

Ⅲ. 研究方法

本年度は、研究班員による討議と、先進地域の調査という2つの方法により、早期発見と早期療育をめぐる問題について考えた。

まず、それぞれの研究協力者が携わっている臨床場面において、障害児への発達支援をどのように展開しているのかについて、現状を報告し分析した。

次に、障害児とその親および療育に関わるスタッフがどんなニーズを持っているのかについて、資料を持ち寄って討議した。その内容としては、知的障害児通園施設における自閉症の子どもの親が、障害を認め受容していくまでの数年にわたる記録が出された。また、市町村保健婦の現状とニーズについて報告があった。さらに、病院の小児科外来における医師と臨床心理士の立場から、障害児を抱える親がどんな悩みをもち、地域療育に何を望んでいるのかについて示され、全員で検討した。

また、調査先としては、先進的な取り組みとして注目されている地域総合療育センターと知的障害児通園施設、および県全体として療育体制が整っている地域と町独自で乳幼児健診の改善に取り組んでいる地域等について調査した。調査結果については、班会議において研究班全員への報告研修を行い、優れた実績を持つ地域の分析を行いながら、参考となる点について議論を重ねた。特に、議論においては、地域全体の療育システムはどうあったらよいのかについて考え、その中で「めばえ」のあり方が具体例として取り上げられ検討された。

Ⅳ. 研究結果

1. 「めばえ」における地域療育の実態

ここで、地域において療育を展開している具体例として、静岡県小笠・掛川地区にある知的障害児通園施設「めばえ」における地域療育の取り組みを取り上げる。

(1) 静岡県小笠・掛川地域における「めばえ」の位置とシステム

静岡県には、60余の市町村保健センターがある。各市町村保健センターは、乳幼児健診・相談・訪問指導等の事業を行っている。療育体系は、人口規模や健診・相談等でチェックされる児の数により、保健所と近隣の市町が一体型をとることがある。小笠・掛川地区は、その1つの例である。

この地域は、静岡県の中西部、静岡市と浜松市の間位置する田園都市・掛川市にあり、掛川市と小笠郡（大須賀町・浜岡町・小笠町・菊川町・大東町）の1市5町を管轄している。管内人口は、約18万人、年間出生数は約1,700人である。県の機関としては、中東遠健康福祉センター掛川支所（旧掛川保健所。以下「保健所」とする）と同じ支所の中に静岡県西部児童相談所の児童福祉司が駐在している。

この地域では、保健所と1市5町で1つの療育体系をつくっている。各市町の乳幼児健診・相談からあがってきた要チェック児（ことばの遅れ、全体的な遅れ、多動等）は、児童相談所が行う精密健診や保健所の総合発達相談・幼児相談、「めばえ」が各市町に行っている巡回相談等を経由し、必要があれば次に述べる療育ルートにのる。

5町の子どもたちは保健所主催の親子教室「げんきっこ」へ、掛川市の子どもたちは市保健センター主催の「ひよこ教室」へと参加する。スタッフは、保健所や町の保健婦に加え、「めばえ」の保育士も入って親子遊びを実施している。そこで明らかな遅れが認められ

た子どもには、次の段階として「めばえ」の「親子教室」（週1回）が用意されている。おもに3歳までの子どもが参加している。「げんきっこ」や「ひよこ教室」の段階で、親は一定の子どもの障害について受容がなされており、また様々な情報提供も行われるため、親子教室への移行はスムーズにいく場合が多い。次に、「親子教室」の子どもたちの中で、毎日の療育が必要と思われる場合は、「めばえ」の定期通園や並行通園を紹介する。このように、早期発見の場から「げんきっこ」や「ひよこ教室」、さらには親子教室や定期通園と、どの段階においても地域における「めばえ」の役割は大きいものとなっている。

（2）「めばえ」による地域療育体制づくりの経過

「めばえ」の出発は、知的障害児施設東遠学園の中で行っていた療育教室「めばえ」の保護者会で「毎日通える施設を作ろう」という声があがり、市長や町長へ働きかけたことからである。8年前に開設し、5年間の障害児通園事業（定員20名）を経て、平成10年より児童福祉法による知的障害児通園施設（定員30名）に移行した。さらに、平成12年度には通園施設の相互利用制度により、定員は36名となったことで、地域における定期通園児の待機状態の一定の解消という課題を果たした。

また、当時、保健所で実施していた発達相談は2か月に1回だったので、もっと気軽に相談できたら対応も早くできると考え、出前の発達相談（巡回相談）を始めた。さらに、平成10年度より、定期通園でない子どもへの対応や地域療育支援を実施する部門として療育相談部を設け、巡回相談やことばの教室等とは別に専任の職員1名を当てた。専任職員1名では実施できる業務は限られているものの、地域の母子保健関係や保育園・幼稚園など現場レベルでの連携がかなりスムーズとなった。

表1 運営形態

（平成12年4月現在）

部 門	事 業 名	ク ラ ス 名	療 育 内 容 等	
定 期 通 園 部 定員 36 名	知的障害児 通園施設 (定員 30 名)	びいまん組	10 名	心身の発達援助
		にんじん組	10 名	障害の軽減
		たまねぎ組	10 名	基本的な生活習慣の確立
	相互利用制度	じゃがいも組	6 名	両親への育児生活支援
療 育 相 談 部	地域療育支援 親子教室 (施設機能利用事業)	保健所、市町療育教室、保育園・幼稚園への支援等 概ね 24 名・乳児～3歳頃の在宅児早期母子療育		
	並 行 通 園	概ね 30 名・保育園、幼稚園通園児の発達援助		
	ことばの教室	概ね 20 名・言語障害児の相談、治療(予約制)		
	機 能 訓 練	作業療法士による機能訓練		
	発 達 相 談	外来児、通園児の発達診断・各種相談(予約制)		
	巡 回 相 談	関係市町を対象・乳幼児健診後の事後検査		

保育園や幼稚園に通う子どもたちで療育が必要な場合は、放課後の時間を使って「めばえ」に通うという形態で、並行通園を行っている。保育園・幼稚園のサポートについては、障害児部会で2か月に1回勉強会を実施している。また、年1回の講演会と3回を1クールとする研修会を開催している。内容は、市町村の乳幼児健診や中東遠健康福祉センター掛川支所での療育のグループへの見学と参加、それに「めばえ」での実習である。

このように「めばえ」では、親や地域のニーズにあわせ多様なメニューを用意している。それらに対応する職員は、常勤は19名、非常勤は6名という総勢25名がフル回転であたっている。施設長も食事指導に入るし運転手もする等、かなり人員的には逼迫したきつい状況である。しかし、定期通園以外の子どもに対する地域のニーズは大きく、そうした子どもの療育課題や親を支援すること等は、重要なことである。表1に「めばえ」の運営形態を示した。

(3) 「めばえ」における機関連携の実際

以上述べてきたように、早期療育に関して積極的な役割を担っている「めばえ」であるが、周囲の市町村保健センター、保健所、児童相談所等の関係機関は、どうやってこの「めばえ」を有効に活用し、地域療育のシステムを形成してきたのだろうか。その経緯と各機関の役割を明らかにしながら、乳幼児期の早期発見と早期療育を中心に、機関連携の実際を見てみたい。

