

プロジェクト研究
(平成18～19年度)

「発達障害のある子どもの早期からの
総合的支援システムに関する研究」

中間報告書

平成 19 年 10 月

独立行政法人
国立特別支援教育総合研究所

目 次

I	研究の概要	1												
1.	研究目的	1												
2.	研究経過	2												
II.	発達障害のある子どもの早期からの支援について	3												
III.	発達障害に関する施策	7												
1.	文部科学省の発達障害関連施策	7												
2.	厚生労働省の発達障害支援事業	11												
IV.	諸外国における早期発見・早期支援の状況	13												
1.	概要	13												
2.	フィンランド	17												
3.	イギリス	25												
4.	アメリカ	37												
V.	国内の早期発見・早期支援に関する調査	55												
1.	盲・聾・養護学校における乳幼児期の子どもの支援に関する実態調査	55												
2.	乳幼児期における発見・支援システムの実態調査	64												
3.	難聴・言語障害教育における幼児の支援・指導	76												
VI.	早期対応に特色のある取組をしている地域事例の調査	81												
1.	調査地域	81												
2.	調査内容	81												
3.	調査のまとめの概要	81												
4.	地域事例	85												
<table border="1"><tr><td>①群馬県館林市</td><td>②東京都三鷹市</td><td>③神奈川県横浜市</td></tr><tr><td>④山梨県甲州市</td><td>⑤長野県駒ヶ根市</td><td>⑥三重県龜山市</td></tr><tr><td>⑦滋賀県湖南市</td><td>⑧兵庫県神戸市</td><td>⑨鳥取県倉吉市</td></tr><tr><td>⑩島根県松江市</td><td>⑪山口県周南市</td><td>⑫徳島県吉野川市</td></tr></table>			①群馬県館林市	②東京都三鷹市	③神奈川県横浜市	④山梨県甲州市	⑤長野県駒ヶ根市	⑥三重県龜山市	⑦滋賀県湖南市	⑧兵庫県神戸市	⑨鳥取県倉吉市	⑩島根県松江市	⑪山口県周南市	⑫徳島県吉野川市
①群馬県館林市	②東京都三鷹市	③神奈川県横浜市												
④山梨県甲州市	⑤長野県駒ヶ根市	⑥三重県龜山市												
⑦滋賀県湖南市	⑧兵庫県神戸市	⑨鳥取県倉吉市												
⑩島根県松江市	⑪山口県周南市	⑫徳島県吉野川市												
VII.	研究協議会（平成18年度）から	129												
1.	発達障害のための早期からの総合支援システム	129												
2.	軽度発達障害児への気づきのシステム	133												
3.	特別支援幼児教室による早期支援の取組	144												
資料	発達障害者支援法	149												

プロジェクト研究（平成18～19年度）

「発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムに関する研究」研究体制

【研究代表者】

渥美 義賢 (教育支援研究部上席総括研究員)

【研究分担者】 * サブ代表者

大柴 文枝	(教育相談部主任研究員)
海津亜希子	(企画部研究員)
久保山茂樹	(教育支援研究部主任研究員)
*後上 鐵夫	(教育相談部上席総括研究員)
小林 倫代	(教育相談部総括研究員)
*笹森 洋樹	(教育支援研究部総括研究員)
澤田 真弓	(教育支援研究部総括研究員)
玉木 宗久	(教育支援研究部研究員)
廣瀬由美子	(教育支援研究部総括研究員)
藤井 茂樹	(教育支援研究部総括研究員)
棟方 哲弥	(企画部総括研究員)
齋藤由美子	(教育支援研究部研究員) (平成19年度)

【研究協力者】

小枝 達也	鳥取大学地域学部地域教育学科教授
柘植 雅義	兵庫教育大学大学院教授
佐藤 克敏	京都教育大学発達障害学科准教授
原 仁	横浜市中部地域療育センター長
松本恵美子	神戸市保健福祉局査察指導員
佐々木浩治	足寄町役場福祉課福祉室福祉担当主査
古谷 充	山口県周南市立徳山小学校教諭
小西 喜朗	湖南市健康福祉部社会福祉課発達支援室参事 (前 滋賀県甲賀市立甲南第一小学校教諭)
森下由規子	東京都豊島区立千早小学校教諭 (前 東京都立高島養護学校教諭)
小泉 光子	茨城県日立市立大沼小学校養護教諭
塙崎 政江	群馬県総合教育センター内幼児教育センター所長 (前 前橋市幼児教育センター所長)
秦 昌子	島根県松江市立雑賀幼稚園教頭 (前 松江市教育委員会指導主事)
山岡 修	日本発達障害ネットワーク代表
石井 哲夫	日本自閉症協会会長
望月 葉子	高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター主任研究員
青木 規子	島根県松江市教育委員会指導主事 (平成19年度)
前田 泰弘	東北福祉大学こども科学部准教授 (平成19年度)

I 研究の概要

I 研究の概要

1. 研究目的

L D、ADHD、自閉症等の発達障害については、早期から発達段階に応じた支援を行っていくことが必要であり、特に早期発見・早期支援の重要性はきわめて高い。これを具体化することは発達障害者支援法に規定された国の責務であり、この責務に対応するための文部科学省・厚生労働省が一体となった早期発見・早期支援の総合的支援システムの構築に関する研究を行う。

研究の具体的な取組は以下のとおりである。

A. 現状の把握と整理

- 1) 現在の各省・各課の早期発見・早期支援の施策状況の把握と整理
- 2) 関連する学術研究及び情報の収集と整理
- 3) 関連する諸外国の施策状況の把握
- 4) 幼稚園、保育所における早期発見・早期支援、小学校との連携の実態把握
- 5) 早期発見・早期支援を先進的に行っている地域の調査
- 6) 盲・聾・養護学校のセンター的機能として行われている早期支援に関する調査
- 7) 幼児ことばの教室で行われている早期支援に関する調査
- 8) 既存の各種ガイドラインの収集・整理

研究のまとめとして、発達障害のある子どもの早期発見・早期支援システムがめざす目標を明示し、そこに至るまでのグランドデザインを提案する。

一年次の研究成果を踏まえて、今後の検討課題としては、

B. 今後に向けての課題の整理と今後の方向性の検討

- 1) 早期発見・早期支援に必要な方法や体制に関する検討
- 2) 早期発見・早期支援に向けての各種関連機関等の相互連携の今後の在り方
- 3) プライバシー保護の視点からの検討
- 4) 保護者の支援方策について
- 5) 各省・各課の施策・事業等の再構築に関するモデルの作成
- 6) 新たなガイドラインの作成の提言
- 7) 早期からの発達段階に応じた指導・支援法の研究

これらの研究成果が、国及び地方公共団体の施策担当が、今後、教育、保健、福祉、医療等の関係諸機関の連携をもとに、総合的支援システムを具体化し、早期発見・早期支援を充実させる施策の立案・実施に際して役立つものにすることを目的としている。

2. 研究経過

<平成18年度>

- 1) 現在の各省・各課の早期発見・早期支援の施策状況の把握と整理
- 2) 関連する学術研究及び情報の収集と整理
- 3) 関連する諸外国の施策状況の把握
- 4) 幼稚園・保育園や療育機関等と小学校等の教育機関との連携の実態把握
- 5) 早期発見・早期支援に必要な方法や体制に関する検討
- 6) 早期発見・早期支援に向けての各種関連機関等の相互連携の今後の在り方の検討
- 7) プライバシー保護の視点からの検討
- 8) 保護者の支援方策について
- 9) 各省・各課の施策・事業等の再構築に関するモデルの作成
- 10) 理解・啓発に向けた既存の各種ガイドラインの収集・整理と新たなガイドラインの作成の提言
- 11) 関係者の専門性向上の方策に関する検討

<平成19年度>

- 1) 要配慮児（仮称）の定義の明確化と判断システムに関する検討
- 2) 地方公共団体において早期発見・早期支援に関する諸機能を統括するシステム
- 3) 幼稚園、保育所における早期発見・早期支援の機能の充実に必要な方策の検討
- 4) 5歳～就学にかけての発見・支援システムと小学校における支援へのスムーズな移行に関する検討
- 5) 早期からの切れ目のない一貫した支援を可能にするシステムとツールの検討
- 6) 保護者支援及び保護者と連携した子どもの支援を可能にする方策の検討
- 7) フィンランド、イギリス、アメリカを中心とした諸外国の施策状況等をより詳細かつ具体的に検討し、わが国の施策と比較検討し応用可能なものを探る。
- 8) これらの研究成果を、国及び地方公共団体の施策担当者が今後早期発見・早期支援を充実させる施策の立案・実施に際して利用しやすい形での研究報告のまとめ

II 発達障害のある子どもの早期からの支援

発達障害のある子どもの早期からの支援について

喫緊の課題としての早期支援

発達障害者支援法が平成 16 年 12 月に国会で成立し、平成 17 年 4 月より施行された。この第 1 章第 3 条には国及び地方公共団体の責務として「障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ」発達障害の早期発見と早期からの発達支援に必要な措置を講じることが明記されている。

これによって、わが国でも発達障害のある子どもへの支援が法的な根拠をもってなされていくことになった。これまで先進的に発達障害のある子どもへの支援を行ってきた地域等があるものの、全体としては発達障害のある子どもへの支援は、早期支援を含めて従来きわめて不十分であった。平成 13 年度からはじまり、平成 19 年度に関連する法令が施行された特別支援教育と併せて、今後は発達障害のある子どもへの支援を国及び地方自治体に求められている。

また、近年幼稚園や保育所において「気になる子ども」や「配慮が必要な子ども」についての対応が課題となっており、小学校においても入学してきた子どもの中に教室での学習に参加することが困難な子どもへの対応が課題となってきた。このような「気になる子ども」や「配慮が必要な子ども」の中には発達障害のある子どもも含まれている可能性があり、発達障害のある子どもへの早期支援は、これらの現実として大きな課題となっていることへの対応につながるものと考えられる。

このように、法的に国及び地方自治体に求められている責務として、また現実に対応が必要とされている現状に応じていくために、発達障害のある子どもへの早期からの支援の在り方そして早期からの支援を具現化するためのシステムを検討していくことは喫緊の課題である。本プロジェクト研究は、この課題に応ずるために行っているものである。

早期からの支援の重要性と有効性

就学前の時期は、子どもが自律や社会性、コミュニケーション、認知において多くのことを学びうる時期であり、就学後の学校での学習や集団生活の基礎を形成しうる時期である。脳科学的にみても神経細胞の間で信号伝達を行うための接点であるシナプスの増殖と不必要的シナプスの削除が活発に行われ、神経纖維が効率的な信号伝送と行うための髓鞘化が生涯の中で最も活発に行われている時期であり、この時期には環境が大きな影響を持っていると推測されている。

しかし、発達障害のある子どもの場合には適切な支援がないと、これらのことを行なうことができず、さらに不適切な環境にあった場合には情動の不安定さや孤立、望ましくない言動等の二次的障害が生じることがある。この場合には、適切な支援があれば可能であるはずの就学後における学習面や社会性等の様々な面での発達に著しい困難を抱えてしまうことになる。

このようなことから、早期支援の重要性については従来から指摘されてきたところであり、わが国においても先進的に取り組んできた地域があり、また諸外国においても様々な試みがなされている。その詳細については本報告書の他の項で紹介した。

早期からの支援の有効性については、その検証には長期間が必要なことや検証の方法における様々な困難さから、わが国における報告は少ない。米国における早期支援の報告は多いが、現在では人口の約 18% に達する貧困層の子どもへの早期支援に関するものが多く、また数量化等の明確な根拠は不十分なものも多い。しかし、Head Start のように 50 年以上の歴史を持つ全国的に

展開された早期支援の試みや、Perry preschool project のように 30 年以上継続的に活動しているものがあり、これらの対象児には発達障害のある子どもが 10% 以上は含まれているとされ、長期的な有効性についての報告がなされている。Perry preschool project では、多くが 0 歳から支援を受けた子どもたちの 27 歳時点での調査報告をしており、それによると、対照群と較べ高収入の職に就いている割合が高く（月に 2000 ドル以上の収入のある人が対照群の 7% に対して 29%）、高学歴で（12 年以上の教育を完了した割合が対照群の 13% に対して 36%）、より自立し（社会福祉サービスを受けている人の割合が対照群の 80% に対して 59%）、逮捕歴が少ない（5 回以上の逮捕歴は対照群の 35% に対して 7%）等を早期支援の有効性の根拠としてあげている。

この Perry preschool project では早期支援だけでなく、長期間にわたって継続的な支援を行っている。Perry preschool project の成果は、発達障害のある子どもが持っている可能性をできるだけ伸ばし、充実した生活を送って十分な社会参加ができるようになるためには、発達支援ができるだけ早期に開始されること、それが学校教育へつながって適切な教育的支援がなされ、就労等の社会参加に際しての支援に至るまでの一貫した支援が必要であることを示している。

発達障害のある子どもの早期支援で考慮すべきこと

発達障害のある子どもの早期支援が喫緊の課題であり、その重要性は高く、その有効性も高い可能性があることは先に述べた通りであるが、発達障害の諸特性による早期支援の際の困難さがあり、それには以下のようなことが想定される。

1. 早期の判断・診断における課題

発達障害はその症状にスペクトラム性（連続的な違いであること）があることや、症状が明確になる時期が障害種別や個々の子どもによってかなり違いがみられることから、確定診断ができる時期が徴候のみられる時期よりもかなり遅くなってしまうことが多い。このため、確定的な判断や診断に基づいて支援を開始すると、できるだけ早期に支援を開始することが困難になる可能性が高くなってしまうことになる。学習障害についてみると、徴候は句として音声言語を使えるようになる 2~3 歳頃にみられるようになることが多いものの、その確定的な判断は、厳密には就学後にならなければできない。ADHD についてみると、多動等の徴候は 2~3 歳頃からみられ始めるものの、その確定的な判断・診断は、その症状が学校のような場面で著明に現れるとされており、確定的な判断・診断は 5 歳前後かそれ以降になることが少なくない。自閉症については、近年の早期徴候に関する研究の成果等により 1 歳~2 歳である程度の発見が可能になっているが、確定診断については 4 歳前後になるとされている。

徴候として症状が発現してからできるだけ早期に発達支援を行うためには、この早期の判断・診断における困難さを考慮に入れて対応策を検討することが必要と考えられる。

2. 保護者の受け止めにおける課題

発達障害は障害として一般に十分に認知されていない面もあり、また子どもが幼い時期に障害として認めることは保護者にとって非常に大きな心理的負担となる。さらにその早期の症状は、他の子どもに比べて一部の発達が少し遅れているだけで個人差の範囲ともみられるような場合が少なくない。先に述べたように、早期の徴候から判断・診断することは一方で不必要的障害の認定をしてしまうリスクも孕んでいる。

このことを十分に検討し、保護者の心理的負担が過重になることを避けつつ、できるだけ早期から適切な支援ができるような方策を考えていく必要がある。

3. 多くの機関や人が関わることによる課題

発達障害のある子どもの早期発見から早期支援に至る過程では、様々な機関や人が関わることが多い。これまでの早期支援では、保健、福祉、医療、保育、教育等で行われる支援が個々の機関で別々に行われていることが多く、相互に連携して一人ひとりの子どもについて一貫性のある効率的な支援になっていないことが少なくなかった。このためもあり、就学後の支援に適切につながっていない場合も多くみられていた。

今後は関わる機関が相互に連携し、一貫性があり効率的で、発達障害のある子どもや保護者にとって利便性の高い支援の方策を考えていく必要がある。このような方策は早期支援から就学後の学校における支援、社会参加における支援にも一貫性をもってつながっていく方策であることが必要であると考えられる。

(文責：渥美義賢)

III 発達障害に関する施策

III 発達障害に関する施策

1. 文部科学省の発達障害関係

(1) 特別支援教育体制推進事業

[194 百万円]

LD・ADHD・高機能自閉症等を含め、障害のある子ども一人一人の教育的ニーズに応じて、各地域や学校における乳幼児期から就労に至るまでの一貫した計画的な支援体制の充実を図る。さらに、これまでの内容に加え、教員養成系大学等の学生を学生支援員として活用し、障害のある児童生徒等に対する支援を実施する。

(2) 発達障害早期総合支援モデル事業（新規）

[51 百万円]

モデル地域を指定し、教育委員会及び教育関係機関が、医療、保健、福祉等の関係機関と連携し、幼稚園や保育所における発達障害の早期発見の方法の開発や、発達障害のある幼児及びその保護者に対する相談、指導、助言等の早期支援を行い、もって幼稚園や小学校等への円滑な移行を図ることができるよう、早期からの総合的な支援の在り方について実践的な研究を実施する。

○全国 17 地域を指定

1	茨城県	水戸市
2	栃木県	栃木市
3	栃木県	大田原市
4	群馬県	前橋市
5	山梨県	山梨市、甲州市、笛吹市
6	長野県	長野県（塩尻市）
7	滋賀県	日野町
8	京都府	福知山市
9	大阪府	大阪府（豊能町、池田市、豊中市、高槻市、八尾市、富田林市、大阪狭山市、泉大津市、泉南市）
10	奈良県	奈良市
11	鳥取県	鳥取県（倉吉市、大山町）
12	島根県	島根県（松江市）
13	岡山县	笠岡市
14	山口県	山口県（宇部市、萩市）
15	徳島県	徳島市
16	福岡県	久留米市
17	福岡県	前原市

(3) 高等学校における発達障害支援モデル事業（新規） [21 百万円]

国公私立の高等学校をモデル校として指定し、当該高等学校に在籍する発達障害のある生徒に対して、専門家を活用したソーシャルスキルの指導や授業方法・教育課程上の工夫、就労支援等について実践的な研究を実施する。

モデル校における研究に当たっては、「特別支援教育体制推進事業」により都道府県に設置された「広域特別支援連携協議会」や厚生労働省が実施する事業と連携し、医療、福祉、労働等の関係機関の協力を得て実施する。

○国公私立の高等学校 14 校を指定

1	北海道	公立	北海道名寄農業高等学校
2	埼玉県	国立	筑波大学附属坂戸高等学校
3	東京都	公立	東京都立世田谷泉高等学校
4	東京都	国立	東京学芸大学附属高等学校
5	静岡県	公立	静岡県立浜松大平台高等学校
6	滋賀県	公立	滋賀県立日野高等学校
7	京都府	公立	京都府立朱雀高等学校
8	大阪府	公立	大阪府立枚方なぎさ高等学校
9	大阪府	公立	大阪府立佐野工科高等学校
10	和歌山県	公立	和歌山県立和歌山東高等学校
11	福岡県	公立	福岡県立東鷹高等学校
12	福岡県	私立	西日本短期大学附属高等学校
13	長崎県	公立	長崎県立鹿町工業高等学校
14	熊本県	公立	熊本県立芦北高等学校

(4) 特別支援教育推進のための緊急的な定数措置（新規） [727 百万円]

小・中学校におけるLD・ADHDの児童生徒に対する指導の充実を図るとともに、特別支援学校におけるセンター的機能の充実を図るための緊急的な定数措置を行う。

○予算積算上の内訳

- ・ LD、ADHDの児童生徒に対する通級指導の充実 258人
 - ・ 特別支援学校のセンター的機能の充実 53人
- 計 311 人

(5) 「家庭教育手帳」の作成・配布 [170 百万円]

一人一人の親が家庭を見つめ直し、自信を持って子育てに取り組んでいく契機となるよう、子育てのヒント集としての「家庭教育手帳」を作成し、乳幼児、小学生、中学生等を持つ全国の親に配布する。平成19年度配布分からは、発達障害等に関するアドバ

イスや情報が追加される。

- | | |
|----------------|-------|
| ○乳幼児編 | 106万部 |
| ○小学生（低学年～中学年）編 | 117万部 |
| ○小学生（高学年）～中学生編 | 119万部 |

（6）独立行政法人国立特別支援教育総合研究所における研修・研究の実施 [運営費交付金による]

各都道府県等において、発達障害への対応について指導的立場に立つ教員等を対象とした研修や、発達障害に関する専門的な研究を引き続き実施する。

- 「LD・ADHD・高機能自閉症指導者研修」
- 「自閉症教育推進指導者研修」
- 「特別支援教育コーディネーター指導者養成研修」
- 「発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムに関する研究」等

（7）国立大学における特別教育研究 [運営費交付金による]

各大学の個性に応じた意欲的な取組を支援するため、国立大学法人の運営費交付金の競争的経費として「特別教育研究経費」が設けられており、発達障害に関する様々な研究が採択された。

- 北海道大学「軽度発達障害児・者に対する障害教育支援プログラムの開発」
- 福島大学「発達支援相談室の活動を中心とした特別支援教育実践的研究」
- 東京大学「「こころの発達」臨床教育フロンティアー児童精神医学・脳科学を基礎とした児童臨床教育ファカルティーディベロップメントの創成ー」
- 大阪大学・浜松医科大学「子どものこころの発達支援センター事業」(連合融合事業)
- 名古屋大学「軽度発達障害分野における医療教育的支援事業」
- 京都教育大学「特別支援教育臨床実践センター（発達障害学科と附属学校との連携）の開設による特別支援教育実践力を持つ教員養成カリキュラム開発及び特別支援教育相談による地域貢献」など

（8）その他の関連する施策

① 職業自立を推進するための実践研究事業 [70百万円]

学校・教育委員会、労働関係機関、企業等の緊密な連携・協力の下、地域の企業関係者と協力した職業教育の改善、新たな職域の開拓や現場実習の充実、地域の企業に対する特別支援学校の生徒及び職業教育についての理解啓発など、障害のある生徒の就労を促進するための実践研究事業を行う。

具体的には、職業自立連携協議会の設置（ハローワーク等の労働機関を含む）、就労サポートの派遣、現場実習実践マニュアルの作成、企業等の意向の把握・理解啓発、ハローワークと学校等が協働で職場開拓、全国連絡協議会の開催等を行う。

- 12都道府県に委嘱し、それぞれ3地域を指定

② 障害のある子どもへの対応におけるNPO等を活用した実践研究事業

[17百万円]

障害のある子どもへの先導的な取組を行っているNPO等に対し、障害のある子ども一人一人のニーズに応じた支援の在り方等についての研究を委嘱し、その成果を今後の地域における支援の在り方の検討に資する。

○ 6団体に委嘱

③ 特別支援教育普及啓発事業

[14百万円]

保護者、教育関係者等を対象としたフォーラムの開催等により、特別支援教育の理念と基本的考え方についての普及啓発を図る。

④ 特別支援教育就学奨励費負担等

[6,665百万円]

特別支援学校及び小・中学校の特別支援学級への就学や通級による指導を受けるなどの特殊事情をかんがみ、障害のある児童生徒等の保護者等の経済的負担を軽減するために必要な支援を行い、就学を奨励する。

⑤ 子どものこころの成長に関する基盤整備事業（新規）

[13百万円]

脳科学等の成果の教育への応用を促進するよう、児童生徒に関する客観的データの収集・蓄積、教育と研究の連携のための環境整備など、成果の還元システムの構築等に向けた調査研究を進める。

2. 厚生労働省の発達障害者支援関係

(1) 発達障害者の支援手法の開発や普及啓発の着実な実施

① 発達障害者支援体制整備事業 [2.1 億円]

都道府県等に支援体制整備検討会を設置し、各圏域において、ライフステージに対応した一貫した支援を行う

② 発達障害者支援センター運営事業の推進 地域生活支援事業の内数

各都道府県・指定都市に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などに対して、相談支援、発達支援、就労支援及び情報提供などを行う。

③ 発達障害者支援開発事業 [5.2 億円]

発達障害のある子どもの成長に沿った一貫した支援ができるよう、先駆的な取り組みを通じて発達障害者への有効な支援手法を開発・確立する。

④ 発達障害情報センター [50 百万円]

発達障害に関する知見を集積し、全国へ情報提供を行うとともに、発達障害に関する情報の幅広い普及啓発活動を行うために、「発達障害情報センター」を設置する。

⑤ 発達障害研修事業 [18 百万円]

各支援現場等における対応の充実を図るため、発達障害施策に携わる職員に対する研修を行う。

(2) 発達障害者の就労支援の推進

① 若年コミュニケーション能力要支援者就職プログラムの実施

[89 百万円]

ハローワークにおいて、発達障害等の要因によりコミュニケーション能力に困難を抱えている求職者について、その希望や特性に応じた専門支援機関に誘導するとともに、障害者向け専門支援を希望しない者については、きめ細かな就職支援を実施する。

② 発達障害者の就労支援者育成事業の拡充 [13 百万円]

発達障害者支援センターにおいて、医療・保健福祉・教育等関係機関の発達障害者支援関係者に対する就労支援ノウハウの付与のための講習等を拡充して実施するとともに、

新たに、当事者・支援者による体験交流会を開催する。

③ 一般校を含めた公共職業能力開発施設における障害者職業訓練の推進

障害者職業能力開発校における職業訓練に加え、一般の職業能力開発校において、知的障害者等を対象とした専門訓練を行うとともに発達障害者に対する職業訓練をモデル的に実施する。

IV 諸外国における早期発見・早期支援の状況

IV 諸外国における早期発見・早期支援の状況

1. 概要

(1) 調査の概要

わが国における発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムの構築に資することを目的として諸外国における早期発見・早期支援の状況について文献調査、実地調査、アンケート調査を実施した。

具体的には、アメリカ合衆国（以下、米国）、イギリス（以下、英国）における発達障害のある子どもの早期発見・早期支援の状況に関する文献調査、フィンランドの保育を中心とした実地調査、アジア太平洋地域の13カ国（オーストラリア、バングラデシュ、中国、インド、インドネシア、マレーシア、ネパール、ニュージーランド、パキスタン、フィリピン、韓国、スリランカ、タイ）については、第26回アジア・太平洋特別支援教育国際セミナーの各国代表者へのアンケート調査を行った。今後、さらに事実確認と精緻な分析が必要であるが、現時点での主な結果は、以下の通りである。

第一に、米国、英国、フィンランドの早期発見・早期支援の特長として、日本に比べて、幅広い対象の子どもに多様な支援を実施していることが示唆されたことであった。例えば、発達障害への対応として、日本では学齢期で6.3%への対応を目標としていることに比べて、米国では、0～2才で2.2%，3～5才で5.8%（州により3%～14%）さらに、学齢期である6～17才では12%の支援を行っている。また、フィンランドのエスポー市では、0～6才で10.3%，国全体として7～15才で21.9%（うち7.2%がIEPを保持）が支援を受けている。さらに特筆すべきは、フィンランドの学校教育の基本を定めるBasic Education Actには、何かの理由で遅れの出た子、躓きのある子へのRemedial Teaching（教員判断による補習）が、上記以外に行われていることである。英国では、幼稚園・幼児学級の3歳児で約5%，4歳児で約8%，5歳児で約16%の支援を受ける子どもが存在する。

第二に、幼稚園・保育園を専門家が支援するシステムが確立していると思われた。米国では、0～2歳児のIFSP（個別家族支援計画）、3～5歳のIEP（個別教育計画）の作成に多職種専門家が関わり、フォローも行うことがある。フィンランドでは、コンサルティング特別支援保育園教師が地域の保育園を支援する他、保育園に特別支援保育教師が配置されること。英国のハートフォードシャイイー州では、州の教育委員会が特別支援助言教師（SEN Advisory Teachers）システムを持っていること。そこでは、障害別のチームがあり、例えば自閉症チームは1名のリーダーの下に6名の訪問教師、11名の自閉症専門家があり、幼稚園／幼児学級、小・中学校へ訪問指導が行われているとされる。

第三に、アジア太平洋地域においても、近年の発達障害への保護者や教師の意識・関心は高く（回答が得られた10ヶ国中、既に感心が高いとの回答が8ヶ国、近い将来に感心が高まるとした回答が2ヶ国あった。）、保健省の活動を含め何らかのスクリーニングのツールや発見の手続きが存在し（9ヶ国）、さらに、何らかの発見後の支援システムが存在する（8ヶ国）とのことであった。

(2) 諸外国の調査研究を踏まえた早期からの総合的支援システムについて

諸外国の調査研究より導かれると思われる早期からの総合的支援システムについて述べる。以下は、あくまで、中間報告として、現時点までに得られた知見の範囲から考えられたものであり、今

後の資料収集や聞き取りなどにより、精度を高める必要があることに留意されたい。

(2)-1 発達障害が疑われる「要支援児（仮称）」を視野に入れた支援の拡大

米国では、0-2才で2.2%，3-5才で5.8%（州により3%-14%）さらに、学齢期である6-17才では12%の支援を行っている。また、フィンランドのエスポー市では、0-6才で10.3%，国全体として7-15才で21.9%（うち7.2%がIEPを保持）が支援を受けている。このように、諸外国ではかなり高率な子どもが何らかの支援対象となっている。

子どもが早期であればあるほど、診断の不確実性が高い（at risk児、developmental delay児）一方、確実な診断を待って支援を開始するとすれば、早期支援が望めない可能性が高まる。このため、「要支援児（仮称）」を含めた広範囲で多様な支援が必要となる。米国の特殊教育の統計においても3歳以降で特異的学習障害など発達障害関連の統計が増加しており、5歳頃までに、早期発見と支援が行われることが期待される。

(2)-2 幼稚園・保育園における専門家による支援システムの構築

米国では、0~2歳児のIFSP（個別家族支援計画）、3~5歳のIEP（個別教育計画）の作成に多職種専門家が関わり、フォローも行うことがある。また、フィンランドでは、コンサルティング特別支援保育園教師が地域の保育園を支援する他、保育園に特別支援保育教師が配置される。英国のハートフォードシャイイー州では、州の教育委員会が特別支援助言教師（SEN Advisory Teachers）システムを持っていること。そこでは、障害別のチームがあり、例えば自閉症チームは1名のリーダーの下に6名の訪問教師、11名の自閉症専門家があり、幼稚園／幼児学級、小・中学校へ訪問指導が行われているとされる。幼稚園・保育園における専門家による支援は、早期発見と同時に支援が行われると期待される。また、フィンランドにおける就学前（就学準備）教育の徹底など、就学への準備を考慮した支援と、それが就学後の支援へつながるシステムも重要と考えられる。

(2)-3 インクルーシブで自然な環境での支援の重視

諸外国においても基本的にはインクルーシブで自然な環境での支援が重視されている。フィンランドのエスポー市においては、特別な支援の必要な子どもの3.4%が特殊グループ（特別支援学級に相当）で対応されているが、その他は統合特殊グループや小グループ、アシスタント等で対応されている。また、小集団や個別の対応が必要な子どもには、小集団もしくは個別療育や指導を行うシステムが必要である。

（3）今後の課題

諸外国の早期発見・早期支援システムを調査することで、わが国の発達障害の早期発見・早期支援の総合的支援システムの構築に資する知見を得ようとする手法は、理想的には、その国の教育、医療、福祉の全体のシステムと文化的・歴史的な背景を的確に把握するという作業の上に成り立つものと考えられる。その意味では、中間時点における調査結果は、さらに精緻で包括的な研究による裏付けを必要とする。とはいっても、今回明らかになった諸外国における幅広い対象への取り組みの必要性は今後のわが国が目指す目標の1つと考えられる。

今後は、発達障害の早期発見・早期支援システム構築のグランドデザインの構築に向けて、実地調査によって得られたエスポー市の事例など、諸外国の地域事例と国内調査による事例研究との比較を進める必要がある。

資料:アジア太平洋地域における発達障害の早期発見と早期支援について

中間報告用資料(第26回アジア・太平洋特別支援教育国際セミナーの各国代表者へのアンケート調査の結果であり、今後、データが修正・付加の可能性があること 今回の調査→に留意ください。)

	人口	人口密度	在席割合 (特別学校)	在席割合 (特別学級)	支援を受けている全児童生徒の割合	自閉症	行動障害	学習障害	保護者や教師の意識・関心の有無	統計・推計の調査実施の有無	スクリーニングのツールや発見の手続きの有無	発見後の支援システムの有無	SENの考え方に基づく場合:当該児童への支援の有無	備考(具体的な内容について)
Australia	20,674,141	3	5	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	140,000,000	972	0.56	0.04	-				将来的には話題となる。	無し	-	有り	該当する。	
China	1,292,270,000	135	-	-	-				近年話題となっている。	有り	有り	有り	該当しない。	児童保護法により実施。アセスメントと行動観察による。LD, ADHD, HFAの発見は病院に設置される小児発達研究センター（国内に多数存在する。）で行われる。
India	1,027,015,247	312	-	-	0.96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonesia	215,000,000	114	-	-	-	学校有り	-	-	将来的には話題となる。	有り	有り	有り	該当する。	
Japan	127,619,000	338	0.5	0.89	1.74									
Malaysia	25,580,000	78	0.05	-	0.43				近年話題となっている。	無し	教育省には無い。健康省管轄で存在する。	不明	該当する。	診断は医療機関で行われる。
Nepal	24,740,000	168	0.04	-	0.237				近年話題となっている。	有り	有り	無い	該当する。	
New Zealand	4,038,200	15	0.36	-	-	-	-	-	LDについてはあまり話題となっていない。HFAはASDとして知られる。	無いと思われる	スクリーニングそのものは無いと思われるが、ツールは多様にある。多種の専門家が合同で行われる。ADHDとASDは医学的診断が必要だが、無償の早期介入チームがニーズを発見する。	発見の後に支援システムは存在する。	該当する。	地域によりアセスメントと支援の枠組みがある「Attention & Behaviour Team」資料あり。
Pakistan	148,720,000	187	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Philippines	81,500,000	272	-	-	-	-	-	-	近年話題となっている。	有り	有り	有り	該当しない。	マニラ都市部で150-200ドル、個別に行われる。 LD, ADHD, HFA, Aspergerについては公立機関・学校での対応は無く、私立学校のみが対応している。
Republic of Korea	47,280,000	476	0.28	0.42	0.75	学級有り		学級有り	近年話題となっている。	有り	有り	有り	該当する。	
Sri Lanka	19,300,000	294	-	-	1.6	学級有り		学級有り	近年話題となっている。	有り	有り	有り	該当する。	HFAとADHDを対象とした自閉症センターが教育省管轄に置かれ、特別な訓練を受けた指導者が配置されている。10歳以上6-8人がサービスを受けている。（昨年より。）
Thailand	63,460,000	123	-	-	-	学級有り			近年話題となっている。	有り	有り	有り	該当する。	Rajanagarindra Institute of Child Development公衆衛生省管轄の発達障害・知的障害・行動傷害児の治療教育施設を紹介。

(この表の一部の情報は国立特殊教育総合研究所国際比較担当によります。)

2. フィンランドにおける早期発見・早期支援システム

あらまし

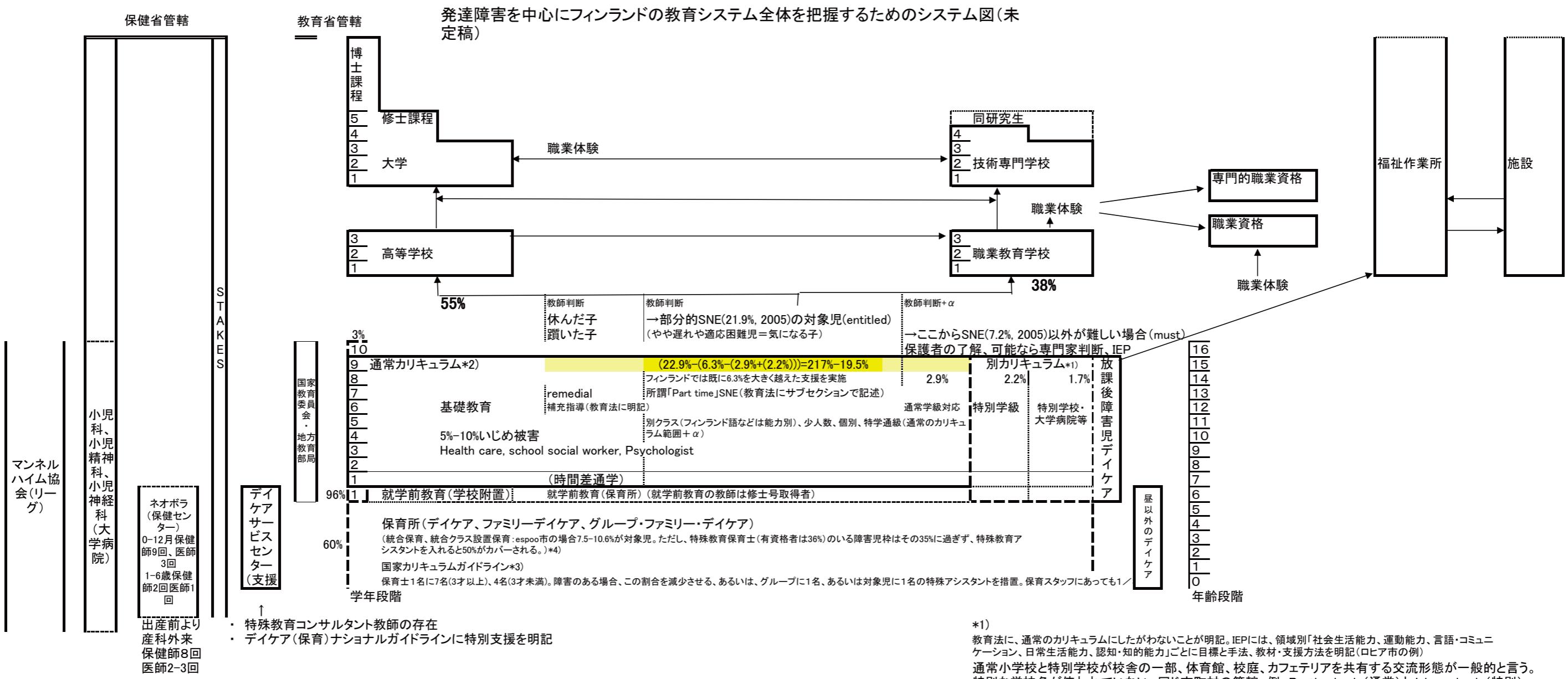
フィンランドにおける早期発見・早期支援システムは、文献による調査に加えて、実地調査が行われた。現在、収集した以下の文献について翻訳、分析作業を行っている。中間報告として、文献調査ならびに実地調査によってまとめてきたフィンランドの教育システム全体を把握するためのシステム図（未定稿）と、文献調査によって執筆されたフィンランドにおける就学前の対応に関する資料を掲載する。なお、後者の資料は、研究協力者である佐藤克敏京都教育大准教授による（研究の在職中に執筆した）ものである。

現状と今後の課題

研究班ではフィンランド語資料として「エスポー市の特別支援を要する幼児保育改善計画（2004）」、「エスポー市の特別支援を要する幼児保育－実施指針－（2006）」という地域事例報告書に加えて、ネオボラと呼ばれる小児保健センターが提供する保護者向けの家庭療育手帳にあたると思われる「1-6ヶ月：赤ちゃん」「6-12ヶ月：小さな研究者」「1-2才：運動大好き」「2-3才：少しだけ大きくなった女の子と男の子」「3-4才：知りたがりでお話好き」「4-5才：お父さんとお母さんの小さなお手伝い」「5-6才：やることいっぱいの男の子と女の子」「6-7才：大きくなかった子、小さな学齢児」「0-12ヶ月 乳児、乳児家族の福利厚生」「1-3才：小さい幼児、大きくて小さい子が新しいことを学ぶ」「4-6才：遊ぶ幼児、毎日が大事」等の資料の翻訳を終えて分析に入っている。

上記の資料は、早期発見・早期支援システムとして、実行性の高いものと期待される一方で、実際の使用頻度や実効性を検証する必要がある。今後は、翻訳資料の公開の手続き等を含めて、分析を進める計画である。

発達障害を中心にフィンランドの教育システム全体を把握するためのシステム図（未定稿）



基本的にナショナルコアカリキュラムがあり、それからはずれる場合を規定している。そのためIEP。

就学全教育以降、教員は修士課程以上。

保育所国家カリキュラムガイドラインで、特別なサポートに言及。

基本法で、通常児へのremedial teaching (section 16)、やや遅れや適応困難児への部分的SNE (section 17.1)、障害児等へのSNE (section 17.2)を可能な限り統合と言及。特別学校も物理的には統合校舎…

初等教育では日本より費用が少ない。特殊学校の費用も入っているというが、教師以外の療法士等は別扱い。また、校長が一人と規定されているが、規模の小さい学校は他校と兼務の校長がある。複式学級。

*1)
教育法に、通常のカリキュラムにしたがわないことが明記。IEPには、領域別「社会生活能力、運動能力、言語・コミュニケーション、日常生活能力、認知・知的能力」ごとに目標と手法、教材・支援方法を明記(ロヒア市の例)

通常小学校と特別学校が校舎の一部、体育館、校庭、カフェテリアを共有する交流形態が一般的と言う。特別な学校名が使われていない。同じ市町村の管轄。例、Roution koulu(通常)とJalavan koulu(特別)

*2)

基礎教育法→政令→国家教育委員会のコアカリキュラム→地方自治体のカリキュラム
上記のSNEの他に、特例で教育期間、内容や方法を変更可 (section 18)

*3)

STAKES

ヘルシンキ大学の教育の修士課程は10倍の倍率(?)

ガイドライン4章に、保護者の参加、さらに4.3に個別の保育(ECCE)プランと評価。第5章に特別なサポートとして「環境の構造化」などが明記。第6章の配慮事項に多言語の中に手話が入っている。

*4)

専門家の診断書が必要(espoole市)。その一方で、サービスセンターでは、先に支援が必要との見解もある(資料)。
Espoo市のKEHU!(5歳児評価、共同作業メソッド)、ツルク市の学齢成熟モデル、VARSUメソッド等が利用されつつある。

フィンランドにおける就学前の対応

① 就学までの健診のシステム

就学までの健康に関するサービスは、公的な（国立もしくは市町村立）保健センター（Primary Health Care Center）が対応している。

妊娠や乳幼児に対する診療をウェルベビークリニックといい、Neuvola で無料の健康診断が受けられるシステムがある。Neuvola には、保健師（診察スケジュールの調整と母親相談）、医師（診察）が所属おり、妊娠時からサービスを開始し、健康診断、父母への指導やカウンセリング、歯科検診、予防接種など健康管理を中心としたサービスが就学まで無料で提供される。子どもの健診は、身体的、心理的、社会的な発達について、モニターと支援が行われる。できるだけ早い段階で問題を見つけ、適切な支援を提供することに焦点があてられている。子どもの健診は、1歳未満で8回、1・2歳で年4回、2歳を越えると年1回実施される。1歳未満の場合は2・3回、その後2・3年毎に医師が同席する。もし、Neuvola で対応できない精神発達上の問題がある時には、児童家庭相談センター^{注1)} や大学病院等に紹介される。

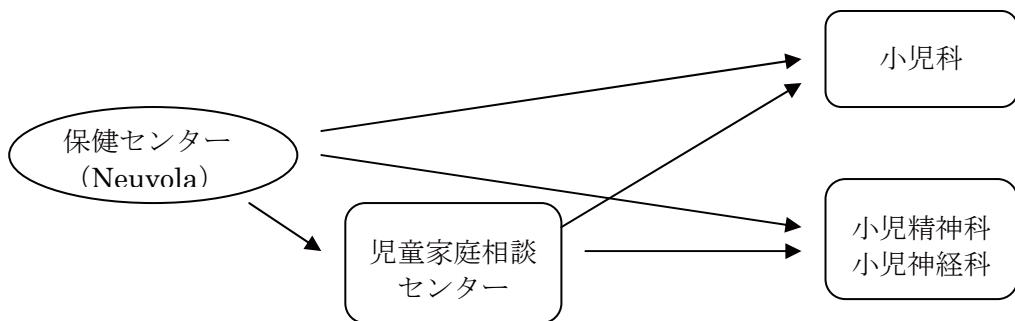


図1 保健センターから専門機関への流れ

子どもの発達に関する評価は基本的に観察を通して、身体的、心理的、社会的な側面について評価が行われ、心理的、社会的な発達達成度の評価が重視される。詳細な身体検査を4歳もしくは5歳で実施することが推奨されており、その際に学習や注意、他の特別な問題が就学前に予期できるかどうかを決定するための発達スクリーニングが実施される。必要に応じて、子どもの発達を促し、それ以上の問題を予防するための支援が導入される。

Neuvola では、家族を支援するために他の関連機関との協働が進められている。例えば、保健師は、子どもの状態を把握し、専門の医療機関で診察が受けられるように診察の予約を行い、子どものデータが Neuvola から病院へコンピュータで送信される。病院のカルテや観察記録も保護者の承諾を得て、Neuvola と病院の間を双方向に行き来するようになっている。このような双方向の連絡は、病院との間だけでなく、保育園等他の機関との間でも行われている。発達に何らかの問題が見つかると、保育園と連絡を取り合い、サポートの仕方を決めたり、保育園側が言葉の発達の遅れに気がついた場合、Neuvola に連絡し、Neuvola において診察したりすることができる。また、必要があれば言語療法等の支援が受けられるように調整する。

Neuvola には、誕生から就学までの子どもの情報と記録が蓄積されており、これは小学校入学と同時に校内の保健センターに引きつがれる。

注1) 児童家庭相談センター：0歳から17歳までの子どもを対象としている。スタッフには、臨床心理士、小児精神科医、ソーシャルワーカーなどがいる。近年の主たる業務は治療であり、母

子コンサルテーションや学校へのコンサルテーション、スーパービジョンも行っている。

② 就学前の対応

ア) 就学前対応の概要

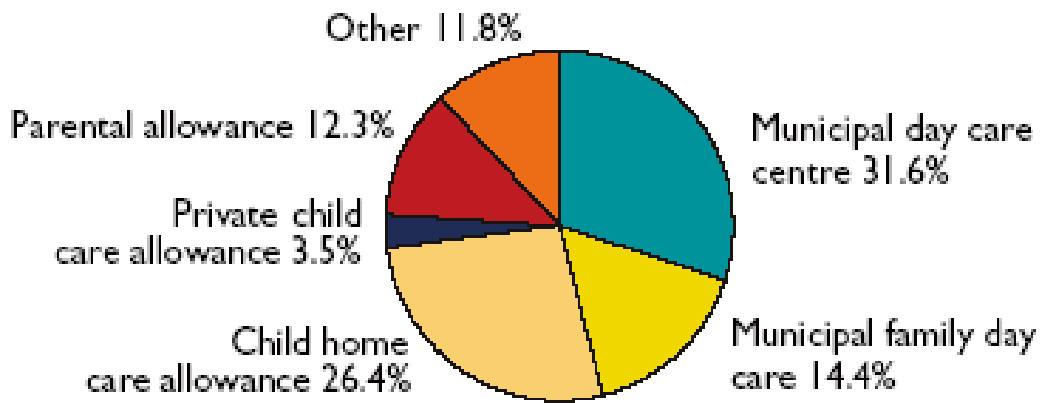


図2 就学前児のケアの内訳

2003年の0-6歳児のケアの内訳を示した。ファミリーデイケアを含めて、公立のデイケアセンター利用は全体の46%であり、私立のデイケアセンター（private child care allowance）利用は全体の3.5%となっている。child home care allowanceが26.4%となっているが、これは補助をもらって家庭で子どもを養育している場合である。3歳までの子どもの場合にこのような方法が多いとされている。

イ) デイケアセンターにおける対応

基本的に、フィンランドの保育サービスは統合保育である。通常のデイケアセンターの場合も障害に応じたプログラムがあり、統合されている。保育サービスには主に以下の3種類の形態がある。

a. デイケアセンター（保育所）

未就学児を一日もしくは数時間預かる施設。夜間保育や24時間体制の保育サービスを行う施設もある。

b. ファミリーデイケア

未就学児を一家庭に集めてケアするシステム。保育ママとして登録されたスタッフが最大4名までの児童を自宅で保育する。ファミリーデイケアは近くのデイケアセンターに所属しており、必要に応じて保育所の職員や幼児達との交流が図られる。

c. 専門保育所

統合保育の形態をとりながら、同時に専門保育を行っており、5, 6人の障害のある子どものグループ毎に特別なケアや指導を提供している。特定の障害に対応するための保育所（自閉症、知的障害、重複障害など）がある。また、通所している子どものケアだけでなく、本保育所の専門スタッフが、他の保育所のスーパービジョンやコンサルテーション、職員研修等を行っている。スタッフには、保育士、看護婦、言語療法士、理学療法士、ケースワーカーがいる。

ウ) 就学前教育

フィンランドの義務教育（基礎教育という）開始は、7歳からとなる。就学前1年を迎えると、デイケアセンターもしくは小学校において、就学前教育が行われる。就学前教育は、2000年9月より、全6歳児を対象として開始されたものである。指導者は幼児教育の資格をもつスタッフであり、就学前教育プログラムは毎日4時間までと決められている。就学前教育の目的は学習するための子どもの能力の改善である。身体的、心理的、社会的認知的、情緒的な発達をモニターし、支援する生じるかもしれない困難を予防することである。無償で参加は任意となっているが、ほとんどの6歳児が就学前教育を受けている（2003年の資料によれば、96%）。

基本的には生活の領域に関連したテーマで構成された合わせた教育（integrative education）が行われており、遊びを通して新しい事柄やスキルを学ぶ。中心となる教科領域としては、言語と相互交渉、算数、倫理と哲学、環境と自然、健康、身体運動発達、美術と文化がある。

サポートには一般的なサポートと特別なサポートがあり、連続性をもたせている。一般的なサポートには、保護者との協働、教育計画の作成（保護者との協働により作成する、個々の発達に焦点を当て、子どもの成長と発達、強さや弱さのアセスメントから目標を決める）、評価（一般的な教育目標と個別の教育目標について、教師と子どもの学校での活動、学習過程の相互交渉によって達成度を評価する）などがある。

特別なサポートは、教育や児童生徒の福祉の専門家と保護者により、学習のリスク要因を含めて、特別なサポートの資格が与えられる。就学前教育における特別なサポートは、早期の発見、学習の困難の予防と指導に関連したものであり、その後の基礎教育と連続性がある。子どもの状態によっては、基礎教育を1年延期する、就学前教育の段階で特別支援教育への移行や認定を行うなどの措置がこの段階で行われる。特別支援教育に認定もしくは移行された子どもたちの教育計画は、個別化されたものが作成される。指導は、チームティーチングの形態や小集団指導、個別学習として実施される場合があるが、特殊学級のように特別な支援のニーズのある子どもたちのグループを分けて編成することもある。

表1に特別支援教育に登録もしくは移行した子どもの数と割合を示した。就学前教育において、判定書を得て特別支援教育に登録または移行した子どもは、1,458名であり、全ての子どもの11.9%である。この中には、視覚障害、聴覚障害、脳障害・身体障害・それに近い障害、知的障害、自閉症、言語発達障害による学習困難などが含まれる。

また、表2に学習の一部で特別支援教育を受けた子どもの理由別人数と割合を示した。就学前教育において、2,532名であり、全ての子どもの20.5%である。この内訳には「話すこと」の障害、「読み・書き」の障害、算数・数学の学習困難、社会的脳の困難または情緒障害などが含まれている。

表1 特別支援教育に登録もしくは移行した子どもの数と割合（2005年）

	就学前	1・6年	7・9年	追加指導
通常の学級で学習	362	6,806	2,962	54
一部通常の学級で学習	109	3,637	5,164	21
特別なグループ・特別クラス	987	13,382	8,977	317
合計	1,458(11.9)	23,825(6.4)	17,103(8.5)	392(24.6)
全児童生徒数	12,276	372,128	200,384	1,593

（森博俊（2006）表1を改変）

表2 学習の一部で特別支援教育を受けた子どもの理由別人数と割合（2004-2005年）

	就学前	1・6年	7・9年	追加指導
「話すこと」の障害	1571	18920	178	2
「読み・書き」の障害	456	51973	4090	8
算数・数学の学習困難	32	15416	9101	27
外国語の学習困難	5	2226	9768	7
社会適応の困難又は情緒障害	90	2830	3799	7
その他の学習困難又はその他の理由	378	4794	4249	21
合計	2,532(20.5)	96,159(25.2)	31,185(15.8)	72(4.5)
全児童生徒数(2004年9月20日現在)	12,335	381,785	197,414	1,614

(森博俊 (2006) 表3を改変、子どもの人数に重複はない)

注) 表1の児童生徒は全て含まれているわけではない

(棟方哲弥、佐藤克敏)

文献：

本間博彰 (2001) フィンランドの乳幼児精神保健について.別冊発達24, 40-48, ミネルバ書房.

森博俊 (2006) スペシャルエディケーションの展開：特集フィンランドの子どもの学力とその社会的土壤. 教育10月号, 59-67, 国土社.

藤井ニエメラみどり (2006) 社会の中の子育て支援：特集フィンランドの子どもの学力とその社会的土壤. 教育10月号, 30-36, 国土社.

Ministry of Social Affairs and Health (2004) Health Care in finland.

Ministry of Social Affairs and Health (2006) Maternity and child welfare clinics.

(<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/famil/fpoli/maternityclinic.htm>)

Ministry of Social Affairs and Health (2006) Statutory Social and Health Services in Finland.

Ministry for Foreign Affairs of Finland (2004) High-quality services for maternity and children's health care. Virtual Finland.

(<http://virtual.finland.fi/netcomm/news/showarticle.asp?intNWSAID=25735>)

National Board of Education (2000) Core Curriculum For Pre-School Education in Finland 2000.

