

IV. 療育（発達支援）・リハビリテーション

1. 療育（発達支援）とは

「療育」という言葉は1940年代に当時東京大学教授の高木憲次先生が定義し、元々は肢体不自由児のリハビリテーションという意味で用いられた。その後障害を持つ児を取り巻く環境や考え方にも様々な変化があり、1990年に北九州市立総合療育センターの初代所長である高松鶴吉先生により子育て、生活レベルに落とし込んだ定義が提唱された。2005年に厚生労働省より、障がい者が確定した子どもたちへの支援に限定されている印象が強い「療育」からさらに対象を広げて障がい者が確定していない子どもたちの育児支援を中心とした支援も含んだものとして「発達支援」が提案された。現在では特性に合った支援計画を実施し、医療・教育・リハビリテーション・心理的アプローチを含んだ総合的な働きかけを行うことにより、発達と自立および社会参加をサポートしていく取り組みと位置付けられている。

2. 子どもと家族の「生活」を支える療育（発達支援）・リハビリテーション

療法士（理学療法士/PT・作業療法士/OT・言語聴覚士/ST）の役割は、単に子どもの発達を促すことにとどまらない。家族が地域で安心して生活し育児を楽しめるよう、生活全体をサポートすることにある。医療の専門性を軸としながらも、福祉や教育の視点を柔軟に取り入れ、子どもの成長を家族の安心と喜びにつなげる役割を担っている。

1) 家族との協働：リハビリテーションを生活の中へ

子どもの発達支援において重要なのは、リハビリテーションの時間だけでなく、家族が日常的に行う関わりである。

■家族のニーズと価値観の尊重

目標設定は専門職の視点のみで行わず、家族が目指す生活に寄り添って設定する。

（例：「歩くこと」そのものを目的とするのではなく、「兄弟と公園で遊ぶ」といった具体的な生活場面を目標とする）

■生活動作をリハビリテーションに

日々の着替え、抱っこ、おむつ替えといった生活動作が、リハビリテーションとなる。特別なリハビリテーションの時間を作るのではなく、毎日の育児の中で、自然に発達を促すコツを家族と共に検討する。例えば、「おむつ替え時の足の動かし方」や「抱っこでの姿勢の保ち方」など、親子が触れ合う日常のひとときを、成長を支える機会へと変えていく。

■家族のエンパワメント

子どもの日々の小さな変化を「着実な成長の証」として肯定的に捉え、言語化し、家族が育児に対して自信（エンパワメント）を高められるよう支援を行う。

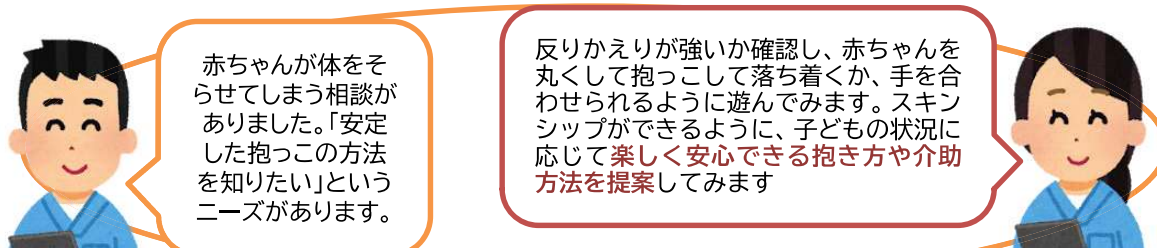
2) 暮らしを支えるチームの一員として

退院後は、訪問看護師、歯科衛生士、薬剤師、介護スタッフ、保健師、相談支援専門員といった多職種がそれぞれの専門性を持ち寄り、家族の生活を多角的に支えていく。療法士もそのチームの一員として、目の前の困りごとと一緒に向き合い、知恵を出し合いながら、試行錯誤を共にする。そうした関わりを通じて、家族が自分たちらしい生活を築いていけるよう支える役割を担う。