平成6年に地域保健法が制定され、平成9年度から母子保健事業が市町村に移譲されることとなり、一次サービスは市町村、二次的サービスは保健所が実施するという役割が明確にされた。そこで、平成8年度に保健所では、管内の母子保健サービスの向上及び保健所機能強化の観点から母子保健における療育体制について検討した。その中で、早期発見と早期療育における問題点が、以下のように整理された。

① 母子保健事業移譲に伴う健診・事後フォローの再検討

- ア) 3歳児健診の実施主体が県から市町に移行することで、保健所で行ってきた3歳児健診の事後フォローとしての「げんきっこ」(注1)の利用者の減少が予想される。
- イ) 「めばえ」による巡回相談が定着するにつれて、保健所の個別相談及び療育教室の利用が年々減少している。
- ウ) 1歳6ヶ月児健診の時点では、発達の遅れの判断が難しい。また親自身の受け止めも十分でないため要観察となった場合は、次回の健診や相談まで経過観察されることが多く、その結果療育の開始が遅れる。
- エ) 事後フォローが各市町、「めばえ」、児童相談所、保健所等で実施され、その方法も様々でつながりが取れておらず、必ずしもフォローの必要な児に適切な支援がなされているとはいえない状況がある。
- オ) 療育教室の会場が保健所であると、地域によっては遠隔のため参加が難しいところがある。しかし、各市町単位で療育教室を開催するには対象が少なく、スタッフのマンパワーも十分ではない。

そこで、発達の遅れを早期に発見し療育がスムーズに行われるよう、保健・福祉サービス調整推進会議(注2)において各機関の役割を明確にするとともに、乳幼児健診・相談の事後フォローのあり方について検討し、併せて療育教室について見直しを行った。その結果、

各機関がそれぞれの役割と、その役割を相互に理解し有機的な連携を取りながら、平成9年度以降は乳幼児健診・相談の事後フォローを、システムとして運用していくことを確認した。

また、保健所においては、療育教室を主に1歳6ヵ月児健診の事後フォローの場として位置づけ、実施回数・会場も増やすなど充実強化することとなった。人的資源や業務量を考えた場合、回数を月2回から4回に、会場も保健所だけでなく管内の保健センターに出向いて開催することは、保健所単独での実施は困難であるが、新たに市町、「めばえ」の協力を得られることになり、実現が可能となった。

(注1)昭和58年度から県単事業（発達障害児療育教室事業）としてスタート。平成9年度から国の補助事業（発達訓練指導事業）となる。児童相談所の1歳6ヵ月児・3歳児精密健診、同事後指導としての位置づけもあわせもっている。

(注2)構成メンバー：市町、「めばえ」、児童相談所、掛川市社会福祉協議会、保健所

② 検討後（平成9年度以降）の取組み

各市町を会場に行われる「めばえ」による巡回相談や保健所を会場にする精密検診・発達相談を、市町の乳幼児健診・相談においてスクリーニングされた子どもの二次相談の場として位置づけた。発達の遅れや障害が疑われるグレーゾーンの子どものについては、保健所の療育教室「げんきっこ」や掛川市の「ひよこ教室」で経過を追い、ある程度障害のはっきりした子どもについては、「めばえ」の親子教室においてより丁寧な療育が行われる。また、子どもが就園年齢に達した時点で、発達状況に応じて保育所・幼稚園、「めばえ」の定期通園・並行通園・言葉の教室などにつなげていくことになる。以上がシステムの大まかな流れである。子どもの発達の状況に応じた、いろいろなレベルの療育の受け皿が用意されつつある。この地域における乳幼児健診・相談の事後フォローシステムは図1のとおりである。

③ 実施後の問題点

ところで、障害のある子どもの発達を保障し子育てを支援していくためには、発達の遅れを早期に発見し、療育に結びつけることが必要である。事後フォローシステムの入り口である乳幼児健診・相談の場でのスクリーニングが、それに続く療育に与える影響は大きい。1歳6ヵ月児健診で、発達の遅れが疑われる児をスクリーニングするよう意識したが、システムを稼働し始めたばかりの頃は、精密健診等にあがってくるケースも各市町によりばらつきがみられた。そこで、健診精度の向上と市町間格差の解消を目的に、平成9年度に保健所の調査研究事業として市町とともに、1歳6ヵ月児健診の内容の見直しを行った。それによって、子どもの発達のどこをみるかの基準が統一され、事後フォローにあげられるケースの数も増加していった。

また、療育教室の会場も保健所のみでなく、大東町保健センターとで隔週に実施することになり、保健所から遠隔であった地域からの参加も得られやすくなった。身近なところに第1次早期療育教室としての事後フォローの教室があるということにより、市町保健婦も親に対して健診の事後相談を安心してすすめられることになった。

さて、システムがスムーズに稼働していくためには、関係機関の有機的な連携が必要不

可欠である。その連携の強化のために大きな役割を果たしたのが、療育教室の充実強化であった。

(3) 「げんきっこ」の充実とその成果

平成8年度までは、保健所と児童相談所、掛川市社会福祉協議会で実施していた早期療育の教室に、平成9年度からは市町の保健婦と「めばえ」の保育士が加わり、回数も月2回から週1回に増え、関係者が毎週顔を合わせるようになった。教室終了後の“みんなで考える”を方針にしたカンファレンスで、保健婦は子どもの生育歴や母子を取りまく家族や地域の状況の観点から、心理判定員は子どもの発達の観点から、保育士・指導員は子どもとの関わり方や発達課題に応じた遊びの観点から、水平な立場で意見を出し合うことによって、子どもの発達への理解を深めるとともに、それぞれがいろいろな方向から子どもをとらえることができるようになっていった。市町においては年齢的に若く経験の浅い保健婦が母子保健担当となることが多いが、カンファレンスの場を通して市町の保健婦の子どもの発達をみる力量を高めることにつながった。また、お互いの役割に対する理解を深めることができ、療育教室以外の場面においても日常的に連携が取りやすくなった。特に、保健所保健婦と市町保健婦の連携は、ケースの家庭訪問や保育所・幼稚園訪問をともに行うことで従来以上に強まっている。

保育所・幼稚園との連携は主として個別ケースを通して行われてきたが、対象児が療育教室を終了し入園してしまうととぎれがちであった。そこで、平成10年度から市町と「めばえ」が協力し合いながら、管内の保育士・幼稚園教諭を対象に研修会を実施している。研修内容は、乳幼児健診見学、療育教室実習、「めばえ」定期通園実習であり、母子保健事業や障害児療育について理解を深め連携を図ることを目的としている。この研修会によって、保育士や幼稚園教諭の子どもの発達の遅れに対する気づきが促され、保育所や幼稚園で気になる子どもについて健診の前などに市町保健婦に連絡が入るようになってきている。保健婦が園訪問をして状況把握をしたり、事後フォローにつなげたりするなど、連携が強化されている。

連携が強化されシステムが定着するに従い、発達の遅れが疑われる児のほとんどが、1歳6ヵ月児健診でスクリーニングされ二次相談にかけられるようになってきている。また、療育教室の参加者も増え、児の年齢も2歳前後となり、明らかにこれまでより早く療育が開始されるようになってきている。このことは、子どもの発達支援のみならず、子どもの発達に対して強い不安を抱いているこの時期の親を支えるという点からも、大きな効果がある。それは、療育教室が親にとって安心できる場であり、同じような悩みを持つ親同士が交流し、お互いに支え合う場にもなっているからである。親同士のつながりも、療育教室以外の場でも連絡を取り合うなど深まっている。