National Board of Education (1998) Basic Education Act 628/1998

3. イギリスにおける特別な教育的ニーズのある子どもの早期支援について

この報告では、主に、イギリスにおける特別な教育的ニーズのある子どもの早期支援の枠組みについて概説する。まず、早期支援（教育）の大枠を捉えるために、現在ブレア労働党政権のもとで実施されている、(a)教育改革とその目標、(b)就学前教育とその施策、(c)就学前教育の学習、(d)教育財政、について述べ、次に、(e)特別な教育的ニーズのある子どもの支援の枠組みと、(f)イングランドにおける特別な教育的ニーズのある子どもへの支援の実施状況を述べる。これらを踏まえた上で、最後に、(g)特別な教育的ニーズのある子どもの早期支援の枠組みのポイントについてまとめる。

教育改革とその目標

イギリスでは、都市部を中心に教育水準が低い学校が多く、また、児童生徒の学力水準の低下に対する危惧などの理由から、現ブレア労働党政権が、1997年の政権獲得時から、21世紀の「知識経済」における国際競争に耐えうる国民を育成することを目指して、教育改革を実施してきた。

この改革における最大のテーマは「公立学校における教育水準の向上」であり、政権の第1期目（1997～2001年）には、主に、（就学前教育を含む）初等中等教育全体の教育水準の向上に主眼をおいた取組が行われた。

この取組の主な目標には、以下のようなものがある：(a)教育水準の向上—全国学習目標の設定、全国テストの実施、学校別成績一覧の公表；(b)3-4歳児の就園率の引き上げ；(c)30名学級の実現、④学習内容の見直し—ナショナルカリキュラムの改訂、シックス・フォームにおける履修科目の多様化；(d)中学校の多様化ースペシャリスト・スクールの増加、民間資金の積極的導入；(e)職業教育の充実—職業教育の充実、職業関連資格GCSE-Aレベルへの一本化；(f)不登校・校内暴力へのきめ細かい対応；(g)情報化の推進—全国学習情報ネットワークの推進、ハードやコンテンツの整備、教員研修を経て新しい教育方法の開発、(h)OfSTEDによる学校監査の強化—模範的学校や失敗校の公表、閉鎖措置、(i)教員の確保及び資質の向上—教員養成の充実、業績給導入（榎本、2002）。障害のある子どもの教育についても、このような教育改革の中で様々な課題が議論されている。

就学前教育と施策

イギリスでは、子どもが5才に達した次の学期から小学校に入ることになっており、就学前教育は、それ以前の2-5才（公立では3-5才、私立では2-5才）の子どもを対象としている（図1）。

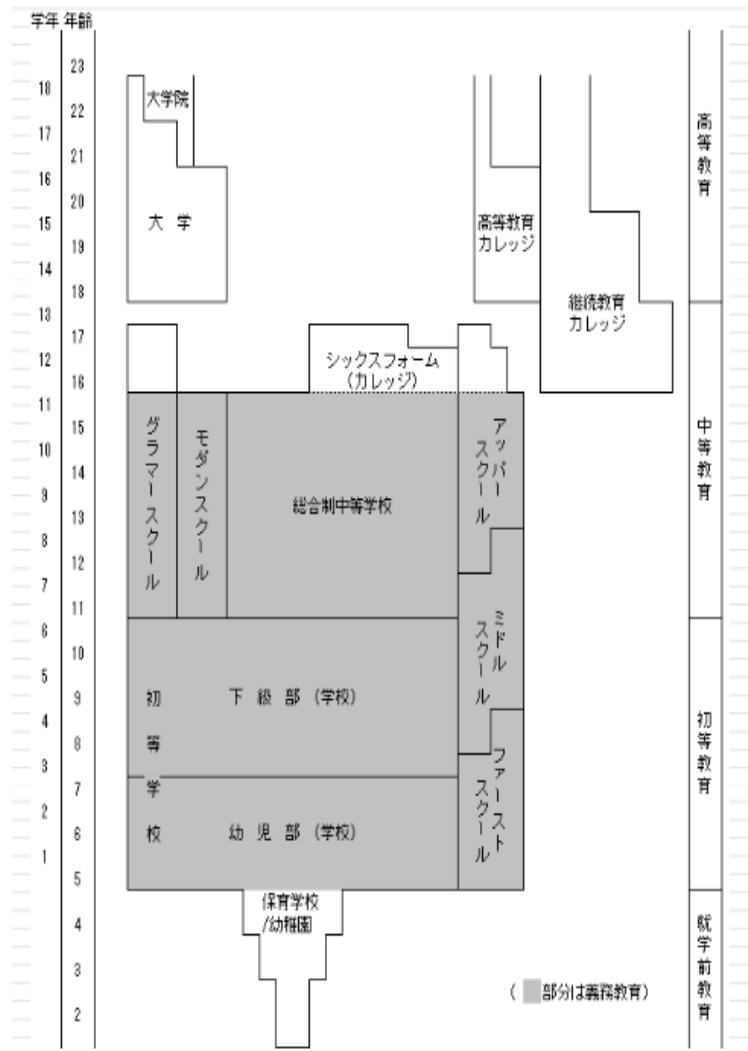


図1. イギリスにおける学校系統図
文部科学省(2004)

就学前教育は、地域により異なるが、一般に表のような教育機関や保育施設がある。日本では、独立した幼稚園が多いが、イギリスでは、小学校に併設されている幼稚学級／レセプション学級が数多くある（在籍人数、幼稚園 150,800 名、幼稚学級 308,700 名、DfES, 2006a）。一般に、義務教育直前のレセプションクラスには、5 才になる年度の 9 月から在籍することが勧められている（大城ら, 2002）。したがって、イギリスでは、子どもが小学校に入る前から学校で教育を受けていることが多く、また、日本の学校のような入学式はないため、就学前教育から義務教育段階への移行において利点が多いことが予想される。このような枠組みのため、就学手続き（学校選択）は、子どもが 3 才のときに行われる（大城ら, 2002）。

表 1. 就学前教育における教育機関・保育施設

教育機関	
公立幼稚園 State nursery schools	3~4才児を受け入れ、学校と同じ期間開園し、週5日半日が一般的。子ども20名に対し1名の保育有資格者がいることが義務づけられている。
私立幼稚園 Private nursery schools	2~5才までの子どもを受け入れ、半日、あるいは1日制で学校の休暇中にも開園するところもある。有資格者については公立幼稚園と同様。
公立小学校の幼児学級/ レセプションクラス Nursery classes/ Reception classes	小学校に併設されている学級。幼児学級は、3~4才までを受け入れ、週5日半日登校する。有資格者は26名に対して1名いることが義務づけられている。 レセプション学級は、義務教育直前の学級のことを意味しており、4~5才の子どもを受け入れる。はじめ半日で、慣れてきたら1日にする。1学級の子どもの数は30名以内に法的に制限されている。休みは学校と同様。
保育施設(地域の有志、地方公共団体などで運営)	
Playgroups	3~5才児を受け入れる。一般には半日。子ども8名につき大人1名がいること、かつ、大人の半数は有資格者である必要がある。地域の有志や両親が中心になって運営している。
Day nursery	5才以下の幼児を1日受け入れる。子ども8名につき大人1名がいること、かつ、大人の半数は、地方自治体認証の有資格者である必要がある。地方自治体、教会慈善団体などによって運営され、保護者の都合に合わせて子どもを預ける時間を

財団法人海外職業訓練協会（2004）を一部修正

政府は、就学前教育の充実、また、幼児をかかえる親の就労機会を増やすなどの観点から、就園を希望する全ての3歳児、及び4歳児に無償の就学前教育の機会を与える目標をたて、就学前教育の拡充を図ってきた。

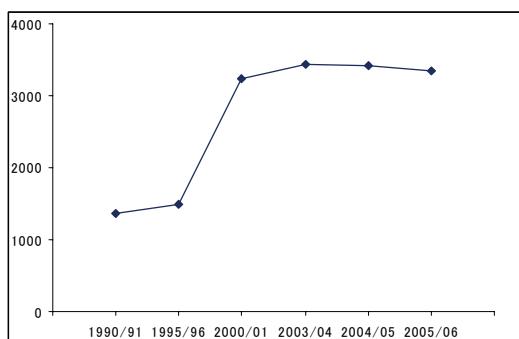
無償の就学前教育の内容は、週当たり5保育時間（1保育時間は2時間半）を1学期に11週、年間3学期保障するものである（文部科学省、2004）。

4才児への無償の就学前教育の提供は、2000年までに事実上達成され、3才児についても、イングランドの2006年の無償の就学前教育を受けている幼児の在籍率は96%となっている。

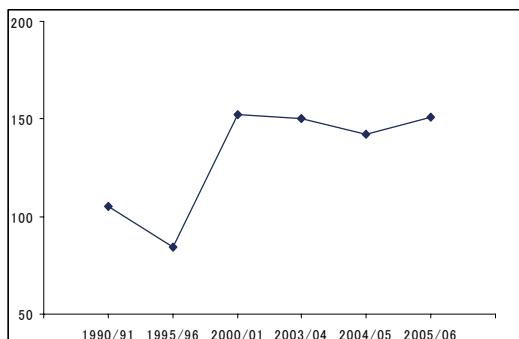
政府は、今後は、このような無償の就学前教育を2才児に拡大していくことも目標としており、2008年までに、社会経済困難地域において1万2000人の幼児に無償の就学前教育を提供している（文部科学省、2004）。

このような施策情勢の中、幼稚園／幼児学級の数、利用者数、「子ども：教員」比の統計量は、図2のように変化してきている（DfES、2006a）。いずれのデータからも就学前教育の充実が図られてきたことが推測される。

幼稚園／幼児学級数



幼稚園／幼児学級の利用者数(×1000)



「子ども：教員」の比

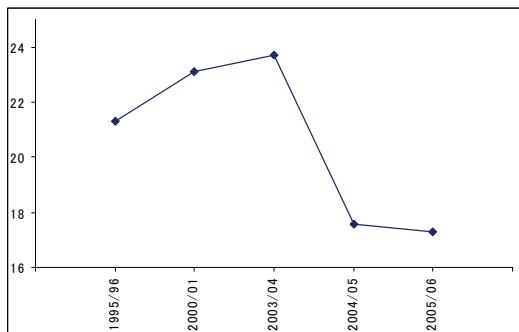


図2. 幼稚園／幼児学級の現状

DfES (2006a)

就学前教育の学習

就学前教育における学習は、基礎段階 (foundation stage) と呼ばれる。小学校で利用されるようなナショナルカリキュラムはないが、2000年には、「基礎段階におけるカリキュラム・ガイダンス (Curriculum guidance for the foundation stage)」が、また、2003年には、「基礎段階のプロファイル (foundation Stage Profile)」が公表され、ガイダンスで示された6つの領域（表2）についてのアセスメント法と早期学習の目標が示された (DfSE, 2003)。

基礎段階のプロファイルは、表2のような13のスケールから構成されており、それぞれのスケ

ールは 9 つの評定ポイントがある（表 3）。最初の 3 つポイントは、”Stepping stones” と呼ばれ、早期学習の目標を達成に向かう進展段階を表す。次の 5 つのポイントは、早期学習の目標そのものである。最後のポイントは、それまでの 1-8 のすべてのポイントが達成され、早期学習の目標を超えてさらに発達が進んだ状態を表す。

表 2. 基礎段階の領域とスケール

領域	スケール
人格・社会性・情緒の発達	気質と態度 社会性の発達 情緒の発達
コミュニケーション・言語・読み書きの発達	コミュニケーションと思考のための言語 音と文字のリンク 読み 書き
数学能力の発達	数の記号とカウント 計算 形状・空間・測定
社会に対する知識と理解	社会に対する知識と理解
身体の発達	身体の発達
創造性の発達	創造性の発達

表 3. 社会性の発達の 9 つの評定ポイント

- 1 他の人の側で遊ぶ
- 2 ジェスチャーや話を通して関係性を作る
- 3 大人のサポートのもとで交替や共有を行う
- 4 グループやクラスの中で、公正に交替や共有を行う
- 5 大人や子どもと良い関係を作る
- 6 仲良く活動するためには、グループにおいて行動規範に従う必要があることを理解する
- 7 人はそれぞれ、尊重されるべき異なるニーズ、視点、文化、信念をもっていることを理解する
- 8 自分のニーズ、視点、文化、信念が他の人に尊重されていることを理解する
- 9 他の人のアイデアを考慮する

表 4 には、2006 年のイングランドにおける、基礎段階プロファイルのポイント数ごとの子どもの（レセプションクラスの学年）の割合を示した（DfES, 2007）。6 ポイント以上を 1 つの達成目標としてみた場合、その到達率は、57 - 88%である。

後述する、特別な教育的ニーズのある子どもの教育のための実施規則には、この基礎段階の学習の重要性が指摘されており、これを通して子どもの学習進度をモニタリングしていくことが、特別な教育的ニーズのある子どもに段階的な支援をおこなっていくための基盤となることが示唆されている（DfES, 2001）。

表 4. イングランドにおける、基礎段階プロファイルのポイント数ごとの子どもの割合

領域	スケール	ポイント			
		1-3	4-7	8-9	6以上
人格・社会性・情緒の発達	気質と態度	2	47	51	88
	社会性の発達	4	58	38	80
	情緒の発達	6	49	45	77
コミュニケーション・言語・読み書きの発達	コミュニケーションと思考のための言語	6	54	39	78
	音と文字のリンク	17	54	39	61
	読み	8	62	30	68
	書き	17	59	24	57
数学能力の発達	数の記号とカウント	4	52	44	87
	計算	11	58	30	69
	形状・空間・測定	6	59	34	80
社会に対する知識と理解	社会に対する知識と理解	6	55	39	77
身体の発達	身体の発達	3	44	52	88
創造性の発達	創造性の発達	4	62	34	78

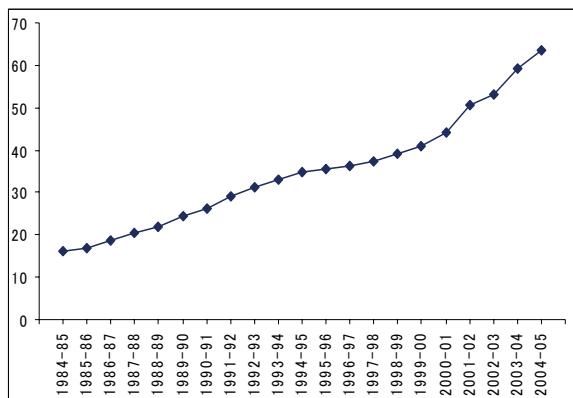
教育財政

DfES(2006a)によると、2004-05 年度の英国の国内総生産（GDP）は、およそ 1 兆 1766 億ポンドで、教育支出は、その 5.4% の 637 億ポンドである。OECD 加盟国の GDP に占める教育支出の平均は、5.9% で、日本は、4.8% (2003) であり (OECD, 2006)，イギリスは、平均よりやや小さい値である。

教育支出のうち、国の経費は、218 億ポンド、地方教育局の経費は、419 億ポンドである。分野別に見ると、就学前教育が、約 41 億ポンド、初等中等教育が 365 億ポンド、継続教育関係が 74 億ポンド、高等教育が 78 億ポンド、学生支援が 19 億ポンド、その他の教育サービスが 59 億ポンドである。

教育支出は、年々増加しており、20 前に比べるとほぼ 4 倍増えている（図 3 上段）。図 3 下段には、2000-01 から 2004-05 年度における分野別の教育支出の推移を示した。2000-01 から 2004-05 年度の増分は、就学前教育が 1.68 倍で最も多く、次いで、その他の教育サービスが 1.55 倍、継続教育 1.52 倍、初等中等教育が 1.42 倍、高等教育が 1.32 倍、学生支援が 1.06 倍である。

教育支出の経年変化 ($\times 10$ 億ポンド)



分野別の教育支出 ($\times 1$ 億ポンド)

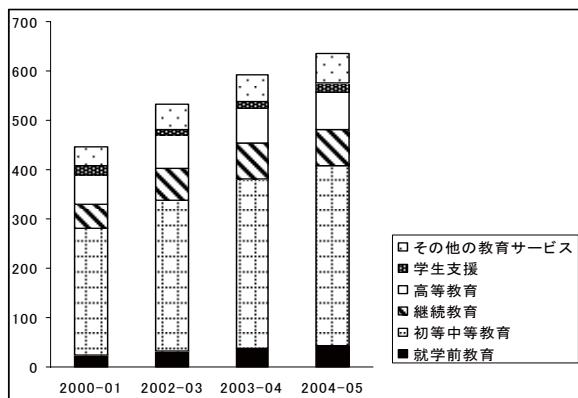


図 3. 教育経費
DfES (2006a)

特別な教育的ニーズのある子どもの支援の枠組み

イギリスの特別支援教育においては、特別な教育的ニーズ (Special education needs: 以下 SEN と略す) という概念がある。これは、医学的診断に基づく障害のカテゴリとは異なる概念であり、子どもが真に必要としているニーズとその教育的対応について言及する用語である (榎本, 2002; 大城ら, 2002).

「1996 年の教育法 (Education Act 1996)」には、「ある子どもが“学習上の困難”をもつため、特別な教育上の提供を必要とする場合、その子どもには本法に定める“特別な教育的ニーズ”があるものとする」と述べられており、また、この“学習上の困難”については、次のように記されている：(a) 同年齢のほとんどの子どもと比較して、学習に際して大きな困難を有する場合；(b) 同年齢の子どもに通常提供される教育設備の利用が障害により妨げられている場合；(c) 義務教育年齢に達しない場合で(a) または (b) に該当する可能性がある場合 (DfES, 2001).

SEN のある子どもの支援は、「できる限り通常の学級で行う」ことが提唱されている。「2001 年特別な教育的ニーズ及び障害法 (Special Education Needs and Disability Act 2001)」には、「(a)特別な教育的ニーズのある子どもで判定書（下記に詳述）を有しないものは、通常の学校で

教育を受けること, (b) 判定書のある子どもは, 保護者の意思又は他の子どもに対する効率的な教育の提供に反しない限り通常の学校で教育を受けること」と定められている(大城ら, 2002). DfSE(2006)によると, イングランドでは, 特別学校に在籍している判定書のない SEN のある子どもの数は年々減少し, 反対に, 特別学校における判定書のある SEN のある子どもの割合は, 年々 100%近づいている傾向がある.

通常の学校における SEN のある子どもの支援については, 1994 年の教育施行令において, (a) すべての通常の学校は, 特別な教育的ニーズに関する方針 (SEN Policy) を分化し, (b) そのニーズに応じた教育的手立てを調節する責任者である SEN コーディネーターをおくこと, が義務づけられた. これにより, 通常の学校では, 特別な教育的ニーズのある子どもにどのようにして気づき, どのような手立てを実行し, その成果をどのように点検するか, などを明確にする規定することが求められるようになっている (大城ら, 2002).

また, この法令においては, SEN のある子どもの教育を行うために遵守, あるいは, 考慮すべき手立て 一特別な教育的ニーズの判断, アセスメント, 支援の手立てなどーが記載されている実施規則 (Special Education Needs Code of Practice) が規定された (大城ら, 2002). この実施規則は, SEN への対応を次の 5 段階で定め, 支援を段階的に行っていくこと (graduated approach) を提案している: (a) ステージ 1—学級担任や教科担任, 保護者が子どもの SEN に気づき, SEN コーディネーターと協調しながら必要な配慮を行う; (b) ステージ 2—SEN コーディネーターが中心となって, 他の教員とともに, 情報を収集するとともに, 個別の教育計画を作成し, 特別な教育の提供のアレンジを行う; (c) ステージ 3—SEN コーディネーターが中心となるが, 学外の専門家の助けを得る; (d) 地方教育当局は, 法定評価の必要性を検討し, 必要な場合は多角的な評価を行う; (e) ステージ 5—地方教育当局は, 判定書 (以下に詳述) の必要性を検討し, 必要な場合は, 判定書を作成する, 作成後も状況をフォローし見直しを行う (榎本, 2002; 大城ら, 2002).

実施規則は, 2001 年に改訂され (DfES, 2001), SEN への対応は, 現在, 以前の 5 段階から, school action と school action plus の 2 段階に簡素化されている. ステージ 1-2 が school action, ステージ 3 が school action plus に対応する. また, この改訂では, 早期段階での対応の強化が図られ, (a) 就学前教育のいずれの機関においても実施規則に従うこと, (b) 小中学校の通常の学級と同様に, SEN に関する方針を分化し, SEN コーディネーターを置くこと, (c) school action/ school action plus に対応する early years action/ early years action plus の段階的支援を先に述べた基礎段階プロファイルを基盤として検討すること, などが求められるようになった.

以下には, ①early years action, ②early years action plus, ③法定評価と判定書の概要を述べる.

①early years action

担任, 教科担任, SEN コーディネーター, あるいは保護者が, 通常のカリキュラムでは, 子どもにほとんど進歩が認められないことに気づき, 担任や SEN コーディネーターが子どもに SEN があると判断したときに実施されるもので, SEN コーディネーターや担任が, アセスメントに基づいて, 子どもの進歩を最大限に伸ばすように援助する活動 (action) を選択することを指す. ここで, 重要なことは, 学習や指導をいかに個別にアレンジしていくかということである. 具体的には, (a) 特別に人を配置する, (b) 小グループや個別指導を活用する, (c) 異なる学習教材を利用する, (d) コンピュータや大きな机など特別な設備

を使う、(e)地方教育局のサポートサービスによる臨時のアドバイスなどの活動がある。この活動の結果は、短期目標や手立てなどを記録した個別の教育計画を利用して、適切に評価されることが推奨されている。

②early years action plus

子どもの IEP を評定し、early years action において、進捗が認められない場合に、外部機関の専門家から継続的なアドバイスや直接の支援を受けることを指す。利用できる支援の内容は、それぞれの地方教育局によって異なる。

③法定評価 (statutory assessment) と判定書 (statement)

early years action plus においてもほとんど進捗が認められない場合には、地方教育局は、学校、担任、SEN コーディネーター、保護者、その他の専門家と連携して、early action plus の実施状況を詳細に精査し、法定評価をおこなうかどうかを検討する。法定評価は、子どものすべてのニーズと支援を詳細にアセスメントするもので、学校、学校心理士、医療など様々な専門家からアドバイスを受ける必要がある。

法定評価を実施した後、地方教育局は、判定書を策定するかどう検討する必要がある。判定書は、法的な文書であり、法定評価を通じて得られた子どもの特別な教育的ニーズや保護者や専門家の見解、支援の手立て、設備などについての詳しい情報が記載される。

以上のように、イギリスの特別な教育的ニーズのある子どもの支援は、早期（特に就学前教育の始まる 2 才）から、(graduated approach による) 一貫性のある枠組みで提供されるようになっている。

なお、2 才未満の子どもの支援においては、医療や福祉の関わりが大きいようである。

イギリスには、医療保険制度の代わりに国民保健サービス (National Health Service : NHS) があり、必ずしも十分とはいえないものの、出産前の入院や健診、出産後の訪問保健士 (health visitor) による訪問健診、定期的な予防接種などの医療サービスを、ほとんど無料で受けることができる。

1996 年の教育法 (Education Act 1996) には、「保健局 (Health authorities) や国民保健サービスは、就学前教育の子どもが、特別な教育的ニーズをもっている可能性がある場合には、保護者や地方教育局に通知しなければならない」と規定している (DfES)。また、DfES による保護者むけの SEN 教育のパンフレットには、乳児期の子どもにおいては、訪問保健師 (health visitor) や家庭医 (general practitioner) に必要に応じてアドバイスを受けることを推奨している。

イングランドにおける特別な教育的ニーズのある子どもへの支援の実施状況

DfES (2006b) によると、2006 年のすべての学校における判定書のない SEN のある子どもの数は、1293250 名で、全体の 15.7% である。これを学校種別にみると、幼稚園／幼児学級 3880 名 (全体の 10.3%)、小学校 716780 名 (17.3%)、中学校 506610 名 (15.3%)、特別学校 1690 名 (2.0%)、児童生徒受入施設 7780 名 (51%) である。図 4 には、年齢別に SEN のある子どもの出現率を示した。2 才以下の子どもにおいても SEN のある子どもが認識されており、比較的早期からのニーズが捉えられていることが推察される。

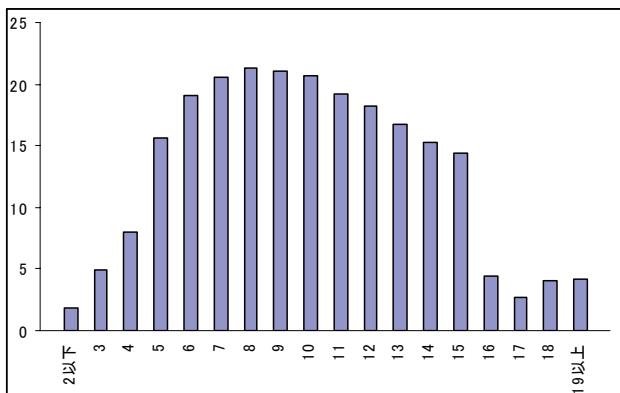


図 4. SEN のある子どもの出現率

DfES (2006b)

縦軸単位 %, 横軸単位 年齢

表 5 には、通常の学級における early years action と early years action plus の実施状況を表に示した。小学校、中学校では、SEN のある子どものおよそ 1/3 が、幼稚園／幼児学級では、およそ半数が、外部の専門家による支援を受けていることがわかる。

表 5. 支援のタイプ別による SEN のある子どもの人数

	early years action	early years action plus	判定書
幼稚園／幼児学級	1920	1960	320
小学校	483080	233710	64860
中学校	352950	153650	73840

DfES (2006b)

2006 年の全ての学校における判定書のある SEN のある子どもの数は、236750 名で、全体の 2.9% である。学校種別でみると、幼稚園／幼児学級 320 名(全体の 0.1%)、小学校 64860 名(1.6%)、中学校 73840 名(2.2%)、特別学校 82570 名(97.6%)、児童生徒受入施設 2290 名(15%)である(表)。特別学校では、ほとんどの子どもが判定書をもっており、これは年々増加傾向にある(2002 年 95.6%)。その一方で、通常の学校では、判定書のある子どもは、比較的少ない。

他方、判定書のある SEN のある子どもの措置についてみると、通常の学校が 123570 名(50.6%)で最も多く、次いで、特別学校が 81970 名(33.5%)、リソース(resourced provision/units/special classes in maintained mainstream schools) が 11580 名(4.7%)、SEN ユニット(SEN units in mainstream schools) が 81970 名(3.6%)である。

子どもがもっている主要な SEN のタイプによる子どもの割合を表 6 に示した。通常の学校においては、中度の学習困難、特化した学習困難、行動・情緒・社会性の困難、スピーチ・言語・コミュニケーションニーズのある子どもが比較的多く、特別学校では、中度の学習困難、重度の学習困難、重度重複の学習困難、行動・情緒・社会性の困難、自閉症スペクトラムのある子どもが比較的多い。

表 6. 主要な SEN のタイプによる子どもの割合 (%)

	小学校		中学校		特別学校	
	School Action Plus	判定書	School Action Plus	判定書	School Action Plus	判定書
特化した学習困難	13.4	5.1	18.4	18.6	1.0	0.8
中度の学習困難	32.1	16.2	27.5	27.0	7.9	27.6
重度の学習困難	1.2	5.4	0.6	2.9	22.6	23.9
重度重複の学習困難	0.1	1.5	0.1	0.4	10.3	7.6
行動、情緒、社会性の困難	20.2	12.1	36.0	15.7	16.8	14.3
スピーチ、言語、コミュニケーションニーズ	21.0	22.5	4.3	10.8	7.0	3.9
聴覚障害	1.5	4.5	2.1	3.0	2.0	1.9
視覚障害	1.0	2.3	0.9	2.3	0.7	1.1
重複感覚障害	0.1	0.4	0.1	0.2	0.0	0.2
肢体不自由	2.5	9.7	1.8	7.1	10.5	5.4
自閉症スペクトラム	2.7	17.6	2.0	9.7	12.1	12.7
他の困難／障害	4.3	2.6	6.2	2.5	8.8	0.7
分類不可	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

DfES (2006b)

また、表には、教育支出との関係が深い無償給食の有資格者の割合を SEN の手立てのタイプ別に示した。一般に SEN 手立てのあるものの方が、無償給食有資格者の割合が高いことがわかる。

表 7. 無償給食の有資格者の割合 (%)

	小学校	中学校
手立てなし	13.2	11.0
school action	27.8	24.3
school action plus	30.4	28.9
判定書	25.1	24.8

DfES (2006b)

特別な教育的ニーズのある子どもの早期支援のポイント

- ① 現在、ブレア労働党政権のもとで、教育改革が実施されており、早期教育の充実が図られている。
- ② 教育支出は、年々増加しているが、GDP に占める教育支出の割合は、OECD 加盟国の中でもやや低い。
- ③ 3-4 才の子どもの教育の無償化がほぼ達成され、今後は 2 才の子どもへの拡充が目標となっている。
- ④ 就学前教育では、基礎段階におけるカリキュラム・ガイダンスと、そのアセスメントのための基礎段階のプロファイルを利用した学習の進捗のモニタリングが可能である。
- ⑤ 特別な教育的ニーズのある子どもの支援の枠組みは、実施規則や教育法によって規定されており、早期から一貫して、段階的に支援を提供する graduated approach が行われている。

- ⑥ 就学前教育では、基礎段階のプロファイルを基盤として、子どものニーズを捉えていき、SENがあると判断されたときは、early years action, early years action plus, 法定評定、判定書の順に段階的に支援が行われる。

(玉木宗久)

参考文献・引用文献

- DfES (2006a) Education and training statistics for the United Kingdom (Internet Only).
- DfES (2003) Foundation stage profile.
- DfES (2007) Foundation stage profile 2006: national results (final).
- DfES (2001) Special educational needs code of practice.
- DfES (2006b) Speial educational needs in England, January 2006.
- DfES, Special Education Needs (SEN) : A guide for parents and carers.
[\(http://www.teachernet.gov.uk/wholeschool/sen/\)](http://www.teachernet.gov.uk/wholeschool/sen/)
- 榎本 剛 (2002) 英国の教育. 財団法人自治体国際化協会.
- グレニス・ジョーンズ (緒方明子監修・海輪由香子訳) (2005) 自閉症・アスペルガー症候群の子どもたちの教育—診断、学校選びから自立にむけての指導法. 東京, 明石書店.
- 文部科学省 (生涯学習政策局調査企画課) (2004) 諸外国の教育の動き.
- 森臨太郎 (2005~2006) 連載：英国医療事情. 日系メディカルオンライン.
- OECD (2006) Education at a glance.
- 小沼里子 (2005) 我が国及び主要国における小児医療政策の現状と課題.
[\(http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/document/2005/200502/3.pdf\)](http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/document/2005/200502/3.pdf)
- 大城英名・石塚謙二・徳永豊・土谷良巳・川住隆一・菅井裕行 (2002) 主要国における特別な教育的ニーズを有する子どもの指導について—イギリスにおける特別な教育的ニーズを有する子どもの指導に関する調査. 科学研究費補助金特別研究促進費報告書 (研究代表者: 千田耕基).
- Talking point, コミュニケーションの発達と障害 -Levels of Help for Children with Special Educational Needs - [\(http://www.ican.org.uk/TalkingPoint/Frontpage.aspx\)](http://www.ican.org.uk/TalkingPoint/Frontpage.aspx)
- 財団法人海外職業訓練協会 (2004) 教育事情—イギリス—.
[\(http://www.ovta.or.jp/info/europe/unitedkingdom/04education.html\)](http://www.ovta.or.jp/info/europe/unitedkingdom/04education.html)
- 在英国日本大使官, 医療. (<http://www.uk.emb-japan.go.jp/jp/consulate/iryo.html>)

4. アメリカ合衆国における就学前の対応

アメリカ合衆国で特別な教育サービスを受けている子どもの割合の概要

2005 年の米国の統計によると、全障害者教育法 (Individual with Disabilities Education Act:IDEA) の part C (3 歳より下の子どもを対象) によって、早期支援サービスを受けている割合が 2.4% であった。さらに、part B (3 歳～ 21 歳を対象) になると、3～5 歳でサービスを受けている割合が 5.84%，6～17 歳では 11.59%，18～21 歳では 1.89% であった (IDEAdata.org, 2006)。

アメリカ合衆国での就学前教育

就学前教育は、幼稚園のほか保育学校等で行われ、通常 3 から 5 歳児を対象とする。義務教育に関する規定は州により異なる。就学義務開始年齢を 7 歳とする州がもっとも多いが実際にはほとんどの州で 6 歳からの就学が認められており、6 歳児の大半が就学している。

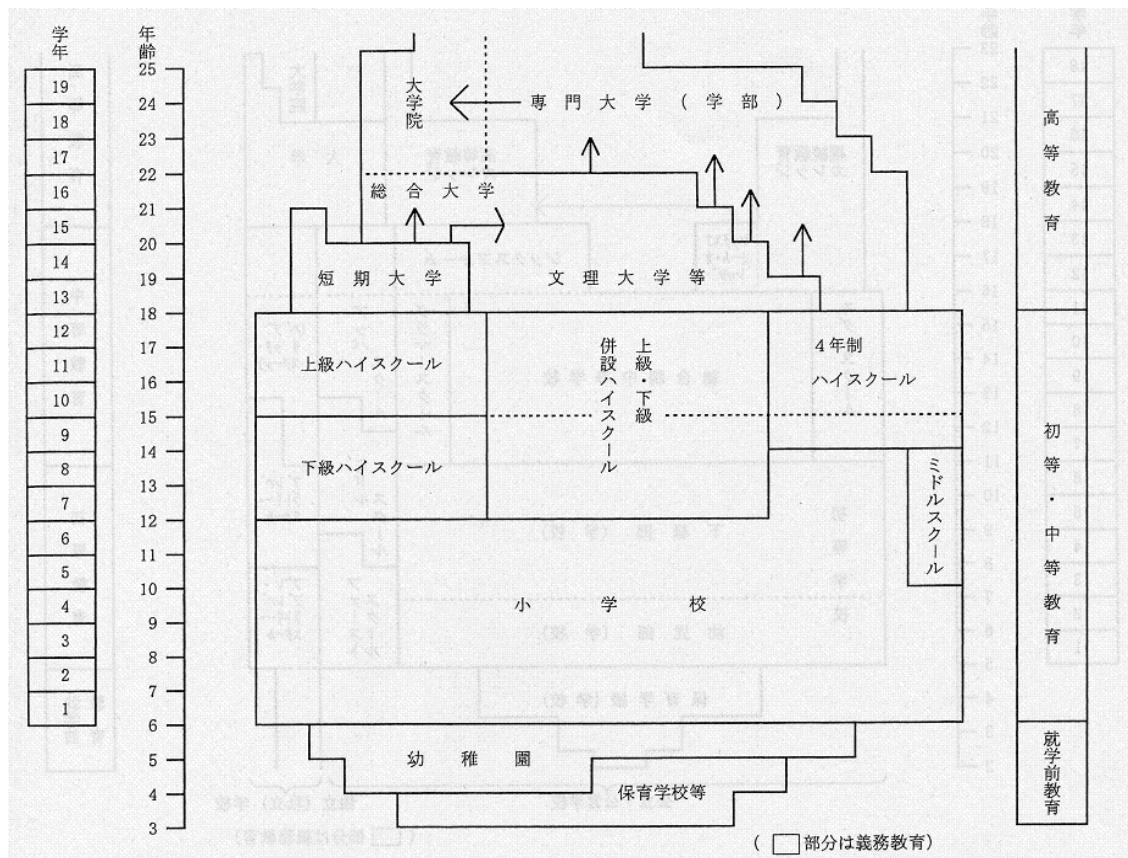


Fig. 1 アメリカ合衆国の学校系統図(文部科学省,2005)

就学前教育の在籍率

アメリカ合衆国における 2001 年度の幼稚園・保育学校に在籍者数および割合を示す。3 歳の在籍者数が 1,538 千人 (38.6%)，4 歳の在籍者数が 2,608 千人 (66.4%)，5 歳の在籍者数は 3,456 千人 (86.7%) である。トータルすると、3 歳から 5 歳までの子ども 7,602 千人が幼稚園・保育学校に在籍しており、その割合は 63.9% におよぶ (文部科学省,2006)。

全障害者教育法（Individual with Disabilities Education Act:IDEA）の改正によって示された重点施策としての早期の取り組み

2004 年に IDEA の改正法（P.L.108-446）が成立した。それによると、今回の改正では、マイノリティ等の子どもに対する早期支援の重要性が述べられているとともに、教員らに対する必要な研修の実施などが盛り込まれている。このことから、アメリカ合衆国においても、早期への取り組みが課題となっていることがわかる。

ちなみに、0歳から3歳になるまでは、IDEA の PartC の適用となり、3歳～21歳までは IDEA の Part B の適用となる。

就学前のスクリーニング機能

アメリカ合衆国では、障害のある子どもの早期スクリーニング機能としては、小児科医や家庭医などがそれを担う場合が多い。というのも、アメリカ合衆国においては、家庭医制度が徹底しており、一般的に子どもを担当する小児科医が出産前から決められていることが多い、主治医となった医師は出生から 24 時間以内に、その子どもの初検診を行う義務がある。子どもが生まれると、ケアに対する全責任を小児科医が負うことになる。例えば小児医療においても、米国では、予防接種の種類と接種スケジュールが詳細に決められている。日本の場合、スケジュールについては、地方自治体や医師、保護者の裁量に任される部分が多く、かなり柔軟であるのに対し、アメリカではきっちりとした細かいスケジュールが American Academy of Pediatrics (アメリカ小児科学会) によって推奨されている (母子衛生研究会,2001)。こうした定期的な家庭医への受診によって、発達的なチェックも同時に行われることは容易に想像できる。

Table 1 日米の予防接種の相違
(母子衛生研究会,2001)

アメリカ小児科学会では、同時に The National Center of Medical Home Initiatives for Children with Special Needs という機能をもち、聴覚、視覚、発達、代謝や遺伝的な要素に関するスクリーニングを促進する機能を担っている。そして、National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities (出産時および発達の障害のナショナルセンター) や、Federal Department of education (連邦の教育省) と連携をとりながら、スクリーニング機能を發揮することが求められている。アメリカ小児科学会の資料によると、16%の子どもが発達の遅れをもっており、そのうち、20-30%は、学校に入る以前で、発見されるとしている。アメリカ小児科学会では、監視 (surveillance) とスクリーニングに関するガイドライン (2006) を出しており、そこには、以下のようなことが挙げられている。

アメリカのスケジュール	
新生児	B型肝炎
1ヵ月	B型肝炎
2ヵ月	3種混合、インフルエンザ桿菌、ポリオ、肺炎双球菌
4ヵ月	3種混合、インフルエンザ桿菌、ポリオ、肺炎双球菌
6ヵ月	3種混合、インフルエンザ桿菌、肺炎双球菌
9ヵ月	B型肝炎、ツベルクリン反応
12ヵ月	水痘、肺炎双球菌
15ヵ月	インフルエンザ桿菌、MMR
18ヵ月	3種混合、ポリオ
4～6歳	3種混合、ポリオ、MMR
11～13 歳	ツベルクリン反応破傷風

日本のスケジュール	
1歳までに	3種混合(3回)、ツベルクリン反応、BCG、ポリオ(2回)
1歳過ぎたらすぐ	麻疹、風疹、日本脳炎、3種混合2期
任意6ヵ月	B型肝炎、水痘、おたふく風邪、インフルエンザ(ウイルス)、A型肝炎、肺炎双球菌

- a) すべての検診で実施すること
- b) 標準化されたツールを用いて 9,18,30 ヶ月または気になることが生じたときに行うこと
- c) もし、スクリーニングの結果が気にかかる内容であったら、発達および医学的評価、さらには、早期介入への照会を行う
- d) 子どもの発達の経過を継続的に追っていくこと
- e) 発達に障害があるリスクが高い子どもを同定すること
- f) 特異な発達の遅れを同定すること

特に、上記の(f)については、これら発達に関する診断的評価を担う者として、「よくトレーニングされた一般的な小児科医」「小児科に関する準専門家（神経発達に関する小児科医、発達と行動に関する小児科医、小児神経、小児精神科など）」「早期の子どもの専門家（教育者、心理学者、言語聴覚士、聴覚学者、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士）」が挙げられている。

そこでは5歳までに13回の受診をうたっているが、最初の18ヶ月までに重点がおかれて、あとは年1回であったり、医師のスクリーニング能力に差がみられるなどの課題も多い。

スクリーニングの方法

ここではアメリカ小児科学会が挙げている中で、代表的な2つの発達に関する標準化されたスクリーニングツールについて紹介する。

- a) PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status) . . . (Fig. 2)
 - ・情報は家族からの聴取
 - ・発達と行動面の問題の両方を扱う
 - ・0歳～8歳まで利用できる
 - ・10個の質問からなる
 - ・英語、スペイン語、ベトナム語で用意されている
 - ・保護者が待合室で待っている間に試行できるほど簡便、2分程度で実施可能
 - ・シート、採点なども含め、コストは一人につき1.19ドルである
- b) Ages & Stages Questionnaire (ASQ)
 - ・情報は家族からの聴取
 - ・発達の問題、社会性などを扱う
 - ・10-15分で実施
 - ・4ヶ月～5歳を対象とする
 - ・3-4ページに分かれている
 - ・英語、スペイン語、韓国語で用意
 - ・標準化されている
 - ・コピーして使うことができる

Instructions to parent or caregiver:	
Please tell us what your child can do. If you aren't sure, try it! Use the pictures to help you.	
If you need help, ask us!	
If you try some of these things with your child, please say, "good trying" or "way to go", even if they don't get something right.	
Please use the markers we gave you to fill the boxes (not pens or pencils). Your child can use our markers too.	
Can your child scribble with a crayon or marker without going off the page much?	No <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/>
If you ask your child to point to parts of his or her body, how many of these can he or she show you? "head", "legs", "arms", "fingers", "teeth", "thumbs", "toes"	No <input type="checkbox"/> 1 - 2 <input type="checkbox"/> 3 or more <input checked="" type="checkbox"/>
When your child talks, how many words does he or she usually use at a time?	None <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 or more <input checked="" type="checkbox"/>
Can your child walk backward two steps?	No <input type="checkbox"/> Yes, shuffles or stops <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/>
Can your child take off loose clothes such as pull-down pants or a coat?	No <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Most of the time <input checked="" type="checkbox"/>
Does your child pretend to do grown-up things like washing dishes, taking care of a baby, sweeping, scrubbing, or cooking?	No <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/>

Fig. 2 PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status)

注) 質問項目には、

- 「ページからはみ出ることなくクレヨンやマジックで殴り書きすることができますか?」 「体の部分の名前や数について正確に言うことができますか?」
- 「一度に話すとき、いくつくらいのことばができますか?」
- 「後ろ歩きができますか?」
- 「ズボンやコートを脱いだりできますか?」
- 「ごっこ遊びができますか?」

スクリーニング後の照会システム

スクリーニングが終わり、そこで障害が疑われた場合には次の照会システムに移る。子どもが3歳までの場合、IDEAのPartC: Early Interventionが適用されることになる。具体的には、

- a) 0-3歳の子どもで、発達に障害のある子ども、それが疑われる子どもに対してサービスが提供される。
- b) 州の機関を通して提供される
- c) IFSP(Individualized Family Service Plan)が作成される
- d) 内容は州によって異なる
- e) 主治医は、直接保護者に、州の機関を照会することができる

f) 州の機関は、子どもがサービスを受ける資格を有するか否か評価し、決定する

例) ニューヨーク州の場合の手順 (Department of health in New York State,2005)

- 1) 照会する
- 2) 最初のサービスコーディネーターと会う
- 3) 子どもの評価
- 4) IFSP を作成する
- 5) IFSP に基づいて支援が開始される
- 6) 3歳児になった時点で、次の支援に移行する

さらに、3歳~5歳になると、IDEA の Part B の Section 619:Preschool Special Education Program が適用されることになる。具体的には、

- a) 3-5歳の子どもに提供されるサービスである
- b) 州によって異なる
- c) 学校のシステムを通じて提供される
- d) 主治医は、直接照会することはできない
- e) 必要があれば、IEP が作成される
- f) サービスには、特別な指導、アシスティブテクノロジー、カウンセリング、言語治療、セラピーなどが含まれる

例) ノース キャロライナの場合の手順(North Carolina Early Intervention Service,2004)

- 1) 子どもが地域の教育機関 (Local Education Agency:LEA) に照会する
- 2) 子どもについての情報を集める
(子どもについての必要な評価は、他職種によるチームによって行われる)
- 3) 移行プランの会議に (保護者として) 出席する
(3歳前と移行では受けるサービスが異なるため)
- 4) 就学前教育の IEP チームに会う (適合性の判定)
- 5) IEP に基づいて支援が開始される

IDEA の Part C (0歳～3歳前まで適用) のもと早期支援 (Early intervention services) にエントリーする年齢

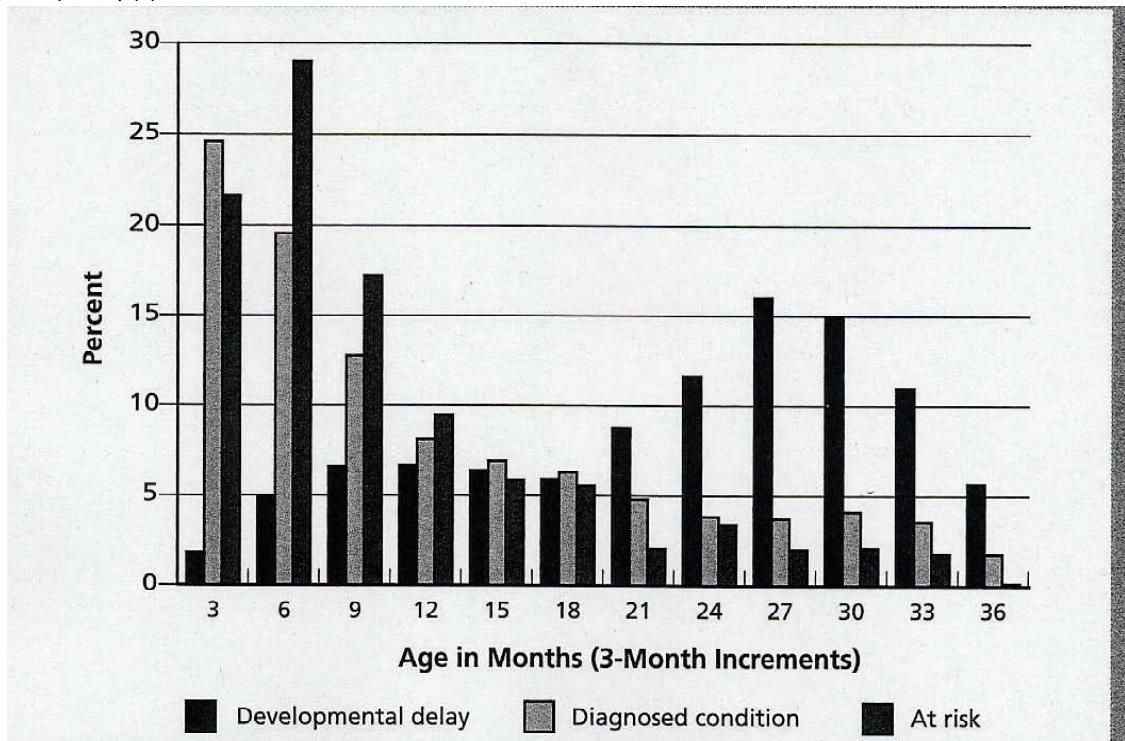


Fig. 3 IDEA の Part C (0歳～3歳前まで適用) のもと、サービスにエントリーする年齢 1997-98 年
(U.S. Department of Education,2005)

発達に遅れのある (Developmental delay) 群と比較すると、診断のある (Diagnosed condition) 群および At risk の群は、より低年齢でサービスにエントリーするケースが多い。この図からは、診断のある子どもは、3ヶ月からエントリーする場合が最も多く、At risk の子どもの場合、6ヶ月でエントリーするケースが最も多い。一方、発達に遅れのある子どもの多くは、27か月またはそれ以降が多いことがわかる。概して、早期支援は、生後9ヶ月、または28ヶ月頃から始めるケースが多いようである。

IDEA の Part C (3歳以下)においては、「発達の遅れ(developmental delay)」という用語は、早期介入サービス(early intervention services)を提供する際の適格基準として使われる用語である。Part C では、各州に、「適切な検査によって発達の遅れ (developmental delay) が認められる子ども」と、「診断された身体的・知的な状態によって、発達の遅れ (developmental delay) を引き起こす可能性が高い子ども」(例えば、染色体異常、聴覚視覚などの感覚障害、遺伝的・先天的な障害、など) に早期介入サービス (early intervention service) を提供することを義務付けている。これらが、この資料で、それぞれ “Developmental delay”、“Diagnosed condition” とされる群である。さらに、Part C では、at risk の乳幼児の定義を、「3歳以下の者で、もし早期介入サービスがこの者に提供されなければ、実質的な発達の遅れ (developmental delay) を引き起こす恐れのある(at risk)者」とし、at risk の状態にある3歳以下の子どもにサービスを提供するかどうかは、州の自由裁量であるとしている (IDEA 2004)。

ここで言われる「発達の遅れ (Developmental delay)」の定義は、各州によって異なる。たとえば、1つの領域で 50 %の遅れがみられるか、または 2つ以上の領域にわたって 25%の遅れが

みられるといった定義をする州（例、カンザス州）もあれば、2-12ヶ月時点では、1つの領域で2ヶ月の遅れ、13-24ヶ月では、1つの領域で3ヶ月の遅れ、25-36ヶ月の場合には、1つの領域で4ヶ月の遅れとする（例、テキサス州）など、州によって様々である。ここでの領域とは、5つの発達に関する領域、すなわち「身体／コミュニケーション／認知／社会性または情緒／適応性」を指す。このような定義に適合すれば、IFSPのもと、サービスが開始されることとなる。

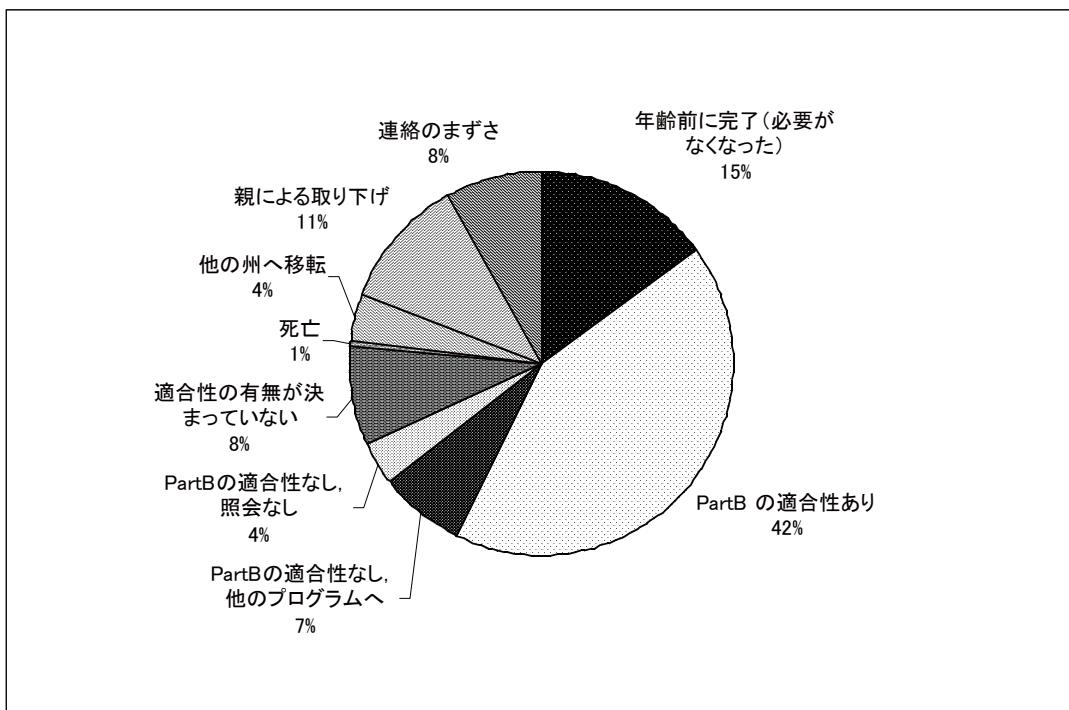
一方、At riskの子どもに対しては、サービスを提供している州が、56州中8州であった。At riskの定義は、1つの州を除いて、biological（生物学的）とenvironmental（環境面）とでそれぞれ定義していた。biological（生物学的）とは、発達の遅れを引き起こす可能性が大きい要因（例えば、低体重出生）が認められるとしている。一方、environmental（環境面）においては、社会的、経済的な要因によって発達を妨げる要因がある場合（例えば、両親が16歳未満や、虐待の危険性がある）としている（The National Early childhood Technical Assistance Center,2006）。At riskの子どもにIFSPに基づくサービスを提供していない州の中には、これらの子どもたちに対してモニターリングを行い、遅れが顕著になった時点ですぐにIFSPに基づくサービスを提供するなどの工夫を行っている州もある。

「発達の遅れ（Developmental delay）」の定義や、At riskの子どもをサービスの対象とするかどうかについては、定義を広げてサービスの対象を拡大すればその分コストがかかるため、州によっては何年かにわたりその定義を試行錯誤しながら変更している。このようなサービス対象の変更は国レベルでも行われる。2004年のIDEAの改正では、これまで州の自由裁量だったenvironmental risk（環境面のリスク）の中でも、虐待やネグレクト、親の薬物乱用の影響を受けている子どもたちに対して、IFSPに基づく早期介入サービスの対象とすることを州に義務付けることになった。

また、各州において、サービスの対象とするかどうかの決定に際しては、様々なアセスメントのツールを用いた量的（quitative）な判断基準に加えて、「情報に基づいた臨床的見解（Informed clinical opinion）」という判断も行っていることを付記しておきたい。この「情報に基づいた臨床的見解（informed clinical opinion）」は、通常両親と様々な専門家からなるチームで、量的な情報と共に質的な（qualitative）情報を基にして、早期介入サービスが必要かどうかを決定する。州の中には、量的（quitative）な判断基準を設げずに、この「情報に基づいた臨床的見解（Informed clinical opinion）」のみでサービスの決定を行っている州も存在する（The National Early childhood Technical Assistance Center,2006）。

