

## 障害児支援の見直しに関する検討会（第7回）

日時：平成20年6月16日（月）10:00～12:00  
場所：財団法人商工会館6階G会議室

### 次 第

- 1 開会
- 2 議事
  - 1) 入所施設のあり方について
  - 2) 行政の実施主体について
  - 3) その他
- 3 閉会

#### 【配布資料】

- |     |              |        |
|-----|--------------|--------|
| 資料1 | 入所施設のあり方について | (検討資料) |
| 資料2 | 〃            | (参考資料) |
| 資料3 | 行政の実施主体について  | (検討資料) |
| 資料4 | 〃            | (参考資料) |

- |       |            |
|-------|------------|
| 参考資料1 | 君塚委員提出資料   |
| 参考資料2 | 北浦委員提出資料   |
| 参考資料3 | 末光委員提出資料   |
| 参考資料4 | 坂本正子委員提出資料 |
| 参考資料5 | 市川委員提出資料   |

## 6. 入所施設のあり方

～検討資料～

## 検討項目(案)

### (1) 入所施設の役割

- ・ 障害児の入所施設の役割について、どのように考えるか。

※ 入所施設が必要な理由として考えられること (例)

- ① 濃厚な医療、リハビリが必要 (=比較的短期の利用)
- ② 濃厚な医療、介護等が必要 (=重症心身障害児や重度の行動障害がある場合  
で、居宅での対応が困難と考えられる場合)
- ③ 保護者の疾病、障害等の理由で、居宅での対応が困難
- ④ 保護者の養育放棄、虐待
- ⑤ 保護者の不在

- ・ 障害児施設に社会的養護が必要な児童が入所している一方、児童養護施設に障害のある児童が入所している状況があるが、それぞれの施設の関係について、どのように考えるか。また、現状を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

## (2) 入所施設の類型について

### ① 「施設」概念と「機能」概念について

- ・ 障害者自立支援法では、障害者施設について「住まいの場」と「日中活動の場」の昼夜に分け、施設入所支援、生活介護、自立訓練等の機能別に再編が行われたが、障害児施設について、障害児の特性を踏まえどのように考えるか。昼夜や機能別に分けることが可能か。

### ② 障害種別による類型について

- ・ 障害者自立支援法では3障害について共通化が図られ、また学校教育では障害の重複化への対応のため、障害種別の学校制度（盲・聾・養護学校）から「特別支援学校」の制度への転換が行われたが、障害児施設についてどのように考えるか。
- ・ 共通化する場合でも、それぞれの専門性は維持すべきではないか。また、少なくとも「医療型」と「福祉型」に分ける必要があるか。

### (3) 在園期間の延長について

#### ① 知的障害児施設・肢体不自由児施設

- ・ 児童福祉法において満20歳に達した後も引き続き在所できるとされているが、どのように考えるべきか。
- ・ 現在のように処遇の継続性を確保するための措置や現在入所している者の経過措置等を講じた上で、満20歳以降の者については障害者施策の体系の中で支援を行うよう見直すことについて、どのように考えるか。

#### ② 重症心身障害児施設

- ・ 同施設は新規に18歳以上の者を入所させることも可能とされているが、一貫した支援の必要性も踏まえつつ、どのように考えるべきか。
- ・ 見直しについては、医療面・福祉面での処遇の継続性や現在入所している者の経過措置等について、十分な配慮が必要ではないか。

- ・ また、在宅で暮らす重症心身障害児・者への支援についても充実が必要ではないか。

#### (4) その他

- ・ 入所施設における生活環境のあり方、入所施設と地域との関わりや入所施設が地域の中で果たす役割について、どのように考えるか。

## 6. 入所施設のあり方

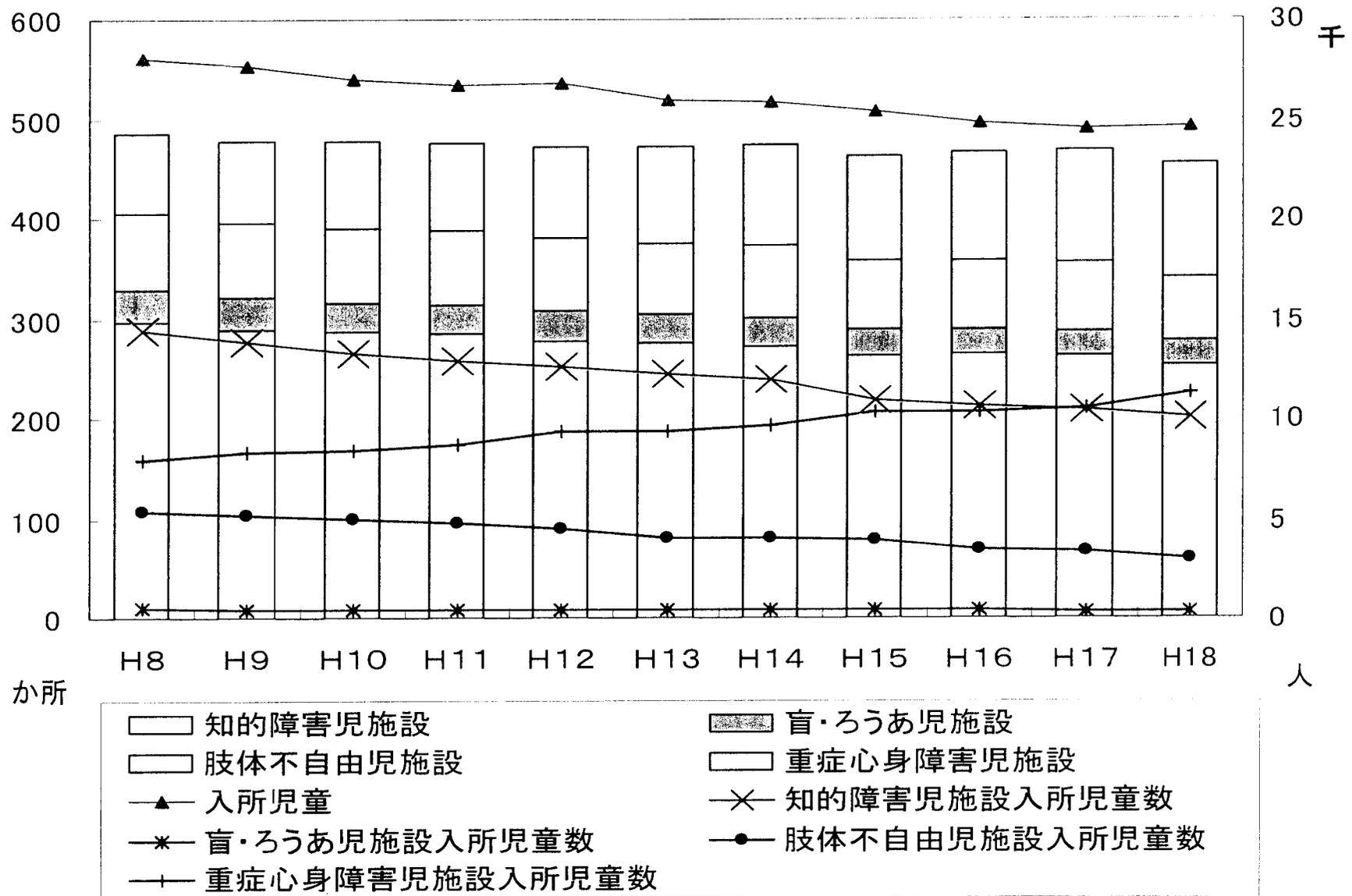
(参考資料)

## 障害児入所施設の概要

施設類型	根拠法令	施設の性格	施設数	利用者数
知的障害児施設	児童福祉法42条	知的障害のある児童を入所させて、これを保護し、又は治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設。	255か所	10,155人
自閉症児施設	児童福祉法42条	自閉症を主たる症状とする児童を入所させる知的障害児施設。	7か所	257人
盲児施設	児童福祉法43条の2	盲児(強度の弱視児を含む。)又はろうあ児(強度の難聴児を含む。)を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な指導又は援助をすることを目的とする施設。	11か所	139人
ろうあ児施設	児童福祉法43条の2	同上	14か所	193人
肢体不自由児施設	児童福祉法43条の3	肢体不自由のある児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設。	63か所	3,060人
肢体不自由児療護施設	児童福祉法43条の3	病院に收容することを要しない肢体不自由のある児童であって、家庭における養育が困難なものを入所させる施設。	6か所	228人
重症心身障害児施設	児童福祉法43条の4	重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに、治療及び日常生活の指導をすることを目的とする施設。	112か所	10,489人

〈社会福祉施設等調査報告(H18.10.1現在)〉

# 障害児施設の施設数及び利用児童数の推移(入所施設)



# 児童養護施設等と障害児施設との比較

## 児童養護施設等

- ・児童養護施設に入所している児童の20.2%は、障害児。その内、知的障害8.1%、肢体不自由児0.4%。また、ADHD1.7%となっている
- ・児童自立支援施設に入所している児童の27.3%は、障害児。その内、知的障害8.6%、ADHD7.5%、
- ・情緒障害児短期治療施設の59.5%が障害児。その内、知的障害8.3%、ADHD9.1%  
(平成15年児童養護施設入所児童等調査)

## 障害児施設

- ・知的障害児施設や肢体不自由児施設に入所している児童の大部分は、社会的養護を必要としている児童。知的障害児施設の入所理由を見ると、養育能力28.1%、離婚等12.4%、虐待・養育放棄が11.3%。平成17年度については、入所数の30.4%が虐待による入所。  
(平成18年度全国知的障害児・者施設実態調査報告書)
- ・肢体不自由児施設に入所している児童の4%は、被虐待児。  
(「療育施設に入所している被虐待児童についての研究・調査」、平成15年度子育て支援基金事業)

## 社会的養護の現状について

<b>里親制度</b>	保護者のない児童または保護者に監護させることが不相当であると認められる児童の養育を都道府県が里親に委託する制度	<b>登録里親数</b>	<b>委託里親数</b>	<b>委託児童数</b>
		7,882人	2,453人	3,424人

資料: 福祉行政報告例 [平成18年度末現在]

	<b>乳児院</b>	<b>児童養護施設</b>	<b>情緒障害児 短期治療施設</b>	<b>児童自立支援 施設</b>	<b>自立援助 ホーム</b>
<b>対象児童</b>	乳児(保健上、安定した生活環境の確保その他の理由により特に必要のある場合には、幼児を含む。)	保護者のない児童、虐待されている児童その他環境上養護を要する児童(安定した生活環境の確保その他の理由により特に必要のある場合には、乳児を含む。)	軽度の情緒障害を有する児童	不良行為をなし、又はなすおそれのある児童及び家庭環境その他の環境上の理由により生活指導等を要する児童	義務教育を終了した児童であって、児童養護施設等を退所した児童等
<b>施設数 (公立・私立)</b>	120か所 (15か所・105か所)	559か所 (53か所・506か所)	31か所 (12か所・19か所)	58か所 (56か所・2か所)	46か所
<b>児童定員</b>	3,707人	33,561人	1,486人	4,101人	336人
<b>児童現員</b>	3,143人	30,764人	1,131人	1,836人	236人

資料: 社会福祉施設等調査報告[平成18年10月1日現在]

自立援助ホームは連絡協議会調[平成19年12月1日現在]  
(12月1日現在協議会に加入しているホームについて)

