

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 本田 秀夫

令和4（2022）年3月

目 次

I. 総括研究報告

総括研究報告書

- 地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究 ----- 1
研究代表者 本田 秀夫

II. 分担研究報告

1. 発達障害の医療体制に関する法制度整備に関する調査研究 ----- 11
研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 篠山 大明 新美 妙美 岩佐 光章
若子 里依 高橋和俊 関 正樹
佐竹 隆宏
2. 母子保健領域における発達障害支援に関連する法制度と社会資源－現状と課題－ --- 17
研究分担者 小倉 加恵子
- 3-1. 児童福祉領域からみた発達障害児支援－Ⅰ 発達障害児の支援施策の概観に基づく公的
支援サービスの基礎データ作成－ ----- 26
研究分担者 小林真理子
研究協力者 中嶋 彩 槻館 尚武 有泉 風
- 3-2. 児童福祉領域からみた発達障害児支援－Ⅱ 発達障害児のための支援サービス機能の分
析－ ----- 50
研究分担者 小林 真理子
研究協力者 中嶋 彩
研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 槻館 尚武 有泉 風
- 3-3. 児童福祉領域からみた発達障害児支援－Ⅲ 発達障害児のための支援サービスマップ作
成の検討－ ----- 63
研究分担者 小林 真理子
研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 中嶋 彩 槻館 尚武 有泉 風
4. 学校教育における発達障害者支援に関する学校と関係機関との連携体制に関する調査研
究 ----- 79
研究代表者 本田 秀夫
研究協力者 田中 裕一

5.	高齢期の発達障害者支援に関する地域支援体制に関する調査研究	-----	86
	研究分担者	日詰 正文	
6.	多領域連携による地域支援体制のための地域診断マニュアルの作成	-----	89
	研究代表者	本田 秀夫	
	研究協力者	今出 大輔 天久 親紀 松田佳大	
		永春 幸子	
7.	資料：発達障害のある子どもと家族を支援するための地域支援体制づくり－Q-SACCS を使った「地域診断」マニュアル－	-----	94
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	-----	166

地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究

研究代表者 本田 秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）

研究要旨

地域特性に応じた発達障害児の乳幼児期から学齢期のステージにおける多領域連携支援体制の標準的な流れを示すこと、および各自治体が個々の事例に対して多領域連携支援体制の流れを作成するための手引きを作成することを目的として、以下のテーマについて研究を行った。

1. 発達障害の医療体制に関する法制度整備に関する調査研究
2. 母子保健領域における発達障害支援に関連する法制度と社会資源－現状と課題－
3. 児童福祉領域からみた発達障害児支援
4. 学校教育における発達障害者支援に関する学校と関係機関との連携体制に関する調査研究
5. 高齢期の発達障害者支援に関する地域支援体制に関する調査研究
6. 多領域連携による地域支援体制のための地域診断マニュアルの作成

1～5では、医療、母子保健、児童福祉、学校教育、障害者福祉の各領域における発達障害児者支援に関する法制度や公的事業等の変遷と現状について文献調査を中心に整理した。さらに研究協力者による意見交換や自治体の発達障害担当職員へのヒアリング等によって支援体制整備における課題を整理し、「支援サービスマップ」作成に着手した。

6では、地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールとして開発された「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS）」を用いて、各基礎自治体の支援従事者や行政担当者が支援体制に関する地域診断を行うためのマニュアルを作成し、全国の都道府県および市区町村の発達障害・知的障害担当部署、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに郵送で配布した。また、マニュアルの内容のダウンロードと解説動画の閲覧ができるように、専用ウェブサイトを作成した。

次年度は、個別の事例に関する支援の流れの可視化を可能とする手引きを作成することにより、国内のすべての地域で発達障害児およびその家族が確実に支援サービスを受けることができる体制づくりを目指したい。

研究分担者

小倉加恵子（国立成育医療研究センター、
鳥取県倉吉保健所）

小林真理子（山梨英和大学）

日詰正文（国立のぞみの園）

A. 研究目的

発達障害の支援は、住んでいる地域で乳幼児期から切れ目なく多領域連携のもと提供されることが重要である。一方、自治体の規模などの要因による地域特性の違いから、支援

体制のあり方も一様ではない。また発達障害支援における多領域連携の実態についても明らかではない。発達障害児やその家族が地域で切れ目なく必要な支援が受けられるよう、各自治体が地域特性を考慮した多領域連携による支援体制を構築する必要がある。

研究代表者の本田は、平成 25～27 年度厚生労働科学研究「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価」[1]および平成 28～29 年度厚生労働科学研究「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」[2]の研究代表者を務めた。前者では、発達障害の支援ニーズと地域の支援システムの実態について調査し、地域特性に応じた課題の抽出と提言を行った。後者では、多くの自治体で支援体制の整備が一定程度は進んできているものの、人口の多い自治体では多くの機能を市で充足してきている一方で、小規模市や町村では都道府県や圏域の後方支援が必要であることを全国調査によって示した。また、地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールとして「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS）」を作成した。

これらの成果をふまえ、本研究課題では、地域特性に応じた発達障害児の乳幼児期から学齢期のステージにおける多領域連携支援体制の標準的な流れを示すこと、および各自治体が個々の事例に対して多領域連携支援体制の流れを作成するための手引きを作成することを目的とする。

医療、母子保健、児童福祉、教育、障害福祉の各領域における発達障害児支援施策に精通した研究分担者および研究協力者が、地域支援と連携体制の到達点と課題について整理

するとともに、多領域連携支援体制の標準的な流れのモデルを作成する。さらに、地域に住む発達障害児とその家族に対して自治体に取り組むべき多領域連携による支援の手引きを作成する。

本研究によって、以下のことが期待できる。まず、乳幼児期から学童期にいたる時期の発達障害児およびその家族に対する地域支援について、すべての基礎自治体で共通に整備されるべきと思われる支援の流れの骨子と、人口規模などの地域特性に応じた柔軟な運用を可能とするシステム・モデルのあり方が示される。これにより、発達障害児の支援に関する地域較差を軽減するだけでなく、地域ごとの特色を生かした工夫を可能とするシステム・モデルが提示できる。

また、多領域連携による支援に関する地域診断と個別の事例に関する支援の流れの可視化を可能とする手引きが作成されることにより、地域に住むすべての発達障害児およびその家族が確実に支援サービスを受けることができる体制が可能となる。

本研究は 2 年計画で行われる。1 年目（令和 3 年度）は、以下の研究を行った。

B. 研究方法

1. 発達障害の医療体制に関する法制度整備に関する調査研究（分担：本田秀夫）

発達障害児者に対する地域の医療体制整備に関して、わが国の法制度でどのように規定されているかを整理して課題の抽出を試みた。

法制度・公的事業について整理するとともに、「発達障害」および「医療体制」をキーワードとした調査研究の文献検索を行った。また、全国各地で発達障害児の地域医療体制の中核に位置づけられる医療機関で診療している医師が研究協力者として参加して検討会議を実施し、現行の法制度のもとで現場で課題となっていることを抽出した。

2. 母子保健領域における発達障害支援に関する法制度と社会資源－現状と課題－

(分担：小倉加恵子)

母子保健領域において、発達障害児の支援体制の整備に関連する法制度や社会資源について文献調査を実施し、現状と課題を整理した。文献調査は、①母子保健における健康課題の変遷、②乳幼児健診における発達障害への取組み、③最近のこども政策の動向、の3つのサブテーマに分けて実施した。

3. 児童福祉領域からみた発達障害児支援

(分担：小林真理子)

発達障害児の主として就学前までの支援サービスの整理を行うことを目的として、3つの研究を行った。

(1) 発達障害児の支援施策の概観に基づく公的支援サービスの基礎データ作成

児童福祉法成立・改正からみえる障害児支援、並びに発達障害者支援法からみえる発達障害児支援について概観した。続いて、発達障害児の支援サービスマップ作成を目標とし、23の機関・事業・サービス等、発達障害児の公的支援の基礎データをピックアップした。この手続きは、概観した支援と関連法の総括に基づき、4名の支援者と研究者との合議によって行われた。

(2) 発達障害児のための支援サービス機能の分析

発達障害児のための支援サービス機能を整理し、就学前までの支援サービス機能をリストアップして明確にすることを目的として、日頃発達相談に従事している支援者8名により、発達相談の実際について情報交換を行い、支援サービス機能を整理した。

(3) 発達障害児のための支援サービスマップ作成の検討

(1)で整理した機関、事業、サービス等の公的支援の基礎データと、(2)で整理し

た支援サービス機能を縦横の軸に据えて「発達障害児のための支援サービスマップ」の作成を試みた。今回、暫定的に作成したサービスマップを用いて、3つの自治体で発達障害児支援を担当する職員にヒアリング調査を行った。

4. 学校教育における発達障害者支援に関する学校と関係機関との連携体制に関する調査研究 (分担：本田秀夫；協力：田中裕一)

学校教育における発達障害児支援に関する学校と関係機関との連携体制について把握することを目的として、法令や文部科学省の通知等を基に整理を行った。

5. 高齢期の発達障害者支援に関する地域支援体制に関する調査研究 (分担：日詰正文)

高齢期の発達障害者に関する地域支援体制の状況について、調査研究等の報告でどのように取り上げられているかについて把握することを目的とした文献レビューを行った。

6. 多領域連携による地域支援体制のための地域診断マニュアルの作成 (分担：本田秀夫)

地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールとして開発された「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価 (Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS)」を用いて、各基礎自治体の支援従事者や行政担当者が支援体制に関する地域診断を行うためのマニュアル作成に取り組んだ。すでにQ-SACCSを用いて基礎自治体の地域診断と支援体制整備を行ってきた実績のある発達障害者支援センターの地域支援マネージャーが、研究協力者として参加した。オンライン形式で研究会議を行い、マニュアルの構成案、執筆分担などについて検討した。

（倫理面への配慮）

今回行った研究は、公にされている法制度および文献を取り扱う調査、研究協力者による検討会議開催、行政担当者へのヒアリング調査、マニュアル作成であり、すべての研究において患者等の個人情報扱うことは全くない。また、企業等との利益相反もない。

C. 研究結果

1. 発達障害の医療体制に関する法制度整備に関する調査研究

発達障害者支援法以降の法制度および公的事業について検討したところ、現在の法制度・公的事業は、地域の医療体制整備、専門的な医療機関の設置と地域連携、一般の医療及び保健従事者への啓発、医療を担う人材育成を軸として進められていると整理できた。しかし、文献調査および意見交換による医療現場の課題の抽出からは、まだ課題が多いことが示された。

たとえば、特別児童扶養手当、障害基礎年金等の受給や精神障害者保健福祉手帳の取得のための診断書に「発達障害関連症状」等の項目が掲載されたことにより、発達障害児者がこれらの手当、年金、手帳を受給しやすくなったと思われるものの、「発達障害関連症状」の項目には自閉スペクトラム症の症状しか記載されておらず、学習障害や ADHD の症状を記載しにくいことが指摘された。

また、診療報酬においても、少しずつ発達障害の診療の実態に即した形で改定が行われていることは評価できるものの、まだ課題が残ることが指摘された。

公的事業では、地域生活支援促進事業の中で発達障害を診療する医師の人材育成や初診待機期間が長いことへの対応を目的とした事業が行われており、人材育成と地域の診療ネットワークの強化に重点が置かれていることがわかった。

文献調査では、発達障害の医療体制そのものをテーマとして扱っていたのは厚生労働科学研究で1件、厚生労働省障害者総合福祉推進事業で1件あった。いずれも発達障害児者に対する医療体制が不十分であるとの問題意識をもち、医師の養成、医療体制整備、医療以外の領域との連携に注力する必要があることを強調していた。

研究協力者による意見交換では、移行期医療／トランジションに関する意見と医師の人材育成に関する意見が多数を占めた。

発達障害の地域支援体制を検討する際、医療は別格扱いされがちである。しかし、医療もシステムの中に位置づけた形で体制を考え、それを法制度化していくことが必要である。

今後、発達障害児者に対する理想的な医療のあり方のモデルを図式化し、そのイメージにもとづいて、今後の法制度的課題について検討することも必要と思われた。

2. 母子保健領域における発達障害支援に関連する法制度と社会資源－現状と課題－

3つのサブテーマごとに、以下のようにまとめられた。

①母子保健における健康課題の変遷

母子保健における健康課題は、戦前から戦後における感染症対策、栄養改善、戦後復興から高度成長期における疾病、障害（主に身体障害）の早期発見とその治療・療育、近年の少子化対策、育児支援、子どもの心の問題への対応へと変遷してきた。近年では、母子保健領域においても発達障害は主要な健康課題として重点的な取組みが進められてきた。

②乳幼児健診における発達障害への取組み

母子保健事業の中でも、乳幼児健診における発達障害の早期発見や、適切な連携支援体制構築の重要性は早くから認識され、厚生労働科学研究を通じてツール等が多く作成されてきた。

③最近の「こども政策」の動向

最近5年ほどの間、政府はこども政策を推進しており、こども家庭庁の創設にあわせて母子保健領域における連携支援体制の要は「こども家庭支援センター」となる。

以上より、今後取組む方向として、既存のツール等の自治体における普及・利活用の実態を踏まえて、地域特性に応じた対策を講じていく必要があると考えられた。今後、母子保健領域において、こども家庭支援センターを拠点として地域資源を生かした支援体制を構築していく必要がある。効率よくかつ効果的にマネジメントするために、多領域による連携支援体制の標準的な流れのモデルと、自治体で取り組むべき支援の手引きの提案が有用と考えられた。

3. 児童福祉領域からみた発達障害児支援

(1) 発達障害児の支援施策の概観に基づく公的支援サービスの基礎データ作成

1947年の児童福祉法制定以降の「児童福祉」から「子ども家庭福祉」への概念の変遷をたどり、その対象として子ども自身、妊産婦や子育て家庭、地域社会や社会そのものの3つがあることを確認した。その上で、障害児支援に関する施策を3つの時期に分けて整理し、現在は自己決定権の尊重と地域生活可能な支援がテーマになっていることを述べた。

さらに発達障害児の支援について、「早期発見」「早期の発達支援」「インクルーシブな保育と教育」「放課後等児童健全育成事業の利用」「家族への支援」「専門医療の確保」「普及・啓発」の7つの軸に整理して、現在の法制度についてまとめた。

これらをふまえ、発達障害児の支援のための機関・事業・サービス等を行っている公的支援をリストアップして、支援段階ごとに整理して23項目からなる公的支援のリストを作成した。

(2) 発達障害児のための支援サービス機能の分析

発達相談に従事する支援者8名の意見交換から、発達障害児の支援は、「I事例化前段階」「II事例化・スクリーニング段階」「IIIインターフェイス段階」「IV直接支援段階」「V就学移行の支援段階」「VI学齢期の支援段階」「VII就労移行支援段階」の7つの段階に分類された。

それぞれの段階ごとに必要な支援サービス機能について検討し、整理した。

(3) 発達障害児のための支援サービスマップ作成の検討

(1)でリストアップした23の機関、事業、サービス等の公的支援のリストと(2)で整理した7つの段階を縦横の軸に据えて「発達障害児のための支援サービスマップ」の案を作成した。これを用いて、A市、B市、C市の発達障害支援を担当する職員にヒアリングを行ったところ、それぞれの発達障害児支援における重点が明らかとなった。今後、ヒアリングを重ねてサービスマップの整理していくことで、発達障害支援に関する各地域の特性がより明確化できることが期待される。

4. 学校教育における発達障害者支援に関する学校と関係機関との連携体制に関する調査研究

「小、中学校におけるLD(学習障害)、ADHD(注意欠陥/多動性障害)、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制整備のためのガイドライン(試案)」(2004)、「特別支援教育の推進について(通知)」(2007)、「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進(報告)」(2012)、「学校教育法施行規則改正」(2018)、「障害のある子供の教育支援の手引～子供たち一人一人の教育的ニーズを踏まえた学びの充実に向けて～」(2021)

などにより、学校と関係機関が連携するための体制づくりは行われてきた。年々、連携体制が構築されてはいるものの、地域や学校により格差があると思われた。

5. 高齢期の発達障害者支援に関する地域支援体制に関する調査研究

本研究テーマと関連性が特に高い報告は3件のみであった（平成23年度（2011）の障害者総合福祉推進事業「老年期発達障害者（60代以上）への障害福祉サービス提供の現状とニーズ把握に関する踏査について」；平成24～25年度（2012～2013）の厚生労働科学研究「地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成」；令和2年度（2020）の障害者総合福祉推進事業「発達障害者支援における高齢期支援に関する実態調査」と令和3年度（2021）の障害者総合福祉推進事業「高齢期発達障害者支援における関係機関の役割と地域連携の在り方に関する調査」）。

現状では、把握されている情報は少なく断片的であった。その中でも、支援現場では発達障害者の特性を踏まえた合理的配慮が浸透しつつあること、相談先の周知が進んでいることなどが把握されていた。しかし、支援機関間の連携やライフサイクルを長期的に捉えた調査研究は少なく、高齢期の発達障害者に関する地域支援体制に焦点を当てた調査研究の強化が必要であると考えられた。

6. 多領域連携による地域支援体制のための地域診断マニュアルの作成

Q-SACCSの概要、記入法、実践例、関連資料から成る冊子のマニュアルに加えて、より理解を促すため、解説動画のDVDを作成し、冊子とセットで全国の都道府県および市区町村の発達障害・知的障害担当部署、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに郵

送で配布した。また、マニュアルの内容のダウンロードと解説動画の閲覧ができるように、専用ウェブサイトを作成した。

(<https://q-saccs.hp.peraichi.com/>)

D. 考察

1～5では、医療、母子保健、児童福祉、教育、障害福祉の領域に分け、各領域における発達障害児支援施策の現状と課題について整理した。

医療では、発達障害者支援法以降の法制度および公的事業は、地域の医療体制整備、専門的な医療機関の設置と地域連携、一般の医療及び保健従事者への啓発、医療を担う人材育成を軸として進められていた。しかし、文献調査および意見交換による医療現場の課題の抽出からは、まだ課題が多いことが示された。課題の多くは、元をたどれば発達障害の診療を担う医師の絶対的な数の不足に由来するものである。その意味で、人材育成は最も重要なテーマである。また、現在対応を急がれる課題として、移行期医療／トランジションと地域の診療ネットワーク構築が挙げられた。

母子保健行政においては、特に乳幼児健診での発達障害の早期発見について、複数の研究を通じて実態把握のための調査、マニュアル、スクリーニングのためのツールの提案、好事例の共有等がなされてきた。現時点での課題は、既存のツール等の十分な周知と利活用の促進である。「こども家庭支援センター」が設置されることとなり、今後は既存の母子保健サービスの仕組みを生かしつつ、地域連携を図る必要がある。多領域にわたる地域資源を生かした支援を効率よくかつ効果的にマネジメントするために、多領域による連携支援体制の標準的な流れのモデルと、自治体で取り組むべき支援の手引きの提案が有用と考えられた。

児童福祉領域では、児童福祉法に始まるわが国の児童福祉・子ども家庭福祉の法制度上の変遷について整理した。発達障害児に対しては「Ⅰ事例化前段階」「Ⅱ事例化・スクリーニング段階」「Ⅲインターフェイス段階」「Ⅳ直接支援段階」「Ⅴ就学移行の支援段階」「Ⅵ学齢期の支援段階」「Ⅶ就労移行支援段階」に分類して整理した。これを縦軸として、既存の公的サービスを横軸に据えた支援サービスマップの仮案を作成した。3つの自治体の担当者を対象としたヒアリングでは、このツールを用いて検討することによってそれぞれの自治体の特徴が明確化される可能性が示された。今後、ヒアリング調査やアンケート調査によって項目の妥当性について検討し、支援サービスマップを完成させ、これをQ-SACCSと併用することにより、各自治体の発達障害児支援に関する特徴がより明確になり、法制度や公的事業の活用が促進されることが期待される。

教育では、学校と関係機関との連携に関して、すでに多くの法令や通知等が示されており、連携を進めるための法制度は進んでいることが示された。しかし、各設置者、各学校が、現在、関係機関とどのように連携をし、どのようなことが課題となっているのかなどについて、文部科学省の調査はなく、また、近年の連携状況について、全国的な状況を調査した論文も見つからなかった。これらのことから、学校と関係機関との連携に関する全国的な現状と課題が未整理の状態であると考えられた。今後は、全国のどの学校に在籍したとしても、幼児児童生徒の自立と社会参加のために、学校と関係機関との連携が実施できる体制づくりが求められている。

障害福祉領域では、公歴の発達障害支援に関する地域支援体制について文献調査を行ったが、まだ資料は少ないことがわかった。障害福祉の支援現場以外の相談機関でも発達障

害の特性に沿った合理的配慮が提供されていることや、家族が相談先を見つけられるようになってきていることなど、支援体制整備が若干進んでいると思われる点も見られたが、ライフサイクルを長期的にとらえたアセスメントや支援計画の作成、そのモニタリングや記録の保存、引き継ぎ、分野を超えたつながりや人材育成などの不十分さなどは依然として課題のまま残されていると思われた。

Q-SACCSを用いることによって、基礎自治体（市区町村）の行政担当者が施策を検討する際に、自治体ですでに達成していることや課題が残っていることを確認することができる。都道府県・政令指定都市の発達障害者支援センター、精神保健福祉センター、発達障害地域支援マネージャー、特別支援教育コーディネーターなどが、担当する地域の支援体制を概観するために役立つことも可能である。また、発達障害に関わる支援者が、自分の働く地域の支援体制を把握し、連携すべき他職種を確認するために用いることもできる。今後、Q-SACCSのマニュアルを基礎自治体に配布し、各基礎自治体における発達障害児とその家族への支援体制の到達点と課題について自己診断を促すことによって、地域における発達障害児者の支援体制整備の加速が期待できる。

なお、研究会議の中で、精神保健医療福祉サービスの領域で作成されている「地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）」が本研究の参考になるのではないかとの意見が出された。そこで、厚生労働科学研究でReMHRAD作成と運用に携わってきた吉田光爾氏（東洋大学）にヒアリングを行った。2年目から吉田先生に研究協力者として加わっていただき、ケアパスの手引きを補強するものとして、発達障害児支援に関する社会資源の全国マップをReMHRADのフォーマットを参考にしながら

ら作成する方向で検討することにした。

E. 結論

初年度の研究によって、発達障害児およびその家族に対する地域支援について、すべての基礎自治体で共通に整備されるべきと思われる支援の流れの骨子と、人口規模などの地域特性に応じた柔軟な運用を可能とするシステム・モデルのあり方を提示するための資料が整理された。次年度は、個別の事例に関する支援の流れの可視化を可能とする手引きを作成することにより、国内のすべての地域で発達障害児およびその家族が確実に支援サービスを受けることができる体制づくりを目指したい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫, 土屋賢治, 篠山大明, 内山登紀夫, 野見山哲生: 発達障害の原因, 疫学に関する情報のデータベース構築のための研究。医療情報学 41(2): 82-83, 2021。

本田秀夫, 新美妙美, 樋端佑樹: 小児科から精神科へのトランジションにおける児童青年精神科の役割—システム・モデルの観点から—。精神科治療学 36(6): 627-632, 2021。

本田秀夫: 自閉スペクトラム症。精神科 Resident 2(3): 166-168, 2021。

本田秀夫: 子どもの精神科臨床は薬物治療なしでどこまでできるのか? 精神科治療学 36(10): 1115-1120, 2021。

本田秀夫: 【特集】「実感と納得」に向けた病気と治療の伝え方: 成人の神経発達症—主観と客観を総合した多軸的・階層的な視点から—。精神医学 63(11): 1625-1632,

2021。

本田秀夫: 自閉スペクトラム症の視点からみた精神疾患・精神障害の概念の再検討—「パラレルワールド」の精神医学の必要性—。精神科 40(1): 1-6, 2022。

本田秀夫: 児童思春期精神科専門管理加算の見直し。日本医事新報 5109: 57, 2022。

Imai J, Sasayama D, Kuge R, Honda H, and Washizuka S: Hyperactive / impulsive symptoms and autistic trait in institutionalized children with maltreatment experience. New Directions for Child and Adolescent Development 2021(179): 29-39, 2021.

Sasayama D, Kudo T, Kaneko W, Kuge R, Koizumi N, Nomiya T, Washizuka S, and Honda H: Brief Report: Cumulative Incidence of Autism Spectrum Disorder Before School Entry in a Thoroughly Screened Population. Journal of Autism and Developmental Disorders 51: 1400-1405, 2021.

Sasayama D, Kuge R, Toibana Y, and Honda H: Trends in autism spectrum disorder diagnoses in Japan, 2009 to 2019. JAMA Network Open 4(5): e219234. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.9234, 2021.

Takahashi F and Honda H: Prevalence of clinical-level emotional/behavioral problems in schoolchildren during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan: A prospective cohort study. JCPP Advances 1: e12007. <https://doi.org/10.1111/jcv2.12007>, 2021.

2. 学会発表

原田由紀子, 高野亨子, 中嶋英子, 木口サチ,

小島洋文, 本田秀夫: 関節拘縮を呈した DeSanto-Shinawi 症候群の 1 例。第 63 回日本小児神経学会学術集会, Web 開催, 5.28, 2021。

本田秀夫: 発達障害の人たちの社会参加を阻む要因。第 94 回日本産業衛生学会, 松本, 5.19, 2021。

本田秀夫: ADHD と ASD—理念型の比較, 診断および治療—。第 63 回日本小児神経学会学術集会, Web 開催, 5.28, 2021。

本田秀夫: 自閉スペクトラム症の理解と療育・支援。第 125 回日本小児精神神経学会, Web 開催, 6.26, 2021。

本田秀夫: 子どもから大人への発達精神医学。日本 COG-TR 学会第 1 回学術集会 in 広島, 広島, 8.22, 2021。

本田秀夫: 基調講演: コロナ禍と自閉スペクトラム症。日本自閉症スペクトラム学会第 19 回研究大会, Web 開催, 8.29, 2021。

本田秀夫: 『にじいろ子育て』と合理的配慮—子どもの個性を大切に育むとこれからの発達障害支援—。第 126 回日本小児精神神経学会, Web 開催, 10.17, 2021。

本田秀夫: 特別児童扶養手当 (知的障害・精神の障害用) の認定事務の適正化に向けた調査研究。第 62 回日本児童青年精神医学会総会, Web 開催, 11.13, 2021。

本田秀夫: 長野県と信州大学医学部の共同による神経発達症の地域支援を担う人材育成。第 62 回日本児童青年精神医学会総会, Web 開催, 11.14~12.11, 2021。

本田秀夫, 清水康夫, 岩佐光章, 篠山大明, 今井みほ, 大園啓子, 植田みおり, 原郁子: 横浜市港北区において 7 歳までに自閉スペクトラム症と診断された子どもの 20 年間の縦断的出生コホート研究 (Y-LABiC Study): データベース作成。第 62 回日本児童青年精神医学会総会, Web 開催, 11.14~12.11, 2021。

本田秀夫: リハビリテーションの視点からみた発達障害の支援。日本精神障害者リハビリテーション学会第 28 回愛知大会, Web 開催, 12.12, 2021。

本田秀夫: 発達障害への対応: 皮膚科医にできることは? 第 12 回日本皮膚科心身医学会, さいたま市, 1.15, 2022。

岩佐光章, 清水康夫, 篠山大明, 今井みほ, 大園啓子, 植田みおり, 原郁子, 本田秀夫: 横浜市港北区において 7 歳までに自閉スペクトラム症と診断された子どもの 20 年間の縦断的出生コホート研究 (Y-LABiC Study): 社会生活基本調査を用いた成人期転帰の検証。第 62 回日本児童青年精神医学会総会, Web 開催, 11.14~12.11, 2021。

村上寛, 公家里依, 篠山大明, 本田秀夫: 摂食障害の臨床像を前景とした強迫症の男児の 1 例。第 40 回信州精神神経学会, Web 開催, 10.16, 2021。

武川清香, 児島佳代子, 濱本緑, 北澤加純, 赤羽恵里奈, 篠山大明, 本田秀夫, 鷲塚伸介: 信州大学医学部附属病院精神科及び子どものこころ診療部で実施された心理検査の変遷。第 40 回信州精神神経学会, Web 開催, 10.16, 2021。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考文献

- [1] 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)): 発達障

害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価－平成25～27年度総合研究報告書（研究代表者：本田秀夫），2016。

[2] 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野)：

発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究－平成28年度～29年度総合研究報告書（研究代表者：本田秀夫），2018。

発達障害の医療体制に関する法制度整備に関する調査研究

研究代表者 本田 秀夫 （信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 篠山 大明 （信州大学医学部精神医学教室）
研究協力者 新美 妙美 （信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 岩佐 光章 （横浜市総合リハビリテーションセンター）
研究協力者 若子 理恵 （豊田市こども発達センター）
研究協力者 高橋 和俊 （ゆうあい会石川診療所）
研究協力者 関 正樹 （大湫病院）
研究協力者 佐竹 隆宏 （鳥取県総合療育センター）

研究要旨：

本調査の目的は、発達障害児者に対する地域の医療体制整備に関して、わが国の法制度でどのように規定されているかを整理して課題を抽出すること、および発達障害支援法制定以降の医療体制に関する調査研究について文献的検討を行うことである。

法制度・公的事業の整理と文献調査を行い、さらに研究協力者による検討会議を行って医療現場の課題を抽出した。発達障害者支援法以降の法制度および公的事業は、地域の医療体制整備、専門的な医療機関の設置と地域連携、一般の医療及び保健従事者への啓発、医療を担う人材育成を軸として進められている。しかし、文献調査および意見交換による医療現場の課題の抽出からは、まだ課題が多いことが示された。

今後、発達障害児者に対する理想的な医療のあり方のモデルを図式化し、そのイメージにもとづいて、今後の法制度的課題について検討することも必要と思われる。

A. 研究目的

発達障害児者に対する行政的な視点から地域の支援体制整備の検討は、これまで主として福祉と教育の領域を中心に行われてきた。一方、発達障害の支援において、診断・評価を担い包括的な方針を立案するためには医療の役割がきわめて大きいにも関わらず、地域の医療体制の整備についてはまだ不十分と言わざるを得ない。

本調査の目的は、発達障害児者に対する地域の医療体制整備に関して、わが国の法制度でどのように規定されているかを整理して課題を抽出すること、および発達障害支援法制定以降の医療体制に関する調査研

究について文献的検討を行うことである。

B. 研究方法

1. 法制度・公的事業の整理

現在、発達障害児者に対する医療体制整備についてどのような法制度や公的事業が規定されているかを整理した。

2. 文献調査

公表されている調査研究報告について、「発達障害」「医療体制」をキーワードとしてNiCii、J-Stage、医中誌 Web、厚生労働科学研究成果データベースを検索した。さらに、厚生労働省のウェブサイトの障害者

総合福祉推進事業実施一覧を閲覧し、関連する調査報告を検索した。

3. 医療現場の課題の抽出

研究協力者による検討会議を開催し、現行の法制度のもとで現場で課題となっていることを抽出した。

(倫理面への配慮)

本研究は、公にされている法制度および文献を取り扱う調査と研究協力者による検討会議開催であり、患者等の個人情報扱うことは全くない。また、企業等との利益相反もない。

C. 研究結果

1. 法制度・公的事業の整理

発達障害に対する法制度は、発達障害者支援法（平成 16 年制定、平成 28 年一部改正）以降に整備されてきた。発達障害が支援を要する障害であり、発達障害への理解の促進、発達障害者の自立・社会参加のための生活全般にわたる支援の促進、発達障害者支援を担当する部局・関係機関による緊密な連携・協力体制の整備などが必要であることが明記された。平成 28 年の改正では、ライフステージを通じた切れ目のない支援、家族なども含めたきめ細かな支援、そして地域の身近な場所で受けられる支援が必要であることがさらに強調されている。

発達障害者支援法のなかで、自治体に医療の提供体制整備を求める内容が記載されているのは、以下の条文である。

第 6 条： 市町村は、発達障害児が早期の発達支援を受けることができるよう、センター等を紹介し、又は助言を行い、その他適切な措置を講じる。都道府県は、必要な体制の整備を行うとともに、発達支援の専門性を確保するため必要な措置を講じる。

第 19 条： 都道府県は、専門的に発達障害の診断及び発達支援を行うことができると認められる病院又は診療所を確保しなければならない。

2： 国及び地方公共団体は、前項の医療機関の相互協力を推進するとともに、同項の医療機関に対し、発達障害者の発達支援等に関する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

第 22 条： 国及び地方公共団体は、医療又は保健の業務に従事する者に対し、発達障害の発見のため必要な知識の普及及び啓発に努めなければならない。

第 23 条： 国及び地方公共団体は、個々の発達障害者の特性に応じた支援を適切に行うことができるよう発達障害に関する専門的知識を有する人材の確保、陽性及び資質の向上を図るため、医療、保健、福祉、教育、労働等並びに捜査及び裁判に関する業務に従事する者に対し、個々の発達障害の特性その他発達障害に関する理解を深め、及び専門性を高めるため研修を実施することその他の必要な措置を講じるものとする。

このように、第 6 条では地域の体制整備について、第 19 条では専門的な医療機関の設置と地域連携について、第 22 条では一般の医療及び保健従事者への啓発について、第 23 条では人材育成について述べられている。

発達障害者支援法制定以降、現在までに医療の中で発達障害児者への対応がしやす

くなるために行われてきた措置には、以下のものが挙げられる。

1つは、特別児童扶養手当、障害基礎年金等の受給や精神障害者保健福祉手帳の取得のための診断書に、「発達障害関連症状」等の項目が掲載されたことである。これにより、発達障害がこれらの手当、年金、手帳の対象となり得ることが医師に周知された。課題としては、現在の手当、年金、手帳の診断書における「発達障害関連症状」が自閉スペクトラム症の症状しか記載されておらず、それ以外の学習障害や ADHD 等の症状を記載するのが難しいことが挙げられる。

もう1つは、診療報酬が少しずつではあるが発達障害の診療の実態に即した形で改定されていることである。たとえば、少人数で行われる精神科ショート・ケアの「疾患別等専門プログラム加算」の対象疾患に「自閉症スペクトラム及びその禁煙の発達障害」が明記されている。また、「通院・在宅精神療法」に「児童思春期精神科専門管理加算」がつけられたことにより、一般の精神科診療に比べて時間を要することの多い発達障害の子どもの診療が行いやすくなった[1]。

「児童思春期精神科専門管理加算」は、令和4年度からは初診後2年を超えた場合にも算定できるように改定された。

ただし、この加算には施設基準がある。特定機能病院または児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関等に対してのみ適用されることになっており、後者は精神科医およびコメディカルスタッフの条件に加えて「過去6カ月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が月平均40人以上であること」および「診療所の場合は過去6カ月間に当該療法を実

施した患者のうち50%以上が16歳未満の者であること」となっている。発達障害を専門とする診療所の中には、児童期から成人期まで縦断的に診療する方式をとっているところがあり、そのような方式だと長く診療しているうちに担当するケースがどんどん年齢を重ねるため、施設基準を満たさなくなってしまう。

また、小児科を標榜する医療機関で発達障害の診療をする場合には「小児特定疾患カウンセリング料」が算定できるが、これは初診後2年までしか算定できない。

発達障害の医療に関する公的事業としては、「地域生活支援促進事業」の中で「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業」および「発達障害診断待機解消事業」が都道府県任意事業として行われている。前者は、最初に相談を受けたり診療したりすることの多いかかりつけ医等の医療従事者に対して国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を実施する事業であり、プライマリケアを担う医師に対する発達障害の啓発を促すものである。後者は「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」と「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」から成る。心理やケースワーカーによるアセスメントを強化することや、拠点病院を中心とした医療機関同士のネットワーク構築による医療体制強化を図る事業である。

2. 文献調査

「発達障害」「医療体制」のキーワードで抽出された調査研究は、NiCiiで6件、J-Stageで278件、医中誌Webで25件であった。厚生労働科学研究成果データベースでは上記2つのキーワードでは抽出されな

かったため、「発達障害」のみをキーワードとして検索したところ、145件が抽出された。これらのうち、発達障害の医療体制そのものを研究対象とした報告は、厚生労働科学研究1件のみであった。また、障害者総合福祉推進事業実施一覧からは、本研究テーマと関連が特に高い報告が1件抽出された。

令和元年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査」（事業代表者：本田秀夫）では、医療の課題について整理し、以下の知見が得られた[2]。

①「医師の養成」、「地域の医療体制整備」、「医療機関における取り組み」、「医療機関以外の領域による地域での発達障害児者支援の充実」という4つの軸に沿って発達障害児者の医療体制の整備を行っていくことが自治体には求められる。

②医療機関では、薬物治療や診断書作成についてはある程度ユーザーのニーズに対応されているが、社会的資源へのつなぎ、家族を含めた支援、小児科から精神科への移行については課題がある。

③受診申し込みから初診までの待機期間が長いことは全国的な課題だが、各医療機関は初診待機解消のために多くの工夫をしており、これらは、a.初診対象者の選択（緊急枠設定、トリアージ対応）、b.診療時間・診療継続期間の適正化、c.コメディカルスタッフの関与、d.相談機関・介入機関との連携、e.かかりつけ医との関係構築、f.予約法の検討、g.診療医師の診断・治療力の向上の7つにまとめられる。また、多くの医師が診療報酬の問題を感じている。

④自治体による大学医学部寄附講座等の設

立により、発達障害児者の診療を行う医師の人材育成や、発達障害児者の診療のためのネットワークは、設立前に比べると改善しているものと考えられる。

また、平成30年度～令和元年度厚生労働科学研究「発達障害診療専門拠点機関の機能の整備と安定的な運営ガイドラインの作成のための研究」（研究代表者：加藤進昌）では、児童・思春期の拠点機関を北海道大学、成人期の拠点機関を神経研究所附属晴和病院、拠点統括を昭和大学発達障害医療研究所としてモデルを構築して研究を行った[3]。

成人の発達障害診療については晴和病院に東京都拠点モデルを構築し、発達障害者に対する支援を広げるためにプログラムの拡充を図った。

児童の診療については、北海道大学で行っている「コンシェルジュ事業」について検討がなされ、以下の知見が得られた。

①各医療機関・福祉事業所の活動内容や機関の特色などのデータベース化・電子化とその情報を地域と共有できるシステム化が求められる。

②拠点機関とかかりつけ医の機能分離が必要である。拠点機関には以下の機能が求められる。すなわち、a. ネットワーク構築と発達障害の啓発やかかりつけ医の対応力向上、b. 自己記入式の予診票を充実し、各種スケールなど多くの情報のシステムの共有化、c. データベースを用いた情報共有による効率化と診療支援。

3. 医療現場の課題の抽出

令和3年11月3日に、研究代表者および研究協力者がオンラインによる意見交換を行った。研究協力者は全員が小児科医また

は児童精神科医である。

出された意見は、主として移行期医療／トランジションに関するものと、医師の人材育成に関するものが多数を占めた。

移行期医療／トランジションについては、喫緊の課題と捉える意見が多数を占めた。初診は子どもであっても再診を重ねるうちに年齢が上がるため、経験年数の多い医師は担当ケースの中の成人の占める割合が増える。児童発達支援センターを併設する診療所で地域の中核機関の位置づけにある、いわゆる療育センター勤務の児童精神科医からは、「20歳を超える人が増えて、全部を抱えるのは困難になってきた。成人にどうつながりか議論を始めたところ」との意見が出された。一方で、「療育センターがあるがゆえに、一般の精神科医は『発達障害は児童精神科が診るべき』と思っている。成人しても精神科に引き継ぐのが難しい。かかりつけ医も育ちにくい」との意見もあった。

地域によっては、「トランジションの送り先が近くにない」という切実な訴えもあった。「法制度的な整備や、せめてガイドラインがないと、行政、福祉などが動いてくれないのではないか」との意見も出された。

一方、「自分が診断したら可能な限り大人まで見届けていく責任があると思っている」という意見もあった。この場合、担当ケースが増えて再診が混雑することが課題となる。「発達障害の成人に興味を持つ精神科医が少ないことは課題であるが、精神保健福祉士などが就労支援、生活支援などにつながり役割を担っている」という医療機関もあった。

「外来の過半数は成人に達しているが、子どもの初診を1人受けたら成人を1人精神

科に紹介するようにして、担当ケースの増加を防ぐようにしている」という意見もあった。紹介先を確保するために、地域で精神科医療機関の職員と発達障害に関する勉強会を開催して、関係を作るようにしているということであった。

その他、「自閉スペクトラム症の成人例の強度行動障害などを診療できる精神科医療機関が少ない」との意見もあった。二次障害として精神病症状などが出てきた場合、成人の精神科医との協力が必要だが、なかなか興味をもってもらえないという意見もあった。

医師の人材育成については、以下のような意見が出された。

「医師の育成もシステム化が必要」「地域で勉強会を開催すると、参加するのは医師よりワーカー、看護師、心理士が多い。医師でも若手は興味がある」「大学精神科が発達障害に力を入れることで、人材育成がうまく生き始めている地域がある」「精神科医でも子どもを診る人は増えているが、大学教員として残る人が少ないので育成が難しい」

D. 考察

発達障害者支援法以降の法制度および公的事業は、地域の医療体制整備、専門的な医療機関の設置と地域連携、一般の医療及び保健従事者への啓発、医療を担う人材育成を軸として進められている。しかし、文献調査および意見交換による医療現場の課題の抽出からは、まだ課題が多いことが示された。

いくつもの課題が出されたが、多くは元をたどれば発達障害の診療を担う医師の絶

対的な数の不足に由来するものである。その意味で、人材育成は最も重要なテーマである。

また、現在対応を急がれる課題として、移行期医療／トランジションと地域の診療ネットワーク構築が挙げられた。

E. 結論

発達障害の地域支援体制を検討する際、医療は別格扱いされることが多い。しかし、医療もシステムの中に位置づけた形で体制を考え、それを法制度化していくことが必要である。

今後、発達障害児者に対する理想的な医療のあり方のモデルを図式化し、そのイメージにもとづいて、今後の法制度的課題について検討することも必要と思われる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：児童思春期精神科専門管理加算の見直し。日本医事新報 No.5109: 57, 2022。

本田秀夫：児童思春期精神科専門管理加算の施設基準に潜む課題。日本医事新報

2. 学会発表 別紙参照

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考文献

- [1] 本田秀夫：児童思春期精神科専門管理加算の見直し。日本医事新報 No.5109: 57, 2022。
- [2] 令和元年度障害者総合福祉推進事業：発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査（研究代表者：本田秀夫）。
- [3] 平成 30 年度～令和元年度厚生労働科学研究：発達障害診療専門拠点機関の機能の整備と安定的な運営ガイドラインの作成のための研究（研究代表者：加藤進昌）。

母子保健領域における発達障害支援に関連する法制度と社会資源
現状と課題

研究分担者 小倉 加恵子（国立成育医療研究センター／鳥取県倉吉保健所）

研究要旨

【目的】本分担研究では、母子保健領域において、発達障害児の支援体制の整備に関連する法制度や社会資源について文献調査を実施し、現状と課題を整理することを目的とした。【方法】文献調査は、(1)母子保健における健康課題の変遷、(2)乳幼児健診における発達障害への取組み、(3)最近のこども政策の動向、の3つのサブテーマに分けて実施した。【結果】(1)母子保健政策における健康課題は、戦前から戦後における感染症対策、栄養改善、戦後復興から高度成長期における疾病、障害（主に身体障害）の早期発見とその治療・療育、近年の少子化対策、育児支援、子どもの心の問題への対応へと変遷してきた。近年では、母子保健領域においても発達障害は主要な健康課題として重点的な取組みが進められてきた。(2)母子保健事業の中でも、乳幼児健診における発達障害の早期発見や、適切な連携支援体制構築の重要性は早くから認識され、厚生労働科学研究を通じてツール等が多く作成されてきた。(3)最近5年ほどの間、政府はこども政策を推進しており、こども家庭庁の創設にあわせて母子保健領域における連携支援体制の要は「こども家庭支援センター」となる。【考察】今後取組む方向として、既存のツール等の自治体における普及・利活用の実態を踏まえて、地域特性に応じた対策を講じていく必要があると考えられた。今後、母子保健領域において、こども家庭支援センターを拠点として地域資源を生かした支援体制を構築していく必要がある。効率よくかつ効果的にマネジメントするために、多領域による連携支援体制の標準的な流れのモデルと、自治体で取り組むべき支援の手引きの提案が有用と考えられた。

A. 研究目的

発達障害の支援は、住んでいる地域で乳幼児期から切れ目なく多領域連携のもと提供されることが重要である。そのためには、各自治体が地域特性を考慮した多領域連携による支援体制の構築が必要である。

子どもと家族に対する支援は、母子保健、子育て支援、児童福祉など多領域から様々な取組みが実施されている。しかし、近年の少子化の進行やコロナ禍における課題の深刻化から、政府は「こども政策」を推し進め始めた^{1),2)}。現在、子どもと家族に関する制度の大きな転換期にあることから、発達障害の地域支援において

も、関連領域の施策や社会資源を把握し、これらを有効に活用した連携支援体制を構築することが必要である。

そこで本分担研究では、母子保健領域において、発達障害支援に関連する法制度や社会資源について文献調査を実施し、現状と課題を整理することを目的とした。

B. 研究方法

次の3つのサブテーマに分けて、母子保健領域における発達障害児の支援に関連する法制度や社会資源について、文献調査を行った。

(1) 母子保健における健康課題の変遷

(2) 乳幼児健診における発達障害への取組み

(3) 最近の「こども政策」の動向

法律、政令、規則などの法令は e-GOV³⁾及び関係省庁のウェブサイト、厚生労働科学研究については厚生労働科学研究成果データベースで検索を実施した⁴⁾。

(倫理面への配慮)

先行研究等に係る調査は公表されたデータや成果物の入手等を実施するものであり、配慮を要する個人情報を取り扱わない。

C. 研究結果

(1) 母子保健における健康課題の変遷

近年になり、発達障害の支援が母子保健上の健康課題の一つとして取り上げられるようになったが、行政サービスのしくみは戦前からの流れの中で構築された。そこで母子保健行政のあゆみとともに、健康課題の変遷とその対応状況を以下に整理した。また、主な法令と取組み、トピックスについて表1にまとめた。

①感染症対策、栄養改善

わが国における母子保健行政は、乳児死亡に対する対策からスタートしている。明治維新後、コレラや天然痘などの急性伝染病対策が公衆衛生上の重要な問題であった。20世紀に入って経済発展が得られる中で、結核などの慢性伝染病とともに、乳児死亡などの問題が浮上した。戦時色が強まり、健兵健民思想を含めた軍部の後押しのある中で、1937年、保健所法、母子保護法が制定され、保健所における乳幼児保健指導が開始された。1942年の妊産婦手帳の開始に伴い妊婦健診が奨励され、翌年の妊産婦保健指導指針において産後の診察が追加された。

1947年に制定された児童福祉法の趣旨に則り、母子衛生対策要綱(昭和23年9月15日、厚生次官通知)が発出され、母子保健活動妊産婦・乳幼児の保健指導、新生児訪問事業、乳幼

児健診など各種の母子保健事業が展開された。母子の健康の保持・増進に光をあてたこれらの事業は、多少の変更はあるものの、現在の母子保健の根幹をなしている。1965年、これらを体系化した母子保健法が制定され、総合的な対策が推進される体制が整った。

②疾病、障害の早期発見とその治療・療育

その後、委託機関での個別健診(1969年)、市町村の1歳6か月健診(1977年)が開始され、3歳児健診における視聴覚検査(1990年)が追加された。乳児死亡率等が低下する中で母子保健における健康課題は、衛生環境の改善や予防接種の導入などによる感染症対策、戦前戦後の発育や栄養の改善から、股関節脱臼など疾病の早期発見と治療や脳性麻痺や視覚・聴覚異常の発見と療育へと移った。

③少子化対策、育児支援、子どもの心の問題への対応

1990年、合計特殊出生率が戦後最低となった「1.57ショック」を契機に、少子化対策が国家における重点課題となり、母子保健と子育て支援が両輪で進められるようになった。20世紀中に世界最高水準に到達した日本の母子保健であるが、少子高齢化の進行や核家族化などの社会構造の変化に伴う子育て家庭の課題や、児童虐待の増加や子どもの心の問題など新たな課題に直面していた。

2000年、母子保健が21世紀に取り組むべきビジョンとして国民運動「健やか親子21」第1次計画がとりまとめられた⁵⁾。その後、少子化の進行、児童虐待、子どもの貧困、健康格差などの問題が深刻化するなかで、親子を取り巻く問題の解決に向けた取り組みがますます重要性を増している。

④母子保健における発達障害への対応

「健やか親子21」の4つの主要課題の中に含まれる形で、発達障害を含む子どもの心の

発達の問題への対応が取り入れられた。2005年に発達障害者支援法が施行され、発達障害の早期発見とそれに伴う早期支援の体制の推進が地方自治体の責務となるなど、児童福祉サービスに関連する法制度にも大きな変化があった。こうした状況を踏まえて、2015年から始まった「健やか親子21」第2次計画においては、重点課題の一つに「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」が設定された⁶⁾。報告書には、「育てにくさの概念は広く、一部には発達障害などが原因になっている場合がある。発達障害者支援法の制定・施行に伴い、様々な支援策が実施されるとともに発達障害についての認識が広まっている。医療・福祉領域のみならず、母子保健領域でも子どもの発達相談が増加しており、発達特性に伴う育児困難への対応は差し迫った課題となっている。また、親自身に発達障害があり育児困難に陥っている場合もある。」と記載され、母子保健における発達障害の支援に役割があることが明確にされた。また、発達障害に関連する指標についても複数設定された。発達障害者施策においても、母子保健領域は連携先として重要な位置づけを担うようになった。