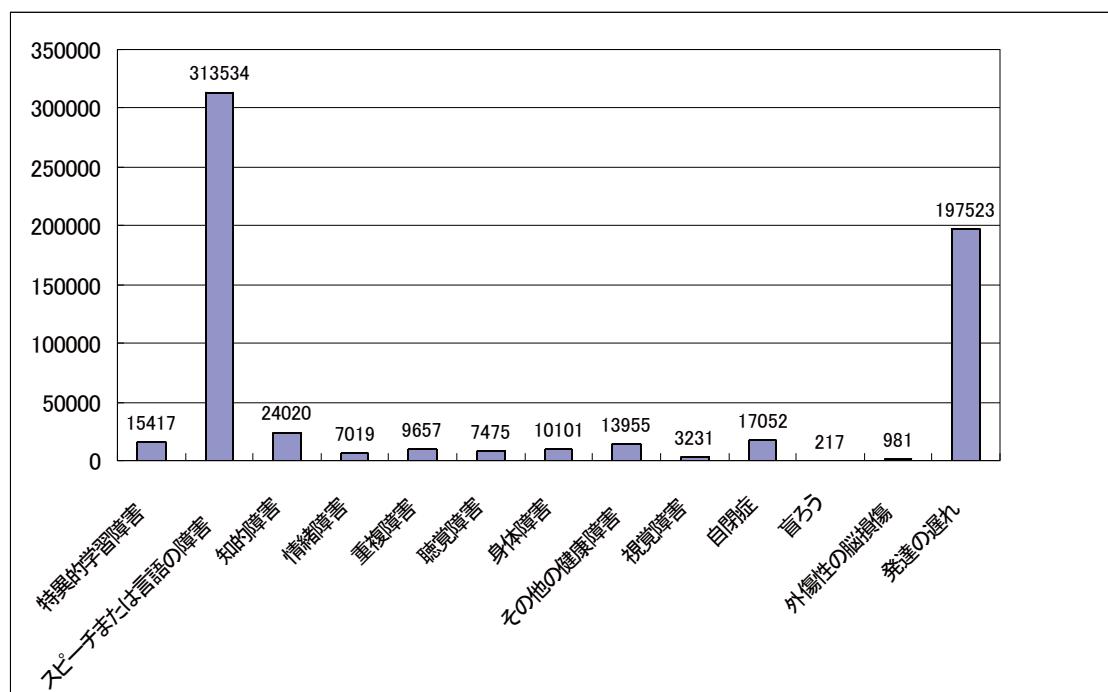
IDEA partCが終了した段階での次のサービスの状態

3歳になる時点でpartCのもと支援を受けていた子どもは、その後どういうサービスにつながっていくのだろうか。例えば、Fig.4からは、42%の子どもは、IDEA part Bの適合性をもつことがわかる。一方、15%の子どもは、3歳を向かえる前にサービスを完了している。この群の解釈としては、おそらく3歳を向かえる以前に、特別な支援が必要でなくなった子どもというよう理解できよう。その他の状態としては、part Bの適合性がなく他のプログラムへ進む子ども（7%）や、適合性も照会もない子どもも4%いた。また、他の州への移転によりサービスが受けられなくなったケース（4%）や、連絡のまづさから支援の連携がなされなかったケースもいることがわかる。



**Fig.4 PartC が終わった段階での子どものサービスの状態 2004-2005 度
(IDEAdata.org, 2006)**

3歳から5歳で、IDEA の Part B のもと、サービスを受けている子どもの数



**Fig. 5 3歳～5歳で、IDEA の Part B のもと、サービスを受けている子どもの数 2000-2001 年
(U.S. Department of Education, 2005)**

3歳～5歳までの子どもで、IDEAのpart Bのもとサービスを受けている子どもの障害種を示した。これをみると、3～5歳の段階では、5割強がスピーチと言語の障害、約4割が発達の遅れと診断されていることがわかる。

尚、Part B（3歳から21歳までのspecial education service）においては「発達の遅れ（developmental delay）」という診断は、3歳から9歳までのみ適用されるカテゴリーである。これに関する定義（何をもってdevelopmental delayとするか、何歳から何歳までに適用するか）も州によって様々である。

例えば、テネシー州では、1つの領域で、「2標準偏差、または40%の遅れがみられる」または「2つの領域において、1.5S標準偏差または25%の遅れがみられる」ことに加えて、「普段の状況の中で、専門家が観察し、子どもの強さやニーズを家族にインタビュー」した結果、判断されるとしている。適用年齢は、3歳～9歳である。

一方、テキサス州では、発達の遅れ（developmental delay）という概念ではなく、Noncategorical Early Childhoodという概念を採用している。その適用年齢は3歳から5歳であり、LDや知的障害（mental retardation）、情緒障害（emotional disturbance）、自閉症の規準に合う際に使用しうるとしている。

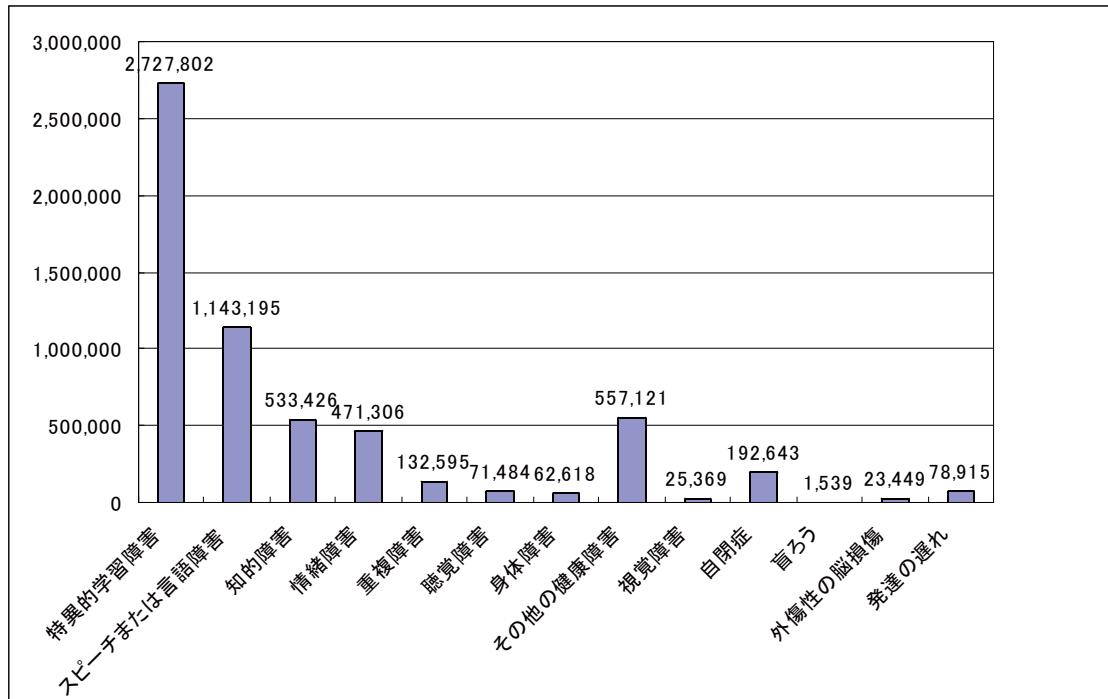
IDEAのPart B（3～21歳を対象）では、Part C（0～2歳を対象）と異なり、at riskというカテゴリーはない。Part Cの乳幼児については予防的見地を含みながら早期介入サービス（early intervention services）が提供されるのに対して、Part Bでは、3歳以上の子どもに対して、実質的なdisabilitiesが診断された場合に、そのニーズに対する教育サービスとそれを補完する関連サービス（related services：スピーチセラピー、フィジカルセラピー、学校への移動手段、などが含まれる）の提供を規定している。従って、3歳以上で何らかのリスク（環境面など）はあるがdisabilityが認められないという子どもたちに対しては、IDEAが規定するSpecial education以外の教育サービスの提供が行われることになる。例えば、Head Start Actに規定されるHead Start Programは、低所得層の子どもたちのスクールレディネスを高めるためのプログラムである。従来は3・5歳の子どもを対象としていたが、近年では0・2歳にまで対象を広げたEarly Head Startプログラムも実施されている。学齢児については、「at risk」という用語は、「学業不振のリスク」という意味あいで用いられることが多いようである。カンザス州では、教育的なリスクにある学齢児（students who are at risk educationally）のために、国の予算以外に州独自の予算を組み、At-Riskプログラムを展開しているが、このプログラムではAt-Riskの定義として、次のような項目の中で一つまたはそれ以上が当てはまる場合を指している。

- * 同じ学年の児童生徒より学習到達度が低い児童生徒
- * 退学する恐れがある児童生徒
- * 留年する可能性のある児童生徒
- * 読みのレベルが学年相當に達していない児童生徒

尚、このカンザス州 At-Risk プログラムには障害のある児童生徒は含まれないことが明記されている（Kansas Department of Education, 2007 確認）。

国レベルにおける、このようなリスクのある児童生徒への対応としては、Elementary and Secondary Education ActのTitle Iに基づき、低所得者層の児童生徒への教育サービス、移民の児童生徒への教育サービス、ネグレクト、非行、退学の恐れのある児童生徒に対する予防・介

入的サービスの提供が行われている。また、No Child Left Behind Act（「つまずいたままにしておかない」法）に基づいた基礎的な学力を保障しようとするさまざまなプログラムも存在する。これらのTitle I、NCLBに基づく教育サービスは、IDEA Part Bに基づいた障害を持つ学齢児への教育サービスとは予算の出所は異なるものであるが、サービスの内容的には似ている場合も多い。近年、アメリカ合衆国では、学校改革（school reform）が大きなテーマになっている。この学校改革においては、さまざまな名目で国から配分される教育予算や資源について、学校独自でどのようにマネージメントすれば、それぞれのニーズのある児童生徒に対して必要なサービスが、より効果的により無駄なく提供できるか、といった視点からの検討が行われている。



**Fig.6 6歳～21歳で、IDEA の Part B のもと、サービスを受けている人の数 2005年
(IDEAdata.org, 2006)**

ここで、参考までに、IDEA の part B のもと、サービスを受けている 6 歳～ 21 歳までの人の障害カテゴリーを上図に示した。先の図（3 歳～ 5 歳までの子どもで、IDEA の part B のもとサービスを受けている子どもの障害種）と比べると、最も多かった「スピーチまたは言語の障害」に代わり、6 ～ 21 歳段階では、「特異的発達障害」がサービス対象の内訳としては、約半数を占めるようになる。それに続き、「知的障害」、「その他の健康障害」、「情緒障害」「自閉症」となる。

注) ADHD は、その他の健康障害のカテゴリーに入る。

3歳から5歳の子どもで、IDEAのPart Bのもと、障害種によって、
どのような教育を受けているか
2000-2001年度統計 (U.S. Department of Education, 2005)

ここでは、障害種によって、どのようなサービスを受けているか、障害種によって違いはあるのかについてみていきたい。

① Specific learning disabilities : 特異的学習障害

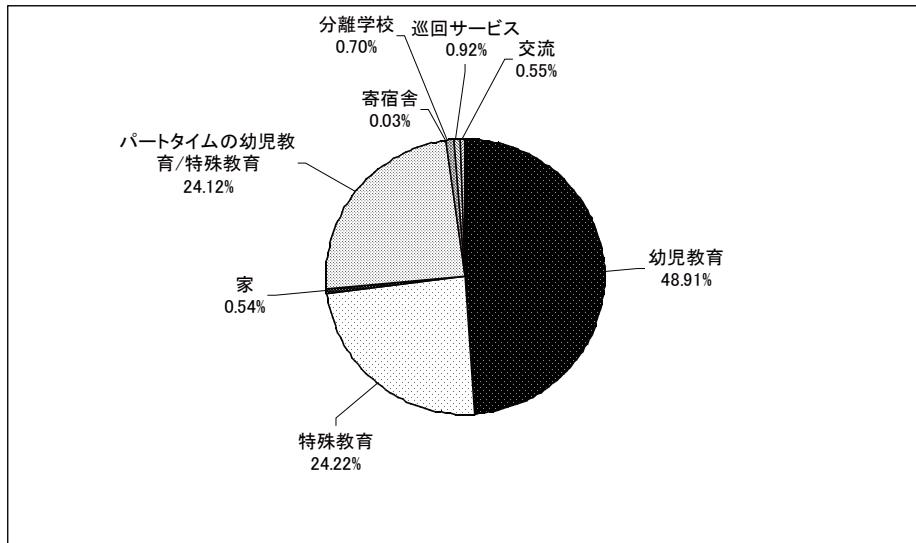


Fig. 7 3歳～5歳のIDEA PartBの子どもの教育環境（特異的学習障害）

特異的学習障害の場合、48.9%が通常の幼児教育(early childhood)の中でであり、続いてともに25%弱が、特殊教育(スペシャルエデュケーション)、パートタイムの幼児教育/特殊教育であった。

②スピーチまたは言語の障害 : Speech or language impairment

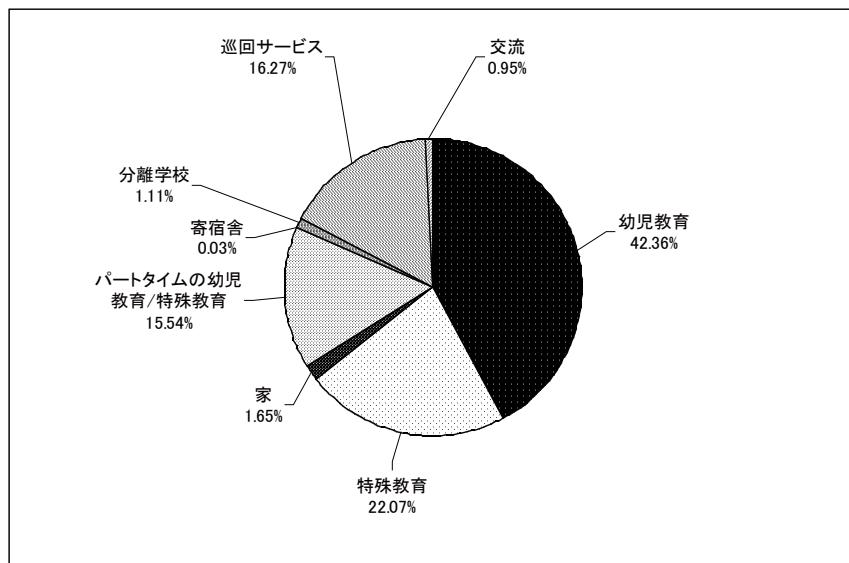


Fig.8 3歳～5歳のIDEA Part Bの子どもの教育環境（スピーチまたは言語の障害）

スピーチまたは言語の障害では、42%が幼児教育であり、続いて特殊教育が22.07%，パートタイムの幼児教育/特殊教育の15.54%と続く。また、巡回サービスも16.28%であった。特異的学習障害と比べると、18倍ほど高い。

③知的障害：Mental retardation

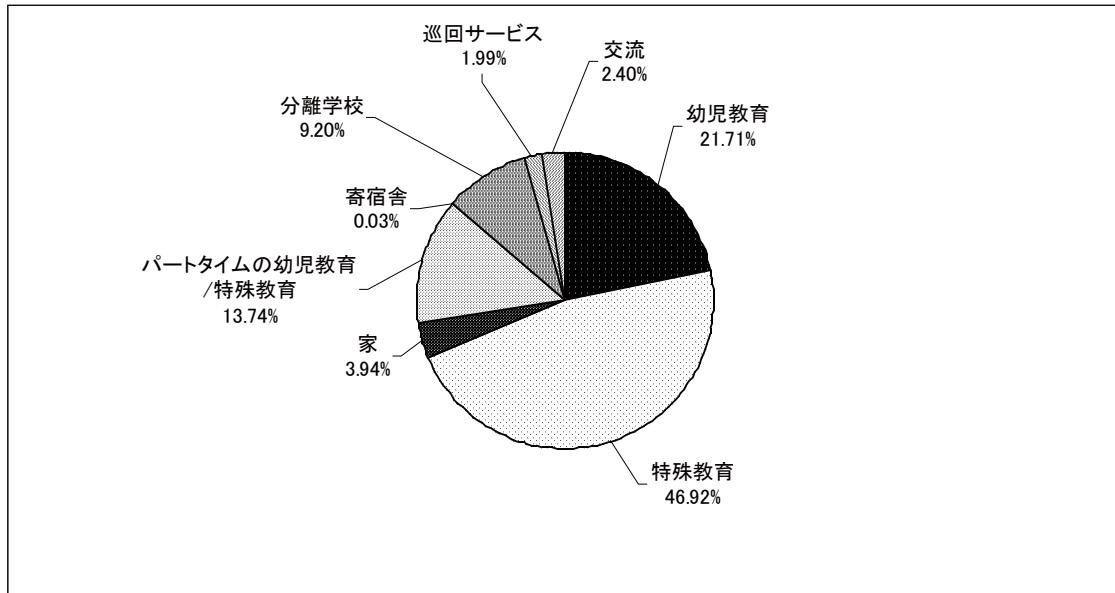


Fig. 9 3歳～5歳のIDEA Part Bの子どもの教育環境（知的障害）

知的障害では、46.92%が特殊教育で、21.71%が幼児教育であり、特異的学習障害やスピーチまたは言語の障害群と比較すると、特殊教育が占める割合が大きい。さらに、分離学校も9.2%となっており、特異的発達障害やスピーチまたは言語の障害に比べると約8倍の比率になっている。

④その他の健康障害：Other health impairment

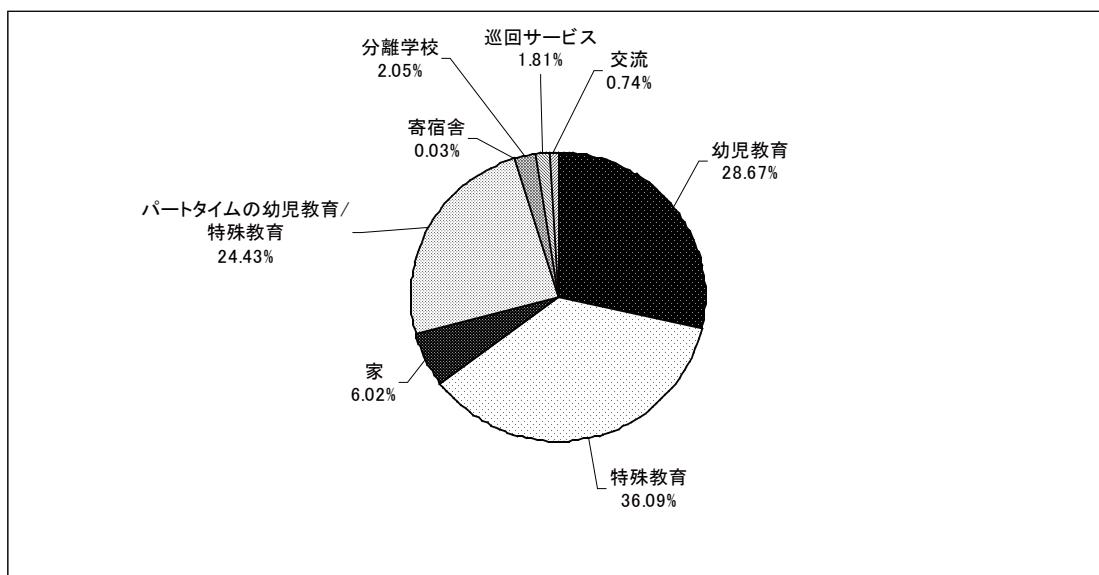


Fig. 10 3歳～5歳のIDEA Part Bの子どもの教育環境（その他の健康障害）

その他の健康障害では、36.09%が特殊教育で、28.67%が幼児教育であり、知的障害と同様、

特殊教育の割合が一番大きい。次に、24.43%であるパートタイムの幼児教育/特殊教育が続いている。また、健康障害ということで、通所に関する制約があるのだろうか、家の割合も他の障害種に比べて多い。

⑤自閉症：Autism

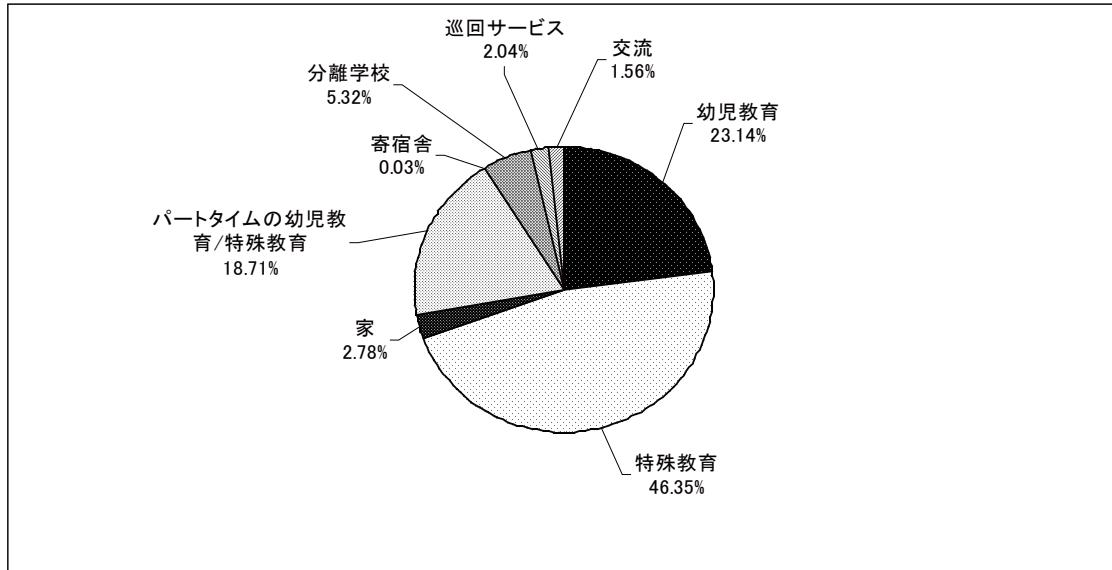


Fig. 11 3歳～5歳のIDEA Part Bの子どもの教育環境（自閉症）

自閉症では、46.35%が特殊教育、23.14%が幼児教育であり、知的障害やその他の健康障害同様、特殊教育が占める割合が最も大きい。次いで、18.71%でパートタイムの幼児教育/特殊教育が続いている。また分離学校も5.32%であった。

⑥発達の遅れ：Developmental delay

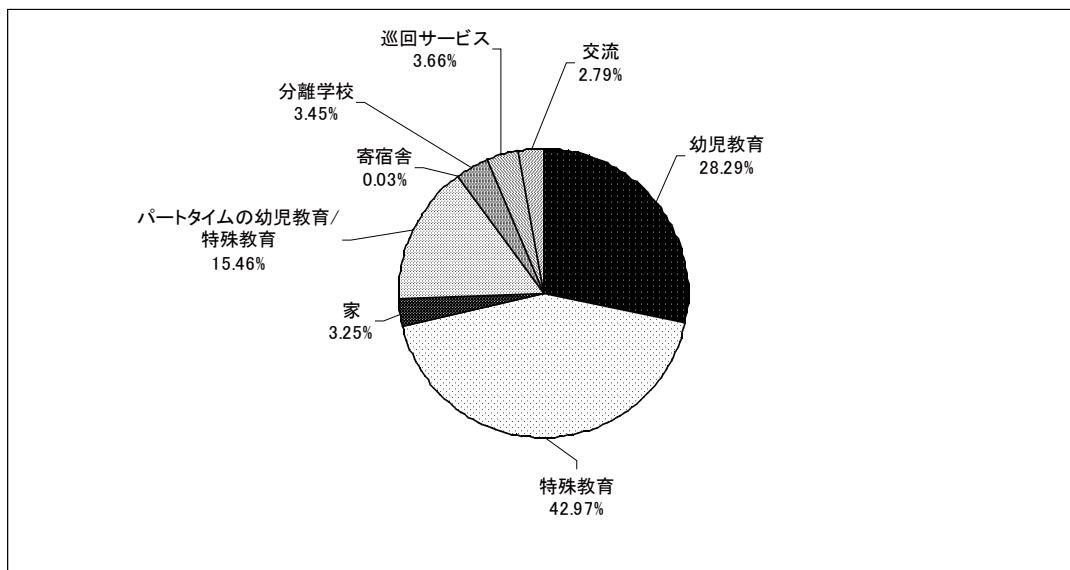


Fig. 12 3歳～5歳のIDEA PartBの子どもの教育環境（発達の遅れ）

発達の遅れ（3歳～9歳までの適用されるカテゴリ）では、42.97%が特殊教育、28.29%が幼児教育であり、知的障害、その他の健康障害、自閉症と同様、特殊教育が占める割合が一番

大きい。次に、15.46%とパートタイムの幼児教育/特殊教育、3.66%の巡回サービス、3.45%の分離学校となっている。

IDEA part Bのもと、プレスクールに通っている子どもの数の変遷

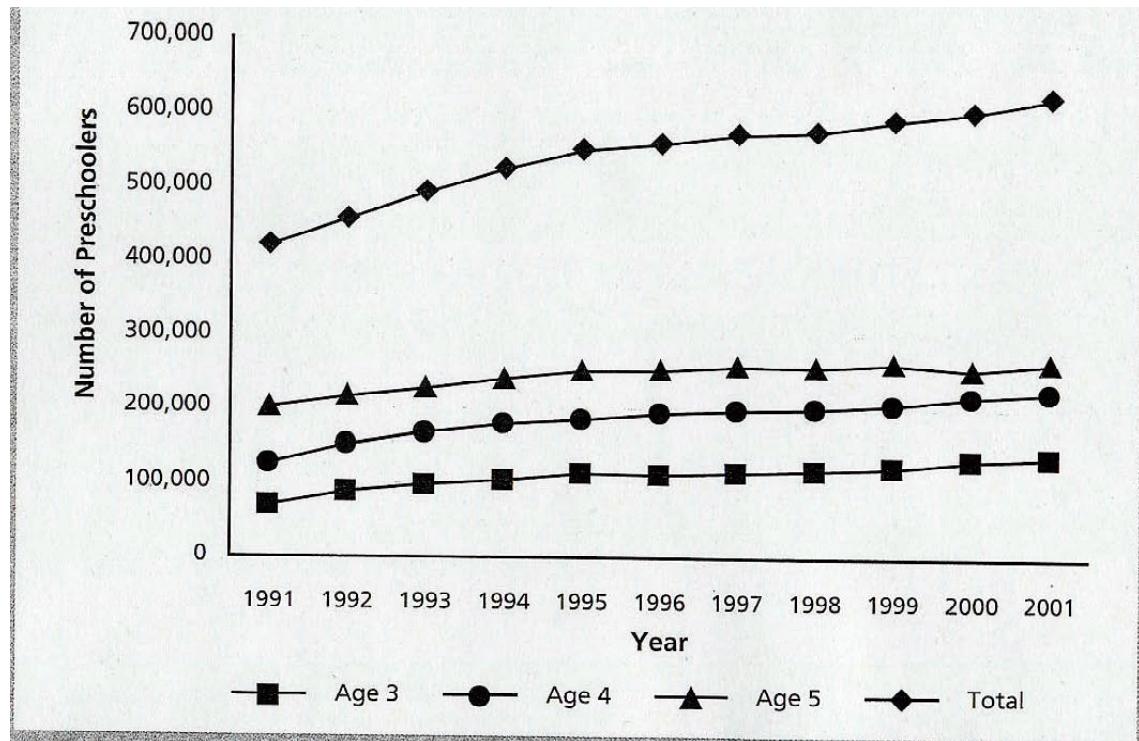


Fig. 13 IDEA part Bのもと、preschoolに通っている子ども 1991-2001
(U.S. Department of Education,2005)

はじめに、米国において「プレスクール」といった場合には、Kindergarten の対象より年少の子どもの教育の場とされ、保育的な内容を含むものを指す。そこで、IDEA の part Bのもと、プレスクールに通っている子どもの数の変遷をみてみたい。

1991 年からの変遷をみると、422,217 人から 620,195 人へと増加、およそ、20 万人 (46.9%) 増である。この傾向はそれぞれの年齢ごとにもみられるが、3 歳では、93.6%，4 歳では 75.9%，5 歳では 30.7% の増加であり、より早期の段階での通学率が上がっていることがわかる。

Kindergarten でのスクリーニング

アメリカの幼児教育には、幼稚園や保育所などがあるが、5 歳児または 4.5 歳児を対象にした幼稚園（Kindergarten）も義務教育として含んでいる州もある。州によっては、義務教育に kindergarten を含まないところもある。また、先述したように、preschool はそれより年少の児童の教育の場とされ、保育的な内容を含むものになっている。Kindergarten は、小学校に付属していることが多い、就学前の準備的な色彩が強い（網野ら, 2000）。

ここでは、フロリダ州で実施されている Current School Readiness Uniform Screening System (SRUSS)について紹介する(Florida Department of Education,2006)。この背景には、「子どもは小さければ小さいほど、妥当性のあるアセスメントを受けにくい。しかしながら、子どもの発達は早く、経験によって大きく左右する。アセスメントの結果は、子どもの情緒的な状況と、アセスメントの条件に影響を受ける (Natioanl Institute for Early Education Research,2004)」といった考え方がある。

このシステムでは、まず試行段階として、2002-2003 年度に、次のような内容に関するデータを求めている。

- 1) 必要とされる予防接種や他の健康状態のチェック
(視覚や聴覚的なスクリーニングを含む)
- 2) 身体的な発達
- 3) ルールが守れるか
- 4) 課題達成の能力
- 5) 大人との関係
- 6) 同年齢の子どもの関係
- 7) 課題（挑戦）を乗り切る力
- 8) 自助スキル
- 9) 自分のニーズを表現する力
- 10) 言語的なコミュニケーションスキル
- 11) 問題解決スキル
- 12) 言語的な指示に従う力
- 13) 好奇心や忍耐力、探求心
- 14) 本や文字への興味
- 15) 物語への集中の度合い
- 16) 芸術や音楽活動への参加の程度
- 17) 色や、形やアルファベット、数字、空間関係の認識能力

翌 2004-2005 年度にかけては、Early Screening inventory-Kindergarten (ESI-K) と、Dynamic Indicators of Basic Early Literacy Skills (DIBELS) という標準化されたツールを用いてスクリーニングを実施している。ESI-K は、視覚と運動の協応、言語と認知能力、粗大運動能力などの発達の様子を速やかに概観することができるものである。一方、DIBELS は、幼稚園から小学校 3 年生までのスクリーニングである。子どもに 1 分間で読むことができる短い文章を渡し読んでもらうことで、学習面の特定の力の伸びをみることを目的としている。小学校と連続した測度を用いることで、伸びを継続して負うこともできる。このように、州で統一スクリーニングを行うことで、就学への準備が既に整っている子、整いつつある子ども、難しい子どもといったように、それぞれの子どものレディネスに関する客観的なデータを提供できること、障害のある子どもに気づく可能性があることを挙げている。

教育予算について

2006 年度の予算面でのハイライトとして挙げられているのは、小・中学校への支援、特に NCLB (No Child Left Behind : 「つまずいたままにしておかない」法)、低所得者層、At risk、障害のある子どものニーズに応えるための「タイトル I (低所得者層の地域に与えられ、学力のつまずきをもった子どもへのサービスを目的とする)」や「スペシャルエデュケーション」にかかる予算の増額などがある。

具体的には、「NCLB」プログラムには 9 億 7600 万ドルが計上されている。これは、2005 年と比較すると 4 パーセント増である。

同様に、「Title 1」には、133 億ドルが計上されており、これも 2001 年以来、トータルで 46 億ドル、率として 52% の増加をみせている。

また、州に対するスペシャルエデュケーション、つまり IDEA の適合性の交付（無論、それに伴ったサービスに関する経費を含む）にかかる予算は、111 億ドルであり、2001 年からみると、48 億ドル、実に 75% の増加をみせている。この背景には、IDEA の法律改正に伴って、地域の裁量権が広がり、この資金によって州や校区等の教育システムの改善が求められている。また、NCLB とともに、IDEA のもとサービスを受けている子どもの能力を高めることをめざしている。

その他、関連するものとしては、学力の格差を縮めた教員や、ニーズの高い学校において質の高い実践を行った教員に「教員を激励する基金(Teacher Incentive Funds)」として 5 億ドル、教員の研修や雇用をサポートするプログラム (Teacher Quality State Grants) に 29 億ドルが計上されている。

また、現ブッシュ大統領が署名した「Reading First (読みを最優先課題に)」「Early Reading First (早期における読みを最優先課題に)」では、小学校 3 学年の終わりまでにすべての子どもが学年相当の読みの力をつけるということをめざしている。このように、就学前教育や小学校低学年段階での「読みの能力」に関する指導プログラムの充実についても 11 億ドルが計上されている。そして、州における NCLB で要求されている力がついているか否かをみるテストの実施に対しては、4 億 1200 万ドルが計上されている。

ちなみに、学校教育費の対 GDP 比をみると、米国は、アイスランドに続き第 2 位と値が高い。これには、私的負担の割合の高さがその背景にある。アイスランド、デンマーク、ノルウェー、フィンランドといった北欧諸国の学校教育費の殆どが公的負担であるのとは逆の傾向である。日本は、第 24 位と学校教育費の対 GDP 比の水準は低いが、米国と同様、私的負担の比率は低くなく、公的負担の比率の低さが背景にあり、OECD 内ではトルコを除いて最下位の水準である (OECD, 2006)。

まとめ

アメリカ合衆国における就学前教育の対応について概観してきた。そこで、まとめとして、特に教育の側面から焦点をあて考察したい。特徴的なのは、IDEA (障害者教育法) という法律によって、0 歳からカバーされているため、比較的、一貫したサービスが受けられやすいということが

挙げられる。

IDEA の適合性が得られれば、特別なニーズに対するサービスの費用は無償となる。0歳から3歳までは、IFSP（個々の家族のための支援計画）のもと、サービスを提供し、満3歳移行は、IEP（個別の教育計画）を立てて対応することになる。このように適用する part は異なるにしても、IDEA という法律で一貫したサービスが受けられるの米国の特徴といってよいだろう。

また、どのような子どもにどういった支援がなされているかについてのデータも蓄積されていた。3歳～5歳の子どもは、その殆どが「スピーチまたは言語の障害」「発達の遅れ」といったカテゴリーに分類され、支援を受けていることがわかった。それが、6歳以降になると、「特異的学習障害」「スピーチまたは言語の障害」「知的障害」「情緒障害」「その他の健康障害」等、多くのカテゴリーに分類され、ニーズに応じてサービスを受けることになる。

しかしながら、3歳～5歳でも6歳以降にみられるよう「特異的発達障害」や「その他の健康障害」等の診断がつくこともあり、その障害種別によって受ける教育環境が異なる様相もみられた。それだけ、早期の段階から支援の多様性があるとも解釈できよう。

また、ブッシュ大統領就任後に重点施策として挙げられ法制化された「NCLB（子どもをつまずいたままにしておかない法律）」も、早期支援の重要性がうたわれており、就学前から小学校低学年といった早期の段階での支援プログラムの開発等が期待されている。その一貫として、昨今、kindergartenにおいても就学に向けての準備がどれくらい整っているかを見るアセスメントが導入され始め、特に、学習面（たとえば読み）についても詳細にアセスメントする視点が盛り込まれるようになっている。こうした、いわばセーフティネットともいえる予防的な支援が、費用対効果の面でも有益なのは想像に易い。

そのためには、アセスメントを実施しうる人材の養成（教員を主に）とともに、条件を整えれば実施しうるアセスメントツールの開発も課題となろう。さらには、アセスメントと結びつく（アセスメントからつなげる）指導・支援の体系化も考えていくことが重要である。このように課題は山積であるが、早期の正確な実態把握、予防的支援によって、就学後の不必要的二次的障害を引き起こす可能性が減ることは確かであろう。

(海津亜希子、齊藤由美子)

参考文献

- American Academy of Pediatrics (2006) : <http://www.aap.org/>
<http://www.medicalhomeinfo.org/screening/DPIP/D-PIP%20Referral.ppt>
<http://www.medicalhomeinfo.org/screening/DPIP/DSS.ppt#257,1,Developmental Surveillance and Screening>
- Ellsworth & Vandermeer Press (2005) PEDS.<http://www.pedstest.com/index.php>
- 網野武博ら (2000) 諸外国における保育制度の現状及び課題に関する研究.厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）平成11年度研究報告書
- 母子衛生研究会(2001)：アメリカの医療と保険 <http://www.mcfh.net/medicalusa.htm>
- Department of health in New York State (2005)
http://www.health.state.ny.us/community/infants_children/early_intervention/parents_guide/index.htm
- Florida Department of Education (2006) :<http://www.fl doe.org/Default.asp?bhcP=1>
- IDEA.datraorg (2006) <http://www.idea data.org/index.html>
- Kansas Department of Education (2007 確認)
www.ksde.org/LinkClick.aspx?fileticket=uCt935b8EZw%3D&tabid=1917
- 文部科学省(2005)：障害国の教育の動き 2004
- 文部科学省(2007)：教育指標の国際比較
- North Carolina Early Intervention Service (2004) <http://www.ncei.org/ei/itp/trnshb/access.html>
- OECD (2006) Factbook.
- Office of management and budget (2007)
<http://www.whitehouse.gov/omb/query.html?col=omb&qt=education>
- Paul H. Brokers Publishing (2006) <http://www.brookespublishing.com/store/books/bricker-asq/index.htm>
- The National Early childhood Technical Assistance Center (2006)
<http://www.google syndicatedsearch.com/u/nectac?hl=en&lr=&ie=ISO-8859-1&domains=www.nectac.org&q=eligibility+definition&sitesearch=www.nectac.org>
- U.S. Department of Education (2005) *Twenty-fifth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Government Printing Office

V 国内の早期発見・早期支援に関する調査

V 国内の早期発見・早期支援に関する調査

1. 盲・聾・養護学校における乳幼児期の子どもの支援に関する実態調査 ～センター的機能の充実に向けて～

盲・聾・養護学校のセンター的機能として、乳幼児期の子どもの支援、特に発達障害のある子どもの支援について、その現状を把握するため実態調査を行った。

本稿では調査研究の一部を掲載する。

(1) 目的

全国の盲・聾・養護学校のセンター的機能の一環として、就学前の乳幼児期の子どもに対する支援の状況についての実態を把握するとともに、特に乳幼児期の発達障害の子どもの支援についての現状と今後の課題を明らかにすることを目的とする。

(2) 方法

① 調査対象

全国の盲学校、聾学校、養護学校 1,002 校を対象とした。内訳は、盲学校 71 校、聾学校 106 校、知的障害養護学校 535 校、肢体不自由養護学校 198 校、病弱養護学校 92 校の計 1,002 校である。複数の障害種を対象としている学校については、もとになった障害種として集計上処理した。

② 時期及び手続き

調査用紙（質問紙）を用いて、郵送により実施した。

発送は平成 18 年 10 月 15 日、〆切は平成 18 年 11 月末日。

回答に当たっては、平成 18 年 9 月 1 日現在の実態を記入するように依頼した。

③ 調査項目

調査用紙は A4 版 5 ページ。調査項目は以下の通りである。

- 学校の概要
 - ・教職員数
 - ・学部ごとの在籍者数
- 幼稚部在籍者について
 - ・発達障害※のある子どもの在籍者数
- 幼稚部在籍者以外の乳幼児期の子どもへの支援について
 - ・乳幼児期の子どもの支援を行っているか
 - ・具体的な支援の内容
 - ・支援を受けている子どもの数とそのうち発達障害のある子どもの数
 - ・乳幼児期の子どもの支援についての成果と課題
 - ・今後、乳幼児期の子どもに支援に必要なこと
- 地域の機関等と連携した活動について
 - ・主な活動内容
- 就学に関しての地域の小学校との連携について
 - ・主な連携内容

※ここでいう発達障害とは、自閉症（高機能自閉症、アスペルガー症候群を含む）、学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）の子どもとした。

(3) 結果と考察

① 回収率

発送した 1,002 校中、823 校から回答があり、回収率は 82.1% であった。

障害種別では、聾学校の回収率が 89.6% で最も高く、最も低い肢体不自由養護学校でも 77.2% の学校から回答があった。障害種別の回収率を表 1 に示す。

表 1 障害種別回収率

障害種別	回答校数／学校数	回収率%
盲学校	63／71	88.7
聾学校	95／106	89.6
知的障害養護学校	435／535	81.3
肢体不自由養護学校	153／198	77.2
病弱養護学校	77／92	83.7
全体	823／1002	82.1

② 幼稚部に在籍している発達障害のある子どもについて

回答校 823 校の今年度の幼稚部に在籍している子どもの数は表 2 に示すとおりである。

そのうち発達障害のある子どもの数は合計で 214 名であった。障害種別では聾学校が最も多く、全体の 60% にあたる 128 名であった。それは聾学校の幼稚部の在籍者の約 12% にあたる。障害種別の内訳を表 3 に示す。

表 2 幼稚部に在籍している子どもの数

障害種別	3歳	4歳	5歳	合計
盲学校	74	82	95	251
聾学校	363	378	361	1102
知的障害養護学校	10	24	26	60
肢体不自由養護学校	11	20	20	51
病弱養護学校	0	0	1	1
全体	458	504	503	1465

表 3 幼稚部に在籍している発達障害のある子どもの数

障害種別	3歳	4歳	5歳	合計
盲学校	7	11	15	33
聾学校	36	40	52	128
知的障害養護学校	10	19	19	48
肢体不自由養護学校	1	2	1	4
病弱養護学校	0	0	1	1
全体	54	72	88	214

③ 幼稚部在籍者以外の乳幼児期の子どもに対する支援を行っているか。

回答校 823 校のうち、ア「現在行っている」学校が 562 校 (69%)、イ「行う予定がある」学校が 17 校 (2%)、ウ「行っていない」学校が 26%、エ「未記入」が 27 校 (3%) という結果であった。(表 4) 全体の約 7 割の学校で、幼稚部の在籍児童以外にも支援を行っていることがわかる。(図 1)

表 4 幼稚部在籍者以外の乳幼児期の子どもの支援を行っている学校数

乳幼児期の子どもに対する支援	学校数
ア 現在行っている	562
イ 行う予定がある	17
ウ 行っていない	217
エ 未記入	27
計	823

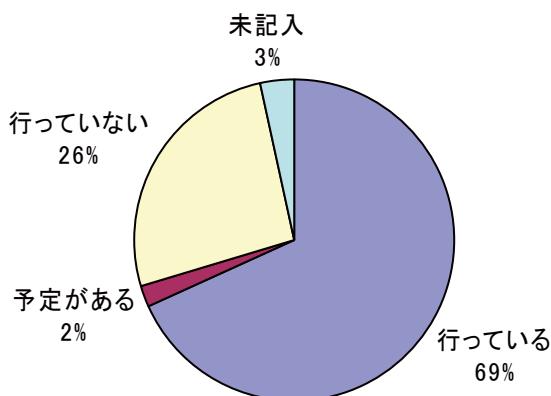


図1 幼稚部在籍者以外の乳幼児期の子どもに対する支援(全体)

障害種別に見ると、盲学校では 60 校 (95%)、聾学校が 86 校 (91%) といずれも 90% 以上の学校が幼稚部在籍者以外にも乳幼児期の子どもの支援を行っている。

知的障害養護学校と肢体不自由養護学校では、それぞれ 291 校 (67%)、95 校 (62%) となっており、いずれも 60% を超えている。病弱養護学校では乳幼児期は医療機関との関わりが大きいためか 30 校 (39%) という結果になっている。(表 5)

表 5 幼稚部在籍者以外の乳幼児期の子どもの支援を行っている学校数 (障害種別)

	盲学校	聾学校	知的障害	肢体不自由	病弱
正在进行	60	86	291	95	30
予定がある	0	0	14	1	2
行っていない	3	7	118	49	40
未記入	0	2	12	8	5
	63	95	435	153	77

④ 乳幼児期の発達障害のある子どもの支援を行っている学校数

乳幼児期の発達障害のある子どもの支援について、幼稚部における支援及び幼稚部在籍者以外の支援を行っている学校数を障害種別に表6に示す。0～3歳では、回答校全体の17%143校、年少では25%の207校、年中で36%にあたる293校、年長では44%にあたる359校まで増えている。(表6)

図2のグラフを見ると、盲学校、聾学校が0～3歳から年長まで支援を行っている学校数はあまり変わらないのに比べて、知的障害、肢体不自由養護学校では、年長になるに従い支援している学校数は増加している。特に知的障害養護学校では、回答校435校の52%にあたる227校で年長児への支援が行われている。

表6 乳幼児期の発達障害のある子どもへの支援を行っている学校数（幼稚部を含む）

障害種別	0～3歳	年少	年中	年長
盲学校	11	15	23	20
聾学校	46	44	46	44
知的障害養護学校	63	108	171	227
肢体不自由養護学校	19	32	41	54
病弱養護学校	4	8	12	14
全体	143	207	293	359

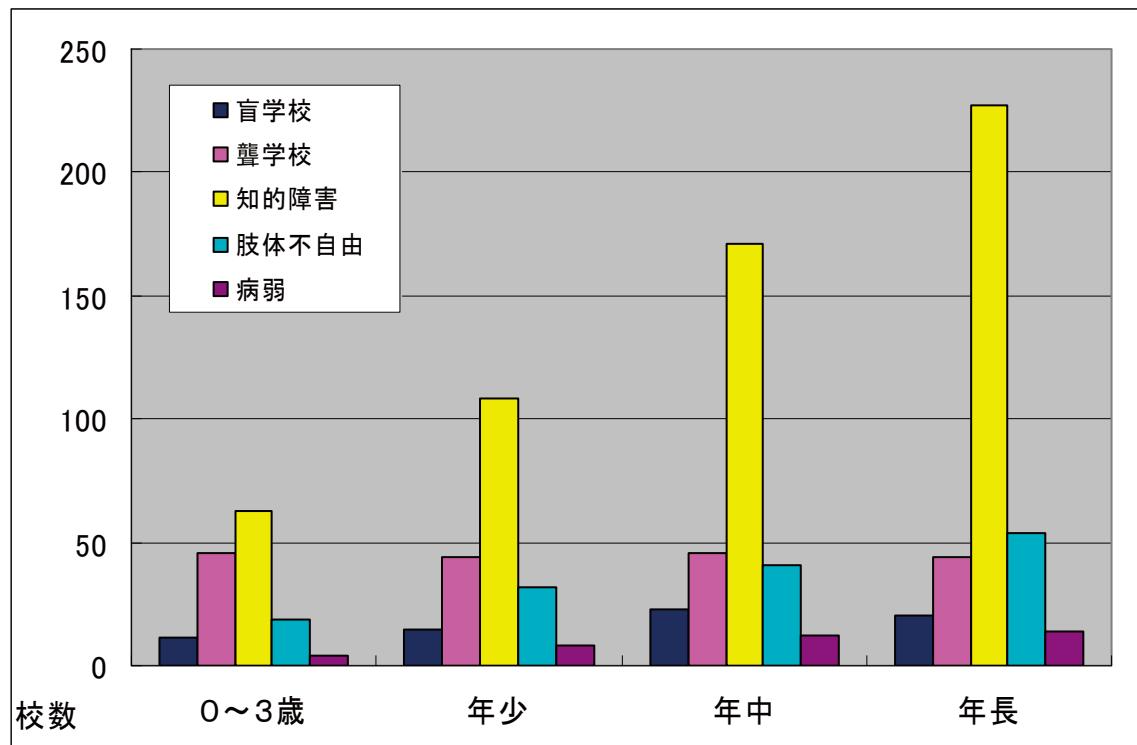


図2 乳幼児期の発達障害のある子どもへの支援の障害種別比較（幼稚部を含む）

⑤ 支援を受けている乳幼児期の発達障害のある子どもの数

支援を受けている乳幼児期の子どもの数については、年長が最も多く、次が年中、0～3歳、年少と続くが、発達障害のある子どもの数については、年齢が上がるにつれて増えており、年長では0～3歳の4倍近い数になっている。乳幼児期全体で見ると、支援を受けている乳幼児期の子どもの数全体の43%が発達障害のある子どもということになる。(表8, 9 図5)

表8 支援を受けている乳幼児期の子どもの数

障害種別	0～3歳	年少	年中	年長	計
盲学校	310	193	207	212	922
聾学校	1178	564	578	548	2868
知的障害養護学校	407	568	1140	2360	4475
肢体不自由養護学校	212	246	410	795	1663
病弱養護学校	35	48	82	151	316
	2142	1619	2417	4066	10244

表9 支援を受けている乳幼児期の発達障害のある子どもの数

障害種別	0～3歳	年少	年中	年長	計
盲学校	24	26	35	34	119
聾学校	185	102	100	102	489
知的障害養護学校	210	366	823	1552	2951
肢体不自由養護学校	104	109	170	352	735
病弱養護学校	20	26	39	57	142
	543	629	1167	2097	4436

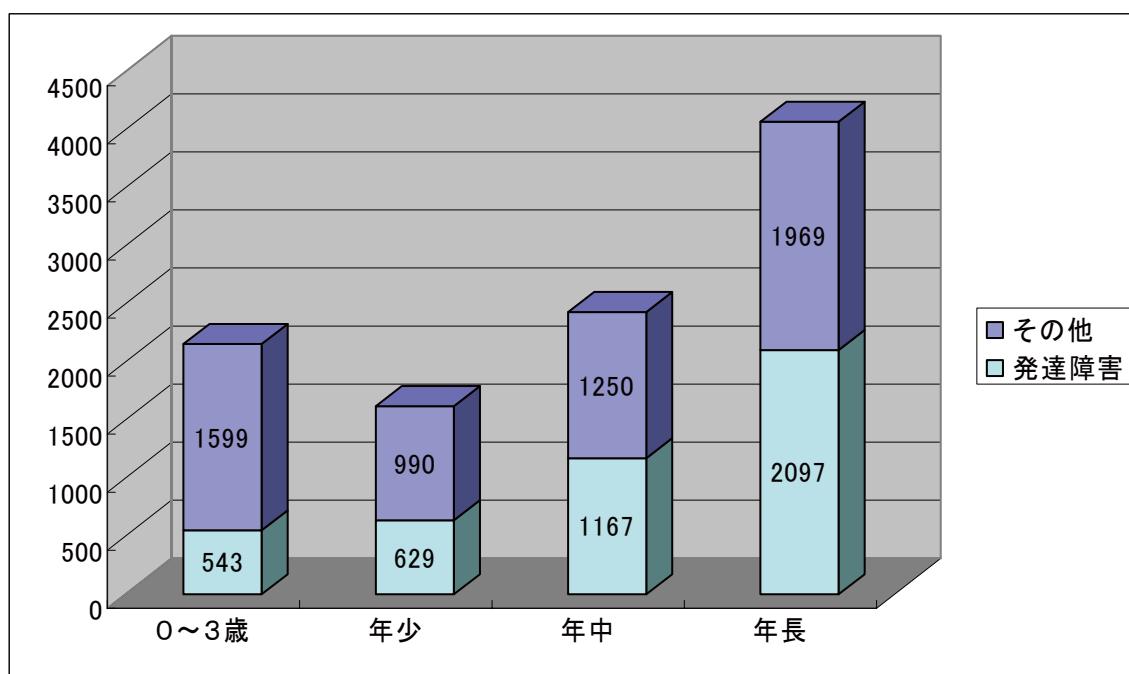


図5 支援を受けている乳幼児期の子どもの数

障害種別に見ると、盲学校、聾学校では0～3歳の早期からの支援が最も多いのに対し、知的障害、肢体不自由、病弱養護学校では、年齢が上がるにつれて支援している子どもの数が増えている。盲学校、聾学校では発達障害のある子どもの割合は少なく、それぞれ13%、17%であるが、肢体不自由養護学校では44%、病弱養護学校で45%になる。知的障害養護学校でその割合は最も多くなり、支援している子どもの66%を占めている。(表8, 9 図6)

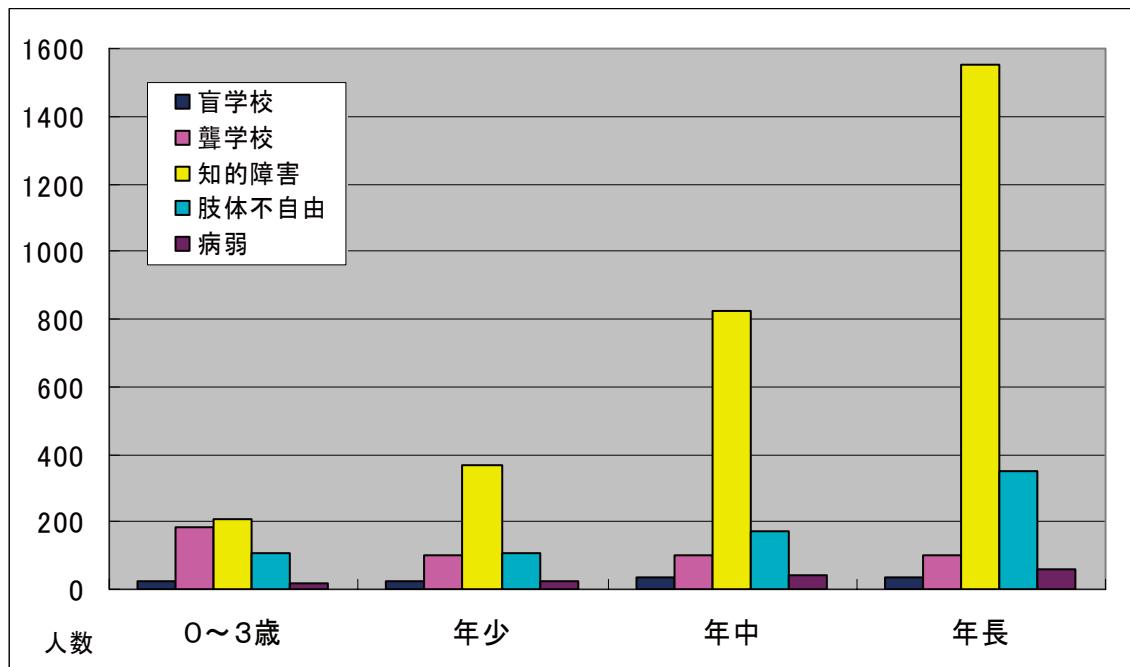


図6 支援を受けている乳幼児期の発達障害のある子どもの数（障害種別）

⑥ 乳幼児期の子どもに行っている具体的な支援内容

ア 子ども・保護者への支援

障害種別にかかわらず教育相談については多くの学校が行っている。障害の理解や子育ても含めて母親教室や保護者学習会等、保護者への支援も多くの学校が取り組んでいる。盲学校、聾学校、肢体不自由養護学校では、視知覚や聴能、運動機能等、障害特性に応じた療育相談が行われている。相談だけでなく指導を行っている学校も障害種別にかかわらず多く見られる。指導の内容は、乳幼児期であることから遊びの指導や日常生活の指導等を中心に、個別やグループで行われている。知的障害養護学校、肢体不自由養護学校、病弱養護学校では、発達検査の実施やアセスメントについての支援を行っている学校も多い。その他、肢体不自由養護学校や病弱養護学校では、医療機関等の関係機関に関する情報提供も重要な支援内容の一つになっている。

