、無形の負担があることを勘案して決めるべきである。

4 できるだけ子ども・家族にとって身近な地域における支援

重症児をもつ親の人たちは、可能な限り、地域でともに暮らしたいと願っている。このためには、在宅支援諸施策の充実が望まれている。

(1) 重症児者の在宅支援

地域で生活するには、在宅医療（訪問医療・訪問看護、緊急の医療入院）や、在宅サービス（入浴介助・介護人派遣、短期入所など）の充実が図られる必要がある。特に短期入所は、在宅を続ける上で極めて重要なものであるが、重症児者には医療的ケアが必要なこともあって、利用場所（事業者）が限られ利用難であることを踏まえ、抜本的な拡充策を検討する必要がある。

(2) 重症児者の日中活動の場（通所・通園）の確保

重症児者には、特別支援学校卒業後に生きがいを持って通える場所が必要である。重症児者の親は、地域的に日常生活を支える体制があれば、ある時期までは施設入所を選択しなくてもよいと考える人が多い。

しかし、重症児者は、医療的ケアが必要なことから、その機能を持つ利用場所は限られており、重症心身障害児者通園事業の果たす役割はきわめて大きいものがあるが、その設置が容易に拡がらないのが実情である。

このため、自宅に閉じこもるか、やむを得ず、医療的ケアに不安を感じながらも作業所などの適切ではない場所に通っているのが実態であり、地域の身近な所で重症児者が通園できる場所の法定化を願うものである。

(3) 生活場所の自己選択

重度障害者の生活は、入所施設や家族との同居によって支えられての生活のみであってはならないのは当然のことである。成人で自己選択ができる人にあっては、いかに障害が重くとも、地域で、個人で独立して生活を営むことが可能であるように支援に配慮がなされるべきである。

したがって、自己の意思が伝達でき、かつ、医療的ケアの必要度が少ない人については、ケア付グループホームなどでの生活が推進されることが必要である。この場合、介護支援スタッフが十分確保されること、医療的ケアに即応できることが条件となる。

注 ①ケアホームで生活できるような、自分で意思を伝達できる状態の人は、重症心身障害児者の定義からみて本来の重症心身障害ではないと思われる。

②本来の重症心身障害児者が、独立して生活を営むとすれば、自力で生命の危機伝達や、生活上の要求を伝えることができないので、24時間の見守りや介護が必要であり、施設入所と同様に医療・生活支援スタッフが係る必要がある。

厚生労働省 障害児支援の見直しに関する検討会資料

肢体不自由児施設の役割と課題

(以下の機能の充実発展を要望)

- * 3次福祉圏域の総合的な療育医療の拠点
養護学校校医・巡回相談・通園等への技術支援
- * 通園・外来・入所機能による早期療育・相談
母子入園・機能向上の手術・虐待等社会的入園
- * 在宅・家族支援を要として重症例への対応
通過型で、柔軟な施策を

平成20年4月25日
全国肢体不自由児施設運営協議会

1. 児と者との違い(児者一本化の中で)

- * 発達変化する成長期・臨界期
- * 未熟で、本人・家庭を含めて脆弱 (ICFの背景因子)
(狼少年・三つ児の魂百まで、虐待・障害の受容)

2. 各障害の専門性確保と障害の横断的な統合の両立

- * 医療・療育モデルと生活モデルの融合
- * 重度重複多様性に対する個別ニーズへの綿密な対応

3. 関連各社会資源の役割・位置づけと連携

- * 役割分担と階層的な構造化の明確化
- * 施設体系だけではなく、属人化による評価も

今後一層進むべき方向

1. **児者一本化(難病での成育医療)+発達保障**
2. **属人化：大島分類+医療ケア+療育支援**
(JASPERの包括的評価:別紙資料)
3. **障害の統合** (1988年心身障害児総合医療療育センター名称)
肢体不自由児の第3次専門機関 (他障害の統合は今後の課題)
および他障害の第1～2次対応機関(地域主義)
(適たきりの児の中にパニックとなる児を一括に入所させられない)
4. **施設から在宅へ (車の両輪)**
有期限(過渡型)入所は在宅のバックアップの要
(柔軟性：右手にニーズ、左手にマンパワー)

今後の障害児施策において考慮したい点

1. 少子化対策
安心して次の子を育てらる
2. セフティネットとしての役割
国民の勤勉さ・活力の根底
3. 福祉の産業としての評価
家族や福祉に関連する人の多さ
4. 国際的な評価 (子どもの権利条約第23条)
福祉国家としての尊厳
5. 発達保障と発達のため障害程度区分の難しさ
区分と支援量との乖離
6. 養護学校、特殊支援学級、保育園などとの連携・支援
センター機能への支援、医療的ケアへの支援

脳性麻痺を含む脳原性疾患が対象の3/4を占めている

重度重複がさらに増加している

(入所児の半数はIQ35以下)

(ADL各項目で50%以上で全介助)

(てんかん、視力障害、聴覚障害合併多い)

在宅児で乳幼児が重度化している

(当センタ外来：在宅酸素療法27,経管栄養200+

気管切開30,在宅レスピレータ22名,胃瘻など)

早期療育のための母子入園のニーズが高まっている

(殆どがNICU経由)

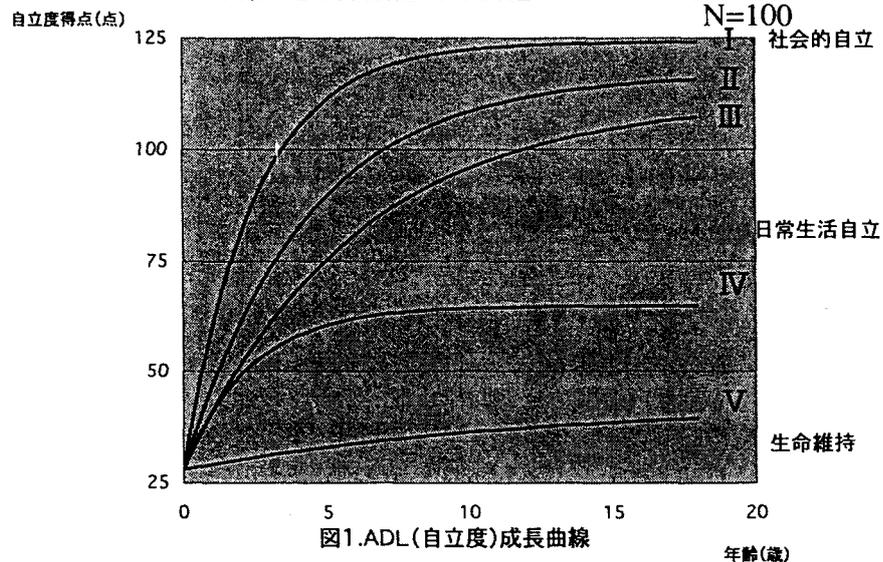
自閉症群が当センタ新患の3割を占める(1,000名中300名)

児童精神科,心理士,感覚統合訓練の医学的リハ等で対応

合併症にたいして経験のある各種専門科のニーズが高い

脳外科,眼科,耳鼻科,遺伝科等

日常生活機能の発達 (JASPERによる評価)



II~IVの中等度がもっとも多い。Vの重度が増えている

図6 年齢（月齢）と育成援助時間の関連

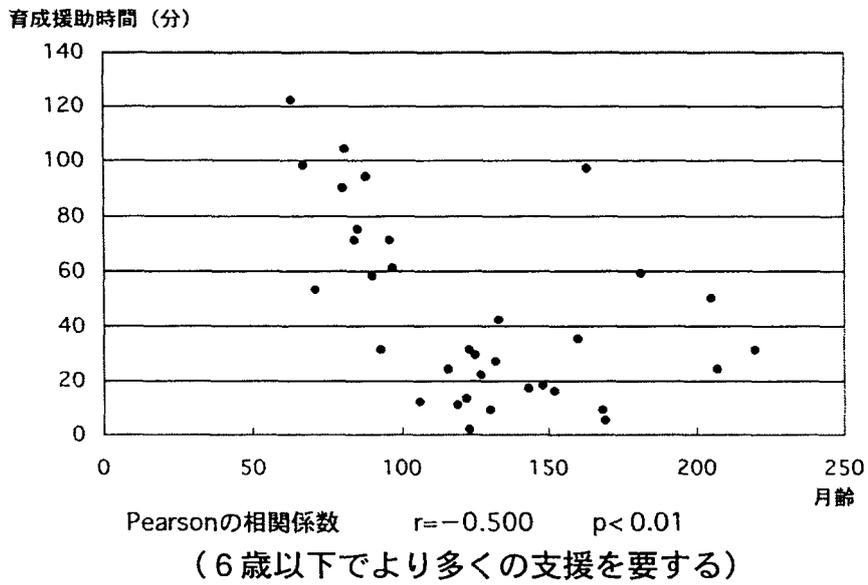


図4 調査時FIM総スコアと育成援助時間の関連

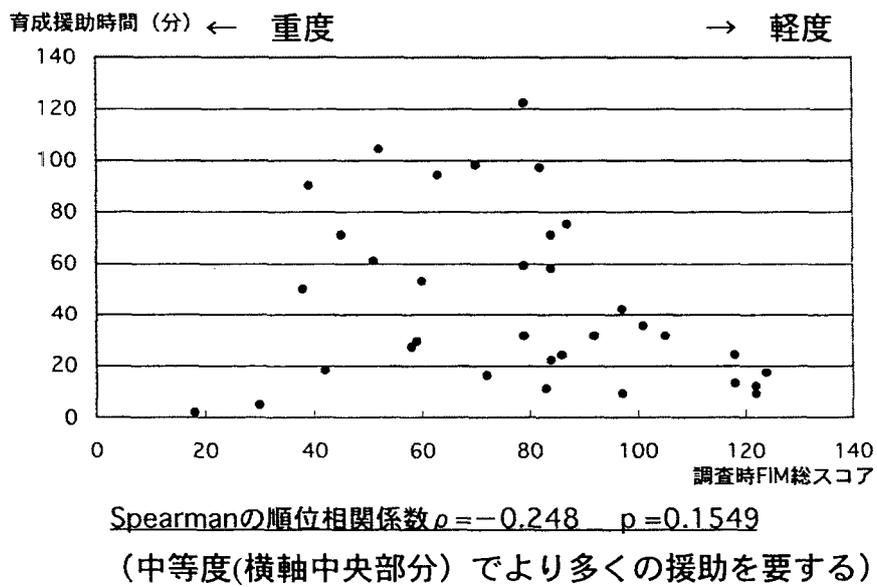
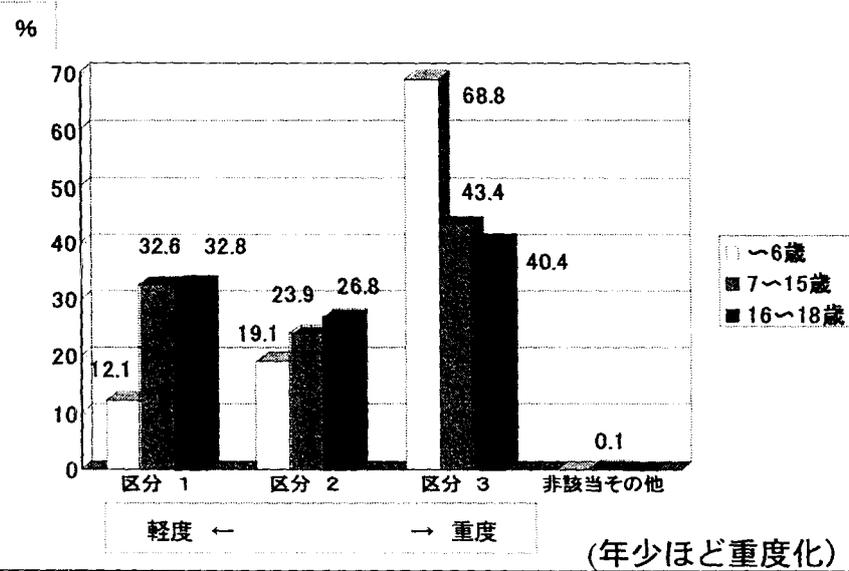


図4 在宅障害児市町村調査項目による
障害児程度区分(年齢群別)



現法制において成人との整合性のない点

- * 3歳未満では障害者手帳の交付は例外的でしかない
- * 障害児では入所すると特別児童扶養手当がストップされる
(成人の障害者年金は入所後の継続される)
- (* 18・19歳では障害者年金が支給されない)

契約が間に合わない場合

(以前は事後承諾で容易に対応してくれていた)

- * 障害児の急変時(誤嚥、痙攣重積等)
(肢体不自由児養護学校の生徒50人中1人が
毎年亡くなっている)
- * 褥創悪化による骨髄炎・熱発
- * 病的骨折などの大きな外傷

東京都の重症心身障害児施設への新規入所

入所は各児相から提出された中から

入所判定会議を経て決定している

19年度の新規入所総数は 12名

(待機児童数は611名とのこと)

肢体不自由児の場合も含めて、市町村でレベルでは新規入所者を決定できないあるいは非常な混乱が予想されるので、都道府県が従来通り、主体となって所轄し、機能不全とならないように配慮して欲しい

- * 日割り制度(ドタキャンの多さ)
- * 自己負担で利用者と施設とが
対立関係となる危惧
- * 未収金の漸増(通過型のため?)
- * 単価の安さ(属人性)

(3ヶ月以上の自己負担未納は経済的ネグレクトとして、
お金が無くて払えない場合には措置にして欲しい)

肢体不自由児施設の概要

(Hospital & Home with School)

入所小規模 : 入所児数平均 37.1 名

通過型 (医療・母子入園228床・2割の社会的入園も
(短期入所を除いて年間入所総数4,554名))

多機能 : 他種施設併設複合センター

(重心施設 38%、障害者施設25%)

養護学校の併隣設 100%

外来(月延11万人)・通園 1,103名・短期入所

地域支援・連携

(巡回相談・離島巡り、校医・通園囑託、
研修会開催、見学・実習引き受け)

肢体不自由児施設全機能が在宅支援・家族および地域支援

- * 小児神経科、整形外科を中心としての障害児医療
- * リハビリテーション、指導科職員を中心とした障害児療育
ノウハウを持った各種機能での対応がこども病院と異なる
- * 永年の間に培ってきた地域ネットワークを通して
(大学病院,総合病院,保健センタ,乳児院,福祉施設等から)
- * 何らかの障害があると疑われた場合に、まず紹介される
例えば、知的障害ではフロッピーインファントとして
殆どの障害の早期発見,早期療育を担っている

全国肢体不自由児施設運営協議会のビジョン委員会報告 (1988年)

今後に向けて求められている機能は、

1. 心身障害児の医療・療育機能
2. 有期間の医療療育および social needs への入所機能
3. 地域サービスに必要なマンパワー・ステーション機能
(地域主義に基づいたシステム・ネットワーク作り)
4. 若年者を中心とした重度・重症の成人対策機能

- 措置+契約入院児数は10月1日時点

約2,300人

年約7,000人が入退園の通過型施設

- 外来受診数 月延べ10.5万人

(多くの自閉症群が外来訓練に既に通っている)
(ほかに通園定数 1,103)

- 各種専門職 (62施設現場総数)

医師290 (+272), 看護師: 1751 (98.6)
PT:410, OT:290, ST:141, 保育士+指導員: 512,
MSW+心理士: 72 (50) ()は非常勤

入所児数と疾病の推移

(1962~2005 毎年3月1日)

	入所児数	脳性麻痺		二分脊椎		筋ジス	先天奇形	(%)	
		先天股脱		ベルテス				側弯	外傷
1962	1,645	32	12	1	1.4	1.1	4.1	0.6	2.1
1974	6,849	65	5	4	6.1	1.4	4.1	1.4	2.2
1986	5,791	57	1	5	7.8	2.5	6.7	0.9	4
1998	3,585	69	1	5	5.4	4.5	-	0.7	2.2
2005	2,671	68.5	0.6	3.7	5.5	4.3	-	0.7	2.3

