

2) 家族支援が必要なケースの就学期における支援

事例の概要

- 【氏名】 Bくん(男児)
- 【年齢】 5歳
- 【病名】 二分脊椎、鎖肛、右下肢痙性麻痺、言語発達遅滞
- 【障害程度】 身体障害者手帳 肢体不自由1級
- 【家族構成】 母親と知人との3人暮らし
- 【生活歴】 母が妊娠糖尿病となり大学病院に入院、胎児が骨髄髄膜瘤とわかり、帝切にて出産。1生日目に人工肛門造設術施行。以後、〇〇大学病院にてフォローとなる。
7ヶ月時、運動機能訓練を目的に〇〇学園を紹介され受診、理学療法と言語療法の訓練がスタートする。
2歳7ヶ月時、児童発達支援センター〇〇へ母子通園し始め、現在は、週3日、時折休みもあるが、継続して療育・訓練に通っている。
来年は、就学を控えており、地域の小学校の特別支援学級にするか、特別支援学校にするかを悩んでいる。

事例のポイント

このケースは、家庭環境の複雑さや母親支援の必要性(先の見通しが立ちにくく現況にあわせた言動が難しい)があるなど、家庭生活環境の難しさが本児の生活や継続した療育訓練の保障が難しいケースであった。

小学校入学を前に、本児の登下校の方法(母は運転免許を持っていない)や医療ケア(導尿)の問題が立ちふさがり、教育委員会、福祉課、小学校、療育機関などが情報を共有しながら、本児にとって家族にとってよりよい学校生活を検討していく必要性があった。母親は居住地の各課窓口とのトラブルが頻繁にあったため、その都度、関係機関に伝えるべきことや、小学校入学に際し母がやるべき必要なことなど、何度も母親と一緒に整理しながら相談を行ってきた。

就学という支援関係機関が移行していく時期には、前もって各機関とのつながりを持ち、互いに共通理解しながら就学の準備を進めていく必要があり、より深い連携が必要不可欠である。

Q & A : 就学時期に必要な支援

Q : 就学前後に関する相談は、どこがのってくれますか？

A : 教育分野では、教育委員会が主催する適性指導委員会というもの各市町村に存在し、子どもの状況と保護者の意見などを踏まえて、就学先が決まっていきます。就学時期など移行期においては、特に切れ目ない移行支援を行っていくことが重要ですので、保護者の了承を得た上で、障害児相談支援事業者などと教育関係機関の間で、お互いの共通理解を図りながら、障害児支援利用計画と学校における個別の特別支援教育計画との位置づけの確認など、積極的な連携を図っていくことが必要です。

対象となる子どもの現状（基本情報）

作成日	平成 25 年 12 月	相談支援事業者名	相談支援事業者	〇〇	計画作成担当者	□□ △〇
-----	--------------	----------	---------	----	---------	-------

1. 概要（支援経過・現状と課題等）

平成 20 年 2 月出生。母が妊娠糖尿病となり〇〇大学病院に入院、胎児が骨髄髄膜瘤とわかり、帝切にて出産。1 生日目に人工肛門造設術施行。以後、〇〇大学病院にてフォローとなる。平成 20 年 9 月（7 ヶ月時）、運動機能訓練を目的に△△学園を紹介され受診、ST・PT の訓練を受けることになるが、継続して訓練を受けることが難しい状況であった。平成 22 年 9 月（2 歳 7 ヶ月時）、児童発達支援センター〇〇へ母子通園し始め、現在は、週 3 日児童発達支援センターへ通園し、理学療法、作業療法、言語療法の個別訓練を受けている。

来年度、就学を控えており、母としては地域の小学校の特別支援学級か特別支援学校への就学を検討中。本児は、車いすにて自力移動であるが、時間導尿があり特別支援学校のスクールバスは利用できない。母親は車の免許を持っていないこともあり、就学後の通学方法に悩んでいる。現在、適正就学委員会では、通学方法と導尿の課題が残り、就学先決定が保留になっている状態である。

2. 利用者の状況

子どもの名前	〇〇 〇〇	生年月日	平成 20 年 〇月 〇日	年 齢	5 歳
住 所	〇〇市〇〇区〇△ 1 丁目〇番地			電 話 番 号	00-000-0000
				FAX 番 号	00-000-0000
愛称	B くん	手帳の有無	身体障害者手帳 1 級、特別児童扶養手当 1 級、福祉手当	性 別	男児
発達の状況（主に家族から聴取した情報）				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
<p>《全体像》 初めての場所などでは少し緊張も見られるが、いつも元気でおしゃべり好きな男の子。誰とでもすぐに仲良くなり、何でも興味を持って取り組むことができる。足が自由に動かないことでズボンの着脱など自分ではできない！と決めてやろうとしないこともある。</p> <p>《食事》 ほぼ自立：動作はほぼ自立しているが、好き嫌いが多く、食べたがらないことも多いので促しが必要。</p> <p>《排泄》 一部介助：着脱動作は一部介助。小児用洋式便器にすわることはできるが、尿意を感じることは難しく トイレでの成功なし。オムツ着用</p> <p>《入浴》 一部介助：入浴時の人工肛門部分の処置、及び浴槽への出入りは介助を要する。</p> <p>《移動・運動》 一部介助：車いすに自分で乗り降りし、自由に動き回る。床はいざりて移動。</p> <p>《行動の様子》 特になし</p> <p>《コミュニケーション・遊びなど》 表出：言語でのやりとり可能。母の仕事柄、大人社会で育っている為、大人を求めて遊んだり会話のやりとりを楽しむ。 理解：年齢相応の理解あり</p> <p>《その他》 身長 100cm、体重 15 kg。人工肛門を造設。時間導尿実施。</p>				<p>●かかりつけの医療機関 〇〇大学病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・泌尿器科（月 1 回） ・小児科（3 ヶ月に 1 回） ・脳外科（3 ヶ月に 1 回） ・小児外科（3 ヶ月に 1 回） 	
生活歴 ※受診歴等含む				家族構成	
<ul style="list-style-type: none"> ・平成 20 年 2 月出生。 ・母が妊娠糖尿病となり大学病院に入院、胎児が骨髄髄膜瘤とわかり、帝切にて出産。 ・1 生日目に人工肛門造設術施行。以後、〇〇大学病院にてフォローとなる。 ・平成 20 年 9 月（7 ヶ月時）、運動機能訓練を目的に△△学園を紹介され受診、ST・PT の訓練を受けることになる。 ・平成 22 年 9 月（2 歳 7 ヶ月時）、児童発達支援センター〇〇へ母子通園し始め、現在に至る。 					
子どもの発達の評価（今後の発達課題）				家族の主訴（意向・希望）	
<p>●新版K式発達検査（平成 25 年 5 月実施） ●目標●</p> <ul style="list-style-type: none"> 姿勢・運動：DQ14 認知・適応：DQ107 言語・社会：DQ93 全領域：DQ93 <p>・さまざまな集団を経験し、そのなかで自分の気持ちを伝えたり、活動を楽しむことができる。</p> <p>・継続して訓練や療育支援を受ける（母の目標）</p>				<ul style="list-style-type: none"> ・まずは、希望する学校へ入学したい。 ・本児に楽しい学校生活を送ってほしい。 ・将来的には松葉づえを使って移動できるようになってほしい。 ・又、自己導尿できるようになってほしい。 	

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）	児童発達支援	児童発達支援センター〇〇	集団療育	週 3 日	週 2 同伴、週 1 単独
その他の支援					

サービス等利用計画・障害児支援利用計画 様式6

利用者氏名(児童氏名)	Bくん(5歳)	障害程度区分	—	相談支援事業者名	相談支援事業所 OO
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号	—	計画作成担当者	OA □□
地域相談支援受給者証番号					

計画作成日	平成25年12月	モニタリング期間(開始年月)6ヶ月	利用者同意署名欄
-------	----------	-------------------	----------

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(本人) ・歩行器を使って自分で歩けるようになりたい ・小学校に入学してお友達とたくさん作りたい (母) ・ずっと訓練を続けたい ・希望の小学校に入学したい ・もっと健常の子どもたちとの関わりの中で探まれて強く育てて欲しい ・将来は松葉づえを使って移動できるようにしてほしい ・自己満足をできるようにしてほしい		
総合的な援助の方針	Bくんの希望や成長に合わせて訓練や支援を継続していくとともに、家庭生活環境の安定を目指していきましょう		
長期目標	Bくんが毎日元気に楽しく学校生活を送れるようにしよう		
短期目標	小学校入学の準備として生活リズムを整え、練習を休まず継続していきましょう Bくんの状況を小学校等に伝え、理解を促していきましょう		

