

障害児相談支援 サポートブック

内山登紀夫・稲田尚子 編

第1章	はじめに ～このサポートブックの狙い～	1
1.	このサポートブックの狙い	2
	基本的な考え方	2
2.	本書の利用方法について	4
	これまでの経緯と今後	4
第2章	障害児を対象にした包括的支援の必要性と方法	5
1.	障害児支援における包括的支援の必要性	6
	(1) 包括的支援とは何か?	6
	(2) 「地域共生社会」の実現に向けた包括的な支援体制の整備	7
	(3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築	8
	(4) 障害児分野における包括的支援	8
2.	包括的支援の方法	9
	(1) 包括的支援の方法としての相談支援	9
	(2) 包括的支援の要としての自立支援協議会	11
	(3) 発達支援・家族支援・地域支援の包括性	12
3.	包括的支援を機能させるために	13
	(1) 多職種連携の推進	13
	(2) 本人中心であること	15
	(3) 権利擁護と意思決定支援	15
	(4) サービスの質の向上と外部評価	16
	(5) さいごに	17
第3章	発達障害・知的障害の支援の基本	19
1.	発達障害・知的障害の支援の基本	20
	(1) 発達障害・知的障害とは何か?	20
	(2) 発達期に障害特性が明らかになる	22
2.	発達障害・知的障害の診断	22
	(1) ASD (Autism Spectrum Disorder: 自閉スペクトラム症)	22
	(2) ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: 注意欠如・多動症)	25
	(3) SLD/LD (Specific Learning Disorder/Learning Disorder: 限局性学習症/学習障害)	25
	(4) 知的障害	25
3.	発達障害・知的障害の障害特性	26
	(1) 発達障害・知的障害にしばしばみられる認知特性	26
	(2) 障害特性は成人期まで継続する	28
	(3) 診断と支援はつながっている	28
	(4) 精神科的併存疾患に注意する	29
	(5) 子どもの支援と親の支援～親子セットで支援を考える～	29
	(6) 見えにくい障害	30
第4章	障害児支援利用計画の作成にあたっての注意点 ～発達障害・知的障害の場合～	31
1.	ASDの障害特性に配慮した計画作成	32

- (1) エンパワメント、アドボカシーの視点 32
- (2) 総合的な生活支援の視点 33
- (3) 連携・チーム支援の視点 35
- (4) ニーズに基づく支援の視点 36
- (5) 中立・公平性の視点 37
- (6) 生活の質の向上の視点 37

第5章 肢体不自由の特性と相談支援 39

- 1. 医学的側面からみた肢体不自由 40
 - (1) 肢体不自由児の疫学 40
 - (2) 運動機能障害の特徴 41
 - (3) 運動機能障害の重症度 42
 - (4) 心理学的側面からみた肢体不自由 43
- 2. 重症心身障害の基礎知識 44
 - (1) 医学的側面からみた重症心身障害 44
 - (2) 心理学的側面からみた重症心身障害 46
- 3. 医療的ケアの基礎知識と留意点 47
 - (1) 医療的ケアの定義 47
 - (2) 疫学 47
 - (3) 状態像と留意点 47
- 4. 障害児支援利用計画作成にあたっての留意点～肢体不自由の場合～ 48
 - (1) エンパワメント、アドボカシーの視点 48
 - (2) 総合的な生活支援の視点 51
 - (3) 連携・チーム支援の視点 53
 - (4) ニーズに基づく支援の視点 56
 - (5) 中立・公平性の視点 58
 - (6) 生活の質の向上の視点 60

第6章 聴覚障害／視覚障害の相談支援 63

- 1. 聴覚障害の基礎知識と相談支援 64
 - (1) 聴覚障害の種類 64
 - (2) 「新生児聴覚スクリーニング」について 65
 - (3) 聴覚障害の出現率 66
 - (4) 保護者の気持ち 66
 - (5) 保護者の選択を促していく 66
 - (6) 関係機関との連携 67
 - (7) 聴力の確認 67
 - (8) 相談支援事業所に求められること 67
- 2. 視覚障害の基礎知識と相談支援 68
 - (1) 視覚機能と視覚障害 68
 - (2) 視覚障害児の療育のポイント 70
 - (3) 相談支援を提供するにあたっての心がまえ 72
 - (4) 社会資源を把握しておくことが大切 72

第7章 地域資源に関する情報収集と活用 73

1. 相談支援と地域資源の活用 74
 - (1) 相談支援専門員の役割 74
 - (2) スtrenghsモデルと地域資源 74
2. 地域資源の把握と地域アセスメント 76
 - (1) 地域資源の把握 76
 - (2) 地域アセスメント 76
3. 地域資源の活用に向けた手法 78
 - (1) ライフステージと地域資源のマトリクス 78
 - (2) 子ども・家庭のニーズに応じたサービスのマトリクス 80

第8章 アセスメントについて 83

1. 障害児相談のためのアセスメントとは? 84
 - (1) エビデンスに基づくフォーマルなアセスメントが基本となる 84
 - (2) いくつかのツールを活用し、さまざまな側面から現状を把握 85
2. 推奨されるアセスメントツール 86
 - (1) 日本版Vineland-II 適応行動尺度 86
 - (2) TASP（保育・指導要録のための発達評価シート） 91
 - (3) 子どもたちのもつ障害特性の強さ、知的能力 93
3. まとめにかえて～障害児相談におけるアセスメント～ 99
 - (1) フォーマルアセスメントの活用 99
 - (2) フォーマルアセスメントのメリット 100
 - (3) フォーマルアセスメントがあることが望ましい 100

第9章 医師との連携 101

1. 医師との連携～知的障害・発達障害を中心に～ 102
 - (1) 医療と福祉の差を理解しよう～医学モデルと社会モデル～ 102
 - (2) 医師と相談支援専門員のアプローチの違い 102
2. 医師との情報共有～知的障害・発達障害を中心に～ 104
 - (1) 連絡・情報交換を行う場合の心がまえ 104
 - (2) 医師が文書を提出する場合 105
 - (3) 外来での面談は、予約が必要 105
 - (4) 聞きたいことを明確にしておこう 105
 - (5) 保護者・本人抜きでの面談は避ける 105
 - (6) 保護者を通じての情報提供を優先する 106
 - (7) 情報を活用した際には、フィードバックが大事 106
 - (8) 医師の方針に疑問をもった場合 106
3. 医師との連携～肢体不自由の場合～ 107
 - (1) 肢体不自由児にかかわる医師の特徴 107
 - (2) 医師との連携のポイント 107

第10章 障害児支援利用計画の検討 ～発達障害・知的障害の場合～ 109

1. 知的障害・発達障害の場合 110
 - 【Case 1】A男児 小4（10歳） 自閉スペクトラム症 110
 - 【Case 2】B女児 小6（12歳） 自閉スペクトラム症 113
 - 【Case 3】C男児 年長（5歳） 自閉スペクトラム症・ADHD 115

第11章 障害児支援利用計画の検討 ～肢体不自由児の場合～ 118

1. 肢体不自由児の障害児支援利用計画 119
 - 【Case 1】A男児 10歳 肢体不自由 119
 - 【Case 2】B男児 3歳2か月 医療的ケアが必要 122

第12章 利用可能な地域資源の把握 126

1. 地域支援一覧表の作成 127
 - (1) 医療的ケア児が利用できる地域社会資源の課題 127
 - (2) 医療的ケア児が利用可能なフォーマルサービスの把握方法の一例 127
 - (3) 利用可能なフォーマルサービスの把握から地域を耕す展開 131

第13章 乳幼児向けアセスメントシート 132

1. 乳幼児向けのアセスメントシートについて 133
 - (1) 障害児相談支援における課題 133
 - (2) 本アセスメントシートを使用した計画案作成の手順 134
 - ・アセスメントシート（年少～年長・汎用） 135
 - (3) アセスメントシート（様式説明入り） 139
 - ・アセスメントシート（年少～年長・汎用） 139
 - ・覚書シート（仮） 144
 - ・TASP結果シート 148
 - ・Vineland-II 結果シート 149
 - ・WISC-IV知能検査 結果シート 150
 - ・WPPSI-III知能検査 結果シート 151
 - ・参考様式 利用者情報登録シート 152

付録 155

1. アセスメントシート 基本情報 156
2. アセスメントシート 障害特性（自閉スペクトラム症） 157
3. セルフチェックシート 相談支援業務の振り返り 161

索引・用語集 163

1. 索引 164
2. 用語集 167



第 1 章



はじめに

～このサポートブックの狙い～



1. このサポートブックの狙い

このサポートブックは、相談支援専門員を対象に、どのように障害児相談支援を行うかについての実践的なガイドになることを意図して、作成されました。対象は、障害児全般で、具体的には、知的障害、発達障害、身体障害、聴覚障害、視覚障害などが対象になります。重症心身障害児、医療的ケアが必要な子どもも含まれます。

基本的な考え方

このサポートブックを使う際の、前提として重要なポイントは以下のとおりです。

① 私たちが支援する対象は、障害をもった《子ども》である。

子どもは障害児である前に《子ども》であり、子どもとしての権利・自由をもっています。

子どもの権利条約においても、児童期からの意思表示を大切にすることが強調されています。子どもの意思決定権を尊重し、保護者と支援者の共同意思決定を重視しましょう。

② 子どもの意思決定支援を行い子どもの意思が表明されることを重視する。

対象の子どもの障害種別、障害の軽重を問わず、子どもの意思決定支援を行い子どもの意思が表明されることを尊重しましょう。

支援内容の決定に際しては、子どもの意思、興味、関心、能力を重視します。決して、大人の希望や、大人が子どもにして欲しいことに基づいて、支援内容を決定するものではありません。

③ 対象が障害をもった子どもであることを再確認する。

子どもがもつ障害特性によりハンディキャップは多様であり、仮に同じ診断名がついていたとしても個々の子どもの能力や興味関心は大きく異なります。障害特性の存在が社会参加の妨げにならないように、特性に応じた特別の方略が必要です。

障害児の支援では、個別性を重んじ、それぞれの子どもがもつ障害特性に十分配慮した支援を行うことが求められています。支援者は子どものもつ知的・身体・発達などの障害特性に加えて、家庭環境や保育所・学校など子どもが置かれた環境に目配りをして、その子どもがもつ障害特性や家庭環境などが社会参加の障壁にならないように、支援プランを考える必要があるのです。

④ 子どもは発達する存在であることを忘れない。

子どもは発達する存在であり、子どもの相談支援では将来の子どもの状態を見据えた支援プランを作成する必要があります。

障害をもった子どもの場合は、その障害特性により、将来像が定型発達の子どものとは異なることがあります。子どもの支援プランを考える際には、その子どもが5年後、10年後、成人期に到達した場合どのような生活をしているのかイメージしながら、計画を立てましょう。

5 アセスメントを重視する。

子どもが療育場面で、有意義に楽しく過ごすためには子どもの能力、興味、関心のあり方を十分にアセスメントする必要があります。

障害特性が子どもにとって苦痛の原因や社会参加の障壁にならないように支援をするためには、子どもの全体像、長所、苦手をできる限り正確に把握することが重要です。そのためには、子どもの個別のアセスメントが欠かせません。しかし、アセスメントは決して子どものできないことだけに注目し、優劣をつけることではありません。子どものニーズを正確に把握し、障害特性を考慮した支援プランを立てるための評価であることを忘れないでください。

6 保護者との協働

子どもの支援を安定して継続していくためには、保護者との協働や協力が重要です。

協働・協力していくためには、相談支援専門員と保護者が対等の立場で相談し、保護者の意向を十分に配慮した上で、子どもにとって適切な支援プランを構築することが大切です。だからといって、保護者の言うことをすべて受け入れるということではありません。相談支援専門員は《障害児支援の専門家》という立場から保護者の意向を考慮しつつ、対象の子どもに最も適切な支援を検討する必要があります。また、親自身が、発達やメンタルの課題をもつ場合もあります。そのような特定の支援ニーズをもつ保護者と協力する場合には、保護者の特性も考慮する必要があります。

7 他機関との協働

障害のある子どもの支援には、その障害についての知識や経験が必須です。医療的ケアが必要な子どもや発達障害やメンタルな問題をもつ子どもの場合は医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、公認心理師、臨床心理士など関連領域の専門家との協力が欠かせません。相談支援専門員がすべての障害について十分な知識や経験をもつことは不可能であり、それぞれの専門家と協働してプランを立てる必要があります。幼稚園教諭や保育士、学校の教員などとの連携も重要です。

8 障害児サービスの位置づけを意識する

児童発達支援や放課後等デイサービスなどの障害児の公的サービスは、インクルージョンを推進するための後方支援を行う専門的役割として、位置づけられています。つまり、《障害児の前に子ども》という視点を重視しなければなりません。

障害種別や軽重によらずインクルージョンを推進するためには、特性を適切にアセスメントし、《子どもに最善の利益をもたらす》ために、個々の子どもに応じた合理的配慮を行う必要があります。

具体的には、障害児サービスを利用しつつも、モニタリングを通じ、定型発達を対象とした子育て支援サービス（保育所、児童館等）や学校などの後方支援としての役割に、徐々にスライドしていくという視点が重要です。このことは、ただ単に、一般の保育所や児童館、通常の学級の利用を促すということではありません。適切な合理的配慮のない環境に、子どもを投げ込む（ダンピング）ことはインクルージョンを意味せず、子どもにとっては苦痛な状況につながる危険があります。

単なる場所と時間の共有はインクルージョンでなく、障害特性に応じた合理的配慮があってはじめてインクルージョンが成立するのです。

そのためにも、相談支援専門員が子どものストレングスと苦手を正確に評価し、保育所や児童館などで適切な合理的配慮が受けられるよう計画して、インクルージョンを推進することが望まれます。

2. 本書の利用方法について

このサポートブックは平成24（2012）年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書、および報告書に掲載されている「サービス等利用計画評価チェックリスト」を活用していることを前提にして、その内容を補完することを目的としています。

これまでの経緯と今後

このサポートブックは、複数の厚生労働科学研究を根拠にしています。直接的には、「障害児相談支援における基礎的知識の可視化のための研究」(2020-2021年度)の成果物として作成されました。それ以前に行った「障害児支援のサービスの質の向上のための外部評価とその検証のための研究」(2019年度)、「障害児支援のサービスの質の向上のための第三者評価方法の開発に関する研究」(2018年度)、第三者評価、外部評価に関する厚生労働科学研究においては、国内約100か所の児童発達支援事業所、放課後等デイサービス、障害児入所施設などの障害児施設を訪問し評価を行いました。「障害児相談支援における基礎的知識の可視化のための研究」では、障害児相談支援専門員、相談支援事業所を利用する保護者および担当する行政を対象に、インタビュー調査およびアンケート調査を行い、それぞれのニーズや現状の問題点をまとめました。このような現場での状況を十分に把握した上で、わが国の実態に沿い、相談支援専門員が現場で使用できるサポートブックを目指しました。

また、実際に使用された上で、相談支援専門員のフィードバックにより随時改定していくことを予定しています。何よりも、現場において相談支援専門員が行う相談支援の内容の質の向上を図り、障害のある子どもとその保護者が充実した人生を過ごすことを願っています。

関連する文献

- 平成22年度 「障害者相談支援ガイドライン作成とその効果的な普及・活用方策のあり方検討事業」
成果物「相談支援ガイドライン」
- 平成23年度 「サービス等利用計画作成の実態と今後のあり方に関する研究事業」
成果物「サービス等利用計画作成サポートブック」
- 平成24年度 「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」
成果物「サービス等利用計画評価サポートブック」
- 平成24年度 厚生労働省障害者総合福祉推進事業「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書
<https://onl.la/bqrT58H>

現状のガイドライン等の参考資料

- ・障害者ケアガイドライン(厚生労働省、平成14年) <https://onl.la/zseNUM6>
- ・身体障害者ケアガイドライン(厚生労働省、平成14年) <https://www.mhlw.go.jp/topics/2002/04/tp0419-3a.html>
- ・精神障害者ケアガイドライン(国立精神・神経医療研究センター、平成16年)
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/pdguideline.pdf>

第 2 章



障害児を対象にした 包括的支援の必要性と方法

1. 障害児支援における包括的支援の必要性

障害者総合支援法改正法の3年後の見直しにより、社会保障審議会障害者部会は令和3（2021）年12月16日に中間整理を発表しました。障害児に対する専門的で質の高い支援体制の構築として、「地域共生社会の実現・推進の観点から、年少期からのインクルージョンを推進すること」が述べられています。また、「障害児支援を検討するに際しては、障害のある子どもの最善の利益の保障を第一にしながら、家族支援の視点を大切にすることが重要」とされています。このように障害児支援が変化する状況において、インクルージョンや本人自身への権利擁護などを可能とする具体的な方法としての「包括的支援」の必要性について言及します。

（1）包括的支援とは何か？

2000年にスタートした介護保険制度では、誰もが必要に応じてサービスを利用できるという介護の社会化が目指されてきました。そのために、在宅介護の推進を通じて住み慣れた地域で暮らしながら、必要な医療・保健・福祉等のサービスを一体的に提供する支援体制である「地域包括ケアシステムの構築」が提案されたのです。

地域包括ケアシステムとは、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す」ものとされています。つまり、生活上の安心・安全・健康を確保するために、医療や介護、その予防サービスだけでなく、住まいや生活支援・福祉サービスが日常の生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるよう、行政のみならず地域を構成する多様な担い手が連携し、協力しあう体制を構築することです。

このシステムに関して、2015年4月からスタートした第6期介護保険事業計画では、認知症支援の充実、医療との連携、高齢者居住にかかる施策との連携、生活支援サービスの充実への取り組みが重点的項目として掲げられ、新たな段階に入りました。

このように「地域包括ケアシステム」は認知症高齢者の増加に伴い、「2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる、地域の包括的な支援・サービス提供体制」の構築が目標とされており、主に高齢者を対象として推進されてきたものです。しかし、対象範囲には高齢者のみならず、障害者や児童分野も射程に入っていました。

図2-1 地域包括ケアシステム



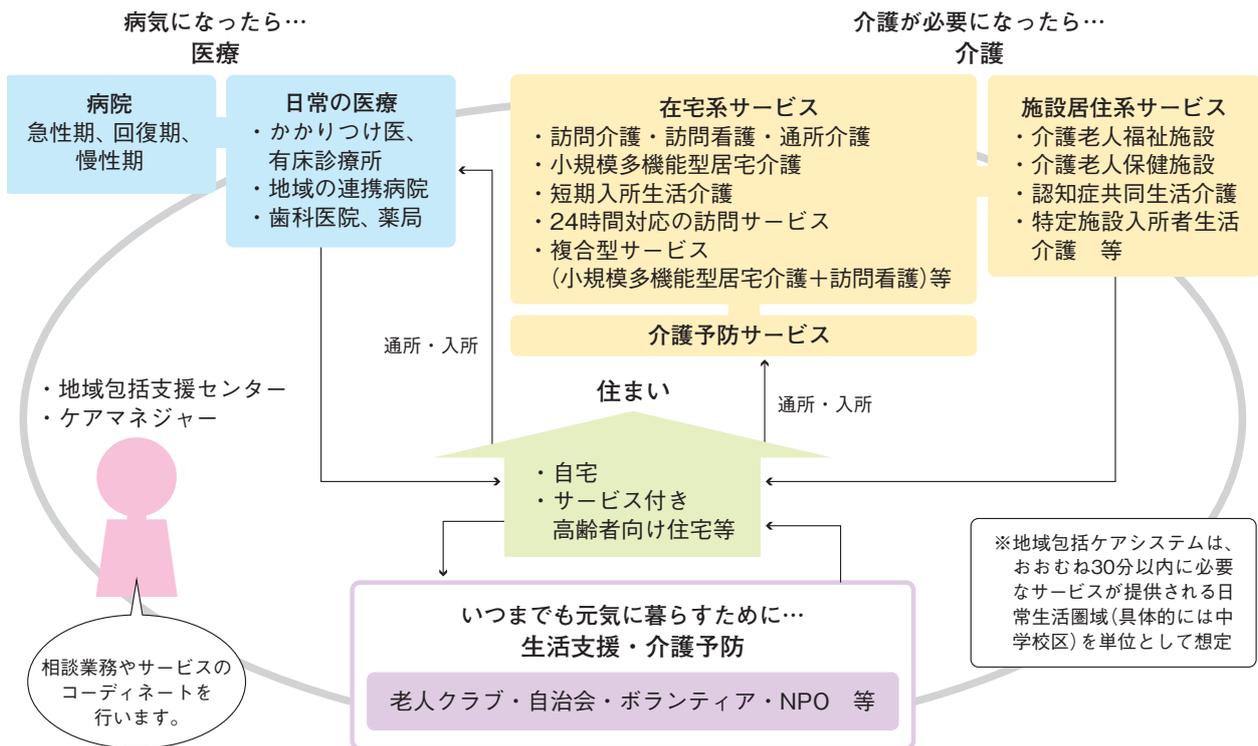
出典：地域包括ケア研究会報告書

(2) 「地域共生社会」の実現に向けた包括的な支援体制の整備

少子高齢・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化の中で、人々がさまざまな生活課題を抱えながらも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民等が支え合い、一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共につくっていくことのできる「地域共生社会」の実現は、大きな目標です。その「地域共生社会」の実現に向け、改正社会福祉法に基づいて市町村において包括的な支援体制の整備等を推進することとされています。地域力強化検討会の最終とりまとめでは、①共生文化、②参加・協働、③予防的福祉の推進、④包括的支援体制、⑤多様な場の創造の5つの視点の重要性が指摘されました。包括的支援体制の構築において、障害者（中でも障害児）についての具体的な取り組みはこれからの課題となっているのです。

このような高齢者、児童、障害者という縦割りの行政システムを打破する意味での包括的支援体制の構築は必要であり、それぞれの特殊性が活かされた相談支援システムが構築できればよいのですが、それぞれの特殊性が顧みられないシステム構築の危険性も危惧されています。

図2-2 地域包括ケアシステムの姿



(出典：厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」1頁)

（3）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

令和3（2021）年3月の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書には、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが明記されました。

障害分野においては、精神障害領域が他の領域より一歩先を行く形のシステムづくりが始まっています。精神障害については、医療との連携が重要となるので、今後は医療的ケア児や強度行動障害をもつ児童の支援体制にも活かされる可能性があるでしょう。ですが、今のところ、この支援体制と地域包括ケアシステムとの関係は不明瞭です。

（4）障害児分野における包括的支援

障害児分野においては、地域社会への参加・包容（インクルージョン）の推進と合理的配慮の提供が大きな課題となっています。障害者権利条約では、障害を理由とするあらゆる差別（「合理的配慮」の不提供を含む）の禁止や障害者の地域社会への参加・包容（インクルージョン）の促進等が規定されており、障害のある子どもの支援にあたっては、子ども一人ひとりの障害の状態および発達の過程・特性等に応じた合理的な配慮が求められています。

児童分野においては、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、「子育て世代包括支援センター」が全国的に展開しています。具体的には、子育て世代包括支援センターに保健師等を配置し、母子保健サービスと子育て支援サービスを一体的に提供できるよう、きめ細かな相談支援等を行うこととされています。そのため、母子保健法が改正され、子育て世代包括支援センター（法律上は「母子健康包括支援センター」）が法定化され、2017年4月1日より施行されました。

児童の中でも障害児の包括的支援の構築は始まったばかりです。たとえば、医療的ケア児の支援については、2021年6月に医療的ケア児支援法が成立しました。医療的ケア児は、全国で約2万人と推計され、その支援体制を構築するためには、それぞれの地域の実情に応じた工夫が必要と考えられています。今後は、さらに、それぞれの障害特性やその固有性に配慮した、きめ細かで包括的な、地域の支援体制の構築が求められているのです。

障害児分野における地域包括支援体制の構築の特徴

- ・ 障害児には発達支援など子どもの頃からの将来のライフステージをにらんだ支援が必要である。
- ・ 障害児は、障害がある児童という複数の困難を抱えており、意思の表明やそれが困難な場合はアドボカシー（代弁）を通して、子どもの最善の利益を確保する必要がある。
- ・ 家族の支援を行うとともに、子どもの権利との調整を図っていく必要がある。
- ・ 教育分野等との連携により子どもの成長を連携して支援していく必要がある。

2. 包括的支援の方法

相談支援（いわゆるケアマネジメント）が、地域包括支援体制の構築のためには重要なツールとなります。しかし、サービス等利用計画等の作成がケアマネジメントと理解されていることも多く、個々人の計画相談から生じるさまざまな課題を地域の課題として解決していく道程は必ずしも確立していません。障害分野の地域包括支援体制の構築のためには、「地域を創る」方向に相談支援を変革していく必要があります。

（1）包括的支援の方法としての相談支援

障害者分野のケアマネジメントを通して、地域包括支援体制を構築していくことが重要です。平成14（2002）年3月31日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部から発出された「障害者ケアガイドライン」によれば、障害者ケアマネジメントとは、「障害者の地域における生活支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である」とされています。平成24（2012）年4月、新たに体系化された相談支援の中で、サービス等利用計画作成のための相談支援は、「特定相談支援事業」における「計画相談支援」に位置づけられました。障害福祉サービスを利用するすべての障害者についてサービス等利用計画（児童については障害児支援利用計画）の作成が義務づけられたことは、大きな進歩でした。

しかし、かつての障害児（者）地域療育等支援事業等の時代と比較して、地域を走り回って障害児者にサービスを届けていく取り組みは弱くなりました。サービスが整った分、既存のサービスを利用計画書にのせることがケアマネジメントと理解されたのではないのでしょうか。

障害者ケアマネジメントとは？

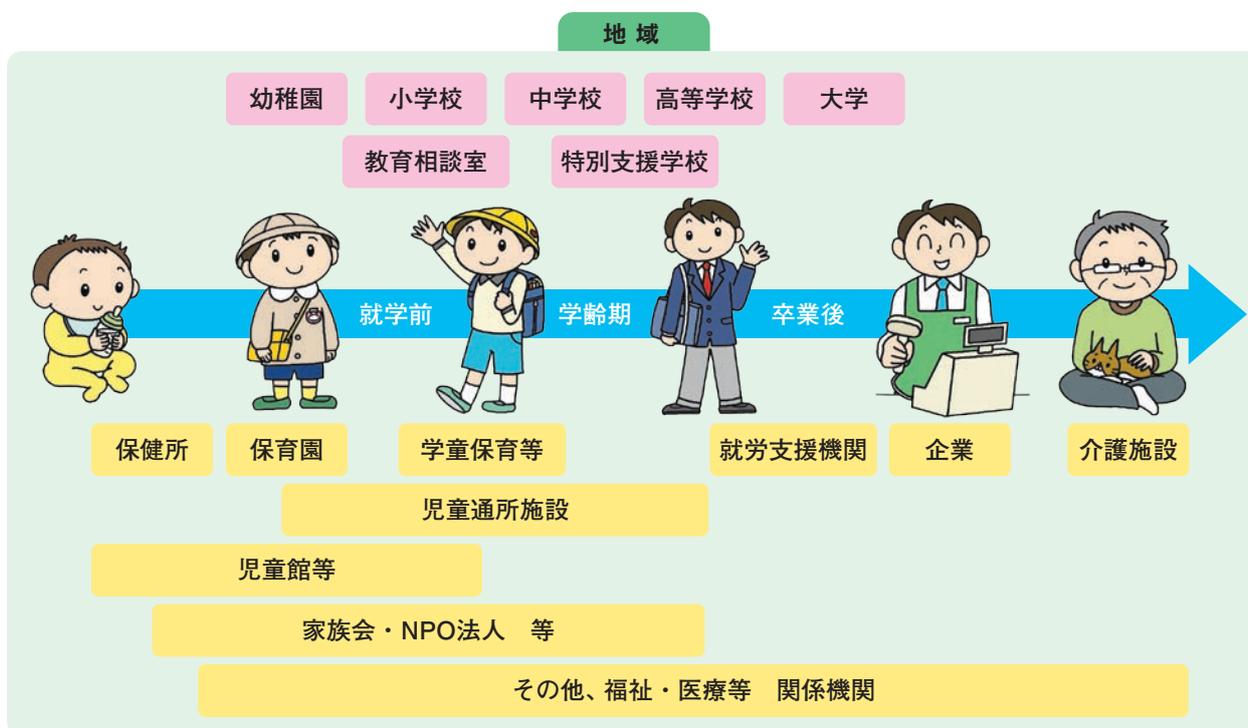
「障害者の地域における生活支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。」

「障害者ケアガイドライン」(平成14年3月31日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部)より

地域生活支援は、福祉・保健・医療のほか教育・就労等各領域を包括的に支援していくことです。各ライフステージに応じた多様な生活ニーズを利用者と共に明らかにし、それぞれの障害者の生活ニーズに対応した社会資源を調整していく必要があります。

社会資源とは、障害者の自己実現や主体的な生き方を支えるためのフォーマル・インフォーマルな多様な資源を含むものです。サービス等利用計画および障害児支援利用計画に多様な社会資源が入ってこそ、包括的な支援が可能となります。インフォーマルサービスを含めて多様な社会資源が位置づけられていないサービス等利用計画および障害児支援利用計画は、包括的な支援とはとてもいえません。

図2-3 包括的な支援のイメージ図



既存の社会資源を利用しやすく改善する一方で、利用者に必要なサービスが欠如している場合には、新たに社会資源を開発することが重要です。その際、必要であれば障害者当事者や家族の団体と共にソーシャルアクションを起こす必要があります。そのためには、普段から地域における関係者のネットワークを構築しておく必要があります。

平成28（2016）年に開催された「相談支援の質の向上に向けた検討会」の議論のとりまとめに記述されている、「相談支援専門員は、障害児者の自立の促進と共生社会の実現に向けた支援を実施することが望まれている。そのためには、ソーシャルワークの担い手としてスキル・知識を高めつつ、インフォーマルサービスを含めた社会資源の改善及び開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係構築、生きがいや希望を見出す等の支援を行うことが求められている」という提案は、まさに包括的な地域支援体制を構築する役割としての相談支援がクローズアップされたのではないのでしょうか。

相談支援専門員の役割

相談支援専門員は、障害児者の自立の促進と共生社会の実現に向けた支援を実施することが望まれている。そのためには、ソーシャルワークの担い手としてスキル・知識を高めつつ、インフォーマル・サービスを含めた社会資源の改善及び開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係構築、生きがいや希望を見出す等の支援を行うことが求められている。

〔相談支援の質の向上に向けた検討会〕(平成28年)より

(2) 包括的支援の要としての自立支援協議会

関係機関等が相互の連絡を図ることにより、地域における障害者等への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行う自立支援協議会を活用する必要があります。全国どの地域においても障害者が地域で安心した生活を送るためには、相談支援を充実強化するとともに、地域の課題を検討し、社会資源を改善・開発するための支援体制の構築のために、協議会は必要不可欠です。そのために自立支援協議会はこの体制づくりに中核的な役割を果たす組織であるという共通認識と、その設置や運営に関して地域の実情に合った構築および活性化が望まれます。

また、地域における総合的相談支援体制の整備においては、各市町村が、地域での相談支援事業の連携強化や総合的な相談窓口のため、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として「基幹相談支援センター」を設置するものとされています。基幹相談支援センターの整備とともに障害者が地域で安心して暮らせる支援体制の構築においては、親亡き後を見据えた、地域生活支援拠点等の整備による「地域体制づくり」を積極的に試みる必要があります。

自治体の規模や実情によってさまざまなパターンが考えられますが、自立支援協議会を中心とした協議で課題の解決を図ってきた市町村は、地域生活支援拠点等の地域体制についても自立支援協議会を活用することが考えられます。自立支援協議会をベースとした体制構築を目指す上で、自立支援協議会の活性化による課題解決力の向上は不可欠の要素です。この点、サービス等利用計画に関するサービス担当者会議は、多種多様な地域課題があがってくる場であり、自立支援協議会においてこれら課題を整理し、各部会やプロジェクトチームにて具体的な課題解決手法の開発の協議・検討がなされることが重要です。

特に、児童分野の課題については、自立支援協議会の部会に「こども支援部会」等を設置して取り組むことが不可欠です。今後は医療的ケアのニーズに対応すべく、自立支援協議会内に「医療的ケア児部会」などの医療的課題に特化した専門部会を設置し、ライフステージを通じた医療的ケア支援に関する具体的な協議・検討がなされることも想定されます。

(3) 発達支援・家族支援・地域支援の包括性

障害児支援においては、その将来を考えながら、ライフステージを通してそれぞれの障害のある子どものニーズに応じて、「発達支援（本人支援および移行支援）」、「家族支援」および「地域支援」を総合的に提供していくことが重要です。この意味で、障害児への包括的な支援とは、「発達支援（本人支援および移行支援）」、「家族支援」および「地域支援」を一体的・総合的（すなわち包括的）に提供していくことです。

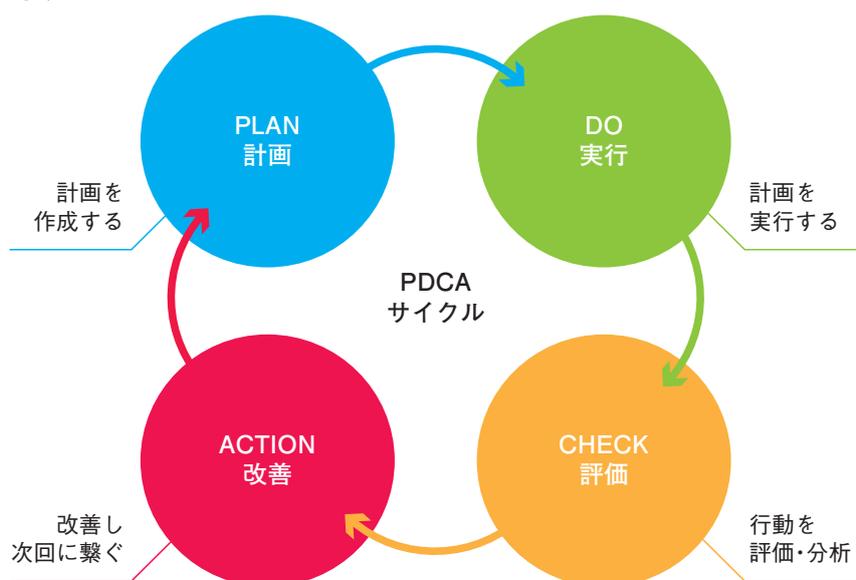
① 発達支援

発達支援は、障害のある子どもの個々の発達ニーズにあった質の高い支援を提供していくことが必要です。そのためには、児童発達支援センター等において、子どもそれぞれに児童発達支援計画を作成し、これに基づき、標準的な支援を提供していくことが重要です。

児童発達支援計画の作成にあたっては、標準化されたツールの活用も含め、子どもの多様なニーズを総合的に把握するためのアセスメントを行います。この際、子ども本人の発達等の状況や家族・地域社会の状況のみならず、子どもや家族の意向を適切に把握することが必要です。また、アセスメントは、本人や家族の強み（ストレングス）に配慮したものでなければなりません。

適切な支援を提供するためには、適時のモニタリングにより、必要な支援の検討・改善を行うことも必須です。このためには、児童発達支援計画の見直し等を行う支援の一連の流れ、すなわちPDCAサイクル（Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善））のプロセスを維持することが重要なのです。

図2-4 PDCAサイクル



②家族支援

障害児支援にあたっては、障害のある子どもたちの「子育て」支援の観点が重要です。従来は、家族の支援（family support）が、母親の障害をもった子どもへの「受容」課題への取り組みとみられてきましたが、「子育て支援」として理解されるべきです。

障害児の育ちには、家族全体をトータルに支援することが障害児自身の育ち自体に効果があるとされています。また、障害児が地域で生活し続けることを考えると、親のみならず兄弟姉妹などを含めた家族をトータルに支援していくことが重要です。その意味で、具体的な家族への支援のためのプログラム、たとえば「ペアレントトレーニング」や「ペアレントプログラム」等を活用していくべきでしょう。

③地域支援

障害児やその家族にとって、身近な地域でサービスが受けられ、将来、地域で生活していくための基盤整備としての地域支援体制の構築が重要です。ソーシャルインクルージョンの観点からいえば、障害のある児童も身近な保育所などで支援を受けることが求められます。

その際、障害児にとっては専門的支援を受けることも必要であり、障害児の専門的機関が、保育所等への地域の支援を行っていく保育所等訪問などのアウトリーチ支援が中心になるべきです。地域支援においては、子どもに関する医療・保健・福祉・教育などの関係機関が連携しながら支援していく意味での包括的支援が重要となってくるのです。

また、行政の実施主体という意味では、市町村と都道府県との関係を整理する必要があります。障害児支援においては、多くのサービスが市町村に実施主体が移りましたが、専門的支援、特に虐待など要保護性のあるケースなどは現在都道府県等にある児童相談所の措置により対応がなされています。今後の障害児のための地域包括支援体制の構築のためには、都道府県と市町村との関係を整理していかなければなりません。

3. 包括的支援を機能させるために

包括的支援を機能させていくために重要なポイントがいくつかあります。①多職種連携の推進 ②本人中心であること ③権利擁護と意思決定支援 ④サービスの質の向上と外部評価という4つのポイントについて解説します。

（1）多職種連携の推進

①発達障害者支援法にみる多職種連携

改正発達障害者支援法においては、教育に関して、発達障害児が、その年齢および能力に応じ、かつ、その特性を踏まえた十分な教育を受けられるようにするため、可能な限り発達障害児が発達障害児でない児童と共に教育を受けられるよう配慮することが規定されました。

また、支援体制の整備として、個別の教育支援計画の作成（教育に関する業務を行う関係機関と医療、保健、福祉、労働等に関する業務を行う関係機関および民間団体との連携の下に行う個別の長期的な支援に関する計画の作成をいう）および個別の指導に関する計画の作成の推進、いじめの防止等のための対策の推進その他の支援体制の整備を行うこと、その他必要な措置を講じるものとするとされています。これは、アメリカの全障害児教育法が規定したIEP（Individualized Education Plan：個別の教育計画）が、日本においても法に規定されたものと理解できます。

今後の障害児支援の検討においては、福祉分野と教育分野の連携がますます大きな課題となります。相談支援においては障害者すべてに個別支援計画であるサービス等利用計画（児童は障害児支援利用計画）が作成されています。また、平成19（2007）年度からスタートした特別支援教育の実施においても個別の教育支援計画の作成が位置づけられています。福祉分野や労働分野が作成する個別支援計画と教育分野が作成する個別支援計画の整合性が求められています。

平成24（2012）年4月18日付けで、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課と文部科学省初等中等教育局特別支援教育課の連名で出された通知「児童福祉法等の改正による教育と福祉の連携の一層の推進について」は、福祉と教育の関係者が同じテーブルについて、個別の支援計画を協力して作成することを求めるものでした。今回の発達障害者支援法の改正においても、このような動向を踏まえ、現場における連携やネットワークの構築を一層推進するものであるといえるでしょう。

②放課後等デイサービスガイドラインにみる多職種連携

平成27（2015）年春に「放課後等デイサービスガイドライン」が作成され、厚生労働省と文部科学省の連盟通知が全国に発出されました。この中で重要なのは、福祉と教育の連携です。

放課後等デイサービスの事業者の児童発達支援管理責任者等は、学校等の間で相互の役割の理解を深めるため、保護者に同意を得て、学校の特別支援教育コーディネーターから、個別の教育支援計画等についての情報を受けることができます。逆に、事業所の児童発達支援管理責任者は放課後等デイサービス計画（個別支援計画）を特別支援教育コーディネーターに提供することが重要です。連携によりお互いが子どもの状況や支援の目標を理解し合い、摺り合わせて事業所や学校の現場にフィードバックさせれば、子どもの支援や教育に良い効果が現れることが期待されます。

たとえば、学校で毎週水曜日が体育の授業なら、その日の放課後等における支援はアクティブな活動を避けるなどの調整が可能です。これは、子どもの必要な支援を行う上で、福祉と教育が役割分担を明確にし、連携して支援していく一つの形であり、障害者差別解消法が規定する合理的配慮です。

放課後等デイサービス事業者が作成する個別支援計画は、相談支援専門員が作成する障害児支援利用計画における総合的な援助方針等を踏まえて作成するものなので、児童発達支援管理責任者と特別支援教育コーディネーターが、お互いの計画を擦り合わせる時、相談支援専門員がそれを調整し、相談支援専門員が企画・運営するサービス担当者会議に児童発達支援管理責任者と特別支援教育コーディネーターを招いて擦り合わせることもできます。何よりも、相談支援専門員、児童発達支援管理責任者、特別支援教育コーディネーター、そして保護者が同じテーブルにつく支援会議において調整を図っていくことが重要です。そうすれば、本人を中心に関係者が集まり、建設的対

話および合意という共通理解された支援が可能となる機会が生まれます。

これらにより、全国的には福祉と教育との連携が進んだといえますが、その内容が問われています。

(2) 本人中心であること

本人中心計画は、アメリカ合衆国等の国々において導入されているものです。わが国では、その定義に決まったものはありませんが、生活や人生の主体者として障害者自身を中心に考え、諸外国で導入されているように本人を真ん中においてかかわる関係者や事業所・機関などの連携先を記入したもので、いわばエコマップに近いものです。

人は、人によって支えられるのですから、支える人々のネットワークの状況を明確にすることは、連携・協働して支援していくための必須条件です。このようなネットワークの構築においては、本人の自己決定・自己選択への支援をふまえて、フォーマル・インフォーマルな豊かな選択肢（参加と役割）が用意される必要があります。

本人の希望やニーズをアセスメントし、それに必要な支援サービスを作り出すために、本人と支援関係者それぞれの役割を踏まえた計画（本人中心計画）を作る必要があるのです。

この計画は、本人中心計画会議で共に創出し、不足するサービス等については、共に開発および権利擁護（アドボカシー）等を行い、さらに、その後のモニタリングや社会参加・関係の改善・調整等を行う、一定の権限と方法と手続きに基づく活動とそのプロセスです。

また、本人中心計画は、障害者本人の希望に基づいて、相談支援事業所等の相談支援専門員が本人（および支援者）と共に立案する生活設計の総合的なプランでもあります。

本人の希望を聴き取り、その実現にむけた本人のニーズとその支援のあり方（インフォーマルな支援も含めたもの）の総合的な計画策定になります。本人中心計画の策定の目的は、障害者本人の思いや希望を明確化していくことであり、それを本人並びに本人とかかわりのある人（支援者を含む）と共有し、実現に向けてコーディネートしていくことです。

本人中心支援計画立案の対象となるのは、セルフマネジメントが難しい意思（自己）決定に支援が必要な人です。なお、本人中心の支援計画の作成に参加するのは、障害者本人と本人のことをよく理解する家族や支援者、相談支援専門員等であるとされています。しかし、利益相反の場合もあり、第三者による権利擁護（代弁）が必要な場合もあります。このような第三者による権利擁護に際しては、本人の最善の利益の観点から、本人を真ん中において第三者を入れた開かれた会議等の場で決定していく仕組みが必要です。

(3) 権利擁護と意思決定支援

児童福祉法第1条においては、「全て児童は、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、適切に養育されること、その生活を保障されること、愛され、保護されること、その心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られることその他の福祉を等しく保障される権利を有する」と規定されています。また、第2条第1項においては、「全て国民は、児童が良好な環境において生まれ、

かつ、社会のあらゆる分野において、児童の年齢及び発達の程度に応じて、その意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない」とされています。障害のある子どもの支援を行うにあたっては、児童の権利条約の具現化が重要です。児童の障害の種別にかかわらず、子ども本人の意思を尊重し、子ども本人の最善の利益を具体的に配慮しなければなりません。

障害児については、意見表明に関して子どもであるとともに、障害により意見表明が一層困難な状況にあることに配慮していく必要があります。意見表明の理念は、「児童の福祉を保障するための原理であり、この原理は、すべて児童に関する法令の施行にあたって、常に尊重されなければならない」（法3条）とされています。サービスの支給決定のプロセスにおける計画作成においては、本人の意思を尊重してサービスを利用していくという意思決定支援のプロセスが重要です。

支援を求める者（法定代理人も含む）は、本人が求める支援に関するサービス等利用計画や障害児支援利用計画を策定し、市町村に申請を行います。一方、市町村は、本人が策定したサービス等利用計画について、市町村の支援ガイドラインに基づき、ニーズアセスメントを行います。本人又は市町村により、申請の内容が支援ガイドラインの水準に適合しないと判断した場合には、市町村が本人（支援者を含む）と協議調整を行い、その内容にしたがって、支給決定をします。

サービス等利用計画とは、障害者総合支援法上の支援を希望する者が、その求める支援の内容と量の計画を作成し、市町村に提出するものとされています。なお、そのサービス等利用計画の作成にあたり、障害者が希望する場合には、相談支援専門員等の支援を受けることができますが、障害者本人による計画作成（セルフマネジメント）や、ピアサポートによるマネジメントが推奨されています。

このようなサービス利用の過程において障害児の意思表示、あるいは意思決定をどれだけ徹底できるかが課題となっています。残念ながら、全国の障害児支援利用計画におけるセルフプランの割合をみると、とても子どもの意思を尊重しているとはいえない状況が続いています。

（4）サービスの質の向上と外部評価

障害者総合支援法第42条第2項で、「指定事業者等は、その提供する障害福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、障害福祉サービスの質の向上に努めなければならない」と規定されています。

質の高いサービスとは、それぞれの事業による標準的なサービスを確立し、障害者それぞれのニーズに合った、個別的な支援を提供することです。

個別的支援は、それぞれのニーズをアセスメントし、到達目標を設定し、適切な支援を提供するとともに、適時モニタリングにより必要であればプログラムに修正を加えるなどを行う支援の一連の流れ、すなわちPDCAサイクルです。このような個別支援計画による支援は、また、サービスの質の管理手法となります。

質の高いサービスの向上のためには、サービスの評価が必要ですが、自己評価、他者評価としての第三評価があります。施設・事業所が第三者評価に取り組むメリットは、利用者へのサービスの

質の向上に積極的に取り組むことで、選ばれる事業者・施設となることです。また、第三者評価のプロセス（自己評価、訪問調査など）を通して、職員が日々の業務への課題を発見することができ、組織全体の質の向上につながります。運営者にとって、自らの事業が提供するサービスの内容について客観的・専門的な評価を受けることで、現状を把握し、改善のための課題を明らかにすることができます。第三者評価では、主に、福祉サービス提供体制や内容について評価基準を用い、専門的・客観的に評価します。また、行政監査では、法令が求める最低基準を満たしているか否かについて、定期的に所轄の行政庁が確認するものです。社会福祉事業を行うためには、最低限満たしていなければならない水準が示されています。一方、第三者評価は、現状の福祉サービスをより良いものへと改善する、つまり最低基準以上に福祉サービスの質の向上を目的としているという点で行政監査とは根本的にその性格を異にしています。