平成13年度から、療育教室は大東町保健センターと菊川町保健センターを会場に開催されることとなった。掛川市のケースは市主催の「ひよこ教室」などでのフォローが定着しており、療育教室への参加がない。そのため、親子にとってより身近なところでの教室開催を考えたところ、菊川町が率先して会場を提供してくれることとなった。第1次早期療育である療育教室が、市町に着実に根付き前向きな姿勢で取り組まれていることがわかる。

(4) 今後の課題

乳幼児健診・相談の事後フォローを中心に、保健所の取り組みについて述べてきた。

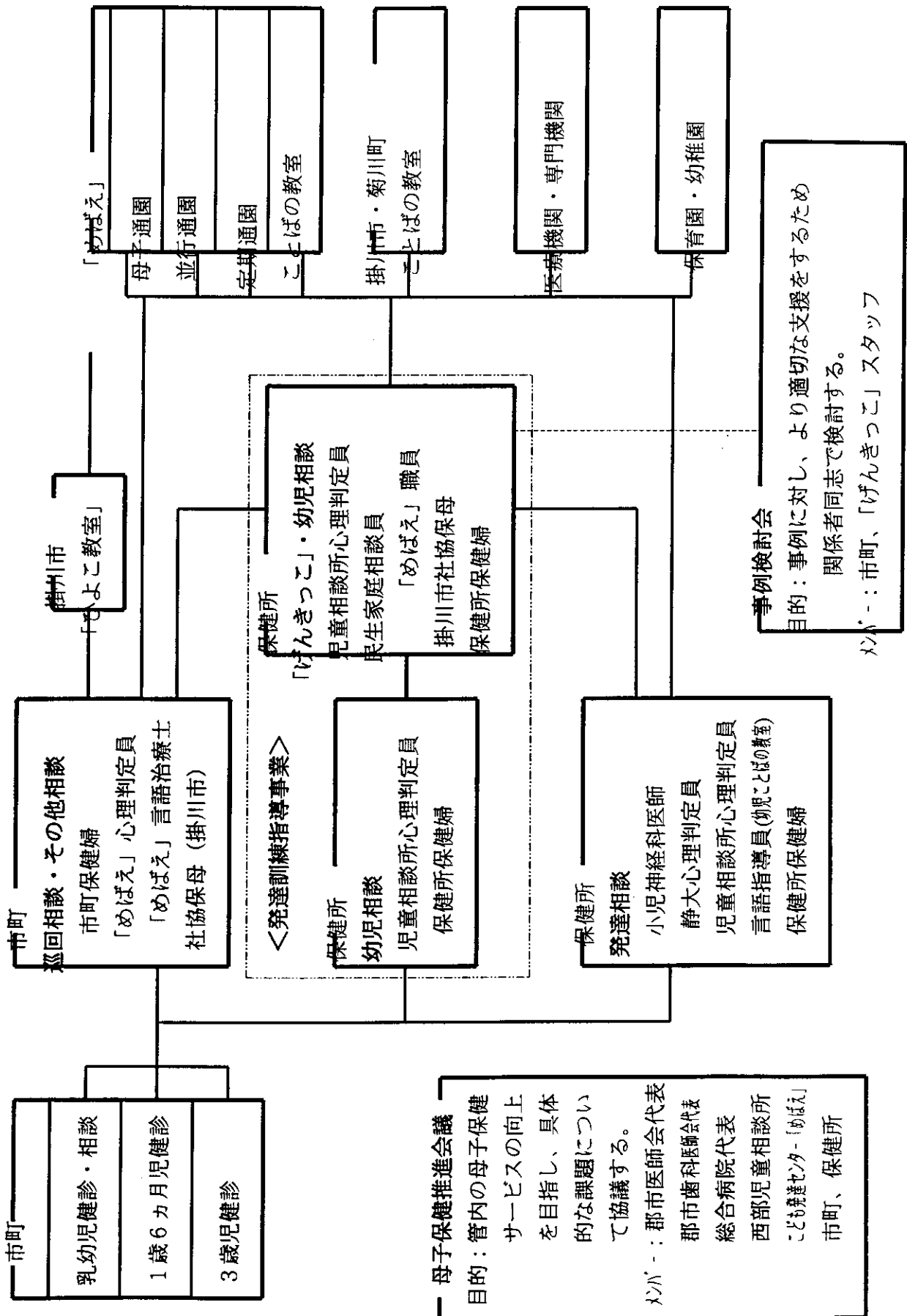
平成9年度の地域保健法の施行・母子保健事業の移譲が、管内の乳幼児健診・相談の事後フォロー及び療育教室を見直す契機となった。検討にあたっては、管内に療育の専門施設である「めばえ」があったことが大きい。市町をはじめ、児童相談所、社会福祉協議会など障害児に関わる関係機関の協力が得られてこそできたことである。

システムとして取り組みを始めてから4年が経過し、早期発見と早期療育は定着してきている。しかし、保育所・幼稚園において統合保育をすすめる上で必要な職員の加配制度が整っていないなど、現状では、施設での療育を終えても保育所・幼稚園での受け入れ困難な状況や十分な援助がなされ難い等の問題がある。また、障害児のフォローも就園までがやっとで、就学以後のことになると保健所はほとんど関わりが切れてしまう。学童期の障害児と親への支援についても、今後の大きな課題である。

さらに、障害児の中でも発達障害児についてはフォロー体制ができつつあるが、未熟児出生や先天性疾患などによる身体的な障害のある児のフォローは十分とは言い難い。個々のケースについては未熟児センターやこども病院等との連携が図られつつあるが、地域での継続したフォロー体制は作られていない。特に、気管切開や在宅酸素などの医療的ケアが必要な児へのサービスや受け皿は少なく、就園しても保護者が付き添わなければならないなど、親の負担に任されるところが大きい。医療機関中心のフォローとなりがちであるが、地域で生活する親子という視点からの支援やサービスの提供を検討していく必要がある。

サービスのメニューが増え、システムが作られても、それが有効に機能するためには関係機関の有機的な連携が必要である。障害児の発達支援及び親の子育て支援のために必要なサービスは何かを考え、関係機関が支援の目標を共有しながら、今できること、していくべきことを、それぞれの機関がお互いの役割を認識し協力して実践していくことが大切であると思われる。

図1 掛川保健所管内乳幼児健診・相談事後フォロー図 (平成9年度)



2. 児童相談所の地域療育への関わり方

(1) 全国の児童相談所へのアンケート結果

① 精密健診について

「めばえ」のような実践は、各地域で行われていると思われるが、全国の児童相談所は、そうした地域療育にどのように関わっているのだろうか。昨年度、宮城県中央児童相談所の本間博彰先生を分担研究者とする厚生科学研究「児童相談所における知的障害の医学的判定と乳幼児期の支援」では、全国の児童相談所を対象にして、精密健診に関するアンケート調査を行った。アンケートの目的は、乳幼児健診における精密健診の全国的な現状と問題点等を明らかにし、今後の地域療育における児童相談所の役割について、全国の児童相談所の意見を把握することであった。その内容としては、ア)精密健診の実施方法について、イ)精密健診の事後指導について、ウ)地域療育と精密健診とのかかわり、エ)精密健診についての実績、オ)今後の児童相談所の地域療育への関わり方(自由記述)であった。対象は、全国の174ヵ所と支所も合わせた184ヵ所の児童相談所であった。回答は、133ヵ所からあり、回収率は約72%であった。アンケートの詳細な分析は、昨年度の報告書で行われているが、その概要を以下に述べる。

