

7 外来におけるリハビリテーション(以下外来リハ)の現状について

(1) 外来リハの現状について

外来リハを行っていない、行っている、措置として行っている、その他に分けて調査を行った。設問の1で外来自体を行っていない2施設は当然ながらⅢの設問1以下には答えておらず含まれていない。その結果、有効回答を得た57施設のうちで、行っていないのは5施設8.8%で、残りの52施設が何らかの形で外来リハを行っていた。措置として行っているのは6施設10.5%で、残り46施設80.7%が保険診療で外来リハを行っており、その他の形態で外来リハを行っている施設はなかった。また、公立公営

(23施設)、公立民営(11施設)、民立民営(23施設)において、行っていない、行っている、措置としての比率に大きな差はなかった。(表11)

(2) 外来リハ・スタッフの人数について

リハ・スタッフの人数を外来専属のいる施設、専属および兼任のいる施設、兼任のみ施設に分けて施設数と平均のスタッフの数を求めた。両方いる施設については配置数を括弧内にそのまま示した(専 専属の人数、兼 兼任の人数)。

(表12)

全てのリハ・スタッフについて、やはり施設との兼任が主であった。しかし外来専属のスタッフを置く施設では、多数のスタッフをおく施設が多かった。

表11 外来リハビリテーション

施設分類	行っていない	行っている	措置として	合計
公立公営	1(4.5%)	21(91%)	1(4.5%)	23(100%)
公立民営	1(9%)	9(82%)	1(9%)	11(100%)
民立民営	3(13%)	16(70%)	4(17%)	23(100%)
全体	5(9%)	46(81%)	6(10%)	57(100%)

表12-1 PTについて

表12-1-1 公立公営施設

外来専属PTのいる施設数	5施設 平均人数50人
専属および兼任のいる施設数	3施設(専4兼4、専1兼9、専1兼9)
兼任PTのみ施設数	20施設 平均人数55人
1週間の患者数の平均	159.8人
1診あたりの患者数のバラツキ	0.6~87.5人 平均17.2人

表12-1-2 公立民営施設

外来専属PTのいる施設数	2施設 平均人数15人
専属および兼任のいる施設数	1施設(専1兼1)
兼任PTのみ施設数	8施設 平均人数58人
1週間の患者数の平均	309.4人
1診あたりの患者数のバラツキ	2.5~100人 平均52人

表 12-1-3 民立民営施設

外来専属 PT のいる施設数	4 施設 平均人数 7.8 人
専属および兼任のいる施設数	1 施設(専 5 兼 2)
兼任 PT のみ施設数	21 施設 平均人数 7.7 人
1 週間の患者数の平均	184.7 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	0.7~16.8 人 平均 4.5 人

表 12-2 OT について

表 12-2-1 公立公営施設

外来専属 OT のいる施設数	2 施設 平均人数 2.5 人
専属および兼任のいる施設数	0 施設
兼任 OT のみ施設数	20 施設 平均人数 2.9 人
1 週間の患者数の平均	78.5 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	1.3~60.0 人 平均 10.0 人

表 12-2-2 公立民営施設

外来専属 OT のいる施設数	0 施設
専属および兼任のいる施設数	0 施設
兼任 OT のみ施設数	9 施設 平均人数 5.0 人
1 週間の患者数の平均	296.2 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	8~18.0 人 平均 7.9 人

表 12-2-3 民立民営施設

外来専属 OT のいる施設数	3 施設 平均人数 10.3 人
専属および兼任のいる施設数	2 施設(専 5 兼 2、専 1 兼 1)
兼任 OT のみ施設数	21 施設 平均人数 6.6 人
1 週間の患者数の平均	129.5 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	0.9~25.2 人 平均 4.5 人

表 12-3 ST について

表 12-3-1 公立公営施設

外来専属 ST のいる施設数	1 施設 人数 3 人
専属および兼任のいる施設数	0 施設
兼任 ST のみ施設数	18 施設 平均人数 2.2 人
1 週間の患者数の平均	39.1 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	1.4~40.0 人 平均 6.3 人

表 12-3-2 公立民営施設

外来専属 ST のいる施設数	0 施設
専属および兼任のいる施設数	0 施設
兼任 ST のみ施設数	8 施設 平均人数 31 人
1 週間の患者数の平均	78.6 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	3.0~4.5 人 平均 3.5 人

表 12-3-3 民立民営施設

外来専属 ST のいる施設数	2 施設 平均人数 15.5 人
専属および兼任のいる施設数	2 施設(専 3 兼 1、専 2 兼 7)
兼任 ST のみ施設数	22 施設 平均人数 3.2 人
1 週間の患者数の平均	60.7 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	0.1~15.7 人 平均 4.5 人

表 12-4 心理療法士(心理)について

表 12-4-1 公立公営施設

外来専属心理のいる施設数	2 施設 平均人数 1.5 人
専属および兼任のいる施設数	1 施設(専 2 兼 6)
兼任心理のみ施設数	8 施設 平均人数 2.0 人
1 週間の患者数の平均	27.5 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	2.0~48.0 人 平均 11.6 人

表 12-4-2 公立民営施設

外来専属心理のいる施設数	0 施設
専属および兼任のいる施設数	0 施設
兼任心理のみ施設数	5 施設 平均人数 3.2 人
1 週間の患者数の平均	33.0 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	記載なし

表 12-4-3 民立民営施設

外来専属心理のいる施設数	3 施設 平均人数 1.3 人
専属および兼任のいる施設数	2 施設(専 1 兼 2、専 2 兼 4)
兼任心理のみ施設数	8 施設 平均人数 1.8 人
1 週間の患者数の平均	40.7 人
1 診あたりの患者数のバラツキ	1.3~5.0 人 平均 2.7 人

## 8 外来看護体制について

外来の看護師の数を専属、病棟等との兼任で調査した。その結果、国立・民営施設では回答を得た施設のうち1施設以外は、全て専属看護師のみで構成されていた。また残りの1施設は兼任看護師のみ6人で構成されていた。看護師の人数では、外来規模の違いから、専属の看護師の数は8人から1人と大きな差があった。また、兼任のみ11人という施設もあった。兼任の人数を1人0.5で数えると、全体の平均は3.51人であった。(表13、14)

### まとめ

平成15年度厚生労働科学研究費補助金分担研究として、肢体不自由児施設における外来診療について、特に小児リハビリ機能を中心としてアンケートを行い、結果を公立公営(25施設)、公立民営(13施設)、国立民営(23施設)の3グループに分けて施設形態による違いにつき検討し、分析結果を報告した。

表13 外来看護体制

外来看護体制	施設数			
	公立公営	公立民営	国立民営	全体
専属のみ	12	4	21	37
専属および兼任	6	5	0	11
病棟等との兼任のみ	2	0	1	3

