

障害児支援の見直しに関する検討会（第2回）

日時：平成20年4月15日（火）13:00～15:30
場所：経済産業省別館10F 1014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）

社団法人日本自閉症協会	[10分程度]
（意見交換・質疑応答）	[10分程度]
日本発達障害ネットワーク	[10分程度]
全国発達支援通園事業連絡協議会	[10分程度]
（意見交換・質疑応答）	[30分程度]

（後半）

社団法人全国肢体不自由児・者父母の会連合会	[10分程度]
全国肢体不自由児通園施設連絡協議会	[10分程度]
全国盲ろう難聴児施設協議会	[10分程度]
（意見交換・質疑応答）	[40分程度]

2) その他

3 閉会

【配布資料】

資料1	社団法人日本自閉症協会
資料2	日本発達障害ネットワーク
資料3	全国発達支援通園事業連絡協議会
資料4	社団法人全国肢体不自由児・者父母の会連合会
資料5	全国肢体不自由児通園施設連絡協議会
資料6	全国盲ろう難聴児施設協議会

自閉症をはじめとする PDD の子どもへの発達支援

日本自閉症協会長 石井哲夫

I、今後に向けての概要

1. 就学前支援

1) PDD の早期発見

- ①家庭及び保育所など(集団生活の場すべて)における特性の理解と気づきの普及
- ②健診や療育に関わる医師、保健師、保育士の臨床的研修の強化

2) 幼児期における PDD (IPDD も含む) 早期療育の在り方

- ①相談・通所施設による個別療育及び小集団療育の援助法の普及
- ②保育所や幼稚園における早期療育方法の確立

インクルーシブな保育方法を確立する。(自閉症児及びそれと関わる友達による集団生活)

3) 保育所の療育機関との交流保育

自閉症児の特性の理解と療育に関しての共通な理解を促進する。

4) 家庭及び保育所など社会的保育との協力体制の確立(集団生活の場すべてにおける特性の理解と気づきの普及および障害のない子どもやその家族への啓発)

早期個別支援計画の必要性を痛感している。

5) 早期家庭介入の必要性

親子の関わりに関して前方視的な視点に立った療育を奨励する。(強制的なしつけのみならず思春期以降の力関係逆転現象の予防)

2. 就学後の療育支援

1) 特別支援教育として、自閉症に特化した教育方法とシステムの確立

いじめの根絶を図る。

2) 自閉症児への余暇生活、補完療育の場としての通所機関を整備する。

3) 家庭介入支援(幼児期から引き続く)

4) 就労支援前支援

就労支援が確立できない誤った就労前支援を改善し、自閉症の人に適用できる SST を始めとした就労前支援法を確立し実施する。

3. 自閉症児施設の機能整備

第1種(医療型)第2種(福祉型)自閉症児施設は、設置当初より総数が増加していない。それぞれの事情は異なるが運営面利用上などからの改善が求められる。特に強度行動障害や高機能の人への対応も行いうるよう、年齢の制限を廃する自閉症児者施設(仮称)とし、専門的な療育の質を確保するために、医療、福祉共にその運営費の大幅な増額を必要としている。その為には人件費の増額の他、地域支援、研究や研修機能を付加し、外部の行政や、諸機関にその機能を活用できる自閉症児者支援の核とすることを望みたい。

II、現状の自閉症児施設の報酬体系について

1. 自閉症児を支援することは、障害児の中でも困難なことが多いことは周知のことであるが、支援内容に見合った報酬体系とはなっていないため、見直しが必要である。

1) 自閉症児施設(知的障害児施設も含む)の支援において、重度重複障害児加算もしくは別の加算を設け、知

的障害と自閉症(発達障害)を併せ持つ児童に給付すること。また、その報酬単価の引き上げでおおむね児童2人に対して支援職員1人の配置を可能とする。

現在の重度重複障害児加算は知的・身体・精神の障害がそれぞれ3種持っている場合に認められているが(例 重度知的障害、身体障害2級、てんかん)知的障害と自閉症は知的障害に入れられて特性が取り上げられない。また、自閉症の支援は身体障害の有無で左右されるものではなく、むしろ健康な場合の多動等の対応が非常に困難なものである。現行の単位の低い重度重複障害児加算を、質の良い職員の継続的な確保が出来るように、単位を引き上げることが妥当であると考える。

2)さらに支援の困難な行動障害を併せ持つ児童に対して、おおむね児童1人に対して支援職員1人の配置を可能とする給付を設定すること。

案 知的障害・身体障害・自閉症(発達障害)・精神障害・強度行動障害10点程度 のうち3種を併せ持ち自閉症が主たる障害の児童

その際、強度行動障害10点程度の判断には現行の回数だけみるようなものではなく、結果の重篤さや支援の困難さを加味するものとする。一つでも重篤な結果を及ぼす場合には支援が困難になることを理解する必要がある。

2. 発達障害児療育手帳の新設

発達障害児療育手帳が療育手帳と同等のものとしてあるべき。少なくとも、知的障害が軽度でも発達障害を伴っている場合は障害が重度であると認定することを基本とすべきであろう。

3. 強度行動障害児特別支援加算の見直し

強度行動障害児特別支援加算は残して、強度行動障害の児童の判断には現行の回数だけみるようなものではなく、結果の重篤さや支援の困難さを加味するものとして重篤な場合は認定し、設備要件に関わらず人員として体制がとれる施設に入所の場合は付けることが妥当と考えられる。

4. 加算給付の利用者負担の撤廃

以上のような類の加算には利用者負担は求めないこと。児童期の支援に負担の差別ができる。

障害児支援の見直しについての意見

(障害児支援の見直しに関する検討会ヒアリング)

