

地域療育センターにおける早期支援の役割とは

ー発達障害を疑う保護者の育児不安・困難感への早期支援のあり方ー

加藤 弘美¹⁾・神野 歩²⁾

広島都市学園大学 子ども教育学部¹⁾・南部地域療育センターそよ風²⁾

要 旨

本研究の目的は、南部地域療育センター（以下、センターとする）における2017年度初診のデータの一部を集計し、地域療育センターに求められる早期支援の新たな役割を検討することである。2005年発達障害者支援法が制定され、発達障害が支援の対象として認知された。これを契機として、センターの初診予約待機が想定外に膨れ上がり待機期間の長期化が慢性的な状況になった。対応なく待たされる保護者の不安・困難感を軽減するため、必要な子どもへのタイムリーな支援を保障するため、地域療育センターの柱「障害の早期発見・早期療育」のあり方再考を迫られることとなった。幾度となく検討を重ねた結果、2017年度には1、2歳児を対象に「受付初診：療育グループへの参加を勧めるための診断を目的としない初診（外園，2021）」を開始した。本稿では、この取り組みから見てきた地域療育センターに求められる早期発見・早期支援の新たな役割を示した。

キーワード：地域療育センター，早期発見，早期支援，発達障害，保護者支援

1. はじめに

乳幼児期における障害の早期発見・早期支援は療育センターの中心的な役割であり、各地域の実情に応じた支援システム、そのあり方等についてはこれまでに多くの研究報告がある（例；一瀬，2011；大谷・奇，2019；鳥居，2010）。本稿は、南部地域療育センターそよ風（以下、「センター」とする）の実績の一部を対象として、地域療育センターに求められる早期支援の新たな役割を検討することを目的とする。

センターは、愛知県名古屋市内に位置しており「障害のある子ども、発達の遅れや育ちに不安のある子ども等地域のすべての子どもの成長、発達を支援する。同時に、地域のなかで障害児とその家族があたりまえに暮らすための地域生活支援を行うこと（南部地域療育センター事業概要2020年度）」を目的として、通園事業、医療（訓練）事業、発達相談事業、地域ケア事業等を運営している。

現在同市内には、公立・法人合わせて5つの地域療育センターが設置されており、就学前児を中心にした相談・支援を行っている。そのうちの一つである「センター」は、児童福祉法第7条『知的障害のある児童を主として、就学前の発達に遅れや不安のある乳幼児が日々保護者のもとから通園しながら自立の促進、生活の質の向上を図ることを目的とする「児童発達支援センター」』を母体として、障害児全般を対象とする相談・医療機能を

併せ持つ施設である。名古屋市南部地域の乳幼児を対象にした、障害の早期発見・早期療育の拠点として、1996年度社会福祉法人名古屋キリスト教社会館によって開設された。

センター設置は、名古屋市「地域療育センター策定構想」に基づくものであり、「脳性まひや重症心身障害児などの重度障害をもつ児童が主な対象」とされ（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、2019）、今日まで重症心身障害児や知的障害児の居場所、支援の場としての役割を担ってきた。

筆者は、現職（2019年度着任）以前に、第2筆者（センター発達相談員）とともに発達相談業務に従事していた。筆者がセンターの相談員として勤務を始めた前年には、「発達障害者支援法」が施行（2005）され、その翌年には特別支援教育が本格実施される等、障害児・者への支援にとって大きな転機ともなる法改正や整備が進められた。そして、障害への社会的な認識・ニーズの変化は、その後「センター」利用予約数の急増、待機の長期化へと繋がっていったのである。「センター」は、設立時に想定されていた「出生数の2～3%の重症児への早期支援を維持しつつ、発達障害を疑う乳幼児の受診数（出生数の10%）への対応（谷合・鷺見・宮地ら、2016）」等、新たなシステム構築を迫られることとなった。

そして、令和2年3月には「名古屋市早期子ども発達支援体制に関する方針」が出され、「センター」においても新規事業の計画・実施が求められることとなった。これを契機に、「センター」が取り組んできた初診システムの変遷をまとめ、各時期の特徴と問題点を整理したうえで、その成果と課題の可視化に取り組むこととなった。

本稿では、予約待機の急増・長期化を背景に、「早期対応・早期療育」「必要な時期に必要な支援が受けられる」を軸に「センター」が構築した新システム「受付初診（詳細は後述）」のデータを集計し、地域療育センターに求められる早期支援の新たな役割について検討する。

