

厚生労働省

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

報告書

平成25年3月

一般社団法人 全国児童発達支援協議会

## 調査メンバー（五十音順）

### （1）検討委員会

柏女霊峰	淑徳大学
小澤 温	筑波大学
加藤正仁	うめだ・あけぼの学園
後藤 進	オリブ園
田中 齋	桐友学園
峯島紀子	おもちゃの図書館全国連絡会
大西延英	厚生労働省 障害福祉課 障害児支援専門官

### （2）調査事業担当

内山 勉	富士見台聴こえとことばの教室
越智晴彦	ひよこ園
加藤 淳	デイサービスちよだ
加藤正仁	うめだ・あけぼの学園
岸 良至	こぐま学園
北川聡子	むぎのこ
小池 朗	めばえ学園
小林和美	柏学園
後藤 進	オリブ園
佐々木信一郎	こじか「子どもの家」
滝沢良一	長岡市立柿が丘学園
竹藤 望	光の子学園
谷口泰司	関西福祉大学
中村 進	上田いずみ園
橋本伸子	富山市恵光学園
前岡幸憲	鳥取県立鳥取療育園
宮田広善	姫路市総合福祉通園センター
森 知子	姫路市立つくし児童園
山根希代子	広島西部こども療育センター
芳野道子	くるみ園
米山 明	心身障害児総合医療療育センター

### （3）経理担当

米川 晃	柏学園
古久保仁史	柏学園

## 序文

我が国の障害福祉施策、児童福祉施策は近年大きな変換を遂げている。平成16年「児童虐待防止法の改正」、平成18年4月（一部10月）に「障害者自立支援法」、平成23年6月「障害者虐待防止法」、平成23年8月に「障害者基本法の一部改正」、平成23年10月、子どもは24年4月から「障害者自立支援法の一部改正法」と「児童福祉法の一部改正」などが施行され、さらに平成24年6月「障害者総合支援法」、平成24年8月「子ども・子育て新制度関連3法」の制定などが行われている。その先には、「障害者の権利条約」の国会採択に基づく、「障害者差別禁止法」の制定が関係者から強く望まれている。この間の一連の改革の方向性は、地球的規模での人権・地方分権・インクルージョンなどをキーワードとした世界に冠たるユニバーサル社会の構築へという流れであろう。

しかし、この間の要発達支援児とその家族支援、子育て支援の課題は一般社団法人 全国児童発達支援協議会（CDS JAPAN）としての精力的なソーシャル・アクション（政党ヒヤリング、所管との話し合い、関連分野への働きと連携活動など）が功を奏して積年の数々の課題が、未だ途上ではあるとしても解決・解消に向けての芽だしがされたのではないだろうか。我々の目指すところは「子ども」が「小さな大人」としてではなく、ライフ・ステージのなかでの掛け替えのない「子ども」と位置付けられ、その固有の在り様について、関係者する大人たちが多面的かつ重層的に、丁寧かつ柔軟に、しかもスピード感をもって向き合うことであり、彼らが、必要とする支援サービスを彼らの発達する権利としてあまねく享受できることである。そうした目標をかかげての活動の中、昨年からは開始された平成24年4月の新制度の施行は、児童福祉法と障害者自立支援法の両面から児童発達支援センター、児童発達支援事業としての障害施設の一元化、実施主体を都道府県から市町村へ、放課後等デイサービスの充実、保育所等訪問支援事業、障害児相談支援事業などがスタートした。さらには支援にかかわる各種専門職への加算措置や児童発達支援管理責任者の加配設置、自立支援協議会の子ども部会の設置などである。これら諸事業の制度化ということは、これまでの間、現場では制度の無い中で求められるサービスニーズに答えるために苦勞してきた該当事業に、財政的な裏付けと人員が配置されるということである。大いにその成果を期し、社会の負託に答えよう。

しかし、生まれ出たばかりのこれらの新制度が全国津々浦々で、児童発達支援関係者や地域の行政関係者に、さらには周囲の関係機関などにどこまで衆知され、実効あるものとして事業展開されているかどうか、未だはなはだ心もとない。これらの制度の3年後の見直し作業はある意味ではスタートとともに始まっているし、3年という時間も長いようで短く、実質その半分で修正等の方向性と内容を用意しなければならない。その意味で、混乱と戸惑いの中で始まった新制度についての本研究、平成24年度障害者総合福祉推進事業での「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」は限りなく時宜を得たものであるが、今後の継続的な研究調査が不可欠となるだろう。

本研究事業の調査実施に際は、ご協力回答いただいた全国1,500ヶ所余の通所支援事業所の皆様にはありがとうございました。また研究に参加、助言を頂いた30名余の検討委員と事業担当委員の皆様、事務局として大変な事務量を仕切ってくださった柏学園の米川晃理理事長、また研究事業責任者として本研究を学術研究にまで導いた宮田広善先生に衷心より感謝したい。

（一般社団法人 全国児童発達支援協議会（CDS JAPAN）会長 加藤 正仁）



# 目 次

I. はじめに ～本研究（障害者総合福祉推進事業）の目的～	1
II. 障害児通所支援の現状	2
1. 障害児通所支援の現状と移行状況	3
1) 障害児通所支援の事業種別など	3
2) 診療所の設置状況	5
3) 建物の状況	6
2. 職員体制	8
1) 児童発達支援管理責任者	8
2) 保育士および児童指導員	8
3) 指導員	9
4) 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士	10
5) 看護師・保健師	11
6) 栄養士・調理員	11
7) 送迎運転手	11
8) 事務員	11
9) その他の職員	11
10) 勤務体系について	11
11) 児童と直接処遇職員の比率について	12
3. 児童の状況	12
1) 年齢区分	13
2) 併行通園の状況	13
3) 利用契約児童の利用開始時点での年齢構成について	14
4) 他の機関の利用状況	14
5) 療育手帳・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳の所持状況	15
6) 主たる障害について	16
4. 医療的ケアを必要とする利用児の状況について	17
1) 合併症について	18
2) 旧施設種別の合併症	19
3) 新体系種別での合併症	20
4) まとめ	22
5. 医療的ケアの実施について	22
1) 実施の有無	22
2) 実施者の内容	23

3) たんの吸引等の研修について	23
4) まとめ	24
6. 視覚障害・聴覚障害（難聴）集計	24
1) 視覚障害の集計	24
2) 聴覚障害（難聴）の集計	25
3) 視覚障害・聴覚障害（難聴）への今後の対応	29
7. 家族支援・地域支援について	29
1) はじめに	29
2) 保護者支援・情報提供実施状況	29
3) 実施している保護者支援等の形態	29
4) 保護者支援の実施目的について	30
5) 短期入所事業実施状況	31
6) 市町村地域生活支援事業について	31
7) その他の具体的な支援策について	31
8) 通所施設における社会的養護の必要な（虐待もしくは不適切な養育の可能性のある）児童	32
9) 要保護児童に関する連携機関	32
10) 具体的な家庭支援について	33
11) まとめ	33
Ⅲ. 新規事業受託状況（保育所等訪問支援事業・放課後等デイサービス・障害児相談支援事業）	34
1. 保育所等訪問支援事業	35
1) 事業の特徴と意義	35
2) 指定等の状況	35
3) 今回の調査から見えてきた課題	36
2. 放課後等デイサービス	40
1) 事業の特徴と意義	40
2) 指定等の状況	41
3) 今回の調査から見えてきた課題	43
3. 障害児相談支援事業	43
1) 事業の特徴と意義	44
2) 指定等の状況	44
3) 障害児に対する相談支援の役割	44
4) 課題	45
5) 障害児相談支援事業における「基本相談」の重要性について	46
6) 支援計画等にかかわる書式の検討	47
7) 支援計画の子どもに適した様式とコード化について	48

4. 地域自立支援協議会、要保護児童対策地域協議会などとの連携状況 -----	49
1) 地域自立支援協議会 -----	49
2) 要保護児童対策地域協議会 -----	52
3) 連携軸への組み込みにかかる課題と展望 -----	53
5. 計画的障害児施策の整備について -----	55
IV. 激変緩和措置後の事業運営の課題と対応策の検討 -----	55
1. 激変緩和対策 -----	55
2. 施設の経営状態の実態調査について -----	55
1) 知的障害児通園施設の集計 -----	56
2) 肢体不自由児通園施設の集計 -----	60
3) 難聴幼児通園施設の集計 -----	60
3. 発達支援の質／量を担保する給付額の検討—大都市の場合でのモデル試算 -----	62
4. 新制度での施設の実情 -----	64
1) 国立民営社会福祉法人の児童発達支援センター（知的通園）の実情 -----	64
2) 公立公営児童発達支援センター（知的通園）での実情と対応策 -----	64
3) 国立民営社会福祉法人の児童発達支援センター（知的通園）での対策と課題 -----	65
5. まとめ -----	65
1) 知的障害児通園施設の場合 -----	65
2) 肢体不自由児通園施設の場合 -----	66
3) 難聴幼児通園施設の場合 -----	66
V. 障害児通所支援の課題と展望 -----	67
1. 今回の法改正における課題について -----	67
2. 今後の重要課題について -----	67
3. 医療型児童発達支援センターの現状とその課題 -----	70
4. 発達支援を必要とする乳幼児の実態推計と現在の児童発達支援の定員について -----	71
5. 児童発達支援センター・「事業」の標準的事業モデルへの提言 -----	74
1) 児童発達支援センターの指定基準等 -----	74
2) 児童発達支援事業の指定基準等 -----	76
3) 加算等での対応 -----	77
4) 児童発達支援センターの標準的事業モデルの提案 -----	77
VI. まとめ ～改正児童福祉法の問題点と見直しへの提案～ -----	81
1. 障害児施設体系の一元化に伴う変化 -----	82
2. 職員体制 -----	82
3. 利用児の状況 -----	82

4. 新規事業（保育所等訪問支援事業、放課後等デイサービス、障害児相談支援事業）の 受託状況と課題 -----	82
5. 要保護児童に関して -----	83
6. 児童発達支援センターの標準的事業モデルについて -----	83
参考資料 1 -----	84
要保護児童と家族支援 -----	84
1. 児童虐待と障害児 -----	84
1) 児童虐待の実態 -----	84
2) 障害児は虐待の子ども側のハイリスク要因 -----	85
3) 障害児を育てること -----	88
4) 家族支援 -----	89
5) 児童発達支援センターが子どもと家族を守るために～地域における子育て支援の拠点として の児童発達支援センターへ～ -----	89
2. まとめ -----	91
参考資料 2 -----	93
児童福祉法等の改正による教育と福祉の連携の一層の推進について（平成 24 年 4 月 18 日事務連絡） ---	93
参考資料 3 -----	97
うめだ・あけぼの学園障害児支援利用計画シート -----	97
参考資料 4 -----	103
富山県内の地域自立支援協議会子ども部会の状況について -----	103
参考資料 5 -----	104
通所支援事業所における調査結果 -----	104



## I. はじめに ～本研究（障害者総合福祉推進事業）の目的～

平成 24 年 4 月より改正児童福祉法が施行され、障害児支援に係るほとんどの施策が児童福祉法に一元化されるとともに、障害種別に分かれていた障害児通園施設および児童デイサービスは身近な地域での発達支援体制の構築を目指して「障害児通所支援（児童発達支援等）」に一元化された。同時に、地域の子ども集団の中での発達支援を目的とした訪問・巡回型支援である「保育所等訪問支援」、放課後の活動支援と就学後の発達支援の継続を目的とした「放課後等デイサービス」が障害児通所支援の中に位置付けられた。

施設の指定基準なども見直され、児童発達支援管理責任者の必置、機能訓練担当職員配置による特別支援加算の創設など、支援の質の向上が求められている。加えて、児童福祉法に障害児相談支援事業が創設されたことによって、障害児支援においてもケアマネジメント手法の導入という重要な第一歩が踏み出されたと言える。

通園施設創設以後初めてとも言える今回の大改革は、「身近な通園場所の確保」というだけでなく、「障害の確定しない『気になる』時期からの発達・育児支援」「地域の保育所や学校などで過ごす子どもへの専門的支援の提供」という「施設と地域」「対象年齢」「障害確定の有無」の枠をも外す大きな変化を、施設・事業や市町村行政に求めている。

しかし、児童福祉法改正案が国会を通過してから 1 年 3 ヶ月という短い準備期間では事業の詳細部分まで検討されたとは言えず、施設現場も短期間での大改革に対応できているという状況ではない。

例えば、従来児童福祉施設最低基準に準拠して療育環境を保障してきた通所支援の環境が第二種事業化する中で低下する危険性があり、療育の質を左右する人員配置基準等は、「現場の混乱をきたさない」という理由によりほとんど見直されていない。また、経営面でも、措置制度や支援費制度下では「月払い制」や「暫定定員制」、障害者自立支援法下では「激減緩和策（9割補償）」によって運営を保障されてきた通園施設が、「利用・契約+1日利用分日払い制」への移行によって、良質の発達支援がなおざりになるだけでなく、施設運営自体も困難になりかねない事態が生じることも懸念される。

このような障害児通所支援の状況を踏まえて、本研究では、これまでに私たちやその先輩、仲間たちが「保健福祉推進事業」として積み上げてきた研究事業、「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（平成 19 年度）」、「地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設の在り方に関する研究（平成 20 年度）」、「障害児施設の一元化に向けた職員養成に関する調査研究事業（平成 21 年度）」、平成 22 年度に障害者総合福祉推進事業として実施した「障害児施設のあり方に関する調査」、「激変緩和策（経営安定加算）および福祉介護職員処遇改善事業（加算）に係わる基礎データ」を活用しつつ、児童発達支援センター（医療型・福祉型）および児童発達支援事業を中心に、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各実施事業所を加えて、アンケート調査を実施し、障害児通所支援の現状を調査・分析、今回の改革に期待された地域での子育て支援の充実と発達支援の質の向上と量の確保につなげるための課題を検討した。

## Ⅱ. 障害児通所支援の現状

平成24年4月実施の改正児童福祉法では、障害児支援の強化を目的に、障害児の範囲の見直し（発達障害を含む）、障害児施設における障害種別の一元化、通所支援の実施主体の市町村への一元化、障害児相談支援の創設、放課後等デイサービスおよび保育所等訪問支援の創設等がなされた。

障害児通所支援に関しては、障害児通園施設は一元化されて児童発達支援センター、児童デイサービスⅠ型は児童発達支援事業、児童デイサービスⅡ型は放課後等デイサービス事業へ移行するなど、新しい事業体系へと大転換がなされた。

しかしさまざまな課題が残されている。

例えば、児童発達支援等に一元化を図るべきであった通園施設については、知的障害児通園施設・難聴幼児通園施設は原則福祉型児童発達支援センターへ、肢体不自由児通園施設は原則医療型児童発達支援センターへと、福祉型・医療型の2つの体系が残り、「従来の専門性の維持」も認められたため、「身近な地域での発達支援」という一元化の大義が置き去りにされてしまった状況がある。加えて、障害児相談支援事業については、第一に「基本相談」部分をもてず「子育てに困り始めた時期からの柔軟な支援」に支障が出ること、第二に「(障害者自立支援法に残ったショートステイなどの)居宅支援」の計画作成が(指定特定障害者相談新事業を受託しなければ)できないこと、第三に障害児相談支援事業所の数量確保のために「児童発達支援センターに設置」としたために、相談支援事業の最も重要な要素である「中立・公平性」という点に課題を残したことなどが挙げられる。

この章では、平成24年8月～9月に実施したアンケート調査に基づいて、現状を把握し、かつ新事業への移行状況や受託状況、今後の課題等について検討し、今後の展望について考察した。

### <おことわり>

今回のアンケート調査は、調査内容が多岐にわたるため、項目によって記入のないものや、誤記入などが少なからず見られた。できるだけ多くのアンケートを基に集計を行うため、項目によって回答数(N)が異なることになった。

主に、施設の実態等に関する集計は、有効回答数1,554ヶ所をもとに、各項目での有効件数を抽出して行った。Ⅱ. 3. 児童の状況及びⅡ. 4. 医療的ケアを要する利用児の状況に関しては、各項目の総児童数が一致しているものを抽出し、1,301ヶ所をもとに集計した。

主たる集計は移行状況を明確にするため、旧施設種別と新体系種別(24年度)を基本とし、アンケート項目ごとに所在地等をクロスして検討した。

文章・表・グラフなどの略表記は以下の通り。

#### 【旧施設種別】

知的障害児通園施設 ⇒ 知的通園  
肢体不自由児通園施設 ⇒ 肢体通園  
難聴幼児通園施設 ⇒ 難聴通園  
児童デイサービス ⇒ 児童デイ  
重症心身障害児(者)通園事業 ⇒ 重症通園  
平成24年度から実施した事業所 ⇒ 24年度新規  
心身障害児総合通園センター ⇒ 総合通園  
日中一時支援事業 ⇒ 日中一時

#### 【新体系種別】

福祉型児童発達支援センター ⇒ 福祉型センター、グラフ内表記は福祉型  
医療型児童発達支援センター ⇒ 医療型センター、グラフ内表記は医療型  
児童発達支援事業 ⇒ 「事業」  
放課後等デイサービス事業 ⇒ 放課後デイ  
いくつかの事業を重複して実施 ⇒ 「その他」  
保育所等訪問支援事業 ⇒ 保育所等訪問

## 1. 障害児通所支援の現状と移行状況

### 1) 障害児通所支援の事業種別など

まず、今回のアンケート調査で有効回答施設 1,554 施設の平成 24 年度事業種別状況、また、平成 25 年度予定の指定事業種別を表Ⅱ－1 に示す。

表Ⅱ－1 事業種別の状況（24年度、25年度予定）

事業種別	24年度	25年度予定
福祉型センター	222	226
医療型センター	56	47
「事業」	429	361
放課後デイ	532	465
「その他」	67	93
「事業」＋放課後デイ	218	176
「事業」＋放課後デイ＋「その他」	22	17
福祉型センター＋放課後デイ	1	2
福祉型センター＋放課後デイ＋「その他」	1	1
「事業」＋「その他」	4	5
福祉型センター＋医療型センター	1	1
放課後デイ＋「その他」	1	1
未記入		159
計	1,554	1,554

なお、平成 24 年 7 月 1 日現在の厚生労働省調査による施設・事業所の新体系種別への移行状況は以下のとおりである。

○ 障害児通所支援	
・ 児童発達支援センター	358ヶ所
・ 児童発達支援事業所	2,609ヶ所
・ 医療型児童発達支援センター	116ヶ所
・ 保育所等訪問支援	218ヶ所
○ 障害児相談支援	
・ 指定障害児相談支援事業所	274ヶ所
・ 児童発達支援センターにおける「保育所等訪問支援」	: 30.4%
・ 児童発達支援センターにおける「障害児相談支援」	: 25.7%

平成 23 年度施設種別から平成 24 年度の事業種別への移行を表Ⅱ－2 に示す。多くは「みなし期間」として従来の体系を基盤に移行しているが、以下、特記すべきことを示す。

知的通園 182 施設のうち大半が福祉型センターに移行していたが、7 施設が「事業」へ、1 施設が放課後デイへ移行していた。肢体通園 63 施設のうち 6 施設が福祉型センターへ、1 施設が「事業」、1 施設が放課後デイへ移行していた。難聴通園 14 施設は福祉型センターへ、児童デイは 1,089 施設のうち 15 施設が福祉型センターへ移行、多くが多機能の支援サービスを実施していた。重症通園 83 施設のうち、5 施設が福祉型センターへ、1 施設が医療型センターへ移行していた。また、平成 24 年度新規の施設が 104 施設あり、うち 5 施設が児童発達支援センターとして事業を始めている。

表Ⅱ－２ 平成24年度移行状況

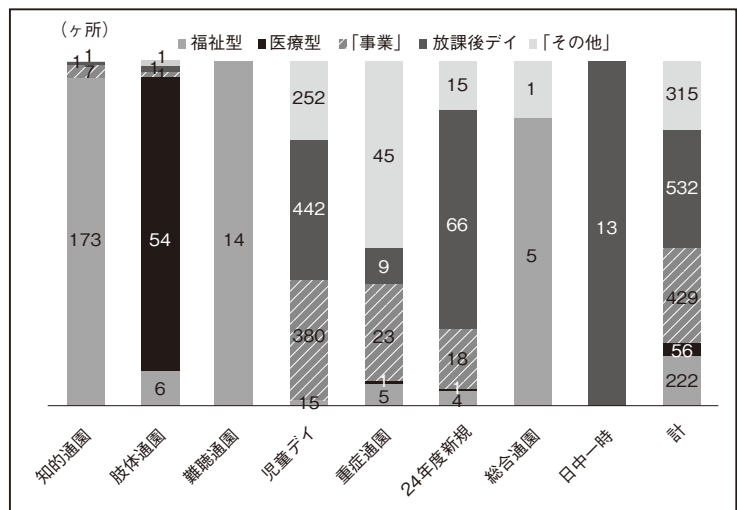
	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ	重症通園	24年新規	総合通園	日中一時	計
福祉型センター	173	6	14	15	5	4	5	0	222
医療型センター	0	54		0	1	1		0	56
「事業」	7	1		380	23	18		0	429
放課後デイ	1	1		442	9	66		13	532
「その他」	1	1		48	13	4		0	67
「事業」＋放課後デイ				191	16	11			218
「事業」＋放課後デイ＋「その他」				10	12	0			22
福祉型センター＋放課後デイ				0	1	0			1
福祉型センター＋放課後デイ＋「その他」				0	1	0			1
「事業」＋「その他」				3	1	0			4
福祉型センター＋医療型センター					0	0	1		1
放課後デイ＋「その他」					1	0			1
計	182	63	14	1,089	83	104	6	13	1,554

上記の旧施設から平成24年度新事業体系への移行状況を図Ⅱ－1に示す。

(なお、これ以降、多機能の事業を実施しているところは「その他」として集約して示す。)

表Ⅱ－1に示すように、平成25年度から予定している指定事業種別に関しては、多くは同事業種で移行する、もしくは、新しい事業を追加する予定などである。特記すべきこととしては、肢体通園63施設のうち医療型センターへ残ると

図Ⅱ－1 旧施設種別24年度移行状況



記述しているものが54施設であること、児童デイのうち福祉型センターへ移行した施設は平成24年度には15施設であり、平成25年度は36施設が移行する予定であることなどである。

現在指定を受けている通所支援および相談支援であるが、表Ⅱ－3のように、全体の8.8%の施設が保育所等訪問を、13.1%の施設が障害児相談支援事業を受けている。とくに福祉型センターでは、いずれの事業も30%近い事業所が指定を受けている。

表Ⅱ－3 指定を受けている事業 (基本調査によるデータ)

	総数	保育所等	保育所等%	障害児相談	障害児相談%	特定相談	特定相談%	一般相談	一般相談%
福祉型センター	222	64	28.8	62	27.9	48	21.6	0	0.0
医療型センター	56	5	8.9	7	12.5	6	10.7	2	3.6
「事業」	429	23	5.4	47	11.0	35	8.2	17	4.0
放課後デイ	532	15	2.8	48	9.0	49	9.2	30	5.6
「その他」	315	29	9.2	39	12.4	30	9.5	18	5.7
計	1,554	136	8.8	203	13.1	168	10.8	67	4.3

図Ⅱ-2に示すように、所在地別に事業を見ると、特別区・政令市・中核市・市において児童発達支援センターは約20%前後見られるが、町・村では設置が少ない。

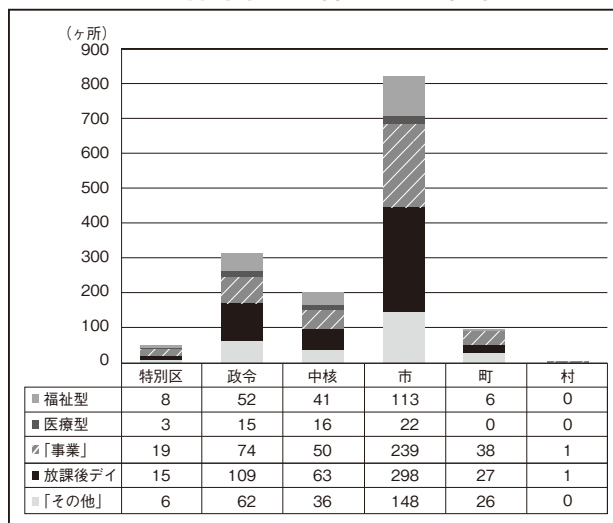
全施設の経営主体を図Ⅱ-3に示す。社会福祉法人は41.4%、公立・社会福祉事業団は19.3%の割合であった。

図Ⅱ-4に新体系種別及び旧施設種別の経営主体を示す。福祉型センターは社会福祉法人が多く、医療型センターは公立・社会福祉事業団が多くみられた。平成24年度からスタートした放課後デイにおいては、NPO法人・株式などが半数以上を占めていた。

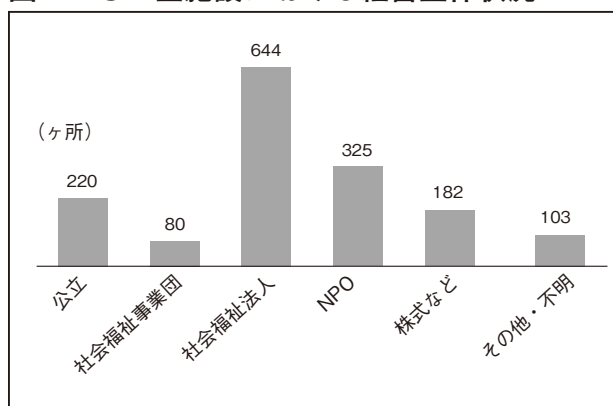
新体系種別の利用定員と現員（契約児童数+措置児童数）を図Ⅱ-5に示す。

利用定員に対する現員の割合は、福祉型センター123.6%、医療型センター76.6%、「事業」217.2%、放課後デイ267.6%となり、全体では201.6%であった。医療型のみ現員は利用定員より少なく、一元化も含め、今後の課題を残している。

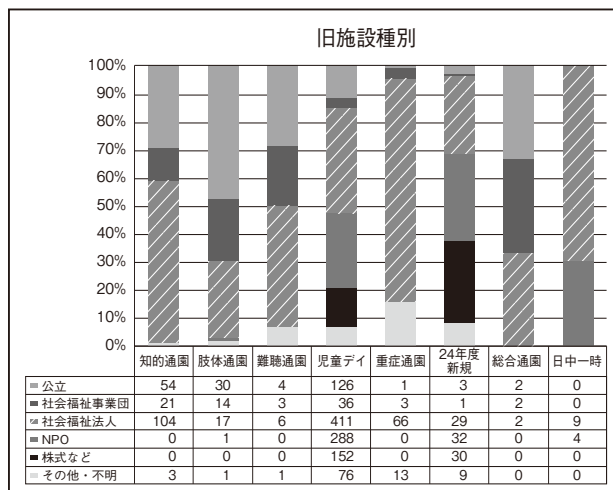
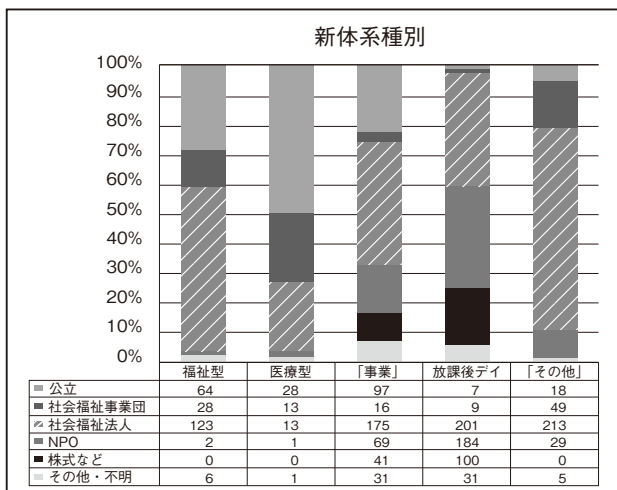
図Ⅱ-2 新体系種別所在地別設置状況



図Ⅱ-3 全施設における経営主体状況



図Ⅱ-4 新旧種別における経営主体状況



## 2) 診療所の設置状況

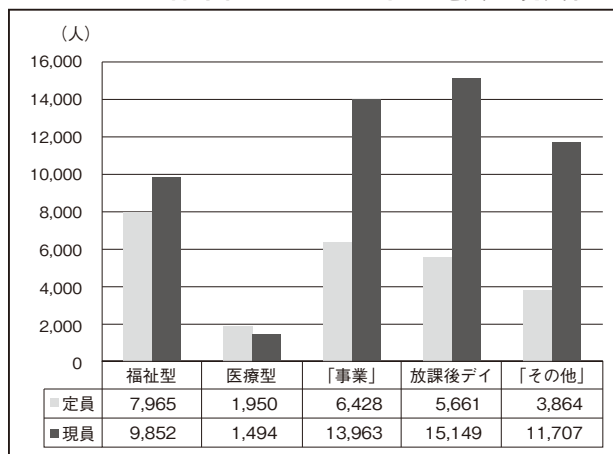
診療所は、1,554 施設中 163ヶ所に併設されており、その中で通園利用児のみの診察を行っているところが17ヶ所であった。図Ⅱ-6に新体系種別及び旧施設種別の設置状況を示す。福祉型センター47ヶ所、医療型センター52ヶ所で、医療型センターのうち11ヶ所が通園利用児のみの診察を行って

いた。旧施設種別では、診療所は、肢体通園 63 施設中 58 施設、重症通園 83 施設中 35 施設と多く、通園児のみの診察は肢体通園に多かった。

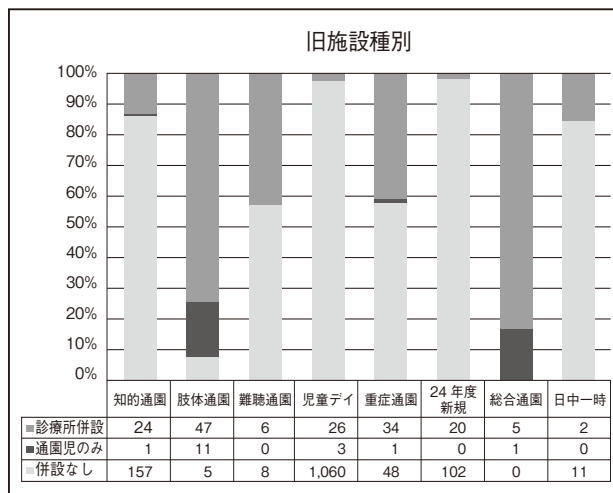
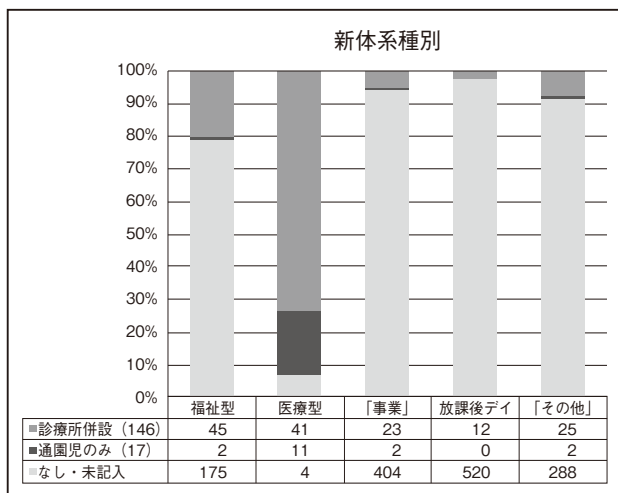
診療所の設置状況を特別区・政令市・中核市などの都市部と市町村を比較すると、都市部 16.2%、市町村 7.2%であり、都市部の方が診療所の設置率は高かった。

経営主体別でみると、診療所の設置は公営・社会福祉事業団等に多いが、医療法人等の病院や診療所が通所支援を行っているところもあり、今後の参入が期待される場所である。発達支援を要する子どもは、医療ケアを要する子どものみならず、診断・投薬・心理検査・リハビリテーション等、医療を必要とすることが多く、今後、医療資源の確保の観点からも、各地域における医療機関の参入と連携が重要である。

図Ⅱ-5 新体系種別における利用定員と現員状況



図Ⅱ-6 診療所の設置状況



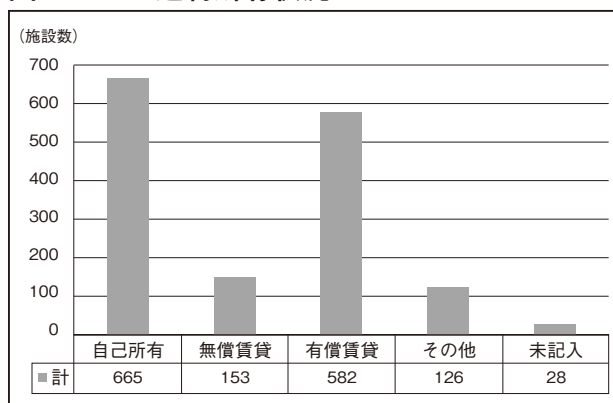
### 3) 建物の状況

図Ⅱ-7に建物所有の状況を、また、図Ⅱ-8に、新体系種別及び旧施設種別での建物所有状況を示す。

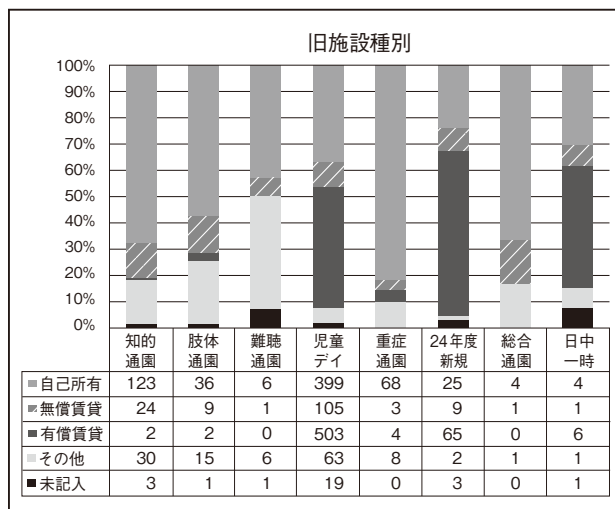
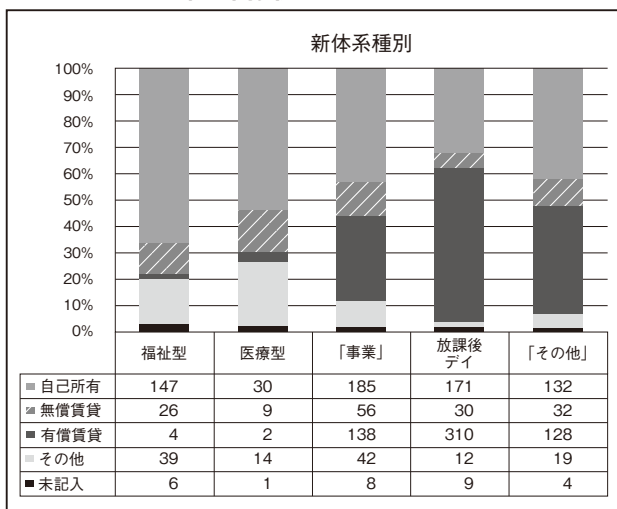
新体系種別では、福祉型センター、医療型センターの順に自己所有率が高く、旧施設種別では、知的通園・重症通園において自己所有率が高かった。

図Ⅱ-9に指導室の状況を示す。指導室 2.47m<sup>2</sup> /人以上は、新体系種別では福祉型センターが、旧施設種別では知的通園がその条件をほぼ満たし、他は半数以上の施設がその条件を満たしていた。

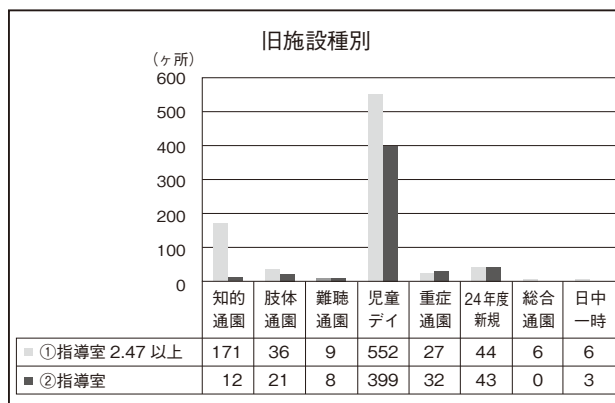
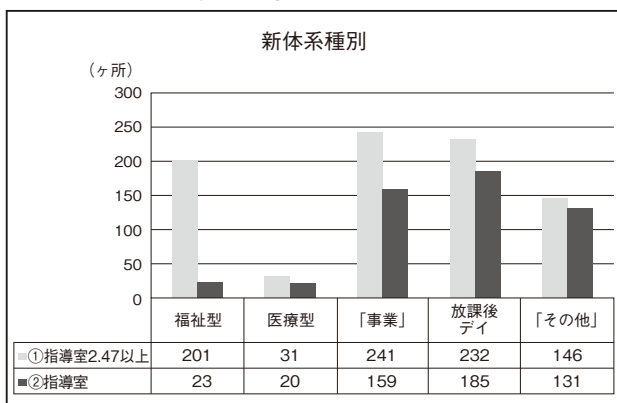
図Ⅱ-7 建物所有状況



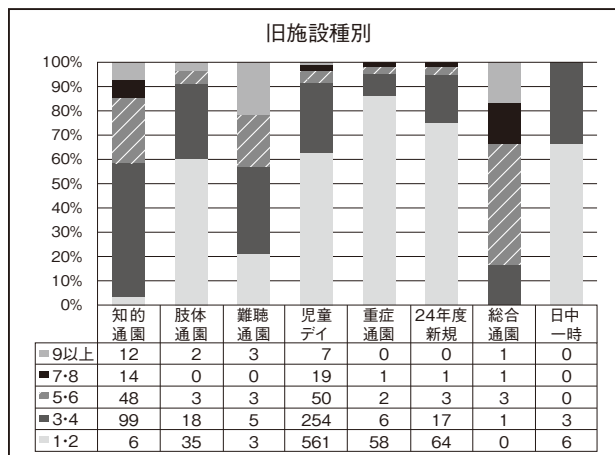
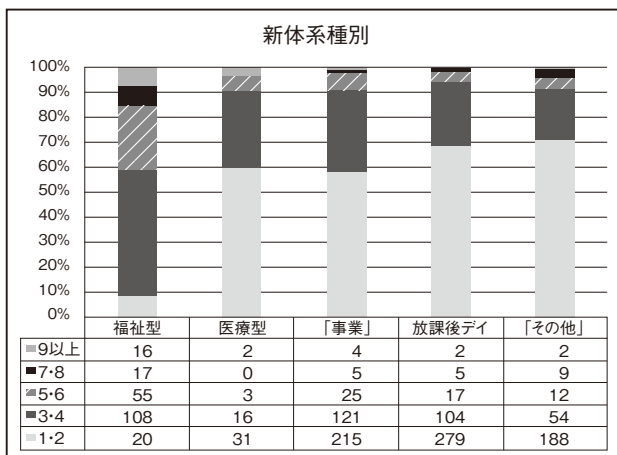
図Ⅱ－８ 建物所有状況



図Ⅱ－９ 指導室の状況



図Ⅱ－10 指導室の部屋数の状況



図Ⅱ－10に指導室の部屋数を示す。

全施設における指導室の部屋数は、1・2部屋が56.0%、3・4部屋が30.8%であったが、新体系種別では福祉型センターが、また、旧施設種別では知的通園・難聴通園・総合通園で、3・4部屋・5・6部屋が多く、施設基準を遵守して子どもの支援に当たっていることがうかがわれる。

## 2. 職員体制

旧施設種別の知的障害児通園施設は、昭和 32 年に児童福祉施設として制度化されて以来、学齢児を対象として児童 10 人に対して保母・児童指導員 1 人という職員配置の中で運営されてきた。

その後、早期療育の重要性と特殊教育の拡充という事情から、昭和 49 年 4 月、通園施設の対象は、「満 6 歳以上の児童」及び「就学の猶予、免除の者とする」という 2 項目が撤廃され、乳幼児の通園施設利用が可能となった。また、昭和 54 年の養護学校義務制に伴い、通園施設の対象が実質的に乳幼児となった。

その間、職員配置の変遷は、昭和 39 年は、児童 7.5 人に対して保母・児童指導員 1 人、昭和 46 年には、児童 6 人に対して保母・児童指導員 1 人という増員が図られていた。また、保育所における障害児保育実施に伴い、通園施設には幼児特別加算が設けられ、昭和 47 年からは、児童 5 人に対して保母・児童指導員 1 人の増員となった。また昭和 56 年には、養護学校義務制に伴って、現在の最低基準となっている児童 4 人に対して保育士・児童指導員 1 人とされた。その後、職員配置の見直しが行われること無く 25 年間に経過している。

平成 24 年 4 月の児童福祉法改正で、職員配置の増員はなされなかった。今回の改正に伴う新たな加算は、児童発達支援管理責任者配置加算と特別支援加算のみである。特別支援加算は、平成 2 年に始まった心身障害児通園施設機能充実モデル事業（通園施設において重複障害児を受け入れ重複障害に適した訓練を実施することにより施設が適切に地域における療育機能を発揮できるようにするための事業：平成 10 年廃止）の発展型である。

以下、利用児童の低年齢化、障害の重度化・重複化の中で、個々の施設の運営努力によって最低基準の 4：1 を上回る直接職員の配置を実施している実態と職員定数の引き上げの必要性について考察した。

### 1) 児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者を専任で配属しているところと兼任で配属しているところとはほぼ拮抗している。これは旧施設種別で見ても新体系種別で見ても大きく変わらない。配置人員については、事業所の約 7 割が 1 名の配置で、2～3 名配置している事業所も若干見られる。まだ児童発達支援管理責任者を配置していない事業所も全体平均で 2 割、新体系種別でも 2 割前後～3 割で見られる（図Ⅱ－11）。今後、児童発達支援管理責任者が作成すべき児童発達支援計画の充実を図る上で、最低でも 1 名の配属が望まれる。

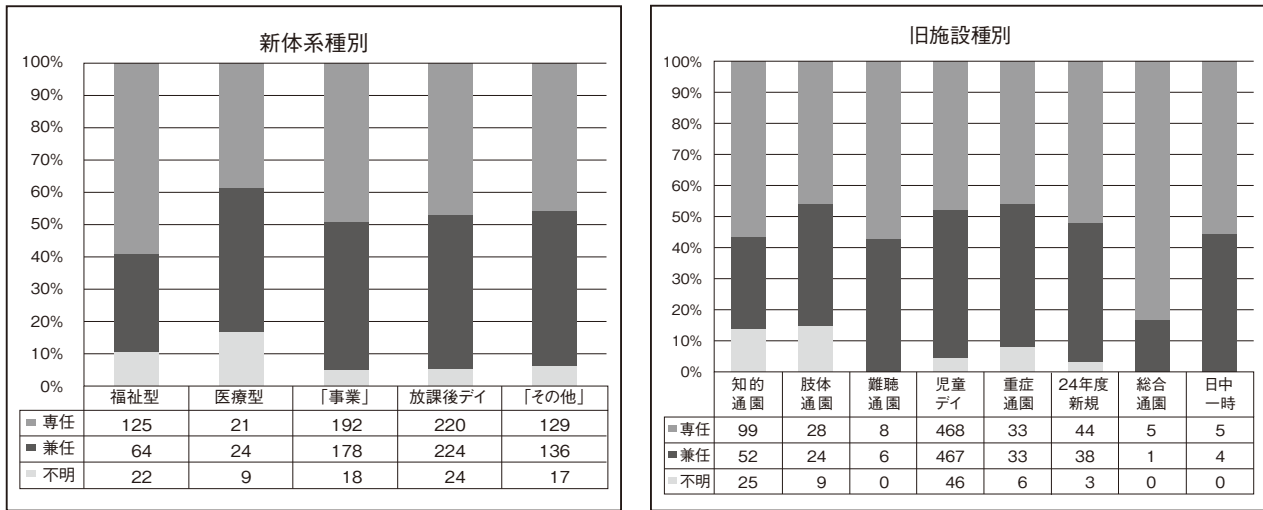
### 2) 保育士および児童指導員

全体では 5 名未満の配置を行っているところが最も多く 5 割強を占めている。一方で保育士・児童指導員を 1 名も配置していない事業所が全体平均で約 2 割ある（図Ⅱ－12）。指定基準の違いによる職員配置のばらつきであると考えられるが、今後指定基準の見直しに向けた課題である。