イ 幼稚園・保育所の指導者への支援

支援を行っている学校ではほとんどの学校で、幼稚園、保育所等への巡回相談と研修会への支援を行っている。巡回相談については、障害のある子どもがいる場合に、その障害特性の理解や適切な関わり方、生活上の留意点、環境整備等について、訪問して具体的に助言している。また、研修会については幼稚園等の要請によるものもあるが、市町村等が主催する公的な研修会への講師派遣を行っている学校も多い。幼稚園、保育所等においても障害のある子どもへの支援が大きな課題になっていることが背景にうかがえる。

⑦ 地域の機関等との連携

地域の関係機関等との連携については、教育委員会の就学指導委員会の委員、専門家チームや巡回相談のメンバーになっている他、保健センターで1歳6か月、3歳児の定期健診、健診後の親子教室や児童教室等のスタッフとして入っている場合も多い。相談活動として、公的機関での療育相談や育児相談、幼稚園や保育所等への巡回相談、家庭訪問や親の会の活動支援を行っている学校もある。啓発活動として、地域住民を対象とした講演、保育士や教員を対象とした研修、補助機器等の展示や体験、学校紹介も含めた公開講座、公開授業等を行っている学校もかなり見られる。保健、医療、福祉の関係機関等と情報交換だけでなく、合同の事例検討会を行っている学校もある。事例についての情報の共有化とともに教員の専門性の向上にもつながっていると思われる。

⑧ 就学に関する地域の小学校との連携

就学に関して、地域の小学校とどのような連携を図っているか、8つの選択肢を設けて回答を求めた。その他にあれば、自由記述を依頼した。

8つの選択肢は以下の通りである。

- ア 就学時健康診断に協力している。
- イ 就学指導委員会の委員として活動している。
- ウ 教育相談の資料等の情報を提供している。
- エ 地域の小学校の校内委員会に助言者として参加している。
- オ 地域の小学校の事例検討会議に助言者として参加している。
- カ 地域の小学校の個別の教育支援計画の策定に参画している。
- キ 地域の小学校の個別の指導計画の作成に参画している。
- ク 巡回相談員として活動している。

結果は、イ「就学指導委員会の委員として活動している。」が最も多く、回答校全体の63%。以下、ク「巡回相談員として活動している。」(56%)、ウ「教育相談の資料等の情報を提供している。」(50%)と続き、エ「校内委員会に助言者として参加している。」カ「個別の教育支援計画の策定に参画している。」キ「個別の指導計画の作成に参画している。」等は少ない。公的な委員等としてある程度役割がきちんと決められたものは連携が図りやすく、校内委員会への参加や個別の教育支援計画や個別の指導計画等、地域の小学校における具体的な子どもの支援に関わる事柄については、十分な連携がとれているとはいえない。

その他としては、保護者に対する就学のための相談、発達検査の実施、具体的な関わりや指導方法に関する助言、機器や教材・教具の貸し出し等が上げられている。

障害種別では、どの障害種でもイ、ウ、クが多いという傾向は変わらないが、特に盲学校、聾学校では、ウ「教育相談の資料等の情報を提供している。」が最も多く、知的障害養護学校と肢体不自由養護学校では、オ「地域の小学校の事例検討会議に助言者として参加している。」が多いことが特徴として上げられる。就学前からある程度の情報が得られる障害と入学後してからの検討も重要な障害の違いが見られる。

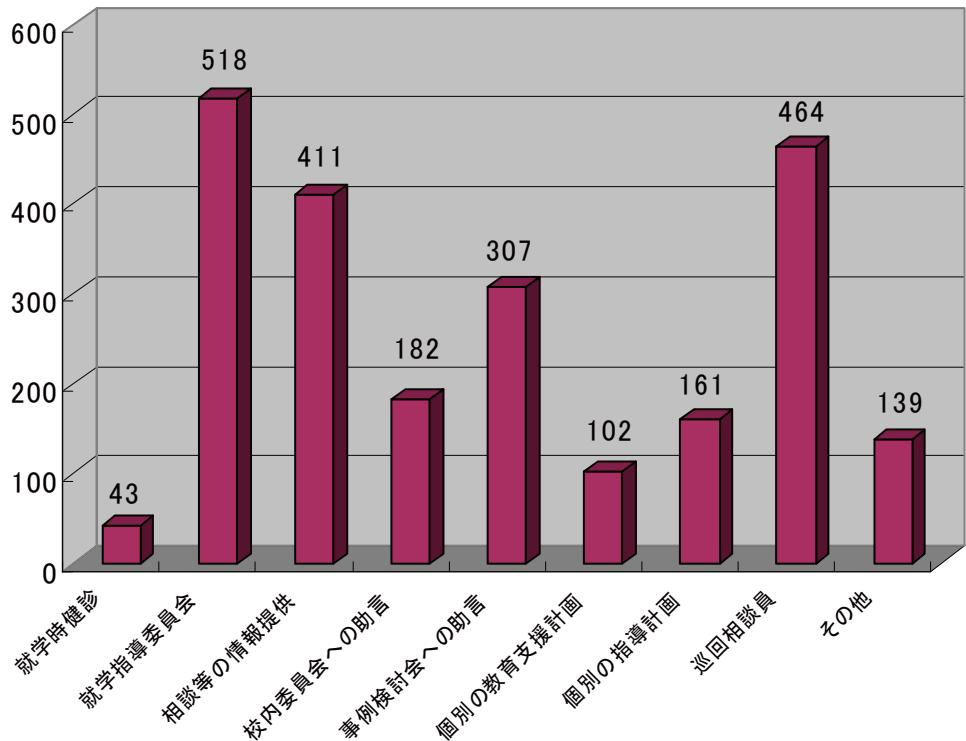


図6 就学に関する地域の小学校との連携

⑨ 乳幼児期の子どもの支援についての成果と課題

成果としては、早期発見・早期支援を行うことによる子どもへの発達支援、障害受容や子育て不安に対する保護者への支援、保健・医療・福祉の関係機関とのネットワークづくり、幼稚園や保育所における支援と小学校への就学への支援等が上げられた。早期介入することで、ことばの発達の基礎が促される等、子どもの発達支援ができるうことや、問題行動の軽減や二次障害の防止への効果も上げられている。また、保護者同士のつながりが生まれる、家庭と幼稚園・保育所とが共通理解した上で支援を行うことができる等、子どもをとりまく環境への働きかけも成果として上げられている。

課題としては、障害の多様化、重度重複化に伴う担当者の専門性の向上、継続性、系統性のある支援が可能となる人材と時間の確保、学校全体として校内体制を構築することの他、特に発達障害の場合は早期であればあるほど障害の見極めが難しいこと等が上がっている。

保護者支援、関係機関との連携、小学校就学への支援等については、課題としても上げられている。保護者への支援では、子育て不安の軽減や親子関係の安定を図る働きができる一方で、保護者の様々なニーズへの対応、障害理解や障害受容の難しさ、共働きの家庭の子どもへの支援の課題もある。幼稚園、保育園も含め、保健、医療、福祉等の関係機関との連携についても、盲・聾・養護学校のセンター的機能があまり知られていない地域もあり、子どもの情報が共有化されているとはいはず、啓発活動が必要であるとしている学校が多い。小学校への就学支援については、特に発達障害のある子どもの場合に難しいことが上げられている。

(4) まとめ

全国の盲・聾・養護学校に対してセンター的機能として、発達障害のある子どもの支援を中心に、乳幼児期の子どもの支援について調査を実施した。約70%の学校で幼稚部の在籍者以外の乳幼児期の子どもの支援を行っていた。年齢が上がるにつれて乳幼児期の子どもを支援している学校数は増えており、年長では支援を行っている学校の74%の学校が発達障害のある子どもの支援を行っていた。また、支援を行っている乳幼児期の子どもの約50%が発達障害のある子どもであった。盲学校、聾学校では、0～3歳の早期からの支援が多く、発達障害のある子どもの支援は少ないが、知的障害養護学校、肢体不自由養護学校、病弱養護学校では、年齢が上がるにつれて支援を行っている子どもの数が増えており、発達障害のある子どもの数については、肢体不自由養護学校と病弱養護学校で全体の40～50%、知的障害養護学校では70%近くを占めていた。今後、特別支援学校への移行とともに、そのセンター的機能として、発達障害のある子どもの乳幼児期からの支援はさらに件数が増えていくことが予想される。

乳幼児期の子どもの支援についてのこれまでの取り組みについて、その成果として、子どもへの発達支援、保護者への支援、関係機関との連携、幼稚園や保育所における支援と小学校への就学への支援等が上げられた。課題としては、専門性の向上、人材と時間の確保、学校全体として体制づくり等が上げられた。特に発達障害の子どもの場合は、早期であればあるほど障害の見極めが難しいことが課題として上げられており、保護者の障害理解や障害受容の難しさ、幼稚園や保育所も含めた関係機関との連携のとり方、状態像により異なる様々なニーズの把握と対応の仕方等の課題とともに検討していくことが重要であることが示された。

(笛森洋樹、澤田真弓、廣瀬由美子、久保山茂樹、小林倫代)

2. 乳幼児健診事業および幼稚園・保育所における軽度発達障害乳幼児の発見・支援 —乳幼児期における発見・支援システムの実態調査を中心に—

教育相談部では、平成 17・18 年度に調査研究「乳幼児期からの一貫した軽度発達障害者支援体制の構築に関する研究—乳幼児期における発見・支援システムの実態調査を中心に—」を実施した。

この調査研究では、乳幼児期における軽度発達障害児の早期発見や支援システムがどのようになっているのかについて、以下の調査を行った。

- ① 乳幼児健診における軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児の発見・支援の実態
- ② 幼稚園における軽度発達障害やそのリスクのある幼児の発見・支援の実態
- ③ 保育所における軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児の発見・支援の実態

本稿では、この調査研究報告書から抜粋し、乳幼児健診調査と、幼稚園・保育所調査の 2 つに分けて報告する。表については、調査研究報告書をもとに、本稿用に作成しなおしたものもある。

(1) 調査研究の目的および3つの調査の時期と手続き

乳幼児健診事業および幼稚園・保育所における軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児の発見・支援の実態を調査することで、軽度発達障害者に対する一貫した支援体制、とくに乳幼児期を中心とした支援体制を構築するための基礎資料を得ることを目的とした。

上記の 3 つの調査は質問紙法で、郵送により実施した。調査期間は 2006 年 2 ～ 3 月で、3 つの調査を同時に行った。

(2) 乳幼児健康診査における軽度発達障害児の発見・支援に関する調査

1) 調査の対象と手続き

調査の対象は、都道府県毎に、人口規模によって、5 万人、10 万人、20～30 万人、40 万人以上の 4 市を無作為に抽出した。都道府県によっては、人口規模の該当する市がない場合や、市町村合併の時期に重なり依頼が困難と判断された場合などがあり、1 県あたり 4 市でないこともあるが、合計 168 市が選ばれた。

各市の保健センターなどの母子保健事業担当の保健師に、1 歳 6 か月児健康診査と 3 歳（3 歳 6 か月）児健康診査について記入を依頼し、回収した。

2) 調査項目

調査内容の概要是、①健診の実施時期と体制、②保健師・心理職などの人数、③健診実績、④ことばや精神発達などの調査や検査、⑤個別の心理（発達）相談、⑥心理・発達面のリスク児の処遇、⑧発達障害や軽度発達障害、そのリスク児の処遇、⑨他機関との連携、⑪1 歳 6 か月児健診、3 歳（3 歳 6 か月）児健診以外で発達障害・軽度発達障害のリスク児を発見する機会、⑬健診のあり方についての意見・感想などであった。

3) 結 果

① 回収率

調査用紙は 168 市に発送し、133 市から回収した。回収率は、79.2% であった。人口規模別の 4 市への発送数、回収数、回収率の詳細は表 1 に示した。調査用紙は、133 市から回収したが、本調査を実施した 2005 年度は市町村合併の時期と重なり、合併前の 2 つ市から別々の回答を寄せた市、また人口 40 万人以上の市で、区毎の回答を寄せた市が、それぞれ 1 市あった。これらの市の回答を

検討した結果、2つの市の回答は単純に合算できないことが分かった。そのため、これらの市の回答は、4つの人口規模別の市以外の「その他」とし、資料数141市で統計処理を行った。

表1 乳幼児健診調査の回収率

	発送数	回収数	回収率%
5万人市	53	39	73.6
10万人市	41	31	75.6
20~30万人市	44	35	79.5
40万人以上の市	30	28	93.3
合計	168	133	79.2

② 健診の受診時期と体制および受診率

1歳6か月児健診と3歳児健診の2つの健診はほとんどの地域で、集団健診の体制で行われていた。3歳児健診の実施時期については、3歳前半（3歳0~5か月）で実施している市（48.2%）と、3歳後半（3歳6~11か月）で実施している市（49.6%）が、ほぼ同率であった。

健診の受診率は、1歳6か月児健診が95.2%、3歳（3歳6か月）児健診が92.1%と非常に高かった。このことは、1歳6か月児健診や3歳（3歳6か月）児健診の場が、発達障害や軽度発達障害、およびそのリスクのある幼児の発見・支援の場として有効であると考えられる。

③ 保健師と心理職の配置

常勤保健師の人口1万人あたりの配置人数は、5万人市が2.0人、10万人市が1.6人、20~30万人市が0.8人、40万人以上の市が1.8人で、5万人市が充実していた。

心理職を配置している市は、常勤の心理職が12市（9.0%）、非常勤の心理職が79市（59.4%）であった。常勤職、非常勤職とも1人配置の市が多かった。

④ ことばや精神発達などに関する調査について

1歳6か月児健診や3歳（3歳6か月）児健診の予診で行われている「健康診査票」で、ことばや精神発達などに関する内容がどのような項目で行われているかについて、表2に示した。

1歳6か月児健診では、ことばの発達（表出言語、理解言語、指さし）に関する内容は90%前後以上の市で調べているが、人とのかかわり（母親への愛着行動、呼名への反応、周囲の人や他の子

表2 発達障害に関する「健康診査票」の項目

1歳6か月児健診 健康診査票の項目	市の数(n=140)	3歳(3歳6か月)児健診 健康診査票の項目	市の数(n=141)
表出言語	97%	多動	70%
理解言語	89	注意集中	68
指さし	92	目つき	79
母親への愛着行動	65	音への反応	83
呼名への反応	78	特定のものへのこだわり	47
周囲の人や他児への関心	83	質問しよく話す	55
その他	24	その他	30

どもの関心)に関する内容は、ことばの発達に関する内容より低い比率で、母親への愛着行動は最も低く65%の市で行われていた。3歳(3歳6か月)児健診では、ADHD(注意欠陥/多動性障害)や自閉症の特徴である、多動、注意集中、目つき、音への反応については65%以上の市、特定のものへのこだわりは40%台後半の市で行われていた。

子どもに対して実際に実行されている検査は、1歳6か月児健診で「応答の指さし」といわれる絵カードや絵本の指さしが84%の市、積み木つみが69%の市で実施されていた。

⑤ 心理(発達)の個別相談の設定と主訴について

1歳6か月児健診および3歳(3歳6か月)児健診において、心理(発達)の個別相談を70%の市が設定していた。心理(発達)の個別相談の主訴は、言語発達に関する相談(90%台)、行動・性格・習癖に関する相談(70%台後半)が多く、対人・社会性に関する相談は、1歳6か月児健診で32%、3歳(3歳6か月)児健診で64%と、健診によって差が大きかった。その他の主訴は、精神発達に関する相談(50%台前半)、養育態度に関する相談(20%台前半)、生活習慣に関する相談(20%以下)と50%台以下の比率であった。

⑥ 心理・発達面のリスクが疑われフォローを必要とする子どもの処遇

集団健診で心理・発達面のリスクが疑われフォローを必要とする子どもの処遇を表3に示した。1歳6か月児健診と3歳(3歳6か月)児健診では、電話相談と家庭訪問(90%強)、専門機関の紹介(80%台後半)、経過観察日を設けての個別相談(70%台前半)を実施している市が多く、経過検診の紹介(30%台後半)を実施している市は少なかった。集団による事後指導は1歳6か月児健診(80%強)と3歳(3歳6か月)児健診(60%強)では実施している市の割合に差があった。

表3 フォローを必要とする子どもの処遇

	1歳6か月児健診		3歳(3歳6か月)児健診	
	市の数	%	市の数	%
1.個別相談	106	75	103	73
2.集団指導	114	81	86	61
3.電話相談	132	94	130	92
4.家庭訪問指導	132	94	131	93
5.経過検診の紹介	55	39	52	37
6.専門機関に紹介	120	85	125	89
7.その他	50	35	58	41

⑦ 個別相談と集団指導を担当しているスタッフの職種

経過観察日を設けての個別相談を担当しているスタッフは、1歳6か月児健診、3歳(3歳6か月)児健診の2つの健診とも、心理職(85%前後)や保健師(80%台前半)を配置している市が多く、医師(30%前半)や保育士(10%半ば)は少なかった。

集団による事後指導を担当しているスタッフは、保健師(1歳6か月児健診95%、3歳児健診79%)を配置している市が最も多く、次いで、保育士(89%、76%)、心理職(74%、59%)の順であった。集団指導への平均参加人数は、保健師3人、保育士2人、心理職1人であり、集団指導の場合は保健師と保育士が中心になっている。

⑧ 集団による事後指導の対象児

集団指導の対象となっている子どもは、1歳6か月児健診および3歳（3歳6か月）児健診とも、動きが多く落ち着きのなさが気になる子ども、言語発達や精神発達の遅れのある子ども、母子関係など対人関係が気になる子どもの順で多く、それぞれ90%台で、次いで、とくに遅れというほどではないが気になる子ども、親指導を必要とする子どもが80%台、遊び場や遊び仲間が不足している子どもは30%台後半であった。

⑨ 発達障害や軽度発達障害、そのリスク児の処遇

平成16年度に各市が実施した1歳6か月児健診、3歳（3歳6か月）児健診の受診者や、健診以降のフォローにおいて、発達障害（自閉症など）や軽度発達障害（知的障害を伴わないADHD、高機能自閉症、アスペルガー障害）、そのリスクが疑われた子どもの処遇を、A. 乳幼児健診内での対応と、B. 他機関への紹介に分けて、表4に示した。

A. 乳幼児健診事業内の対応（表4の①～④）は、集団健診の受診のみでその後の対応ができないかったケースがある市は、1歳6か月児健診の発達障害で50%、3歳（3歳6か月）児健診の発達障害と軽度発達障害で10%台後半であった。1歳6か月児健診の発達障害で電話相談や家庭訪問、個別の経過観察、集団指導を実施した市は40%台であった。3歳（3歳6か月）児健診では、発達障害、軽度発達障害に対して、電話相談や家庭訪問、個別の経過観察を実施している市は30%台、集団指導を実施している市は20%台後半であった。

B. 他機関への紹介（表4の⑤～⑫）は、1歳6か月児健診と3歳（3歳6か月）児健診の発達障害児を通園施設、児童相談所、病院へ紹介している市が20%台、3歳（3歳6か月）児健診の発達障害児を保育所・幼稚園を紹介する市も20%台であった。3歳（3歳6か月）児健診の軽度発達障害児を通園施設、児童相談所、病院、保育所・幼稚園へ紹介しているのは、15%台前後の市であった。

表4 発達障害・軽度発達障害のリスク児の処遇

	1歳6か月児健診		3歳（3歳6か月）児健診			
	発達障害		発達障害		軽度発達障害	
	市の数	%	市の数	%	市の数	%
A ①健診のみ	71	50.4	22	15.6	26	18.4
②電話・家庭訪問	62	44.0	55	39.0	45	31.9
③個別の経過観察	61	43.3	53	37.6	46	32.6
④集団指導	66	46.8	40	28.4	36	25.5
B ⑤児童相談所	33	23.4	42	29.8	21	14.9
⑥教育センター	2	1.4	2	1.4	4	2.8
⑦通園施設	39	27.7	39	27.7	20	14.2
⑧保育所・幼稚園	20	14.2	34	24.1	20	14.2
⑨大学などの研究機関	1	0.7	1	0.7	2	1.4
⑩病院	32	22.7	38	27.0	23	16.3
⑪教育関係機関	5	3.5	9	6.4	3	2.1
⑫その他	26	18.4	29	20.6	18	12.8

(3) 個別的な配慮・支援・工夫をする幼児の発見・支援に関する調査<幼稚園><保育所>

1) 調査の対象と手続き

調査対象地域は、幼稚園・保育所とも同一で、全国から 12 の市を選んだ。対象になった市は、研究所の所在する市と隣接する 1 つの市、研究協力者の関係する 4 つの市、文部科学省・幼児教育課の調査研究「幼稚園における障害のある幼児の受け入れや指導に関する調査」(平成 15~17 年度)で推進地域に指定された市から、6 つの市を地域を考慮して選んだ。この 6 つの市のうち 4 つの市は、同省・特別支援教育課の「特別支援教育体制推進モデル事業」の指定地域でもあった。なお、研究協力者の関係する 4 つの市のうち 1 つの市は、幼児教育課の調査研究の推進地域、および特別支援教育課の「モデル事業」の指定地域でもあった。

調査対象とした幼稚園・保育所は、この 12 の市に所在する幼稚園・保育所である。幼稚園・保育所名簿は当該市のホームページから入手した。対象になった幼稚園・保育所は、その市の全ての公立および私立の幼稚園と保育所を対象にした場合と、その市に所在する幼稚園・保育所から無作為に選んだ場合とがあり、182 の幼稚園と、214 の保育所が選ばれた。

調査用紙は調査対象の幼稚園・保育所に直接送付し、回答は研究担当者に返送するよう依頼した。

2) 調査項目

幼稚園調査と保育所調査は、ほぼ同じ調査内容で構成された。調査内容の概要は、①個別的な配慮・支援・工夫を必要としている乳幼児（以下、配慮児と記す）の在籍状況、②配慮児の状態像、配慮児に気づいた時期および人、③配慮児の保育に伴う工夫について、④配慮児の保育に伴う関係機関との連携、⑤生育歴などの聴取、⑦職員の研修、⑧保育のあり方などであった。

3) 結 果

① 回収率

幼稚園調査は、182 園に発送、99 園から回収し、回収率は 54.4% であった。保育所調査は、214

表 5 幼稚園調査・保育所調査の回収率

市	幼稚園			保育所		
	発送数	回収数	回収率%	発送数	回収数	回収率%
A	39	19	48.7	33	24	72.7
B	6	6	100.0	10	9	90.0
C	11	10	90.9	6	6	100.0
D	9	2	22.2	11	5	45.5
E	8	5	62.5	28	20	71.4
F	17	4	23.5	18	2	11.1
G	5	1	20.0	3	2	66.7
H	17	10	58.8	21	6	28.6
I	19	10	52.6	32	9	28.1
J	17	15	88.2	13	11	84.6
K	17	11	64.7	18	2	11.1
L	17	6	35.3	21	16	76.2
合計	182	99	54.4	214	112	52.3

か所に発送、112か所から回収し、回収率は52.3%であった。回収率などの詳細は表5に示した。

② 幼稚園・保育所における配慮児の在籍状況

平成17年度に配慮児が在籍している幼稚園は79園(79.8%)、保育所は93か所(83.0%)であった。この幼稚園・保育所に在籍している配慮児、そのうちの「発達障害」、「軽度発達障害」あるいはその疑いと専門機関などで診断されている子ども、「特殊教育補助」や「障害児保育補助」の対象になっている子どもの在籍クラス毎の人数、在籍する幼稚園数・保育所数を表6、表7に示した。

幼稚園では3歳児・4歳児クラス、保育所では2歳児・3歳児クラスの年齢段階で、発達障害、軽度発達障害あるいはその疑いがあると診断されている子どもの人数が増加していること、幼稚園では5歳児クラス、保育所では4歳児クラスの年齢段階で新たに診断される子どもが少ないと推測されること、保育所では5歳児クラスの年齢段階で再び軽度発達障害あるいはその疑いがあると診断されている子どもの人数が増加していること、が明らかになった。

表6 幼稚園に在籍する配慮児・発達障害児・軽度発達障害児など(n=79)

		3歳未満児	3歳児	4歳児	5歳児	その他
配慮児	人数	2	54	129	130	3
	園数	2	29	58	60	1
発達障害児	人数	1	16	52	56	0
	園数	1	10	36	33	0
軽度発達障害児	人数	2	14	42	44	0
	園数	2	9	27	30	0
「特殊教育補助」対象児	人数	0	13	35	34	1
	園数	0	8	23	21	1

表7 保育所に在籍する配慮児・発達障害児・軽度発達障害児など(n=93)

		0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
配慮児	人数	15	42	99	163	161	211
	保育所数	9	22	56	64	70	68
発達障害児	人数	1	7	30	59	60	69
	保育所数	1	6	25	37	39	26
軽度発達障害児	人数	1	12	28	64	56	82
	保育所数	1	8	20	42	36	36
「障害児保育補助」対象児	人数	0	7	21	82	75	82
	保育所数	0	6	19	41	45	41

③ 配慮児の状態像

幼稚園や保育所に在籍する配慮児の状態像については、一般的に自閉症、ADHD、高機能自閉症、アスペルガー障害のある幼児が示す状態について調べた。ここでは、子どもの年齢幅の大きい保育所調査を取り上げ、在籍クラス毎に該当する乳幼児の人数と、その乳幼児が在籍している保育所数を、表8に示した。

状態像の現れ方は年齢によっても異なるが、子どもの状態像を多い順に記すと、③人と係わることが苦手（302人）、④動きが多く落ち着きがない（299人）、②集団行動ができない（260人）、⑥こだわりが強い（238人）、①指示に従わない（236人）、という状態像を示す乳幼児が多かった。これらの状態像に比べ、⑧突然、他児を殴ったり押したりする（166人）、⑦ある面で年齢相応以上の知識がある（82人）、⑤高い所に上がることが好き（65人）、という状態像を示す乳幼児は少なかった。この傾向は幼稚園調査でもほぼ同様で、状態像で多いのは③（150人）、⑥（128人）、②（125人）、④（118人）、①（98人）で、少ないのは⑧（57人）、⑦（47人）、⑤（30人）であった。

表8 配慮児の状態像（保育所調査）

		1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
①指示に従わない	人数	16	34	72	55	59
	保育所数	9	27	41	34	36
②集団行動ができない	人数	15	35	76	59	75
	保育所数	10	26	43	37	41
③人と係わることが苦手	人数	20	36	82	77	87
	保育所数	12	27	45	43	42
④動きが多く落ち着きがない	人数	19	44	75	76	85
	保育所数	12	33	44	43	43
⑤高い所に上がることが好き	人数	3	16	17	15	14
	保育所数	3	12	14	11	11
⑥こだわりが強い	人数	16	35	65	55	67
	保育所数	12	30	46	31	34
⑦ある面で年齢相応以上の知識がある	人数	3	7	13	20	39
	保育所数	3	5	12	17	29
⑧突然、他児を殴ったり押したりする	人数	9	29	43	41	44
	保育所数	8	20	34	27	31
⑨その他	人数	9	30	45	39	35
	保育所数	7	22	25	25	23

④ 配慮児に気づいた時期と人

在籍する配慮児に気づいた時期と人については、状態像と同様に、在籍児の年齢幅の大きい保育所調査を取り上げ、表9、表10に示した。

配慮児に気づいた時期（表9）は、入所前が181人、保育所での保育中（②～⑦）が446人、乳幼児健診や就学時健診、他機関の利用時（⑧～⑫）が50人、その他（⑬）が17人であった。保育所での保育中に気づいた446人について年齢毎にみると、②0歳児保育時・34人、③1歳児保育時・91人、④2歳児保育時・121人、⑤3歳児保育時・122人、⑥4歳児保育時・64人、⑦5歳児保育時・14人で、1～3歳児保育時までに多くの子どもが気づかれている。

なお幼稚園調査からは、幼稚園に在籍する配慮児は、入園前に既に保護者が子どもに障害のあることがわかつていて、願書受付時や保護者面接時に保護者から子どもの障害について幼稚園に話し

たうえで、入園している場合が多いこと、幼稚園での保育中に気づいた時期からは、3・4歳児保育時までに配慮児に気づいている場合が多いこと、が分かった。

表9 配慮児に気づいた時期（保育所調査）

		1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
①入所前	人数	10	21	48	49	53
	保育所数	8	19	36	36	30
②0歳児保育時	人数	6	10	7	7	4
	保育所数	6	6	7	5	4
③1歳児保育時	人数	27	25	19	11	9
	保育所数	17	19	13	9	7
④2歳児保育時	人数		30	40	26	25
	保育所数		21	29	15	18
⑤3歳児保育時	人数			44	42	36
	保育所数			23	23	25
⑥4歳児保育時	人数				28	36
	保育所数				16	19
⑦5歳児保育時	人数					14
	保育所数					11
⑧1歳6か月児健康診査時	人数	1	3	5	1	2
	保育所数	1	2	5	1	2
⑨3歳(3歳6か月)児健康診査時	人数			5	5	2
	保育所数			3	4	2
⑩医療機関の受診時	人数	1	2	4	0	3
	保育所数	1	1	4	0	3
⑪医療機関以外の専門機関で相談時	人数	1	2	4	6	2
	保育所数	1	2	4	3	2
⑫就学時健康診断時	人数					1
	保育所数					1
⑬その他	人数	1	4	2	5	5
	保育所数	1	3	2	4	2

配慮児に気づいた人（表10）は、保護者（①）が142人、保育所関係者（②～⑤）が661人、乳幼児健診や他機関のスタッフ（⑥～⑧）が146人、その他が14人であった。保育所関係者の内訳を多い順にみると、担当保育士（384人）が多く、保育所職員（担当保育士、所長以外）（145人）、所長（130人）、嘱託医（2人）の順であった。乳幼児健診や他機関のスタッフの内訳は、乳幼児健診のスタッフが62人、医療機関の医師が45人、専門機関のスタッフが39人であった。

この結果からは、保護者や保育関係者、医療機関や専門機関のスタッフなどが気づいていない62人の配慮児が乳幼児健診で気づかれているといえる。この設問では総計945人の配慮児について気づいた人が回答されているが、乳幼児健診のスタッフが気づいた配慮児は6.6%にあたる。

表10 配慮児に気づいた人（保育所調査）

		1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
①保護者	人数	6	9	38	32	39
	保育所数	6	8	25	20	25
②担当保育士	人数	28	55	99	90	112
	保育所数	16	31	47	35	46
③所長	人数	4	17	38	32	39
	保育所数	3	11	26	18	22
④保育所職員(担当保育士・所長以外)	人数	5	27	39	34	40
	保育所数	4	8	11	11	16
⑤嘱託医	人数	0	0	1	0	1
	保育所数	0	0	1	0	1
⑥乳幼児健診のスタッフ	人数	2	2	22	21	15
	保育所数	1	2	16	12	10
⑦医療機関の医師	人数	1	4	16	11	13
	保育所数	1	4	15	8	11
⑧専門機関のスタッフ	人数	1	6	11	13	8
	保育所数	1	6	8	8	5
⑨その他	人数	0	5	1	2	6
	保育所数	0	4	1	2	2

⑤ 配慮児の保育に伴う配慮・支援・工夫

配慮児の保育に伴って幼稚園や保育所で行われた配慮・支援・工夫について、表11に示した。調査で取り上げた①～⑬の対応（表11）は、大方の項目で保育所の方が高率で対応されていた。

表11 幼稚園・保育所で行った対応

	幼	%	保育所数	%
①担任によるきめ細かな配慮	76	90.5	96	92.3
②担任外職員の配置	59	70.2	70	67.3
③全職員で配慮する保育体制	72	85.7	94	90.4
④医師などの専門家との連携	16	19.0	45	43.4
⑤専門機関との連携	58	69.0	93	89.4
⑥保護者への指導・支援	56	66.7	86	82.7
⑦個別の保育(指導)計画を作成した保育	31	36.9	56	53.8
⑧教材・教具を工夫	31	36.9	53	51.0
⑨遊具を工夫	11	13.1	25	24.0
⑩保育環境の設定に配慮	44	52.4	66	63.5
⑪自治体などの巡回相談を活用	24	28.6	45	43.3
⑫自治体などの専門家チームに相談	23	27.4	30	28.8
⑬その他	12	14.3	10	9.6

幼稚園や保育所で最も多く行われていた対応は、①担任によるきめ細かな配慮や、③全職員で配慮する保育であった。保育所の方が幼稚園より多く行われていた対応を、差の大きい順に示すと、④医師などとの専門家との連携、⑤専門機関との連携、⑥保護者への指導・支援、⑪自治体などの巡回相談の活用などであった。

(3) 考 察

1) 乳幼児健診における軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児の発見・支援について

1歳6か月児健診と3歳（3歳6か月）児健診は集団健診の実施率が高く、受診率も1歳6か月児健診が95.2%、3歳（3歳6か月）児健診が92.2%と高率であった。軽度発達障害児やそのリスク児のスクリーニングに重要な、心理（発達）相談の設定は2つの健診とも70%の割合であった。また、ことばや精神発達に関する調査や検査などは、予診として健康診査票などを用いて、ほとんどの市で実施されていた。これらのことから、1歳6か月児健診と3歳（3歳6か月）児健診は、軽度発達障害児やそのリスク児のスクリーニングの場としての体制が整っていて、スクリーニングの場として有効に活用できる可能性が高いといえる。

健診事業を人的面からみると、常勤保健師の人数は、5万人市が人口1万人あたり2人で最も充実していた。しかし、心理職を配置している市は、常勤職が9.0%、非常勤職が59.4%で、事後指導の集団指導（親子教室など）への心理職の参加率は保健師に比べ20%少ないことなどから、保健師が健診事業を一手に引き受けざるを得ない現実があり、保健師の負担が重いといえる。健診事業をより充実させ、軽度発達障害児やそのリスク児のスクリーニングの精度を上げていくためにも、心理職の配置は急務と考える。

健診の内容面について、心理（発達）相談の主訴から、1歳6か月児健診や3歳（3歳6か月）児健診で最も注目すべき、精神発達、言語発達、対人・社会性の発達のバランスをみると、言語発達の相談が90%台、精神発達は50%台、対人・社会性は1歳6か月児健診で30%台、3歳（3歳6か月）児健診で60%台であった。心理（発達）相談の対象となる子どもは、予診でどのような子どもをスクリーニングするかで決まってくるので、予診で行うスクリーニング内容と心理相談にまわすための基準が重要になる。

予診で行う健康診査票で、発達障害や軽度発達障害、そのリスク児の特性を調査項目としているかどうかを調べた。その結果、調査項目によってバラツキがあり、1歳6か月児健診では、言語発達に関する項目はほぼ90%台、対人関係に関する項目は65%～80%台前半、また、3歳（3歳6か月）児健診では、多動性や不注意に関する項目は70%前後、自閉症の特性に関する項目は、約45%～80%台前半の市が調査項目としていた。2つの健診の場を、軽度発達障害やそのリスク児のスクリーニングの機会としてより有効にしていくためには、健康診査票などの内容を検討していくことも、重要なことの一つと考える。

健診システムが確立し、健康診査票や母親からの聞き取り調査などのアンケート調査を行い、心理（発達）相談を実施したとしても、それらのスクリーニングからでてきた子どもの状態像を、どのように読み取り、どのような基準で心理（発達）相談にまわし、その後どのような処遇が行われるかという部分が充実しないと、精度の高い健診にはなりにくいといえるだろう。これはとくに、軽度発達障害やそのリスク児の場合、とりわけ重要になると考える。

乳幼児健診では、スクリーニングで抽出された子どもは、必要に応じて経過観察という形でフォローの対象となる。発達障害や軽度発達障害、そのリスク児のフォローは、親と子どもの双方に専門的な関わりが必要であるとともに、子どもの治療教育的なニーズの有無を早期に判断し、必要に応じ適切な専門機関へとつなげる必要がある。したがって、どのような職種のスタッフがどのような

な方法でフォローしていくかが重要になる。

本調査では心理・発達面でリスクの疑われる子どものフォローの方法として、個別の経過観察、集団による事後指導、電話相談、家庭訪問、経過検診の紹介、専門機関に紹介などを調査した。電話相談は高率で実施されているが、電話相談はどのような子どもを対象に、どのような目的で行うかが重要である。相手のみえない電話で行う発達障害や軽度発達障害のリスク児のフォローは、見落としや、早期援助を遅らせる結果を招かないように配慮することが必要である。集団による事後指導の対象児は、多動傾向の子ども、言語・精神発達の遅れの子ども、対人関係が気になる子どもが90%台と高率であることから、本来は個別の経過観察でフォローする必要のある発達障害や軽度発達障害のリスク児が多いことが推測される。また、事後指導の集団指導（親子教室など）への心理職の参加率は、保健師や保育士に比べて少ないこともあり、発達障害や軽度発達障害のリスク児の支援の視点からも、集団による事後指導の場の充実は急務と考える。

健診後のフォローは、健診事業内のフォローの次は専門機関への紹介になるが、受け皿としての専門機関の充実、機関相互の連携との関係が深くなる。紹介先の機関からのフィードバックやその後の連携方法、子どもの在籍機関との連携など、母子の立場からのきめ細かな配慮のある連携が必要であろう。とくに軽度発達障害やそのリスク児の在籍機関への保健師や心理職などの支援は、家庭が抵抗なく利用できる保健センターという立場を生かし、連携のキーパーソンであることを認識して連携をすすめていくことが、支援を実りあるものにしていくと考える。

2) 幼稚園・保育所における軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児の発見・支援について

幼稚園と保育所の調査の対象になった市には、文部科学省の幼児教育課が行った調査研究「幼稚園における障害のある幼児の受け入れや指導に関する調査」で推進地域に指定された市や、特別支援教育課の「特別支援教育体制推進モデル事業」の指定地域であった市もある。したがって、この調査結果には、障害がある子どもの保育に対し意識の高い幼稚園・保育所が含まれているため、全国の平均的な実態を反映するとは言い難い面がある。このことを前提に考察する。

幼稚園・保育所調査の結果では、79.8%の幼稚園、83.0%の保育所に配慮児が在籍していた。発達障害児および軽度発達障害児は、幼稚園では3歳児未満児クラス、保育所では1歳児クラスから、すべての年齢のクラスにわたって在籍していた。この調査結果で注目されるのは、軽度発達障害やそのリスク児が保育所の1・2歳児クラスに在籍することである。これらの乳幼児の障害に気づいた時期と人、その子どもの状態像は特定できないが、専門機関や1歳6か月児健診などで、自閉症圏の子どもの早期徵候や高機能自閉症・アスペルガー障害の特性などを熟知したスタッフから、早期に指摘されたことが推測される。

保育所に在籍する配慮児の状態像については、軽度発達障害児の特性をあらわす状態像である「指示に従わない」、「集団行動ができない」、「人ととかかわることが苦手」、「動きが多く落ち着きがない」、「こだわりが強い」という5つの状態像を示す子どもが多かった。この5つの状態像は、家庭で母親と過ごすときよりも、保育所の集団生活の中で顕著になり保育所で観察されやすい状態像ともいえる。これらのことからは、保育所に在籍している多くの配慮児が示す5つの状態像は、1歳6か月児や3歳（3歳6か月）児の発達にあわせた内容の調査項目にすることで、1歳6か月児健診や3歳（3歳6か月）児健診のスクリーニング項目として、有効性が高いことが示唆される。

配慮児に気づいた時期については、保育所の在籍中に障害があることに気づかれる乳幼児が多いことがわかった。とくに1・2・3歳と加齢に伴い気づかれる子どもの人数が多くなり、4・5歳では減少していくことも明らかになった。これらのこととは、軽度発達障害を含む配慮児は、3歳児保育時をピークとして4歳児保育時までに多くの子どもが気づかれる可能性が高いことを示唆して

いるといえる。このことは、先にも述べたこれら子どもの状態像が、集団の中で顕著になりやすいことと関係していると思われる。配慮児の障害に気づいた人は保育所の関係者が多く、次いで保護者であった。このことからは、軽度発達障害を含む配慮児が示す状態像が、幼稚園・保育所の集団生活の中で観察されやすいこともあり、幼稚園・保育所の関係者がきめ細かに子どもを観察することで、障害に気づける可能性が高いことを示唆している。

配慮児への対応で50%以上の幼稚園や保育所で行われていた対応は、「担任によるきめ細かな配慮」、「全職員で配慮する保育体制」、「担任外職員の配置」、「専門機関との連携」、「保護者への指導・支援」、「保育環境の設定に配慮」であった。50%台の保育所で行われているが幼稚園では30%台後半であった対応は、「個別の保育（指導）計画を作成した保育」、「教材・教具の工夫」であった。「巡回相談を活用」、「専門家チームに相談」、「医師などの専門家との連携」、「遊具を工夫」といった対応を行っている幼稚園や保育所は少なかった。この結果からは、従来から幼児期の教育や保育において行われてきた対応が多くなされており、障害のある子どもの対応として、ここ数年実施されるようになってきていている「個別の保育（指導）計画を作成した保育」、「巡回相談を活用」、「専門家チームに相談」といった対応は、まだ浸透してきていないことが明らかになった。これは自治体の施策に格差があったり、施策が十分普及されていなかったりするという状況によるものと推測される。

3) 軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児の発見・支援について

この調査研究では、乳幼児健診調査、幼稚園調査、保育所調査を実施することで、幼児期において軽度発達障害やそのリスクのある幼児を発見し支援していくシステムを構築していくための基礎資料の収集を目的とした。その結果、以下のことが明らかになった。

- 乳幼児健診は、軽度発達障害やそのリスクのある幼児を早期に発見する場として有効である。
しかし、軽度発達障害やそのリスクのある幼児の発見・支援を視野に入れた場合、スクリーニングの方法やその精度、心理職の配置の少なさといった面では課題がある。また、本稿ではふれなかつたが、健診業務には多職種のスタッフがかかわっているという実態があり、健診業務を担うスタッフの連携や力量を高めるための研修、紹介先の専門機関や、これらの子どもの在籍する機関とのきめ細やかな連携も、支援をすすめていく上で重要であるといえる。後に述べるように、幼稚園や保育所において、軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児の多くが、3歳児保育時をピークに4歳児保育時までに気づかれているということは、これらの子どもの乳幼児期における早期の発見の場として、1歳6か月児健診や3歳（3歳6か月）児健診の充実は急務と考える。
- 幼稚園・保育所調査からは、集団生活の利点から、幼稚園・保育所生活の中で、幼稚園・保育所関係者によって、多くの軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児が、3歳児保育時をピークに4歳児保育時までに気づかれていることが明らかになった。このことからは、幼稚園・保育所関係者が、軽度発達障害やそのリスクのある乳幼児についての理解を深めることで、配慮を必要とする幼児に早期に気づくことができる事が示唆される。この気づきを有効にしていくためには、地域にある保健センターなどの母子保健業務を担う保健師や心理職には、幼稚園・保育所というこれら子どもの支援の場でのアドバイザー役が期待される。また、障害のある乳幼児期の子どもの保育にたずさわる職員の研修の機会の確保は、必須と考える。

（大柴文枝・後上鐵夫・小林倫代・藤井茂樹）

＜文献＞

- ・独立行政法人国立特殊教育総合研究所教育相談部（2007）：調査研究報告書「乳幼児期からの一貫した軽度発達障害者支援体制の構築に関する研究—乳幼児期における発見・支援システムの実態調査を中心に—」。独立行政法人国立特殊教育総合研究所

3. 「幼児ことばの教室」等、難聴・言語障害教育における幼児の支援・指導

はじめに

(1) 難聴・言語障害教育における幼児への支援・指導

難聴・言語障害教育（以下「難言教育」と記す）においては、早期からの支援・指導が有効との観点から、幼児への支援・指導を積極的に実施してきた。その形態は幼児担当者の配置の有無によって以下の2種類に分類できる。

- ①**幼児担当者あり**：小学校または幼稚園等に幼児担当者を配置して支援・指導を行う形態で、「幼児ことばの教室」や「○○小学校ことばの教室幼児部」等との名称で呼ばれる。市町村単独事業として運営されているため、後に述べるような多様な形態が存在する。
- ②**幼児担当者なし**：小学校の難言教育担当教員が、いわゆる「教育サービス」⁴⁾として支援・指導を行う形態である。

本稿ではまず、難言教育全体としての幼児への支援・指導の実態について述べ、続いて「幼児担当者あり」の機関（いわゆる「幼児ことばの教室」等）について、その実態を報告する。

(2) 資料の出典

本稿は、平成18年度『全国難聴・言語障害学級及び通級指導教室実態調査』¹⁾の結果から幼児に関連する資料を基に作成した。この調査は難言教育の実態と成果や課題について検討することを目的として昭和48年以来5、6年ごとに実施してきた。7回目となる今回は平成18年度国立特殊教育総合研究所課題別研究『難聴・言語障害児を地域で一貫して支援するための体制に関する実際的研究』の一環として実施された。

平成18年度『全国難聴・言語障害学級及び通級指導教室実態調査』の概要

(1) 調査対象

全国の難聴特殊学級、言語障害特殊学級、通級指導教室（難聴）、通級指導教室（言語障害）を設置する小学校・中学校及び難聴・言語障害幼児を指導する教室を設置する幼稚園等の教育機関を対象とし、それらの全てに対して1校・園（機関）あたり1通の調査用紙を郵送した。発送にあたっては、全国公立学校難聴・言語障害教育研究協議会事務局作成による『全国公立学校難聴・言語障害学級設置校一覧（最終更新：平成18年8月）』を使用した。

調査用紙の発送総数は、2,187であった。

(2) 手続き

調査はすべて質問紙法で、郵送による調査用紙の発送・回収によって実施した。調査用紙の発送は平成18年9月12日に行い、同年9月末日を締め切りの目安として回答と返送を依頼した。実際には平成18年12月末まで返送があり、締め切り後の回答も全て集計の対象とした。

回答にあたっては、平成18年9月1日現在の実態を記入するよう依頼した。

(3) 調査内容

調査用紙はA4版8ページで構成され、そのうち幼児の指導に関する独立した質問は1ページ（中項目として1項目、その中に小項目を6項目）を割り当てられた。この他に、学級・教室全体の担当者数、障害別・年齢層別指導対象児数等に関する項目に幼児に関する内容を含んでいる。

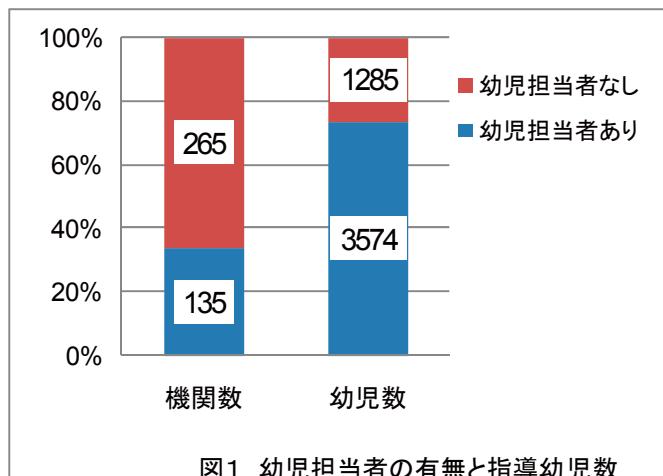
難聴・言語障害教育における幼児の指導の実態

(1) 基本資料

調査には、1,299 校・園（機関）から回答があり、回収率は 59.4% であった。

回答があった 1,299 校・園（機関）のうち、幼児を指導している小学校・幼稚園等機関の総数は 400 で、そのうち「幼児担当者あり」が 135 機関、「幼児担当者なし」が 265 機関であった（図 1）。

これらの機関で指導されている乳幼児の総数は、4,859 名で、そのうち「幼児担当者あり」の機関で 3,574 名、「幼児担当者なし」の機関で 1,285 名指導されていた（図 1）。



(2) 指導対象児の実態

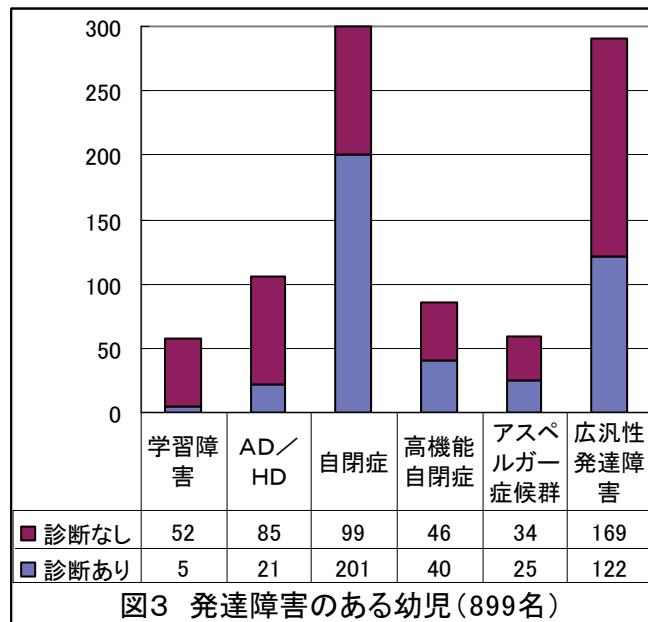
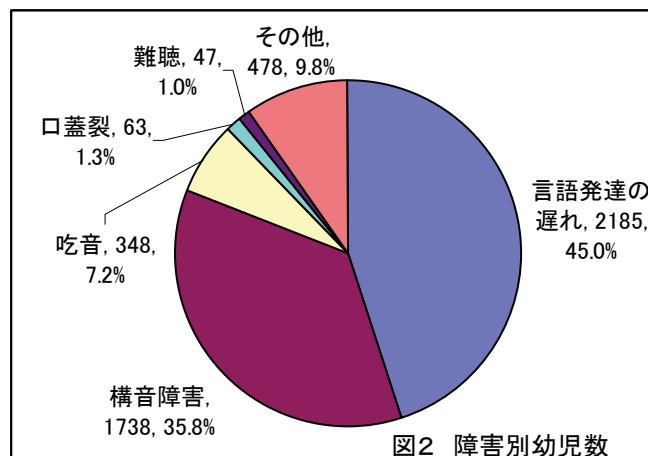
上記 400 の機関で指導を受けている幼児 4,859 名の障害別内訳を図 2 に示した。これは幼児 1 人について主たる障害 1 つとし、図中の 6 障害に分類したものである。

結果は、「言語発達の遅れ」がもっとも多く、次いで「構音障害」の順であったが、3 番目は「その他」であり「吃音」や「難聴」を上回っていた。この傾向は平成 13 年実施の前回調査²⁾とほぼ同様である。幼児期には診断を受けていない子どもも多く「言語発達の遅れ」や「その他」の中には発達障害の特性のある幼児が含まれると推察される。

次に、指導を受けている幼児について、発達障害に関して「医師の診断や専門機関の判定がある」幼児数と「診断や判定はないが担当者が評価してあてはまる」幼児数の回答を求め、整理した結果を図 3 に示した。

図中の「診断あり」とは「医師の診断や専門機関の判定がある」幼児のことを、「診断なし」とは「診断や判定はないが担当者が評価してあてはまる」幼児のことをさしている。

「診断あり」と「診断なし」を合わせると、発達障害があると推定される幼児は合計 899 名であった。もっとも多かったのは「自閉症」の 300 名でそのうち 67% がすでに診断を受けていた。次に多かったのは「広汎性発達障害」の 291 名で 42% が診断を受けていた。



(3) 地域の他機関との連携

① 幼児の指導の場への紹介者

幼児を指導している学級・教室への紹介者について、選択肢による回答を求めた（複数回答可）結果を図4に示した。回答数は「幼稚園」と「保護者から直接」がほぼ同数でもっと多く、次いで「保育所」であった。多くの難言学級・教室が地域の幼児教育・保育機関との連携を図っていることや保護者への啓発を行っていることがわかる。

また、これらの回答に比べると少数ではあるが、乳幼児健診や医療機関からの紹介もあり、地域の母子保健や医療と連携しながら、地域における一貫した支援システムの一員として機能している難言学級・教室がある³⁾と言えよう。

② 地域の乳幼児健診への参加

次に、地域の乳幼児健診への参加について選択肢による回答を求めた（複数回答可）結果を表1に示した。回答数は多くはないものの、乳幼児健診やその事後指導に職員を派遣している学級・教室があることがわかった。こうした取組によって、乳幼児健診による気づきから難言学級・教室における支援・指導が直接連携し、一貫して支援できているものと思われる。

「幼児ことばの教室」等の運営について

上述のように本調査では27都道府県の135機関から幼児担当者を配置しているとの回答があった。配置された幼児担当者は全体で256名であった。以下「幼児担当者あり」の機関、すなわち「幼児ことばの教室」等と呼ばれる機関について検討する。

(1) 幼児担当者の所属について

幼児担当者の所属について自由記述で回答を求めた。回答は以下の3群に整理でき、図5に示した。

【教育機関】 教育委員会等、幼稚園

【福祉保健】 福祉課、児童家庭課、子育て支援課、健康推進課等

【その他】 親の会

全体の9割弱が教育機関の所属であり、前回の調査に比べてその割合が増えている。しかし、市町村の福祉保健部局所属の職員や親の会所属の職員も教育機関の一員として勤務している実態があることが今回の調査でも明らかになった

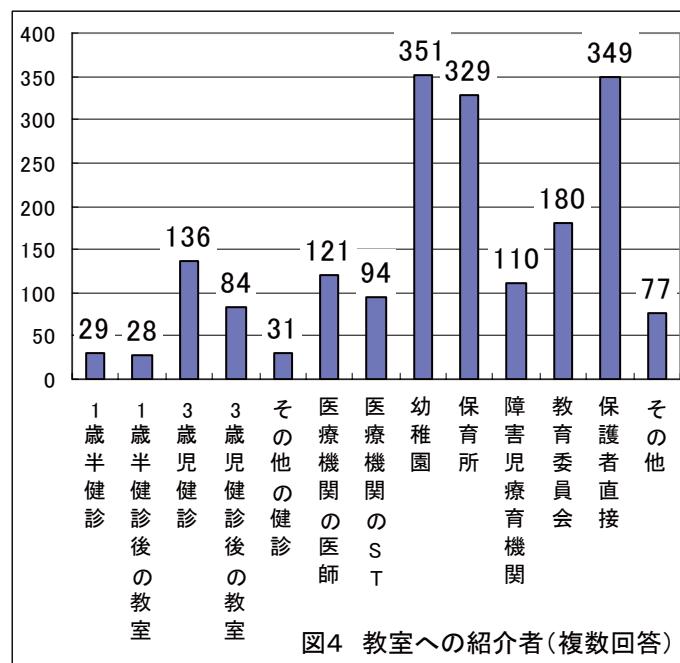


図4 教室への紹介者(複数回答)

