

分担研究報告書

**障害児入所施設における「小規模グループケア（ユニットケア）」の実践と今後の在り方**

研究分担者 米山 明

研究協力者 水流 純大（あさひが丘学園）

山脇 博紀（筑波技術大学 産業技術学部総合デザイン学科）

仁宮 真紀（心身障害児総合医療療育センター）

**研究概要**

平成 24 年児童福祉法改正、平成 26 年に障害児支援の在り方に関する検討会が報告等で、医療型・福祉型障害児入所施設の今後のあり方は、「小規模ケア化」を目指すことが求められている。

タイムスタディ調査研究から、増加している被虐待障害児へのケアが十分にされていない実態が報告された。

本研究では、障害児入所施設における主に児童のケアについての「小規模ケア化」の好事例として、

1. 大舎制から小舎制に変更し「小規模グループケア」を実践している福祉型障害児入所施設として、あさひが丘学園（鹿児島県）の実践報告、奥中山学園（岩手県）、ひまわり学園（北海道）、の状況をまとめ、
2. 「小規模グループケア（ユニットケア）」の医療型障害児入所施設における実践例として、熊本県子ども総合療育センターの視察と分析を行い、
3. 大舎制と小舎制を比較検討し、子どもの「暮らし」を中心において成長を育む、支える環境（「良好な家庭的環境」：平成 28 年児童福祉法改定 2 家庭と同様の環境における養育の推進 より）について、理想とすべきハード面（居住空間）とソフト面（子どもの育ちを保障するケア）とシステム（人員配置、勤務体制、施設全体のシステム）について検討し、今後の障害児入所施設の有るべき姿を検討した。

検討会において、山脇は、ハード面で、児童の居室を個室・2 人部屋など、多人数から少人数化した場合に、「各人が自室に隠ってしまわないか？」の懸念は、逆に、食堂やリビング等の共有空間（パブリックスペース）に滞在する時間が長くなった」とする特筆すべき調査結果報告をしており、今後「小規模グループケア」を推進するための参考となる。

今後の障害児施設のあり方について、入所前に被虐待経験のある障害のある入所障害児が、施設生活で安全・安心できる環境提供を前提に、より家庭的な養育すなわち平成 28 年児童福祉法改正にある「良好な家庭的環境」提供や平成 29 年提言の「新しい社会的養育ビジョン」で示された養育を推進していく上で、今回、調査結果とその考察、および、今後の障害児入所施設のあり方について提言が、国の福祉施策の参考となれば幸いである。

**【研究目的】**

「小規模グループケア（ユニットケア）」を実践している、障害児入所施設の視察等により、その現状について、ハード面の建物構造（居住空間）とソフト面（子どもの育ちを保障するケア）とシステム（人員配置、勤務体制、施設全体のシステム）について検討し、今後の障害児入所施設の有るべき姿を検討することを目的とした。

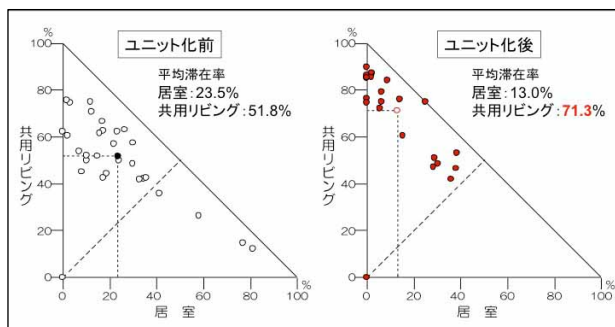
**【研究方法】**

1. 「小規模グループケア（ユニットケア）」を実践している、大舎制から小舎制に移行した福祉型障害児入所施設（1 ヶ所）からの報告と、福祉型障害児入所施設（2 ヶ所）視察および、現場の意見聴取、および、医療型障害児入所施設（1 ヶ所）の視察と報告を検討し、小舎移行前後の変化（子ども、大人（スタッフ））を検討し、大舎制（心身障害児総合医療療育センター）と小舎制を比較し分析した。

2. 障害児・者施設の建築デザインを専門とする立場からの、大舎制と小舎制のメリット・デメリットの評価と、「小規模グループケア」の推進にあたっての注意点・配慮点につき報告を受け、検討・考察した。

### 【研究結果のまとめと考察】

1. 小舎制に移行により、支援職員と児童との、時間的にも空間的にも、関わりが増え、より安定した信頼関係が生まれやすくなった。
2. 居住空間を工夫することにより、子どもたちの暮らし方が変わる。また居住空間が個室化しても、個室の閉じこもる傾向の強まりはなく、むしろ共有空間へ出て他児やスタッフと関わるが増えることが観察された。



検討会報告の中で、山脇は、①「小規模単位の生活」、②住宅（家）的スケールと質感、③「身の置き場所」を位置づけ、子どもの校正を尊重し顔の見える支援、子どもの主体的な生活を支え、寄り添う支援がされるべきとした。（山脇：視察資料参考（筑波技術大学 山脇博紀 氏、検討会から一部抜粋、IV障害児・者施設の計画 参照）。

3. バックアップ体制整備、職員勤務体制など工夫が必要である。（医療型障害児入所施設の現場で直接支援にあっている看護師による、「障害児施設に勤務する職員の質の向上を目指して（仁宮）」参照。）
4. 職員の研修が必須である。とくに、障害・発達特性の理解と特性に配慮した支援、ペアレントトレーニング等子育ての仕方、職員のアンガーマネジメントなどの研修が重要。  
（視察資料：奥中山学園 岡崎氏、ひまわり学園 湯浅氏御提供）参照

以上の結果、考察を踏まえ、以下の1から4を提案する。

1. 被虐待障害児の入所の増加、入所障害児の障害特性の多様化（ケアニーズが高い）、重度化、低年齢化に対し、現行基準よりも手厚い職員配置が維持できる制度的な支えが必要である。

平成 28～29 年度の本研究（「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究」）の被虐待児調査結果では、障害児入所施設において、被虐待児（その疑いを含む）の入所の割合は、31.5%と高かった。

現行の配置基準である職員比率 4.3 : 1（児童養護施設では 4:1）では、障害児への丁寧な支援を行うためには困難であり、「良好な家庭的環境」を提供するには、職員比率を現行の 4.3 : 1 から、現行基準よりも手厚い職員配置が維持できる制度的な支えが必要である。

また、被虐待児の入所増加を踏まえ、家族再統合や関係機関との調整を担う「家庭相談支援員；ファミリーソーシャルワーカー」の配置などが望まれる。

2. 居住空間「小規模グループケア」のさらなる推進が求められる。

本研究の施設基本調査の結果では、小規模グループケア加算を受けている施設は、福祉型障害児入所施設（知的、聴覚、肢体不自由児、自閉症児施設）で 19 施設、医療型障害児入所施設で 7 施設であった。また、小規模グループケアの実施状況としては、福祉型障害児入所施設では、「実施している」は、知的が 25 施設、福祉型自閉症施設 1 施設であり、医療型障害児入所施設では、肢体不自由児施設が 8 施設、重症心身障害児施設が 2 施設であった。

今回のデータと厚生労働省平成 23 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 14「障害児入所施設における小規模ケア化、地域分散かを推進する上での課題に関する調査」報告書（平成 24 年 3 月 財団法人 日本知

的障害者福祉協会) 比較すると、福祉型の施設では、ユニットケア化が少しずつ進んでいることがわかる。先に述べてきたように、障害の種別や重症度に関らず、施設で生活する子どもの愛着形成を育みやすい「良好な家庭的環境」として、「小規模グループケア」の推進が必要不可欠である。

奥中山学園では、近隣で分舎化した「小規模グループケア」での子どものグループホーム化（地域小規模ケア）が、障害児にとって、より「良好な家庭環境」の提供につながる（岡崎）。

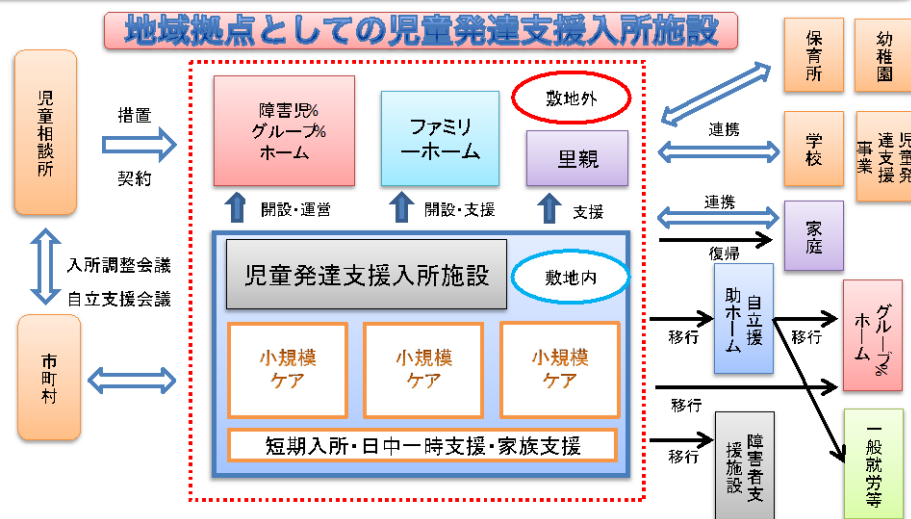
さらに、障害児入所施設の役割として、養子縁組による家庭、里親家庭、ファミリーホーム（小規模住居型児童養育事業）や「良好な家庭的環境」に定義される、施設のうち小規模で家庭に近い環境（小規模グループケアやグループホーム等）での生活保障が推進する必要がある。

並行して、レスパイト機能・緊急支援体制や相談機能（障害特性の丁寧な評価と支援のアドバイスを含む）などを協働していく地域のネットワーク作りが必要である。

障害児入所施設を退所後に家庭へ戻れる障害児者は少なく、地域で自立して生活（就労と居住空間）できるように（障害が重ければグループホームなどの居住空間の提供）小児期から成人期へ切れ目のない地域の支援体制ネットワーク作りが必要である。そのためには、地域に開かれた施設運営が求められる。さらに、「障害児入所施設」から、「児童発達支援入所施設」への名称の変更も今後検討されるべき課題である。（岡崎・水流、湯浅ら、日本知的障害者福祉協会）。

### 障害児入所施設(児童発達支援入所施設)の将来像(案)

・障害児入所施設(児童発達支援入所施設)は、入所支援だけを行うのではなく、地域支援機能を明確に位置づけることにより、障害児及びその家族を支援する地域における拠点施設としての機能を持つものとする。%  
 ・入所機能は、本体施設を小規模ケアするとともに、グループホームやファミリーホームの開設・運営・支援、里親支援等の機能を持つものとする。%  
 ・児童の入所にあたっては、児童相談所を中心として市町村・施設を交えた入所調整会議を実施するとともに、退所後の自立支援に向けての自立支援会議を開催する。%



### 3. 被虐待児へのケアを意識した丁寧なケアが求められる。

1) 今回の研究調査（「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究」）は、公的には初めての全国調査であった。被虐待（その疑い）児が平均 31.5%と入所児童のおよそ 1/3 が被虐待障害児である。さらに、契約で入所していても、実際には家庭養育困難で入所してくる（入所経路：家庭から 31.7%（医：重症）、61%（福：知的）～85.2%（医：自閉）に対し、乳児院から：20.9%（福：視覚/聴覚）、22%（福：肢体）、4.9%（福：知的）児童養護施設から 10.6%（福：知的）である。家庭への外泊ができない児童は、8.5%～40.5%と家庭環境の課題があるケースが多い。5年以上の契約での長期入所児は、福祉型入所施設では、60/186（32%）（医療型で肢体不自由 23/725(3%)施設の特性上異なる）と、「契約」入所でも実際は、社会的養護の必要な子どもたちが少なくないことが明らかで、今回は調査対象から外したが、成人の入所が多い理由の一つである。福祉型障害児入所施設では、成人期の退所に向けての準備が喫緊の課題である。

2) 障害児の障害特性、行動特性など極めて多様であり、また、入所の低年齢化、重度化している実態が明らかとなった。一方、行動障害は、非行など反社会的行動などは、生活の中での支援の困難さは、強度行動障害などの行動評価では、評価されにくく、行動障害加算等評価基準を再検討する必要があると考えられた。

3) 今回、被虐待児への支援や学校などとの地域関係機関との連携、虐待者への個別のカウンセリングやペアレントトレーニング、コモンセンスペアレンティングなどの心理的支援、家族再統合に向けた施設における支援や児童相談所などとの関係機関との調整などは、職員配置が十分保障されない中で、様々な形で支援業務が行われていた（心理担当職、社会福祉（SW）担当職員の調査参照）。しかし、その内容の詳細や支援職の研修の内容までは十分調査ができなかった。支援者の人材育成などの実態とあり方は今後の課題として残った。

#### 4. 新しい養育ビジョンを踏まえ、今後の障害児入所施設の子どもの養育のあり方を、社会的養護の必要な子どもの支援として検討していく必要がある。

平成29年に提言された「新しい社会的養育ビジョン」では（一部抜粋）

○ケアニーズが非常に高く 施設等における十分なケアが不可欠な場合は、高度専門的な手厚いケアの集中的提供を前提に、小規模・地域分散化された養育 環境を整え、その滞在期間は原則として乳幼児は数か月以内、学童期以降は1年以内とする(P4)

○(6) 子どもニーズに応じた養育の提供と施設の抜本改ケアニーズに応じた措置 費・委託費の加算制度をできるだけ早く創設する。同様に、障害等ケアニーズの高い子どもにも家庭養育が行えるよう、補助制度の見直しを行う (P4)

○また、家庭で虐待を受けている子どものみならず、貧困家庭の子ども、障害のある子どもや医療的ケアを必要としている子ども、その他特別なケアを必要とする子どもに対しては、「児童の権利に関する条約」の精神にのっとり、子どもの状態に合わせた多様なケアがなされる必要がある (p7)。

○自立援助ホームや保護者と施設の契約で入所している障害児施設やショートステイも社会的養護に含める (p8)。

○障害児や医療的ケア児に関しても家庭養育が保障される必要がある。障害児入所施設や病院付設の乳児院の利用実態を把握し、障害児や医療的ケア児の里親委託に向けた体制づくりを行う必要がある (p20)。

○障害児入所施設もこうした規定に加え、「社会的養護」の役割を担っているという認識を深める必要もある (p20)。

とされているが、これらを踏まえた、ケアニーズの高い子ども、障害児の養育のあり方はまだ十分に検討されていない。

今後、医療型と福祉型の障害児入所施設において、「社会的養護の必要な子ども」の養育の場として捉え、障害児入所年齢の低年齢化、障害特性の多様化、重度化を踏まえ、子どもたちや職員にどのような変化が起きているのかを質的および量的の両面から明らかにしていく研究検討が必要である。

#### 謝辞

視察、資料提供に快く御協力いただきました、ひまわり学園（北海道）、奥中山学園（岩手県）、あさひが丘学園（鹿児島県）、熊本県立こども総合療育センターの皆様に、感謝申し上げます。

#### <参考資料>

1) 厚生労働省平成23年度障害者総合福祉推進事業 指定課題14「障害児入所施設における小規模ケア化、地域分散化を推進する上での課題に関する調査」報告書（平成24年3月 財団法人 日本知的障害者福祉協会）

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisihakukushi/cyousajigyousougoufukushi/h23\\_jigyo-14.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisihakukushi/cyousajigyousougoufukushi/h23_jigyo-14.html)

2) 新しい社会的養育ビジョン

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000173888.pdf>

あさひが丘学園における小規模グループケアの実践について

あさひが丘学園 統括施設長 水流 純大

旧知的障害児施設である福祉型障害児入所施設あさひが丘学園が、平成 28 年 7 月より取り組み始めた小規模グループケアの実践について報告する。

1. あさひが丘学園の概要

- ① 運営主体 社会福祉法人落穂会
- ② 開設年月日 昭和 33 年 5 月 1 日
- ③ 定員 入所 28 名・短期入所 8 名
- ④ 所在地 鹿児島市皆与志町 2503 番地
- ⑤ 併設施設 障害者支援施設あさひが丘（定員：入所 52 名・短期入所 10 名）

2. 小規模グループケアに取り組んだ経緯

- ① 平成 23 年度厚生労働省・障害者総合福祉支援事業「障害児入所施設における小規模ケア化、地域分散化を推進する上での課題等に関する調査」に施設長が参画し、小規模ケアに取り組む全国の先駆的な施設の実践を学ぶことにより、障害児入所施設における小規模ケアの実践の必要性を強く感じたこと。
- ② 上記の研究結果を踏まえて、平成 24 年 4 月から小規模グループケア加算が創設されたこと。
- ③ 平成 24 年 8 月、奥中山学園主催「子どもの育ちを考えるセミナー」に参加し、こどもたちの豊かな育ちを支えるために、「丁寧に暮らしを営む」という視点の重要性を認識した。私たちは、「子どもたちのとの暮らしを丁寧に営む」ことを忘れ、「行動障害への対応」だとか、「自閉症児への療育」だとか言うてはいないか。もちろん、障害の特性をよく把握し、その状態に応じた専門的な療育技術を磨き上げ、子どもたちが自らの課題を克服するための支援を行うことも私たちの大切な役目であるが、子どもたちの暮らしを預かっている私たちにとって、「子どもたちの暮らしを丁寧に営む」ことが前提で、その大前提の上に障害に対する専門的な支援が成り立つのではないかと強く感じたこと。
- ④ 厚生労働省「障害児支援の在り方に関する検討会報告書」（H26.7）においても、『障害児入所施設については、「子どもが育つ環境を整える子どもの施設」「子ども本人が望む暮らしを保障する施設」といった幼児期からの子どもの育ち、発達に係る基本的な観点から、より家庭に近い生活環境、少人数の生活の場、普通の暮らしの環境、個々に配慮した生活環境とすべきであり小規模グループケアの推進が必要とされている。』と記載されていること。

\*以上のことから、障害児入所施設における小規模グループケアの必要性を強く感じ、平成 28 年 7 月事業を開始した。

3. あさひが丘学園における小規模グループケアの基本的な考え方

- ① 家庭を離れて生活している子ども達の豊かな「育ち」を支えるために、愛情を持って丁寧な暮らしが営めるよう支援する。
- ② ユニットの構成 1 ユニット 7 名×4 ユニット＝定員 28 名（+短期入所 8 名）  
⇒スライド 2 参照
- ③ 各ユニットに居室（全室個室）、リビング、ダイニング、浴室、トイレ等を配置し、より家庭に近い環境で生活ができるようにする。⇒スライド 3.4 参照
- ④ 家庭的な雰囲気のなかで子ども達と生活を共にしながら、退所後の生活を見据えたひとりひとりに応じた生活に役立つ社会的なルールやマナー、知識が身に付けられるよう支援する。

4. 児童及び家庭の状況（H29.6.1 現在）

① 年齢の状況

年齢区分	6～11歳	12～14歳	15～17歳	18～19歳	20歳～	合計
男	6	2	9	1	0	18
女	2	3	4	0	0	9
合計	8	5	13	1	0	27

② 入所時の年齢

年齢区分	～5歳	6～11歳	12～14歳	15～17歳	合計
男	4	6	5	3	18
女	2	5	0	2	9
合計	6	11	5	5	27

③ 障害の状況（療育手帳）

障害程度	A1	A2	B1	B2	不所持	合計
男	1	1	7	8	1	18
女	2	0	3	4	0	9
合計	3	1	10	12	1	27

④ 在園期間

期間区分	1年未満	1～3年未満	3～5年未満	5～10年未満	10年以上	合計
男	2	5	6	5	0	18
女	1	2	4	1	1	9
合計	3	7	10	6	1	27

⑤ 入所の主たる理由

	男	女	合計
保護者の養育力不足	6	5	11
虐待・養育放棄	2	0	2
行動上の課題改善	8	2	10
ADL・生活習慣の確立	1	1	2
学校での不適応・不登校	0	1	1
学校就学・通学のため	1	0	1
合計	18	9	27

⑥ 入所前の生活の場

	男	女	合計
家庭	7	5	12
乳児院	5	1	6
児童養護施設	5	1	6
母子生活支援施設	1	1	2
医療型障害児入所施設	0	1	1
合計	18	9	27

⑦ 保護者の状況

	両親	父子	母子	その他	合計
男	1	6	10	1	18
女	1	1	7		9
合計	2	7	17	1	27

## 5. 環境（人・経験・空間）の変化

### ① 人の変化（職員配置）⇒スライド 5.6.7.8 参照

#### ア. 旧体制

定員 40 名で 1 棟 20 名が 2 棟。居室は 2 人～4 人。職員配置⇒1 棟 8 名～9 名。

#### イ. 現体制

定員 28 名で 1 ユニット 7 名が 4 ユニット。居室は全室個室。

職員配置⇒各ユニットに固定職員 3 名＋ユニット間の兼務職員 2 名

\*大舎制時は「大勢の職員」が「大勢の子どもの集団」を相手に支援をしていた。ユニット化以降はある程度固定化した職員で少ない人数の子どもたちに対応することが可能となった。

\*子どもとの個別的な関係を築きやすくなり、子どもの小さな成長や変化に気づきやすくなった。

\*関係性の三大要素「安定感（安心感・安全感）」「信頼感」「満足感」（相澤）が得られるような関係性を築きやすくなった。

### ② 経験の変化（日常生活）

大舎制時はできなかった様々な経験をすることができるようになった。

#### ア. 食事

厨房で作った食事をユニットに運んで配膳し、少人数で食べる。月 2 回は子どもたちがメニューを考えて、地域のスーパーで食材を購入し、職員と一緒に作る。他にも、ご飯を炊く、パンをトースターで焼いて食べる、冷たくなった食事を電子レンジで温める、食器を洗うなど、普通の家庭で行われている普通のことができるようになった。

#### イ. 日用品の購入

洗剤、トイレトペーパー等の日用品は週末、職員と子どもたちが地域のスーパー等で購入する。

#### ウ. 掃除・洗濯

できる子どもは自分の部屋の掃除や洗濯を行う。浴室・トイレ・リビングなどの共同スペースは当番を決めて職員と一緒にやる。

#### エ. 誕生日祝い

何人もまとめて〇月祝いの誕生会をするのではなく、その子どもの誕生日にその子だけのお祝いをする。

\*大舎制時は一人一人の子どもが大きな集団の中に埋没し、自分の生活を十分に認識できないままに日々の暮らしが営まれていたが、ユニット化以降は子どもたちが生活の中でさまざまなことを経験し生活スキルを身につけ、自分自身の生活を実感しながら成長していく。

### ③ 空間の変化（暮らしの場）

#### ア. 生活の場

大舎制では、大部屋（2～4 人）での生活。ユニットでは全員個室＋リビング＋ダイニングでの生活が中心。一人になれる空間の確保が精神的な安定をもたらす。

#### イ. 入浴

大浴場で 10 人程度（毎日固定の時間）で入浴していたが、ユニットでは 1～2 人で 16 時～20 時で好きな時間に入浴。また、好きな入浴剤等を入れるようになった。

#### ウ. 食事の場

以前は、併設の障害者支援施設と共同の大食堂で利用者・職員合わせて 100 名程度が同時間帯に食事を摂っていた。ユニットでは、7～9 人でテーブルを囲んで食べている。

\*自我形成に欠かせないプライベートな空間（個室）と、集団生活体験を通じて社会化の発達を促すパブリックな空間（リビング・ダイニング等）をバランスよく配置する。

\*生活の場が、安心感、満足感、安らぎを与える心地よい空間であれば、子どもは自分が大切にされているというメッセージを感じ取ることができ、生きている実感を楽しむことができる。

## 6. ユニット化による生活・子ども・職員の変化

### ① 生活の変化

- ・少人数になる事で、日課に追われることなく時間に余裕をもって生活できるようになった。
- ・下校後、子ども達と一緒に宿題をしたり遊ぶ時間が出来た。また、子どもと職員が日課を一緒に送れるようになった。(入浴、歯磨き、食事、ご飯の準備)
- ・料理や買い物など多様な経験を行えるようになった。
- ・買い物やドライブなどの外出がしやすくなり、楽しい時間を共有しやすくなった。

### ② 子どもの変化

- ・年長者が年少者と関わり面倒を見るようになった。
- ・自分の好きなことを自分の部屋で出来るようになった。
- ・職員と一緒に生活を送る(一緒にしてみせる)ことで、生活スキル(入浴、歯磨き、食事等)が身に付きやすくなった。
- ・子ども達が以前より自主的に日課を行うようになってきた。
- ・コミュニケーション力が向上してきた。あいさつやお礼が言えるようになってきた。
- ・さまざまなことを経験することでやりたい事・したい事の選択肢の幅が広がった。