まずは、「センター」の初診システムの概要と待機長期化までの経緯を見ていくこととする。

2. センターにおける初診システムの概要と待機長期化までの変遷 （～2013年度）

「センター」の初診予約は、保護者が自発的に電話予約を行い、指定された日時に来所する。2013年以前の初診の流れは、まずケースワーカーが主訴の聴取、次に発達相談員が検査と聴取を行う。その後、医師の診察があり、それに基づいて処遇方針（療育グループ、リハビリ、継続発達相談等の継続支援・治療の方針）を伝えるもので、全行程2時間～3時間を要する。

ところが、2005年発達障害者支援法が制定され、それまで「制度の谷間にある（中山、2006）」とされてきた発達障害が支援の対象として認知されたことが契機となり、利用予約が急増することとなった。もともと十分とはいえない初診予約枠数に、上乗せされるこ

とによって予約待機が想定外に膨れ上がっていった。

予約は取れたものの実際に初診が受けられるのは数カ月先であり、保護者は不安と困難感、そして焦りを抱えながら待たされることとなった。「必要な時期に必要な支援が受けられる」を保障し、保護者の不安、育児困難感を少しでも軽減させることができないかと考え、取り組まれたのが「初診待機中の療育グループへの参加」であった。それまでは、初診後に処遇方針が出てから療育グループへとつなげていくシステムであったのだが、初診予約受付時に処遇方針を待たず「まずは療育グループへ来てもらう」こととした。

この方法によって、「診断はないものの支援が必要な子ども（鳥居，2010）」への早期対応が実現した。しかしながら、2歳児療育グループの受け入れ人数がその必要性に関わらず急増していき、療育の頻度保障にも影響が出始める結果となった。

一方、初診予約枠の増設や実施方法の見直しにまでは至らず、待機長期化には歯止めがからなかった。さらに、療育グループへ参加している保護者の中には、初診予約待機中に受診への意欲・期待が低下してしまいキャンセルをしたり、予約時の子どもの状況と初診時の子どもの状況とが大きく変化し、主訴が解消されているといった新たな問題が生じることとなった。これは、子どもへの支援の必要性和保護者の支援ニーズとのずれを意味し、早期発見・早期支援の弊害となる事態でもあった。以下にこの間の変遷を示す。

- ・2007年～ 予約希望者急増
- ・2008年～ 初診受診前（待機中）に療育グループへ参加
- ・2013年 予約待機期間が6カ月となる <初診数450件>

「センター」の方針

『「早期療育」「気になる段階からの支援」を大切に』
低年齢の子には「診断より支援を」

3. 初診システムの見直しから計画・実施、そして見直しへ

（2014年度～）

その後も療育を必要とする児へのタイムリーな支援を保障するために、幾度となく検討を重ね、1歳児を対象とした臨時初診枠を設置する等、「早期対応・早期支援」の保障のため試行錯誤を繰り返した。

これと併行して、予約待機解消への積極的な策として、また本当に早期支援が必要な子どもの利用を保障するために、「予約枠を1カ月ごとに区切る」方式も導入した。毎月の予約開始日を決め、その日から該当月の予約電話を受ける。1カ月分の予約枠が埋まった時点で受付を中止する。次月の予約開始日までは、受付を行わないというやり方である。この方法によって、目に見える待機数は減少した。しかしながら、潜在的な待機は存続しており、一時的な対応に過ぎなかったといえる。ただし、この対応は次策へとつながる必要な処置でもあり、まずは待機期間を短縮化することが喫緊の課題であった。2014～2016

年度は、見直しを繰り返した期間であった。

この試行錯誤の過程は、療育グループでの保護者支援の重要性を再認識する結果へとつながることとなった。保護者の多くは子どもへの治療的な対応を求めて療育グループへ参加してくる。ところが、スタッフや他の参加者とともに過ごすうちに、「子どもへの具体的な関わりを十分に知ることができたり、子どもの成長を色々な側面において実感できたりするようになり（前田・新井・井上ら，2009）」、その心情に変化が生じることが少なくない。療育グループは、どの親子にとっても安心できる居場所となり、早期療育へのハードルを下げ、次なる支援への繋ぎの場としての機能も担っていたといえる。