<b>小規模グループケア</b>	322カ所
<b>地域小規模児童養護施設</b>	118カ所

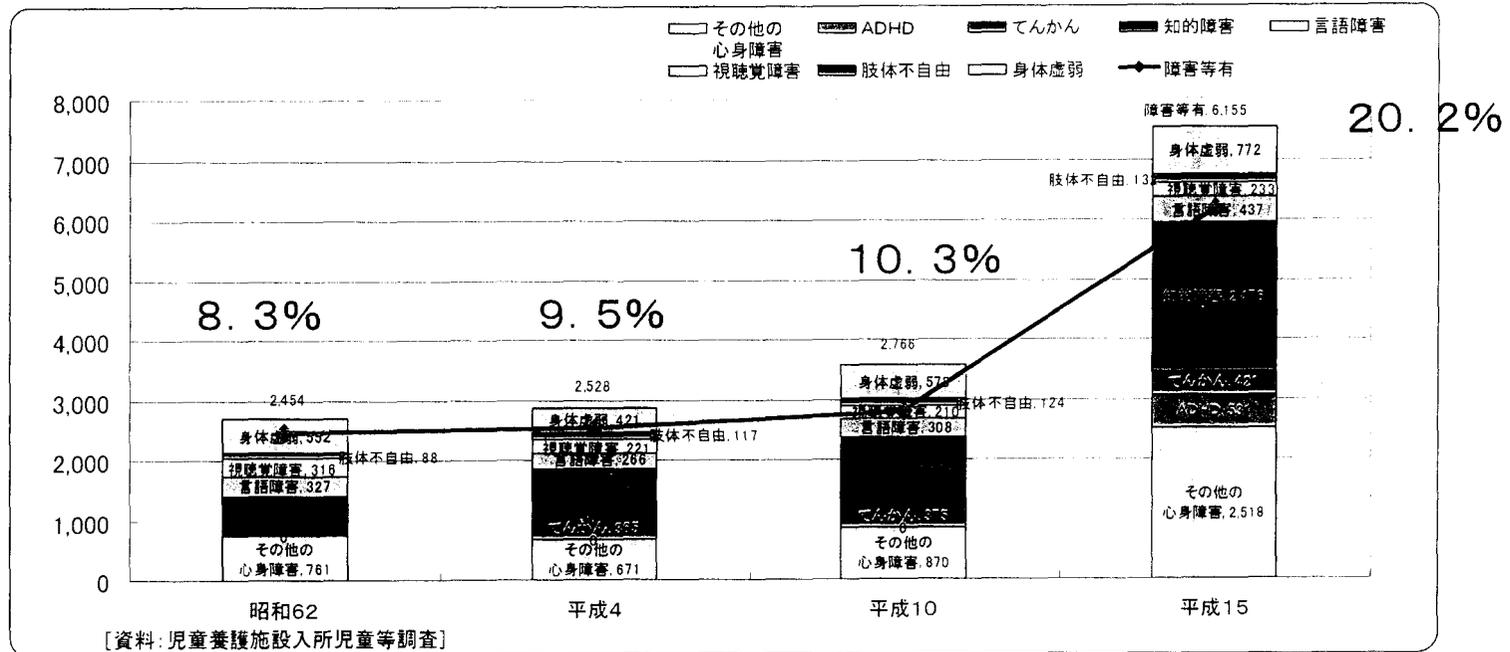
資料: 小規模グループケア、地域小規模児童養護施設は家庭福祉課調[平成18年度]

# 社会的養護を必要とする子どもの背景の多様化

→ 被虐待児のほか、障害児が増加するなど多様な子どもに対応する必要がある。

## 児童養護施設における障害等の割合

割合は児童養護施設に入所する子どものうち、障害等がある子どもの割合



※ 発達障害については、「知的障害」のほか、「その他の心身障害」に分類されている可能性がある。  
 (ADHDは平成15年より分類。)

## 障害児入所施設の概要(基準等)

### ○ 福祉型(病院であることを要件としない障害児入所施設)

施設類型	対象者	職員配置	設備基準
知的障害児施設	知的障害のある児童	児童指導員 保育士 嘱託医 栄養士 調理員 職業指導員 (職業指導を行う場合)	居室 調理室 浴室 便所 医務室 静養室
第2種自閉症児施設	自閉症を主たる症状とする児童であって病院に収容することを要しないもの		
盲児施設	盲児(強度の弱視児を含む)		講堂・遊戯室 訓練室 職業指導に必要な設備 音楽指導に関する設備
ろうあ児施設	ろうあ児(強度の難聴児を含む)		講堂・遊戯室 訓練室 職業指導に必要な設備 映写に関する設備
肢体不自由児療護施設	病院に収容することを要しない肢体不自由のある児童であって、家庭における養育が困難なもの		訓練室 屋外訓練場

## 障害児施設等の概要(基準等)

### ○ 医療型(病院であることを要する障害児入所施設)

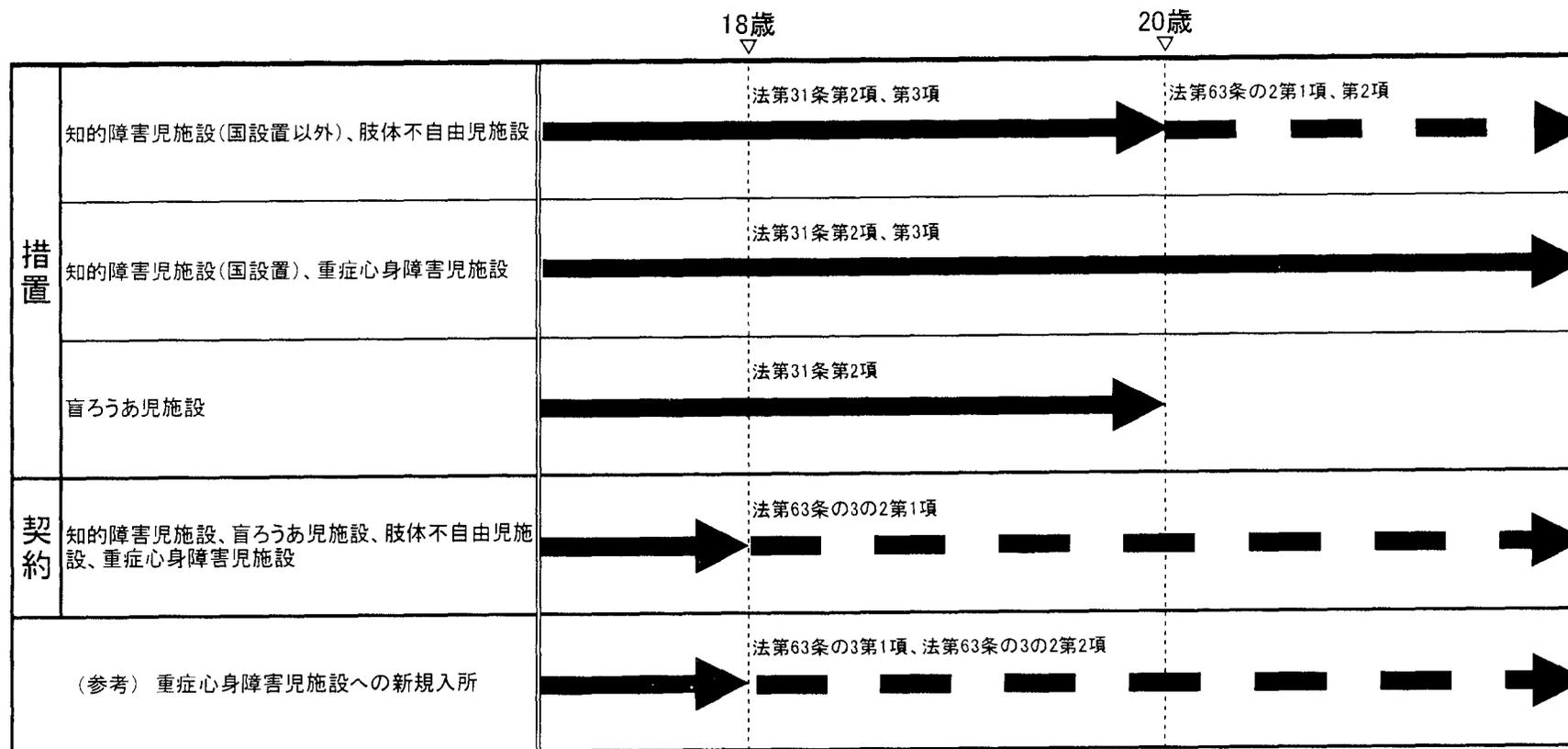
施設類型	対象者	職員配置		設備基準		
第1種自閉症児施設	自閉症を主たる症状とする児童であって病院に収容することを要するもの	医療法に規定する病院として必要な職員  児童指導員  保育士		医療法に規定する病院として必要な設備  訓練室  浴室	観察室 静養室	
肢体不自由児施設	肢体不自由のある児童				理学療法士又は作業療法士  職業指導員 (職業指導を行う場合)	ギブス室・訓練室 屋外訓練場・講堂 図書室 特殊手工芸等の作業を指導するに必要な設備 義肢装具を製作する設備 (他に適当な施設があるときは設けることを要しない)
重症心身障害児施設	重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複する児童					

# 障害児入所施設の概要(予算)

〈定員規模別30人 単価 地域加算がない場合〉

施設類型	予算	予算上の基準	基本単価	30日利用した場合	その他
知的障害児施設	法律に基づく負担金 国 1/2 指定都市 児童相談所設置市 1/2	児童指導員・保育士4.3:1 施設長、介助員、事務員、嘱託 医(2名)、(栄養士、調理員)	667単位 (+57単位)	200,100円 (217,200円)	この一部について、利用 者が定率負担する。また、 調理員等の人件費及び 調理員については、原則 自己負担  ※ その他職員加配や 障害程度に応じた加算 制度あり
第1種自閉症児施設		児童指導員・保育士 6.7:1	309単位 (+医療費)	92,700円+医療費	
第2種自閉症児施設		児童指導員・保育士4.3:1 施設長、介助員、事務員、医 師、看護師(2名)、嘱託医(2 名)、(栄養士、調理員)	662単位	198,600円	
盲児施設		児童指導員・保育士 5:1 (幼児の場合 4:1)	606単位 (+57単位) (+78単位)	181,800円 (198,900円) (222,300円)	
ろうあ児施設		施設長、介助員、事務員、嘱託 医(2名)、(栄養士、調理員) ※ろうあ児施設は、嘱託医1名	602単位 (+57単位) (+78単位)	180,600円 (197,700円) (221,100円)	
肢体不自由児施設		児童指導員・保育士 10:1 (少年の場合 20:1)	136単位 (+医療費)	40,800円+医療費	
肢体不自由児療護施設		児童指導員・保育士3.5:1 施設長、介助員、事務員、看護 師(50人までは3名)、嘱託医、 (栄養士、調理員)	699単位	209,700円	
重症心身障害児施設		児童指導員、保育士	862単位 (+医療費)	258,600円 +医療費	

## 在所期間の延長措置について



## 障害児施設の利用者の年齢構成について(入所)

	乳幼児 (0歳～6歳)	学齢期・青年期 (7歳～17歳)	加齢児 (18歳以上)
知的障害児施設	3.2%(311名)	56.8%(5,568名)	40.1%(3,929名)
自閉症児施設	3.4%(8名)	67.2%(158名)	29.4%(69名)
盲児施設	5.8%(8名)	81.0%(111名)	13.1%(18名)
ろうあ児施設	12.1%(20名)	81.2%(134名)	6.7%(11名)
肢体不自由児施設	31.3%(854名)	59.9%(1,634名)	8.9%(242名)
肢体不自由児療護施設	9.7%(23名)	43.5%(103名)	46.8%(111名)
重症心身障害児施設	2.8%(319名)	10.1%(1,131名)	87.1%(9,765名)

〈社会福祉施設等調査報告(H18. 10. 1現在)〉

## 障害児施設の利用者の利用期間について(入所)

	2年未満	3年～5年未満	5年以上
知的障害児施設	24.3%	26.1%	49.6%
自閉症児施設 (第1種・第2種)	49.0%	14.6%	36.4%
盲児施設	19.0%	25.0%	56.0%
ろうあ児施設	29.8%	21.7%	48.4%
肢体不自由児施設	46.2%	19.5%	34.3%
肢体不自由児療護施設	26.3%	25.7%	48.0%
重症心身障害児施設	7.2%	12.5%	80.3%

〈子ども未来財団調査研究より(H18. 11. 1現在)〉

## 障害児施設と障害者支援施設の居室・廊下の基準比較

	居室		廊下幅
障害児施設 (福祉型)	1室の人数 15人以下	1人あたり3.3㎡以上	適用無し
障害児施設 (医療型)	(療養病床のみ) 1室の人数 4人以下	患者2人以上の場合 1人あたり4.3㎡以上	廊下幅 1.8㎡以上 (両側に居室ある場合は、2.1㎡以上)
		(小児のみ) 上記の2/3以上で可。 ただし、一の病室の床面積は6.3㎡以下であってはならない。	(療養病床のみ) 廊下幅 1.8㎡以上 (両側に居室ある場合は、2.7㎡以上)
障害者支援施設	1室の人数 4人以下	1人あたり9.9㎡以上	廊下幅 1.5㎡以上 (中廊下は、1.8㎡以上)

経過的障害者支援施設 (支援費対象施設)	1室の人数 原則として4人以下	1人あたり6.6㎡以上 (支援費の建物)	廊下幅 1.35㎡以上 (支援費の建物)
		1人あたり3.3㎡以上 (支援費以前の建物)	適用無し (支援費以前の建物)