### ③ 職員の变化

- ・関わりが密になる事で、子どもとの関係を構築しやすくなり、小さな成長や変化に気づくようになった。
- ・子どもの成長を身近に感じることでやりがいや働きがいを感じるようになった。

## 【子ども・職員へのアンケート調査から】

### 1. 子どもたちの声

#### ① 今の生活はどうか?

- ・一人部屋がうれしかった。
- ・好きな時に部屋で休めて良い。(一人になれる部屋がある)
- ・料理が出来てうれしい。
- ・職員と遊べる時間が増えた。
- ・昔より楽しい。(楽しいことが増えた)
- ・机とベッドがあって嬉しい。

#### ② 楽しい・良かったことはなんですか?

- ・買い物に行けること。
- ・みんなで料理が出来ること。
- ・ゲームがいっぱいできるようになった。
- ・職員と遊ぶ時間が増えた。
- ・自分の部屋が出来た。
- ・いろんなテレビが見れること。

#### ③ 新しい生活で大変なこと?して欲しいことは?

- ・小さい子が言う事をきかない。
- ・新しいゲームがもっと欲しい。
- ・旅行に行きたい。
- ・部屋にテレビがない。
- ・生き物(犬)を飼いたい。
- ・時には大勢でご飯を食べたい。

### 2. 職員の声(抜粋)

(保育士 A)

日々、やりがいを感じます。例えば、日々の支援を繰り返す中で子ども達の様々な面を見ることが



出来ます。利用者の発達段階特有の成長を身近に見る事ができ、喜びを感じる事も多くあります。一方で障害特性によるつまづきを見る機会も多くあります。そのたびに自身の学びを深めなければと毎回考えさせられます。

(保育士 B)

買い物や調理、配膳、洗濯、お風呂掃除など、以前までは出来なかった経験も出来るようになり、子ども達も出来る事が増えてきているような気がします。ご飯の炊く前はどんな状態なのか、野菜を調理する前はどんな姿、形なのか、知らない子どももいました。いろいろな経験を積むことで知識も増えました。また買い物や調理を通して、食の大切さ、作ってもらっているという意識も出来、偏食が減少方向にあります。

## 7. 今後の課題

### ① 職員の支援力の向上

子ども達の成長は、一番身近に存在する職員の支援力（生活スキルを含む）に大きく影響される。障害に対する専門知識と同様に子どものモデルとなる人間力の向上が必要。

### ② 愛着形成

さまざまな経緯で施設生活を送る子ども達が自信を持って生きていける基盤として愛着・信頼関係を構築し、自己肯定感を持つことができるような支援が必要。

### ③ 生活をより家庭に近づけていく

物理的な環境だけではなく、日々の関わりや日常・余暇の過ごし方をより家庭に近づけていく。施設で育った子ども、施設で長く働く職員は施設生活が当たり前になっている。可能な限り、一般的な家庭の当たり前の生活を当たり前に行えるようにしていく。

### ④ 次のステージへ

社会的養護の必要な障害のある子どもを地域の中で、かつ固定的な養育者のもとで育てていくために、障害児グループホームの創設やファミリーホームにおける障害児の養育を進めていく必要がある。⇒スライド9 参照

# 「福祉型障害児入所施設あさひが丘学園における小規模グループケアの実践」参考資料

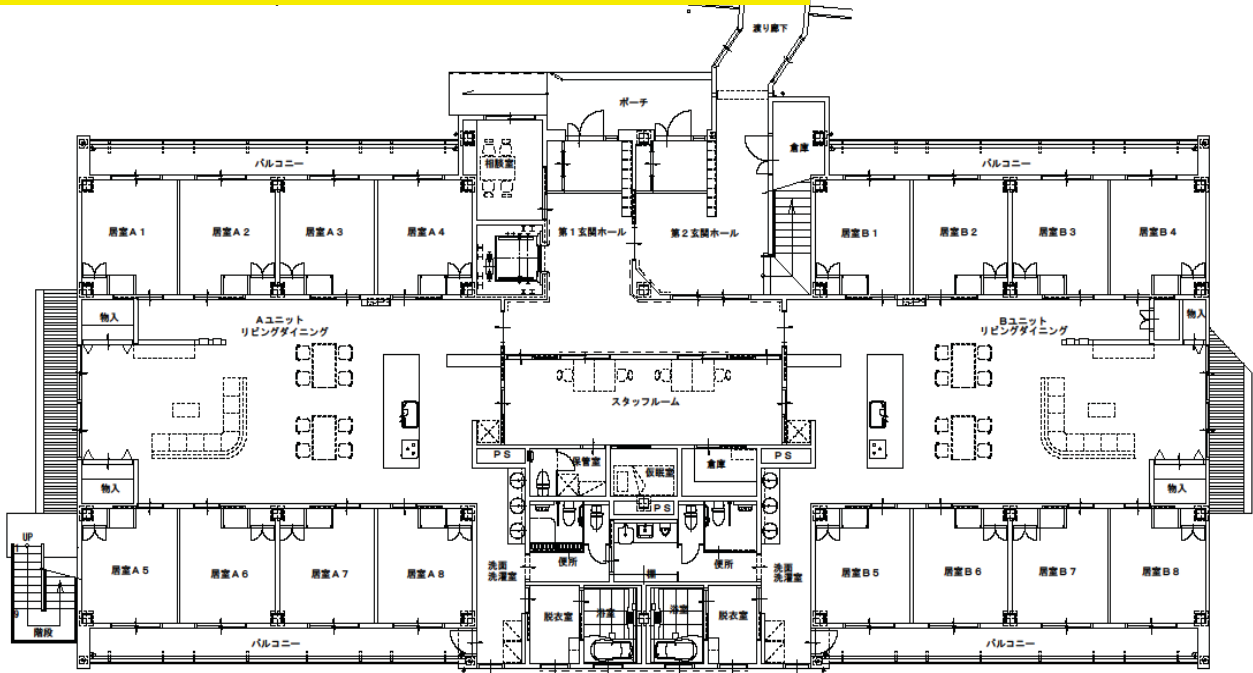
1

## ユニット構成

○4ユニット                      定員28名      短期入所8名  
1ユニット定員7名              短期入所2名  
居室数8(個室11.48㎡)              合計4ユニット

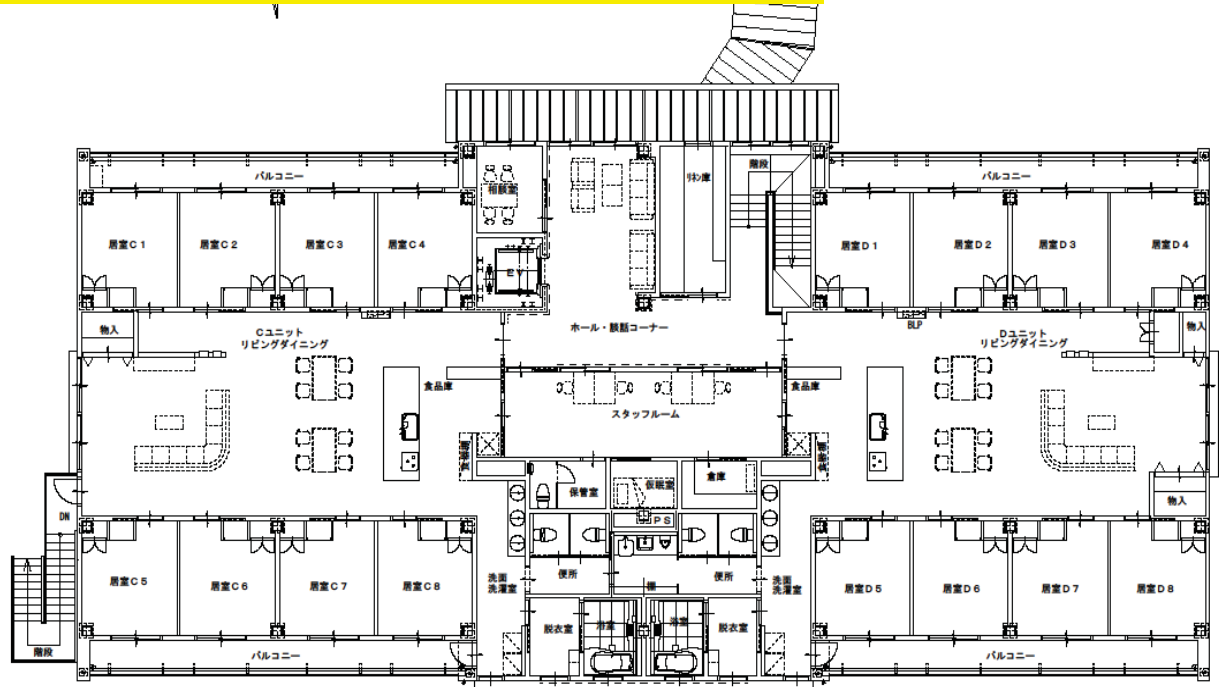
ユニット1階		ユニット2階	
Aユニット	Bユニット	Cユニット	Dユニット
定員7名	定員7名	定員7名	定員7名
短期入所 定員2名	短期入所 定員2名	短期入所 定員2名	短期入所 定員2名

# あさひが丘学園 平面図1F



1階 平面図

# あさひが丘学園 平面図2F



2階 平面図

# 職員配置 1ユニット3人固定+2名

ユニット1階		ユニット2階	
Aユニット	Bユニット	Cユニット	Dユニット
チーフ		チーフ	
サブチーフ		サブチーフ	
職員①	職員①	職員①	職員①
職員②	職員②	職員②	職員②
職員③	職員③	職員③	職員③
フリー職員			
利用者	利用者	利用者	利用者

5

## 利用者・職員の配置

職員配置 ( 17名 ) + 児童発達支援管理責任者 ( 1名 )			
ユニット 1階		ユニット 2階	
Aユニット	Bユニット	Cユニット	Dユニット
児童発達支援管理責任者			
チーフ保育士		チーフ支援員	
サブチーフ保育士		サブチーフ支援員	
支援員	保育士	保育士	保育士
保育士	保育士	保育士	保育士
保育士	保育士	支援員	支援員
フリー保育士			

## 利用者配置 ( A7名・B7名・C6名・D7名 ) 合計27名

Aユニット		Bユニット		Cユニット		Dユニット	
1	女子 高3	1	男子 卒業生	1	女子 高1	1	男子 高2
2	女子 高2	2	男子 高3	2	女子 中3	2	男子 高2
3	女子 高1	3	男子 高3	3	女子 中3	3	男子 高2
4	女子 小6	4	男子 高2	4	女子 中3	4	男子 高1
5	男子 小3	5	男子 高2	5	女子 小3	5	男子 中2
6	男子 小2	6	男子 高1	6	男子 小5	6	男子 中1
7	男子 小2	7	男子 小5	7		7	男子 小3
8	短期入所①	8	短期入所③	8	短期入所⑤	8	短期入所⑦
9	短期入所②	9	短期入所④	9	短期入所⑥	9	短期入所⑧

# 勤務体系①: 学校児 登校時

勤務体制	1F ABユニット				2F CDユニット			各フロア	
	Aユニット		Bユニット		共通		Cユニット	Dユニット	共通
	A①	B①	夜勤	日勤	C①	D①	宿直	女男1名ずつ	
6:15	6:15	6:15			6:15	6:15		児童部見守り	
7:00									
8:00									
9:00	9:15	9:15	9:00		9:15	9:15	9:00		
10:00				9:00			9:00		
16:00	16:00	16:00	15:30		16:00	16:00		16:00	
17:00									
18:00				18:00				18:00	
19:00									
20:00									
21:00	21:00	21:00			21:00	21:00		7	

# 勤務体系②: 学校児 休校時

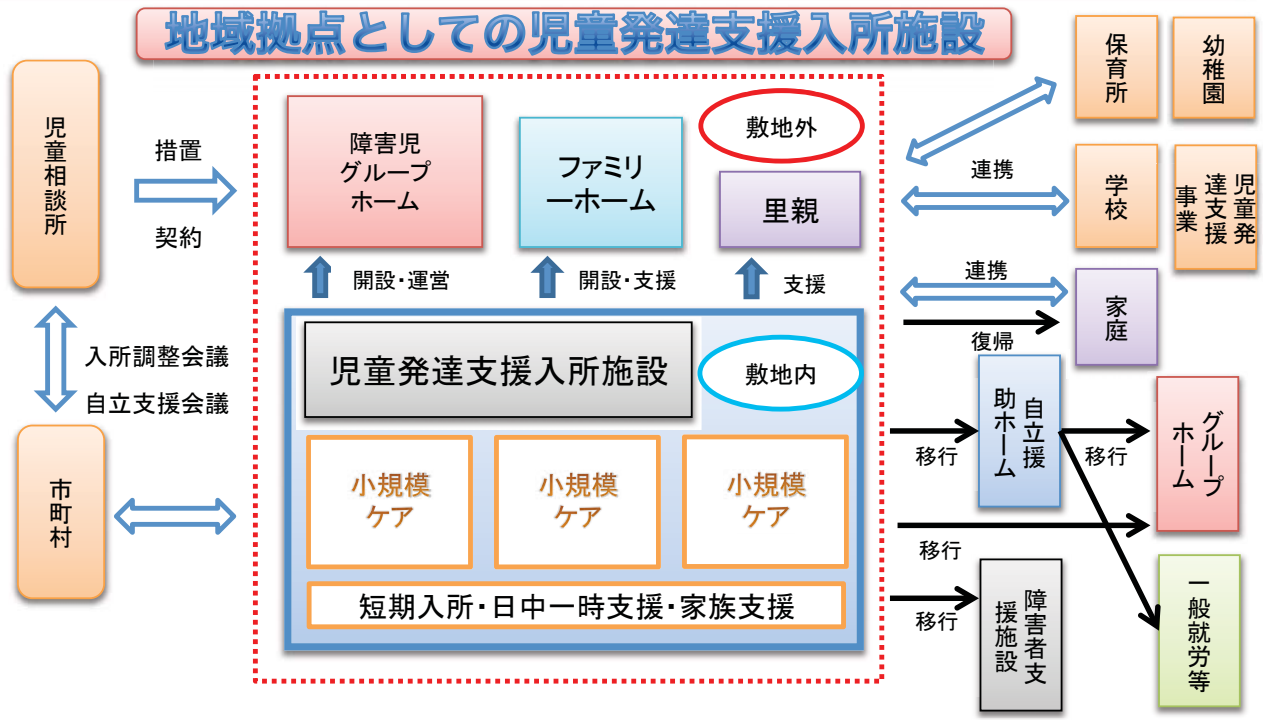
勤務体制	1F ABユニット					2F CDユニット					
	Aユニット		Bユニット		共通	Cユニット		Dユニット		共通	
	A①	A日	B①	B日	日2	夜勤	C①	C日	D①	D日	宿直
7:00	7:00		7:00				7:00		7:00		
8:00											
9:00						9:00					9:00
10:00	10:00		10:00	10:00			10:00		10:00		9:00
11:00		10:00		10:00	10:00			10:00		10:00	
15:00											
16:00	16:00		16:00			15:30	16:00		16:00		
17:00											
18:00											
19:00		19:00		19:00	19:00			19:00		19:00	
20:00											
21:00	21:00		21:00				21:00		21:00		

# 障害児入所施設(児童発達支援入所施設)の将来像(案)

・障害児入所施設(児童発達支援入所施設)は、入所支援だけを行うのではなく、地域支援機能を明確に位置づけることにより、障害児及びその家族を支援する地域における拠点施設としての機能を持つものとする。

・入所機能は、本体施設を小規模ケア化するとともに、グループホームやファミリーホームの開設・運営・支援、里親支援等の機能を持つものとする。

・児童の入所にあたっては、児童相談所を中心として市町村・施設を交えた入所調整会議を実施するとともに、退所後の自立支援に向けての自立支援会議を開催する。



奥中山学園におけるユニットケアについて

米山 明

1. 施設の基本状況：

事業所の種類：福祉型障害児入所施設

設置主体：社会福祉法人カナンの園

主たる対象者：知的障害児

利用定員：40名

住 所：岩手県二戸郡一戸町中山字大塚 4-6

併設事業：短期入所・日中一時支援・

多機能型事業所（放課後等デイサービス・児童発達支援・保育所等訪問）

成人施設（共同生活援助事業（グループホーム）（一体型）・居宅介護事業

指定特定相談支援事業

生活介護事業・就労継続支援 A 型・B 型事業・就労移行支援事業

2. 建物の配置、ユニットの間取りなどの工夫

敷地内の建物の配置、ユニット配置、設計等で配慮した点などの特徴

- ①飛び出し事故防止のために設置した門扉については、建て替えの際に検討をし、個別配慮で対応できることと、物理的、心理的、視覚的な社会とのつながりを重視して門扉を廃止。
- ②「暮らし」を基本とし、家庭的な雰囲気作りを配慮している。人的な配置を配慮し安全な生活環境を提供できるよう運営。男女混合を基本。
- ③8名定員の小舎を 5 棟＋併設型短期入所棟 1 棟。各棟 5～7 名で生活。（40 名）
- ④各棟 個室 2 室、2 人部屋か 3 室、計 5 部屋＋職員部屋 1 室、その他台所とリビングルーム、男女別トイレ、風呂、洗面所

3. 職員構成

園長 1 名

副園長 児童発達支援管理責任者 1 名 （兼務）

支援員 17 名

看護師 1 名

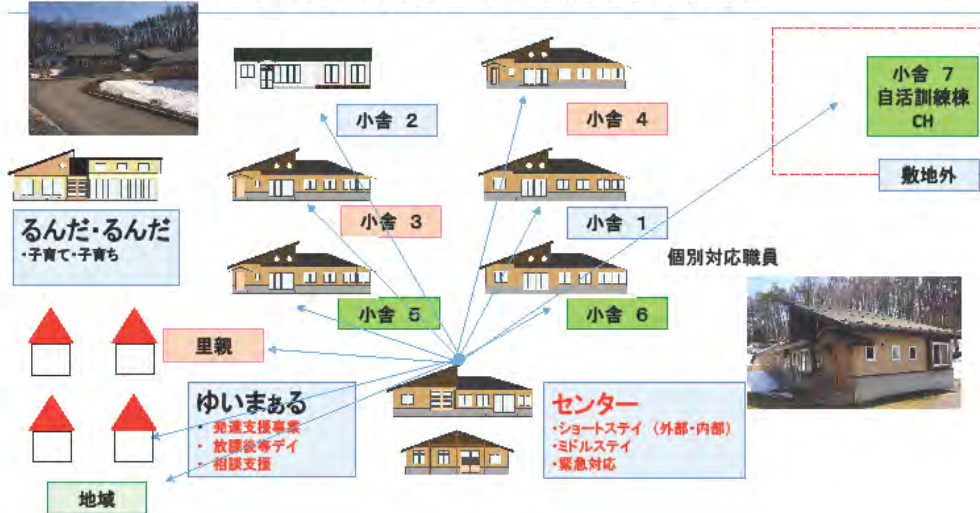
栄養士 1 名

調理員 2 名

ハウスキーパー 2 名

事務員 6 名 （在宅支援の職員含む）

## 小舎・地域のバックアップ体制 奥中山学園 提供



- ・ より家庭に近い環境で子どもを育てる
- ・ 整えられた空間、丁寧な食事、衛生の世話、  
そういったものが行き届いた生活。
- ・ 更に子どもとの関わりが子どもの求めや発達に応じ  
て準備されている暮らし
- ・ 人、その人が作り出す生活、生活が積み重  
なった暮らしが子どもを育てる。

奥中山学園 岡崎俊彦園長 ご提供

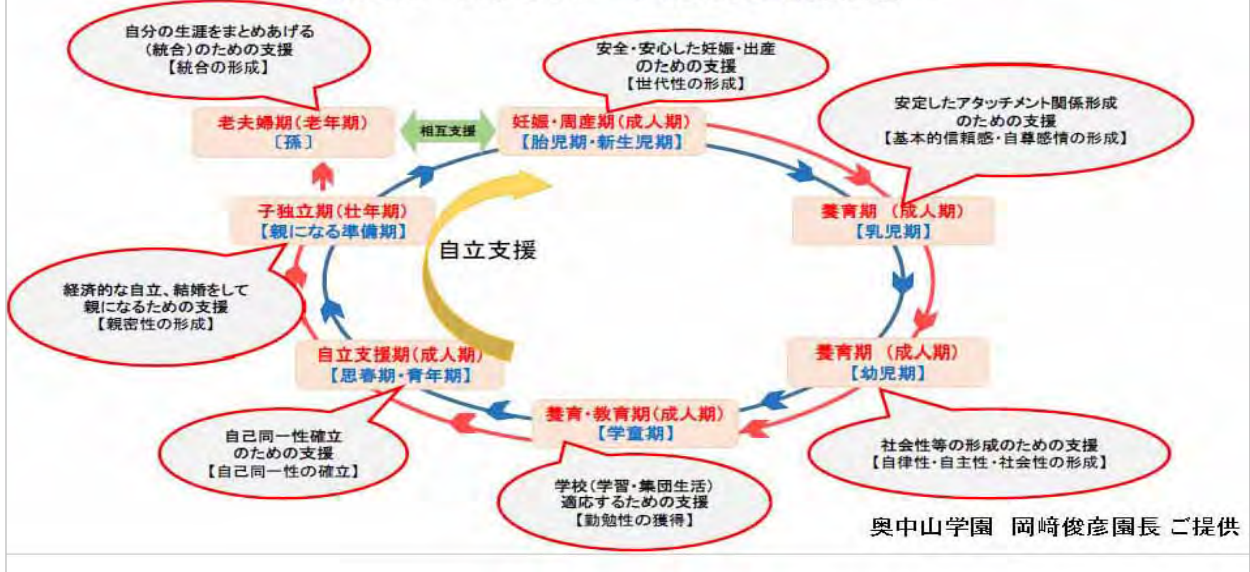
## 子どもの状態像

奥中山学園 岡崎俊彦園長 ご提供

- ・ 在宅支援が充実し、入所には、重度で強度に行動の特徴がある子ども。軽度で社会的に逸脱行動のある子ども。他罰的、閉鎖的の状態像が顕著化した子どもが増えているのではないだろうか。
- ・ アタッチメントが少なかったと思われる子どもが増えているのではないだろうか。
- ・ 人生において何らかの子ども自身にとってのマイナス経験やトラウマを抱えて日常生活に支障をきたすほど影響が出始めている子どもが増えているのではないだろうか。
- ・ 行動化している子どもが増えているのではないか。(行動に対して結果を得ている。行動しなければ結果を得られなかった経験が蓄積されている。)  
→ 一度学習したやり方をやり直す。そうでないすべを見つけるのは一苦労。
- ・ 過剰適応の状態で、思春期に何らかの心理的身体症状が出ている子どもが増えているのではないか。
- ・ 五感で人を介さない、ゲーム・携帯電話等に依存する子どもが増えているのではないか。



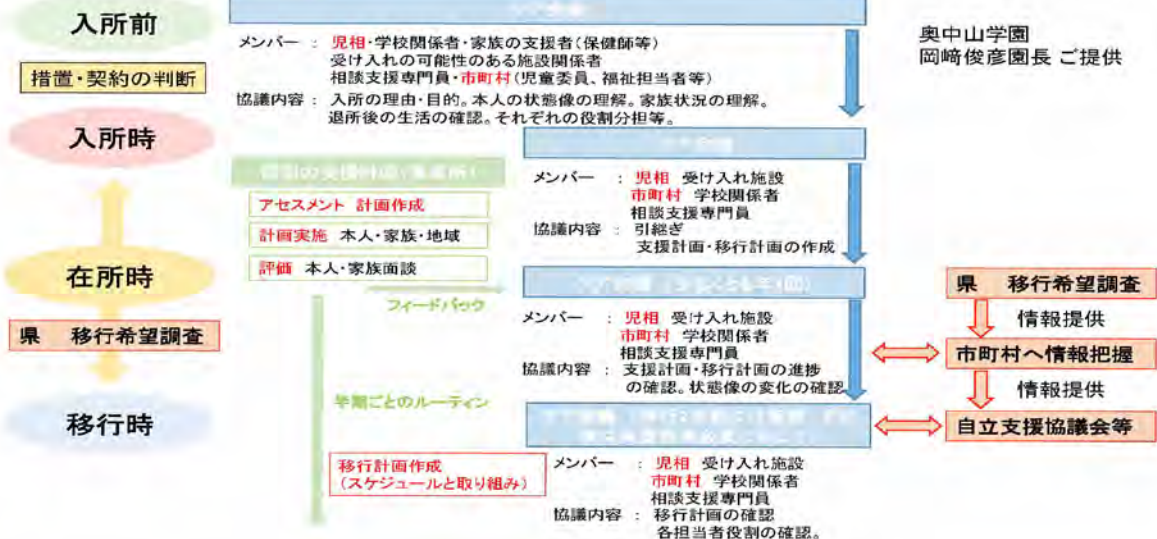
## 家族全体を対象にした切れ目のない包括的ライフサイクル支援 ー ポピュレーションアプローチとしての全家庭支援 ー



