

障害児への組織的対応としての地域支援の あり方についての一考察

榊原 剛

A Study on Community-Care as the Organizational Support for Disabled Children

Takeshi SAKAKIBARA

1. 諸 言

2006年の国連総会において採択された「障害者権利条約」を、我が国は2014年に批准・発効した。そこに向けてはさまざまな国内法の整備（障害者基本法改正、障害者総合支援法制定、障害者差別解消法制定、学校教育法施行令改正など）や議論が重ねられてきた。これら一連の取り組みは、現代社会の重要課題のひとつである「共生社会の実現」を目指すものである。共生社会とは、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合い、人々の多様な在り方を相互に認め合える全員参加型の社会であり、こうしたすべての人が包容（インクルーシブ）される社会の構築を目指していくことは、我が国において最も積極的に取り組むべき重要な課題であるとされている。

共生社会においては、障害（あるいはimpairment）、能力（あるいはdisability）、必要とされる支援（あるいはhandicap）などの有無や高低、大小や多少に関わらず、誰一人として社会的に排除されない。かつては、支援を必要としない「自立（者）」と必要とする「依存（者）」とが対極におかれ、重度障害者や要介護高齢者といった依存状態にある者は、施設や病院等で保護されることがメインストリームであった。つまり、自立できない者（依存状態にある者）は、社会的排除（ソーシャル・エクスクルージョン）の対象だったわけである。それが1970年代以降、ホスピタリズムへの反省、対象増加に対する量的サービスの限界、高齢化による長期療養の問題等に伴うコミュニティ・ケアの台頭を背景として、依存状態への予見と対応を含んだ「自立的依存」や、自己決定権の尊重と社会的結合を目指す「依存的自立」という概念が登場してきた。その結果、自立と依存とはシームレスになり、施設機能等の変容と縮小、それを補完する地域における多様なケアサービスの充実が求められるようになった。また、こうした福祉や保健・医療、さらには介護における支援（ケア）概念の大きな転換を促す社会的進展の一方で、ノーマライゼーション理念を基にした1975年の「障害者の権利宣言」に端を発する、障害者の権利をめぐる一連の世界的潮流（1981年の国際障害者年や1983年からの国連・障害者の十年、1994年のユネスコ・サラマンカ宣言など）のなかで、教育制度においても「分離から統合・インクルーシブへ」という流れが加速していった。共生社会は、こうした福祉・保健・医療・介護、そして教育といった各分野における理念的発展と成熟がもたらした、合理性のある社会的仕組みの一つの到達点である。

しかしながら、共生社会は福祉・保健・医療・介護、そして教育の各分野が有機的に連携し、

各々の理念と実践を統合していく社会構築論としての、その理論的プロセスを提示していかなければ、実現は困難である。

共生社会実現に向けた福祉・保健・医療・介護の連携については、現在は「地域包括ケアシステム」のなかで議論と実践が積み重ねられている。仁木(2015)は、地域包括ケアシステムの源流には、大きく分けて「保健・医療系」と「福祉系」の二つがあることを指摘している。また、小林・市川(2013, 2015)も、地域包括ケアシステムを「医療重視・医師会主導型」と「福祉重視・行政主導型」の二つに分けて検討しているが、2011年の介護保険法改正や、2014年の医療介護総合確保推進法制定等で、おもに福祉と医療とがそれぞれ別々に発展させてきた地域包括ケアシステムが、高齢者の医療介護政策や社会保障制度改革のなかで政策的に統合されてきた。このように、共生社会実現に向けた福祉・保健・医療・介護の連携は、コミュニティ・ケアの方法論として展開されてきている。

これに対して、共生社会実現に向けた教育分野の制度改革は、箱庭的に展開されてきた感がある。2007年からの特別支援教育の実施と、2014年の障害者権利条約の批准・発効に伴うインクルーシブ教育システム構築を目指していく動向において、共生社会の実現に向けた「インクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」が図られてきた。そのなかで、例えば2007年の学校教育法改正において、特別支援学校のセンター的機能が規定されたが、文部科学省(2017)によれば、センター的機能の取り組みの実際として、福祉機関や保健・医療機関とのネットワークを地域支援に活用している特別支援学校は半数程度である。さらに、井上・井澤(2015)は、人口が多い地域の特別支援学校においては、そのセンター的機能による地域支援について、地域の保護者や保育所・幼稚園、保健・福祉機関に十分に周知されていない可能性を示唆しており、学校等(教育)が福祉・保健・医療と連携して地域支援体制を構築しているとは言い難い状況がある。また、教育において「共生社会」とは、目指すべき社会のあり方を示す理念であり、その方法論として、インクルーシブ教育システムの構築があり、人権教育の展開等がある。

