

保育所等訪問支援の概要

事業の概要

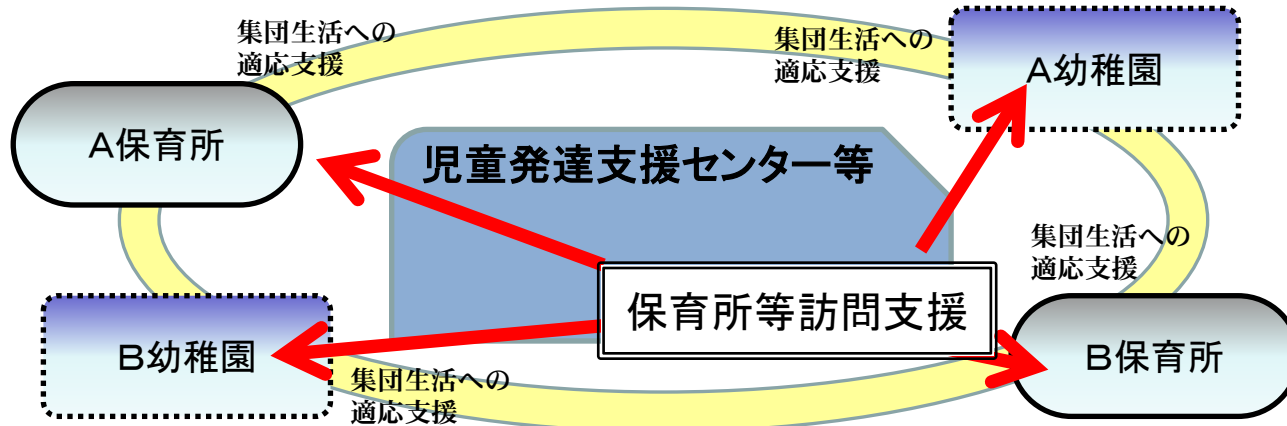
- 保育所等を現在利用中の障害児、又は今後利用する予定の障害児が、保育所等における集団生活の適応のための専門的な支援を必要とする場合に、訪問支援を実施することにより、保育所等の安定した利用を促進。