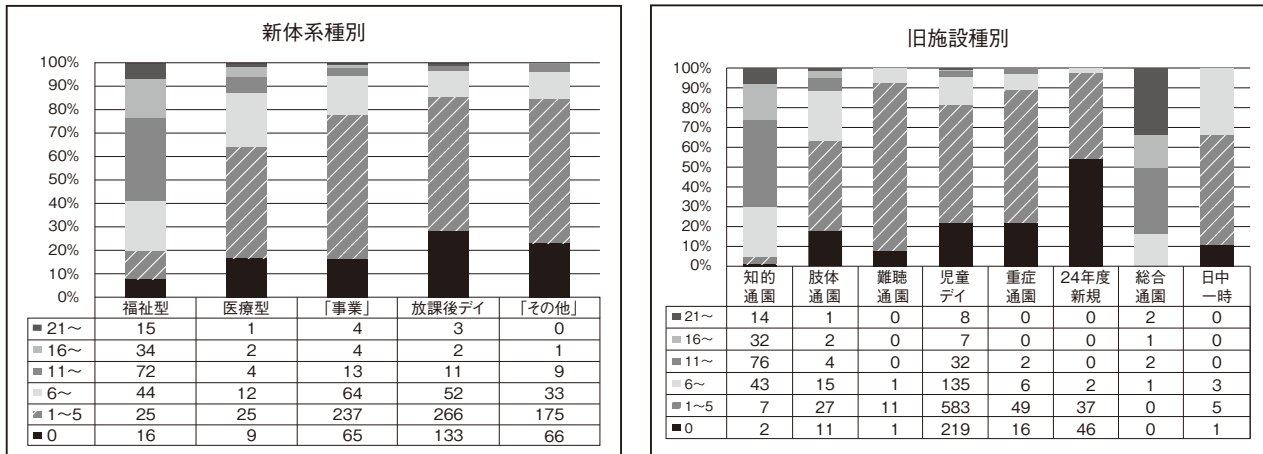
なお、保育士の勤務体系については、旧施設種別は、知的通園が 83.3%、肢体通園が 84.5%、難聴通園は 88.0%、児童デイは 65.2%が、週 30 時間以上の勤務体系である。



図Ⅱ－１１ 児童発達支援管理責任者の配置状況



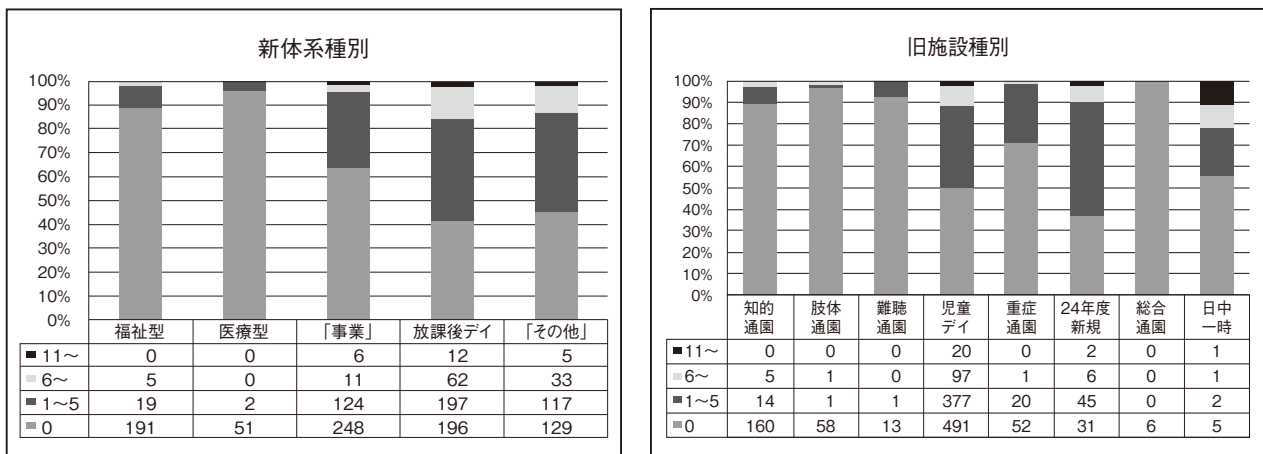
図Ⅱ－１２ 保育士及び児童指導員の配置状況



### 3) 指導員

指導員の配置は旧施設種別で、知的通園・肢体通園・難聴通園・重症通園・総合通園で配置のない施設が8割以上で、新体系種別でも福祉型センター・医療型センターでは約9割が配置していない(図Ⅱ－13)。指定基準で、児童指導員・保育士の配置が義務付けられているためと思われる。本調

図Ⅱ－13 指導員の配置状況



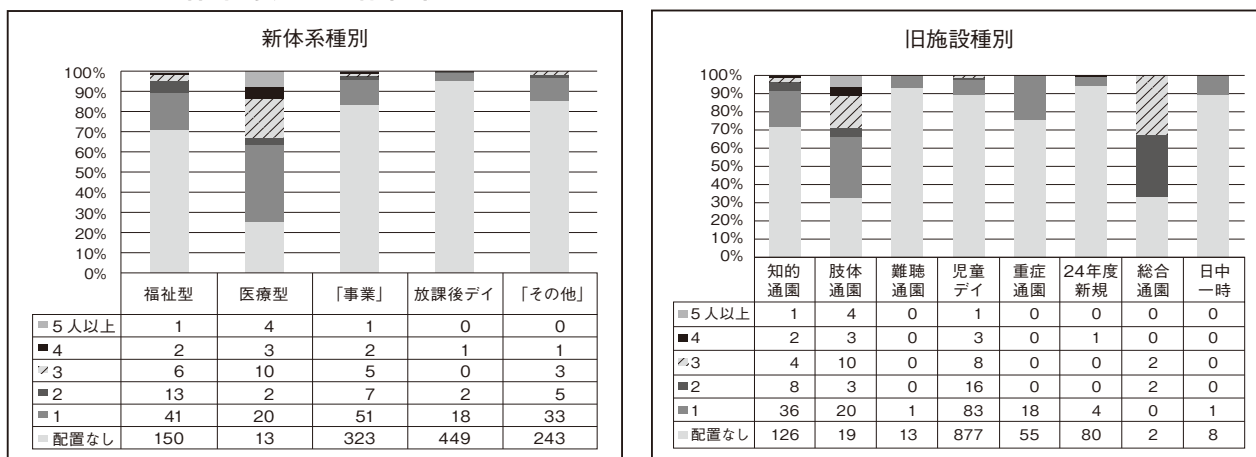
査結果〔表3-5〕より、配置が多いのは、旧施設種別では児童デイ、新体系種別では、「事業」と放課後デイとなっているが、6割弱が週30時間未満の勤務体系となっている。

#### 4) 作業療法士（以下OT）・理学療法士（以下PT）・言語聴覚士（以下ST）

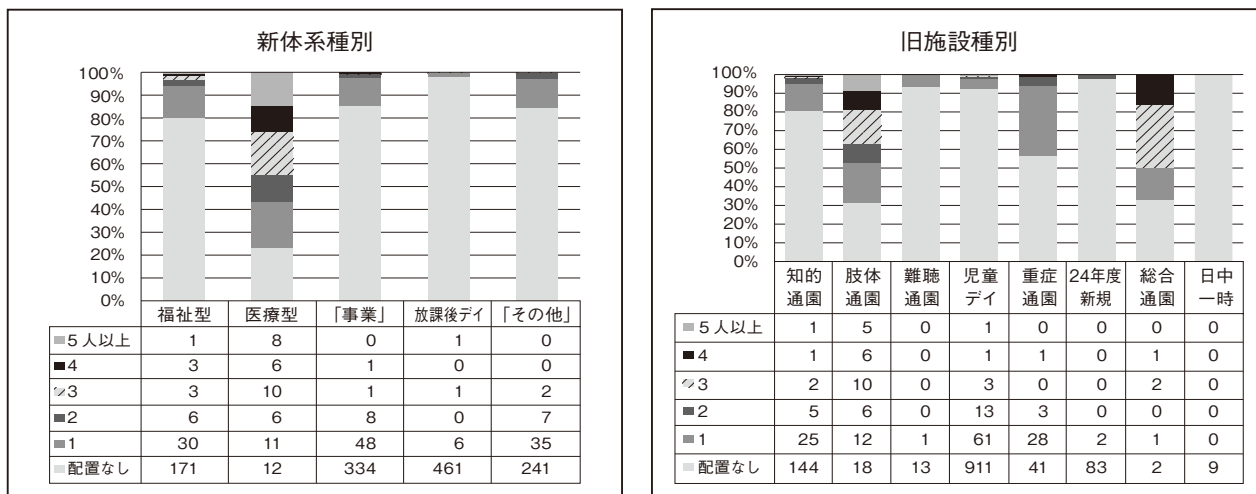
OT・PTは旧施設種別では肢体通園・総合通園で配置しているところが多く、新体系種別でも医療型センターの7割から8割で配置している。旧施設種別では知的通園が約3割、難聴通園・児童デイでは約1割弱、新体系種別での福祉型センターで約2割～3割、「事業」で約2割弱が配置している。

（図Ⅱ-14、図Ⅱ-15）

図Ⅱ-14 作業療法士の配置状況



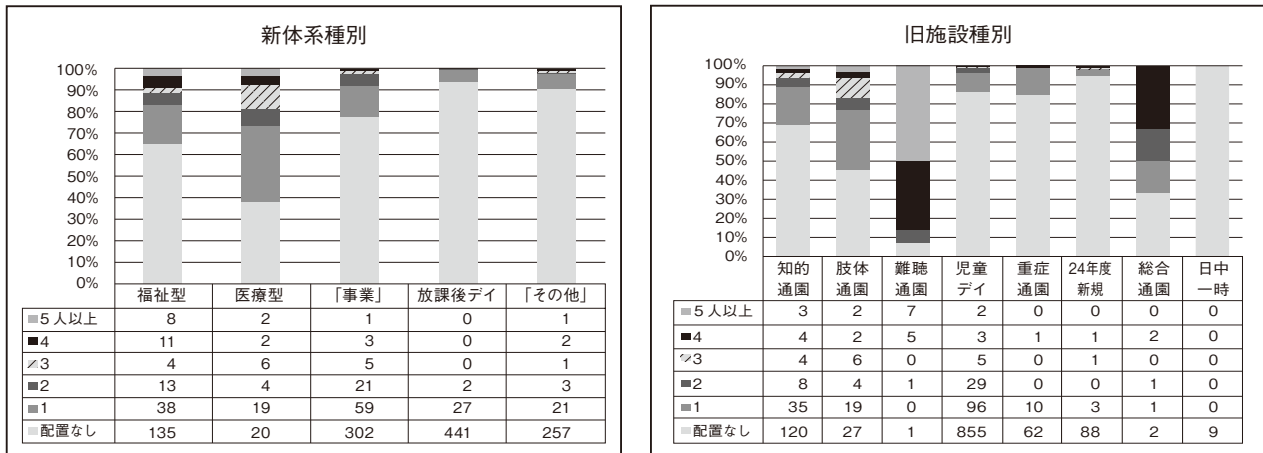
図Ⅱ-15 理学療法士の配置状況



STの配置については、全体平均で8割強が未配置となっている。旧施設種別では難聴通園で約9割が配置している。対象となる幼児の支援内容によるところが大きいと思われる。（図Ⅱ-16）

新体系種別では放課後デイの9割強がOT・PT・STを配置しておらず、支援する内容によって職員配置が異なっていることがうかがえる。児童発達支援センター・「事業」では各医療専門職を複数配置しているところが見られる。OT・PT・STに関して、配置されている人数は全体的にはまだ少なく、配置されていても週30時間未満の職員が大半である。三障害の一元化に伴い、施設整備だけでなく医療専門職の配置が課題である。

図Ⅱ－16 言語聴覚士の配置状況



### 5) 看護師・保健師

全体平均で約8割が配置していない。旧施設種別では重症通園、新体系種別では医療型センターで配置しているところが多い。医療的ケアを必要とする在宅の重症心身障害児が増加している中、3障害の一元化にあたって看護職の配置の義務化も今後の課題とするべきである。

### 6) 栄養士・調理員

旧施設種別では、知的通園、新体系種別では福祉型センターのほとんどで配置されている。また、全職員（17,815人）の内、4.0%となっている。

### 7) 送迎運転手

旧施設種別では、通園バスが義務づけられていた知的通園のほとんどで配置されている。

### 8) 事務員

本調査結果〔表3-16〕より、旧施設種別では、知的通園では、1施設1人、肢体通園は、1施設1.6人、難聴通園は1施設2人で、その内、週30時間以上の勤務体系の職員は42.6%となっている。また、児童デイは1事業所0.3人でその内、43.6%が週30時間以上の勤務体系となっている。

### 9) その他の職員

その他の職員に関しては全体の9割が配置していない。

配置している事業所では、職種として、生活介助員・バス添乗員・保育助手・調理補助・清掃などの業務の補助を行う職員の配置や、音楽療法士・心理判定員・絵画講師・音楽講師・水泳講師など特別な支援のための職員の配置などが見られる。子どもの障害の多様性に加え、法改正により職員の業務負担が増したために補助職員を配置している場合と各事業所の特色を出すために配置している場合とが見られる。本調査結果〔表3-17〕より、全体的には、その他の職員の約7割弱が週30時間未満の勤務体制となっている。

### 10) 勤務体系について

本調査結果〔表3-20〕より、管理者、児童発達支援管理責任者（2,728人）は、89.6%が週30時間以上の勤務体系となっている。

全職員（17,815人）の内、61.6%が週30時間以上、13.3%が週20時間以上30時間未満、25.1%

がその他（週 20 時間未満や特に勤務時間を定めていない）となっている。

### 1 1) 児童と直接処遇職員の比率について

全体平均で、約 6 割が 10 名以下の職員配置、約 3 割が 20 名以下の配置となっている（図 II - 1 7）。全職員でも、常勤職員は全体の約 6 割のみであり非常勤職員の割合が多い。また、指定基準の 4 : 1 を超える職員配置が全体の 8 割を占めている（図 II - 1 8）。

図 II - 1 7 職員の配置状況

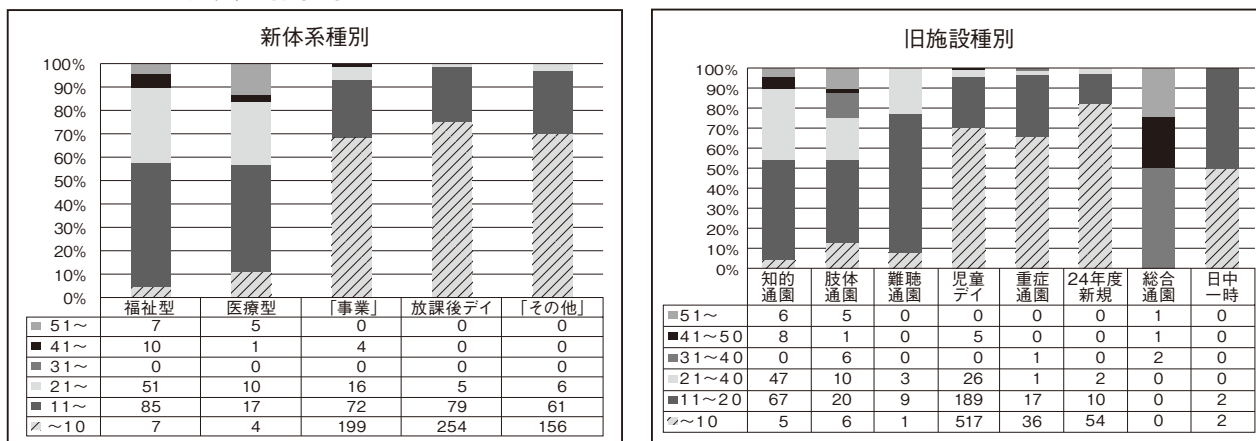
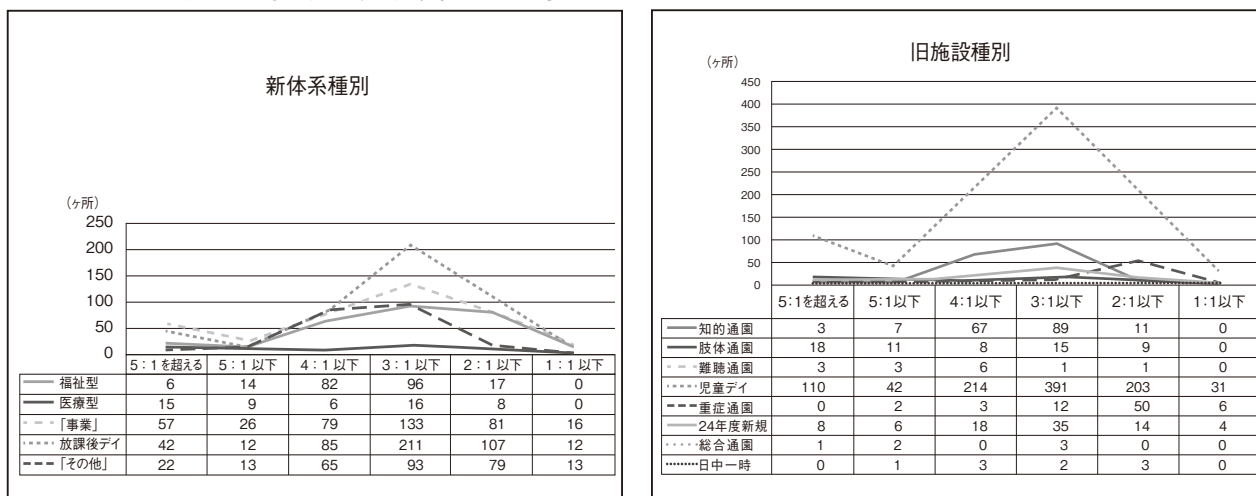


図 II - 1 8 児童と直接処遇職員との比率について



直接処遇職員を利用契約児童（措置児も含む）に直接処遇する職員（保育士・指導員に加えて OT、PT、ST、心理士なども職員配置基準の対象として届けているもの）として、利用定員との比率をまとめてみる。図 II - 1 8 から、3 : 1 を超える施設が一番多くあり、全体の平均値は、児童 2.67 人に対して直接処遇職員 1 人の配置となっている。最低基準の 4 : 1 では対応しきれない現状で、各事業所の運営努力で職員の増員を行っている。

### 3. 児童の状況

児童の状況については旧施設種別と新体系種別ごとにデータをまとめた。表記とデータ数については以下の通りである。

旧施設種別	事業所数
知的通園	163
肢体通園	62
難聴通園	13
児童デイ	904
重症通園	68
24年度新規	76
総合通園	5
日中一時	11

新体系種別	事業所数
福祉型センター	201
医療型センター	54
「事業」	359
放課後デイ	432
「その他」	255

## 1) 年齢区分

旧施設種別でみると知的通園からの移行事業所は3・4・5歳児がほとんどを占める。肢体・難聴通園は2・3・4・5歳児が万遍なく利用している。総合通園は2歳児の利用がとりわけ高くなっている(図Ⅱ-19)。

新体系種別でみると、医療型センターの低年齢利用児の割合が高くなっている。福祉型センターと「事業」はほぼ同じような3・4・5歳児の割合が高い年齢区分の分布になっている。放課後デイのほとんどが学齢以降で、小学生の利用児数が多く57.5%、中学生は23.4%、高校生は15.9%である(図Ⅱ-20)。

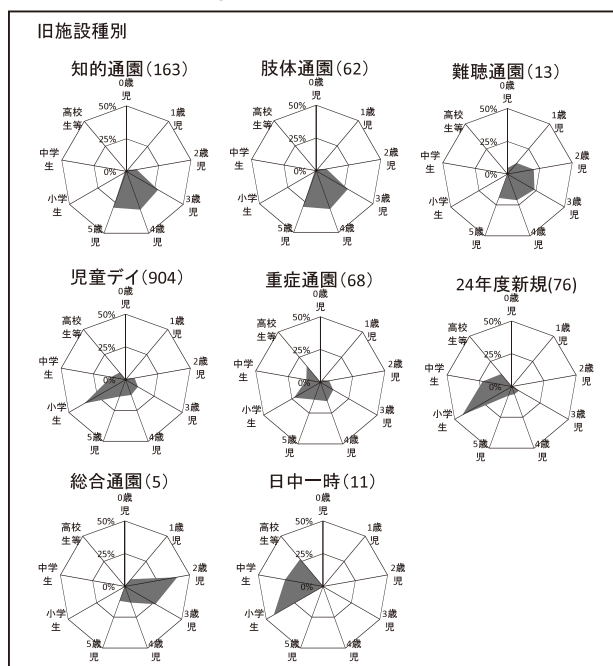
## 2) 併行通園の状況

併行通園の状況は旧施設種別でみると難聴通園が60.3%でもっとも多い。次いで児童デイの55.3%となっている。また重症通園で25.6%と4人に1人が併行通園しているが、発達障害児の利用が15.7%あるということも関係していると思われる(図Ⅱ-21)。

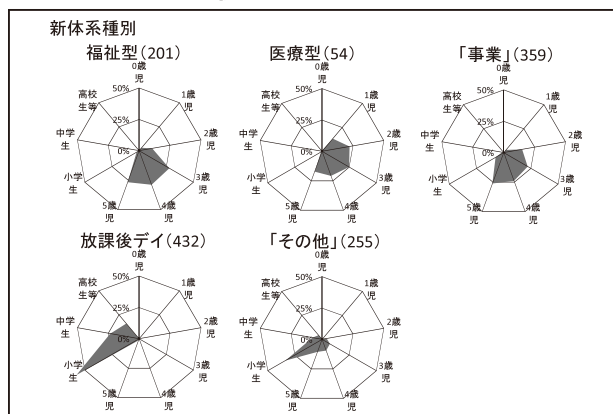
新体系種別でみると児童発達支援センターが医療型・福祉型とも20%前後であるのに対して、それ以外の事業は40%~60%の間で高い割合を示している(図Ⅱ-22)。

年齢区分でみると、年齢とともに割合は高くなり、5歳児で54.1%と2人に1人以上の割合で併行通園を利用している。全体でも40.8%の利用率になっている(図Ⅱ-23)。

図Ⅱ-19 旧施設種別における利用契約児童の状況



図Ⅱ-20 新体系種別における利用契約児童の状況



### 3) 利用契約児童の利用開始時点での年齢構成について

旧施設種別でみると、知的通園は3歳児での利用が44.2%と際立って高い。肢体通園は1歳児、総合通園・難聴通園は2歳児がピークで、早期に診断されることがその要因と考えられる。また重症通園は小学生、高校生からの利用開始も多い。24年度新規は半分以上が放課後デイであるため、学齢時からの利用開始が高くなっている。

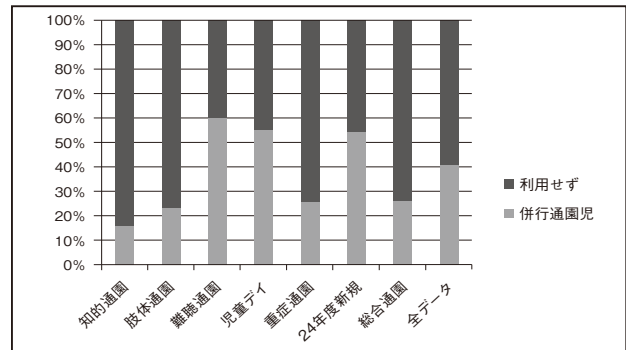
新体系種別では、福祉型センターは3歳児がピークで、医療型センターは1歳児・2歳児がピークになっている。「放課後デイ」は小学生以降からの利用がほとんどを占めている（図Ⅱ-24、25）。

### 4) 他の機関の利用状況

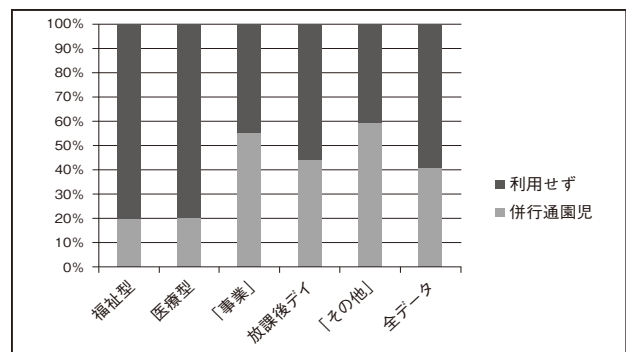
下記に平成24年6月時点での他の機関の利用状況について表Ⅱ-4にまとめた。医療型センターと他の児童発達支援センター・「事業」との併用率は11.5%と高い。「事業」と他の児童発達支援センター・「事業」との併用率も9.0%となっている。全体では、児童発達支援センター・「事業」の併用利用は7.0%である。

放課後デイでは、事業の性格上かなり高い割合で学校等の在籍児童・生徒が通園している。

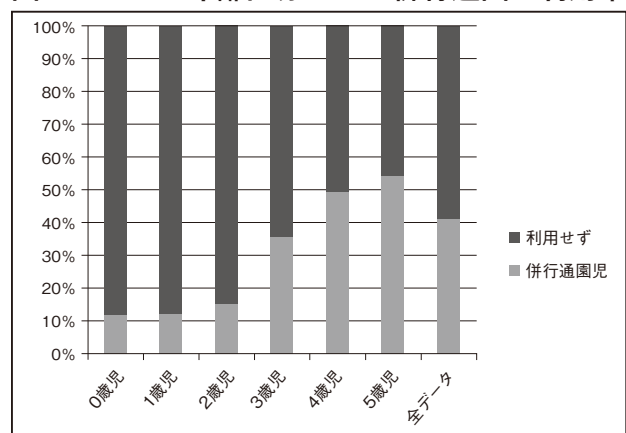
図Ⅱ-21 旧施設種別における併行通園の割合



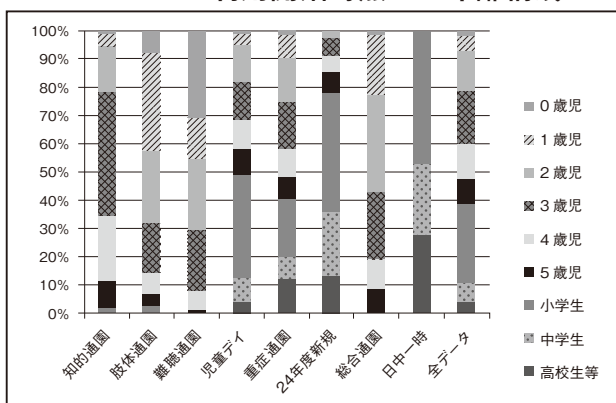
図Ⅱ-22 新体系種別における併行通園の割合



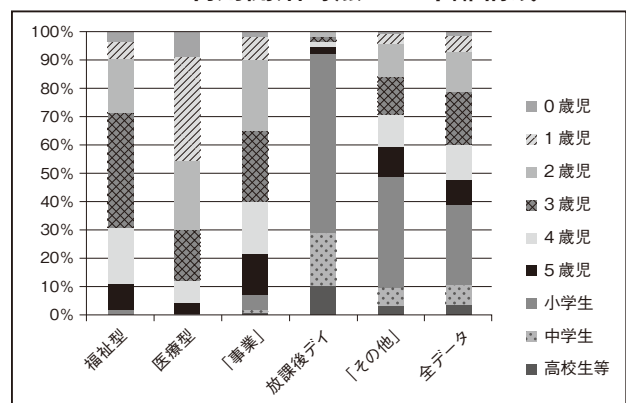
図Ⅱ-23 年齢区分ごとの併行通園の利用率



図Ⅱ-24 旧施設種別における利用契約児童の利用開始時点での年齢構成



図Ⅱ-25 新体系種別ごとの利用契約児童の利用開始時点での年齢構成



表Ⅱ－４

種別	利用状況	人数	全利用児中の割合	種別	利用状況	人数	全利用児中の割合
福祉型	他の発達支援センター	104	1.1 %	放課後 デイ	他の発達支援センター	86	0.7 %
	他の発達支援事業	420	4.6 %		他の発達支援事業	544	4.3 %
	病院・医療機関入院児	0	0.0 %		病院・医療機関入院児	29	0.2 %
	学校等在籍児童・生徒	167	1.8 %		学校等在籍児童・生徒	6,875	55.0 %
	その他	8	0.1 %		その他	131	1.0 %
医療型	他の発達支援センター	56	3.9 %	「その他」	他の発達支援センター	264	2.7 %
	他の発達支援事業	110	7.6 %		他の発達支援事業	496	5.1 %
	病院・医療機関入院児	4	0.3 %		病院・医療機関入院児	10	0.1 %
	学校等在籍児童・生徒	3	0.2 %		学校等在籍児童・生徒	3,714	38.1 %
	その他	22	1.5 %		その他	56	0.6 %
「事業」	他の発達支援センター	275	2.5 %	全データ	他の発達支援センター	785	1.8 %
	他の発達支援事業	724	6.5 %		他の発達支援事業	2,294	5.2 %
	病院・医療機関入院児	115	1.0 %		病院・医療機関入院児	158	0.4 %
	学校等在籍児童・生徒	733	6.6 %		学校等在籍児童・生徒	11,492	26.1 %
	その他	71	0.6 %		その他	288	0.7 %

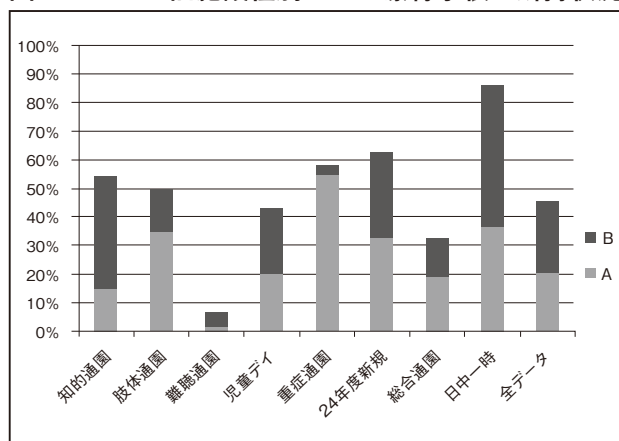
### 5) 療育手帳・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳の所持状況

#### ① 療育手帳について

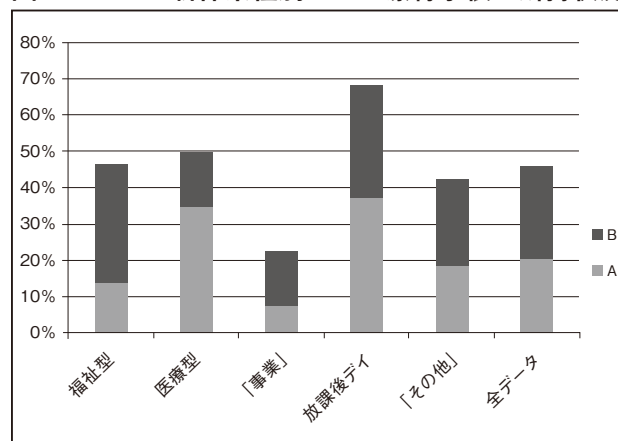
旧施設種別でまとめると、療育手帳の所持は手帳の取得が必要とする自治体が多い日中一時を除くと24年度新規が最も多い。これは半分以上が放課後デイで年齢の高い児童が多いためと思われる。また療育手帳Aだけを見ると重症通園がもっとも多かった。知的通園の療育手帳Aの所持率は難聴通園に次いで二番目に低い。知的通園、肢体通園は約2人に1人の割合で手帳を所持していた。難聴通園に関しては6.7%と所持率が最も低かった。

新体系種別では旧施設種別と同様、利用児童の年齢が高い放課後デイの所持率が68.4%と最も高い。その他は「事業」が22.6%と低い以外は40%～50%の間に集属している。全体での所持率は45.8%であった(図Ⅱ－26、27)。

図Ⅱ－26 旧施設種別ごとの療育手帳の所持状況



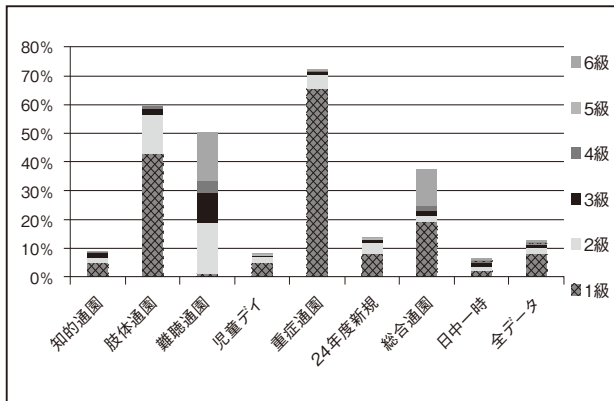
図Ⅱ－27 新体系種別ごとの療育手帳の所持状況



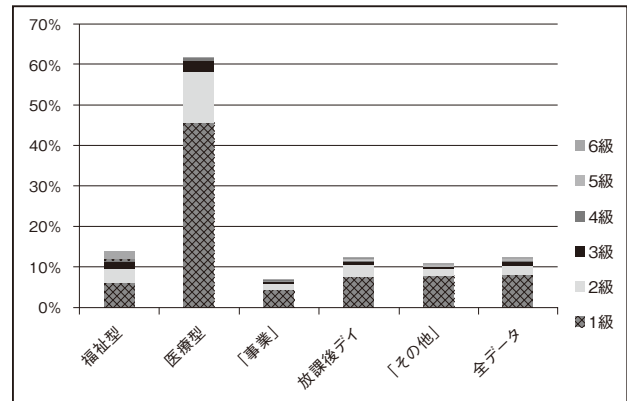
## ② 身体障害者手帳について

身体障害者手帳は重症通園からの移行事業所が最も多い。その他肢体通園、難聴通園が50%を超えている。知的通園と児童デイは10%以下となっている。全体での所持率は12.5%である。新体系種別では医療型センターが60%を超えている以外は10%前後の所持率になっている（図Ⅱ-28、29）。

図Ⅱ-28 旧施設種別ごとの身体障害者手帳の所持状況



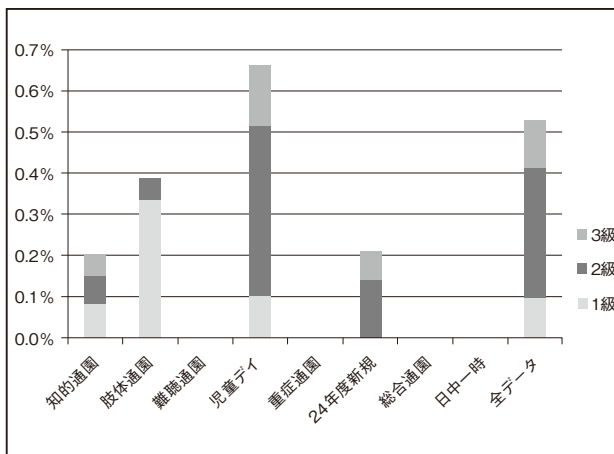
図Ⅱ-29 新体系種別ごとの身体障害者手帳の所持状況



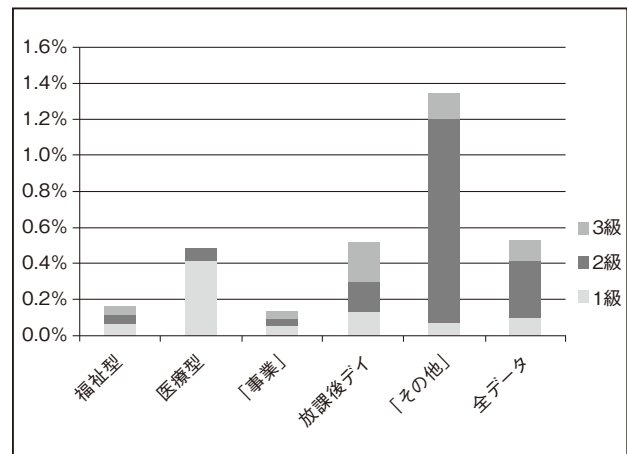
## ③ 精神障害者保健福祉手帳について

精神障害者保健福祉手帳は全体の所持率が0.54%で、まだ発達障害児の対象として機能していないことがうかがえる（図Ⅱ-30、31）。

図Ⅱ-30 旧施設種別ごとの精神障害者保健福祉手帳の所持状況



図Ⅱ-31 新体系種別ごとの精神障害者保健福祉手帳の所持状況



## 6) 主たる障害について

旧施設種別では知的通園は72%を知的障害が占めている。発達障害も17.2%の利用があり、この二つの障害で9割近くを占める。

肢体通園で最も多いのは肢体不自由が43.0%、次いで重症心身障害が31.2%となっている。知的障害の割合も19.7%となっている。

難聴通園では難聴児が64.3%と最も多く、知的障害、発達障害が10%前後を占める。肢体不自由



0.3%、重症心身障害は利用なしと極端に少ない。

児童デイに関しては最も多いのは知的障害の46.0%であるが、他の種別と比較して発達障害の利用が34.1%と最も多く、大きな受け皿になっていることがうかがえる。

重症通園では、最も多いのは予想通り重症心身障害で67.9%、次に多いのが発達障害の15.7%となっている。これは2~3の事業所で発達障害児も受け入れていることが反映された結果と思われる。

総合通園は他の種別と比較すると、知的障害の割合が低い以外万遍なく受け入れている。

日中一時は知的障害が95.4%でほとんどを占める(図Ⅱ-32)。

新体系種別でみると福祉型センターでは知的障害が多い。特に幼児期においては高く、主な受け入れ先となっている。

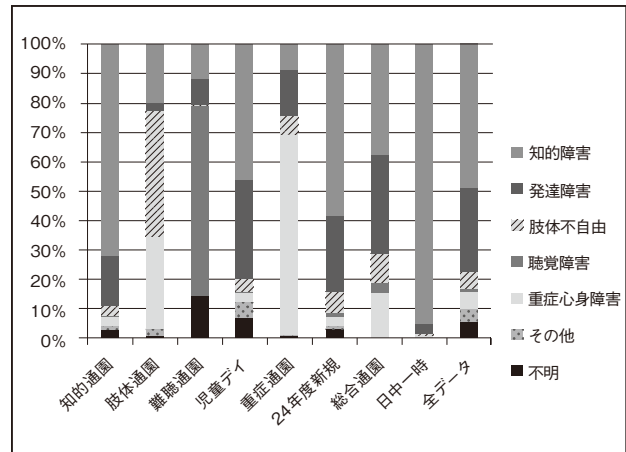
医療型センターは肢体不自由・重症心身障害の受け入れがすべての種別と比較して圧倒的に高い。

「事業」は知的障害よりも発達障害の受け入れが多い。また「不明」が多いのも特徴で、発達障害やその周辺児の対応を「事業」が担っていると思われる。

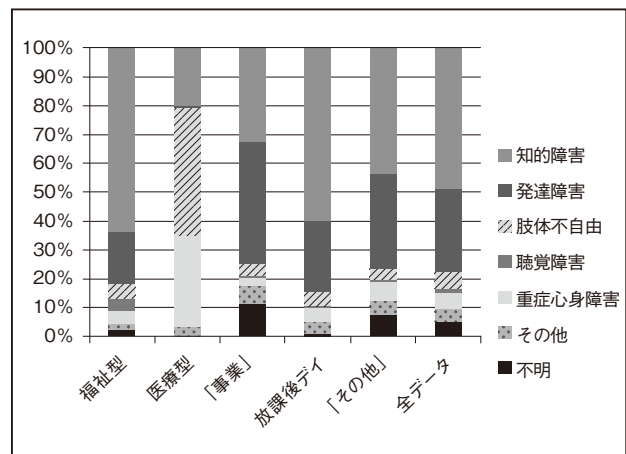
放課後デイはほとんどが学齢児以上で、最も利用児数が多い。主たる障害の割合は知的障害が60.1%である。

今回調査した平成24年6月1日現在での全利用契約児(44,071名)中、障害種別で最も割合が高いのは知的障害の48.8%、次に高いのが発達障害の28.9%で、肢体不自由と重症心身障害は5.7%、最も低いのは聴覚障害の1.3%となっている(図Ⅱ-33)。

図Ⅱ-32 旧施設種別ごとの主たる障害の内訳



図Ⅱ-33 新体系種別ごとの主たる障害の内訳



#### 4. 医療的ケアを必要とする利用児の状況について

近年の周産期・小児期医療の向上により、様々な医学的合併症を伴う重度重複障害児がより細やかに専門性の高い医療技術管理下で在宅生活を送ることが可能となった。また地域移行が叫ばれる中で、家族や支援者も家庭や地域の中で医療的対応が必要な児童を育てることを望むようになってきている。その結果、多くの複雑な医療技術を誰がどのように分担し実施するのかなどが課題になってきている。

一方、多様な発達課題や医療的な対応を必要とする児童が「一元化」に伴って身近な施設を利用できるようになり、施設側も多様なサービスを求められるようになってきている。医療的な対応が必要な場合、医療職が配置されている場合を除き、各施設において安全に安心して児童を受け入れる体制

を作れるかどうかが課題となってくる。医療的な対応が十分に行えない施設が多く存在する中で、どこまで医療的対応が必要な児童を受け入れることが可能なのか、そのための施設体制はどう構築されるべきか、あるいは地域にある医療的対応が可能な施設との役割分担や連携をどう進めるかなど、検討すべき課題が多い。通所による支援をいつでも、どこでも、だれでも、必要な時に、必要なだけ受けられるという目標で一元化された通所施設において、安心安全に医療的対応を担保できる体制整備をどう構築していくかが、私たちに問われている。

今回、医療的対応に関する今後の通所施設の体制整備のあり方について検討する目的で、医療的対応が求められる利用契約児童の医学的合併症の現状を探り、その実態を整理するとともに、施設側が医療的ケアの実施についてどういう対応を行っているのかも調査した。

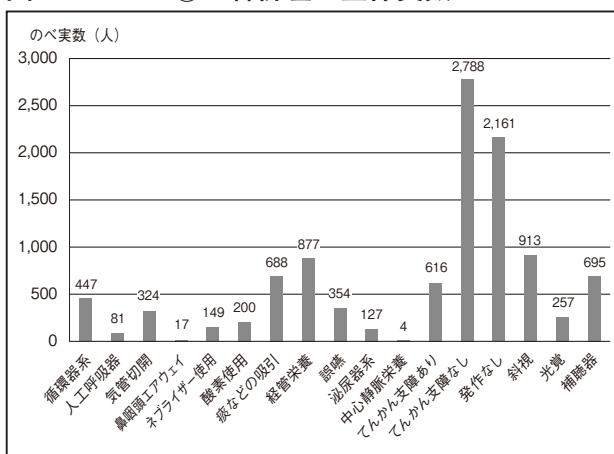
### 1) 合併症について

合併症の主な内訳は、内部障害、てんかん、視覚障害（眼鏡等での矯正可能例を除く）、聴覚障害である。

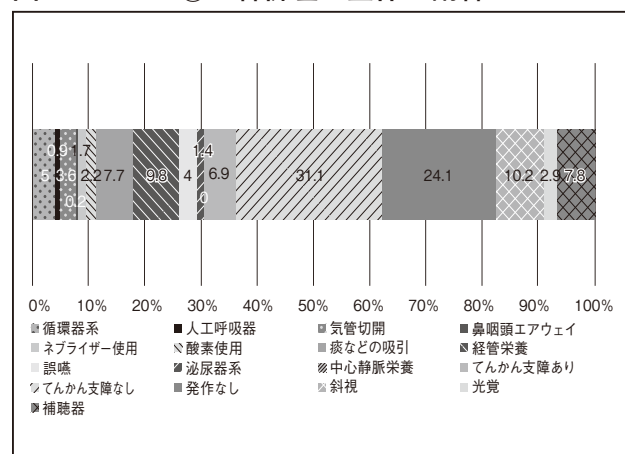
内部障害の内訳では、循環器系（心疾患など）、呼吸器系（人工呼吸器、気管切開、鼻咽頭エアウェイ、ネブライザー使用、酸素使用、痰などの吸引）、消化器系（経鼻・胃ろう・腸ろうなどの経管栄養、誤嚥が多い）、泌尿器系（導尿など）、中心静脈栄養などである。てんかんの合併については、求められる対応度合に応じて、「発作があり緊急対応など生活に支障あり」「発作はあるが生活におおむね支障なし」「発作はない」の3項目に分けて検討した。視覚障害の項目は、「斜視・弱視等」、「光覚のみ・盲等」の2つに分けた。聴覚障害では、「補聴器等装用がある者」とした。以上、小項目17個について複数回答可とし、延べ合併症数として、全施設、旧施設種別、新体系種別で各々結果をまとめた。