表14 外来看護師数のバラツキと平均(兼任の人数を1人0.5で計算)

	バラツキ(人)	平均(人)
公立公営	0.5~6	3.73
公立民営	0.5~16	3.17
国立民営	1~8	3.45
全体	0.5~8	3.51

## II. 入所（入院）機能について

徳山 剛（岐阜県立希望が丘学園）  
福永 拙（別府発達医療センター）  
佐伯 満（北九州市立総合療育センター）

### はじめに

肢体不自由児施設は本来入園施設であり、その目的は肢体不自由児を一定期間措置入園させ治療と教育を行い、将来自立できるようにすることであった。

現在では様々な要望に応じて一般外来、一般入院、短期入所、措置通園などを行っている。また肢体不自由児施設以外の入所施設を併設するなどして時代の要請に対応してきた。

肢体不自由児施設の入所機能としては措置入園、一般入院、短期入所などがあるが、その中心はやはり措置入園である。

肢体不自由児施設の措置制度は①将来自立を見込める②健全な家庭の肢体不自由児を想定し、③運営費の一部を診療報酬で賄うことで成り立っている。

ところか①将来の自立を見込めない重度重複障害児、②養護性に欠ける家庭の児童、③医療費削減による診療報酬の締め付けなどにより、現行の措置制度では対処困難な様々な問題が生じている。

現在の措置制度のままでよいのか、変更する

のであればどのようにすべきか、検討が必要である。

よりよい制度を検討するために、現在の施設における入園の実態と現行措置制度の問題点をアンケートにより調査した。

### アンケート結果

全国 64 の肢体不自由児施設のうち、61 施設（公営施設 25 施設と民営施設 36 施設）からアンケートの回答があった。（図 1）

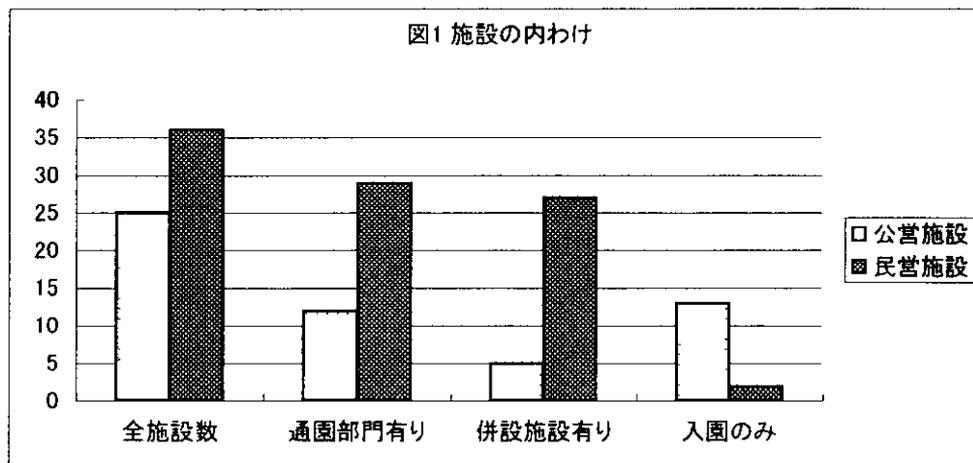
公営施設 25 施設中、通園部門を持っているのは 12 施設、併設施設を持っているのは 5 施設であった。通園部門や併設施設がなく入園のみを扱っている公営施設は半数以上となっていた。

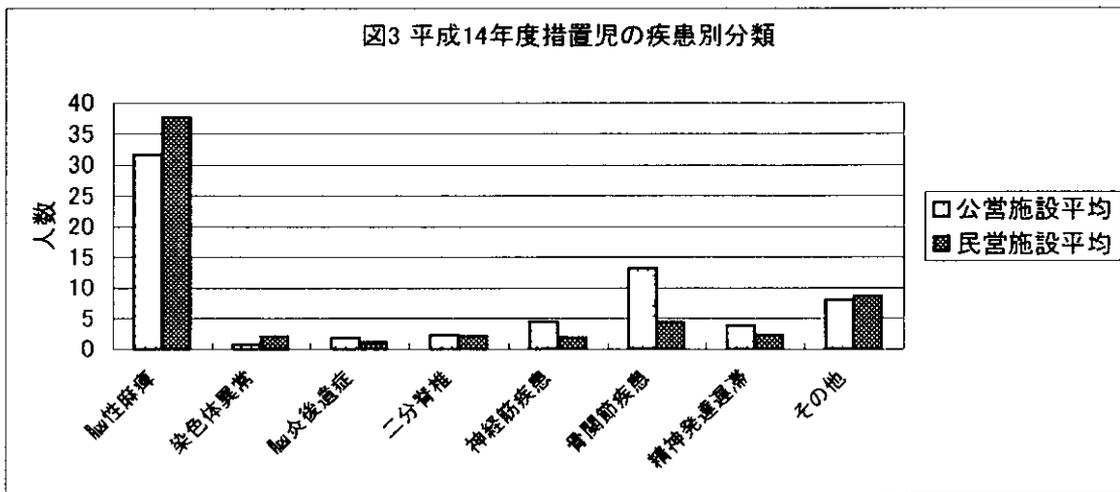
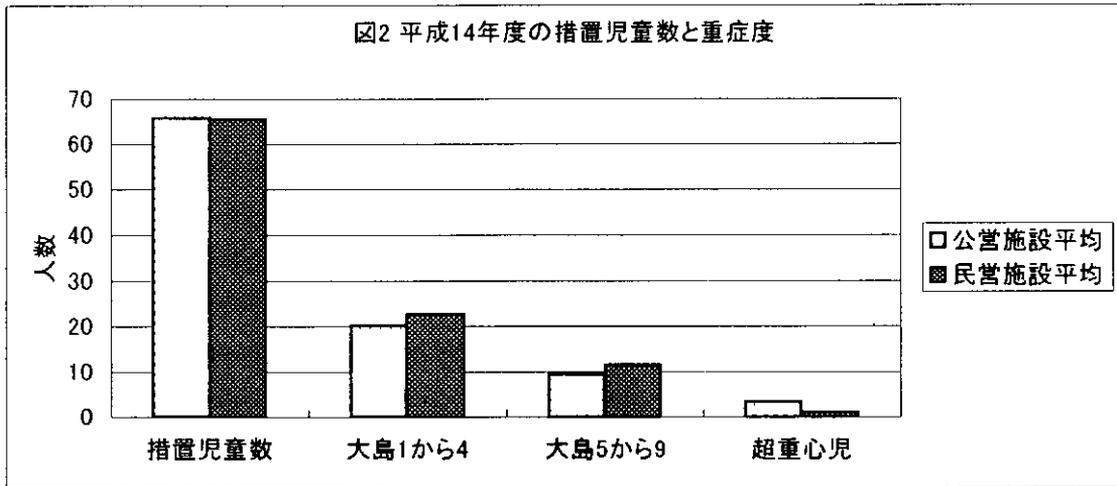
一方民営施設 36 施設中、通園部門を持っているのは 29 施設、併設施設を持っているのは 27 施設であった。入園のみを扱っている民営施設は 2 施設だけであった。