内山（2019）は、2017～18年度に厚生労働科学研究費補助金「障害児支援のサービスの質を向上させるための第三者評価方法の開発に関する研究」によって障害児支援を実施している事業所に対する新たな、第三者による外部評価の評価項目を作成し、それに基づいた外部評価を実施するため、評価者養成プログラムを開発してきました。2019年の研究班は、先行する研究班で構築した外部評価システムを基盤にし、全体にシステムを見直し、新たに評価者養成講座を実施しています。それをもとに84事業所を対象に、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、入所施設等を直接評価したものです。

さらに事業者、評価者、保護者へのヒアリング・アンケートを行い現状と課題を把握しました。その結果、評価の高い事業所においても欠けているのは支援効果に関する継続した評価であり、評価の低い事業所においては、利用児のアセスメントの不足による障害特性の把握や個別の支援目標の設定に課題があることが明らかになったとしています。

外部評価については、単にサービスを評価するだけでなく、アフターフォローとしてのコンサルテーションがなされるところに特徴があります。外部評価のような評価基準を用いて評価し、それを定期的実施することで、事業者と一緒に支援の質を高めていくことが可能です。具体的に、どの項目をどう評価したかも擦り合わせができることで、現場がどこにより力を入れるのかが明確になることが期待されています。

（5）さいごに

今後の障害児の相談支援を中心とした地域における包括的な支援体制を構築して、当事者・家族等がその人らしく地域で暮らすことが求められています。これらに地域包括支援体制とは「相談支援体制」と同義にもなっています。

相談支援体制は、専門的な質の高い相談支援の実施、公平・中立的な相談支援の実施連携と社会資源の改善・開発について取り組むこととなりますが、相談支援体制の推進・拡充のためには、専門的人材の育成に取り組むことが極めて重要となっています。特に、相談支援についてはその専門性が確立していない分野であり、専門性の担保されたソーシャルワーカーの育成に取り組むことは喫緊の課題です。

参考資料

- ・厚生労働省社会保障審議会障害者部会(2021)「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」中間整理(案)、令和3年12月16日
- ・厚生労働省地域包括ケア研究会(2009)「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」平成20年度老人保健健康増進等事業
- ・厚生労働省(2017)「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント」平成29年2月7日
- ・厚生労働省・文部科学省(2012)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課・文部科学省初等中等教育局特別支援教育課連名事務連絡「児童福祉法等の改正による教育と福祉の連携の一層の推進について」平成24年4月18日
- ・厚生労働省(2015)「放課後等デイサービスガイドライン」平成27年4月1日
- ・厚生労働省(2017)「児童発達支援ガイドライン」平成29年7月
- ・内山登紀夫(2019)「障害児支援のサービスの質を向上させるための第三者評価方法の開発に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究、令和元年度
- ・カリフォルニア州発達障害局編著(2004)『障害者福祉実践マニュアルーアメリカの事例・本人中心のアプローチ』田川康吾訳、明石書店
- ・厚生労働省(2019)「『相談支援の質の向上に向けた検討会』の議論のとりまとめ」平成30年度

第 3 章



発達障害・知的障害の 支援の基本

1. 発達障害・知的障害の支援の基本

発達障害・知的障害の大きな特徴の一つは、発達期から障害特性が明らかになることです。主な発達障害として、自閉スペクトラム症（ASD）、注意欠如・多動症（ADHD）、限局性学習症／学習障害（SLD/LD）が知られています。

（1）発達障害・知的障害とは何か？

発達障害・知的障害は、お互いに合併することもあり、成長段階によって問題視される特性も違うため、診断は一つではなく、複数の診断（ASDとLDの合併など）や、幼児期にはADHDだけの診断だったが、学童期になりLDの存在が明らかになることなども珍しいことではありません。

①生まれつき、共通した特性がみられる

発達障害は親の育て方の問題でもなければ、本人の努力不足が原因でもありません。生まれつきの遺伝要因と環境要因が組み合わさって生じることがわかっています。障害特性の基本は〈認知の違い〉で、そのような認知の障害は、通常は生まれつきの脳機能の障害から生じます。認知の違いとは物事の理解のしかたや学び方が多数派の子どもとは違うということです。けれども、遺伝だけでは説明のつかないことも明らかなため、親の高年齢出産などの環境因子も再注目されるようになってきています。

②支援方針を決定するために診断する

診断をくだすのは支援方針を決定するためです。発達障害・知的障害の基本障害は認知障害なので、発達障害・知的障害の子どもを理解するには、〈認知〉という視点から理解することが必要です。

認知の特性を把握することは、認知の違いから生じる不利益を最小限にするために、どのような工夫が必要かを考えていくヒントになります。決して、苦手な部分を正常に近づけるためではありません。認知特性に合わせて、周囲の人の接し方や、子どもの生活場面の物理的な環境を変えていく、つまり広い意味での〈環境〉を操作することが、支援のポイントです。

図3-1 診断の意味



③評価に基づき、環境を調整することが大事

そのために障害特性と子どものそれぞれの評価に基づいて、親子の現実生活における諸問題に具体的な提案をするのが〈支援者の使命〉ともいえるでしょう。その提案の中身は診断と密接に関係しています。たとえば、家族や保育士、教師などにASDの特性を理解してもらい、むやみな声かけや叱責を減らしたり、予定をメモに書く・ラベルを貼るなど視覚を用いてコミュニケーションをとるように工夫したり、子どもが落ち着ける静かな環境の設定を心がけるなど、少しの配慮をするだけでも、子どもの負担が劇的に減ることもあります。

図3-2 環境調整の例



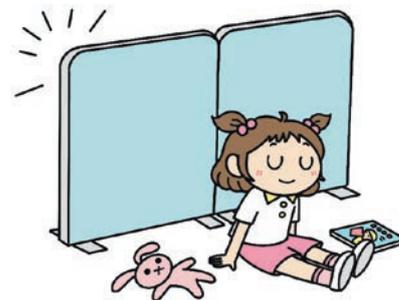
むやみに怒らない



視覚的なコミュニケーションをとる



ラベルなどを貼り、わかりやすく



子どもが落ち着ける環境をつくる

④合併しやすい障害を予測し、早期に介入する

診断情報から、その障害のさまざまな特徴が明らかになります。ASDやADHDと診断すれば、それぞれに合併しやすい障害がわかります。たとえば知的障害を伴うASDにはてんかんが合併しやすいですし、高機能のASDは思春期以降に抑うつや不安状態になりやすいことがわかっています。支援者は合併しやすい障害についても予測し、もし合併すれば早期に介入することが可能になります。

⑤予後を予測し、支援プランを立てる

もう一つ重要なことは予後予測です。予後とは、今の障害特性がどのように今後変わっていくかという見通しのことです。支援者は、発達や支援によってASDの特性が改善する可能性は十分にあるものの、基本的な特性は生涯継続することを前提に支援プランを立てなければなりません。ADHDでは多動や衝動性は年齢にしたがって軽減していくことが多く、不注意は大人になっても

残りやすい特性であることが知られています。

(2) 発達期に障害特性が明らかになる

発達障害と一般的な精神疾患の違いの一つは、発達障害の特性は発達期に明らかになることです。特にASDでは2歳までに多くの特性が明らかになります。

共同注意（物を指差して大人と同じ物を見ていることを確認して喜ぶ）、物を親などに見せて親の興味をひこうとする、見立て遊び（空のコップなどでお茶を飲むフリをして遊ぶ）などに遅れがみられることが多いようです。

①言葉の遅れだけで、発達障害の可能性を否定しない

一般に保護者が気にするのは言葉の遅れですが、言葉の遅れは把握できる場合もできない場合もあります。ですから、言葉の遅れがなくてもASDなどの発達障害の可能性は否定できません。親に「幼児期の発達の遅れはありましたか？」などと聞いて、「なかった」と言われても発達障害を否定することはできないので注意しましょう。

親が「普通だった」「問題なかった」「健診で指摘されたことはない」などと言っても、それを正常発達であったと安易に評価しないことが、専門家として必要な態度です。

②トイレや着替えなどの身辺自立も評価する

トイレや着替えなどの身辺自立が、どの程度できているかも評価の対象になります。あくまでも、その子どもの社会適応に障害となっていることを正確に把握し、必要な支援を提供することが目的です。性急にスキルアップを求めると子どものストレスが高まり、問題行動などにつながりやすいので注意しましょう。

発達期の特性を把握するためにはPARS[®]-TR（Parent-interview ASD Rating Scale-Text Revision）が有用です*。

*一般社団法人発達障害支援のための評価研究会編著『PARS[®]-TR親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版』金子書房、2018年。

2. 発達障害・知的障害の診断

発達障害・知的障害の大きな特徴の一つは、発達期から障害特性が明らかになることです。診断は医師の業務ですが、相談支援にあたる人も、どのように診断するかについて、ある程度の知識をもっておくほうがいいでしょう。

(1) ASD（Autism Spectrum Disorder：自閉スペクトラム症）

ASDは、対人交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーションの3領域の発達の偏りと感覚の過敏さや鈍感さが幼児期からみられることで診断されます。

①【対人交流】 他者とのかわりに特性があらわれる

同年代の他者と相互的な交流を行うことが困難なことが基本的な特性です。幼児期には他者の存在への無関心、人より物への興味の強さなどの特性があらわれることが多いようです。

学童期以降には、親密で対等の関係を友人と構築することの困難さが特徴になります。ただし、知的に高い人たちは、これまでの経験をもとに、自分で特性が目立たないようにカバーしていることもあり、その特性が目立たない場合も少なくありません。同年代の子どもと対等の関係がもてるかどうかを把握することが大切です。

ただ、対人場面を増やすだけでは、対人交流の障害を改善することは困難です。対人交流を促すためには、障害特性に配慮した工夫と場面設定が必要です。

〈例〉

- ・他者に無関心
- ・人より物への興味が強い
- ・ひとり遊びを好む
- ・親密な友人関係を築くことが難しい
- ・悪気なく人の嫌がる言動を行う
- ・暗黙のルールがわからない
- ・集団の中で浮いてしまう



②【社会的コミュニケーション】 社会的な場面でのコミュニケーション方法が独特

コミュニケーションには、「表出」（話すことや表情・仕草などで表現する）と「理解」（聞くことや相手の表情や仕草を見る）があります。対人場面におけるコミュニケーションは、そうした表出と理解の両方が円滑かつスピーディに行えることで成立します。

「表出」には、言葉以外に身振り手振りなどのジェスチャーも含まれますが、そうした表出全般に偏りが生じる可能性があります。ASDの人のコミュニケーション障害は、コミュニケーションの発達の遅れが本質ではなく、社会的場面でのコミュニケーションの方法が独特であるのが特徴です。

たとえば一見流暢に話し、専門用語や四文字熟語などを多用する人でも、意味を十分に理解せずに使用している場合があります。

「理解」については、言葉を字義どおりに受け取ってしまう、言葉の裏を読むことが苦手、相手の発した言葉の中で自分の気になった部分のみに着目してしまうといった偏りがみられます。

〈例〉

- ・話の意味を十分に理解していない。
- ・専門用語や四文字熟語などを多用する。
- ・言葉を字義どおりに受け取ってしまう。
- ・言葉の裏を読むことが苦手。
- ・相手の発した言葉の中で、自分の気になった部分のみに着目してしまう。



③【社会的イマジネーション】予測することが苦手、同じパターンの繰り返しが好む

ものを並べる、特定のものを集める、変化を嫌う（同じ行動を繰り返す）などの「こだわり」といわれる行動には、イマジネーションの障害が背景にあります。次に起こることを想像することが難しく、自分なりに見通しをもつことができないため、同じパターンを繰り返して行うことで安心してやすいのです。また、自分の好みの物を集めることや揃えることを好み、せっかく集めても、それを本来の目的ではなく、ただ蒐集することだけで満足することもあります。

目に見えない物（イメージ）の共有は苦手なことが多いのですが、そこに具体的な実物、写真、絵、文字などの情報が見える形であると、イメージを他者と共有しやすくなるのが特徴です。

〈例〉

- ・ごっこ遊びをしない。
- ・ものを並べる。特定のものを集める
- ・水滴、木漏れ日などを眺め続ける。
- ・同じ動画の一部を繰り返して観る。
- ・変化を嫌い、融通がきかない。



④【感覚の特異性】 感覚刺激への反応に偏りがみられる

ASDは上記の3領域の障害で定義されますが、ほかに「感覚」刺激への反応に偏りがある状態が多いことが知られています。聴覚、視覚、味覚、臭覚、触覚、痛覚、体内感覚など、すべての感覚領域で鈍感さや敏感さがみられることがあります。

表3-1 感覚刺激への反応

聴覚	ある音には敏感に反応するが、別の音には鈍感であるなど、音源の種類によっても反応が異なることが多いようです。工事現場や花火の音、車の走る音などに対し苦痛を感じ耳をふさぐ一方で、大声で話しかけられても全く気がつかないという子どもも珍しくありません。
視覚	手をかざしたり、横目をしてみたり、特定の視覚刺激を恐れるなど、視覚的な刺激に対する独特の感じ方があるようです。
味覚	味、温度、固い食べ物、舌触りなどに過敏であったり、逆に鈍感だったりします。
臭覚	香水、消毒の臭い、体臭など特定の臭いを極端に嫌がったり、逆に人や物の臭いを頻繁に嗅ごうとする場合もあります。
触覚	人から触られることを嫌がったり、軽く触られただけでも叩かれたように感じ、怒り出す人もいます。特定の感覚刺激を好む場合もあり、自分で頭を叩くなどの自己刺激行動を起こすこともあります。
温冷感覚	暑さ寒さに鈍感で低温火傷になったり、少し暑いとクーラーをつけることに固執する人もいます。

これらの感覚の特異性については、ストレスが高まったときにより強く出ることも多いようです。わがままと受け取られがちですが、感覚情報処理の違いとみなして対処する必要があります。

(2) ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : 注意欠如・多動症)

ADHDの3つの診断特性（不注意、多動、衝動性）が児童期から、2つ以上の場面で継続して存在し、そのために発達や社会適応に不利益が生じることで診断されます。

単に多動であるとか不注意であるといった理由で診断されるわけではありません。物理的な動きが同年代の子どもよりも多く、せかせかして落ち着かず、じっとしていることができない、おしゃべりで相手の話をじっくりと聞くことが苦手で自分の行動の抑えが効かないなどの特性が強くあらわれます。児童の有病率は3～7%と決してまれな障害ではなく、成人まで特性が継続することも少なくありません。

(3) SLD/LD (Specific Learning Disorder/Learning Disorder : 限局性学習症／学習障害)

知的には正常で、読み書き計算などがスムーズにできない場合に診断されます。

さまざまな支援を行っても、困難が継続することが限局性学習症のポイントです。単に読めない・書けないだけの障害ではなく、読めても不正確だったり、時間がかかったり、多大の努力を要する点が診断における重要なポイントです。限局性学習症の子どもや成人は、「常にかんばって読んだり書いたり」しているのですが、結果だけみると「やれば読める・書ける」というように保護者や教師から思われてしまいがちで、努力不足と誤解され非難されがちです。

(4) 知的障害

重度の知的能力障害を思い浮かべると、どのような状態かは想像がつく人が多いかもしれませんが。しかしながら、知的能力障害を、言葉で定義することは難しいのです。

知的能力には「判断・実行能力」や「物事を理解・記憶・推理する能力」「経験を役立てる学習能力」「抽象的に思考する能力」などが含まれます。もう少し具体的に述べると、現実の生活場面で、課題（「勉強」も課題ですがそれにとどまらず、バスに乗ったり、その日着る服を選んだり、買い物をしたり、友人と遊ぶことも課題）が生じたとき、その課題を遂行する方法を判断して、適切かつ効果的に、より少ない労力で実行する能力です。

診断は臨床的評価および個別に行った標準化された知能検査の両方によって確かめられます。適応機能の不足のために、結果的にその子どもの発達水準と社会文化的状況に応じた自立機能や社会的責任を果たすことができないことが診断の根拠となります。継続的な支援がないと、適応機能の不足のためにコミュニケーションや社会参加、自立した生活などの日常生活の活動が制限され、そのような状況が家庭や学校・職場・コミュニティなどの複数の環境下で生じることが、診断の根拠となります。

知的機能と適応機能の不足は発達期に生じるところが、認知症とは異なります。

3. 発達障害・知的障害の障害特性

人は、行動するとき、見て、聞いて、嗅いで、触って情報を受け取り入れ、脳で受け止め、情報処理をして行動を開始します。発達障害・知的障害では、脳の情報処理の機能において定型発達とは異なる特性がみられます。たとえば、一般的にASDの人は、聴覚的な情報の処理よりも視覚的な情報の処理が強いことが知られており、こうした認知面における強みを支援に活かすことも有効です。

(1) 発達障害・知的障害にしばしばみられる認知特性

以下、発達障害・知的障害にしばしばみられる認知特性です。ASD・ADHDにみられやすい特徴はそれぞれカッコ内にASD・ADHDと記載しました。知的障害は全体的に情報処理に時間がかかることが特徴です。なお、知的障害を伴うASD・ADHDでは知的障害の合併のために、より濃密な支援が必要になります。学習障害もASD・ADHDを合併することが多く、障害特性から支援する視点は発達障害・知的障害全般に役立ちます。

① 中枢性統合能力の弱さ (ASD)

いくつかの情報があるときに、全体の意味を無視して細部に注目しやすい特性があります。このような特性は、全体の傾向に左右されずに部分に注目できるという長所にもなりえます。書類全体の内容を要約することは苦手ですが、数字の間違いや誤字を発見することには長けている人もいます。

ASDの人が社会的な場面で状況を理解することが難しいのは、全体的な状況を考慮しながら最も重要な情報が何かを整理してとらえることが苦手だからです。



② 注意移行の障害 (ASD・ADHD)

何か気になることが目に入ってくると、それに注目してしまい、次の情報に注意を移すことが難しくなります。たとえば、食事や着替えなどをしているときにテレビで気になる番組が始まると、テレビに集中して作業が止まってしまう。一度あることに注意を集中してしまうと、別のことに注意を移行することが難しいのです。



③同時処理の苦手 (ADHD・ASD)

同時処理とは、二つの情報や行為を一度に行うことです。たとえば、板書が苦手なASDの子どもが多いのは、板書は目を使って黒板を見て情報を取り入れ、手を使って書き写すという2つが一つの行動となっているからです。このように、2つ以上の動作を同時に行うことが難しいのです。縄跳びのように手でひもを回しながらジャンプする運動が苦手でも、短距離やマラソンのように、「走る」という一つの運動に集中するのが得意な場合、同時処理の苦手さが関係している可能性があります。



④実行機能障害 (ASD・ADHD)

物事を実行するために計画を立てたり、効率よく段取りをする能力を実行機能といいます。何かをするときに何をどのように進めるかの優先順位を考え、順序立てて物事に取り組むために必要な能力です。また、予定とは別のことがしたくなったとき、それを抑えてすべきことに取り組むといった衝動コントロールや、次の行動に移るときに頭のスイッチを切り替えて取り組むことが難しくなったりします。

たとえば、効率的に掃除をするため「部屋の上のほうからホコリが出る物を掃除し、最後に床を拭く」といった計画を立てて行うことが難しいときには実行機能の障害から生じている可能性があります。



⑤報酬系の障害 (ADHD)

「報酬の遅延を待てない」ことで、定型発達の子どもと比べて報酬をすぐに求める傾向があります。

少し待っていられば沢山の報酬がもらえることがわかっても、たとえ少なくともすぐ手に入る報酬のほうに反応しやすいのです。そのため、並ぶことが苦手だったり、順番が待てなかったりします。



⑥時間処理障害（ADHD・ASD）

私たちの活動にはすべて時間が関係しています。たとえば「5分待って」と言われれば、時計がなくても大体5分くらいの感覚がわかるはずです。このように時間の感覚を理解したり、5分と10分を区別したりすることも認知能力の一つなのです。ASDやADHDでは、この時間処理の能力に困難がみられる場合があります。



（2）障害特性は成人期まで継続する

発達障害の特性は成人期まで継続すると考えて、支援プランを立てることが重要です。急には変化しないから「障害特性」なのです。ですから支援者は、障害特性があっても、子どもがハッピーに過ごせるような工夫を考えましょう。なんとか特性を軽減あるいはなくそうと働きかけると、親子とも疲弊することになりかねません。

日本の幼稚園や保育園、小学校や中学校などでは、「集団適応」することが目標になりやすい傾向があります。発達上の課題や必要な支援は、幼児期から高齢期まで継続します。上述した医学的診断基準も、「支援があっても」特性が変化しないことが前提です。生涯にわたり「切れ目のない支援」を意識することが必要なのです。

また、ASDやADHDの認知特性は、自己でコントロールすることが難しいため、何度も注意されてもそれを守ることができず、叱られる機会が多くなってしまいます。そのため、自己評価が下がるなどの2次的な問題につながることに注意しなければなりません。

（3）診断と支援はつながっている

支援する際には、支援の目標を明確にすることが必要です。支援の目標は生活の質（QOL）の向上、毎日のwell-beingの実現であり障害特性を弱めることではありません。発達障害・知的障害の子どもには長所もたくさんあります。支援の基本方略は理解しやすく苦痛の少ない環境設定と、障害特性の短所を長所で補い、できるかぎり長所を活用することです。

残念ながら実際の支援の現場では、その子どもの発達障害の特性を無視した支援が行われていることが少なくありません。たとえば、ASDの幼児にごっこ遊びや集団遊びへの参加を強要するような療育センターや学校も珍しくないのですが、ASDの子どもの障害特性を考慮すれば、無理な要求であることが多いのです。幼児期や学童期に対人交流を促すには、支援者が特別の工夫や配慮を用いることが必須です。

(4) 精神科的併存疾患に注意する

発達障害・知的障害は多様な精神科的症状を合併する頻度が高いことが特徴です。少なくとも思春期以降の発達障害を支援する際には常に精神科的合併症の有無に注意すべきです。

特に抑うつ状態、不安症、睡眠障害を合併しやすいので、子どもが元気がなかったり眠れなかったりする場合は、精神科的障害の合併についてもアセスメントを依頼する必要があります。

図3-3 こんな症状に注意！



(5) 子どもの支援と親の支援～親子セットで支援を考える～

発達障害・知的障害を疑われる子どもたちの多くは、乳幼児期からあやしても笑わない、視線をあわせないなどの対人関心の乏しさや感覚刺激への過敏さ、多動などの特徴的な行動を示します。そのため、保護者は育てにくさやかかわりにくさを感じたり、子育てに自信をなくしたり、孤立感を感じやすいものです。

発達障害・知的障害の疑いがある場合、保護者に専門家への相談をすすめ、障害特性や発達レベルを評価し、評価に基づいた支援を行う必要があります。療育機関が整備されていない地域でも、支援をスタートすることは可能です。子どもが本来持っている能力を発揮できること、子どもの混乱や苦痛を最小限にすること、保護者のメンタルヘルスを維持し、安心して子育てができる環境を整えることなどが当面の目標になります。

そのためには、関係機関が連携し一貫した方針で長期にわたる継続的な支援介入を行うことが必要です。発達障害の支援では幼児期や児童期のみでなく、成人期や老年期まで継続した「切れ目のない支援」が必要であることも広く認識されてきました。今後はこれまで以上に多領域の専門家が共同で取り組む臨床実践や研究が望まれています。

（6）見えにくい障害

発達障害・知的障害の子どもは一見「普通」に見えることも少なくありません。短時間の大人との会話では普通にやりとりできるように見えたり、無理すれば集団の中で他の子どもと楽しそうに過ごせたりすることもあります。「できる」「できない」に分ければ「できる」ことも多いのです。

一見普通に見えるとか、知能指数が正常域だからといって安易に「障害には見えない」「軽い」などと言わないようにしましょう。障害特性を把握するためには時間をかけて子どもの状態をアセスメントする必要があります。

第 4 章



障害児支援利用計画の作成にあたっての注意点

～発達障害・知的障害の場合～

1. ASDの障害特性に配慮した計画作成

厚生労働省障害者総合福祉推進事業「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書（平成25（2013）年3月、特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会）には、障害のある人を対象に計画を策定する場合にどのような点に注意すべきかが詳細に解説されています。

この章ではASDの子どもを対象にして計画を作成する際に、ASDの障害特性を考慮した場合に、付け加えて検討したほうが良い点について紹介します。

（1）エンパワメント、アドボカシーの視点

①本人の思い・希望の尊重

ASDの子どもはコミュニケーション障害のために、自分の意思や希望を適切に表現することが困難です。親や教育機関などの情報を参考にして、本人が好むもの、苦手とすることの情報を集めて、苦手なことの設定を最小限にするように注意します。言葉のない子どもでもASDの場合は文字、絵カード、実物提示などによるコミュニケーションが可能なことがあります。ASDを理解している支援者は視覚的コミュニケーションによる支援を行っています。

ASDの場合は、その障害特性上、集団参加が苦手なことが多いこと、特にイマジネーションを必要するごっこ遊びや役割遊びなどは苦手です。一人遊びを好むことも多く、障害特性への配慮なく無理に集団に入れることは子どもの利益に反することもあります。

②本人の強み（ストレンクスへの着眼）

ASDの子どものストレンクスには視覚的理解力、記憶力、特定のものや活動、情報などへの「こだわり」、周囲の意見や雰囲気に関わらずに物事を把握する能力などがあります。これらの一部は障害特性でもありますが、その障害特性を矯正しようとせず周囲が理解し尊重することでストレンクスに変わります。自閉症特性をストレンクスとしてもみなす視点があるかをチェックしましょう。

③本人が行うことの明確化

ASDの子どもにとって他者からのサポートは必要ですが、そのサポートの内容はあくまで本人が希望する活動についてのサポートである必要があります。一般に他者に介入されるより、自分の方法で活動を開始し終結することを好むことが多く、多くのサポートが必要になっている場合は、本人に求める活動や課題を再検討する必要があります。

④予定を子どもに伝えることの重要性

子どもに対して「今日は何をするのか」伝えましょう。ASDの子どもは知的障害を伴わない場合も（知的障害を伴う場合はもちろん）、わかりやすい言葉や表現で簡潔に伝えることが必要です。

幼児や知的障害を伴う場合でも、実物や絵、写真などで当日のスケジュールを伝えることは可能

です。また子どもの能力に応じて週間、月間スケジュールで予定や活動を伝えることも子どもの不安を軽減することや、自分にとって嫌な活動に「no」を伝える機会を提供することで子どもの意思表出を支援できます。



⑤ 目標設定の妥当性と権利擁護

子どもの障害特性、能力、興味、関心に基づいた失敗することの少ない、達成可能な目標設定がなされているか確認しましょう。ASDの子どもにとって、幼稚園や学校などの多数派に向けて設定された環境で、適切な合理的配慮がなされないと「失敗」が非常に多く、日常は失敗の連続になりがちです。療育場面では評価に基づいた、子どもが失敗することが少なく、達成感の味わえるプログラムを実施することが重要です。失敗することが予想されるような無理な課題や環境を設定することは、自己評価の低下を招き、不登園や不登校、将来のうつ病、引きこもりなどのリスクを増大させます。子どもの「育つ権利」を保証するためにも評価に基づいた適切な課題設定が重要です。

(2) 総合的な生活支援の視点

① 目指す生活の全体像の明示

「サービス利用によって子どもの生活全体にどのような変化が期待されるのか？」が、具体的に記載されている必要があります。「子どもが成長する」などの記載でなく、コミュニケーションや問題行動（あれば）、保護者のストレスなどの具体的な課題が、どのように改善される見通しがあるのかについて、根拠に基づいて記載がされる必要があります。

② 障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮

障害サービスに限定しない、子どもの生活全体を考慮した計画になっていることが重要です。保育園・幼稚園・認定こども園、通常の学級、学童保育、塾、習い事など、定型発達の子どものためのサービスを利用している場合には、それらの場所で適切な合理的配慮が受けられているか確認しましょう。

③障害福祉サービス以外のサービスやインフォーマルな支援の有無

子どもの生活は家庭、学校・保育所などの公的機関、塾や習い事、クラブ活動など多様です。それらのバランスや機能に留意し、子どもの生活や発達にとってのどのような影響があるか、全体的に把握しましょう。

④1週間、1日の生活の流れの考慮

学校や保育所なども含めて週間計画表の1週間、1日の生活の流れをみて、子どもにとって学習、遊び、運動などが適切に配分され生活をエンジョイできる教育・福祉支援も含めた生活全体をイメージできる記載になっていることが必要です。

特に、子どもにとって重要な遊びや余暇スキルの支援も記載されていることを確認しましょう。

⑤ライフステージや将来像の意識

幼児期、学童期の支援内容が将来を見越した現実に達成可能なプランになっている必要があります。ASDの場合、対人交流の苦手・コミュニケーションの苦手・こだわり・感覚過敏などの「中核的特性」は成人期・老年期まで生涯にわたって継続します。これらの特性が継続することを前提にし、サポートも生涯にわたって必要な可能性を考慮したプランになっているかを確認しましょう。

図4-1 生活の場での支援と専門的な支援



(3) 連携・チーム支援の視点

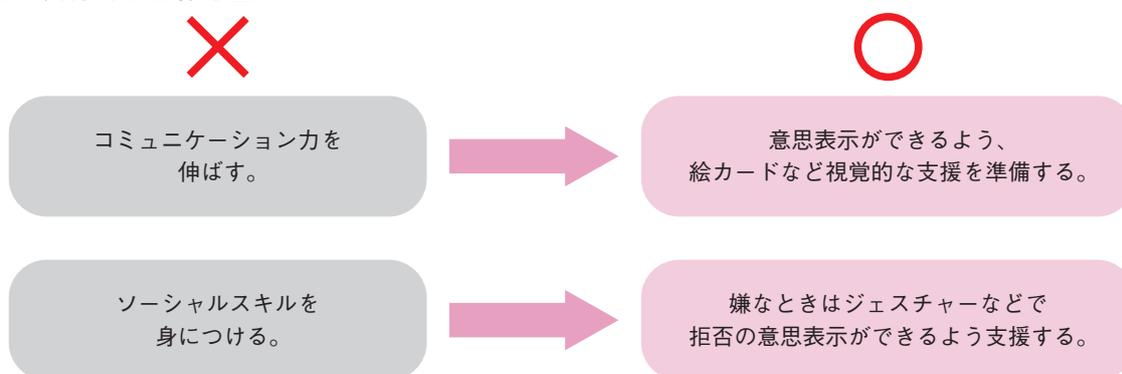
①支援の方向性の明確化と共有

家庭、幼稚園・保育所・学校・学童クラブなど子どもの支援機関、担任教師、特別支援教育コーディネーター、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーなど関係する支援者が情報を共有して活用できるように支援方針が明確、かつ具体的に記載されているかを確認します。

特に明確・具体的に書かれてないと、人によって解釈が違いやすく混乱の原因になります。

たとえば「コミュニケーション力を伸ばす」という書き方は全く具体的ではなく、共通理解のためには役に立ちません。「嫌なときは、ジェスチャーなどで拒否の意思表示ができるように支援する」なら、より具体的で、関係者間で共通の理解が可能になります。

図4-2 具体的な目標を立てる



②役割分担の明確化

相談支援専門員の役割、学校などの関係機関の役割分担を明確に記載します。

相互連携のための連絡網の記載も必要です。連携のためには子どもが利用するサービス全体を把握しておきましょう。塾や習い事、状況によっては児童相談所の担当者などの情報も必要です。

さらに、災害時にも役立つために、連携網には、関係する担当者の携帯電話やライン、メールアドレスなども記載したほうが実用的です。

③障害児支援利用計画との関係

サービス提供事業所が障害児支援利用計画を作成する上で、サービス内容を決める際の基礎情報となることを意識して具体的・明確に記載しましょう。「社会性を伸ばす」「ソーシャルスキルを身につける」などの具体性のない表現を避けているか、また「こだわりをなくす」など、障害特性を考慮すれば実現性の乏しいことが記載されていないかもチェックしましょう。

学校で作成する「個別の教育支援計画」「個別の指導計画」がある場合には、その内容との整合性も確認しましょう。

サービス提供事業所は個別支援計画作成の参考にできる情報を提供することを意識します。そのためには、個々の子どもの評価や診断についての情報もできる限り収集しましょう。

④ サービス提供事業所の情報

ASDについての知識や経験、理解度や支援方針なども、サービス提供事業所から聞き取り、記載しましょう。

⑤ 学校・幼稚園・保育所などの情報把握

子どもが在籍する学校・幼稚園・保育所などの教育・保育方針を確認しましょう。

学校で作成する「個別の教育支援計画」「個別の指導計画」がある場合には、その内容との整合性も確認しましょう。保育所等訪問支援事業の活用も視野に入れて計画を立てます。

⑥ 地域資源情報の把握

地域の社会資源を把握し、必要に応じて特別支援学校、特別支援教室、通級指導教室、通信制高校、サポート校などのASDの子どもが在籍する可能性のある学校、幼稚園、保育園、認定こども園などの情報、児童相談所、自立支援協議会、医療機関など関係者等から意見を聞き取り記載しましょう。

(4) ニーズに基づく支援の視点**① 本人のニーズ**

子ども自身のニーズに基づいた支援が基本です。本人が希望する課題や環境設定を、本人の言葉として表現されているか確認します。

そのためにも、主語は「太郎さん」「花子さん」など、子どもの名前を主語にします。

本人の意思表示が難しい場合も、できるだけ本人が表現できるように絵カードなどで表出コミュニケーションの支援を行うことが可能です。

また、子どもが不安定になったり、ふざけたり、自傷や他害などの「問題行動」が生じる状況は、本人のニーズにあっていない課題や環境設定になっていることを意味します。

② 保護者の意向

保護者の意向を具体的かつ明確に把握し、記載します。保護者の意向と子どもの希望が異なる場合、また子どもの評価結果と保護者の希望に乖離があり、実現が困難なことが予想されたり、子どもに苦痛を与えたりする可能性があるときは、相談支援専門員の総合的判断（⑤に記載）により、子どもに適したサービス内容に調整する必要があります。

③ 優先順位

子どもにとって興味・関心があり、やりたいという動機がある課題を優先させます。「何歳ならこれくらいできるはず」「小学校入学までに着席できるようにする」など大人の都合で課題設定することは、子どもの課題への参加意欲を阻害します。もちろん、苦手なことを教える必要がありますが、苦手なことでも子どもが少し頑張ればできる程度の課題にして、その量が増えすぎないように注意します。

④項目間の整合性

計画が子ども本人のニーズにあっているか、保護者を含めて大人の都合を中心に計画が立てられていないか、福祉サービス、学校などの教育機関のサービスも視野に入れて子どもにとって無理のない計画になっていないを判断します。

⑤相談支援専門員の総合的判断

親の希望やサービス事業者の判断のみで計画が作られていないか、相談支援専門員の専門職としての総合的判断が子どものニーズに一致した記載になっているかチェックします。

特に子どもの障害特性のアセスメントや子ども自身のニーズに基づいて計画を立てるのではなく、「子どもはこうあるべき」という視点だけで計画してしまうと、時には子どもにとって虐待に近い状況になることも意識しましょう。

(5) 中立・公平性の視点

ASDの障害特性の軽重を一つの次元で判断することはできません。知的には正常枠であっても、密な支援が必要な場合もあります。サービスの過大・過少を知的水準だけをもとに判断するのではなく、対人交流、コミュニケーション、こだわり、感覚過敏などASD特性の軽重によって判断することが重要です。

(6) 生活の質の向上の視点

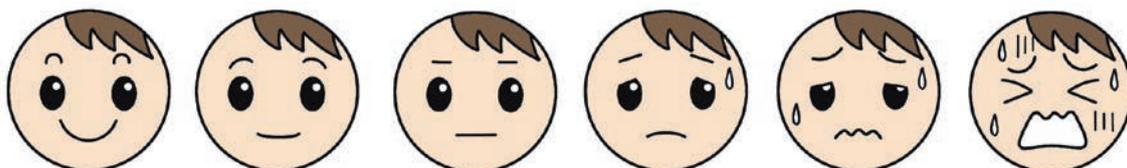
①子ども・保護者の感想・満足度

子ども・保護者の感想・満足度も、可能な限り記載します。

子どもの言語表現が可能な場合は10点中何点などと客観的な指標を用い、アウトカム評価を行います。言語表現ができない子どもでも、表情などを図示したスケールで満足度を計測することが可能です（疼痛評価などで用いられるフェイススケールが参考になります）。

子どもを対象にした聞き取りでは、聞き取りにあたって子どものコミュニケーションの障害に対してどのように配慮したかも記載します。

図4-3 フェイススケールの例



②支援目標の達成度

障害児支援利用計画どおりにサービスが提供され、どの程度まで支援目標で掲げた状態に近づいたかについて検討した結果が具体的に記載されているかをみます。

特に「社会性が伸びた」とか「身辺自立能力が向上した」のような記載があるときには、その記載の根拠となる具体的な裏付けとなる資料があるかどうかをみる必要があります。

保護者は無論のことですが、子ども本人にも達成度を聞き取ったかどうかの記載も確認します。

③計画の連続性

子どもは発達する存在なので、発達段階、年齢によって支援内容が変化するのが当然です。子どもの暦年齢、知的水準、ASDの特性を考慮した支援内容になっているか確認します。特に、毎年同じような計画の記載になっている場合は、その理由が書かれていることを確認します。

④全体の状況

今後の方向性について、子どもの診断特性、知的能力などを考慮しているか、知的障害を伴わないASDの場合は今度生じる可能性が高い事態を理解した支援内容が記載されているかを確認します。例を挙げれば、思春期以降の抑うつや不安、引きこもりなどが生じないための配慮、女兒の場合には性被害に遭わないための特別の支援などが必要になることがあります。



第 5 章



肢体不自由の特性と
相談支援



1. 医学的側面からみた肢体不自由

肢体不自由とは、原因のいかんにかかわらず、四肢や体幹での永続的な運動機能障害があり、日常生活活動が困難な状態を指しています。状態像はさまざまですが、その約7割が障害等級1・2級に相当する重度障害です。この章では、肢体不自由について解説します。

(1) 肢体不自由児の疫学

日本における肢体不自由児（18歳未満）の推計値（厚生労働省調査）は、平成13年が約5万人、平成18年が約4万2,000人、平成28年が約3万6,000人と減少傾向ですが、その約7割が障害等級1・2級に相当する重度障害とされています。

また、障害の種類別頻度では、上肢切断・機能障害が24.2%、下肢切断・機能障害が16.0%、体幹機能障害が16.7%、脳原性全身性運動機能障害が22.7%、全身性運動機能障害（多肢および体幹）が20.4%と報告され、状態像はさまざまです（厚生労働省「平成18年身体障害児・者実態調査結果」）。

肢体不自由児の原因疾患（表5-1）では、脳性麻痺が最多で約半数を占めています。

表5-1 肢体不自由児の原因疾患

疾患カテゴリー	主な疾患
脳性疾患	脳性麻痺、脳外性後遺症、水頭症
脊椎・脊髄疾患	側弯症、二分脊椎、脊髄損傷
筋原性疾患	進行性筋ジストロフィー、重症筋無力症
骨系統疾患	先天性骨形成不全症、胎児性軟骨異栄養症
代謝性疾患	くる病、ムコ多糖症（ハーラー症候群、モルキオ病など）
弛緩性麻痺	脊髄性小児麻痺、分娩麻痺
四肢の変形	上肢・下肢ディスメリー、フォコモメリー、上肢・下肢切断
骨関節疾患	関節リウマチ、先天性股関節脱臼、先天性内反足、ペルテス病

※これらの疾患の説明は本書の範囲を超えるので、詳しくは医学書などを参考にしてください。

・脳性麻痺とは何か？

受胎から新生児期（生後4週以内）までの間に生じた脳の非進行性病変に基づく、永続的な、しかし変化しうる運動および姿勢の異常と定義されています。

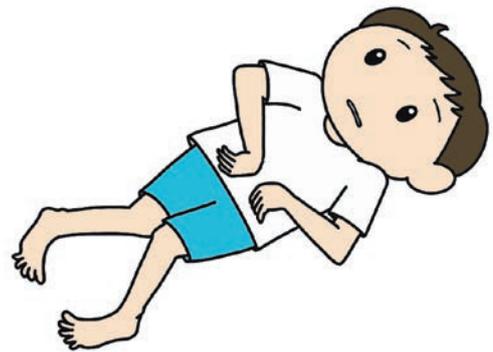
運動機能障害としては、感覚、認知、コミュニケーション、認識、それと／または行動、さらに／または発作性疾患が付け加わることが特徴です。多くは2歳までに診断され、早期からの療育が大切とされています。そのため、親の障害受容に寄り添いながら適切な療育環境を提供することが望まれます。

（2）運動機能障害の特徴

肢体不自由児の原因疾患の約半数を占める脳性麻痺を中心に、運動機能障害の特徴を解説します。麻痺のタイプとしては、痙直型、アトローゼ型、失調型、低緊張型（弛緩型）、強剛型および混合型があり、その特徴は以下のとおりです。運動機能障害のタイプを知ることは、子どもの特性理解の促進にも役立ちます。

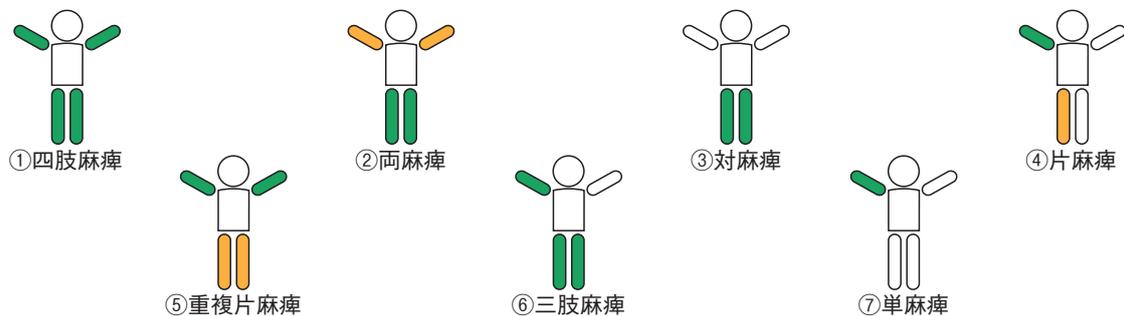
①痙直型

このタイプでは、筋肉を急に伸ばそうとすると反射的に収縮（深部腱反射）が起こることで、関連する関節が滑らかに動かしづらい状態になります。これが、持続することで、最終的には関節の曲げ伸ばしができなくなり、拘縮していきます。こうした反射性収縮を示す筋を痙性筋と呼びますが、痙性筋の分布によって、主に単麻痺、片麻痺、対麻痺、四肢麻痺に分類されています。



痙直型（四肢麻痺）の一例

図5-1 麻痺のあらわれかた



麻痺のある部位： または 。同時に麻痺があるときの症状の比較で が重度。
片側のみ麻痺がある場合、左右は問わない。単麻痺は四肢のいずれかで上肢とは限らない。

②アテトーゼ型

拮抗筋の調整・協調・コントロールが障害されるために、意のままに身体を動かすことができない状態で、不随意運動が誘発されます。特に、喜怒哀楽などの感情や環境の変化に影響を受けやすいのも特徴です。できる限り、こうした不随意運動の出ない範囲での運動を自ら訓練したり、身体のある部分をロックした姿勢を覚えたりするとよいといわれています。

また、このタイプでは、言語障害（麻痺性構音障害）を伴うことがあります。疾患としては、新生児黄疸や低出生体重児に多いとされています。



アテトーゼ型の一例

③失調型

頻度は少ないのですが、協調運動および平衡機能の障害で、バランスのとれた姿勢保持や運動がしにくくなります。全身の筋肉に振戦様運動（身体の一部がふるえる症状）がみられ、特に上肢に目立ちます。他に、眼球振盪（無意識に眼球が水平や上下に小刻みに揺れる症状）があり、発声にも特徴があらわれます。

④低緊張型（弛緩型）

運動性に乏しく、筋肉が柔らかく、低緊張状態になります。

⑤強剛型

関節の曲げ伸ばしなどに抵抗があり、他動的に関節を動かすと鉛管を曲げ伸ばしするよう感じたり、歯車の動きのように感じたりします。そのため、関節可動域が狭くなる傾向が強く、障害も重度になりやすいのが特徴です。

⑥混合型

多くは痙直型とアテトーゼ型の混在した運動障害を指しますが、痙直型と失調型との混在もあります。

（3）運動機能障害の重症度

日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）で評価することは理想ですが、それらのすべての項目を考慮して重症度を分類することは困難です。そのため、「姿勢」および「移動能力」に注目して、以下のどの状態にあるかをみるとよいでしょう。すなわち、①寝返り不可能、②寝返り・腹這い移動可能、③自力座位可能、④尻這い（いざり這い）・四つ這い移動可能、⑤座位可能で安定・良好、四つ這い可能、つかまり立ち可能、⑥伝い歩き可能、⑦独歩可能の7つです。これらは、乳幼児の粗大運動の定型発達と連動しているため、比較的、把握しやすいでしょう。

運動機能障害の重症度を評価するポイント

- ①寝返り不可能
- ②寝返り・腹這い移動可能
- ③自力座位可能
- ④尻這い(いざり這い)・四つ這い移動可能
- ⑤座位可能で安定・良好、四つ這い可能、つかまり立ち可能
- ⑥伝い歩き可能
- ⑦独歩可能

(4) 心理学的側面からみた肢体不自由

ここでは、脳性麻痺の心理特性を中心に解説します。脳性麻痺のある子どもは、反射や反応の発達が十分ではありません。筋の不当な緊張により、運動の実行や調節に困難を抱えているからです。具体的には、自ら移動することが難しかったり（粗大運動の困難）、箸やハサミを使うなどの上肢や指先の滑らかな運動が難しかったり（微細運動の困難）します。こうした運動の困難は、目の動きにもあらわれます。能動的な手の動きと目の動きがうまく協調しないと、循環反応（反応した結果が再び刺激となって同一あるいは類似の反応が反復されること：乳幼児の認知発達のプロセスにおいて重要な役割を果たす）が起これにくい状態となります。つまり、粗大運動や微細運動、目の動きに制限があることは、肢体不自由のある子どもたちの概念形成に大きな影響を及ぼします。この状態で成長すると、同年齢の子どもたちと比べて、人や物に対する直接的経験が少なくなり、認知発達や社会性の発達にも大きな影響を及ぼすことがあります。