全回答数は、総数 44,071 人中（総数 1,301 施設）、延べ総数 8,961 人であった。合併症における回答全体ののべ実数については図Ⅱ-34-①に、合併症の回答全体に対する各項目の割合については図Ⅱ-34-②に、各々結果を示す。17項目のうち、てんかんの合併が多く、中でも「発作はあるが生活におおむね支障なし」が最も多く延べ 2,788 人（31.1%）で、ついで「発作はない」が延べ 2,161

図Ⅱ-34-① 合併症の全体実数



図Ⅱ-34-② 合併症の全体の割合



人（24.1%）であった。いずれもてんかんの合併はあるものの、緊急処置など医療的対応を余儀なくされる状態ではなく安定した状態であることが窺えた。

次に多かったのが、斜視 913 人（10.2%）であった。経管栄養 877 人（9.8%）、痰などの吸引 688 人（7.7%）も多くみられ、医療器具を用いた処置・管理を必要とするケースも多かった。

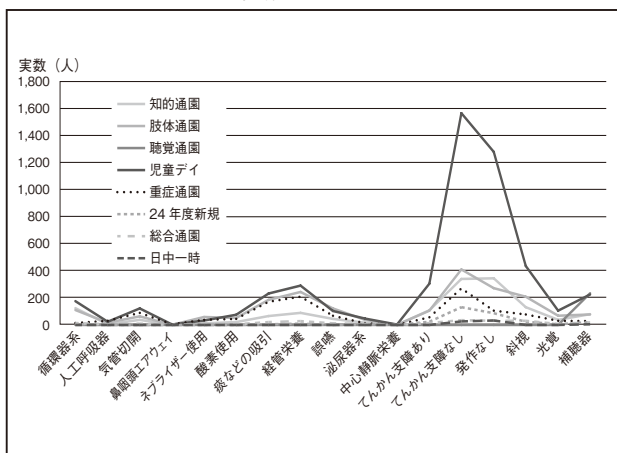
また、「てんかん発作があり緊急対応など生活に支障あり」も 616 人（6.9%）あり、緊急な判断や対応が求められるケースも多い傾向にある。さらに、誤嚥 354 人（4.0%）、気管切開 324 人（3.6%）など、25 人に 1 人程度で生命維持管理を要するケースが存在することも見逃せない。

## 2) 旧施設種別の合併症

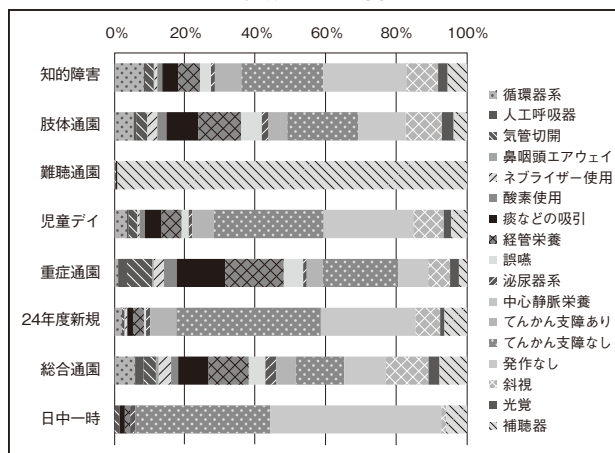
合併症を施設種別で検討した。まずは、平成 23 年度旧施設種別として、知的通園 163 施設（7,314 人）、肢体通園 62 施設（1,807 人）、難聴通園 13 施設（572 人）、児童デイ 904 施設（31,483 人）、重症通園 68 施設（775 人）、24 年度新規 76 施設（1,418 人）、総合通園 5 施設（376 人）、日中一時 11 施設（326 人）の 8 種別を検討した。

旧施設種別における合併症の実数を図Ⅱ-35-①に、合併症の割合を図Ⅱ-35-②に示す。

図Ⅱ-35-① 旧施設種別における合併症の実数



図Ⅱ-35-② 旧施設種別における合併症の実数の割合

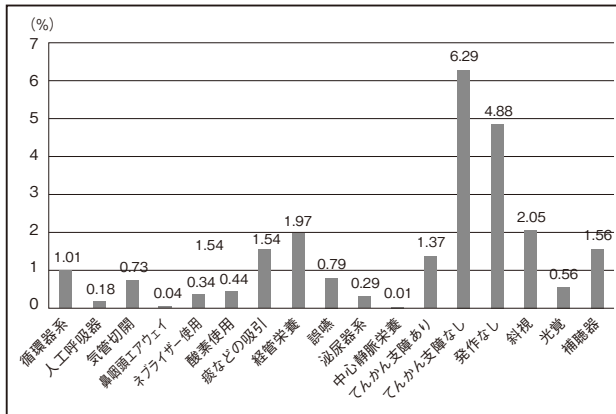


概観すると、児童デイでのてんかんの合併が多く、てんかんで支障あり・支障なし・発作なしともに多い傾向にあった。利用者数が多いことがあげられるが、割合でも児童デイは 77.6%で、知的通園 62.6%、肢体通園 46.6%、重症通園 41.4%と比較しても高くなっている。児童デイにおいて、てんかん合併を持つ児童の利用が多いことが明らかである。

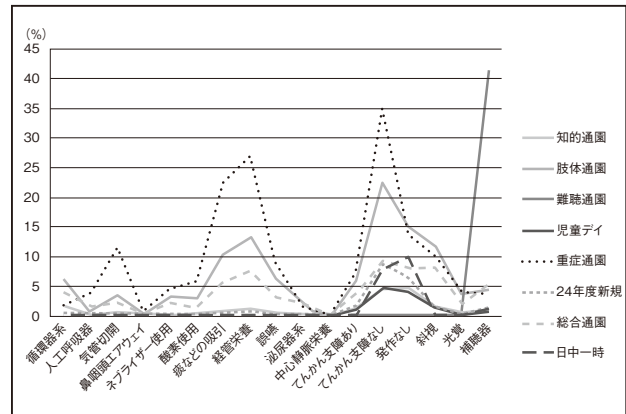
他の合併症については、各施設とも同様の傾向にあるとみられるが、肢体通園、重症通園、総合通園においては単一の傾向ではなく、多様な合併症が散在している傾向がある。

各合併症の延べ実数を利用契約人数で割った時の頻度を、合計割合として図Ⅱ-36-①に、旧施設種別割合として図Ⅱ-36-②に示した。利用児童のうち、緊急対応を要しないてんかんの合併「支障なし・発作なし」が約 5~6%にみられた。次に経管栄養、痰などの吸引、てんかん「支障あり」、循環器系などがそれぞれ 1~2%程度の頻度でみられた。旧施設種別割合では、重症通園、肢体通園において、てんかん、経管栄養、痰などの吸引、気管切開などが高い頻度となっている。この 2 つの施

図Ⅱ-36-① 旧施設種別における合併症の合計割合



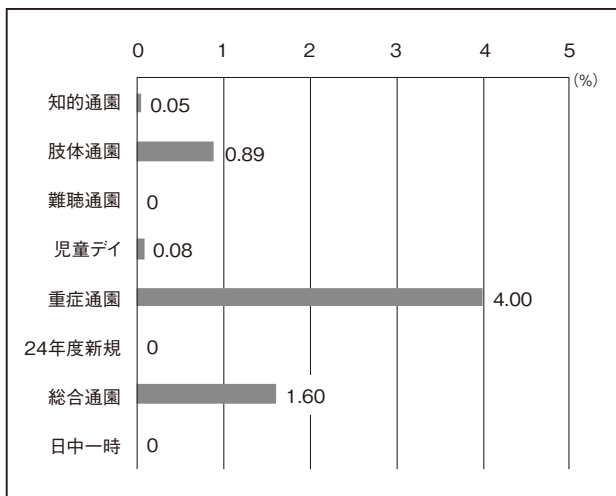
図Ⅱ-36-② 旧施設種別における合併症の割合



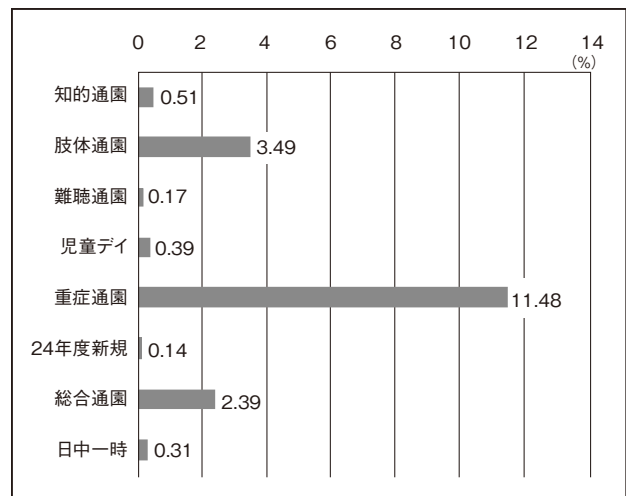
設では、経管栄養、痰などの吸引が10~30%程度と多かった。

各合併症の施設間比較をみると、肢体通園と重症通園において、人工呼吸器使用時の頻度がそれぞれ0.89%、4%で(図Ⅱ-37-①)、気管切開の合併頻度がそれぞれ3.49%、11.48%でみられ(図Ⅱ-37-②)、慎重な呼吸管理を必要とするケースが肢体通園・重症通園の2施設で高い傾向にあった。

図Ⅱ-37-① 旧施設種別における人工呼吸器の割合



図Ⅱ-37-② 旧施設種別における気管切開の割合



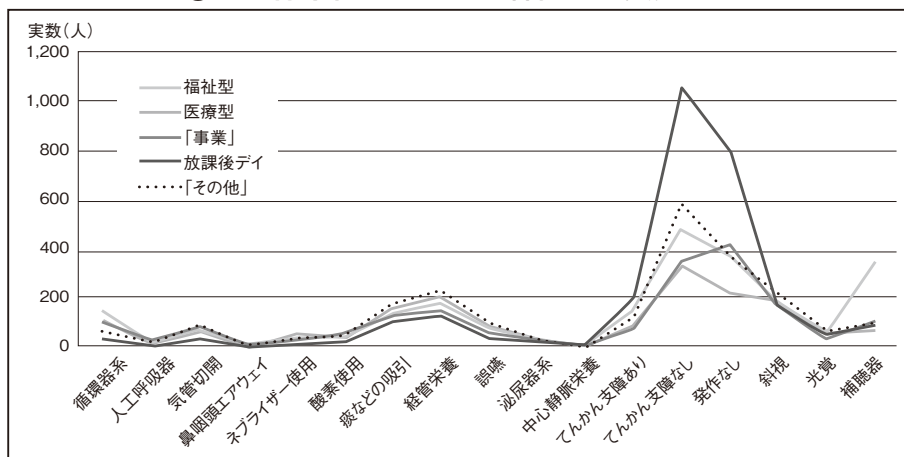
### 3) 新体系種別での合併症

新体系種別での合併症を比較検討した。

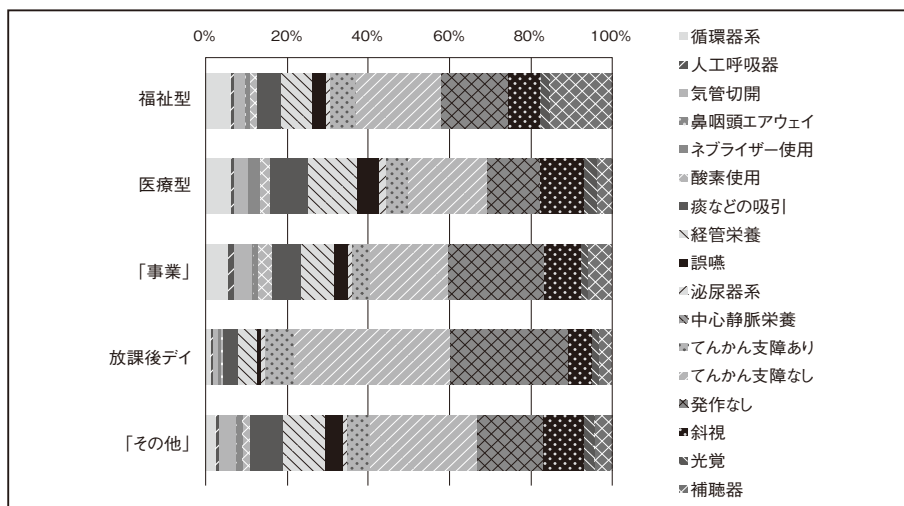
新体系種別では、福祉型センター201施設(9,210人)、医療型センター54施設(1,443人)、「事業」359施設(11,159人)、放課後デイ432施設(12,511人)、「その他」255施設(9,748人)の5つに分類した。

合併症実数を図Ⅱ-38-①に、合併症割合を図Ⅱ-38-②に示した。いずれの施設もてんかんの合併が多くみられ、合併症割合も高かった。医療型センターにおいて、経管栄養が14.3%、痰などの吸引11.2%、誤嚥6.4%の頻度であり、福祉型センターの8.9%、6.5%、3.9%と比較して1.6~1.7倍の頻度であった。

図Ⅱ-38-① 新体系種別における合併症の実数

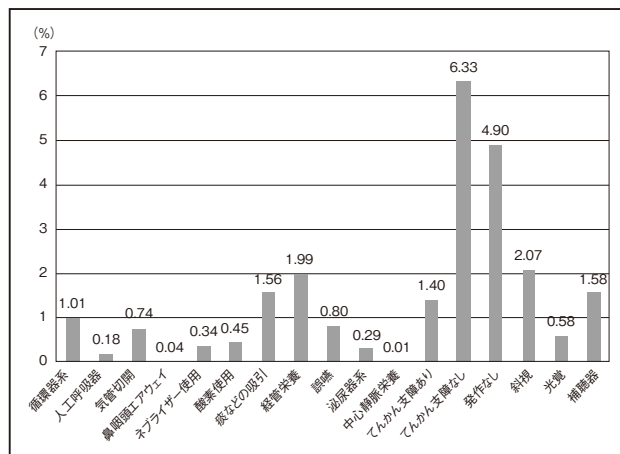


図Ⅱ-38-② 新体系種別における合併症の実数の割合

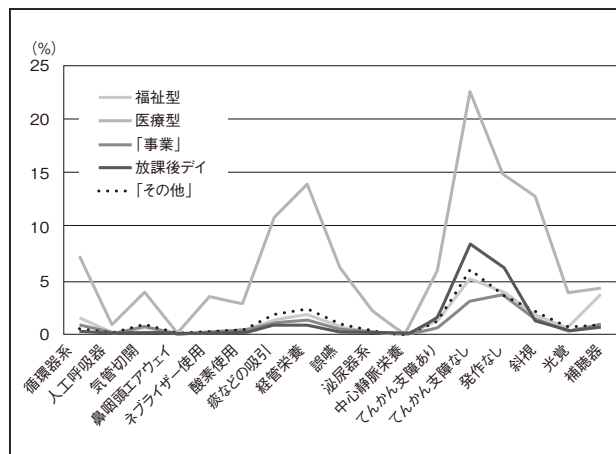


各合併症の延べ実数を利用契約人数で割った値を、合計割合として図Ⅱ-39-①に、新体系種別割合として図Ⅱ-39-②に示した。利用児童のうち、緊急対応を要しないてんかん「支障なし・発作なし」の合併が約5~6%にみられた。次に、経管栄養、痰などの吸引、てんかん支障あり、循環器系などが1~2%程度の頻度でみられた。この傾向は、旧施設種別とほぼ同様の結果であった。新体

図Ⅱ-39-① 新体系種別における合併症の合計割合



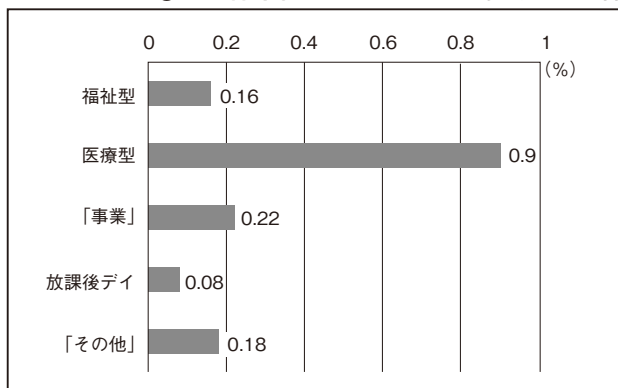
図Ⅱ-39-② 新体系種別における合併症の割合



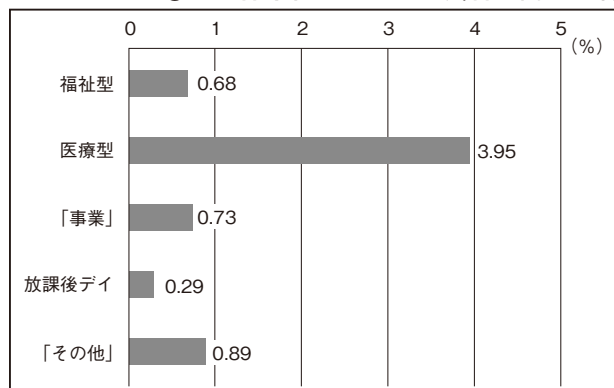
系種別割合では、医療型センターにおいて、てんかん、経管栄養、痰などの吸引、気管切開、循環器系、誤嚥などが高い頻度となっており、旧施設種別よりもいっそう他施設との合併症割合の差が顕著になる傾向がみられた。

各合併症の施設間比較をみると、医療型センターにおいて、人工呼吸器（図Ⅱ-40-①）、気管切開（図Ⅱ-40-②）合併が0.9%、4.0%の頻度でみられた。他のすべての項目においても、医療型センターの合併症頻度が他施設と比べ高かった。

図Ⅱ-40-① 新体系種別における人工呼吸器の割合



図Ⅱ-40-② 新体系種別における気管切開の割合



#### 4) まとめ

全体としては、てんかんの合併が多く、緊急性を要しないてんかんが多い傾向にあった。経管栄養、痰などの吸引、緊急性を要するてんかんも比較的多く、医療的対応を求められる場面も多いことが想定される。

旧施設種別では、児童デイのてんかん合併が多かった。また肢体通園と重症通園において、合併症の頻度が高い傾向がみられ、新体系種別でも医療型に多い傾向であった。

医療機能を偏りなく幅広く行き渡らせるには、各地域においてそれぞれ施設の役割分担と診療機能を有する施設や医療機関との連携体制の整備を検討する必要がある。

### 5. 医療的ケアの実施について

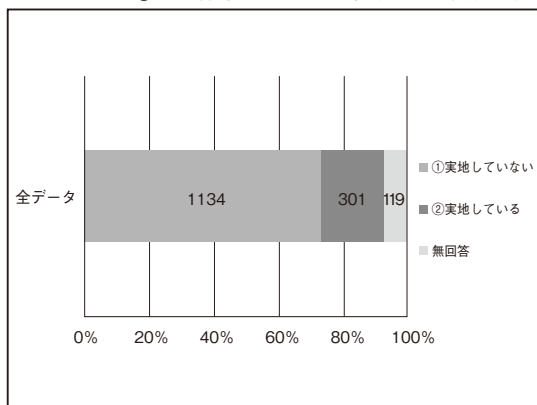
事業別調査では主に3つの項目からなり、1. 実施の有無、2. 実施者について（誰が行い医療連携体制加算は請求しているか否か）、3. 介護職員等のたんの吸引等の研修受講の有無や予定について調査した。

ここで、「実施の有無」の項目が無回答の場合でも、次の「実施者」について回答されている場合は「実施している」、回答されていない場合は「実施していない」として再カウントした。

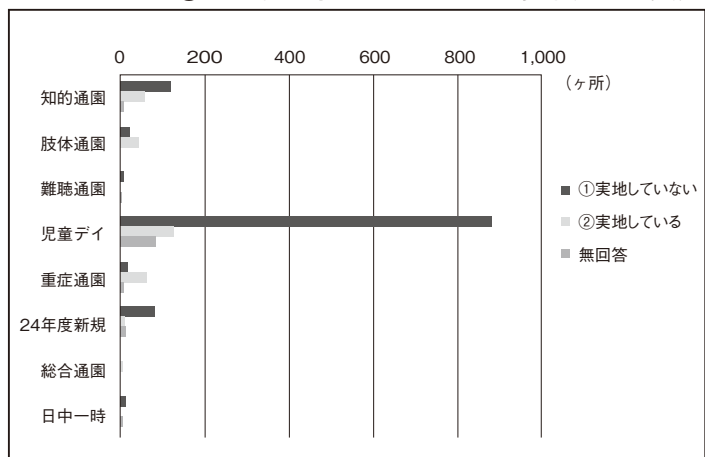
#### 1) 実施の有無

実施総数、旧施設種別実施数、旧施設種別実施割合をそれぞれ図Ⅱ-41-①、図Ⅱ-41-②、図Ⅱ-41-③に示した。医療的ケアを実施していると回答した施設は、1,554施設中301施設で、その割合は19.4%であった。旧施設種別では、児童デイが実数として多く、回答のあった1,089施設中124施設であった。また実施割合でみると、肢体通園と重症通園が約7割と高かった。

図Ⅱ-41-① 全体系における医療的ケアの実施総数



図Ⅱ-41-② 旧施設種別における医療的ケアの実数



## 2) 実施者の内容

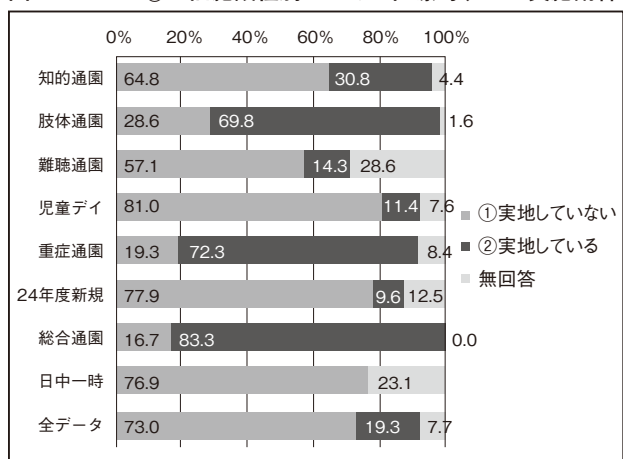
全回答数（複数回答含む）377施設に対し230施設と約6割で自施設の看護師が実施し、医療連携体制加算は請求しないという回答が多かった。ついで、「家族が実施する」が70施設と約2割にみられた。

旧施設種別でみると、どの施設も自施設の看護師が実施し、医療連携体制加算は請求しないという回答が多く、ついで家族が実施することが多い傾向にある。肢体通園において、家族の実施が比較的多いことも窺われる。総じて、医療連携体制加算の請求は少なく、自施設職員や家族の協力で賅っているのが現状である（図Ⅱ-42）。

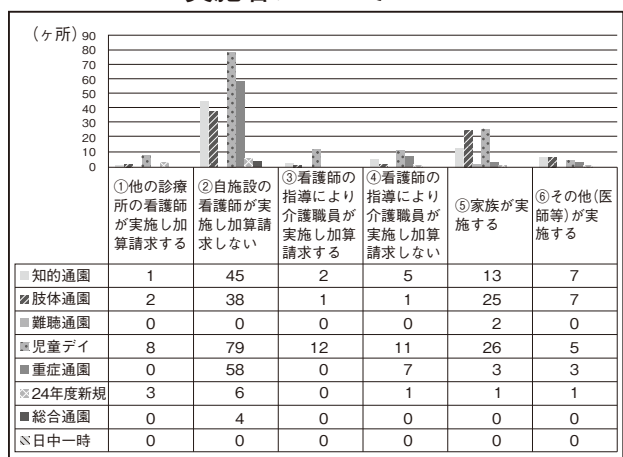
## 3) たんの吸引等の研修について

介護職員等のたんの吸引等の研修について、研修実施の有無、予定について、図Ⅱ-43-①、図Ⅱ-43-②でその結果を示す。介護職員等のたんの吸引等に関する研修では、「特定利用者への吸引の研修を受けていない」が298回答中235施設、「非特定利用者への吸引の研修を受けていない」が298回答中250施設と、回答中約8割において研修を受けていないという結果であった。今後研修を受ける予定は、103施設（35%程度）にみられ、研修を受けていない施設が多い中、徐々に体制を整備していこうとする施設側の意向が窺える。また、予定がない施設については、自施設の看護師等医療職での対応が可能な施設が多いことや吸引等の処置について研修まで実施して対応していく余力がないことなどの背景も推測される。

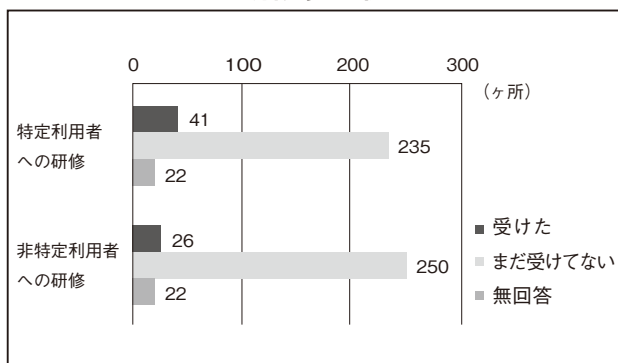
図Ⅱ-41-③ 旧施設種別における医療的ケアの実施割合



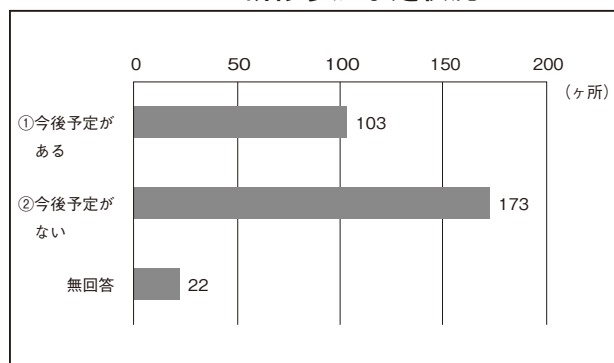
図Ⅱ-42 旧施設種別における医療的ケアの実施者について



図Ⅱ－４３－① 介護職員等のたんの吸引等の研修参加状況



図Ⅱ－４３－② 介護職員等のたんの吸引等の研修参加予定状況



#### 4) まとめ

医療的ケアについては、肢体通園など医療機能を持つ施設が実施していることが多く、医療連携体制加算が請求されないことが多い。たんの吸引等の研修についても、受けたことがある施設は全体に少ないが、徐々に受ける予定にある動きもみられる。一定の医療行為を担う人員を確保しながらも、そのスタッフ自身も安心して実施できるための支援策や研修体制の整備が求められる。

## 6. 視覚障害・聴覚障害（難聴）集計

### 1) 視覚障害の集計

「5. 利用契約児童の障害状況および合併症について（2）：視覚障害」の集計について、本項目に記載がある場合で、「主たる障害」および施設契約児数が記載されている場合を集計対象とした。

視覚障害として矯正可能な視力（近視・遠視）を除外し、視力はあるものの療育活動に影響する程度の明らかな視力障害（斜視・弱視：ロービジョン）、さらに日常生活に影響する程度の視力障害（光覚・盲）とに分けて集計した。なお厳密な視力程度や視野障害の程度については考慮していない。集計結果を表Ⅱ－５および図Ⅱ－４４で示す。

表Ⅱ－５ 旧施設種別視覚障害の出現数（上段：人数）と比率（在籍児数との比率：下段）

施設種別	知的通園	肢体通園	難聴通園	児童デイ	重症通園	24年度新規	総合通園	日中一時	計
在籍児数	2,738	1,714	596	36,754	1,183	1,586	432	378	45,381
斜視・弱視	138	210	1	495	81	27	8	1	961
%	5.0	12.2	0.2	1.3	6.8	1.7	1.9	0.3	2.1
盲・光覚	39	66	0	127	36	6	20	0	294
%	1.4	3.9	0.0	0.3	3.0	0.4	4.6	0.0	0.6
計	177	276	1	622	117	33	28	1	1,255
%	6.5	16.1	0.2	1.7	9.9	2.1	6.5	0.3	2.8

小児の視覚障害の出現頻度について、小児での重度の視覚障害の出現頻度は4,000～5,000人に1人程度（0.02%）であり、視覚障害児の大多数は知的障害等（70%以上）を合併していると言われていた（高橋広、眼紀50、425-429,1999）。今回の調査によると、肢体通園（16.1%）、重症通園（9.9%）、知的通園（6.5%）、総合通園（6.5%）で視覚障害を合併する比率が高く、全体として通園施設を利



用する幼児・児童には上記の出現頻度（0.02％）に比べて視覚障害の出現頻度が明らかに高い（斜視・弱視：2.1％、光覚・全盲：0.6％、視覚障害：2.8％）ことが分かる。通園施設職員のはほとんどは視覚障害を合併する事例についての知識・療育技術は乏しいと考えられるため、今後職員の研修を通じて、視覚障害を合併する事例についての知識・療育技術を向上させることが必要である。

## 2) 聴覚障害（難聴）の集計

調査票では「聴覚障害」の項目としたが、ここでは「聴覚障害」を「難聴」に統一して表記する。

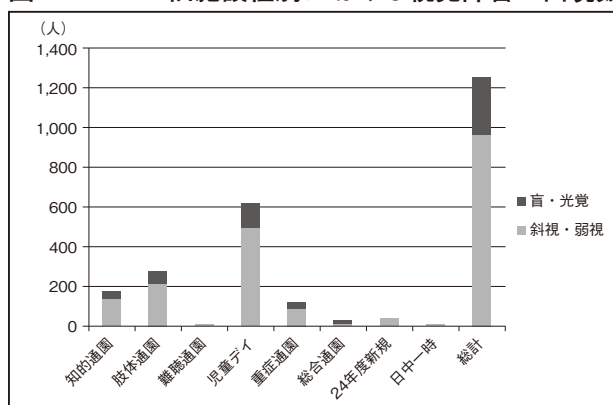
補聴器を装着している難聴児について、難聴通園とそれ以外の通園施設別に集計した。難聴通園に在籍する難聴児の8割には明らかな他障害の合併はないが（難聴通園実態調査、2006）、難聴通園以外の施設に在籍する難聴児の大多数は知的障害・脳性麻痺などを合併していると考えられる（図Ⅱ－45）。

### ① 旧施設種別在籍難聴児数

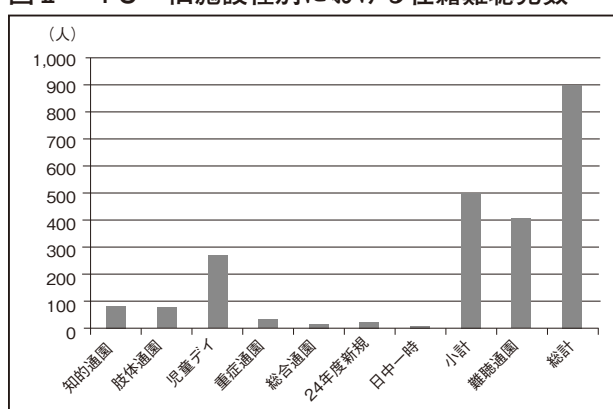
本調査では難聴児の判別を容易にするため、難聴の程度に関わらず「補聴器を装着している難聴児」を集計対象とし、難聴通園と難聴通園以外の通園とに分けて集計した（表Ⅱ－6、図Ⅱ－46）。

今回調査資料の得られた難聴通園13施設での難聴児の在籍比率は68.0％である。なお、難聴幼児通園施設という名称ではあるが、実際は在籍児が難聴児のみの施設、在籍児の多くを占める知的障害児・発達障害児の療育と少数の難聴児の療育を併行して行っている施設、さらに在籍児は難聴のない知的障害児だけで難聴児が1人もいない施設まである。

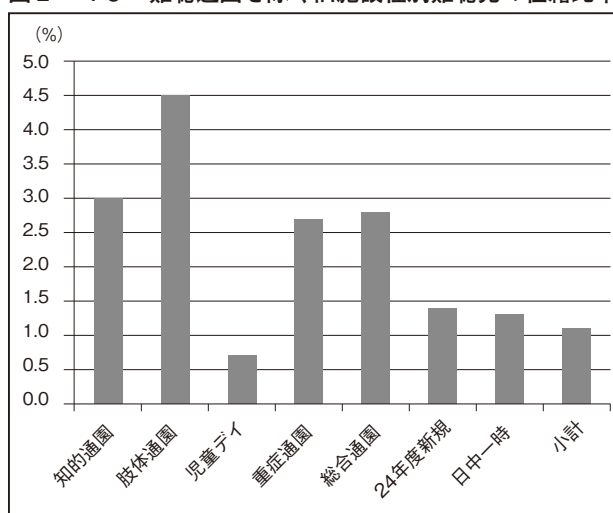
図Ⅱ－44 旧施設種別における視覚障害の出現数



図Ⅱ－45 旧施設種別における在籍難聴児数



図Ⅱ－46 難聴通園を除く旧施設種別難聴児の在籍比率



表Ⅱ－6 旧施設種別在籍難聴児数と旧施設種別在籍児に占める比率

(%)

施設種別	知的通園	肢体通園	児童デイ	重症通園	24年度新規	総合通園	日中一時	小計	難聴通園	総計
在籍数	2,738	1,714	36,754	1,183	1,586	432	378	45,381	596	45,977
人数	83	77	270	32	22	12	5	501	406	907
比率%	3.0	4.5	0.7	2.7	1.4	2.8	1.3	1.1	68.0	

\*小計：難聴通園以外の難聴児在籍数の合計

なお、さまざまな通園施設に在籍する難聴児は難聴と知的障害などが合併する重複障害児であり、個々の施設に在籍する難聴児の数は1～2名であると推定される。

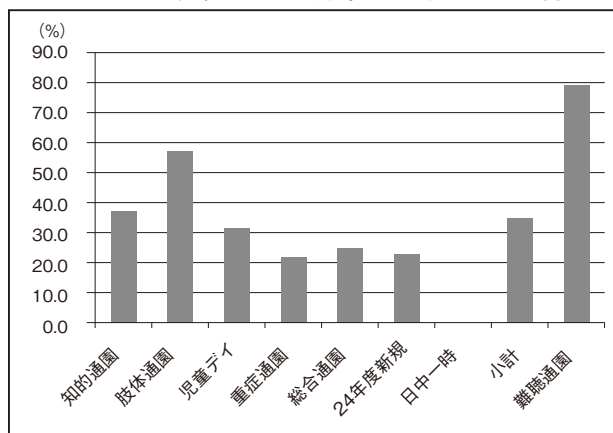
難聴児の在籍児数では児童デイが多いが、出現頻度では肢体通園に難聴を合併する事例が多い(4.5%)。次に知的通園、重症通園、総合通園(2.7～3.0%)で出現頻度が多くなっている。知的障害児や脳性麻痺児では難聴を合併する場合が少ないことが知られているが、今回の調査でも児童発達支援センターや「事業」を利用する幼児100人に1人は確実に難聴児がいることが示された。

## ② 新生児聴覚スクリーニングを受診した旧施設種別在籍難聴児

新生児聴覚スクリーニングとは出生後間もない(生後1～3日)児に音刺激を与え、短時間(5分以内)に聴性脳幹反応ABRを調べる機器(AABR検査)、もしくは内耳の音への反応(耳音響反射OAE)を調べる機器により「難聴が疑われるか(Refer)、否か(Pass)」を判定することが新生児聴覚スクリーニング(Neonate Hearing Screening, NHS)である。現在日本では公的援助を受けられる地域は限られているが、全国の多くの産科・産院(70%以上)で行われている。難聴が疑われる場合(Refer)、専門医療機関で診断を受けることで、生後3ヵ月ごろまでには難聴を発見することができる。

難聴通園在籍の難聴児では79.1%が新生児聴覚スクリーニングを受けて難聴を疑われ、結果として難聴の早期発見に結び付いていることが示されている。次に多い旧施設種別は肢体通園である。脳性麻痺児や脳障害児の多くは出生直後に新生児集中治療室で治療を受けると推測されるが、この時に新生児聴覚スクリーニングを受けて難聴が疑われ、早期に難聴発見に結び付いたと思われる。日中一時支援の在籍児に新生児聴覚スクリーニングを受けた事例がないことについて、日中一時支援の対象児は小学校在籍児以上であり、在籍児の出生した産科等でまだスクリーニングが実施されていなかった、もしくはスクリーニングの記録が施設側で把握できなかったためと推定される。今後とも新生児聴覚スクリーニングは全国の多くの産院・産科で行われると予測され、また本年度より母子手帳にも新生児聴覚スクリーニングを受けたことが記載されるようになったことから、今後通所支援対象児の多くは新生児聴覚スクリーニングを受けている児になると予想される(表Ⅱ-7、図Ⅱ-47)。

図Ⅱ-47 旧施設種別における在籍難聴児の中で新生児聴覚スクリーニングにより発見された難聴児の占める割合



表Ⅱ-7 旧施設種別ごとの在籍難聴児の中で新生児聴覚スクリーニング(NHS)により発見された難聴児の数と在籍難聴児の中で占める比率

施設種別	知的通園	肢体通園	児童デイ	重症通園	24年度新規	総合通園	日中一時	小計	難聴通園
実数	31	44	85	7	5	3	0	175	321
比率%	37.3	57.1	31.4	21.8	22.7	25.0	0.0	34.9	79.1

\*小計：難聴通園以外の通園施設での合計

### ③ 人工内耳装用児の施設種別在籍数

人工内耳（Cochlear Implant：CI）は補聴器では十分な言語音を聴き取れない平均聴力 90dB 以上の難聴児者を対象に、内耳の蝸牛部分に直接電極を挿入し、残存する聴神経を電気刺激することで聴覚を生じさせる医療機器である。90dB 以上の重い難聴があっても、人工内耳を装用することで 500Hz～4kHz の範囲で 30dB 程度の聴こえとなる。

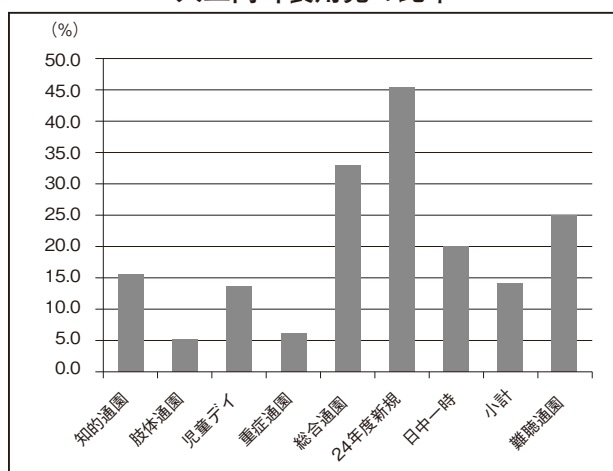
施設種別在籍難聴児での人工内耳装用児の比率は総合通園・24 年度新規で高いが、知的通園、肢体通園、重症通園にも人工内耳装用児が在籍していることが示されている。難聴児のみを療育している難聴通園で人工内耳装用児の比率が多い場合、45% 程度である。ただし、人工内耳手術は関連医学会の指針により 1 歳後半に行われることから、3 歳児以上での人工内耳装用児の割合は、多い場合であって 60% 程度と思われる（表Ⅱ－8、図Ⅱ－48）。

表Ⅱ－8 旧施設種別での人工内耳装用児数と在籍難聴児に占める人工内耳装用児の比率

施設種別	知的通園	肢体通園	児童デイ	重症通園	24年度新規	総合通園	日中一時	小計	難聴通園
CI実数	13	4	37	2	10	4	1	71	101
CI比率%	15.6	5.2	13.7	6.2	45.5	33.0	20.0	14.2	24.9

0 歳で難聴が発見され、直ちに補聴器を装用して療育を開始し、聴力が重い場合 2 歳前後で人工内耳を装用して適切な聴覚活用による療育（聴覚言語法）を行うことで、6 歳までに年齢相応の言語力、会話能力を習得し、小学校普通学級に就学が可能である。なお難聴児の人工内耳手術については、聴能言語訓練を行うことで人工内耳を活用して音声言語を習得できることから、関連医学会の指針によると適切な療育施設等で療育を受けることを条件に手術を行うことになっている。同様に知的障害等を合併する難聴児については、人工内耳を有効に活用できるか否かを手術前に十分に吟味することになっている。

図Ⅱ－48 旧施設種別における在籍難聴児での人工内耳装用児の比率



### ④ 視覚障害と難聴とが合併する盲ろう児の出現数

近年、視覚障害と難聴とが合併する「盲ろう」は、視覚障害や難聴の単一障害とは異なる感覚器障害として公式に認められている。高齢者に多いことは知られているものの、先天性の盲ろう幼児については実態調査はほとんど行われていない。

本調査によると、視覚障害と難聴が合併する盲ろう児は 102 名（出現頻度：通園児全体の 0.002%）であり、重症通園に多いことが示されている。

盲ろう児は視覚障害の程度、難聴の程度によりさまざまな状態が考えられ、障害の程度に応じて盲ろう児としての特別の配慮が必要となる。視覚障害の場合、聴覚を活用して自分では見えない周囲の状況を知ること、また難聴の場合は視覚を活用して周囲の状況を知ることによって行動することができる。

しかし、盲ろうの場合は視覚と聴覚を活用できないため、他者の適切な援助がなければまったく行動することができない。このため、日常生活や療育の場で盲ろう児には特別な配慮（個別的誘導、身体接触でのサイン、指点字等）が必要となる（表Ⅱ－９、図Ⅱ－４９）。

表Ⅱ－９ 視覚障害と難聴とが合併する盲ろう児の旧施設種別出現数および施設種別在籍難聴児に占める比率

施設種別	知的通園	肢体通園	児童デイ	重症通園	24年度新規	総合通園	日中一時	小計	難聴通園
実数	13	18	53	14	2	1	0	101	1
比率%	15.6	16.9	19.6	43.8	9.1	8.3	0.0	20.2	0.2

⑤ 旧施設種別での難聴児の聴力検査場所調査

難聴児については、1年間に最低2回程度聴力検査を行い、聴力低下の有無の確認や補聴器の調整を行う必要があるため、聴力検査を行う機関について調査した（表Ⅱ－１０、図Ⅱ－５０）。

本調査の対象となった難聴通園13施設では聴力検査は可能であるが、その他の施設で聴力検査が可能な施設は明らかに少ない。設備（聴力検査室・補聴器調整機器等）があり専門スタッフ（耳鼻咽喉科医・言語聴覚士）がいる施設を各地域に確保することが今後の重要な課題と思われる。

表Ⅱ－１０ 旧施設種別在籍難聴児の聴力検査場所（施設数）

施設種別	施設内	病院	学校	その他	不明	計
知的通園	11	44	18	3		76
肢体通園	10	36	10	3		59
児童デイ	3	150	43	10	36	242
重症通園		17	5	1	6	29
総合通園	3					3
24年度新規	1	11	4	2		18
日中一時		2	1			3
小計	28	260	81	19	42	430
難聴通園	13	3	1	2		19
計	41	263	82	21	42	449

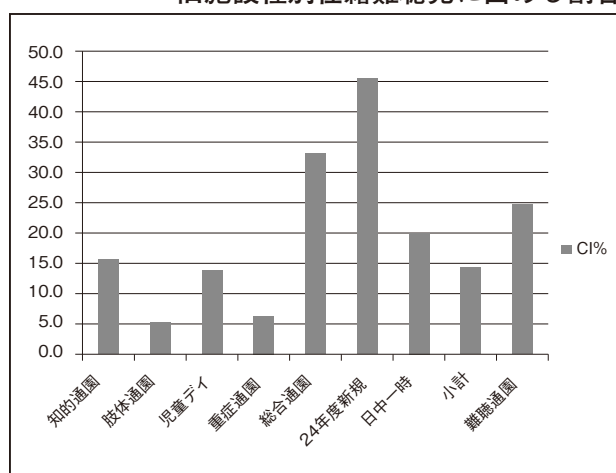
\*施設内：在籍施設の聴力検査室で施設職員である言語聴覚士が聴力検査を行っている。