日本発達障害ネットワーク

1 ライフステージに応じた一貫した支援の方策について

(1) 早期介入、早期支援体制の拡充

発達障害を含むさまざまな障害のある子どもが、乳幼児健診(1歳半、3歳)等によって早期に障害の有無が発見できる体制の拡充と、その障害に対する適切な早期支援を可能とするような支援システムの開発、早期支援体制の確立・定着が必須である。また、乳幼児健診の健診項目の見直しや、健診においては、医師、保健師、臨床心理職、言語聴覚士、作業療法士などの専門職を配置し、必要にして十分な健診体制が維持できるようなシステムを検討し、さらに継続するための研修を明確化することで、早期支援体制の永続的供給を確立することが必要である。

(2) 発達障害児のリハビリテーション等の実現

発達障害に対するリハビリテーションが住み慣れた地域で保障される必要がある。そのためには、専門機関だけでなくリハビリテーションの基準を満たしている病院において医療ケアを受けることが出来ると良い。個々人が、かかえている問題の単なる改善だけでなく、それぞれがもつ潜在的能力の開発が重要であるため、発達障害に対する(リ)ハビリテーションの位置づけを明確にし、作業療法、運動療法、言語聴覚療法、精神科デイケアや、心理発達相談や家族相談が必要に応じて受けられるように改善をすることが必要である。

(3) 保育所における発達障害児の適切な保育の実現

母子保健対象の時期から学校教育までの橋渡しの期間として、幼稚園のほかに保育所があり、特別支援教育における支援体制にリンクするような保育の位置づけ、支援体制の確立が必要である。早期からの適切な支援が実現できるような体制作りとともに、学校教育への連続性をもてるような体制作りが重要である。

(4) 子育て支援のなかでの発達障害児の支援体制の実現

診断の有無に関わらず、子育て支援の必要性の有無を重視し、地域での子育て支援を充実する体制づくりが必要である。例えば、地域における子育て支援事業として、全国の市町村の児童家庭相談担当課及びその実施機関(例 子ども家庭支援センター、家庭児童相談室など)に発達に関する専門職を配置することが必要である。

(5) 児童養護施設等における発達障害児に対する適切な支援体制の実現

乳児院・児童養護施設・児童自立支援施設・情緒障害児短期治療施設は、養護困難あるいは虐待等を受けた子どもたちが入所している。その背景に、発達障害を持つ場合が少なくないと言われている（障害のある子どもの虐待発生率は31%という報告もある）。これらの施設における人員体制の改善や、発達や臨床心理に関する専門職を配置した支援体制の拡充が必要である。さらに、施設利用中の子どもたちが発達障害者支援センターへの相談や巡回指導を受けられる体制整備が必要である。

(6) 児童デイサービスにおける発達支援の充実

障害者自立支援法に基づく「児童デイサービス事業」を充実すべきと考える。児童の発達支援においては、個別の療育的対応だけでなく、生活支援・発達支援にいたるまで、また年齢的にも幼児から高校生にいたるまでの支援を行うことが重要である。事業所における支援体制を充実させるとともに、職員への安定した報酬を保証することが必須である。

2 家族支援体制の充実

家族への支援体制の充実が必要。特に診断直後の家族に対して情報の提供とともに具体的な支援策の提示は必須である。「発達障害」(可能性の示唆も含む)について、専門家や各方面の関係者が“示唆・指摘・言及”する機会や場面は増えている。しかし、関係者の中で、保護者の心情に配慮した対話のスキル、および家族の視点に立った共感姿勢が伴わない現状もある。その結果、相談・医療機関が家族との信頼関係を築けず、各種の支援のメニューに繋がらない、あるいは専門職からの支援が拒否される状況も散見している。

3 発達障害に対する社会的理解の向上

2007年度の内閣府による調査においても、発達障害に対する一般社会の理解度は大変低い。発達障害を主人公としたTVドラマなどによる理解啓発、関連団体による理解啓発（手引きやガイドブックの発行や公共広告機構による支援など）の取り組みはこれまでも行われているが、昨年、国連により制定された世界自閉症啓発デー(2008年4月2日第1回WAAD)を梃子に日本における更なる理解啓発の推進が必要である。

4 発達障害児への支援の専門性の向上と利用者への情報提供を

(1) 発達障害に関わる専門家や職員等の人材の質・量ともの拡充

専門家の中で、発達障害への関心は高まっているが、社会全体のニーズには、質量双方の面で要請には応え切れていない。作業療法士、言語聴覚士、臨床心理職、発

「障害児支援の見直しに関する検討会」におけるヒアリング

『障害児の療育体系』に対する意見書

2008年4月15日

全国発達支援通園事業連絡協議会

会長 近藤 直子

障害を早期に発見し、その後、父母がわが子の障害を受け止め前向きに子育てしうるように丁寧に支援するのが、乳幼児期の最も重要な課題です。地域の乳幼児の療育を中心的に担っている児童デイサービス事業では、①障害の重い子どもは零歳から、自閉症周辺群の子どもたちは18ヶ月健診後から、そして保育所・幼稚園の集団生活に困難を有する『発達障害者支援法』対象児は就園後から、支援を開始しています。②子どもには健康的な生活を保障し、楽しいあそびとていねいなかわりを通して総合的な取り組みを展開しています。③家族にはわが子の障害を前向きに受け止めうるよう、個別的・集団的な支援を行なっています。④こうした障害の発見から療育までの流れをスムーズに進めるために、保健機関と連携し、また、保育所・幼稚園や学校に通う子どもたちの療育支援を行い、障害児を育てやすい地域づくりに向けた活動を進めています。