(年間総退所児数 1984年 N=4,298 --- 3月1日入所児数 6,180

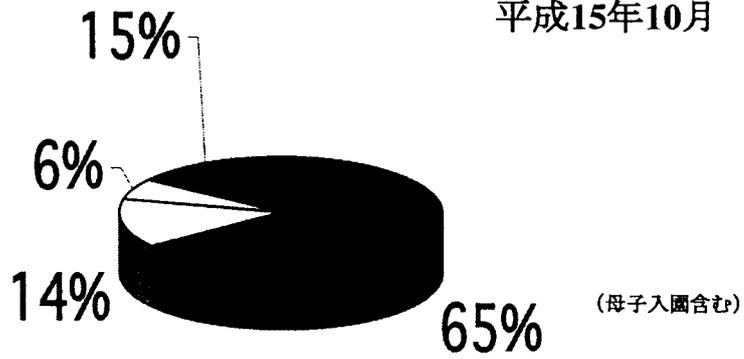
短期入所を除いて

2005年 N=5,953 ---

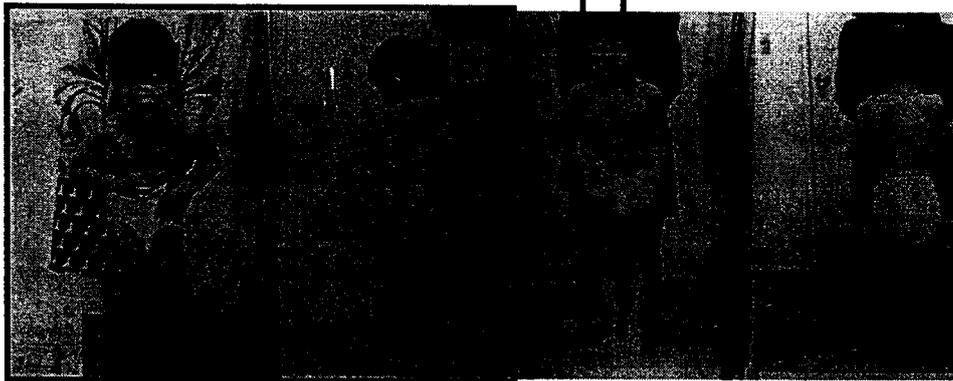
入所児数 2,671

入所目的 (21%が社会的入所)

平成15年10月

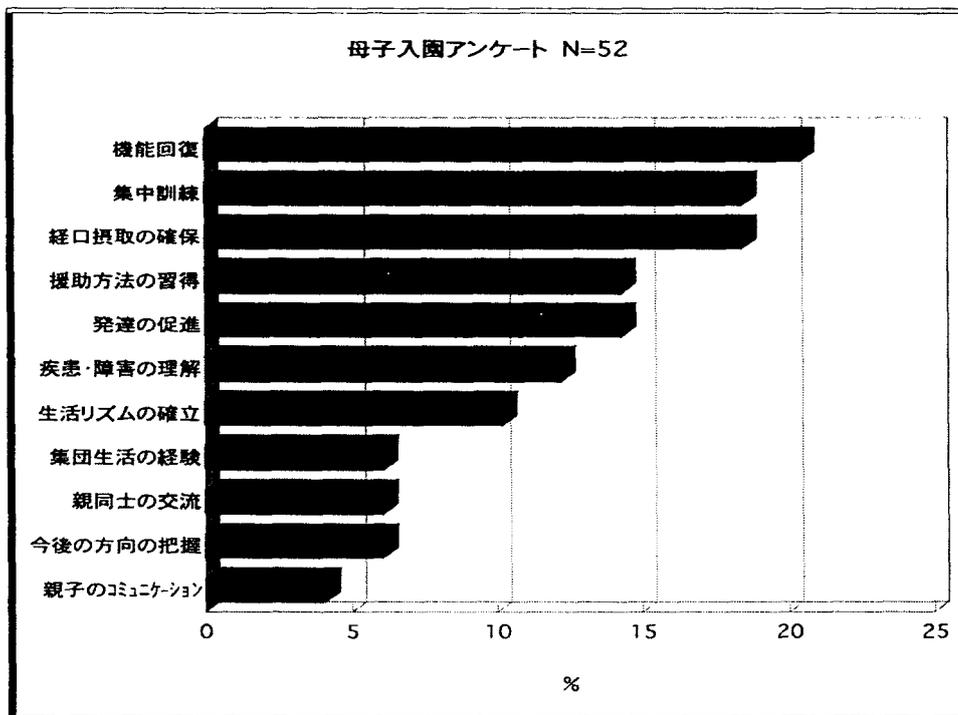


■ 訓練 □ 手術 □ 虐待 ■ 家庭の崩壊等



6歳 脳性麻痺

左:術前 右:下肢術後6ヶ月



入所中の被虐待児

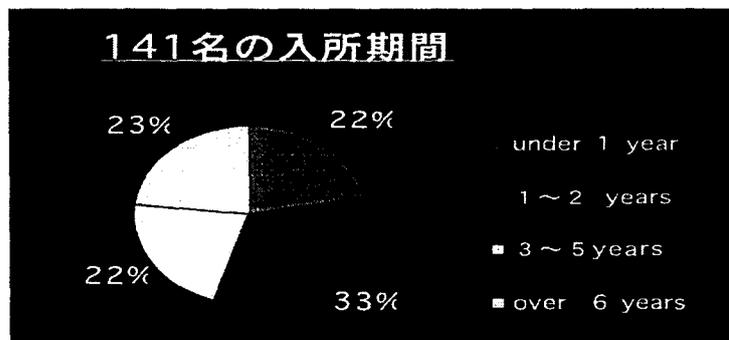
N=141 (5.5%)

(2000.10.1)

脳性麻痺	58
頭部外傷	45
他疾患	38

(80%が知的障害、38%がけいれん発作を伴う)

141名の入所期間



当センタ社会的入所病棟 3月1日

	2007(35人)	2002(35人)	1995(33人)	1988(37人)
ネグレクト	15	9	6	8
身体的虐待	5	4	2	2
2親の精神疾患	2	10	5	1
一人親家庭	7	7	11	12
親の身体疾患	4	4	1	0
リハビリ目的	0	1	2	10
その他	2	0	6	4

入園時年齢

障害・疾患名

平均在園日数

5±2.3歳

脳性麻痺 17

ダウン症 1

7.6±3.9年

脳症・髄膜炎後遺症 3

二分脊椎 1

頭部外傷後遺症 4

小頭症 1

骨形成不全症 2

胸髄損傷 1

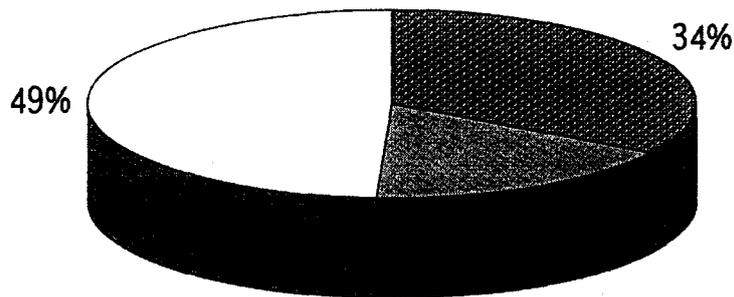
点頭てんかん 1

偽性軟骨無形成症 1

ペリツェスゼルパッ 1

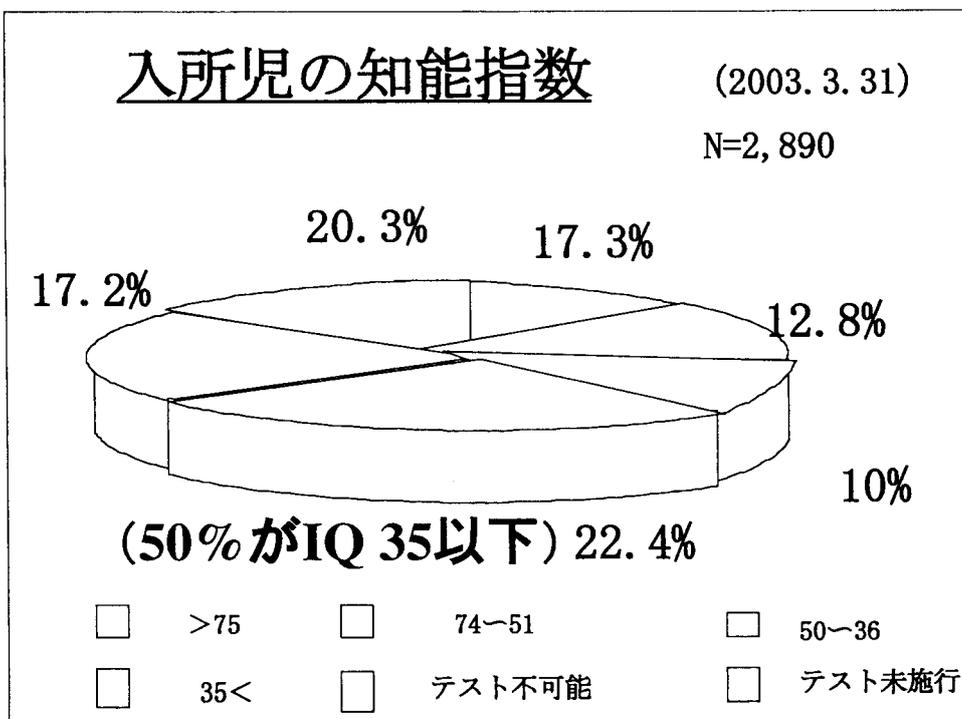
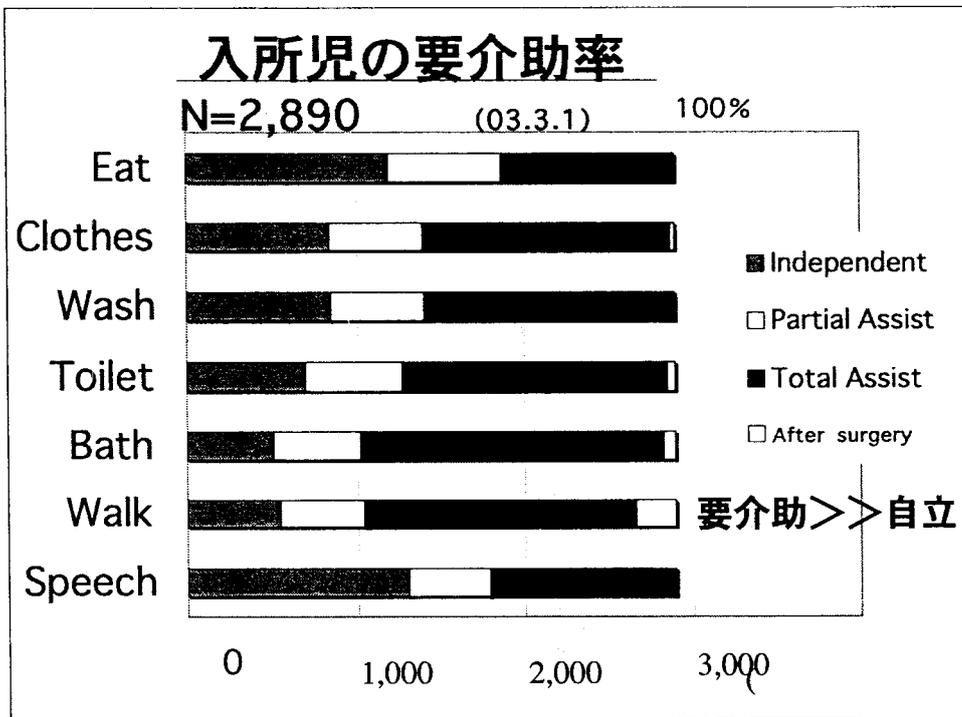
神経芽細胞腫 1

入所児大島分類 N=4,123



(1,400人 (34%)は本来の重症心身障害児)

- 狭義の重症心身障害児 (大島分類1~4)
- 広義の重症心身障害児 (大島分類5~9)
- 広義の重症心身障害児 (大島分類10~25)



入所機能のほかの状況

(64施設)

1. 外来延べ受診児者数

115,560人/月 (2002年10月)

(1984年10月 69,841 / 73施設)

2. 重心施設併設

24 (38%)

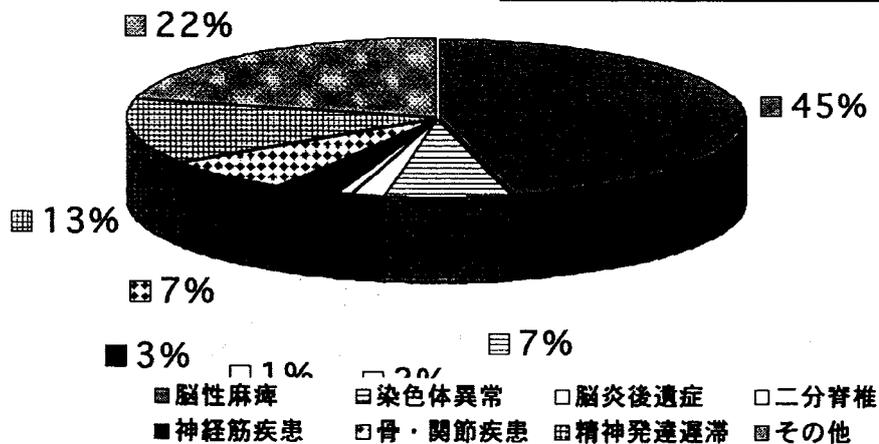
3. 障害者施設併設

16 (25%)

外来病名分布 (18歳未満)

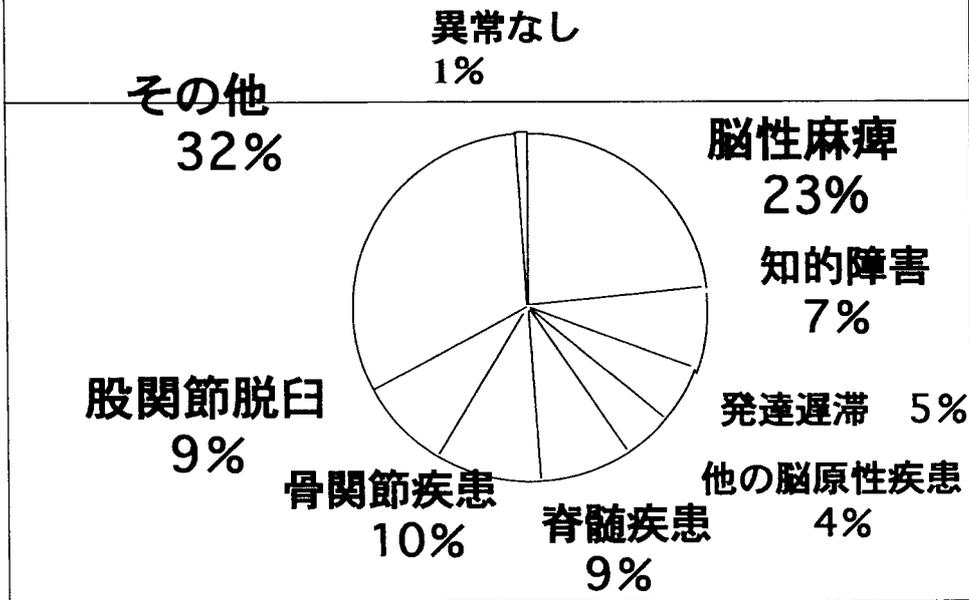
全施設 平成15年10月

月延べ 11万人

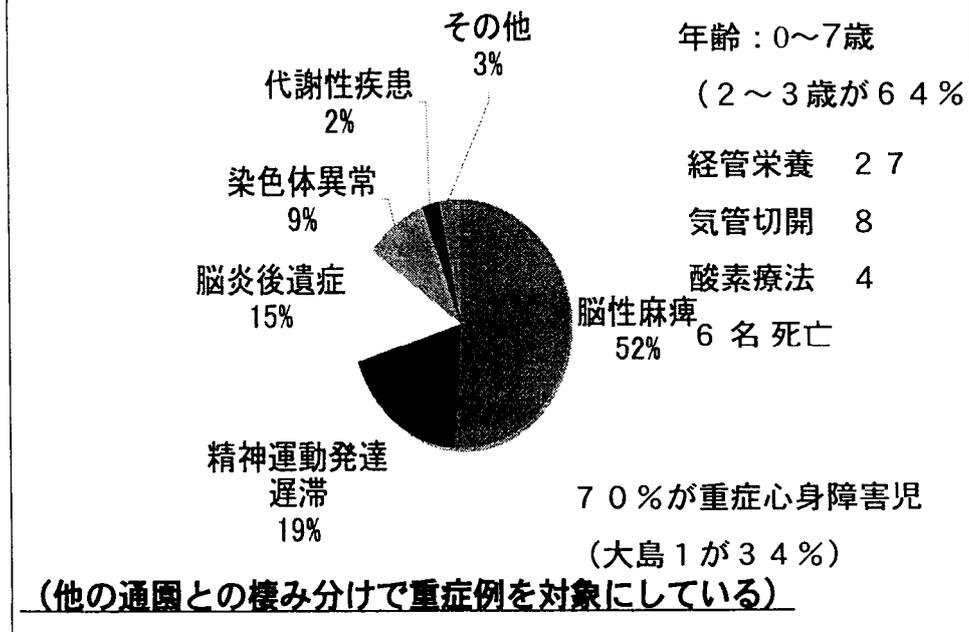


当センタ-外来新患の主病名分布

N=1061cases(2002)