精密健診の形態としては、児童相談所の心理判定員が市町村保健センター等に出向くというものが最も多かった。精密健診の結果については依頼先へきちんと報告している児童相談所がほとんどであった。また、24%の児童相談所が保護者に判定結果を送っていた。常勤で保健婦が配置されている児童相談所は18%のみであった。精密健診の事後指導では個別指導が中心であり、保育所職員や保健婦に対しても約半数の児童相談所で指導が行われていた。精密健診と地域療育との関係では、精密健診が地域療育への橋渡しの役割を担っているという児童相談所が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レンスなどを通してサポートしている児童相談所が約10%あった。

② 自由記述について

本研究では、先のアンケートにおける自由記述の部分について、今後の地域療育への児童相談所の関わり方という視点から、さらに分析した。自由記述への記載は、67ヵ所の児童相談所からあった。そこで以下の5項目、ア)精密健診と療育の現状と問題点、イ)その改善方向、ウ)制度のあるべき姿、エ)児童相談所の問題点、オ)今後の児童相談所の方向、を設定し児童相談所ごとの記述を整理した。その一部を表2に示した。全国の児童相談所からの主な意見をまとめると以下のようなになる。

ア) 精密健診及び療育の現状と問題点

- ・ 地域の身近な所で、相談や療育を受けられることが望ましい。
- ・ しかし、療育の場がない又はたりない。
- ・ 市町村におけるばらつきが大きい。
- ・ 親の子育てをめぐる不安、障害認知、療育への動機付け等の問題がある。対応が不十分である。
- ・ 児童相談所は2次健診での診断を行う。

イ) その改善方向

- ・ 市町村のレベルアップ、専門スタッフの充実が必要。児童相談所の機能が期待されている。

- ・ 精密健診は発達障害だけでなく、子育て支援の役割も必要。母子保健・地域療育・子育て支援とが繋がり、統合されることが望ましい。
 - ・ 先進的な市町村をモデルとする。
- ウ) 制度のあるべき姿
- ・ 精密健診から地域療育を総合した早期療育のシステムを作る。
 - ・ 市町村が精密健診の主体で、児童相談所の機能を利用していく。
- エ) 児童相談所の問題点
- ・ 業務量の増加、人員不足、管内が広い。
 - ・ 虐待ケース・緊急ケースへの対応。
 - ・ 母子保健との連携を強化。
 - ・ 専門性の確保困難、児童精神科医が常勤していない。
- オ) 今後の児童相談所の方向
- ・ 各関係機関の役割と機能を確認しながら、総合的に地域療育体制の調整機能を果たす。
 - ・ 療育システムの中で一定の役割を果たす。
 - ・ 困難ケースへの対応や関係機関のコンサルテーションを行う。

(2) 先進地域と児童相談所

① 滋賀県における地域療育

滋賀県では、障害児とその家族のケアのために、独特な早期地域療育システムが根付いている。現在、県下には15カ所の地域療育教室がある。全出生数の98.9%の子どもたちが、生まれた地域で、障害児通園(デイサービス)事業が利用可能であり、基本的な療育がほとんど県下全域で整備されている。各療育教室のスタッフは、常勤の保育士と指導員及び心理職と、非常勤の職員からなり、教室の規模により7名から14名までである。独自に常勤で理学療法士や言語療法士をおいている教室もある。また、医師を非常勤で置いている教室も5カ所ある。

こうした地域療育事業へ到達するまでの経緯は、主に3つの時期に分けられる。第1期は、「3歳児健診の実施と事後指導試行期」と名づけられる。昭和41年に母子保健法が制定され、3歳児健診が充実してくるものの、そのフォローのための具体的施策は、まだ国から出されていない時期であった。そうした時に、昭和46年に精健の場にもなっていた中央児相で心身障害児母子通所事業が開始され、同時に八幡保健所において障害児のための親子教室の試みが開始された。第2期は、「事後指導・母子通所療育の整備・障害児保育の推進期」といわれる昭和47年から同52年までの時期である。厚生省から、昭和48年には「3歳児精神発達精密健診事後指導の実施について」が出され、県下では、中央児童相談所によって同事業の実施要領が出された。以後、児童相談所の活動を中心に事後指導の場として母子通所指導の取り組みが各地で開設されていった。同時に各保健所でも、こうした動きを受けて発達相談の事後指導としての母子集団指導を行うところが増えてきた。第3期は、昭和53年頃からの「地域療育事業の拡大期」である。昭和52年に大津市で翌年は近江八幡市で、親子教室が通園事業として認可された。これ以降、各地域で親子教室や通園事業が広がっていく。児童

相談所や保健所が通所指導を行っていた地域では、これを母体にしてその地域が運営主体になっていった。そうした教室がない地域でも、市町が必要性を認め、独自に開始していった。昭和 58 年からは、県としても福祉圏構想に基づいて、この動きを進めるための援助を行なってきた。

このようにして滋賀県の療育教室は、児童相談所のリーダーシップによって開始され、その動きは確実に保健所や市町に波及していった。そして、現在は見事に地域に根付き、児童相談所の手を離れている。療育教室は、単に療育を行う場として設定されていただけでなく、乳幼児健診や障害児保育・障害児教育も含みこんだ地域療育システムの、中核的存在としてはじめから位置付けられていた。滋賀県という地域療育とは、狭義にはこうした経緯でできた療育教室をさし、広義にはその療育システムをさしている。

② 豊田市子ども発達センター（愛知県豊田市）

全国に 13 ヲ所ある心身障害児総合通園センターの一つで、地域における心身障害の総合的な早期発見と早期療育の体制の整備推進を目的として作られている。豊田市は人口 20 万だが、周辺の町村も加えて大体人口 50 万の地域で、出生は 5,000 人である。

平成 3 年から豊田市では、早期療育システム構想についての策定委員会が設置された。その答申として、総合通園センター建設の必要性が出され、豊田市福祉事業団が設立されて運営にあたることとなった。

センターは、地域療育の中核的機能を持ち、各種相談や外来療育グループをやっている相談・外来療育部門と、医学心理学的検査や診療を行う診療部門と、知的障害児通園施設・肢体不自由児通園施設・難聴幼児通園施設の 3 施設から成っている通園部門の 3 部門により構成されている。就学後も外来へ通ってくる子どももおり、作業療法や心理療法を受けている。難聴幼児通園施設には、知的障害児や自閉症児も通っている。

明るく光にあふれた 3 階建てで、1 階には、室内プール、通園部門と外来療育がある。2 階には、心理療法や言語訓練などの個別的治疗・訓練を行う部屋と、児童精神科をはじめとする眼科以外の診療部門がある。3 階は理学療法や作業療法を行う部屋と図書室、事務局がある。

当センターと地域および児童相談所との関係では、豊田市心身障害児早期療育推進委員会のメンバーであることがあげられる。他のメンバーとしては、児童相談所・福祉事務所・教育委員会であり、この会では、虐待等の困難事例の検討会や心身障害児の早期発見と療育のための相談会の開催、療育に関する研修、事業実施における調整等を行っている。また、施設や保育園・幼稚園への指導として児童相談所が以前から行っていた巡回療育指導は、平成 9 年度から当センターが行うように移行している。センターは、障害児地域療育等支援事業に指定されている。センター内で月に 1 度、1 歳 6 カ月児健診の事後指導グループを行っているが、そのスタッフとしてセンターの心理や保育士、市の保健婦と一緒に、児童相談所の心理判定員が参加している。