病 院：医療機関で聴力検査を行っている。

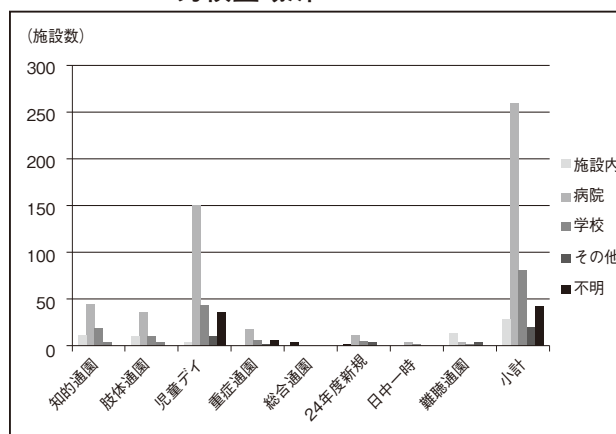
学 校：聴覚障害特別支援学校（ろう学校）で聴力検査を行っている。

その他：総合通園センター、難聴通園で聴力検査を行っている。

図Ⅱ－４９ 視覚障害と難聴が合併する障害児の旧施設種別在籍難聴児に占める割合



図Ⅱ－５０ 旧施設種別における在籍難聴児の聴力検査場所



### 3) 視覚障害・聴覚障害（難聴）への今後の対応

視覚障害以外に障害がない単一障害としての視覚障害児の数は極めて少ないと推定されているが、知的障害や脳性麻痺等を合併する視覚障害児の数は本調査から決して稀でないことが示されている。

また難聴児では、出生 1,000 人に 1 人の発症率であることが実証されているが、知的障害児や脳性麻痺児の中に難聴を合併する事例は本調査から 100 人に 1 人と高頻度であることが示された。ただし、難聴通園を除き施設当りの視覚障害や難聴の合併事例数は多くて 2～3 名程度であり、このような合併事例がない施設の方が多いと推定される。このため、視覚障害や難聴の合併事例、さらに稀な障害である盲ろう事例に対して、適切な療育が行われていないのではないかと危惧される。これらの合併事例は出現数は少ないものの、常に必ずどこかの通園施設に在籍しているので、研修会等で常に合併事例への対応を講習する、もしくは相談する場を設ける必要があると思われる。

## 7. 家族支援・地域支援について

### 1) はじめに

子どもは家族の中で育つ。特に発達支援を要する子どもにとっては、家族状況により、情緒・発達・人格形成などが左右されるほどの意味をもっており、「療育」は家族支援が基本といえる。また、家族支援の内容は、子どもの発達の理解の促進や具体的な情報提供、他の保護者との出会いの場の提供、先輩保護者からの子育て情報など多岐にわたっており、さまざまな支援が織りなされることにより子どもの発達支援、健全育成の環境となる。

今回のアンケート調査では、保護者支援の有無や具体的支援の実態の調査とともに、初めて通所支援における社会的養護（要保護児童：虐待もしくは不適切な養育の可能性のあるもの）について調査した。その結果について、とくに家族支援が重要となる「社会的養護」を中心に考察した。なお、回答事業所 1,404ヶ所（90.3%）のうち、虐待またはその疑いのある要保護児童のいる事業所が 403 施設（925 人）もあるという実態があり、児童発達支援事業所が、障害のある子どもを虐待から守るといふ役割を果たしているという実態が示されたといえる。

以下、アンケート調査結果のまとめと考察を述べる。

### 2) 保護者支援・情報提供実施状況

保護者支援・情報提供実施状況は、全体で 1,554 施設中、実施しているが 1,143 施設（73.6%）で、児童デイでも 72.2% の高い実施率であり、児童発達支援センター・「事業」ともに保護者支援の意識はかなり高いことが示された（表Ⅱ－11）。

### 3) 実施している保護者支援等の形態

実施している保護者支援の内容や形態については、質問項目に沿って、①講演会・

表Ⅱ－11 保護者支援・情報提供などについて (%)

種別	実施している	実施していない	未回答
知的通園	166 (91.2)	15 ( 8.2)	1
肢体通園	55 (87.3)	6 ( 9.5)	2
難聴通園	10 (71.4)	1 ( 7.1)	3
児童デイ	786 (72.2)	234 (21.5)	68
重症通園	55 (66.3)	19 (22.9)	9
24年度新規	62 (59.6)	31 (29.8)	11
総合通園	5 (83.3)	1 (16.7)	0
日中一時	4 (30.8)	5 (38.5)	4
合計	1,143 (73.6)	312 (20.1)	98

学習会など開催、②懇談等を通じた研修、③親子通園によるペアレントトレーニング等の実施、④保護者同士の交流会の実施、⑤個別的訓練の実施や指導方法の学習会等の開催、⑥個別にカウンセリング等の時間を持つ、⑦その他、であった。行動療法であり具体的な親支援プログラムである「ペアレントトレーニング」の実施の割合は他の支援と比較して未だ低く、今後の支援策の1つひとつとして導入を検討されるべきものだと考える（表Ⅱ－12）。

通園施設と児童デイで実施率が異なるが、①、②、⑤については通園施設の方が支援策の実施率が高いが、③、④では施設間での実施率の差はあまり変わらなかった。

表Ⅱ－12 保護者支援等の形態 (ヶ所) (%)

種別	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
知的通園	159(95.7)	126(75.9)	75(45.1)	138(83.1)	97(58.4)	120(58.4)	19(11.4)
肢体通園	46(83.6)	36(65.5)	22(40.0)	40(72.7)	40(72.7)	38(69.1)	8(14.5)
難聴通園	10(100.0)	9(90.0)	8(80.0)	8(80.0)	9(90.0)	8(80.0)	2(20.0)
児童デイ	504(64.1)	364(46.3)	209(26.6)	536(68.2)	243(30.9)	531(67.6)	127(16.2)
重症通園	17(30.9)	16(29.1)	10(18.2)	32(58.2)	20(36.4)	29(52.7)	5(9.1)
24年度新規	33(53.2)	26(41.9)	6(9.7)	33(53.2)	10(16.1)	43(69.4)	3(4.8)
総合通園	5(100.0)	3(60.0)	2(40.0)	4(80.0)	3(60.0)	5(100.0)	0(0)
日中一時	1(25.0)	2(50.0)	0(0)	4(100.0)	1(25.0)	4(100.0)	0(0)
計	775(67.8)	582(50.9)	326(28.5)	758(66.3)	412(36.0)	731(64.0)	161(14.1)

#### 4) 保護者支援の実施目的について

保護や支援実施の目的についての質問は、「療育」に対する各事業所の旧施設種別に沿った役割や考え方を反映していると考えられる。

質問項目は、①子どもの成長発達の理解の一貫として、②園と家庭の一貫した療育による効果、③親同士の交流、④良好な親子関係の育成、⑤育児不安の軽減、⑥介助の手伝い、⑦医療的ケアの実施を家族に委ねる、⑧虐待の予防、⑨その他、とした。

結果、表Ⅱ－13に示すように、良好な親子関係の育成を意識した支援提供されているが、一方で、⑧虐待予防を意識した取り組みは比率が低くなっている。また施設間の意識の格差は施設数の違いが大きく比較できないが、知的通園が96ヶ所(52.7%)に対し重症通園8ヶ所(9.6%)と低値であり、虐待予防を意識は低い可能性があり、今後、「虐待への対応・予防」についての研修などを通じてさら

表Ⅱ－13 保護者支援等の実施目的 (ヶ所) (%)

種別	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	その他
知的通園	171(94.0)	169(92.9)	147(80.8)	158(86.8)	164(90.1)	22(12.1)	12(6.6)	96(52.7)	6(3.3)
肢体通園	56(88.8)	55(87.3)	45(71.4)	50(79.3)	54(85.7)	9(14.3)	7(11.1)	24(38.1)	0(0)
難聴通園	10(71.4)	10(71.4)	8(57.1)	10(71.4)	9(64.2)	0(0)	1(7.1)	4(28.6)	1(7.1)
児童デイ	784(72.0)	605(55.6)	574(52.7)	621(57.0)	706(64.8)	100(9.2)	32(2.9)	321(29.5)	29(2.7)
重症通園	41(49.4)	36(43.4)	37(44.6)	30(36.1)	32(38.6)	16(19.2)	8(9.6)	8(9.6)	3(3.6)
24年度新規	61(58.7)	43(41.3)	38(36.5)	35(33.7)	43(41.3)	5(4.8)	1(1.0)	15(14.4)	1(1.0)
総合通園	5(83.3)	6(100.0)	5(83.3)	6(100.0)	5(83.3)	1(16.7)	1(16.7)	4(66.7)	0(0)
日中一時	5(38.5)	5(38.5)	2(15.4)	3(23.1)	2(15.4)	1(7.7)	1(7.7)	3(23.1)	0(0)
計	1,072(69.0)	886(57.0)	816(52.5)	913(58.8)	970(62.4)	148(9.5)	61(3.9)	457(29.4)	39(2.5)

に啓発していく必要がある。

### 5) 短期入所事業実施状況

レスパイト機能でもある短期入所事業の実施率は、対象が障害児通所施設ため非常に低く、経営母体の法人が実施している事業所を合計しても 21.0%と低い。親の在宅療育負担の軽減を考えれば、今後、この事業を推進する方策を考える必要がある（表Ⅱ－14）。

表Ⅱ－14 短期入所事業 (ヶ所) (%)

種別	単独で実施	法人で実施	実施なし
知的通園	1( 0.5)	41(22.5)	132(72.5)
肢体通園	3( 4.8)	19(30.1)	38(60.3)
難聴通園	0( 0)	0( 0)	9(64.3)
児童デイ	19( 1.7)	177(16.2)	672(61.7)
重症通園	5( 6.0)	42(50.6)	20(24.1)
24年度新規	4( 3.8)	12(11.5)	59(56.7)
総合通園	1(16.7)	1(16.7)	3(50.0)
日中一時	0( 0)	1( 7.7)	4(30.8)
合計	33( 2.1)	293(18.8)	937(60.3)

### 6) 市町村地域生活支援事業について

日中一時支援事業の実施 447ヶ所（28.8%）、移動支援事業の実施 234ヶ所（15.1%）、地域活動支援センター機能強化事業の実施 21ヶ所（1.4%）、障害児支援体制整備事業の実施 40ヶ所（2.6%）で、旧施設種別ごとに異なっていた（表Ⅱ－15）。

表Ⅱ－15 市町村地域生活支援事業の実施状況 (ヶ所) (%)

種別	日中一時支援事業	移動支援事業	地域活動支援センター	障害児支援体制整備事業	その他
知的通園	42(23.1)	4( 2.2)	2( 1.1)	6( 3.3)	7( 3.8)
肢体通園	18(28.6)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	3( 4.8)
難聴通園	1( 7.1)	0( 0)	0( 0)	1( 7.1)	1( 7.1)
児童デイ	322(29.6)	198(18.2)	14( 1.3)	29( 2.7)	24( 2.2)
重症通園	34(41.0)	8( 9.6)	1( 1.2)	2( 2.4)	4( 4.8)
24年度新規	24(23.1)	20(19.2)	4( 3.8)	1( 1.0)	6( 5.8)
総合通園	1(16.7)	1(16.7)	0( 0)	1(16.7)	1(16.7)
日中一時	5(38.5)	3(23.1)	0( 0)	0( 0)	1( 7.7)
合計	447(28.8)	234(15.1)	21(1.4)	40( 2.6)	47( 3.0)

### 7) その他の具体的な支援策について

その他の支援策について、①他の支援事業者を紹介している、②有料で送迎バスのコースや乗降場所や乗降時間を配慮している、③無料で送迎バスのコースや乗降場所や乗降時間を配慮している、④有料で休日預かりをしている、⑤無料で休日預かりをしている、⑥その他、の項目について調査した。

その結果、さまざまな配慮のある具体的支援がされている事業所もあるが、全体数からの割合は非常に低かった。今後、虐待予防を意識した対応においては、家族のニーズに応じて個々の現場での実際的な支援が展開されるべきである（表Ⅱ－16）。

表Ⅱ－１６ その他の具体的な支援策

(ヶ所) (%)

種別	他の事業者を紹介	有料で送迎バスの配慮	無料で送迎バスの配慮	有料で休日預かり	無料で休日預かり	その他
知的通園	61(33.5)	4( 2.2)	90(49.5)	3( 1.6)	1(1.0)	11(6.0)
肢体通園	19(30.2)	0( 0)	20(31.7)	0( 0)	0( 0)	0( 0)
難聴通園	1( 7.1)	0( 0)	1( 7.1)	0( 0)	0( 0)	0( 0)
児童デイ	396(36.4)	141(12.9)	168(15.4)	74( 6.8)	12(1.1)	40(3.7)
重症通園	20(24.1)	4( 4.8)	7( 8.4)	8( 9.6)	0( 0)	1(1.2)
24年度新規	27(26.0)	11(10.6)	18(17.3)	3( 2.9)	0( 0)	4(3.8)
総合通園	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)
日中一時	2(15.4)	2(15.4)	0( 0)	2(15.4)	0( 0)	0( 0)
合計	526(33.8)	162(10.4)	314(20.2)	90( 5.8)	13(0.8)	56(3.6)

### 8) 通所施設における社会的養護の必要な(虐待もしくは不適切な養育の可能性のある)児童

今回、この調査項目のはじめに述べたように、回答事業所は1,404ヶ所(90.3%)で、障害のあるまたは疑いのある要保護児童は、①いる403ヶ所(25.9%：回答施設数での計算では28.7%)合計925人おり、各障害児通所施設において、「虐待への対応と予防」に配慮した対応がなされている状況が窺われる。一方、約半数が未回答で、おそらく登録されている要保護児童がいない施設と推測するが、関係機関と連携がとれていないなど、要保護児童への意識の弱い可能性もあるので、今後、要保護児童対策地域協議会などへの積極的参加や連携が望まれる(表Ⅱ－１７)。

表Ⅱ－１７ 社会的養護の必要な児童

種別	いるヶ所(%)	いないヶ所(%)	人数	未回答ヶ所
知的通園	92(50.5)	87(47.8)	203	3
肢体通園	16(25.4)	42(66.7)	26	5
難聴通園	0( 0)	11(78.6)	0	3
児童デイ	276(25.3)	707(64.9)	684	106
重症通園	3( 3.6)	65(78.3)	2	15
24年度新規	13(12.5)	76(73.1)	32	15
総合通園	3(50.0)	3(50.0)	10	0
日中一時	0( 0)	10(76.9)	0	3
合計	403(25.9)	1001(64.4)	925	150

### 9) 要保護児童に関する連携機関

要保護児童に対する連携機関について調査した。関係機関を、①児童相談所、②子ども家庭支援センター、③保健所、④病院、⑤相談支援事業所、⑥要保護児童対策地域協議会、⑦福祉課、⑧その他として調査した(表Ⅱ－１８)。

結果、児童相談所、福祉課が高く、子ども家庭支援センターは東京都独自の制度ゆえ低かった。

連携の割合は全般的に低値であった。要保護児童対策地域協議会は後述するように、要支援児・要保護児童として障害児が含まれており、今後の積極的な活用が望まれる。



表Ⅲ－１８ 要保護児童に対する連携機関

(ヶ所) (%)

種別	児童相談所	子ども家庭支援センター	保健所	病院	相談支援事業所	要保護児童対策地域協議会	福祉課	その他	連携なし
知的通園	80(44.0)	22(12.1)	50(27.5)	18(9.9)	30(16.5)	18( 9.9)	62(34.1)	17( 9.3)	0( 0)
肢体通園	19(30.2)	5( 7.9)	12(19.0)	5(7.9)	7(11.1)	4( 6.3)	11(17.5)	6( 9.5)	0( 0)
難聴通園	1( 7.1)	0( 0)	1( 7.1)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	1( 7.1)	0( 0)
児童デイ	226(20.8)	71( 6.5)	104( 9.6)	64(5.9)	137(12.6)	53( 4.9)	229(21.0)	109(10.0)	14(1.3)
重症通園	8( 9.6)	3( 3.6)	7( 8.4)	2(2.4)	4( 4.8)	0( 0)	7(8.4)	0( 0)	1(1.2)
24年度新規	12(11.5)	3( 2.9)	3( 2.9)	4(3.8)	5( 4.8)	0( 0)	15(14.4)	3( 2.9)	1(1.0)
総合通園	1(16.7)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	2(33.3)	2(33.3)	1(16.7)	0( 0)
日中一時	1( 7.7)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)
合計	360(23.2)	104(6.7)	177(11.4)	93(6.0)	183(11.8)	77(5.0)	326(21.0)	137(8.8)	16(1.0)

## 10) 具体的な家庭支援について

具体的な家庭・家族支援については、①家庭訪問を行っている、②ヘルパー（居宅介護）やショートステイを勧めている、③メンタルヘルス支援（カウンセリング）を行っている、④送迎バスのコースや乗降場所や乗降時間の配慮をしている、⑤早朝・延長・休日保育を行っている、⑥他の支援業者を紹介している、⑦その他、⑧家庭支援は行っていない、で、全体の実施率は低い在今后虐待予防への取り組みの強化が望まれる（表Ⅱ－１９）。

表Ⅱ－１９ 具体的な家族支援

(ヶ所) (%)

種別	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
知的通園	64(35.2)	39(21.4)	25(13.7)	59(32.4)	27(14.8)	36(19.8)	21(11.5)	1(0.5)
肢体通園	11(17.5)	8(12.7)	2( 3.2)	7(11.1)	1( 1.6)	8(12.7)	2( 3.2)	1(1.6)
難聴通園	0( 0)	0( 0)	0( 0)	1( 7.1)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)
児童デイ	128(11.8)	138(12.7)	99( 9.1)	149(13.7)	89( 8.2)	152(14.0)	83( 7.6)	11(1.0)
重症通園	2( 2.4)	5( 6.0)	1( 1.2)	2( 2.4)	4( 4.8)	3( 3.6)	0( 0)	1(1.2)
24年度新規	6( 5.8)	11(10.6)	4( 3.8)	16(15.4)	8( 7.7)	4( 3.8)	5( 4.8)	1(1.0)
総合通園	2(33.3)	2(33.3)	1(16.7)	2(33.7)	0( 0)	0( 0)	1(16.7)	0( 0)
日中一時	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	1( 7.7)	0( 0)
計	213(13.7)	203(13.1)	132(8.5)	236(15.2)	129(8.3)	203(13.1)	113( 7.3)	15(1.0)

## 11) まとめ

家族支援・地域支援についてのアンケート集計の結果を述べる。

保護者支援・情報提供実施については70%以上の施設が実施しており、児童発達支援センター・「事業」ともに保護者支援に対する意識はかなり高いことが示された。内容は、講演会・学習会などの開催、懇談等を通じた研修、保護者同士の交流会の実施、個別にカウンセリングなどの時間をもつなどの支援が50%を超えており、それぞれの施設がさまざまな工夫をしていることが窺えた。なお、「ペアレントトレーニング」の実施は少なく、今後の導入が検討されるべきと考えられた。

保護者支援の目的として、子どもの成長発達の理解、園と家庭の一貫した指導による療育効果、親同士の交流、良好な親子関係の育成、育児不安の軽減などが多くの施設で挙げられていた。しかし、虐待予防を意識した取り組みについては、今後の啓発が必要と考えられた。

また、短期入所、日中一時支援、移動支援などの事業については、旧施設種別によって実施状況が異なっていたが、家族のニーズに応じた実際的な支援が、地域資源の活用も視野に入れてそれぞれの施設現場で展開されることが望まれる。

今回の調査で、児童発達支援を担う事業所が、障害のある子どもを虐待から守るという役割を果たしている実態が示された。障害のある子ども達は虐待を受けるリスクが高く、今後のさらなる検討や取り組みが必要である。児童発達支援センターが、障害のある子どもを育てる養育者のエンパワメントを高めるなど、子育て支援機能を実質的なものにしていくためには、養育者や家族を支援する心理職等の職員の配置もしくは特別加算などの具体的な強化策が検討されなければならない。

なお、今回の調査から浮かび上がった障害児と虐待についての考察を、**参考資料 1**に掲載したので参照していただきたい。

### Ⅲ. 新規事業受託状況（保育所等訪問支援事業・放課後等デイサービス・障害児相談支援事業）

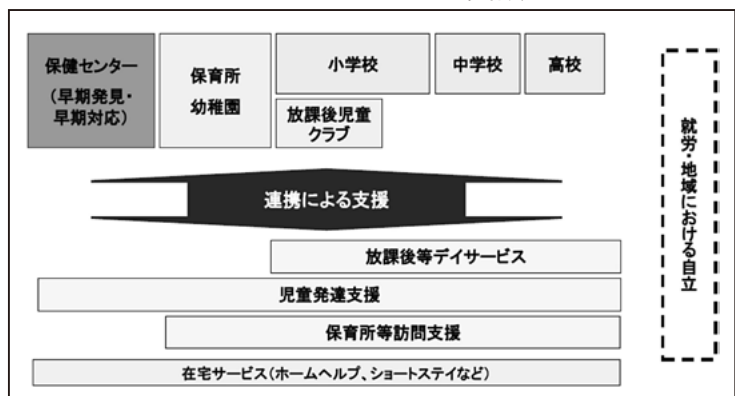
平成 20 年 3 月から 7 月にかけて「障害児支援の見直しに関する検討会」が開催された。その検討会および社会福祉審議会障害者部会の報告をもとに障害児支援の強化が図られ、発達上何らかの支援が必要な子どもたちとその家族が、身近な地域で育ち、過ごせることを目的として、児童福祉法等が改正された。結果、従来の障害別に体系化された支援は一元化され、さらに新規事業として保育所等訪問支援事業、放課後等デイサービス、障害児相談支援事業が創設された。

この制度改正および新規事業創設は、ライフステージを通した一貫した支援を子どもと家族を対象に身近な地域で行うことを目指している。これにより、私たちは従来の通所型発達支援の発展形として、生まれ育った場所であつ身近な生活場面で支援を可能にするツールを得たともいえる。（**図 Ⅲ-1**）

旧施設種別からのみなし指定を経て本指定に至るまでの期間、新規事業の実施にかかわる準備は急ピッチで市町村を実施主体として進められることとなった。その為、各自治体による各事業所の整備計画、事業所の整備、基本となる発達支援の提供内容や方法の多様化などの点で課題も多いようである。また、人口が集中する都市部に事業所が集中し、人口過疎地での事業所整備が進まない等の地域格差が拡大する危険性も予想される。

この章では平成 24 年 4 月 1 日から実施された新規事業について検討し、現状と今後の課題を整理する。

**図 Ⅲ-1 ライフステージに応じた支援**



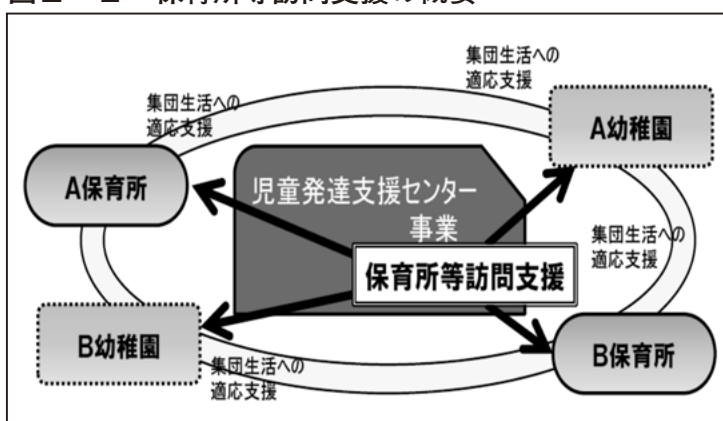
## 1. 保育所等訪問支援事業（以下、保育所等訪問）

障害者福祉が施設支援から地域生活支援へと方向性を変える中で、障害児通所支援の重要な手段として事業化された保育所等訪問は、これまで施設で限定的に提供されてきた療育を子どもの身近な生活場面において提供するものであり、発達支援の専門機関がそのノウハウを地域に還元する意味は非常に大きい。

### 1) 事業の特徴と意義（図Ⅲ－2）

本事業は、従来の通所型障害児支援に加え、地域での育ちを訪問・巡回の形で直接的に支援する事業である。期待される効果としては、集団生活への適応のための専門的な支援等を地域の育ちの場で提供することによって、具体的な生活場面での発達課題、支援方法をその担当者と共有し、検討することができる。

図Ⅲ－2 保育所等訪問支援の概要



### 2) 指定等の状況

#### ① 旧施設・事業所別

本調査結果〔表7-1〕より、指定を受けている事業所は136ヶ所。一方、指定を受けていない事業所は1,243ヶ所であった。障害児通所支援のうち、指定を受けている事業所は、わずか11%程度であった。また、旧施設種別の通園施設（知的、肢体、難聴、総合）のうち64ヶ所が指定を受け、23ヶ所が既に実施していた。また、「事業」（児童デイ、重症通園）においては、81ヶ所が指定を受け、29ヶ所が実施していた。

さらに、新体系種別ごとの指定と実施状況では、福祉型センターが最も多く72ヶ所が指定を受け、31ヶ所が事業を実施している。医療型センターでは6ヶ所が指定を受けているが、実施しているところはなかった。また、必置を想定されていない「事業」や放課後デイの単独事業所や多機能型を合わせると77ヶ所が指定を受けている（表Ⅲ－1）。

児童発達支援センターは、平成27年3月までには保育所等訪問を受託し実施する準備を進めなければならない。

#### ② 設置と運営主体別（表Ⅲ－2、3）

本事業の指定を受けている事業所の設置主体としては、民間立が85ヶ所と最も多く、続いて市町村立33ヶ所、その他7ヶ所、都道府県立は9ヶ所であった。また、経営主体としては社会福祉法人立が78ヶ所、公営が24ヶ所、NPO法人12ヶ所であり、全体的に事業所指定数が少ない中で、

表Ⅲ－1 新体系種別ごとの保育所等訪問の指定と実施状況 n=1,554

新体系種別	事業所数	うち、保育所等指定	
		実施あり	実施なし
福祉型センター	222	31	41
医療型センター	56	0	6
「事業」	429	9	15
放課後デイ	532	6	14
「その他」	315	11	22
		72	
		24	
		33	

民間事業所が努力している。

表Ⅲ－２ 設置主体別設置数

設置主体	設置数
都道府県立	9
市町村立	33
民間立	85
その他	7
合計	134

表Ⅲ－３ 運営主体別設置数

経営主体	設置数
公営	24
社会福祉事業団	11
社会福祉法人	78
NPO法人	12
株式会社等	4
その他	6
合計	125

### ③ 支援実績について（調査結果 [表 7－3]、[表 7－4]、[表 7－7]）

既に事業を実施している実績としては、149ヶ所の保育所で401人の子どもを対象に延べ527件報告されている。また、幼稚園においては、130ヶ所で473人、延べ812件が支援されていた。全体としては、318ヶ所、395人に対して延べ1,354件の実施となっている。

### ④ 事業所が抱えている課題

本調査において自由記述で193ヶ所からの回答を得た。その内容の要約は、表Ⅲ－4および巻末の自由記述一覧〔保育所等訪問支援〕を参照いただきたい。

本調査で報告されている指定されている数以上の事業所からも回答があったことから、事業指定手続きに踏み込むことができない課題が多く残されていることも窺える。主だった内容では、地域機関との連携不足と連携の難しさ、事業説明（周知）不足があげられる。また、今回の調査で障害児等療育支援事業に関わる施設・事業所は288ヶ所であった。そのうち、保育所等訪問を実施している事業所はわずか16ヶ所であった。なお、調査回答事業所のうち1,041ヶ所が障害児等療育支援事業に関わりをもたない結果となっている。

表Ⅲ－４ 自由記述要約（回答施設数193ヶ所）

自由記述要約（回答施設数193ヶ所）		（件）	
連携不足と連携の難しさ	35	報酬単価が低い	7
事業説明不足	34	相談支援不足	7
個別給付が馴染まない	25	専任職員の配置	6
人材不足	22	実施主体の支給量格差	6
障害児等療育支援事業との区別化	18	その他	77

## 3) 今回の調査から見てきた課題

### ① 指定事業所の数

創設一年目であり、調査の対象時期も準備段階の6月1日現在であったことも影響すると考えられるが、指定数が少ない。センターは地域支援機能を持つべきとされているため、設置を積極的に進める必要がある。また、今回の調査では明らかにはならなかったが、自治体によっては指定手続きを見合わせているところもある。

また、実施報告の延べ人数と支援箇所数、実人数の関係から1ヶ所の支援につき3～4名以上の子ども

もを対象としなければ事業が成り立たない状況である。これは、支援対象となる保育所の定員数と支援対象児に比例しており、事業を展開する市町村の人口密度とも関係している。つまり、大～中規模の都市部では支援に要する移動距離や時間が少なく支援対象児も多いが、人口が少なく子どもが少ない市町村においては実施効率が悪くなる。更に、山間部や過疎化、高齢化が進んでいる地域や小規模の町村となれば事業経営は成り立たない。従って、広域を対象とする事業者への積極的な支援策が不可欠である。たとえば、移動距離等に対する加算設定や1日1回もしくは1日1名を支援する場合などの単価設定を考慮しなければ地域間格差がさらに増大する危険性がある。

## ② 計画作成および手続きに係る課題

本事業の利用のためには、他の障害児通所支援の利用と同じ手続きに加えて、訪問先の保育所等との連絡調整が必要であるため、保護者の利用申請から利用までに多くの手続きと時間が必要になる。さらに市町村が受給者証を発行する前段階で医師の診断書等を求めるようなことがあれば、支援開始までの時間がもっと遅れることが予測される。

支給決定が下りた後も、事業所の児童発達支援管理責任者は、複数の子どもを担当しているため、新規児童との面接、契約、利用計画の作成、確認等もスケジュールの合間をぬって行うことになる。障害児相談支援事業者との協議も必要なことから、さらに時間がかかることになる。

事業の本格実施に向けて、今後は事務手続きの簡略化が課題となる。

## ③ 地域連携の課題

子どもが通う保育所や学校等には本事業がまだ未周知であるため、事業実施には十分な説明が必要になる。平成24年4月18日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課と文部科学省初等中等教育局特別支援教育課の連名で、自治体の障害児福祉主管課と教育委員会をはじめとする教育関係各課に対して「児童福祉法等の改正による教育と福祉の連携の一層の推進について（参考資料2）」という事務連絡（※本事務連絡は特別支援（教育）学校のみ配布されていることを申し添える。）が出され省庁間を超えた連携への取り組みが前進しつつあるが、現実的に訪問先との調整が必要である。地域連携が乏しい多くの地域では、この作業は困難である場合が多く、調整に多くの時間と労力を要するだろう。事業所間の調整などの初動活動に対する加算等も検討するべきである。

このような状況を解決し、子どもを中心にした地域ネットワークを築くためためには、個別支援会議等の開催が望ましい。また、地域の機関間の調整に向けた相談支援専門員の積極的関与が不可欠である。

## ④ 人材に関して

従来、通所施設は施設に子どもを通園させて療育を提供してきたため、そこで培った専門的機能を施設から持ち出して提供することに慣れていない。地域での支援を展開するためには十分な経験年数と質の高いスキルをもった職員が不可欠である。

今後、訪問型支援を担当する職員に向けた研修の制度化や専任者を配置できる給付額の検討が必要である。

## ⑤ 他事業との関連性

### i) 障害児等療育支援事業

障害児等療育支援事業は都道府県等（都道府県・政令市・中核市）が実施主体であり、約 30 万人口毎に 2ヶ所程度の実施を求められてきた。利用にあたって手続きは不要なため、障害受容が進んでいない子ども（保護者）に対して柔軟に支援できるメリットをもつ。

障害児等療育支援事業による保育所等へ施設支援一般指導事業は、保護者の障害理解や受容の有無に関わらず実施できるという柔軟性をもっているが、逆に保護者の障害理解を深めるという点では課題を有していた。また、都道府県・政令市・中核市から委託された事業所しか実施できないという弱点をもち、とりわけ一般財源化されて以後は制度的（財源的）な基盤も弱くなった。

今回、保育所等訪問支援事業の創設により、保護者と施設との契約を基盤にして「対等な関係」で地域での支援が受けられるようになり、巡回・訪問型支援の今後の拡大・発展が期待される。しかし、障害理解が進まない保護者とは契約できず発達支援が進められない点、保護者に対する支援や指導が抜け落ちる危険性がある点について課題が残っている。

両事業には、表Ⅲ－5に示すようにそれぞれ長所、短所がある。重要なことは、広域かつ専門性を要する障害児等療育支援事業は、都道府県等の責任で維持・発展させるべきものであり、保育所等訪問は障害のある子どもの地域での育ちを支えるものとして市町村の責任の下で展開するべきものであるということである。

保育所等訪問の創設と拡大が、障害児等療育支援事業の廃止や縮小につながらないように、都道府県等や市町村はそれぞれの事業の継続と発展に対する役割分担と責任性を認識する必要がある。

表Ⅲ－5 障害児等療育支援事業と保育所等訪問との比較

	障害児等療育支援事業	保育所等訪問支援
利用料/支援側の収入	無料/補助金	有料/個別給付
対象	障害児個人or保育所等	障害児個人（契約）
実施主体	都道府県/政令市/中核市	市町村
長所	<ul style="list-style-type: none"> <li>柔軟な手法で社会資源を確保して提供</li> <li>手続き（契約）不要/無料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害児支援利用計画作成と児童発達支援管理責任者の配置が義務化</li> <li>義務的経費</li> </ul>
問題点/課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施主体の「やる気」に影響され、地域格差が拡大しやすい</li> <li>コーディネーターの配置がなくなり、事業の調整がつきづらい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用契約が必要/有料</li> <li>親が障害を認めて契約をしないと使えない（受給者証が必要）</li> </ul>

### ii) 巡回支援専門員整備事業との関連性

地域支援ツールとしては、平成 23 年度からスタートした巡回支援専門員整備事業がある。主に発達障害を対象としているが、それにとどまらない障害にも対応できる事業であり、平成 24 年度には全国 113 市町村で実施されている。

これは、発達障害者支援法による補助事業であり、市町村ごとの受託手続きが必要である。

### iii) 教育分野の巡回相談員派遣事業

都道府県教育委員会等により、発達障害を含む障害に関する専門的知識・経験を有する者を巡回相

談員として幼稚園、学校等の教育機関に派遣する事業である。各学校は所管の教育委員会等に申請書を提出し、巡回相談員の派遣を受けることとなる。

保育所等訪問支援事業の創設により、障害児等療育支援事業を受託していない事業所や、無料のサービスとして訪問支援を行っていた事業所が制度的・財源的基盤の上でサービスを行うことが可能になった。また、地域で生活させたいと願う保護者が地域生活や保護者自身の就労を諦めることなく、発達支援を受けることが権利として保障されるようになった。

今後は、補助事業である巡回支援専門員整備事業を含めた3事業の有効な使い分けと積極的な展開が必要である。

### 事例：姫路市における保育所・幼稚園への訪問支援

姫路市では、平成2年の姫路市総合福祉通園センター開設当初より、姫路市子育て支援室と共同して「保育所障害児巡回相談事業」として保育所や幼稚園、学校等（以下、保育所等）への訪問・巡回による支援を実施していた。

平成8年度に「障害児（者）地域療育等支援事業（平成15年度から一般財源化されて障害児等療育支援事業）」を受託することにより、地域で生活する障害のある子どもとその周辺児に対する訪問・巡回支援は飛躍的に拡大した。この事業は、子どもの発達支援だけでなく、親の育児力の向上、保育所や学校をはじめとする地域全体の障害児支援の質の向上にも役立ってきた。

保育所等訪問と障害児等療育支援事業、2つの事業の役割分担を考えるために、姫路市が実施してきた事例を提示する。

#### 保育所等の在籍児への訪問支援と保護者指導

当センターへの毎日通園による療育が必要であるにもかかわらず、保護者の就労や通いにくさ、保護者の意志等の理由により保育所等での支援が求められた子どもに対して、心理士、言語聴覚士、保育士、相談員などによる地域への訪問支援を実施した。同時に、障害理解や育児支援を目的に保護者のグループ指導も実施した。

主たる生活の場である保育所等で実際の生活や遊びの様子を担当と共有して関わり方のポイントを確認した上で、グループワークで保護者に還元するという二重の支援を行った。保育所等での生活の様子を保護者と確認することにより子どもの姿の認識が進み、日頃の子育てに対する意識や関わり方に変化が見られた。また、家庭と保育所等が同じ方向を向いて子どもに関わることで子どもの適応力が増し、落ち着いた園生活が送れるようになることが多かった。

今後は、保育所等への訪問による支援は保育所等訪問支援事業、（保育所等訪問支援事業の対象とならない）保護者を対象にしたグループ支援は障害児等療育支援事業で実施することにより、事業の拡大と継続が図られると思われる。

#### 理学療法士（PT）・作業療法士（OT）による訪問支援

肢体不自由児等が地域で生活していくためには、保育所等の担当者が常に日常生活動作を介助できる方法や、本人が主体的に園生活に参加するための環境設定が必要である。施設における個別リハビリテーションでの機能向上に加え、保育所等での子どもの過ごしやすさを目的としたPTやOTによる訪問支援を実施した。日常生活器具の有効な活用や保育所等の環境面での工夫を共に考えることにより、担当者や保護者の負担が減るとともに、本人が他児との生活に違和感なくなじみ、保育所生活への意欲につながった。

このような事業については、今後、保育所等訪問支援事業に転換して支援の強化と継続を図る必要がある。

### iv) おもちゃ図書館や子育て支援サークル等の資源との連携

支援を必要とする子ども達や家族が利用しやすい場所として、おもちゃ図書館や子育て支援サークルなどが地域にはある。敷居も低く、一般的な活動の場に近いたことが利用しやすいの特徴である。

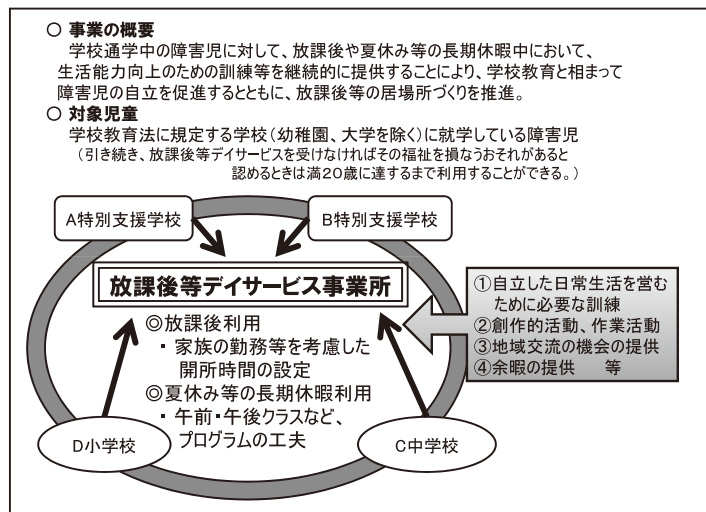
保育所等訪問での支援先は、子どもにとって有効且つ必要な場所となる可能性があることを知っておく必要もある。更に本事業の関係者は、子どもに関する資源を一つでも多く知って、保護者との会話の中で子どもの支援に必要な場所を探ることも必要である。

## 2. 放課後等デイサービス（以下、放課後デイ）

### 1) 事業の特徴と意義（図Ⅲ－3）

この事業は、学齢期の障害児に対して、放課後や夏休みの長期休暇中に、子どもが余暇時間を有効に利用できるように支援し、近い将来、地域で過ごし、自立した生活を営めることを目標に継続的に支援するものである。また、放課後や長期休暇中の居場所を確保することも本事業の目的の一つである。この事業により、これまで就学により途切れていた発達支援が、小学校入学後から高校卒業まで継続できるようになり、障害のある子どもにも放課後の活動支

図Ⅲ－3 放課後等デイサービスの概要



援が保障された。また、期待される効果としては、一つは、ライフステージを通した一貫した支援であり、乳幼児期からの移行支援と成人期の障害福祉サービス等への移行をスムーズに支援できることである。もう一つは、学校教育との密な連携・協働を基盤にすることによる、教育と福祉サービスの一貫性のある協働体制を得られることである。

対象は、学校等に所属する学齢児であり、必要に応じて20歳まで利用できる。

内容は、「自立した日常生活を営むために必要な訓練」「創作的活動、作業活動」「地域交流の機会の提供」「余暇活動の提供」などとされているが、さまざまな取り組みがなされている。

現状の提供内容については、非常に多様であるため、ここでは代表的ないくつかの例を紹介し、その長所と課題を提示する。

#### <例1>

障害特性および子どもの特性に応じた課題に対して訓練や指導、学習支援などを提供する形態で、就学前療育の継続や学校教育の補完的な意味をもつ。しかし、集団行動や地域での活動経験を膨らませるべき放課後の時間や長期休暇の時間を、さらに「訓練」のために費やさせる問題も考慮しておく必要がある。

#### <例2>

スポーツや芸術、「おけいこごと」など、余暇の活動を提供するものである。

余暇支援としての意味はあるが、その過程で生じる課題や問題の把握と解決方法を適切に支援することができなければ、一般の塾やカルチャースクールと同じであるので、放課後等デイとしての提供は疑問である。環境調整や活動分析などの視点を持つ作業療法士等の介入が望ましい。

#### <例3>

安心かつ安全な預かりの場所の提供を行うものである。保護者の就労が保障されたりレスパイトされたりすることは大切なことであるが、その場合は日中一時支援との使い分けが課題となる。



さまざまな取り組みに関して重要なことは、発達支援、家族支援、地域連携などを考慮した障害児支援利用計画を作成して支援を提供するべきであり、学齢期（学童期、思春期、青年前期）の障害児が抱える心理的、身体的特徴と障害特性の相互の関連性を見極め、適正に社会参加に向けた発達支援を行うことである。

## 2) 指定等の状況

### ① 旧施設種別

本調査結果〔表Ⅲ-1〕より、指定を受けている事業所は982ヶ所で、71ヶ所は利用者がいない状況であった。また、通園施設（知的、肢体、難聴、総合）29ヶ所が指定を受け、22ヶ所が既に事業を実施していた。また、児童デイにおいては、866ヶ所が指定を受け、781ヶ所が実施していた。さらに旧重症通園においては、51ヶ所が指定を受け、44ヶ所が実施していた。

通園施設（知的、肢体、難聴）において放課後デイの実施数が少ない点は、幼児期に限定した障害種別に特化された支援を行っているためと考えられた。

また、児童デイにおいては、児童発達支援より放課後デイへの移行数が多い点から、I型とII型との多機能もしくは併設として、放課後を支援している事業所も多かったことが伺える。（表Ⅲ-6）

### ② 新規事業形態と放課後等デイの併設状況

児童発達支援の半数が放課後デイを実施していた（表Ⅲ-7）。

### ③ 利用の状況

月当たりの利用日数を表Ⅲ-8に示した。小、中、高生は、ほぼ5日程度の利用となっているのに対して、高校卒業後は、日中活動の場としても機能していることが分かる。障害福祉サービスやその他の進路への移行期間でもあり、他サービス等を併用していることも推察できる。

表Ⅲ-8 年代別の契約児の利用日数平均 月一人当たり

小学生	中学生	高校生	19・20歳
4.9日	5.3日	5.2日	9.5日

### ④ 事業所が抱えている課題

本調査において自由記述で193ヶ所からの回答を得た。その内容の要約は、表Ⅲ-9および自由記述一覧を参照いただきたい。

表Ⅲ-6 旧施設種別の児童発達支援と放課後デイの指定事業数（ヶ所）

種別	児童発達支援	放課後デイ
知的通園	159	14
肢体通園	51	7
難聴通園	14	0
児童デイ	747	813
重症通園	72	51
24年度新規	41	84
総合通園	6	1
日中一時	1	12
合計	1,091	982