## 障害児施設と障害者支援施設の設備概要

	設備		特別な配慮
知的障害児施設	居室、調理室、浴室、便所、静養室、医務室（30人以上）	職業指導に必要な設備（児童の年齢、適性等に応ずる）	
第2種自閉症児施設	居室、調理室、浴室、便所、静養室、医務室		
盲児施設	居室、講堂、遊戯室、調理室、浴室、便所、医務室（30人以上）、静養室（30人以上）	訓練室、職業指導に必要な設備、音楽に関する設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 階段の傾斜を緩やかにすること</li> <li>・ 便所の手すり、特殊表示等身体の機能の不自由を助ける設備</li> </ul>
ろうあ児施設	居室、講堂、遊戯室、調理室、浴室、便所、医務室（30人以上）、静養室（30人以上）	訓練室、職業指導に必要な設備、映写に関する設備	
肢体不自由児療護施設	居室、医務室、静養室、調理室、浴室、便所	訓練室、屋外訓練場	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 階段の傾斜を緩やかにすること</li> <li>・ 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備を設けること。</li> </ul>
第1種自閉症児施設	医療法に規定する病院として必要な設備、観察室、静養室、訓練室、浴室		
肢体不自由児施設	医療法に規定する病院として必要な設備、ギブス室、訓練室、屋外訓練場、講堂、図書室、特殊手工芸等の作業を指導するに必要な設備、義肢装具を製作する設備（他に適当な施設があるときは設けることを要しない）、浴室		
重症心身障害児施設	医療法に規定する病院として必要な設備、観察室、静養室、訓練室、看護師詰所、浴室		
障害者支援施設	訓練・作業室、居室、食堂、浴室、洗面場、便所、相談室		14

# 障害児入所施設の概要(児童福祉最低基準)

## ○ 福祉型(病院であることを要件としない障害児入所施設)

施設類型	職員配置		
知的障害児施設	児童指導員及び保育士 おおむね児童の数を4.3で除して得た数以上	嘱託医(精神科の診療に相当の経験を有する医師)	栄養士(41人以上) 調理員 (調理業務を全部委託する場合を除く。) 職業指導員 (職業指導を行う場合)
第2種自閉症児施設		医師(上に同じ) 看護師(児童20人につき、1人以上)	
盲児施設	児童指導員及び保育士 乳児又は幼児おおむね4人につき1人以上 少年おおむね5人につき1人以上	嘱託医 (眼科又は耳鼻いんこう科の診療に相当の経験を有する者でなければならない。)	
ろうあ児施設			
肢体不自由児療護施設	児童指導員及び保育士 乳児又は幼児おおむね3.5で除して得た数以上	嘱託医 看護師	

## (参考) 障害者支援施設

障害者支援施設 (生活介護を行う場合)	医師 利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 看護職員 生活介護の単位ごとに1人以上 理学療法士又は作業療法士 生活介護の単位ごとに、利用者に対して日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う場合に、生活介護の単位ごとに、当該訓練を行うために必要な数 生活支援員 生活介護の単位ごとに、3:1~6:1(1人以上は常勤) 平均障害程度区分に応じて必要な数 サービス管理責任者 利用者数60人以下:1人以上 利用者数60人以上:利用者数が60人を超えて40又はその端数を増す毎に1人を加えて得た数以上 1人以上は常勤
------------------------	---

## 障害児入所施設の概要(児童福祉最低基準)

### ○ 医療型(病院であることを要件とする障害児入所施設)

施設類型	職員配置		
第1種自閉症児施設	医療法に規定する病院 として必要な職員  児童指導員 保育士(※)		自閉症児施設の医師は、児童を対象とする精神科の診療に相当の経験を有する医師でなければならない。
肢体不自由児施設		理学療法士又は作業療法士 職業指導員 (職業指導を行う場合)	肢体不自由児施設の長及び医師は、肢体の機能の不自由な者の療育に関して相当の経験を有する医師でなければならない。
重症心身障害児施設		理学療法士又は作業療法士 心理指導を担当する職員	重症心身障害児施設の長及び医師は、内科、精神科、神経科、小児科、外科、整形外科又はリハビリテーション科の診療に相当の経験を有する医師でなければならない。

※ 第1種自閉症児施設の児童指導員又は保育士の総数は、通じておおむね児童の数を6.7で除して得た数以上

# 利用者側から見た障害児施設と障害者支援施設等の比較

【20歳以上の障害児施設と障害者支援施設等利用者の場合】

	根拠条文	利用者負担	支給決定期間	障害程度区分	障害種別	実施主体
障害児施設	児童福祉法	【収入】 原則本人の収入 ..... 【軽減】 個別減免	3年以内	判定不要	障害種別あり	都道府県
障害者 支援施設 (生活介護)  療養介護	障害者 自立支援法	【収入】 原則本人の収入 ..... 【軽減】 個別減免	3年以内	判定必要  生活介護利用者 (障害程度区分 4以上)  療養介護利用者 (障害程度区分 5以上)	障害種別なし	市町村   17

# 障害児に対する専門支援の経緯について

## 児童福祉法に基づく入所施設の設立経緯について

### ○ 知的障害児施設

【児童福祉法施行前】 民間篤志家による支援

【児童福祉法の施行】 昭和22年の児童福祉法の施行にあたり、制度化

【昭和33年】 重度の知的障害児や障害が重複している児童等を専門に保護するため、国立秩父学園を設置

### ○ 自閉症児施設(第1種・第2種)

【昭和43年】 モデル事業を実施

【昭和44年】 予算補助制度により、医学的管理の下で生活指導等を実施した際の費用を助成制度の創設

【昭和46年】 モデル事業の実施及び心身障害研究費補助金による研究の推進

【昭和55年】 治療方法等の研究が進み、徐々に学問的な解明がなされてきており、この成果を踏まえ、新たに児童福祉施設最低基準に位置づけ、制度化

○ 盲児施設・ろうあ児施設

【児童福祉法施行前】 民間の活動が行われてきたが、数カ所の状況

【児童福祉法の施行】 「療育施設」として虚弱児や肢体不自由児とともに包括された一つの施設として規定

【昭和24年】 それぞれ独立した施設として分離

○ 肢体不自由児施設

【児童福祉法施行前】 整肢療護園（現在の心身障害児総合医療療育センター）のみで支援

【児童福祉法の施行】 「療育施設」として虚弱児や盲ろうあ児とともに包括された一つの施設として規定

【昭和24年】 それぞれ独立した施設として分離

○ 肢体不自由児療護施設

【昭和48年以前】 児童養護施設の中で対応してきた（昭和43年肢体不自由児のための「ねむの木学園」設立）

【昭和48年】 肢体不自由児のための児童養護施設として、児童福祉施設最低基準に肢体不自由児施設の種類別として制度化

○ 重症心身障害児施設

【昭和36・37年】 国が島田療育園(重症児を診療する病院)に療育の研究を委託

【昭和38年】 予算措置により療育費の補助を実施

【昭和41年】 全国の国立療養所内に重症児病棟を新設(予算対応)

【昭和42年】 児童福祉法に位置づけられる

## 支援対象の拡大・変遷

### ○ 知的障害児施設(重度の知的障害児の受け入れ)

【昭和33年】 国立秩父学園の設置

知的障害の程度が著しい児童又は盲もしくはろうあである知的障害の児童の受け入れ(20歳を超えても引き続き在所可能)

【昭和39年】 公立の知的障害児施設に「重度知的障害児入所棟」を付置し、重度の知的障害児も利用可能とする

【昭和42年】 重度の知的障害児については、20歳を超えても引き続き在所できるよう改正

【昭和48年】 民間知的障害児施設も「重度知的障害児入所棟」の付置を可能とする

【平成10年】 強度行動障害を示す者に対する処遇に対する加算の創設

○ 盲ろうあ児施設(学校との関係等)

【昭和24年】 「盲ろうあ学校寄宿舎を児童福祉法の療育施設として切り替えることについて」の通知発出

【昭和31年】 施設と寄宿舎との区分の整理明確化

寄 宿 舎……………盲学校・ろう学校に原則として付設されるものであり、  
家庭と学校との距離が遠い等の理由により通学の困難なものを対象

盲ろうあ児施設……18歳未満の盲ろうあ児であって、保護者がいないなどの理由により、家庭において適切な監護が期待できないものを対象とし、その福祉を確保する見地から入所させる施設

【昭和44年】 盲又はろうあに加え、知的障害を併せもつ児童の増加に基づき、「盲重度児及びろうあ重度児に対する加算」の創設

## ○ 肢体不自由児施設

【昭和39年】 肢体不自由の程度が重度な児童に対して、「肢体不自由児施設重度病棟」の基準を設けたところ

【昭和40年】 低年齢の児童を対象として、母子入院部門を設け、児童を短期間その母親とともに入園させて機能訓練等の療育を行う制度の創設  
(ただし、予算上の手当なし)

【昭和42年】 重度の児童であって、引き続いて入所させておかなければその者の福祉をそこなうおそれのあるものについては、20歳を超えても引き続き在所できることとした

## ○ 重症心身障害児施設

【昭和42年】 制度化当初より、入所期間が極めて長期にわたることなどから、児童福祉施設ではあるが満18歳をこえる者も入所可能とした

# 7. 行政の実施主体

～検討資料～

## 検討項目(案)

### (1) 障害児施設についての実施主体

- ・ 現在、障害児施設の支給決定は都道府県（指定都市、児童相談所設置市）が行っているが、実施主体についてどのように考えるか。
  - ※ 通所、入所（措置）、入所（契約）それぞれについて、どのように考えるか。
  - ※ 一般施策や障害者施策との並びを考えれば市町村の関与が強い方が望ましいと考えられる。他方、障害児施設は数が少なく広域調整が必要なこと、専門的な判断の面等を考えれば都道府県の関与が必要と考えられるが、どのように考えるか。
  - ※ 更に、現在、児童養護施設への措置は都道府県が行っており、虐待等の場合でかつ障害児の場合の措置の判断について、一元的に行われるためには、どのように考えるか。

## (2) 措置と契約について

- ・ 現在、障害児施設については、契約による利用を基本としつつ、虐待や養育拒否の場合等には措置によることとされているが、「措置」と「契約」について、どのように考えるか。
- ・ 措置による場合と契約による場合の判断について、各自治体により差が生じているという指摘があり、更なる明確化が必要ではないか。

# 7. 行政の実施主体

(参考資料)

# 障害児(者)施策の実施主体に関する議論の経過

平成元年

今後の社会福祉のあり方について (福祉関係三審議会合同企画分科会 意見具申)

社会福祉の運営、実施については、専門性、広域性、効率性等の観点について配慮しつつ、住民に最も密着した基礎的地方公共団体である市町村をその主体とすることが適当

- ① 身体障害者更生援護施設の入所措置の事務については、市町村で実施する方向で検討
  - ② 精神薄弱者福祉については、在宅福祉の推進等に関し市町村の機能の強化を進める必要
- ①については、平成5年、②については、平成15年に市町村に権限委譲

平成7年

障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略 (障害者対策推進本部)

- ・障害児・精神薄弱者施策において、市町村をサービスの決定・実施の主体とすることを検討
- ・精神障害者のための社会復帰施設や福祉施設等については、市町村の役割を高めていく方向で検討
- ・都道府県については、市町村に対する支援や市町村間の調整、精神医療の体制整備など広域性・専門性の高い分野の業務の充実を図る

平成9年

今後の障害保健福祉施策の在り方について (身体障害者福祉審議会等合同企画分科会 中間報告)

- ・福祉サービス決定権限については、障害児、精神薄弱者についても(身体障害者と同様)市町村に移譲すべき
- ・このためには、都道府県による支援や障害特性に応じた専門性の確保が必要
- ・精神障害者の施設サービスについて、市町村に委譲し、全ての種別の障害者の保健福祉サービスを市町村が実施することにより、総合的で調整のとれた障害者のサービスが提供されるようにすべき

→ 精神障害者の施設サービスについて、障害者自立支援法により、市町村に権限委譲(平成18年)



平成11年

今後の知的障害者・障害児施策の在り方について (中央児童福祉審議会)

住民に身近なサービスは、可能な限り住民に身近な地方公共団体を実施するという基本的な考え方によれば、障害児福祉サービスについても、住民に最も身近な行政主体である市町村が権限を持つことが望ましい。

