

(4) 複雑な状態像を呈する知的障害の医学判定に関して

他の精神医学的問題を併せ持っていない精神遅滞の判定はそれほど困難ではなく、その知的能力の障害の程度は比較的公平性に立って把握できるであろう。考慮を要する場合として、一つには、精神医学的な問題を併せ持つ知的発達障害児の診断とその障害程度の判定であろう。次に問題が出てくる場合は、知的な発達障害はあるが、主たる障害が自閉症や多動性障害にある場合の障害の程度判定であろう。こうした場合には、多軸診断をする必要があり、Primary Diagnosis をきちんとした上で、Secondary Diagnosis をし、その中に精神遅滞が記述されることになる。

よって、精神遅滞以外の知的発達障害が顕著である児や、あるいは精神医学的に I 軸に診断をされるような問題を持っていて、なおかつ精神遅滞を併せ持つ場合には医学的な診断を必要とし、心理判定結果を併せて総合判定をすべきである。

3. 知的障害の医学判定の実際的作業

医学判定の実際的な手順は以下の行程からなる。

(1) インテーク（支援ニーズの把握）

判定の依頼がなされる際には、関係機関から申請者についての情報が寄せられることが一般的である。療育手帳の申請では福祉事務所が申請を受け付け、基礎調査をした上で児童相談所に判定を依頼してくる。こうしたインテークに先立つ関係機関の関わりは、判定のみならず支援のあり方を構築する上でも重要である。インテークの段階においては、療育手帳所持という目的であっても、当事者の知的障害に対してどのような支援を必要としているかをしっかりと把握されなければならない。

さて療育手帳の他に、小・中学校の特殊学級を終えて高等部や高等養護学校に入学する際に、療育手帳の申請あるいは知的障害の判定書発行

依頼といった形で知的障害の判定および認定の関わりを求められることがある。

(2) 心理面接と判定

知的発達に焦点を当て、発達障害を行動像、コミュニケーション能力、知能指数(IQ)、社会的 ADL などから把握し判定するが、それに加えて、知的障害児が日常生活の様々な行動を通して現してくる所見から発達障害の概要とその程度を把握するのが、心理判定の基本となる。よって必要に応じて、親などの周囲の関係者から情報を得て、その所見を確認することになる。

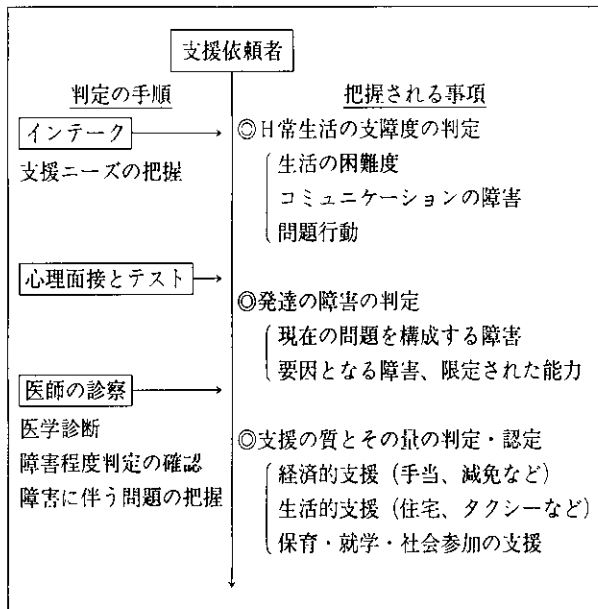
(3) 精神科医師の診察と判定

精神科医師の診察は、医学診断の確定、日常生活の不応の概略、障害が当事者である児や家族に与えた影響そして周囲との間に発生してきた問題などを面接によって把握してゆくことが求められる。例えば、高機能自閉症であったため障害が発見されなかったり、親が障害受容ができていないためなどで、なんとか高校に入るところまでは進んだが、その後就職でつまずき、この段階で知的障害の判定や援助を申請してくることがある。この場合には、時間が経ちすぎていたために支援や援助の方策が狭められていることや精神的な失望感も少なくないことから、単に知的障害の判定ではすまなくなることが多く、診察には多くの配慮を要する。

なお、中枢神経系に関する医学的検査が必要な場合もあり、医療機関を活用して行うことになるが、すでに小児科医などに受診している児については、その科の診断を尊重して知的障害の医学判定をすることになる。

以上のことがらをシェーマで表すと次頁のようになる。

こうした判定手順を通じて対象者が必要としている質的援助の内容がより具体的になってくるのであるが、医学判定とはまさに社会・心理・医学の視点からその対象者が必要としている支援を総合的に判定するという他にないのである。



4. 施設入所時における医学判定について

知的障害の施設入所の基本的な条件は知的障害があるかどうかである。精神科医師が入所や退所に関して具体的な関わりを持つことは少ない。常勤精神科医師を抱える児童相談所においても実際的には児童福祉司と心理判定員が中心に入所相談のケースワークと判定の作業を行う。精神科医師が関わる場合は、精神遅滞に児童虐待が関与している場合や自閉的傾向や他の精神障害が関与している場合である。

児童虐待が関与している場合は、一時保護をした上で観察所見などを加え、その後の施設処遇に対する意見を付け加えることがある。つまり、より高度の権利擁護を踏まえた関わりをせざる得ないときに医学判定が要請されることになる。

入所における医学判定に関しては、医療の必要な知的障害児の入院医療をどのように確保するかという点が今後の大きな検討課題になるであろう。精神遅滞に他の精神障害を伴う場合、特に精神分裂病で精神科医療を必要とするときには現行の医療環境では成人の一般病棟で精神科治療を受けることになろう。しかし、12～13歳の年齢の知的障害児の入院治療は時に難しいようである。この場合には、知的障害児の入所施設との連携や役割分担に特に配慮をしなくて

はならない。なぜならば、病院は基本的には医療でしか見ることのできない問題に対処する場であり、知的障害児の抱える他の側面には対応できないからである。つまり、知的障害児は年齢によっては病院生活を送る上で必要な生活能力が獲得できていないことがあり、本来、病院が行う治療構造や治療ダイナミクスを適用できないことがあるからである。よって病院の役割が医療の部分に限定されることから生活面の指導支援については柔軟にかつ速やかに他の入所施設と分担されなくてはならない。

III. 入所判定基準に関して

最初に述べたように知的障害児の療育のあり方は最近の20年あまりの間にさらに大きく様変わりをしてきた。養護学校義務教育法が制定され、教育の場が確保されることで、それまでの施設の役割はかつての学園としてではなく、生活や療育の場となっていった。施設入所を必要とする知的障害児は減少し、重度の知的障害児や家庭的問題のために養育が困難になった知的障害児の生活の場となっていった。この20数年は軽度の障害児の社会参加が進む一方で、施設側は重複障害や重度化した入所児童の福祉に取り組むことが求められた歴史でもあった。言い換えれば、この歴史的推移に即して考えれば、施設の役割には重度の知的障害児や知的障害以外の問題を併せ持つ児童に対する療育や問題解決、そして彼らの社会参加に向けた取り組みが求められているのである。

こうした歴史的背景を受けて、施設入所を必要とする児童の入所はほとんどスムーズに進み、むしろ施設は在宅の知的障害児の療育や社会参加に向けた要請にどう応えてゆくかという課題に向き合わなければならない状況にある。