対象児童

保育所や、児童が集団生活を営む施設に通う障害児
*「集団生活への適応度」から支援の必要性を判断
*発達障害児、その他の気になる児童を対象

個別給付のため障害受容が必要

相談支援事業や、スタッフ支援を行う障害児等療育支援事業等の役割が重要



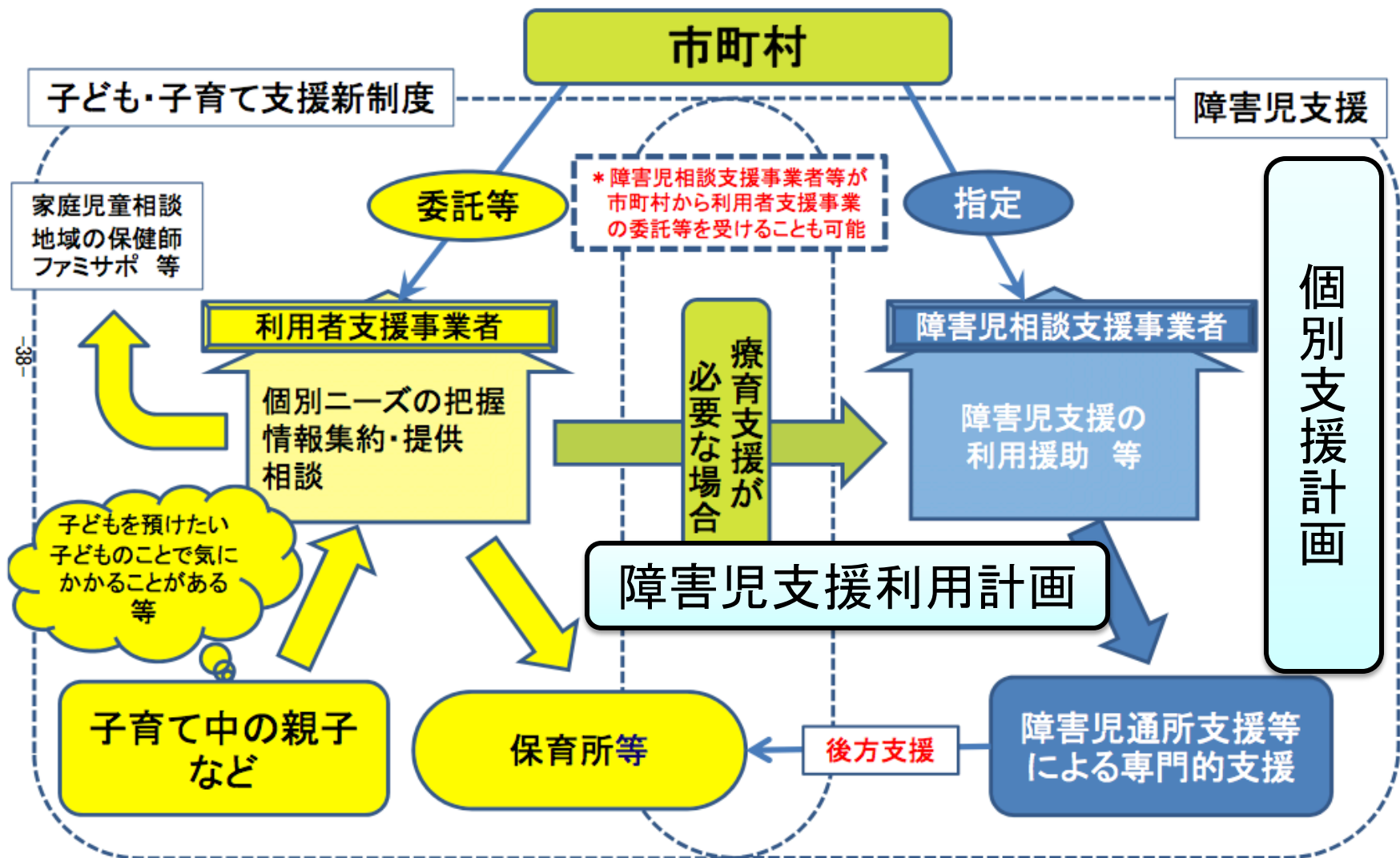
訪問先の範囲

- 保育所、幼稚園、認定こども園
- 小学校、特別支援学校
- その他児童が集団生活を営む施設として、地方自治体が認めたもの

提供するサービス

- ◆ 障害児が集団生活を営む施設を訪問し、当該施設における障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援等
 - ①障害児本人に対する支援(集団生活適応のための訓練等)
 - ②訪問先施設のスタッフに対する支援(支援方法等の指導等)
- ◆ 支援は2週に1回程度を目安。障害児の状況、時期によって頻度は変化。
- ◆ 訪問支援員は、障害児施設で障害児に対する指導経験のある児童指導員・保育士(障害の特性に応じ専門的な支援が必要な場合は、専門職)を想定。

障害児相談支援と子ども・子育て支援新制度「利用者支援事業」の連携の推進(イメージ)



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(概要)

(平成24年4月18日付厚生労働省社会・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通知)

◆ 趣旨

学校と障害児通所支援を提供する事業所や障害児入所施設、居宅サービスを提供する事業所(以下「障害児通所支援事業所等」という。)が緊密な連携を図るとともに、学校等で作成する個別の教育支援計画及び個別の指導計画(以下「個別の教育支援計画等」という。)と障害児相談支援事業所で作成する障害児支援利用計画及び障害児通所支援事業所等で作成する個別支援計画(以下「障害児支援利用計画等」という。)が、個人情報に留意しつつ連携していくことが望ましい。

◆ 留意事項

障害児支援利用計画



個別の教育支援計画

1 相談支援

障害児支援利用計画等の作成を担当する相談支援事業所と個別の教育支援計画等の作成を担当する学校等が密接に連絡調整を行い、就学前の福祉サービス利用から就学への移行、学齢期に利用する福祉サービスとの連携、さらには学校卒業に当たって地域生活に向けた福祉サービス利用への移行が円滑に進むよう、保護者の了解を得つつ、特段の配慮をお願いする。

2 障害児支援の強化

(1) 保育所等訪問支援の創設

このサービスが効果的に行われるためには、保育所等訪問支援の訪問先施設の理解と協力が不可欠であり、該当する障害児の状況の把握や支援方法等について、訪問先施設と保育所等訪問支援事業所、保護者との間で情報共有するとともに、十分調整した上で、必要な対応がなされるよう配慮をお願いする。

(2) 個別支援計画の作成

個別支援計画



個別の指導計画

障害児通所支援事業所等の児童発達支援管理責任者と教員等が連携し、障害児通所支援等における**個別支援計画**と学校における**個別の教育支援計画**等との連携を**保護者の了解**を得つつ確保し、相乗的な効果が得られるよう、必要な配慮をお願いする。

同意書をもらう

放課後等デイサービスの概要

概要

授業の終了後又は学校の休業日に、児童発達支援センターその他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他の便宜を供与する（児童福祉法第6条の2の2第4項）。

対象児童

- 学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園及び大学を除く。）に就学している障害児。
- * 引き続き、放課後等デイサービスを受けなければその福祉を損なうおそれがあると認めるときは満20歳に達するまで利用することが可能