このように、福祉・保健・医療・介護の連携による共生社会の実現は、実践的社会構築論によって志向されている。したがって、それはコミュニティ・ケアとしての「『地域』共生(ケア)」という方法論である。一方で、教育の分野における共生社会の実現は、理念的社會構築論によって志向されている。したがって、必ずしも「共生社会」においては「地域」を必要としない。ここに、「共生社会」に対する取り組みとしての、福祉・保健・医療・介護の分野と教育の分野の隔絶がある。しかしながら、近年は教育の分野においても、例えば医療的ケアの課題にみられるように、コミュニティ・ケアに学校等(教育)を積極的に位置づけていきながら、医療的ケア児の教育的ニーズに応えていく地域支援体制の構築が求められている。また、例えば発達障害児の就労や生涯学習の課題にみられるように、特別な教育的ニーズのある幼児・児童・生徒の、学齢期以降までも見据えたQOLの高い地域生活を実現していく支援体制の構築も求められている。

そこで本稿は、特別な教育的ニーズのある幼児・児童・生徒(以下「障害児」という)への組織的対応としてのコミュニティ・ケア(以下「地域支援」という)のあり方についての検討を行なうことを目的とする。第一に、共生社会実現における方法論としての、福祉・保健・医療・介護の連携による地域包括ケアシステムについて概観する。第二に、障害児も含んだ小児等に対応する地域包括ケアシステムのあり方について整理し、福祉・保健・医療と教育の連携について考察する。第三に、学校等(教育)と福祉・保健・医療の関係機関の連携における、

とりわけ特別支援教育コーディネーターが果たす役割について考察し、障害児に対する地域支援のあり方について検討する。

2. 共生社会実現における方法論としての地域包括ケアシステム

我が国の少子高齢化は世界的に類をみないスピードで進行し、高齢化率の急激な上昇、生産労働人口や総出生数の減少等といったさまざまな社会問題が表面化している。2025年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上の後期高齢者となる超高齢社会を迎えることが確実視されるなか、厚生労働省は地域の特性に応じた「地域の包括的な支援・サービス提供体制（いわゆる「地域包括ケアシステム」）の構築を推進している。この「地域包括ケアシステム」は、高齢者の医療と介護、認知症対策などを目的に、福祉・保健・医療・介護サービス関係者と地域住民が連携・協力することで、医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り人生の最期まで住み慣れた地域で過ごすことができるよう、環境や体制の整備を図るものである。

この「地域包括ケアシステム」構築推進の背景には、医療のパラダイムシフトがある。1950年ごろまで、日本人の主な死因は感染症等の外的要因であり、平均寿命は60歳を切っていた。その後の社会と医療の進展により、主な死因は感染症から、がん・心臓病・脳卒中という三大成人病へと移り、平均寿命も徐々に延びていったが、それでも医療の要諦は「延命」にあった。21世紀になり、2007年に超高齢社会に突入するころには、がんによる死亡の半分以上は75歳以上となり、心臓病についても、80歳から90歳代の超高齢期の心不全による死亡が増加していった。2005年の時点で、すでに日本人の3人に2人以上は75歳を過ぎてからの死亡であり、2025年ごろには6人に5人が75歳以上での死亡となることが予測されている。このような疾患構造の変化と平均寿命の延長を背景として、医療においては延命のための「治す医療」から、与えられた寿命を全うするための「支える医療」へと考え方が大きく変化していった。つまり、現代社会における死に向かうプロセスは、長短はあれ一定期間何らかの障害を抱えながら、不安定・不確実な状況で人生の最期を過ごしていくことがナチュラルコースであり、後期高齢期以降間欠的に、そして次第に恒常的に、医療やケアを必要としていくのである。こうした医療やケアを必要とする人が爆発的に増加することが予測されるなか、支える医療や、看護・リハビリ・介護といったケアの重要性がクローズアップされている。一方、我が国の生産労働人口の減少は、そうした医療やケアを必要とする人を支える労働力の不足も招いており、これまでのような医療とケアの分断を許している余裕はなくなっている。医療とケア、病院と地域、そうしたシステムやリソースを統合していかなければ、これからの超高齢社会を支えていくことは困難である。「地域包括ケアシステム」は、こうした統合型ケア（Integrated Care）という政策概念に基づいた環境・体制整備である。