③ こども発達センターハローキッズ（埼玉県東松山市）

ハローキッズは、埼玉県の中央部に位置する東松山市の田園地帯にある。東松山市は人口 9 万人、比企群は 22 万人である。1973 年に知的障害児通園施設青い鳥学園として開設・運営されてきたが、1990 年に入所型施設の矛盾からそれまでの法人と分か

れ、社会福祉法人昴を設立する。園の名称もこども発達センターハローキッズに変更される。H5年にファミリーサポートセンター昴を作り、レスパイトサービスを実施し、生活ホームも作る。H7年には養護学校高等部卒業生のためにディサービスセンターウィズを作った。

施設の運営方針は、いかに地域を支えるかがテーマとなっている。施設の特徴としては第1に、ここ11年間に措置された子どもの出身自治体が実に37市町村に及び、県の北西部を中心に広域の乳幼児療育を担ってきたことである。第2に、ここ数年間で療育の考え方が大きく変化してきたということである。それは「施設に子どもを集めるのではなく、地域に出掛けて行く」という考え方で、いわば出前型療育を提唱している。求められているのは、特別の環境ではなく必要なサービスであり、必要なサービスを地域へという考え方である。市町村の療育教室等にスタッフを派遣する出前療育では、施設がメニューを持参して22市町村へ出向き自由契約をとりつけている。また、保育所や幼稚園等に巡回相談として出向き、療育教室終了児あるいは措置終了児のフォローとして、障害児保育への支援に力を入れている。保育所や幼稚園の保育士や教諭の力量が高まれば、通園施設でなくても保育所や幼稚園で、療育はやれるのではないかと考えている。東松山市には統合保育実施要綱があり、そういう点においても行政でなく施設が指導を行っている。

施設の機能としては、通園部と地域サービス部に分けられている。通園部は、措置児と重症心身障害児通園事業B型があり、地域サービス部では前述した出前療育や巡回相談に加えて、母子通園のグループ指導や個別指導等多様な療育メニューが準備されている。親が、療育サービスを選択できる方向に進められている。また、1998年には「ハロークリニック」という診療所が開設され、地域の身近なところでの専門療育と日常的な保健医療サービス（風邪や腹痛など）の両方が受けられるようになる。子どもたちに交じって近所のお年寄りもリハビリを受けている。また、診療所の医療スタッフ（PT・OT・ST・心理）は、地域サービス部の療育や市町村の療育教室へも参加している。

また、措置制度や通園施設には否定的で、定員は39名であったが、ここ2年で26名に減少している。かなり重度の子どもであっても、保育所や幼稚園へ行っている。その結果、措置費が入らないことになり、経営難であるという問題がある。

このように先進的な考え方で運営されている、ハローキッズの児童相談所との接点は、入所措置や療育手帳についてのみであり、直接的な関わりはないとのことである。

④ 妻沼町保健福祉総合センター（埼玉県大里郡妻沼町）

埼玉県大里郡妻沼町は、前述のこども発達センターハローキッズと連携している町であるが、母子保健事業に関してフローチャートができていたり1歳6ヵ月健診を充実させるためのマニュアル作成、健診にSTを導入する等、乳幼児健診に積極的に取り組んでいる。1歳6ヵ月児健診の特徴は、平成10年途中から言語聴覚士を導入し、県保健所の協力によりマニュアルを作成した。以後、見直しと検討を重ね、アンケート項目に加え、問診票を保護者に書いてもらい、対象児の全体像をつかむことにしている。

健診の事後フォローとしての親子教室は、平成8年から保健所が主体になり、町と

一緒に実施し、平成9年度からは保健所の支援により、町単独で実施している。また、平成9年までは、教室運営の技術支援として、子ども発達支援センターハローキッズの指導員が入ったが、平成10年からはオブザーバーとして年3～4回支援している。保育園や幼稚園の巡回相談は、子ども発達センターハローキッズの指導員が親子教室に通っている子どもの園に行き、午前中観察、午後学習会を4半期に1回位実施している。児童相談所との直接的な関係は薄い。療育手帳の判定等について福祉担当者が連絡をとっている程度である。

V. 考察

1. 障害児とその親への援助

(1) 乳幼児健診における母子のこころの健康

時代とともに健康の目標は身体的健康から全人的健康へと移行していき、母子関係を軸とする子どもの精神社会的発達に重きが置かれてきた。一方、地域共同体といった枠組みや血縁的繋がりが稀薄になっている現代においては、子育てを巡って親の側にも子どもの側にも種々の問題が浮かび上がっている。閉鎖的になりがちな子育て環境や情報の洪水の中で、親の育児不安や虐待等という事態へ発展する場合もあり、母子のこころの健康は危機をはらみやすい状態と言える。こうした養育をめぐる時代的課題への取り組みが、母子保健や児童福祉の領域には求められている。その有効な方策の一つとして、乳幼児健診を入り口とする母子への支援があると思われる。

特に1次健診後の精密健診や事後のグループ指導は、母子のこころの健康という視点から把えた場合、改めて重要な役割を担っている。実際に精密健診や事後指導を担当しながら痛切に感じることは、「子どもの発達を促すためには、親のこころの健康がいかに大切なものか」ということである。健診で異常ありと言われた子の親が、どんな気持ちからスタートし、子どもの状態を受け入れ前向きになっていくのかについて、親へのアンケートを中心にまとめたことがあった。その結果からは、精密健診で発達の偏り等を指摘された親は戸惑うことが多く子どもに否定的感情を持ちやすいので、必ず事後指導としてフォローが必要ことが判った。特に親グループや援助者との個別的関わり等を工夫しながら親を支えていくことは、親の不安や母子関係を改善し子どもの発達を促すことへ繋がっていく点が明らかになった。

こうした視点から、精密健診やその後のグループ指導は、障害児の発見だけでなく母子のこころの健康に焦点を当てた子育て支援として捉えられ、医師や臨床心理士、保健婦、保育士等、スタッフ間の連携が重要となってくる。

(2) 親の障害受容の経過への対応

障害児への適切な早期療育が可能になるためには、親の障害受容の問題がクリアされなくてはならない。親がその子どもの障害を受け入れ、前向きな気持ちになったときに初めて療育がスタートすると言っても過言ではない。

自分の子どもに障害があると指摘された時、親の心は傷つくものだというのを、支援する側は、理解するように努める必要がある。親は子どもの誕生にあたって、健康で種々の能力にめぐまれた子どもであることを期待する。その子どもが障害児であると認識する

ことは、自分のイメージの中の健康な我が子を失うことである。これは実際に子どもを失うことではないが、それと同等の心理的なダメージを受ける。

障害受容の研究によれば、最初に親の心に現れる気持ちは「ショック」で、その「ショック」の気持ちがひいて、次に表れるのは自分の現実を一生懸命に「否認」しようとすることである。そしてその後には「どうして自分の子どもばかり」という怒りや、障害児を生んだことに対する悲しみの気持ちが起こる。時には、周囲の家族や保健婦等に対し、怒りの感情をぶつけることもある。そうした経過をたどることにより、少しずつ怒りや悲しみの気持ちは減じていき、次第に現実の子どもに向き合い、障害を受け入れていくことになる。その結果初めて、親はこの子には何が必要だろうか、何がしてやれるだろうかと、考えられるようになっていくと思われる。