表1 地域の乳幼児健診への参加

健診等での役割	回答数
1歳半健診相談員	14
1歳半健診事後指導員	13
3歳児健診相談員	22
3歳児健診事後指導員	19
その他の健診の相談員	10
その他の健診の事後指導員	11

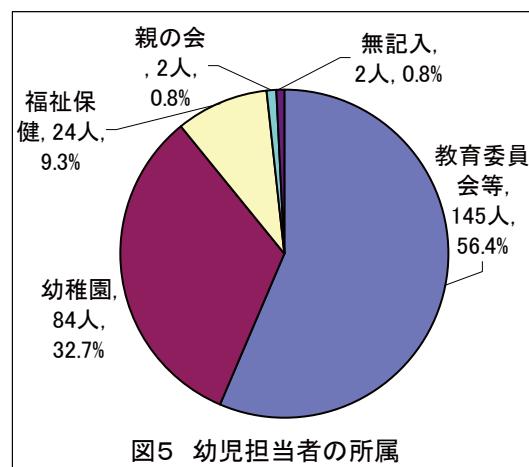


図5 幼児担当者の所属

(2) 幼児担当者の職種

幼児担当者 256 名の職種について選択肢により回答を求めた結果を図 6 に示した。「幼稚園教諭」と「その他」がほぼ同数でもっとも多かった。この傾向は前回調査と同様である。続いて「言語聴覚士」「保育士」の順であったが、この順序は前回調査とは逆転している。

回答数が多かった「その他」の職種について自由記述での回答を整理すると以下の 3 種に整理できた。

【専門職】：言語指導員、幼児担当指導員、
幼児療育指導員等

【事務職】：技術員、事務職

【教員等】：ことばの教室教諭、補助教員、
教員助手等

これらの中には、職種は不明だが「元小学校教諭」「教員免許所有者」など、経験や資格に関する回答が見られた。

(3) 幼児担当者の勤務形態

勤務形態について選択肢により回答を求めた結果を図 7 に示した。全体の 7 割が「常勤」であり、前回調査とほぼ同様の傾向であった。

(4) 「幼児ことばの教室」等の設置状況

幼児を支援・指導する 135 機関を、設置形態から「幼児の教室単独（30 機関）」と「小学校の教室と併設（105 機関）」に分類し、さらに設置場所と幼児担当者所属によって表 2 のように分類した。

幼児単独の機関には、「幼稚園内設置」と「教育研究所内等設置」とがある。「幼稚園内設置」の場合、幼児担当者はその幼稚園の教諭である。「教育研究所内等設置」の場合、幼児担当者は市町村教育委員会所属の言語聴覚士、指導主事、退職教諭や幼稚園教諭である。

「小学校の教室と併設」には幼児担当者所属によって 4 つに分類できた。すなわち、①市町村教育委員会所属の幼稚園教諭・保育士・言語聴覚士等、②市町村立幼稚園所属の幼稚園教諭、③市町村の福祉部局所属の保育士、幼児指導員等、④親の会所属の幼稚園教諭、保育士である。これらの幼児担当者は、それぞれの所属先ではなく小学校内で勤務している。

表2 「幼児ことばの教室」等の設置形態と担当者

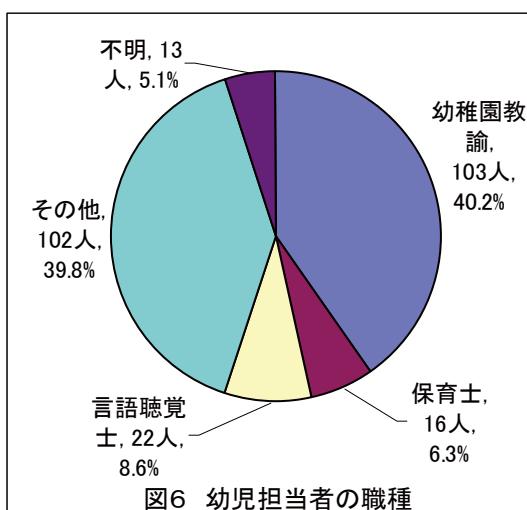


図6 幼児担当者の職種

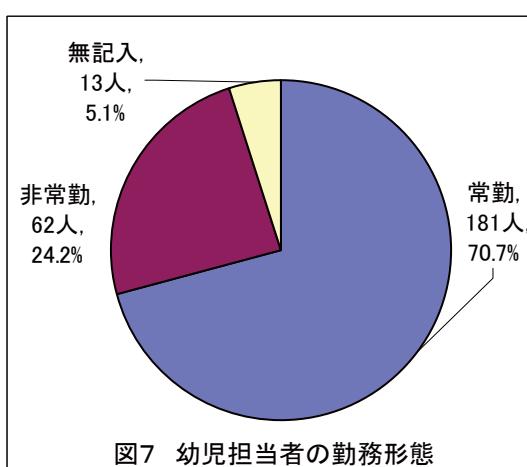


図7 幼児担当者の勤務形態

形態	設置場所	幼児担当者所属	幼児担当者の職種	設置数	計
幼児単独	幼稚園内	幼稚園	幼稚園教諭	24	30
	教育研究所内等	市町村教育委員会	言語聴覚士・その他(指導主事・退職教諭等)	5	
		市町村福祉部局	幼稚園教諭	1	
小学校の教室と併設	小学校内	市町村教育委員会	幼稚園教諭・保育士・言語聴覚士・その他(元教諭・相談員等)	64	105
		市町村立幼稚園	幼稚園教諭	20	
		市町村福祉部局	保育士・その他(市職員・嘱託・幼児指導員等)	14	
		親の会	幼稚園教諭・保育士	1	
		その他:複数所属(市町村教委と福祉、市町村教委と幼稚園等)・無記入		6	

幼稚園内に設置された機関は「〇〇幼稚園ことばの教室」等の名称で、また小学校内に設置された機関の中には「〇〇小学校ことばの教室児童部」等の名称で呼ばれるものがあるが、これらは「児童期における通級指導教室」の一つの形態と言えるであろう。

小学校内に併設された機関が多数見られるが、こうした機関では児童期と学年期の支援に一貫性を持たせることが容易であると考えられる。

おわりに

本稿では、平成18年度に実施した難言教育に関する実態調査から児童の支援・指導に関する結果を報告した。今回の調査では4,859名の児童が支援・指導を受け、そのうち少なくとも899名が発達障害のある児童であると考えられる。この調査の回収率は約6割であることから、全国の難言教育機関では、この数を相当上回る児童の支援・指導をしているものと考えられる。

難言教育においては児童の支援・指導に関する法的根拠がない。このため、支援を必要としている児童を目の前にして、各学校、各市町村教育委員会が独自に方策を講じ対応しているのが現状である。今回の調査でも、児童担当者を置かない小学校265校が「教育サービス」として1,285名の児童の支援・指導を実施していた。また、児童担当者を置く機関は135あったが、児童担当者には、幼稚園、教育委員会等の教育機関のみならず、福祉部局や親の会に所属する職員も見られ、市町村教育委員会が地域の現状をふまえつつ独自の施策を講じている現状がある。

特別な支援を必要とする乳幼児に関しては、母子保健や福祉部局が主として対応している地域が多いと思われる。しかし、これらの支援が十分ではなく、地域の期待に応じて難言教育が児童を支援・指導する役割を果たしてきた地域が存在すると考えられる。実際に、母子保健や医療機関とも積極的に連携し地域の一貫した支援システムの一員として機能している難言教育機関があることが今回の調査でも明らかになった。

児童担当者を置く機関は、現在「児童ことばの教室」「ことばの教室児童部」等の名称で呼ばれるが、発達障害を含め幅広い児童を対象とした支援・指導の機関であり、地域支援システムの中で明確な役割を持っている点で、児童期における通級指導教室のひとつの形態と呼ぶことができるであろう。対象とする障害種や年齢等、地域によって求められる役割は大きく異なる現状があり、全国共通の形態を想定するのは困難かもしれないが、児童を支援・指導する教育機関として今後も注目し、その位置づけの明確化を検討する必要があるのではないかと考える。

(久保山茂樹・小林倫代)

<文 献>

- 1) 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所(2007)：平成18年度『全国難聴・言語障害学級及び通級指導教室実態調査』結果報告書
- 2) 独立行政法人国立特殊教育総合研究所聴覚・言語障害教育研究部(2003)：国内調査研究報告書『全国難聴・言語障害学級及び通級指導教室実態調査』。独立行政法人国立特殊教育総合研究所
- 3) 独立行政法人国立特殊教育総合研究所聴覚・言語障害教育研究部(2004)：一般研究報告書『ことばの教室』における早期教育相談と保護者支援。独立行政法人国立特殊教育総合研究所
- 4) 文部科学省編著(2007)：改訂版通級による指導の手引。第一法規

VI 早期対応に特色のある取り組みをしている 地域事例

VI 早期対応に特色のある取組をしている地域事例の調査

1. 調査地域

早期からの総合的な支援システムを考える上で基盤となる情報を得るために、先進的な試みを行っている別表に示した12地域を訪問し、関係各課に調査を行った。

2. 調査内容

母子保健、障害福祉、保育、教育委員会等の関係各課において以下の項目について、聞き取り調査を行った。

- ① 乳幼児定期健診の実績、5歳児健診実施の有無
- ② 健診後のフォローアップ体制
- ③ 療育の支援状況
- ④ 保育所・幼稚園の支援状況
- ⑤ 就学時健診の実施状況
- ⑥ 盲・聾・養護学校、ことばの教室の支援状況
- ⑦ その他

3. 調査のまとめの概要

結果については、必要な機能面に焦点を当て以下の項目について特色を整理した。

- | | |
|-----------|---|
| ①統括・調整 | ・支援の総合性及び効率性
・利用者の利便性 |
| ②早期発見 | ・支援の必要性を適切に判断できる体制
・早期からの支援につながる早期発見
・小学校就学へのつながり |
| ③早期支援 | ・幼稚園から高等学校に至るまでの特別支援教育体制
・専門的な療育、教育が受けられる機関
・家庭における支援 |
| ④切れ目のない連携 | ・情報の共有化
・継続性と地域差のない支援体制 |
| ⑤保護者支援 | ・早期からの情報提供
・子育て支援
・相談に対する負担感の軽減 |
| ⑥社会基盤の充実 | ・人材の養成
・関係者の専門性の向上
・社会への啓発 |
| ⑦現状の成果と課題 | |

早期対応に特色のある取り組みをしている地域事例

地 域	人 口 (上段) 出生数 (下段)	統括・調整	特色ある取り組み	主な内容	Key word
①群馬県館林市	80,610人 約770人	<連携> 保健福祉部 教育委員会	幼保小連携と小学校情緒障害通級指導教室幼児部における取組	就学前教育と小学校教育の円滑な移行についての取組。小学校内に設置された情緒障害特別支援学級幼稚部における支援。	特別支援学級幼稚部の支援
②東京都三鷹市	171,612人 1,434人	<連携> 教育委員会 療育センター	総合教育相談窓口と子ども家庭支援ネットワークが連携して取り組む特別支援教育	教育委員会に総合教育相談窓口を設置。乳幼児健診による早期発見・早期発達支援と特別支援教育をつなぎり。	総合教育相談窓口のワンストップサービス
③神奈川県横浜市	3,602,263人 33,023人	<連携> 教育委員会 保健福祉センター 地域療育センター	総合リハビリテーションセンターにおける早期発見・早期支援	早期発見から療育による早期支援体制を整備。保健師の専門性を高め、健診を充実。幼・保・小との連携による就学への支援。	幼稚園・保育所と地域療育センターとの連携
④山梨県甲州市	36,808人 約300人	<連携> 子育て支援課 教育委員会	発達段階の健康診査を活かした支援システム ～甲州市母子保健管理システム～	3カ月～5歳までの7回の健診システム。保健師、家庭相談員、教育委員会が連携した支援チームによる就学に対する支援。	発達障害スクリーニング票 (試作版)
⑤長野県駒ヶ根市	35,000人 約350人	<統括> 子ども課	子ども行政を一元化した「子ども課」による支援システム	子ども行政を一元化した子ども課を設置。乳幼児期から青年期までの一貫した施策の展開とコーディネーター機能。	子ども行政の一元化 (統括・調整機能)
⑥三重県龜山市	49,173人 413人	<統括> 子ども総合支援室 (健康福祉部)	子ども総合支援室を中心とした発達支援の取り組み	子ども総合支援室が早期発見・支援の中核。就学指導と特別支援教育の橋渡しを実施。就労支援や生活支援等のとぎれのない支援。	子ども総合支援室 (統括・調整機能)
⑦滋賀県湖南市	56,076人 540人	<統括> 発達支援室 (健康福祉部)	発達支援室を中心に就学から学齢、就労まで一貫した支援 「湖南市発達支援システム」	関係機関の横の連携と個別指導計画、個別移行支援計画による縦の連携。乳幼児期から学齢期、就労期までの一貫した支援を実施。	発達支援システム (統括・調整機能)
⑧兵庫県神戸市	1,525,389人 12,280人	<連携> 保健福祉部 教育委員会	学びの支援センターを核とした支援システム ～保育支援シートの作成と幼児ことばの教室と幼稚園の連携～	ことばの教室を中心に幼児から学齢期までの支援を実施。学びの支援センターによる早期の実態把握と実際的な学校支援。	保育支援シート 幼児ことばの教室
⑨鳥取県倉吉市	53,175人 450人	<連携> 福祉課 健康支援課 教育委員会	福祉課を中心に保健・福祉・教育が連携した発達支援の取り組み	保健、福祉、教育が一体となり生涯を通じたケアマネジメントや地域ネットワークづくり等の発達支援。	生涯を通じたケアマネージメント
⑩島根県松江市	196,000人 1,500人	<連携> 健康増進課 子育て課 教育委員会	幼児期からの一貫した相談支援体制 ～特別支援幼児教室の取り組み～	乳幼児期からの一貫した相談支援体制を整備。特別支援幼児教室における早期からの相談・支援。支援をつなぐファイルの活用。	だんだんファイル 特別支援幼児教室
⑪山口県周南市	154,238人 1,269人	<連携> 健康増進課 教育委員会	健康増進課と教育委員会所管の「幼児ことばの教室」を中心とした支援	母子保健による健診後支援の充実。幼児ことばの教室による相談支援と幼小連携。養護学校による相談支援と教育支援計画の策定。	幼児ことばの教室
⑫徳島県吉野川市	46,794人 330人	<連携> 健康増進課 発達支援センター 教育委員会	母子保健係を起点にしたNPO法人と養護学校による支援	母子保健係を起点にNPOと特別支援学校が巡回相談等により、保育所、幼稚園の日常の対応を支援。	NPO法人と特別支援学校による支援

4. 地域事例

4-1 群馬県館林市

幼保小連携と小学校情緒障害通級指導教室幼児部における支援の取組

人口：80,610人	出生数：約770人
保育園数：公立9 私立6	幼稚園数：公立5 私立2
小学校数：11	中学校数：5
盲・聾・養護学校数：1校 館林市立養護学校（知的障害）	

1. 統括・調整機能

館林市の発達支援に関する概略図を図1に示す。館林市の早期発見支援は、保健・福祉関係は保健福祉部内の各部署、教育関係は教育委員会組織の中で統括調整が行われている。図1に示した通り、各年齢や各個人により中心になる部署や関わりの割合が異なってくる。保健・福祉・医療と教育をつないでいる要は、保健師であり、市内小学校内にある「ことばの教室」担当者等である。

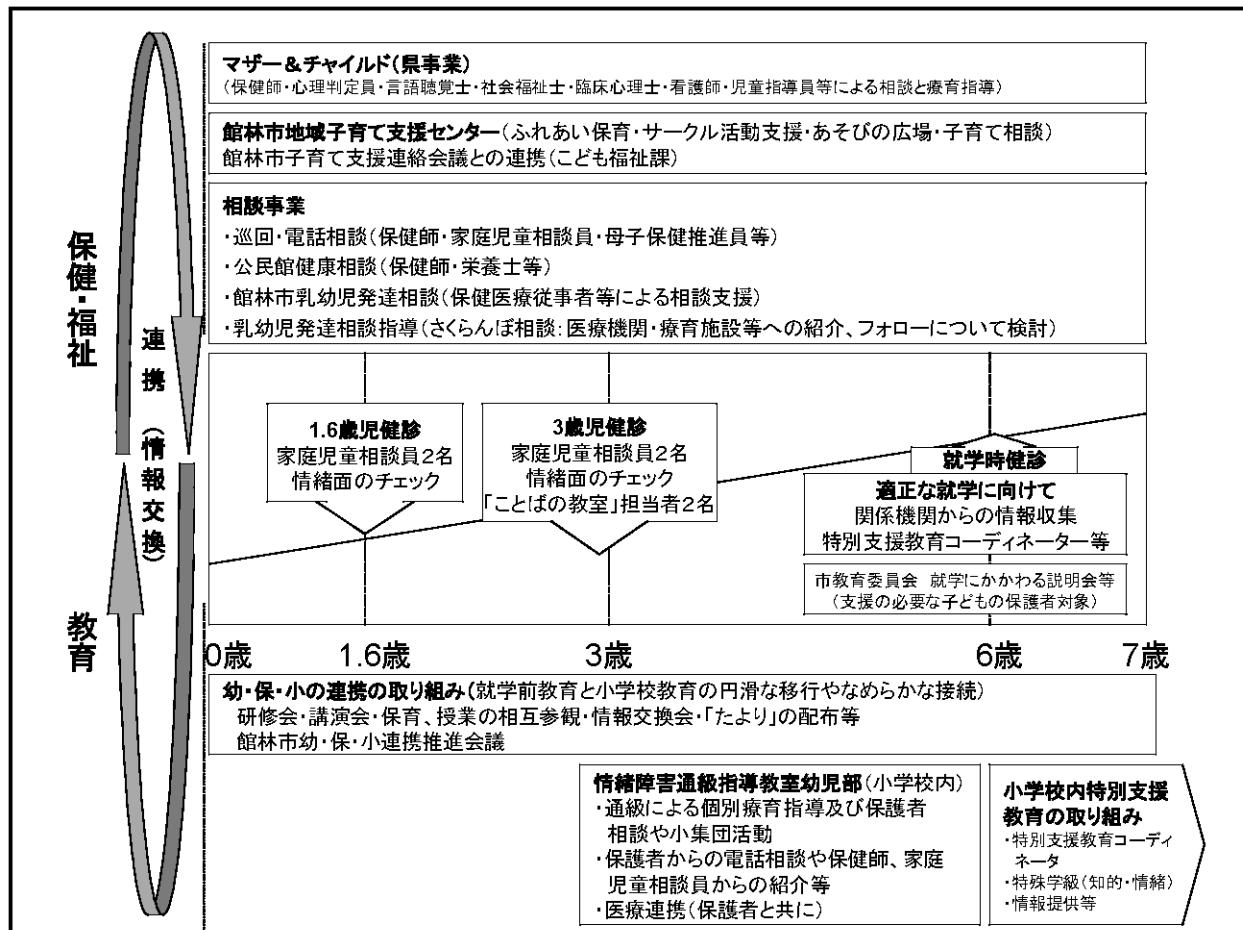


図1 館林市の発達支援に関する概略図

2. 早期発見と支援

(1) 乳幼児健診とそのフォローアップ

表1は「早期発見支援のための関係機関の協力体制」の一覧である。表2は各健康診査ごとの「受診状況及び結果」、表3は「要観察・要精検・要受診の内訳」を示す。館林市では、1歳6か月、3歳児健康診査において、家庭児童相談員2名が入り、情緒面のチェックを行い、さらに3歳児健康診査には市内小学校に設置されている「ことばの教室」担当者2名が相談に入る。

表1 早期発見支援のための関係機関の協力体制

	< 1.6・3 歳精健 >	< 巡回相談 >
①対象児のピックアップ	各市町村保健師	各市町村担当課 家庭児童相談員
②対象者の取りまとめ	東部児童相談所	担当市町村
③児童相談所との連絡調整	各市町村保健師	担当市町村
④当日の受付・インテーク	家庭児童相談員	
⑤必要に応じケース把握 ケース指導	保健師	
⑥ケースカンファレンス	児童心理司 児童福祉司 保健師 家庭児童相談員 精神科医師又は小児科医師	
⑦ケースフォロー	児童心理司 児童福祉司 保健師 家庭児童相談員	

表2 受診状況及び結果（17年度）

対象者数 (人)	受信者数 (人)	受診率 (%)	回数 (回)	結果(上段は人、下段%)				
				異常なし	要指導	要観察	要精検	要受診
4か月児 健康診査	728	689	94.6	12	505	21	46	*
					73.3	3.0	6.7	117
10か月児 健康診査	700	645	92.1	12	468	54	56	*
					72.5	8.4	8.7	17.0
1歳6か月児 健康診査	724	658	90.9	12	374	93	102	0
					56.9	14.1	15.5	89
3歳児 健康診査	829	726	87.6	12	293	44	140	32
					40.4	6.1	19.3	217
							4.4	29.9

* 4か月児健康診査、10か月児健康診査では、要精査者は要受診に含む。

表3 要観察・要精検・要受診の内訳（重複）（17年度）

1歳6か月児、 3歳児健康診査の 結果、発達障害が 疑われる幼児に対 しては、東部児童 相談所が精密健康 診査、ケースカン ファレンスを行い、 フォローメンテを整 備し、関係機関の		東部児童相談所、東部児童相談所(東部)、(東部)、(東部)					
4か月児健康診査		10か月児健康診査		1歳6か月児健康診査		3歳児健康診査	
皮膚疾患	48	発達遅滞	40	言語発達遅滞	45	う歯	192
整形外科疾患	44	皮膚疾患	17	発育不良	35	言語発達遅滞	32
発達不良	21	発育不良	13	う歯	25	泌尿器疾患	20
発達遅滞	14	整形外科疾患	11	泌尿器疾患	21	眼科疾患	19
泌尿器疾患	9	泌尿器疾患	8	皮膚疾患	19	情緒障害疑	17
循環器疾患	6	呼吸器疾患	8	呼吸器疾患	14	皮膚疾患	9
呼吸器疾患	6	循環器疾患	5	整形外科疾患	9	呼吸器疾患	7
耳鼻科疾患	6	耳鼻科疾患	4	精神発達遅滞	4	消化器疾患	4
眼科疾患	6	眼科疾患	3	運動発達遅滞	4	整形外科疾患	4
その他	8	その他	21	その他	52	その他	143
計	168	計	130	計	228	計	447

共通理解を図っている。

支援リソースとして、次のような事業が実施されている。

◎館林市乳幼児発達相談

対象者は、乳幼児健康診査等で発見された精神・運動等の発達に問題のある乳幼児のうち、保健医療従事者等による経過観察、発達相談の支援を行うことが必要と認められる乳幼児及びその保護者である。実施回数は年1~2回。内容は、医師、保健師、心理相談担当者等による診察、日常生活

等に関する相談指導である。

◎乳幼児発達相談指導（さくらんば相談）

スタッフは、小児科医、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、心理職（児童相談所相談員、相談支援事業相談アドバイザー）、保健師、看護師である。診察の結果、必要な児については、医療機関や療育施設等に紹介する。また、相談終了後、スタッフでカンファレンスを行い、対象者のフォローについて検討し、各所へつないでいく。

◎公民館健康相談

毎月1回、公民館等にて保健師、栄養士による健康相談を行う。

◎巡回・電話相談

保健師、家庭児童相談員、母子保健推進員等による巡回、電話相談を実施している。

◎マザー&チャイルド（県の事業）

対象は、発達が気になる児とその保護者。保健師、児童相談部心理判定員、言語聴覚士、社会福祉士、臨床心理士、看護師、児童指導員等による月1回の相談と療育指導である。

◎館林市地域子育て支援センター（こども福祉課）

市内4カ所に地域子育て支援センターを設置し、ふれあい保育、サークル活動支援、あそびの広場、子育て相談（電話・来園・訪問・臨床心理士による相談）を実施している。

◎ことばの教室

館林市立第三小学校内に「ことばの教室」を設置している。前述の通り3歳児健診に入り、発見、相談、支援へと繋げている。

◎情緒障害通級指導教室幼児部

館林市立第二小学校内に情緒障害通級指導教室幼児部を設置している。保護者からの相談や保健師、家庭児童相談員、ことばの教室担当者からの紹介があり、通級による個別療育指導や小集団活動等を実施している。

（2）教育機関による発見と支援の取り組み

① 幼・保・小の連携の取り組み

この取り組みの背景には、小学校低学年の児童が学校に適応できない傾向が見られたり、我が子の就学を目前に控えた保護者が、小学校入学以降の生活や学習面への適応について不安や悩みを抱えていた現状があった。そこで、館林市は平成15年・16年度文部科学省指定「就学前教育と小学校との連携に関する総合的調査研究」を受け、館林市立第二小学校を中心に南幼稚園、南保育園を指定し、「幼・保・小連携の望ましい保育・教育についての調査研究」に取り組んだ。研究指定終了後、第二小学校ではこの取り組みを教育計画に位置付け、南幼稚園、南保育園とともに継続的な取り組みを行っている。

館林市立第二小学校の学級編制を表4に示す。職員数は21名、非常勤5名、介助員3名（市より各4h）である。その他に、情緒障害通級指導教室

表4 学級編制 (H18)													特殊学級		計		
1年			2年			3年			4年		5年		6年		特殊学級		計
1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
24	23	23	21	22	22	32	30	39	39	34	34	38	38	1	6		
70			65			62		78		68		76		7		426	

幼児部担当として、市より1名の教諭が配置されており、18年度は10名の幼児が通級している。

幼・保・小の取り組みの柱は3点。まず第1は「連携の意識化」として、相互参観や研修会の実施。第2は「交流活動」、道徳性の芽生えや社会性を育む連続性のある異年齢での交流。第3は「連携態勢の確立」として、学校参観や保護者懇談会の実施と保護者等への啓発である。これらは①基

本的な生活習慣の確立、②読書習慣の定着、③適性な就学に向けてという視点を持って取り組まれている。図2にこれらの連携の概念図を示す。

取り組みの成果を研究指定報告書より以下に抜粋する。

<成果>

○幼児・児童の実態を踏まえ、生活習慣や援助・指導内容を焦点化することで、目指す幼児・児童像が明確になり、教師が意識しやすくなつた。

○援助・指導内容について、主として集団にかかわる内容

と幼児自身にかかわる個人的な内容に区別することで、援助・指導場面の違いが明らかになった。

○保護者への啓発活動としての学校参観・懇談会等の実施は、保護者の就学に対する不安や悩みの解消につながつた。

○教師・保育士が、保育・授業の相互参観の方法やTTを工夫することで、個々の幼児・児童の育ちの様子を理解することができ、計画的な援助・指導の有効性が確認できた。

○園だよりに意図的計画的に、幼児理解の仕方や就学前の準備等について紹介することで、就学に対する保護者の理解が深まつた。

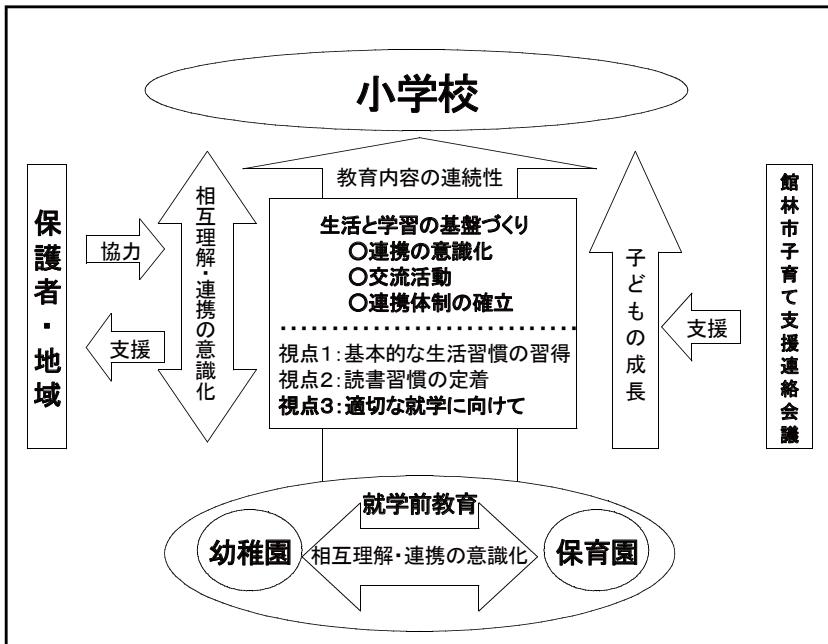


図2 幼・保・小連携の概念図

この学校では特別支援教育コーディネーターとして、特殊学級担任1名を指名しており、管理職、コーディネーターを中心に、学校全体として特別支援教育に取り組んでおり、職員の意識は高い。

これらの取り組みの中では、当然、発達障害を含めた支援の必要な子どもについて話題となり、その対応が検討され、全職員の共通理解のもと、その対応策が実施に移されている。

② 情緒障害通級指導教室幼児部

館林市内では、第二小学校のみに設置されており、市教諭1名が配置されている。現在10名の幼児が通級している。通級に至るまでの経緯や指導形態、情報連携等については次に示す。

<通級に至るまでの経緯>

- ・保護者の電話相談から
- ・市内各園からの情報と視察から
- ・3歳児健診等保健師からの紹介
- ・家庭児童相談員からの紹介
- ・市内（第三小ことばの教室より紹介）
- ・市内子育て支援連絡協議会の支援マップから
- ・その他

<幼児の指導形態>

- ・通級による個別療育指導及び保護者相談
- ・小集団活動
- ・プレイセラピー
- ・小学校固定特殊学級（知的・情緒）との交流学習
- ・小学生有志との交流活動
- ・小学校行事の参観

<情報連携等>

- ・保護者の相談会、懇談会
- ・長期休業中の小集団活動及び合同相談会
- ・通級幼児保護者の通院医師相談への立会い及び三者相談
- ・対象幼児通園先への巡回及び保育士との情報交換
- ・相談支援事業相談アドバイザーとの情報連携
- ・マザー＆チャイルド（就学前幼児の親子相談会）への観察参加
- ・市内保健師との情報交換
- ・県内療育病院、地域関係施設への観察

③「適正な就学に向けて」情緒障害特殊学級担任のかかわり

第二小学校の幼・保・小連携外、即ち学区外からの入学児についての受け入れ側移行支援の取り組みについて次に紹介する。

- ① 対象幼児通園先園長・保育士・介助員との情報交換
- ② 第二小学校固定情緒学級の授業参観、学校公開への案内
- ③ 対象幼児の保育園訪問、集団活動の様子を観察（管理職、児童部、小学校情緒学級担任）
- ④ 対象幼児の第二小通級児童部への体験参加
- ⑤ 第二小学校固定情緒学級児童との休み時間の交流活動、学校探検等
- ⑥ 保護者との面談（生育歴、教育課程、医師指導経過、その他要望等）
- ⑦ 小学校校長、養護教諭との面会と相談
- ⑧ 通院医師と保護者、児童担当、小学校情緒学級担任との四者相談会
- ⑨ 入学式前の事前打ち合わせ会
- ⑩ 校内職員への啓発と入学式への特別対応の周知
- ⑪ 協力学級児童への紹介と啓発
- ⑫ 入学後の保育園担当者との経過報告と情報交換
- ⑬ 繙続的な通院医師との情報交換会
- ⑭ 地域情報（障害児学童施設、障害児歯科、レスパイトサービス、親の会、講演会等）の紹介
- ⑮ 相談支援事業相談アドバイザーとの情報連携

3. 切れ目のない連携とツール

館林市の早期発見支援は、前述の通り、保健・福祉、教育が連携しながら情報の共有化と支援の円滑な移行を目指しながら進められている。ツールとしての個別ファイル等の共有化という面ではまだ未検討の部分があり課題が残る。館林市立第二小学校における就学前から小学校入学への移行は、幼・保・小の連携等の取り組みからその成果があらわされてきていると言える。10月中旬に実施される就学時健康診断においても、特別な支援を要する子どもの把握という観点を持って取り組まれている。また、入学予定児童について、各園と小学校担当者との情報交換会が持たれており、聞き取り項目を事前に各園に送付している。以下に聞き取りの観点を紹介する。

<特別支援の聞き取り観点>

- ① 入学式、卒園式等儀式行事で配慮の必要な子ども（集団参加・特別支援）
- ② 読み聞かせ等で、座っていることが苦手な子ども（注意・多動等）
- ③ 友達とのトラブルが頻発した子ども（コミュニケーション・粗暴）
- ④ 簡単なルールのある遊びに参加しにくかった子ども（社会性の理解）
- ⑤ 一人で遊んでいることの多かった子ども（こだわり等）
- ⑥ 特徴的な行動をもつ子ども（特徴理解）
- ⑦ 登園しぶり（不登校・教育相談）
- ⑧ 知的学習面（就学時検査境界児童）
- ⑨ 病気・薬品・保健面（保健配慮）
- ⑩ 家庭環境（生徒指導等背景理解）

申し送り 聞き取り記入欄

園No.	氏名	行動の特徴	備考：支援方法等、リソース
		①儀式配慮 ②多動 ③トラブル ④ルール ⑤一人遊び ⑥特徴的行動 ⑦しぶり ⑧知的 ⑨病気等 ⑩家庭 他 ()	
		①儀式配慮 ②多動 ③トラブル ④ルール ⑤一人遊び ⑥特徴的行動 ⑦しぶり ⑧知的 ⑨病気等 ⑩家庭 他 ()	
		①儀式配慮 ②多動 ③トラブル ④ルール ⑤一人遊び ⑥特徴的行動 ⑦しぶり ⑧知的 ⑨病気等 ⑩家庭 他 ()	

4. 子育て支援（保護者支援）

保護者への情報提供や支援は、「2. 早期発見と支援」で述べた通り、保健福祉センター等での各種相談事業や地域子育て支援センターでの事業、幼・保・小連携での保護者を対象とした懇談会や相互参観の実施、ことばの教室、情緒障害通級指導教室での取り組み、各所から配布される「お便り」等からなされている。

5. 社会基盤の充実（人材育成と地域への啓発）

幼・保・小連携で行われる保育と授業の相互参観や研修会等は、職員の子どもをとらえる力（気づきの目の育成）や専門性の向上につながっている。また、県・市主催の各種研修会や講演会が開催されている。地域への啓発としては、各関係機関から配布される広報紙や支援マップがある。また、館林市立第二小学校では、入学式の際、校長から保護者全員を対象に、特別な支援についての学校の取り組みやシステムについて説明がなされている。

6. 現状の成果と課題

表2の乳幼児健診の受診率で示した通り、3歳児健診では、前の健診に比べ受診率が低くなっている。受診しない子どもや発見に至らなかった子どもはどこで補っていくのか。館林市の場合、幼・保・小の連携やことばの教室、情緒障害通級指導教室幼児部での取り組みが成果を上げている。では、幼稚園・保育園に在籍していない子どもについてはいかがであろうか。これは各種事業の広報をさらに充実させ、保健・福祉、医療、教育のどこかのシステムにせる方策を検討する必要があろう。また早期発見の最終段階ともいえる小学校入学前に行われる就学時健診で支援の必要な子どもを確実に把握し、支援体制を整えていくことが大切である。それには今の時期より早めに就学時健診を実施し、小学校への移行を円滑に行えるよう準備期間が必要ではあるまいか。館林市立第二小学校では、現在、就学時健診での支援の必要な子どもの把握について、入学予定者の保育園や幼稚園に聞き取り項目の事前送付等の工夫を行っているが、今後、さらにチェックリスト等の検討を課題としてあげ、取り組んでいるところである。また、館林市の基本情報で記載したが、市内には館林市立養護学校（知的障害）がある。今後、養護学校との連携や、他の小学校、幼稚園、保育園も含めた市内全体としての支援システムの構築が必要であろう。

(澤田真弓・棟方哲弥)

4-2 東京都三鷹市

総合教育相談窓口と子ども家庭支援ネットワークが連携して取り組む特別支援教育

人口：171,612

出生数：1,434

保育所数：24（公立13 公設民営4 私立7） 幼稚園数：19（公立2 私立17）

小学校数：16（公立15 私立1）

中学校数（8 公立7 私立1）

1. 統括・調整機能

(1) 教育委員会：総合教育相談窓口

これまで、教育委員会の各課でそれぞれが実施していた教育相談に関わる事業を、総合教育相談窓口に統合し、乳幼児・児童・生徒及び保護者のニーズにあった支援を行う。必要に応じて、福祉・療育、保健・医療機関等と連携を図り、0歳から18歳までのライフステージに応じた支援を行う。この総合教育相談窓口のワンストップサービスを充実し、相談援助体制の充実を図ることを目指している。

(2) 三鷹市北野ハピネスセンター

心身の発達・発育に課題やつまづきのある就学前の児童・保護者を対象に療育相談に応じ、医療・保健・福祉の各分野から総合的・専門的なアドバイスを行うと共に、療育訓練を実施している。また、巡回指導事業として、市内の発達障害児の早期発見・早期療育を推進するため、保育園、幼稚園を巡回し、保育士や幼稚園教諭への指導・助言を行っている。

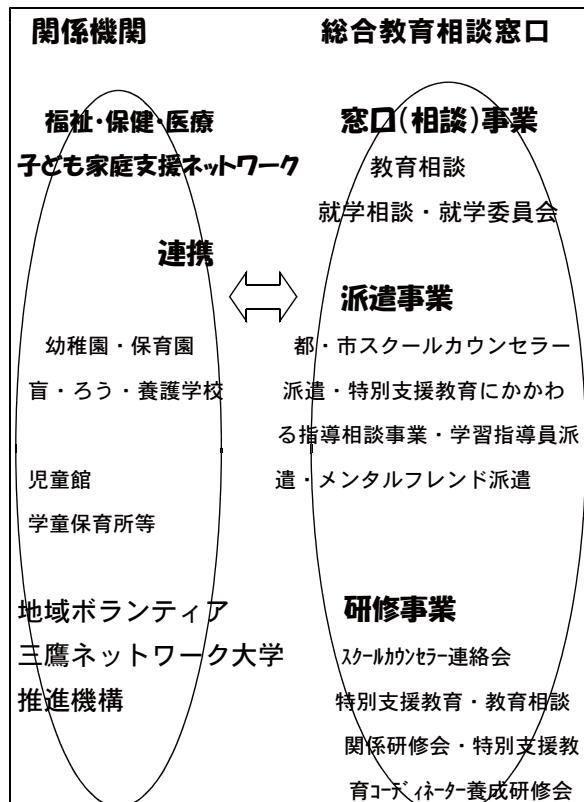


図1 総合教育相談窓口の役割と諸機関との連携

2. 早期発見

(1) 健診における発見とフォローアップ体制（平成17年度の実績）

① 1歳6か月児健診（受診率 91.2%）

来所数のうち 11.1 %に心理相談を実施、ことばの相談・社会性の問題・養育者の問題が多い。発達障害等のグレーディングの発見をしても、養育者の拒否が強く、2歳児フォローに繋げるのが難しい。母親が、子どもの問題の気づきより、健診を通過したいという気持ちを強く持っているからである。

② 3歳児健診（受診率 88.3%）

異常の早期発見だけではなく、子どもの健全育成、保護者の育児支援を図ることを目的としている。来所数のうち 13.5%に心理相談を実施、その中で 1.5%が要精密・10%が要継続であった。要精査の内訳は、精神発達・ことば・社会性等が中心である。

③ 心理相談員による子育て相談（健診後のフォロー事業）

1歳6ヶ月から3歳 6%の子ども（ことば・行動・社会性・養育者等の問題）

3歳以上 7%の子ども（ことば・行動・社会性・養育者等の問題）

④ 経過観察心理グループ（親子教室）

健診審査等の結果、心理面の経過観察が必要とされた幼児を対象に集団指導と個別相談しながら、親の育児支援を行う。1グループ30人前後

1歳6ヶ月～3歳のグループ 集団遊び・個別相談

3歳以上4歳未満のグループ 集団遊び・個別相談

参加者の主訴は、ことばの問題・落ち着きがない・かんしゃく・集団に入れない、子どもとのつきあいが分からぬ等である。

(2) 幼稚園・保育園等における発見とフォローワー体制

公立保育園では、一般保育のほかに、0から2歳4人、3～5歳で14人の障害児枠を設けている。保育上個別的な配慮が必要と思われる園児は10%おり、中には1対1の介助を行っている。北野ハピネスセンターによる巡回指導と専門家のスーパーバイズによる障害児研修会を実施している。この研修会は、テーマを分けて専門家によるスーパーバイズを受けながらの勉強会である。

3. 早期支援

(1) 早期療育の体制

乳幼児健診や北野ハピネスセンターの外来相談、園への巡回相談等からあがってきた子どもに対し（0歳から5歳）、北野ハピネスセンターにおいてインテークを実施し（園長面接及び生育歴問診）、発達検査、医療相談）、療育方針決定会議により、北野ハピネスセンター通園部門、親子グループ、外来部門等の支援を受ける。通園（くるみ幼稚園）は2歳から5歳までの子ども18名、外来は0歳から5歳までの子ども230名が、親子グループ・心理、S T、P T、O Tによる相談外来に通っている。定期的に評価を実施し、継続指導を行っている。

(2) 保育園・幼稚園の連携

北野ハピネスセンターによる保育園、幼稚園への巡回指導を実施し、保育技術の援助を行なながら、保育士のレベルアップを図っている。この巡回相談を受けるには、各園で子どもの実態を所定の様式の申込書に記入し申し込む必要がある。この申し込みの目的は、保育士等が今の子どもの状態を客観的に他者に伝える力がつくことにより、保育士等の子どもの困り感に気づく力を伸ばすことである。

4. 切れ目のない連携とツール

(1) 総合教育相談窓口と福祉、保健、医療機関等との連携

① 個別の教育支援計画等の確実な引き継ぎ

個別の教育支援計画や、個別の指導計画を保護者の了解のもとに、機関から機関へ確実に引き継ぐ体制整備に努めている。

② 小中学校教員・保育士・幼稚園教諭に対する、個別の教育支援計画研修の実施

(2) 幼稚園・保育園等と小学校との連携

① 三鷹ネットワーク大学推進機構と連携して、幼稚園教諭・保育園保育士・学童保育の保育員等を対象に、発達に課題を有する幼児・児童への支援の在り方について専門的な研修を実施する。

② 幼稚園・保育園等から小学校への円滑な接続を図るため、プレスクールの実施を検討する。

(3) 進路、就労を見通した支援のための連携

① 総合教育相談窓口で支援してきた生徒等について、義務教育修了後も、個別の支援計画を関係機関に引き継いでいく。

② 義務教育修了後の生徒について、社会性を育てるための個別の相談またはソーシャルスキルトレーニング等のプログラムの作成等を検討する。

5. 子育て支援(保護者支援)

(1) 三鷹市子ども家庭支援センター

子育て相談の関連機関で構成する子ども家庭支援ネットワークを活用しながら、子育てについてのさまざまな支援を行っている。保護者に対し、必要に応じて健康推進課や北野ハピネスセンターを紹介したり、子ども家庭支援センターのスーパーバイザーを活用して直接的な支援を行っている。

6. 小・中一貫教育校で推進する特別支援教育

市の重要課題であるコミュニティ・スクールを基盤とした小・中一貫教育校に位置づけ、義務教育9年間を一貫して支援していく。乳幼児期、幼稚園・保育園在園中、小・中学校在学中はもとより、義務教育修了後においても障害のある人や家族をコミュニティ全体で支え合い、助け合うシステムの構築をめざす。

(1) 各中学校区を単位とした特別支援教育

① 義務教育9年間を通して、継続かつ系統的な支援・キャリア教育の視点にたつ・市内各中学校区に特別支援学級か通級指導学級に特別支援教育のセンター的機能を持たせる（図3）

(2) コミュニティで支える特別支援教育

① コミュニティの中の学校・都立特別支援学校と連携した交流活動

7. 現状における成果と課題

三鷹市の今まで取り組んできた成果を、今回一貫した支援の目的に向かって、うまく行政機能を繋げよとしている。就学前の充実した取り組みを、小中一貫教育の中で特別支援教育として引き継ごうとしているのである。今後の課題として、高校の問題、都立学校との連携就労である。就労に向けた、長期にわたる個別の教育支援計画の作成、活用から今後の見通しが持てると考えられる。

（藤井茂樹・大柴文枝）

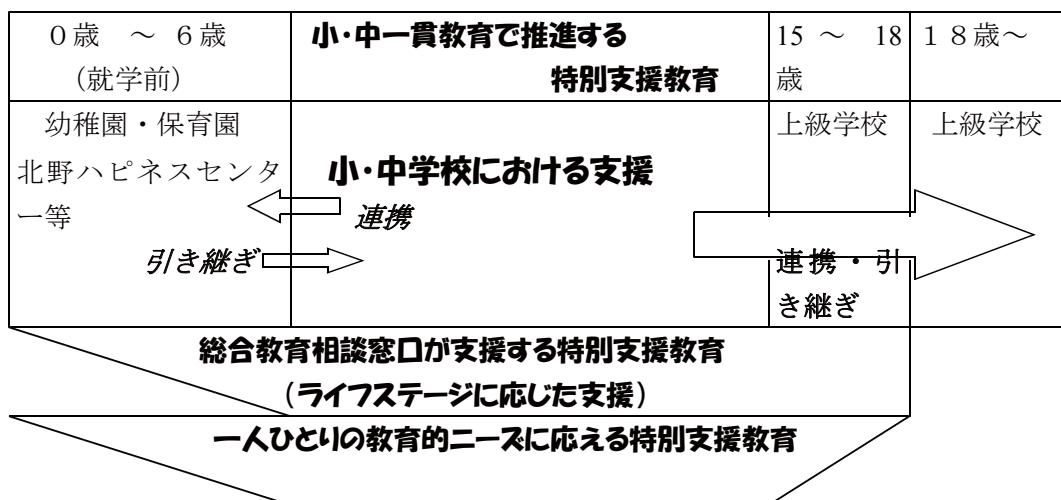


図2 三鷹市教育委員会がめざす特別支援教育

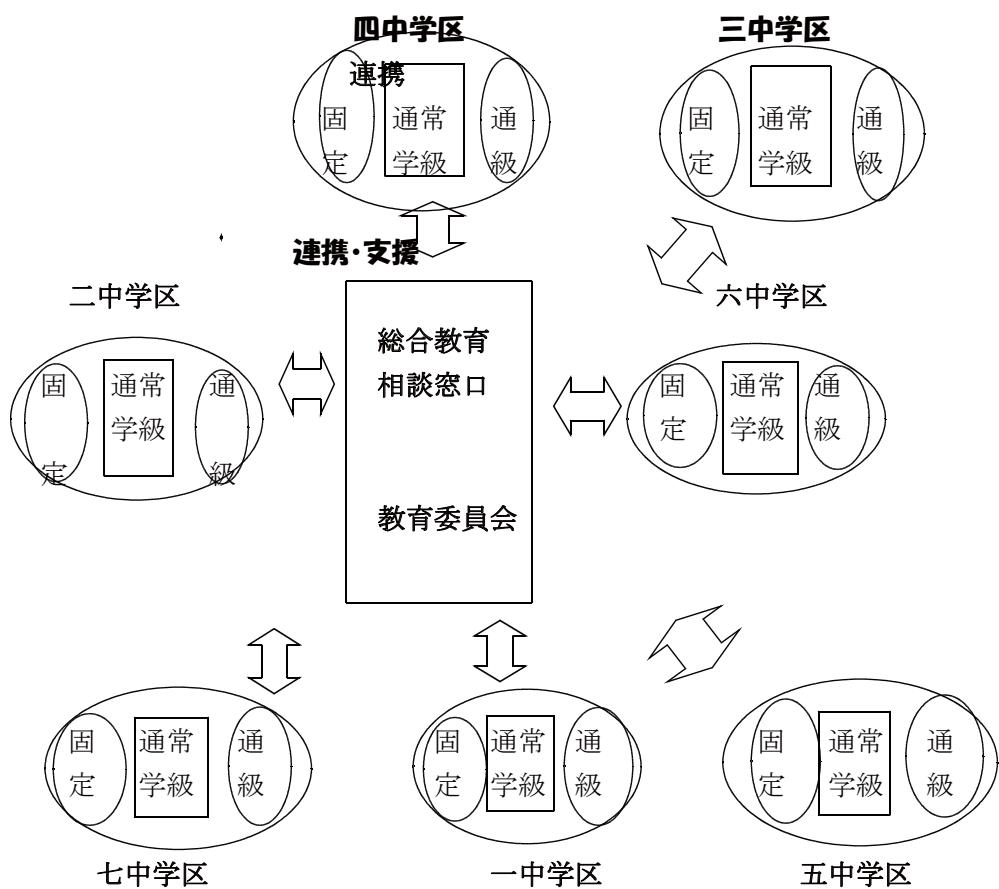


図3 心身障害児学級の計画的な配置

4-3 神奈川県横浜市

横浜市総合リハビリテーションセンターにおける早期発見・早期支援

人口 : 35,874,923 人 (横浜市)	317,152 人 (港北区)
保育園 : 36 (市立 9 私立 27) 保育室 (横浜市の認定している認可外保育施設) : 16	
幼稚園 : 24 (私立 25)	
小学校 : 25	中学校 : 12

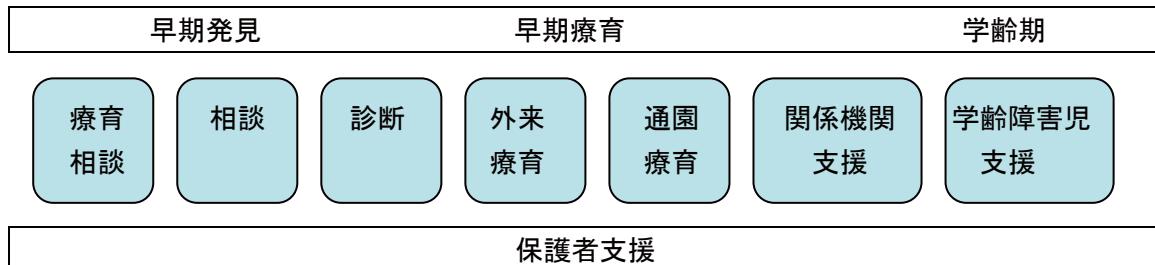
1. 統括・調整機能

横浜市総合リハビリテーションセンターは、子どもから高齢者までを対象とし障害の種別を問わず医学的、心理的、社会的、職業的等の総合的な機能をもったサービスの展開をしており、横浜市に7つある地域療育センターや18の福祉保健センターを抱える保健所との連携・調整、その他関連機関が有効に活動できるように調整的な機能を担っている。

また、同センターが位置している港北区における地域の障害者への保健・福祉の諸活動を担っている。

表1 横浜市総合リハビリテーションセンターと地域療育センター

名 称	担当行政区	開設年度
東部地域療育センター	鶴見区・神奈川区	平成15年
中部地域療育センター	西区・中区・南区	平成8年
西部地域療育センター	保土ヶ谷区・旭区・瀬谷区	平成13年
南部地域療育センター	港南区・磯子区・金沢区	昭和60年
北部地域療育センター	緑区・都筑区	平成6年
戸塚地域療育センター	戸塚区・栄区・泉区	平成元年
地域療育センターあおば	青葉区	平成19年
総合リハビリテーションセンター	港北区	昭和62年



2. 早期発見

横浜市総合リハビリテーションセンターは、自閉症を中心に発達障害の早期発見・早期支援に実績をあげているが、港北区の乳幼児健康診査において診断とその後のフォローアップを含む支援を港北福祉保健センターと連携して担っている。

特に早期発見においては、この時期には診断に不確実性が高いことを前提にして、見逃しをしないことを第一としている。障害が明らかに診断できない場合でも、何らかの障害の可能性が疑われる場合には通過群とはせず保険師等によるフォローアップをしている。

1歳6ヶ月健康診査

横浜市の受診者は 31,369 人（平成 16 年度）で、受診率は 94.3% であり、受診率は徐々に高くなっている。通過率は 74.4% で 25.6%（8039 人）が何らかのフォローアップをされていた。フォローアップで最も多いのは電話相談で 5584 人であり、次いで家庭訪問の 1467 人であり、経過健診 139 人、個別の心理相談 34 人、親子教室 11 人、療育相談 78 人となっていた。

発達障害の発見については、同センターで開発した YACHT16（1歳6ヶ月児用横浜自閉症及びその他の発達障害チェックアップツール）というチェックリストを用い、問診や行動観察に基づいて評価している。

これまでの研修や事例検討等の積み重ねによって発達障害の発見率が向上し、自閉症については港北区におけるコホート研究で 5 歳まで自閉症と診断された子どもの 70% が 1 歳 6 ヶ月健康診査で診断されて、同センターへの通所等の支援が開始されている。

この段階で明確に診断ができなかった子どもについては、保健師等が訪問や電話によるフォローアップを行って、3 歳児健康診査や同センターへの受診へとつなげている。

3歳児健康診査

横浜市の受診者は 31,558 人（平成 16 年度）で、受診率は 93.2% であり、受診率は徐々に高くなっている。通過率は 84.4% で 15.6%（4914 人）が何らかのフォローアップをされている。フォローアップで最も多いのは電話相談で 1827 人であり、次いで家庭訪問の 556 人であり、経過健診 51 人、個別の心理相談 659 人、親子教室 44 人、療育相談 24 人となっている。

同センターで開発した 3 歳児用の YACHT36（3 歳児用横浜自閉症及びその他の発達障害チェックアップツール）というチェックリストを用い、問診や行動観察に基づいて評価している。

先述のコホート研究によると、5 歳まで自閉症と診断された子どもの 13% が 3 歳児健康診査で診断され、この時点で自閉症と診断されたなった子どもで後に自閉症と診断された子どもは皆無であったとしている。