(2) 乳幼児健診における発達障害への取組み

母子保健領域の中において乳幼児健診では、発達障害の早期発見と支援につなぐ場として、発達障害の支援において重視されている。その取組みについて概観し、発達障害の支援上の課題を整理した。

①乳幼児健診の実施状況

乳幼児健診は母子保健事業の基本的なサービス提供の場であり、子どもと家族への悉皆的なアプローチが可能である。また、子ども・家族に多職種が関わる機会であり、地域の連携体制を作っていく好機ともなる。母子保健におけ

る健康課題の重点が遷移しながら重層化する中で、現在では健康課題のスクリーニングの視点だけではなく、支援の視点が必要となっている。これに呼応して乳幼児健診に従事する職種も、医師、歯科医師、保健師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、心理職、保育士など多くの職種が連携し、ワンストップのサービスを提供する集団健診のスタイルを持つようになった。

2020年の乳幼児健診実施状況について1,739自治体を対象とした厚生労働省調査によると、1歳6か月児健診は集団1,623(93.3%)、個別61自治体、一部個別55自治体、3歳児健診は集団1,642自治体(94.4%)、個別28自治体、一部個別45自治体であった⁷⁾。2020年度は新型コロナウイルス感染症流行下であり、集団による乳幼児健康診査を実施する自治体が2019令和元年度より少ない傾向であったが、それでも集団健診が90%を超える自治体で実施されていた。

②発達障害の早期発見、支援の取組み

乳幼児健診は、母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条及び第13条において定められており、1997年の母子保健法改正以降、市町村により実施されている。乳幼児健康診査実施要項⁸⁾に基づいた項目に関して、健康診査票⁹⁾を用いて、精神発達の状況、言語障害の有無、育児上問題となる事項等の発達に関連した診察が行われている。

発達障害者支援法(平成16年法律第167号)において、乳幼児健診を行うにあたり「発達障害の早期発見に十分留意しなければならない」と記されている(第5条)。そこで、複数の厚生労働科学研究で調査・検討が実施され、市町村で乳幼児健診を実施する上で参考となる事項について研究成果から抜粋してまとめられた¹⁰⁾。乳幼児健診で使用可能な発達障害のスクリ

一ニング法（M-CHAT 等）などが検討されたほか、ライフステージをつなぐ連携において発達課題による困難さを発見した後に事後相談体制を構築する必要性が示された。

③乳幼児健診における課題

こうした取組みにもかかわらず、2017年に総務省により公表された「発達障害者支援に関する行政評価・監視報告書」では、乳幼児健診で発達障害児を見逃している恐れや、乳幼児健診の結果に関する関連機関への引継ぎが不十分であることが指摘された¹¹⁾。勧告に対して、厚生労働省は、国立精神・神経医療研究センター等が行っている発達障害の早期発見等に関する研修への積極的な参加を促すよう都道府県・市町村に要請した。また、乳幼児健診における発達障害の早期発見や、適切な支援と情報の引継ぎについて、市町村の取り組み事例の分析と好事例を取まとめ、市町村に周知した¹²⁾。

同時期、厚生労働科学研究において、乳幼児健診における疾病スクリーニング機能に関して、疫学的・経済学的視点での客観的な検討が実施された¹³⁾。乳幼児健診では、発達面の所見や親の感じる育てにくさなど発達障害の可能性のある状態をスクリーニングすることとし、3~4か月児健診では「発達遅滞」、1歳6か月児健診及び3歳児健診では「発達遅滞」、「言語発達遅滞」、「自閉スペクトラム症」として整理された。さらに、医師の診察方法は、「改訂版乳幼児健康診査身体診察マニュアル」においてまとめられた¹⁴⁾。

（3）最近の「こども政策」の動向

数々の対策に関わらず少子化の進行には歯止めがかからず、2020年1月から続くコロナ禍において、こどもや若者をめぐる諸問題は深刻さを増している。政府はこうした状況に対して、現在、こどもを社会のまん中に据える「こ

ども政策」を強力に推進している。こども政策に関する最近の流れについて整理した。

①成育基本法の成立

2018年、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供する」ための施策の総合的な推進に関する法律（以下、成育基本法）（平成30年法律第104号）が成立、2019年に施行された。2020年、成育基本法の施行のための具体的な取り組みをとりまとめた「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について（以下、基本方針）」（第11条）が閣議決定した¹⁵⁾。基本方針に含まれる母子保健領域で取り組むべき発達障害に関する課題について以下に抜粋した。

○乳幼児期における保健施策

- ・乳幼児への保健指導等において、小児科医等と連携し、発達障害の疑いのある乳幼児及びその家族に対する必要な支援を実施していく
- ・発達障害等の疑いで育てにくさを感じている保護者への支援のために、子育て世代包括支援センターと関係機関との連携や子どもの状態等に応じた適切な支援を推進する。

○学童期及び思春期における保健施策

- ・発達障害が疑われる子どもの早期発見、発達障害の特性に合った対応を親が行えるようにするための有効な支援策の開発・普及、診断を行える専門的な医療機関の確保、発達障害者支援センターの機能強化等による長期にわたる継続した相談支援体制の整備などにより、地域における支援体制の充実を図る。

○子育てや子どもを育てる家庭への支援

- ・慢性疾病児童、医療的ケア児及び発達障害児の兄弟姉妹への支援を推進する。

②総合的な子育て支援拠点の設置

成育基本方針に示された「子育て世代包括支援センター」とは、妊娠期から子育て期にわた

るまでの総合的相談支援のワンストップ拠点である。2016年5月に母子保健法上に位置付けられ（改正母子保健法第22条、母子保健法では「母子健康包括支援センター」という）、2020年4月時点で1,288市町村に設置された。具体的な機能は、(1)妊産婦などの状況を継続的に把握すること、(2)妊娠・出産・育児に関する相談に応じ、(3)必要な情報提供・助言をすること、(4)保健、医療、福祉、教育の関係機関との連絡調整をすること、特に支援が必要な妊産婦などについて支援プランを策定することの4つがあげられる¹⁶⁾。これらの機能により、全ての妊産婦、乳幼児等を対象に、母子保健や子育て支援を含む包括的なサービスを切れ目なく提供していくことが役割とされている。発達障害に関する専門的な支援については、児童福祉サービス提供施設や発達障害者支援センター等との連携することで支援を行う。

同時期に、児童虐待などの深刻な問題に対して、2016年5月に成立した「児童福祉法等の一部を改正する法律」（令和元年法律第46号）において、「児童及び妊産婦の福祉に関し、実情の把握、情報の提供、相談、調査、指導、関係機関との連絡調整その他の必要な支援を行うための拠点」を整備していくことが市町村の努力義務とされた（第10条の2）。この「市区町村子ども家庭支援拠点」はソーシャルワークを通じて、子どもの権利擁護と福祉支援を行う¹⁷⁾。子育て世代包括支援センターは母子保健と子育て支援のマネジメントを行う拠点であるのに対し、この拠点では児童及び妊産婦の福祉のマネジメントを行う拠点であると整理できる。発達障害児・者支援については、必要に応じて関連施設・機関と連携し、障害児・者施策のサービスや身近で利用しやすい社会資源等の活用で在宅支援を行う。

③こども政策の推進

2020年1月から続くコロナ禍において、こどもや若者をめぐる諸問題は深刻さを増しており、さらに子育てや教育に関する経済的負担の軽減策など財源確保と併せて検討すべき課題が残されている。これら喫緊の課題に対して、2021年11月「こどもに関する政策パッケージ」が公表され¹⁸⁾、同年12月「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」が閣議決定した¹⁹⁾。基本理念として、(1)こどもの視点、子育て当事者の視点に立った政策立案、(2)全てのこどもの健やかな成長、Well-beingの向上、(3)誰一人残さず、抜け落ちることのない支援、(4)こどもや家庭が抱える課題への包括的な支援、(5)プッシュ型支援、アウトリーチ型支援への転換、(6)エビデンスに基づいた政策立案とPDCAサイクルの6つが示された。こども政策の新たな推進体制に関する基本方針に基づき、2022年2月25日に「こども家庭庁設置法案」及び「こども家庭庁設置法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律案」が閣議決定され、第208回通常国会に提出された。

また、「子育て世代包括支援センター」と「子ども家庭総合支援拠点」の役割・機能が密接にかかわっていることから、市町村において一体的に運用していくことが求められてきた。それぞれの意義や機能を維持したうえで組織を一体化した総合拠点として「こども家庭センター」を設置することについて、2022年3月、第208回通常国会において児童福祉法等の一部を改正する法律案が提出された²⁰⁾。妊娠届から妊産婦支援、子育てや子どもに関する相談を受けて支援をつなぐためのマネジメント（サポートプランの作成）等を担う²¹⁾。母子保健領域における発達障害の支援については、こども家庭支援センターが拠点となり、保育・教育領域、児童福祉サービスや発達障害者支援センターなど様々な施設・機関と連携することで支援

を提供することになる。

D. 考察

母子保健行政においては、様々な事業を通じて、発達に困難さのあるこどもと家族に対する保健指導と連携を通じた支援を提供してきた。特に、乳幼児健診での早期発見については、複数の研究を通じて実態把握のための調査、マニュアル、スクリーニングのためのツールの提案、好事例の共有等がなされてきた。また、発達障害支援のための連携体制構築については、地域の支援システムの充足度と課題の可視化評価ツールである「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価 (Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS)」が作成されている²²⁾。現時点での課題は、既存のツール等の十分な周知と利活用の促進であると考えられる。自治体における普及・利活用の実態を踏まえて、対策を講じる必要がある。

現在、政府が進めている「こども政策」において、母子保健領域における連携体制の要となる「こども家庭支援センター」が設置されることとなった。既存の母子保健サービスの仕組みを生かしつつ、地域にある様々な資源・支援に結びつける必要があり、高いマネジメント機能が求められる。多領域にわたる地域情報を整理し、速やかに提供するためには、多領域連携支援体制の標準的な流れのモデルと、自治体で取り組むべき支援の手引きを提案することが有用と考えられた。

E. 結論

母子保健領域において発達障害は、主要な健康課題の一つである。発達障害の早期発見や、適切な連携支援体制構築のためのツール等が多く作成されてきた。今後は、既存のツール等

の自治体における普及・利活用の実態を踏まえて、地域特性に応じた対策を講じていく必要がある。今後、母子保健領域では、こども家庭支援センターを拠点として地域資源を生かした支援体制を構築していく必要がある。多領域にわたる地域資源を生かした支援を効率よくかつ効果的にマネジメントするために、多領域による連携支援体制の標準的な流れのモデルと、自治体で取り組むべき支援の手引きの提案が有用と考えられた。

【参考文献】

- 1) 内閣官房. 子どもに関する政策パッケージ. 令和3年11月30日.
<https://www.cas.go.jp/jp/houdou/pdf/20211130kodomo.pdf>
- 2) 閣議決定. こども政策の新たな推進体制に関する基本方針～こどもまんなか社会を目指すこども家庭庁の創設～. 令和3年12月21日.
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_seisaku/pdf/kihon_housin.pdf
- 3) 総務省. e-GOV 法令検索
<https://elaws.e-gov.go.jp/>
- 4) [国立保健医療科学院. 厚生労働科学研究成果データベース. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/>
- 5) 厚生労働省. 健やか親子21 検討会報告書～母子保健の2010年までの国民運動計画～平成12年11月.
https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html
- 6) 厚生労働省. 「健やか親子21 (第2次)」について 検討会報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041585.html>

- 7) 厚生労働省子ども家庭局母子保健課. 令和2年度「母子保健事業の実施状況」.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11925000/000870986.pdf>
- 8) 厚生省児童家庭局長通知. 「乳幼児に対する健康診査の実施について」(児発第285号)
- 9) 厚生省児童家庭局母子保健課長通知.
「乳幼児に対する健康診査について」
(平成10年4月8日児母初第29号)
- 10) 厚生労働省. 乳幼児健康診査に係る発達障害のスクリーニングと早期支援に関する研究成果.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken15/>
- 11) 総務省行政評価局. 発達障害者支援に関する行政評価・監視結果報告書. 平成29年1月.
https://www.soumu.go.jp/main_content/000458776.pdf?msclkid=53ce7fc5ce6e11ec919fc90fb1b1082c
- 12) 厚生労働省子ども家庭局母子保健課事務連絡. 「発達障害者支援に対する行政評価・監視結果に基づく勧告(平成29年1月総務省)に基づく乳幼児健康診査における発達障害が疑われる児童の発見等における市町村の取組実態について」(平成30年6月15日)
- 13) 2017～2019年度 厚生労働科学研究 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「乳幼児健康診査に関する疫学的・医療経済学的検討に関する研究」研究代表者: 山崎嘉久.
- 14) 2018～2020年度 厚生労働科学研究 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「身体的・精神的・社会的(biopsychosocial)に健やかなこどもの
- 発育を促すための切れ目のない保健・医療体制提供のための研究」研究代表者: 岡明.
- 15) 厚生労働省. 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について. 令和3年2月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf>
- 16) 厚生労働省. 子育て世代包括支援センターガイドライン. 平成29年8月.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatessaigaidorain.pdf>
- 17) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局. 「市区町村子ども家庭総合支援拠点」設置運営要綱. 令和2年3月31日一部改正.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000630057.pdf>
- 18) 内閣官房. 子どもに関する政策パッケージ. 令和3年11月30日.
<https://www.cas.go.jp/jp/houdou/pdf/20211130kodomo.pdf>
- 19) 閣議決定. こども政策の新たな推進体制に関する基本方針～こどもまんなか社会を目指すこども家庭庁の創設～. 令和3年12月21日.
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_seisaku/pdf/kihon_housin.pdf
- 20) 内閣法制局. 児童福祉法等の一部を改正する法律案.
https://www.clb.go.jp/recent-laws/diet_bill/detail/id=4110 (2022年4月29日アクセス)
- 21) 内閣府. 少子化社会対策大綱の推進に関する検討会(第4回)厚生労働省説明資料.

https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/taikou_suishin/k_4/pdf/s6.pdf

- 22) 平成 28～29 年度 発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究.
研究代表者：本田秀夫.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 小倉加恵子、小枝達也、秋山千枝子. 子どもの心の診療を行う小児科医療機関における連携状況の類型化からみえた課題. 第 68 回日本小児保健協会学術集会. 2021.6.18～20. Web 開催.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 母子保健における健康課題の変遷

西暦	乳児死亡率 (対1000出生)	関連する法令、取組み	トピックス
1914年	158.5	日本赤十字社京都支部が乳幼児健康相談事業を開始	
1937年	105.8	大阪市、東京市が児童相談所を開設	
1938年	114.4	保健所法の制定、母子保護法の制定 →保健所による乳幼児保健指導の開始	
		社会福祉事業法の制定	
		厚生省(現、厚生労働省)設置	
(背景)		高い乳児死亡率・妊産婦死亡率、妊婦の流産・早産・死産	
1940年	90	国民体法法の制定	児童福祉法、予防接種法、母子保健法の下で、施策の整備・充実 ・妊婦・乳幼児への健康診査の徹底 ・妊産婦・乳幼児への保健指導の充実 ・先天性代謝異常常時検査事業の実施・充実 ・未熟児養育医療の給付、慢性疾患を抱える児童への医療費助成、結核児童の療育医療の給付等の公費負担医療の実施・充実 ・妊婦・乳幼児への予防接種の徹底
		人口政策確立要綱を決定	
1941年		保健婦規則(厚生省令第36号)の制定	
1942年	85.5	妊産婦手帳制度(現、母子健康手帳)の創設	
		国民体法法の改正(保健所が地区保健活動の中心)	
1947年	76.7	日本国憲法の制定	
		厚生省に児童局設置、母子衛生課の新設	
		児童福祉法の制定、施行(1948年)	
		保健所法の改正、保健所法施行令(保健所を公衆衛生の地方行政機関と位置付け)	
1948年	61.7	母子保健対策要綱の策定	
		予防接種法の制定・施行	
1958年	34.5	母子健康センター設置、未熟児養育医療	
1961年	28.6	3歳児健康診査、新生児訪問指導、ポリオワクチン緊急輸入・全国一斉投与	
1965年	18.5	母子保健法制定(児童福祉法から独立)、母子保健法の施行(1966年)	
(背景)		○乳児死亡率・妊産婦死亡率の改善 ○1973年オイルショック 高度経済成長期から安定成長の時代へ	
1977年	9.4	1歳6か月健康診査、先天性代謝異常のマススクリーニング検査開始	
1978年	8.4	「国民健康づくり計画」をスタート	
1989年	4.6	医療法改正、医療計画の推進(二次、三次医療圏の設定、必要病床数算定、医療機能の整備)	
		○1990年の「1.59ショック」 少子化・核家族化、女性の社会進出による子どもを産み育てる環境の変化	
1991年	4.4	育児休業法の制定	エンゼルプラン、「原価保育対策5か年計画」 ・多様な保育の充実、地域子育て支援センターの整備 新エンゼルプラン、「少子化対策推進基本方針」 ・保育のみならず、雇用、母子保健、相談、教育等の事業の充実も加えた 「健やか親子21」 ・21世紀の母子保健の主要な取組を提示するビジョン、関係者が一体となって推進する国民運動計画 次世代育成支援対策推進法 (～2014年、2014年法改正により10年延長) ・子育て家庭を社会が支える10年間の集中的・計画的な取組を促進 ・地域行動計画(市町村、都道府県、各母子保健計画)、事業主計画 少子化対策大綱 ・3つの視点、4つの重点課題、28の具体的な行動 ・具体的な行動に「障害児等への支援の推進」発達障害に対する支援が明記
1994年	4.2	保健所法を改正し、地域保健法を制定(基本的な母子保健サービスは市町村へ※1997年施行)母子保健法の改正	
		「エンゼルプラン」の策定	
1999年	3.4	「新エンゼルプラン」の策定	
2000年	3.2	「健やか親子21」(2001～2010年)の策定	
2003年	3	少子化社会対策基本法の制定、少子化対策会議設置 次世代育成支援対策推進法の制定	
2004年	2.8	「少子化対策大綱」、「子ども・子育て応援プラン」、不妊治療の助成事業創設 発達障害者支援法の制定・施行	
(背景)		○2005年、出生数が死亡数を下回り、合計特殊出生率1.26と低下	
2006年	2.6	「新しい少子化対策について」、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略(2007年～)	
2009年	2.4	「健やか親子21」の計画期間を4年延長し、2014年までとする ※次世代育成支援対策推進法に基づく計画と一体的に推進するため計画期間をそろえた	
2010年	2.3	「子ども・子育てビジョン(少子化対策基本法に基づく新たな大綱)」 社会保障・税一体改革において、消費税の充当先が年金、医療、介護、少子化対策に拡大 子ども子育て関連3法の制定	
2012年	2.2	「少子化危機突破のための緊急対策」	
2013年	2.1	「少子化危機突破のための緊急対策」	
(背景)		○乳児死亡率・妊産婦死亡率などが世界有数の低率国に ○晩婚化・晩産化、育児の孤立化などによる妊産婦・乳幼児を取り巻く環境の変化	
2015年	1.9	「健やか親子21(第2次)」(2015～2024年度)の策定 児童福祉法の一部改正を改正する法律の施行(小児慢性特定疾病対策の充実化)	新しい少子化対策、「子どもと家族を応援する日本」重点戦略 ・ワークライフバランス、親の就労と子どもの育成の両立、新特機児童ゼロ作戦 「子ども・子育てビジョン」 ・目指すべき社会への政策4本柱、12の主要施策(「発達障害」の記載も) 子ども・子育て関連3法に伴う子ども・子育て新制度 ・施設型給付及び地域型保育給付の創設 ・認定こども園制度の改善(幼保連携型認定こども園の改善等) ・「地域子ども・子育て支援事業」の充実 少子化危機突破のための緊急対策 ・「3本の矢」子育て支援、働き方改革に加え、結婚・妊娠・出産支援 ・「経済財政運営と改革の基本方針」、「日本再興戦略」にも対策が盛り込まれ政府を挙げた少子化対策へ
2016年	2.1	「ニッポン一億総活躍プラン」の策定 希望出生率1.8の実現に向けた取り組み	
(背景)		○児童虐待など子どもや家庭をめぐる問題が多様化・複雑化 →新たな子ども家庭福祉を構築することが喫緊の課題に	
2016年	2.1	児童福祉法等の一部改正・施行(2017年) ※児童虐待について発生予防から自立支援まで一連の対策のさらなる強化	
	1.9	※母子健康包括支援センター(子育て世代包括支援センター)の全国展開 発達障害者支援法の改正・施行(2005年)	
2017年	1.9	「働き方改革実行計画」、「子育て安心プラン」、「新しい経済政策パッケージ」策定	
2018年	1.9	成育基本法(略称)の成立(2019年12月1日施行)	
(背景)		○2019年出生数過去最少「86万ショック」	
2019年	1.9	「健やか親子21(第2次)」中間報告 母子保健法の一部改正(産後ケア事業の法制化 2019年12月公布)	
2020年	1.8	「少子化対策大綱(第4次大綱)」の策定 「全世代型社会保障改革の方針」の策定、「親子育て安心プラン」の公表 「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について」閣議決定 →その計画は「少なくとも6年ごと」に見直される(第11条第7項)	
2021年		「こどもに関する政策パッケージ」、「こども政策の推進にかかる有識者会議」とりまとめ 「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」閣議決定 「こども家庭庁設置法案」閣議決定	
		「健やか親子21(第2次)」 ・「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現を目指し、3つの基礎課題と2つの重点課題を設定 ・指標に「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合」「発達障害を知っている国民の割合」「育てにくさを感じる親への早期支援体制のある市町村/県立保健所の割合」等	
		児童福祉法等の一部改正・施行 ・母子保健法の改正により、2017年4月から子育て世代包括支援センター(法律における名称は「母子健康包括支援センター」)を市区町村に設置することが努力義務となった。利用者の視点に立った妊娠・出産・子育てに関する支援のマネジメントを行う専門組織である、「ニッポン一億総活躍プラン」(2016年6月2日閣議決定)においては、2020年度末までに子育て世代包括支援センターの全国展開を目指すこととされた。 成育基本法 (成育過程)にも着目しその保護をさらに(妊娠)に必要となる成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律) ・基本理念:成育過程にある者の権利の尊重、多様性への対応、科学的根拠に基づく医療等、環境整備	
		少子化対策大綱(第4次大綱) ・結婚支援、妊娠・出産への支援、仕事と子育ての両立、地域・社会による子育て支援、経済的支援 ・新型コロナウイルス感染症流行を受けた非常時の対応を留意した総合的少子化対策の推進 親子育て安心プラン ・保育受け皿の整備、早期の特機児童の解消、女性(25～44歳)の就業率上昇に対応	
		成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について ・成育過程にある者及び妊産婦に対する医療(周産期:10、小児:5、成育過程:8) ・成育過程にある者等に対する保健(総論:7、妊産婦等:11、乳幼児:14、学童期・思春期:19、生涯:13、子育て家庭:12) ・教育及び普及啓発(学校教育及び生涯学習:5、普及啓発:7) ・記録の収集等に関する体制等(予防接種、乳幼児健診、学校健診:1、死亡原因究明:3、ICT活用:1) ・調査研究:3・災害時等における支援体制整備:7・成育医療等の提供に関する推進体制等3)	

児童福祉領域からみた発達障害児支援

－ I 発達障害児の支援施策の概観に基づく公的支援サービスの基礎データ作成－

研究分担者 小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部
研究協力者 中嶋 彩 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室
(福)子育て・発達の里 こころのサポートセンターネストやまなし
槻館 尚武 山梨英和大学 人間文化学部
有泉 風 (福)子育て・発達の里 こころのサポートセンターネストやまなし

研究要旨

本研究は発達障害児、特に就学前までの支援サービスの整理を総括することを目的とする。そのため、まず「児童福祉」の概念整理を行った上で、児童福祉法成立・改正からみえる障害児支援を概観し、発達障害者支援法を基にした発達障害児への支援について総括した。

総括で得た情報を研究者と実践家とで共有した上で、発達障害児への支援サービスを事業名（機関名）・目的・機能・関係法などの分類項目を作成して、網羅的に収集した。

収集した54項目から、4名（支援者2名と研究者2名）の合議により、23の機関・事業・サービス等、発達障害児の公的支援の基礎データをピックアップした。

A はじめに

発達障害児に関する制度・支援サービスは、発達障害者支援法の創設および障害者総合支援法・児童福祉法に基づく障害福祉サービスの整備により、大きな変化を迎えている。本稿は、この変化の中において、いまなお残る取り組むべき問題を整理する。具体的には、上述の制度・サービスの実際の事業化の有無、それに伴う地域での支援サービスの格差や、支援サービスが実施されていたとしても支援内容の質の相違の問題などが挙げられる。

本研究の報告書は三部構成となっている。本報告書Ⅰは、児童福祉法成立・改正からみえる障害児支援、並びに発達障害者支援

法からみえる発達障害児支援について概観した。続いて、発達障害児の支援サービスマップ作成を目標とし、23の機関・事業・サービス等、発達障害児の公的支援の基礎データをピックアップした。この手続きは、概観した支援と関連法の総括に基づき、4名の支援者と研究者との合議によって行われた。

報告書Ⅱにおいては、発達障害児への実際の支援を行っている8名により、支援の流れを「事例化前段階」「事例化段階」「前支援段階」「直接支援段階」「就学移行の支援段階」「学齢期の支援段階」「就労移行の支援段階」の7つに分類した。更に、各支援の時期において実際にどのような支援内

容や機能が行われる必要があるのか、そのベストプラクティスを実践者と研究者、異なる2つの視点での合議により、細分化・明確化していった。

報告書Ⅲにおいては、報告書Ⅰで得られた発達障害児の公的支援の基礎データと報告書Ⅱで得られた各期におけるベストプラクティスの支援内容や機能の2つの視点を組み合わせることで発達障害児のための制度・支援サービスの課題を整理した。具体的には、前者を横軸とし、後者を縦軸とした「発達障害児の支援サービスマップ」を作成した。この「発達障害児の支援サービスマップ」を使って、3か所の関係自治体にインタビューを試み、試案による結果の整理を行うとともに、発達障害支援の地域特性や今後さらに必要とする支援機能などの検討がより明確になるよう「発達障害児の支援サービスマップ」のブラッシュアップの方向性を探った。

B 「児童福祉」の概念の整理

1) 「児童福祉」の概念の成立過程

「児童福祉」という概念が、明確な形として成立したのは、1947年の児童福祉法の制定が嚆矢とされる。児童福祉法は、日本国憲法第25条の「生存権」のなかで、社会保障と社会福祉が位置づけられ、児童福祉の基本的概念は、「すべての国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるように努めなければならない」「すべての児童はひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない」と既定されている。

また、日本における児童福祉のあり方は、1951年に制定された児童憲章において示

されている。これは内閣総理大臣により招集された児童憲章制定会議で定められた。この児童憲章の前文において、「われらは、日本国憲法の精神にしたがい、児童に対する正しい観念を確立し、すべての児童の幸福をはかるために、この憲章を定める」としている。

2) 「児童福祉」から「子ども家庭福祉」へ：「こども家庭庁」創設にむけて

一方、近年では、「児童福祉」に代わり、「子ども家庭福祉」の用語が頻用されるようになってきている。柏女によると、「子ども家庭福祉」の概念は、子どもを直接のサービスの対象とする児童福祉の視点を超え、子どもが生活し成長する基盤となる家庭をも、福祉サービスの対象として認識しているとする考え方のもとに、構成された概念」である。また、公の機関においてこの考え方が示されたのは「1981（昭和56）年の中央児童福祉審議会意見具申、『今後のわが国の児童家庭福祉の方向性について（意見具申）』が嚆矢である」としている。その後、「“児童”より権利行使の主体とのニュアンスを持つとされる“子ども”へと表現を変え、「子ども家庭福祉」と表現」されるようになったとも追記している。

更に、この報告書を作成している2021年の末の2021（令和3）年12月21日にこども家庭庁の創設の動きがあった。こども家庭庁の創設にあたり、こども政策の新たな推進体制に関する基本方針として、「常にこどもの最善の利益を第一に考え、こどもに関する取組・政策を我が国社会の真ん中に据えて（「こどもまんなか社会」）、こどもの視点で、こどもを取り巻くあらゆる

る環境を視野に入れ、こどもの権利を保障し、こどもを誰一人取り残さず、健やかな成長を社会全体で後押し」することを掲げている。ここでの「こども」というひらがな表記は、次の引用にあるように意識的に用いられたものである。『『子ども』『児童』『青少年』といった語が使われているが、その定義や対象年齢は各法令により様々であり、また、特段の定義を法令上なされていないものもある。こうしたことを踏まえ、また、当事者であるこどもにとってもわかりやすく示すという観点から『子ども』の表記を用いる」。また、ここでいう「こども」とは、「大人としての円滑な社会生活を送ることができるようになるまでの成長の過程にある者」であることが強調されている。

今後こども家庭庁の創設が、児童福祉に関する考え方を大きく変えることが予想される。

しかしながら、ここでは児童福祉論を展開することを目的にしているのではない。そのため、「児童福祉」の定義についての整理はここまでとしたい。本稿では以後も「児童福祉」の用語を用いることにするが、前段の動向を踏まえ、必要に応じて「子ども家庭福祉」「こども」の用語も使用していく。

3) 児童福祉の対象と理念

児童福祉の対象は、柏女によると、①子ども、②妊産婦や子育て家庭、③子どもと子育て家庭が暮らす地域社会や社会そのものの3つである(図1)。この報告書でも、この3つを児童福祉の対象として整理していきたい。



図1 児童福祉の対象

とりわけ、児童福祉領域での発達支援については、子どもの権利主体・子どもの養育環境を重視することは重要であり、子ども自身が望む生き方、それに基づいて、必要な支援を自己選択できる機会と権利を持つこと、またその子どもを取り巻く環境の整備が必要となる。

発達障害者支援法においても、同法第二章 児童の発達障害の早期発見及び発達障害者の支援のための施策 第十三条(発達障害者の家族等への支援)として、「都道府県及び市町村は、発達障害者の家族その他の関係者が適切な対応をすることができるようにすること等のため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族その他の関係者に対し、相談、情報の提供及び助言、発達障害者の家族が互いに支え合うための活動の支援その他の支援を適切に行うよう努めなければならない」とある。平成28年の発達障害者支援法の改正では、発達障害者に対して日常生活等における支援を行うのは、保護者に限らず兄弟姉妹や支援者など多岐にわたることから、「発達障害者の家族その他の関係者」と既定しており、発達障害児を取り巻く支援者を新たに規定している。

表1 児童福祉法成立・改正の経緯（1994-1997）

年	月日	改正	法改正の概要	障害福祉	医療	児童福祉	児童福祉	司法
						子育て支援	児童養護・虐待対応	
1949	昭和24.6.15	第1次改正	療育施設の下に、「盲ろうあ児施設」を追加 児童福祉審議会の都道府県に設置義務	○			○	
1950	昭和25.5.30	第2次改正	療育施設の下に、「病弱児施設、肢体不自由児施設」を追加	○				
1951	昭和26.6.6	第3次改正	児童相談所の役割の明確化(福祉事務所・保健所との区別)相談及び鑑別から相談・調査・判定及び指導 児童福祉司と児童相談所長との関係(児童福祉司は児相長の指揮監督下に)の明記 児童相談所長が親権の喪失の請求についての明記 児童福祉施設の長は、親権を行う者又は後見人がいない者に対し、監護・教育及び懲戒に関し必要な措置がとれる。 児童福祉施設の入所中の児童の教育を受ける権利の明記 教護院への入院中の児童の準ずる教育の必要性				○ ○ ○ ○ ○ ○	
1952	昭和27.7.1	第4次改正	児童相談所への児童福祉司の必置 一時保護所での児童の生活や所持品についての規定				○ ○	
1953	昭和28.3.16	第5次改正	児童委員に要する費用の規定				○	
1954	昭和29.3.31	第6次改正	育成医療の創設(身体に障害のある児童) 身体障害者手帳の交付を受けた児童への補装具の交付等の費用の請求	○	△			
1954	昭和32.4.25	第7次改正	精神薄弱児施設の下に、「精神薄弱児通園施設」を追加 保育所の下に、精神薄弱児通園施設を追加	○	△	△	○	
1958	昭和33.5.1	第8次改正	保健所の役割の明記 未熟児への支援 養育医療(未熟児への養育に必要な医療の給付)の創設		△	○	○	
1959	昭和34.3.28	第9次改正	骨関節結核の児への療育の給付		○		△	
1961	昭和36.6.16	第10次改正	肢体不自由児施設の下に「情緒障害児短期治療施設」を追加 児童相談所において「判定」と「調査又は判定を基づいて必要な指導を行うこと」を区別して明記 乳幼児健康診査とその後の指導について明記		○		○ △ ○	
1967	昭和42.8.1	第11次改正	肢体不自由児施設の下に、「重症心身障害児施設」の追加	○				
1981	昭和56.6.15	第12次改正	児童福祉審議会の意見を聴き、児童福祉施設の停止または閉鎖を命ずることができる。				○	
1997	平成9.6.11		児童福祉施設の名称変更と統合 保育所入所の仕組みの変更:措置制度から保護者による入所申し込み 保育所の相談機能の強化 放課後児童健全育成事業の法定化 児童自立生活援助事業の法定化 児童家庭支援センターの創設 母子生活支援施設・助産施設の仕組みの変更:措置制度から利用選択制度 児童委員の役割の強化(児童相談所長への直接の通告可)				○ ○ ○ ○ ○ △ ○ ○	

表2 児童福祉法成立・改正の経緯（2001～2010）

年	月日	改正	法改正の概要	障害福祉	医療	児童福祉	児童福祉	司法			
						子育て支援	児童養護 虐待対応				
2001	平成13.11.30	第13次改正	認可外保育施設に対する指導監督の強化			○					
			保育所整備促進と保育士資格の法定化			○					
			児童委員の職務の明確化と主任児童委員の法定化			△	○				
2003	平成15.7.16	第14次改正	市町村での子育て支援事業の実施			○					
			児童養護施設等の地域住民への養育相談			△	○				
2008	平成16.12.3	第15次改正	家庭児童相談に関する市町村の第一義的窓口化			△	○				
			児童相談所(都道府県)の役割の明確化			△	○				
			児童相談所設置市の認可					△			
			要保護児童対策地域協議会の設置が可能となる					○			
			乳児院及び児童養護施設の入所児童に関する年齢要件の見直し					○			
			里親における監護、教育及び懲戒に関する里親の権限の明確化					△	○		
			要保護児童に対する家庭裁判所の認可措置の有期限化(2年)						○		
			児童相談所長が親権喪失の宣告の請求可能な者の拡大(18歳以上満20歳未満)						○		
			小児慢性特定疾患治療研究事業の法定化				○				
			2005	平成17.11.7		障害児の定義の新設「身体に障害のある児童」「知的障害のある児童」	○				
知的障害児施設等での利用契約制度の導入	○										
2008	平成20.12.3		子育て支援事業の追加法定化「乳児家庭全戸訪問事業」「養育支援訪問事業」「地域子育て支援拠点事業」「一時預かり事業」の追加			○	△				
			家庭的保育事業(保育ママ)の法定化			○					
			里親制度の拡充(里親と養子縁組里親との区別、研修の義務と里親支援の明確化)					○			
			小規模住居型児童養育事業(ファミリーホーム)の創設					○			
			要保護児童対策地域協議会の機能強化(努力義務)					○			
			児童自立生活援助事業を20歳未満の者まで引き上げる。					○			
			被措置児童等虐待の防止と通告義務の規定					○			
			2010	平成22.12.10		障害児の定義の見直し「精神に障害のある児童(発達障害児を含む)」の追加	○				
						障害児施設の一元化(重複障害への対応とともに、身近な地域での支援)	○				
						障害児に関する根拠規定の一本化(障害者総合支援法の改正に伴い、児童福祉法に一般化)	○				
障害児の通所支援の実施主体を市町村とする。	○										
障害児通所支援の創設(児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設)	○										
障害児相談支援の創設(障害児支援利用援助・継続障害児支援利用援助の創設)	○										
在園期間の延長措置の見直し(18歳以上は原則、障害者総合支援法、福祉を損なう恐れのある場合は満20歳まで障害児施設の措置延長は引き続き可とする。)	○										
児童相談所長の権限の明記(一時保護中の児童の監護等に関し必要な措置をとる権限の規定、親権喪失・停止及び管理権喪失の審判・取消しについて家庭裁判所への請求権)									△		
児童相談所長・施設長の権限の明記(虐待をした親の不当な主張への対抗が可能 子どもの生命や身体の安全の確保への親権への対抗が可能)										△	

表3 児童福祉法成立・改正の経緯（2012～2019）

年	月日	改正	法改正の概要	障害福祉	医療	児童福祉	児童福祉	司法
						子育て支援	児童養護 虐待対応	
2012	平成24.6.27		障害児の定義の見直し(「難病等の児童」の追加)	○	△			
2014	平成26.5.30	第16次改正	小児慢性特定疾患への対応方針や医療費助成制度等の確立		○			
			子ども・子育て支援制度の施行による事業等の創設と内容変更(放課後児童健全育成事業・一時預かり事業・家庭的保育事業・小規模保育事業・居宅訪問型保育事業・事業所内保育事業・病児保育事業・子育て援助活動支援事業)		△	○		
			児童福祉施設に幼保連携型認定こども園の追加			○		
			保育所の目的の変更(保育に欠けるから保育を必要とするに)			○		
2016	平成28.6.3		児童福祉法の理念の明確化(児童の権利 国・地方自治体の役割・責務の明確化)				○	
			家庭と同様の環境における養育の推進(家庭における養育が適当でない場合)			○	○	
			しつけを名目として児童虐待の防止(懲戒について明記)			△	○	
			児童虐待の発生予防(母子健康包括支援センターの設置の努力義務)			○	○	
			児童虐待の発生予防(支援を要する妊婦・児童・保護者を把握した医療機関や学校等の情報提供の努力義務)		○	○	○	
			母子保健施策を通じた虐待予防の明記			○		
			児童虐待発生時の迅速・的確な対応(市町村に支援を行う拠点整備の努力義務)				○	
			児童虐待発生時の迅速・的確な対応(要保護児童対策地域協議会への専門職の配置)				○	
			児童相談所設置自治体の拡大(中核市・特別区が設置可)				○	
			児童相談所の体制強化(児童心理司、医師又は保健師、指導・教育担当の児童福祉司、弁護士などの配置)				○	
			児童相談所の権限強化(市町村への事案送致、臨検・捜索の実施緩和、被虐待児童等に関する資料の提供が医療機関、児童福祉施設、学校等にできる規定)		△		○	
			被虐待児童への自立支援(親子関係再構築支援を関係機関等が連携して実施することの明記)				○	
			被虐待児童への自立支援(措置解除後の児童の継続的な安全確認と保護者への相談支援の実施)			○	○	
			被措置児童への自立支援(都道府県に里親支援を業務として位置づけ)				○	
			被措置児童への自立支援(養子縁組里親の法定化、研修の義務化)				○	
			被措置児童への自立支援(20歳に達するまでの間、施設入所等措置の延長)				○	
			被措置児童への自立支援(自立援助ホームの22歳の年度末の就学中の者の延長)				○	
2016	平成28.6.3		居宅訪問型児童発達支援の創設(重度の障害の状態にある児童+児童発達支援)	○				
			保育所等訪問支援の支援対象の拡大	○				
			障害福祉計画の作成(障害福祉計画と一体化作成も可 施設認可の総量規制)	○				
			医療的ケア児に対する各種支援の連携	○	○	○		
2017	平成29.6.21		虐待を受けている児童等の保護者に対する指導への司法関与			○	○	○
			家庭裁判所による一時保護の審査の導入					○
			接近禁止命令を行うことができる場合の拡大(一時保護や同意による施設入所措置の場合の追加)				○	
2019	令和1		児童相談所長、児童福祉施設の長、里親など親権者等による体罰の禁止				○	
			児童相談所の業務の明確化(一時保護児童解除後の児童の安全確保)				○	
			市町村・都道府県の体制整備等に対する国の支援の明記				○	
			児童福祉審議会における児童等の意見聴取時の配慮	○		○	○	
			児童相談所の体制強化(児童福祉司・児童心理司・SVの配置基準)				○	
			児童相談所の業務の質の評価の実施				○	
			要保護児童対策地域協議会の情報提供等への応答の努力義務	○	○	○	○	

C 児童福祉法成立・改正からみえる障害児支援

1947（昭和 22）年に成立した児童福祉法は、第二次世界大戦後、戦後の孤児や貧困への対応、子どもの健やかな成長と最低限度の生活を保障するため、戦後間もなく制定された法律である。この法律は、これまで第 16 次改正のほか、ほぼ毎年のように改正されており、障害福祉関連、児童福祉（子育て支援分野、児童養護・児童虐待対応分野）関連、また医療関連・司法関連などもまた、その時代の要請にそって改正されている。

そのため、まず、法改正が行われた領域を年代順に整理する必要があった。巻末の表 1, 2, 3 は、以下のような手順で作成した。まず、児童福祉法の成立から第 16 次改正を含めた 2019 年までの法の改正内容の概要（〔衆議院ホームページ〕立法情報から各国会制定法律一覧を閲覧）を年代順に抽出した。次に、その概要を概観し、「障害福祉」、「医療」、「児童福祉（子育て支援）」、「児童福祉（児童養護・虐待対応）」、「司法」関連領域の 5 項目に分類した。この法改正の年代と関連領域を軸とした分割表から、年代順の法改正がどの領域で行われているのかチェック（主たる該当項目を○・副次的な該当項目については△）した。

表 1～表 3 に基づいて、支援の経緯を児童福祉法創設（1947 年）～1990 年代と、2000 年代から現在の 2 つに区分した。さらに、2021 年の社会保障審議会障害者部会での「障害者総合支援法改正法施行後 3 年の見直しについて 中間整理 令和 3 年 12 月 16 日」障害児通所支援の在り方に関

する検討会でまとめられた「障害児通所支援の在り方に関する検討会報告書一すべての子どもの豊かな未来を目指して 令和 3 年 10 月 20 日」を根拠に、障害児支援の在り方の今後について表 4 のように整理できるだろう。

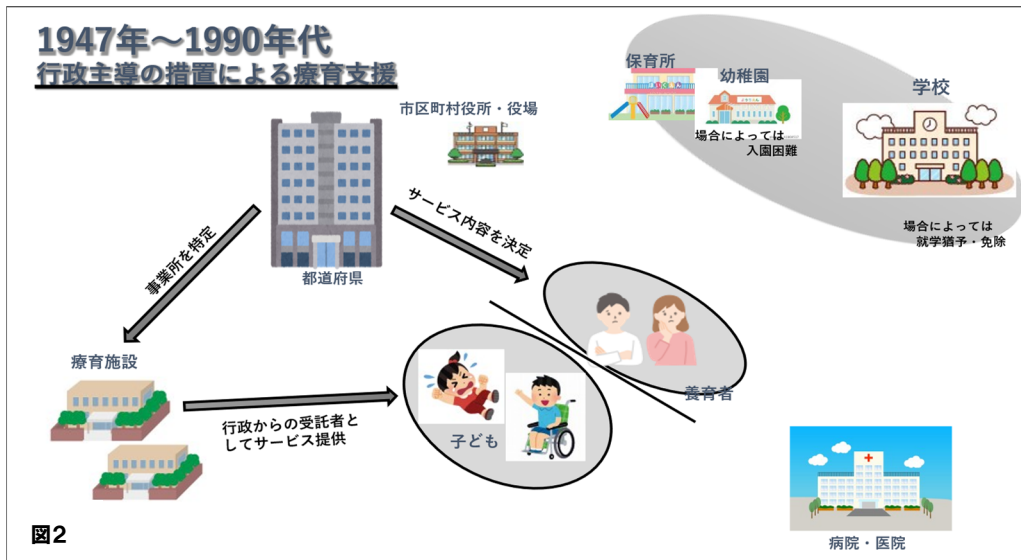
表 4 障害児支援の歴史的区分

時代区分	特徴	キーワード
終戦後～1990年代	行政主導の措置による療育支援	措置療育支援
2000年代～現在	自己決定権の尊重と地域生活可能な支援	契約自己決定発達支援
今後	インクルージョンの推進による一定的支援	地域共生社会 インクルージョン

以下、障害児支援について、この 3 つの区分に基づき、詳細に説明していくこととする。

1) 行政主導の措置による療育支援（児童福祉法創設【1947 年】から 1990 年代の約 50 年間）

第二次世界大戦終了後、法制度において、障害のある子どもについて、療育的な関わりが必要であることが児童福祉法に明記された。「盲ろうあ児施設」「病虚弱児施設」「肢体不自由児施設」が療育施設の下に追加された。図 2 のように、施設が住居地から遠方である場合、子どもと養育者は、子どもが施設入所するために、親子で離ればなれの生活をするようになる。また、仮に自宅から通園施設（1954 年 精神薄弱児通園施設の創設）に通えたとしても、地域の保育所・幼稚園への併行通園は困難であるとされることや、入園拒否をされることさえあった。また学校教育についても、地



域の学校には通学できず、養護学校（学校教育法により 1979〔昭和 54〕年に義務教育制、2007〔平成 19〕年 特別支援学校と改名）に入学することを余儀なくされることが多かった。

このように、第二次世界大戦直後から約 50 年間の日本の障害児支援は、法制度においては整備が進められたものの、障害児支援のために創設した入所・通所施設に行政主導による措置が行われるという療育支援を進めていた時代である。

2) 自己決定権の尊重と地域生活可能な支援（2000 年代から現在）

①児童の虐待等に関する法律（以下、児童虐待防止法）の成立による児童相談の変容

2000（平成 12）年に児童虐待防止法が成立し、児童虐待の防止とその対応・家族への支援についての強化がなされた。これまで、児童相談所は、非行問題、学校不適応・不登校、障害児支援などあらゆる児童の問題に対応していたが、この法律の成立が児童虐待対応に迫られる児童相談所の現

状に繋がっている。表 2 の通り、2000（平成 12）年以降の児童福祉法の第 14・15 次改正は、児童養護、とりわけ児童虐待対応について、相談対応の明確化や児童相談所の役割を明確化している。

更に、2016（平成 28）年には、児童虐待への対応について、発生予防から迅速な対応、その後の児童への支援を重視することが明記された。「全て児童は、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、適切に養育されること、その生活を保障されること、愛され、保護されること、その心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られることその他の福祉を等しく保障される権利を有する。」とする児童福祉法の理念内容も大幅に改定されている。

②契約制度の導入と自己決定権の尊重

2003（平成 15）年、これまで行政主導で療育支援が行われていたが、自分自身で選択して、準備された支援メニューを決定する契約制度が導入された。

2010（平成 22）年には、障害児の定義



の見直し（2005〔平成 17〕年に障害児の定義が新設されている）、障害児に関する根拠規定が、障害者総合支援法の改正に伴い、児童福祉法に一本化された。また、児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の障害児通所支援が創設され、これを受けて多くの障害児者の通所支援の事業所が作られている。

この法改正に伴う支援サービスの整備により、障害のある子どもと養育者が地域のなかで生活が可能となった（図3）。

更に、2016（平成 28）年においては、一定の場所で障害児に一定の支援をするだけでなく、障害児が暮らす居宅への訪問による支援、保育士・教師などへの障害児支援の専門家によるコンサルテーション型の支援など、新しい支援の形が工夫され、法的にも明記されるようになっていく。

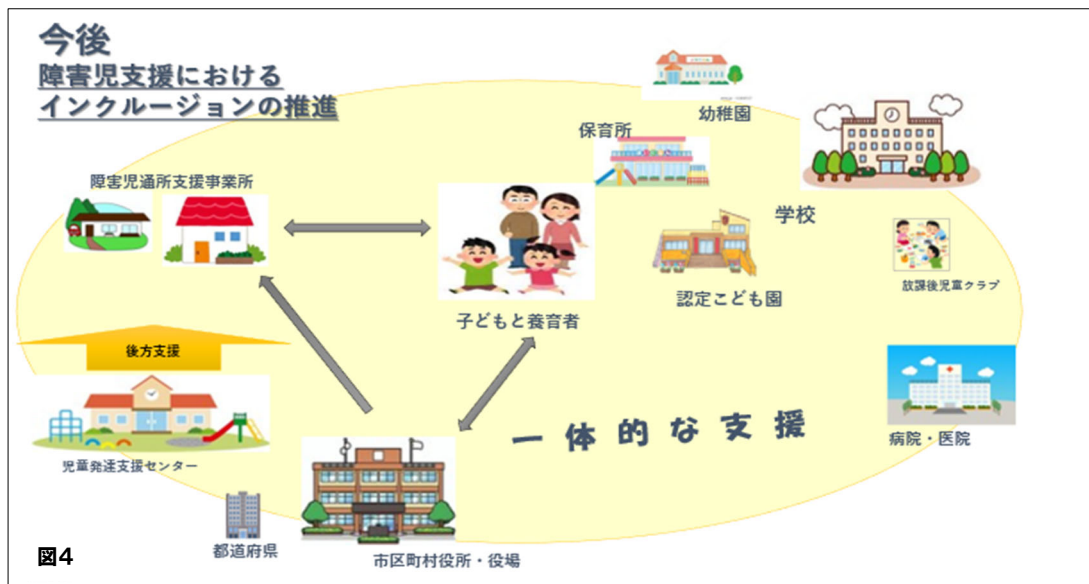
3) インクルージョンの推進による一体的支援【今後】

2021（令和 3）年に開催された社会保障審議会 障害者部会 障害者総合支援法改

正施行後 3 年の見直しについて（中間整理）、また同年に開催された障害児通所支援の在り方に関する検討会での「障害児通所支援の在り方に関する検討会報告書 ～すべての子どもの豊かな未来を目指して～」を踏まえ、今後の障害児支援の在り方を想像すると、図 4 のようになる。地域での生活が持続可能になることはもちろんのこと、障害児施策と子育て施策を延長線上のものとして考える一体的な支援が行われ、インクルージョンが推進されることとなる。