1. 障害児の療育体系は『障害者自立支援法』から切り離し『児童福祉法』に位置づけ、年齢に応じた支援の仕組みを構築してください。

① 乳幼児期の療育保障を国と自治体の責務として位置づけること。

僻地や過疎地でも、安心して子育てができるように国と自治体の責任を明確にしてください。財政規模が小さい自治体での運営を保障するために、運営費に関しては国の義務的経費とすることが必要です。出来高払いの仕組みでは、体力と抵抗力の乏しい乳幼児期の障害児への安定的な支援が困難になります。定員に対して運営費が支給される仕組みにしてください。障害児と障害のない子を区別することなく、次世代育成事業の中での取り組みとして位置づけた上で、障害からくる困難に対するていねいな支援の仕組みを構築してください。

② 零歳でわかる障害に関しては必要な療育を零歳から受ける体制を整備する。

零歳でわかる障害は総じて医療との連携が必要なため、看護師の配置が可能になるような財政措置を講じて下さい。僻地や過疎地では専門医をはじめとした専門的な医療スタッフの確保が困難なため、保健福祉圏域ごとに専門スタッフを配置し、各自治体に毎週スタッフを派遣しうる体制を整備してください。

③ 保護者が障害と認識していなくとも、必要な療育を受けられる仕組みを整備する。

乳幼児健診は集団健診として実施して、多動、過敏等の子どもの抱えている困難が把握しやすい健診とすることが必要です。その上で、1歳半健診で発見される発達障害の場合、1・2歳の時期においては、障害と診断することが困難であったり、保護者が障害と認識することが困難なこともあるため、障害を前提とせずに利用できる「親子教室」を全自治体で実施できるようにして下さい。より密度濃く対応すべき子どもに関しては、障害という診断や親の認識がなくても最低週1日は無料で利用できる「療育グループ」を児童館、保育所や幼稚園の空き教室等も活用して、児童デイサービス事業を利用できるようにして下さい。

④ 2歳以上の発達障害児の場合、順次必要に応じて「親子分離療育」が可能となるように、職員配置を保障してください。直接子どもと関わる保育士・指導員はどんなに少なくとも3対

1、重症心身障害児では2対1以上の職員配置が必要です。

⑤ 健診や「親子教室」「療育グループ」等に障害児支援の専門家として参加するとともに、保育所や幼稚園への巡回による支援が保障できるよう、専任の地域支援スタッフの配置が必要とされます。

⑥ 自治体の規模ごとに、療育を保障する必要がある子どもの実数を見積もり、小規模自治体でも運営しやすい仕組みを構築してください。

2. 家族支援、地域支援の拠点としての療育事業を法的に位置づけること。

① 家族支援のための職員と設備保障を。

子育ての出発点としての乳幼児期において、保護者が子どもの理解を深め、孤立することなく地域で子育てを進めうるように、定期的な個別相談やグループワークを実施しうる体制が求められます。

② 僻地や過疎地では通園に困難が伴うため送迎体制が必要である。

福祉バスをはじめとして親子が安心して通える体制の保障が求められます。

③ 保健センター、保育所・幼稚園、学校との連携を通して家族を支援していくこと。

保健センターの健診や健診後のフォロー事業、乳児世帯への訪問事業、保育所や幼稚園等のスタッフへの支援、学童への長期休暇中や放課後、土曜日の療育保障、さらには地域関係機関との連絡協議会議への参加といった、専門的な知見を生かした支援が行ないうる体制を保障して下さい。

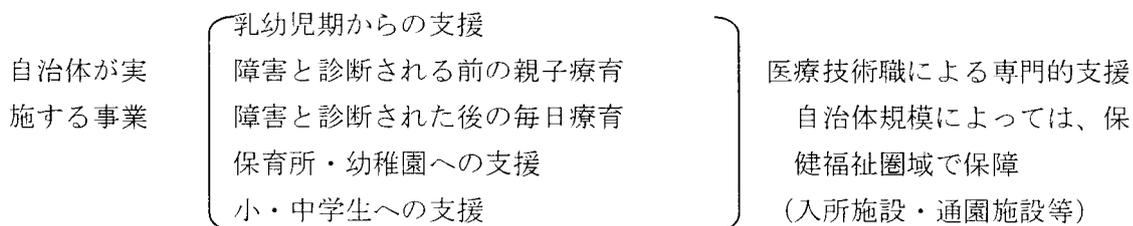
3. 「児童デイサービス事業」という事業名称を変更してください。

① 子どもたちの発達支援を中核とした「発達支援事業」という名称に変更して下さい。

乳幼児期においては、子どもたちは豊かな発達可能性と可塑性を有しています。障害か否かではなく、ていねいな支援を必要としている子どもが利用しやすい事業名称が求められます。

② 障害のない子どもの場合は年齢によって「児童福祉法」上の事業名称が異なるため同様な措置が求められます。

4. 地域の療育支援システムを重層的に構築すること。



障害児支援の見直しに関する検討会 要望内容資料

社団法人 全国肢体不自由児・者父母の会連合会

【障害の早期発見・早期対応策について】

- ・ 障害の予防、幼児期から一貫した専門医療とリハビリテーションの確立
- ・ 重度障害児者の自己実現と自立に必要な療育理念の確立と、療育技術の開発・専門職の養成を図られたい。

【就学前の支援策について】

- ・ 児童デイサービス
(例えば、在籍数10人と25人では報酬単価に1.9倍の差がある。この差は経営努力では埋められない。療育者確保の困難さが療育内容の質の低下に直結する)
- ・ 児童デイサービスなどの専門医療の場だけでなく、保育園、幼稚園に在籍する障害児にもPT/OT/STなど専門的な療育に不可欠である。巡回指導など専門家の活用を考慮されたい。

