

平成30年度 地域づくり海外調査研究事業調査報告書

**アメリカの障がい児幼少期支援と
特別支援教育**

調査地：アメリカ・ニューヨーク

調査日：平成30年11月5日～11月12日

平成30年11月

一般財団法人地域活性化センター

振興部 広報室 篠原 歩

目 次

1. はじめに.....	1
2. 調査地の選定にあたって	3
3. 那珂川市の現状.....	3
4. 調査内容.....	4
4-1. ニューヨーク日本人学校.....	4
4-2. ニューヨーク市教育局.....	6
5. 考察及び今後の取組	10
6. おわりに	11

1. はじめに

日本の障がい児¹を支援する分野は大きく教育分野と福祉分野に分かれている。

まず、教育分野では1979年に養護学校の義務化が始まり、同時に訪問教育制度が実施され、1993年の学校教育法施行規則改正により、通級による指導が規定された。さらに、2001年に特殊教育から特別支援教育という呼称を変更し、2006年に成立した学校教育法により、従前の視覚障がい・聴覚障がい・知的障がい・肢体不自由・病弱及びその他の障がいとしての情緒障がい・言語障がいの他に、学習障がいや注意欠陥多動性障がい等が追加され、特別支援教育の対象が広がった。さらに、中央教育審議会では2012年7月に「共生社会の形成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（報告）」を公表し、これまで必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障がい者等が、積極的に参加・貢献していくことができる共生社会のため、障がいのある人と障がいのない人がともに学ぶ仕組みであるインクルーシブ教育システムの推進とそのための合理的配慮の提供が必要とされた。

一方、福祉分野では1942年に「治療」と「保育・教育」を合わせた「療育」という言葉が提唱され、1980年に国際障害者年を契機として身近な療育が求められ、医療、教育、福祉機関が連携した療育センターや医療センターが設置されていった。2012年に児童福祉法が改正され、障害児通所支援と障害児入所支援ができるようになった。今では日本全国で民間団体や自治体が多く療育施設を設置している。

近年では、障がいのある子どもたちや、その可能性がある子どもたちにとって、幼少期からの成長を促すための支援や、その方法には多くの選択肢が生まれている。しかし、その支援は民間団体主導、行政主導、保育園・幼稚園主導など多種多様で、一括した周知が難しくなっている。また、保育園や幼稚園から小学校に上がる際には、福祉部局から教育部局に発達が心配な子どもの情報を円滑に移行し、行政の縦割りで子どもと保護者が混乱することがないように対応が求められている。2012年7月の中央教育審議会報告でも「早期からの教育相談・支援、就学先決定の仕組み、一貫した支援の仕組み、就学相談・就学先決定に係る国・都道府県教育委員会の役割」が共生社会の形成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推進の内容として取り上げられている。厚生労働省も2017年2月に「地域共生社会の実現に向けて」という改革の中で、「公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換」を方向性としている。

このような状況の下、国としても新たな施策の方向性を模索し始めている障がいのある人への支援策を今回の調査テーマとした。

¹ 「障がい」又は「障害」の表記は、固有名詞や法令用語、引用資料は原典のまま表記（「障害」の表記が多い。）し、それ以外は「障がい」と表記する。

①発達障がい者に関する現状

総務省行政評価局が2017年1月に発行した「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果報告書」によると、発達障がい者は身体障害者手帳のような手帳制度がないため、正確な数は不明だが、文部科学省が2012年に発表した学習面又は行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒の割合は推定値で6.5%となっている。つまり、40人学級に2.6人という割合になる。また、同じく文部科学省の「通級による指導実施状況調査」によると、通級指導を受けている児童生徒のうち、発達障がいのある児童生徒数が2006年度(平成18年度)の6,894人から2015年度(平成27年度)には41,986人に6.1倍に増加している(表1)。一方、厚生労働省が平成27年12月に公表した全国の病院及び診療所を利用した患者を対象として実施した「患者調査」(2014年(平成26年)10月実施)では、医療機関に通院又は入院している自閉症・アスペルガー症候群・学習障がい(以下「LD」という。・注意欠陥多動性障がい(以下「ADHD」という。)の患者数は195,000人と推計されている(表2)。総務省が発表している2014年(平成26年)12月時点の日本人の人口は125,516,982人であるため、総人口の0.15%が発達障がい者として受診していることになる。また、通級による指導を受けている児童生徒数や精神保健福祉患者数は増加している。

