

地域における障害児の保健・医療・福祉の包括化に関する研究

— 総括報告 —

日暮 眞¹⁾，竹下研三²⁾，落合靖男³⁾，中村安秀⁴⁾
塚原洋子⁵⁾，児玉和夫⁶⁾，関口博久⁷⁾，多田 裕⁸⁾
青木継稔⁹⁾，高田谷久美子¹⁾

〈研究目的〉

近年における本邦の母子保健水準の高度化と母子保健活動の充実ぶりは、目をみはるものがある。しかるに、健診の結果発見される障害児のケア・システムは、障害の多様性と活用に供される社会資源の地域格差のために、その「みとり」の方策は一様にいかない。2次健診で問題となった児の地域社会で効率よい事後措置・ケアのできるモデル・システムの構築を目的として、本研究班をスタートした。その際、地域における障害児の保健・医療・福祉の包括的ケアの調整役としての新生保健所の位置付けとその役割、児童相談所の位置付け、保育所・幼稚園・学校との望まれる関わり方等に関し、検討した。

〈見出し語〉 心身障害児、保健・医療・福祉、包括化システム、保健所機能

〈研究方法〉

上記の目的を達成するために、協力者全員が参加して在宅障害児に対する包括的ケアのモデル・システムの検討を行った。このほか、各協力者がそれぞれ以下の分担研究を行った。

- (1) 「マイペース行動をもつ言語発達遅滞児」の存在と健診での重要性
- (2) 沖縄県保健所における心身障害児の発見から療育システムに関する親へのアンケート調査の結果から
- (3) 障害をもつ在日外国人に関する研究
- (4) 児童相談所のあり方に関する研究
- (5) 周産期センターからみた養育の必要性の検討
- (6) 保健所の経過観察健診からみた障害児の保健・医療・福祉の連携に関する研究
- (7) 英国の一地域における障害児のケア・システム

-
- | | | |
|-------------|---------------|--------------------|
| 1) 東大・母子保健学 | 2) 鳥取大・脳研・小児科 | 3) 沖縄県小児発達センター |
| 4) 東大・小児科 | 5) 府中保健所 | 6) 心身障害児総合医療療育センター |
| 7) 仙台市児童相談所 | 8) 東邦大・新生児学 | 9) 東邦大・大橋病院・小児科 |