■専門性を共有し、共に動く

リハビリテーションを単独のプログラムとして完結させるのではなく、生活場面で直面する「抱っこのしづらさ」や「食事の姿勢の工夫」といった課題をチームで情報共有する。家族と専門職が知恵を出し合い、それぞれの専門領域で役割を調整し、連携することで、「子どもの発達を最大限に促す関わり」と「家族が無理なく継続できるケア」が両立する多角的な支援を目指す。

訪問看護とリハビリテーション療法士の連携実践例



訪問看護師

療法師

赤ちゃんが体をそらせてしまう相談がありました。「安定した抱っこの方法を知りたい」というニーズがあります。

反りかえりが強いか確認し、赤ちゃんを丸くして抱っこして落ち着くか、手を合わせられるように遊んでみます。スキップができるように、子どもの状況に応じて楽しく安心できる抱き方や介助方法を提案してみます

連携の効果：家族の身体の負担が減り、無理なくケアを続けられる「家族が目指す生活」と育児の自信を支えるエンパワメント

一般社団法人全国訪問看護事業協会：看護職員と理学療法士等 のより良連携のための手引き。
平成 29 年. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h29-nspt-guide.pdf> (2025. 12. 23)



■家族の生活スタイルや価値観に即した環境調整

環境調整の専門家として、子どもの可能性を引き出し、家族の負担を軽減するための福祉用具の選定や住宅改修をサポートする。その際、療法士の視点だけで判断するのではなく、日々の子どもの様子を知る多職種の意見を聞き取り、生活の実態に即した提案を行う。また、子どもの成長や心身の状態の変化、家族のライフステージに応じて、適切な時期に必要な見直しを行う。

3. 療育（発達支援）・リハビリテーションの対象者と目的

1) 対象者

対象は、発達の遅れや、将来的に障がいが生じる可能性のあるすべての子ども、およびその家族である。支援は、乳幼児期から始まり、学童期、さらには成人期・老年期に至るまで、その時々ライフステージに合わせて継続的に行われる。子どもの成長と家族の歩みに長く寄り添い、その時々暮らしに最適なサポートを提供する。

2) 対象となる主な疾患・状態

超低出生体重児、重症仮死、脳室内出血、脳室周囲白質軟化症（PVL）、染色体異常、先天性疾患など、発達のリスクや運動・認知・言語の課題が予測されるすべての子どもが対象となり得る。療育施設では、医師の診察に基づき、一人ひとりの特性に合わせたリハビリテーションを提供する。

■対象となる様々な疾患

脳や神経の問題：脳性麻痺、頭部外傷、脳炎後遺症など

骨や関節の問題：二分脊椎、ペルテス病、骨形成不全症、骨折など

発達障害：自閉症スペクトラム障害、注意欠如、多動性障害、学習障害、
発達性強調運動障害 など

遺伝的な問題：筋ジストロフィー症 脊髄性筋萎縮症など

心臓や肺の問題：新生児慢性肺疾患、呼吸切迫症候群、先天性心疾患、呼吸障害など

その他：早産・低出産体重、重症心身障害、先天異常、染色体異常、
臓器移植後、スポーツ障害、中途障害など

3) 介入の目的

早期からの関わりにより、運動・認知・言語・社会性の発達を促し、二次的な障害の予防や軽減を目指す。最大の目的は、子どもの能力が最大限に発揮され、家族が自分たちらしい生活を送れるよう、心身の両面から支えていくことにある。

■発達の促進

運動・認知・言語・社会性の発達を、子どもの成長段階に合わせた適切な時期にサポートする。

■二次的障害の予防

関節の変形や拘縮、呼吸器合併症などを最小限に抑えるとともに、子どもが自身の身体を動かす喜びや、周囲と関わる意欲を損なわないよう配慮する。

■早期発見と適切な支援

成長の過程で現れる課題を早期に見つけ、教育や福祉などの適切な社会資源へとつなげる。

■家族のQOL（生活の質）向上

日々のケアや育児の悩みに専門的な視点から応え、家族が安心して暮らせる環境を整える。

4. 療育（発達支援）・リハビリテーションにおける家族支援

1) 療育の専門的なアドバイス：自信を持って向き合うために

「この抱き方でいいの?」「どうやって遊べば発達にいいの?」といった育児の疑問や不安に対し、その子に合った抱き方や遊び方、関わり方など具体的な工夫を提案する。生活の中での小さな疑問や不安に寄り添い、共に解決策を見出していくことで、家族が自信を持って育児に向き合えるよう支えていく。