## 現状・課題

奥中山学園 岡崎俊彦園長 提供

- 子どもと関わって難しいと感じる事。
  - ・ 愛着障害 状態像としては、積み重ねを感じづらい。 → 被虐待児対応加算は一年だけ？
  - 相応の生活と対応が必要 → 個別な対応 配置基準の検討
- 家族と関わって難しいと感じる事。
  - ・ 家族のニーズの変化（個と集団。期待値。家族も変化。経過施設の意識）
  - ー ファミリーソーシャルワーカー
- 運営上 難しいと感じる事。（生活を重視すると・・・）
  - ・ 入所児童の制限（状態像・数） よく言えば特色に合わせた運営（集団を脅かさない。子ども同士の相性への配慮、変化の調整 年間8～10名の子どもの入れ替わり）
  - ・ 労働基準法との兼ね合い。 → 泊りの問題。固定的な関りを生かそうとすれば、労基に合わない。配置基準・運営形態の検討
  - ・ 移行先の先細り → 移行支援のシステムと移行支援員と成人施設、成人サービスの充実。
- 個別対応の必要性
  - ・ 入所初期 混乱期 移行期 それぞれに対応が必要。 → 個別対応職員
- 職員間での難しさ
  - ・ 子どもの捉え、関わりを共有しきれない。 → 軸となるような研修システム
  - 職員が変わると子どもが揺れる ⇔ 職員の関わりが変わるから



## 小規模ケアの課題

- ・ 職員と子どもの距離が密になる  
→ メンタルヘルス アンガーマネージメント
- ・ 次の一步。生活と成長の質  
→ 落ち着いているうちに予防教育を。その一步。
- ・ 子育てしながらの勤務は難しい。 → 女性の間層がいなくなる
- ・ 職員が生活のモデルになる。 → モデルの難しさ。
- ・ 配慮・介助・支援から子育てへ → 子育てのモデルを示すことのむずかしさ。
- ・ 共通の押さえ、共通の関わりが難しい。  
→ 学園では理念とコモンセンス・ペアレンティング)

奥中山学園 岡崎俊彦園長 ご提供

### 施設の運営体制 小規模ケア 各種職員配置 運営形態

各種障害特性の理解  
アセスメントの共有  
コモンセンスペアレンティング  
子どもの育ちの研修

職員の専門性  
子どもの状態像の理解  
子どもへの関わり方  
生活の仕方・意味

生きがい  
肯定感  
やる気

理念  
キャリアパス・  
給与  
人間関係  
メンタルヘルス

- ・ 安心できるだけの専門性（肯定感・成功体験・自信、サポート）
- ・ 教え導く、積極的な子どもの育ちを。
- ・ 職員のカウンセリング。アンガーマネージメント

奥中山学園 岡崎俊彦園長 ご提供

ひまわり学園におけるユニットケアについて

米山 明

1. 施設の基本状況：

事業所の種類：福祉型障害児入所施設

設置主体：社会福祉法人 北光福祉会

主たる対象者：知的障害児

利用定員：50名

住 所：北海道 紋別郡遠軽町生田原安国302番地7

併設事業：短期入所・日中一時支援・

児童家庭支援センター事業（指定特定相談支援事業）

児童養護施設 子育て短期支援事業

多機能型事業所（放課後等デイサービス・児童発達支援・保育所等訪問）

成人施設（共同生活援助事業（グループホーム）（一体型）・居宅介護事業

指定特定相談支援事業 生活介護（経過的入所）

生活介護事業・就労継続支援 B 型事業・就労移行支援事業

広域相談支援体制整備事業 生活サポート事業

2. 建物の配置、ユニットの間取りなどの工夫

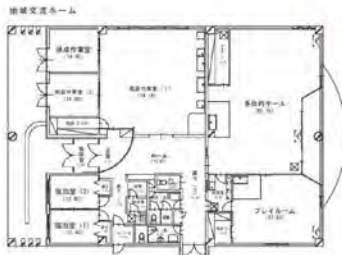
敷地内の建物の配置、ユニット配置、設計等で配慮した点などの特徴

- ① 家庭生活をイメージ（家庭的養育環境）した生活環境を提供できるように、建物構造、生活の設備（洗面・洗濯・台所）を配慮し、また夜間の宿直者の業務、応援体制、安全管理などへ配慮した。
- ② 11名定員の小舎を4棟（2棟を宿直室で繋いでいる）および、経過的入所を含む棟1棟。各棟11名で生活。（50名）
- ③ 各棟 個室2室、2人部屋か3室、3人部屋か1室 計6部屋+宿直室1室（2棟の間）、台所とダイニング、男女別トイレ、風呂、洗濯、洗面所など  
（経過的入所を含む棟：個室3室、2人部屋か4室）

3. 職員構成 34名 うち直接処遇職員 23名（パート含む）



ひまわり学園 湯浅民子園長 ご提供

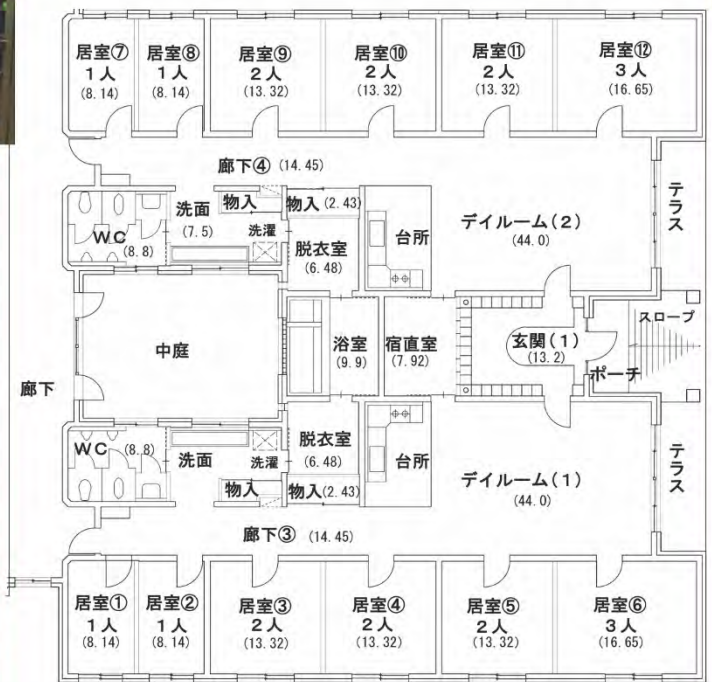


## ひまわり学園 平面図



## ひまわり学園 平面図

発達特性に配慮した、  
家庭的な環境(例:構造化を含む)提供

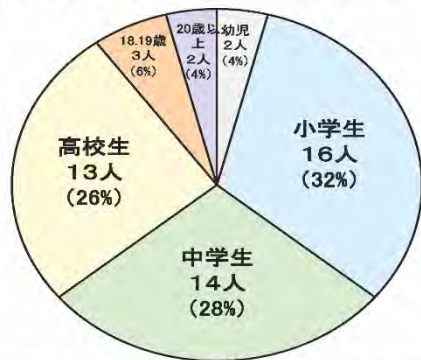


ひまわり学園 湯浅民子園長 ご提供

## 表8 ひまわり学園 直接処遇職員の勤務時間表

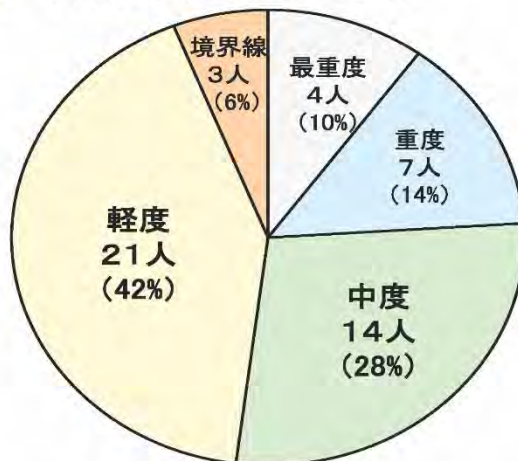
日課 勤務	起床	朝食	登校	日中活動・療育	昼食	日中活動・療育	下校	おやつ	余暇	夕食	入浴	余暇	年齢に応じて就寝						
	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00		
A勤																			
B勤																			
C勤																			
D勤																			
E勤																			
断続勤務	G1																		
	G2																		
ES勤																		宿直勤務	
																			宿直勤務
S勤																			宿直勤務

### 入所現員 50名 (平成29年11月1日現在)



	幼児	小学生	中学生	高校生	18.19歳	20歳以上	合計
男子	1	14	9	10	2		36
女子	1	2	5	3	1	2	14
合計	2	16	14	13	3	2	50

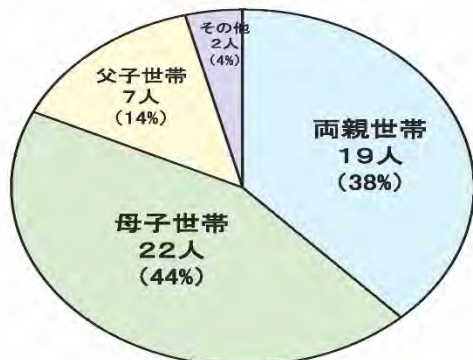
### 障害の状況 (平成29年11月1日現在)



年齢	最重度	重度	中度	軽度	境界線	合計	摘要
幼児	1		1			2	ADHD 自閉症スペクトラム、 被虐待、 養育障害、てんかん、 解離性障害、弱視
小学生		2	5	7	2	16	
中学生	1	2	4	7		14	
高校生	1	1	3	7	1	13	
青年	2	2	1			5	
合計	4	7	14	21	3	50	

ひまわり学園 湯浅民子園長 ご提供

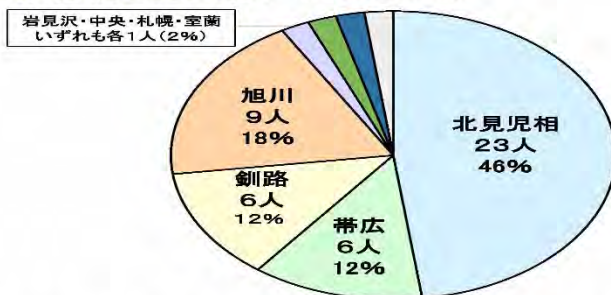
## 家庭の状況 (平成29年11月1日現在)



世帯状況	両親世帯	ひとり親世帯		その他	計
		母子世帯	父子世帯		
人数	19 (6)	22 (3)	7 (2)	2	50

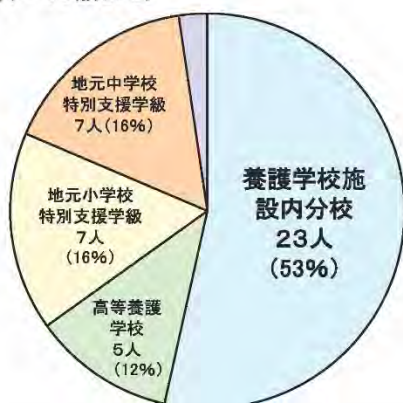
※ ( ) は契約入所児童 (再掲)

## 児童相談所別内訳 (~19歳まで)



	北見	帯広	釧路	旭川	岩見沢	中央	札幌	室蘭	合計
措置	18	5	6	7	1	1	1	1	40
契約	5	1	1	2	1	1	1	1	8
合計	23	6	6	9	1	1	1	1	48

## 通学の状況 (~19歳まで)



学校種別	人数(%)	摘要
北海道級別養護学校 ひまわり学園分校	小学部 9	敷地内に校舎あり (小さなグラウンドを挟んで約20メートルの距離) 地域からの特別通学生あり。
	中学部 7	
	高等部 7	
北海道級別高等養護学校	5	寄宿舎利用(約60キロメートル)
安国小学校 特別支援学級	7	徒歩通学(約400メートル)
安国中学校 特別支援学級	7	徒歩通学(約1.1キロメートル)
遠軽高等学校(普通科)	1	JRなどにて通学(約10キロメートル)
合計	5校 43	

ひまわり学園 湯浅民子園長 ご提供

## 各ユニットメンバー構成と傾向

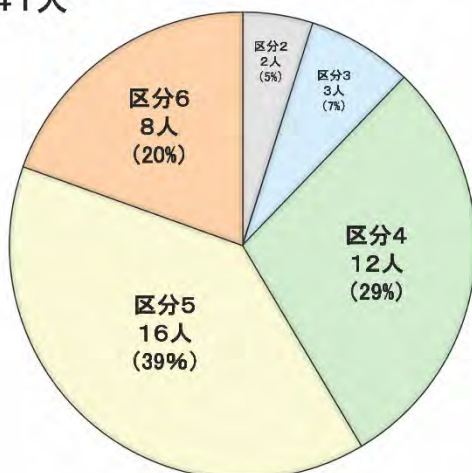
ユニット名	人数	平均年齢	構成メンバー	児童の特徴等	またの呼び方	
本園	育ち寮	9	9.6	小学生、中学生の男児 特支在籍児が多い。	多動 元気いっぱい 粗暴、甘えたい盛り、学校不応	養護施設系寮
	望み寮	9	14.3	小学生、中学生・高校生の男児。 養護学校、特支、普通高に在籍	強いこだわり、パニック、他害、破壊、情緒不安定、学校不応	心理治療施設系寮
	光り寮	10	11	幼児、小学校低学年の男児 小学生、中学生、高校生の女児。 特支在籍が多い。	ADLの自立、甘えたい盛り、思春期による情緒不安定	養護施設系寮
	恵み寮	10 (2)	17.4	小学生、中学生、高校生女児。 高校を卒業した女性で経過的入所者、重度者が多い。	ADLの自立、行動障害、生活介助、てんかん発作	療育・生活介護系寮
別棟	歩み寮	7	15.7	中学生、高校生の男児、高校を卒業した男子、重度者が多い。	身体介助、思春期による情緒不安定、身体硬直、てんかん発作	療育・生活介護系寮
	睦み寮	7	14.3	小学生、中学生、高校生の男児、自閉症スペクトラムの児童が多い、契約入所者が多い。	強いこだわり、パニック、情緒不安定、他害、破壊行動	自閉症施設系寮

## 過去5年間の退所後の進路

種別 人数 年度	グループホーム		障害者支援施設		他児童 福祉施設	家庭 引取等	ひまわり 学園短期 入所	合計
	法人内	他法人	法人内	他法人				
24	1	4			2	2		9
25	3	3		1	1	2		10
26	2	2	2	1		1		8
27	1	1				2		4
28	3	3				1	1	8

## グループホーム入居者 支援区分別

7ホーム 41人



ひまわり学園 湯浅民子園長 ご提供

障害児入所施設における「小規模グループケアの有効性」に関する検討  
(熊本県子ども総合療育センター視察を踏まえて)

仁宮真紀 (心身障害児総合医療療育センター整肢療護園 看護師)

(1) 障害児入所施設における子どもの生活を観点にした現状把握

心身に障害があり、保護者による養育困難などの何らかの理由で家庭では生活することができない状況に置かれた子どもは、生命の安全を守るために施設への入所を余儀なくされ、その施設で生活しながら成長・発達していく。我が国における従来の障害児入所施設（以下、施設）などの児童福祉関連の施設は、医療機関の構造を基本とした建築様式や内装であることが多い。

施設の現状としては、福祉型障害児入所施設や医療型障害児入所施設などの種別を問わず、配置職員数が少ない状況で、「手がかかる（障害の重度化・多様化）子どもたち」が多くなっている現状が、厚生労働省科学研究事業「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究」の平成 28 年度研究報告書から明らかになっている。そのため、「少ない職員で、なるべく多くの児童を見る」という施設側からの観点に立った安全管理を最重視・最優先したハード面・ソフト面の施設構造や施設運営が一般的となっている。

しかし、施設で生活している子どもに焦点を当ててみると、自分の希望とは全く異なる生活空間で家族と離れ、多くの子どもたちとの共同生活や、施設が決めた規則やルーティンによって営まれる日常生活、そして、日々時間帯ごとに入れ替わる職員のなかで生活している。そのような状況のなかで、家族と離れて家庭ではない施設という場所で成長・発達していく子どもにとって、「子どもらしい生活」や「子どもの健やかな成長・発達」を支援していくためには、施設や施設職員には何が求められているだろうか。

施設には、軽度障害の子どもに対しては、社会で生きていくための社会性を養うためのスキルを身につけさせることや、重度障害がある子どもに対しては、安全安楽にその子らしく個性を尊重しながら生きていくための支援を行うための役割が求められている。何らかの事情で親や家族と一緒に暮らせないからこそ、行動障害などの発達に問題を抱えた子どもや、複雑な家庭背景を抱えて親からの愛情を受けることが出来なかった子ども、そして身体の障害によって社会生活での生きにくさが大きな問題となる子どもたちだからこそ、施設で生活する子どもたちは、養育者（支援者）との信頼関係、愛着形成を基盤とした支援を最も必要としている。愛着形成に関する支援を充実させることを鑑みたとき、個を大切にケアして愛着形成を育みやすいケア体系である「小規模グループケア（以下、ユニットケア）」に着目した。

今回、ユニットケアを実施している施設（熊本県子ども総合療育センター）を視察し、ユニットケアならではの利点や今後の課題などを導き出すことを目的として報告する。

(2) ユニットケアとは

元来は高齢者施設での流れ作業的集団ケアの反省から生まれた、小規模の個別ケアである。ユニットケアとは“1人1人の個性や生活リズムに沿ったケアであり、できるだけその人らしい生活が継続できるように支援するものである。そのためには、居室やリビングなどの居住空間（ハード）と、子ども中心の暮らしを育むケア（ソフト）と、組織や勤務体制などチームケアを推進する仕組み（システム）が必要である”とされている。

(3) 熊本県子ども総合療育センターにおける、ユニットケア視察

今回、ユニットケアを先駆的に実践している熊本県子ども総合療育センターでの視察に関して、障害をもつ子どもに対するユニットケアの重要性と今後の課題について述べる。

①熊本県子ども総合療育センターにおけるユニットケアの目的

熊本県子ども総合療育センターにおけるユニットケアとは、生活単位を小規模化し、より家庭的環境の下で一人ひとりの子どもたちの行動や生活パターンに配慮し、寄り添い、生活の個別支援を通じて子どもたちの生活力の向上を図るという意義を持つ。



また、『入所棟を介護の場から子ども達の生活の場に』と『主役は子ども』という2本柱を立て、「顔の見えるケア（20名程度の小規模生活単位）」の実施や、水平な関係性で一方的に介護するという垂直な関係ではなく個別で向き合う（パーソナリティで向き合う）こと、生活リズムの獲得（個人が持っているペースやリズムをできる範囲で許容し、自己決定し、自分の生活をコントロールする力を育む）・家庭的雰囲気（ホッとする安らぎの気持ち）を目指している。

## ②建物の特徴

全ての建物に屋根をつけ、町の中に家がいくつもあるという、センター敷地内をひとつの町に見立てた建物づくりがされている。チルドレンストリートという1本の道の両側に外来・リハ棟・病棟・厨房・通園が並んでいる。

建物全体に熊本県の本である杉の木が使用され、全体的にガラス張りで太陽光を取り入れるなど、暖かみのある景観となっている。外来受付は、2段構造になっていて、車椅子の利用者が座ったままでも受け付けられるよう高さの配慮がされている。机は、2種類の高さが異なるものが用意され、手前には穴が開いている。この穴を利用して立ち上がり動作などがスムーズにできるような工夫がされている。

また、外来診察室には番号や診察室の表札はなく診察担当医の顔写真と色で識別された表札を掲示するなどのユニバーサル化がなされている。それにより、外来利用者が困惑せずに診察室に入れるような工夫がされている。病棟は医療棟1棟、生活棟2棟の計3棟あり、それぞれのニーズに合わせたつくりになっている。



医療棟のナースステーションには、木がふんだんに配置され、照明もあたたかな雰囲気である。



向こう側が見える小窓は、車いすの子どもたちの視線の高さに合わせて設計されている。



職員がボランティアで玄関に生け花



子どもが使用する郵便受け

### ③外来部門

発達に問題を抱える子どもの外来利用が以前に比べ3倍に増えているという現状があり、一人あたりの診察時間が徐々に伸びている傾向であり、小児科で対応している。

診察室の中は絨毯が敷かれていて、おもちゃが設置してある。医療器具は目に触れる場所にはなく、利用者と医師が座って診察できるような空間であり、普段の子どもの運動精神発達を把握しやすい環境にあるといえる。

### ④地域相談室

外来の一角に地域相談室が設けられ、MSWの他にPT・OT・ST・心理士が在室し、地域の療育センターや保育所へ出かけていき、指導等が行われており、地域の中で療育の中心的な役割を担っている。

### ⑤病棟の分棟化

生活棟：定床 虹 20床、風 20床 → 共に個室4室、4人部屋4室

虹の丘ハウス→床での生活が中心

風の丘ハウス→車椅子での生活が中心

※現在は入所子ども減少のため虹の丘ハウスは閉鎖し、床生活の子どもも車椅子生活の子どもも風の丘ハウスで生活している

医療棟：定床 12 → 個室4室、2人部屋2室、4人部屋1室

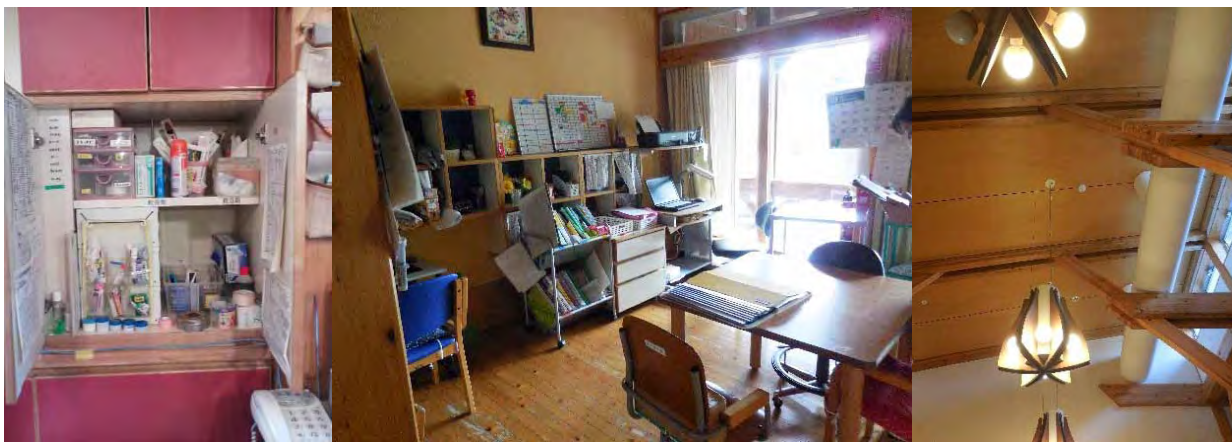
(母子棟：定床 8 → 全室個室 和室6室、洋室2室)

医療的処置が中心、母子棟のすこやかハウスを含む

### ⑥子どもの生活空間に自然に溶け込んでいるナースステーション

基本的に家庭にないものは置かないという視点から、医療器具・内服薬・書類関係などは、子どもからは見えないように扉つきの棚の中に配置したり、子どもの目線から外れた棚の上などに隠されたり、布をかぶせるなどの工夫をしている。カルテはすべて医療棟に置かれており、医療処置が必要な場合は医療棟へ出向いて処置をする。子どもの状態が悪化したり、医療的な調整が必要になったりした子どもは医療棟へ転棟し、改善したら生活棟へ戻ってくるというスタイルを取っている。子どもにとっては、「医療処置を受ける時は、病院に転院する」というイメージを持つことになる。そのため、医療棟と生活棟のスタッフの連携が必要となり、毎日情報交換が行われる。ナースステーションに近ければ近いほど、重症度の高い子どもが入る個室になっている。

また、医療棟はいつでも生活棟から受け入れられるよう、最低1床は空床をつくっている。病棟は全体的に間接照明が用いられ、杉の木で作られた建物とマッチして、ログハウスのような暖かみのある印象を受ける。



