

第3回障害児支援の在り方に関する検討会／「主な検討課題」への意見

全国児童発達支援協議会

1. 「療育」「児童発達支援」などの概念をどのように捉えるか

ほぼ同じ意味として使用されているが、障害者基本法にも使用されている「療育」は「肢体不自由児への社会的自立に向けたチームアプローチ」という概念として誕生し、現在では知的障害のための手帳にも使用されるなど、その概念は曖昧になってきている。また、障害が確定した子ども達への支援に限定される感が強い。

我々は、平成15・16年に実施した厚生労働科学研究「障害児通園施設の機能統合に関する研究」において、「療育」の概念をさらに発展、拡大させて「発達支援」を提起した。

我々が考える「発達支援」とは、障害が確定した子どもへの「障害改善への努力」だけでなく、発達が気になる程度の段階の子どもなども対象として、発達・成育の基盤となる親・家族への支援や保育所等などの地域機関への支援も視野に入れる広い概念であり、「障害のある子ども（またはその可能性のある子ども）が地域で育つ時に生じるさまざまな問題を解決していく努力のすべてで、子どもの自尊心や主体性を育てながら発達上の課題を達成させていくこと（狭義の発達支援）、障害のある子どもの育児や発達の基盤である家庭生活への支援（家族支援）、地域での健やかな育ちと成人期の豊かな生活を保障できる地域の変革（地域支援）を包含した概念」と定義した。

2. 障害児支援の中での家族支援の位置づけをどのように考えるか

支援すべき対象は、障害児本人だけでなく障害児を育てている親・家族を含む必要がある。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（告知）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。障害のあるもしくはその可能性のある子どもは、親が本来もっている「子育て能力」を引き出しにくく、多動、コミュニケーションの困難さ、医療的ケアの実施など、さまざまな子育ての負担が親・家族に生じる。そのため、親の育児の喜びや自信が育たず、時には児童虐待の原因ともなる。ゆえに、発達支援の開始にあたっては親・家族への支援が並行して実施されなければならない。家族支援の内容は、障害の気づきから告知後の障害受容への支援、子どもの状況の理解促進や具体的な育児の提案、他の保護者との出会いの場の提供など多岐にわたる支援である。

今後家族支援の実践を促進する観点から、「家族カウンセリング加算」の創設が必要である（第2回本検討会に資料提出）。

3. 障害児支援制度全体と新たな子ども・子育て支援制度との関係をどのように整理するか

「障害児」は「子ども」である。“disabled child”ではなく“child with disability”として、一般の児童と同様に、児童福祉法に基づいて成長・発達を保障され、愛護されなければならない。つ

まり、一般の児童が享受するすべての権利を保障された上で「障害による育ちにくさ」に対する専門的・個別的な支援が障害施策によって提供されるべきである（第1回本検討会資料「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言：Ⅲ-2 障害児」）。言い換えれば、児童一般施策に加えて障害施策による支援が必要な子ども達を「障害児」と定義することもできる。

障害児支援制度の多くが児童福祉法に一元化された現状を踏まえ、国、都道府県、市町村の行政において、障害のある子ども達が子ども・子育て支援制度と障害児支援制度の双方に確実に護られる体制を構築するべきである。

* 子ども・子育て支援法に基づく基本指針(案) 第一子ども・子育て支援の意義に関する事項：

法は、障害、疾病、虐待、貧困、家族の状況その他の事情により社会的な支援の必要性が高い子どもやその家族を含め、全ての子どもや子育て家庭を対象とするものである。

* 障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言：

児童一般施策と障害児施策の両方があることによって、障害児が(保育所、放課後児童クラブなどの)児童一般施策を利用しにくい、あるいは利用できないということがないようにするべきである。

4. 早期発見・早期療育を進めるために何を行うべきか(母子保健との連携等)

この40年間、わが国は「早期発見・早期療育」をテーマとして発達支援システムを構築してきており、早期発見の中心を医療機関や保健センターで実施される乳幼児健診が担ってきた。

しかし、早期発見が早期支援に確実につながるためには、障害の発見前後の親支援(障害の理解、告知後の精神的支援、福祉サービスの利用援助など)が不可欠と考えられるようになった。加えて、増加が報告されている自閉症等の発達障害では、現在の健診システムでの発見が困難だけでなく(保育所などでの集団の場面では問題があるが健診場面では発見されにくい)、発見されても支援システムに移行しにくい(医師や保健師の指摘を親が理解できず発達支援につなげられない)という状況がある。