認知発達の障害として、知覚の固さが挙げられます。「図-地の知覚障害」といわれるもので、適切に物を見てとらえることが難しく、たとえば、本を読むときに注目すべき文字（図）が周囲の文字（地）に妨害されて、文章を目で追って読むことができないことがあります。

また、「知覚-運動の障害」があり、手で物を操作する活動で難しさを生じることもあります。たとえば、ノートの枠の中に文字を書き入れるという活動が難しかったり、図形を書き写すことが難しかったりします。こうした認知発達の障害に対しては、かかわり手である大人が対象を指でさしながら適切な注意を促すこと、大人の指をゆっくり動かしながら、標的となる刺激に注意を向け続けることができるような支援が必要となります。



第二次循環反応（物確かめる）

注：指しゃぶりなどで自分の体を確認する反応を第一次循環反応、イラストのように物を確認する反応を第二次循環反応と言います。

一方、社会性の発達には、乳幼児期に大人との関係において十分な愛情と信頼が形成されること、同年代の子どもたちとの遊びを行うこと、が必要です。肢体不自由のある子どもは、運動や動作に制限があるためにさまざまな人とのかわり、つまり社会的な経験が少なくなる傾向が指摘されています。多くの場面で身体的介助を必要とするために、大人への依存性が高かったり、周囲に遠慮して自ら行動を起こさなかったりするリスクもあります。小さな課題からはじめ、「一人でもできた」という経験を一つひとつ積み重ねながら、自発性や主体性を伸ばすための働きかけを工夫していくことが大切です。

2. 重症心身障害の基礎知識

重症心身障害児とは、医学用語ではなく、重度な肢体不自由と重度な知的障害を併せもった子どもの状態像を指す行政・福祉用語です。この章では、重症心身障害児とはどんな子どもたちなのかを解説します。

(1) 医学的側面からみた重症心身障害

①重症心身障害の分類

日本では、重症心身障害の分類に大島分類（表5-2）および横地分類（表5-3：改訂大島分類）が用いられます。大島分類では、縦軸に知能指数（Intelligence Quotient：IQ）を、横軸に「寝たきり」から「走れる」までの移動能力をそれぞれ5段階に区分し、全体を25に区分します。重度な知的障害のため有意な言葉によるコミュニケーションが困難（IQ35以下）で、座位保持が難しく、日常生活でほぼ全面的な介護・支援が必要な障害程度に相当する区分1～4を重症心身障害児（者）としています。また、区分5～9を含め広義の重症心身障害とすることもあります。この大島分類に具体性をもたせ、5項目の特記事項を加えたものが横地分類です。

表5-2 大島分類

21	22	23	24	25	70	
20	13	14	15	16	50	区分1～4： 狭義の重症心身障害
19	12	7	8	9	35	
18	11	6	3	4	20	区分1～9： 広義の重症心身障害
17	10	5	2	1	0	
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	IQ	

表5-3 横地分類（改訂大島分類）

E6	E5	E4	E3	E2	E1	簡単な計算可
D6	D5	D4	D3	D2	D1	簡単な文字・数字の理解可
C6	C5	C4	C3	C2	C1	簡単な色・数の理解可
B6	B5	B4	B3	B2	B1	簡単な言語理解可
A6	A5	A4	A3	A2	A1	言語理解不可
戸外歩行可	室内歩行可	室内移動可	座位保持可	寝返り可	寝返り不可	

※特記事項

C：眼瞼固定で睡眠・覚醒リズムなし U：両上肢機能全廃相当

B：盲 TLS：完全封じ込め状態

D：難聴

②疫学

重症心身障害児（者）は、全国で3万5,000～4万人と推計され、その6割が在宅で過ごしています。重症心身障害児については、6～14歳人口1万人に対して約7人とされ、「平成28年（2016）人口動態統計」（厚生労働省）から約1万2,000人と推計されています。

原因と障害発生時期別検討では、遺伝子・染色体異常などの胎生期（出生前）が29.4%、早産・低出生体重児、重症仮死や低酸素性脳症などの出生時・新生児期が36.4%、脳炎脳症、不慮の事故などの周産期以降が31.0%と報告されています（公益社団法人日本重症心身障害福祉協会「平成29年度全国重症心身障害児者施設実態調査」の「3. 主要病因分類調査」2019）。

在宅で過ごす重症心身障害児において、基礎疾患そのものが治療対象となることは少ないのですが、基礎疾患を知ることは、子どもの経過の予測、合併症予防および残存する機能を伸ばすために必要な連携を考える上で大切です。また、前述した脳性麻痺も重症心身障害児の原因の一つです。

③病態

前述のように障害発生時期により原因はさまざま、精神および運動機能障害の程度は個別性が高いのが特徴です。早期からの療育やリハビリテーションにより姿勢や移動能力の向上が期待されることから、それぞれの状態に合わせ適切なサービスを導入することは重要です。

また、経時的身体構造的変化（主に胸郭あるいは脊柱変形）に伴う呼吸器系あるいは消化器系の合併症により状態が悪化することに留意すべきです。すなわち、粗大運動機能を獲得する機能訓練にとどまらず、加齢とともに進行する体幹の変形、四肢の拘縮に基づく粗大運動機能の低下を予防・保持することは、本人が家族とともに在宅で長期に過ごせる秘訣でもあるのです。

（2）心理学的側面からみた重症心身障害

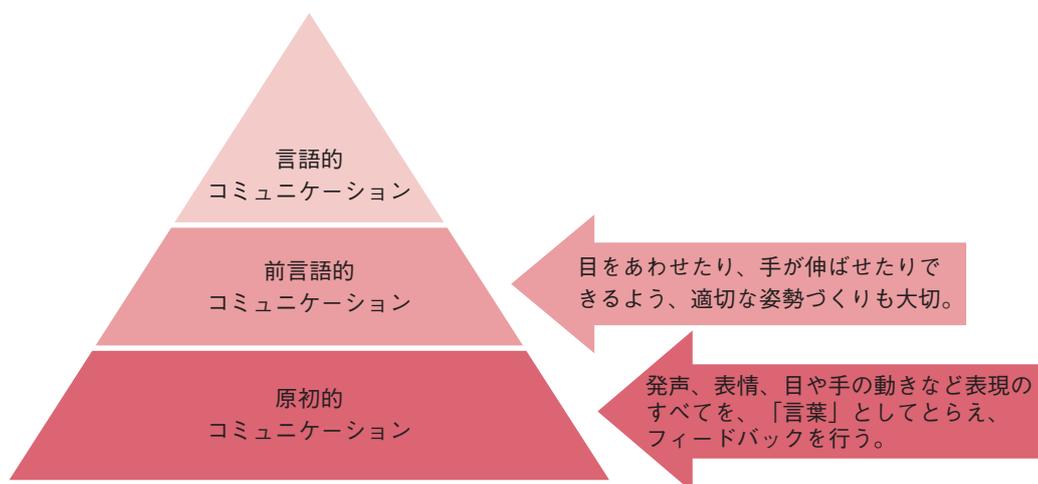
重症心身障害児は、自らの意図を話し言葉で伝えることが難しかったり、筋の不当な緊張のために人や物に向かって手を伸ばすことが難しかったり、さまざまな困難を抱えています。中には、相手からの働きかけの意図を理解することも難しい子どももいます。重症心身障害児とのコミュニケーションをとらえる場合には、「関係の障害状況」という視点をもつことが大切です。コミュニケーションがうまく展開されないのは、重症心身障害児のコミュニケーション能力だけが問題なのではなく、かかわり手である大人のあり方も問う必要があります。

コミュニケーションを発達的な側面、関係的な側面からとらえてみると、①原初的コミュニケーション、②前言語的コミュニケーション、③言語的コミュニケーション、の3つの水準があります。重症心身障害児とのコミュニケーションを考える場合、①原初的コミュニケーションを重視します。これは、二人（重症心身障害児と大人）の間で気持ちや感情が通じたり、共有されたりすることをさすもので、完成されたコミュニケーションの母体となります。重症心身障害児は言葉にならない声や表情、目の動きや手の動きなどで、大人に対し彼らの意図を伝えてきます。かかわる大人は、彼らが示すそれらの行動すべてを「言葉」としてとらえ、大胆に解釈し、彼らにとってわかりやすい「言葉」（話し言葉だけでなく、彼らの体の動きを介助するなど）として返すことが求められます。

こうした言語行動以外のコミュニケーションを丁寧に積み重ねることにより、②前言語的コミュニケーションの水準へと移行していくことが期待されるのです。

②前言語的コミュニケーションは、重症心身障害児の表現内容がある程度分節してきており、大人の言語表現に対する理解もある程度進んでいるものの、言語的コミュニケーションには至らない状況です。このころの特徴として、人や物に対する指さしや共同注意などの行動が認められます。こうしたコミュニケーションの展開にあたっては、重症心身障害児が大人と目を合わせることができたり、人や物に向かって手を伸ばすことができたりするように、適切な姿勢づくりを行うことが求められます。

図5-2 コミュニケーション



3. 医療的ケアの基礎知識と留意点

医療的ケア児とは、どんな子どもたちなのでしょう。ここでは医療的ケア児についての基礎的な知識を解説します。

(1) 医療的ケアの定義

以前まで、医療的ケアあるいは医療的ケア児の定義は曖昧でしたが、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」(2021年6月公布)において初めて以下のように定義されました。

医療的ケアの定義

医療的ケアとは、「人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為」であり、医療的ケア児とは、「日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童(18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等(学校教育法〔中略〕に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。〔中略〕)に在籍するものをいう。)」を指す。

(2) 疫学

医療の進歩に伴い、在宅で過ごす医療的ケア児は増加の一途を辿り、全国で約2万人、うち人工呼吸器管理を必要とする子どもは約5,000人と推計されています。

背景となる基礎疾患は、重症心身障害児と同様にさまざまですが、周産期・新生児期に起因するものが約9割を占めています。その内訳としては、染色体異常を含む先天異常が約45%、極低出生体重児(出生体重1,500g未満)が約30%、新生児仮死が約15%と報告されています(埼玉医科大学総合医療センター小児科小児在宅医療支援グループ資料、2013年)。

医療的ケア内容の頻度としては、多い順に経管栄養(経鼻経管、胃瘻、腸瘻)が約75%、吸引(気管内、口腔・鼻腔内)が約70%、酸素あるいは気管内挿管・気管切開がそれぞれ約40%で、人工呼吸器が約30%となっています。

(3) 状態像と留意点

医療的ケア児の約6～7割は重症心身障害の状態像を示していますが、他の約3割は移動可能な、いわゆる“動ける医療的ケア児”です。動ける医療的ケア児の場合、利用できる福祉サービスは依然少なく、家族の育児負担軽減のあり方が課題となっています。

また、周産期・新生児期から医療的ケアを必要として在宅に移行する子どもの場合、健康状態の安定とその後の発達を促す上で、訪問看護・リハビリテーションおよび療育活動への参加が重要です。しかし、重症心身障害児と同様に個性はあるものの、成長の過程でさまざまな合併症を患うことで、健康状態の悪化から生活機能の制限、制約を受けます。そのため、相談支援専門員として、医療的ケア児の基礎疾患とライフステージごとに発現しうる合併症の特徴を理解し、適宜医療機関と連携し、状態像の変化などを把握しておくことも大切です。

4. 障害児支援利用計画作成にあたっての注意点 ～肢体不自由の場合～

肢体不自由児の障害児支援利用計画やサービス等利用計画を作成する際には、どのようなことに注意する必要があるのでしょうか。主なポイントを解説します。

(1) エンパワメント、アドボカシーの視点

①本人の思い・希望の尊重

肢体不自由のある子どもは、上肢、下肢または体幹の運動・動作に障害があります。そのため、児童発達支援事業所や放課後等デイサービスにおいて、児童指導員などから多くの介助を受けることとなります。食事や衣服の着脱など、子どもが行うと時間がかかることが多く、大人が介助してしまいがちです。けれども、子どもたちは、「食事をしたい」「服を着たり脱いだりしたい」「鉛筆を持って字を書きたい」「ハサミを使って紙を切り抜きたい」という日常生活のさまざまな動作を一人で行いたいという意欲をもっています。また、「友だちと遊びたい」「買い物に行きたい」「バスや電車に乗りたい」といった社会生活への意欲ももっています。

肢体不自由のある子どもは、大人との関係や子ども同士の関係において、さまざまな活動を通して社会生活の経験や外界への興味・関心を拡大させていくのです。大人による必要以上の介助は、肢体不自由のある子どもの大人への依存性を高めたり、周囲への遠慮により自発性や主体性を損ねたりする恐れがあることを知っておきましょう。年齢に応じた社会的スキルを学習する機会を保障するためにも、「子ども自らが決定し、行動する」という経験を日常生活の中で数多く積ませることが、何よりも大切です。

②本人の強み（ストレングス）への着眼

肢体不自由のある子どもの中でも、中枢神経系の障害がある場合に観察される行動特性がいくつかあります。

・転導性（感覚性過活動）

必要な刺激に対して注意を集中することができず、不必要な刺激に容易に注意が向いてしまう。

例：児童発達支援事業所において、児童指導員や保育士が音楽活動をしているときに、外を走る緊急車両のサイレンが気になり活動に集中できないなど。

・抑制困難（運動性過活動）

周囲の刺激に対して、運動や行動を抑制することが困難な状態。

例：車いす乗車しているとき、両手を腿に置いていることができず、周囲の物を次々に触ってしまう。また、身体を後方に反らし車いすをゆするなど、絶えず身体のどこかを動かしている。

・固執性

状況の変化に柔軟に対応することができない。

例：ある活動の終わりを知らせるチャイムが鳴っても、その活動を止めて次の活動へ移ることが難しい。

・統合困難

まとまりのある全体として事物を構成することが困難な状態。

例：絵本の読み聞かせをしたときに、段落ごとの意味はわかっても、全体を理解し要約することが難しい。

これらの行動は、肢体不自由のある子どもの好ましくない行動特性としてとらえられがちです。しかしながら視点を変えると、「外界への興味関心が高い」「一つのことに継続して取り組むことができる」といった本人の強み（ストレングス）をとらえることもできるのです。

本人の強み（ストレングス）を伸ばしていくことは、「できない」ことを見つけることでも、「できる」ことを増やすための発達支援を行うことでもありません。発達を直線的・連続的上昇過程ではなく、らせん的・構造的上昇過程ととらえ、子どもが今いる発達段階をヨコにふくらませる、今できていることが他の力と有機的な連関をもてるようひろげる発達支援を目指すことが大切です。

③本人が行うことの明確化

肢体不自由のある子どもは、体幹または上肢、下肢の運動・動作の障害のため、移動したり姿勢を保持することや、物を操作することに困難があります。こうした運動・動作の障害は一人ひとり異なっています。そのため、日常生活においてどのような困難が生じているのか、どのような補助的手段を活用すれば困難を軽減することができるのかについての的確に把握することが必要です。

その際に大切なのは、「必要以上に大人が介助しない」「子どもたち同士の学び合い、育ち合いを重視する」という姿勢です。肢体不自由のある子どもたちが「〇〇したい」という意思を最大限に尊重し、必要最小限の介助を行うことが求められます。自分で行動し決定するという機会を保障すること、子どもたち同士で相談し決定したことを尊重すること、必要に応じて子ども自身が支援を求めることができるような言葉かけや場の設定を行うことを心がけることが肝要です。

④本人にとってのわかりやすさ

肢体不自由のある子どもは、幼児期や学童期に必要なさまざまな事柄を体験することが困難なことが多く、成長や発達に必要な経験が不足しがちです。そのため、実際の支援を検討する場合には、子どもが興味や関心をもって周囲の環境（人や物）にかかわることや、身体の動きや健康状態に応じてさまざまな体験が得られるような工夫をすることが必要です。また、大人が必要最小限の支援を行い、子ども自身が直接的な体験を積み重ね、経験を拡大していくことができるようにすることも大切です。具体的には次のようなことに留意する必要があります。

支援の留意点

- ①子どもが自ら人や物とかかわり主体的な活動が展開できるようにするため、場の環境設定や集団の構成を工夫する。
- ②補装具を使用したり、いす・机の位置や高さを調整したりすることで、活動に応じた適切な姿勢を取れるようにする。また、障害の状態に即した補助具の活用を図る。
- ③話し言葉でコミュニケーションを取ることが難しい子どもには、写真や絵カードなどを用いて意思表示しようとする意欲を育てるようにする。
- ④てんかん発作や医療的ケアなどにより生活のリズムが乱れたり、健康状態の維持・増進が難しかったりする子どもには、家庭や医療機関等との連携を図りながら、日課に沿った生活を送ることができるよう努める。



⑤目標設定の妥当性と権利擁護

肢体不自由のある子どもの発達は、子どもを取り巻く関係性によって決まるといっても過言ではありません。つまり、大人の支援により、子ども自身の限界以上の成果を経験することが可能になるのです。かかわりによって、子どもが一人で行うよりも大きな発達を見込むことができます。具体的な手順は次のとおりです。

- ①子どもが「一人でできること」「一人ではできないこと」を分ける。
- ②「一人ではできないこと」のうち、「支援があればできるかもしれないこと」を明確にする。
- ③「一人ではできないこと」を、分類する。
 - i)できそう、でもできない
 - ii)コツがわかればできそう
 - iii)やり方は問題ないはずなのにできない
- ④事業所でできること、家庭でできること、学校等でできることなどについて関係者で確認する。

まず、①子どもが「一人でできること」「一人ではできないこと」を分類します。そして、②「一人ではできないこと」のうち、「支援があればできるかもしれないこと」を明確にします。

「支援があればできるかもしれないこと」を見出すのはなかなか難しいので、③「一人ではできないこと」のうち、i) できそう、でもできない、ii) コツがわかればできそう、iii) やり方は問題ないはずなのにできない、に当てはまるものを、児童発達支援事業所や放課後等デイサービスの児童指導員、保育士等と一緒に探し出します。④ ③を見出すことができたなら、事業所でできること、家庭でできること、学校等でできること等について関係者で確認します。

また、先に述べましたが、肢体不自由のある子どもが「一人でできる」にもかかわらず、一人で行うと時間がかかりすぎるため、大人が介助してしまうことが多くなりがちです。この積み重ねが、年齢に応じた社会的スキルを学習する機会を奪ってしまいます。そして、「子ども自らが決定し、行動する」という経験が少なくなってしまうため、社会性の発達に影響を及ぼす恐れがあります。「一人でできること」については、かかわり手である大人が、子どもの気持ちを最大限に尊重し、じっくりと「待つ」姿勢が求められます。

⑥ 医療的ケアのある肢体不自由児のエンパワーメント・アドボカシーの視点

肢体不自由児が地域社会に参加し、地域の中でその子らしく過ごすためには、家族を含む関係者とその子の特性を理解した上で、子ども自身の意思決定に基づき、発達段階に合った経験が積める環境を整えることが重要です。しかしながら、医療的ケアを必要とする肢体不自由児の場合、サービス体制が社会モデル／生活モデルに基づく生活者としての基本的な権利より、脆弱性をもつ患者として医療モデルが優先されることがあります。また、医療的ケアの重症度によっては、利用できる社会資源がないため、保護者の負担が増し、過保護・過干渉へと連鎖してしまいます。こうした背景から、医療的ケアを必要とする肢体不自由児のエンパワーメントを伸ばすためには、パワレス（社会資源の開拓、保護者の過保護、患者としての医学モデルなど）を整理する必要があるのです。

また、治療しうる病気がある場合には医療を優先すべきですが、安定期にある子どもに対する医学モデルは、その子ども自身の普通（健康）を支える医療としてとらえる視点も重要です。

（2）総合的な生活支援の視点

① 目指す生活の全体像の明示

肢体不自由のある子ども一人ひとりのニーズに対応し、彼らの自立や社会参加に向けた取り組みを支援するという視点に立つことが必要です。肢体不自由のある子どもは、歩いたり、階段を昇降したりするといった体を大きく動かす運動（粗大運動）に困難を抱えていることがあります。また、会話をしたり、ご飯を食べたり、文字を書いたりするといった細かく精密な動作を必要とする運動（微細運動）も困難を抱えていることが多いのです。

粗大運動も微細運動も、一気に能力が高まるような性質のものではありません。体を大きく動かす感覚運動遊びや、子どもの好きなおもちゃなどを使用して、目と手の協応動作を促していくことが求められます。こうした活動に取り組むことにより、体や指先の使い方、必要に応じて援助要請の表明の仕方を学んでいくのです。保護者には、子どもの成長を肯定的にとらえること、焦らず見守り、活動に取り組む姿勢に対する称賛の言葉がけを行うことの大切さを伝えるようにしましょう。

②障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮

肢体不自由のある子どもは、保育所や幼稚園、学校、児童発達支援事業所、放課後等デイサービスなど、さまざまなサービスを活用しています。けれども、これらのサービスは生活の一部に過ぎません。家族と旅行に行ったり、買い物に出かけたり、友だちの家に遊びに行ったりと、さまざまな活動をしているのです。活動先では、肢体不自由があるという理由により、目的の場所に辿りつくことが困難であったり、仲間と一緒にレジャーを楽しむことが難しい場合もあります。生活全般において、合理的配慮の提供や基礎的環境整備が行われているかの確認をする必要があります。

合理的配慮の提供や基礎的環境整備が不十分である場合、肢体不自由のある子どもが皆と一緒に活動できるようにするためには何が必要か、どのようなことを考えればよいか、子ども本人と保護者、子どもを取り巻く関係者と一緒に考え続ける視点を持ちましょう。

③障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無

肢体不自由のある子どもや保護者に対するさまざまな公的サービスが展開され、その成果が蓄積されています。彼らの生活を支える上で公的サービスは欠かせないものです。その一方で、肢体不自由のある子どもたちも、さまざまなスポーツにチャレンジしたり、サークル活動を行ったりしています。保護者は同じ障害のある子どもをもつ親の会で活動を行うこともあります。生活全般を見渡した支援のあり方の視点をもつことが大切です。

④1週間、1日の生活の流れの考慮

肢体不自由のある子どもは、他の子どもと同様に、保育所や幼稚園、学校に通っています。これらが終わった後は、児童発達支援事業所や放課後等デイサービス等を利用することもあります。幼稚園や学校は、週末は休みとなるため、障害のない子どもの場合は、自宅でゆっくり過ごしたり、友だちと遊んだり、習い事をしたりして過ごしています。

私たちは、適度な休息があってこそ、潤いのある生活を送ることができるのです。「肢体不自由がある」という理由により、週末も生活上の困難を克服するための療育を利用することになれば、子どもたちの休息が失われてしまうリスクが考えられます。サービスを詰め込み過ぎず、ゆとりと潤いをもって生活できるような支援のあり方を考慮する必要があります。

⑤ライフステージや将来像の意識

肢体不自由のある子どもの中には、日常生活において大人と接することが多いため、自らが主体的に考え、判断する機会が限定されている者もいます。肢体不自由のある子どもが、自身の生活を振り返るとともに、将来を主体的に考え、その実現に向けて必要な情報を集めるための活動を支援することが大切です。学校教育の期間よりも、その後の人生のほうが遙かに長いのです。肢体不自由のある子ども自身が、学校教育を修了するまでの間に育む必要のある資質や能力、態度は何か、それらを育成するためにはどのような支援を行う必要があるかについて、本人や保護者の意向を尊重しつつ、関係機関（児童発達支援事業所、放課後等デイサービス、保育所、幼稚園、学校）と協議し、ライフステージや将来像を描いていくことが必要です。

⑥ 医療的ケアのある肢体不自由児の総合的な生活の視点

医療的ケア児の基礎疾患は主に周産期・新生児期に関連するため、病院から在宅移行した時点から訪問看護・リハビリテーションなど医療関係者がかかわることがほとんどです。そのため在宅移行期には在宅生活の安定化と肢体不自由の進行予防を目的とした医療連携を図り、家族の生活基盤を整えることが重要です。その間、子どもの特性を評価し、その子自身の発達に見合った療育活動につなげていけるとよいでしょう。ここで大切なのは、保護者の思いだけでなく、子ども自身の状態像を配慮しながら、ふだんからかかわっている訪問看護師や担当医などの医療関係者とよく相談した上で、療育機関へつなぐタイミングを決定することです。

特に、人工呼吸器管理など高度な医療的ケアを要する場合や、動ける医療的ケア児の場合、看護師配置を含めた受け入れ体制が整った児童発達支援事業所は少なく、子ども自身の身体的負担はもちろん、保護者の付き添いが求められることで、生活基盤の動揺が生じます。子どもの療育を含めた社会参加は、発達支援に重要な因子ですが、移動や保護者付き添い負担等も考慮し、訪問看護・居宅介護などによる療育を選択することも手段の一つです。

また、看護師配置のある福祉事業所であっても、すべての医療的ケアに対応可能とは限らず、事業所の選択には、看護師等のスタッフの経験値や医療安全・リスクマネジメントにも配慮する必要があります。この点は療育機関のみでなく、その後の学校でも同様で、適切な看護師が不在な場合にはインフォーマルな支援として、訪問看護ステーションや経験豊富な事業所・学校との交流を図るなど、先を見据えた事前の準備もしておくといよいでしょう。

医療的ケアを要する肢体不自由児の状態像は多様であり、ライフステージに沿った生活支援も個別性が求められます。特に、家族負担の軽減に努め、家族まるごと地域で支えられるような、子ども版地域共生社会の構築を意識することも重要です。

(3) 連携・チーム支援の視点

① 支援の方向性の明確化と共有

肢体不自由のある子どもの支援を考える際、高木憲次（東京大学整形外科の教授で昭和初期に「肢体不自由」の用語を提唱した）の「療育」の理念を念頭に置くことが大切です。「療育」とは、「医療、訓練、教育などの現代の科学を総動員して障害をできるだけ克服し、その児童が持つ発達能力をできるだけ有効に育て上げ、自立に向かって育成することである」（高松鶴吉（1990）が高木の提唱した「療育」を現代風に翻訳したものから引用*）です。

肢体不自由のある子どもを支援する職種には、医療職（医師、看護師、理学療法士等）や心理職（児童相談センターの心理士等）、教育職（教諭）、福祉職（社会福祉士、介護福祉士、保育士等）、行政職（障害福祉課等の職員）等さまざまな職種の人たちがかかわっています。また、本人が生活する地域でかかわるさまざまな人たちがいます。肢体不自由のある子どもにとって、個別・最適化された「療育」が提供されるためにも、それぞれの立場からの情報提供をとりまとめ、整理し、ライフステージに沿った支援を行うことができるよう、障害児支援利用計画やサービス等利用計画に落とし込むこと、それを共有することが大切です。学校教育においては、「個別の指導計画」や「個

別の教育支援計画」が作成されているため、それらとの整合性についての確認も求められます。

*高松鶴吉1990『療育とはなにか』ぶどう社、1990年。

②役割分担の明確化

相談支援専門員は、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス、保育所や幼稚園、学校など、肢体不自由のある子どもを取り巻くさまざまな支援機関の役割分担を明確化するとともに、それらが有機的に連携するよう留意する必要があります。

役割分担を明確にするには、次のような手続きが必要です。

①何よりも本人や保護者の意向を尊重する。



②主治医や療育センター等の専門家（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士等）との連携協力を図り、適切な支援のあり方についてとりまとめを行う。



③どの施設がどのような支援が可能なのか、どのような支援を行うことにより、肢体不自由のある子どもの発達支援が可能となるのかについて、障害児支援利用計画やサービス等利用計画に落とし込みを行う。

①から③を実施する上で、本人や保護者と共に人生を歩む者であることを、常に意識することが大切です。

③個別支援計画との関係

肢体不自由のある子どもが利用する児童発達支援事業所や放課後等デイサービスを提供している施設では、「障害児支援利用計画」や「サービス等利用計画」に基づいて「個別支援計画」を作成します。

障害児支援利用計画は、各事業所が提供する具体的な支援内容を決定するための基礎情報となるものです。計画の作成にあたっては、肢体不自由のある子どもの粗大運動や微細運動、意思決定支援のあり方を、どの施設がどのように担うかについて熟慮を重ねるように働きかけます。また、幼稚園や学校が作成する「個別の指導計画」「個別の教育支援計画」と整合性を図ることも必要です。ライフステージごとの課題を明確化し、福祉と教育、それを支える医療や行政との連携のあり方にも留意することが重要です。

④ サービス提供事業所の情報把握

肢体不自由のある子どもが生活する地域には、いくつもの児童発達支援事業所や放課後等デイサービスがあります。それぞれの施設は、肢体不自由のある子どもの生活支援全般を行うだけでなく、その施設のアピールポイントがあります。施設のアピールポイントを知るとともに、勤務する職員の肢体不自由に対する知識や理解、支援方針についての情報把握も行っておきましょう。また、職員の資質向上のための研修実施体制についてもできる限り収集するとよいでしょう。

⑤ 地域資源情報の把握

肢体不自由のある子どもが生活する地域は、福祉タクシーなど公共交通機関の充実、道路の拡張、ショッピングモールの建設等、日々刻々と変化します。

肢体不自由のある子どもには、身体を思うように動かすことのできないことから生じる空間移動の制約があります。移動や買い物等の妨げになるようなバリア（工事現場やショッピングモールの通路幅等）がないか、肢体不自由のある子どもの視点に立った地域情報の把握が必要です。

彼らの日々の生活をより良いものにするためには、日頃から市役所障害福祉課の職員や、他の相談支援専門員、医療従事者、学校教育関係者等と情報交換を行っておきましょう。顔の見える関係を構築していくことが、地域資源の情報収集を行う上で大きく役立ちます。

⑥ 医療的ケアのある肢体不自由児の連携・チーム支援の視点

医療的ケアを必要とする肢体不自由児とその家族が抱える課題は、子ども自身の状態像のみでなく、ライフステージ・イベントや家族背景に影響されるため、かかわる職種・機関も課題ごとに変化します。そのため、こうした連携の中心的役割を求められる医療的ケア児等コーディネーター養成研修を受けた相談支援専門員にとって、日ごろから地域における協議の場や医療機関との連携が重要です。

特に、人工呼吸器管理など医療面での安全性を重視した支援が必要な事例では、対象児にかかわる医療関係者の助言・協力は必須なので、担当している訪問看護師や保健師を通して連携を図るとよいでしょう。また、子どもの発達（社会参加）を促すために障害福祉サービス事業所等へつなぐ際、同事業所における看護師の役割は重要です。しかし、事業所の看護師には新生児あるいは小児看護経験者は少ないため、訪問看護師との看護師間連携を図るなど工夫するののも一つの方法です。

その他、肢体不自由児の特徴としては、移動手段として障害児用車いす（通称バギー）の作成が求められます。人工呼吸器などを搭載する場合には、作成に時間を要することが多く、できるだけ早くから関係機関と連携する必要があります。作成にあたっては、市町村から「車椅子、電動車椅子、座位保持装置」に対する助成金が出るため、まずは身体障害者手帳の有無を確認の上、「補装具交付事業」で申請するとよいでしょう。

なお、身体障害者手帳取得にあたっては、本人や保護者の障害受容状況にも留意すべきです。その後は、家族が専門医（小児整形外科医や小児神経科医等）と相談し、補装具製作者と進めていくことになります。

(4) ニーズに基づく支援の視点

①本人のニーズ

肢体不自由のある子どもは、手足の動きに不自由があるため、移動したり、事物を操作したりすることに困難があります。この困難は、人とのかかわりに制限を生じさせることとなり、活動する経験が乏しくなることにつながります。また、活動に取り組む機会が少なくなることによる自信のなさや不安や葛藤を生じさせてしまいます。肢体不自由のある子どもを支援する上では、本人のニーズに基づいて小さな課題を設定し、「できた」を積み重ねていくことが大切です。

「できた」の積み重ねを本人も周囲も、それを喜びあえる体験を増やしていくことがセルフ・エスティーム（自分自身にどのような価値があるのかを実感すること）を高めることにつながるのです。

②家族の意向

家族の意向を把握する上で大切なポイントは下記のとおりです。

・家族の意向を「受け止める」

家族は肢体不自由のある子どもの成長や発達に、喜びを感じたり不安を感じたりしています。障害児支援利用計画の作成にあたり、相談支援専門員からの積極的なアプローチを行う前に、揺れ動く家族の心を受け止め、話を聞くことに徹するよう心がけましょう。

・「支えること」

家族は自宅において、肢体不自由のある子どもの養育を一生懸命行っています。家族の努力を認めた上で、子どもの成長発達とともに家族の変容も認め、家族自身の変容に気づいてもらうよう働きかけることが大切です。

・「家族の意向に基づいて支援する」

家族の意向を具体的かつ的確に把握し、障害児支援利用計画などに落とし込みを行います。その際、肢体不自由のある子ども本人の意向と家族の意向を明確に区別し、誰の意向かがわかるように留意しましょう。また、家族の意向に基づいて障害児支援利用計画などを作成する場合には、家庭で取り組むべきことも併せて相談してみることも大切です。家族の意向に基づき、家庭と施設での取り組みが両輪をなすことにより、より良い発達支援方略を構築することが可能となります。

③優先順位

肢体不自由のある子どもの場合、疾患や障害の程度が多様であるため、一人ひとりのニーズに基づいた障害児支援利用計画などを作成しなければなりません。そのためには、以下に示す項目について把握した上で、取り組むべき事項について、適切な優先順位をつける必要があります。

表5-4 障害児支援利用計画を作成する上での留意点

健康状態	生活リズムが整っていること、食事や排泄などの健康状態が保たれていることが大事です。また、施設内において活動する際に、楽しく活動できるようにするための姿勢づくりや、楽な姿勢の取り方を把握しましょう。
作業する能力	おもちゃを操作すること、衣服の着脱ができることなど、微細な運動能力を把握しましょう。
意思を伝達する能力	言語獲得の状況について把握します。言語理解が一定程度あるものの、麻痺等により言語表出が困難な場合は、コミュニケーション手段としての補助手段や補助機器など（AAC*などのICT機器）の使用の可否について把握します。
感覚機能状態	視覚や聴覚の状態について把握します。特に、目と手の協応動作、図と地の弁別、空間認知等の状況について把握し、支援内容を明らかにすることが必要です。障害の重い子どもが多くに、視覚や聴覚の障害がみられます。こうした子どもたちに対しては、体性感覚、前庭感覚、固有感覚といった、体の表面や内部の感覚を活用した支援を行う必要があります。
認知特性	色や形、大きさの弁別や、空間の位置関係、言葉の概念などについて把握し、発達段階を明らかにする必要があります。必要に応じて児童相談センター（児童相談所）と連携し、心理検査の情報を得ることも大切です。
情緒の安定	多動や自傷、常同行動などについて把握します。
社会性の発達	同年代の子どもとの遊びや大人とのかかわり、社会生活をどの程度経験しているか、さまざまな事象にどの程度興味や関心があるかを把握します。必要に応じて、児童相談センター（児童相談所）と連携し、社会性の発達に関する検査の情報を得ることも大切です。

*AAC（Augmentative Alternative Communication：拡大代替コミュニケーション）とは、コミュニケーション障害のある人が残存能力やテクノロジーを活用して、コミュニケーションを図る方法。

④項目間の整合性

本人や家族にニーズに基づいて作成された障害児支援利用計画やサービス等利用計画について、以下の項目について整合性をチェックしましょう。

表5-5 項目間の整合性チェック

1	適切なサービスが適切な施設で提供されていること。
2	複数の施設を利用する場合、利用する施設の役割分担が適切に行われていること。
3	提供されているサービスについて、適切な時期に評価を行っていること。
4	計画の内容が、学校で作成された個別の支援計画や個別の教育支援計画と整合性が取れていること。
5	1～4の項目について確認したことが、本人や家族に情報提供されていること。

⑤相談支援専門員の総合的判断

障害児支援利用計画などの作成にあたっては、肢体不自由のある子ども本人および家族のニーズを第一に考えます。ただし、本人および家族のニーズすべてについて、計画に反映させるものではありません。相談支援専門員として、本人および家族にとって「今、必要とされるサービス」「今は必要としないが、今後必要となってくるものが予測されるサービス」「このサービスは必要としない」など、現在の生活状況や将来の生活を見越した総合的な判断が求められます。総合的な判断にあたっては、本章1.「(1)エンパワメント、アドボカシーの視点」の「⑤目標設定の妥当性と権利擁護」(50ページ)についても参照してください。

⑥ 医療的ケアのある肢体不自由児のニーズに基づく支援の視点

医療的ケアを必要とする肢体不自由児と家族のニーズは、子どもの状態像やライフステージ・イベントなどにより多彩であるため、ニーズへの対応は容易ではありません。また、ニーズに対応できる社会資源の不足も課題となっていますが、この点については、地域での協議の場を通して、地域内外で検討していく必要があります。

在宅移行時の医療的ケアを必要とする肢体不自由児と家族のニーズに注目します。病院から在宅という環境の変化は子どもの体調に大きな影響を及ぼすため、退院前から事前に在宅環境を整えておく必要があります。在宅移行直後は、子ども自身の筋緊張の亢進や日内リズムの変化（昼夜逆転）などを原因に、しばしば呼吸器や消化器の症状を訴えることがあります。そのため、子どものリラクゼーションや身体を整え、その子にあった姿勢や体位変換を確保することは有意義であり、訪問看護師および理学療法士による訪問リハビリの導入が重要と考えます。

その後は、ライフステージ・イベントに応じて、楽しく社会参加していくことが、ニーズとしてあがってきます。事実、全国の医療的ケア児者とその家族を対象としたニーズ調査（厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業「医療的ケア児者とその家族の生活実態調査」）においても「障害児支援サービス・障害福祉サービスの利用状況」が9割に上ります。

一方で、前述のように医療度が高く、重度な肢体不自由をもつ子どもの受け入れ可能な社会資源は乏しく、地域偏在化が課題になっています。特に人工呼吸器管理を要する子どもをもつ保護者の短期入所（レスパイト）のニーズは高いのですが、対応施設が全国的にも不足しており、充足率が低いのが現状です。また、学校に入学後も、医療的ケアが常時必要となると送迎は保護者の負担となるため、子ども自身が通学可能な体調であっても、保護者の体調次第では登校できないなどの問題も指摘され、子どもの自立（自律）にも悪影響を与えています。

このように、医療的ケアを必要とする肢体不自由児の社会参加は、さまざまな社会資源が不足していることに加え、受け入れる側の体制整備（看護師配置、医療安全・リスクマネジメント管理など）にも時間を要するため、先を見据えながら子どもと家族のニーズに沿った連携を図れるよう、地域での協議の場などを通して議論しておくことが重要です。

（5）中立・公平性の視点

① サービス提供法人の偏り

肢体不自由のある子どもが、計画の内容に応じて複数の児童発達支援事業所や放課後等デイサービスを利用することも考えられます。利用する事業所が、特定の法人（特に相談支援事業所の運営法人）に偏っていないか確認する必要があります。特定の法人のみを利用している場合、提供するサービスの内容が、その法人を利用するに足る蓋然性が高いことが求められます。

②本人ニーズとの比較

障害児支援利用計画やサービス等利用計画の内容が、子ども本人のニーズや生活実態に応じた適切な計画となっているか確認する必要があります。特に、本人のニーズと家族のニーズの乖離について検証し、家族のニーズを優先するがあまり、本人の負担になっていないことを確認することが大事です。また、提供されるサービス量が過大あるいは過小になっていないかについても確認します。

③同じような障害者との比較

肢体不自由のある子どもの場合、疾患や障害の程度が一人ひとり異なるため、サービス内容やサービス量に違いが生じるのは当然のことです。ただし、障害が同程度の子どもの場合、生活する地域や利用する施設によってサービス内容やサービス量に格差が生じていないか、比較、検証する必要があります。

④地域資源との比較

肢体不自由のある子どもが生活する地域によって、利用できる施設数やサービス量、サービス内容に違いが生じる可能性があります。肢体不自由のある子どもの特性の一つに、空間移動の制約が挙げられます。地域資源格差をすぐには解消することは難しいのですが、相談支援専門員には、サービス内容やサービス量について極力不均衡を生じさせないように、地域資源を総動員する努力が求められます。

⑤支給決定基準の参照

障害児支援利用計画などは、肢体不自由のある子どものニーズに応じて適切に作成されています。行政の支給決定基準に合わせた機械的な計画にならないよう留意する必要があります。

⑥医療的ケアのある肢体不自由児の中立・公平性の視点

医療的ケアを必要とする肢体不自由児と家族が求めるサービスの中で、医療的ケアに対応可能な社会資源は、質量ともに不足し、地域偏在化も顕著であり、中立・公平性をもって適切につなげることが困難な場合が多いのが現状です。そのため、障害福祉サービス利用については、個別性とニーズの優先順位を考慮しながら、周辺地域を含めた広域で利用可能な事業所と連携していくことが求められます。それをもってしても利用できるサービス事業所が見つけられない、あるいは不足することが予想される場合には、普段から対象児のかかりつけ医を含む医療関係者も巻き込み、行政が参加する地域の協議の場で積極的に提案・発言し社会資源の開拓につなげていく、いわゆる“地域を耕す”役割も重要です。

（6）生活の質の向上の視点

① サービス提供状況

相談支援専門員は、障害児支援利用計画やサービス等利用計画、個別支援計画などに基づいて、各事業所において計画どおりにサービスが提供されているか聞き取りを行います。聞き取りにあたっては、たとえば5件法（5：十分に実施できた、4：やや実施できた、3：どちらでもない、2：あまり実施できなかった、1：全く実施できなかった）のように、数字で可視化する方法があります。サービス提供内容に応じて、いくつかの項目を設定し、5件法等で評価してみましょう。

定期的実施することにより、どの項目を実施できたのか、どの項目を実施できなかったのか、継続すべきことは何か、改善すべきことは何かを明らかにすることが可能です。自由記述項目も必ず設定します。数値だけでは表しにくいこと（たとえば、利用者の行動変容がどのように認められたのか）について、質的側面から記載することはとても大切です。

聞き取りの項目は、可能であれば、事業者向けと利用者（肢体不自由のある子どもおよび家族）向けを統一します。統一することにより、サービス提供状況および利用者満足度の一致、不一致を可視化することが可能となるのです。

表5-6 サービス提供状況の評価

	1 2 3 4 5	自由記述
昼食時に使いやすい食器を用意し、姿勢を維持しながら、自分で食事ができるよう支援する。		
体力をつけるために、週に3度は体を動かす活動に参加を促す。また握力をつけるため、ボールを握る練習をする。		
絵カードを使い、「YES」「NO」の意思表示を促し、コミュニケーションをとっていく。		

5：十分に実施できた 4：やや実施できた 3：どちらでもない 2：あまり実施できなかった 1：全く実施できなかった

② 本人の感想・満足度

事業所で提供されたサービスに対して、肢体不自由のある子ども本人および家族がどの程度満足しているか、不満や改善してほしいことは何かについて確認、記載する。聞き取りにあたっては、①と同じく5件法（5：満足している、4：やや満足している、3：どちらでもない、2：やや不満である、1：不満である）のように、数字で可視化します。

定期的実施することにより、どの項目に満足しているのか、どの項目を改善して欲しいのかを明らかにすることが可能です。その際、自由記述項目も設定すると、より具体的な可視化が可能となります。また、肢体不自由のある子ども本人と家族の満足度の比較を行うことにより、事業所への提言や新たなサービス提供を検討することも可能になります。

肢体不自由のある子どもへの聞き取りにあたっては、口唇周囲の不当な緊張によりうまく話すことができなかつたり、手指運動の困難により書面での回答が難しかつたりするので、必要に応じて、数字のカードを見せ、頷きや視線などを合図として回答を得るなど工夫しましょう。

③支援目標の達成度

計画どおりにサービスが提供され、支援目標で掲げたことがどの程度実施できたか、近づくことができたかについて記載します。各事業者に聞き取りを行った①サービス提供状況と、肢体不自由のある子どもと家族に聞き取りを行った②本人の感想・満足度、をもとに検討を行います。聞き取り項目の数値と自由記述の両面から慎重に検討を行いましょう。

達成度の評価にあたっては、根拠となる資料（①サービス提供状況、②本人の感想・満足度）を明示し、それに基づいた具体的な記述を行うとともに、数値（3：十分に目標を達成した、2：目標を達成した、1：目標を達成できなかった）で示します。

④計画の連続性

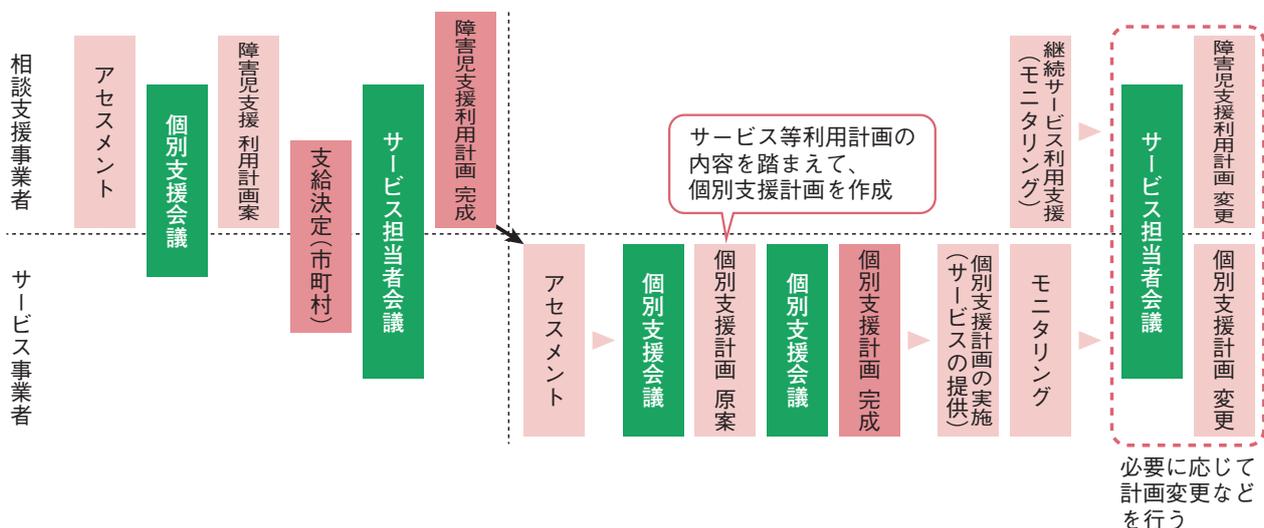
肢体不自由のある子どもの継続的な支援を考えて行く場合、「(4)ニーズに基づく支援の視点」(56ページ)に立ち返ることが大切です。生活年齢やライフステージに応じて、肢体不自由のある子どものニーズは柔軟に変化していきます。どんなに障害が重くても、子どもは発達する存在なのです。日々の小さな「できた」の積み重ねがその子どもの発達につながります。