平成 14 年度の措置児童数、重心児の割合、大島の分類での重心児の重症度の割合などは公営施設と民営施設で大きな差は見られなかった。（図 2）

大島の分類 1 から 4 の狭義の重心児は措置児の約 1/3 を占め、大島分類の 5 から 9 までを含めた広義の重心児では約半数を占めていた。

平成 14 年度における措置児童の疾患別分類については脳性麻痺が公営施設も民営施設も半数以上を占め、民営施設でやや多くなっていた。



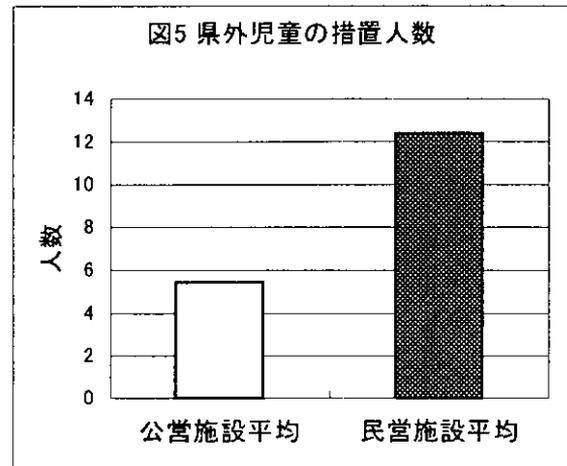
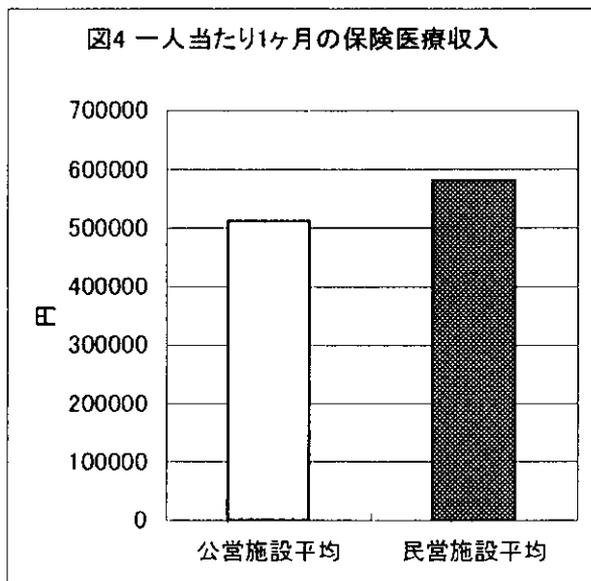


(図3) 一方、神経筋疾患と骨関節疾患は公営施設で多かったが、その他の疾患については特に大きな差はなかった。

措置児一人当たりの一ヶ月の医療費収入は公営施設で平均51万3千円に対し、民営施設では

均58万3千円と民営施設が多くなっていた。(図4)

県外児童の措置も公営施設で平均5.5人、民営施設で平均12.4人と民営施設が多くなっていた。(図5)



次に平成15年11月1日の時点で在籍していた措置児童について検討した。

平成15年11月1日時点での措置児童数は公営施設で平均40.4人、民営施設で平均42.9人とあまり差はない。

平成15年11月1日時点での入園児童の入園期間を見てみると、3年以上が約半数を占め入園の長期化が窺われた。(図6)さらに3年以上の入園児は公営施設で平均17.0人に対し、民営施設で平均22.3人と民営施設に多く見られた。

平成15年11月1日時点での入園児童の年齢構成では小学生と中学生では公営施設が多くなっていた。それ以外の年齢では民営施設が多く、特に18歳以上では著明であった。(図7)

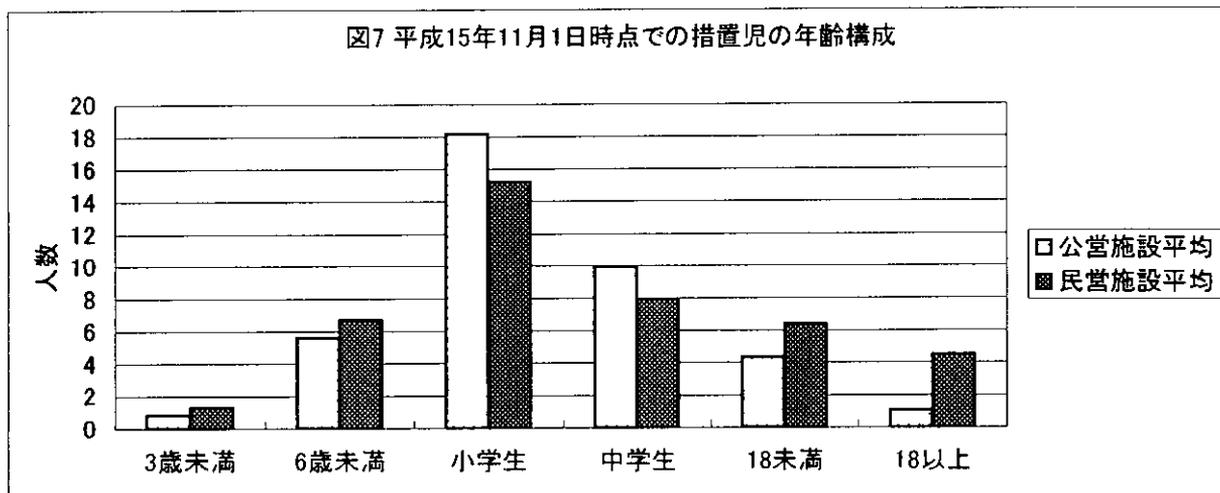
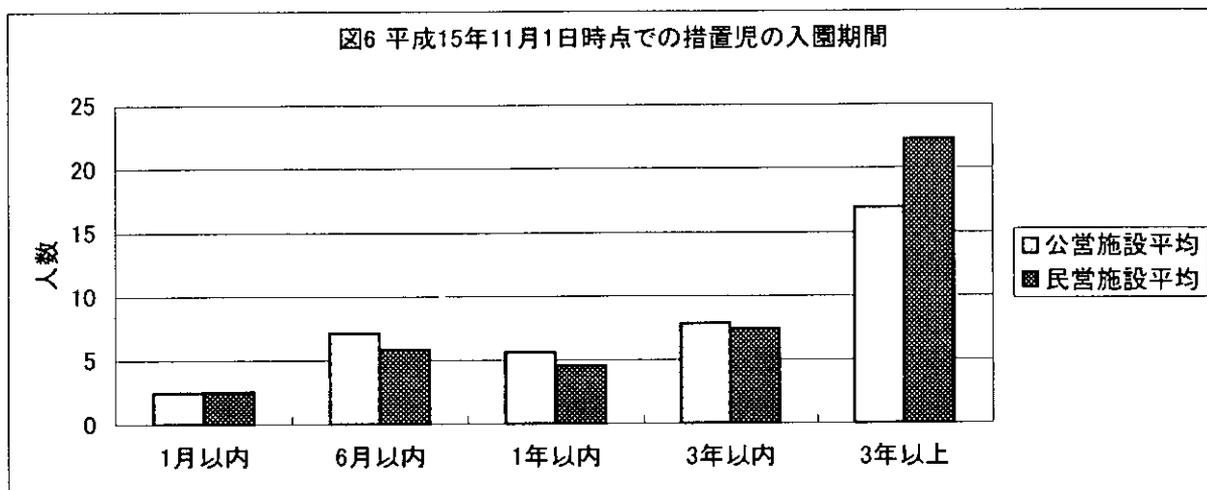
平成15年11月1日時点での入園児童の外泊頻度に関して、毎週帰省できているのは入園児