また、「地域包括ケアシステム」は、地域に根差した（Community-Based）環境・体制整備でもある。「地域に根差す」とは、地域のニーズに応えることであり、地域の資源を利用することであり、地域の人々によってつくりだされることである。

我が国の社会保障・社会福祉のあり方は、第1次オイルショックに伴う1974年の「福祉見直し」を皮切りに、公的責任による限界を「自助・共助・公助」の補完原理によって補うことで確立してきた経緯がある。つまり、1990年代における社会保障構造改革ならびに社会福祉基礎構造改革の実施、1997年成立の介護保険法、2000年以降の第2種社会福祉事業への営利企業の参入、

2005年成立の障害者自立支援法などを通じて、公助による社会保障・社会福祉サービスに対する共助・自助の優先規定を設けることで、社会保障・社会福祉に係る公的責任の後退と、社会福祉事業の市場化を実態としてきたのである。こうした流れのなかで、「地域包括ケアシステム」においては、有限の資源である公助と一定の共助を極力抑えるために、自助と新たに「互助」を重視することを提起した (Fig.1)。

公助と自助が比較的共通した認識で捉えられやすいことに比べ、共助と互助の定義にはまだ一定の幅がみられるが、厚生労働省地域包括ケア研究会報告書 (2009) によれば、互助は近隣の助け合いやボランティア等の「インフォーマルな相互扶助」と定義され、共助は「社会保険のような制度化された相互扶助」と定義されている。したがって、「地域包括ケアシステム」は、福祉・保健・医療・介護サービス関係者と地域住民が連携・協力するなかで、いわゆる「助け合い」といった、一定の生活支援の機能と役割を地域住民に期待するものである。

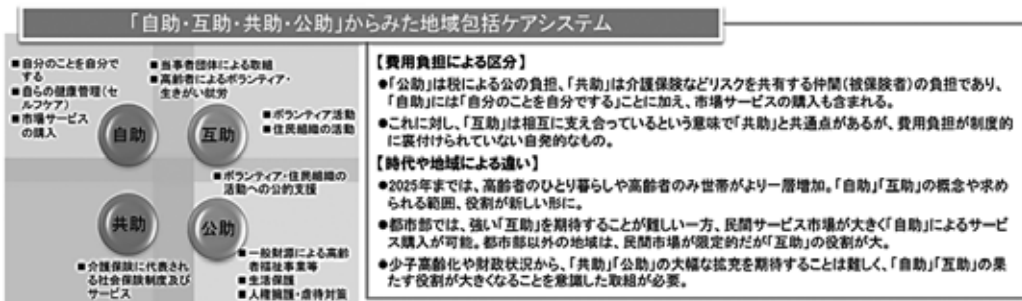


Fig.1 自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム
 出典) 厚生労働省：地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

このように、「地域包括ケアシステム」は、福祉・保健・医療・介護のシステムやリソースを統合していくことを目指す政策概念に基づくものであるとともに、地域住民が各々の役割を担い、お互いに助け合うことを前提とした、地域に根差した環境・体制整備でもある。2005年の介護保険法改正において「地域包括ケアシステム」の用語がはじめて使用され、2011年の同法改正において、条文に「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」と明記され、その構築は義務化された。そして、2015年の同法改正においては、「地域包括ケアシステム」構築に向けた在宅医療と介護の連携推進、地域ケア会議の推進等が盛り込まれている。

なお、2015年には、厚生労働省に「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム・幹事会」が設置され、「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」や「地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン」等が示された。この「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム・幹事会」は、2016年、「経済財政運営と改革の基本方針2016」と「ニッポン一億総活躍プラン」において「地域共生社会」の実現が求められたことを受けて発展的に解消され、「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」となった。

「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」は、その設置趣旨について以下のように示している。(下線は筆者)

これまで我が国の公的な福祉サービスは、高齢者・障害者・子どもといった対象者ごとに、典型的と考えられるニーズに対して専門的なサービスを提供することで、福祉施策の充実・発展に寄与してきた。

しかしながら、介護保険法、障害者総合支援法、子ども・子育て支援新制度など、各制度の成熟化が進む一方で、人口減少、家族・地域社会の変容などにより、既存の縦割りのシステムには課題が生じている。

具体的には、制度が対象としない生活課題への対応や複合的な課題を抱える世帯への対応など、ニーズの多様化・複雑化に伴って対応が困難なケースが浮き彫りになっている。(中略)

また、今後は、地方圏・中山間地域を中心に高齢者人口も減少し、行政やサービス提供側の人材確保の面から、従来通りの縦割りでサービスをすべて用意するのは困難となってくることも予想される。