【学齢期・青年期の支援策について】

- ・ 特別支援学校に理学療法士など専門職の配置を図られたい。
- ・ 普通校に多くの障害児が在籍し、障害の多様化・重度重複化が進む中、教員の養成及び増員並びに在籍児童生徒の実態に合わせて医療ケア体制を整備されたい。
- ・ 障害児の自立を目指し、特別支援学校並びに普通校において、障害者自立支援法における就労移行支援に連動する基礎的な訓練に取り組むことができるよう、厚生労働省と文部科学省は連携して取り組まされたい。
- ・ 放課後子どもプランの全校実施を早急に行われたい。
- ・ 障害児の学童保育の受け入れ枠の拡充並びに高学年の受け入れを実施されたい。
- ・ 移動支援事業は地域生活支援事業であり、主に成人を対象とする自治体が多いが、社会自立の目標のための活用や、地域の社会資源の利用を進めるためなど必要不可欠なものであり、学齢期・青年期における利用を進めていただきたい。

【ライフステージを通じた相談支援の方策について】

- ・個別の支援計画を乳幼児期の保健・医療機関から活用し、学齢期、青年期そして成年後に繋げていくこと。
- ・行政窓口だけでなく、いつでも、何でも気楽に話せる場がどのライフステージにも必要であり、相談支援事業が有効に機能するためにも人員確保ができるよう図られたい。

【家族支援の方策について】

- ・「訪問看護サービス」の施設等への派遣拡大及び、軽度の医療ケアの必要な重度障害児の家族支援をするため「看護ヘルパー」の創設を図られたい。
- ・多様化する重度重複障害児（医療ケアが必要とするものを含む）の短期入所の増設及び充実を図られたい。
- ・医療機関への入院時のヘルパー派遣を認めるよう図られたい。
- ・親が障害のあることを受け入れ、愛情を持って育てていけるよう、継続的な療育支援、レスパイトケアの充実、経済的支援、兄弟姉妹への支援を図られたい。

【行政の実施主体について】

- ・障害者自立支援法の諸施策は、市区町村が実施主体であるが、児童の制度が児童相談所管轄で都道府県が実施主体であったりし、どのようなサポートが受けられるのか、どのような手続きが必要なのか分かりにくく利用し難い。

【その他】

- ・親だけが子育ての責任を背負い込むのではなく、社会が親とともに子どもを育てることを一般教育の中でしっかりと学べるようにすること。

厚生労働省・障害児支援の見直しに関する検討会

2008. 4. 15.

平成15年4月15日関係団体ヒアリング資料 障害児通園施設の近未来

「障害児」の増加と多様化に対応できる
「施設の枠」を越えた療育の提供と
発達支援地域ネットワークの構築
～障害者相談支援事業と障害児等療育支援事業を基盤として～

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

障害児支援をとりまく状況

- 障害児の状況
 - 自閉症等の発達障害児の「増加」⇔ 施設がない
 - 脳性麻痺発症率の増加
 - 一般保育所に通園する障害児の増加
 - 在宅の(超)重症児の増加 ⇒ 日常的な医療的支援が必要
- 障害児支援施設の問題
 - 障害児の増加に対応できる施設数の不足
 - 障害種別に分かれた施設体系
 - 障害児施設の都市部への集中・偏在
 - 一般保育所の障害児保育の増加と支援体制の不足
- 今後の方向性
 - 既存の施設・事業の「有効活用」と「連携・協働体制構築」
 - 地域療育の重層構造化と基盤となる制度の設定

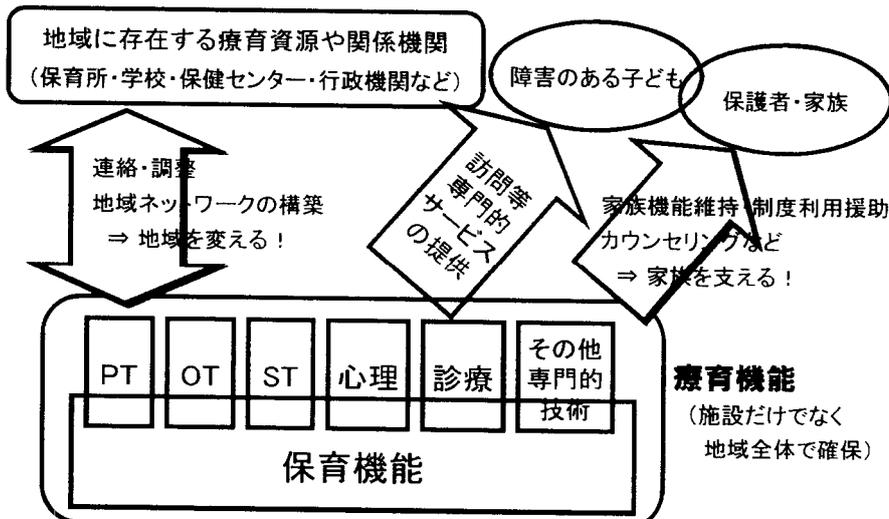
全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設が提供できる機能

- 医療専門性に基づいた(障害児)子育て支援機能
 - 早期療育: 保育・相談機能を基盤にしたリハビリテーションの提供 (← 一般医療機関との違い)
 - 診療所の併設: 外来機能・医療機関との連携が可能
- 多職種を活用した地域ネットワークの拠点の構築
 - 相談支援・地域支援・地域調整が可能
- 専門療育機能を地域に提供できる「社会資源」
 - 保健センター (乳健後の発達相談など) への専門職派遣
 - 保育所・幼稚園・学校への情報提供や専門職派遣
 - 児童デイサービスへの支援と連携・協働体制の構築
 - 保護者・家族支援のための相談支援機能

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設が目指す療育 ～保育・相談機能を基盤とした専門機能の提供～



