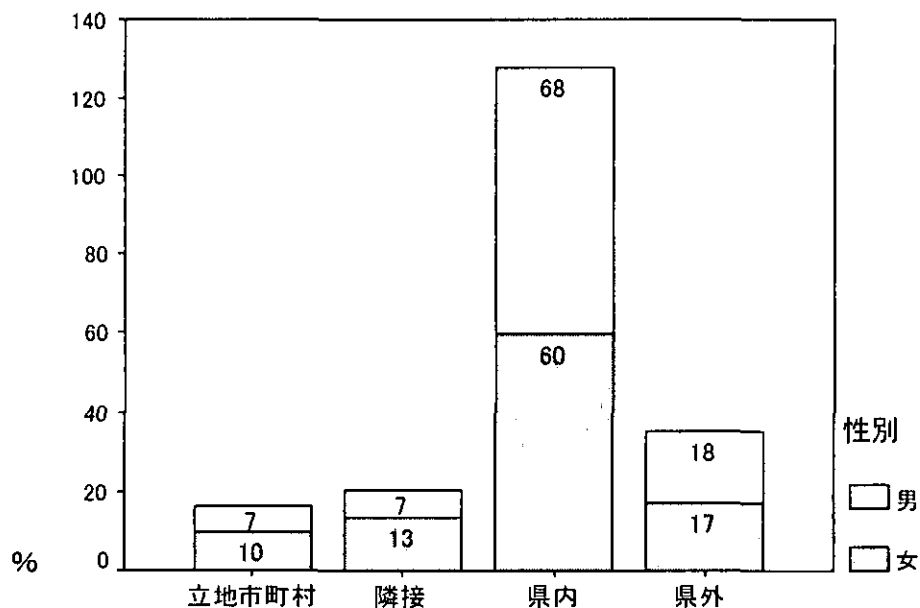


(6) 出身地別状況

ろう重複障害者施設における男女別出身地

| | | | 出身地 | | | | 合計 |
|----|---|------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | | | 立地市町村 | 隣接 | 県内 | 県外 | |
| 性別 | 女 | 人数 | 15 | 21 | 93 | 27 | 156 |
| | | 性別の% | 9.6% | 13.5% | 59.6% | 17.3% | 100.0% |
| | 男 | 人数 | 16 | 17 | 166 | 44 | 243 |
| | | 性別の% | 6.6% | 7.0% | 68.3% | 18.1% | 100.0% |