しかしながら、発達とはできることが徐々に増えていくような単純なプロセスではありません。日々の生活において、比較的大きな飛躍をみせる時期（タテへの発達）と、特に目立った変化が認められない比較的穏やかな時期（ヨコへの発達）の両方があります。できることを直線的に増やすためのタテへの発達支援ではなく、子どもが今いる発達段階をヨコに膨らませる、つまり、今できていることが他の力と有機的つながりになるよう支援を行うことを考慮する必要があります。こうした力を着実に積み重ねていくことにより、次の飛躍につながる発達の力が準備されていきます。このことを踏まえ、相談支援専門員が評価を行い、未達成の支援目標、新たな課題の対応について検討し、必要に応じて計画の変更を行います。

⑤全体の状況

上述した①～④に基づいてモニタリング会議を開催し、関係者との協議を経て今後の方向性を確認します。その上で、新たな障害児支援利用計画などを作成します。

図5-3 障害児支援利用計画作成の流れ



⑥ 医療的ケアのある肢体不自由児の生活の質の向上の視点

医療的ケアを必要とする肢体不自由児の生活の質の向上には、子どもの状態像の安定と運動機能の促進および合併症予防が重要です。そのため、在宅移行後は適切な医療的ケアを実践できる訪問看護・リハビリテーションセンターとの連携を図り、その後は子どもの状態像を見ながらリハビリも提供可能な看護師配置のある児童発達支援事業所等の障害福祉サービス事業所へつなげるとよいでしょう。また、連携後の子どもと保護者を含め各機関と定期的に情報共有する機会（モニタリングを兼ねた多職種会議）をもつように努めることが大切です。

一方、家族の生活の質の向上も重要な視点です。既報（厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業「医療的ケア児者とその家族の生活実態調査」）によると、家族の抱える生活上の悩みや不安等については「慢性的な睡眠不足である」「いつまで続くかわからない日々に強い不安を感じる」「自らの体調悪化時に医療機関を受診できない」および「日々の生活は緊張の連続である」が7割程度を占めています。子どもの医療度と家族のエンパワメントに応じて居宅介護ヘルパーの導入の他、地域支援事業サービス（入浴や移動サービスなど）とも適宜連携を図り、家族全体を総合的に支援していく体制を丁寧に積み上げていくことが大切です。



第 6 章



聴覚障害／視覚障害の
相談支援



1. 聴覚障害の基礎知識と相談支援

聴覚障害児にとって、早期に障害が発見され、療育や教育を受ける時期が早ければ早いほど全人的な発達を遂げることは、これまでの研究や実践で明らかにされています。

早期からのコミュニケーション支援により、子どもたちの言語活動はかなり活発になり、大人と子どもあるいは子ども同士のコミュニケーションも早い段階で成立してきます。そのためには、聴力の程度にかかわらず、細やかな配慮が必要であり、また早期に発見された聴覚障害児の保護者が障害を受容するための、保護者へのカウンセリングなどの支援も、とても重要となってきます。

(1) 聴覚障害の種類

聴覚障害は、障害のある部位によって、2つの種類に分けられます。

外耳から中耳にかけて障害が起こったものを「伝音難聴」、内耳から聴神経・脳にかけて障害が起こったものを「感音難聴」といいます。そして、この両方を併せもったものを「混合性難聴」といいます。また片耳にのみ難聴がある場合を、「一側性難聴」といいます（表6-1）。

図6-1 耳の構造と聴覚障害の種類

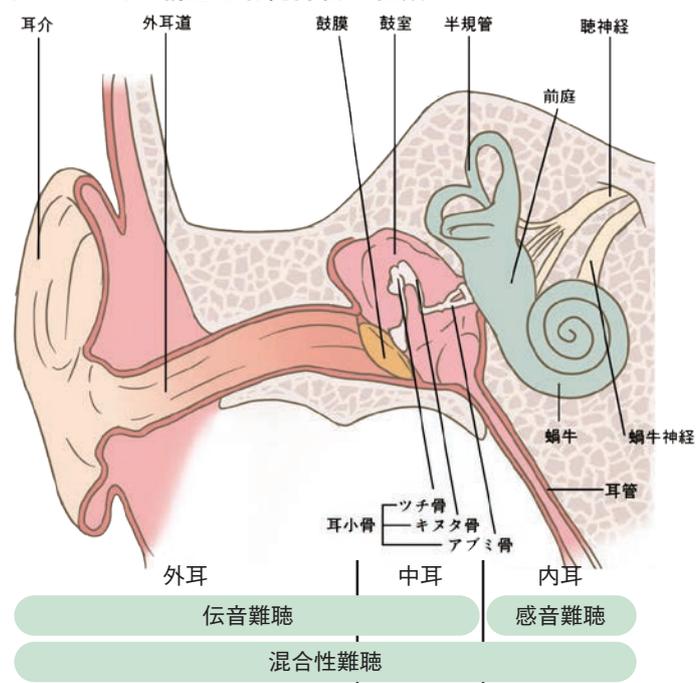


表6-1 伝音難聴と感音難聴の特徴

	伝音難聴	感音難聴
聞こえ方	<ul style="list-style-type: none"> 音が小さく聞こえる（手で耳をふさいだように聞こえる）。 音質は変わらない。 聴力レベルは最大で70dB程度。 骨導聴力*の低下はみられないことが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 音が小さく聞こえると同時に、歪んで聞こえる。 高い音が聞こえにくいことが多い。 一定以上の大きさの音が入ると、急に音がガンガン響いたり、痛みを感じたりすることがある。 聴力低下の程度や聴力型はさまざま。 気導聴力*・骨導聴力*ともに低下がみられる。

*気導聴力：気導レシーバを耳にあて、レシーバから出る音を、外耳→中耳→内耳→聴神経へと伝えて測定した聴力。

骨導聴力：骨導レシーバを耳の後ろにあて、振動を頭の骨を通して、内耳→聴神経へと伝えて測定した聴力。

また、難聴は次のような原因によって起こると考えられます（表6-2）。

表6-2 難聴の原因と対策

	伝音難聴	感音難聴
原因	<ul style="list-style-type: none"> ・耳垢 ・滲出性中耳炎、急性中耳炎 ・外耳・中耳の奇形など 	<p>【先天性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遺伝 ・妊娠中：感染（風疹など）、薬剤、妊娠中毒症 ・出産時：極低出生体重児、新生児仮死、重症黄疸など <p>【後天性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染（髄膜炎、おたふく風邪、はしかなど） ・突発性難聴など
対策	<ul style="list-style-type: none"> ・補聴器を装着しての聴能言語指導。 ・耳垢、中耳炎等は除去、治療により改善できる。 ・外耳・中耳の奇形は、形成術により聞こえの程度を軽くできることもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・補聴器や人工内耳を使用しての聴能言語指導。 ・医学的な回復・治療は、ほぼ不可能。

（注）難聴があることで、身体のバランスがとりにくい、ふらつきが起こるなどの症状のでる子どももいます。

（2）「新生児聴覚スクリーニング」について

保護者の同意のもと、おおむね生後3日以内に、出産した病院で自然入眠時に行われる聴力検査のことです。結果はpassまたはrefer（要再検）で表され、refer（要再検）の場合には、入院中に再度同じ検査を行います。

再検査の結果が両耳または片耳referであれば、精密検査機関を紹介されます。精密検査の結果、両耳に聴覚障害が認められると、補聴・療育が必要となります。

図6-2 新生児聴覚スクリーニングの一例



（3）聴覚障害の出現率

聴覚障害の子どもが生まれる確率は、およそ1,000人に1～2人といわれています。新生児の聴覚障害の約半数は、ハイリスク児（下記参照）ですが、残りの半数は、何らかのリスク因子をもたない児です。もしも聴覚障害に気づかないまま成長すると、言語発達およびコミュニケーションの形成が遅れ、情緒や社会性の発達にも影響が及ぶおそれがあります。そのため、早期に聴覚障害を発見し、おおむね6か月までに療育を開始することが望ましいとされています。

先天性聴覚障害のハイリスク因子

- ・ 極低出生体重児
- ・ 重症仮死
- ・ 高ビリルビン血症(交換輸血施行例)
- ・ 子宮内感染(風疹、トキソプラズマ、梅毒、サイトメガロウイルス等)
- ・ 頭頸部の奇形
- ・ 聴覚障害合併が知られている先天性異常症候群
- ・ 細菌性髄膜炎
- ・ 先天性聴覚障害の家族歴
- ・ 聴神経毒性薬剤使用
- ・ 人工換気療法(5日以上)

(Joint Committee on Infant Hearing 1994)

（4）保護者の気持ち

出産後間もない時期に、わが子が聴覚障害かもしれないと言われ、冷静でいられる人はなかなかいません。親としての自覚や、子どもへの愛情が芽生える前の診断では、障害を受容することに時間がかかります。

新生児聴覚スクリーニング後、保護者からすぐに相談支援事業所に連絡をとることはあまりありません。はじめは病院や聴覚特別支援学校の乳幼児教室、児童発達支援事業所・センター等で相談するケースが多いです。各相談場所によって言われることが異なっている場合もあります。保護者が混乱していることも多いため、まずはゆっくり話を聞いてもらえる場が必要です。

（5）保護者の選択を促していく

障害受容や理解ができていない時期ですが、コミュニケーション手段（手話を主なコミュニケーション手段にするのか、聴覚口話法で音声言語を獲得させるのか等）や、どのような療育施設が適当か、情報提供をした上で、保護者が適切な選択ができるよう促していく必要があります。

他の障害を併せもった子どもは、まずは全身状態が落ち着いてからの療育検討となります。

また、成長の過程で、他の障害（発達障害、自閉的傾向等）が疑われるようになった場合には、誰が、どの時点で保護者に専門機関の受診をすすめるのが課題となります。

聴覚障害の場合は、生後間もなく診断されている場合が多いので、初めは聴覚障害児が通う児童発達支援センター・事業所・聴覚特別支援学校（乳幼児教室や教育相談、幼稚部）に通園・通学していますが、他の障害が認められた場合には、自閉症などの発達障害児、知的障害児が通う療育施設と並行通園することになります。

（6）関係機関との連携

いくつかの療育施設を利用する場合、各関係機関同士の連携が必要です。それぞれの担当が集まり会議を行い、お互いに訪問し、各々どのような療育がなされているか見学することで、状態を共通認識することができます。

もしも、各機関で、療育方針やかかわり方が異なると、保護者は混乱します。各機関の特長を活かすことは大切ですが、情報を共有し、混乱を防ぐための話し合いが必要です。

また、それぞれの療育機関の利用日数は、受け入れ状況だけではなく、どのようなかかわりが必要かを見極めて決定することが大切です。

（7）聴力の確認

生まれてくる赤ちゃん全員が、新生児聴覚スクリーニングを受検するわけではありません。また、新生児聴覚スクリーニングがpassだったとしても、何らかの原因で、後発的に聴覚障害となることもあります。聴覚障害が見落とされ、補聴や療育の開始が遅れた場合、聴覚障害の二次障害として、言葉の遅れや落ち着きのなさがみられます。もしも聴力の確認ができておらず、発達障害や知的障害との判別が難しい場合は、一度聴力検査を受けるようにすすめてください。

（8）相談支援事業所に求められること

療育・教育機関が、支援を必要とする児とその保護者にとって、ニーズに合った場所かどうかの見極めは、当事者家族には難しいものです。療育・教育の開始後しばらくは、保護者も「本当にここに通っていてよいのだろうか」と迷いがあるかもしれません。担当者に質問したくても、できていないかもしれません。そのような気持ちを受けとめ、家族の言葉を療育・教育機関に伝えていただきたいと思います。

聴覚障害乳幼児とその保護者が、安心して将来に向け進むことができるような支援が求められています。

2. 視覚障害の基礎知識と相談支援

人間が日常生活で得る情報は、視覚から80%を得るといわれています。視覚障害の相談に応じる上では、その疾患や視覚の機能のある程度は理解することが必要です。けれども、全容を理解していくためにはかなりの情報量となるため、ここではごく基本的な事柄を解説します。

(1) 視覚機能と視覚障害

①目の構造

視覚器は、眼球、視路、視覚中枢で構成されています。付属器として、眼窩、眼筋、結膜などがあります。眼球は、角膜、虹彩、網膜などの膜で囲まれ、その中に水晶体、硝子体などがあります。

②視覚

目にとらえられた外の光は、虹彩を通じて光量を微調節し、角膜や水晶体によって屈折し、網膜に像を結びます。この視神経の経路を視覚路（視覚伝導路）といいます。

図6-3 眼球の断面図

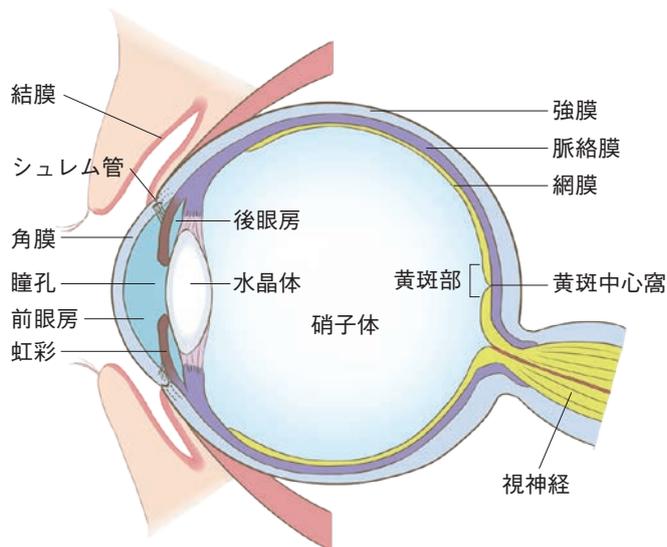
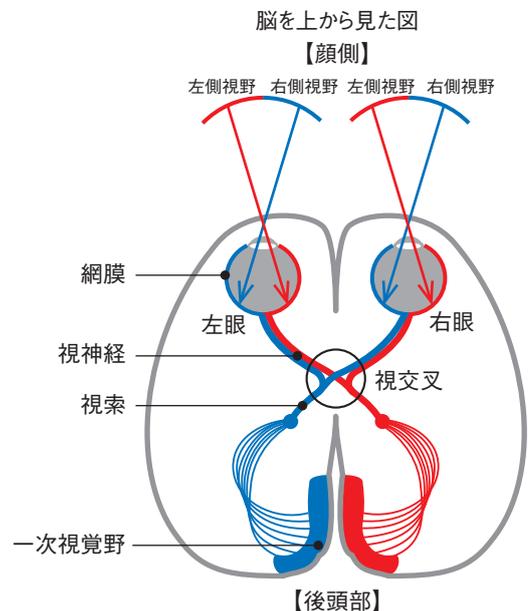


図6-4 視覚伝導路

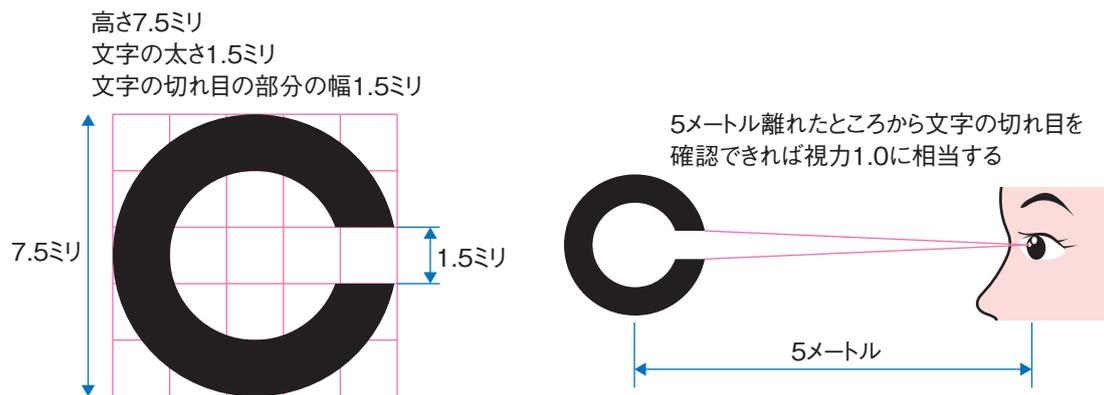


③ 視覚機能

視覚機能の中でも、よく知られている「視力」とは物の形や存在を認識する力のことです。一般的にはランドルト環を用いて測定されます。

視力の次に知られている「視野」とは、目を動かさずに同時に見える範囲のことです。視覚障害者には視野障害をもっている人が多いことがわかっています。視機能には、そのほか、光覚、屈折、両眼視などの機能があります。

図6-5 ランドルト環



④ 視覚障害

視力や視野に障害があり、日常生活を送る上で困難さを感じている状態を視覚障害といいます。先天性、後天性のものがああり、眼疾、視野などによって見え方が異なります。

表6-3 視覚障害の分類

分類	視力	見え方	
盲	0～0.01未満	全盲	視力がまったくない状態。医学的には光も感じない状態をいう。
		光覚	明暗が識別でき、物の有無や影がわかる状態。
		眼前手動	目の前で手を振ったときにその動きはわかる状態。
		指数弁別	眼前で提示した指の数がわかる状態。
準盲	0.01～0.04未満	多少の視力はあるが、文字を読んだり、物の形や色を認識したりすることができない状態。	
弱視 (ロービジョン)	0.04～0.3未満	眼鏡やコンタクトで矯正をしても視力が出ない状態。または、視力が悪くなくても視野欠損や夜盲症、眼振などが生じて不自由がある状態。	

図6-6 見え方の例

弱視の見え方には個人差があり、これを理解しておくことは大切なことです。



正常



視力低下



視野狭窄



中心暗点

日本弱視者ネットワーク「見え方紹介アプリ」より

⑤眼疾患

視覚障害を引き起こす眼疾患は多数あります。眼球全体や水晶体の疾患では緑内障、白内障などはよく耳にするのではないのでしょうか。他に、網膜の先天性疾患として網膜色素変性症、未熟児網膜症などがあります。先天性の疾患には、知的障害などが併存する可能性があります。

後天性疾患には網膜剥離、糖尿病性網膜症があります。視神経には視神経委縮などがあり、外傷や脳疾患に起因するものもあります。

(2) 視覚障害児の療育のポイント

①視覚障害のある児童の傾向

あらためて知っておくべきことは、視覚障害に限らず、障害児である以前にひとりの子どもだということです。その障害特性だけにとらわれず、個をみることが求められます。

人間には、乳幼児期に身につける力がたくさんあります。寝返り・四つ這い・歩行・投げる・受ける・バランスなどの「基礎運動」。指の運動、目と手の協調性、指先でつまむなどの「巧緻性」。物の太さ、重量、多少、高低などの「身体認知」。発見、認知、弁別などの「認知行動」など多岐にわたっています。視覚に障害があることで、これらの発達に大きな影響があることは明白です。健常児の発達と比べ、乳幼児期では、次のような傾向がみられます。

視覚障害のある児童の傾向

- ・ 生後2～3か月頃より、差がみられる。
- ・ 月を重ねるに従い、遅れがはっきりしてくる(離乳期、保護者のかかわりに配慮)。
- ・ 模倣による発達は不可能に近い。(*)
- ・ 基本的な生活習慣や、しつけが身につけにくい。
- ・ 遊びや運動面での経験不足。
- ・ 物事を認知しにくい。
- ・ 言葉の発達の遅れがみられる。
- ・ 数量への関心が乏しい。(*)
- ・ 依頼心が強く、情緒が不安定になりやすい。
- ・ 集団の活動では受け身であり、参加しづらい。

*印は盲のみ。他は盲、弱視に共通する傾向。

②療育のポイント

このような発達の遅れがみられる視覚障害児に対して、支援、療育で大切なことは以下のとおりです。

視覚障害児の療育のポイント

- ・年齢発達の時期を逃さず、適切な刺激と療育を行う。
- ・何事もできるだけ経験させる、積み重ねが重要。
- ・視覚に変わる適切な言葉かけと、手に触れ確認させる習慣をつける。
- ・弱視は手と目を十分に使うようにすることで自信を育む。
- ・自分のことは自分でできる自信を育む。できることは何でも周囲と一緒にさせる。
- ・一人でも、友だちとでも遊ぶ機会をもつ。
- ・安全面への配慮。



療育において健常児とまったくかわりが異なるわけではありません。見えないことを理由に過保護になり過ぎることなく、経験を積むことを大切にしましょう。

ただ弱視、個別の見え方は子どもの悩みに直結するので、よくその児童の見え方を理解し、適切に配慮することが大切です。子どもらしく生活するために、周囲に気がつかったり、見ようとするのに疲れてしまったり、あきらめてしまうことを避けられるよう工夫します。無理をして見ようとさせるのではなく、見やすくする環境整備が重要です。

図6-7 見えやすくする環境整備のために便利なツール



知的障害などが重複する場合、これらの障害特性へも配慮することが求められます。行動面では、たとえばプレイルームの中でも移動することを躊躇することで、外からの刺激が少なくなりがちです。また、自分の世界に過度に没入することがあるので、よりかわりを考え、刺激を与え、周囲への関心を高めることが必要です。また身辺自立については、気長に、根気よく、繰り返し、「手取り足取り、100万回のもりで伝えていく」ことが支援者には求められます。

（3）相談支援を提供するにあたっての心がまえ

視覚障害に限らず、もともと手帳の種類、支援学校のカリキュラムなどにあらわされるように、その障害を支援する専門性が必要です。しかし現在の福祉サービスにおける障害児・者支援は、障害種別に関係なく、すべてのサービスを受けることができるというものです。よって相談支援専門員には、自らの専門性がどこにあるのか、客観的に判断して相談を進めていく必要があります。

相談支援専門員はあらゆる障害の支援に精通しているべきであるという錯覚に陥りがちですが、本来求められる力量は、相談者の思いを傾聴し、寄り添うことです。特に、知的障害などを重複する視覚障害児であれば、意思表示が困難なケースが考えられます。

また児童の養育では、乳幼児期の支援が重要です。こういった場合、本人にとってより良い支援体制をつくるために、保護者を支えていかねばなりません。保護者の本人への思いは当然ながら強く、複雑なものです。保護者の意思に寄り添いながら、本人のためを最優先することが求められますが、これが言葉で言うほど簡単ではないため、より相談支援技術の研鑽が必要なのです。

（4）社会資源を把握しておくことが大切

自分が有していない専門性に対しては、関係機関や地域の社会資源を活用する情報収集力およびコーディネート力を身につけておきましょう。視覚障害児支援を専門にしている福祉サービスは少ないのが現状ですが、利用できる社会資源の情報を準備しておくことが必須です。

福祉機器はパソコン、時計、家庭用品など日進月歩で、障害の有無にかかわらず使いやすくなっています。バリアフリーの面でも、点字ブロックや駅のアナウンス、公的スペースでの点字表記など随分と進んできた印象です。対して専門的な福祉サービスや居場所という面では、まだ不十分なのが現状です。

同行援護や児童発達支援センターは整備されてきたものの、さまざまな障害種別に高い専門性をもって対応できるものかといえば疑問が残ります。視覚障害と知的障害を有する場合、まずは視覚障害に軸足を置いた支援が欠かせません。

学校には特別支援学校（視覚障害）があり、幼稚部が併設されている学校もあるので、幼稚園に入る前に支援に介入できる専門機関や医療機関を把握しておきましょう。地域によっては視覚障害に特化した幼児保育に取り組んでいる所もあります。また特別支援学校（視覚障害）でも早期療育の相談に応じている学校があるので、他機関、事業所、インフォーマルな資源と幅広く情報を得ておくほうが望ましいでしょう。



第 7 章



地域資源に関する
情報収集と活用



1. 相談支援と地域資源の活用

障害児支援の最前線に立つ相談支援専門員には、子どもの心身の健やかな成長と発達、自立が図られるために地域の支援力を最大限に活用することが求められます。この章では、より良い支援を実現するための地域資源の活用について解説します。

(1) 相談支援専門員の役割

『「相談支援の質の向上に向けた検討会」における議論のとりまとめ』（厚生労働省、平成28年7月19日）では、「相談支援専門員の資質の向上について」、次のように記述されています。

相談支援専門員の資質の向上について

（前略）相談支援専門員は、障害児者の自立の促進と障害者総合支援法の理念である共生社会の実現に向けた支援を実施することが望まれている。そのためには、ソーシャルワークの担い手としてそのスキル・知識を高め、インフォーマル・サービスを含めた社会資源の改善及び開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係構築、生きがいや希望を見出す等の支援を行うことが求められている。

さらに将来的には、相談支援専門員は障害者福祉に関する専門的知見や援助技術の習得のみならず、社会経済や雇用情勢など幅広い見識や判断能力を有する地域を基盤としたソーシャルワーカーとして活躍することが期待される。（後略）

障害児相談支援の機能とは、障害児およびその家庭のもつ多様な状況を総合的に把握し、子ども・家庭の個別的な支援に必要なさまざまな地域資源が十分な役割を發揮するためのマネジメントを行うことです。

相談支援専門員が障害児相談支援を実施するに際しては、①個別支援における地域資源の活用のみならず、②「個の課題」を「地域の課題」として地域全体での共有を促し、③地域資源の開発や新たな制度の創設等に向けたソーシャルアクションをも担うことが期待されています。

(2) ストレングスモデルと地域資源

障害児相談支援の基底には、ストレングスモデルの理念と方法が貫かれています。ストレングスへの着眼は、子ども自身や家庭等に係る「個人のストレングス」に加え、地域社会の多様な資源等の「環境のストレングス」の双方になされなければなりません。

ストレングスモデルの原則の一つには「地域を資源のオアシスとしてとらえる」ことが挙げられています。この原則の背景には、次のような考え方があります*。

- ①一人の人間の行動とその生活の質は、そのかなりの部分が、利用できる資源とその人に対する周囲の人たちの期待によって定まる。
- ②クライアントは彼らが必要とする社会資源に対する権利を有する。

①については、資源の有無によって本人の生活の質（QOL）が左右されることもあり得るという点が指摘されています。ここでいう「資源の有無」には、“資源の存在／不存在”と、“存在する資源の活用の有無”という2つの意味が含まれています。また、本人に対する周囲の人々の肯定的な見方、本人の可能性への信頼を寄せる人々がいることの重要性も併せて述べられています。

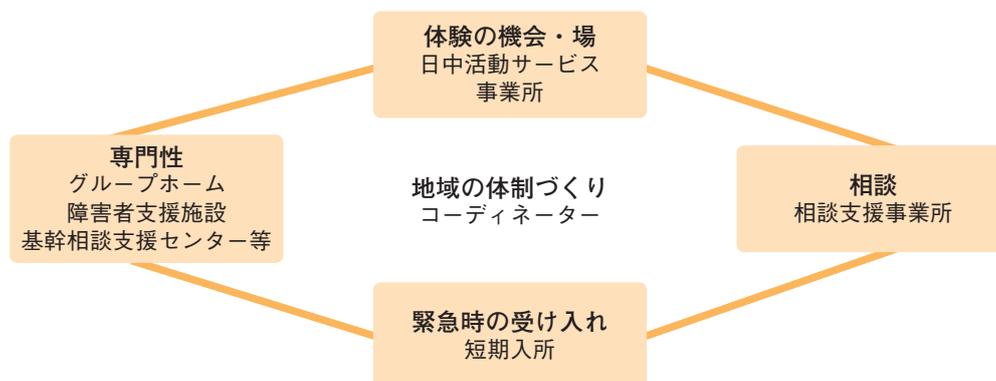
②に関しては、子どもの権利条約や障害者権利条約をはじめ、児童福祉法等にも規定されている「子どもの最善の利益」が保障されるために、社会によって準備された地域資源を利用する権利を有することを、いかに実態をもって尊重するかが問われているのです。

ストレングスモデルの立場に立ち「ワーカーの任務は地域の協力者を作り出すことであり、支援すべき地域内のクライアントのための触媒となること」*が重要です。相談支援専門員は「地域を資源のオアシス」とするために、①既知の地域の多様な資源を整理し、②地域のなかに埋もれている未知の資源を見出し、③整理された地域の資源をわかりやすく障害児とその保護者に伝えながら具体的な支援に結びつけ、さらには、④不足する資源についてはその構築をも厭わないという前向きな姿勢が期待されています。

子どもと家庭のニーズに応じたふさわしい地域資源の活用は、子どもと家庭の社会関係の拡大（「エコマップ」の拡大）として可視化されます。一人ひとりの子どもと家庭の社会関係の拡大は、地域共生社会の実現の第一歩なのです。

*チャールズ・A・ラップ、リチャード・J・ゴスチャ、田中英樹監訳『ストレングスモデル（第3版）』、金剛出版、2014年、75ページ。

図7-1 地域の体制づくり



2. 地域資源の把握と地域アセスメント

地域に点在するさまざまな地域資源の活用なしに、障害児相談支援は成り立ちません。相談支援専門員には、ライフステージのそれぞれの時期に応じたフォーマル、インフォーマルのサービスについて、自らの活動地域（自治体）における地域資源に関する情報の把握が求められます。

（1）地域資源の把握

相談支援専門員が地域資源に関する情報収集を行う場としては、地域自立支援協議会、連絡会、勉強会などが挙げられます。

フォーマルサービスについては、市町村等のホームページ等で情報を収集することができますが、それらはいくまでも情報の一端に過ぎません。直接、機関・施設・事業所等に足を運び、顔の見える関係を築くなかで、より具体的な内容を知ることが可能となるのです。

また、収集された情報は専門職のみが活用するものではなく、保護者等にもわかりやすく提供されることで保護者等の不安解消や、児童の将来の展望を得ることにもつながります。

（2）地域アセスメント

適切な地域アセスメントを欠く障害児相談支援は、その役割を十分に発揮することはできません。十全な地域アセスメントに基づき地域資源を有効に活用した相談支援の展開が、支援を必要とする子ども一人ひとりの暮らしの基盤となります。地域資源に関する情報の把握は、「地域アセスメント」として位置づけられるべきです。

地域アセスメントは、大きく分けて下記の2つがあります。

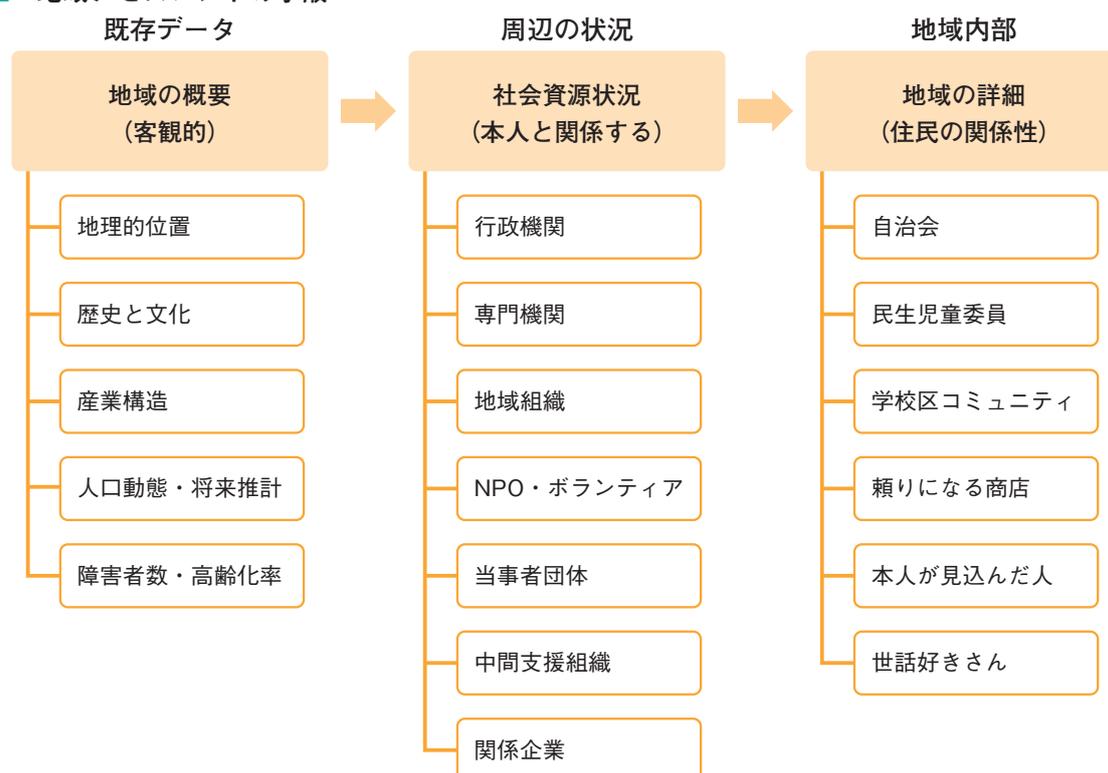
地域アセスメント

- ①地域ネットワークの構築の一環として行われるアセスメント
（障害児相談支援の展開に備える“準備場面での地域アセスメント”）
- ②個別の障害児相談支援の展開過程において行われるアセスメント
（実際の支援でなされる“実践場面でのアセスメント”）

両者は相互に関連しあっており、準備場面での地域アセスメントなしに、実践場面での地域アセスメントが機能するはずがありません。他方で、実践場面での地域アセスメントにより、地域ネットワークの充実が図られることにつながります。

地域アセスメントの手順（図7-2）では、「地域の概要」「本人と関係する社会資源状況」「住民の関係性等の地域の詳細」の3つの視点が示されています。3つの視点のうち「地域の概要」は、“準備場面での地域アセスメント”に固有のものとして位置づけられますが、「本人と関係する社会資源状況」「住民の関係性等の地域の詳細」は、“準備場面での地域アセスメント”“実践場面でのアセスメント”双方においてなされるものです。

図7-2 地域アセスメントの手順



出典：小澤温編集、日本相談支援専門員協会監修『障害者相談支援従事者研修テキスト(現任研修編)』、中央法規出版、2020年、p.117

「住民の関係性等の地域の詳細」に関するアセスメントは、他のアセスメントに比して最も個別性が高く、難易度の高いものといえます。個別性の高さは、一人ひとりの子ども・家庭のニーズ把握が十分になされていることを意味します。また、難易度の高さととは、アセスメントの対象の中心は地域のインフォーマルなサービスであり、目に見えにくい地域の関係性への相談支援専門員の接近可能性を指しています。

住民の関係性等の地域の詳細を知るためのアセスメントの項目は、次のとおりです。

地域の詳細を知るためのアセスメント項目

1. 子ども・家庭が参加・所属している地域組織または参加したがっている組織について
2. 子ども・家庭の交友相手〈友だち〉について
3. 子ども・家庭が所属している当事者組織について
4. 子ども・家庭に(福祉的に)かかわっている人や組織・企業〈商店〉・隣人について
5. 子ども・家庭が見込んでいる相手〈相談に乗ってくれる、困った時助けてくれる人〉・行きつけの商店・診療所の医師・隣人について
6. 子ども・家庭の親族で、利用者が頼みにしている相手について
7. 子ども・家庭の〈これから戻る〉近隣は、利用者にとってよい近隣か
8. 子ども・家庭の周囲で、活用できそうな地域資源はあるか
9. 子ども・家庭にとって「隠れた資源」となっているもの〈利用者を元気にさせているもの〉について
10. 子ども・家庭は地域に対して、どんな資源性を有しているか
11. 子ども・家庭にとっての資源同士のネットワークの状況はどうか
12. 子ども・家庭の自宅〈居住場所〉は、どのような資源となるか
13. 子ども・家庭のセルフケアマネジメント能力〈自分の状態を正確に把握・ハンディの中身も客観的に把握・その克服策の工夫・必要な資源を発掘・活用する資質等〉の評価

出典：小澤温編集、日本相談支援専門員協会監修『障害者相談支援従事者研修テキスト(現任研修編)』、中央法規出版、2020年、p.119に一部加筆

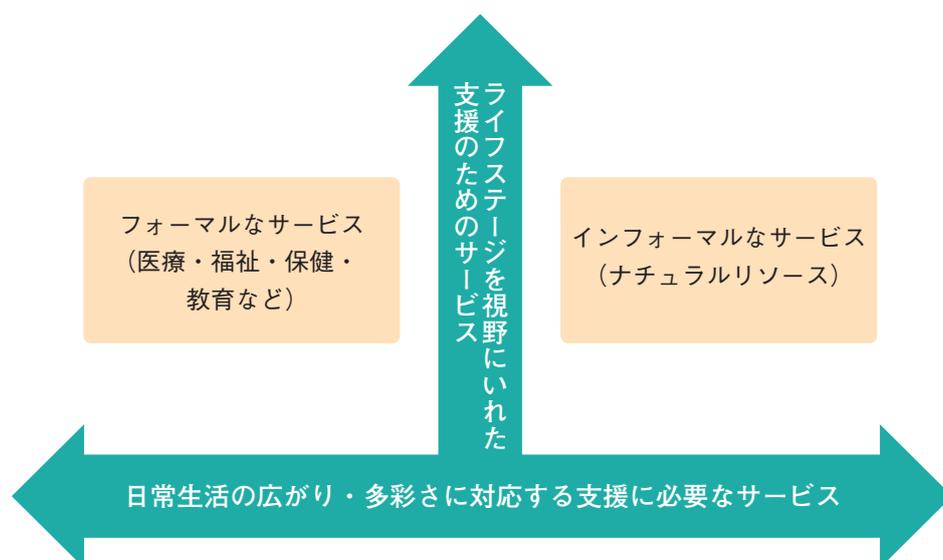
3. 地域資源の活用に向けた手法

地域資源を考える際には、ライフステージを視野に入れ、福祉・医療・教育などのフォーマルなサービスだけでなく、日常生活の広がり・多彩さに対応する支援に必要な、さまざまなリソースについても検討していく必要があります。

(1) ライフステージと地域資源のマトリクス

地域資源を考える際には、①ライフステージを視野に入れた支援のためのサービスと、②日常生活の広がり・多彩さに対応する支援に必要なサービスの2つの軸から考える必要があります。

特に、②日常生活の広がり・多彩さに対応する支援については、フォーマルサービス(福祉、保健・医療、教育等のサービスが中核をなしますが、左記以外のサービスも含む)、インフォーマルサービス(ストレングスモデルにおいては「ナチュラルリソース」と表現される)の双方にわたり、多様な地域資源を視野に入れる必要があります。



また、福祉、保健・医療、教育にかかわる専門機関との連携は、各機関やそこに属する専門職の専門性等を背景にした固有の文化が存在しているため（福祉、医療、教育等で想像されるとよい）、その相違を理解し互いを尊重した関係を取り結ぶことが大切です。

以上の考え方は、「障害児のライフステージと地域資源のマトリクス」（表7-1）として整理することができます。マトリクスは、ライフステージと触れたサービス（フォーマル、インフォーマル）によって構成されています。障害児のライフステージは、子どもの年齢に応じて、周産期、乳幼児期、義務教育期（小学校）、義務教育期（中学校）、義務教育以降（高等学校）等に分けられます。時期区分は、各時期のサービスを明確にするために役立ちますが、各時期のサービスを次の時期とどのように連携・連動させていくかという配慮は欠かせません。

また、時期の移行期には、支援に関する情報の共有がなされ、ある時期において配慮・工夫等がなされたことが、次の時期では継続されないといったことを生じさせない（サービスが分断されない）よう、十分な連携・連動が求められます。

表7-1 ライフステージと地域資源のマトリクス

年齢	地域資源	フォーマルサービス				インフォーマルサービス
		福祉	保健・医療	教育	その他	
周産期						
乳幼児期						
義務教育期（小学校）						
義務教育期（中学校）						
義務教育以降（高等学校等）						

(2) 子ども・家庭のニーズに応じたサービスのマトリクス

実際の障害児相談支援の場においては、対象となる子ども一人ひとりに配慮された「子ども・家庭のニーズに応じたサービスのマトリクス」の作成が求められます（表7-2）。マトリクスでは、子ども・家庭のニーズには、子どもの生活の全体像を俯瞰しつつ策定される支援の全体方針をもとに優先順位が付され、それぞれのニーズに応じたサービスが見出されます。

なお、子ども・家庭のニーズを検討する際には、子ども・家庭の「個別的なニーズ」にふさわしいサービスとのマッチングを心がける必要があります。サービスありきで子どもや家庭のニーズをとらえることは不適切です。子ども・家庭のニーズを充足するために複数のサービスを活用する場合がありますが、相談支援専門員は個別のサービスの内容が支援の全体方針と合致しているか、絶えざる留意が必要です。

さらに、マトリクスには、子ども・家庭のニーズに対して、十分なサービスが提供できないことが明らかとなった際には、不足するサービスとして明記します。このことが、地域で不足するサービスの可視化につながり、今後の地域での資源開発の方向性を示す根拠となるのです。

表7-2 子ども・家庭のニーズに応じた個別のサービスのマトリクス

優先順位	子ども・家庭のニーズ	現在利用できるサービス		不足するサービス
		フォーマルサービス	インフォーマルサービス	

以下の表は、神奈川県川崎市におけるフォーマルサービスの例です。わが街にどのような地域資源があるのかを一覧できる資料の作成は重要な取り組みです。

表7-3 児童期に利用できる障がい福祉サービス（神奈川県川崎市の例）

制度	制度名	支援の内容
生活サポート事業 (在宅支援)	あんしんサポート	自宅やその周辺でのお散歩などの見守り
	障害児ファミリーサポート	障害のある児童の保護者に対する養育支援
	障害児重度訪問支援	入浴・排せつ・家事・外出等全般を家族にかわって支援
日中一時支援事業	障害児・者一時預かり	介護者の一時的な休息のための日中活動支援
	日中短期入所	泊まりのない日中だけの短期入所、家族のレスパイト等
入浴	重度障害者入浴支援事業	巡回サービスカーが訪問し、浴槽を室内に持ち込む入浴介護
訪問看護	重度障害者訪問看護サービス事業	重度の障害者で、訪問看護を利用している方に、訪問看護サービスを提供
補装具・ 日常生活用具	日常生活用具給付	特殊便器・浴槽・腰かけ便器・特殊寝台・体位変換器・移動用リフト・訓練いす・シャワーキャリー・情報・通信支援用具・携帯用会話補助装置・たん吸引器・酸素飽和度測定装置・紙おむつ等
	補装具費支給	補装具の購入または修理の費用補助 義肢・装具・座位保持装置・視覚障害者安全つえ・眼鏡・補聴器・車いす・電動車いす・座位保持いす・起立保持具・頭部保持具・排便補助具・重度障害者要意志伝達装置
住宅改修など	在宅重度障害者（児）やさしい住まい推進事業	既存住宅を障害の状態に応じて改良（浴室・便所・玄関・台所など）するために必要な費用を給付 自立促進用具…ホームエレベーター・段差解消機・階段昇降機・リフト・昇降補助器具や環境制御装置の設置
相談支援	障害児相談支援	障害児通所支援（児童発達・放課後等デイサービス）を利用する際の計画作成とモニタリング
	計画相談支援	障害福祉サービスを利用する際のサービス等利用計画の作成とモニタリング
通所支援 (児童福祉法)	児童発達支援事業	通所による集団療育や個別療育
	放課後等デイサービス	放課後や長期休暇中の、集団や個別での療育
居宅での支援 (障害者総合支援法)	身体介護	お風呂や食事介助、排せつ介助へのヘルパー
	家事支援	掃除や洗濯、食事作りのヘルパー
	通院介護	病院やリハビリ通院時のヘルパー
	重度訪問介護	入浴・排せつ・家事・外出や長時間の見守り
	行動援護	行動障害のある方への外出介護通院、通院介護等
施設支援 (障害者総合支援法)	短期入所	短期間、障害児施設等で、介護を支援
	施設入所	入所による保護や日常生活指導支援
移動支援	移動支援	余暇活動等社会参加のための移動支援
	通所・通学	学校への通学送迎支援

表7-4 児童にかかわる主な手当や補助（神奈川県川崎市の例）

手当の名前	手当・補助の内容
児童手当	中学校終了前までの児童を養育している方への手当
児童扶養手当	ひとり親家庭の方などへの手当
特別児童扶養手当	重度および中度の障害児を養育している方への手当
障害児福祉手当	身体障害者手帳1級または2級の一部、IQ20以下の知的障害のある方等への手当
川崎市在宅重度重複障害者等手当	「身体障害者手帳1級または2級」「療育手帳A1またはA2」「精神障害者保健福祉手帳1級」3つのうち2つ該当する方への手当
生活保護	自分の収入だけでは、最低生活を営むことができない方に、生活扶助や住宅扶助、教育扶助等
重度障害者福祉タクシー利用券	身体障害者手帳1級または2級・IQ35以下の知的障害のある方・身体障害者手帳3級でIQ50以下の方等・精神障害者保健福祉手帳1級の方へ、福祉タクシー利用券を支給
ふれあいフリーパス	バス乗車券の交付。身体障害者手帳1級～5級、療育手帳A1～B1および福祉施設に通所している方
小児医療費助成制度	0歳から中学卒業まで 保険医療費の自己負担額を助成
小児ぜんそく患者医療費支給制度	20歳未満の方で、小児ぜんそくによって医療機関で治療を受けた場合に、健康保険の自己負担分を助成
ひとり親家庭等医療費助成制度	18歳まで（一部20歳まで）の子どもを養育するひとり親等の家庭の方に、健康保険の自己負担分の医療費を助成
重度障害者医療費助成制度	身体障害者手帳1級、2級の方・IQ35以下の方か、療育手帳A1の方・身体障害者手帳3級の方でIQ50以下か療育手帳B1の方・精神障害者保健福祉手帳1級の方
養育医療	体重2,000グラム以下または身体の機能が未発達なまま出生したお子さん
育成医療	18歳未満で肢体不自由等の障害のある児童や心臓疾患、内臓障害などのため手術等を必要とする児童等で、指定自立支援医療機関において治療を受ける場合の医療費を支給
小児慢性特定疾患医療給付	国が定めた762の小児慢性特定疾病の方への市の契約医療機関で治療を受けた場合医療費一部補助
水道料および下水道使用料基本料金の免除措置	身体障害者手帳1級、2級の方・IQ35以下の方か、療育手帳A1の方・身体障害者手帳3級の方でIQ50以下か療育手帳B1の方・精神障害者保健福祉手帳1級の方が家庭にいる世帯
税金の控除	所得税：障害者控除・特別障害者扶養控除 個人住民税：障害者控除・扶養控除・医療費控除
市立幼稚園園児保育料等補助	幼稚園児の入園料・保育料を助成。兄弟が特別支援学校幼稚部や児童発達支援を利用している場合は、幼稚園に通っている園児に「2人目移行」の額を補助
就学援助制度	市立小・中学校等の通学で、学用品費、給食費、修学旅行費など必要な費用を援助する制度
特別支援教育就学奨励費	特別支援学校等の通学で、保護者が負担する教育費用の一部を助成する制度