しかしながら、ここでまた新たな問題が浮上したのである。初診を経ずに療育グループへ参加するため、保護者は療育への参加という構えが取れず、その動機が曖昧になっていった（療育グループのサロン化）。参加を希望する保護者から、「友だちが行っているから自分も行きたい」という声さえ聞くようになった。

待機期間の短縮化、そして「必要な子どもが必要な支援を、適切な時期に受けられる」を方針として実施した策が、初診予約という次の支援への入り口の弊害となるという予想外の問題に行き当たったのである。さらに、初診件数が増加したことで、その後の支援（継続発達相談、リハビリ等）、そして療育グループの受け入れ人数が許容量を超えて溢れるという現象も起こった。結局、初診（早期発見）後の受け皿（早期支援）がない状態に陥ることとなり、さらなる見直しを迫られることとなった。この状況を如何に打破していったのだろうか。以下、この間の変遷を簡潔にまとめたうえで後述する。

- ・2014年 * 予約待機解消のため臨時初診予約枠；1歳児限定初診予約枠を設定
（早めに初診を行いその後療育グループにてフォローを開始）

＜初診数475＞

「センター」の方針

『早期対応・早期療育を大切に』

『初診・継続相談の在り方について～システム再構築』

- ・2015年 * 1歳児限定初診予約枠（1歳児は初診予約をせずに療育グループの利用を開始するシステムの導入）
* 初診予約方法の見直し：初診予約枠を1カ月ごとに区切って受け付けた。 <初診数385（表面的には減少）>

「センター」の方針

「必要な子どもが必要な支援を、適切な時期に受けられる」

「早期療育・気になる段階からの支援≠初診」

- ・2016年 * 1・2歳児は初診予約をせずに療育グループの利用を開始
療育グループで保護者支援をしつつ初診予約につなげる。

＜初診数400＞

4. 保護者の気づきを早期支援へつなげるための方法

予約待機解消の具体策を模索する過程で、療育グループでの保護者支援の重要性を再認識したことは、「センター」が変わらず持ち続けてきた「早期対応・早期療育」が、必ずしも医学的な診断と直結するものではないという新たな視点を提供したといえる。保護者のニーズから生まれた「診断を受けているか否かに関わらず、気づきから早期に療育を受けられるシステム（前田・新井・井上，2009）」、「障害の有無に関わらない早期支援の勧め（大谷・奇，2019）」の実現可能性を改めて身近な課題として認識することとなった。

「センター」を利用する保護者の抱く障害への不安、特に発達障害を疑う両親、特性のある子どもに特化した新たなサポートシステムの構築が急務となるなか、「受付初診；療育グループへの参加を勧めるための診断を目的としない初診（外園，2021）」が2017年度から本格実施されることとなった。このシステムは、「1・2歳児は診断よりも支援が大切」との方針のもと、医師との相談で保護者が療育グループへ参加するための動機づけをして、早期支援につなげるものであった。以下に示す通り、これは翌年の「1・2歳児への早期支援システムの見直し」へと繋がっていった。

- ・2017年 *「受付初診」スタート（未就園児の療育グループ利用開始のため初診を簡素化した「簡単初診」を実施。なお、既就園児については一般初診で対応した。 <初診数461>
- ・2018年 方針「1・2歳児初診（改名）」（就園の有無に関係なく1・2歳児には診断よりも相談や支援が大切） <初診数424>

以下、2017年度より本格実施された「受付初診」受診者の一部データを集計し、地域療育センターに求められる早期支援の新たな役割を検討する。

5. 研究内容

【集計方法】

2017年度1年間の受付初診全数211ケースのうち、2歳児は133ケースであった。そのうち転出等の16ケースを除き、追跡可能であったケース（年長まで継続して「センター」を利用）115ケース（以下、115とする）を分析対象とした

集計の資料として、「センター」で使用している問診表と診察・発達相談に関わる記録より研究目的に関する項目を抜粋して後方視的に検討した。

【結果】

まず、2017年度の初診内訳を表1に示した。2017年度的全初診数461のうち、一般初診（年少～年長）は202（44%）、1・2歳児の初診は221（48%）、合診（未歩行のため小児科と整形外科の合同初診）は38（8%）となっている。1・2歳児の初診221のうち211が受付初診であったことから、そのニーズの高さがうかがえる。