インクルージョンという理念は大変理想的な考え方ではあるが、実際に実現していくのは難しい。

今回の「障害児通所支援の在り方に関する検討会」においては、インクルージョンの推進については、強く推し進められているが、実際にどのように進めていけばいいのか少々具体性には欠ける。しかしながら、推進のためのヒントになり得る事柄として、児童発達支援・放課後等デイサービスにおける保育所や幼稚園などへの移行支援を推進、保育所等訪問支援の重要性の勘案など



があげられている。今後は移行支援や後方支援など、これまでの発達支援などを主とした直接支援だけでなく、さまざまな支援方法がいっそう必要となってくるであろう。また、検討会の議論とはなっていないが、これらの一体的支援を実践していくためには、本人、家族、そして本人をとりまく地域の人々が、本人がどのような生活のしづらさを有するのか、またどのような発達の特性があるのかを「知っている」ことが合理的配慮を自然なものとし、延いてはインクルーシブの推進につながっていくことになると推察する。

D 発達障害者支援法に基づく発達障害児への支援

発達障害児への特化した支援については、発達障害者支援法の内容を概観することで明らかになる。

発達障害者支援法は 2004（平成 16）年に成立した議員立法である。本法は、発達障害の早期発見と発達障害者に対する早期の支援が重要であるという立場から、①国

及び地方公共団体責務、②教育、就労についての支援、③発達障害者支援センターの指定などを定めている。また、2016（平成 28）年には、①ライフステージを通じた切れ目ない支援、②家族なども含めた、きめ細かな支援、③地域の身近な場所で受けられる支援、この 3つを要点として、本法が改正されている。

発達障害児の支援については、以下の 7つの側面から整理しておきたい。

1) 児童の発達障害の早期発見と「気づき」の段階からの支援の重要性

本法第 5 条「児童の発達障害の早期発見等」では、市町村においては、1 歳 6 か月健診及び 3 歳児健診における早期発見、市町村の教育委員会においては、就学時健診において早期発見に十分留意することを明記している。また、児童が発達障害と診断される前であっても、発達障害の特性があることの「気づき」の段階から、できる限り必要な支援を行うことが重要であるとし、発達障害を有する疑いのある児童について

の相談、助言等について規定している。

2) 早期の発達支援〔発達障害の基本的知識・必要な情報・保護者が取り組める発達支援〕

本法第6条「早期の発達支援」においては、発達障害児の早期の発達支援の重要性を明記している。

発達障害についての知識や医療機関や事業所等の地域の支援機関について、保護者に情報提供する、また保護者が取り組める発達支援の方法を普及啓発することが考えられている。

3) インクルーシブな保育と教育の実現

本法第7条「保育」・第8条「教育」において、その基本理念は、発達障害児や他の児童生徒と共に生活するインクルーシブな保育及び教育である。どちらも、このことを実現させるためには、適切な配慮や支援、場合によっては治療が必要とされ、そのためには、発達障害児がどのような生活のしづらさや困難を有するのか社会生活モデル・医療モデルの両観点から「知り」、適切な支援と環境を整備していくことの必要性がこの法案から読み取れる。

4) 放課後児童健全育成事業の利用—子ども・子育て支援・教育・障害児支援施策の一体的な支援に向けて

本法第9条「放課後児童健全育成事業利用」においては、子ども・子育て支援施策、また教育施策・障害児支援施策などを必要に応じて、領域をまたいで必要な支援メニューを用意していくことが重要であるとしている。2021（令和3）年の「障害児通所

支援の在り方に関する検討会」で報告書としてまとめられているように、子ども・子育て支援施策・教育施策・障害児支援施策を一体的な支援とする考え方と同様の方向を示している。

5) 発達障害者の家族等への支援

本法第13条「発達障害者の家族等への支援」において、「発達障害者の家族その他の関係者に対し、相談、情報の提供及び助言、発達障害者の家族を互いに支えあうための活動の支援その他の支援を適切に行う」とされている。支援を行うのは、保護者に限らず兄弟姉妹や支援者など多岐にわたるため、改正法では、「発達障害者の家族その他の関係者」と規定している。

発達障害児の家族支援については、子どもの特性を親仲間と一緒に肯定的に捉えられるようにするペアレント・プログラムへの参加、発達障害児の子育て経験のあるペアレント・メンターへの相談など、家族を支えるプログラムからシステムなど、支援方法が構築されつつある。今後、これらのプログラムやシステムを有効的に活用するための工夫が必要になってくるものと推察する。

6) 専門的な医療機関の確保等

本法第19条「専門的な医療機関の確保等」においては、発達障害の診断や発達支援を行うことができる医療機関の確保が必要とされている。しかしながら、発達障害の専門医に受診するまでに長期間の待機を要することがある。

発達障害に対応できる専門的な知識または技能を有する医師を確保し、受診までの

待機期間がいたずらに長くなることで本人や家族の不安を増長させないように対策を講じる必要がある。

7) 国民への普及及び啓発

昨今、発達障害について耳にすることが増えた。国民への啓発は、ある程度は進んできたと思われる。

本法第 21 条「国民に対する普及及び啓発」において、知識は浸透してきているものの「個々の発達障害の特性」までの普及は不十分であるとされている。自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、限局性学習症、トゥレット症候群、吃音症など、個々の発達障害の特性を知ってもらうことで、彼ら・彼女らを取り巻く人たちの更なる理解の推進や合理的配慮に繋げていくことが重要である。

E 発達障害児の支援サービスマップの作成

1～3において、発達障害児の支援について児童福祉法の改正の経緯を追いながら、障害児支援のありかたを3期にわけて整理した。また発達障害者支援法において、発達障害児の支援のポイントについても概観した。

以上のことを確認した上で、今後、4名（発達障害児の実際の支援者2名 発達障害児の支援・発達障害児の検査作成などの研究者2名）において発達障害児の支援サービスマップを作成した。

1) 発達障害児の支援サービスマップ作成の手順

① 発達障害児の支援のための機関・事業・サービス等、公的支援の基礎データを

ピックアップする。(表5)

② 発達障害児への支援を実践者にヒアリング調査を行い、支援の流れを「事例化前の時期」「事例化の時期」「前支援期」「直接支援の時期」「移行の支援時期Ⅰ」「学齢期の支援」「移行の支援時期Ⅱ」と分け、更に、各支援の時期において実際にどのような支援内容や機能が必要なかを細分化・明確化していく。

③ ①でピックアップしたデータの中で地域での支援機能を確認していくのに、必要と思われる機関・事業・サービスを選択する。

④ ②で作成した項目を縦軸、③で選択した項目を横軸として、発達障害児の支援サービスマップを作成する。

本研究においては、①と③を実施した。

2) 発達障害児の支援サービスマップのための必要となる機関・事業・サービスの基礎データの選択

表5の54項目の機関・事業・支援サービスのうち、以下のA～Fに該当する31項目（保留2項目を含む）を除外した。

A 胎生期・直後の支援サービス8項目
(1・2・3・4・5・6・7・17)

B 児童養護（虐待対応）関連の支援サービス8項目
(12・13・16・46・47・49・50・51)

C 協議会・体制整備などの3項目
(38・41・44)

D 設置状況3に該当する7項目
(19・20・21・23・33・34・35・36・40・42)

※但し、4名での合議により、20・21・23は、地域により実際の支援機能の格差があり、

支援サービス機能のチェックに欠かせない項目であるとして除外しないこととした。

E 入所に関する支援3項目
(52・53・54)

F マップ作成時において、該当項目決定

を保留した2項目
(8・18)

残った23項目(表6)を、発達障害児の支援サービスマップ機関・事業・サービスの基礎データとした。

表5 発達障害児の支援サービスマップ 機関・事業・サービスの基礎データ (54項目)

事業名	機関名	設置 ※1	対象 ※2	目的・機能など
1 妊娠中の母親・両親学級(母子保健事業)		3	1	妊婦だけでなく父親も含めた夫婦に対して出産前の準備教育がなされる場
2 妊婦家庭訪問(保健師・助産師)		1	1	保健師・助産師による家庭への訪問による指導
3 妊婦健診(母子保健事業)		1	1	妊婦に対し、14回程度の妊婦健診費用の公費助成
4 産婦健診(母子保健事業)		1	1	産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対し、母体の身体的機能の回復や授乳状況の把握等を行う
5 新生児訪問・未熟児訪問(母子保健事業)		1	1	新生児の発育、栄養、生活環境、疾病予防など育児上重要な事項の指導を目的として、生後28日以内(里帰りの場合は60日以内)に保健師や助産師が訪問
6 産前・産後サポート事業		3	1	子育て世代包括支援センターの利用者で、身近に相談できる者がいないなど、支援を受けることが適当と判断された妊産婦等
7 産後ケア事業		3	1	心身の不調又は育児不安がある者、その他、特に支援が必要と認められる者
8	子育て世代包括支援センター	2	1	妊娠初期から子育て期にわたり、妊娠の届出等の機会に得た情報を基に、妊娠・出産・子育てに関する相談に応じ、必要に応じて個別に支援プランを策定し、保健・医療・福祉・教育等の地域の関係機関による切れ目のない支援を行う
9	保育所	1	1	日々保護者の委託を受けて、保育に欠けるその乳児又は幼児を保育することを目的とする施設(保育士の加配、研修に「障害児保育」を盛り込む、障害児保育の地方交付税の拡充)
10	幼稚園	1	1	3歳以上の幼児を対象として、幼児を保育し、適当な環境を与えて、その心身の発達を助長することを目的とする学校(障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援)
11	認定こども園	1	1	教育・保育を一体的に行う施設で、いわば幼稚園と保育所の両方の良さを併せ持っている施設(保育所と同様の支援)
12 乳児家庭全戸訪問(事業)		1	1	生後4か月を迎える日までの赤ちゃんがいる全ての家庭 1. 育児に関する不安や悩みの傾聴、相談 2. 子育て支援に関する情報提供 3. 乳児及びその保護者の心身の様子及び養育環境の把握 4. 支援が必要な家庭に対する提供サービスの検討、関係機関との連絡調整
13 養育支援訪問事業		1	2	養育支援が特に必要であると判断した家庭に対し、保健師・助産師・保育士等がその居宅を訪問し、養育に関する指導、助言等を行う
14 1歳6か月児健康診査・3歳児健康診査(乳幼児健康診査)		1	1	定期的に健康診断および検査を受け、常にその健康状態を明らかにして乳幼児の健康の保持増進を図る(1歳6か月健康診査 3歳時健康診査)
15 事後指導(乳幼児健康診査)		1	1	乳幼児健康診査の受診者等に対し、結果を口頭、通知し、必要に応じて適切な指導を行う。
16 児童委員(主任児童委員)制度		1	1	地域の子どもたちが元気で暮らせるよう、見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援等
17 特定妊婦への支援		2	2	出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦に対して、要対協につなげ、情報共有や連絡調整により、必要な支援を行う。
18 地域子育て支援拠点(事業)	子育て支援センター(保育所・児童館などに設置)	2	1	地域の子育て支援機能の充実を図り、子育ての不安感を緩和し、子どもの健やかな育ちを支援する
19 利用者支援事業(保育コンシェルジュ)		3	1	障害児、多胎児のいる家庭など、配慮が必要な子育て家庭等の状況に対応して、よりきめ細かい相談支援等ができるよう専門的な知識・経験を有する職員を配置する
20 巡回支援専門員整備(地域生活支援事業)		3	3	子どもや親が集まる施設・場に巡回等支援を実施し、障害が「気になる」段階から支援を行うための体制の整備を図り、保育所等訪問支援等との連携により、発達障害児等の福祉の向上を図る。
21 障害児等療育支援事業(地域生活支援事業)		3	2	訪問・外来による療育指導・療育相談 障害児の通う保育所や放課後児童クラブや障害児通園事業等の職員の療育技術の指導 療育機関への支援
22 診察(小児科・児童精神科)		2	2	現れる症状について医師が問診や行動観察を行い、問診で得た情報をもとに、心理検査や発達検査などを行い、それらの結果から、『DSM-5』や『ICD-10』などの診断基準を満たしているかどうか、また日常生活・社会生活に著しい不応を起しているかどうかなどを総合的にみて診断する。
23 障害児(者)リハビリテーション		3	2	心身に障害がある者が社会人としての生活ができるようにすること。実際には、社会復帰、職場への復帰、家庭への復帰あるいは学校への復帰を促進することにより、身体的、精神的、社会的、職業的にその機能を最大限に発揮させ、最も充実して生活できるようにすること
24	基幹相談支援センター(地域生活支援事業)	2	2	総合的・専門的な相談の実施 地域の相談支援体制強化の取組 地域の相談事業者への専門的な指導助言、人材育成 地域の相談機関との連携強化 地域移行・地域定着の促進の取組 権利擁護・虐待の防止
25 障害児相談支援		2	2	障害児の自立した生活を支え、障害児の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援する
26 児童発達支援		1	2	障害の気づきの段階から継続的な支援を行い、将来の子どもの発達・成長の姿を見通しながら、日常生活や社会生活を円滑に営めるよう、今、どのような支援が必要かという視点を持ち、子どもの自尊心や主体性を育てつつ発達上の課題を達成させること
27 保育所等訪問支援		1	2	障害のある児童が集団生活に適応するための支援として、専門職員が保育所等を訪問し、児童への直接支援や訪問先施設スタッフへの技術的助言等を行う
28 巡回相談(特別支援教育)		2	2	児童生徒一人一人のニーズを把握し、児童生徒が必要とする支援の内容と方法を明らかにするために、担任、特別支援教育コーディネーター、保護者など児童生徒の支援を実施する者の相談を受け、助言すること
29 就学時健康診断		1	2	初等教育を受ける5ヶ月から6ヶ月前に行われる健康診断を指します。学校保健安全法により、次年度に初等教育を受ける予定である子どもにたいして、心身の健康を確認するために行われる。
30 就学相談・就学先決定(教育支援委員会)		1	2	本人の障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、教育学、医学、心理学等専門的見地からの意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する仕組み
31 特別支援学校におけるセンター的機能		2	2	幼稚園・学校に在籍する障害のある児童生徒について、その教育的ニーズに応じた適切な教育を提供していくためには、特別支援学校が、教育上の高い専門性を生かしながら地域の小・中学校を積極的に支援していく
32 通級による指導(通級指導教室)		1	2	障害による学習上又は生活上の困難を改善し、又は克服することを目的とする指導(幼・小・中・高)
33 子ども心の診療ネットワーク事業		3	2	さまざまな子どもの心の問題、児童虐待や発達障害に対応するため、都道府県域における拠点病院を中核とし、各医療機関と保健福祉機関等と連携した支援体制の構築を図るための事業を実施するとともに災害時の子どもの心の支援体制づくりを実施する。
34 かかりつけ医等発達障害対応向上研修事業		3	3	発達障害における早期発見・早期支援の重要性に鑑み、どの地域においても一定水準の発達障害の診療、対応が可能となるように医療従事者の育成の取り組み
35 発達障害診断待機解消事業(発達障害専門医療機関初診待機解消事業)		3	3	発達障害の診断を行っている専門的な医療機関において、アセスメントやカウンセリングができる医師以外の職員を新たに配置することや、地域の児童発達支援センター等の機関に委託し、アセスメントや保護者へのカウンセリング等を行い、その内容を医療機関に伝達する等、また効果測定の実業

* 次項に続く

36	発達障害診断待機解消事業 (発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業)		3	3	発達障害の専門的医療機関の確保を目的として、発達障害の診療・支援ができる医師の養成を行うための実地研修等の実施や医療機関の研修の実施のコーディネートを行う発達障害医療コーディネーターの配置
37	発達障害者支援センター運営事業	発達障害者支援センター	1	3	各都道府県・指定都市の設置する発達障害者支援センターにおいて、発達障害者やその家族等に対して、相談支援・発達支援・就労支援及び情報提供等を行う。
38	発達障害者支援体制整備事業 (発達障害者地域支援マネージャー)		2	3	各ライフステージに対応する一貫した支援の提供を目的として、関係機関等のネットワークの構築、家族支援体制の整備、研修会の実施、地域支援機能の強化を行う事業
39	発達障害児及び家族等支援事業		2	3	発達障害者の家族が互いに支え合うための活動等を行うことを目的とし、ペアレントメンターの養成や活動の支援、ペアレントプログラム、ペアレントトレーニングの導入、ピアサポートの推進及び青年期の居場所作り等を行い、発達障害児及びその家族に対する支援体制の構築を図る。
40	家庭・教育・福祉連携推進事業 (地域連携推進マネージャー)		3	3	「家庭と教育と福祉の連携『トライアングル』プロジェクト」に基づき、教育と福祉の連携を推進し、保護者支援を推進するための方策を実施し、その検証結果に基づいて報告を行う事業
41	発達障害者支援地域支援協議会		2	3	地域における発達障害者の課題について情報共有を図るとともに、支援体制の整備状況や発達障害者支援センターの活動状況等について検証し、地域の実情に応じた体制整備について協議・検討を行う。
42	発達障害児者の地域生活支援モデル事業		3	3	発達障害児者やその家族が地域で安心して暮らしていけるよう、関係する分野との協働による切れ目のない支援等が可能となるような先駆的な取組を通じて有効な支援手法を開発・普及し、地域生活支援の向上を図る。
43		児童館	1	1	18歳未満のすべての子どもを対象とし、地域における遊び及び生活の援助と子育て支援を行い、子どもの心身を育成し、情操をゆたかにすることを目的とする施設 障害のある子どもの利用にあたり、合理的配慮に努めること
44	(自立支援)協議会		1	2	地域の関係者が集まり、個別の相談支援の事例を通じて明らかになった地域の課題を共有し、その課題を踏まえて、地域のサービス基盤の整備を着実に進めていく役割
45	放課後児童健全育成事業	放課後児童クラブ(児童クラブ・学童クラブ・学童保育)	1	1	保護者が労働等により居間家庭にいない小学校に就学している児童に対し、授業の終了後等に小学校の余裕教室や障害児を5人以上受け入れている場合の加配職員の配置児童館等を利用して適切な遊び及び生活の場を与えて、その健全な育成を図るもの(障害児を5人以上受け入れている場合の加配職員の配置)
46	要保護児童対策地域協議会		1	2	要保護児童・要支援児童及びその保護者又は特定妊婦に関する情報その他要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るために必要な情報の交換を行うとともに、支援対象児童等に対する支援の内容に関する協議を行うもの
47		児童家庭支援センター	1	2	地域の子どもの福祉に関する各般の問題に関する相談、必要な助言等
48		児童相談所	1	2	市町村と適切な役割分担・連携を図りつつ、子どもに関する家庭その他のからの相談に応じ、子どもが有する問題又は子どもの真のニーズ、子どもの置かれた環境の状況等を的確に捉え、個々の子どもや家庭に最も効果的な援助を行い、子どもの福祉を図るとともに、その権利を擁護する行政機関
49		児童心理治療施設	2	2	心理的問題を抱え、社会生活への適応が困難な満20歳未満の子どもたちを対象として短期間の入所を行ったり、保護者の元から通所し、医療的な視点から、生活支援や心理治療を行う児童福祉施設
50		乳児院	1	2	保護者の養育を受けられない乳幼児を養育する児童福祉施設。乳幼児の基本的な養育機能に加え、被虐待児・病児・障害児などに対応できる専門的養育機能を持つ。
51		児童養護施設	1	2	保護者のない児童や保護者に監護させることが適当でない児童に対し、安定した生活環境を整えるとともに、生活指導、学習指導、家庭環境の調整等を行いつつ養育を行い、児童の心身の健全な成長とその自立を支援する機能をもつ児童福祉施設。
52	障害児入所支援 (医療型・通所型)		1	2	重度・重複障害や被虐待児への対応を図るほか、自立(地域生活移行)のための支援
53	短期入所		1	2	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設、児童福祉施設等への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせて、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援
54	日中一時支援事業		2	2	障害者または障害児の日中における活動の場の確保とともに家族の就労支援と一時的な休息を目的に日中、障害福祉サービス事業所や障害者支援施設において、見守りや集団生活に適応するための訓練等の支援

設置状況 1 全国に必ず置かなくてはならない施設、もしくは全国で必須の事業
 設置状況 2 努力義務など、多くの都道府県・市町村で実施されている
 設置状況 3 法的には位置付けられているが、使われていない・事業化されていないことが多い

利用対象 1 子どもに関する制度・施設・事業などに障害児支援が含まれている
 利用対象 2 障害児全般もしくは養育環境に課題を有している子どもを対象としている
 利用対象 3 発達障害児支援に特化している

表 6 発達障害児の支援サービスマップ 機関・事業・サービスの基礎データ (23項目)

23項目	54項目	事業名	機関名	設置 ※1	対象 ※2
1	9		保育所	1	1
2	10		幼稚園	1	1
3	11		認定こども園	1	1
4	14	1歳6か月児健康診査・3歳児健康診査 (乳幼児健康診査)		1	1
5	15	事後指導(乳幼児健康診査)		1	1
6	20	巡回支援専門員整備 生活支援事業	(地域)	3	3
7	21	障害児等療育支援事業 生活支援事業	(地域)	3	2
8	22	診察(小児科・児童精神科)		2	2
9	23	障害児(者)リハビリテーション		3	2
10	24		基幹相談支援センター (地域生活支援事業)	2	2
11	25	障害児相談支援		2	2
12	26	児童発達支援		2	2
13	27	保育所等訪問支援		3	2
14	28	巡回相談(特別支援教育)		2	2
15	29	就学時健康診断		1	1
16	30	就学相談・就学先決定(教育支援委員会)		1	2
17	31	特別支援学校におけるセンター的機能		2	2
18	32	通級による指導(通級指導教室)		1	2
19	37	発達障害者支援センター運営事業	発達障害者支援センター	2	3
20	39	発達障害児及び家族等支援事業		3	3
21	43		児童館	1	1
22	45	放課後児童健全育成事業	放課後児童クラブ (児童クラブ・学童クラブ・学童保育)	1	1
23	48		児童相談所	1	2
設置状況1 全国に必置しなくてはならない施設、もしくは全国で必須の事業 設置状況2 努力義務など、多くの都道府県・市町村で実施されている 設置状況3 法的には位置付けられているが、使われていない・事業化されていないことが多い 利用対象1 子どもに関する制度・施設・事業なかに障害児支援が含まれている 利用対象2 障害児全般もしくは養育環境に課題を有している子どもを対象としている 利用対象3 発達障害児支援に特化している					

F 健康危険情報 該当なし

G 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

I 引用・参考文献

1 「児童福祉」の概念の整理

・日本の児童相談 続 前後 25 年の歩み
安田生命社会事業団 川島書店 1968
P19～P35

・現代児童福祉論〔第2版〕加藤俊二編著
ミネルヴァ書房 2009

・子ども家庭福祉学序説 実践論からのア
プローチ 柏女霊峰著 誠信書房 2019

・改正発達障害者支援法の解説 正しい理
解と支援の拡大を目指して 発達障害の支
援を考える議員連盟編著 きょうせい
2017

2 児童福祉法成立・改正からみえる障害 児支援

・障害者総合支援法改正法施行後 3 年の見
直しについて（中間整理）令和 3 年 12 月
16 日

・障害児通所支援の在り方に関する検討会
報告書 - すべての子どもの豊かな未来を目
指して令和 3 年 10 月 20 日 障害児通所支
援の在り方に関する検討会

3 児童福祉施策と発達障害児への支援

・発達障害者支援法と今後の取組み 発達
障害の支援を考える議員連盟〔編著〕 き
ょうせい 2005

・改正発達障害者支援法の解説 正しい理
解と支援の拡大を目指して 発達障害の支

援を考える議員連盟編著 きょうせい
2017

・発達障害者支援法ガイドブック 発達障
害者支援法ガイドブック編集委員会 編
河出書房新社 2005

4 発達障害児の支援サービスマップの作 成

○1 妊娠中の母親・両親学級

・父親のワーク・ライフ・バランス ～応
援します！仕事と子育て両立パパ【平
成 24 年度厚生労働省委託事業】（平成 24
年 10 月発行

https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/wlb_120621.pdf?msclid=2218b96ac7c911ecb2d6fd62b901c492
(2022/04/29)

○2 保健師・助産師等による訪問指導

・母子保健の現状 厚生労働省 HP
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001oujo-att/2r985200001oumv.pdf>
(2022/01/11)

○3・4 妊婦健診 産婦健診

・すこやかな妊婦と出産のために 厚生労
働省

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken13/?msclid=74c5efe6c7af11ecb6f83b8463465d27> (2022/04/29)

○5 新生児訪問指導

・「健やか親子 2 1（第 2 次）」の中間評価
等に関する検討会 報告書 令和元年 8 月
30 日

・「健やか親子 2 1（第 2 時）」の中間評価
等に関する検討会

・保健師・助産師による新生児訪問指導事

業の評価 育児不安軽減の観点から 佐藤厚子・北宮千秋・李相潤・面澤和子 日本公衛誌 第52巻第4号 平成17年

○6・7 産前・産後サポート事業 産後ケア事業

・産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン 令和2年8月 平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「産前・産後支援のあり方に関する調査研究」 公益社団法人 母子保健推進会議（主担当研究班）公益社団法人 日本産婦人科医会 公益社団法人 日本助産師会（分担研究班）の調査研究報告等を母子保健推進会議において取りまとめ

○8 子育て世代包括支援センター

・子育て世代包括支援センターの設置運営について（通知） 雇児発 0331 第5号 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知 平成29年3月31日

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc2680&dataType=1&pageNo=1 (2022/02/03)

・子育て世代包括支援センター業務ガイドライン 平成29年8月 平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子育て世代包括支援センターの業務ガイドライン案作成のための調査研究」

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedai_gaidorain.pdf (2022/01/10)

○9 保育所

○10 幼稚園

○11 認定こども園

・幼稚園・保育園での発達障害の考え方と対応 平岩幹男 少年写真新聞社 2008

・幼稚園・保育園での発達障害の考え方と対応 役に立つ実践編 平岩幹男 少年写真新聞社 2010

・障害児保育: 障害のある子どもから考える教育・保育 (乳幼児教育・保育シリーズ) 久保山茂樹、小田豊 光生館 2018

・ポケット判 保育士・幼稚園教諭のための障害児保育キーワード100 小川英彦 福村出版 2017

・障害児保育 鶴宏史 晃洋書房 2018
・日本の障害児(者)の教育と福祉—古くて新しい課題 浅井浩 田研出版 2012

○12 乳児家庭全戸訪問事業

・乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン 厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/131030_03-02.pdf (2022/01/10)

○13 養育支援訪問事業

・養育支援訪問事業ガイドライン 厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/131030_04-02.pdf (2022/01/10)

○14・15 乳幼児健診

・総説 乳幼児健康診査制度の変遷と健康診査情報の利活用について 梅木和宣 小児保健研究第77巻第6号 2018

・乳幼児身体発育評価マニュアル 令和3年3月改訂 平成23年度 厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究）「乳幼児身体発育調査の統計学的解析とその手法及び利活用に関する研究」 2021

・乳幼児健診マニュアル第6版 福岡地区小児科医会 乳幼児保健委員会 医学書院

2019

○16 児童委員・主任児童委員制度

・民生委員・児童委員について 厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/minseiiin/index.html (2022/01/12)

・ご存じですか？ 地域の身近な相談相手 「民生委員・児童委員」政府広報オンライン 内閣府大臣官房政府広報室 HP

<https://www.govonline.go.jp/useful/article/201305/1.html> (2022/01/12)

・民生委員のための障害児支援ハンドブック 小林雅彦著 中央法規 2019

○17 特定妊婦への支援

・子ども虐待対応の手引き（平成 25 年 8 月 改正版）厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課 P261～P264

・特定妊婦への対応と課題 日本周産期・新生児医学会雑誌第 56 巻第 4 号ワークショップ 2 「社会的ハイリスク妊婦」 水主川純 2021

○18 地域子育て支援拠点

・「地域子育て支援拠点事業の実施について」五次改正 子発 0326 第 7 号 令和 3 年 3 月 26 日 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知

<https://www.mhlw.go.jp/content/000638481.pdf> (2022/01/10)

○19 利用者支援事業

・利用者支援事業の実施について 六次改正 府子本第 334 号 2 文科初第 1906 号 子発 0326 第 8 号 令和 3 年 3 月 26 日 内閣府子ども・子育て本部統括官 文部科学省初等中等教育局長 厚生労働省雇用均

等・児童家庭局長通知

<https://www.mhlw.go.jp/content/000780492.pdf> (2022/02/03)

○20 巡回支援専門員整備（事業）

・地域生活支援事業等の実施について 改正平成 29 年 9 月 7 日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知 任意事業（6）巡回支援専門員整備

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/c>

[hiiki.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/c) (2022/02/03)

○21 障害児等療育支援事業

・地域生活支援事業等の実施について 改正平成 29 年 9 月 7 日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知 障害児等療育支援事業

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/c>

[hiiki.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/c) (2022/02/03)

・障害児（者）地域療育等支援事業ハンドブック その理解と円滑な実施のために 宮田広善編著 ぶどう社 2001

○22 診察

・乳幼児の発達障害診療マニュアル - 健診の診かた・発達の促しかた 洲鎌 盛一 医学書院 2013

・こころの医学入門: 医療・保健・福祉・心理専門職をめざす人のために 近藤 直司, 田中 康雄他 中央法規出版 2017

・ライブ講義 発達障害の診断と支援 鶴内山登紀夫 岩崎学術出版社 2013

・発達障害支援の実際 診療の基本から多様な困難事例への対応まで 内山登紀夫 医学書院 2017

・子ども家庭相談に役立つ児童青年精神医学の基礎知識 小野善論 明石書店 2009

○23 障害児(者)リハビリテーション

・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が集うリハビリ情報サイト PT-OT-ST.NET H007 障害児(者)リハビリテーション料(1単位)

○24 基幹相談支援センター

・詳説・相談支援 - その基本構造と形成過程・精神障害を中心に 萩原浩史 生活書院 2019

・基幹相談支援センターの役割のイメージ 厚生労働省 HP

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000100547.pdf?msclkid=0c603e40c7b211eca8ae5b8d49ddb71c>
(2022/04/29)

○25 障害児相談支援

・障害児支援施策 厚生労働省 HP

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000117218.html?msclkid=933ce44fc7b311eca739c56da6f94e55>
(2022/04/04)

・障害のある子の支援計画作成事例集 発達を支える障害児支援利用計画と個別支援計画 日本相談支援専門員協会編集 中央法規 2016

○26 児童発達支援

・児童発達支援ガイドライン 厚生労働省 児童発達支援ガイドライン策定検討会 2017

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/000171670.pdf>
(2022/02/03)

000171670.pdf

(2022/02/03)

・新版 障害児通所支援ハンドブック 児童発達支援 保育所等訪問支援 放課後等サービス 山根希代子 酒井康年 岸良至 エンパワメント研究所 2020

・児童発達支援のための個別支援計画の作成と実践 大塚晃(監修) 清水直治(監修) ジアース教育新社 2021

・障害のある子を支える児童発達支援等実践事例集 一般社団法人全国児童発達支援協議会編集 中央法規 2017

○27 保育所等訪問支援

・保育所等訪問支援の効果的な実施を図るための手引書 厚生労働省平成28年度障害者総合福祉推進事業 平成29年3月 一般社団法人全国児童発達支援協議会

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/000166361.pdf>
(2022/02/03)

○28 巡回相談(特別支援教育)

・特別支援教育について 特別支援教育の体制整備の推進 文部科学省 HP

https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetuhonmain/006/1294930.htm?msclkid=717132cfc7b611ecbf0165fa4d5cf84f
(2022/04/29)

○29 就学時健康診断

・就学時の健康診断マニュアル 平成29年度改訂 公益財団法人 日本学校保健会 https://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_H290040/index_h5.html?msclkid=4d2efc7bc7b711ec9165094fe672425b#1

(2022/04/29)

○30 就学相談・就学先決定(教育支援委

員会)

・共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進 平成 24 年 7 月 13 日 就学相談・就学先決定の在り方について 文部科学省 HP

https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryu/attach/1325886.htm?msclkid=fa153ceec7b711ec9ef431097f221615 (2022/04/29)

○31 特別支援学校におけるセンター的機能

・特別支援教育を推進するための制度の在り方について (答申) 平成 17 年 12 月 8 日 中央教育審議会 第 3 章 盲・聾・養護学校制度の見直しについて 2. 特別支援教育のセンター的機能について

https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/attach/1396568.htm?msclkid=95194491c7b811ec9fd4c6b84f1a207a (2022/04/04)

○32 通級による指導 (通級指導教室)

・初めて通級で指導を担当する教師のためのガイド 文部科学省 初等中等教育局 特別支援教育課

<https://www.mext.go.jp/tsukyu-guide/index.html?msclkid=75f9e6a2c7b911ecaaefbd8871de1a02> (2022/04/04)

・障害に応じた通級による指導の手引 解説と Q&A (改訂第 3 版) 文部科学省 編著 3 通級による指導の制度的位置付け

○33 子どもの心の診療ネットワーク事業

・母子保健医療対策等総合支援事業実施要綱「母子保健医療対策等総合支援事業の実施について」平成 17 年 8 月 23 日 雇児発第 0823001 号、厚生労働省雇用均等・

児童家庭局長通知 一部改正 平成 23 年 3 月 29 日 雇児発 0329 第 12 号

・厚生労働省：子どもの心の診療ネットワーク事業 国立リハビリテーションセンター 発達障害情報・支援センター HP <http://www.rehab.go.jp/ddis/data/report/mhlwc/?msclkid=58da3dd9c7ba11eca3914269fa7e167b>

(2022/04/29)

○34 かかりつけ医等発達障害対応向上研修 (事業)

・かかりつけ医等発達障害対応向上研修テキスト 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 2013 年

https://www.ncnp.go.jp/mental-health/kenshu/dd_taioryokukojo_H29.html (2022/04/04)

○35 発達障害診断待機解消事業 (発達障害専門医療機関初診待機解消事業)

○36 発達障害診断待機解消事業 (発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業)

・発達障害者支援施策の概要 厚生労働省 HP 発達障害診断待機解消事業の創設 (都道府県、指定都市)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/hattatsu/gaiyo.html?msclkid=b403fd45c7bc11ecb1423c3d69118d6c

○37 発達障害者支援センター運営事業 (発達障害者支援センター)

○38 発達障害者支援体制整備事業 (発達障害者地域支援マネージャー)

○39 発達障害児及び家族支援事業

○40 家庭・教育・福祉連携推進事業 (地域連携推進マネージャー)

○41 発達障害者支援地域協議会

・令和4年度 発達障害者支援施策について 令和3年度 発達障害支援の地域連携に係る合同会議 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室

<http://www.rehab.go.jp/application/fil616/4802/4273/R3.pdf?msclkid=da69c287c7bd11ec92f5750eae22e830>

(2020/04/29)

・アスペハート 46号雑誌(ペアレント・トレーニングを地域に広げるために) 岩坂秀巳 井上雅彦 中田洋二郎 NPO 法人アスペ・エルデの会 2017

・アスペハート 34号雑誌(発達障害と家族支援 ペアレント・トレーニングを中心に) NPO 法人アスペ・エルデの会 2019

・Q&A で考える保護者支援:発達障害の子どもの育ちを応援したいすべての人に 中川信子 学苑社 2018

・家庭や地域における発達障害のある子へのポジティブ行動支援 PTR-F—子どもの問題行動を改善する家族支援ガイド グレン・ダンラップ, フィリップ・ストレイン他 明石書店 2019

・発達障害のある子と家族の支援—問題解決のために支援者と家族が知っておきたいこと(学研のヒューマンケアブックス) 中田洋二郎 学研プラス 2018

・発達障害医学の進歩 no.24 発達障害児の家族支援 本城秀次 診断と治療社 2012

・ペアレント・メンター活動ハンドブック:親と地域でつながる支援 日本ペアレント・メンター研究会, 井上雅彦他 学苑社 2014

・発達障害の早期療育とペアレント・トレ

ーニング—親も保育士も、いつでもはじめられる・すぐに使える— 上野良樹金沢こども医療福祉センター・作業療法チーム他 ぶどう社 2021

・発達が気になる幼児の親面接:支援者のためのガイドブック 井上雅彦 原口英之 石坂美和 金子書房 2019

・保育者のためのペアレントサポートプログラム 高山恵子 学研 2016

○42 発達障害児者の地域生活支援モデル事業

・厚生労働省:発達障害者支援開発事業 国立リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センターHP

<http://www.rehab.go.jp/ddis/data/report/mhlw-d/> (2022/04/29)

○43 児童館

・児童館ガイドラインの改正について 子ども家庭局子育て支援課健全育成推進室 平成30年10月1日

https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000212051_00003.html?msclkid=408de018c7cf11eca8e5f3b57efbed2e (2022/04/04)

○44 (自立支援)協議会

・自立支援協議会のあり方を探る 自立支援協議会のあり方についての調査研究事業 調査研究委員会 2010

https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaiho/ken/cyousajigyou/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/01-08a.pdf?msclkid=c46517d5c7cf11ecba7522fe97243092 (2022/04/04)

○45 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)

・放課後児童健全育成事業について 厚生労働省 HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/kosodate/houkago/houkago.html?msclkid=ad934e20c7d011ec875175a05031263e
(2022/04/04)

○46 要保護児童対策地域協議会

・要保護児童対策地域協議会設置・運営指針

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv11/05.html?msclkid=ef912843c7ce11ec995c227d649bc4ae> (2020/04/04)

・要保護児童対策調整機関専門職研修テキスト——基礎自治体職員向け 金子 恵美, 佐竹 要平他 明石書店 2019

○47 児童家庭支援センター

・児童家庭支援センターの設置運営について 平成一〇年五月一八日 児発第三九七号 各都道府県知事、各指定都市市長あて 厚生省児童家庭局長通知

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta9237&dataType=1&pageNo=1&msclkid=9d7b7399c7ce11ec97265ba990883563
(2020/04/04)

・地域子ども家庭支援の新たなかたち——児童家庭支援センターが、繋ぎ、紡ぎ、創る地域養育システム 小木曾 宏、橋本達昌 生活書院 2020

○48 児童相談所

・児童相談所運営指針 雇児発 0123002号 平成19年1月23日

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv11/01.html?msclkid=40ac728ec7ce11ec895511b9156316bc>
(2022/04/04)

・児童福祉司研修テキスト——児童相談所職員向け 金子 恵美, 佐竹 要平他 明石書店

2019

・児童相談所 70年の歴史と児童相談“歴史の希望としての児童”の支援の探究 加藤俊二 明石書店 2016

・現代児童相談所論 竹中哲夫 三和書房 2000

・こころの科学 214 特別企画「児童相談所は、いま」金井剛編 日本評論社 2020

○49 児童心理治療施設

・情緒障害児短期治療施設運営ハンドブック (平成26年3月発行) 社会的養護第三者評価等推進研究会 情緒障害児短期治療施設運営ハンドブック編集委員会 厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 家庭福祉課

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/syakaiteki_yougo/dl/yougo_book_4.pdf?msclkid=03353c01c7d111ecb299829a606bf314
(2022/04/04)

・児童心理治療施設 指導監査セルフチェックリスト (令和4年度)

https://www.pref.miyazaki.lg.jp/documents/31512/31512_20220331142408-1.pdf?msclkid=03368181c7d111ecaa311bd02bb788b (2022/04/29)

・児童心理治療施設ネットワーク 全国児童心理治療施設協議会 HP

<https://zenjishin.org/?msclkid=033562a0c7d111ecb5867dd8b4044c6c>
(2022/04/29)

○50 乳児院

・乳児院運営ハンドブック (平成26年3月発行) 社会的養護第三者評価等推進研究会 乳児院運営ハンドブック編集委員会

厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 家庭福祉課 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000080103.pdf?msckid=5e21262cc7d211ec96a94368f5fd6c8f> (2022/04/04)

・乳児院運営指針 平成24年3月29日
厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/dl/yougo_genjou_05.pdf?msckid=5e20aae2c7d211ec8eba08a4d65b7f65 (2022/04/04)

○51 児童養護施設

・社会福祉法人 社会福祉協議会 全国児童養護施設協議会 HP
<https://www.zenyokyo.gr.jp/about/?msckid=402c08e2c7d311ec994304bba2585b86>
(2022/04/04)

・児童養護施設運営指針 平成24年3月29日
厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/syakaiteki_yougo/dl/yougo_genjou_04.pdf?msckid=402fb83bc7d311ecb23b6a90b112

d776 (2022/04/04)

○52 障害児入所支援（医療型・福祉型）

・障害児入所支援 厚生労働省 HP
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaiseihou/dl/sankou_111117_01-08.pdf?msckid=dcb93e4cc7d311ec8922aa90970578ef (2022/04/04)

○53 短期入所

・障害福祉サービスについて 厚生労働省 HP
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html?msckid=3904f5dac7d411ec872e470def580bab
(2022/04/04)

○54 日中一時支援

・地域生活支援事業の実施について 障発第0801002号 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部長 市町村任意事業実施要領
<https://www.mhlw.go.jp/content/000763293.pdf> (2022/04/04)

児童福祉領域からみた発達障害児支援

－Ⅱ 発達障害児のための支援サービス機能の分析－

研究分担者 小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部
研究協力者 中嶋 彩 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室
(福)子育て・発達の里 こころのサポートセンターネストやまなし
研究代表者 本田 秀夫 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室
研究協力者 槻館 尚武 山梨英和大学 人間文化学部
有泉 風 (福)子育て・発達の里 こころのサポートセンターネストやまなし

研究要旨

本研究は発達障害児のための支援サービス機能を整理し、就学前までの支援サービス機能をリストアップして明確にすることを目的とする。

日頃、発達相談に従事している支援者8名により、発達相談の実際について情報交換の後、概観した。その情報をもとに、合議制により発達障害児の支援において、「Ⅰ事例化前段階」「Ⅱ事例化・スクリーニング段階」「Ⅲインターフェイス段階」「Ⅳ直接支援段階」「Ⅴ就学移行の支援段階」「Ⅵ学齢期の支援段階」「Ⅶ就労移行支援段階」に分類することができた。本稿ではⅠ～Ⅳの詳細な内容について報告した。

A はじめに

本稿は、報告書Ⅰを受けて、発達障害の支援サービス機能を以下の方法を使ってリストアップすることを目的とする。

ける園訪問、健診、相談業務について報告し合い、支援サービスの機能について確認した。7回の会議を行う中で、発達障害支援のステージをⅦ段階に分類・整理し、各期における支援サービス機能をリストアップした。

B 方法

発達障害における支援サービスマップの支援サービス機能について、児童精神科医1名、発達相談に従事している専門家7名（公認心理師・臨床心理士 約25年以上2名、臨床発達心理士・公認心理師 約15年以上2名、公認心理師・臨床心理士 5年未満3名）により、市町村母子保健にお

C 結果と考察

乳児期から学童期にかけて発達障害児とその家族を支援するために必要な支援サービスの機能についてリストアップした。以下にその機能について示していく。

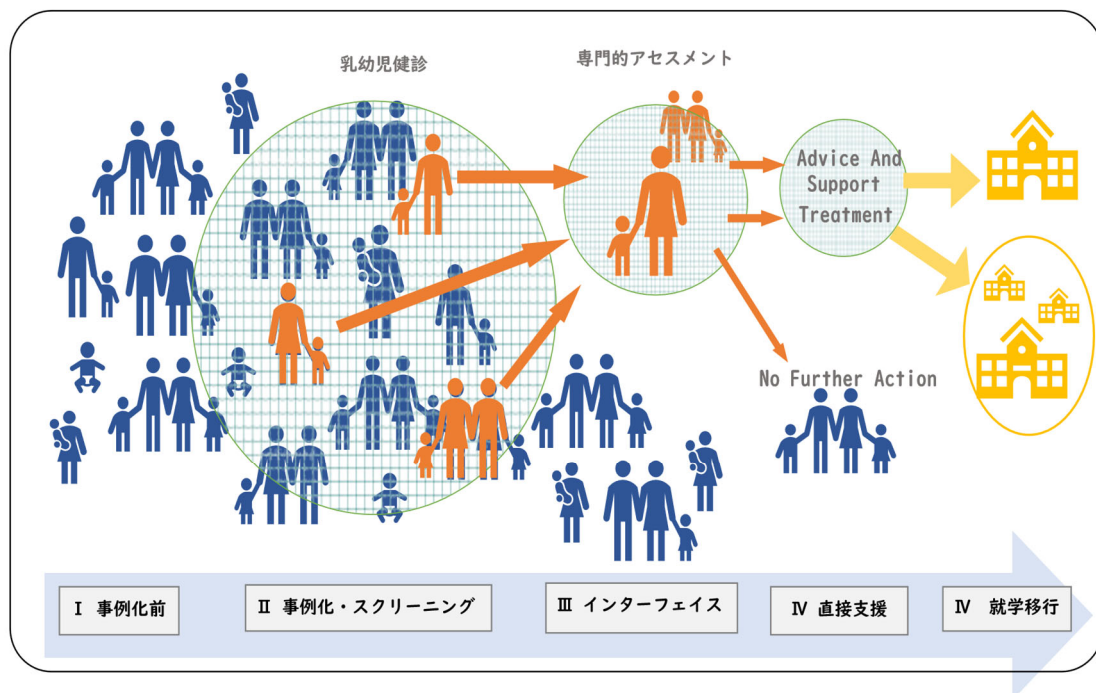


図1 事例化前から就学以降段階までの支援プロセス

1) 発達障害のための支援サービスマップの概要

発見から就学に向けての移行支援までの支援サービスの機能について、I～VIIまでの段階に分け支援サービスの機能を整理した。図1は、イングランド公衆衛生局(PHE)のスクリーニングテスト図をもとにして、日本における発達障害支援にかかる「事例化前から就学移行段階までの支援プロセス」に置き換えて図にしたものである。

I 事例化前段階

発達障害支援では、子育てに関わるものが子どもの成長の状態を把握し、介入していくことを前提としている。そのため、子どもの周囲が発達障害について正しく理解していることが、発達障害の発見に寄与し、適切に早期介入へと導くことにつながる。発

達障害支援とは、事例化する前から始まっているものである。

II 事例化・スクリーニング段階

乳幼児健診を中心としたスクリーニングシステムにより発達障害が、早期発見され、介入が始まる。発達障害は特性が弱い場合や、子どもの発達に関する情報を家族からの間接情報に頼ることも多く、1回のスクリーニングで把握するかどうかの判断に迷うことも少なくない¹⁾。また家族が障害に気づいていなかったり、指摘されたくないことも多い。そのため、子育て支援の枠組みの中で、子育て相談等の育児活動を通して絞り込んでいくプロセスを本田ら²⁾は「抽出・絞り込み法」と名付けている。そのプロセスにおいて、子育ての大変さに寄り添いつつ、育て方の悩みについての子育て相談

表 1 発達障害のための支援サービス機能(概要)

	段 階 名	内 容
I	事例化前〔段階〕	啓発、発見、情報提供
II	事例化・スクリーニング〔段階〕	『子育て相談』、 相談関係の構築と『気づき』の支援
III	インターフェイス〔段階〕	『発達相談』 特性理解の促進と医療への『つなぎ』の支援
IV	直接支援〔段階〕	直接支援と支援体制の構築
V	就学移行の支援〔段階〕	就学先への移行に向けた支援
VI	学齢期の支援〔段階〕	ライフステージに応じた支援
VII	就労移行の支援〔段階〕	就労への移行の支援

から、子ども自身に何らかの育てづらさの要因があることを家族が受け止め、事例化していくこととなる。

Ⅲ インターフェイス段階

子育ての悩みや不安を解消していくための相談『子育て相談』から、子どもの発達を理解していく『発達相談』が開始される。スクリーニングにより、障害が発見され、すぐに直接支援が開始される場合もあるが、支援が開始されているのにもかかわらず、家族がわが子の障害について受け止め切れず、不安が高まっていることも少なくない。こうした家族の心情に配慮しながら、受診を含めた医療機関の利用に向けて、動機づけを高め、納得して受診へとつながっていくよう支援することが大切である。

Ⅳ 直接支援段階

受診をきっかけにリハビリテーションや発達支援(療育)などさまざまな直接支援が開始される。それと同時に直接支援以外にも、本人を取り巻く家族や支援者、生活環境への調整など間接的な支援体制を整えてい

く。この時期、障害についての理解や受診の動機づけが低いまま直接支援が始まると、家族が障害を“治そう”とする気持ちが強くなりやすく、本人の状態に合わない関わりや過度なしつけを強いてしまう場合もある。

Ⅴ 就学移行の支援段階

直接支援が開始されると次に心配されるのは、就学により支援機関との繋がりが、それがたとえ一時的だとしても、途切れてしまうケースである。子どもの所属機関の移行においては、次の所属機関へスムーズに引き継がれるように支援していくことが必要であり、その後所属先が変わるごとに途切れない支援を続けていくことが望ましい。

Ⅵ 学齢期の支援段階

就学後は、学齢期、思春期とライフステージに応じた支援が必要であり、学校教育を中心として、特別支援教育によるさまざまな支援が開始される。また福祉サービスにおいても同様に個人のライフステージを背景に、家庭、本人と連携をしながら、支援が継続されていく。

