

厚生労働省ヒアリング資料

全国肢体不自由児施設運営協議会

1) 児童福祉法のもとに

18歳未満の発達保障の特化。

(児者一貫の下に、18歳未満と以上とを切り離す)
下位概念としての障害者自立支援法に替わる新法を。

2) 障害児支援に関する検討会報告書の尊重

4つの視点の重視(自立への発達保障、家族支援、ライフステージ、身近な地域)
障害の一元化 (18歳未満)
課題の見直し

(入所の実施主体・措置と契約・程度区分)

3) 障害児福祉予算の増額(福祉目的税等の検討)

少子社会における障害児頻度の増加・重度重複化の進行への対応。
コンクリートから人へ：
例として道路工事交通整理を減らして、福祉関連にまわす!

障害児（18歳未満）施策における観点

1) 少子化対策

- ・ 障害児があっても安心して次の子を育てられるように。

2) セフティネットとしての役割

- ・ 障害児をもった若い世帯の低所得・孤立への対応。
- ・ 3歳未満の特別児童扶養手当受給率は小さいと思える。

3) 国際的な評価（子どもの権利条約第23条）

- ・ 「可能な限り障害児は国によって無償で保護されなければならない」
- ・ 福祉国家としての尊厳の確立へ（中負担・中福祉のもとに）

さらに進むべき方向

- 1) 児者一本化+ 18歳未満の発達保障
- 2) 属人化：大島分類+医療ケア+療育支援
- 3) 障害の一元化

肢体不自由児施設は肢体不自由・重度心身障害児の第3次
専門機関および他障害の第1～2次対応機関(地域主義)

(寝たきりの児の中にパニックとなる児を入所させられない
現状での実態があるが、発達障害児支援センターを一部で併設
するなど対応する努力を続けている)

- 4) 施設から在宅・地域へ(車の両輪)
有期限(通過型) 入所の評価+短期入所
(実態に即した機能評価—支援単価上で属人化)

実施主体について

障害児の入所の場合（通所は除く）、市町村レベルでは措置を含めて新規入所者を決定できない、あるいは非常な混乱が予想され、従来通り都道府県が、主体となって所轄して欲しい。

東京都の重症心身障害児施設への新規入所

新規入所は死亡で空床ができると、各児相から提出された候補者の中から入所判定会議で決定している。約 1, 5 0 0 床が満床で、毎年新規入退所数は 1 0 名以下。

(以前より入所を一時的に短期間受け入れて、在宅支援の機能が不全にある)

(東京にある当センターの肢体不自由児施設 9 8 床では 4 0 0 名の短期入所を除いて、年 4 0 0 名強)

1 8歳未満の障害児の障害程度区分の難しさ (支給単価での属人化のためには必要不可欠)

- 1) 発達変化する(8歳以下での支援量の多さ)
年少ほど介助支援量が多くなる
- 2) 程度区分と支援量との乖離
中等度例で最も、療育支援が大きい。
- 3) 重複障害の多用さ・個別のニーズへの対応

属人化：大島分類+医療ケア+療育発達支援

(年齢を含めて本来の重症心身障害児
+市町村区分3段階(全体で4段階))

(診療報酬での超重症児スコアの見直しが必要)

障害者自立支援法での課題

- 1) 在宅重度児への不十分さ
 - * 医療ケアを要する重症心身障害児の短期入所利用の受け入れ側の限界
 - * 肢体不自由児施設における母子入園の後退
- 2) 自己負担で利用者と施設とが対立関係となる危惧
 - * 入所児の低所得区分層での自己負担の軽減が最小。
 - 未収金の漸増(6%ほど)
 - (3ヶ月以上の自己負担未納は経済的ネグレクトとして、低所得者の場合には契約から措置に変更して欲しい。
- 3) 肢体不自由児施設（通園も）の施設支援費の低さ

成人との整合性のない点

- * 3歳未満では障害者手帳が交付されない。
(特別児童扶養手当の支給も少ないと思われる。)
- * 障害児入所では特別児童扶養手当が停止される。
(成人の障害者年金は入所後も継続される。)
(18, 19歳では障害者年金が支給されない。)