〈研究の主たる結果と総括〉

I 障害児医療・療育・福祉の連携と包括ケアのためのモデル・システム

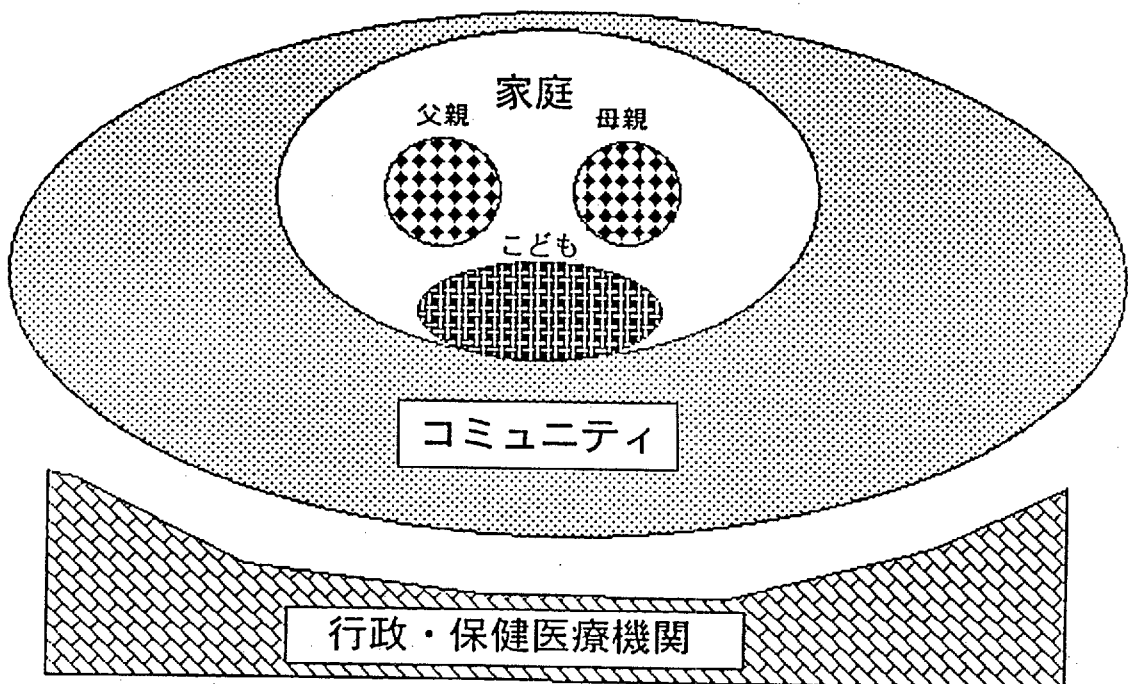
[1] 基本的な考え方

発達障害児に必要な場（年齢を出生から18才までに限る）は、医療・療育（ここの療育とは就学前訓練を指す）・教育・福祉の4本柱があり、それらが互いに有機的に機能することができれば包括ケアの条件は満たされる。これにそれぞれの柱が時代の要請に対して充実した内容をもつことである。

[2] 障害ケアの連携と包括化

地域ケアを考える前に、地域構造をどう仮定するかという視点が大切である。家庭・コミュニティ・行政や保健医療機関の相互関係を図1に示した。この図からも、包括化のためには医療機関や行政だけでなく、コミュニティの参加が必要条件であると思われる。

図1 子どもをめぐる環境



都道府県の診療圏は医療面からみると次のように分類される。

- (1)人口100万を対象とする3次診療圏（人口が比較的少ない都道府県では県全体が1診療圏に属する）
- (2)人口10万から30万（地域の地理的歴史的状況による）を対象とする2次診療圏（市および周辺地域が1つの2次診療圏を形成する）
- (3)2次診療圏の中の生活に密着した1次診療圏

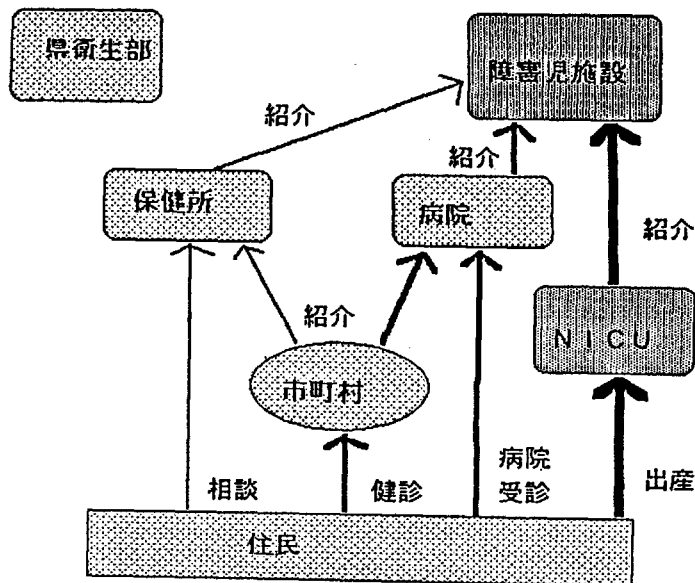
保健的な面からみると、

- (1)3次診療圏に1つの全体を把握する中心施設が必要である。
- (2)2次圏には3次圏のセンターから連絡を受けて活動する施設（保健所）が必要。
- (3)1次診療圏に相当する地域には地域に密着した活動する組織が必要で、地方では町村がこの単位となる。市町村の保健活動は1次圏の活動に相当する。