配置基準

- 指導員又は保育士 10:2以上
- 児童発達支援管理責任者 1人以上
- 管理者

事業所数 5,511（国保連データ平成26年12月実績）

利用者数 92,437（国保連データ平成26年12月実績）

提供する支援 （放課後等デイサービスガイドラインに明記）

- 子ども一人ひとりの放課後等デイサービス計画に沿って、下記の基本活動を複数組み合わせ合わせて支援を行う
 - ① 自立支援と日常生活の充実のための活動
 - ② 創作的活動
 - ③ 地域交流の機会の提供
 - ④ 余暇の提供
- 学校との連携・協働による支援

A特別支援学校

D特別支援学校

放課後等
デイサービス事業所

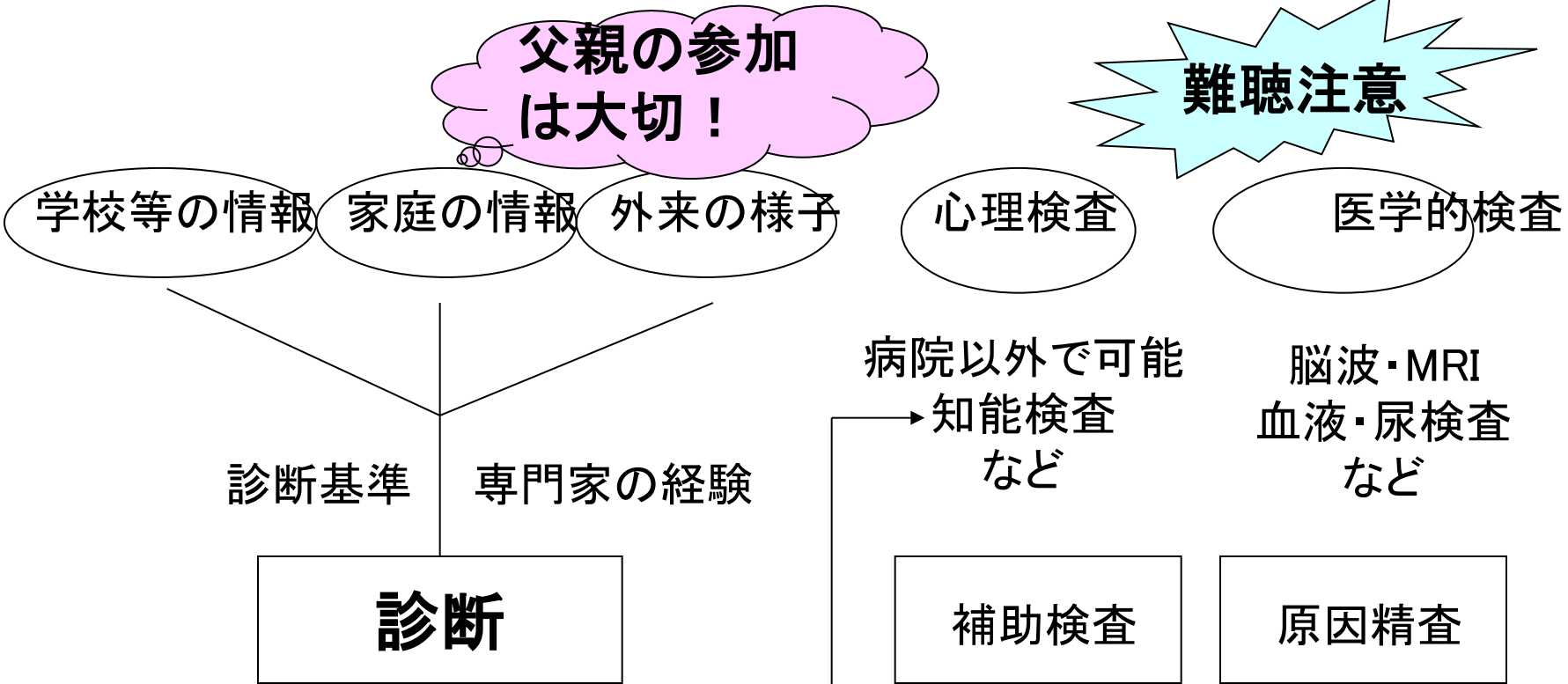
○居宅又は学校と事業所間の送迎

B小学校

C中学校

診断と告知

医療機関で行っていること -1- 診断の流れ



診断の時期：

初診時に伝える場合と、
諸検査を終了してから 2～3ヶ月後 の場合があります。
但し、児の特徴とその関わり方については、基本的に
早期から伝えるようにしています。

心身障害児総合医療療育センターの場合

小児の心と行動の多軸的診断法 1

Axis 1: 精神医学的臨床診断(資料 を参照)

Axis 2: 心理学的発達障害(言語発達障害、特殊な学習障害など)

Axis 3: 知的レベル(正常、境界、軽度・中等度・重度・最重度 知的障害)

Axis 4: 身体医学的状态(喘息、てんかん、身体障害、など)

小児の心と行動の多軸的診断法 2

Axis 5: 異常行動に関連した心理社会的状況:

異常な家族関係(夫婦不和など)親の精神、身体の異常、子育ての異常(過保護、過剰期待など、異常な環境(孤立した家庭、施設入所など)、突然のLife Event(親の死、入院、自信を失う出来事など、恐怖の出来事)、社会的差別、学校や社会生活に於ける慢性的なストレス(いじめ)、自己の身体的障害から起こるストレスなど

Axis 6: 心理社会的障害度

社会的機能の障害(ほとんどなし、軽度、中等度、重症、最重度)

本人の特性とニーズを知る

心理・発達検査は、認知特性・知能水準を知る手段

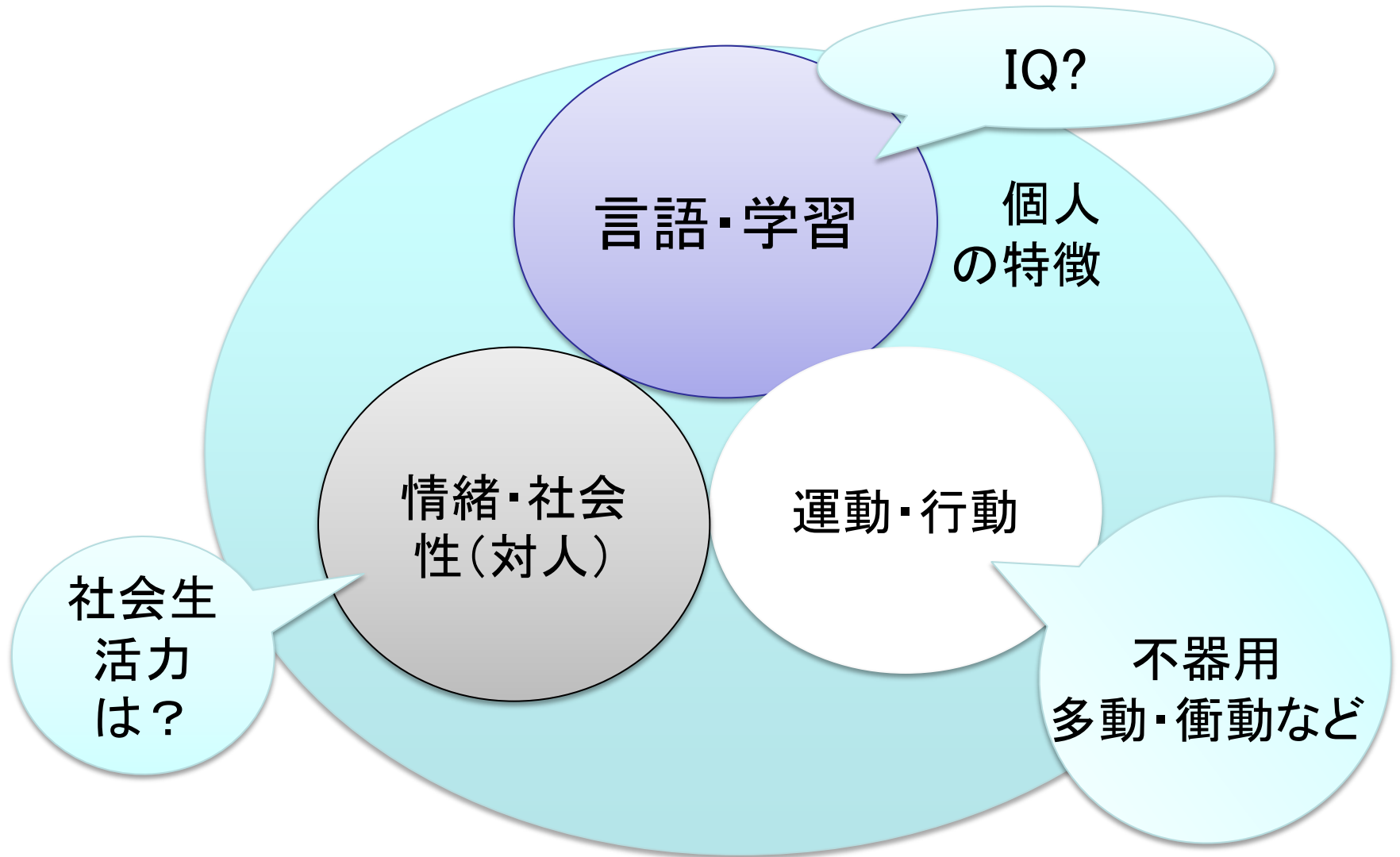


表1 「発達障害児の早期発見」に利用される 主なスクリーニング質問紙・調査表

○ 乳幼児に対する健康調査(問診・相談票 3,4ヶ月、1歳6ヶ月、3歳児健診)(乳幼児に対する健康調査について 平成10年4月8日児母第29号 厚生省児童家庭局母子保健課長通知)