当センタ肢体不自由児施設通園児の実態 N=130



地域支援 ⁽²⁰⁰²⁾ (全施設地域療育支援事業)

巡回相談 7,986件

地域生活支援 13,082件

療育相談 20,491件

(拠点支援事業)

施設支援 685件

セミナー 137回

参考資料

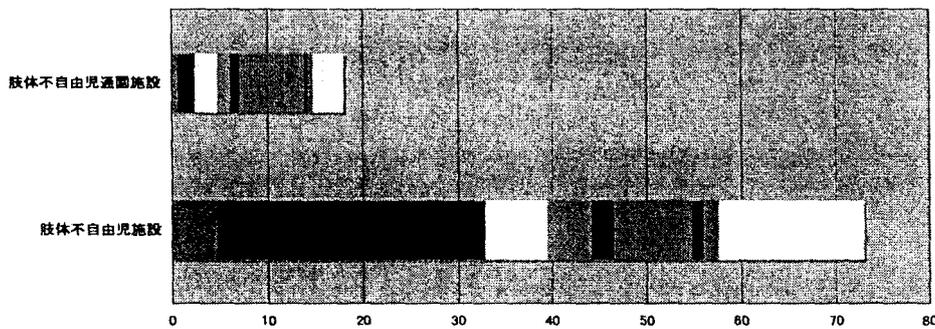
医療型福祉施設の比較

(法制上の位置付け)

病院（医療法）+ 児童福祉施設（児童福祉法）

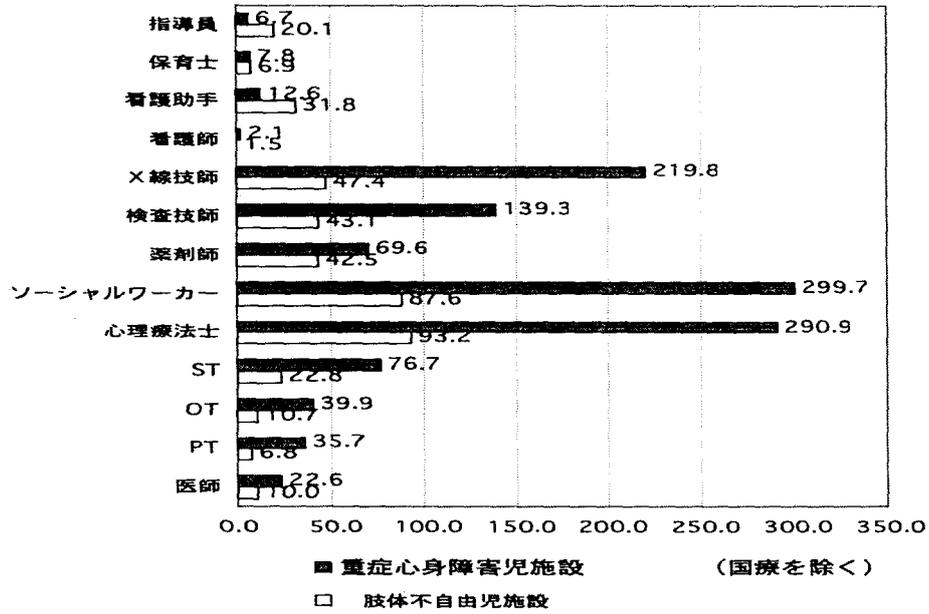
1. 肢体不自由児施設
2. 重症心身障害児施設
3. 肢体不自由児通園施設
4. 第一種自閉症児施設

肢体不自由児施設の平均職員配置

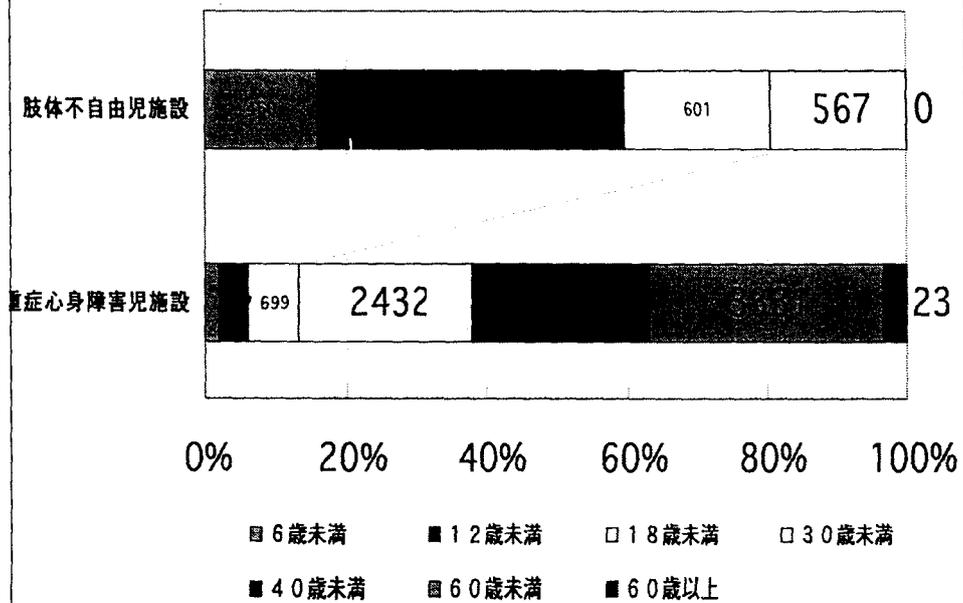


	肢体不自由児施設	肢体不自由児通園施設
他	12.7	2.2
調理師	2.7	1
栄養士	1.1	0.4
ケースワーカー	0.5	0.2
心理士	1.2	0.3
保育・指導	8.3	6.9
ST	2.3	0.9
OT	4.7	1.4
PT	6.6	2.3
看護職	28.2	1.8
医師	4.7	0.6

職種別職員一人当たりの入所児者数



入所児者年齢分布 (%)



現状の地域移行へのネックの例

質問 入所児童が自宅に戻ると仮定して
車いすで自由に移動できるだけの
廊下・通路を有している家屋に住める
児童は？

回答

- | | |
|--------------|-----|
| 1. 大勢いる | 0% |
| 2. 症例によってはいる | 42% |
| 3. ほとんどない | 54% |
| 4. まったくない | 4% |

今後、肢体不自由児の地域への移行・在宅
支援が推し進められることへの意見など

1. 地域医療の崩壊とくに小児科医の不在地域
が増えた(医療の受け皿がない)
2. 子どもの療育は国策として保護すべき
3. 学校への送迎、放課後対策が困難になった
4. 相談支援事業所との連携がますます重要
5. 地域支援事業の報酬が安価すぎる
(専従の職員雇用が困難)

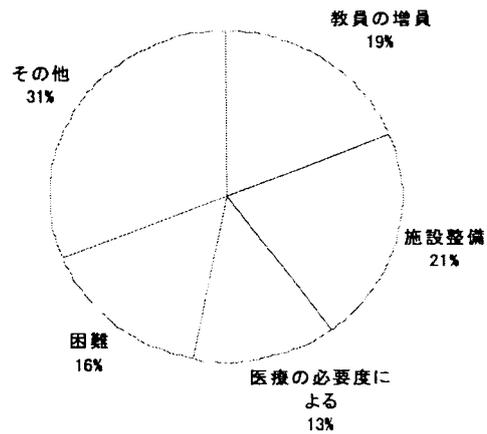
質問 養護学校での、たんの吸引、導尿介助は
どうされていますか。

- | | |
|-------------------------|-----|
| 1. 保護者からの依頼で、担当もしくは養護教諭 | 31% |
| 2. 児童が低学年であることを条件にしている | 0% |
| 3. 担当教諭に任せている | 14% |
| 4. 保護者に来校してもらっている | 55% |

その他

- ・常勤、パート看護師による(全国)
- ・訪問看護ステーションから派遣(東北)
- ・研修を受けた教諭、養護教諭(関東、東海)
- ・県の実施要綱による(信越、関東、東海、近畿)
- ・咽頭より手前の吸引は教員も可能(北陸)
- ・導尿は、その度ごとに通院させる(中国)

質問 知的障害養護学校での肢体不自由児
の受け入れは可能か……



参考資料

肢体不自由児施設の歴史

肢体不自由

療育

の言葉は高木憲次先生が創られた
(第2代東大整形外科名誉教授)

療育の碑

療育の理念

たとえ肢体に不自由なところあるも、次の社会を担つて我邦の将来を決しなければならぬ児童達に、くもりのない魂と希望をもたせ、その天稟をのばさせなければならぬ。それには児童を一人格として尊重しながら、先づ不自由な個処の克服につとめ、その個性と能力とに応じて育成し、以つて彼等が將來自主的に社会の一員としての責任を果すことが出来るように、吾人は全力を傾盡しなればならない。

高木 憲次

(碑文 全文)



(明治21年—昭和38年)



「療育とは、時代の科学を総動員して不自由な肢体を出来るだけ克服し、それによって幸いにも恢復したら『肢体の復活能力』そのものを（残存能力ではない）出来るだけ有効に活用させ、以て、自活の途の立つように育成することである。」

（昭和26年 療育第一巻 第一号）

高木憲次先生による区分

- 1.啓蒙期 （大正13年～昭和8年）
- 2.黎明期 （昭和9年～昭和16年）
- 3.停滞期 （昭和16年～昭和21年）

療育の火を消すな

- 4.復活曙光期（昭和21年～）

全国巡回講演と療育相談

大正7年	「夢の楽園教療所」の説
大正13年	「クリュッペルハイムについて」
同年	東大整形外科教授の初講義 「肢体不自由児の療育」
昭和23年	東大整形外科教授の最終講義 「療育も理念」

二つの三位一体

1. 治療・教育・職能
2. 啓蒙

本人には昂然たれ

家族には隠すなかれ

社会には好意の無関心

昭和17年5月、板橋の地に2万坪の敷地に、民間の力で、整肢療護園を設立された。





昭和27年1月本館落成祝賀会 高松宮殿下をお迎えして(橋本竜吾厚生大臣挨拶)
岩原寅猪(慶応大学教授、三木威勇治先生(東大教授)等も参列
(壁には片山良亮先生(慈恵医科大学教授)のお名前もある)

小池文英先生 (戦後、我が国にリハビリテーションの言葉を定着させた一人)



昭和36年 皇太子・妃殿下
NRCCD

1. RIの重要ライフパトロン



Dr. Kazuji Takagi

Charter Life Patron Member

K Takagi



Dr. Fumihiko Koike

Charter Life Patron Member

F Koike



Life Patron of RI

世界中の障害者の生活の質の向上に同じ不届の熱心な心を注いだこと
を感謝し、リハビリテーション・フアウンデーション・アールの全世界的使
命と目的達成へ多大の支援を賜ったことに感謝して、ここにDr.
小滝文英(故人を稱ひ)を重要ライフパトロン会員に任じ、その福利
と神典を謝します。

15 November 1989

会 長 Fennore R. Seton
事務局長 Sus. R. Hammerman

第48回 全国肢体不自由児 療育研究大会

会期：平成15年10月30日(木)・31日(金)
会場：長崎ブリックホール

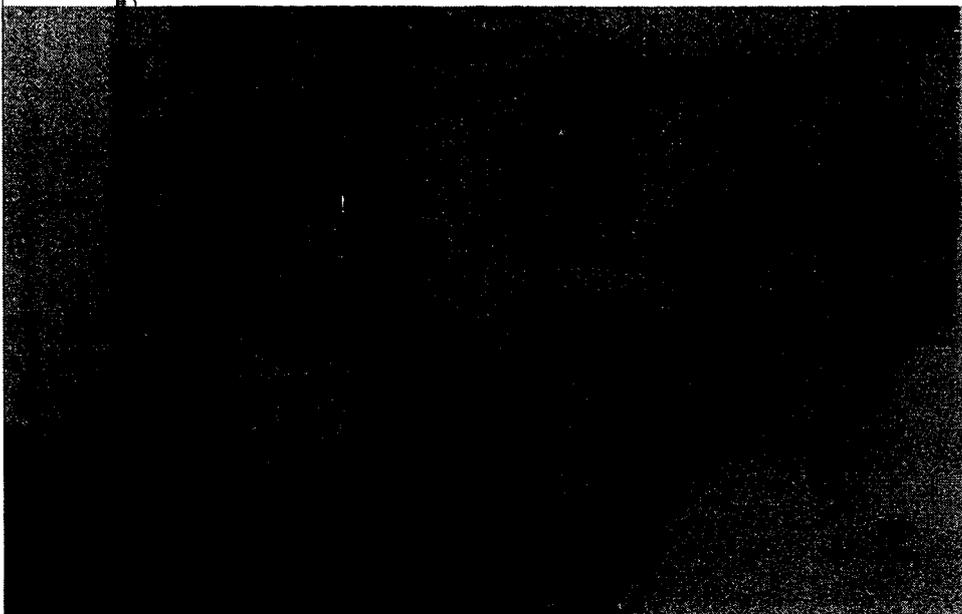


主 催：全国肢体不自由児施設運営協議会

後 援：厚生労働省・長崎県・長崎市
社会福祉法人 日本肢体不自由児協会
長崎県肢体不自由児協会・長崎県視覚障害者協会
長崎市聴覚協会・長崎市障がい児協会 (NPGCD)

・平成2年 小泉厚生大臣の見学

(坂口前心身障害児総合医療療育センター)





整肢療護園50周年・むらさき愛育園25周年記念祝賀会
日本肢体不自由児協会会長津山直一先生のご挨拶(平成4年10月)

自立・家族支援の柱としての障害の受容

宝子伝説

貧しかった昔、障害のある子が
産まれた家に次々と倉が立った。
(神様からの授りもの)

「この子らを世の光に」

臨床心理士・児童精神科医を中心とした
チームアプローチによる心のケア・情緒的支援



スタッフの余裕・より高度な専門性

全国肢体不自由児施設の概要

(1) 施設数及び入所定員 (平成19年3月1日現在)

(単位 人)

区 分	施 設 数	一般病棟	重度病棟	母子病棟	小 計	通園部門	合 計
公立公営	27か所	1,943	166	134	2,243	355	2,598
公立民営	12	672	0	63	735	275	1,010
民立民営	23	897	347	31	1,275	473	1,748
合 計	62	3,512	513	228	4,253	1,103	5,356

(2) 入所児童現員及び病類別児童数 (平成19年3月1日現在)

病 名	児 童 数	比 率 (%)
脳 性 麻 痺	1,177人	51.1
CPを除く脳原性疾患	397	17.3
ペ ル テ ス 病	121	5.2
二 分 脊 椎	82	3.6
進行性筋・神経疾患	81	3.5
骨 系 統 疾 患	97	4.3
先天性股関節脱臼	15	0.7
その他整形外科的疾患	51	2.3
そ の 他	278	12.0
計	2,299	100.0

(3) 年齢別入所児童数 (平成19年3月1日現在)

年 齢	児 童 数	比 率 (%)
0～6歳未満	360人	15.6
6～13歳未満	928	40.4
13～15歳未満	374	16.3
15～18歳未満	363	15.8
18歳～	274	11.9
計	2,299	100.0

(4) 在所期間別児童数 (平成19年3月1日現在)

(単位 人)

入園期間	～3月	4月～6月	7月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～5年	5年以上	計
児童数	356	168	272	241	187	263	812	2,299
比率 (%)	15.5	7.3	11.8	10.5	8.1	11.4	35.4	100.0

(5) ADL別在所児童数 (平成19年3月1日現在)

(単位)