福祉面でも同様に都道府県単位、市単位、町村単位の活動が考えられる。

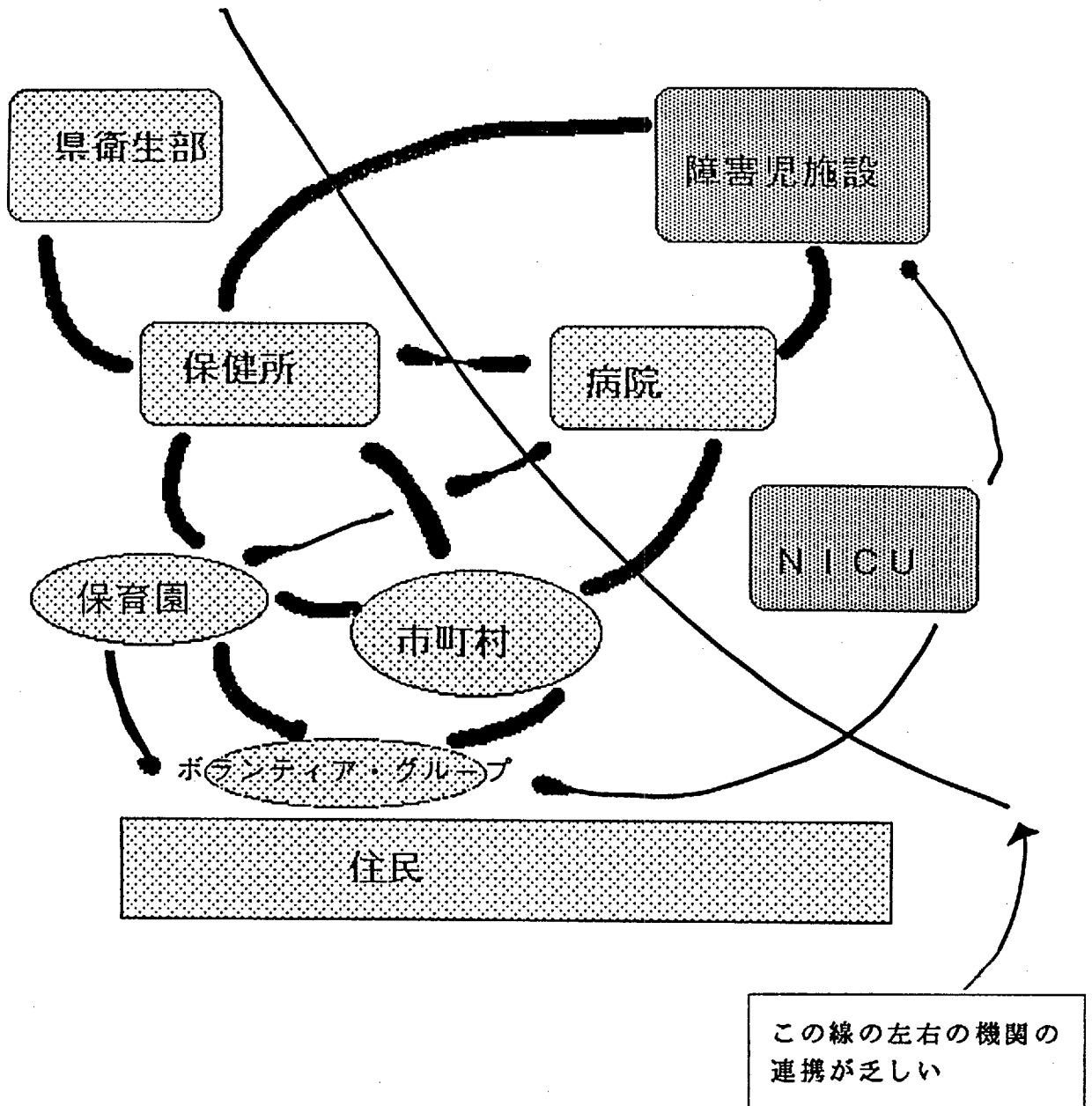
地域ネットワークにおける保健所の役割

図2 障害児発見の経路



障害児発見の経路（図2）については、線の太さが患者の流れの多さを表している。NICUから障害児施設へというのが、現在の主流であり、今後市町村の母子保健が活性化するにつれ、障害の発見に関して保健所が果たす役割はますます小さくなっていくことが予想される。（但し、過疎地・離島では保健所の役割は大である。）