全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

地域療育システムのイメージ ～障害児支援システムの重層化～

- 一般保育所の障害児の受け入れ拡大
 - 就労している母親への支援の充実（重度でも受け入れる）
 - 障害児施設（通園・入所）からの技術的支援
- 児童デイサービスの活用
 - 「人口過疎地の専門療育」「都市部の初期療育」に活用
 - 「親・家族への相談支援」「育児支援」「療育」
- 現存の障害児通園施設の再編（一本化）
 - 「(より)重度な子ども」の通園療育
 - どんな障害の子どもも身近な通園施設を利用可能に
- 拠点施設の設置（既存の施設の機能強化：後述）
 - 都道府県・政令指定都市レベルで設置
 - 診療所機能・調整機能・相談機能

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

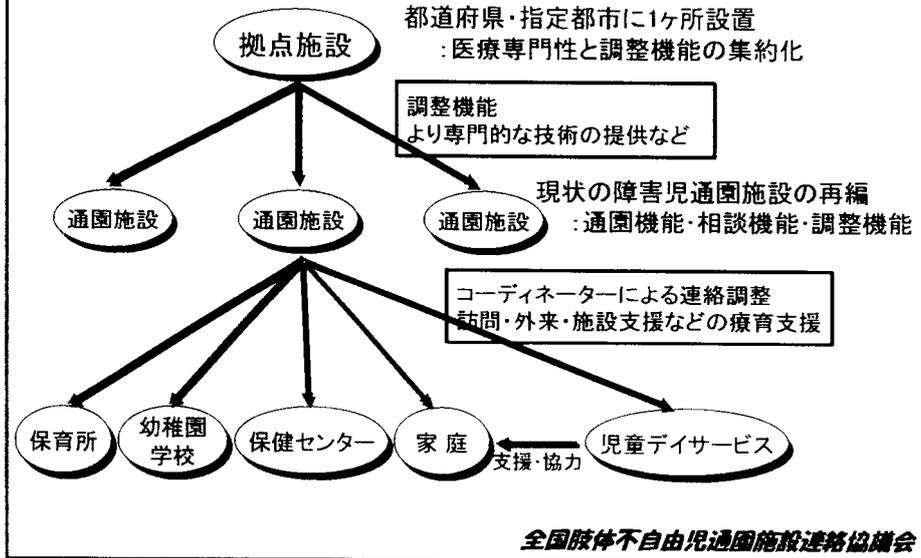
地域療育システムのイメージ ～県域拠点施設の設置とその機能～

- 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（小児科、精神科、その他）：全県対応
 - リハビリテーション機能：期間を限定して全県対応
 - 専門職員の派遣機能：全県対応（教育機関にも）
- 地域調整機能・相談支援機能
 - （心理士・相談支援専門員の配置・発達支援コーディネーター新設）
 - 障害児通園施設間の調整機能
 - 家族支援・カウンセリング機能
 - 全県の療育従事者・保育士・教師などへの研修機能

～地域支援（職員派遣・施設間コーディネート等）
を支える制度的・財政的基盤整備が課題！～

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

重層的な地域療育システムのイメージ



障害児の相談支援と障害児等療育支援事業 ～地域療育体制整備の基盤として～

【再編前】

障害児(者)地域療育等支援事業

- 療育等支援施設事業
 - ・ 在宅支援訪問療育等指導事業
 - ・ 在宅支援外来療育等指導事業
 - ・ 施設支援一般指導事業
 - ・ 地域生活支援事業
- 療育拠点施設事業
 - ・ 施設支援専門指導事業
 - ・ 在宅支援専門療育指導事業

実施主体：都道府県、指定都市、
中核市
財 源：交付税(県単独)

【再編後】

障害児等療育支援事業

障害児相談支援事業

- 一般的な相談支援事業(3障害一元化)

実施主体：市町村
財 源：交付税(市単独)

保育所・児童デイサービス等への専門機能提供の制度的基盤は「障害児等療育支援事業」

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

障害児通園施設の機能と報酬体系案

地域・家庭への支援

子育て支援
 地域機関への支援
 (巡回・訪問・施設支援)
 早期療育(外来)

障害児等療育支援事業



基本部分の整備

- 職員配置基準の明確化
- 障害児施設給付費
 (知的障害児通園施設レベル)

付加部分に出来高払いによる収入

- 障害児等療育支援事業(個別給付化)
- 医療費

基本部分(身近な地域の通園機能)

(現行)児童デイサービスが基本
 相談支援事業の受託
 保育士・相談支援専門員・医療専門職
 障害保健福祉圏域3ヶ所程度設置

現行の知的障害児通園施設程度の給付
 重症心身障害児には加算
 一日利用定員制



医療専門性(診療機能)