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	継続した訓練を受けたい(母)	定期的な訓練や支援を受け、Bくんの経験を積み重ねていき、小学校生活に繋げる	平成△年△月	理学療法訓練(週1回) 言語療法訓練(月2回) 作業療法訓練(月2回)	△△△学園		平成△年△月	関係機関で連携をする。
2	小学校の送迎の負担を軽減したい(母)	居住地の資源を知る教育委員会や学校と連携の方法について話し合う	平成△年△月	居住地の有償移動サービス 送迎支援(インフォーマル支援)	△町社会福祉協議会 アンビシャス運動の一環	小学校入学後、母の時間を有効に活用する	平成△年△月	音楽教室の発表会へ参加する。
3	学校や生活の事を相談したい(母)	居住地の相談窓口など、定期的に相談できる場を持つ	平成△年△月	相談支援事業所 生活福祉課 家庭児童相談員 担任や特別支援コーディネーター	相談支援事業所OO △町生活福祉課 △町子ども課 ○小学校		平成△年△月	母親同士のピアカウンセリングを活用する。
4	自分になにかあった時に本音を預ける場所が欲しい(母)	緊急時に備える	平成△年△月	日中一時支援	△△△△本舗		平成△年△月	
5								

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

様式7

利用者氏名(児童氏名)	Bくん	障害程度区分	相談支援事業者名	相談支援事業所	〇〇
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	計画作成担当者	〇△	□□
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画開始年月	平成△年4月1日				

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	平日は△小学校へ通うが、休日の過ごし方は決まっていないことが多い。多くは、母の仕事(友人の手伝い)に連れて行かれ仕事場で過ごしている。母が手伝っている仕事も時間帯が不規則で、それによって1週間の生活リズム△が崩れ、体調不良(親子共)に繋がることがよくある。 △△学園にてPT・OT・ST訓練継続中
8:00	小学校	小学校	小学校	小学校	小学校	小学校	
10:00							
12:00	小学校	小学校	小学校	小学校	小学校	昼食	
14:00					PT・ST訓練	昼食	
16:00		OT訓練					
18:00							
20:00	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

今回、就学を機に親子に関わる関係機関が増え、小学校入学までの調整を協力して行ってきたが、小学校入学後も引き続き、実際の学校・生活状況を各機関と共有しながら、家庭の生活環境の調整や改善に繋げていく必要を感じている。
 サービス提供により実現する生活の全体像
 父、本人にとっても楽しみにしている新しい小学校生活が始まるが、と同時に、毎日の登下校の送迎や訓練送迎等母の身体的負担も増えることも予測されるため、母の生活面が本人の生活へ大きく影響することを考えると、インフォーマルな支援を含め、送迎の支援体制の構築や母の体調管理(病院通院等)の為に時間を確保など、地域を含めた家族全体の支援を継続していきたい。

3) 学童期の関係機関の連携のなかでの親子への寄り添いと発達支援

事例の概要

- 【氏名】 Mくん（男児）
【年齢】 7歳
【病名】 ソトス症候群
【障害程度】 療育手帳 B IQ60台
【家族構成】 母親・妹・祖父母の協力あり
【生活歴】 生後6カ月頃より発達の遅れが気になっており、検診の際に保健師に相談した経緯がある。2歳時に「ソトス症候群」と診断される。その後間もなく両親の離婚により県外の母親の実家のある街に転居し、2歳半頃より市で行なっている親子を対象とする療育教室に週に2回参加する。年中・年長の2年間は親子教室と並行して保育園に通園して集団のなかでの保育を受ける。簡単なやりとりを理解し音楽活動や他の児童と関わるのが好きで、地域の小学校に入学、特別支援学級に所属し放課後は（母親がフルタイムの仕事をする）学童クラブで過ごすことになる。学級のなかでは担任との相性も良く学習場面でも着席して課題にとりくむことができる力を持っている。
二学期後半から登校を渋り始めたことから相談が入る。学校や学童クラブでの様子を確認し、放課後の過ごし方に課題があることがわかり、放課後等デイサービスの利用の支援を開始する。

事例のポイント

障がいの告知後間もなく両親が離婚し、母親の実家のある街に帰郷し新しい生活を始めている。祖父母の援助があるとはいえ、障がいのある幼い子どもとその妹を抱えての生活を始めた大変な時期に、理解ある保育園や療育教室との出会いが母親を支えたことは間違いない。就学をきっかけに療育手帳を取得したことや相談支援事業者と出会い、サービスについての情報を得ていたことで、新たな課題が出てきたときに悩みを一人で抱え込まず相談できたことは良かったと思う。が、一方では放課後の学童クラブで加配の職員を入れていたにもかかわらず、本児に適切な支援ができなかったことについてはサポート不足を痛感している。本児の不応の状態は母親にとってはショックであり、学童クラブに対する不信感を抱くことにもなった。本児の発達の支援と母親支援の重要性とともに、地域の各関係機関のつなぎの部分での課題への対応が後手になってしまうことのダメージの大きさを肝に銘じる必要がある。

Q & A：学校等との連携が必要な児への支援

- Q：学齢児への支援の場合、学校等との連携が不可欠になると思いますが、相談支援事業の存在や支援計画そのものがまだまだ知られていません。どうやって周知し理解を求めていけばいいのでしょうか？
- A：保護者から学校に制度の説明をするのはなかなか難しいと思われま。保護者の了解を得たうえで、できれば教育委員会や学校長への制度説明をていねいに行ない、特別支援コーディネーターや担任と面談することが必要です。学校、事業者、行政、保護者、相談支援事業者が集まって支援会議を開催するのが望ましいですが、難しい場合は相談支援専門員がそれぞれの機関に出向いてつないでいく役割もあります。地域によっては教育委員会で設置している教育相談員が核になって学校訪問や保護者からの相談に対応したりと、うまく機能している場合もありますので、連携し協働することが大切です。

対象となる子どもの現状（基本情報）

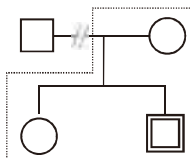
作成日	20××/○/○	相談支援事業者名	相談支援事業者○○	計画作成担当者	□□ △○
-----	----------	----------	-----------	---------	-------

1. 概要（支援経過・現状と課題等）

生後6か月ごろから発達の遅れが気になっており検診の際に保健師に相談した経緯がある。1歳を過ぎたころより発達の経過を見てもらっている。2歳時に「ソトス症候群」と言われた。その後まもなく両親の離婚に伴って母親の実家のあるH市に転居し、母子3人での生活となる。母は実家の自営業を手伝いながら子育てをしている。祖父母の協力も得られている。2歳半頃より市で行なっている親子教室に週2回参加して療育支援を受ける。年中（4歳）、年長（5歳）の2年間は親子教室と併行して保育園に通園、園全体で本人に対する理解と配慮がされており、見守られながら楽しい園生活を送り卒園を迎える。幼稚園に通園するころには週に1回音楽教室に通い始める。就学を機に療育手帳を取得し、このころに市役所を通して相談支援事業者に初回の相談がある。就学後は特別支援学級に在籍し療育手帳を取得していることで学童クラブの職員の加配も付くことになり放課後は学童クラブを利用することになった。

就学を目前にし、親子療育教室のスタッフからは「学童クラブは児童の人数も多く、本人にとってはどうだろう」という助言もあり、就学時には放課後等デイサービス事業者の見学もしているが、母親の希望もあり学童クラブの利用を選択する。就学後は市の教育委員会が設置する教育相談室の教育相談員と連携し学校での様子を確認していた。特別支援学級のなかでは教師との相性も良く、学習の場面もある程度の時間は着席して課題にとりくむこともでき、学校の行事も楽しんで参加することができていた。二学期が終盤にさしかかったあたりに母親から本人が登校を渋るようになってきた、という相談が入る。学校そのものというよりは、放課後の学童クラブでの時間が本人にとっては苦痛で、母親に対し「早く迎えに来てほしい」という訴えもあった様子。教育相談員とも同行して学校や放課後の学童クラブでの本人の様子を確認し、母親に学童クラブへの支援も可能と伝えるが、放課後等デイサービスで伸び伸びと過ごさせたい、という希望がありサービス利用の支援を開始。