区分	食事	着脱衣	洗面歯磨	大小便	入浴	歩行	言語	計	比率%
○	901	630	677	521	411	442	1,024	4,606	28.6
△	575	453	420	444	432	396	399	3,119	19.4
×	817	1,188	1,190	1,283	1,396	1,289	876	8,039	50.0
◆	6	28	12	51	60	172	0	329	2.0
計	2,299	2,299	2,299	2,299	2,299	2,299	2,299	16,093	100.0
要介助比率	60.8	72.6	70.6	77.3	82.1	80.8	55.5	71.4	-

※ ○⇒独りで出来るもの、△⇒相当介助を要するもの、×⇒全面介助を要するもの

(言語の項目については) ○⇒分かるもの、△⇒時々分かるもの、×⇒分からないもの

◆⇒治療の過程(ギブス・けん引等)で出来ない場合

71.4
要介助

(6) 入所児童の知能指数状況 (平成19年3月1日現在)

知能指数	75以上	75以下	50以下	35以下	測定不能	未調査	計
児童数	356人	312	262	507	441	421	2,299
比率(%)	15.4	13.6	11.4	22.1	19.1	18.4	100.0

(7) 職員数と入所児童数の比率 (平成19年3月1日現在)

区分		全職員	看護要員	保育士・指導員
公立公営	定員	1.1	2.0	9.3
	現員	0.4	0.8	3.6
公立民営	定員	1.3	3.0	12.9
	現員	0.7	1.3	5.3
民立民営	定員	2.4	4.4	22.4
	現員	0.6	1.2	5.5
合計	定員	1.4	2.6	12.1
	現員	0.5	1.0	4.5

※1. 看護要員は、看護師、准看護師、看護助手、保育士、指導員である。

2. 職員数は正職員のみである。

(10) 障害児(者)地域療育等支援事業実施状況

- ① 療育等支援施設事業の指定施設 30施設
- ② 療育拠点施設事業の指定施設 10施設

(11) 入所児者の外泊状況

年月	延日数	延件数	実人員
18・3	7,477	3,718	1,509
4	6,065	3,646	1,318
5	8,373	3,835	1,535
6	5,077	2,947	1,118
7	7,824	4,149	1,485
8	13,539	3,799	1,874
9	6,383	3,694	1,475
10	5,995	4,082	1,480
11	5,968	3,372	1,208
12	9,600	4,472	1,794
19・1	11,014	4,511	1,881
2	5,411	3,033	1,171
合計	(90,836) 92,726	(45,258) 39,182	(17,848) 15,822

入院料の算定出来ない2泊3日以上を対象に延日数、延件数及び実人員を計上
()は昨年の数

(12) 重度・重症児別入所児童数(種19年3月1日現在)

区 分	児 童 数
大島分類 1～4	(890)人 769
大島分類 5～9	(409) 447
超重症児(スコア25点以上)	(34) 41
準超重症児(10～24点)	(100) 95

62施設実施

(13) 外来患者の被虐待児(種18年3月～19年2月)

区 分	児 童 数
身体的虐待	48人
ネグレクト	42
心理的虐待	26
性的虐待	0
計	116

(14) 外来患者数調べ

①1週間の延外来数(特定の1週間)

区 分	外 来 数	割 合
小児(18歳未満)	12,864	70.1%
成人(18歳以上)	5,479	29.9
合計	18,343	100.0

②外来患者における主病名(特定の1週間)

区 分	小 児	成 人
脳原性運動障害	5,321	2,086
脊髄性運動障害	264	207
筋・神経疾患	260	123
骨系統疾患	119	43
先天性奇形症候群 体表奇形	239	先天異常 70
小児整形外科疾患	679	
その他の整形外科疾患	100	1,527
精神遅滞、知的障害	2,306	214
てんかん	443	275
自閉症	1,481	
ADHD、LD	341	
言語発達遅滞	652	
視覚・聴覚障害	91	
その他の小児科疾患	162	
その他	406	934
合 計	12,864	5,479

外来未実施施設2 59施設実施
未調査1

障害児の包括的評価法 マニュアル

JASPERの実践的活用法

編集：全国肢体不自由児施設運営協議会



JASPER

Japanese Assessment Set of
Paediatric Extensive Rehabilitation

日本広範小児リハ評価セット

目次

1	生命維持機能評価法	
	JASPER摂食嚥下呼吸機能評価票の使い方————— (神田豊子/村山恵子) ・ 2	
	摂食嚥下呼吸機能評価票Ver.6.05の概要…………… 2	
	生命維持機能評価付録：脳性麻痺児・者(CP)における呼吸状態の 臨床的評価—呼吸機能記載票およびVisual Analog Scale (VAS)…………… 7	
	摂食嚥下呼吸機能問診票および誤嚥可能性検出票Ver. 6.05…………… 11	
	水分・栄養摂取方法見直しの指針(対策シート)…………… 16	
	摂食嚥下呼吸機能問診票および誤嚥可能性検出票使用マニュアルVer.6.05…………… 17	
	摂食嚥下機能評価付録：ビデオ嚥下造影検査(VF)評価記載票…………… 20	
	付録：VF評価マニュアル…………… 22	
	生命維持機能評価Ver. 6.05付録：呼吸機能記載票およびVisual Analog Scale (VAS) …… 24	
	生命維持機能評価Ver. 6.05付録：呼吸機能記載票およびVisual Analog Scale (VAS) 使用マニュアル…………… 26	
2	脳性麻痺簡易運動テスト	
	Simple Morter Test for Cerebral Palsy : SMTCP ————— (近藤和泉/中村純人/細川賀乃子) ・ 28	
	SMTCPの作成過程…………… 28	
	Ver. 2.01から2.10までの改訂…………… 28	
	GMFMを基準尺度とした同時妥当性の検討…………… 28	
	今後の可能性…………… 29	
	施行手順…………… 30	
	採点方法…………… 30	
	脳性麻痺簡易運動テスト採点用紙…………… 32	
	施行指針…………… 34	
	1. 背臥位：45度頭をもち上げる…………… 34	
	2. 背臥位：おもちゃに触るためにどちらか一方の上肢を正中線をこえて 反対側に伸ばす…………… 34	
	3. 腹臥位，前腕で身体を支えて：頭部を直立位にし，肘を伸展し， 胸も床から離れる…………… 34	
	4. 前腕支持の腹臥位：体重を右前腕で支持し，対側の上肢を前方へ完全に伸ばす …… 35	
	5. 前腕支持の腹臥位：体重を左前腕で支持し，対側の上肢を前方へ完全に伸ばす …… 35	
	6. 腹臥位：手足を使って左右どちらかへ90度旋回(pivot)する…………… 35	
	7. 背臥位：どちらか一方へ寝返ってから，坐る…………… 36	
	8. マットの上に坐って：上肢で支持せずに坐位を3秒間保持する…………… 37	
	9. マットの上に坐り，前方に小さなおもちゃを置いて ：前方に身体を傾けおもちゃに触り，上肢の支持なしで再び坐位に戻る…………… 37	
	10. ベンチに坐って：10秒間，上肢や下肢で支えないで姿勢を保つ…………… 37	
	11. 床の上から：小さなベンチに坐る…………… 38	
	12. 床の上から：大きなベンチに坐る…………… 38	
	13. 腹臥位：前方へ1.8m肘這いする…………… 38	
	14. 四つ這い位：前方へ1.8m四つ這いまたは弾み這いをする…………… 39	
	15. マット上坐位：上肢を使って膝立ちになり，上肢で支えずに，10秒間保持する …… 39	

16. 膝立ちして：上肢で支えずに前方へ10歩，膝歩きする	39
17. 立位：上肢の支えなしで，20秒間保持する	40
18. 小さなベンチに坐って：上肢を使わないで立ち上がる	40
19. 膝立ち：片膝立ちになってから立ち上がる，上肢を使わないで	40
20. 立位：コントロールして，しゃがんで床に坐る，上肢を使わずに	41
21. 立位：上肢で支えずに，床から物を拾い上げ，立位に戻る	42
22. 立位，片手でつかまって：前方へ10歩歩く	42
23. 立位：前方へ10歩歩く	43
24. 立位：20cm間隔の平行線の間を，前方へ10歩歩く	43
25. 立位：どちらか一方の足でボールを蹴る	43
26. 立位，上肢で支えて：4段昇る，交互に足を出して	44
27. 立位，上肢で支えて：4段降りる，交互に足を出して	44
言葉の説明	45

3 基本的ADL評価法

JASPER・ADL Ver. 3.2の使い方	(伊達伸也/高橋義仁)・48
JASPER・ADL Ver. 3.2の特徴	48
評価の構造	48
評価表の使い方	49
注意点	49
活用の仕方	49
ADL評価表Ver.3.2	50
JASPER・ADL Ver.3.2記入マニュアル	55
1. 食事	55
2. 排泄	58
3. 更衣	62
4. 整容	71
5. 入浴	74
6. 基本的移動能力	76
Q&A	86

4 変形・拘縮評価法

	(湊 純/岡安 勤)・90
本評価法の利用法	90
評価の基本事項	90
準備するもの	91
変形・拘縮評価表Ver. 5.1.3	92
評価表の記入	96
slow stretch版について	97
評価マニュアル	98
1. 頸部の回旋	98
2. 体幹の変形・拘縮	99
3. 肩関節の屈曲	101
4. 肘関節の伸展	101
5. 前腕の回外	101

16. 膝立ちして：上肢で支えずに前方へ10歩，膝歩きする	39
17. 立位：上肢の支えなしで，20秒間保持する	40
18. 小さなベンチに坐って：上肢を使わないで立ち上がる	40
19. 膝立ち：片膝立ちになってから立ち上がる，上肢を使わないで	40
20. 立位：コントロールして，しゃがんで床に坐る，上肢を使わずに	41
21. 立位：上肢で支えずに，床から物を拾い上げ，立位に戻る	42
22. 立位，片手でつかまって：前方へ10歩歩く	42
23. 立位：前方へ10歩歩く	43
24. 立位：20cm間隔の平行線の間を，前方へ10歩歩く	43
25. 立位：どちらか一方の足でボールを蹴る	43
26. 立位，上肢で支えて：4段昇る，交互に足を出して	44
27. 立位，上肢で支えて：4段降りる，交互に足を出して	44
言葉の説明	45

3 基本的ADL評価法	
JASPER・ADL Ver. 3.2の使い方	(伊達伸也/高橋義仁)・48
JASPER・ADL Ver. 3.2の特徴	48
評価の構造	48
評価表の使い方	49
注意点	49
活用の仕方	49
ADL評価表Ver.3.2	50
JASPER・ADL Ver.3.2記入マニュアル	55
1. 食事	55
2. 排泄	58
3. 更衣	62
4. 整容	71
5. 入浴	74
6. 基本的移動能力	76
Q&A	86

4 変形・拘縮評価法	
	(湊 純/岡安 勤)・90
本評価法の利用法	90
評価の基本事項	90
準備するもの	91
変形・拘縮評価表Ver. 5.1.3	92
評価表の記入	96
slow stretch版について	97
評価マニュアル	98
1. 頸部の回旋	98
2. 体幹の変形・拘縮	99
3. 肩関節の屈曲	101
4. 肘関節の伸展	101
5. 前腕の回外	101

6. 手関節の背屈	102
7. 股関節の変形・拘縮	102
8. 膝窩角	104
9. 足関節の変形・拘縮	104
fast stretch版について	110
評価マニュアル	110
1. SLR (straight leg raising test)	110
2. popliteal angle (膝関節伸展制限)	111
3. DKE (dorsiflexion with knee extension ; 膝関節伸展位での足関節背屈制限)	111

5 社会生活力・社会性評価法

(宮本晶恵/佐伯 満) ・114

社会生活力評価(青少年版)の概要	114
社会生活力評価(青少年版)評価表Ver. 4.1	118
社会生活力評価マニュアルVer. 4.1	121
脳性麻痺などによる重い障害をもつ幼児のための社会性評価表	128

粗大運動能力分類システムー改訂日本語版Ver.2.0 134

索引 139

障害児支援見直しについての意見

20.4.25.

全国児童相談所長会事務局 豊岡 敬

1 児童相談所の現状

- 少子化という状況にありながらも年々児童虐待件数が右肩上がりになり、平成18年度は全国で約3万7000件を超える受理件数が報告されている。
- 虐待相談への対応は、児童相談所だけでなく、保育所、幼稚園、小中学校、福祉事務所、保健所、警察、医療機関、地域の民生児童委員、等々多様な機関と人々との関わりによってなされている。
- 虐待対応では、児童相談所が虐待の程度やリスクを判断する際のアセスメントが非常に重要である。更に専門的機能を高めることが求められている。
- 平成20年4月1日から、改正「児童虐待の防止等に関する法律」が施行され、新たに出頭要求、立ち入り調査の強化（臨検・捜索）、面会通信の制限、接近禁止命令などが盛り込まれ、児童相談所の権限が強化された。さらには、親子分離後の家族再統合を視野に、保護者指導プログラムへの取り組みが強化されることとなった。
- 児童相談所は、虐待相談、非行相談、養護相談などに対応し、子どもの権利を守り、子どもの健全な成長発達を支援するために、専門機能を発揮している。

2 児童相談所における障害児への関わり

- 全国の児童相談所の相談の中では、障害相談の占める割合は51%と過半数を占めている（平成18年度厚生労働省福祉行政報告例＝約38万件中約19万件）。多くが知的障害相談であり、療育手帳（愛の手帳）の判定業務が中心となっている。
- 注意欠陥多動性障害（ADHD）、アスペルガーなどの発達障害相談も増えている。
- 障害児の一時保護は、可能な限り一時保護所での対応を原則とするが、障害程度が重く集団生活が難しい場合等、障害児施設への一時保護委託で対応している。
- 障害者が地域で自立した生活を送るためには、地域（市町村）のサービス基盤の整備や財政基盤の確立が重要である。
- 平成18年の障害者自立支援法施行のため、児童相談所は、障害児施設入所児童の「措置」か「契約」かの判断を行った。
- 厚生労働省から、①保護者が不在であることが認められ利用契約の締結が困難な場合、②保護者が精神疾患等の理由により制限行為能力者又はこれに準じる状態である場合、③保護者の虐待等により、入所が必要であるにもかかわらず利用契約の締結が困難である場合、の三つの考え方が示されたが、幅広く措置を捉えた自治体もある。
- 利用契約であっても、児童相談所の意見を聞かなければならないことになっているため、事務手続きが煩雑で児童相談所業務に影響を及ぼしている。更新事務もある。
- 措置から「契約」に変わったことで、利用者の選択肢が増えたということができる。

- 3 障害児者のライフステージを通じた一貫した支援の方策（就学前・学齢期・青年期）
- 障害児者にとって早期発見・早期対応は非常に重要な課題である。就学前では、保育や通園施設等の利用により、障害の軽減や発達支援の観点からの専門的療育を受けられる体制が必要である。日中活動の場としての児童デイ・サービスなどの育児支援の事業も重要である。
 - 学齢期になって、児童相談所への「しつけ・性格行動相談」で発見される場合もある。
 - 発達障害領域などは、親子共々その理解が進んでいるとは言い難い状況にある。
 - 障害受容は重要である。障害受容はその後のライフステージに大きく影響を及ぼすが、比較的高学年になるまで専門的な対応がなされない事例もある。
 - 非行相談や育成相談（不登校・性格行動等）の背景に「障害」が潜んでいることがあり、乳幼児期、学童期を通じた支援体制は非常に重要である。
 - 就労・自立する青年期での支援策拡充は重要である。
- 4 家族支援体制の充実
- 課題を抱える家族への支援は、地域の支援ネットワークを組むことが重要である。
 - 児童福祉法第25条の2により、「要保護児童対策地域協議会」の設置が進められており、地域における関係機関同士の情報交換と共有ができるようになっている。
 - 被虐待児童・要保護児童等に関する情報交換が可能である。
 - 児童相談所は家族構成員全体を視野に入れたケースワークの展開に努めている。
- 5 行政の実施主体について
- 障害のある被虐待児童で、強制介入・親子分離を行った事例など児童相談所の関与による措置入所を担保する必要がある。
 - 児童相談所が必要と判断した場合、確実に入所できるような対応が必要である。
 - 職権による一時保護や28条申し立て等により対応し、保護者の強引な引き取りなど児童に不利益を及ぼすような場合は施設名を秘匿としている。
 - 障害者自立支援法では、市長村が提供するサービスと都道府県が提供するサービスの二層構造となっており、利用者の利便性をさらに考慮すべきである。
- 6 障害児・者のサービス一元化
- 18歳以上は利用者の申請に基づき市町村が支給決定を行う契約制度となっており統一的なアセスメント、障害程度区分や市町村審査会が設置されている。
 - 医療的配慮が必要な児童・施設にとっては、自立支援法移行後の状況を十分に踏まえた検討と対応が必要である。また、児童施設における過年齢児という課題がある。
 - 権限委譲はその裏付けとなる財源措置が必要である。