1. 利用者の現状と施設入所について

知的障害児の入所理由の多くは、家庭的問題を背景にした養育困難という事由であろう。次いで、知的障害児の問題行動のために本人のみ

ならず家族の日常生活が破綻しかけているといった事由となろう。よって、入所希望の児に対して知的障害の有無を確認することが判定の大きな作業となる。入所施設の多くが定員を大きく下回っている事情があるため、要保護性のある児童の入所は知的障害の確認という判定を経て進められる。入所に関して検討すべきこととしては、①軽度の非行を含めて問題行動をする知的障害児の処遇、②重複化と重度化が進む児の適切な療育の場は肢体不自由児施設、知的障害児施設、あるいは重症心身障害児施設のいずれが適切かという問題、③多様化する在宅知的障害児のニーズに知的障害児入所施設がどのように対応するか、ということであろう。

以上から入所判定のあり方に関してはおおよそ次の5点についての検討が必要になる。

- ① 有期限有目的の療育（指導や訓練）の推進
- ② 軽度の非行などの問題行動への対処
- ③ 重度、重複化する児童の療育の場の検討
- ④ 入所施設に向けられる在宅知的障害児のニーズ
- ⑤ 学齢児の療育についての学校（特殊学級、養護学校）との連携

2. 入所判定基準について

施設入所を必要とする理由が大きく変わって、生活の場が要請された時代から、生活支援や生活スキルの獲得そして家族支援などが要請される時代になったことを十分に踏まえて判定をしなければならない。知的障害児の場合、入所判定基準のあり方とは、施設に入れるための判定ではなく、施設でどのような支援を受けるべきかを判定するものでなければならない。つまり、入所判定とは知的障害児のニーズに入所施設がどのように対応すべきかということを検討することに他ならないと考えられる。児童の障害が施設の条件に該当するかを判定するのではなく、前述の判定の章で述べたような視点から児童のニーズを把握し、必要な支援や処遇を心理学的・医学的に評価（アセスメント）してゆくのである。それを施設に伝え、その結果として施設は

児童に対して適切な療育と支援がなされる。入所判定基準とは児童に何をなすことが必要かを明確にすることである。この課題を施設に対して伝え、時には施設と協同で実行してゆくことであろう。入所施設は長い歴史の中で多くの経験を蓄積しており、それらを元に以下のような課題に取り組むことが知的障害児とその家族から求められていると考えられる。

- ① シェルター（ショートステイもその一つの機能であろう）
 - ② 有期限有目的の積極的な療育訓練の場
 - ③ 養護学校や特殊学級放課後の活動の場
 - ④ サポートセンターとしての情報提供の場
 - ⑤ 幼児期からの障害児子育て支援センター
- 入所施設にこれら課題を求めてくる個々の児童について、そのニーズの内容を明確に把握し整理することが入所判定基準ということになろう。

IV. 乳幼児期の知的障害の支援システムと判定

知的障害児の早期発見早期対応や障害児関連施設の入所に関する判定業務は、母子保健活動と大きな関連があり、特に乳幼児健診やそれに引き続く1歳6ヵ月児および3歳児精神発達精密健康診査（以下、精健と略す）と重要な関わりを持つ。日本の母子保健制度は乳幼児や幼児の疾病予防と健康増進に大きな役割を果たし、昭和44年からは精神遅滞などの知的障害の早期発見早期指導を目的として、3歳児健診後に精神発達に問題のある乳幼児が児童相談所で精健を受けるような制度が始まった。平成元年からはその対象が1歳6ヵ月児にも拡大され、乳幼児期早期からの知的障害児に対する包括的な援助支援の制度が確立した。

さて、このような乳幼児健診とそれを受けた精健は知的障害児の援助支援の入り口の役割を果たしているため、当然のことながら各種の援助を受けるための判定や施設入所等の判定を受ける乳幼児も少なくない。乳幼児期の知的障害の判定の実際や親に対する援助のあり方をめぐ

って検討しなければならない課題も少なくないと考えられる。そこで、この度の研究では、全国の児童相談所を対象として、精健に関連した問題点などを把握する目的でアンケート調査を行った。アンケートの内容は資料編の箇所に掲載した。

1. アンケート調査について

児童相談所は全国に174ヵ所設置されており、支所をあわせ184ヵ所にアンケートを郵送し、133ヵ所から回収され、回収率は約72%であった。アンケートの内容の主だった結果を以下に記載する。

(1) 精健の実施方法について

精健の実施機関は児童相談所と定められているものの実際的には、保健所や市町村保健センターが実施している地域が、それぞれ約21%に達していた。児童相談所が実施する場合でも児童相談所に来所して行う方法は少なく、地域の機関を訪問して行われていた。その場合は、市町村保健センターが実施場所となっていた。精健に関わる児童相談所のスタッフは心理判定員が主体となるが、児童福祉司は多くの児童相談所で精健から外れていることが示されていた。精健の依頼や結果の報告について所定の様式を備えている児童相談所は25%程度で、この数値はこの事業の位置づけの弱さを示すかもしれない。

実際的な精健の運営であるが、精健は行政的な介入によってなされる母子保健であり、介入の目的やテーマが理解されて行われている必要がある。その際、第一線の市町村保健婦がこのことを踏まえて精健が児童相談所に依頼されなければならないところであるが、このことを明確にして実施している児童相談所は15%程度にすぎなかった。精健は母子保健業務であって、保健婦は重要な職種であると考えられるが、常勤の保健婦を抱える児童相談所は18%で、保健婦の所属するセクションは判定指導セクションが半数を超えていた。精健後のカンファランス

は半数の児童相談所はすべてのケースに行っており、多くの児童相談所が判定結果についても依頼先にきちんと報告していることが伺われた。約24%の児童相談所が保護者に判定記録を送っていたことは注目に値する。

(2) 精健の事後指導に関して

精健は初回診査の後に事後指導を行うのが一般的であるが、アンケートの結果では個別指導を中心にして事後指導が組まれているようである。精健の対象乳幼児は保育所などの地域の児童福祉関係の施設に係わっていることが多いが、事後指導はこれら保育所職員をはじめとして、保健婦に対してもなされており、それぞれ54%、52%の児童相談所から報告がなされていた。事後指導の内容は、つまり指導のメニューはさまざま考えられるところであるが、親に対する面接指導が一番用いられていた。次いで関係者への助言、プレイセラピー、母子治療そして親のグループワークという順番であった。事後指導を行う場所は保健所や市町村健康センターがもっとも多く、児童相談所で行う児童相談所も多いようであった。

(3) 地域療育と精健との関わり

近年は肢体不自由児施設の多くが広く発達障害児の療育に関わるようになってきたとともに療育センターを運営する市町村も目立つようになってきており、このことを反映するような結果が得られていた。約27%の児童相談所の管轄する地域の肢体不自由児施設が知的障害の療育にも関わっていた。約44%の児童相談所の管轄する地域に療育センターが設けられていた。約33%で民間の療育センターが活動していた。約13%の県立知的障害児入所施設が地域療育のセンター的な活動をしていた。このように児童相談所以外の機関が地域療育に大きく貢献する時代となっていることがアンケートの結果からうなずける。さてこのような実態の中で精健と地域療育の関係がどのようになされているか。精健を地域療育の橋渡しと位置づけて実施してい

る児童相談所が84%に達していた。加えて、通園施設に対して訪問指導やカンファランスなどを通してサポートしている児童相談所が約10%であることから、精健の知的障害児の療育に果たす役割は、地域内施設のサポートが主になり、その中に療育の橋渡しという役回りが含まれていると理解される。参考資料として、児童相談所の管内における就学前の知的障害児が利用できる社会資源の現状を表に上げておいた。