契約が間に合わない場合(濃厚集中医療以外)

- * 障害児の急変時(肺炎、誤嚥、痙攣重積等)
(肢体不自由児特別支援学校の生徒50人中1人が毎年死亡)
- * 褥創悪化による骨髓炎・熱発
- * 病的骨折 などの大きな外傷

『65年以上の歴史を経て、肢体不自由児施設の現状は名称が実態と乖離している。故なく実態が軽視され半数以上を占める民営施設はつねに経営危機にある。』

肢体不自由児施設での対象（外来は一元化してきている）

- 1) ニーズに応じ、本来の手足の不自由な障害児は一部、入所の約4割は18歳未満の重症心身障害児。
- 2) 外来(月延10万人強)は脳性麻痺等と発達障害とが半々。
(肢体不自由児施設の通園・児デイサービスの重度重複化)
- 3) 障害者も利用 (入所の10数%の過齡児を除く。)

入所形態 障害児医療療育の最後の砦 (Hospital & Home with School)

* 通過型 (重症心身障害児施設の入所は永住型で18歳以上が80%超)
虐待など長期入所の2割を除くと入所期間は6ヶ月以下。
1-2ヶ月の母子入園はNICUの受け皿となっている。

肢体不自由児施設の担っている機能の
一層の充実のための実態にあった評価を。

- 1) 3次福祉圏域の総合的療育医療の最後の拠点として。
特別支援学校との連携・巡回相談・通園等への技術支援の充実
在宅重症心身障害児の家族支援の要（母子入園）
- 2) 実態通りの位置づけ役割,分担により経営危機なくし
重症心身障害児施設に切り替えるのではなく、
通過型入所、母子入園、緊急入園機能を存続させる。
- 3) “支援単価の属人化を確立へ”
年齢を含めて本来の重症心身障害児
+市町村区分3段階(全体で4段階)

通過型である肢体不自由児施設における 年間入退所児数と疾病の推移 (1962～2005 毎年3月1日)

(入所期間の短期化)

	入所児数	脳性麻痺		二分脊椎		筋ジス	先天奇形	(%)	
		先天股脱	脱臼	ヘルテス	ヘルテス			側 弯	外 傷
1962	1,645	31.7	12.3	1.4	1.4	1.1	4.1	0.6	2.4
1974	6,849	64.8	4.9	3.7	6.1	1.4	4.1	1.4	2.2
1986	5,794	56.9	1.2	5.1	7.8	2.5	6.7	0.9	4.0
1998	3,585	68.7	0.6	4.9	5.4	4.5	-	0.7	2.2
2005	2,671	68.5	0.6	3.7	5.5	4.3	-	0.7	2.3

年間総退所児数 1984年 N=4,381 (3月1日入所児数 6,180)

(短期入所を除いて) 2005年 N=5,953 (3月1日入所児数 2,671)¹⁰

肢体不自由児施設対象児の重度重複化の例

当センター児童デイサービスでの重度化 (最近3年間N=130)

年齢：0～7歳

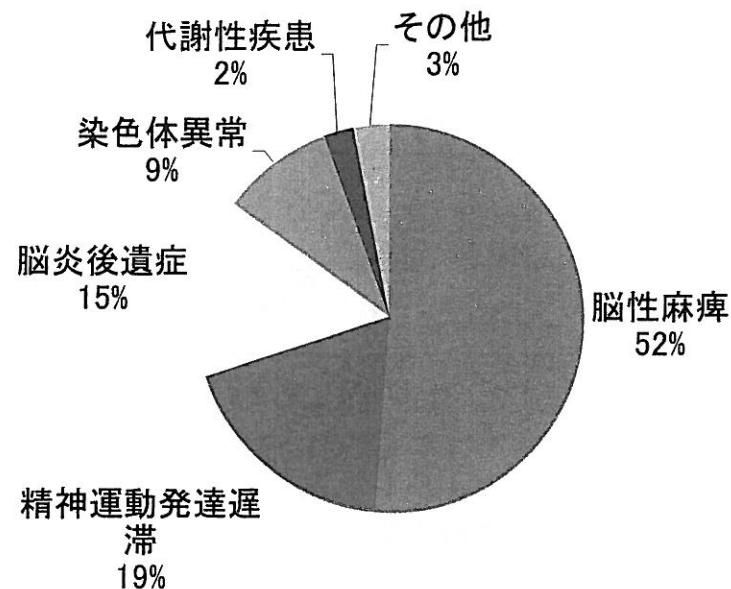
(2～3歳が64%)