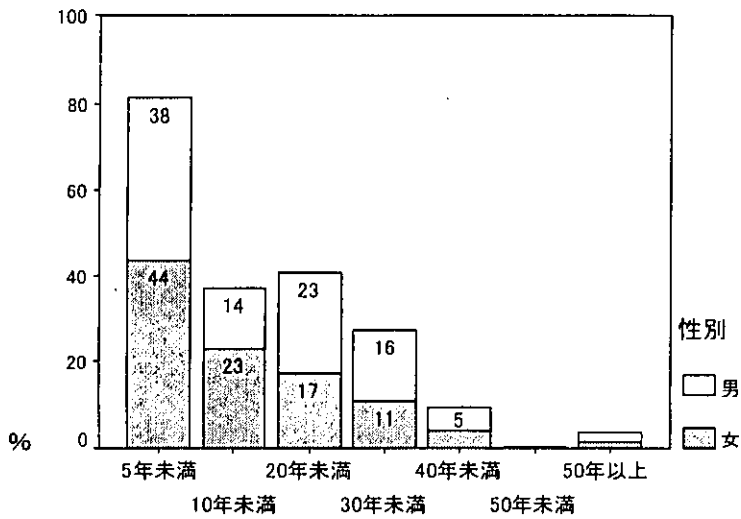
ろう重複障害者施設における男女別出身地



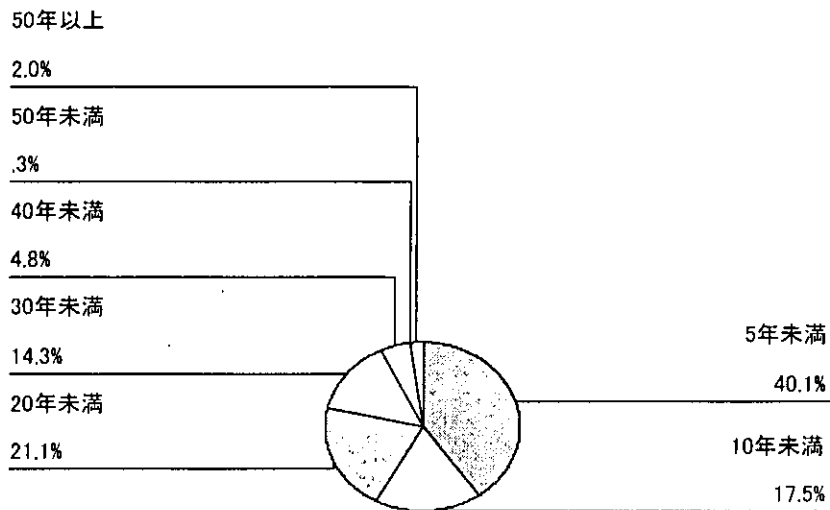
(7) ろう・入所者の年齢構成

| | 人数 | 平均値 |
|------|-----|-------|
| 在所期間 | 399 | 10.20 |

ろう重複障害者施設における男女別通算在所期間



ろう重複障害者施設における通算在所期間

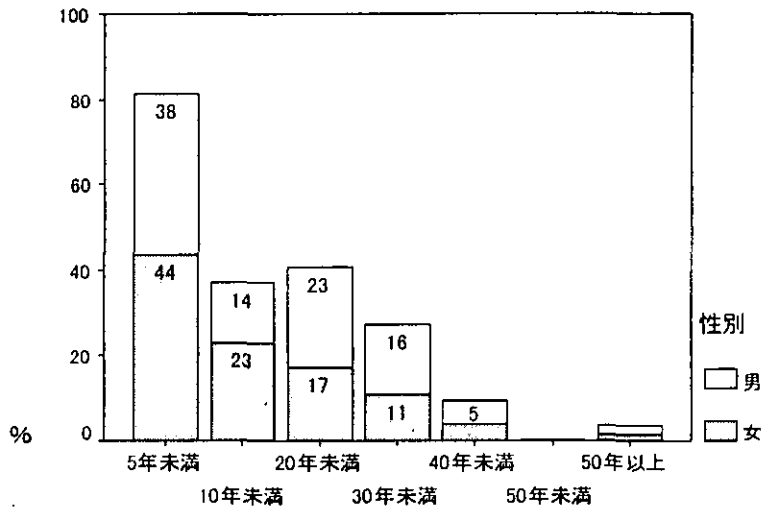


(8) 在所期間

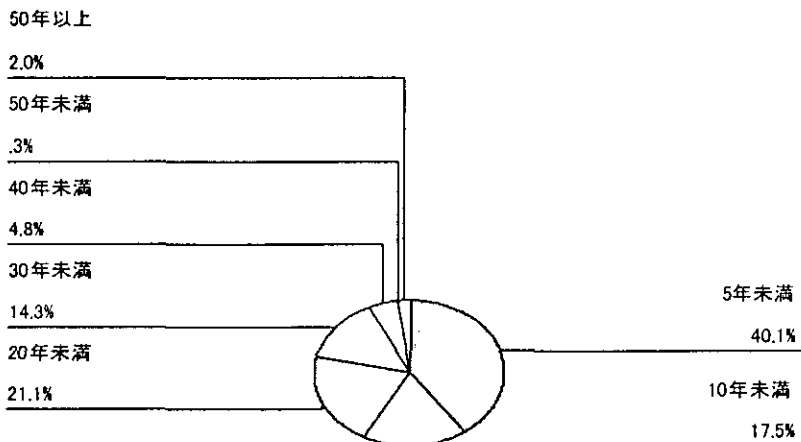
ろう重複障害者施設における男女別通算在所期間

| | 在所期間 | | | | | | | 合計 |
|------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| | 未 満 5 年 | 未 満 10 年 | 未 満 20 年 | 未 満 30 年 | 未 満 40 年 | 未 満 50 年 | 以 上 50 年 | |
| 性別 女 | 68 43.6% | 36 23.1% | 27 17.3% | 17 10.9% | 6 3.8% | | 2 1.3% | 156 100.0% |
| 男 | 92 37.9% | 34 14.0% | 57 23.5% | 40 16.5% | 13 5.3% | 1 .4% | 6 2.5% | 243 100.0% |
| 合計 | 160 40.1% | 70 17.5% | 84 21.1% | 57 14.3% | 19 4.8% | 1 .3% | 8 2.0% | 399 100.0% |

ろう重複障害者施設における男女別在所期間



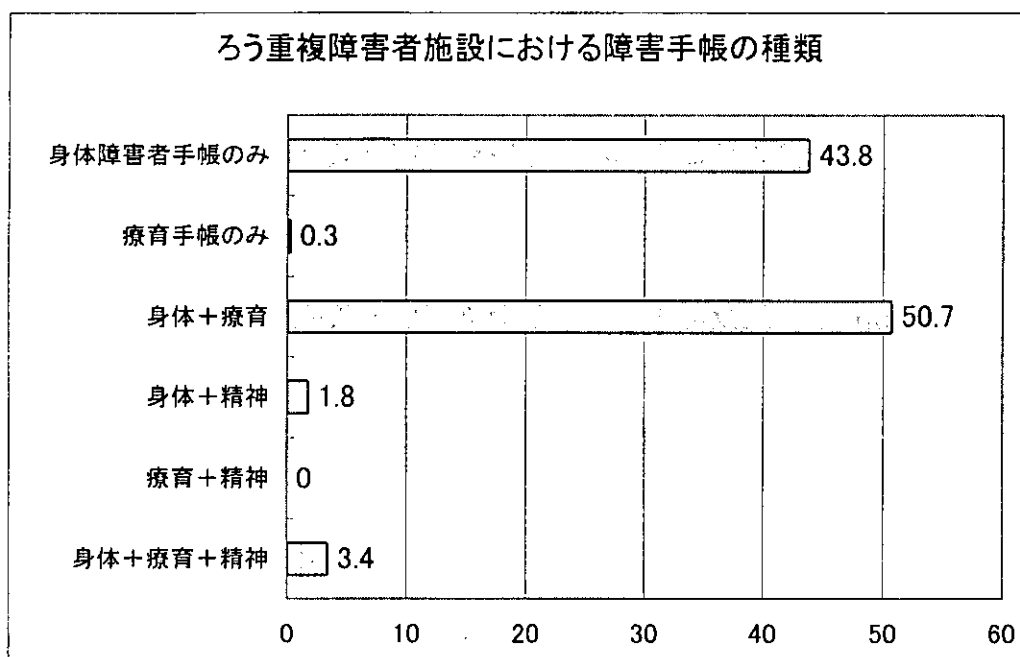
ろう重複障害者施設における通算在所期間



(9) 障害手帳の種類

ろう重複障害者施設における障害手帳の種類

| | 手帳種類 | | | | | 合計 |
|----|---------------|--------|-------|-------|--------------|--------|
| | 身体障害者 手帳のみ | 療育手帳のみ | 身体+療育 | 身体+精神 | 身体+療 育+精神 | |
| 人数 | 166 | 1 | 192 | 7 | 13 | 379 |
| | 43.8% | .3% | 50.7% | 1.8% | 3.4% | 100.0% |



(10) 就学歴

ろう重複障害者施設における就学経験

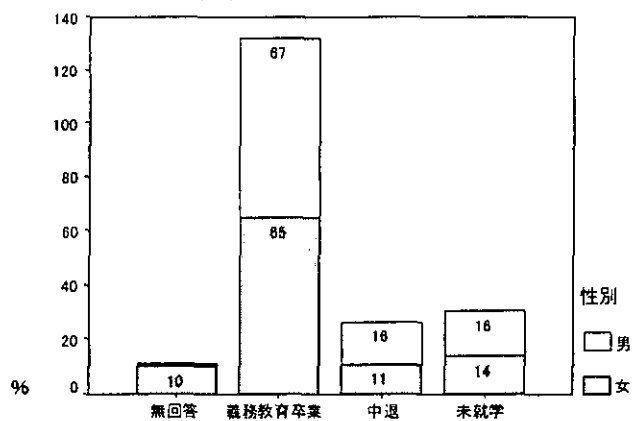
| | 就学 | | | 合計 |
|----|--------|-------|-------|--------|
| | 義務教育卒業 | 中退 | 未就学 | |
| 人数 | 264 | 55 | 62 | 381 |
| | 69.3% | 14.4% | 16.3% | 100.0% |

(30.7%以上が義務教育さえ未就学で、日本語の習得が不十分であったり、コミュニケーション支援とあわせて認知、確認のための支援が必要となっている)

ろう・性別 と 就学

| | | | 就学 | | | 合計 |
|------|------|-------|--------|-------|--------|----|
| | | | 義務教育卒業 | 中退 | 未就学 | |
| 性別 女 | 度数 | 101 | 17 | 22 | 140 | |
| | 性別の% | 72.1% | 12.1% | 15.7% | 100.0% | |
| 男 | 度数 | 164 | 38 | 40 | 242 | |
| | 性別の% | 67.8% | 15.7% | 16.5% | 100.0% | |
| 合計 | 度数 | 265 | 55 | 62 | 382 | |
| | 性別の% | 69.4% | 14.4% | 16.2% | 100.0% | |