未受診者への対応

未受診者への対応としては、第 1 段階としてはがきによる再勧奨通知、第 2 段階として電話による再勧奨、第 3 段階として訪問による状況把握が行われている。未受診者の中で乳幼児健康診査ができた人数は 1508 人で通過率は 58.6% で 41.4%（624 人）は何らかのフォローアップをされていた。フォローアップで最も多いのは経過健診で 473 人であり、次いで療育相談の 55 人であり、電話相談 18 人、家庭訪問 11 人、個別の心理相談 2 人、親子教室 1 人となっていた。

健康診査後のフォローアップ

健康診査の結果について、明確な診断はされなかつたものの発達障害の可能性が疑われた事例については、福祉保健センターや児童相談所等で事例検討を行い、可能性の高い事例については密度の濃いフォローを行っている。この結果、フォローアップによって乳幼児健康診査後に自閉症と診断された子どもは、先述のコホート研究によると 13% であり、その他のルートで自閉症と診断された子どもは 3% であった。

3. 早期支援

早期支援については、障害の特性に対応したプログラムを組んで外来における集団療育を行っている。集団療育は、2クラス体制で年間を通して週1回程度で実施している。同時にコミュニケーション面に重点を置いた言語聴覚士による個別療育も実施する。

横浜市総合リハビリテーションセンターは知的障害児通園施設を持っており、発見された知的障害を伴う発達障害の子どもは主にここへ通所することで対応される。通所の日数は子どもの状態等によって異なっており、インクルージョンの観点から幼稚園・保育園との並行利用を進めている。

並行利用児については、エリア内の幼稚園・保育園へソーシャルワーカー等の専門職を派遣して、巡回相談を行う。その際にできるだけ事例検討会を持ち、事例を通して具体的な対応を幼稚園教諭や保育士が身に付けることができるよう努めている。これらに加えて、様々な情報提供や療育参観、研修も行っている。

また、通所はしないで同センターへの相談対応で養育方法等について保護者に助言をする等の支援も行っている。

先に早期発見の項で述べた保健師等によるフォローアップでは、保護者に対しての様々な相談に応じるようにしており、早期発見と早期支援の線引きが難しいような活動を多く含んでいる。

4. 連携とツール

横浜市においては、乳幼児健康診査及びその後のフォローアップによる発達障害のある子どもの発見率（発達障害の可能性が疑われる子どもを含む）が高く、支援としての療育や相談を含めて福祉保健センターや児童相談所と密に連携して横浜市総合リハビリテーションセンター行っているため、早期発見・早期支援は系統的に行われている。

生涯を通した切れ目のない支援のためツール等は現在のところ作成していない。

小学校との連携については、外来診療の継続率を高めるようにしており、約8割が学齢期においても外来を継続していることを基盤にして、教育・医療の合同事例検討会を行っている他、横浜市養護教育総合センターが開催している「通級担当者専門指導研修」の一環として事例検討の場に専門職員を派遣している。

5. 子育て支援（保護者支援）

横浜市総合リハビリテーションセンターでは、早期には明確な診断が必ずしも容易でないことを前提に、乳幼児健康診査等による早期発見では、支援の可能性のある子どもを広く捉えているので、子育て支援との連携が重視されているが、これについては今後の課題も多いとしている。

6. 社会基盤の充実

発達障害についての市民全体の理解啓発を目的とした研修会やセミナーを開催している。

また、共同療育者として保護者の養育能力を高めるために、療育参観、保護者教室、個別のカウンセリングを行っており、同時に保護者支援も行っている。

7. 現状の成果と課題

横浜市における療育機関を中心とした早期発見・早期支援の体制は大きな成果をあげてきており、これは国内外で知られている。特に比較的典型的な症状を示す発達障害については、かなり早期に発見されて療育を受ける体制ができている。しかし、その支援が就学後の支援には十分につながっているとはいえないこと、近年における発達障害の概念の拡大に伴ってその範疇に入ってきた発達障害のある人への対応はまだ十分とはいえないこと、等の課題があげられている。

このような現状を踏まえて、発達障害に関する地域と学校の支援ニーズの把握、発達障害に特化した専門的支援プログラムの再開発と実践、発達障害に関する啓発活動、幼稚園・保育園におけるインクルージョン強化支援、特別支援教育体制と精神科医療との連携の具体化、等を行っていくことを今後の計画にあげている。

(渥美義賢)

各発達段階の健康診査を活かした支援システム

～甲州市母子保健管理システム～

基本データ

人口：36,808人

出生数：約300人

保育所数：15（公立7・私立8）

幼稚園数：2（私立2）

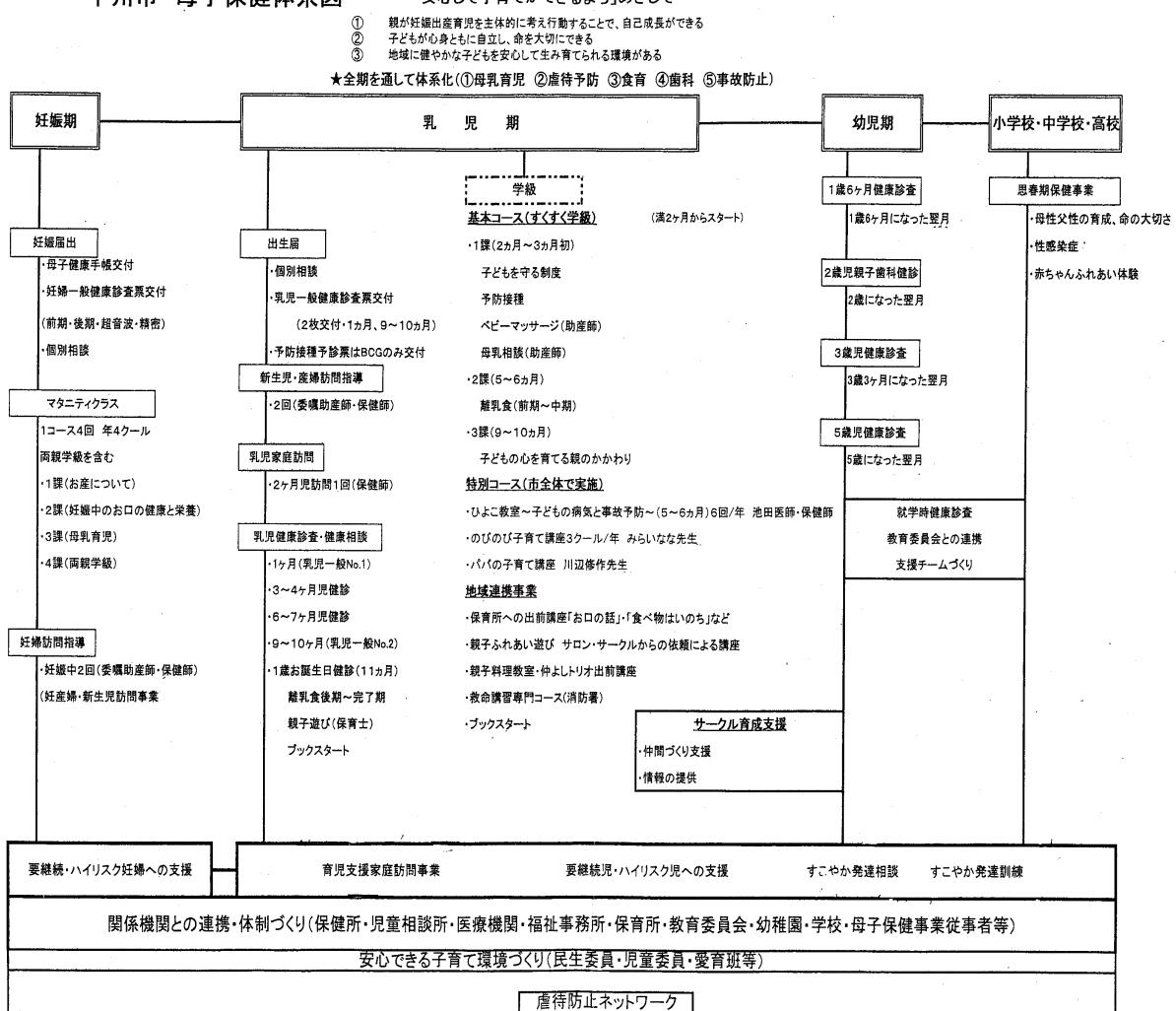
小学校数：18校（休校含む）

中学校数：7校（休校含む）

1. 統括・調整機能

山梨県甲州市における乳幼児期の発達支援に関する統括は、子育て支援課における母子保健担当者の方が中心となって機能させている。さらに、「安心して子育てができるまち」作りを目指して、保健所や児童相談所、福祉事務所、教育委員会や幼稚園、保育所等の関係機関との連携も推進している。下記の構造図は、妊娠期、乳児期、幼児期、小学校・中学校・高校と、一人の子どもの成長段階で実施される市の施策や事業等、支援の概要を体系的にまとめたものである。

甲州市 母子保健体系図



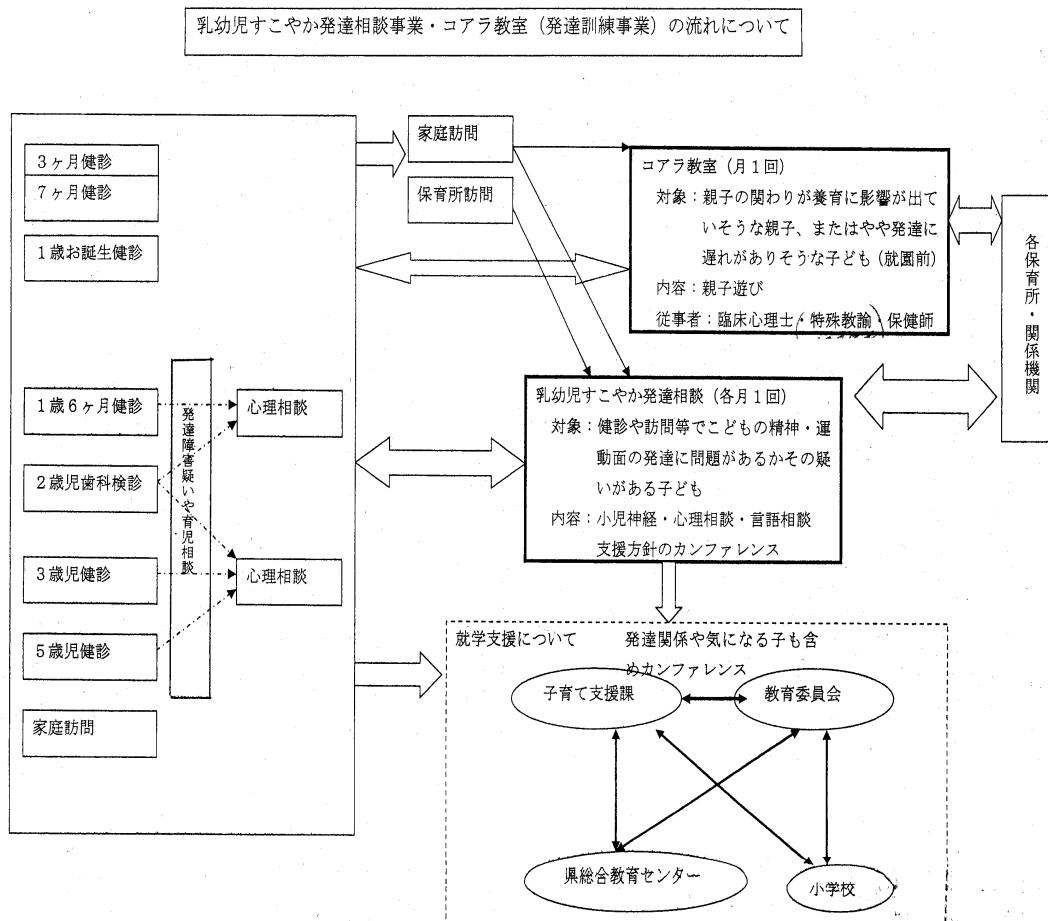
2. 早期発見

発達障害を含めた障害のある子どもの早期発見においては、甲州市は母子保健法に基づいて健康診査（健診）を3か月、7か月、1歳、1歳6か月、2歳（歯科中心）、3歳、5歳と7回実施し、健診を通して発見や支援に努めている。平成17年度における受診率は、3か月健診で99.4%、7か月健診で97.4%、1歳6か月健診で95.1%、3歳児健診で96.9%、5歳児健診で90.5%と非常に高い。1歳6か月健診を目処に開始される「乳幼児すこやか発達相談」では、健診や訪問等で精神や運動面の発達に問題や疑いがある子どもを対象に、小児神経・心理相談・言語相談などを年6回、また心理相談のみを年6回実施している。

また、1歳6か月健診・3歳児健診・5歳児健診では、山梨大学医学部社会医学講座の研究者と連携の基で、同じフォーマットのアンケート調査を実施し、時系列で追跡を行いながら発達障害等の子どもの発見にも役立てている。

特に、5歳児健診では、小学校入学前に実施される就学時健康診断での発見では対応が遅れがちな子どもや、ADHD等の軽度発達障害の子どもの早期発見も実施目的の一つになっている。平成18年度の5歳児健診からは、大学との連携で「軽度発達障害スクリーニング票」（試作版）を実施し、13項目から自閉症スペクトラムやADHD等の疑いのある子どもの発見と支援にも役立てている。今年度の5歳児健診を受けた約300人の幼児では、肥満や歯科等の身体的な問題も含めて、およそ33%が身体的・精神的にグレーゾーンの要指導・要治療・要経過観察の幼児であった。

3. 早期支援



早期発見で記述したように、甲州市では、各発達段階の健診と保護者を対象にしたアンケート調査や軽度発達障害スクリーニング票、心理相談などから、早期から支援が必要な幼児に対して具体的な対応を実施している。

上記の図は、乳幼児すこやか発達事業と発達訓練事業を核とした早期発見と早期支援を関連づけた構造図である。各健診等で明らかになった支援が必要な子どもを対象に、「コアラ教室」を月1回開催し、臨床心理士や特殊教育の経験者および保健師などによって、親子遊びを通じた指導や支援が実施されている。さらに、月1回の発達相談日には、小児神経科医師や臨床心理士、言語聴覚士が相談に対応し、そこで情報交換を就学支援等に活かしている。就学支援については、早期発見等で確認された子どもの現状を踏まえながら、就学時健康診断に際しては、各小学校に保健師が同席して健診の継続結果を養護教諭に提供するなど情報を活かすとともに、教育委員会や山梨県総合教育センター、小学校の情緒障害通級指導教室などと連携を深め具体的な対応を実施している。

4. 連携とツール

地域連携事業の一環として実施されているのは、保健師による保育所への出前講座であり、各サークルからの依頼による講座の開催や情報提供の実施、消防署が主催する「救命講習専門コース」への参加などが挙げられる。

さらに就学支援に関しては、子育て支援課の母子保健担当の保健師達が、家庭相談員や教育委員会と支援チームを設置し、継続健診で得ている情報を就学時健康診断に活かすなどの連携も行っている。その際のツールになるのが、各発達段階で7回実施される健診の継続ファイルであろう。

また、早期発見でも記載したように、調査研究の視点からは、子育て支援課の母子保健担当者らは山梨大学医学部社会医学講座の研究者達と共同研究を実施している。特に5歳児健診で実施する就学前の軽度発達障害のスクリーニングツールとして、「軽度発達障害スクリーニング票(試作版)」とツールの使い方のマニュアルを作成し、子育て支援課の母子保健担当者との連携により、ADHD等の軽度発達障害の子どもの早期からの支援の在り方を検討している。

5. 子育て支援（保護者支援）

障害の有無に関わらず子育て支援全般については、保護者が妊娠や出産、育児を主体的に考え方行動することが可能になるように、妊娠期・乳児期・幼児期ともに様々な支援活動を実施している。母子保健体系図でも明らかなように、訪問指導や健診・各種の相談、さらに、保護者を対象にした子育て支援講座や小児科医師や保健師による研修講座の開催などがある。中でも、年2回の「パパの子育て講座」では、父親の子育てへの関心をも促し、パパの子育てサークルも誕生している。

各健診等で要指導や要観察の子どもをもつ保護者に対しては、家庭訪問や保育所訪問を実施して様々な相談に応じるとともに、希望する保護者に対しては発達訓練の場である「コアラ教室」を紹介し、親子遊びを通じた子どもへの適切な対応方法を学ぶ機会を提供している。

また、未受診である保護者に対しては、保健師の努力で個別に促しが行われ、それが受診率の高さにつながっている現状もある。

6. 社会基盤の充実

人材育成や啓発に関しては、NPO・親の会等の主催による「発達障害専門研修」が開催されて、対象は、保育士や保健師、教員といった異業種であり、年4回の半日程度の研修が実施されている。研修内容は、例えば家族支援といったテーマで講義とグループセッション方式で研修が行われている。

7. 現状の成果と課題

甲州市の発達障害のある子どもへの早期発見や早期支援に関しては、子育て支援課の母子保健担当者が、労を惜しまず活動しネットワークを広げていることで非常に充実したものになっているを感じている。しかし、ADHD等の軽度発達障害のある子どもを含めて早期から実施した支援内容やその方法など、今後、小学校等の教育現場でどう活かし継続していくのかが不透明であった。

この聞きとり調査を実施させて頂いた際、山梨県教育委員会指導主事担当の先生も同席して下さり、特別支援教育を推進している各学校の特別支援教育コーディネーターの事や、個別の支援（教育支援）計画の作成と活用等について情報提供をされていた。母子保健担当者にとっては、厚生労働省から発信されている個別の支援計画の情報は熟知しているようであったが、教育行政から発信されている小・中学校の特別支援教育コーディネーターの存在と、コーディネーター外部との連絡調整窓口であるという情報は十分に浸透していなかったようであり、今後は教育と福祉が様々な情報を共有していく中で連携をとることは重要であろう。

今後の課題は、子育て支援課の情報や実施されている具体的な取組と、教育現場で話題になっている情報や推進されている取組の情報を共有するとともに、具体的な個別の支援（教育支援）計画のツールとしての活用であろう。

(廣瀬由美子・大柴文枝)

4-5 長野県駒ヶ根市

子ども行政を一元化した「子ども課」による支援システム

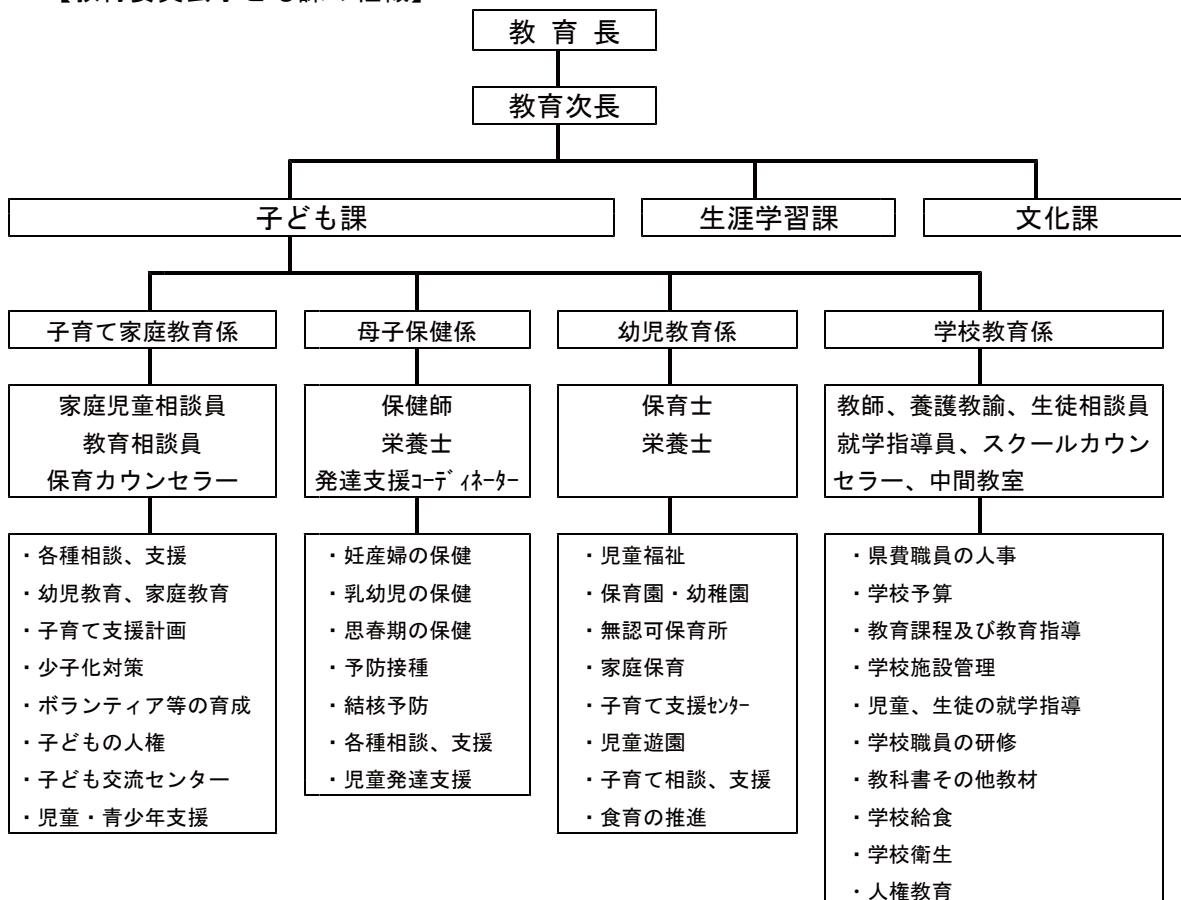
人口： 35,000 人	出生数：350 人
保育所： 10	幼稚園： 3
小学校： 5 (全校に特殊学級設置)	中学校： 2 (全校に特殊学級設置)

1. 統括・調整機能

保育の実施に係る事務の教育委員会への委任事業として、平成 16 年 4 月子ども行政の一元を図るため、母子保健（保健師等担当）と児童福祉（保育士等担当）を教育委員会に加えて、学校教育と合わせて「子ども課」を設置。

母子保健、児童福祉、学校教育、社会教育における青少年育成等、それぞれの部署で行われている子どもに関する施策を横断的な連携により一貫した視点でみていく。

【教育委員会子ども課の組織】



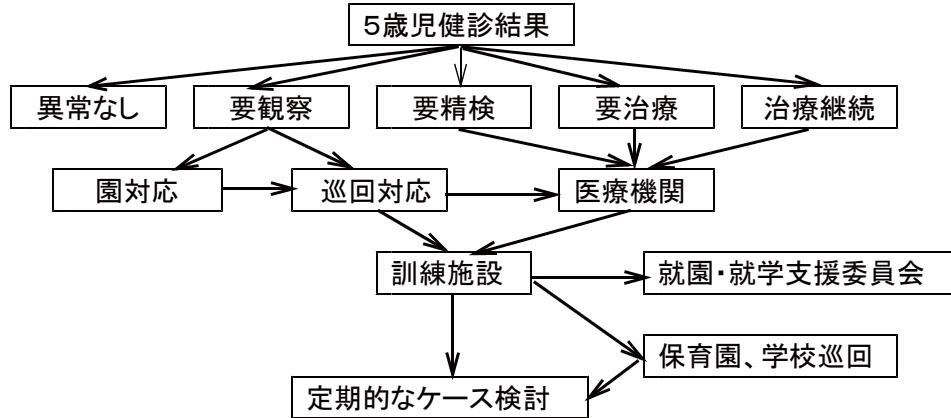
2. 早期発見

(1) 乳幼児健診

3か月健診、5か月相談、9か月健診、12か月相談、
1歳6か月健診 (97 %)、2歳児相談 (87.5 %)、2歳6か月相談 (86.7 %)、
3歳児健診 (90.8 %)、5歳児健診 (94.9 %) の9回の健診と相談。

5歳児健診については、3歳児健診から間が空いてしまうこと、1歳6か月健診、3歳児健診では発達障害の診断が難しい等の理由から、平成16年度より実施している。内容は、集団遊び、発達検査、歯科検診、二次チェック、医師の診察。

【事後フォローの流れ】



- ①要観察児に対しては、健診医師の判定を受けて個別相談の段階で園対応もしくは巡回で経過を見ることの了承を保護者から得る。
- ②合わせて健診結果を子ども課担当者から保育園に伝えることの了承を得る。保育園の協力が得られるように、保護者からも結果を園に伝えることを勧める。
- ③保護者より巡回で発達検査の同意が得られた子どもについては発達検査を実施。同意が得られれば関係者が同席。結果説明後、専門機関を紹介。
- ④専門機関拒否の保護者に対しては、巡回相談で経過を見ながら、保護者の理解が得られるまで継続してフォロー。
- ⑤療育訓練施設に通所が決まった子どもについては、定期的にケース検討を実施。より良い支援が継続できるように関係者の連携を図る。

要フォロー児									
年度	該当	受診	率	MR	PDD/LD	構音障害	ADHD	その他	療育対応
16	337	299	88.7	9	8	53	30	17	20
17	350	332	94.9	11	12	45	53	47	30

※診断ではなく傾向としての判断。グレーゾーンも含む数

3. 早期支援

乳幼児健診・相談後のフォローフォロー体制としては、医療機関、保健所、児童相談所等の専門機関への紹介（保健所、児童相談所は圏域設置）、市の事業への参加の促し（療育相談、母と子の遊びの教室、ペアレント・トレーニング、各種教室及びOB会活動、保護者会活動等）、療育訓練施設への紹介等の対応になる。

また、子ども課に「児童発達支援施設つくし園」を設置し、一貫した発達支援、療育機能を強化している。

保育園等の支援については、臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士等による保育園巡回で対応している。17年度からは言語聴覚士、作業療法士による学校巡回も始めている。巡回相談の実施は、保護者やスタッフの相談を通じた負担軽減と発達支援のスキルアップにつながっている。

【児童発達支援施設「つくし園」について】

運営委員－医療（OT, PT, ST）、教育（校長、教頭、コーディネーター）
福祉（圏域障害者支援センター、保育カウンセラー、保育士、障害福祉係長）
保健（保健所）
住民（保護者会代表、民政児童委員）
職員－園長、保育士、保健師、調理師、作業療法士、理学療法士 以上常勤
理学療法士、心理相談員、言語聴覚士、保育士 以上非常勤
通園部門：乳幼児（健診・相談後の要フォロー児）
訓練部門：園児、学童（乳幼児期からの継続児、5歳児健診の要フォロー児）
巡回相談：保育園、幼稚園、小学校（継続時、入園・入学後の要フォロー児）

4. 連携とツール

成長段階における適切な支援を行うため、「発達支援個人票（子どもカルテ）」を整備し、保護者、関係者が一体となって子どもの発達を支援している。

就園及び就学の支援として、「障害児保育園等入所審査委員会」「就学指導委員会」を「就園・就学支援委員会」に改称し、年2回実施することにより、保育園・幼稚園から小学校就学への支援の継続性と情報の一元化を図っている。

5. 子育て支援（保護者支援）

保護者の子育て支援については、保護者会を設置し、保護者との共同作業による子どもの療育支援を進めている。保護者会の活動やペアレント・トレーニングは、保護者のスキルアップと交流の場の提供になっている。

また、家庭教育力の向上への取り組みとして、子育て講演会、研修会等も開催している。

各種子育てサービスについては、利用できる年代の子どもの保護者の50%前後の利用実績となっており、ニーズは高いと思われる。

6. 社会基盤の充実

保育園等において支援が必要な子どもに対しては、加配対応や療育施設との連携を図っている他、保育カウンセラーを配置し、療育を必要とする子どものフォローを強化している。また、小・中学校の就学支援のため、スクールカウンセラー、就学指導員、教員補助員が配置されている。

関係機関スタッフのスキルアップとして「発達支援講演会」の開催、幼児教育関係者の意識向上と情報交換、連携への取組として、「幼児幼年教育研究会」を開催している。

7. 現状の成果と課題

検診の結果で要精査と判定されても、保護者の受容が厳しい場合が多い。専門医をはじめ発達障害の専門性のあるスタッフが不足しており、現状では保健師を中心に臨床心理士、言語聴覚士等と連携しながら対応している。グレーゾーンも含め多めにスクリーニングしているが、早期支援の場がない。児童発達支援施設つくし園が乳幼児期から学童期までの相談・支援を担当しているが、教育との結びつきが十分にできていない。

（笹森洋樹）

4-6 三重県亀山市

子ども総合支援室を中心とした発達支援の取り組み

人口 : 49,173

出生数 : 413

保育所数 : 13 (公立 9 私立 4)

幼稚園数 : 5 (公立 5)

小学校数 : 11

中学校数 : 3

1. 統括・調整機能

(1) 健康福祉部に子ども総合支援室を設置

保健・福祉・教育・医療の連携と子どもの一貫した育ちのために、健康福祉部に単独課として「子ども総合支援室」を設置している。早期発見・早期発達支援・就学指導と特別支援教育・就労支援・生活支援ととぎれのない橋渡しをする部署である。

総合支援室では、各機関のコーディネート（ヨコの連携）と各ステージにおける資質・専門性の向上（タテの連携）を軸に体制を整備している。

健康福祉部

子ども総合支援室

- 室長(臨床心理士)
- 事務主査(社会福祉士)
- 教育委員会指導主事
- 保健師(母子保健)
- 保育士(子育て支援センター)
- 家庭相談員
- スーパーバイザー(小児科医)

2. 早期発見

(1) 乳幼児検診

① 1歳6か月児・3歳児健診

1歳6か月児健診は、1歳6か月から1歳7か月児を対象。受診率95.4%、総合判定での異常なしは64.8%である。3歳児健診は受診率95.7%、総合判定で異常なしは72.5%である。現在、早期発見のための健診項目の再検討をしている。

② 就学時健診

子ども総合支援室が監修する「就学時健診発達チェックリスト表」を、3歳児健診以降の体制に活用している。市内小学校の就学時健診では、校長会を経由して市教委、各学校、養護教諭に依頼している。学校では、子どもの小集団場面、個別場面での観察チェックを行う。

(2) 健診後のフォロー

健康福祉部健康推進室事業である「すこやかおやこ教室」「幼児フォロー教室」「言語聴覚士による個別相談」にてフォロー

フォロー教室スタッフは、健康推進室保健師・保育士（あすなろ学園経験者）・子ども総合支援室保健師・補助スタッフ（保育士）である。

(3) 保育園・幼稚園等における発見とフォローアップ

気になる子どもについて、巡回指導（年2、3回）の時に相談し療育的保育支援を開始する。合わせて子ども総合支援室等へ相談する。子ども総合支援室ではケース情報を把握し、室スタッフによる地域連携相談、児童相談所心理司による心理査定、児童精神科による医師面接のいずれかで対応し、場合によっては県立小児診療センターあすなろ学園や療育センター等の専門機関と情報交換の形で紹介している。

3. 早期支援

(1)早期療育

市としての療育教室は設置されていない。療育の必要な子どもに対しては、鈴鹿市・四日市市の療育センター、県立小児療育センターあすなろ学園を活用している。平成19年度からの亀山市単独の療育教室開設に向け、計画中である。

(2)保育園・幼稚園の連携

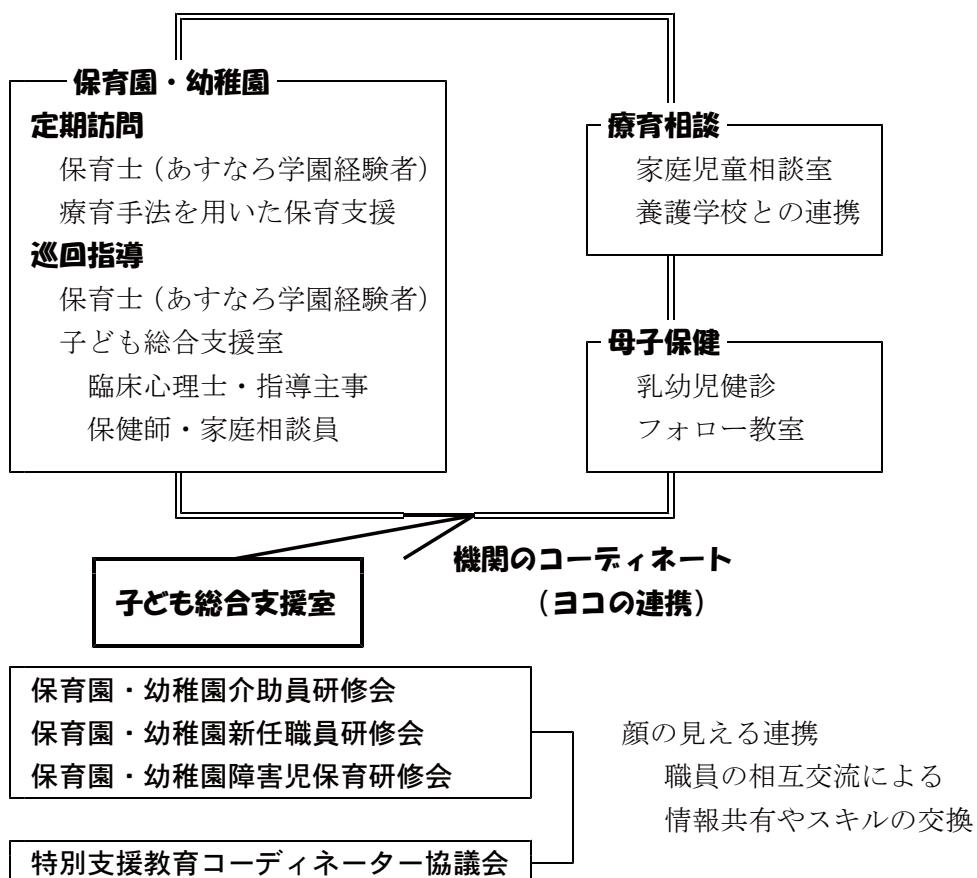
気になる子どもについての巡回指導の時に相談をし、療育的保育支援を開始する。障害児保育研修会、新任職員研修会の開催。教育機関との相互交流や情報交換を果たせるよう運用の工夫を図っている。

4. 切れ目のない連携とツール

(1)継続した相談・支援体制の整備・保健、福祉、教育、医療との連携

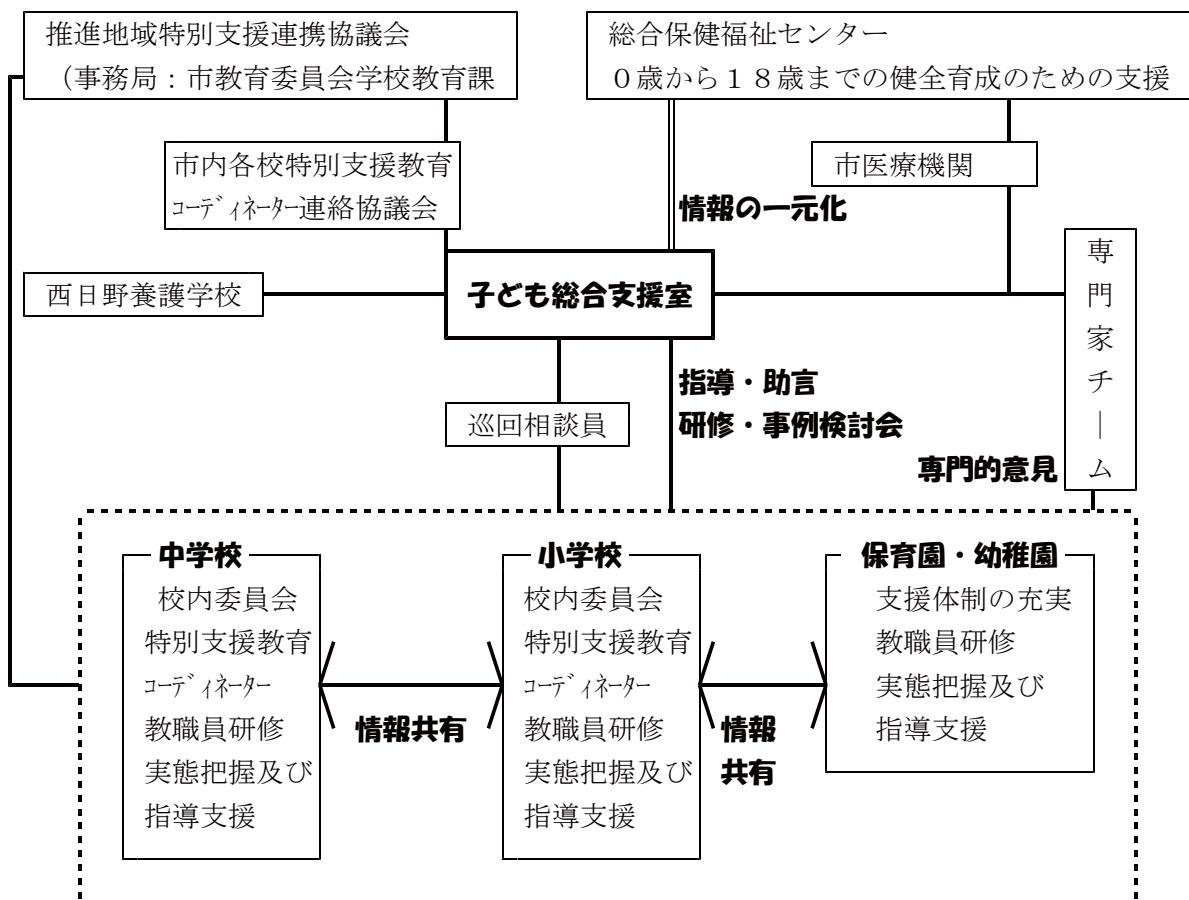
子ども総合支援室が相談窓口となり、相談窓口の一元化を図っている。巡回相談、各種機関連携、研修支援及び事例検討会を開催している。就学前の支援として、健診後のフォローと療育、保育園・幼稚園への支援という流れを、子ども総合支援室がコーディネートしながら繋げている。

療育機能を基にした就学までの支援の関連図



就学後の支援は、子ども総合支援室の巡回相談（指導・助言・研修・事例検討会）と専門家チームによる、小中学校への専門的意見により行っている。小中学校における特別支援教育の充実はこれからであり、子ども総合支援室の指導主事が中心となり推進している状況である。

学齢期の支援体制組織図



5. 現状の成果と課題

(1)発達障害児療育相談事業

発達に躊躇を持つこどもへの療育と保護者支援の充実
言語聴覚士、感覚統合訓練士、特別支援教育士の専門的スタッフによる個別面接とスーパーバイズ

(2)児童家庭支援事業

子どもに関する総合相談窓口の充実
児童精神科医の医療相談
児童相談所の巡回
子ども総合支援室における機関支援（心理的地域支援、家庭児童相談室相談等）

(3)子どもに関わる地域連携事業

保健、福祉、教育、医療のネットワーク強化
相談面接をもとにした機関連携、コーディネート・ケース検討会や処遇会議
各種研修会の主催や講演依頼の対応・子ども総合支援室スーパーバイズによる医療的支援

(藤井茂樹・渥美義賢)

発達支援室を中心に、就学前から学齢、就労まで 一貫した支援「湖南市発達支援システム」

人口：56,076人

出生数：540人

保育所数：11（公立8 私立3）

幼稚園数：6（公立3 私立3）

小学校数：9

中学校数：4

1. 統括・調整機能

湖南市発達支援システムによる、生涯にわたる一貫した支援の実施

教育・福祉・保健・就労・医療の関係機関の横の連携によるサービスと、個別指導計画と個別移行計画による縦の連携によるサービスを提供するシステムを立ち上げている。

(1)発達支援室(支援システムの司令塔)

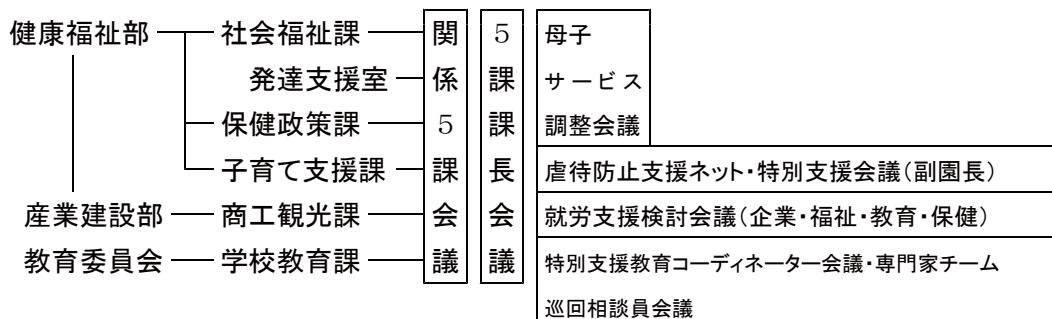
行政における保健・福祉・教育・就労の統括調整機関として健康福祉部内に設置、統括・調整だけではなく、専門的な発達支援も担う。

(2)組織

発達支援室には室長（特殊教育の専門家）と保健師（母子・精神保健担当）が配属され、乳幼児健診・障害児保育・特別支援教育・障害者生活支援・障害者福祉サービス担当者と連携を取りながら、個々のケースの支援コーディネートを実施する。

発達支援室 室長 保健師	健康推進課	母子保健担当保健師	乳幼児健診・療育
	子育て支援課	保育園担当主幹	障害児保育
	学校教育課	指導主事	特別支援教育
	商工観光課	労政担当主幹	障害者就労
	社会福祉課	精神保健福祉士	障害者生活支援

発達支援室は、障害のある人への支援を行う関係課（関係5課）との定期的な連携会議と各課の実施する事業を各課が連携を取りながら実施している。

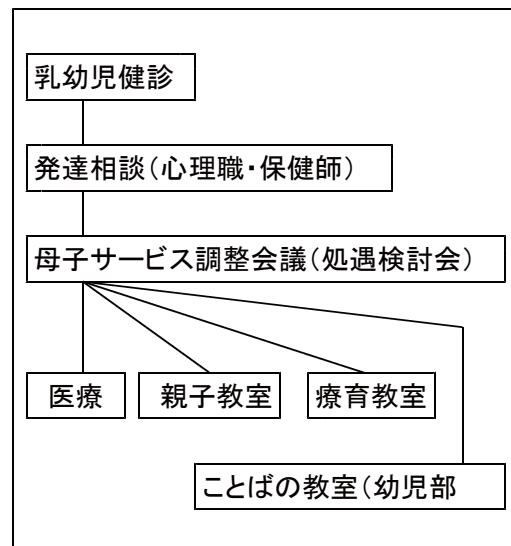


2. 早期発見

(1) 健診における発見とフォローアップ体制

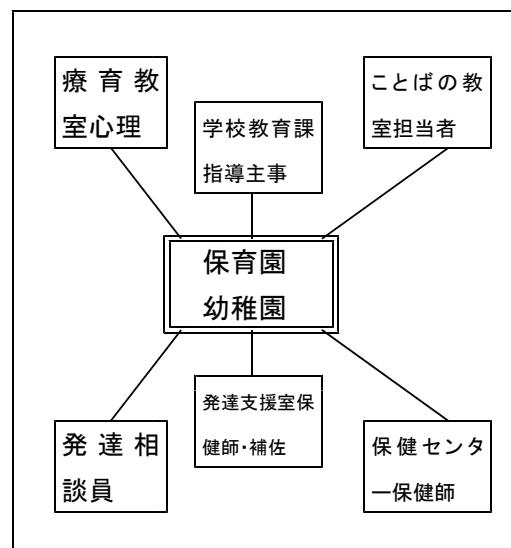
（4か月　10か月　1歳6か月　2歳6か月　3歳6か月児健診）

乳幼児健診により何らかの支援が必要な子どもが発見されたら、心理職と保健師による発達相談を実施する。この発達相談後、母子サービス調整会議（母子担当保健師発達相談担当心理・療育担当心理・ことばの教室担当・発達支援室）による、処遇検討会を行う。今まででは、それぞれの担当者の判断で処遇を決めていたが、発見から支援の体制をスムーズに行うため、関係機関担当者が集まり検討し、保護者の了解を得た上で、支援を実施する。



(2) 保育園・幼稚園における発見とフォローアップ体制

保育園・幼稚園では、市発達支援システムにおいて、園を支える仕組みができる。各園に子どものことを検討する園内委員会が設置されており、窓口は副園長（コーディネーター）が行い、定期的に園に専門家が訪問し、子どもの観察と保育士・幼稚園教諭と話し合い、園でのかかわりや保護者への対応、専門機関の活用等について相談をする。そのことにより、健診後は各園で支援の必要な子どもの発見がなされ、スムーズに療育機関等に繋がっている状況である。



3. 早期支援

(1) 早期療育の体制

（親子教室（集団指導））

1歳から3歳までの比較的障害の程度の軽い子どもと母親との親子遊びを中心に関わる。子ども支援と親支援を行う。

（療育教室（個別・集団））

1歳から就学前まで、比較的障害の重い子どもの集団指導を行う。心理職を中心となり、個々の個別支援計画に基づいて集団指導を行う。また、子どものニーズと保護者の状況に応じて、個別で対応する場も設定している。大学教員のスーパーバイズを受けながらの支援である。

(2)早期教育の体制

〈ことばの教室幼稚部〉

3歳から就学前までの子どもを、コミュニケーションを中心に支援している。

軽度発達障害の子どもは、ことばの教室での小集団指導をも交えながら支援を行う。

(3)保育園・幼稚園における支援体制

市内、保育園・幼稚園における何らかの障害のある子どもへの支援は、障害児保育と園への専門家巡回指導、保育士・幼稚園教諭障害児研修会等により行っている。園支援のコーディネーターは発達支援室が担っており、園からの相談は発達支援室に連絡すれば 発達支援室が関係機関と調整を行い、園訪問等を行い支援を開始する。

園の窓口は副園長であり、月に1回保育園・幼稚園の副園長会を発達支援室が開催し、園における個別指導計画の作成や実施、評価について、個々の子どもの支援について検討している。

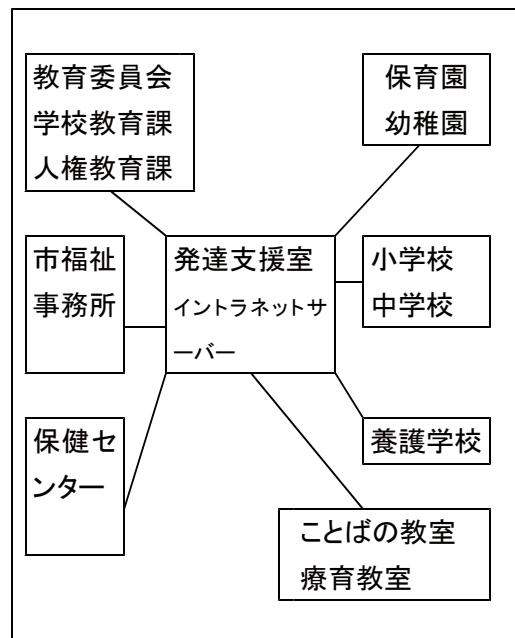
4. 切れ目のない連携とツール

(1)個別指導計画

湖南市発達支援システムの大きなねらいは、生涯にわたる一貫した支援である。一貫した支援のツールとして、個別指導計画作成を市の条例によって義務づけているのである。療育の段階から、保育園・幼稚園・小学校・中学校まで作成される。高校へは保護者の了解の下、この計画書により引き継ぎがなされる。養護学校においては、市の作成された個別指導計画で支援の引き継ぎがなされていく。文書のみの引き継ぎではなく、必ず学校教育課指導主事もしくは発達支援室担当者が同席する中で引き継ぎが行われていく。

(2)湖南市発達支援ITネットワーク

市内に分散する各機関と家庭とを結んだ密接な情報交換を、乳幼児期から学齢期、就労までつなげるインターネットモデルである。特徴的な機能は、「子どもの個別の会議室」での教育相談の積み上げである。この会議室では、担任には現在担当している子どもの個別の会議室のみが表示され、発達支援室やことばの教室等との会議がなされていく。会議の教育相談内容は、該当の保護者に開示することを前提としている。また、各機関の電子会議室があり、関係機関との連携が容易にできる。文献や身近な研修会の情報も得られたり、個別指導計画の各様式をダウンロードし印刷でき、指導のためのワークシートも取り出したりもできる。



5. 障がいのある人がいきいきと生活できるための自立支援に関する条例

この条例は、障害者自立支援法と発達障害者支援法を融合させ、障害のある人への支援につき、市・市民・事業者等の責務を明確にし、発達支援システムを市の約束として位置づけたの

である。早期発見及び発達支援、就労支援、生活支援、支援を広げるための施策等を明確にした画期的な条例といえる。この条例内容を、真摯に受けとめ実施されていければ、湖南市に住む人々は生きがいを持って自立していくと考える。

6. 現状における成果と課題

早期発見、早期発達支援、特別支援教育はシステムに乗っての支援が確立しだしてきていく。今後、高校や大学、就労等の支援の充実が課題である。障害者就労支援検討会を軸に、発達障害者も含め障害のある人の就労支援の在り方を施策として確立していくことが重要である。

(藤井茂樹)

4-8 兵庫県神戸市

学びの支援センターを核とした支援システム

－保育支援シートの作成とことばの教室と幼稚園の連携－

人口：1,525,839

出生数：12,280

保育所数：189（公80・私109内訳）

幼稚園数：149（公51・私98内訳）

小学校数：169

中学校数：83 分校2

1. 統括・調整機能

(1) 教育委員会

18年度、幼稚園の園内支援体制モデル事業を垂水区において実施している。

このモデル事業は垂水区4園に対し、学びの支援センター専門相談員が気がかりな児童の保育について、幼稚園に対し保育助言を行い、通級指導教員の巡回相談に対する助言を行うことを出发点した統合保育の在り方と支援を行おうとするものである。

神戸市はきこえとことばの教室を7カ所の小学校に設置し、それぞれに児童のことばの教室を併せて配置した。この児童ことばの教室の担当者が子どもの問題の分析を行い、通級指導教室用の「個別の指導計画」と項目毎の課題解決シートとしての「個別支援シート」を作成し、これとともに「保育支援シート」として整理する。これにより、この支援から幼稚園全体の保育支援として実施している。また、モデル園4園がそれぞれの研究テーマを立ち上げ、「通級の支援システムと幼稚園の統合保育実践」を推進している。

(2) こうべ学びの支援センター

LD、ADHD、高機能自閉症等の特別な教育的支援を必要とする児童生徒の早期の実態把握ときめ細やかな指導の実施と具体的実際的な学校支援を行うため、平成14年度より大学院生等を教育補助者として小・中学校に配置し、また、専門家による巡回相談を行ってきた。さらに、平成16年4月より、特別支援教育の推進体制をさらに強化するため、「こうべ学びの支援センター」を開設し、推進体制の整備を図った。それは、全ての学校に校内委員会を設置し、特別支援教育を推進するリーダー（コーディネーター）を配置する。こうべ学びの支援センターは、小・中学校、関係機関及び保護者と連携し、相談・アセスメントの結果をもとに、各学校に巡回指導員等を派遣し、校内委員会で作成される個別の教育支援計画や具体的な指導方法等についての支援を進める。

運営体制は①指導主事2名 ②専門相談員3名 ③巡回相談員10名 ④医療教育相談担当員7名で当たっている

2. 早期発見

(1) 保健指導・相談

母子健康手帳の交付と別冊「すくすくハンドブック」により妊娠及び乳幼児に関する行政情報、保健・育児情報を提供。また、保健師による全新生児を対象に新生児訪問指導を実施、また、出産間もない母親への支援として「産後ホームヘルプサービス」を開始。さらに、ハイリスク妊婦や低体重児、未熟児等の健康訪問指導も実施している。

(2)健康診査

妊婦を対象とした妊婦健康診査と乳幼児を対象とした4か月児健康診査、9か月児健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査がある。乳幼児健康診査では、要経過観察児を対象にフォローアップ検査と要精密検査児を対象に精密検査がある。その他、出生直後に実施する先天性代謝異常等検査がある。歯科検査は1歳6か月児健診及び3歳児健診の際に実施している。

健診受診率は全ての健診において90%半ばを維持しており、政令指定都市の中でもトップクラスである。

3. 早期支援

対象者別の支援として、多胎児の子育て教室、要観察児を対象にした要フォローアップ児の子育て教室、障害児の子育て教室などが行われている。

4. 連携とツール

こうべ学びの支援センターが核となり、通級指導教室（幼児ことばの教室）と幼稚園の連携が推進されている。この連携に欠かせないツールとして、「個別の指導計画」と「保育支援シート」が作成されている。「保育支援シート」には、子どもの課題点、子どもの理解ととらえ方、チェックリスト、支援方法、評価、考察の欄が設けられている。さらにこのシートや専門相談員・巡回相談での助言等を参考に、統合保育実践に向けての教材や環境の工夫を行っている。

5. 子育て支援(保護者支援)

子育てに関する保健サービスと福祉サービスを一体的に提供するため子育て支援室が設置されている。ここでは健診受診後の相談が増加の一途という。また健診未受診児対策を行っており、結果として受診率は政令指定都市のトップクラスにまで上昇した。

また、親子グループ療法を取り入れ、親子関係を適切に築けない家庭を対象に親子関係の修復や適切な育児行動の支援を実施している。さらに、虐待を予防するため各区毎に「子育て支援ネットワーク」を設置し、子ども家庭センターとの連携を図っている。