このように、定型発達児との境界が不明瞭な自閉症等の発達障害児が発達支援の対象として増加している現在、従来の「診断から始まる支援システム」は機能しにくくなっている。今後は、健診場面で子どもだけでなく親支援も併行して実施したり、「障害児等療育支援事業」や「保育所等訪問支援」などを利用して、保育所や学校などの場面で「発見」に先行して支援を開始する体制が必要である。

また、育てにくい子どもの適切な相談や育児支援をできるだけ早い時期から開始するためには、親の不安に寄り添い適切な時期に親の主体性の下に自然な形で発達支援をスタートさせられるシステムが必要である。そのためには、子育て支援施策(子育て支援拠点事業など)の利用により「敷居の低い相談」が実施されることも必要である(「子育て支援施策を利用した障害児相談支援と発達支援の試み(姫路市)」参照)。

例) 子育て支援施策を利用した障害児相談支援と発達支援の試み（姫路市）

姫路市では、平成20年度から「地域子育て支援拠点事業」を利用して、児童発達支援センターの相談機能と育児支援機能を「（施設から離れた）敷居の低い場所」で提供する事業を実施し、結果的に障害の早期発見・早期対応につながっている。

姫路市では、市立児童発達支援センターと保健センターの協力により「早期派遣・早期対応システム」を構築してきた。また、障害児等療育支援事業を基盤事業として保育所・幼稚園、保健センター、学校などに対しても巡回・訪問の形で職員を派遣して、障害のある子どもとその周辺児に対する相談、発達支援を展開してきた。しかし、障害を認めたくない親、障害があるなしにかかわらず漠然と子育てに悩んだり苛立ったりしている親への支援には、もっと身近な敷居の低い相談場所が必要であった。

そこで姫路市では、地域子育て支援拠点事業（ひろば型）を保健所のスペースに設置して、保育士1名を常駐させ、相談支援事業所から相談支援専門員1名、児童発達支援センターから心理士1名を派遣する形で「『ちょっと気になる』段階からの子育て相談スペース」を作った。このスペースは、乳幼児健診で子どもの遅れを指摘された親だけでなく、運動発達の遅れや言葉の遅れ、排泄などの生活習慣の遅れ、落ち着きのなさやかんしゃくなど、子育てや子どもの発達に不安のある親、子育てに不安や苛立ちをもつ親などに、いつでも予約なしに来ていただけるようにした。「嫌なら名前も訊かない」というオープンな受け入れを基本として、子どもには遊びの場や集団を保障しつつ、傍らで子どもの動きを見ながら親の相談を受けた。

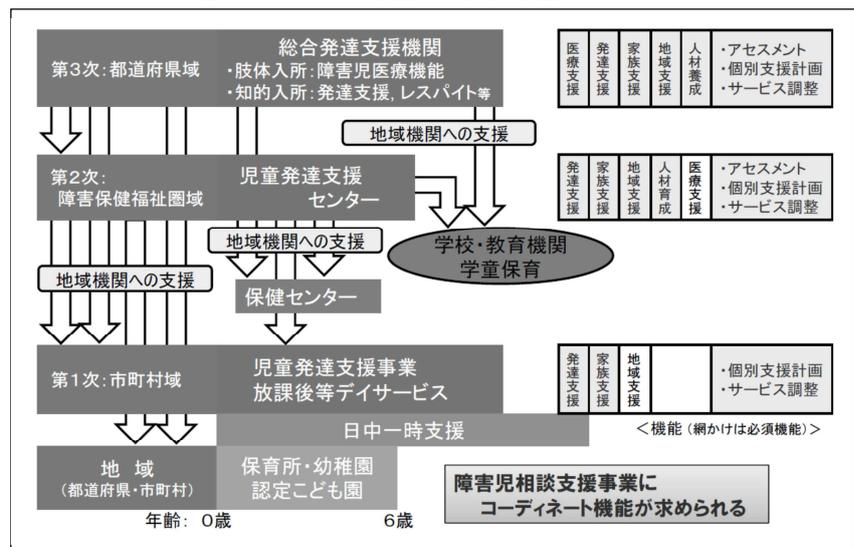
結果、20年度には299名、21年度には220名、22年度には274名の子どもが来所し、それぞれ84名、81名、90名と約30%の子どもが児童発達支援センター隣接の市立診療所の受診につながった。ちなみに、利用児の三分の二が0～2歳児であり、健診の場では障害の診断に拒否的になる親も、実は早期から「育てにくさ」に悩んでいることが分かった。

