

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 槻舘 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。

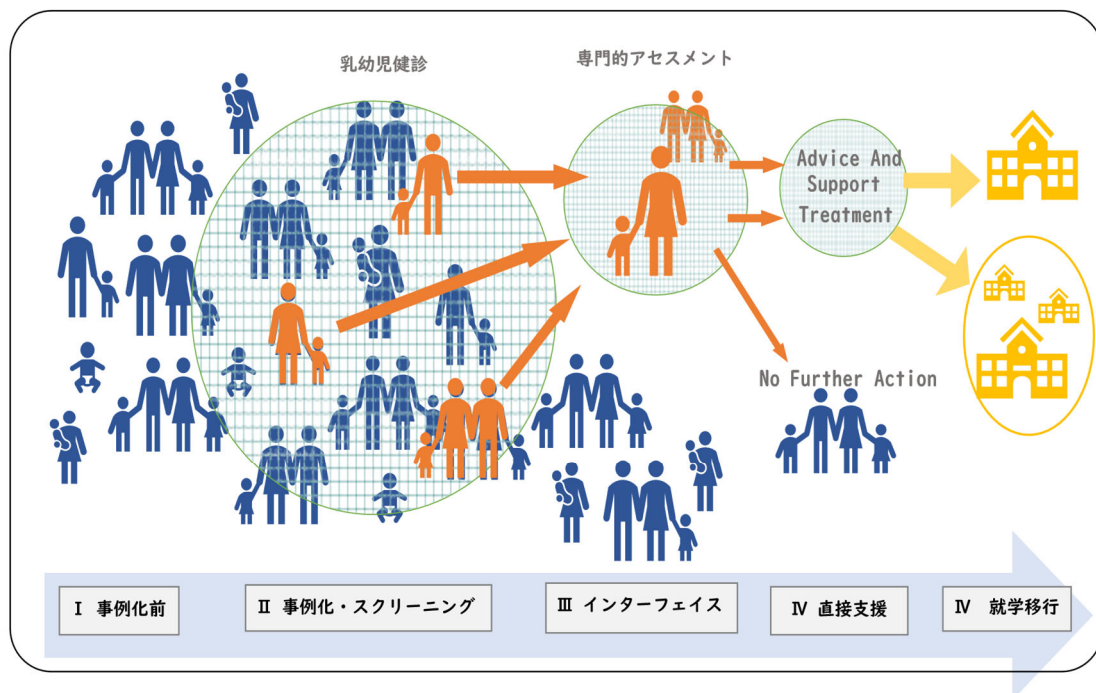


図1 事例化前から就学以降段階までの支援プロセス

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、本人が苦しみ続けられないためにも、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る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)