表2 各段階における支援サービス機能の分析

I	事例化前段階	(啓発、発見、情報提供)
	a 知識啓発	(地域)
	b 知識啓発	(家族)
	c 早期発見・気づき	
	d つなぐかどうかの見極め	
	e 在籍機関への助言	(コンサルテーション、介入の接点探し、情報提供等)
	f 家族への情報提供	(社会資源や制度など)
II	事例化段階	(相談関係の構築と気づきの支援)
	a スクリーニング	
	b 初期相談『子育て相談』	(関わり方、子育て不安、発達の心配)
	c 初期アセスメント	情報収集
	d 『気づき』の支援	(相談契約・相談目的の共有)
III	前支援段階：	信頼関係の維持と特性理解の促進・つなぎの支援
	a 家族へのガイダンス 『特性理解』の支援	
	b 専門的アセスメント I	情報の整理 (アセスメント：子、家族、関係性、集団)
	c 個別発達相談	(関わり方の支援、育児不安、発達の心配等)
	d 親子グループ支援	(本人支援、関わり方、育児不安、発達の心配等)
	e 親グループ支援	(不安の解消、支持的支援等)
	f 『つなぎ』の支援：	(情報共有、受診勧奨等)
IV	直接支援段階：	直接支援の開始と支援体制の構築
	a 診察	
	b 専門的アセスメント II a	(心理、発達検査、行動観察等)
	c 環境の調整 (家庭・集団) 『訪問支援』	
	d 発達支援・療育	(個別、グループ)
	e リハビリテーション	(作業療法、理学療法、言語療法、心理療法)
	f 家族への心理教育	(特性に応じた対応)
	g ペアレントトレーニング	(行動に着目した対応)
	h 機関連携	(支援体制の構築)
	i 当事者団体の支援、	(ペアレントメンターシステムの支援)

VII 就労移行支援段階

学齢期が過ぎると就労へと移行支援が開始されていく。

2) 各段階における支援サービス機能の分析 (表2)

I 事例化前段階

- a) 知識啓発 (地域)
- b) 知識啓発 (家族)
- c) 早期発見と気づき
- d) つなぐかどうかの見極め
- e) 在籍機関への助言 (コンサルテーション、介入の接点探し、情報提供等)
- f) 情報提供 (社会資源や制度など)

事例化前段階は、周囲が発達障害について正しい知識を得られるよう、啓発していくことから支援が始まる。

a) 知識啓発(地域)」及び b) 知識啓発(家族)

発達障害は、その特性がみられても現段階で生活に支障がない、あるいは特性が薄いなどの場合、受診しても発達障害の疑いを指摘されるだけで、しばらく様子を見るように言われるか、もしくは家族や周囲がそのことに全く気付かないままになることもあり得る。その結果、子どもだけが生きにくさを感じ、それを抱えていることもある。しかし、子どもの生きにくさが日々の行動として顕在化するような状況が長引くと、家族、とりわけ親は自分の育て方のせいにしやすく、また子どもに対しても悪い面ばかりに目がいき、過度なしつけや厳しい養育態度に及んでしまうこともある。更には、

他の子どもと比較されやすいような場や同世代の子を持つ親との交流を避けてしまうこともある。

そのため家族が子育ての大変さを抱えこまないようにするためにも、本人が苦しみ続けないためにも、生きにくさ・生活のしづらさの一要因として、発達障害がある場合が考えられることを、わかりやすく知らせていく必要がある³⁾。家族や地域に啓発し、知識として広めていくことが、一人で悩んでいる家族や本人を支えていくことになる。そして周囲が発達障害について正しく理解することが発達障害の早期発見に寄与し、適切な早期介入へと導いていくのである。

そのために発達障害の支援の最初に必要な前提とは、子育てに関わる家族や支援者が「発達障害を知っている」ことであろう。

c) 早期発見・気づき

発達障害児支援は、母子保健における『育児(子育て)支援』の取り組みとして始まることが多い。母子保健法では、市町村が母子保健事業の実施主体となり、妊娠から出産、その後の親子の成長を継続して見守ることになっている。そのため日頃から子どもの様子をみている保育士や親子教室(子育て支援事業)などの子育て支援員によって、発達障害が発見されることは多い。

また近年では発達障害への理解が進んだことで、当事者家族が我が子の発達障害を心配し、子育て相談を通じて、介入に至る場合もある。

d) つなぐかどうかの見極め

他の子と違うと感じても、また特性があっても生活の支障がそれほどないために

ASDと診断されない人たちが存在することも知られている⁴⁾。そのため、保育士等は心理・発達の専門職につないで、早期支援を行うべきかどうか迷うことが多い。

つなぐかどうかを見極めるための判断に、現場の保育士等だけでなく、心理・発達の専門職等の助言が加わることで、広い視野で子どもの支援の方向性を判断しやすくなる。そしてなにより、支援の方向性を保育所などの現場だけで判断させないことは、保育士等の不安を解消し、安心して支援をしやすくさせる。そのための準備として、保育士等が子どもの日常の様子を観察しながら情報を整理収集していくことが、まず必要となる。

e) 在籍機関への助言(コンサルテーション、介入の接点探し、情報提供等)

心理・発達の専門職によるコンサルテーションにより支援の方向性が見い出されると、保育士等にとってはその子の対応についての不安が解消され、安心して子どもと関わるができるであろう。また子どもの状態に応じて、どのように介入していけばよいか、どこにつないでいけばよいかなど、コンサルテーションに基づいた最新の情報をもたらすこともできる。また子どもの支援は家族への対応が鍵である。家族への助言の仕方等についても、心理・発達の専門職の立場からコンサルテーションを受けられるのは保育士らにとって大きな助けとなる。そのためには、この専門職は、短時間の行動観察だけでなく、子どもの日常生活の様子を個人情報に留意しながら、確認する必要がある。

f) 情報提供(社会資源や制度など)

子どもの育てづらさを感じている家族が、自分だけで抱え込まなくてよいと感じられるよう、気軽に相談できる場を紹介することが、支援者に求められる。

子育てや困りごとに関するさまざまな情報を得る、あるいは子育てに関するちょっとした相談をスタッフにする中で、情報の有用性を理解し、より専門的に相談してみたいという気持ちを後押しする。そして心理職・保健師といったより精度の高い専門職に相談するきっかけとなり、必要なサービス(場合によっては医療機関)につなげていくことが可能となる。

どこにもつながっておらず、誰にも相談できずに悩んでいる場合、発達障害児(者)の家族が相談しやすい人や、相談しやすいツールがあると、メールやウェブサイトの利用を通して、必要な相談・援助につながるができる。

相談を受けている機関や支援者にとっては、家族が子どものことについて、専門的に相談をしてみたいという気持ちが高まっている時や、子どもの行動について心配なのでよく見て欲しいという時に、市の保健師等が家族に情報提供をし、すみやかにスクリーニングことで、今後の支援の介入がされやすくなる。

このように支援者は当事者家族が相談を求めた時に対応できる相談・援助機能を適切に使えるようアクセシビリティ機能を高め、発達障害児(者)本人またはその家族が相談したいと感じた時にいつでも介入できるようどこにつながればよいかなど、最新の社会資源の情報を得つつ、保健師・保育士などの担当者と連携をし、相談希望やきっか

けができた時にどこにどのようにつながかを話し合っておくことが大切となる。

II 事例化・スクリーニング段階

- a) スクリーニング
- b) 初期相談『子育て相談』（関わり方、子育て不安、発達の心配）
- c) 初期アセスメント
- d) 『気づき』の支援（相談契約・相談目的の共有）

母子保健における育児支援は、市町村保健師等による家庭訪問や乳幼児健診のほか、一般的な子育て支援として実施している両親学級や子育て教室などがある。また、乳幼児健診のフォローとして実施している心理・発達の専門職や保健師による個別相談やグループ活動、健康診査事後指導も母子保健における育児支援の枠組みとして実施されている。そのような一連の子育て支援の経過の中で、発達障害が事例化するきっかけとなるのが乳幼児健診である。

発達障害の特徴は、場面によって出現のしかたが変化しやすい。したがって、1回の健診で子どもの発達の特性を完璧に把握することは難しい。また、健診場面で保健師が子どもの発達特性に気づいた場合でも、その懸念を保護者と共有するには時間がかかることが多い。そのため、乳幼児健診で何らかの支援ニーズがありそうなケースをいったんすべて抽出し、親子で参加する遊びの教室や心理士による個別の相談などのさまざまな育児支援活動を通して絞り込んでいくことが一般的である。この「抽出・絞り込み法」²⁾によって、親のメンタルヘルスに配慮しながら、精度の高いスクリーニング

を行うことが可能となる。

a) スクリーニング

発達障害のスクリーニングは、1歳6か月健診や3歳児健診を中心として行われる。健診の時点では、子どもの発達の異常にまだ家族が気づいていないことも多い。たとえ気づいていたとしても、発達障害の可能性と結びつけて考えることには抵抗を感じる親も多い。また発達障害の特性が弱いケースでは、スクリーニングで把握とするかどうかの判断に保健師が迷うことも少なくない。したがって、一度で判断を定めてしまうのではなく、定期的にフォローアップしながら判断を固めていくことが多い。

健診後の介入においては、「課題ができるようになったか否か」だけに注目して介入しようとする、「できない=悪い」という印象を家族に強く植え付けてしまい、むしろ相談する意欲を低下させてしまう可能性がある⁵⁾。

その他、保育士等が日頃の保育活動において、発達の気になる子を市区町村の保健師等につないでくることがある。これも発達障害のスクリーニングの一端を担うことになるため、日頃から連携体制をつくっておくことが重要である。

b) 初期相談『子育て相談』（関わり方、子育て不安、発達の心配）

乳幼児期における子育ての不安・心配は食事や睡眠の問題などさまざまな内容の相談であり、その中に発達特性による行動問題が潜んでいる。しかしこの時期、家族は発達の心配を切り口に介入されることに抵抗を感じることも少なくない。そのため、

幅広く子育て（育児）支援の枠組みで健診を行い、家族の育児に関するさまざまな相談を受けるという姿勢を明確に示し、場合によっては細く長くでも相談を続けていくよう心掛け、相談関係を構築していく必要がある。

c) 初期アセスメント

初期相談（子育て相談）を通じて、情報収集を行い、発達特性の有無についてアセスメントしていく。

初期アセスメントの段階では、発達特性の証拠をつきつけるようなアセスメントではなく、家族が子どもの特性にどれだけ目を向けているか、子どもの状態を把握しているかにも注目し、家族の精神保健への配慮も行う必要がある。

d) 『気づき』の支援（相談契約・相談目的の共有）

家族の精神保健に配慮しながら、子どもの育てづらさの要因が育て方や関わり方の問題ではなく、子ども自身の特性にあるということに気づくことを支援していく。さらに、継続的でより専門的な相談につながることの意義を説明する。

この段階では、家族の気持ちは、「障害だからつながる」のではなく、あくまでも「子どもについて心配なことがある」という事実の受け止めであるため、この段階では「心配なこと＝障害」と結びついていないことが多い。不安に揺れる家族の気持ちを理解し、丁寧に相談支援を続けながら、タイミングを見計らいながら専門的な発達相談につなげていく。

III インターフェイス段階・『発達相談』特性理解の促進と医療への『つなぎ』の支援

- a) 家族へのガイダンス『特性理解』の支援
- b) 専門的アセスメント I
- c) 個別発達相談
- d) 親子グループ支援
- e) 親グループ支援
- f) 医療、サービスへの『つなぎ』の支援

この段階では、家族が受診への動機づけを高め、主体的に受診できるような支援が中心となる。

a) 家族へのガイダンス『特性理解』の支援

支援者は、家族のメンタルヘルスに配慮しながら、子どもの発達特性や子どものペースに合わせた子育てが重要であることを伝える必要がある。『特性理解』の支援は一度では終わらず、個別の相談や集団療育の場を利用しながら何度も繰り返し行い、家族が子どもの障害特性に向き合う心の構えを作っていく。

b) 専門的アセスメント I：情報の整理（アセスメント：子ども、家族、関係性、集団）

支援者が直接子どもと関わってアセスメントを行い、その情報を家族と共有する。加えて、家庭での様子、集団での様子を聴取しながら、子どもの状態をアセスメントしていく。家族からの情報や1対1（子どもと支援者など）の場面の情報だけでなく、保育士等と情報共有ができると、より正確なアセスメントができる。保育士から情報を得る際には、家族の同意が必要である。

c) 個別発達相談(関わり方の支援、育児不安、発達の心配等)

子ども自身に何らかの育てづらさの要因があることに家族が気づき、それを受け止めた段階では、相談の内容が一般的な子育て相談から発達に特化した相談へと変化してくる。

子どもに障害があることについて家族が抵抗を覚えるのは、自然なことである。また、子ども自身の特性だと説明されてもなお、自分を責め、メンタルヘルスに影響の出る家族は多い。支援者は、家族が葛藤や不安を素直に表出できるよう配慮し、安心して相談できる環境をつくっておく必要がある。その際、現在の子どもへの関わり方を肯定しながら、子ども自身が困っていることに目を向けてもらい、現実的、具体的な対応方法について話し合っていく。家族の不安を和らげながら、より専門的な発達相談あるいは医療機関の利用に向けて、家族の動機づけを高めていく。

d) 親子グループ支援(本人支援、関わり方、育児不安、発達の心配等)

健診の事後指導(二次フォロー)として集団療育(親子グループ支援)を実施する場合がある。この段階のグループはまだ診断がついておらず、家族の不安が高い状態であるため、子どもについて「何かしらの心配がある」という同じ悩みや心配を共有しているグループである。このグループでは、「自分だけではない」という安堵感のような思いを抱き、家族の不安解消につながることも多い。また、発達特性のある子どものいる家族を孤立化させないためにも、このグループでのつながりは重要な役割を持つ。こ

の時期に支え合った家族同士のつながりは、将来的に長く続くことが多い。そのため、子どもが成長し、かつてグループで一緒だった子ども同士の関係がなくなっても、親同士の関係は続いていることがよくある。身近なママ友には、発達特性のある我が子の相談はしにくく、おそらく理解してもらえないと感じているが、このグループで一緒だった親には安心して話ができ、共通話題を得られることが多い。

同じタイプの子ども集団で心地よい体験をすることで、子どもは集団に対する肯定的な認識を持つことができる。家族は、心地よい体験をしている子どもの様子を見ることで、子どもの成長の喜びを感じられる。支援者は、集団での子どもの過ごし方についてアセスメントすることができる。

しかしこの段階は、親自身が子どもの障害を理解し受け入れる途中の時期であるため、自分の子どもと他の子どもを頻繁に比較するなど過敏になっており、傷つき体験を抱きやすい。そのため、安全安心はもちろんのこと、支援者によってしっかりとファシリテートされた中でのグループ支援が必要である。

e) 親グループ支援(不安の解消、支持的支援等)

親子グループが親子ともども安定してきたら、子と親とを分離して、親だけをグループ化した支援を行う。

親グループにおいて、子どもに関しての愚痴を自由に語れるようになると、障害受容の初期段階を乗り越えられるようになる。この頃には子どもの状態について向き合う準備ができていることが多い。

一方で、高い不安が解消されずにグループ内の他の家族に依存しやすい状況もみられるため、依然支援者は、支持的支援などの配慮が必要である。

f) 医療への『つなぎ』の支援(情報共有、受診勧奨等)

親が子どもの状態について受け止められるようになった段階で、医療機関への受診について家族と話し合い、つなぐための準備に入る。

支援者は、地域で発達障がい診療を行っている医療機関に関する情報を日頃から得ておくのが望ましい。その情報を家族に伝えるとともに、必要に応じて支援の経過やアセスメントの情報を医療機関に引き継ぐための資料を作成し、受診の際に家族から医療機関に渡してもらう。

IV 直接支援段階(直接支援の開始と支援体制の構築)

- a) 診察
- b) 専門的アセスメントⅡa(心理・発達検査等)
- c) 環境調整(家庭・集団)・訪問支援
- d) 発達支援・療育(個別、グループ)
- e) リハビリテーション(作業療法、理学療法、言語療法、心理療法)
- f) 家族への心理教育(特性に応じた対応)
- g) ペアレントトレーニング(行動に着目した対応)
- h) 機関連携(支援体制の構築)
- i) ペアレントメンターシステム、家族同士のつながりの支援(家族会、ペアレントメンターへの紹介)

Ⅳ段階の中心的課題は診断である。また、受診をきっかけにリハビリや療育などさまざまな直接支援が開始される。アセスメントもより専門的になっていく。

a) 診察

発達障害の診療を専門に行っている医療機関の診察では、診断がなされることの他に、家族への心理教育的な関わりや、他機関との連携も視野にいたうえでの助言なども行われる。ただし、現状では発達障害の診療に熟練した医療機関が少ないことが課題である。

b) 専門的アセスメントⅡa(心理・発達検査等)

この段階では、認知特性、言語、知的機能を中心とした心理検査や日常生活での適応行動の把握などを通して、実際に日常生活の中で困っていることを減じてQOLを高めるための有効な支援を実施するためのアセスメントが行われる。

c) 環境調整(家族・集団)・訪問支援

発達障害の支援では、環境調整がきわめて重要である。発達障害のある子どもにとって不快な環境やわかりにくい環境は、不適応状態や問題行動を誘発しやすくなる。そこで、支援者は家庭や保育所に訪問し、発達障害児の様子について情報収集するとともに、必要に応じて環境の調整に関する助言を行う。たとえば、雑音が苦手な子どもをエアコン・換気扇から離れた席にする、苦手な状況から回避できる避難スペース(シェルター)を作る、短くてメリハリのある保育や授業プログラムを用意する、などである。

**d) 発達支援・療育(個別、グループ) 及び
e) リハビリテーション(作業療法、理学療法、
言語療法、心理療法)**

発達支援・療育及びリハビリテーションは、診断を受けた後の支援サービスの機能である。発達支援・療育は主に福祉領域で、リハビリテーションは医療領域で行われる。支援サービスの担い手は、前者は保育士や福祉・心理職(社会福祉士・公認心理師など)が多く、後者では作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・公認心理師などが多い。

**f) 家族への心理教育(特性に応じた対応)、
g) ペアレントトレーニング(行動に着目した対応)、
i) ペアレントメンターシステム**

直接支援段階の家族支援については、3つの支援サービス機能が必要である。

心理教育的支援では、家族が子どもの発達障害に関する知識や、支援制度やサービスに関する知識を学ぶ場を提供する。

ペアレント・トレーニングは、家族が発達障害のある子どもへの接し方を学ぶために開発されたプログラムである。

ペアレントメンターシステムは、ピアを活用した家族支援である。発達障害のある子どもの子育てを経験した先輩である親が、後輩の親への共感的なサポートを行う。

その他、子どもの二次的な精神健康問題障害への対応について、家族への心理教育的な支援も行われる。

h) 機関連携(支援体制の構築)

直接支援段階に至ると、多くの領域の支援者が関わるようになる。具体的には、母子保健の担当者(保健師)、市区町村の障害福祉担当者、保育士や幼稚園教諭等、児童発達支援の福祉職(保育士・公認心理師・社会福

祉士など)、障害児リハビリテーションの医療職(医師・作業療法士・言語聴覚士・公認心理師など)などが挙げられる。

そこで、必要な時に支援サービスについて協働、補完ができるよう、定期的に情報共有ができるような連携の仕組みづくりが必要となる。

本稿においては、就学前までの支援機能をリストアップすることを目的としているため、「V 就学移行の支援段階」～「VII 就労移行の支援段階」については、各支援サービス機能を記載するのみにとどめる。

V 就学移行の支援段階 (就学先への移行)

- a) 就学相談 (学校見学、就学先決定)
- b) 情報収集 (園訪問等)
- c) スクリーニング (就学時健康診断)
- d) 専門的アセスメント II b (心理検査、行動観察等)
- e) 就学への移行：(就学先への引継ぎ)

VI 学齢期の支援段階 (ライフステージに応じた支援)

- a) 教育
- b) 余暇活動支援
- c) ソーシャルスキルトレーニング
- d) 子どもへの心理教育 (告知、特性の理解)
- e) 子どもへの心理療法 (自分らしさの発見、自己理解)
- f) 家族への心理療法 (二次障害、思春期の対応等)
- g) 学校へのコンサルテーション

VII 就労移行の支援段階

- a) 『移行』の支援 II：(進学相談、就労相談)

D おわりに

結果と考察を通して「発達障害児の支援サービスマップの新サービス機能の I～IV の一覧を提示することで、本稿のまとめと

する。

謝辞

本論文を作成するにあたり、河西朱音様、小田切雄太様、村山正博様、松土裕美様、佐藤美理様にご協力いただきましたことを感謝申し上げます。

E 健康危険情報 該当なし

F 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

H 引用文献・参考文献

引用文献

- 1) 本田秀夫 精神科治療学 第 35 巻増刊号 6) 神経発達症の早期支援システム 2. 治療・連携システム, 星和書店 Pp63-66 2020 年 10 月
- 2) 本田秀夫、清水康夫：早期発見と早期診断. 清水康夫, 本田秀夫編著：幼児期の理解と支援—早期発見と早期からの支援のために, 金子書房, p37-53, 2012.
- 3) 本田秀夫 精神科治療学 第 35 巻第 7 号 精神医学の専門性と臨床の大衆性 星和書店. Pp681-685 2020
- 4) 本田秀夫 精神科 第 40 巻 第 1 号 特集 I 発達障害の臨床と課題 自閉スペクトラ無償の視点から見た精神疾患・精神障害の概念の再検討—「パラレルワールド」の精神医学の必要性— 2022
- 5) 中嶋彩 精神科治療学 第 29 巻増刊号

第Ⅱ部 ライフステージと発達障害 2)
幼児期 3、母子保健における早期発見と支
援 Pp133-135 2014年10月

参考文献

- ・辻井正次監修 明翫光宜編集代表 松本
かおり・染木史緒・伊藤大幸編集 発達障害
児者支援とアセスメントのガイドライン
金子書房 2014
- ・本田秀夫(2009)発達障害の長期経過 齊
藤万比古(編) 子どもの心の診療シリーズ
子どもの心の診療入門 中山書房
- ・本田秀夫(2018)第2章 生涯発達 第
一部 自閉スペクトラムに関する基礎的研
究(編)日本発達心理学会/藤野博・東條吉
邦(責任編集) 発達科学ハンドブック10
自閉スペクトラムの発達科学 新曜社
- ・(編)斎藤万比古 小枝達也 本田秀夫
ライフサイクルに沿った発達障害支援ガイ
ドブック 診断と治療社 (2017)

児童福祉領域からみた発達障害児支援

－Ⅲ 発達障害児のための支援サービスマップ作成の検討－

研究分担者 小林 真理子 山梨英和大学 人間文化学部
研究代表者 本田 秀夫 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室
研究協力者 中嶋 彩 信州大学医学部子どものこころの発達医学教室
(福)子育て・発達の里 こころのサポートセンターネストやまなし
研究協力者 槻館 尚武 山梨英和大学 人間文化学部
有泉 風 (福)子育て・発達の里 こころのサポートセンターネストやまなし

研究要旨

本研究は、就学前までの発達障害に関する23の機関、事業、サービス等の公的支援の基礎データ（報告書Ⅰ）を1軸とし、発達障害児のための支援サービス機能「Ⅰ事例化前段階」「Ⅱ事例化・スクリーニング段階」「Ⅲインターフェイス段階」「Ⅳ直接段階」（報告書Ⅱ）を2軸として、「発達障害児のための支援サービスマップ」の作成を検討した。また、今回仮作成した「発達障害児のための支援サービスマップ」を使って、A市・B市・C市にヒアリング調査を行った結果を報告した。

A はじめに

本稿では、報告書Ⅰ・報告書Ⅱを受けて、「発達障害児のための支援サービスマップ」の作成を検討した。

また、この「発達障害児のための支援サービスマップ」を用いて、3基礎自治体にヒアリング調査を行った。

B 研究1

(1) 方法

報告書Ⅰによる「発達障害児の公的支援の基礎データ」23項目（表1）を1軸とし、報告書Ⅱによる「発達障害児の支援サービス機能」Ⅰ～Ⅶ段階（表2）を2軸として、

以下のような手順で「発達障害児のための支援サービスマップ」（表3）を作成した。

（手順1）

市町村母子保健における相談業務に従事している専門家7名（公認心理師・臨床心理士 約25年以上 2名、臨床発達心理士・公認心理師 約15年以上 2名、公認心理師・臨床心理士 5年未満 3名）と児童精神科医1名の計8名により、予め作成した「発達障害児のための支援サービスマップ」を基に、実際の発達相談の場面について報告しあい、相談前から相談中、そしてその後までの一定の流れを確認した。

表1 発達障害児の支援サービスマップ 機関・事業・サービスの基礎データ（23項目）

23項目	54項目	事業名	機関名	設置※1	対象※2
1	9		保育所	1	1
2	10		幼稚園	1	1
3	11		認定こども園	1	1
4	14	1歳6か月児健康診査・3歳児健康診査 (乳幼児健康診査)		1	1
5	15	事後指導(乳幼児健康診査)		1	1
6	20	巡回支援専門員整備(地域生活支援事業)		3	3
7	21	障害児等療育支援事業(地域生活支援事業)		3	2
8	22	診察(小児科・児童精神科)		2	2
9	23	障害児(者)リハビリテーション		3	2
10	24		基幹相談支援センター (地域生活支援事業)	2	2
11	25	障害児相談支援		2	2
12	26	児童発達支援		2	2
13	27	保育所等訪問支援		3	2
14	28	巡回相談(特別支援教育)		2	2
15	29	就学時健康診断		1	1
16	30	就学相談・就学先決定(教育支援委員会)		1	2
17	31	特別支援学校におけるセンター的機能		2	2
18	32	通級による指導(通級指導教室)		1	2
19	37	発達障害者支援センター運営事業	発達障害者支援センター	2	3
20	39	発達障害児及び家族等支援事業		3	3
21	43		児童館	1	1
22	45	放課後児童健全育成事業	放課後児童クラブ (児童クラブ・学童クラブ・学童保育)	1	1
23	48		児童相談所	1	2
設置※1		設置状況1 全国に必置しなくてはならない施設、もしくは全国で必須の事業 設置状況2 努力義務など、多くの都道府県・市町村で実施されている 設置状況3 法的には位置付けられているが、使われていない・事業化されていないことが多い			
対象※2		利用対象1 子どもに関する制度・施設・事業なかに障害児支援が含まれている 利用対象2 障害児全般もしくは養育環境に課題を有している子どもを対象としている 利用対象3 発達障害児支援に特化している			

表2 発達障害児の支援サービスマップ 支援サービス機能一覧

I	事例化前段階	(啓発、発見、情報提供)
	a 知識啓発	(地域)
	b 知識啓発	(家族)
	c 早期発見・気づき	
	d つなぐかどうかの見極め	
	e 在籍機関への助言	(コンサルテーション、介入の接点探し、情報提供等)
	f 家族への情報提供	(社会資源や制度など)
II	事例化段階	(相談関係の構築と気づきの支援)
	a スクリーニング	
	b 初期相談『子育て相談』	(関わり方、子育て不安、発達の心配)
	c 初期アセスメント	情報収集
	d 『気づき』の支援	(相談契約・相談目的の共有)
III	前支援段階：	信頼関係の維持と特性理解の促進・つなぎの支援
	a 家族へのガイダンス 『特性理解』の支援	
	b 専門的アセスメントⅠ	情報の整理(アセスメント：子、家族、関係性、集団)
	c 個別発達相談	(関わり方の支援、育児不安、発達の心配等)
	d 親子グループ支援	(本人支援、関わり方、育児不安、発達の心配等)
	e 親グループ支援	(不安の解消、支持的支援等)
	f 『つなぎ』の支援：	(情報共有、受診勧奨等)
IV	直接支援段階：	直接支援の開始と支援体制の構築
	a 診察	
	b 専門的アセスメントⅡa	(心理、発達検査、行動観察等)
	c 環境の調整(家庭・集団)『訪問 支援』	
	d 発達支援・療育	(個別、グループ)
	e リハビリテーション	(作業療法、理学療法、言語療法、心理療法)
	f 家族への心理教育	(特性に応じた対応)
	g ペアレントトレーニング	(行動に着目した対応)
	h 機関連携	(支援体制の構築)
	i 当事者団体の支援、	(ペアレントメンターシステムの支援)

表3 発達障害児の支援サービスマップ ヒアリング用

発達障害のための支援サービスマップ		1歳6月健診・3歳児健診(乳幼児健康診査)	事後指導等(乳幼児健康診査)	児童相談所	保育所、幼稚園、認定こども園	放課後健全育成事業(放課後児童クラブ)	巡回支援専門員整備事業(地域生活支援事業)	障害児等障害児支援事業(地域生活支援事業)	診療(小児科・児童精神科医務)	障害児(者)リハビリテーション	障害者基幹相談支援センター(地域生活支援事業)	障害児相談支援	児童発達支援	保育所等訪問支援
関係法		母子保健法	母子保健法	児童福祉法	児童福祉法 学校教育法 改正認定こども園法	児童福祉法	障害者総合支援法	障害者総合支援法	医師法等	健康保険法等	障害者総合支援法	児童福祉法	児童福祉法	児童福祉法
事業の実施の有無							2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0
I	事例化前の時期：啓発、発見、情報提供													
1	知識啓発(地域)						2・1・0	2・1・0			2・1・0			
2	知識啓発(家族)	2・1・0					2・1・0	2・1・0			2・1・0		2・1・0	
3	早期発見・気づき	2・1・0		2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0			
4	つなぐかどうかの見極め	2・1・0		2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0			
5	在籍機関への助言(コンサルテーション、介入の検討探し、情報提供等)	2・1・0	2・1・0	2・1・0		2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0		
6	家族への情報提供(社会資源や制度など)	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0			
II	事例化の時期：相談関係の構築と気づきの支援													
1	スクリーニング	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0		2・1・0		2・1・0			
2	初期相談(子育て相談)：(関わり方、子育て不安、発達の心配)	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0			
3	初期アセスメント：情報収集	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0			2・1・0			
4	『気づき』の支援(相談契約・相談目的の共有)	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0			2・1・0			
III	前支援期：信頼関係の維持と特性理解の促進・つなぎの支援													
1	家族へのガイダンス(『特性理解』の支援)	2・1・0	2・1・0	2・1・0				2・1・0			2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0
2	専門的アセスメントI：情報の整理(アセスメント：子、家族、関係性、集団)	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0
3	個別発達相談(関わり方の支援、育児不安、発達の心配等)	2・1・0	2・1・0	2・1・0				2・1・0			2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0
4	親子グループ支援(本人支援、関わり方、育児不安、発達の心配等)	2・1・0	2・1・0	2・1・0				2・1・0			2・1・0		2・1・0	
5	親グループ支援(不安の解消、支持的支援等)	2・1・0	2・1・0	2・1・0				2・1・0			2・1・0		2・1・0	
6	『つなぎ』の支援(情報共有、受診勧奨等)	2・1・0	2・1・0	2・1・0		2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0
IV	直接支援の時期：直接支援の開始と支援体制の構築													
1	診察			2・1・0					2・1・0					
2	専門的アセスメントIIa(心理検査、行動観察等)			2・1・0					2・1・0	2・1・0	2・1・0		2・1・0	2・1・0
3	家庭環境・集団参加の環境の調整	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0		2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0		2・1・0	2・1・0
4	発達支援・療育(個別、グループ)	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0
5	リハビリテーション(作業療法、理学療法、言語療法、心理療法)	2・1・0								2・1・0			2・1・0	2・1・0
6	家族への心理教育(特性に応じた対応)	2・1・0	2・1・0						2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0
7	ペアレントトレーニング(行動に着目した対応)	2・1・0	2・1・0						2・1・0	2・1・0			2・1・0	2・1・0
8	機関連携(支援体制の構築)	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0	2・1・0
9	ペアレントメンター								2・1・0				2・1・0	

表4 8名の合議による支援サービス機能評価

	発達障害のための支援サービスマップ	保育所、幼稚園、認定こども園	放課後健全育成事業（放課後児童クラブ・児童館）	1歳6か月健診・3歳児健診（乳幼児健康診査）	事後指導（乳幼児健康診査）	児童相談所	発達障害者支援センター運営事業	障害者基幹相談支援センター（地域生活支援事業）	巡回支援専門員整備事業（地域生活支援事業）	障害児等療育支援事業（地域生活支援事業）	発達障害児および家族等支援事業	診療（小児科・児童精神科）	障害児（者）リハビリテーション	障害児相談支援	児童発達支援	保育所等訪問支援
		関係法	児童福祉法 学校教育法 改正認定こども園法	児童福祉法	母子保健法	母子保健法	児童福祉法	障害者総合支援法（発達障害者支援法）	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法（発達障害者支援法）	医師法等	健康保険法等	児童福祉法	児童福祉法
設置状況-利用対象		1-1	1-1	1-1	1-2	1-2	2-3	2-2	3-3	3-2	3-3	2-2	3-2	2-2	2-2	3-2
I 事例 化 前	a 知識啓発（地域）	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	1	1	1
	b 知識啓発（家族）	1	0	2	0	0	2	0	2	2	1	0	0	1	1	1
	c 早期発見と気づき	2	1	2	0	1	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	d つなぐかどうかの見極め	1	1	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	e 在籍機関への助言	0	0	2	1	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	f 情報提供	1	1	2	1	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0	0
II モニ タリ ング 前	a スクリーニング	0	0	2	2	2	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0
	b 初期相談『子育て相談』	2	1	2	2	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0
	c 初期アセスメント	0	0	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	d 『気づき』の支援	1	0	2	2	2	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0
III イ ン タ ー フ ロ ン ク ス 前	a 家族へのガイダンス『特性理解』の支援	0	0	1	2	2	2	1	0	1	2	0	0	1	1	0
	b 専門的アセスメントI	0	0	1	2	2	2	1	1	2	1	0	0	1	1	0
	c 個別発達相談	0	0	1	2	1	2	0	0	2	1	0	0	2	1	0
	d 親子グループ支援	0	0	0	2	1	2	0	0	1	2	0	0	0	1	0
	e 親グループ支援	0	0	0	2	1	2	0	0	1	2	0	0	0	1	0
	f 医療、サービスへの『つなぎ』の支援	1	0	2	2	2	2	1	1	2	0	0	0	2	1	0
IV 直 接 支 援	a 診察	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
	b 専門的アセスメントII『心理、発達検査等』	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	1	2
	c 環境調整（家庭・集団）『訪問支援』	0	0	1	2	2	2	2	0	1	0	0	2	1	1	2
	d 発達支援・療育（個別、グループ）	1	0	0	2	2	2	0	0	1	1	0	2	0	2	2
	e リハビリテーション（OT, PT, ST, CP）	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1
	f 家族への心理教育（特性に応じた対応）	0	0	0	2	1	2	1	0	0	2	2	2	2	2	2
	g パARENTトレーニング（行動に着目した対応）	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	1	1	0	1	0
h 機関連携（支援体制の構築）	1	1	0	2	2	2	2	0	1	0	1	2	2	2	2	
i 当事者団体の支援（PARENTメンター制度の支援）	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	

（手順2）

「発達障害児のための支援サービスマップ」の1軸・2軸でクロスする項目について、支援サービス機能を

- 2：十分に担っている
- 1：十分ではないが、担っている
- 0：行っていない

の3段階（2 1 0）を用いて8名がそれぞれ評価した。意見が異なる場合は、合議制により、最終評価を決定した。その結果を表4に示す。

※1軸による【設置状況-利用対象】は、表5のようになる。

表5 第1軸による設置状況-利用状況

設置状況1	全国に必置しなくてはならない施設、もしくは全国で必須の事業
設置状況2	努力義務など、多くの都道府県・市町村で実施されている
設置状況3	法的には位置付けられているが、使われていない、事業化されていないことが多い
利用対象1	子ども全般に関する制度・施設・事業の中に障害児支援が含まれている
利用対象2	障害児全般もしくは養育環境に課題を有している子どもを対象としている
利用対象3	発達障害児支援に特化している

(手順3)

表4から各期における支援サービス機能の特徴と課題について整理する。

(2) 結果と考察

I 事例化前段階

①【設置状況1】領域：表6赤枠—すべての市町村にあるすべての子どもが利用できる事業—

【設置状況1】領域 &
【利用対象1】⇒【利用対象2】

『I 事例化前段階』における【設置状況1—利用対象1】の評価において、【設置状況1】に該当する、全国に必置しなくてはならない施設、もしくは全国で必須の事業を赤枠で囲んだ。この赤枠内の【設置状況1】領域では、子ども全般を対象にした事業【利用対象1】から、何らかの課題を有した子どもを対象にした事業【利用対象2】がある。

以下、具体的に検討していく。

『I 事例化前段階』に含まれる、「I c 早期発見と気づき」の機能をもつ、赤枠で囲まれた事業は、保育所、幼稚園、認定こども園や放課後健全育成事業（放課後児童クラブ）である。これらの事業が早期発見の役割を担う。同じく赤枠内に位置づけられた【設置状況1—利用対象1】の事業に乳幼児健康診査事業がある。発達障害は1歳6月、3歳児の法定健診で発見されやすいが、母子保健では、母子健康手帳交付の段階から「子育て支援」事業は始まっている。子どもの成長を見守りながら、何らかの課題がみられる子どもについて早期発見していくという大きな役割を担っている。そして子どもたちの保育所等での生活や家庭生活の中で、何らかの課題が抽出されると【利用対象2】の支援事業である健診や健診事後指導事業に向けてスムーズに介入していく。この連携の中で「If 情報提供等が行われていくのであろう。

表6 『I 事例化前段階』における設置状況

	発達障害のための支援サービスマップ	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法	関係法
		児童福祉法 学校教育法 改正認定こども園法	児童福祉法	児童福祉法	母子保健法	母子保健法	児童福祉法	障害者総合支援法(発達障害者支援法)	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法(発達障害者支援法)	医師法等	健康保険法等	児童福祉法
	設置状況-利用対象	1-1	1-1	1-1	1-2	1-2	2-3	2-2	3-3	3-2	3-3	2-2	3-2	2-2	3-2
I 事例 化 前 段階	a 知識啓発(地域)	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	1	1
	b 知識啓発(家族)	1	0	2	0	0	2	0	2	2	1	0	0	1	1
	c 早期発見と気づき	2	1	2	0	1	2	0	2	2	0	0	0	0	0
	d つなぐかどうかの見極め	1	1	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0
	e 在籍機関への助言	0	0	2	1	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0
	f 情報提供	1	1	2	1	2	2	0	2	2	2	0	0	0	0

児童相談所は同じ赤枠内の【利用対象2】にある。児相が子育て支援という枠組みでの支援に位置づけられているのは、子どもたちの安心、安全を守るためには早い段階で介入することが必要不可欠だからであろう。しかし近年の社会的養護の子どもの急増を考えると、児童相談所は社会的養護の必要がある家庭という限られた利用対象への支援にならざるを得ない現状がある。そのため『事例化前の段階』において、児童相談所が何らかの課題がある子どもたちの生活に寄り添うためには、同【設置状況1】内の市町村設置である事業とは体制に大きな差があることを踏まえ、都道府県と市町村の分担をより明確にする必要がある。その上で、相談支援の質の担保等体制整備が求められる。

②【設置状況2または3】領域：表6黄枠—すべての子どもの生活の場に出向く—

【設置状況2または3】領域 & 【利用対象2】 + 【利用対象3】

この『I事例化前段階』において、子どもに何らかの課題があることに支援者が気づき始めると「I d つなぐかどうかを見極める」業務が必要となる。しかし、まだスクリーニングもされていない段階であるため、保健師や心理・発達専門職らが保育所など、子どもの生活の場に出向くことになる。そして「I d つなぐかどうかの見極め」も含め、「I e 在籍機関へ助言」をすることで、保育所等の在籍機関は支援の方向性を見出すことができる。そのため、この段階で必須の役割を果たす保健師や心理・発達専門職

が出向くことができる事業を整理した。これが黄色の枠で囲んである領域の事業【設置状況2あるいは3】である。

この領域の事業は、【利用対象2】の障害児等療育支援事業(地域生活支援事業)や利用対象を発達障害児支援に特化した【利用対象3】の巡回支援専門員整備事業(地域生活支援事業)であるが、【設置状況3(法的には位置付けられているが、使われていない、事業化されていないことが多い)】であるため、事業化されていないことも多い。

都道府県等の発達障害者支援センター運営事業は、【設置状況2】領域であるが、【利用対象3】と発達障害に特化しているため、この『I事例化前』の段階で、地域生活の場に寄り添い支援をしていく機能を果たすには制度設計段階から難しいとも言える。

同領域内に位置づけられている障害者基幹相談支援センター(地域生活支援事業)は、総合相談の業務を行っているが、障害がある、あるいは疑わしい人を対象としており、すべての住民(大人も子どもも)を対象にする一般相談とは分けて考えられている。そのため、このI段階での機能を担うことは少ないであろう。

③その他の機能「I a, b 啓発」「I f の情報提供」

「I a, b 知識啓発」事業の中心は、発達障害者支援センター事業である。発達障害者支援センターは【設置状況2】の黄枠領域でありながら、全県に設置されており、【利用対象3】の発達障害に特化した対象を支援する事業であるため、発達障害当事者の代弁として啓発を行っていくのであろう。

また保育所や幼稚園等は家族に向けて、ポスターを貼る、リーフレットを渡す、保護者会等講演会を実施するなど各園が工夫をこらして、知識啓発活動を実施している。また障害福祉にまつわる機関もまたが、その支援や実践への“正しい”理解を求めてさまざまな啓発活動を行っている。

II 事例化・スクリーニング段階

①【設置状況1】領域：表7赤枠

—すべての子どもの身近に専門家の存在がある—

II段階の中心課題は、発達障害を「IIaスクリーニング」し、事例化していくことである。そのため、この【設置状況1】領域の赤枠内の事業においては、【支援対象1】のすべての子どもと家族を対象とした、市町村における乳幼児健診事業や健診事後指導（【支援対象2】）が中心となる。

健診ならびに、健診事後指導では、医師の他、栄養士、心理・発達、言語等、多様な多専門職がそれぞれの立場ですべての子どもの成長に関わっていく。そして、すべての子どもたちの家族にとって、専門職身近な存

在として感じられること望ましい。ここでの子育てを支えられているという感覚と接点が相談のしやすさを育み、実際の相談のするきっかけにもなるであろう。

この段階は気軽に子育ての不安や心配ごとを相談できることが大切である。具体的には、「IIb初期相談『子育て相談』」やアクセシビリティ機能の高い、保育所や幼稚園や放課後児童クラブ等において、保育士らが気軽に相談を受けている。

同じ赤枠の領域内の児童相談所は、子育てが辛くなった時にいち早くSOSを受け止める機関としての役割を求められているのだろう。しかし、実際には、緊急性と強制性を求められることが多くなっており、介入においては立場が難しいものと推察する。

②【設置状況2または3】領域：表7黄枠—【設置状況1】領域：赤枠を支えるバックアップ機能—

IIの段階では、黄枠の【設置状況2あるいは3】領域の巡回支援専門員整備事業（地域生活支援事業）や障害児等療育支援事業（地域生活支援事業）は、心理・発達アセスメン

表7 『II事例化・スクリーニング段階』における設置状況

事例化・事例	発達障害のための支援サービスマップ	【設置状況1】領域：赤枠					【設置状況2または3】領域：黄枠					【設置状況1】領域：赤枠を支えるバックアップ機能				
		保育所、幼稚園、認定こども園	放課後健全育成事業（放課後児童クラブ・児童館）	高6月健診・3歳児健診（乳幼児健康診査）	事後指導（乳幼児健康診査）	児童相談所	発達障害者支援センター運営事業	障害者基幹相談支援センター（地域生活支援事業）	巡回支援専門員整備事業（地域生活支援事業）	障害児等療育支援事業（地域生活支援事業）	発達障害児および家族等支援事業	診察（小児科・児童精神科）	障害児（者）リハビリテーション	障害児相談支援	児童発達支援	保育所等訪問支援
関係法		児童福祉法 学校教育法 改正認定こども園法	児童福祉法	母子保健法	母子保健法	児童福祉法	障害者総合支援法（発達障害者支援法）	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法（発達障害者支援法）	医師法等	健康保険法等	児童福祉法	児童福祉法	児童福祉法
設置状況-利用対象		1-1	1-1	1-1	1-2	1-2	2-3	2-2	3-3	3-2	3-3	2-2	3-2	2-2	2-2	3-2
事例化・事例	a スクリーニング	0	0	2	2	2	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0
	b 初期相談『子育て相談』	2	1	2	2	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0
	c 初期アセスメント	0	0	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0
	d 『気づき』の支援	1	0	2	2	2	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0

トができる専門職を抱えている。そこでは、健診による1回のスクリーニングで把握されなかった、あるいは当事者家族と関係を作ることが出来なかったといった市町村のスクリーニングシステムにうまく乗れなかった子どもたちの「IIc 初期アセスメント」や「II b 初期相談」を担うことができる。しかし前述のように【設置状況3】であるため、事業化されていないことも多い。

発達障害者支援センター運営事業は、この段階のすべての機能をそろえているが、【支援対象3】の発達障害に特化した事業であるため、発達障害の可能性について向き合っている家族のみの利用となることが多い。そのため、実際にこの事業につながるにはアクセシビリティやアウトリーチ機能等の工夫が必要であろう。

III インターフェイス段階

①【設置状況1】：表8赤枠+【設置状況2あるいは3】領域：表8黄枠

—適切な支援への導き（地域支援との分断）と家族のメンタルヘルス機能の支え—

『III インターフェイス段階』では、子どもをアセスメントし、適切な支援に導くこと

である。しかし家族は、子どもの障害に向きあうこととなるため、メンタルヘルスの悪化を支える支援が必要となる。

この段階の中心的支援は、「IIIc 個別発達相談」で、事後指導(乳幼児健康診査)が中心となる。

具体的には、「IIIb 専門的アセスメント」を基に、子どもの特性を家族が理解し（IIIa 家族へのガイダンス、特性理解の支援）、納得して、適切な専門機関に繋げていけるよう支援していく（「III f 医療、サービスへの『つなぎの支援』」）。

この段階の支援機能を補完するのが、【設置状況2、3 利用対象2、3】領域：黄枠の事業となる。しかし、例えば、巡回支援専門員整備事業は、個人契約などの支援ではなく、巡回を計画しての訪問型支援のため事業実施後は支援を終了せざるを得ない。また、障害児等療育支援事業(地域生活支援事業)は継続支援事業ではないため、支援度は下がる。

赤枠領域内にある保育所・幼稚園等の支援度はほぼ0になっている。この段階において、家族は、我が子以外の子どもたちとの違いに圧倒され、個別的による相談を希望

表8 『III インターフェイス段階』における設置状況

	発達障害のための支援サービスマップ	関係法	保育所、幼稚園、認定こども園	放課後健全育成事業(放課後児童クラブ・児童館)	1歳6か月健診・3歳児健診(乳幼児健康診査)	事後指導(乳幼児健康診査)	児童相談所	発達障害者支援センター運営事業	障害者基幹相談支援センター(地域生活支援事業)	巡回支援専門員整備事業(地域生活支援事業)	障害児等療育支援事業(地域生活支援事業)	発達障害児および家族等支援事業	診療(小児科、児童精神科)	障害児(者)リハビリテーション	障害児相談支援	児童発達支援	保育所等訪問支援
			児童福祉法 学校教育法 改正認定こども園法	児童福祉法	母子保健法	母子保健法	児童福祉法	障害者総合支援法(発達障害者支援法)	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法	障害者総合支援法(発達障害者支援法)	医師法等	健康保険法等	児童福祉法	児童福祉法	児童福祉法
設置状況-利用対象			1-1	1-1	1-1	1-2	1-2	2-3	2-2	3-3	3-2	3-3	2-2	3-2	2-2	2-2	3-2
III イン ター フェ イス	a	家族へのガイダンス『特性理解』の支援	0	0	1	2	2	2	1	0	1	2	0	0	1	1	0
	b	専門的アセスメントI	0	0	1	2	2	2	1	1	2	1	0	0	1	1	0
	c	個別発達相談	0	0	1	2	1	2	0	0	2	1	0	0	2	1	0
	d	親子グループ支援	0	0	0	2	1	2	0	0	1	2	0	0	0	1	0
	e	親グループ支援	0	0	0	2	1	2	0	0	1	2	0	0	0	1	0
	f	医療、サービスへの『つなぎ』の支援	1	0	2	2	2	2	2	1	1	2	0	0	2	1	0

し、ややもすると孤立化に陥りやすい。

以上のように、この時期は、子どもの障害を認めるのが辛く、家族のメンタルへの悪化が懸念される。そのため、家族の不安が高まりやすく、健診事後指導の事業等で行っている「Ⅲd 親子グループ支援」や「Ⅲe 親グループ支援」は家族の支えになるであろう。

この支援機能を補強するものとして【設置状況 2、3】領域：黄枠の中に発達障害児および家族等支援事業がある。家族の不安が高まる時期であるからこそ、家族のサポーターを増やしていく事業であろう。