ろう就学経験

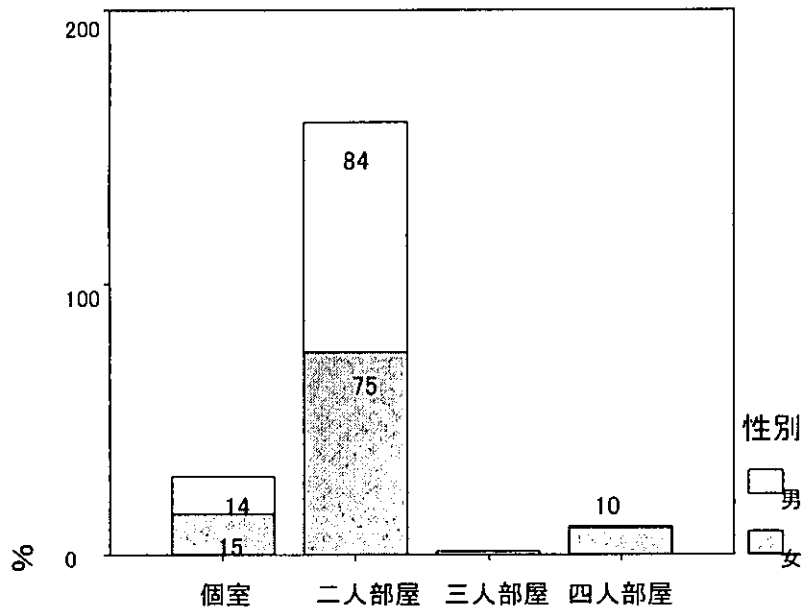


(11) 利用居室状況

ろう重複障害者施設における男女別利用教室状況

| | | 居室状況 | | | | 合計 |
|---|----|-------|-------|------|-------|--------|
| | | 個室 | 二人部屋 | 三人部屋 | 四人部屋 | |
| 女 | 人数 | 18 | 90 | | 12 | 120 |
| | | 15.0% | 75.0% | | 10.0% | 100.0% |
| 男 | 人数 | 28 | 165 | 3 | 1 | 197 |
| | | 14.2% | 83.8% | 1.5% | .5% | 100.0% |

ろう重複障害者施設における男女別利用居室状

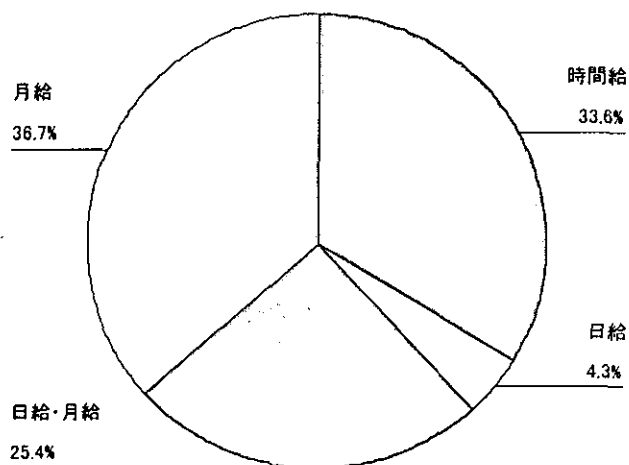


(12) 就労経験状況

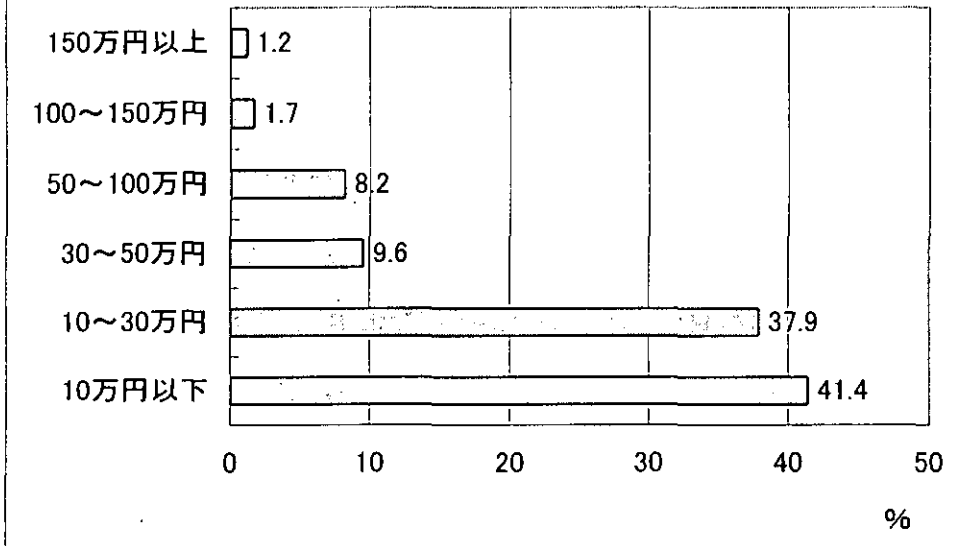
ろう重複障害者施設における工賃総支給額平成14年度

| | | 人数 | パーセント |
|----|-----------|-----|-------|
| 有効 | 10万円以下 | 142 | 41.4 |
| | 10～30万円 | 130 | 37.9 |
| | 30～50万円 | 33 | 9.6 |
| | 50～100万円 | 28 | 8.2 |
| | 100～150万円 | 6 | 1.7 |
| | 150万円以上 | 4 | 1.2 |
| | 合計 | 343 | 100.0 |