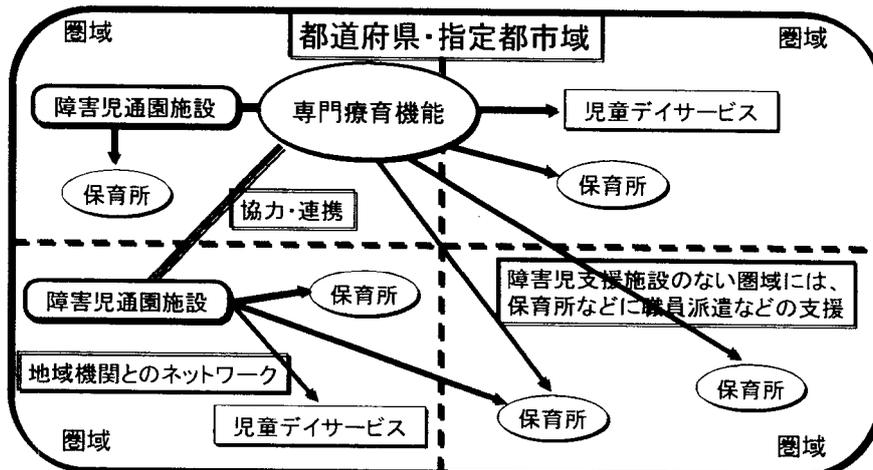
診断
 リハビリテーションなど

障害児(者)リハビリテーション料
 などの医療費

障害児通園施設

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

まとめに代えて ~地域療育システムの近未来~



この部分の制度的基盤を「障害児等療育支援事業」として展開する

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

資料① 施設と子どもをとりまく状況

- * 障害児の「増加」
- * 障害の重度化・重複化
- * 施設契約児の幼少化
- * 中央児童福祉審議会意見具申

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

姫路市における脳性麻痺発症率の推移

在胎週数	脳性麻痺児／出生数				脳性麻痺発症率 (出生1000人)			
	83~87	88~92	93~97	98/00~03	83~87	88~92	93~97	98/00~03
~27W	1/62	7/40	9/48	11/75	16.1	175.0	187.5	146.7
					p<0.005			
28~31W	5/111	15/99	15/105	24/113	45.0	151.5	142.9	212.4
					p<0.01			
32~36W	8/1031	10/1007	10/1013	14/1262	7.8	9.9	9.9	11.1
37W~	26/27042	19/24246	25/25494	24/25118	1.0	0.8	1.0	1.0
計	40/28,246	51/25,410	59/26,660	73/26,568	1.4	2.0	2.2	2.7
					p<0.001			
					p<0.05			

注) 脳性麻痺の診断は3歳以後とし「厚生省脳性麻痺研究班の定義(1968年)」を用いた。

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設入園児の状況 ～肢体不自由児通園施設入園児の重度化・重複化～

肢体不自由児通園施設措置児の合併症の状況

(平成16年度 総数:2,609人)

合併障害		人数	割合
知的障害	重度	1,460	56.0%
	中軽度	797	30.6%
自閉性障害		226	8.7%
てんかん	コントロールできている	443	17.0%
	コントロールできてない	408	15.6%
視覚障害		377	14.5%
聴覚障害		164	6.3%

内部障害	循環器系		106	4.1%
	呼吸器系	人工呼吸器	14	0.5%
		気管切開	58	2.2%
		ネブライザー使用	139	5.3%
		酸素使用	46	1.8%
		吸引器使用	248	9.5%
	消化器系	胃ろう	67	2.6%
		経管栄養	211	8.1%
		誤えんが多い	195	7.5%
	泌尿器系(導尿など)		54	2.1%
	その他		76	2.9%

⇒ 療育や保育現場での
日常的な医療的支援が必要
介護家族への生活レベルでの
支援が必要

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

平成14年度文部科学省全国実態調査

□ 「学習面や行動面で著しい困難を示す」と担任教師が回答した児童生徒の割合 : 6.3%

- 学習面で著しい困難 4.5%
- 行動面で著しい困難 2.9%
- 学習面と行動面でともに著しい困難 1.2%

A : 「聞く」「話す」「読む」「計算する」「推論する」の問題 : 4.5%

B : 「不注意」や「多動性-衝動性」の問題 : 2.5%

C : 「対人関係やこだわり等」の問題 : 0.8%

A かつ B 1.1%

B かつ C 0.4%

C かつ A 0.3%

A かつ B かつ C 0.2%

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設/診療所受診児の現状

姫路市総合福祉通園センターの初診患者の障害名
(2006年度)

障害名		受診数
脳性麻痺		16
精神遅滞		70
自閉症	精神遅滞なし	116
	精神遅滞あり	96
LD・AD/HD		12
言語障害		18
後遺症		3
神経筋疾患		6
染色体異常		12
診断未確定		4
正常		1
その他(含:親の治療)		11
計		365

対象人口
約55万人

障害種別に分けられた施設体系では
適切な支援ができなくなった



全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

軽度発達障害の発症頻度

(対象人口千人あたり)

高機能広汎性発達障害 (知的障害を伴わない自閉症スペクトラム)	8~10人
注意欠陥/多動性障害 AD/HD	30人
学習障害 LD	30人
境界線知能 (IQ70~74)	140人
軽度知的障害 (IQ50~69)	18~20人

(杉山、原らによる)

「発達障害児」の増加への対応はこれからの障害児支援の最重要課題！
⇒ 障害児施設には、「障害種別の撤廃」「早期対応＝子育て支援の充実」
「保育所などへの専門技術の提供」等が求められる

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設入園児の状況 ～肢体不自由児通園施設入園児の低年齢化～

(平成16年度 措置児数 2,860人)

年 齢	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
人 数	77	388	633	596	579	458
施設あたり	0.8	4.3	7.0	6.5	6.4	5.0

6歳児	7～15歳	16～18歳	合 計
104	25	0	2,860
1.1	0.3	0.0	31.4

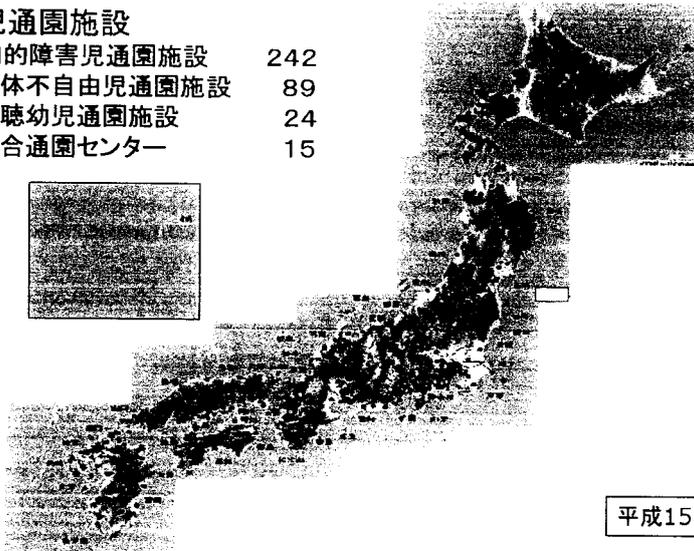
低年齢化 ⇒ 育児支援・家族支援の立場が求められる
障害の理解への援助が求められる
医療機関との緊密な連携が求められる

