

c) 難聴と視覚障害の合併について

先天性の視覚障害(全盲、日常生活に影響する弱視・視野狭窄等の低視覚障害)は出生 4000 人に 1 人程度で、知的障害等を合併する場合が多い(50%程度)とされている⁶⁾。視覚障害の場合、聴覚の活用が日常生活技能を習得する上で重要である。一方、難聴に視覚障害が合併する事例が知られており、このような事例では「盲ろう児」として特別の配慮が必要とされている⁷⁾。そこで今回難聴通園に在籍する難聴児で視覚障害を合併する事例数を集計した。その結果、難聴に視覚障害が合併する事例が 5 名いることが示された。障害の程度は不明であるが、難聴通園での盲ろう児の出現率は $5/560=0.9\%$ と判定できる。出現率が少ないものの盲ろう児への適切な対応が今後とも求められている。

3. 難聴通園以外の障害児通園での難聴児の状況

① 障害児通園での難聴児の出現率

難聴通園以外での障害児通園での難聴児の状況を調べるため、難聴通園の在籍児数・難聴児数を福祉型および多機能型の在籍児総数および難聴児数から減じた数を求め、福祉型および多機能型での在籍児総数および難聴児数とした。デイでは意図的に難聴児を集めている 1 施設の在籍児数・難聴児数を除いた数を在籍児総数・難聴児総数とした。これらの在籍児総数および難聴児総数より難聴児の出現率を求め、その結果を表 4. に示した。難聴通園以外に在籍する難聴児は知的障害等を合併する難聴児(難聴児の中で知的障害を合併する比率:10%程度)と推定されるが、各種別の通園での出現率は 0.4～0.6%でほぼ一致しており、全体では 0.5%である。このことから、今回の調査で障害児通園に在籍する知的障害等を合併する難聴児の出現率は 0.5%であるといえる。なお、難聴児は出生 1,000 人に 1 人(0.1%)であるので、知的障害児等では知的に健常な同年齢集団に比べ難聴の出現率は 5 倍程度高い。ただし、平成 24 年 8～9 月に行った全国の障害児通園実態調査では、難聴通園以外の障害児通園の在籍児の中に 1%程度難聴を合併する事例が示されており、今回の結果の 2 倍となっている³⁾。調査に回答した施設数が 1,554 施設であり、今回の約 2 倍であることの影響も考えられる。

表 5. 各種別の障害児通園での難聴児の出現率

	福祉	医療	事業	デイ	多機能	計
施設数	7	3	12	20	19	62
在籍児総数	2,527人	902	3,729	5,344	6,388	18,890人
難聴児総数	11人	4	17	32	37	90人
出現率	0.4%	0.4%	0.5%	0.6%	0.6%	0.5%

② 障害児通園での在籍難聴児数

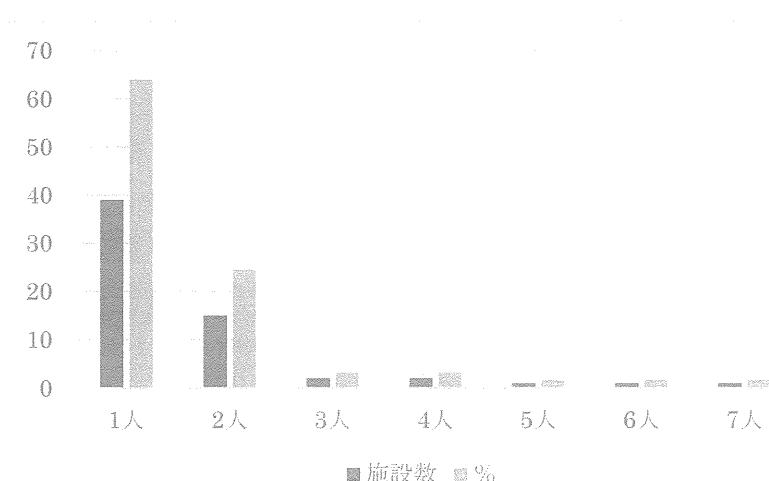
大部分の施設では難聴児は在籍していないが、難聴児が在籍する場合は 1～2 名であること(88.6%)が示されている。ある程度難聴児が在籍しなければ、言語聴覚士等の専門職や聴

力検査室・機器などの設備を備えても、有用性が乏しいことが示されている。

表 6. 難聴通園以外の通園での難聴児在籍数

難聴児数	福祉	医療	事業	デイ	多機能	施設数	%
7人					1	1	1.6
6人				1		1	1.6
5人				1		1	1.6
4人					2	2	3.3
3人	1				1	2	3.3
2人	2	1	5	3	4	15	24.6
1人	4	2	7	15	11	39	64.0
計	11人	4	17	32	37		100.0
施設数	7	3	12	20	19	61	

図 6. 難聴通園以外の通園での施設当りの難聴児数頻度分布



② 各種別の障害児通園に在籍する難聴児の状況

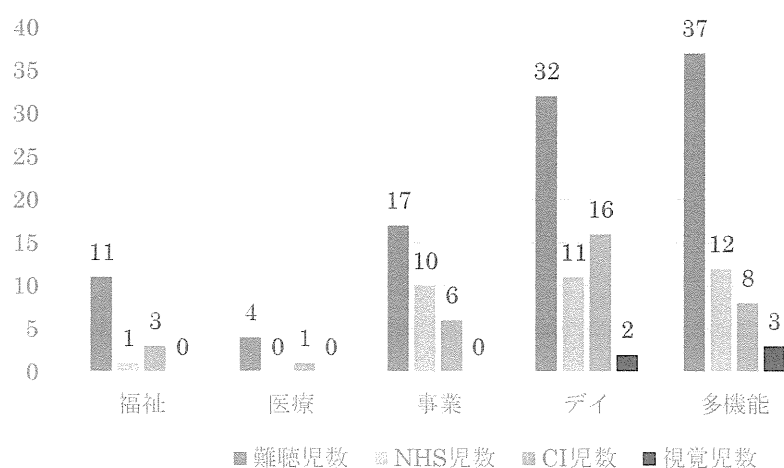
各種別の障害児通園に在籍する難聴児について、NHS 受診児数、CI 装用児数および視覚障害の合併事例数を調べ、その結果を表 7.に示した。なお、難聴児の総計数が 101 人であるので、各数値は比率(%)としてみる事ができる。

この結果によると、知的障害を合併する難聴児が新生児聴覚スクリーニングにより早期に難聴を発見されていること、また人工内耳を装用する知的障害を合併する難聴児が難聴児としての療育を受けないまま障害児通園に通っていることが示されている。このような難聴児は近隣の難聴通園で難聴児としての補聴器の調整、人工内耳装用指導ならびに言語指導を受ける必要があると思われる。また、視覚障害を合併する事例も比率として多いことが示されている。このような事例は重症心身障害児もしくは重度の脳障害児である可能性が高い³⁾。

表 7. 難聴通園を除く各通園での難聴児数、NHS 受診児数(NHS 児数)、
CI 装用児数(CI 児数)、視覚障害合併難聴児数(視覚児数)

種別	難聴児	NHS児数	CI児数	視覚児数
福祉	11人	1	3	0
医療	4	0	1	0
事業	17	10	6	0
デイ	32	11	16	2
多機能	37	12	8	3
計	101人	34人	34人	5人

図 7. 難聴通園を除く各通園での難聴児数、NHS 受診児数(NHS 児数)、
CI 装用児数(CI 児数)、視覚障害合併難聴児数(視覚児数)



4. 療育体制

難聴通園の療育体制では、個別支援が重要である。今回の処遇での個別と集団での指導状況を難聴通園と児童発達支援事業とで比較した。調査結果には欠損値が多く、厳密な比較はできなかったが、難聴児が在籍児の 100%を占めている難聴通園 4 施設での 1 日当りの職員 1 人当たりの平均個別指導時間は 255 分であった。このことから 1 日当りの職員 1 人当たり指導時間は 300 分程度であるので、難聴児を専門に療育している施設では個別訓練(厳密に 1 人ではなく、2,3 人を対象とする場合を含む)に多くの時間を割り当てる療育プログラムが行われていると思われる。すなわち、難聴通園では個別的対応が療育の基本になっていることが示されている。