2. 利用者の状況

子どもの名前	○△ □	生年月日	平成○年 ○月 ○日	年齢	7歳
住所	〇〇市〇〇区〇△1丁目〇番地			電話番号	00-000-0000
				FAX番号	00-000-0000
愛称	Mくん	手帳の有無	有・無	性別	男・女
発達の状況（主に家族から聴取した情報）				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
<ul style="list-style-type: none"> ●運動面 不器用さはあるが歩いたり走ったりすることに問題はない。 ●生活の様子 食事：着席可。箸を使用している。 排泄：排便後のふき取りが不完全だが、それ以外は自立。 着脱：自立。身だしなみには無頓着。 睡眠：問題なし 学習：IQ62。集中力に欠ける。簡単な読み書きは可。 ●コミュニケーションの様子 二語文程度。指示理解は概ね良好。社交的。 ●その他 好きなこと：お手伝い。音楽活動。 好きなもの：車や電車。 				<ul style="list-style-type: none"> ●既往歴 低酸素症 ●健康状態 良好 ●かかりつけ医 〇〇療育センター 服薬あり（朝・夕） 	
生活歴 ※受診歴等含む				家族構成	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 生後6か月頃から発達の遅れが気になるようになる。 ・ 10か月時低酸素症で県立病院に10日間ほど入院する。ひきつけを起こしやすく、脳波検査の結果を見て予防的に服薬ようになる。 ・ 1歳を過ぎても発達の遅れが見られ、保健師の勧めもあり〇〇療育センターを受診し発達の経過をみてもらう。2歳時に「ソトス症候群」と診断される。 ・ 2歳半時両親の離婚に伴い母親の実家に近い地域に転居する。 ・ 3歳時から保育園と併行して親子参加型の療育教室に週1回通う。 ・ 小学校入学（特別支援学級）と同時に放課後学童クラブの利用を開始する。 				3人家族  ※ 祖父母（母方）は近所に居住	
子どもの発達の評価（今後の発達課題）				家族の主訴（意向・希望）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 興味対象によって集中力に欠ける。 ・ 他の子どもとのコミュニケーションのとり方。（ルールの理解） ・ 基本的な生活習慣の確立。 				<ul style="list-style-type: none"> ・ いろいろな人と関わって良いところを伸ばしてあげたい。 ・ 本人らしく元気で生活してほしい。 ・ 将来のことが不安。 	

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）					
その他の支援	・ 音楽教室 ・ アートサークル	・ 音楽療法士 ・ 〇〇支援センター	・ 活動の提供 ・ 親子の集まり	・ 2回/月 ・ 1回/月	・ ピアカウンセリング

サービス等利用計画・障害児支援利用計画 様式6

利用者氏名(児童氏名)	Mくん(8歳)	障害程度区分	—	相談支援事業者名	〇〇〇
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号	—	計画作成担当者	〇△ □□
地域相談支援受給者証番号					

計画作成日	平成〇年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	1か月ごと(△+1)月~(△+3)月	利用者同意署名欄	
-------	----------	----------------	--------------------	----------	--

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(母) <ul style="list-style-type: none"> ・いろいろな人と関わりながら良いくところを伸ばしてあげたい。 ・本人らしく元気で生活してほしい。 ・将来のことが不安。
総合的な援助の方針	障がいの特性や発達レベルに合わせた支援を受けるなかで、社会性を身につけながら自信をもって楽しい学校・地域生活を送ることができるよう援助していきましよう。
長期目標	いろいろな人との関わりのおかげで社会的なルールを知るとともに、自分ができることが増える。
短期目標	発達の特性に合った支援をうけることで、楽しい学校・家庭生活を送れるようになる。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	いろいろな人と関わりながら良いくところを伸ばしてあげたい(母)	活動のなかでのルールや予定をわかりやすく伝えコミュニケーションをうまくとれるようになる。	平成〇年〇月	小学校特別支援学級 放課後等デイサービス(月~金・週5日)	〇〇放課後等デイサービス事業所(〇〇サービス管理責任者・〇〇-〇〇〇〇〇)	家庭のなかで本人の役割を見つける	平成〇年〇月	関係機関で連携をする。
2	本人らしく元気で生活してほしい(母)	健康管理をしながら好きなこと・得意なことが出来る場を設定する。	平成〇年〇月	医療機関(1回/月) 小学校特別支援学級 音楽教室(2回/月)	〇〇療育センター(〇〇r) 〇〇音楽教室(〇〇音楽療法士)	定期的に受診する。	平成〇年〇月	音楽教室の発表会へ参加する。
3	将来のことが不安(母)	社会資源を知り、不安なことをいつでも相談できる。	平成〇年〇月	アートサークル(1回/月) 相談支援事業(随時)	親子の会(会の世話人〇〇さん) 相談支援事業所(相談支援専門員)	親子の会に定期的に参加する。不安なことはその都度相談する。	平成〇年〇月	母親同士のピアカウンセリングを活用する。
4								
5								

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

様式7

利用者氏名(児童氏名)	Mくん	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇〇		
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	〇△ □□		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画開始年月	平成〇年11月1日						
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床・朝食 登校	起床・朝食 登校	起床・朝食 登校	起床・朝食 登校	起床・朝食 登校	起床・朝食	〇〇小学校特別支援学級
8:00	〇〇小学校 特別支援学級	〇〇小学校 特別支援学級	〇〇小学校 特別支援学級	〇〇小学校 特別支援学級	〇〇小学校 特別支援学級	家族で過ごす	・放課後は放課後等サービス事業所で過ごす。 ・帰りは自宅近くの祖父母宅に送ってもらい、母の迎えを待つ。 ・家では「機関車トーマス」や車のDVDを観て過ごす。 ・食事準備のお手伝いも好き。
10:00	放課後等サービス事業所	放課後等サービス事業所	放課後等サービス事業所	放課後等サービス事業所	放課後等サービス事業所		[土曜日](隔週) ・音楽教室に通う。
12:00							[日曜日] ・妹と母と一緒に過ごす。
14:00							
16:00							
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	週単位以外のサービス ・小児科受診(経過観察のため)
20:00	入浴・就寝	入浴・就寝	入浴・就寝	入浴・就寝	入浴・就寝	入浴・就寝	・アートサークル(親子アートワークショップ) 1/月
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							
サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	放課後等サービス事業と相談支援事業のサービスを利用し、Mさんの特性に合った支援を受けることで安心感をもって生活ができ、基本的な生活習慣の確立に向けてとりくみができる。また、家庭と学校・相談支援事業所の連携をとり将来に向けた情報を収集し保護者に提供し一緒に考える体制をとることで、ある程度充満しを持った子育てができる。						

4) 体調不良から医療的ケアが必要となったダウン症児の発達支援と家族支援

事例の概要

- 【氏名】 ○△ □ (男児)
【年齢】 3歳1ヶ月
【病名】 ダウン症候群、スタージウエーバー症候群、右高度難聴、左中等度難聴、無呼吸発作、両側停留精巢
【障害程度】 身体障害者手帳 肢体不自由1級、聴覚障害6級
【家族構成】 両親。父自営業で海外出張多い。母方祖父母、母の姉協力あり。
【生活歴】 総合病院にて出生後、顔貌より染色体異常を疑われ、検査の結果、21トリソミー（ダウン症候群）と診断される。新生児聴覚検査で難聴を疑われ、今後の発達支援のため療育センター紹介受診となる。療育センター外来通院。1歳8ヶ月に中枢性呼吸障害の診断を受け、夜間在宅酸素、24時間モニター装着。以後も体調安定せず、入退院を繰り返し、通院以外の外出が困難となる。母親は児と2人で過ごす時間が多くなり、ストレスは高くなる一方であった。この頃、障害児等療育支援事業による理学療法士、保育士、看護師の派遣を開始。2歳9ヶ月呼吸困難となりICU入院。気管切開、人工呼吸器管理となる。2ヶ月後には胃瘻造設術も施行。入院4ヶ月後に退院の検討が始まる。入院先の病院ソーシャルワーカーと共に退院に向けた準備を始めた。

事例のポイント

医療的ケアが必要な児と家族の支援では、支援に関わる医療、福祉、行政関係者と家族を交えた綿密な事前の打ち合わせが計画作成の上で重要となる。訪問看護ステーションや障害児等療育支援事業など障害児支援利用計画には直ぐに結びつかないサービスの組み合わせが中心になることも多い。また、医療関係者との連携の機会も必然的に増加する。相談支援専門員一人で抱え込むことなく、多職種のチームで支援することが望まれる。幼児期は体調が安定しない時期でもあり今後も大幅な計画変更が予測される。そうした事態に備えて、頻回なモニタリングの繰り返しは欠かせない。また、重症心身障害児の支援は、家族（介護者）の介護軽減に支援の比重が掛かることが多い。しかし、児の発達や生活に着目した計画を作成し、家族（介護者）がその成長を実感できるよう支援することが重要である。障害児相談支援に関わる相談支援専門員は、児の成長こそが家族の精神的な支えとなり、重要な家族支援となることを忘れないようにしたい。

Q & A：医療的ケアが必要な児童への支援

Q：重症心身障害児の在宅支援の場合、福祉だけでなく医療の内容に熟知した対応が必要となってきます。その場合の専門性の担保や医療関係者との連携はどうしていけばよいのでしょうか？

A：障害児等療育支援事業を実施している事業者が地域にあれば看護師、理学療法士、作業療法士等専門職の派遣を依頼し、協働してアセスメントや在宅支援に参加してもらい、医療関係者とのパイプ役も担ってもらうことが可能です。また、病院から在宅への退院支援であれば、訪問看護ステーションの退院前関与等を活用して入院中から医療専門職に関わりを持ってもらうことで共に退院後の支援を計画することもできます。相談支援専門員は、万能ではありません。不足する専門性は、様々な専門家と協働することによって担保されます。