今般、一億総活躍社会づくりが進められる中、福祉分野においても、パラダイムを転換し、福祉は与えるもの、与えられるものといったように、「支え手側」と「受け手側」に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現する必要がある。

具体的には、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組んでいただく仕組みを作っていくとともに、市町村においては、地域づくりの取組の支援と、公的な福祉サービスへのつなぎを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めていく必要がある。また、対象者ごとに整備された「縦割り」の公的福祉サービスも「丸ごと」へと転換していくため、サービスや専門人材の養成課程の改革を進めていく必要がある。

これらの具体策の検討を加速化するため、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部」を設置する。「地域共生社会」の実現を今後の福祉改革を貫く基本コンセプトに位置づけ、(中略) 検討を行う。

また、『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」の発足時の会合において、同本部長となった当時の塩崎恭久厚生労働大臣は、「高齢者に限らない地域包括ケア。誰もが主体的に関わるようにしたい。我々の社会、人間関係の土台の作り直しだ。日本がかつてもっていたコミュニティの良さ、強さを取り戻す試みともいえる。これまでの縦割りを『丸ごと』に改める。福祉の哲学を転換する。『地域共生社会』を基本コンセプトに位置づけ、制度改革に活かしていく」との意向を示した。

これからの共生社会実現を目指していくうえでの地域社会のあり方は、一人ひとりが公的サービスの支え手・受け手に分かれるのではなく、それぞれが自分らしさを活かして担いかわり合う「支え合い」の関係として、公的サービスと協働しながら地域コミュニティを創出し、「地域共生(ケア)」を展開していくことにある。この新たに創出されようとする「地域共生(ケア)」のなかに、「地域包括ケアシステム」は組み込まれる形で深化していくことが求められる。高齢者のみならず、そこに暮らすすべての人を対象とした支え合いの地域支援体制の整備が目指されていくことになる。

3. 小児等に対応する地域包括ケアシステムのあり方 (福祉・保健・医療と教育の連携)

我が国の総出生数は減少傾向にあるが、低出生体重児（出生体重2,500g未満）の全出生数に対する割合は、近年は横ばいとなっているものの、高度経済成長期後の30年で約2倍に増加した (Fig.2)。

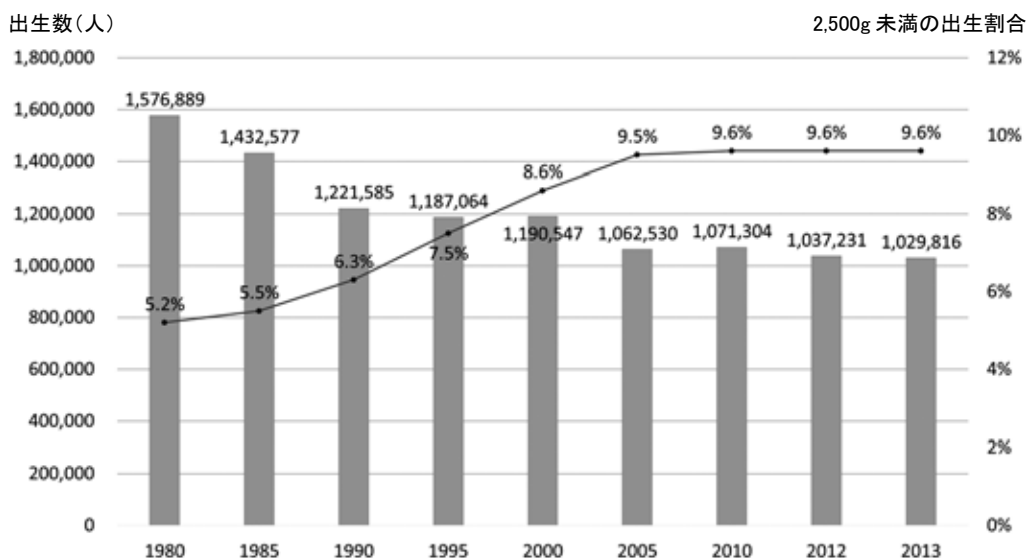


Fig.2 出生数および出生児体重2,500g未満の出生割合の年次推移

出典) 厚生労働省: 人口動態統計

また、2010年の「子ども・子育てビジョン」において、出生1万人あたり25～30床を目標に整備を進めてきた新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) の病床数も、2014年には全国平均30.4床となり、41都道府県において目標値に到達した。母体・胎児集中治療室 (Maternal-Fetal Intensive Care Unit: MFICU) についても、目標値は定まっていないものの、この10年で2倍近くに増加している。周産期・新生児医療技術の進歩に加えて、こうした体制整備が進んだ結果、新生児・乳児死亡率は年々減少し、世界的にも極めて低い新生児・乳児死亡率を誇っている (Table1)。