○ 日本語版 M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) 自閉症スペクトラム障害のためのスクリーニング (当日配布)

PARS/PARS-TR(親面接式自閉スペクトラム症評定尺度/改訂版) (当日配布)

○ 日本語版 子どもの強さと困難さアンケート (SDQ : Strength and Difficulties) 英国圏で主に用いられているもので、(攻撃的)行為、多動、情緒、仲間関係、社会性の5項目、計25項目からなる(保護者向け、担任向けがある)

○ 子どもの行動調査表(2-3,6-18歳用) CBCL (Child Behavior Check-List)

内向性、外向性項目に下位項目が解れ、さらにそれを引きこもり、身体的訴え、不安、社会性、思考の問題、注意の問題、非行、攻撃性の8項目、計113項目からなり世界60カ国以上の言語に翻訳され汎用されている。

○ LD、ADHD、高機能自閉症の気づきのためのチェックリスト

1【学習面に関する困難を調べる項目(LD関係)】

2【行動面に関する困難を調べる項目(ADHD関係)ADHD-RS】

3【行動面に関する困難を調べる項目(高機能自閉症関係)ASSQ】

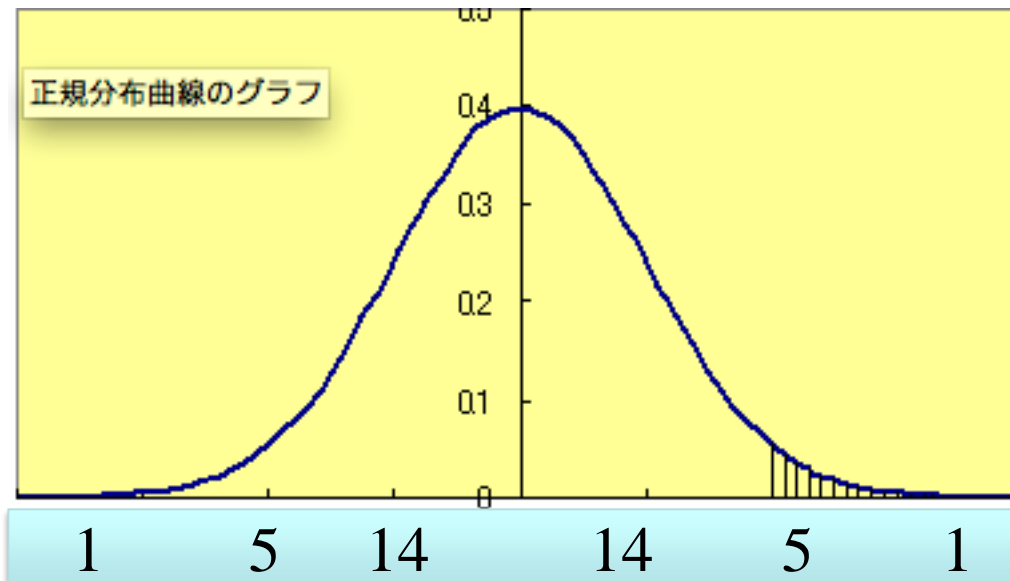
知能指数(偏差知能指数)は正規分布で相対評価

平均:100 標準偏差:15 100人

IQ:85-115:平均知能(34.1x2%) 70人

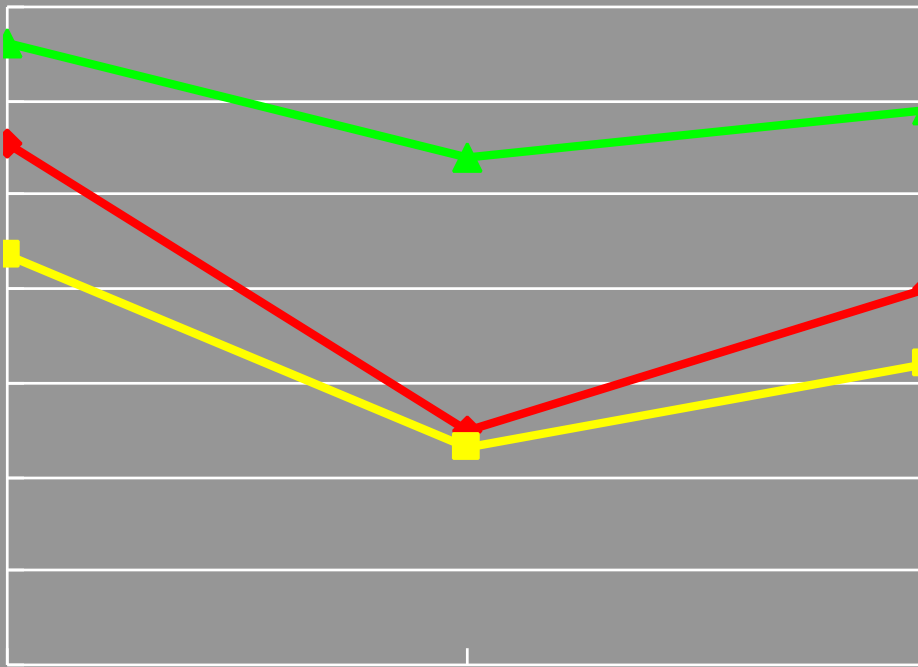
IQ: 70-85:境界知能(13.6x2%) 13人

IQ<70 知的能力障害(2.14x2%) 2人



40人学級

発達特徴：WISC-III



注意欠陥多動性障害の症状 (診断基準一部改変)