②支援事業の広がりの影響ー福祉サービス事業：表 8 緑枠への広がりー

福祉サービス事業：
【設置状況 2】 + 【利用対象 2、3】
障害児相談支援、児童発達支援、保育所等訪問支援

緑枠の契約事業である福祉サービス事業が利用できる事業所・事業をとって広がり始める。

この緑枠は【利用対象 2】であり、何らかの課題がある子どもが対象になるが、契約事業であるため、発達障害児の家族が障害について一定の理解していることが前提である。

この段階は、家族が、子どもの障害について向き合わなくてはならなくなる。そのため、「専門的アセスメント I」を踏まえた支援につながるよう配慮する必要がある。

一方でこの段階は、「専門的アセスメント I」と家族のメンタルヘルスサポートの両方を担う必要性が高いが、これらの機能は

赤枠内にしかなく、結果として、心理・発達専門職による支援は減少する。

IV 直接支援段階

① 支援事業の広がり と 診療・専門的アセスメントの不足

医療：【設置状況 2、3】 + 【利用対象 2】

診療（小児科、児童精神科）
障害児（者）リハビリテーション

福祉サービス事業：

【設置状況 2】 + 【利用対象 2、3】
障害児相談支援、児童発達支援、保育所等訪問支援

『IV 直接支援段階』において、必要なことは、診断または専門的アセスメントに基づき、発達障害の特性を正しく受け止めた上で支援を行うことである。また発達障害の場合は、発達支援・療育、家族への支援、環境調整といったさまざまな支援機能がある。その支援を行う事業は、緑枠の福祉サービス事業が担っていく。しかしこれだけたくさんの直接支援を行う機関・事業があるのにも関わらず、「IVa 診察」は医療機関のみである。

発達障害の診断をするためには「IVb 専門的アセスメント II a」が必要である。そのため、成育歴聴取や心理・発達検査、行動観察など発達障害の診断を行うための時間を、通常の診療時間にどう捻出するかが課題であろう。（そのため表の中にはないが、「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」などが平成 31 年度に新設されている。）

表9 『IV直接支援段階』における設置状況

発達障害のための支援サービスマップ	関係法	育所、幼	放課後健全育	1歳6か月健診・	事後指導(乳	発達障害者	障害者基幹	巡回支援専門	障害児等療育	発達障害児	診療(小児	障害児(者)	障害児相談	児童発達支	保育所等訪	
		童、認定	成事業(放課	健診・	児健康診											児相談
設置状況-利用対象		児童福祉法	児童福祉法	母子保健法	母子保健法	児童福祉法	障害者総合	障害者総合	障害者総合	障害者総合	医師法等	健康保険法等	児童福祉法	児童福祉法	児童福祉法	
		1-1	1-1	1-1	1-2	1-2	2-3	2-2	3-3	3-2	3-3	2-2	3-2	2-2	2-2	3-2
a 診療		0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
b 専門的アセスメントⅡa『心理、発達検査等』		0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	1	2
c 環境調整(家庭・集団)『訪問支援』		0	0	1	2	2	2	2	0	1	0	0	2	1	1	2
d 発達支援・療育(個別、グループ)		1	0	0	2	2	2	0	0	1	1	0	2	0	2	2
e リハビリテーション(OT,PT,ST,CP)		0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1
f 家族への心理教育(特性に応じた対応)		0	0	0	2	1	2	1	0	0	2	2	2	2	2	2
g パアレントトレーニング(行動に着目した対応)		0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	1	1	0	1	0
h 機関連携(支援体制の構築)		1	1	0	2	2	2	2	0	1	0	1	2	2	2	2
i 当事者団体の支援(ペアレントメンター制度の支援)		0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0

また診療を使わず緑枠のみの「直接支援」を利用する場合は、「専門的アセスメントⅡa」をする機関が少なく、心理アセスメントの実施に関しては、緑枠の「直接支援」先に委ねられていることが多い。

②支援の中心の変更 表9 赤枠⇒青、緑枠
インクルージョン推進のためのアウトリーチ支援

この段階で中心となる支援事業は青枠の医療領域と緑枠の福祉サービス領域となる。一方で福祉サービスや医療を必要としない発達障害児とその家族は、【設置状況Ⅰ】の赤枠領域における支援が行われることになる。

福祉サービスを契約している発達障害児は、保育所や学校などの地域で支援をうけるために、保育所等訪問支援事業を利用することができる。福祉サービスを利用しない発達障害児への支援は、障害児等療育支

援事業が担うことができるが、【設置状況3】と低い。発達障害特性はあるものの診断は受けずに地域で暮らしている発達障害児もまた、地域(保育所等)で生活していくための支援を必要とするが、受け入れ側の保育所などの地域の支援者への助言等コンサルテーションは「障害児等療育支援事業」で行われているのみである。

(3) まとめ(研究1)

I 事例化前段階

「I 事例化前段階」では生活の場である保育所等に心理・発達専門家が出向いて保育士らを支えていく支援モデルが展開されていく。それによりすべての子どもへの支援について考えていくことができる。また外部からの支援により現場の保育士らが心理・発達の専門性や発達支援について助言を受けることで、保育所等全体が発達障害の理解を深めていくこととなる。

すべての子どもが生活しやすい支援を整えていくサポートであり、ユニバーサルデザイン化の推進となっていくであろう。

現状の課題

- ・気づきの段階において地域の支援に向向いていく発達・心理専門職の不足

II 事例化、スクリーニング段階

「II事例化、スクリーニング段階」では、乳幼児健康診査を中心としたスクリーニングシステムにより発達障害を早期に発見し介入が始まる。このように赤枠では、医師、言語、発達・心理等専門職が配置されており、地域において身近な専門家として、子どもへの支援と子育て相談(支援)を行っている。

また黄枠の支援は、乳幼児健康診査のスクリーニングによってうまくつながらなかった子どもたちのスクリーニングを担うバックアップシステムとしての事業が展開していくことにより、子育て相談(支援)から、子ども自身に何らかの育てづらさの要因があることを家族が受け止め、事例化していく。

現状の課題

- ・児童相談所や発達障害者支援センターなどのアクセシビリティ問題
- ・スクリーニングにより把握されなかった子どもへのバックアップシステムの不足

III インターフェイス段階

「IIIインターフェイス段階」では、子育て相談から発達相談開始の時期であり、家族は子どもの障害について向き合わなければ

ならない。

そのため専門的アセスメントを踏まえた適切な支援への導きと家族のメンタルヘルスサポートが必要な時期となる。

現状の課題

- ・つなぎの支援の重要性の認識の不足

IV 直接支援

「IV 直接支援」では、多くは受診をきっかけにリハビリテーションや発達支援(療育)など直接支援が開始される。直接支援としては、発達支援・療育、家族への支援、環境調整といったさまざまな支援機能が準備されている。

一方、発達障害特性はあるものの診断は受けずに地域で暮らしている発達障害児は地域(保育所等)で生活していくための支援を必要とする。また発達障害児を受け入れる保育所等へのコンサルテーションなども必要になっていく。

このことから、医療・福祉領域における直接支援と、日常の子育ての中での困りごと・心配などに対応する子育て支援が必要に応じて利用されていく仕組みづくりにより、インクルージョンの推進に繋がっていく。

現状の課題

- ・直接支援の実施機関での専門的アセスメント機能の不足
- ・地域(保育所等)生活主体の支援の不足

C 研究2

(1) 方法

「発達障害児のためのサービスマップ」を用いて、A市、B市、C市の3市にヒアリン

グ調査を実施した。

(2) 結果と考察

① A市

I 事例化前段階

・「I c 早期発見と気づき」の部分は、保育所等や児童館では、気になる子がいれはすぐに市に連絡がくるようになっており、市の地区担当保健師と常に情報共有をしている（「I 情報提供」）。

・市の子ども包括支援事業の中における発達障害児および家庭等支援事業において、地域の保育所に心理専門職と保健師が出向き、子どもを観察しながら、「早期発見」や「I c 機関への助言」を行っている。

・市の事業による保育所等訪問では、回数が足りない、または困難事例等においては、Y県障害児(者)地域療育等支援事業による園訪問において地域療育コーディネーターや心理専門職を派遣し、共に出向きフォローしている。この事業による園訪問は、IV段階の困難事例等の対応まで行われる。

・児童相談所は、A 発達障害者支援センターを利用しているため、発達障害の支援を目的に利用することはない。

・「啓発」は、過去に市民向け講座を市の独自の事業として行ったことがある。

II スクリーニング段階

・健診や子育て相談を充実させており、すべての一人目の子が生まれた時に、親子教室を行い、子育ての相談を受けるなど市の保健師との関係を築いている。

・健診でフォローできなかった子や健診でつなぐほどではないが、気になる子の対応について、市の健診で今後つないでいくか

判断に迷う子どもについては、前述の子ども包括支援事業における園訪問を利用し、子どもの様子を観察し、必要に応じて「子育て相談」につないでいる。また園を通じて家族から相談を受け付けている。

・さらに就学に向けて子ども包括支援事業において、教育委員会と母子保健課が連携し、園への巡回訪問を実施し、教育相談を行い、就学へ移行している。

III インターフェイス段階

・健診事後指導において、心理、言語、医師の専門職による個別の相談を行っている。

・子ども包括支援事業の中にある発達障害児および家庭等支援事業において、発達障害の疑いがある、あるいは発達障害特性はあるが、小児リハビリや児童発達支援事業所に行くほどではないといった子どもの親子に対し、未満児、幼児、就学前幼児を対象にした、親子のグループを実施し、集団での様子を観察しながら、家族に対し、特性がある子どもの理解と子育てセミナーを実施している。

・重度の障害を持つ子どもに対しては地域の児童発達支援センターで、福祉サービスの契約前の子どもを対象にした親子グループを利用している。

IV 直接支援段階

・何らかの障害が明確な場合、小児リハビリを実施している病院や児童発達支援センターを利用している。

・知的に遅れのない発達障害の場合は、A 発達障害者支援センターや県の発達障害診断待機解消事業を利用し、診断を受ける。その後は、地域の園と市が連携しながら対応し

ている。

・A 発達障害者支援センター内の医療機関の待機が長く、発達障害診断待機解消事業を利用している。

・地域の園を利用する発達障害の子どもが多いが、地域（園）生活をフォローする事業が県の単独事業で実施している Y 県障害児（者）地域療育等支援事業しかなく、困難事例のみの対応となっているが、園から市への支援依頼は多い。

・子どもの発達支援、療育が開始されてからは、回数が少ないが家族に対して障害のある子どもの子育てについて発達相談で対応している。

・直接支援を開始している子どもの生活を支える保育所等訪問支援の事業所が地域にないため利用者が少ない。

・就学に向けて、健康増進課、学校教育課と連携して園の訪問を実施し、学校につないでいる。相談を利用するかどうか今まで迷っていた家族が、訪問をきっかけに市の相談につながってくることも少なくない。

・しかし年長時に新しくつながってきた場合、受診を希望しても、診察が込み合っており時間がかかってしまう。

② B市

I 事例化前段階

・市の独自の事業として、5歳児健診の代わりに、保健師が園を年2回巡回している。

・さらに地活の巡回支援専門員整備事業を昨年度より開始し、専門家が市内の保育園を巡回し、園に在籍している多くの気になる子どもに対し、子どもをアセスメントした上で、方向性について助言をしてもらえるようになった。さらに地域の園に通う発

達障害の子どもが増えている中、保育士のスキルアップを期待できる。

・Y 県障害児（者）地域療育等支援事業における巡回相談は、当市は県の管轄になっており、回数も年1回と限られているため、市のニーズと合わず連携が難しい。

・児童相談所は虐待対応が主であるため発達が主訴のケースを相談することはほとんどなく、実態が把握できない。

II スクリーニング・事例化期段階

・地域子育て支援拠点事業における子育て支援センターを駅前に設置、「子育て相談会」を実施しており、子育てについて初期相談の対応をしている。そして発達の気になる子は市と情報共有をし、対応している。

・基幹相談支援センターは、障害福祉を中心とした相談窓口であるため、診断前の方の相談を受ける機会は少ない。しかし市の福祉課の事業であり、市の保健師が在籍しているため、福祉課の事業として、巡回整備専門員における園巡回のマネジメントや市の保育士の資質の向上など発達障害を地域で受け入れるための支援を行っている。

III インターフェイス段階

・健診事後指導の一環である親子グループ支援は、市の子育て支援センターにて、子育て広場や子育て相談会を開催し、対応している。

・個別の発達相談と市の園巡回を通じて、園と連携し、家族の悩みと園での心配ごとについて連携して行っている。

IV 直接支援

・市内の児童発達支援センターは医療型し

がなく、市内の利用者が少ないため、地域とつながりは少ない。

・市内に県の B 医療福祉センターがあるため、子どものリハビリにはつながりやすい。

③ C市

I 事例化前段階

・市の障がい者支援担当課と基幹相談支援センター職員が中心となり、巡回支援専門員整備事業を行っている。市内の園を地域の児童発達支援事業所職員とともに巡回し、気になる子の把握を行っている。

II スクリーニング・事例化段階

・健やかサポート訪問で把握した子どもが適切な支援につながるよう、訪問にて継続的に支援を行っている。

・Y 県の発達障害児（者）地域療育等支援事業による保育所等訪問支援事業が園のニーズにより行われている。

III インターフェイス段階

・健診事後指導として、個別の発達相談を行っているが、いっぱい入れない、

・巡回支援専門員整備事業において、園訪問の次のステップとして、専門相談を実施し、訪問して気になる子どもと家族または、子どもについて心配している家族に対し、心理職による個別の専門相談を行い、適切な支援へつないでいる。心理相談の後は、発達支援課の保健師や基幹センター職員らが継続してフォローしている。

・把握する子どもの数が多くなりすぎてしまっているのだが、巡回支援は発達障害に対しての事業であるため、課を超えた業務分担が難しい。

IV 直接支援段階

・市内に児童発達支援センターや児童発達支援事業所があり、多くの子どもたちが通っている。また保育所等訪問支援事業を実施されている

・気になる子を発見してもその先のつなぎの資源がない。

(3) まとめ

○ 3 市にヒアリング調査を行ったが、以下のような発達障害児に関して地域での特性がわかった。

A 市は、早期発見システムを充実させており、市における親子療育支援を中心として事業を行っている。

B 市は、子育て支援を充実させており、医療型の児童発達事業所しかないため、地域保育所の障害児保育のスキル向上を目指し、巡回支援や研修会に力を入れている。

C 市は、児童発達支援センターもあり、保育所等支援も行われているが、地域の保育園で生活している診断前の子どもたちに対する支援を充実させるために訪問を行っている。障害児通所支援事業所はあるため、すぐに支援につながりやすいが、診断のための医療機関へのつなぎ先が少ない。

○ 以下の 2 点について、ヒアリング調査を経て、「発達障害児のための支援サービスマップ」について検討していく必要がある。

・支援サービス機関（子育て支援関連の施設）について

・支援サービス機能の評価の得点（障害者基幹相談支援センターの評価得点）について

D 健康危険情報 該当なし

E 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

F 知的財産権の出願・登録状況 該当なし

学校教育における発達障害者支援に関する学校と関係機関との連携体制に関する調査研究

研究代表者 本田秀夫（信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 田中裕一（公益財団法人兵庫県青少年本部 兵庫県立 山の学校）

研究要旨：学校教育における発達障害児支援に関する学校と関係機関との連携体制について把握することを目的として、法令や文部科学省の通知等を基に整理を行った。2007年4月の特別支援教育の制度化により、学校教育における発達障害児への教育が全国的に開始されることとなる。それに先駆けて、学校の体制整備を目的として「小、中学校におけるLD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制整備のためのガイドライン（試案）」（2004）を文部科学省が作成し、そこでは学校と関係機関との連携の必要性について触れられている。その後も、特別支援教育推進のために福祉等との連携の必要性を示した「特別支援教育の推進について（通知）」（2007）、教育の充実や合理的配慮の提供のための関係機関との連携を示した「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告）」（2012）、就学先決定等における関係機関との連携を示した「障害のある子供の教育支援の手引～子供たち一人一人の教育的ニーズを踏まえた学びの充実に向けて～」（2021）、個別の教育支援計画作成時に関係機関との情報共有の必要性を示した「学校教育法施行規則改正」（2018）などにより、学校と関係機関が連携するための体制づくりは行われてきた。年々、連携体制が構築されてはいるものの、地域や学校により格差があると思われる。今後は、全国、どの学校に在籍したとしても、幼児児童生徒の自立と社会参加のために、学校と関係機関との連携が実施できる体制づくりが求められている。

A. 概要と目的

学校教育における発達障害児支援に関する学校と関係機関との連携体制のための制度構築の状況について整理を行った。

るものを整理するとともに、学校と関係機関との連携についての法令等について整理する。

（倫理面への配慮）

本報告は、公にされている文献の概要を取り扱う調査であり、人権上の不利益に繋がる内容、企業等との利益相反は無い。

B. 研究方法

発達障害児の教育が位置付けられた特別支援教育の制度化以降の教育関連の法令や文部科学省の通知等から、発達障害に関する

C. 研究結果

特別支援教育の制度化以降の教育関連の法令や文部科学省の通知等から発達障害に関するものを整理した（表「学校教育における発達障害者支援に関する主な施策、法令、報告等」参照）。

そのうち、本研究と関連の深い学校と関係機関との連携に関する法令や通知について報告する。

(1) 「小、中学校における LD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制整備のためのガイドライン（試案）」文部科学省（2004）

2007 年度の特別支援教育の制度化に向けて、すべての小、中学校がどのような体制を構築すべきかについて示したガイドライン。発達障害のある子どもの教育において、小、中学校において関係機関との連携の必要性を示した。

その中では、国レベルの教育・福祉・医療等の関係機関との連携体制のための特別支援教育ネットワーク推進委員会の設置を、都道府県レベルでは広域特別支援連携協議会の設置、一定規模の地域レベルでは特別支援連携協議会の設置を求めている。また、教員だけでなく、心理学の専門家、医師等で構成する専門家チームの設置を都道府県に求めた。

さらに、各学校に対して、医療、福祉等の外部の専門機関等との連携の推進や専門家チームの活用を求めた。

(2) 「特別支援教育の推進について（通知）」文部科学省（2007）

これまでの特別支援学校を中心とした特殊教育からの転換により、障害のある子どもが在籍するすべての学校で実施されることとなった特別支援教育において、(1) ガイドラインに示されている内容を設置者や学校に求める通知。

各学校及び各教育委員会等に対し、必要に応じて、発達障害者支援センター、児童相談所、保健センター、ハローワーク等、福祉、医療、保健、労働関係機関との連携を図ることを求めた。

(3) 「学校教育法施行令の改正」及び「教育支援資料～障害のある子供の就学手続と早期からの一貫した支援の充実～」文部科学省（2013）

障害のある児童生徒の就学先決定の仕組みについて規定している学校教育法施行令を改正するとともに、その際の各設置者が実施する就学先決定の手続きに資する資料として作成した。

改正内容として、これまでの就学基準（学校教育法施行令第 22 条の 3）に該当する障害のある子どもは特別支援学校に原則就学するという就学先決定の仕組みを改め、障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、専門家の意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から、市町村教育委員会が就学先を決定することとなった。

そこで、教育支援資料では、就学先の決定に当たって、教育委員会担当者、教育・保育の担当者、保健・福祉の担当者、医療担当者等、多くの関係者が関わるようになることから、これまで以上にこれらの関係者が相互に密接な連携を図り、本人、保護

者も含めた関係者の合意形成のもと、円滑な就学支援ができることが求めている。

(4) 「放課後等デイサービスガイドライン」にかかる普及啓発の推進について（事務連絡）」文部科学省（2015）

小、中学校等に在籍している発達障害児の利用も多い放課後等デイサービス事業者の運営等に関するガイドラインを厚生労働省が作成し、放課後等デイサービス計画と学校で作成する個別の教育支援計画との連携を求めた。

そこで文部科学省は、学校との間で相互の役割の理解を深めるため、保護者の同意を得た上で学校における個別の教育支援計画等と放課後等デイサービス事業所における放課後等デイサービス計画を共有することなどにより、学校と放課後等デイサービス事業所との連携を求める事務連絡を発出した。

(5) 「文部科学省所管事業分野における障害を理由とする差別の解消の推進に関する対応指針の策定」文部科学省（2015）

「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（障害者差別解消法）が2013年に制定され、障害による差別的取扱いの禁止や合理的配慮の不提供の禁止が示された。制定時には、障害による差別的取扱いの禁止は国・地方公共団体等（国公立学校など）、民間事業者（私立学校など）ともに法的義務があり、合理的配慮の不提供の禁止については国・地方公共団体等（国公立学校など）は法的義務があったが、民間事業者（私立学校など）は努力義務とされた（2021年6月の障害者差別解消法改正

により、民間事業所に対しても法的義務となった。ただし、施行については、公布日から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日となっている）。その努力義務とはどのようなことであるかを示しているものが、対応指針になる。

その中では、合理的配慮の合意形成や研修・啓発などの場面において、医療、保健、福祉等の関係機関や障害者関係団体と連携することなどが求められている。

(6) 「改正発達障害者支援法」施行（2016）

発達障害者支援法は、議員立法により2004年12月に成立し、2005年4月1日から施行された法律であり、この法律により、発達障害の定義と法的な位置づけが確立され、これまで支援の対象から外れていたLD、ADHD、ASD等が支援の対象となった。2016年6月に、その法の目的・基本理念や定義、および国民の責務、就労の支援、教育等の内容が改正された。

そこでは、発達障害者の支援において、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関および民間団体相互の緊密な連携の下に、その意思決定の支援に配慮しつつ、切れ目なく行われなければならないことなどが示されている。

(7) 「発達障害を含む障害のある子どもに対する教育支援体制整備ガイドライン～発達障害等の可能性の段階から、教育的ニーズに気づき、支え、つなぐために～」文部科学省（2017）

障害者差別解消法制定や学校教育法の改正、学習指導要領の改訂など制度の変更が

あることから、(1) ガイドラインを全面的に見直した文書。

これまでのガイドラインでも、学校と関係機関との連携の必要性について示されていたが、今回のガイドラインで学校内における役割分担やその活用方法などについて、さらに具体的に記載されることとなった。

(8) 「「家庭と教育と福祉の連携『トライアングル』プロジェクト」報告」及び「学校教育法施行規則改正」文部科学省
(2018)

障害のある子どもの自立と社会参加のために、教育と福祉がより連携して、家庭や本人を支えることができるよう、文部科学省と厚生労働省の副大臣が立ち上げた「家庭と教育と福祉の連携『トライアングル』プロジェクト」の報告が2018年3月なされ、そこでは、学齢期の障害のある子どもが放課後等デイサービス等の福祉制度を利用しているが、取組内容の共有や緊急時の対応などの連携ができていないことが指摘された。

そこで、文部科学省は同年8月に学校教育法施行規則を改正し、「「個別の教育支援計画」を作成する際には、当該児童生徒又は保護者の意向を踏まえつつ、保護者や関係機関等と当該児童等の支援に関する必要な情報の共有を図らなければならないこと」と定めた。

(9) 「障害のある子供の教育支援の手引～子供たち一人一人の教育的ニーズを踏まえた学びの充実に向けて～」文部科学省
(2021)

2021年1月にまとめられた「新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議報告」を受け、(3)「教育支援資料」の内容について、障害のある子どもの就学先となる学校（小中学校等、特別支援学校）や学びの場（通常の学級・通級による指導・特別支援学級）の適切な選択に資するよう改訂を行うとともに、就学に係る一連のプロセスとそれを構成する一つ一つの取組の趣旨を、就学に関わる関係者の全てに理解してもらうために改訂した文書。

そこには、早期発見と早期支援、一貫した教育支援実施、移行期の教育支援、引継ぎ、進学や就職、就労等に向けた取組などの場面において、家庭や医療、福祉、保健、労働等の関係機関との連携強化の必要性が示されている。

D. 考察

表や(1)～(9)に示したように、学校と関係機関との連携に関するさまざまな法令や通知等が示されており、連携を進めるための法制度は進んできていると言える。

しかし、各設置者、各学校が、現在、関係機関とどのように連携をし、どのようなことが課題となっているのかなどについて、文部科学省の調査はなく、また、近年の連携状況について、全国的な状況を調査した論文も見つからない。

これらのことから、学校と関係機関との連携に関する全国的な現状と課題が未整理の状態であると言える。

E. 結論

法制度の整備や通知等から、設置者や学

校における環海機関との連携は、少しずつ進んできていると思われる。

しかし、設置者や学校による取組に地域差があるように、全国の関係者からの聞き取り等をしている筆者が感じている。

学校と関係機関との連携をより促進するためには、連携の現状を調査するとともに、その課題を明らかにし、地域や学校規模等によるモデルを示すことが必要ではないかと考える。

F. 研究発表

無し

H. 知的財産権の出願、登録状況

無し

<文献>

・文部科学省（2018）：改訂第3版 障害に応じた通級による指導の手引：解説とQ&A

・文部科学省初等中等教育局特別支援教育課（2019）：初めて通級による指導を担当する教師のためのガイド

・田中裕一監修（2019）：新版「特別支援学級」と「通級による指導」ハンドブック、東洋館出版

・田中裕一（2022）：通常学級の発達障害児の「学び」を、どう保障するか～学校・家庭・福祉のトライアングル・プロジェクト～、小学館

表 学校教育における発達障害者支援に関する主な施策、法令、報告等	
1992.3	通級による指導に関する充実方策について（審議のまとめ）
1999.7	学習障害児に対する指導について（報告）
2001.1	21世紀の特殊教育の在り方について（最終報告）
2003.3	今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）
	通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査結果公表
2004.1	小、中学校におけるLD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制整備のためのガイドライン（試案）
2005.4	発達障害者支援法の施行
2005.12	特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）
	障害者の権利に関する条約の国連における採択
2007.4	学校教育法の一部を改正する法律の施行（障害種別を超えた特別支援学校等）
	特別支援教育の推進について（通知）
2007.9	障害者の権利に関する条約の署名
2008.4	小学校・中学校の学習指導要領および幼稚園の教育要領の改訂
2009.8	高等学校における特別支援教育の推進——高等学校ワーキンググループ報告
2011.8	障害者基本法の一部を改正する法律の施行（障害者の定義の見直し等）
2012.7	共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告）
2012.12	通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について
2013.4	障害者総合支援法の施行
2013.9	学校教育法施行令の改正（就学手続き等の改正）
2013.10	教育支援資料～障害のある子供の就学手続と早期からの一貫した支援の充実～
2014.1	障害者の権利に関する条約の批准
2015.4	「放課後等デイサービスガイドライン」にかかる普及啓発の推進について（事務連絡）
2015.11	文部科学省所管事業分野における障害を理由とする差別の解消の推進に関する対応指針の策定
2016.4	障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）の施行
2016.8	発達障害者支援法の一部を改正する法律（改正発達障害者支援法）の施行
2016.12	学校教育法施行規則の一部を改正する省令の公布（高等学校における通級による指導の制度化等）

	義務教育諸学校等の体制の充実及び運営の改善を図るための公立義務教育諸学校の学級編制及び教職員定数の標準に関する法律の改正（小中学校段階の通級による指導に係る教員定数の基礎定数化等）
2017.3	発達障害を含む障害のある子どもに対する教育支援体制整備ガイドライン～発達障害等の可能性の段階から、教育的ニーズに気づき、支え、つなぐために～ 幼稚園教育要領、小学校及び中学校学習指導要領公示
2017.4	特別支援学校幼稚部教育要領 小学部・中学部学習指導要領公示
2018.3	高等学校学習指導要領公示 「家庭と教育と福祉の連携『トライアングル』プロジェクト」報告
2018.4	高等学校における通級による指導の開始
2018.8	学校教育法施行規則改正（個別の教育支援計画作成時の本人・保護者の意向確認と情報共有の義務化等）
2019.2	特別支援学校高等部学習指導要領公示
2019.3	初めて通級による指導を担当する教師のためのガイド
2020.1	新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議 報告 「令和の日本型学校教育」の構築を目指して～全ての子供たちの可能性を引き出す、個別最適な学びと、協働的な学びの実現～（答申）
2021.3	「令和の日本型学校教育」を担う教師の養成・採用・研修等の在り方について（諮問）
2021.6	障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）の改正 障害のある子供の教育支援の手引～子供たち一人一人の教育的ニーズを踏まえた学びの充実に向けて～ 個別の教育支援計画の参考様式について（通知）
2021.7	生徒指導提要の改訂に関する協力者会議 第1回
2021.8	学校教育法施行規則の一部改正（医療的ケア看護職員、特別支援教育支援員、情報通信技術支援員等の名称及び職務内容の規定等）
2021.10	「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」有識者会議 第1回 特別支援教育を担う教師の養成の在り方等に関する検討会議 第1回
2021.12	特定分野に特異な才能のある児童生徒に対する学校における指導・支援の在り方等に関する有識者会議 論点整理 特別支援学校教諭の教職課程コアカリキュラムに関するワーキンググループ 第1回

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

高齢期の発達障害者支援に関する地域支援体制に関する調査研究

研究分担者 日詰正文（独立行政法人のぞみの園研究部長）

研究要旨：高齢期の発達障害者の実態や支援の実践について把握することを目的として文献レビューを行った。現状では、把握されている情報は少なく断片的であった。その中でも、支援現場では発達障害者の特性を踏まえた合理的配慮が浸透しつつあること、相談先の周知が進んでいることなどが把握されているが、本研究班のテーマとなる支援機関間の連携やライフサイクルを長期的に捉えた調査研究は少なく、高齢期の発達障害者に関する地域支援体制に焦点を当てた調査研究の強化が必要であると考えられた。

A. 概要と目的

高齢期の発達障害者に関する地域支援体制の状況について、調査研究等の報告でどのように取り上げられているかについて把握することを目的とした文献レビューを行った。

B. 研究方法

公表されている調査研究報告について、WEBサイトでの検索、既刊の図書資料等の閲覧等により「**高齢期**」「**発達障害**」「**地域・支援体制**」の3つをkeywordとし検索を行い、本研究に関係の深い記述を抽出した。なお検索サイトは、厚生労働科学研究データベース、障害者総合福祉推進事業実施一覧、J-STAGE、医中誌とした。

（倫理面への配慮）

本報告は、公にされている文献の概要を取り扱う調査であり、人権上の不利益に繋がる内容、企業等との利益相反は無い。

C. 研究結果

上記3つのkeywordで抽出された調査

研究は、厚生労働科学研究では6件、障害者総合福祉推進事業では3件、J-STAGEでは378件、医中誌では9件であった。そのうち、本研究テーマとの関連性が特に高い報告は3件であった。

（1）平成23年度（2011）の障害者総合福祉推進事業「**老年期発達障害者（60代以上）**」への障害福祉サービス提供の現状とニーズ把握に関する踏査について」では、①事例収集とその分析、②医療・福祉の支援者に座談会（フリートーク）を行い、

●事例収集では、全国の医療・福祉機関から収集した59事例を分析し、高齢期発達障害者支援の現場では、“金銭面や健康面の支援ニーズが高く”、“過去と現在の障害福祉サービス利用経験、交友関係の少なさが目立っている”等の状況を把握していた。

●座談会では、“診断や支援に結びつかないまま高齢期を迎えている発達障害者（特に矯正施設退所者や認知症ケアの現

場で)へのアプローチ方法についての知見集積や適切な対応ができる人材の育成が急がれること”を課題として把握していた。

(2)平成24~25年度(2012~2013)の厚生労働科学研究「地域及び施設で生活する**高齢知的・発達障害者**の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成」では、①海外の研究論文レビュー、②ホームレス支援事業所や生涯学習・社会教育機関へのヒアリング調査を行い

●研究論文レビューでは、“ASDの特性が無い者に比べてASDの高齢期では、寿命の短さや適応行動スキルの低さ

(Perkins&Berkman,2012)”、“高齢期の発達障害に関するスクリーニングや診断方法に関する問題(Niekerk,2010)”を指摘する先行研究を紹介していた。

●ヒアリングでは、高齢化の発達障害(可能性を含む)者への支援現場では、“健康面(認知症や他の精神疾患、身体疾患)への対応緊急性が高いこと”、“生活困窮や虞犯触法行為、孤立的な暮らしへの対応など多分野の連携が必要であること”を把握していた。

(3)令和2年度(2020)の障害者総合福祉推進事業「**発達障害者支援**における**高齢期**支援に関する実態調査」と令和3年度(2021)の障害者総合福祉推進事業「**高齢期発達障害者支援**における関係機関の役割と地域連携の在り方に関する調査」は一連の調査として行われ、

①先行研究レビュー、②発達障害者支援センター、地域包括支援センター、社会

福祉協議会の相談実態、相互連携状況についてアンケートやヒアリングを行い、

●先行研究レビューでは、“高齢期の発達障害者について、本人からよりも家族や関係者からの相談が多いこと”、“物忘れ外来の受診患者に発達障害の可能性が考えられる場合が有っても、記録(特性がいつから存在していたか、脳画像検査の結果など)の欠如や、医師の専門性等の理由で診断が難しいこと”などの現状が把握していた。

●アンケートやヒアリングでは、“発達障害者やその家族からの相談を受けた経験は、発達障害者支援センターの職員は3割、地域包括支援センターの職員は1割程度であって、現状では相談全体の中では少ない(マイナーな課題である)こと”、“相談機関同士の情報交換等は、ほとんど行われておらず、自身の職場での対応だけでは不足があると感じていること”、“その一方で“当事者への説明を行う際には「紙に書いて視覚化する」「話を整理してフィードバックする」など、一定の合理的配慮が実施されていること”、“厚生労働省の「重層的支援体制整備事業」を活用し地域のコーディネーターを配置する事例があること”などの支援技術や体制が進展している状況も把握していた。

D. 考察、

高齢期発達障害者に関する地域での支援体制に関する調査研究の収集を行い、本研究に関連性の高い3件の報告を抽出した。

(1)と(3)の調査研究の間には10年が経過しており、

・「障害福祉の支援現場以外の相談機関でも発達障害の特性に沿った合理的配慮が提供されている」、「家族が相談先を見つけられるようになってきていること」点は、支援体制整備が若干進んだ結果であると考えられた。

・一方、「当事者の健康管理や仲間や支援者とのつながりなどライフサイクルを長期的にとらえたアセスメントや支援計画の作成、そのモニタリングや記録の保存、引き継ぎ」、「分野を超えたつながりや人材育成などの不十分さ」などは依然として課題のまま残されていると考えられた。

E. 結論

発達障害者の高齢期の生活状況、支援に関するノウハウ、人材育成や地域体制作りに関する知見は現状では少なく断片的であった。

現に高齢期を迎えている発達障害者への対応と、これから高齢期を迎える発達障害者への対応の両面に視野を向けた地域実装に繋がる調査研究が、今後強化されるべきである。

F. 研究発表

無し

H. 知的財産権の出願、登録状況

無し

<文献>

・平成23年度障害者総合福祉推進事業「老年期発達障害者（60代以上）への障害福祉サービス提供の現状とニーズ把握に関する踏査について」（実施主体：社会福祉法人 萌葱の里）

・平成24～25年度厚生労働科学研究「地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成」（研究代表者：遠藤浩）

>平成24年度報告書 P42-P44

「高齢期発達障害者の実態把握に向けた予備的検討—海外文献レビューと精神／神経科医の聞き取り調査より—」分担研究者 橋本創一

>平成25年度報告書 P47-P52

「高齢期発達障害者の実態把握に関する基礎的研究—ホームレス支援事業並びに障害教育／社会教育機関の調査結果より—」分担研究者 橋本創一

・令和2年度障害者総合福祉推進事業「発達障害者支援における高齢期支援に関する実態調査」（実施主体：国立のぞみの園）

・令和3年度障害者総合福祉推進事業「高齢期発達障害者支援における関係機関の役割と地域連携の在り方に関する調査」（実施主体：国立のぞみの園）

多領域連携による地域支援体制のための地域診断マニュアルの作成

研究代表者 本田 秀夫 （信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）
研究協力者 今出 大輔 （おこやま発達障害者支援センター）
研究協力者 天久 親紀 （沖縄中部療育医療センター）
研究協力者 松田 佳大 （上伊那圏域障がい者総合支援センターきらりあ）
研究協力者 永春 幸子 （信州大学医学部子どものこころの発達医学教室）

研究要旨：

本研究の目的は、地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールとして開発された「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS）」を用いて、各基礎自治体の支援従事者や行政担当者が支援体制に関する地域診断を行うためのマニュアルを作成することである。すでに Q-SACCS を用いて基礎自治体の地域診断と支援体制整備を行ってきた実績のある発達障害者支援センターの地域支援マネージャーが、研究協力者として参加した。オンライン形式で研究会議を行い、マニュアルの構成案、執筆分担などについて検討した。冊子のマニュアルに加えて、より理解を促すため、解説動画の DVD を作成し、冊子とセットで全国の都道府県および市区町村の発達障害・知的障害担当部署、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに郵送で配布した。また、マニュアルの内容のダウンロードと解説動画の閲覧ができるように、専用ウェブサイトを作成した。

A. 研究目的

発達障害の支援は、住んでいる地域で乳幼児期から切れ目なく多領域連携のもと提供されることが重要である。一方、自治体の規模などの要因による地域特性の違いから、支援体制のあり方も一様ではない。また発達障害支援における多領域連携の実態についても明らかではない。発達障害児やその家族が地域で切れ目なく必要な支援が受けられるよう、各自治体が地域特性を考慮した多領域連携による支援体制を構築する必要がある。

本田らは、平成 28～29 年度厚生労働科学研究「発達障害児者等の地域特性に応じた

支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」の中で、地域の支援システムの充足度と課題を可視化して評価するための評価ツールとして「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価（Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS）」を作成した[1]。

Q-SACCS のポイントは、システムを構成するサブシステム間をつなぐ「インターフェイス」を明示できることである。地域支援システムをつくるには、基本的なシステム図を描いておく必要がある。その際、具体的な支援の場をサブシステムとして想定する

だけでなく、それらをどのような関係でつなぎ、連携させるかも意識しておかなければならない。そのようなつなぎ・連携を主たる機能とするインターフェイスは、縦割り行政のいわゆる「ポンチ絵」のなかでは明記されずに現場の努力に委ねられがちである。そこを曖昧にせずには図示することにより、各地域の支援体制における強みや課題の残る部分を抽出することが重要である[2]。Q-SACCS は、そのようなインターフェイスの「見える化」を可能とする。

本研究では、Q-SACCS を用いて各基礎自治体の支援従事者や行政担当者が支援体制に関する地域診断を行うためのマニュアルを作成することを目的とした。

B. 研究方法

すでに Q-SACCS を用いて基礎自治体の地域診断と支援体制整備を行ってきた実績のある発達障害者支援センターの地域支援マネージャーが、研究協力者として参加した。

オンライン形式で研究会議を行い、マニュアルの構成案、執筆分担などについて検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、発達障害児の地域支援体制を検討するためのマニュアル作成であり、患者等の個人情報扱うことは全くない。また、企業等との利益相反もない。

C. 研究結果

研究会議を行い、構成と分担を決めて、マニュアルを作成した(資料)。

マニュアルの構成を表 1 に示す。

表 1. マニュアルの構成

はじめに

I Q-SACCS を用いた地域支援体制の点検

- ①Q-SACCS の概要
- ②Q-SACCS の記入法
- ③Q-SACCS を用いたグループワーク
- ④Q-SACCS を用いた実践例
 - a.人口 10 万人規模の A 市
 - b.人口 5 万人規模の B 市
 - c.圏域の自立支援協議会における活用

II 関連資料

- ①発達障害とは
- ②発達障害児者の支援に関連する法制度
- ③発達障害児者の支援を行う社会資源
- ④提言：発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援のあり方

III Q-SACCS の記入用シート

II④の提言は、平成 25 年度～27 年度厚生労働科学研究費補助金「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価」(研究代表者：本田秀夫)のなかで作成され、国立障害者リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センターのウェブサイトで公開されているものを転載することにした。

また、より理解を促すため、解説動画の DVD を作成し、マニュアルの冊子とセットで配布することにした。作成した冊子と DVD のセットを、全国の都道府県および市区町村の発達障害・知的障害担当部署、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターに郵送で配布した。

また、マニュアルの内容のダウンロードと解説動画の閲覧ができるように、専用ウェブサイトを作成した。

(<https://q-saccs.hp.peraichi.com/>)

D. 考察

Q-SACCS を用いることによって、基礎自治体(市区町村)の行政担当者が施策を検討する際に、自治体ですでに達成していることや課題が残っていることを確認することができる。都道府県・政令指定都市の発達障害者支援センター、精神保健福祉センター、発達障害地域支援マネージャー、特別支援教育コーディネーターなどが、担当する地域の支援体制を概観するために役立つことも可能である。また、発達障害に関わる支援者が、自分の働く地域の支援体制を把握し、連携すべき他職種を確認するために用いることもできる。

E. 結論

今後、Q-SACCS のマニュアルを基礎自治体に配布し、各基礎自治体における発達障害児とその家族への支援体制の到達点と課題について自己診断を促すことによって、地域における発達障害児者の支援体制整備の加速が期待できる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

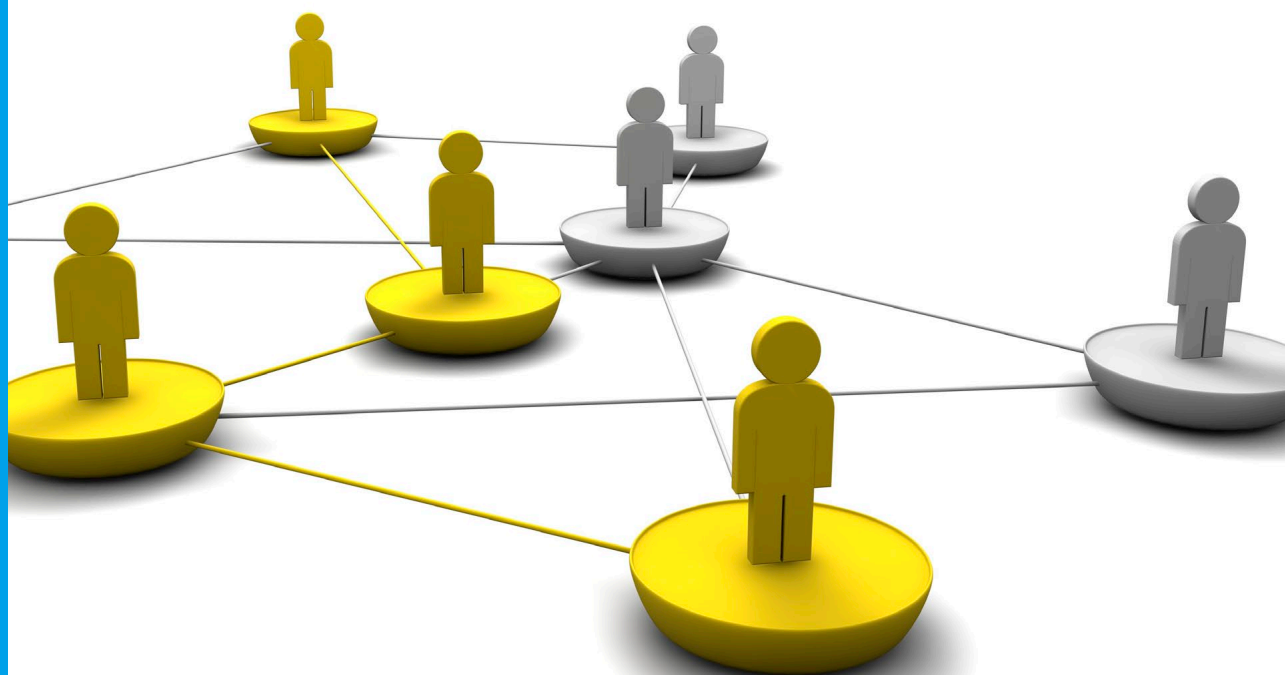
I. 参考文献

- [1] 本田秀夫, 篠山大明, 樋端佑樹: 発達障害児者等の支援体制を評価するための「地域評価ツール」の作成と試行。厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野): 発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究—平成28年度総括・分担研究報告書(H28—身体・知的—一般—001), 249-258, 2017。
- [2] Honda H, and Shimizu Y: Early intervention system for preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism* 6(3): 239-257, 2002.