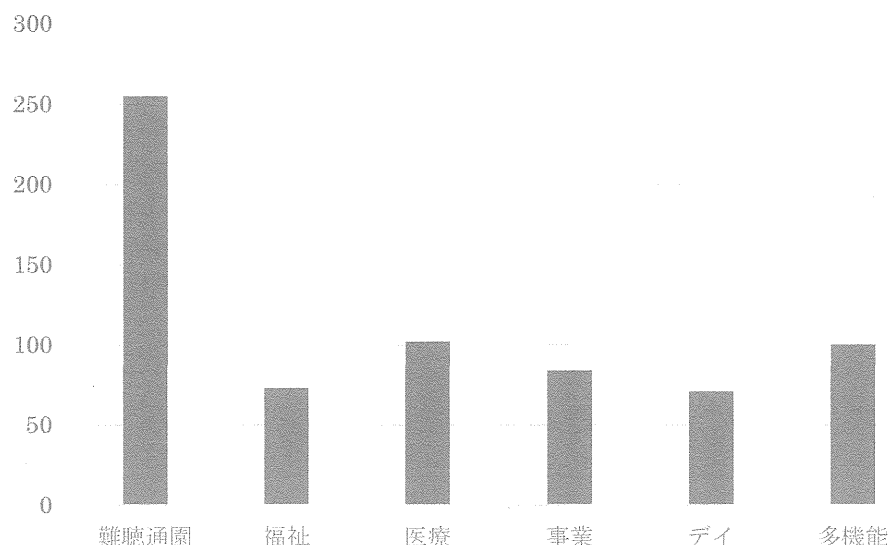
一方、難聴通園を除いた福祉型では 22 施設の平均個別時間は 73 分であるが、医療型では 13 施設で 102 分であり、これは肢体不自由児が理学療法・作業療法等の個別訓練を受けているためと思われる。事業では 62 施設で平均 84 分、デイでは 150 施設で 71 分、多機能では 140 施設で 100 分であった。このことから、難聴通園以外の施設では個別指導は行って

いるものの、集団活動が多く時間を占める療育プログラムが行われていることが示されている。

表 8. 通園別 1 日当りの職員 1 人当たりの平均個別指導時間(分)

	難聴通園	福祉	医療	事業	デイ	多機能
個別	255分	73	102	84	71	100
施設数	4	22	13	62	150	140

図 8. 通園別 1 日当りの職員 1 人当たりの平均個別指導時間(分)



難聴児以外での個別支援の現状を調べるため、発達障害児への個別的コミュニケーション指導の状況を集計した。回答した施設のうち、個別支援を行っている比率は福祉型で 65%、言語聴覚士が担当する割合は 53%、医療型では 73%であり、言語聴覚士が担当する割合は 73%であった。多機能型では 61%、事業で 60%、デイであっても 43%であり、担当者は主に保育士・児童指導員であった。

難聴通園以外であっても言語・コミュニケーションの個別指導が必要な事例はおり、言語聴覚士または保育士・児童指導員が指導を行っていることが示された。そこで、知的障害と難聴を合併して難聴通園以外の障害児通園に在籍している難聴児については、難聴通園に週 1 回程度通うことで言語聴覚士による難聴児療育(聴力検査、補聴器・人工内耳の調整、個別言語指導)を受けることができると思われる。さらに、難聴が軽度の場合は難聴を専門とする外部の言語聴覚士のアドバイスを受けながら、各施設所属の言語聴覚士や保育士・児童指導員が週 1 回程度の個別指導を行うことで、これら難聴児の言語力を向上させることが可能と思われる。

5. まとめ

難聴通園の実態について集計したところ、明らかに他の通園と異なる実態があることが示さ

れた。とくに「NHS による難聴の乳児期での発見に伴い、難聴児が 0 歳・1 歳から難聴通園に通園している」こと、「難聴児療育の専門性に対応して療育担当の中で言語聴覚士の比率が高い」こと、および「療育体制では個別指導を中心に療育プログラムが組まれている」ことで他の通園と明らかに差が生じている。すなわち、難聴通園は、地域の実情に応じて他障害児を受け入れている施設も含め、難聴児の 0 歳からの早期療育を行える体制を整えていることが示されている。

また、難聴通園以外の通園でも難聴児が在籍しているが、89%の施設の在籍難聴児数は 1～2 名であり、専門の言語聴覚士の配置や聴力検査室等の設備は困難であると推定される。この場合、近隣の難聴通園が難聴児としての療育(聴力検査、補聴器装用指導、人工内耳装用指導、週 1 回程度の個別言語指導)を担当し、福祉型・医療型・事業等の通園は知的障害児としての療育を担当するとの役割分担を行うことが望ましいと思われる。

旧難聴幼児通園施設は通園施設の一元化により福祉型児童発達支援センターとなったが、難聴児以外の知的障害児等の療育を行う通園施設と比べ機能が大きく異なるため、障害児通園施設の調査に当たり、必ず別集計を行う必要があることが本集計結果から示されている。

文献

- 1) 内山勉、他：新生児聴覚スクリーニングの難聴児早期療育への影響について－東京 23 区内にある旧難聴幼児通園施設での現状－。 *Audiology Japan*, 58:159～166, 2015.
- 2) 山根希代子ほか：児童発達支援。児童発達支援協議会監修「障害児通所支援ハンドブック」、10～21 頁、エンパワーメント研究所、東京、2015.
- 3) 内山勉：視覚障害・聴覚障害の集計。児童発達支援協議会受託・編集「児童福祉法改正後の障害児通所支援の実態と今後の在り方に関する調査研究報告書」、24～29 頁、厚生労働省平成 24 年度障害者総合福祉推進事業受託研究、2013.
- 4) 内山勉：平成 27 年度全国旧難聴幼児通園施設実態調査報告。全国乳幼難聴児療育担当者研修会、平成 27 年 11 月 22 日、東京.
- 5) 日本聴覚医学会：人工内耳。遺伝性難聴の診療の手引き 2016 版、52～54 頁、金原出版、東京、2016.
- 6) 香川邦生：対象児童生徒の実態。香川邦生編「視覚障害教育に携わる方のために」、31～36 頁、慶応義塾出版会、東京、2012.
- 7) 内山勉：聴こえと視力の二重障害児(盲ろう児)。 *チャイルドヘルス* Vol.15, No.10, 2012.

（資料 1－3）

障害児支援の現状分析と質の向上に関する研究－質問紙調査の考察と提言

平成 24 年児童福祉法の改正により、障害児支援に係るほとんどの施策が児童福祉法に一元化されるとともに、障害種別に分かれていた障害児通園施設および児童デイサービスは身近な地域での「障害児通所支援（児童発達支援等）」に一元化された。同時に地域の子ども集団の中での発達支援を目的とした訪問・巡回型支援である「保育所等訪問支援」、放課後の活動支援と就学後の発達支援の継続を目的とした「放課後等デイサービス」が障害児通所支援としてスタートした。この改正により、「身近な通園場所の確保」とともに、「障害の確定しない『気になる』時期からの発達支援・育児支援」「地域の保育所や学校などで過ごす子どもへの専門的支援の提供」がスタートし、事業者数が増え、利用する子どもや保護者のニーズに沿った支援の枠組みができつつある。

一方で、発達支援の形態・内容は多様化してきており、支援内容は預かりだけであったり、「子どもの最善の利益」のための発達支援がなされないままの保護者ニーズに沿った支援計画であったり、また、一部の利用者の利便性だけが上がっているという様々な声が聞こえてくる状況である。保護者・家族のニーズは、いま、そこに居る子どもにとっても重要なニーズであるが、長期的に見たとき「子どもの最善の利益に資する」こととは必ずしも一致しない。

「長期的に見た子どもの最善の利益に資する発達支援」の仕組みを作るために、これまでの CDS－Japan での取り組みを含め、調査研究への考察、そして、提言を行いたい。なお、調査研究から推し量れることは一部であるが、「24 年度改正を評価しつつ、改正の理念を徹底するための現行制度の修正」についての方向性を示していきたい。

1. 平成 24 年度児童福祉法改正に向けたこれまでの動き

1) 障害児通園施設～一元化の流れ～

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（全国肢体不自由児通園施設連絡協議会）

「地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設の在り方に関する研究」より
本研究は、肢体不自由児通園施設連絡協議会会長の宮田広善氏を主任研究者として、研究者は当時の 4 つの障害児通園施設と事業にかかわるメンバーで構成されており、障害児通園施設の一元化に向けて、現状と課題を検証し、障害児通園施設（事業）のあるべき姿を提示している。通園施設にかかわる一元化の流れについては以下のような内容が記されている。

これまで様々な経緯で発達支援を担ってきた、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、児童デイサービスの 4 つの障害児通園施設と事業であったが、平成 8 年 3 月児童福祉審議会の意見具申「障害児の通園施設の在り方について」によって「機能統合＝一本化」の方向性が明記された。同意見具申では「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」「重複する障害児等に対する支援体制が十分整備されていない」「心身障害児通園事業（児童デイサービス事業）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持つ専門的な療育機能が地域療育の質の向上に生かされていない」と述べられ、「障害児通園の統合が必要」と結ばれている。その後、国レベルでの協議は進んでこなかったが、平成 20 年 3 月から 7 月に開