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

発達支援機関の地域偏在(1)

障害児通園施設

- 知的障害児通園施設 242
- ▲ 肢体不自由児通園施設 89
- 難聴幼児通園施設 24
- 総合通園センター 15



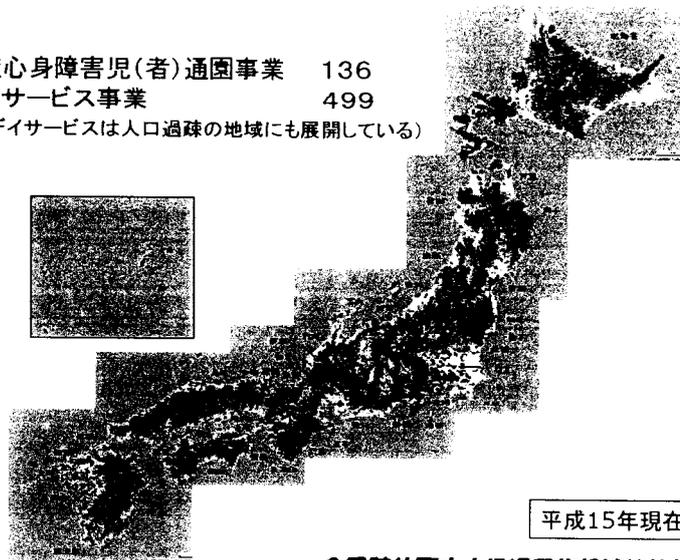
平成15年現在

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

発達支援機関の地域偏在（２）

通園事業

- ▲ B型重症心身障害児(者)通園事業 136
- 児童デイサービス事業 499
(児童デイサービスは人口過疎の地域にも展開している)



平成15年現在

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

中央児童福祉審議会障害福祉部会 意見具申 (平成8年3月29日)

□「障害児通園施設の在り方について」

- 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(現在の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。
- 障害児通園施設の統合が必要。

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

資料② 肢体不自由児通園施設の現状

- * 歴史と特徴
- * 職員数と内訳
- * 運営状況
- * 障害児関係施設の設置状況

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設の歴史と特徴

- 歴史
 - 昭和38年: 肢体不自由児施設・通園部門の設置
 - 昭和44年: 肢体不自由児通園施設の制度化
 - 設置数: 平成18年現在99施設
- 特徴と現状
 - 「福祉施設＋医療機関」の機能をもつ医療型障害児施設
 - 医療職、保育職など多職種の配置
 - 児童福祉法上「肢体不自由児施設」に包含されており、職員配置基準や給付費が「通所加算」程度に設定
- 療育機能
 - どんな障害にも早期から対応できる機能
 - 保育・相談・リハビリテーション・診療
 - 保育所・児童デイ・家庭などへの専門機能の提供

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設の職員配置 ～多職種・多数の職員配置～

職種名	医師	看護師・保健師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	保育士・指導員	心理士	ケースワーカー	栄養士	調理員	その他	計
平均職員数 常勤換算	0.6	1.8	2.3	1.4	0.9	6.9	0.3	0.2	0.4	1.0	2.2	18.0

(1施設平均 平成16年度調査 71施設)

*「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究」によれば、
常勤換算22.24人／施設で、障害児通園施設中最多。

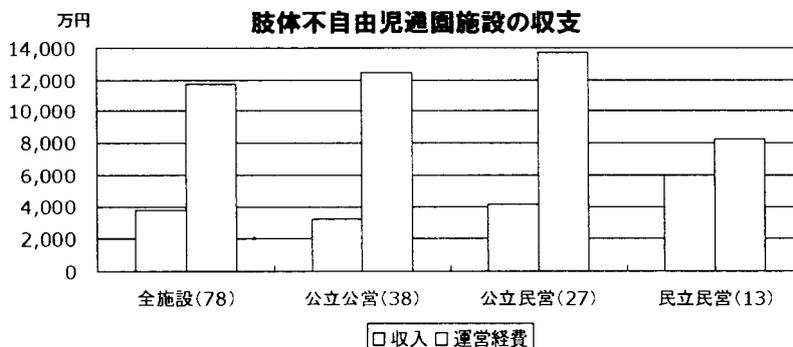
(平成19年3月・こども未来財団)

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設の運営状況

障害児施設給付費 (児童デイでは介護給付)

- 肢体不自由児通園施設 : 316単位／日
- 知的障害児通園施設 : 829単位／日
- 難聴幼児通園施設 : 937単位／日
- 児童デイサービス(標準) : 508単位／日



全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

肢体不自由児通園施設の各種事業の受託状況

	総施設 (91)		公立公営 (46)		公立民営 (33)		民立民営 (12)	
	施設数	割合%	施設数	割合%	施設数	割合%	施設数	割合%
障害児(者)地域療育等支援事業	40	44	14	30	22	67	4	33
重症心身障害児(者)通園事業	12	13	4	9	5	15	3	25
児童デイサービス事業	15	16	8	17	4	12	3	25
地域療育事業 (巡回療育など)	8	9	2	4	5	15	1	8
短期入所事業 (日中預かり等)	13	14	3	7	7	21	3	25
相互利用制度	13	14	3	7	6	18	4	33
平行通園	46	51	26	57	13	39	7	58
その他	6	7	3	7	2	6	1	8

