

平成22年度障害総合福祉推進事業  
指定課題2.4 「障害児施設のあり方に関する調査」

## 医療型障害児入所施設への転換 （肢体不自由児施設の立場から）

全国肢体不自由児施設運営協議会  
君塚 葵

1

## 目 次

- A
1. 現状・考慮すべき点・今後の方向
  2. 肢体不自由児施設の現状と課題
  3. 今後へ向けての提言

- B
1. 肢体不自由児施設の概要
  2. 入所児童の概要
  3. 母子入園・被虐待児・社会的入園
  4. 入所以外の状況
  5. 地域移行へのネックについて

- 別資料 1 全国肢体不自由児施設の概要  
○ 別資料 2 発達障害者支援センターの併設状況

2

## 障害児の保健・医療をめぐる変化

1. 脳性麻痺の発生率は、最近倍増している。
  - ※ 以前は、1～1.2人/1,000人 → 2.5人/1,000人  
(高齢出産、不妊治療での多胎妊娠での障害、飲酒・喫煙)
  - ※ 特別支援学校生徒数の著明な増加
2. 障害児の重度重複化が進行している。
  - ※ 新生児医療の発展（重度の障害を残す。 chronic NICU）
3. 発達障害児への支援の必要性がたかまっている。  
さらに今後、胎児性アルコール症候群の増加も懸念される。
4. 障害児医療の国内の研究機関の不足・海外のレベルに遅れる。  
(特に現場に即した研究の費用・体制の不足)

3

## 障害児施策において考慮すべき点

- \* 児童福祉法のもとに
  - 18歳未満の発達期の発達保障の確立
  - 子どもの権利条約の遵守(国内委員会の活性化)
- \* 障害児支援の見直しに関する検討会報告書の尊重
  - 4つの視点の重視（子どもは国の宝）
  - 障害の一元化・程度区分の導入——施設給付費の属人化
  - 積み残されている課題の解決（入所の実施主体は都道府県へ）
- \* 障害者自立支援法案の課題
  - 現場現況の実態に立脚した視点での見直し
  - 専門スタッフの質・量の確保
- \* 障害児福祉予算の増額（財源の確保）
  - 少子社会における幼少障害児の重度重複化の進行
  - （若い世代は資力の乏しさが普通であり、可能な限り無償で支援する）
  - （子ども、子育ての施策を下回ることのないような目配りが必要である）

4

## 現在の医療型入所施設

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	62施設	2,623人
2. 重症心身障害児施設	125施設	11,827人
3. 肢体不自由児通園施設	99施設	2,777人
4. 第一種自閉症児施設	4施設	—
（自閉症児施設全体）	7施設	219人

（注）出典：平成20年社会福祉施設等調査

5

## 今後更に進むべき方向

1. 18歳未満児の発達保障＋処遇の児者一本化  
（処遇の児者一本化は全ての障害に共通、法的には別体系として障害児の発達保障の確保）
2. 属人化での単価設定：大島分類＋医療ケア＋療育支援  
（入所施設別給付単価ではなく、入所児に於ける評価——重症即濃厚療育介護ではない）
3. 障害程度区分の変更：  
年齢区分の導入、介護度、加算（被虐待、入所期間別、特別職員配置）
4. 障害の一元化（入所施設には工夫が必要——専門性の優先）
5. 施設から在宅へ（車の両輪）  
有期間通過型入所＋短期入所と通所とは在宅のバックアップの要  
社会資源の充実とくにマンパワーの質的向上——地域社会資源への技術支援の評価）
6. 障害専門医療職の確保

6

### ＊児者一本化の中で児と者との違い（発達保障）

- ・発達変化する成長期・臨界期としての区分：義務教育等を受ける年齢
- ・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）  
（肢体不自由養護学校の生徒の50人に1人は毎年死亡している）

### ＊各障害の専門性確保と障害の横断的な一元化の両立

- ・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
- ・医療型障害児施設の充実――chronicNICU（5%）の受け皿  
障害児医療の充実・研究体制の確立

### ＊各社会資源の役割・位置づけと連携

- ・地域役割分担と重層的な連携の構造化と明確化
- ・施設体系ではなく、属人化による評価への転換により重症例の排除を解消する

7

## 肢体不自由児施設における課題

1. 全国59の入所型肢体不自由児施設は、有期限通過型で、  
外来・通所・短期入所・技術支援のデリバリー等をもっとも  
行っていて、その入所機能は在宅支援の車の両輪となっている。  
69年間にわたって常にニーズに応じてきた障害児医療福祉  
の在宅の重症心身障害児の最後の拠点でもある。
2. 運営の困難さ  
経営難  
（施設給付費が加算を含めないと重症心身障害児施設の4分の1）  
医師（後継者難）・看護師不足で存続の危機にある。  
医師不足（常勤270名、非常勤340名の維持の困難は、  
産科・麻酔科以上に深刻である。（とくに新規医師参入不足）
3. 肢体不自由児施設が小規模多機能化していて、多数の発達障害児や  
一部の障害者への支援など現に果たしている大きな役割・実態が  
大きく変化しているが、体系が旧態のままである。

8

### 肢体不自由児施設が重症心身障害児の在宅支援を最も担っている

1. 18歳未満の在宅の重症心身障害児の多くの有期限の入所・短期入所を通過型として、肢体不自由児施設がみている。  
入所児の約4割が大島分類の1～4である。  
(重症心身障害児施設の給付費重症指導費は肢体不自由児施設給付費の加算を加えても倍以上である。  
短期通過入所での療育支援は生活施設の長期入所に比較して様々に、負担が大きい。肢体不自由児施設の職員配置は全国平均で重心施設と同じく職員配置は約1：1であり、児1人当たりの医療スタッフはより多くなっている)
2. 肢体不自由児施設では経営のために、施設の4割ほどが病棟の一部或いは重症心身障害児施設に転換したが、有期限通過型の入所受入れ機能が低下し、障害児在宅支援の低下が否めない。

9

### 医療型障害児入所施設の多機能の一層の充実

(Hospital and Home with School)

#### \*3次福祉圏域の総合的な療育医療の拠点として

特別支援学校との連携・巡回相談・通園等への技術支援の一層の充実を。

#### \*通園・外来・入所機能による早期療育・相談支援

母子入園・機能向上の手術・虐待等社会的入園（通過型）・短期入所の維持。

#### \*在宅・家族支援を要として重症例への対応の充実

重症心身障害児通園施設の拡大に肢体不自由児施設のマンパワー活用を。  
医療を要する重症心身障害児短期入所がナース不足で機能低下している。

10

## 医療型障害児入所施設の課題

1. 有期間有目的入所機能の維持確保  
18歳以降の加齢児の転出先の確保  
（特に被虐待重症児、医療を濃厚に要する重症児）
2. 小規模入所施設に対応して、児者の混合病棟のあり方の工夫
3. 地域支援の拡大・一般医療機関との連携

## 障害者自立支援法でのその他の課題 1

### 1. 在宅重度児への不十分さ

- \* 医療ケアを要する重心児の短期入所に対応できない
- \* 重心通園の不足（養護学校卒業生の10数%は日中活動の場を確保できず卒後、自宅に埋没――相談支援にではなく社会資源に優先配分を）

### 2. 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（6%ほどになっている。）  
（3ヶ月以上の自己負担未納は経済的ネグレクトとして、低所得者の場合には契約から措置に変更して欲しい。）
- \* ドタキャンの多さ（日割り制度のデメリット）

### 3. 肢体不自由児施設（通園も）の施設支援費の低さ

## 障害者自立支援法でのその他の課題 2

急を要して契約が間に合わない

（以前の措置で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)  
（全国の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等

13

## 2. 障害程度区分について

障害児の障害程度区分の難しさ

- ＊ 発達変化する（8歳以下での支援量の多さ）

低年齢ほど重度（肢体不自由児施設における1分間タイムスタディーより）

- ＊ 重複障害の多様さ

＊ 個別のニーズへの対応

＊ 程度区分（5段階）と支援量との乖離

14

### 3. 入所施設の一元化について

肢体不自由児施設の現状を踏まえて

1. 医療型障害児入所施設―――通過型・多機能
2. 在宅重症児支援を中心にする
3. 専門性の確保と地域支援との両立へ
4. 従来の専門分野別施設間の連携の促進

15

### 一元化に向けて、医療型障害児入所施設がめざす方向性

専門性確保の観点重視して、

肢体不自由・重症心身障害児の第3次専門機関（最後の砦）

かつ、地域の知的障害児・精神障害児の第1～2次対応機関  
（軽・中度）  
（寝たきりの児の中にパニックとなる児と一緒に  
狭い空間に入所させられない）

16



## 入所実施主体その他

障害児の入所の場合、市町村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、従来どおり都道府県が主体となって所轄し、機能不全とならないようにしてほしい。

全国児童相談所長会も措置などの存在、対応困難事例の多さ等から、今後も所轄するとの考えを持っている。

（すでに入所児の都道府県での措置率の大きな格差がある。）

### ※ 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。

1, 200 +  $\alpha$  床が満床で19年度の新規入所総数は8名  
（児童相談所のホームページによると、入所待機児童数は611名）

17

## 障害児入所施設の利用者負担

※ 18歳未満の入所中は、特別児童扶養手当が停止  
（3歳未満では、原則、手帳が交付されない。）

※ 未収金（肢体不自由児施設で6%）は、従来都道府県が確保できなかった（東京都では従来5%）

――負担金支払い能力の有無を把握できない。

（利用者と事業者との間に対立を持ち込んでいる。）

18

## B. 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%、発達支援センター13%)  
養護学校の併隣接 100%  
在宅支援  
外来(月延11万人)・通園1,103名  
重心児などの短期入所  
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)

19

## 肢体不自由児施設は名称が実態と整合していないことの解消へ

### 対象

- ＊手足の不自由な障害児はごく一部  
入所の約4割は重症心身障害児(IQ35以下が5割)
- ＊脳性麻痺と発達障害とが半々
- ＊障害者も利用(入所の10数%の過齢児を除く。)

### 形態

- ＊障害児医療を基礎とした専門家集団(Hospital>>Home)
- ＊入所は通過型(虐待など長期の社会的入所は2割)
- ＊在宅・地域支援を最も行っている
- ＊母子入園(早期療育の柱)
- ＊重症心身障害児の短期入所(重心児の在宅支援の要)

20

1. 脳性麻痺を含む脳原生疾患が入所児の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

（例：心身障害児総合医療療育センター外来：在宅酸素療法27、

経管栄養200+気管切開30、在宅レスピレーター22名）

早期療育のための母子入園のニーズが高まっている（スタッフ疲労による後退）

（殆どがNICU経由）

2. 自閉症群が外来新患の3割以上を占める（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

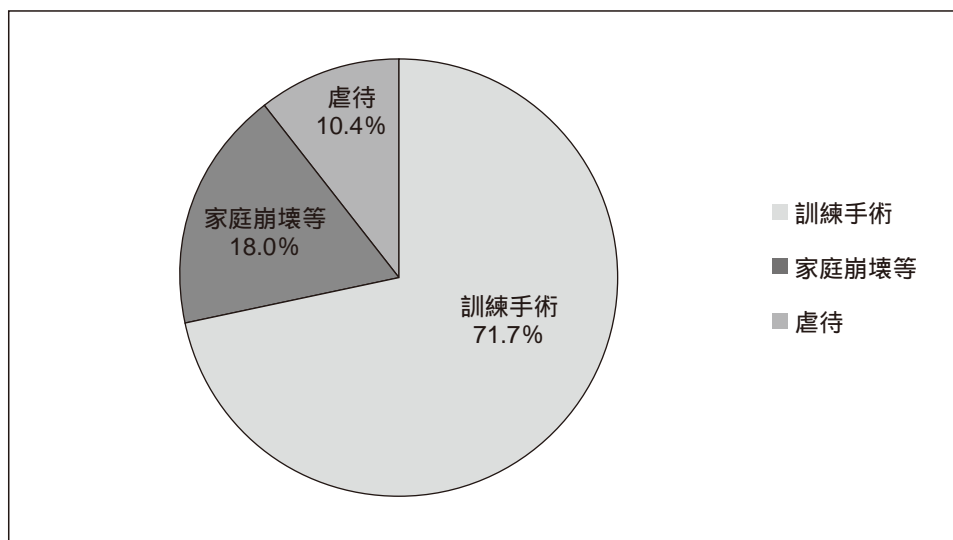
3. 合併症に対して経験のある各種専門科のニーズが高い

脳外科、眼科、耳鼻科、遺伝科等

21

入所目的

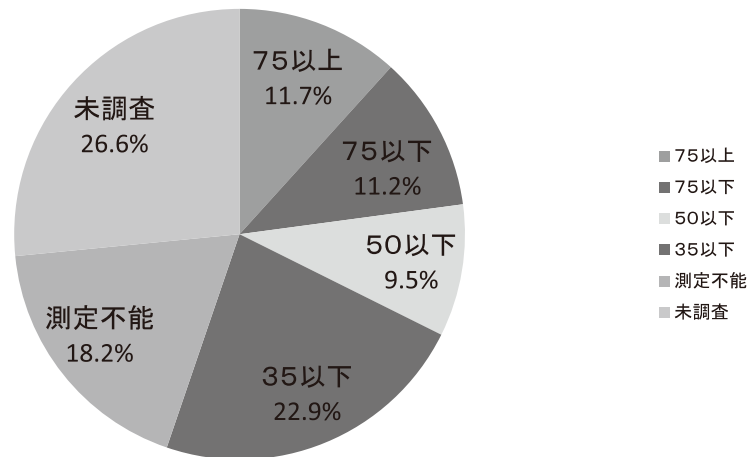
—平成22年3月1日— （児童数計 2,015人）



22

## 入所児童の知能指数状況

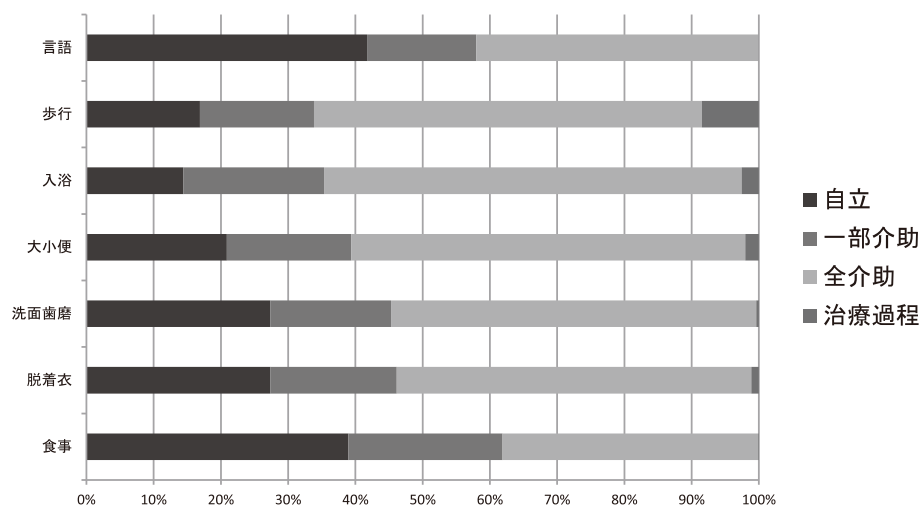
（平成22年3月1日現在）



23

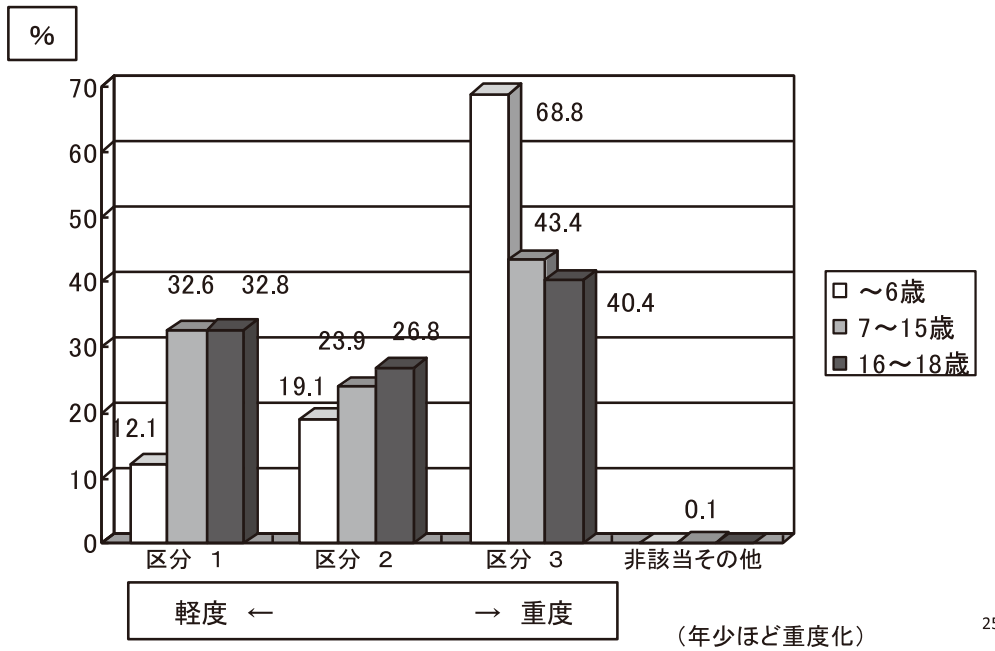
## 入所児の要介助率

（児童数計 2,015人）



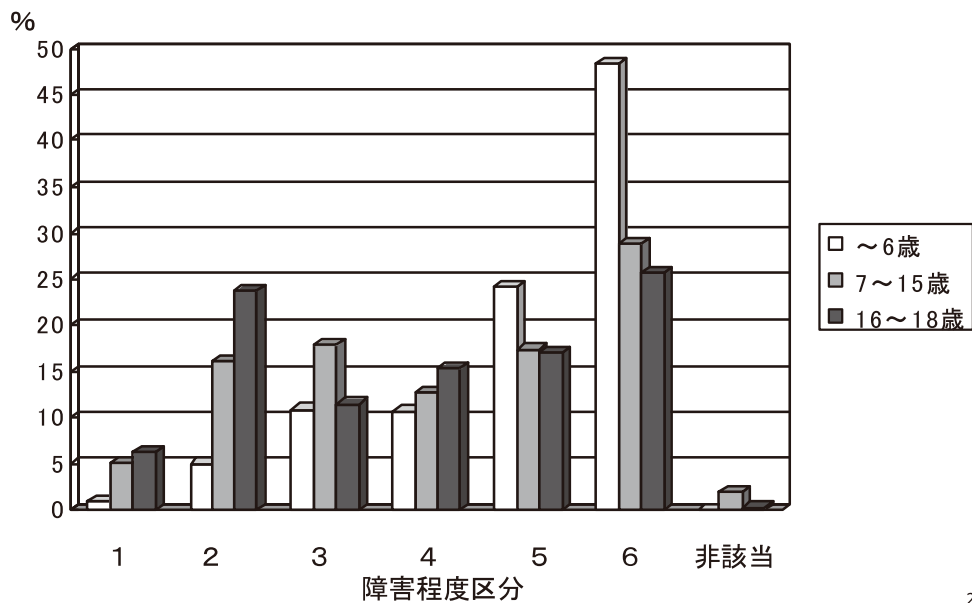
24

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）



25

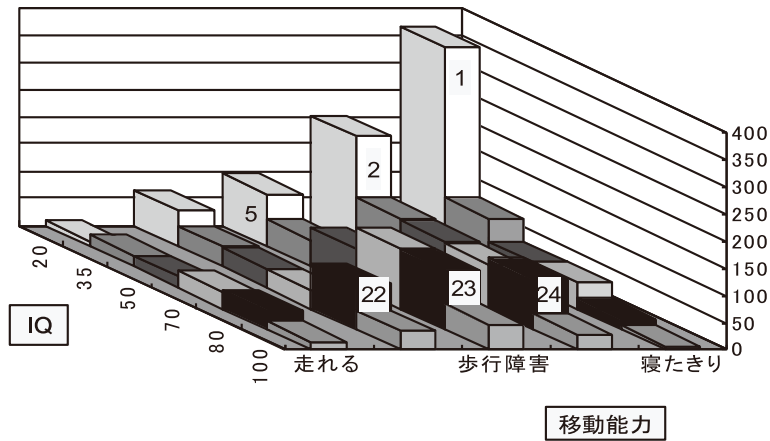
図6 自立支援法  
障害程度区分の分布(年齢区分別)



26

図15

大島分類(改変)での分布

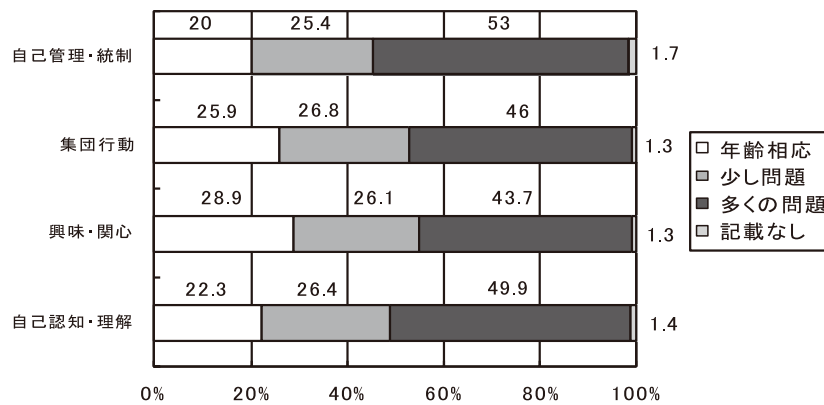


肢体不自由児施設入所例

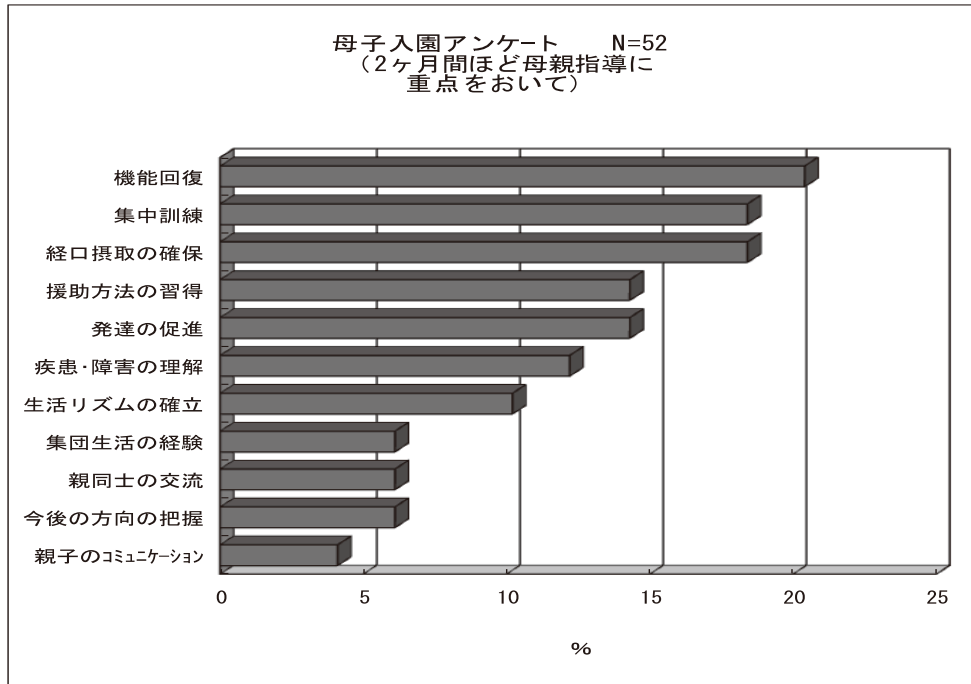
27

図17

社会性(1)



28



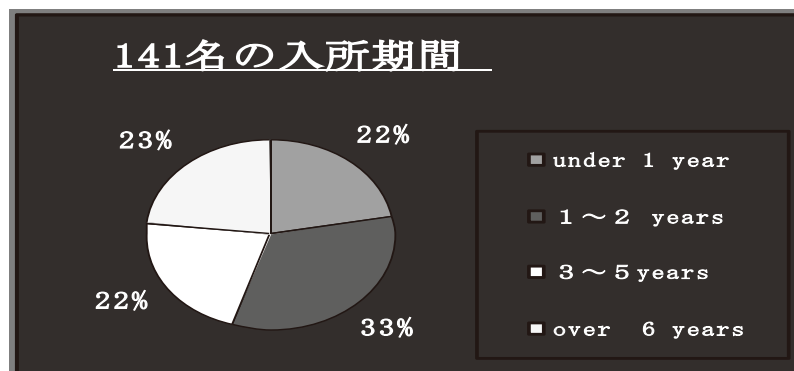
29

## 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)



30

## 肢体不自由児施設入所外の状況

(59施設)

### 1. 外来延べ受診児者数

110,003人/月(2009年10月)

Cf: (69,841人/1984年10月 73施設)

### 2. 重心施設併設

32施設(54.2%)

### 3. 障害者施設併設

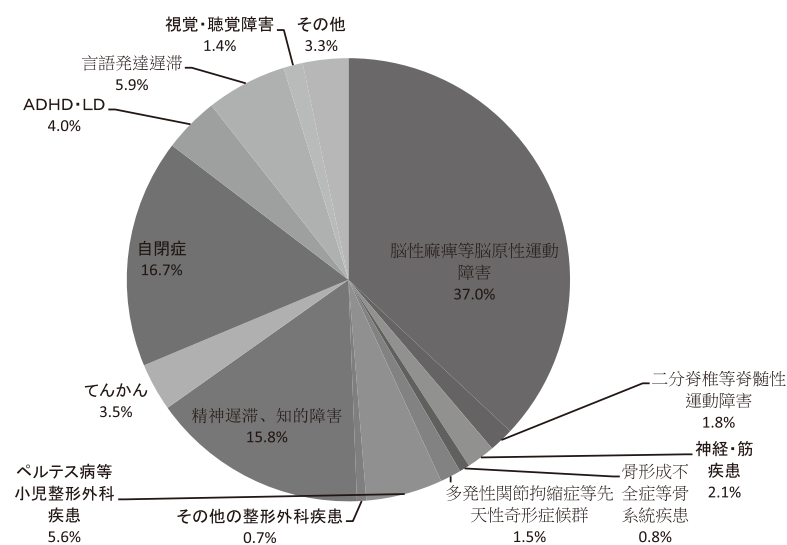
14施設(23.7%)

31

## 外来病名分布(18歳未満)

(全施設 平成22年2月～3月の任意の1週間)

※ 月延べ 110,003人(平成21年10月)



32



## 地域支援

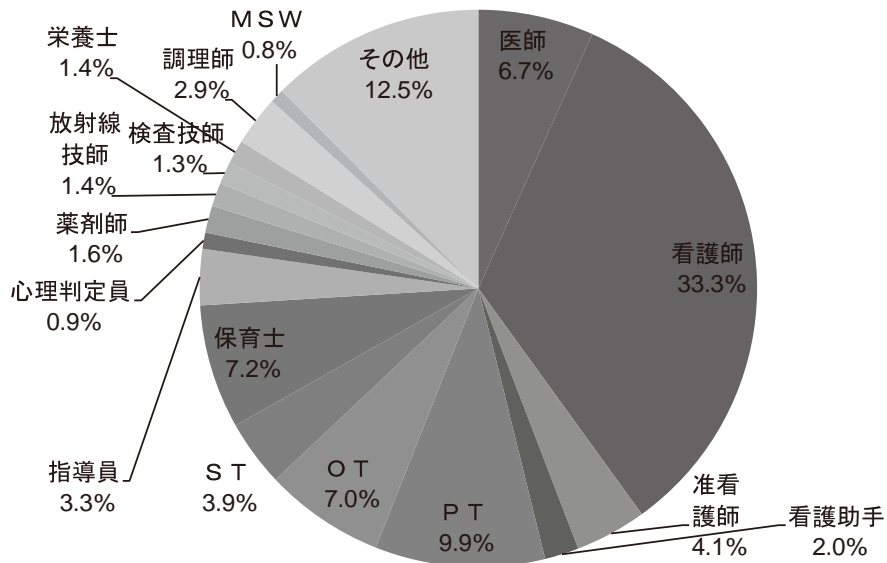
（H21実績）

巡回相談	5,894件
地域生活支援事業	9,069件
外来療育等相談事業	11,523件
（療育拠点施設事業）	
施設支援専門指導事業	657回
専門療育相談事業	1,660件

33

## 肢体不自由児施設の職員構成（正職員のみ）

（H22.3.1現在 全施設合計 4,150人）



34

## 地域移行へのネックについて

<アンケート調査結果から>

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. ほとんどいない   | 54% |
| 4. まったくいない   | 4%  |

35

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、特に小児科医の不在地域が増えた（医療の受け皿が）
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. 相談し園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（専従の職員の雇用が困難）

36

質問 知的特別支援学校での、たんの吸引、  
導尿介助はどうされていますか？

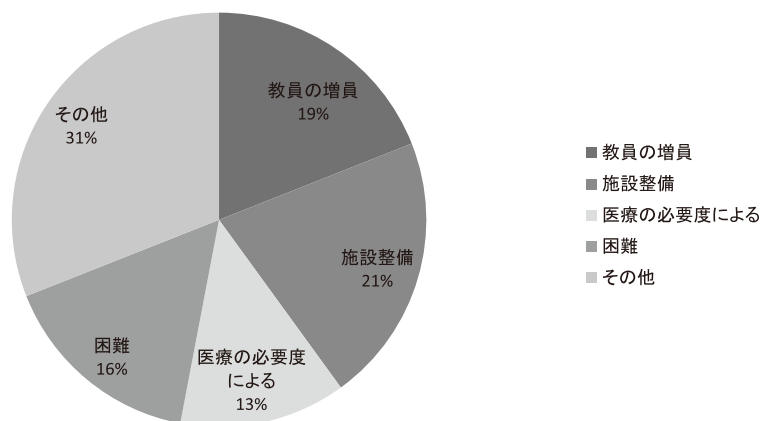
- |                         |     |
|-------------------------|-----|
| 1. 保護者からの依頼で、担当もしくは養護教諭 | 31% |
| 2. 児童が低学年であることを条件にしている  | 0%  |
| 3. 担当教諭に任せている           | 14% |
| 4. 保護者に来校してもらっている       | 55% |

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）

37

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？



38

## 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22年3月1日現在)

(単位 人)

区分	施設数	回答施設数	一般病棟	重度病棟	母子病棟	小計	通園部門	合計
公立公営	23	23	1,301	136	157	1,594	370	1,964
公立民営	11	11	590	0	53	643	250	893
民立民営	25	25	894	287	41	1,222	450	1,672
合計	59	59	2,785	423	251	3,459	1,070	4,529

(2)入所児童現員及び病類別児童数(平成22年3月1日現在)

病名	児童数	比率
脳性麻痺	1,028	51.2%
CP除く脳原性麻痺	314	15.7%
ペルテス病	95	4.8%
二分脊椎	72	3.5%
神経・筋疾患	77	3.8%
骨系統疾患	61	3.1%
先天性股関節脱臼	25	1.3%
その他整形外科的疾患	46	2.3%
その他	297	14.3%
合計	2,015	100.0%

(7)職員数と入所児童数の比率(平成22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 現員 0.4	2.0 0.8
公立民営	定員	1.1	2.2	9.9
	現員	0.6	1.3	5.4
民立民営	定員	2.3	4.5	23.1
	現員	0.5	1.1	5.2
合計	定員	1.3	2.5	11.8
	現員	0.5	1.0	4.6

(3)年齢別入所児童数(平成22年3月1日現在)

年齢	児童数	比率
0～6歳未満	293	14.5%
6～13歳未満	808	40.1%
13～15歳未満	315	15.6%
15～18歳未満	360	17.9%
18歳～	239	11.9%
合計	2,015	100.0%

※ 1 看護要員とは、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。

(4)在所期間別児童数(平成22年3月1日現在)

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	合計
児童数	324	129	222	220	196	224	700	2,015
比率	16.1%	6.4%	11.1%	10.9%	9.7%	11.1%	34.7%	100.0%

(5)ADL別在所児童数(平成22年3月1日現在)

区分	食事	着脱衣	洗面歯磨	大小便	入浴	歩行	言語	計	比率
○	785	551	551	421	290	340	841	3,779	26.8%
△	462	379	362	372	422	342	327	2,666	18.9%
×	766	1,062	1,094	1,181	1,251	1,162	846	7,362	52.2%
◆	2	23	8	41	52	171	1	298	2.1%
計	2,015	2,015	2,015	2,015	2,015	2,015	2,015	14,105	100.0%
要介護比率	61.0%	72.7%	72.7%	79.1%	85.6%	83.1%	58.3%	73.2%	

要73.2%

※ ○→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(ギプス・けん引等)で出来ない場合

(6)入所児童の知能指数状況(平成22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	合計
児童数	236	225	191	461	367	535	2,015
比率	11.7%	11.2%	9.4%	22.9%	18.2%	26.6%	100.0%

(8)障害児(者)地域療育等支援事業の実施状況

- ①療育等支援事業の指定施設 25施設      ③短期入所事業の指定施設 52施設  
 ②療育拠点施設事業の指定施設 8施設      ④児童デイサービス事業の指定施設 6施設