<在宅サービス>

- ・ショートステイ
- ・補装具の交付
- ・日常生活用具給付等事業

を、既に実施している

- ・ホームヘルプサービス
- ・デイサービス

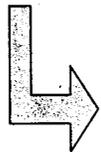
と併せて、市町村が統一的に在宅サービスを取り扱うこととする必要

<施設サービス>

・施設サービスについては、基本的考え方は在宅サービスと同様であるが、次のような点を勘案する必要があり、市町村に権限を委譲することについては、さらに検討する必要。

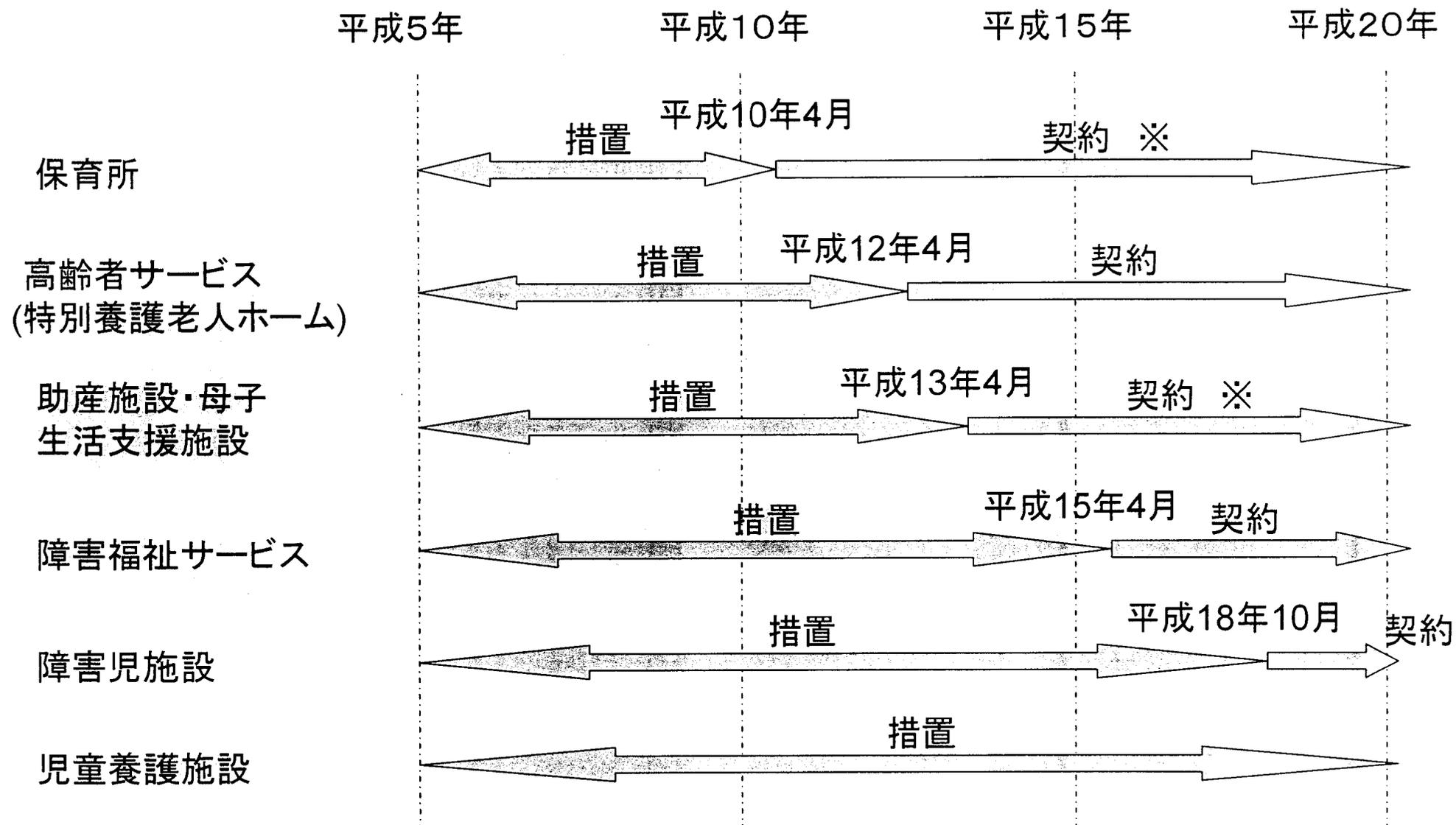
【勘案事項】

- ① 児童の発達を総合的な見地からフォローするため、障害児施設への入所については、特に、高度の専門的判断が必要。
- ② 被虐待等の要保護性を有する障害児の障害児施設への入所について、都道府県と市町村の間で、要保護性の有無をめぐる責任の所在が曖昧になる可能性。
- ③ 都道府県から市町村への移行の場合、定員払い方式(暫定定員払い方式)を現員払い方式にする必要。  
→ 平成18年10月から日払い方式を導入。



平成15年  
市町村へ委譲

# 措置と契約の変遷



## 措置と契約の取扱いについて

原則として障害児施設の利用は契約によることとなるが、児童相談所が下記の事由のいずれかに合致すると判断した場合には、児童福祉法第27条第1項第3号の措置による利用を行うものとする。(障害児施設給付費等の支給決定について(平成19年障発0322005号))

- ・ 保護者が不在であることが認められ利用契約の締結が困難な場合
- ・ 保護者が精神疾患等の理由により制限行為能力者又はこれに準ずる状態にある場合
- ・ 保護者の虐待等により、入所が必要であるにもかかわらず利用契約の締結が困難と認められる場合

等の具体的事例

- ・ 親が養育拒否(親に対する指導を児童相談所が行っても、改善されない場合)をしている場合
- ・ 親が障害を受容できず、健常児と同じ育児に固執し、児童に悪影響を与える場合
- ・ 家庭環境の問題によって、児童を家庭から引き離さなければ、児童の成長に重大な影響を与えると判断された場合

## 障害児施設における措置と契約の割合

	措置	契約
知的障害児施設	34.3%	65.7%
第1種自閉症児施設	31.3%	68.7%
第2種自閉症児施設	6.6%	93.4%
盲児施設	65.2%	34.8%
ろうあ児施設	51.8%	48.2%
肢体不自由児施設	16.5%	83.5%
肢体不自由児療護施設	36.6%	63.4%
重症心身障害児施設	4.7%	95.3%

〈障害福祉課調べ(H19.10.1現在)〉

## 障害児施設における措置と契約の割合（18歳未満）

	措置	契約
知的障害児施設	57.9%	42.1%
第1種自閉症児施設	38.0%	62.0%
第2種自閉症児施設		
盲児施設	75.2%	24.8%
ろうあ児施設	55.4%	44.6%
肢体不自由児施設	17.5%	82.5%
肢体不自由児療護施設	67.4%	32.6%
重症心身障害児施設	9.4%	90.6%

〈前資料につき、18歳以上の数を推計した上で、全て契約とみなし作成。〉

# 障害児施設利用に係る「措置」と「契約」について

## 背景

- ◆ 障害の有無や年齢に関わらず、福祉サービスの利用を行政処分である「措置」から、原則、利用者と事業者の「契約」制度へと移行してきた。
- ◆ ただし、児童福祉施設に関しては、児童福祉法において、契約主体となるべき親が本来の責務を果たすことができないと児童相談所が判断した場合（例：①保護者が不在、②保護者が精神疾患等の理由による制限行為能力者等、③保護者による虐待等により契約が困難等）は、「措置」を適用することとしている。
- ◆ 「措置」か「契約」の適用については、個別の事例を十分に勘案し、子どもの最善の利益を考慮し、各児童相談所が総合的に判断し、実施されている。しかしながら、「措置」の判断に、各自治体により差が生じており、「障害児支援の見直し検討会」等においても、明確な基準作りを求める意見がある。

## 検討事項

- ◆ 障害児施設利用者に係る「措置」と「契約」の区分についての判断基準をより明確化するため、全国の児童相談所設置自治体に対して現状調査し、その上で、児童相談所、有識者等の関係者において分析を行い、判断基準（例「事例集」）を作成する。
  - (1) 児童相談所設置自治体に対して、障害児施設への措置についての「要項等」に関する調査
  - (2) 調査結果の分析
  - (3) 判断基準の検討
  - (4) 判断基準（例「事例集」）を全国自治体に配布

# 肢体不自由児施設の入所、 地域支援等について

全国肢体不自由児施設運営協議会

## 肢体不自由児施設の概要

(Hospital & Home with School)

**入所小規模** : 入所児数平均 37.1 名  
**通過型** (医療・母子入園228床・2割の社会的入園も)  
(短期入所を除いて年間入所総数4,554名)

**多機能** : 他種施設併設複合センター  
(重心施設 38%、障害者施設25%)

**養護学校の併隣設** 100%

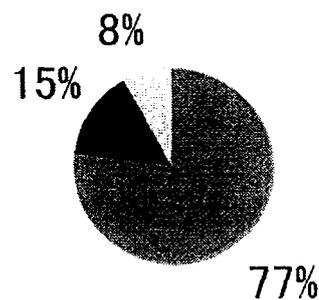
**外来**(月延11万人)・**通園** 1,103名・**短期入所**  
**地域支援・連携**

(巡回相談・離島巡り,校医・通園囑託、  
研修会開催,見学・実習引き受け)

## 肢体不自由児施設の現在の役割

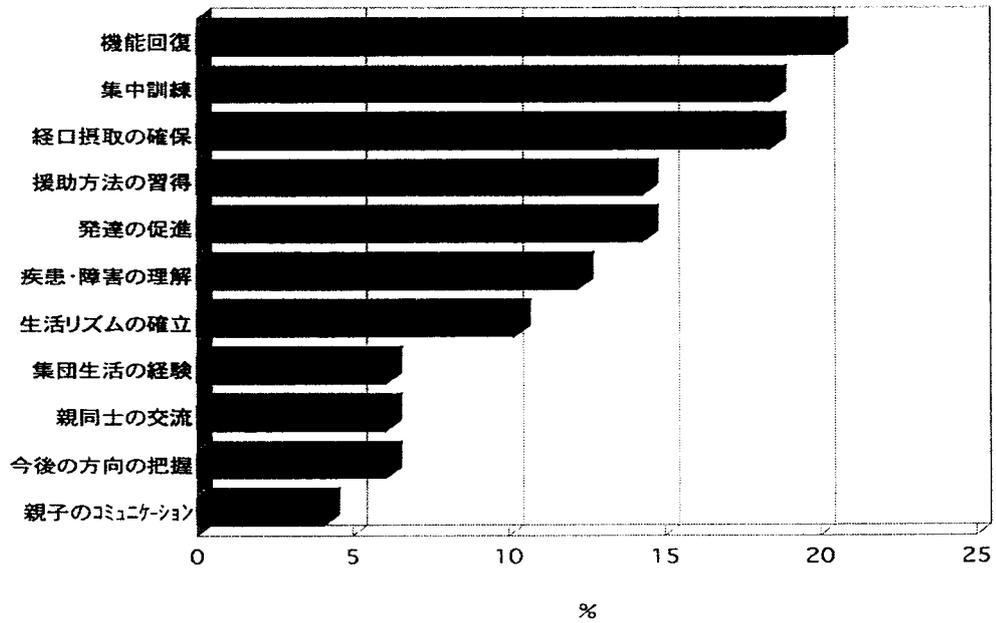
- \* 3次福祉圏域の総合的な療育医療の拠点  
養護学校校医・巡回相談・通園等への技術支援
- \* 通園・外来・入所機能による早期療育・相談  
母子入園・機能向上の手術・虐待等社会的入園
- \* 在宅・家族支援を要として重症例への対応  
通過型であり、短期入所を広く行っている

入所目的 (N=2,176) 平成19年度



■ 訓練手術 ■ 家庭の崩壊 ■ 虐待

母子入園アンケート N=52



## 入所中の被虐待児

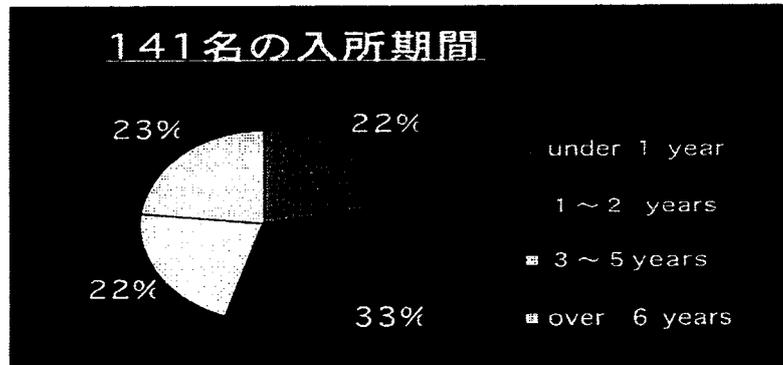
N=141 (5.5%)

(2000.10.1)

脳性麻痺	58
頭部外傷	45
他疾患	38

(80%が知的障害、38%がけいれん発作を伴う)