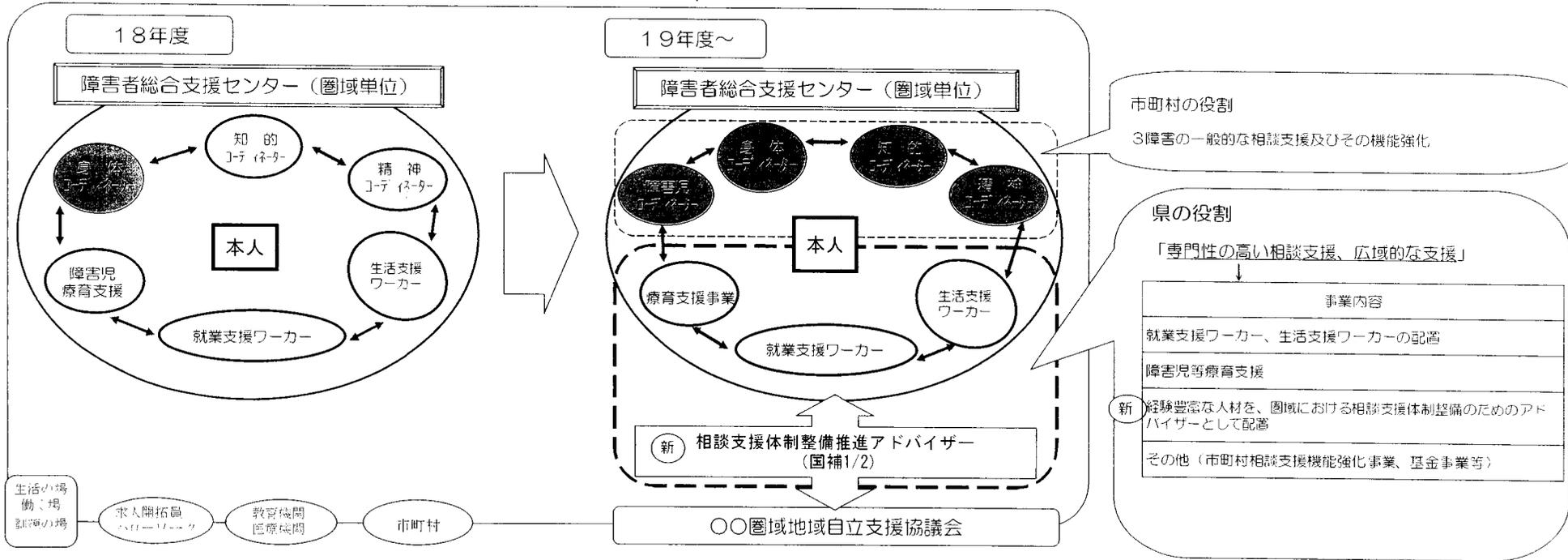
改 障害者相談支援事業

19年度要求額：238,630千円（一般財源 202,970千円、基金 22,892千円、国庫 12,768千円）
18年度予算額：250,538千円（一般財源 245,498千円、国庫 5,040千円）

障害者の地域生活を支える3障害対応の「障害者総合支援センター」H16.10.1スタート
○障害者総合支援センターを10障害保健福祉圏域に1か所ずつ設置する。
○全てのセンターに、各障害に対応できるコーディネーター等を配置する。

障害者自立支援法に基づく役割分担の明確化

19年度 障害者自立支援法に基づく相談支援事業
○市町村と県との役割分担を整理しながら、圏域ごとの障害者の相談支援体制を整備構築



人員配置の推移 (18年度→19年度)

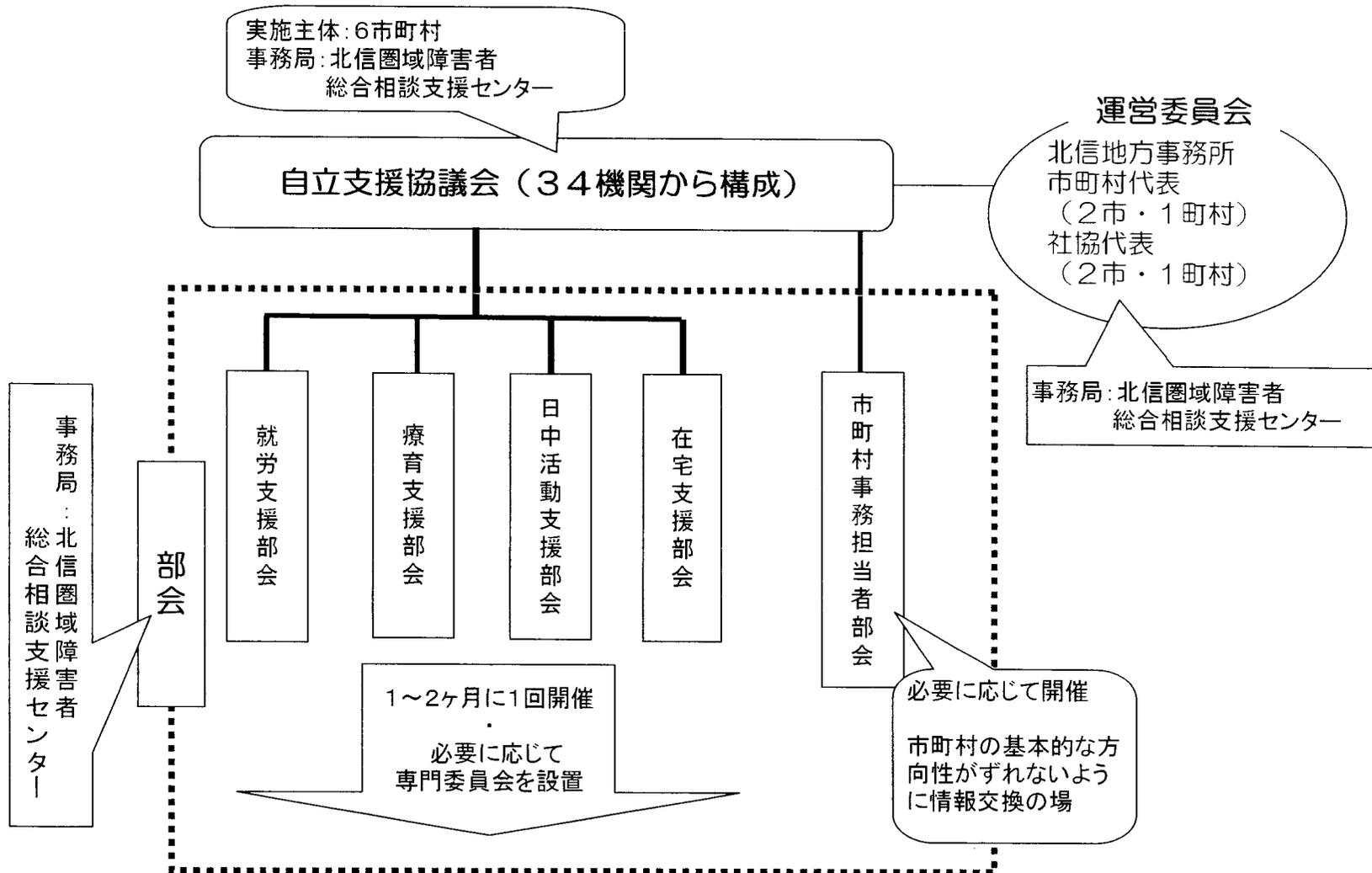
18年度	身体 コ-ディネ-ター	知的 コ-ディネ-ター	精神 コ-ディネ-ター	障害児 療育支援	生活支援 ワ-カー	就業支援 ワ-カー	計
計	8	8	13	14	14	11	68
	市町村事業	地域生活C 7	市1	県職1	県職9	国2	

19年度	身体	知的	精神	障害児	療育支援	生活支援 ワ-カー	就業支援 ワ-カー	新 アドバイザー	計
計	9	8	15	12	12	14	11	10	91
	市町村事業	市町村事業	市町村事業	市町村事業	市町村事業	県職1	県職8	国3	

☆ 市町村と県とが連携し、圏域ごとの相談支援体制を整備 (様々な人や機関が協力して支援していく仕組み作り)

☆ 地域で暮らす障害者の安心を確保し、自立を支援

北信地域障害福祉自立支援協議会 イメージ図 (H19.5月現在)

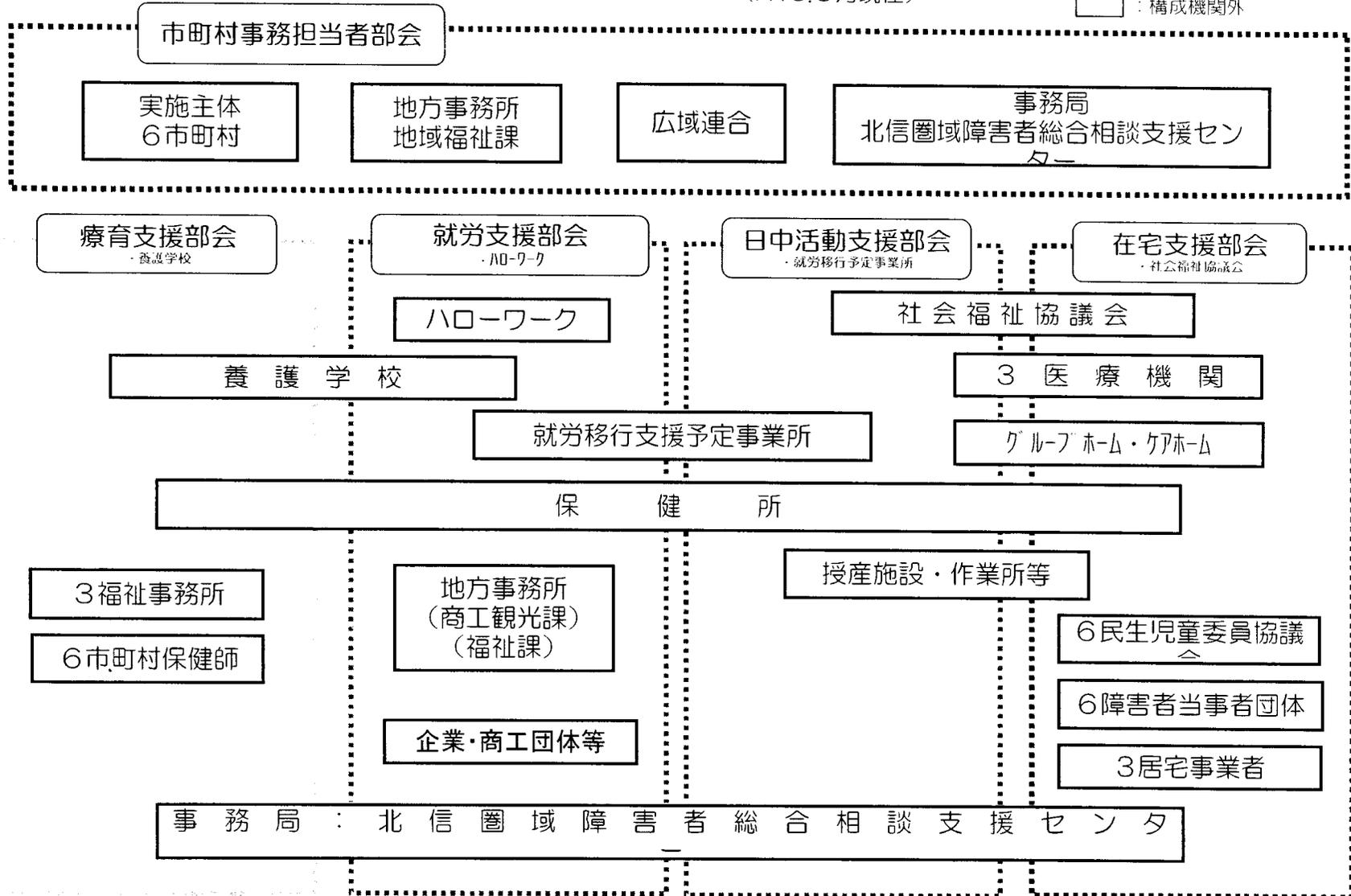


北信地域障害福祉自立支援協議会 部会構成メンバー図

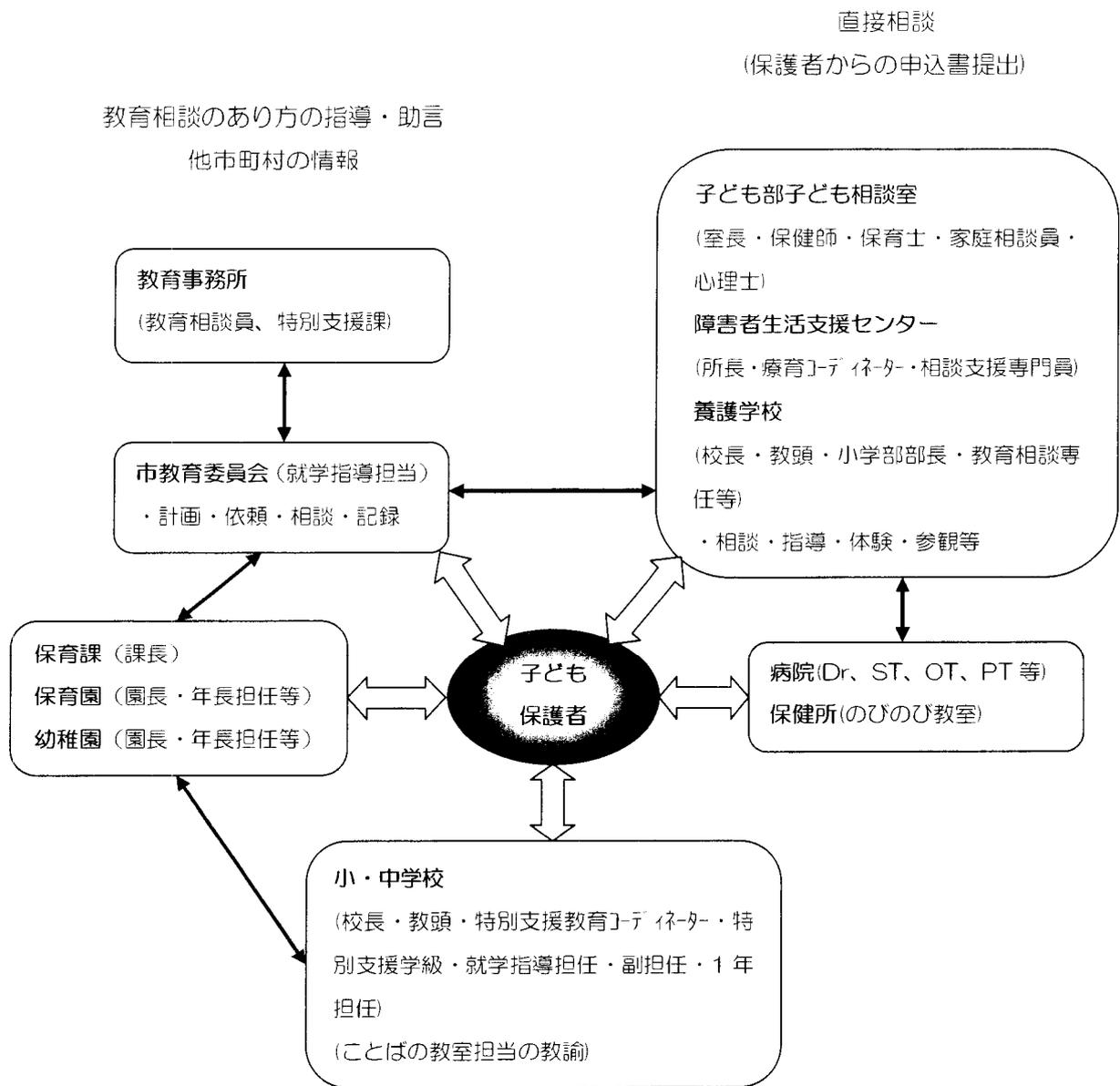
(H19.5月現在)