不注意

- ・活動で綿密な注意ができない
- ・活動で注意を持続できない
- ・話しかけられてきいていないよう
- ・活動を順序だてられない
- ・指示に従えず義務をやりとげられない
- ・必要なものをなくす
- ・精神努力を要する課題を避ける
- ・外からの刺激で注意をそらされる
- ・日々の活動で忘れっぽい

多動

- ・手足をそわそわ動かす
- ・教室などで席を離れる
- ・余計に走り回る・よじ登る
- ・静かに遊べない
- ・じっとしてられない
- ・しゃべりすぎる

衝動

- ・質問が終わる前に答え始める
- ・順番を待つのが困難
- ・他人をさえぎり邪魔する
(会話に干渉)

別紙資料参照(チェックリスト)

ADHDと鑑別が困難な被虐待児

全般性不安障害 (GAD)

- A. (仕事や学業などの) 多数の出来事、または活動についての過剰な不安と心配(予期憂慮)
- B. 心配を制御することが難しいと感じている
- C. 下記の症状を伴っている
(こどもは1つ以上)
 - 1. 落ち着きのなさ、または緊張感、過敏
 - 2. 疲労しやすい
 - 3. 集中困難
 - 4. 易怒性
 - 5. 筋肉の緊張
 - 6. 睡眠障害

外傷後ストレス障害 (PTSD)

- A. 死ぬ、または重症を負うような出来事の体験、目撃その人の反応は強い恐怖、無力感(まとまりない興奮)
- B. 外傷的な出来事の反復的な苦痛な再体験(思考、夢、錯覚、類似場面での心理的苦痛、生理学的反応)
- C. 外傷に関連した刺激の持続的回避と全般的反応性の麻痺
- D. 持続的な覚醒亢進状態
 - 1. 睡眠障害
 - 2. 易怒性または怒りの爆発
 - 3. 集中困難
 - 4. 過度な警戒心
 - 5. 過剰な驚愕反応

広汎性発達障害と鑑別が困難な被虐待児

反応性愛着障害

A.5歳以前にはじまり、ほとんどの状況において著しく障害され十分に発達していない対人関係で(1)または(2)を示す。

(1)対人的相互反応のほとんどで、発達的に適切な形で開始したり反応したりできないことが持続しており、それは過度に抑制された、非常に警戒した、または非常に両価的で矛盾した反応という形で明らかになる。

(例:世話人に接近,回避などの混合で反応する)

(2)拡散した愛着で、それは適切に選択的な愛着を示す能力の著しい欠如を伴う無分別な社交性という形で明らかになる

(例:過度な慣れ慣れしさ)

B.Aは発達の遅れで説明できず、広汎性発達障害の診断基準も満たさない。

C.以下の少なくとも1つによって示される病的な養育

(1)安楽、刺激、愛着に対する子どもの基本的な情緒的欲求の持続的無視

(2)こどもの基本的な身体欲求の無視

(3)主要な世話人が繰り返し変わることによる、安定した愛着形成の障害

D.CがAの原因だと考えられる。

障害(特性)の告知 1

- ・ 「告知」は、本人自らの感性や能力を認識する、「自分の特性を知る機会」
- ・ 告知者は、特性や予後などその障害に精通しており、専門の医師や関係者が適す(親と調整必要)。
- ・ わかりやすく具体的に説明し、本人の疑問に答えられる対話を心掛ける。
- ・ 肯定的な自己イメージが出来るよう伝える。
- ・ 伝える時期と伝え方は個々に異なる。本人の発達特性、精神心理的状态(自尊感情の状態など)や言語、対人関係や社会性の発達状況、保護者の障害の理解や受容の状態、そして家族の背景などを考慮する。

ASDへの介入・支援の原則

- ①正しい診断と説明(ガイダンス) (本人・家族)
- ②ASD 特性と将来を見据えた**現実的な療育提案**
(特性に配慮しないx**成せば成る型**の目標は、二次障害を引き起こしかねない)
- ③構造化(スケジュール化)視覚化(見える化)
(心づもりをさせ、不安を減らす)
- ④強み(良いところ・長所)・動機を伸ばすこと
- ⑤合併・併存する精神心理的問題について説明
(現在・将来、薬物治療の可能性)
- ⑥個別のカウンセリング(指示・支持的具体的支援)
(不安・ストレス除去へ、x**非指示的・洞察を促すような精神・心理療法向かない**)
- ⑦家族支援・環境調整(ケースワーク)
(ASD特性のある家族への配慮)
- ⑧福祉の利用・ペレントメンタなど家族会の紹介など)