(資料)

発達障害のある子どもと家族を 支援するための地域支援体制づくり

－ Q-SACCS を使った 「地域診断」マニュアル －



令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)
「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究」
(研究代表者：本田秀夫)

発達障害のある子どもと家族を 支援するための地域支援体制づくり

-Q-SACCSを使った 「地域診断」マニュアル-



目次	はじめに	1
	I.Q-SACCSを用いた地域支援体制の点検	3
	(1)Q-SACCSの概要	4
	(2)Q-SACCSの記入法 (解説動画あり)	6
	(3)Q-SACCSを用いたグループワーク	12
	(4)Q-SACCSを用いた実践例 (解説動画あり)	17
	a.人口10万人規模のA市	
	b.人口5万人規模のB市	
	c.圏域の自立支援協議会における活用	
	II.関連資料	45
	(1)発達障害とは	46
	(2)発達障害児者の支援に関連する法制度	49
	(3)発達障害児者の支援を行う社会資源	52
	(4)提言：発達障害児とその家族に対する 地域特性に応じた継続的な支援のあり方	55
	III.Q-SACCSの記入用シート	65
	ホームページの活用方法	66
	記入用シート	67

■解説動画(付録DVD)



I-(2)のQ-SACCSの記入法と、I-(4)の実践例を動画で解説しています。

■Q-SACCSを使った「地域診断」 マニュアル ホームページ



<https://q-saccs.hp.peraichi.com/>

動画の閲覧や記入用シートのダウンロードも可能です。

はじめに

発達障害は、早ければ乳児期、遅くとも就学前後までには特有の発達特性が顕在化し、全てのライフステージを通じて何らかの支援ニーズが持続します。一見症状が目立たない人も、周囲の人と自分との違いに悩む、誤解されて孤立するなどの問題が生じることがあり、その結果として抑うつや不安などの精神症状の出現、いじめ被害、不登校、ひきこもりといった二次的な問題を呈することがあります。したがって、発達障害の子どもたちを地域で支援するためには、医療、保健、福祉、教育、労働の多領域チーム・アプローチによる息の長い支援体制を作っていく必要があります。

子どもに何らかの発達障害があるかもしれないと思ったとき、保護者はまずどこに相談すればよいのでしょうか？ 子どもと家族が住んでいる地域にはどのような社会資源があるのでしょうか？ 年齢を重ね、所属する社会集団が変わるとき、支援の場・体制はどのように移行するのでしょうか？ 情報の引き継ぎはあるのでしょうか？ こうした情報をわかりやすく整理して住民に公開している自治体は、まだ多くはないと思われます。

支援に携わるさまざまな職種の人たちにとっても、自分が包括的な支援体制の中でのような位置づけで仕事をしているのか、連携をとる他職種にどのような人たちがいるのか、誰から引き継ぎを受け、誰に引き継いでいくのかなど、支援をシステムとしてとらえるためには、働いている地域の支援体制を理解しておくことは重要です。各自治体で発達障害のある子どもと家族に関わる支援者、そして行政担当者は、各地域の支援体制について定期的に点検し、体制が整備されている部分、課題が残る部分について把握しておく必要があります。

平成28～29年度厚生労働科学研究費補助金による「発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究」(研究代表者：本田秀夫)では、発達障害児者等の支援体制を分析・点検するための地域評価ツールとして「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価(Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders:Q-SACCS)」を開発しました。

Q-SACCSを用いることによって、基礎自治体(市区町村)の行政担当者が施策を検討する際に、自治体ですでに達成できていることや課題が残っていることを確認することができます。それだけでなく、都道府県・政令指定都市の発達障害者支援センターの職員、発達障害者地域支援マネージャー、特別支援教育コーディネーターなどが担当する地域

の支援体制を概観するために役立てることもできます。また、発達障害の支援に関わる支援者が、自分の働く地域の支援体制を把握し、連携すべき他職種を確認するために用いることもできます。

この本は、Q-SACCSについて紹介し、各地域でQ-SACCSを活用して地域分析をしていただくためのマニュアルです。Q-SACCSの概要と記入法について解説し、自治体で実際にこれを用いて地域分析をした模擬事例を紹介しています。後半には発達障害および関連する法制度や社会資源に関する基礎的情報を掲載しました。Q-SACCSの記入法については、動画も付録DVDに収録しましたので、参考にいただければと思います。

この本によって、全国すべての自治体における発達障害の子どもたちとその家族の支援体制が一層充実することを願ってやみません。

著者を代表して 本田秀夫

(信州大学医学部子どものこころ発達医学教室)

この本は、令和3年度厚生労働科学研究「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究」(研究代表者:本田秀夫)によって作成されました。

I. Q-SACCSを用いた地域支援体制の点検

- (1) Q-SACCSの概要
- (2) Q-SACCSの記入法
- (3) Q-SACCSを用いたグループワーク
- (4) Q-SACCSを用いた実践例
 - a. 人口10万人規模のA市
 - b. 人口5万人規模のB市
 - c. 圏域の自立支援協議会における活用



(1) Q-SACCS の概要

「発達障害の地域支援システムの簡易構造評価(Quick Structural Assessment of Community Care System for neurodevelopmental disorders; Q-SACCS)」は、市区町村の支援体制を「見える化」し、現状の強みや課題を明らかにする(支援体制を点検する)ツールとして開発されました。

市区町村の支援体制づくりの最初の一步は、現状の支援体制を「点検」することです。現状の支援体制で、何ができていて(充足している)、何が課題なのか(足りないのか)を明確にしていくことが大切です。具体的には、市区町村の各部局や各課が主管する事業や取り組み、民間事業所への委託事業が、どのような役割を果たしているのか、事業と事業の「つなぎ」をどのように行っているのかを「見える化」することで、支援体制の点検が容易になります。

Q-SACCSは、本田が考案・改変(本田,2014,2016)した地域支援システムのモデル図をもとに開発されました。Q-SACCSの特長は、「つなぎ」に注目して、地域の支援体制の充足度を点検することができることです。

市区町村の支援体制をQ-SACCSを用いて点検することで以下の成果を得られます。

①市区町村の取り組みの価値(強み・特色)を確認できます。

②支援体制の課題が明らかになり、課題解決に向けた取り組み(複数年でのPlan-Do-Check-Action(PDCA))を導入しやすくなります。

③市区町村内で、新たな事業の創出や取り組みをスタートさせるための根拠が明確になります。

また、都道府県内の複数の市区町村がQ-SACCSを用いて支援体制を点検することで、自治体同士の情報交換が活性化されます。たとえば、A市の強みはB町の課題解決のヒントとなる可能性があります。さらに、複数の市区町村に共通する『課題』は都道府県全体の課題として認識することができ、都道府県の発達障害者支援センターや発達障害者地域支援マネージャーの市区町村支援の目的が明確になります。

改正発達障害者支援法では、身近な地域において生涯にわたる切れ目ない一貫した支援の実現、発達支援が必要な子どもと家族への切れ目ない体制づくりが規定されています。地域で切れ目ない支援体制づくりを進めるためには、単一の部局ではなく、保健・子育て・教育・福祉等の部局横断的な取り組みが必要になります。発達障害者支援を部局横断で検討するテーブル(地域自立支援協議会の活用等を含む)をつくることで、自治体の各部・課・係・担当が発達障害者支援を「我が事」として認識する素地づくりも大切です。

【引用・参考文献】

- 本田秀夫(2014):発達障害の早期支援. 精神療法 40(2):299-307
本田秀夫(2016):早期発見から早期支援へ(発達障害の早期発見・早期療育・親支援). 金子書房, 東京
本田秀夫(2018):発達障害児者等の地域特性に応じた支援ニーズとサービス利用の実態の把握と支援内容に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(身体・知的等障害分野))
総括・分担研究報告書
今出大輔(2021):自治体支援を通じて地域での暮らしを整備する. 発達障害白書 2021:126

(2) Q-SACCS の記入方法



動画あり

① 記入方法

※重要なところの色付けは印刷でも有効。一部の機能は印刷・転記しなくても印刷・転記しなくてもよい。

※重要なところの色付けは印刷でも有効。一部の機能は印刷・転記しなくても印刷・転記しなくてもよい。

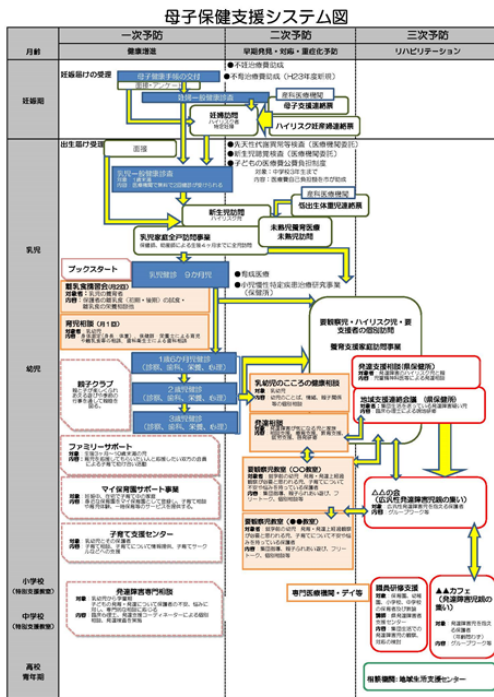
Q-SACCSの記入方法を説明します。

Q-SACCSの記入用のシートを準備してください。シートは、専用URL (<https://q-saccs.hp.peraichi.com/>)からパワーポイント・ファイルとしてダウンロードできます。このマニュアルの「Ⅲ Q-SACCSの記入用シート」のページをコピーして使ってもかまいません。

用意しているシートは、0歳から15歳までのバージョンと成人期まで記入できるバージョンの2種類です。用途に応じて使い分けてください。原理的に、Q-SACCSは横軸を伸ばしていくことで、高齢期支援への移行までを見据えた市区町村の支援体制づくりを見える化することができます。

パワーポイントをダウンロードされた場合は、各自治体の事情に合わせて適宜変更していただいても結構です。

② 体制図(ポンチ絵)の準備



次に、市区町村がすでに作成している体制図(「ポンチ絵」とも呼ぶ)を準備します。

体制図とは、市区町村内で実施している母子保健、子育て支援、教育的支援、障害福祉サービス等の住民サービスを図に記したものを指します。

市区町村内に既存の体制図がない場合は、③に進んでください。

ある自治体の体制図を例にとります。

縦軸には年齢が示され、横軸には1次予防、2次予防、3次予防(Caplan, 1970)の支援内容が示されています。

この体制図は、母子保健を管轄する部署で作成した母子保健支援システム図です。母子保健、子育て支援、特別支援教育、障害福祉サービスを管轄する部署が集まって合同で体制図を作っている自治体の場合は、その方がよいでしょう。この自治体のように体制図を各部署で作成している場合は、可能であれば各部署で作成した体制図を集めるようにしてください。

③ Q-SACCSの白い四角の枠に記入

次に、準備した体制図の中にかかれた事業・取り組み・機関をQ-SACCSに転記します。

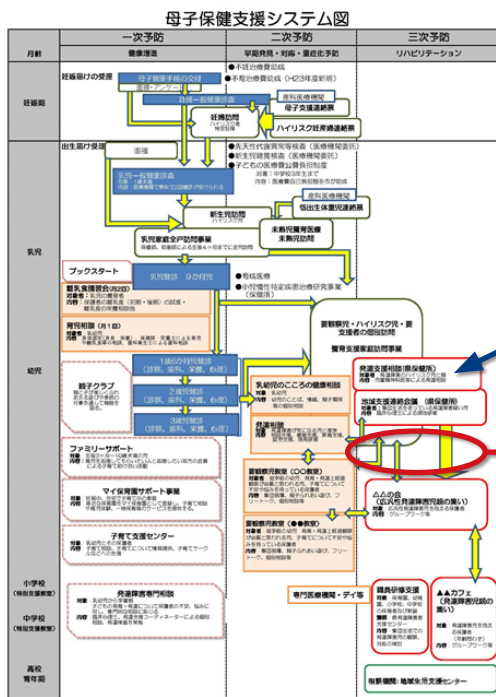
体制図がない場合、以下の内容を参照しながら、まずは自身が携わっている事業や取り組みを記入します。その後、自身が携わっている事業や取り組みの前後で行われている事業や取り組みを、わかる範囲で記入します。全ての枠を埋めることを目標にする必要はありません。

記入は、白い四角の枠から始めます。

横軸に沿って、年齢帯ごとの事業・取り組み・機関を転記します。ここでは、年齢帯は義務教育卒業までの15歳を最終年齢とします。

縦軸は、レベルIからⅢまでに振り分けて転記します。レベルIは、市区町村内のすべての子どもと家族を対象とした取り組みです。たとえば、乳幼児健診などがレベルIに該当します。レベルIIは、特定の子どもと家族を対象とした取り組みです。たとえば、児童発達支援事業などがレベルIIに該当します。レベルIIIは、医療的ニーズのある子どもと家族を対象とした取り組みです。地域で発達障害の診断と治療を行っている小児科、小児神経科、児童精神科などの医療機関を指します。市区町村内の医療機関だけでなく、市区町村外に立地していても市区町村内に在住している子どもと家族が受診している医療機関もここに記入します。

■ 体制図に書かれた事業や取り組みをQ-SACCSに転記します。



体制図に書かれた各取り組みを以下のレベルに分けて、Q-SACCSの白い四角の枠に記入してください。

- レベル I : すべての子どもと家族を対象とした取り組み
- レベル II : 特定の子どもと家族を対象とした取り組み
- レベル III : 医療的ニーズのある子どもと家族を対象とした取り組み

インターフェイス(つなぎ)を担う事業や取り組みがあれば、Q-SACCSの黄色い四角の枠に記入してください。体制図の矢印の部分は、インターフェイスとして具体化することが必要かもしれません。また、すでに事業化されているものの中にもインターフェイスを担うものがあるかもしれませんので、その場合は黄色い四角の枠に記入してください。

④ Q-SACCSの黄色い四角の枠に記入

次に、インターフェイス(つなぎ)を担う事業や取り組みがあれば、Q-SACCSの黄色い四角の枠に記入してください。体制図の矢印の部分は、インターフェイスとして具体化することが必要かもしれません。また、すでに事業化されているもののなかにもインターフェイスを担うものがあるかもしれませんので、その場合は黄色い四角の枠に記入してください。インターフェイスには、紹介や情報共有などの時間軸を同じくする「共時的インターフェイス」と、引き継ぎなど時間軸が移り行政内の管轄が移行する「継時的インターフェイス」の2種類があります。

このインターフェイスの部分でどのような事業や取り組みが行われているのかを明確にすることが、Q-SACCSの特長であり、従来の体制図と異なるところです。市区町村の支援体制を見える化する上で、インターフェイスの記載は特に重要です。

インターフェイスを記入するときの留意点は、「だれが、いつ、どこで、なにを、どんな目的で、どのように」行うのが具体的にわかるように記入することです。なお、「だれが」を記載する場合は、地区担当保健師などの人(専門職種や立場)を記す場合と、「相談支援ファイル」、「サポートブック」、「保こ幼小連絡会」などの事業や取り組みを記す場合があります。両方ともある場合、すべて記入してください。

⑤ Q-SACCSの記入例

事業化状況 <事業化できている> <明確化が課題> <入>	0~3歳	継時的 インターフェイス (引継ぎ等) SW/HH	4~6歳	継時的 インターフェイス (引継ぎ等) SW/HH	7~15歳
レベル1(毎日) 日常生活支援	乳幼児健診		保育所・幼稚園 ・認定こども園		小学校・中学校
共同 的 インターフェイス (連携等、紹介等) SW/HH	親近型特別 支援グループ 活動中この頃の健康 問題 療育支援相談 療育支援相談 療育支援相談				
レベル2(定期的) 専門療育的支援	発達相談 発達支援相談(療育 健診)		発達障害専門相談		発達障害専門相談
共同 的 インターフェイス (連携等、紹介等) SW/HH					
レベル3 専門的支援	A病院<院内> B病院<県外>	・・・継続・・・	A病院<院内> B病院<県外>	・・・継続・・・	A病院<院内> B病院<県外>

※事業の全てを自治体職員で実施し、一部の機能を外部に委託し、全てを外部に委託し、を記入下さい。

例示した自治体の体制図から発達障害の支援に関連する事業・取り組み・機関をQ-SACCSに転記したところ、図のようになりました。体制図が母子保健のものであるため、0~3歳のところが多く、4歳以降のところは転記できる事業・取り組み・機関があまりありません。

事業化状況 <事業化できている> <明確化が課題> <入>	0~3歳	継時的 インターフェイス (引継ぎ等) SW/HH	4~6歳	継時的 インターフェイス (引継ぎ等) SW/HH	7~15歳
レベル1(毎日) 日常生活支援	乳幼児健診		保育所・幼稚園 ・認定こども園		小学校・中学校
共同 的 インターフェイス (連携等、紹介等) SW/HH	親近型特別 支援グループ 活動中この頃の健康 問題 療育支援相談 療育支援相談 療育支援相談		保育所等巡回相談 事業		特別支援教育 コーディネーター 保育所等巡回相談 事業
レベル2(定期的) 専門療育的支援	発達相談 発達支援相談(療育 健診)		発達障害専門相談 発達障害支援セン ター(県立) 児童発達支援事業所		発達障害専門相談 特別支援学校 特別支援学級 特別支援教室 児童発達支援センター 児童発達支援センター
共同 的 インターフェイス (連携等、紹介等) SW/HH					
レベル3 専門的支援	A病院<院内> B病院<県外>	・・・継続・・・	A病院<院内> B病院<県外>	・・・継続・・・	A病院<院内> B病院<県外>

※事業の全てを自治体職員で実施し、一部の機能を外部に委託し、全てを外部に委託し、を記入下さい。

そこで、体制図に記載されていない事業・取り組み・機関を把握している範囲で記入します。複数の部署から集まって協力すると、より網羅的に記入できます。

わかる範囲で記入した状態を図に示します。

⑥事業・取り組み・機関の位置づけの整理

Q-SACCSに記入した事業・取り組み・機関の位置づけの整理

1) 白い枠・黄色い枠に記入した事業・取り組み・機関の位置づけを整理するために記号を記入します

- ：事業の全てを自治体職員で実施（公設公営）
- △：一部の機能を外部に委託して実施（公設民営）
- ：全てを外部に委託して実施（民営）

2) 自治体の発達支援システムの強みと課題を整理するために色分けします

青:事業化できている：質を担保しつつ、均てん化されている=強み

赤:明確化が課題：手続きが不明確(個人に依存している)

緑:機能強化が課題：質の向上・マンパワーの不足

次に、それぞれの事業・取り組み・機関の位置づけを整理します。事業等のすべてを市区町村の職員が行っている場合は「○」を記入します。一部を民間事業所等へ委託して実施している場合は「△」を記します。すべてを民間事業所等へ委託している場合は「□」を記入します。この整理は、Q-SACCSの枠内に記している事業や取り組みの実施要綱などを確認することで容易に行うことができます。

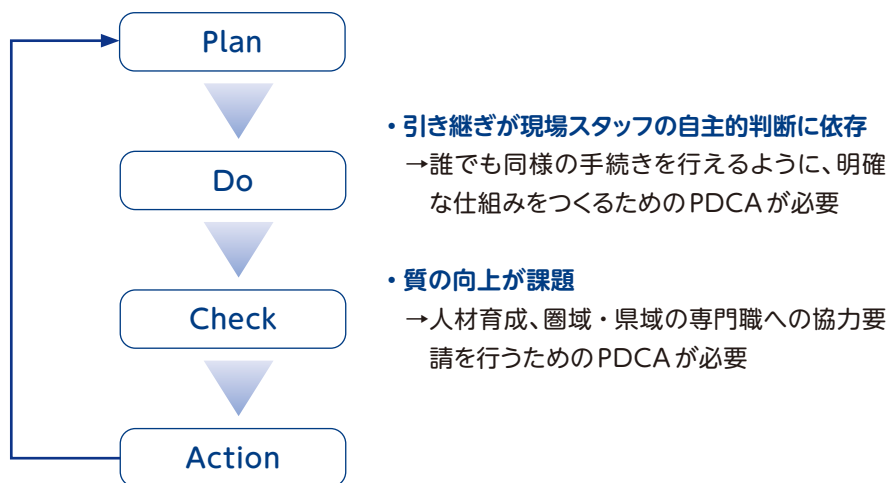
次に、Q-SACCSの枠内に記した事業・取り組み・機関の色分けを行います。この作業を行うことによって、市区町村の支援体制を点検し、現状の支援体制において何ができていて(充足していて)、何が課題なのか(足りないのか)を明確にしていくことができます。

明確に事業化できており、質が担保されている取り組みは、青い色にしてください。質が担保されているかどうかの判断は、その事業や取り組みの目的・方法・期待される効果が明文化されていることを基準として行ってください。青色で示される事業や取り組みは、市区町村の支援体制の強みになります。

その事業や取り組みの手続きが不明確であり、現場の個人に手続きが任されている場合は、赤い色にしてください。その事業や取り組みを担う人が替わると、手続きそのものが変更される可能性があるからです。市区町村の支援体制づくりにおいて、赤い色で示された課題については、個人に依存せず市区町村内で手続きを明確化し共有していく必要があります。

事業や取り組みが個人に依存せず手続きは明確であるものの、質の向上が課題となる場合やマンパワー不足が問題となっている場合は、緑色にしてください。その事業や取り組みに関する機能強化をしていく必要があります。

⑦ 「PDCAサイクル」による検証



たとえば、発達障害のある子どもと家族が幼児期に保育園等で受けた支援に関する情報を就学する小学校へ引き継ぐ場合に、個々の園や学校の現場スタッフの自主的判断に依存する取り組みではなく、市区町村内のどの園からどの学校に就学する場合であっても同様の手続き(誰と誰が、いつ、どのような様式で、何を目的に、どのように引き継ぎ、引き継がれた情報をどのように管理し、就学後に活かすのかなどの手続き)を行えるように明確な仕組みを作っていくためのPDCAが必要です。

事業や取り組みが個人に依存せず手続きは明確であるものの、質の向上が課題である場合は、その取り組みを担う人材の育成や、圏域・県域の専門職への協力要請を行うためのPDCAが必要です。

たとえば、乳幼児健診における子育て支援・発達支援における保護者相談の質の向上を図りたい場合は、国が推奨しているツールの用途や限界を健診従事者全員が理解すること、問診場面のロールプレイなどを実施すること、乳幼児健診マニュアルを作成することを経て、そのツールを既存の健診ルーチンに無理なく導入してみるというPDCAを実施していきます。

⑧ 例示した自治体のQ-SACCSが完成

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

<市町村名> <人口: 人> <年間出生: 人>	0~3歳	継続的 インターフェイス (引き継ぎ) 5W1H	4~6歳	継続的 インターフェイス (引き継ぎ) 5W1H	7~15歳
レベルⅠ(毎日) 日常生活水準	○乳幼児健診		△保育園・幼稚園 ・認定こども園		○小学校・中学校
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) 5W1H	○新生児訪問 ○親子クラブ ○乳幼児こころの健康相談 ○要観察児教室 ○養育支援家庭訪問事業	○サポートブック ○保健師の引き継ぎ	△保育所等巡回相談事業	○サポートブック ○保・幼・こ・小連絡会	○特別支援教育 コーディネーター △保育所等巡回相談事業
レベルⅡ(定期的) 専門療育的支援	○発達相談 ○発達支援相談(県保健所)	○サポートブック	○発達障害専門相談 ○児童発達支援センター(県立) □児童発達支援事業所	○サポートブック ○教育支援委員会	○発達障害専門相談 ○特別支援学校 ○特別支援学級 ○通級指導教室 □放課後等デイサービス
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) 5W1H	○保健師の受診同行		○保健師の受診同行 ○サポートブック		
レベルⅢ 医療的支援	□A病院<市内> ○B病院<市外>	・・・継続・・・	□A病院<市内> ○B病院<市外>	・・・継続・・・	□A病院<市内> ○B病院<市外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

例示した自治体のQ-SACCSが完成しました。どこが事業主体となっているかを分類し、さらに色分けを行うことによって、自治体でできていること(強み)と課題が残るところが明確になりました。また、空欄が残っており、ここを埋めていくことが課題であることもわかりました。

【引用文献】

Caplan,G.著,新福尚武 監訳(1970): 予防精神医学. 朝倉書店

(3) Q-SACCS を用いたグループワーク

① グループワークの進め方

■オリエンテーション・個別ワーク(25分)

『わがまち』のQ-SACCSを行う

■全体共有(25分)

市・町・村 それぞれ1~2名ずつ
作成したQ-SACCSを発表いただく

■グループワーク(45分)

市・町・村 各グループで意見交換
我がまちの強み、課題 &
グループ共通の強み、課題

■全体共有(15分)

市・町・村 各グループ から
意見交換の内容を発表いただく

■全体討論(10分)

Q-SACCSを用いて、市区町村の支援体制づくりを進めていくための演習の例を紹介しします。

この演習の目的は、Q-SACCSを用いながら参加者が携わっている市区町村の支援体制を見える化することによって、①「わがまちの強みや価値」を発見し、②抽出された課題を解決するために取り組む動機や解決に向かうヒントを得ることにあります。



演習はグループで行います。ここでは、1グループあたり4名を想定して時間配分しています。参加人数や全体の時間数によって、グループあたりの人数や時間配分を調整することが可能です。

この演習は、市区町村の行政担当者、専門職および圏域・都道府県の行政担当者、専門職が主な対象ですが、発達障害者支援地域マネージャーや発達障害者支援センター、基幹型相談支援事業所、児童相談所、精神保健福祉センター、知的障害者更生相談所、圏域福祉事務所や保健所などに勤務する専門職のなかで、市区町村の支援体制づくりを応援する立場の方々も対象にしています。また、複数の市区町村や圏域で設置されている地域自立支援協議会の構成員で行うことも可能です。

なお、市区町村設置の自立支援協議会の構成員が集まって演習する場合は、④⑤と⑥の前半は省略してかまいません。

グループは、同じ規模の自治体同士で構成するのがよいでしょう。圏域や都道府県主催で演習を行う場合は、同じ規模の市区町村からなる各4~6名のグループを作って実施します。

② オリエンテーション

1. 自己紹介(1分間スピーチ)
ご所属・お名前・参加の動機・好きな動物
2. 役割決定
進行役は ○○が○○な人
記録役と発表者は○○が○○な人

まず、各1分間程度の持ち時間で自己紹介を行います。自己紹介の内容は、ご自身の所属、名前、本演習への参加動機と好きな動物とします。

全員の自己紹介を終えた後に、役割分担を決めます。自己紹介の中で話した好きな動物が、グループ内で最も大きい動物であった人が進行役を担い、最も小さい動物であった人が記録役と全体発表役を担います。

自己紹介と役割分担は、アイスブレイクも兼ねています。好きな動物を定番の犬や猫と発言する人が複数いる場合には、犬や猫の種類も追加質問してみるなど、場の雰囲気をやかにする工夫も必要です。

③ 個別ワーク

- 個別ワーク(25分)
『わがまち』の Q-SACCS を行う

次に、個人ワークで『わがまち』のQ-SACCSを実施します。

記入法については、『(2)Q-SACCSの記入方法』を参照してください。色分けによる強みや課題の抽出は、可能な範囲で実施します。個人ワークの段階で色分けできない場合は、グループワークで色分けを行います。

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

〈表題姓名〉 〈人日〉 〈所属施設〉	0~3歳	4~6歳	7~15歳
レベル1(後日) 日常生活水準			
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH			
レベル2(定期的) 専門療育的支援			
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH			
レベル3 医療的支援	病院 <内>・外>	病院 <内>・外>	病院 <内>・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

▲シート 1

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

〈表題姓名〉	0~3歳	4~6歳	7~15歳	16~18歳	19~35歳	36歳~
レベル1(後日) 日常生活水準						
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH						
レベル2(定期的) 専門療育的支援						
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH						
レベル3 医療的支援	●●病院 <内>・外>	●●病院 <内>・外>	●●病院 <内>・外>	●●病院 <内>・外>	●●病院 <内>・外>	●●病院 <内>・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

▲シート 2

④ 全体共有

■全体共有(25分)

市・町・村 それぞれ1~2名ずつ作成した
Q-SACCS を発表いただく

個人ワークで作成したQ-SACCSを1人あたり3分程度で発表し、全体で共有します。

発表者の数は、市区町村の規模ごとに1~2人とします。

全体で共有する目的は、①Q-SACCSの用途を確認すること(記入方法に沿って記入できているかの確認など)、②規模の異なる他の市区町村の体制を知ること、「わがまち」の強みや課題抽出の気づきを得ることです。

1人ずつQ-SACCSを発表した後に、質疑応答を行います。助言者がいる場合には、助言者にコメントを求めます。助言者は、目的①②に沿ってコメントを行います。

⑤ グループワーク

■グループワーク(45分)

『市・町・村 各グループで意見交換
我がまちの強み、課題 &
グループ共通の強み、課題

個人ワークで作成したQ-SACCSを用いて、グループワークを行います。

進行役が司会をしながら、グループメンバー全員が順番に①個人ワークで記入したQ-SACCSを紹介、②グループメンバーからの質疑とコメントの順で進行します。

1人の持ち時間は8分程度を目安とします。その内訳は、Q-SACCSの紹介に3分程度、グループメンバーの質疑とコメントに5分程度とします。

⑥ グループまとめ

()グループ

市町村名	強み	課題

発表者以外のグループメンバーは、各自が作成した「わがまちのQ-SACCS」と比較しながら発表者に質疑を行い、発表者が気づいていない市区町村の支援体制の強みや課題があれば、コメントします。

発表者が発言した強みと課題に加えて、グループメンバーがコメントした強みと課題を記録役が記録します。

()グループ共通の 強み と 課題

強み	課題

すべてのグループメンバーの発表と質疑・コメントが終わったら、記録役が記録した表を全員で共有しながら、グループに共通する強みと課題を残りの時間10分程度で協議します。

この協議の目的は、他の市区町村の強みと課題を知ること、①改めて「わがまちの支援体制の強み」を発見すること、②「わがまちの支援体制の課題」を解決するヒントを得ること（他の市区町村の強みが活用できるかもしれないという気づきを得ること）です。

ワンポイントアドバイス



演習を市区町村の支援体制づくりをサポートする部署や機関が主催している場合は、参加者への事後アンケートを実施し、演習の感想や意見と共に、参加者各自の気づきを実際に具現化して、市区町村単位で取り組むために受けたいサポートを記す欄を設けるなどの工夫をするとよいでしょう。たとえば、支援体制づくりのサポートを受けたい場合は、担当者名と連絡先などの記名を求めることで、演習のフォローアップを実施することができます。

⑦ 全体共有と全体討論

次に、各グループに共通した強みと課題を全体で共有します。

グループ数にもよりますが、各グループ3分程度で発表します。

各グループで行った協議内容を全体で共有することによって、人口規模の異なる市区町村の強みや課題を知ることができます。これも、①改めて「わがまちの支援体制の強み」を発見すること、②「わがまちの支援体制の課題」を解決するヒントを得ること(他の市区町村の強みが活用できるかもしれないという気づきを得ること)につながります。



最後に、全体討論を行い、参加者からの自由な感想や意見を求めます。

個人ワークによって市区町村の支援体制づくりの「最初の一步」として「見える化」を行えたこと、グループワークと全体共有では、他の市区町村の支援体制を理解することでわがまちの強みを発見し、課題解決のヒントを得たことを全体討論の場で確認します。

(4) Q-SACCS を用いた実践例



動画あり

a. 人口10万人規模のA市

人口が10万人規模のA市を例にとって、実際にQ-SACCSを用いて行った地域の支援体制の点検についてご紹介します。

なお、ここで紹介する内容については、実際に行った例に一部修正を加えています。

人口10万人規模のA市

A市は人口約130,000人で、年間出生数は約1,450人です。

教育・保育・福祉等の状況については、表に示した通りです。

A市の支援体制

全年齢人口:約130,000人 (出生数:約1,450人) 世帯数:約58,000世帯

〈教育〉 高等学校(5校)、中学校(11校)、小学校(20校)、幼稚園(18園)
特別支援学校(高等部2校)

〈保育等〉 保育園(公立2ヶ所、認可保育所38ヶ所、認可外保育園19ヶ所、
認定こども園11ヶ所(うち1ヶ所公立こども園)
地域型保育事業(小規模保育事業所18ヶ所、事業所内保育事業所5ヶ所)
学童クラブ(54ヶ所)、児童館・児童センター(6ヶ所)

〈福祉〉 市立児童発達支援センター(1か所)
児童発達支援事業所(30ヶ所)、放課後等デイサービス(46ヶ所)
保育所等訪問支援事業所(2ヶ所)
就労継続支援A型(15事業所)、B型(40事業所)、就労移行支援(5ヶ所)

A市では、関係課が2カ月に1度集まって「A市発達を支援する関係課連絡会」を開催し、市内の発達支援に関する課題について情報共有および課題解決に向けた検討を行ってきました。しかし、人事異動で参加者が代わる中で、目の前の課題解決に追われ、系統立った支援計画立案には至っていない点が課題でした。

あるとき、この連絡会に外部専門機関として招いた県の発達障害者支援センター職員よりQ-SACCSの紹介を受け、市内の強み・課題を確認することを目的に、連絡会でQ-SACCSを作成することになりました。

その翌年には、県の発達障害者支援センターが主催したQ-SACCS研修会で実践報告を行い、他の自治体から評価してもらうことで、さらなるブラッシュアップを行いました。

Q-SACCS作成の経緯

- 「A市発達を支援する関係課連絡会」にて、市内の発達課題について検討してきたが、人事異動で参加者が代わる中で、目の前の課題解決に追われ、系統立った支援計画立案には至っていなかった。
 - 同連絡会に外部専門機関として招いた県発達障害者支援センターより、「Q-SACCS」の紹介を受け、市内の強み・課題を確認することを目的に、連絡会でQ-SACCSを作成。
 - 県発達障害者支援センターが主催したQ-SACCS研修会で実践報告を行い、他の自治体から評価してもらうことで、さらなるブラッシュアップを行った。
- ※「A市発達を支援する関係課連絡会」とは、市内の発達支援に関する課題について、情報共有及び課題解決に向けた検討を行うことを目的に、関係課が隔月で集まる庁内会議。

連絡会で作成したQ-SACCSを示します。

■Q-SACCS①(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)	0～3歳	学童的 インターフェイス (保育施設)	4～6歳	学童的 インターフェイス (保育施設)	7～15歳
レベル1 個別 日常生活 水準	<ul style="list-style-type: none"> ○乳幼児健診 △保育園 △こども園 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●巡回相談(心理士) ●保育士 △要保護児童対策地域協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ○福祉保健課 ○幼稚園 △保育園 △こども園 		<ul style="list-style-type: none"> ○小学校 ○中学校
学童的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWIH	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○発達フォロー指導 ○子育て相談情報相談 ○サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●巡回相談(心理士) ●保育士 △要保護児童対策地域協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園 ○教育支援センター △保育士 ○サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ●青、赤、緑、小連絡協議会 ●教育支援委員会 ○保健師 ○巡回相談(心理士) ○教育支援センター △要保護児童対策地域協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベル2 定期的 専門療育的 支援	<ul style="list-style-type: none"> ○発達障害支援センター ○児童発達支援 ○保育所等訪問支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○心理士 ●精神科支援センター △児童相談員 ○相談支援専門員 ○委託相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ●発達障害支援センター ●発達支援保育 ●児童発達支援 ○保育所等訪問支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●精神科支援センター ○相談支援専門員 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○発達障害支援センター ○発達障害教室 ○児童発達支援センター ○放課後等児童デイサービス ○保育所等訪問支援
学童的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWIH	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○心療士・ST ●精神科支援センター △要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○心療士 ●精神科支援センター △要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○巡回相談(心理士) ○要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○教育支援センター ○精神科支援センター △要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○教育支援センター ○発達障害教室 ○児童発達支援センター ○放課後等児童デイサービス ○保育所等訪問支援
レベル3 個別的支持	<ul style="list-style-type: none"> ●病院 <内>・外> 	<ul style="list-style-type: none"> -継続- 	<ul style="list-style-type: none"> ●●病院 <内>・外> 	<ul style="list-style-type: none"> -継続- 	<ul style="list-style-type: none"> ●●病院 <内>・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□を記入下さい。

0歳～3歳では、レベルI(日常生活水準)において、保育園やこども園が保育だけでなく、発達が気になる子どもの発見機能も担っていると考えられました。

ここで気になった子どもについて、つなぎとして保健師や市で実施する子育て相談等を活用し、レベルIIの療育的な支援へつないでいきます。

レベルIIについては、A市では市直営の児童発達支援センターを運営しており、療育支援など子どもや保護者の状態に応じた支援を提供しています。一方で、児童発達支援事業所の機能強化は課題が残っていると考えられました。

診断や専門的な治療が必要になったケースについては、医療機関につながるためのインターフェイスとして、基幹相談支援センターや委託相談など福祉の支援が活用されていました。また、この時期は、保健師が果たすインターフェイスの役割が、大変重要になっていると分析されました。

■Q-SACCS①(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ 人口上 130,000人 ＜年度出生 1450人＞	0～3歳	継続的 インターフェイス (保育士等) SWH	4～6歳	継続的 インターフェイス (保育士等) SWH	7～15歳
レベルI 発達 日常生活 水準	<ul style="list-style-type: none"> ○乳幼児健診 △保育園 △こども園 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●発達相談(心理士) ●保育士 ●要保護児童対策地域協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ○乳幼児健診 ○幼稚園 △保育園 △こども園 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●発達相談(心理士) ●保育士 ●サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ○小学校 ○中学校
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○発達フォロー-事業 ○子育て相談(保健師) ○サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●発達相談(心理士) ●保育士 ●要保護児童対策地域協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○発達相談(心理士) ○幼稚園 ○基幹相談支援センター ○保育士 ○サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ●保、給、こ、小連絡協議会 ●教育支援委員会 ●発達相談(心理士) ●基幹相談支援センター ●保育士 ●サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルII 定期的 専門的 支援	<ul style="list-style-type: none"> ○児童発達支援センター ○児童発達支援センター ○保育所等訪問支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●心理士 ●基幹相談支援センター ●相談支援専門員 ●委託相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ○児童発達支援センター ○発達支援センター ○児童発達支援 ○保育所等訪問支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●基幹相談支援センター ●相談支援専門員 ●委託相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ○児童発達支援センター ○発達支援センター ○教育支援センター ○教育後等共働きサービス ○保育所等訪問支援
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○心理士、心 ○基幹相談支援センター ○要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●発達相談(心理士) ●保育士 ●要保護児童対策地域協議会 ●委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○発達相談(心理士) ○基幹相談支援センター ○要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ●保、給、こ、小連絡協議会 ●教育支援委員会 ●発達相談(心理士) ●基幹相談支援センター ●保育士 ●サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルIII 継続的 支援	<ul style="list-style-type: none"> ●病院 ○内、外 	- 継続 -	<ul style="list-style-type: none"> ●病院 ○内、外 	- 継続 -	<ul style="list-style-type: none"> ●病院 ○内、外

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託口、を記入下さい。

次に、ほとんどの子どもが幼稚園・保育園・こども園に通うようになる4歳～6歳への継続的インターフェイスについて述べます。

レベルIで保育園等に所属していた子どもについては、保育士が引き継ぎの中心となります。また、心理士による巡回相談等で発達が気になるとして把握されている子どももあり、その場合は、心理士や保健師によって引き継がれます。ただ、誰がいつ引き継ぐのか、明確化が課題であると考えられました。

A市では、3歳まで子どもが属していた園の保育士と就園予定先の幼稚園教諭が、互いの施設を行き来し、子どもの様子を観察する機会を積極的に設けており、公立・民営の垣根を超えたスムーズな情報共有ができる仕組みが整っています。

また、児童虐待等が疑われるようなケースについては、要保護児童対策地域協議会で丁寧な経過観察を行っています。

レベルIIの療育的な支援が実施されている子どもについては、保健師や心理士、相談支援専門員などによる引き継ぎが主になります。

■Q-SACCS②(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ 人口上 130,000人 ＜年度出生 1450人＞	0～3歳	継続的 インターフェイス (保育士等) SWH	4～6歳	継続的 インターフェイス (保育士等) SWH	7～15歳
レベルI 発達 日常生活 水準	<ul style="list-style-type: none"> ○乳幼児健診 △保育園 △こども園 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●発達相談(心理士) ●保育士 ●要保護児童対策地域協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ○乳幼児健診 ○幼稚園 △保育園 △こども園 	<ul style="list-style-type: none"> ●保、給、こ、小連絡協議会 ●教育支援委員会 ●発達相談(心理士) ●基幹相談支援センター ●保育士 ●サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ○小学校 ○中学校
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○発達フォロー-事業 ○子育て相談(保健師) ○サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●発達相談(心理士) ●保育士 ●要保護児童対策地域協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○発達相談(心理士) ○幼稚園 ○基幹相談支援センター ○保育士 ○サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ●保、給、こ、小連絡協議会 ●教育支援委員会 ●発達相談(心理士) ●基幹相談支援センター ●保育士 ●サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルII 定期的 専門的 支援	<ul style="list-style-type: none"> ○児童発達支援センター ○児童発達支援センター ○保育所等訪問支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●心理士 ●基幹相談支援センター ●相談支援専門員 ●委託相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ○児童発達支援センター ○発達支援センター ○児童発達支援 ○保育所等訪問支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●基幹相談支援センター ●相談支援専門員 ●委託相談員 	<ul style="list-style-type: none"> ○児童発達支援センター ○発達支援センター ○教育支援センター ○教育後等共働きサービス ○保育所等訪問支援
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○心理士、心 ○基幹相談支援センター ○要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健師 ●発達相談(心理士) ●保育士 ●要保護児童対策地域協議会 ●委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健師 ○発達相談(心理士) ○基幹相談支援センター ○要保護児童対策地域協議会 ○委託相談 	<ul style="list-style-type: none"> ●保、給、こ、小連絡協議会 ●教育支援委員会 ●発達相談(心理士) ●基幹相談支援センター ●保育士 ●サポートノート(ツール) 	<ul style="list-style-type: none"> ○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルIII 継続的 支援	<ul style="list-style-type: none"> ●病院 ○内、外 	- 継続 -	<ul style="list-style-type: none"> ●病院 ○内、外 	- 継続 -	<ul style="list-style-type: none"> ●病院 ○内、外

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託口、を記入下さい。

4歳～6歳における支援体制について述べます。

インターフェイスとして保健師、巡回相談の心理士、幼稚園教諭、保育士が関わるのに加えて、幼稚園児については教育委員会管轄の教育支援センターの就学相談員も関与して、情報の把握に努めています。

レベルIIおよび医療へのつなぎについては、0～3歳と同様の体制と考えられました。

■Q-SACCS①(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ ＜人口＞ 120,000人 ＜年齢出生率＞ 14.50人/人	0～3歳	継続的 インターフェイス (児童福祉) SWH	4～6歳	継続的 インターフェイス (児童福祉) SWH	7～15歳
レベルI 総合 日常生活 支援	○乳幼児健診 △保育園 △こども園	保健師 巡回相談(心理士) 保育士 △要保護児童対策 地域協議会	○乳幼児健診 ○幼稚園 △保育園 △こども園	○乳幼児健診 ○幼稚園 △保育園 △こども園	○小学校 ○中学校
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	○保健師 ○児童フォロー-事業 ○子育て相談連携相談 ○サポートノート (ツール)	○保健師 ○巡回相談(心理士) △要保護児童対策 地域協議会	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルII 定期的 専門療育的 支援	○児童発達支援センター ○児童発達支援 △保育所等訪問支援	○保健師 ○心理士 ○精神科支援センター △児童相談員 △相談支援専門員 □委託相談員	○児童発達支援センター ○児童発達支援 △児童相談員 △相談支援専門員 □委託相談員	○児童発達支援センター ○児童発達支援 △児童相談員 △相談支援専門員 □委託相談員	○児童発達支援センター ○巡回指導支援 ○精神科支援センター △児童発達支援 △児童相談員 △児童発達支援地域協議会 □保育所等訪問支援
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	○保健師 ○心療士・ST ○精神科支援センター △児童相談員 △地域協議会 □委託相談員	○保健師 ○巡回相談(心理士) △要保護児童対策 地域協議会 □委託相談員	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルIII 医師的支援	●●病院 ＜内・外＞	-継続-	●●病院 ＜内・外＞	-継続-	●●病院 ＜内・外＞

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

就学に際してのインターフェイスについて述べます。

レベルIでは、各機関の支援者を集め、就学までの流れを共有する「保・幼・こ・小連絡協議会就学相談会」および、保護者と就学先を決定していく教育支援委員会が大きな役割を果たしています。

レベルIIのサービスを利用している子どもに関するつなぎでは、相談支援専門員を中心とした事業所間の引き継ぎが大きな比重を占めていました。

■Q-SACCS②(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ ＜人口＞ 120,000人 ＜年齢出生率＞ 14.50人/人	0～3歳	継続的 インターフェイス (児童福祉) SWH	4～6歳	継続的 インターフェイス (児童福祉) SWH	7～15歳
レベルI 総合 日常生活 支援	○乳幼児健診 △保育園 △こども園	保健師 巡回相談(心理士) 保育士 △要保護児童対策 地域協議会	○乳幼児健診 ○幼稚園 △保育園 △こども園	○乳幼児健診 ○幼稚園 △保育園 △こども園	○小学校 ○中学校
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	○保健師 ○児童フォロー-事業 ○子育て相談連携相談 ○サポートノート (ツール)	○保健師 ○巡回相談(心理士) △要保護児童対策 地域協議会	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルII 定期的 専門療育的 支援	○児童発達支援センター ○児童発達支援 △保育所等訪問支援	○保健師 ○心理士 ○精神科支援センター △児童相談員 △相談支援専門員 □委託相談員	○児童発達支援センター ○児童発達支援 △児童相談員 △相談支援専門員 □委託相談員	○児童発達支援センター ○児童発達支援 △児童相談員 △相談支援専門員 □委託相談員	○児童発達支援センター ○巡回指導支援 ○精神科支援センター △児童発達支援 △児童相談員 △児童発達支援地域協議会 □保育所等訪問支援
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWH	○保健師 ○心療士・ST ○精神科支援センター △児童相談員 △地域協議会 □委託相談員	○保健師 ○巡回相談(心理士) △要保護児童対策 地域協議会 □委託相談員	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○保健師 ○巡回相談(心理士) ○幼稚園教諭 ○教育支援センター △保育士 △サポートノート (ツール)	○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルIII 医師的支援	●●病院 ＜内・外＞	-継続-	●●病院 ＜内・外＞	-継続-	●●病院 ＜内・外＞

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

7歳～15歳については、以下の通りです。

レベルIは通常の小学校および中学校の通常の学級です。レベルIIには特別支援学校、特別支援学級、通級指導教室などの特別支援教育の場が入りますが、それ以外に児童発達支援センター、適応指導教室、教育支援センター、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援などのサービスが利用されています。

特別支援教育の利用に関する相談や不登校の相談については、教育支援センターが担っています。

■Q-SACCS①(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

Q-SACCS① <A市> 人口上 130,000人 <B市> 人口上 155,000人	0～3歳	継続的 インターフェイス (発達障 害) SWiH	4～6歳	継続的 インターフェイス (発達障 害) SWiH	7～15歳
レベルI (毎日) 日常生活 水準	○乳幼児健診 △療育園 △こころの ひろば	○保健師 ○児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会	○乳幼児健診 △発達障 害 △療育園 △こころの ひろば	○乳幼児健診 △発達障 害 △療育園 △こころの ひろば	○小学校 ○中学校
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWiH	○保健師 ○発達フ ォロー-事 業 ○子育て 相談指導 相談 ○サポ ートノ ート (ツール)	○保健師 ○児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会	○保健師 ○児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会	○保健師 ○児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会	○教育支援センター ○学校訪問相談員
レベルII (定期的) 専門療育的 支援	○児童発達支援センター ○教育支援センター △適応指導教室 △放課後等 デイサービス △保育所等 訪問支援	○保健師 ○心 理士 ○基幹相談支援センター △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○児童発達支援センター ○教育支援センター △適応指導教室 △放課後等 デイサービス △保育所等 訪問支援	○基幹相談支援センター ○心 理士 ○児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○児童発達支援センター ○適応指導教室 ○放課後等 デイサービス ○保育所等 訪問支援
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWiH	○保健師 ○心 理士・ST ○基幹相談支援センター △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○保健師 ○心 理士 ○基幹相談支援センター △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○保健師 ○心 理士 ○基幹相談支援センター △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○保健師 ○心 理士 ○基幹相談支援センター △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○教育支援センター ○児童相談所 △適応指導教室 △放課後等 デイサービス △保育所等 訪問支援 ○委託相談員
レベルIII 医師的支援	●●病院 <内>・外>	・継続・	●●病院 <内>・外>	・継続・	●●病院 <内>・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託口、を記入下さい。

A市では、15歳以降についてもQ-SACCSで情報を整理してみました。

■Q-SACCS②(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

Q-SACCS② <A市> 人口上 130,000人 <B市> 人口上 155,000人	7～15歳	継続的 インターフェイス (発達障 害) SWiH	15～18歳	継続的 インターフェイス (発達障 害) SWiH	19～35歳
レベルI (毎日) 日常生活 水準	○小学校 ○中学校	○小学校 ○中学校	○高校	○高校	○職業訓練 ○ハローワーク
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWiH	○教育支援センター ○学校訪問相談員	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会	○教育支援センター ○高校教員	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○高校教員	○つなぎ支援 コーディネーター
レベルII (定期的) 専門療育的 支援	○児童発達支援センター ○教育支援センター △適応指導教室 △放課後等 デイサービス △保育所等 訪問支援	○基幹相談支援センター ○心 理士 △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○児童発達支援センター ○教育支援センター △適応指導教室 △放課後等 デイサービス △保育所等 訪問支援	○基幹相談支援センター ○心 理士 △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○就労支援(A、B、移行) ○障害者就業・生活支援 センター ○ハローワーク(専門援助)
継続的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) SWiH	○教育支援センター ○基幹相談支援センター △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○基幹相談支援センター ○心 理士 △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○基幹相談支援センター ○心 理士 △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○基幹相談支援センター ○心 理士 △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員	○基幹相談支援センター ○心 理士 △児童相談所 △児童発達支援 △通級指導教室 △要保護児童対策 地域協議会 ○委託相談員
レベルIII 医師的支援	●●病院 <内>・外>	・継続・	●●病院 <内>・外>	・継続・	●●病院 <内>・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託口、を記入下さい。

A市では、市単独事業として、「つなぎ支援コーディネーター事業」を実施しています。この事業では、就学中または就労している人に対し、相談ニーズを整理した上で、必要に応じて福祉サービスを案内しています。軽度の知的障害があることを見逃されて、長期間にわたって障害児者の支援につながってこなかったケースなどが、この事業によって福祉サービスへとつなげられています。

■Q-SACCS②(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ ＜人口＞ 130,000人 ＜年齢＞ 15歳以上 15歳以下	7～15歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWiH	15～18歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWiH	19～35歳
レベルI (毎日) 日常生活 水準	○小学校 ○中学校		□高校		□職業訓練 □ハローワーク
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWiH	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○教育委員会からの引き継ぎ △要保護児童対策地域協議会		○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○高校教員	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○高校教員	○つなぎ支援 コーディネーター
レベルII (定期的) 専門療育的 支援	○児童発達支援センター ○障害児相談支援センター ○発達障害等 相談ダイヤル ○療育等利用支援	○精神相談支援センター ○心療士 ○家庭相談員 ○委託相談 ○相談支援専門員	○児童発達支援センター ○障害児相談支援センター ○発達障害等 相談ダイヤル ○療育等利用支援	○児童発達支援センター ○障害児相談支援センター ○発達障害等 相談ダイヤル ○療育等利用支援	○就労支援(A、B、移行) ○障害者就業・生活支援 センター □ハローワーク(専門援助)
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWiH	○教育支援センター ○教育支援センター △要保護児童対策地域協議会 □委託相談		○教育支援センター △要保護児童対策地域協議会 □委託相談	○精神相談支援センター △要保護児童対策地域協議会 □委託相談	○精神相談支援センター □委託相談 □訪問看護
レベルIII 医師的支援	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□を記入下さい。

中学卒業後の15歳～18歳においては、レベルIからレベルIIへの引き継ぎが課題となります。高校は県立の管轄であるため、市立の教育支援センターの関与が難しくなるからです。引き継ぎについては各高校に頼る部分が大きく、誰がいつ引き継ぐのかの明確化が課題です。また、学校に属していない人の状況の把握や、この年代を対象とした放課後等デイサービスの確保についても同様に課題となっています。

■Q-SACCS②(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ ＜人口＞ 130,000人 ＜年齢＞ 15歳以上 15歳以下	7～15歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWiH	15～18歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWiH	19～35歳
レベルI (毎日) 日常生活 水準	○小学校 ○中学校		□高校		□職業訓練 □ハローワーク
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWiH	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○教育委員会からの引き継ぎ △要保護児童対策地域協議会		○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○高校教員	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○高校教員	○つなぎ支援 コーディネーター
レベルII (定期的) 専門療育的 支援	○児童発達支援センター ○障害児相談支援センター ○発達障害等 相談ダイヤル ○療育等利用支援	○精神相談支援センター ○心療士 ○家庭相談員 ○委託相談 ○相談支援専門員	○児童発達支援センター ○障害児相談支援センター ○発達障害等 相談ダイヤル ○療育等利用支援	○児童発達支援センター ○障害児相談支援センター ○発達障害等 相談ダイヤル ○療育等利用支援	○就労支援(A、B、移行) ○障害者就業・生活支援 センター □ハローワーク(専門援助)
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWiH	○教育支援センター ○教育支援センター △要保護児童対策地域協議会 □委託相談		○教育支援センター △要保護児童対策地域協議会 □委託相談	○精神相談支援センター △要保護児童対策地域協議会 □委託相談	○精神相談支援センター □委託相談 □訪問看護
レベルIII 医師的支援	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□を記入下さい。

成人期の支援へのインターフェイスについても、学校に頼るところが大きいのが現状です。普通高校の教員がどこまでその役割を担うのかの明確化が課題となります。

特別支援学校に所属していた人については、原則として障害者就業・生活支援センターへ登録することになっており、継続した支援が実施できています。

■Q-SACCS②(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ ＜人口＞ 130,000人 ＜年齢＞ 15歳以上	7～15歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWIH	15～18歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWIH	19～35歳
レベルⅠ (毎日) 日常生活 水準	○小学校 ○中学校		□高校		□職業訓練 □ハローワーク
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWIH	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○教育委員会からの引き続き △要保護児童対策地域協議会	●教育支援センター ●学校訪問組織	●教育支援センター ●高校教員	●つなぎ支援 コーディネーター ●教育支援センター ●高校教員	●つなぎ支援 コーディネーター
レベルⅡ (定期的) 専門的 支援	○児童発達支援センター ○障害支援センター ○認知症対応型 ○放課後等児童デイサービス ○障害者等訪問支援	○精神相談支援センター ○心療士 △家庭相談員 □委託相談 □相談支援専門員	○児童発達支援センター ○障害支援センター ○認知症対応型 ○放課後等児童デイサービス ○障害者等訪問支援	○精神相談支援センター ○心療士 △家庭相談員 □委託相談 □相談支援専門員 ○障害者就業・生活支援センター	○就業支援(A、B、移行) 生活支援 センター ○ハローワーク(専門援助)
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWIH	●教育支援センター ●精神相談支援センター ●児童発達支援センター ●要保護児童対策地域協議会 □委託相談	●精神相談支援センター ●心療士 ●家庭相談員 ●委託相談	●精神相談支援センター ●要保護児童対策地域協議会 ●委託相談	●精神相談支援センター ●心療士 ●家庭相談員 ●委託相談 ●相談支援専門員 ●障害者就業・生活支援センター	●精神相談支援センター ●委託相談 ●訪問看護
レベルⅢ 医師的 支援	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