児童相談所で行われている個々の障害に対する療育的取り組みの実態であるが、半数の69カ所の児童相談所から回答が寄せられていた。残り半数はこうした取り組みはなされていないものと判断された。個別指導は月1回行われているといい方で、その場合の対象幼児は言語発達遅滞と知的障害が14、15名という程度であった。次いで、自閉症の個別指導が平均で3.6名になされているという報告であった。これら個別指導に対応する担当スタッフがあてがわれている児童相談所は、回答した児童相談所71カ所の約40%弱であって、しかも心理判定員がそのほとんどを請け負っているような状況であった。しかし、その対象は、言語発達遅滞や自閉症、精神遅滞(知的障害)、学習障害と幅広く知的発達の障害に取り組んでいるようであった。

集団指導に関しても同じ様な傾向が伺われた。しかし、学習障害やADHDに対する担当スタッフは幾分人数が減り、これら障害を持つ児童が集団指導になじむかという点での検討が必要であるかもしれない。こうした個別あるいは集団指導が精健とどのような関わりでなされているかということであるが、精健の事後指導と関係なく取り組んでいるというところが多かったものの、精健と何らかの関わりを持って行われている児童相談所も回答した児童相談所の37%に達していた。

(4) 精神発達精密健康診査についての実績

精健の実績は、平均実人数と平均延べ人数は、1歳6ヵ月児精健では約34人、約40人であり、3歳児精健では約57人、約78人であった。児童

相談所によってかなり幅のある実績であった。ちなみに我々の宮城県中央児童相談所は管内人口約80万人に対して、平均実人数と平均延べ人数は、1歳6ヵ月児精健では約49人、約65人であり、3歳児精健では約83人、約162人であった。平成10年度における障害ごとの実績からみると、言語発達遅滞と知的障害(精神遅滞)が圧倒的に多いが、自閉症に関しては1歳6ヵ月児精健と3歳児精健を比べると、扱った数が急増していることわかる。性格行動相談や児童虐待も急増しており、健診と事後措置でもある精健が果たす意義の大きさが改めて確認される場所である。

最後に、地域療育の今後についてであるが、母子保健が地域療育にどのように関わって行くべきかについての回答(自由記述)には大変興味深い意見が数多く寄せられていた。基本的な意見は、児童相談所のマンパワー不足のために増大する児童福祉の新たな要請にこたえてゆくことは難しいといった意見と、児童相談所は療育よりも子育て支援や児童虐待にそのマンパワーを差し向けざるを得ないという意見に大別されていた。

2. 知的障害児の判定と地域較差

療育センターが知的障害児・者の専門的な指導を展開している地域では、かつて児童相談所に求められていた役割を療育センターがより専門的に推進している。この変化に伴い児童相談所に求められている役割も限定されてきた。特に政令市ではこの傾向が進んでいるようである。一方、政令市以外の県の実状は児童相談所が知的障害児に対する関わりは大きく、児童相談所は健全育成と障害児対策の両面を担当している。一言で児童相談所と言っても、児童相談所のあり様は異なるものと理解される。政令市や療育センターを持つ地区の児童相談所との違いを検討する必要があるだろう。以下に北九州市を例にしながら、療育センターと児童相談所の関係や、こうした実態をもとにして今後の知的障害児の判定や指導のあり方を見てみることにする。療

育センターが一定の役割を果たしている地域において、児童相談所がどのような役割を果たしているのかを北九州市を参考にしてみる。

【北九州市における障害児の「療育体系」】

北九州市では昭和54年に、3歳未満の知的、難聴、肢体不自由の三つの通園施設(総合通園)を持つ「総合療育センター」が開設された。その頃にはすでに3歳以上の知的障害児に対しては市内5ヵ所の通園施設と2ヵ所の入所施設があり、3歳以上の肢体不自由児は総合療育センターが通所と入所の両方を担当し、保育所での障害児保育制度の整備、重症心身障害児施設の開設とあいまって、約20年前から障害児童に対する手厚い援助体制(「療育体系」と通称されている)が保障されてきた。

① 北九州市総合療育センターの機能

これら「療育体系」の中心となる総合療育センターは、様々な機能を併せ持っている。

「病院」としては、小児科、整形外科、眼科、歯科、耳鼻咽喉科等を持つ外来診療と、小児科と整形外科が中心で、保護者の障害の受容や養育訓練を目的とした母子入院も合わせて行う入院治療がある。

「通園施設」としては、すでに簡単に紹介したような0～3歳児の知的・肢体不自由・難聴の三つの通園施設が一体となった「総合通園」と、3～6歳児の「肢体不自由児」通園がある。

「入所施設」としては、療育センターの前身であった肢体不自由児施設と、約10年前に開設した重症心身障害児施設を併設(これにより市内の重症心身障害児施設は2ヵ所になった)している。

その他に「サービス機関」としては、通園時間終了後に訓練士が在宅児や保育所、幼稚園に在園中の子どもに療育を提供する「外来訓練」、妊娠中や乳児の弟妹を抱える家庭を訓練士が訪問して療育を行う「訪問療育」、保育所や幼稚園などの機関を巡回して援助方法を示唆する「バックアップサービス」なども行われている。

② 知的障害児の発見の流れ

上記のような北九州市での「療育体系」が完成して20年近い年月が経ち、「障害児の早期発見、早期訓練」は、児童を取り巻く関係機関の認識の中で完全に定着している。

つまり、開業医で行われる4ヵ月、7ヵ月、1歳6ヵ月、3歳の健診(一般健診)では、障害を疑えば総合療育センターが紹介される。また保育所なども、「心配があれば総合療育センター」という認識が浸透している。特に心理面や言語面で課題を持つ児童は、保育所や幼稚園等に在園しながら定期的な訓練が受けられる「外来訓練(地域療育事業)」を求めている受診が多いようである。

③ 1歳6ヵ月・3歳児精神発達精密健診の役割

上記のような状況であり、明らかに重度の障害児は1歳6ヵ月や3歳児の精神発達精密健康診査には上がってこず、直接総合療育センターに紹介される。そのため精神発達精密健康診査で係わることになるのは、障害か正常の個人差の範囲かが微妙な事例と、保護者(母親)の育児や発達の悩みに「専門家」として検査し、助言や示唆を与える場合などとなる。最近には特に後者の割合が増え、「子育て支援としての精密健診」の役割が重要になってきたと感じられている。

また精神発達精密健康診査の事後指導も、長期にわたる訓練が必要な場合は、総合療育センターや通園施設(ここでも外来訓練を行っています)に紹介するため、1度で判断できにくい事例や育児不安に悩む母親への援助が中心になっている。

なお平成9年度より、「わいわい子育て相談(乳幼児発達相談指導事業)」が市町村の事業として開始され、子育てに悩む母親に多職種からなるチームで援助することが始まっており、精密健診と重複する部分も多いため、相互の関係の見直しが行われているところである。

④ 北九州市における児童相談所（心理判定員）の役割

1) 措置に関わる判定について

総合療育センター開設当初は、他の通園施設と同様に全ての入所児童に対して措置前に心理判定を行っていた。しかし、センターの心理士の判定と同様の検査（ほとんどが発達検査）を行うため、保護者からの要請もあり、数年前からセンターの資料に基づいて書類判定を行っている。ただ、3歳児以上の通園施設への入所に際しては、従前どおり児童相談所で判定を行っている。

2) 専門家としての精密健診

「わいわい子育て相談（乳幼児発達相談指導事業）」では、多職種による「相談」が主であるが、心理士が関わるのは一人約20分程度である。精密健診の場合は、事前の打ち合わせ、子どもの発達・知能検査、母親インタビュー、状態の判断、援助計画の母親への提案と援護制度(施設)の紹介などに約1時間かけられる。