表2から、受付初診115のうち76（66.1%）が療育グループへ参加していたことがわかる。

表1 2017年度初診数内訳

一般初診（年少児～年長児）	202	44%
1・2歳児の初診（一般初診含む）	221	48%
合診（未歩行・小児科＋整形外科）	38	8%
合計	461	

表2 療育グループ参加の有無（人数）

参加	76	66.1%
不参加	3	2.6%
処遇なし	36	31.3%
合計	115	

表3は、「受付初診（療育グループへの参加を勧めるための診断を目的としない初診）」後に、医師の診察を受けたか否かを示した再診数であり、68が「再診あり」の結果であった。さらに表4は、再診受診時の学年齢を集計したものであり、2歳児時点の再診数は29（43%）となっており、療育グループへの参加は継続しつつも再診予約には至らなかった数が半数以上であったことがわかる。

表3 1・2歳児初診再診の有無（人数）

あり	68	59.1%
なし	47	40.9%
合計	115	

表4 初回再診受診時学年齢内訳（人数）

5歳児	10	15%
4歳児	9	13%
3歳児	20	29%
2歳児	29	43%
1歳児	0	0%
0歳児	0	0%
合計	68	

再診受診の理由として最も多かったのは、保護者自身の希望であり、進路のための再診と合わせると、勧奨（発達相談や療育グループのスタッフからの勧め）を上回り59%であった（表5）。これらの結果から、早期対応へのニーズは早期診断へのニーズを意味するわけではないこと。診断告知の有無に関わらず、早期から療育グループへ継続的に参加することが、保護者にとっての適切な時期の診断・告知（早期発見）へつながり、早期療育へのハードルを下げる。また支援をベースにした早期発見という新たな支援の可能性が示されたといえるだろう。

表5 初回再診の理由（人数）

保護者希望	32	47%
推奨	28	41%
手帳	0	0%
進路	8	12%
合計	68	

表6は、継続発達相談利用数を示したものである。「センター」の特色のひとつとして、初診から就学までの継続相談があり、就園や就学に関わる相談だけでなく、子どもの特性に合わせた育児の情報提供や保護者の漠然とした不安を整理し、必要に応じて医師の再診を勧奨する等の支援を行っている。受付初診115のうち107（93%）が継続相談を利用していることがわかる。さらに表7は、再診受診数68（表3）が再診までに利用した発達相談の回数を示したものである。再診受診者68すべてが再診までに少なくとも1回は発達相談を利用していたことがわかる。療育グループの参加と併せて発達相談が保護者支援、早期発見（障害の受容）へのつなぎの場としても機能していることが示されたといえる。さらに、診断・告知後も継続して発達相談を利用した数を調べると、68全数であることがわかった。このことから、保護者の早期対応へのニーズが診断・告知だけにとどまらないことが推測された。

表6 全発達相談回数（人数）

0回	8	7.0%
1回	21	18.3%
2回	20	17.4%
3回	20	17.4%
4回	14	12.2%
5回	14	12.2%
6回	8	7.0%
7回以上	10	8.7%
合計	115	

表7 再診までに利用した発達相談の回数（人数）

1回	32	47%
2回	16	24%
3回	12	18%
4回	5	7%
5回	1	1%
6回	2	3%
合計	68	

6. 考察・まとめ

療育センターとしての機能は、障害の早期発見（診断・告知）が基本機能であることは疑う余地のない事実であり、確定診断・診断告知の適切な時期については、児童精神科医

や小児科医等の見解が待たれるところである。

しかし、少なくとも本調査の結果は、診断をゴールとするのではない（大谷・奇，2019）、支援につなげるための告知のタイミングについてさらなる検討の必要性を示したといえる。

発達障害児が早期支援の対象となってからおよそ15年が経過した2020年度南部地域療育センター事業概要を見ると、「相談内容も発達障害に関連するものが多くなってきた」とある。「センター」は、そうしたニーズに応じる形で、「気になる段階からの支援」を主眼におき、早期対応のシステムを構築してきた。「早期に相談や発達支援を受けることのできる場が整備、拡充されることは、利用者にとっての精神的な安定につながる（石川，1999）」との報告にある通り、「センター」は支援を求める家庭にとってより身近な場へと変容していったといえる。「就園の有無に関係なく1・2歳児には診断よりも相談や支援が大切」との方針のもと、発達障害の特性に特化した早期支援から早期診断への新たなシステムを構築した。