(表1) 文部科学省の「通級による指導実施状況調査」の結果による「通級指導による指導を受けている児童生徒数」のうち発達障害(自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害)のある児童生徒数

●平成29年1月総務省行政評価局「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果報告書」より

区分	年度別	平成18年度	27年度	倍率
自閉症		3,912人	14,189人	3.6倍
学習障害(LD)		1,351人	13,188人	9.8倍
注意欠陥多動性障害(AD/HD)		1,631人	14,609人	9.0倍
計		6,894人	41,986人	6.1倍

(注) 文部科学省の資料に基づき、本省が作成した。

(表2) 厚生労働省の「患者調査」及び「精神保健福祉資料調査」の結果による発達障害者の人数

●平成29年1月総務省行政評価局「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果報告書」より

区分	調査別	患者調査(推計値) (平成26年10月)	精神保健福祉資料調査 (平成25年6月)
	総数	195,000	1,418
	自閉症、アスペルガー症候群、学習障害(LD)等	144,000	1,259
	注意欠陥多動性障害(AD/HD)等	51,000	159

(注) 1 厚生労働省の資料に基づき、本省が作成した。

2 「患者調査」欄の数値は、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群、学習障害及び注意欠陥多動性障害の推計数である。

3 「精神保健福祉資料調査」欄の数値は、平成25年6月の1か月間で精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている発達障害者の数である。

4 「自閉症、アスペルガー症候群、学習障害(LD)等」は、ICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)における「心理的発達の障害(F80-F89)」に含まれる障害である。

5 「注意欠陥多動性障害(AD/HD)等」は、ICD-10における「小児<児童>期及び青年期における通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)」に含まれる障害である。

②早期支援の必要性

現在、職場や家庭でのトラブルを機に受診し、初めて「発達障がい」と診断される大人が多くなっており、「大人の発達障がい」に関心が高まっている。

日本の発達障がい支援は2005年4月に発達障害者支援法が施行されてからそれまで必要な支援が届きにくかった自閉症・アスペルガー症候群等の広汎性発達障がい・LD・ADHDなどに代表される発達障がいへの早期発見・早期療育が始まった。しかし、その時点ですでに高校生や大学生以上になっていた人は、幼少時に支援を受けておらず、ひきこもったり、職場でトラブルになるケースがある。

職場等でトラブルが発生した後に始めに受診する際はうつ病等として心療内科等が多い。その受診の中で心理検査等を行い、うつ病等の裏に発達障がいがあることを医師が見抜くケースがある。発達障がいを見過ごされてきた大人は社会の軋轢の中で自己肯定感が低下し、うつ病や適応障がいなどの二次障がいを起こす確率が高い。

そのため、早期から自分の発達特性を理解し、適切な支援を受けて社会生活に必要な基礎能力を身につけることは、その人が社会で活躍するうえで、非常に重要なことである。

2. 調査地の選定にあたって

調査対象国には、障がい者施策に長い歴史を有するアメリカ合衆国（以下「アメリカ」という。）とした。アメリカにおける障がい児教育制度は、1975年の全障害児教育法により6歳から21歳までのすべての障がい児に対する無償で適切な公教育を保障するほか、個別の教育計画（The Individualized Education Program。以下「IEP」という。）も導入された。さらに、1986年には全障害児教育法が、個別障害者教育法（Individuals with Disabilities Education Act。以下「IDEA」という。）に改正され、3歳から5歳までのすべての障がい児への無償で適切な公教育の提供と個別家族サービス計画の導入が図られ、いち早く、早期療育と家族支援に目を向けていた。その中でも、早期介入プログラムを導入し、日本人も多く居住するニューヨーク市を調査地として選定し、日米の制度の違いと保護者の子どもに対する考え方の違いが与える影響について調査することとした。

3. 那珂川市の現状

筆者の派遣元である福岡県那珂川市の教育分野では、1996年（平成8年）に特殊学級（現在の特別支援学級）が岩戸北小学校に設置され、2010年（平成22年）には岩戸小学校に通級指導教室が設置された。2016年（平成28年）には、全小中学校に特別支援学級が設置されている。さらに、教育相談事業を2008年（平成20年）から実施し、就学児で発達障がいが気になる子どもの相談を教育委員会の職員が受けている。