しかし「専門機関の専門的診断、助言」というのが「表看板（ウリ）」な割に、若い新人判定員は、障害児への知識や援助経験を持ちにくい現状にある。

3) 行政処分の基礎となる認定・診断行為

上記のような意味で、障害児へのサービスとしての「相談」は、児童相談所が行う必要がなく、現実に色々な機関により相談援助活動が行われている。しかし療育手帳の認定など行政処分として行われる認定・診断行為は、中立的専門的な立場での判断が求められ、あくまで児童相談所の業務であろう。

またその場合に行われる認定行為は結果的に障害告知であり、その際に行われる障害のアセスメントと援助のプラン作りは、児童相談所の心理判定員の業務として今後も重要な役割を負うと思われる（これに関して、介護保健と同様に、認定すら民間で行い、不服審査や監査等が行政の役割になると言う意見もある）。

4) 虐待・集団不適応・非行・不登校

最近の児童相談所は児童虐待の急増と、

ADHD を思わせる行動障害や LD と鑑別が困難な集団不適応、認知障害が増えている。また非行児や不登校児も増加傾向にあり、北九州市では常勤の心理判定員はこちらが主な業務になっている。しかし、業務が増加する割に人員はまったく増えないため、療育手帳の再判定などは、日々雇用の非常勤職員が担当している。聞くところによると、このような非常勤職員を雇用できない児童相談所では、心理判定員は療育手帳の再判定等に追われて、被虐待児や非行児への関わりをほとんど持てないでいるとのことである。

今後の児童相談所心理判定員の役割は何か、再検討する必要があると思われるところである。

3. 母子保健活動と知的障害の療育との関わり

母子保健と知的障害の支援・療育の関係については、乳幼児健康診査とそれに引き続いて行われる精神発達精密健康診査が重要な役割を果たしている。どのような内容か、そしてどのような貢献をしているかについて、宮城県と静岡県の実状から見てみる。

【宮城県における乳幼児健診と精神発達精密健康診査】

① 精神発達精密健康診査のやり方

宮城県では、政令指定都市の仙台市を除いて、二つの児相が県の南部と北部をそれぞれに区域を担当し、精健はほぼ同じような方法で実施している。精健は所内相談と保健所等を会場とした出張相談があり、心理職または精神科医師が主担当者となって相談を受けている。心理職が担当したケースで医師の関与が必要と判断された時点で面接を依頼し、医師が主担当の場合には、同じく途中で心理職が必要な検査を依頼されたりするという流れをとっている。以前は心理・医師・児童福祉司の3人が1チームとなり、相談者はこの3人全員に会うという流れで相談を行っていた。相談者としては、同じことを聞かれる場合もあり、誰が主の担当者かがわかりにくいという混乱がおきがちであった。現在、

心理と医師が同日に会う場合もあるが、それはむしろ例外的な設定となる。児童福祉司は、虐待ケース等地域の関係者も巻き込んだ指導が必要なケースの場合、途中からチームに入るといった関与の仕方になっている。児相の保健婦は、精健全体の窓口であり、また市町村や保健所保健婦との協議や指導の役割もはたしているが、自ら精健のケースの主担当者となることもある。

精健当日は市町村の担当保健婦も参加し、ケースカンファレンスを行い、ケースの相談内容によっては、保育所や通園施設の職員も参加することがある。親以上にこれら関係者自身が、ケースにどう関わっていったらよいかという悩みや相談が増加しているのも最近の目立った傾向である。

② 精神発達精密健康診査と療育について

精健の相談者が親以外の関係者が増えてくると同時に、相談内容も多様になってきている。障害についての診断、判定を求められることが中心の精健から、次第に障害受容の混乱がテーマになっているケース、育児不安が強く虐待の心配があったり、虐待が生じているケース、療育を担当する職員と親との葛藤の調整が必要なケース等々、複雑に入り組んだ問題をもった相談内容が増えている。

また、宮城県には療育センターのような、障害児の療育に一貫して関わる機関がないこともあって、自閉症児等の大きな困難を抱えた障害児に対する療育上の専門的なアドバイスを期待されることも多い。

このような精健の相談内容の変化に伴って、1回の相談だけでは解決できない問題が多いため、事後指導（児相への通所指導、保育所や通園施設に出向いての指導）の件数が急激に増加している。自閉症児とその家族への事後指導にもここ数年力を注いでおり、自閉症の障害を理解し療育の具体的方法について学習することを目的に親グループを継続している。

精健が各都道府県単位の事業となったなかで、宮城県でも精健の位置づけについて新たに検討

を行ってきた。市町村が主体となっている母子保健事業を保健所や児相が専門的に支援していくということからは、「乳幼児精神発達精密健康診査事業」として、対象年齢を広げ、早期に母子の精神保健的な関わりをしていくこととした。また市町村、保健所、児相の役割を明確にしていき、発達障害児の療育機関とも効果的に連携していくことも課題となっている。市町村によっては健診に心理職が入っている所も出てきており、身近な所で対応できる相談も増えるであろう。保健所も発達相談事業において、発達障害の中でも親子関係の混乱が少なく、療育面のアドバイスが中心となるようなケースの相談に応じていく体制を作りはじめている。児相よりも地域に身近にある保健所で対応できるケースについては、地域の療育機関と連携しながら、障害児とその家族をサポートしていくことが可能であろう。現在児相で実施している自閉症児の親グループ等も、保健所単位で行われることも方法であろうと考えている。

一方で児相は発達障害の中でも、障害受容を巡っての混乱が大きいケースや育児不安が大きく、母子の相互関係に問題を抱え、治療的な関わりが必要なケース等を主に扱っていくことが期待されてくると思われる。このような関わりは、虐待の問題への早期介入、早期治療としての意味も大きいと思われる。

もう一つの大事な役割は、地域の療育システムが円滑に機能するために、専門的、技術的な援助であろう。現在精健の事後指導として行っている、保育所や通園施設職員への援助の内容の専門性を高めていくことが我々に必要とされるのであろう。

【静岡県の児童相談所の精神発達精密健康診査の現状と課題】

① 精神発達精密健康診査の現状

静岡県の児童相談所の精神発達精密健康診査（精健）の特徴は、主に2点あると思われる。1点目は、児相職員が県の保健所あるいは市町村の保健センターを月1回程度訪問する形態を

とっていることである。2点目は、訪問する職員は心理判定員だけがあたっていることである。本県は人口約377万人で児相は4カ所あり、そのうち東部・中央・西部の3児相相談所の管轄はそれぞれ約120万人とかなり多い。精健は児相が行うものだけでなく、地域によって多少の違いがある。浜松市や静岡市の中核都市では、市独自で心理職を雇いあげたり小児科医による精密健診を行っている。近くに通園施設等がある地域では、施設が行う相談や巡回の場で精健を実施しているところもある。保健所サイドが行っている発達相談が、精健として機能している地域もある。また、児相によっては、幾つかの市町村からあげられたケースを保健所に集め、保健所と共に精健を実施しているところもある。これらに共通する特徴としては、市町村の保健婦が1歳6ヵ月児または3歳児健診後に心配と思われるケースを精健の場に誘い、それらのケースに対して児相の心理判定員が訪問面接するということであると思われる。

健診で精神発達面に何らかの異常があると判断された子どもの親は、不安な面持ちで精健の場にやってくる。精健にあげられるケースは、発達の遅れが疑われるケースだけでなく、母の子育て不安が強く子どもが不安定になっているケースや、なかには就園している子どもの園での問題行動といった相談もある。子どもの発達チェックや心理診断を行いながら、母親の話を聞いていき、今後の療育や指導についての手立てを保健婦を交えながら考えていく。また、園の先生等が付き添ってきた場合には、先生へのアドバイス等を行ったり、保健婦による園の訪問を考えていく場合もある。相談終了後には、各ケースについてカンファレンスを行い、ケースへの共通理解と支援のために連携が取れるように努めていくと同時に、結果については報告している。