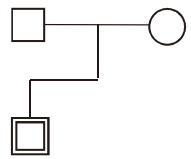
対象となる子どもの現状（基本情報）

作成日	20××/○/○	相談支援事業者名	○○○相談支援事業者	計画作成担当者	□□ △○
-----	----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要（支援経過・現状と課題等）

総合病院にて出生後、顔貌より染色体異常を疑われ、検査の結果、21トリソミー（ダウン症候群）と診断される。新生児聴覚検査で難聴も疑われ、今後の発達支援のため療育センター紹介受診となる。以後、作業療法、耳鼻科に通院。1歳8ヶ月時中枢性呼吸障害の診断を受け、夜間在宅酸素、24時間モニター装着となる。その後、障害児通園入園するも体調が安定せず数回の通園に留まる。その後、体重減少や誤嚥性肺炎で入院を繰り返し、経管栄養となる。2歳より酸素使用、アンビューバッグの常時携帯が必要となる。また、無呼吸発作が頻回に出現するようになる。母親は本児と2人きりで過す時間が多くなる。父親も仕事柄出張が多く家をあけることも多い。そのため母親のストレスは高くなる一方であった。母親は外部との接触が出来る唯一の機会として障害児通園復帰に未練強かった。しかし、児の状態に配慮して、障害児等療育支援事業の訪問療育指導事業による専門職派遣を開始。2歳9ヶ月時、自宅にて呼吸困難に陥り、救急搬送。気管切開、人工呼吸器管理となる。更に胃ろう造設となる。歩行器歩行まで獲得するなどその成長を喜んでいた母親は、状態の悪化に戸惑いを隠せず、精神的にかなり落ち込んでいる様子であった。そのため、理学療法士、看護師などを連れ立って、病室訪問を繰り返しながら母親の話を聞いたり、児の様子を確認した。また病院からの医療情報収集にも努めた。入院4ヶ月を経過し退院の検討が始まる。母親の不安を除去しながら、どのような家庭生活を組み立てるかについて準備開始。家庭生活を想定して、児の発達支援、入浴、通院時の移送、介護者の休息、福祉用具の準備、医療機器のメンテナンスなど様々な情報を整理し、想定されるサービス提供先との事前調整を行った。併せて行方窓にも状況説明を行い、その上で入院先の病院ソーシャルワーカーと退院前の個別支援会議を設定した。

2. 利用者の状況

子どもの名前	○△ □	生年月日	平成○年 ○月 ○日	年齢	3歳1か月
住所	○○市○○区○△1丁目○番地			電話番号	00-000-0000
				FAX番号	00-000-0000
愛称	Dくん	手帳の有無	身障 肢体不自由1級 聴覚障害 6級	性別	男・女
発達の状況（主に家族から聴取した情報）			医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等		
<p>●運動面 頭部正中位保持可、座位での頭部垂直位保持10秒程度、手の届く範囲のものを握ったり叩いたり可、筋力弱い（主治医の判断はミオパチー）、関節可動域制限あり</p> <p>●生活の様子 音の出る玩具や楽器遊びで叩く動作ができる。人や物への関心があり、「上手」の声かけで笑顔が出る。</p> <p>●コミュニケーションの様子 手遊び歌や動くおもちゃで笑顔になる。嫌なことには顔を歪めるなど表情での表現が出来る</p>			<p>●既往歴 ダウン症候群、スタージューパー症候群、右高度難聴、左中等度難聴、無呼吸発作、両側停留精巣、気管炎</p> <p>●健康状態 単純気管切開、人工呼吸器管理、胃ろう、経管栄養</p> <p>●かかりつけ医 公立基幹病院小児科、療育センター整形外科、耳鼻科</p>		
生活歴 ※受診歴等含む			家族構成		
<ul style="list-style-type: none"> 38週 2,762g 吸引分娩で出生。出生後黄疸強く光線療法（48h） 顔貌より染色体異常を疑い検査、21トリソミーと診断 新生児聴覚検査にて難聴疑い。今後の療育を含め療育センター紹介。 生後2ヶ月 療育センター受診 以後外来通院。 1歳8ヶ月 体調不良にて公立病院入院 中枢性呼吸障害と診断。 夜間在宅酸素・24時間モニター管理となる。 1歳10ヶ月 障害児通園入園するも体調安定せず2~3回登園に留まる。 体重減少、誤嚥などのため約2ヶ月の入院。 退院後モニター装着、酸素・アンビューの常時携帯が生活条件となる。以後、体調安定まで障害児等療育支援事業の訪問療育。 2歳9ヶ月 自宅で呼吸困難になり公立病院に救急搬送。 単純気管切開、胃ろう造設術施行。24時間人工呼吸器管理となる。 			<p>3人家族</p>  <p>※ 父親は自営業で多忙。海外出張も多い。 ※ 母方祖父母、母の姉が買物等協力あり。</p>		
子どもの発達の評価（今後の発達課題）			家族の主訴（意向・希望）		
<p>当初は、歩行器での移動も可能であった。表情だけでなく、発声による感情表現も出来ていた。表情は入院以前同様に笑顔や不快な表情など示すが、全体の活性は落ちた印象がある。入院生活による影響も考慮されるため変形、拘縮を予防し、体調に配慮しながら活性を高める働きかけが求められる。</p>			<ul style="list-style-type: none"> リハビリを受けたい。 現在の状況下で児が楽しめることを増やしたい。 判断に迷った時に適切にアドバイスしてくれる人がほしい。 介護疲れの際に一時的に休息できる方法を確認したい。 		

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）	障害児等療育支援事業	○○療育センター 理学療法士 保育士 看護師	訪問療育	各職種 1回/2週	
その他の支援					

サービス等利用計画・障害児支援利用計画 様式6

利用者氏名(児童氏名)	Dくん(3歳1ヶ月)	障害程度区分	—	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	—	通所受給者証番号	—		
計画作成日	平成〇〇年〇月〇日	モニタリング期間(開始年月)	—	利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<ul style="list-style-type: none"> ・安心して家庭生活が送れるように新たに加わった医療的ケアを自言をもって行えるようになるにしたい ・今まで出来ていたことが再び出来るように発達を促進したい ・本人が楽しめることを増やしたい ・長く介護に関わっていただけるように時々は休息の機会がほしい ・健康状態が安定すれば同年齢の子どもたちと関われる機会がほしい ・不安や悩みを聞いてもらえる相談相手がほしい
総合的な援助の方針	Dくんの健康を確保し、家族が子育てを楽しみながらDくんの生活経験を広げていけるよう医療、福祉関係機関と協働して支援します。
長期目標	家庭だけでなく、外出や通所等生活環境を広げ、様々な人と関われる機会を作ります。
短期目標	親子共に生活リズムを確立し、精神的にゆとりの持てる生活を確立しましょう。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	体調がよい時はできるだけだけ風呂に入浴したい	本人の体調に配慮しながら安全に入浴できるように援助する		訪問看護ステーション(毎日)	〇〇訪問看護ステーション看護師	家族も手拭や安全配慮を身につけられるように取り組む	半年後	
2	少しでも発達を促したり、楽しい時間を増やしていきたい	RoM訓練や呼吸リハに加え様々な姿勢をとる練習をします。本人が喜ぶことを探し表情や反応を引き出します。		障害児等療育支援事業1回/2週(訪問療育指導事業)	療育センター看護師 理学療法士、保育士	家族にも出来るストレッチャや姿勢管理、遊びを学び日常的に取り組む	半年後	理学療法については適切な時期に訪問リハビリテーション提供事業所の紹介、引継ぎを行う。
3	通院時に条件などを起こす心配があり、安全に通院をしたい	安全に通院できるように、当面は訪問療育の看護師も同行しながら移送手段を確立します	6ヶ月	障害児等療育支援事業1回/週(訪問療育指導事業) 居宅介護(通院車送介助)1回/週 福祉有償運送1回/週	療育センター看護師〇〇 居宅介護事業者 福祉有償運送事業者	安全に通院する中でいざという時の対処を身につける	半年後	
4	児の体調や医療的ケアに対する不安に対していつでも相談できる体制がほしい	安心して子育てを楽しめるよう時の状態を確認しながら関係機関と協働した相談体制を作ります	随時	障害児等療育支援事業1回/週(訪問療育指導事業) 障害児相談支援事業(適宜)	療育センター看護師、 相談支援専門員	日常の児の状況観察を記録する	半年後	訪問看護ステーションと療育センター看護師が定期的に情報交換できる環境を確保
5	介護者が休息できる時間がほしい	安心して預けられるよう利用を練習していきます	随時	短期入所事業 日中一時支援事業	療育センター 日中一時支援事業所	児の日常が適切に伝えられるように準備しましょう	半年後	療育センター以外にも医療的ケアの可能な事業所を複数確保