図3 障害児地域ケア



障害の地域ケアについては、保健分野（保健所、市町村、保育園、ボランティア団体）と医療分野（病院、障害児施設）の乖離が大きな問題である。保健分野では市町村、保育園、ボランティア団体などが市町村の管轄下にある。（ボランティア団体の多くは市町村の福祉協議会などに属している。）そのような状況で、保健所の役割をどう考えるか、これが大きな課題である。

[3] 2次医療圏における包括化モデル

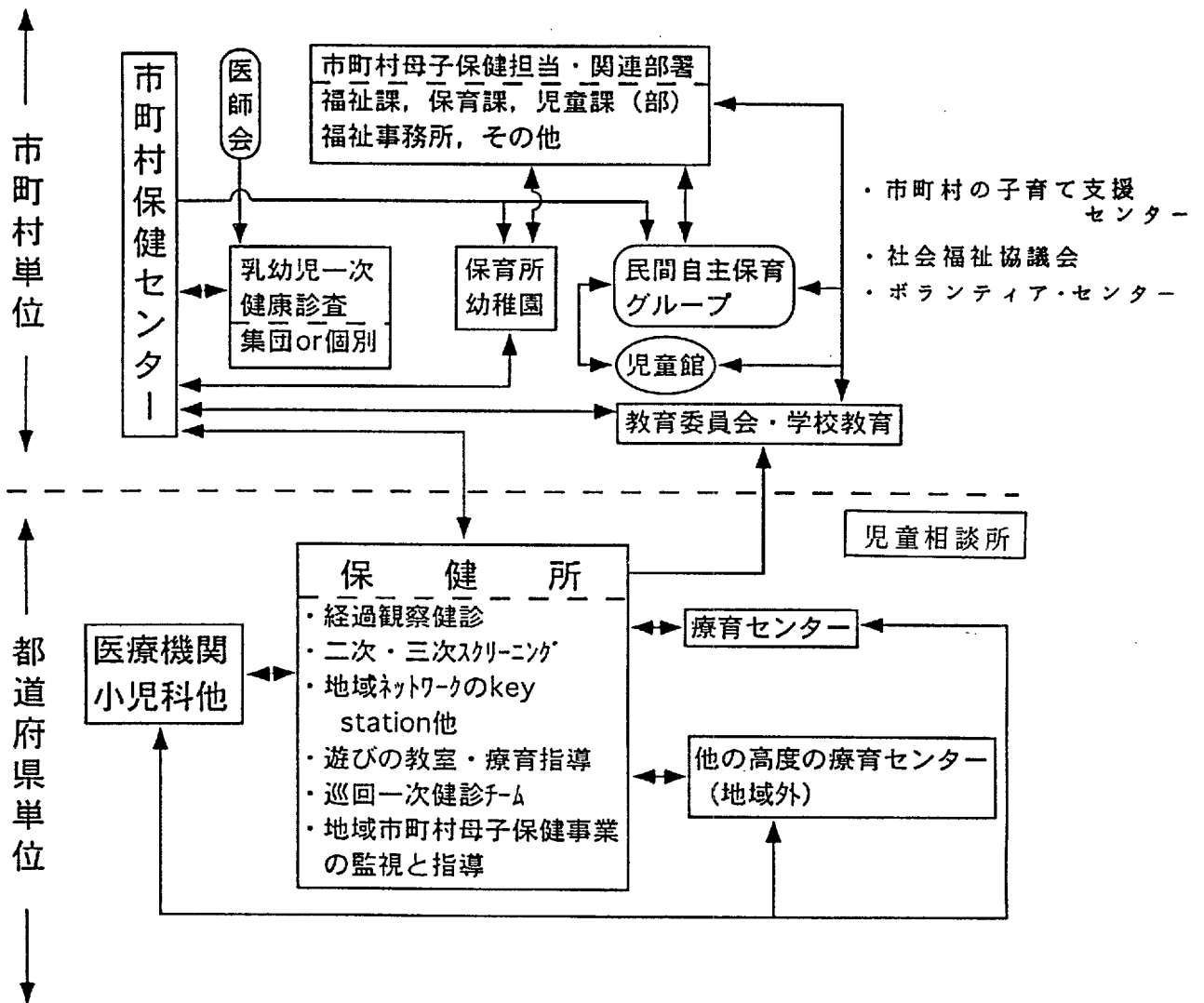
- a)人口20万～30万を1地域単位として障害児の保健・医療・福祉の包括化圏とすることがよいと思う。実際に保健・医療・福祉の面から考えられる障害児の発生頻度は、0.3～0.7%と推定され、人口20万当たり、約9～15名の重症児の年間発生であり、軽・中等症を含めるとその約5～10倍となろう。したがって、人口20～30万を1地域単位として考えて差し支えないと考える。
- b)したがって、人口20万以下の市町村や特別区においては周辺の市町村との提携・連携を図って、保健・福祉を中心に医療・療育を含めたシステムを作り、ネットワーク機能を有効に活用する。このためには、key personとなるべく医師（医師の得られない時は、保健婦など）が重要な役目を担う。
- c)保健所は、おそらく人口約25～50万人に1カ所ぐらいとなる見込みとすれば、医療・療育・福祉の1地域単位あるいは2地域単位当たり保健所が1カ所となろう。
- d)また、各市町村には少なくとも1カ所以上の市町村保健センターができるであろう。人口の多い所では、地域住民の利用し易いような形で多くの市町村保健センターが設置されるものと期待される。複数以上の市町村保健センターを設置する場合の統轄は市町村の母子保健担当課が行うであろうが、障害児についてのkey stationは保健所となるのが最適と考える。
