

(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ま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、拠点施設が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～三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ことができるが、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他の機関等に委ね、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)