□ : 部会メンバー

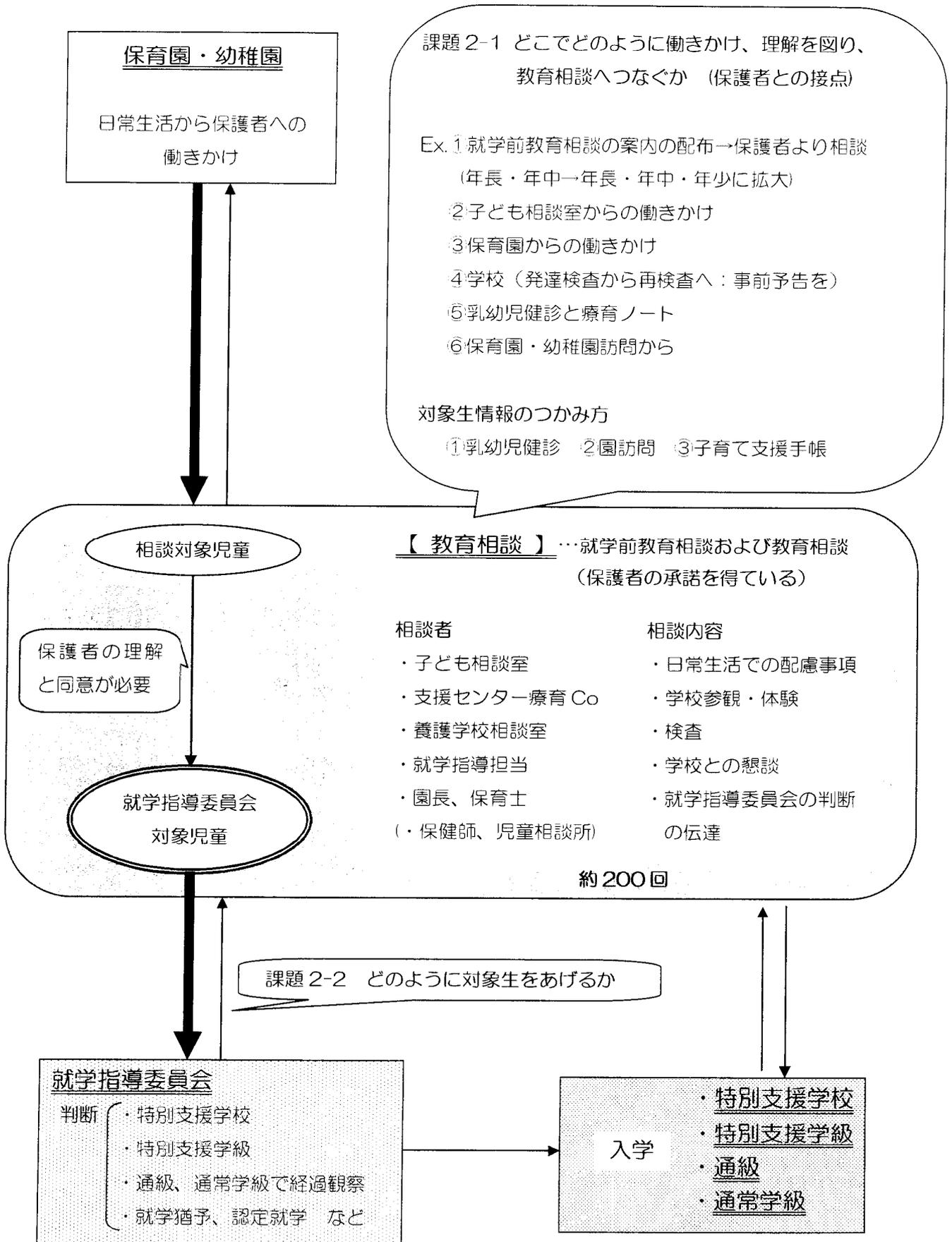
□ : 構成機関外



1 就学指導と相談支援体制

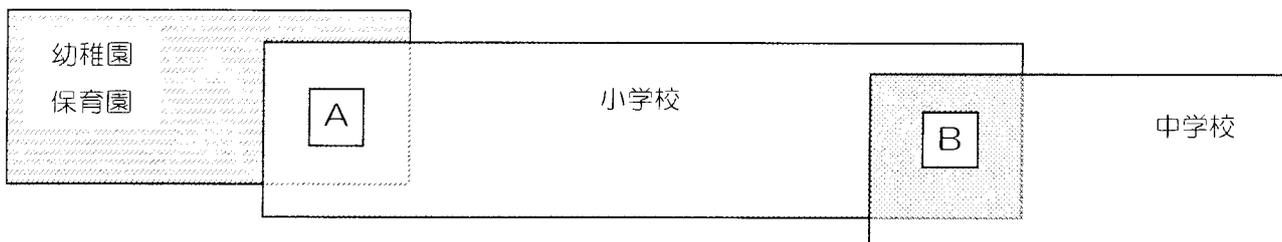


● 教育相談への働きかけと理解の得方



● 幼稚園・保育園と小学校と中学校との連携

現在おこなってきていること



Aの充実

- ①「入学前相談窓口設置」の依頼
- ②保護者の希望により、小学校との懇談
随時：学校での支援の様子を聞いたり、検査結果を伝えたりして配慮をお願いしたい相談等
H19年度は①②合わせて100回以上
- ③参観体験学習・行事への下見など（園児の必要性和保護者の希望による）
- ④教育相談からの情報連絡会（全11小学校）
保護者同意の情報（園生活での工夫や支援対応など・文章含む）に限定し、小学校へ伝える
三学期（2～3月）送り連絡会：校長、教頭、一年生担任、特別支援学級担任、就学指導担当
特別支援教育コーディネーター
子ども相談室、支援センター、養護学校、市教委
- ⑤一年生担任者との情報交換会（全11小学校）
一学期（4～7月）教育相談対象者の就学後の様子と今後の支援について
子ども相談室、支援センター、養護学校、市教委
- ⑥来入児発達検査（6月）と健康診断（9～11月）→小学校にて
- ⑦園と学校の先生方の互いの参観しあい（今後の課題）
- ⑧幼保小連絡会
- ⑨一日入学
- ⑩子育て支援手帳（今後の課題）

Bの充実

- ①特別支援教育コーディネーター連絡会
- ②小中連絡会
- ③体験学習
- ④支援シート

3 連携の変遷（事例）

<第1期> 気づき～N教室参加まで

- ・乳幼児健診や保育園生活のなかで、保健師や保育士より、本児への支援の必要性が上がった。
- ・気づきから、関係者（行政の家庭相談員、保健師、支援センターの療育コーディネーター等）に情報が伝えられた。

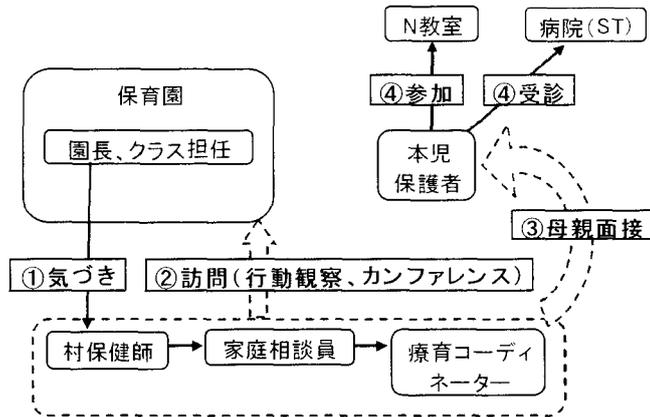


図1 気づき～N教室参加まで

<第2期> 保育園訪問、N教室参加

- ・N教室への参加や病院受診につながり、さまざまな専門職や機関による支援を受けるようになる。保健師・家庭相談員・療育コーディネーターらによる保育園訪問の実施や、保育園加配保育士によるN教室への見学、母親と保育園スタッフを交えての保護者面接の実施などがおこなわれた。
- ・児童相談所の巡回相談や保健所の心理相談への相談実施にあたって、家庭相談員が調整や当日の同行などをおこなった。

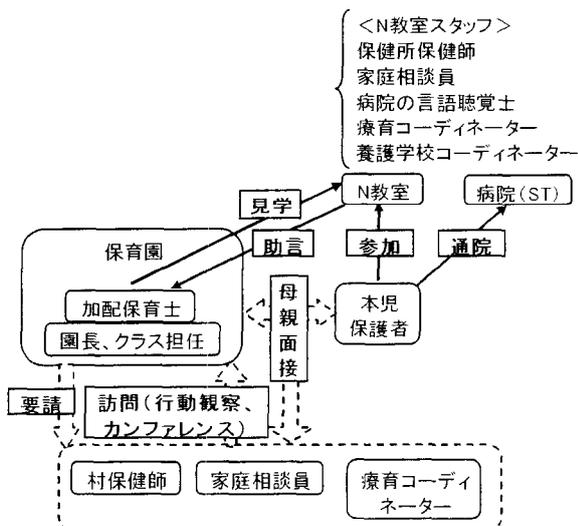


図2-1 保育園訪問、N教室

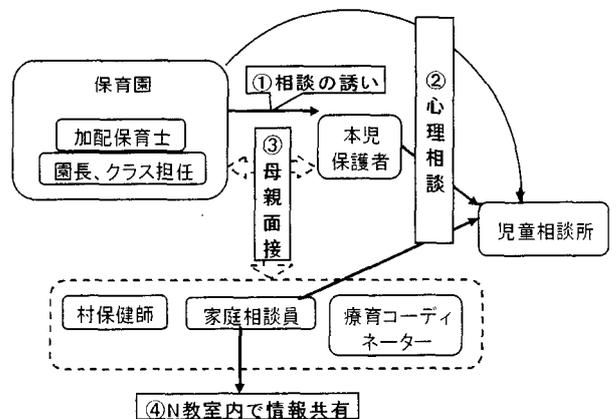


図2-2 心理相談

<第3期> 就学相談

- ・学校見学や学校体験に向けての保護者面接、見学や体験への同行、就学指導委員会の判定報告のための保護者面接、保育園から学校への引継ぎ会議などがおこなわれた。

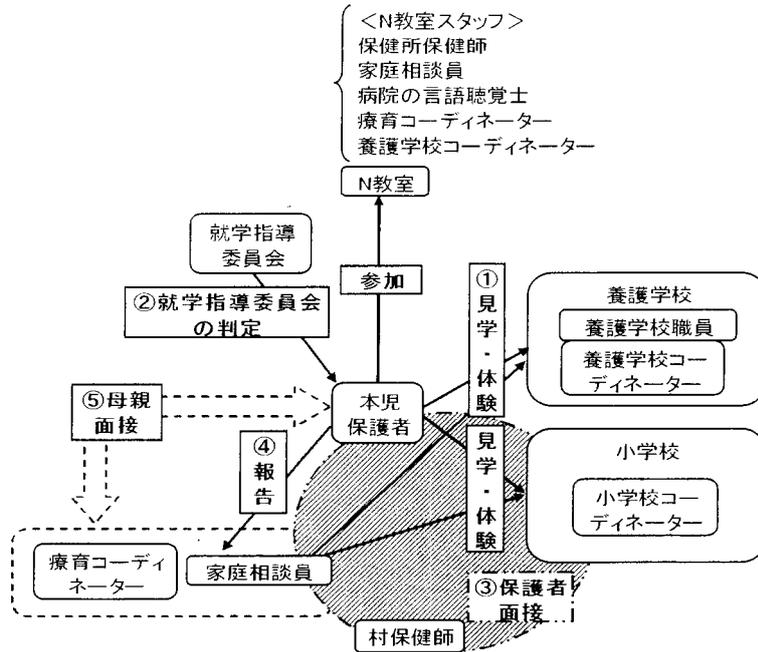


図3 就学相談

<第4期> 就学後

- ・個別の教育支援計画作成や関係者による個別の支援会議の開催をおこなった。
- ・家庭相談員や療育コーディネーターによる学校訪問(入学後の経過観察、引き継ぎした支援への評価)や、保護者面接をおこなった。

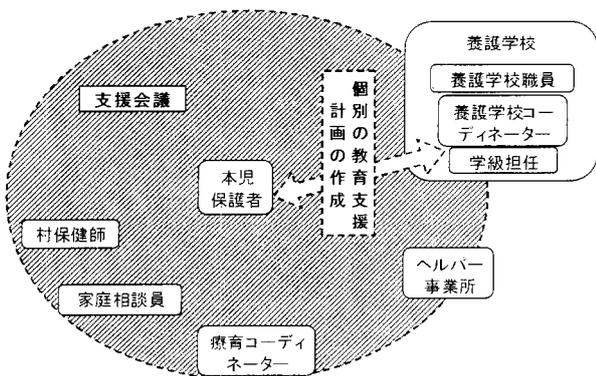


図4-1 個別の支援会議

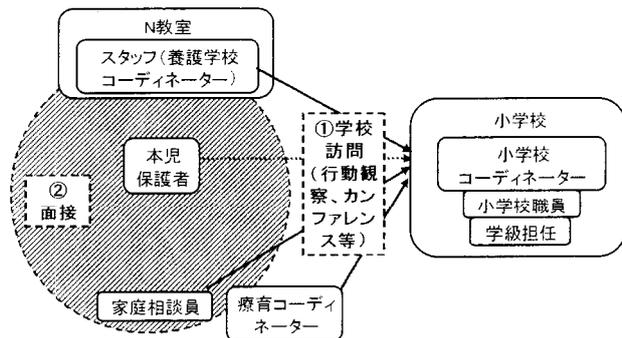


図4-2 学校訪問、保護者面接

<引用文献>

高橋佳子・加瀬進(2006)「総合相談支援体制の構築と専門職種間協働の在り方に関する研究—長野県A圏域における特別な支援を要する就学前児に対する相談支援体制を手がかりに—」東京学芸大学大学院修士論文

4 エピソード表

<H14年度・未満児クラス>

年月	エピソード	本児・保護者の動き	専門職の動き
H14.6	保育園より「多動、ことばの遅れ、奇声」との主訴あり。		・保育園が村の保健師に相談する。 ・家庭相談員は支援センターの療育コーディネーターに保育園訪問への同行を依頼する。
H14.8	保育園訪問① (行動観察とカンファレンス) 母親面接 保育園より「問題行動が多発し、対応に困っている。加配保育を希望」との要請あり。		・家庭相談員、療育コーディネーター、村の保健師で行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、村の保健師、保育園職員でカンファレンスをおこなう。 ・家庭相談員、村保健師、母親とで面接をする。 ・家庭相談員は、療育コーディネーター、村保健師と話し合う。
H14.9	加配保育士がつく 保育園訪問② (行動観察とカンファレンス、母親面接) 母親面接 3歳児健診		・家庭相談員、療育コーディネーター、村の保健師で行動観察をおこなう。 ・療育コーディネーターは発達検査を実施。 ・母親、家庭相談員、療育コーディネーター、村の保健師、保育園職員でカンファレンスをおこなう。支援の方向性として、N教室に参加して専門的療育を受けること、病院を受診することが確認される。
H14.10	3歳児健診フォローとしての個別の心理相談	・母親・本児でN教室に初参加。 ・母親・本児、家庭相談員で受ける。	・村の保健師が母親に同行して、母親とともにN教室にスタッフとして参加する。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
H14.11	保育園訪問③ (行動観察とカンファレンス、母親面接) 母親面接		・家庭相談員、療育コーディネーター、村の保健師で行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、村の保健師、保育園職員でカンファレンスをおこなう。 ・母親、家庭相談員、療育コーディネーター、村の保健師、保育園職員らで母親面接をおこなう。
H14.12		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
H15.1		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
H15.2		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
H15.3		・母のみN教室に参加。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで母親面接を実施。

9

<H15年度・年少児クラス>

年月	エピソード	本児・保護者の動き	専門職の動き
H15.4	病院への受診開始	母親は本児を病院の小児科に受診させるようになり、言語療法訓練(ST)も開始されることになった。小児科受診は3ヶ月に1回、言語療法訓練は2週間に1回の頻度で継続となる。	
		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H15.5	保育園訪問④ (行動観察とカンファレンス) 母親面接 ST		・家庭相談員、療育コーディネーターで行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員でカンファレンスをおこなう。 ・母親、家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
H15.6	保健所の心理相談	・母親、本児、家庭相談員で受ける。	・児童相談所の心理相談員が本児の発達の様子を確認。
		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H15.7	保育園訪問⑤		・家庭相談員、療育コーディネーターで行動観察をおこなう。