ろう重複障害者施設における固定給支給形態



ろう重複障害者施設における工賃総支給額平成14年



ろう重複障害者施設における重複障害数と工賃総支給額

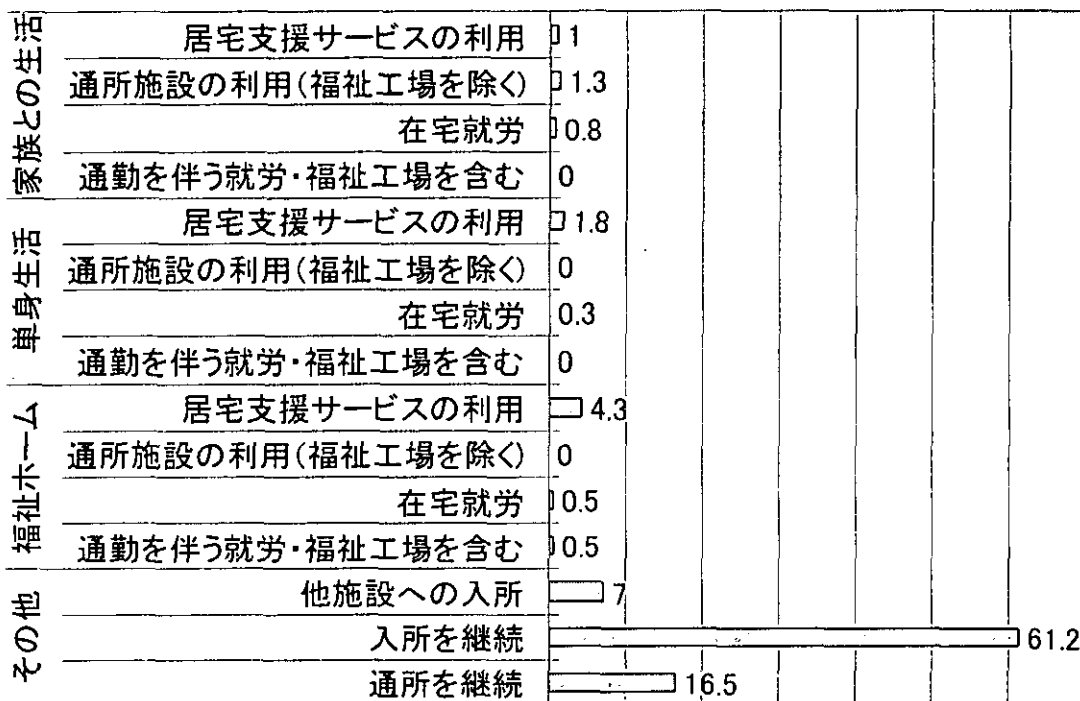
| | | 支給額 | | | | | 合計 | |
|-------|----|--------|---------|---------|----------|-----------|-------|---------|
| | | 10万円以下 | 10~30万円 | 30~50万円 | 50~100万円 | 100~150万円 | | 150万円以上 |
| 単一障害者 | 人数 | 2 | 5 | 1 | | | 1 | 9 |
| | | 22.2% | 55.6% | 11.1% | | | 11.1% | 100.0% |
| 二重障害者 | 人数 | 17 | 21 | 14 | 22 | 5 | 3 | 82 |
| | | 20.7% | 25.6% | 17.1% | 26.8% | 6.1% | 3.7% | 100.0% |
| 三重障害者 | 人数 | 67 | 64 | 15 | 5 | 1 | | 152 |
| | | 44.1% | 42.1% | 9.9% | 3.3% | 0.7% | | 100.0% |
| 四重障害者 | 人数 | 41 | 32 | 2 | 1 | | | 76 |
| | | 53.9% | 42.1% | 2.6% | 1.3% | | | 100.0% |
| 五重障害者 | 人数 | 14 | 8 | 1 | | | | 23 |
| | | 60.9% | 34.8% | 4.3% | | | | 100.0% |
| 六重障害者 | 人数 | 1 | | | | | | 1 |
| | | 100.0% | | | | | | 100.0% |
| 合計 | 人数 | 142 | 130 | 33 | 28 | 6 | 4 | 343 |
| | | 41.4% | 37.9% | 9.6% | 8.2% | 1.7% | 1.2% | 100.0% |

(13) 将来の目標

| 支援目標 | | 人数 | % |
|--------|------------------|-----|------|
| 家族との生活 | 居宅支援サービスの利用 | 4 | 1 |
| | 通所施設の利用(福祉工場を除く) | 5 | 1.3 |
| | 在宅就労 | 3 | 0.8 |
| | 通勤を伴う就労・福祉工場を含む | 0 | 0 |
| 単身生活 | 居宅支援サービスの利用 | 7 | 1.8 |
| | 通所施設の利用(福祉工場を除く) | 0 | 0 |
| | 在宅就労 | 1 | 0.3 |
| | 通勤を伴う就労・福祉工場を含む | 4 | 0 |
| 福祉ホーム | 居宅支援サービスの利用 | 17 | 4.3 |
| | 通所施設の利用(福祉工場を除く) | 16 | 0 |
| | 在宅就労 | 2 | 0.5 |
| | 通勤を伴う就労・福祉工場を含む | 2 | 0.5 |
| その他 | 他施設への入所 | 28 | 7 |
| | 入所を継続 | 244 | 61.2 |
| | 通所を継続 | 66 | 16.5 |
| | 合計 | 399 | 100 |
| | 無回答 | 0 | 0 |
| 合計 | | 399 | 100 |

ろう重複障害者施設における支援目標

0 10 20 30 40 50 60 70



平成 15・16 年度 厚生労働科学研究
「障害者（児）の地域移行に関連させた身体障害・
知的障害関係施設の体系的なあり方に関する研究」

【重複障害者の施設ケアに関する

実態と課題把握のための調査】

（平成 15 年度分 中間報告書）

発行日：平成 16 年 3 月 10 日

発行者：重複障害分野 分担研究者

山内 進（社会福祉法人光道園 園長）

発行所：〒916-8585

福井県鯖江市和田町 9-1-1

社会福祉法人 光道園気付

厚生労働科学研究 重複障害分野研究体制事務局

TEL:0778-62-1234(代) FAX:0778-62-0890

印刷所：新日本プロセス株式会社

障害児通園施設の機能統合に関する研究

分担研究者 宮田広善

姫路市総合福祉通園センター 所長

研究要旨：障害の重度化・重複化や「軽度発達障害児（高機能自閉症・注意欠陥/多動性障害・学習障害など）」の増加など、近年障害児像が大きく変化している。その結果、障害児通園施設の機能の見直しの必要性が生じ、平成8年には中央児童福祉審議会も意見を具申している。また、障害のある・なしに関わらず地域での育児支援が必要になってきており、地域における育児支援の拠点のひとつとしても障害児通園施設への期待が高まっている。しかし論議が進んでいないのが現状である。

今年度の研究では、障害児の実態を調査し、現在の障害児通園施設の問題点を抽出して、障害児通園施設に求められる機能を考察した。その結果を踏まえて、障害保健福祉圏域を単位として障害児の発達を支援できる「発達支援センター」を提案した。

研究協力者

| | |
|-------|-----------------------|
| 遅塚昭彦 | さいたま市保健福祉局更生相談所準備室 室長 |
| 門田雄一 | ゆたか学園 園長 |
| 米川 晃 | 柏学園 園長 |
| 河村理英子 | 広島市二葉園 園長 |
| 山根希代子 | 広島市西部こども療育センター 所長 |
| 渡辺幹夫 | 横浜市南部地域療育センター 園長 |
| 峯島紀子 | 中央愛児園 園長 |
| 大熊 猛 | こぐま学園 理事長 |

象に支援を開始し、昭和44年に肢体不自由児通園施設として制度化された。また、昭和50年には難聴幼児通園施設が設置されて現在の障害児通園施設体系に至っている。

昭和50年代には、障害の「早期発見・早期療育」の必要性が認識されて乳幼児健康診査の制度が確立し、全国で多数の障害児通園施設が設置されるに至った(図1)。

また、昭和54年度から始まった「養護学校義務制」によって、障害児通園施設はその支援対象を乳幼児におくことになり、「早期からの発達支援の場」としての立場を確立した。