- e)保健所は、障害児の保健・医療・福祉のkey stationとして働き、経過観察、医療や療育機関との連携、福祉の連携、行政とのタイアップ、地域市町村との連携を図る。さらに、児や家族支援のための相談機能の充実、地域（市町村）における療育の場の育成、市町村の母子保健サービスの監視と教育など幅広い活動が必要となる。
- f)境界児やグレーゾーン児のfollow upは、地域の市町村保健センターが行うとよい。これら境界児等についての保育・相談・療育指導等は、市町村保健センターあるいは地域の民間自主保育グループの育成、健康児との交流促進の場などの推進・提供を行う。境界児等のfollow up中に明らかな異常を認めた場合は、保健所と連絡をとり、保健所のfollow upシステムに入れる。しかし、地域の障害児のすべてを保健所に移行するのではなく、障害児個々の保育・教育・相談等については保健所と連絡をとりながら、地域に受け入れるよう努力する必要がある。

[4] 1次医療圏における包括化システム

1次健診は、市町村が主体となり、市町村保健センターあるいは地域小児科医への委託健診にて行う。ただし、人口の極めて少ない町村においては、近隣の市町村と共同して巡回健診チームにて実施することになる。1次健診にて何らかの問題や異常の発見された児および家族に対しては、市町村保健センターを通して保健所の経過観察健診に迅速に送致する必要がある。

図4 人口20～30万を中心に障害児の保健・医療・福祉の包括化のためのモデル・システム

- ◇人口20万以下では、数カ所あるいはそれ以上の市町村の連携・ネットワークによる。
- ◇人口40～50万以上については、1保健所が2つのモデル・システムを統轄する。
- ◇保健所が key stationとなる。