↑ナースステーションはなく、職員が記録をするすぐ横に子どもがいる  
子どもも触ってはいけないことを理解し PC 等には手を触れない

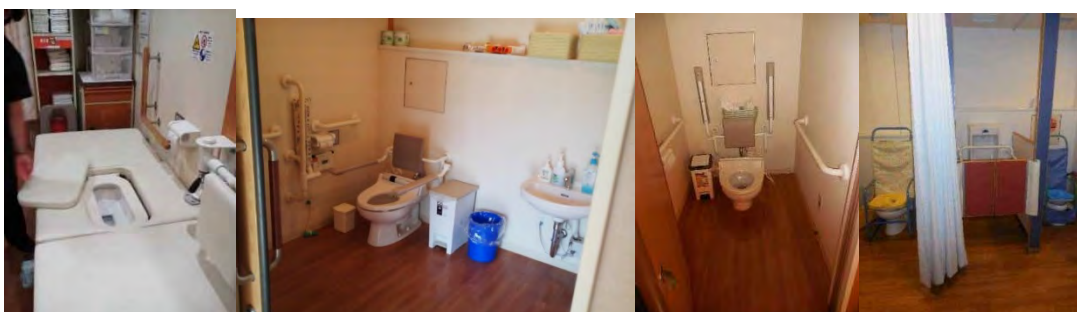


医療物品は、布などで隠されて、「医療」の雰囲気を感じない。

#### ⑦「家」のような玄関と清潔動作に関連する場所

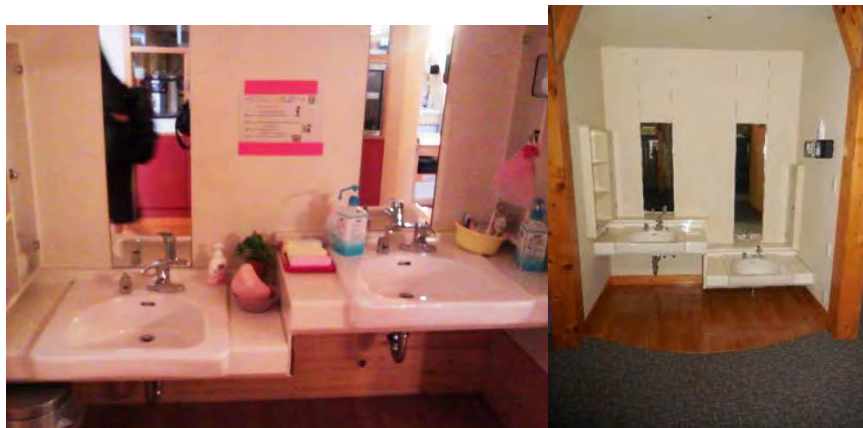
玄関は引き戸になっていて、子どもからは見えにくいところに鍵がついている。玄関前にポストが置かれており、毎日子どものために新聞が1冊届くようになっている。新聞が好きな子どもは毎日新聞を持ってきて、スポーツ欄・TVの番組欄を一生懸命読んでいた。

トイレは居室の隣に設置され、個室トイレが3か所、多目的トイレが1か所あり、個室トイレは車いすでもドアの開閉がしやすいよう、中からも外からも押して開閉ができる（フリーオープン式）よう工夫されている。多目的トイレには、寝たまま排泄ができるよう、ベッド状のトイレが設置されている。基本的にベッドは寝る場所であり、ベッド上で食事・排泄はしないという決まりになっている。そのため、ベッドサイドにオムツ類・排泄用のゴミ箱は置かれていない。



洗面台は計3か所あり、立位の高さ・車いすの高さ・床に座ったままでもできる高さに分かれている。ま

た、洗面台に限らず電気のスイッチはすべて子どもの手の届く高さにあり、自分でつけたり消したりができるようになっている。



### ⑧子どもの将来性を重視した入浴施設

浴室は、家庭用のお風呂が1つと、寝たまま入れるようなスペースが設けられている。いずれ社会に出たときのために、家庭用のお風呂を設置しているとの話だった。



↑写真右下が寝たきりの子どもが湯をためて入浴できるスペース

### ⑨子どもの個性とプライバシーが守られる居室

居室は個室と2人部屋・4人部屋があり、2人部屋と4人部屋は押入れ（自分で布団をし入れできるようにスライド式）を間切りに4つの空間に分かれている。死角をわざと作ることで、子どもたちの精神的な逃げ場を作っている。個人の空間を意識しやすくするために、私物をたくさん持ってくるよう指導がされており、1人部屋の女の子の部屋には、好きなアイドルのポスターやCD・学校の制服・教科書など、個人の私物がたくさん置かれていて、家庭にあるような子どもの部屋のようなつくりになっている。



↑出し入れ可能な間切り（ベッド4床部屋）



↑棚の上に吸引機（布団4床部屋）

壁の装飾についても、家庭で見られるようなものはよいが、保育園のような派手な装飾はしない、スタッフの業務に使用する掲示物などをしない、というルールがあるため、看護師の事故防止のために注意喚起を促す張り紙や子どもたちの誕生日を載せた装飾などもされておらず、子どもの描いた絵が飾られている。

#### ⑩子どもの「心の安全基地」に配慮した居室空間

リビング・談話コーナー・ウッドデッキなど、空間分けがされていて、どの場所でどんな風に時間を過ごすかの選択・決定権は子ども側にある。



居室に大きく3つのエリアがある。一つ目は本人だけの居室、二つ目はその手前にセミ共有エリア、そして三つ目は共有エリアである。子どもの「その時」精神状態によって、どの場所にいることが一番心地よいのかを自分で決めて、その場所にいることができる。一人だけの空間が良い子ども、周りの雰囲気を少しだけ感じることでできる場所にいたい子ども、多くの人々と一緒にいる場所にいたい子ども、それぞれの場面に応じた場所が3つあり、それを自由に選択できるということは、子どもの自立心や心の安定感を育むためにはとても重要なことである。



↑子どもが一人になれる居室



↑セミ共有エリア

### ⑩子どもの将来性や、身体機能向上を目指した設計

子どもの居室には、「自分でできることは自分で行う」ことができる工夫が施されていた。例えば、布団敷は子どもが無理なく自分で実施できるように、子どもの動作能力や機能を考慮し、引き戸を引き出すことで容易に布団を敷くことができる設計になっていた。



↑布団は引き戸に乗っている      ↑電源や照明も座位で手が届く

### ⑪家庭的なサテライトキッチン（食堂ではなく、居間（台所）という空間）

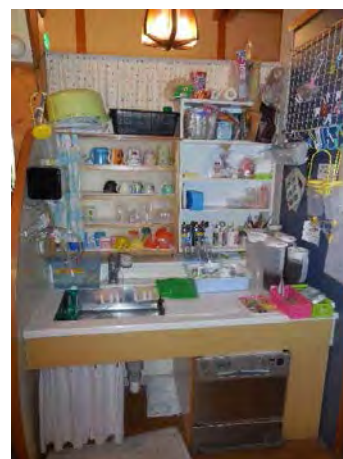
生活棟の中心にはサテライトキッチンというキッチンスペースがあり、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく、安全で美味しい食事を提供するため、食事時間になると調理師がキッチンにやってきて、最終加熱・盛り付け・配膳するようになっている（クックチルシステム）。キッチン内には衛生管理上調理スタッフしか入ることはできないが、全面ガラス張りになっていて、調理している様子を外から見る事ができる。

また、受け渡し窓口がついており、盛り付けされた食事を子どもが窓口から直接受け取り、自分のテーブルまで運ぶこともできる。サテライトキッチンのメリットとして、生活感のある家庭的な雰囲気の中で食事提供ができ、調理過程を見たり匂いを感じたりするなど、食育としての効果もある。また、おかわりの対応やドレッシングやジャムの選択・子どもが手伝いに参加できるなど、自立への援助や食事への関心・食べる力の育成などにも効果が期待できる。昼食の時には栄養士が病棟を見に来て、食事の量・形態・残食などのチェックもされていた。



外から調理の様子やメニューを確認できる↑

サテライトキッチン横の流し→  
車いすで使用できる高さでお手伝いができる  
注入ボトルや胃瘻チューブが子どもの手の届くところにあるため、衛生面が少し不安…



## ⑫ 熊本県こども総合療育センターの子どもの生活スタイル

### ア) 入所している子どもの生活スケジュール

- 6:00 起床
- 7:30 朝食
- 8:40 登校（併設の特別支援学校）
- 12:30 昼食（センターで）
- 13:20 午後登校（学年により）  
個別リハビリ
- 15:00 おやつ、余暇活動
- 18:00 夕食  
入浴
- 21:00 就寝（年齢に応じたの消灯）

### イ) 起床

子ども自身のリズムで起きるため、夏場は6:00、冬場は6:30を目安に起床介助を始め、それ以上早く起こさないというルールがある。介助の必要な子どもは無理に起さず目の覚めている子どもから起床介助する。自分で身の回りのことができる子どもには、目覚まし時計を利用したり起きる時間を決めさせて声掛けしたりしている。

子ども自身のリズムで任せてはいるが、生活のリズムを整えるため、7:30の朝食と8:40の登校までに身支度が整うよう声掛けをする。また、休日でも生活リズムを整える目的から7:30までに起きよう促している。一般的に「子どものいる家庭」では朝はパタパタしているように、ユニットケアといえども慌しさはあり、その中でも子ども個人の意思決定を尊重した関わりができていればよしとしている。

### ウ) 更衣

子どもたちのレベルに応じて、自分でできる子は、お風呂の準備、翌日の洋服の準備を行うよう声掛けをする。子どもの自己決定を尊重しながらも、季節に応じた洋服を取り入れるアドバイスを行う。子どものADL能力を把握し、自分のできる範囲は自分で行ってもらう。また、手伝ってもらいたいことは伝えるよう声掛けをしている。

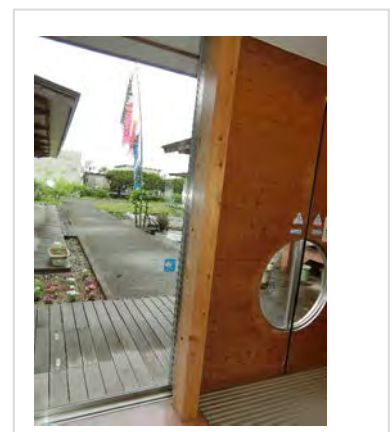
### エ) 整容・身だしなみ

登校までに食後の口の周りの汚れや髪の流れを整えるよう声掛けを行っている。髪型は本人の希望を尊重するが、清潔感や見た目も考えられるような声掛けをする。介助を必要とする子どもに対しては、個別的な介助をする。散髪は、6週に1回行われ（費用は有料）好みの髪型を理容師に相談できる。

### オ) 登校

子どもたちは個々のADL能力で車いすや徒歩などで登校。介助を要する子どもに対しては1対1で関わるが、自立している子どもの見守りも行う。子どもたちは家の玄関からセンター内ではなくわざと外を歩いて季節を感じながら登校（チルドレンストリート）。棟間の通路脇には草花がさいていたり、自分たちで作った畑があったりする。雨の日は傘を差しながら、歩ける子は長靴を履いて、車いすの子は屋内を歩いて登校する。

「施設の外に出る」という登校スタイル →



### カ) 身の回りの整理整頓

家庭と施設の連続性として自宅で使っていた私物（おもちゃ、寝具、家具など）を持ち込んでよいが、子ども自身が整理整頓できるように関わるようにしている。衣類の整理整頓（洗濯、干す、たたむ、収納するなどの行為）は子どもたちの能力に応じて計画して関わる。洗濯物は子どものプライバシーにも配慮し、室内・屋外に干せるようにしている。

## キ) 排泄

車いす用のトイレの広さは便器に対して直角ないし斜め前方からアプローチでき、かつ車いすを利用する人が扉を閉めて利用できる広さがあり、個室以外のトイレはカーテンなどでプライバシーを守るようにしている。プライバシーに配慮したうえで可能な限りトイレにて排泄介助を行うことが基本となる。誘導するときの声掛けは時と場所を選び、同性介護が基本となる。子どものADLや排泄リズムを24時間把握することによって、誘導時間、トイレの種類・介助方法を選択し、子どもの状態に合わせてタイムリーにかかわる指導がされている。また、更衣同様子どものADLを把握し、必要な部分のみ介助する。

## ク) 食事・片づけ・おやつ

食事を食べる場所は複数あり、1テーブルには家族単位を意識した構成（年齢や介助度も考慮）とする。テーブルの配置は集団的にならないように配慮。経管栄養の子どもも一緒に食卓を囲む。冬場には鍋を囲んで、家庭の雰囲気味わう。おやつの時間にはスタッフもお茶を飲んでテーブルを囲む。食事の準備や片づけは、子どもたちができる範囲でお手伝いができるよう関わる（サテライトキッチンの横に車いすでも使用できるシンクがある）。食育の一環として、外庭で育てた野菜を子どもたちと一緒に収穫し食べる。お楽しみとして、数種類のおやつから選べるシステムがあり、自分の誕生日には好きなおやつがオーダーできるようになっている。また、時には季節を感じながら野外で食事やおやつなどを食べ、子どもたちの生活に変化をもたせるかかわりもされている。

## ケ) リハビリテーション

リハビリは主にリハ室で行われ、担当の訓練士が送迎を行うか、下校時にリハ室に寄ってリハビリを受けるシステムになっている。

生活訓練の場合は、自立支援とより安全で安楽な生活を目指し、食事・排泄・入浴などの場面で各訓練士が必要に応じて病棟に出向き、ハード・ソフト面からアドバイスを行っている。毎週月曜日には、OTが病棟を訪れ、食事の場面に同席し子どもたちの食事摂取状況を把握し指導を行っている。その際、食事摂取時の姿勢保持のための椅子の工夫や自助具の選定なども行っている。STは摂食障害のある受け持ち時の食事形態や接触状況を把握し、スタッフへ指導を行っている。CPTは心理面でのフォローや知的学習で個別に指導を行っている。

## コ) 余暇時間

余暇時間は、個人や少人数で過ごすなどさまざまなスタイルがある。自分の好きなように充実した時間を過ごすことで、やすらぎと満足感で情緒の安定が図られる。余暇は、本人が自由にできる時間であり個人のライフワークを尊重するものであるが、自由な中にもルールを守って過ごすことが求められる。自己決定ができない子どもに対しては個人の嗜好や興味などを情報収集し遊びなどの時間の過ごし方を提供する。なかには、レクリエーションとして少人数で遊ぶ過ごし方もある。

## サ) 週末帰宅、合同療育

子どもにとって家庭は大切なものという考えから、週末は自宅へ帰宅することを家族へ勧めている。長期間自宅に帰らないことで家族の中に自分の居場所がなくなってしまうことを防ぐ目的がある。学校の連休に合わせ、週末は家庭で過ごし、家族と触れ合うことで自分の居場所を自覚し、安心感を持つことができる。スタッフは外泊を通して家族とかかわり、情報交換や生活指導を行い、発達を支援している。

外泊しない・できない子ども達に対しては、さみしい思いをしないように、医療棟も含めた3棟合同で、虹の丘ハウスに隣の家にお泊りに行く感覚で、お泊りして一緒に過ごす合同療育が実施されている。

## (3) ユニットケアにおける利点と今後の課題

### ①利点

ユニットケアにおける利点として、以下の3点にまとめた。

- ア) 子どもの住まい形態の脱施設化
- イ) 愛着形成を育む暮らし
- ウ) 子どもらしさを重視した生活



施設に入ることを受容という表現を使うことが多いが、ユニットケアの施設では、収容でも入所でもなく、「住まい」という形態がそこにはあった。収容という表現を使用する時、そこにいる人々は、監視者と収容者という関係性になる。医療福祉の施設に換言すると、ケア提供者（医療者）と利用者（患者）という関係性である。しかし、ユニットケアにおいて、その場は子ども「住まい」という空間になることによって、双方の関係性は人間の集団生活における大人と子どもという関係性を構築できるのではないかと考えた。

子どもは障害があるために、言うまでもなく様々なケアや支援を必要とする。ケアや支援が前提にあるとそれは、単に利用者という枠組みを逸脱しない。しかし、ユニットケアを行い、子ども中心の生活を営むことができる。子どもの「住まい」の中の「暮らし」支えていることで、スタッフは「親ではないが、身近で信頼できる（子どもにとっては、地域のお姉さん、おじさんのような感じか）」大人として、そこに存在していた。これは、家庭のなかで家族と一緒に育つことができない施設の子どものためには、社会性を育み、また愛着形成を促進するうえで、とても重要なことではないかと考える。

また、ケアを実施するスタッフ側に立ってみると、木がふんだんに使われた建築構造であったり、医療機器は目に触れない場所に隠されたりしていることで、「施設職員」としての固定観念に縛られることなく、そこで生活する子どもを育む一人の大人として関わることができるのではないかと考える。熊本県こども総合療育センターの職員の一人が「施設内がとてもあたたかい味を醸し出した建築なので、私たち職員も穏やかな気持ちで子どもたちに接することができます。環境が穏やかだと、子どもも穏やかになります。ここは施設ではなく、大きな家だと思います。大きな家で一人一人の子どもを大切に育てるという感覚で仕事することができるのは、幸せなことだと思います」と語っていた。

これは、施設特有の時間やルーティンなど「施設だから」という観念に職員が縛られないということであり、子どもの個性の理解や潜在的な能力の発揮を延ばすためのアセスメントや工夫ができやすい環境で仕事ができるのではないかと推察した。

#### (4) 今後の課題

##### ①職員の勤務体制の工夫

ユニットケアで子ども中心の暮らしを支えるためには、職員の勤務体制が大きな懸念事項になる。一般家庭で育つ子どもの生活リズムに合わせると、入浴の時間は必然的に夕食後になり、その時間帯に職員配置を多くしなければいけない。また、あたたかな食事環境を提供しようと考えると、朝、昼、夜に多くの人出が必要となる。以上のことを鑑みると、どうしても変則勤務が多くなることが否めない。これには、勤務する職員の理解と協力が不可欠である。

##### ②安全管理上の問題

厚生労働省科学研究事業「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究」の平成 28 年度研究報告書の自由記述にも記載があったが、ユニット化すると、必然的に施設内に死角が存在することになる。子どもの障害が重度化すればするほど、安全管理の問題が謙虚になってくることが予想される。

この問題を打破するためには、身体的な障害が重度な子どもには生体モニターを 24 時間装着したり、行動障害が重度な子どもには監視カメラの設置や居室に鍵などの設置も検討されるかもしれない。これらは、子どもの人権擁護の観点から決して好ましいと言える対応ではないが、前述したように職員の変則勤務などによって「やむをえない」状況が発生することは十分に考えられるので、このような対応を講じなければならない場面が生じる可能性がある。

##### ③感染症発生時の対応の難しさ

ユニットケアにすると感染発生時に、個室管理が可能であるため管理が容易であると考えがちである。しかし、医療棟のベッド数には限りがあり、感染者全員の対応ができるとは限らない。また、共有エリアも存在するため、感染拡大をどのように阻止していくかは大舎施設同様、検討が必要となる。

以下に、福祉型と医療型の障害児入所の「大舎制」と「小舎（ユニットケア）制」の比較を表にした。

## 大舎制と小舎制の比較 【福祉型障害児入所施設（あさひが丘学園）】

	大舎	小舎	小舎化メリット
居室人数	定員 40 名 1 棟 20 名が 2 棟 居室は 2 名～4 名	定員 28 名 1 ユニット 7 名が 4 ユニット 居室は全室個室	・大舎制時は「大勢の職員」が「大勢の子どもの集団」を相手に支援していたが、ある程度固定化した職員で少ない人数の子どもたちに対応することが可能となった。
職員体制	1 棟 8 名～9 名	各ユニットに固定職員 3 名 ユニット間の兼務職員 2 名	・子どもとの個別的な関係を築きやすくなり、子どもの小さな成長や変化に気づきやすくなった。 ・関係性の三大要素「安定感（安心感・安全感）」「信頼感」「満足感」が得られるような関係性を築きやすくなった。
生活	<p>&lt;食事&gt; 併設の障害者支援施設と共同の大食堂で利用者・職員合わせて 100 名程度が同時時間帯に食事を摂る。</p> <p>&lt;誕生日祝い&gt; 何人かまとめて祝う。</p> <p>&lt;掃除など&gt; 職員が行う。</p> <p>&lt;入浴&gt; 大浴場で 10 名程度、毎日固定時間で入浴</p>	<p>&lt;食事&gt; 厨房で調理された料理をユニットに運び、7～9 人の少人数で食べる。 月 2 回は子どもたちがメニューを考えて、地域のスーパーで食材を購入し、職員と一緒に作る。</p> <p>&lt;誕生日祝い&gt; その子どもの誕生日にその子だけのお祝いをする。</p> <p>&lt;掃除など&gt; 掃除用品などの日用品を職員と子どもが地域のスーパーで購入する。掃除は当番を決めて職員と一緒にやる。</p> <p>&lt;入浴&gt; 1～2 名が 16 時～20 時で好きな時間に入浴でき、好きな入浴剤等を入れるようになった。</p>	<p>・ご飯を炊く、パンをトースターで焼いて食べる、冷たくなった食事を電子レンジで温める、食器を洗うなど、普通の家庭で行われていることができるようになった。</p> <p>・大舎時は一人一人の子どもが大きな集団の中に埋没し、自分の生活を十分に認識できないままに日々の暮らしが営まれていたが、ユニット化以降は子どもたちが生活の中でさまざまなことを経験し、生活スキルを身につけ、自分自身の生活を実感しながら生活していく。</p> <p>・生活の場が、安心感・満足感・安らぎを与える心地よい空間であれば、子どもは自分が大切にされているというメッセージを感じ取ることができ、生きているという実感を味わうことができる。</p>
空間	大部屋（2～4 名）での生活	全室個室＋リビング＋ダイニングでの生活が中心	<p>・一人になれる空間の確保が精神的な安定をもたらす。</p> <p>・自我形成に欠かせないプライベートな空間（個室）と、集団生活体験を通じて社会化の発達を促すパブリックな空間（リビング・ダイニング等）をバランスよく配置する。</p>
職員意識	集団の中の子どもを全体的に見る	ユニットに固定した職員が、少人数の子ども一人一人に向き合う	

## 【医療型障害児入所施設】

大舎：心身障害児総合医療療育センター—整肢療護園 小舎：熊本県立こども総合療育センター

	大舎	小舎	小舎化メリット
居室人数	長期療養病棟：定員 37 床 居室は 5 部屋 1 部屋につき 4～9 名	医療と生活を分離：60 床 医療棟：12 床 母子棟：8 床 生活棟：20 床（床生活） 生活棟：20 床（車いす）	・子どもの達の生活パターンに応じたグループ化
職員体制	看護師、保育士、児童指導員、看護助手  看護師：2 交替+変則勤務 夜勤は看護師 2 名、準夜勤に保育士 1 名	看護師、保育士、児童指導員、看護助手  看護師：3 交替+変則勤務 夜勤は入所棟全体で 4 名 （医療棟 2 名、生活棟各 1 名）	・子どもの生活の時間に合わせた職員の人員配置（ドーナツ勤務体制）
生活	<p>&lt;食事&gt; 厨房で調理された食事を職員が配膳し、子どもは食堂で一斉に食べる。 摂食障害がある子どもで、食事に時間がかかる子どもは、冷めた食事を食べることが多い。 自立児は、少し遅れて食堂に来て、自分たちだけで食べているので職員との関わりが少なく、また冷めた食事を食べていることが多い。</p> <p>&lt;入浴&gt; 週 2 回、昼食後から全員で入浴する。 重症児が増えたため、13 時半～17 時までかかり、職員の身体的負担が大きい。 自立児の数名は、好きな時間（夜間）に入浴するが、職員がいないので目が行き届かない。</p> <p>&lt;日中の過ごし方&gt; 重症児は 2 つの居室（5～6 名）で職員が一人つく。 多動児は 1 つの居室（5 名）</p>	<p>&lt;食事&gt; 厨房で調理された食事をサテライトキッチンに運び、栄養士が一人ひとりの子どもに配膳する。受け渡し窓口から子どもが直接受け取ることもできる。 デザートは食べる直前まで、ショーケースに入れて冷たいまま食べることができる。 夕食時間は 18 時からであり、ゆっくりと少人数であたたかな雰囲気食べる。</p> <p>&lt;入浴&gt; 週 3 回、18 時から入浴している。この時間帯に職員が多く配置されているため、子どもはゆっくりと入浴することができる。 浴室は一般家庭をイメージして設計されているため、将来的な自立訓練の場にもなっている。</p> <p>&lt;日中の過ごし方&gt; リビング・談話コーナー・ウッドデッキなど、空間分けがされていて、どの場所で</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20 名の小規模生活単位なので、子どものその日その時間の気分や体調を拾い上げることができる。</li> <li>・個人が持っているペースやリズムを出来る範囲で許容できる。</li> <li>・自己決定し、自分の生活をコントロールする力を育むことが出来る（生活リズムの獲得）。</li> <li>・サテライトキッチンがあることで、生活感のある家庭的な雰囲気の中で食事提供ができ、調理過程を見たり匂いを感じたりするなど、食育としての効果もある。</li> <li>・生活の場が生活訓練の実践の場となり、掃除や洗濯・後片付けなどの生活行為を行う子どもが増えた。</li> <li>・お手伝いをする子どもが増えた。</li> <li>・自主的行動が増える。</li> <li>・子どものための時間を有効に使えるようになる。</li> <li>・ADL が向上する。</li> </ul>