福祉分野では、平成16年から保健センターの事業として療育事業を開始し、平成21年に療育指導教室を開設、学校の教室を1つ借りて、町としての療育を本格実施した。平成28年には新たに療育センターを開設した。個別療育、集団療育、保育室、中庭など、様々な活動に対応できる施設で、子どもの療育に力を入れている。さらに、療育センター事務室内に小中学校の障がいがある子どもの相談に対応する教育センターを併設することで、未就学児から学校への個別ケースの移行がスムーズに行えるようにしている。



▲療育センター「にじいろキッズ」

しかしながら、乳幼児期の発達が気になる子どもの保護者にアプローチしても介入を断られるケースがあり、子どもへの支援が遅れてしまうことがある。さらに、中学校を卒業した障がい児は大半が市外の県立特別支援学校の高等部に行ってしまう、市からの支援が途切れてしまう。その後、市が支援を再開できる時機は障がい児が特別支援学校高等部を卒業し、就職する段階だが、市からの支援が途切れていた期間の状況がうまく引き継がれないケースも多く、一貫した支援ができていないと言えない状況である。

4. 調査対象

本報告書では、アメリカにありながら日本と教育課程が同様に、アメリカの学校における特別支援の在り方を比較できるニューヨーク日本人学校とニューヨーク市の早期介入プログラムと関係機関との連携を司る機関としてのニューヨーク市保健局・教育局の調査結果を紹介する。

4-1. ニューヨーク日本人学校

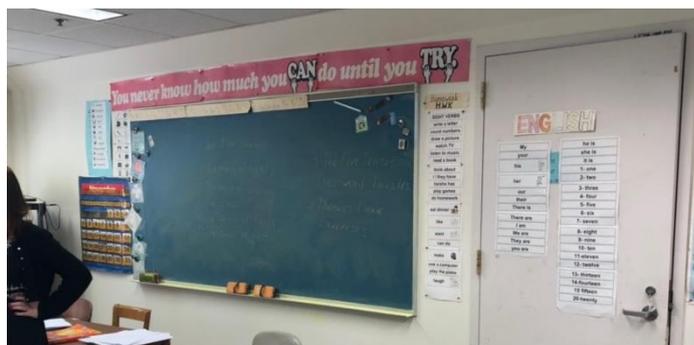
ニューヨーク日本人学校は1975年にニューヨーク州ジャマイカ・クイーンズに開設された北米で一番古い日本人学校で、1992年に児童生徒数の増加により、現在のコネチカット州グリニッチに移転した。コネチカット州グリニッチは、ニューヨーク州に隣接する都市で、緑豊かな、高級住宅街が広がる非常にのどかな街である。

現在、小学校1年生から中学校3年生までの児童生徒が約130名在籍しており、日本語がある程度できれば入学できるため、両親が日本人でない子も通学している。保護者の仕事の都合で渡米する児童生徒が多いため非常に転入出が激しく、基本的に毎月お別れ会が行われる。教職員は日本からの派遣教員が14名、専任の特別支援コーディネータ、アート教員、音楽教員、英語教員、事務職員、特別支援のサポーター等と合わせて20名程度が在籍している。ニューヨーク日本人学校は、日米両方からの認可条件による教育基準を満た

しているため、日米両方の学校に編入学することができ、いずれの上級学校にも進学することができる。全校児童生徒は原則全員が一斉に同じ時間に発車するスクールバスで通学しているため、小学校1年生から中学校3年生までが6時間授業を受けることとなる。6時間目の授業が終わり次第全員下校するため、中学生の部活動は行われておらず、クラブ活動をする際には地域のクラブチームに所属して活動することになる。3学期制を導入しているが、アメリカには正月休みがないため、1月3日から3学期が始まる。また、全学年で週に最低でも4時間は英語の授業を実施しており、アメリカ居住歴が長い子どもと短い子どもがいるため、学年で習熟度別に3つのクラスに分けて授業を行っている。国語や算数等の授業は日本語で授業が行われるが、英語の授業は全て英語で進められ、小学2年生の一番英語が得意な児童が集まっているクラスでは、英語字幕入りのアニメを見ながら問題に答えるという授業を行っていた。また、「米国社会」という授業があり、アメリカの社会の授業が小学1年生から行われ、小学4,5,6年生では、委員会活動や、異なる学年間での交流授業も行われている。さらに、現地校との交流や毎年恒例の校外イベントが組み立てられ、国際連合本部やホワイトハウスへの修学旅行などもある。