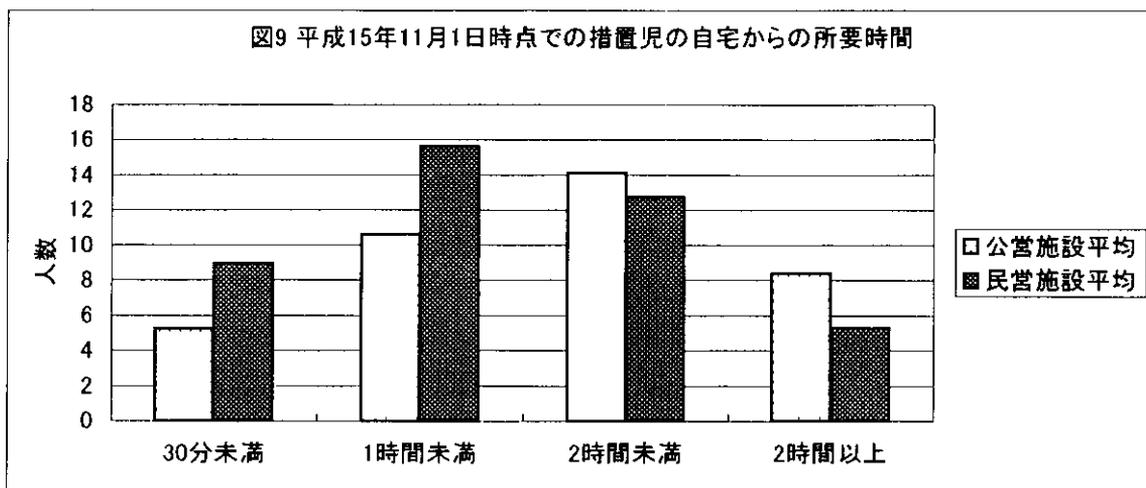
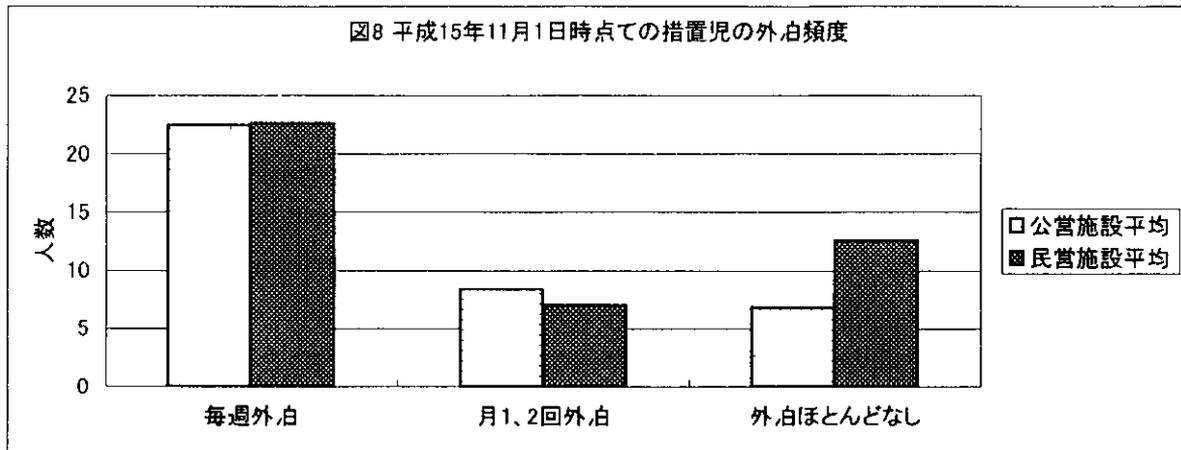
の半数ほどである。(図8)さらに外泊がほとんど実施できない児童数は公営施設で平均6.9人、民営施設で平均12.6人と民営施設に多く見られた。外泊がほとんどできないのは虐待やネグレクトなどの親の養育能力不足が理由であろうか。

平成15年11月1日時点での入園児童の自宅から施設までの所要時間について検討した。

(図9)

所要時間1時間未満までは民営施設が多く、所要時間1時間以上では公営施設の割合が多くなっている。自宅から施設までの所要時間が30分未満で入園するものには訓練や手術以外の理由も含まれていると考えられる。自宅から施設までの所要時間が2時間を越えているのは社会基盤が十分に整っていないことを窺わせる。





所要時間に関しては地域性も関係してくる。つまり交通の便の発達した東京、大阪などと地方とでは所要時間は当然違ってくる。しかし、多くの都市部の施設で2時間以上の所要時間を要する児も見られた。これは都市部の施設には県外措置児が多い事など他の要素も関係しているのかもしれない。

次に平成15年11月1日時点での入園児童について入園の主たる理由を訊いてみた。(図10) 肢体不自由児施設としてはもちろん訓練・手術などの治療が主目的ではある。しかし現在では措置通園や通院などでも訓練効果が得られるようになってきている。そのため術後などの集中的な訓練やヘルテス病の治療などのように目標の決まっている入園を除けば、長期の入園は何らかの社会的な理由を伴うと考えられる。

この設問はアンケートを択一式にしたために

答えにくく、答える人の立場や主観によっても答えが変わったのではないかとと思われる。入園の理由は訓練といえば訓練であるし、社会的と言えは社会的ともなる。そのため施設によってはすべて訓練目的と答えたところもあり、すべて社会的理由と答えたところもあった。ただすべて訓練目的と答えたほとんどの施設において、先の外泊のアンケートではほとんど帰省できていない児童も存在していた。