催された「障害児支援の見直しに関する検討会」で「障害児施設の一元化」の方向性が示され、「社会保障審議会障害者部会」でも追認され現在に至っている。

2) 「こども発達支援センター（事業）」の提言

また、本研究では、「こども発達支援センター（事業）」という名称の障害児通園施設（事業）について提案を行っている。

当時、通園施設および児童デイサービスに関わる課題として、①障害種別に分かれており利用しにくい ②指導/支援が施設内に限定される ③定員枠内の児にしか支援できない ④ケアマネジメント機能が弱い ⑤障害の認定がなければ支援が困難 ⑥親・家族支援機能が弱い ⑦発達支援を担う施設・事業の絶対数の不足と地域偏在 等が挙げられていた。さらに、各通園施設の現状と課題を整理し、全国の施設を地図におとして地域偏在などを明確化し、「こども発達支援センター（事業）」として名づけた新たな時代の新たな障害児通園施設（事業）を提案し、発達支援の具体的な在り方を示している。

その内容としては、すべての障害児が支援を受けることのできる「こども発達支援センター（事業）」、そして、こども発達支援センターと同等の機能があり地域に開かれた医療機関（診療所）を併設した医療型こども発達支援センター（24 年度改正児童福祉法によって登場した医療型児童発達支援センターとは異なり、保育機能を共通化した上で診療所機能を施設外にも開放する形態を「医療型」とし、地域の支援の核となるセンター）、「家庭・地域への支援機能の付加」、「サービス管理責任者の配置」、「アセスメント機能の充実」などであり、一元化に向けた様々な提言をおこなっている。

平成 24 年度の児童福祉法の改正では、本研究を受け、「障害」という文言を施設名称からはずしたものの、「こども（発達支援センター）」は施設名称としてふさわしくないことから、「児童発達支援センター」という文言が使われたと聞いている。

なお、CDS-Japan が提案した医療型については、上にも述べたように、基本となる「こども発達支援センター」と同等の機能（発達支援の基本であり、どの子どもにおいても必須である保育保障がなされている施設）とは異なっていることを再度記しておく。

2. 平成 24 年度児童福祉法改正における課題

児童福祉法改正の案が出された際、CDS-Japan としては、その案に対して肯定的な評価をするとともに、以下に示すいくつかの懸念事項があり、それにかかわる提言を行っていた。

- ① 乳幼児期において、子どもの生活・遊びを担う保育は重要であるにもかかわらず、医療型児童発達支援センターは保育士配置基準を従来どおりとし、現在の福祉型の配置基準と明らかに異なる（医療型）児童発達支援センターとなっている。

医療型は児童発達支援センターと同等の機能があり、かつ地域に開かれた医療機関（診療所）を併設したものとすべきである。

- ② 放課後等デイサービスの職員については、保育士・児童指導員など子どもにかかわる専門性の高い職員の配置が必須であるが、資格要件がなく、支援の質が懸念される。
- ③ 計画相談を立てる事業所が、発達支援を実施する事業者と同一の場合、こどもへの発達支援の必要性に関して客観性が失われる懸念がある。

④ 他、支援特性に応じた加算等

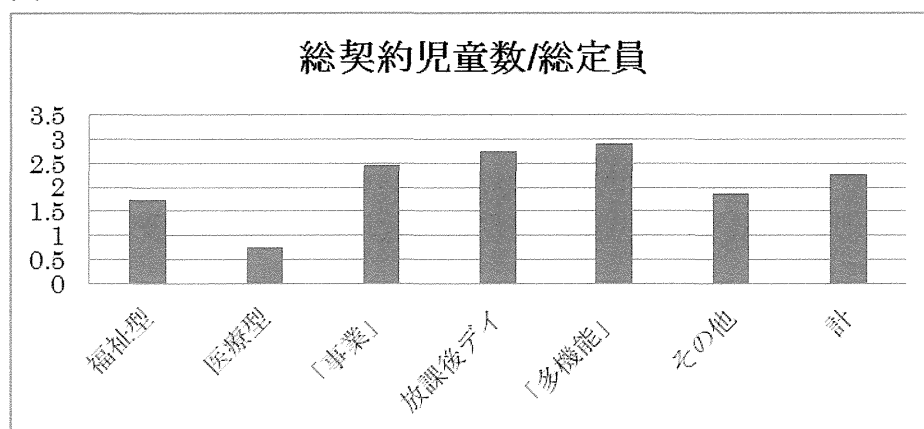
3. 今回の調査研究に関する考察

1) 医療型の課題

①通所児童の利用率

平成 24 年度法改正の際に肢体不自由児通園施設のみ医療型という形で保育士等の配置基準が残されたまま、現在に至っているため、一部、知的障害のある子どもの受け入れは行われているが、主たる障害は肢体不自由・重症心身障害である。そして、その利用率をみると、他の施設と比較し明らかに低い。平成 24 年度調査においても、また平成 14 年度全国肢体不自由児通園施設連絡協議会の実態調査にさかのぼってみても、この利用率の低さは変わっていない。公的機関の設置が大半であるから直接経営等への影響はないと考えられるが、その地域の様々な障害のある子どもたちが十分に利用できる状況とはいえない。