2. 障害種別に分かれた障害児通園施設がもつ問題

上述のように、障害児通園施設は、「知的障害」「肢体不自由」「難聴」の三種別の障害を対象として別々に設置され活動を開始した。しかし近年、多くの対象児の障害が重度・重複化するとともに、高機能自閉症、注意欠陥/多動性障害(以下AD/HDとする)、学習障害(LD)などの「軽度発達障害児」の増加に伴って(後述)、対象となる障害像が広がるとともに、障害程度も常時医療的支援が必要な最重度障害児から境界児まで拡大した。

I. はじめに ～「障害児通園施設の在り方」を検討する必要性について～

1. 障害児通園施設の歴史

障害児通園施設の歴史は、障害のある子ども達の「育児や発達、社会参加への支援」に対する親の願いの歴史そのものである。入所施設から始まった障害児への支援は、就学猶予や免除を受けた学齢期の在宅障害児たちの発達支援や日中通園場所の確保という親たちの願いを受けて、障害児通園施設へと発展した。障害児通園施設は、まず昭和32年に知的障害児通園が設置され、昭和38年から肢体不自由児施設に通園部門が設置されて乳幼児対

このような障害状況の変化に伴って、これまでの障害児通園施設の機能では適切な発達支援が困難になってきている。たとえば、「医療機関」と位置付けられて制度上保育機能が軽視されてきた肢体不自由児通園施設では、肢体不自由児のほとんどが知的障害を合併する状況があり（表 1-1・2 参照）保育機能の充実が求められている。また、医療的専門性の希薄だった知的障害児通園施設においても、運動機能の著しく遅れる児への理学療法や言語発達障害への言語聴覚療法などが求められるとともに、てんかんやAD/HDをもつ児への投薬が求められるようになり、医療機関との密接な連携・協力が不可欠な状況になってきている。

このような状況の中で、「障害種別に分かれた通園施設体系」の見直しの必要性が指摘され、中央児童福祉審議会障害福祉部会が平成8年3月29日、「障害児の通園施設の在り方について（意見具申）」を提出することになった。意見具申は、①現在の障害種別に分けられた通園施設体系は専門性の高い指導を提供するという点では大きな意義があったが一方で障害種別が違えば身近なところで療育が受けられない弊害がある、②重複する障害児等に対する処遇体制が充分整備されていない、③障害児通園（デイサービス）事業や重症心身障害児通園モデル事業などとの役割分担が明確でなく通園施設のもつ専門的な療育機能が地域療育の質の向上に活かされていない、などの問題点を指摘している。

3. 障害児通園施設に求められる「年齢に制約されない継続した支援」

障害「児」の大半は障害「者」になる。障害をもちつつ地域で育ち地域で暮らしていくためには、乳幼児期の育児支援から始まって成人期の地域生活支援に至る、ライフステージに沿った一貫性のある支援が求められる。しかし、現実の障害児～障害者への支援の中

では、医療・保健－教育－福祉の連携が乏しく一貫性のある支援は困難であり、「つなぎ」の悪さの中で乳幼児期の支援が学校に、学校での努力が成人期につながりにくい状況があった。加えて、継続した支援のない中では、成人期の地域生活に必要な能力を幼児期から育成したり、問題となる行動への解決策を準備するなどの努力は困難であった。

このような時期、文部科学省は平成15年3月に「特別支援教育の在り方について（最終報告）」を提出し、福祉・医療との連携が希薄であった教育分野においても、機関連携を基盤にした継続的支援体制の構築を提起している。

このような障害児・者支援に対するニーズや認識の変化に伴って、改めて障害児通園施設も、乳幼児期を活動の中心としつつ、成人期を見通した発達支援や生活支援を継続して提供できる機能をもつことが不可欠だと考えられるようになった。

*** *** ***

今後、障害児福祉が「措置制度」から、障害のある子どもそれぞれの発達や育児をニーズに沿って支援することを目的とする支援費制度などの利用・契約制度に移行する可能性を考える時、障害種別の枠、年齢の枠を越えた支援ができる通園施設体系の在り方を考える必要がある。

ただし今回の研究では、支援課題が多様であり社会資源も多岐にわたる成人期については他の分担研究者に譲ることとし、児童期とくに乳幼児期の通園施設に課題を絞って研究を進めることにした。

II. 「発達障害」とは何か

1. 「発達障害」の定義について

私たちが支援やサービスの対象とするのは、「発達障害児」である。

発達障害児とは、「一般の子どもに比べて明

らかに発達上の遅れや異常が認められる子ども」だけでなく、「育児への支援や、なんらかの生育環境の調整がなければ、将来の社会生活を妨げるさまざまな問題をもつことが予測される子ども」も含んでいる。

対象となる障害は、「脳性麻痺」や「知的障害」「(知的障害を伴う)自閉症」「聾、難聴」「盲、視覚障害」「種々の末梢神経・筋疾患、骨系統疾患、奇形症候群」「染色体異常症」「感染症や事故の後遺症」などの明らかな障害だけでなく、最近増加傾向が指摘されている「高機能自閉症」「LD」「AD/HD」などを含む。

加えて、乳幼児健康診査で「遅れ」が発見されたばかりの(障害が確定していない)子ども達も、広義の発達障害として支援の対象に含むべきである。

この点からは、私たちが支援の対象とする「発達障害」の定義としては、アメリカの「発達障害者援助と権利規定法 2000年版(表2)」による定義が最も近いと思われる。

2. 国際障害分類の改訂について

WHOは、「医学モデル」であるとして批判が多かった 1980 年版国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: ICDH) を 2001 年に改訂し、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) を発表した(図2、3参照)。ICFは、障害のある人達を「活動の主体」「参加する権利をもった人」と位置付けた上で、日常活動を制限し、社会参加を制約する背景因子を「(知的な問題や運動障害などの)個人の能力」と「(社会の意識や都市構造などの)環境的問題」に分けて、その解決を社会の責務とする「医学・社会統合モデル」として提出されている。

ここで、環境的問題を解決する理念は「ノーマライゼーション」であり、その手段は「インテグレーション」を経て「インクルージョ

ン」へと発展してきている。そして、個人の能力に対する支援は「エンパワメント」「リハビリテーション(子どもではハビリテーション、発達支援、療育:後述)」の課題である。

III. 「発達支援」とは何か

障害児通園施設の主要な責務は、発達障害児に対する「発達支援」である。では、「発達支援」とは何か。

「発達支援」の意味を考える時、わが国における発達障害児支援の歴史の中で用いられてきた「療育」の意味を改めて考える必要がある。

かつて、日本最初の肢体不自由児施設である整肢療護園の創設に尽力された故高木憲次東京大学名誉教授は、「肢体不自由児」の社会的自立をめざすチームアプローチを「療育」と名づけ、「現代の科学を総動員して不自由な肢体をできるだけ克服し、それによって幸いにも復活した肢体の能力そのものをできるだけ有効に活用させ、以って自活の途の立つように育成させること」と定義された。この時点では、高木氏は「療育」の対象を肢体不自由児に限定されていたと考えられる。