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

様式7

利用者氏名(児童氏名)	Dくん(3歳1ヶ月)	障害程度区分	相認支援事業者名	〇〇〇			
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者	〇〇	〇〇			
地域相認支援受給者証番号	通所受給者証番号		〇〇	〇〇			
計画開始年月	平成△年4月1日						
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 体調がよければ週末家族でドラ イフ
6:00	吸入						
8:00	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)
	身体介護(通院介助)	退院後は訪問療育で 看護師が通院同行					
10:00	訪問療育(PT)	福祉有償運送					
	訪問看護ステーション	公立病院小児科					
		福祉有償運送					
12:00	注入(経腸栄養剤)	訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	訪問看護ステーション	訪問看護ステーション
	身体介護(通院介助)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)
14:00							
16:00	※ソリタ(アミノ酸ミネラル・カリウム補給剤)	ソリタ注入	訪問療育(保育)	ソリタ注入	ソリタ注入	ソリタ注入	ソリタ注入
18:00	ソリタ注入	ソリタ注入	ソリタ注入	ソリタ注入	ソリタ注入	ソリタ注入	ソリタ注入
20:00	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)	注入(経腸栄養剤)
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							
訪問看護ステーションと訪問療育の看護師を活用し、児の体調安定と介護者が自信が持てるまで医療的ケアが実施できる。医療的不安や悩みを介護者が抱え込まない環境が出来る。訪問療育の理学療法士や保育士の派遣で機能の維持・向上と楽しみのある子育てができる。							
サービス提供 によって実現 する生活の 全体像							

V. 障害児相談支援の効果的な実施と体制整備に向けて

「障害児相談支援」は、広義には従来の育ちの気になる子どもの相談支援全般をさすと同時に、平成24年4月からは、障害児通所支援を利用するための計画相談支援（「指定障害児相談支援」）を意味することにもなった。

ここでは、狭義の計画相談支援と、広義の子どもの相談支援体制全般の双方を有機的かつ効果的に実施してゆくために大切な視点について述べる。

1. 相談支援体制の（再）デザイン

地域の相談支援体制をデザインする役割にある多くの人にとって、サービス等利用計画もしくは障害児支援利用計画作成の対象者拡大は、自らの地域の相談支援体制をふりかえる絶好の機会といえる。すなわち、新たに（計画）相談支援のマンパワーを確保し、地域の相談体制の中に位置づけ、他機関との役割分担を行い、どのようなプロセスやしくみで支援を実施してゆくかの検討を迫られているからである。

1) 今までの相談支援体制のふりかえりと総合的な地域アセスメント

～地域のタテとヨコの連携の仕組みと社会資源の状況を描いてみる～

方法や担い手など相違点はあれ、障害のある子どもや育ちの気になる子どもの相談支援は、それぞれの地域において、従来から必ず行われているものである。そして、この体制は各地域の実情により、大きく異なっている。

そのため、今回、制度が変わったからといって、これまで各地域が作り上げてきたしくみをいったん白紙に戻し、全国で一律の相談支援体制を構築することは建設的ではない。これまでの地域の実情を今一度整理しなおし、そこに計画相談支援をどう位置づけるか検討してゆくやりかたのほうが妥当である場合が多いと想像される。

これらの検討を有効に行うためには、まず、地域状況や現状の相談支援体制、子どもの支援の仕組みがどのようにデザインされているかなどの地域の実情を客観的に把握し、分析すること、すなわち地域アセスメント（地域診断）が重要である。これを相談支援について行うことは、これまでの相談支援体制のふりかえりを行うことと同義である。

地域での（多職種）連携の観点からも地域アセスメントは重要である。児童期のいわゆる「ヨコのつながり」の観点からは、相談支援以外の子どもの時期に関わる社会資源について把握しておくことが求められる。ライフステージを貫く一貫した相談支援体制（いわゆる「タテのつながり」）の観点からは、成人期とあわせた検討も重要である。

地域アセスメントを行うにあたっては、それを実施する者が、その地域の実情を知るのに妥当と想定される項目について、根拠をもって設定することが重要である。

以下の表Ⅳ－21では、参考に地域アセスメントの項目例を挙げるが、実際に地域で活用する際には項目を十分考慮されたい。

これらを把握し、共有する取り組みを自立支援協議会などで行い、可視化してみることも有効であ

表Ⅳ－２１ 地域アセスメントの項目例

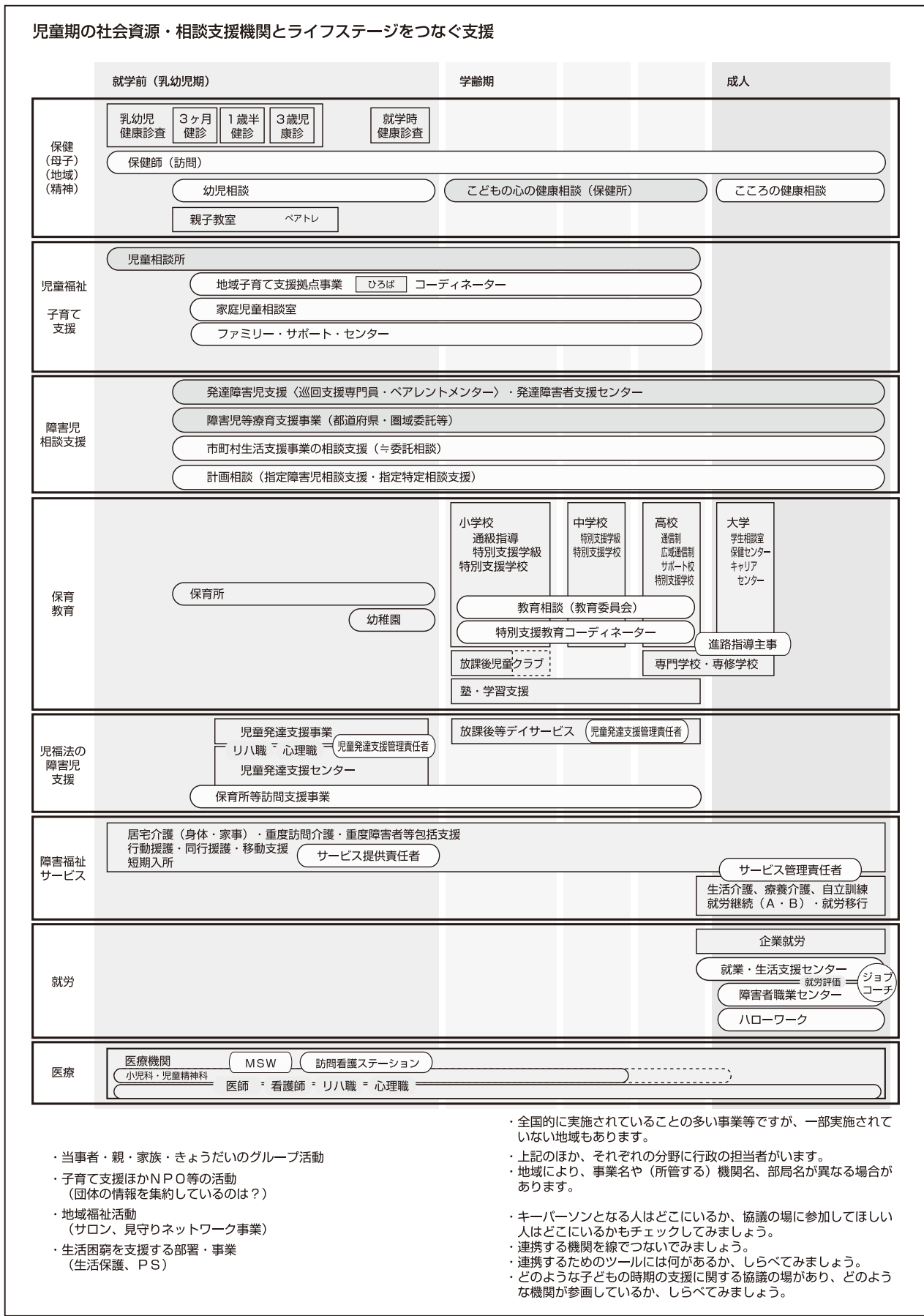
<p>① 地域状況（統計や特徴）</p> <p>例）人口、出生率、健診からのフォロー数（割合）、児童・生徒数、手帳取得者数 利用者数（児童発達支援（センター・事業）、保育所・幼稚園の発達の気になる子（←療育等支援事業や保育所等訪問支援事業の利用実績）、相談支援の実績 など） 地区診断（より細かな 子育て世代の） など</p> <p>② 地域の社会資源の数や特徴・キーパーソン</p> <p>例）障害福祉サービス、保育所・幼稚園・教育機関、子育て支援機関、教育機関、医療・療育機関、インフォーマルな団体など（当事者グループ・家族会・NPO など）</p> <p>③ 地域の相談支援体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ライフステージのどのような時期には、どのような機関がどのような事業を行っていて、どのような人員配置を行っているか。 ・相談支援事業者の種類・数、相談支援専門員・従事者数、各事業者の特徴 ・各ライフステージなどにおける相談支援の中核的な担い手（キーパーソン）は誰か。 ※ライフステージによって中核的担い手が変わる場合があるので注意。 ・ケースワーカーや保健師と相談支援の役割分担 ・自立支援協議会の状況や地域内での子どもの時期の協議の場