5. 児童発達支援センターの役割

1) 各地域におけるセンターの位置付け・役割

- ① 都道府県域を網羅する重層的な発達支援体制を構築する必要がある。
- ② 福祉型・医療型ともに入所支援施設は都道府県全域を射程に入れて、医療支援やレスパイト支援、育児放棄や虐待などに対する支援を提供する（第三次機関）。
- ③ 児童発達支援事業や放課後等デイサービスは、身近な地域でのきめ細やかな発達支援や家族支援、放課後活動支援などを実施する（第一次機関）。

〈都道府県域における重層的な発達支援システム〉



- ④ 児童発達支援センターは、市町村～障害保健福祉圏域を射程に入れ、専門性の高い発達支援や家族支援を実施するとともに、上記一次機関と三次機関、行政機関とのコーディネートを行い、保育所や学校などの地域機関に対する支援も行う（第二次機関）。このような役割を担うために、障害児相談支援事業と保育所等訪問支援事業は必須機能として必要である。

2) 障害児支援を行う人材の専門性として何が必要か(児童発達支援センターの職員が有すべき専門性)

発達支援の目標が地域で育ち地域で暮らせる人を育てることであるなら、児童発達支援センターの基本は保育体制であり、保育を基盤としてさまざまな専門職がその能力を発揮するシステム

が構築されなければならない。どのような障害をもつ子どもにも対応するためには、質の高い保育士・児童指導員の配置に加えて、看護師、言語聴覚士、心理担当職員の配置は必須である。また、受け入れる障害によっては理学療法士、作業療法士の常駐も必要となる。

看護師は、医療的ケアを要する児童のみならず、児童の健康管理や薬剤などに関する相談、医療機関との連絡調整、持病のある児童の生活管理など、乳幼児期におけるさまざまな障害にかかわる日常的な健康管理や保護者支援を行うために不可欠である。現在、福祉型センターにおいては、医療機関との連携に関して医療連携体制加算が算定できるが、現実的には連携できる医療機関は少なく看護師の確保に窮することが多いため看護師の常駐が望ましい。

また、言語聴覚士および心理担当職員についても常駐配置が望ましい。言語聴覚士は、すべての障害のコミュニケーション支援の中核であり摂食指導においても重要な役割を持つ。心理担当職員は、要保護児童およびその家族支援、子どもの発達・心理的評価、保護者間のピアカウンセリング機能の向上など不可欠である。

なお、肢体不自由児や重症心身障害児の支援においては、姿勢・生活づくりなど含めた環境の工夫や生活場面での具体的な支援を行うため、理学療法士・作業療法士の常駐が望ましい。

3) 医療型の児童発達支援センターの人員配置基準

発達支援は、通う施設によって支援内容が異なるのではなく、個々の子どもの発達状況や支援ニーズに合わせて提供されることが重要であり、児童発達支援センターを「福祉型（一般型）」と「医療型」に分けて利用を制限することは「一元化」の理念に反する。また、医療型児童発達支援センター（以下、医療型センター）の職員配置基準は非常にあいまいで、発達支援の基盤となる保育士・児童指導員が利用児の数に対応して配置されていない（平成 24 年度調査：4：1 を満たさない施設 54 施設中 24 施設）。

平成 24 年度障害者総合福祉推進事業「児童福祉法改正後の障害児通所支援の実態と今後の在り方に関する調査研究」の結果、医療型センターの利用定員に対する充足率は 76.6%であり、加えて、医療的ケアを必要とする子どもが医療型に集中しており、体調不良などによる欠席率が高い（平成 16 年度の全国肢体不自由児通園施設連絡協議会の調査では 48.33%）。結果、医療型センターの利用率は 40%を下回っていると考えられる。この状況は、発達支援のための地域資源の有効活用が図られないだけでなく、給付額も低い医療型センターの経営をさらに圧迫する結果となっている。今後、職員配置基準を統一して「児童発達支援センター」として一元化し、給付額も統一する必要がある。診療所機能は分離して、「施設内診療所」から「地域の障害児医療センター」としての機能を担うことも考慮されるべきである。

4) 保育所等訪問支援事業、障害児相談支援事業などの地域支援機能をセンターの必須事業とするか

児童発達支援センターにとって、保育所等訪問支援事業、障害児相談支援事業の展開は発達支援の地域拠点としての不可避の責任である。ただ、旧総合通園センターなど同一敷地内に複数の児童発達支援センターがある場合には、サービス管理責任者を 1 名とするなどの検討は必要であろう（専任職員は施設数分の配置）。