(9) 入所児者の外泊状況

	延日数	延件数	実人員
21.3	5,899	2,999	1,118
21.4	4,367	2,424	901
21.5	6,990	3,250	1,216
21.6	3,653	2,538	928
21.7	5,373	2,891	1,115
21.8	10,265	3,239	1,326
21.9	6,779	2,805	1,137
21.10	5,851	3,191	1,131
21.11	5,971	3,175	1,086
21.12	8,155	3,169	1,291
22.1	8,516	3,569	1,374
22.2	3,824	2,589	909
合 計	75,643	35,839	13,532
昨年の数	83,343	46,737	13,529

(10) 重度・重症児別入所児童数(平成22年3月1日現在)

区分	人 数
大島分類1～4	769
大島分類5～9	329
超重症児(スコア25点以上)	53
準超重症児(10～24点)	103

56施設実施

(11) 外来患者の被虐待児(平成21年3月～平成22年2月末)

区分	人 数
身体的虐待	54
ネグレスト	92
心理的虐待	42
性的虐待	1
その他	6
合 計	195

(12) 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)	14,468	73.8%
成人(18歳以上)	5,126	26.2%
合 計	19,594	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	区分	小児	成人
脳原性運動障害	5,349	2,371	ADHD、LD	585	
脊髄性運動障害	260	194	言語発達遅滞	850	
筋・神経疾患	300	118	視覚・聴覚障害	203	
骨系統疾患	109	27	その他の小児科疾患	148	
先天性奇形症候群、体表奇形	222	59	そ の 他	332	793
小児整形外科疾患	807		合 計	14,468	5,126
その他の整形外科疾患	98	1,060			
精神遅滞、知的障害	2,287	150	外来未実施施設	2	
てんかん	506	354	未調査	4	
自閉症	2,412		実施施設	53施設	

## D 調査結果の考察及び提言に向けて

本「障害児施設のあり方に関する調査」は、平成20年の『障害児支援の見直しに関する検討会』報告書を土台にその年の12月社会保障審議会障害者部会において検討されて廃案となったが障害児自立支援法の一部改正案のなかに児童福祉法改正案で示された障害児施設の見直し案を基本課題として進めてきた。しかし、この調査研究の途中の平成22年12月に廃案となっていた一部改正案が名称を「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」として国会に再々提案され可決された。そのため関係する児童福祉法が改正（以下、「改正法」と記す。）され、障害児支援体制の見直しが平成24年4月1日から障害児施設が福祉型と医療型に大別して一元化、入所施設の満20歳以上の在所延長規定の廃止、通所施設の実施主体の都道府県から市町村への移管等が実施されることとなった。本調査研究においては、法改正案を念頭に置きながら進めてきたが、それらが実際に施行されるまでの準備期間は1年余りしかないため、この障害児入所施設のあり方に関する調査結果等からこれらの課題について考察と提言を行う。

### 1. 障害児施設の制度及び社会的養護体制の整備に向けて

#### (1) 障害児入所施設への入所児童の現状

障害児入所施設への入所理由は（表21）家庭の状況面では「親の養育能力や疾病・入院、障害、経済的理由によって養育が困難なため」が2,415人（38.3%）で最も多く、次いで「虐待・養育放棄、その恐れがあるため家庭分離が望ましい」が1,212人（19.2%）、「親の離婚・死別により家庭での養育が困難なため」が1,049人（16.6%）となっている。また、本人の状況面では「ADL・生活習慣が未自立なため訓練等支援が必要なため」が2,237人（35.4%）次いで「行動上の問題から家庭で対応が困難となりその改善が必要なため」が1,787人（28.3%）となっている。この設問に対する回答は複数回答であるため実数の把握は難しいが、多くの場合、入所理由は一つだけではなく複数の事情が重なり合って家庭養育困難となる環境要因等から社会的養護を必要としている児童が少なくとも現場の施設の判断では70%以上いるという実態が明らかにされた。

さらに、虐待による入所状況（表22）をみると、身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待・性的虐待・経済的虐待の延べ数が1,251人となっている。なお、この虐待件数は児童相談所が虐待認定したケース以外に、施設が児童票や面接を通じて入所後の経過を見て虐待と判断したケースを含んでいる。子どもの育ちの視点から見るとマルトリートメントを含め広義の不適切な養育により施設養護を要する事例が多数を占めている。

また、施設入所する児童の世帯状況をみると両親世帯が44.6%、母子世帯32.0%、父子世帯13.7%と死別・離婚等により家庭機能が崩壊して施設養護に至る事情が多く、その意味でも障害児入所施設は、重要な機能として社会的養護機能があり、そのニーズも多いということが分かる。

#### (2) 措置・契約の制度の見直し

平成18年10月の児童福祉法改正により障害児施設にのみ直接利用契約制度が導入されたことから措置が契約かの決定に対して都道府県・児童相談所における混乱がみられた。平成21年10月の社会福祉施設調査では表Cのとおり種別により措置率の相違が見られる。今回調査でも〔表6〕のとおり満18歳未満の児童における措置率は知的障害児施設56.4%、盲児施設80.0%、ろうあ児施設68.2%、肢体不自由児療護

施設61.8%となっている。この契約制度導入に関しては、日本知的障害者福祉協会児童施設分科会では知的障害児施設における支給決定について調査を継続して都道府県・児童相談所における判断の格差や契約制度導入に伴う障害児に対する相談機能の低下、児童相談所の関与の減少等の実態と課題提起をしてきた。その結果、平成21年11月17日付「措置、契約の運用について」障害福祉課長通知で適切な判断のガイドラインを改めて示した。しかし、その後も措置・契約の判断について児童相談所と施設と認識の相違が続いている。

障害者権利条約の批准に向けた障害者施策の見直しの一環として障害者基本法の改正、障がい者総合福祉法（仮称）の制定等に合わせて障害児福祉制度の見直しが行われることを提案する。

○制度設計では、児童福祉法第2条や子どもの権利条約から見ると家庭での養育が困難となる事情は、社会的養護と判断し、公的責任により子どもを育成する制度とすることから契約は馴染まず措置とすることを原則とすべきである。

○少なくとも平成18年法改正のように障害児関係施設だけに契約制度を導入したことは児童福祉施設としての整合性がなくなり、政策立案等の所管が違うことからそれぞれに進めたことにより混乱が深刻化した要因のひとつであり、児童福祉全体のあり方から制度設計すべきである。

また、障害児施設の入所実態は、児童福祉施設としての共通な課題があり障害児施設以外、特に情緒障害児短期治療施設、児童養護施設、また里親の委託においても障害児、なかでも知的障害を伴わない発達障害等が施設入所する障害児の比率が多くなっていることから障害児施策も児童一般施策との共通性からも措置・契約制度の在り方も含めて再検討が必要である。

表 c 措置対象の状況 (厚生労働省：社会福祉施設調査・平成21年10月)

施設種別	施設数	在籍数	措置数	措置率
知的障害児施設	239	8,827	3,373	38.2
第2種自閉症児施設	3	110	6	5.4
盲児施設	10	120	91	75.8
ろうあ児施設	10	125	70	56.0
肢体不自由児療養施設	6	216	93	43.0
第1種自閉症児施設	4	92	25	27.1
肢体不自由児施設	56	2,381	449	18.8
重症心身障害児施設	118	11,229	547	4.8

### (3) 障害児の社会的養護体制への提案

社会保障審議会障害者部会報告書（平成20年12月）では「障害児の入所施設・住まいの在り方」について、

入所者の多様化等の状況を踏まえ、心理的ケアが行える専門的なスタッフの充実や、小規模な単位での支援ができるような施設の在り方、障害児の将来の自立を見据えた住まいの在り方について検討していくべきである。

地域との関わりを深めていくとともに、地域の実情に応じて、地域への支援や短期入所の実施など地域の中の専門機関としての役割を強化していくべきである。」

と述べられていることも踏まえ以下の提案を行う。

家庭から離れて生活をせざるを得ない児童がなるべく家庭的な雰囲気の中で生活することによりQOLを高め、また、障害児の自立を支援するという観点から、建物形態を大舎制からユニット型または分

棟型（小舎制）に、居室形態は大部屋から個室または2人部屋に移行するなどの居住環境の質の向上を図るべきである。

即ち、『施設の小規模化と地域分散化、家庭的養護』を促進する。

更に、すでに児童養護施設で制度化されている小規模グループケア（ユニットケア）、地域小規模児童養護施設（グループホーム）、小規模住居型児童養育事業（ファミリーホーム）、児童自立生活援助事業（自立援助ホーム）等の制度を障害児入所施設にも創設するとともに、里親委託を促進してより家庭的な環境の中で生活していけるような方策を講じる。

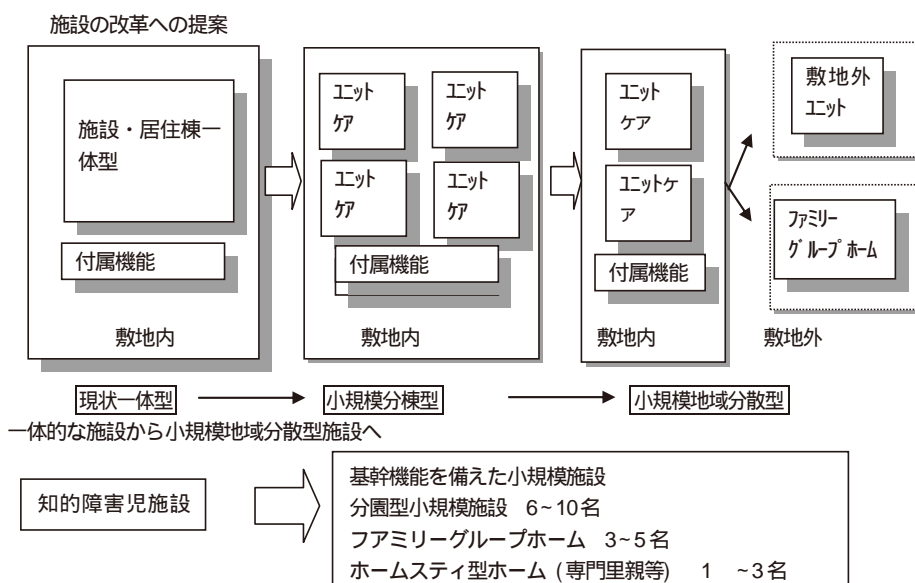
社会的養護の必要な子どものうち相当数が被虐待児であることから、子どもの心理的ケアを行えるような臨床心理士等の専門的なスタッフの配置を行う。

社会的養護による入所は、子どもの権利条約の規定及び他の児童福祉施設との整合性を図る観点からすべて措置とする。

地域の中の専門機関としての役割を強化していくという観点から、地域で生活する障害児及びその家庭を支援する機能として、短期入所、日中一時支援、移動支援、居宅介護、行動援護、重度訪問介護等の在宅サービス事業を積極的に展開する。また、改正法で新たに法定化された「児童発達支援」「放課後等デイサービス」「保育所等訪問支援」「障害児相談支援事業」にも積極的に取り組む。また、里親のもとで育てられている障害児への支援機能として、里親への相談支援・助言、里子の一時預かり等の里親支援事業を創設する。

#### （４）施設のあり方に対する提案

施設で暮らす子どもの実態から見ると障害児施設を含めた児童福祉施設は最低基準を抜本の見直しが求められている。今後の法改正に合わせて設備等基準では1人当たりの面積6.6㎡、個室・2人部屋を基本とし、10名程度の生活単位を確保する小規模ケアを基本とする。それに伴い少なくとも児童2人に職員1名以上、及び看護師や心理職員等専門職種配置を行う。障害児入所施設は、その役割として社会的養護の必要な児童に安全・安心な環境を提供を大前提とし、家庭を離れて生活をせざるを得ない子どもたちがなるべく家庭的な環境、雰囲気の中で生活することによりQOLを高めることを基本とする。従って、建物形態は大舎制からユニット型または分棟型（小舎制）に、居室形態は大部屋から個室または2人部屋にするなどの居住環境を整備する。「障害児入所施設は家庭的な養護を提供する構造に転換する」を前提に下記の図のような方向性を平成12年度から日本知的障害者福祉協会児童施設分科会では提言してきた。





## 2. 障害児施設の一元化について

### （1）福祉型施設の変遷と現状

障害児入所施設は、昭和23年児童福祉法制定時に精神薄弱児（知的障害児）施設と療育施設が児童福祉施設として位置付けられスタートしたが、その後、療育施設から盲ろうあ児施設（昭和24年）、肢体不自由児施設（昭和25年）が独立し、また、時代のニーズに応じて最低基準等において盲児施設、ろうあ児施設、肢体不自由児療護施設、第1種・第2種自閉症児施設の施設類型が枝分かれし、昭和42年には重症心身障害児施設が位置付けられ、現在8種類の施設となっている。

児童福祉施設としての障害児施設の整備は、知的障害児施設を中心に学校教育の就学猶予・免除による教育の代替機能のニーズ等を背景に施設数が増加してきた。しかし、在宅支援サービスの整備、重度障害に対する義務教育や寄宿舎の整備等により入所施設に対する利用ニーズが減少してきたことや後述する在所延長規定による対象児童の増加等により児童福祉施設を廃止して成人援護施設への転換が進んできた。昭和60年との比較〔表a-2〕をみると知的障害児施設が82施設減、在籍数で9,795人の減、盲・ろうあ児施設でも32施設、在籍数870人が減少している。在籍児童数の減少は、施設入所に対するニーズが減少したこと、特に家庭分離の要件を限定し真に必要な場合に限り、即ち社会的養護と判断した場合に入所措置を講じた事による。それに伴う施設数の減少は、障害児施設の広域化を招き、身近な地域の療育資源としての機能低下を招くなど新たな課題を抱えている。

最新の厚生労働省の社会福祉施設調査（平成21年10月1日現在）では、表aのとおり、福祉型障害児入所施設は、平成21年10月に268施設、定員数11,008人、在籍数9,398人、在籍率85.3%である。その9割が知的障害児施設となる。更に満18歳以上の者が知的障害児施設38%、肢体不自由児療護施設46.7%在籍していることから児童の必要数は5,000人程度で充足する計算となる。福祉型では知的障害児施設が約9割を占めることから施設の一元化や課題の整理に関する枠組みを検討する場合の中核になると考えるのが自然である。

一方、障害のない児童のための児童福祉施設である乳児院、児童養護施設や情緒障害短期治療施設等において法改正で対象とした発達障害を含めると相当数が在籍していることが報告されている。このことから障害児の支援は、児童福祉施設全体の課題としてその施策を検討すべきであると主張したい。

今般の「改正法」により障害種別毎の施設から障害児入所施設として福祉型と医療型に大別した一元的な施設種別となる。これらは平成20年の「障害児支援の見直しに関する検討会」において方向性として示されたが、通所施設とは異なり入所施設はハード面、ソフト面での制約があり、その実現に向けて課題があり、それらについて明らかにすることが本調査の目的のひとつでもある。法改正の施行に際して政省令で定めるとされるものが多く、平成24年4月に向けて障害児施設が混乱なく進めるために本調査結果からこれら政省令等の具体化に向けた提案を試みる。

表a - 1 障害児施設の現況（厚生労働省：社会福祉施設調査、平成21年10月）

	施設数	定員数	在籍数	在籍率
知的障害児施設	239	10,232	8,827	86.2
第2種自閉症児施設	3	130	110	84.6
盲児施設	10	193	120	62.1
ろうあ児施設	10	193	125	64.7
肢体不自由療護施設	6	260	216	83.0
第1種自閉症児施設	4	153	92	60.1
肢体不自由児施設	56	4,029	2,381	59.0
重症心身障害児施設	118	11,843	11,229	94.8

表a - 2 施設数の推移

	施設数			在籍数		
	昭和60年	平成21年	増減	昭和60年	平成21年	増減
知的障害児施設	321	239	-82	18,622	8,827	-9,795
盲児施設	28	10	-18	649	120	-529
ろうあ児施設	24	10	-14	466	125	-341
肢体不自由療護施設	9	6	-3	267	216	-51

## （2）施設の設備等の実態

施設の居住環境は、居住棟の築年数（表32）をみると老朽化改築が進んでいるが30年以上が70施設（38.4％）と最も多くなっている。居住棟の建物総数（表33）は182施設のうち102施設（56.0％）が1棟のいわゆる大舎制である。今回の調査では調査票の記入方法の説明が不十分であったため正確な実態を把握することができなかったが、少数ながらユニット型や分棟型（小舎制）を採用している施設がある。ユニット型の建物数（表34）が56棟、分棟型の建物数が47棟となっている。また、敷地外に居住の場を設けている施設が15施設32人いる。

居室の状況では（表36）総居室数2,974室のうち、個室が865室（29.0％）、2人部屋が941室（31.6％）、3人部屋が271室（8.6％）、4人部屋が664室（22.3％）、5人部屋が101室（3.3％）、6～8人部屋が117室（3.9％）、11人以上の部屋が15室（0.5％）となっている。個室と2人部屋で全体の60.6％を占めてはいるものの、個室で生活する児童は865人で在籍児童の13.6％、2人部屋も1,882人で29.7％であり、半数以上の児童が3人部屋以上の大部屋で生活していることが分かる。これは現状の最低基準では、居室は1人あたりの居室面積が法施行時2.47㎡から平成10年に3.3㎡となったが、1室15名以下等改善されていないことから時代のニーズ・生活様式に基づく子ども一人ひとりの育ちを保障する観点からも早急な改善が必要である。

## （3）最低基準の課題について

### 設備等の基準

知的障害児施設等の設備等の基準は、児童福祉施設最低基準（昭和23年 厚生省令63）により第41条児童養護施設の基準を基本的に準用している。その基準は以下のとおりである。

- ・児童の居室、調理室、浴室及び便所を設けること
- ・児童の居室の1室の定員は、15人以内とする。その面積は、一人3.3㎡（平成10年改正）とする
- ・入所している児童の年齢等に応じ、男子と女子の居室を別にすること
- ・便所は、男子用と女子用を別にすること
- ・児童30人以上を入所させる場合は、医務室及び静養室を設けること

- ・入所している児童の年齢・適性等に応じ、職業指導に必要な設備を設けること
- 昭和39年 重度知的障害児入所棟の設備及び運営基準として、このほかに次を設けることが規定された。
- ・指導室、遊戯室、食堂（配膳室含む）、シャワー設備、汚物処理設備、洗面所、指導員室、屋外の遊び場、
  - ・児童の居室は、1階に設けるほか、1室の定員は、4人を標準とし、必要に応じ1人用居室及び2人用居室を設ける。

他の福祉型施設の基準は、

#### 盲児施設の設備基準

児童の居室、講堂、遊戯室、訓練室、職業指導に必要な設備、音楽に関する設備、調理室、浴室、便所、医務室、静養室を設ける。定員30名以上の場合は、医務室、静養室を設ける。

階段の傾斜等緩やかにするほか浴室及び便所の手すり、特殊表示等身体の機能の不自由を助ける設備を設けなければならない。

他の居室面積等は41条児童養護施設の基準を準用

#### ろうあ児施設

盲児施設の「音楽に関する設備」が「映写に関する設備」に変更し、他は（2）を除き同じ

#### ○肢体不自由児療護施設

児童の居室、医務室、静養室、訓練室、屋外訓練場、調理室、浴室、便所、を設ける。

平成18年の契約制度導入の法改正では、指定施設として人員・設備、運営に関する基準（省令第178号）により別に基準を設けたが設備等は最低基準とほぼ同じである。

このように障害の特性に伴う設備の設置が基準化されているが、居住環境面では、前述したように居室等は法施行時の1室15名以下、1人の居室面積が2.47㎡から3.3㎡に変更された以外は変わらず極めて時代遅れであるうえ、現状の施設の実態からかけ離れてもいることから改善が急務である。

児童養護施設等に関して平成22年末からタイガーマスク運動の関係から児童福祉施設の最低基準の見直しの検討会が平成23年1月設置され検討がスタートしている。しかし、これには障害関係者は参加していないが、知的障害児施設等の基準が児童養護施設を準用していることから改正が見込まれるが障害関係部局での積極的な検討を期待したい。障害児施設の一元化に向けて、障害特性に応じた設備等の基準の見直しを含めて抜本的な見直しをする絶好な機会とするべきであろう。

#### 職種・職員数等の基準

一方、人員の基準は、表bに示したが、特に保育士・児童指導員の人数は、週40時間労働が考慮されないまま知的障害児施設で児童4.3人、盲ろうあ児施設で児童5人に職員1人の比率が昭和51年から改善されていない。施設では重度加算等の各種加算により児童3.0人以下に1人の直接処遇職員を確保に努めている129施設70.8%、そのうち49施設26.9%が2人に1人の配置をしている。しかし、正規職員以外の常勤でも非正規職員雇用や低賃金等いわば職員の犠牲を強いる形での課題がある。この直接処遇職員の配置基準数の課題が生活支援の質の低下、小規模ケアを進める阻害要因になっていることから大幅な増員を図る必要がある。

また、入所施設における職種の配置では看護師等を永年基準配置化を要望してきた経緯があるが、平

成21年度から心理担当職員や看護師、定員41名以下の施設の栄養士（施設給付費のみ）等の加算措置が講じられた。栄養士の加算が給付費に限られ、措置費は児童養護施設等にも配置がないことに関係して措置費支弁に組み込めなかったのか理由は不明である。しかし、児童養護施設に配置のあるものが障害児施設に配置がないものがあり、総合的な見直しを提案したい。

これらの加算措置という不安定な措置を根拠として施設現場では、子ども達の生活支援の維持に向けた職員数の確保を図ってきた。24時間の支援体制は、生活時間帯をみると職員1人で4人の児童を対応とすると朝、夕の支援体制には1日2人必要となる。従って4対1は、実質8対1となり週40時間労働では、夜間勤務の回数も含めて労働基準法に抵触することが起きていることも実態である。

更には、措置を対象とする施設と契約による指定施設の人員に関して名称を含めて異なる現状についても見直しが必要である。平成24年4月の障害児施設の一元化に向けて人員配置についても抜本的な見直しを行うチャンスである。

表b 人員配置の状況

	知的障害児施設	2種自閉症児施設	盲児施設	ろうあ児施設	肢体不自由児療護施設
施設長	1人		1人。ただし、定員30人未満の場合は児童指導員の兼務とする。		
児童指導員 保育士	通じて定員4.3人に1人。但し、定員30名以下の施設については、この定数のほかに1人を加算する		通じて定員5人に1人。但し、定員35名以下の施設については、この定数のほかに1人を加算する		通じて定員3.5人に1人。
介助員	1人				
職業指導員	職業補導設備を有する施設にあっては、別に定めるところにより必要な人員を加算する。				—
栄養士	1人。ただし、定員41名以上の場合に限る ※施設給付費では定員40人以下も加算対象となる。				
調理員等	定員90人未満の場合は4人。以下同様に30人ごとに1人を加算 ※調理業務の外部委託の場合は、置かなくても良い				4人
事務員	定員150人未満の場合は1人。定員150人以上の場合は2人				1人
看護師	— 21年加算措置	通じて定員20人につき1人	— 21年加算措置	— 21年加算措置	定員50人につき3人
嘱託医	2人	2人	2人	1人	1人
医師	—	1人	—	—	—

#### （4）一元化に向けた課題

障害児施設の一元化に関する調査結果は、現状で可能であると回答した施設は8施設4.3%に過ぎず、他は不安や困難であるとした。更に施設構造から何とか対応可能としたのは13施設7.1%にとどまり、他は一部ないし全面改築が必要と回答した。改修の内容では、浴室の改修71.9%、トイレの改修64.2%、居室の改修61.5%が多く、個室の増加、障害特性に応じた対応が可能な小規模ユニット等があげられた。現行の障害種別施設の最低基準をすべての種別が満たすには施設整備が必要となり、障害特性に応じた支援体制の整備を抜きに一元化は困難であるとの認識が多く示されている。一方、それぞれの種別施設では、重複障害に対する対応として知的障害児施設において肢体不自由に対する車椅子等の対応でのバリアフリー化の実践、盲・ろうあ児施設での知的障害の受け入れ体制の整備等について弾力的・柔軟な取り組みをしている。

また、障害特性に応じた職務技能等では、視覚障害に対する点字等、聴覚障害に対する手話・指文字等の意思伝達技能が可能な職員がいない等が課題となる。現行の種別における職種・配置数の基準が異なることから新たな基準の整備が必要となる。

更に、障害者自立支援法における職員配置であるサービス管理責任者に関して障害児入所施設においてどのような役割、研修体制等未検討の段階であるため十分な準備をして進める必要がある。特に、児童福祉施設においては職権保護の措置との関係もあり、児童相談所の自立支援計画や処遇総括方針等と施設が作成する個別支援計画との関係、ケアマネジメントのあり方等について十分な検討が必要となる。

従って、これらのことから当面の一元化に向けては、現行の障害種別の施設要件・特性を考慮しつつ、主たる障害に対応することを基本として重複障害等への対応を促進する施策を推進し、緩やかな一元化とし地域や施設の実情に応じて必要な条件整備を優先的に促進する。

### 3. 在所延長規定の廃止について

#### (1) 在所延長の現状

本調査における18歳以上の在所延長児童数（表5）は、総数1,970人で在所延長率31.1%であり、種別ごとにとみると、知的障害児施設が1,828人（在所延長率31.6%）、第二種自閉症児施設が28人（同36.3%）、盲児施設が14人（同10.8%）、ろうあ児施設が4人（同3.0%）、肢体不自由療護施設が96人（同44.2%）となっており、在所延長児童総数の92.8%を知的障害児施設入所者が占めている。しかしながら、調査回答率が70.8%であるため、在所延長児童の実数は更に多い。

平成21年度社会福祉施設等調査〔表d〕をみると知的障害児施設が3,363人、在所延長率38.1%、自閉症児施設（第一種・第二種とも）が64人、同31.7%、盲児施設が22人、同18.3%、ろうあ児施設が4人、同3.2%、肢体不自由児療護施設が101人、同46.8%で、在所延長の児童総数は3,554人、在所延長率37.4%となっており、在所延長児童総数の94.6%を知的障害児施設入所者が占めているという傾向は、今回の調査とほぼ同様の傾向を示している。

また、入所者の年齢別状況（表10）を見てみると、20～29歳が890人（14.2%）、30～39歳が498人（7.9%）、40歳以上が114人（1.8%）で、20歳以上の入所者が1,502人、在籍者に占める割合は24.0%で、20歳以上の入所者の92.4%（1,388人）が知的障害児施設入所者である。ただし、この結果も調査回答のあった施設のみの数字であるため、実数はさらに多くなる。なお、盲・ろうあ児施設は、満20歳以上の延長規定の対象外のため満20歳に向けて次の進路に向けて退所することになっている。

表d 在所延長児童数の状況

（厚生労働省：社会福祉施設調査、平成21年10月）

	施設数	在籍数	在籍率	満18歳以上	在所延長率
知的障害児施設	239	8,827	86.2	3,363	38.0
第2種自閉症児施設	3	110	84.6	48	43.6
盲児施設	10	120	62.1	22	18.3
ろうあ児施設	10	125	64.7	4	3.2
肢体不自由療護施設	6	216	83.0	101	46.7

#### (2) 在所延長問題の経過

満20歳以上の対策は児童福祉法制定以来の課題で、障害児施設から満20歳になると退所しなければならず知的障害者対策の遅れのため深刻な課題であった。その経過を振り返ると

○昭和33年に障害の重い児童の対策促進から国立秩父学園が設置され、それに際して年齢制限を設けなかった。

○知的障害者福祉法が昭和35年に施行され成人援護施設が法定施設として設置される。

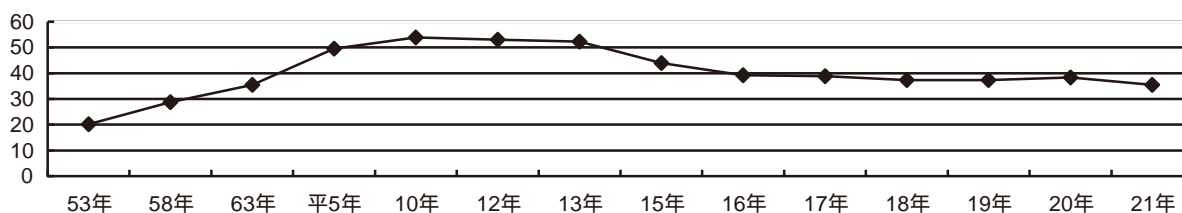
○昭和36年にその設置促進のため障害児施設に成人施設を併設する場合に一部の建物・設備を共用する

等の弾力化を図るなどの方策が講じられた。

○重度児対策として昭和39年重度棟設置、昭和42年に法第63条の2で満20歳以上の在所延長規定が導入された。

その結果、年々障害児施設において満18歳以上の児童の増加が深刻化して、在籍数の50%を超える事態を招き、その結果、民間施設を中心に児童施設から成人施設への転換が行われ、児童施設が減少してきたことは既に述べた。知的障害児施設では昭和53年352施設から21年239施設と113施設が減少している。また、平成11年には空き部屋等の有効活用策として児・者併設型施設の仕組み（知的障害児施設と盲・ろうあ児施設が対象）が導入された。

知的障害児施設の在所延長率の推移



満18歳以上の在籍率の推移

53年	58年	63年	平5年	10年	12年	13年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年
20.2	28.8	35.5	49.5	53.9	53.0	52.3	44.0	39.2	38.9	37.4	37.4	38.3	35.5

満18歳以上の在籍率（平成20年知的障害児施設実態調査）

率	施設数	都道府県数
50%～	63	9
40%～	16	7
30%～	26	12

参考

「法第31条」

「都道府県は、第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童養護施設、知的障害児施設（国の設置する知的障害児施設を除く。）盲ろうあ児施設、情緒障害短期治療施設若しくは児童自立支援施設に入所した児童については満20歳に達するまで、同号の規定により国の設置する知的障害児施設に入所した児童についてはその者が社会生活に順応することができるようになるまで、引き続き同号の規定による委託を継続し、又はその者をこれらの児童福祉施設に在所させる措置を採ることができる。」

「法63条の2」

「都道府県は、第31条第2項の規定にかかわらず、当分の間、第27条第1項第3号の規定により知的障害児施設（国の設置する知的障害児施設を除く。）に入所した児童であつてその障害の程度が重度であるものについて、引き続き入所させておかなければその者の福祉が損なうおそれがあると認めるときは、満20歳に達した後においても、引き続きその者をその施設に在所させる措置を採ることができる。」

項で肢体不自由児施設に関する同様な規定

「法63条の3の2」

「都道府県は、第24条の2第1項、第24条の6第1項、第24条の7第1項又は第24条の20第1項の規定にかかわらず、当分の間、厚生労働省令で定める指定知的障害児施設等に入所等をした障害児（以下この項において「入所者」という。）について引き続き指定施設支援を受けなければその福祉が損なうおそれがあると認めるときは、当該入所者が満18歳に達した後においても、当該入所者からの申請により、当該入所者が社会生活に順応することができるようになるまで、厚生労働省令で定めるところにより、引き続き障害児施設給付費等を支給する事ができる。ただし、当該入所者が障害者自立支援法第5条第5項に規定する療養介護（以下「療養介護」という。）その他の支援を受けることができる場合は、この限りではない。」

### （３）在所延長の理由

前述したように福祉型障害児入所施設在籍者の約3分の1が18歳以上、約4分の1が20歳以上であり、その大部分は知的障害児施設に在籍している。そのような実態を招いた最も大きな理由は児童福祉法に在所期間の延長規定が設けられていることにある。即ち、児童福祉施設の利用は原則として満18歳までであるが、児童福祉法第31条では、重症心身障害児施設を除く入所型の児童福祉施設における満20歳までの延長、満20歳以上の措置の場合は第63条の2において「当分の間」重度障害児の延長規定、重症心身障害児施設は第63条の3、契約による入所は第63条の3の2により、満18歳以降の支給決定を行うことが可能とされ事実上の無期限の延長規定が根拠となっている。

この延長規定により年齢超過者が増加してきたが、調査結果をみると満18歳以上の入所者が在籍している理由（表51）では、「障害者入所施設への入所を希望しているが満床等により待機」が988人（50.1%）と最も多く、次いで「保護者が成人施設への移行に消極的であったり、手続きが進まないため入所待機している」が528人（26.8%）となっている。なかには障害の状況等により成人施設での受け入れを拒否された254人（12.8%）がいる。更に、過去5年間（平成17～21年度）の退所者の進路先を見てみると（表25）障害者入所施設が1,929人（44.0%）と最も多く、次いで家庭が1,536人（35.1%）、グループホーム・ケアホームが501人（11.4%）となっている。これらの結果から推測されることは、第63条の2の規定が重度障害児に限られていることから、福祉型障害児入所施設の在所延長児童の大部分は知的障害児施設に入所している重度障害者であり、進路先としては障害者入所施設の希望が多いが、十分な定員枠が確保されておらず在所延長をしながら児童施設で待機している現状にある。国は入所施設の整備は真に必要な場合に限るとし、必要なベット数は充足されている時代に障害児入所施設の在所延長者は忘れられた・見捨てられた存在と言えるではないか。

一方で、施設側の要因を見てみると、在所延長規定が廃止された場合の入所定員の維持については（表50）「定員維持が可能であった」とした回答が26.9%であったのに対して、「満20歳以上の者がゼロになった場合、現在の定員維持は困難である」とした回答が35.7%にのぼり、「なんともいえない」という立場を明確にしない回答も26.3%あった。さらに、在所延長児童に対する対策では（表52）「グループホーム等を設置して退所を促進してきた、または今後予定している」が47施設（25.8%）、「児童施設定員を削減し、成人定員の増員等一部児・者転換した」が41施設（22.5%）ある一方で、「特に何もしていない」が67施設（36.8%）であった。また、在籍者に占める在所延長者の割合を見てみると（表47-2）、在所延長者0%が32施設（17.6%）、20%未満が40施設（22.0%）であるのに対して、在所延長者100%（つまり18歳未満の児童が一人もいない施設）の4施設をはじめとして、60%以上が30施設（16.4%）であった。これらの結果から、入所者の年齢に相応しい生活の場を確保することに努力している施設がある半面、定員を維持するためにあえて年齢超過者への対策を講じていない施設が少なからずあることが推測される。