	<p>で、職員が一人つく。 自立児は、学習室などで過ごす。 その他の子どもはプレイルームに集めて(10~15名程度)、3~4名程度の職員が看る。</p>	<p>どのように時間を過ごすかは子どもが決める。</p>	
空間	<p>自立児：居室もしくは食堂、学習室で過ごす 多動児：多動児部屋で過ごす 重症児：居室で過ごす</p> <p>プレイルームは常に多くの子どもたちがいるため賑やかである。 職員は、大勢で集団の子どもたちを看ているため、常に「～した？」などの介助やケアの実施確認を行う声が飛び交う。 プレイルームでは、水分補給に時間を費やすことが多い。</p>	<p>多くの人が集まる空間で過ごす子どもや、大きなパブリックスペース(リビング)で過ごす。 「少しでも集団の雰囲気に触れていたい子どもは、各個室の出口に設計してあるセミパブリックスペースで過ごす。 一人で過ごしたい子どもは、個室である自室で過ごす。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・水平な関係(子ども⇄大人)の個性同士で、向き合うことができる。</li> <li>・家庭的な雰囲気ですっきりとした安らぎの気持ちが子どもに生まれる。</li> <li>・生活空間を区切り、居場所を作り出すことで、場面を考えて行動したり、子ども同士の関わりが増える。</li> </ul>
職員意識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの職員で多くの子どもを同時に看ているので、全体は見渡しながら子どもに関わることになり、一人ひとりとじっくり関わることができている。</li> <li>・食事介助中も多くの子どもをいっぺんに介助しているので、落ち着いた環境で子どもの食事介助ができない(他児に呼ばれたり、ケアで食事介助が中座することが多い)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの傍にいる時間が増え、問題や変化に早く気づくことができる</li> <li>・子どもの個別性を意識できる</li> <li>・子どもと一緒に考えることができる</li> <li>・子どもの気持ちや意思を尊重し、見守り、待つことができる</li> <li>・自分の都合で業務をしなくなった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの意思に寄り添うことができる</li> <li>・子どもが何を考え、何を欲求しているのか気持ちを拾い上げ、それに対して選択肢を提示したり、適切なサポートを提供することができるようになる。</li> </ul>

### ユニットケア型の医療型障害児入所施設を目指して

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究事業）研究  
障害児入所支援の質の向上を検証するための研究：  
心身障害児総合医療療育センター 研究会

～ 熊本県子ども総合療育センター、舞鶴子ども療育センターを中心に ～

研究協力者 山脇 博紀（筑波技術大学 産業技術学部総合デザイン学科）

建築の観点から、先行する高齢者施設のユニットケアを参考に、小規模グループで生活をおこなう「住まい型」障害児入所施設の空間を提案し実践（医療型障害児入所施設；熊本子ども総合療育センター、舞鶴子ども療育センター）した経験を検証したので、研究会での福祉型障害児入所施設での小規模グループケア（ユニットケア）実践についての検討を踏まえて報告する。

1準備

#### ユニットケア（コンセプト）の確立

**> 誰のための施設なのか？**  
**施設の主役は誰なのか？**  
主体の転換。障がいのある子どもたちが主役となる施設。

**> “病院”なのか、“住まい”なのか**  
短期の治療の場なのか、長期に渡って過ごす住まいなのか。  
心身機能や健康状態の治療・改善でよいのか、  
障害と共に生きていく子どもの成長を支えるのか。

**個性ある子どもたちの場：顔の見えるケア**  
**主体的な生活を支える：寄り添うケア**



2

現状



日中は楽しく過ごさせているのが？  
自分ならどう過ごしているのか？

2

現状



恥ずかしさに配慮は十分か？ 尊重しているか？  
自分はここで排せつできるか？

# 2

## 現状

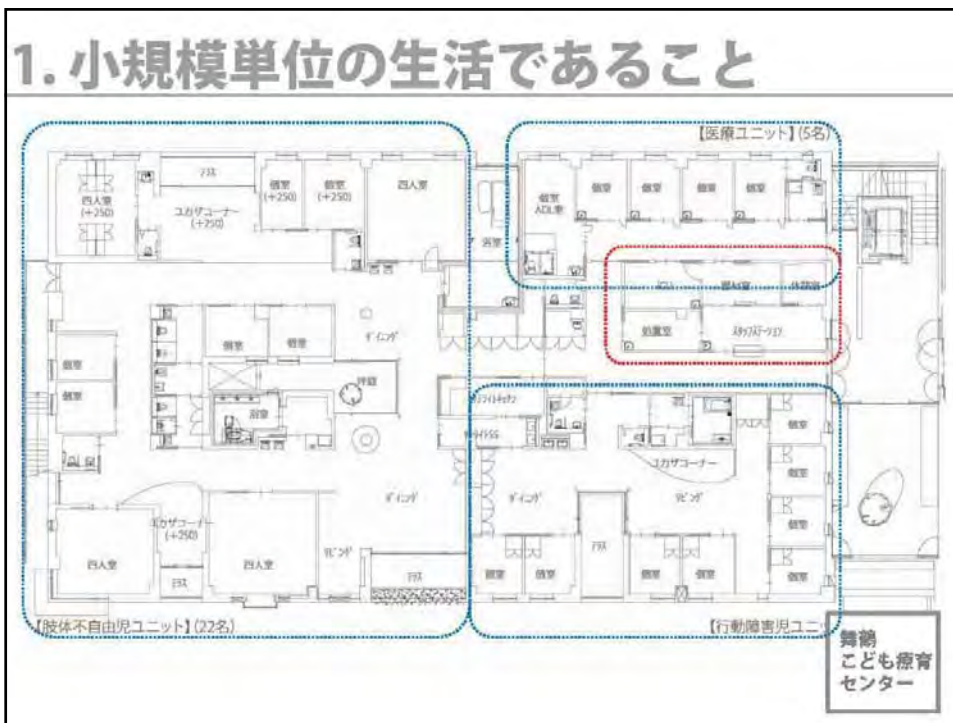
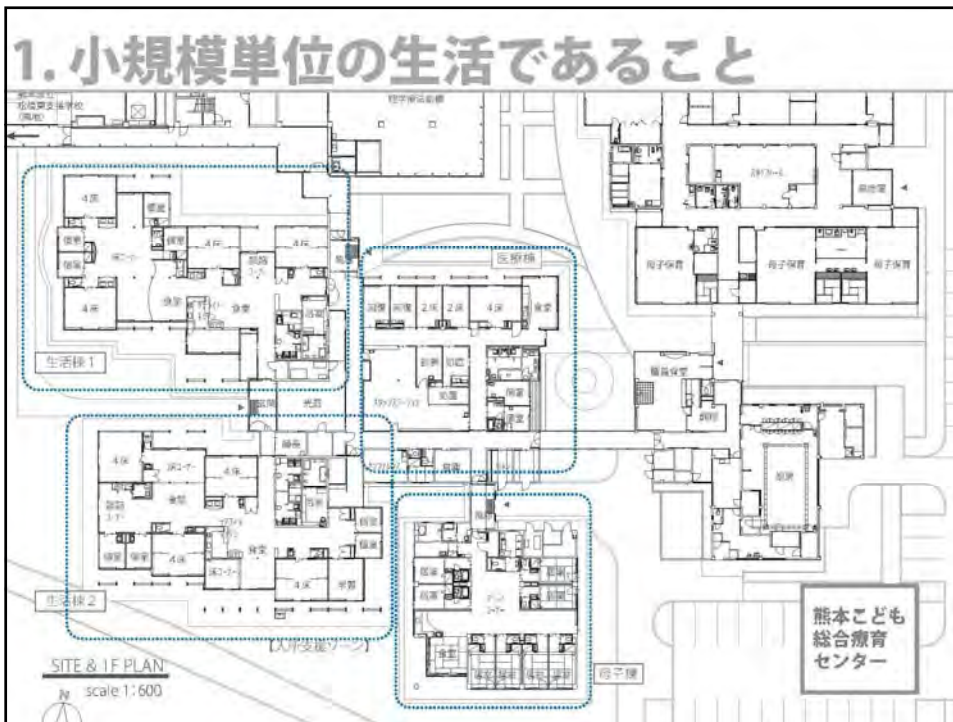


# 3

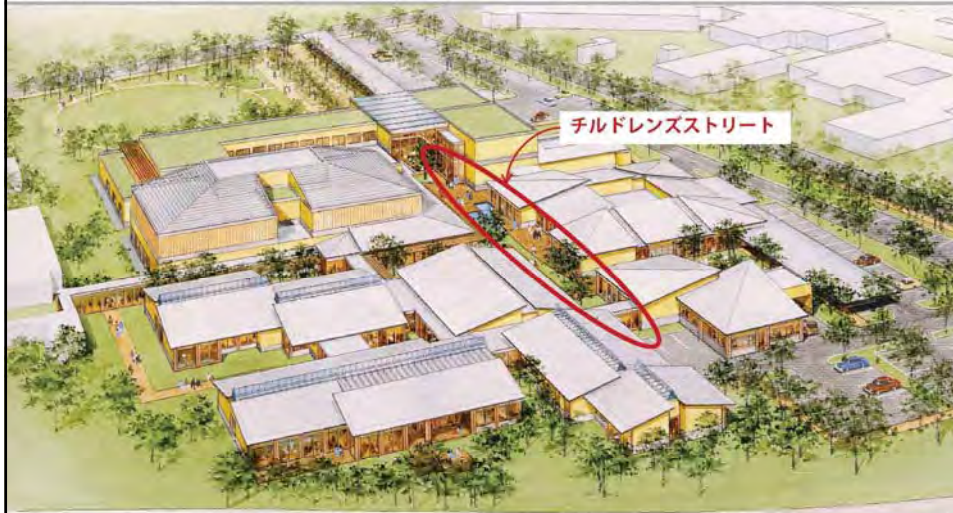
## ユニットケア空間

- 1. 小規模単位の生活**であること。
  - > 個別性が埋もれてしまわない生活グループ規模。
  - > 行動特性などのコンフリクトで制約的生活に陥らない。
- 2. 住宅的なスケール感と質感**であること。
  - > 在宅の住まいとの空間的「落差」を小さくすること。
  - > 無理なく「住まい」と認識できる空間であること。
- 3. 身の置き所**を位置づけること。
  - > 個室や個室的多床室によるプライベートゾーンの確保。
- 4. 無理なく共用空間で過ごす**こと。
  - > セミプライベートな共用空間で職員と共に過ごすこと。
  - > 生活行為のしかけが十分にあること。





## 2. 住宅的スケール感・質感であること



機能によって分棟化し、街のような施設空間をつくる。  
入所部分は家。他の機能はお隣さん：街のような施設

## 2. 住宅的スケール感・質感であること



## 2. 住宅的スケール感・質感であること



## 2. 住宅的スケール感・質感であること



舞鶴こども療育センターのユカザ空間

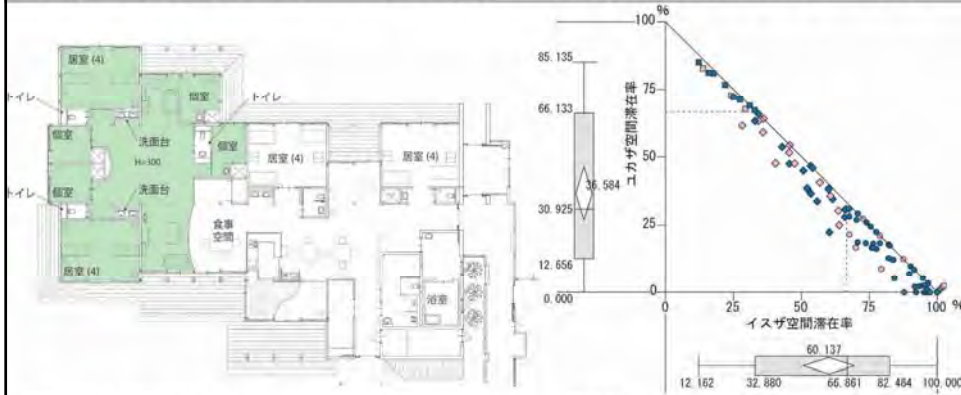
>250mmの床上げで安全・清潔

>平座位のアフォーダンス

スタッフが自然に寄り添い、視線が近づく。

※床上げ高さはモックアップ試験、熊本では300mm、特支学校では200mm

## 2. 住宅的スケール感・質感であること



熊本県子ども総合療育センターのユカザ空間

過ごし方 (ユカザ空間/イスザ空間)

表 熊本県子ども総合療育センターのユカザユニット面積概要

定員	A		B=A-管理トイレ浴室		C=B-居室		ユカザ空間面積			
	施設居住部面積 (㎡)	定員1人 あたり	生活空間面積 (㎡)	定員1人 あたり	共用部分面積 (㎡)	定員1人 あたり	ユカザ空間面積 (㎡)	定員1人 あたり	施設居住部比 率(%)	生活空間比率 (%)
20	458.3	22.9	370.8	18.5	219.1	11.0	198.1	9.9	43.2	53.4

## 3. 身の置き所を位置づけること



### 3. 身の置き所を位置づけること



空間をコントロール、パーソナライズする。

床就寝個室

### 3. 身の置き所を位置づけること



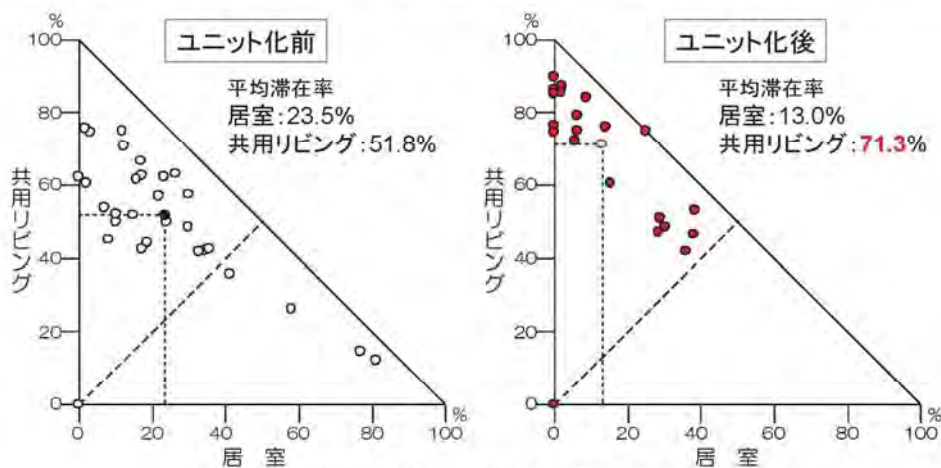
「個別的つくりこみ」が難しいベッド就寝多床室。

ベッド就寝四床室

### 3. 身の置き所を位置づけること



### 4. 無理なく共用空間で過ごせること



- > 多様な環境刺激の中で過ごす.
- > スタッフ「気づき」の傍にいる.

#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること

多様な居場所をつくる。



友だちと遊ぶのは共用空間で。

#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること

多様な居場所をつくる。



車イスで学習

#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること

多様な居場所をつくる。



#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること

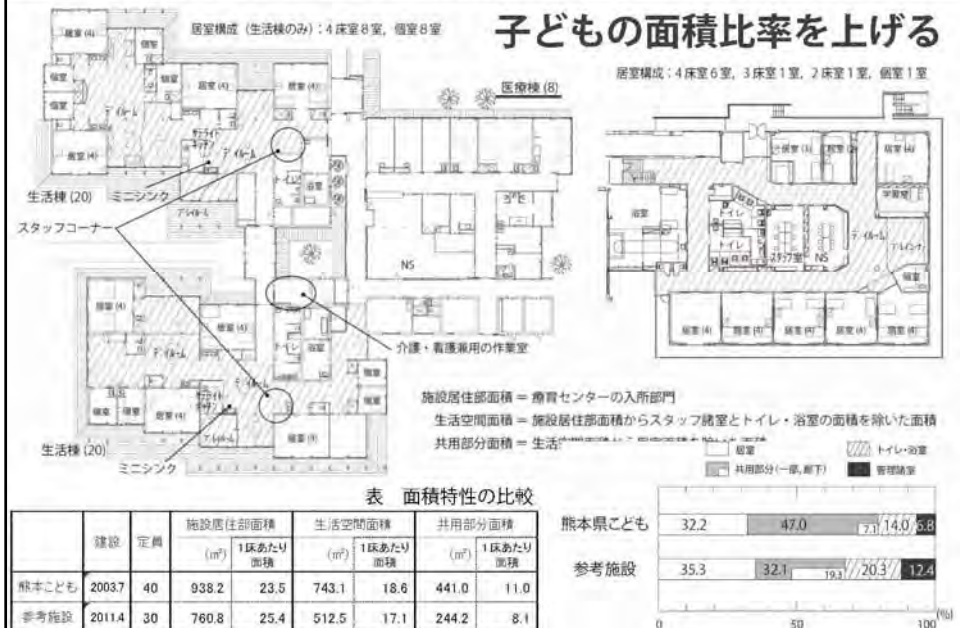
多様な居場所をつくる。



発達障害等の子どもの居場所となる



## 4. 無理なく共用空間で過ごせること



## 4. 無理なく共用空間で過ごせること



#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること



#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること

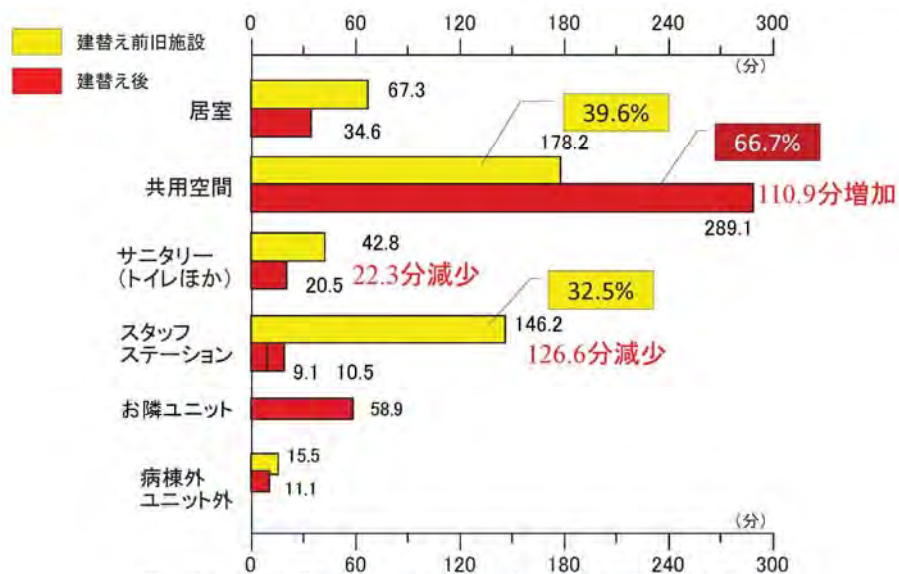


図 スタッフの滞在場所（スタッフ一人当たりの空間別滞在時間）

#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること



ユニットキッチンに厨房スタッフ。  
会話の増加、個別対応と食の増加、お手伝い行為

#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること



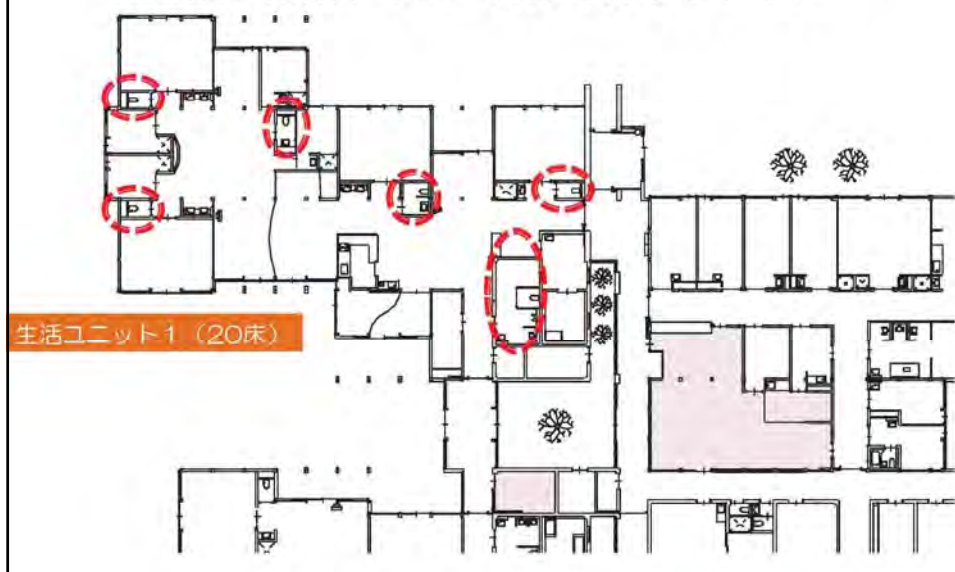
洗濯に関する行為は、ものの管理意識も向上する

#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること



#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること

6ヶ所の分散トイレ。自分で行けるトイレ。



#### 4. 無理なく共用空間で過ごせること



“させる”ではなく、“できる”を大切にしたデザイン



# 4

## おわりに

個性ある子どもたちの場：**顔の見えるケア**  
主体的な生活を支える：**寄り添うケア**

×

1. **小規模単位の生活**であること。
2. **住宅的なスケール感**と質感であること。
3. **身の置き所**を位置づけること。
4. 無理なく **共用空間で過ごせる**こと。

## IV 障害児・者施設の計画

山 脇 博 紀

### 1. 障害児・者入所施設の計画の基本姿勢

#### 1-1. 入所施設ケアから地域ケアへ

- ・第3次障害者基本計画（2013）の基本理念

障害者基本法第1条に規定されるように、障害者施策は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるという理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目指して講じられる必要がある。

この基本計画では、このような社会の実現に向け、障害者を、必要な支援を受けながら、自らの決定に基づき社会のあらゆる活動に参加する主体としてとらえ、障害者が自らの能力を最大限発揮し自己実現できるよう支援するとともに、障害者の活動を制限し、社会への参加を制約している社会的な障壁を除去するため、政府が取り組むべき障害者施策の基本的な方向を定めるものとする。

- ・入所施設に対する入所者自身の3つの批判

「閉鎖性と唯一性」：社会からの隔離と閉鎖、それによる施設内部の絶対化という危機。

「避難所の不在」：管理・監視という施設管理者の論理によるプライバシーの無視。

「集団行動の強要」：絶対的上限関係と規律による自由の制限、アイデンティティの崩壊。

- ・それでも入所施設を作ることの責任

障害者の地域ケア基盤は十分とは言えないが、同時に社会福祉施設緊急整備計画（1971）などで大量に建設された施設の多くは建替え期を迎えている。批判の対象となった入所施設の再生産をしないという確固たる信念と、入所者・児童に対する制限と制約を無くす施設を目指す高い計画理念が求められる。

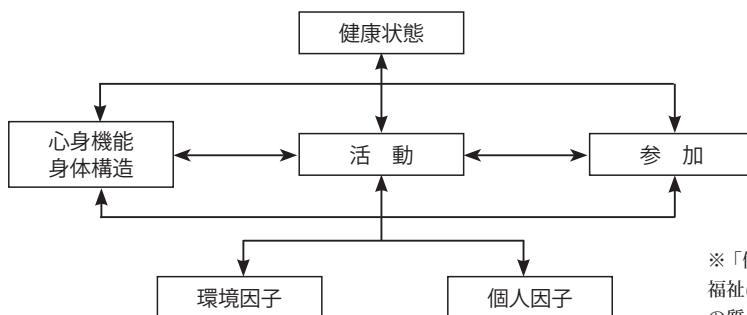
#### 1-2. 福祉と医療

福祉：社会の構成員に等しくもたらされるべき幸福

医療：医術、医薬で病気やけがを治すこと。医療従事者が行う治療、処置。（大辞林）

医療施設は、障害に係る心身機能あるいは健康状況の治療・改善を目的として短期的に過ごす施設であるのに対し、福祉施設は、障害を受け入れて障害と共に生きていくことを学び実践する施設である。似ているがその目的は全く異なる。