[5] 大都市圏における包括化モデル
(主に東京23区を想定)

区 区衛生部・福祉関係・福祉事務所

保健所経過観察・発達検診
地域コーディネータ
障害児ケアに関する情報センター

保育所・幼稚園
児童館

教育委員会・学校
医師会
区療育センター

都 東京都衛生局・福祉局
児童相談所
専門医療センター
障害児施設

※ なお、東京都23区と多摩地区では大きく異なる。(図5は23区を想定)

◎ 障害児の頻度

出生1000対 15.4 (前川1982) 12.2 (岡本1990) 15.6 (尾崎1993)

◇ すなわち人口10万人あたり15人ぐらいの障害児がいると推定される。

東京全体では年間約1800人の障害児が出生すると推定される。

◇ また、超重症障害児が約200名いるという報告もある。(鈴木1994)

◇ 杉並区(53万人)では48%の障害児が区外の病院に通院していた。

◎ 福祉・医療機関の現状

(非常に多くの施設が都内に点在している)

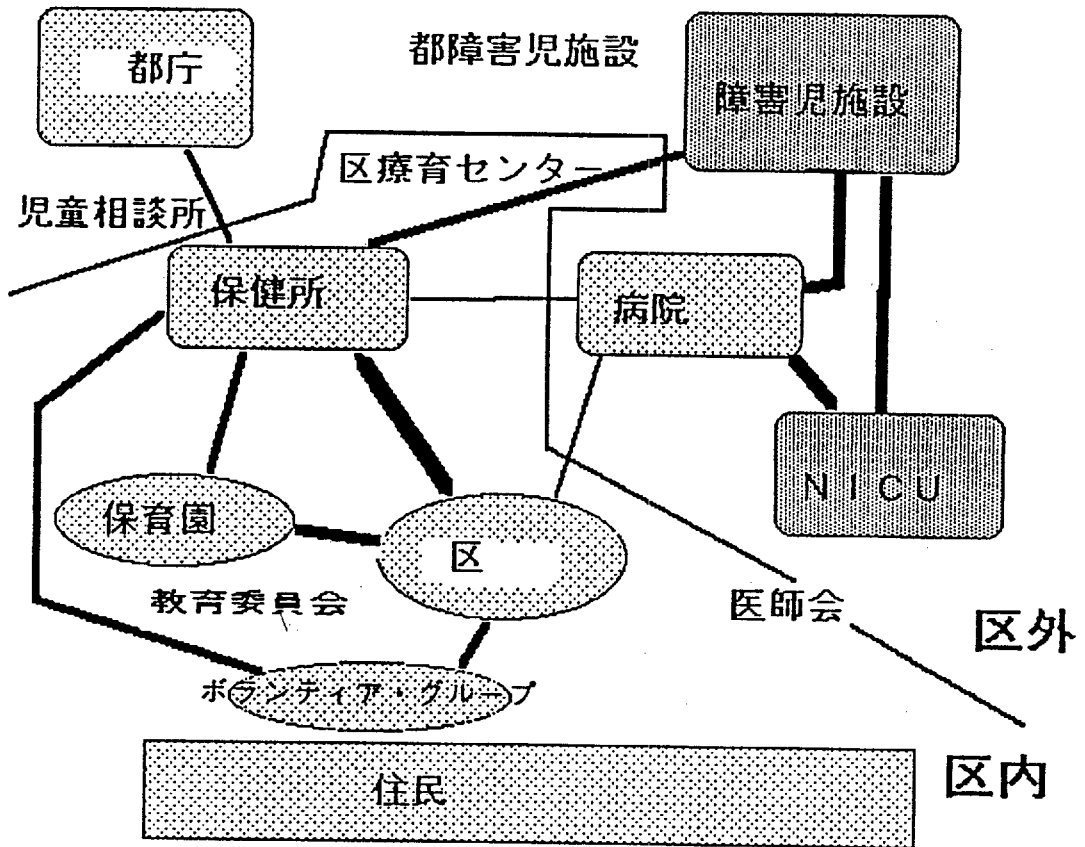
◇ 病院の分布と障害児施設の地域分布は異なる。

◇ 限定した地域医療圏を設定することは現実的ではない。

◎ ボランティア・グループ

- ◇ 地域レベルでは、社会福祉協議会との連携は必須であろう。
- ◇ 種々の障害児の「親の会」の活動とどのように連携するか。
 - ・ 多くの親の会は全国組織、しかし活動の変更や消退もある。
- ◇ 愛育班活動・母子保健指導員の活用は可能か。
- ◇ 民生委員・児童委員との連携をどう図式化するか。

図5 障害児ケア（東京）



[3] 育成方法

大変に難しい問題であるが、各地域の key person になっている人達が研究会を作るとよい。研究会を発表形式、さらに、教育ワークショップ・セミナーなど自主的に運営することができればよい。key person となっている人が後輩から適任者を見つけて育成することも可能かも知れない。

障害児の保健・医療・福祉の包括化についての地域単位（人口20～30万に1カ所）毎に、専任の母子保健行政担当の小児科医・小児神経科医を置いて（囑託制でもよい）key person になって貰い、この key person に対して、中央で教育セミナーを行うこともよいであろう。

実際にうまくいっている地域見学を含めた10日間くらいの実践的な研修を各地で実施する必要がある。「コーディネータ養成研修」を県レベルで年1回くらい開催すればよいと思う。