### （４）法改正と在所延長対策の課題

今回の改正法では平成24年4月以降、障害児施設に入所している18歳以上の者については障害者自立支援法で対応することとなり、契約入所の障害児施設給付費の支給期間は満20歳まで（第24条の24）、第63条の2及び第63条の3の2の無期限延長規定が削除され、法施行日以降の在所延長はできなくなった。但し、現に入所している者が退所させられることのないようにする措置として、改正法施行日前に障害児施設に入所している者が改正法の施行により障害福祉サービスを適切に利用できるように指定障害者福祉サービス及び指定障害者支援施設の基準の設定等に当たって適切な配慮を行ったうえで（改正法附則3条）、現に利用している児童福祉サービスに相当する障害者自立支援法のサービスに係る支給決定を

行うとされる経過的な措置が設けられている。改正法における在所期間延長規定の削除及びそれに伴う経過措置は、平成20年12月に報告された社会保障審議会障害者部会の「障害者自立支援法施行後3年の見直しについて」の「障害児支援」に記載されている内容に基づくものである。

障害児施設に入所している18歳以上の入所者は、本来障害者福祉サービスを利用できる権利主体であるにも拘らず、児童福祉法の延長規定によりその権利を十分に行使し得る環境になかったことを考えると、法改正の趣旨は十分に理解できるものである。しかしながら、今回の調査結果により、全国の福祉型障害児入所施設に在籍している3,000～4,000人の在所延長者の問題を具体的に解決していくためには次のような課題があると考えられる。

現に入所している18歳以上の者が退所させられないようにする措置は、法施行日以降の混乱を招かないためのあくまで、経過的・限定的な措置であること。すなわち、一定の経過措置期間後の目指すべき姿を明確に描いていく必要がある。そのビジョンを示すことができなければ、「経過措置」がいつの間にか「恒久措置」となり、問題のある現在の姿を「温存」することになりかねない。本人の年齢にふさわしい生活の場を確保していく具体的な方策を示していかなければならない。また、24年4月以降に新たに入所する児童との対応に格差が出ることはないような基盤整備を急ぐ必要がある。

改正法では、18歳以上は障害者自立支援法で対応するとされ、必然的に援護の実施者も都道府県から市町村に移ることになる。しかしながら、障害児入所施設の入所の形態には措置と契約の二制度があり、措置・契約の決定状況（表6）によると、措置入所が2,760人（43.6%）、契約入所が3,571人（56.4%）であり、18歳以上では、措置入所が311人（15.4%）、契約入所が1,709人（84.6%）となっている。改正法の施行により、満20歳になった時点で都道府県から市町村に移管され措置が継続されるのか、あるいは契約に切り替わるのか課題となる。また、現在18歳未満の措置による入所者が18歳または20歳になった時点でも同様の問題が起こる。障害児入所施設に契約制度が導入された際に、その判断をめぐって都道府県間に大きな格差が生じるなどの混乱が起こったが、今回の法改正ではそのような混乱が起こらないような準備と手続き、地方自治体への十分な説明が必要である。

平成24年4月以降、市町村が障害者自立支援法に基づく支給決定する場合、障害程度区分、報酬等をどのように設定するのが課題となる。

従来から障害児の対策について法63条の5（法改正で63条の4）で満15歳以降の対応について都道府県から市町村に通知され、市町村がケースワーク等必要な措置を講じなければならないがその事が有効な手立てになっていなかったため市町村の関与、ケアマネジメント機能等を義務付ける必要がある。

#### （5）在所延長者の課題解決のための具体的提案

満18歳または20歳以上の障害児施設入所者が障害者施策にスムーズに移行するための以下のとおり具体的な提案を行う。

今後策定が計画されている都道府県及び市町村の第三次障害福祉計画に「障害児施設に入所している20歳以上の入所者の障害者福祉サービスへの移行計画」を盛り込むことを義務付け、行政・施設・利用者（家族）が一体となってこの問題の解決に取り組む環境を整えることが必要である。



### 主旨

全国に4,000人近くいる在所延長者の問題を個別の施設の努力だけで解決することは不可能である。この問題を根本的に解決していくためには、障害児入所施設の援護の実施者である都道府県と改正法により18歳以上の援護の実施者になる市町村に対してその責任を明確にする必要がある。同じく改正法で法定化された自立支援協議会を機能させ、在所延長者の進路について個別支援会議を開き具体的に問題解決を図るなどの方法も有効であると思われる。そのためにも、地方自治体の障害福祉計画に上記の移行計画を盛り込むことが大前提になると思われる。

在所延長者の障害者福祉サービスへの移行を図ると同時に、各都道府県における障害児施設定員の適正化を図ることも重要である。

### 主旨

今回の調査では必ずしも明らかにはならなかったが、障害児施設における在所延長者の割合や定員数、充足率等は各都道府県においてばらつきがあることが日本知的障害者福祉協会の実態調査等で指摘されている。上記において、都道府県単位の移行計画の策定を提案したのは地方自治体レベルで実情が異なることが想定されるためである。都道府県レベルで在所延長者の移行計画のための実情把握を行う場合、あわせて現状における障害児入所施設の定員規模が適正かどうかを精査する必要がある。各都道府県における障害児施設の定員数、年齢別在籍数、今後の入所見込み数、障害者福祉サービスの供給量等を調査し、在所延長者の障害者福祉サービスへのスムーズな移行を図ると同時に、地域の実情に応じて障害児施設が障害者施設へ転換することや、逆に障害児入所施設を新たに創設することなどにより、障害児入所施設の定員の適正化を図る必要がある。

福祉型障害児入所施設が障害者支援施設に一部または全面的に転換する必要がある場合は、増改築等の費用について施設整備費補助金の助成を受けることができるような配慮が必要である。

### 主旨

居住棟の築年数（表32）では、築30年以上が70施設（38.4%）で最も多く、また、日本知的障害者福祉協会の実態調査においても障害児施設はその歴史的経緯等から設立年代が古く改修工事等の進んでいない施設が多いことが指摘されており、障害者支援施設等への事業転換を行う場合は入所者の安全確保や生活の質の向上の観点からも施設整備費補助金の助成が必要である。

満18歳以上の措置入所者に対する対応については、都道府県及び市町村レベルで混乱が生じないように国として統一した見解を示すべきである。

### 主旨

障害児施設の入所に当たり、措置が適当と判断されたということは虐待等の権利侵害その他の要保護状況にあることを示していると考えられることから、その状況が改善されたことが確認されなければ18歳以上になろうとも措置の継続を行なうことが適切な判断であると思われる。18歳または20歳の時点で都道府県から市町村に移管されることにより措置から契約に変更される場合は、成年後見制度の活用等により本人の権利擁護を保障した上で変更されることが必須条件になると思われる。

満18歳から満20歳までの障害のある児童の自立支援に向けては、基礎年金受給までの間の生活費等の所得保障が課題となり、その対策を講じるべきである。

#### 4．地域を支える機能の充実

障害児入所施設の対象児童は、学齢期が中心となる。今回の法改正において放課後等デイサービスとして通所支援の事業として位置づけられた。学齢期の児童の日中活動に対しては、放課後や学校休業に親のレスパイト等の理由が必要とされてきた。このニーズに対して短期入所事業を実施する入所施設が短期入所の日中預かりとしての日中一時支援事業がそのニーズを担っていた。障害者自立支援法の事業として児童デイサービス等において学齢期の児童の利用を継続するために経過的に学齢期の受け入れ認めたことから、障害児支援の見直しの検討等においてその必要性が確認され正式に事業として認められた。

今回調査での障害児施設の事業の実施は、短期入所事業136施設86.8%、日中一時事業は、117施設73.6%と多くの施設が実施しているが、児童デイサービスの実施は 型9施設6.0%、 型15施設9.3%に過ぎない。

また、障害児等療育支援事業を実施して外来・訪問相談等を実施しているのも33施設18.6%で、保育所等訪問支援は28施設が実施しているのに止まる。その意味では障害児を専門に対応する機関としての障害児施設の地域貢献度はきわめて低いと数の上から言える。しかし事業の実践している施設からの報告や施設入所する理由等から学齢期のニーズが捉えられる。

家庭養育が困難となる状況は、養育疲労、燃え尽き等が子育ての年数も重なり子どもの思春期等にひとつのピークを迎える。子どもの体力が親を上回り、些細なことでも負担感が増し、親のストレスや疾患等により課題が大きくなる。これらの幼児期から青年期にかけ、就学の12年間の支援体制の整備が課題となっている。これまで述べたように障害児施設は在所延長等の対策から成人施設に転換してきたことから身近な地域に障害児を専門とする施設が少なくなっている。従って、障害者支援の施設を含めて地域支援の体制の整備が急がれているのが現実である。その意味でも今回の放課後型デイサービスは、学齢期12年の支援にとって重要な役割を担うことになる。この放課後型デイサービスの事業所が小規模であっても身近な地域に配置され、障害児入所施設も積極的に事業所を設置し、宿泊の短期入所等も含め地域での支援のネットワークの構築の要として機能しなければならない。

更に、障害児支援の体制は、児童期は子どもにとって教育が基本であり、個別の教育支援計画と障害児施策での個別支援計画を融合し、教育、医療、労働、福祉が重層的なネットワークのなかでライフステージの切れ目のない支援体制を構築することを提案する。

#### 5．施設の運営に関する課題

法改正に基づく施設の運営課題は、障害種別毎の職種・人員配置数になっているため一元化に向けては主たる障害種別として現行の施設種別の基準を基本として弾力的な対応とする。それぞれを基本ベースとして重複障害等加算や専門職種等の雇用等による加算方式等を考慮する。障害児入所施設の運営費の単価は、措置費と施設給付費との違い、また利用者負担に対する方式の違いが複雑に絡んでいる。これまで障害者自立支援法の課題に障害児施設も翻弄されてきたが、児童施設としての特性に応じた構造転換を図る必要がある。

現行の施設類型は、措置に対する従来の施設と契約利用に対する指定施設との二本立てになっている

が、平成24年4月までに以下の点についても課題整理が必要である。

（1）最低基準等の課題

- ・人員・設備基準においても児童福祉施設最低基準（厚令63）と指定施設の人員、設備及び運営に関する基準（厚生労働省令第178号）となっているが、24年4月からは施設類型が一元化されているため法第24条と法第27条による措置・支給決定の違いを表記することで済むのか。
- ・措置と契約の違いのひとつに措置による児童福祉施設での事故等に関して国家賠償責任としての仕事と契約による当事者責任の仕事について同一の施設で、職員等によるものに関してどのように区分するのか

これまで触れてきたように最低基準は、抜本的な見直しの時期にあり

居室面積3.3㎡から6.6㎡程度へ

居室は1室4名を上限とし、個室、2人部屋を増やす

家庭規模の生活の場への促進 施設の小規模・地域分散化、小規模施設の設置

児童指導員・保育士は児童2名に1名の配置を基本とする

全施設に栄養士及び心理担当職員、看護師の配置

サービス管理責任者に関する要件等について検討して経過措置を講じる

等について提案する。

（2）運営費にかかる課題

- ・措置・契約の制度上の課題となる運営費の見直しを図る。

措置費と施設給付費の一元化

施設給付費の日額制の廃止、外泊・入院の減算措置の廃止、特に入院の場合の施設職員での対応する際は通常の扱い

支弁方式の一元化 月額（定員に応じた月額）

（3）利用者負担の課題

- ・利用者負担等の枠組みの見直しとその変更の弾力化

利用者負担方式の一元化

措置・契約利用での負担格差の解消

応能負担を基本として 収入に応じたきめ細かな負担へ

生活費等の負担軽減

公費負担の医療費制度の適用

就学奨励費の申請方式の改善

- ・契約利用の場合は家庭で子育てするうえで必要な経費は利用者が負担するという考えで額が設定されるのなら特別児童扶養手当の支給停止は解除するのが筋である。

（4）運営に関する課題

- ・利用者負担の滞納・未収の課題

障害者自立支援法の大人のサービスは、障害基礎年金の範囲で手元に一定額が残るように負担額が設定され、年金の事業所が預かり管理することから大きな問題とならなかった。障害児においては、保護者扶養となるためその軽減措置が講じられても負担感等により利用負担金の滞納・未収が生じてい

る。21年10月調査では20年度末決算において97施設で1,621人、84,510,000円を計上し、そのうち前年度分24,182,000円が未収のままになっている。児童福祉施設の運営において利用料の直接徴収方式は、施設と保護者との関係を悪化させ、児童と親の関係にも影響を及ぼしている。

- ・措置利用の場合は、行政による職権保護の児童福祉施設としての施設長の親権代行、就学義務、身上監護、懲戒等に関する事項と契約利用の法的問題等を整理して安定した施設の運営が必要となる。

【参考文献・資料】

障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究報告書	19年3月	財団法人こども未来財団
全国知的障害児・者施設実態調査報告書	最新版平成20年度	日本知的障害者福祉協会
精神薄弱児施設のあり方に関する研究報告書	平成10年	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
新しい時代に向って - 知的障害児施設の再構築への提言	平成12年	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
子どもの施設としての知的障害児施設の検証と提言	平成15年	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
児童福祉法改正施行緊急調査最終報告書	平成19年5月	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
支給決定の実態調査報告	平成20年3月	日本知的障害者福祉協会児童施設分科会
平成19年度・20年度・21年度知的障害児施設緊急調査報告書		日本知的障害者福祉協会児童施設分科会

# 障害児通園施設の部

## まえがき

障害児通園施設は、就学猶予・免除された障害児の通う場所の確保のために創設された。まず、知的障害児通園施設（以下「知的通園」とする）が1957（昭和32）年、続いて、1969（昭和44）年に肢体不自由児通園施設（以下「肢体通園」）、1975（昭和55）年に難聴幼児通園施設（以下「難聴通園」）が創設されて、現在の通園療育体制が整った。そして、1979（昭和54）年の「養護学校義務制（学校教育法第22条第1項、39条第1項、74条、1979年4月1日施行）」に伴って、就学前（5歳児まで）の乳幼児を支援対象に加えて現在に至っている。

一方児童デイサービス事業は、心身障害児通園事業を前身として、「児童福祉法に基づく精神薄弱児通園施設または肢体不自由児通園施設を利用することが困難な地域に、市町村が通園の場を設けて心身に障害のある児童に対し通園の方法により指導を行い、地域社会が一体となってその育成を助長する（1972年8月23日児発第545号児童家庭局長通知）」という目的で設置され現在に至っている。実施主体は市町村であり、対象は、「精神薄弱、肢体不自由、盲、ろうあ等の障害を有し、通園による指導になじむ幼児」とされた。2003（平成15）年度の支援費制度で居宅生活支援に位置づけられ、2006（平成18）年度には障害者自立支援法における介護給付対象に移行することになった。現在、就学前の子どもを中心に受け入れる型と、学齢期の児童を受け入れる型に分けられている。

このような経緯でそれぞれの専門性を培いつつ障害のある子どもの発達支援を担ってきた4つの障害児通園施設と事業であるが、1996（平成8）年3月に児童福祉審議会は、「障害児の通園施設の在り方について」として「機能統合＝一本化」の方向性を意見具申している。同意見具申では、「現在の障害種別に分けられた通園施設体系は専門性の高い指導を提供するという点では大きな意義があったが、一方で障害種別が違えば身近なところで療育が受けられない弊害がある」「重複する障害児等に対する処遇体制が十分整備されていない」「心身障害児通園事業（児童デイサービス事業）や重症心身障害児通園モデル事業などの役割分担が明確でなく通園施設のもつ専門的な療育機能が地域療育の質の向上に活かされていない」と述べられ、「障害児通園施設の統合が必要」と結ばれている。

その後、4通園施設（事業）の機能統合について、国レベルでの協議は進んでこなかったが、障害者自立支援法施行にあたって、障害児施設は「3年後の見直し」の対象となり、再び国レベルで協議されることになり、2008（平成20）年3月から7月まで11回にわたって「障害児支援の見直しに関する検討会」が開催され、「障害児施設の一元化」の方向性が示され「社会保障審議会障害者部会」でも追認されて現在に至っている。

障害児通園施設や児童デイサービスの対象の多くは、家庭を基盤とした在宅生活を営む子どもである。宮田は、平成20年度障害者保健福祉推進事業「地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設のあり方に関する研究」において、対象とする子どもに関して、「知的障害」「自閉症」「脳性麻痺」「聾、難聴」「盲、視覚障害」「種々の末梢神経・筋疾患、骨系統疾患、奇形症候群」「染色体異常症」「感染症や事故の後遺症」などの疾患に基づく「一般の子どもに比べて明らかに発達上の遅れや異常が認められる子ども」だけでなく、「育児への支援や、なんらかの生育環境の調整がなければ、将来の社会生活を妨げるさまざまな問題を将来もつことが予測される子ども」も含めることを提起している。さらに、「障害の軽減・改善」という医学モデルの支援にとどまらず、地域・家庭での育ちや暮らしを支援する生活モデルの支援を重要な視点としてもつ「発達支援」の概念を提唱している。

実際に通園対象児への支援は、単に運動機能や検査上に表される知的能力の向上にとどまらず、「育つ上での自信や意欲」、そして「（発語だけに限定されない）コミュニケーション能力の向上」や「将来的

な地域生活を念頭に入れた生活技術の向上」「自己決定、自己選択の能力向上」などをも考慮し、かつ家庭や保育所・幼稚園・学校などの地域での育ちをも射程に入れることが必要である。また、障害のある・なしに関わらず、乳幼児期は発達が質、量とも著しく変化する時期であるため、将来の自立に向けた支援が適時的かつ継続的に提供される必要があり、障害児を育てる親・家族に対しても精神的な支援や制度利用援助などのトータルな支援を提供する必要がある。そのため、障害児通園施設には、幅広い相談支援や福祉・医療情報提供のための支援を早い段階から効果的に提供することが求められる。

このように、成人期の障害者への福祉制度にはない特殊性をもつ乳幼児期の障害児支援とその主たる提供機関としての障害児通園施設は、子ども・子育て支援対策にもつながる重要な施策として位置付けられなければならない。

本報告は、障害児通園施設の一元化に向けて、障害児通園施設と児童デイサービス事業の現状と課題を述べ、平成24年度に改正される通所支援のあるべき姿を提言する。

## 第1章 通園関係施設の現状と課題

### 1. 知的障害児通園施設

知的障害児通園施設（当時の名称は、精神薄弱児通園施設）が児童福祉法に位置づけられたのは、1957（昭和32）年である。当初、養護学校（現在の特別支援学校）の未整備による就学猶予・免除者に対する教育保障の観点から、通園の対象は満6歳以上で18歳までと年齢制限が設けられていた上、家庭から通園可能な中程度の知的障害児童（当時の表現では痴愚級）ということとなった。また、1979（昭和54）年4月から実施された「養護学校義務化」や保育所や幼稚園の「障害児保育」が進む中、1974（昭和49）年通園施設の対象に関するいわゆる3原則（満6歳以上、痴愚級、就学の猶予・免除）の内、満6歳以上と就学の猶予・免除の項目が撤廃された。これによって、通園施設は乳幼児の通園が主業務となり、就学前の療育機関として機能整備が進んだ。しかし、通園エリア内に一定の定員確保が困難な人口の少ない市町村での対応が遅れたため、1972（昭和47）年から心身障害児通園事業（小規模通園事業、1998年以降障害児デイサービス事業に改称）が補助事業として開始された。

このような状況の中、通園施設に通いにくい家庭や育てづらい子ども達への支援策として、独自に行っていた巡回相談や家庭訪問、外来相談等が施設のオープン化事業の一環として心身障害児（者）施設地域療育事業（1979年）として制度化され、施設の枠を越えた在宅支援が行われることとなった。

療育形態としては、単独通園だけでなく母子通園や隔日通園などが柔軟に取り入れられるようになり、1998（平成10）年からは、保育所等に通いながらの「併行通園」や他障害種別利用が可能となる「相互利用」が制度化された。また、近年多くの対象児の障害が重度化・重複化するとともに、高機能広汎性発達障害、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害、学習障害、軽度精神遅滞などの発達障害が増加し、支援の対象となる障害が広がった。加えて、集団に馴染みにくい子どもや社会性や行動面で気になる子どもに至るまで発達支援のニーズが高まっている。

そして、2006（平成18）年10月より、児童施設にも障害者自立支援法と同様の、利用契約制 日額報酬制 利用料負担（1割負担と食費負担）が導入され、各種の課題を抱えながら今日に至っている。

#### （1）早期発見・早期療育から早期支援へ

障害に対する早期発見・早期療育については、母子保健法（1965年）による妊産婦健康診査、乳幼児健康診査、1歳6ヶ月健康診査、3歳児健康診査等の保健医療サービスが整備され、ハイリスクベビーに対する母子指導や療育体制の整備が進んできた。しかし、健診に携わる人材については、市町村によって格差がある。加えて、医師と保健師が主体であり、専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士等）からの療育に向けた指導の不足が指摘されている。また、周産期医療の著しい進歩は、救命率の向上をもたらしたが障害を残すリスクも高くしており、出生率が低下している割には障害児の数は減少していないと言われている。また、診断技術等の進歩により障害分類も多岐にわたり、高機能広汎性発達障害、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害、学習障害、軽度精神遅滞など、従来は症状として捉えられていたものが障害診断分類として位置づけられるなど診断技術が進歩した。そしてこれらの多様化した障害に対応する早期支援が求められるようになった。

#### （2）通園施設のこれまでの役割

通園施設の特徴は、措置施設（2006年10月の利用契約制度導入前まで）でありながら通過施設という立場を有することにあった。通園期間のうちに、どのような発達支援が出来るか、保護者の要望に沿い



つつどのように家族を支えることが出来るか、が課題となる。そして、どのように地域で育て地域生活を楽しく過ごせるかについては、日々通園させることによって子どもの変化を毎日感じることによって適切な判断が可能になると言われてきた。

#### 家族とともに生活支援を行う

保護者とともに、視覚的にも空間的にも見通しのとれる施設で、安心して楽しく過ごせることで、子どもの情緒や行動は安定してくる。保護者は職員への相談を通して、普段の悩みや不安の解消の場として施設を利用することが出来る。そして何より、障害のある子どもを育てる親同士が互いの悩みを語り合い、育児の工夫等を情報交換する場となることは非常に有益である。

子どもは、クラス療育の中で、大人（援助者）と関わることでの安心感やおもちゃと遊ぶことの楽しさを体感し、また、他の子どもとの関わりを楽しむなど、非常に楽しい集団を保障する場として施設は機能する。また、「独り」を楽しむ子には、常に見守られているという安心感のある環境での活動ができる場として機能している。一方、個別療育においては、親がさまざまな課題に挑戦する我が子の様子を見ることによって、日々の成長を改めて確認することが可能である。通園施設は、他の保護者や援助者を支えに、親が子どもの成長の喜びを共に喜べる場として存在している。

#### 施設機能を地域へ

前述した心身障害児者施設地域療育事業（1979年）の外来療育相談事業や巡回療育相談事業の活用により、施設は措置された児童にとどまらず、措置児以外の児童を対象にした様々な事業を実施し、施設を持つ専門的機能を地域に持ち出し、地域における発達支援センターとしての役割を果たしてきた。この事業の内容としては、「療育相談・発達診断等」、「園内での外来療育グループの開設等」、「保育所・幼稚園への指導援助」、「地域療育グループ等への指導援助」、「在宅児訪問指導等」、「肢体不自由児等の訓練事業」などがある。1996（平成8）年から始まった障害児（者）地域療育等支援事業の実施に伴い、これまで巡回相談や外来療育に施設機能を発揮してきた施設が、より密度の濃い療育内容と広範囲な活動ができるようになり、さまざまな要望に細やかに対応できるようになった。更に、保育所などでの指導が行き届くことで保育所などからも信頼が寄せられ需要も多くなり、地域での活動も広がって、子ども達の成長を目の当たりにできるようになっている。また、利用施設がなかった地域でも、積極的に地域に出かける姿勢の療育活動（出前療育・デリバリー療育）は大変喜ばれ、その効果と共にやり甲斐を感じる事業となっている。このように施設が多様な機能を発揮することによって、通園施設が地域になくってはならない社会福祉資源となり、早期における発達支援と育児支援の中心的な役割を担ってきた。

#### 療育効果と説明責任

知的障害児通園施設は、そもそも保育という立場を基盤にして、子どもの養育や保育の保障のための活動を保障する目的から始まっている。しかし、昭和40年代終わり頃から、児童の対象施設から早期発見・早期療育の必要性や重要性が唱えられるようになった。その後、養護学校義務制（全員就学）に伴って、養護性だけを求める施設では、保護者や社会からの求めに対応することが困難になった。そこで、昭和50年代の半ば過ぎから、療育という専門保育分野が考えられはじめ、早期療育の必要性のかけ声と共に、専門療育が通園施設の新しい役割となった。1990（平成2）年から全国8カ所で実施された「心身障害児通園施設機能充実モデル事業」の実績等により、低年齢児や未歩行児・重複障害児の処遇に理学療法士や作業療法士・言語聴覚士などのパラメディカルスタッフが、施設にはなくてはならない存在となって現在に至っている。この専門職の確保により、総合専門職としての保育士とパラメディカルの指導員

とが協働の療育効果を上げると共に、子どもについての成長・発達に関する客観的な説明が出来たり、共に成長を喜べるような関係が構築されている。

### (3) 設置基準及び職員配置

知的通園施設は、他の通園施設と比べて唯一具体的な数値基準が明記しており、指導室（1人2.47㎡で10名程度）、遊戯室（1人1.65㎡）、屋外遊戯場、医務室、静養室、相談室、調理室、浴室・シャワー室、便所となっている。職員配置は、幼児4人に対して職員1人で、職員資格は保育士及び児童指導員（大学卒で心理学、教育学、社会学、あるいは教員免許取得した者など）とされているが、看護師、PT、OT、ST、心理職などの職種は定数化されていない。しかし、1990年度（平成2年度）に「心身障害児通園施設機能充実モデル事業」を創設し、PTないしOTを配置する（1モデル施設に1人）施策が行われた。この事業は全国9施設が指定されたが、「障害者プラン」施行後の1998年（平成10年）には全てのモデル事業は廃止された。しかし、施設における専門職種による療育支援は保護者の要望としては非常に高いものがある。そのため、近年民間施設にはOT、PT、STの配置をする施設が多くなっている。（財）こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究（2007年3月）」によれば、知的障害児通園施設の職員配置状況は、平均定員37.6人に対して職員数（常勤換算）は19.35人、施設長や事務員などの間接職員を除くと直接処遇職員14.08人、うち保育士・指導員などは12.12人（有効回収率76.3%）となり、在籍児に対する職員数は、2.98：1（直接処遇職員のみでは2.67：1、保育士、児童指導員などは3.1：1）である。

### (4) 年次別施設状況

（各年10月1日現在）

	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
施設数(カ所)	252	256	254	257	258
定員数(人)	9,220	9,404	9,349	9,465	9,502
実員数(人)	8,829	9,089	8,981	9,830	10,343
常勤換算 従事者数(人)	4,534	4,629	4,417	4,592	4,654

（平成21年度社会福祉施設等調査報告）

## 2. 肢体不自由児通園施設

肢体不自由児通園施設（以下「肢体通園」）は、障害児通園施設の中で唯一、診療所を設置している特徴をもつ。「在宅」「通園」での療育の提供を目的として1963（昭和38）年に児童福祉法43条の3に定める肢体不自由児（入所）施設の通園部として設置され、1969（昭和44）年には入所施設から分離して通園施設として制度化されて現在に至っている。肢体不自由児施設の全国で122ヶ所（肢体不自由児施設通園部を含む）であり、その半数近くが近畿、関東の大都市圏に集中している。

### (1) 設置基準および職員配置基準と運営費

その設置基準はいまだなお入所施設の通園部の位置づけのままであり、診療所の設置（医師および看護師と診療室の基準）、機能訓練（理学療法および作業療法等を担当する職員の配置と訓練室の設置）、保育（1名以上の保育士もしくは児童指導員の配置と保育室の設置）程度であり、職員配置人数も事務

費単価も保障されているものではない。(財)こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究(2007年3月)」に基づく各障害児通園施設の職員配置状況は、平均定員35.7人に対して職員数(常勤換算)は22.24人、施設長や事務員などの間接処遇職員を除くと直接処遇職員16.84人、うち保育士・指導員などは7.42人(有効回収率84.7%)で入園児に対する職員数は1.6:1(直接処遇のみでは2.1:1、保育職のみでは4.8:1)である。これは、医療支援を必要とする肢体不自由児を中心とした子どもたちの保育、診療、リハビリテーションのニーズに基づいて多様な専門職種の配置が必要となっている状況を示すものである。

運営費においては、事務費は勘案されておらず、事業費相当分の単価と診療報酬で運営する形態となっているため経営的に成り立つ施設は皆無と言ってよく、そのため設置運営は公設公営もしくは公設民営がほとんどで、民設民営は一割程度しかなく、設置自治体や民間法人の努力によりかろうじて運営できている現状がある。

## (2) 求められてきた機能と役割

### 利用児の傾向

契約児童の障害の重度化・重複化が進み「医療的ケア」が常態化している。契約児の多くは脳性運動障害児で、ほとんどが知的障害を合併し、他にてんかんや摂食障害、呼吸障害などを合併する子どもも増加してきている。すなわち、「医療的ケア」が不可欠な「重症心身障害」の子どもが増加が顕著である。さらには0歳児から通園を開始するケースも稀ではなくなり、乳児期早期の子どもが支援対象の多くを占めるようになってきている。そのため、療育開始前または療育と並行して、保護者の精神的援助や障害理解への援助、育児支援などが強く求められる。よって、健康管理や摂食指導、育児支援や家族支援などライフサイクルに応じたきめ細やかな総合的支援を各々の施設の努力と工夫で提供している状況である。

### 多職種かつ多数の職員配置

対象児とその家族は、診療や投薬など医療的意味合いの強い健康管理、発達段階に応じた訓練や保育の提供、摂食や栄養指導などの育児支援などの総合的な家族支援とを必要としている。

施設基準が不明確にもかかわらず、作業・理学療法、言語聴覚療法を担当するリハスタッフに加えて、育児支援や家族支援のために、保育士、ソーシャルワーカー、心理士などの多くの職種を配置せざるを得ない。

さらに脳性運動障害児に対するリハは、「歩く」「手を使う」「しゃべる」など経験したことがない機能を「一から教えていく(ハビリテーション)」ことが必要とされる。乳児期の子どもや知的障害が合併する子どもの知的能力、認知能力に合わせ、正しい感覚運動パターンを治療によって積み重ね、「自律的に(意識せず自然に)運動を覚えていく」ように進めなければならない。また育児支援では、食事、排泄、着替えなど具体的な場面で、十分な時間をかけ多職種と多くのスタッフのていねいな関わりが必要となる。また、摂食指導、栄養指導などの療育効果を目的とした給食提供、摂食障害を伴う増加傾向にある幼弱な重症児の柔軟な食形態の保障が必要なため栄養士の配置や自園調理が不可欠である。

知的障害や発達障害の子どもにも、麻痺だけでなく、てんかんや心疾患などの合併症がある子どもたちが増加してきている。通園施設の一元化に向けて、通園児の医療ニーズに対応する地域資源として、肢体不自由児通園施設で培われた医療機能の必要性が高まることが考えられる。

## (3) 現状を踏まえた課題

### 診療報酬に影響を受けない経営基盤

医療型障害児施設である肢体通園では、「経管栄養」「吸引」「けいれんへの対応」「人工呼吸器の管理」「気

管切開や胃ろうの管理」などが日常的に必要な重度・重複障害児が増えてきている。今後、新しい制度への移行に際して、障害程度区分による報酬ランクの導入や医療保険制度の中で認められている「超重症児加算・準超重症児加算」の導入が必要である。そのために職員配置基準を明確にするとともに障害児施設給付費の増額は不可欠である。

#### 登園回数の少ない児童の受け入れに対する経営基盤への配慮

平成20年度全国肢体不自由児通園施設実態調査によれば、肢体通園には日常的に医療が必要な子どもが通うため、体調不良による欠席などが多く、出席率が低くなる。「定員充足率約80%、平均出席率48%」という状況に「一日現員払い」となれば、施設収入の激減が予想され、激変緩和措置がなくなれば健全な運営ができなくなる可能性が高い。その上、利用料の増加による出席率の減少を考慮すれば、収入はさらに減少する可能性が高く健全な運営は望み難い。

#### 地域での育ち、暮らしを支援できる経営基盤

定員に対する契約児の充足率は79%だが、併行通園制度（保育所との二重利用）の利用による登園回数の減少が現実化している。契約制度への移行に伴い、新規契約数は平均0.8～1.9人増加し、契約解除は0.1から0.3人に留まっている。今後も、契約数の増加は見込まれるが、並行通園の利用などで週1回程度の利用児も増加するため、利用回数は逆に減少する可能性がある。