図 1

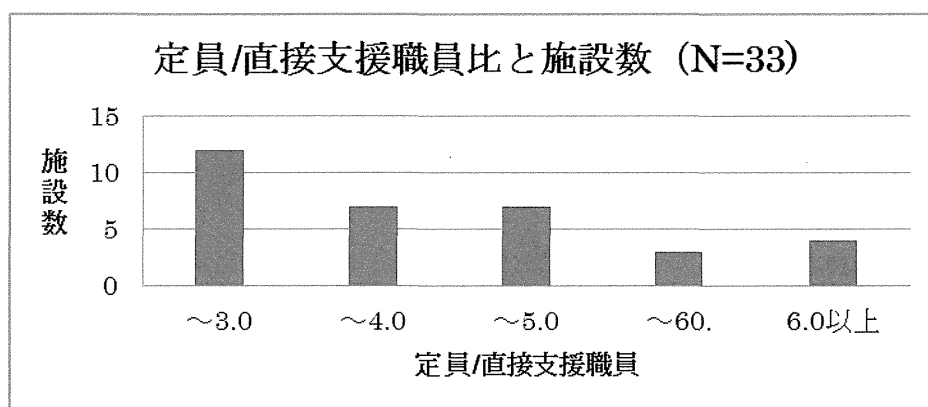


*有効回答数 福祉型 N=60 医療型 N=34 「事業」 N=97 放課後デイ N=222
「多機能」 N=216 その他 N=25 計 N=654

②医療型の直接支援スタッフの状況

保育士などの直接支援スタッフと定員についてみると、直接支援職員一人が見る子どもの数は、3 人未満の充実した施設もあるが、4 人を超える施設も多い。

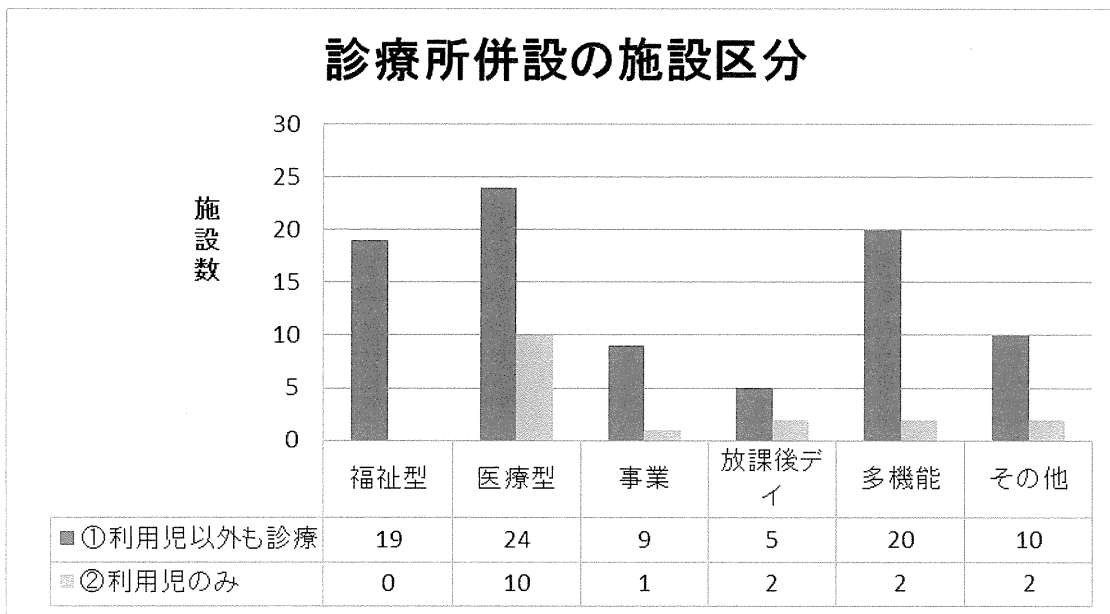
図 2



④ 診療所設置状況

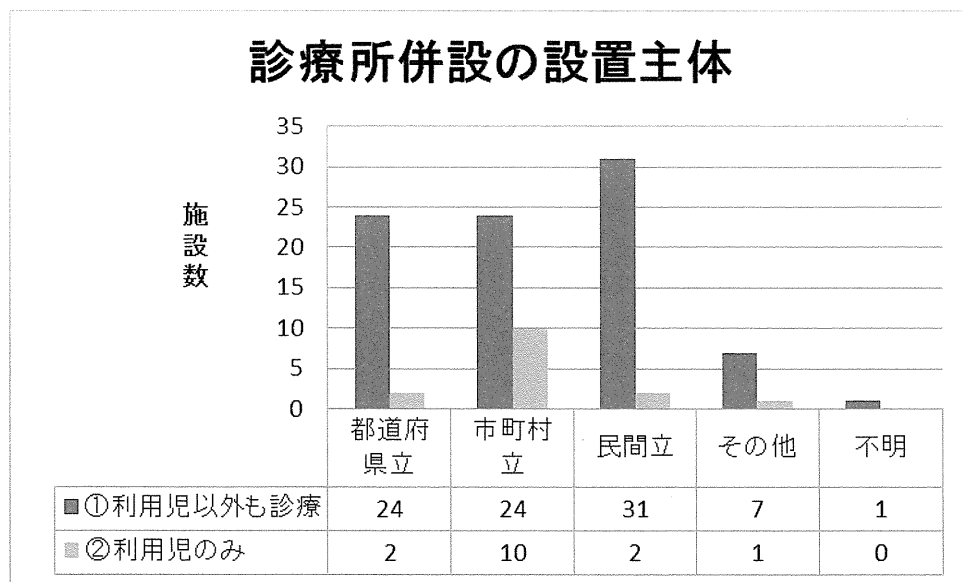
今後、重症児、難病、医療的ケアを要する子ども等への支援を考えると、診療所が併設されている施設は大きな役割を担うことが期待される。今回の調査において、診療所併設の施設を見てみると、医療型のみならず、福祉型・多機能・事業にも併設されているところが数多くあった。児童発達支援事業においては広域連合・医療法人などが実施していた。医療型は、利用児のみ診療している施設も多くみられた。なお、その他は旧総合療育センターのように福祉型と医療型を併設している施設や、センターに生活介護などが併設されているところである。

図 3



診療所併設している施設の設置主体を見てみると多くが公立であるが、民間立も多く、その他には独立行政法人（国立）が数か所、また、一か所「一部事務組合」があった。

図 4



以上より、医療型児童発達センターについては、直接支援スタッフの中心となる保育士の配置が子どもに対して十分に確保されていないこと、診療所が利用児だけの施設があること、センターの利用率が低いこと等から、必ずしも地域における拠点としての機能を持っているとはいえない。医療型は、その地域における運動機能障害のある子どもの療育の拠点として一定の役割を担ってきているが、今後、身近な地域で、障害種別にかかわらずすべての発達支援を必要とする子どもたちへの地域の核としての役割を担うには、医療型をあえて継続していく必要性はなく、むしろ、児童発達支援センター＋地域に開かれた診療所として、再構築することが望まれる。そして、現在の医療型児童発達支援センターは大半が公立・事業団などの公的機関が実施しており、国の方針が明確になることが何よりも重要である。

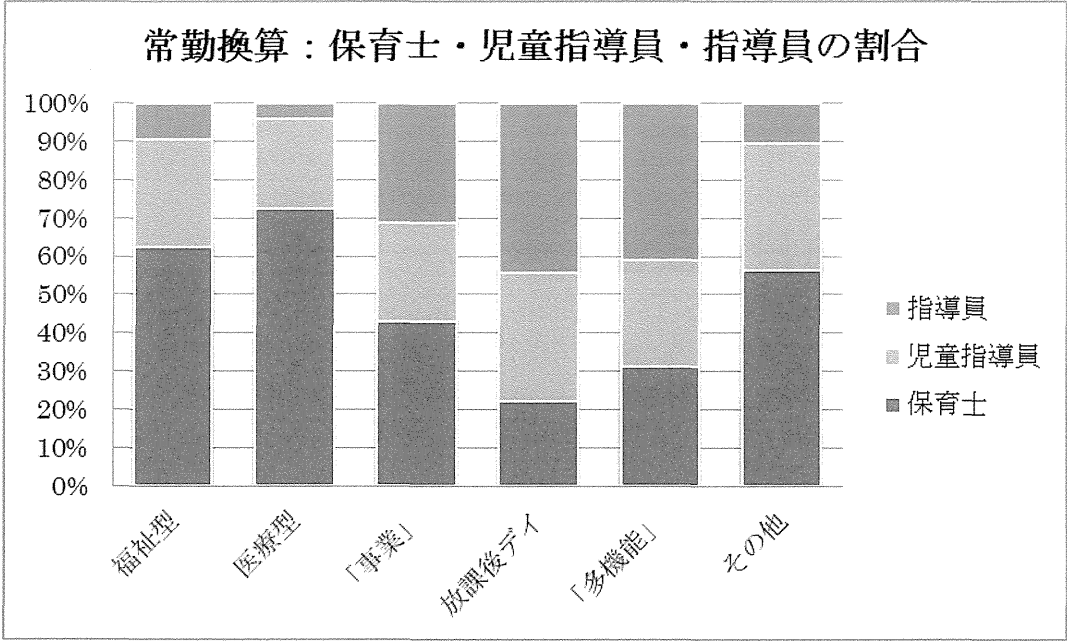
なお、今後の重症児・医療的ケア・難病を要する子どもへの支援は、地域に開かれた医療機能を持つところや、病院などの高度の医療機能を持つところに児童発達支援などの併設を積極的に行うことが求められる。加えて、一般臨床における支援も期待されるところである。たとえば、近年、職種を超え教育・福祉・医療が連携しつつ子どもの抱える様々な課題を学ぶ研究会である日本小児診療多職種研究会が開催されているが、発達障害・重症児支援等についても数多く取り上げられており、小児科診療所の役割への期待と連携がますます重要となるであろう。

2) 放課後等デイサービスの課題

① 資格要件と研修

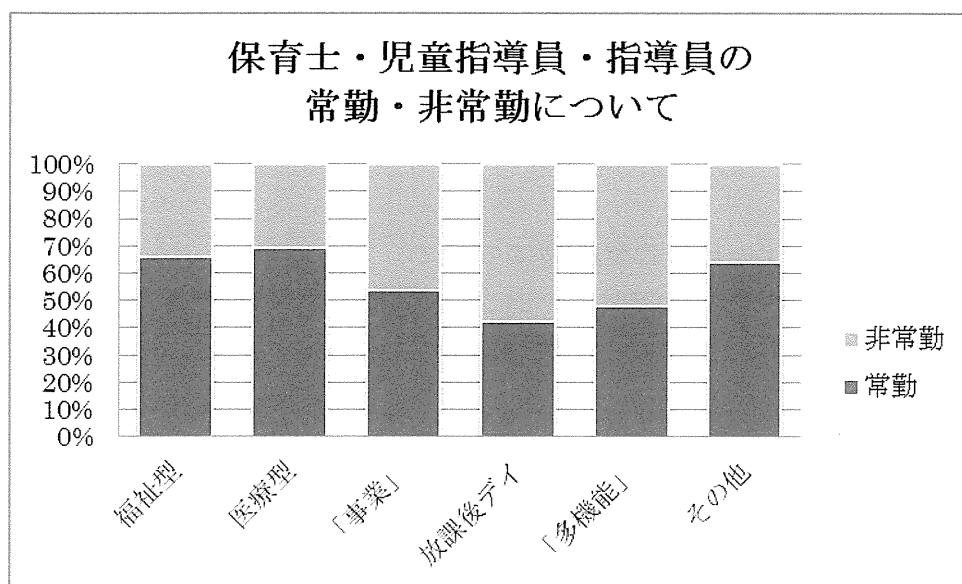
主に直接支援を担当していると考えられる職員の職種は以下のとおりである。
放課後等デイサービスにおいては、資格要件のない指導員の割合が 45%近くを占めている。また、多機能・児童発達支援事業の順に指導員の割合が多い。