一方で、こうした医療技術の進歩等により、重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した重症心身障害児だけでなく、肢体不自由や知的障害を必ずしも伴わないが、人工呼吸器や気管切開、経管栄養等の高度な医療ケアを日常的に必要とする高度医療依存児が増加していることが課題となっている。また、NICUの長期入院児数の増加により、NICUが常に満床に近く、緊急の受け入れが困難になる等の課題にも直面している。これらの課題を解決するためには、重症心身障害児や高度医療依存児の支援の場を病院から地域へと移行していけるよう、「小児等在宅医療」の充実が必要である。しかしながら、小児等（ここでは主に障害児を指す。以下同じ）の在宅医療は成人の場合と比較して、医療的資源（在宅医療を行なう診療所・病院、訪問看護ステーション、医療従事者等）が圧倒的に不足している。また、梶原（2016）は、高齢

Table1 新生児・乳児死亡率の国際比較
出典) 世界子供白書2016

国・地域	乳児死亡率 (1歳未満)		新生児 死亡率
	1990	2015	2015
日本	5	2	1
カナダ	7	4	3
フランス	7	4	2
ドイツ	7	3	2
イタリア	8	3	2
英国	8	4	2
米国	9	6	4
世界平均	63	32	19

乳児死亡率: 出生時から満 1 歳に達する
日まで死亡する確率

新生児死亡率: 出生時から生後 28 日
以内に死亡する確率

(それぞれ出生 1,000 人あたりの死亡数)

者は誰にも身近な存在であるが、重症心身障害児や高度医療依存児とは出会うことが少なく、地域支援や在宅医療において一般化されにくいことを指摘している。さらに、小児等は成長・発達していく存在であり、ライフステージに応じてかわる施設・機関や職種が異なる。したがって、施設・機関間や職種間を調整するコーディネーターが必要不可欠であるが、今もってその存在が不明瞭である。そのため、保護者をはじめとする関係者等に、必要とするサービスを、どこで誰からどのように利用できるのが周知されていないという現状がある。

このような課題背景をふまえ、厚生労働省は2013-2014年に、小児等在宅医療を担う医療機関等の拡充、地域における福祉・保健・医療・教育の連携体制の構築、および医療と連携した福祉・保健・教育の各種サービスを提供できるコーディネーター機能の確立を目的とした、「小児等在宅医療連携拠点事業」を実施した。(Fig.3)

小児等在宅医療連携拠点事業は、モデル事業として10都県で実施され、各自治体は地域の実情に合わせて以下のような6つのタスクに取り組み、

地域における小児等在宅医療提供体制整備を行なった。

- ① 協議会の開催：行政・福祉・保健・医療・教育関係者等による協議会を定期的で開催し、小児等在宅医療における連携上の課題の抽出および対応方針を策定し、地域に反映させる
- ② 地域資源の把握と活用：地域の福祉・保健・医療・教育等の資源を把握し、整理した情報の活用を検討する
- ③ 対応可能な医療機関等の拡充と専門医療機関との連携：小児等在宅医療に関する研修の実施等により、小児等在宅医療に対応可能な医療機関・訪問看護ステーション等の拡充を図るとともに、専門医療機関とのネットワークを構築する
- ④ 福祉・行政・教育関係者との連携：地域の福祉・行政・教育関係者に対する研修会の開催やアウトリーチにより、小児等在宅医療への理解を深め、医療と福祉等の連携の促進を図る
- ⑤ 個別支援とコーディネーター機能：関係機関と連携し、小児等の患者・家族に対して、個々のニーズに応じた支援を実施するコーディネーター機能を支援する
- ⑥ 理解促進：患者・家族や一般住民に対する相談窓口の設置や講習会の実施などを通して、小児等在宅医療に関する情報提供や一般の理解促進を図る