表Ⅲ-7 放課後デイを併設する障害児通所支援事業等 n=982

事業	回答数	ヶ所数
児童発達支援	1,091	655
保育所等訪問支援	136	72
障害児相談支援	203	114
指定特定相談支援	168	97
一般相談支援	82	53
計		982

表Ⅲ－９ 自由記述要約 (回答施設数122ヶ所) (件)

報酬単価が低い	24	職員不足	6
療育と預かりとの不透明性	20	重度加算の在り方	5
広すぎる利用年齢	9	障害児相談支援事業が少ない	2
ワーク・ライフ・バランス	7	学童保育から除かれる危惧	2
多機能型の事業安定化	7	実施主体の支給量格差	1

主だった内容としては、報酬単価の低さ、および放課後デイと預かりの内容の不透明さが挙げられていた。

ここで、日中一時支援事業と放課後デイの概要とその違いを表に示す。(表Ⅲ－１０)

表Ⅲ－１０ 放課後デイと日中一時との関連性と機能分担について

	放課後等デイサービス	日中一時支援事業
	平成24年4月1日	平成18年8月1日
根拠法等	児童福祉法 児童発達支援 (旧児童デイサービス事業Ⅱ型)	障害者自立支援法 (市町村地域生活支援の事業内容の一つ)
障害児支援利用計画作成	有	市町村による
手帳・診断書の有無	市町村による	市町村による
個別支援計画の有無	有	無
対象児年齢	小学校1年生～20歳まで	年齢制限なし
事業目的	・放課後の居場所づくり ・生活能力の向上のために必要な訓練 ・社会との交流の促進 など	・障害者等の日中における活動を確保し、 障害者等の家族の就労支援及び障害者 等を日常的に介護している家族の一時 的な休息を目的とする。 ・レスパイト機能をもつ
人員基準	指導員または保育士1人以上常勤	障害種別により人員・職種が異なる
	管理者 常勤	管理者兼任が主
	児童発達支援管理責任者 1人以上	市町村判断
送迎サービス	有り	市町村判断
利用定員	10人以上	—
その他	生活介護・就労継続支援などと一体的に 行えるよう多機能型も可能。	本事業を実施している時間はその他の障 害福祉サービスは使えない。

障害者自立支援法に定める地域生活支援事業の一つである日中一時支援事業は、活動の場を提供し、見守り、社会に適応するための日常的な訓練等の支援を行うものである。また、日常介護している家族に一時的な負担軽減を図るレスパイトケアの意味合いももっている。この事業の需要は高く、障害児通所事業所においても日中一時支援事業を実施しているところが少なくない。

放課後デイは子ども自身のためのサービスであるが、日中一時支援事業は保護者のためのサービスの要素が強く、働く保護者や介護・きょうだいの子育て中の保護者にとっては、気軽に安価で使えるというメリットがある。しかし、日中一時支援事業の報酬単価は、市町村により異なり、報酬単価の低い市町村では、事業所が契約を結ばないといった事態や指定基準、資格要件の甘さなどがあり、障害特性に応じた対応やリスクマネジメントの甘さ、発達支援の質の低さが課題である。

さらに、保護者がこの二つのサービスの違いを十分に把握しているとは言えず、二つの事業を展開

している事業所が適宜うまく使い分けをしている状況がある。ここで、ともすれば「預かり・見守り」機能として両事業を利用している保護者が多いことに注意が必要である。今後、支給決定をする市町村行政と障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者の支援計画の提示と詳細な事業説明などが必要である。

### 3) 今回の調査から見えてきた課題

今回の改正で放課後支援が制度的に位置付けされ、児童デイの多くが放課後デイにみなし移行した。現在、職員の資格要件、指定基準等が緩やかで指定を受けやすいことから事業所が急激に増加している。

資源の増加は、子どもにとって大変喜ばしいことであるが、その内容と質が問われる。

以下の点に留意、見直しが必要である。

#### ① 障害児支援利用計画（サービス等利用計画）と児童発達支援計画（個別支援計画）

障害児相談支援専門員および児童発達支援管理責任者が、子どものニーズおよび評価を適切に行い、かつ保護者のニーズをつかめることが重要である。

#### ② 提供内容の質

質の担保のためには次のような方法が考えられる。

- 現在の最低基準である「指導員」を「児童指導員」とする。もしくは有資格者等の配置割合を設定し、「当該事業の保育士等の有資格者の常勤換算数は指導員の常勤換算数を上回っておかなければならない」などの規程を設けて質を担保する必要がある。
- 現在、放課後デイに限らず福祉専門職配置加算や特別支援加算があるが、資格と経験年数のみを問うているため、障害児通所支援にかかわる職員の研修を充実（単位制等）させ、加算に反映させること。
- 障害児相談支援による障害児支援利用計画の作成を早急に義務化し、提供内容の客観化と確認を可能にすること（チェック機能）。
- 学童期の支援の在り方に関しては、今後ガイドラインの作成が必要である。

#### ③ 資源増加と一般施策からの分離の危険性

放課後児童クラブは障害児にとっても重要な放課後活動の場である。

放課後デイの増加に伴って、従来の放課後児童クラブへの受け入れが制限される危険性がある。地域での障害のない子どもたちとの交流が阻害されないよう注意が必要である。

### 3. 障害児相談支援事業

障害児支援に係る利用計画の作成を中心業務とする障害児相談支援事業が創設された。

障害児通所支援を利用する場合には、障害児支援利用計画を作成し、それに基づき障害児通所支援を利用することとなっている（図Ⅲ－４）。利用計画作成にあたっては、障害者自立支援法の居宅サービス等も組み入れて継続・一貫した計画の作成が必要となるが、その場合には指定特定相談支援を委託しなければならない。この事業は平成 26 年度中までに完全実施をすることとされている。

1) 事業の特徴と意義(図Ⅲ-4、 図Ⅲ-4 相談支援体系

5)

子どもの相談支援は、単なるサービスの利用計画として進められないことが特徴である。さらに利用計画の特徴は、児童期特有の就学や進学、進級等のライフステージの変化が年度ごとにあり、また、成長・発達に伴う変化も加わるため、子どもの状態像に加えて保護者のニーズの変化なども、細かくモニタリングする必要がある。

通所支援等の利用計画の作成のための相談と位置付けられているが、本来、子どもの相談支援は基本相談を抜きにしては成立しない。さらに学齢期においては、特別支援教育における「個別の教育支援計画」との整合性を図るために、教育との連携を強化することも求められている。

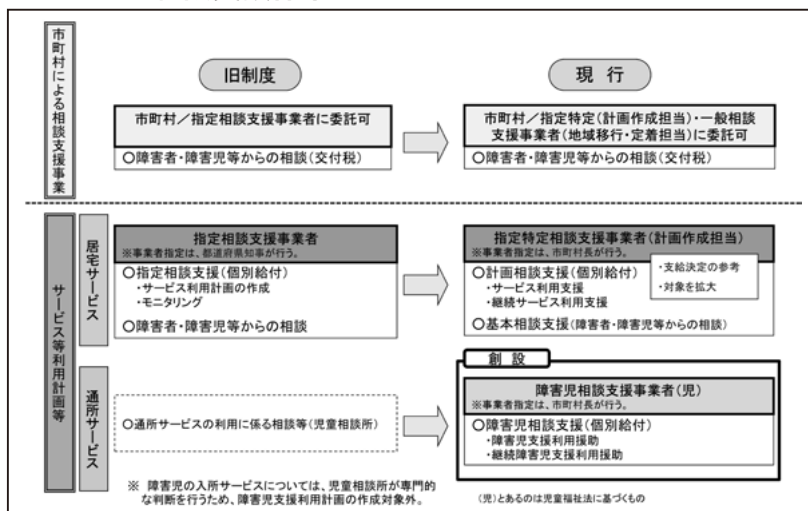
2) 指定等の状況

今回の調査結果によると、障害児相談支援事業の指定を受けている事業者は203ヶ所であった。また、指定特定相談支援、指定一般相談支援にかかわる事業者はさらに少ない状況となっている(調査結果[表1-3])。

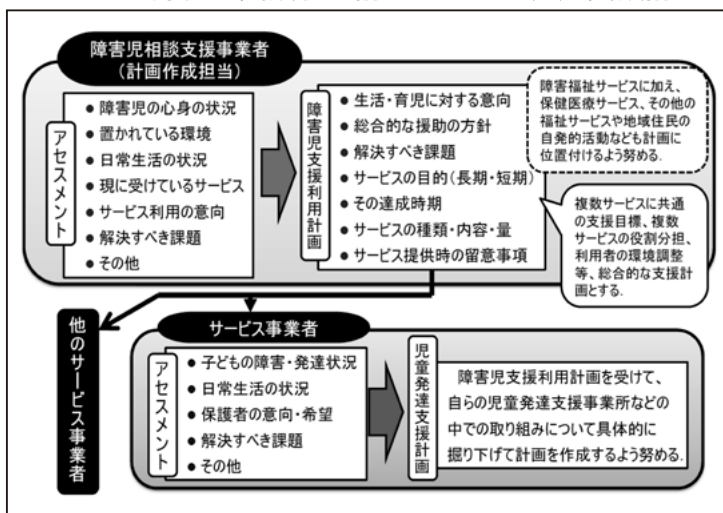
3) 障害児に対する相談支援の役割

子どもに関する相談は、母子保健関係や保育関係機関、学校教育現場など、様々な場面からスタートする。医療的な配慮を必要とする子どもは早期からの医療相談をはじめ、居住地の保健師、医療型の児童発達支援センター、障害児通所支援に附設する診療所などにつながる。また、乳幼児健診において言葉の遅れなどで始まる場合もあれば、保育所や幼稚園で気付かれる場合もある。

子どもに関する相談は、親の気づきだけでなく、健診や保育や教育現場、医療機関など、様々な場面からスタートする。障害児相談支援事業に求められることは、計画作成にとどまらず、保健、教育、福祉のあらゆる場面にアンテナを張り、情報の整理や各関係機関との役割を調整し、その基盤の上で支援計画を立案しなければならない。(図Ⅲ-6)



図Ⅲ-5 障害児支援利用計画から児童発達支援計画へ



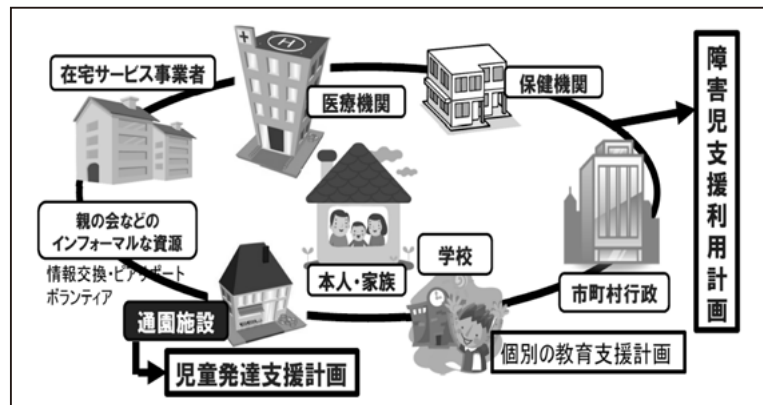
#### 4) 課題

##### ① 子ども独自の相談支援体制の必要性

障害児支援、とくに相談支援では、

①発達期の支援であり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こと、②本人だけでなく保護者・家族への支援が重要であること、③「障害の確定」以前から支

図Ⅲ－6 各関係機関の支援計画等



援が求められること、④「(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「(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」が重要な課題になること、などの特徴がある(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」から)。現在の障害児相談支援事業は、「障害者である子ども」や「介護を必要とする子ども」といった考えのもとに成り立っており、対象者のニーズに対して現存のサービスを組み立てる介護保険や障害「者」相談支援の手法に準じて実施されようとしている。しかし、この手法は子どもの相談支援にはそぐわない部分が多い。今後、母子保健、子育て支援、学校教育等との関連を再考した相談支援体制の見直しが必要である。

##### ② 今後の障害児相談支援における留意点

現状の相談支援体制における留意点と課題を以下にまとめる。

- 一人の子どもに対して障害児支援利用計画、児童発達支援計画のほかに、個別の特別教育支援計画、リハビリテーション計画等の幾つもの計画が作成されるため、それらの整合性や一貫性を図り、本人や保護者の不安を軽減する必要がある。
- 子どもの変化は著しいため、通所支援事業所のアセスメントおよび児童発達支援計画の変更が重要となる。障害児通所支援事業所と協働して障害児支援利用計画のモニタリングと適時的な修正を行うことが重要である。
- 育児に寄り添う相談(母子保健等)から障害児福祉につなぎ、障害受容が進まないまま学校へつなぐ場合の支援(学校教育)などが必要となるため、「子どもに特化した基本相談」を可能にする体制(人員配置や業務委託)が必要である。
- 障害児の分野におけるサービス利用計画のイメージや障害児支援に適切な書式がないため、介護保険や障害福祉サービスにおける手法をモデルとして実施されることが多いため、発達支援の観点を取り入れていく必要がある。
- 保護者によるセルフプランは、育児上の課題や保護者の都合に偏ったものとなっていないかをチェックする必要がある。したがって、セルフプランの立案及び確認のためには、子どもの発達段階、障害特性、家族状況等を確認すること不可欠である。
- 児童発達支援センターに障害児相談が設置されれば、障害児支援利用計画を作成した事業所がモ

ニタリングも実施することになる。利用計画の客観性・公平性・中立性を担保するためには、センターと切り離して相談支援事業所を設置する必要がある。

### 公平性・中立性を保つための取り組み例

福岡県の八女市では、障害者相談支援および障害児相談支援を3法人で一つの事業所を運営している。身体、精神、知的、児童のそれぞれの得意とする分野の相談支援専門員を外向させて相談体制を作っている。

また、長野県上小圏域でも、複数（3ヶ所）の相談支援事業所が上小圏域障害者相談支援センターに職員を外向させ、1ヶ所に集まって連携や総合的な相談支援を行うための検討を行っている。このように複数の事業所によって相談支援センターを構成することにより、「総合力や連携力」が生まれ、多様な対応が可能となると同時に「公平性や中立性」を保つことが可能である。

## 5) 障害児相談支援事業における「基本相談」の重要性について

平成24年度児童福祉法改正に伴う障害児相談支援事業の登場は、児童領域における発達支援を担う者にとっては重要かつ喜ばしい改正であった。今後の障害児発達支援は、ケアマネジメント手法に裏打ちされた客観性と先見性をもって、障害児の相談支援が推進される期待が膨らんでいる。

しかし、今回創設された障害児相談支援事業は、児童福祉法に一元化された障害児通所支援の利用計画に限定されており、都道府県に実施主体が残った障害児入所支援については従来通り児童相談所が対応し、障害者自立支援法に残った居宅介護や短期入所等の居宅サービスは障害者相談支援事業（指定特定障害者相談支援事業）が担当することになっている。加えて、障害児支援にとって最も重要な「基本相談」が含まれておらず、全体を見通せば、障害児相談支援事業のみでは障害のある子どもと家族の、障害確定前からの相談から始まる相談支援・発達支援・家族支援の一貫性をもった流れが障害児相談支援事業のみでは達成できない問題がある。

そのため、障害児相談支援事業を実施するにあたっては指定特定障害者相談支援事業を同時に受託するようになっているが、「基本相談」については給付が設定されていない。

このままでは、障害児支援の基盤部分がなおざりにされたまま、計画作成にのみウェイトを置いた相談支援がまかり通る危険性がある。

子どもと家族にとって必要な相談支援機能は、親の育児不安や子どもの将来への漠然とした不安などへの対応からスタートするため、介護保険制度におけるケアマネジメントのように既存のサービスメニューから必要な量を組み合わせて提供するサービスとは基本的に質の異なるサービスである。また、子どもや親・家族があきらかな支援ニーズをもっているにもかかわらず、乳幼児期にはいろいろなサービスを利用しようという意識や動機づけが弱く、子どもや家族の状況を見ながら的確な情報を提供し、関係機関との連携、調整を行うなど個々に応じて支援方法を柔軟に変えていくなどの専門性が求められる。

乳幼児期のニーズは子ども自身からではなく、親・家族から発信される。親の関心は当然子どもの発達の遅れを解消する、障害を治す、良くすることに向けられる。このような状況の中で表面化する治療・訓練ニーズに隠れて親の障害受容や育児に向かう姿勢、夫婦や家族関係の葛藤、対立や障害のある子どもを産んだことを責める母親の心理的葛藤など、多くの潜在的ニーズを抱えていることを念頭において、支援を開始しなければならない。ここに、合意形成と積極的な関わりの手段、手法として、障害児におけるケアマネジメントの積極的な導入が求められる。

成人期の地域生活支援を中心に発展してきた現行の障害者相談支援事業とは別に、乳幼児期・児童期の相談支援に対応できる障害児ケアマネジメントを担保する「(仮称)発達・子育て相談」を創設する必要がある。

なお、兵庫県姫路市では児童一般施策（地域子育て支援拠点事業）を利用した「初期相談」と「育児支援」の試みを実施しているので紹介する。

### 事例：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」を受託して、障害児通園施設（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ている。

姫路市では、姫路市総合福祉通園センターを中心に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。障害児等療育支援事業を基盤に地域ネットワークを構築し、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、乳幼児期から成人期まで継続する一貫した支援システムを構築してきた。

障害児施設を中心に置いたシステムは、育児相談や健診で発達の問題を発見された子どもを円滑に発達支援システムにのせるには合理的かつ機能的なシステムである。しかし、このシステムは「親が障害を認め発達支援を求めている」という前提でしか成り立たない。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には、もっと身近でもっと敷居の低い相談場所を必要としている。

そこで姫路市では、地域子育て支援拠点事業として保育士1名、相談支援専門員1名を保健所のスペースに常駐させ、施設から心理士を適宜派遣する形で「『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、子育てに疲れ不安やいらいらをもつ親などに、開設時間（月～金、9:30～17:00）なら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、実に約30%の子どもがセンター内の診療所の受診につながった。加えて注目すべきは、利用児の三分の二が0～2歳児であったことだ。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る。

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「診断から始まるシステム」は機能しにくくなっている。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発達支援に移行させる自然な形の「相談支援」が求められている。そのためにも、親も相談しやすい児童一般施策の中で「敷居の低い相談」が開始されることが、障害児の相談と発達支援の本来の形ではないだろうか。

### 6) 支援計画等にかかわる書式の検討

「障害児支援利用計画」、「児童発達支援計画」作成にあたっては、関係する保健、医療、教育、福祉などの各関係機関において共有可能な計画でなければならない。地域や支援機関の違いにより、ある程度の温度差はあっても支援内容が適切で、格差なく、できる限り平等な計画作成がなされなければならない。しかし、まだそのような様式は出されていない。

ここではいくつかの様式を紹介しておく。

現在相談支援専門員の研修などにおいて多く利用されているものは、日本相談支援専門員協会がまとめたものである。その様式は、もともと成人向けの専門相談やサービス利用計画、個別支援計画書であるため、支援対象である子どもに適切な評価や支援計画の作成には向かない部分もある。また、医療分野における「総合リハビリテーション実施計画書」も参考になるので参照いただきたい。

いずれの様式も「子どもの発達の状態像」と、子ども特有である「家族も含めた子育て支援等」が捉えにくいいため、これらを加味した様式の作成を検討しているところである。

## 〈参考〉

- 日本相談支援専門員協会 様式 ⇒ 日本相談支援専門員協会 HP (<http://nsk09.org/>) にて参照。
- 総合リハビリテーション実施計画書 ⇒ 「総合リハビリテーション実施計画書」で、Web 検索することと取得可能。
- 児童分野での書式については、一定のものではなく、下記を参照いただきたい。
- うめだ・あけぼの学園の書式 ⇒ **本文末 参考資料3 参照**
- 長野県上小圏域における個別支援計画様式

⇒ 「上小圏域障害者総合支援センター」の HP より

「上小圏域版ケアマネジメント・ツールパック」をダウンロード可能

URL <http://www7.ueda.ne.jp/~siensent/keamanejimentotu-rupakku.html>

長野県の上小圏域（上田市と東御市と小県郡の2市1町1村）内の障害児相談支援事業所（事業所数—9ヶ所）が用いている個別支援計画様式は、日本相談支援専門員協会作成のサービス等利用計画様式と、上小圏域障害者自立支援協議会の相談支援部会で作成した障害者ケアマネジメントツール（様式）に分かれている。

## 7) 支援計画の子どもに適した様式とコード化について

### ① リハビリテーション医療における実施計画書

医療分野においては、従来の医学モデルで支援計画が作成されている。その例として、医療機関で行う「障害児リハビリテーション」においては、厚生労働省が定める「総合リハビリテーション実施計画書」の作成が推奨され、医学的診断から状態の評価、リハビリテーション計画などが話し合われて作成され、本人（家族）へ提示することが求められる。

### ② コード化について

福祉関係の診断書（精神障害者保健福祉手帳・年金・福祉手当）においては、ICD-10 診断とコードが使用され記入が求められている。さらに診療報酬請求においてもそのコード分類の下でコンピュータでの処理が増えており、今後とも書類の電子化は進むと予想される。サービス提供の均一化を考えると様式の統一とともに、コード化と電子化はメリットが大きい。

### ③ 障害の概念の変更 ～医療モデルから生活モデルへ（コード化を踏まえて）～

1980年国際保健機構（WHO）は、国際障害分類（ICIDH）として3次元の分類（機能障害 impairment、能力障害 disability、社会的不利 handicap）が提唱された。その後、1997年より第二版が検討された後、2001年に国際生活機能分類（ICF）が提唱され、その後2006年に国際生活機能分類—児童版—（ICF-CY：International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth）が世界保健機関（WHO／厚生労働省大臣官房統計情報部）から提唱された。

その「目的と根拠」の項目で、医療関係者、教育関係者、政策立案者、家族、利用者、研究者らが児童の健康と生活機能の特徴を記録するために使用することを意図し、さらに各年齢で現れる諸問題を、①心身機能・構造上の問題、②活動制限、③参加制約、さらに児童にとって重要である④環境因子に分けて記録するための概念的枠組みと共通言語・共通用語を提供するとしている。



ICF-CYの特徴としてその分類単位は、子どもの診断ではなく、子供の生活機能のプロフィールであり、その目的は子どもの生活機能の制限の性質と程度を記載し、子どもの生活機能に影響する環境因子を特定し、支援サービス提供の指針となるものである。

様々な分野から児童に提供されるサービスの違いを超えて使用できるような子どもの障害の総合的な分類の必要性は認識されながら未だ実現していない。ICF-CYは、保健、教育、福祉や療育サービスを受ける子どもの権利を保障するために、児童特有の身体、心理、社会的特徴を鋭敏に検出する分類法として開発された。また理念的には、このコード分類は、国連の障害者権利条約や児童の権利保障の証拠となるものだとしている。

また、その利用により、例えば行政面では、受給資格、サービス提供、フォローアップの状況をコードで記録することで、ニーズに応じたサービスの利用パターンを計画予測できる。またその標準化によりモニタリングの指標となり、受けたサービスの時期・期間、サービスの種類なども後方視的、前方視的なサーバランスも可能であるとしている。

さらに、それらの収集分析により、保健・教育・福祉分野の政策的計画やまた研究分野においても定義の標準化した研究ができるとしている。

使用にあたって、児童の障害を正しいコード化するための研修が必要であり、子どもは常に成長と発達をしており年齢により「正常」は異なるので、ある時期の「正常な生活機能」も変化しておりその評価にあたってはその難しさもあって、日本においてはまだ普及が進んでいないのが現状である。

現在 ICF-CY Japan Network の電子化チーム e-Angels によって、電子化ツールの研究、開発を行っており、ICF-CY e-ANGEL Edition (試作版) がインターネット上で公開されている。

今後、障害のある児童の支援にあたっては、この ICF-CY の利用が望まれる。その具体的な支援計画作成にあたっては、様々な関係分野から提案されているが、今後コード化を考慮して行政が主導し、関係機関からの情報の収集によりモデル提示と汎化ができるようにしていく必要がある。

米国においては、障害児の特別支援計画において、障害特性と支援内容がコード化された PRIM (Pre-Referral Intervention Manual) が開発されており、それにならった、日本版 PRIM が「子どもの発達障害サポートブック」として作成が試みられ (榊原 2013 年)、現在、具体的支援の内容が収集されつつある。

#### 4. 地域自立支援協議会、要保護児童対策地域協議会などとの連携状況

##### 1) 地域自立支援協議会

「地域自立支援協議会」は、平成 24 年 4 月 1 日に法的に位置づけられた。

市町村もしくは広域での設置が義務付けられ、その上位に都道府県障害者自立支援協議会が置かれている。

「地域自立支援協議会」の目的規約として「自立支援協議会は、関係機関等が相互の連絡を図るとともに、地域における障害者等への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。」とされ、

地域づくりのために有効活用することが望ましい。

各地域で、それぞれ独自の取り組みを行っており、子どもに関して児童部会等を設置して対応しているところもある。協議会の設置状況に関しては、数値による設置状況が公開されているが、部会の設置状況は詳細不明である。

## ① 調査結果

今回の調査結果〔表5-10〕において、何らかの関わりをもつ事業所は重複を入れて1,283ヶ所にのぼり、全体会には559名、「子ども」にかかわる専門部会メンバーとしては635名、協議会事務局として170名が参加していることが分かった。今後、専門部会には各事業所が積極的にかかわることが必要である。

## ② それぞれの取り組み

地域の特性を活かし、それぞれの取り組みがなされている。ここでは、いくつかの事例を紹介する。

### 事例：「長野県上小圏域における障害者自立支援協議会と上田地域定住自立圏の協働」

- ・「定住自立圏」とは、人口の定住促進に向けて中心市と構成市町村が互いに連携し協力する政策として平成21年度に始まった国（総務省）の制度である。
- ・長野県の上小圏域では上田市を中心市として、地域医療、子育て支援、産業振興、道路整備等について協力実施を望む近隣市町村との間で協定の締結を行い実施している。
- ・「上田定住自立圏」の協定締結例としては、平成24年度からの「上小圏域成年後見支援センターの協力実施」に向けて地域障害者自立支援協議会からの課題提言が基になり、各市町村独自に行ってきた発達障害児者に対する相談等を協力実施することを目指して「（仮称）発達支援センターの設置を検討する」との協定を締結し、内容等の詳細については地域障害者自立支援協議会が協力して検討を重ねている。
- ・財政力が弱い市町村が単独で福祉サービスを充実させることは難しいが、上小圏域の事例のように、市町村が協力実施できる「定住自立圏」と地域課題を明確にしやすい「障害者自立支援協議会」を基盤にした協働は、障害児福祉サービス充実を図るための方法として有効であろう。

### 事例：富山県の取り組み（参考資料1）

#### 稼働し始めた子ども部会—富山県—

- ・富山県は、人口112万人で、4障害保健福祉圏域に分かれている。地域自立支援協議会は、新川・砺波の2圏域で本協議会を立ち上げたが、富山市（中核市）と中新川郡、高岡市、射水市、氷見市（4市1郡）の5ヶ所が独自に立ち上げ、計7ヶ所の協議会が稼働している。その中で、平成19年から平成23年の4年間で各地域自立支援協議会に子ども部会ができる。
  - ・各協議会での部会の開催回数、メンバーなどは様々であり、地域性や人口、事業所の数や種別によって、論議される事や取り組みは異なる。特に地域課題として見えてきているのが、
    - ① 福祉サービスの地域間格差
    - ② ライフステージに沿った各関係機関との連携の在り方
    - ③ 保護者の障害受容に向けてのフォローと家族支援の充実
    - ④ 学齢児の居場所作り
    - ⑤ 発達障害児のSSTなど療育・支援機関の確保
    - ⑥ 専門医の不足などがある。
- これらの課題に対しては、困難事例を通しながら、各事業所・施設・学校・行政などの部会メンバーが共通理解を図ると共に、今後の対応策を検討している。
- ・富山県自立支援協議会においては、官と民の協働するシステムを構築しながら、役割分担を決めている。24年度は、専門別コースの研修として、「障害児」について行い、障害児相談支援のノウハウを学ぶ予定となっている。

## 事例：小郡市（福岡県）の取り組み

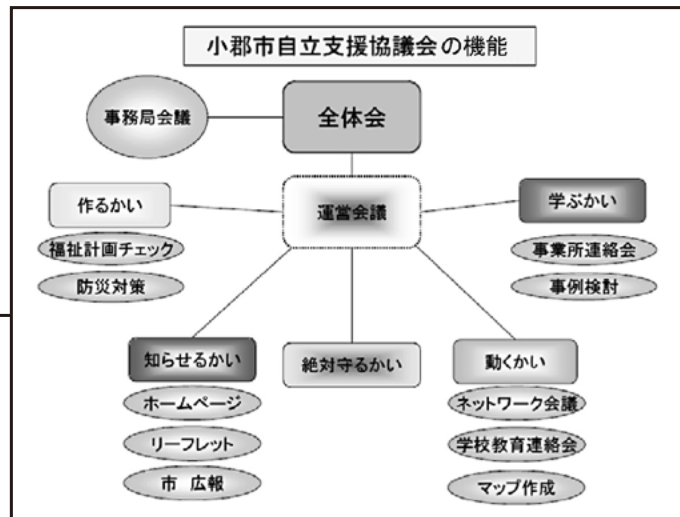
### 自立支援協議会による地域づくりと相互理解 ～まずは互いを知ることから～

- 福岡県小郡市は、福岡県と佐賀県の県境にある人口6万人弱の市である。隣接する各市町村にはそれぞれに地域自立支援協議会があり、それぞれに独自の取り組みを行っている。
- 「こども」などライフステージの区分けによる部会などを設置することによって、子どもに関するすべての課題等をその部会で検討することになりかねないため、小郡市自立支援協議会では、障害児、障害者、高齢者などの部会をあえて設置していない。障害児者を取り巻く生活上の課題は、児童、成人、高齢者など年齢に関係なく同様であり、その認識の上で事例検討ができなければ地域は変わらない。

#### 特徴的な取り組み

《場の共有と相互の関心をもつ》

- ネットワーク会議は、当事者、保護者、事業所（通所、入所、訪問等）、病院、ボランティア等、行政、これら関係のある者50～60名が参加する会議で、事業所や団体の紹介や権利擁護や防災対策などの研修を行う。
- 当事者による事例検討は、参加者も様々で知的、精神、身体、親の会、聾・難聴などの障害があるご本人からお話をしていただき質疑応答を行う。40～50名が参加する。



## 事例：札幌市の取り組み

### 「札幌市自立支援協議会子ども部会」

#### 1. 「子ども部会」設立の経過

札幌市は人口190万人を擁し（北海道の人口全体の35%）、市内には、10の行政区がある。札幌市自立支援協議会は平成18年に設置された。協議会、全体会その他、10区の地域部会と2つの専門部会（相談支援部会、就労支援推進部会）があるが、子どもに関する協議の場が無かったため23年度から、何度かの協議を経て、24度初めに「子ども部会」が設置された。

#### 2. 「子ども部会」の目的、内容

「子ども部会」の目的は「障がいのある児童や発達支援を必要とする児童とその家族が主体的に安心して生活できる地域をつくる」である。また対象を子どもだけでなく、家族に対する支援を提起している。組織は、運営委員会と事務局で構成されている。運営委員と事務局員は障害のある子どもに関わる母子保健、児童発達支援（通所、入所）、教育、幼稚園、保育園、相談、保護者代表者や行政等の実務者を中心にして17名で構成されている。

\* 子ども部会（運営会議）議題

第1回「実態調査に基づく課題の共有化」 第2回「障がいのある乳幼児の実態と課題」

第3回「障がいのある児童（学齢期、思春期）の実態と課題」 第4回「障がいのある児童の支援における課題と解決の方向性（まとめ）」

\* 事務局 \*

- ①「札幌市における障がいのある児童の実態調査」の実施
- ②「札幌市の重症心身障害児ガイドブック」の作成協力
- ③「札幌市における発達支援ガイドブック」の作成

#### 3. 「子ども部会」を通して得た児童期の課題

- ①母子保健、医療、療育（発達支援）、教育、福祉サービスの各機関はそれぞれに活動しているが、連携が十分ではなく、乳児期から、児童期、と生涯を見通した支援システムが構築されていない。
- ②家庭養育の困難ケースや虐待ケースが増え、ショートステイの利用や児童入所施設への入所希望が後をたたず、子どもの養育環境の整備や社会的養育機能の充実が求められる。
- ③家庭養育の困難ケースや虐待ケースの分析から、子どもへの支援だけでなく、きょうだいや家族への支援も必要である。
- ④市内では（旧）児童デイサービス160（現在一通所事業190事業所）にも膨れあがり、その内容の格差が市議会でも取り上げられ、各事業所における福祉サービスの質や職員の専門性の確保が課題である。一研修の実施子どもに関わる関係者が手をつなぎ、札幌市「子ども部会」は、23年7月ようやく歩み出したばかりだが、自然豊かで、安心して子育てできる札幌の街作りに「子ども部会」は積極的に参加、協力していく。

### ③ 今後の課題と取り組み

「権利の主体として地域で当たり前になる生活が出来る支援体制」を、障害児・者が支援者や事業所等とともに協議することが目的である。地域生活を送るにあたって福祉サービスが安定して提供されるよう協議されなければ、地域の理解を基盤にした豊かな地域生活は得られない。

その上で、障害のある人（子ども）が、地域資源を利用して地域で育ち、暮らしていける権利を保障されるために、フォーマル、インフォーマルなサービスを含めて検討していかなければならない。本協議会が制度化されたことによって、地域のもつ課題や個人個人のニーズの多様化、既存サービスでのニーズ充足の困難さなどがクローズアップされてきているものの、主管する都道府県や市町村のビジョンが見えてこないところも多い。

## 2) 要保護児童対策地域協議会

平成16年の児童福祉法改正において法的に位置づけられた要保護児童対策地域協議会（以下「要対協」）は、虐待を受けた子どもを始めとする要保護児童等に関する情報の交換や支援を行うために協議を行う場である。

障害児は高い割合で被虐待児となる可能性があり、障害そのものが地域において「要保護」の対象となるべきことから、障害児関連の事業所と要対協との連携状況について分析した。

### ① 調査結果より

今回の調査結果〔表5-11〕では、164ヶ所の障害児通所支援事業所が要対協の全体会に関係し、24ヶ所が事務局を担っていた。全国の市町村数からすれば、まだまだ少ない状況ではあるが、連携体制は進展しているものと考えられる（要対協と児童虐待、障害児との関係はⅡ章および参考資料1で詳しく述べているので参照いただきたい）。

### ② 子ども・子育て新制度と障害児支援の課題

障害児は「小さな障害者」ではなく、まず「子ども」である。子どもとしての権利を保障された上に、障害特有の支援を受ける権利を擁する。そのためには、一般施策において障害児の支援をどのように位置づけるかを強く意識しなければならない。現在、協議が進んでいることも子育て支援について、柏女氏の言葉を借りて示す。

#### 子ども・子育て新制度と障害児支援との交錯

子ども・子育て新制度に障害児支援をどのように位置づけるかが重要な課題である。とくに、これからの障害児福祉施策の目標を、「地域生活支援とインクルーシブな社会の構築」に置くのであればなおさらである。

子ども・子育て支援法と児童福祉法による障害児支援とは、サービス提供方法や財源ともに異なる仕組みとして設計されているが、緊密な連携を図る方向が確認されている。したがって、今後策定が検討される子ども・子育て新制度に関する内閣府の子ども・子育て会議や都道府県、市町村の子ども・子育て支援合議体に障害児支援関係者や当事者が参画し、作成される市町村子ども・子育て支援事業計画、都道府県子ども・子育て支援事業支援計画に、障害児支援をしっかりと位置付けることが必要とされる。

また、創設される「新幼保連携型認定こども園」においても、可能な限り障害児の受け入れを図り、障害児支援のための加算措置を求めることが必要である。つまり、障害児支援に関する固有の措置については子ども・子育て支援法とは別個の体系により実施することとなるが、児童一般施策においても「子ども」としての障害児の受け入れをできる限り図ることが必要である。

子ども・子育て新制度においては、新幼保連携型認定こども園に入所の応諾義務を課し、さらに、障害児については、直接契約ではなく市町村が斡旋することも規定している。しかし、障害児保育の加算措置は一般財源のままであり、新幼保連携型認定こども園でどれだけ障害児の受け入れが進むかは未知数である。現在、障害児は公立保育

所等で多く受け入れられており、公設民営化が進めば、障害児の門戸はさらに狭くなる可能性も考えられる。また、保育所については保育の実施方式が継続することとなったため、障害児童や被虐待児童など配慮を必要とする子どもたちが保育所に集中することも考えられ、障害児童の新たな困り込みも懸念される。児童福祉法では障害児の地域生活支援を目指しながら、子ども・子育て新制度においては、その担保がなされないといった事態は避けなければならない。その他、障害児支援サービスの利用に利用計画作成が前置とされたことを受け、障害児が障害児支援サービスとともに児童一般サービスを併行して利用する場合の手続きのワンストップ化も進められなければならない。

(2012年6月2日の一般社団法人全国児童発達支援協議会施設長研修会における柏女霊峰氏講演レジュメ参照。その後の法律修正を踏まえて柏女氏により一部修正)

### 3) 連携軸への組み込みにかかる課題と展望

障害児支援については、児童発達支援センターや「事業」だけで完結するものではなく、さらには福祉や教育も含めた公的な領域だけでも十分な効果は期待できない。その子どもが地域で生まれ、地域で育ち、成人後も地域で暮らしていくためには、地域全体の支援体制が構築されること、この支援を十分に活用しながら発達～自己実現・社会参加を図ることが必要である。そのためにも、地域の様々な資源が有機的に連携・機能する体制を、地域特性に合わせて構築していくことが求められる。

ところで、この障害児支援を地域におけるどの「連携軸」に組み込むべきかについては慎重な議論が必要である。現時点ではいかなる連携軸にも組み込まれていない地域にあっては、まず組み込まれること自体を重要視した動きが必要である。現に、地域自立支援協議会の子ども部会に組み込まれることで、関係機関等のつながりが生まれたとする事例も少なくはない。現状を踏まえるならば、これらの応急的な組み込みを模索すること自体は否定されるべきではない。

それでもなお、将来を担う大切な子どもたちを支援する連携の仕組みであるからこそ、現状追認型の拙速な組み込みではなく、「あるべき論」に立った議論と地域での合意形成を図ることや、その上での組み込みの検討や体制整備が同時に行われるべきである。

あるべき論にたてば、現時点では全国的に進んでいる地域自立支援協議会への組み込み（子ども部会等）が妥当であるか否かは、当該協議会の方向性に左右されることとなる。言い換えれば、協議会の方向性次第では、障害児支援を組み込むこと自体がかえって障害児支援を地域から浮き上がらせてしまう可能性があることに留意すべきである。

いかなる場合に課題となるかであるが、当該協議会が障害者・児及び関係機関だけで（地域に対し“閉じた世界”で）生活課題の解決を目指し、その先の将来像が不明確である場合である。障害者・児を取り巻く現状を早期に改善するためには致し方のない部分もあるが、地域自立支援協議会とは、支援対象である障害者等の地域での自立を支援するとともに、協議会での議論を通して参加者・機関の相互理解を図り、ひいては地域そのものが共生社会へと向かうこと、住民主体による地域社会を構築する（自立・自律）ためのものでなければ持続性・発展性は望めない。

しかしながら、“障害者・児の”地域での自立を支援する側面のみを追求する協議会が少なくなく、期待されるところの“地域自体の”自立を支援する（実現する）ための開かれた協議会が志向されているわけではない。このような場合には、当該協議会がいかに活発に活動しようとも、あるいは活動が活発化するにつれ、地域社会と懸絶し、協議会活動のみが先鋭化し孤立化するだけのことである。そのような共生社会に逆行する連携軸には、子ども分野への支援が期待されようとも組み込みが否定

されなければならない。地域での現状から、組み込まれた方が抜本的な改善が期待される場合であっても、あくまでも一時的・過渡的なものとしての認識を持ち、中長期的にはこのような閉じた協議会からの分離を目指すべきである。

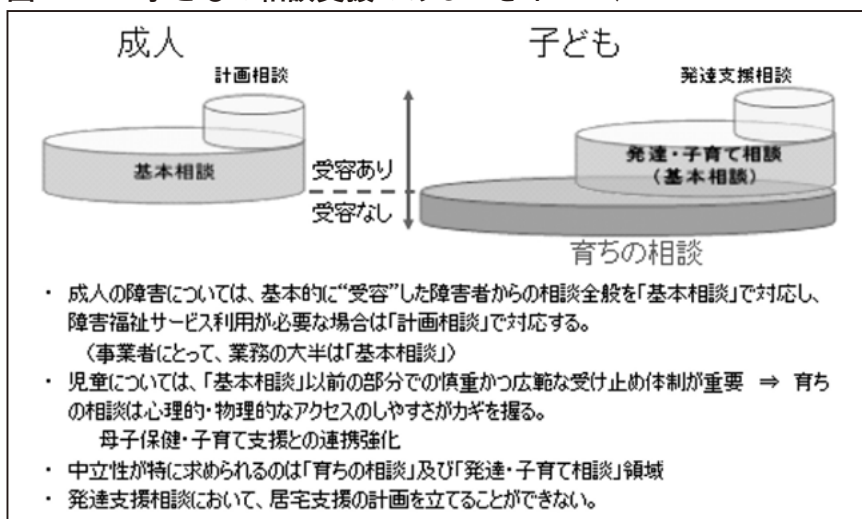
一方の要対協であるが、現状では虐待等を中心としたものであり、この虐待と障害に相当の重複があるにせよ、障害児支援を明確に打ち出したものではない。しかしながら、障害者基本法の理念に照らし、また日本国憲法における基本的人権のあり方を踏まえるならば、この要対協のあり方を見直していく過程で障害児支援が取り上げられるべきである。障害の有無を問わず、子どもは子どもとして、将来のかけがえのない財産として、地域ぐるみで子どもを支援するという方向性を各地域で打ち出すことが喫緊の課題であると考えられる。

この場合の段階であるが、①要対協の対象に、障害児支援を明確に位置づけ（要支援児童対策地域協議会とする）、②すべての児童を対象とした協議会への昇華（児童対策地域協議会とする）という順序を踏むことが求められる。

また、この組み込みを検討する際に視野に入れるべきものとして、相談体制や機関のあり方が議論されるべきである。障害児相談支援における相談の範囲をいかに設定するかについては母子保健領域の活動状況などにかかる地域格差もあって、画一的に論じられるものではないが、あえて定義づけるならば（図Ⅲ－７）、①初期相談は児童発達支援センターではなく、子育て支援センターや保健センターなど、保護者が抵抗なく相談に訪れることができる場をきめ細かく整備：「育ちの相談」、②「育ちの相談」で障害にかかる全般的な相談が必要な場合には、児童発達支援センターのバックアップが得られる障害児相談が担う：「（仮称）発達・子育て相談」、③「（仮称）発達・子育て相談」の全般的な相談を経て、障害児通所を含む障害児に対するサービスを希望する場合には（仮称）発達支援相談につないでいく。

この重層的な相談支援体制がそのまま要対協の中核を担うことで、すそ野の広い児童対策地域協議会として機能することが期待される。

図Ⅲ－７ 子どもの相談支援のあるべきイメージ



## 5. 計画的障害児施策の整備について

国は、児童発達支援センターを概ね10万人規模に1ヶ所設置し、「事業」は市町村範囲に複数（例えば中学校区など）を基準に最低1ヶ所以上を設置する旨通知している。

児童福祉法の一部改正により、実施主体が市町村へ権限移譲されているが、障害児施策に関してはどこに位置づけられるのだろうか。各市町村の子育て支援施策等において障害児支援に関する計画が盛り込まれているだろうか。

また、障害福祉計画において、障害者自立支援法に規定される障害福祉サービスおよび地域生活支援事業等の計画にとどまり、障害児にかかわる事業に関する数値目標は定められていない状況はないだろうか。我々は、子どもの支援が、どの計画にも謳われていない危険性を危惧し、計画性を持った資源整備を各自治体が進めるよう求めていく必要がある。