① **保育所等訪問支援事業 ⇒ 地域全体を発達支援の場としていく児童発達支援センターの「武器」**

措置制度の時代には、障害のある子ども達への支援は「施設への通所」または「施設への入所」という形でしか提供できず、発達支援を希望する子どもと保護者は、「地域か（発達支援を諦める）、施設か（地域で育つことを諦める）」という二者選択を求められた。まして、障害が確定していない「気になる段階」での支援は不可能であった。本事業は、これまでの発達支援の限界性の一つであった「支援場所の限定（施設の中でしか支援できない）」を克服し、地域で育つ子どもに「訪問」の形で専門的支援を提供できる発達支援の「未来形」として期待すべき事業である。

障害があってもなくても地域で育ち、地域で暮らす大人になるために、障害のある子ども達も、一般の児童施策（保育所、幼稚園、普通学校など）に護られて育てられなければならない。児童発達支援センターは、障害のある子ども達を一定期間通わせて発達を保障する場合においても、常に「子どもを地域に帰すこと」「帰していける地域を開拓していくこと」を目指す必要がある。専門機関のもっとも重要な機能は、地域への「職員派遣」や「情報発信」だと言っても過言ではなく、共生社会を拓く近未来的な事業である保育所等訪問支援事業を児童発達支援センターに設置することは不可欠である。

② **障害児相談支援事業 ⇒ 障害児ケアマネジメント手法による発達支援の客観化・中立公平化**

児童期における相談支援の特徴は、その支援が子ども本人だけではなく家族にも及ぶ点にある。また、乳幼児期から成人期に至るまで、子どものもつ課題は短い間に劇的に変化し、家族の置かれる環境もこうした変化に影響を受けることとなる。また、障害確定前後の不安定な状況の中から相談が始まることもある。

併せて、子どもや家族に関わる機関なども多岐にわたり、関係する分野が母子保健や保育、幼児教育や学校教育、福祉サービスや就労関係など幅広いため、子どもの発達を支えていくうえで必要な情報に精通しコーディネートしていくことが求められる。

こうした視点から、障害児相談支援事業は成人期の相談支援と比べても一層の専門性を必要とするため指定事業所が増加しないことが想定される。よって当面は、児童発達支援センターが指定を受けていくことは不可避である。

ただし、障害児支援利用計画の作成に関しては、母体となる児童発達支援センターに限定することなく、中立性・公平性の立場に立って実施することが望ましい。

6. その他の障害児通所支援

1) 放課後等デイサービスの在り方

本事業は、厚生労働省障害福祉施策上初めて「放課後支援」を冠した事業であり、乳幼児期の発達支援と成人期の地域生活支援をつなぐ学齢期における重要な事業である。

現在、放課後支援のニーズの高さと運営の自由性ゆえに事業所数が爆発的に増加しており（事業所数、利用児童数ともに障害児支援の中で最大）、給付額においても、総額（通所支援の57.2%）、

一人当たり費用（92,033 円／月）ともに障害児通所支援の中で最大となった。

事業の重要性とニーズの高さだけでなく、開設時間の制限がないこと、職員配置基準が低いこと、職員の資格要件がないことなどが増加の一因になっているとするなら、今後の施設基準や職員基準の明確化によって質の向上を図ることが必要である。

そのためには、職員の資格の明確化（保育士または児童指導員を必置）、障害児支援利用計画（含：モニタリング）の適正な実施、個別支援計画の明確化などが必要である。

また、本事業の利用が「放課後児童クラブ」などの一般施策からの「締め出し」につながらないよう注意が必要である。

2) 保育所等訪問支援の推進方策

前述したように、本事業は「発達支援の未来形」として非常に重要である。

しかし、昨年 8 月の厚生労働省調査において、実施事業数が全国で 164 ケ所のみと他の事業に比べ非常に少ない。この理由は、児童発達支援センターなどが「巡回訪問型支援」に慣れていないためだけでなく、障害児等療育支援事業などの既存事業とのバッティング、保育所・学校などとの連携体制が作られてきていないなどの状況も反映している。また、給付額が低いこと、訪問先の限定（家庭などが含まれていない）などの理由もあると考えられる。