19歳以降では、レベルⅠの支援としての一般の職業訓練やハローワークでは対応しきれない場合に障害者を対象とした就労支援の利用へのつながりが必要です。

A市では、先に述べたつなぎ支援コーディネーターが配置されており、就学中、就労後を問わず相談ニーズを確認し、必要に応じて福祉サービスにつなぎ仕組みができています。

レベルⅡの支援では、就労支援機関の支援の質の均てん化が大きな課題となっており、機能強化が求められています。

■Q-SACCS②(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜A市＞ ＜人口＞ 130,000人 ＜年齢＞ 15歳以上	7～15歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWIH	15～18歳	継続的 インターフェイス (有償/無償) SWIH	19～35歳
レベルⅠ (毎日) 日常生活 水準	○小学校 ○中学校		□高校		□職業訓練 □ハローワーク
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWIH	○つなぎ支援 コーディネーター ○教育支援センター ○教育委員会からの引き続き △要保護児童対策地域協議会	●教育支援センター ●学校訪問組織	●教育支援センター ●高校教員	●つなぎ支援 コーディネーター ●教育支援センター ●高校教員	●つなぎ支援 コーディネーター
レベルⅡ (定期的) 専門的 支援	○児童発達支援センター ○障害支援センター ○認知症対応型 ○放課後等児童デイサービス ○障害者等訪問支援	○精神相談支援センター ○心療士 △家庭相談員 □委託相談 □相談支援専門員	○児童発達支援センター ○障害支援センター ○認知症対応型 ○放課後等児童デイサービス ○障害者等訪問支援	○精神相談支援センター ○心療士 △家庭相談員 □委託相談 □相談支援専門員 ○障害者就業・生活支援センター	○就業支援(A、B、移行) 生活支援 センター ○ハローワーク(専門援助)
継続的 インター フェイス (有償/無償、 紹介等) SWIH	●教育支援センター ●精神相談支援センター ●児童発達支援センター ●要保護児童対策地域協議会 □委託相談	●精神相談支援センター ●心療士 ●家庭相談員 ●委託相談	●精神相談支援センター ●要保護児童対策地域協議会 ●委託相談	●精神相談支援センター ●心療士 ●家庭相談員 ●委託相談 ●相談支援専門員 ●障害者就業・生活支援センター	●精神相談支援センター ●委託相談 ●訪問看護
レベルⅢ 医師的 支援	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>	・継続・	●病院 <内・外>

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

Q-SACCSを作成することで、A市には豊富な社会資源があることが確認されました。

特に、市直営のセンターが存在することで、専門職を確保しつつ、継続的な支援を実施していくことが可能となっていることが確認されました。

また、市単独事業で配置されているつなぎ支援コーディネーターは、教育から就労という移行の難しい時期を支える、非常に心強い役割を果たしていることがわかりました。ただし、この事業について知らない他課の職員も多いこともQ-SACCSを用いた会議で明らかとなりました。このように、所属する自治体の制度や事業について確認できることも、Q-SACCSによる点検の利点であると言えます。

他にも、民間の福祉サービス提供事業所の数が多いことも、A市の強みであると考えられました。

A市の強み = 社会資源が豊富

1. 市直営のセンターが充実
 - ・児童発達支援センター：気付きの支援から療育、地域支援までを担う。
 - ・教育支援センター：就学相談、不登校を含む教育相談を実施。
 - ・基幹相談支援センター：障害福祉に係る相談に対応する。
2. つなぎ支援コーディネーター事業（市単独事業）
 - ・就学中または就労後も含め、相談ニーズを確認し、必要に応じ福祉サービスつなぐ。
3. 福祉サービス提供事業所が多い

一方、A市の課題として、以下の点が挙げられました。

まず、関与する機関や支援者が多く、それぞれの役割が不明確であることが挙げられます。対策としては、Q-SACCSを経年で作成することで、各事業やその役割の理解を深めていくことに加え、「A市こどもの発達に関する指針(仮)」の策定を検討し、参加者が代わっても引き継がれる支援体制構築を目指すことが考えられました。

事業所の支援の質の均てん化の課題については、研修や情報交換の機会を、市直営センターで企画できないか、検討しています。

また、市内共通の情報引き継ぎツールとして、サポートノートがすでにありますが、十分には普及していないことが指摘されました。今後さらに周知徹底していくことが重要ですが、個別支援計画などの行政手続き上の書類と書式が異なることも課題と思われたため、書式のすり合わせを検討する必要があると思われました。

A市の課題 = 明確化と機能強化が課題

1. 関与する機関・支援者が多く、それぞれの役割が不明確
対策：Q-SACCSの経年作成及び、「A市こどもの発達に関する指針(仮)」の策定を検討。
2. 事業所の支援の質の均てん化が課題
対策：市直営センターが中心となった連絡会及び、研修会の定期開催を検討。
3. 市内共通の情報引き継ぎツールの普及が不十分
対策：既存のサポートノートの周知徹底や、個別支援計画書等との書式のすり合わせを検討。

Q-SACCSを用いて地域の支援体制を点検したことによって、市内の強みと課題が視覚的に整理できました。また、市内の強みを確認でき、職員のエンパワメントにつながりました。自治体規模が大きくなると、他課の事業だけでなく、自分の課の事業でさえ係が違うと把握できていないことに気が付いたという感想もありました。経年で実施していくことで、支援体制整備の状況が俯瞰しやすくなるだけでなく、人事異動もある中で引き継ぎ資料としても有用と思われました。

地域の支援体制を点検したことの感想

- 市内の強みと課題が視覚的に整理できた。
- 市内の強みを確認でき、職員のエンパワメントにつながった。
- 自治体規模が大きくなると、他課の事業だけでなく、同課の事業でさえ、係が違うと把握できていないことに気が付いた。
- 経年で実施していくことで、支援体制整備の状況が俯瞰しやすい。また、人事異動もある中で、引き継ぎ資料としても有用。

b. 人口5万人規模のB市

人口が5万人規模のB市を例にとって、実際にQ-SACCSを用いて行った地域の支援体制の点検についてご紹介します。

なお、ここで紹介する内容については、実際に行った例に一部修正を加えています。

人口5万人規模のB市

B市は、人口約45,000人で、年間出生数は約500人です。

教育・保育・福祉・医療の状況については、表に示した通りです。

B市の支援体制

全年齢人口:約45,000人 (出生数:約500人) 世帯数:約22,000世帯
地理的特徴:離島

〈教育〉 高等学校(3校)、中学校(5校)、小学校(15校)、幼稚園(11園)
特別支援学校(1校)

〈保育等〉 保育園(公立3ヶ所、公立こども園3ヶ所、私立こども園5ヶ所、
認可保育園19ヶ所、認可外保育園 4ヶ所)
地域型保育事業(小規模保育事業所13ヶ所、事業所内保育事業所4ヶ所)
学童クラブ(14ヶ所)、児童館(2ヶ所)

〈福祉〉 児童発達支援事業所(5ヶ所)、放課後等デイサービス(9ヶ所)、
保育所等訪問支援事業所(1ヶ所)

〈医療〉 県立病院(1ヶ所)、小児科クリニック(2ヶ所)

B市では、令和元年度に「発達ワンストップ相談窓口」が保健センター内に設置されました。常勤の臨床心理士が配置され、市内の支援体制構築の中心的役割を期待されましたが、日々の相談業務に追われる中、体制整備に向けた具体的な取り組みに苦慮していました。

そんな折、圏域内連絡会議などで県の発達障害者支援センターと関わりを持つ中でQ-SACCSの紹介を受け、市内の支援体制を改めて確認することを目的に、県発達障害者支援センターからオンラインでアドバイスをもらいながらQ-SACCSを作成することとなりました。翌年には、県発達障害者支援センターが主催したQ-SACCS研修会で実践報告を行い、他の自治体から評価してもらうことで、さらなるブラッシュアップを行いました。

Q-SACCS作成の経緯

1. 令和元年度に「発達ワンストップ相談窓口」がB市保健センターに設置された。常勤の臨床心理士が配置され、市内の支援体制構築が期待されたが、日々の相談業務に追われる中、体制整備に向けた具体的な取り組みに苦慮していた。
2. 圏域内連絡会議等で、県発達障害者支援センターと関わりを持つ中でQ-SACCSの紹介を受け、市内の支援体制を改めて確認することを目的に、県発達障害者支援センターからオンラインにてアドバイスをもらいながら、常勤臨床心理士がQ-SACCSを作成。
3. 県発達障害者支援センターが主催したQ-SACCS研修会で実践報告を行い、他の自治体から評価してもらうことで、さらなるブラッシュアップを行った。

作成したQ-SACCSを示します。内容について、各ライフステージに沿って紹介します。

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜B市＞ ＜人口45,000人＞ ＜児童福祉＞200人＞	0～3歳	4～6歳	7～15歳
レベル1 (毎日) 日常生活水準	○乳幼児健診 △保育所(園) △こども園	○幼稚園 △保育所(園) △こども園	○小学校 ○中学校
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	○保健師 ○保健師研修室 ○親子教室 ○母子相談 ○保育所巡回	○親子教室 ○保育所巡回 △保育士	○子育て相談員派遣事業
レベル2 (定期的) 専門機関的支援	●発達ワンストップ 相談窓口 ○保育所巡回 □保育所等相談支援事業 □児童発達支援事業	●発達ワンストップ 相談窓口 ●発達ワンストップ 相談窓口 ○障がい児等・特別支援 委員会	●発達ワンストップ 相談窓口 ●発達ワンストップ 相談窓口 ○教育支援委員会
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	●発達ワンストップ 相談窓口 ○保健師 ○家庭児童相談員	●発達ワンストップ 相談窓口 ○家庭児童相談員	○発達児童相談員 ○校内カンファレンス △スクールカウンセラー
レベル3 医療的支援	■国立病院 (特診中) ■Aクリニック ■Bクリニック	・・・継続・・・	■国立病院 (特診中) ■Aクリニック ■Bクリニック

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

0歳～3歳では、レベルIの日常生活水準において、保育園やこども園が保育だけでなく、発達が気になる子の発見機能も担っていると考えられました。

ここで気になった子どもについて、つなぎとして保健師や市で実施する保育所巡回を活用し、レベルIIの療育的な支援へとつないでいきます。

B市は、発達ワンストップ相談窓口の心理士が市内の保育所巡回も担うことで、心理士に情報が集約される仕組みとなっています。

また、市の保健センターには社会福祉協議会が運営する児童発達支援事業所もあるため、保健センター内で、相談支援と療育支援の両方が提供できています。

ここで診断や医学的治療が必要になったケースについては、保健師などが支援しつつ医療機関へとつなぎます。

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜都市＞ ＜人口＞45,000人 ＜年間出生者＞200人	0～3歳	随時的 インターフェイス SWiH	4～6歳	随時的 インターフェイス (引き継ぎ) SWiH	7～15歳
レベルI (毎日) 日常生活水準	○乳幼児健診 △保育所(園) △こども園		○幼稚園 △保育所(園) △こども園		○小学校 ○中学校
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	○保健師 ○保健師助産師 ○親子教室 ○子育て相談 ○保育所巡回	●保育所巡回 ●保育士	○親子教室 ○保育所巡回 △保育士	△臨床心理士の巡回 (教育委員会)	○子育て相談連携事業
レベルII (定期的) 専門療育的支援	●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所巡回 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業	●市サポーターファイル ●相談委員会 ●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業 ●障がい児等・特別支援 委員会	●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所巡回 ●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業 ●障がい児等・特別支援 委員会	●市サポーターファイル ●相談委員会 ●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業 ●障がい児等・特別支援 委員会	○特別支援学級 ○個別指導教室 ○特別支援学校 ○保育所等訪問支援事業 ○放課後等デイサービス ○放課後等デイサービス
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	●発達ワンストップ 相談窓口 ●保健師 ○家庭児童相談員		●発達ワンストップ 相談窓口 ●保健師 ○家庭児童相談員		○家庭児童相談員 ○校内カンファレンス △スクールカウンセラー
レベルIII 医療的支援	△国立病院(体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	△国立病院(体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	△国立病院(体診中) △Aクリニック △Bクリニック

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

続いて、ほとんどの子どもが幼稚園・保育園・こども園に通うようになる4歳～6歳への随時的インターフェイスについて述べます。

レベルIで保育園などに所属していた子どもについては、保育士が引き継ぎの中心となります。特に気になる子については、市で実施する保育所巡回でも経過を追っています。ただ、この部分の引き継ぎについては、誰がいつ引き継ぐのか、明確化が課題です。

レベルIIでは、情報交換会が重要な役割を果たしています。この会では、毎月1回、母子保健主管課、障害福祉主管課、児童家庭主管課、教育委員会などの関係課などが集まり、保護者に了解が得られた個別発達相談や保育所巡回などのケースについて情報共有しています。関係課が顔の見える関係を築きつつ、迅速に情報共有や支援策の検討ができる機会となっています。

さらにB市では、「B市サポートファイル」という市独自のツールを用意しています。市内の支援機関の情報や、支援申請の流れが記載されている他、本人の情報を簡単にまとめるシートも紹介しており、引き継ぎの際に役立てています。

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜都市＞ ＜人口＞45,000人 ＜年間出生者＞200人	0～3歳	随時的 インターフェイス SWiH	4～6歳	随時的 インターフェイス (引き継ぎ) SWiH	7～15歳
レベルI (毎日) 日常生活水準	○乳幼児健診 △保育所(園) △こども園		○幼稚園 △保育所(園) △こども園		○小学校 ○中学校
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	○保健師 ○保健師助産師 ○親子教室 ○子育て相談 ○保育所巡回	●保育所巡回 ●保育士	○親子教室 ○保育所巡回 △保育士	△臨床心理士の巡回 (教育委員会)	○子育て相談連携事業
レベルII (定期的) 専門療育的支援	●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所巡回 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業	●市サポーターファイル ●相談委員会 ●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業 ●障がい児等・特別支援 委員会	●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所巡回 ●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業 ●障がい児等・特別支援 委員会	●市サポーターファイル ●相談委員会 ●発達ワンストップ 相談窓口 ●保育所等訪問支援事業 ●児童発達支援事業 ●障がい児等・特別支援 委員会	○特別支援学級 ○個別指導教室 ○特別支援学校 ○保育所等訪問支援事業 ○放課後等デイサービス ○放課後等デイサービス
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	●発達ワンストップ 相談窓口 ●保健師 ○家庭児童相談員		●発達ワンストップ 相談窓口 ●保健師 ○家庭児童相談員		○家庭児童相談員 ○校内カンファレンス △スクールカウンセラー
レベルIII 医療的支援	△国立病院(体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	△国立病院(体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	△国立病院(体診中) △Aクリニック △Bクリニック

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

4歳～6歳における支援体制について述べます。

レベルIIでは、福祉サービスなどによる支援が主ですが、幼稚園児については、県教育事務所が主管する「特別支援教育巡回アドバイザー事業」を活用し、特別支援学校の教員が幼稚園を訪問して、関わり方などについて幼稚園教諭にアドバイスしています。

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

<市町> <人口145,000人以下> <年商10億以下>300人未満	0～3歳	随時的 インターフェイス (引き継ぎ) SWiH	4～6歳	随時的 インターフェイス (引き継ぎ) SWiH	7～15歳
レベルI (毎日) 日常生活水準	○乳幼児健診 △保育所(園) △こども園		○幼稚園 △保育所(園) △こども園		○小学校 ○中学校
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	○保健師 ○個別指導教室 ○親子教室 ○親子相談 ○保育所巡回	●保育所巡回 ●保育士	○親子教室 ○保育所巡回 △保育士	●臨床心理士の巡回 (教育委員会)	○子育て相談員派遣事業
レベルII (定期的) 専門療育的支援	●発達ワnstopp 相談窓口 ○保育所巡回 ○保育所等特別支援事業 ○児童発達支援事業	●B市サポートファイル 情報交換会 ●発達ワnstopp 相談窓口 ○障がい児等・特別支援 委員会	●発達ワnstopp 相談窓口 ○保育所巡回 ○保育所等特別支援事業 ○児童発達支援事業 ○特別支援アドバイザー	●B市サポートファイル 情報交換会 ●発達ワnstopp 相談窓口 ○特別支援委員会	○特別支援学校 ○連絡指導室 ○特別支援学校 ○保健指導特別支援事業 ○放課後等デイサービス ○放課後等デイサービス
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	●発達ワnstopp 相談窓口 ○保健師 ○家庭児童相談員		●発達ワnstopp 相談窓口 ○家庭児童相談員		○家庭児童相談員 ○校内コンサル スクールカウンセラー
レベルIII 医療的支援	●国立病院 (体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	●国立病院 (体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	●国立病院 (体診中) △Aクリニック △Bクリニック

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

就学に際してのインターフェイスについて述べます。

レベルIの子どもに関しては、市教育委員会所属の臨床心理士が幼稚園巡回を実施しており、情報の引き継ぎを行っています。

レベルIIを利用している子どもに関しては、B市サポートファイル、情報交換会、発達ワnstopp相談窓口の他に、教育支援委員会を活用した就学先の決定が行われています。

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

<市町> <人口145,000人以下> <年商10億以下>300人未満	0～3歳	随時的 インターフェイス (引き継ぎ) SWiH	4～6歳	随時的 インターフェイス (引き継ぎ) SWiH	7～15歳
レベルI (毎日) 日常生活水準	○乳幼児健診 △保育所(園) △こども園		○幼稚園 △保育所(園) △こども園		○小学校 ○中学校
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	○保健師 ○個別指導教室 ○親子教室 ○親子相談 ○保育所巡回	●保育所巡回 ●保育士	○親子教室 ○保育所巡回 △保育士	●臨床心理士の巡回 (教育委員会)	○子育て相談員派遣事業
レベルII (定期的) 専門療育的支援	●発達ワnstopp 相談窓口 ○保育所巡回 ○保育所等特別支援事業 ○児童発達支援事業	●B市サポートファイル 情報交換会 ●発達ワnstopp 相談窓口 ○障がい児等・特別支援 委員会	●発達ワnstopp 相談窓口 ○保育所巡回 ○保育所等特別支援事業 ○児童発達支援事業 ○特別支援アドバイザー	●B市サポートファイル 情報交換会 ●発達ワnstopp 相談窓口 ○特別支援委員会	○特別支援学校 ○連絡指導室 ○特別支援学校 ○保健指導特別支援事業 ○放課後等デイサービス ○放課後等デイサービス
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	●発達ワnstopp 相談窓口 ○保健師 ○家庭児童相談員		●発達ワnstopp 相談窓口 ○家庭児童相談員		○家庭児童相談員 ○校内コンサル スクールカウンセラー
レベルIII 医療的支援	●国立病院 (体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	●国立病院 (体診中) △Aクリニック △Bクリニック	・・・継続・・・	●国立病院 (体診中) △Aクリニック △Bクリニック

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

7歳～15歳については、B市では、市単独事業として「子育て相談員派遣事業」を実施しており、各学校からの依頼に応じて子育て相談員を派遣し、つなぎの支援を行っています。

■Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

＜B市＞ ＜人口＜45,000人＞ ＜年間出生＜300人＞＞	0～3歳	離乳的 インターフェイス SWiH	4～6歳	離乳的 インターフェイス (引き継ぎ) SWiH	7～15歳
レベルⅠ(毎日) 日常生活水準	○乳幼児健診 △保育所(園) △こども園		○幼稚園 △保育所(園) △こども園		○小学校 ○中学校
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	○保健師 ○産科助産師 ○親子教室 ○子育て相談 ○保育所巡回	●保育所巡回 ●保育士	○親子教室 ○保育所巡回 △保育士	●臨床心理士の巡回 (教育委員会)	○子育て相談員派遣事業
レベルⅡ(定期的) 専門的支援	●発達ワンストップ 相談窓口 ○保育所巡回 ○保育所等幼児園支援事業 ○児童発達支援事業	●市サポートファイル 相談窓口 ●発達ワンストップ 相談窓口 ○障がい児等・特別支援 委員会	●発達ワンストップ 相談窓口 ○保育所巡回 ○保育所等幼児園支援事業 ●発達ワンストップ 相談窓口 ○発達支援センター ○特定地区アドバイザー	●市サポートファイル 相談窓口 ○保育所巡回 ○発達ワンストップ 相談窓口 ○教育支援委員会	○特別支援学校 ○建設指導室 ○特別支援学校 ○保健指導助成事業 ○保健指導アドバイザー
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) SWiH	●発達ワンストップ 相談窓口 ○保健師 ○家庭児童相談員		●発達ワンストップ 相談窓口 ○保健師 ○家庭児童相談員		○発達支援相談員 ○院内カンファレンス △スクールカウンセラー
レベルⅢ 医療的支援	●国立病院(体診中) △クリニック ●クリニック	... 継続 ...	●国立病院(体診中) △クリニック ●クリニック	... 継続 ...	●国立病院(体診中) △クリニック ●クリニック

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

Q-SACCSを作成することで、B市の強みは支援をつなぐインターフェイスが充実していることであることがわかりました。

B市サポートファイルというツールを作成し、支援者を含む市民へ配布して、市内の相談窓口の紹介などの情報提供を行っています。

また、部局横断型の情報交換会を実施することで、顔の見える連携体制を作っています。保健、保育、子育て支援、教育の関係部局が集まり、ケースについて情報を引き継いでいます。

さらに、発達ワンストップ相談窓口

B市の強み = インターフェイスが充実

- B市サポートファイル(ツール)**
 - 支援者を含む市民へ配布。市内相談窓口の紹介。
- 情報交換会(場・会議)**
 - 保健、保育、子育て支援、教育の関係部局が集まり、ケースについて情報を引き継ぐ会議を設置。
- 発達ワンストップ相談窓口(人)**
 - 市保健センターにて、ワンストップ相談窓口臨床心理士を配置。市内の保育巡回も同職員が対応する事で、情報が一か所に集まる仕組み。

に常勤の専門職を配置したことで、発達が気になる子の情報が集約でき、切れ目のない支援が実施できています。

一方、B市の課題は、療育・医療施設の充実であることがわかりました。

レベルⅡの専門療育的支援については、事業所の数は確保できているものの、取り組みに差があることが指摘されました。質の向上が必要であり、対策としては、事業所連絡会や人材育成のための研修会開催を行政で企画できないか、検討する必要があります。

レベルⅢの医療的支援については、発達障害に対応する医療機関が不足していることが喫緊の課題です。対策として、福祉サービス利用などに係る診断書が必要かどうかなどの行政手続きの見直しも検討する必要があります。また、県にも継続的に働きかけていく必要があることが確認されました。

その他、B市の近隣には小規模離島も点在しており、圏域への支援についても検討が必要であることが確認されました。

B市の課題 = 療育・医療施設の充実

1. レベルⅡ（専門療育的支援）について
 - ・事業所数は確保できているものの、取り組みに差がある。
 - 対策：事業所連絡会や人材育成のための研修会開催を検討。
2. レベルⅢ（医療的支援）について
 - ・発達障害に対応する医療機関が不足。
 - 対策：福祉サービス利用等に係る診断書必要の有無について検討及び、継続した県への働きかけ。
3. その他（地域性における課題）
 - ・近隣の小規模離島に対する圏域支援の検討が必要。

Q-SACCSを用いて地域の支援体制を点検したことによって、市内の社会資源が整理できました。「顔の見える関係性」が作りやすい会議や発達ワンストップ相談窓口の重要性について再確認でき、担当者のエンパワーメントにつながりました。さらに、市内で解決すべき課題と圏域や県と協力して解決すべき課題が整理できたことで、今後の事業展開の方向性を確認することができました。Q-SACCSは、関係課への説明資料としての活用も期待できると考えられました。

地域の支援体制を点検したことの感想

- ・市内の資源が整理できた。
- ・「顔の見える関係性」が作りやすい会議や発達ワンストップ相談窓口の重要性について再確認でき、担当者のエンパワーメントにつながった。
- ・市内で解決すべき課題と圏域や県と協力して解決すべき課題が整理でき、今後の事業展開の方向性を確認できた。
- ・関係課への説明資料としての活用が期待できる。

c. 圏域の自立支援協議会における活用

圏域の自立支援協議会において、発達障害者地域支援マネージャーが関わりながらQ-SACCSを用いて各自治体の支援体制の点検を行った例について紹介します。

なお、ここで紹介する内容については、実際に行った例に一部修正を加えています。

圏域の自立支援協議会における活用

発達障害者地域支援マネージャーが担当する障害福祉圏域

2市3町3村の8自治体から構成される障害福祉圏域であるA圏域は、全年齢人口が約19万人、0～18歳人口が約3万人です。この圏域を1人の発達障害者地域支援マネージャーが担当しています。

教育・保育・福祉等の状況については、表に示した通りです。

医療機関については、発達障害診療を行っている圏域内の医療機関数を示しています。

発達障害者地域支援マネージャーが担当する障害保健福祉圏域

A圏域

1. 構成 2市3町3村の8自治体
 2. 全年齢人口:約19万人 0～18歳人口:約3万人
- 〈教育〉 高等学校(9校) 中学校(14校) 小学校(37校)
特別支援学校(1校) 幼稚園(5園)
- 〈保育〉 保育園(59園)
- 〈福祉〉 児童発達支援センター(2事業所) 児童発達支援事業所(7事業所)
放課後等デイサービス(19事業所) 保育所等訪問支援事業所(3事業所)
- 〈医療〉 発達障害の診療を行っている医療機関
三次医療機関(1) 二次医療機関(2) 一次医療機関(7)

支援体制の点検に関する取り組み

1年目①

ここから地域の支援体制の点検に関する取り組みの経過について述べます。

国立障害者リハビリテーションセンターで開催された「地域支援マネージャー応用研修」で、Q-SACCSを活用した地域の支援体制の点検について学んだ発達障害者地域支援マネージャーが、圏域内の8つの自治体に個別にQ-SACCSの作成と支援体制の点検の実施を提案して回りました。

しかし、支援体制を点検することの効果を明確に示せず、あいまいな提案に終始してしまったため、実施には至りませんでした。

その過程の中で、複数の自治体で、発達障害を担当する課が複数にまたがり、イニシアチブを取る主担当課が明確になっていないことが判明しました。

支援体制の点検に関する取り組み 1年目① 動き出し

1. 発達障害者地域支援マネージャーが「発達障害者地域支援マネージャー応用研修」でQ-SACCSを活用した地域支援体制の点検について学んだ。
2. 圏域内8自治体に、個別に支援体制の点検の実施を提案。
3. 効果を明確に示せずあいまいな提案に終始してしまい、実施には至らず。
4. 複数の自治体で、発達障害を担当する課が複数にまたがり、イニシアチブを取る主担当課が明確になっていないことが判明。

支援体制の点検に関する取り組み

1年目②

次に、Q-SACCSを作成することについての考え方の普及と、自治体が支援体制の点検に取り組むイメージの共有をねらいとして、圏域の地域自立支援協議会療育部会※にて研修会を企画しました。

研修会では、Q-SACCSの概要の講義を実施するとともに、2つの自治体からQ-SACCSを用いた支援体制の発表を行いました。

この発表の機会を通して、自治体にQ-SACCSを作成してもらう切り口としました。

支援体制の点検に関する取り組み 1年目② 圏域での普及啓発

1. Q-SACCSを用いた支援体制の点検の考え方の普及と、自治体が支援体制の点検に取り組むイメージの共有をねらい、圏域の地域自立支援協議会療育部会※にて研修会を企画
2. 研修会内容
 - ① Q-SACCSの概要の講義
 - ② 2つの自治体からQ-SACCSを用いた支援体制の発表(2自治体/8自治体のうち)
3. 支援体制発表の機会を通して、自治体にQ-SACCSの作成の切り口とした。

※A圏域では地域自立支援協議会は自治体から基幹相談支援センターが委託を受けて事務局を運営。療育部会は、圏域内の療育に関する課題について検討を行うオープン参加形式の会議。

支援体制の点検に関する取り組み

1年目③

研修会では、2つの自治体でQ-SACCSの作成はできたものの、内容は1つの課の視点からの一面的なものであり、包括的な支援体制の検討にまで進みませんでした。

あわせて、限定的な年代や各部局、専門職ごとで支援の体制について考える機会はあるものの、圏域、自治体単位共にライフステージを越えた幅広い視点で、部局横断で支援体制を検討する機会や場がそもそもとしてない現状が課題として見えてきました。

そのため、まずは支援体制の点検に取り組むための土壌づくりを行うことにしました。

支援体制の点検に関する取り組み 1年目③ 地域課題を確認

1. 2つの自治体でQ-SACCSの作成はできたものの、包括的な支援体制の検討にまでは進まなかった。
2. 圏域、各自治体共にライフステージを越えた幅広い視点で、部局横断で支援体制を検討する機会や場がない現状が圏域の課題として見えてきたため、まずは支援体制の点検に取り組むための土壌づくりを行うことにした。

2年目① 協議の場づくり

まず、検討するための枠組みから再考し、圏域の地域自立支援協議会で新たに支援体制の検討の場として「発達支援連絡会(以下、「連絡会」)」を立ち上げました。

自治体や支援機関に働きかけ、母子保健・教育委員会・障害福祉の各課担当者、特別支援教育コーディネーター、圏域内で発達障害の診療を行っている医療機関、県機関などから参加者(総勢60名程度)を選出しました。

包括的な支援体制を考える場とするため、自治体には、主担当課が定まっていないことも踏まえて、保健・教育・福祉の三課からの出席の必要性について丁寧に説明を行いました。

支援体制の点検に関する取り組み 2年目① 協議の場づくり

1. 枠組みから再考し、圏域の地域自立支援協議会で新たに支援体制の検討の場として「発達支援連絡会(以下、「連絡会」)」を立ち上げる。
2. 自治体・支援機関に働きかけ、下記のように参加者(総勢60名程度)を選出
 - ① 自治体の母子保健・教育委員会・障害福祉の各課担当者
 - ② 自治体代表の特別支援教育コーディネーター
 - ③ 圏域内で発達障害の診療を行っている医療機関(小児科・児童精神科・精神科)
 - ④ 県機関(保健福祉事務所・発達障害者支援センター・県発達障害支援担当課)
3. 選出にあたり、自治体には保健・教育・福祉の三課の出席の必要性について丁寧に説明を行った。

2年目② 発達支援連絡会の 実施内容

連絡会では、まずグループワークを行い、そこで8つの自治体のQ-SACCSの作成と、作成したQ-SACCSを互いに共有しました。自治体ごとに事業名が異なる部分もあり、それぞれの自治体の仕組みを整理するところから始めました。

次に、「自治体における発達障害のある人への支援の取り組み状況」の調査を実施しました。調査は岡山県で過去に実施したものに、質問項目を追加して行いました。

また、2つの自治体からQ-SACCSをもとに支援体制の発表を行いました。

このような検討を行う中で、各自治体で作成したQ-SACCSで見えてきた部分と各自治体の発表で出された課題で共通する項目から、圏域の課題の抽出を行いました。

支援体制の点検に関する取り組み 2年目② 連絡会の実施内容

1. 8つの自治体のQ-SACCSの作成と共有。
2. 「自治体における発達障害のある人への支援の取り組み状況（岡山県で過去に実施したものに質問項目を追加）」の調査を実施。
3. 2つの自治体からQ-SACCSをもとに支援体制の発表（4自治体／8自治体）。
4. 各自治体のQ-SACCSで見えてきた内容と各自治体の発表で出された課題で共通する項目から、圏域の課題を抽出。

3年目

2年目の取り組みをもとに、圏域課題を①「医療連携について」（レベルⅡとⅢの共時的インターフェイス）と②「義務教育終了後のつなぎ」（15歳以降の継時的インターフェイス）の二点に焦点化しました。

①「医療連携について」は、発達障害の診療を行っている医療機関に向けて、診療情報に関するアンケートを実施し、結果を連携資料として連絡会で共有しました。

②「義務教育終了後のつなぎについて」は中学校と自治体の両者に同じ項目からなるアンケートを実施し、結果を共有しました。しかし、課題が大きく、次年度以降も継続して検討することとしました。

さらに、1つの自治体から支援体制に関する取り組み発表と、もう1つの自治体からQ-SACCSをもとにした支援体制についての発表を行いました。

支援体制の点検に関する取り組み 3年目 連絡会の実施内容

1. 圏域課題を①「医療連携について」（レベルⅡとⅢの共時的インターフェイス）と②「義務教育終了後のつなぎ」（15歳以降の継時的インターフェイス）の二点に焦点化。
2. ①については、発達障害の診療を行っている医療機関に向けて、診療情報に関するアンケートを実施し、結果を連携資料として連絡会で共有。
3. ②については中学校と自治体の両者にアンケートを実施。結果を共有するも、課題が大きく次年度以降も継続して検討。
4. 1つの自治体から支援体制に関する取り組み発表、1つの自治体から「Q-SACCS」を基に支援体制についての発表（5自治体／8自治体）。

4年目

「岡山県トータルライフ支援プロジェクト」の取り組みについて研修会を実施し、自治体の支援体制のPDCAサイクルに対しての見通しを持つ機会を作りました。

あわせて、義務教育終了後の自治体とのつなぎに関して、自治体にインタビュー形式で実態調査を実施しました。

3つの自治体からQ-SACCSをもとにした支援体制の発表を行い、4年間をかけて圏域内の全自治体が一通り支援体制の発表を終えました。

支援体制の点検に関する取り組み 4年目 連絡会の実施内容

1. 「岡山県トータルライフ支援プロジェクト」の取り組みについて研修会を実施。自治体の支援体制のPDCAサイクルに対しての見通しを持つ。
2. 義務教育終了後の自治体とのつなぎに関して、自治体にインタビュー形式で実態調査を実施。
3. 3つの自治体から「Q-SACCS」を基に支援体制の発表（8自治体／8自治体）。圏域内の全自治体が一通り支援体制の発表を終える。

C町の支援体制

ここからQ-SACCSの取り組み例を2つの自治体で紹介します。

まず、C町の支援体制です。

全年齢人口約1万人、出生数年間約70人、世帯数3,000の小規模な町です。

教育・保育・福祉・医療に関しての状況は表記の通りです。

C町の支援体制

全年齢人口：約10,000人（出生数：約70人） 世帯数3,000

〈教育〉 中学校（1校） 小学校（2校）

〈保育〉 保育園（3園）

〈福祉〉 放課後等デイサービス（1事業所）

〈医療〉 三次医療機関（1）二次医療機関（1）一次医療機関（1）

C町のQ-SACCS 0歳～12歳

C町の特徴として、継続的インターフェイスがレベルIとレベルIIの境界がなく包括的に行われていることが挙げられます。

保健師がほぼすべての年代においてインターフェイスに入っており、把握とコーディネーターの役割を担っています。

また、情報共有ファイルが町独自の取り組みとして行われており、乳幼児から義務教育終了まで一元管理された運用がなされています。

■Q-SACCS2(育)事業化できている、赤・情報化が課題、緑・情報化が課題
 ※事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

自治体人口に占める人口比(0.10000)より生活圏人口(万人)	0～3歳 約200人	継続的インターフェイス (含む子育て) SWTH	4～6歳 約200人	継続的インターフェイス (含む子育て) SWTH	7～12歳 約400人
レベルI(毎日) 日常生活水準	<input type="checkbox"/> 産後ケア・産後支援 <input type="checkbox"/> ハイリス対応地域支援 <input type="checkbox"/> 育児相談・育児相談 <input type="checkbox"/> 産科支援 <input type="checkbox"/> OT・ST相談 <input type="checkbox"/> 保育園	<input type="checkbox"/> 産後・育児相談 カンパレンス <input type="checkbox"/> 乳幼児カード <input type="checkbox"/> 入園前支援会議 <input type="checkbox"/> 教育支援委員会 (支援部会) <input type="checkbox"/> 個別の支援会議	<input type="checkbox"/> 保育園(63) <input type="checkbox"/> 幼稚園(16) <input type="checkbox"/> △産前産後 (OT・ST)心療士・保健師 ・家庭・教育相談員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 担任・園長	<input type="checkbox"/> 教育支援委員会 <input type="checkbox"/> 情報共有ファイル(行設) <input type="checkbox"/> 産科相談 <input type="checkbox"/> 産小連絡会	<input type="checkbox"/> 小中学校(2校) <input type="checkbox"/> 特別支援教育 コーディネーター <input type="checkbox"/> 校内委員会 <input type="checkbox"/> 教育支援委員会 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 家庭相談員 <input type="checkbox"/> 障害福祉係
共時的インターフェイス (情報共有、紹介等) SWTH	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 保育園長 <input type="checkbox"/> OT・ST相談 <input type="checkbox"/> 心療士相談	<input type="checkbox"/> 個別の支援会議	<input type="checkbox"/> △産前産後 (OT・ST)心療士・保健師 ・家庭・教育相談員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 担任・園長	<input type="checkbox"/> 産科相談 <input type="checkbox"/> 産小連絡会	<input type="checkbox"/> 特別支援教育 コーディネーター <input type="checkbox"/> 校内委員会 <input type="checkbox"/> 教育支援委員会 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 家庭相談員 <input type="checkbox"/> 障害福祉係
レベルII(定期的) 専門専門的支援	<input type="checkbox"/> ありそひの広場 <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所	<input type="checkbox"/> 個別の支援会議	<input type="checkbox"/> △小集団SST(保健師・OT・ST・保育士)	<input type="checkbox"/> 産科相談 <input type="checkbox"/> 産小連絡会	<input type="checkbox"/> 特別支援教育 コーディネーター <input type="checkbox"/> 校内委員会 <input type="checkbox"/> 教育支援委員会 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 家庭相談員 <input type="checkbox"/> 障害福祉係
共時的インターフェイス (情報共有、紹介等) SWTH	<input type="checkbox"/> 保健師による情報提供	<input type="checkbox"/> 個別の支援会議	<input type="checkbox"/> 保健師による情報提供 <input type="checkbox"/> 担任・園長 <input type="checkbox"/> 家庭・教育相談	<input type="checkbox"/> 産科相談 <input type="checkbox"/> 産小連絡会	<input type="checkbox"/> 特別支援教育 コーディネーター <input type="checkbox"/> 校内委員会 <input type="checkbox"/> 教育支援委員会 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 家庭相談員 <input type="checkbox"/> 障害福祉係
レベルIII 医師的支援	一次医療(0) 二次医療(1) 三次医療(0)	…継続…	一次医療(0) 二次医療(1) 三次医療(0)	…継続…	一次医療(1) 二次医療(1) 三次医療(1)

C町のQ-SACCS 13歳～18歳以降

13歳から18歳の年代においては、継続的インターフェイスに「要配慮連携会議」が記入されていました。これは、町内の保健・教育・福祉に関わる支援者が情報共有とその後の支援のために行っている連携会議です。立ち上がりによって間もない会議のため、今後の位置付けや、役割をどのように担っていくか協議を重ねている段階です。

■Q-SACCS2(育)事業化できている、赤・情報化が課題、緑・情報化が課題
 ※事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

継続的インターフェイス (含む子育て) SWTH	13～15歳 約200人	継続的インターフェイス (含む子育て) SWTH	16～18歳 約200人	継続的インターフェイス (含む子育て) SWTH
<input type="checkbox"/> 教育支援委員会 <input type="checkbox"/> 移行支援会議 <input type="checkbox"/> 情報共有ファイル(行設) <input type="checkbox"/> 小中連絡会 <input type="checkbox"/> 教育・家庭相談員 <input type="checkbox"/> 特別支援教育 コーディネーター <input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 中学校(1) <input type="checkbox"/> 特別支援教育 コーディネーター <input type="checkbox"/> 校内委員会 <input type="checkbox"/> 教育支援委員会 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 家庭相談員 <input type="checkbox"/> 障害福祉係	<input type="checkbox"/> 要配慮連携会議 ※教育・保健・福祉の 3機関による △個別対応 (家庭・教育相談員 ・保健師・障害福祉係 ・SSW等)	<input type="checkbox"/> 県立・私立高校 <input type="checkbox"/> 私立専門学校 <input type="checkbox"/> 職業訓練校 <input type="checkbox"/> 要配慮連携会議 ※教育・保健 コーディネーター △SSW、SC <input type="checkbox"/> 特別支援学校(2) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会学童支援	<input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 要配慮連携会議 <input type="checkbox"/> 地域連携係
…継続…	一次医療(1) 二次医療(1) 三次医療(1)	…継続…	一次医療(1) 二次医療(1) 三次医療(1)	…継続…

C町の強み

C町の強みは大きく3点あります。

まず、保健師が母子保健から全数把握し、多年代でのフォローができていることが挙げられます。

継時的インターフェイスがレベルI、IIで区別されることなく包括的な把握とフォローができています。学齢期に入ると保健師の関わりが薄くなる自治体もありますが、C町では介入できる体制がとられています。

次に、情報共有ファイルが行政主体で有効に活用されていることが挙げられます。

母子保健から中学校年代まで一元管理ができており、状況把握から支援開始までの連携の動きの取りやすさにつながっています。

最後に、途切れやすい年代に関する動きが作れていることが挙げられます。

一般に義務教育終了後は支援が薄くなりがちですが、C町では要配慮者連携会議が開催され、ひきこもり支援と合わせて教育・福祉・保健の三課で協働した動きを作っています。

C町の強み

1. 保健師が母子保健から全数把握し、多年代でのフォローができています。
 - ・ 継時的インターフェイスがレベルI、IIで区別することなく包括的な把握とフォローができ、学齢期にも保健師が介入に入れる体制がある。
2. 情報共有のためのツール・ファイルが行政主体で有効に活用されている。
 - ・ 母子保健から中学校年代まで一元管理ができています。
 - ・ 状況把握から支援までの動きのとりやすさにつながっている。
3. 途切れやすい年代に関する動きが作れている。
 - ・ 支援が薄くなりがちな義務教育終了後について、要配慮者連携会議が開催され、ひきこもり支援と合わせて教育・福祉・保健の三課で協働した動きを作っている。

C町の課題

C町の課題は、以下の通りです。

まず、保健師のマンパワー頼りであることが挙げられます。

母子保健から学齢期以降の幅広い年代まで対応とコーディネートを行っている状況が、保健師の動きによる部分が大きく、全体的に保健師のマンパワー頼りになってしまっています。

次に、支援体制に関する自治体内の意識のすり合わせに課題があることが挙げられます。

保健師は積極的な動きができる一方で、自治体の中で支援体制に関して意識のずれが見られます。これについて、Q-SACCSを用いながら整理を行っているところです。

C町の課題

1. 保健師のマンパワー頼り
 - ・ 母子保健から学齢期以降の幅広い年代まで対応・コーディネートを行っている状況が、保健師の動きによる部分が大きい。
2. 支援体制に関する自治体内の意識のすり合わせ
 - ・ 保健師は積極的な動きができる一方、自治体内で支援体制に関して意識のずれが見られる

D村の支援体制

次にD村の支援体制の点検について紹介します。

D村は全年齢人口約5,000人、出生数30名、世帯数1,500の小規模な村です。

教育・保育・福祉・医療に關しての体制は表記してある通りです。

D村の支援体制	
全年齢人口:約5,000人	(出生数:約30人) 世帯数1,500
〈教育〉	中学校(1校) 小学校(2校)
〈保育〉	保育園(2園)
〈福祉〉	放課後等デイサービス(1事業所)
〈医療〉	三次医療機関(1)二次医療機関(1)一次医療機関(1)

D村のQ-SACCS 0歳～12歳

D村の特徴として、母子保健などについて外部に委託している割合が高いことが挙げられます。

また、小規模な村であるため、保健師・家庭教育相談員など、ごく一部の担当者のマンパワーで連携が形作られています。特にレベルIIの継続的インターフェイスが支援者の個人に寄る部分が大きく、システムとしての明確化が課題です。

学齢期以降については、「子ども育成会議」を軸として包括的に支援の検討を行っています。

■Q-SACCSは「育」事業化できている。赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題
 *事業の全てを自治体職員で実施。一部の機能を外部に委託。△:全てを外部に委託。○:記入下さい。

自治体名(D村) 人口:5,000人 年間出生:30人	0～3歳 100人	継続的インターフェイス (引き継ぎ) SW/H	4～6歳 100人	継続的インターフェイス (引き継ぎ) SW/H	7～12歳 300人
レベルI(母目) 日常生活水準	△乳幼児健診 △3歳児健診 △未滿児保育	△支援会議 ○保健師 □基幹相談支援センター ○家庭教育	○保育園(2)	△支援会議 (○保健師 ○保育士 ○家庭 教育相談員 □基幹相談支援センター)	○小学校(2)
継続的インターフェイス (情報共有、紹介等) SW/H	△相談事業 (□保健師 ○保育士 □基幹相談支援センター)	△相談事業・生活会議 (□特別支援学校 □基幹相談支援センター □児童発達支援センター □家庭 教育相談員)	○子ども育成会議 △教育支援員 ○保小連絡会	△相談事業・生活会議 (□特別支援学校 □基幹相談支援センター □児童発達支援センター ○家庭 教育相談員)	○子ども育成会議 △教育支援員
レベルII(定期的) 専門的支援	△巡回の広場 (要相談指導)	□情報共有ファイル ○保健師	□児童発達支援(3) □基幹相談支援センター	□情報共有ファイル ○保育士	○特別支援学校(3) □特別支援学校(2) □放課後等デイサービス(2) □特別支援学校巡回相談 □SC、SSW
継続的インターフェイス (情報共有、紹介等) SW/H	○情報提供 情報:巡回訪問	○情報提供 情報:巡回訪問	○情報提供 情報:巡回訪問	○情報提供 情報:巡回訪問	○情報提供 情報:巡回訪問 ○ケースカンファレンス
レベルIII 広域的支援	一次医療(0) 二次医療(1) 三次医療(0)	…継続…	一次医療(0) 二次医療(1) 三次医療(0)	…継続…	一次医療(1) 二次医療(1) 三次医療(1)

D村のQ-SACCS 13歳～18歳以降

13歳から18歳の年代においても、子ども育成会議が軸となっています。

義務教育年代を過ぎた16歳以降のインターフェイスを課題として、村として検討を行っています。

■Q-SACCS2(青:標準化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)
 *事業の全てを自治体職員で実施し、一部の機能を外部に委託し、全てを外部に委託し、を記入下さい。

離別のインターフェイス (引き継ぎ) SW/H	13～15歳 150人	離別のインターフェイス (引き継ぎ) SW/H	16～18歳 150人	離別のインターフェイス (引き継ぎ) SW/H
	○中学校(1)		□国立・私立高校 □特別支援学校 □通信制高校	
△校内・村教育支援委員会 ○子ども育成会議 ○ケース検討会 ○相談室 ○教育相談員	△相談事業・支援会議 (□特別支援学校 □個別相談支援センター □児童発達支援センター ○他:教育相談員)	村内施設部委員会 ○子ども育成会議 ○ケース検討会 ○中高連携会 ○高校訪問 (○教育・家庭相談員)	△相談事業・支援会議 (□特別支援学校 □個別相談支援センター ○他:教育相談員 □社会福祉協議会)	個別支援会議(情報引き継ぎ) ○会議室・福祉課 ○教育・家庭相談員 □個別相談支援センター
□情報共有ファイル △取組	○特別支援学級(2) □特別支援学校(2) □放課後等デイサービス(1) □特別支援学級の部活動 DSC、SSW	□情報共有ファイル △取組	□特別支援学校 □地域活動支援センター DSC、SSW	□情報共有ファイル
	○情報提供 課外活動支援 ○ケースカンファレンス		○情報提供 ○ケースカンファレンス	
…継続…	一次定例(1) 二次定例(1) 三次定例(1)	…継続…	一次定例(1) 二次定例(1) 三次定例(1)	…継続…

D村の強み

D村の強みは、2点挙げられます。

まず、「子ども育成会議」を中心にシステムを構築していることです。

保健・福祉・教育委員会が相互に連携し、幅広い年代の子ども支援を検討する体制があります。

もう1つは、小規模の顔の見える連携体制があることです。

関係する担当者がごく少数であり、個々のケースについて包括的に福祉・教育の連携体制が作りやすいという利点があります。

D村の強み

1. 「子ども育成会議」を中心にシステムを構築

- 保健・福祉・教育委員会が相互に連携し、幅広い年代の子ども支援を検討する体制がある。

2. 小規模を活かした顔の見える連携体制

- 関係する担当者が少数であり、個々のケースについて包括的な福祉、教育の連携体制が作りやすい。

D村の課題

D村の課題は、以下の2点です。

まず、レベルⅡの継時的インターフェイス機能の強化が必要です。

保健師・保育士・教員等、つながりに関わる支援者個人に依存する部分が多いため、今後は情報共有ファイルの上手な運用など、個によらないシステムの検討を行う必要があります。

もう一つの課題は、中学を卒業する16歳以降の支援・ネットワーク構築が必要なことです。

義務教育年代までは子ども育成会議でフォローがなされる一方で、それ以降の年代において自治体としてフォローができておらず、社会的引きこもりを含めた支援ニーズの把握が十分ではない状況があります。