## IV. 激変緩和措置後の事業運営の課題と対応策の検討

### 1. 激変緩和対策

平成18年秋からの障害児通園施設への障害者自立支援法の適用とともに、通園施設はすべて措置制度から「契約制度および給付費による利用実績払い（日額報酬）制度」へと移行した。旧制度から新制度へと急激に移行するならば通園施設は財政的に経営できない状況になるため、新制度移行にあたり当初は旧制度の8割の収入を保障であったが、施設の経営困難が予想されたため「9割保障」すなわち収入の不足分を措置費時代の9割まで補填する激変緩和対策が基金事業として行われることとなった。その後、施設側として「月額払い・施設経営基本経費の保障」を要望してきたが実現されないまま、平成23年度で激変緩和対策期間が終了した。平成24年1月に改定された給付費単位数では少なくない施設が経営困難となることから、平成24年度に限り事業運営安定化事業として9割保障は実質的に継続されることになった。しかし、平成25年度以降に施設が財政的に経営困難になった場合、どのように行政が対応するのかについては平成25年2月3日現在では当局は明確な方針を示していない。

### 2. 施設の経営状態の実態調査について

施設経営の実態を調査するため、本調査に「Ⅸ事業運営安定化事業（旧激変緩和措置）について」の項目群を含めた。しかしながら、返却された調査票（以下調査票）では、公営施設で本項目群への回答は少なく、また民営施設からの調査票であっても「いくつもの項目に記載がない」、「部分的にしか回答していない」などの場合が少なくなかった。このため、比較的多くの施設の調査票に記載がある項目、もしくは少数ではあるが信頼できる記載のある項目を選択して集計するなど、集計上の操作が必要となった。そこで以下のような集計方針を定めた。

- ① 項目の多くが確実に記載されている調査票を対象に、旧施設種別に沿って集計する。
- ② 「利用料」項目について、調査票に利用料金額を記載する施設が少ない、「利用料」と利用実数

(1ヵ月間の日額報酬の対象となる利用契約児の日々の出席状況) や年間総収入金額 (以下収入と略記) との相関がない、金額的にも年間給付額総額の5%以下で収入に占める比率は小さいなどの理由から、「利用料」を集計対象としない。

- ③ 人件費が事業費・事務費を含めた支出の70%以上を占めており、また事業費・事務費の金額は人件費の金額と連動している。このことから人件費は事業費・事務費を含めた支出金額の指標になると考え人件費のみを集計対象とする。
- ④ 個々の施設はさまざまな補助金を受けているが、収入に占める補助金の割合が明確でない場合が多く、また補助金の金額を具体的に記載している施設が少ないため、基金事業による補填を含む各種の補助金を集計対象としない。
- ⑤ 引当金等のさまざまな支出についても記載する施設が少ないことから集計対象としない。
- ⑥ 民営施設では収入金額と支出金額とは密接な関連があるが、公営施設での収入金額と支出金額とは明確な関連がないため、双方に共通する収入を集計対象とする。

### 1) 知的障害児通園施設の集計

知的通園について、定員数が異なると職員数や建物の面積で規定される通園児数および給付費に連動する利用料・基金事業・補助金等に違いが生じ、結果として定員の異なる施設間の直接比較ができなくなることが判明した。そこでさまざまな条件を統制するため、定員30人の施設であって、平成23年度と平成17年度の収支状況について記載があり、利用実数などの数値が信頼できる調査票のみを集計対象とした。

公営施設27施設について、施設の定員とは無関係に利用実数と年間給付費総額 (以下、給付費と略記) とは有意な相関 ( $r=0.77$ 、有意水準： $p<0.001$ ) があり、また給付費と収入とに明らかな相関 ( $r=0.77$ 、有意水準： $p<0.001$ ) がみられた。同様に民営施設52施設では、利用実数と給付費とは高い相関 ( $r=0.91$ 、有意水準： $p<0.001$ ) があり、給付費と収入とは有意な高い相関 (民営52施設の給付費・収入の相関  $r=0.88$ 、有意水準： $p<0.001$ ) があった。これらのことから、利用実数を重要な指標として集計することとした。なお、公立民営施設10施設では利用実数と給付費とに相関はなかったため、分析対象から除外した。

#### ① 新体制 (平成23年度現体制) と旧体制 (平成17年度措置費体制) での収入の相違

民営23施設での新旧体制 (平成23年度と平成17年度) での収入の分布を調べた。

表Ⅳ-1 新旧体制での収入の分布 (施設数) 金額単位・百万円

金額	60~69	70~79	80~89	90~99	100~109	110~119
新体制収入	1	7	5	5	3	2
旧体制収入	3	11	4	4	1	0

民営23施設での平成23年度収入の平均は87,851,000円、同一施設の平成17年度の収入の平均は79,854,000円であり、新旧収入に有意差 (Uテスト、 $p<0.05$ ) がみられる。すなわち、措置費体制では施設の状況 (通園児数の多い・少ない) に関わりなく定員に応じてほぼ一定額が給付されていたが、新制度になって施設の努力により利用実数を増やして収入を増加させることができるようになった。

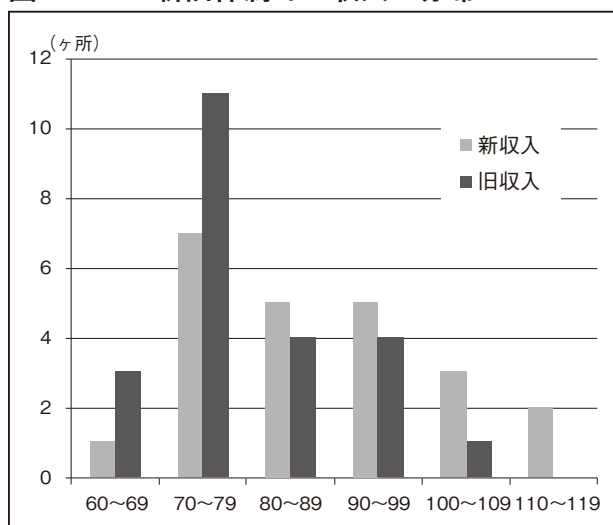


ていることを示している。このことは集計対象とした 30 名定員以外のすべての施設でも同様と思われる（表Ⅳ－1、図Ⅳ－1）。

### ② 6月の利用件数の集計（30名定員 23 民营施設分）

毎年 6 月は日曜日以外休日がない、年度初めの 4 月から 2 ヶ月が経過して療育体制が落ち着いているなどの理由で給付費請求の根拠となる 1 ヶ月の利用実数を調べる上では適している。そこで 6 月の利用実数の施設による相違について集計した（表Ⅳ－2、図Ⅳ－2）。

図Ⅳ－1 新旧体制での収入の分布



表Ⅳ－2 6月の利用実数の分布

利用実数	350～399	400～449	450～499	500～549	550～599	600～649	650～699	700～749	750～799	800～849	計
施設数	2	2	1	3	2	0	5	1	4	3	23

集計結果によると、民营 23 施設の利用実数の平均は 635 人（中央値：673、範囲 837～352）である。利用実数の違いによる施設数の分布は二峰分布となっており、毎日 30 人定員以上の通園児を療育している施設と定員に満たない数の通園児を療育している施設とに分れている。

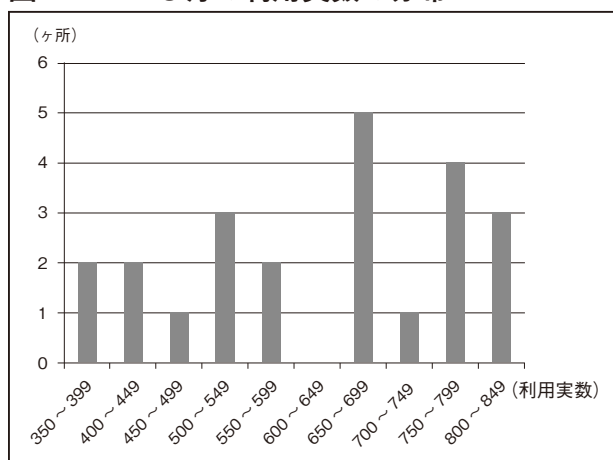
定員 30 名施設で毎日平均 30 人を療育すると仮定すると、月 30 人×22 日＝660 人となる。ただし、通園児の休みや幼稚園等との併行通園児を勘案すると、利用契約児を 40 人程度確保することが必要であろう。また 6～8 人の集団療育で保育士・指導員が 1 クラス 2 人程度の配置とすると、

5 クラス×2 名＝10 人の保育士・指導員が必要となる。個別に配慮が必要な通園児・低年齢児には介助者が加わる必要があるものの、人を雇用すると人件費が増加するので、利用実数だけを増やして収入だけを確保することは容易ではない。また、通園する知的障害幼児に個別的配慮が必要なく集団療育だけで十分に対応できるなら問題はないが、近年増加している発達障害児等で専門職による個別指導が必要な場合に十分に対応できるのか疑問が生じる。また将来に向かって親や地域社会の信頼を得るためには、療育の質を向上させることが不可欠と思われる。

### ③ 新制度（利用契約制度）での総収入と旧制度（措置費制度）での総収入の差（新旧差）の集計

上記の 23 施設で新旧収入の差（平成 23 年度総収入と平成 17 年度総収入の差）を求め、集計した（表Ⅳ－3、図Ⅳ－3）。

図Ⅳ－2 6月の利用実数の分布



表Ⅳ-3 新旧収入差の分布 ( ): 比率% 整数値で表示

金額単位・百万円

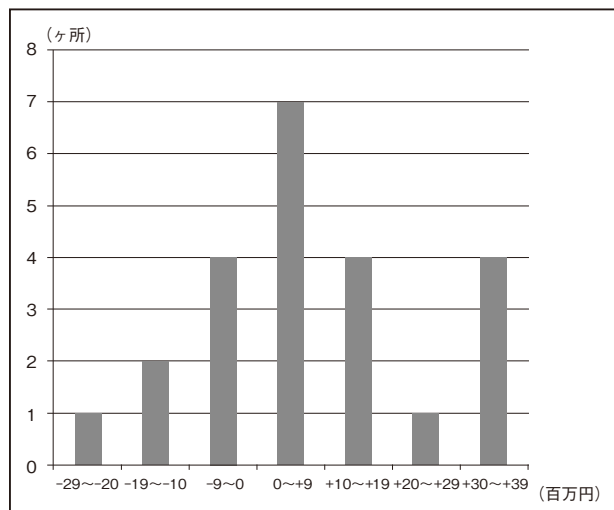
新旧差	-29~-20	-19~-10	-9~0	0~+9	+10~+19	+20~+29	+30~+39
施設数	1(4%)	2(9%)	4(17%)	7(30%)	4(17%)	1(4%)	4(17%)

5施設(22%)で2千万円以上、4施設(17%)で1千万以上収入が増えており、7施設(30%)では黒字を維持している状態となっている。23施設全体では16施設(70%)が財政上黒字を維持している。しかし、7施設(30%)の施設は赤字状態であり、少なくとも平成23年度の状態では補填が必要である。

利用実数と新旧収入差の相関を調べると、利用実数と新旧収入差とに明らかな相関( $r=0.85$   $p<0.001$ )がみられた。新体制での収入増はすべて利用件数を増やした結果であることが示されて

いる。しかし基本的に給付費収入だけで施設を運営するためには、基金事業や各種の補助金による補填も含まれている「新収入」ではなく、「補填がない収入」を想定する必要がある。現時点で補填がない状況に備えるためには1千万円程度のゆとりの金額が必要である。この集計データからは、14施設(61%)が「ゆとりライン」まで到達していないことが示されている(表Ⅳ-4)。

図Ⅳ-3 新旧収入差の分布



表Ⅳ-4 利用実数と新旧収入差の関係

新旧差の金額単位・百万円

新旧差 \ 利用実数	350~399	400~449	450~499	500~549	550~599	600~649	650~699	700~749	750~799	800~849	計
+30~+39									1	3	4
+20~+29									1		1
+10~+19							1	1	2		4
0~+9		1	1	1	1		3				7
-9~0	1			2	1						4
-19~-10		1					1				2
-29~-20	1										1
計	2	2	1	3	2		5	1	4	3	23

④ 定員30名施設での公営施設と民営施設の利用実数の比較

定員30名の公営施設と民営施設の6月の利用実数を比較した。その結果によると、6月利用実数の平均は公営21施設で475人、民営41施設で621人であり、明らかに民営施設が公営施設より利用実数が多い(Uテスト、 $p<0.001$ )ことが示された(表Ⅳ-5、図Ⅳ-4)。

表Ⅳ-5 公営施設(21施設)と民営施設(41施設)での6月利用実数の比較(数字は施設数)

実数	150~199	200~249	250~299	300~349	350~399	400~449	450~499	500~549	550~599	600~649	650~699	700~749	750~799	800~849	850~899	計
公営	1	1		1	3	2	4	3	2	2		2				21
民営			1	1	2	3	3	4	3	3	9	1	6	4	1	41

⑤ 公営、公営福祉事業団、公立民営、民営施設の6月の平均利用実数の比較

定員30名の公営施設、公営福祉事業団、公立民営、民営施設の6月の平均利用実数の比較した(表Ⅳ-6、図Ⅳ-5)。

その結果によると、公営、事業団、公立民営、民営の順で利用実数が増えていくことが示されている。民営化すると利用実数が増加する、すなわち給付費収入が増加することが明らかである。公営施設は民営施設よりも高い経費で運営されているにもかかわらず、利用実数は有意に少ない。このことは、公営施設は経営主体である地方自治体の公費で給付費収入と支出とのかなりの差額を補填して施設を運営していることが示されている。ただし公営施設や事業団施設の収入等の記載が少ないため、民営施設との経費の具体的な差(金額)は確定できない。

⑥ 利用実数と直接処遇職員数、職員勤続年数との関連

i) 利用実数と直接処遇職員数の関係

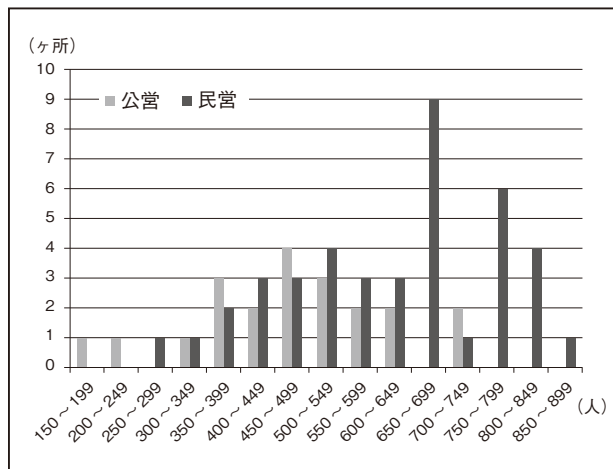
公営21施設での平均利用実数は458人、平均直接処遇職員数は11.3人、民営40施設での平均利用実数は618人、平均直接処遇職員数は10.8人であり利用実数は民営が多いものの、直接処遇職員数では差はない。

公営21施設での利用実数と直接処遇職員数との相関を調べると、有意な相関( $r=0.50$ 、 $p<0.05$ )がみられる。同様に民営40施設での利用実数と直接処遇職員数との相関を調べると、有意だが低い相関( $r=0.37$ 、 $p<0.05$ )がみられる。すなわち、民営施設の利用実数は公営に比べ多いが、利用実数に応じて公営のように人員を増やせない状況にあることを示している。

ii) 人件費と直接処遇職員数の関係

人件費と直接処遇職員数との関係について、公営8施設では人件費と直接処遇職員数とに有意な相関( $r=0.77$ 、 $p<0.05$ )がみられた。同様に民営29施設で人件費と直接処遇職員数とは、有意だが低い相関( $r=0.45$ 、 $p<0.05$ )がみられた。すなわち、民営では人員を増やしても人件費が限られているため、パートでの雇用か、公営より安い給与で雇っていることが示唆される。

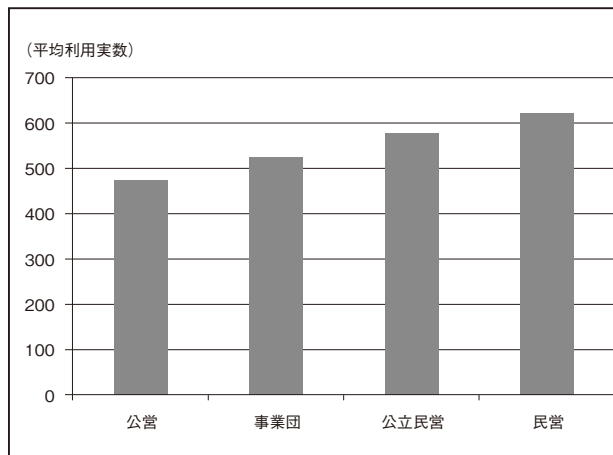
図Ⅳ-4 公営施設(21施設)と民営施設(41施設)での6月利用実数の比較



表Ⅳ-6 公営、公営福祉事業団、公立民営、民営施設の6月の平均利用実数の比較

	公営	事業団	公立民営	民営
平均件数	475	526	579	621
施設数	21	8	11	41

図Ⅳ-5 設置主体別の6月の平均利用実数の比較



### iii) 人件費と直接処遇職員の平均勤続年数の関係

公営 8 施設での平均勤続年数と人件費とは 5%水準で有意な相関はないものの、10%水準で関連する傾向 ( $r=0.69$ 、 $p<0.10$ ) がみられる。一方、民営 28 施設での平均勤続年数と人件費とは相関 ( $r=-0.27$ ) はなかった。このことから、公営では勤続年数の長い職員が多ければ人件費は増える傾向があるが、民営では人件費が限られているため、職員の勤続年数が長くとも公営のように給与を上げることができないことを示唆している。また公営施設であっても人件費抑制のため人事異動等により施設ごとの職員の平均勤続年数を調整する傾向があると思われる。公営施設の保育士・指導員について、療育経験を見捨てて単に人件費調整のための視点から人事異動を行うのであれば、施設全体での療育の質は確保されないことになる。また民営施設では、経営者は限られた財源を有効に活用して療育の質を維持する努力を積極的に行う必要があることが示唆されている。

## 2) 肢体不自由児通園施設の集計

肢体通園（医療型児童発達支援センター）について、ほとんどの施設の経営主体は公営もしくは事業団であるのが現状と思われる。6月の平均利用数は40人定員24施設で229人（459～13）であり、知的通園の公営施設の平均利用実数（475人）の約半分である。この利用実数では給付費収入だけによる施設経営は不可能である。

併設されている診療所の医療費収入について、利用実数と医療費収入、給付費および総収入とに相関はなく、さらに同じ程度の利用実数の施設であっても、医療費収入が施設により明らかに相違していた。これらのことから、本調査での項目が肢体通園の状況に当てはまらなかったと判断し、今回は集計対象としないこととした。

## 3) 難聴幼児通園施設の集計

難聴通園 13 施設から回答があったものの、激変緩和対策の調査項目に回答した施設は少なく、とくに公立施設の回答はほとんどなかった。このため、本年 6 月に全国児童発達支援協議会等の行った調査資料を加味して民営施設を中心に集計することとした。

難聴通園であっても在籍児の構成はさまざまで、全員が難聴児である施設から難聴児がまったくない施設まであり、難聴児の在籍比率をもとに分析する必要があった。13 施設の中で定員が 50～30 人の幅があり、民営と公営の違い、難聴児の構成の相違などの条件を統制するため民営 8 施設を分析対象とした。これら民営 8 施設の集計結果をもとに 6 月の利用実数と平成 23 年度給付費総額との相関を調べたところ、明らかな相関 ( $r=0.91$ 、 $p<0.01$ ) がみられた。

なお、施設ごとに定員および利用契約児数が異なるため、利用契約児に占める難聴児の割合（難聴率%）、在籍難聴児に占める新生児聴覚スクリーニング（NHS）により発見された難聴児の割合（NHS率%）、在籍難聴児に占める人工内耳装用児の割合（CI率%）、利用実数を（定員×標準開設日数 22 日）で割り百分率で表示した数値（利用率%）、および 9 割保障により補填される金額（＝補填額）を平成 23 年度給付費総額と補填額の合計額で割り百分率で表示した数値（補填率%）を求めた。

NHS で難聴を疑われ、精密検査で難聴と診断された難聴児の多くが難聴通園で療育を受けていると思われる。今後とも NHS を行う産院・産科は増加すると予想され、0 歳から難聴児を受け入れ療

育ができる難聴通園の役割は重要である（表Ⅳ-7、8）。

表Ⅳ-7 民営8施設の状況 比率：整数値で表示 (補填率%)

施設名	難聴率%	NHS率%	CI率%	利用率%	補填率%
A	100	57	43	74	32
B	100	95	27	41	41
C	98	81	25	53	29
D	100	97	3	38	60
E	50	88	14	70	24
F	28	68	26	76	11
G	14	93	13	73	26
H	49	67	19	36	60

表Ⅳ-8 利用率と補填率による施設数の分布 (利用率%)

	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69
70~79	1	2	1			
60~69						
50~59		1				
40~49				1		
30~39						2

利用率と補填率とには明らかな負の相関 ( $r=-0.86$ ,  $p<0.01$ ) がみられる。すなわち、利用率が低ければ給付費が減り、9割保障で補填するため補填率が高くなるとの当然の結果が示されている。

知的障害児の療育では集団療育が有効であるが、難聴児の療育では個別に行う聴能訓練・言語訓練は不可欠であるため、最大限の努力を行っても難聴児の療育を行う施設では利用率は75%が限界と思われる。また、難聴児の療育には聴力検査技術、補聴器・人工内耳の調整技術、言語指導技術など専門的な知識・技術を習得している言語聴覚士が不可欠であり、難聴の療育経験のない他職種職員では療育が不可能である。さらに夏や冬などの季節は乳幼児にとって休息が必要であり、8、12月などでは施設の利用率は減少することは避けがたい。難聴通園では年間平均しての利用率は65~60%と推定され、この状況で経営できるよう難聴児の基本給付費単位数や各種加算単位数を設定する必要がある。

表Ⅳ-9 難聴通園での公営7施設と民営6施設の利用実数

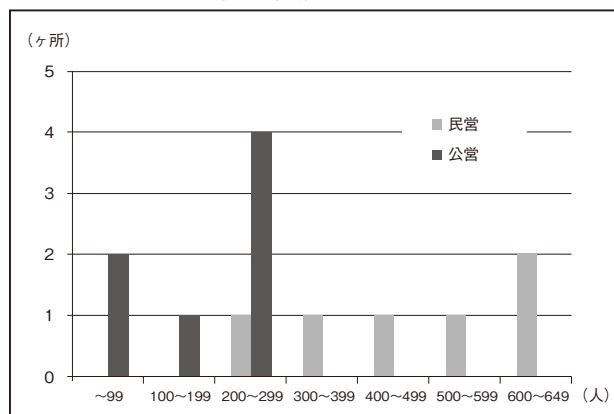
利用実数 経営主体	~99	100~199	200~299	300~399	400~499	500~599	600~649
民営			1	1	1	1	2
公営	2	1	4				

表Ⅳ-9、図Ⅳ-6に示すように、民営施設と公営施設を比べると、明らかに民営が公営に比べて利用実数が多い (Uテスト、 $p<0.001$ )。知的通園と同様に難聴通園であっても公営施設よりも民営施設が多く難聴児を処遇していることが示されている。

難聴児の療育には3年以上の経験と専門的な知識・技術（聴力検査・補聴器適合等）ができる言語聴覚士が不可欠である。すなわち、難聴児療育は難聴児の療育ができる言語聴覚士がいなければ成立しないのであり、人材確保は難聴児療育にとって必要不可欠なことである。

この療育内容の質に関しては、平成 17 年度に行われた難聴通園全国調査およびその後の施設紀要を含む各種の調査報告・資料から、公営施設と民営施設の状況について次のようにまとめられる。今回の調査対象とした民営施設 8 施設について、6 施設は地域巡回相談等の地域活動を行っているが、公営施設からは地域巡回相談等の活動については報告がなかった。また他障害を多く在籍している民営施設であっても難聴児には十分意識して対応しているが、難聴児の数が少ない、もし

図Ⅳ－6 難聴通園での公営7施設と民営6施設の利用実数



しくは難聴児がいない公営施設では難聴児の確保や療育などの対応についてまったく報告がない状況である。公営施設では施設長を含め直接処遇職員の転勤があるため、まったく難聴児の療育が分からない施設長が 3 年程度で交代する場合、難聴児の療育を知らない指導員・保育士が配置され、一定年数が経つと転勤する状況が開設以来継続している場合があり、言語聴覚士であっても転勤させられる、また聴力 90dB 以上の難聴児は公立ろう学校幼稚園で対応するなど公立ならではの制約がある場合、さまざまな障害児に対応することが業務とされ、難聴児の療育に専念できない場合など、公営施設では難聴児の療育の質の確保が難しい現状がある。

### 3. 発達支援の質／量を担保する給付額の検討—大都市の場合でのモデル試算

現在の給付費額の妥当性を検証するために、平成 18 年 9 月における措置費中の事務費額と平成 24 年 4 月における給付費額の比較検討を行う。なお、同一の条件による比較を行うために、職員配置については措置費における職員配置基準、給付費については各種加算分を除いた基本分と給食費のみとし、東京都独自の補助金にかかわる収入支出は含まないものとする。

#### ◎比較モデル 1：東京都特別区に所在する定員 30 人の知的通園の場合

○職員配置 常勤職員 13 人

(管理者 1 人、児童指導員・保育士 8 人、運転手 1 人、調理員 2 人、事務員 1 人)

○収入に占める人件費率 70%

##### ①措置費

平成 18 年 9 月分児童一人あたりの措置費 (経常事務費 127,430 円、

民間施設給与等改善費 12,743 円、幼児加算費 51,600 円、一般生活費 14,570 円)

月額 206,343 円

定員 30 人 × 12 月 年額 74,283,480 円

職員一人あたり人件費 年額 3,999,879 円

##### ②給付費 (適用単価 11.12、月 22 日開所、利用率 100%)

平成 24 年 4 月分児童一人あたり給付費 (965 単位) + 給食費 (650 円)

日額	11,380 円	
	定員 30 人× 12 月	年額 90,129,600 円
	職員一人あたり人件費	年額 4,853,132 円

③給付費（適用単価 11.12、月 22 日開所、利用率 90%）

平成 24 年 4 月分児童一人あたり給付費（965 単位）＋給食費（650 円）

日額	11,380 円	
	定員 30 人× 12 月	年額 81,116,640 円
	職員一人あたり人件費	年額 4,367,819 円

上記の結果に基づき、発達支援の質／量を担保する給付額の検討を行う。その際に、国税庁が実施した平成 23 年分民間給与実態調査による平均年間給与額 409 万円を基準額とする。この基準額に、社会保険料等の事業主負担分を加えると 470～480 万円となり、上記モデルの給付費による人件費の額は、利用率 100%の場合には、妥当な金額ではないかと考えられる。

障害児通所支援の実態調査の結果に基づき、職員配置についての検討を行うと、知的通園における直接支援職員の職員配置は、おおむね児童 3 人につき 1 人となっている。国の配置基準上は、児童 4 人につき 1 人ではあるが、事業所が必要を感じ、独自の努力により職員の増配置を行っていることがうかがえる。このことから、幼児期の発達支援においては、集団での療育だけでなく、より個別的な療育の必要性も高く、基本的な職員配置においてもより個別的な療育を担保できるような職員配置が必要と考えられる。

以上のことから、直接支援職員の配置基準を 4：1 から 3：1 に変更した場合の給付費の検討を行うと以下の通りとなる。

◎比較モデル 2：東京都特別区に所在する定員 30 名の知的通園の場合

○職員配置 常勤職員 15 人

（管理者 1 人、児童指導員・保育士 10 人、運転手 1 人、調理員 2 人、事務員 1 人）

○収入に占める人件費率 70%

○給付費（適用単価 11.12、月 22 日開所、利用率 100%）

児童一人あたり給付費（1,085 単位）＋給食費（650 円）

日額	12,715 円	
	定員 30 人× 12 月	年額 100,702,800 円
	職員一人あたり人件費	年額 4,699,464 円

※参考 生活介護（定員 21 人以上 40 人以下）

単位数 区分 5－876 単位 区分 6－1160 単位

人員配置基準 平均障害程度区分が 5 以上 利用者の数を 3 で除した数以上

以上の給付費を基本部分としつつも、事業所の継続的、安定的運営のためには、①「児童発達支援管理責任者専任加算」、「福祉専門職配置等加算」などの加算措置を充実させること、②毎月の利用予定日数分の給付費については、「欠席時対応加算」ではなく、出欠に関わらず保障することが望まれる。

#### 4. 新制度での施設の実情

##### 1) 国立・民営社会福祉法人の児童発達支援センター（知的通園）の実情

###### —地方都市（四国地方）での場合—

措置制度の時代、毎年入園を希望しても利用できない子どもが待機となり、週1回程度の外来利用となっていたが、利用契約制度後は定員の125%（3ヵ月平均）の利用児の通園が可能となり、待機児の減少・解消につながっている。

一方、経営上も収入増となり、直接処遇職員の配置増や非正規雇用から正規雇用へと、職員の処遇改善や質の高い職員の確保にもつながり、充実した療育支援が展開できていると考えている。児童発達支援センターのとりくみを評価して頂くことで利用児も増え、経営の安定化につながると考えられる。

追加要望として、事務職員の配置基準のない中で、措置時代以上の事務量に苦慮している。「〇〇加算」方式も一理あるのかもしれないが、もっと単純な方式を取り入れ事務量の軽減を図っていただきたい。

もう一点、特別支援加算での専門職の中に、子どもの生活の全てである“あそび”や母親の子育てを支える役割を持つ保育士・児童指導員等もぜひ評価し対象としていただきたい。

##### 2) 公立公営児童発達支援センター（知的通園）での実情と対応策

###### —地方都市（信越地方）での場合—

人口28万人の特設市と近隣の市町を含むエリアを対象に定員30名で平成23年6月の利用契約児童は43名。内訳は、日々通園の児童20名と保育園や幼稚園との併用児童23名で年齢は1歳児から5歳児まで、障害程度は最重度から手帳を持たない発達障害まで幅広い児童を受け入れている。

療育内容は、基本的な生活習慣の自立を主な目標に全体療育、遊び単元の多層水準指導を取り入れたグループカリキュラムと個別療育を行っている。

6月の開園日数は26日であり標準の22日に比べ多い。土曜日も開園しており仕事で土日しか休めない父親や兄弟の参加も視野に入れ良好な親子関係、兄弟関係の構築にも配慮している。

児童と直接処遇職員との比率は、定員30人に対し常勤換算で8.6名、児童3.5人に一人の処遇職員となり国の配置基準4対1に近い数字である。

処遇職員の一部は、保健師、心理士、教育委員会担当者等とチームをつくって保育園・幼稚園を巡回し就学や園や家庭での生活の相談にのっている。

定員を上回る児童の受入れは個別支援計画の作成、支援会議の開催、併用している保育園等との連携などに多くの時間を費やし処遇職員の大きな負担となっている。

処遇職員の大半は保育士で現場での平均的な勤続年数は3～5年となっており、障害児療育の専門性を身につけても人事異動で他の保育園や福祉施設へ異動となることが多く、障害児施設としての専門性の確保や継続性に課題がある。一方で、障害児施設での経験や知識を身につけた保育士が他の公立保育園に異動することで、保育園全体の障害児に対する理解や関心が高まるメリットもある。

また配置の職員以外に近隣の重症心身障害児施設から作業療法士などのパラメディカルスタッフを派遣してもらい、感覚統合などのアドバイスや所内研修を行っている。

財政面において、国は利用者の確保が難しい事業者や日額報酬に伴い減収している事業者に対して特別対策として、平成18年9月においてサービスの提供実績を有する障害児施設について従前の月払いによる報酬額の90%を下回る場合に、その差額を助成する激変緩和措置を講じてきた。当センターの平成23年度の総収入を平成17年度の措置制度時代と比較すると、約4,000千万円の減額となっている。また23年度の総収入のうち激変緩和分が4,300千万円を占めている。

この激変緩和措置は平成25年3月をもって終了することから、この9割保障を受けられなくなることで施設経営の悪化が心配される施設が多くある。財政面での改善を図るためには利用児童の安定的な確保が必要となるが、人口の多い都市部と地方都市などの地域格差や障害児の特有の急な発熱や風邪など体調の不安定さなどから生じる出席率の低下、気象状況（警報発令時）、伝染性疾患発生時の休園などにより困難な状況である。今後は一層の経営努力を行う必要があるが、正規職員の非常勤化など療育の質にかかわる部分のサービス低下につながらないか懸念される。

また激変緩和措置の終了によって、公立と民営の格差が一層顕著になる可能性がある。公立施設は公費での補填により職員の解雇や事業の縮小につながる可能性は低いと、民間施設の多くは利用者からの利用料と障害児給付費でまかなわれていることから、激変緩和の廃止はベテランや中堅職員の離職、運営予算の削減などにつながり、最悪の場合は施設の閉鎖に追い込まれる恐れがある。

このような事態を回避するためにも、特別対策に代わる新たな給付制度や財政的な支援が求められている。

現在の日額払い制は利用者にとってのメリットは大きいと、障害児の特性や健康状態の不安定さを考慮すると事業者には運営の不安定要素にもなることから、定員に基づく人件費や管理費などの月額「基本給付」（事務費）と、利用日数と子どもの状況に応じた「個別給付」（事業費）を併給する新たな給付システムの創設も視野に入れるべきである。



### 3) 民立民営社会福祉法人の児童発達支援センター（知的通園）での対策と課題

#### —地方都市（東北地方）での場合—

平成 18 年 10 月より施行された「障害者自立支援法」により、障害児が福祉サービスを利用した場合の障害児施設給付費収入は日割り計算になった。そして、児童発達支援センター（知的、肢体、難聴通園）においては、日割りになったことによる収入減を補填するために、措置費収入の 9 割を保障する制度や定員を超えて契約することができる激変緩和措置が講じられることになった。

日割り計算をすることにより、利用者の権利が守られることは確かであるが、その一方で事業者が多くの負担を強いられ、質の高い療育の確保という状況から遠ざけられている現実があることも正しく認識する必要がある。

「障害児支援の見直しに関する検討会」で出された以下の 4 つの基本的視点を大切にしつつ、子ども、親を支援していく場合、個別的な対応が支援の要となる。ライフステージに応じた一貫した支援では、早期発見、早期対応が打ち出されているが、低年齢の 0 歳、1 歳の子どもに対しては、個別的支援を重点的に行う必要がある。また、年齢があがっても個別的支援の必要性がなくなるわけではない。家族支援においても、それぞれに異なる事情を抱えた家族に対し、心理的カウンセリングを行った場合には個別支援になる。

個別的な対応がとても重要な支援要素である障害児の支援を、日雇的な財源でどれだけ質の担保をすることができるのだろうか。

1. 子どもの将来の自立に向けた発達支援
2. 子どものライフステージに応じた一貫した支援
3. 家族を含めたトータルな支援
4. できるだけ子ども・家族にとって身近な地域における支援

以下に事例を挙げる。

A 施設 児童発達支援センター 定員 40 名 契約児数 55 名  
職員数は、40 名定員の体制（子ども 4 人に職員一人 計 10 名）で行っている。

#### 問題点 1

契約児数が 55 名なので、55 名全員が通園する日があり、また定員 40 名を超える日もかなりあることから、職員の体制が間に合わず、当たり前に対応も疎かになりかねない状況がある。

#### 問題点 2

定員 40 名、それに対する職員数で、契約児数 55 名分の個別支援計画を立案する必要があり、職員の負担増になっている現状がある。その他に兼務で、相談支援、保育所等訪問などを課せられるため職員がどんどん辞めていくのが現状である。

#### 問題点 3

障害を持っている子どもの療育を考えると、一人ひとりのニーズの違いから個別支援が重要な支援方法になる。しかし、個別支援は多数の子どもに対応できず、9 割保障がなければ運営すら危ない状況になる。

#### 問題点 4

今年度の県の監査で、職員数は、契約児数に基づいて確保するように指摘を受けたが、そもそも激変緩和措置としての定員オーバーの意味が形骸化しつつあり、なんのための定員オーバーなのか分からなくなっている。

#### 問題点 5

今回の法改正で、児童発達支援事業から児童発達支援センターに移行したところの 9 割保障がないというのはおかしいと思う。

#### 問題点 6

当園のように知的通園と児童デイを統合して、児童発達支援センターにしたところに対する 9 割保障が、定員が増えたことによりなくなってしまった。この 9 割保障の意味はいったい何なのか理解に苦しむ。

障害児療育の質を担保するために新しい事業（相談支援、保育所等訪問など）をどんどん課せられ、職員一人に課せられる仕事量が増えているのが現状である。しかし、日割りのため施設収入が減少し、給与は下がっても上がらないという誠におかしな現象が起きている。質の高い療育を担保するためには、9 割保障のみならず、人件費などの固定費については月額払い、その他子どもにかかる運営費については日額払いなどの何らかの対策講じる必要がある。

## 5. まとめ

### 1) 知的障害児通園施設の場合

知的通園での新制度での施設運営状況については、3. および 4. でさまざまな観点から詳しく述べた。これらの報告によると、職員の平均給与は専門職としては決して高いといえない。また措置費時代と比べ経営状況がよくなっている施設があるものの、必ずしもすべての施設でよくなっているわけ

でないことが他の施設の実情で示されている。また激変緩和対策がなくなったら、財政規模の小さい地方自治体では収入補填を十分にできない場合が起こりえる。このような場合、その地方自治体が経営する公立施設は事業を縮小もしくは廃止せざるをえないのではなかろうか。

激変緩和対策がない状況で通園施設を経営していくためには、利用実数を増やして給付費総額を増やすしかない。知的通園では定員以上の利用契約児を集め、週5日毎日定員以上の通園児を集団療育するならば、現在の給付費単位数で経営は可能である。しかし、人口の少ない地域では毎年どのように通園児を集めるかが問題になる。また個別の介助が必要な低年齢児や他障害（視覚障害、難聴、肢体不自由、自閉行動等）を合併する知的障害児、もしくは知的障害は軽いもしくは知的には正常範囲の軽度発達障害児（自閉症スペクトラム障害等）を多く受け入れると、個別的介助や専門職による個別指導の回数を増やす必要が生じて利用実数は増えず、介助者や専門職の職員の雇用が必要になるなど経費の上で課題が生じる。また療育担当者（保育士・児童指導員）が毎日の定員を上回る通園児の療育に追われる状況では、療育担当者の労働意欲の低下、療育技術の低下につながり、結果として療育の質の確保は不可能である。これでは近い将来に親や地域社会の施設への信頼を低下させるのではと危惧される。

良質な療育を行うためには、職員にある程度の時間的ゆとりが必要である。良質な療育は通園児が成人になったときの社会的自立とにつながり、結果として公的経費の削減になることを強調したい。

## 2) 肢体不自由児通園施設の場合

肢体通園は、新制度に移行して（原則）医療型センターとなったが、今回の調査で明らかなのは非常に利用実数が少ないことである。利用実数が少ない理由は通園児の欠席率が高いためと思われるが、利用実数が少なければ給付費が少なくなり、給付費を収入源とする施設経営は成り立たない。現存する医療型センターはほとんど公営であり、地方自治体が収入補填することで運営されている。本調査結果によると、利用実数を根拠とする給付費体制では病弱児を含めた医療管理が必要な通園児に医療型センターは対応できないことを示している。今後医療型センターのあり方について検討すべきであると思われる。

## 3) 難聴幼児通園施設の場合

難聴通園では難聴児の言語発達を促進させるためには個別指導が不可欠であり、利用契約児が難聴児のみの場合では利用率が定員の75%程度で限界となる。夏休みなどの長期休暇を考慮すると、年間の平均利用率は定員の65%程度となり、現在の給付費単位数をもとに日額報酬を受け取る制度（日額実績払い制度）では経営不可能である。

難聴通園の療育成果として、難聴児は早期発見・早期療育により6歳までに年齢相応の言語力を習得して小学校普通学級に就学できること、さらに普通教育課程を経て成人し、企業等に就労することで自立した社会人（納税者）になっていることが確かめられている。また、聴覚障害特別支援学校の教員ではできない療育を施設の言語聴覚士が行っているからこそ、早期発見された難聴児の親が我が子の療育先として聴覚障害特別支援学校ではなく難聴通園を選択しているのである。なお、病院等の医療機関での医療費報酬による言語聴覚士による難聴児指導について、週1回1時間程度が限度で十

分な療育効果を上げることは期待できないのが現状であり、医療機関で実際に外来で多数の難聴児を指導して成果を上げているとの報告を寡聞にして知らない。

新制度に移行して民営施設は利用契約児を増やし、利用実数を増やすことで措置制度の時代より多くの難聴児の療育を行っている。すなわち措置制度より1人当りの運営費が少ない中で民営の通園施設は措置制度より多くの難聴児を療育していることは事実である。主に難聴児の療育を行っている児童発達支援センター（難聴幼児通園施設：聴力検査室、補聴器調整機器等が備えられ、難聴の療育のできる言語聴覚士が常勤の直接処遇職員の大多数を占めている施設）を今後とも存続させることは社会的に見て必要不可欠である。

40人定員の主に難聴児の療育を行う施設で基本的に給付費収入だけで施設運営を行うことを想定すると、個別指導中心の訓練体制で職員が最大限働いて利用率を75%とし（1日30人、月当り利用実数：22日×30人＝660人、660人×12ヶ月＝7,920人、夏冬の利用実数の減少を換算して年間利用実数総計：7,500人）、現在の9割保障下での総収入1億2千万円を得るための難聴児療育1回当りの単位数を算出すると、12,000万円÷7,500名＝16,000円→単位数1,600となる。そこで難聴児の基本給付費単位数と現行の人工内耳加算に加え、0、1、2歳児への乳児・低年齢児加算、補聴器管理加算、個別支援加算を新設して難聴児の給付費単位数合計を1人1回の療育当り1,600単位数程度とすることを提案する。

## V. 障害児通所支援の課題と展望

### 1. 今回の法改正における課題について

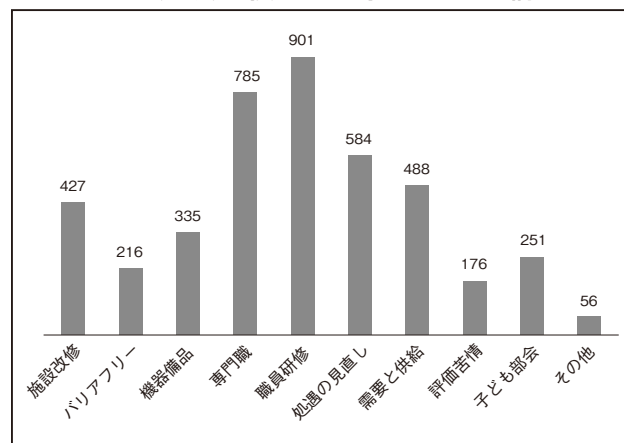
一元化に向けた具体的な課題について、**図V-1**に示すように職員研修・専門職種職員の確保・職員処遇の見直しなどが数多く挙げられていた。