このように不確定な要素はあるが、アンケートの結果では入園の主たる理由としては当然のことながら訓練目的が多くなっていた。入園理由は訓練と手術目的では公営施設が多く、虐待と社会的な理由では民営施設が多くなっていた。

次に一般入院について検討した。(図11)

措置以外の入院とした理由は短期間の入院である事、負担額が少ない事、手続きが簡単な事、

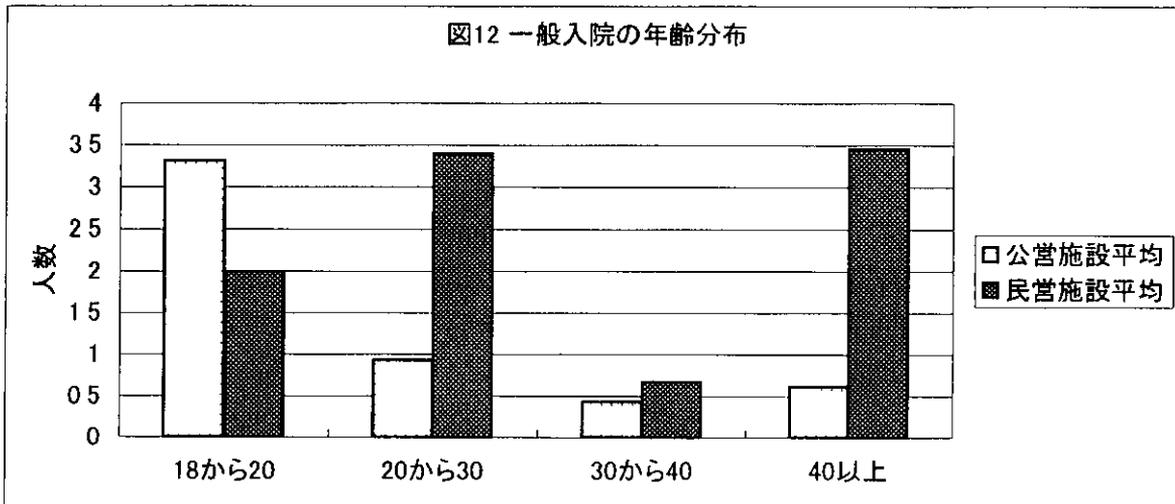
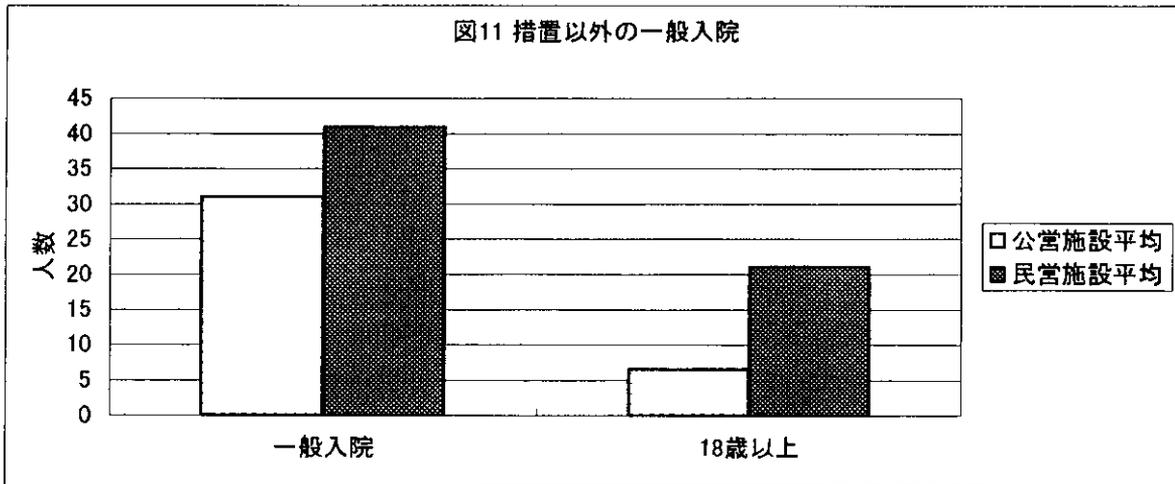
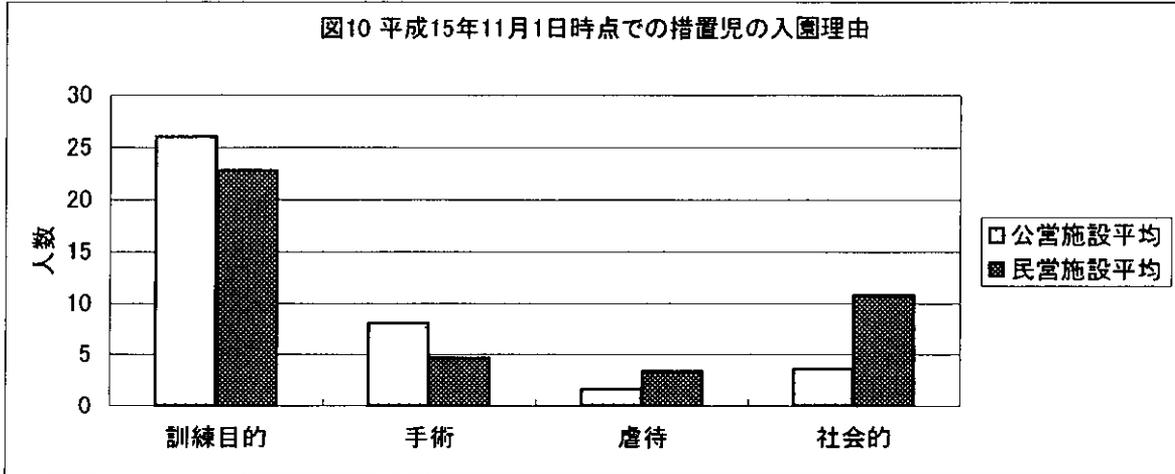
手当てが打ち切られない事などであった。