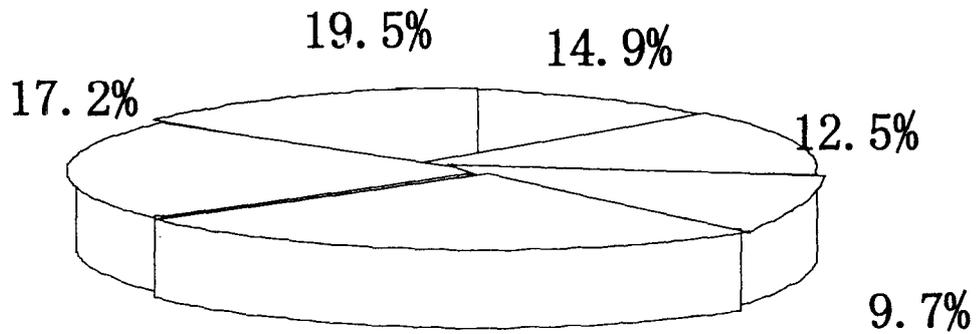
### 141名の入所期間



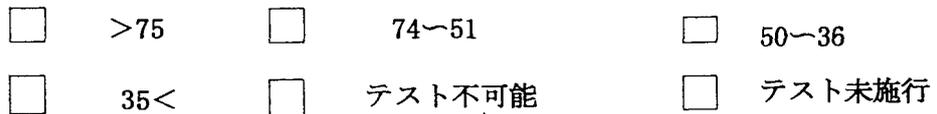
## 入所児の知能指数

(2008. 3. 31)

N=2, 176



(48%がIQ 35以下)



## 地域支援 (全施設地域療育支援事業)

(2007)

巡回相談 6,805件

地域生活支援 11,585件

療育相談 16,094件

### (拠点支援事業)

施設支援 514件

在宅支援 1,488件

セミナー 137回

# 肢体不自由児施設における 「施設外療育活動」に関する調査

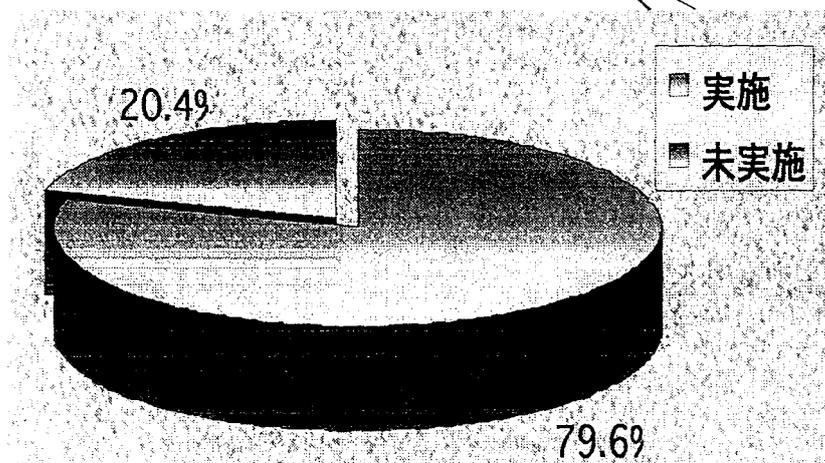
全国肢体不自由児施設運営協議会  
平成20年4月

## 結果

回答数: 49施設(当施設含む)

回答率: 79.0%

### 「施設外療育活動」の実施状況



## 施設外療育活動の実施状況

(21施設)

開設平均年数： 46.4年(14年～56年)

実施平均年数： 18.9年( 2年～46年)

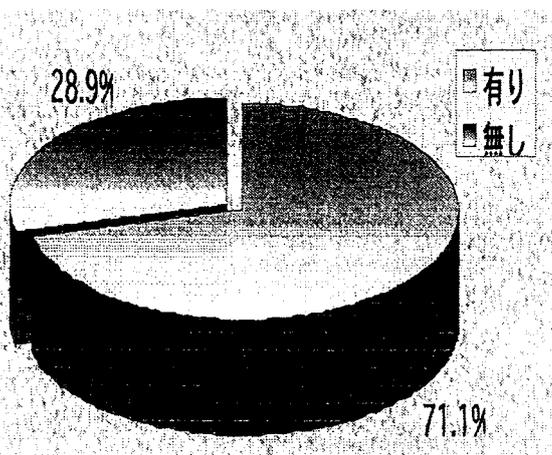
平均実施回数：283.6回

平均実施人数：642.1名

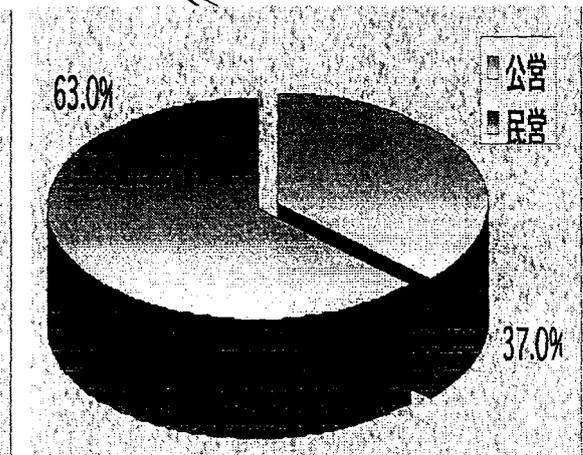
1回平均人数： 2.3名

## 「療育等支援事業」の受託状況

受託の有無

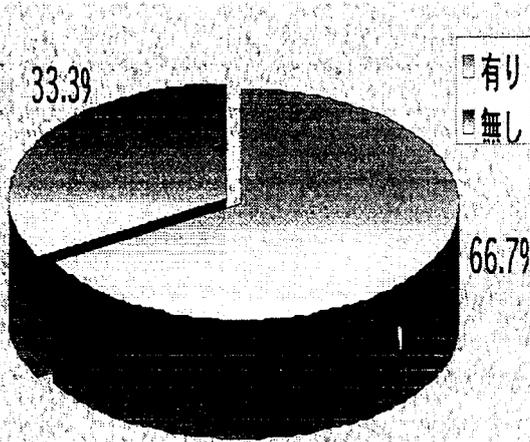


「公営・民営別」の受託状況

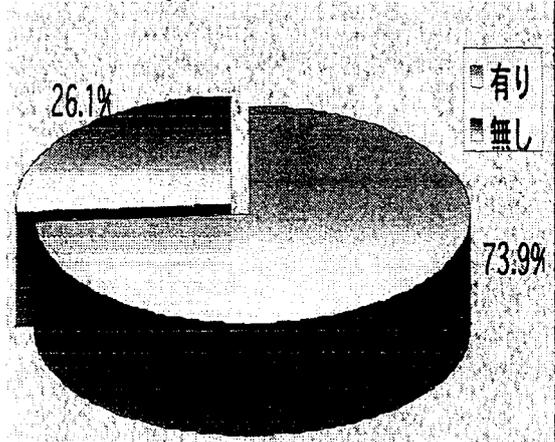


## 療育等支援事業の受託状況

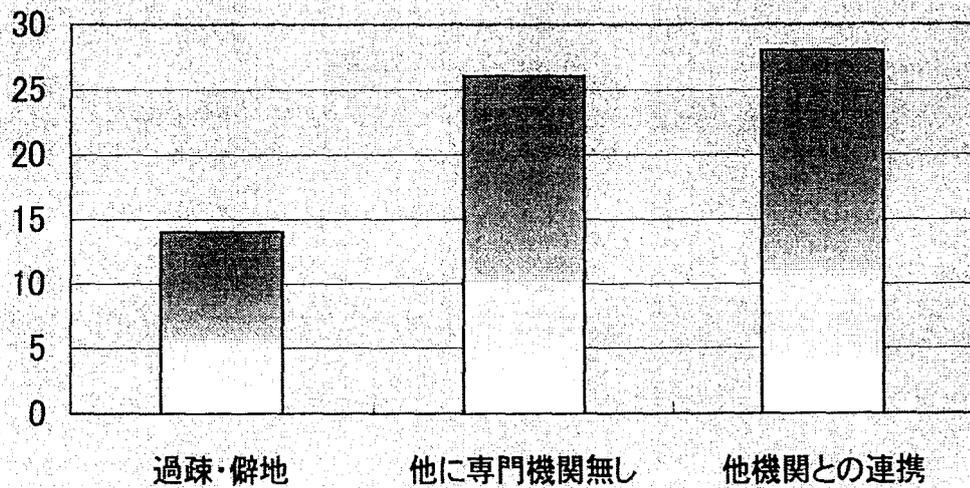
「公営」における受託状況



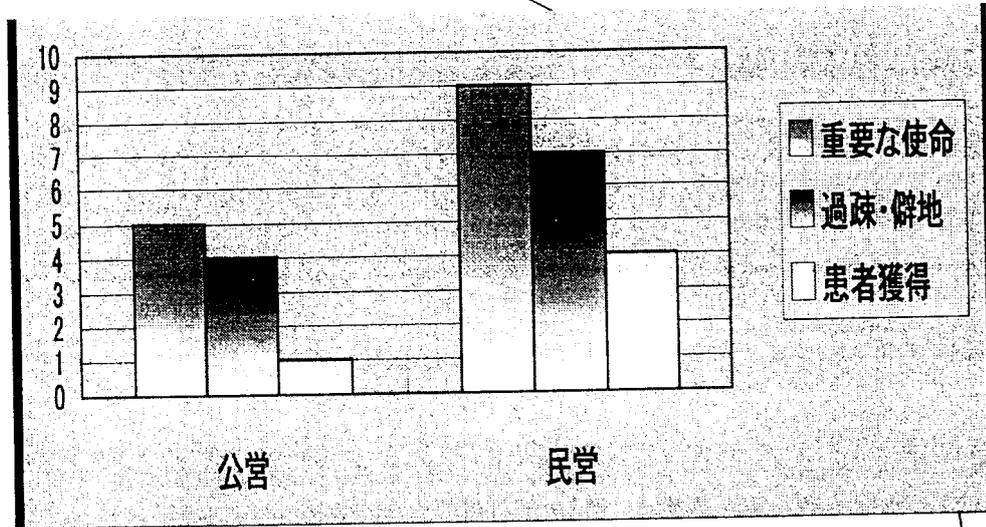
「民営」における受託状況



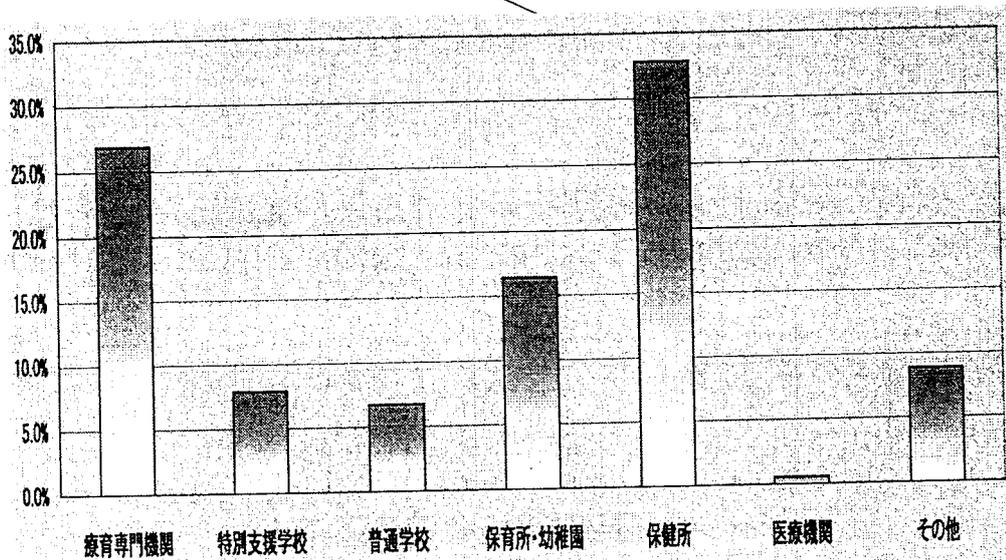
## 施設外療育活動実施の理由(1)



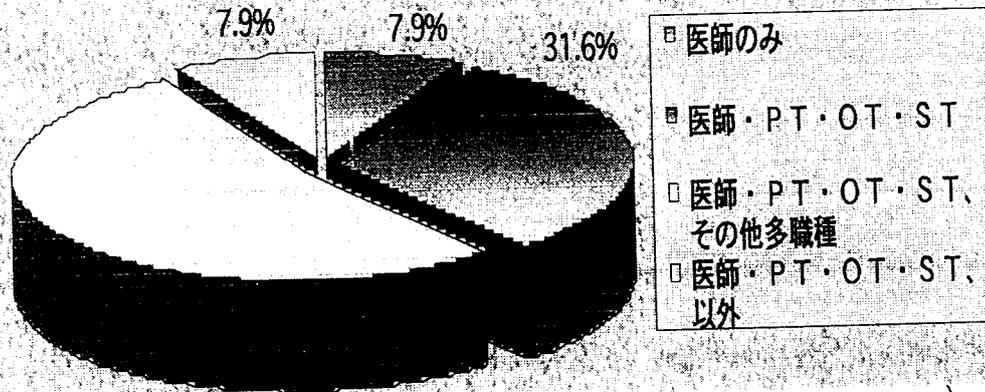
## 施設外療育活動実施の理由(2)