▲少人数での英語授業の様子



▲教室内の掲示物

ニューヨーク日本人学校の特別支援学級の教室には、日本と同様に様々な学習用具や視覚的に分かりやすい教具が置かれている。現在、特別支援学級には3名在籍しており、個別に指導を受けているが、大半の時間は通常学級でサポーターが付き、他の児童生徒と一緒に授業を受けている。特別支援学級の児童生徒は特別支援学級や通常学級で授業を受けるだけでなく、少し小さなリソースルームという部屋もあり、そこで個別指導を受けることもある。さらに、特別支援学級に在籍していなくても、通常学級の教室とは別室での指導が必要な児童生徒はリソースルームで個別指導を受けている。アメリカのすべての学校は、IDEAによりIEPを作成し、その目標を達成する義務を負うため、目標を達成できないと訴訟に発展するケースもあるが、ニューヨーク日本人学校は連邦からの補助金等を

受けていないため、IEPを作成する義務はない。しかし、要望があればIEPを作成してくれるので、現地校からの編入者は作成済のIEPを持ってくるケースもある。IEPには、日本の個別の支援計画にはない具体的な数値での目標設定等が記載されているため、協議によりその内容を参考にして、指導計画を作成することもあるが、英語をベースとした内容であるため、全ての内容が言語の違う日本語による日本人学校の教育に沿って活用できるというわけではない。日本の個別の支援計画とIEPの目標の違いは、日本は教科ごとの目標が記述式で設定されているのに対し、IEPは読み、書き、話す、聞く、計算する、社会性などの生活に必要な能力につき、「テスト等で何点以上を取る」「何割以上は何点以上を取る」などの具体的な目標数値が設定されている。アメリカでは、教科目標は生活に必要な能力がつけば後々ついてくる力だと考えられている。さらに、アメリカの教室での教員の役割は、様々な教材を用意し、子ども達が自ら自分に合った教材を選んで学習することを誘導するスタイルに変わりつつあるということだった。そのため、日本の学級では、児童40人に1人の教員が配置されているが、アメリカの学級では、児童20人に1人の教員が配置されており、より細かな教育を受けることができる。

ニューヨーク日本人学校の特別支援教育の優れている点は、特別支援学級の児童生徒が通常学級の児童生徒と一緒に授業を受け、活動することである。さらに転入出により人の出入りが激しいため、新たに日本人学校に来た子に対して助けるということが習慣として身についており、通常学級の児童生徒は特別支援学級の児童生徒を「障がい者」という目で見ず、英語が得意な子、苦手な子がいるのと同様に特別支援学級の児童生徒を「同じ学校の得意なことも苦手なこともある子」と認識し、他の子と分け隔てなく接し、助けることが出来ているということである。

4-2. ニューヨーク市保健局・教育局

ニューヨーク市は、人口8,622,698人(2017年時点)、アメリカの北東部に位置するアメリカ最大の都市である。児童生徒数は約114万人で、そのうち40.4%がヒスパニック、26.5%が黒人、15.8%がアジア人、14.9%が白人である。また、英語を母国語としない児童生徒は13.4%であり、19.4%が何らかの障がいがある児童生徒である。多様な人種が教室に混在しているため、約30の言語が教室を飛び交っているという。

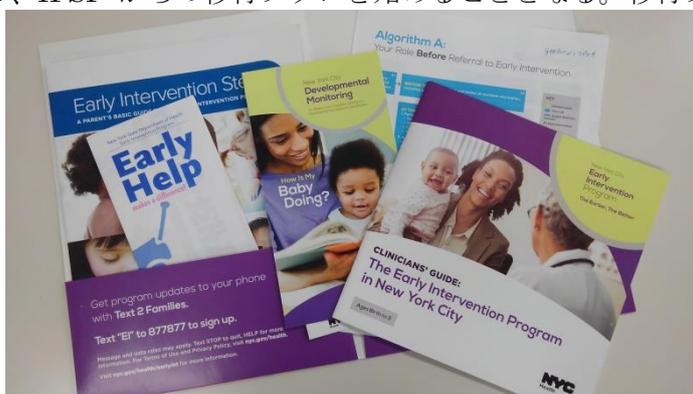
そのため、以下に述べる早期介入プログラムや教育局には日本語を含む様々な言語に対応できるコーディネータのスタッフがおり、資料も各言語対応のものが揃っている。