生後すぐに障害が分かることもあるが、精神発達の遅れ等は1歳6ヵ月児健診で告知されることも少なくない。そこで親はショックを受け、健診後に「否認」や「怒り」や「悲しみ」という大変な段階を乗り越えなければならない。そうしたことから回復するために最も必要なことは、親に誰かが伴走できる体制になっていることである。援助者が、そのような子どもの出生は、親の責任ではないことを伝え、これから必要な援助を続けることを伝えることである。周囲の人たちが、親の心の傷をどのくらい理解出来るかによって、親が自分の子どもを受け入れ、子どもの現実に取り組んでいくかが決まる部分が多い。

「子どもの障害を認めたくない」という親の気持ちに寄り添いながら、親が無理なく現実を受け入れていけるような支援こそが、障害児の早期療育を進めていく前提として考えられる必要がある。

2. 早期療育のモデル

(1) 早期療育の一般的モデル

以上、障害児とその親への援助を考えるうえで大切と思われることを述べた。早期療育において、障害児とその親を支えることができるように、一般的モデルを表3に示した。第1次から第3次までの段階で考えていくことが大切である。

① 第1次早期療育

第1次早期療育は、こうした親の障害受容のプロセスに役立つものであるべきだろう。また、さらに考慮しなければならない点として、1歳6ヵ月児健診後の精密健診等でことばや対人関係での遅れが指摘されても、この時期ではその診断の確定ができないということがあげられる。1歳後半の段階でコミュニケーションに問題がある場合、自閉性障害や発達遅滞の症状が次第に明確化してゆくケースのある一方で、中には驚くほどの改善がみられるケースも少なくない。故に、第1次療育は、親の障害受容の過程に付き合う場という面と、子どもの確定診断までの経過を追う場としての意味もある。こうした比較的療育と言う感じが薄く、親子遊びの教室と言うような場において、親は自分の子どもに発達上の問題があることを、他児との比較から気づきやすい。半年、1年と経過する中で一部の子ども達の発達上の弱さが徐々に明確になっていく。また、グレーゾーンの子どもの経過を追跡したり、育てにくい子どもを持つ親に対しては育児支援を行っていく。

わが国の乳幼児健診の受診率を見ると9割近い数字を示しており、未受診児への訪問や

入院中の幼児等を含めれば、ほぼ10割近い把握がなされていると思われる。そもそも健診のねらいは全ての子どもが心身ともに健康に育っていることの確認であり、もしも不健康な子どもがいるとすれば、直ちに適切な対応がなされるべきである。そして、1歳6ヵ月児健診での「ことばの遅れ」など不健康な状態か判断の難しい場合は極めて慎重な判定が求められる。

1歳6ヵ月児健診でチェックを受ける幼児は4%程度とされているので、第一次早期療育のグループの大きさ等は予測できるであろう。こうした場としては、市町村保健センター等で行う、精密健診後のフォローである親子遊びの教室等が該当する場合が多い。

表3 早期療育の一般的モデル

	療育項目	療育指導内容	担当職域
早期発見	各種乳幼児健診と事後指導 (主に1歳6ヵ月児健診)	精密健診(事後指導) 家庭訪問	母子保健 児童相談所 通園施設等
第1次早期療育 (3~4%)	親子あそび教室 (1歳~2歳)	経過観察と子育て支援 (月2~4回)	母子保健 通園施設等
第2次早期療育 (2~3%)	母子通園療育 (0歳~2・3歳)	発達障害児の母子療育 (週2~3回)	通園施設
第3次早期療育 (1~2%)	発達障害児療育 (3~5歳)	毎日通園による単独の療育	通園施設
	障害児保育	統合保育	一般の保育園 幼稚園
	並行通園(相互利用含む)	小集団療育・専門訓練	一般園と施設の併用

* (%) は出生数に対する統計上の障害発生比率(グレーゾーンを含む)

② 第2次早期療育

第1次早期療育では親子あそびを中心とした経過追跡の場であったのに比べ、この段階ではよりいねいに子どもと関わり、同時に、保護者への援助もより濃密なものでなければならぬ。週1回から数回母子で通いながら、療育を受けていくことは、子どもの早期療育のためだけでなく、親にとっても欠かすことのできない段階である。最初から子どもだけの単独通園では、子どもへの接し方を親が学ばずに過ぎてしまうことになるからである。親が中心になり療育の前面に立つという、この1年半~2年くらいの時期が、子どもの愛着の確立に大切な時期となり、その後の親子関係の深まりや他者への共感等に影響を与えていく。さらには、子どもの社会性の発達の面からも、この時期に十分に愛着が形成されていることが重要といわれている。生まれて1~2年で障害があるとわかり“待ったなし”の状態に置かれた子どもと両親に対して、第2次早期療育の受け皿は十分に整えられる必要があるだろう。

一方、出生時や0歳段階で医療機関(4ヵ月・10ヵ月児健診を含む)において障害が発

見された場合、しばらく医療的ケアがなされるが、成長とともに療育の必要性が出てくる。多くは脳性マヒ等の肢体不自由児やダウン症等の染色体異常、また運動発達の遅れが顕著な重度の知恵遅れ等である。そうしたケースでは、第1次早期療育を飛ばして第2次段階の療育に直接紹介されてくることになる。この場合は状況に応じて0歳代からの療育が開始されることになる。

③ 第3次早期療育

3歳以降になると軽度も含め障害は明確となる。そうした障害児は、出生数に対しても1～2%と言われるが、それだけ確かなサービスが必要となる。この段階では、通園施設における専門的な療育が行われる。また、通園施設だけでなく障害児を受け入れる保育園や幼稚園の確保も大切なことになってくる。中軽度の子ども達は、第2次早期療育の段階から保育園・幼稚園の統合保育の場へ進んで行く。さらに、子どもの園への適応が難しいケースや保護者の支援が必要なケース等は、何らかの継続した支援が必要である。その場合には、保育園に在籍しながら通園施設にも通える並行通園という制度が認められ、全国的に少しずつ広がっている。

(2) 「めばえ」における早期療育

以上、早期療育として第1次から第3次までの療育を概観した。このモデルに先の小笠・掛川地域での実践を当てはめてみると、表4のようになる。この表からは、第2次早期療育の段階が、システム全体の中で最も立ち遅れていることが判る。1市5町で毎月健診があり、「発達の遅れの疑い」の子どもは次々と第1次療育の場へ参加してくる。そこで一定期間追跡がなされた後、第2次早期療育として週1回程度の母子通園ができる場合は、どうしても必要であろう。しかし、「めばえ」の親子教室は、限られたスタッフをやり繰りしても30名弱が限度である。現在は、親子教室として3グループを実施している。待機状態は慢性化し、スタッフ数・会場とも絶対的な不足が生じ、保健所等の部屋を借りて移動教室の形態で対応している現状である。本来であれば、少なく見積もっても50名程度の受け皿が必要である。

こうした「めばえ」の早期療育における展開は、親の声に応える形で行われてきた。支援サービスを必要としている子どもとその家族のニーズは、既存の制度の枠をどんどんはみ出している。こうした現況に対して誠実に向き合い、ニーズに応えてきた結果が、「めばえ」にみられる早期療育の形態であると思われる。「めばえ」の今後の課題としては、以下の3点があげられるが、どれも人的資源が乏しいことから生じていると思われる。①医療的ケアの必要な児が増えているが、医師や看護婦がない②レスパイトサービス（短期間の利用や出前型の療育等）ができていない③保育園・幼稚園へのフォローがまだ不十分で、サポートまでやり切れていない。以上、障害児が家庭で適切に育っていくための支援における課題はまだ多い。制度的には、地域療育等支援事業の適