また、施設改修で必要な個所としては、**図V-2**に示すように、トイレの改修・段差などのバリアフリーに向けた改修が多かった。

一元化に向けた職員の専門性や配置については、**図V-3**に示すように、職員研修の充実、職員の増員が多くみられた。

障害種別にかかわらず、児童発達支援等を実施する上で、子どもの療育環境を整えること、職員の支援技術の向上などが欠かせない課題と思われる。

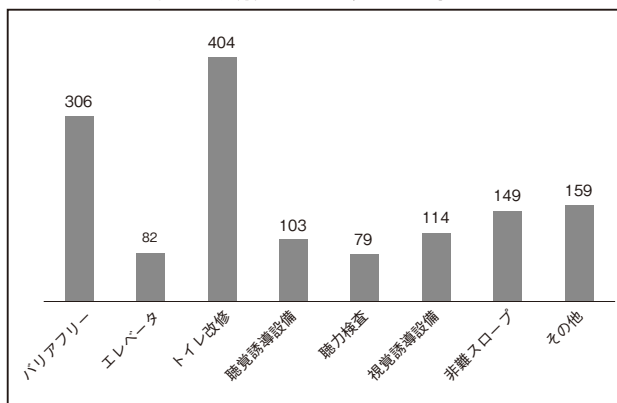
図V-1 法改正後の一元化に向けた課題



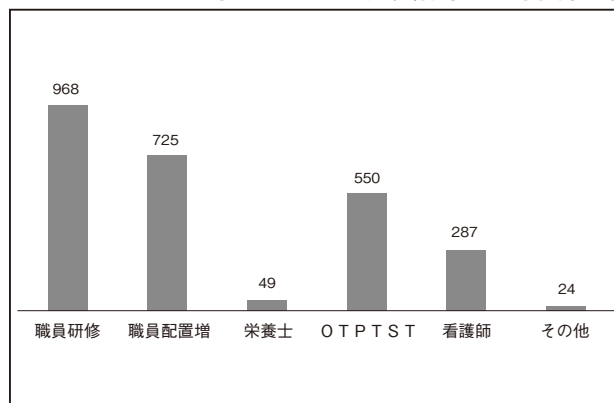
### 2. 今後の重要課題について

今後の重要課題の15項目を**表V-1**に示す。これらの項目で、重要と思われる内容を各施設5項目選択してもらった。

図V-2 施設改修に必要な箇所



図V-3 一元化に向けた職員配置・専門性等



表V-1 今後の重要課題

- ① 児童福祉法への障害児支援の位置付けの明確化
- ② 安定運営のための事業費補助（月額）などの併用
- ③ 居宅支援を見福法に位置づけ・障害児相談支援で計画作成可能に
- ④ 補装具・育成医療を児童福祉法に規定
- ⑤ 短期入所の充実
- ⑥ 福祉型・医療型児童発達支援センターの一元化と給付格差の是正
- ⑦ 重度障害児の家事援助・身体介護などを制度の対象に
- ⑧ 保育所等訪問支援の対象に家庭を追加
- ⑨ 相談・療育・医療などシステムの構築（母子保健法と見福法の関係）
- ⑩ 専門性・中立公平性を担保した障害児相談支援体制の重層システム
- ⑪ 人員配置基準の見直し
- ⑫ 地域の児童発達支援体制とセンター機能等の重層システムの明確化
- ⑬ 障害児の意見表明権の保障
- ⑭ 児童相談所との関係性の再構築
- ⑮ 自立支援協議会での「子ども部会」の設置誘導と位置づけの明確化

表V-2に全施設及び新体系別の今後の重要課題を昇順に示す。全施設（N=1,548）では、②安定運営のための事業費補助（月額）などの併用 13.4% ⑨相談・療育・医療などシステムの構築（母子保健法と見福法の関係）11.5% ⑩専門性・中立公平性を担保した障害児相談支援体制の重層システム 10.4% ⑪人員配置基準の見直し 10.1% ①児童福祉法への障害児支援の位置付けの明確化 9.8%、などが重要課題として挙げられていた。新体系別に整理したものでは、おおむね平均的な課題が挙げられていたが、医療型センターにおいて⑥の福祉型・医療型センターの一元化と給付格差の是正 14.6%と、他に比較して多くみられた。

表V-3に旧施設種別の今後の重要課題を示す。施設の挙げる重要課題は、通所する子どもの障害状況、施設のもつ機能や経営主体、地域によって異なると考えられる。旧施設種別では、比較的、障害種別毎のニーズに即していると思われる。

主に、知的障害児・発達障害児が多い知的通園および児童デイでは、上記の総計とほぼ同様の傾向が見られたが、とくに知的通園の場合は、②安定運営のため事業費補助、⑪人員配置基準の見直しにピークがみられた。

肢体通園では、⑥一元化に伴って明らかになった給付格差に関わる内容が突出しており、難聴通園では、④補聴器などの補装具にかかわる内容が平均より高く、⑨の相談・療育・医療などのシステム

表V-2 新体系種別の今後の重要課題

	計(1,548施設)		福祉型		医療型		「事業」		放課後デイ		「その他」	
②	903	13.4%	143	14.0%	30	12.1%	237	12.9%	313	13.7%	180	13.3%
⑨	774	11.5%	112	10.9%	20	8.1%	253	13.8%	229	10.1%	160	11.8%
⑩	700	10.4%	108	10.5%	18	7.3%	196	10.7%	251	11.0%	127	9.4%
⑪	681	10.1%	130	12.7%	24	9.7%	173	9.4%	216	9.5%	138	10.2%
①	659	9.8%	107	10.4%	18	7.3%	180	9.8%	221	9.7%	133	9.8%
③	526	7.8%	70	6.8%	16	6.5%	141	7.7%	198	8.7%	101	7.5%
⑫	461	6.8%	97	9.5%	23	9.3%	138	7.5%	117	5.1%	86	6.4%
⑤	387	5.7%	24	2.3%	24	9.7%	85	4.6%	167	7.3%	87	6.4%
⑦	374	5.6%	27	2.6%	15	6.0%	99	5.4%	158	6.9%	75	5.5%
⑧	362	5.4%	51	5.0%	11	4.4%	114	6.2%	108	4.7%	78	5.8%
⑭	319	4.7%	57	5.6%	7	2.8%	74	4.0%	120	5.3%	61	4.5%
⑮	220	3.3%	38	3.7%	4	1.6%	60	3.3%	69	3.0%	49	3.6%
⑥	209	3.1%	43	4.2%	35	14.1%	49	2.7%	47	2.1%	35	2.6%
④	83	1.2%	12	1.2%	2	0.8%	19	1.0%	33	1.4%	17	1.3%
⑬	74	1.1%	5	0.5%	1	0.4%	13	0.7%	30	1.3%	25	1.8%
計	6,732	100.0%	1,024	100.0%	248	100.0%	1,831	100.0%	2,277	100.0%	1,352	100.0%

表V-3 旧施設種別の今後の重要課題

	計(1,548)		知的通園(182)		肢体通園(63)		難聴通園(14)		児童デイ(1,084)		重症通園(82)		24年度新規(104)		総合通園(6)		日中一時(13)	
②	903	13.4%	118	13.8%	36	12.9%	8	14.3%	619	13.2%	54	15.7%	57	12.9%	5	16.7%	6	11.3%
⑨	774	11.5%	91	10.6%	22	7.9%	9	16.1%	552	11.8%	46	13.4%	46	10.4%	3	10.0%	5	9.4%
⑩	700	10.4%	89	10.4%	20	7.2%	7	12.5%	510	10.9%	17	4.9%	49	11.1%	2	6.7%	6	11.3%
⑪	681	10.1%	111	13.0%	29	10.4%	6	10.7%	451	9.7%	32	9.3%	43	9.8%	4	13.3%	5	9.4%
①	659	9.8%	93	10.9%	18	6.5%	9	16.1%	470	10.1%	19	5.5%	41	9.3%	3	10.0%	6	11.3%
③	526	7.8%	55	6.4%	17	6.1%	1	1.8%	375	8.0%	27	7.8%	43	9.8%	2	6.7%	6	11.3%
⑫	461	6.8%	84	9.8%	25	9.0%	5	8.9%	309	6.6%	16	4.7%	20	4.5%	0	0.0%	2	3.8%
⑤	387	5.7%	20	2.3%	24	8.6%	0	0.0%	270	5.8%	45	13.1%	22	5.0%	2	6.7%	4	7.5%
⑦	374	5.6%	18	2.1%	19	6.8%	0	0.0%	269	5.8%	35	10.2%	29	6.6%	2	6.7%	2	3.8%
⑧	362	5.4%	47	5.5%	11	3.9%	1	1.8%	256	5.5%	11	3.2%	29	6.6%	4	13.3%	3	5.7%
⑭	319	4.7%	55	6.4%	8	2.9%	3	5.4%	206	4.4%	18	5.2%	24	5.4%	0	0.0%	5	9.4%
⑮	220	3.3%	29	3.4%	5	1.8%	2	3.6%	159	3.4%	6	1.7%	18	4.1%	0	0.0%	1	1.9%
⑥	209	3.1%	35	4.1%	40	14.3%	2	3.6%	109	2.3%	10	2.9%	9	2.0%	2	6.7%	2	3.8%
④	83	1.2%	7	0.8%	4	1.4%	3	5.4%	61	1.3%	4	1.2%	3	0.7%	1	3.3%	0	0.0%
⑬	74	1.1%	5	0.6%	1	0.4%	0	0.0%	56	1.2%	4	1.2%	8	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
計	6,732	100.0%	857	100.0%	279	100.0%	56	100.0%	4,672	100.0%	344	100.0%	441	100.0%	30	100.0%	53	100.0%

の構築も多かった。

重症通園では、⑤短期入所の充実 ⑦重度障害児の家族支援にかかわる内容が突出しており、日中一時では、⑤短期入所の充実と⑭の児童相談所との関係の再構築にピークが見られた。

他、経営主体別で見てみたところ、公営の施設では②安定運営のため事業費補助が平均を下回っていた。

以上より、旧児童福祉施設等、とくに民営施設においては、安定運営のため事業費補助や人員配置基準の見直しが必要と考えており、早急な対応を要すると思われる。また、医療型センターでは一元

化で改めて明らかになった給付格差、そして、数は少ないが、補装具・育成医療などを児童福祉法へ規定すること、重度障害児の家事援助、短期入所の充実などが課題とされており、早急な対応を要するものと考えられた。

### 3. 医療型児童発達支援センターの現状とその課題

総合通園を含む肢体通園は、69施設のうち、平成24年度から11施設が福祉型センターへ移行、25年度から16施設が福祉型センターに移行予定である。

移行の状況を見るため、福祉型センターに移行する施設（以下、福祉型移行）と医療型センターのままで残る施設（以下、医療型移行）との比較を行った（表V-4）。福祉型移行の16施設は50%が社会福祉法人であり、公立・事業団が残りを占めている。

また、図V-4に示すように、福祉型移行の施設は指導室・遊戯室の条件を満たしている施設が多い。

直接処遇職員については、図V-5に示すように、福祉型移行の施設は、2ヶ所が直接処遇職員4:1基準を満たしていなかったが、移行とともに条件を整えると思われる。一方、医療型移行では、5:1以下の施設も一定程度みられたが、4:1を満たす施設も多く、それ以上の施設もみられた。

肢体不自由児においても、保育機能は重要であり、従来の肢体通園の職員配置基準を残したまま一元化されたことは、今後の発達支援体制構築に向けた大きな課題になると思われる。

今回の法改正後の一元化に向けた職員の専門性や配置に関しては、いずれも職員研修、職員配置増を課題として挙げていた。

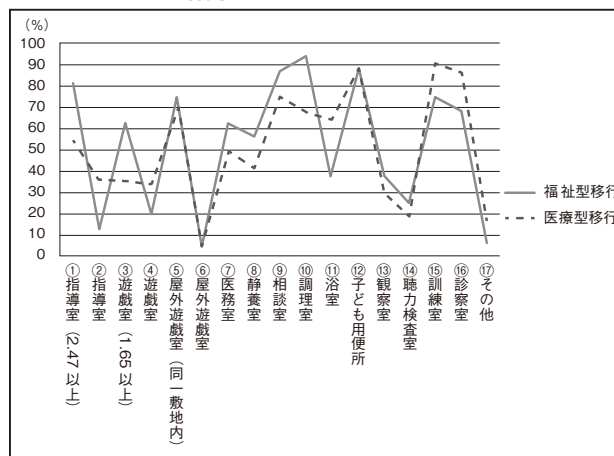
さらには、一元化に向けた課題に関する自由記述においては、以下の記述がみられた。

「一元化は、方向的には良いことだが、十分な体制ができていないままスタートしたため、不備が多く、スムーズに対応できてないことが多い。給付単価の引上げが前提となるが、医療型センターにも、保育士、児童指導員の配置基準が必要」「福祉型センターに一元化して処遇を揃えていくことを目

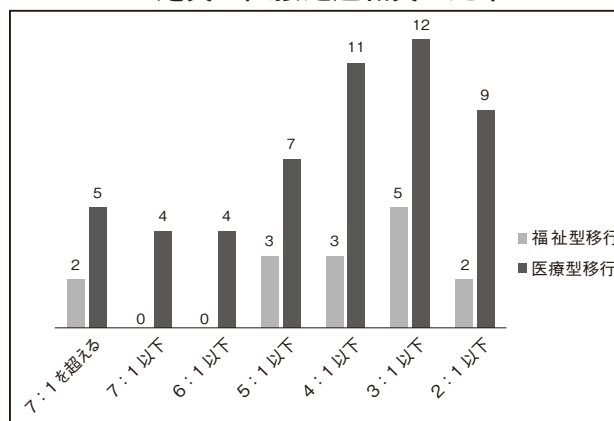
表V-4 福祉型移行と医療型移行との比較

	福祉型移行	医療型移行
公立	5	27
社会福祉事業団	3	13
社会福祉法人	8	11
NPO他	0	1
その他	0	1

図V-4 設備状況



図V-5 児童発達支援センターにおける利用定員と直接処遇職員の比率



指すが、肢体不自由児の人員配置の基準づくりと財政的な裏付けが課題である」「専門的な支援を地域で提供することは必要だが、職員の確保は財政的に厳しく現状のまま対応せざるをえない状況である」などであった。

今後の重要課題については、54施設中34施設が一元化と給付格差の是正を課題として挙げていた。また、質の保障のための人材確保、安定運営に向けた給付額の検討、人員配置基準の見直し、短期入所の充実などに対する課題を挙げている施設も多い。

なお、医療型移行においては、「②質の保障のための人材確保などについては、安定的な事業運営が必須であり現在の個別給付のみで無く、個別給付（日額）と事業費補助（月額）の併用が不可欠である ⑥福祉型センターと医療型センターの一元化と給付格差の是正 ⑩人員配置基準の見直し」にピークが見られた。

また、前述のように他の児童発達支援センター・「事業」においては、一日利用定員を現員が上回っている一方で、医療型センターは利用率が76.6%と下回るなど、様々な障害のある子どもが利用できにくい状況が示唆される（図Ⅱ-5）。加えて、前述のように医療型センターにおいて、経管栄養、痰などの吸引、循環器系、誤嚥などにおいて、旧施設種別よりもいっそう頻度の高い傾向にあり、医療ケアを必要とする子どもが集中している実態がみられており（図Ⅱ-39-②）、身近な地域で支援を受けるための施設の一元化とは矛盾する状況にある。

また、今回のアンケート調査とは異なるが、寄せられる声として、福祉型センターに移行した施設からは、「4：1の配置基準を満たすことで子どもの保育を保障し、肢体不自由児のみでなく、様々な障害に対応することに目的を変更した」といった内容が多い。一方、医療型移行の施設からは、「4：1基準を満たせない。施設基準を満たさない。医療型という名前がなくなる。条例の改正が難しい。」などの理由や、逆に「すでに人員・施設の基準を満たしているが、保護者の支払いが増えるため理解が得られにくい。国が医療型を残している限り変更する理由がない」などの理由が寄せられている。

いずれにしても、医療型センターには医療ケアの必要な子どもが集中するとともに、一日利用定員を現員が下回るなど、様々な障害のある子どもが利用できにくく、また利用児は十分な保育を受けることができないなど、「一元化の目的」とは矛盾する実態となっている。発達支援は、通う施設によって異なるのではなく、個々の子どもの発達状況・支援ニーズに合わせる事が重要であり、そのためには、医療型を撤廃し、児童発達支援センターもしくは「事業」に一元化すべきである。

#### 4. 発達支援を必要とする乳幼児の実態推計と現在の児童発達支援の定員について

各種障害の発症率については様々なデータが見られるが、一般的には、脳性麻痺を中心とする肢体不自由児0.2%、ダウン症などの染色体異常も含む知的障害2%と推計されている。また、近年増加しているといわれている発達障害児については平成18年度調査で鳥取県の5歳児検診から出現頻度9.3%（内LDは0.1%）と推計されている（出典：「軽度発達障害児に対する気づきと支援のマニュアル」平成18年度 厚生労働科学研究「軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究」報告書／主任研究者：小枝達也より）。先天性難聴0.1%他、視覚障害、また、脳炎

脳症などによる中途障害等を入れ、就学前に支援が必要は児童数を算出すると、以下のようになる。

発達障害児（学習障害を除く） 支援の対象年齢を 4～5 歳とすると

4～5 歳児の人口（平成 22 年） 2,120,000 人 内 9.2%は 195,040 人

肢体不自由児 難聴幼児 支援の対象を 0～5 歳とすると

0～5 歳の人口 6,355,000 人 内 0.3%は 19,065 人

知的障害 支援の対象を 2～5 歳とすると

2～5 歳の人口 4,264,000 人 内 2%は 85,280 人

合計 299,385 人

人口 128,057,000 の人口 30 万圏域に置き換えて 427 圏域として推計すると、1 圏域 701 人と推計される。また、小規模の市町村を想定し、人口 5 万人と想定した場合 116 人、人口 1 万人と想定すると 23 人と推計される。

ここで、児童発達支援の現在の現員について、アンケートで把握できた結果から推計を行ってみた。

児童発達支援を行っている福祉型センター・医療型センター・「事業」の総定員は 16,343 人、現員は 25,309 人であった。平成 24 年度 7 月 1 日の厚生労働省の施設・事業所の新体系への移行状況の調査によると、福祉型センター 358ヶ所、医療型センター 116ヶ所、児童発達支援事業所 2,609ヶ所であり、施設数から推計したものを表 V-5 に示す。現員推計として 105,452 人であった。

表 V-5 障害児通所支援の現員推計

施設種別	施設数	定員	現員	定員推計	現員推計
福祉型	220	7,965	9,852	12,961	16,032
医療型	56	1,950	1,494	4,039	3,095
「事業」	422	6,428	13,963	39,741	86,326
計		16,343	25,309	56,741	105,452

また、参考までに、平成 21 年度での調査結果を表 V-6 に示す。

表 V-6 平成21年度調査による現員数

施設種別	施設数	定員	現員
知的通園	258	9,502	10,343
肢体通園	99	3,743	2,777
難聴通園	25	854	963
児童デイ I・II	1,137		36,919
計	1,519		51,002

児童発達支援センター及び「事業」で発達支援を行う以外に、保育園・幼稚園で障害児保育として支援を受けている子どももいる。平成 22 年度、保育園における障害児の受け入れ状況は、平成 22 年度 45,369 人（内特別児童扶養手当対象 11,080 人）であった。なお、幼稚園における障害児保育の実態把握は各都道府県の裁量の中で行われているため、今回の調査では実態把握は困難であった。一方、今回の調査で、併行通園の実施状況をみると医療型・福祉型で約 20%、「事業」においては約 55%であった（図 II-22）。現員の推計値から、併行通園児童の数を推計すると、医療型・福祉型セ



ンターの現員では  $(16,032 + 3,095) \times 0.2 = 3,825$  人、「事業」では、 $86,326 \times 0.55 = 47,479$  人となる。幼稚園での実数の把握は困難ではあるが、幼稚園・保育園における障害児保育・教育を受けている子どもの内、児童発達支援を併行して受けている児童の率はかなり高いことが推定される。

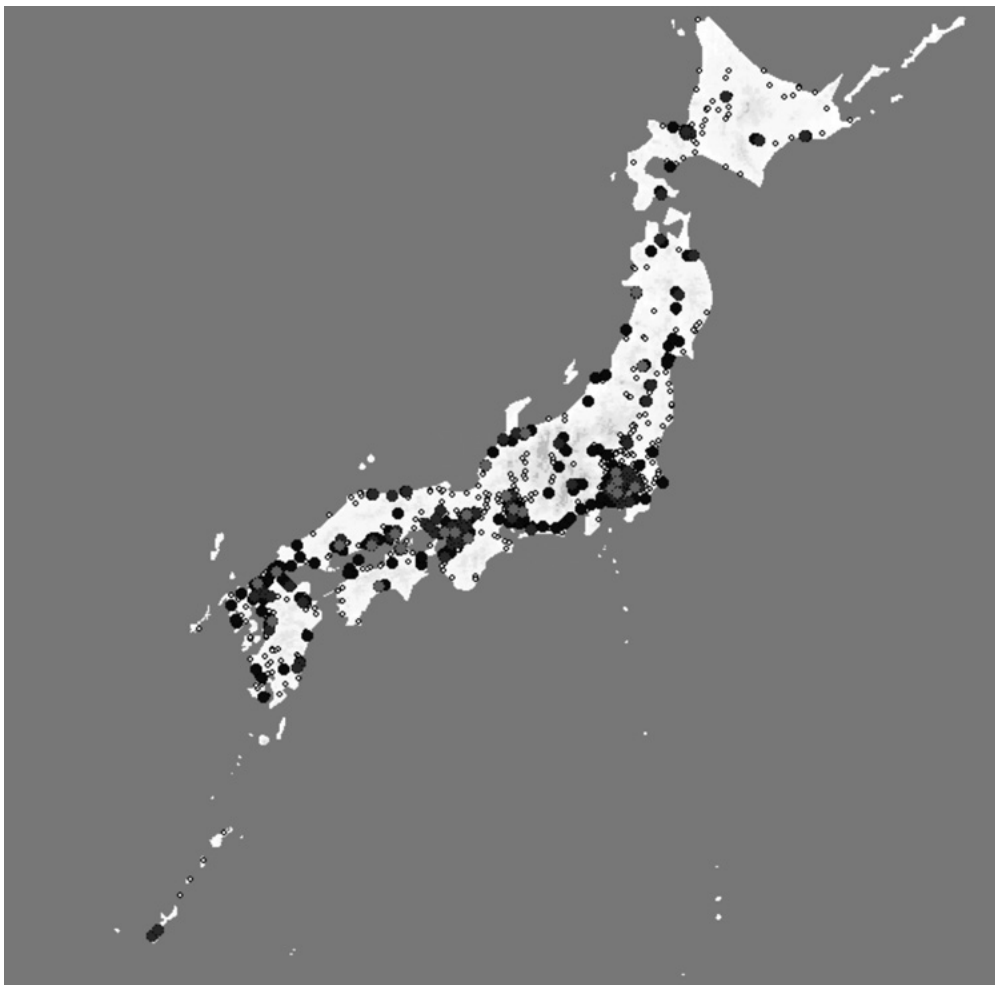
以上より、現在、発達支援を受けている児童数は、児童発達支援 105,452 人+保育所 45,369 人+  $a$  (幼稚園) -  $(3,825 \text{ 人} + 47,479 \text{ 人}) = 99,517 \text{ 人} + a$  (幼稚園) と推計される。したがって、平成 21 年度の利用児童数の状況から考えると、数値的には増加していることが予測される。しかしながら、発達支援を要する児童の推計値の 299,385 人を考えると、今後さらに児童発達支援の枠の整備が必要であろう。

さらに、地域における設置状況について考察する。

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」における、施設設置状況を以下に示す (図 V-6)。大きな●は知的通園・難聴通園・肢体通園であり、現在の福祉型・医療型児童発達支援センターにおおむね相当する。

小さな○は児童デイ I である。児童発達支援センターは都市部・人口の多い地域に集中していることが分かる。児童発達支援の枠を増やすとともに、各市町村におけるセンター機能の設置が望まれる。

図 V-6 知的通園・難聴通園・肢体通園・児童デイ I の全国設置状況



## 5. 児童発達支援センター・「事業」の標準的事業モデルへの提言

### 1) 児童発達支援センターの指定基準等

2012年4月をもって、これまでの「知的障害児通園施設」「肢体不自由児通園施設」「難聴幼児通園施設」という障害種別を看板にした三種別の通園施設と「児童デイサービス事業」は「障害児通所支援」として一元化された。

しかし、その下位項目である「児童発達支援」は、「障害」の文言が消えたという大きな前進面を持ちながらも、指定基準においては旧体系の影響を色濃く残している。

まず第一に、法改定後の施設基準には、同じ「福祉型児童発達支援センター」でも「主たる対象とする障害を重症心身障害とする場合」「主たる対象とする障害を難聴とする」などの記載があり、必要な部屋の基準等に違いが残っている。(表V-7、8、9)

このように、理念としての「一元化」とはかけ離れて、旧来の施設認可基準をそのまま引き継いでいる。

表V-7 児童発達支援センター指定基準

人員基準・設備基準の概要		
人員基準	嘱託医※1	1人以上
	児童指導員及び保育士	総数：通じて障害児の数を4で除して得た数以上 ※現行ある施設は、一定期間、現行の基準によることのできる旨の経過措置を講ずる。 ・児童指導員：1人以上 ・保育士：1人以上
	栄養士※2	1人以上
	調理員※2	1人以上
	その他必要な職員※3	日常生活を営むのに必要な機能訓練等を行う場合 ただし、主たる対象とする障害が難聴の場合は、言語聴覚士4人以上 ※現行ある施設は、一定期間、現行の基準によることのできる旨の経過措置を講ずる。
	児童発達支援管理責任者	1人以上
※1 主たる対象の障害が知的障害の場合は、精神科又は小児科、難聴の場合は、耳鼻咽喉科の診療に相当の経験を有する者 ※2 40人以下の施設にあっては、栄養士を、調理業務の全部を委託する施設にあっては調理員を置かないことができる。 ※3 配置した場合は児童指導員等の総数に充てることができる。		
設備基準	指導訓練室	・定員：おおむね10人 ・障害児1人当たりの床面積：2.47㎡以上 ※主たる対象者が難聴及び重心の場合は、定員及び床面積の要件は適用しない。
	遊戯室	・障害児1人当たりの床面積1.65㎡以上 ※主たる対象者が難聴及び重心の場合は、床面積の要件は適用しない。
	その他	・医務室、相談室、調理室、便所、屋外遊戯場（児童発達支援センターの付近にある屋外遊戯場に代わるべき場所を含む。）その他、支援の提供に必要な設備及び備品等を備えること。 ただし、主たる対象とする障害を知的障害とする場合には、静養室を、主たる対象とする障害を難聴とする場合は、聴力検査室を設けること。

表V-8 医療型児童発達支援センターの指定基準

人員基準・設備基準の概要		
人員基準	医療法上に規定する診療所として必要とされる従業者	同法に規定する診療所として必要とされる数
	児童指導員	1人以上
	保育士	1人以上
	看護師	1人以上
	理学療法士又は作業療法士	1人以上
	その他必要な職員	日常生活を営むのに必要な言語訓練等を行う場合
	児童発達支援管理責任者	1人以上
設備基準	・医療法上に規定する診療所として必要とされる設備を有すること。 ・訓練室、屋外訓練場、相談室及び調理室を有すること。 ・浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備を有すること。 ・階段の傾斜を緩やかにすること。	
※ 指定に当たっては、法人格の有無は問わない。		

表V-9 主たる対象とする障害を重症心身障害とする場合の  
児童発達支援の指定基準

人員基準・設備基準の概要			
人員基準	職種	児童発達支援事業として実施する場合	児童発達支援センターとして実施する場合
	嘱託医	1人以上	1人以上
	看護師	1人以上	・総数：4：1以上 ・看護師：1人以上 ・児童指導員：1人以上 ・保育士1人以上 ・機能訓練等担当職員 (※理学療法又は作業療法若しくは言語療法担当職員)：1人以上
	児童指導員 又は保育士	1人以上	
	機能訓練等を行う職員 (※作業療法又は理学療法若しくは言語療法を担当する職員)	1人以上	
	栄養士※1	—	
	調理員※1	—	1人以上
児童発達支援管理責任者	1人以上	1人以上	
設備基準		指導訓練室、支援の提供に必要な設備及び備品等を備えること。	指導訓練室、遊戯室、屋外遊戯場、医務室、相談室、調理室、便所、その他、支援の提供に必要な設備及び備品等を備えること。※2

※1 40人以下の施設にあっては栄養士を、調理業務の全部を委託する施設にあっては調理員を置かないことができる。  
 ※2 遊戯室、屋外遊戯場、医務室及び相談室は、障害児の支援に支障がない場合は設けないことができる。

(注) 医療型児童発達支援以外の基準を満たせば、医療型への移行も可能

\*表V-7、8、9：平成24年2月20日「障害保健福祉関係主管課長会議」資料より

また、人員配置基準においても同様で、事業指定に必要な直接処遇職員の配置においても旧体系を踏襲している(同上参照)。

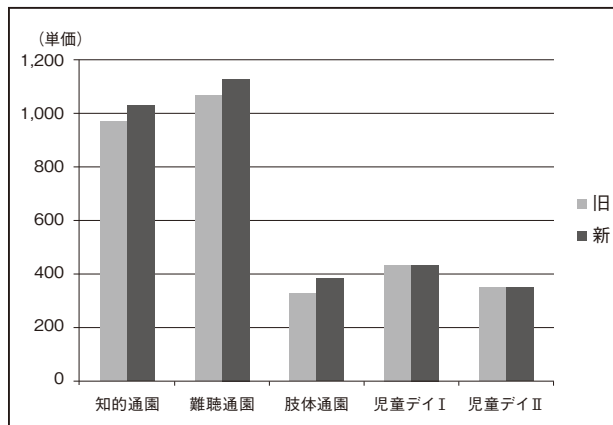
つまり、福祉型センターは知的通園・難聴通園の基準である4：1を引き継ぎ、医療型センターは肢体通園の「直接処遇2人以上(保育士+児童指導員)」を引き継いでいる。この点は報酬単価にも直接反映している(図V-7)。

なおこのグラフは、主に重症児の事業所は除き、知的通園と福祉型センター(難聴児以外)、難聴通園と福祉型センター(主に難聴児)、肢体通園と医療型センター(主に重症児の事業所を除く)、児童デイIと「事業」、児童デイIIと放課後デイで比較している。新体系種別の単価には、基本単価に児童発達支援管理責任者専任加算を加えた。

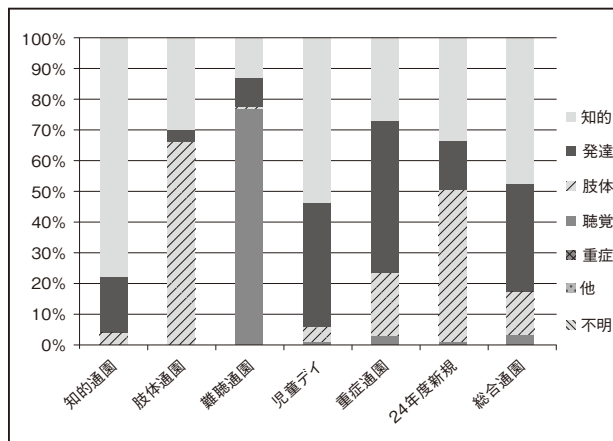
結果、障害種別や事業種別による報酬単価の格差の矛盾が新体系種別下においても継続していることが分かる。この結果は、職員配置等と直接リンクしていると考えられるため、旧施設種別の中でそれぞれの施設が蓄積してきた専門性を発展させる観点からも、とくに医療型センターの職員配置基準については今後の検討課題とするべきであろう。

さて、アンケート調査IV-5-(1)、図V-8

図V-7 新旧報酬単価比較(30名定員の場合)



図V-8 旧施設種別における受け入れ児童の障害種別



によると、これまでも障害種別を越えた子どもを受け入れている状況がとらえられる。これまでも「相互利用」が可能だった結果でもあるが、肢体通園、難聴通園では、20%が知的障害、発達障害の子どもになっている。「身近な地域での支援」の具体化がすでに進んでいた結果である。

しかし、実際には「専門外だから」「対応できないから」という施設側の理由で、利用が断られるケースがあるのが現状である。

子どもを通わせる保護者には、「近くなら通える。(遠くて通えない)」というグループも多く存在する一方で、「遠くでも専門性の高いところを選んで通う」というグループも存在する。それは、保護者の価値観や条件（自家用車の有無やきょうだいの状況など）に左右されることになる。

「必要と感じている保護者のニーズに応える」ことを考慮しながらも、「子どものニーズ」に応えられる支援を展開できる仕組みづくりが重要となる。

法改定の大きな目的である「身近な地域での支援」を保障するという点での「一元化」は、必要な子どもに必要な支援を届けるための障壁となる物理的距離を少しでも取り除こうとするものである。重層的な支援の両面から、必要な支援と事業形態の課題を整理していくことが重要である。

## 2) 児童発達支援事業の指定基準等

おもに児童デイサービス事業の移行先が「児童発達支援事業」である。児童発達支援センターの最低基準が10名以上となったので、最小の規模は同じになったが、人員配置については、児童デイの基準である5:1のままであるため、児童発達支援センター同様の処遇は困難である(表V-10)。

表V-10 児童発達支援事業(児童発達支援センター以外で児童発達支援を行う場合)の指定基準

人員基準・設備基準の概要		
人員基準	従業者	指導員又は保育士 単位ごとに当該支援の提供に当たる指導員又は保育士の合計数が、次とおり確保されるために必要と認められる数(1人以上は常勤) ・障害児数が10人までは、2人以上 ・障害児数が10人を超えるときは、2人に、障害児数が10人を超えて5又はその倍数を増すごとに1人を加えて得た数以上
	その他必要な職員※	日常生活を営むのに必要な機能訓練等を行う場合
	児童発達支援管理責任者	1人以上
管理者	常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの(管理業務に支援がない場合は他の職務の業務可)	
設備基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導訓練室、支援の提供に必要な設備及び備品等を備えること。</li> <li>・また、指導訓練室は、訓練に必要な機械器具等を備えること。</li> </ul>	
※ 配置した場合は指導員等の総数に充てることができる。		

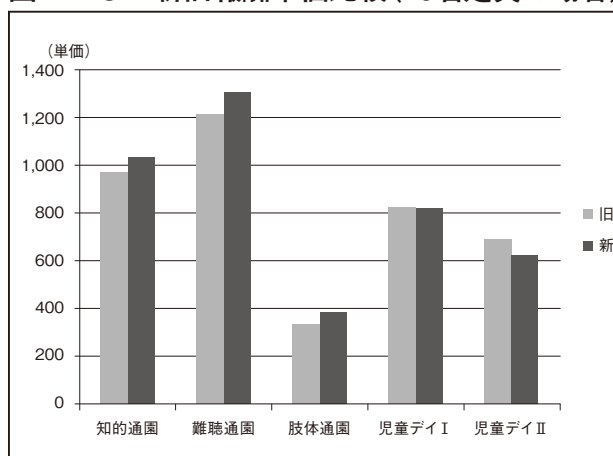
合わせて、児童発達支援センターでは「児童指導員」である基準が、「事業」では「指導員」となっている。児童指導員は任用資格だが、①大学で福祉・社会・教育・心理学部(学科)を卒業、②小・中・高のいずれかの教員免許を取得(級・教科不問)、③厚生労働大臣指定の児童指導員養成校を卒業などが必要である。指導員には「その業務にふさわしいもの」程度で明確な基準はない。この差は事業内容の質を担保する上で大きな違いである。なお加えて、4つ目の基準として、児童福祉施設での実務経験(高卒以上2年、その他3年)があり、2-3年以上働き続ければ児童指導員として継続して働き続けることは可能である。また、食事の提供は義務付けられてはいない。

この差は、報酬単価にも表れている。(図V-7)。知的、難聴を対象とする児童発達支援センターと

比較すれば半分以下の報酬単価である。それが、4:1と5:1の差異なのかは、積算根拠が不明なので定かではないが、それ以上の差異であると捉えられる大きな格差がある。

かろうじて、小規模（10名定員）の基準で比較した場合（図V-9）は、知的通園と「事業」の差がほぼ5:4となっているために、小規模な事業の場合は人員配置の違いのみが反映していると考えられる。それにしても肢体通園＝医療型センターの給付額は低く、障害児医療費への依存度が高過ぎると言えるが、結果的に、障害児医療費では運営が困難なため公立施設が大半を占めるという実態もある。

図V-9 新旧報酬単価比較(10名定員の場合)



### 3) 加算等での対応

従来からある医療連携加算や、専門職配置加算等は、取り組んだ内容や職員の配置を反映したものであるが、報酬としての評価は小さかった。

しかし、改定後の基準・報酬単価は、「主に重症児に対応する場合」について、5名以下の小規模事業の場合は1,587単位（基本単価）+410単位（児童発達支援管理責任者専任加算）で1,997単位、6から10名で813単位+205単位で1,018単位となり、医療スタッフの確保の可能性を示している。

生活モデルの療育の保障を考えれば、肢体不自由児でも重症児でも育児支援や保育保障は重要であり、福祉系職員（保育士、児童指導員等）の配置が少ない「医療型センター」より、個別のリハビリ等の障害児医療費に依存せずに給付額の高い「福祉型センター」を選択し、特別支援（専門職）加算を利用して医療スタッフを配置する方が、サービス面でも運営面でも望ましい。

### 4) 児童発達支援センターの標準的事業モデルの提案

#### ① どこで生まれても発達支援が保障される

一般的には「ワンストップ」ということになるのだろうが、一ヶ所だけで地域全体をカバーする形態は人口に対して面積が狭い都市部ならば可能であろう。その場合、保育士や児童指導員の配置が多い「福祉型センター」をベースにして、重症児を含む肢体不自由児や難聴児にも対応するために診療機能を加えた形が一つのモデルとなると考えられる。つまり、母数の多い知的障害児、発達障害児への発達支援を基盤にしつつ、難聴児、肢体不自由児、重症児のニーズにも応えられる障害児全般への発達支援の専門性を施設、設備、人員ともに確保し、装備できない機能は地域全体として確保していく必要があるだろう。

利用する側のニーズとしては、

- a. 日々通う場として、
- b. 相談の場として、
- c. 併行通園、個別訓練など専門的に療育の場として、

d. 保育所や学校に対する専門機能の提供基地として、などが考えられる。

a、bについては、より身近な拠点としての児童発達支援事業が支援の提供ができるが、医療ケアが必要な場合にも診療所がなければ看護師等の医療スタッフがいれば対応できる。c、dのように、より専門的な対応が必要な場合には、診療所の機能、聴検室、医療スタッフなども必要となる。

しかし、身近な地域という場合、人口の少ない地域はアクセスに要する距離や時間などが大きく違ってくる。ただ、この間の実践の経過から障害保健福祉圏域の単位である人口30万人を一つのモデルとして整理していくことには意味はあるだろう。

人口30万人の自治体または圏域を想定すれば、年間出生数は約3,000人、そのうち約10%の300人が発達支援を必要とする子どもと考えられる。その10%と契約を結ぶとして30人、0歳児から5歳児までを対象とすれば200人程度の利用が見込まれる。

自治体の障害児保育施策の展開状況によっても違いがあるが、30名から40名定員の福祉型センターが1ヶ所あって中核的な役割を果たし、10名規模の小規模な「事業」が10ヶ所程度必要になるだろう。

しかし、30万人というのは中核都市以上のレベルであり、多くの市町村が単独でカバーしているエリアではない。そのため、事務組合、広域連合など近隣市町村と連携して発達支援システムを構築することも想定しながら、すべての市町村が福祉型センターまたは、障害児相談支援事業や保育所等訪問支援事業などの機能を持った児童発達支援事業所を持つことが必要である。それは公営である必要はなく、市町村が積極的に誘致を行えばよいだろう。

いずれにしても、各市町村は、今後、障害児支援システムの方向性を障害福祉計画等に盛り込むとともに、子ども・子育て支援の中での検討も望まれる。

また、行動障害のため1対1での対応を要する子どもや、医療的ケアの頻度が高く看護師が常時必要な子どもなど、現在の支援システムでは対応が困難な場合は、各市町村が個別の対策を講ずる必要があると考えられる。

## ② 通所による発達支援機能（基本機能）

児童発達支援センターの基本機能としては、保育機能を保障するために医療型センターをなくし、福祉型センターを基本として一元化する。また、児童発達支援における人員配置基準を、保育機能の保障のために保育士・児童指導員の総数を「通じて障害児の数を3で除して得た数以上」と提案する。

その根拠として以下の2点が上げられる。

- 本調査結果〔表3-18〕の細部分析から、現在の平均直接処遇職員配置状況は「2.67：1」であり、職員配置基準の4：1と比較して、現実的には加配しなければならない状況である。
- 保育所における障害児保育は平成15年度より一般財源化された関係で、障害児保育事業実施要項では障害児3人に対して1人の加配職員、或いは、障害児1人に対して1人の加配職員など自治体によって、加配職員の配置基準が異なっている現状がある。幼稚園における障害児保育に関しても、平成19年度の全日本私立幼稚園連合会の全国調査では、職員配置の中で、特別支援教育教育補助制度によって、障害児が2人以上同時に在籍する場合は園児一人につき784,000円、

一人の場合は 392,000 円の補助が行われている都道府県が 7 割、また、都道府県の補助事業以外にも単独で助成を実施されるなど、都道府県ごとの裁量で行われている。

基本的な給付については、利用実数に対して行うのではなく、障害児支援利用計画に基づく利用予定数に対する給付がなされるべきである。または、(子どもが欠席しても) 職員は確保しておかざるを得ず質の高い療育を安定的に提供するためには安定した施設経営が必須であるから、固定経費(事務費等)は月額給付、利用児の報酬は日額給付など二階建て構造での給付を導入すべきである。

また、すでに幼稚園・保育園との併行通園児童が数多く通っているが、利用定員となったことで、より多くの子どもの発達支援ができることとなり、今後はさらにそのニーズは高まると考えられる。しかしながら、数多くの併行通園児童の支援には、数多くの個別支援計画の作成が必要であり、また、そのための併行通園先の幼稚園・保育園などとの連携のための時間も必要となってくる。したがって、初回利用契約時の「初期利用加算」の導入の検討が必要と思われる。

加えて、併行通園の場合、保育園などは 100%の給付がなされている一方で、児童発達支援については利用実績で給付がなされているのが実態である。そのため、保護者は児童発達支援を利用すると負担が増えるという状況にあり、子どもの発達状況に見合った支援計画がなされにくいシステムとなっている。また、計画を立てても実行されない状況に陥ることもありうる。定期的に児童発達支援を実施する場合は保育所等との給付のあり方にも検討・協議が必要と考えられる。

なお、難聴児に対しては、その特性から特に個別支援による効果が高いと考えられるため、「おもに難聴児に対応する」福祉型センターなど、言語聴覚士の配置や聴覚検査室などの条件を満たす場合は、報酬単価へのより一層の配慮が必要である。

様々な障害児の日常的な健康管理を行うためには看護師の常駐を、すべての障害に共通する摂食指導やコミュニケーション指導のためには言語聴覚士の常駐配置が望ましい。加えて、発達支援を要する子どもは、育児困難からくる虐待のリスクが高く、家族機能不全に陥りやすい。要保護児童及びその家族支援のため、そして、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等の目的のために心理士の配置が望ましい。

児童発達支援センターは福祉型センターの指定基準を継続するとともに、その設備・環境等の維持のために新たな財政支援を行う(例:難聴通園の場合、聴覚検査室の設置が不可欠であるので検査室の設置への補助や検査を実施できる場合の加算など)。

### ③ 診療所の機能

センターには診療所の機能があることが望ましいが、単独で設置・運営するのは難しい。今回のアンケート調査でも診療所設置数が極めて少ない結果によく現れている。医療機関の併設は都市部で 16.2%、市町村で 7.2%と、いずれにしても診療所の併設率は低かった。一方、医療機関が児童発達支援事業を行う施設が十数ヶ所見られ、今後の児童発達支援において展開が期待される。実際、公立公営ないしは自治体等からの補助金が見込まれる場合以外、診療所の設置は非常に厳しいため、地域の医療機関との連携も含めて、身近な地域の診療機能の確保を模索する必要がある。

診療の内容としては、医療的ケアを要する子どもへの支援、さまざまな障害をもつ子どもの診断や

リハビリテーション、多動・衝動性のコントロールのための投薬や、支援のためのカウンセリング等があげられる。

今後の方向としては、医療型センターに併設されていた診療所は、てんかんの治療やリハビリテーションなど地域に開かれた「障害児医療センター」として機能させること、そして、障害保健福祉圏域もしくは、各市町村圏域において、すでにある医療機関に対して障害児医療の役割を依頼する、もしくは、児童発達支援との連携・強化を図る等の検討が必要であろう。

また、医療的ケアを要する子どもにとっては、診療所が併設されても診療機能が低ければ、呼吸状況の急変、てんかん発作など緊急時に対応できず、保護者の分離が困難なことも多い。また、NICU退院後の重症心身障害児の生活を支える上で、ショートステイ機能などさまざまな課題が挙げられており、今後はNICUなど設置している基幹病院などに併設した形で児童発達支援事業が展開されれば、子どもへの発達支援と家族支援が充実すると考えられる。