その後、北九州市立総合療育センターの初代所長高松鶴吉氏は、「療育」の対象を障害のある子どもすべてに拡大するとともに、「注意深く特別に設定された特殊な子育て、育つ力を育てる努力」として育児支援の重要性を強調された。

私たちの研究班では、先人の「療育」の概念をさらに発展、拡大させて考え、「障害のある子ども(またはその可能性のある子ども)が地域で育つ時に生じるさまざまな問題を解決していく努力のすべて。障害のある子どもの育児への支援や、子どもの発達の基盤である家庭生活への支援も含む。その目標は成人期の豊かな生活である。」と定義する。

つまり、「発達支援」とは、「障害の軽減・

改善」という医学モデルの支援にとどまらず、地域・家庭での育ちや暮らしを支援する生活モデルの支援を重要な視点としてもたねばならない。そしてその目標は、「発達上の課題を達成しながら、その結果として、成人期に豊かで充実した自分自身のための人生を送ることができる人を育てること」である。このような視点に立って、障害のある子ども自身に対する支援課題は、単に運動機能や検査上に表される知的能力の向上にとどまらず、「育つ上での自信や意欲」、そして「(発語だけに限定されない)コミュニケーション能力の向上」や「将来的な地域生活を念頭に入れた生活技術の向上」「自己決定、自己選択」などの能力の向上をも射程に入れる必要があるだろう。

私たちは研究を進めるにあたって、このような拡大された「療育」の概念を「発達支援」の定義として採用した。

IV. 発達支援の対象となる障害児数の実態予想と支援の実態

1. 発達障害児の増加について

近年、発達障害は、その発症率が変化するとともに、その態様は多様に、重症度は軽度から重度まで広範になってきている。

発達障害の発症率の変化について、肢体不自由の原因の多くを占める脳性麻痺を例にとると、1970年代に一旦減少していた発症率は、超低出生体重児の救命率の改善、不妊治療による多胎妊娠に伴う早産出生の増加などによって、1980年代後半から増加傾向を示すようになった。人口約48万人の兵庫県姫路市における調査によると、脳性麻痺児の発症率は、1983年から87年度までの5年間で出生千人あたり1.4人、88年から92年までは2.0人、93年から97年までは2.2人と増加しており、その主な原因は在胎32週未満の早期産出生脳性麻痺児の増加であった(表3)。

また、知的障害の発症率の増加は報告され

ていないが、高機能自閉症、AD/HD、LDのような「軽度発達障害児」は増加している。これらの障害は、従来の概念からすれば障害の範疇に入らず発達支援の対象にされることは少なかったが、実際の生活場面では保護者の育児負担は大きく、さまざまな反社会的問題を引き起こすことでも最近問題になってきている。このような子ども達は、従来の福祉制度の支援対象から除外されていることも多く(例：IQが高い高機能自閉症は療育手帳が取得できない)、手帳制度などの福祉制度の見直しとともに、育児支援や生活面の支援が柔軟に提供されることが求められている。

文部科学省の調査では、特殊教育の対象となる児童生徒は、平成5年度0.966%から平成14年度1.477%へと約1.5倍に増加している。この増加の原因の多くは、上述の軽度発達障害児であり、平成15年3月に発表された「特別支援教育の在り方について(最終報告)」では、普通学校において特別な教育的配慮を要する軽度発達障害児は約6%と推計されている。

横浜の南部地域療育センター圏域(人口：平成5年596,597人 0～5歳児34,669人、平成13年593,423人 0～5歳児31,863人)における初診患者の推移を見ると、平成5年度と13年度において、初診児の総数は226人から336人に増加しており、増加の原因は軽度発達障害の増加であり、精神遅滞の診断は減っていた。診断基準の変化によって精神遅滞の診断が軽度発達障害に移行したことも考えられるが、その差は25人に過ぎず、残りは軽度発達障害の増加と考えられる(表4)。

また、おかやま自閉症・発達障害支援センター(旭川荘療育センター)の中島は、センター内の児童精神科外来を受診する子どもについて、自閉症の診断が10年前の7倍、5年前の3倍と急増していると報告するとともに、この5年間で新規に「自閉症」と診断した子

どもは1000人を超えており、その半数は知的障害がないか軽度の「高機能自閉症」であったとしている。

このように、障害児の発症率は増加しており、とくに高機能自閉症、AD/HD、LD、アスペルガー症候群などの軽度発達障害児の著しい増加については、育児に悩む保護者による児童虐待や障害児本人の不登校、犯罪などの問題につながるため、増加原因の追及とともに、発達支援を含めた緊急の対策と地域機関の緊密な連携・協力システムの構築が求められる。

そこで、通園施設のあり方、発達支援のあり方を考える前に、発達支援の対象となる障害児数の実態を予測し、また現在実際にどの程度の障害児が支援を受けているかという実態を調査した(数字は平成13年度を基準とした)。

2. 発達支援を必要とする乳幼児の実態予想

各種障害の発症率を調査したデータは多く見られるが、一般的には軽度発達障害6%(文部科学省推計)、脳性麻痺を中心とする運動機能障害0.2%、ダウン症などの染色体異常も含む知的発達障害2%と考えられている。支援が必要になる年齢については、軽度障害児は4~5歳から、脳性麻痺児は0歳から、知的障害児は2歳ごろからと考えられるが、厚労省統計に基づいて各年齢の人口から支援を要する児の数を算出すると、就学前に支援が必要な発達障害児数は以下ようになる。

・軽度発達障害：支援の対象とする年齢を4~5歳と考える

4~5歳児の人口：2,379,000人、

このうちの6%は142,740人

・運動機能障害：支援の対象とする年齢を0~5歳と考えると

0~5歳児の人口：7,088,000人、

このうちの0.2%は14,176人

・知的障害：支援の対象とする年齢を2~5歳と考えると

2~5歳児の人口：4,743,000人、

このうちの2%は94,860人

合計 251,776人

これを人口30万人の障害保健福祉圏域に置き換えて推計してみると、就学前に支援すべき発達障害児は、圏域内で約590人ということになる。これに、進行性筋ジストロフィー症などの末梢神経・筋疾患、脳炎・脳症や頭部外傷後遺症などの中途障害が加わればさらに支援対象の子ども数は増加すると考えられる。

聴覚障害児、視覚障害児については絶対数が少なく、知的障害や肢体不自由などの重複が多いため当該の施設で支援を受けており、上記の推計に大きな差は生じないと考えた。

以上の検討から、就学前に支援対象となる発達障害児は、人口30万人圏域で約600人以上と推計された。

ちなみに、5歳児までの障害児についての「国民福祉の動向」からの推計(厚生労働省の統計は0~4歳、5~9歳となっているため人口比から6歳未満児を推計)は、肢体不自由児約15,000人、知的障害児29,400人、聴覚障害児4,700人、視覚障害児1,500人であった。厚生労働省の統計の根拠は、身体障害者手帳、療育手帳の数と考えられるため軽度発達障害児や年齢の低いケースは含まれていず、この数値は実態に比してかなり少ないと考えられる。