○ニューヨーク市保健局

1986年のIDEA改正で、0歳から2歳の幼児を支援の対象とするパートCが追加された。ニューヨーク市の早期介入プログラムはIDEAに基づいて実施されており、0歳から3歳の誕生日までの発達障がいの可能性がある幼児が、行政のサポートにより療育や支援を受けることができる。支援の内容は、家族と協力して幼児をモニタリングしてその子の発達を

確認していくというものである。保護者の金銭的負担はなく、療育で事故が起きた際には保険が適用される。また、施設に通う年齢ではないため、基本的には家庭での実施となり、家族やケアキーパーが実施の主体となる。さらに、サービスコーディネーターが支援を受けることが可能な幼稚園をリストアップして、就園先の相談に乗るなど様々な支援を行う。なお、保護者の同意がなければ、早期介入プログラムを受けていたという記録が就園する幼稚園や学校へ提供されることもない。しかし、生まれて間もない頃は、障がいがあるかどうか判断が非常に難しいため、保護者は早期介入プログラムを受けることに抵抗がある。行政のみでの周知には限界があるため、保護者へのアプローチは全米小児科医協会や各宗教コミュニティへ協力を依頼し、保護者に早期介入プログラムのメリットを伝えるとともに、ラジオなどのメディアを通じて早期介入プログラムのメリットを宣伝している。また、地区単位で終業後に保護者に集まってもらい、様々な言語で早期介入プログラムについて説明している。

さらに、早期介入プログラムには、家族別サービスプラン（Individual Family Service Plan。以下「IFSP」という。）というものもある。これは、早期介入プログラムのサービスコーディネーターが作成をするもので、作成のためのミーティングには、保護者やベビーシッター等も参加し、子どもの発達に関して情報を集め、早期介入プログラムが子どもや家族に合うよう優先事項や懸念事項についても協議してまとめている。IFSP は、その内容にミーティング参加者全員が合意して、作成終了となる。IFSP は 6 か月後または 1 年後に子どもの状況に合わせて見直しを行う。その後、3 歳になると早期介入プログラムから教育局の支援に移行するため、IFSP からの移行プランを始めることとなる。移行プランで保護者が教育局との連携に同意すると、保健局、教育局、保護者、コーディネーターが一緒になって子どもへの支援方法を話し合う。コーディネーターは、保健局と教育局の違いやそれぞれの役割について保護者に説明することとされている。



▲ニューヨーク市早期介入プログラムのカタログ

○ニューヨーク市教育局

3 歳からは、教育局の管轄となり、IEP での支援に切り替わる。特に、早期介入プログラムから IEP に移行する際は、幼稚園に就園する 9 月までに必ず IEP を作成することとなっている。早期介入プログラムを受けている子の約半分が IEP を必要とする子であり、他の支援が必要と判断される子もいる。