障害の受容のモデルと支援(親の受容過程を念頭に置く)

「発達障害」への親の理解受容は時間がかかるもの！

● 障害受容のモデル(Drotar)先天性障害を持った親の障害受容

① ショック ② 障害否認 ③ 悲しみ・怒り・不安 ④ 適応 ⑤ 再起

(外部からの強いストレスに対し、人間の精神心理的反応行動として起こる順応行動(Coping Behavior)の過程)

- ・「対象喪失感情」自分の描いた人生シミュレーションの喪失
- ・障害を持った子どもの養育は健常児よりはるかに困難である。
- ・親は、「受容」過程を単純に辿るわけではなく、子どものライフステージ毎に、受容と落胆、不安を繰り返す(中田)。

- ・同胞を含む家族への支援・援助が子どもの発達に影響する。

● 養育者は孤立しやすい「障害児は社会が育てるもの」という意識のもと「カウンセリングマインド」をもった関わりが必要である。

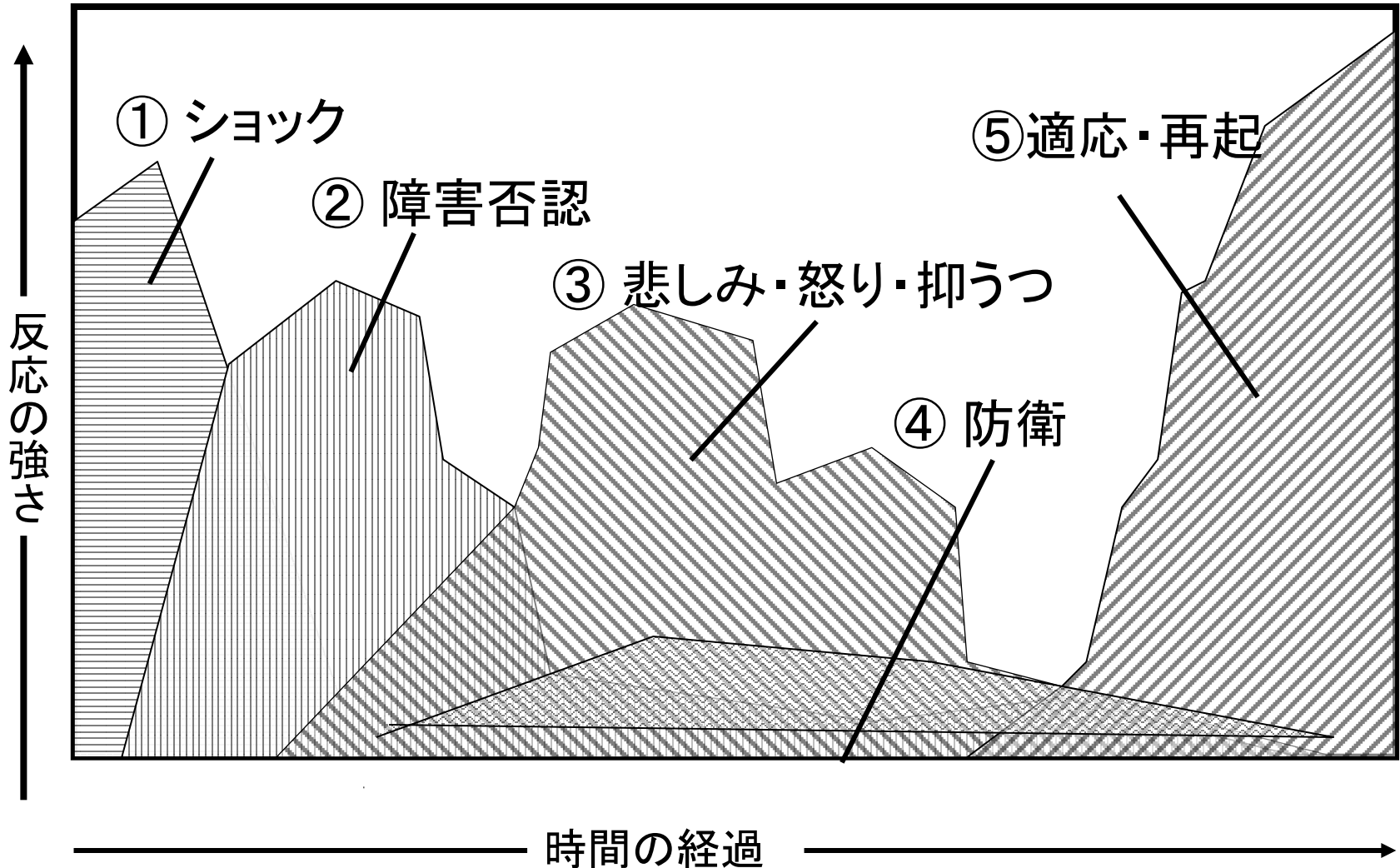
- ・一般より2倍リスクの高い障害児の「虐待」予防にも有効。

● 遺伝的素因で親子で似た特性を持っていることもまれではない

- ・具体的な表現、口頭でなく文書や視覚化した説明など工夫を！

障害の受容のモデル

「障害」への親の理解受容は**時間がかかるもの**
支援において、親の受容過程を念頭に置く



気になる子・グレーゾーンの子への対応

(手だては小学校低学年までが有効性が高い)

● 療育型支援(療育モデル・医学モデル)障害が明らかな場合

・子ども発達センター、療育機関など

- 環境調整： 親支援、保育所・幼稚園、学校等へのアドバイス、連携
- ソーシャルスキルトレーニング (学校・療育機関 夏合宿など)
- ペアレントトレーニング(就学前から低学年ごろまで)
- 心理療法 カウンセリング(児の心理的二次障害の対応、親支援)
- 作業療法 感覚統合療法(視覚認知課題、上肢操作課題など)
- 薬物療法

● 子育て支援型支援(育児支援モデル・社会モデル)

・健康福祉、保健センター (育児相談 発達相談)

・保育園、幼稚園など(育児相談)

・子ども家庭支援センター(育児相談)

・教育センター、相談所 (発達相談・教育相談)

・子ども発達支援センター(発達相談、子育て教室など)

■ ペアレントトレーニング(就学前から低学年ごろまで) など

● 家族支援

・療育機関への紹介

・親の会紹介(ペアレントメンタなど)

EBMに基づく薬剤治療 ADHD

● **中枢刺激薬 (STIMULANTS)** (ドーパミン(DA)刺激) 6歳～18歳

メチルフェニデート(リタリン:2007/12使用中止)

コンサータOROS-MPH錠 (18mg、27mg) max 54mg (2007/12～)
年齢18以後も継続可(2011/9～)

成人ADHD承認(2013/12～)

● **選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害薬**

アトモキセチン(ストラテラ) 0.5mg/kg ~ 漸増 max 1.8 mg/kg
(2009/6～) (ノルアドレナリン(NA)調整) 6歳～18歳

年齢18以後も継続可(2010/12～)

成人ADHD承認(2012/8～)

● **その他の薬剤** ※本邦未承認・適応外

フルボキサシン(SSRI: セロトニン調整) 目安0.5-2mg/kg/日