ところで、精健という1回の個別面接の場で問題が解決していく場合はいいが、継続した指導を必要とするケースが多い。そうした場合、保健所が実施している事後のグループ指導へつ

なげていく。特に、親からしてみれば一度の助言や説明では、どのように子どもを捉え、毎日の生活の中でどうやって接していけばいいのかを理解し、具体的に実践していくことは困難であろう。親は、子どもの発達状況について正確に理解し、その子の成長や発達に寄り添っていくという構えになっていくことが必要なのであるが、そのためには他児の中で自分の子どもを観察したり、他の親とともに語り合う等、親自身が気付いていくというプロセスをたどらなくてはならない。その意味からグループでの指導は重要なものであると考える。また、子育てについて不安がある親は、親のグループワーク等を通じて自分の悩みを相対化し、悩んでいるのは自分だけではないと知って子育てに対しての自信を取り戻し、前向きに子どもと関わっていくようになる。当然のことだがそうした親の変化は、子どもの成長や発達に促進的に働くことになる。

こうしたグループ指導を経て、保育園や幼稚園・幼児言葉の教室・知的障害児通園施設等といった地域療育へとつながっていく。本県では、精健や事後指導のグループ等は、療育機関への橋渡しの役割をになっていると言える。

ところで、精神発達精密健康診査は平成12年度から県単事業となるため、各県独自の方法で実施することとなるが、本県でも改めて見直しがなされている。そこで「精密健診実施要綱」を新たに作成し、平成12年度からスタートをきることとなった。内容としての特徴は、今までの精健の意味に加えて、保護者の抱える育児不安に対する相談や不適切な養育の早期発見等にも焦点を当てたものになっていることである。しかし、精健の具体的方法は平成11年度までと同様で、心理判定員が精健の場へ出向いていく回数が3分の2程度に減少する点が異なっているだけである。

② 今後の児相の役割

以上の本県の現状を踏まえ、精神発達面における乳幼児健診および事後指導での児相の役割

について整理すると、以下のことになると思われる。

1歳6ヵ月児と3歳児健診において、市町村では一次健診だけでなく雇い上げの心理相談員による二次健診まで実施している現状の中で、県レベルとしては三次機能としての役割が期待されていると考える。児相は保健所と文字通り一つになって、高度な専門性に裏打ちされた事業を展開していくことが必要であろう。市町村の保健婦からは、健診の精度を高める研修や面接の方法の指導をしてほしいという要望がある。現在の健診制度は、市町村で一貫した指導が可能となる一方、どういうケースを継続指導とするか等の判断は市町村単位で考えられるため、精健にあげてくるケースにはばらつきがある。最近、ある保健所が中心となり管内の市町村の保健婦と共に、1歳6ヵ月児健診の精神発達面における簡便で判りやすいチェックリストを作成した。その結果、健診での基準が統一され実施しやすくなっただけでなく、フォローされる子どもの数が増加したとのことであった。このような健診における判断基準の作成をはじめとして、親への指導方法についての研修、地域の社会資源を巻き込んだ健診システムの整備等は、県レベルの母子保健が果たす役割の中で重要なものと思われる。

児相において、心理判定員が保健婦の要請に応えるかたちで地域へ出ていくだけでなく、機関として母子保健へ取り組む姿勢を強化することにより、相談のケースの早期発見や早期対応という面で、今以上の効果をあげることが可能となるのではないだろうか。特に現在、児相は虐待相談への対応に追われ多くのエネルギーを注いでいるが、その予防や早期介入の好機は子どもが乳幼児の頃にあると実感しており、そうした意味からも乳幼児健診や精健および事後指導の大切さが強調されてよいと思われる。

本県における精神発達精密健診での児相の役割は、適切な療育につながる診断を行っていくことは勿論のことではあるが、機関としての専門性と広域性を十分に生かしながら、保健所と

共にそして関係機関と連携しながら、地域のシステムを整備していくことにあるのではないかと考えている。

V. 結果および考察

1. 知的障害児の援助支援の時代的推移と児童相談所の課題

(1) 知的障害児の援助支援の経緯と今後に関して

知的障害児の援助や支援のコンセプトは、ここ数十年の間にその中心となる舞台を入所施設から地域や家庭へ移し、施設の役割は大きく変わり、地域や家庭に対する支援はさらに工夫を求められる時代になった。デンマークのノーマリゼーションが、親たちの主体的な考え方と取り組みによって今日の障害福祉を展開したように、日本の知的障害児の制度も親たちの息の長い努力と貢献によってその有り様を変えてきた。また、昭和54年の養護学校義務教育法はこの展開に拍車をかける役割を果たした。そして平成15年からスタートする基礎構造改革は、知的障害児・者の福祉のあり方をさらに大きく変えてゆく転換点となるであろうことが予想されている。

児童相談所は知的障害の判定や施設利用の可否の判断に大きく関わるが、適切な判定や施設入所の判断は、こうした知的障害児の処遇と支援をめぐる時代的推移やその変化に対する包括的な理解をもってこそ的確なものとなろう。このために知的障害児・者の処遇や支援がどのような取り組みの歴史をへて今日につながってきたのか、その概略を見ておくこととする。

その沿革であるが、知的障害の児童施設は最も歴史の長い入所施設であり、我が国における知的障害児者福祉の基盤を築いてきた。明治24年、我が国最初の知的障害者のための施設「滝乃川学園」（創設時は弧女学院と呼ばれた）が石井亮一によって東京に創設された。以来、知的障害児施設の歴史は100年を超え、この内、前半50年の施設数は15～16で推移した。いずれも情

熱的な創設者の理想や個性によって独特な運営がなされ、また、運営費は家族や篤志家の寄付によって賄われた民間社会事業であった。

我が国の社会福祉や社会保障制度は戦後大きく見直され、日本国憲法のもと昭和22年に児童福祉法が、次いで教育基本法と学校教育法が施行され児童施設の運営費用の公的補助制度や教育の機会均等等が保障されるに至っている。また昭和28年には施設運営要領が作成され、さらに精神薄弱児対策基本要綱が事務次官会議において決定される等の経過がある。昭和35年には成人に至った知的障害者対策のため精神薄弱者福祉法が制定され、これによって成人施設の設置対策も大きく前進をみた。

知的障害児施設は法制化の後、急速に施設数が増加しその推移は表1の通りとなっている。養護学校義務化前の昭和51年にピークを迎えその後は減少の一途で、近年は昭和43年時の数を下まわり、なお減少傾向が続いている。

養護学校義務設置は、それまで就学の免除や猶予によって学校教育から排除され、施設利用が唯一の選択肢であった、特に障害の重い児童生徒の就学権を全面的に保障するようになったことが考えられる。

児童施設は歴史的に長期にわたり知的障害児の教育、療育、生活など多角的な支援活動を展開してきたことは明らかであるが、一方でノーマライゼーション思想の普及などを受け、障害児者の家庭生活支援のために、昭和51年入所型施設に「在宅重度障害児者緊急保護事業」（現、短期入所事業）が開始される。在宅重度障害児者の家族に緊急性の高い事由が発生した場合に限定し、ショートステイ利用が可能となったのである。