IEP の対象は原則 18 歳までだが、高等学校卒業の資格を取得できない者については、21

歳まで延長して学齢期のサービスを利用することができる。その間に、大学等への進学、就労準備訓練、実習支援、自立・地域生活支援等のサービスを受けることができる。

教育局としての目標は、障がいがある子もない子と同じように交流ができること、自分が生まれた地域で高いレベルの教育を受けること、障がいがある子もない子と一緒に学習ができる環境を作っていくことである。そのための手段として IEP を活用し、障がいのある子を支援している。学校は IEP に記載された支援を子どもに提供することが義務付けられている。理想的な IEP は、保護者が IEP を見て「自分の子どもの状況は全くこの通りだ、この計画の支援により子どもが恩恵を受けることができる」と確信できるものである。IEP の作成にあたっては、障がいの有無やどのようなサービスが必要なのかを判断するため、事前に専門家による査定が行われる。その結果、3歳から5歳までは就学前特別支援教育委員会（以下「CPSE」という。）、5歳からは特別支援教育委員会（以下「CSE」という。）で協議される。査定は「申請書提出後60学業日以内に査定が行われること」と州法で定められており、無料で受けることが出来る。IEP を作成する際の CPSE や CSE ミーティングには、保護者、一般教育の教師、特別支援教育の教師、臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士、CPSE の代表者、学校の医師、早期介入プログラムサービスコーディネーターなど、子どもを様々な視点から支援する人々が参加する。また、毎年 CPSE や CSE ミーティングチームが集まって IEP の内容を再検討し、更新され、常に子どものニーズに合った IEP と支援を受けることが出来る。IEP には、教育目標などの日本の個別の支援計画と同じ項目もあれば、バスの乗り方、テストの受け方、成績評価の仕方など、具体的な支援方法も年間計画の中に組み込まれる。さらに、定量目標も必ず記載されるため、達成度の評価を比較しやすく、80%~90%が目標達成の平均となる。連邦法で「IEP に記載した内容は実行しなければならない」と定められているため、IEP に記載されている内容が実行されなかった場合、保護者は法的に訴えることができるため、非常に高い目標達成度が可能となっている。そのため、学校側も強い責任感を持って IEP 作成に従事し、指導に当たっている。IEP の障がい分類は、自閉症、難聴、視覚障がい・失明、情緒障がい、聴覚障がい、知的障がい、学習障がい、複合障がい、肢体不自由、その他の健康障がい、言語障がい、外傷性脳損傷、視覚障がいがある。また、障がい程度により7段階の学び²があり、通常学級で他の子と共に授業を受ける段階から障がいが重くなるにつれて特別支援学級や特別支援学校での支援という段階もあり、日本の通常学級、通級指導教室、特別支援学級、特別支援学校の4段階よりも細かく分類される。

幼稚園、小学校、中学校、高等学校という、次の段階への移行は保護者にとって大きな壁となるため、保護者にはロードマップを渡して次の段階へ移行する準備の支援を行って

² General Education, General Education with Related Services, General Education with Special Education Teacher Support, Integrated Co-Teaching(full-time or part-time), Special Class Services(full-time or part-time), Day and Residential Placement, Home/Hospital Instruction

いる。ロードマップには、中学に進学したときのこと、高等学校進学を選択肢、どの時期に願書の締切があるか等、具体的な情報が示されている。

IEP において最も重要なことは、保護者の理解と協力である。IEP ミーティングは、原則として保護者が参加することになっている。保護者が参加できない時は、会議への参加者、会議内容、IEP の内容について保護者に承諾してもらう必要がある。

IEP の所持率は3歳から18歳の子ども全体の21%程度であり、IEP が必要な子は全員持っている教育局は認識している。世界的に見ると、何らかの障がいがある子の割合は14%が平均と言われている。ニューヨーク市では、世界の何らかの障がいがある子の割合よりも多くの割合でIEPを所持しているため、IEPを持つことが適当でない子も含まれていると可能性がある。そのため、今後、この原因を究明する必要があると感じているとのことである。

さらに、IEPを持つ子は学校卒業後の暮らしを具体的に早期の段階から考える必要がある。そのため、小学校のうちから保護者とともに、将来、どのような生活を送りたいのかを考え、その生活のために必要なスキルを得るため、支援を受けながら学んでいく。教育局としては、障がいのある子もできるだけ上級学校へ進学をしてほしいと考えているが、進学を望まない子もあり、そのような子については、学校を卒業後、どのような生活を送っていくのか、どのような仕事に就くのかを地域のコミュニティや組織と繋げて一緒に協議していく。さらに、障がいのある子が学校を出た後の暮らしを具体的に考え、スキルを習得するため、Transition and College Access Centers という施設がブルックリン、ブロンクス、スタテンアイランド、クイーンズにそれぞれ1か所あり、マンハッタンにもまもなく設置予定である。この施設では、仕事や作業の経験ができたり、障がいがあっても、学校を卒業し社会に出て活躍している人の話が聞くことができる。