III 児童相談所の望まれるあり方

現在の児童相談所は、精神科医との連絡が強く小児科医・小児神経科医の入っているところは皆無に等しい。病院・療育機関との連携は極めて悪い。さらに、保健所や特別区・市町村の児童・福祉等との連携も悪いと考える。また、機能面では、事務的なことが多いのではないか。今後、望まれる方向は、次のことである。

- ①小児科医あるいは小児神経科医がパートでもよいから、週1～2回相談機能に加わる
- ②精神遅滞児や発達障害児（自閉症を含む）などの療育相談、家族支援、保育のあり方、さらには、実際の個別あるいは少集団の療育とその指導を担当して欲しい

児童相談所のもっとも問題となる点は2点ある。すなわち、心理士の乳幼児保健への意識が異なる点と機構からくる行動の制約である。前者は前項で述べた人材育成のルートにより教育効果が期待される。後者は管轄官庁の考え方による。

具体的提案として、以下の点をあげることができる。

- ①従来保健所がもっていた専門的・継続的な相談機能を付加する
（不登校、児童虐待、自閉症、母子関係に問題があるなどの対象への専門的な相談機能の充実・強化）

② 専門相談に対応出来るスタッフの配置

例えば、児童精神専門医、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、専門教育を受けた児童福祉司など

③ 管轄市町村への専門チームによる、巡回相談や指導の実施

このほかに、以下のような意見もあった。

児童相談所は、心身障害相談の機能を措置権を含めて、地域療育センターに完全に移管し、「児童虐待防止センター」へと衣替えをしていくべきである。

IV 保育所・幼稚園・学校との望まれる関わり方

この件に関し、以下の諸意見があげられた。

(1) 園医の役割の充実・見直し

従来の園医がおざなりな一般的健診のためのみに囑託としているのではなく、園児の発達上に問題のあるケースの相談、観察、保母等へのアドバイス、必要に応じて、保健所や地域の専門病院あるいは療育機関への紹介や連携を図れるようにする。小児科医が担当する。

(2) 巡回医療相談・巡回心理・療育相談の実施とこれらの事業の充実を図る

障害児や境界児など、あるいは、保育所・幼稚園の通園児の中で問題のある児の家族やこれらの児に対し、定期的に巡回相談（医療・心理・療育等のチーム）を行い、相談やアドバイスを行う。