D村の課題

1. レベルⅡの継時的インターフェイス機能の強化

- 保健師・保育士・教員等、つながりに関わる個人に依存する部分が多い。情報共有ファイルの運用。

2. 16歳以降の支援・ネットワークの構築の必要性

- この年齢期間がフォローされておらず、社会的ひきこもりを含めた支援ニーズの把握が不十分。支援を検討する場としてのネットワークの構築

圏域の強み

8自治体からなる圏域としての強みについて整理すると、以下のようになります。

まず、自治体を実施している事業が主体が多く、内部連携が取りやすいことが挙げられます。

民営の支援機関が少なく、自治体内で連動した動きをとりやすいことは利点です。ただ、徐々に民営の支援機関が増えてきている状況もあるため、今後は外部も含めた支援体制の見直し課題となってくると思われます。

次に、包括的な把握がしやすい小規模自治体が複数あることが挙げられます。

Q-SACCSのレベルに関わらず、小規模自治体は支援をつなぎやすい条件にあると言えます。

また、医療機関の体制が概ね整っていることも強みです。

発達障害の診療を行っている医療機関が1次医療から3次医療まですべて圏域にそろっており、医師の数も人口比率では県内で最も高く、医療体制が充実しています。

圏域の強み

1. 自治体で実施している事業が多く、内部連携がとりやすい。

- 民営の支援機関が少なく、自治体内で連動した動きをとりやすい

2. 包括的な把握がしやすい小規模自治体が複数ある

- 「Q-SACCS」のレベルに関わらず、支援をつなぎやすい人口規模

3. 医療機関の体制が概ね整っている。

- 一次～三次医療があり、発達障害の診療を行う医師の人口比率が県内で最も高い。

圏域の課題

圏域の課題は以下の通りです。

まず、部局横断で構成される支援体制検討組織や会議がない自治体があります。また、支援体制検討のイニシアチブをとる部署や役職が不明確な自治体もあります。

対策としては、イニシアチブを取れる部署や役職を明確化し、当事者意識をエンパワメントしていくことが必要と考えられます。

義務教育終了後の支援のインターフェースの明確化の必要性がありません。

対策としては、自治体の中で義務教育終了後年代の人たちを担当する課を見える形にし、中学校・高等学校と顔つなぎを行うとともに、支援機関への周知を図っていく必要があると思われます。

圏域の課題

1. 部局横断で構成される支援体制検討組織・会議がない自治体がある。

また、支援体制検討のイニシアチブをとる部署や役職が不明確。

- ・ 対策:イニシアチブをとれる部署・役職を明確化し、エンパワメントする。

2. 義務教育終了後の支援のインターフェースの明確化。

- ・ 対策:自治体の義務教育終了後年代の担当課を見える形にし、中学校・高等学校と顔つなぎを行うとともに、支援機関への周知を図る。

発達障害者地域支援マネージャーが果たした役割

今回の支援体制の点検の実践の中で、発達障害者地域支援マネージャーが果たした役割は大きく4点です。

①支援体制の点検・「Q-SACCS」の考え方の普及啓発のための研修会の実施。

②地域自立支援協議会の枠組みを基に、圏域単位で行政(保健・福祉・教育)・学校・医療からなる「発達支援連絡会」の立ち上げ。

③自治体の関係各課を集めた支援体制検討会議にアドバイザーとして参加。

④作成した「Q-SACCS」を基に、自治体の支援体制について圏域の連絡会で共有し、互いの学びあい、支援体制構築への意識化を図ったこと。

発達障害者地域支援マネージャーが果たした役割

1. 支援体制の点検・「Q-SACCS」の考え方の普及啓発のための研修会の実施。

2. 地域自立支援協議会の枠組みを基に、圏域単位で行政(保健・福祉・教育)・学校・医療からなる「発達支援連絡会」を立ち上げ。

3. 自治体の関係各課を集めた支援体制検討会議にアドバイザーとして参加。

4. 作成した「Q-SACCS」を基に、自治体の支援体制について圏域の連絡会で共有し、互いの学びあい、支援体制構築への意識化を図ったこと。

支援体制の点検を自治体で進めるためのポイント

発達障害者地域支援マネージャーが関わりながら、県あるいは圏域の各自治体で支援体制の点検を進めるためのポイントを挙げます。

- ①イニシアチブをとって推進力となる部署や担当者を明確にし、発達障害者地域支援マネージャーはそこをバックアップする。
- ②関係する他部署を巻き込むための協議の場を設定または選定する。
- ③圏域単位の検討は互いに学びや刺激になるところが多く、有効に働く。
- ④自治体として支援体制の共通認識を作ることを心がけ、それを受けて連携の形について、自治体内外の支援者で共有を図る。
- ⑤こうあるべき、という理想を押し付けるよりも、モデルを示しつつ地域の実情にフィットした生きた(実効性のある)連携の形を探る。

支援体制の点検を自治体で進めるためのポイント

1. イニシアチブをとって推進力となる部署や担当者を明確にし、発達障害者地域支援マネージャーはそこをバックアップする。
2. 関係する他部署を巻き込むための協議の場を設定または選定する。
3. 圏域単位の検討は互いに学びや刺激になるところが多く、有効に働く。
4. 自治体として支援体制の共通認識を作ることを心がけ、それを受けて連携の形について、自治体内外の支援者で共有を図る。
5. こうあるべき、という理想を押し付けるよりも、モデルを示しつつ地域の実情にフィットした生きた(実効性のある)連携の形を探る。

圏域で支援体制の点検を行うことの利点

圏域で支援体制の点検を行うことには、以下の利点があると考えられます。

- ①自治体および圏域で、幅広い年代の支援体制を考える土壌や、意識する機運を醸成することができました。
- ②Q-SACCSの分析と課題検討からインターフェイスに関する課題が明確になり、複数の自治体で具体的な取り組みが始まるきっかけとなりました。

圏域で支援体制の点検を行うことの利点

1. 自治体及び圏域で幅広い年代の支援体制を考える土壌や意識する機運を醸成できた。
2. Q-SACCSの分析と課題検討からインターフェイスに関する課題が明確になり、複数の自治体で具体的な取り組みが始まるきっかけとなった。

Ⅱ 関連資料

- (1) 発達障害とは
- (2) 発達障害児者の支援に関連する法制度
- (3) 発達障害児者の支援を行う社会資源
- (4) 提言：発達障害児とその家族に対する
地域特性に応じた継続的な支援のあり方



(1) 発達障害とは

乳幼児期から出現する精神機能の異常で、その原因が生来性と推定され、その異常によって人生のさまざまな時期、生活のさまざまな場面で社会適応上なんらかの支障をきたすために医療・教育・福祉等による配慮を要するものの総称を、「神経発達症」といいます。このうち、知的機能の全般的な発達の遅れが見られる知的障害についてのみ、わが国では「知的障害者福祉法」が1960年に定められていました。しかし、知的障害に該当しないタイプの神経発達症の人たちに対しては、支援のための法整備が遅れていました。2004年に定められ、2016年に一部改正された「発達障害者支援法」によって、知的障害に該当しない発達障害に対する支援が明確に定められたのです。

障害のある子どもの支援現場では、知的障害と発達障害の両方の特性をもつ子どもや、知的障害か発達障害か明確に判断することが難しい子どもも多く、実際の支援において利用する社会資源は共通するものが多いのため、地域における支援体制づくりにおいては両者を合わせた「神経発達症」全体の支援体制を考えておくのが現実的です。

以下に、代表的な神経発達症を紹介します。用語はDSM-5(American Psychiatric Association, 2013)に準じています。

1) 知的発達症(知的能力障害)

わが国の行政用語の「知的障害」が該当します。成人期に達するよりも前(18歳以前)から社会適応の問題があり、その要因として知的水準が低いことが挙げられる場合に、知的発達症と診断されます。

知的水準だけでみると軽度の遅れであっても、生育環境によっては本人が深刻な悩みをもつために問題が深刻化することがあります。遅れが軽度だと、親や教師はしばしば「やればできるのに怠けている」、「もう少しがんばれば皆に追いつく」と解釈しがちであり、生来の知的発達の遅れが存在することに気づきにくいのです。このように周囲の理解が得られにくい環境では、子どもたちは慢性的に過剰な負荷をかけられ続けることとなります。家庭においても学校においても、他の子どもたちより遅れをとりながら参加し続ける場面が圧倒的に多くなるため、自己評価が低い形で固定しがちです。このような状況が慢性的に続くことで、思春期前後に二次的な情緒や行動の問題(無気力、いじめ被害、不登校、ひきこもりなど)を生じる要因になり得るのです。

2) 自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder; ASD)

対人交流・コミュニケーションの質的異常および限局しパターンの興味と行動のために、社会適応上の問題を呈します。

対人交流・コミュニケーションでは、たとえ流暢な発語が可能な場合でも会話の内容がかみ合いにくく、双方向性になりにくいのが特徴です。興味の偏りが著しく、いったん興味をもつとそのことに没頭する反面、興味のないことはやろうとせず、強要されると苦痛を覚えます。独自の決めごとに執着し、想定外の事柄にたいして強くショックを受けるなどの感情反応を生じやすいのも特徴です。曖昧で先の見通しの立たない状況に置かれると不安が高まるため、聴覚的情報よりも情報の明瞭な視覚的情報への親和性が高い場合が多いです。さらに、粗大運動あるいは微細運動が苦手なケースや、感覚系の異常(過敏あるいは鈍感)がみられることがしばしばあります。

3) 注意欠如・多動症 (attention-deficit/hyperactivity disorder; ADHD)

多動、衝動性の高さ、不注意を特徴とし、これらの特徴が小学校入学頃までに生活の複数の場面で明らかとなります。多動、衝動性の高さが目立つタイプでは、幼児期から集団場面での逸脱が目立ち、親のしつけ不足などと誤解されることもあります。一方、不注意(うっかりミスや忘れ物が多いなど)の優勢なタイプは、周囲から過剰に叱責されることが多く、自信を失うことがしばしばあります。

4) 限局性学習症

「学習障害(learning disabilities; LD)」の用語が一般的にはよく知られています。読むこと、書くこと、算数のいずれか、あるいはこれらの複数にわたって学力の獲得がうまくいかず、それらが他の知的能力の水準に比して有意に低い状態をさします。学力の低さは、経験不足や意欲の低さでは説明できず、なんらかの神経心理学的異常が想定される場合にこの診断がなされます。

5) コミュニケーション症群

言語以外の認知能力に比して言語(話し言葉、書き言葉、サイン言語など)の獲得と使用が困難な「言語症」、発話の流暢さあるいはタイミングのパターンの障害である「小児期発症流暢症(吃音)」などの総称です。

6) 発達性協調運動症

運動機能が他の発達領域に比べて特異的に障害されており、それが脳性麻痺など明らかな神経学的異常や全般的な発達の遅れによる二次的なものとはいえないものを指します。歩く、走る、姿勢を変えるなどの粗大運動と、スプーンですくって食べる、ボタンをはめる、鉛筆で字を書くなどの微細運動が、全体的にうまく発達しない場合もあれば、一部のみ障害され、他は問題ない場合もあります。いずれにせよ、こうした協調運動がうまく行えないために日常生活や学業に著しく支障をきたす状態です。

7) チック症

突発的に体の一部を素早く動かしたり、声を出したりすることをチックといいます。前者を運動チック、後者を音声チックといいます。1年以上持続しないものを暫定的チック症、1年以上続くものを持続性(慢性)運動または音声チック症といいます。チックのうち、重症で多発性の運動チックと音声チックを伴うものをトゥレット症といいます。

8) 元来の特徴以外の症状の併存

発達障害は生来性ですが、成長していく過程で環境とのさまざまな相互作用によってその症状が修飾を受けます。発達障害の存在に周囲が気づかず、あるいは認めようとせずに、本人の特性と相性の悪い育て方を続けると、社会集団に安定して所属することが困難で孤立がちとなる場合が多くなります。うつ、不安、強迫など、本来の発達障害の特性とは異なる精神症状が二次的に生じることもあります。

近年、就労困難、離転職の繰り返し、ひきこもりといった社会不適應から地域の精神保健福祉センターや就労支援センターを訪れ、そこではじめて発達障害の可能性を指摘されるケースが急増しています。全国の精神科医療機関や発達障害者支援センター等では、成人の未診断例の相談が増加しており、その多くは、職業における不適應が契機となって相談に至っています。

【参考文献】

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5)(2013). American Psychiatric Association, Washington, D.C.(高橋三郎,大野裕監 訳:DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル(2014). 医学書院,東京)

(2) 発達障害児の支援に関連する法制度

1) 障害者基本法

障害者の自立および社会参加を支援するための施策に関する基本事項を定めた法律です。

この法律により、国および地方公共団体の責務が定められました。国や地方自治体はそれぞれ障害者基本計画の策定が義務付けられ、さらに障害者に対する医療・福祉サービスの提供が義務付けられています。

2) 児童福祉法

保育、母子保護、児童虐待防止対策など、児童福祉を保障するためにすべての児童がもつべき権利や支援が定められた法律です。

2012年から障害児を対象とした福祉サービスは児童福祉法に一本化されています。

この法律で定められている児童福祉施設は、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、幼保連携型認定こども園、児童厚生施設、児童養護施設、障害児入所施設、児童発達支援センター、児童心理治療施設、児童自立支援施設及び児童家庭支援センターです。

発達障害児に関連する福祉サービスには、障害児通所支援、障害児入所支援、障害児相談支援があります。

①障害児通所支援

児童発達支援は、就学前の障害児に対して日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などを行います。

放課後等デイサービスは学童期の障害児を対象として、放課後や夏休みに生活能力向上のための訓練等を提供するとともに、放課後の居場所づくりを推進します。

保育所等訪問支援は、保育所や幼稚園、認定こども園、学校、放課後児童クラブなど集団生活を営む施設を訪問し、専門的な支援を行います。

②障害児入所支援

障害のある児童を入所させて、保護、日常生活の指導及び自活に必要な療育等を行います。福祉サービスを行う「福祉型」と、福祉サービスに併せて医療を行う「医療型」があります。

③障害児相談支援

サービス等利用計画についての相談及び作成などの支援が必要と認められる場合には、ケアマネジメントによりきめ細かく支援するものです。通所支援の利用までを支援する障害児支援利用援助と、利用を開始した障害児通所支援について定期的に見直しを行う継続障害児支援利用援助とがあります。

3) 障害者総合福祉法

障害者の日常生活や社会生活を総合的に支援するために制定された、障害者に対する支援で最も中心的な法律です。

この法律において「障害福祉サービス」とは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助及び共同生活援助をいいます。このうち居宅介護、同公園後、行動援護、重度障害者等包括支援、短期入所支援は障害児も利用可能です。

障害者総合支援法が定める障害者への福祉サービスは、自立支援給付と、地域生活支援事業に大きく分けられます。

①自立支援給付

介護給付、訓練等給付、自立支援医療があります。

訓練等給付は、自立支援、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助を受けた場合に支給されます。

自立支援医療は、障害者による医療費の自己負担額を軽減することを目的としており、育成医療、厚生医療、精神通院医療があります。

②地域生活支援事業

地域の特性や利用者のニーズに応じて地域生活を支援するために市町村が行う事業です。このうち相談支援事業は障害者やご家族からの相談に応じて、各種サービスの利用や権利擁護などについての支援を行います。地域活動支援センターは通所による創作活動や交流の場を提供します。巡回支援専門員整備事業では、発達障害等に関する知識を有する専門員が、保育所や放課後児童クラブ等の子どもやその親が集まる施設・場への巡回等支援を実施し、施設等の支援を担当する職員や障害児の保護者に対し、障害の早期発見・早期対応のための助言等の支援を行います。

4) 発達障害者支援法

発達障害児者の早期発見と支援を目的として定められた法律です。発達障害児者に対するライフステージを通じた切れ目のない支援、家族なども含めたきめ細かな支援、地域の身近な場所で受けられる支援が行われるよう、国および地方公共団体は、医療保険、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関及び民間団体相互の有機的連携のもとに必要な相談体制の整備を行うものと定められています。

また、都道府県および政令指定都市に発達障害者支援センターを設置すること、発達障害者の支援の体制の整備を図るため、発達障害者支援地域協議会を置くことができるとしています。

5) 特別支援教育に関する法律

教育基本法のなかで、国および地方公共団体は、障害のある者が障害の状態に応じ、十分な教育を受けられるよう、教育上必要な支援を講じなければならないと定められています。

また、学校教育法の中で「特別支援教育」が位置づけられ、特別支援学校、特別支援学級、通級指導教室などの役割が定められるとともに、発達障害の子どもなどが在籍する通常の学級を含むすべての学校・学級において特別支援教育を実施することが明記されています。

(3) 発達障害児が利用できる社会資源など

1) 発達障害者支援地域協議会

発達障害児者の支援体制の整備を図るために、都道府県・政令指定都市が設置する協議会です。発達障害者およびその家族、学識経験者並びに医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関及び民間団体に従事する者で構成されます。関係者等が相互の連絡を図ることにより、地域における発達障害者の支援体制に関する課題について情報を共有し、関係者等の連携の緊密化を図るとともに、地区の実情に応じて体制の整備について協議を行います。

2) 発達障害者支援センター

都道府県・政令指定都市に設置され、発達障害児者、家族に対して関係機関と連携しながら相談、発達、就労に関して支援を行います。また、関係機関、民間団体等への発達障害の研修、普及啓発を担います。

3) 発達障害者地域支援マネージャー

都道府県および政令指定都市の発達障害者支援センター等に配置し、障害福祉サービス事業所等が抱える困難ケース等に対する訪問支援（相談支援・技術支援）およびその他必要な支援や助言等を行うとともに、地域において発達障害児者の特性に沿った対応ができるよう関係機関等との連携を図り、地域における総合的な支援体制整備への必要な相談、助言等を行います。

4) 精神保健福祉センター

都道府県・政令指定都市に設置され、総合的に心の健康に関する相談、支援、啓発を行う機関です。発達障害支援センターを併設することがあります。

5) 市区町村

市区町村は、障害者総合支援法に定められた地域生活支援事業を行います。地域の特性や利用者のニーズに応じて、相談支援事業、地域活動支援センターなどのサービスを提供します。

また、市区町村は乳幼児や就学児に対して健康診断を行い、発達障害の早期発見に努

めます。また、発達障害児の保護者に対して相談機関・医療機関への紹介やその他の助言を行います。

障害児者の福祉を担当する部署を設置し、関係部署との連携体制の構築や、早期発見・早期支援の推進、人材確保、人材養成 専門的な機関との連携を行います。障害者福祉担当部署では、障害者総合支援法に基づいた障害者手帳、各種手当、障害に関する総合的な相談に対応します。保健センターでは母子保健、子育てに関する相談に対応します。教育委員会では学校生活に関する相談に対応します。

6) 児童発達支援事業所・児童発達支援センター

児童発達支援事業所は、地域において就学前の障害児とその家族に対して通所による児童発達支援のサービスを提供します。児童発達支援センターは、地域における障害児の専門施設として中核的な役割を担い、施設への通所支援のほか、地域で暮らす障害のある子どもや家族への支援、障害のある子どもを預かる機関との連携・相談・支援を行います。

7) 放課後等デイサービス

就学している障害児に、授業の終了後又は休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進などを行います。

8) 障害児入所施設

障害のある児童を入所させて、保護、日常生活の指導及び自活に必要な療育等を行います。福祉サービスを行う「福祉型」と、福祉サービスに併せて医療を行う「医療型」があります。

9) 障害児相談支援事業所

障害児相談支援を行う事業所です。

10) 地域活動支援センター

市区町村が行う地域生活支援事業として、通所による創作活動や交流の場を提供します。

11) 医療機関

発達障害の診断、心理検査、医学的検査などを行い、医学的助言や必要に応じて薬物治療などを行います。

12) 障害児の家族への支援

都道府県や市区町村によっては、ペアレントメンター養成等事業、ペアレントプログラム、ペアレントトレーニング等を実施しています。

また、各地域で親の会などが組織されています。

(4) 提言：発達障害児とその家族に対する 地域特性に応じた継続的な支援のあり方

この提言は、国立障害者リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センターのウェブサイトで公開されているものを転載しています。(http://www.rehab.go.jp/ddis/world/japan/neighbor/)

本提言は、厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野))「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実態と評価」(平成25年度～27年度)によって得られた研究結果をもとに作成されたものである。

障害児に対する地域支援施策は、昭和30年から40年代における精神薄弱児または肢体不自由児通園施設の設置から本格的に始まり、これら専門施設への通所型の療育が長い間中心を占めていた。昭和50年代以降は厚生省の「心身障害児総合通園センター」構想のもと、複数の通園機能を持ち、相談・指導・診断・検査・判定等を行うことができる拠点施設(「地域療育センター」等)の整備が大規模都市を中心に進められた。このような行政主導の拠点施設型の支援システムは、人口や財政規模の大きな自治体でモデル的に進められたものの、多くの小規模自治体には実行が困難であった。また、人口20万人～50万人程度の規模の自治体では、拠点施設の有無をはじめとした地域支援システムの作り方に相当の違いが生じた。

平成に入り、このように障害児の地域支援システムに地域較差が生じていた頃から、知的障害を伴わない発達障害の診断例が、特に拠点施設のある大都市部を中心に徐々に増加した。平成10年頃からは、全国的にその支援ニーズが爆発的に増加してきた。拠点施設のある都市部では、医療への受診・診断を起点として子どもを施設へ通所させて療育するという従来の知的障害児を念頭に置いたやり方では膨大な支援ニーズに対応できなくなった。一方、拠点施設のない多くの自治体では、診断・評価の場をはじめとした専門的なサービスが著しく不足するとともに、幼稚園・保育園を中心とした一般の子育ての場に発達障害の子どもの支援を担うことの期待が寄せられ、専門性と人材の確保が深刻な課題となった。

このように、知的障害児を想定して施設通所型の療育を中心として組み立てられてきた従来の支援体制の限界が明らかとなった現在、各地域の実情に応じた支援システムの基盤をなすシステムモデル作りが求められている。ここで重要になってくるのが、「地域特性に応じた支援」という視点である。人口規模・動態、自治体の経済状態、住民の社会経済階層など、各地域の実情はきわめて多様であり、すでに構築されてきた障害児の地域支援体制も地域較差が大きい。単一のモデルのみでは、各地域の実情に即した体制作りは困難である。各自治体が自らの地域特性をよく把握し、実態に即した支援システムの構築を目指す時代に入ってきているといえる。

本研究班では、地域特性に応じた発達障害児とその家族の支援体制づくりを促進するため、人口規模によって自治体を「政令指定都市」、「中核市・特例市・特別区」、「小規模市」、「小規模町村」の4つのグループに分け、地域の特性を分析し、発達障害支援の現状を調査・比較することで、自治体規模に応じた支援システムのあり方について検討を行った。平成25年度から27年度にかけての3年間の研究で得られた成果に基づき、4グループそれぞれでまとめと行政への提言を行った。本篇は、それらの提言を要約したものである。

I 政令指定都市

1. 地域特性

政令指定都市は地方自治法に定められた大都市制度のひとつであり、現在の指定基準は人口50万人以上である。政令指定都市20市の合計人口は日本の全人口の21.6%を占めている(平成27年4月現在)。保健・福祉、教育、都市計画・土木などにおいて県からの事務委譲があり、財源の移譲による主体的な財政運営が可能となっている。そのため政令指定都市の多くは他の自治体と比較して歳入決算額が大きく、財政力指数が高い。こうした行政権能の優位性が、児童や障害者などの福祉に使える人口1人当たりの決算額に有利な影響を与えている。

2. 発達障害の早期支援体制の現状と課題

(1) 直接支援機能

人口規模が大きい政令指定都市の中で、発達障害の支援を先進的に行っている地域では、拠点となる地域療育センターが複数ある。それぞれの拠点施設が担当する地域が設定され、かつそれらの複数拠点の中核となる施設が置かれる。拠点施設から早期発見の場である各地域の保健センターや保育所・幼稚園への支援や連携が進められてきている。横浜市、広島市、福岡市のように早期から拠点施設が設置された地域では、新たに支援対象としてとらえられるようになった発達障害児についても早期発見や支援体制の充実に取り組んできており、今や出生人口の約1割が地域療育の拠点施設を受診している。

新規受診児の大幅な増加や多様化は、拠点施設において受診までの待機期間の長期化や集団療育の場の不足といった課題を生じさせている。通園療育枠の拡大や児童発達支援事業所によって療育の場の提供が進められているが、すべての対象児に拠点での療育を供給するのは難しくなっている。

通園療育については、市によって単独通園や、保育所や幼稚園との並行通園を設定している。保育所や幼稚園に対しては、拠点施設からの訪問支援や巡回相談、障害児保育制度による支援が行われており、拠点施設に関わる研修も実施されている。

学齢期以降の発達障害児への支援ニーズの高まりに対応して、拠点施設は学校と積極的な連携体制をとる必要がある。診療体制の整備も各地で行われているが、受診待機期間の長期化が常態となっているところが多く、学齢児への支援体制の整備は新たな課題となっている。拠点施設は、地域の医療機関、相談支援事業所、放課後等デイサービス事業所、特別支援教育における巡回相談や特別支援学校のセンター的機能等との連携を通して学齢児支援を展開する形が求められる。学齢期の発達障害児の診断、評価あるいは治療的な対応を行う医療機関不足は、多くの地域で共通した問題である。

(2) 間接支援機能

拠点施設では、保健センターや保育所・幼稚園へのアウトリーチがなされ、保育所や幼稚園の職員や保健センターの保健師等に対しての発達障害児支援についての研修が行われていることが多い。カウンセリング技能の研修を受けたペアレントメンターの育成も進められている。

3. 提言

(1) 地域支援システムと地域拠点の関係

人口規模が非常に大きく、市をいくつかの行政区に分けて保健・福祉行政が運営されている政令指定都市では、地域支援システムは単一ではなく複数が置かれ、それらが独立して機能しつつ、かつそれらを束ねる上位機能を担う中核センターの存在が必要になる。支援ニーズに合わせた段階的な支援体制や早期療育から地域支援への移行体制、地域の所属集団へのアウトリーチ支援等、多様化している子どもの状態像にあわせた支援プログラムの柔軟な運営が求められる。

拠点施設内の体制としては、児への直接的な支援の場をより専門的、治療的な場として提供するとともに、拠点内の複数部署にまたがるチームの結成による関連施設への支援や保護者支援といった地域支援プログラムの開発が必要となる。利用者が拠点に足を運んで初めて支援が成り立つという拠点中心の発想だけでなく、保育所・幼稚園を含む関連組織への支援活動も重視しなければならない。これは、とりわけ早くから建設されている大都市型の拠点施設に共通のテーマである。

(2) 学校教育との連携

早期支援の拠点施設が整備されている自治体では学齢児への支援体制の整備が新たな課題となっている。拠点施設は、地域における医療機関や相談支援事業所、放課後等デイサービス事業所、特別支援教育における巡回相談や特別支援学校のセンター的機能等との機能的な連携を通して学齢児への支援を展開する形が求められる。

学齢期の発達障害児の評価や診断あるいは治療的な対応を行う医療機関の確保のためには、大学医学部や地域診療所の連携機能のある医師会、それらをつなぐ行政機関との連携や調整に基づき、救急医療における体制と同様の一次～二次の医療体制といった階層化が求められている。拠点施設は乳幼児期から学齢期にかけての一次～二次医療の役割があると考えられるが、それ以外にも地域で幅広く発達障害児診療が担える一次、二次医療機関の充実と医師の研修体制が望まれる。

(3) 地域拠点における人材の供給と育成

保健センターや児童相談所、相談支援事業所、介護サービス事業所、医療機関等の幅広い機関との連携や、要保護児童対策地域協議会や地域自立支援協議会への参加等を通して、家族支援をコーディネートする役割が拠点施設の相談支援機能に求められる。相談支援を行うことができる人材は、拠点施設の中だけでなく地域においても育成する必要がある。そこにも拠点からの支援が求められる。

また近年では保護者同士のピア・カウンセリングも重要視されており、カウンセリング技能の研修を受けたペアレントメンターの育成を進めていくことも求められる。

地域における発達障害の医療については、診療を担う医療機関の整備とともに医師確保や専門医育成の体制を、大学病院を含めた複数の機関の協力に基づく包括的な体制として進めていく必要がある。特定地域に偏在しがちの発達障害診療の専門医(小児科、児童精神科)を幅広く育成する体制が求められる。

II 中核市及び特例市

1. 地域特性

中核市は政令指定都市に次いで有力な基礎自治体であり、特例市は人口と出生児数は中核市のおおよそ半分である。中核市は45市(全基礎自治体の2.6%)、特例市は39市(2.2%)あり(2015年4月現在)、人口では合わせて2800万人を超える。我が国の全人口の5分の1を占め、多くの支援を要する子どもが存在するため、自前で充実した支援体制の整備が求められる地域である。

なお、特例市は2014年度末をもって廃止となり2020年4月1日までに中核市か一般市のいずれかに移行することが求められている。

2. 発達障害の早期支援体制の現状と課題

(1) 直接支援機能

中核市及び特例市ともに、発達障害の発見は主として1歳6か月児健診と3歳児健診で行われており、受診率も90%を超えている。多くは一次健診のあと二次健診(事後指導事業)を実施している。すべて集団健診方式で行われている。保育園、幼稚園、小中学校、医療機関と同時に、保護者からの相談も発見の機会として重要な役割を果たしている。中核市の一部は、5歳児健診・相談を行っているが、いずれも試行的・部分的である。

中核市では約半数が自治体単独事業で親子通園事業を実施している。主として幼児期前半の幼児が対象であり、実施回数は週1~2回である。特例市もほとんどの市で親子通園事業が行われているが、事業内容については不明な点もある。

中核市では全市に児童発達支援センター(福祉型、医療型)がある。また、多くの児童発達支援事業所も認められる。非県庁所在市の大多数は市立のセンターを設置している一方で、県庁所在市では市立のセンターは少なく、専門療育機能を県や民間事業所に依存していることが多い。市立の医療型センターを設置している市もあるが、いずれも発達障害を含めた地域の専門医療機関の役割は担っていない。

特例市は児童発達支援センターを有する市が多く、約半数は市が設置しているが、センターがない市もある。

中核市の約3割は市立の専門医療機関を設置しているが、他は県立の旧肢体不自由児施設、大学病院等に依存している(ことに、その傾向は県庁所在市で顕著である)。特例市では、市立の専門医療機関はなく、様々な医療機関を利用している。

中核市では保育所(市立・民立)及び市立幼稚園での統合保育は実施されており、加配保育士等もごく一部の市を除いて配置されている。特例市では保育所及び幼稚園とも公立と民立(私立)の別なく受け入れ、加配保育士等も配置している。

中核市及び特例市ともに各種の特別支援学級が多く設置され通級指導も積極的に行われている。中核市の約3割は市立の特別支援学校を設置しており、特例市の7割以上が県立特別支援学校を設置している。

(2) 間接支援機能

中核市では保育所・幼稚園等への専門的支援や研修をほとんどの市が実施している。しかし、公

立保育所のみ実施、保育所は保育課が、幼稚園は学校教育課がそれぞれ別々に実施、私立幼稚園は除外、散発的な実施、多くの専門機関に無計画に依頼等さまざまな問題がある。

特例市でも全市で保育所等への支援や研修は行われているが、外部の専門家によるものは3分の1程度に留まっている。

中核市で発達支援に関わる独立した連携組織を設置している市はほとんどない。自立支援協議会の下部組織等もあるが、内容は不明であり、特別支援連携協議会の設置も4分の1程度に留まる。特例市でも自立支援協議会の下部組織等は若干確認されるが、詳細は不明である。

3. 提言

(1) 発達支援システムの原則

中核市や特例市のような規模が大きく多種多様な組織・団体等が関与する自治体で発達支援の体制整備を行う場合には、その原則が明確化され共有されることが重要である。4つの原則を指摘しておきたい。

第1は、発達支援システムは発達障害を含め支援が必要な全ての子どもの発達と保護者の子育てを支援するものであること。

第2は、あらゆる支援ニーズを包含して総合的であり、それがライフステージに沿って一貫性と継続性を持って提供されるものであること。

第3は多くの機関・団体・事業所が関わるシステムはお互いが得意な領域に特化しそれ以外はその機関等に委ね、相互補完的に連携し主人公である子どもとその家族を支えるものであること。

第4は公民の役割分担の明確化とそれに基づく基幹機能の適正配置、行政が責任をもってシステムを運営すること。

(2) 中核市における支援システム

中核市は自治体の規模、行政権限、支援を必要とする発達障害の子どもの人数を考えると、基幹機能(直接及び間接)のすべてを、広域自治体等の外部機関に頼ることなく、自前で整備したい。

1つは、発見・敷居の低い子育て支援機能-専門療育-専門医療(診断と医学的ハビリテーション)-統合保育-学校教育、相談の7機能からなる直接支援機能の整備である。

もう1つは、連携、システム運営、研修・人材育成、研究、行政への提言等からなる間接支援機能の整備である。

これら基幹機能のうち、最も整備が困難な機能は専門医療機能であろう。もしも困難であれば、最低でも市立の児童発達支援センターに複数の心理士、言語聴覚士、作業療法士等を常勤で配置し、充実した地域支援が展開できる高い専門性を確保したい。

(3) 特例市における支援システム

2020年度4月以降、中核市に移行する特例市には中核市のモデルを提案したい。

一般市(正確には人口20万人程度の中規模一般市)に移行する特例市も、基本的には中核市と同様のシステムが望ましい。しかしながら、中核市移行を躊躇する理由の1つに保健所の専門職員の確保の困難性が挙げられるように、専門医療機能を自前で整備することは困難であろう。従って、専門医療機能を除いた他の基幹機能については中核市と同様の基本方針で整備するのが妥当といえる。

Ⅲ 小規模市

1. 地域特性

少子高齢化の進行が深刻であり、財政が厳しい。一方、大都市と比較して市職員、なかでも保健師の数が充実している地域が多い。都市部のように民間企業による子育て支援サービスが導入されにくい反面、乳幼児期の母子保健を中心とした保健師の活動を核に据えた子育て支援が重要な位置を占める。生活に密着した身近な支援者を得やすいという強みがある反面、専門性の高いサービスが得られにくいという弱みがあるのが、小規模市の特徴である。

2. 発達障害の早期支援体制の現状と課題

(1) 直接支援機能

小規模な児童発達支援事業所が地域の療育の中核を担っており、発達障害児の多くは保育所や幼稚園との並行通園を行っている。大都市における療育センターのような診療機能を有する療育施設は言うまでもなく、児童発達支援センターをもつことも困難であることが多い。

直接支援の担当者は主に保育士であることが多く、作業療法士や言語聴覚士などが配置されていないこともしばしばあるため、専門的な知識や技術の担保が課題となっている。

発達障害診療を行う医療機関は少なく、県あるいは圏域にある医療機関が活用されている。多くの場合、診療開始は、療育の開始後となる。発達障害を診療する医療機関へのアクセスが困難な地域では、外部の児童精神科医のチームによる訪問型の支援が行われているが、スタッフの供給が困難である。

多くの市で、保健師や心理職が相談、調整、療育へのつなぎに大きな役割を果たしている。心理職の関与によって専門性が担保されるとともに、療育の必要性や妥当性について適切なアセスメントを行うことが可能となる。

一般の保育園、幼稚園は、発達障害等のある児童を受け入れ、生活に密着した支援を行っている。保育士の増員などの対応が行われているものの、加配保育士を募集しても集まらないという課題がある。また、園の中での支援の専門性・妥当性を担保できない。

それらを補完するシステムとして、多くの地域で専門スタッフによる定期的な巡回相談や多職種による巡回相談が行われている。一方で、これらに携わるスタッフの継続的な確保が困難であるという課題もある。巡回がより円滑に機能するためには、巡回の調整の主体が自治体の中にあることが望ましい。

就学移行支援に関しては各市において様々な取り組みがなされており、小規模市の強みである顔の見える連携が行われている地域もある。

学齢期の支援では、特別支援学校が設置されている市は少なく、特別支援学級と通級指導教室が地域の特別支援教育の中核となっている。通級指導教室は1-2校に集約されていることが多い。

(2) 間接支援機能

人材育成のための取り組みとして、多くの市で研修会や事例検討会が行われているが、その多くは市単独のものでなく県や大学などとの連携によるものである。

市の行政に「発達支援室」のような中核的な組織が設置されている市では、そこが母子保健、保育園・幼稚園、療育機関、教育機関との連携および情報交換や研修会の開催などに大きな役割を果たしている。県が市町村向けガイドラインの配布を行い、研修会の開催を圏域の保健福祉事務所を中心に行うなど、市町村の人材育成をサポートするシステムが県によって作られている地域もある。

3. 提言

小規模市では、発達障害の子どもたちの主たる生活の場である保育園・幼稚園での支援の質の向上が課題である。保育士の専門性や妥当性を担保するためにも、外部専門家による支援は必要不可欠である。南相馬や多治見市で行われているような多職種連携による巡回相談や児童発達支援事業所の職員による保育園・幼稚園への訪問支援は、よいモデルとなる。

児童精神科医は小規模市においてはきわめてリソースが少なく、市単独では供給が難しいため、県あるいは圏域の施策のなかで進めていく必要がある。

つなぎの支援に関しては、健診の場や相談・調整の場には保健師のみならず心理職の配置が不可欠である。就学以降支援に関しては、就学移行支援シートの活用などの定型的な情報のフォーマットと小規模市の強みを生かした顔の見える支援を組み合わせることによって、ハイブリッドな支援システムが可能である。

人材育成に関しては、市単独では困難であるため、県の発達障害施策の中で小規模市の支援者を対象とした人材育成の場と機会を保障する仕組みを作る必要がある。

地域システムの観点からまとめると、各市には発達障害の支援に関する企画、調整、連携などに特化した「発達支援室」のような中核機能を担う組織を設置することが望まれる。ここでは、福祉職、保健師および心理職を配置することによって、つなぎの支援を促進するとともに、巡回支援、訪問支援をスムーズに行うための調整と連携、保健師、保育士などへの研修、児童精神科医療とのつなぎなどを担う。

一方、小規模市単独では困難である専門性の高いサービスの確保および人材育成のためのカリキュラム確保は、県の後ろ盾なくしてはあり得ない。県あるいは圏域毎に構成する小規模市への支援体制を県が作っていくことが求められる。

IV 小規模町村

1. 地域特性

人口3万人未満の小規模町村(島嶼部を含む)は我が国の基礎自治体の約50%を占めるが、少子高齢化の進行が深刻であり、財政は厳しい。保健師等の支援者と親との距離が近く、早期から支援が必要な子どもの把握力は優れ、追跡もなされているが、専門性の高いサービスは得られにくい。また、支援者と親との距離が近いことで、介入が難しい面もある。

2. 発達障害の早期支援体制の現状と課題

(1) 直接支援機能

発達の支援が必要な子どもの把握は幼児健診でよくなされている。しかし、事例の経験が乏しく障害か否かの見極めが困難なこと、保健師と保護者の関係が近い(顔が見える関係)ため伝え方に配慮が必要であることなどから、専門機関への紹介が遅れがちである。

半数以上の町村では、児童発達支援事業所等の通園療育施設が対象自治体あるいは通園が容易な近隣自治体にあり、町が設置した児童発達支援事業所で支援システムのセンター的役割を果たしているところもある。

発達障害の診断と医学的ハビリテーションを行なえる医療機関が自治体内又は近隣自治体にない町村が6割を超えている。

統合保育(幼稚園教育含む)は全自治体で一通り実施され、大多数の自治体では加配保育士を配置している。特別支援学級も全自治体で一通り整備されている。なかには、積極的に通級指導を行っている自治体も認められる。

(2) 間接支援機能

発達支援の中心的役割は保健師、保育士、教師が担っていることが多い。連携は個人的ネットワークによるものが多く、熱心な個人に依存する傾向がある。一方で、社会福祉協議会や教育委員会が主導し優れたシステムと連携体制を構築している自治体も認められる。専門療育及び医療専門機関等による保育園等への専門的支援(巡回相談や研修)等の人材育成機能は全体的に不十分である。

(3) その他

島嶼部ではしばしば独自の支援体制を整備しているが、心理職等の専門職の確保と定着が困難、専門研修が不十分、医療機関が遠く診断に至らない事例が多い等は共通した課題である。

3. 提言

発達支援に必要な基幹機能は全ての基礎自治体で確保する必要があるが、自前で全自治体が全機能を整備する必要はない。全機能を自前で整備する必要があり可能なのは人口が多く財政力あり人材も確保しやすい政令指定都市や中核市等に限定される。

小規模な自治体、ことに人口3万人未満の小規模町村ではすでに全自治体で整備されている発見、統合保育、学校教育機能に加え、下記のようないくつかの直接・間接機能を自前又は外部の社会資源を活用した形で確保すれば、小規模町村に適した効果的な発達支援体制が整備できると考える。

具体的には、①専門療育機能の整備(ことに人口1万人以上は児童発達支援事業所が必置。可能なら人口5千人以上は設置、それ未満は統合保育や圏域を活用するのも現実的、スタッフは保育士等の集団療育職員に加え、非常勤の心理士、言語聴覚士、作業療法士)、②研修体制の整備、③組織的連携体制の整備(自立支援協議会発達支援部会等)と調整担当機関の設置)が望まれる。

小規模町村の課題は専門性と専門家の確保である。発達障害者支援センター等の専門機能を活用して、一層の「アウトリーチ型」自治体支援の強化、ICTを活用した支援事業の創設が望まれる。

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野))

「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価」

(平成25年度～27年度;研究代表者 本田秀夫)

Ⅲ.Q-SACCSの記入用シート



記入用シートはホームページからダウンロード可能です。

Q-SACCSを使った「地域診断」マニュアル ホームページ

HPアドレス ▶ <https://q-saccs.hp.peraichi.com/>

ここからダウンロードしてください。

03-xxxx-xxxx
厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究」
(研究代表者：本田秀夫)

Q-SACCS記入シートのダウンロード お問い合わせ

発達障害のある子どもと家族を支援するための
地域支援体制づくり

Q-SACCSを使った「地域診断」マニュアル
ファイルのダウンロードや活用動画をご覧ください。

Q-SACCS記入シートのダウンロード

紹介動画はこちら

人口10万人未満の自治体

サービスの説明文や紹介文を記入してくださいサービスの説明文や紹介文を記入してくださいサービスの説明文
や紹介文を記入してくださいサービスの説明文や紹介文を記入してください

Q-SACCSを用いた地域支援体制の点検/冊子PDF

《1》概要	《2》記入法	《3》グループワーク
説明文や紹介文を記入してください説明文や紹介文を記入してください説明文や紹介文を記入してください	説明文や紹介文を記入してください説明文や紹介文を記入してください説明文や紹介文を記入してください	説明文や紹介文を記入してください説明文や紹介文を記入してください説明文や紹介文を記入してください

解説動画の視聴や本冊子PDF版の閲覧も可能です。

※掲載画面は公開前のもので、実際の公開画面と異なります。

発達障害の地域支援システムの 簡易構造評価

Quick Structural Assessment of Community Care System
for neurodevelopmental disorders (Q-SACCS)

■ Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

<町村名 > <人口: 人> <年間出生: 人>	0～3歳	継続的 インターフェイス (引き継ぎ) 5W1H	4～6歳	継続的 インターフェイス (引き継ぎ) 5W1H	7～15歳
レベルⅠ (毎日) 日常生活水準					
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) 5W1H					
レベルⅡ (定期的) 専門療育的支援					
共時的 インターフェイス (情報共有、紹介等) 5W1H					
レベルⅢ 医療的支援	病院 <内・外 >	……継続……	病院 <内・外 >	……継続……	病院 <内・外 >

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

■ Q-SACCS(青:事業化できている、赤:明確化が課題、緑:機能強化が課題)

計画名称 (表1.4)	0～3歳	4～6歳	7～15歳	16～18歳	19～35歳	36歳～
レベルI (毎日) 日常生活 水準	継続的 インター フェイス (引き継ぎ) 5W1H					
共時的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) 5W1H						
レベルII (定期的) 専門療育的 支援						
共時的 インター フェイス (情報共有、 紹介等) 5W1H						
レベルIII 医療的支援	●●病院 <内・外>	●●病院 <内・外>	●●病院 <内・外>	●●病院 <内・外>	●●病院 <内・外>	●●病院 <内・外>
	・継続	・継続	・継続	・継続	・継続	・継続

*事業の全てを自治体職員で実施○、一部の機能を外部に委託△、全てを外部に委託□、を記入下さい。

Q-SACCSによる支援体制の点検

1) 白い枠・黄色い枠に記入した取り組み・事業・機関の位置づけを

整理するために記号を記入します

- ：事業の全てを自治体職員で実施（公設公営）
- △：一部の機能を外部に委託して実施（公設民営）
- ：全てを外部に委託して実施（民営）

2) 自治体の発達支援システムの強みと課題を整理するために色分けします

青:事業化できている：質を担保しつつ、均てん化されている=強み

赤:明確化が課題：手続きが不明確(個人に依存している)

緑:機能強化が課題：質の向上・マンパワーの補足

本書の執筆者

- 本田 秀夫（信州大学：はじめに、Ⅱ-(1)）
今出 大輔（おかやま発達障害者支援センター：Ⅰ-(1),(2),(3)、Ⅲ）
天久 親紀（沖縄中部療育医療センター：Ⅰ-(4)a,b）
松田 佳大（上伊那圏域障がい者総合支援センターきらりあ：Ⅰ-(4)c）
永春 幸子（信州大学：Ⅱ-(2),(3)）

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業） 「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究」

[研究代表者]

本田 秀夫（信州大学）

[研究分担者]

小倉加恵子（国立成育医療研究センター、鳥取県子育て・人材局家庭支援課）

小林真理子（山梨英和大学）

日詰 正文（国立のぞみの園）

UD FONT この冊子の本文は見やすいユニバーサルデザインフォントを採用しています。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本田秀夫	知的障害・発達障害のある子どもの理解と対応	相澤仁（編集代表）、上鹿渡和宏、御園生直美（編集）	シリーズ みんなで育てる家庭養護里親・ファミリーホーム・養子縁組4：中途からの養育・支援の実際－子どもの行動の理解と対応－	明石書店	東京	2021	183-200
本田秀夫	子どもから大人へ－症候は変遷するの か？	加藤進昌、太田晴久（編）	発達障害の患者学－治す医療から治し支える医療へ－	アドスリー	東京	2021	49-55
本田秀夫		本田秀夫	「しなくていいこと」を決めると、人生が一気にラクになる	ダイヤモンド社	東京	2021	
本田秀夫		本田秀夫	子どもの発達障害－子育てで大切なこと、やってはいけないこと－	SBクリエイティブ	東京	2021	
本田秀夫	ASDの生徒の理解と支援	月森久江（編著）	通級指導教室と特別支援教室の指導のアイデア－中学校・高等学校編－	図書文化	東京	2021	146-155
本田秀夫	子どもの精神医学における脳から行動までの距離	青木省三、福田正人（編）	子どものこころと脳－発達のみならずきを支援する－	日本評論社	東京	2021	93-102

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
本田秀夫, 土屋賢治, 篠山大明, 内山登紀夫, 野見山哲生	発達障害の原因, 疫学に関する情報のデータベース構築のための研究	医療情報学	41	82-83	2021
本田秀夫, 新美妙美, 樋端佑樹	小児科から精神科へのトランジションにおける児童青年精神科の役割ーシステム・モデルの観点からー	精神科治療学	36	627-632	2021
本田秀夫	自閉スペクトラム症	精神科 Resident	2	166-168	2021
本田秀夫	子どもの精神科臨床は薬物治療なしでどこまでできるのか?	精神科治療学	36	1115-1120	2021
本田秀夫	【特集】「実感と納得」に向けた病気と治療の伝え方: 成人の神経発達症ー主観と客観を総合した多軸的・階層的な視点からー	精神医学	63	1625-1632	2021
本田秀夫	自閉スペクトラム症の視点からみた精神疾患・精神障害の概念の再検討ー「パラレルワールド」の精神医学の必要性ー	精神科	40	1-6	2022
本田秀夫	児童思春期精神科専門管理加算の見直し	日本医事新報	5109	57	2022
Imai J, Sasayama D, Kuge R, Honda H, and Washizuka S	Hyperactive / impulsive symptoms and autistic trait in institutionalized children with maltreatment experience	New Directions for Child and Adolescent Development	2021	29-39	2021
Sasayama D, Kudo T, Kaneko W, Kuge R, Koizumi N, Nomiya T, Washizuka S, and Honda H	Brief Report: Cumulative Incidence of Autism Spectrum Disorder Before School Entry in a Thoroughly Screened Population	Journal of Autism and Developmental Disorders	51	1400-1405	2021

Sasayama D, Kuge R, Toibana Y, and Honda H	Trends in autism spectrum disorder diagnoses in Japan, 2009 to 2019	JAMA Network Open	4	e219234. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.9234	2021
Takahashi F and Honda H	Prevalence of clinical-level emotional/behavioral problems in schoolchildren during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan: A prospective cohort study	JCPP Advances	1	e12007. doi.org/10.1111/jcv.12007	2021

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人信州大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中村 宗一郎 (公印省略)

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授 (特定雇用)

(氏名・フリガナ) 本田 秀夫・ホンダ ヒデオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年 4月 30日

厚生労働大臣

国立研究開発法人
機関名 国立成育医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 五十嵐 隆

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) こころの診療部・臨床研究員

(氏名・フリガナ) 小倉 加恵子・オグラ カエコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 山梨英和大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 朴 憲郁

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 山梨英和大学 教授

(氏名・フリガナ) 小林 真理子 (コバヤシ マリコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 信州大学)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 4月 23日

厚生労働大臣殿

機関名 国立のぞみの園

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 深代 敬久

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 総務企画局研究部・部長
(氏名・フリガナ) 日詰 正文

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立のぞみの園 (令和3年4月22日)	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。