その後、在宅障害児者に対する各種サービスが制度化され、昭和55年には「心身障害児（者）

施設地域療育事業（通称施設のオープン化事業）」がスタート。

この事業には、在宅心身障害児者短期療育事業、精神薄弱者生活能力訓練事業、心身障害児（者）巡回療育相談事業、在宅重度心身障害児（者）緊急保護事業、心身障害児（者）プール開放事業の五事業が統括された。

施設の持つ専門的機能を地域で活用し、施設が地域の社会資源となることを目途に考えられた最初の施策である。

オープン化事業以来、障害児者の在宅支援対策は徐々に方策を拡大し、今日では多くの施設が実施するに至っているが、同業施設間でのコンセンサスが得られたのはここ数年のことである。また今日では障害の程度や事由に関わらず利用が可能になり全国で有効に活用されている。

平成10年度からは各事業の窓口が児童相談所や福祉事務所から市区町村に変更され、利用者にはさらに一層身近な事業として全国に拡大普及している。

これらの地域支援は平成11年度から「障害児（者）地域療育支援事業」として位置づけられ、全国234施設が国の指定を受けコーディネーターの配置、利用登録制度の導入などで地域に密着した制度となった。この事業は知的障害児（者）、重症心身障害児（者）、身体障害児（者）が対象となりそのため事業の受託施設種も多岐にわたっている。また全ライフステージにそって地域生活全般の総合相談とサービス調整を行う事になり、年齢、障害、サービスなどあらゆる点でバリアがはずされる傾向が進んでいる。通園児童施設ではこの事業に先んじ既に障害種別が取り除かれ施設の相互利用が図られている。

さて、知的障害児施設は社会現象である少子化、養護学校義務化、地域在宅ケア制度の普及により、その利用者数は減少の傾向にあり、児

表1 全国知的障害児施設数の推移

年	S 23	27	31	35	39	43	47	51	55	59	63	H 4	9	10	11
施設数	16	46	86	131	195	289	337	351	349	326	313	303	287	285	281

日本知的障害者愛護協会調

童相談所での措置理由は家庭養護に欠ける児童を対象に養護学校義務化以来の入所調整が進められてきた。しかし、一方で行動障害など家庭での対応に著しい困難を生じる障害児対策が各地で課題となり、自閉症児親の会（現、自閉症協会）が中心になり昭和55年には児童福祉施設に自閉症児施設が位置づけられた。

第Ⅰ種自閉症児施設（医療型）、第Ⅱ種自閉症児施設（福祉型）が開設され、これらと合わせ特別なニーズのために施設を利用する傾向は近年も続いている。特別なニーズでの施設利用の第一の目的は障害児の行動改善や安定にあるが、同時に家族サポートも重視し、施設利用ののち再び穏やかな在宅生活を回復させる日途を持ち、有期限有目的の施設利用（一般措置入所）が今日ではごく一般的に各地で行われている。また、強度行動障害特別処遇事業が平成5年度に開始され厚生省が定めるその判定基準に基づき3年期限付き入所事業が開始されている。

「障害者プラン」、「社会福祉基礎構造改革」で、地域・在宅支援が一段と推進されるのに伴って児童施設の役割のあり方も変化しつつある。しかし今日の児童施設が積年の課題として抱える超過年齢者の滞留は全定員の50%を超える状況にあり、この解決の一策として厚生省が新しく打ち出した児者併設型施設は、適正配置を考慮した施策と考えられるものの児童施設数の減少に益々拍車をかけることになろう。

今後の児童施設は、それぞれの児童が地域の中で家族と共に過ごし、発達保障を受けるための多彩な支援機能を備えるなど新たな展開と役割が期待される。

(2) 全人的支援に移行する知的障害児・者の援助

知的障害の包括的な支援を進めるためには、今後さらに幅広い理解が求められてゆくであろう。通り一遍の生活をする上での援助支援の対象者であった児・者は、これからは物的量的な支援以上に質的な精神面の支援を必要とするであろう。彼らは、自分の所属する生活世界をよ

り意味のあるものに関心が引き寄せられてゆくであろう。こうした、より人間的なテーマに取り組む際、時に精神的な悩みを今以上に表出することもあろうし、自分の周囲の世界をどのように認知し理解するかをめぐって苦悩する瞬間もあろう。知的障害者も障害を持たない人と同じように、ライフサイクルのいくつかの局面でその局面に応じた課題に取り組み、その課題が難しいときは心を悩まし、悩みに応じて様々な問題を表出するであろう。そこでは精神的な支援を今以上に必要とするであろう。こうして従来の物的量的な支援に加えて、質的精神的な支援も必要とされているのであるが、このことがもっと明白になってくるであろうと予測される。親との分離个体化、思春期、自分のパートナーを持つ生活作り、中年期、老年期、そしてパートナーとの別れ、死などのライフサイクルを通じてのさまざまな課題に取り組み、その時々での精神的な支援を必要とする。

例えば、精神遅滞という障害を持つ知的障害児・者が強度のストレスにさらされて心因反応を起こすことがある。これを単に精神疾患として捉えるだけでよいのか、それとも社会的なコンテキストの中で対人的なスキルが不十分であったために人との関係に混乱をきたしてこの状態に至ったのかと考える理解が問われるのである。もっと豊かな他者とのつながりを求めてこの状態になったかもしれないのである。このように知的障害児・者が心の豊かさを指向する際の問題もまたこれからの課題の一つとなる。知的障害をめぐる精神医学的な問題は、ある意味で人間が遭遇するであろうようなさまざまな問題が集約された形で出現してくる。十分に予測のつかない中で、しかも自分の処理能力がままならぬ中で難しい問題にどのように対処してゆくかという点で、これからの社会の中で人間がどのように幸福な人生を歩むかといった難しさに相通じるものがある。知的障害児・者のメンタルヘルスに対する理解と取り組みを検討してゆき、全人的な援助・支援を志向するのがこれからの大きなテーマとなる。

2. 知的障害の支援システムの現状

知的障害の療育や支援を考えると、乳幼児健診やその事後措置としての重要な制度である精神発達精密健康診査制度を無視するわけにはゆかない。母子保健が戦後の乳幼児の疾病予防や乳児死亡率の低下に大きな役割を果たしてきたことは誰もが認める成果であるが、知的障害児の療育への橋渡しやその親に対する支援に果たしてきた貢献度も大きいのである。これからの療育や支援の質的展開を図るためにも母子保健、とりわけ乳幼児健診には大きな期待が寄せられるのである。

(1) 乳幼児健診と療育

乳幼児健診制度の時代的展開の概略は以下の表2にあるように、大きく三段階をへて今日に至っている。疾病予防や乳児死亡率の改善に重点が注がれた時代、心身の成長発達に力点が向けられた時代、そして今や精神面の発達や親子関係に留意して健診が実施されることが求められているのである。

アンケート調査などで見てきたように、知的障害児の支援システムにとって母子保健、とりわけ乳幼児健診と精神発達精密健康診査は重要な役割を果たしてきた。今後も知的障害児とその親に対する援助の質的な展開にとって不可欠であることは明らかであろう。そして母子保健業務が市町村に委譲されるに従い、市町村保健センターと県の保健所における役割も再編成されてきた。児童相談所の精神発達精密健康診査にかかる事業費も地方交付税に盛り込まれ、児

童相談所の本来的業務となってきた。このように母子保健のすそ野は広がってきたのであるが、その一方中心的役割を果たす機関がぼやけてきたきらいもある。そこで、これらの役割をもっと明確にする必要性に迫られている。