そのことを強く意識し、施設の計画・デザインに反映してゆく視点と姿勢が求められる。



※「健康状態」「心身機能・身体構造」を改善するのが医療、福祉は「活動」「参加」の場そのもので且つ、「活動・参加」の質（QOL）を向上しようとする全ての働きかけ

図1 ICFの構成要素間の相互作用

## 2. 障害児・者入所施設の基礎知識

### 2-1. 入所施設体系の変化

- ・障がい種別毎の施設体系を廃し、医療的ケアニーズのある児者と医療的ケアニーズの殆どない児者とに再編され、18歳以上の障害者総合支援法と18歳未満の児童福祉法と合わせ4施設体系へ。
- ・施設入所支援利用者数は約18.0万人。旧重症心身障害児施設のみ施設数が増加。
- ・福祉型障害児入所施設は251施設、約1.0万人。医療型障害児入所施設は165施設、約1.5万人。

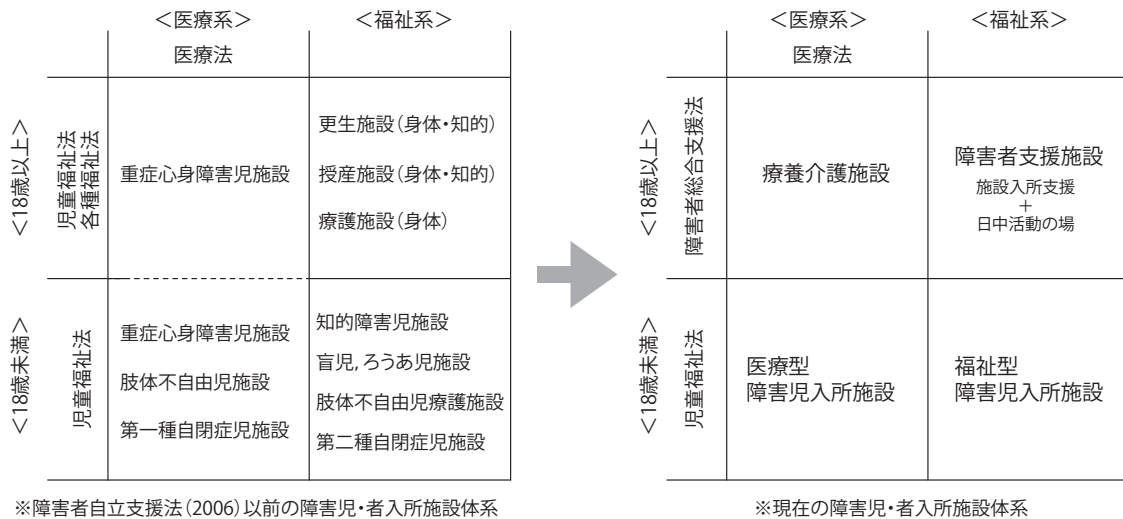


図2 障害児・者の入所施設体系の変化

### 2-2. 障害の重軽

- ・障害支援区分（2014年）では、支援量により区分1（軽度）から区分6（最重度）に分類。
- ・重度障害としての行動障害、強度行動障害（＝行動障害が頻回に起こる）。
- ・重度障害としての医療的ケア

表1 障害支援区分の認定調査項目（80項目）

1. 移動や動作等に関連する項目（12項目）				
1-1 寝返り	1-2 起き上がり	1-3 座位保持	1-4 移乗	
1-5 立ち上がり	1-6 両足での立位保持	1-7 片足での立位保持	1-8 歩行	
1-9 移動	1-10 衣服の着脱	1-11 じょくそう	1-12 えん下	
2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（16項目）				
2-1 食事	2-2 口腔清潔	2-3 入浴	2-4 排尿	
2-5 排便	2-6 健康・栄養管理	2-7 薬の管理	2-8 金銭の管理	
2-9 電話等の利用	2-10 日常の意思決定	2-11 危険の認識	2-12 調理	
2-13 掃除	2-14 洗濯	2-15 買い物	2-16 交通手段の利用	
3. 意思疎通等に関連する項目（6項目）				
3-1 視力	3-2 聴力	3-3 コミュニケーション	3-4 説明の理解	
3-5 読み書き	3-6 感覚過敏・感覚鈍麻	-	-	
4. 行動障害に関連する項目（34項目）				
4-1 被害的・拒否的	4-2 作話	4-3 感情が不安定	4-4 昼夜逆転	4-5 暴言暴行
4-6 同じ話をする	4-7 大声・奇声を出す	4-8 支援の拒否	4-9 徘徊	4-10 落ち着きがない
4-11 外出して戻れない	4-12 1人で出たがる	4-13 収集癖	4-14 物や衣類を壊す	4-15 不潔行為
4-16 異食行動	4-17 ひどい物忘れ	4-18 こだわり	4-19 多動・行動停止	4-20 不安定な行動
4-21 自傷行為	4-22 他害行為	4-23 不適切な行為	4-24 突発的な行動	4-25 過食・反すう等
4-26 そう鬱状態	4-27 反復的行動	4-28 対人面の不安緊張	4-29 意欲が乏しい	4-30 話がまとまらない
4-31 集中力が続かない	4-32 自己の過大評価	4-33 集団への不適応	4-34 多飲水・過飲水	-
5. 特別な医療に関連する項目（12項目）				
5-1 点滴の管理	5-2 中心静脈栄養	5-3 透析	5-4 ストーマの処置	
5-5 酸素療法	5-6 レスピレーター	5-7 気管切開の処置	5-8 疼痛の看護	
5-9 経管栄養	5-10 モニター測定	5-11 じょくそうの処置	5-12 カテーテル	

## 2-3. 部門構成と利用者動線

入所機能を持つ障害児・者施設の一般的な部門構成は図3のようになる。

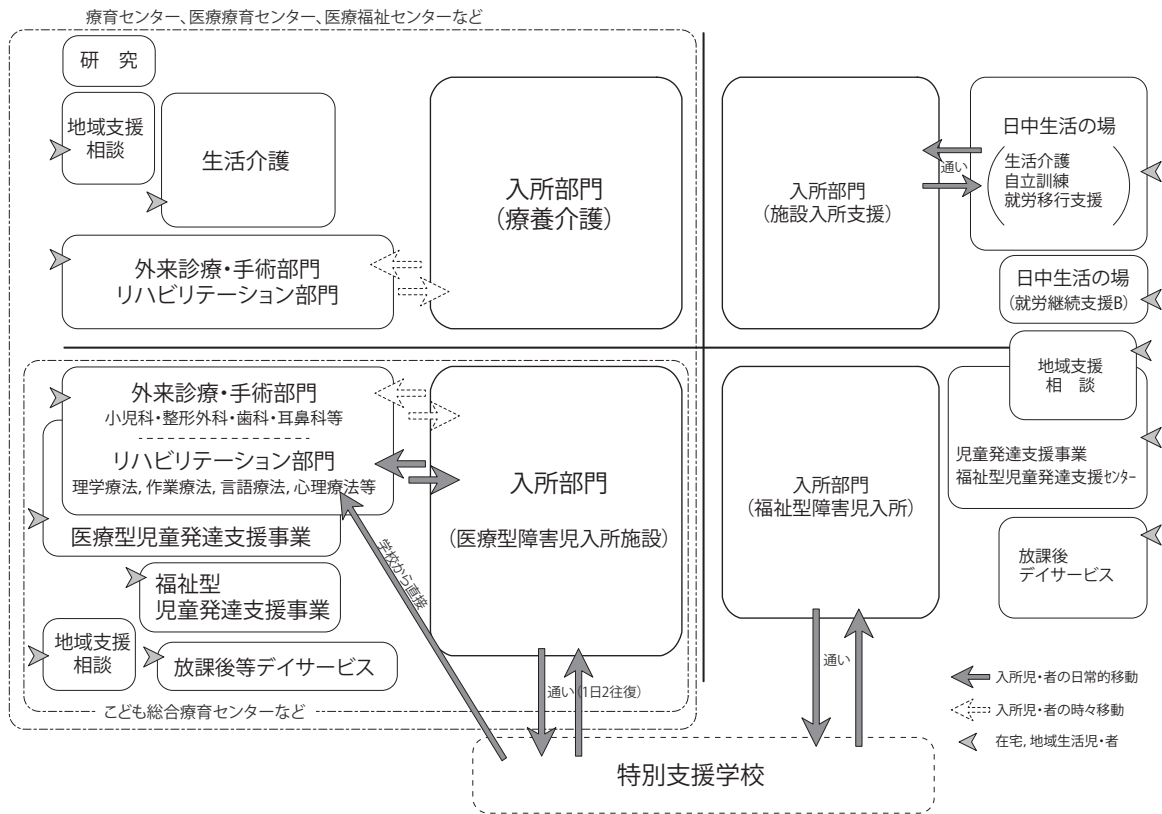


図3 各入所施設の一般的な部門構成と入所児・者の利用

### (1) 療養介護施設（医療型・成人、旧重症心身障害児施設の18歳以上）の部門構成と利用上の特徴

#### ①部門構成の概略

- 療養介護施設も、外来診療部門や手術部門、リハビリテーション部門によって構成される病院機能を持つ他、地域の重症心身障害者の通いの場である生活介護部門、地域支援相談等を併設する。大型の療育センターの場合には、研究部門を持つ場合もある。
- 旧重症心身障害児施設の制度移行である為、基本的には18歳以上の療養介護と18歳未満の医療型障害児入所施設の二つのサービスを併設する。それぞれ別個に入所定員を設定する必要はないため（都度、申請）、部門と空間とを対応させて、固定的に療養介護と医療型障害児入所施設とに空間を分けることは事実上困難である。

#### ②利用者の各部門利用

- 福祉系の施設入所支援が「住まいの場」と「日中生活の場」を分離したサービス体系へ移行したのに対し、療養介護施設は昼夜一体サービスの施設である。
- 入所者の多くは、外来診療部門やリハビリ部門に行く事は稀であり、入所部門のみの利用である。

### (2) 医療型障害児入所施設の部門構成と障がい児の利用上の特徴

#### ①部門構成の概略

- 主な部門構成は、入所部門〔医療型障害児入所施設〕と医療法規定の病院機能、通い利用の療育機能〔児童発達支援事業〕である。多くの場合、同一敷地内または隣地に特別支援学校を有する。
- 病院機能は、小児科・内科・整形外科・歯科などの外来診療部門と検査、手術部門、更に、作業療法、理学療法、言語療法、心理療法などの充実したリハビリテーション部門からなる。
- 児童発達支援には、理学的リハビリを中心とした「医療型」と、主に発達障がい児の早期療育を



行う〔福祉型〕とがあり、総合的な療育拠点施設の場合は併設している事が多い。

## ②利用者の各部門利用

- ・入所児童は、平日、特別支援学校に通学し、日中、入所部門に児童はほとんどいない。
- ・多くの場合は昼食に一度入所部門に戻り、また午後の授業の為学校に向かう。よって、ほとんどの児童は入所部門と学校を2往復する。また、児童によっては多頻度でリハビリを行う為、リハビリ(訓練)部門に入所部門からのみならず学校から直接行く場合もある。
- ・週末は入所部門で過ごす。しかし多くの児童が帰宅する為、日中も泊まりも児童数は減る。
- ・診療部門に行くことは稀である。身体の成長に合わせて外科的手術が行われる場合もある。

## (3) 施設入所支援(福祉型・成人)の部門構成と利用上の特徴

### ①部門構成の概略

- ・障害者総合支援法の制度理念となる、居室を中心とした住まいの場の施設入所支援部門と、生活介護や就労支援等の日中生活の場により構成される。

### ②利用者の各部門利用

- ・施設入所者は、住まいの場と日中生活の場を往復することが生活行動の基本となる。日中生活は、多様な屋内空間を障がい程度に合わせて使うほか、施設外部へ出かけることも多い。
- ・日中生活の場は地域の障害者の利用もあり、外部からの入館がある一方で、地域の障害者が住まいの場に入り込まないように計画上の工夫が求められる。

## (4) 福祉型障害児入所施設の部門構成と利用上の特徴

### ①部門構成の概略

- ・基本的な構成は、入所部門と児童発達支援事業である。放課後デイサービスの併設もある。
- ・多くの場合、隣地あるいは近隣に特別支援学校がある。
- ・職員の部門としては地域支援、相談部門もある。

### ②利用者の各部門利用

- ・施設入所児童は、入所部門と特別支援学校を往復する生活を基本とする。一方で、児童発達支援事業部門を施設入所児童が利用する事はほとんどない。
- ・週末は自宅に帰る児童が多い一方で、措置入所などの児童は施設に残る。

## 2-4. 入所児・者のグルーピング

図2で示した制度改正は、サービス体系の単純化は実現したが、一方でそれぞれのサービス施設利用者の多様性は増すこととなった。このような多様性に対し、より適正な生活環境を提供すること、異なる行動特性の障害児・者の混在による事故を回避することなどを考慮すれば、小規模単位で生活するユニット型入所空間とすることが合理的であると言える。

### (1) 療養介護施設

障害程度分類定義(横地分類)に沿った移動の能力による3つのグルーピングが一般的である。

【**超重心**】グループ：酸素療法、吸引、褥瘡ケア等の常時医療ケアを要する。多くの場合はベッド上寝たきり。

【**動く重心**】グループ：強度行動障害を有する。移動能力は高いが環境刺激や対人距離などに配慮が必要。

【**重心**】グループ：平座位や車椅子等でゆっくり移動ができ、丁寧なコミュニケーションでは意思疎通できる。

### (2) 医療型障害児入所施設

旧肢体不自由児施設は、家庭療育・地域療育への移行によりいわゆる〔(重度)肢体不自由児〕は減少し、知的

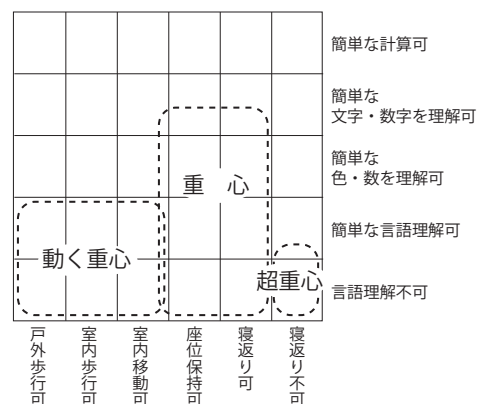


図4 療養介護のグルーピング

障害があり医療ケアも要する重度の心身障害児が増加する傾向にある。また、家庭療育が困難な養護の入所の〔措置児童〕も増加している他、入所者確保の経営的観点から〔行動障害〕のある児童の入所も多くなっている。

【肢体不自由児，措置児童】グループ：比較的軽度な障害児で、移動や意思疎通が可能。年齢や体格に差がある。

【重度心身障害児】グループ：酸素療法等の医療ケアを要する児童の他、手術前後の体調管理を目的とした短期入所・入院で入所する児童グループ。

【行動障害】グループ：多動傾向があり、対人スキルが未熟なため他児との関係の調整を要する。

### ①熊本子ども総合療育センターのグルーピング例

医療的ケア量と移動特性により4つにグルーピング。

【生活ユニットA】：医療的ケアの頻度が少なく、平座位を取れる程度の児童。歩行できる発達障害児も。

【生活ユニットB】：医療的ケアの頻度が少なく、主に車イスやベッドで過ごす児童。〔A〕よりも重度傾向。

【医療棟】：医療的ケアの多い児童と、手術前後で医療的管理が必要な児童。手術目的入所の他、生活ユニットの児童の短期的転棟もある。

【母子棟】：母子入院

※多動や自己刺激行動のある児童と知的障害の無い児童が混在する事で、行動障害のある児童に適切な療育が行き届きにくい。

### ②舞鶴子ども療育センターのグルーピング例

障害特性と入所目的により3つにグルーピング。

【生活ユニットA】：コミュニケーションが可能で肢体不自由の児童や、活動がほぼ全介助の重度の心身障害児。

【生活ユニットB】：自閉症などの発達障害があり、多動や自己刺激行動などの行動障害がみられる児童。

【医療ユニット】：隣接する医療センター（特にNICU）からの有期限の転院児童。

※ユニット間でケア内容が大きく異なり、特に看護職員のユニット／児童担当制の有無やシフト等のケア体制については事前に十分に議論する事が求められる。

## (3) 障害者支援施設

男女分けを前提とし、その上で障害特性によってグルーピングする。地域生活が困難な重度の障害者のセーフティネットとしての役割が強くなる中で、入所者の障害は行動介助も要する重複障害や強度行動障害など重度化傾向にあり、医療ケアグループと行動障害グループとを分ける療養介護施設同様のグルーピングも見られる。

## (4) 福祉型障害児入所施設

男女分けの上で障害特性によるグルーピングがなされ

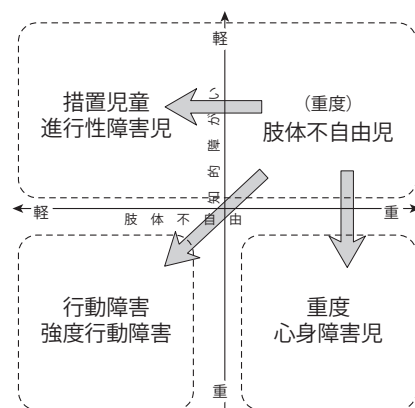


図5 医療型障害児入所施設のグルーピング

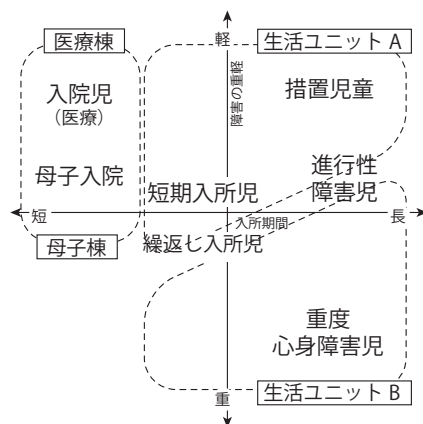


図6a 熊本子ども療育センターのグルーピング

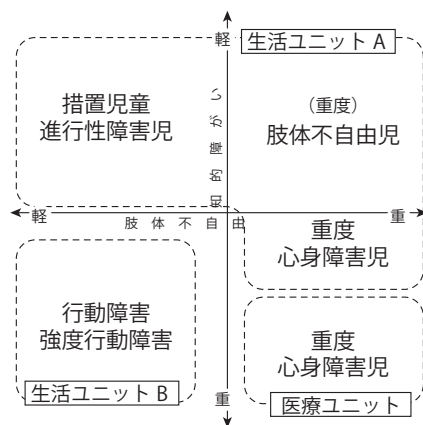


図6b 舞鶴子ども療育センターのグルーピング

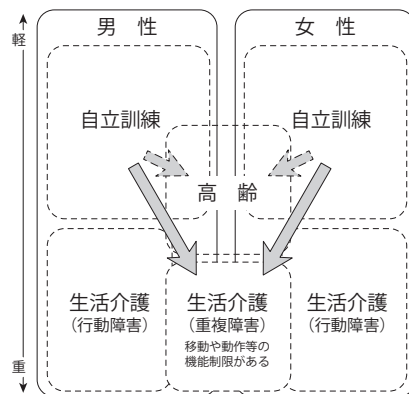


図7 施設入所支援のグルーピング

る点は施設入所支援と同様である。一方で、地域生活・共同生活援助への移行などを旨す高校生程度の年齢グループを分けることもある。

### 3. 建築計画にあたってのポイント

#### 3-1. 配置計画上のポイント

福祉系の総合支援施設では「住まいの場」と「日中生活の場」という昼夜分離サービスへと制度再編され、サービス選択の自由と共に施設への閉じこもりを解消しようとしている一方で、医療系の施設では昼夜一体サービスの制度となっている。しかしながら、ノーマライゼーションの理念や総合支援法の本質的な狙いを十分に考慮し、医療系施設においても入所部門は「住まいの場」である事を認識した上で、施設入所によって否定的アイデンティティが形成される事の無いよう「住まいの場」とその他の施設機能との配置計画を検討すべきである。

##### (1) 入所部門とその他の施設機能との関係を再考する

**差別化**：入所部門は住まいの場で、家庭の代替環境である。地域生活者においては、学校や医療は都市施設であるように、入所者にとっても、学校や医療機能は生活空間と切り離されるべき。

**相補的関係**：教育やリハビリの目的は生活力の向上である。教育やリハビリで得た力は、生活という文脈の中で実践され、より強固なものになる。

**家庭との連続性**：入所に際して、危機的移行としない。退所に際しては、地域での、家庭での生活に連続させる。

##### (2) 多様な空間体験を作り出す

**接地性の検討**：十分な敷地面積を確保できない都市型施設の多くは、積層型施設となっている。多くの場合、地域生活者、地域療育児の来所動線に配慮し外来診療部門や通所である発達支援部門が1階に接地し、入所部門は上空に持ち上げられる傾向にある。しかし一方で入所児・者の視点で見

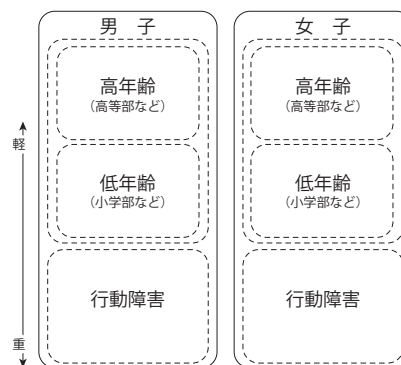


図8 福祉型障害児入所施設のグループング

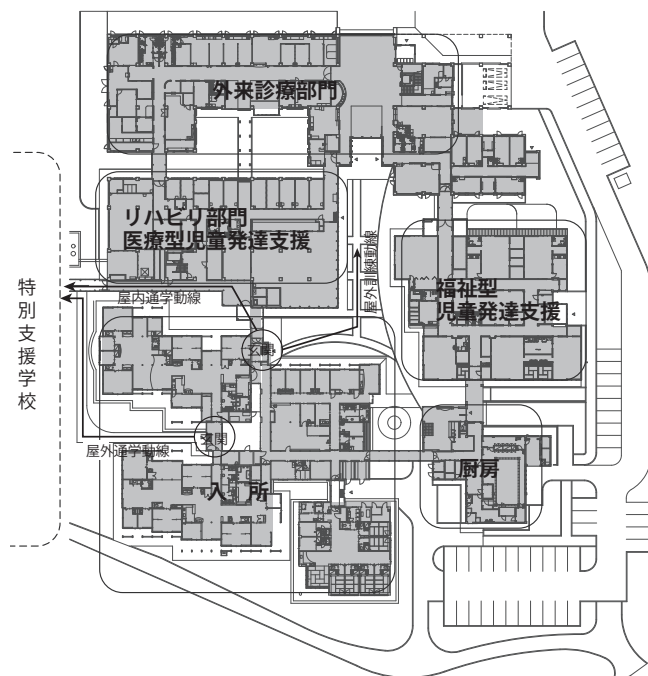


図9 接地型配置構成の医療型障害児入所施設  
（熊本県子ども総合療育センター）

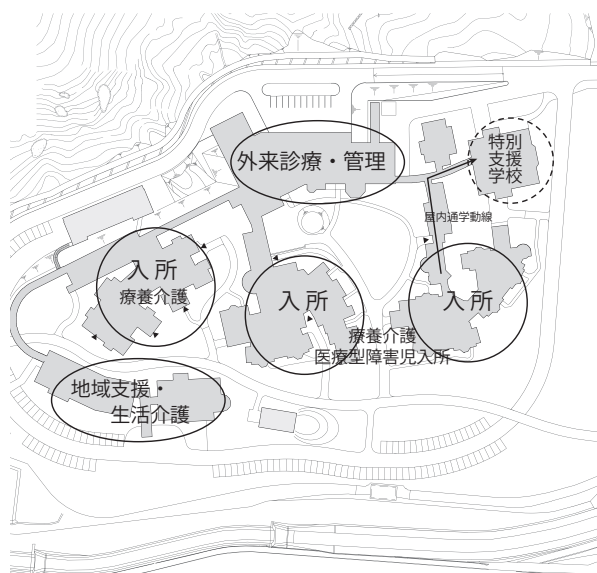


図10 接地型配置構成の療養介護施設  
（びわこ学園医療福祉センター野洲）

ると、活動領域が屋内に限定されないよう、十分な配慮が必要である。

屋外空間の多様な感覚刺激：屋外空間には、空気もたらす寒暑涼暖、草木や土のにおい、鳥や虫の声など、感覚刺激に溢れている。単調な室内生活に陥らないよう、積極的な屋外空間の活用、接続が望ましい。