る（例Ⅳ－１５を自分の地域むけにアレンジしてみる）。

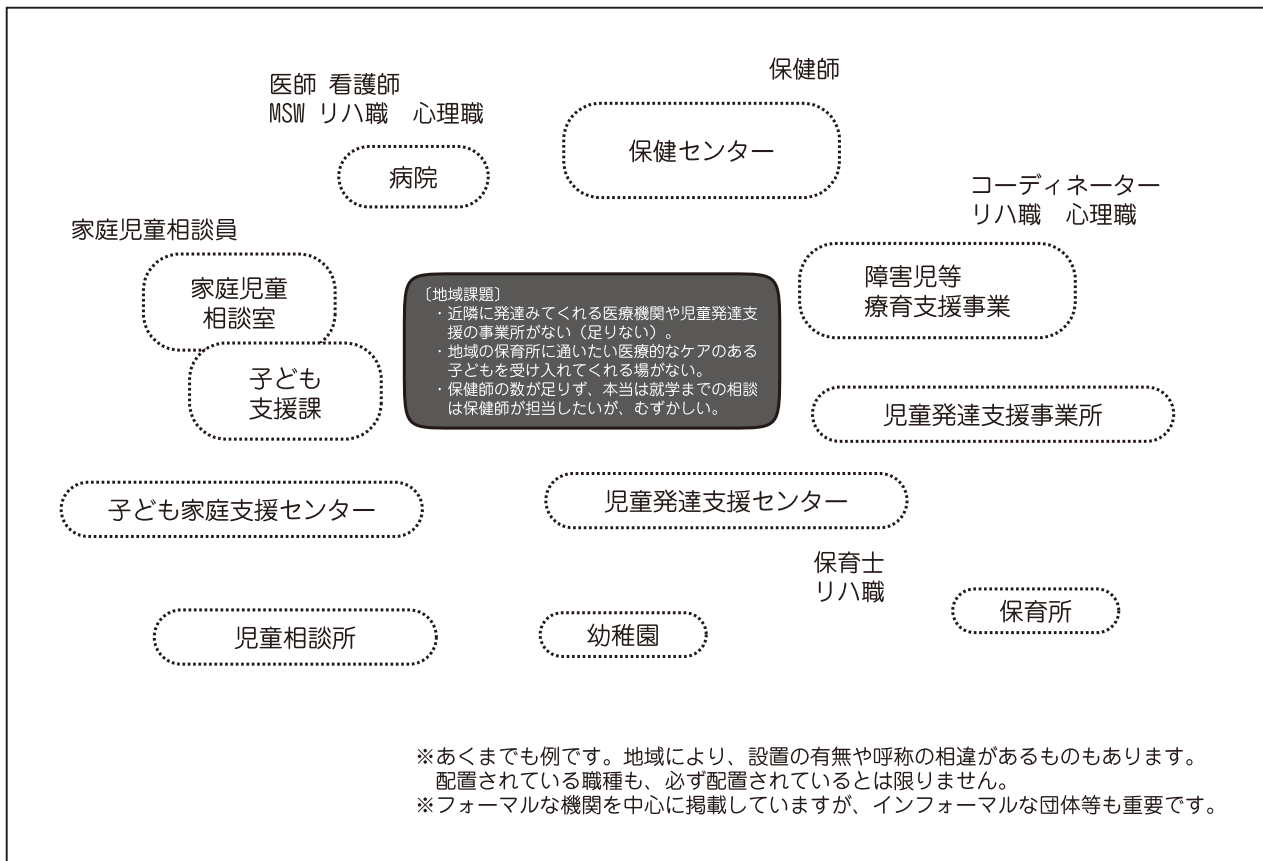
前述のように、しくみは地域により大きく違うこともあるため、必ず地域毎の状況を把握することが重要である。例えば、役割分担や中核で関わる機関については地域差が多い。保健センターなどの保健師が中心的に関わる時期、機関・部局の呼称や役割分担、障害児の所管部局、機能している機関とそうでない機関などは地域差がよくみられる箇所である。

また、地域づくりについても PDCA サイクルで実施することが重要であり、一定期間後の評価を繰り返すことにより、アセスメントを更新してゆくことも忘れてはならない。

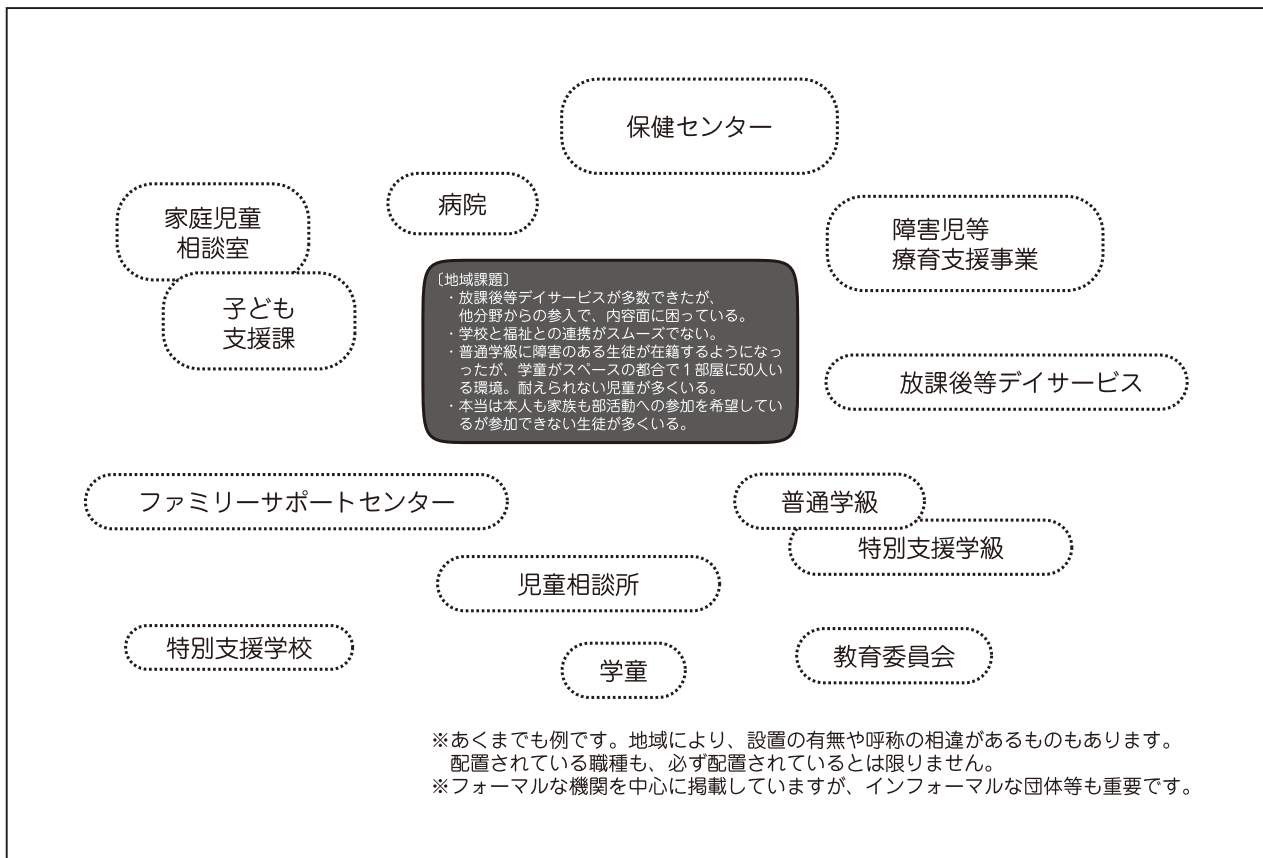
図Ⅳ－１５ タテとヨコの連携の可視化例



図Ⅳ－１６ 就学前（発見期）における地域のネットワーク（例）



図Ⅳ－１７ 学齢期における地域のネットワーク（例）



2) 相談支援の仕事の定義 一何が相談支援の仕事か、共有できているか？一

障害者ケアマネジメント体制整備の時代から、障害児者の相談支援は図Ⅳ－18に示すような、個別支援と地域づくりの両輪によって行われるものであり、ソーシャルワークとしてのありようであると理解されてきている。

とくに平成24年4月以降、様々な相談支援が氾濫しているようにみえる現状があるが、そもそも、相談支援にはいくつもの種類があるわけではなく、不可分のものである。利用者の目線でみても、計画相談＝福祉サービスを利用するためのプランを書いてもらうだけの存在というのは、理解しづらい面が多い。本来的には、計画相談の相談支援専門員であっても、その者はソーシャルワーカーであり、基本相談を核とした個別支援と地域づくりの両輪で業務を行ってゆくことが重要である。