今後、本事業を発展させていくためには以下のような対応が必要と考えられる。

① 訪問先の拡大

まず、家庭に訪問先を拡大することが重要である。「障害が重度なため通所支援が受けられない」「家庭でのパニックや問題行動に対応していかなければならない」などのケースへの訪問ニーズは高い。新たに訪問先に加えるか、児童発達支援センターなどに「(仮称) 家庭支援加算」を創設する必要がある。他の児童発達支援センター・事業への訪問も「一元化の過渡期における各事業所の機能の均一化」を図るためには不可欠である。また、人口過疎地などでは、公民館などに子どもと親、保育所・学校の担当職員を集めて支援する形も考慮される必要がある。加えて、NICU での超重症児の「滞留」が問題になっている昨今、医療機関への訪問支援は在宅移行への一助になる。訪問先の拡大は、本事業の拡大だけでなく、「地域」と「施設」の壁を取り除き「地域での育ち」という大命題を実現するために不可欠である。

② 給付額の検討

現在の給付額（基本報酬 906 単位＋児童発達支援管理責任者専任加算 68 単位）では、質の高い専任職員を配置して事業を展開することはできない。障害児等療育支援事業の施設支援一般指導事業の単価が約 22,000 円であることを考えれば、単価の改定が必要である。加えて、「同一日複数障害児支援減算」についても見直される必要がある

③ 単独事業所の設置促進

本体機関の特徴や強みを生かすことができれば、保育所等訪問支援事業単独の受託は不足する訪問型支援を補充、拡充していく効果が期待できる。

たとえば医療機関が保育所等訪問を受託すれば、肢体不自由児や医療的ケアが必要なケー

スに医療専門職の巡回派遣が可能になる。これまで地域の保育所や学校などでの受け入れが困難であった重症児にとっても地域生活への可能性が拡がり、現場職員が安心して受け入れられるサポート体制を構築することができる。また、障害児保育の経験・実績を積んだ保育所が保育所等訪問を実施することも可能である。この場合は自園への訪問ではなく、幅広く地域に巡回支援を展開し、地域の保育力のレベルアップを図る姿勢が求められる。

単独事業所の拡がりには、保育所等訪問支援事業の拡充だけでなく事業展開の多様性につながり、「地域での育ちを支援する」という事業本来の目的を達成するための重要な機能を果たすことが期待できる。

障害児は「小さな障害者 disabled child」ではなく「障害のある子ども child with disability」である

<p>理念</p>	<p>ノーマライゼーション(住み慣れた地域で育つ権利の保障) ハビリテーション(主体性をもって健やかに育つ権利の保障) インクルージョン(すべての子どもが享受するサービスを受ける権利の保障)</p>			<p>〈今後の課題〉 障害種別の一元化・一貫性と継続性・無償化</p>
<p>3つの支援</p>	<p>発達支援</p>	<p>家族支援</p>	<p>地域支援</p>	
<p>3つの支援の課題と目標</p>	<p>【課題】「地域での育ちの支援(社会モデル)」と「発達課題の達成(医学モデル)」の統合。 【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 発達支援: 障害のある子ども(またはその可能性のある子ども)が自尊心や主体性を育てながら発達上の課題を達成していくための支援 ● 家族支援: 障害のある子どもの育児や発達の基盤である家庭生活への支援 ● 地域支援: 地域での健やかな育ちと成人期の豊かな生活を保障できる地域の変革 			
<p>関連条約 & 関連法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 児童の権利に関する条約 (23条 障害児) ● 障害者基本法 (17条 療育) ● 発達障害者支援法 ● 子ども子育て支援法 (平成24年法律第65号) ● 障害者の権利に関する条約 (7条 障害のある児童) ● 障害者差別解消法 (「児童」の規定がない) ● 児童虐待防止法 (平成12年法律第82号) ● 学校教育法 (71条・75条 特別支援教育) 			
<p>具体的方策</p>	<p>高い専門性をもった発達支援の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害種別の一元化を担える質の担保 ・ 家族支援機能の向上 ・ 各種専門職によるチームアプローチ ・ 職員配置基準の明確化と統一 	<p>地域連携 (地域の変革、支援の一貫性、協働体制)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 巡回・訪問型支援の発展 ・ 移行支援計画作成の義務化 ・ 自立支援協議会(こども部会)の活性化 ・ 要保護児童対策地域協議会との連携 ・ こども・子育て会議との連携 		
	<p>人材育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職場内研修による質の高い発達支援の保障 ・ 児童発達支援センター等による地域の人材育成 	<p>障害児ケアマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害児ケアマネジメントの普遍化 ・ 相談支援事業の中立公平性の担保と質の向上 ・ 地域における個別支援会議の活性化 		