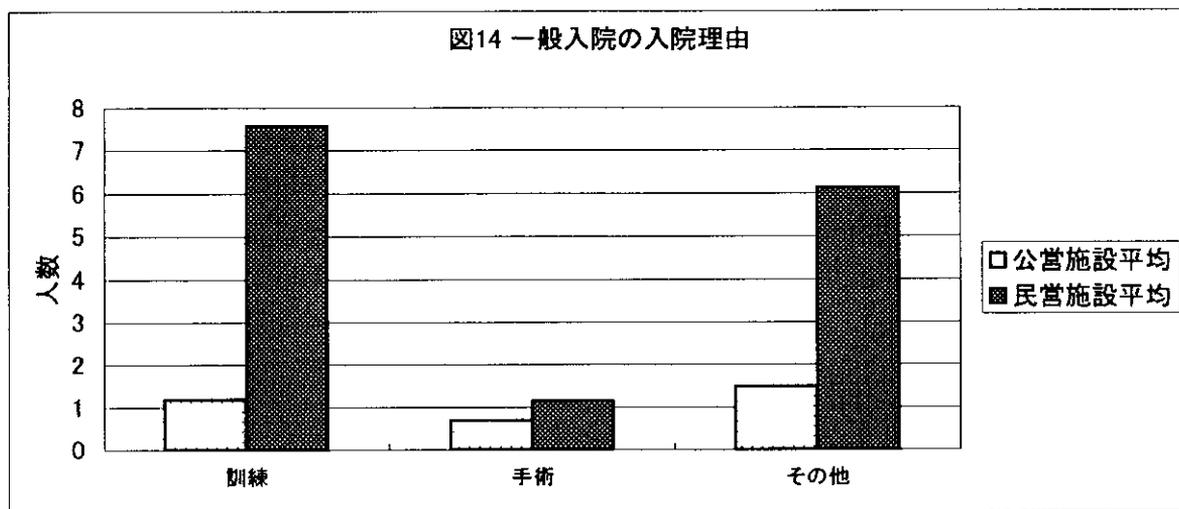
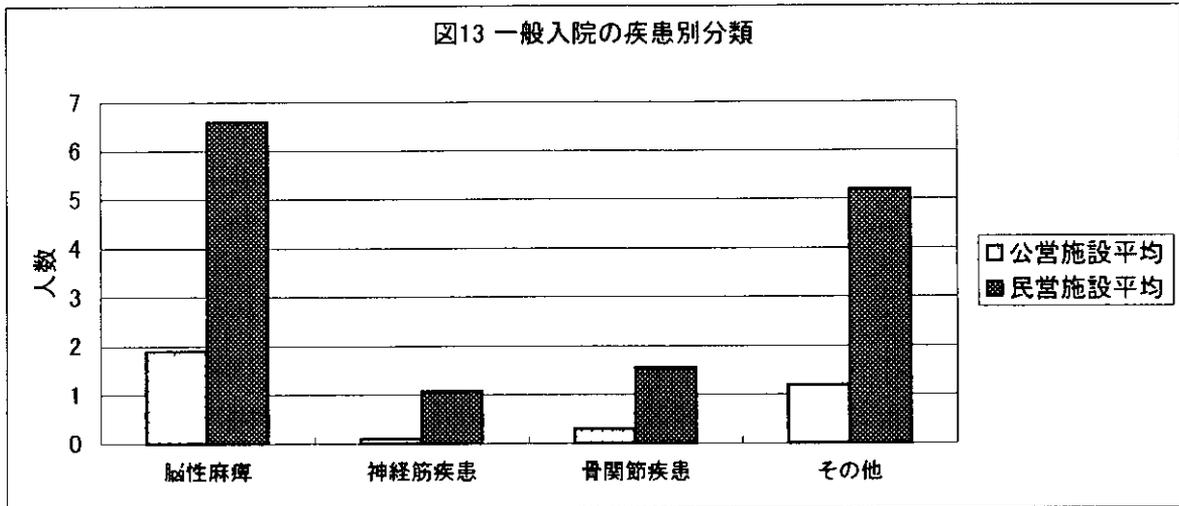
平成 14 年度の措置以外の一般入院は公営施設で平均 31.1 人、民営施設で平均 41.0 人と民営施設で多くなっていた。

18歳以上の一般入院は公営施設で平均6.6人、

民営施設で平均 21.2 人と民営施設でかなり多くなっていた。

18歳以上の一般入院の年齢分布は 20歳までは公営施設が多く、20歳以上では民営施設が多くなっていた。(図 12)





一般入院の疾患別分類でも脳性麻痺が約半数を占めていた。(図13)

一般入院の理由では手術目的は少なく、訓練とその他の目的が多くなっていた。(図14)

措置制度について利用者側のメリット・デメリットとサービス提供（施設）側のメリット・デメリットについて記述式で回答してもらった。アンケート結果には以下のような意見があった。

・利用者側のメリット

行政が公平 客観的に判断し療育が保障される。

医療上の自己負担分も公費でまかなわれ、所得に応じた負担で生活 医療 教育費が保障される。

多数の人が関わり人間関係を構築でき、心身

ともに発達か促進される。

施設側から選択されず、施設を選んだり契約をしたりといった面倒な手続きがない。

児相・施設に処遇を一任でき安心感がある。利用者が意向を伝えやすい。情報を得やすい。付き添いかいらないので親の負担が軽減される。

措置費を滞納しても行政で対応してもらえる。

・利用者側のデメリット

施設が少なく、施設やサービスの選択肢もない。

外泊の規制など施設の利用の仕方に制限がある。

施設とは上下関係の意識になる。

他県の施設は利用しにくいことがある。

利用者側の意向か処遇に反映されない場合も

ある。

短期間であっても負担金を一か月分支払わなければならない（高額所得者は特に高負担となる）。

特児手当などの支給が停止される。

措置機関（児童相談所）に申請に行かなければならず、手続きが煩雑で措置決定までに時間がかかる。

サービス提供者の責務と利用者の権利・義務が理解されにくい。

児相の人手不足により児相との連携が取りにくい。

長期入園によるデメリットがある。（親子関係が希薄となり、在宅に戻れなくなる。家庭体験・社会体験が不足する。アイデンティティーが確立しにくい。）

#### ・サービス提供（施設）側のメリット

措置機関（児童相談所）が窓口のため、調査・判定・手続きなどの施設の責任・負担が軽減される。

児相との連携により的確な情報が得られやすく、利用者支援・調整がスムーズにいく。

虐待などの緊急を要するケースの適切な対応が可能である。

措置費が入ることにより収入の見込みが立つ。

利用者からの自己負担徴収事務もなく、請求方法が簡単。

保護者の経済状況に影響されない安定した療育の提供。

児童・保護者 措置権者に対して療育責任を明確化し十分な療育ができる。

#### ・サービス提供（施設）側のデメリット

措置権者（児童相談所）が優位でサービス提供者（施設）への配慮がなく、調整の業務量が多い。

利用者と上下関係をつくり、サービス提供者としての意識が低くなる。

事業費、事務費の用途制限など施設の裁量が制限されサービスの質の向上ができない。

各月1日に在籍していないと措置費が支給さ

れない。

養護性の高い児では責任の所在かはっきりしない。

施設で対応困難な場合、説明に苦慮する。

措置定員以上は入園できない。

社会的入院では措置変更が困難。

通園措置では支援費制度との併用が困難。

育児放棄のような場合、児の小遣いや身の回りの物品など金銭面で困る。

外泊では医療費の収入が減るため、家庭での療育と両立しにくいジレンマがある。

#### 考察

肢体不自由児施設は措置入園以外に一般入院や短期入所などの入所機能を持っている。

肢体不自由児施設では措置入園が入所機能の中心となっていて、訓練を中心とした療育を行っている。しかし最近では外来機能の充実、家庭での療育支援、交通機関の発達などにより在宅でも療育の目的を十分に達することができるようになってきた。そのために通園による療育が主体となってきた。