3. 発達支援の現状予測

全国の通園施設(知的障害、肢体不自由児、難聴幼児、児童デイサービス)の利用者及び障害児保育数を基盤に、現在どの程度の発達障害児が支援を受けているかを調査に基づいて検討した。ただし、以下の数値は「障害児」として支援されている数であり、乳児早期の脳性麻痺は含まれていず、軽度発達障害児も

障害児通園（デイサービス）事業以外は含まれていない可能性がある。ちなみに、前項で試算した発達障害児の予測において、就学前に支援対象になることが少ない軽度発達障害児を除いた全国予想は約 109,000 人、30 万人の圏域に換算すれば 270 人強ということになる。

- ・通園施設：肢体不自由児 2450 人
知的障害児 7230 人
難聴幼児 643 人
- ・保育所（障害児保育） 22648 人
- ・幼稚園（障害児保育） 5281 人
- ・障害児通園（デイサービス）事業 8434 人
- 合計 46,669 人

これを人口 30 万圏域に置き換えてみると、約 110 人の障害児しか支援されていない事になる。

ここで、肢体不自由児通園施設や肢体不自由児（入所）施設の外来、および医療機関の外来などにおける支援は、理学療法のみ、診察のみという、「発達の一部」への治療的対応でしかない場合が多く、この部分については今回の研究では除外することとした。しかし、知的障害児や軽度発達障害児などへの支援については、このような「外来」による「治療的対応」でさえ提供されるシステムがなく、診療所機能をもたない知的障害児（入所・通園）施設を基盤にした支援の在り方を考える必要性が示された。

他の施設や事業の措置（利用）児については、肢体不自由児（入所）施設の措置入所、重症心身障害児施設、重症心身障害児（者）通園事業（A型、B型）の多くは学齢期以降を対象にしていることが多く、6 歳未満児を対象とした発達支援を提供していることは少ないと考え今回の研究では除外した。

以上、肢体不自由児や知的障害児、難聴児、視覚障害児などの障害に加えて、近年増加す

る傾向のある軽度発達障害児などに対する発達支援ができるシステムの整備が不十分であった。

今回、発達障害児を支援するシステムが比較的整備されている都市（広島市と姫路市）での実態を調査した。

心身障害児総合通園センターが、昭和 54 年の制度開始当初から設置されていた広島市（人口約 112 万）の場合は以下のとおりである（市内在住者のみ）。

- ・通園施設：肢体不自由児 49 人
知的障害児 53 人
難聴幼児 19 人
- ・保育所（障害児保育） 169 人
- ・幼稚園（障害児保育） 65 人
- ・障害児通園（デイサービス）事業 24 人
- ・県立豊学校幼稚部 15 人
- ・センターの措置外発達支援 286 人
- 合計 680 人

この結果をを人口 30 万人の圏域に置き換えてみると、支援システムが整っているとされる広島市でさえ、約 182 人の発達障害児しか支援されていない状況があった。

さらに同様に療育システムが比較的整備されている姫路市（人口約 48 万人）について検討した（市内在住者）。

- ・通園：肢体不自由児 27 人
知的障害児 23 人
- ・保育所（障害児保育） 97 人
- ・幼稚園（障害児保育） 0 人
- ・障害児通園（デイサービス）事業 0 人（児童デイは 14 年度から）
- ・重症心身障害児（者）通園事業（～5 歳児） 7 人
- ・県立豊学校幼稚部 5 人
- ・市総合福祉通園センターの措置外発達支援 181 人
- 合計 340 人

この結果を30万人圏域に換算すれば、212人の発達障害児しか支援できていないと考えられる。

このように、広島市、姫路市における障害のある乳幼児が何らかの発達支援を受けている状況はほぼ一致していた。すでに述べたように、30万人圏域に発達支援を要する子どもは約600人、乳児期～幼児早期に発見されにくい軽度発達障害児を除けば270人強である。しかし、実際に支援を受けている乳幼児は、発達支援システムが比較的整備されている地域では約200人程度と予測され、人口過疎地域や発達支援システムが整備されていない地域では平均値から推測すると100人以下と考えられた。

以上、わが国における現在の発達支援体制では、発達障害児に対して十分な支援が行われている状態とはいえないのが現状であり、とくに軽度発達障害児の早期発見と早期からの支援体制は都市部も含めて全国的な課題だと考えられる。今後、通園施設などの発達を支援できる機関の増設を図るとともに、「現存施設の機能拡大」「人口過疎地域に対する発達支援」などを検討しなければならない。

4. 発達支援のための資源の地域偏在

発達障害児への支援ができる施設や聾・養護学校幼稚部などの、幼児期に発達を支援できる可能性をもつ地域資源の設置状況について調査した。

調査対象としたのは、障害児通園施設（知的障害、肢体不自由、難聴幼児、総合通園）、肢体不自由児（入所）施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児（者）通園事業（A型、B型）、障害児通園（デイサービス）事業、聾・養護学校幼稚部である。加えて、地域の資源を活用して障害児・者の発達支援や地域生活支援を展開する事業である「障害児（者）地域療育等支援事業」の設置状況も調査した。

図4～図8に各施設の全国の設置状況をブ

ロットした。

図に示されたように、3種の通園施設、肢体不自由児（入所）施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児（者）通園事業（A型、B型）、聾・養護学校は、ほぼ人口が集中した都市部を中心に設置されている傾向があった。つまり、前項で述べたように都市部では不十分ながら障害児の発達を支援できる資源が設置されているが、人口の少ない地域においては発達を支援できる資源の設置は乏しく、「どんな地域においても、発達を支援できる必要最低限の資源を確保すること」が大きな課題と考えられた。

一方、障害児通園（デイサービス）事業と障害児（者）地域療育等支援事業は、全国ほぼ均等に設置されている傾向があり、人口過疎地における発達支援において利用できる可能性がある資源と期待された。

V. 現在の障害児通園施設の問題点

1. 障害種別（知的障害、肢体不自由、難聴）の存在

措置制度では、施設は障害種別毎に分けられている。このため、子どもの障害が施設の種別と違えば利用しやすい場所にある施設では発達支援が受けられない（たとえば、近隣に知的障害児通園施設があったとしても、子どもの障害が脳性麻痺などの肢体不自由であれば支援が受けられない）。その結果、遠方の通園施設に通うか、通園が無理であれば入所施設に入所させる、または発達支援を受けることを諦めざるを得ないという状況がある。また、重複した障害や前述した軽度発達障害などの新しい概念の障害に対する支援も、施設種別が厳格に規定されていれば適切な処遇ができない。