また、研修などにより理念的な相談支援やケアマネジメントプロセスについての共有がはかられる一方、具体的な相談支援の業務内容については、明示されていないのが現状である。そのため、新たに相談支援に従事する担当者は、具体的にどのようなことをすればよいかという点で迷うことが多い。

この部分は、OJT（On-the-job Training）のなかで身につけてゆくのがよいと思われるが、OJT体制が整っている地域はまだ少ないのが現状であり、ともすると地域のなかで仕事内容の共有化も図られていない地域が多い。

自立支援協議会の相談支援部会あるいは相談支援事業者の連絡会のような場で、各事業者・各相談支援専門員の仕事内容や担当ケースについて共有したり、自分たちの業務の内容について議論をしながら、住民サービスとしての観点からも最低限の業務の標準化をしておくことが望ましい。

図Ⅳ－18 ソーシャルワークのイメージ

障害者相談支援の実際

埼玉県相談支援専門員協会
 「相談支援従事者人材育成ビジョン」p.4に加筆

障害者相談支援の現場では…
障害のある人の市民生活をサポートするため、以下の活動がトータルに行われている。

個別支援

両輪

地域づくり

- 地域に出向き、埋もれている相談をキャッチする。〈人権の価値観、想像力〉
- 言語外の表現も含め、当事者の願いや想いを汲みとる。〈人間理解のための知識、関係形成力、対話力〉
- 緊急性や介入性を考慮し、適切な支援方法を判断する。〈援助理論の知識、判断力〉
- 当事者本人や取り巻く環境について情報を分析し、計画を立て、当事者や環境に対し働きかける。
〈職業倫理、情報収集力、分析力、実行力〉
- 地域のあらゆるものを資源と捉え、情報提供やサービス調整を行う。
さらに不足する資源は、地域に働きかけ、産み出す。〈法制度や地域システムの理解、調整力、交渉力〉
- 当事者自ら資源を活用し、「自分らしい」生活ができるようにする。〈当事者中心〉

「障害者ケアガイドライン」(H14)

ケアマネジメントを中心としたものであるが、これらの活動を支える、現時点での国の指針。

障害者ケアマネジメントの全過程に携わる障害者ケアマネジメント従事者には、社会福祉援助技術などの各種援助技術を機能的に統合したソーシャルワークの実践に努める必要がある…

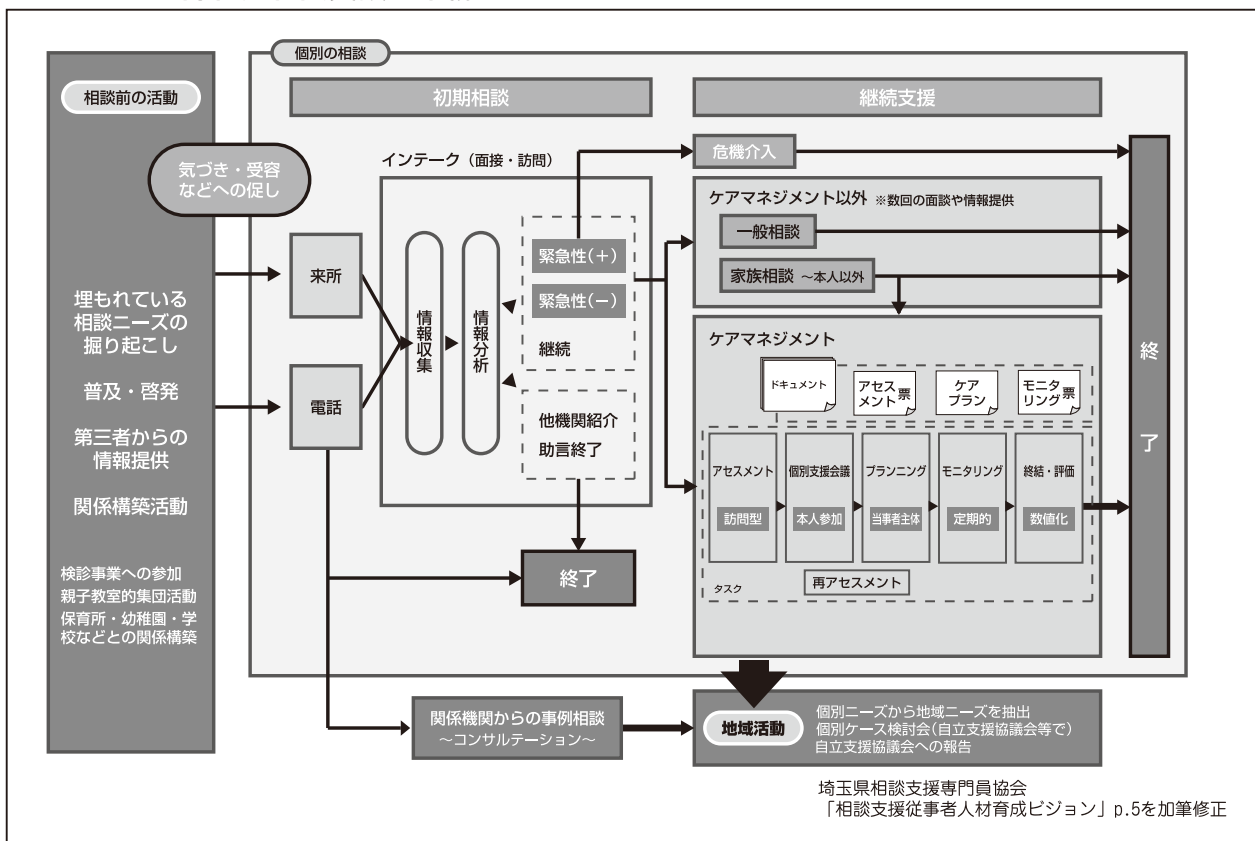
〔「障害者ケアガイドライン」より
8 障害者ケアマネジメントの実施体制
(3) 障害者ケアマネジメント従事者に求められる資質〕

ソーシャルワーカーとは

ソーシャルワーク専門職は、人間の福利の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人々がその環境と相互に影響しあう接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。

(国際ソーシャルワーカー連盟、2000年)

図Ⅳ－１９ 障害児相談支援の業務



3) 地域のなかでの役割分担、連携（連携ツール含む）

—計画相談ができたなかでのタテとヨコの連携の仕組みを描きなおしてみる—

これまでの相談支援をふりかえり、業務の中味を再確認したら、いよいよこれからの地域の相談支援体制をどのようにしてゆくかのデザインをする段階である。

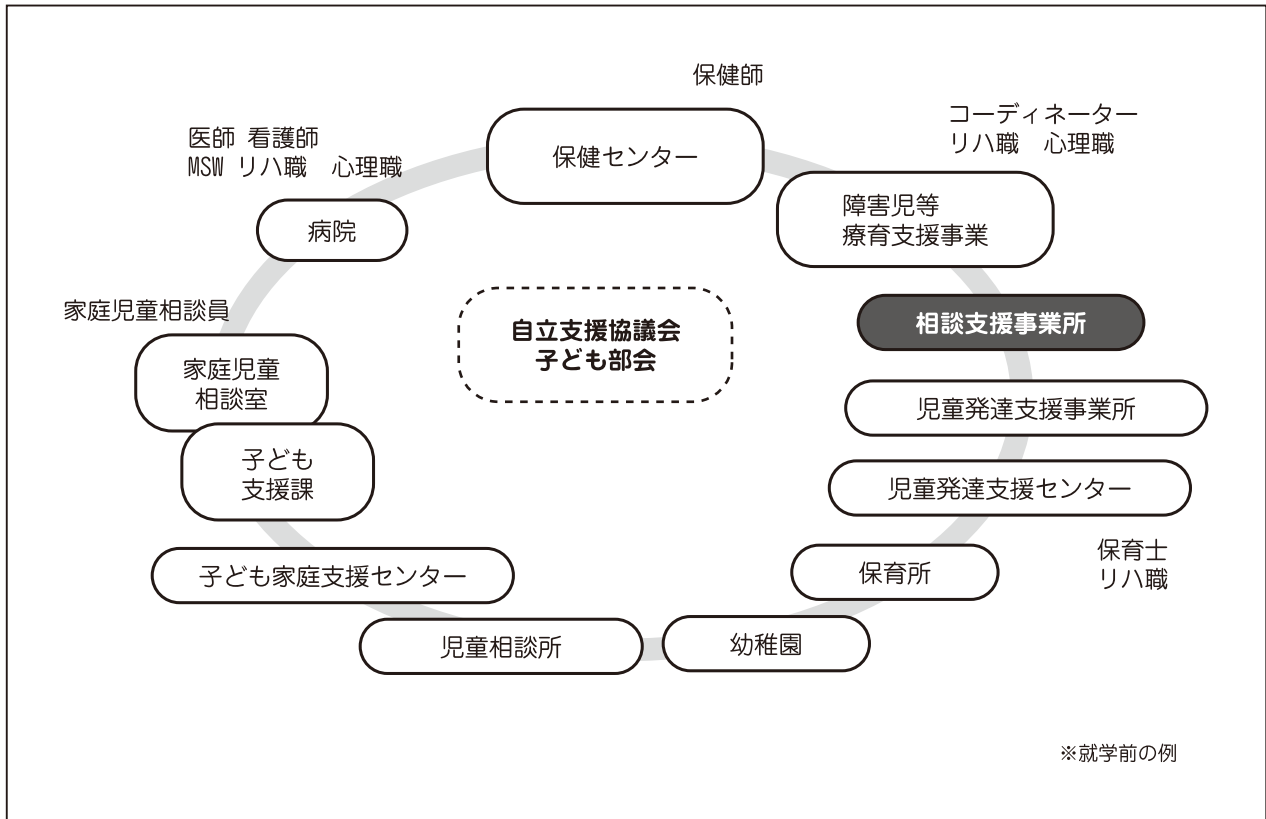
1) で述べたとおり、これまでの体制整備の経過を大切にしながら、計画相談支援をうまく活かす絵を描くことがポイントとなる。また、それぞれの役割を明確にし、どのように連携するかも具体的にイメージしてゆくことも重要である。