6. 社会基盤の充実

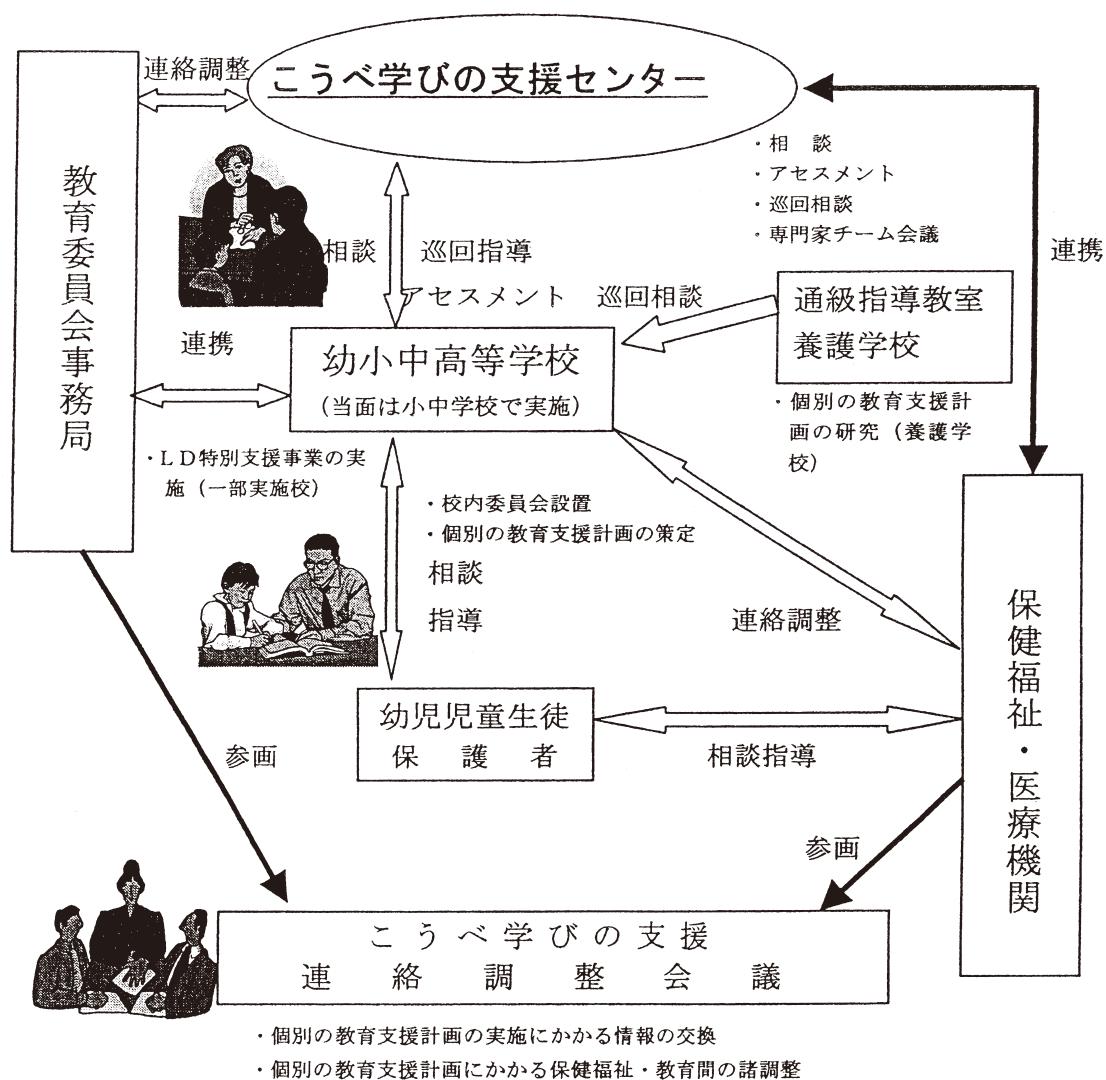
平成16年から、母子保健情報システムを稼働している。母子保健事業は対象が妊娠期から就学後まで長期に渡り、内容も健康面から子育て支援まで多岐にわたる。こうしたことから、システム化が重要と考えられていた。これにより、神戸市における母子保健の現状を的確に捉えることが可能となり、市民サービスの充実と子育て支援の新たな展開への利用が期待される。

7. 現状の成果と課題

市全体としては、子ども家庭センターや発達支援センターと連携をとりながら、子どもや保護者への支援を行っている。教育として、すでに体制ができていた神戸市きこえことばの教室担当者による巡回相談の実施と保育支援シートをツールとした幼稚園の保育力量の向上は、保育者の気づき（子どもを見る目）を育てる成果を確実に上げている。今後、個々のニーズと具体的な保育実践の積み上げにより、さらに保育者の力量を向上することが、統合保育の成果を発信できることに繋がっていくのではないかと思われる。

（ 後上鐵夫・藤井茂樹 ）

図1 神戸市特別支援教育推進体制



4-9 鳥取県倉吉市

福祉課を中心に保健・福祉・教育が連携した 発達支援の取り組み

人 口 : 53,175
保育所数 : 25 (公立 12 私立 13)
小学校数 : 14
出生数 : 450
幼稚園数 : 3 (私立 3)
中学校数 : 5

1. 統括・調整機能

(1) 福祉部門に発達障害担当を配置

福祉課に発達支援担当の保健師を配置する。行政内部の保健、福祉、教育の連携。生涯を通したケアマネジメントや地域ネットワークづくりに取り組んでいる。発達障害児等の早期発見と早期療育・教育環境の整備・継続した相談、支援体制の整備・保健、医療、福祉、教育等関係機関の連携とネットワークづくり・子どもや家庭への支援に努める部門である。

- 福祉課(障害福祉・児童福祉)
 - 保健師(マネージメント)
 - 療育・障害児保育(発達支援)
- 健康支援課(母子保健)
 - 乳幼児検診・5歳児健診
 - (早期発見)
- 学校教育課指導主事
 - (特別支援教育)
- LD・ADHD・高機能自閉症等の支援

2. 早期発見

(1) 乳幼兒健診

① 1歳6か月児・3歳児健診

それぞれの健診において、健診追加問診票を活用し、保健師が子どもの行動発達チェック（観察）を実施する。この行動観察終了後、母親から問診をとる。健診時、ロビーにて絵本の読み聞かせをしたり、地域子育て支援センタースタッフによる親子遊びを実施したりする。あわせて、子育てに関する相談をも行っている。

② 5歳児健診

市内保育園、幼稚園の保育士・幼稚園教諭による5歳児（年中クラス）の園児全員に対し、発達行動チェックを実施する。チェック実施後、すでに支援を行っている園児を除いて、市福祉課発達支援担当保健師に連絡する。連絡を受けた保健師は、園からあがってきた5歳児の状況を保育士等と確認しながら、5歳児健診にくる園児を決定していく。この5歳児健診は、集団健診ではなく、5歳児発達相談の形で実施している。

(2) 健診後のフォロー

医療機関の紹介、事後の健診案内、保健所による発達クリニックの紹介、保健師による訪問・電話確認・保育園等での様子確認、親子集団遊び教室（にこにこ教室）を紹介している。

(3) 保育園・幼稚園等における発見とフォローアップ

倉吉市の保育園入所児童の割合は、0歳 13 %、1歳 45.3 %、2歳 58.8 %、3歳以上 91.1 %であり、5歳になると 96.9 %と高くなり、ほとんどの家庭の子どもは保育園を利用している。乳幼児検診での早期発見だけではなく、保育園による気づきから早期支援を実施することにより、もれなく障害のある子どもの発見が可能となり早期発達支援に繋げることがで

きているのである。そのため、5歳児健診にあがってくる子どもは、転居してきた子どもであったりする子どもがほとんどであり、5歳の段階ではほぼ保育園等で何らかの支援の必要な子どもについては気づかれているといえる。

3 早期支援

3-1 早期療育

(1)皆成学園発達障害児外来療育相談事業の利用

- ① 発達障害児の集団療育（わいわいランド） 療育と家族支援
個別療育（杉の子教室） 療育と家族支援

(2)自閉症・発達障害支援センター（エール）の利用

- ① 倉吉市発達障害者支援体制整備事業にエールの協力を得ながら実施
ア 早期発見、早期療育から教育に繋げる体制
 - ・乳幼児健診一問診票「(1歳6ヶ月・3歳)」の見直し後のフォロー
 - ・保育園、幼稚園巡回相談

- ② 研修
 - ・保育園、幼稚園における現任研修

(3)保育園・幼稚園の連携

- ① 保育園、幼稚園への巡回指導（気になる園児は全入所園児の5%）
自閉症・発達障害者支援センター（エール）の巡回指導
保育園・幼稚園 28園中、15園 71人の園児が現段階では対象
保育園での療育支援 43件・学校への申し送り 13件
(集団での適応行動を身につける、強化子による子どもの行動変容・わかりやすいカードを使って実施)
- ② 研修会の開催
ムーブメント研修会、子どもの発達支援研修会（保育、教育関係職員の意識改革と質の向上を図ることを目的としている）

4 切れ目のない連携とツール

(1)継続した相談・支援体制の整備

障害のある子どもに関する相談窓口を設置し、専門職員による相談から支援まで一貫して行うケアマネジメント体制を整備する。障害者地域生活支援センターと連携し、継続した相談・支援をする。

(2)保健・医療・福祉・教育等関係機関の連携とネットワークづくり

乳幼児期から学齢期、就労の段階まで継続した支援ができるよう保健・医療・福祉・教育・就労等関係機関が連携する体制を整備し、地域住民を含む支援ネットワークづくりに取り組む。現在取り組んでいる事業は、保育園入園児童等の巡回相談、子どもの発達支援研修会の開催、発達障害支援体制整備事業の実施、家族（本人）や関係者による支援会議の開催である。

5 子育て支援

(1)子育てネットワークづくり

子育て家庭の不安感や負担感の解消を図るために、子育てについて同じ悩みを持つ者どうし

のネットワークづくりを支援するとともに、子育て支援するネットワークづくりを進める。

(2)子育て支援サービスの充実

子育て家庭のニーズにそったサービス提供と、職員の質の向上を図り、内容の充実に努める。具体的には、延長保育・乳児保育・障害児保育・休日保育の推進、家庭支援促進保育・乳幼児健康支援一時預かり事業・子育て支援短期利用事業の実施等である。

6 現状の成果と課題

福祉課内に発達支援担当者（保健師）を配置することにより、行政内部の関係部局、医療や療育機関、学校等との連携が少しづつ円滑にできるようになり、前向きな関係者のチームが育ちつつある。しかし、支援対象者が多く、療育の専門分野については直営の施設をもっておらず、個別支援計画の作成やマネジメント体制を含め、市内における各関係機関の役割分担を明確にする必要がある。担当者によって支援の質や行政の取り組みの内容が変わらないよう、地域の関係者が組織としてよいネットワークを形成しなくてはならない。

倉吉市の発達障害のある児童への年代別支援体制

市担当課 (相談窓口)	福祉課（生涯を通したケアマネジメント、地域ネットワークづくり）				
	健康支援課母子保健担当	学校教育課指導主事（小・中）			
所属等	保育所 親子教室 幼稚園	小学校 養護学校（小学部）	中学校 中学部	高校 高等部	大学等
乳幼児健診	6か月 3歳児 1歳6か月 5歳児				
医療・診断	保健所（発達クリニック）				
		厚生病院（脳神経小児科）		倉吉病院	
療育	倉吉東児童デイサービス				
	皆成学園（杉の子・わいわいランド）				
教育支援	中部療育園				
		特別支援教育主任（小・中・高）			
		障害児学級			
		ことば・きこえの教室			
		通級指導教室（L D等）			
		倉吉養護学校 通級指導教室 自閉			
就労支援				職安等	
相談・支援	自閉症・発達障害支援センター				
相談・支援			中部教育局		
	L D専門員、特別支援教育コーディネーター				
	児童相談所				
	地域療育コーディネーター		更正相談所 障害者地域生活支援センター		

（藤井茂樹・渥美儀賢・棟方哲弥）

乳幼児期からの一貫した相談支援体制 ～特別支援幼児教室の取組～

人 口：196,000 人	出生数：15,000 人
保育所：47（公立 14 私立 33）	幼稚園：31（公立 27 私立 4）
小学校：34（国立 1 公立 34）	中学校：18（公立 16 私立 2）

1. 統括・調整機能

健康増進課、子育て課、教育委員会学校教育課特別支援教育室が連携し、乳幼児期からの一貫した相談・支援体制をつくる。健康増進課、子育て課、教育委員会学校教育課特別支援教育室が連携し、乳幼児期からの一貫した相談・支援体制をつくる。

1歳6か月健診、3歳児健診において、発達面の気になる子どもについては、保護者に「発達健康相談」を勧め、個別に対応する。発達健康相談の継続していく場合や子ども、保護者に対する支援が必要な場合は、保健福祉総合センター内にある子育て支援センターにおけるミニ療育や療育施設、保育所の一時保育や特別支援幼児教室の利用等を勧める。その場合は、保健師が中心となり、保護者の了解を得て、発達健康相談の情報提供を行う等、関係機関との連携を図る。

乳幼児期の相談事業を引き継ぎ、特別支援幼児教室及び幼稚園、保育所の就学前教育・保育における特別支援教育体制整備の充実が図られ、就学支援へつなげている。

2. 早期発見

(1) 乳幼児健診

- ・1か月児健診（個人健診：医療機関委託）
- ・4か月児健診（集団健診：保健福祉総合センター、ブックスタート事業）
- ・10か月児健診（個人健診：医療機関委託）
- ・1歳6か月児健診（集団健診：保健福祉総合センター、臨床心理士・保育士の育児相談）
- ・3歳児健診（集団健診：保健福祉総合センター、臨床心理士・保育士の育児相談）

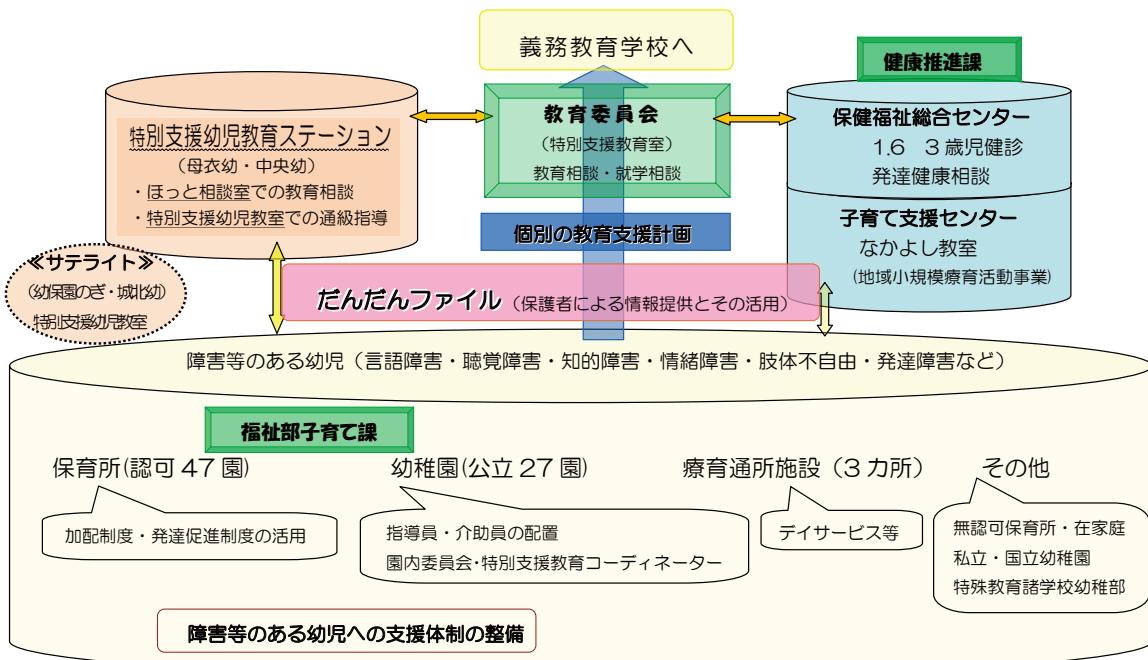
(2) 発達健康相談

全ての乳幼児の障害の早期発見、早期療育・支援を目的として、乳幼児検診の実施時期・内容の見直しを図るとともに、乳幼児健診の2次スクリーニングの場として発達健康相談が開設されている。毎月2回、小児神経専門医、心理判定員、保健師が担当する。発達健康相談の役割は、乳幼児健診の2次スクリーニングの場として発達状況を判断し適切な療育につなげるここと、家庭教育のアドバイスを行うこと、療育機関と連携し適切な発達援助を行うこと、そして各種福祉制度の情報提供や具体的な支援を行うことである。

(3) 「なかよし教室」（子育て支援センター）

乳幼児健診や発達健康相談、医療機関などから紹介された子どもや、ことばが出ない、落ち着きがない、視線が合わないなどの子どもを対象に、親子で一緒に遊ぶことを中心に様々な遊びの体験を通して生きる力を養い、子どもの発達を促すことを目的としている。専任の担当者を置き、子どもの発達や育児に対する不安や悩みの専門相談に応じている。

松江市における障害のある乳幼児への一貫した支援体制 基本構想図 (H18)



★その他連携をしている機関：島根県立教育センター・中央児童相談所・医療機関・保健所・発達障害者支援センター(出雲市)・親の会

3. 早期支援

(1) 「特別支援幼児教室」及び「ほっと相談室」

昭和 50 年から市立幼稚園に設置していた難聴・言語障害幼児学級及び情緒障害幼児学級を改め、平成 13 年に「特別支援幼児教室」をスタートさせた。特別支援幼児教室は、早期からの教育相談を行う機能（「ほっと相談室」）と通級による指導を行う機能（「幼児教室」）を持ち、個別・専門的な支援を行う場である。

「ほっと相談室」には、専任の担当者（チーフ・コーディネーター）を配置し、教育相談を実施している。いつでも、気軽に、だれでも利用できる相談の場として常設している。担当者は、具体的な支援の方法の相談や「幼児教室」の紹介をはじめ、医療や福祉、保健、特殊教育諸学校等の他機関と連絡をとり、相談者にとって必要な支援のコーディネートを行っている。

「幼児教室」は、現在 4 園に 6 教室設置しており、特別支援教育の研修を積んだ幼稚園教員が担当者として配置されている。通級による指導のシステムをとり、一週間に 1 ~ 2 時間或いは一日単位で個別に指導を行っている。「幼児教室」では、保護者や保育者のいろいろな悩みや思いを受け止めるとともに、保護者や在籍の幼稚園・保育所と連携を図りながら幼児の実態を把握し、「個別の指導計画」を作成して指導に当たっている。

○平成 18 年度「ほっと相談室」相談件数 120 件（上半期）

○平成 18 年度「幼児教室」利用者数 合計 52 名（知的 25 情緒 6 構吃 12 PDD9）

(2) 幼稚園における特別支援教育の推進

平成 15～16 年度、文部科学省の「障害のある幼児の受け入れや指導に関する調査研究」の地域指定を受け、全市立幼稚園において特別な教育的ニーズにある幼児への支援体制を考え、支援の在り方についての実践研究を行う。

①園内委員会の設置

平成 16 年度から幼稚園においても小中学校の校内委員会にあたる園内委員会を設置。役割は小中学校と同様であるが、幼稚園は教職員数が限られることから、全職員で園内委員会が組織されている。園内委員会の設置により、幼児理解や支援の情報を共有化することができ、園内での一貫した考えに基づく支援ができるようになっている。

②特別支援教育コーディネーターの位置づけ

特別支援教育コーディネーターも各園に位置づけ。園内委員会の中心的役割を持つとともに、担任や保護者を支える役割や就学先、関係機関との連絡調整など園内外の調整を行う。

③個別の指導計画の作成

支援の必要な幼児一人一人のニーズを把握し、「個別の指導計画」を作成し、計画に基づいた一貫した支援を園全体で行う。幼児の変容を捉え、発達に沿った継続的支援になるよう、園内委員会において評価を行う。

④個別の教育支援計画、個別の移行支援計画

個別の教育支援計画は、幼児の生活の主体となる機関（幼稚園等）が中心となり、幼稚園への入園の際に教育委員会の支援のもと、関係機関、保護者との連携により作成する。作成に当たっては、保護者からの作成の依頼により、生活の主体となる機関（幼稚園等）が、関係機関に作成の協力と情報提供を要請し、作成会議を開催することで進めていく。

個別の移行支援計画については、次年度就学する子どものうち特別な支援が必要な子どもについて作成を勧めている。

(3) 特別支援教育指導員・特別支援教育介助員の配置

支援が必要な幼児が在籍する幼稚園に、集団の場を活かしながら個別の支援をすることを目的として、特別支援教育指導員、介助員を配置している。配置に当たっては、保護者及び園長からの申請を受け、検討会で決定する。

特別支援教育指導員は、対象となる幼児が在籍する学級に配置され、指導員による個別の支援や担任が対象児に個別に指導する際の学級全体への対応等、担任とともに T T による指導を行う。特別支援教育介助員は、対象幼児に直接かかわり、排泄や食事、移動等の介助や安全面での配慮を行う。

4. 連携とツール

(1) 「まつえしサポートファイルだんだん」

保護者が、子どもの成長や発達の様子、相談記録、診断や検査結果などをファイリングし保管しておくもの。新たに支援を行おうとする機関において、必要に応じて、保護者に情報提供してもらうことで、適切な支援を考える上での重要な資料となる。

現在、入園や就学に関わる相談を実施した保護者や療育施設に通っている子どもの保護者が活用している。利用者からは療育から教育へ支援が途切れることなく行われ、有効な支援を重ねていくことができると報告されている。

(2) 松江市特別支援教育教育相談会の設置と教育相談の実施

障害のある児童生徒の教育相談は、教育委員会が委嘱した保育所、幼稚園、小中学校の保育士、教諭等から構成される特別支援教育教育相談会により行われる。相談員は全ての小中学校に委嘱されており、次年度に入学する児童について早めに引き継ぎ、支援体制をとるというねらいもある。対象児が在籍する保育所、幼稚園、小中学校において、行動観察、発達検査、保護者や在籍校との相談が行われる。平成17年度より特別支援教育コーディネーターにも相談員を委嘱しており、コーディネーター同士の連絡が取りやすくなり、就学や進学前から子どもの教育的ニーズや保護者の願いを把握し、就学・進学と同時に適切な教育的支援が行われるようになってきている。

(3) 就学支援専門相談員の配置

平成18年度から2校の小学校に就学支援専門相談員を1名ずつ配置し、教育相談の実施や相談に伴う心理検査を中心に相談体制の充実を図っている。

5. 子育て支援（保護者支援）

子育て支援センターにおいて、子育ての悩み相談、子どもや保護者同士の交流など仲間づくり、子育て支援の活動をしている個人、団体などの活動の支援、子育てに関する学ぶための講座の開講等、様々な子育てに関する情報の提供を行っている。

- ・交流事業（定例行事開催・あいあいのつどい・外国人親子の集い等）
- ・相談事業（電話相談・おっぱい相談・子育てなんでも相談・他の相談機関の紹介等）
- ・情報交換（通信の発行・掲示板の設置・ホームページの開設・おもちゃの貸し出し等）
- ・企画・連携（学習会・サークル支援・子育て支援ネットワーク会議・研修会の開催等）
- ・療育事業（「なかよし教室」）

6. 社会基盤の充実

(1) 内地留学制度による指導者養成

昭和49年度より、障害児教育の専門的な研修のために、幼稚園教員を半年或いは1年間の内地留学事業により島根大学等へ派遣している。これにより専門的な知識や指導方法を身につけた教員が複数の幼稚園に在職し、コーディネーターや児童教室の担当者として職務に当たり、幼稚園での特別支援教育を進めていく上で重要な役割を担っている。

(2) 特別支援学校による「五輪ネット」

市内にある5つの特別支援学校では、平成16年度よりそれぞれの専門性を活かした教育相談部を設置。これらが連携して5校連携の教育相談システム「五輪ネット」を作り、地域の特別支援教育を進めている。各校に就学前の子ども対象の親子教室、児童教室を設置している。

7. 現状の成果と課題

就学前保育・教育には早くから取り組み成果を上げてきているが、小学校就学以降の教育支援計画に基づく移行へのつながりについてはまだ十分と言えない面もある。特別支援児童教室、ほっと相談室の拡充と指導者の養成も課題である。乳幼児期からの一貫した相談支援体制の整備については、保健、福祉、教育等の関係機関の連携をさらに充実する必要がある。

(笹森洋樹・久保山茂樹)

健康増進課と教育委員会所管の「幼児ことばの教室」を中心とした支援

基本データ

人口：154,238人	出生数：1,269人
保育所数：33 (公19・私14)	幼稚園数：27 (公14・私13)
小学校数：35	中学校数：17

1. 統括・調整機能

健康推進課が、高い受診率と充実した内容による乳幼児健診を実施し、発達面で気になる子どもと確実に出会い、フォローを行っている。担当者間の連携によって市教育委員会所管の「幼児ことばの教室」に支援が引き継がれる。教育委員会は幼児ことばの教室を運営しつつ、地域連絡会の事務局となり、組織的な連携と一貫した支援をめざしている。

2. 早期発見

(1) 新生児訪問と乳幼児健診

・新生児訪問

母親の孤立化を防ぎ、育児不安の軽減を目的に全戸新生児訪問を目指し活動している。

・乳児健診

乳児期の健診として、1か月健診、3か月健診、7か月健診を実施している。

・1歳6か月児健診（受診率 98.0%）

医療機関に委託し個別で実施している。受診は満1歳6か月から2歳までの範囲で可能である。医療機関での医師による健診であるため健康増進課の保健師は立ち会うことはないが、市独自で発達について特に詳細な問診票を策定しており、問診票を回収・入力処理することによって発達が気になる子どもともれなく出会えるようになっている。健診結果は、要精査1.9%、要観察5.5%、要治療0.0%、医療管理中1.9%、異常なし90.7%である。これは医師による健診結果であり、問診票の処理結果による要フォロー登録数は221人（17.2%）である。

・3歳児健診（受診率 93.4%）

集団健診で3歳1か月時に実施している。医師と保健師との総合判定として、要精査11.9%、要観察12.0%、要治療12.0%、医療管理中4.0%、異常なし71.3%である。健診後の要フォロー登録数は145人（10.4%）である。

(2) 健診後のフォロー

周南市は平成15年合併によって地域が拡大し人口も急増した。健康増進課は限られた保健師のマンパワーを発見のみに留まらず支援につなげていきたい、とのビジョンを持ち、問診票と健診後のフォローの充実を期した。その結果、1歳6か月児健診後、問診票の内容によりきめこまやかなフォローが実施されている。まず保健師が電話で記入内容を確認する。その時点で育児不安が強いなど緊急性が高いと判断される場合はすぐに家庭訪問を実施する。それ以外の場合は言語、運動機能、対人関係の観点で評価し状態によって「1か月以内」「3か月後」「6か月後」に家庭訪問を実施する。遅くとも2歳までには何らかのフォローが行われている。その結果によって周南市健康増進課または山口県周南健康福祉センター等が実施する「発達相談会」や「発達支援学級」を紹介する。

発達支援学級は市内4か所（市3か所、県1か所）で月1回実施されている。親子で楽しく遊びながら経験の拡大や他児とのかかわりのきっかけ作りなどができるような内容を中心とし、併せて保護者からの相談に随時対応したり、外部講師とともに子どもとのかかわり方を考えたりすることができる教室である。

3. 早期支援

（1）周南市幼児ことばの教室

周南市幼児ことばの教室は、市教育委員会単独事業として市内に3か所あり、いずれも言語障害通級指導教室を設置する小学校内に設置されている。幼児指導の担当職員は市教育委員会事務局所属で幼稚園教諭等の資格を持つ5名である。満3歳から指導を開始する。教室への紹介者は健康増進課や幼稚園・保育所が多く、保護者から直接という場合もある。平成18年度の指導対象児は全市で117名であった。学年別の内訳は、3歳未満児4名、年少児23名、年中児43名及び年長児47名であった。

「ことばの教室」という名称であるが、乳幼児期にことばに関する支援が必要な子どもの中には、発達障害のある子どもも含まれている。このため幼児ことばの教室終了後の進路は必ずしも小学校の通級指導教室（言語障害）ではなく、特別支援学校や知的障害学級、情緒障害学級の場合もある。他方、通常の学級で支援を受けながら過ごすことになる子どもたちもいる。このようにして幼児ことばの教室は、まず特別支援教育の入口（窓口）となり、親子への支援をし、就学にあたってはそれぞれの子どもの状態に応じた就学先とともに考えるという機能を持っている。

幼児ことばの教室が小学校内に設置され、小学生の担当者と職員室や指導室を共有していることによって、就学先を想定しながら指導、支援が実施できるという大きな利点がある。また小学生の担当者の中には地域特別支援教育コーディネーターとして役割を持っているものがあり、就学後の支援にもあたっている。

（2）市教育委員会

上述のように単独事業として幼児ことばの教室の運営を行っている。また、平成18年度からは就学支援担当の指導主事を1名増員し就学支援の充実を図っている。

平成18・19年度に文部科学省「幼稚園における障害のある幼児の受入と指導に関する調査研究」の指定を受け、周南市幼稚園特別支援教育研究推進地域連絡会を立ち上げた。周南市教育委員会幼稚園担当が事務局を担当し、教育、母子保健、福祉の連携を図っている。

（3）山口県立周南養護学校・山口県立徳山養護学校

山口県立周南養護学校は、肢体不自由を主とする養護学校で社会福祉法人鼓ヶ浦整枝学園に隣接している。幼稚部は設置されていないが、教育相談部が地域の幼児も含めた相談支援活動を行っている。また、幼児教育相談室「わくわくルーム」を月に2、3回実施している。

山口県立徳山養護学校は、知的障害を主とする養護学校で、やはり幼稚部は設置されていないが教育相談部が地域の幼児も含めた相談支援活動（幼児については「なんでも相談」と称している）を実施している。また、月に1回「親子学級」を実施している。

以上の2校には特別支援教育コーディネーターが配置され、周南市通級指導教室担当の地域特別支援教育コーディネーターとともに、それぞれが窓口になりながらも、より適切な相談支援が行える機関を紹介するなどの連携を取り合っている。

(4) 社会福祉法人鼓ヶ浦整枝学園

鼓ヶ浦整枝学園は、肢体不自由児通園施設をはじめ、重症心身障害児施設、重心児・者通園施設、知的障害児通園施設等を運営している。施設内の「げんき教室」が母子通園療育を行い、市内幼児支援の一員として機能している。また「総合相談支援センターぱれっと」が地域の相談支援活動を行っているが、幼児については個別相談の他、幼稚園や保育園等の職員に対する支援（機関訪問、勉強会等）を行っている。

4. 連携とツール

平成18年12月時点では、個々のケースについて担当者同士が連絡を取り合うという形の個別の連携が中心である。組織だってはいないが担当者同士の連携は密に行われている。

文科省の研究指定を受けたことをきっかけに、市教育委員会が事務局となった連絡会が立ち上がり、母子保健から就学まで幼児期の支援を行う担当者が一堂に会す機会が増えてきており、今後連携が深まっていくと考えられる。

5. 子育て支援

子育て支援事業は健康推進課と児童家庭課を中心になされている。ファミリーサポート事業や保育所における一時保育、子育て交流センター・支援センター事業が展開されている。これらに関する情報に加えて、保健福祉サービスや医療機関、保育機関等の情報、乳幼児健診のスケジュールと乳幼児の発達の概要、リソースマップなどが網羅されたパンフレット「周南市子育てナビはぴはぐ（Happy Hug Hug）」が配付されている。その中には「なんでも相談窓口」という欄があり、内容毎に保健、福祉、医療、教育それぞれの相談窓口が明記されている。

6. 現状の成果と課題

単独事業である幼児ことばの教室は周南市の特別支援教育の入口など重要な機能を果たしている。幼児ことばの教室が教育委員会管轄で、小学校内に設置されていることは、就学後も含めた一貫した支援を行う上で極めて重要である。また健康増進課、養護学校、社会福祉法人、それぞれがそれぞれの専門性を活かして高度な支援を行っており、担当者間の連携も密にとれている。

今後は、お互いの役割の確認と分担をした上で組織的な連携の強化が必要だと考えられる。市教育委員会が事務局をしている連絡会がさらに機能的なものとなっていくことが強く期待される。

（久保山茂樹・笛森 洋樹）

母子保健係を起点にしたNPO法人と養護学校による支援

人口：46,794人	出生数：330人
保育所数： 11 (公・私内訳)	幼稚園数： 16 (公15・私1内訳)
小学校数： 15	中学校数： 5

1. 統括・調整機能

健康推進課母子保健係が行っている1歳6か月児健診（受診率95.9%）において、発達検査の一部を全員に実施（NPO法人が運営する発達支援センターの協力で）しており、気になる親子は、育児教室や「のびのび相談」につないでいる。さらに、保育所や幼稚園へは保健師や発達支援センターの専門家、養護学校巡回相談員が必要に応じて連携をとりながら訪問し、発達が気になる子どもたちへの保育士の日常の対応について支援している。

2. 早期発見

(1) 健康推進課母子保健係

1歳6か月児健診（受診率95.9%）では、発達支援センターの協力を得て、発達相談を全員に実施している。発達相談では、発達検査の一部と行動観察を実施しており、1歳6か月児健診における健診結果は、要指導9.7%、要経過観察42.4%、要精密8.8%である。これは、受診児の半数以上の子どもについて注目していることになる。要経過観察の内訳は、身体面での課題のある子どもが9.6%、発達支援が検討される子どもが89.7%、その他となっている。発達支援の状況としては、「のびのび相談」で33.8%、「電話・訪問」で33.1%、「3歳児健診で対応」が25.2%であり、「専門医の発達相談」4.3%、「保育所訪問」2.1%である。

3歳児健診（3歳6か月で実施、受診率93.2%）では、集団遊びを取り入れているところに特徴があり、さらに、1歳6か月児健診で注目した子どもについては、発達検査の一部を実施している。3歳児健診の結果は、要指導9.3%、要経過観察29.3%、要精密11.0%である。要経過観察の内訳は、身体面での課題のある子どもが5.6%、発達支援が検討される子どもが73.9%、尿検査・視力・聴力での経過観察が26.7%となっている。

そして発達支援の状況としては、「のびのび相談」で73.3%、「専門医の発達相談」で12.4%、「電話・訪問」で10.4%、「保育所訪問」4.7%であり、その他、育児教室等での対応もある。

「のびのび相談」は、後述する「発達支援センターよしのがわ」が協力して行っている。さらに、保育所へは保健師だけでなく、発達支援センターよしのがわの臨床心理士と共に訪問し、健診時には注目されなかった子どもについても必要があれば、保育士の相談にのったり、養護学校巡回相談員につなげている。

3. 早期支援

(1) 発達障害支援センター

「発達支援センター（児童デイサービス事業所）」は、県内4カ所に発達支援センターを持つNPO法人が運営するもので、吉野川市を含む複数の市町村の乳幼児健診での発達健診に協力、発達相談とフォローアップ教室に協力し、精密検査の実施やその後の相談、療育を行っている。原則として2歳児から就学前までの子どもに対して、週に1回あるいは2回、月に2回の割合で個別指導を

行っている。さらに必要に応じて小学校入学後の子どもの支援も行っている。現在は33名の子どもを受け入れている。

また、保健師と共に保育所への巡回相談も行っている。

(2) 市教育委員会

この地域では、ほとんどの幼稚園と小学校が併設しており、幼稚園の園長と小学校の校長は併任しているところが多い。運動会等の行事は、幼小合同で行うことが多いため、小学校では、幼稚園に在籍している時からの子どもの様子を知って受け入れることが可能である。現在、小学校在籍児童は2285名、うち特殊学級在籍児童104名、通級による指導を受けている児童21名である。通級指導教室は、鴨島小学校に設置されており、校内通級10名、他校通級11名である。

鴨島幼稚園には、「ことばの教室」が設置されており、11名の幼児が通級している。各幼稚園の4歳児全員にことばのスクリーニング検査を行い、5歳児から通級指導が開始される。週1回の個別指導が原則である。現在、園内通級幼児が4名、市内の他園からの通級幼児が7名である。この教室で、対応が難しい場合は、市内の耳鼻咽喉科医院に紹介している。通級幼児はすべて、市の就学指導委員会にあがり、小学校での対応が検討される。

保育所・幼稚園には、保健師や養護学校の巡回相談員、発達支援センターの職員が訪問し、子どもを観察すると共に、保育士・幼稚園教諭への助言を行っている。今年度は、養護学校の巡回相談員が市内の保育所全てをまわっており、保育所から養護学校の教育相談に紹介されてくるケースも増えてきている。

幼・小・中・高のコーディネーター、養護学校の巡回相談員・保健所長・保健師・学校医・幼稚園長・発達支援センター等のスタッフで特別支援連携協議会を年2回開いている。

(3) 徳島県立鴨島養護学校

徳島県立鴨島養護学校は、隣接する独立行政法人国立病院機構徳島病院に入院または通院療養を受けている児童生徒、家庭や医療機関等で訪問教育を受けている児童生徒を対象とし、小学部から高等部までの児童生徒35名、教員44名の養護学校である。地域支援に関わる校内組織としては特別支援教育課があり、月～金曜日に教育相談を行っている。3名の特別支援教育巡回相談員（特別支援教育コーディネーター）が、出張相談・電話相談・来校相談等を行い、保護者や学校教員、その他の子どもたちの教育に携わっている者をサポートしていく体制をとっている。

さらに鴨島養護学校では、徳島県の地域障害児教育センター機能充実事業をうけて、地域の障害児教育の核となるような活動をしている。具体的には「研修会による小・中学校等の教員への障害児教育の支援（LD・ADHD・高機能自閉症等の理解や指導法、病弱教育）」「検査器具・教材教具の貸し出し（WISC-III, K-ABC等）」「地域の研修会の援助（研修会の講師、助言等）」「その他障害児教育に関すること」等である。

徳島県立鴨島養護学校は吉野川市内における障害児教育に関する支援活動を積極的に行っている。今年度は、特別支援教育巡回相談員が市内の全ての保育所の巡回相談と依頼のあった小・中学校への巡回相談を実施した。就学前のADHD・高機能自閉症等の軽度発達障害児の支援については、阿波市、吉野川市で18ケースの相談があり、そのうち吉野川市の保育所・幼稚園からの相談は4ケースであった。その結果は県に報告されていて、市では把握されていない。

4. 連携とツール

保護者からの要請により、幼稚園から小学校就学の際、個別の教育支援計画の作成されたこともあるが、対象となる子ども全てに行われている訳ではない。多くの場合、幼稚園と小学校が併設し

ており、幼稚園の園長と小学校の校長は併任している。また、運動会等の学校行事も、町を挙げ、幼・小合同で行うことが多いことから、小学校就学へのつなぎとしてのツールは用意されてはいないが、就学前の子どもの様子を把握する機会は多くある。

個人情報の扱いに関しては、保護者の承諾を得ることを前提としており、健康推進課母子保健係における「のびのび相談」等での検査結果は、結果説明を行ったうえで保護者に渡し、その後療育等で関係機関にかかる際には必要に応じて保護者の判断で提示するようすすめている。

5. 子育て支援（保護者支援）

（1）保護者への周知

健康推進課では、「母子保健事業のお知らせ」というパンフレットを作成し、就学までの子どものいる家庭に配布し、各種健診や育児相談・育児教室等の案内をし、子育てについての相談の機会や場所があることを周知している。

幼稚園用・小学校用の「子どもの状況で気になっていることがあれば相談してください」というパンフレットを作成し、保護者全員に配布して、軽度発達障害の理解を図っている。

（2）子育てに関する集団活動における支援

健康推進課が実施する育児教室が、地域を分けて週1回ずつ開催されている。また、教育委員会生涯学習課が、リズム体操、絵本の読み聞かせ、季節の行事、製作遊びなどの活動を適宜行っている。

（3）発達に関する相談体制

健康推進課では「のびのび相談（教室）」として、乳幼児健診後の要経過観察の幼児と保護者に対して、臨床発達心理士等による個別の療育相談や指導を実施している。また「発達相談」として、発達専門の小児科医による診察や指導を行い、保護者に発達障害に対する理解を促すと共に、子どもにあった対応について知る機会としている。そして診察結果に応じて福祉サービスの利用をすすめたり、保育所や幼稚園との連携をとったりして、子どもの育ちを見守りながら、保護者が見通しをもって子育てができるよう支援している。

6. 現状の成果と課題

健康推進課母子保健係が行っている1歳6か月児健診において、発達検査の一部を全員に実施していることは、特筆すべきことである。この実施によって、気になる親子を大きくすくい、徐々に対象を絞っていく手段をとっている。その点で、乳幼児期の段階から子どもの成長を確認出来ることになる。

さらに、保育所へは保健師・発達支援センターの臨床心理士・養護学校巡回相談員が必要に応じて共同して訪問し、発達障害の子どもに対する保育士の日常の対応について支援している。このように乳幼児期における支援は充実しているが、就学に向けての連携システムが十分ではないように考えられる。

現在は、養護学校が母子保健や保育所（就学期間）と幼稚園や学校などの教育機関とのパイプ役を担っているように感じている。養護学校が市内の小中学校への巡回相談を行った結果は、県には報告されているが、市の教育委員会では把握されていない。このような管轄別による活動報告のあり方や市が主体となって実施する特別支援教育連携協議会における情報を共有の仕方等が今後の課題であろう。

（ 小林倫代・久保山茂樹 ）

VII 研究協議会（平成 18 年度）から

発達障害のための早期からの総合支援システム

～発達支援スターターシステム 0～8～

Early Intervention System for Children with Developmental Disabilities, 0 to 8th

兵庫教育大学

柘植 雅義

※本稿は、平成18年12月16日に行われた、独立行政法人国立特殊教育総合研究所による研究プロジェクト研究「発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムに関する研究」の協議会で、筆者が行ったプレゼンテーションを元に提言の形で作成した。

1. システムのコンセプト

生後（あるいは発見後）から学校に入るまでの発達障害児本人とその家族を包括的に支援する、教育、医療、福祉などの部局横断型のシステムを構築する必要があるだろう。

発達障害のために、現行の（既存の）1歳半健診、3歳健診、就学時健康診断をどのように機能アップ、あるいは修正するか、という視点からの検討だけではなく、そもそも発達障害の子どもに必要な早期発見や早期支援として必要なものは何か、といったゼロからの視点から検討を進めることも重要であろう。

その上で、以下の点を大切にしたい。

- ・現行の1歳半健診、3歳健診、就学時健康診断などを含む発達障害の「総合的な支援システム」の構築を目指す。
- ・対象児のみならず、その家族も含めた「家族支援システム」にする。
- ・現行の様々な支援ツールを整理・統合するのみならず、必要な事項を新たに追加し、さらに、それらの再構築とネットワーキングの構築を目指す。
- ・本システムは、障害があるなしに関わらず、子育てをする我が国の全ての家族にとって、よく知られたもの、なくてはならないものとしていく。（現行の母子手帳を改良したもの一部に位置づけるか）

2. システムの内容

IDの発行(Certification)

発達障害者も、一人一人そのニーズの状態は様々であり、場合によっては、他の障害と同様に、障害者手帳が必要か、あるいは、現行の障害者手帳ではない新たな別の形のものが必要か。「発達障害児（者）の障害者手帳はどう考えるか？」は別の問題として、何らかの支援が必要な発達障害児に発行し、様々なサービスを受ける際の認証（サーティフィケーション）として機能させることはできないか。その際には、どのようなサービスがどのくらい必要かの判断システムの構築が必要であろう。また、IDを持つ者の「総称（愛称）」をどうするか。馴染みやすい、「ほのぼの」としたものがあると良いが。

5歳児あたりの健康診断の導入

生後（あるいは発見後）から、就学前の4～6歳までの間、もしくは、就学して数年間までをカバーするものとして創設する必要があるか。鳥取県、長野県駒ヶ根市、横浜市などでは、5歳児辺りでの健康診断の導入、もしくは何らかの発見・支援に関する仕組みを導入している先進事例がある。

5歳児健診について、医学面からの妥当性はどうか？ 先進的な取り組みが既に進む鳥取大学などでの

妥当性と有効性を確認すればよいのではないか。また、地域内の全児童を対象にして実施する歳の、コスト面（あるいは、コストパフォーマンス）の問題、保護者の理解推進の問題、そして、就学前に行われる就学時健康診断との関係をどう整理するか、などの整理すべき問題がある。

就学時健康診断の機能アップ

知的障害のない発達障害（LD・ADHD・高機能自閉症等）への対応が急務であり、発達障害者支援法が生涯に渡って支援することを求めしたことなどから、小学校入学後からではなく、入学前の段階から必要な支援を行う体制作りが必要である。また、特別支援学校が適かどうかだけではなく、通級指導教室や特別支援学級での支援の必要性まで明らかにできないか。つまり、「どのような学校が適か」ではなく、まずは、どのようなニーズがあり、そのためにどのような対応（サービス）が必要か、という考えが大切であろう。

なお、就学時健康診断を、親のみの判断で受けない場合も（多々）あるとすれば、明確な義務付け、もしくは、受けることのメリットの丁寧な広報が必要か。

毎年の（学校で行う）健康診断の修正

就学後に行われる、毎年の健康診断を実り多いものにできないだろうか。これについては、各小・中学校等において設置されている特別支援教育に関する校内委員会（子どもの気付きや実態把握、支援の在り方を検討する委員会）との十分な連携が必要か。また、学校医の、発達障害に関する理解推進や、最小限の専門性の向上なども課題か。さらに、必要に応じた、学校医の校内委員会への参加も可能か。

「個別の支援計画」の活用

本システムにおいて、関係機関や関係者を結ぶ、最も基本的で中心的なツールとして位置付ける。これは、保護者が参画して作成するもので、自治体によっては、保護者が携帯するようにしている。この支援計画をさらに充実させていく歳に、現行の母子手帳との関係の整理が必要であろう。あれこれ、複数の、部署毎が作成する〇〇手帳などがある状態ではなく、子育てをする家族には、全てが何か「一つ」を携帯し、その中に必要な情報やツールを盛り込めるようにする（現行の母子手帳の発展的解消か？）。その際に、どのような機能や役割を持たせるか、名称をどうするか、などの問題がある。また、先ほどの、IDとの関係をどうするか。いずれにしろ、支援計画については、何らかの明確な法的位置付けが必要か。その際には、文部科学省、厚生労働省の双方の立場からの検討が必要か。

「個別の指導計画」の活用

幼稚園や小学校においては、個別の教育支援計画と共に、実際の指導の際の必需品として、本システムの一つのツールとして位置付ける。校・園間の引き継ぎの際に活用すべき必需品として機能させる。これについても何らかの法的位置付けが必要か。

「個別の指導計画」の総合的管理・運用（品質管理）機構が必要

「個別の指導計画」については、各幼稚園・小等が作成し管理するが、計画の一定レベルの質の確保や、運用上のトラブル防止などの視点から、市町村単位として何らかの総合的な管理・運用の仕組みが必要か。それにより、安心して、作成と運用に取り組めると考える。評価機能も必要か。

発達障害児の支援の必要度の階層

知的障害のない発達障害（LD・ADHD・高機能自閉症等）の児童生徒が6%程度の割合で存在する

ことが示唆された調査結果が、文部科学省から示されているところであるが、その児童生徒一人一人のニーズは多様である。したがって、支援の必要度の階層を明確にして対応することが大切である。

以下に、例として、5段階の階を示す。

- <レベル1> 担任の配慮のみでOK
- <レベル2> 校内委員会での検討の対象となる児童生徒
- <レベル3> 通常学級でのチームティーチングなどの工夫。「個別の指導計画」を要求。保護者の同意を求める。
- <レベル4> 専門家チームからの支援を求める。市町村（場合によっては県レベルの支援を求めるところから）この時点でIDを配布。
- <レベル5> 通級による指導を受ける。あるいは、特別支援学級の活用。

教育的支援の連続性と継続性

校・園種問わず、公立・私立を問わず、また、就学前であれば、幼稚園・保育園を問わず、共有して提供される同様の支援システムを構築することが必要。（現行は、個々で行われていたり、不連続になってしまっていたりする。）

就学前後あたりのみならず、できれば幼稚園、小・中学校から高等学校（高等専門学校を含む）、大学（高等教育機関）まで一貫していること。

例として、「取り出し指導」という視点からでは、幼・小・中・高を通して、全て「通常学級」と「特別支援教室」（仮称）で対応するような制度にならないか（幼稚園では既に、小・中と同様の「取り出し指導」の仕組みを独自に作り、実践している蓄積がある）。

親の参加・協力（権限）

特別支援教育の推進では、親の参加・協力がますます重要になる。例えば、個別の指導計画の作成時（例えば、児童生徒の実態把握）における情報の提供など、また、個別の支援計画の策定時（保護者の参画）、その他。

改正された学校教育法施行令においても、「就学先決定時における親の意見聴取」が義務づけについてパブリックコメントを実施している最中である（これについては、その後、施行令が改正されて、上記の趣旨の内容が盛り込まれた）。

また、国連による障害者の権利条約が採択されたこと（2006年12月13日）から、今後の種々の動向も踏まえることが必要である。

保護者・家族を支援するシステムの構築

保護者への理解推進や、具体的な子育て方法などを習得してもらうための継続的な「保護者・家族総合支援システム」の導入が必要か。子どもを支援する、というのみならず、子どもを含む家族を支援するという視点が大切であろう。

これについては、例えば、行政が直接構築し運営することも考えられるが、行政の支援を受けつつも、NPO等の親の会関係団体に委託し、親の視点から、また、地域の実情に応じたシステムの構築を図っていくことも考えられるか。

例えば、全国組織と支部のような構造があると良いのか。日本自閉症協会、全国LD親の会、NPO法人えじそんくらぶ、NPO法人EDGE、NPO法人アスペ・エルデの会 などが中心になって設立され、運営されている日本発達障害ネットワーク（JDDネット）も候補として考えられるか。

本システムの階層性と指針

本システムの構築と運用について、国、都道府県、市町村の関係（役割）の関係の整理が必要であろう。また、本システムを構築し、運用する歳の、総合的なガイドラインの策定が必要であろう。本システム全体版と各自項別が考えられるし、関係者全体向けと対象者別も考えられる。また、地方自治体は、そのような国が示すガイドライン（案）を踏まえて、独自の地方版ガイドラインを策定することが大切か。

本システムのモニター

本システムの運用について、評価、監視、あるいは必要に応じて種々のトラブルに関する調整の機能を持つことが必要か。そのために、第3者機関（例えば、委託を受けたNPO等）が本システムの運用状況をモニターする必要があるか。

国としては、「発達障害の早期発見・早期支援に関する水準の評価、維持、確保に関する総合的なモニター機構の創設」（「発達障害者支援水準評価室」（仮称））が考えられるか。

3. 諸外国の動向

諸外国のモデルとして参考になるものを紹介する。

事例1：アメリカ

I F S P（個別家族支援計画）を作成している。

リージョナルセンター（地域センター）で、さまざまな計画が作成され、運用されている。

パッケージとしてのI F S P、I E P、I T Pにより、生後から一貫した連続した支援がなされる仕組みになっている。いずれも法的根拠に基づいてなされる。

事例2：イギリス

サーティフィケート（子どもの5段階への分類）が明確になっている。

途中段階から、I E Pが作成され、補助金が得られることになる。

事例3：韓国

I E P（個別化教育計画）が法律（特殊教育振興法）で義務付けられている（1994）。

4. 構想実現のための作業

構想の実現に向けた具体的な作業として、次のことが考えられる。

（1）モデル事業の展開（システム構築と運用）

文科省と厚労省のジョイント事業か。1歳半健診、3歳健診、就学時健康診断も絡むことから特区で行うことも。

（2）専門家の養成・研修

システムに絡む様々な専門家の養成が必要か。その際には、必要な専門家の専門性の洗い出しと、必要人数や活動内容などのシミュレーションが必要か。文科省と厚労省のジョイント事業か。

（3）総合的なガイドラインの策定

総合的なガイドラインが必要か。その際には、システム全体と各項別の2段階か。関係者別の構成（行政、専門家、保護者、他）、国と地方公共団体の役割の明確化も必要か。

軽度発達障害児への気づきのシステム

鳥取大学地域学部
小枝達也

I. 軽度発達障害という用語の意味するもの

まず軽度発達障害とは何かについて説明をしたい。

この用語は、ICD-10 や DSM-VI といった診断の手引き書で定義された用語ではない。公式の会議において議論され定義された用語ではないと考える。したがって、最初に登場した文献や記録等についても正確な情報がない。誰がどのような意図をもって使い始めたのか、よく分からぬままに使われ始め、そして広まっていったのだろうと推測される。

この用語は近年の特別支援教育の充実と歩調を合わせる形で使われるようになってきている。つまり、教育的な用語としては特別支援教育のなかで新たに取り入れられた枠組みを示す用語、あるいは通常学級に在籍している発達障害という意味に相当するのではないかと思われる。また福祉分野においても、発達障害者支援法制定の動機は、従前の福祉施策に含まれない障害児者（いわゆる軽度発達障害児者）を対象とした法律を制定したいというのが最初の趣旨であったと記憶している。つまり、福祉的な意味での軽度発達障害は、障害児者に対する福祉施策の狭間に存在していたという意味に相当するであろう。

したがって、上述した2つの立場では、軽度の精神遅滞はいわゆる軽度発達障害には含めないとことになる。しかし、子どもたちの問題点に気づくという観点でいえば、軽度の精神遅滞の診断を幼児期に確定することは困難であることが多く、保健指導上では注意欠陥/多動性障害（ADHD）や学習障害（LD）、高機能広汎性発達障害（HFPDD）と同様に、とくに留意しないと気づくことが難しい障害であると考えている。

軽度発達障害というカテゴリーの存在意義が、就学前に気づき、就学後の不適応行動を最小限にとどめたいという点にあるとすれば、軽度精神遅滞を軽度発達障害からはずす理由は見当たらない。そこでここでは ADHD、LD、HFPDD、軽度精神遅滞の4つを軽度発達障害であると定義し、以下にその気づきのシステムについて記述する。

II. 気づきのシステム

1. 発見に適した時期

いわゆる軽度発達障害にとって、早期発見とはいつ頃のこと是指すのであろうか？

前述したように LD、ADHD、HFPDD、軽度精神遅滞では、遅くとも学童期には問題が顕在化していくことが多い。そして心身症や学校不適応、社会不適応などの二次的な不適応へと進展していくという経過をたどる（図1）。

早期発見が重要な理由は、これまでの調査によって LD、ADHD、HFPDD の子どもたちが就学後に学校不適応や心身症の状態に陥ることが少なくないと分かってきたからである。たとえば厚生労働科学研究によって行われた心身症等に関する全国調査の結果がある。表1に示したように心身症や対人関係上のトラブル、睡眠障害、学校不適応などの合併率が著しく高いことが判明している。