図 5



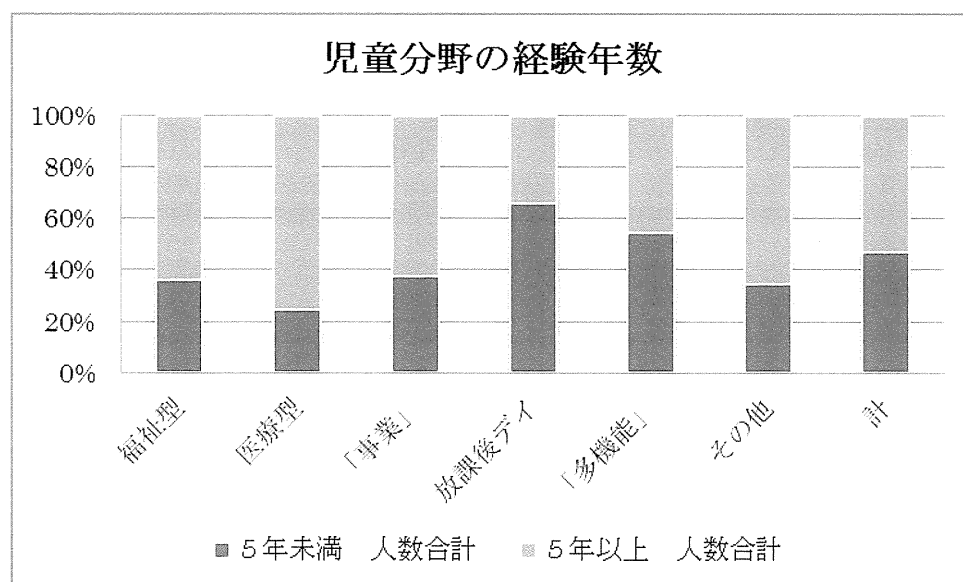
常勤・非常勤の比率を見ると、放課後等デイサービスは非常勤が 50%を超えている。

図 6



また、児童分野における経験年数の職員比であるが、放課後等デイサービスにおいては 5 年未満の職員が多かった。

図 7



また、昨年の放課後等デイサービスの収益率は、14%と他の支援に比較し格段に高く、多くの施設では人件費を抑えながら支援をしている実態が推測される。一方で、今回アンケートに回答してくれた施設の自由記述を見ると、多くの支援を要する知的障害や二次障害を持つ発達障害の子どもたちを積極的に受け入れ、関係機関と連携を行っている施設においては、むしろ、収益に関してはかなり厳しい状況が推察される。

職員の力量、支援の質および収益率の大きなばらつきが現在の放課後等デイサービスの実態であろう。

職員の力量に関しては、まず資格要件を明確にする必要がある。放課後等デイサービスの対象年齢が小学校低学年（6 歳）から高校卒程度（18～20 歳）、対象となる障害が重度の知的障害から高機能の発達

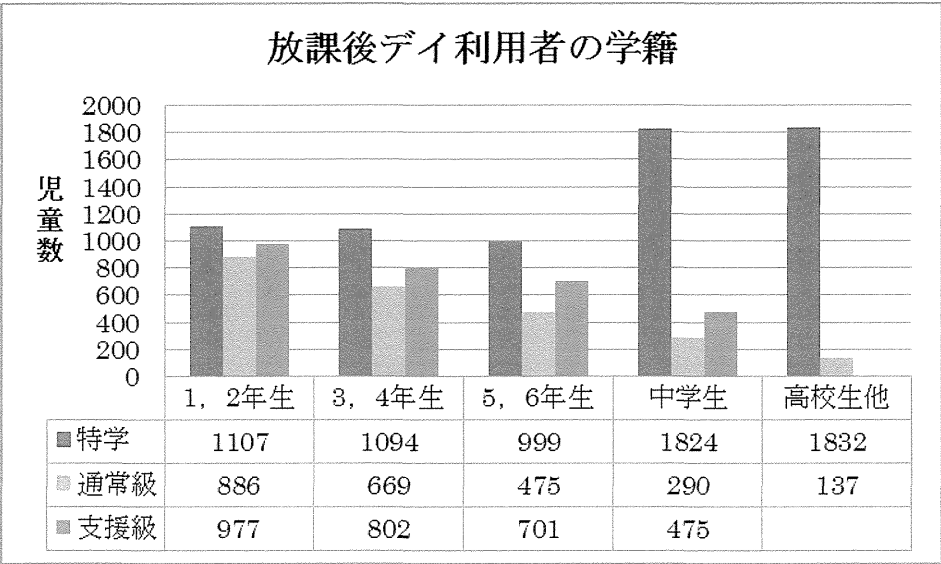
障害までを考慮すると、対象児の支援技術を習得していない職員、特に資格や経験のない非常勤職員が対応することにはかなりの疑問がある。職員は支援技術のある児童指導員が当たることが望ましい。また、職員の力量の向上のためには、行政主導での研修システムを立ち上げる必要がある。なお、多くの事業所の総職員数は4～5名であり、その研修に出ることも困難が予想されるので、何らかのサポートシステムが必要と考える。

3) 児童発達支援・放課後等デイサービスの受給量について

今回の調査において、放課後等デイサービスの回収率は24.2%と、非常に少なかった。しかし、回答施設においてはその回答内容から、発達支援や学校との連携など積極的に行っていることが推測できた。

放課後等デイサービスの利用児の学籍を見てみると、年齢とともに、特別支援学校に通う児童生徒が多くなっている。

図 8



利用児が特別支援学校に多く通う施設と地域の学校に多く通う施設とで、放課後等デイサービスの利用理由を見てみると、特別支援学校に多く通う施設において保護者の就労支援としての利用が多くみられた。これまで特別支援学校に通う子どもを持つ保護者は就労希望があるものの、実際の就労に困難を抱えるという話をよく耳にしていたが、放課後等デイサービスが子どもの発達支援とともに保護者の就労支援にもつながっていると思われる。

表 1

	特別学校	学校
自立した日常生活を営むために必要な訓練	71.6%	86.0%
創作的活動、作業活動	59.3%	58.1%
地域交流の機会の提供	27.6%	27.9%
余暇の提供	72.0%	68.0%
保護者の就労支援としての利用	68.4%	44.8%
その他	8.0%	13.4%

また、今回、放課後等デイサービスは複数利用することがあり、他の事業所を利用している児童生徒の自事業所での週あたりでの平均利用日数と他の事業所での週あたりでの利用日数の平均を回答してもらった。自事業所での利用は週2～3日であるが、他の事業所利用との日数を合わせると、週4～6日の利用が多かった。平均でのデータのため、子どもや家族状況、障害状況、地域状況などは明確でなく、さらなる調査が必要と考える。