## 実施場所の割合



## 派遣職種の状況



### ※その他の多職種

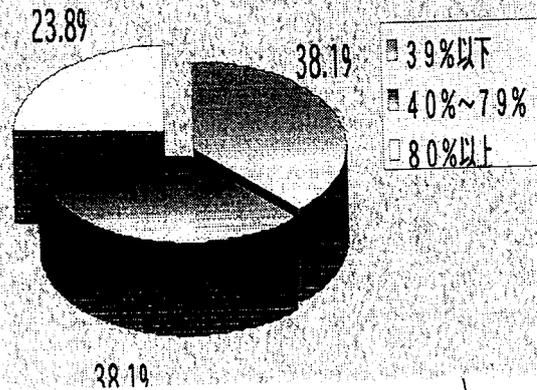
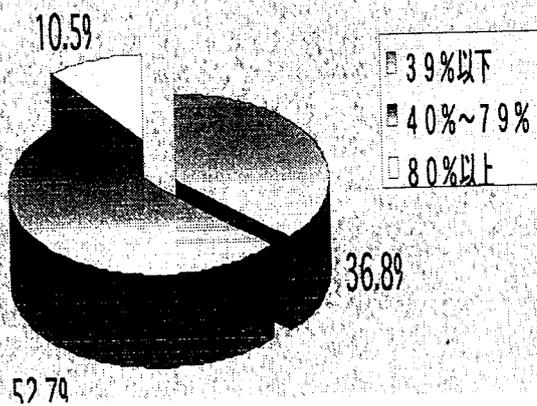
臨床心理士(8) 指導員・保育士(7)  
 コーディネーター(5) 看護師・保健師(4)  
 社会福祉士(1) リハ工学士(1) 音楽療法士(1)

## 発達障害児の占める割合

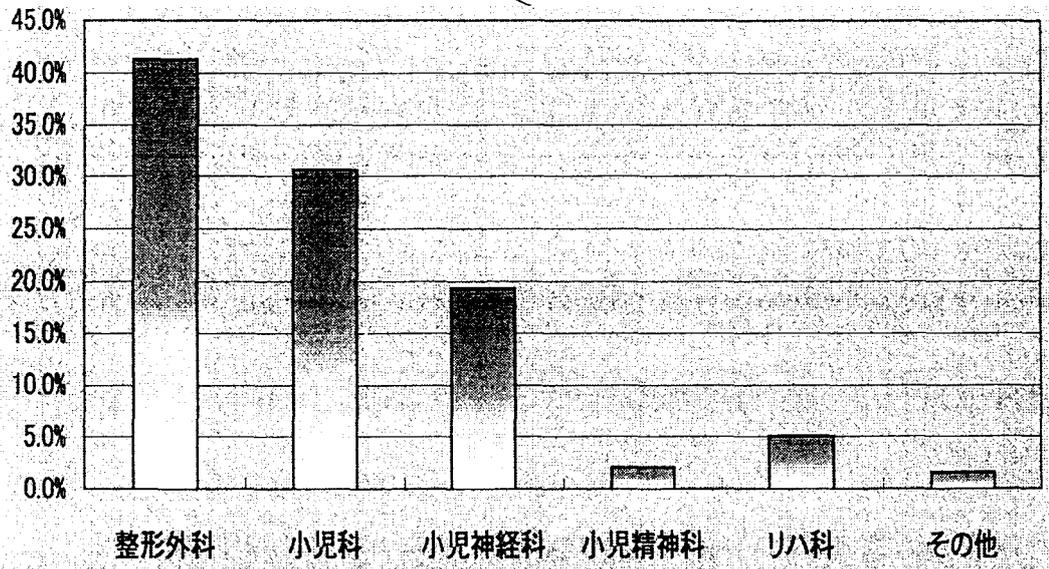
(外来・施設外の比較)

外 来

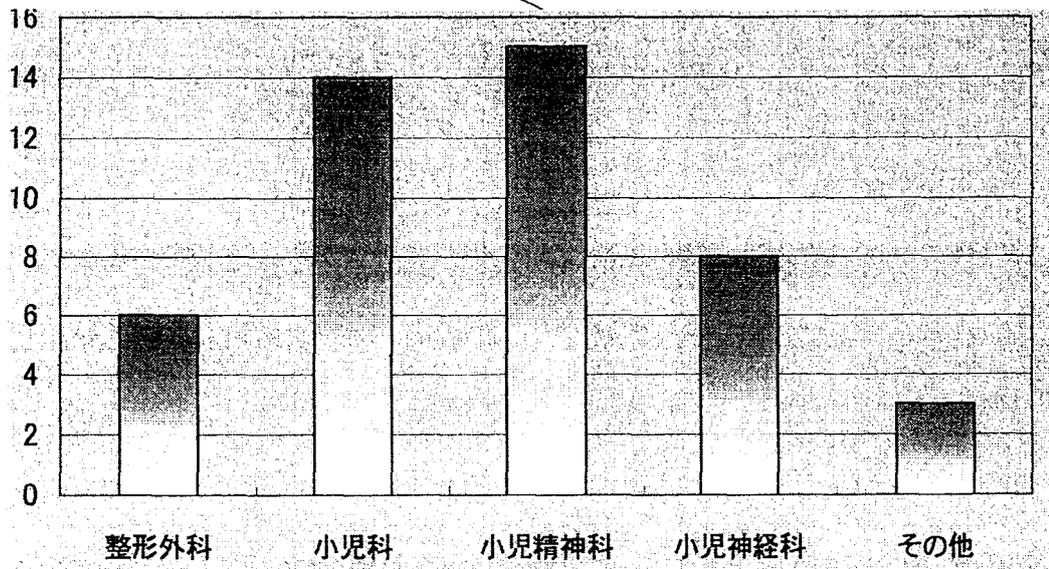
施設外療育活動



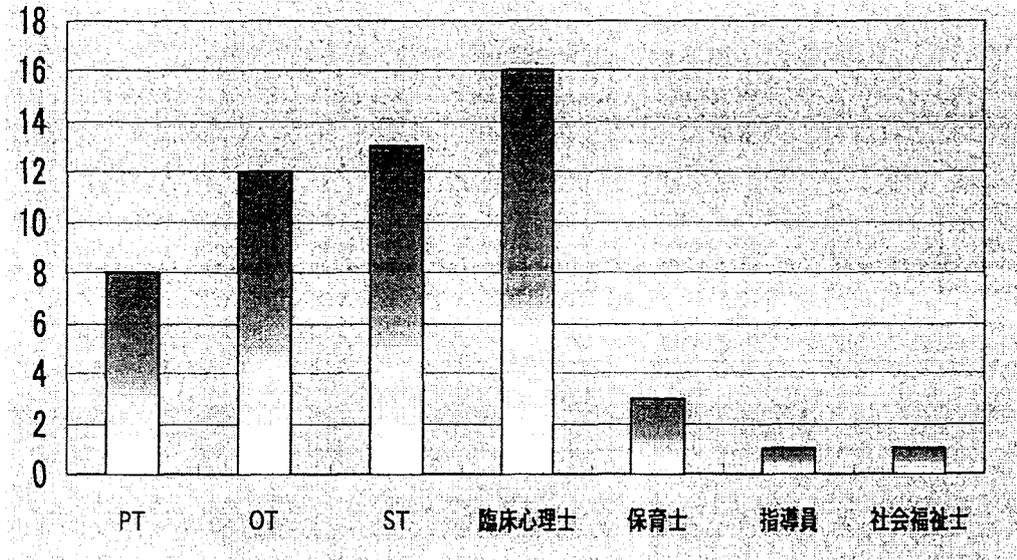
### 関わっている医師の専門科の割合



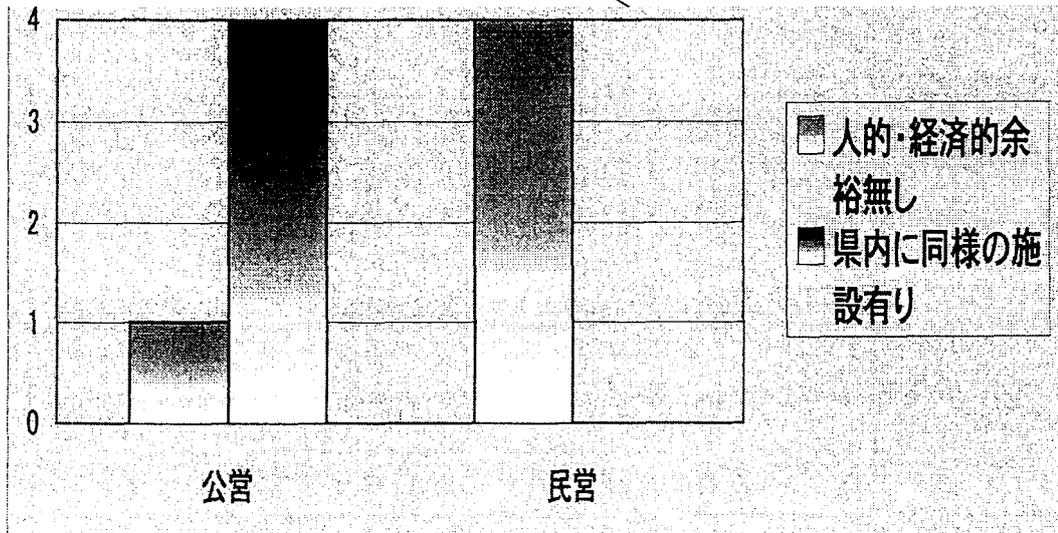
### 増員したい医師の専門科



### 増員したい職種(医師以外)



### 実施していない理由 (公営・民営別)



## ま と め

- 「施設外療育活動」は、約80%の施設で実施されており、過疎・僻地を含め「地域での療育機能を補う」大きな役割を果たしていると思われた。
- 実施場所は、療育専門機関、保健所がとくに多く、地域の保育所・幼稚園、学校などでの実施も少なくなかった。  
※1施設が、家庭での訪問指導を行っていた。

- 派遣医師は、整形外科医、小児科医が多いが、対象は、発達障害児の占める割合が比較的多く、さらに増加傾向にあることから、小児精神科医、小児科医、臨床心理士、言語聴覚士、作業療法士などの増員を望む施設が多い。
- 公営・民営を問わず、経営的には不利な面が多いが、ほとんどの施設が「重要な使命」と考えて実施していた。
- 地域の状況にもよるが、「施設外療育活動」は、肢体不自由児施設のひとつの重要な役割であると思われた。

## 発達障害児の地域療育の構図への提言

(療育資源を持つ一肢体不自由児施設から)

### 自閉症における協同運動障害は

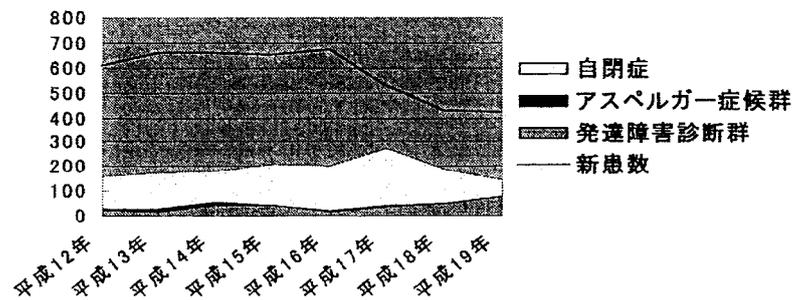
基礎運動能力の障害というだけでは説明できない。そしてこの障害は、社会性、コミュニケーション、行動障害に強く関連しており、自閉症の中核症状でかつ障害の神経学的側面のマーカーでもある。

(MA Dzik 2007 "Dyspraxia in autism association with motor, social, and communicative deficits")