小児科を受診する発達障害児には、こうした二次的な不適応が発生しやすく、その予防こそが危

急の課題の一つであると認識されるようになり、予防に向けた方略として早期発見が重要であるとの認識に至ったのである。

図1 軽度発達障害児に発生しやすい二次的な問題と対処側の問題点

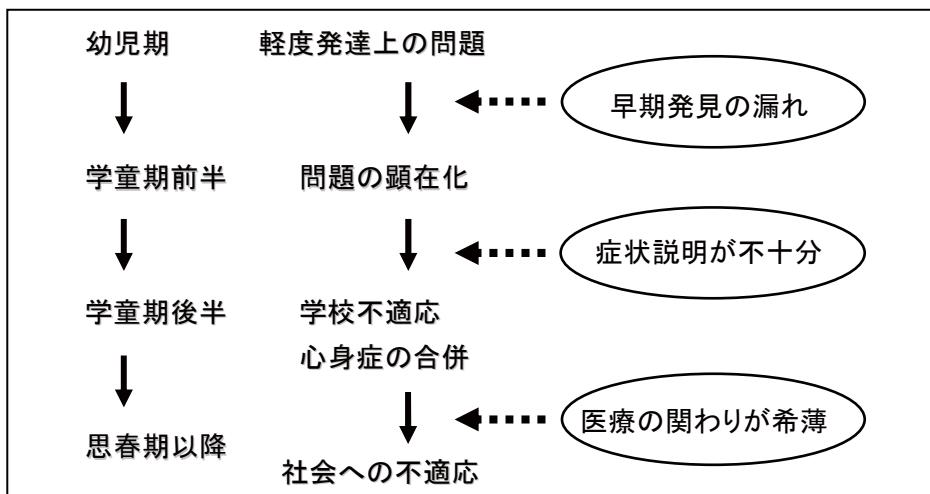


表1. 小児科を受診した LD、ADHD 児に併存する二次的な不適応行動の割合

	LD (%)	ADHD (%)
心身症	68.4	57.7
対人関係上のトラブル	73.7	67.3
睡眠障害	68.4	57.7
学校不適応	57.7	26.9

学校教育においては特別支援教育の動きが加速化され、教育の現場でも子どもの特性としての発達障害に気づくようにという呼びかけが進んできている。しかし、学童期の「気づき」はすでに二次的な不適応の状態であることが少なくないのである。この二次的な不適応を予防するためには、子ども達の発達障害への「気づき」を前倒していくことが不可欠であると考えている。遅くとも就学時には、保護者にも指導する側にも子どもの発達特性に対する認識とその対処方法が備わった状態であることが望ましいと考えている。

一方で、これまでの乳幼児健診は、「知的発達の遅れ」の発見に努めてきたのであって、知的発達に遅れはないが落ち着きがない、あるいは対人関係に問題があるといった発達障害に対しては必ずしも感度を高めてきたとはいえない。ADHD では行動発達と適応能力、LD では認知能力の歪みと適応能力、HFPDD では社会性の発達と適応能力という 2 つの軸で見ていくことが求められている。したがって、こうした知的な遅れのない発達障害を、現行の乳幼児健診の枠内で見いだしてゆくための技術開発が今後の課題の一つであろう。

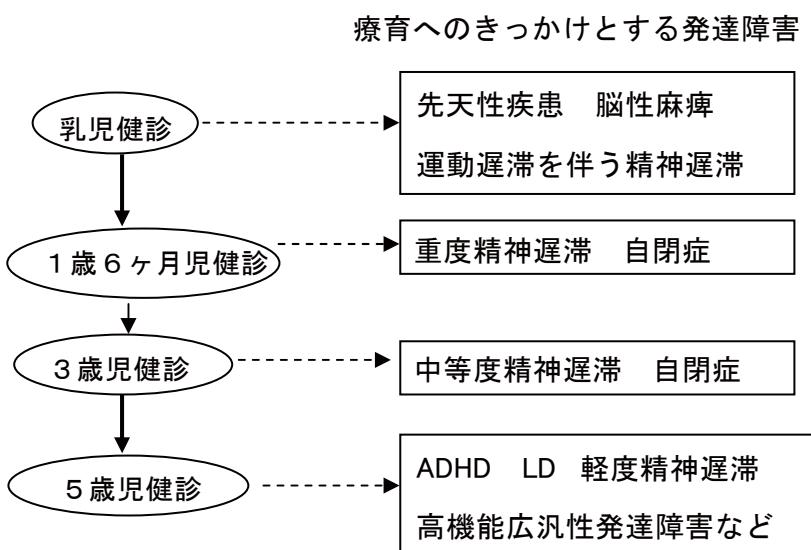
しかし、ここで危惧するのは早期発見という掛け声に押されて、子どもたちに不用意に「疑い」をかけることや安易に「追跡」することが流行するのではないかという点である。

対人関係に問題があるという行動特性は、幼児が集団生活を送っている段階で気づくものであるし、3歳前後の幼児が行う遊びは、平行遊びであることが多く、この段階では対人関係の問題を指

摘することはかなり困難であろうと思われる。年齢的に見えていない問題点を抽出しようとすれば、見逃しを減らすために多くの幼児にその疑いをかけてしまう結果となり、要らざる心配を保護者に与えてしまうことになる。早期発見といつても早ければいいというのではなく、むしろ問題点が見えてくる時期に適正に発見するという「適正発見」という考え方方が望ましいのではないだろうか。

実際の問題として ADHD や HFPDD 幼児では 3 歳児健診のあと、保育所や幼稚園で集団生活をするようになってから、急激にさまざまな問題点が指摘されるようになる。多くは「集団行動が取れない、自分勝手な行動が多い、指示が入りにくい、一人遊びが多い」など集団生活を始めるようになって初めてクローズアップされてくる問題なのである。したがってこの時期が発見にとって適正な時期と考えられる。つまり軽度発達障害児に焦点を当てた健診体制の具体案として、3 歳児健診以降から小学校に入学するまでの間、たとえば 5 歳の時点で健診あるいは発達相談を行うのがよいと考えている（図 2）。

図 2 健診体制と療育へのきっかけとする発達障害



2. 5歳児健診の概要

鳥取県では平成 8 年度より大山町が 5 歳児健診に取り組んだのが最初である。この健診が住民の好評を得て、次第に広がりを見せ、平成 15 年度には鳥取県の市町村の 33.3%、平成 16 年度には 74.4%、平成 19 年度よりすべての市町村が 5 歳児健診あるいは 5 歳児発達相談を実施している。

こういった活動はすべて市町村の自発的な工夫の中で実施されており、鳥取県の対応としては平成 16 年度より鳥取県福祉保健部健康対策課が「5 歳児健診実施体制整備事業」を開始し、医師や保健師に対する技術研修や医師を確保するための連絡調整、健診内容の検討などを行い、スムーズな実施を支援する体制を取っている。

5 歳児健診票はこれまでの乳幼児健診と同じく生育歴や生活に関する質問項目と発達問診項目から構成されている。その中の発達問診項目（表 2）は、①から④は運動発達、⑤から⑧は生活習慣の獲得、⑨から⑫は言語発達の項目となっている。通過率は、ほとんどの項目において通過率が 90% を越えている。5 歳児健診という名称ではあるが、実際には 5 歳代の幼児が対象となっていて受診平均年齢は 5 歳 6 ヶ月であるため、このように通過率が高くなっていると思われる。

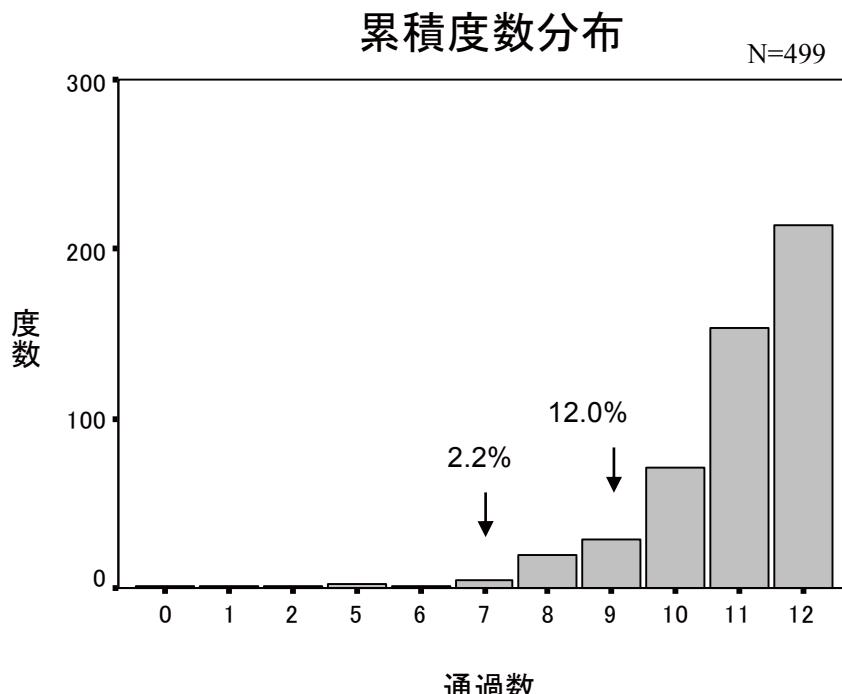
表2 5歳児健診発達問診項目

①スキップができる。	(はい・いいえ・不明)
②ブランコがこげる。	(はい・いいえ・不明)
③片足でケンケンができる。	(はい・いいえ・不明)
④お手本を見て四角が書ける。	(はい・いいえ・不明)
⑤大便が一人でできる。	(はい・いいえ・不明)
⑥ボタンのかけはずしができる。	(はい・いいえ・不明)
⑦集団で遊べる。	(はい・いいえ・不明)
⑧家族に言って遊びに行ける。	(はい・いいえ・不明)
⑨ジャンケンの勝敗がわかる。	(はい・いいえ・不明)
⑩自分の名前が読める。	(はい・いいえ・不明)
⑪発音がはっきりしている。	(はい・いいえ・不明)
⑫自分の左右がわかる。	(はい・いいえ・不明)

図3にこれまでにおこなった499名の累積通過率を示した。前述した12ヶの発達問診項目のうち通過数が7以下であったのは、全体の2.2%であり、これら全例がすでに精神遅滞や自閉症、染色体異常と診断されていた。また、通過数が9以下であったのは全体の12.0%であった。以上より、鳥取県乳幼児健康診査マニュアルでは、通過数が7以下の場合には発達の遅れがあり、9以下の場合はその疑いとするという基準を設定している。

市部では健診に携わる小児科医のマンパワーに限度があるため、保育所や幼稚園側が発達の遅れや行動上の問題があるので、と心配している幼児について保護者に連絡し、保護者が同意した場合に発達相談を受診するという手続きを取っている。市報や口コミなどから保護者自らが、子どもの行動（落ち着きのなさや集中不良、平仮名を覚えないなど）を心配して受診するケースも増えており、鳥取市の場合で見るとその割合は80%に達している。

図3 5歳児健診における発達問診項目の累積通過率



3. 診察の構造化

健診である以上、発達障害に対する高い専門性を持った医師のみが行うというものであってはならない。小児科医が研修を受ければ誰でも実施が可能な構造化が求められる。

5歳児健診における診察の目的が、認知・行動・社会性の発達を診ることであるとするならば、会話と指示した所作が行えるかどうかについて評価を行うことが求められる。会話することで言語発達や社会性の発達、共感性などを調べることができるし、指示した所作が行えるかをみれば指示に従う力や所作の適切性や質的なレベルなどを評価することができるからである。以下に5歳児の診察項目とその意義を簡単に記す。

① 会話をする

- ・名前、所属の保育所・幼稚園、その組の名称、担任教諭や保育士の名前を尋ねる。
- ・保育所あるいは幼稚園のカレーはおいしいか尋ねる。
- ・母親のカレーはおいしいか尋ねる。
- ・保育所あるいは幼稚園のカレーと母親のカレーとどちらがおいしいか尋ねる。

以上により診察項目の「オリエンテーション」「追想能力」「概観能力」「共感性」「発音」「会話自体の成立」がチェックできる。とくに「保育所あるいは幼稚園のカレーと母親のカレーとどちらがおいしいか尋ね」たときに、母親の顔をうかがう様子が見られなかったり、照れや笑いなどの感情表出が見られない場合には、母子関係が良好であるか、自閉症状が見られないかについて、問診を詳しく行う必要がある。

② 動作模倣

- ・模倣；手を横にあげる、手を上げる、手を前に
- ・閉眼起立
- ・バランス；片足立ち（左右）
- ・指のタッピング
- ・前腕の回内、回外
- ・左右手の交互開閉（グーとパーを交互に）

以上により診察項目の「動作模倣」「motor coordination」「指示の入りやすさ」がチェックできる。指示が入りにくい場合には、自閉症やADHD、精神遅滞などを念頭に置く。

③ 物の用途をきく（靴、帽子、お箸、本、時計）

- ・靴ってなにするものかな？
- ・帽子ってなにするものかな？
- ・お箸ってなにするものかな？
- ・本ってなにするものかな？
- ・時計ってなにするものかな？

以上により単語の理解度を推し量ることができ、「言語発達」「知的発達」がチェックできる。「時計」の質問以外は同じ難易度である。正解が2つ以下の場合には発達の遅れを念頭に置く。

④ ジャンケン勝負、しりとりをする

ジャンケン勝負理解は90%の5歳代の幼児が可能である。しりとりは約70%の児が可能である。両方ともできない場合は、発達の遅れがあることを念頭に置くべきである。

⑤ 閉眼について調べる

- 手をひざに置かせて、よーいはじめの号令にて眼を閉じさせる。
- 指示例「手はおひざにポン。先生の眼をよく見て。これから先生がいいよ」というまで目を開けちゃあダメだよ。がんばれるかな？ じゃあ、よーいはじめ」

たいていの5歳児は20秒間、閉眼が可能である。途中で開けてしまったり、手をもぞもぞ、動かしたり、体を揺すったり、という自己刺激行動が目立つ場合には、「行動統制力」が弱いと判断する。この場合、自閉症やADHDを念頭に置く。

以上の診察を通して、指示の入りやすさや理解の程度も観察しておく。

⑥ 読字

2文字平仮名單語を3つ読ませる。5歳児では読めなくとも異常ということではない。読字を取り入れたねらいは、しりとり遊びのような音声言語の発達と読字という文字言語の発達の関係を知ることにある。

通常では、しりとり遊びができるから文字が読めるようになるという順序で発達する。しかし、HFPDD児では読字はできるのに、しりとり遊びができないという特徴がある。健常児でも読字が先行することがあるが、時期的な差は小さい。HFPDDでは読字がしりとりに大きく先行することが多いのである。

また、読字以外の所見ではまったく問題がないのに、読字だけができない、そして文字にまったく興味がないといった場合には、学習障害の *dyslexia* を念頭に置きながら、「就学後にも文字の習得が遅ければ早期に教師に相談するとよい」といったアドバイスを保護者に返すようにするとよい。

表3には上述した診察手順をまとめた5歳児診察シートを示した。

4. インタビューについて

上記の診察において、会話のズレや共感性の乏しさ、指示の入りにくさ、落ち着きのなさといった所見が得られたときには、表4に示したような質問によるインタビューを行う。

軽度発達障害児の認知特性や行動特性をあぶり出すためには、診察によって疑いをもち、インタビューによって必要な情報を探り出すという構造が望ましい。このインタビューも立派な診察の一部である。

a)～g)までは対人関係に問題がある幼児によく認められるものであり、h)～l)までは多動な幼児によく見られるものである。

「行動に関する問診」として、予め保護者や保育所、幼稚園担任にチェックしてもらっておくと、診察時間の短縮が期待できる。ただし、これらの項目で該当するものが多いからといってただちに何らかの発達障害があると判断するのではなく、あくまで診察の参考とするにとどめておくことが肝要である。

表3 5歳児健診診察項目表

		項目	1	0	1と判定する目安
1	会話	なんという保育園ですか？			正確に答える
2	会話	何組ですか？			正確に答える
3	会話	○組の先生の名前は？			正確に答える
4	会話	○組のカレーはおいしいか？			正確に答える
5	会話	お母さんのカレーもおいしいか？			正確に答える
6	会話	○組のカレーとお母さんのカレーとどっちがおいしいか？			母の様子をうかがいながら答える、感情(照れる、笑うなど)の表出が見られる
7	会話	発音の明瞭さ			明瞭であり、聞き返しが不要である
8	動作模倣	両腕を横に挙げる			正確に模倣する
9	動作模倣	両腕を上に挙げる			正確に模倣する
10	動作模倣	両腕を前に出す			正確に模倣する
11	Coordination	閉眼起立			ステップを踏まない
12	Coordination	片足立ち(右)			3秒片足で立てる
13	Coordination	片足立ち(左)			3秒片足で立てる
14	Coordination	片足ケンケン(右)			5回以上連続して可能
15	Coordination	片足ケンケン(左)			5回以上連続して可能
16	Coordination	指のタッピング(右)			ミラーが出ない
17	Coordination	指のタッピング(左)			ミラーが出ない
18	Coordination	前腕の回内・回外(右)			回内・回外になっている
19	Coordination	前腕の回内・回外(左)			回内・回外になっている
20	Coordination	左右手の交互開閉			交互に開閉できる(3往復)
21	概念	帽子って何するものかな？			かぶるもの
22	概念	クツって何するものかな？			はくもの
23	概念	お箸って何するものかな？			ごはんを食べるもの
24	概念	本って何するものかな？			読むもの
25	概念	時計って何するものかな？			時間を見るもの
26	概念	右手をあげてください			右手を挙げる
27	概念	左手をあげてください			左手を挙げる
28	概念	ジャンケンをする(3回)			3回とも正確に勝ち負けがわかる
29	概念	しりとりをする(3往復)			3往復、しりとりが正確に出来る
30	Motor impersistence	「いいよ」って言うまで目をつむつてください			20秒間閉眼可能
31	Motor impersistence	「いいよ」って言うまで目をつむつてください			自己刺激がない

表4 インタビューで用いる行動に関する質問の例

- a) テレビの場面やコマーシャルを極端に怖がったり、あるいは逆に極端に好んだりする。(例; 天気予報が大好きで一日に何回も見るなど)
- b) 狹いところでブツブツいいながら一人あそびを好む。
- c) 数字や平仮名が、とても早い時期から読める。
(「しりとり」ができるよりも相当早くから)
- d) 親に対してもとても丁寧な言葉を使う。
- e) 方言を使うことが少ない。
- f) 目の前にいる相手の気にしていることを平気で指摘したりする。
- g) 初めてあった大人でも、ものおじせず話しかける。
- h) 目の前にあるものに触らずにはいられない、といったことがよくある。
- i) 食事の時などじっと座っていられない。
- j) 思いつくとしゃべらずにはいられない、といった感じがある。
- k) 遊びであっても根気が続かないと思うことがある。
- l) 公園や大きなお店で迷子になったことがある。

III. 5歳児健診で得られたもの

1. 軽度発達障害児の頻度

鳥取県で実施された平成16年度の5歳児健診には24町村の1069名のうち1015名(94.5%)が受診した。有所見児のうち助言指導を除いた149名分のデータを解析した結果、軽度発達障害児の頻度は5.6%であった(表5)。また、知的発達が境界域あるいは軽度精神遅滞が疑われる児は37名(3.6%)であり。合わせると9.3%となった。平成17年度に行われた鳥取県の5歳児健診では、県内15町村の対象児1404名のうち1359名(受診率96.8%)が受診した。有所見児のうち助言指導を除いた251名分のデータを解析した結果、注意欠陥多動性障害(疑いを含む)60名(4.7%)、広汎性発達障害(疑いを含む)30名(2.4%)、学習障害(疑いを含む)2名(0.2%)、境界域の知的発達あるいは軽度精神遅滞が疑われる児35名(2.8%)を把握することができ、計9.6%(122名)という出現頻度であった(表5)。

表5 軽度発達障害児の出現頻度

5歳児健診受診者総数	平成16年度(1015名)	平成17年度(1359名)
学習障害(疑いを含む)	1(0.1%)	2(0.2%)
ADHD(疑いを含む)	37(3.6%)	60(4.7%)
広汎性発達障害(疑いを含む)	19(1.9%)	30(2.4%)
精神遅滞(疑いを含む)	37(3.6%)	35(2.8%)
計	94(9.3%)	127(9.6%)

2年間の全県規模の疫学調査により、いわゆる軽度発達障害の発生頻度は9~10%であろうと考えられた。文部科学省特別支援教育課の調査によれば、学齢児でLD、ADHD、HFPDDと考えられる特徴を示す子ども達の割合は6.3%であると報告されており、鳥取県の5歳児健診結果から得られた出現頻度もこの報告の結果と類似したものであった。ただ、5歳児健診ではLDの発見には

対応できていないことにも留意する必要がある。たとえ5歳児健診であっても、就学前の段階で読み書き計算の能力を予見的にチェックすることは困難であった。やはりその年齢に見合った気づきの方略が必要なのであろう。

また、鳥取市における5歳児発達相談（隔月で半日4時間程度実施）で軽度発達障害と診断されたあるいはその疑いが持たれた児の割合は、平成16年度が1.4%、平成17年度が1.3%であった（表6）。発生頻度からみて発達相談では、悉皆健診の1/6程度の発見に留まると推定された。

表6 5歳児発達相談での発見率

	16年度	17年度
LD(疑いを含む)	0	0
ADHD(疑いを含む)	0.8	0.7
PDD(疑いを含む)	0.1	0.3
軽度 MR(疑いを含む)	0.6	0.6
計	1.4%	1.3%

2. 3歳児健診と関係

こうした軽度発達障害疑い児が3歳児健診においてどのように評価されていたかを平成16年度調査から明らかにした（表7）。発達障害の種類によって多少の違いはあるものの、3歳児健診では何の問題も指摘されていない症例が多いことが判明している。また、3歳児健診で指摘された問題点の内容を見ると、ほとんどが言語発達の遅れに関するものであった。逆に見れば、3歳児健診で言葉の遅れを指摘しても、それは障害の特異性に欠ける指摘であるということになる。当然ながら、中には健常児であることもあり、3歳児健診で言葉の遅れを指摘しても、その将来像においてじつに多彩な子ども像がありえるということを小児科医は想定しておくべきである。

表7 3歳児健診での結果

	3健で指摘なし	3健で指摘あり	未受診・不明
学習障害(疑いを含む)	0名	1名	0名
ADHD(疑いを含む)	18	12	7
広汎性発達障害(疑いを含む)	6	8	5
精神遅滞(疑いを含む)	16	17	4

3. 5歳児健診の感度と特異度

鳥取県西部地区で行った平成17年度の5歳児健診の結果をまとめた。受診した児276名中24例（8.7%）が軽度発達障害を疑われた。軽度精神遅滞疑い児（10例）は、全般的に通過率が低く、特に会話と概念、上肢および下肢の協調運動の通過率が不良であった。ADHD疑い児（9例）は行動制御と上肢の協調運動、概念の通過が不良であった。PDD疑い児（4例）は、会話と上肢の協調運動、行動制御の通過が不良であった。

A町で過去8年間に実施した5歳児健診受健児（279名）の家族にアンケート調査を行った（有効回答数232（83.2%））。発達障害の診断が医療・療育機関からなされているのは9名（3.9%）であった：ADHD3、PDD2、LD2、MR2。5歳児健診の感度は66.7%、特異度は85.2%であった。5歳児健診をきっかけに「発達障害に気づき」、現在、学校・家庭での適応が良好である例も確認でき

た。5歳児健診に対する家族の満足度（100点満点）が高かく、80点以上は71.2%であった。

4. 費用対効果

費用対効果分析では、増分便益費用比は28.7、つまり健診によってかかる費用の増加分の28.7倍便益が多いことが示され、5歳児健診は費用対効果的であると結論づけられた。この際の増分便益は3005億円、増分費用は193億円で、増分純便益は2812億円であった。1QALY獲得に必要な費用は38.5万円であり、非常に安価であった。感度分析として、不確実性の高い小児のQOLに関して行うと、増分便益費用比は8.36～36.13であり、増分純便益は746億円～3563億円、1QALY獲得に必要な費用は30.8～123.3万円であった。結論として、5歳児健診は非常に費用対効果的に優れており、その便益も3000億円を超えていると推定される。

IV. 事後相談と指導体制

1. 事後相談

上述してきたように、ADHD、LD、HFPDDの多くは、3歳児健診で発見することは困難であると思われる。一方、年齢的に発達障害という診断は困難であっても、保護者が感じている育てにくさには留意する必要がある。鳥取県での1歳6ヶ月時健診や3歳児健診ではこうした子育ての楽しさを調査している。「子育てが楽しいか」という質問に対し、1歳6ヶ月児健診では0.8%、3歳児健診では1.4%の保護者が子育てが楽しくないと回答しており、子育てが楽しくないと答えた保護者の子どもは、楽しいと答えた保護者の子どもに比べて、有意に発達が遅いという結果も得られている。したがって保護者の不安を把握し、励まし、育児の方向づけなどを行うことこそが重要なのではないかと考える。

そのためには健診だけではなく、その後に行う事後相談を一つのパッケージとして、母子保健活動の核にしていくことを提案したい。事後相談としては子育て相談と心理発達相談、教育相談の3つが適当ではないかと思われる（表8）。

表8 3つの事後相談機能

子育て相談	保育士	<ul style="list-style-type: none">•子育て一般に関する相談と情報提供•子育て環境のアセスメント(虐待を意識)•心理発達相談へつなぐ
心理発達相談	心理士	<ul style="list-style-type: none">•発達に関するアセスメント•発達に関する相談と情報提供•療育・教育相談へつなぐ
教育相談	教師	<ul style="list-style-type: none">•就学に関する相談とつなぎ•学校と保護者との意見調整と情報伝達•地域特性を考慮した教育アセスメント

子育て相談は保育士が担当し、発達障害に限らず、子育て一般の悩みなどにも対応する。その中で虐待も意識しながら関わる。本人の病的な素因が大きいと思われる幼児に関しては、心理発達相談へつなぐ。心理発達相談は発達診断のできる心理士が担当し、子どもの発達評価を行う。必要

に応じて診療や療育の場を紹介する。また、福祉サービスの案内も行う。就学が近い年齢になれば、教育相談へつなぐ。教育相談は障害児を担当した経験のある教師が行い、児の特性や保育所、幼稚園で培った児への関わり方を入学予定の学校へ連絡し、学校教育をどのように構築するかについて保護者との意見調整を行う。3歳児健診までは子育て相談と心理発達相談を行い、5歳児健診ではさらに教育相談を加えることによって、就学への連携を図るという体制がよいのではないかと考えている。これら3つの事後相談は、原則として個別相談で予約制とし、プライバシーの保護や時間の確保に配慮する。相談は健診を行った市町村の保健センターなどが望ましく、保育所や幼稚園との連携協力が必要な場合は、保護者の同意の上で相談の場に担当者が同席をするとよい。

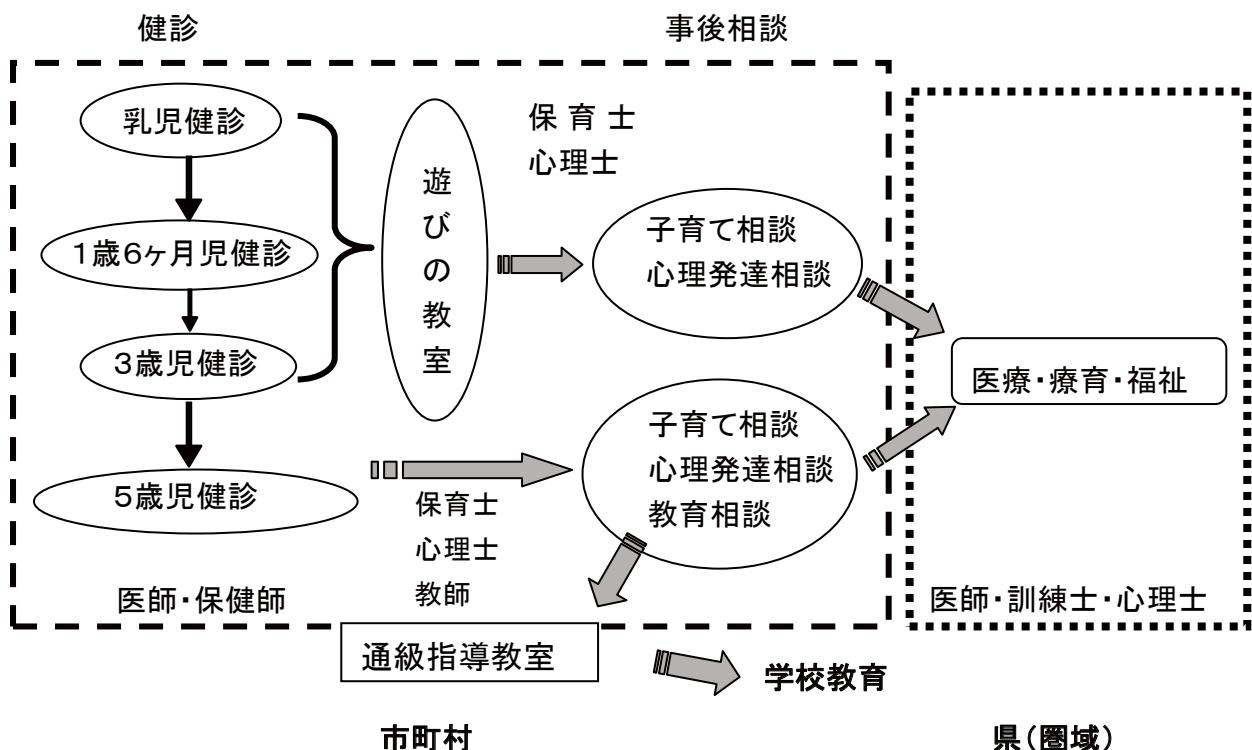
2. 指導体制

このような健診を起点として事後相談によって診断が可能な年齢になるまでつないでいくというシステムにより、保護者も指導する側も児の特性を知り、関わり方を会得し、そして就学を無理なくスムーズに迎えること、これが学校不適応を減らすために必要な条件だろうと考えている。こうした体制は、学校教育の中で ADHD や LD などに焦点を当てた特別支援教育体制ともつながっていくことができる。ADHD、LD や HFPDD に限らず、軽度の精神遅滞児、あるいは純粋に情緒的な問題の児もこうしたシステムの中で適正に見いだされ、医療的、教育的な支援を受けることが期待できると考えている。

平成 18 年 4 月より学校教育法が改正となった。いわゆる軽度発達障害児が通級指導教室で指導を受ける対象となった。こうした動きがひろがり、就学前の児に対する指導の受け皿となることを期待したい（図 4）。

今後の課題としては、システムを充分に機能させる専門性のある保育士、子どもの発達を理解している心理士、そして地域の特性を理解し、広く意見を聞きながら調整できる教師などの人材養成が急務であろう。

図 4 軽度発達障害児の発見とその後の支援体制に関するモデル図



特別支援幼児教室による早期支援の取組 ～乳幼児期からの一貫した相談・支援体制を目指して～

松江市立雑賀幼稚園（前松江市教育委員会）

秦 昌子

I 松江市の現状

- 1 自治体の規模 人口約19万5千人
- 2 学校数
 - ・保育所 47所（内；公立14所）
 - ・幼稚園 31園（内；公立27園）
 - ・小学校 34校（国立1校 公立34校）
 - ・中学校 18校（国立1校 公立15校 私立2校）
 - ・高等学校 11校
 - ・特別支援学校 5校（盲・ろう・知的・肢体不自由・病弱）
- 3 特徴 本市は県庁所在地であり県内の他市町村に比べ、教育機関、医療機関などは恵まれている。しかしながら、幼児の発達に関する相談ができる場や療育施設は十分とは言えない。そこで本市では、乳幼児期からの一貫した相談・支援体制を構築していく必要があると考え、以下のような取組を行っている。

II 出生から保育所・幼稚園入園までの相談・支援

1 発達健康相談（発達クリニック）の実施（昭和54年に開設）

市内全ての乳幼児を対象として行われている1・6歳及び3歳児健康診断において、健診時に発達状況が気にかかる子どもについては、保護者へ「発達健康相談」を勧めている。脳神経小児科医、大学教授、臨床心理士、保健師がスタッフとなり、発育に関する個別相談を実施している。

2 相談後の対応

保健師が中心となり発達健康相談の継続や次のような場の利用を勧めている。

- ・松江市心身障害児地域小規模療育活動「なかよし教室」における療育活動の実施
- ・集団の場の活用…年齢に応じて療育施設、保育所の一時保育、幼稚園3歳児保育
- ・特別支援幼児教室への通級等

また、保護者の了解が得られる場合は、対象となる子どもの情報を保育所・幼稚園などの関係機関に伝えている。

III 就学前までの各機関における障害等のある乳幼児の受け入れ

1 保育所における障害児等の受け入れ及び支援

公立保育所では、発達促進保育検討委員会を開催、保育士の加配や発達状況等の協議を行い、障害等のある乳幼児の支援にあたっている。

私立保育所では、各保育所の担当医等からのアドバイスにより市へ申請し、保育士の加配や施設

の整備に関する費用の補助を受け、障害等のある乳幼児の保育を行っている。

2 療育施設における支援

障害児通園事業（ふじのみ園など3箇所で実施）…支援費制度対象

障害のある幼児（満2歳～就学前）が、通園しながら障害の程度に応じ必要な療育を受けることができる。

3 公立幼稚園における障害児等の受け入れ及び支援

障害のあるなしにかかわらず入園希望のあった全ての幼児を受け入れている。障害等があり入園について事前に保護者から相談があった場合や、入園前の面接や健康診断等から支援が必要と思われる場合は「特別支援教育指導員」や「特別支援教育介助員」の配置を検討し、支援を行う。

また公立幼稚園においては、小中学校と同様に特別支援教育コーディネーターの指名及び園内委員会（小中学校の校内委員会にあたるもの）を設置し、特別支援教育の推進に努めている。

IV 「特別支援幼児教室」及び「ほっと相談室」の設置とその取組

本市では、特別な支援を必要とする幼児の支援には、通常の保育の場での受け入れ体制を充実させるだけでなく、個別的・重点的な指導や援助を行うことのできる体制が不可欠であると考えた。

そこで、従来から公立幼稚園に設置していた難聴・言語障害幼児学級並びに情緒障害幼児学級を、平成13年度に「特別支援幼児教室」（以下「幼児教室」という）と改め、個別・専門的な支援を行う場としてスタートした。

さらに幼児期の発達相談や就学相談については、各関係機関がそれぞれ個別的・独立的に行う傾向にあり、保護者は、どこでどんな相談ができるのか迷ったり、複数の場でそれぞれの指導を受け、かえって混乱してしまうこともあった。そこで障害等のある子どもたちとその保護者にとって、幼児期から一貫した相談ができるよう「ほっと相談室」を設け、他機関との連携をもちながら相談・支援を行っている。

1 「ほっと相談室」

公立幼稚園2園を特別支援幼児教育ステーションとして位置づけ、「ほっと相談室」を設置、担当者（チーフコーディネーター）を配置し、早期からの相談を実施している。

主な相談内容

- ・言葉の発達が気になる、集団になじめない等子どもの発達に関する相談。
- ・保育所・幼稚園に通っている（或いは入園を希望する）子どもの内で、障害等の何らかの困難さがある幼児への支援について。
- ・就学に関わる相談。 等

主な相談者

- ・保護者自身による相談
- ・幼稚園・保育所の職員からの相談
- ・保健師や医師の紹介による相談
- ・前述の「発達健康相談」からの継続相談
- ・幼稚園・保育所からの紹介による相談 等

担当者の役割

- ・相談者にとって必要な支援をコーディネートする。
例；具体的な支援方法を相談者と一緒に考えアドバイスを行う。
「幼児教室」や医療施設、療育施設、幼稚園、保育所等の紹介
- ・医療、福祉、保健、特別支援学校、小学校通級指導教室等との連携
- ・就学に関する相談や調査の実施（市より就学審議会調査員を委嘱）

2 「特別支援幼児教室」

特別支援幼児教育ステーションの2園およびサテライトとしての2園に幼児教室を設置している。
(現在4園に6教室設置)

指導体制；対象幼児の実態や保護者のニーズを考慮し、一週間に数時間から1日単位での個別指導を行う。

通級幼児の状況

- ・日常的には保育所・幼稚園・療育施設等に在籍或いは通所している障害等のある幼児。
- ・在宅の幼児で、心身の発達に気にかかるところがある幼児、或いは障害のある幼児。

参考；平成19年2月現在 通級幼児数 52名

内；ダウン症等の障害や知的発達遅滞があると考えられる幼児 25名

自閉症など情緒障害があると考えられる幼児 6名

構音障害・吃音・難聴等の幼児 12名

広汎性発達障害の診断や発達障害の傾向のある幼児 9名

(＊二分脊椎症、慢性心疾患、色素性沈着症等のある幼児も含まれている)

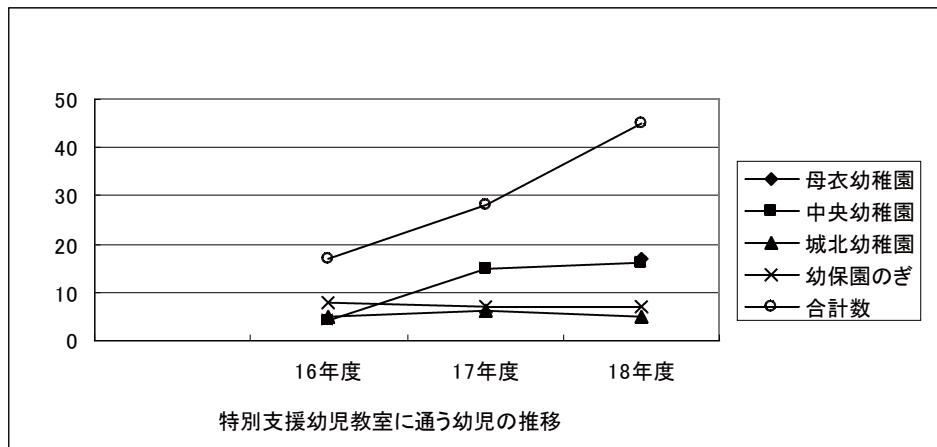
担当者の役割

- ・「ほっと相談室」での相談後、継続した個別の指導が必要と考えられる場合、保護者の希望により通級を開始する。幼稚園・保育所等に在籍している幼児については、所属長と連絡を取り、手続きを行ってもらう。
- ・指導に当たっては、保護者や在籍の幼稚園・保育所と連携を図り、幼児の実態を把握し「個別の指導計画」を立案し、個別の指導を行う。さらに個別の場での様子を在籍園・所に伝え、支援に関するアドバイスを行う。
- ・保護者のいろいろな悩みや思いを受け止め、子育て大変さを共感しながら保護者への支援を行う。
- ・「ほっと相談室」と連携を図り、ケース会議や相談・支援についての研修等を行う。
- ・市より松江市特別支援教育相談員の委嘱を受け、就学相談につなぐ教育相談を行う。

ほっと相談室及び特別支援幼児教室利用者数について(4園6教室)

平成18年度利用人数(在籍別など)、支援内容 (2月現在)

	設置幼稚園名	名 称	業務内容	職員数	H18利用数
1	母衣幼稚園 (ステーション)	ほっと相談室	教育相談	3人	130件
		りすA組	通級指導		6名
		りすB組	通級指導		14名
2	中央幼稚園 (ステーション)	ほっと相談室	教育相談	3人	67件
		さくらんぼ教室	通級指導		13名
		どんぐり教室	通級指導		6名
3	城北幼稚園	ひかり学級	通級指導	1人	7名
4	幼保園のぎ	こすもす組	通級指導	1人	6名



V 内地留学制度（「松江市幼稚園教員特別支援教育長期研修派遣事業」）による指導者の育成

昭和49年度より、障害児教育の専門的な研修のために、幼稚園教員を半年或いは1年間島根大学等へ派遣。これにより専門的な知識や指導方法を身に付けた教員が複数の幼稚園に在籍し、「幼児教室」「ほっと相談室」の担当者や各幼稚園の特別支援教育コーディネーターとして職務に当たっている。

- * 研修内容
 - ・大学教授の指導を受けながら、研修者自身がテーマを決めて研究を行う。
 - ・大学の講義の受講
 - ・市内外の特別支援教育に関わる関係機関や施設の見学・視察
 - ・必要に応じ各自で各種研究会・研修会に参加 等

* 実績 H18年度末で27名が研修済み

(園長1名、教頭10名、指導主事2名、幼児教室担当4名、通常の学級3名、退職者7名)

- * 効果
 - ・研修を受けた職員が複数の園に配置されている。特別支援教育コーディネーターとして園内の特別支援教育の中核となって障害等のある幼児に必要な支援を行っている。
 - ・管理職にも研修を受けた者が多く、各幼稚園での指導者として、特別支援教育を充実させていく上で理解が得られやすい。

VI 「個別の教育支援計画」及び「個別の指導計画」の作成と活用

本市では、幼児教室通級児及び各幼稚園において支援が必要な幼児に対し、「個別の指導計画」を立案すると共に保護者の希望により「個別の教育支援計画」を作成し支援にあたっている。

また、幼児教室通級児については、通級の場だけでなくその幼児の在籍する幼稚園や保育所においても「個別の指導計画」を立てている。幼児教室担当者やチーフコーディネーターが在籍園のコーディネーターと連絡を取り、幼児教室での様子を伝え、どのような支援を行っていくのか協議している。

さらに、「個別の教育支援計画」作成にあたってもその作成会議に幼児教室担当者やチーフコーディネーターが同席し、情報提供を行っている。

VII 情報管理…「まつえしサポートファイルだんだん」の作成と活用

一人一人の子どもの支援を考える際、これまでどのような発達をしてきているか、どのような支援が行われてきたのかといった情報は、重要な手がかりとなる。

そこで本市では、子どもの発達に関する情報を管理するための個人ファイルとして「まつえしサポートファイルだんだん」を作成した。

これは、保護者に、対象児のプロフィールや「個別の教育支援計画」「個別の指導計画」成長や発達の様子、相談記録、診断や検査結果などをファイリング・保管してもらうものである。

そして保護者には、必要に応じて情報提供してもらい、新たに支援を行う機関においては、その提供された情報をもとに早期からの支援を行うというシステムである。

現在、発達健康相談やほっと相談室、幼児教室の利用者や、入園や就学に関わる相談を実施した子どもの保護者、各親の会会員等に配布し活用してもらっている。

利用者からは、相談してきたことが保護者として整理ができる、これまでどんな様子だったか理解してもらえ、スムーズな就学ができた等報告をいただいている。

今後は、保護者や子ども達が継続した支援を受けることができるよう、このファイルの積極的な活用を勧めていきたい。

VIII 今後の取組について

近年の状況から、本市でも発達障害のある子ども達への支援が急がれる。様々な困難を抱え、子ども達がどのような困り感を感じており、どんな支援が必要なのか、幼児期からしっかりと考えていく必要がある。幼稚園・保育所の職員に対しても発達障害に関する研修会をもち、日常生活の中での直接子ども達に接している教師や保育者が子どもの困っている状況に気づき、より早くより適確な支援を行ってもらえるよう、理解と啓発に努めていきたい。

現在松江市においても教育・医療・福祉・保健等が発達障害に関する相談や研修会等を開催する機会が増え、また、県内に設置された発達障害者支援センターによる相談会や研修会もスタートした。家庭や地域においても発達障害等のある子ども達への理解と支援を広く求めていきたい。

資料：癡達障害者支援法

発達障害者支援法(平成十七年法律第百六十七号)

目次

- 第一章 総則(第一条—第四条)
- 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(第五条—第十三条)
- 第三章 発達障害者支援センター等(第十四条—第十九条)
- 第四章 補則(第二十条—第二十五条)

附則

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「発達障害」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう。

- 2 この法律において「発達障害者」とは、発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいい、「発達障害児」とは、発達障害者のうち十八歳未満のものをいう。
- 3 この法律において「発達支援」とは、発達障害者に対し、その心理機能の適正な発達を支援し、及び円滑な社会生活を促進するため行う発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助をいう。

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国及び地方公共団体は、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進のために発達障害の症状の発現後できるだけ早期に発達支援を行うことが特に重要であることにかんがみ、発達障害の早期発見のため必要な措置を講じるものとする。

- 2 国及び地方公共団体は、発達障害児に対し、発達障害の症状の発現後できるだけ早期に、その者の状況に応じて適切に、就学前の発達支援、学校における発達支援その他の発達支援が行われるとともに、発達障害者に対する就労、地域における生活等に関する支援及び発達障害者の家族に対する支援が行われるよう、必要な措置を講じるものとする。
- 3 発達障害者の支援等の施策が講じられるに当たっては、発達障害者及び発達障害児の保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。)の意思ができる限り尊重されなければならないものとする。
- 4 国及び地方公共団体は、発達障害者の支援等の施策を講じるに当たっては、医療、保健、福祉、教育及び労働に関する業務を担当する部局の相互の緊密な連携を確保するとともに、犯罪等により発達障害者が被害を受けること等を防止するため、これらの部局と消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関との必要な協力体制の整備を行うものとする。

(国民の責務)

第四条 国民は、発達障害者の福祉について理解を深めるとともに、社会連帯の理念に基づき、発達障害者が社会経済活動に参加しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

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

(児童の発達障害の早期発見等)

- 第五条 市町村は、母子保健法(昭和四十年法律第百四十一号)第十二条及び第十三条に規定する健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。
- 2 市町村の教育委員会は、学校保健法(昭和三十三年法律第五十六号)第四条に規定する健康診断を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。
- 3 市町村は、児童に発達障害の疑いがある場合には、適切に支援を行うため、当該児童についての継続的な相談を行うよう努めるとともに、必要に応じ、当該児童が早期に医学的又は心理学的判定を受けることができるよう、当該児童の保護者に対し、第十四条第一項の発達障害者支援センター、第十九条の規定により都道府県が確保した医療機関その他の機関(次条第一項において「センター等」という。)を紹介し、又は助言を行うものとする。
- 4 市町村は、前三項の措置を講じるに当たっては、当該措置の対象となる児童及び保護者の意思を尊重するとともに、必要な配慮をしなければならない。
- 5 都道府県は、市町村の求めに応じ、児童の発達障害の早期発見に関する技術的事項についての指導、助言その他の市町村に対する必要な技術的援助を行うものとする。

(早期の発達支援)

- 第六条 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、発達障害児の保護者に對し、その相談に応じ、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ものとする。
- 2 前条第四項の規定は、前項の措置を講じる場合について準用する。
- 3 都道府県は、発達障害児の早期の発達支援のために必要な体制の整備を行うとともに、発達障害児に対して行われる発達支援の専門性を確保するため必要な措置を講じるものとする。

(保育)

- 第七条 市町村は、保育の実施に当たっては、発達障害児の健全な発達が他の児童と共に生活することを通じて図られるよう適切な配慮をするものとする。

(教育)

- 第八条 国及び地方公共団体は、発達障害児(十八歳以上の発達障害者であつて高等学校、中等教育学校、盲学校、聾(ろう)学校及び養護学校に在学する者を含む。)がその障害の状態に応じ、十分な教育を受けられるようにするため、適切な教育的支援、支援体制の整備その他必要な措置を講じるものとする。
- 2 大学及び高等専門学校は、発達障害者の障害の状態に応じ、適切な教育上の配慮をするものとする。

(放課後児童健全育成事業の利用)

- 第九条 市町村は、放課後児童健全育成事業について、発達障害児の利用の機会の確保を図るため、適切な配慮をするものとする。

(就労の支援)

- 第十条 都道府県は、発達障害者の就労を支援するため必要な体制の整備に努めるとともに、公共職業安定所、地域障害者職業センター(障害者の雇用の促進等に関する法律(昭和三十五年法律第百二十三号)第十九条第一項第三号の地域障害者職業センターをいう。)、障害者就業・生活支援センター(同法第三十三条の指定を受けた者をいう。)、社会福祉協議会、教育委員会その他の関係機関及び民間団体相互の連携を確保しつつ、発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保に努めなければならない。

2 都道府県及び市町村は、必要に応じ、発達障害者が就労のための準備を適切に行えるようにするための支援が学校において行われるよう必要な措置を講じるものとする。

(地域での生活支援)

第十一條 市町村は、発達障害者が、その希望に応じて、地域において自立した生活を営むことができるようにするため、発達障害者に対し、社会生活への適応のために必要な訓練を受ける機会の確保、共同生活を営むべき住居その他の地域において生活を営むべき住居の確保その他必要な支援に努めなければならない。

(権利擁護)

第十二條 国及び地方公共団体は、発達障害者が、その発達障害のために差別されること等権利利益を害されることがないようにするため、権利擁護のために必要な支援を行うものとする。

(発達障害者の家族への支援)

第十三條 都道府県及び市町村は、発達障害児の保護者が適切な監護をすることができるようになると等を通じて発達障害者の福祉の増進に寄与するため、児童相談所等関係機関と連携を図りつつ、発達障害者の家族に対し、相談及び助言その他の支援を適切に行うよう努めなければならない。

第三章 発達障害者支援センター等

(発達障害者支援センター等)

第十四条 都道府県知事は、次に掲げる業務を、社会福祉法人その他の政令で定める法人であって当該業務を適正かつ確実に行うことができると認めて指定した者(以下「発達障害者支援センター」という。)に行わせ、又は自ら行うことができる。

- 一 発達障害の早期発見、早期の発達支援等に資するよう、発達障害者及びその家族に対し、専門的に、その相談に応じ、又は助言を行うこと。
 - 二 発達障害者に対し、専門的な発達支援及び就労の支援を行うこと。
 - 三 医療、保健、福祉、教育等に関する業務(次号において「医療等の業務」という。)を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者に対し発達障害についての情報提供及び研修を行うこと。
 - 四 発達障害に関して、医療等の業務を行う関係機関及び民間団体との連絡調整を行うこと。
 - 五 前各号に掲げる業務に附帯する業務
- 2 前項の規定による指定は、当該指定を受けようとする者の申請により行う。

(秘密保持義務)

第十五条 発達障害者支援センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、職務上知ることのできた個人の秘密を漏らしてはならない。

(報告の徴収等)

第十六条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第十四条第一項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その業務の状況に関し必要な報告を求め、又はその職員に、当該発達障害者支援センターの事業所若しくは事務所に立ち入り、その業務の状況に関し必要な調査若しくは質問をさせることができる。

- 2 前項の規定により立入調査又は質問をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。
- 3 第一項の規定による立入調査及び質問の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(改善命令)

第十七条 都道府県知事は、発達障害者支援センターの第十四条第一項に規定する業務の適正な運営を確保するため必要があると認めるときは、当該発達障害者支援センターに対し、その改善のため必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

(指定の取消し)

第十八条 都道府県知事は、発達障害者支援センターが第十六条第一項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、若しくは同項の規定による立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、若しくは質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をした場合において、その業務の状況の把握に著しい支障が生じたとき、又は発達障害者支援センターが前条の規定による命令に違反したときは、その指定を取り消すことができる。

(専門的な医療機関の確保等)

第十九条 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。

第四章 補則

(民間団体への支援)

第二十条 国及び地方公共団体は、発達障害者を支援するために行う民間団体の活動の活性化を図るよう配慮するものとする。

(国民に対する普及及び啓発)

第二十一条 国及び地方公共団体は、発達障害に関する国民の理解を深めるため、必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

(医療又は保健の業務に従事する者に対する知識の普及及び啓発)

第二十二条 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。

(専門的知識を有する人材の確保等)

第二十三条 国及び地方公共団体は、発達障害者に対する支援を適切に行うことができるよう、医療、保健、福祉、教育等に関する業務に従事する職員について、発達障害に関する専門的知識を有する人材を確保するよう努めるとともに、発達障害に対する理解を深め、及び専門性を高めるため研修等必要な措置を講じるものとする。

(調査研究)

第二十四条 国は、発達障害者の実態の把握に努めるとともに、発達障害の原因の究明、発達障害の診断及び治療、発達支援の方法等に関する必要な調査研究を行うものとする。

(大都市等の特例)

第二十五条 この法律中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市(以下「指定都市」という。)においては、政令で定めるところにより、指定都市が処理するものとする。この場合においては、この法律中都道府県に関する規定は、指定都市に関する規定として指定都市に適用があるものとする。

附則

(施行期日)

- 1 この法律は、平成十七年四月一日から施行する。
(見直し)
 - 2 政府は、この法律の施行後三年を経過した場合において、この法律の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な見直しを行うものとする。
-

理由

発達障害者をめぐる状況にかんがみ、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与するため、発達障害を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国及び地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

平成十六年十二月一日
参議院内閣委員会

発達障害者支援法案に対する附帯決議

政府は、本法の施行に当たり、障害者の個人の尊厳にふさわしい生活を保障される権利等を確認した障害者基本法第三条の基本的理念を踏まえ、次の事項の実現を期すべきである。

- 一、 発達障害の早期発見は、発達障害者に対する早期の発達支援に資するためのものであることに留意し、障害者福祉、医療・保健、保育・教育にかかる関係者の間における発達障害に関する理解の促進と認識の共有を図ること。
- 二、 発達障害児に対する保育及び教育的支援と支援体制の整備に当たっては、発達障害児が障害のない児童・生徒とともに育ち学ぶことを基本としつつ、発達障害児及びその保護者の意思とニーズを最大限尊重すること。
- 三、 発達障害者の就労を支援するための体制の整備を進めるに当たっては、障害者の就労の機会の確保に配意し、障害者の雇用の促進等に関する法律について、必要な見直しの検討に速やかに着手すること。
- 四、 発達障害者及びその家族に対する相談・助言体制を可及的速やかに拡充し、及び医療・保健、福祉、教育、就労その他の支援を行う専門的人材を早急に育成する必要性にかんがみ、予算措置を含む適切な措置を講じること。
- 五、 発達障害者に対する支援の実効性を確保するため、障害者基本計画についての必要な見直しを行うとともに、都道府県及び市町村が策定する障害者計画についても本法の趣旨が生かされるように、必要な助言等を行うこと。
- 六、 発達障害者に対する施策の在り方について、医学的知見や介助方法の向上等、国際的な動向等に十分留意し、常に見直しに努めること。
- 七、 包括的な障害者福祉法制及び施策の検討に当たっては、障害者の自己決定権及び発達の権利を含む権利・利益の尊重と侵害に対する迅速かつ効果的な救済、経済、社会、文化その他の分野における分け隔てのない参画の促進と自立に向けたきめ細かい支援、障害を理由とするあらゆる差別の排除と差別のない社会の実現を基本的視点として行うこと。

右決議する。

プロジェクト研究（平成18～19年度）
「発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムに関する研究」

中間報告書

平成19年10月

発行 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所
〒239-8585 神奈川県横須賀市野比5-1-1
電話 046-839-6802（代表）
URL <http://www.nise.go.jp/>