切り替え空間：積層の都市型施設においても、住まいの場とその他の機能空間との間には、テラスなどの外部空間や玄関など、「気持ちの切り替え」が起こるような空間を丁寧に計画したい。

### (3) 移動負担に配慮した動線計画

医療型障害児入所施設の入所部門は特別支援学校との位置関係と動線計画に特に配慮が必要。

ボトルネックをつくらない：移動負担、移動時間等を考えると、できるだけ動線を短く、また可能であれば、エレベーター等の移動におけるボトルネックが生じないように計画することが望ましい。

二重動線：積極的に外部空間動線を計画する一方で、術前術後の移動や風雨の激しい時の移動にも配慮し、屋内動線も確保することが望ましく、屋外動線との二重動線を積極的に検討したい。

### (4) 分棟型の配置計画

障害者総合支援法の施設計画理念である住まいの場と日中生活の場との分離を明快に建築化する方策の一つ。各部門を建築的に分離し、各棟に玄関などを設けることで行動・意識の両面において住まいと日中生活の空間を分けることを試みる計画である。特に、知的障がい・発達障がいのある児・者に対しては明確な物理的構造化として機能することが期待される。図14は、更に日中生活の場を施設入所支援部門の敷地から外に出した例である。施設入所支援部門の建設敷地には日中生活の場を作らず、全員がここから街中の生活介護に通っている。

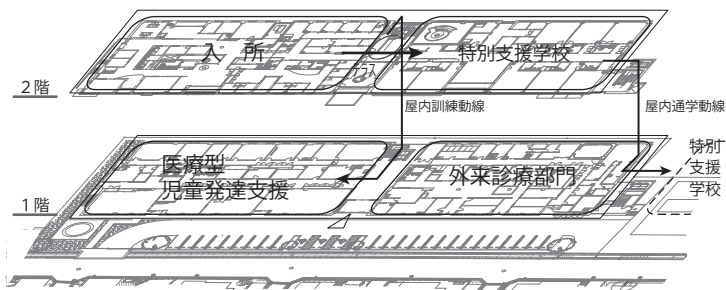


図11 積層型配置の医療型障害児入所施設  
(舞鶴こども療育センター)

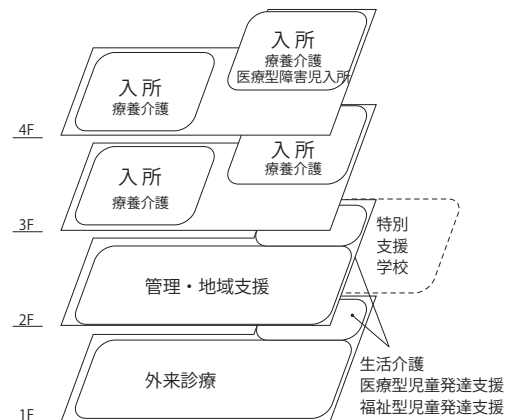


図12 積層型配置構成の療養介護施設  
(北九州市立総合療育センター)

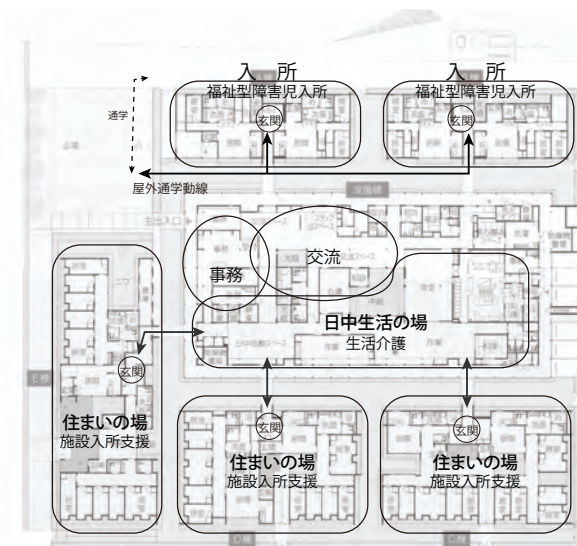


図13 分棟型の福祉型障害児入所施設例  
(小羊学園三方原スクエア／児・者併設施設)

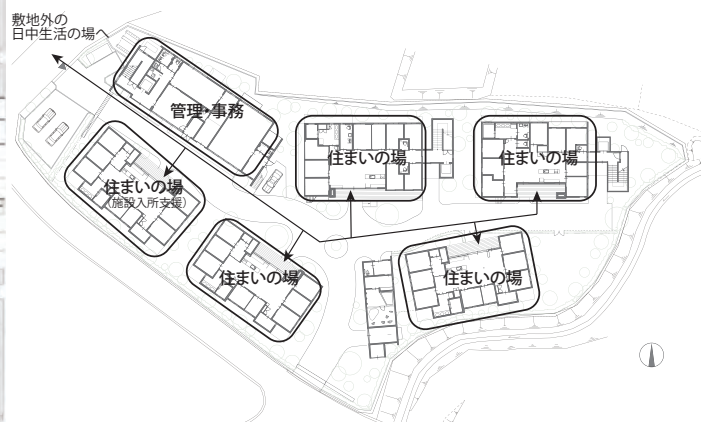


図14 日中生活の場を敷地外とした障害者支援施設  
(横手通り43番地庵)

### 3-2. 共用部分の計画のポイント

小規模生活単位型の入所部門の空間計画を前提とし、豊かな住まいの場・暮らしの場となるよう、以下の点に留意した計画が望まれる。

- (i) 日中生活の場や学校から帰った後のくつろぎの時間を過ごす場であること。
- (ii) 暮らしに係る多様な意思に应答する場であること。
- (iii) 個人を尊重し、入居者同士の多様な距離感を許容する場であること。
- (iv) それぞれの障害特性に配慮した場であること。

#### 3-2-1. 入所児・者の生活空間面積を大きくとる工夫

多様な入居者同士の距離やくつろぎを作り出せる生活空間とするためには、入所児・者のための生活空間により多くの面積を割く必要がある。生活空間面積とは、居住部面積の内、スタッフ関連諸室やトイレ・浴室を除いた面積を言う。

特に医療系施設は、これまでとは異なる視点・発想での空間計画が望まれる。

下図は、共に医療型障害児入所施設の平面図と生活空間面積、共用部分面積を示している。熊本県こども総合療育センターは参考施設に比べ施設居住部の1床当たり面積は小さいが、スタッフ諸室や浴室などが小さい為、生活空間面積および共用部分面積は参考施設を上回っている。

スタッフ諸室の工夫：医療型障害児入所施設では、児童は日中9時から15時の間は特別支援学校に行っているため入所部門に滞在していない状況となる事を利用し、ダイルームで申し送り・カンファレンス等を行う事とし、スタッフ諸室を極端に小さくコーナー化している。介護と看護のスタッフ諸室を兼用にするなど、施設スタッフと十分な議論を持ちつつ、生活面積を可能な限り大きくとる計画を模索して欲しい。

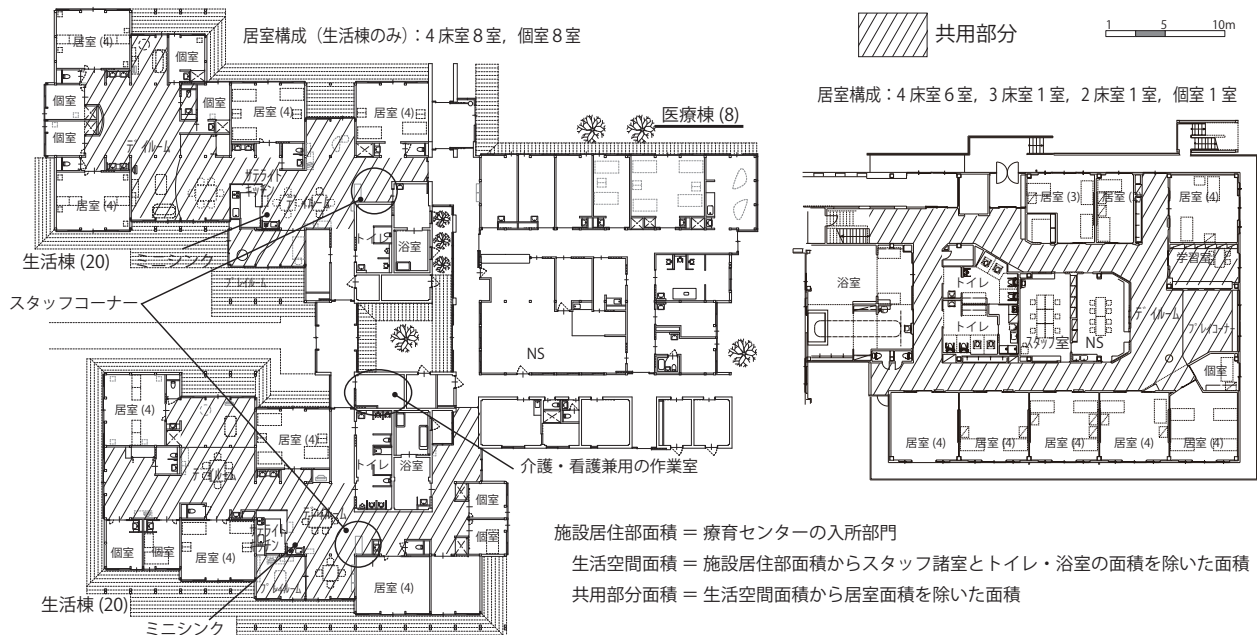


図 15 2つの医療型障害児施設の面積特性

表 2 2つの医療型障害児施設の面積特性の比較

	建設	定員	施設居住部面積		生活空間面積		共用部分面積	
			(㎡)	1床あたり面積	(㎡)	1床あたり面積	(㎡)	1床あたり面積
熊本こども	2003.7	40	938.2	23.5	743.1	18.6	441.0	11.0
参考施設	2011.4	30	760.8	25.4	512.5	17.1	244.2	8.1

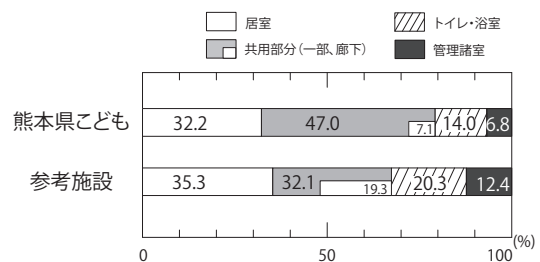


図 16 居住部面積に占める各空間割合



写真1 申送りもケースカンファも  
共用空間（リビング）で行う。

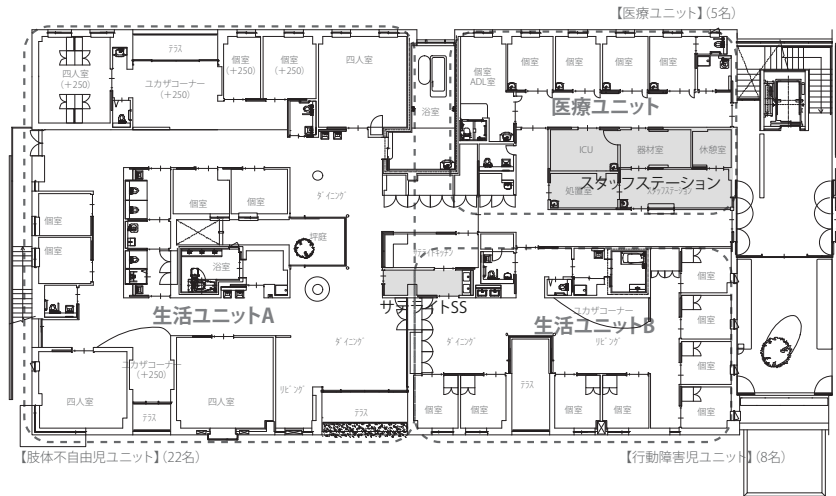


図17 スタッフステーションとサテライトSS（舞鶴子ども療育）  
※サテライトSSは生活ユニット職員のPCや看護記録の保管場所

### 3-2-2. 食寝近接とくつろぎ空間

入所部門を「住まいの場」として計画する際、日常性を作り出すキースペースの一つは食事空間である。従来型の大舎制障害児・者施設では大食堂での食事が一般的であったが、小規模生活単位型の施設においては、居室（寝室）に近いユニット内食事空間で食事をする事（「食寝近接」）が望ましいと考える。ユニット内食事を実現するあたっては、以下の項目を慎重に検討したい。

#### （1）ユニット内キッチン設置

医療型障害児入所施設は看護師比率の高いユニット職員構成で、ユニット内へのキッチンの設置は困難な施設種別といえる。看護・介護スタッフおよび厨房スタッフと十分な協議をし、業務分担、調理方法や運搬方法、パートタイムスタッフの雇用の可否なども含めて多角的な検討を必要とする。しかし、設置後は決め細やかな食対応ができる事から入所児童の食事量が増加し、体力・健康に改善が認められるとの事。また、箸やコップの準備、配膳の手伝いなど、従来施設にはなかった生活行為が生まれるなどの大きな利点もある。

- ・熊本および舞鶴の子ども療育センターでは「サテライト厨房」として、厨房スタッフが運用する。透明性を高めて視覚的な刺激をする他、扉を積極的に開放し匂いなどで嗅覚も刺激する。
- ・経管栄養に利用するイリゲーターを洗浄する為のミニシンク、栄養剤を保管するための冷蔵庫は、看護師が利用できるように設置・配置すると良い。

写真2 食堂に対して開かれるサテライト厨房

写真3 看護師等が利用できるミニシンク  
共に、熊本子ども総合療育センター

(2) くつろぎ空間の計画

入所児・者の障害程度は実に多様であるが、それに伴い食形態、食事の自立度、スピード等も多様である。食事が終わった児・者が自由な遊び・くつろぎ等に移行する為にも、また食事が続いている児・者が集中して食事に取り組み続ける為にも、食事空間以外のくつろぎ空間を設けたい。

医療型障害児入所施設の児童も多様で、食後の行動もバラバラになりがちである。特に、朝食・昼食後は登校準備などがあり動きの多い時間帯となるので、食事が終わった児童は食事空間から速やかに離れ、食事介助などで時間を要する児童が落ち着いて食事を続けられるように配慮したい。

多動などの障害児ユニットにおいては、上記施設入所支援と同様の配慮として、食事空間とくつろぎ空間を別に設定することが望ましい。

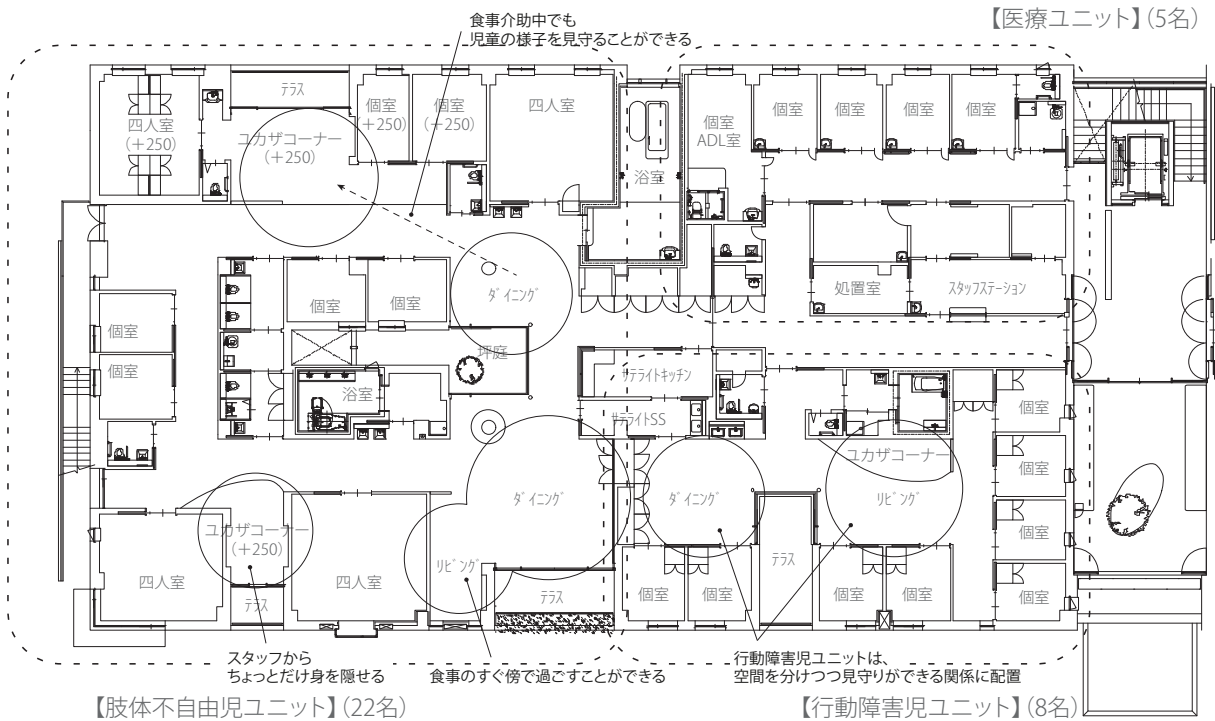


図 18 医療型障害児入所施設のくつろぎ空間事例（舞鶴こども療育センター）

一方福祉型の障害者入所支援施設では、食事準備時などが気になって仕方ないなどの行動特性を有する利用者がある場合が多い。この場合、食堂として利用する共用空間以外の居場所が、食堂と視覚的に離れている空間が有効となる場合もある。また、居室の活用を検討する必要がある。

これらの共用空間は扉などで個室化することが可能なデザインとすることで、食事を他者と一緒にとることが困難な行動障害等の利用者に対して、ひとりで、またはスタッフと1対1で食事に取り組むことができる空間ともなり得る。

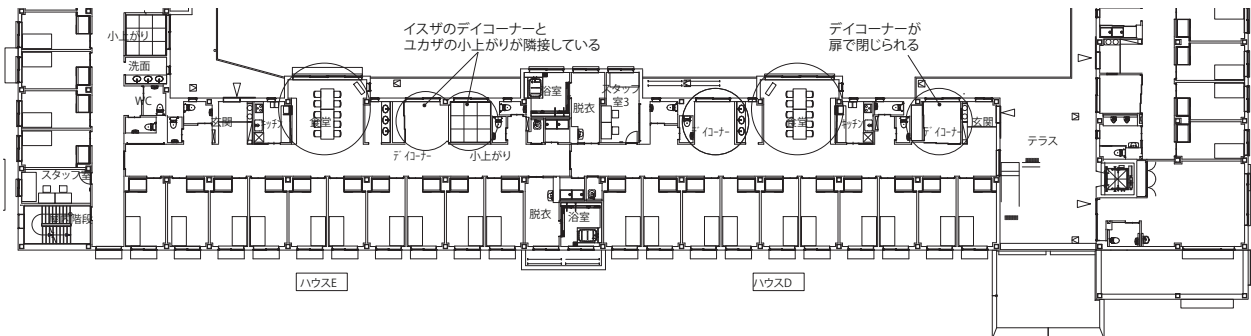


図 19 施障害者支援施設のくつろぎ空間事例（若楠青葉園）

### (3) くつろぎ姿勢とユカザ空間／イスザ空間

食事姿勢がほぼ椅座位であるのに対し、くつろぎ姿勢は臥位や平座位など実に多様である。

特に、日本的なくつろぎ姿勢の平座位は、知的障害のある児・者にも肢体不自由の児・者にも療養介護施設でも比較的多く見られる姿勢である。ユカザ空間の価値を施設スタッフと共に確認し、積極的に検討したい。

写真4 療養介護施設での平座位・臥位での過ごし方例（びわこ学園野洲，北海道療育園）

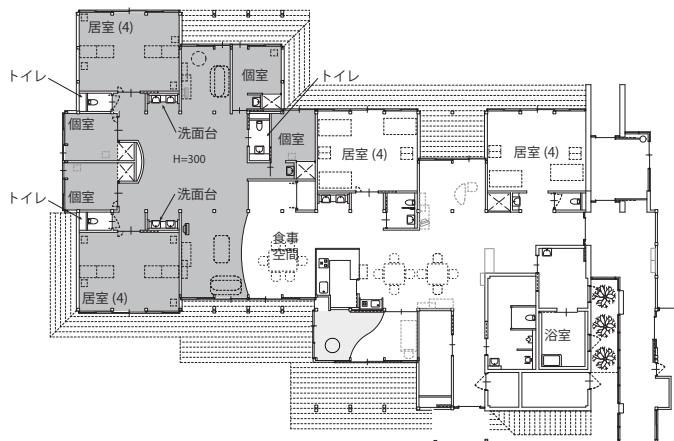


図20 医療型障害児入所施設のユカザ空間

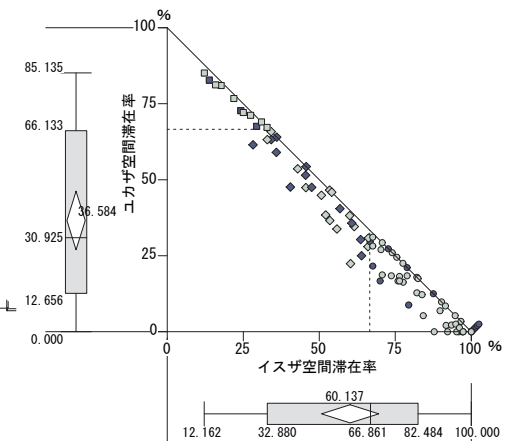


図21 医療型障害児入所施設の過ごし方

写真5 医療型障害児入所施設での平座位・臥位での過ごし方例（熊本，舞鶴）

椅座位から別の姿勢を変えることは、以下の意義があると言われる。

- ・生理的意義：筋緊張の緩和、神経系の安定、気道確保、正常嚥下促通、褥瘡予防など
- ・運動的側面：筋力低下予防、関節可動域の進展、バランス能力の発達、手足の可動性など
- ・発達の側面：視野の変化による環境情報の変化、環境認知力の発達や能動的働きかけの向上など

このような医学的・リハビリ的要求から姿勢変換が行われるが、生活空間部分がイスザ空間に偏ると、平座位や臥位がベッド上になってしまい、行為の多様性も低下してしまう。



以下の点に留意する必要がある。

- ・ユカザ空間が生活行為を行う舞台となるようトイレや洗面、居室と連続させたり、遊びの場となるようおもちゃ棚やテレビを設置する等を検討する。
- ・床上げし、車椅子利用者との接触などの事故の危険性を低減すると共に、児童にとってもスタッフにとっても、より平座位を取りやすいアフォーダンスとなるデザインを心掛ける。
- ・床上げ高さは、転落リスクや移乗方法（抱きかかえて上り下りするなど）を考慮する必要がある。モックアップ等で検討した結果、熊本こどもでは300mm、舞鶴こどもでは250mm、別の特別支援学校では200mmとなった。熊本で転落事故例は聞いていないが、慎重な検討が求められる。

一方で、這い移動や座位移動ができない重度の運動機能障害を有する児童、特に年齢が高くなり体格が大きい児・者の場合、移乗や移動の介助負担が非常に大きくなるため適さない場合がある。重度化傾向の施設においては、入所児・者像の将来予測を慎重に行うことが望ましい。また、共用部分を床上げし居室まで連続させることはバリアフリー条例などに抵触することもある。

療養介護施設でも平座位が取られる時間は多く、特に重心グループにはユカザ空間で過ごす利用者も多い。しかし、移動には介助を要する為、リフトなども積極的に検討すべきである。また、食事も平座位（クッションチェア等の姿勢保持具の使用も含め）で摂られることが多いので、保温カーットの動線などにも注意が必要である。

障害者支援施設、福祉型障害児入所施設でも、平座位は多く見られる。車椅子利用者がほとんどいないことから医療系施設のような危険性は少ないが、一方でどこでも平座位をとる傾向がある。歩行動線とくつろぎ空間とが重ならないような区別を意識した計画が望ましい。また、玄関など下足を脱ぐ場所を明確に空間化し、床面の衛生状態を保てる計画としたい。