しかし、「気になる段階からの支援」に付随して、支援の長期化が懸念される問題となった。これは、療育センターの受け入れ可能件数に直結する問題であり、支援の長期化が支援システムの機能不全を招きかねないのである。さらに「気になる段階からの支援」には、「早期療育」の二面性という問題もある。早期にセンターへ繋がった保護者の中には、「大丈夫」と言われたい、あるいは「何かあるなら早くしたいという」相反する思いが併存している。特に、発達障害の疑いのある子どもは、育ちの中でその状況が変化することも少なくなく、子どもの問題が単なる個人差なのか、発達の特性によるものなのかを判断するには一定の時間を要する。早期に療育センターへとつながったことが、「わが子の育ち」への育児方法ではなく、「発達障害の〇〇くん」の育ちへの対応方法を求めることになってしまうことがある。子どもの気になる症状を無くしたい、能力を伸ばしたいという思いが先行し、「専門家でなければ発達障害の〇〇くん（わが子）の育児はできない」という思いを抱きかねないのである。近年、デイサービス（児童発達支援事業所）が拡充され、その「専門性」という言葉に頼りすぎてしまうケースも少なくない。センターの早期支援には、保護者の子育てを支援する観点も求められているのである。

近年国内の障害児支援体制は、診断を受けるか否かにかかわらず、早期に対応できるシステムの構築が進められてきた。「障害か否かではなく、発達に関する支援を必要とする子どもか否かで療育が考えられるようになり、とくに3歳未満の時期の療育が重視されてきた（近藤，2011）」。1・2歳児を対象にした受付初診は、まさにこれを実現したシステムであるといえる。

障害の有無に関わらず、日々子育てに向き合う保護者は、目の前の我が子が、「なぜそういう行動をするのか?」、「どういった対応をすればよいのか?」と、子育てのコツや手立てを知りたいと思うであろう。そして、日々の子育てと向き合う保護者の声を直接聞く立場にある発達相談や療育グループの担当者は、保護者の心情が必ずしも早期診断と直結

していないことを実感してきた。障害の受容以前に、わが子を受容する。そのために、必要な子どもに必要な時期に療育が保障されること。また、その過程で保護者が子どもの変化や対応の仕方を学びながら、ゆっくりと親になることを保障する。これは、早期療育・早期支援の新たな役割だといえるだろう。

子どもの発達支援をしつつ、保護者の子育てに寄り添い、子育てに手ごたえを感じてもらえるような支援が求められているといえるのではないだろうか。

謝辞 本研究は名古屋キリスト教社会館福祉研究所の助成を受けて、2021～2022年度の2年計画で実施したものである。なお本研究報告は、臨床発達心理士第15回全国大会の発表論集に加筆・修正を加えたものである。研究発表、そして本稿への掲載へご理解・ご了承をいただきましたことに深く御礼申し上げます。

引用文献

- ・石川道子. (1999). ライフサイクルと発達援助. 杉山登志郎・辻井正次編. 高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症—. ブレーン出版.
- ・瀬早百合. (2011). 障害のある乳幼児をもつ母親の変容プロセス—早期の段階における4つのストーリー—. 社会福祉学, 52 (2), pp.67-79.
- ・大谷信恵・奇恵英. (2019). 発達障害の早期発見を早期支援につなぐために—親の視点から理解する—. 福岡女学院大学大学院臨床心理学紀要, 16, pp.11-23.
- ・近藤直子. (2011). 人生の根っこを育てる—障害児の保育と保育所・幼稚園の役割. 現代と保育, 81, pp.6-25.
- ・谷合弘子・鷺見聡・宮地泰士・浅井朋子・今枝正行. (2016). 名古屋市の療育センターにおける発達障害児数の動向—1998年度から2012年度までの推移—. 小児の精神と神経, 55 (4), pp.325-333.
- ・鳥居深雪. (2010). 子どもはみな子ども：子どもの立場に立った早期支援の重要性. コミュニケーション障害学, 27 (1), pp.56-60.
- ・外園芳美. (2021). そよ風の所長に就任して一年たちました. しゃかいかん. 社会福祉法人名古屋キリスト教社会館. 第125号.
- ・前田明日香・新井庸子・井上洋平・張鋭・荒木美和子・荒木穂積・竹内謙彰. (2009). 自閉症スペクトラム児と親の支援に関する調査研究—親のアンケート調査から—. 立命館人間科学研究, 19, pp.29-41.
- ・三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. (2019). 名古屋子ども発達支援体制のあり方に係る調査報告書—早期子ども発達支援体制についての提言—. 愛知県立大学生涯発達研究所監修.