とくに、計画相談支援の現状の報酬体系と単価から、業務の内容は限定されたものにならざるを得ない。そのため、自治体の保健師やケースワーカー、市町村生活支援事業の相談支援（≒委託相談）、障害児等療育支援事業のコーディネーター、保育所等訪問支援事業の従事者などとの役割分担を検討し、各々の事業に配置されたコーディネーター的存在が最大限の力を発揮できる仕組みを描く必要がある。事業の本来の目的や規模、他事業との連携などの切り口から役割を整理してゆくほか、人口規模（利用者数）によっても役割は地域により変化すると想定される。

そのうえで、一般的には、計画相談支援の仕事は、個別の支援（チーム支援）を中核としながら、基幹相談支援センターや委託相談支援事業者が中心となって行う地域づくりの活動に参加してゆくことが求められると考えられる。

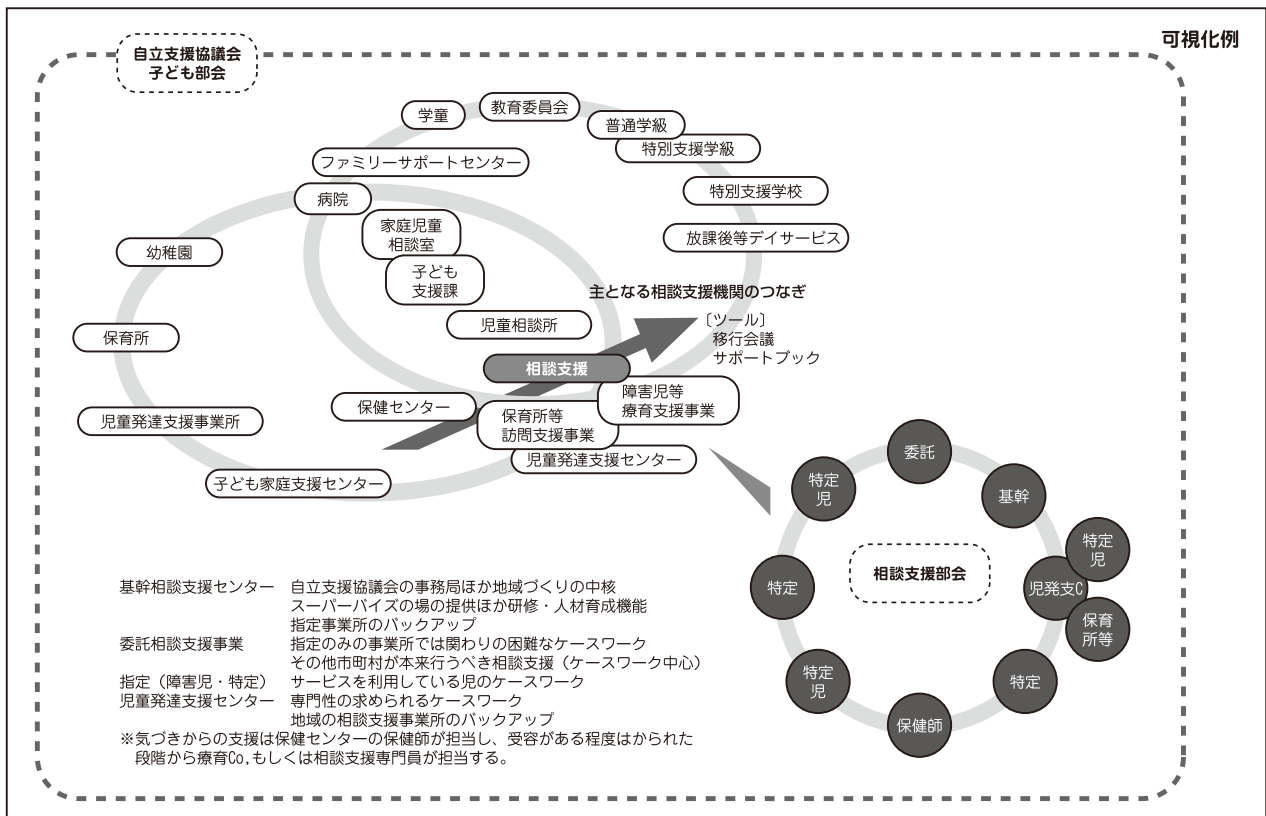
地域の相談支援体制再デザイン（モデル例示）

図Ⅳ－２０ 計画相談支援を含めた地域のネットワーク



図Ⅳ－２１ 子どもの相談支援体制を充実させ、ライフステージをつなぐ

（児童発達支援センターと基幹相談支援センターを中心とした連携モデル）



また、相談支援の役割分担については、計画相談の対象者という観点からは、ライフステージを問わない縦断的課題であると同時に、保健や子育て、教育、医療など近接分野の相談援助職との連携・役割分担については、障害児である前に「子ども」という観点からも必要な児童期の横断的な検討課題を持っている。

このように、いわゆる「タテ」と「ヨコ」のつながりについては、相談支援体制の検討の場づくり（参加者の選定や）の段階から注意を払うことが望ましい。

子どもの相談支援は、自治体の母子保健部局や児童福祉・子ども部局、都道府県の児童相談所や保健所、障害児等療育支援事業、保育所等訪問支援事業、教育機関など、多様な部門・機関においてすでに実施されており、相談支援従事者は、福祉サービスなどのコーディネートを行うと同時に、相談機関同士のつながりや連絡調整・役割分担を行う必要がある。

指定障害児相談支援事業者を立ちあげるにあたっては、これらの相談支援体制が事業を実施しようとする地域において、どのようなデザインで実施されてきたかを知り、自らの役割が地域の相談支援体制のなかでどの位置を占めるのか（求められている仕事は具体的に何か）を明確にしておくことが重要である。

そのためには、前項に挙げるような協議の場に参加したり、関係者と相談しながら事業の立ち上げを計画してゆくことが望まれる。

従来からの障害児相談の関係者は、新たなメンバーが参加しやすい環境を作ったり、新たなメンバーが加わってもらえるような方策をとることが重要である。

2. 事業者増加・相談支援専門員増員の必要性和増やすための取り組み

平成24年4月の法改正における「相談支援の充実強化」の意図は、一般財源化によって地域格差の増大や（予算の削減や、据え置きによる）希薄化がすすんだ相談支援を再構築することであり、地域における相談支援に関わるマンパワーを増やすことを眼目としている。

相談支援事業者や相談支援専門員の数を増やし、役割を明確に設定すれば、地域の相談支援をより豊かにすることが可能となる。逆に、その地域に必要な人員を適正に配置できないまま、計画相談の対象者拡大の数だけを達成しようとする、基本相談や地域づくりが疎かになったり、現場の相談支援専門員が疲弊するなど、制度の負の面ばかりが強調されるようになる。

基礎自治体の相談支援担当者や委託・基幹センターの相談支援事業者担当者は、地域の関係者に相談支援の必要性を理解してもらい、自らの地域での参入を阻害する要因を把握し、解決して、従事者を増やす取り組みを行うことが重要である。

こうした取り組みは、各自治体や圏域単位での取り組みのほか、法定研修を含む人材育成の主体である都道府県によるバックアップも有効である。

1) 相談支援事業参入への阻害要因

マンパワーを増やすことが眼目とされるしくみだが、そのマンパワー増強に苦戦している地域がきわめて多いのが全国的な現状である。その要因は、各々の地域で調査・分析することが重要であるが、