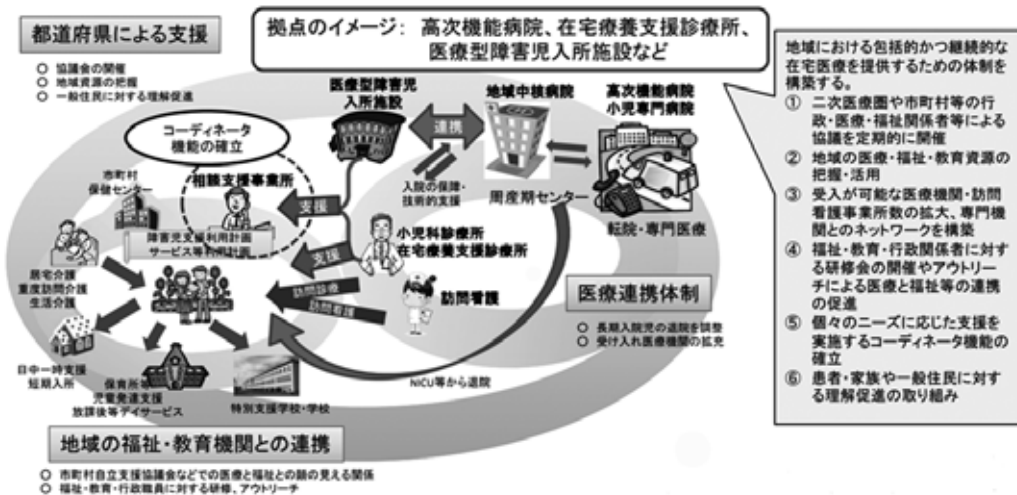


Fig.3 小児等在宅医療連携拠点事業
 出典) 厚生労働省：小児在宅医療に関する施策について

2015年以降、これらの取り組みは地域のそれぞれの実情に合わせて、各都道府県が主体となつて行なっているが、つまりこの取り組みは、「小児等に対応する地域包括ケアシステム」の構築である。前節において概観したように、地域包括ケアシステムは高齢者の医療と介護、認知症対策などを目的に推進されてきた取り組みであり、現時点では小児等についての枠組みがない。しかしながら、本節で示してきたような課題背景のなかで、日本医師会も小児の地域包括ケアシステムのあり方を議論する「小児在宅ケア検討委員会」をスタートさせ、2018年3月に答申書を取りまとめると発表した(2016.11/20)ように、小児等についても、高齢者と同様に、地域包括ケアシステムのなかで受け入れていく体制を充実させていくことは喫緊の課題である。

小児等においては、成長・発達や学校等(教育)の問題といった、高齢者とは異なる多岐にわたる対応が必要となる。そのため、小児等に対応する地域包括ケアシステムにおいては、これらを担う施設・機関や職種が有機的に連携し、臨機応変に課題に対応する柔軟性が求められるが、教育との連携については、まだ十分な議論と実践が積み重ねられていない。2016年の障害者総合支援法改正において、医療的ケア児への支援体制の整備が盛り込まれたことにより、今後はさらに医療的ケア児への対応が重要となってくる。文部科学省(2017)によれば、公立小中学校の通常学級や特別支援学級に通う医療的ケア児は766人、公立特別支援学校に通う医療的ケア児は8,116人に上り、10年前に比べておよそ1.4倍にもなっている。こうした児への学校等における医療的ケアは、配置される看護師もしくは児に付き添う保護者によってなされており、医療的ケアが複雑な児については看護師でも対応できない場合があるため、学校等が保護者に付き添いを求めることも多い。ただし、この付き添いの要請については「障害者差別解消法」に違反しているとの見方もあり、学校等における医療的ケアを誰がどのように実施するかについては、小児等に対応する地域包括ケアシステムのあり方のなかで、今後十分に議論していく必要があるだろう。ところで、2011年の介護保険法改正において、介護職員等に対する喀痰吸引等研修制度が発足した。第1号研修を修了すると不特定多数の患者に医療的ケアを実施できるようになり、第3号研修を修了すると特定の患者のみに実施できるようになる。しかしながら、この研修の受講者に特別支援学校教員は少ないといわれている。下川(2012)は、

重症心身障害児や医療的ケア児が安心・安全に学校や地域での生活を送るためには、医療的ケア等の専門的知識・技能を有する特別支援学校教員が必要不可欠であると指摘している。また、荻田ら（2015）は、特別支援学校教員の医療的ケアに関する知識・技能不足に着目し、それらを有する教員の養成プログラム開発を進めている。今後、福祉・保健・医療と教育の連携については、あらゆる形での議論と実践の積み重ねがなされていくだろう。

共生社会の実現に向けた方法論としての「地域共生（ケア）」において、地域包括ケアシステム構築の推進が図られているわけだが、重症心身障害児や医療的ケア児といった小児等に対しても、地域包括ケアシステムとしての受け入れ態勢の充実が目指されている。これまで「共生社会」を目指すべき社会のあり方を示す理念として捉え、「地域共生（ケア）」に他分野のようには実効的な形で関与してこなかった学校等（教育）も、今後は地域支援における一つの重要な機関として位置づいていくながら、多機関・多職種連携による障害児への組織的対応を模索していくことが求められる。