(3) 保育所は、積極的に0才児からの保育を行うようにする（延長保育の推進を含む）

全人的な保健・福祉をめざすわが国において、婦人・母親の就労が容易ならしめるべく、0才児保育および延長保育を積極的に受け入れるべきである。

(4) 障害児および境界児の保育・幼稚園への積極的な受け入れを行う

欧米型の保育機能を積極的に取り入れて、総合保育を行う。もちろん、個別対応、少集団保育、正常児保育など児の発達段階に応じた指導を含めた保育を一つの保育所・幼稚園毎に行えるようにする。

(5) 保母・教諭に対して、特殊保育・特殊教育の可能な教育資格を取得する以前に行うか、専門の資格認定を行えるような教育システムの必要がある

現状の保育所・幼稚園の保母や学校教諭は普通免許であり、境界児・障害児に対する特殊保育・特殊教育の専門的知識に欠けるため、これらの児に対応できる保育技術や教育ができるようにする。

(6) 幼児期と学童期の行政上の連携を図る

とくに、就学時の指導や処遇に関する意見の交換や連絡委員会の設置が必要である。幼児期の養育・保育歴と問題点、あるいは医療・療育歴など、教育委員会との連携を図ること、児童の発達状況を正確に把握し、就学設置に活かすことが大切である。

保育所は公営・私営、認可・無認可の問題が解決できない限り、乳幼児健診→療育システムの中にシステムの一員として参加を求めるのは無理であろう。現状では参加を期待するということになる。なお、保育所が乳幼児健診のシステムにもっとも関与する必要がある所は無認可・私営の保育所であり、そこに保育されている乳幼児である。

幼稚園は乳幼児保健ともっとも疎通性の少ない所である。また、問題となるリスク児も少ない。

(7) 学童（小・中学）の巡回医療・療育相談の必要性

児童の発達段階に応じた就学指導・処置が行われても、医療や療育上の問題、社会・精神発達上の問題や教育上の問題など多く出現する。これらの諸問題に対し、相談・アドバイスなどのため、定期的な巡回相談が必要である。

(8) 学校に入学しても、必要な医療や療育の継続が可能になるように配慮する

従来あるいは現状において、満6才児にて小学校に入学することにより、児童の発達や能力に応じた指導・処遇がなされ、医療や療育機関と疎遠になる。必要のあるケースは、これら医療や療育機関に通院・通所可能となるようにし、連携を図らねばならない。

学校は、5才児健診が制度化され、そこでのリスク児に短期療育の制度が作られれば、包括ケアに大きく前進しよう。これにより教育は2年前から発達リスク児を把握でき、障害児教育への計画を立てることが可能となる。もちろん、文部省が学習障害児の存在を認め、その対策を法制化（リソースルームの設置など）をすることが前提となろう。

障害をもつ子どもが保育所・幼稚園・学校に入ってきたときにどうするかというマニュアル「保育・幼稚園・学校におけるノーマリゼーションの実際」といったものが必要になっていると思う。障害児が学校に入ったときの体験談の類は多く出版されているが、先生がどうすればいいか、どんな点に気をつけるのか、だれとどのような時に連携するのか、といった実践的な視点からのマニュアルづくり（次年度の課題）が必要である。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



研究目的

近年における本邦の母子保健水準の高度化と母子保健活動の充実ぶりは、目をみはるものがある。しかるに、健診の結果発見される障害児のケア・システムは、障害の多様性と活用に供される社会資源の地域格差のために、その「みとり」の方策は一様にいかない。2次健診で問題となった児の地域社会で効率よい事後措置・ケアのできるモデル・システムの構築を目的として、本研究班をスタートした。その際、地域における障害児の保健・医療・福祉の包括的ケアの調整役としての新生保健所の位置付けとその役割、児童相談所の位置付け、保育所・幼稚園・学校との望まれる関わり方等に関し、検討した。