(平成16年度肢体不自由児通園施設実態調査)

＝ 障害種別・サービス提供場所・対象年齢などの「限定」を打破して
地域の子どもへ支援を広げる努力

全国肢体不自由児通園施設連絡協議会

要望事項

全国盲ろう難聴児施設協議会

難聴幼児通園施設部会

- 1、「障害者自立支援法」から乳幼児を分離してほしい
- 2、少子化対策の一環として取組んでほしい
- 3、施設運営の安定化のための施設支給の方式を考えてほしい
- 4、保護者負担の低所得層の更なる軽減を
- 5、給食を療育の中に組込んでほしい
- 6、利用率の考え方の再考をお願いしたい
個別対応、家族支援、地域支援等直接処遇以外の必須の仕事を含めて考えてほしい。

(H20.4.16 提出)

難聴幼児通園施設の公聴会資料

全国盲ろう難聴児施設協議会

1) 先天性難聴児の出現頻度：出生 1,000 人に 1 人程度

2) 難聴児が未療育の場合

就学前に適切な早期療育を受けない難聴児は十分な言語力を習得できません。このため社会的・職業的に自立は困難となり、福祉的援助が必要となります。

3) 難聴児が早期療育を受けた場合

・乳児期での難聴の発見、・適切な補聴器や人工内耳の装用、・適切な療育
→6 歳までに年齢相応の言語力を習得し、小学校普通学級に就学可能です。

その後、健常児と同様に進学し、大学または専門学校等を経て、健常者とほぼ同等の条件で就労可能です。

◎難聴幼児通園施設で療育を受けた難聴児の追跡調査結果によると、

(平成 17 年度こども未来財団委託研究報告書、H18 年 3 月)

「適切な早期療育を受けた難聴児は、社会的・職業的に自立し、納税者となっている」ことが実証されています。

4) 難聴幼児通園施設：0 歳から 6 歳までの難聴児を療育する通園施設

現在では産院の多くで新生児聴覚スクリーニングが行われており、聴覚スクリーニングで発見された 0 歳の難聴児を療育できる唯一の公的療育機関（ろう学校は法的には 3 歳以上）として、重要な役割を果たしております。

5) 広域での療育体制の必要性

難聴児は他の障害に比べ少ないが、必ず出現する障害です。

自動車の普及等により広域での通園が可能になっている現在、難聴児の少ない地域では県境を越えた広域での療育体制がよいと思われれます。

6) 専門職員の確保が難聴児療育には不可欠

・難聴児の療育担当：大学卒・大学院修士レベル卒の言語聴覚士

・新卒の言語聴覚士が、①乳幼児の聴力検査や補聴器の調整技術、②難聴児の個別療育技術、を習得するには 3～5 年以上の経験が必要です。

・1 人の言語聴覚士が担当できる難聴児は 1 日 4 人が限界です。

このためにも、難聴児の療育単価を上げていただき、専門性の高い職員を確保することが効果のある難聴児療育ために絶対に必要と思われれます。

・ろう学校在籍児童 1 人の年間経費：700 万円

・小学校普通学級在籍児童 1 人の年間経費：80 万円

◎ 難聴児が小学校普通学級に就学することで経費の節約がなされています。

障害者自立支援法の現在の課題と今後の検討課題（入所施設）

- 1) 聴覚、視覚に障害を持つ要保護性や社会的養護の必要な児童を入所させる施設が全国的に減少している。そのため契約制度における障害児施設給付申請に係る指定施設支援の提供体制が市町村どころか都道府県レベルでも満たすことができなくなっている。支給決定の勘案事項にある保護者からの求めに応じる施設支援の提供体制の整備には広域化による対応が必要。
- 2) 児童福祉法第27条第1項第3号に係る措置が適当であると児童相談所が判断した以外は利用契約となる。この支給決定を判断する児童相談所の解釈の相違、独自の判断等により、制度の統一性に欠け、地域で格差の広がりが懸念される。そのために支給決定は市町村事業ではなく、国などの責任が明確となる都道府県事業とする。
- 3) 支給決定事務を担当した児童相談所の調査不足、保護者への説明及び認識の不徹底により児童及び施設が不利益を被った場合、施設から再審査を請求できるようにしてほしい。その際の再審査の判断基準を国で示してほしい。
- 4) 契約制度における保護者の1割負担、給食費、医療費自己負担等の未納は施設の運営だけでなく、他児童（措置児童）との格差を生じることになる。支給決定をする都道府県は保護者に納得させる説明責任を認識し、納付不履行の場合は、国又は都道府県において補填されたい。
- 5) 児童福祉法における最低基準の職員配置で障害程度区分が設けられないのであれば児童の処遇向上及び安全の観点から当該障害児の身体障害者手帳や療育手帳等に記載されている障害の状況により職員配置の設定及び加配職員の配置をお願いしたい。
- 6) 障害児施設は、どのような障害であろうとも児童が安全、衛生、心身が健やかに日常生活を送ることができるように施設整備費の補助をお願いしたい。
- 7) 当該障害児施設の定員枠に空きがある場合で、多様な障害を持っている児童でありながら児童養護施設や乳児院等に入所している障害児を都道府県及び当該施設の受け入れを可能とする判断で措置児童として措置変更することとしていただきたい。
- 8) 児童福祉法第42条・第43条の2・3・4項の障害児施設を一元化し、現在指定都市等で行っている障害種別を越えて措置している状況を国で統一してほしい。但し、入所施設の最低基準の順守を原則とする。