経管栄養 27

気管切開 8

酸素療法 4

死亡 6



70%が重症心身障害児
(大島分類1が34%)

肢体不自由児施設は通過型入所以外に在宅重症心身障害児支援、通園・外来や特別支援学校などの地域支援等の多機能が医療型入所児童施設の中で最も多い。

(MSWを含めて専門スタッフ比率がもっとも多いが、後継者難が深刻である。)

(肢体不自由児施設での家族支援について、平成21年度研究報告作成中)

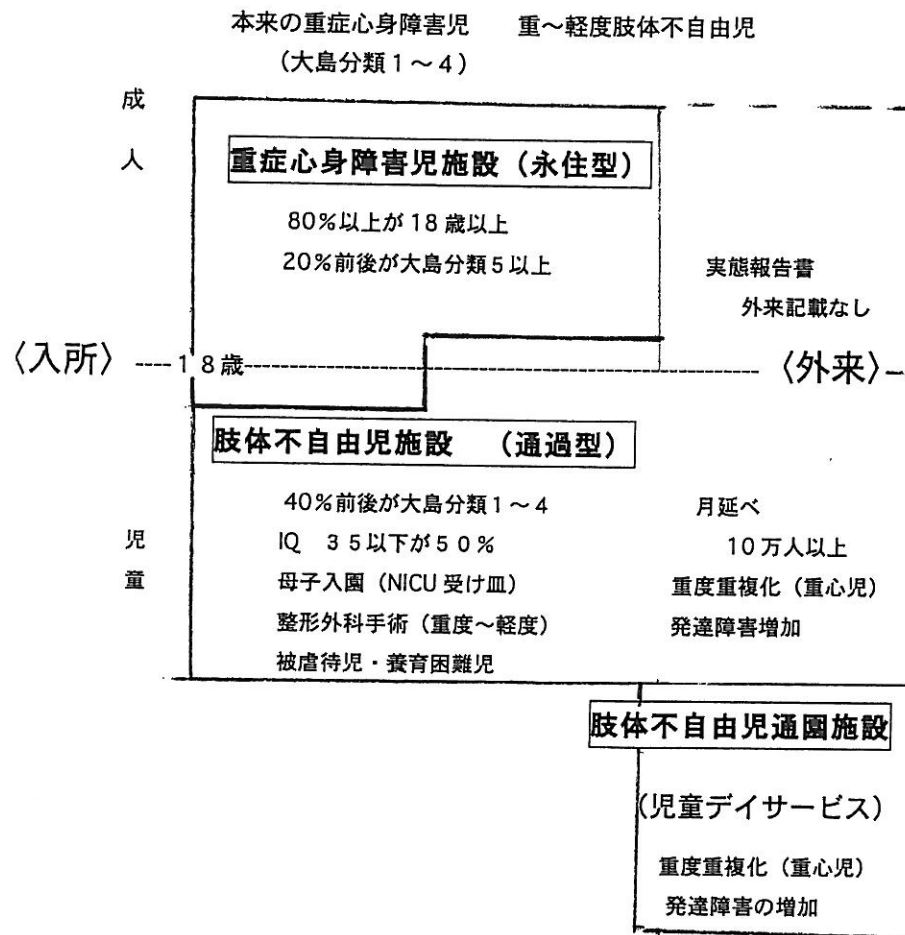
地域療育支援事業による地域支援例 (2002)