また、出生児数の減少とともに肢体不自由児の実数は減少傾向にある。加えて、児童数の減少は一般保育所などの障害児受け入れの増加につながり、知的障害を伴わないか軽度である肢体不自由児は、障害児通園施設を経ることなく、保育所などに入園する傾向が出てきている。保育所や幼稚園への流動傾向は、自己負担額が増加したことにより、さらに助長されると予想される。よって、密度の濃い療育を毎日通園で提供する必要がある子どもに対し、ケアマネジメントの徹底を図るとともに、保護者との意志の共有を図り、一定期間でも継続できることが重要となる。

肢体不自由児通園施設は従来、障害児施策と医療費制度の矛盾を二重に被りながら運営されてきた。専門性を培いつつ障害のある子どもの中でもとりわけ日常的に医療的な配慮が必要な子どもたちの発達支援を担ってきた。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「肢体不自由児のみ医療的な配慮が日常的に必要な」といった誤解を招いてしまっている。

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

そのため、肢体不自由児通園施設においても、知的障害児通園施設と同様の保育職の配置が必要である。加えて一元化の流れの中で、他障害の子ども利用の増加が考えられるため、保育を中心とする基盤機能は肢体不自由児通園施設であっても統一する必要がある。

(4) 年次別施設の状況

(各年10月1日現在)

	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
施設数(力所)	98	99	99	98	99
定員数(人)	3,755	3,777	3,789	3,725	3,734
実員数(人)	3,047	2,793	2,608	2,448	2,777
常勤換算 従事者数(人)	1,546	1,575	1,517	1,571	1,665

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

3. 難聴幼児通園施設

(1) 難聴幼児通園施設の設立経過

難聴児の乳幼児期での発見が確実に became のは、1960年代中頃にスピーカを用いての乳幼児聴力検査が開発されたことによる。また1960年代後半になると、聴力障害の重い難聴児にも装用効果のある箱型補聴器が普及し始めた。一方、ろう学校では満3歳以降の難聴児を対象に教育が行われていたが、熱心に難聴児を教育しても9歳レベル以上に言語力が向上しない「9歳の壁」といわれる教育成果の限界があることが知られていた。そこで一部の教育者たちは、3歳未満から難聴児を教育することで教育成果を高めることを考えていた。このように難聴児の早期療育の体制が整えられ始めた状況の中で、熱意ある教育・福祉関係者らが「満3歳以上が教育の対象となる学校教育法」の制約外にある児童福祉法の枠内で難聴児の早期療育を行える施設の設立を厚生省に働きかけた。その結果、1975(昭和50)年に難聴幼児通園施設(以下、難聴通園と略記)が児童福祉法の最低基準に事務次官通達により記載されたことで、法内施設としての難聴通園が始まった。なお、児童福祉法では0歳から通所は可能であるが、ろう学校での3歳未満児を対象とした教育相談は厳密には法的な根拠のないサービス活動であった。

(2) 難聴幼児通園施設の実態

施設の現状

現在登録されている難聴通園は全国に24カ所(2010年10月1日現在)であるが、その実態は施設ごとにさまざまである。経営主体からみて社会福祉法人など民間立が7施設、事業団を含めた公立が17施設である。特に公立では総合療育センター内にある一部門としての難聴通園とさまざまな福祉関係施設が入る建物内にある難聴通園とに大別される。難聴児の出現率は出生1,000人に1人程度であるため、人口の多少に実際の難聴児数が影響される。このため、人口の少ない地域にある難聴通園は難聴児だけで定員を充足することは不可能であり、定員を満たすためには他障害児の受け入れは不可欠である。またこのような地域では障害児の施設は少ないため、難聴通園は地域にいる難聴以外の障害児を受け入れる必要性もある。一方、人口の多い地域(主に大都会)では難聴通園は難聴児だけで定員を満たすことができる。また都会にはさまざまな療育センターがあり、難聴以外の障害児への対応は一応整っているため、難聴通園が積極的に地域の障害児を受け入れる必要性は少ない。ただし、難聴通園には複数の言語聴覚士が常勤で勤務しており、難聴通園は他の施設にはない特色のある施設機能として、「言語発達に問題のある幼児の相談・評価・言語訓練」の機能を持つべきと思われる。

今回の調査および他の資料をもとに24施設の在籍難聴児の実数(2010年10月1日現在)を調べたところ、在籍難聴児数92名から0名まで施設により大きな差のあることが判明した。定員と難聴児との比率であ

る充足率では、充足率184～100%が8施設、93～63%が7施設、47～0%が9施設である。充足率が50%を下回る施設では他障害を受け入れているが、難聴児より他障害児の方が多いため、施設が少なからずあると推定される。また、通園に時間がかかる地方では、週1回程度の通園児が多いため、充足率が100%を超えても毎日の通園児数の実数が少ない施設がある。なお、0～2歳の低年齢児や他障害を合併する難聴児には毎日通園・長時間療育・グループ療育を強いるのは不可能であり、年齢・発達状況に応じた適切かつ効果的な療育体制を組む必要がある。

また、在籍する人工内耳装用児数は施設より差があり、在籍難聴児の半数以上を占める施設から全くいない施設まである。1名以上の人工内耳装用児が在籍する施設は19施設、全くいない施設は5施設である。新生児聴覚スクリーニングにより難聴が発見された難聴児の在籍数であるが、1名以上の人工内耳装用児が在籍する施設は21施設、全くいない施設は3施設であり、「人工内耳装用児の受け入れ」と「早期支援」との間に相関が認められる。今回の調査で、難聴通園以外にも難聴を主とする通園児が知的通園（35名）、肢体通園（8名）、児童デイ（70名）に在籍していることが示されている（表12参照）。中には人工内耳を装用する難聴児が知的通園（11名）や児童デイ（7名）も在籍しており、さらに新生児聴覚スクリーニングを受けて乳児期に発見されて難聴児が知的通園（20名）、肢体通園（13名）、児童デイ（28名）が含まれている。しかし、これら難聴通園以外に在籍する難聴児がどのような療育を受けているか不明である。今後これらの難聴児の実態について調査する必要があると思われる。

#### 難聴児療育の特徴

先天的難聴児は言語習得期である乳幼児期に音声言語を聴き取ることができないために、音声言語を習得できない。そこで、難聴児の療育の主たる目標は、難聴児に補聴器・人工内耳を装用させて言語訓練を行い、難聴児に音声言語を習得させることである。このような難聴児の療育には、聴力検査や補聴器、言語訓練について専門的な知識・技術をもつ言語聴覚士が不可欠である。このため難聴通園での療育の中心は言語聴覚士であるが、社会性や生活習慣の向上を促すために保育士や幼稚園教諭の資格を持つ幼児教育者が療育に加わっている施設も多い。難聴児の療育では療育者と難聴児が1対1で行う個別言語指導が中心になるため、1人の療育者が1日に担当できる難聴児の数に限界がある。また難聴児にとって家庭での日常生活での言語習得が重要であるので、母親の療育への参加と母親指導が必要となる。このため、母子通園が原則である。なお、難聴通園での療育方法については、多くの施設では補聴器又は人工内耳装用による聴覚を活用した療育（聴覚口話法・聴覚言語法）を行っているが、補助的に手話等のサインを導入して療育を行っている施設もある。

#### 職員配置と職員の要件

難聴児に言語習得を促すことは容易ではなく、責任をもって療育を担当するためには言語聴覚士を含めた療育担当者に5年以上の療育経験が求められる。なお、低年齢の難聴児の聴力検査、補聴器調整、人工内耳マッピング・調整については、医師法および言語聴覚士法の規定から医師との連携の上で言語聴覚士が行うべきである。この意味で、難聴通園での言語聴覚士の役割は大きい。

公立施設では人事異動が避け難いことから、難聴児療育に習熟した職員の移動、まったく未経験の職員の配属など、難聴児療育の水準の向上どころか維持すら困難になる状況すらある。また管理職についても、難聴児療育が分からない事務職等が人事異動で職場管理職になる場合が少なくない。このような場合、療育担当者の意向に沿った管理が行われるか疑問である。一方、民間立はそれなりの施設設立の趣旨があり、その趣旨に沿って管理運営が行われているが、人事異動のなさが職員の意欲低下に繋がりがねない要素もある。

職員配置数であるが、（財）こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究（2007年3月）」に基づく難聴幼児通園施設の職員配置状況は、平均定員34.2人対して職員数（常

勤換算)は12.96人、施設長や事務員などの間接職員を除くと直接処遇職員9.04人、うち保育士・指導員・言語聴覚士などは8.41人(有効回収率72.0%)となり、在籍児に対する職員数は2.64:1(直接処遇職員のみでは3.78:1,保育士、指導員、言語聴覚士などは4.07:1)である。

### (3) 難聴幼児通園施設での療育成果

難聴児の早期療育成果(全国難聴幼児通園施設実態調査:平成17年版、こども未来財団)については、報告のある施設によると0、1歳から療育した難聴児であれば、重い聴力障害であっても6歳時点で年齢相応の言語力を習得して小学校普通学級に就学していることが示されている。また、いくつかの施設で療育した難聴児の長期追跡の結果では、重度難聴者であっても普通教育課程を経て大学に進学し、健常者と同等の条件で企業等に就労していることが確かめられており、難聴通園での早期療育の目標である「社会的に自立した難聴者の育成」を達成していることが示されている。

今回の調査結果からも難聴通園から多くの難聴児が普通学級へ就学していると推測される。ただし、療育効果に影響する障害を合併する難聴児が少なからずおり(10~20%)、他障害を合併する難聴児の対応が今後重要となると思われる。

### (4) 難聴幼児通園施設の今後

医学の進歩により、難聴児を新生児聴覚スクリーニングにより乳児期に発見することは可能となり、また人工内耳の装用により最重度の難聴児であっても30dB程度の聴こえになる。しかし、先天性の難聴児に6歳までに年齢相応の言語力を習得させるには、難聴の早期発見と補聴器・人工内耳の装用に加え、適切な早期療育が不可欠である。

難聴児の療育は、それなりの設備(聴力検査機器、補聴器調整機器、検査室、訓練室など)と聴力検査・補聴器等の専門知識のある言語聴覚士、さらに難聴児の療育ができる療育担当者(言語聴覚士等)の存在なしには不可能である。今後、0歳から小学校就学までの難聴児を療育できる通園施設を難聴通園以外にも確保するため、通園施設の一元化がなされた後には、難聴通園による他障害通園施設に対する指導体制を確立して難聴児を療育できる通園施設を増やしていくことが必要不可欠である。その際、難聴通園のない県にある通園施設の一つを指定して、難聴児を療育ができる施設として整備することも必要であると思われる。この場合、機器・訓練室の整備以上に重要なのは、難聴児の療育ができる療育者を確保・育成することである。今後とも難聴児の療育ができる施設(難聴通園)を確保・維持するためには、現行の難聴児給付額や人工内耳加算の維持、さらに増加が予想される新生児聴覚スクリーニングで発見される難聴児への対応としての低年齢児(0・1歳児)加算が必要と思われる。また、現在の難聴通園が通園施設の一元化に伴い他障害児への対応や地域への療育活動の展開を積極的に行うためには、現行の在籍児(利用定員数)と直接処遇職員の比率を少なくとも3:1に改める必要があると思われる。

### (5) 年次別施設の状況

(各年10月1日現在)

	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
施設数(力所)	25	25	25	25	25
定員数(人)	849	851	843	843	854
実員数(人)	748	749	746	750	963
常勤換算 従事者数(人)	301	307	297	310	289

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

## 4. 児童デイサービス事業

### (1) 地域の発達支援の拠点

1972(昭和47)年に小規模な自治体において通園施設の機能を代替する役割で誕生した「心身障害児通園事業」は、概ね20名の子どもに対する専任職員と嘱託医を配置し、年額1000万円程度の補助金を国が1/2、県と市町村が1/4ずつ負担することとされていた。必然的に親子通園の形で発展し、90年代半ばには350カ所前後に達していたといわれている。短期間の間に急速に増えた背景には、どの地域にも障害児に対する早期支援ニーズがあったことと、小さな市町村でも国庫補助を受けて実施しやすかった等の要素が考えられる。就学猶予・免除の子どもを受け皿であった通園施設との違いは、もともと「幼児」を対象としていたところである。

1995(平成7)年の「障害者プラン」で、本事業を2002(平成14)年までに1300カ所(重心通園300カ所を含む)に増やすことを目標としたことを受けて、保育園などの空き教室の利用も認められた。その後1998(平成10)年の通知で「障害児通園(デイサービス)事業」と名称が変わり、「概ね12歳までの児童」つまり小学生までを対象とできることになった。

この時点では、利用人員については「概ね5名以上とする」とされた。ここに、小規模の事業所の根拠が見られる。

母子保健法において、障害の早期発見を目的とした「乳幼児健康診査(1歳6ヶ月、3歳)」が法定化されたが、発見後の「受け皿」の役割を本事業が担ってきたのである。

少なくとも、この時点までは診断、判定を必要とせず、契約、費用負担なども必要ではなかったため、「気になる段階」からの支援が可能であった。

### (2) 児童デイサービスというサービスの形

上記のような経過で発展してきた「障害児通園(デイサービス)事業」は、2003(平成15)年の障害者支援費制度の施行に際して、居宅支援事業の一つとして「児童デイサービス事業」に移行することになった。その結果、現在の制度に引き継がれる診断、判定、受給申請、契約、費用負担という個別給付のサービスとなり、利用・契約が個人(保護者)の責任に転嫁される形へと移行した。また事業者側にとっては出来高払い制となり、採算性と内容を天秤にかけざるを得ない状況も生まれた。

そもそも乳幼児と学齢児ではニーズも、対応する専門性も違う。毎日通う場(学校)を持つ学齢児と他に通うところの無い乳幼児。障害は受容した上で「障害児のサービス」として選ぶ学齢児と、気になる段階を含み、まだ障害の受容前の乳幼児などである。(もちろん肢体不自由児や難聴児などのように早期に診断される子どもたちもいるのだが)。

また、他に0歳から12歳までという長い期間を対象にして同じ事業で対応する事業は無いのではないか。

2006(平成18)年障害者自立支援法への移行に際して、乳幼児向けと学齢向けの事業を区別する方向性が探られたのは、上記のような役割、専門性の違いを考慮してのことであった。結果的には型デイと型デイの2種別で、職員配置による指定基準と報酬単価を区別する形となり、事業としての明確な対象や役割を示すにはいたらなかった。

なお、型デイは「日中一時支援」と似通った事業であることから3年後には廃止の方向が打ち出されていた。

しかし、2008(平成20)年に行われた「障害児支援の見直しに関する検討会」等の場で「児童デイサービスは残してほしい」という意見が相次いで出されたり、「児童デイサービスなのだから18歳までにす



べき」と国会で発言があったりして、「児童デイ」と言えば「学齢のデイ」のイメージが定着するくらい事業所の数が増えてきた。全国発達支援通園事業連絡協議会が把握していた「通園事業」約670カ所に加えて、2009（平成21）年12月時点では1500カ所以上の児童デイが指定を受けていた。

乳幼児期の「気になる」段階からの「発達支援」「家族支援」「地域支援」という児童デイの本来の役割とは、かなり違う対象と根本的に違うサービス内容となっており、型を区別するために位置づけられたサービス管理責任者の養成研修においても共通言語を持って語り合えない状況が生まれている。

### （3）児童デイサービスの役割

新たな事業所が次々に立ち上がってきたなかで、児童デイはいろいろな形、役割を担っている。

#### 乳幼児の発達支援

おもに「心身障害児通園事業」が移行。公立の事業所も多い。

#### 学齢児の放課後、学校休業日の対応

2003（平成15）年度以降に開設した事業所が圧倒的に多いが、の事業所が午後の事業として取り組んでいる場合も多い。日中一時支援（市町村事業）と内容的な区別がしにくい。

#### 乳幼児を対象とした預かり

型事業の指定は、職員配置のみで、対象年齢で報酬単価が決まるため、の事業との報酬の違いがないが、療育や保護者指導の機能は脆弱な事業所が多い。

#### 個別訓練的デイ

日々通う、集団療育という本来のあり方から大きく離れるが、指定基準を満たせば報酬を受けられる。

の事業には、NPO法人や医療法人などや、介護保険事業所を含む、有限、株式などの営利法人事業の参入も多い。イメージ的にはが型、が型ということだが、実際は型を標榜しても、の事業を主に実施しているところもあるのが実情である。ただし、どの事業形態もそれぞれに保護者のニーズに応えているため、今後も何らかの形でそれぞれの事業の実施継続を保障していく必要がある。

なお、自立支援法への移行で国庫負担が裁量的経費から義務的経費へと変わり、実施、提供されたサービスへの給付についての公的負担は担保されたが、サービス提供についての公的責任は逆にあいまいになった。とりわけの事業については、地域の暮らしの仕組みとして不可欠な機能であり、診断・判定や、費用負担などのない本来の形での事業展開を可能にする必要性は高い。

### （4）児童デイサービスの状況

#### 経営主体別事業所数の割合

（平成21年10月1日現在）

事業所 （カ所数）	総数 （％）	経営主体別構成割合（％）								
		国	地方公 共団体	社会福 祉協議 会	社会福 祉法人	医療法人	公益法 人等	営利法人	NPO	その他
1,316	100.0	0.1	23.9	5.7	33.4	2.1	0.3	10.6	22.9	1.1

（平成21年度社会福祉施設等調査報告）

利用実人員階級別事業所の割合

(平成21年10月1日現在)

事業所数 (カ所数)	総数 (%)	人員階級別構成割合(%)							
		1~4人	5~9人	10~19人	20~29人	30~39人	40~49人	50人以上	不明
1,270	100.0	4.2	5.8	21.8	21.6	15.3	10.2	20.5	0.6

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

利用状況

(平成21年9月中)

利用実人員(人)	利用延べ人数(人)	利用者1人当たり利用日数(日)
45,038	217,948	4.8日

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

職別常勤換算従事者数

(平成21年10月1日現在)

総数(人)	サービス管理責任者(人)	指導員(人)	保育士(人)	その他(人)
6,272	1,094	2,159	2,273	746

(平成21年度社会福祉施設等調査報告)

## 第2章 通所支援への提言

通園施設は、児童発達支援センターとして一元化される。児童発達支援センターが担う通所支援は、「児童発達支援」、「医療型児童発達支援」、「放課後等デイサービス」、「保育所等訪問支援」である。医療専門性が必要な重度障害児への支援は、診療所を有するセンターが中心となって担い、その財源は重度重複加算または診療報酬とする。

従来の障害種別での専門性を確保、或いは維持するための設備、職種・人員等に配慮し、これまでの専門施設での療育の質を低下させないことが重要である。通所支援の在り方について、以下のように提言する。

### 1. 通所支援提供施設等の構成

《福祉型児童発達支援センター》：医療型児童発達支援センターも基盤となる施設基準や職員配置は同様とする。

#### (1) 通園による発達支援機能（基本機能）

児童発達支援センターは、従来の児童福祉施設最低基準（以下、「最低基準」と称する）を遵守する共に、基本機能として通園による発達支援機能（保育・育児指導・個別指導など）をもつ。

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

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

利用定員20人以上でかつ発達支援専門員<sup>注1</sup>を配置して地域・家庭への支援機能を有するものとする。また、児童福祉の観点から、給食の提供による健全な心身の育成は不可欠であり、食事提供を義務として経済的な事由により、給食を利用できない乳幼児がいないようにする。

#### (2) 地域・家庭への支援機能（保育所等訪問支援も含む）

児童発達支援センターには地域・家族への相談支援機能を義務付け、担当職員として発達支援専門員を配置する。

発達支援専門員は、施設（事業）と契約している子どもと親への支援を主な業務とする「発達支援管理責任者（サービス管理責任者）」と異なり、「支給決定を受けていない子ども」を主な支援対象として「障害の診断を受けていない子どもの育児支援や家族の相談」「地域の保育所・幼稚園への巡回・訪問」「学校などとの連絡連携・移行支援」などを行う。また発達支援専門員は、障害児相談支援事業の障害児相談支援専門員、障害者相談支援事業の相談支援専門員や特別支援教育コーディネーターなどと連携して、幼児期から学齢期、成人期へとつながる一貫した地域支援体制を構築する。

【定員規模】：20名以上（1日利用定員）

【対象児童】：児童相談所による療育手帳交付対象の乳幼児

各市町村が発達支援を必要と認めた乳幼児

上記に該当しない子ども（集団に馴染みにくい子ども、気になる子ども）

【最低基準】：指導室、遊戯室、相談室、屋外遊戯場、医務室、静養室、調理室、浴室又はシャワー室、

便所

- 【職員配置】：3：1（保育士または児童指導員）＋発達支援管理責任者<sup>注2</sup>＋発達支援専門員＋その他、  
加配加算対象職員（ ）
- 【職員職種】：施設管理者 発達支援管理責任者（サービス管理責任者） 保育士 児童指導員  
発達支援専門員 作業療法士（加算） 言語聴覚士（加算） 理学療法士（加算）  
心理士等（加算） 栄養士（加算） 看護師/保健師（加算） 運転手/添乗員（加算）  
調理員 事務員
- 【報酬】：基本給付費（現在の食事提供加算を加えた額） 家庭連携加算 訪問支援特別加算  
利用者負担上限管理加算 栄養士配置加算 福祉専門職員配置加算  
欠席時対応加 新たな各種加算（詳細は後述する）
- 【支援事業】：児童発達支援 地域・家庭支援（保育所等訪問支援、相談支援）
- 【支援内容】：個別支援計画（アセスメント 個別プログラム作成 ケア計画作成 サービス調整 クラ  
ス療育・個別療育）を作成し、継続的な療育及び乳幼児として必要な日常生活経験の療育  
支援等が保障される事業内容とする。

支援システム

アセスメント 個別プログラム作成 ケア計画作成 サービス調整 クラス療育

【療育内容】：集団療育／個別療育／親子療育

（1）発達支援： クラス療育（クラス別指導）

5～10名の単位クラス構成による課題設定療育

グループ療育（グループ別指導）

少人数による課題設定療育

個別療育（個別指導）

保護者／本児／援助者の3者による課題設定療育

食事提供

（2）家族支援： 親子通園 母親（保護者）学習会 兄弟姉妹支援 送迎支援

（3）地域支援： 訪問療育 外来療育 施設支援（保育所等訪問支援） 放課後等デイサービス

【付帯事業】： 保育士/療法士等の養成校との連携

人材（地域の子ども支援関係職員）育成 ボランティア育成 関係機関との連携

【課題：今後の検討を要する項目】

措置児童の取り扱い：市町村が行うことから対応の地域格差が生じないようにガイドライ  
ンを設ける。

手帳所持を支援利用計画の条件にしない

利用料負担は、月額利用＋日額利用の併用

同一敷地内における同一事業の運営について

Ex ) 通園施設と児童デイの併設が可能なのか？

Ex ) 知的通園と肢体通園が福祉型の児童発達支援センターに移行した場合、定員増で  
対応することになるのか。

療育手帳交付業務は都道府県で判定等は児童相談所が存続して行う。

児童発達支援センターは、放課後等デイサービスの併設は可能、その場合、指導室等は  
専用でなければならないか。

居住地域に左右されない発達支援を保障する。

発達支援管理責任者養成研修の実施。

《医療型児童発達支援センター》

前述の《福祉型児童発達支援センター》の業務を基盤事業とする。  
併せて、診療所を設置し必要な職員を配置して、医療支援を行う。  
肢体通園に限らず診療所を設置するすべての障害児通園施設を対象とする。

【課題：今後の検討を要する項目】

総合通園センター等の複合施設の一元化について

《児童発達支援事業》

利用定員1単位当たり20人未満の事業所は「児童発達支援事業」とし、施設最低基準は設定せず、保育所や学校の空き教室なども活用できることとする。食事提供は任意として、提供する場合には、基本単価（基本給付費）に食事提供加算を設定する。

【定員規模】：19人以下（1単位当たり）

（～5人、～10人、～19人の段階的単価設定とする）

【対象児童】：児童相談所による療育手帳交付対象の乳幼児、  
各市町村が発達支援を必要と認めた乳幼児（受給者証交付の乳幼児）  
上記に該当しない子ども（集団に馴染みにくい子ども、気になる子ども）

【最低基準】：特に定めない。（指導訓練室などに必要な機器備品を備えたもの）

【職員配置】：障害児3人に対して、職員1名＋発達支援管理責任者

【職員職種】：発達支援管理責任者  
発達支援にかかわる5年以上の経験を持つ以下の職種が1人はいなければならない。  
（保育士、児童指導員等）

\*その他の職種について、配置した場合は加算とする。

【報酬】：基本単価 福祉専門職員配置加算 家庭連携加算 訪問支援特別加算  
欠席時対応加算 医療連携体制加算 送迎加算 利用者負担上限管理加算  
新たな各種加算（詳細は後述する）

【支援事業】：児童発達支援

【支援内容】：個別支援計画（アセスメント 個別プログラム作成 ケア計画作成 サービス調整 クラス療育・個別療育）を作成し、継続的な療育及び幼児として必要な日常生活経験の療育支援等が保障される事業内容とする。

支援システム

アセスメント 個別プログラム作成 ケア計画作成 サービス調整 クラス療育

【療育内容】：小集団療育及び個別療育

\*センターのない地域などで、乳幼児期に安定した生活リズムを獲得するために、日々通わせ、発達支援を継続的に実施する療育拠点となるなら、センター同様の療育時間（1日利用）も必要となる。 規模＋療育時間によっても、報酬単価を設定する。

\*家庭支援、地域支援については、地域の実情に応じて実施する。

【課題：今後の検討を要する項目】（再掲）

措置児童の取り扱い：市町村が行うことから対応の地域格差が生じないようにガイドラインを設け、児童相談所との連携のものに支援を行う必要がある。

- 手帳所持を支援利用計画の条件にしない
- 利用料負担は、日額払いと月額払いの併用
- 人口密度、地域格差への配慮と是正のために、人口過疎の地域によって5名以上の本事業が運営できる配慮が必要
- 同一敷地内における同一事業の運営について
- Ex ) センター内の複数事業の運営についてどうするか
- Ex ) 福祉型と医療型の事業併設について
- 療育手帳交付業務は都道府県で判定等は児童相談所が存続して行う。
- 児童発達支援は、放課後デイサービスの併設は可能、その場合、指導室等は専用でなければならないか。
- 提供時間と基本単価（基本給付費）の関係。

## 2. 通所支援事業における基本的な内容

### 《主にセンターにおける児童発達支援》

#### (1) 通園による発達支援機能（基本機能）

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

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

利用定員は「一日利用定員」とし、利用契約に基づく「個別給付」を原則とする（保護者の養育能力に合わせ一部「措置」を残すとともに、児童福祉施策で保育所で保育料などが無償になる時には無料とする）。発達支援に対する給付は、定員に対する施設への基本給付と利用日数と子どもの状況に応じた個別給付と各種加算を併給する。

利用定員を20人で区切り、20人以上でかつ発達支援専門員<sup>注</sup>）を配置して地域・家庭への支援機能を有する事業所を「児童発達支援センター」とし、従来の児童福祉施設最低基準等を遵守する共に、食事提供も義務とする。通園利用定員20人未満（1単位当たり）の事業は「児童発達支援事業」とし、最低基準は設定せず保育所や学校の空き教室なども活用できることとする。食事提供は任意として、提供する場合には食事提供加算を設定する。

#### (2) 地域・家庭への支援機能（再掲）

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

注1) 発達支援専門員について

乳幼児期における相談支援の特殊性については、平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「障害児等療育支援事業と関連させた障害児に対する相談支援事業の展開方法についての調査・研究」で報告した。

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

しかし、成人期の生活支援を中心課題として活動する現在の相談支援専門員では、乳幼児期・児童期の相談支援に対応できない。加えて、この時期の相談支援には発達支援の専門性が求められることが多いため、障害児施設に児童に特化した相談支援機能を併置させて地域の障害児・者相談支援事業と協働することが合理的かつ機能的である。ここで、施設・事業への配置が義務化されている「サービス管理責任者」は利用契約児童のサービス管理を主な業務とするため、新たに「発達支援専門員」を新たな障害児通園施設＝児童発達支援センターに配置する必要がある。

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

注2) 発達支援管理責任者（サービス管理責任者）の配置の必要性とその役割

発達支援管理責任者の役割は以下の2点である。

提供されるべきサービス内容とその提供プロセス・システムのマネジメント

提供する事業体側の職員養成やリスクマネジメントや人事マネジメント

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

例えば、発達支援に関しては、

利用者（子どもと家族）についてのデータの収集・分析・アセスメントに始まり、課題設定と優先順位、参加スタッフの選定、期間設定、個別支援計画の作成のマネジメントをする。

地域の社会資源情報を収集しながら利用者ニーズとのマッチング、さらには支援計画作成への利用者（子どもの場合保護者）の参加・同意を得る。

学期ごとあるいは半年をスパンとして、利用者の状態やそれまでの支援効果の中間アセスメントを実施し、個別支援計画の修正と支援内容の修正を行う。

最終的には、設定された目標が達成されたか、次なる課題が新たに出てきてはいないか、利用者側は満足しているか、さらには利用者の人権が守られているかなどの確認作業をする。

一方、発達支援提供側に関しては、

事業所内での関係者会議を企画開催し、提供しようとするサービスがニーズにマッチしているか、関係者間で十

分な検討合意や役割分担が出来ているか、個別支援計画が適切に遂行されているか

発達支援環境が安全で、適切な状態になっているか。

自己完結的ではなく、地域の社会資源を十分視野に入れての面的支援がされているか。

それぞれの職員が自らの専門性を発揮しながら、心身共に元気に前向きに勤務し、機能できているか。

等のセンター（事業）内についての諸管理責任が期待されるであろう。

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

発達支援管理責任者の資格要件は、

学校教育法に基づく大学において、児童福祉、社会福祉、児童学、心理学、教育学、社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者。

管理責任者として必要な学識経験を有する者。

障害児施設等において5年以上、障害児支援に携わっている者。

### （3）具体的指針

最低基準第57条では、生活指導及び職業指導について規定しているが、障害児を対象とする場合は、職業指導はまだできないしその必要もないのでこれを省き、この代わりに機能訓練を入れる方が実情に即している。

視覚、聴覚、皮膚感覚等の感覚機能訓練、また上肢・下肢・体幹等の粗大運動機能や手先、指先等微細運動機能の訓練を、遊び、音楽・リズム、運動等の生活指導を通して集団的に、意図的に、或いは特設された時間に個別に行い、発達の助長、障害の軽減を図ることが望ましい。

#### 療育時間

原則として1日につき8時間（送迎時間を含む）とすることとあるが、乳幼児期の子どもに、毎日通園させ、いつも8時間指導するような機械的な療育に陥ることのないように留意する必要がある。しかし、保護者の都合で、療育終了後の預かりや早預かりについては、保護者支援の一環として今後の検討すべき課題である。

### （4）新たな職員配置について

本調査により、通園施設の種別によって、直接処遇に配置される職員の職種は異なることがわかった。また、（財）こども未来財団が実施した「障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究（2007年3月）」によれば、保育士・児童指導員では、定員10名あたり1.67人の配置であり、それに直接処遇職員として配置されている作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、心理士、看護師を加えた職員数は、定員10名あたり5.20人となる。これにより、児童発達支援には多岐にわたる職種の関与が必要であることがわかる。

また、同実態調査研究の報告では、タイムスタディ調査の結果より以下の内容を提言している。

日常的な個別または集団で行われる直接療育サービスだけでなく、施設職員が間接的なサービスにも時間を割いている実態を把握することができた。相談・アセスメント・関係機関との連絡調整・家族支援・地域啓発・ケアマネジメント・内部調整などは、直接療育サービスを円滑に進めるうえで欠かすことのできない業務である。したがって、こうした間接的なサービスを、必要不可欠な発達支



援サービスとして位置づけるべきである。

職種を超えた多岐にわたる業務を提供している職員の実態を把握することができた。多様なサービスを適切に提供するためには、職員に高いスキルが求められており、資質の向上・管理のために研修や資格認定などを位置づけるべきである。

障害児が利用する施設で残業が常態化していることが明らかになった。この結果を踏まえ、障害児が利用する施設での根本的な人員配置の見直しを行うべきである。その基準は実態に近い直接処遇レベルでの2：1が妥当である。

(5) 新たな加算について(医療型児童発達支援も同様)

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

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

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

施設運営の充実に向けた加算(基本単価に加え、利用者負担は発生しない)

a リハビリテーション等専門職配置加算

(作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、心理士の配置)

b 看護師/保健師配置加算

c 医療機関連携加算

以上は、医療型児童発達支援センターでは算定できない

d 初期指導加算(1年間)

e 移行加算(入園前後3ヶ月、退園前後3ヶ月)

f 臨時休園配慮加算: 気象警報発令時、伝染性疾患発生時の休園への対応

g 緊急措置対応加算: 緊急措置入園に対応した時に6ヶ月間に限って算定

h 栄養マネジメント加算: 児童入所施設に準ずる

子どもの障害状況に応じた加算(個別給付)

a 重度重複障害加算(2つ以上の障害の合併)

b 医療的ケア加算(医療的ケアが必要な内部障害): 看護師の配置加算

以上は、医療型センターでは算定できない

c 聴覚障害加算: 難聴児5人に1人の言語聴覚士の配置加算

d 視覚障害加算: 視能訓練士などの確保

e 強度行動障害加算

f 難治性てんかん加算:

投薬によっても発作が抑制されておらず常に監視が必要な児

g 超重症児加算(超重症児診断基準による): 看護師の配置加算

h 乳児加算（0～1歳児）

i 送迎加算：利用契約児対象

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

#### （6）一元化に伴う施設整備について

利用定員数に対する保育室等の最低基準等を遵守するための施設整備費

施設のバリアフリー化にともなう施設整備費

体温調整の困難な児童のための空調設備整備費

姿勢保持が困難な幼児のための座位保持椅子・装置等の設備整備費

乳児等の摂食指導に必要な備品整備費

聴覚障害児を受け入れるセンター等に対して、聴力検査室設整備費。

#### 《医療型児童発達支援》

##### （1）診療機能（診療所の設置）

診療所を設置する児童発達支援センターを医療型児童発達支援センターとし、対象児童の医療だけでなく、対象児童以外にも診療機能を開放し「障害児（者）リハビリテーション料」などの診療報酬によって支援を展開する。この機能により、医療型児童発達支援センターは、近隣に在住する障害児全般に開かれた医療資源となる。

医療型児童発達支援センターは、利用契約児への発達支援に対して「障害児施設給費」と「医療費」を算定できる。医療にかかる費用は、すべて医療保険で算定し、肢体不自由児通所医療費は廃止する。また、各種加算のうち、医療費で請求できる項目は算定できない。

##### （2）運医療型児童発達支援センター（以下：「医療型センター」とする）の機能

医療と福祉による総合的「発達・育児・家族」支援機能

家庭における育児能力は、障害のある、なしにかかわらず低下している。子どもに障害があれば育児不安はさらに大きくなるため、医療的・福祉的援助を基盤とした育児支援が不可欠となる。障害がどんなに重度であっても乳児早期から発達・療育、家族支援などの柔軟な提供が必要とされる。そのような観点から、子どもにとって医療と福祉の協働的な支援は不可欠なものであり、障害特性のみで対象児童を限定すべきものではない。

重度の障害児には医療的支援がさらに必要である一方、特異な認知学習パターンや感覚過敏をもつ自閉症児、食べることそのものに配慮が必要な重症心身障害児などの療育にも保育士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、栄養士などが対応する必要がある。

医療型センターには、現行の肢体不自由児通園施設に配置されている障害児療育に精通した保育士等の福祉専門職、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士等のリハビリテーション専門職、的確な診断と保護者のカウンセリングができる医師や看護師などの医療専門職の継続的な配置が必要となる。そのような多様な職員配置により、地域の保育所や学校、医療機関、福祉行政機関などと連携がとりやすく、専門技術を提供できる機能をもつことになる。

診療機能を窓口とする一貫した支援の提供

診療所の外来診療機能によって、NICUからの早期乳児の受け入れ、乳幼児の育児支援、乳幼児健診後のフォロー、発達に応じた保育や医療の提供、特別支援教育のバックアップ、さらには卒業後の生活支

援などの機能をもてることになる。故に、医療型センターにおける診療機能は医療と福祉を必要とする障害のある子どもに対するライフステージに応じた長期にわたる支援を可能にする社会資源であり、決して肢体不自由児に特化した支援だけを提供するものではない。医療型センターでは、医療支援機能を基盤とした総合的な療育計画を立案して育児や日中活動を支援することになり、肢体不自由児だけでなく、最近増加傾向が指摘されている自閉症・注意欠陥/多動性障害・学習障害などの発達障害にも対応できる地域の療育資源としての役割も期待される。

#### 障害種別を限定しない意義

障害児施設受給者証の取得が難しい知的に遅れのない自閉症等の発達障害児とその保護者に対する支援は児童発達支援の大きな課題である。「気になる」段階からの診断機能と育児に関する相談機能の充実、保護者の障害理解を促進し育児不安を解消するとともに、子どもの二次障害の予防等に大きな意味を持つ。その他、てんかんや多動に対する投薬なども医療型センターの機能として重要である。

#### 子どもを中心とした関連機関の相互補完

乳幼児期・児童期の障害児に対する地域支援には、ライフステージに応じた継続的な支援が必要である。横並びにある関連機関とのネットワークの構築に加えて、進路や発達状況を踏まえた縦並びの支援が必要となる。この場合においても、診療機能を持つことは重要である。

### (3) 要医療児童受け入れのための必要機能

#### 利用児の傾向

契約児童の障害の重度化・重複化が進み「医療的ケア」が常態化している。脳性運動障害児はほとんどが知的障害や認知障害を合併し、てんかんや摂食障害、消化器障害・呼吸器障害などを合併する子どもも増加してきている（全国肢体不自由児通園施設連絡協議会・2009年2月実態調査）。すなわち、肢体不自由児通園施設では、「医療的ケア」の実施が不可欠な「重症心身障害」の状態の子どもが増加してきている。

NICUや病院などから紹介されることが多い脳性麻痺を中心とする肢体不自由児は、0～1歳児などの早期から通園を開始する傾向にあり、乳児期早期から子どもとその保護者に対する支援が必要になる。そのため、保育と並行して、保護者の精神的援助や障害理解への援助、育児支援、医療的援助などが強く求められる。よって、健康管理や摂食指導、育児支援や家族支援などライフサイクルに応じたきめ細やかな総合的支援を行う必要がある。

#### 多職種職員による多面的なスキル

対象児とその家族は、診療や投薬など医療的要素の強い健康管理、発達段階に応じたりハビリテーションや保育の提供、摂食や栄養指導など、総合的な支援を必要としている。具体的には、脳性運動障害児に対するリハは、「歩く」「手を使う」「しゃべる」など経験したことがない機能を「一から教えていく（ハビリテーション）」ことが必要とされる。乳児期の子どもや知的障害が合併する子どもの知的能力、認知能力に合わせ、正しい感覚運動パターンを治療によって積み重ね、「自律的な（意識せず自然な）運動を覚えていく」ように進めなければならない。すなわち、「病院のリハで子どもたちの機能を向上させ、保育所で遊び経験を増やす」というような分離された関わりではなく、子どもたちの遊び（保育）の場で状況を見極めながら活動経験を保障することが必要となる。これは、遊びの場のみでなく、一日のスケジュールの中で食事、排泄、着替えなどの具体的な場面を通して伝える充分な時間をかける必要がある。保護者はここに同席することにより、子どもの理解を深めると同時に子育てのための具体的なスキルを得て、家庭で再現することはもちろんのこと、学校や保育所等にも援助方法を伝えることができるようになる。

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

ただし、早期から個別かつ医療的な支援を受けてきた子どもの保護者は、個別的なりハビリテーションに傾倒する傾向が強く、しばしば訓練への依存心が強くなってしまいうことに留意しなければならない。

よって、育児支援や家族支援のためには作業療法士や理学療法士などのリハビリテーションスタッフと保育士、ソーシャルワーカー、心理士などが配置され、連携を保ちつつ、一連の療育活動と支援を作り上げることが必要である。

#### 療育ニーズに応える多機能化

発達支援の特殊性と障害児医療資源の脆弱性を鑑みると、施設内で提供するプログラムにとどまらず、子どもたちの受け入れを促進するために学校や保育所等に出向き、移行支援や継続支援に努める必要がある。

#### 《放課後等デイサービス》

2008（平成20）年の「障害児支援のあり方検討会」をはじめとするなどさまざまな論議の中で学齢児の放課後の時間を利用した発達支援、学校休業日の居場所作りが必要だという認識が高まってきている。2012（平成24）年4月に施行される改正児童福祉法に盛り込まれた「放課後等デイサービス」は、基本的に「児童デイサービス 型」の移行・発展型と想定されるが上記の機能を展開するために、その人員・設備等の基準について以下のとおり提案する。

まず一般施策との関係であるが、現在親の就労支援を主な役割とした放課後健全対策事業である「放課後児童クラブ（学童保育）」が障害児は特例で小学6年まで利用が可能である。また、文部科学省の所管する「放課後子どもプラン」のように「全児童」の放課後対策などもあり、自治体によっては「障害児学童保育」などの単独事業も見られる。しかし、このような自治体単独の事業は極めて少ないのが現状であり、事業への障害児の利用状況はさまざまである。

「全児童」対策といっても、実際には障害児または「集団になじまない子」への門戸は閉ざされており、特別支援学校在籍の児童・生徒の利用への門戸は狭いというのが現状である。加えて、高等部までの12年間の放課後支援が必要なため、保護者の就労に対しての支援が難しい実態がある。そのため、2003（平成15）年以降は「児童デイサービス」がその受け皿として数多く誕生し、障害者自立支援法において経過的事業所として継続してきた経過がある。

児童デイサービス（ 型）の現状の事業内容として、「安全確保や見守りを中心とした預かり型」、「学童療育型」、「個別訓練型」、「保護者の就労支援」等、さまざまな形態で展開されている現状がある。また、学齢期の家庭養育での負担、疲労のレスパイト等の背景から学齢期の本人や家族支援の必要性が高く、放置すれば虐待等に進展する状況が予想される保護者のニーズに応じた放課後支援を合わせると以下のような類型が考えられる。

子どもの「いつもの場所や仲間」「安心して過ごせる場所や仲間」など学校外の第3の生活の場、集団の場での余暇的活動の提供。

余暇的活動の積極型として一般児童と同様の習い事や学習指導など、児童にあった活動の提供。

就学前の療育の個別課題について、就学後も継続した提供。

学校の環境不適應に伴う発達支援（指導）

また、現在の事業形態では報酬上の乳幼児 型と学齢児 型（今回の改正法では20歳まで）が同じ空

間を共有する状況があり、改正後の新事業に向けて、早期に基準等の整備が必要である。

【定員規模】：10名から20名程度

【対象児童】： 障害児（小学生低学年、小学生高学年） 障害児（小学生と中学生のみ）  
高校生や20歳まで その他、市町村が必要と認めた子ども

\* 義務教育終了後に在宅の状態にある児童で適切な通所する場が確保できない場合は対象とする。

常時利用を基本として一時的利用も弾力的に受け入れる

【職員配置】：学齢期を中心とする知的障害児施設等では児童4.3人に職員1人+加配職員（重複障害等）に準ずる。

\* 保育士・指導員の専任1名のほかヘルパー等、無資格の介護補助員（学生も含む）等常勤換算数を配置する。

サービス管理責任者の1名の専任配置

【開所日】： 放課後～午後6時まで 学校の休業日（長期休業を含む）  
提供時間に応じた単価設定と平日と休日単価とする。

【場 所】：学校等の空き教室や施設の空きスペース

【運営費】：個別給付

【各種加算】： 重度加算・重度重複加算：基本単価に反映する加算とする。

医療ケア加算：医療ケアを要する場合で看護師を配置して対応する。

送迎加算：学校から事業所、事業所から家庭付近の送迎についても加算対象とする。戸口から戸口ではなく、ステーション方式でも可能とする。

【職員資格】：担当者の内ひとりは、保育士または児童指導員等とする。

【課題】：今後の検討を要する項目】

放課後にかかわる一般施策への障害児または「集団に馴染まない子ども」の受け入れのために、都道府県事業である障害児等療育支援事業の「施設支援」や市町村事業である新事業の「保育所等訪問支援」「巡回支援専門員整備事業」などが受託できるよう、本事業所が職員増員などの体制を整備すること。

「放課後等デイサービス」の対象の子どもは、より小集団での対応、手厚い職員配置が必要な子どもとして、事業内容や報酬単価を規定していく。

現在、小規模な事業所の運営を担保するために規模別の報酬単価設定となっているが、サービス提供時間や職員配置などによって報酬単価を決定する。

毎日利用でない学齢児の受け入れ等安全確保も含めて2：1の職員は必要である。保育士等は現状どおり専任常勤1名必置とし、他は常勤換算で配置する。

設備基準等については、子どもの発達を保障するにふさわしい空間となるよう、面積や環境設定に関しては、いわゆる思春期への対応も考慮して、体格や活動の違いに準じた指定基準とする。しかし、既存事業所の継続という点で、空き教室、借家、空き店舗などの利用等も可能とする。または、指定事業所と基準該当としての緩やかな基準とすることも考慮する。

対象年齢については、小学生低学年・小学生高学年・中学生・高校生・高校生以上の3年刻みとして報酬に反映する。

学齢児の日中一時支援は「放課後等デイサービス」として位置づける。

第2種社会福祉事業として単独での事業所指定を可能にすること。

事業所ごとで、ア) 対象児、イ) 開設日数、ウ) 開所時間を設定することを可能にする。

現在の学童クラブの「障害児」の受け入れがなくなることへの懸念。

留守家庭子ども会（小学校低学年を主な対象）と、放課後児童対策両方の機能をどうよ  
うに整理するか。

利用者の「年齢」や「障害の状況」での支援内容の整理。

現行の児童デイ 型との整合性について。

食事提供をどのように評価するか。

短時間の対応をどのように扱うか。

午前は児デイ 型、午後は児デイ 型の事業継続保障について

## 《保育所等訪問支援》

### (1) 保育所等における訪問・巡回相談の現状

訪問・巡回相談は、“専門機関のスタッフが保育所等を訪問して子どもの保育所等での生活を実際に見  
たうえで、ニーズに応じた専門的な援助を行う”ことであり、児童相談所、保健所・保健センター、発  
達障害者支援センター、教育機関などの行政機関で行う場合と障害別通園・入所施設、児童デイサービ  
ス事業所等の機関で行う場合がある。正確なデータは無いが数量的には後者が圧倒的に多い状況である  
といわれている。

対応する職種としては、保育士、児童指導員、各種療法士、臨床心理士等のセラピスト、児童福祉司、  
保健師、教育相談員など千差万別で、資格や特別な研修を受講することなどの条件もなく、ほとんどが  
信用・実績・経験主義的な中で行われている。

法的な基盤としては、行政機関以外は障害児等療育支援事業のひとつである「施設支援一般指導事業」  
や障害児施設の「家庭連携加算」を活用するケースが多いが、市町村や施設で単独の事業として実施し  
ている場合もある。また、文部科学省が2005年度より「幼児教育支援センター事業」を実施しており、  
その概要は、子育てに不安を抱える保護者等へのカウンセリングを行う「保育カウンセラー」等からな  
るサポートチームを市町村教育委員会に設けるものであるが、数的にはまだまだ不足している状況にあ  
る。

訪問・巡回相談の基本的な支援内容としては、

子どもの社会性、行動、ことば等の観察 / 発達検査

保育士等への専門的援助

保護者への具体的な支援方法の提案、専門機関の紹介など

最終的には、本人はもとより保育士等や保護者の不安軽減を図り、安心して保育・育児ができる環境  
を整備していくことが求められている。

### (2) 現行の訪問・巡回相談の課題について

#### 保護者の障害受容

訪問・巡回相談を実施する事前の段階として、「保護者の同意」が必要とされるが、障害の受容の問題  
によりなかなか了解が得られなかったり、また、それ以前のアセスメントの段階で保育士等と保護者との  
関係が悪化してしまったり、また、保護者との関係悪化を危惧して子どもの正確な情報を伝えること  
躊躇してしまったりと、個別の配慮が必要にもかかわらず、なかなか支援が進まないケースが多い。

#### 訪問・巡回相談員の専門性

発達相談に携わる職員は、 a. 確かな発達診断能力技術・カウンセリングやソーシャルワークの技術 b. 乳幼児の発達とつまづきに対する援助方法 c. 乳幼児保育・幼児教育の実践についての理解 d. 家族関係とその援助についての理解 e. 発達支援に関わる制度の熟知 f. 障害児医療などの知識を身につけることが必須条件であると考えられるが、一定の基準がないため経験主義的な中で行われている。専門性を向上させるためには、養成（研修）システムの確立が必要である。また、現在既に発達相談に従事している人は、非常勤で働いている人も多く、専門職の処遇や労働条件がその専門性の質を大きく左右する要素であり、非常勤ではなく常勤としての生活保障が必要である。

#### 地域偏在の問題

現在、障害児通園施設（知的障害児、肢体不自由児、難聴幼児）の絶対数が不足しており、人口過疎地域の発達支援の場として期待できるのは児童デイサービス事業のみである。しかし、財政的基盤や人的資源が脆弱なため、訪問・巡回相談を実施したくてもなかなかできない状況にある事業所が多い。

【対象児童】：障害児

【対象施設】：障害児の通う機関（保育所、幼稚園、学校、放課後デイ、児童館等）

【対応職員】：発達支援専門員と保育士等（2名以上のチームで対応する）

【支援システム】：アセスメント 個別プログラム作成 ケア計画作成 サービス調整

【事業費】：個別給付

【課題】：今後の検討を要する項目】

#### 通所給付申請

通所給付が保護者の申請による個人給付であるため、いわゆる「早期発見」「気になる段階」からの支援という点では課題を残す内容となっており、現行の障害児等療育支援事業などの各種相談事業とセットでサービスの幅を広げていくことを検討しなければならない。

#### 支給決定

- ・対象児童を「障害児」としてあるが、「気になる子」は対象とはならないのか。
- ・「障害児」のみの場合、支給申請の際、発達障害児も含め医師の診断書等は必要とするのか。
- ・各種障害者手帳・障害児福祉手当・特別児童扶養手当などの該当者であれば診断書がなくとも支給の対象とするのか。

#### 対象施設

- ・集団生活を営む施設等の対象施設は、保育所以外に幼稚園、学校や放課後デイサービス、学童保育、児童館の場にも適用となるのか。

#### 対応職員

- ・対応職員について、職種・資格等の条件があるのか。
- ・条件の有無にもかかわらず、国あるいは都道府県レベルで専門性を高める研修を実施する必要がある。

#### 支援内容・訪問支援の手順

- ・支給決定後の利用手続きについては、保護者が保育所等に利用の連絡並びに申請手続きを行うこととなると考えられるが、その後については、利用施設と保護者並びに保育所等と連絡を取り合いながら、相互の情報収集、訪問日時の調整などを行う。

#### 現行の巡回相談事業との併用について

- ・個人給付であるため、保護者に費用負担が生じることになり、保育料との関係はどうなるのか。
- ・障害児等療育支援事業やそれぞれの自治体で実施されている巡回相談と併用する場合の関係の整理が

必要とされる。

これまで通園施設が独自に行ってきた巡回相談や家庭訪問が今後も継続できる態勢を保障する。

子ども達が集団生活へ適応できることのみに限定することなく、家庭や病院等において、日常生活へ適応することも支援範囲の対象とする。

### 3. 児童に特化した相談支援の在り方

#### (1) 障害児(者)地域療育等支援事業の理念

障害のある人達とその家族への施設の枠を越えた支援策としては、「在宅重度知的障害者訪問診査事業(1978年)」、「心身障害児(者)巡回療育相談等事業(1980年)」、「心身障害児(者)施設地域療育事業(1980年)」などが実施されてきた。これらの事業の実施は、施設機能のオープン化を図り、施設のあり方を「地域の中で生活を支援する」という観点から見直すきっかけとなった。しかし、これらの事業も『施設』を基盤とした在宅支援」という立場を崩すことはできず、施設中心主義から完全に脱却することは困難であった。受託した施設の多くが、施設の「余力」の範囲でのサービス提供にとどまり、地域の新しい社会資源を開拓し他施設や行政機関との連携の下で地域生活支援のプログラムを創出、提供していくという事業本来の目的を推進することはほとんどなかった。そのため多くの地域(施設)で、施設の中に障害のある人達を取り込んでしまう、事業の目的と全く相反する結果をもたらすことも少なくなかった。このような過去の制度的努力の歴史とその反省を踏まえて、「障害児(者)地域療育等支援事業(以下、『支援事業』)」は、1996(平成8)年度からスタートした「障害者プラン」の中心的な事業として登場した。「支援事業」は、障害児と知的障害者を対象とした生活支援事業として位置づけられており、身体障害者を対象にした「市町村障害者生活支援事業」、精神障害者を対象にした「精神障害者地域生活支援センター」とともに、柔軟な相談支援体制をより身近な地域で整備する目的をもった新しい時代の制度として期待されてきた。これらの事業は、2000(平成12)年6月の社会福祉事業法の改正に伴って「相談支援事業」として法制化されたが、2003(平成15)年に「精神障害者地域生活支援センター」以外の事業は一般財源化された。

「支援事業」がもつ特徴は以下の4点に集約される。

事業を、人口30万人(概ね障害保健福祉圏域に一致)に2ヶ所の「療育等支援施設事業」と都道府県・指定都市に1ヶ所の「療育拠点施設事業」に分けて、都道府県レベルでの療育の重層化を図ったこと。

広域市町村エリア(圏域)を活動範囲とするコーディネーターを受託施設に配置し(地域生活支援事業)、在宅の障害児(者)とその家族の支援ニーズを掘り起こし、受託施設だけでなく地域の社会資源も活用して具体的な援助の展開を企図したこと。

在宅の障害児(者)への具体的なサービスを、「訪問(巡回)」、「外来」、「地域の施設への支援」というメニュー(以下、「療育3事業」)で展開し、その実績に対して「出来高払い」で支援施設が収入を得るといふ、従来の障害福祉制度にはみられなかった手法を導入したこと。

支援施設の機能だけで対象者のニーズを満たせない場合には、「出来高払い」の収入などによって「再委託」や「専門職の雇い上げ」などの方法を用いて援助できるようにしたこと。

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



(2) 療育等支援施設事業「療育3事業」から障害児等療育支援事業へ

現在の障害児等療育支援事業は、「支援事業」から「地域生活支援事業(コーディネーター事業)」が分離されたもので、療育3事業そのものである。既述したように、療育3事業とは、地域で暮らす児童とその家族を受託施設に受け入れて療育機能を提供する「在宅支援外来療育等指導事業」、受託施設職員スタッフが巡回や訪問という形で施設外において療育を提供できる「在宅支援訪問療育等指導事業」、さらに子どもたちが通う保育所・幼稚園・学校などを支援する「施設支援一般指導事業」の3事業を指す。それまで施設設備や機能を使って提供してきた療育と専門機能を地域に持ち出し、障害児の地域での育ちや障害者の地域生活を支援できる社会資源として重要である。しかし、さまざまな不安や問題を抱えて子育てを行う保護者や障害当事者が、療育3事業を含めた地域社会資源を有効に活用するためには、地域生活支援事業(コーディネーター事業)が必要であったにもかかわらず、障害者自立支援法の中で市町村事業としての障害者相談支援事業として分離されてしまった。

障害児等療育支援事業

【業務内容】: 療育3事業(訪問療育、外来療育、施設支援)

【実施主体】: 都道府県、政令市、中核市

【圏域】: 障害保健福祉圏域

【対象児童】: 集団に馴染みにくい子ども、気になる子ども、障害児

【職員】: 児童発達支援センターの職員間のやり繰りで行う。

【運営費】: 従前通りの単価設定

【課題】: 今後の検討を要する項目】

各都道府県で本事業に対する温度差がある。

通園施設の委託施設が少ない。

利用料金負担の整合性を図る。(無料と1割負担)

利用期間の設定。

(3) 新たな相談支援事業: 障害児相談支援事業

以下に、障害児相談支援事業の在り方を提案する。

【業務内容】: 障害児通所支援の種類ごとに、通所支給決定に必要な「障害児支援利用計画案」を作成する。

(障害児支援利用援助/継続障害児支援利用援助)

【配置】: 広域連合市町村(障害保健福祉圏域)児童相談所や医療機関との綿密な連携を図る

【対象児童】: 障害児

【職員】: 障害児相談支援専門員 発達支援専門員と兼ねることは出来ない。

【資格】: 保育士等の有資格者で通園施設勤務期間を5年以上の者

【運営費】: 事業委託費として、500～600万円と利用計画作成費による後述する「サービス利用計画作成費」が十分に担保されるのであれば、事業委託費は、不要となる。

【課題】: 今後の検討を要する項目】

利用計画案作成は、指定一般相談支援事業にも委託可能。

\* 児童に特化した相談支援が指定一般相談支援事業者に担保できる体制にする。

\* 児童相談所や医師の関わりをこれまで以上に密になる連携体制の確保。

手帳交付対象児と「通所給付決定」との関連性は?

障害受容が困難な保護者には契約を前提とする利用は、ハードルが高い。

「通所要否決定」は、どの機関が担うか?

不服申請は、どのように担保する？

自立支援協議会との関わりは？

事業実施場所は？

利用計画作成費は、自己負担。 初診診療的な仕組みでは、敬遠される？

体制人数は？（申請期間に集中しませんか）

利用計画作成に忙殺されませんか？

集団に馴染みにくい子どもや気になる子どもへの療育支援の必要性の判断は何処がするか？

通所支援の利用抑制に繋がらないような調整（検証）機能の構築

市町村におけるソーシャルアクションプラン（児童から成人まで）の作成は、何時までに行うか？

事業者の公平・中立性をどのように担保するか？

#### 4. これからの児童発達支援に向けて

##### （1）障害児支援の特殊性

発達期の支援である

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

保護者・家族への支援が重要である

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

「障害確定・障害受容」以前から支援を開始する必要がある

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

「横」と「縦」を紡ぐ地域ネットワークの構築が必要

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

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

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

(2) 児童相談所との関係を再構築する必要性

利用契約制度になるまでの通園施設に入園する児童は全て児童相談所による措置を受けることになっていたため、入園後の児童の状況は勿論のこと、施設の現況などについては十分な把握がなされていた。しかし、2003(平成15)年以降は、施設と児童相談所との関係はますます希薄となり、今日では、事務的な関係のみとなっている地域も多い。その結果、児童相談所から見た望ましい施設と施設からみた児童相談所の望ましい姿に大きなズレが生じているのではないかと懸念されている。

望ましい施設として考えられる点は、利用しやすく、専門性が高く、ニーズに合わせた個別的な支援が実施されている、常に支援の向上をめざしている、次のステージにスムーズに移行している、施設内だけで完結しない支援が保障されているなどがあげられる。

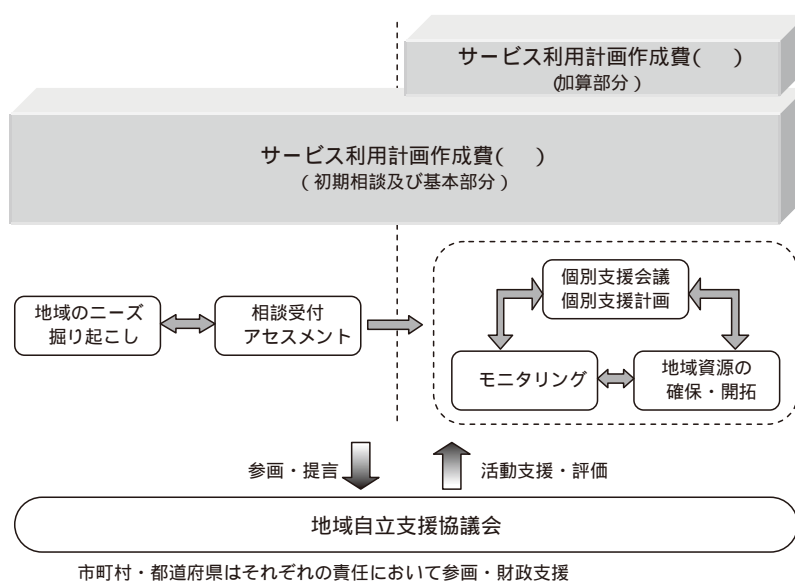
望ましい児童相談所として考えられる点には、多様な問題に対応する即応性と専門性の高さ、関係機関をネットワークし、市町村のバックアップ機能(地域支援機能)を保障するガイドラインを明確化することがあげられる。

これらのことを再構築することによって、障害児支援の基本エリアとなる広域的な地域(広域市町村:障害保健福祉圏域)における支援が可能となり、子ども達の最善の利益を保障し、すべての子ども達の発達支援に繋がる。

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

障害児への継続的な相談支援の在り方を考えれば、児童相談所との連携の下、障害児に対する福祉や医療などさまざまな支援機関をコーディネートしつつ継続して本人、保護者・家族を支援する「発達支援専門員」の新たな配置が、児童発達支援センターには不可欠である。

加えて、「障害児相談支援専門員」の人件費を賄える「障害児相談支援事業」に特化した「サービス利用計画作成費」が設定され、相談受付時点から支給される制度が必要である。下図に、障害児相談支援事業におけるサービス利用計画作成費のイメージを示す。まず、月平均20~30人程度の相談を標準として、相談の受け付けからアセスメント、個別支援計画の作成、地域資源の確保と提供などを一貫してコーディネートする障害児相談専門員の人件費及び管理事務費等を対象とした「サービス利用計画作成費( )」



障害児相談支援事業におけるサービス利用計画作成費(イメージ)

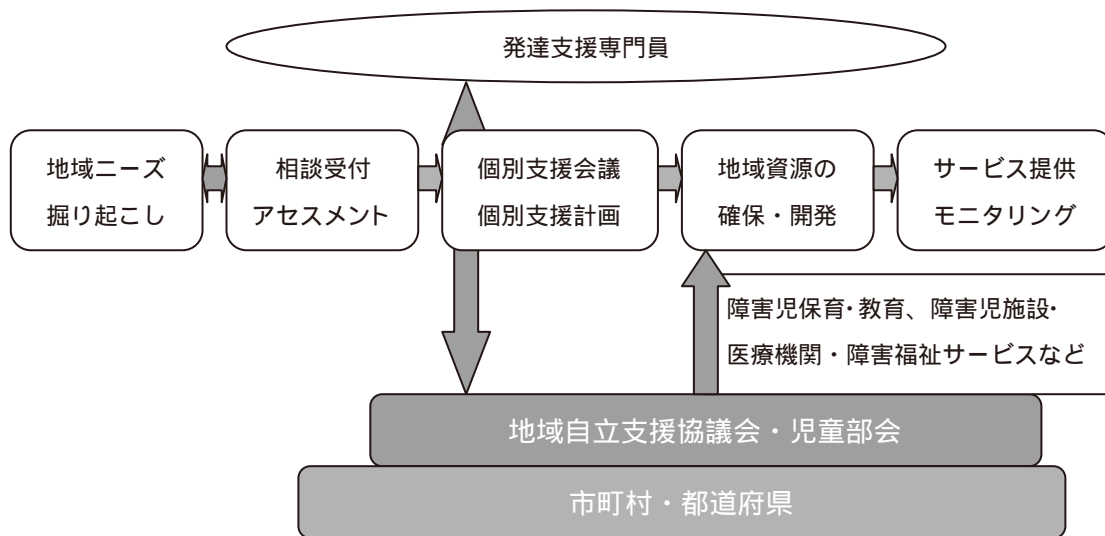
を設定し、当該費用だけで基本的な運営基盤を確保する。さらに、個別支援会議、モニタリング、資源確保のための活動やより専門的な連携等が必要な場合に、当該業務に対し支払われる「サービス利用計画作成費」が支給される仕組みである。

なお、これらの業務評価については地域自立支援協議会が行う。

(4) 地域自立支援協議会の活用

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

今回の障害者自立支援法改正により、各市町村においては地域自立支援協議会の設置を義務づけられており、当該協議会の活動を実効性のあるものとしていくことで、地域における新しい障害福祉システムづくりが進むことが期待される。なお、前述したように障害児への相談支援の特殊性を鑑みれば、協議会に設置される専門部会の中に障害児への支援策を専門的に考えていく部会の発足が期待される(下図)。



障害児の相談支援事業の流れ

(5) 障害児相談支援の両輪として、障害児相談支援事業と障害児等療育支援事業を！！

児童福祉法の改正により、障害児相談支援事業が創設された。都市部に偏在する傾向がある今の障害児施設の機能を活用して、人口過疎で障害児支援機関の少ない地域にも、過不足のない障害児への医療的・福祉的支援を展開するためには、障害児相談支援事業を基盤とした、障害児等療育支援事業と保育所等訪問支援事業及び巡回支援専門員整備事業の併行活用が不可欠である。既存の障害児施設や医療機関、特別支援学校などだけでなく、さまざまな事業が持つ専門的機能を保育所や家庭に提供するシステムが必要である。この機能は、一義的には広域的な市町村(障害保健福祉圏域)で整備されるべきであるが、圏域で確保できない専門性については都道府県域で確保されなければならない。その調整は「障害児相

「談支援事業」に配置が期待される障害児相談支援専門員が実施し、専門機能を提供した施設や事業所に対する報酬は、都道府県・政令市・中核市の責任の下、障害児については、個別給付で保障されるとともに、気になる子供等については、「障害児等療育支援事業」で担保されることが必要である。

## 5. おわりに

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

宮田は、『地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設のあり方に関する研究』の報告書の中で、「これまで福祉や特殊教育の対象とならなかった高機能自閉症、AD/HD、LD、境界域精神遅滞などの『軽度発達障害児』への支援が大きな課題となり、医療、福祉、教育、労働などの多くの領域で新しいシステムの構築が必要になってきている」と障害児福祉における体制の見直しの必要性を指摘している。

さらに、多くの障害児通園施設において本来の施設種別と異なる障害への対応事例が増加している。たとえば、知的障害児通園施設における運動障害をもつ子どもへの支援、肢体不自由児通園施設や難聴幼児通園施設の契約の対象とならない自閉症や多動児などの発達障害児への支援などが求められるようになってきている状況がある。障害児施設の一元化に際して、診療機能を持つ医療型児童発達支援センターはその機能を存分に発揮するとともに、医療型でない児童発達支援センターも医療機関との密な連携を強めて、さまざまな障害のある子どもに対する多様な受け入れ態勢を用意することが必要であろう。

障害児は「障害のある子ども」である。子どもであるからこそ、育児支援や少子化対策などの施策の恩恵を受ける権利があり、国や地方行政は子育て支援を基盤にして、将来を見据えた継続的な障害児支援策を提供する責務がある。