出典：豊かな地域療育を考える連絡会（川崎市）「障がい児の子育て支援ハンドブック（改訂版）」同会、2022年、別冊より一部加筆



第 8 章



アセスメントについて



1. 障害児相談のためのアセスメントとは？

障害児相談においては、常にアセスメントがその基盤となります。特に、支援を客観的にふりかえりながら効果的であったかどうかを検討していくためにも、フォーマルなアセスメントが重要なのです。この章ではアセスメントの役割やポイントを解説し、主なアセスメントツールの活用方法についても紹介します。

(1) エビデンスに基づくフォーマルなアセスメントが基本となる

アセスメントにはフォーマルアセスメントと、インフォーマルアセスメントがあります。フォーマルアセスメントは、客観的なエビデンスのある評価ツールを用いて、国レベルでの標準的な同年齢の人たちとの相対的な比較の中で障害特性や支援ニーズを把握していくものを指します。

一方で、インフォーマルアセスメントは、支援者の経験や法人や事業所の伝統に基づいて行うもので一定の価値はもつものの、その評価がどういう意味をもつのか、標準的なアセスメントとしての価値をもたないものを指します。熟練の支援者が感じることは多くの場合正しく、それを否定するものではありませんが、障害児相談を障害児福祉サービスとして展開していく上で活用していく場合、フォーマルなアセスメントを基本として行うことが必要です。

障害児相談を行う上で、公認心理師等、アセスメントのトレーニングを受けているスタッフがなくても、後述するように、一定のトレーニングを受けることで、実際に活用できる簡易なアセスメントツールが普及しています。そうしたもので客観的にある得点を取った場合に、それが同年齢の定型発達の子どもたちと比した場合にどの程度の支援ニーズがあるのかを数値で把握できることは、支援経過を追っていく意味でも有効です。支援が効果的であったかどうかを検討していく上で、こうしたフォーマルアセスメントがあることは支援計画の再検討において、より良い支援を創ることに役立ちます。

一人ひとりの子どもの成長を大切にとらえ、数値にとらわれることなく子どもを見守っていくことは何より重要です。一方で、発達的に最重度の場合、客観的な数値では十分にその子どもの課題や強みを見出しにくい場合があります。しかし、そうであっても、子どもたちの現状を把握する上で、客観的な評価を導入していくことは矛盾するものではありません。

これまで障害児福祉領域においては、本章で説明する適応行動や認知発達、行動上の問題の発生機序についての専門的なアセスメントがあまりに軽視されてきました。実際になされている相談が適切かどうか、支援が効果的に行われているのかという、支援において重要な側面を検討してこなかったという課題があります。

今後、アセスメントをどのように導入し検討していくのかということイメージしてもらうために、以下、アセスメントについての基本的な視点を述べていきます。

(2) いくつかのツールを活用し、さまざまな側面から現状を把握

子どもの現状は知能検査一つだけで、把握できるものではありません。アセスメントツールは各々のアセスメントツールごとで開発されるに至る必要性（歴史）があり、各々のアセスメントツールで把握されるものは、各々のツールの開発された目的に限定された用途があります。

たとえば、知能検査は、主として認知的能力、中でも情報処理の諸側面を示すものです。そのため、知能検査で知能指数が高かったとしても、日常生活における課題が大きく、日常生活において大きな支援ニーズをもつ子どももいます。学齢期において、学校生活の中で学業課題を設定する際に、知能検査は非常に大きな意義を持ちますが、それ以外の日常生活においては必ずしも同様の意義をもつとはいえません。

従って、障害児相談のアセスメントにおいては、いくつかのアセスメントツールを活用し、いくつかの側面から現状を把握する必要があります。

特に個別支援計画を立案する上で最も有用なのが、適応行動尺度です。現状、わが国では日本版 Vineland-II 適応行動尺度と、適応できる年齢段階が限定的ですが新版S-M社会生活能力検査があります。また、コホート研究の成果から開発された幼児期の適応状況を簡易に把握するTASPは、実施が容易であり、活用しやすいので、今回後述するアセスメント項目例を通して紹介します。

その他、子どもたちのもつ障害特性の強さ、知的能力等が挙げられます。

アセスメントツールの活用例

- ① 適応行動尺度：日本版Vineland-II 適応行動尺度、新版S-M社会生活能力検査
- ② TASP
- ③ 子どもたちのもつ障害特性の強さ、知的能力等

2. 推奨されるアセスメントツール

障害児の支援を考える場合に、どのような医学的な診断があり、どの程度の障害特性を有しているのかは、障害児福祉サービスを受けるための福祉的な手続きにおいて非常に重要です。しかし、障害児の発達支援では、そうした障害特性よりも、現状、同年齢の子どもと比したときに、どの程度の適応行動ができていくかという視点も必要です。つまり、それをするのが当たり前とみなされ、期待される行動を日常生活の各領域においてどの程度できているのかという点を評価しなければなりません。現在、どの程度、日常生活に必要なことができているかがわかれば、そこをベースラインとして、支援を積み上げていく計画が立案できるからです。

(1) 日本版Vineland-II 適応行動尺度

国際的な診断基準（DSM-5）では、障害について「日常生活を送る上で支障をきたしている場合である」と定義しています。すなわち、障害の有無を判断するためには、「適応的に行動できているか」という評価が必要です。しかし、今まで日常生活において適応的に行動できているか否かということをもどのように判断するか明らかにされず、特に福祉の領域においては、支援の目標となる一つひとつの行動を可視的な形で共有できるフォーマットがありませんでした。

日本版Vineland-II 適応行動尺度（以下、日本版Vineland-II）は、そのような日常生活における適応的な行動を明らかにするために作成されました。マニュアルの中では、適応行動とは「個人的または社会的充足に必要な日常活動の能力」と定義されています。具体的には、次の4つの原則があります。

適応行動の原則

- ・ 適応行動は年齢と関連性がある：通常、適応行動は成長に伴い、数が増え、複雑になる。
- ・ 適応行動は他人の期待や基準によって定められる：対象者の適応行動が適切かどうかは、その人と日常的に相互的なかかわりのある人が判断する。
- ・ 適応行動は変化する（修正可能である）：比較的一定していると考えられる認知と異なり、適応行動は、介入、環境の変化などによって改善も悪化もする。
- ・ 適応行動は能力ではなく行動の遂行によって定められる：必要なときに能力を発揮できなければ対象者の適応行動は不十分と考える。つまり、「(やれば)できる」かどうかではなく、「(日常的に)している」かどうかを判断する。

①適応行動を理解する意義

日本版Vineland-IIは、さまざまな遺伝性疾患、発達の遅れ、情緒障害、行動障害など、さまざまな臨床診断の補助となることが意図されており、精神疾患の診断ツールの一つとして用いることが可能です。さらに、診断からつながる支援として、障害“特性”だけでなく、現在の適応“状態”を把握することによって、介入の対象となるような行動を具体的に定めることに役立つと考えられます。

さらに、支援を重ねた結果、対象者の適応はどのように変化したのか、という支援の評価も行うことが可能です。また、研究においても、対象者の適応行動水準を介入研究の測定の一つとして用いたり、長期にわたる縦断研究の評価尺度として継続して実施したりすることが可能です。

②日本版Vineland-IIの開発

日本版Vineland-IIは、辻井・村上(2014)がVineland適応行動尺度(以下、Vineland ABS)(Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984)に大幅な改訂を加えたVineland適応行動尺度第2版(以下、Vineland-II)の日本版です。アメリカでは3,000人、日本では1,300人を超える大規模な代表的サンプルに基づき、妥当性が保証されています。標準化の中で、日本の子どもたち・大人たちのデータの中で通過率の高い(簡単な行動)を小さい項目番号になるように並べ替えてあり、わが国の子どもの実態に即したツールになっています。

日本版Vineland-IIでは、もととなっているVineland-IIよりも年齢範囲を広げ、誕生から92歳までを対象としています。これにより、子どもの適応行動を評定するだけでなく、認知症や精神障害等のある高齢者の日常生活全般の衰えも評定することが可能になりました。

また、日本版Vineland-IIは、誕生から3歳までの年齢範囲に項目を追加され、急速な成長がみられる発達早期の詳細な評価が可能になりました。したがって、適用範囲はより幅広く、子ども期に関してはより詳細に、評定が可能になったといえるでしょう。

③実施方法と採点

日本版Vineland-IIは、誕生から92歳までを評価対象とし、個別の半構造化面接の中で実施します。「半構造化面接」とは、基本的に質問すべき項目は決まっていて、その質問に対する答えによって、必要な質問を判断し詳細な情報を尋ねていく、という面接方法です。

日本版Vineland-IIの中では、適応行動は4領域385項目、不適応行動が2領域50項目に分けられ、質問内容が設定されています(表8-1参照)。膨大な量の質問項目ですが、すべての項目に回答してもらう必要はなく、各下位領域について、対象者の生活年齢に合わせて質問を開始する場所を決定し実施します。

表8-1 日本版Vineland-II面接フォームの領域・項目数・年齢範囲・内容

領域および下位領域	項目数	年齢範囲	内容
コミュニケーション領域（99項目）			
受容言語	20	0～92歳	対象者がどのように話を聞き、注意を払い、理解しているのか。
表出言語	54	0～92歳	対象者が何を話し、情報を集めて提供するために、どのような単語や分を使うのか。
読み書き	25	3～92歳	対象者が文章の組み立て方について何を理解し、どのように読み書きするのか。
日常生活スキル領域（111項目）			
身辺自立	43	0～92歳	対象者が食事、衣服の着脱、衛生に関する行動をどのように行うのか。
家事	24	1～92歳	対象者がどのような家事を行っているのか。
地域生活	44	1～92歳	対象者が時間、お金、電話、コンピュータおよび仕事のスキルをどのように使っているのか。
社会性領域（99項目）			
対人関係	38	0～92歳	対象者が他の人とどのようにかかわっているか。
遊びと余暇	31	0～92歳	対象者がどのように遊び、余暇の時間を使っているのか。
コーピングスキル	30	1～92歳	対象者が他の人に対する責任と気配りをどのように示しているか。
運動スキル領域（76項目）			
粗大運動	40	0～6歳 50～92歳	対象者が運動や協調運動のために腕と脚をどのように使っているのか。
微細運動	36	0～6歳 50～92歳	対象者が物を操作するために手と指をどのように使っているのか。
不適応行動領域（オプション）			
不適応行動指標	36	3～92歳	対象者の適応機能を妨げるおそれのある内在化、外在化、その他の望ましくない行動の総合評価
不適応行動重要事項	14	3～92歳	臨的に重要な情報である、より重度の不適応行動

（日本版Vineland-II適応行動尺度マニュアルより作成）

1. 回答者の選択

回答者は、対象者をよく知る人物を選定します。子どもであれば、保護者や本人をよく知る施設職員、成人～高齢者であれば同居している家族や介護者などが回答者となります。日本版Vineland-IIでは、回答者は基本的に対象者をよく知る人物一人であるため、回答者の選択は重要です。

2. 半構造化面接の実施

面接形式で行われるWechsler式の知能検査は、質問項目となる内容を、ほぼ間違いなく被検者に伝えなければなりません。日本版Vineland-IIの場合は、必要な内容に対する回答を得られれば、質問の順番や尋ね方は特に指定されていません。むしろ、日常会話の延長線のような雰囲気の中で聞くことが推奨されています。

一方で、従来の発達検査と異なり、その場でのパフォーマンスを見るのではなく、「普段していること」の情報を保護者から正確に得なければならないため、保護者が過度に虚勢を張ったり萎縮したりしないよう、尺度を実施する目的や意味、今後の見通しを含めて、共有できているこ

とが必要です。

適応行動に関する項目は、「2（1人で通常または習慣的にしている）」「1（1人でときどきあるいは部分的にしている）」「0（1人で全くしない、やったことがない）」「DK（回答者には、対象者がその行動をするかどうかわからない）」に関して評定し、項目により「N/O（機会なし）」を表す評定も行います。

3. 上限・下限の確立

各領域について、連続4項目が「2」の場合、それを下限とします。同様に、連続4項目が「0」の場合、それを上限とします。下限以下、上限以上の項目は実施する必要がありません。

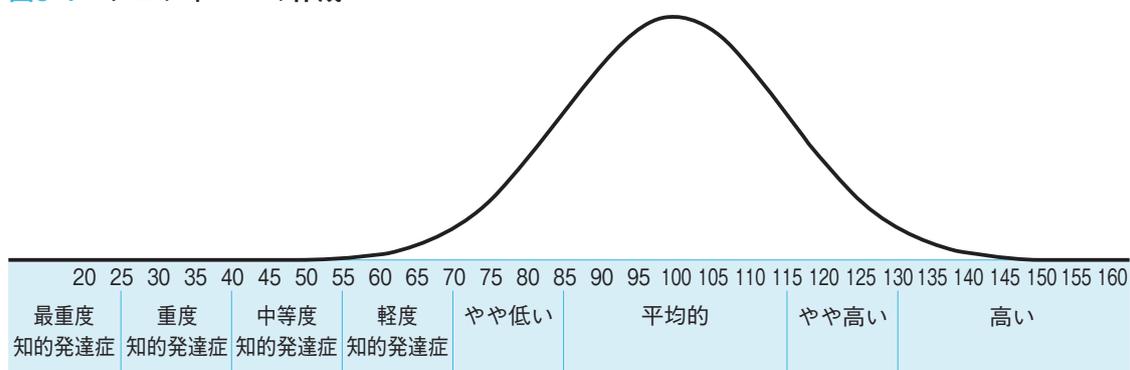
4. 不適応行動尺度の実施

対象者が3歳以上の場合、不適応行動尺度を実施することができます。

5. 得点要約およびプロフィールの作成

各領域の結果に基づいて、粗点の計算、後述するv評価点の算出を行い、得点要約ページ、得点プロフィール、対比較などを作成します。個人の相当年齢や、個人内の強み（得意）と弱み（苦手）を出すことができ、今後の支援方針につなげていくことができます。

図8-1 プロフィールの作成



④日本版Vineland-II 領域標準得点・適応行動総合点の適応水準の分類

各下位尺度の粗点からv評価点を算出し、それらを基にして領域標準得点や総合的な適応状況を示す適応行動総合点を算出します。適応行動／不適応行動の評価は複数の指標によってなされます。

1. v評価点

v評価点はWISCやWAISにおける下位検査の評価点に対応する指標です。v評価点は対象者の生活年齢と各領域の下位尺度の粗点に基づき得られます（粗点をv評価点に換算する換算表はマニュアルに掲載されています）。v評点の平均は15（範囲：1～24）、1標準偏差は3です。

2. 領域標準得点

領域標準得点はWISCやWAISにおける群指数に対応する指標であり、適応行動の4領域ごとに得られます。平均は100（範囲：20～160）、1標準偏差は15です。

3. 適応行動総合点

4領域にわたる総合的な適応行動の水準を表し、評価の要となる重要な指標で、WISCやWAISにおけるFSIQ（全体IQ）に対応するものです。領域標準得点と同様、平均は100（範囲：20～160）、1標準偏差は15です。

4. 適応水準と不適応水準

一般的な表現を用いて対象者の適応行動／不適応行動のレベル（水準）を示す記述的分類です。これらの指標は標準偏差に基づき、適応行動は5段階（「低い」「やや低い」「平均的」「やや高い」「高い」）、不適応行動は3段階（「平均的」「やや高い」「高い」）に分類されます。

表8-2 適応水準／不適応水準の記述的分類

水準	基準	V評価点	領域標準得点／ 適応行動総合点
適応水準			
低い	平均－2SD 以下	1～9	20～70
やや低い	平均－2SD～平均－1SD	10～12	71～85
平均的	平均±1SD以内	13～17	86～114
やや高い	平均＋2SD～平均＋1SD	18～20	115～129
高い	平均＋2SD 以上	21～24	130～160
不適応水準			
平均的	平均＋1SD 以下	1～17	—
やや高い	平均＋2SD～平均＋1SD	18～20	—
高い	平均＋2SD 以上	21～24	—

⑤実施上の注意点

日本版Vineland-IIは、実施において他の検査と大きく違うので、検査実施に関しては、マニュアルを熟読しておくのはもちろんのこと、日本版開発者らによる研修を受けることが望まれます。日本国内での研修についてはNPO法人アスペ・エルデの会等にお問い合わせ下さい。

参考文献

辻井正次・村上隆(日本語版監修)、黒田美保・伊藤大幸・萩原拓・染木史緒(日本語版作成)『日本版Vineland-II 適応行動尺度マニュアル』日本文化科学社、2014年。

(2) TASP（保育・指導要録のための発達評価シート）

これまで、障害のある子どものアセスメントに関しては、知能検査や発達検査が主流であり、公認心理師や医師など一定のトレーニングを受けた専門家でなければ実施できない点が、課題でした。一方で、保育・指導要録の課題もあり、子どもの状態把握を行っていく保育所保育要録などにおいて、通常、保育・指導要録は、子どもの発達の状態や指導上の配慮を言葉で記述する形式を取っており、相対的・客観的な比較は難しいものとなっていました。

そこで、子どもに最もよく接する保育士や幼稚園教諭が日常のかつ簡便に利用できる、客観的な発達評価ツールとして、TASP（Transitional Assessment Sheet for Preschoolers、保育・指導要録のための発達評価シート）が開発されたのです。

①TASP開発の経緯

TASPは、10万人ほどの都市における10年以上のコホート研究を基にして、(1) 保育所・幼稚園における「保育の記録」を心理学的・統計学的観点から体系化、(2) 保育の5領域（言葉・人間関係・環境・健康・表現）に沿った165項目を作成、(3) 子ども一人ひとりについて保育士が評定という特徴をもっています。実際の保育所保育要録にある保育の記録部分に関して、それらを統計的手法により発達特性7要素に再分類して尺度化しています。

②TASPの評定項目

保育所児童保育要録の5領域（言葉・人間関係・環境・健康・表現）に沿った129項目を基に、調査研究による統計分析で得られた35項目の質問が設定されています。評価の対象は年少～年長の保育園等に在籍する園児で、対象児をよく知る担任の保育士等が評定する他者評定式です。園でみられる具体的な様子や行動について、質問一つにつきその行動の頻度から「○（2点）」や「△（1点）」、「×（0点）」の3段階からあてはまるものを選び、対象児が記載されている望ましい行動がどれだけできているか、または望ましくない行動をどれだけやってしまうかを評定します。点数が高いほど適応行動が多くみられることを表します。

図8-2 TASPの尺度と合成変数の構成



TASPの35項目は、3つの発達障害特性（多動・不注意関連特性、対人社会性関連特性、運動関連特性）に関連する7領域（落ち着き、注意力、社会性、順応性、コミュニケーション、微細運動、粗大運動）で構成され、各領域の得点が算出されます（表8-3）。さらに、各領域得点を合成した合成変数では、行動面の傾向を表す「外在化指標」や社会性・情緒面を表す「内在化指標」、就学後の学業適応を予測する「学業指標」、すべての傾向を踏まえた「総合指標」が算出され、対象児の就学後の適応も予測できます。

表8-3 TASPの7領域と項目例

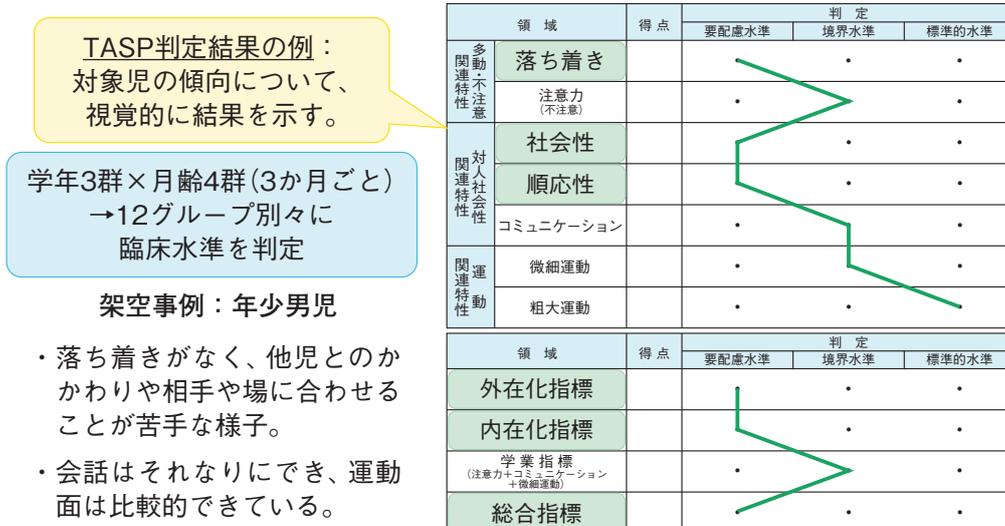
領域		項目例
ADHD特性 (多動・不注意関連特性)	落ち着き (多動性)	大きな声を出さない、思いどおりにならなくても我慢できる
	注意力 (不注意)	整理・整頓ができる、指示を何回か言わなくても理解できる
ASD特性 (対人社会性関連特性)	社会性	他児の動きを見て行動が取れる、年齢相応の友だち関係がある
	順応性 (こだわり)	場所や物へのこだわりがない、新しい場面・状況にすぐに慣れる
	コミュニケーション	名前を呼べば振り向く、オウム返しの応答がない
DCD特性 (運動関連特性)	微細運動	はさみを上手に使う、字を書ける
	粗大運動	動きがスムーズである、けんけんをして跳ぶ

TASPは少ない項目から短時間での実施が可能であり、具体的な行動を評定することで対象児の「できていること」と「困難なこと」の確認や、就学後の適応を予測することができます。

また、継続した実施により、対象児の「成長がみられる面」や「学年が上がっても難しい面」を見出すことも可能です。

③TASPの判定結果のプロフィール例

図8-3 架空事例によるTASP判定結果の例



大規模な縦断研究を基にしており、実際に保育園・幼稚園在籍時の適応状況が長期的に学齢期や思春期の不適応行動につながる項目から構成されているため、幼児期段階の評価手法としては最も簡易に評価できるものとなっています。相談支援において実施する場合も、子どもが利用する保育園・幼稚園等や事業所の職員の評価を基に、支援ニーズがどのような領域にあるのかを明確にして進めることが可能です。今回、このサポートブックの評価項目例では、TASP項目を試行的に採用しており、身体障害や医療的ケア児のためのより基本的な適応行動項目も加えたものを示しました。版權等の事情から項目文そのものを表記していませんが、実質的に活用できるようになっており、今後、著者たちとの交渉によりクラウドで試行的に、無料で実施になる予定で準備が進められています。

参考文献

辻井正次監修『TASP保育・指導要録のための発達評価シート』スペクトラム出版社、2017年。

(3) 子どもたちのもつ障害特性の強さ、知的能力

障害特性として、知的能力や障害特性の把握は、子どもの理解においてとても重要です。身体障害のある子どもたちに関しても、発達障害特性があったり、知的な遅れがあったりするリスクは定型発達児童より高いことが知られており、発達支援のニーズを把握するには重要です。

①発達検査

子どもの発達過程に関する研究の積み重ねのなかでアセスメントツールとしての発達検査が開発されてきました。発達検査のエッセンスは、①発達歴・行動観察・身体所見そして養育態度を考慮しながら、子どもの発達の現状を的確に把握する、②現在の子どもの言動を発達の現状から理解し、その後の発達経過を予測する、③発達のアセスメントから現在できうる支援に結びつけていくことです。

支援者は、子どもの過去（発達歴）—現在（行動）—未来（発達の予測）といった発達の時間軸をもつことが重要です。加えて、発達は時間軸とともに変動が大きいいため、複数回の発達のアセスメントの実施が基本になります。発達検査の内容には知能検査と類似する課題もありますが、対人コミュニケーションのやり取りや運動課題も入っている包括的な検査です。

〈主な発達検査〉

質問紙法によるものと個別式発達検査の2種類があります。質問紙形式の発達検査は主に発達のスクリーニングに使用されています。

いくつか代表的な検査を紹介しますが、これらは標準化や改訂が十分になされていないなど、アセスメントツールとして活用するには問題が少なくありません。

・津守・稲毛式発達検査

年齢により3種類の質問紙があり、養育者に子どもの日常生活での様子を尋ねて運動、探索・操作、社会、生活習慣、言語の5領域で子どもの発達の大まかな特徴をとらえます。

・遠城寺式乳幼児分析的発達検査法

短時間での実施が可能であり、発達のスクリーニング検査としてより機能を発揮します。この検査は、運動性・社会性・言語の3領域、6項目で発達をとらえていきますが、検査用紙に特徴があり0～4歳8か月までの発達を1枚で評価できるため同一の検査用紙に継続的に結果をプロットすればこれまでの発達経過も評価できる点が優れています。

・KIDS乳幼児発達スケール

発達状況や年齢に応じて4種類の質問紙があります。運動、操作、理解言語、表出言語、概念、対子ども社会性、対成人社会性、しつけ、食事の9つの領域の発達状況が評価されます。また換算表から発達年齢（Developmental Age：DA）や発達指数（Developmental Quotient：DQ）を算出できる点も特徴です。

先に述べたように、特に津守・稲毛式や遠城寺式は、標準化されていないという問題があります。実施したとしても、結果において考慮すべき点が多く、活用においては十分な理解が必要であり、障害児相談支援現場での活用には課題が大きすぎると考えます。

〈個別式発達検査〉

一方、個別式発達検査では、新版K式発達検査2020（以下、K式発達検査）が広く用いられています。各項目の課題に対する子どもの反応から、姿勢・運動領域、認知・適応領域、言語・社会領域の3領域の発達をアセスメントするものです。各領域や全領域のDA（発達年齢）とDQ（発達指数）も算出可能です。ただし、個別式発達検査を実施する際には、発達に遅れのある子どもに対して実施上のさまざまな配慮や工夫が必要となります。また、検査中の対象者の態度や様子、検査が行われた状況、検査者との関係などの情報も解釈において考慮する必要があります。

図8-4 K式発達検査でのアセスメント

・社会的視点：発達の視点はもちろん生活における能力も査定

1. プロフィールを見て、縦の関連、横の関連、斜めの関連から全体的なバランスや得意なこと・苦手なことがわかる
2. 能力の「芽生え」を知ることができる

$$DQ = \frac{\text{発達年齢 (DA)}}{\text{生活年齢 (CA)}} \times 100$$

	3歳	3歳半	4歳	4歳半	5歳	5歳半	6歳	6歳半	7歳	7歳半	8歳	8歳半
姿勢・運動	+	+	+	+	+	+	+	+				
				+		+	-					
				+	-	-						
認知・適応					+	+	-					
							+	-				
						+	-					
言語・社会		+	-									
		+	-									
			+	-								

個別式発達検査でのアセスメントのポイントは、検査者と子どもとの対面式である構造から社会的コミュニケーションの側面（社会的視点）が観察できるということです。さらにK式発達検査の課題は、発達的な視点はもちろん、生活能力もアセスメントできるように構成されています（主に認知適応と言語社会の課題に反映されています）。そういう意味では、より子どもに直接関与しながらその反応を通して、社会的能力や生活能力の発達の側面を詳細にアセスメントできるというメリットがあります。さらにK式発達検査が広く使われるもう一つの理由として、検査用紙からプロフィールを描いて、縦（発達の時間軸）や横（発達領域間の関係）や斜め（得意領域と不得意領域の発見）といった視点で全体の発達のバランスが評価できることに大きな特徴があります。

最後に、個別式発達検査では「能力の芽生え」を知ることもできます。プロフィールのライン上にある課題がまさに能力の芽生えに該当し、支援のスタートラインを知ることができるのです。「生活年齢」と「（発達検査の結果から算出される）発達年齢（DA）」からDQを計算することもできます（図8-4）。

ただし、発達検査の結果を理解するために注意すべき点があります。発達検査の結果を対象児の基準年齢と比較する見方で終えるのではなく、あくまでもその子どもの中の得意なこと、苦手なことといった個人内差や能力の芽生えのアセスメントにエネルギーを注ぐことが重要です。このプロセスを経て、その子の個の発達に合わせた個別支援計画に必要な資料を提供することができるのです。

また、K式発達検査は、標準化過程が公開されておらず、偏差指数を算出できないなど、かなり大きな問題を抱えており、知能検査が実施可能な子どもについては、知能検査を合わせて実施することが必要です。

②知能検査

知能は、心理検査の分野では「新しい場面に適応するにあたって、これまでの経験を効果的に再構成する能力」、「推論し、計画を立て、問題を解決し、抽象的に考え、複雑な考えを理解し、すばやく学習する、あるいは経験から学習するための能力を含むもの」という定義等で示されています。

これらの能力を活用することが、結果的に新しい環境に適応することにつながっていきます。知能の概念は心理学研究とともに変化していますが、現在は、一つの大きな能力というよりは、いくつかの関連する能力から構成されており、三階層から構成されているという考え方が主流です（キャッテル・ホーン・キャロル理論：CHC理論）。現在の知能検査や認知検査は、このCHC理論においても解釈が可能です。

知能の程度を科学的・客観的に測定する心理検査を知能検査といいます。算数や語彙力などの課題も含むため学力検査と誤解されがちですが、知能検査は学校や社会における能力的な適応を予測するものとして開発されており、結果としての学力とは異なります。

ここでは発達支援へ知能検査をどのように活用するのかポイントをいくつか紹介します。

〈主な知能検査〉

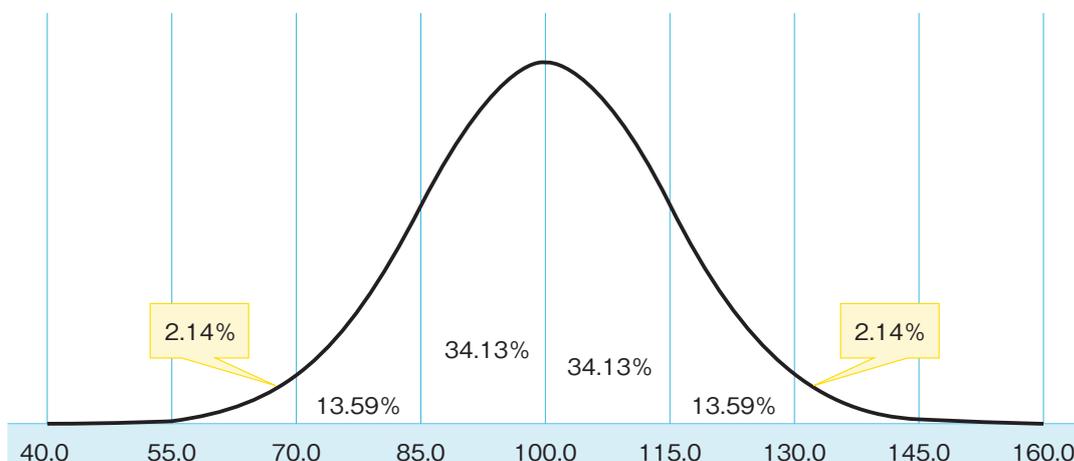
現在、ウェクスラー式知能検査（日本語版では、WISCは第5版（WISC-V）、WPPSIは第3版（WPPSI-III））、田中ビネー知能検査V、KABC-II心理・教育アセスメントバッテリーが比較的によく使われています。

〈知能検査を実施する目的〉

知能検査の開発の始まりは知的障害の診断・判定でした。しかし、現在では知的障害は知的能力（知能）よりも適応スキル（日本版Vineland IIを参照）が重視されています。このような背景もあり、知能検査の目的はもはや単に診断や判定ではなくなってきました。今日、知能検査に求められているのは、クライアントの問題を能力的な要因から推測すること、そしてそれに基づいた支援方針を立てることです。そのためにも知能検査の結果は、マクロ的視点といえる総合指標（FSIQから合成成分）からミクロ的視点といえる下位検査のプロフィールや下位検査の回答そのものにも考慮する必要があります。

図8-5 知能水準や総合指標の考え方

1. 知能は、平均を100、標準偏差15に置き換えて計算する（標準化）
2. 標準偏差2つ(2SD)以上平均値から離れている場合は異常値とされる
3. 70以下と130以上は偏った数値と判断される



〈知能指数について〉

知能はIQ（知能指数）という指数で表すことができます。一般にIQは、標準化という作業を経て、平均が100、標準偏差が15となります（標準偏差は分布の決まった広がり指しています）。図8-5がIQの正規分布です。

正規分布では、たとえばこの1標準偏差離れた85から115のこの面積に当たる部分に、全人口を100としたときに、 $34\% + 34\% = 68\%$ つまり、全人口の約70%占めるということです。この標準偏差が2つ離れた70から130までには、約90%の人たちが含まれます。

そこで一つの区切りとなるのは、標準偏差が平均の100から2つ離れた70と130です（IQ70以下と130以上は理論的には偏った数値と判断されます）。

図8-5からもわかるようにIQが70を下回る人たちは、実は人口の2.14%存在し、このグループが知的障害となります（知的障害の診断にはもう一つ適応行動という条件があります）。

先ほど、知能検査の目的はもはや単に診断や判定ではなくなってきていると述べました。では、アセスメントにIQという指標は必要なのでしょうか。答えは「必要」です。IQの数値によって、「言葉でのコミュニケーションがどこまで可能か」「周囲で起きていることを状況判断し、それを言葉で伝えることがどこまで可能か」などが推測できるからです。その程度に応じて支援者のサポートの量やコミュニケーションの質も変わってきます。IQの数値が低いと、たとえば対人的コミュニケーションにおいて抽象的な言葉がわかりにくいと、より具体的な言葉を使ってのコミュニケーションが必要になります。しかし、IQだけでは具体的な支援案やコミュニケーションのアプローチを把握することは不可能なため、次に述べる各指標のプロフィールや個々の反応に着目しながら、支援案を具体化していかなければなりません。

〈各指標のプロフィール〉

知能検査の下位検査の結果を一つのグラフに示すことができます。このプロフィールは、知能を支える情報処理の個々の能力を見える化したものと考えてください。このプロフィールを検討することで、認知の得意-不得意がある程度、推測できます。たとえば「このクライアントは聴覚的なワーキングメモリーが苦手だけれども、視覚的な情報処理は強いようだ。だから支援には視覚的情報処理の力を活用することを考えていこう」といったものです。

ただし、注意を要する点もあります。プロフィールによる分析は確かに便利ですが機械的に使用すると的外な解釈になりがちです。発達障害に特異的な認知特性を支援者が学習していることが重要であり、その特性がプロフィール分析に馴染まない場合があることも想定しましょう。まして、知能検査のプロフィールを発達障害の診断の根拠にするのは間違いです。

知能検査の使い方として、まず総合的なIQという指数に着目して、大まかな知的能力のレベルを推測し、次にプロフィールパターンを見て、情報処理特性や認知の得意-不得意の仮説を立てます。そして最後に、発達障害の認知特性を念頭に置きながら個々の反応を確認し、解釈の仮説検証と修正という順に進めます。このように丁寧に解釈することで、クライアントの困難感とその人の認知の特性とが繋がってくるのです。つまり、日常生活での学習課題、あるいは、支援の課題の解決や習得において問題になっているプロセスが理解できます。

このメカニズムやプロセスの適切な理解によって、クライアントの困難感に対応した工夫や支援プログラムにたどりつくことができるのです。現状、ウェクスラー式知能検査と田中ビネー式知能検査Vでどちらがいいのかといった質問を受けることがありますが、両者は一定の併存妥当性があることが示されており、どちらでもよいということになっています。しかし、田中ビネー式知能検査Vの場合、発達期は偏差指数が算出されないために、検査としてはウェクスラー式のほうが整備されていると評価できます。

両者の結果には、(各々妥当性はある検査ではありますが)大きく点数に差が出る場合もあり、そうした場合には、適応行動尺度による適応行動の結果をより重視して支援ニーズを評価していく必要があります。

特に引きこもり事例などでは、非常に高い知能指数を示しながら非常に低い適応行動を示す場合があります。確かに潜在的な能力としての知能指数は大きな可能性を示唆しますが、支援としては日常生活において、より生きやすいようにしていくことが重要です。

③障害特性のためのスクリーニングのためのツール

発達障害のための診断アセスメントのツールがいろいろな形で利用可能になっています。

たとえば、ASDであれば、世界的にゴールドスタンダードと呼ばれる、ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised; 日本語版は金子書房) や ADOS 2 (Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition; 日本語版は金子書房) など、ADHDであればADHD-RS等、さまざまなツールがあります。

こうしたツールは、障害特性のなかでも、どういう部分が特に支援ニーズが高いのかを把握するためには有効です。しかし、障害特性が強いためとって適応状況が悪いとは限らないので、実際の障害児相談においては、適応行動を優先し、その子どもがどの程度の支援ニーズであるかを把握した上で、障害特性に関して検討をするほうが効果的な相談が可能です。

〈PARS-TR〉

ASDの障害特性をアセスメントするツールとして、日本でよく利用されているのが、PARS-TR (親面接式自閉スペクトラム症評定尺度 テキスト改訂版; Parent-interview ASD Rating Scale-Text Revision) です。主たる養育者に対する半構造化面接によって、対象児者の行動特徴を聞き取り、ASDが強く示唆されるか否かを判定するアセスメントツールです。質問紙よりも自由度が高く、対象児者の特徴の詳細を聞き取りやすいメリットがあります。一方、ASDの特徴があるかどうか判断するために、何を尋ねるべきか、判断のためにどのような情報が必要かなどを事前に知っておく必要があります。

PARS-TRは、対象者の年齢に合わせた「現在評定」と、子育て困難がピークだったときの「幼児期ピーク評定」を評定することで、過去の情報も参照しながら、対象者のASD特性を判定することができます。この「幼児期ピーク評定」があることで、現在はそこまで困ってはいないがもともとは困難があった、ということを確認することが可能です。実施の際は、対象者の年齢によって質問を開始する項目番号が異なっており、年齢によって尋ねる項目が変わることに留意しましょう。

〈その他のアセスメントツール〉

養育者への質問や面接を行うだけでなく、子ども本人の行動観察によるアセスメントもあります。

今後活用されるようになるであろうSPACE（Short Play And Communication Evaluation：短い遊びとコミュニケーションの評価）は、決められた道具（おもちゃ）を使った行動観察を通して、子どもが自発的に行う共同注意、要求行動、遊びの段階を評価し、次に目標となるスキルを決めていくためのアセスメントツールです。

検査道具としてのおもちゃは固定のキットがあるわけではなく、一定の要件を満たせば一般に売られているものを使用可能です。全体を通して、15分から長くて30分程度で実施できます。子どもにおもちゃを提示し、子どもがどのように行動するかを観察する、というのが全体的な流れです。観察内容としては、ASDの子どもが苦手としているスキルである、共同注意、要求行動、遊びに着目します。共同注意として他者と興味を共有するための行動がどれだけあったか、要求行動として他者に物事を要求するための行動がどれだけあったか、遊びの段階として遊びの行動の何がどれだけあったか、ということを観察します。

その他、感覚の過敏さや過鈍さといった感覚異常を評価するツールとして、養育者が簡易につけることができる感覚プロファイル（Sensory Profile；SP）の日本版が刊行されています（日本文化科学社）。環境調整等を行っていく上では、感覚過敏性があるかどうかは非常に重要な点であるため、特に刺激に対する反応が気になる子どもに対しては実施してみる価値があります。

3. まとめにかえて～障害児相談におけるアセスメント～

障害児相談におけるアセスメントに関して、比較的よく使われているアセスメントツールを中心に紹介しました。第13章のアセスメント表において中心となるTASPと日本版Vineland-IIに関して、より丁寧に説明を行いました。

（1）フォーマルアセスメントの活用

障害児相談の担当者たちのなかには、フォーマルアセスメントになじみがあまりない支援者もあり、事業所独自のチェックリストを作成し、使っている場合があります。こうした独自のチェックリストは次世代の新しいツールのシーズとなる可能性も秘めており、非常に重要で期待されるものです。一方で、そうしたチェックリストの数値が何を意味するのか、フォーマルアセスメントとの関連で妥当性を示すことができなければ、アセスメントとして意味をもつことができない場合があります。

そうした意味でも、まずはフォーマルアセスメントの中で基本となる適応行動の評価を知り、その上で、実際に簡易なもの（幼児期であればTASP等）を活用していくといったことが現実的かもしれません。

(2) フォーマルアセスメントのメリット

アセスメントは、その子どもがどういう課題があり、何に取り組めばいいのかを検討する基本となります。

①今、そもそもこの子どもは現状、どの程度のことができるのか（どういう適応行動ができているのか）を把握する＝支援のスタートラインを決める、②子どもの発達水準や障害特性を把握し、ということが特に苦手・課題となるのかを把握する＝環境調整や対応における合理的配慮のあり方を把握する、③本人の強み（得意）や弱み（苦手）を把握し、実際の支援のプランを決める、というような形で、実際の支援を確かなものにします。しかも、支援が行われていく中で、どこまで何ができたのか、その過程を明確に把握することを助けます。そして、そうした支援の評価を基に、次の支援計画を立案することができるのです。

TASPや日本版Vineland-IIの実際の評価項目を参照すればわかるように、具体的な個々の行動がどのくらいできているのかの評価は、どういう相談支援でも実際には行うことです。しかし、そうした項目を統計学的に正しい形で尺度化し、ツールとして開発し、一般の定型発達の子どもの中での位置がわかるように標準化することで、客観的に数値として示すことができるのがフォーマルなアセスメントツールの利点なのです。

(3) フォーマルアセスメントがあることが望ましい

テストによっては専門的なトレーニングを受けた心理職しか実施できないなどの条件があるものもあります。必ずしも相談支援専門員がフォーマルアセスメントを実施しなければならないというわけではない、ということもつけ加えておきたいと思います。

また、相談支援専門員がフォーマルアセスメントを行う前に、他機関や障害児支援事業所等で、すでに実施されている場合も少なくありません。

相談支援専門員にも、フォーマルアセスメントの種類や結果の解釈の方法を知っていただき、こうしたフォーマルアセスメント情報を入手したり、他機関で実施するよう保護者と相談したりすることで、より子どもの全体像を丁寧に把握できることにつながります。

たとえば、障害が最重度で数値化することに意味が見出せないように感じるようなケースでも、それだけの大変な支援ニーズがあるということを示すために、フォーマルアセスメントを行うことには意味があります。障害があるというのは、今日的には、この社会・国家において「支援を受ける権利を持つ」ことを意味しており、十分な支援を受ける権利があることを記録し、相応する必要な支援が提供されるように調整することも重要な障害児相談支援の役割なのです。



第 9 章



医師との連携



1. 医師との連携～知的障害・発達障害を中心に～

子どもの支援のためには多機関が連携をとる必要があり、医療機関との情報交換も必要になることがあります。本来は相談支援専門員と主治医が両方向で定期的に連絡を取り合うのが望ましいのですが、それは時間的制約などのために困難なことが多いのが現状です。相談支援専門員からみると医師との相談は敷居が高いとの声もよく聞かれます。けれども、医師の意見を聞くことで支援に役立つことは多々あるはずで、本章では医師から意見を求める場合の注意点について解説します。

(1) 医療と福祉の差を理解しよう～医学モデルと社会モデル～

医学は医学モデルにそって考え、福祉は社会モデルを採用するといわれています。

小児科医師で自身も障害をもつ熊谷は、「多数とは異なる心理面・精神面・身体面の機能のことを機能障害 (impairment)」と呼び、障害は皮膚の内側にあるものとしてとらえるのが「障害の医学モデル (medical model of disability)」,そして「多数派向けの態度や環境と機能障害のある少数派との『間』にミスマッチがおき基礎的なニーズが多数派とは同程度に満たされないという現象」を障害 (disability) と呼ぶ、と説明します。

医学モデルと社会モデルをこのように説明することは間違っていないですが、医師が医学モデルのみで患者の治療をしていると考えるのは大きな間違いです。熊谷も「医学モデルと医学はまるで別物である (中略)、現代の医学は人々の態度や環境が変数であることを理解している」と記載しています (熊谷晋一郎、講義編第1章2「相談支援の基本的視点 (障害児支援の基本的視点)」日本相談支援専門員協会監修、小澤温編集『障害者相談支援従事者研修テキスト 初任者研修編』中央法規出版、2020)。

少なくとも発達障害・知的障害の診療を積極的に行っている医師で、「障害を皮膚の内側にあるもの」とのみとらえている医師はいないでしょう。なぜなら、そのようにみなすと医師のやることは、ほとんど何もなくなるからです。自閉スペクトラム症も知的障害も「治る」障害ではないので、皮膚の内側 (脳も含む) にのみ目をむけるだけでは解決できることはほとんどありません。

熊谷の講義の中で相談支援の基本的視点と書かれている「個別性の重視」「生活者視点、QOLの重視、リカバリー」「本人主体、本人中心」「自己決定 (意思決定) への支援」「エンパワメントの視点、ストレングスへの着目」「権利擁護、スティグマ」の6点について、発達障害・知的障害の臨床を行っている多くの医師は賛同するはずで (例外は無論あるかもしれませんが)。

(2) 医師と相談支援専門員のアプローチの違い

とはいうものの、医師と相談支援専門員では支援の方法や考え方に違いがあるのは当然のことです。熊谷にならえば、医師は「皮膚の中から考える」訓練を学生時代から受けています。解剖学や生理学といった「基礎医学」は「皮膚の中」の出来事です。精神科も皮膚の中の「脳」から考える

という意味では同様です。ただし、実際の臨床では脳だけを考えていても治療にはならないので、「人々の態度」や環境をどのように変化させるとかを保護者や本人と相談するのが児童精神科の臨床であるともいえます。

一方、相談支援専門員は「希望する生活に向けた支援」を前提とした訓練を受けています。けれども、「皮膚の内側」からスタートするか、「生活」からスタートするかの違いであり、目指す先は同じはずです。

第3章「発達障害・知的障害の支援の基本」で解説したことは皮膚の内側である脳が、外界をどのように理解しているかが中心です。このように、まず脳から考えるのが医学的・心理学的立場です。

したがって、アセスメントの意味も大きく異なります。医学的アセスメントは主に脳や身体の機能の評価から始まります。知能テストやPARSなどの自閉症の評価尺度も、基本的には脳機能を把握するために使用されるツールです。社会適応尺度は個人がどのように社会適応能力をもっているかを把握するための尺度ですが、やはり本質は個人の能力をみています。