図 9

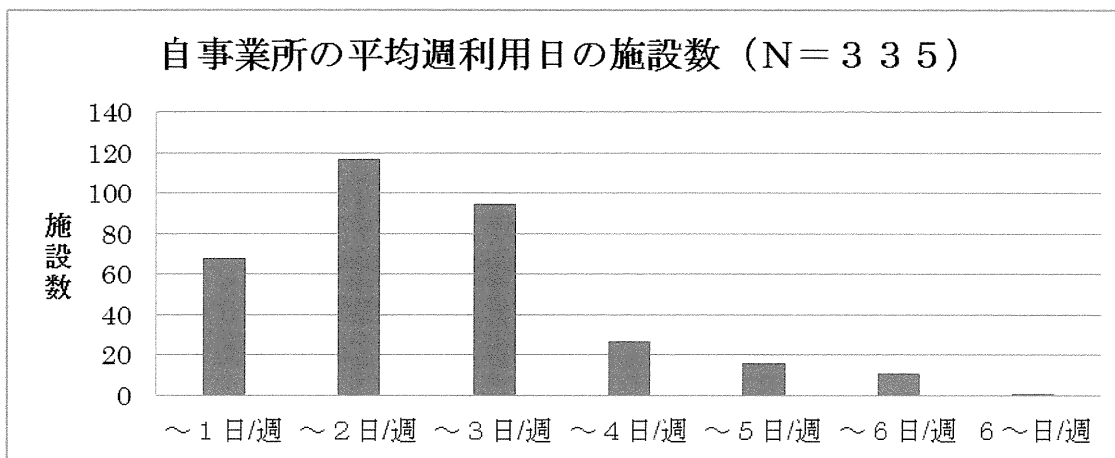


図 10

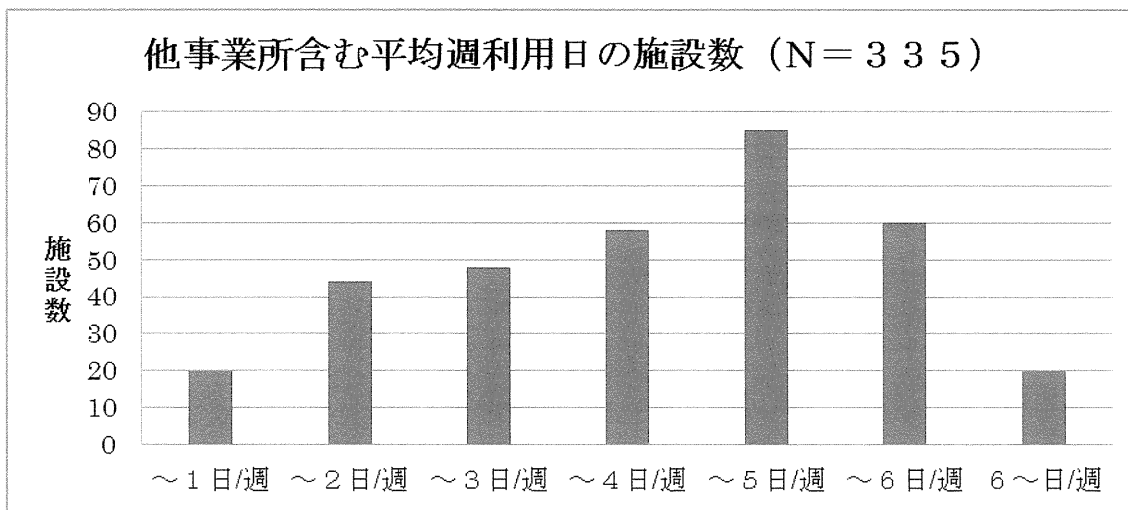


図 9・図 10 に、自事業所の利用日数と、他事業所を含む平均利用日を示しているが、一人当たりの一事業所利用日数は多くなく、他事業所を含むと、週 5 日が多く、時には週 6 日を超えるものも見られた。

受給量については、計画相談等で、こどもの家庭生活・地域生活の充実も含めた「こどもの発達支援」の計画がなされ、「長期的に見た子どもの最善に利益に資する」計画や受給量を提案したうえで市町村が決定すべきであるが、現在、十分な体制が整っていない、もしくは地域差があるのが現状と思われる。まず、各地域において障害児相談支援の充実及び、市町村などの窓口担当者の力量の向上などが必要と考える。

子どもの発達支援を考えたとき、子どもへの発達支援、家族支援、地域支援これらすべてを考えることが必要である。子どもは家庭生活を中心とし直接的にかかわる人とのマイクロ・ネットワーク、地域で

の付き合い・当事者活動等によるメゾ・ネットワーク、制度や施策・福祉計画などのマクロ・ネットワークにより、豊かな地域生活を送ると考えられている。家庭生活・地域生活を送ることでそのミクロ・メゾ・ネットワークができるのであって、家庭生活・地域生活を送る時間は子どもにとって欠かせないものである。

幼児期においても、学齢期においても、通所日数は、子どもの発達状況、家族状況、地域での活動等様々な条件のもとに発達支援に関わる計画相談を実施したうえで、子どもにとって最も適した日数として提供されるものであるが、その上限については、家族で過ごす時間や地域で過ごす時間を確保した上で考えていく必要がある。その上限としては1か月あたり、月日数―8日と考えるのが妥当と思われる。その上で、学童においての土曜日の活動がその子どもにとって、どこでどのように支援するのが望ましいのかを検討することや、特別な養育（養護等）の必要度を勘案することが望ましい。

なお、保護者の就労や精神疾患、虐待のリスクなど家庭事情等による子どもの養護については、日中一時支援やショートステイなどが考えられる。しかし、これらの社会資源が整っていない地域においては、放課後等デイサービスが補完する場合もありうる。特に、社会的養護を必要とする子どもの場合、日々安全で安心できる人や場の提供を基にした発達支援は必須であり、家庭の代替的な役割も担い情緒への支援もいることから、放課後等デイサービスが必須とも言えるであろう。したがって、社会的養護を必要とする子どもの場合、児童相談所等の関連機関との連携や保護者の疾患等の確認等を行い、社会的養護の必要性を支援計画書に明記されたことを条件に、最大30日（31日）の受給を行うことが考えられる。

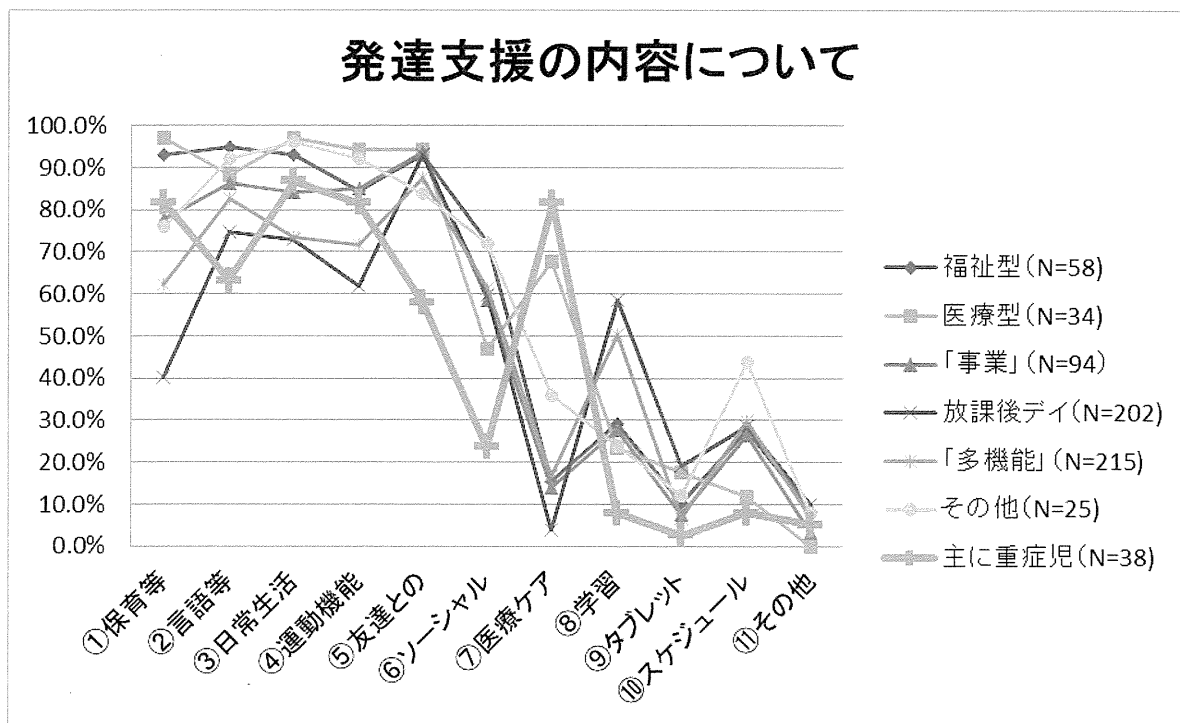
いずれにしろ、さまざまな状況に合わせた適切な利用日数の設定が重要であり、この点については、障害児支援利用計画を立てる障害児相談支援事業所、支給を決定する市町村のケアマネジメント能力が不可欠である。

4) 対象児童と支援内容（主に重症心身障害に関して）

まず、各施設別に発達支援の内容（重複回答）について比較してみた。なお、主に重症心身障害児の施設については別途抽出したものであり、他と重なる部分もある。

支援内容は、それぞれの施設によって異なっているが、特徴的なものとしては、医療型・主に重症心身障害児では、医療的ケアが多く、放課後等デイサービスでは学習支援が多く、スケジュール・ワークシステムは、その他（旧総合療育センターなど）に多くみられた。

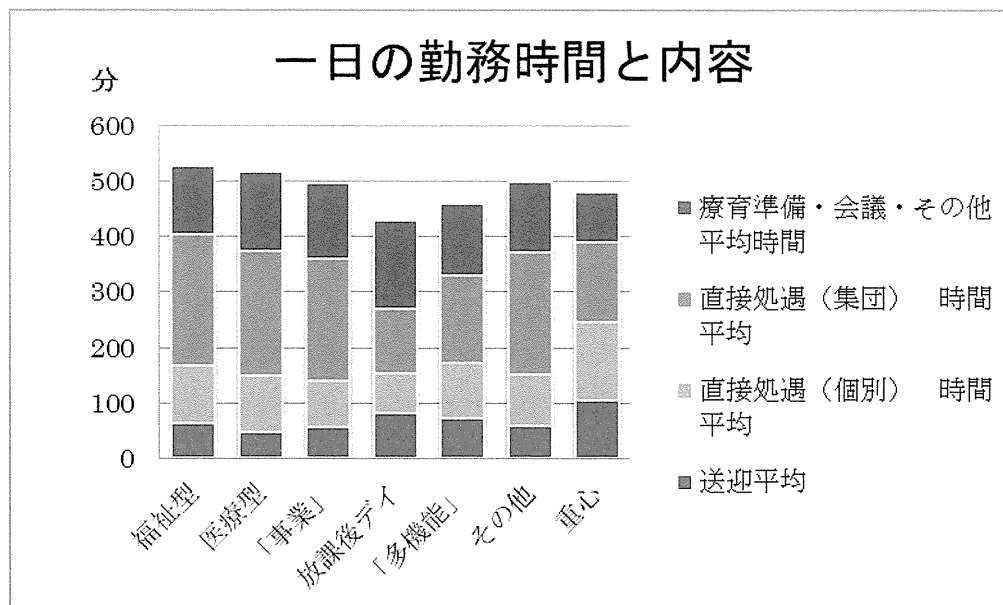
図 11



- ①保育等を中心とした多様な取り組み ②言語・コミュニケーションにかかわる支援
 ③食事・着脱等日常生活習慣にかかわる支援 ④運動機能を向上させるための支援
 ⑤友達とのかかわりに関する支援 ⑥ソーシャルスキルなどの場面に応じたかかわりへの支援
 ⑦医療ケアなどを中心とした支援 ⑧学習にかかわる支援 ⑨タブレット端末などを利用した支援
 ⑩スケジュール・ワークシステムなどの支援 ⑪その他