4. 関係機関の連携における特別支援教育コーディネーターの役割

障害児への組織的対応としての地域支援のあり方についてはさまざまな可能性が考えられるが、前節までに言及してきたように、共生社会の実現に向けた方法論として推進されている地域包括ケアシステムに、学校等（教育）における障害児への支援を積極的に位置づけ、多機関・多職種連携による障害児への組織的対応としての地域支援のあり方を模索していくことも、実際の方策の一つである。本節では、そうした方策を今後具体的に展開していくために、学校等（教育）におけるキーパーソンとして期待される特別支援教育コーディネーターが果たす役割について、若干の考察を試みる。

一般的に、特別支援教育コーディネーターは、保護者や関係機関に対する学校等の窓口として、また、学校等内の関係者や福祉・医療機関等との連絡調整の役割を担う者として位置づけられている。特別支援学校においては、医療的ケア児への対応のため、福祉・医療機関と連携・協力をしたり、学校等外の専門家から指導・助言を受けたりするなど、障害児のニーズに応じた教育を展開していくための推進役としての役割を担う。また、各学校等の教員等の専門性や施設・設備を活かし、地域における特別支援教育に関する相談のセンター的な機能を推進する役割がある。小・中学校においては、学校等内の関係者間の連携協力、特別支援学校などの教育機関、福祉・医療機関等との連携・協力の推進役としての役割を担う。（Fig.4）

こうした、多様な役割を担う特別支援教育コーディネーターであるが、多機関・多職種連携による障害児への組織的対応としての地域支援のあり方を模索していくうえでは、とりわけ福祉・医療機関等との連絡調整、連携・協力の推進役としての役割を強調しておきたい。特別支援教育コーディネーターがその役割を実効的に果たしていくためには、必要とされる資質として、一つには多機関・多職種についての十分な理解と、その専門性を尊重する意識が求められる。医師・看護師・保健師等の保健・医療職、ケアマネジャー・相談支援専門員等の福祉職のそれぞれの専門性と、それらに関連する法律や制度について理解し、それぞれの専門性は異なっているにもかかわらず、障害児への組織的対応としての目指すべき方向は同一であるという認識をもっていることが重要である。

そしていま一つ、最も重要な資質として、多機関・多職種との「連携・協力」を、「融合・協働」

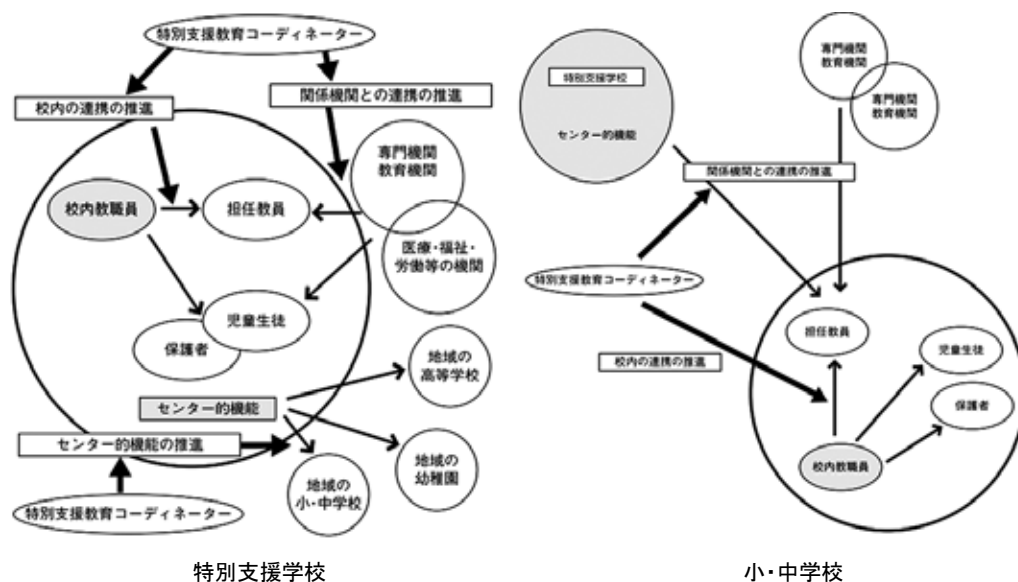


Fig.4 特別支援教育コーディネーターの役割・機能
 出典) 国立特殊教育総合研究所：特別支援教育コーディネーター実践ガイド (一部改変)