このように医師は、まず患児である子どもの脳機能や身体機能を評価して、既存の診断体系を参照して診断をして治療方針を決定します。福祉と医療は目指すものは同じでも出発点が異なるかもしれません。相談支援専門員は、「希望する生活に向けた支援」を前提とした研修を学んでいます。一方、医療者は身体、皮膚の中から考え心身に負担をかける方針を避ける傾向、リスクをとることに慎重で安全を優先する傾向があります。相談支援専門員が豊かな生活を目指すときに、医療者からみるとリスクが高いと評価することがあるかもしれません。このような違いを互いに意識することは重要です。

日本のほとんどの医療機関は保険診療を行っています。精神科の場合は5分以上で精神療法が算定されます。30分以上になると加算がありますが、加算はわずかなことと患者数が多いこともあり、多くの精神科では5分から10分程度の診療になるのが現状です。

日本の医師は多くの患者を短時間で診ており1日40人くらいの患者を診る医師は少なくありません。週4日外来をすると週に200人、1か月に1回程度受診するとして800人くらいの患者を診ていくことになります。つまり、医師は一人で非常に多くの子どもや大人の患者を診ているわけです。

筆者の経験でも教師や相談支援専門員からいきなり電話がかかってきて、「○○君のことで相談があります」などと言われることがあります。患者の状態を覚えているわけではないので、通常はカルテを見ないと答えられません。

2. 医師との情報共有～知的障害・発達障害を中心に～

医師と連携する際には、守秘義務や医師の業務などについて理解した上で、よりスムーズな情報共有の方法を選択する必要があります。お互いの立場を尊重することが、信頼関係を築くことにつながります。ここでは、医師と情報共有する際のポイントを解説します。

(1) 連絡・情報交換を行う場合の心がまえ

医師からの情報のとり方は、電話、メール、ファクス、面談などがありますが、どの場合でも事前に保護者および可能な子どもの了解をとることが必須です。

医師には守秘義務があり、これは刑法で規定されています。日本医師会の「医師の職業倫理指針」では守秘義務を免れるのは、患者本人が同意・承諾して守秘義務を免除した場合、あるいは患者の利益を守るよりもさらに高次の社会的・公共的な利益がある場合としています。

患者本人の同意がない場合には守秘義務違反になるので、注意しましょう。また、子どもであっても一定以上の年齢に達して意思表出が可能な場合はもちろん、障害特性のために意思表出に困難がある場合でも、意思決定支援によって本人の意向を確認することが求められます。保護者と本人の意向が異なる場合も少なくないので、保護者の承諾だけでは、相談に応じられない場合があります。

虐待を児童相談所に通報するような場合を除き、相談支援専門員や教師のような支援者に対して情報提供を行うのに慎重にならざるをえません。事前に保護者（年齢によっては、子ども本人）の同意を得て、同意書を記載してもらうと医師としては情報提供が可能になります。電話などで「家族の了承を得ています」と言われることもありますが、見ず知らずの相談支援専門員からそう言われても無条件に信じるわけにもいかないので、保護者に電話などして確認しなければなりません。ですから、事前に保護者から医師に「相談支援専門員の〇〇さんから相談依頼があるのでよろしく」と伝えてもらうとよいかもしれません。

医療機関の規模や体制によって異なりますが、ソーシャルワーカーなどのコメディカルスタッフがいる場合、ファーストコンタクトはコメディカルスタッフのほうがスムーズな場合もあります。事前に保護者や事務などに依頼して確認しておきましょう。医師と相談する時間帯や場所（一般の外來診療のなかで行うか、別にセッティングするかなど）についても、医療機関や医師の方針によって異なるので、事前にコメディカルスタッフに確認しておくといでしょう。

サービス等担当者会議に主治医の出席を求める場合もありますが、多忙な医師は難しい場合も多いようです。主治医が参加できないときにはケースワーカーなどの医療機関スタッフの出席が可能なこともあります。またズームなどを活用してリモート参加なら可能な場合もあります。

（2）医師が文書を提出する場合

医師が情報提供する場合には、診療情報提供書を作成するのが一般的です。その場合、医療機関では診療情報提供書の文書料を請求します。保護者にも自己負担が発生するので注意が必要です。

医師側から自発的に相談支援専門員に伝えることもありえますが、それは熱心で相談支援専門員の役割も理解している医師の場合で、実際にはそのようなことは多くはないでしょう。

内容や相手先によっては健康保険でカバーされないこともあるので、その場合は自費になるか医療機関の無料サービスになるかのどちらかになります。いずれにしても医療側か保護者には負担が生じることを覚えておきましょう。

（3）外来での面談は、予約が必要

一般の外来で面談する場合は事前に予約をとりましょう。医師によっては通常の診療枠より長めの時間を設定してくれる場合もあります（もちろん、医療機関の体制により不可能なこともあります）。

相談支援専門員と1対1で会うことは少なく（精神科の場合は相談支援専門員と医師が面談しても診療報酬がとれないことも関係している。余談だが、点数制度が福祉に導入される前は、このことを理解してくれる福祉職は少なかった）保護者・子どもとの面談に同席してもらうのが一般的です。

保護者・子どもとの面談に、時間的制約などで同席できない場合は、筆者はスマートフォンなどでスピーカーフォンにしてもらい電話やライン通話（テレビ機能も使用）などで保護者の前で情報共有するようにしています。この方法のほうが、保護者／子どもには歓迎されるようです。

（4）聞きたいことを明確にしておこう

医師からみて困惑するのは、聞きたいことがはっきりしないのに問い合わせきたり、事前の連絡もなく診察に同伴する場合です。中には「ご挨拶」に来られる場合もありますが、忙しい日常診療で単なる「ご挨拶」を歓迎する医師は少ないでしょう。医師に聞きたい情報を明確にし、簡潔に伝えるほうが歓迎されます。稀ではありますが、ノーマライゼーションがどうのとか、社会モデルと医学モデルがどうのとか力説される方もいますが、そういう演説を外来でやるのは場違いですし、仮にその医師の社会モデルの理解が乏しくても、短時間の説得で変わることはないでしょう。

（5）保護者・本人抜きでの面談は避ける

時に「保護者・子ども抜きで医者に会いたい」という要望もあります。医師によって考えが違ってもかもしれませんが、私は保護者同伴は絶対条件、子ども同伴は年齢・知的水準などを考慮して判断しています。保護者抜きで会わないのは、「言った・言わない」状況を避けるためでもあります。

保護者抜きで支援者とだけ共有する情報を、臨床的に価値がある情報として活用することは難しいからです。

相談支援専門員との面談は、支援計画に反映させることが主目的なので、保護者に内緒にして、相談支援専門員とだけ共有して役立つ情報は少ないでしょう。

（6）保護者を通じての情報提供を優先する

医師からみると、保護者を通じて情報提供をすることには抵抗が少ないものです。無論、保護者の中で情報を取捨選択する可能性はありますが、保護者が伝えたくない情報は、保護者が相談支援専門員に伝えにくい情報と判断しているからなので、その保護者の判断を尊重すべきです。

（7）情報を活用した際には、フィードバックが大事

いろいろと細かく聞かれて、こちらも時間をかけて説明したり文書を提出したのに、何も状況が変化しないことがあります。情報をまとめ、伝えるにも時間も労力もかかるわけですから、その情報をどのように活用するか目的をはっきり示すことが必要です。たとえ、事態が好転しなくても、トライした形跡があると、その相談支援専門員へのリスペクトが高まり、後の関係が良くなります。一方で、フィードバックがなければ、相談支援専門員との信頼関係も発展しません。

支援計画の進捗は、保護者を通じて医師にもフィードバックしてもらおうと歓迎されるでしょう。

（8）医師の方針に疑問をもった場合

知的障害・発達障害の場合は専門とする医師が少ないことや、後述の肢体不自由の場合と違って複数の科の医師がかかわる場合は多くありません。主治医の考えが偏っているということもあります。そのような場合は疑問について率直かつ簡潔に伝え、意見を求めるとよいでしょう。

まとめ 医師から情報を得る場合のポイント

①保護者と子ども本人の了解を得る。

医師には守秘義務があり、相談支援専門員とはいえ、患児の状態について話すことはできず、保護者の了解は必ず必要。子どもに対しても、可能な限り説明をして了解をとる。

②医師に聞きたい内容や依頼を明確にする。

医師に聞きたいことを前もって整理してメモしておく。

③情報収集の方法を検討する。

文書やメール、電話、面談でどの方法が一番適しているかを検討する。面談の場合でも事前に相談の要点をメモしてメールなどで送っておくと時間の節約になる。

3. 医師との連携～肢体不自由の場合～

肢体不自由児の場合も、医師との連携の基本姿勢は、第1節「医師との連携～知的障害・発達障害を中心に～」と同様です。ここでは、肢体不自由児にかかわる医師の特徴と、知っておきたい連携のポイントについて解説します。

(1) 肢体不自由児にかかわる医師の特徴

肢体不自由児の場合、ライフステージや状態像の変化に伴い複数の医師がかかわるため、相談支援専門員にとって医師との連携は容易ではありません。

たとえば、重症新生児仮死で出産後、四肢麻痺、嚥下障害、てんかんをもって新生児集中治療室(NICU)から在宅移行する子どもの場合、①予防接種、感冒などに対応する地域かかりつけ医(小児科医)、②てんかん管理を担当する専門医、③入院を要する場合の病院小児科医、④四肢麻痺や嚥下障害の評価、リハビリテーション、装具の管理を担当する小児整形外科医などがかわります。

また、嚥下障害が進行し胃瘻管理が必要になると小児外科医が、小学校に入学すると校医や医療的ケア指導医が加わります。その他、医療的ケア児では、水頭症で脳室腹腔ドレナージがあれば脳神経外科、導尿があれば泌尿器科、胃・腸瘻や人工肛門(ストマ)があれば小児外科、気管切開があれば耳鼻咽喉科、先天性心疾患にかかわる在宅酸素があれば小児循環器科など、医療的ケアやデバイスごとに診療科が異なることを理解しておくといでしょう。

以上のように、相談支援専門員は、保護者とのモニタリングなどの面談時に、複数医師の存在とその役割分担を定期的に確認しておく必要があります。

一方で、かわる医師が多いことで各医師の役割分担の細分化、医療方針の断片化が生じ、子どものトータルケアに結びついていないとジレンマを感じることもあるかもしれません。その場合には、保護者やかわる医療者(看護師やリハビリセラピストら)と意見交換し、必要に応じて医師と直接連携を図ることを躊躇せず実施するとよいでしょう。

ただ、肢体不自由児や医療的ケア児にかかわる医師の中には、相談支援専門員や子どもが利用する障害福祉サービス事業所の機能を系統的に理解できていない方も多くみえます。そのため、身体的課題の多い子どもを担当する場合には、時間があるときに子どもの定期受診時に同席し、医師との顔の見える関係を構築するよう心掛けてみてください。

(2) 医師との連携のポイント

相談支援専門員が直接医師と連携を迫られるのはどんなときでしょう。おそらく子どもの長期入院を含む状態像の変化から障害福祉サービスの利用の見直しを迫られたり、子ども中心のサービスを考える際に、保護者の思いと大きく乖離した際などが想定されます。

そうした場合、改めて複数医師が存在していることを念頭に、子どもの課題を保護者と議論した

上で、課題ごとに深く関与する医師と連携すべきか、生活全般にかかわる中心的な医師と連携すべきかを考えるとよいでしょう。また、子どもにかかわる訪問看護師、園・学校および事業所の看護師がみえるのであれば、これらの看護師と意見交換し、必要に応じて看護師を介して医師との連携を図ることも一手といえます。

次に医師の勤務先別に連携のポイントがあります。

たとえば、総合病院あるいは専門病院に勤務する医師の多くは、地域での多職種連携会議に出席できないため、医師から情報が必要な場合には、病院の機能を利用し連携するとよいでしょう。すなわち、多くの病院には地域との連携窓口となる部署（地域連携室など）があり、そこに配置されている看護師や医療ソーシャルワーカーを介して医師との連携を図ることも可能です。

特に、一つの病院に複数の医師がいる場合には、とても効率的です。一方、診療所・クリニックの医師であれば、病院よりアクセスしやすいので、事前に保護者から伝えてもらった上で、子どもの受診時に同席し、短い時間に要領よく意見交換するとよいでしょう。こうした場合でも、訪問看護師など子どもとかかわる看護師がみえる場合は、医師と連携内容を事前に看護師と確認しておくより具体的な連携につながることを考えられます。

第 10 章



障害児支援利用計画の検討

～発達障害・知的障害の場合～

1. 知的障害・発達障害の場合

この章では、架空の障害児支援利用計画について、とりわけ、支援計画に障害特性を考慮した内容が反映されているかどうかについて、筆者らの立場からコメントを加えました。架空の障害児支援利用計画案について、筆者らからみて障害特性に配慮した記載はなるべく抜き出し、グリーンでハイライトしました。ピンクの部分は障害特性からみて特別の工夫がないと混乱すると思われる部分です。障害児支援利用計画を作成する際の参考にしてください。

ハイライトグリーン：障害特性に配慮した記載

ハイライトピンク：障害特性を考慮すれば、特別の工夫がないと混乱したり、周囲が誤解すると思われること

【Case 1】A男児 小4（10歳） 自閉スペクトラム症

①事例の要点

- ・小学校では通常学級に在籍中。
- ・小3のときに母が病気のため急死。当初は特に目立った変化はなかった。
- ・学習態度および成績も良好だが、小4になってから、運動会や授業参観日、保護者が参加する学級レクリエーションなどの前後に、感情の浮き沈みが顕著に現れるようになった。
- ・学級では、クラスメイトとのトラブルが多発するようになり、いつも一緒に遊んでいた友だちとのかかわりも少なくなっていた。
- ・小4の終わりに、教育委員会から気分の不安定な児童がいるという連絡をうけて相談支援専門員が関与することになった。
- ・父が児に「困ったことはないか」と聞いても「特にない」とAは言う。
- ・父のニーズとしては、特別支援学級や通級指導教室について知りたいことと、親がいないときに安心して過ごせる場がほしい、ということが挙げられている。
- ・食事などの家事は、高校生の姉が手伝っているものの、部活動などで忙しく、また父も仕事があるため、母が担っていた家事全般を家族で分担してこなすことは、あまりできていない。

②作成者の見立て

保護者が一緒に参加する運動会、授業参観日、学級レクリエーション等の前後に気分の浮き沈みがあることから、母がいないことに対するA児の葛藤にスタッフがどう対処するかが大切な視点である。メゾ、マクロの視点で地域の福祉力をあげることが重要である。

③ 障害児支援利用計画

解決すべき課題(ニーズ)	支援目標	課題解決のための本人の役割
1. 友だちと遊びたい	友だちと遊びたいというA児のニーズに対応するため、家族以外でAが安心できる居場所を増やす。 －放デイなどで仲間やスタッフとの交流を深める。 －子ども食堂を利用し、そこに来ている友だちとの交流の機会を増やす。	放デイに積極的に参加する。 子ども食堂に、友だちなど自分が一緒に行きたい人を誘う。
2. 自分の想いをわかってほしい	・放デイで仲間やスタッフとの信頼関係を築き、A児らしい想いや要求の仕方を学ぶ。 ・夕食後など家族団らんのひとときを大切にす。	自分のやりたいことや、やりたくないことを、きちんと他者に伝える。 くつろいだ雰囲気の中で、その日の出来事などを話す。
3. 特別支援教室等のことを知りたい	特別支援教室等のことを知りたいという父のニーズに対応して、見学や保護者交流会などをすすめる。	通級指導教室や特別支援学級を見学・体験する。
4. 親がいないときに安心して過ごせる場が欲しい	一人親家庭であるため、障害の有無にかかわらず、行政としてサポートできる体制を協議する。	

④ 障害特性を考慮した際の懸念点

診断が自閉スペクトラム症であり、その特性のために相談支援の対象になったケースです。しかし、計画の中に、障害特性を意識した記載が非常に少ないのが気になります。

本人の役割については「自分のやりたいこと、やりたくないことを伝える」「(放デイなどの集団場面に)積極的に参加する、交流を深める」など一般にASDの子どもにとって難しいことが、特に配慮すべき記載がなく列挙されているのも、懸念点です。学校で「クラスメイトとのトラブルがある」との問題があり、紹介されてきたのにもかかわらず、長い時間を過ごす学校にどのようにアプローチするかの記載がありません。

本人のニーズは「友だちが欲しい」ということなのですが、なぜそう思ったのかについての検討がなく、学校外、家庭外での社会的場面を増やすことが重視されています。毎日過ごす学校で友人関係を築く能力がどの程度あるかのアセスメントがなく、単に対人交流場面を増やすことはリスクが大きいことが考えられます。放課後等デイサービスでのサービス内容も「仲間やスタッフとの信頼関係を築き、A児らしい想いや要求の仕方を学ぶ」という、抽象的な内容であり、具体的にどのようなことが可能なのかのアセスメントの視点がありません。

学校でなぜ友だちとのトラブルがあるのかも、母の死が唯一の原因のように読めてしまい、ASD特性に基づく困難を想定する視点がほとんどありません。小学校中学年以降は、仲間関係の質が変化する時期ですので、その中でASDの特性があるこのケースが、対人交流やコミュニケーション障害のために仲間関係を維持できなくなっている可能性も考えられます。

感情の浮き沈みも、保護者が参加する行事がきっかけで母の死に対する葛藤があると仮説を立てていますが、ASD特性の観点からは、行事のようないつもと異なる状況や変化が苦手な、感情の浮き沈みという形で表現している可能性も考えられますし、抑うつ状態が遅れて現れている可能性も考えられるでしょう。児童期の仲間関係の発達段階に関する基礎知識や障害特性を考慮して、本人の状態を見立てていくことが求められます。

父の「困ったことはないか」の質問に「ない」と答えており、それをどのように評価したか、つまり「困ったことは実際にはない」と評価したのか、「あるけど、言いたくなかった」のか、あるいは、「あっても上手に表現できなかった」のか、「困ったことを認知できない」のかなど障害特性や思春期という時期、母の死後といった状況を考慮するといろいろな可能性があります。「困ったことはないか」のように抽象的な問いに、ASDの小学生が適切に答えられることを前提にしないことが大切です。本児のコミュニケーション能力、対人交流能力の評価がまず必要です。

⑤より良い支援のための提案

相談支援専門員がもつスキルとして「利用者の想いや希望を汲みとるスキル」が重視されています（日本相談支援専門員協会、2017）。これは当然のことですが、たとえばASDの子どもに「友だちが欲しい」という希望がある場合、単に友だちを作る場の提供を増やすことでは解決しません。ASDの特性上、対人交流をもつのが難しく、周囲の配慮がないと友人を作りにくいからです。単に場面を増やすだけでは、いじめの対象にもなりやすく逆効果になることも多いことに留意してください。ASDの子どもがいじめの対象になりやすいということは多くのエビデンスがあります。

またASDの子どもの場合、喪失体験を契機に抑うつ状態になりやすいことも多くのエビデンスがあります。一度抑うつ状態になった場合は、その後も繰り返す場合があります、利用者の人生を俯瞰する上で、このことを視野に入れることが重要です。母の死という喪失体験に対しては高頻度に抑うつ状態をきたすので、相談支援専門員はそのことを視野に入れて心理職・精神科医のアセスメントも必要に応じてすすめることを検討しましょう。

特に、A児のように母の死後に学校でクラスメイトとのトラブルが多発している場合には、学校への介入が自己肯定感を維持するために必要です。なぜなら、トラブルをきたすと本人の自己評価も下がり、叱責される機会も増えて、不登校やさらなる問題の悪化が予測されるからです。

個人のストレングスを意識して、障害やニーズに焦点化しないことが大切（日本相談支援専門員協会、2017）なのは、まったくそのとおりですが、障害特性はストレングスと弱点が表裏一体であり、どちらも（障害特性もストレングスも）を適切に評価することが大切です。たとえば、「こだわり」は弱点に評価されやすいのですが、「反復を厭わない」「興味関心を追求する」というストレングス、「対人交流を避ける」は「一人でいられる能力」「他者に安易に同調せず自分の意思を表明する」能力などのストレングスに直結しています。

発達障害や知的障害の発生率は高く（合わせて8%程度）、相談支援専門員が関与する子どもの中で割合も高いと思われませんが、発達障害や知的障害の障害特性を意識して、また弱点は見方を変えればストレングスにもなるという視点を持ち、本人が本人らしく生活していくための支援計画を考えていただきたいと思います。

【Case 2】B女児 小6（12歳） 自閉スペクトラム症

①事例の要点

- ・小学校では、通常学級に在籍中。
- ・教師からの情報によると、学校では穏やかに過ごしており、表立った問題はみえていない。
- ・母は「ボーッとしてばかりで指示が入らない」「一つひとつの取り組みに時間がかかりすぎる」ことなどを心配している。
- ・また、宿題などは母がすべて付き添ってやらせており、母は「大変だ」「疲れた」と言っている。
- ・放課後等デイサービスは、主に学習支援と運動療育を行っている事業所で、通所した日は宿題をやってくるが、「運動の時間は好きじゃない」と言っている。
- ・本人は親が口うるさいと感じており、最近、「お母さんはわかっていない」といってプチ家出をしたが、相談支援専門員は「自己主張ができ、頼もしくなった」などとポジティブに評価している。
- ・本人に困っていることはないかと尋ねたところ、「困っていることはない」と話した。

②作成者の見立て

本人と家族の意向に違いがみられる事例。相談支援専門員による本人面談の結果、「日常的な会話は可能であるが、複雑な指示や抽象的な内容は誤解していることがあること、**文字や図などの視覚的な呈示があると理解度が増すこと**」がわかった。年齢のわりに大人びた表現をすることや自分の言葉で意見する場面や、自分の思いを主張する場面がみられた。放課後等デイサービスでやっている運動については「好きじゃない」という。

教師からの情報では、「学習面でも友人とも、特にトラブルや問題などはない」ということだが、母は「宿題が多く、夜遅くまで付き合わなければならないため私自身が疲れた」と主張している。

一方で、子ども自身が「困っていることはないこと」を子どもに確認。親のニーズは明確であり、本人の意向もある程度は反映されているようであった。

③障害児支援利用計画

障害特性の評価として、発達支援センターで検査を受け、得意なことを判断した。運動は「好きではない」という本人の意向を大事にして、放課後等デイサービスの頻度を3日から2日にした。その代わりに、本人がよく行く公園での遊びや本人が関心をもっていること、ふだん考えていることを話してもらう計画にした。

解決すべき課題 (ニーズ)	支援目標	課題解決のための家族の役割
1. 好きなもの、興味があるものを増やしていきたい	B児が面白がってくれそうなこと、興味をもっていることについて、保護者、支援者、関係者で話し合っていく。	普段のB児の様子をいつも以上に丁寧に観察する。
2. 本人との付き合い方について知りたい	思春期を迎え、これまで大人から言われたことに従うことが多かったBが成長してきている段階であり、保護者としての心構えを話し合っていく。	保護者から電話で面談の日を予約する。
3. 本人にどのような発達支援が必要なのか知りたい	放デイで実施している運動や社会性の発達支援のうち、本人がよく取り組んでいることを確認する。	放デイの様子をスタッフから教えてもらい、本人にも一番楽しかったことなどを尋ねる。
4. 本人の放課後や週末の過ごし方を検討したい	本人が好まない運動の療育を減らして、よく遊びに行く公園での遊びの様子を確認する。	公園で遊んでいる時間帯に、本人の様子を見に行ってみる。

④障害特性を考慮した際の懸念点

受身型の比較的穏やかな知的には高いASD女児のようです。このような場合、本人、教師、時には家族もニーズを把握しきれていないことが多いので、気をつける必要があります。大人になって初めて診断される事例にも多いタイプです。

母が「ボーとしてばかりで指示が入らず、一つひとつの取り組みに時間がかかりすぎる」との訴えに本児が「お母さんはわかっていないといってプチ家出をした」ことを相談支援専門員は「自己主張ができるようになり、頼もしくなった」とポジティブに評価しているようです。これは母にとって納得できた説明なののでしょうか？

母が宿題をみるのが大変だという訴えに対しては、本人に必要な発達支援の内容を把握するために、放課後等デイサービスでの様子を確認するとされているのみで、家庭や放課後等デイサービスでの具体的な支援方法は計画されておらず、また、学校と宿題を減らすことなど協議した記載はありません。放課後等デイサービスでは宿題をする機会が減ったので、母はさらに疲弊する可能性があります。母の負担を減らすという視点が少ないことが、気になります。

また、本人が「困っていない」と述べていることを根拠に、支援計画が主に家族支援が中心となっており、本人の役割などは記載されていない点も気になります。

⑤より良い支援のための提案

本人の意向を重視したことは評価できますが、本人が困っていないということを根拠に支援ニーズが少ないと判断するのは、ややリスクが高いように思えます。母の訴えからは母が本児の能力を過大評価しているようにも思えます。「ボーとして指示が入らず、何事にも時間がかかる」ことについての相談支援専門員の評価はなく、発達センターで心理評価を行っているのに、その結果をどのように活用してプランに反映させたかも記載されていません。

学校における本児の行動に加えて、**母のメンタル面の評価が必要です**。ASDの子どもをもつ母の抑うつ状態、疲弊状態は一般の児童より頻度が高いことが知られています。

児童期の相談支援で大切なこととして、「子どもが生き生きと活動できる場や、人との出会いの場を一つでも増やしていくこと」を基本に計画を立てることが提唱する立場（日本相談支援専門員協会、2017）もあるようですが、これについて筆者らは疑問をもっています。**ASDの子どもにとっては未知の人との出会いの場は負担になりやすいこと**を、知っておきましょう。とりわけ、障害特性についての理解のない他者との交流はリスクになります。このような“the more the better”型の方針については慎重な検討が必要です。

ASDの母親は抑うつ状態をきたしやすいこと、発達障害傾向がありもともと生きづらさや子育てが不器用なことがあり、母親自身の支援ニーズが高いことも留意すべきです。

【Case 3】 C男児 年長（5歳） 自閉スペクトラム症・ADHD

①事例の要点

- ・ 3歳時に専門小児科医によりASD・ADHDと診断
- ・ その後、親は悶々と日々を過ごす、知人の紹介で相談支援につながる。親が子育ての不安、障害理解と「障害受容」ができないことが課題である。
- ・ 児は多動があり、長所は活発であること、体を使う遊びを好み、ブロック、ダンスが得意。お手伝いにも積極的で、大好きな担任の先生の存在が本人のモチベーションになっている。
- ・ おしゃべりで興味関心を一方的に話す、友だちとかかわりがもてない、集団でトラブル、衝動的である。
- ・ 母の心配は「小学校でみんなと一緒に座って授業を受けられるか」であり、母は「友だちとのかかわり方を身につけてほしい、多動が治ってほしい、たまにはゆっくりと休みたい」と希望している。

②作成者の見立て

障害児通所支援事業のスタッフの臨床心理士、保育園の担当保育士から「発達チェックに基づく評価の情報」を得て、対人関係（社会性）、行動コントロール、微細運動などに課題があることがわかった。発達特性の要点は「**視覚優位、課題が明確になると集中する**」と記載されている。

③ 障害児支援利用計画

解決すべき課題 (ニーズ)	支援目標	課題解決のための本人の役割
1. 友だちと協力し、共感することを身につけたい	行事を通して協力することを経験する。 仲間と一緒に達成したという達成感を味わえるような遊びや活動を取り入れていく。	行事やグループ活動に参加する。
2. 人とかかわる上で、具体的な方法を身につけたい	絵本や教材を使ってさまざまな場面での気持ちの伝え方や行動の仕方など、相手とのかかわり方を教えていく。	自分の気持ちを伝えたり、相手のことを考えて行動する。
3. コミュニケーションスキルを高めたい	わからないときや困ったときに適切に相手に伝える。ソーシャルスキルトレーニングの教材を使って、具体的な方法を教えていく。	わからない、困っているときに、他者に伝える。
4. 遊びのバリエーションを増やしたい	体を使って遊ぶことも積極的に行う。	公園に遊びに行く。
5. 手先の巧緻性を高めたい	服をきちんとたたむ習慣をつける。	服を脱いだらたたむ。

④ 障害特性を考慮した際の懸念点

5歳のASD+ADHDの子ども（知的能力は未評価？あるいは記載がない）に対して、「友だち（仲間）と協力し、共感しよう」という目標はハードルが高すぎますし、その根拠になる記載がありません。目標が抽象的なので、達成できたかどうかの判断が難しく、モニタリングのときにどう評価するのか疑問を覚えます。

そもそも筆者は40年近く自閉症臨床をしています。幼児期に「友だち（仲間）と協力し、共感しよう」などといったことを希望したASDの子どもに出会ったことは一度もありません。ASDの障害特性を考慮すれば幼児期の子どもにとって「仲間と協力して、共感」することは困難な可能性が高いでしょう。あるいは支援者目線であり、「子ども主体」とは思えません。

行事を通して協力するという目標は、ルーチンの状態でも多動な子どもにとって、ハードルが高すぎます。行事のように非日常の場面で「協力」することは、さらに難しいと思われるからです。ASD+ADHDがある5歳の子どもにとって、妥当性のある目標とは思えません。

人とかかわり方について、具体的な方法を身につけようという目標も、その具体的内容の記載がないので、判断のしようがありません。「服をきちんとたたむ習慣をつける」という目標は、手先の巧緻性を高めるために最適な課題なのか、また、5歳の子どもにとって優先順位が高いことなのかも疑問です。

また、「障害受容」という用語が無批判に使われていることも気になりました。「障害受容」には、さまざまな論議があります。親にとって障害を理解する支援は必要ですが、「受容」するかどうかは親の価値観にかかわる問題であり、用語の使用も慎重にすべきと考えます。筆者の経験では専門家が「障害受容」という用語を用いるときは否定的な文脈で用いられることが多いため（本書でも）、親は「専門家から非難された」とネガティブに受け止める場合があり、親を傷つける可能性があることを知っておきましょう。

⑤より良い支援のための提案

目標設定は子どもの気持ちを主体とし、障害特性を考慮して無理のない目標にしましょう。

幼稚園など、生活の場でトラブルが発生している場合、保育所等訪問支援事業などを利用して、間接支援、直接支援をしてもらう方法も考えられます。発達障害、知的障害の子どもへの支援の場合、まずは環境調整が重要な鍵となります。

C児の多動は、生来的なものですが、教室環境で掲示物が多かったり、園庭がよく見える席に座っていたりする等、多動や不注意を誘発するような環境になっていないか、確認・検証する必要があると思われます。

お手伝いや担任の先生が大好きで、ブロックやダンスが得意というすでにできている良い側面を活かし、園の活動の中で本人が自己肯定感を高められるような内容を盛り込んでいくような工夫について、担任の先生と相談できるとよいのではないのでしょうか。

対人関係に関しても、同年齢の他児と同じレベルを求めるのではなく、本人にとって負荷が少ない参加の形を検討しましょう。

本児の得意なこと（ブロック、ダンス、お手伝い）を通して、他児と協力できる活動（他児と一緒にお手伝いをしてもらう、他児にダンスの見本を見せる、ブロックを他児と交互に作るなど）を計画するなど、日常生活の中でよくある活動の中に、支援を位置づけていくことが重要でしょう。

手先の巧緻性については、「洋服をたたむ習慣をつける」ことの繰り返しになってしまうと、苦手なことを毎日やらされる体験になってしまう可能性があります。幼稚園で、手先を使う活動として、制作と給食場面を取り上げ、どのような配慮や対応をしてもらうと、本児が活動に取り組めて、達成感を感じられるのかの検討をするとよいのではないのでしょうか。

参考文献

日本相談支援専門員協会編(2017)『相談支援専門員のための「サービス等利用計画」書き方ハンドブック——障害のある人が希望する生活の実現に向けて』中央法規出版。

第 11 章



障害児支援利用計画の検討

～肢体不自由児の場合～

1. 肢体不自由児の障害児支援利用計画

この章では、架空の障害児支援利用計画を紹介し、肢体不自由児の支援を検討する際には、どのようなアプローチが大切なのか、ポイントを解説しました。障害児支援利用計画を作成する際の参考にしてください。

【Case 1】A男児 10歳 肢体不自由

①事例の要点

- ・ X総合病院にて、在胎8か月で帝王切開により出生した。
- ・ 出生時体重は1,052gであり、極低出生体重児であった。仮死があり、呼吸窮迫症候群、肺出血、脳内出血を併発した。4か月目に水頭症と診断され、脳室ドレナージ、脳室-腹腔シャント術を受けた。術後にトラブルが数回あり、シャント再建を繰り返していた。
- ・ X総合病院には1歳6か月まで入院した。退院後、2歳時よりY療育センターで機能訓練を開始。
- ・ 母の第二子出産および育児のため一時中断し、5歳時より訓練を再開した。その後、特別支援学校（肢体不自由）に入学し、現在に至る。
- ・ 障害名は脳性麻痺（痙直型）、脳出血後水頭症（脳室-腹腔シャント術後）、知的発達症（中等度）、てんかんである。

②日常生活動作やコミュニケーション能力について

食事や排泄、衣服の着脱、入浴はすべて全介助である。座位保持も困難である。常時介助型の車いすを利用している。

A児には、他者と積極的にコミュニケーションを図ろうとする姿が認められる。簡単な会話であれば理解可能で、うなずく（Yesのサイン）、首を左右に振る（Noのサイン）など意志の表出が明確である。また、発声も認められ、簡単な会話（「おはようございます」「さようなら」「（車いすから床に）下りたい」「おなかすいた」など）をすることができる。

しかしながら、自分の気持ちがうまく伝わらないと、顔を真っ赤にして怒ったり、泣いたりすることがある。特別支援学校の担任や放課後等デイサービスの職員も、本人が何を伝えようとしているのかがわからず、困ることがあった。

③作成者の見立て

放課後等デイサービスにおいて、より良いコミュニケーション方法のあり方を検討することとなった。A児が定期的に利用しているY療育センターの言語聴覚士による検査の結果、ことばの理解は4歳3か月水準であった。

2語連鎖（動作主＋動詞型：お母さんが＋来る、対象＋動詞型：りんごを＋食べる）は理解できるが、3語連鎖（動作主＋対象＋動詞型：お母さんが＋りんごを＋切る、大小＋色名＋事物型：大きくて＋赤い＋りんご）は困難であった。

また、聴覚受容よりも視覚受容が優位であること、全般的に理解面よりも表出面が弱く、音声言語の代替手段を確立させる必要があることが明らかとなった。

そこで、表出過程において適切な補助用具や補助手段を活用することとした。具体的には、コミュニケーションブックを用いることとした。また、絵本の読み聞かせなどにより、文字に対する興味をもたせるようにした。

なお、コミュニケーション支援にあたっては、特別支援学校の担任とも十分に連携を図るように留意した。具体的には、A児の両親の了解のもとに、障害児支援利用計画と特別支援学校の担任が作成する個別の指導計画、個別の教育支援計画を共有し、途切れのない支援ができるように留意した。

④障害児支援利用計画

解決すべき課題	具体的な支援内容
1. 表現力を高めたい	動作を表すイラストや写真を用いて、場面ごとのコミュニケーションブックを作成する。学校や自宅でもコミュニケーションブックを共有し、それぞれの場面において、A児自身の気持ちを伝えられるようにする。
2. 文字に対する興味をもちたい	絵本の読み聞かせの中で、絵と文字の対応や、絵と単語の対応を図っていく。
3. ものの名前や動作を表す言葉を、たくさん知りたい	身のまわりにある物（食べ物の名前、放課後等デイサービスや学校で使用する文房具）、属性（色の名前、長短、大小など）の理解、語連鎖（2語連鎖の充実から3語連鎖への萌芽）の理解を図る。
4. 友だちと一緒に楽しみたい	1～3の活動について、放課後等デイサービスを利用する友だちと共有することで、子ども同士のコミュニケーションを図る。
5. 体を使った遊びがしたい	言語面の学習だけでなく、エアトランポリンに乗って揺れ遊びを楽しむことにより、平衡感覚や位置感覚を養い、体の動かし方を学ぶことができるようになる。
6. 季節に応じた作品を作りたい	節分の鬼のお面づくり、七夕の短冊かざりなど、季節に応じた作品を作ることで、指先や手首などの動きをコントロールできるようになる。

⑤ 障害児支援利用計画作成における目的と留意点

1. 「表現力を高めたい」について

コミュニケーション方法は音声言語ではありません。ある程度構造化された場面であれば、音声言語以外の手段を用いて他者とコミュニケーションを取ることが可能です。何よりもまず、A児自身の気持ちを周囲に伝えたいという願いを保障することを目的としています。

2. 「文字に対する興味をもちたい」について

子どもは大人との直接的で情動的なコミュニケーション関係を基盤として、さまざまな事象に興味をもっていきます。楽しい雰囲気の中で、音声と文字の結びつきに気づき、理解できるようになることを目的としています。

3. 「ものの名前や動作を表す言葉を、たくさん知りたい」について

2および3の取り組みを同時に行うなかで、語彙数を増やしていくことを目的としています。

4. 「友だちと一緒に楽しみたい」について

大人とのコミュニケーション関係を基盤として、同年代の友だちにも興味をもち、積極的に働きかけることができるようになることを目的としています。

5. 「体を使った遊びがしたい」について

定型発達児の場合、粗大運動、微細運動の一定の完成をみることで音声言語によるコミュニケーションが可能となります。その後、文字に興味を覚え、絵本を読んだり、字を書いたりすることができるようになります。A児は脳性麻痺（痙直型）のため、運動の実行に困難を伴いますが、他動的であっても体を動かすことは、コミュニケーションの発達や文字に興味を覚えること、目的的に体の使い方を覚えること（全身の動きや、指先の動き）ができるようになることを目的としています。

6. 「季節に応じた作品を作りたい」について

5と同様です。

⑥ この取り組みのポイントとまとめ

知的発達症（中等度）を伴う肢体不自由のあるA児に対するより良いコミュニケーション方法のあり方について検討を行いました。今回は、Y療育センターの言語聴覚士から、A児の言語能力についてのアセスメント情報を得て、表出意欲の保障や適切な補助用具（コミュニケーションブック）の活用を図りました。また、障害児相談支援利用計画の作成にあたっては、特別支援学校の担任と十分な連携のもと、福祉と教育が途切れることがないような支援のあり方に留意しました。

今後も関係機関と密な連携を図りながら、A児に対する支援を継続していく必要があります。

【Case 2】B男児 3歳2か月 医療的ケアが必要

①事例の要点

B児は在胎33週4日に緊急帝王切開で出生した。早産児であるため、NICU管理を要したが無事に退院した。しかし、6か月時にWest症候群（難治性てんかんの一つ）を発症したことで退行し、全身状態も悪化した。次第に経口栄養が困難となり、呼吸障害も認めたことから、1歳時に小児基幹病院に入院となった。入院後、1歳2か月時に胃瘻造設術を、1歳4か月時に気管切開術を受け、経管栄養および24時間の人工呼吸器管理となった。その後、徐々にてんかん発作や呼吸障害は安定し、2歳時に在宅移行となった。追視は認められるものの、四肢の目的的な動きは殆ど認められず寝たきりの状態であった。両親からB児と共に自宅で生活したいとの申し出があり、退院支援を開始した。なお、B児の両親は、医療や福祉など社会資源が乏しい地域（人口1万人に満たない町）に居住していた。

②退院に向けたカンファレンスの開催

B児の退院支援に向けて、病院や行政、福祉等との多職種連携が必要となった。そこで、主治医（小児科医）の指示のもと、病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）が、B児の両親が居住する地域を管轄する保健師に連絡を取り、退院に向けた支援が開始された。

退院に向けたカンファレンスには、両親、病院関係者（主治医（小児科医）、病棟看護師、理学療法士（PT）、医療ソーシャルワーカー（MSW））や行政（保健師）、訪問看護ステーションの看護師や人工呼吸器・在宅酸素業者、相談支援専門員が参加した。カンファレンスにおいて、①B児が利用可能なサービス（療育、訪問看護等）について、②家族のレスパイトについて、③退院を見据えた在宅シミュレーションについて、④B児の在宅生活後の母親の就労について、検討を行うことが確認された。

B児の両親は、在宅生活移行後は地域の療育サービスを利用したいと願っていた。しかしながら、居住する町にはB児が利用可能な施設がなかった。地域の療育サービスとして隣接する市にS児童発達支援があるものの、自宅からS児童発達支援までは15km程度の距離があること、通所には母親だけでなく同居する祖父母の協力が不可欠であること、痰の吸引などの医療的ケアのため、母親がS児童発達支援に常駐する必要があること、人工呼吸器を常時装着しているため移動には不安があること、などの理由により、S児童発達支援の利用が困難であることが明らかとなった。そこで、相談支援専門員から、S児童発達支援と運営母体が同一であるT居宅訪問型児童発達支援を利用することについての提案があり、B児の両親も同サービスの利用に同意した。

ただし、上記の福祉サービスを利用するにあたり、療育手帳や身体障害者手帳の申請を行う必要があることが明らかとなった。これら手帳の申請にあたっては、行政（保健師）が対応することを確認した。行政（保健師）からは、福祉サービスの利用と並行して、行政が実施する在宅支援訪問療育等指導事業を利用することが可能であるとの話題提供があった。

B児の両親からは、短期入所と訪問入浴のサービスを利用したいとの申し出もあった。先述したように、B児の両親は、医療や福祉など社会資源が乏しい地域（人口1万人に満たない町）に居住していた。短期入所が利用可能なU病院は、B児の自宅から30km程度の距離があり、移動に大変な困難を伴うことが容易に想像された。このことについての課題解決は、現時点では困難であるため、関係機関が情報を共有して将来的な社会資源の掘り起こしを行うことが確認された。訪問入浴サービスについては、相談支援専門員が中心となり、居宅介護を利用することが確認された。また、B児の母親からは、在宅生活が軌道に乗ったらパートでも良いので働きたいとの声が聞かれた。

退院に向けて、病院内に設置されているゲストハウスを利用することとなった。ゲストハウスは、患児の家族の宿泊や在宅移行に向けたシミュレーションで使用される施設である。B児および両親は、ゲストハウスにおける宿泊訓練を数回行い、気管切開部や胃瘻の管理などの医療的ケアの手技の体得や、トラブルが生じた際の対応について、主治医（小児科医）や看護師から指導を受けることとなった。退院直前には、臨床工学技士がB児宅を訪問し、医療機器の設置場所等について確認を行うこととなった。また、ゲストハウスには、相談支援専門員も訪問し、在宅生活移行に向けたさまざまな要望や不安などについての聞き取りを行った。

③障害児支援利用計画

退院後に向けて、相談支援専門員による障害児相談支援利用計画が作成された。計画の作成にあたっては、両親の意向に加え、病院関係者（主治医（小児科医）、病棟看護師、理学療法士（PT）、医療ソーシャルワーカー（MSW））の意見にも留意した。

解決すべき課題	具体的な支援内容
1. 天気の良い日は外気浴を楽しみたい	体温調節、覚醒と睡眠などの健康状態の維持に必要な生活リズムを身につけることができるようになる。
2. 体を使った遊びをしたり、絵本を聞いたりして楽しみたい	外界からの働きかけに応じて、自分の気持ちをコントロールして変化する状況に適切に対応することができるようになる。
3. 家族以外の人とのつながりをもちたい	自宅を訪問するさまざまな人たち（看護師、保育士、理学療法士等）からの働きかけを受け止め、周囲の状況を把握し、本人なりの手段で応答することができるようになる。
4. 元気なときはさまざまな姿勢を取りたい	日常生活に必要な動作の基本となる姿勢保持ができるようになる。
5. 友だちと遊びたい	居宅訪問型児童発達支援を利用する際、S児童発達支援とオンラインでつながり、同年代の子どもたちと交流を行う。大人を仲立ちにして交流を行うことにより、仲間としての意識を養うことができるようになる。
6. 家族以外の人と過ごす時間が欲しい	家族不在時に訪問看護、訪問リハビリを利用することができるようになる。また、喀痰吸引等研修を修了済みのホームヘルパーについても導入も行う。 家族不在時の訪問看護、訪問リハビリ、喀痰吸引等研修を修了済みのホームヘルパーの利用回数を徐々に増やすことにより、母親が近所の飲食店でパート勤務ができるようになる。

④ 障害児支援利用計画作成における目的と留意点

1. 「天気の良い日は外気浴を楽しみたい」について

医療的ケア児は生命活動が脆弱であるため、体調の変化をきたしやすい心配があります。午前中に元気であったとしても、午後に発作等が起こると体調を崩すことがあるのです。

外界からのさまざまな感覚刺激を受け止め、生命を維持し、適切な健康管理を行うことで、日常生活を送るために必要な心身の健康状態の維持・改善を図ることを目的としています。

2. 「体を使った遊びをしたり、絵本を聞いたりして楽しみたい」について

B児は寝たきりの状態ですが、他動的に姿勢変換を行う、肘や膝の関節を屈曲、伸展させることにより、脳幹網様体賦活系に働きかけることができ、覚醒水準を高める／維持することが期待されます。また、深部感覚への働きかけだけでなく、視覚や聴覚への働きかけにより、外界に対する能動的な注意を促すことも目的としています。

3. 「家族以外の人とのつながりをもちたい」について

医療的ケア児は、空間移動の制約や時間の制約から、特定の限られた人とのかかわりに終始していることがほとんどです。障害が重くても、さまざまな人たちとかかわることで、社会経験、対人経験を積むことが可能となります。また、定期的に短期入所を利用することから、異なった人や環境に慣れておくことも目的の一つです。

4. 「元気なときはさまざまな姿勢を取りたい」について

2とも関連していますが、どんなに寝たきりの状態であっても、体を起こすこと（抗重力姿勢）は覚醒水準を高める／維持することができるだけでなく、外界の感覚情報を能動的に収集することにもつながります。外界に対する能動的なコミュニケーションの萌芽も目的の一つです。

5. 「友だちと遊びたい」について

障害の重い子どもたちのコミュニケーション関係は、子ども－大人の関係に終始しがちです。子どもの微細な発信を大人が受け止め、解釈のもとにコミュニケーションが展開されることがほとんどです。しかしながら、子どもたち同士のかかわりの中で共に育ち合うことも大切です。空間移動の制約により、直接的な交流は難しいものの、オンライン交流を通して、少しでも同年代の子どもたちを意識できるようになることを目的としています。

6. 「家族以外の人と過ごす時間が欲しい」について

3とも関連しますが、不特定多数の人たちとかかわりの中で精神的な成長ができるようになることを目的としています。併せて、母親のワークライフバランスも考慮する必要があります。障害児の母親だからといって、子どもをケアすることだけが人生ではありません。育児や介護、仕事と趣味、休養といったさまざまな活動の調和を図り、充実させていく必要があるのです。一定時間、障害の重い子どもの育児や介護から離れることで、母親の心のゆとり、充実を図ること