一方、様々な理由で入園を要する児童も多く存在している。しかし長期入園となると術後の訓練やヘルテス病など治療目標が決まっているものを除けば、社会資源の不備や虐待などを含めたいわゆる社会的入院が多いと考えられる。つまり療育環境が充実し通園による療育が可能となると、措置入園は社会的入院の色彩をより一層帯ひるようになってきたと考えられる。

いわゆる社会的入院には①社会資源の不備に関するもの 通園困難（遠距離、離島など）、支援体制の不足（両親の共働き、片親など）、他に適切な施設がないなど②親の養育能力に関するもの 虐待、ネグレクト、親の養育能力の欠如、遺棄など③その他 親の世間体（知的障害児施設には入れたがらないなど）などがある。

現在の措置制度は①の社会資源の不備に関するものを補い、在院日数が制限される大学病院などでは不可能な小児リハビリテーションをゆ

ったりと行う事ができる。

とくに、小さい子どもの母子入園では特児手当の支給が中断されることなく、さらに日用品まで、面倒みてくれるため手術を含めた長期の医療も可能となっている。また児相などの行政にとっても保護者の養育能力を十分に判断できる猶予期間が与えられる。日々の養育に不安のある保護者にとっても母子入園により養育能力を向上させ家庭療育へとつなげることができる。このように措置入園は療育に積極的に取り組める家庭の児童にとっては大変ありがたい制度となっている。

ところが②の親の養育能力に関するもののように家庭環境が問題となる児童にとって現在の措置制度では不十分な面がある。

現在の措置入園制度は健全な家庭を前提として成り立っている。そのため家庭に問題があって帰省できない児は小遣いやメガネなどの生活用品にも困る等の様々な問題が生じている。またPTA会費等の学校での問題もある。

その他にも客観的には入園が望ましいが、特児手当の打ち切りや措置費の負担など親の経済的な理由で入園を断り、適切な療育かなされないという問題もある。

①の社会資源の不備に関してはマスコミなどにも積極的に訴えていくべきであろう。しかし②の虐待やネグレクトなどの親の養育能力に関する社会的入院についてマスコミへの対応は慎重でなければならない。なせなら現在施設に入っている児童すべてが親の養育能力に関する入園と見られてしまうおそれもあるからである。

手探りの状態から始まった療育も進歩し、社会環境も交通の発達やバリアフリーが進み、通園でも療育効果が得られるようになった。以前の肢体不自由児施設のような軽度の肢体不自由児の社会的入院に対する方策としては「ケア付きの住宅+地域の通所施設等の機能の利用」が妥当なものであるかもしれない。しかし、地域の通所施設等へ通所させる人手の問題や通所施

設もないような僻地や離島など療育環境のよくない児の問題もある。

さらに現在の施設には重心児も多く入園しており、ケア付きの住宅では不十分であり病院機能が欠かせず、肢体不自由児施設の存在は大きい。

肢体不自由児施設は措置入園以外にも一般入院や短期入所などの入所機能を持ち、様々なニーズに応えている。

入所機能の中でも措置入園は長期の入院を要する小児にとって優れた制度であり、肢体不自由児施設は小児リハビリテーションの拠点ともなっている。

肢体不自由児施設はその他にも社会的な要請に対し、社会資源の不備を補うだけではなく、医療を必要とする養護性に欠けた児童にも対応している。しかし上に述べたように養護性に欠けた児童を預かるには現在の措置制度では不十分な面がある。

このような状況を行政にしっかりと認識してもらう必要がある。様々な役割を担っている肢体不自由児施設が経営的にも成り立ち、児童に不利益が生じないような措置制度が望まれる。

障害児が将来にわたって安心して生活できるように、児を中心として措置制度、支援費制度、各種手当などの諸制度を総合的に整えていかなければならないと考える。

### Ⅲ. 在宅支援・家族支援機能について

横田信也（北九州市立総合療育センター）  
伊達伸也（東部島根心身障害医療  
福祉センター 松江整肢学園）  
松木儀浩（宮城県拓桃医療療育センター）

#### はじめに

昨年度の本研究では、障害児者の地域生活を支援するサービスから肢体不自由児施設の多くが取り組んでいる短期入所事業を取り上げ、総合療育センターの現状及び利用者グループによる独自のアンケートより短期入所事業の課題について述べた。

今年度は、全国の肢体不自由児施設に対して実施したアンケートから在宅支援・家族支援に関する取り組みの現状と肢体不自由児施設が今後取り組むべき方向性について考察する。

#### 方法

全国 64 の肢体不自由児施設にアンケートを実施し、61 施設より回答を得た。

そのアンケートより在宅支援・家族支援に関連する項目を抽出し、その分析を行った。

以下の結果における全体とは、回答を得た 61 施設を指すものとする。

#### アンケート結果

##### 1 支援費制度による居宅生活支援

平成 15 年度よりスタートした支援費制度による居宅生活支援の対象サービス（ホームヘルプ、デイサービス、短期入所）の内、短期入所を除く 2 事業を実施している施設は、7 施設で全体の 11.5%であった。その内訳は、ホームヘルプ 5 施設、児童デイサービス 3 施設であった。この 7 施設は、いずれも国立・私立でであった。

今後、新たに支援費による居宅生活支援の機能の付加を検討している施設は、2 箇所であった。ひとつは児童デイサービス、もうひとつは短期入所であった。

##### 2 障害児(者)地域療育等支援事業

平成 8 年度にスタートした障害者プランは、「自立と社会参加の推進」「地域生活への積極的支援」を柱としている。この内「地域生活への積極的支援」のための新規事業として「障害児(者)地域療育等支援事業」が創設された。

この事業は、療育の重層化という概念に基づき「療育等支援施設事業」と「療育拠点施設事業」を設定している。

「療育等支援施設事業」を受託している肢体不自由児施設は、33 施設あり、全体の 54.1%であった。これを設置・運営形態別に見ると、公立公営で 40.0%、公立民営で 53.8%、国立民営で 69.6%であった。併せて、「療育拠点施設事業」を受託している施設は 11 施設あり、全体の約 18.0%であった。同じく設置・運営形態別に見ると、公立公営で 24%、公立民営で 23.1%、国立民営で 8.7%であった。