障害の有無に関わらず、子どもと保護者は育児支援や家族支援などの多面的な支援をライフステージに応じて提供される権利がある。加えて、障害のある子どもの場合には、療育や様々な支援、ネットワークづくりなどをその都度、個々に構築する必要がある。

しかし、障害者自立支援法への移行に伴って導入された「障害児施設給付費」や「障害児施設医療費」を見ると、障害児を「障害施策」の中へ引き入れるために「子育て支援施策」から引き離してしまった感がある。例えば、子育て支援策としての乳幼児医療費助成制度が障害児施設に入園すると使えなくなるなどの矛盾である。

障害のある子ども達への支援は、児童福祉法か障害者自立支援法かの選択ではない。子どもとして児童福祉法によって支援された上に、障害児として障害福祉施策に支援されるべきである。

契約制度は、質の高いサービスを提供する努力のきっかけとなったが、1割の自己負担、さらには食費の実費負担は、家計に打撃を与え、必要な療育の回数の制限されている場合もある。発達支援を受けるか否かの判断が本人のニーズではなく、保護者が経済的理由により決断しなければならないことが問題である。

今後の制度設計に期待したい。

## 【引用文献・参考文献】

1. 全国知的障害児通園施設実態調査報告（財団法人 日本知的障害者福祉協会）
2. 精神薄弱幼児療育の手引き（財団法人 日本知的障害者福祉協会）
3. 平成18年度・障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）  
障害児に対するサービスの提供実態に関する調査研究

4．平成19年度・厚生労働省障害者保健福祉推進事業

障害児等療育支援事業と関連させた障害児に対する相談支援事業の展開方法についての調査・研究

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

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

### 第3章 通園施設・事業所における調査結果

#### A 調査概要

##### 1. 調査対象施設

本調査は、平成24年4月から開始される児童発達支援センターに該当する児童通所施設・事業所〔知的障害児通園施設（以下、「知的通園」と記す）肢体不自由児通園施設（以下、「肢体通園」と記す）難聴幼児通園施設（以下、「難聴通園」と記す）児童デイサービス型（以下、「児童デイ型」と記す）を対象とした。

##### 2. 調査年月日 平成22年10月1日から15日

##### 3. 回答状況

施設数

施設種別	略称	発送数	回答数	回答率
知的障害児通園施設	知的通園	264	179	67.8%
肢体不自由児通園施設	肢体通園	122	75	61.5%
難聴幼児通園施設	難聴通園	25	16	64.0%
児童デイサービス型	児童デイ型	786	325	41.3%
合計		1,197	595	49.7%

##### 4. 集計方法

％の数値は、小数点第2位以下を切り捨てて、小数点第1位までで表記する。

施設数は、595施設とし、設問において無回答等を示し、その比率等を算出した。

同様に利用契約児童数は、26,376人を基礎数とする。

#### B 調査結果概要

##### 1. 施設の状況

[表1-1] 市区町村区分

<施設数>

種別	特別区	政令市	中核市	市	町	村	合計
知的通園	4	43	32	95	5	0	179
割合	2.2%	24.0%	17.9%	53.1%	2.8%	0.0%	
肢体通園	3	21	18	31	2	0	75
割合	4.0%	28.0%	24.0%	41.3%	2.7%	0.0%	
難聴通園	1	8	4	2	1	0	16
割合	6.3%	50.0%	25.0%	12.5%	6.3%	0.0%	
児童デイ型	11	43	35	202	32	2	325
割合	3.4%	13.2%	10.8%	62.2%	9.8%	0.6%	
計	19	115	89	330	40	2	595

所在地の市区町村区分においては、知的通園、児童デイ型は、半数以上が（政令・中核を除く）市に所在し、難聴通園は、ほぼ半数が政令市に設置されている。また、知的通園、肢体通園、難聴通園のほとんどが、市に設置されている一方、児童デイ型は、1割が町村に設置されている。これは設置基準や障害の発生率等が影響していると思われる。

[表1 - 2] 設置・経営主体 &lt;施設数&gt;

種 別	公立公営	公立民営	民立民営	合 計
知的通園	61	42	76	179
割合	34.1%	23.5%	42.5%	
肢体通園	35	27	13	75
割合	46.7%	36.0%	17.3%	
難聴通園	6	5	5	16
割合	37.5%	31.3%	31.3%	
児童デイ型	105	47	173	325
割合	32.3%	14.5%	53.2%	
計	207	121	267	595

設置・経営主体は、全体の34.8%以上の施設・事業所が公立公営として設置経営されている。なかでも肢体通園が最も高く、46.7%にのぼる。

公立民営では、施設・事業種別によって差があり、肢体通園36.0%、難聴通園が31.3%と3割を超えているのに対し、知的通園は23.5%、児童デイ型は14.5%となっている。

民立民営では、児童デイが53.2%、知的通園が42.5%、難聴通園は31.3%であるのに対し、肢体通園は17.3%強程度にとどまっている。知的通園42.5%、児童デイ型53.2%と半数近くにのぼる。

[表1 - 3] 民立民営の場合の運営主体 &lt;施設数&gt;

種 別	社会福祉法人等	民間NPO	株式会社等	不明・無回答	合 計
知的通園	73	1	0	2	76
肢体通園	13	0	0	0	13
難聴通園	5	0	0	0	5
児童デイ型	110	43	8	12	173
計	201	44	8	14	267

民立民営の運営主体は、知的通園、肢体通園、難聴通園は第一種社会福祉事業であるために社会福祉法人等が運営主体である。

今回の調査において、第二種社会福祉事業である児童デイ型の運営主体は、社福・NPOがほとんどであるが、実態としてそれ以外の法人（株式、有限等）による設置運営実態が把握されていることを考えれば、今回の調査に回答した事業所の意識として、社福やNPOが設置運営している事業所はこのような調査に対する意識が高いと捉えることが妥当だろう。（民間NPO法人が、知的通園の認可を受けている回答に関しては誤回答と思われる）

[表1 - 4] 施設の設置年 &lt;施設数&gt;

種 別	～1970年	1971～1980	1981～1990	1991～2000	2001～2010	不明・無回答	合 計
知的通園	40	76	17	22	24	0	179
肢体通園	12	27	19	7	10	0	75
難聴通園	0	6	8	2	0	0	16
児童デイ型	9	42	20	44	208	2	325
計	61	151	64	75	242	2	595

施設設置年数では、施設基準が明確である通園施設とそうでない児童デイ型とを分けて分析する。

設置から40年を超える通園施設が、52施設ある。また、30年を超えるものを含めると161施設となり、今後老朽化に伴う施設整備の検討が、重要な課題となる。

児童デイ型の制度開始となる2000年以前に設置と答えた110数箇所あるが、既存施設の事業形態の変更や使用している建物の建設時期で記載された可能性がある。



[表2 - 1] 定員規模別施設数

<施設数>

種 別	~4	5~9	10	11~14	15~19	20	21~29	30	31~39	40	41~50	51~60	61~	合 計
知的通園	0	0	1	0	0	7	4	95	9	23	26	12	2	179
肢体通園	0	0	1	0	0	8	0	11	1	44	6	3	1	75
難聴通園	0	0	0	0	1	0	0	12	0	1	2	0	0	16
児童デイ 型	2	7	186	5	18	47	6	18	6	14	9	4	3	325
計	2	7	188	5	19	62	10	136	16	82	43	19	6	595

通園施設の最低定員数は、社会福祉法に基づき、20名以上となっている。知的通園・難聴通園では30名定員が最も多く、おそらく実情に基づいて各定員規模に分散しているのに対して、肢体通園は半数以上の施設が40名の定員が多い。肢体通園は、措置制度の頃から日々利用人数での処理であり、未だに職員配置基準も定められていないため、このような現状になっていると考えられる。児童デイ 型においては、圧倒的に10名定員の事業所が多い。

[表2 - 2] 契約数および在籍数

種 別	施設	定員	契約人数	措置人数	在籍人数	在籍率	措置率
知的通園	179	6,522	7,678	17	7,695	118.0	0.2
肢体通園	75	2,840	2,183	0	2,183	76.9	0
難聴通園	16	518	632	0	632	122.0	0
児童デイ 型	325	5,755	15,866	0	15,866	275.7	0
計	595	15,635	26,359	17	26,376	168.7	0.2

在籍率において、肢体通園のみ定員割れをしている。また、知的通園では措置利用がいまだに残存している。利用形態が多岐にわたる児童デイ 型は270%以上の在籍であるが、サービス提供の方法が児童一人が毎日通う形態から月に数回程度までと多岐にわたるため、登録されている人数の児童の受け入れの多くが、頻度高く利用し、療育を受けているかどうかは不明である。しかし、支援対象児童がここに積算された人数は、存在するということの裏づけとしては十分である。

[表2 - 2別表]

種 別	施設	定 員	契約人数	平均定員人数	平均契約人数	平均開園日数
知的通園	179	6,522	7,678	36.4	42.9	20.0
肢体通園	75	2,840	2,183	37.9	29.1	19.5
難聴通園	16	518	632	32.4	39.5	19.0
児童デイ 型	325	5,755	15,866	17.7	48.8	20.0

[表3 - 1] 平成21年度の開園日数・利用契約人数・及び措置児童数並びに延べ利用実数

(知的通園)

実施事業		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
開園日数	総 数	3,404	3,304	4,041	4,022	3,180	3,516	3,844	3,455	3,324	3,330	3,507	3,488
	施設数	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177
利用契約人数	総 数	6,918	6,929	7,075	7,197	7,283	7,375	7,492	7,548	7,540	7,622	7,646	7,589
	施設数	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177
措置児童数	総 数	26	27	28	29	29	29	28	29	29	29	29	29
	施設数	12	12	13	14	14	14	13	13	13	13	13	13
延べ利用実数	総 数	87,253	86,198	109,406	106,987	79,913	97,017	103,804	91,047	89,381	90,860	97,560	97,629
	施設数	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176	176
施設あたり一日の平均利用数		26	26	27	27	25	28	27	26	27	27	28	28

利用契約人数は年度開始の4月以降ほぼ増え続けている。1施設あたり1日利用人数は平均して27名程度である。

利用契約人数の最高値(2月)と最小値(4月)の差は728名であり、1施設あたり4名程度の増となる。

[表3 - 2] 〔肢体通園〕

実施事業		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
開園日数	総数	1,400	1,286	1,625	1,628	1,288	1,411	1,519	1,400	1,350	1,328	1,404	1,422
	施設数	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
利用契約人数	総数	1,876	1,918	1,974	2,023	2,043	2,075	2,123	2,139	2,154	2,168	2,179	2,117
	施設数	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
措置児童数	総数	3	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2
	施設数	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1
延べ利用実数	総数	13,980	13,264	17,995	17,669	12,606	15,880	16,801	15,111	14,913	14,769	16,027	16,592
	施設数	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
施設あたり一日の平均利用数		10	10	11	11	10	11	11	11	11	11	11	12

利用契約人数は年度開始の4月以降ほぼ増え続けている。1施設あたり1日利用人数は平均して10.8名であり、施設定員人数の最も多かった40名定員から想定すれば、定員設定と実際の利用との差にかなりの開きを有する。

利用契約人数の最高値(2月)と最小値(4月)の差は303名であり、1施設あたり4名程度の増となる。

[表3 - 3] 〔難聴通園〕

実施事業		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
開園日数	総数	301	278	341	347	275	301	335	298	279	283	302	314
	施設数	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
利用契約人数	総数	512	530	547	562	570	578	598	615	617	628	636	606
	施設数	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
措置児童数	総数	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	施設数	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
延べ利用実数	総数	3,170	3,163	4,021	3,937	2,542	3,647	3,884	3,410	3,308	3,463	3,814	3,835
	施設数	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
施設あたり一日の平均利用数		11	11	12	11	9	12	12	11	12	12	13	12

利用契約人数は年度開始の4月以降ほぼ増え続けている。1施設あたり1日利用人数は平均して11.5名であり、施設定員人数はほとんどが30名定員であったことから想定すれば、定員設定と実際の利用との差にかなりの開きを有する。

利用契約人数の最高値(2月)と最小値(4月)の差は124名であり、1施設あたり7名程度の増となる。

[表3 - 4] 〔児童デイ型〕

実施事業		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
開園日数	総数	6,217	5,898	7,057	7,033	6,038	6,206	6,731	6,019	5,911	5,822	6,062	6,366
	施設数	315	315	315	315	315	315	313	311	311	311	311	312
利用契約人数	総数	12,176	12,278	12,726	13,171	13,449	13,698	13,843	14,055	14,340	14,558	14,783	14,773
	施設数	315	314	314	315	314	313	311	309	309	309	309	310
措置児童数	総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	施設数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
延べ利用実数	総数	48,883	49,564	62,140	62,858	50,896	58,704	58,836	54,214	54,167	55,561	59,460	61,480
	施設数	315	315	315	315	314	315	311	311	311	311	311	312
施設あたり一日の平均利用数		8	8	9	9	8	9	9	9	9	10	10	10

利用契約人数は年度開始の4月以降ほぼ増え続けている。1事業所あたり1日利用人数は平均して9名であり、定員10名の事業所がほとんどであったことから、平均値で見れば定員内で稼働しているものと捉えられる。

利用契約人数の最高値(2月)と最小値(4月)の差は2,067名であり、1事業所あたり8名程度の増となる。

[表4] 平成22年10月1日現在の利用契約児童及び措置児童の利用形態

<人数>

種別	週6日以上	週5日	週4日	週3日	週2日	週1日	週1日未満	不明・無回答	合計
知的通園	753 9.8%	4,596 59.7%	195 2.5%	445 5.8%	806 10.5%	718 9.3%	135 1.8%	47 0.6%	7,695
肢体通園	32 1.5%	722 33.1%	190 8.7%	457 20.9%	474 21.7%	221 10.1%	52 2.4%	35 1.6%	2,183
難聴通園	0 0.0%	58 9.2%	20 3.2%	134 21.2%	214 33.9%	176 27.8%	29 4.6%	1 0.2%	632
児童デイ型	52 0.3%	1,013 6.4%	259 1.6%	1,008 6.4%	2,835 17.9%	6,168 38.9%	4,243 26.7%	288 1.8%	15,866
計	837	6,389	664	2,044	4,329	7,283	4,459	371	26,376

利用頻度は、各施設種別により特徴があった。

知的通園は週6以上、週5日の利用児童が約70%と多い反面、併行通園の利用と思われる週2日から週1日が約20%となっている。

肢体通園では週5日が30%強、週3日と週2日利用がそれぞれに20%強、週4日と週1日が10%程度と利用状況が多岐にわたる。子どもの体調、医療ケアレベルなど個人の疾患因子も影響していると推察できる。

難聴通園では、週3日、週2日、週1日の利用が、80%を占める。肢体通園のばらつきとは異なり、併行通園の利用という因子がもっとも強いと推察できる。

児童デイ型は、週1日とそれ未満が65%を締めている。サービスの提供方法などに統一性がないため一概に分析は難しいが、保育所幼稚園の所属の補完的な利用、障害に特化した集団の提供（療育）などで利用されていることが推察できる。また、個別プログラムの提供を主に行なっている事業所もあることも付記しておく。

## 2. 児童の状況

[表5] 利用契約児童（措置児童も含む）及び併行通園児の状況 &lt;人数&gt;

状 況		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ 型	合 計
0歳児	人 数	19	74	36	95	224
	内併行通園児	3	4	0	5	12
1歳児	人 数	197	339	73	625	1,234
	内併行通園児	16	15	11	63	105
2歳児	人 数	928	540	147	2,366	3,981
	内併行通園児	87	61	25	333	506
3歳児	人 数	2,245	456	149	3,149	5,999
	内併行通園児	277	92	70	1,300	1,739
4歳児	人 数	2,209	394	106	2,985	5,694
	内併行通園児	386	93	80	1,953	2,512
5歳児	人 数	1,967	339	118	3,468	5,892
	内併行通園児	377	87	89	2,383	2,936
小学生	人 数	80	26	3	2,294	2,403
	内併行通園児	4	7	3	1,153	1,167
中学生	人 数	5	0	0	212	217
	内併行通園児	1	0	0	81	82
高校生	人 数	29	0	0	71	100
	内併行通園児	0	0	0	16	16
不明・無回答	人 数	16	15	0	601	632
合 計	人 数	7,695	2,183	632	15,866	26,376
	内併行通園児	1,151	359	278	7,287	9,075

全体でみると0歳から5歳までの児童23,024人の34.4%にのぼる子どもが併行通園を行っているのかがわかる。四通園の種別ごとに見ると、知的通園15.0%、肢体通園16.4%、難聴通園44.0%、児童デイ 型45.9%である。

学齢児は基本的に併行通園となるので、それ以下の年齢での傾向としては、幼稚園への入園年齢となる3歳児を境に併行通園の比率は大きく異なり、0歳児の5.4%から5歳児の49.8%と、年齢が上がるほど増える。実態として考えると、子どもたちは通園施設と幼稚園や保育所など、日々違う場所に通っているという現状ともいえる。

さらにそれを種別ごとに考察すると難聴通園は4・5歳児では75%を超えており、児童デイ 型で70%近くまでに達している。また、肢体通園では、3歳児以降は20%から25%に増えていくが、知的通園は3割に満たない。

よって、知的通園、肢体通園は毎日通う場としての性格が強く、難聴通園、児童デイ 型は日々利用の傾向が高いと考えることができる。

[表6] 利用契約児童（措置児童も含む）の利用開始（措置開始）時点での年齢構成 <人数>

種別	就学前幼児								学齢児及び義務教育修了児				不明 無回答	合計
	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	計	6歳	7~15	16~18	計		
知的通園	40	324	1,436	3,399	1,469	538	94	7,300	5	47	8	60	335	7,695
肢体通園	166	817	565	399	114	59	14	2,134	2	0	0	2	47	2,183
難聴通園	107	127	178	132	60	27	1	632	0	0	0	0	0	632
児童デイ型	215	1,174	3,574	4,038	2,518	1,718	444	13,681	301	624	18	943	1,242	15,866
合計	528	2,442	5,753	7,968	4,161	2,342	553	23,747	308	671	26	1,005	1,624	26,376

就学前幼児の療育開始年齢について、0・1歳での比率では難聴通園37.0%と肢体通園が46.0%、2・3歳で難聴通園49.0%、肢体通園45.1%であり、3歳以下で通園を開始している。このことは、難聴通園は最近の聴覚スクリーニングの影響で難聴の早期発見が普及している現われとして、肢体通園は医療機関での早期診断に続いての入園など発見システムや医療との連携の機能によるものと思われる。一方、知的通園と児童デイ型では2～4歳で74.0～86.3%が利用開始している。

[表7] 利用契約児童及び措置児童の利用契約前の主な状況 <人数>

入園前の状況	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.医療機関に通っていた	537	528	105	1,957	3,127
2.保健所・保健センター(遊びの広場等)に通っていた	580	46	13	2,788	3,427
3.児童デイサービスに通っていた	1,294	32	7	790	2,123
4.現在の通園施設に通っていた(外来等)	1,632	916	286	599	3,433
5.他の通園施設に通っていた	571	114	54	400	1,139
6.保育所・幼稚園に通っていた	886	33	58	3,896	4,873
7.何処にも通っていなかった	1,088	236	75	2,164	3,563
8.その他	480	74	34	834	1,422
不明・無回答	627	204	0	2,438	3,269
合計	7,695	2,183	632	15,866	26,376

肢体通園と難聴通園では医療機関もしくは外来等で現在の通園に在籍していたこと、知的通園では利用契約以前に親が療育の必要性を感じて施設等に通い始めていることが示されている。児童デイ型では、保健所・幼稚園・保育所で発達に問題が指摘されていたらしいことが示されている。どの施設でも利用契約以前にどこにも関連していなかった事例は少ない。

[表8] 平成21年度（平成21年4月～22年3月）に契約終了・措置解除した児童の状況 <人数>

種別	A.就学	B.就園	C.他施設等へ	D.長期入院	E.在宅	F.死亡	G.その他	合計
知的通園	1,882	1,316	391	5	49	9	184	3,836
肢体通園	373	185	163	7	15	17	51	811
難聴通園	96	90	26	0	4	0	14	230
児童デイ型	2,709	1,299	830	4	35	5	844	5,726
合計	5,060	2,890	1,410	16	103	31	1,093	10,603

契約終了・措置解除の理由では、就学が42～50%と多いものの、集団生活への適応が可能、もしくは受け入れが可能になった状況で保育所・幼稚園に就園する事例が23～40%いることを示している。一方他施設への移行は10～20%である。以上をまとめると、契約終了・措置解除の理由が小学校への就学47.7%、保育所・幼稚園への就園27.2%、他施設への移行13.2%である。

[表9] 契約終了・措置解除後の進路先内訳

<人数>

契約終了・措置解除後の進路先		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計	
就 学	特別支援学校(知的)	小学部・校	883	24	4	345	1,256
		中学部・校	0	0	0	25	25
		高等部	0	0	0	17	17
	特別支援学校(肢体)	小学部・校	101	254	4	93	452
		中学部・校	0	0	0	4	4
		高等部	0	0	0	4	4
	特別支援学校(盲・聾)	小学部・校	20	6	1	12	39
		中学部・校	0	0	0	0	0
		高等部	0	0	0	0	0
	特別支援学級	小学部・校	695	72	35	927	1,729
		中学部・校	1	0	0	27	28
		高等部	0	0	0	1	1
	通常学級	小学部・校	147	17	52	1,235	1,451
		中学部・校	0	0	0	8	8
		高等部	0	0	0	7	7
不明・無回答		35	0	0	4	39	
計		1,882	373	96	2,709	5,060	
就 園	保育所	611	112	48	601	1,372	
	幼稚園	697	53	28	667	1,445	
	特別支援学校(知的)幼稚部	1	8	3	2	14	
	特別支援学校(肢体)幼稚部	0	4	0	2	6	
	特別支援学校(盲・聾)幼稚部	5	7	12	23	47	
	不明・無回答	1	1	0	4	6	
	計	1,315	185	91	1,299	2,890	
他 施設 等	他の通園(所)施設へ	304	127	24	493	948	
	他の児童デイへ	29	15	0	313	357	
	入所施設へ	15	8	1	14	38	
	不明・無回答	43	13	1	10	67	
	計	391	163	26	830	1,410	
合計		3,588	721	213	4,838	9,360	

[表10 - 1] 療育手帳・身体障害者手帳の所持状況

(知的通園)

<人数>

	所持しない	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明・無回答	計
所持しない	2,036	162	41	18	6	0	6		2,269
(最重度)	165	107	18	19	1	6	0		316
(A) 重度)	728	106	54	29	6	3	5		931
(中等度)	1,543	38	16	14	7	3	6		1,627
(B) 軽度)	1,678	16	11	9	5	5	3		1,727
不明・無回答								825	825
計	6,150	429	140	89	25	17	20	825	7,695

[表10 - 2] 〔肢体通園〕

<人数>

	所持しない	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明・無回答	計
所持しない	358	484	102	21	7	0	6		978
（最重度）	41	283	47	9	0	0	2		382
ㄥ 重度）	98	207	66	19	5	1	4		400
（中等度）	112	30	13	8	1	1	1		166
ㄨ 軽度）	91	27	10	0	0	3	0		131
不明・無回答								126	126
計	700	1,031	238	57	13	5	13	126	2,183

[表10 - 3] 〔難聴通園〕

<人数>

	所持しない	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明・無回答	計
所持しない	249	4	84	57	28	5	60		487
（最重度）	0	0	0	0	0	0	0		0
ㄥ 重度）	8	3	4	0	0	0	0		15
（中等度）	13	0	0	0	0	0	1		14
ㄨ 軽度）	18	2	1	2	0	0	1		24
不明・無回答								92	92
計	288	9	89	59	28	5	62	92	632

[表10 - 4] 〔児童デイ 型〕

<人数>

	所持しない	1級	2級	3級	4級	5級	6級	不明・無回答	計
所持しない	6,541	354	99	45	16	2	14		7,071
（最重度）	120	186	29	7	0	0	3		345
ㄥ 重度）	577	140	50	21	11	7	5		811
（中等度）	844	23	48	10	11	2	3		941
ㄨ 軽度）	964	30	18	15	8	2	3		1,040
不明・無回答								5,658	5,658
計	9,046	733	244	98	46	13	28	5,658	15,866

[表11 - 1] 療育手帳未所持児童数

<人数>

非所持の理由	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
未申請	1,618	572	57	3,905	6,152
非該当	318	82	233	2,879	3,512
理由不明	627	243	102	1,712	2,684
合計	2,563	897	392	8,496	12,348

[表11 - 2] 身体障害者手帳未所持児童数

<人数>

非所持の理由	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
未申請	405	278	5	1,357	2,045
非該当	3,912	241	274	5,164	9,591
理由不明	218	177	0	470	865
合計	4,535	696	279	6,991	12,501

不明・無回答を除いたデータによると、知的通園では、療育手帳は66.9%がもち、身障者手帳も持っている児童は10.5%である。また療育手帳も身障者手帳も所持していない児童は、29.6%である。

肢体通園では、療育手帳は52.4%がもち、身障者手帳も持っている児童は65.9%である。また療育手帳も身障者手帳も所持していない児童は、17.4%である。

難聴通園では、療育手帳は9.8%がもち、身障者手帳も持っている児童は46.7%である。また療育手帳も身障者手帳も所持していない児童は、46.1%である。

児童デイ型では、療育手帳は30.7%がもち、身障者手帳も持っている児童は11.4%である。また療育手帳も身障者手帳も所持していない児童は、64.1%である。

療育手帳の未所持の理由として、未申請と非該当が全体で73～80%である。

身障者手帳未所持は、知的通園では主に非該当が86.2%あり、肢体通園では未申請と非該当が74.5%である。難聴通園では98.2%が非該当、児童デイでは主に非該当が73.8%である。発達障害のように手帳自体がない、IQ70未満の難聴のように障害はあるが対象ではない、支援が必要な境界線レベルの知的障害など手帳の範囲に入らない支援の必要なこどもが少なくないことを示している。また、肢体通園や難聴通園には2歳未満の乳幼児が多く、手帳申請に至っていないことも考えられる。

[表11 別表1] 療育手帳・身体障害者手帳所持児童の状況

人数

	どちらかの手帳を所持する	どちらの手帳も所持しない	不明	総数
知的通園	4,834	2,036	825	7,695
	62.8%	26.5%	10.7%	100.0%
肢体通園	1,699	358	126	2,183
	77.8%	16.4%	5.8%	100.0%
難聴通園	291	249	92	632
	46.0%	39.4%	14.6%	100.0%
児童デイ	3,667	6,541	5,658	15,866
	23.1%	41.2%	35.7%	100.0%
合計	10,491	9,184	6,701	26,376
	39.8%	34.8%	25.4%	100.0%

[表11 別表2] 手帳未所持児童の状況

人数

	療育手帳				身体障害者手帳			
	未申請	非該当	理由不明	総数	未申請	非該当	理由不明	総数
知的通園	1,618	318	627	2,563	405	3,912	218	4,535
	63.1%	12.4%	24.5%	100%	8.9%	86.3%	4.8%	100%
肢体通園	572	82	243	897	278	241	177	696
	63.8%	9.1%	27.1%	100%	39.9%	34.6%	25.4%	100%
難聴通園	57	233	102	392	5	274	0	279
	14.5%	59.4%	26.1%	100%	1.8%	98.2%	0%	100%
児童デイ	3,905	2,879	1,712	8,496	1,357	5,164	470	6,991
	46.0%	33.9%	20.1%	100%	19.4%	73.9%	6.7%	100%
合計	6,152	3,512	2,684	12,348	2,045	9,591	865	12,501
	49.8%	28.4%	21.7%	100%	16.4%	76.7%	6.9%	100%



[表12 - 1] 利用契約児童（措置児童も含む）の障害状況

<人数>

障害状況	知的通園		肢体通園		難聴通園		児童デイ型		合計			
	主たる障害	重複障害	主たる障害	重複障害	主たる障害	重複障害	主たる障害	重複障害	主たる障害	重複障害		
知的障害	4,031	856	276	776	47	44	2,979	488	7,333	2,164		
発達障害	2,242	812	55	54	79	6	5,546	338	7,922	1,210		
てんかん	105	314	38	272	0	0	170	226	313	812		
肢体不自由	184	216	1,077	463	9	13	621	290	1,891	982		
聴覚障害	35	60	8	84	391	24	70	74	504	242		
視覚障害	19	56	6	130	1	0	32	66	58	252		
重症心身障害	173	61	503	227	1	3	305	104	982	395		
内部障害	循環器系	7	78	4	55	0	1	21	27	32	161	
	呼吸器系	人工呼吸器	1	2	0	24	0	0	2	10	3	36
		気管切開	1	25	3	62	0	1	29	38	33	126
		ネブライザー使用	0	3	0	41	0	0	0	18	0	62
		酸素使用	1	13	6	57	0	0	5	21	12	91
		吸引器使用	0	41	6	154	0	1	10	55	16	251
	消化器系	胃ろう	4	33	2	77	0	0	26	61	32	171
		経管栄養	3	40	15	136	0	0	8	42	26	218
		誤嚥が多い	0	12	0	67	0	0	11	21	11	100
	泌尿器系(導尿など)	2	8	6	17	0	0	9	14	17	39	
その他	311	29	69	23	84	0	842	22	1,306	74		
未診断	299	6	16	4	20	0	3,179	79	3,514	89		
不明・無回答	277	-	93	-	0	-	2,001	-	2,371	-		
合計	7,695	2,665	2,183	2,723	632	93	15,866	1,994	26,376	7,475		

発達障害とは、広汎性発達障害・注意欠陥/多動性障害・学習障害とします。

[表12 - 2] 利用契約児童（措置児童も含む）の障害状況の内訳

<人数>

障害状況内訳		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
肢体不自由	首の座りがない	68	179	0	93	340
	座位保持困難	81	319	0	188	588
	車椅子使用	94	319	9	179	601
聴覚	全ろう/測定不能	4	4	1	26	35
	補聴器装用	44	66	304	56	470
	人工内耳装用	11	0	99	7	117
視覚	全盲	17	33	0	20	70
	弱視	29	68	1	24	122
合計		348	988	414	593	2,343

[表13] 聴覚障害児童について

<人数>

	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
新生児聴覚スクリーニングで発見された難聴児	20	13	184	28	245

[表13 - 2] 聴力検査・補聴器調整について

<人数>

	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
施設で言語聴覚士が行う	11	10	14	6	41
医療機関等で行う	51	36	3	86	176
合計	62	46	17	92	217

本来は、知的障害と知的障害に他障害を合併する事例が多数を占めると推定されている。しかし、本調査では「知的障害」と判定すべき児童数と「発達障害」と判定する児童数がほぼ同数であることが示されている。

種別でみると知的通園では「知的障害」と「発達障害」の比率は2:1である。肢体通園では「発達障害」での判定による通園児は少ない。難聴通園では難聴以外の通園理由では、「知的障害」と「発達障害」の比率は1:2である。児童デイでは「知的障害」と「発達障害」の比率は2:1であり、知的障害と発達障害との関連は不明だが、軽度の知的障害を合併する発達障害（自閉症、PDD、多動）が多いのではないかとと思われる。

調査項目への回答をみると、「主たる障害」と重複障害との関連が統一されておらず、記入者により、「主たる障害」と「重複障害」を完全に分けた場合、「主たる障害」の中に「重複障害」を分けた場合、障害ごとに記入していると思われる場合（知的障害・発達障害に両方に含めている）など回答者の主観による記入が伺える。

重複障害の実態は不明であるが、少数ではあるが医療的ケアが不可欠な事例が肢体通園以外にも存在していることが示されている。特に児童デイ型は既に一元されている事業でもあり、診療所に併設されていることも大いに考えられ、内部障害を重複する児童も多くみられる。しかし、内部障害を主たる障害としている児童が通園に存在することに関しては、疑問が残る点でもある。

また、重症心身障害を含めた身体障害の程度が重い事例が少なからず通園に存在していることも示されている。また、各通園には視覚障害児が在籍し、主たる障害として52名、重複障害として250名が在籍しており、視覚障害への適切な対応が課題となっている。

聴覚障害では、難聴通園以外にも少なからず在籍しており、聴覚スクリーニングで早期発見された聴覚障害児の数が確実に全国的に増加していること、また人工内耳を装用する聴覚障害児が増えていることが確認でき、難聴通園以外でも適切に対応する体制を創ることが今後の課題である。

### 3. 併行通園の状況

[表14] 併行通園の状況（平成22年度10月1日現在の利用契約児童及び措置児童）

<人数>

併行通園の状況		保育所 在籍児	幼稚園 在籍児	通園施設 在籍児	児童デイ 在籍児	病院・医療機 関入院児	その他の機関 在籍児	不明・ 無回答	合 計
知的 通園	有り	68	58	30	33	0	17	-	206
	無し	85	89	105	95	124	96	-	594
	有りの場合(人数)	621	458	696	183	0	53	5,684	7,695
肢体 通園	有り	49	25	21	24	0	15	-	134
	無し	14	31	34	27	47	29	-	182
	有りの場合(人数)	277	70	223	84	0	58	1,471	2,183
難聴 通園	有り	16	14	4	1	0	2	-	37
	無し	0	1	6	9	11	7	-	34
	有りの場合(人数)	169	149	33	1	0	3	277	632
児童 デイ 型	有り	241	229	64	105	13	79	-	731
	無し	34	39	130	98	150	86	-	537
	有りの場合(人数)	3,777	3,345	270	1,160	29	1,164	6,121	15,866
合 計	有り	374	326	119	163	13	113	-	1,108
	無し	133	160	275	229	332	218	-	1,347
	有りの場合(人数)	4,844	4,022	1,222	1,428	29	1,278	13,553	26,376