も大切な視点です。

⑤この取り組みのポイントとまとめ

本事例では、病院関係者、保健師、相談支援専門員等の連携により、退院後の在宅生活を見据えた支援が展開されました。退院に向けたゲストハウスの利用は、B児と家族の愛着形成を促進させる場であると同時に、病院関係者が家族の医療的ケアのスキルを評価できる場としても機能しました。

また、相談支援専門員にとって、家族が抱える不安や悩みを丁寧に聞き取る場でもあり、B児の在宅生活に向けた社会資源を整理し、利用できるサービスの組み立てを行うことにつながりました。

一方、母親の「働きたいという」希望については、家族不在時におけるB児に対するケアのあり方が重要な課題です。訪問看護だけでは母親のニーズを満たすことが難しいため、今回は喀痰吸引等研修を修了済みのホームヘルパーの導入を図りました。しかしながら、痰の吸引や経管栄養などの特定行為を実施できるホームヘルパーや介護福祉士は多くないのが現状です。

地域資源拡充のためにも相談支援専門員が各事業所に働きかけ、喀痰吸引等研修を修了した職員を一人でも多く増やしていく必要があることが、課題として浮かび上がりました。

医療的ケアを必要とする子どもが退院し、在宅生活を企図する場合、退院してからサービスを組み立てることは遅きに失します。家族が退院を決意したその日から、相談支援専門員の積極的な介入が求められるのです。その際、母親のワークライフバランスにも留意した障害児相談支援利用計画の作成が重要になります。



第 12 章



利用可能な
地域資源の把握



1. 地域支援一覧表の作成

第7章「地域資源に関する情報収集と活用」に記載したように、障害児相談支援において、相談支援専門員自らの活動地域（自治体）の社会資源情報は重要です。ここでは、医療的ケアを必要とする肢体不自由児（医療的ケア児）が利用可能な地域資源、なかでも公的なサービス（フォーマルサービス）のアセスメントの一例を紹介します。

（1）医療的ケア児が利用できる地域社会資源の課題

医療的ケア児が利用可能な社会資源は、全国の自治体で不足しており、地域格差も指摘されています。その原因としては、医療的ケア児自体の数が少ない上、状態像が多様で個性が高く、人工呼吸器など高度な医療機器の取り扱いに慣れた看護師が求められるなど多岐に及びます。そのため、医療的ケア児が居住する自治体を超えた広域の情報収集が重要であり、隣接する地域の自立支援協議会や勉強会に参加するなど工夫した活動が必要とされます。

（2）医療的ケア児が利用可能なフォーマルサービスの把握方法の一例

三重県では、県内関係団体および自治体行政と協力し、医療的ケア児が利用可能なフォーマルサービスの把握を試み、見える化を図っています*。三重県を参考に、地域資源を把握する方法について紹介します。

*三重大学医学部附属病院小児AYAがんトータルケアセンター、施設・病院一覧 ([https://child-aya.med.mie-u.ac.jp/hospital_list.php?SearchWord= &ServiceID%5B%5D=32&DateTime=&mode=top](https://child-aya.med.mie-u.ac.jp/hospital_list.php?SearchWord=&ServiceID%5B%5D=32&DateTime=&mode=top))。

①地域社会資源の対象と情報源

医療的ケア児が利用可能な「医療関連」「障害福祉関連」および市区町村の各自治体行政内で把握されている「地域支援事業サービス関連」に分類して把握するとよいでしょう。対象の施設と情報源は表12-1のとおりです。

表12-1 地域資源と情報源

領域別	対象施設	情報源
医療関連	訪問看護ステーション リハビリ施設 保険薬局 歯科診療所 小児科総合病院 小児科標榜診療所 在宅療養支援診療所、病院	・「介護事業所・生活関連情報検索」介護サービス情報公表システム (https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/) ・県行政（医療施策関連部署） ・各医療団体ホームページ
障害福祉関連	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援 短期入所 児童発達支援 放課後等デイサービス 居宅訪問型児童発達支援 保育所等訪問支援 計画相談支援 障害児相談支援	・障害福祉サービス等情報検索ネット（WAM NET） (https://www.wam.go.jp/sfkohyoout/COP000100E0000.do)
地域支援事業サービス 関連	基幹相談支援センター 移動支援 日中一時支援 訪問入浴	・市区町村自治体行政（障害福祉関連部署）

医療関連については、厚生労働省が提供する「介護事業所・生活関連情報検索」介護サービス情報公表システム（<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>）を用いて、訪問看護ステーションの10歳未満および10歳代の各年齢層の子どもの経験実数や、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の有無も把握することができます。ただし、対応可能な医療的ケア内容などは、各都道府県看護協会の訪問看護ステーション連絡協議会の施設状況などにアクセスすることで、詳細な情報を把握できると考えます。同様に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士についても、各都道府県の3士会ホームページから小児関連についての情報を抽出できることも多いので、参考にしてください。

障害福祉関連については、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト（WAM NET：Welfare And Medical Service Net Work）*が充実しています。このサイトでは、主に都道府県障害福祉担当部が各自治体内の関連サービス事業所より提出された情報を入力しており、サービス内容に応じて詳細なデータが閲覧できます（詳細は後述）。

地域支援事業サービス関連は、市区町村行政内でのサービス案内となるため、情報源としては各自治体に直接確認することがより確実な情報となります。ただし、自治体により取り扱い部署が異なることに留意する必要があります。

*WAM NET（<https://www.wam.go.jp/sfkohyoout/COP000100E0000.do>）

②抽出項目

相談支援専門員として活用できる項目を関連施設ごとに抽出することが重要です。医療的ケア児が利用可能な対象施設別の抽出項目例を以下に示します。

【共通項目】

施設名、住所、電話番号、FAX番号、ホームページURL

【医療関連】

・訪問看護ステーション

小児実績、医療的ケア内容（経管栄養法（胃瘻含む）、在宅中心静脈栄養法、点滴・静脈注射、膀胱留置カテーテル、腎瘻・膀胱瘻、在宅酸素療法、人工呼吸法、在宅自己腹膜灌流、人工肛門（ストマ）、人工膀胱、気管カニューレ、吸引、麻薬を用いた疼痛管理）、リハビリ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、サービス提供区域

・リハビリテーション

小児対応、施設種類、療法士別（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）人数と勤務体制

・保険薬局

無菌調剤*1、麻薬調剤および在宅調剤対応

・歯科

小児および障害児者対応、訪問診療、訪問歯科衛生指導、歯科疾患在宅療養管理、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理

・小児総合病院

新生児集中治療室（NICU）*2、小児集中治療室（PICU）*3の有無
小児を含む救急医療体制（特に夜間、休日）

・小児科標榜診療所

診療科目（小児科以外にアレルギー科、皮膚科、耳鼻咽喉科など）

・在宅療養支援診療所・病院

「機能強化型（単独型）」「機能強化型（連携型）」「従来型」の選択

*1 無菌調剤：おもに在宅療養を行う際に必要な中心静脈栄養法用輸液等を、無菌環境で調剤する施設

*2 新生児集中治療室（NICU）：人工呼吸器や保育器などを備え、新生児の高度な集中治療を行う施設

*3 小児集中治療室（PICU）：呼吸、循環など命にかかわる全身管理が必要な子どもの治療を行う施設

【障害福祉関連】

WAM NETからの抽出については、当該自治体を選択した後に展開された画面から「サービスの選択」を選ぶと、サービス別に事業内容を提供する事業所が抽出できます。

表12-2に医療的ケア児にかかわるサービスとその事業内容を示します。

表12-2 医療的ケア児関連サービスと事業内容

サービス	事業内容
訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援
日中活動系	<input type="checkbox"/> 短期入所
障害児通所系	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援
障害児入所系	<input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設
相談系	<input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援

次に、該当するサービス事業所を選択すると「事業所詳細情報」が閲覧できます。同画面上の「サービス内容」には、“サービス等を提供している日時”、“サービス等を提供する地域”、あるいは“医療的ケアを必要とする利用者の受入体制”などが、「従業者」には福祉職に加え医療職（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の配置の有無や喀痰吸引等研修（1～3号）の修了者数まで確認できます。

こうした情報を基に、事業所別に参考になる抽出項目を以下に示します。

・ 訪問系、日中活動系、障害児通所系サービス事業所

開設時間（平日、土日祝日、盆、正月、24時間体制）、医療系スタッフ、喀痰吸引研修修了者、受け入れ可能な対象児の医療的ケア内容（吸引・ネブライザー*1、経管栄養*2、中心静脈栄養*3、導尿、在宅酸素療法、咽頭エアウェイ*4、パルスオキシメーター、気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、服薬管理、その他）

*1 ネブライザー：吸入薬を霧状にし、直接気管支に届けるための器具

*2 経管栄養：食べることが難しい人の鼻や口からチューブを挿入し、胃や腸に栄養剤を送る方法

*3 中心静脈栄養：心臓近くの太い静脈に高カロリー点滴を行って栄養をとる方法

*4 咽頭エアウェイ：口腔内に挿入し、軌道を確保する補助用具

・相談系サービス事業所

開設時間（平日、土日祝日、盆、正月、24時間体制）

【地域支援事業サービス関連】

市区町村自治体での情報となります。医療的ケア児が利用するサービスとして抽出しておく
と便利な内容としては、基幹相談支援センター、移動支援、日中一時支援、訪問入浴があります。

これらについては、各自治体担当行政部署と連携し、前述の「訪問系、日中活動系、障害児通
所系サービス事業所」と同様に以下の項目を抽出するとよいでしょう。

開設時間（平日、土日祝日、盆、正月、24時間体制）、医療系スタッフ、喀痰吸引研修修了者、
受け入れ可能な対象児の医療的ケア内容（吸引・ネブライザー、経管栄養、中心静脈栄養、導
尿、在宅酸素療法、咽頭エアウェイ、パルスオキシメーター、気管切開部の管理、人工呼吸器
の管理、服薬管理、その他）

（3）利用可能なフォーマルサービスの把握から地域を耕す展開

医療的ケア児が利用可能なフォーマルサービスの事業内容の中身を把握することで、相談支援専
門員が活動する自治体と近隣の社会資源を比較することが可能になります。しかし、実際に利用す
る子どもの個別性は高く、状態像にあったサービス事業所の選択は容易ではないでしょう。特に、
人工呼吸器管理を要する子どもや動ける医療的ケア児となると、これらの公表データだけでは利
用可能かは不明であり、相談支援専門員として足を運び事業所の環境アセスメントも含め積極的に
アプローチする必要があります。

また、医療的ケア児が利用可能な社会資源は限定的であり、子どもの居住地域を超えた広域での
連携が求められ、地域医療体制とも連動して社会資源を探し、場合によっては新たな事業所の開拓
につなげていくことも重要です。その際、本稿で紹介した方法などで地域社会資源の見える化（一
覧）は、当該自治体あるいは広域自治体とのスムーズな課題共有の一助にもなるでしょう。



第 13 章



乳幼児向け
アセスメントシート



1. 乳幼児向けのアセスメントシートについて

本項では、これまでの研究班で得られた障害児相談支援に関する知見をもとに、課題を整理し、より実践で役立つ乳幼児期向けのアセスメントシートの試案を作成しました。

(1) 障害児相談支援における課題

これまでの障害児相談支援には、以下の課題が挙げられます。

障害児相談支援の課題

- ・ 障害児相談支援の運用が、自治体・事業所・相談支援専門員それぞれに多様化している。
- ・ 相談支援専門員が多忙であり、十分なアセスメントを行うための時間を作るのが難しい。
- ・ 相談支援専門員が子どもの発達を評価したり、それを伝えたりするための、共通の「ものさし」がない。
- ・ 子どもと家族の利益バランスを調整するのが難しい。
- ・ 相談支援事業所とサービス提供事業所との連携が十分ではない。
- ・ 既存のアセスメントシートが成人期寄りに作成されており、乳幼児期向けとはいえない。

これらの点を鑑み、次のような視点からアセスメントシートを試作しました。

アセスメントシート作成の視点

- ・ 乳幼児期を対象とする。
- ・ 訪問などによるアセスメント面接にかかる時間は60～90分を目安とするため項目は厳選。
- ・ 発達評価シート「TASP」を内包することで、相談支援専門員が標準化された「ものさし」を得る。
- ・ 多様な障害に対応できるよう、できるかぎり汎用性を上げる。
- ・ サービス提供事業と相談支援が協力してアセスメントを実施する。
- ・ 単発の評価で完成させようとせず、評価⇒計画⇒介入⇒評価の一連の流れの中でアセスメントを行う。
- ・ それぞれの項目で子どもと家族の視点を分ける。また家族支援も項目化する。
- ・ 障害特性に合わせた評価項目を導入し、相談員が障害別の留意点に気づきやすくする。

(2) 本アセスメントシートを使用した計画案作成の手順

① 受理面接

保護者から、電話連絡または来所により、相談支援事業所に計画案作成の依頼が入った後の相談支援の面接。主訴・氏名・住所・電話番号・家族構成・診断・手帳などの固定的な情報を得て、基本的なドキュメントを作成する。

※この期間には、それぞれの事業所ですでに活用されている相談受付票などの書式を活用されるのがよいと思います。参考様式(152ページ)のような保護者記入式の登録シートがあると、家庭でそれを記入した上で面接に臨むことができるので、保護者の負担を軽減することができ、相談業務の時間効率も上がります。



② インテーク

自宅等を訪問し、本人と会ったり、家族から状況を聴取したりする。アセスメントシートはここで活用する。



③ TASPの使用

TASPの記録用紙をサービス提供事業所に渡し、次回のモニタリングまでの期間に評価を依頼する。

※TASPは標準化された発達評価シートで、大規模なコホート調査をもとに作成されています。一般的な子どもの特徴と比べて、対象となる子どもがどのくらい発達し、どのような支援が必要か、チェックすることが可能です。ただし、適応年齢が4～6歳であり、また適応年齢の範囲内であっても障害の程度によっては評価項目が合わない場合もあります。



④ アセスメントシートをもとに計画案を作成し、市町村に提出。ここは従来と同様。



⑤ 受給者証が発行される。



⑥ サービス担当者会議を開催。

このタイミングで、会議後等にTASPを評価したり、結果を共有したりするのがよいと考えられるが、難しい場合は初回のモニタリング前に、サービス提供事業所よりTASPの記録用紙を回収する。



⑦ TASPの解説書に沿って、結果を評定する。



⑧ TASPの結果から、現在の発達状況や将来像の予測をする。



⑨ TASPの結果と、計画案の「解決すべき課題」や「将来的な援助の方針」について照合する。

ギャップがあるようなら、モニタリングにおいて検証する。



⑩ モニタリングの結果について、保護者や事業所と共有する

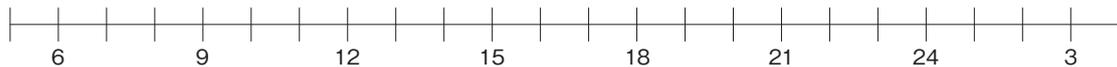
様式〇-〇

障がい分類

発達

アセスメントシート（年少～年長・汎用）

（一次アセスメント）

受付No.		主な目的（事前に具体的に記入）・実施場所・実施時刻		
氏名：				
生年月日：	令和 年 月 日			
年齢：	歳 か月 性別：			
実施年月日：	令和 年 月 日			
実施者所属：				
実施者氏名：				
ご家族の希望・心配・優先順位				
本人の希望する（希望するであろう）暮らし				
家族構成				
氏名	続柄	生年月日	勤務先・就学先	ジェノグラム
医療機関受診・手帳等の取得				
診断	診断名	医療機関・診療科・医師	服薬・検査・リハビリ等	
手帳等	身体障害者手帳 種 級	精神保健福祉手帳 級		
	療育手帳（手帳や等級の名称は地域ごとに変更）	小児慢性特定疾病（ ）		
◇生活状況〔普通の一日の流れ〕 ※週間生活表が必要な場合は別紙に記入				
本人				
				
主な養育者（ ）				
[その他の一日の流れ] ※いくつかの一日の流れがあれば、別紙に記入				
本人				
				
主な養育者（ ）				

◇家族支援の状況

項目	チェック内容			サービス&アクション・優先度
	支援内容	現状	希望	
情報提供・相談によるサポート				
その他のサポート				

◇子どもの様子

1 健康・身体に関する領域

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	ご家族の希望	
生活リズム				
疾病への留意				
医療的ケアなど				人工呼吸器・気管切開・喀痰吸引 酸素・経管栄養・胃ろう 導尿・人工肛門 装具・車いす・バギー

2 発達に関する領域

- ・評価項目はケースの障がい特性に合った項目を選択してください。自由記載でも構いません。
- ・評価項目は、「できる」：2点、「場合によってはできる」：1点、「できない」：0点、の三段階で評定して記入してください。「場合によってはできる」の場合、どのような環境ならできるか、環境欄に記載してください。

項目	チェック内容			発達状況	
	行動観察	ご家族の報告	サービス&アクション	評価項目	得点
姿勢・ 移動・ 粗大運動				転ばずに上手に走る	
				交互に足を使い階段を昇降する	
				ボールを狙った方向に投げる	
				動きがスムーズ	
				けんけん	
				スキップ	
(環境)					
微細運動				手本を見て○を描く	
				のりの使用	
				はさみの使用	
				書字	
				自分の名前を書字	
				経験を絵に表現	
(環境)					
身辺自立 (着脱)				協力動作	
				ズボンやパンツの着脱	
				シャツや上着の着脱	
				靴下をはく	
				ボタンの付け外し	
				左右を間違えずに靴をはく	
				前後・裏表を区別する	
(環境)					

項目	チェック内容			発達状況	
	行動観察	ご家族の報告	サービス&アクション	評価項目	得点
身辺自立 (食事)				ストローで飲める	
				スプーン・フォークで食べる	
				コップからのむ	
				箸で食べる	
				食器を片付ける	
	(環境)				
身辺自立 (排泄・清潔)				排尿・排便を後告	
				排尿・排便を予告	
				トイレやおまるで排尿する	
				トイレやおまるで排便する	
				衣服を汚さずに排泄する	
	手洗いをする				
(環境)					
コミュニケーション				呼名への反応	
				オウム返し	
				言葉の遅れ	
				正しい発音	
				ひらがなの自分の名前	
	(環境)				
遊び				道具を組み合わせて遊ぶ	
				見立てて遊ぶ	
				ごっこ遊び	
				簡単なやりとり遊び。	
				言われなくても順番・交替が守れる。	
	簡単なゲームのルールを守る				
(環境)					
社会性				他児の動きを見て行動	
				子どもたちとの遊び	
				「かして」「ちょうだい」のやりとり	
				友だちと同じ遊び	
				年齢相応の振るまい	
	年齢相応の友だち関係				
(環境)					
順応性				自分の気持ち	
				場所や物へのこだわり	
				初めての取り組み	
				状況や手順の変化	
				新しい場面・状況への慣れ	
	(環境)				

項目	チェック内容			発達状況	
	行動観察	ご家族の報告	サービス&アクション	評価項目	得点
落ち着き				静かに休息	
				大きな声	
				場所にふさわしくない発言	
				他害行為	
				我慢	
				自分中心の行動	
(環境)					
注意力				整理・整頓	
				忘れ物・なくし物	
				人の話を聞く	
				全体の指示	
				指示の理解	
				注意集中	
				(環境)	

関係職種からの情報（二次アセスメント）

【次のような他機関からの情報の要点を記載してください】

- ・医師の診断や意見
- ・心理検査の結果
- ・訪問看護報告書
- ・リハビリテーション報告書
- ・個別の教育支援計画
- ・福祉サービスの個別支援計画

【家屋の見取り図】 持ち家 その他

トイレ・浴室位置や形状・玄関・道路までのアクセスや段差等の記入

- ・家屋の見取り図を記載してください。
- ・天候によって介助のリスクが上がる（雨や雪でスロープが滑りやすくなるなど）場所を確認してください。
- ・家の中で、本人が情報を得ている場所や、気持ちを落ち着けられる場所を把握しておく、その後の支援につながりやすくなります。

- ・各市町村が作成している防災マップから、地震・洪水・土砂などの災害リスクを確認して記載しておきましょう。また、所定の避難所や近隣の福祉避難所もチェックしておくといよいでしょう。

◇総合的判断

◇これまで記載してきた「解決すべき課題」を挙げてゆきます。

- ① ○○○○ ② ○○○○ ③ ○○○○ ④ ○○○○

⇒相談支援専門員として、本人および家族にとって「今、必要とされるサービス」「今は必要としないが、今後必要となるであろうサービス」「このサービスは必要としない」など、現在の生活状況や将来の生活を見越した総合的な判断をしてゆきます。

⇒親の希望やサービス事業者の判断で計画が作られていないか。相談支援専門員の専門職としての総合的判断が子どものニーズに一致した記載になっているかチェックします。特に子どもの障害特性のアセスメントや子ども自身のニーズに基づいて計画を立てるのではなく、「子どもはこうあるべき」という視点だけで計画をすると時には子どもにとって虐待に近い状況になることも意識しましょう。

◇「解決すべき課題」を吟味して、計画面に記載し、それに沿ってサービス等を対応させてゆきます。適切な「解決すべき課題」がすべてオミットされる場合や、福祉サービス以外（リハビリテーション・インフォーマルサービス・保育所や幼稚園・家庭教材）で網羅される場合は、本当にその計画が必要かどうかを今一度検討し、保護者と話し合う必要があります。

⇒「解決すべき課題」にあったサービスが地域で見つからない際には、基幹相談支援センター等と連携します。もし地域に適切な資源がない場合は、地域課題です。地域の自立支援協議会等の話し合いの場に挙げてゆきましょう。

(3) アセスメントシート (様式説明入り)

様式〇一〇

障がい分類 肢体

アセスメントシート (年少～年長・汎用)

(一次アセスメント)

受付No.		主な目的 (事前に具体的に記入)・実施場所・実施時刻		
氏名:				
生年月日:	令和 年 月 日			
年齢:	歳 か月 性別:			
実施年月日:	令和 年 月 日			
実施者所属:				
実施者氏名:				
ご家族の希望・心配・優先順位				
<ul style="list-style-type: none"> ・保護者のお話を丁寧に聴いて、これまでの苦労や工夫していることについてねぎらいつつ、意向を受け止めます。 ・保護者の意向を具体的かつ明確に把握し、記載します。 		保護者の希望と子どもの評価結果に乖離があり、実現が困難なことが予想されたり、子どもに苦痛を与える場合は、相談支援専門員の総合的な判断により、子どもに適した内容にする必要があります。		
本人の希望する (希望するであろう) 暮らし				
<ul style="list-style-type: none"> ・子どもと一緒に遊んだり、話したりしながら、行動観察を行い、日常生活の中で、興味関心があることや、やりたいことを把握してゆきます。 				
家族構成				
氏名	続柄	生年月日	勤務先・就学先	ジェノグラム
医療機関受診・手帳等の取得				
診断	診断名	医療機関・診療科・医師	服薬・検査・リハビリ等	
手帳等	身体障害者手帳	種 級	精神保健福祉手帳	級
	療育手帳 (手帳や等級の名称は地域ごとに変更)		小児慢性特定疾病 ()	
◇生活状況 [普通の一日の流れ] ※週間生活表が必要な場合は別紙に記入				
本人				
主な養育者 ()				
[その他の一日の流れ] ※いくつかの一日の流れがあれば、別紙に記入				
本人				
主な養育者 ()				

◇家族支援の状況

項目	チェック内容			サービス&アクション・優先度
	支援内容	現状	希望	
情報提供・相談によるサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・障害特性やケアの方法、各種制度などの情報を得る必要がある場合はこちらに記入してください。 ・医師の指示、母子保健指導、専門職のガイダンス、行政窓口の情報提供など。ペアレントプログラム、ペアレントトレーニングなどの支援も含まれます。 			<ul style="list-style-type: none"> ・優先順位を高くする場合は「解決すべき課題①」などと記載して、計画案に反映させます。 ・適切なサービスが地域に見つからない場合は、基幹等と相談しながら、地域課題として自立支援協議会などに挙げましょう。 ・重層的な支援が必要な家庭の場合は、支援チーム作りを進めてゆきます。 ・連携が難しい場合は、行政機関や基幹等と相談しながら、担当者会議の開催等してゆきます。
その他のサポート	<ul style="list-style-type: none"> ・レスパイト的な支援、家族の就労支援、家族の治療や介護、経済的支援、言語的な支援などが必要な場合はこちらに記入してください。 ・親類や知人などから受けている支援も必要に応じて記入してください。 			

◇子どもの様子

1 健康・身体に関する領域

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	ご家族の希望	
生活リズム				
疾病への留意				
医療的ケアなど				人工呼吸器・気管切開・喀痰吸引 酸素・経管栄養・胃ろう 導尿・人工肛門 装具・車いす・バギー

2 発達に関する領域

- ・評価項目はケースの障がい特性に合った項目を選択してください。
- ・評価項目は、「[できる]：2点）、[場合によってはできる]：1点）、（できない：0点）の三段階で評定して記入してください。「場合によってはできる」の場合、どのような環境ならできるか、環境欄に記載してください。

項目	チェック内容			発達状況	
	行動観察	ご家族の報告	サービス&アクション	評価項目	得点
姿勢・ 移動・粗大運動	<ul style="list-style-type: none"> ・肢体不自由児の場合、楽しく活動できる姿勢や、楽な姿勢の取り方を把握しましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・知的障害児や発達障害児の場合も、体幹や筋緊張、身体操作などを把握しておきます。着席して行う遊びや生活習慣技術、言葉の表出などにも関連します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・優先順位を高くする場合は「解決すべき課題①」などと記載して、計画案に反映させます。適切なサービスが地域にない場合は特記します。 	転ばずに上手に走る	
	(環境)			<ul style="list-style-type: none"> ・家庭やインフォーマルの中で実践できることも記載します。 	交互に足を使い階段を昇降する
微細運動				ボールを狙った方向に投げる	
				動きがスムーズ	
				けんけん	
				スキップ	
				手本を見て○を描く	
				のりの使用	
はさみの使用					
書字					
自分の名前を書字					
経験を絵に表現					
(環境)					

項目	チェック内容			発達状況	
	行動観察	ご家族の報告	サービス&アクション	評価項目	得点
身辺自立 (着脱)	<ul style="list-style-type: none"> 身体操作の評価だけでなく、大人の言葉がけに対する反応も確認しておく、言葉の理解や共同注意も確認できます。 		<ul style="list-style-type: none"> 保育ベースの療育や家庭での取り組みを重視します。 	協力動作	
				ズボンやパンツの着脱	
				シャツや上着の着脱	
				靴下をはく	
				ボタンの付け外し	
				左右を間違えずに靴をはく	
				前後・裏表を区別する	
	(環境)				
身辺自立 (食事)	<ul style="list-style-type: none"> 食事の形態、偏食、アレルギー、嚥下の課題なども確認します。 			ストローで飲める	
				スプーン・フォークで食べる	
				コップからのむ	
				箸で食べる	
				食器を片付ける	
		(環境)			
身辺自立 (排泄・清潔)	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意欲が特に重要です。 			排尿・排便を後告	
				排尿・排便を予告	
				トイレやおまるで排尿する	
				トイレやおまるで排便する	
				衣服を汚さずに排泄する	
				手洗いをする	
				歯を磨く	
	(環境)				
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> 自閉スペクトラム症の子どものコミュニケーションを課題にする場合は、共同注意や象徴機能を十分に評価する必要があります。 		<ul style="list-style-type: none"> より早期からの支援が有効ですので乳幼児期の優先度が上がります。 	呼名への反応	
				オウム返し	
				言葉の遅れ	
				正しい発音	
				ひらがなの自分の名前	
	(環境)				
遊び	<ul style="list-style-type: none"> 道具を組み合わせる遊び、見立て遊び、象徴的な遊びなどができるか把握しましょう。 			道具を組み合わせる遊ぶ	
				見立てて遊ぶ	
				ごっこ遊び	
				簡単なやりとり遊び。	
				言われなくても順番・交替が守れる。	
				簡単なゲームのルールを守る	
	(環境)				

項目	チェック内容			発達状況		
	行動観察	ご家族の報告	サービス&アクション	評価項目	得点	
社会性	<ul style="list-style-type: none"> ・人の気持ちに気づきにくい、他児の遊びに入るのが難しいなどの社会性の課題を把握します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・集団場面で、どのような支援があると可能となるか確認してゆきます。 ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	他児の動きを見て行動		
	<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> こどもたちとの遊び 「かして」「ちょうだい」のやりとり 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・感覚異常もチェックします。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> 友だちと同じ遊び 年齢相応の振るまい 年齢相応の友だち関係 	
順応性	<ul style="list-style-type: none"> ・環境の変化に慣れにくい、パニックを起こしやすい、こだわりの程度などを把握します。必要となる支援も確認してゆきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	自分の気持ち		
	<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> 場所や物へのこだわり 初めての取り組み 状況や手順の変化 新しい場面・状況への慣れ 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・感覚異常もチェックします。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 		
落ち着き	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも落ち着かず走り回っている、他児を叩いてしまうなどの多動性や衝動性を把握します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	静かに休息		
	<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> 大きな声 場所にふさわしくない発言 他害行為 我慢 自分中心の行動 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や支援者の対応についても確認しましょう。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 		
注意力	<ul style="list-style-type: none"> ・指示を聞いていない、活動に集中できないなど、不注意の度を把握します。必要となる支援も確認してゆきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	整理・整頓		
	<ul style="list-style-type: none"> ・麻痺等により言語表出が困難な場合は、補助手段の使用が可能かどうか把握します。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> 忘れ物・なくし物 人の話を聞く 全体の指示 指示の理解 注意集中 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・小学校入学の時期に、特に重要な項目です。 			<ul style="list-style-type: none"> ・無理に本人の発達目標とするより、環境調整を優先しましょう。 		

関係職種からの情報（二次アセスメント）

【次のような他機関からの情報の要点を記載してください】

- ・医師の診断や意見
- ・心理検査の結果
- ・訪問看護報告書
- ・リハビリテーション報告書
- ・個別の教育支援計画
- ・福祉サービスの個別支援計画

【家屋の見取り図】 持ち家 その他

トイレ・浴室位置や形状・玄関・道路までのアクセスや段差等の記入

- ・家屋の見取り図を記載してください。
- ・天候によって介助のリスクが上がる（雨や雪でスロープが滑りやすくなるなど）場所を確認してください。
- ・家の中で、本人が情報を得ている場所や、気持ちを落ち着けられる場所を把握しておく、その後の支援につながりやすくなります。

- ・各市町村が作成している防災マップから、地震・洪水・土砂などの災害リスクを確認して記載しておきましょう。また、所定の避難所や近隣の福祉避難所もチェックしておくといでしょう。

◇総合的判断

◇ これまで記載してきた「解決すべき課題」を挙げてゆきます。

① ○○○○ ② ○○○○ ③ ○○○○ ④ ○○○○

⇒相談支援専門員として、本人および家族にとって「今、必要とされるサービス」「今は必要としないが、今後必要となってくるであろうサービス」「このサービスは必要としない」など、現在の生活状況や将来の生活を見越した総合的な判断をしてゆきます。

⇒親の希望やサービス事業者の判断で計画が作られていないか。相談支援専門員の専門職としての総合的判断が子どものニーズに一致した記載になっているかチェックします。特に子どもの障害特性のアセスメントや子ども自身のニーズに基づいて計画を立てるのではなく、「子どもはこうあるべき」という視点だけで計画をすると時には子どもにとって虐待に近い状況になることも意識しましょう。

◇ 「解決すべき課題」を吟味して、計画案に記載し、それに沿ってサービス等を対応させてゆきます。適切な「解決すべき課題」がすべてオミットされる場合や、福祉サービス以外（リハビリテーション・インフォーマルサービス・保育所や幼稚園・家庭教材）で網羅される場合は、本当にその計画が必要かどうかを今一度検討し、保護者と話し合う必要があります。

⇒「解決すべき課題」にあったサービスが地域で見つからない際には、基幹相談支援センター等と連携します。もし地域に適切な資源がない場合は、地域課題です。地域の自立支援協議会等の話し合いの場に挙げてゆきましょう。

様式〇-〇

覚書シート（仮）

受付No.	(この事例のストレングスは?)		
氏名:			
生年月日: 令和 年 月 日			
年齢: 歳 か月 性別:			
実施年月日: 令和 年 月 日			
実施者所属:			
実施者氏名:			
◇この事例に対して支援者として応援したいことは?			
支援内容	チェック内容		今後のアクション
	現状	方向性	
◇子どもの意思決定について課題と感ずることは?			
内容	チェック内容		今後のアクション
	現状	方向性	
◇家族支援について課題と感ずることは?			
内容	チェック内容		今後のアクション
	現状	方向性	

◇この事例の連携状況で課題と感ずることは？

内容	チェック内容		今後のアクション
	現状	方向性	

◇この事例で支援が困難と感ずることは？

内容	チェック内容		今後のアクション
	現状	方向性	

◇この事例の将来的なリスクと感ずることは？

内容	チェック内容		今後のアクション
	現状	方向性	

◇この事例で相談員として知識不足を感ずることは？

内容	チェック内容		今後のアクション
	学ぶ機会の現状	方向性	

◇この事例からみえる地域課題は？

地域課題	チェック内容		今後のアクション
	地域の現状	方向性	

学齢期項目例

この欄に保護者からの情報、子どもの直接観察、学校、放デイなどからの情報を参考にして記入してください。

	大項目	小項目	子どもの特性（幼児） —聞き取り、直接観察	留意点	
小学生 以上 向け	本人の好みや志向 (自己理解と他者の理解が異なる場合は記述)	趣味			
		得意な事			
		得意な教科			
		気持ちが落ち着くこと（もの）			
		気持ちが落ち着く場所			
		好きな食べ物や飲み物			
		チャームポイント			
	学業・学校生活		学校での所属先		
			今後の所属の方向性		
			学業		
			担任の理解と配慮		
			授業中の態度		
			本人にとっての快適さ		
			教科教育の習熟段階		
			得意な教科		
			苦手な教科		
			見る・聞く・書く・読む		
			理解する		
			話す		
			ナラティブ(ストーリーを理解して語る)		
			計算する		
			登下校の様子		
	いじめ被害				
	学童保育（放課後クラブ） ⇒利用している場合		生活の様子（本人の快適さなど）		
			指導員の理解と配慮		
			本人にとっての快適さ		
	コミュニケーション		同年代の子どもとの関係		
			家族との関係		
			教師や指導員との関係		
			やりとりの際に理解しやすい手がかり		
			感情の表現や伝達方法		
			カモフラージュ・過適応		
	生活スキル		睡眠		
			食事・食事マナー		
			衣服・身だしなみ・ファッション		
			排泄		
			清潔		
			家事		
			留守番		
			時間や日付の理解		
			移動手段		
			交通システムの理解		
電話の使用					
インターネットの使用					
ゲームの使用					

	大項目	小項目	子どもの特性（幼児） —聞き取り、直接観察	留意点
中高生向け	第二次性徴期	身体的変化		
		自身の身体的変化の理解		
		二次性徴への対応者		
		性的関心		
		性的羞恥心の有無		
	将来の進路	高校卒業後の進路		
		進学に対する本人と家族の考え		
		就労に対する本人と家族の考え		
		就労体験		
	リスク管理 (またはリスク察知)	体調管理		
		スケジュール管理		
		金銭管理		
		物理的な危険の理解		
		インターネットリスクへの理解		
		性的リスクへの理解		
		家族関係リスク		
	不適応行動	不適切な性的行動		
		過度なこだわり		
		意味の通じない考えをいう		
奇妙な癖ややり方がある				
自分を傷つける行動				
他者を傷つける行動（残酷さがある） 意図的に自分や他人の物を壊す				
汎用型と同様	生活リズム			
	疾病への配慮			
	医療的ケアなど			
	家族支援	情報提供・相談によるサポート		
		その他のサポート		

様式〇-〇

TASP結果シート

(二次アセスメント)

受付No.	主な目的（事前に具体的に記入）・実施場所・実施時刻																																																																																												
氏名：																																																																																													
生年月日： 令和 年 月 日																																																																																													
年齢： 歳 か月 性別：																																																																																													
実施年月日： 令和 年 月 日																																																																																													
実施者所属：																																																																																													
実施者氏名：																																																																																													
ご家族の希望・心配・優先順位																																																																																													
本人の希望する（希望するであろう）暮らし																																																																																													
<p>◇TASPとは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・TASP（タスポ）は、幼児期の子どもたちの発達を客観的な基準で評価できるシートです。対象となる子どもがどのくらい発達し、どのような支援が必要か、チェックすることが可能です。 ・7つの発達領域だけでなく、落ち込み・抑うつ傾向（内在化問題）、イライラ・攻撃性の傾向（外在化問題）、学業不振の傾向という、その後の子どもの不適応と関連する指標も得点として算出できます。次年度の担任や就学先の小学校に引き継ぐことで、子どもの支援計画や小学校での小1プロブレム（学校不適応等）の予防に役立てることが可能です。 <p>◇TASPの結果</p> <p>1 各領域の結果 ※ 各項目の得点と判定欄に○を付けてください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">領域</th> <th rowspan="2">項目</th> <th rowspan="2">得点</th> <th colspan="3">判定</th> <th rowspan="2">解釈</th> </tr> <tr> <th>要配慮</th> <th>境界</th> <th>標準的</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">多動・不注意</td> <td>落ち着き</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>注意力</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">対人・社会性</td> <td>社会性</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>順応性（こだわり）</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>コミュニケーション</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">運動</td> <td>微細運動</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>粗大運動</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2 各指標の結果 ※ 各項目の得点と判定欄に○を付けてください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">指標</th> <th rowspan="2">得点</th> <th colspan="3">判定</th> <th rowspan="2">解釈</th> </tr> <tr> <th>要配慮</th> <th>境界</th> <th>標準的</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>外在化指標</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>内在化指標</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>学業指標</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>総合指標</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(結果の要約)</p>						領域	項目	得点	判定			解釈	要配慮	境界	標準的	多動・不注意	落ち着き		○				注意力						対人・社会性	社会性						順応性（こだわり）						コミュニケーション						運動	微細運動						粗大運動						指標	得点	判定			解釈	要配慮	境界	標準的	外在化指標						内在化指標						学業指標						総合指標					
領域	項目	得点	判定						解釈																																																																																				
			要配慮	境界	標準的																																																																																								
多動・不注意	落ち着き		○																																																																																										
	注意力																																																																																												
対人・社会性	社会性																																																																																												
	順応性（こだわり）																																																																																												
	コミュニケーション																																																																																												
運動	微細運動																																																																																												
	粗大運動																																																																																												
指標	得点	判定			解釈																																																																																								
		要配慮	境界	標準的																																																																																									
外在化指標																																																																																													
内在化指標																																																																																													
学業指標																																																																																													
総合指標																																																																																													

様式〇-〇

Vineland-II 結果シート

(二次アセスメント)

受付No.	主な目的（事前に具体的に記入）・実施場所・実施時刻																																																																																																																																																																							
氏名：																																																																																																																																																																								
生年月日： 令和 年 月 日																																																																																																																																																																								
年齢： 歳 か月 性別：																																																																																																																																																																								
実施年月日： 令和 年 月 日																																																																																																																																																																								
実施者所属：																																																																																																																																																																								
実施者氏名：																																																																																																																																																																								
ご家族の希望・心配・優先順位																																																																																																																																																																								
本人の希望する（希望するであろう）暮らし																																																																																																																																																																								
<p>◇Vineland-II とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Vineland-II は、適応行動の発達水準を幅広くとらえ、支援計画作成に役立つ検査です。標準得点で相対的な評価を行うとともに、「強み（S）と弱み（W）」「対比較」等で個人内差を把握できます。 ・ 検査者が対象者の様子をよく知っている回答者（保護者や介護者など）に半構造化面接を行います。 ・ 0歳から92歳の幅広い年齢帯で、同年齢の一般の人の適応行動をもとに、発達障害や知的障害、あるいは精神障害の人たちの適応行動の水準を客観的に数値化できるのが大きな特徴です。 ・ 個別支援計画の立案、現状の支援程度評価の課題を補うのに、有用な情報を提供してくれます。 <p>◇Vineland-II の結果</p> <p>1 各指標の結果 ※ 各項目の得点と判定欄に○を付けてください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">領域</th> <th rowspan="2">領域標準 得点</th> <th colspan="5">適応水準</th> <th rowspan="2">解釈</th> </tr> <tr> <th>低い</th> <th>やや低い</th> <th>平均的</th> <th>やや高い</th> <th>高い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>適応行動総合得点</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>コミュニケーション</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>日常生活スキル</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>社会性</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>運動スキル</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2 各領域の結果 ※ 各項目の得点と判定欄に○を付けてください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">下位領域</th> <th rowspan="2">評価点</th> <th colspan="5">適応水準</th> <th rowspan="2">解釈</th> </tr> <tr> <th>低い</th> <th>やや低い</th> <th>平均的</th> <th>やや高い</th> <th>高い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">コミュニケーション</td> <td>受容言語</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>表出言語</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>読み書き</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">日常生活スキル</td> <td>身辺自立</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家事</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>地域生活</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">社会性</td> <td>対人関係</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>遊びと余暇</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>コーピングスキル</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">運動スキル</td> <td>粗大運動</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>微細運動</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">不適応行動</td> <td>内在化問題</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>外在化問題</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(結果の要約)</p>							領域	領域標準 得点	適応水準					解釈	低い	やや低い	平均的	やや高い	高い	適応行動総合得点								コミュニケーション								日常生活スキル								社会性								運動スキル								下位領域	評価点	適応水準					解釈	低い	やや低い	平均的	やや高い	高い	コミュニケーション	受容言語							表出言語							読み書き							日常生活スキル	身辺自立							家事							地域生活							社会性	対人関係							遊びと余暇							コーピングスキル							運動スキル	粗大運動							微細運動							不適応行動	内在化問題							外在化問題						
領域	領域標準 得点	適応水準							解釈																																																																																																																																																															
		低い	やや低い	平均的	やや高い	高い																																																																																																																																																																		
適応行動総合得点																																																																																																																																																																								
コミュニケーション																																																																																																																																																																								
日常生活スキル																																																																																																																																																																								
社会性																																																																																																																																																																								
運動スキル																																																																																																																																																																								
下位領域	評価点	適応水準					解釈																																																																																																																																																																	
		低い	やや低い	平均的	やや高い	高い																																																																																																																																																																		
コミュニケーション	受容言語																																																																																																																																																																							
	表出言語																																																																																																																																																																							
	読み書き																																																																																																																																																																							
日常生活スキル	身辺自立																																																																																																																																																																							
	家事																																																																																																																																																																							
	地域生活																																																																																																																																																																							
社会性	対人関係																																																																																																																																																																							
	遊びと余暇																																																																																																																																																																							
	コーピングスキル																																																																																																																																																																							
運動スキル	粗大運動																																																																																																																																																																							
	微細運動																																																																																																																																																																							
不適応行動	内在化問題																																																																																																																																																																							
	外在化問題																																																																																																																																																																							

様式〇-〇

WISC-IV知能検査 結果シート

(二次アセスメント)

受付No.	主な目的（事前に具体的に記入）・実施場所・実施時刻																																																																										
氏名：																																																																											
生年月日： 令和 年 月 日																																																																											
年齢： 歳 か月 性別：																																																																											
実施年月日： 令和 年 月 日																																																																											
実施者所属：																																																																											
実施者氏名：																																																																											
ご家族の希望・心配・優先順位																																																																											
本人の希望する（希望するであろう）暮らし																																																																											
<p>◇WISC-IV知能検査とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・WISC-IV（ウィスク・フォー）はウェクスラー式知能検査の一つです。世界各地で使用されている児童用の知能検査で、全体的な知的能力や記憶・処理に関する能力を測ることができるため、発達障害の診断やサポートに活用されています。 ・5歳0か月～16歳11か月の子どもを対象としています。 ・WISC-IVの結果は、子どもの発達状況や、得意不得意を把握する上で便利な手段となりますが、その結果だけで発達障害の診断が確定するわけではありません。 ・子どもの知的発達のアンバランスを読み取り、配慮に役立てたり、個別の支援計画を立てたりするのに有効です。不得意な領域については、無理に押し上げようとせず、配慮や達成目標を検討します。 <p>◇WISC-IV知能検査の結果</p> <p>1 各指標の結果 ※ 各項目の得点と判定欄に○を付けてください。</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">領域</th> <th rowspan="2">指標 得点</th> <th colspan="7">知能水準</th> <th rowspan="2">各指標についての説明</th> </tr> <tr> <th>非常に 低い</th> <th>低い</th> <th>平均の 下</th> <th>平均</th> <th>平均の 上</th> <th>高い</th> <th>非常に 高い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>全検査IQ</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>全体的な認知能力を表す項目です。</td> </tr> <tr> <td>言語理解指標</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>言葉を中心とした理解力、知識などを表します。</td> </tr> <tr> <td>知覚推理指標</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>視覚を中心とした状況の把握、理解の力などを表します。</td> </tr> <tr> <td>ワーキングメモリー 指標</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>聴覚を中心とした記憶や注意力、集中力などを表します。</td> </tr> <tr> <td>処理速度指標</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>作業の正確さやスピード、処理能力などを表します。</td> </tr> </tbody> </table> <p>2 指標や下位検査得点の特徴など</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>(結果の要約)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>									領域	指標 得点	知能水準							各指標についての説明	非常に 低い	低い	平均の 下	平均	平均の 上	高い	非常に 高い	全検査IQ									全体的な認知能力を表す項目です。	言語理解指標									言葉を中心とした理解力、知識などを表します。	知覚推理指標									視覚を中心とした状況の把握、理解の力などを表します。	ワーキングメモリー 指標									聴覚を中心とした記憶や注意力、集中力などを表します。	処理速度指標									作業の正確さやスピード、処理能力などを表します。
領域	指標 得点	知能水準									各指標についての説明																																																																
		非常に 低い	低い	平均の 下	平均	平均の 上	高い	非常に 高い																																																																			
全検査IQ									全体的な認知能力を表す項目です。																																																																		
言語理解指標									言葉を中心とした理解力、知識などを表します。																																																																		
知覚推理指標									視覚を中心とした状況の把握、理解の力などを表します。																																																																		
ワーキングメモリー 指標									聴覚を中心とした記憶や注意力、集中力などを表します。																																																																		
処理速度指標									作業の正確さやスピード、処理能力などを表します。																																																																		

様式〇-〇

WPPSI-Ⅲ知能検査 結果シート

(二次アセスメント)