#### ④ 地域支援事業

地域で中核的な役割を果たす児童発達支援センターは、地域支援機能として障害児相談支援事業や保育所等訪問支援事業が必置とされる。地域の児童発達支援の拠点としては、当然もつべき機能である。

圏域内の児童発達支援事業がそれらのニーズに合った支援内容の提供を行う場合でも、より専門的な人材やノウハウを持っているセンターがアドバイザー的な役割を持つことで地域全体の支援力を高めていく。保育所等訪問支援事業については、類似事業である障害児等療育支援事業や巡回支援専門員整備事業なども合わせて受託するとともに、保育行政や教育サイドの同様な事業との連携していくことも必要である。

障害児相談支援事業は、基本相談としての「(仮称)発達・子育て相談」と、「障害児支援利用計画作成にかかわる相談」の二本立てで行う。そして、「(仮称)発達・子育て相談」に対しては「(仮称)発達・子育て相談専門員」の配置が望まれる。また、「(仮称)発達・子育て相談」は、地域における様々な母子保健や子ども・子育て支援に位置づけられる必要がある。その理由として、発達支援を要する子どもの相談は、成人の相談と異なり「特殊性」があることがあげられる。発達の遅れや偏りに気づき、何らかの発達支援を行う必要があることを保護者が認知するまでに相当の時間を要する。また、集団に馴染みにくく、気になる子どもにおいては、さらに時間を要しかつ支援の必要性に気づくことが困難な場合が多い。明確な診断や評価の前に、保護者への心理的な支援と子どもへの発達支援を、同時に時間をかけて丁寧に行う必要がある。加えて、障害児は被虐待のハイリスクであり、より熟練した家族支援を必要としている。

「障害児支援利用計画作成にかかわる相談」については、計画相談が単なる利用調整にならないよう、家庭、保健所・保健センター、保育園・幼稚園、放課後等の場合は学校との情報交換や連携を深めながら、対象の子どもを丸ごととらえ、おもちゃ図書館などのインフォーマルな社会資源の利用も含めたトータルな支援計画をつくることが求められる。また、障害児支援利用計画の作成に関しては、同一法人の施設への計画作成は中立性・公平性の立場から避けるほうが望ましい。もしく



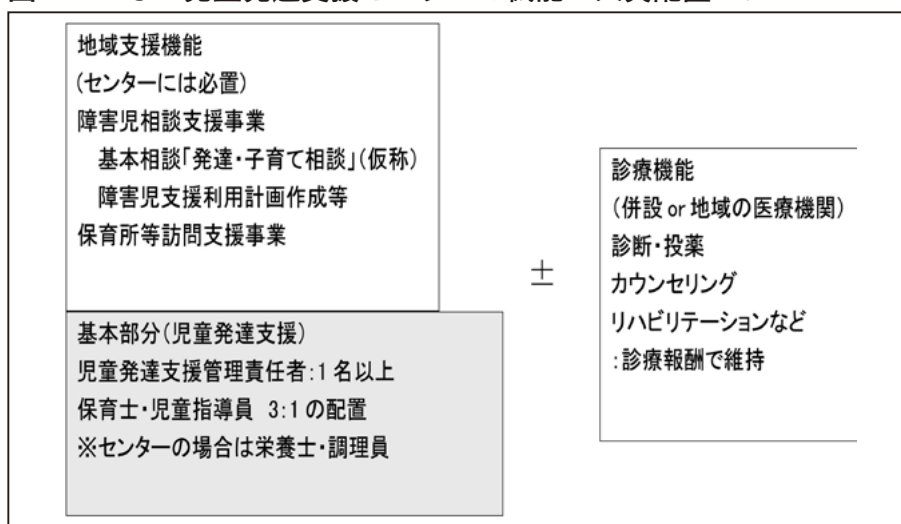
は、同一法人の場合、第三者の客観的な意見が入る仕組みを検討する必要があるであろう。今後、地域に、すべての障害、すべての年齢にワンストップで対応できる専門性の高い相談支援事業所の設置を誘導していく必要がある。

今後、障害児相談支援事業は、地域の中での受け皿の確保、「つなぐ」仕組みの構築のために、地域自立支援協議会での児童部会などが中心となって活動していく役割が欠かせないだろう。ひとつの事業所が力量をつけ、利用者、契約者のニーズに応えるには限界がある。各機関、事業所間で互いの得意分野を知り、それらを生かしながら補完しあったり高めあったりしていくことで、地域全体の支援機能を向上させていくことにこそ大きな意味があるだろう。

保育所等訪問に関しては、都道府県・市町村により指定や支給決定などに取り扱いの違いがある。子ども支援のための権利として保護者が要望できるものであり、集中的に取り組むことも可能であり、障害児等療育支援事業等の従来事業とのすみ分けを模索しながら発展させる必要がある。

(図V-10)

図V-10 児童発達支援センターの機能・人員配置モデル



## VI. まとめ ～改正児童福祉法の問題点と見直しへの提案～

平成24年度の児童福祉法および障害者自立支援法の改正に伴う障害児支援体制の状況について、平成24年6月1日を基点として、利用児の状況、施設・事業の状況などについてアンケート調査を実施して改善点や問題点、今後の課題について分析した。また、児童発達支援の今後の在り方についても考察し提案した。

改正直後1年間のみなし期間中であり、6月1日という年度スタート直後の調査であったため、移行状況も改正に伴う変化についても明確ではなかった。今後の継続した調査研究が必要であるが、今回の調査で判明した結果についてまとめると以下ようになる。

## 1. 障害児施設体系の一元化に伴う変化

知的通園、肢体通園、難聴通園については、みなし期間中であることもあり、知的通園・難聴通園は福祉型センターに、肢体通園は医療型センターに移行していたが、知的通園の7施設が「事業」、1施設が放課後デイ、肢体通園の6施設が福祉型センターに移行していた。また、児童デイのうち15施設が福祉型センターに、重症通園5施設が福祉型センター、1施設が医療型センターに移行していた。25年度の移行予定では、医療型から福祉型への移行は3施設、児童デイから福祉型センターへの移行が36施設予定されている。

給付額の低い医療型センターへの移行の理由は「保育士等の配置基準を満たせない」「保護者の支払い額の増加の説明ができない」「医療型センターがある以上移行せざるを得ない」「(公立施設では)条例改正が難しい」などであったが、肢体不自由児であろうと重症児であろうと保育環境の整備は不可欠であり、「どんな障害があっても身近な地域で発達支援が受けられる」という一元化の目標のためには、見直しに際しては児童発達支援センターとして一元化する必要がある。

## 2. 職員体制

直接処遇職員の配置は4:1の基準を超えて、全体平均の職員配置は2.67:1であった。利用児の低年齢化、重度化、障害の重複化などに対応して施設の運営努力で配置しているものと思われるが、今後の配置基準の見直しや加算制度の検討が必要である。放課後デイを中心に、保育士や児童指導員のいない事業所が少なくないが、発達支援の質を保障するためにはこの点の見直しが必要である。

医療専門職の配置については医療型センターで配置比率が高いが、「一元化」により「どんな障害のある子どもも身近な地域の施設を利用できる」状況を進めるなら、特別支援加算以上の配置誘導の方策が必要であろう。

## 3. 利用児の状況

合併症を有する子どもについて、「事業」でてんかんの合併率が高く、医療的ケアの必要な子どもは医療型センター（肢体通園、総合通園）や重症通園に多い傾向があった。医療連携体制加算の利用は少なく、自園の看護師等が実施する傾向があった。たんの吸引等の研修については、受けていない、受ける予定がない事業所が多かった。

併行通園を利用する子どもは多く、難聴通園から移行した児童発達支援センターでは60%以上が利用していた。総じて、児童発達支援センターでは平均20%と低く、「事業」では放課後デイを除いても40%以上の高率であり、保育所等だけでなく、他の「事業」や児童発達支援センターとの併行利用も少なくなかった。

## 4. 新規事業（保育所等訪問支援事業、放課後等デイサービス、障害児相談支援事業）の受託状況と課題

放課後等デイは増加傾向であったが、さまざまな実施形態が見られて混乱しており、今後は実施事

例の提示などが必要と思われた。

保育所等訪問は155ヶ所しか指定を受けておらず実際に稼働している事業所は57ヶ所のみという状況であった。通所型発達支援から巡回・訪問型発達支援への転換という大きな課題をもつ事業であるので、推進のためには人口過疎地域などでの給付額の検討も考える必要がある。

今回は障害児相談支援事業については調査対象にしなかったが、「中立・公平性の担保」「子ども支援で最も重要な基本相談がない点」「自立支援法に残った居宅支援事業を含む計画を立てるためには指定特定相談支援事業の受託が必要な事」などさまざまな問題があるので、すべての児童発達支援センターが指定を受ける期限の27年3月までにさらなる検討が必要である。

## 5. 要保護児童に関して

回答事業所1,404ヶ所中、虐待またはその疑いのある要保護児童のいる事業所が403施設(925人)もあるという実態があり、児童発達支援事業所が、障害のある子どもを虐待から守るという役割を果たしているという実態が示されたといえる。「障害」は、虐待が起こる危険因子の一つでもあるので、児童発達支援事業所や障害児相談支援事業所の虐待防止に向けた役割の重要性がさらに増すものと考えられる。

## 6. 児童発達支援センターの標準的事業モデルについて

「一元化の大義」を追求するなら、どんな障害のある子どもも発達支援の基盤を保育機能に置くべきである。そのためには、保育士・児童指導員の配置基準を統一して「医療型」「福祉型」の類型を撤廃し発達支援の基本機能とする。加えて、障害児相談支援事業や保育所等訪問を必置事業として実施する(障害児相談支援事業はセンター外部に置くことが必要)。その上で、診療所をもてるセンターは、地域に開放する「地域の障害児医療センター」を設置し、医療専門職は診療報酬で賄う。診療所を設置できない児童発達支援センター・「事業」における医療専門職は、特別支援加算などで配置を進める。

以上、児童福祉法(および障害者自立支援法)の改正による事業体系の改編に関する調査結果を報告した。

今後、児童発達支援に関する事業の展開に関して、今後も継続した調査と評価が必要であり、「3年後の完全実施」に向けて、全国児童発達支援協議会が提案や意見を表明し続けていくことを決意して報告書の結びに代える。

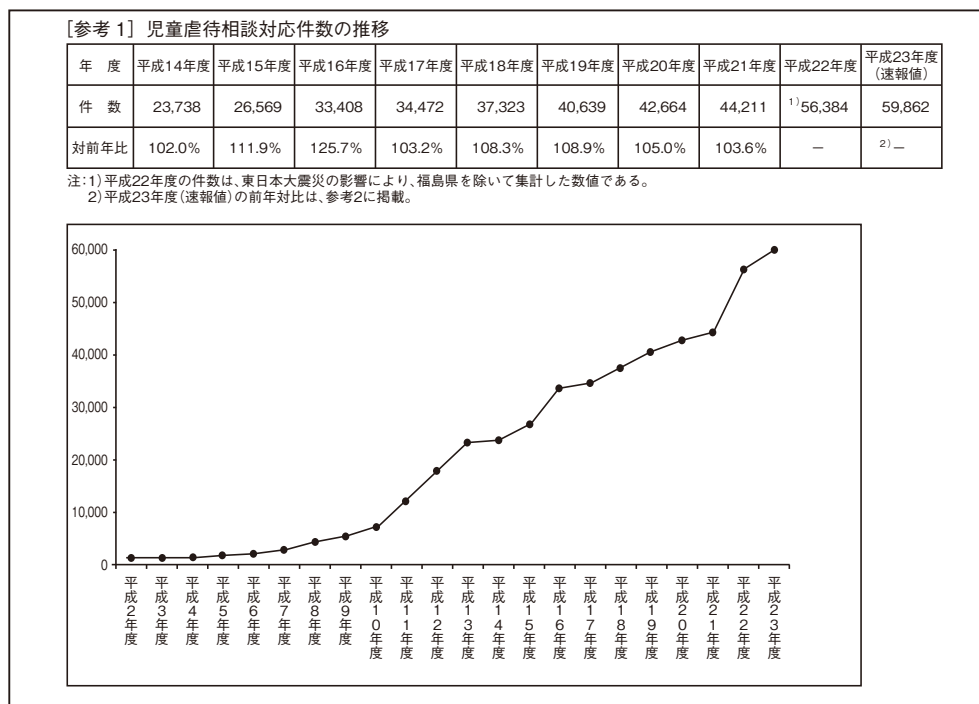
## 要保護児童と家族支援

### 1. 児童虐待と障害児

#### 1) 児童虐待の実態

平成23年度に全国の児童相談所に対応した児童虐待相談数は、59,862件にも及ぶ。児童虐待防止法が施行された翌平成13年が23,274件で、10年間で2.57倍の増加である（図1）。

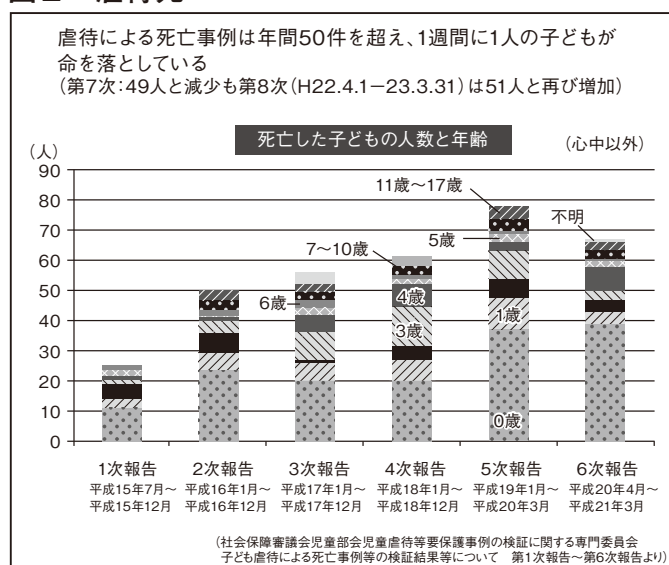
図1 虐待の現況 平成23年度



また虐待死亡事例は毎年統計がとられており（図2）、さらに第8次の死亡事例の分析がされており、第7次では88人と減少したが第8次調査では10人増加した。

分析によれば、心中による死亡例と心中以外の虐待死と分類して統計をとっているが、心中以外の虐待死では、0歳（23.5%）が多く、3歳以下で43人（84.3%）であった。主たる虐待者は実母30人（58.8%）実父7人（13.7%）であり、実母の抱える課題として「若年妊娠」「望まない妊娠」「妊婦健診未受診」「母子健康手帳未発行」「乳幼児健康診査未受診」が多く、加害者の動機は「泣き止まないことにはいらだったため」「しつけのつもり」であった。また、未遂も含む心中による虐待者は実母33人（70.2%）、実父11人（23.4%）であった。加害者の動機として、「保護者自身の精神疾患・精神不安」が21人（44.7%）あり、その内には子ども

図2 虐待死



の障害についての相談・対応している中で発生している事例もあったと報告している。

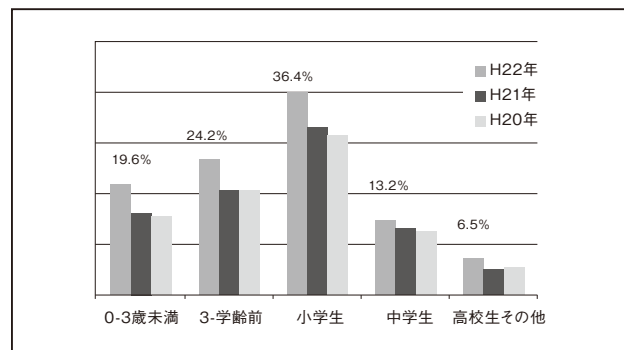
さらに、死亡事例の個別のヒアリング調査結果の分析（4事例）からは、子どもの発達に関する養育者の不安や悩みを受け止めていないとし、「子どもの発達を心配する家族への支援」が重要と結論し、養育者の生育歴・家族関係を考慮したアセスメントと支援など8項目を分析結果として報告している。さらに地方公共団体への虐待の発生及び深刻化予防として、母子保健、精神保健など幅広い知識や技術を基に養育などの関係部署につなぎ、連携して支援する体制を整備することなどを提言しており、平成24年の改正児童福祉法の下で「療育機関」もその役割を担うこととされた（表1、図3）。

表1 児童虐待のハイリスク

妊娠	望まぬ妊娠・出産、妊娠届けが遅い、妊娠中健康診断を受けていない、未婚、妊娠中に夫が死亡・別離、育児不安、乳児特性（泣き声、匂い、おむつ替え等）に拒否的
子ども	多児、低出生体重、先天異常、慢性疾患、精神発達遅延、家庭外養育後、期待と異なる児童
親	疾病、アルコール依存、薬物依存、育児知識や育児姿勢に問題、親自身が被虐待
家庭	育児過大（多子、病人を抱えている）、夫婦不和、孤立家庭（転居後、配偶者の単身赴任や死別、実家と絶縁、他人からの援助に拒否的）、ひとり親家庭、経済的不安定、未入籍、反社会的な生活など

(全国主要病院小児科調査)

図3 被虐待児の年齢別対応件数の年次推移  
低年齢の被虐待児童の増加！



## 2) 障害児は虐待の子ども側のハイリスク要因

杉山（2007）は2001から2006年に子育て育児外来を受診した被虐待児例575名うち、24%が広汎性発達障害（PDD）、20%が注意欠陥多動性障害（AD/HD）で、なんらかの発達障害の診断が可能なものは全体の54%あったと報告している。

佐藤（2011）らは、米国と日本の障害児の虐待の状況を検討し報告している。それによれば、米国では被虐待児の7%に障害があるとされているが、日本の児童相談所の報告（田村 2009）では被虐待児の15.4%、保健所では20.9%が障害児であったとしている。ただし、「もともと障害児であった」「虐待を受けて障害児となった」などの分類がされておらず、注意深い検討が必要だと述べている。

児童相談所の調査（田村 2009）によれば、事例8,108人中障害が虐待につながる要因となったのは15.4%で、「精神発達の遅れ・知的障害」が7.4%、「身体の発達の遅れや障害」が1.9%「発達障害」6.1%であったとしている。

今回の調査では、要保護児童が「いる」事業所中、知的通園は、92ヶ所（50.5%）と高く、一方重症通園では「いる」は3ヶ所（3.6%）と低く、知的障害児の子育ての困難さが伺える。

虐待の種類として、身体障害や遅れはネグレクトが多く、一方、「精神発達の遅れ・知的障害」では身体的虐待が多く、知的障害において性的虐待が多いと報告している。佐藤らは報告書の中で事例研究・検討し、乳児期早期から育児支援とともに障害の受けとめの支援を行い虐待予防に効果があったが、障害がありさらにDVなどの生育歴の問題がある場合には防止が困難と報告している。

さらに、障害の把握時期および養育者の支援ニーズの有無で4群に分けて分析検討し、①障害がすでに判明し支援ニーズがある場合は虐待事例は少なく、障害がすでに判明し支援ニーズが少ない場合

は、医療ネグレクトとなる。障害が支援中に判明し支援ニーズがある場合は発達障害が多く、養育者の認識の時期が遅く子どもに問題行動が起こっていたが、支援ニーズがあれば改善に向かっていた。障害が支援中に判明し支援ニーズがない場合は、親族などの支援者の存在が重要と考えられた。

生後早期から障害のある場合は入院中からの医療機関と連携した育児基盤の把握と整備、病状の理解と障害受容への細やかな支援、育児負担の軽減の支援が重要である。支援過程で障害が疑われる事例では、障害が確定しなくても養育者の育児の困難に寄り添い、家族内の理解者を多くし、育児負担の軽減する支援を早期に導入することが必要であると報告している。

\*参考：厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的障害などの障害分野）総合研究報告書（平成22年～23年度）「障害児家族に対する子育て支援母子保健活動の後方視的分析研究」

一方、障害児分野からの報告として、①児童養護施設に入所中の53.4%が被虐待児であり、里親ケースでは被虐待は31.5%にのぼっており、ともに増加している（障害児虐待の現状：米山）。また、児童養護施設全入所児の23.4%にはなんらかの障害があり、里親ケースでは18%の児に障害等がある。（社会保障審議会2010）。

障害児施設では、

- ① 福祉型障害児入所施設：「知的障害」施設入所児：18.7%、「第二種自閉症」4.0%、「盲」32.6%、「ろうあ」21%、「肢体療護」26%（日本知的障害者福祉協会2009）
- ② 医療型障害児入所施設：「肢体不自由」12.0%（全国肢体不自由施設運営協議会2010）が被虐待児で、増加を報告している。その中で、入所している児童の虐待の種類は、一般の虐待よりネグレクトが多い。（図4、5、6 入所児童の虐待の種類）

図4 医療型・福祉型障害児入所施設に在園する被虐待（及び疑い）児童数とその割合  
日本知的障害者福祉協会（2009）  
全国肢体不自由施設運営協議会（2010）

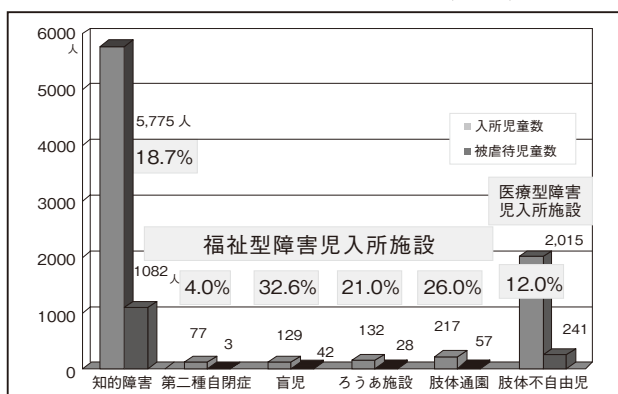
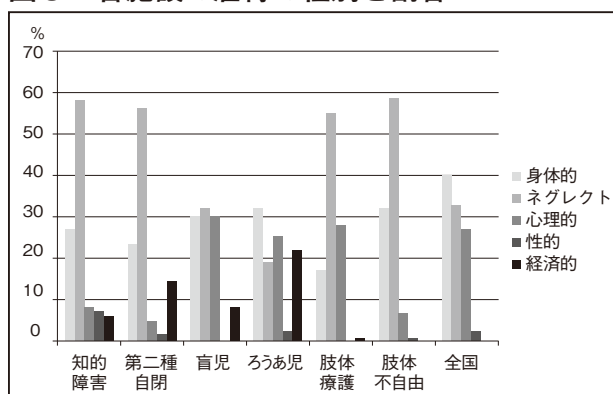


図5 各施設の虐待の種類と割合

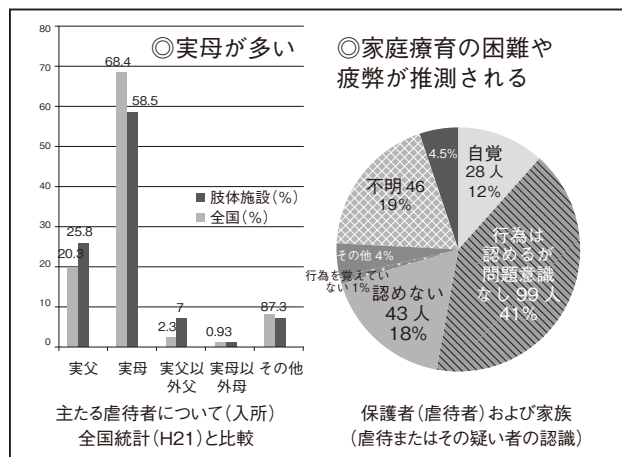


また、前述の全国肢体不自由施設運営協議会の調査では、59施設の1年間で外来通院／通所している障害児85人に虐待または疑いがあり、虐待者は71%が実母で高率、25%は虐待を自覚し認めており、家庭療育の困難や疲弊が要因と推測し家族支援が重要と報告している。

（注）最近トピックとなっている「発達障害」については、平成17年に施行された発達障害障害者

支援法の定義では、主に「学習障害」「注意欠陥多動性障害」「広汎性発達障害」を主としているが、実際には WHO の ICD-10 の F8-F9 (F8 に学習障害・広汎性発達障害が入り、注意欠陥多動性障害 (ADHD) は F9 に分類されている) に分類されるものを含むとしており、小児の心身・精神の課題をほとんど包含していることになり、定義上で述べられている、脳の機能の異常が推定されている、ものとは矛盾する診断名も含んでおり、杉山が提唱する第 4 の発達障害と言われる、虐待により引き起こされた精神的な症状や心理的課題もこの分類に抱合されうる。そのため「発達障害」について言及するときには、診断については、「発達障害」の表現は曖昧であり、医学的診断名に基づいて分析することが必要である。

図 6



【表 2 ICD-10 : F7-F9】

知的障害〈精神遅滞〉(F70-F79)

下記の 4 桁細分類項目は項目 F70-F79 とともに行動面の機能障害の程度を特定するために用いられる:

- .0 行動面の機能障害がないか最小限であると言及されている
- .1 手当て又は治療を要するほどの行動面の機能障害
- .8 行動面のその他の機能障害
- .9 行動面の機能障害が言及されていない

- F70 軽度知的障害〈精神遅滞〉
- F71 中等度知的障害〈精神遅滞〉
- F72 重度知的障害〈精神遅滞〉
- F73 最重度知的障害〈精神遅滞〉
- F78 その他の知的障害〈精神遅滞〉
- F79 詳細不明の知的障害〈精神遅滞〉

心理的発達の障害 (F80-F89)

- F80 会話及び言語の特異的発達障害
  - F80.0 特異的会話構音障害
  - F80.1 表出性言語障害
  - F80.2 受容性言語障害
  - F80.3 てんかんを伴う後天性失語(症) [ランドウ・クレフナー <Landau - Kleffner> 症候群]
  - F80.8 その他の会話及び言語の発達障害
  - F80.9 会話及び言語の発達障害, 詳細不明
- F81 学習能力の特異的発達障害
  - F81.0 特異的読字障害
  - F81.1 特異的書字障害
  - F81.2 算数能力の特異的障害
  - F81.3 学習能力の混合性障害
  - F81.8 その他の学習能力発達障害
  - F81.9 学習能力発達障害, 詳細不明
- F82 運動機能の特異的発達障害
- F83 混合性特異的発達障害
- F84 広汎性発達障害
  - F84.0 自閉症
  - F84.1 非定型自閉症

F84.2	レット <Rett> 症候群
F84.3	その他の小児 < 児童 > 期崩壊性障害
F84.4	知的障害 (精神遅滞) と常同運動に関連した過動性障害
F84.5	アスペルガー <Asperger> 症候群
F84.8	その他の広汎性発達障害
F84.9	広汎性発達障害, 詳細不明
F88	その他の心理的発達障害
F89	詳細不明の心理的発達障害

### 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 (F90—F98)

F90	多動性障害		
F90.0	活動性及び注意の障害	F90.1	多動性行為障害
F90.8	その他の多動性障害	F90.9	多動性障害、詳細不明
F91	行為障害		
F91.0	家庭限局性行為障害	F91.1	非社会化型 < グループ化されない > 行為障害
F91.2	社会化型 < グループ化された > 行為障害	F91.3	反抗挑戦性障害
F91.8	その他の行為障害	F91.9	行為障害、詳細不明
F92	行為及び情緒の混合性障害		
F92.0	抑うつ性行為障害	F92.8	その他の行為及び情緒の混合性障害
F92.9	行為及び情緒の混合性障害、詳細不明		
F93	小児 < 児童 > 期に特異的に発症する情緒障害		
F93.0	小児 < 児童 > 期の分離不安障害	F93.1	小児 < 児童 > 期の恐怖症性不安障害
F93.2	小児 < 児童 > 期の社交不安障害	F93.3	同胞抗争障害
F93.8	その他の小児 < 児童 > 期の情緒障害	F93.9	小児 < 児童 > 期の情緒障害、詳細不明
F94	小児 < 児童 > 期及び青年期に特異的に発症する社会的機能の障害		
F94.0	選択 (性) かん < 緘 > 黙	F94.1	小児 < 児童 > 期の反応性愛着障害
F94.2	小児 < 児童 > 期の脱抑制性愛着障害	F94.8	その他の小児 < 児童 > 期の社会的機能の障害
F94.9	小児 < 児童 > 期の社会的機能の障害、詳細不明		
F95	チック障害		
F95.0	一過性チック障害	F95.1	慢性運動性又は音声性チック障害
F95.2	音声性及び多発運動性の両者を含むチック障害 [ ドウ ラ トゥーレット <de la Tourette> 症候群 ]		
F95.8	その他のチック障害	F95.9	チック障害、詳細不明
F98	小児 < 児童 > 期及び青年期に通常発症するその他の行動及び情緒の障害		
F98.0	非器質性遺尿 (症)	F98.1	非器質性遺糞 (症)
F98.2	乳幼児期及び小児 < 児童 > 期の哺育障害	F98.3	乳幼児期及び小児 < 児童 > 期の異食 (症)
F98.4	常同性運動障害	F98.5	吃音症
F98.6	早口 < 乱雑 > 言語症		
F98.8	小児 < 児童 > 期及び青年期に通常発症するその他の明示された行動及び情緒の障害		
F98.9	小児 < 児童 > 期及び青年期に通常発症する詳細不明の行動及び情緒の障害		
	詳細不明の精神障害 (F99)		
F99	精神障害、詳細不明		

### 3) 障害児を育てること

障害児を育てる家庭等では、パニックになったり、暴力的になったり、養育者との関係が育たなかったり、養育する側に怒りがでやすい子育てになりやすい。虐待の動機にあげられている「子どもに苛立つ」という声は、児童発達支援センターに通園する子どもの保護者から頻繁に聞かれる。

障害がある子の子育ては、大変さが多いのは事実である。乳幼児期の泣きやまない子、睡眠障害、パニック、よかれと思った関わりへの拒否、集団の中での不適応、他児とのトラブルなどがある子どもを育てることはかなり大変なことである。こういう状況での怒りは、子どもに向いてしまうことが



多い。子どもを可愛くないと思ったり、怒りを子どもに向けてしまったりすることへの罪悪感がさらなる悪循環を生み出し、身勝手に見える行動を修正しようとさらに愛着の遅れを生じてかんしゃくや反抗的態度を増強させてしまう。

#### 4) 家族支援

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」の報告書では、4つの基本的な視点のひとつに、「家族も含めたトータルな支援」があげられた。

また、療育とは、発達支援という狭義の意味だけではなく、家族支援、地域支援も含めた障害児に関わるすべてとも定義されることもある。

しかし実際の療育現場では、家庭との連携は大切に考えているものの、子どもの発達支援が中心になってしまい、養育者のメンタルヘルスや要保護家庭の支援にまで手が回らないのが現状である。家族支援の大切さを、親御さんたちが行政に要望しても、「理念的には理解できるが、実際に児童発達支援に組み込まれていない。当事者である子どもへの支援に限定される」という実態も例もみられた。

#### 5) 児童発達支援センターが子どもと家族を守るために～地域における子育て支援の拠点としての児童発達支援センターへ～

① 児童発達支援センターは、障害のある子どもの子育て支援の最前線である。虐待のハイリスクが存在する可能性の高いことを充分理解したうえで、子どもの様子、養育者の経済的状況、家族の状況などを把握し、悩みを抱える養育者が相談しやすい体制をつくる必要がある。相談を受けた児童発達支援センターの職員が抱え込まずに、子どもを守るために、医療機関、保健センター、児童相談所などとの地域連携を強化していく必要がある。また、児童福祉法改正（平成20年）により子ども・子育て支援策の養育支援訪問事業等で、要支援児（障害児やその疑いのある児童）・要保護児童への関わりが修正加筆されており、地域子育て支援事業への参入も検討されるべきである（表3、4）。

[http://www8.cao.go.jp/shoushi/10motto/08kosodate/wg/kihon/k\\_19/pdf/s2-4\\_p63-103.pdf#search](http://www8.cao.go.jp/shoushi/10motto/08kosodate/wg/kihon/k_19/pdf/s2-4_p63-103.pdf#search)

表3

児童福祉法等の一部を改正する法律案の主な内容	
<b>趣旨</b>	「子どもと家族を応援する日本」重点戦略等を踏まえ、子育て支援に関する事業の制度上の位置付けの明確化、産物を受けた子ども等に対する家庭的環境における養育の充実、一級事業主行動計画の策定の促進など、地域や職場における次世代育成支援対策を推進するための所要の改正を行う。
<b>1 児童福祉法の一部改正①(子育て支援事業等を法律上位置付けることによる質の確保された事業の普及促進)</b>	<p>(1) 子育て支援事業を法律上位置付け（平成22年4月施行）</p> <p>○ 以下の事業について、法律上位置付けるとともに、省令で必要な基準等を設け、都道府県知事への届出・指導監督等からしめることとする。</p> <p>① 乳児家庭全戸訪問事業（※いわゆる生後4か月までの全戸訪問事業）</p> <p>② 養育支援訪問事業（※いわゆる育児支援家庭訪問事業）</p> <p>③ 地域子育て支援拠点事業</p> <p>④ 一時預かり事業</p> <p>○ また、市町村は、これら①～④の事業が着実に実施されるよう必要な措置の実施に努めるものとする。</p> <p>※ 上記の改正に併せて社会福祉法を改正し、上記事業及び(2)の小規模住居型児童養育事業について、第2種社会福祉事業とすることにより、必要な社会福祉法の事業開始・指導監督規定や、消費税率の非課税措置の対象とする。</p> <p>(2) 家庭的保育事業を法律上位置付け（平成22年4月施行）</p> <p>○ 保育に欠ける乳幼児を、家庭的保育室（市町村長が行う研修を修了した保育士その他の省令で定める者であつて、これらの乳幼児の保育を行う者として市町村長が選任し認めるもの）の居宅等において保育する事業について、法律上位置付けるとともに、省令で必要な基準等を設ける。</p> <p>○ 市町村の保育の実施責任に関する規定に、保育所における保育を補充するものとして家庭的保育事業を位置付ける。</p> <p>○ 市町村は、事前に都道府県知事に届け出て家庭的保育事業を行うことができるものとし、都道府県による指導監督等からしめることとする。</p>

表4

地域子育て支援事業(仮称)	
○ 以下の事業を地域子育て支援事業(仮称)として、市町村が地域のニーズ調査等に基づき実施する旨を法定。	<p>・地域子育て支援拠点事業</p> <p>・一時預かり</p> <p>・養育支援訪問事業その他要支援児童、要保護児童等の支援に資する事業</p> <p>・ファミリー・サポート・センター事業</p> <p>・子育て短期支援事業</p> <p>・実費徴収に係る補給給付を行う事業(仮称)(51頁参照)</p> <p>・多様な主体が新システムに参入することを促進するための事業</p> <p>(例: 特別支援教育に関する支援等)</p> <p>(対象事業の範囲は法定)</p>
○ 市町村新システム事業計画(仮称)で必要の見込み、見込量の確保を記載し、提供体制を計画的に確保。	
○ すべての子ども・子育て家庭を対象としたこれらの事業の実施が必要。特に、地域子育て支援拠点事業については、実施主体である市町村と当該事業者が連携し、個々の子育て家庭に身近な立場から、その実情に応じた、利用者支援の役割を果たすものとする。	
○ 一時預かりは、保護者の働き方に関わらず、日常生活を営む上での利用や、社会参加を行うための利用など、普遍的に子ども・子育て家庭に必要であり、すべての子ども・子育て家庭が身近に利用できる事業とする。	
○ 乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業は、都道府県等が実施する社会的養護、障害児支援と連携して実施。	
※ 市町村新システム事業計画(仮称)において、都道府県との連携や市町村が行う障害児の発達支援に重点した専門的な支援事業との連携方を位置づける。	
○ 事業ごとに、質の確保を図る観点から、国は一律の基準を設定。	

#### ② 要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）の機能強化のために

児童福祉法等の一部を改正する法律において、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略等を踏まえ、家庭的保育事業等の新たな子育て支援サービスの創設、虐待を受けた子ども等に対する家庭的環

境における養護の充実などが提言されている。(表5)

その中で、地域における次世代育成支援対策の推進が掲げられ、①新たな子育て支援サービスの創設、②困難な状況にある子どもや家族に対する支援の強化などが示された。その中で、「要対協の協議対象を(保護者の)養育支援が特に必要である児童やその保護者、妊婦に拡大する」とされ、要対協の機能強化が内容に組み込まれた。その結果、全戸訪問などにより把握された養育支援が必要な児童(要支援児童)については協議されることになる。

考察で述べた通り、障害児や障害の疑いのある子ども、低体重出生児などは、その発達特性などから保護者が養育困難に陥り易く、「虐待」発生の高リスク家庭であることは明らかである。児童発達支援センター・「事業」が関わる子どもは全て要支援児と考えられ、協議対象となる子どもである。従って専門的な知識や支援機能を持つ、児童発達支援センター・「事業」は、協議会へ積極的な参加が求められるべきである。その結果、児童発達支援計画を含む具体的な支援のあり方が多角的見地から協議されることとなり、児童福祉法の改正の目標である、要対協の機能強化が推進されることになる。

本報告書 表Ⅱ-18および今回調査結果[表5-11]：要保護児童対策地域協議会への参加状況の結果では、各事業所の要対協への参加や関わりは少ない。その現状を踏まえ、今後その参加による連携や機能強化が望まれるが、その参加にあたっては準備と参加時間を費やすことから、専門相談事業のケースとして計上できるなどの予算的措置が講じられるべきである。

表5 児童福祉法改正の概要の一部抜粋(厚生労働省)

2 児童福祉法の改正②(困難な状況にある子どもや家庭に対する支援の強化)
(1) 里親制度の改正 (平成21年1月施行) <ul style="list-style-type: none"><li>○ 養子縁組を前提とした里親と養育里親を区別し、養育里親の要件について一定の研修を修めることとする等里親制度を見直す。</li><li>○ 都道府県の業務として、里親に対する相談等の支援を行うことを明確化し、当該業務を一定の要件を満たすものに委託できることとする。</li></ul>
(2) 小規模住居型児童養育事業の創設 (平成21年4月施行) <ul style="list-style-type: none"><li>○ 要保護児童の委託先として、養育者の住居で要保護児童を養育する事業(ファミリーホーム)を創設し、養育者の要件等事業に関する要件を定めるほか、都道府県の監督等必要な規定を設ける。</li></ul>
(3) 要保護児童対策地域協議会の機能強化 (平成21年4月施行) <ul style="list-style-type: none"><li>○ 要保護児童対策地域協議会の協議対象を、養育支援が特に必要である児童やその保護者、妊婦に拡大するほか、要保護児童対策調整機関に、一定の要件を満たす者を置く努力義務を課す。</li></ul>
(4) 年長児の自立支援策の見直し (平成21年4月施行) <ul style="list-style-type: none"><li>○ 児童自立生活援助事業について、対象者の利用の申込みに応じて提供することとともに、義務教育終了後の児童のほか、20歳未満の者を支援の対象として追加する等の見直しを行う。</li></ul>
(5) 施設内虐待の防止 (平成21年4月施行) <ul style="list-style-type: none"><li>○ 児童養護施設等における虐待を発見した者の通告義務、通告があった場合の都道府県や都道府県児童福祉審議会等が講ずべき措置等施設内虐待の防止のための規定を設ける。</li></ul>
(6) その他 (平成21年4月(提供体制の計画的整備は平成22年4月)施行) <ul style="list-style-type: none"><li>○ 児童相談所における保護者指導を児童家庭支援センター以外の一定の要件を満たす者にも委託できることとする。</li><li>○ 児童家庭支援センターについて、児童福祉施設への附置要件の廃止等を行う。</li><li>○ 都道府県における里親や児童養護施設等の提供体制の計画的整備について、必要な措置を講じる。</li></ul>

### ③ 児童発達支援センターにおける要保護児童と養育者支援

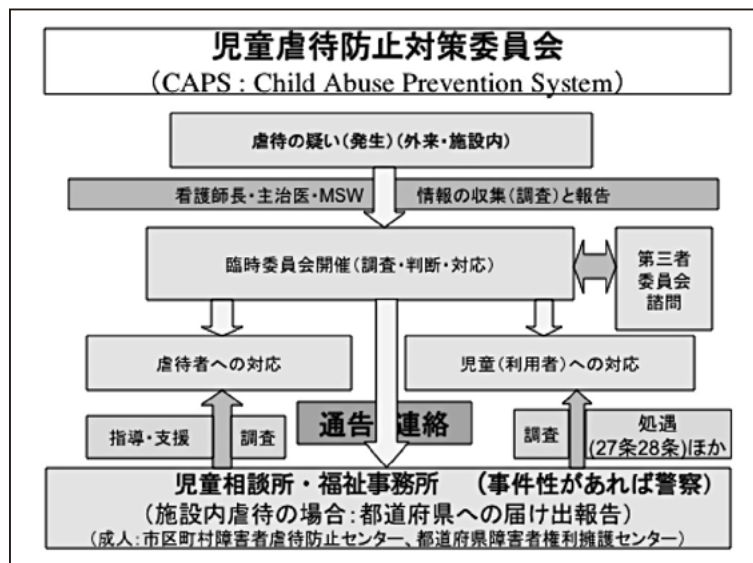
養育者の相談を受けるためには、相談しやすく、支援に結びつきやすい環境づくりが必要である。母子保健、精神保健、面接・介入の仕方など、障害児の母子関係支援に関する幅広い知識と技術が求められる。このための職員配置と質の向上のための研修の機会が提供される必要がある。

家族支援に対して児童発達支援センターが実質的な対応をするためには、養育者に対する心理職等の職員配置もしくは特別配置加算などの体制の強化が求められる。

虐待ケースやその疑いのあるケースの対応は、現在療育機関に勤める職員には、通告の義務が2005年以後強化されているが、施設内での被虐待児童と虐待者やその家族への対応、さらに関係機関との連携などにあたっては、個人で対応するのではなく、児童発達支援センター「事業」が組織として対応することが望ましく、医療機関で整備が進んでいる「児童虐待防止対策委員会：CAPS」の設置がその対応を円滑にするので各事業所はその設置整備が望まれる（図7）。

さらに、いわゆる「身体拘束」なども含む、施設内虐待防止への体制整備も急がれる。

図7 児童虐待防止対策委員会：CAPS



〈事例；母親からの聞き取り〉

- ・ 重度の自閉症の女兒 A は、1 歳 10 か月から児童発達支援センターに通い始めた。しかし、母子通園を続けるうちに明らかに娘の障害が重いことに気づいた。家では夜中にパニックがおさまらず泣き続けるため、近所からも噂されるようになった。ギリギリの精神状態まで追い込まれ、A を当時住んでいた 13 階のマンションの窓から突き落としてしまいたい衝動に駆られた。私は、娘を道連れにして死のうと考えるようになった。
- ・ 眼を放すとものを壊す。無視するしかない。そのうち震えてくる。過呼吸になってしまう時もある。自分よりも大変な人がいるのに、こんなに甘えていいのだろうか。生肉を食べていた。ガスの火を点けた。私はお酒を飲むようになった。K がいると精神的バランスが崩れてしまう。

このお母さんたちは、幸いにも実際に子どもに手をかけてしまうということにはなかったが、子どもを養育する気力がなくなりネグレクトせざるを得ない状況だった。

しかし、お母さんグループではこのような話はめずらしいことではない。子育てのつらさは頻繁に語られる。「つらいのは自分だけではなかったんだ。今まで誰にも言えなかった」というお母さんたちが少なくない。

2. まとめ

今回のアンケート調査で、初めて通所支援を利用している児童における社会的養護（虐待もしくは、不適切な養育の可能性のあるもの）に関する実態調査がなされた。

調査では、回答があった1,404事業所中、「いる」と答えた事業所は403（28.7%）であり、合わせて925人もの児童がいるという実態があり、障害児通所支援事業所が、障害のある子どもを虐待から守るという役割を果たしているという実態が示された。このような状況の中で、送迎バスでの配慮、早朝・延長・休日保育を行ったり、家庭訪問やメンタルヘルス支援・母親グループなど、養育者のエンパワメントを高める努力している事業所もあるが、必要な子どもの実態やニーズに沿った支援の内容や量を確保していない。

今後、児童発達支援センター・「事業」が障害児を持つ養育者に対する子育て支援機能を実質的なものにしていくためには、養育者や家族を支援する心理職等の職員配置もしくは特別加算などの具体的な体制の強化が求められる。