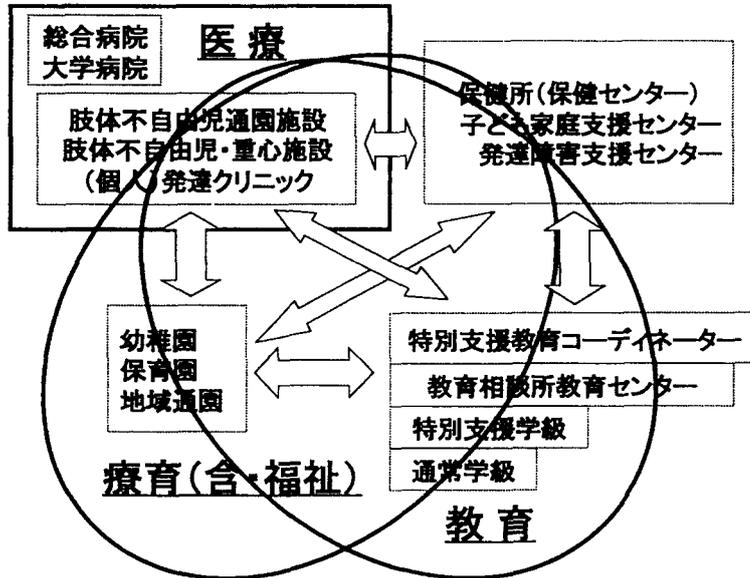
⇒ リハ的介入(医療)がかかわる合理性

## 発達障害児の外来受診の増加

外来に占める発達障害児



## 発達障害児の地域療育の構図



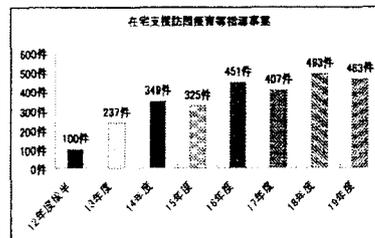
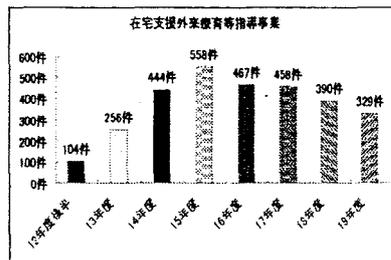
## 当センターの受け持ち福祉圏域

### 対象エリア

海部津島・尾張中部圏域：全13市町村

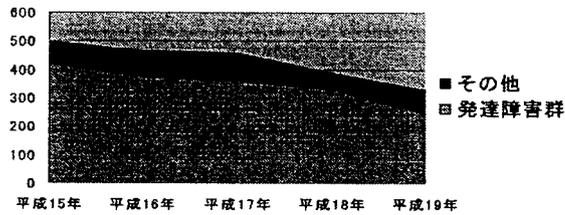
人口 484,000人

市内の各町へのリンク

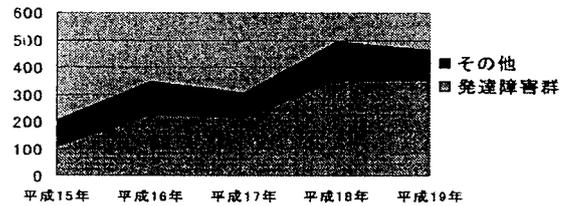


## 地域療育等支援事業における自閉症支援

在宅支援外来療育指導事業



在宅訪問療育指導事業



## 発達障害児がリハスタッフに求めたもの

※ 作業療法：平成19年、15件の場合

OT開始年齢	OT依頼理由	潜む問題点
3歳6ヶ月~9歳1ヶ月 (平均4歳11ヶ月)	力加減が難 2	筋緊張が低い
	利き手がない 1	body image が低い
	すぐ疲れる 1	中枢が不安定
	不器用 12	認知能力
	手を使わない 1	触・聴・視覚過敏
	姿勢維持難 2	

※ 理学療法：64人が継続中

PT依頼理由：すべて粗大運動発達の遅れ

## 発達障害児がリハスタッフに求めたもの

### ※ 言語聴覚療法:191件の指導内容

#### コミュニケーション支援

前言語	36(19%)	} 128(67%)
言語	73(38%)	
語用論的	19(10%)	
構音障害	14(7%)	
代替コミュニケーション	5(2.6%)	
評価・指導	13(6.8%)	
親サポート	24(13%)	
食事指導	5(2.6%)	
認知処理アプローチ	2(1%)	

## 「ちびっこくらぶ」の紹介

「ちびっこくらぶ」は、当センターが企画した自閉症児療育グループです。半年を1クールとし、週一度、OT、ST、保育士、心理士が参加。子どもの見方や関わり方を模索します。

クール終了後も親だけ当センターに月1回集い1年半フォローします。また生活支援事業のもとに子どもの属する地域の保育園、通園施設にスタッフが出向き、保育士と保健師に子どもを理解してもらいます。

結果、地域の保育士・保健師に理解してもらえた。また、親がわが子のことを伝える事ができ、依存的な関わりかたから、一緒に療育計画を。

## 重症心身障害児者の施設入所に関する制度 の現状比較

重症心身障害児・者	
18歳未満	18歳以上
↓	↓
<b>重症心身障害児施設</b> (児童福祉法) 年齢に関係なく大島の分類で判定入所	<b>療養介護事業</b> (障害者自立支援法) 18歳以上障害程度区分の判定で5・6区分
<u>職員配置</u> 保育士・児童指導員 心理指導職員・ 理学又は作業療法士	<u>職員配置</u> サービス管理責任者 生活支援員
医療法に規定する職員	医療法に規定する職員
発達支援の体制がある	発達支援の体制がない

## 厚生労働大臣への児童福祉法改定等についての要望 (2008.6.9)

日本小児神経学会

理事長 大澤真木子

社会活動委員会委員長 杉本 健郎

児童福祉法改定、障害者自立支援法見直し、発達障害者支援法見直しに関する基本的意見

( 一部抜粋 )

児童福祉法改定、および、障害者自立支援法の見直しについて

4. 障害児(者)への支援において、キャリーオーバーした状態(児童期に発生した病気や障害が成人期に持ち越されていく状態)への医療的支援に小児神経科医がかかわらざるを得ない状況があり、実際に多くの小児神経科医がこのような状態への医療的支援を強く担っている。児童福祉法改定、障害者自立支援法見直しにおいても、この点についての柔軟な配慮が必要である。この意味からも、また児者を通じての支援体制があることによつて療育の質が維持され施設による多様な障害児支援活動が可能になっているという現状からも、重症心身障害児施設の児者一貫体制の維持など、児童期から成人期にかけての継続性のある適切な支援体制が維持できるような柔軟な枠組みが必要である。(補足説明・意見2 参照)

5. 在宅の超重症の障害児(者)が増加しており、在宅、通所、居住支援(ケアホーム、入所施設など)における医療的対応のニーズも著しく増加しつつある。しかし、障害者自立支援法では、そのようなニーズにどのように対処していくのかという視点が欠落しており、児童福祉法による施設においても超重症の障害児(者)の入所(とくに短期入所)受け入れを行うための経済的基盤は脆弱である。生活の場、福祉サービスの場における、医

療的ケア（痰の吸引や経管栄養注入などの医療的な生活援助行為）の在り方について、医療的ケアの担い手をどのようにするのか、看護師の配置を経済的にどのように保障していくのかの検討、および、超重症児者の短期入所の条件整備など、切迫している問題への基本的検討と具体的対応が早急になされるべきである。（補足説明・意見3 参照）

6. 障害者自立支援法においては、区市町村に多くが委ねられ過ぎている。公平性のある適切な支援という理念が生かされるためには、障害の種別によっては、児童相談所あるいは都道府県単位での広域的な責任の分担とコントロールが必要である。（たとえば重症心身障害児者への支援、虐待による障害児への支援は、区市町村単位では適切になし得ない。）

#### 補足説明・補足意見 2

重症心身障害児者の療育・支援、とくに施設入所支援は、以下の理由から「児者一貫」体制で行われることが必要である。

1) 重い運動障害と知的障害を合併し多くが日常的に医療も必要とし人生の初期から「最も弱い存在」である重症心身障害児者においては、必要とされる支援の量と質はきわめて大きく深い。この支援の量と質は児童期から成人期になっても減じたり薄まるものではなく、嚥下障害の悪化などにより成人期になってむしろ増える場合も多く、連続性のある支援が必要とされる。したがって、重症心身障害児者への支援とくに入所施設での支援は、器械的に年齢で区切られるべきではなく、成人期になってもこの支援の量や質が保たれるよう、連続性・永続性のある支援であることが必要である。

2) 実際にも、児童期から入所している場合に成人期に他施設入所へ移行することは困難であり、また成人が多数の施設での児童期の入所受け入れ（短期、長期）も必要な場合が多い。したがって現実問題として、入所での児者共在の在り方が必然的である。（これは成人期になっても「子ども扱い」とすることとは異なる。児者共在の施設にあっても成人期では「おとな」としての人格を尊重した支援の対応がなされている。）

3) 重症心身障害児者への児童期から成人期までの児者一貫した療育体制と取り組みがあることにより、支援の質が医療面でも生活支援の面でも保たれている。(たとえば、日本重症心身障害学会、重症心身障害療育学会は、児童期と成人期にまたがった学会である。)

4) 児童期から成人期までの一貫した支援に従事できる体制があることにより、小児神経科医や他職種スタッフを施設が確保できている場合が多い。「児者分離」となった場合には、成人部門でのスタッフ確保が困難となり、重症心身障害児者への支援の質は人的な面からも低下する可能性が大きい。

5) 成人期になっても専門性のある医師の診療や専門スタッフの支援を受け、短期入所を含む施設ケアを継続的に受けられる体制があるということが、児童期の重症心身障害児の両親の将来への不安を和らげ、安定した家庭養育を支える基礎となる。「子育て支援」の一環としての障害児養育支援という意味からも、「児者一貫」体制の存続が必要である。

6) 多くの重症心身障害児者施設が「発達障害」児支援も含め、多様な障害児地域療育支援機能を担っている。これは、「児者一貫」体制があることにより小児神経科医や他の専門スタッフの人材が重症心身障害児者施設に存在することによる。「児者分離」となった場合には、今後さらに発展が必要とされるこのような機能の維持が困難になる可能性が大きい。

重症心身障害児者施設が「児者一貫」制であることの大きな問題点は、入所児者の固定化傾向による、新規の入所受け入れの困難化、狭小化である。これについては、

- ① 短期入所受け入れ拡大のための条件整備 (受け入れ拡大を可能とする経済給付)
- ② 肢体不自由児施設での重症児入所促進のための条件整備 (施設の位置付け、経済給付)
- ③ 重症心身障害児者施設入所児者の定期的な見直しや適正運用のためのシステム整備 などの対策が必要である。

高齢者年齢に達した重症心身障害児者施設入所者についても検討課題だが、これと「児者一貫」制の問題が短絡されて論じられるべきではない。

### 補足説明・補足意見 3

1) 重症心身障害児者の中でとくに医療依存度が高い超重症児・準超重症児者の数は増加している。最近の8府県における全数調査(杉本らによる小児科学会調査)の結果では、20歳未満の超重症・準超重症児の数は、1000人対0.19~0.45人で、このデータからの計算で全国で20歳未満でも推計7350人(入院、入所、在宅合計で)とされている。東京都の或る施設の外来の外来受診の在宅の超重症準超重症児者は300人、他の施設でも150人に上る。超重症児準超重症児者の範疇に入らないケースでも、日常的に医療的ケアを要する在宅の障害児者は多数である。このように、在宅、学校、通所やケアホームなどにおける医療的ケアのニーズは著増している。

2) 特別支援学校においては一定範囲の医療的ケア(経管栄養注入や痰の吸引)を教員が看護師と連携して行うことが認められ、在宅においてもヘルパー等が気管カニューレ内など一定範囲内の吸引を行うことが、厚生労働省からの通達で認められた(2004~2005年)。

しかし、その他の福祉や生活の場(通所など)でのケアの在り方は検討が必要であるにもかかわらず進んでおらず、通達の基礎となった厚生労働省研究会の報告書で「今後、医行為概念の再検討など、議論が深められる必要がある」とされながら基本的議論も進んでいない。学校でのケア、在宅でのケア、多くの問題を抱えている。障害者自立支援法の「重度包括支援」も「絵に描いた餅」の状態である。

3) 超重症児・準超重症児の在宅生活を支えるものとして短期入所が重要である。しかし、超重症児者の入所受け入れのための施設への経済的給付は必要経費に見合うものではなく、これがポストNICUケースの施設での受け入れ困難の大きな要因であるが、さらに短期入所についてはリスクが大きいかかわらず、受け入れる程、施設運営は困難化する。医療費(診療報酬)での小児入院医療管理料と障害者施設等入院基本料の差を見ればこの問題は歴然としている。超重症児・準超重症児の入所受け入れの経済的基盤の整備、とくに短期入所についての経済的基盤を含む整備が必要である。