2) 発達の「見える化」：小さな成長を喜びの力に

定期的な評価を通じ、「できるようになったこと」や「芽生えつつある変化」を専門的な視点で確認し、家族と共有する。子どもの成長は、時にゆっくりで目に見えにくいこともあるが、その一つひとつの確かな一歩を見逃さず、共に喜びを分かち合うことが、家族の希望につながる。

3) 心理的な支え：豊かな親子関係を育むために

リハビリテーションを通じて、子どものわずかなサインや反応を読み解くヒントを共有し、子どもとのコミュニケーションの形を見つける手助けをする。こうした対話のコツを見つけていくプロセスは、退院後の不安の中で揺らぎがちな子どもとの向き合い方を再構築し、良好な親子関係を築いていくための大切な基盤となる。

4) 安心できる地域のサポートづくり：孤立を防ぐつなぎ役として

専門的な評価に基づき、生活上の課題を整理した上で、必要な福祉サービスや地域の関係機関へ情報を共有する。また、同じような状況にある家族との交流の場を提供し、悩みや不安を分かち合える環境を整えることは、家族の精神的負担を和らげる一助となる。地域全体で子育てを支える基盤を作り、家族が孤立しないよう橋渡しを行う。

5. 病院から地域へ：療育（発達支援）の流れ

退院後のリハビリテーション・療育において重要なのは、入院中から地域支援へと切れ目なく移行することである。特にNICUを退院した直後は、子どもの体調を最優先に考慮するとともに、家族の育児負担や心理的緊張を和らげるため、まずは自宅で安心して受けられる訪問型サービスの導入を積極的に検討する。

1) NICU入院中：退院を見据えた準備

■NICUでの支援

発達評価やポジショニング、哺乳支援に加え、家族が自宅で安心して関わられるよう、具体的な療育支援・指導を早期から開始する。

■院内連携とポイント

小児科・リハビリテーション科の医師や療法士がチームで介入し、日常生活用具の選定など、自宅での暮らしを具体的にイメージした準備を整える。

2) 退院直後：自宅での生活基盤づくり

■在宅での支援【訪問リハビリテーション・居宅訪問型児童発達支援】

療法士が直接自宅を訪問し、外出が困難な子どもと家族に発達支援を提供する。実際の生活環境を確認しながら、福祉用具の調整や、家族の生活スタイルに合わせた環境調整を共に行う。

■連携先とポイント

退院前から地域の医療的ケア児等コーディネーターや相談支援専門員と連携し、サービス事業所を選定する。退院後の支援開始日をあらかじめ調整しておくことで、家族の不安を軽減し、新しい生活への適応をサポートする。

3) 生活の安定期：専門機関との繋がり和社会参加

■専門機関での支援【外来リハビリテーション・児童発達支援/放課後等デイサービス】

体調が安定し外出がスムーズになった段階で、療育専門の医療機関での外来リハビリテーションや、通所施設での集団・個別療育へと移行する。

■情報収集と選択のポイント

地域の療育機関や福祉事業所について、相談員や自治体窓口を通じて情報を集め、子どもの発達段階と家族の状況に応じて最適な支援を選択していく。なお、療育専門の医療機関の利用にあたっては、医師による紹介や診断が必要となるため、早期の相談が推奨される。

<参考資料>

新潟県理学療法士会 障がい児・者支援委員会「新潟県小児理学療法マップ」

<https://nipta.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/02/2020-syouni.pdf>

新潟県内の小児理学療法の実施状況に関する情報が閲覧可能。
実施している施設を施設種別と地域ごとに分けて掲載。