事業所単位での併行通園の実態としては、知的通園の場合は幼稚園・保育園との併行利用が40%前後の施設で行われている。肢体通園では、70%を超える施設で、難聴通園は100%、児童デイでは85%ほどが実施している。

どのような状況なのか推察は難しいが、通園施設との間でも20%から40%実施されている。通園施設と児童デイの間では、難聴通園が10%と比較的少ないものの、知的通園で25%、肢体通園で47%、さらに児童デイ同士で52%も併行利用がある。契約日数が週2日と週3日など週内で交互に利用しているのかもしれない。

これらの状況から、それぞれが果たしている役割が地域の中で細分化されつつあることや、利用者・家族のニーズが多様化していることが伺え、「一元化」に向けて事業所の特性を明確にしていくことが求められていく。

併行通園児の数は「2. 児童の状況」と重なるためコメントは省略するが、不明・無回答を除いた保育園・幼稚園への併行通園児の比率（表14より算出）では、難聴通園と児童デイは90%程度、知的通園・肢体通園は50%程度であり、障害の程度や障害の状況が異なっていることの反映と考えられる。

#### 4. 親子通園の状況

[表15] 親子通園の実施形態

<施設数=延べ>

実施形態	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1. 全員を対象に毎日実施している	10	50	11	120	191
2. 全員を対象に特定の日に実施している	78	11	5	79	173
3. 一部を対象に毎日実施している	22	7	0	22	51
4. 一部を対象に特定の日に実施している	20	6	0	40	66
5. 新入園児を対象に一定期間のみ実施している	80	3	0	28	111
6. 必要に応じ随時実施している	44	3	0	47	94
7. 全く実施していない	16	1	0	26	43
8. その他	9	6	0	16	31
計	279	87	16	378	760

親子通園について、まったく実施していない事業所は、全体の5.7%強にとどまり、ほとんどが何らかの形で親子通園を実施している。難聴通園では未実施は0%、肢体通園では回答87%箇所のうち1箇所だけ(1.1%)である。

逆に全員・毎日は知的通園では3.6%だが、肢体通園で57.5%、難聴通園で68.8%、児童デイで31.7%となっている。一方知的通園は、「新入園児に一定期間」実施のところは他に比べて多く、28.7%で実施されているのが特徴である。

これらの背景には職員配置基準も大きくかわっていることが考えられるが、療育プログラムの内容との関連が大きいであろう。

[表16] 親子通園の実施目的

&lt;施設数=延べ&gt;

実 施 目 的	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合 計
1.保護者に対する指導援助の一環として	138	67	15	257	477
2.園と家庭の一環した療育による効果	125	61	15	228	429
3.親同士の交流	112	60	12	211	395
4.母子分離不安の除去	91	28	5	133	257
5.良好な親子関係の育成	123	60	14	218	415
6.介助の手伝い	8	16	0	35	59
7.その他	7	6	0	9	22
計	604	298	61	1,091	2,054

全体に共通するのは、保護者に対する指導援助の一環、園と家庭の一貫した療育、良好な親子関係の育成、親同士の交流、母子分離不安の除去の順番であること。

通園・児童デイの療育内容との関連が強いことと、種別にかかわらず親子での通園形態に重きを置いていることが特徴である。

通園・児童デイの役割のひとつに「家族支援」があげられているが、単に親子を分けて預かることで家族を支援するわけではなく、家族ぐるみで子どもの24時間の生活を共につくっていく取り組みに大きな意味がある。

[表17] 親子通園の実施内容

&lt;施設数=延べ&gt;

実 施 内 容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合 計
1.常に療育場面に参加	99	60	15	215	389
2.特定の療育場面に参加	83	19	2	97	201
3.訓練、指導方法等の学習会をもつ	78	46	12	134	270
4.カウンセリングの時間をもつ	61	19	7	130	217
5.環境整備(清掃、教材作り等)への参加	19	10	2	44	75
6.その他	18	8	3	24	53
計	358	162	41	644	1,205

知的通園で27.7%、一番多い肢体通園で37.0%が、「常に療育場面に参加」としている。これは、他の通園でも共通して多い。

「特定の療育場面に参加」「訓練・指導方法等の学習会」「カウンセリング」などが続いているが、難聴通園や肢体通園では「訓練・指導方法の学習会を持つ」が2番目に多い。

親子通園をしても常に子どもと一緒にというわけではなく、保護者向けのプログラムが実施されていることが分かる。

5. 家庭の状況

[表18] 家庭の状況

<人数>

世帯状況	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
両親世帯	6,885	1,997	508	13,176	22,566
母子世帯	484	111	111	895	1,601
父子世帯	34	3	5	58	100
祖父母・親戚が対応	16	17	1	188	222
その他	3	0	5	26	34
不明・無回答	273	55	2	1,523	1,853
計	7,695	2,183	632	15,866	26,376

家庭状況としては、両親世帯が圧倒的に多い。

母子世帯6.1%、父子世帯0.4%であり、祖父母が対応しているところも0.8%存在する。

親子通園などの療育プログラム上の特徴や、併行通園などの実態から推察しても、両親世帯でなければ通所できないことだろう。しかし、両親世帯でなければ利用できないとすれば、主体である子どもに本当に必要な療育が保障されているとは考えることができない。

原則的な親子療育プログラムの条件と同時に、ひとり親世帯の子どもが通園できる等の対応を考える必要がある。

6. 職員及びクラス編成

[表19] 職員の数と構成（平成22年10月1日現在）

<人数>

職種	A週30時間以上				B週14時間以上 30時間未満				C週14時間未満				Dその他			
	知的通園	肢体通園	難聴通園	児デイ	知的通園	肢体通園	難聴通園	児デイ	知的通園	肢体通園	難聴通園	児デイ	知的通園	肢体通園	難聴通園	児デイ
回答施設数	179	75	16	325	179	75	16	325	179	75	16	325	179	75	16	325
1. 施設長	166	55	12	221	3	2	0	11	1	2	0	16	4	8	1	30
2. 保育士	1,485	324	35	831	219	29	2	264	37	3	0	69	7	1	2	17
3. 児童指導員	549	98	11	381	70	6	0	155	5	3	0	90	9	3	0	16
4. 理学療法士	23	171	0	24	1	6	0	8	16	13	0	22	9	29	0	24
5. 作業療法士	41	107	0	32	6	7	0	15	12	19	0	42	20	17	0	22
6. 言語聴覚士	55	74	71	51	15	9	4	25	21	17	3	35	20	9	6	37
7. 医師	8	52	1	3	3	8	1	10	40	56	3	11	102	40	5	36
8. 看護師	52	181	0	33	26	18	0	22	13	6	0	15	2	18	1	4
9. 保健師	9	5	0	8	0	0	0	2	2	0	0	1	4	0	0	5
10. 心理士	51	28	1	55	12	6	0	26	23	3	0	35	16	3	0	25
11. ケースワーカー	20	23	0	9	3	3	0	3	1	2	0	3	11	12	6	0
12. コーディネーター	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
13. 栄養士	87	27	5	4	9	3	0	2	8	0	0	2	11	9	2	2
14. 調理員	134	42	6	13	112	19	2	17	26	5	1	3	4	14	1	5
15. 送迎運転手	101	25	1	14	84	9	0	23	17	4	0	14	10	3	0	1
16. 事務員	171	68	18	47	24	7	0	27	4	2	0	12	3	16	2	13
17. その他	41	22	5	65	54	4	0	28	23	7	1	28	18	12	0	37
計	3,000	1,307	166	1,791	641	136	9	638	249	142	8	398	251	194	26	275
1施設平均職員数	16.8	17.4	10.4	5.5	3.6	1.8	0.6	2.0	1.4	1.9	0.5	1.2	1.4	2.6	1.6	0.8

児童と直接処遇職員の比率（平成22年10月1日現在）

[表20] 利用定員との比率

<施設数>

種別/児:職	1:1	2:1	3:1	4:1	5:1	6:1	7:1	7~:1
知的通園	0	16	98	49	3	0	1	3
肢体通園	0	5	14	16	11	5	4	15
難聴通園	0	0	1	8	3	2	0	0
児童デイ型	10	70	76	72	28	6	4	12
合計	10	91	189	145	45	13	9	30

[知的通園] 第一種社会福祉事業として施設長、児童指導員、保育士のほかに栄養士や調理員、運転手、事務員、嘱託医等について配置および人数が設けられている。子どもの発達を保障する観点から児童指導員、保育士が全体の職員数の半数以上を占めている。また支援サービス向上のため基準外の心理士や障害の多様化、重複化に対応するためOT・PT・STなどの訓練士を常勤・非常勤で配置している施設もある。直接処遇職員の児童指導員、保育士については「週30時間以上」の常勤率で85.4%と高率である。処遇職員の比率は親元から離れて単独で通う児童が多いことから国の「4:1」の基準を上回る「3:1」が最も多い。

[肢体通園] 児童指導員、保育士、看護師、理学療法士又は作業療法士、その他医療法に規定する診療所として必要な職員の配置が定められている。現状の職員構成では保育士、児童指導員の処遇職員に次いで看護師が多い。医療的ハビリテーションのためのPT・OT・STを合わせると全体の26.9%となっている。また常勤の医師が52人配置されており医療的なケアが行き届いているものと思われる。処遇職員の比率は、保護者と同伴で通うことから「4:1」が最も多い。

[難聴通園] 最低基準で施設長、児童指導員、保育士、聴能訓練担当職員、言語訓練担当職員、栄養士、事務員、調理員、嘱託医等の配置が定められている。現状では言語訓練担当の言語聴覚士が全体の職員の中に占める割合で40.2%と一番多い。次いで子どもの育ちを支える保育士、児童指導員となっており他の通園に比べ限られた職種の中で専門的な指導が行われているものと思われる。また全職種の合計で「週30時間以上」が79.4%となっており他の通園施設に比べ常勤率が高くなっている。処遇職員の比率は、保護者と同伴で通うことから「4:1」が最も多い。

[児童デイ型] 4通園の中で唯一第二種社会福祉事業であり、施設や職員等の設置基準の細やかな規制がないことから比較的柔軟な職員配置がなされている。指定基準として子ども5人に対して1人の指導員・保育士とサービス管理責任者を置くことになっている。現状では保育士、児童指導員が職員全体の58.8%を占めておりサービス管理責任者については、「その他」に回答している施設もあると思われる。また対象児童が障害種別に限定されないことや手帳や診断等を要しないことから多様な障害に対応するためPT・OT・ST、看護師、心理士などが配置されている。ただし設置主体が社会福祉法人等に限られず「指定基準」を満たせばNPO等でも容易に設置、廃止が可能であることから、職員の「週30時間以上」の常勤率は57.7%となっている。処遇職員の比率は、「3:1」が最も多く次いで「4:1」となっている。

[表21] 療育形態について

<施設数=延べ>

種別	クラス療育	グループ療育	個別療育	合計
知的通園	165	74	72	311
肢体通園	57	41	40	138
難聴通園	11	9	13	33
児童デイ型	108	219	204	531
合計	341	343	329	1,013

療育形態について、知的通園、肢体通園は「クラス療育」が多い。次いで「グループ療育」と「個別療育」がほぼ同数である。難聴通園は、障害の特性からか「個別療育」が多く次いで「クラス療育」、「グループ療育」となっている。児童デイ型は、「グループ療育」が多く、次いで「個別療育」となっている。事業の規模からか「クラス療育」は全体の5分の1程度にとどまっている。

[表22] クラス編成の状況

<施設数>

種別	している	特にしていない	不明・無回答	合計
知的通園	176	3	0	179
肢体通園	55	17	3	75
難聴通園	12	3	1	16
児童デイ型	159	146	20	325
合計	402	169	24	595

クラス編成については、知的、肢体、難聴通園が大半の施設で「編成している」に対し児童デイ型では約半分にとどまっている。また「クラス編成の考え方」をみると各施設・事業ともに「年齢」が最も多く、知的通園、難聴通園、児童デイ型では次いで「発達段階」、肢体通園では次いで「障害」となっており、「入園年次」等も組み合わせて実施している施設もあると思われる。

[表23] クラス編成の考え方

<施設数=延べ>

種別	年齢	発達段階	入園年次	障害	その他	「している」施設実数
知的通園	113	105	37	82	23	176
肢体通園	45	18	12	20	4	55
難聴通園	9	5	0	4	3	12
児童デイ型	116	110	10	81	11	159
合計	283	238	59	187	41	402

[表24] クラス編成をしている場合、1クラスの子どもの人数

<クラス数>

種別	5人以下	6～8人	9～12人	13人以上	不明・無回答	合計
知的通園	43	285	386	77	3	794
肢体通園	19	60	88	20	41	228
難聴通園	21	23	8	0	0	52
児童デイ型	336	402	191	42	42	1,013
合計	419	770	673	139	86	2,087

1クラスあたりの子どもの数は知的通園の「9～12人」が半数近くを占め、次いで「6～8人」となっている。肢体通園も「9～12人」が最も多く次いで「6～8人」となっている。難聴通園は「6～8人」が最も多く、次いで「5人以下」となっており少人数制の編成となっている。児童デイ型も「6～8人」

が最も多く、次いで「5人以下」となっており少人数制のクラス編成となっている。

[表25] 1クラスの担任職員数

&lt;クラス数&gt;

種別	1人担任	2人担任	3～4人担任	その他	不明・無回答	合計
知的通園	6	202	541	34	11	794
肢体通園	29	72	66	22	39	228
難聴通園	4	20	27	1	0	52
児童デイ型	34	241	576	94	68	1,013
合計	73	535	1,210	151	118	2,087

1クラスの担任職員数について、知的通園、難聴通園、児童デイ型では「3～4人担任」が最も多く、次いで「2人担任」となっている。肢体通園は「2人担任」が多く、次いで「3～4人担任」となっている。表24と表25から知的通園は1クラス「9人～12人」を「3～4人担任」で肢体通園は1クラス「9～12人」を「2人担任」で難聴通園、児童デイ型では1クラス「6～8人」を「3～4人担任」で受け持つ園・事業所が多いと思われる。

[表26] 登園形態

&lt;施設数&gt;

種別	全員一律毎日登園	年齢や障害により登園日を指定	不明・無回答	合計
知的通園	108	32	39	179
肢体通園	20	26	29	75
難聴通園	2	8	6	16
児童デイ型	26	114	185	325
合計	156	180	259	595

登園形態をみると、知的通園では「全員一律毎日通園」が60.3%と多い反面、肢体通園、難聴通園、児童デイ型では「年齢や障害により登園日を指定」が「全員一律毎日通園」よりも多くなっている。

[表27] 指導形態

&lt;施設数&gt;

種別	全クラス同一時間帯	クラスによって異なる時間帯	不明・無回答	合計
知的通園	120	15	44	179
肢体通園	27	18	30	75
難聴通園	2	7	7	16
児童デイ型	50	84	191	325
合計	199	124	272	595

指導形態でも知的通園では「全クラス同一時間帯」が全体の67.0%と最も多く、肢体通園も知的通園ほどの偏りはないが「全クラス同一時間帯」が多い。これに対し難聴通園、児童デイ型は「クラスによって異なる時間帯」で指導しているが「全クラス同一時間帯」よりも上回っている。「不明・無回答」が全体の45.7%もあることから回答に苦慮している園・事業所がある。



[表28] 1日の指導時間

<クラス数>

種別	1時間未満	1～2時間未満	2～3時間未満	3～4時間未満	4～5時間未満	5～6時間未満	6時間以上	その他	不明無回答	合計
知的通園	0	2	53	84	367	214	57	4	13	794
肢体通園	5	11	24	46	101	27	2	8	4	228
難聴通園	0	3	28	4	15	2	0	0	0	52
児童デイ型	32	334	307	178	76	35	13	2	36	1,013
合計	37	350	412	312	559	278	72	14	53	2,087

1日の指導時間は知的通園、肢体通園では「4～5時間未満」がもっとも多く40%以上を占めて、知的通園は次いで「5～6時間未満」が27.0%となっており保育ベースの療育となっている。難聴通園は「2～3時間未満」、児童デイ型では「1～2時間未満」が最も多くなっており、各園・事業所の訓練や指導方法の違いからくるものと思われる。

[表29] 日常の療育における特別な「療育」や「プログラム」の実施状況

<施設数>

種別	実施している	特に実施していない	不明・無回答	合計
知的通園	124	53	2	179
肢体通園	41	31	3	75
難聴通園	8	7	1	16
児童デイ型	225	88	12	325
合計	398	179	18	595

各園・事業所ともに「日常の療育における特別な療育やプログラム」を用意し、さまざまな取り組みを行っている様子が窺える。

[表30] 日常の療育における特別な「療育」や「プログラム」の担当職員

<施設数>

種別	園・事業所の職員が担当する	外部に委託し、担当してもらう	非常勤職員のスーパーバイズを受けて、園・事業所の職員が担当する	合計
知的通園	84	55	12	151
肢体通園	28	17	3	48
難聴通園	7	1	0	8
児童デイ型	151	77	28	256
合計	270	150	43	463

その療育やプログラムの担当職員を見るとそれぞれ「園・事業所の職員が担当する」が最も多いが、知的通園や肢体通園、児童デイ型では次いで「外部に委託してもらう」が全体の30%あまりある。難聴通園は、ほとんどの施設が「園・事業所の職員が担当する」である。また知的通園、肢体通園、児童デイ型ではスーパーバイザーの指導を受けながら職員が実施している園・事業所もある。

## 7. 平成21年度 未契約児童を対象とした支援事業について

平成8年から始まった「障害者プラン」の中心的な支援事業であった「障害児(者)地域療育等支援事業」は、平成18年4月「障害者自立支援法」の施行に伴い、コーディネーターが行っていた地域生活支援事業は市町村事業として「障害者相談支援事業」に移行し、療育3事業(訪問療育、外来療育、施設支援)は、都道府県事業として「障害児等療育支援事業」となった。それまで、施設設備や施設機能を使った療育支援と専門機能を地域に持ち出し、障害のある児童、気になる児童や集団に馴染みにくい児童の地域での育ちを保障する社会資源として重要であったが、移行移行後の療育3事業の現状を調査した。

[表31 - 1] 障害児等療育支援事業について

&lt;施設数&gt;

種別	本事業を委託されている	本事業は実施していない	不明・無回答	合計
知的通園	67	108	4	179
肢体通園	38	33	4	75
難聴通園	4	12	0	16
児童デイ型	78	225	22	325
合計	187	378	30	595

[表31 - 2] 障害児等療育支援事業の委託状

&lt;施設数&gt;

種別	直接実施主体から委託されている	同一法人内から再委託を受け、実施している	他法人から再委託を受け、実施している	合計
知的通園	42	6	4	52
肢体通園	22	3	0	25
難聴通園	2	0	1	3
児童デイ型	30	7		38
合計	96	16	6	118

知的施設37.4%、肢体施設50.7%、難聴施設25.0%、児童デイ24.0%となっている。全体的には、実施している施設が31.4%(187カ所)、実施していない施設が、63.5%(378カ所)となっている。

[表32] 平成18年10月以降の療育3事業におけるコーディネイトについて

&lt;施設数&gt;

状況	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1. これまでと変わりなく、コーディネーターが調整している	19	12	2	14	47
2. 以前から、職員間で調整している	35	10	2	41	88
3. コーディネーターがいなくなり、職員間で調整している	5	4	0	3	12
4. コーディネーターがいなくなり、訪問療育や施設支援が出にくくなった。	3	0	0	0	3
5. コーディネーターがいなくなり、相談業務をする人手が不足している。	4	2	0	1	7
6. その他	0	8	0	9	17
合計	66	36	4	68	174

地域療育等支援事業の時から、Coは主に地域生活支援が主な活動であったので、療育3事業の調整は各施設内で独自に調整する機能を有していたことが伺うことが出来る。しかし、現実的には、Coが市町村事業に移行する中で、人手が不足した事には変わらない。

平成21年度障害児等療育支援事業の実績状況

ア) 訪問療育・外来療育事業の具体的内容について

[表33 - 1] 障害児等療育支援事業による療育指導の合計利用児童数 <人数>

利用児童数	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ	合計
障害児等療育支援事業による療育指導の利用児童数	7,520	5,130	116	3,945	16,711

[表33 - 1別表] 1施設当たりの利用人数 <人数>

施設	施設数	総利用児童数	1施設当たりの人数
知的通園	67	7,520	112,0
肢体通園	38	5,130	135,0
難聴通園	4	116	29,0
児童デイ	78	3,945	50,6

[表33 - 2] 利用児童の年齢構成（平成22年3月31日現在） <人数>

種別	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児 (年少)	4歳児 (年中)	5歳児 (年長)	小学生	中学生	高校生	不明・ 無回答	合計
知的通園	90	614	849	875	922	1,073	1,529	159	196	1,213	7,520
肢体通園	452	457	509	597	562	503	755	135	100	1,060	5,130
難聴通園	1	8	18	20	17	18	23	4	7	0	116
児童デイ型	56	355	641	606	537	553	536	63	57	541	3,945
合計	599	1,434	2,017	2,098	2,038	2,147	2,843	361	360	2,814	16,711

利用児童の年齢構成について、全体的には、小学生の利用が群を抜いているが、就学後の療育の継続を求めて、本事業を利用している事が伺える。0歳児の支援は、肢体通園が多く、医療支援の前段階での保護者支援の必要性があると考えられる。また、2歳～3歳児の多さから療育手帳の支給される前の乳幼児健診後の要支援とされる児童数の増加が伺うことが出来る。そして、知的通園では、就学前・年長児の多さから集団生活における戸惑いや幼児教育から学校教育への接続に向けた不安から、保育関係施設における相談の増加が伺うことが出来る。

[表33 - 3] 利用児童の所属（平成22年3月31日現在） <人数>

種別	保育所	幼稚園	在宅	児童デイ	通園	小学校	中学校	高校	不明・ 無回答	合計
知的通園	1,429	863	1,752	103	93	1,464	154	194	1,468	7,520
肢体通園	1,521	568	1,577	79	162	758	135	99	231	5,130
難聴通園	29	23	41	0	6	7	3	7	0	116
児童デイ型	873	702	951	293	137	418	51	52	468	3,945
合計	3,852	2,156	4,321	475	398	2,647	343	352	2,167	16,711

年齢構成では、小学生以上の児童が、3,342人（20.0%）となっている。所属先では、就学前の児童が大半を占めている。

[表33 - 4] 利用児童の利用開始時の年齢

&lt;人数&gt;

種 別	0～1歳未満	1～2歳未満	2～3歳未満	3～4歳未満	4～5歳未満	5～6歳未満	6歳以上	不明・無回答	合 計
知的通園	130	683	976	787	979	325	1,282	2,358	7,520
肢体通園	359	448	491	451	344	270	541	2,226	5,130
難聴通園	8	13	40	18	20	12	5	0	116
児童デイ型	90	625	935	569	357	330	407	632	3,945
合 計	587	1,769	2,442	1,825	1,700	937	2,235	5,216	16,711

1歳から4歳未満が、約4割近くを占め、2割近くが就学年齢後からの利用となっていることから、乳幼児健診後のフォローアップと就学前後の特別支援教育の必要性から増加していることが伺える。

[表33 - 5] 利用児童への支援内容

&lt;施設数=延べ&gt;

種 別	知的障害に関する支援	発達障害に関する支援	肢体不自由に関する支援	聴覚障害に関する支援	視覚障害に関する支援	重症心身障害に関する支援	その他	合 計
知的通園	54	52	24	11	6	18	10	175
肢体通園	24	23	28	4	4	23	3	109
難聴通園	1	1	1	2	0	1	2	8
児童デイ型	39	42	27	13	8	22	6	157
合 計	118	118	80	30	18	64	21	449

発達障害とは、広汎性発達障害・注意欠陥/多動性障害・学習障害とします。

施設種別の専門的な支援は勿論のこと、通園施設の利用が充分でない発達障害のある児童への支援が多くあり、発達障害のある児童の受け入れ先となっていることも伺うことが出来る。

## イ) 訪問療育・外来療育事業の役割について

[表34] 訪問療育・外来療育事業の役割

&lt;施設数=延べ&gt;

役 割	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合 計
1.乳幼児健診の事後支援	34	13	0	25	72
2.待機児対策	26	9	0	11	46
3.障害理解への援助とカウンセリング等	36	21	3	25	85
4.発達等に不安を持つ保護者への相談	45	24	3	34	106
5.専門職種(PT,OT,ST)による各種の療育支援	27	25	1	29	82
6.その他	9	5	1	5	20
合 計	177	97	8	129	411

成長・発達等に不安を持つ保護者への相談支援が大きな比重を占めており、その後の専門的な支援内容の充実にも期待感が感じられる。

ウ) 施設支援について

[表35 - 1] 施設支援の実施施設先

<施設数=延べ>

実施先	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1. 保育所	45	25	2	42	114
2. 幼稚園	43	22	2	39	106
3. 学 校	27	23	1	21	72
4. 保健機関	18	7	0	15	40
5. 知的障害児通園施設	5	7	2	6	20
6. 肢体不自由児通園施設	1	2	2	4	9
7. 難聴幼児通園施設	1	0	0	1	2
8. 児童デイサービス	9	9	1	16	35
9. その他	14	13	1	9	37
合 計	163	108	11	153	435

保育所、幼稚園で、半数を超えることから、集団保育における困難事例の多さが伺える。

[表35 - 2] 主な支援内容

<施設数=延べ>

支援内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1. 障害特性の理解	42	26	3	36	107
2. 療法・プログラムの研修	22	14	1	24	61
3. 問題行動等に関する対応	43	22	2	41	108
4. 保護者対応について	37	20	2	32	91
5. 環境設定に関するアドバイス	35	25	1	37	98
6. その他	7	7	2	4	20
合 計	186	114	11	174	485

問題行動等に関する対応や障害特性の理解など、個々の子ども達への理解を深めるための考え方や支援の仕方が望まれている。

表36・表37に示す結果は、通園施設が果たしている現状把握として、障害児等療育支援事業以外の療育支援や居宅支援の調査を実施した。

[表36] 障害児等療育支援事業以外の未契約児童の事業について

<施設数>

種 別	実施した	実施しなかった	不明・無回答	合計
知的通園	84	76	19	179
肢体通園	33	33	9	75
難聴通園	6	7	3	16
児童デイ型	73	186	66	325
合 計	196	302	97	595

[表37] 未契約児童を対象とした事業の内容別実施状況

<施設数=延べ>

事業内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.家庭訪問指導等	13	10	1	19	43
2.園外の療育相談・発達診断・個別療育等	26	11	1	28	66
3.園内の療育(個別及び集団での療育)の開設等	49	17	3	32	101
4.保育所・幼稚園等への指導援助	35	17	3	42	97
5.地域療育グループ健診後のフォロー教室等への指導援助	24	5	1	27	57
6.園外の肢体不自由児等の訓練事業	4	5	2	8	19
7.障害に関する講演・講義	36	14	5	29	84
8.保護者会等の団体の開催する催しへの人的支援	13	8	1	15	37
9.学校行事等への人的支援	3	2	0	6	11
10.その他	20	5	3	12	40
「実施した」施設数	84	33	6	73	196

障害児等療育支援事業以外の療育支援や居宅支援事業の調査をする中で、通園関係施設の果たしている現状と今後の展望のヒントを得るために調査を行った。

結果として、内容的には、療育3事業とほぼ同じ事業を実施（園内療育：個別及び集団での療育を開設、園外療育：園外における療育相談・発達相談・個別療育等、施設支援：保育所・幼稚園への指導援助）しており、総実施回数84.4%を行い、また総対象実人数の81.5%を占めている。そして、担当職員や利用者負担についてもそれぞれの施設努力に依るところが多くある。

[表37 別表 - 1] 障害児等療育支援事業以外の未契約児童へ実施した事業内容

実施内容	家庭訪問指導等				園外の療育相談 発達診断・個別療育等				園内の療育の開設等 (個別及び集団での療育)				保育所、幼稚園等への 指導援助					
	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型		
実施回数(回)	935	1,038	12	381	2,912	6,130	51	742	29,745	19,442	15,095	7,067	2,075	889	116	1,583		
対象実人員(人)	129	161	12	275	2,037	1,317	153	1,598	29,056	17,425	1,847	7,301	4,970	2,751	59	3,508		
実施施設数	13	10	1	19	26	11	1	28	49	17	3	32	35	17	3	42		
施設当たりの平均実人数(人)	9.9	16.1	12	14.5	78.3	119.7	153.0	57.1	593.0	1,025	615.7	228.2	142	161.8	19.0	83.5		
担当職員	これらの事業のために担当職員を雇用している	3	1	1	5	7	2	0	6	11	3	2	10	5	2	0	8	
	特に雇用していないが専任担当職員を置いている	1	3	0	3	4	3	0	9	9	3	0	3	6	2	0	9	
	専任者を置かず、内部のやりくりで事業を実施している	8	6	0	6	13	6	1	7	29	11	1	15	22	12	3	20	
	不明・無回答	1	0	0	5	2	0	0	6	0	0	0	4	2	1	0	5	
財源	公費補助	あり	2	4	0	7	13	4	0	8	16	4	0	17	9	3	0	19
	なし	7	3	1	8	8	4	1	14	26	10	2	10	20	7	1	14	
利用者負担	不明・無回答	4	3	0	4	5	3	0	6	7	3	1	5	6	7	2	9	
	有料	1	0	0	1	2	0	0	3	18	4	1	4	2	0	0	1	
	無料	10	9	1	14	21	9	1	19	27	10	1	23	28	15	2	31	
	不明・無回答	2	1	0	4	3	2	0	6	4	3	1	5	5	2	1	10	

[表37 別表 - 2]

実施内容		地域療育グループ健診後の フォロー教室等への指導援助				園外の肢体不自由児等の 訓練事業				障害に関する講演・講義				保護者会等の団体の開催 する催しへの人的支援				
		知的 通園	肢 体 通園	難 聴 通園	児 童 デ イ 型	知的 通園	肢 体 通園	難 聴 通園	児 童 デ イ 型	知的 通園	肢 体 通園	難 聴 通園	児 童 デ イ 型	知的 通園	肢 体 通園	難 聴 通園	児 童 デ イ 型	
実施回数(回)		589	90	11	370	3,677	3,051	1,238	71	255	60	16	151	120	70	2	65	
対象実人員(人)		2,829	208	100	1,208	318	446	198	2,449	1,250	740	0	540	591	356	126	417	
実施施設数		24	5	1	27	4	5	2	8	36	14	5	29	13	8	1	15	
1施設当たりの平均実人数(人)		117.8	41.6	100	44.7	79.5	89.2	99	306.1	34.7	52.9	0	18.6	45.5	44.5	126	27.8	
担当職員	これらの事業のために担当職員を雇用している	2	1	0	5	2	1	0	2	5	3	1	6	1	1	0	2	
	特に雇用していないが専任担当職員を置いている	6	0	0	6	0	1	1	0	5	1	0	5	3	0	1	1	
	専任者を置かず、内部のやりくりで事業を実施している	15	4	1	9	1	3	1	5	24	10	4	10	7	7	0	7	
	不明・無回答	1	0	0	7	1	0	0	1	2	0	0	8	2	0	0	5	
財源	公費補助	あり	10	1	0	10	1	2	1	1	10	1	1	15	1	1	0	4
		なし	8	1	0	11	1	2	1	5	21	9	2	10	9	5	1	8
		不明・無回答	6	3	1	6	2	1	0	2	5	4	2	4	3	2	0	3
	利用者負担	有料	1	0	0	1	2	2	1	0	7	0	0	2	0	0	0	0
		無料	20	3	1	21	1	3	1	4	26	11	4	20	10	6	1	10
		不明・無回答	3	2	0	5	1	0	0	4	3	3	1	7	3	2	0	5

[表37 別表 - 3]

実施内容		学校行事等への人的支援				その他				
		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	
実施回数(回)		0	0	0	5	1,567	840	1,161	220	
対象実人員(人)		0	0	0	0	3,156	195	30	691	
実施施設数		3	2	0	6	20	5	3	12	
1施設当たりの平均実人数(人)		0	0	0	0	157.8	39	10	57.6	
担当職員	これらの事業のために担当職員を雇用している	0	0	0	1	2	0	0	1	
	特に雇用していないが専任担当職員を置いている	0	0	0	0	5	0	0	1	
	専任者を置かず、内部のやりくりで事業を実施している	1	1	0	0	11	5	3	9	
	不明・無回答	2	1	0	5	2	0	0	1	
財源	公費補助	あり	0	0	0	2	10	0	1	2
		なし	2	1	0	3	7	4	1	9
		不明・無回答	1	1	0	1	3	1	1	1
	利用者負担	有料	0	0	0	0	4	0	1	2
		無料	1	1	0	1	11	4	1	9
		不明・無回答	2	1	0	5	5	1	1	1

結果として、表36に示す「実施した」と回答した施設・事業所は、療育3事業とほぼ同じ内容の支援を実施（園内療育：個別及び集団での療育を開設、園外療育：園外における療育相談・発達相談・個別療育等、施設支援：保育所・幼稚園への指導援助）しており、その総実施回数の84.4%、また総対象人数の81.5%を占めている結果であった。そして、その担当職員や利用者負担については、それぞれの施設努力に依るところが多くあった。通園関係施設が果たしている現状を裏付ける結果であり、今後の展望のヒントとなる。

