

第4回障害児支援に在り方に関する検討会におけるヒアリング（資料）

一般社団法人 日本自閉症協会 会長 山崎晃資

1. 障害児支援を進めるに当たっての基本的な視点

(1) 障害児支援の基本的理念

① 支援の対象となる「障害児」の範囲

○発達障害者支援法における「定義」を見直す必要がある。この法律における「定義」は、ICD-10とDSM-IVにおける診断分類名を混合させており、知的障害を除外するものと誤解される可能性を含んでいる。（知的障害者福祉法には、「知的障害」の明確な定義が記載されていない。）

周知のように、2013年5月に米国精神医学会から刊行された「精神疾患の診断・統計マニュアル 第5版（DSM-5）」では、「神経発達障害」という新たな大項目が新設され、そこには、①知的（発達）障害、②コミュニケーション障害、③自閉症スペクトラム障害（ASD）、④注意欠如/多動性障害（AD/HD）、⑤特異的学習障害、⑥運動障害、⑦チック障害、⑧その他の神経発達障害が含まれることになった。また、2015年に世界保健機関（WHO）から刊行予定の「国際疾病分類 第11版（ICD-11）」においても「神経発達障害」が採用される予定である。知的障害の有無にかかわらず、「神経発達障害」という包括的な概念を取り入れて対応すべきである。

○「障害のない児童」を診断することは、厳密にいうと「障害がある児童」と診断するよりも難しいことがある。小中学校の巡回相談をしていると、明らかに問題行動を示す子どもの親が「障害があると認めず」、診断・相談を拒否する例が少なからずある。障害の有無にかかわらず、一人ひとりの子どもの成長を継続的に見守り続けることが必要であり、それができる教師・支援者の育成が重要であり、継続的な見守りが可能な体制の確立が必要である。

② 家族支援の重要性

○自閉症の症状形成過程は、「まず脳の機能障害もしくは成熟障害があり、そのために生じる多様でバラツキの多い発達障害に環境からのさまざまな心理学的影響が加わり、それぞれの年齢段階に特有な症状を形成していく」と考えられる。この症状形成過程において、自閉症の子どもは、自発行動の表出（親へのサイン）が乏しく、親との相互交渉の展開（発達心理学や児童精神医学においては「愛着関係」「愛着形成」といわれる）が難くなる。改めて強調しておくべきことは、自閉症は、親子の関係性の問題が一次的な原因ではなく、症状形成過程にはさまざまな要因が加わり、子どもの行動半径が広がると共に周囲から誤解されたり、誤った対応がなされることがあり、それが二次障害を発現させる

- ことになる。その意味で、適切な「家族支援」は、子どもの自発行動の促進と共に、二次障害を発現させぬようにすることで極めて重要である。
- 親子の関係性や同調性がきめ細かくなされてきた子どもは、たとえ重度の知的障害があっても、二次障害を引き起こさず、情緒的に安定した思春期・成人期を過ごしている事例は、臨床場面でしばしば経験している。
 - これらの家族支援の問題を誤って理解していると思われる半世紀も前の「心因論」が再登場し、「親の誤った育て方が自閉症の原因である」と強調し、自閉症の人々および家族への誤解・偏見を増長させている。
 - 福祉施設や学校などにおいて人権侵害がなされた悲しい事件が相次いで起きている。一般社会の人々の自閉症に対する正しい認識は未だに不十分と言わざるを得ず、より一層啓発活動を進める必要がある。その意味で、発達障害者支援法の「発達障害者」の定義にある「発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者」を「発達障害および社会的障壁により日常生活または社会生活に制限を受ける者」と修正する必要がある。
- ③ 支援者人材育成と支援者支援システム
- 障害者総合支援法や児童福祉法による諸サービスが発達障害の人々に適用されることとなったが、実際にはこれらの諸サービスが発達障害の人々にとっての適切な支援となり得ておらず、発達障害の人々がより困難な状況に置かれている実態がある。そのため、発達支援専門員を養成して各サービスに派遣し、各サービスが発達障害の人々を適切に支援できるようにしていくための拠点機能を発達障害者支援センターが持つことは極めて重要である。
 - 発達障害者支援センターの機能に、①発達支援専門員の養成と派遣、②圏域内の発達障害者支援システムの構築を加える。また、発達障害者支援センターを核として、相談支援事業や日常生活支援などの個別的で重層的な支援システムを構築することが必要である。
 - さらに強度行動障害などを示す支援困難な事例などに関わる支援者への支援システムを構築することが急務である。そのためにも、都道府県一律の設置基準を改め、人口や地域性に見合った設置数や職員配置を義務付ける必要がある。