用が方策として考えられる。

表4 1市5町の早期療育状況

(平成11年度実績)

	療育項目	予想児数	利用状況	課題等
早期発見	乳幼児健診	年間平均出生数 1.800	約1.600 (約90%)	受診率・受診内容充実
第1次早期療育 (3~4%)	保健所「げんきっこ」	46~61	31	関係機関の連携により充実してきたが、 <u>スタッフ数が不足</u>
	掛川市「ひよこ教室」	34~45	29	
第2次早期療育 (2~3%)	「めばえ」親子教室 (定員24名)	54 ~81	28	<u>常時待機状態、開催回数・場所</u> <u>スタッフの不足。専任職員なし</u>
第3次早期療育 (1~2%)	「めばえ」定期通園 (定員30名)	54	25	<u>概ね定数通りで運営。重度・重複障害児への専門職の不足。</u> <u>例年定員を超え、待機状態。</u> <u>専任職員なし。</u>
	「めばえ」並行通園等 (定員30名)	~108	30	

* 予想児数、第1次・第2次が1歳半~3歳まで、第3次を3歳~5歳で算出した。

こうした早期発見療育体制の理想としては、全国に現在13カ所ある心身障害児総合通園センターのように、発見から療育まで一貫して行うことであろう。しかし、そうした資源のない地域であっても、「めばえ」のような通園施設が、巡回相談というかたちで早期発見に努めたり、その後の第1次早期療育の場へのスタッフ派遣、そして第2次早期療育と第3次早期療育への取り組み等を行いながら、それぞれの地域における早期療育のセンター的役割を担っていくことが重要と考える。

22

3. 障害児の発達支援のための各機関の役割

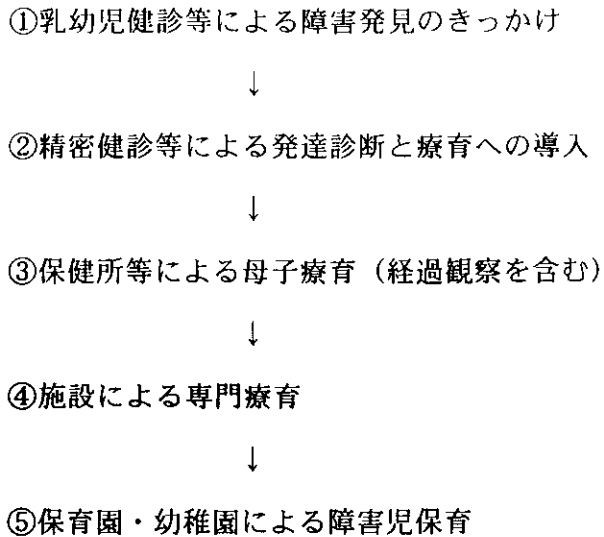
以上、親が子どもの障害を受容していく過程に焦点を当てながら、早期発見と早期療育の一般的モデルや「めばえ」の実践について述べた。ここで改めて、障害児とその親を支援していくために、各機関は何をなすべきかについて考えたい。

(1) 知的障害児通園施設

通園施設は、障害児にとって地域の大事な福祉資源の1つである。多くの障害児にとっては、本格的な療育への導入として最初に出会う場であり、人生において最も可塑性が高いと言われる幼児期において、発達の基礎を培う場となる。そして、親とともに子どもを見つめ、心の支えとなり伴走者と成り得る存在でなければならない。

ところで、障害の発見から療育への一般的な流れは以下ようになる。障害発見のきつ

障害の早期発見から療育の流れ



かけとなる乳幼児健診等を担う母子保健行政の段階で、精密健診等を利用して療育への導入がなされ、経過観察期を経て施設療育へ移行して行くのが一般的である。しかし、それぞれの地域事情が異なるために、②や③の母子保健業務に施設がスタッフを派遣したりあるいは合同で実施している地域もある。また、⑤の保育園や幼稚園による障害児保育を施設職員が、バックアップしているところも少なくない。

いずれにしても、地域の福祉資源であるということは、施設という建物ではなくスタッフそのものが資源なのである。したがって、施設の中での療育はもちろんのこと、母子保健センターや保育園・幼稚園等の地域療育の場へ、時には家庭に出向き、専門職として地域を駆け巡りながら、障害児療育を多面的に支援していけるような資源でありたい。

先のⅣ．結果で報告した、ハローキッズの取り組みでは、対象市町村が広域であるが故に、通園時間が毎日1～2時間と長くかかったり、専門医療を受けるために遠距離の病院に通ったりという地域事情の中で、現在進められている出前型療育や診療所の開設等が生まれてきたと思われる。また、ノーマライゼーションの思想を乳幼児期の療育に具体化してみたら、地域の資源を利用しながら身近なところで専門療育を受けられるという出前型療育に行き着いた、ということでもあるだろう。ハローキッズの進めようとしている療育において、1つの疑問が残った。地域の保育園や幼稚園に通えることは素晴らしいことであるが、かなり障害の重い子どもであっても、親のニーズと園側の了解があれば入園しているとのことであった。しかし、健常児集団の中で過ごすことが、子どもによっては必ずしも発達上のメリットになり得ない場合もあるのではないかと、いうことである。例えば座位も未獲得で麻痺の強いCP児の場合、日常的な姿勢や身体の扱いあるいはコミュニケーションの取り方等に特別な専門性が求められ、わずか数回の担任への指導で保育を任せてしまうことには、子どもにとっては迷惑な結果を招きかねない。また、母子関係が未形成だったり聴覚刺激に過敏な自閉症児の場合、苦痛が先行してしまうかもしれない。障害児保育の現状を見たときに、園の好意で入園している障害児が、じつは放任に近い状態で置かれていることも多い。利用する親との対等な関係が尊重されることは重要だが、こと幼児期の子どもにとっては、発達の観点に依拠した客観的な判断が求められると思う。たとえ、各自治体に障害児保育制度による職員加配が整備されたとしても、一般の保育園・幼稚園では担当者の入れ替えも多く、専門家

を育てることは不可能に近い。まして、人生の中でもっとも発達期にある乳幼児期であるので、個々の障害や発達にこだわった慎重な障害児保育（統合保育）への移行が必要ではないかと考える。

（２）市町村

療育システムを考える上で、乳幼児健診・相談は重要な位置を占める。平成6年の母子保健法改正とともに、母子事業の実施主体が市町村移譲された。市町村が、妊娠、出産、育児に対して、一貫したサービスの提供を図っている。このような現状をふまえ、発達障害児の支援システムについて整理すると、以下のことが言える。

現在、幼児期は行政、学童期は学校、青年期は職場、それぞれの関係機関が支援しているが、子どもを一貫してかかわる機関がないため、情報が細切れになってしまう傾向にある。また、子どもを総合的に把握している者がいない。それを改善するためには、^{（注）}伴走者が必要である。子どもの出生からかかわっている市町村保健婦が、その役割を担っていくのがよいだろう。保健婦は、まず、健診で、療育が必要な子どもを早期に発見し、支援していくことはもちろんのこと、単なる振り分けの場にならないようにしていかなくてはならない。すべての子どもが、心身ともに健康に育っていることの確認を念頭におき、年齢の節目に子どもと親がかかえる問題、悩み等を、ありのまま受け止めることが必要である。次に、子どもの情報を関係機関へ正確に伝えていく。そうすることで、子どもを、出生からトータル的に捉え、療育への後押しをしていく。地域支援型が、望ましいであろう。