	(行動観察とカンファレンス)		・家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員でカンファレンスをおこなう。
	N教室への参加	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H15.8	N教室への参加	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H15.9	保育園訪問⑥ (行動観察とカンファレンス)		・家庭相談員、療育コーディネーターで行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員でカンファレンスをおこなう。
	N教室への参加	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H15.10	N教室への参加	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H15.11	加配保育士が本児	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。 ・加配保育士がN教室での支援方法を学ぶため見学を訪れる。
	保育園訪問⑦ (行動観察とカンファレンス、母親面接)		・家庭相談員、療育コーディネーターで行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員でカンファレンスをおこなう。
	母親面接	・母親、家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員らで母親面接をおこなう。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H15.12		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H16.1		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H16.2		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H16.3	保育園訪問⑧ (行動観察とカンファレンス)		・家庭相談員、療育コーディネーターで行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員でカンファレンスをおこなう。
		・母のみN教室に参加。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで母親面接を実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	

<H16年度・年中児クラス>

年月	エピソード	本児・保護者の動き	専門職の動き
H16.4		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H16.5		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H16.6	保健所の心理相談	・母親、本児、家庭相談員で受ける。	・児童相談所の心理相談員が本児の発達の様子を確認。
		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H16.7		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。

	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H16.8	保育園訪問⑨ (行動観察とカンファレンス)		・家庭相談員、療育コーディネーターで行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員でカンファレンスをおこなう。	
	N教室	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H16.9	N教室	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H16.10	N教室	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H16.11	N教室	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H16.12		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H17.1		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H17.2		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		
H17.3		・母のみN教室に参加。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで母親面接を実施。今年度の様子を振り返り、来年度からの支援の方向性や就学に関して話し合った。	
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。		

<H17年度・年長児クラス>

年月	エピソード	本児・保護者の動き	専門職の動き
H17.4	加配保育士が変わる		
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
H17.5		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H17.6	保育園訪問⑩ (行動観察とカンファレンス)		・家庭相談員、療育コーディネーターで行動観察をおこなう。 ・家庭相談員、療育コーディネーター、保育園職員でカンファレンスをおこなう。
	保健所の心理相談	・母親、本児、家庭相談員で受ける。療育手帳、特別児童扶養手当をとる。	・児童相談所の心理相談員が本児の発達の様子を確認。
		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H17.7	来入児発達検査	・本児は地元小学校にて来入児検査(発達)を受ける。	
		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H17.8		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	

H17.9	N教室	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H17.10		・母親が見学に行く。	
	N教室	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H17.11		・母親、家庭相談員、地元小学校の自律教育コーディネーターとで就学について話し合いをおこなった。	
	養護学校を見学および体験	・母親、本児、家庭相談員とで養護学校を見学および体験をおこなう。	・養護学校自律教育コーディネーターは見学と体験の受入をした。
	地元小学校の自律学級の体験	・両親、本児、家庭相談員、地元小学校の自律教育コーディネーターとで就学について話し合いをおこなった。	
	N教室	・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H17.12	養護学校の体験	・母親、本児、家庭相談員とで養護学校の体験をおこなう。	・養護学校自律教育コーディネーターは体験の受入をした。
	地元小学校の自律学級の体験	・両親、本児、家庭相談員、地元小学校の自律教育コーディネーターとで就学について話し合いをおこなった。	
	両親との面接	・両親、家庭相談員、村の保健師、小学校の自律教育コーディネーターで就学先について話し合いをおこなった。	
		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H18.1	就学先の決定	・父より家庭相談員のもとに電話連絡あり。	
	母親面接(引継ぎ会議への準備)	・母親、家庭相談員、療育コーディネーターで支援の引継ぎ内容に関して話し合った。	
		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H18.2		・母親・本児でN教室に参加する。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで本児への支援を実施。母親面接も実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	
H18.3	引継ぎ会議	・養護学校にて、母親、家庭相談員、村保健師、療育コーディネーター、保育園職員、養護学校自律教育コーディネーター、小学部部長らで、これまでの経過および入学後の支援の方向性について話し合われた。	
	入学式の準備・練習	・母親、家庭相談員、療育コーディネーター、養護学校自律教育コーディネーター、小学部部長とで、入学式の準備をおこない、本児に実際に練習もおこなった。	
		・母のみN教室に参加。	・家庭相談員、療育コーディネーター、その他N教室スタッフらで母親面接を実施。
	ST	・本児は母親に連れられて病院にてSTを受ける。	

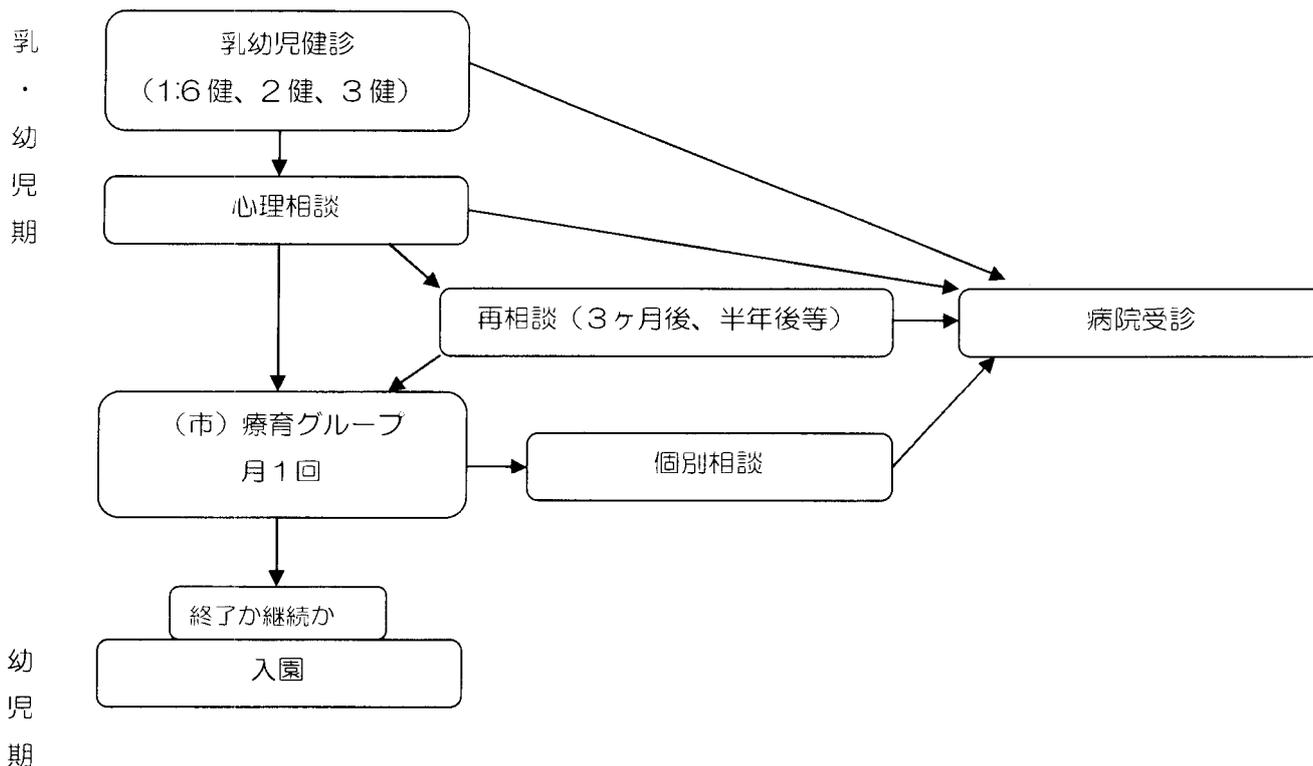
<H18年度・小学部1年>

年月	エピソード	本児・保護者の動き	専門職の動き
H18.4	入学式	・本児は特に問題もなく落ち着いた様子で参加できた。	・自律教育コーディネーターが本児への支援にあたった。
H18.4	担任への支援内容の引継ぎ		・担任に対して、自律教育コーディネーターより入学前の引継ぎ会議を踏まえた支援内容に関して引継ぎがおこなわれた。
H18.4	個別の教育支援計画の作成		・担任と自律教育コーディネーターとで引継ぎ会議の内容を反映させながら作成した。
H18.7	ヘルパー事業所利用開始	・本児は平日の放課後、土日、長期休暇にヘルパー事業所を利用し始めた。	・療育コーディネーターはヘルパー事業所スタッフに本児への関わり方について伝えた。
H18.11	個別の支援会議	・母親は支援会議に参加した。	・家庭相談員、療育コーディネーター、村保健師、養護学校自律教育コーディネーター、学級担任、支援センタースタッフが集まり、支援会議を開いた。

●北信圏域の現在のステージ、現状の特徴

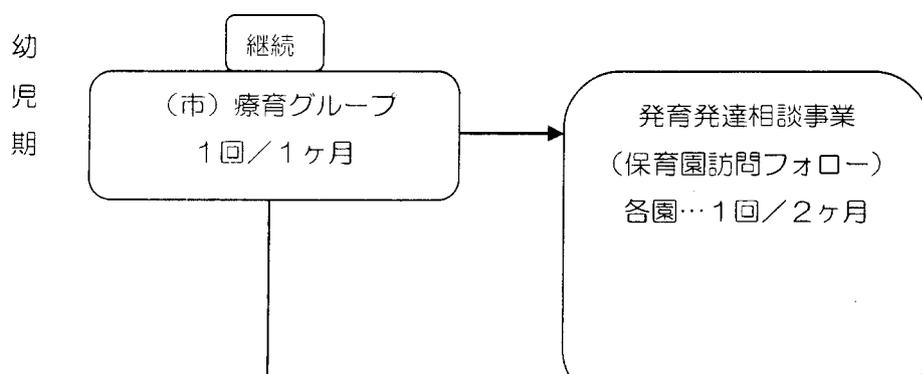
乳幼児健診から個別の心理相談や療育グループへの紹介、心理相談の再相談や定期的な療育グループへの参加を通してのフォロー、それらに参加できない（母親の気持ち上まだ受け入れられない場合など）はよりハードルの低い子育てサークル的な子育て支援センターでのフォロー、また保育園に通っているお子さんは保育園フォロー、という点では、各資料で散見される報告書の各地域事例とほぼ変わらないと思います。

しかし、保育園以降の支援に関しては、決定的に密度が濃いといえます。

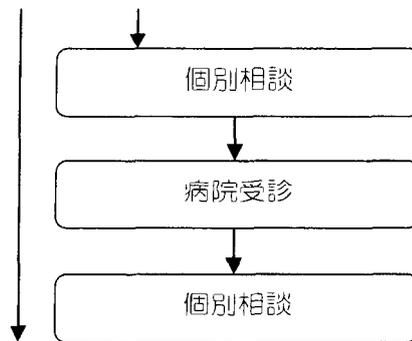


入園に関しては、入園先の保育園の園長先生に2月～3月に間で、療育グループでの対象児の様子を見に来てもらいます。その前後で園長先生と話して、入園後の体制について話し合います。最初から加配保育士がついてマンツーマン対応が必要な場合は、加配認定の手続きをすすめてもらいます。

入園後に関しては、中野市発育発達相談事業にて、2ヶ月に1回の頻度で全保育園に対して保育園訪問をします（各園年5回）。この事業は、年度当初に中野市役所子ども部子ども相談室のほうより、保育園に通うお子さんのいる全家庭に対してチラシ配布をして周知を回しています。そのチラシを見て親御さんから相談があがってくるケースも少しずつ出てきたようです。



市・子ども相談室
支援センター



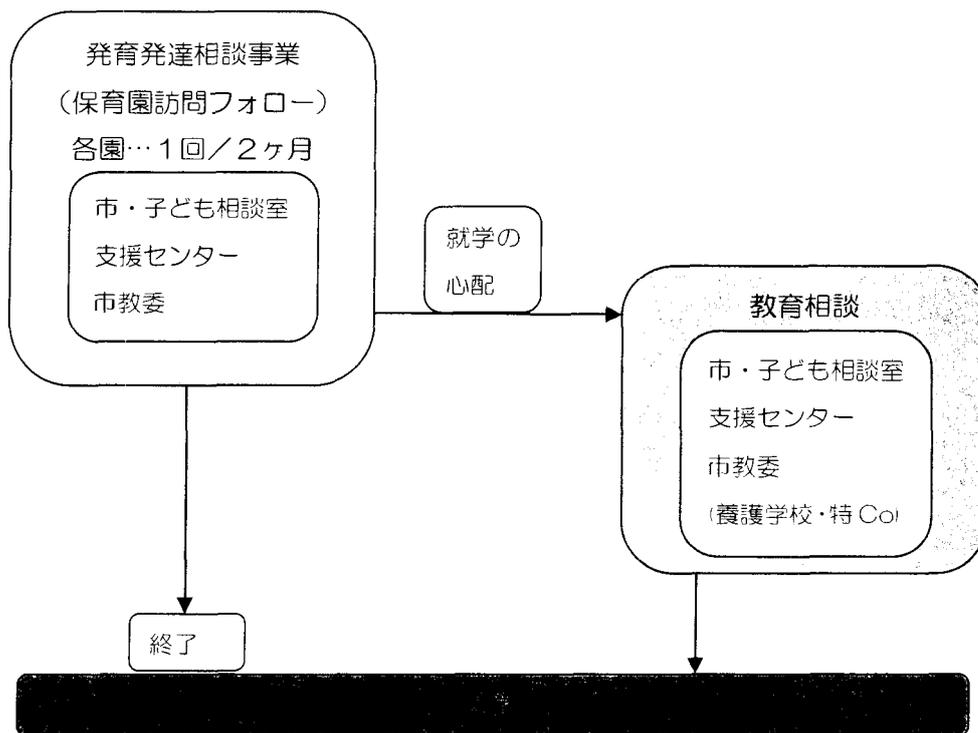
保育園訪問では、保育士さんに対してアドバイスをします。午前は10時から12時まで行動観察、午後は12時30分から3時ころまでそれぞれのお子さんに関して保育士さんとカンファレンスです。

医療受診が必要と思われるお子さんに関しては、こちらからアプローチしていきます。まず、保育士さんからお母さんに対して家での困り感について聞いてもらいます。園でも本人の困り感があり、家でも困っていることがあるならば、発達相談事業のこと（専門スタッフが保育園訪問をしていること）を伝えてもらい、個別相談をしてみませんかと誘ってもらいます。

母との個別相談後、医療受診、その後も受診結果を受けての個別相談をおこないます。

このようにして、早い段階（年少や未満児、年中など）から医療につながるケースが増えてきました。

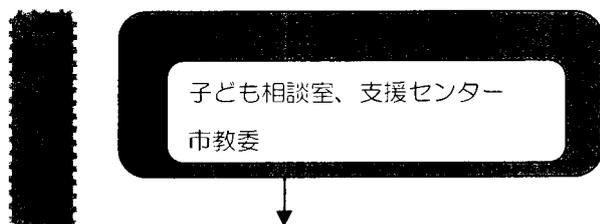
幼
児
期
・
就
学
前
期



保育園訪問をするときに、市教委の就学指導担当の方も一緒に毎回来てもらい、その方は主に年長クラスのお子さんを見ます。つまり、年長クラスになると、市教委の人も入ってきます。

就学について保護者の心配が顕著になってくると、教育相談申込書を保護者の方に事前に書いてもらい、その後教育相談を実施します。これは発育発達相談（子ども部子ども相談室）とは違い教育委員会のほうでやっているものです。

教育相談は繰り返し何回もおこなわれ、インテークの面接、再相談、場合によっては検査実施（WISC-Ⅲ、養護学校教育相談専任（特Co的役割をしています）が実施）、検査を受けての再相談、小学校見学、就学指導委員会判定の結果報告、希望先の小学校 T との懇談（どんな体制で受け入れができるか）、申し送りの会議（保育園での対応、保護者の希望、小学校の受け入れ体制等を全員で共通理解）などをおこなっています。



就学後は、年長クラスのとときに保育園で加配が付いていたお子さん・その他特に必要と思われるお子さんに関して、4月～6月の間に、全小学校をまわって、担任の先生と懇談します。子どもたちの行動観察は基本的にはできませんが、その後のお子さんの様子について、担任の先生などと情報交換します。必要に応じて、その後個別のフォローをします。