▲ニューヨーク市との協議の様子



▲ニューヨーク市教育局庁舎での集合写真

5. 考察及び今後の取組

今回の調査において、日本とアメリカの考え方の違いを認識した。基本的に日本人は自分の子どもが普通ではないというレッテルを貼られたくないという思いが強いが、アメリカ人は無料でサポートを受けられることは非常に有意義であると考えている。そのため、支援を受けることに対する抵抗感が元々日本人よりも弱いと考えられる。ただし、それだけではなく、ニューヨーク市の保護者へのアプローチは行政だけでなく全米小児科医協会、宗教関係コミュニティ、メディアと協力して行われており、日本で行われているチラシ、広報紙、ホームページ、乳幼児健診での周知よりも保護者に直接接触する機会や、人とのコミュニケーションによることが多い。行政が一方的に発信するだけでなく、多様なコミュニケーションの機会の中でアプローチすることが、保護者を説得するためには必要だと感じた。

IEPについては、日本の個別の支援計画は学校で担任教師が作成し教頭や学校長が確認しているが、担任教師が必ずしも特別支援教育について言語聴覚士や作業療法士、臨床心理士といった専門職と同等の知識を有しているわけではない。担任教師は、学校での様子のみを基礎として作成するため、多面的な視点が入った計画とは言い難い。また、日本の個別の支援計画は定性目標のみが設定・評価されるため、具体的にどの目標がどの程度達成できたのかを表現しづらく、保護者にもその評価が伝わりづらい。一方、アメリカのIEPは、学校の教員だけではなく専門職や保護者、コーディネーター等の様々な立場の人が多面的な視点で判断することにより、その子のそれぞれの場面での様子を計画に反映することができ、多面的な視点が入った計画を作成することができる。さらに、定量目標を設定するため非常に明確に達成度を示すことができ、どの要素の目標達成が難しかったのか、翌年の計画見直しでどの点を修正したらよいかのかが分かりやすく、子どもの成長を促しやすい。さらに、担当者が交代した場合でも、IEPを見れば子の状況が客観的に理解できるため現状を把握しやすく、将来も見据えた上での目標が掲げられていることから、一貫した支援と移行におけるサポートが可能である。

さらに、障がいのある子とない子が同じ環境で高いレベルの教育課程まで受けることができるように努力することが教育局の責務とされ、教育局が障がいのある子が卒業した後の生活設計まで支援しているという点が、子の将来に対して強い責任感を有している証であろう。アメリカでは自分が生まれた地域で自立した生活を送ることができるようにという合理的配慮とインクルーシブ教育の考えが根付いていると感じた。インクルーシブ教育の下、障がいのある子と障がいのない子が幼少期から一緒に生活を送ることで、それぞれの個性を尊重し認め合うことができるようになり、差別意識が弱くなると感じた。実際に街でも、車いすの人を歩行者が手伝っている場面に遭遇した。

当調査により、早い段階で発達特性を見出し、早期から将来必要になる基礎能力の向上を促すことが、障がいのある子が社会参加する上で非常に重要であり、かつ、そのための支援制度の存在や仕組みを行政が関係機関と連携して保護者に周知することの必要性を学

ぶことが出来た。また、将来必要になる基礎能力の目標を定量評価できる指標は非常に有効であると考ええる。

日本では、乳幼児健診でのスクリーニングは行っているが、専門医ではなく保健師や各自治体が雇用している臨床心理士が診断しているため、小児科医とも連携した診断が求められる。また、個別の支援計画は小学校就学後初めて作成されているが、福岡県が行っている「ふくおか就学サポートノート」のような幼児期からの様子を記録し、幼児期から将来の数値目標を設定した計画を保護者、幼稚園、療育センター職員等と一緒に作成し、年に1回は見直す仕組みが必要である。そのためには、アメリカのように臨床心理士や言語聴覚士、作業療法士等の専門知識を持った職員の増員や、臨床心理士等を雇用している病院との連携等により、学校の教員が子どもの発達特性について専門職からアドバイスを受けながら学校で指導することが必要であると考ええる。

6. おわりに

今回の海外調査にあたり、自治体国際化協会（CLAIR NY）をはじめご協力いただいた多くの方々、また、研修の参加にあたってご理解をいただきました（一財）地域活性化センターと派遣元の那珂川市の皆さまにこの場を借りて御礼申し上げます。