子どもと親が、地域の中で、安心して療育を受けられるためには、一般住民への啓蒙が必要である。まずは、住民に、障害児の現状を理解してもらうことから始めていくのがよいと思う。それが、住民同士、横の連携が強くなっていく。いずれにしても、市町村保健婦は、専門性と地域性を十分に生かしながら、関係機関と連携を図り、コーディネートの役割を果たすことにある。

先のⅣ．結果で報告した、妻沼町の母子保健事業を通じて、地域の母子が、よりよく暮らすためには、各々の地域におけるコーディネーター的存在の保健婦が必要であることを再確認した。妻沼町の母子保健活動は、保健婦によって進められ、地域療育体制の発展途上にあるが、保育園や幼稚園、学校とケースを通して着実に連携し、地域の母子の支えを担っている。出生から関わりをもつことができる保健婦の強みを大事にし、地域の母子にとって良いことを、母子の立場から事業展開をし、さらに現状をふまえながら事業を見直す過程を大切にしている。保健婦と通園施設が、町をサポートしている状態である。しかし、就学以降に関してはサポート体制は弱く、学校教育との壁は、どこでも厚いと感じた。保健婦は、地域の様々な関係機関・関係者のコーディネーターにもなっていく必要があり、その中で、関係機関との信頼関係ができてくるものだと思った。

（３）県保健所

対人保健サービスの市町村移譲や保健所の機構改革など、保健所が直接住民サービスを提供していくことは今後も益々減少していくだろう。第1次早期療育としての「げんきっこ」を市町村が主体となって実施しているところも増えてきている。今後、保健所はこれまでの療育の経験や実績をもとに、市町村を支援していくことが求められるであろう。

また、広域的な視点から現状を把握し、関係機関との連携を図り、障害児の発達支援や親の子育て支援のあり方についてともに検討しながら、地域のネットワークを作っていくことが保健所の役割であると思われる。保健所の役割と思われることについて以下にまとめた。

- ①広域的な視野に立って、管内の障害児のおかれている現状やニーズを把握し、どのようなサービスが必要であるかを検討すること。その場合、常に当事者である障害児や親の視点に立って考えること。
- ②どのような体制を整えれば充実したサービスの提供が図られていくのかを、地域の社会資源の状況を踏まえて検討すること。
- ③地域にどんな社会資源があるのかはもちろん、各機関がどのような活動をしているのか、また、どんな役割を果たせるのか等を把握すること。
- ④その上で、関係機関との連携を図り、地域の障害児支援のネットワークをつくること。
- ⑤保健所の機能を効果的に活用し、サービスを提供すること。
- ⑥障害児の発達支援及び親の子育て支援のために、必要なサービスを施策化するよう働きかけていくこと。

(4) 医療機関

障害児支援において医療機関の果たす役割は、診断し、治療（あるいは療育）方針を立てることである。そこで、まず一般的に障害がどのようにして生じるかを理解する必要がある。障害は、遺伝子の異常、または胎子ども期から出生期にかけての外的な要因が原因になって脳や感覚器に病気（原因障害）が生じ、それが発達の途中で機能の異常（機能障害）として現れ、その結果、生活上の不便（生活障害）を生じるものである。さらに、このような障害をもって成長するとき、二次的に自己評価が障害（心理障害）されることがある。従って障害への対応を考えると、この4種類の障害について考慮する必要がある。通常診断とは、基本障害の（原因）診断と機能障害の診断の両者を含むが（例えば、ダウン症という染色体異常による知的障害）、原因診断ができない場合は機能障害の診断のみとなる（例えば、原因不明の知的障害）。

次に具体的な障害としてどのようなものがあるかということ、脳性麻痺、視覚障害、聴覚障害、知的障害（精神遅滞）、自閉性障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、発達性言語障害、発達性協調運動障害などがあげられる。これらの障害を一覧表にすると以下のようになる。

	原因障害	機能障害	生活障害
①脳性麻痺	脳	運動	移動・姿勢・手の動作の困難
②視覚障害	眼球、脳	視覚	見ることの困難
③聴覚障害	聴器、脳	聴覚	聞くことの困難
④知的障害	脳	理解	判断の困難
⑤自閉性障害	脳	コミュニケーション	対人関係の困難
⑥注意欠陥多動性障害	脳	衝動抑制	注意集中、衝動抑制の困難
⑦学習障害	脳	学習機能	特定の学習の困難

⑧発達性言語障害	脳	言語機能	言葉を聞く、話すことの困難
⑨発達性協調運動障害	脳	協調運動	不器用

これらのうち、①脳性麻痺から④知的障害までの4障害は従来から障害としてよく知られ、対応もなされてきている。一方、⑤自閉性障害から⑨発達性協調運動障害までの5障害は比較的最近知られたものである。これらの診断は、コミュニケーション能力（言語的、非言語的）、学習能力、行動の特徴、微細な運動機能などの検討を行い、診断基準（DSM-IVなど）に照らし合わせてなされる。そのためには、専門的な訓練を受けた小子ども神経科医、児童精神科医が必要である。

4. 障害児の発達支援のための児童相談所の役割

(1) 早期療育における流れ

先で述べた、全国の児童相談所へのアンケート結果からも明らかなように、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。精密健診についてのアンケートから、乳幼児健診から精密健診へという流れは市町村を主体になされているものの、診断という機能や保健婦への指導という面での専門性において、児童相談所が技術援助をしていることがわかった。また、精密健診の知的障害児の療育に果たす役割は、地域内の通園施設等へ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た。アンケート自由記述の結果からは、それぞれの地域で歴史や社会資源の違いがあって一律に論じることはできないが、児童相談所の地域療育への考え方の大体の傾向を知ることができた。平成11年度から健診や精密健診の実施主体が市町村となったこと等が示しているとおおり、発見・診断・事後フォローという過程において、障害児の療育は、市町村保健センターや通園施設といった身近なところで一貫した支援を受けられるようにという方向にある。

(2) 母子保健と児童福祉の融合

また、最近、子どものこころの発達や、虐待予防の視点等から健診や精密健診のもつ意味が問い直され、母子保健と児童福祉領域の重なり合いの必要性が強調されている。従来、母子保健と児童福祉とはそれぞれ異なる部署であったが、或る時期に随分連携が叫ばれるようになった。しかし、これからの母子保健と児童福祉は、連携の段階ではなく、もう融合の段階であると言われている。母子保健も児童福祉も比較的新しく作られた制度であるため、どうしても個々の要素に分けられ、それぞれの専門性の足場を固めようとしてきた。母子保健という専門性、児童福祉という専門性をそれぞれ作ろうとしてきた。しかし、それぞれが発展していけば、両者の専門職がきちんと自分のアイデンティティをもつようになり、そこで初めて両者の融合が可能となると思われる。離れているということは、それぞれの領域の職種が自分たちのアイデンティティをまだ確立できていないということで、自分のアイデンティティが出来ていれば他の領域の人と一緒に仕事をしても崩れないであろう。だからもっと母子保健に強い児童福祉の専門家が増え、児童福祉がわかる保健婦が増え、