### 公法人立重症児施設職員数 総括表

人 数		医 療 部 門																看護部門					
		医 師						歯 科 医 師	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	言 語 聴 覚 士	心 理 療 法 士	診 療 放 射 線 技 師	薬 劑 師	臨 床 衛 生 検 査 技 師	医 療 社 会 専 業 員	そ の 他 (2)	計	看 護 師	准 看 護 師	看 護 助 手	そ の 他 (3)	計
		小 児 科	精 神 神 経 科	整 形 外 科	内 科	外 科	そ の 他 (1)																
	常 勤	278	36	33	80	12	24	20	384	324	179	53	56	165	83	40	116	1,883	3,949	1,248	819	57	6,073
	非常勤	308	53	72	173	38	196	91	28	20	20	25	37	35	17		61	1,174	251	144	240	16	651
	兼 任	66	6	37	11	5	62	7	103	80	51	14	36	37	49	10	38	612	26	4	4	1	35
	合 計	652	95	142	264	55	282	118	515	424	250	92	129	237	149	50	215	3,669	4,226	1,396	1,063	74	6,759

育成部門						管 理 部 門											合 計	
保 育 士	保 育 士 助 手	指 導 員	介 護 福 祉 士	そ の 他 (4)	計	事 務				給 食			洗 濯 員	汽 缶 手	運 転 手	そ の 他 (6)		計
						庶 務	会 計	医 事	そ の 他 (5)	栄 養 士	調 理 師	調 理 員 等						
1,424	36	1,351	913	586	4,310	307	148	181	138	173	424	123	132	27	73	222	1,948	14,214
78	4	61	23	134	300	27	1	16	13	6	29	102	93	5	35	141	468	2,593
2		6	1	2	11	69	27	26	5	24	34	17	2	3	8	11	226	884
1,504	40	1,418	937	722	4,621	403	176	223	156	203	487	242	227	35	116	374	2,642	17,691

- (注) 1. 平成19年4月1日現在のものである。  
 2. 上段-常勤、中段-非常勤、下段-兼任(他施設との)である。  
 3. 備考の非は非常勤の略、兼は兼任の略である。

# 「療養介護施設」への移行 （重症心身障害）

国立74機関中1ヶ所  
（福岡病院106床）

公・法人立119施設所中1ヶ所  
（三重済生会・なでしこ（40床））

# 厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業)

## 澤野班総括研究報告書

### 分担研究者

宮野前 健：国立病院機構南京都病院 副院長

### 研究協力者

大野 祥一：国立病院機構福岡病院 小児科医長  
他

# 「療養介護施設」の人員基準

従事者	医師	健康保険法に規定する基準以上
	看護職員	療養介護の単位ごとに、常勤換算で利用者数を2で除した数以上
	生活支援員	療養介護の単位ごとに、常勤換算で利用者数を4で除した数以上
	サービス管理責任者	利用者数60人以下:1人 利用者数61人以上:1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上
管理者	原則として管理業務に従事する者で医師(指定療養介護事業所は病院のため)	

## 利用者の状況と必要人員（患者120人）

	療養介護（Ⅰ） 2:1 857単位	療養介護（Ⅱ） 3:1 591単位	療養介護（Ⅲ） 4:1 476単位
医師*	28	28	28
看護職員	60	60	60
生活支援員	53	36	27
サービス管理 責任者	3	3	3
管理者	1	1	1

\* 医師数は、福岡病院における健康保険法に規定する基準の員数である。

## 必要人員と現員数(患者120人)

職 名	必要数	現 員		過不足数
		現 員	常勤換算	
医師	28*	35(6)	33.5	5.5
看護職員	60	62	62	2.0
生活支援員	53	33(1)	34.75	▲18.3
看護師		2	3	
療養介助員		24	24	
児童指導員		1	1	
保育士		4	4	
理学療法士		1	0.5	
作業療法士		1	0.5	
生活支援員		0	0	
事務員		2(1)	1.75	
サービス管理責任者	3	3	3	0.0
医師		1	1	
児童指導員		2	2	
管理者	1	1	1	0.0

\* 医師の必要数28は福岡病院における健康保険法に規定する基準の員数である。

※生活支援員19名の増員が必要 ※( )は非常勤の人数である。

## 重症心身障害児(者)施設から療養介護事業所に移行して:問題点について

三重県済生会 明和病院・なでしこ (療養介護事業所・重症心身障害児施設)

- 1) 障害者自立支援法により、H18年10月に重症心身障害児(者)施設・措置入所のうち、成人の39人が療養介護事業所(40床)の長期入所へ移行した。児童年齢の措置入所児はそのまま重症心身障害児施設の定員を縮小(10床)し、長期入所の契約に移行した。
- 2) 移行に伴う変更:重症心身障害児施設の方がハード面、ソフト面で重症心身障害児(者)の職員配置・日常生活・療育・発達支援内容などの点で、条件が厳しい。従って、療養介護事業所への移行は、むしろ建物・職員などは従来の重症児施設のままで可能であった。唯一サービス管理責任者をおく必要があり、新たに2人の職員がサービス管理責任者の資格を満たす研修を受けた。サービス提供・サービス管理については、ケアマネジメントの手法を用いて、個別支援計画に基づく合理的で評価できるものである。
- 3) **療養介護事業の問題点①**:療養介護事業所のハードの条件として、居室(病室)+多目的室1室のみの条件であり、生活の場としての空間には不十分である。実際、筋ジストロフィーと重症児病棟がある病院の立替の設計図が、国立病院機構の雑誌「医療61巻10号2007年10月」に発表されているが、これには2階のフロアで60床に対して $6 \times 12 = 72 \text{ m}^2$ (病室2つ分)の小さいデイルーム1つがあるだけである。これではほとんどの長期入所者を毎日24時間同じ病室内で過ごさせることになる。日中活動をどのように行うのか?療養介護事業は日中活動を大切にしている視点がないのではないか?病院としての病室管理が中心になっているのか?という疑問が払拭できない。今後ハードが病院とほとんど同じでよいことにもなり、病院機能だけを保証するようになることが懸念される。
- 4) **療養介護事業の問題点②**:ソフト面の条件として、職員が看護師は病院機能として規定されているが、療育など発達支援の観点から重症心身障害児の特性(成人年齢までも長い時間をかけてゆっくり発達してくる)を生かすための専門職員の規程がないために、単なる無資格の「生活支援員」でよいことになっている。この点でも安上がりの労働力では専門性が担保されず、利用者の本当に必要なニーズを満たすサービス提供が保証されなくなるのではないか?・・・なでしこでは重症心身障害児施設の条件をそのまま職種としてすべて満たすように施設単独の努力をしているため、40床以下で単価設定が1人1日904単位と最高であっても、人件費率が72%以上となってしまっている。特に81床以上の大きい施設の報酬単価は857単位と45単位も低く設定されており、大規模施設での移行は人件費の余裕がなくなり、健全な経営ができなくなるかもしれない。療養介護への移行を進めるのであれば、報酬単価を再考し、児童福祉施設としての専門性を担保するための専門職員の人件費を保証していただきたい。報酬単価を十分に配慮するのであれば、療育などの重症心身障害児(者)の特性に対応するための専門職員などの必要条件を入れることは、専門の医療福祉サービスの保障として受け入れ可能であろう。

(文責:なでしこ施設長:樋口和郎:H20-6-13)

平成20年6月13日

(第7回障害児支援の見直しに関する検討会提出資料)

甲子園大学 坂本 正子

## 障害児の社会的養護について

障害児の入所施設のあり方、行政の実施主体のあり方の検討にあたり、障害児の社会的養護、措置と契約、実施主体についての意見を提出させていただきます。

## 1 「社会的養護」の基本的考え方

平成19年11月19日、社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会報告書「社会的養護体制の充実を図るための方策について」がとりまとめられ公表されました。虐待により社会的養護を必要とする子どもが増加し、様々な対応が求められていることから、社会的養護体制の拡充に向けた具体的方策について提案がなされ、必要な法改正も行われています。

この専門委員会に先立ち、平成19年5月に「今後目指すべき児童の社会的養護体制に関する構想検討会中間とりまとめ」が公表されており、その中で、(狭義の)社会的養護について、「虐待をはじめとする様々な理由により家庭において適切な養育を受けることのできない子どもに対する里親や施設における養護の提供」と位置づけ、公的責任の下で行われるべきものとしています。

この報告書及び中間とりまとめは、障害児施設以外の児童養護施設等について検討が行われたものですが、基本的な考え方は障害児及び障害児施設についても同様と考えます。

(参考) 子どもの権利条約第20条1

・時的もしくは恒久的にその家庭環境を奪われた児童又は児童自身の最善の利益にかんがみその家庭環境にとどまることが認められない児童は、国が与える特別の保護及び援助を受ける権利を有する。

## 2 「社会的養護」の実態

児童養護施設等における被虐待児の割合が増加する傾向がありますが、社会的養護の背景はすべてが虐待とは限らず、保護者の離婚や疾病等家庭の様々な事情があります。

障害児施設においても、第7回検討会(平成20年6月16日)資料に示されているように、知的障害児施設では入所数の約3割が虐待による一方、家庭の養育能力や離婚等家庭の養育基盤の脆弱さによる入所理由が約4割を占めています。

また、児童養護施設等に入所する子どものうち、障害のある子どもの割合

も増加しています。

入所施設の種別により、自ずと子どもの状態像や入所理由の割合は異なりますが、家庭において適切な養育を受けることができない子どもに養護を提供するという観点からすれば、社会的養護を障害児と非障害児という範疇で分類することは合理的ではないと考えます。

### 3 「措置」と「契約」について

子どもの社会的養護問題を制度の側面から障害児入所施設と児童養護施設等に分けるのではなく、社会的養護を必要とする子どもの立場から捉え直す必要があります。児童養護施設等は虐待・養育困難によるもの、障害児施設は療育・訓練が目的と捉えてしまうと、児童養護施設等に入所する場合は「措置」、障害児施設に入所する場合は「契約」という構図が描かれてしまいます。

虐待も含め子どもが家庭で適切に養育されることが困難となった場合、すなわち、家庭からの分離が必要と判断された場合、公的責任でもって養護を提供する必要がある、障害児施設においても児童養護施設等と同様に、「措置」とするのが妥当であると考えます。

また、障害児についてのみ、虐待等の危機介入的な入所に限定して「措置」とするのではなく、社会的養護の必要性という観点から「措置」を捉える必要があります。

さらに、障害児入所施設の「措置」と「契約」の判断における自治体間の差を、単に、虐待等の「等」の解釈の違いによるものと捉えるのではなく、障害児の社会的養護を基本にどう考えるか、が重要です。障害者自立支援法の施行により障害児施設への入所は原則契約とされたことで、各自治体では障害児の社会的養護の解釈を限定せざるを得ない状況があったと思われます。したがって、自治体の判断基準に加え、障害児施設入所児童の背景の分析を行い、「措置」と「契約」の考え方を早急に見直すことが求められているとします。

なお、障害児入所施設を明確な訓練目的で一定期間利用する場合は、「契約」という利用形態は成り立つと考えます。また、在所期間延長の対象となっている障害者については、障害者施策との整合性を図る必要があると考えます。

### 4 障害児施設の実施主体について

上記の理由から、今後も、社会的養護が必要な入所児童については、児童相談所が措置の要否を判断し、児童養護施設等への入所児童と同様の対応（要保護児童としての対応）を行うことが必要と考えます。

通所施設については、設置状況に地域差はありますが、保育所や児童デイサービス、学校との連携という点から市町村を実施主体とし、療育・訓練を施設利用の主たる目的としていることから、利用形態を契約に移行することは可能と考えます。

市川委員提出資料

## 第一種自閉症施設（医療型）についての施設側のコメント

- 1 のぞみ学園（札幌市）：32床
- 2 梅ヶ丘病院（東京都）：40床
- 3 あすなる学園（津市）：56床
- 4 松心園（枚方市）：42床

## 提言

- 1 多職種を必要とするチーム医療のために、第一種自閉症制度は維持して欲しい  
→医療保険の点数には反映されない職種があり、医療だけでは難しい
- 2 自閉症をスペクトラムとしてとらえ、行動障害、社会的不適応行動のある児童を対象にして欲しい  
→他の発達障害でも同様なことが起きる可能性がある
- 3 児童相談所が行っている一時保護委託事業と連携したシステムを構築できないか？  
→被虐待児には発達障害児が含まれ、医療と家族機能の支援を必要とすることがある
- 4 入所手続きの簡素化を考えて欲しい  
→契約中心でよいのか？保護者の収入はこのまま考慮すべきか？
- 5 10%自己負担の軽減をお願いしたい  
→医療費助成との兼ね合いでどちらを選択するか？入所が複数回に及ぶことがある