また、各事業種別の職員の一日の勤務時間と内容について比較してみた。

図 12

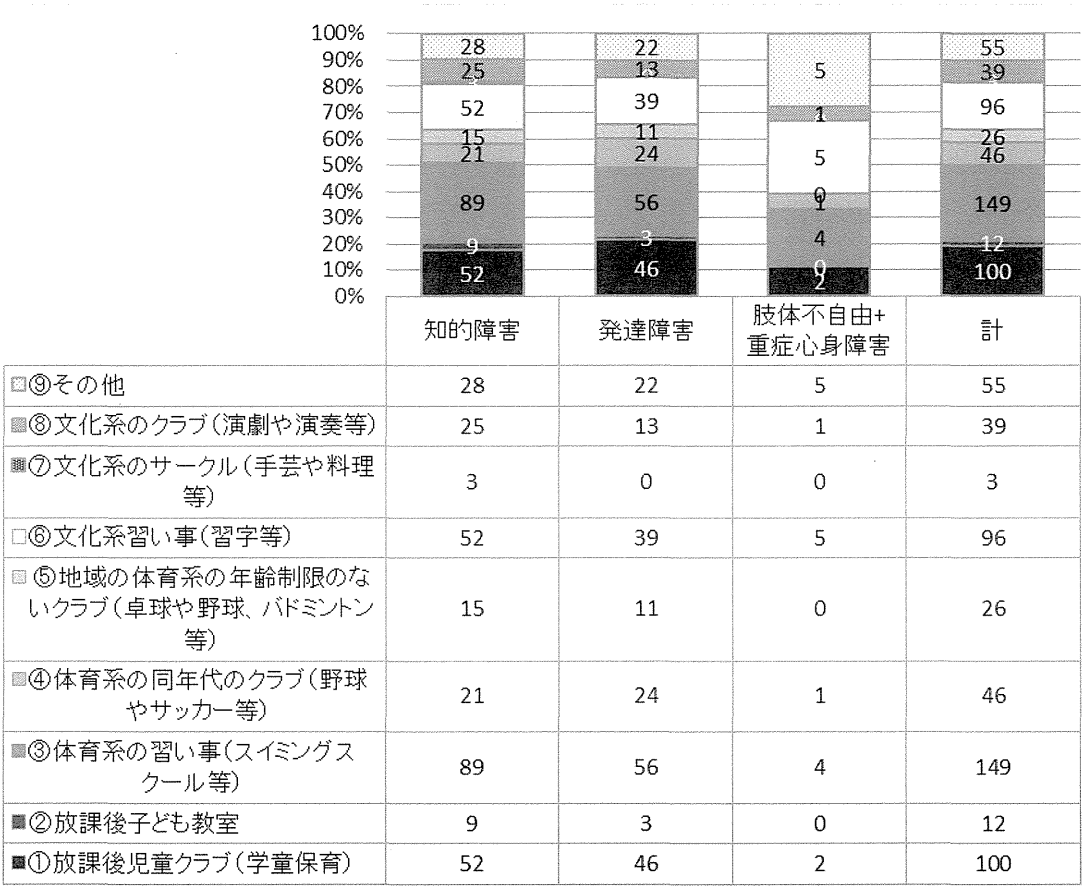


主たる障害が重症心身障害の施設における職員の勤務内容は、他の施設と比較し送迎の時間、個別の直接処遇の時間が多かった。送迎の時間が長いことは、これらの施設が広いエリアにおける役割を持っている可能性が高く、逆に近隣で支援できる施設が十分でないことが予測される。また、個別処遇時間が長いことは、介護度の高さや医療的ケアの必要性から来ているかと思われる。タイムスタディの結果と連動して考えていく必要があると思われる。

なお、主たる障害が重症心身障害の施設だけでなく、情緒障害や強度行動障害などのある知的障害や発達障害のある子どもにおいては、受け入れ事業所はある程度あると想定できるが、同様に 1 対 1 対応を必要とすることもあり、多くが 10 名定員の脆弱な事業所においては、その受け入れが困難なことが予測される。これらの子どもの受け入れに関しては、自立支援協議会などを通じ、相談支援事業所や市町村の窓口など関係者間での協議と方向性を出す必要がある。

次に、放課後等デイサービスに通う利用者の障害状況別の一般資源の利用状況を見てみた。

図 13



これは、各事業所で「主たる障害」が知的障害・発達障害・肢体不自由＋重症心身障害の子どもが 50%を超える事業所における一般資源の利用状況を示している。肢体不自由＋重症心身障害のある子どもが多く通う事業所においては、他に比べ、④体育系の同年代のクラブ ⑤地域の体育系の年齢制限のないクラブの利用が少なかった。肢体不自由や重症心身障害のある子どもにとって、放課後等デイサービスにおける放課後活動が重要であることが推測される。

また、主に重症児の事業所の放課後等デイサービスについての自由記述を見ると以下の内容があった。
超・準重症児を主に受け入れている為医療行為が多くあり看護師が中心となり、コストUPで赤字となるため、重症心身障害児を超・準・重症と3段階に分けて報酬を決めてほしい。医療的ケアを主とする児童が多く、職員の体の不調・腰痛が多い。力量の高い看護師が必要である等。

近年、新生児医療・在宅医療の向上とともに、以前は施設入所していた呼吸器等を装着した子どもが、地域で在宅で過ごすことができるようになってきている。一方で家族の負担は増大し、就労はおろか、24時間の看護体制を家庭内で工夫している家族も多い。できるだけ家庭で過ごさせたいが、日々の介助や看護を考えると、入所を希望せざるをえないといわれる方にもよく遭遇する。在宅における子どもの預かり機能の更なる充実とともに、施設入所と在宅の間の制度設計（入所児で、外泊・外出の際には移動支援等の在宅における制度利用ができるなど）が必要と考える。

医療的ケアを要する子どもや重症児は、発達障害や知的障害等と異なり、その頻度は少なく特に乳幼児期は、まとまった声として上がりにくさがある。また、市町村によって子どもの数のばらつきも大きく、今後、各市町村で医療ケアを要する子どもの一人ひとりの実態を把握し、近隣で、子どもが必要な医療的ケアを含む発達支援を受けることができるよう、加算や職員配置、研修システムなどさらなる体制づくりが必要と考える。

以上より、各市町村においては、そのエリア全体の中で支援のシステムを構築するために、

- ①より詳細な子どもの実態および支援ニーズに係る調査を行い
- ②現在の支援状況、事業所の利用状況等の実態を把握し
- ③支援ニーズに応じた発達支援を提供できるよう施設の種類や数などの総合的な計画を立てる必要がある。

4. 提言

2015（平成26）年3月に障害児支援の在り方に関する検討会（座長柏女霊峰氏）が設置され、7月に報告書が提出されている。その中での問題認識として以下5点が挙げられている。

①障害児の地域社会への包容・参加（インクルージョン）をいかに進めるか、②一般的な子育て支援施策を含めたより総合的な形で支援を進めること、③そのため、障害児支援を、こども一般施策における障害児の受け入れをバックアップする、いわゆる後方支援と位置付けること、④ライフステージに応じて切れ目のない支援と各段階に応じた関係者の連携（縦横連携）を充実させること、⑤丁寧かつ早い段階での保護者支援・家族支援を充実させること

この問題認識をベースに本研究班は「長期的に見た子どもの最善の利益に資する」発達支援を行うために以下の提言を行う。

1) 発達支援を行う施設の一元化

平成24年の児童福祉法の改正は、発達支援を要するすべての子どもが、身近な地域において、障害の確定しない「気になる」段階からの発達・育児支援、地域の保育所や学校などで過ごす子どもへの専門的支援の提供といった、「施設と地域」「対象年齢」「障害確定の有無」の枠を外した大きな変革であったと考える。しかし、上記のように「発達支援を要するすべての子どもが身近な地域において、基本的な発達支援」を受けるためには、いくつかの課題が残っている。