北信の特徴は、のりしろ部分がしっかりしていること、密度が濃いこと（連絡したりやりとりをする回数が多い＝毎日のように頻繁におこなっている。／やりとりする相手が変わらない・同じ担当者）が言えると思います。全体イメージ図参照。

また、乳幼児健診から始まり、療育グループ（だいたい1～2年くらいの間参加）を通して、関係者間で本児に対する共有の場を積み上げていくプロセスがあります。療育グループと保育園訪問での支援を合計すると、多いお子さんは就学相談前に3～4年ほど関わっていることとなります。

関係者が、療育グループや保育園訪問などの同じ場に一緒に参加することを通して、実際に子どもたちを目の前に見て様子や状態像を知り、変化の過程を共有しながら時系列的に追っていくプロセスが、そのまま就学相談、就学後に引き継がれていきます。就学相談(事業名としては教育相談)のときに、皆が共通理解のもとで話をすすめていくことができます(皆＝市教委・保健師・療育 Co・保育園など)。

だから、いきなり就学相談ではなく、乳幼児健診で心理相談にまわった時点で、もうすでにチーム支援が始まっていることとなります。そのころからの積み上げになります。

この、健診から始まる、関係者間の共有の場の積み上げ、そのプロセス作りの仕組みがあるところが北信の特徴ではないかと思います。

●自立支援協議会（療育部会）の効果が大きい

あと、いまの北信圏域の一番特記すべきことは、療育支援部会がかなり成果をあげて動いていることだと思います。

この地域の課題を皆で共有し、課題解決のために必要なことは何かをリアリティを持って話し合い、実際に課題解決のために複数の市町村が集まって現実的な解決策を導き出したことです。予算がついたことは大きいです（家庭相談員の存続、村部の療育グループ）。一つの村では解決が難しいことを、皆で共有し、そのためにできることの役割分担をして、解決に結びつきました。今後は、この療育支援部会が、この地域の療育分野でのエンジンになるのではないかと思います。

いままだできていないこと、教育との連携や、就学前の仕組み（中野市はかなりできてきたが他はまだそこまでいっていない）の他市町村への般化、などなどは療育支援部会を通じてできていくのではないかと思います。

○全国各地で実施が見られてきている、5歳児健診は興味深いですが、スクリーニングという意味では、北信圏域ではそれまでの健診フォロー体制や保育園訪問により対象児をほぼ把握できるため、そういう意味では5歳児健診の必要性は少ないと思います。ただ、保育園訪問で家庭へのアプローチがしづらいときに5歳児健診が契機になる、とはいえると思います。グレーゾーンのお子さんに対して、保育園訪問に加えて5歳児健診があると、家庭へのアプローチがしやすくなると思います。5歳児健診を導入する場合には、年長になってからおこなわれる就学時健診や就学相談とどのようにつなぎ合わせていくかの仕組みを考えたほうがよいと思います。

○就学前後の教育へのつなぎに関して、保健師が教育の方へふみこんでいく場合と、教育の方が就学前におりてくる場合と、あると思いますが、今回の地域事例の中では、その両方がなされているのは見当たらなかったかと思います。

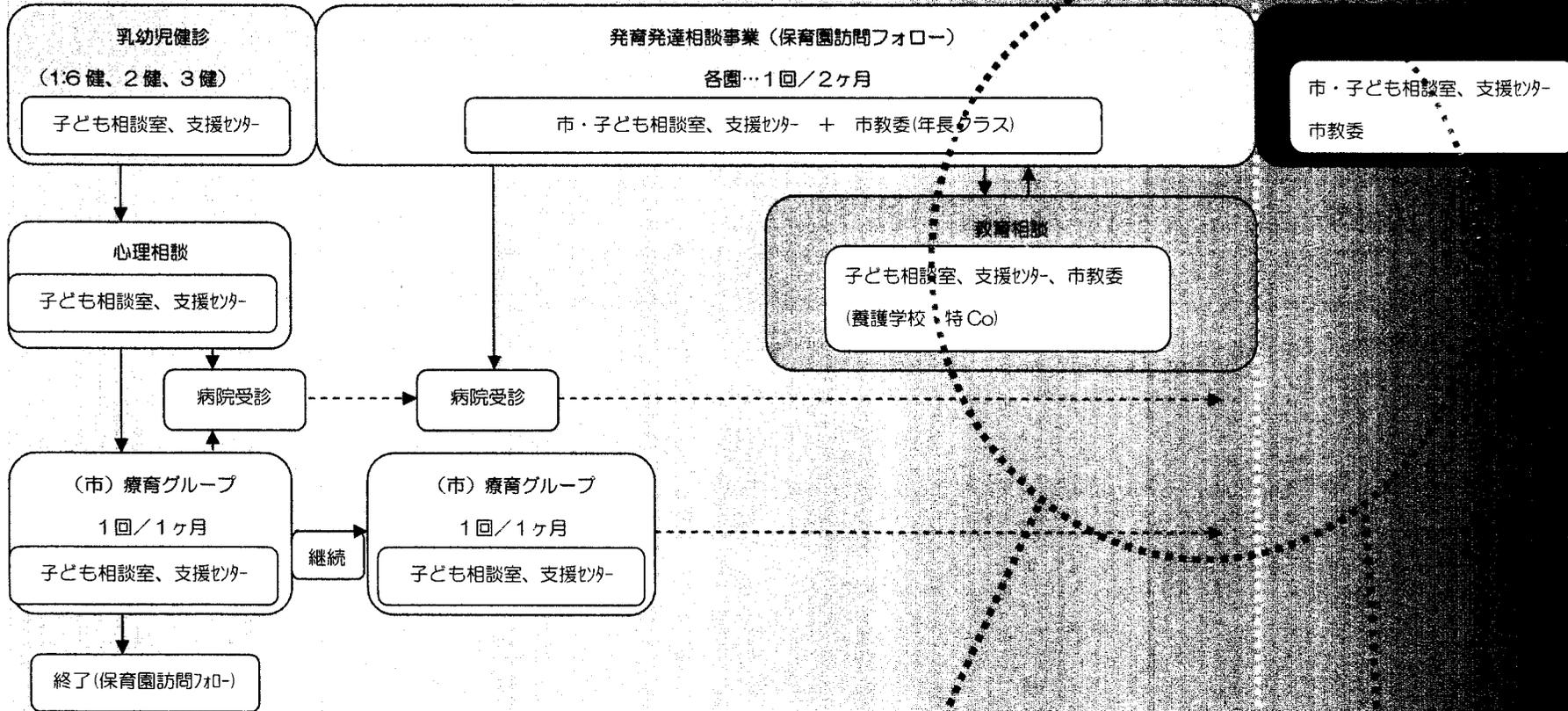
北信圏域はその両方がおこなわれています。同じ場で、リアリティをもって対象児を共有できる、ということが重要かと思いますが、それが就学前の一場面のみだったり、就学後の一場面のみではなく、お互いにお互いの領域にまたがって互いに共有し合う、のが一番良いのではないかと思います。両方ののりしろがしっかりとくっついていることだと思います。

【乳・幼児期】

【幼児期】

【就学前期】

【就学後期】



のりしろ部分(就学前)

- ◆ 卒園前までに教育委員会の就学指導担当が同行
- ◆ 卒園前日に保育園訪問スタッフ(保健師・療育Co)が同席

のりしろ部分(就学後)

- ◆ 入学前日に保育園訪問スタッフ(保健師・療育Co)が同行

関係者間の連携を図り、長官自ら現場の視察を行うこととした。



個別支援手帳のご案内

Heartful Network Notebook

支援手帳を利用すると次のようなメリットがあります。

■ “縦の情報”をつなげます。

生まれてから現在までの情報（生育歴・支援経過など）を蓄積し、支援機関への情報伝達をスムーズにします。

■ “横の情報”をつなげます。

現在、利用されている支援機関（サービス・相談）の間の情報伝達をスムーズにします。

■ “個別支援計画”が立てやすくなります。

“評価経歴”や“支援会議経歴”を参考に、個別支援計画が立てやすくなります。

■ レスパイトサービスが利用しやすくなります。

“個別サポート情報”により、支援情報がレスパイト関係者へ伝達しやすくなります。



パソコンから
“個別支援手帳ソフト”に
情報を入力できます。

- 生育歴
- 居住履歴
- 医療支援履歴
- 保健・福祉支援履歴
- ショートステイ・レスパイト履歴
- 相談支援履歴
- ネットワーク図
- 週間計画表
- 支援機関の詳細
- 支援機関連絡表
- 発達・知能検査履歴
- 個別支援調整会議履歴
- 体や行動の特徴
- 生活支援情報
- 医療的ケア支援情報
- 補装具・自助具
- 日常生活用具の作成
- 病歴
- 所属履歴

監修：長野県・長野県教育委員会

個別支援手帳の増刷は、下記（電算印刷株式会社）にお問い合わせいただくか、①“個別支援手帳ソフト”をUSBメモリーにコピー ②ソフトを印刷 ③ファイリングしてください。

《印刷用紙：下記から専用白紙を購入（推奨）またはコクヨA5ルーズリーフ無地（ノ-807WE）／バインダー：コクヨバインダーノート（ル-PV31）／ポケット：コクヨA5チャックポケット（ノ-894N）》など

■ 各種依頼、またはソフトのトラブル、落丁・落本に関する問い合わせ先

〒390-0821 長野県松本市筑摩1-11-30

電算印刷株式会社 個別支援手帳 担当宛

TEL 0263-25-4465 FAX 0263-25-9849 E-mail : heartful@d-web.co.jp

■ 手帳にかかわる問い合わせ先

長野県内の各障害者総合支援センター 療育コーディネーター宛

または

〒390-0827 長野県松本市出川2-24-14

NPO法人 療育センターらいふ内「長野県障害児療育・保育・教育支援研究会」事務局

FAX 0263-25-8690 E-mail : c-life@dia.janis.or.jp (TELはご遠慮ください)

障害児支援の見直しに関する検討会

全国地域生活支援ネットワークヒヤリング資料

1. わたしたちの障害児支援の見直しに関する基本的な考え方

障害児へのサービスは、適切な支援や環境がないために起こる2次障害を防ぐものとして、必要不可欠です。子どもの健全育成の観点から、従来の「障害児だけが集まる場」において支援を行う事業の在り方を見直し、一般の保育、教育、放課後活動の場で、障害のある子どもも、障害のない子どもとともに育ち、学び、生活する仕組みへの転換を図る必要があります、これに必要な措置を講じる必要があります。

(「自立と共生」を進めるための障害者自立支援法改正の提案・2007.10より)

2. 背景と根拠

障害のある子どもが、一般の保育・教育の中でともに育つことを志向することは、国内法等や国際条約の理念では、既に当たり前前に肯定されるものとなっている。まずは、これに沿った障害児支援の見直しの方向性を確認したい。

障害者基本法 第三条 2

すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる。

障害者基本計画 一 基本的な方針

21世紀に我が国が目指すべき社会は、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会とする必要がある。共生社会においては、障害者は、社会の対等な構成員として人権を尊重され、自己選択と自己決定の下に社会のあらゆる活動に参加、参画するとともに、社会の一員としてその責任を分担する。

障害者自立支援法の厚生労働省資料

共生社会の実現をより確かなものとするためには、子どもの頃から、障害の有無にかかわらず、共に遊び・学び・暮らす環境を整備していくことが重要。

障害者の権利に関する条約 第七条 障害のある児童 (外務省仮訳)

1 締約国は、障害のある児童が他の児童と平等にすべての人権及び基本的自由を完全に享有することを確保するためのすべての必要な措置をとる。

3. 具体的な施策

(1) 保育園、幼稚園における人的配置と障害児通園施設、児童デイサービスの機能再編

障害児通園施設や児童デイサービスでは、療育プログラムの提供と、障害のある子どもの介助や見守りが一体として提供されている。一般の保育園、幼稚園を基礎として障害のある子どもの生活を考えるのであれば、「集団保育」の場は保育園、幼稚園を基本とし、障害児通園施設や児童デイサービスは、個別の

外来療育的な機能に特化させていくべきである。

障害児通園施設や児童デイサービスにおける報酬も、療育プログラムに対する報酬と、介助や見守りに必要なマンパワーに対する報酬を分離し、マンパワーにかかる報酬は、障害のある子どもが障害児通園施設や児童デイサービスを選んでも、保育園、幼稚園を選んでもその子どもに対して支払われるように報酬の体系を再編成する必要がある。それが可能になれば、障害のある子どもに必要な人的配置の確保に対する予算措置が、子どもの通園先の選択に関わりなくなされることになり、保育園、幼稚園での受け入れが安定的に行われることにつながる。

(2) 学校教育の見直し

学校教育においても、地方教育費調査によれば児童生徒一人当たりの教育費は、小学校：73万円、中学校：90万円、盲・聾・養護学校：868万円（埼玉県教育委員会平成18会計年度）となっており、特別支援学校に行かなければ手厚い支援を受けることができない仕組みを改め、障害のある子どもが選んだ学校で、必要な支援が同じように受けることができるよう、予算の体系を見直す必要がある。

また、学校教育法施行令第5条に規定されている「入学期日等の通知、学校の指定」を改め、就学先の選択を児童と保護者に任せるよう施行令の改正が必要である。

(3) 研修の実施

障害のある子どもが、一般の保育・教育の中でともに育つことを支援するために、これを実現するための理念、子どもたちがもつ障害に関する知識や介助方法、支援や教育上の取り組みに関する経験交流などの研修を行い、現場の職員や保護者をサポートすることが必要である。

(4) 相談員の配置

障害のある子どもの乳幼児期の育ちを支える相談員の配置が、障害のある子どもの保育園、幼稚園、学校での育ちや学びを支える上で重要である。保育園や幼稚園、学校と保護者が、障害のある子どもの保育、教育の内容について話し合う上で対峙した関係になる場合があるが、第三者としての相談員が入ることでコミュニケーションが円滑になり、相互理解が促進される。また、就学の相談における移行支援においても、それまでの保育園、幼稚園での生活の様子や園での取り組みなどを保護者、保育園、幼稚園とともに就学先に伝え、入学した学校での教育内容が、保育園、幼稚園での取り組みと一貫性のあるものとして提供されるよう支援する。

また、同じ立場にある保護者同士の出会いの場をつくり、保護者同士が経験を交流したり、支え合いの関係を築いたりすることで、保護者の孤立を防ぎ、

不安を解消し、安心感をや自を回復する支援を行うことができる。

このような相談員の配置は、委託相談支援事業者、子育て支援センター、市町村保健センターなど、可能な限り一般の子育て支援施策の一環として実施されるような相談員の配置が求められる。

(5) リハビリ職種による巡回支援

障害のある子どもが生活する保育園、幼稚園、学校の現場において、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士などのリハビリ職種が、保育、教育の内容の工夫や環境的な改善、必要な支援へのアドバイスを行うことは、子どものもつニーズを保育、教育内容に反映させることができ有効である。

また、保育士や教職員にとっては、現場の職員が一人で悩みを抱え込まないで、相談員やリハビリ職種等に相談できる体制をつくることができる。

リハビリ職種による巡回支援は、相談員がコーディネートし同行することが望まれる。

(6) 人件費、事業費の補助に関する考え方

相談員の配置やリハビリ職種による巡回支援については、対象になる子どもの障害が症状固定として認められず障害者手帳の交付を受けることができている場合や、保護者が障害を受け止めることができない状態にあり手帳が取得していない場合、発達障害等によって手帳の対象になりにくい場合などがある。このため、障害者自立支援法による個別給付によって相談員や専門職による巡回支援の財源措置を行うと、手帳の取得や障害程度区分の認定等が必要となり、対応できる範囲が限られてしまうことが懸念される。

これらの状態の子どもたちに柔軟に対応できるような、人件費及び事業費の補助の考え方が必要である。

(7) 親の養育が困難となった子どもの生活の場の見直し

親の養育が困難となった場合、日本では児童養護施設への入所が一般的ですが、諸外国における「里親」を参考に、日本でも、里親の委託費を引き上げて、家庭に近い状態での支援への転換を試みています。

障害のある子どもについても、障害児施設の入所に留まらず、里親によって家庭的に育てられることが望まれますが、それが困難な場合、より家庭的環境として、障害のある子どもでも、グループホーム、ケアホームが利用できるよう、利用対象者の拡大、対象年齢の拡大等を図り、親の養育が困難となった障害のある子どもの育ちを支えることの検討が望まれます。