施設数の絶対的不足があるにもかかわらず、知的障害児通園施設の50%が定員を満たしておらず、肢体不自由児通園施設の定員充足

率が約 80%であるという状況は、このような「施設の利用しにくさ」に起因するところが多いと推測される。

障害児関連施設の顕著な地域偏在が認められる中で、このような状況は全国で起こっており、在宅福祉、地域療育の方向性に逆行する大きな問題である。

前述したように、中央児童福祉審議会は平成 8 年 3 月にこの問題を指摘して、障害児通園施設の本格化を意見具申した。この意見具申を受けて、厚生省（当時）は平成 10 年、「障害児通園施設の相互利用（障害種別が施設種別と異なっても定員の 20%までは措置することができる）」を認めたが、それ以後相互利用を利用する児童が増加する傾向にあることは、障害児通園施設の地域偏在の証左とも言えるだろう（表 5）。

2. 「障害の認定」がなければ支援が困難

家庭における育児能力の低下に伴って、地域全体の育児支援機能の向上が求められている。また、知的障害や肢体不自由などの明らかな障害がある訳ではないが、「なんとなく発達に気になる子（境界児またはグレイゾーンの子）」も乳幼児健康診査や医療機関の診察で発見されることが多くなり、これらの子どもへの育児支援や発達支援も課題になってきている。

一般的には保健所・保健センターや保育所・幼稚園などに「育児支援」が求められることが多いが、育児指導の経験や専門的情報の必要性から、障害児通園施設のノウハウが求められる場面も少なくない。

加えて、育児困難を呈する子どもの中には、前述した軽度発達障害児が含まれることも少なくない。この子ども達は、発達指数や発達指標において明らかな遅れや異常性を示すことは多くはないが、「多動」「視線が合わない」「言葉が遅い」「すぐに癇癪を起こす」などの気になる点を乳幼児期からもっており、障害

の確定に至る前から家庭や保育所などで対応に困っていることが多い。

また近年の周産期医療の進歩や乳幼児健康診査の充実に伴って、障害が発見され通園施設に関わる時期は著しく早くなっている。たとえば、脳性麻痺児の多くは早期産児であるが、このようなケースはNICU（新生児集中治療室）での治療・管理の後、生後 3 ヶ月や 4 ヶ月という乳児期早期に肢体不自由児通園施設を訪れることが多い。早期産児は、脳性麻痺などの発達障害だけでなく健康面での問題が多い上に、母子関係の問題をもちやすく早期からの発達支援や育児支援が不可欠である。

しかし、「児童相談所による『措置』によって支援を開始する」という現状のシステムでは、障害の確定診断と親の障害理解が前提であり、障害の確定しない乳児期早期からの発達支援や育児援助、軽度障害児や「境界域の子ども」への支援などは困難である。

3. 指導/支援が施設内に限られる

援助や指導の場所が施設内に限定されていけば、施設に通える子どもにしか援助ができない。その結果、以下のような問題が生じている。

1) 地理的な問題や医療上の問題で通園困難な子どもへの支援ができない

2) 「両親共に働いている」「寝たきりの高齢者の世話が母親の肩にかかっている」というような家庭事情のある子どもへの支援ができない

3) 親の障害受容ができていず通園を拒まれた場合には子どもへの支援が開始できない

4) 保健所・保健センター、保育所・幼稚園、学校などの地域の諸機関の療育機能を育成するための（施設・機関に対する）支援をすることができない

その結果、通園困難な児への発達支援が困難であるだけでなく、障害児を日中の活動時

間に地域から離して施設内に集めてしまう結果になり、通園施設であっても「地域で育つ」というノーマライゼーション時代の発達支援の課題を果たすことができない。

ちなみに、平成10年に通園施設と保育所との二重措置（並行通園）が認められたが、この制度の利用も年々増加傾向にあり、親の就労問題に加えて、地域での成長を願う親の意向の反映と考えられる（表6-i-2）。

4. 措置定員以外の障害児に対する支援が困難

施設には「定員」が存在する。措置定員の中に入れば、いろいろな援助や指導が受けられるが、定員外になってしまうと何の支援も受けられない。このため、措置を受けているかどうかでサービスの格差が大きくなりすぎるだけでなく、施設側としても適時性のある療育や早期からの育児支援ができない。また卒園した児のアフターケアも困難であり、保育所・学校などとの連携に支障になっているだけでなく、地域の保育所などに移る際の保護者の不安につながっている。

発達を支援できる施設や事業の絶対数が不足している現在、措置外の児が発達支援を受け、保護者が育児についての適切な相談ができる制度が考えられなければならない。

5. 乳幼児期から学齢期、青年期に至る継続した援助が困難

現在の通園施設では、支援対象となる子どもの年齢が限定されている。入所施設では18才まで、多くの通園施設は就学前の子どもを支援対象にしており、学校などとの連携の悪さも原因して、重要な発達期の支援を担う学校に対して、乳幼児期の支援の経過が伝達されにくい状況がある。

とくに重度の肢体不自由児については医療と教育の協力が不可欠であり、教育的支援を継続するためには、変形・拘縮の予防、摂食指導、言語訓練などに医療専門職の関与は不

可欠である。また近年、養護学校では常時医療的管理が必要な重症心身障害児の就学の増加と教育現場での医療行為の実施が課題になっている。このような状況の中、乳幼児期から関わっており医療機能をもつ肢体不自由児通園施設には、学校現場への支援や協力が強く求められている。

また、学校現場と通園施設の連携が乏しい中では、学齢期や成人期に起こってくる様々な問題が通園施設にフィードバックされ難く、学童期以後に出てくる様々な問題の対策を協力して考えたり、予防策を予め幼児期の療育プログラムに取り入れていく事が困難である。

通園施設と学校をつなぐ職員の意識変革とともに、連携・協力の基盤となる制度の新設が考慮されなければならない。

6. 発達の基盤となる家族・家庭に対する支援が困難

乳幼児健康診査のシステム化と診断技術の進歩に伴い、乳児早期から障害が発見され障害児通園施設を訪れるようになったため、保護者への精神的支援や育児支援が通園施設の重要な業務になってきている。

また、障害のあるなしにかかわらず家庭における育児能力が低下し、保護者の転職・失業や同居老人の介護などの家庭自体の問題が表面化してきている。障害児への虐待の問題も含めて、地域での育児支援、家庭支援機能の向上が求められるようになっている。

しかし、現在の障害児通園施設においては、ケースワーカーや心理士などの配置基準はなく、短期入所事業「日中預かり」を実施している施設もほとんどない。また、保育士などの配置された職員が対応しようとしても、人員の不足や専門的技術の乏しさから十分な対応が出来る状況にはない。

7. 発達支援を担う機関の絶対数の不足と地域偏在

障害児通園施設（知的障害、肢体不自由、