(2)子育て支援施策全体の中での障害児支援の位置づけ

①新たな子ども・子育て支援制度との関係

- 「障害」と判定される以前の「発達が気になる」段階から、身近な場で親が抵抗感なく支援を受けられるように、子ども・子育て支援制度が障害児に対応できることが重要である。その場合、親の気持ちに十分配慮し得る臨床経験豊富なスタッフの配置が不可欠である。
- 特定教育・保育施設への財政支援・保育士の増配置に期待するが、特定施設が地域偏在せずに、身近な地域に配置されるよう、その普及を進めるべきである。また保育士が発達障害児に対して適切な支援ができるように、事例検討会・スーパービジョンなどを定期的を開催することも必要である。
- 女性の就労率は今後さらに増える見通しであり、保育所・幼稚園の利用率は増

加するため、保育所・幼稚園などにおける障害児支援対策が重要となる。また同時に、親が子どもと向き合う時間を少しでも長く持てるようにする社会全体としての育児支援がさらに必要となる。

- 発達障害児の中には、集団での保育が困難な児童もいることから、居宅訪問型保育の適用がスムーズに行われるようにすることが必要である。
- 利用者支援事業は特に重要である。障害児相談支援、発達障害者支援センターとの連携を進めるべきである。

(3)教育施策との関係での障害児支援の位置づけ

①学校教育の現状

- 都内のいくつかの小・中学校は在籍児童生徒数が減少しており、ある小学校は各学年1～2学級となっている。20～30人の学級に気になる子どもが数人おり、担任がいかに大変な状況に置かれているのかがよくわかる。
- 在籍児童生徒の約半数が外国籍であり、日本語を話せない子どもが多い小学校もある。教育委員会から1名の教育補助員や介助指導員（いずれも非常勤）が派遣されている学校もあるが、時には1人で3校を担当していることもある。大学生がボランティアとして参加している学校もあるが、当然なごとき学生の都合が優先され、継続的な介助は不可能である。

②インクルーシブ教育システムの構築

- 障害のある子どもにわかりやすい授業・環境は健常な子どもにもわかりやすいという視点から、例えばユニバーサルデザインの考え方などを導入する（同じ方向・考え方で一貫性を持って取り組むことにより、学校間の格差が解消される）。
- その中で特に発達障害の子ども達には、障害特性に応じた個別の配慮、その子どもの生活や能力のアセスメントに基づき設定する目標に向けての本人の発達に合わせた個別教育計画・発達支援が必要である。そのためには、障害特性に合わせた教育技術の研究と実践により提供される体制作りが必要である。

③ 地域の保育所・幼稚園、子ども発達センターとの連携

- 地域によっても異なるが、地域の保育所・幼稚園との連携は必ずしも円滑に行われていない。親には学校教育に対する期待と不安があり、乳幼児期の情報を学校側に提供することに極めて消極的である。
- 子ども発達センターでどのように子どもが評価され、どのような療育指導がなされ、それが学校教育の場でどのように活用されるのか、親への説明が十分になされていないことが多い。
- 就学委員会・情緒障害部会の入級判定会議に子ども発達センターのスタッフの参加を求めても、(不十分な)資料が提出されるだけのことが多い。

2. 論点（支援類型別）

(1) 児童発達支援センターの役割

- ① センターの地域支援機能に係わる基本的考え方

- 幼児期の子どもの診断・評価は難しく、発達歴の聴取や行動観察、さらには経過観察においては、十分な臨床経験と高い専門性を有するスタッフが不可欠であるが、現実には十分に機能を発揮しているセンターは少ない。
- 地域における障害児（まやほ疑いのある子ども）の支援を行う重要な拠点であるはずのセンターは、経済的にも人的にも十分な体制を組むことが困難な状況にある。

(2) その他の障害児通所支援の在り方

①障害児通所施設の現状

- 最近とくに目立つのは、通所施設のスタッフの入れ替わりが多く、定着率が非常に悪いことである。このために十分な支援能力をもつスタッフが少なくなり、どのような個別支援計画によって支援がなされているのか明らかではないことがある。
- 激しい行動障害を起こした場合、当面の対応に追われるのみで、問題行動の背景や症状形成過程を吟味することができず、余りに経験的で独断的な判断に陥ってしまいがちである。

②新たな政策課題の検討

- 保育所・幼稚園・学校などを定期的に訪問し、事例検討を行いながら適切な助言を与えることができるだけの有能なスタッフが定着できるような政策的・経済的な支援が急務である。
- 通所施設の事例検討会に参加していて、施設職員が系統的な教育・指導を受けてきておらず、臨床経験の積み重ねができていないことを痛感することがしばしばある。臨床心理士・発達臨床心理士などが福祉施設に勤務しても、発達障害の人々の評価・療育指導にすぐには従事できないことが多い。現場で役立つ人材を養成するためには、臨床的科目（実習も含めて）を充実させ、臨床経験が豊富な教員が指導するように教育カリキュラムの見直しが急務である。