巡回相談	7,986件
------	--------

地域生活支援	14,082件
--------	---------

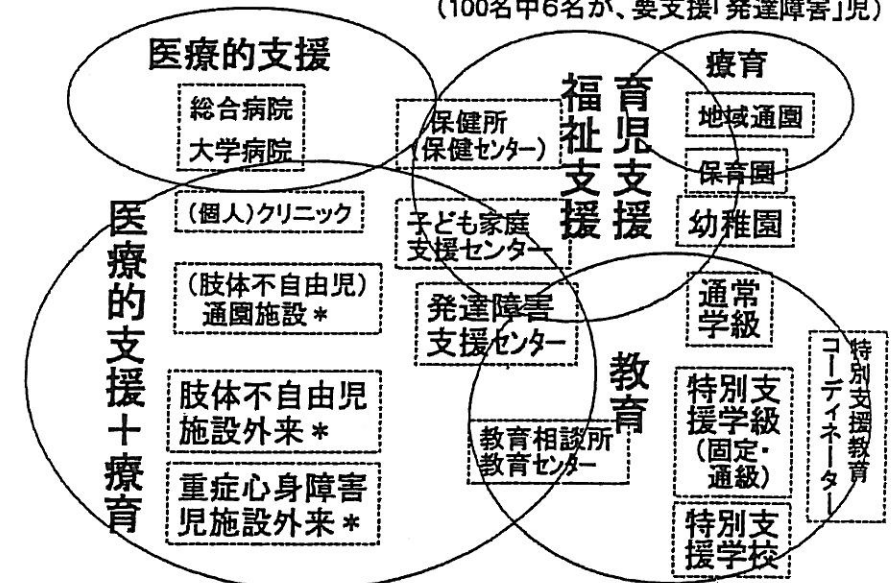
療育相談	20,491件
------	---------

(他に療育拠点施設事業、独自の多数の地域支援)



「発達障害」児 支援システム

(100名中6名が、要支援「発達障害」児)



* OT、ST、心理士、小児神経科医、精神科医など、マンパワーの存在

肢体不自由児施設の現状と課題

心身障害児総合医療療育センター
 整肢療護園園長 君塚 葵

はじめに

肢体不自由児施設は五〇年を超える歴史を持ち、対象疾患の変遷に対応し続け、障害児への療育を培ってきた。いま小予高齢化

と社会を迎え、理念の変化の中で盲ろう児施設と同様に肢体不自由児施設の役割は終わつたのではないかと意見もみられる。しかし、

そうではなくて逆にその必要性はますます高まっているのに、それに対応できていない点のあることが課題であると考ええる。

現在の方向は次の三点に集約できる。

(1) 児の重度化によって医療部門を備えている肢体不自由児施設と重症心身障害児施設と

の対象児重症度の接近

(2) 児と者との区別の消失、共に歩んできた障害児が一八歳を過ぎたから今後の相談には乗れませんでは済ませられず、現に肢体不自由児施設では種々の対応を行っている

(3) 入所と在宅との選択的利用、施設の一層

のオープン化がなされてきている。

療育に携わるスタッフが原点としているひ

とくに、昭和十七年に板橋の地に整肢療護園

を設立され、肢体不自由との言葉を作られ療

育の父と呼ばれている高木憲治先生の理念がある。

先生は大正時代から啓蒙運動をされ、「医

療・教育・職能の併用」を重視され、また「本

人には昂然たれ、家族には隠すなかれ、社会

には好意の無関心を」との合言葉を呼びかけ

られた(後にこれらは二つの三身一体といわ

れている)。そして「療育においては時代の科

学を総動員する」「脳性障害には脳性治療を」

と述べられている。

安心して相談でき速やかにニードに応じら

れる体制と、専門機関との連携などにより、

遺伝子医療・免疫学などの分子生物学を中心

とした日進月歩の医療をしつかりと携えて、

地域施設のバックアップ能力を高める必要が

療育の窓

RYOUIKU NO MADO...No.92

[特集]

児童福祉施設の現状と今後

ある。
 重度化をめぐる
 超未熟児あるいは極少未熟児への未熟児集

中治療室では、重度なため家庭や他の施設に移れず、そのキヤパシティがどんどん低下しているとされ、疾患名に致死性と冠されてきた病気が救命されてきており、そのような場合重度な障害をもっていることも多い。
 ライフステージから見だ療育の流れにおいて、予防・早期発見・早期療育に始まり、総

平成7年2月