(2) 知的障害児の地域支援システムとその役割

こうした母子保健活動は、広く母性を対象とした母性保健施策と乳幼児に対する保健施策とを一貫した体系のもとに行うこととされている。実際の業務は、妊娠により母子手帳を交付されてから開始される保健婦による係わりによってなされる。児については、出生後に定期的に乳幼児健診が組まれて、発達がチェックされる。特に、1歳6ヵ月児と3歳6ヵ月児に対しては精神的な発達についてチェックされ、精神発達に問題がある児については事後措置として、精密健康診査がなされ、医学・心理学的な発達評価と指導（カウンセリングなど）がなされる。つまり知的障害児の早期発見と早期対応に大きな役割を果たしているのである。知的障害児のみならずその親に対する支援や指導の道を早くから開く重要な制度である。以下に実際に行われている乳幼児健診をもとに望ましいと考えられるあり方を、第一次、第二次、第三次という3レベルで以下の表3に記す。

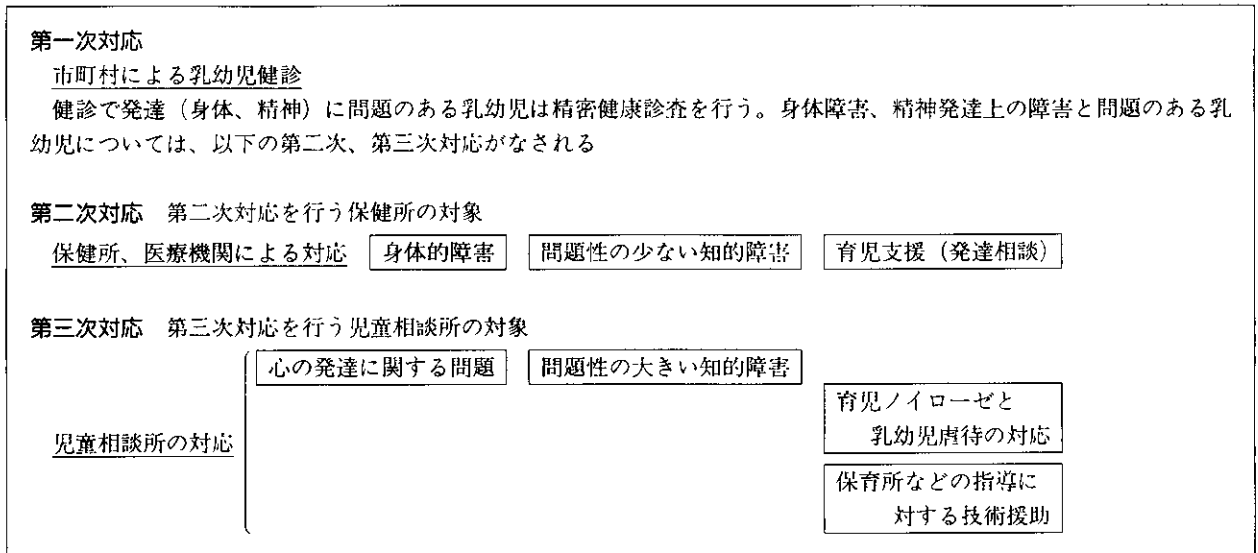
知的障害児の支援や指導に係わる行政機関は、市町村、保健所そして児童相談所からなるが、一口に知的障害児と言ってもそれぞれの機関が受け止めるべき問題は異なることや、それぞれ

表2 健診の時代的变化

健診の重点の進展		健康の目標
I 身体所見を主とするプログラム 身体発達、栄養状態、感染症	(1950年頃)	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">身体的健康</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">全人的健康</div> </div>
II 発達強調プログラム 行動発達、神経運動発達、生活指導	(1975年頃)	
III 母の役割・精神社会的発達強調プログラム 情緒社会性の発達、母の役割、母子の相互交渉	(1985年以降)	

中山健太郎：乳幼児定期健診のプリンシプル（I）、（II）、小児科26、1985から

表3 乳幼児健診とその後の対応（市町村、保健所、児童相談所の役割について）



の機関の担当する地域の大きさが異なることから、三つの機関の役割は異なり、その役割は次第に表3に示されたように分担されてきている。また、今後地域の大きさに応じて、こうしたシステム化に統合されてゆくことが望まれる。

VI. ま と め

平成11年度および12年度の研究により、本研究のテーマである「児童相談所における障害認定と入所判定基準のあり方について」について以下のような結果を報告する。

1. 知的障害と障害程度の捉え方について

知的発達に遅滞が認められ、日常生活に支障をきたしているために、特別な支援を必要とする状態を知的障害と位置づけられていることを出発点として、以下のような捉え方をすることが児童相談所の判定と障害認定には必要である。

(1) 児童の知的障害の判定は、精神遅滞を中心にして自閉症、注意欠陥多動性障害などの発達障害を医学的に診断し、これらに知的発達の遅滞がどの程度介在、あるいは生じているかを心理学的、社会学的、医学的に把握する。具体的には、知的発達に遅滞のある児童の生活の困難度、および親や周囲の者の養育や指導などのしにくさや大変さから障害の程度を明らかにして

ゆく。つまり障害程度の認定は総合評価であって、知能指数（IQ）によってのみ評価されるものではない。彼らが一般的な生活をする上で必要な支援の質と量を把握し区分評価する。

(2) 障害程度の評価に当たっては、支援ニーズを的確に把握し、日常生活の困難度、精神症状や問題行動、基礎障害（医学的診断）、自己統制力、対人関係能力、知能指数（IQ）を、よく訓練された心理判定員や精神科医師によって評価する。

(3) 特に、自閉症や注意欠陥多動性障害、あるいは精神症状を併せ持つ知的障害児の場合の障害認定においては、問題行動の中によって生じる生活の困難さに留意して障害の程度を評価する必要がある。これらの内容を吟味することにより、従来より使われてきたIQによる障害程度区分に一ランクを加算する場合もあり得る。

(4) 知的障害の医学判定
医学判定は総合判定でもあり、心理判定で障害認定の判断ができかねる場合に、医師と協議をしたり、あるいは診察を含めた医学判定がなされる。いずれにせよ、複雑なケースの判定や障害認定においては医師の判断と責任のもとでなされる必要がある。

2. 入所判定基準について

知的障害児の場合、入所判定基準のあり方と

は、施設に入れるための判定ではなく、施設でどのような支援を受けるべきかを判定するものであり、児童のニーズを把握し、必要な支援や処遇を心理学的・医学的に評価（アセスメント）してゆくのである。入所判定基準とは児童に何をなすことが必要かを明確にすることである。いわゆる施設を利用して行われる個別指導プログラムに盛り込むべき課題が入所判定基準ということになる。

3. 児童相談所の知的障害児に対する業務の実態

児童相談所は一定の基準が設けられ設立されてはいるものの、それぞれの都道府県あるいは政令市のさまざまな事情を反映させており、判定の実際には多少の違いが見られる。また、時代的な要請も変わってきており、児童虐待対策や子育て支援などの障害児支援以外の業務量が増大しつつあり、知的障害の療育と的確に結び

つくような判定がどれだけ適切になされるかという点においても疑問がないわけではない。障害児の早期療育には母子保健が果たす役割がこの上なく大きいのが、保健福祉の権限が市町村に堰を切って移譲されている現状において、市町村の保健福祉業務をサポートすべき県の機関として、母子の保健福祉という視点において児童相談所に求められる期待は大きいのである。また、職員の資質として、判定は療育や支援の橋渡しであるだけでなく、求められる支援の質と量を的確に把握することにも大きく影響を与えるだけに、心理判定員や精神科医師には一定の条件が求められなければならない。以上から、障害認定や施設入所に係わる児童相談所の判定および心理判定員や精神科医師の適切さを裏付ける資格については、今後の児童相談所のあり方とも大きく係わることだけに、今後さらに検討が必要になる。