都道府県事業となった「障害児等療育支援事業」の受託施設と総合すると、今後の児童発達支援センターに付帯し、期待できる内容とも考えることができる。そのような社会資源としての機能や給付形態の検討が重要となる。



8. 関係機関との連携

[表38] 関係機関との連携〔児童相談所〕

<施設数>

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.入退所に関する協議	145 81.0%	55 73.3%	13 81.3%	40 12.3%	253 42.5%
2.定期的な連絡協議会の開催	56 31.3%	19 25.3%	7 43.8%	38 11.7%	120 20.2%
3.児童相談所職員の巡回指導、相談	29 16.2%	12 16.0%	1 6.3%	47 14.5%	89 15.0%
4.学習会 研修会等の交流	35 19.6%	9 12.0%	1 6.3%	58 17.8%	103 17.3%
5.その他	14 7.8%	7 9.3%	1 6.3%	53 16.3%	75 12.6%
延べ施設数	280	103	24	237	641
実施施設数	179	75	16	325	595

「児童相談所との連携」は、知的通園では前年と比較するとすべての連携内容に関して僅少している。今後、通所サービスの実施主体が都道府県から市町村へ移管となれば、児童相談所の関与はかなり低下することが予想される。しかし、通所サービス自体がまだまだ不足していることや、都道府県・市町村ごとに非常に大きな設置格差やサービス内容での地域格差があることなどから、都道府県単位の重層的な発達支援体制の構築が求められている。特に通園施設の無い地域での発達支援の要は児童デイサービス事業と考えられるが、運営基盤が脆弱で、専門性や受け入れ能力にも限界があるため、児童相談所との連携は今後ますます必要になってくると思われる。

[表39] 関係機関との連携〔保健所〕

<施設数>

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.各種の健診への参加	22 12.3%	8 10.7%	2 12.5%	46 14.2%	78 13.1%
2.健診の事後指導(保健師からの紹介等)	62 34.6%	34 45.3%	7 43.8%	150 46.2%	253 42.5%
3.定期的な連絡協議会の開催	47 26.3%	13 17.3%	2 12.5%	78 24.0%	140 23.5%
4.保健師の巡回指導 相談	22 12.3%	10 13.3%	1 6.3%	54 16.6%	87 14.6%
5.学習会 研修会等の交流	52 29.1%	17 22.7%	4 25.0%	80 24.6%	153 25.7%
6.その他	32 17.9%	9 12.0%	3 18.8%	43 13.2%	87 14.6%
延べ施設数	216	84	18	406	721
実施施設数	179	75	16	325	595

「保健所との連携」では、「健診の事後指導（保健師からの紹介など）」は全体で253施設（42.5%）と高い割合を示しているが、「各種健診への参加」の施設数は78施設（13.1）と少し低い割合となっている。早期発見・早期療育には保健所との連携が重要であり、今後ますますの連携の促進と充実を図っていききたい課題である。

[表40] 関係機関との連携〔福祉事務所〕

&lt;施設数&gt;

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.入退所に関する協議	35 19.6%	9 12.0%	1 6.3%	61 18.8%	106 17.8%
2.定期的な連絡協議の開催	31 17.3%	9 12.0%	1 6.3%	59 18.2%	100 16.8%
3.学習会 研修会等の交流	22 12.3%	9 12.0%	0 0.0%	47 14.5%	78 13.1%
4.その他	32 17.9%	9 12.0%	3 18.8%	29 8.9%	73 12.3%
延べ施設数	120	36	5	197	357
実施施設数	179	75	16	325	595

「福祉事務所との連携」では、全体的に15%程度が連携を取っている。

[表41] 関係機関との連携〔保育所・幼稚園・認定子ども園〕

&lt;施設数&gt;

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.交流保育の実施	120 67.0%	40 53.3%	4 25.0%	96 29.5%	260 43.7%
2.施設から転園した子どものフォローアップ	121 67.6%	47 62.7%	11 68.8%	131 40.3%	310 52.1%
3.障害児保育の指導 助言	92 51.4%	38 50.7%	11 68.8%	191 58.8%	332 55.8%
4.学習会 研修会等の交流	81 45.3%	30 40.0%	8 50.0%	133 40.9%	252
5.各種発達検査の実施及び報告・助言	22 12.3%	9 12.0%	3 18.8%	79 24.3%	113 19.0%
6.その他	14 7.8%	6 8.0%	4 25.0%	34 10.5%	58 9.7%
延べ施設数	332	132	39	570	1,066
実施施設数	179	75	16	325	595

「保育所・幼稚園・認定こども園との連携」では、「障害児保育の指導、助言」が332施設（55.8%）と最も高く、今後新たに創設される「保育所等訪問支援」に十分即応できる環境にあると判断できる。ただし、「保育所等訪問支援」については個人給付型であるため、現在の「障害児等療育支援事業」との二本立ての支援・連携が非常に重要である。個別には、難聴通園が延べ39施設と極めて高い割合を示している。

[表42] 関係機関との連携〔学校〕

<施設数>

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.入学した子どものフォローアップ	133 74.3%	53 70.7%	9 56.3%	161 49.5%	356 59.8%
2.学習会、研修会等の交流	65 36.3%	30 40.0%	6 37.5%	93 28.6%	194 32.6%
3.放課後・長期休暇に支援している児童に関する情報交換	19 10.6%	6 8.0%	1 6.3%	57 17.5%	83 13.9%
4.各種発達検査の実施及び報告・助言	14 7.8%	8 10.7%	3 18.8%	42 12.9%	67 11.3%
5.特別支援教育の支援	19 10.6%	25 33.3%	3 18.8%	54 16.6%	101 17.0%
6.その他	25 14.0%	7 9.3%	3 18.8%	37 11.4%	72 12.1%
延べ施設数	143	77	17	284	518
実施施設数	179	75	16	325	595

「学校との連携」では、各種別とも「入学した子どものフォローアップ」が極めて高い割合を示している。また、「放課後・長期休暇に支援している児童に関する情報交換」については、今後新たに「放課後等デイサービス」が創設されることから、定期的な情報交換会を開催するなどして、より充実した連携が期待されることである。個別には、肢体通園において「特別支援教育の支援」が25施設（33.3%）と高く、支援する機関が他に少なく、通園施設が担っている状況が伺える。

[表43] 関係機関との連携〔病院・医療機関（リハビリセンター等を含む）〕

<施設数>

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.園内に病院・診療所が併設されるなど日常的な連携がある	30 16.8%	51 68.0%	12 75.0%	20 6.2%	113 19.0%
2.医師その他の専門職員の派遣もしくは巡回指導がある	36 20.1%	9 12.0%	0 0.0%	73 22.5%	118 19.8%
3.大学病院・総合病院に嘱託医を委嘱している	25 14.0%	14 18.7%	5 31.3%	22 6.8%	66 11.1%
4.利用児童の通う病院の主治医と連絡をとっている(経過の報告等)	68 38.0%	32 42.7%	5 31.3%	113 34.8%	218 36.6%
5.医療的なケアを受けているケースについて、定期的に直接アドバイスを受けている(年1回以上)	37 20.7%	14 18.7%	1 6.3%	54 16.6%	106 17.8%
6.その他	20 11.2%	2 2.7%	3 18.8%	34 10.5%	59 9.9%
延べ施設数	187	72	15	297	568
実施施設数	179	75	16	325	595

「病院・医療機関との連携」では、「園内に病院・診療所が併設されるなど日常的な連携がある」については、やはり肢体通園が51施設（68.0%）難聴通園が12施設（75.0%）というように医療体制が充実している。今後の施設の一元化に向けては医療機関との連携が不可欠なところであり、早急な整備が望まれるところである。

[表44] 関係機関との連携〔地域自立支援協議会〕

&lt;施設数&gt;

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.全体会の構成メンバー	45	17	3	65	130
	25.1%	22.7%	18.8%	20.0%	21.8%
2.専門部会の構成メンバー (子ども、子育て・療育・発達支援関係の部会)	61	24	2	108	195
	34.1%	32.0%	12.5%	33.2%	32.8%
3.事務局メンバー	7	4	1	10	22
	3.9%	5.3%	6.3%	3.1%	3.7%
4.その他	11	3	2	13	29
	6.1%	4.0%	12.5%	4.0%	4.9%
延べ施設数	125	49	8	197	377
実施施設数	179	75	16	325	595

「地域自立支援協議会との連携」については、何らかの形で協議会の構成メンバーになっているのが、全体で377施設となっている。今後実施主体が市町村に移管となれば、地域格差がさらに広がる危険性もあり、また、地域特性に応じたきめ細やかな発達支援施策を実現させていくためにも、自立支援協議会との連携は不可欠なものであり積極的に推進していく必要がある。

[表45] 関係機関との連携〔相談支援事業所〕

&lt;施設数&gt;

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.サービス調整・個別支援会議	44	15	2	63	124
	24.6%	20.0%	12.5%	19.4%	20.8%
2.契約児童に関する情報提供	46	11	1	101	159
	25.7%	14.7%	6.3%	31.1%	26.7%
3.その他	11	5	2	19	37
	6.1%	6.7%	12.5%	5.8%	6.2%
延べ施設数	102	31	5	184	320
実施施設数	179	75	16	325	595

「相談支援事業所との連携」については、延べ320施設が何らの連携を持っている。障害児の支援では、対象児とその家族の支援ニーズを把握し、必要なサービスを地域資源も含めて判断、確保、提供するケアマネジメント機能が求められる。よって、相談支援事業所との連携は今後ますます重要なものになると思われる

[表46] 関係機関との連携〔福祉課(市町村)〕

&lt;施設数&gt;

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.サービス調整・個別支援会議	52	14	0	89	155
	29.1%	18.7%	0.0%	27.4%	26.1%
2.サービス供給に関する協議	43	20	0	129	192
	24.0%	26.7%	0.0%	39.7%	32.3%
3.その他	18	6	2	19	45
	10.1%	8.0%	12.5%	5.8%	7.6%
延べ施設数	114	40	2	238	393
実施施設数	179	75	16	325	595

「福祉課との連携」については、今後3通園の実施主体が市町村に移管となれば、全施設がその対象となり、最も身近な自治体による地域特性に応じたきめ細やかな対応が期待される。しかし、通園施設は障害保健福祉圏域もしくは都道府県全域を対象としているところが多い状況下において、実施主体が市町村になることにより、設置市在住の子どもが優先されたり、他市希望者の利用が困難になったりしないよう何らかの調整機能が必要と考えられる。

[表47] 関係機関との連携〔在宅介護事業所〕

<施設数>

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1. サービス調整・個別支援会議	11 6.1%	10 13.3%	0 0.0%	18 5.5%	39 6.6%
2. 契約児童に関する情報提供	24 13.4%	12 16.0%	0 0.0%	30 9.2%	66 11.1%
3. その他	8 4.5%	1 1.3%	1 6.3%	10 3.1%	20 3.4%
延べ施設数	43	23	1	58	125
実施施設数	179	75	16	325	595

「居宅介護事業所との連携」については、現在、サービス内容として、ホームヘルパーによる身体介護・家事援助・重度訪問介護や移動支援などを行っているが、今後は特に「放課後児童デイサービス」の創設に伴い、移動支援の需要増が期待される分野である。

[表48] 関係機関との連携〔発達支援ネットワーク〕

<施設数>

連携内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1. 参加している	41 22.9%	7 9.3%	2 12.5%	66 20.3%	116 19.5%
2. 相談・支援の連絡調整	16 8.9%	6 8.0%	0 0.0%	36 11.1%	58 9.7%
3. 地域生活支援の相談	5 2.8%	1 1.3%	0 0.0%	8 2.5%	14 2.4%
4. その他	4 2.2%	0 0.0%	1 6.3%	9 2.8%	14 2.4%
延べ施設数	66	14	3	119	202
実施施設数	179	75	16	325	595

「発達支援ネットワークとの連携」については、今後の一元化に伴い、通園施設等が中心となって地域ネットワークを構築していくということが大きな課題としてあるように思うが、すでに116施設（19.5%）と約2割の施設が地域のネットワークに参加している状況であった。障害児の支援は、「気になる」からはじまり、親の障害受容、発達支援、家族支援、学校への移行、思春期の問題解決など継続した支援や移行期における支援が特に大切であり、保健、医療、福祉、教育等の各分野からの幅広いネットワークづくりに留意しなければならない。

## 9. 子育て支援・地域支援について

[表49] 短期入所事業について

&lt;施設数&gt;

種別	単独で実施している	法人で実施している	実施していない	不明・無回答	合計
知的通園	1 0.6%	27 15.1%	131 73.2%	20 11.2%	179 100.0%
肢体通園	7 9.3%	11 14.7%	46 61.3%	11 14.7%	75 100.0%
難聴通園	2 12.5%	1 6.3%	13 81.3%	0 0.0%	16 100.0%
児童デイ型	3 0.9%	37 11.4%	238 73.2%	47 14.5%	325 100.0%
合計	13 2.2%	76 12.8%	428 71.9%	78 13.1%	595 100.0%

「短期入所事業」については、単独もしくは法人で実施しているところが89施設（14.9%）あり、そのうち児童デイ型が大半は法人実施であるが40施設と、約半分を占める結果であった。

[表50] 日中一時支援事業について

&lt;施設数&gt;

種別	単独で実施している	法人で実施している	実施していない	不明・無回答	合計
知的通園	23 12.8%	36 20.1%	104 58.1%	16 8.9%	179 100.0%
肢体通園	11 14.7%	12 16.0%	41 54.7%	11 14.7%	75 100.0%
難聴通園	3 18.8%	1 6.3%	12 75.0%	0 0.0%	16 100.0%
児童デイ型	15 4.6%	55 16.9%	206 63.4%	49 15.1%	325 100.0%
合計	52 8.8%	104 17.5%	363 61.0%	76 12.7%	595 100.0%

「日中一時支援事業」については、単独もしくは法人で実施しているところが156施設（26.1%）であった。今後「放課後児童デイサービス」の創設により、事業目的は異なるが移行する事業所があるのかどうか推移を見ていきたいところである。

[表51] 市町村地域生活支援事業について

<施設数=延べ>

事業内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.相談支援事業を実施している	36 20.1%	12 16.0%	1 6.3%	44 13.5%	93 15.6%
2.コミュニケーション支援事業を実施している	3 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 1.5%	8 1.3%
3.日常生活用具給付事業を実施している	1 0.6%	2 2.7%	0 0.0%	3 0.9%	6 1.0%
4.移動支援事業を実施している	5 2.8%	0 0.0%	0 0.0%	22 6.8%	27 4.5%
5.地域活動支援センター機能強化事業を実施している	1 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	6 1.8%	7 1.2%
延べ施設数	46	14	1	80	141
実施施設数	179	75	16	325	595

「市町村地域生活支援事業」については、相談支援事業を実施しているところが93施設（15.6%）あり、そのうち児童デイ型で実施しているところが44施設（13.5%）と一番多かった。対象児や家族の困難さを受け止め、適切な助言、情報提供及び支援機関への橋渡しなどを行う相談支援機能は、子どもの発達支援を有効にするために必要不可欠なものである。新たに創設される「障害児相談支援事業」をきっかけに整備されていくことを期待したい。

[表52 - 1] その他の具体的な支援策について

<施設数=延べ>

支援内容	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
回答対象施設	179	75	16	325	595
1.早朝預かりをしている	40 22.3%	1 1.3%	0 0.0%	23 7.1%	64 10.8%
2.延長預かりをしている	48 26.8%	2 2.7%	0 0.0%	31 9.5%	81 13.6%
3.他の支援事業者を紹介している	54 30.2%	11 14.7%	0 0.0%	68 20.9%	133 22.4%
4.送迎バスの乗降配慮をしている	95 53.1%	18 24.0%	1 6.3%	65 20.0%	179 30.1%
5.休日預かりをしている	11 6.1%	1 1.3%	0 0.0%	9 2.8%	21 3.5%
6.その他	7 3.9%	1 1.3%	0 0.0%	12 3.7%	20 3.4%

[表52 - 2] 早朝預かりの実施状況

&lt;施設数&gt;

実施状況		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
有料		11	0	0	15	26
無料		29	1	0	8	38
不明・無回答		0	0	0	0	0
時間帯	6時～	0	0	0	0	0
	7時～	6	0	0	4	10
	8時～	30	1	0	15	46
	不明・無回答	4	0	0	4	8
実施施設数		40	1	0	23	64

[表52 - 3] 延長預かりの実施状況

&lt;施設数&gt;

実施状況		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
有料		20	0	0	20	40
無料		27	2	0	7	36
不明・無回答		1	0	0	4	5
時間帯	～18時	34	1	0	20	55
	18～19時	5	0	0	5	10
	19～20時	1	0	0	0	1
	20時～	0	0	0	1	1
不明・無回答		8	1	0	5	14
実施施設数		48	2	0	31	81

[表52 - 4] 送迎バス乗降配慮の実施状況

&lt;施設数&gt;

実施状況		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
有料		6	1	0	36	43
無料		83	17	1	22	123
不明・無回答		6	0	0	7	13
合計		95	18	1	65	179

[表52 - 5] 休日預かりの実施状況

&lt;施設数&gt;

実施状況		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
有料		8	1	0	9	18
無料		3	0	0	0	3
不明・無回答		0	0	0	0	0
合計		11	1	0	9	21

各法人、施設、事業所で実施している子育て・家族支援について、選択してもらった。また、その選択肢毎の詳細に関しても回答を得た。

結果、通園時間枠の拡大、休日の開園などのサービス枠の拡大等を行っていた。

時間の延長に関しては、知的通園で20%以上、児童デイで10%程度が実施していた。時間的には、サービス提供時間の前後1時間が最も多かった。料金の徴収に関しては、表のようになっている。

保護者や兄弟児等のバス利用に関しては、知的通園の半数以上が行い、肢体通園、児童デイ型で、20%程度がおこなっていた。

休日の開園を行っている施設は、全体で3.5%程度であった。



[表53 - 1] 放課後児童クラブについて

<施設数>

種 別	実施していない	実施している	不明・無回答	合 計
知的通園	148	8	23	179
	82.7%	4.5%	12.8%	
肢体通園	59	0	16	75
	78.7%	0.0%	21.3%	
難聴通園	11	1	4	16
	68.8%	6.3%	25.0%	
児童デイ 型	221	34	70	325
	68.0%	10.5%	21.5%	
合 計	441	43	114	595
	74.2%	7.2%	19.1%	

[表53 - 2] 放課後児童クラブの実施状況

<施設数>

実施状況		知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ 型	合 計
有 料		3	0	0	15	18
無 料		1	0	1	3	5
不明・無回答		4	0	0	16	20
小学生	常時	3	0	0	23	26
	随時	3	0	1	5	9
長期休暇中のみ		0	0	0	6	6
中学生	常時	2	0	0	7	9
	随時	0	0	0	2	2
	長期休暇中のみ	0	0	0	2	2
高校生	常時	1	0	0	7	8
	随時	0	0	0	1	1
	長期休暇中のみ	0	0	0	2	2
実施施設数		8	0	1	34	43

子育て・家族支援として、放課後児童クラブの実施状況では、社会資源数として捉えると43箇所であつた。通園施設としては、知的通園で8箇所、難聴通園で1箇所、肢体通園は無しであつた。児童デイ 型に関しては、34箇所であるが、児童デイ 型事業の付帯事業として実施されているのか、放課後児童デイサービスの付帯事業として児童デイ 型が実施されているのかは不明である。

全体としての実施状況では、7.2%しかないことになる。

[表54 - 1] 施設（事業所）独自の支援活動について

&lt;施設数&gt;

種 別	実施していない	実施している	不明・無回答	合 計
知的通園	74	72	33	179
	41.3%	40.2%	18.4%	
肢体通園	33	33	9	75
	44.0%	44.0%	12.0%	
難聴通園	7	8	1	16
	43.8%	50.0%	6.3%	
児童デイ型	148	103	74	325
	45.5%	31.7%	22.8%	
合 計	263	217	117	595
	44.3%	36.5%	19.7%	

[表54 - 2] 社会資源の啓発・提言について

&lt;施設数&gt;

種 別	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合 計
1.実施している	35	12	4	45	96
2.実施していない	25	13	4	35	77
3.計画中である	1	2	0	14	17
不明・無回答	11	6	0	9	26
合 計	72	33	8	103	216

[表54 - 3] ボランティア育成について

&lt;施設数&gt;

種 別	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合 計
1.実施している	47	20	3	46	116
2.実施していない	18	11	5	39	73
3.計画中である	4	1	0	10	15
不明・無回答	3	1	0	8	12
合 計	72	33	8	103	216

子育て・家族支援として、法人の独自活動として何らかの支援活動を実施している施設・事業所は、全体の36.5%にのぼる。生活により近い通所体系の施設・事業所として公的には支援が行き届かないことを行っていると考えられる。啓発やボランティア育成以外の内容の詳細は把握しきれないが、それぞれの実情に応じた独自活動を実施しているであろう。

10. 建物の状況

[表55] 現在の建物の竣工年月日

<施設数>

種 別	～1970年	1971～1980	1981～1990	1991～2000	2001～2010	不明・無回答	合 計
知的通園	15	67	22	30	26	19	179
肢体通園	3	21	21	10	11	9	75
難聴通園	1	4	6	3	2	0	16
児童デイ型	14	40	43	67	81	80	325
合 計	33	132	92	110	120	108	595

施設の耐久年数の40年を基準に考えた場合、1970年以前の建物を使用している施設事業所は、33施設・事業所である。ただし、施設基準設置基準の緩やかな児童デイ型を除くと19施設であり、10年以内には92施設が加わることとなる。また、今回の調査に回答した施設での割合であり、もっと多くの施設の老朽化が予測される。

[表56] 施設の主要室の有無

<施設数=延べ>

主要室の内訳	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合 計
1.指導室	170	56	15	232	473
2.遊戯室(ホール)	171	50	13	223	457
3.屋外遊戯室(運動場)	166	51	7	122	346
4.医務室(独立したもの)	122	33	8	35	198
5.静養室	136	31	4	81	252
6.相談室	162	49	11	187	409
7.調理室	161	55	9	82	307
8.浴室又はシャワー室	157	38	3	141	339
9.子供用便所	169	69	14	237	489
10.観察室	46	24	14	55	139
11.聴力検査室	11	16	16	16	59
12.訓練室	50	66	15	110	241
13.診察室	20	62	11	13	106
実施施設数	179	75	16	325	595

～ は知的障害児通園施設の設置基準、 ～ は難聴幼児通園施設の設置基準、 は肢体不自由児通園施設の設置基準項目

[表57] 施設の専用室の有無

&lt;施設数=延べ&gt;

専用室の内訳	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.食事室(食堂)	24	22	6	37	89
2.事務室	120	48	9	169	346
3.園長室	34	21	6	14	75
4.午睡室	9	5	1	7	22
5.職員室	131	51	15	145	342
6.個別指導室	55	21	9	105	190
7会議室	54	27	7	52	140
8.保育士等の休息室	39	15	3	29	86
9.教材室・倉庫	154	59	13	194	420
10.子育て支援室	7	5	0	15	27
11.職員更衣室	123	58	15	109	305
12.職員用便所	136	51	9	154	350
13.調理員用便所	80	38	5	22	145
14.その他	10	10	2	14	36
実施施設数	179	75	16	325	595

本来設置すべき施設基準を満たしていない可能性がある施設があることが懸念される。もしくは、複合施設において、兼用スペースとして利用し、今回の調査で記載されなかった主要室もあることも考えられる。

一元化を想定し施設整備を進めることを検討する場合、この主要室の設置状況からすれば、「通園施設を基準にした設置基準の設定と設置計画・準備」と「児童デイの設置基準」の設定の2通りを考えることが妥当だろう。また、設置義務はない食堂や午睡室を設置している施設事業所は少なく、指導室等を随時機能的に使い分けられていることがうかがえ、個別性を重視した配慮の環境的な難しさに関しては、共通課題となるだろう。

相談室、子育て支援室などの設置は極めて少なく、地域資源として整備の必要性が高いと考える。

さらに、職員処遇面からは、占有として設置していないものと捉えられこともできるが、会議室、園長室、休憩室などの設置は少なく、障害児相談支援事業による調整会議の実施等を検討するのであれば、守秘義務の観点等から整備の必要性が高い。施設・事業所としての機能上、事務室、職員室、教材室・倉庫、職員更衣室、職員トイレに関して、占有として設置してところが多い。

## 11. 一元化に向けた課題

[表58] 一元化に向けて改築の必要性について

&lt;施設数&gt;

種別	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.全面的な改築	53	22	4	86	165
2.現状で一部改築	68	20	5	71	164
3.現状で何とか可能	29	16	3	71	119
不明・無回答	29	17	4	97	147
合計	179	75	16	325	595

施設・事業所の半数以上が、何らかの改築の必要性を感じていると回答している。

[表59] 一元化に向けて改築の必要な箇所

<施設数=延べ>

必要な箇所	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.段差等のバリアフリーの改修	71	13	3	65	152
2.エレベーター設置	26	4	3	24	57
3.トイレの改修	78	19	4	85	186
4.聴力検査室設置	69	22	0	62	153
5.聴覚障害のための誘導設備	78	27	1	77	183
6.視覚障害のための誘導設備	76	27	4	77	184
7.非常用避難スロープの設置	38	10	2	57	107
8.その他	13	7	1	29	50
実施施設数	121	42	9	157	329

一元化に伴い、何らかの改築が必要と回答した施設のうち、その必要箇所に関してはそれぞれの施設種別で異なった。

知的通園、肢体通園では、段差やトイレなどのバリアフリー対策、聴覚障害・視覚障害のための誘導設備などのユニバーサルデザインに基づく改修、聴力検査室の設置、段差やトイレなどのバリアフリー対策に関しても回答があった。

難聴通園では聴力検査室、聴覚障害のための設備以外で全般的に3割の施設が整備が必要と回答した。児童デイ型は全般的に整備が必要となる施設が半数近くに上る。

[表60] 一元化に向けた職員の専門性や配置基準

<施設数=延べ>

必要な箇所	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ型	合計
1.職員研修の充実	138	46	11	175	370
2.職員配置基準の増	119	44	9	129	301
3.栄養士の基準配置	43	9	1	35	88
4.看護師の基準配置	94	20	4	92	210
5.作業・言語・理学療法士等の専門職種の配置	106	17	6	115	244
6.その他	10	5	3	9	27

研修の充実、職員配置数の増に関しては通園施設ではほぼ6割以上が必要と考えている。

看護師、作業療法士等の専門職の配置の必要性は、知的通園の5割強から6割で必要と感じている一方、肢体・難聴通園では低かった。

職員の資格基準等が明確でない児童デイ型において高くなかった点は以外であった。プログラム内容・提供内容の精査が必要ではないだろうか。

また、施設基準として定員の30名以上の施設配置される栄養士の配置に関してはどの施設も低い。しかし、児童発達支援事業の対象児童は食育の観点やアレルギー対応食、食形態の変更等を日々検討する必要があることを考えておかなければならない。



## 回答 1

### 1. 施設の状況

事業所名 : 児童行動療育センター (定員10名)

施設種別 : 児童デイサービス 型 (愛知県)

### 2. 障害児施設等の在り方についての意見

児童行動療育センターのサービス提供時間・利用定員

種類	内容	利用時間	定員
通所療育	個別療育	9:30 ~ 10:30	2名
通所療育	個別療育	11:00 ~ 12:00	2名
通所療育	個別療育	13:30 ~ 14:30	2名
通所療育	個別療育	15:00 ~ 16:00	2名
通所療育	個別療育	16:30 ~ 17:30	2名

- ・児童行動療育センターでは、1日の定員10名を5クラスに分け、各クラスの療育時間を各1時間、利用定員2名としています。
- ・療育は子ども1名に対し職員1名のマンツーマン体制です。
- ・行事などは行わず、子どもの個別の課題に対し(言葉、問題行動等)、行動療法に基づいた個別療育を提供しています。

上記のようなサービスを提供する児童デイサービスとして、今後の施設形態の移行において以下の点を懸念しています。

1. 最終的に一元化はどこまで進められるのか。現在の個別療育形態を維持できるのか。
2. 現在保育園や幼稚園との並行利用をされている子どもが大半ですが、利用児童の中には、通園児施設を利用しつつ、週に1時間、個別の療育を児童行動療育センターにて行っている子どもがいます。一元化が行われると、児デイ利用日は通園児施設を利用できなくなります。通園児施設での生活課題と、児デイでの個別課題は役割分担が必要です。
3. 保育所等訪問支援等は、現在の職員配置基準では実施不可能です。

## 回答 2

障害児の定義に精神障害のある児童（含む：発達障害）を加える

精神障害でなく、発達障害への一般の認知も高まっていることと、幼児期であることを考慮して「発達障害」としたい。

利用者負担の見直し（応能負担が原則）

実質上は、負担が軽減されているが、考え方として応能負担を原則としたい。

運営上、利用料の日割り計算はスタッフの安定的な確保に困難をきたすので、職員や管理費などの事務費部分は定額支給とすべき（質の高い療育支援の提供に関係）

実施主体を市町村へ

方向性としては良いと思うが修正が必要になると思うので柔軟に対応したい  
地域間格差の是正について これは、国が指導すべき

障害児通園施設から児童発達支援センターへ

児童発達支援 福祉型と医療型 一種から二種へ  
放課後等デイサービス  
保育所等訪問支援

福祉型と医療型の割合、地域偏重はないか スタッフや設備に関する調整が必要でないか  
一種から二種へ...幼児期であるが弊害が出ないか

現在の学童の状況を見るとき、急でかつ必要な事業であるが、現在の通園施設利用児の家族にも療育提供時間の前後の預かりの制度が急務

子どもの発達、生活には連携が必要

ただ、保育園と通園施設（療育機関）とはその役割が異なり、相互に連携することで効果的に機能するとの基本姿勢をもつべき ただ、目指す方向としてノーマライゼーションの考え方は間違っていないが、療育機関だからこそ、より効果的な支援が可能になりその後の可能性をより広げられると考える

障害児相談支援事業の創設

対象が障害を受容した保護者、とした場合、本来は保護者と一緒に受容に向けた過程を大切にすべき時期なのに、入り口のハードルが高くて必要な時期を逃す危険性が大きい

障害の有無に関係なく、子育てに不安な方をすべて対象としたい

- ・施設の一元化について...それに伴う設備やスタッフの整備を現在の通園施設全てに、国の予算計上で実施できるのかが疑問 現存している施設（機関）との連携が現実的ではないか つまり、その年度によって利用児の構成（障害種別など）が変わってくるのが予想され、その都度設備やスタッフを増減したり、変更したりはできないのではないかと

- ・幼児期の支援は、障害の有無に関係なく、家族を含めて児童福祉法を原則として子どもの発達と子育てを支える仕組みが必要



### 回答 3

子ども（親）を支援するにあたり、多職種が連携して支援する事が大切だと言われていています。従来の施設種別によって施設ごとに職種の配置状況は違うと思いますが、それぞれの施設が限られた職種で活動しているのが現状かと思われます。障害児施設の一元化にあたり、それぞれの施設が必要な専門職を常勤として配置し、支援できるような制度になれば、専門職の雇用も安定して、小児に関わる人材の増加に繋がるのではと考えています。

また、障害児施設の利用のニーズも多様化してきており、施設で抱えて支援する発想では対応できなくなってきています。この問題を改善するには、保育園、幼稚園、学校などの地域資源の活用が大切だと思います。これからの障害児施設に求められるのは施設内の支援ではなく、施設外の支援だと考えています。ですが、現状の制度では施設外の支援は給付単価等が低く、施設外の支援は各事業所の力量で行われており、人員配置等も事業所の工夫でまかっています。子どもたちが地域で育っていくために、これからの障害児施設は、地域の保育園、幼稚園、学校などにスタッフを依頼があってから派遣するのではなく、施設の存在意義として自ら派遣して支援方法を一緒に考える姿勢が大切だと思います。障害児施設の一元化では、施設外の支援を行うに当たり安定した運営ができる制度となって欲しいと思います。よろしく、お願いします。

### 回答 4

#### 1. 地域の障害児保育の中核として位置付ける

通園施設の利用希望児が増加するとともに、幼稚園、保育園の障害児保育の対象児も増加しており、通園施設への相談支援の要請が増加している。

こうした要請に応え、地域の障害児保育の中核としての役割を果たせるよう、改正案に盛り込まれた「保育所等訪問支援事業」などの事業を早急に実施できるよう、法案の早期成立を図っていただきたい。

同時に、幼稚園、保育園の統合保育をすすめるための公的助成制度の拡充も必要と考える。

#### 2. 職員配置の最低基準の改正

児童通園施設（幼児）の職員配置の最低基準は児童4人に対し職員1人であるが、幼稚園、保育園の障害児保育の進展もあり、児童通園施設の対象児が重度化していること、一部に重症心身障害児も在籍している状況が一般的になっていることから、この職員配置での療育は実際上困難であり、職員配置の最低基準の改正が必要である。

また、多様な障害に対応するためにPT、OT、ST、心理、看護師などの専門職を配置してほしい。

#### 3. 幼児では障害の確定診断が出来ていない、または保護者の障害認知が出来ていないことも多く、現行では施設利用に保護者の障害認知を前提とした「受給者証」の交付が必須のため、保護者が利用を決断できないことがある。

確定的な障害認定が無くても施設を利用できる制度が必要である。

#### 4. 自立支援法による報酬の日払制は事務処理が煩雑であると同時に、施設の経営を脆弱にしている。報酬は「月額制」、利用者負担は「日額制」に変更してほしい。