以下のいくつかの項目について提案する。

- ① 医療型児童発達支援センターは児童発達支援センター＋地域に開かれた医療機関（診療所）として、機能の拡充を行い、知的障害、難病他、様々な発達支援を要する子どもの受け入れを図る。なお、現在の医療型児童発達支援センターは大半が公立・事業団などの公的機関が実施しており、国の方針が明確になることが重要である。

また、基本ベースとなる発達支援に関しては一定のフラット基準を設け、個々の発達支援の内容（難聴の場合・重症児の場合・医療的ケアの必要な場合等）に関して加算をつけていくなどの仕組みの検討も必要と考える。

- ② 児童発達支援管理者の資格要件

現状では児童にかかわらず、老人ケアを中心とした施設職員においても 5 年という資格要件を満たすため、児童福祉施設等の経歴を要件とすべきである。

- ③ 重症児・医療的ケアを要する児童・難病のある児童への支援

重症児・医療的ケアを要する児童・難病のある児童においては、家庭での支援が 24 時間にわたることもあり、「レスパイト機能」の確保が特に重要であり、より近くで安全に過ごせる場所の確保が重要な発達支援の一つとなる。今回の調査では、児童発達支援もしくは医療型児童発達支援センターに肢体不自由・重症児が多く在籍していたが、病院などが児童発達支援を行っているところも見られた。現在、在宅看護ステーションにおける児童発達支援の展開が進みつつあるが、それに加え、診療所・病院などにおける児童発達支援の併設を積極的に促すことが求められる。

なお、専門性の担保に関しては、広域における「核としての位置づけを行う支援機関」を考えていく必要がある。支援の質に関しては、合理的配慮等を含め障害種別による支援内容の差異を明確にし、必要な人員配置・研修体系を今後研究していく必要があると考える。

2) 「こども」として受けるべき一般施策をベースに後方支援として様々な発達支援を利用できる仕組みを作ること

- ① こども・子育て支援新制度における障害児支援にかかわる制度の普及・啓発・実践
- ② 各市町村における支援のニーズと実態の把握

市町村（もしくは自立支援協議会等）において、児童発達支援・放課後等デイサービスの施設・定員だけでなく、子どもの実態・ニーズに係る調査を行い、面として、支援がなされているか、どんな子がどのような支援を、どのくらいの量受けているかの把握を行い、市町村における支援計画を立てる。

- ③ 相談支援の充実

本来は計画相談等で、こどもの家庭生活・地域生活の充実も含めた「こどもの発達支援」の計画がなされ、「長期的に見た子どもの最善に利益に資する」計画や受給量を提案すべきであるが、現在、十分な体制が整っておらず、まず、各地域において障害児相談支援の充実及び、市町村などの窓口担当者の力量の向上などが必要と考える。当然のことながら、家族を含めたアセスメントが重要である。

- ④ 受給量について

相談支援及び、市町村の体制が十分とは言えない現状においては、暫定的に、当面の間、「月日数－８日」を目安として、こどもの家庭生活・地域生活を送る時間の確保が必要と考える。しかし、社会的養護等を要する家庭等のこどもにおいては、日々安全で安心できる人や場の提供を基にした発達支援、つまり、家庭の代替的な役割も担う必要があることから、障害児相談支援による計画相談や関係機関との会議などを経て、受給量を増加させる。

３）放課後等デイサービスの支援の充実

- ① 放課後等デイサービスにおける支援の充実のためには、職員の力量が問われる。放課後デイの対象年齢が小学校低学年（６歳）から高校卒程度（１８～２０歳）、対象となる障害が重度の知的障害から高機能の発達障害までを考慮すると、職員の資格要件が必須と考える。職員は支援技術のある保育士・児童指導員などが当たることが望ましい。
- ② また、資格を持っていても人材育成は必須であるが、職員の研修システムの構築を市町村単位で行えるような仕組みが必要と考える。一方で、１０人規模の事業所においては、研修会などの参加が困難なことも想定できる。したがって、職員の研修システムの構築とともに、研修に出席できるための財政的基盤づくりが必要と考える。

４）行動障害・医療的ケアなど多くの発達支援を要する子どもの支援

今回の調査では明らかにはならなかったが、自由記述の中で、行動障害のため１対１に近い支援を要する子どもや、医療的ケアを要する子どもなどは、事業所における受け入れが困難であったり、経営を圧迫しているなどが見られた。行動障害・医療的ケアなど多くの発達支援を要する子どもの支援については、子どもの状況に応じた加算と支援する仕組みづくりが必要と考える。

また、歩行が可能な医療的ケア児については一般の主に重症児を対象とした事業所では受け入れが困難な場合もあり、加算により、看護師などの医療専門職の配置や、医療機関との連携などを促進できると望ましい。

参考資料

- 平成 15/16 年度 厚生労働科学研究・障害保健福祉総合研究事業「障害児（者）の地域移行に関連させた身体障害・知的障害関係施設の機能の体系的な在り方に関する研究」（主任研究者：岡田喜篤 川崎医療福祉大学学長）の分担研究 「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）
- 平成 19 年度 厚生労働科学研究・障害保健福祉総合研究事業「障害児等療育支援事業と関連させた障害児に対する相談支援事業の展開方法についての調査・研究」（障害者相談支援事業全国連絡協議会）
- 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「地域における障害児の重層的支援システムの構築と障害児通園施設の在り方に関する研究」（全国肢体不自由児通園施設連絡協議会 主任研究者 宮田広善）
- 平成 24 年度 障害者総合福祉推進事業「児童福祉法改正後の障害児通所支援の実態と今後のあり方に関する調査研究」（一般社団法人 全国児童発達支援協議会）
- 平成 25 年度 障害者総合福祉推進事業「障害児通所支援の今後の在り方に関する調査研究」（一般社団法人 全国児童発達支援協議会）

平成 27 年度 障害児支援の現状分析と質の向上に関する研究 調査票

※1：2015（平成 27）年 10 月 1 日現在でご回答ください。期日の指定がある設問には、それに準じて下さい。

※2：単独型の児童発達支援センター、児童発達支援事業、放課後等デイサービス事業の方は、それぞれの事業ごとに別々にご記入下さい。部数が不足の場合は、コピーしてご記入下さい。また、多機能型の事業所は該当する実施事業を併せてご記入下さい。なお、保育所等訪問支援については、質問項目に入っているため、別途の記載はいりません。

放課後等デイサービス事業の方は、共通の調査票に加え、黄色の調査票の記入をお願いします。

※3：10 月 1 日現在の「契約児数（措置児数を含む）」◆は同じ数字となるようお願いします。なお、措置児とは、保護者の事情を勘案して、市町村が入所・通所を適当と定めた児童です。

※4：回答していただいた内容は調査目的以外に利用しませんので、ご協力をお願いします。

I 通所支援の状況について

1. 通所支援の概況について 2015（平成 27）年 10 月 1 日現在でご記入下さい。

(1) 施設・事業所名

TEL

メールアドレス

記入者名

(2) 平成 27 年度事業種別 *該当する項目（1 項目のみ）の□にレ点でご記入下さい。

☐①福祉型児童発達支援センター

☐②医療型児童発達支援センター

☐③児童発達支援事業

☐④放課後等デイサービス

☐⑤多機能事業所：具体的な事業種別を以下の余白にご記入下さい。

()

☐⑥その他

*下記に該当の事業所は□にレ点をお願いします。

☐主たる障害が重症心身障害

(3) 定員

人

(4)回答欄

(4) 所在地

都道府県名

市区町村区分

*該当する番号を回答欄にご記入下さい。

①特別区

②政令市

③中核市

④市

⑤町

⑥村

(5) 設置主体

*該当する番号を回答欄にご記入下さい。

①都道府県立

②市町村立

③民間立

④その他 ()

(6) 経営主体

*該当する番号を回答欄にご記入下さい。

①公営

②社会福祉法人（社会福祉事業団、社会福祉協議会を除く）

③社会福祉事業団

④社会福祉協議会

⑤NPO 法人

⑥社団法人

⑦株式会社

⑧その他 ()

(7) 建物所有について *該当する番号を回答欄にご記入下さい。

①自己所有

②無償賃貸

③有償賃貸

④その他 ()

(8) 指導室（保育室）の部屋数の合計はいくつですか。 *回答欄に数字をご記入下さい。

(9) 設置年月

西暦

年

月

(10) 契約児童数（10 月 1 日現在）

契約児数

+

措置児数

=

契約児数（措置児数を含む）

(8)回答欄

(7)回答欄

(6)回答欄

(5)回答欄