資 料 編

- 資料 1 アンケート調査用紙
- 資料 2 アンケート調査結果（その1）
- 資料 3 アンケート調査結果（その2）
- 資料 4 AAMR について

資料1 アンケート調査用紙

児童相談所における精神発達精密健康診査と地域療育に関する調査のお願い

1. 精神発達精密健康診査（以下「精健」と略します）一般についてお聞きします

1. 精健の実施主体は児童相談所ですが、実際にはどんなやり方をしていますか。該当するアルファベットを○で囲んで下さい。

- a. 保健所が中心になって行う
- b. 市町村保健課（保健センター）が心理職を借り上げたりして独自に行う
- c. 児童相談所が行う
- d. その他（療育センターなどで行う）

2. 精健の実施方法についてお伺いします。該当するアルファベットを○で囲んで下さい。

a. 児童相談所に来所してもらい実施し、児童相談所の外では行わない。

b. 出張（巡回）により実施するのみ

その場合、場所はどこで行っていますか

b-1. 保健所を会場に

b-2. 市町村の保健センター等を会場に

b-3. その他（ ）

c. 児童相談所来所による精健と出張（巡回）精健の両方を実施

3. 精健に関わる児童相談所のスタッフの参加状況についてお伺いします。参加するスタッフと参加状況について表のアルファベットを○で囲んで下さい。

	参加しない	たまに	しばしば	常に参加
(1) 心理判定員	a	b	c	d
(2) 児童福祉司	a	b	c	d
(3) 保健婦	a	b	c	d
(4) 精神科医	a	b	c	d
(5) 小児科医	a	b	c	d
(6) その他	a	b	c	d

() その他については、職種を記載してください。

4. 精健の対象児童の依頼方法についてお伺いします。該当するアルファベットを○で囲んで下さい。

精健のために児童相談所が作成した所定の書式（様式）を用いていますか？

a. 用いている → お使いの精健の書式（用紙）をお送り下さい。

b. 用いていない

5. 依頼される精健の相談内容についてお伺いします。某県の児童相談所では、精健が行政的な介入制度であることに留意し、精健を担当する保健婦に対して、依頼時にその精健の直接の依頼者が誰かを保健婦に明確に確認する指導をしています。例えば、発達の確認が相談内容であったとしても、親自身からの相談なのか、あるいは、保健指導を担当している保健婦の確認を目的とした相談であるかもしれません。このため、精健の依頼を受け付ける時、担当保健婦に直接の相談者を、親であるのか、保健婦であるのか、別の人であるのか明確に整理しています。このような指導を保健婦にしていますか。該当するアルファベットを○で囲んで下さい。

- a. している
- b. していない

6. 精健の実際的運営についておたずねします

(1) 児童相談所に保健婦が常勤職員として配置されていますか。該当するアルファベットを○で囲んで下さい。

- a. はい
- b. いいえ

「はい」の場合は以下の質問にお答えください。

(2) 保健婦の勤務しているセクションはどのセクションですか。該当するアルファベットに○をつけて下さい。

- a. 判定指導セクション
- b. 相談調査セクション
- c. 一時保護セクション
- d. その他 ()

7. 精健に関わるスタッフの役割についてお伺いします。以下の役割をどの職種が担当していますか。該当するアルファベットに○をつけて下さい。(複数回答可能)

a. インテーク、 b. 発達検査、 c. 行動観察、 d. 診断を告げる、 e. 治療指導 (カウンセリングを含む)、 f. その他 (調整)

- | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|
| (1) 心理判定員 | a | b | c | d | e | f |
| (2) 児童福祉司 | a | b | c | d | e | f |
| (3) 保健婦 | a | b | c | d | e | f |
| (3) 精神科医 | a | b | c | d | e | f |
| (4) 小児科医 | a | b | c | d | e | f |
| (5) その他 | a | b | c | d | e | f |

その他については、職種を記載してください。

8. 精健の際に、診断や指導方針に関するカンファレンスを行っていますか。該当するアルファベットに○をつけて下さい。

- a. すべてのケースについて行っている
- b. 必要に応じて行っている
- c. 行っていない

9. 精健の結果の処理についてお伺いします。該当するアルファベットに○をつけて下さい。

- a. 判定（心理・医学）記録を送付している
- b. 判定記録の送付はしていない
- c. 要請があれば送付している

精健用の判定書をお持ちの場合、送ってください。

aとお答えの場合、どの範囲に送付していますか。送付するところに○をつけて下さい。

- a. 保健所 ()
- b. 市町村保健婦 ()
- c. 保護者 ()
- d. その他 () どこですか？ ()

10. 判定書を送付する場合、判定記録はどの程度記載しますか。該当するアルファベットに○をつけて下さい。

- a. 知能検査を含めた知的能力のみ
- b. 発達全体についての評価
- c. 指導方針のみ
- d. 以上を含めた包括的な判定

II. 精健の事後指導についてお答え下さい

11. 事後指導（児童相談所の行っている）の実施内容についてお伺いします。

以下の内容について、下記の表に該当の項目アルファベットをご記入下さい。（複数回答可）

(1) 指導の方法として、どの方法で行っていますか。該当するアルファベットに○をつけて下さい。

- a. 個別指導のみ
- b. 集団指導のみ
- c. 個別および集団指導

(2) 子どもと保護者以外に事後指導を行うことがありますか。どの者に対して行っていますか。行っていれば、該当するアルファベットに○をつけて下さい。

- a. 保育所および保育所職員
- b. 通園施設等およびその職員
- c. 担当保健婦
- d. その他 ()

(3) 事後指導の内容について、以下のどの内容の指導していますか。指導の内容とその頻度について該当するアルファベットに○をつけて下さい。

	やらない	たまに	しばしば	常にやる
① プレイセラピー	a	b	c	d
② 子どもの認知訓練等	a	b	c	d
③ 言語訓練	a	b	c	d
④ 母子治療	a	b	c	d
⑤ 親面接	a	b	c	d
⑥ 親のグループワーク	a	b	c	d
⑦ 関係者への助言指導・ コンサルテーション	a	b	c	d
⑧ その他 (その職種)	a	b	c	d

(4) 事後指導を行う場所についてお答え下さい。その場所と頻度について該当するアルファベットに○をつけて下さい。

	やらない	たまに	しばしば	常にやる
① 児相に通所	a	b	c	d
② 保健所、母子健康センター	a	b	c	d
③ 保育所や通園施設等の訪問	a	b	c	d
④ 家庭訪問	a	b	c	d
⑤ その他	a	b	c	d

III. 地域療育と精健の関わりについてお答え下さい

12. 児童相談所以外の知的障害児の療育に専門的に関わる療育機関についてうかがいます。

どんな療育の機関や場所がありますか。該当するアルファベットに○をつけて下さい。

- a. 肢体不自由児施設が知的障害にも専門的に関わる総合療育センターがある
- b. 市あるいは広域事務組合が療育センターを設置している
- c. 民間の療育支援を行うセンターがある
- d. 県立知的障害児入所施設が地域療育についてセンター的に活動している
- e. 知的障害児の地域療育に専門的に関わる機関はまだない

13. 地域療育を視野において精健（事後指導を含む）を実施しているかどうかをうかがいます。

該当するアルファベットに○をつけてください。

- a. 精健を、地域療育に関係する通園施設に対して、訪問指導やカンファランスなどのサポートしながら実施している
- b. 精健後に対象幼児を通園施設や保育所に入所させるなどして、精健を地域療育の橋渡しとなるべく位置づけて実施している
- c. 精健は知的能力の評価をするのみで、地域療育とは関係なく実施されている