(3) 障害児入所支援の在り方

①障害児入所施設の役割

- 知的障害の有無にかかわらず自閉症の子ども達の暮らし方を考えると、多様な選択肢を用意しておくことが不可欠である。強度行動障害を示す人々が、入所施設にもケアホームにも入れず、非常に困難な状況で在宅生活を強いられている例がある。施設入所と地域生活を二項対立的にとらえるのではなく、地域における障害児支援システムの中に入所施設を位置付け、関連する通所施設・グループホーム・ファミリーホーム・専門里親などとの機能的なネットワーク作りを検討しておくべきである。このネットワークを整えておかなければ、しばしば経験することであるが、突然、激し強度行動障害を示す事例に緊急にかかわることができない。
- 昨今、「地域移行」が問題となっており、入所施設不要論が声高に叫ばれる傾向にあるが、自閉症の人々に長年、継続的にかかわっていると、理念と現実のギ

ヤップに常に悩まされる。強度行動障害を有する人々、「親亡き後」を真剣に考えている高齢化した両親や家族、東日本大震災で問題となった災害時の自閉症の人々への処遇などを考えると、安易に入所（入院）施設不要論に与することはできない。入所（入院）・通所施設さらに地域社会が真の意味で連携する多様なネットワークが用意されていることが必要なのである。

②障害児入所施設の社会的養護機能（被虐待児の受け入れなど）

○全国の児童相談所での児童虐待に関する相談対応件数は、児童虐待防止法施行前の平成11年度に比べ、平成24年度は5.7倍に増加し、児童虐待への対応はますます重要となり、さまざまな施策が講じられている。

○障害児入所施設における社会的養護機能の必要性は高まっており、乳幼児期からの親密な親子関係を経験することができず、さまざまな虐待を受け続けてきた結果、多様な二次障害を生じている子どもは多い。入所施設では、なるべく個別的な支援が可能となるように、小舎制やファミリーホーム形態を取り入れることも工夫し、なおかつ十分な職員配置が可能となるように、制度改正が必要である。

③強度行動障害への対応

○強度行動障害を示す障害児への対応は、入所施設の現場では深刻な課題である。殴られたり、蹴られたり、器物を投げつけられたり、骨折したり、まさに施設が崩壊してしまうような状況になっている所もある。支援者側は、抗精神病薬（医師の指示に従って）で沈静化を試みたり、やむなく個室での施設やベッドへの拘束などをせざるを得ない状況になってしまうことがある。担当者のみには負担がかかり、施設全体としての取り組みがなされぬままに経過し、大きな事故を起こした施設もある。今年の3月末に、職員の1/3が退職してしまった施設もある。

○医療との連携が極めて重要であるが、実際には、強度行動障害を示す事例においては必ずしも円滑になされていない。強度行動障害の成り立ちにはさまざまな要因が想定され、環境調整（構造化された指導場面の設定、行動障害が生起するきっかけの検討、支援者の対応の仕方の工夫など）と薬物療法による沈静化（障害児の場合には抗精神病薬に対する反応性に個体差が大きく、少量からはじめて慎重に漸増し、静穏化したら漸減するような工夫が必要）などを組み合わせて行うことになる。しかし、これらの対応は、実際にはなかなか円滑に進まないことが多い。

○激しい精神運動興奮状態となり、支援者や他の利用者に危害を加えるために精神科医療施設に措置入院となることもある。自閉症をはじめとする発達障害の人々の場合、統合失調症や感情障害などの合併がない場合には、比較的短期間で静穏となるが、従来の精神科医療施設では長期間にわたる対応または療育指導は困難である。いざ退院となった時に元の入所施設には戻れぬことがあり、退院後の受け皿をどう用意するのか大きな問題である。

3. 論点（トピック別）

(1) 発達障害児の支援の在り方

① 発達障害児を地域で支援するためにどのような体制が必要か（前述）

② 発達障害児の支援に当たって医療との連携はどのように進めるべきか

○2-(3)-③（強度行動障害への対応）ですでに述べたが、医療との連携は極めて重要である。最近出された厚労省からの入所施設における医療の在り方についての通知は、現場でさまざまな混乱を生じさせている。「配置医師」および「配置医師でない医師」の入所している患者への診療の在り方、および診療費の支払いについて、それぞれの役割がわかりにくく、それぞれの自治体に問い合わせても明確な、統一的説明が得られにくい。

○ある県では、入所施設に非常勤でかかわっていた多くの医師が医療行為にふさわしい報酬が支払われず、事務処理が煩雑になったことを理由に入所施設とのかわりをやめる事態に至った。

○思春期・成人期まで継続的にかかわる必要のある発達障害児は、それぞれの年齢段階においてさまざまな状態の変化を示し、発達障害の人々についての臨床経験が豊富な児童精神科医でなければ対応できないことがある。この通達では、「保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない」とあるが、診療費の二重請求を禁止するという視点からは理解できても、よりよい医療を受けさせたいという親・当事者、施設側の希望を制限するという結果にもなる。この点についてより明確な通達を出すべきであるし、「医師選択の自由」を保障すべきである。

以上