リスペリドン、オランザピン、アリピプラゾール (ドーパミン・セロトニン調整)

バルプロ酸Na(デパケン、セレニカRなど)

カルバマゼピン(テグレトールなど)

クロニジン(カタプレスなど) 抑肝散: 5.0-7.5g/日

重症度に応じた薬物療法の選択基準

齋藤万比古ほか編:「第3版 注意欠如・多動性障害 -ADHD-の診断・治療ガイドライン」

ADHDの確定診断

GAF値:61以上
散発的・限局的問題

基本的に心理社会的な治療・支援のみで対応し、薬物療法は特殊なケースに対して例外的に実施するだけとする

GAF値:51~60
中等度の症状

心理社会的な治療・支援をまず行ったうえで、不適応状態が数ヶ月間不変あるいは悪化するような場合には、薬物療法を検討する

GAF値:50以下
持続的で重大な問題

積極的に薬物療法を検討し、併せて心理社会的な治療・支援を組み合わせる

* GAF (Global Assessment of Functioning) scale :

機能の全体的評価尺度。心理社会的機能の良好さを1~100点で評価し、得点が高いほど重症度は軽く高機能を表す。

「ストラテラ®カプセル 5mg,10mg,25mg 適正使用ガイド」より作成

GAF(機能の全体的評定)尺度①

100-91

広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。

90-81

症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。

80-71

症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。

70-61

いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。

60-51

中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。

50-41

重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。

GAF(機能の全体的評定)尺度②

40-31

現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。

30-21

行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床に横たっている、仕事も家庭も友達もない)。

20-11

自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、または、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。

10-1

自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。

0

情報不十分

PDDの行動障害などへの薬物療法について

- ① 中核症状である、社会性、コミュニケーションの障害への改善治療薬はない。
- ② PDD児・者が、自律的に教育や心理社会的な支援に取り組めるように、その阻害要因となる行動上の問題（問題行動）を軽減することが目標となる。
- ③ 問題行動とは、ADHD症状（不注意、多動）、儀式的・強迫的行動、精神興奮（癩癢やパニック）、自傷、他害、睡眠障害などである。