### 3-3. 居室の計画のポイント

「毛布をかぶって外との間についたてを作ることで、認知的にのみ独りになることができる」とは、脳性まひの施設入所者自らが語った施設批判の一説である。居室は、集団生活の施設空間の中で他者との関係性を調整できる入所者にとっては最重要空間であるので、プライバシーの確保はもちろん、アイデンティティを保てるゆとりある計画が求められる。各サービス施設の居室基準は右図になる。

#### 3-3-1. 居室計画の基本的考え方

〔療養介護〕：図4で示したように、療養介護の入所者像は大きく3グループに分かれる。

「超重心」については、医療的ケアの頻度が高いことを考慮し、看護し易さにも最大の配慮が必要である。

一方で、共用空間への移動などがほとんどないので、ベッドサイドで話しかけや音楽・テレビなど、医療的ケアとは異なる働きかけや環境刺激の提供が行われる事も十分に考慮し、個別領域が形成される十分なゆとりが求められる。

「重心」についても、成人としての個人を最大限尊重すべきである。障害は重度であるが、実は個人の趣味趣向がある場合が多く、好きな音楽を掛けたりテレビを観たりといった個別の行為がのびのびできる居室が望ましい。全室個室の療養介護施設も現在建設プロジェクトが進行中であり、今後は積極的に個室を検討したい。

「動く重心」は重度の知的障害や行動障害のある利用者たちである。特に、行動障害のある利用者

	医療法	
障害者総合支援法	療養介護施設  四床以下 6.4㎡/床以上	障害者支援施設  四床以下 9.9㎡/床以上
	医療型 障害児入所施設  四床以下 4.27㎡/床*以上 かつ 6.3㎡以上  ※6.4×2/3	福祉型 障害児入所施設  四床以下 4.95㎡/床以上 かつ 男女別居室
児童福祉法	療養環境加算 平均で8.0㎡/床以上	

図22 各施設の居室基準

写真6 イスザ空間（ベッド就寝）個室

写真7 ユカザ空間（ふとん就寝）四床室

に対しては、「自室」は最も明快な物理的構造化の手段であり、行動の安定への寄与が大きく、結果として共用空間でもかなり落ち着いて生活できるとの施設スタッフの話も多い。

[医療型障害児入所施設]：医療型障害児入所施設では主に次の2点に考慮する。

①多様な入所期間と院内転床への対応

医療型障害児入所施設は多様な入所利用形態があり、短期入所・医療入院などによる入退所が頻繁に起こる。また、院内においても感染症対策等の対応により転床が起こる。多床室ではこれらの児童の出入りに対して、男女同室を避ける、年齢や障害程度や相性を合わせる、等の調整を行う事は非常に困難であり、結果として玉突き転床が起こる事もある。転床は心理的負荷を強いる事が予想されるから、転床を可能な限り無くす方策として個室を検討すべきである。

②発達期のプライバシー保護

心身の重要な発達期で公私の別などの社会性を獲得すべき時期あると共に、第二次性徴など高いプライバシーが求められる。福祉型障害児入所施設では全室個室型が既に複数あり、その利点については藤井容子先生（香川大学）が詳細な調査から明らかにしているので、参考として欲しい。個人領域を形成できる居室計画が望ましい。

3-3-2. 居室内設備の考え方

いずれの項目についても、施設スタッフと十分に協議する必要がある。

(1) 居室内の洗面台、トイレについて

高齢者の介護施設では居室内の洗面台やトイレの設置率は高く、特に入居者の夜間の利用し易さを考慮すれば合理的な計画と言える。しかし、障害児・者施設においては利用者自身による適切な利用や管理が困難な場合が多く、これまで設置例はほとんど無い。慎重な検討が必要である。

特に、知的障害や行動障害のある児・者の居室では、汚水を飲んでしまう事故や、多飲水・過飲水、陶器破損などによる怪我など、が懸念される。元栓の開閉をスタッフがコントロールすること

表3 事例施設の居室面積

	面積	作り付け収納		面積	作り付け収納
舞鶴こども療育センター(医療型障害児入所施設)			シャロームみなみ風(障害者支援施設)		
・肢体不自由児ユニット個室	11.8~14.2	吊戸棚	・個室(全室)	11.12~14.38	吊戸棚
・肢体不自由児ユニット4床室	31.6~36.8	間仕切り収納	若楠青葉園(障害者支援施設)		
・行動障害児ユニット個室	9.67~11.9	押入れ	・個室(全室)	13.50 (一部14.92)	押入れ
・医療ユニット個室	11.9	無し			
黒部学園(福祉型障害児入所施設)					
・個室(全室)	7.3	タンス			

での室内設置も可能であるが、利用者視点で見ると、水が出る時と出ない時があることへの理解が困難で、混乱を誘因する場合があります。望ましいとは言えない。

## (2) 床上の布団就寝とベッド就寝について

利用者の起居動作の安定度によって使い分けられ、どの施設種においても見られる。以下の点を考慮し、施設スタッフと十分な協議を要する。

- ・日中車椅子利用が多く、車椅子への移乗が主な起居動作介助となる場合はベッド就寝が選択される場合が多い。介助支援にリフトが使用される場合もある。
- ・知的障害や行動障害のある利用者でも、起居動作が安定していると布団就寝となることがある。
- ・多動傾向のある児童は布団就寝とすることで、大きな柵のベッドの使用を止める事例も多い。
- ・肢体不自由の児・者については、車椅子とベッド間の移乗が困難でも、座位移動や這い移動が容易な場合は、布団就寝の方が就寝が自立する場合がある。

## (3) 収納設備について

自分の所有物を自分で管理することが基本的な考え方である。所有物は、主に衣服、趣味・おもちゃなどの他、学齢児童には学習用品などもある。造作家具の設置または家具の配置を考慮した計画が望ましい。特に児童の場合、おもちゃの使用・管理にまつわるトラブルも起こることがあり、丁寧な収納管理設備の計画が望まれる。一方で、管理が困難な知的障害や行動障害の児・者については、鍵などによるスタッフ管理も見られる。

## (4) 空調設備について

集中管理方式と個別のルームエアコン方式の選択についても施設スタッフとの十分な協議が必要。集中管理方式は、利用者に空調のオンオフや温度コントロールをさせない方式であるが、体調や好みに合わせた個別調整ができる方式が望ましい。ルームエアコン方式は利用者に管理を行わせる一方で、施設スタッフの調整も重要である。夜間見回り時には、スタッフが一つのリモコンを携帯し各室の調整ができるような設備選択事例もある。

## (5) 居室の防音性能について

数値根拠を示すことは難しいが、行動障害のある児・者の居室においては防音性能が高い方が望ましい。壁を叩く等の自傷行為や奇声がある場合、隣室の入所者が反応して連鎖してしまうこともある。影響を最小限にする居室性能が求められる場合がある。

写真 8 イスザ空間（ベッド就寝）個室  
障害者入所支援施設（シャローム南風）

写真 9 ユカザ空間（ふとん就寝）個室  
障害者入所支援施設（シャローム南風）

### 3-4. トイレ・浴室の計画のポイント

#### 3-4-1. トイレの計画

排泄は人間の基本行動であり、非常にプライバシーの高い行為でもある。故に、自立とプライバシーに最大限の配慮が求められる。

##### (1) 分散配置

自立的に排泄する為には、リビングや居室からトイレまでの移動が自立していることが望ましい。

医療型障害児入所施設など、移動の運動機能障害のある児・者に対しては、トイレまでの移動方法に合わせた床デザインであると共に距離が短いことが重要であり、分散型トイレ配置とすることが望ましい。ユカザ空間におけるトイレ設置により、児童の排泄自立が飛躍的に進んだ事例もある。

障害者支援施設（主に知的障害）と福祉型障害児入所施設のように、入所児・者のほとんどが歩行移動をしている場合も、特に居室からの移動距離には配慮し、分散配置することが望ましい。

##### (2) 多機能の介助トイレ

医療型障害児入所施設や療養介護施設、障害者支援施設（主に身体障害）は、座位保持が困難で臥位での排泄またはオムツ交換を要する児・者もいる。個室化することで、夜間のオムツ交換は居室で行われることも想定されるが、トイレにも寝台などの設備が必要である。また、寝台への移乗に対してリフトなどの設備も使用する場合があり、モックアップ試験など行い施設スタッフと十分な面積および配置検討を行うことが望ましい。

##### (3) 低座面便器の利用

児童施設においては、安定した座位をとることが排泄自立、排泄時の見守り不要に重要であり、しっかりと足を付けることができる低座面タイプの便器を検討することが望ましい。舞鶴こども療育センターでは、分散配置トイレと集合トイレの便器高さをH270, H340, H400の3種類とした。

#### 3-4-2. 浴室の計画

入浴もプライバシーの高い行為であり、より個別的な入浴へと推移してきている。

- ・療養介護施設や医療型障害児施設では、座位が不安定であったり気管切開などによってお湯の入りに方に特に注意が必要であったりするので、臥位式機械浴槽の利用も多く見られるが、プライバシーへの配慮は同様である。座位式機械浴槽の活用も積極的に検討しつつ、個別的な入浴環境としたい。
- ・介助スタッフの連携へも配慮した計画が望ましい。

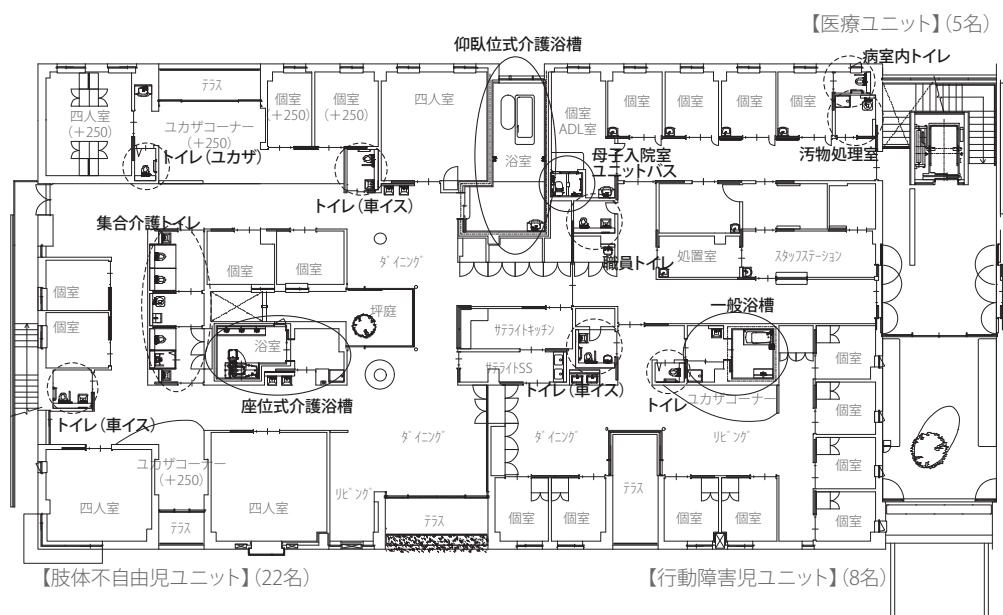
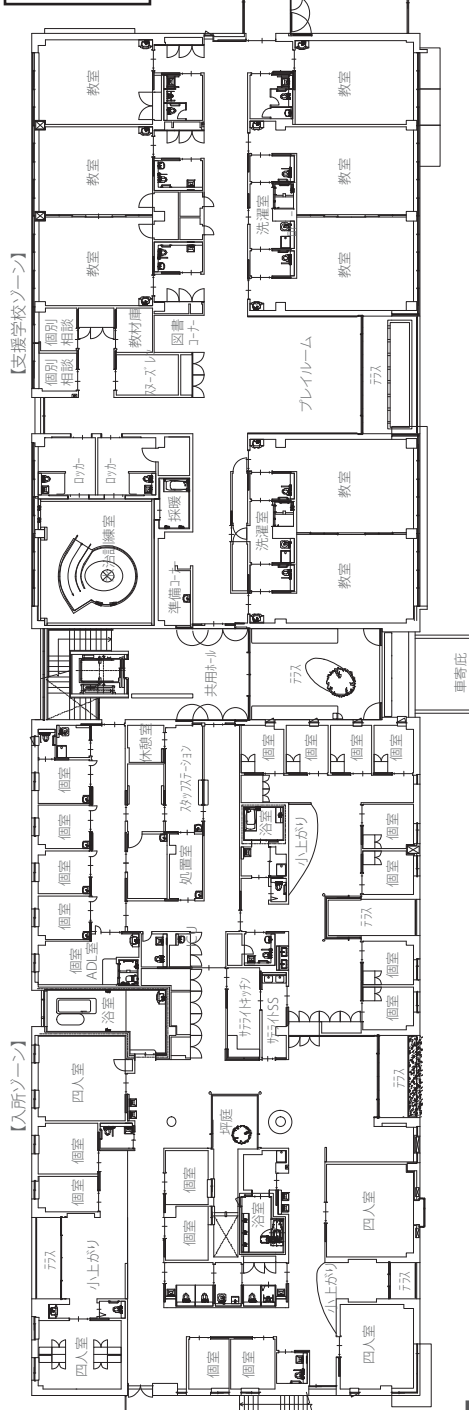


図 18 分散トイレと集合型介護トイレ、多様な浴室計画（舞鶴こども療育センター）

施設事例 1  
【医療型障害児入所施設】  
舞鶴こども療育センター



2F PLAN



SITE & 1F PLAN  
scale 1:500

建築概要

名称	京都府立舞鶴こども療育センター及び京都府立舞鶴支援学校行永分校
所在地	京都府舞鶴市字行永
建築主	京都府/京都府教育委員会
設計監理	(株) 日建設計(設計) / (株) 内藤建築事務所(管理)
施工	建築工事IV 要建設(株)/附アトラス
定員	35名
敷地面積	4,000.00㎡
建築面積	2,396.64㎡
延床面積	4,504.82㎡
構造階数	RC構造地上2階塔屋1階
工期	2014.05~2016.1(予定)

<参考文献>

1) 藤井容子, 西出和彦: 知的障がい児施設における児童の特性からみた個室のしつらえ—個室型知的障がい児施設における空間利用実態に関する研究 その1—, 日本建築学会計画系論文集, vol. 77, No. 676, pp1301-1308, 2012. 6

2) 藤井容子, 西出和彦: 個室と多床室の差異が知的障がい児の生活行動に与える影響—個室型知的障がい児施設における空間利用実態に関する研究 その2—, 日本建築学会計画系論文集, vol. 78, No. 684, pp325-333, 2013. 2

3) 山脇博紀, 高田光雄: 医療型障害児入所施設における重度障がい児のポスチュアと施設空間要素に関する考察, 日本建築学会計画系論文集, Vol179, No. 698, pp891-900, 2014. 4

<図面出展>

・山梨県立あけぼの医療福祉センター／JIHa 見学会資料,

・びわこ学園医療福祉センター野洲, 横手通り 43 番地庵／JIHa 医療福祉建築 1/2006 151

<図面提供>

株式会社 日建設計

## 障害児施設に勤務する職員の質の向上を目指して

## -看護的側面からの一考察-

仁宮真紀 (心身障害児総合医療療育センター整肢療護園 看護師)

## 1. 障害児入所施設で生活する子どもの背景

入所してくる子どものパターンは、医療型施設における、整形外科手術・リハビリ・在宅療育支援を目的とした入所以外には、①乳児院から引き続き入所してくる、②児童相談所からの緊急一時保護、③保護者の養育困難という3つに概ね分かれる。これらのパターンの子どもに共通していることは、「家庭が不安定であり、家族と一緒に生活することができない」ということである。

保護者による養育困難の問題が根底にあるため、措置入院および契約入院問わず、入所期間は平均10年以上と長い。一度も家庭で家族と一緒に生活することなく施設で成長発達していく子どももいる。また家族がある子どもでも、家族との面会や外出の頻度は年に数回程度である。そのため、子どもは保護者への基本的信頼感を得ることなく成長し、愛着障害の状態となるケースが多い。

さらに、障害の程度が比較的軽く、将来的に自立を目指すことができるレベルの子どもたちが、アイデンティティの獲得を発達課題とする思春期頃になると、自己の生い立ちやルーツに対して不安や疑問、そして今の自己の置かれた状況に対する嫌悪感や大人への不信感を抱くことがある。このような子どもたちは、自分の存在意義を見失い、リストカットなどの自傷や自殺企図をほのめかすような発言するなど、自己否定行動におよぶこともある。

平成26年に障害児支援の在り方に関する検討会が報告した「今後の障害児支援の在り方について～発達支援が必要な子どもの支援はどうあるべきか～」<sup>1)</sup>によると、障害児入所施設については、「子どもが育つ環境を整える子どもの施設」「子ども本人が望む暮らしを保障する」といった幼児期からの子どもの育ち、発達に係る基本的な観点から、より家庭に近い生活環境、少人数の生活の場、普通の暮らしの環境、個々に配慮した生活環境とすべきであると提言している。家族と生活する機会に恵まれず、施設に長期間入所して成長・発達する障害がある子どもだからこそ、この提言のように「一人のその子どもを、施設職員が大切に育む」という理念をもった施設改革や運営が求められている。

## 2. 障害児入所施設に勤務する職員の背景

西藤ら<sup>2)</sup>が実施した重症心身障害児施設の看護職員需要調査では、重症心身障害児施設で勤務する新卒看護職員の退職率が41.9%であり、他施設に比較して高いことが明らかになっている。中堅看護職員の離職率を調査した文献は見当たらなかったが、女性のライフステージにおける結婚や妊娠出産などのライフイベントを鑑みると、他施設とほぼ同様の離職率ではないかと推測している。その一方で男性職員の定職率は比較的安定している。

当施設においても、ライフイベントや自身の健康問題など主な理由として離職する職員や、定年退職する職員は毎年必ず数名は存在するため、常勤看護師の離職率は例年12%程度である。2016年の病院看護実態調査によると、看護師の離職率は、常勤で10.9%であり、新卒で7.8%あったため、当施設の常勤看護師の離職率とほぼ同比率である。部署異動は約3年勤務毎に実施されているため、病棟配置の職員は目まぐるしく変化する年もある。

当施設への就職動機は、「障害児看護を実践してみたい」という障害児に特化した施設ならではの経験を積むことを期待して入職してくる職員が多い。新卒採用よりも、既卒採用が多いというもの当施設を含め、障害児施設での採用の特徴であると考えられる。

## 3. 職員の質とは何か

障害児施設における職員の質とは何か考えてみたい。一般的に言われる質とは、その場における専門的知識や技術の高度性・専門性、そして、接遇面におけるホスピタリティーのことを指すと考えられる。

前述したように、障害児施設には複雑な社会的背景（特に家庭環境）に問題を抱えた子どもが多く、そのような子どもたちの暮らしや成長・発達に関わる職員には、より子どもの心理特性への理解が求められる。

よって、障害児入所施設に勤務する職員の質には、「施設入所している子どもの背景を知ったうえで、自分の役割を認識しながら子どもに関わる」ということが重要であると考える。

#### 4. 職員配置

病棟配属の職員は組織に属しているため、十数年にわたって同じ病棟に勤務するというのではなく、異動という人事がある。組織運営の方針にもよるが、概ね数年での異動が一般的である。

障害児施設でも職員配置は一般病院と同じく、入院基本料などを根拠にして看護師の配置定数が定められている。しかし、タイムスタディ調査でも明らかになったようにどの施設でも、看護師や保育士に関わらず、多くの施設の職員が「職員が足りていない」と感じ、少ない人員配置のなかで多重課題に追われていることが明らかになった。子どもの生活の質の向上よりも、子どもの安全を守ることを優先した業務内容にジレンマを抱いている職員もいた。

そのような状況のなかにおいて、勤務後でも、不穏な子どもの気持ちを安定させるために傍にいて関わったり、勤務時間外に外出したり音楽活動を行ったりするなどのボランティア的活動を行うことで、子どもの生活の質を何とか向上させようとする職員の努力が明らかになった。

障害児施設で暮らしている子どもの立場に視点を変えてみる。前述したように、施設で長期的に暮らしている子どもは、幼い頃から家族とともに過ごしながらか成長・発達する機会がない。施設で暮らすということは、必然的に多くの大人が多くの子どもをみるという環境下に置かれることであり、職員がその子どもだけにスポットが当てて接する（関わる）という機会があまりない。

子どもは成長・発達過程において、ライフステージにおけるそれぞれの発達課題を獲得していくが、もっとも重要とされているのが、0歳から2歳で獲得されるという基本的信頼感である。しかし、前述したような複雑な背景をもつ子どもには、最も身近な大人である親との基本的信頼感の獲得が出来ていない子どももいる。そのため、まずは職員との基本的信頼感を長い時間をかけて構築していくことが、将来的な愛着形成に繋がるのではないかと考える。このように考えた時、職員の離職は個人の理由であるので致し方ないが、異動に関しては、職員と子どもの関係性を多角的に捉えて熟慮して決定していくことが望ましいと考える。施設職員は、子どもが基本的信頼感を獲得するために、かなりの時間を要しながら関係性を育てていく。勤務中における長い時間に加えて、ボランティア的な関わりによってやっと子どもとの信頼関係を築けたときに、異動人事になることは、その子どもの立場に立つと「大切な人との別れ」という喪失体験にもなりかねない。

また、前傾した報告書によると、「重症心身障害児者への入所支援については、成長した後でも本人をよく知る職員が関われるようにするなど、児者一貫した支援が望ましい。」としている。これは、重症心身障害児者のみならず、肢体不自由児や発達障害などの子どもたちにも同様の体制が必要である。複雑な家庭背景をもっているために長期にわたって施設で育った子どもや、親や家族がいない（もしくは、家族がいても関わりが極めて希薄である）子どもたちには、施設を出た後に「帰ることのできる場所」や「実家や故郷」という概念やイメージが形成されにくい。子どもが自立するためには、「失敗しても慰めてくれる人がいる場所」や「親身になって勇気づけてくれる人や場所」、「自分の弱みをさらけ出すことのできる人や場所」などの依存できる人や場所の存在が必要である。施設の小規模化（ユニット化）により、家庭的な雰囲気のなかで子どもと職員の関係性がより深くなることで、子どもの自立性が高まるのではないかと考える。

以上のことから、障害児施設の人員配置における工夫として、①子どもに関わる職員を一人に限定せず、2～3名の複数で担当する、②客観的にみて良好な関係性が築けている場合、やむをえず異動人事になる場合には、最低でも半年以上前には子どもに伝え、ゆっくりと子どもとの関わり方を調整していく、③病棟全体で親役割になる職員、きょうだい（兄・姉）的役割になる職員と仮定して配置する、④担当職員が代わっても子どもの歴史（生育歴）が途切れることのないようにカルテをはじめ写真や動画などを駆使して次の担当者に十分に引継ぎをする、⑤子どもの将来を見据えた児者一貫ケア体制の構築などが挙げられる。

#### 5. 人材育成

障害児施設における子どもと職員の背景と、現段階で望ましいと考えられる人員配置について言及した。施設は、障害があるために生きにくさをもっていて、尚且つ家庭で暮らすことが出来ないという複雑な背景をもっている子どもを大事に育てていく場所である。障害児施設に勤務する職員には、療育の専門性と倫理



観、そして深い愛情が求められる。療育の専門性は知識として学習することで習得する機会があるので、比較的一定の水準は保つことが可能である。

その一方で、倫理観や価値観などは職員の個人特性があるため、十人十色である。子どもに対する不適切なかかわり（乱暴な言葉づかい、無関心など）や施設内虐待が起こりやすい環境であるともいえる。そのため、障害児施設における人材育成は、組織が最も力をいれるべき課題であり任務である。

人材育成としては、①障害児の権利擁護に関する研修の充実、②風通しの良い職場風土の醸成を目的とした座談会の開催、③当事者からの想いを聴く（またはディスカッション）研修の開催が挙げられる。施設という組織は、長年在籍した人の意見が強く、経験の浅い職員は意見が言い出せにくい場合もある。しかし、時代と共に価値観や倫理観は常に流動しており、経験の浅い職員だからこそ見出せる問題点もある。

離職率をなるべく抑え、障害児施設で有能な人材を育成するためには、まずは職員一人一人の価値観や倫理観を把握することが重要である。そして、研修の実施によって、職員に「自分たちは、施設で暮らす子どもたちの生活（人生）の一部であること」を認識してもらうことが何よりも重要であると考えられる。

## 引用文献

- 1) 平成 26 年に障害児支援の在り方に関する検討会（2014）「今後の障害児支援の在り方について（報告書）～発達支援が必要な子どもの支援はどうあるべきか～」， p.29
- 2) 西藤武美・有松眞木（2010）．看護職員需給状況調査からみた重症心身障害児施設の課題．重症心身障害の療育， 5(2)． 239-242.