今後、事業の受託を予定もしくは検討している施設は 4 施設あり、内 3 施設は「療育拠点施設事業」の受託も予定している。

平成 8 年度の「障害児(者)地域療育等支援事業」創設以前に実施されていた「心身障害児(者)巡回療育相談等事業」は、「障害児(者)地域療育等支援事業」創設時にそのまま事業を移行した施設も多い。今回の調査では、6 施設が現在も実施していた。

##### 3 重症心身障害児通園事業

今や在宅支援・家族支援に重要な役割を果たしている重症心身障害児通園事業を実施している施設は、A 型(1 日利用定員 15 人)10 施設、B 型(1 日利用定員 5 人)15 施設の計 25 施設で全体の 41.0%であった。設置・運営形態別に見ると A 型実施の 70.0%は国立・私立でであった。B 型実施は、公立公営が 40.0%、国立・私立が 53.3%であった。

今後、新規にこの事業の受託を予定している施設は 5 施設で、A 型が 2 施設、B 型 3 施設であ

った。

さらにB型を実施している施設で利用者の増加に伴い、A型に移行を検討している施設が2施設あった。

#### 4 在宅医療

超重症児を含む医療的ケアの必要な在宅障害児・者は増加している。こうした在宅障害児・者とその家族の生活を支援するために欠かせない在宅医療の内、訪問看護に取り組んでいる施設は、全体のわずか33%であった。訪問リハビリテーションに取り組んでいる施設も49%に過ぎなかった。

今後、在宅医療に取り組む計画のある施設は、3施設あった。

#### 5 短期入所事業

回答を得た61施設の内、59施設で実施されていた。その多くは、空床利用型で専用床を設けている施設は180%であった。

また、20床以上の専用床を設けている施設が2施設あった。

多くの施設が、利用者の増加、障害の多様化とそれに見合う物的・人的整備がなされないことを課題として挙げている。

#### 6 その他

おもちゃ図書館・障害児学童保育・ボランティア派遣事業・グループホーム(バックアップ施設として)・学齢障害児ミニデイサービス等在宅支援・家族支援のため、何らかの独自事業を展開している施設が、全体の311%あった。

独自事業を実施している施設は、公立公営316%、公立民営105%、国立民営579%であった。

#### 考察

残念ながら在宅支援 家族支援に関連する項目について記載なしの施設も多く、今回の結果から詳細な結論を得ることはできなかった。

しかし、限られた結果からではあれ、肢体不自由児施設の在宅支援 家族支援に対する大まかな現状を見ることができる。

支援費制度対象となるサービスの内、短期入所は制度移行以前の緊急一時保護事業の時代から取り組んでいる施設がほとんどであり、そのまま制度を移行したに過ぎない。しかし、昨年度の報告でも述べたように、利用者の急増している実態は全国的なものである。短期入所が在宅支援・家族支援の重要なメニューのひとつである限り、設備・人員の整備は急務である。

また、ホームヘルプ・デイサービスの提供を行っている施設は、非常に少数であった。地域の事情により民間事業者数や担当エリアの広さなどの違いもあろうが、今後、地域生活を支援していく上で、欠かせないサービスであることから、肢体不自由児施設にも積極的な取り組みが望まれる。

障害児(者)地域療育等支援事業の内、「療育等支援施設事業」は、全国470箇所(平成15年5月末時点)の様々な種別の施設に委託されている。しかし、「療育拠点施設事業」を受託している施設は、未だ全国に25箇所(平成15年5月末時点)しかない。そのうち11箇所が肢体不自由児施設に委託されている。

療育拠点施設事業の設置は、「都道府県 指定都市に1箇所」とされ、委託する施設は、「専門的機能を有する総合的な施設」とされてきた。

そして、今年度の一般財源化に伴い、平成15年11月に出された厚生労働省障害保健福祉部長通達で、療育拠点施設事業の設置について「都道府県および指定都市に一箇所」という記載はなくなり、各自治体の裁量に委ねられた形となっている。

肢体不自由児施設が医療機能を備え、多専門職が配置されている数少ない施設であること、各都道府県にほぼ網羅されていることを考え合わせれば、今後さらに多くの肢体不自由児施設か、その専門性の地域への還元と拠点施設としての役割を自治体に主張し、積極的に事業を受

託することが望まれる。

医療的ケアを必要とする在宅障害児・者の地域生活は、その障害特性ゆえ深刻な問題を抱えている。本人はもちろんのこと、家族にかかる介護負担や精神的負担は多大で、疲弊している家族も少なくない。

ホームヘルプサービスには、医療的ケアは認められておらず、訪問看護や訪問リハビリテーションも高齢者中心にその歴史を積み重ねた経緯があるため、地域差はあるものの障害児・者に対する専門性を持つ事業者は未だ多くはない。

肢体不自由児施設が直接・間接に在宅医療へ取り組むことは、発達障害の特性に対する専門性を地域に般化していく上でも重要である。

その他、おもちゃ図書館のような対象者を特定しない地域のサロンの活動や障害児学童保育、ボランティア派遣のように制度の隙間を埋める事業展開を行っている施設もある。

既存制度にこたわらないこうした取り組みは、地域や利用者のニーズに合った重要な活動であり、さらに各施設がニーズに合った幅広い活動を展開することが望まれる。

## 結語

今回、全国の肢体不自由児施設に対して行ったアンケートより、肢体不自由児施設における在宅支援・家族支援の機能について検討した。

肢体不自由児施設における在宅支援・家族支援は、アンケート結果を見る限り、積極的に取り組まれているとは言えない。

設置・運営形態による施設の経営状況や国自治体の財政事情等の影響は否定できない。

しかし、アンケート結果を見る限り、民営の施設が在宅支援・家族支援に関わる機能を比較的多く付加していることは、今後の肢体不自由児施設の方向性にひとつの示唆を与えているものと考えられる。

これからの肢体不自由児施設は、施設サービス中心の機能から在宅障害児・者及びその家族

の生活を支援するため、地域の在宅サービス提供者に対するスーパービジョンや拠点施設としての役割へシフトしていくことが望まれる。

また、施設自らも直接サービスの提供者として、地域に出向く専門的地域生活支援機能を併せ持つ必要があると考える。

## 参考文献

- 1) 宮田広善編著 障害児(者)地域療育等支援事業ハントブック、ぶどう社、2001
- 2) 障害児(者)地域療育等支援事業全国連絡協議会 総会資料 19-24、2003
- 3) 障害児(者)地域療育等支援事業コーディネーター研修会 研修会資料 9-31、2004

厚生科学研究補助金  
障害保健福祉総合研究事業

発達障害児のリハビリテーション（医療・療育）の標準化と  
地域における肢体不自由児施設の機能に関する研究

平成15年度 研究報告書

平成16年3月31日発行  
発行責任者 東京都板橋区小茂根1-1-10  
心身障害児総合医療療育センター  
坂口 亮  
印刷所 青森県八戸市下長6丁目11-2  
青森コロニー印刷 八戸営業所