へと、支援のあり方をクロスオーバーさせることのできる能力が求められる。現在の特別支援教育コーディネーターに求められている役割は、学校等の内外における個別的・組織的コンサルテーション機能とコーディネーター機能であるが、とりわけ多機関・多職種との「連携・協力」においては、それを単純なコーディネートに留めず、「融合・協働」といったコラボレーションへと深化させていくことが求められる。共生社会の実現に向けた方法論として推進されている地域包括ケアシステムにおける多機関・多職種連携とは、単なる機能連携ではなく、地域の実情と支援する対象のニーズに合わせて、それぞれの専門性が対象者の地域生活にコミットすることである。そのためには、連携を融合へ、協力を協働へと深化させていける能力が必要である。例えば、障害児が学齢期以降もQOLの高い地域生活を実現していくためには、学校等（教育）と福祉サービスの連携による切れ目のない、連続性のある支援を提供するだけでなく、一人の自立した個人として、地域社会における己が役割を獲得した社会生活が過ごせるよう、特別支援学校高等部などにおいて、地域の実情をふまえた教育を展開していくことが求められる。そうした教育実践を多機関・多職種との専門性の融合・協働によって実現していくことこそが、共生社会の実現に向けた方法論としての、学校等（教育）における地域支援のあり方の具体的方策である。

5. 結 語

本稿では、障害児への組織的対応としての地域支援のあり方についての検討を行なうことを目的に、共生社会の実現に向けた方法論としての、小児等に対応する地域包括ケアシステムについて整理し、福祉・保健・医療と教育の連携について考察してきた。そして、関係機関の連携における特別支援教育コーディネーターの役割として、多機関・多職種との「連携・協力」を、

「融合・協働」へと、支援のあり方をクロスオーバーさせることのできる能力の重要性を示した。

ところで、現在の我が国においては、地域コミュニティの脆弱化も社会問題となっている。そうしたなかで、地域包括ケアシステムのような地域共生（ケア）が制度として位置づけられ、障害児の支援が地域に「押しつけられた」ような捉え方をされれば、2016年7月のやまゆり園事件の犯人のような、「障害者は社会のお荷物である」といった意識が蔓延しかねない。「共生社会」とは、地域共生（ケア）という方法論である一方、誰一人として社会的に排除されない社会のあり方を示す理念でもあることを、我々一人ひとりが深く理解しておくことの大切さを、最後に付け加えておきたい。

文 献

- 平原佐斗司（2016）地域包括ケアの理論と実践，コミュニティケア，16，15-24.
- 井上和久・井澤信三（2015）特別支援学校のセンター的機能を活用した早期支援と関係機関との連携の実態：全国の特別支援学校への質問紙調査結果の分析から，小児保健研究，74（5），685-691.
- 梶原厚子（2016）訪問看護師の立場からみた現状と課題，小児科臨床，69（1），22-26.
- 蒔田知則・榎木暢子・中野広輔・石丸利恵・薬師神裕子・吉松靖文（2015）重症心身障害児に適切に対応できる特別支援教育教員養成プログラムの開発：医療的ケアを中心とした学際的知識・技能の養成，大学教育実践ジャーナル，13，33-41.
- 小林甲一・市川勝（2013）「高齢者保健福祉」から「地域包括ケア」への展開：医療・介護の連携をめぐって，名古屋学院大学論集社会科学篇，50（1），1-20.
- 小林甲一・市川勝（2015）医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開：広島県尾道市におけるモデル構築を事例に，名古屋学院大学論集社会科学篇，51（3），1-18.
- 国立特殊教育総合研究所（2006）特別支援教育コーディネーター実践ガイド.
- 厚生労働省地域包括ケア研究会（2009）報告書～今後の検討のための論点整理～.
- 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部（2016）第1回（資料1）「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部について.
- 厚生労働省：地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」，http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf（Retrieved：2017.9.13）
- 厚生労働省：小児在宅医療に関する施策について，<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu/0000118082.pdf>（Retrieved：2017.9.21）
- 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課（2017）平成27年度特別支援学校のセンター的機能の取組に関する状況調査について.
- 文部科学省（2017）平成28年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について.
- 日医on-line（2016.11/20）小児在宅ケア検討委員会を設置，<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/004746.html>（Retrieved：2017.9.21）
- 二木立（2015）「地域包括ケアシステム」の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る，文化連情報，444，20-28.
- 下川和洋（2012）学校教育における医療的ケアの到達点と課題，障害者問題研究，40（2），36-43.