受付No.	主な目的（事前に具体的に記入）・実施場所・実施時刻																																																																										
氏名：																																																																											
生年月日： 令和 年 月 日																																																																											
年齢： 歳 か月 性別：																																																																											
実施年月日： 令和 年 月 日																																																																											
実施者所属：																																																																											
実施者氏名：																																																																											
ご家族の希望・心配・優先順位																																																																											
本人の希望する（希望するであろう）暮らし																																																																											
<p>◇WPPSI-Ⅲ知能検査とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・WPPSI-Ⅲ（ウィブシ・スリー）はウェクスラー式知能検査の一つです。世界各地で使用されている乳幼児用の知能検査で、全体的な知的能力や記憶・処理に関する能力を測ることができるため、発達障害の支援に活用されています。 ・2歳6か月～7歳3か月の子どもの対象としています。 ・WPPSI-Ⅲの結果は、子どもの発達状況や、得意不得意を把握するのに便利な手段となりますが、その結果だけで発達障害の診断が確定するわけではありません。 ・子どもの知的発達のアンバランスを読み取り、配慮に役立てたり、個別の支援計画を立てたりするのに有効です。不得意な領域については、無理に押し上げようとせず、配慮や達成目標を検討します。 <p>◇WISC-Ⅳ知能検査の結果</p> <p>1 各指標の結果 ※ 各項目の得点と判定欄に○を付けてください。</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">領域</th> <th rowspan="2">指標 得点</th> <th colspan="7">知能水準</th> <th rowspan="2">各指標についての説明</th> </tr> <tr> <th>非常に 低い</th> <th>低い</th> <th>平均の 下</th> <th>平均</th> <th>平均の 上</th> <th>高い</th> <th>非常に 高い</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>全検査IQ</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>全体的な認知能力を表す項目です。</td> </tr> <tr> <td>言語理解指標</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>ことばを中心とした理解力、知識などを表します。</td> </tr> <tr> <td>知覚推理指標</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>視覚を中心とした状況の把握、理解の力などを表します。</td> </tr> <tr> <td>処理速度指標</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>作業の正確さやスピード、処理能力などを表します。</td> </tr> <tr> <td>語い総合得点</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>語いを表します。</td> </tr> </tbody> </table> <p>2 指標や下位検査得点の特徴など</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>									領域	指標 得点	知能水準							各指標についての説明	非常に 低い	低い	平均の 下	平均	平均の 上	高い	非常に 高い	全検査IQ									全体的な認知能力を表す項目です。	言語理解指標									ことばを中心とした理解力、知識などを表します。	知覚推理指標									視覚を中心とした状況の把握、理解の力などを表します。	処理速度指標									作業の正確さやスピード、処理能力などを表します。	語い総合得点									語いを表します。
領域	指標 得点	知能水準									各指標についての説明																																																																
		非常に 低い	低い	平均の 下	平均	平均の 上	高い	非常に 高い																																																																			
全検査IQ									全体的な認知能力を表す項目です。																																																																		
言語理解指標									ことばを中心とした理解力、知識などを表します。																																																																		
知覚推理指標									視覚を中心とした状況の把握、理解の力などを表します。																																																																		
処理速度指標									作業の正確さやスピード、処理能力などを表します。																																																																		
語い総合得点									語いを表します。																																																																		
(結果の要約)																																																																											

参考様式 利用者情報登録シート

「〇〇〇〇（相談支援事業所名）」の利用を希望される方は、お手数ですが、こちらのシートにご記入下さい。（できる限りご記入下さい。わからない箇所や記入が難しい所は面談をしながら記入していきます。サポートブックのある方は、持参いただければ参考にします。）

記入者名 _____

利用者との関係 _____

記入日 年 月 日

ふりがな				男・女	写真（本人）	
利用者氏名						
普段の呼び名				※可能な方は添付して下さい。		
生年月日	S・H・R	年	月	日	年齢	歳
血液型	型 (RH + ・ -)			平熱	℃	
住所	〒 -					
連絡先	自宅	()	-	携帯電話	()	-
	メールアドレス (ZOOM等を利用できるデバイスのアドレス)					
	緊急時 (携帯など)	()	-	(続柄)		
診断等の状況	診断名	医療機関名 ()				
	療育手帳	A	・	B	・	C
	精神保健福祉手帳	級				
教育・療育歴 (所属)	年 月～		年	月	[]	
	年 月～		年	月	[]	
	年 月～		年	月	[]	
家族構成（本人を除く）						
氏名	続柄	生年月日			勤務先・就学先	
		S・H・R	年	月	日	
		S・H・R	年	月	日	
		S・H・R	年	月	日	
		S・H・R	年	月	日	
かかりつけ医療機関	診療科	医療機関名		担当医名	連絡先	
					()	
					()	
服薬	無・有（薬名：)					
医療的ケア・ てんかん発作等 ある・ない	医療的ケア 人工呼吸器・気管切開・喀痰吸引・ネブライザー・酸素・経鼻経管栄養・ 胃瘻・導尿・人工肛門 その他 ()					
	てんかん発作 頻度 () 対応 ()					

基本的な生活習慣について

食事	アレルギー	ある・ない ()	
	好きな食べ物		
	嫌いな食べ物		
	食事の様子 自立 ・ 介助		介助の方法
着脱衣	着脱の様子		介助の方法
	上衣：	自立 ・ 介助	上衣：
	下衣：	自立 ・ 介助	下衣：
	靴と靴下：	自立 ・ 介助	靴と靴下：
排泄	排泄の様子		介助の方法
	排尿：	自立 ・ 介助	排尿：
	排便：	自立 ・ 介助	排便：
	トイレの間隔：	時間 分 に一回	
支度	支度の様子 自立 ・ 介助		介助の方法
生理	生理周期： 毎月 日 頃	介助の方法	
ある・なし	自立 ・ 介助		

かんしゃく・パニックについて

かんしゃく・パニック・気持ちの浮き沈み	ある ・ ない
原因となること	
その時の様子	
対応と収束の仕方	

その他（サービスを利用するあたり、スタッフに知ってほしいこと、注意して欲しいことなどあればお書きください。）

--



付録

1. アセスメントシート 基本情報
 2. アセスメントシート 障害特性（自閉スペクトラム症）
 3. セルフチェックシート 相談支援業務の振り返り
- 

1. アセスメントシート 基本情報

問題行動が多い場合や、家庭環境の困難、不適切養育や保護者の支援ニーズが高い事例について付加的に使用するシートです。このシートを使用する前に第13章（135～143ページ）のアセスメントシートを参照してください。

名前			
			解説
養育者	保護者の特徴	父	家族のメンタル状態、知的障害や発達障害の可能性、複数の離婚歴、両親のいずれかの逆境体験などが明らかにあるか強く疑われる場合に記載する。
		母	
	兄弟		
	両親／養育者の職業	父	
		母	
	兄弟の有無と特性		兄弟の有無、兄弟に発達障害などの支援ニーズがある場合は記載する。
	社会経済状態		経済面での課題がある場合に記載する。
父母以外の養育者特徴（同居する親族や祖父母など）			
出産前・周産期・出産後の状況	出生時における父母の年齢		
	特記事項		
医学的情報	特記事項		精神科的問題や慢性の身体疾患などが明らかであれば記載する。
過去・現在における薬物治療			向精神薬、抗てんかん薬などの過去の服薬、現在常用している薬物などを記載する。

2. アセスメントシート 障害特性（自閉スペクトラム症）

このアセスメントシートは自閉スペクトラム症が疑われる子どもに対して発達障害特性を把握するために使用します。

コミュニケーションなど青字になっている部分は本書の該当のページに解説があります。必ず解説のシートを参考に記載してください。

大項目	小項目	子どもの特性（幼児） —聞き取り、直接観察 *この欄に保護者からの情報、 子どもの直接観察、幼稚園な どからの情報を参考にして記 載してください。 *注意点：特性を意識して評価 してください。	記入する際の留意点	テキストの 該当箇所
2歳までの特徴	2歳までの言葉、指差し、見立て遊びの有無や、1歳半健診で指摘があったかなどを記載する。		2歳までに気づいたことを聞きます。始語、指差し、呼びかけへの反応、物みせは定型発達では2歳までに出現します。感覚過敏、多動、睡眠の問題、過度におとなしいなどの特徴が2歳までに生じることも多いです。	
スキルの発達	トイレの自立度		ASDでは、できる・できないの能力の評価だけでなく、おむつをすることや特定のトイレを使う・使わないことなどが自立度に影響することがあります。背景には感覚過敏や変化抵抗などの特性が関係していることがあり、支援手段を考える際に背景要因を検討することが大切です。	
	食事 (スプーンや箸の使用など)		能力的にできる子どもでも、受身タイプの子どもは親や保育者にしてもらいたがる場合があります。	
	着脱		能力的にできる子どもでも、受身タイプの子どもは親や保育者にしてもらいたがる場合があります。特定の服を嫌がる場合には、色などへのこだわり、感触への敏感さが関係していることがあります。	
	清潔		清潔であることの必要性の理解をチェックします。汚れた手をしゃぶるとか、拾ったものを口にいれる、排泄物をいじるなどの行動はこだわりや感覚特性が背景にあることがあります。また、極端にきれい好き、手が汚れることを嫌がるなどもASD特性が関係していることがあります。	
	その他			
理解 コミュニケーション (23ページ参照) (次のページに続く)	親の指示の理解		保護者が「大人の言うことはわかります」と言っても、具体的にどれくらいの指示がわかるかチェックする必要があります。たとえば、2段階の指示（AしてからBする）、仮定の指示（もし○ ○だったらどうする）などの指示が理解できるかなども必要に応じて確認します。子どもによっては言葉そのものより文脈や状況を頼りにして親の指示を理解することがあるからです。	

大項目	小項目	子どもの特性（幼児） —聞き取り、直接観察 *この欄に保護者からの情報、 子どもの直接観察、幼稚園な どからの情報を参考にして記 載してください。 *注意点：特性を意識して評価 してください。	記入する際の留意点	テキストの 該当箇所
理解 コミュニケーション (続き)	集団場面での指示 の理解		家庭のような慣れた少人数の場面と、園などのよ うな大集団の場面では子どもの指示理解力が異なる ことがあるので注意が必要です。集団場面の理 解について保護者よりも集団場面を見ている教師 や保育士から聞き取る必要があります。	
表出 コミュニケーション (23ページ参照)			どの程度自分からコミュニケーションがとれるか を評価します。ASDの場合は沢山発語があるから といって自分の意思を適切に表現できているとは 限りません。「困っていることはありますか？」の ような抽象的な質問に適切に答えることが難しい 子どもも多く、「ない」と言ってもその解釈は慎重 にします。質問に答えることが苦手な子どもは、 早く質問を打ち切るために本来の意図と違う回答 をすることもあります。一方、独語やオウム返し など一見無意味にみえる発語にも、なんらかの意 図があることがあります。表情や仕草の表現につ いても乏しいことがあります。これらの非言語性 の表現については子どもの直接会話するなかで評 価することが大切です。	
対人交流 (23ページ参照)	大人に対して		大人への関心のあり方、人と物のどちらに関心が 強いかなどを評価します。特に人との関係では相 互的な関係の程度を評価します。一方的な対人関 心を示すASDの子どもも多いです。親が病気のと きなどに心配するかどうかなども聞くことが大人 関心を把握する上で参考になります。保育園など で指導者の指示に従わない場合に、大人に関心が ない、つまり先生を見ていないこともあります。 また、見ている先生も先生の指示が複雑で理解でき ないために指示に従えない子もいます。親とは一定 の対人交流ができて、他の大人には関心が乏し いということもあります。	
	子どもに対して		定型発達では同年代への関心は1歳前に出現しま す。ASDでは大人とは遊んでも同年代の子どもと 対等の関係で集団で遊ぶことが困難なことが多 いです。実際に保育園などの現場で、どの程度相互 的に遊ぶことができるかを評価します。孤立した り、一方的になったり、いつも受身的だったりす るかに注意してください。子ども同士の場でけん かになったり独り遊びになる場合は、遊びの場面 の設定に障害特性に配慮した工夫が必要になり ます。	
遊び、余暇活動			ASDの子どもは遊びや余暇スキルが乏しいことが 多く、特に同年代の子どもとルールの曖昧な状況 では遊びが難しいです。自由時間に問題が生じる ときは遊びのスキルのアセスメントが必要です。	
見立て・ごっこ遊び			簡単な見立て遊びは2歳までに出現します。見立 て遊びの出現の遅れはASDのサインの可能性が あります。	
こだわり			ASDでは、さまざまな物（図鑑、パズル、動画、 場所、おもちゃなど）にこだわりが出現するこ とがあります。	

大項目	小項目	子どもの特性（幼児） —聞き取り、直接観察 *この欄に保護者からの情報、 子どもの直接観察、幼稚園な どからの情報を参考にして記 載してください。 *注意点：特性を意識して評価 してください。	記入する際の留意点	テキストの 該当箇所
切り替え、切り上げ (24ページ参照)			予定の変更、遊びの切り上げなどの変化に抵抗することがASDの特性で、単なる「わがまま」や「しつけの不足」ではありません。	
多動 (25ページ参照)			幼児期の多動はASDでもADHDでも出現します。多動だからADHDだと決めつけないようにしましょう。多動に見える背景はさまざまです。大人の指示がわからない、大人に注目していない、周囲の刺激が多過ぎていろいろなものに注意が移っていく、慣れない場所で不安が高いことなども多動に関係します。	
片付け、整理 整頓 (27ページ参照)			ASDでは片付けが苦手なことも、逆に徹底的に片付けることもあります。ADHDの学童では片付けや整理整頓が難しいことが代表的な障害特性です。「片付けましょう」と声をかけたり励ますだけでは改善することは少ないです。手順書を作ったり、片付け箱を置くなどの具体的な支援策を考える必要があります。	
運動 (27ページ参照)			ASDの子どもは不器用であったり運動が苦手な場合があります。身体全体や手先の使い方など、運動面の器用さ、不器用さが活動への参加に影響を与えたり、自己評価を下げる可能性があります。そのような場合、単に練習を繰り返すのではなく、サポートが必要になります。可能な場合は作業療法士など専門職に相談することも検討します。	
読み書き (25ページ参照)			乳幼児期は、早くから文字や数字に強く関心を示す場合や、逆に本などを読むことにまったく興味を示さない場合があります。本人の強み、弱みの両面から、読み書きについて丁寧にみていくことが重要です。幼児期には、文字を正確に書くことを指導するよりも図形や線の模写、運筆、塗り絵などについて楽しくサポートすることが肝要です。	
待つこと (27、28ページ 参照)			待てないことは、時間の感覚を理解することの障害、変化への抵抗などの障害特性が関係していることがあります。支援のためには具体的な工夫をする必要があります。待ち時間に子どもの好みの「暇つぶしグッズ」を準備するとか、予定を明確に伝えるなどです。	
感覚 (24ページ参照)			感覚の問題は子どもが苦痛に感じていることが多いので子どもが苦痛に感じないように配慮が必要です。	
	偏食 (24ページ参照)		ASDの偏食はわがままではなく障害特性とみなされます。	
	音への反応 (24ページ参照)		音に敏感だったり、呼んでも振り向かないなどの特性があります。聴覚情報の処理に時間がかかったり、目先のことに過集中してしまうことなどが要因です。わざと無視したり反抗しているわけではないことに注意しましょう。	

大項目	小項目	子どもの特性（幼児） —聞き取り、直接観察 *この欄に保護者からの情報、 子どもの直接観察、幼稚園な どからの情報を参考にして記 載してください。 *注意点：特性を意識して評価 してください。	記入する際の留意点	テキストの 該当箇所
感覚 (続き)	光・視覚への反応 (24ページ参照)		視線が合わなかったり、光るものを見つめたりします。視覚刺激に敏感なことなどが関係しています。無理に視線を合わせるような訓練は子どもの不安を高めることがあります。	
	触覚 (24ページ参照)		触られることを嫌がったり、衣服の接触到りします。	
	臭い (24ページ参照)		臭いに敏感だったり鈍感だったりします。偏食やトイレのこだわりに関係することがあります。	
睡眠 (29ページ参照)			睡眠の障害は発達障害では頻度が高く、保護者のメンタルにも影響を与えやすいので把握する必要があります。睡眠障害がある場合には睡眠状態のアセスメントや睡眠衛生の指導などが必要です。単に「早寝早起きをしましょう」の助言だけではかえって保護者を追い詰めることがあります。	
かんしゃく			かんしゃくの背景には、さまざまな特性が関係している。わがまとか、しつけの問題と安易にとらえないことが大事です。対策はASDの特性から検討し、環境の調整をすることが基本になります。	
恐怖・不安 (29ページ参照)			ASDの子どもの場合は通常は恐怖や不安を感じない状況でも、強い恐怖や不安を感じる場合があります。不安な状況をなるべく作らないようにするのが基本です。	
他害			他害行為の背景には子どもの不安や障害特性への配慮不足が関係していることが多いです。しつけや性格の問題と考えがちですが、障害特性から対策を考えることが重要です。	
自傷			自傷も他害と同様に子どもの不安や障害特性への配慮不足が関係していることが多いです。障害特性上ストレスになること（感覚刺激や切り替えなど）を少なくすることが重要です。	

アセスメントシートの使い方

アセスメントシートの内容を参考にして支援計画を立てることが必要です。その具体的な方法については本書の範囲を超えますので、成書を参考にしてください。相談支援専門員として大切なことは、目標達成のために障害特性を考慮した工夫や配慮が必要だということの認識です。たとえば、子ども同士で楽しく遊んだり、経験の幅を広げるのは大切なことですが、ASDの子どもの場合は「子ども同士で遊ばせましょう」という計画を立てても、子どもの集団に入れるだけではうまくいかないことがあります。その場合、保護者も子どもも苦労するので、具体的な手立てとともに提案することが必要になります。

3. セルフチェックシート 相談支援業務の振り返り

質の高い支援を提供するためには、自分自身の相談支援業務について、ときどき時間をとって振り返ることが重要です。今、自分に何ができているのか、何が不足しているのか、今後、どのような研修をしていくことが必要なのか、短期的、中期的、長期的な視点で、自分の研鑽について考えてみましょう。

この章では、本書の他の章で述べてきた重要点に基づき、セルフチェックのポイントを紹介します。

の欄に✓を入れて、相談支援業務について振り返っていきましょう。

基本的姿勢

- 障害のある子ども本人の希望に基づいて、支援計画を立てている。
- 子どもの障害の種別や軽重を問わず、子どもの意思が表明されるように、子どもの意思決定支援を行っている。
- 言葉が話せない場合や発語はあっても意思の表現が難しい子どもに対しては、視覚などを用いた代替コミュニケーションによる支援を行っている。
- 子どもに直接会って、話を聞いたり、行動観察をしたりしている。
- 保護者と別室で、子どもの希望や話を聞いている。

アセスメント

- 子どもの状態像やニーズの背景にある障害特性について、包括的にアセスメントしている。
- 子どもの現在の状態や行動上の問題について、障害特性および環境との相互作用も含めてアセスメントし、なぜそれが起きているのかを見立てることができている。
- 子どもの行動上の問題に対して、未然に防ぐ計画を立てるための情報を収集することができている。
- 関係機関での知能検査や適応行動尺度などの心理検査の受検等の情報を把握した際には、保護者の了解を得て、当該関係機関または保護者を經由して、検査結果を入手している。

(※注：第13章148～151ページのアセスメントシートが参考になる。)

- 子どもの希望・要望と保護者の希望・要望を分けてとらえ、相反する場合には、そのことを話し合っている。

障害児支援利用計画案の作成

- 子どもの次のライフステージへの移行および成人期の姿をイメージしながら、支援目標を検討している。
- 集団参加に際しては、場を用意するだけでなく、子どもが安心して過ごすための環境調整や工夫について検討している。
- 子どもが利用する障害福祉サービスの提供法人は、特定の法人(特に相談支援事業所の運営法人)に偏ることなく、多様である。

- 障害福祉サービス提供事業者と保護者が作成した個別支援計画を単に追認することなく、相談支援専門員によるアセスメントに基づいた計画案となっている。
- サービス等利用計画書の支援内容は、障害福祉サービス利用に限定せず、習い事なども含め、子どもの地域生活全体を考慮したものとなっている。
- 学齢期以上の子どもでは、学校の作成する個別の教育支援計画と連携した計画案となっている。
- サービス等利用計画書の支援目標は、半年で達成可能な内容が具体的に記載され、更新の際には毎回変更されている。
- 関係機関の役割分担（フォロー体制を含む）および相互連携のための連絡網が記載されている。

モニタリング

- モニタリングは、保護者との電話や面談のみとせず、子どもと面談したり、生活の場（学校、通所支援等）を観察したりしている。
- モニタリングの際に、記録可能な客観的な尺度やアンケートなどを使用している（独自のものでも可）。

地域のネットワークと連携

- 地域における関係者のネットワークを構築し、拡大に努めている。
- 関係機関に呼びかけて、定期的にサービス担当者会議を行っている。
- 保護者の了解を得て、学校や通所支援事業所など、子どもにかかわる関係機関と支援計画書を共有している。
- 客観性を担保するために、半年以内に、外部の専門家にスーパービジョンやコンサルテーションを受けたことがある。

地域診断および社会資源の改善・開発

- 自治体は、モニタリング報告の検証をしており、相談支援事業所はその検証に参加している。
- 自治体の（自立支援）協議会に、子どもの分野の課題解決に取り組む「こども支援部会」等が設置されている。
- 地域診断に必要な情報を収集し、社会資源を評価・整理している。
- 地域の課題をふまえた社会資源の改善・開発に向けて、対外的に提案を行っている。
- 地域の課題をふまえた社会資源の改善・開発に向けて、自身が具体的な行動をしている。
- 相談支援専門員およびその活動に関して、社会の認知度を高めるための具体的な行動をしている。

災害時の備え

- 平時から、災害時に備え、本人・家族の避難行動について相談している。
- 避難行動要支援者名簿あるいは災害時要援護者情報登録制度について情報を提供している。
- 避難行動要支援者の個別避難計画を作成している。



索引・用語集

索引

●アルファベット●

ADHD	20, 21, 25-28, 92, 159
ADL	42
ASD	20-24, 26-28, 32-34, 36-38, 157-160
DA	94, 95
DQ	94, 95
FSIQ (全体IQ)	90, 96
IEP	14
IQ	44, 82, 96, 97, 150
KIDS乳幼児発達スケール	94
K式発達検査 (新版)	94, 95
LD	20, 25
PARS®-TR	22, 98, 103
PDCAサイクル	12, 16
SLD	20, 25
QOL	28, 75, 102
TASP	85, 91-93, 99, 100, 133, 134, 148
Vineland- II	85-90, 100
Wechsler式	88
well-being	28

●あ行●

アウトリーチ	13
アセスメント	3, 15-17, 30, 37, 84
アセスメントツール	84-86, 93, 98-100
アテトーゼ型	41, 42
アドボカシー	8, 15, 32, 48, 51
医学モデル	51, 102, 105
移行支援	12
医師	3, 53, 78, 91, 102, 103, 130, 135, 138-140, 143
意思決定	15, 51, 102, 144
意思決定権	2
意思決定支援	13, 16, 161
一側性難聴	64
移動支援	81, 128, 131, 153
イメージネーション	32
医療機関	34, 36, 47, 50, 72, 82, 102, 103, 135, 139, 152
医療的ケア	2, 3, 8, 11, 47, 51, 53, 55, 58, 59, 107, 122-125, 127, 128, 131, 136, 140, 147, 152
医療的ケア児	8, 11, 47, 53, 129, 130
医療モデル/医学モデル	51, 102
医療的ケア児支援法	8

インクルージョン	3, 4, 6, 8
インテーク	134
咽頭エアウエイ	130, 131
インフォーマルアセスメント	84
インフォーマル (な) サービス	10, 11, 74, 76-80, 138, 143
インフォーマルな支援	15, 34, 52, 53
ウェクスラー式知能検査	96
うつ病	33
運動機能障害	40-43, 45
運動性過活動	48
絵カード	32, 35, 36, 50, 60, 153
エコマップ	15
エビデンス	84, 112
嚥下障害	107
遠城寺式乳幼児分析的発達検査法	94
エンパワメント	48, 51, 102
大島分類	44
音声言語	66, 120, 121

●か行●

介護保険制度	6
介助	44, 46, 48, 49, 51, 81, 154
改訂大島分類	44
外部評価	13, 16, 17
学習障害	25, 26
下肢	48, 49
家族支援	6, 12, 13, 114, 133, 136, 140, 144, 147
片麻痺	41
合併	20, 21
合併症	29, 45
感音難聴	64, 65
感覚過敏	22, 34, 37
感覚刺激	24, 29
感覚性過活動	48
眼球振盪	42
環境調整	21
看護師	53, 107, 108, 122, 123, 127, 130
関節可動域	42
気管切開	47
基幹相談支援センター	11, 128, 131, 138, 141
気管内挿管	47
基礎疾患	45, 47, 53
虐待	13, 37, 104, 138, 143
(痰の、喀痰) 吸引	47, 81, 122, 125, 129-131, 140, 152

強剛型	41, 42
協調運動	42
共同注意	22
強度行動障害	8
居宅介護	7, 53, 62, 123, 128, 130, 153
切れ目のない支援	8, 28, 30
ケアマネジメント	9, 78
計画相談支援	9
経管栄養	47, 122, 125, 129-131, 136, 152
経時的身体構造的変化	45
痙直型	41, 119
ケースワーカー	104
限局性学習症	20, 25
言語障害	42, 64
言語聴覚士	3, 119, 121, 128-130
言語的コミュニケーション	46
原初のコミュニケーション	46
権利擁護	6, 13, 15, 33, 50, 102
構造化	121
行動援護	81, 128, 130, 153
公認心理師	3
合理的配慮	3, 8, 14, 33
固執性	49
子育て支援	3, 8, 13, 82
子育て世代包括支援センター	8
こだわり	24, 32, 34, 37
言葉の遅れ	22
子どもの権利条約	2, 75
個別支援計画	14, 16, 35, 85, 95, 138, 143, 149
個別の教育支援計画	14, 35, 36, 120
個別の指導計画	35, 36, 120
コミュニケーション	21, 25, 33-35, 37, 41, 46, 50
コミュニケーション障害	23, 32, 57, 111
コミュニケーション支援	64, 120
コミュニケーションブック	120, 121
コメディカルスタッフ	104
混合型	41, 42
混合性難聴	64

●さ行●

サービス担当者会議	11, 14, 134, 162
サービス提供事業所	35, 36
サービス等利用計画	4, 9-11, 14, 16, 32, 48, 53

- 最善の利益 3, 6, 8, 15, 16, 75
 座位保持 44, 81, 119
 座位保持装置 55, 81
 作業療法士 3, 128-130, 159
 サポート校 36
 三肢麻痺 41
 支援プラン 3, 21, 28
 視覚 (的) 21, 24, 26, 32
 視覚障害 2, 64, 68, 81
 視覚的コミュニケーション 32
 弛緩型 41, 42
 時間処理 28
 支給決定 16, 59
 自己評価 16, 17, 28, 33
 四肢麻痺 41, 107
 姿勢保持 42
 肢体不自由 39, 40, 41, 43-45, 48-50, 52, 82, 140
 実行機能 27
 失調型 41, 42
 指定事業者 16
 児童指導員 48, 51
 児童相談所 13, 34-36
 児童発達支援計画 12
 児童発達支援 3, 17, 18, 81, 82, 123, 128, 130, 153
 児童発達支援管理責任者 14
 児童発達支援事業所 4, 48, 51-53
 児童発達支援センター 12, 67, 72
 児童福祉法 14, 15, 18, 75, 81
 自発性 44, 48
 自閉スペクトラム症 20, 22, 102, 155, 157
 社会性 35, 38, 44, 51, 57, 66, 88, 91, 94, 114, 137, 142, 148
 社会的イメージーション 22, 24
 社会適応尺度 103
 社会的コミュニケーション 22, 23
 社会モデル 51, 102, 105
 周産期 47
 重症心身障害児 2, 44-47
 重度障害 40
 重度障害者等包括支援 128, 130
 重度訪問介護 81, 128, 130
 守秘義務 104, 106
 循環反応 43
 障害児支援利用計画 9, 10, 14, 16, 32, 35, 38, 48, 53
 障害児相談支援 2, 74, 76, 80, 100, 133
 障害児 (者) 地域療育等支援事業等 9
 障害児入所施設 4, 130, 153
 障害者ケアガイドライン 4, 9
 障害者権利条約 8, 75
 障害者差別解消法 14
 障害者総合支援法 (改正法) 6
 障害受容 41, 55, 66, 115, 116
 障害等級 40
 障害特性 2-4, 8, 17, 20-22, 26, 28-30, 33, 35, 37, 84, 86, 92, 98, 103, 110, 112, 114, 115, 133, 157, 160
 上肢 48, 49
 衝動性 21, 25
 情報処理 26
 自立支援協議会 11, 34, 36, 76, 127, 138
 視力 69, 70
 人工呼吸器 47, 53, 55, 58, 127, 129, 130, 136, 140, 141, 152
 人工呼吸器管理 122
 新生児期 47
 新生児聴覚スクリーニング 65-67
 振戦様運動 42
 身体障害 2, 4, 40, 93
 身体障害者手帳 55, 82, 122, 135, 139
 身辺自立 22, 38, 72, 88, 136, 137, 141, 149, 153
 睡眠障害 29
 スクールカウンセラー 35
 スクールソーシャルワーカー 35
 凶一地の知覚障害 43
 ストレングス 4, 12, 32, 48, 49, 74, 144
 ストレングスモデル 74, 75, 78
 生活の質 28, 37
 生活モデル 51
 精神科的症状 29
 精神科的併存疾患 29
 精神疾患 22
 セルフプラン 16
 セルフマネジメント 15, 16
 全介助 119
 前言語的コミュニケーション 46
 先天性 69
 装具 107
 相談支援事業所 15, 34, 133, 152, 161, 162
 ソーシャルアクション 10
 ソーシャルインクルージョン 13
 ソーシャルワーカー 17, 74, 104, 108, 122, 123
 ソーシャルワーク 10, 11, 74
 粗大運動 42, 43, 45, 51, 88, 92, 121, 136, 140, 148, 149
 第三者評価 4, 16-18
 対人交流 22, 23, 28, 37
 多動 21, 25, 29
 田中ビネー知能検査 96
 短期入所 7, 58, 81, 123, 124, 128, 130, 153
 ダンピング 3
 単麻痺 41
 地域アセスメント 76
 地域共生社会 6, 7, 75
 地域生活支援 10
 地域支援 12, 13
 地域支援事業 62, 127, 128, 131
 地域資源 36, 55, 59, 79, 126
 地域包括ケアシステム 6, 8, 18
 地域包括支援体制 8, 9, 13
 知覚障害 43
 知的障害 2, 19, 22, 25, 26, 31, 44, 96, 97, 102, 140, 149, 156
 知能検査 25, 85, 88, 91, 93, 95, 96, 150, 151, 161
 知能指数 30, 44, 85, 96
 注意移行 26
 注意欠如・多動症 20, 25
 中心静脈栄養 129-131
 中枢神経系 48
 中枢性統合能力 26
 聴覚口話法 66
 聴覚障害 2, 64
 重複片麻痺 41
 対麻痺 41
 通級指導教室 34, 36, 110, 111
 通信制高校 36
 津守・稲毛式発達検査 93
 低緊張型 (弛緩型) 41, 42
 定型発達 26
 低出生体重児 42
 適応機能 25, 26
 適応行動 84, 86, 87, 89-91, 93, 149
 適応行動尺度 85, 88, 161
 伝音難聴 64, 65
 てんかん 21, 50, 107, 119, 122, 152, 156
 転導性 (感覚性過活動) 48
 同行援護 72, 128, 130, 153
 統合困難 49
 同時処理 27
 特別支援学級 34, 110, 111
 特別支援学校 34, 36, 47, 82, 119
 特別支援教育コーディネーター 14, 35
 特別支援教室 36
 障害者差別解消法 14
 障害者総合支援法 (改正法) 6
 障害受容 41, 55, 66, 115, 116
 障害等級 40
 障害特性 2-4, 8, 17, 20-22, 26, 28-30, 33, 35, 37, 84, 86, 92, 98, 103, 110, 112, 114, 115, 133, 157, 160
 上肢 48, 49
 衝動性 21, 25
 情報処理 26
 自立支援協議会 11, 34, 36, 76, 127, 138
 視力 69, 70
 人工呼吸器 47, 53, 55, 58, 127, 129, 130, 136, 140, 141, 152
 人工呼吸器管理 122
 新生児期 47
 新生児聴覚スクリーニング 65-67
 振戦様運動 42
 身体障害 2, 4, 40, 93
 身体障害者手帳 55, 82, 122, 135, 139
 身辺自立 22, 38, 72, 88, 136, 137, 141, 149, 153
 睡眠障害 29
 スクールカウンセラー 35
 スクールソーシャルワーカー 35
 凶一地の知覚障害 43
 ストレングス 4, 12, 32, 48, 49, 74, 144
 ストレングスモデル 74, 75, 78
 生活の質 28, 37
 生活モデル 51
 精神科的症状 29
 精神科的併存疾患 29
 精神疾患 22
 セルフプラン 16
 セルフマネジメント 15, 16
 全介助 119
 前言語的コミュニケーション 46
 先天性 69
 装具 107
 相談支援事業所 15, 34, 133, 152, 161, 162
 ソーシャルアクション 10
 ソーシャルインクルージョン 13
 ソーシャルワーカー 17, 74, 104, 108, 122, 123
 ソーシャルワーク 10, 11, 74
 粗大運動 42, 43, 45, 51, 88, 92, 121, 136, 140, 148, 149
 第三者評価 4, 16-18
 対人交流 22, 23, 28, 37
 多動 21, 25, 29
 田中ビネー知能検査 96
 短期入所 7, 58, 81, 123, 124, 128, 130, 153
 ダンピング 3
 単麻痺 41
 地域アセスメント 76
 地域共生社会 6, 7, 75
 地域生活支援 10
 地域支援 12, 13
 地域支援事業 62, 127, 128, 131
 地域資源 36, 55, 59, 79, 126
 地域包括ケアシステム 6, 8, 18
 地域包括支援体制 8, 9, 13
 知覚障害 43
 知的障害 2, 19, 22, 25, 26, 31, 44, 96, 97, 102, 140, 149, 156
 知能検査 25, 85, 88, 91, 93, 95, 96, 150, 151, 161
 知能指数 30, 44, 85, 96
 注意移行 26
 注意欠如・多動症 20, 25
 中心静脈栄養 129-131
 中枢神経系 48
 中枢性統合能力 26
 聴覚口話法 66
 聴覚障害 2, 64
 重複片麻痺 41
 対麻痺 41
 通級指導教室 34, 36, 110, 111
 通信制高校 36
 津守・稲毛式発達検査 93
 低緊張型 (弛緩型) 41, 42
 定型発達 26
 低出生体重児 42
 適応機能 25, 26
 適応行動 84, 86, 87, 89-91, 93, 149
 適応行動尺度 85, 88, 161
 伝音難聴 64, 65
 てんかん 21, 50, 107, 119, 122, 152, 156
 転導性 (感覚性過活動) 48
 同行援護 72, 128, 130, 153
 統合困難 49
 同時処理 27
 特別支援学級 34, 110, 111
 特別支援学校 34, 36, 47, 82, 119
 特別支援教育コーディネーター 14, 35
 特別支援教室 36
 体幹 40, 48, 49

● た行 ●

●な行●

ナチュラルリソース	78, 79
日常生活動作	42
日中一時支援	81, 128, 131, 153
日本版Vineland-II (適応行動尺度)	85-90, 100
入所施設	17, 34, 130, 153
認知	20, 26, 41, 70, 84, 86, 97
認定こども園	36
ネプライザー	130, 131, 152
脳性麻痺	40, 41, 43, 45, 119

●は行●

排泄 (排せつ)	57, 81, 119, 137, 141, 146, 154, 157
発達支援	12
発達指数	94
発達障害	2, 3, 19, 20, 22, 26, 31, 140, 149, 151, 156
発達障害者支援センター	34
発達障害者支援法	13
発達年齢	94
バルスオキシメーター	130, 131
パワレス	51
半構造化面接	87, 88, 98, 149
ピアサポート	16
引きこもり	33, 38
微細運動	43, 51, 88, 91, 92, 115, 121, 136, 148, 149
表出言語	88, 94, 149

不安症	29
フェイススケール	37
フォーマルアセスメント	84, 99, 100
フォーマル (な) サービス	76, 78-81, 127
服薬	135, 139, 156
服薬管理	130, 131
不随意運動	42
不適応行動	87-90, 92, 147, 149
不適応行動尺度	89
不注意	21, 25
不登校	33
ペアレントトレーニング	13, 140
ペアレントプログラム	13, 140
平衡機能	42
ヘルパー	62, 81, 123
保育園	10, 36, 91, 115, 158
保育所等訪問支援事業	17, 36, 128, 130, 153
保育士	3, 21, 48, 50, 91, 115
放課後等デイサービス	3, 4, 17, 18, 34, 51, 52
放課後等デイサービスガイドライン	14
包括的 (な) 支援	6, 7, 12, 13
報酬 (系)	27
訪問介護	7
訪問看護	7, 47, 53, 81, 108, 122, 123, 125, 128, 129, 138, 143
訪問支援	17, 81
訪問リハビリ	58, 123
ホームヘルパー	123, 125
保健師	8, 122, 125

母子保健サービス	8
補助用具	120, 121, 130
補装具	50, 81
本人中心	13, 15, 102

●ま行●

麻痺性構音障害	42
メンタルヘルス	29
問題行動	22, 33, 36, 156

●や行●

余暇	34, 81, 88, 149, 158
抑うつ (状態)	21, 29, 38, 111, 112, 115, 148
抑制困難 (運動性過活動)	48
横地分類	44, 45
予後予測	21

●ら行●

らせんの・構造の上昇過程	49
利益相反	15
理学療法士	3, 53, 122, 123, 128-130
リハビリテーション (リハビリ)	45, 47, 53, 81, 107, 123, 128, 129, 135, 138, 139, 143
療育	3, 28, 45, 52-54, 153
療育機関	29
療育手帳	82, 122, 135, 139, 152
臨床的評価	25

用語集

用語をクリックすると、該当ページが表示されます。

●アルファベット●

ADHD	25
ADL	42
ASD	22
DA	94
DQ	94
FSIQ (全体IQ)	90
IEP	14
IQ	96
KIDS乳幼児発達スケール	94
K式発達検査	94
LD	25
PARS®-TR	98
PDCAサイクル	12
SLD	25
QOL	28
TASP	91
Vineland- II	86
Wechsler式	88
well-being	28

●あ行●

アウトリーチ	13
アセスメント	84
アセスメントツール	84
アテトーゼ型	42
アドボカシー	15
医学モデル	102
移行支援	12
医師	102
意思決定	15
意思決定権	2
意思決定支援	16

一側性難聴	64
移動支援	131
イマジネーション	32
医療機関	102
医療的ケア	47
医療的ケア児	47
医療モデル/医学モデル	102
医療的ケア児支援法	8
インクルージョン	3
インテーク	134
咽頭エアウェイ	130
インフォーマルアセスメント	84
インフォーマル(な)サービス	10
インフォーマルな支援	34
ウェクスラー式知能検査	96
うつ病	33
運動機能障害	40
運動性過活動	48
絵カード	32
エコマップ	15
エビデンス	84
嚥下障害	107
遠城寺式乳幼児分析的発達検査法	94
エンパワメント	48
大島分類	44
音声言語	66

●か行●

介護保険制度	6
介助	44
改訂大島分類	44
外部評価	16
学習障害	25
下肢	48

自己評価	16	障害受容	41
四肢麻痺	41	障害等級	40
姿勢保持	42	障害特性	2
肢体不自由	40	上肢	48
実行機能	27	衝動性	21
失調型	41	情報処理	26
指定事業者	16	自立支援協議会	11
児童指導員	48	視力	69
児童相談所	13	人工呼吸器	47
児童発達支援	3	人工呼吸器管理	122
児童発達支援管理責任者	14	新生児期	47
児童発達支援計画	12	新生児聴覚スクリーニング	65
児童発達支援事業所	4	振戦様運動	42
児童発達支援センター	12	身体障害	2
児童福祉法	14	身体障害者手帳	55
自発性	44	身辺自立	22
自閉スペクトラム症	22	睡眠障害	29
社会性	35	スクールカウンセラー	35
社会的イマジネーション	22	スクールソーシャルワーカー	35
社会適応尺度	103	図一地の知覚障害	43
社会的コミュニケーション	22	ストレングス	12
社会モデル	102	ストレングスモデル	74
周産期	47	生活の質	28
重症心身障害児	44	生活モデル	51
重度障害	40	精神科的症状	29
重度障害者等包括支援	128	精神科的併存疾患	29
重度訪問介護	81	精神疾患	22
守秘義務	104	セルフプラン	16
循環反応	43	セルフマネジメント	15
障害児支援利用計画	9	全介助	119
障害児相談支援	2	前言語的コミュニケーション	46
障害児（者）地域療育等支援事業等	9	先天性	69
障害児入所施設	4	装具	107
障害者ケアガイドライン	4	相談支援事業所	15
障害者権利条約	8	ソーシャルアクション	10
障害者差別解消法	14	ソーシャルインクルージョン	13
障害者総合支援法（改正法）	6	ソーシャルワーカー	17

ソーシャルワーク	10
粗大運動	42

● た行 ●

体幹	40
第三者評価	16
対人交流	22
多動	21
田中ビネー知能検査	96
短期入所	58
ダンピング	3
単麻痺	41
地域アセスメント	76
地域共生社会	6
地域生活支援	10
地域支援	13
地域支援事業	127
地域資源	79
地域包括ケアシステム	6
地域包括支援体制	8
知覚障害	43
知的障害	25
知能検査	85
知能指数	96
注意移行	26
注意欠如・多動症	25
中心静脈栄養	130
中枢神経系	48
中枢性統合能力	26
聴覚口話法	66
聴覚障害	64
重複片麻痺	41
対麻痺	41
通級指導教室	34
通信制高校	36
津守・稲毛式発達検査	93
低緊張型（弛緩型）	41

定型発達	26
低出生体重児	42
適応機能	25
適応行動	84
適応行動尺度	85
伝音難聴	64
てんかん	21
転導性（感覚性過活動）	48
同行援護	72
統合困難	49
同時処理	27
特別支援学級	34
特別支援学校	34
特別支援教育コーディネーター	14
特別支援教室	36

● な行 ●

ナチュラルリソース	78
日常生活動作	42
日中一時支援	81
日本版Vineland-II（適応行動尺度）	85
入所施設	17
認知	20
認定こども園	36
ネブライザー	130
脳性麻痺	41

● は行 ●

排泄（排せつ）	57
発達支援	12
発達指数	94
発達障害	20
発達障害者支援センター	34
発達障害者支援法	13
発達年齢	94
パルスオキシメーター	130
パワレス	51

半構造化面接	87	訪問リハビリ	58
ピアサポート	16	ホームヘルパー	123
引きこもり	33	保健師	8
微細運動	43	母子保健サービス	8
表出言語	88	補助用具	120
不安症	29	補装具	50
フェイススケール	37	本人中心	15
フォーマルアセスメント	84		
フォーマル（な）サービス	76	●ま行●	
服薬	135	麻痺性構音障害	42
服薬管理	130	メンタルヘルス	29
不随意運動	42	問題行動	22
不注意	21		
不適応行動	87	●や行●	
不適応行動尺度	89	余暇	34
不登校	33	抑うつ（状態）	21
ペアレントトレーニング	13	抑制困難（運動性過活動）	48
ペアレントプログラム	13	横地分類	44
平衡機能	42	予後予測	21
ヘルパー	62		
保育園	10	●ら行●	
保育所等訪問支援事業	36	らせんの・構造的上昇過程	49
保育士	3	利益相反	15
放課後等デイサービス	3	理学療法士	3
放課後等デイサービスガイドライン	14	リハビリテーション（リハビリ）	45
包括的（な）支援	6	療育	3
報酬（系）	27	療育機関	29
訪問介護	7	療育手帳	82
訪問看護	7	臨床的評価	25
訪問支援	17		

執筆分担(カッコ内は所属)

第1章 はじめに～このサポートブックの狙い～

内山登紀夫(福島学院大学)

第2章 障害児を対象にした包括的支援の必要性と方法

大塚晃(一般社団法人日本発達障害ネットワーク副理事長、上智大学総合人間科学部社会福祉学科特任教授)

第3章 発達障害・知的障害の支援の基本

内山登紀夫

第4章 障害児支援利用計画の作成にあたっての注意点～発達障害・知的障害の場合～

内山登紀夫

第5章 肢体不自由の特性と相談支援

岩本彰太郎

(みえキッズ&ファミリーホームケアクリニック 院長、三重大学医学部附属病院 小児・AYAがんトータルセンター アドバイザー)

菊池紀彦(三重大学)

第6章 1. 聴覚障害の基礎知識と相談支援

問田直美(岡山かなりや学園)

第6章 2. 視覚障害の基礎知識と相談支援

宮前克彦(社会福祉法人日本ヘレンケラー財団 福祉型障害児入所施設 平和寮)

第7章 地域資源に関する情報収集と活用

鈴木敏彦(淑徳大学)

第8章 アセスメントについて

村山恭朗(金沢大学)、高柳伸哉(愛知教育大学)、浜田恵(中京大学)、明翫光宜(中京大学)、辻井正次(中京大学)

第9章 1. 医師との連携～知的障害・発達障害を中心に～

内山登紀夫

第9章 2. 医師との連携～肢体不自由の場合～

岩本彰太郎

第10章 障害児支援利用計画の検討～発達障害・知的障害の場合～

内山登紀夫、稲田尚子(大正大学)

第11章 障害児支援利用計画の検討～肢体不自由児の場合～

岩本彰太郎、菊池紀彦

第12章 利用可能な地域資源の把握

岩本彰太郎

第13章 乳幼児向けアセスメントシート

佐藤泰一(オムロン株式会社グローバル人財総務本部 企画室ダイバーシティ&インクルージョン推進課)

付 録 1. アセスメントシート 基本情報

内山登紀夫

2. アセスメントシート 障害特性(自閉スペクトラム症)

内山登紀夫

3. セルフチェックシート 相談支援業務の振り返り

稲田尚子

本サポートブックは2020年度～2021年度(令和2年度～令和3年度)障害児相談支援における基礎的知識の可視化のための研究(厚生労働科学研究費補助金:202118009B、研究代表者:内山登紀夫)の助成によって作成された。

障害児相談支援サポートブック

編集 内山登紀夫・稲田尚子

発行日 2024年2月10日

©Tokio UCHIDA and Naoko INADA

無断転載を禁じます。引用の際は、出所を明記してください。